

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2024年第25期

(06.17-06.23)

医保

医疗

医药

## ——本期视点——

（阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。）

### • 医院管理 •

▶ [如何用好信息化，落实医院运营成本核算？](#)（来源：三智医管）

——第 7 页

【提要】医院在开展日常工作时，运营成本控制和绩效管理的有效落实具有重要的价值，相关人员需要对其进行深入分析，确保能够对医院日常运营进行更为有效的管理。

▶ [公立医院运营管理背景下医疗设备降本增效实践探索](#)（来源：三智医管）

——第 15 页

【提要】当前，医疗设备“重采购、轻管理”现象依然存在，面临采购流程监督、运行效率提升、使用质量控制、绩效评价数据有效获取等多方面难题。本文以苏州大学附属第一医院实践为例，通过落实党委领导、服务医院发展定位、对照大型公立医院绩效考核标准、加强信息支撑和注重人才培养等，促进医疗设备总量管理、科学配置和高效利用，提升医疗设备的社会效益和经济效益，实现“降本、提质、增效”。

### • 分析解读 •

▶ [DRG/DIP 并进：我国医保支付方式改革路径与成效分析](#)（来源：

海聊清谈) —第 24 页

【提要】我国的医保支付方式改革，有着明显的在国家政策指引下、先自下而上试点再自上而下推广的中国特色。经过二十多年持续不断的改革实践，特别是国家医保局成立后，全面启动并持续推进以 CHS-DRG/DIP 为主的多元复合式医保支付方式改革，符合我国实际的医保支付制度已经逐渐成熟定型。可以预见，随着规范统一的医保支付方式在全国范围内的推广实施，医保支付方式在提高医保资金使用效率、引导医疗资源合理配置、控制医疗费用不合理上涨、维护人民群众的医疗保障权益、助推医药卫生事业健康发展等等方面将会发挥着越来越重要的作用。

▶ [“三路归并”在基金监管中的应用](#) (来源：中国医疗保险) ——  
第 57 页

【提要】医保基金监管如何借鉴“三路归并”的算法原理呢？可以将骨科高值耗材、心脑血管支架、血液透析净化三个重点领域医保基金监管这道“应用题”分解为临床诊疗路径、医保监管思路、财务审计思路“三路”，再将“三路”分解至各个环节，将所有环节逐一“归并”，形成医保基金“监管数组”。

### • 集中采购 •

▶ [集采新风向：省级药品带量采购趋势分析](#) (来源：医药经济报)  
——第 65 页

【提要】近日，国务院办公厅印发的《深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务》提出，进一步加强集采执行工作，推进药品和医用耗材集中带量采购提质扩面，2024 年各省份至少开展一批省级(含省际联盟)药品和医用耗材集采，实现国家和省级集采药品数合计达到 500 个、医用耗材集采接续推进的目标。本文通过总结分析我国省级药品带量采购的趋势和各地的实践经验，为纵深推进省级带量采购提一些建议。

▶ [如何保证集采药品、耗材降价不降质？国家医保局回应](#)（来源：中国新闻网）——第 71 页

【提要】2024 年 6 月 14 日，国务院新闻办公室举行国务院政策例行吹风会，就《深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务》相关内容进行了介绍，公布下一步集采重点。2024 年，医疗耗材集采政策持续深入推进，无论是采购规则制定还是执行落实，都进入了更加精细化、规范化的新阶段。

### • 医疗速递 •

▶ [国家医保局：将各地原有产科类医疗服务价格项目映射整合为 30 项](#)（来源：国家医保局）——第 75 页

【提要】生育是人生喜事，也是关系繁荣昌盛的家国大事。近日，国家医保局印发《产科类医疗服务价格项目立项指南(试行)》，将各地原有产科类医疗服务价格项目映射整合为 30 项，将“分娩镇痛”“导

乐分娩”“亲情陪产”等项目单独立项，并围绕网友关心的问题进行解答。

▶ [多地医保局发文，耗材挂网规则迎来新变化！](#)（来源：医疗器械经销商联盟）——第 81 页

【提要】前不久，江苏省医保局发布了关于公开征求《关于推进医用耗材挂网价格治理工作的通知(征求意见稿)》意见的公告(以下简称《征求意见稿》)。根据江苏省医保局此前发布的《关于深入推进医用耗材阳光采购的实施意见》，现阶段医用耗材挂网准入需有 3 家省内三级医院临采，外省挂网价和交易记录缺一不可，才可成功挂网。但从本次《征求意见稿》来看，今后耗材产品想要在江苏省挂网，或许会变得非常简单。

### • 专家观点 •

▶ [网售处方药 方便的同时还有什么](#)（来源：中国卫生经济学会医疗保险）——第 84 页

【提要】如今，你只要在手机上登录网络购药平台，上传处方，待线上医生接诊并开出处方后，便可缴费购药，在家坐等药品送上门。这种快捷的购药方式给老百姓带来了便利，免去了他们去医院挂号、就诊、缴费、取药等环节。在迎接新业态的同时，我们对其了解多少？网售处方药还有哪些待完善之处？行业该如何规范发展？本期“聚焦零售药店”专栏采访了该领域的专家和从业者，请他们分享各自的观点。

▶ [用体系建设破解医疗资源配置难题](#)（来源：中国卫生杂志）——  
第 92 页

【提要】从富庶的成都平原经济区到地广人稀的三州地区，从国家顶尖医学中心到“留不住人”的县医院，复杂的地理、交通、气候、民族等因素交融，造就了四川省独特的医疗卫生生态。用四川省卫生健康委副主任李冰的话来说，四川的医疗卫生格局就如同整个中国的缩影。日前，《中国卫生》杂志对李冰进行专访，看四川省如何整合资源，构建一体化的医疗卫生新格局。

## -----本期内容-----

### • 医院管理 •

#### 如何用好信息化，落实医院运营成本核算？

来源：三智医管

医院在开展日常工作时，运营成本控制和绩效管理的有效落实具有重要的价值，相关人员需要对其进行深入分析，确保能够对医院日常运营进行更为有效的管理。

#### 运营成本和绩效管理的关系

首先，科学实施绩效管理可以对其运营成本进行有效的控制，在现代市场经济发展中，医院之间逐渐产生了激烈的竞争，医疗服务质量和服务价格会对医院竞争力造成很大的影响。一般情况下，医疗服务普遍为政府定价，不能对其进行随意调控，因此，医院需要在提升医疗服务质量的同时，通过降低运营成本来增强自身在市场经济中的综合竞争实力。而医院在具体落实运营管理时，绩效管理对其成本费用增减幅度具有很大的影响，所以，医院需要强化绩效管理，确保全体职工能够更为积极地参与成本控制，进而实现运营成本的有效降低。其次，运营成本的有效控制是实现绩效管理水平进一步提升的重要保障，在我国现阶段，医院在日常运营中，普遍存在重购轻管，重财轻物的思想，使其成本核算信息无法对医院经营状况和财务状况进

