

福建省医疗保障局

福建省卫生健康委员会 文件

福建省药品监督管理局

闽医保〔2022〕94号

福建省医疗保障局 福建省卫生健康委员会 福建省药品监督管理局关于加强医保定点医疗 机构高值医用耗材管理的通知

各设区市医保局、卫健委、市场监管局，平潭综合实验区社会事业局、市场监管局，有关定点医疗机构：

为加强医保定点医疗机构高值医用耗材采购、使用、医保支付和监督管理，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第735号）、《国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改

革方案的通知》（国办发〔2019〕37号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）等有关精神，现就进一步加强医保定点医疗机构高值医用耗材管理通知如下：

一、强化医保定点医疗机构主体责任

（一）加强医疗机构自我管理。医保定点医疗机构应严格执行《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》（国卫医发〔2019〕43号），建立高值医用耗材院内准入遴选机制，明确高值医用耗材管理科室，规范验收、存储、发放、盘点等环节，岗位责任落实到人。加强高值医用耗材临床使用管理，严格遵循诊疗指南和技术操作规范。完善高值医用耗材使用院内点评机制和异常使用预警机制，对医务人员单一品牌高值医用耗材、单台手术高值医用耗材用量情况实行动态监测，对出现异常使用情况的要及时约谈相关医务人员。

（二）严格高值医用耗材“进、销、存”管理。医保定点医疗机构应加强院内高值医用耗材信息化管理，落实临床应用登记制度，实现医用耗材向前可追溯、向后可追踪。严格按照《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）规定，真实记录医用耗材“进、销、存”等情况，并按要求如实向医保部门报送医用耗材的采购价格和数量。

（三）规范医保医用耗材编码管理。医保定点医疗机构应按照国家医疗保障局办公室《关于贯彻执行15项医疗保障信息业务编码标准的通知》（医保办发〔2020〕51号）和《关于印发〈贯

彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准实施方案〉的通知》（医保办发〔2020〕57 号）等有关规定，使用国家统一的医保编码，做好与医保信息系统的有效对接和医用耗材编码维护，及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。未按规定传送医用耗材医保编码信息的，医保信息系统不予支持，医保基金不予支付。

（四）做好医用耗材价格信息公示。医保定点医疗机构应当落实院务公开有关规定，将医用耗材纳入主动公开范围，主动向患者公开品牌品规、供应企业以及价格等有关信息，并告知医用耗材医保支付政策，确保参保人知情权。

二、完善高值医用耗材采购和使用

（一）持续推进高值医用耗材平台采购。医保定点公立医疗机构采购高值医用耗材均应按要求通过福建省医疗保障信息平台药品和医用耗材招采管理子系统（以下简称“省级采购平台”）公开交易，实行阳光采购，采购情况纳入公立医疗机构院长年度绩效考核；按规定参加高值医用耗材集中带量采购。

（二）完善社会办医疗机构高值医用耗材采购管理。鼓励医保定点社会办医疗机构通过省级采购平台采购医用耗材，积极参与集中带量采购，优先使用中选医用耗材。进一步完善医保协议管理，对医保定点社会办医疗机构自行采购高值医用耗材的，通过医保协议予以约定，自行采购挂网产品的，其采购价格原则上应不高于挂网价格；自行采购非挂网产品的，参照公立医疗机构

备案采购规定，其采购总金额原则上不超过相关类别医用耗材总金额的 5%。属于医保支付的我省医疗服务价格项目规范中可单独收费高值医用耗材，均应在自行采购后 10 个工作日内通过省级采购平台进行采购数据填报。

三、统一医保医用耗材支付标准

（一）统一医保支付标准。医保定点社会办医疗机构与定点公立医疗机构执行统一的医用耗材医保支付标准。结合医保基金支付能力、参保人员个人负担、高值医用耗材集中采购和价格谈判等因素，分类制定医保支付标准，并建立动态调整机制。原则上每年进行动态调整医保支付标准，结合高值医用耗材集采、谈判等政策执行，实时同步调整。

（二）集采产品的医保支付标准。对于集采中选产品以中选价为支付标准，全额纳入医保支付范围，医保基金按规定比例支付；对于非中选产品逐步调整支付标准，使其不超过最高中选价，患者使用价格超出医保支付标准的产品，超出部分由患者自付。

（三）非集采产品的医保支付标准。对于功能相同、竞争充分、有可替代产品的高值医用耗材，以满足临床基本医疗需求为原则，参考医疗机构临床常用品种加权平均价格等确定同类产品医保支付标准，销售价格在医保支付标准以内的，以该产品的销售价格纳入医保支付范围，医保基金按规定比例支付；高于医保支付标准的高值医用耗材，超过医保支付标准的部分基本医保不予支付，由参保人员个人负担。对于竞争不充分、没有替代产品