行真实的反映，不仅会使其成本控制难度大大增加，同时还会使其绩效考核无法得到有效保障。医院在具体开展经济管理工作时，为了实现节约型医院的科学建设，必须对绩效、质量、成本三项因素进行综合考虑，从而需要在成本控制中全面贯彻绩效管理，明确在降低成本过程中全体职工的具体职责，通过对其绩效指标实现的具体情况进行严格考核，确保医院管理人员能够更为有效的落实经济决策，进而保障医院具有更高绩效管理水乎。

### **医院进行运营成本控制，和绩效管理的重要价值**

医院通过有效落实绩效管理，能够对各科室日常运营情况全面掌握，通过强化成本效益分析，准确核算经营活动中的收益。在核算对比结束之后，医院管理人员需要深入分析各科室上报的数据，对其管理工作中出现的各项问题进行深入分析，同时提出具体应对措施，从而有效推进医院发展，保障医院发展。通过对医院运营成本进行有效控制，能够确保医院在经济活动中具有更大的效益。对于医院的经营活功而言，如果想要对其运营成本进行更为有效的控制，需要严格管理医院对医疗服务工作投入的资金成本，进而对其财务管理工作效果进行更为有效的保障，与此同时，还需要对其运营成本控制和经济管理制度进行有效解决，确保医院发展具有更高的可持续性。在进行经济管理和成本控制的同时，使其各项经营活动中的医疗资源浪费得到有效减少，基于患者角度有效降低医疗成本，可以对患者权益进行有



效的保障，进而实现医疗服务的合理优化。

### 医院运营成本和绩效控制现存问题

首先，过于重视整体经济效益，医院在具体发展中，不仅需要对其经济效益增长进行有效保障，同时还需要为患者提供优质服务，确保医院发展的可持续性。通过深入分析医院成本核算可以发现，医院领导者对其整体经济效益过于重视。成本核算的有效落实，可以实现医院经济效益的进一步提升：不仅能够严格控制医院各项开支，同时还可以对医务人员行为进行合理约束，实现节约意识的有效形成。通过合理应用控制手段，能够确保医院科学运用资金、物力和人力资源，进而实现资金的节约。其次，部分医院在进行管理工作时，对运营成本控制 and 绩效管理缺乏充分的认识，导致运营成本和绩效管理的作用无法得到充分发挥。如果医院在开展具体工作时过于追求低成本，则会使员工福利大大减少，进而使其相关人员工作热情无法得到有效保障，会对医院发展造成很大的不利影响。所以，医院需要深入分析成本控制和绩效管理，对其管理方式进行合理应用，一方面保障医务人员具有更高的能动性，另一方面合理地降低运营成本，实现医院经济效益的有效提升，保障医院发展。

### 医院优化运营成本控制和绩效管理具体策略

#### (一) 提升成本核算意识

医院在具体经营中，各级部门需要有效落实绩效管理工作，相关

科室通过严格监控与合理分析绩效数据，能够及时找出问题，科学制定解决措施，进而实现本科室绩效的有效提升，确保医院经营管理能够高度实现战略发展目标。因此，为了确保医院能够更为有效的开展经营管理工作，实现经济效益的有效提升，医院需要强化相关人员成本核算意识。通过有效落实全成本核算，强化成本控制工作，能够使其不必要的成本开支得到有效避免，合理配置现有资源，实现其利润增长点的合理增加，进而实现绩效管理水平的全面提升，确保医院能够更为有效地控制总体运营成本。

## **(二) 科学设定监察部门**

医院在进行具体工作时，绩效管理和运营成本控制的长期开展是其管理质量的重要保障，相关工作人员需要对其进行深入分析，确保能够实现其经营效益的有效提升，推进我国现代医疗事业发展。因此，医院在具体开展管理工作时，需要在各个层面内充分体现成本控制和绩效管理。所以，为了确保医院运营环节能够全面贯彻运营成本控制和绩效管理工作，需要进行监管机构的合理设定，实时监测医院在日常工作中的运营成本控制和绩效管理，确保医院能够更为有效地开展运营成本控制和绩效管理工作。如果医院不能设置监管机构，则主管领导需要结合审计部门、纪检部门和财务部门，科学制定成本控制小组，对其财务核算、物资管理系统、HIS系统的各项数据定期提取，合理分析异常数据，对其可能出现的问题进行深入调查，确保能够更

为有效地落实运营成本控制和绩效管理工作。

### (三)完善人事管理制度

在医院发展中，医疗人才具有重要的作用，医院需要进行人事管理制度的科学完善，根据各科室要求进行人才选拔，合理构建绩效管理制度。在开展在人事管理工作时，首先需要合理规范人才聘用流程，确保能够对其进行科学完善。医院在具体落实人才管理时，需要重点关注如何提高医务人员的积极主动性，留住人才、吸引人才。医院在落实具体工作时，既要能够保障用人机制的灵活性，科学调整高素质人才的职务考核和薪资待遇，合理制定绩效管理制度，确保能够对其进行更为有效的管理，又要引进全能型人才，确保医疗环境中各级人员的工作需求得到更高的满足，根据各科室需求培养专业人才，确保能够实现医院综合实力的全面提升，降低医院运营成本点同时，合理优化医院形象，实现其知名度的进一步提升。与此同时，医院还需要进行应用型人才的科学引进，确保能够对其相关人员专业能力进行有效保障，进而确保全面贯彻运营成本控制和绩效管理工作。其次，医院各级工作人员需要强化人才培育工作，明确医院发展中人才的重要价值。在开展具体工作时，医院需要结合人才储备情况，进行人才培养计划的科学制定，引进先进管理方法，定期组织相关人员进行岗位培训，合理应用相关平台和信息系统，确保能够对其各项数据进行更为有效的处理。针对成本核算与绩效管理工作科学培养专业

性人才，与此同时，还需要优化人才招聘渠道，确保医院能够更为有效地执行运营成本控制和绩效管理工作。在具体落实人才培养工作时，还需要合理增加资金投入，确保医院具有更为丰富的人才资源，进而使医院工作中出现的各项问题得到有效减少，实现整体工作效率的全面提升。所以，医院在进行成本控制和绩效管理工作时，必须强化人才培养工作，确保能够合理利用人力资源，进而使医院得到更为有效的发展。

#### **(四) 制定绩效考核机制**

医院在开展具体工作时，如果想要对其运营成本进行更为有效的控制，强化绩效管理工作，需要仔细划分工作内容，同时还需要对其相关人员明确规定工作职责。有效控制医院绩效数据，确保能够对其医院运行情况及时掌握，严格监督医院日常工作，确保能够及时发现问题，并对其进行有效地处理，进而保障医院能够有效提升绩效管理水平，为医院的进一步发展进行有效保障。与此同时，医院在具体开展管理工作时，为了对其工作人员进行有效的激励，需要强化绩效考核，根据相关人员岗位要求和具体情况进行绩效考核方案的科学制定，严格考核相关人员在日常工作中的态度和表现。同时，还需要严格考核医务人员的职业道德和综合品质，确保能够实现相关人员职业素养的有效提升。医院在具体运行时，不仅需要为病人提供相关医疗服务，同时还需要进行良好就医环境的合理营造，确保患者及时就医，

使患者就医压力得到有效减少。医院在具体制定绩效考核制度时，还需要结合医院发展战略，确保绩效考核具有较高的有效性和准确性，进而保障医院在日常运营中能够更为有效地进行成本控制。医院通过业务能力、职业素养、工作态度、日常劳动强度等角度对员工进行多方面绩效考核，确保能够对员工综合情况整体把握。绩效考核的科学应用可以确保医院具有较高医疗服务水平，进而实现患者满意度的有效提升，确保医院具有更高的竞争力。因此，在具体构建绩效考核机制时，需要对医院基本情况进行深入分析，综合评定医院各项因素，确保绩效考核机制具有较高的公平性和有效性。例如，对于医院患者床位难求的情况，医院需要在科室运营考核内进行科室周转率的科学引进，通过该种方式可以使其床位寻找困难的问题得到有效改善，同时还可以实现医疗服务质量的进一步提升，使医院得到更为有效的发展。在完成绩效考核机制制定之后，相关人员必须严格执行，确保在医院日常管理过程中能够合理应用绩效考核机制。

#### **(五)开展成本核算工作**

医院在开展财务管理工作时，成本核算具有一定的基础价值，通过合理分析和科学核算医院各级部门及其服务项目日常工作中所产生的成本，确保医院管理人员在日常工作中能够有效降低医疗成本，进而保障医院具有更高的经营效益，避免对患者切身利益造成损害。所以医院在开展日常工作时，各个科室需要对其费用支出进行深入分

析，根据成本支出具体范围进行成本核算工作，确保其合理性和科学性，强化成本管理工作。与此同时，为了实现成本管理效率的有效提升，医院各级部门需要强化成本控制工作，确保能够使其各项经营费用大大降低，进而实现医院资源配置的合理优化。同时，医院在具体开展成本管理工作时，各级部门需要进行有效的协同配合，因此，全体医务人员需要科学树立成本核算意识，全面掌握医院发展动态，确保能够更为高效的参与成本管理，进而确保在各个层面全面贯彻医院相关要求，使医院得到更为有效的发展。

#### **(六) 合理开发相关软件**

在我国现阶段，大部分医院在进行成本核算工作时，应用软件相对落后，导致医院成本核算工作无法达到相关要求，不能对其成本核算工作进行有效保障，尤其是在开展成本核算工作时，高性能软件的缺乏导致医院很难有效落实成本核算工作，进而对其成本控制造成很大的影响。医院应该及时更新应用软件，针对医院成本核算具体情况进行管理软件的合理开发，确保能够对医院进行更为有效的管理。在进行软件开发时，需要与软件开发公司反复磋商沟通，确保所开发的软件能够高度适应医院管理需求。充分利用具有较高规范性和权威性的软件，能够为医院成本核算工作提供更大的技术支持和便捷，进而实现其成本核算水平的有效提升，确保能够有效控制医院成本。

#### **(七) 严格监管经营数据**

医院在严格遵循社会性和公益性的同时，需要深入分析成本效益，对医院医疗物资的各项成本数据进行有效的分析和处理，对其财务数据进行严格有效的效益核算。在具体开展医院管理工作时，不同医院的成本管理，人事管理和绩效管理具有不同的工作重心，核算运营成本的方式也存在很大的不同，此时，医院通过进行快速反馈数据的合理建设，可以及时反馈医院成本效益数据和经济活动数据，进而使医院能够更为高效的建设管理体系，对其绩效管理和成本控制的机制进行科学完善。通过对医院各项数据进行细化分析，能够全面把控医院相关数据，明确医院运营的具体情况。

总之，医院在日常运营中，通过提升成本核算意识，科学设定监察部门，完善人事管理制度，制定绩效考核机制，开展成本核算工作，合理开发相关软件，严格监管经营数据能够确保有效落实运营成本控制和绩效管理，进而推进医院发展，保证医院日常运营具有更高的社会效益和经济效益，推进我国现代医疗事业发展。

[返回目录](#)

### 公立医院运营管理背景下医疗设备降本增效实践探索

来源：三智医管

在国家加强公立医院运营管理背景下，作为临床诊疗技术的重要物质基础以及现代医院经济投入重要方面的医疗设备，其管理水平仍亟待提升以适应医院新发展要求。当前，医疗设备“重采购、轻管理”

现象依然存在，面临采购流程监督、运行效率提升、使用质量控制、绩效评价数据有效获取等多方面难题。本文以苏州大学附属第一医院实践为例，通过落实党委领导、服务医院发展定位、对照大型公立医院绩效考核标准、加强信息支撑和注重人才培养等，促进医疗设备总量管理、科学配置和高效利用，提升医疗设备的社会效益和经济效益，实现“降本、提质、增效”。

国家卫生健康委、国家中医药管理局联合印发的《公立医院内部控制管理办法》中指出，要规范公立医院经济活动，防范和管控内部运营风险；《关于加强公立医院运营管理的指导意见》（以下简称《意见》）中指出，要优化资源配置、强化分析评价，完善空间和设施设备管理。医疗设备作为临床诊疗的重要工具，其质量控制和应用管理水平与医疗质量、医疗安全紧密相连。医疗设备管理是落实现代医院管理制度、完善质量管理体系和规范医院运营管理的重要内容。