的，探索通过谈判等方式确定医保支付标准。已通过国家医保准入谈判的，按谈判价格确定医保支付标准。

四、推进医保支付方式改革

完善多元复合式支付方式改革，按照《福建省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，在全省全面建立更加管用高效的医保支付新机制，引导医疗机构加强精细化管理，促进医保定点医疗机构将高值医用耗材使用内化为运行成本，主动控制高值医用耗材使用，规范医疗行为。2024 年底，全省所有统筹地区开展 DRG/DIP 支付方式改革工作，2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，实现统筹地区、医疗机构、病种和医保基金四个全面覆盖。

五、加强高值医用耗材监管

（一）完善医保定点协议管理。通过医保协议规范医保定点医疗机构医疗服务行为，将医保定点医疗机构高值医用耗材采购、使用、医保支付标准、医保编码传送、监督管理、违约处理等内容纳入协议范围，明确双方权利、义务和责任。统筹区医保经办机构负责与医保定点医疗机构签订服务协议，开展医保协议管理、考核；医保定点医疗机构应当建立健全各项管理制度，根据协议要求严格执行医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

（二）加强高值医用耗材稽核管理。综合运用大数据分析、智能审核筛查，加强对医保定点医疗机构高值医用耗材使用情况

进行专项监测分析。不断完善智能审核和监控知识规则库，巩固费用审核全覆盖，落实现场检查全覆盖，提高医保稽核智慧化水平，提高稽核监管效率。对采购和使用单一品种高值医用耗材数量、结算金额和占比，超过统筹区定点医疗机构同类高值医用耗材平均水平 30%的定点医疗机构进行重点监控、重点稽核；对全省及统筹区定点医疗机构高值医用耗材采购和使用数量、结算金额排名前 10 的品种进行重点监控、重点稽核。在稽核中发现被检查对象存在违反协议行为的，及时责令改正，并按照协议约定处理；存在涉嫌违法违规行为的，移交医疗保障行政部门处理。

（三）强化高值医用耗材使用的监督检查。压实医保经办机构协议监管责任，督促医保经办机构针对发现的高值医用耗材监管问题，细化完善医保服务协议。强化监督检查，各地医保部门要把高值医用耗材领域欺诈骗取医保基金行为纳入重点检查范围，针对不同类型监管对象特点和高值医用耗材易发频发问题，确定每年重点检查对象，严肃追究高值医用耗材领域欺诈骗保单位和个人责任。完善信息报送制度，各地发生的欺诈骗保案件或检查发现需移交公安部门的案件线索，应于 2 个工作日内将相关信息报送省医保局，并在当季度的要情报告中报送详细情况。

六、健全市场监管机制

（一）完善质量管理。严格落实《医疗器械监督管理条例》及相关配套规章，加强高值医用耗材上市后的监督管理，强化社会监督。加大检查力度，将我省高值医用耗材生产、经营企业列

入重点监管企业实施监督检查，通过实施医疗器械唯一标识（UDI），建立产品信息追溯体系和生产企业产品质量终身负责制，加强高值医用耗材全生命周期质量管理。按照《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》开展医疗器械不良事件监测和再评价工作，及时、有效控制医疗器械上市后的风险。

（二）强化流通管理。提升高值医用耗材流通领域规模化、专业化、信息化水平，对高值医用耗材阳光采购价格共享、集中带量采购的产品，严格执行由生产企业选择1~2家本地配送企业属地化配送政策。通过省级采购平台采购高值医用耗材严格执行“两票制”，鼓励实行“一票制”，减少高值医用耗材流通环节，推动购销行为公开透明。将高值医用耗材相关企业及其从业人员诚信经营和执业情况纳入信用管理体系，加强对失信行为的记录、公示和预警，强化履约管理。

（三）严厉查处违纪违法行为。加强卫健、医保、药监、市场监管、公安、审计等部门联动，建立信息共享、工作会商、联合检查、案件移交、联合惩戒等工作机制，严厉打击垄断和不正当竞争、危害税收征管、企业变相捐赠等行为。

七、加强组织保障

（一）加强组织领导。加强医保定点医疗机构高值医用耗材管理是治理高值医用耗材改革的重要内容，各地各有关部门要充分认识这项工作的重要意义，切实加强领导，落实责任，明确分工，引导和规范医保定点医疗机构合理使用高值医用耗材，规范

医疗服务行为，维护参保人权益。

（二）强化分工协同。医保部门要完善高值医用耗材采购机制，加强支付管理和监管检查，卫健部门要完善医疗卫生行业规范，严格医疗卫生行业监督，药监部门要完善高值医用耗材质量和流通管理。加强部门联动，密切协同配合，确保高值医用耗材各项管理措施落地生效。

（三）合理引导预期。各地各有关部门要加强宣传引导，及时准确解读政策，合理引导社会预期，努力营造改革的良好氛围，确保高值医用耗材管理工作平稳有序推进。

福建省医疗保障局

福建省卫生健康委员会

福建省药品监督管理局

2022年8月9日

信息公开类型：主动公开

福建省医疗保障局办公室

2022年8月11日印发