当前医疗设备存在因客观及主观因素造成的管理不足问题，成为公立医院精细化管理实施的制约因素，影响设备功能的充分发挥，造成医疗资源浪费甚至滋生廉政风险、制约运营效率提升。本文以苏州大学附属第一医院（以下简称案例医院）在推进高质量发展及“公立医疗机构经济管理年”活动背景下，结合医疗设备管理现状和实践经验，探索优化精细化管理路径和支撑体系的发展思路，提升全生命周期管理效能。



## 1. 医疗设备管理主要问题分析

### 1.1 采购监督不到位，推高采购成本

医疗设备采购费用高昂，占据医院经济投入相当大的比重，直接关系到医院的运行成本，同时也是廉政风险的重点控制环节。当前，对于医疗设备招标采购的监督还不完善：一方面，采购流程透明度不足，导致监管困难，难以追溯。另一方面，采购流程缺乏全面性、系统性，临床科室与职能部门之间信息交流不畅，有遗漏、错误等情况发生，导致采购效率较低下，耗时较长，消耗资金较多。再者，供应商信息不透明，造成对供应商的履约能力、经营状况难以评估，导致出现陪标、合同违约、售后服务不能保证等问题。部分厂商过分宣传医疗设备功能的独特性、来源的单一性等，增加议价难度，推高采购成本。

### 1.2 数量庞大、品种繁多，精细化管理难

由于医疗设备数量庞大、品种繁多，部分医院资产管理制度比较粗放，未结合医院实际针对各环节制定有章可循的制度办法，从而导致执行过程中缺乏可参考制度，资产管理流于形式。在进行盘点清查时，通常的人工盘点往往只能关注有无设备，而对每台设备的存放、使用、定期保养、维护等情况，以及调拨和使用效能监控难度大。医院缺乏从购置到报废的日常统筹跟踪机制，实物、台账与财务账之间存在差异，容易出现账目不清、账物不符、有账无实等情况。管理不

到位，可能造成设备容易损坏、闲置、丢失、非正常损毁或报废后处置不合规等，导致医疗设备资源浪费。

### 1.2.1 质控落实不到位，影响使用质量

医疗机构虽然越来越意识到医疗设备质控工作的重要性，制定了相关标准文件，但多是宏观层面的规定，并未进行细化，内容差异也很大，缺乏统一标准。还有一部分质控工作的开展以应付上级检查为主，对自身岗位权责认识不明，质控工作效果并不理想。医疗设备的质控工作需要多方参与，要构建完善的保障机制，以保证质控工作的科学性。专业质控人员缺乏、保障机制不健全等原因，制约了医疗设备质控工作的开展。质控工作技术要求高，工作难度大，当前多由医院负责医疗设备管理的医工人员兼职完成，由于本职工作任务量大，没有足够的时间和精力，因此执行方面存在较大难度。

### 1.2.2 信息化程度不足，考评数据获取难

当前，医院资产管理系统功能单一，设备运行数据一般由使用部门非专职人员人工填报汇总，相关指标数据获取没有做到规范统一，造成数据统计不准确、不及时，无法真实反映设备运行状态并提供数据决策支持。同时，缺乏资产实物和价值同步变动机制，难以形成资产管理、成本收益管理、绩效管理相互对接的资产信息。一些医院内部信息系统互联互通程度不高，难以对大型医疗设备进行效益、效率的量化评估，导致预算管理、效益分析、绩效评价难度加大，管理

的时效性和精准性难以得到保证，更无法实现动态优化。同时，虽是通过信息化手段获取的数据，但还需要人工进行统计、分析等，难以实现智慧化管理。

### **1.2.3 专业人才不足，导致维护成本高**

当前，专业管理人员不足、技术水平不高、年龄断层、学历结构老化、分工不科学等现实问题，导致医院医疗设备维护成本居高不下。部分医院仍以被动式维修居多，维修周期长、效率低、响应不及时，造成设备开机率低、临床满意度低等情况。同时，由于缺乏前瞻性预算计划和定期保养，容易导致设备维修频率较高、临时仓促维修多、维保费用高等，影响设备整体效率发挥，一定程度上造成了医疗设备资源浪费，增加了医院运营成本。再者，医疗设备厂商掌握核心技术，常以技术保密、整部件更换为由抬高维修维护成本，也使得在对医疗设备进行技术监督方面存在模糊空间。

## **2. 案例医院医疗设备降本增效管理实践**

### **2.1 落实党委领导，加强组织建设**

充分发挥党委把方向、管大局、做决策、促改革、保落实的作用。医疗设备管理过程复杂、专业化程度高，需要临床、医技等使用科室及相关职能部门高效配合。在院党委统一规划下，成立医疗设备管理委员会，由院领导任组长，医务、护理、财务、审计、纪委、医工等部门负责人为成员，由医工部协调具体工作，各相关职能部门积极配

合。

医院定期开展“职能部门作风效能建设行动”，院级领导牵头，由医院从总体战略高度统筹规划，作为医院阶段性发展目标纳入纲领性规划文件，统筹协调，有序推进医疗设备精细化管理路径的实践和支撑体系的建立，各相关部门密切合作、积极作为。通过不断完善管理制度和优化实施细则，从规划落实到考核改进，实现全生命周期闭环管理。特别针对甲、乙类大型医疗设备的配置规划和运行管理，医院充分发挥党委在“三重一大”中的决策作用，从预算管理、绩效考核、质量控制等多方面把关，优化资源配置。

## 2.2 把握医院定位，服务发展大局

区域重点三甲医院，肩负疑难危重症的诊断与治疗任务，应配备与本区域人口相适应的常规医疗设备，同时也应配备代表区域医疗高水平的先进设备。这有利于疑难病例的诊治和更好地为患者服务。案例医院根据国家关于医药卫生发展的整体规划部署，以打造国家级和省级高水平医院为目标，以“国家疑难病症诊治能力提升工程”项目、“国家血液系统疾病临床医学研究中心”建设为重点，服务国家区域医疗中心建设、“长三角”一体化发展及苏州市“531”工程建设要求。依托现有资源，积极组建胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇和危重新生儿等5个城市疾病协同救治中心。同时，根据中心需要，合理规划论证相关医疗设备配置，统筹安全性、有效性、先进性和经济

性之间的关系，在区域医联体框架下，加强医疗设备资源协调管理，实现医疗设备资源共享、应急调配、同质化管理和检查结果互认，有效避免重复检查，减轻患者经济负担，进一步体现公立医院的公益性。

### **2.3 对照国家标准，推进绩效考核**

对照大型公立医院绩效考核要求，从大型医用设备检查阳性率、设备维修保障及质量控制管理方面入手，既明确公立医院的公益属性，又要提升运营水平，实现高质量可持续发展。社会效益层面包括医疗设备诊疗阳性率、设备运行能力以及设备资源保存情况等。避免为了经济效益而开展过度检查，同时既要为患者检查提供便利，还要在应对突发公共卫生事件时具有将全部医疗设备用于应急救治的能力等。经济效益层面包括医疗设备的采购和使用管理，做到科学论证、合理配置，提高资金效益，杜绝资源浪费。

注重大型医用设备维修保养及质量控制管理，构建质控体系，培养专业人员，借助专业质控设备，有效开展质控工作。制定预防性维护维修计划并进行相应的预防性维护，开展日常保养和维护，对发现的问题及时处理，延长设备使用寿命。对临床使用部门进行监督管理和定期开展培训，保障操作使用的高效规范。

### **2.4 强化信息支撑，提升决策质量**

利用人工智能、大数据分析等技术建立测评考核系统平台，多指标多维度对考核数据进行分析、解读，挖掘出数据的价值，有效提高

考核测评效率，为科学决策提供数据支撑。与“业务云”“档案云”“数据云”相结合，形成对医疗设备运行状态全方位、多层次智慧化管理，帮助医疗设备管理部门快速发现问题、分析问题，并协助解决问题。案例医院以原值 100 万元以上的大型医疗设备为切入点，对大型医用设备使用情况、使用效果定期评价。以信息化手段实时监测设备在线运行状态，对开机时长、功能利用率、阳性率、收益情况、折旧情况、盈亏率等指标进行统计分析，为医疗设备资源的科学配置决策提供参考数据，提高医疗设备资源管理水平。同时，将运行数据反馈到医疗设备预算管理，实现预算绩效的准确评价和医疗设备科学配置。

## 2.5 注重人才培养，实现持续发展

临床工程师是保障公立医院医疗设备安全有效运行和科学规划管理的专业技术人才，要根据临床科室诊疗特点、工作环境、设备工作原理及个人能力等合理调配。加强后备人才队伍建设，以先进的专业技术和管理理念有效增强临床医学工程部门的整体效能，更好适应医疗设备技术含量提升和精细化管理要求不断提高的要求。案例医院借鉴全科医师培养及住院医师规范化培训经验，开展“一专多能”型临床工程师培养，建立包括基础知识、实践技能、与医护协同、应急保障演练等内容的全科临床工程师培养体系，并完善评价体系与配套保障措施。实现临床工程师平时有分工、应急可替补，兼顾专业技

术能力和管理能力，能够与临床医技护理密切协作并进行积极互动，开展更高水平的“实时”医疗设备保障服务，助力医疗技术进步和医院高质量发展。

### 3. 实践成效

案例医院自 2020 年底开展优化医院运营管理实践以来，针对医疗设备管理，在院党委统一领导下，实现了从规划配置、招标采购到运行管理的全程监督。通过内部审计和纪检监察实现了纪律监督，有效降低了医疗设备采购相关廉政风险。从预算管理、绩效考核、质量控制等多方面把关，优化资源配置，确保相关诊疗技术的提升，医疗设备资源配置水平明显提升，开机率、阳性率处于合理区间。医疗设备综合保障能力稳步提升，全院医疗设备自修率提高 11.3%，维保费用下降 8.2%，设备有效开机率明显提高，医疗器械月均使用饱和度、月均检查收入与之前(2019、2020 年度)同期比较，均出现显著增长。在有关医疗设备保障方面的满意度调查中，医务人员满意度由 2019 年的 80.12%提升到 2021 年的 93.69%；患者满意度由 2019 年的 79.12%提升到 2021 年的 90.69%，实现医疗设备的社会效益和经济效益双提升。

### 4. 结语

本文系统分析了当前公立医院医疗设备运营管理中存在的采购成本高、精细化管理不足、使用质量得不到保证、信息化水平低、专业人才不足等痛点难点问题。对照《意见》指示要求，以贯彻新发展

理念、完善管理制度、解决突出问题为突破口，实现医疗设备总量管理、科学配置和节约高效利用。不以单纯压缩预算、降低成本为目标，而是提高现有医疗设备的使用效率、提升管理水平以及合理规划医疗设备资源的高质量配置为突破口。以党建引领，主动服务医院发展大局，对照国家标准，加强信息支撑，推进专业人才培养等，建立全生命周期精细化管理制度。着眼长远，既注重经济效益，更注重社会效益，通过“提质、增效”实现“降本”目标，推动公立医院运营管理效能提升和高质量发展。

[返回目录](#)

## • 分析解读 •

### DRG/DIP 并进：我国医保支付方式改革路径与成效分析

来源：海聊清谈

我国自 20 世纪九十年代开始建立与市场经济相适应的社会医疗保险制度以来，医保支付方式(又称医保付费方式或医保结算方式)就是医保制度不可分割的组成部分。医保支付方式伴随着医保制度的发展而发展，并通过自身的持续改革促进我国医疗保险制度不断完善。

我国的医保支付方式改革，有着明显的在国家政策指引下、先自下而上试点再自上而下推广的中国特色。经过二十多年持续不断的改



革实践，特别是国家医保局成立后，全面启动并持续推进以CHS-DRG/DIP为主的多元复合式医保支付方式改革，符合我国实际的医保支付制度已经逐渐成熟定型。可以预见，随着规范统一的医保支付方式在全国范围内的推广实施，医保支付方式在提高医保基金使用效率、引导医疗资源合理配置、控制医疗费用不合理上涨、维护人民群众的医疗保障权益、助推医药卫生事业健康发展等等方面将会发挥着越来越重要的作用。

## 一、我国医保支付方式改革的历史沿革

1998年12月14日，国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号），标志着在全国范围内开始对企业职工、机关事业单位工作人员、社会团体以及民办非企业单位职工全面实施社会医疗保险制度。医保支付方式作为社会医疗保险制度的重要组成部分，也开始了在实践探索中不断发展完善的历程。

这一阶段（1999年-2017年）医保支付方式改革的主要特征表现为在国家政策指导下自下而上的地方实践探索。

### （一）国家医保支付方式政策演进历程

为了指导各地制定基本医疗保险费用结算办法，逐步建立适合当地实际的医保支付方式，保证城镇职工基本医疗保险制度在各地区的顺利实施，1999年6月29日，原劳动和社会保障部、国家经济贸易委员会、财政部、卫生部在联合印发的《关于加强城镇职工基本医疗

保险费用结算管理的意见》(劳社部发〔1999〕23号)中提出,“基本医疗保险费用的具体结算方式,应根据社会保险经办机构的管理能力以及定点医疗机构的不同类别确定,可采取总额预付结算、服务项目结算、服务单元结算等方式,也可以多种方式结合使用”。

随着基本医疗保险制度改革工作的稳步推进,2009年3月17日,中共中央国务院在《关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号)中要求:“完善支付制度,积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式,建立激励与惩戒并重的有效约束机制”。随后,国家及其相关部门制定颁布了一系列政策文件,医保支付方式改革步伐进一步加快。

## (二) 地方医保支付方式改革实践探索

在国家主管部门的指导下,各地纷纷结合当地实际、积极开展医保支付方式改革的实践探索,积累了许多各具特色的地方经验,并产生了一批极具参考价值的典型实践案例。

### 1、总额预算付费——以上海市为例

2001年,上海市开始全面实施城镇职工基本医疗保险制度,并主要实行按项目付费,实施当年城镇职工基本医疗保险基金支出快速增长,严重影响了医保基金的财务平衡和医保制度的可持续发展。为扭转这一不利局面,2002年,上海市开始进行医保付费制度改革,对定点医疗机构实行以“总额控制、按月预留、年度考核”为特征的

医保基金总额预算，并不断调整完善。2005年，探索在社区卫生服务中心实行总额预付。医保基金预算分配也从由医保部门确定预算分配指标(2002年)调整为由定点医疗机构自主协商确定预算指标(2008年)。在总结实践经验基础上，2009年，上海市人社局、医保办联合印发《上海市定点医疗机构医保支付费用预算管理试行办法》(沪人社医发(2009)24号)，开始对定点医疗机构全面实施医保基金总额预算管理，2009年由基层医疗机构扩展到上海市三级医院，2011年实现了公立医院的全覆盖。

上海市总额预算付费管理工作主要包括五大内容。

一是总额预算。每年年终，由上海市医保办以当年实际收入加上下一年度医保基金收入预期增长拟定下一年度医保预算收入总额。在此基础上，按照基金支付项目情况，根据复旦大学数学学院和公共卫生学院共同开发的大数据数学模型计算拟定一个总的基金支出预算总额。

二是协商分配。由医院按不同等级分别推荐医院代表参与医院医保预算指标分配落实工作。具体来说：首先，根据上海市人民政府审定同意的医院预算总额，由市医保办组织召开医院代表会议进行协商，将下一年度医院预算总额划分为三级医院预算总额和一二级医院预算总额。然后，由三级医院代表协商提出三级医院预算分配方案，听取意见后分配落实到各三级医院；由一二级医院代表协商将一二级

医院预算总额分配落实到各区县，再由各区县医保办组织区内医院协商，分配落实到辖区内各一二级医院。

三是按月预付。市医保中心根据各医院年度预算指标，按月均摊拨付。同时，对实际费用增长较快、超预算比例较高的医院，则暂缓拨付。

四是动态调整。按照分级管理原则，可在年中对各医院年度预算指标进行适当调整。其中：各区县医保办可在区县一二级医院预算总额范围内进行合理调整；如因特殊情况，需要调增辖区内一二级医院预算总额，区县医保办向市医保办提出正式申请。三级医院因特殊情况需追加医保预算指标的，直接向市医保办提出正式申请。

五是年终清算。由市医保办根据医院代表意见拟定预算管理年终清算方案，对于实际申报费用未超年度预算指标的，原则上年终考核不扣减、不分担；对于实际申报费用超出年度预算指标的，在对医院诊疗行为规范性、医疗费用合理性等进行考核的基础上，兼顾医保基金和医院承受能力，对医院超预算费用进行合理分担。

## 2、按病种分值付费——以江苏省淮安市为例

2000年，淮安市开始全面启动并实施城镇职工基本医疗保险制度。2000年—2002年间，医保制度在实施过程中存在的最大问题就是医保费用增长过快，医保的各项住院指标明显高于非医保，同期花费的医疗费用是非医保病人的2.5倍左右。据赵斌介绍，医保住院患

者的次均费用高达 8668 元(平均床日 30 多天),远高于江苏省内其他地市和本地非医保病人(3000 多元),单个病例的医疗费用明显扭曲。

由于医保基金面临着不可持续的客观现实,迫使淮安市对按项目付费的医保支付方式进行改革。2003 年 3 月开始,淮安市在没有接触 DRGs 的情况下,创造性地引入了类似 DRGs 权重的病种分值概念,并实行按病种分值付费。初始阶段,由于没有实行总量控制,导致了定点医疗机构的医疗费用只升不降,于是自 2003 年 10 月开始,把各定点医疗机构每月实际发生的医保基金的总数量作为每月可分配的医保基金,改革后医保费用得到了有效控制,取得了显著成效。2004 年二季度末,淮安市开始全面实施总额控制下的“病种分值”付费方式。

随后,中山市(2010 年)、南昌市(2013 年)、宿迁市(2013 年)、芜湖市(2014 年)、清远市(2014 年)、东营市(2015 年)、新余市(2015 年)、银川市(2015 年)、石嘴山市(2016 年)、长沙市(2016 年)、淄博市(2017 年)、安庆市(2017 年)、邢台市(2017 年)、汕头市(2017 年)、珠海市(2017 年)等地纷纷引入按病种分值结算。

综合淮安市人民政府办公室《关于实行市区基本医疗保险按病种分值结算的意见(试行)》(淮政办发〔2003〕156 号)和淮安市劳动和社会保障局《关于市直基本医疗保险实行以收定支、分月总量控制的意见(试行)》(淮劳社发〔2004〕154 号)等文件规定,可以将淮安市

按病种分值付费办法归纳如下。

一是确定病种分值。各定点医疗机构每月费用结算时，按规定将出院小结及其它明细资料及时报送淮安市医保中心审核。病种诊断名称依照 ICD 疾病名称规范填列上报。由于在历史费用资料收集统计时已考虑疾病的复杂多样性，并且包含了患多种疾病或合并症的患者，因此公布分值的病种主要是除儿科、产科之外的常见病、多发病，并统一以该次出院的临床第一诊断(主要诊断)为准。特殊情况可以采取特例单议的办法处理。病种具体分值由淮安市劳动保障行政部门制定。

二是确定医院等级系数。三级医院为 1.0、二级医院为 0.85、一级医院为 0.6。二级专科医院中的专科病种按 1.0 系数执行。

三是确定年度预算总额。首先根据当年实际参保人数、实际缴费基数、缴费比例等计算出当年全部医保费总收入，在扣除划入个人帐户后的金额即为全年统筹基金收入。当年可使用的医保统筹基金的 70%作为用于支付市直定点医疗机构的应由基本医疗保险统筹基金支付的住院医疗费用。其中，暂未列入“病种分值结算”病种的住院费用，在此总额内分别结算(医院等级系数不变)。

四是按月预付控制总量。医保基金实行按月预付，并按年度统筹基金总量的 95%除以 12 作为月统筹基金控制总量。月统筹基金实际应付费用大于月统筹基金控制总量的，按月控制总量作为总额计算分

值单价；月统筹基金实际应付费用小于月统筹基金控制总量的，按实际发生额作为总额计算分值单价。其中，某定点医院结算后月度医保预付费用= $\{[(\text{所有定点医院月实际出院费用总和}-\text{个人支付总费用}) \div \text{所有定点医院当月病种折合总分值}] \times \text{该院月折合分值}\}$  - 个人负担超控制比例扣减金额。

五是进行年终决算调整。年终结合门特、住外及转外支付的超支或剩余情况，进行年终决算调整。

### 3、按疾病诊断分组付费——以北京市为例

2001年2月20日，北京市人民政府颁布《北京市基本医疗保险规定》（北京市人民政府第68号令），决定自2001年4月4日起，全面实施职工基本医疗保险。同年2月28日，北京市劳动和社会保障局、财政局、卫生局、中医药管理局在联合印发的《北京市基本医疗保险费用结算暂行办法》（京劳社医发〔2001〕17号）中决定，基本医疗保险费用按以下方式结算：参保人员门诊、急诊和住院医疗费用以服务项目结算为主要方式结算；部分病种的医疗费用按医疗机构的不同等级实行按病种结算；门诊肾透析、肾移植后服抗排异药的医疗费用实行定额结算。

随着城镇职工基本医疗保险制度的全面实施，为有效控制因为实行按项目付费所导致的医疗费用不合理增长的态势，进一步提高医疗保险基金使用效益，在保证医疗质量的同时，切实减轻参保人员的医

药费用负担，2003年，北京市开始着手实施按疾病诊断分组(DRG)付费的前期准备工作，并进行了DRG基础数据的采集。2005年，在病案首页基础上建立DRG分析模型。前期工作准备就序后，2011年，北京市人力资源和社会保障局、卫生局、财政局、发展和改革委员会联合印发《关于开展按病种分组(DRGs)付费试点工作的通知》(京人社医发〔2011〕207号)，决定自2011年8月1日起，在部分定点医院开展按DRG付费试点工作。第一批试点医院包括北京大学第三医院在内的6家三甲综合医院。北京也因此成为全国首个使用DRG付费的城市。试点下来，患者负担有所减轻，医保费用增长可控，从而引起了全社会的广泛关注。

北京市按疾病诊断分组(DRGs)付费工作主要包括：

一是病种分组。首先，试点医院按照临床诊断、治疗过程、病情(即风险)进行分类，将流程近似、资源消耗近似的病例组合为一个病种组；然后，再将所有病种分组，以北京市试点医院若干年份实际发生的医保费用数据为基础，从已有的650个病种分组中选取了医疗费用比较接近、病例数量相对集中的108个病组作为试点范围。

二是付费标准。首先，计算DRG权重。某DRG权重=该DRG中病例的例均费用/所有病例的例均费用；其次，计算DRG费率。DRG费率=预测住院总费用/预测DRG总权重；然后，确定各DRG付费标准。各DRG付费标准=DRG费率×DRG权重



三是按月预付。根据试点医院每月实际发生的 DRG 病例数以及对对应病例的付费标准，计算每月应支付费用，在按比例扣除相应的质量保证金后，即为试点医院每月的实际预付额。

四是年终清算。根据医保基金运行实际，并结合试点医院的考核情况，进行 DRG 年度结算和年终清算。

#### 4、按单病种付费——以山东省济宁市为例

2001 年，山东省济宁市开始实施城镇职工基本医疗保险制度，启动之初，由于各项基础数据不足，人均住院费用相对较低(4000 元左右)，因此采用了按项目付费的医保支付方式。制度实施后，由于各定点医疗机构对住院医疗费用控制观念淡薄以及为了获得更多的医保基金分配份额，在半年时间里，月人均住院医疗费用就呈现直线上升趋势，到 2001 年 6 月底，人均住院医疗费用就高达 6000 元，比年初上升了近 50%。

为了有效控制医疗费用快速增长的势头，济宁市自 2002 年开始试行住院医疗费用定额结算办法，将参保职工人均住院医疗费用的医保支付标准规定为“上年度社会人均住院费用的 120%，超支不补。”该办法实施之初，住院医疗费用快速增长的势头得到了有效遏制，人均住院医疗费用也有所下降，保证了医保基金的平稳运行。但经过一年多的运行，其弊端也逐渐显现，出现了分解住院、低标入院、降低医疗质量、恶性肿瘤器官移植等重症患者的超定额医疗费用难以解决

等问题，导致医保患三者之间的矛盾不断增加，因此需要进一步改革完善医保支付方式。

2004年，在广泛征求定点医院和充分论证的基础上，济宁市劳动和社会保障局会同财政局、卫生局联合印发《关于济宁市市直基本医疗保险住院医疗费用实行复合式结算办法的通知》（济劳社〔2004〕6号），决定自2004年4月1日起，在实行总额控制的前提下，在原办法基础上，进一步进行了结构性优化调整，将按单病种付费的病种由10种增加到90种，将据实结算的大病病种由18种调整至10种。

具体做法如下：

据实结算的大病病种确定流程。一是统计人均住院医疗费用在基本医疗保险最高支付限额以上的疾病和住院人次进行备选；二是将以上统计的疾病按照医疗总费用为人均住院医疗费用4倍以上的标准再进行筛选；三是将以上统计的疾病按照ICD—10（国际疾病分类标准）进行归类；四是通过医疗费用筛选出医院每年发生大幅医疗费用超过50人次以上的疾病和个别医疗费用特别高的疾病，拟纳入据实结算的大病病种。通过以上程序，将拟纳入据实结算病种与定点医院协商后，确定10个据实结算病种。

按单病种付费的病种确定流程。首先是将如下5个条件作为单病种的筛选标准：1. 发病机制清楚，诊断明确，治疗方法比较固定；2. 疾病并发症少，治疗处置差异性小，医疗费用相对稳定；3. 有比较明

确的诊疗规范和治愈标准;4. 疗效确切, 愈后良好, 后遗症少;5. 以病程及质量易于控制的外科病种为主。

其次是确定医保支付的定额标准。具体步骤: 1. 统计 3 年内该病种各医院平均医疗费用;2. 按照临床路径, 对应医疗收费标准计算出每个病种费用定额;3. 统计各级医院每个病种住院医疗费用平均值, 在平均值基础上, 剔除不合理因素, 再与模拟定额对照下调 10%-15%, 即为该病种的初步定额, 然后下发各定点医院广泛征求意见, 与有关医院或科室召开座谈会, 充分参考和吸纳他们的意见和建议, 支付标准确定后再由定点医院负责人签字, 最后由人社部门联合卫生、财政等部门下发文件执行。

### 5、按人头付费——以广东省东莞市为例

2008 年, 东莞市正式建立起城乡一体化的社会基本医疗保险制度, 将本地户籍的企业职工、城镇居民、农村居民和外来务工人员纳入到同一个医疗保险体系中, 实现城乡居民医保与城镇职工医保在医保制度、缴费标准、待遇水平、基金运行、管理服务等五个方面统一, 建立了真正意义上的全市城乡一体化医保体系。同年 10 月, 东莞市门诊医疗保障制度与社区卫生服务体系同步建立, 门诊统筹以社区卫生服务机构为载体, 向全市所有参保人提供门诊医疗服务, 按“总量控制, 定额包干”进行结算, 并实行年终清算, 超支不补。定额包干费用根据各定点社区卫生服务中心及其辖区内定点社区卫生服务机

构覆盖参保人数及门诊缴费金额确定。主要内容包括：

一是确定总量定额。以一定时期内包干机构服务参保人门诊统筹保险费征收总额为基数，按服务人群特征确定调剂金提取比例，算出总量定额。计算公式：总量定额=服务人群门诊统筹征收总额×(1-调剂金比例)。其中：各包干机构的调剂金比例主要根据门诊统筹基金运行情况以及预算需要调剂的总量确定。

二是按月结算。参保人在包干机构发生的门诊医疗费用，按规定属个人支付的部分由包干机构现场收取，其余部分作为医保统筹记账，由医保经办机构定期与包干机构进行结算。每个结算周期，医保经办机构在定额包干费用中暂扣一定比例作为服务质量保证金，在年终按考核办法进行偿付。对于包干机构覆盖参保人发生的医保统筹记账费用，不超过定额包干费用的，医保经办机构按实际拨付，结余费用结转下一周期使用；超过定额包干费用(含上期结转费用)以上部分暂不予拨付。

三是年终考核。每年年终对包干机构开展年度考核，检查医疗机构执行门诊统筹相关规定情况，考核结果与相关费用偿付挂钩。

四是年终清算。针对基层医疗机构实行“收支两条线”的特点，视包干机构执行政策情况，对合理结余费用实行激励性返还政策，充分调动包干机构的积极性；对超出年度总量定额的，结合门诊统筹基金运行、包干机构执行医保政策、年终考核等情况，确定包干机构合

理超支费用，在基金承受能力范围内，利用调剂金给予补偿。

## 二、DRG/DIP 支付方式改革取得全面进展

2018 年 5 月 31 日，国家医疗保障局正式挂牌成立。为认真贯彻落实国务院《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号）文件精神，及时总结推广经过地方实践探索被证明行之有效的医保支付方式，成立不久的国家医疗保障局开始着手主导医保支付方式深化改革工作，并全面启动 CHS-DRG/DIP 付费国家试点，从而体现出国家主导、统一组织、自上而下、有序推进的改革特征。

### （一）DRG 支付方式改革国家试点情况

#### 1、工作部署

2018 年 12 月 10 日，国家医疗保障局办公室发出《关于申报按疾病诊断相关分组付费国家试点的通知》（医保办发〔2018〕23 号），要求“各省要积极推动和参与按 DRGs 付费国家试点工作”，力争“通过 DRGs 付费试点城市深度参与，……制定并完善全国基本统一的 DRGs 付费政策、流程和技术标准规范，形成可借鉴、可复制、可推广的试点成果”。

为保证试点工作的规范统一，2019 年 10 月 16 日，国家医疗保障局办公室发布《疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案》（医保办发〔2019〕36 号）。《技术规范》对 DRG 分组的

基本原理、适用范围、名词定义，以及数据要求、数据质控、标准化上传规范、分组策略与原则、权重与费率确定方法等进行了规范。《分组方案》则明确了国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)的具体操作规则，是全国医疗保障部门开展DRG付费工作的统一标准，包括了26个主要诊断大类(MDC)，376个核心DRG(ADRG)，其中167个外科手术操作ADRG组、22个非手术操作ADRG组和187个内科诊断ADRG组。2021年4月15日，国家医疗保障局办公室制定印发《按疾病诊断相关分组(DRG)付费医疗保障经办管理规程(试行)》(医保办发〔2021〕23号)。

## 2、试点情况

目前，30个DRG试点城市已全部进入实际付费阶段。

——病组覆盖情况。多数试点地区按照DRG进行付费达到了较高的病组覆盖率，如：北京市DRG全病组共计696个，实际付费647个病组，病组覆盖率达到93%；天津市全病组共计696个，实际付费674个病组，病组覆盖率达到96.98%；黑龙江省哈尔滨市全病组共计668个，实际付费668个病组，病组覆盖率达到100%。

——医院覆盖情况。目前，所有试点城市提供住院服务的医院实行DRG付费的覆盖率均在70%以上。如：北京市提供住院服务定点医疗机构的数量为408家，实行DRG付费的医疗机构覆盖率为100%，另有近50个统筹区医疗机构覆盖率达到70%以上；天津市除中医专

科、精神专科、部队医院外，37家三级医院、6家二级医院全部启动DRG实际付费。

## (二)DIP支付方式改革国家试点情况

### 1、工作部署

2020年2月25日，中共中央国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号)，明确要求“持续推进医保支付方式改革……大力推进大数据应用，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推广按疾病诊断相关分组付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费”。

为认真贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号)，持续推进医保支付方式改革，国家医保局在大力推进DRG付费改革国家试点的同时，于2020年10月14日，印发《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》(医保办发〔2020〕45号)，并确定在天津市等71个城市开展DIP付费改革试点工作。

与此同时，2020年11月9日，国家医疗保障局办公室发布《国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范和DIP病种目录库(1.0版)》(医保办发〔2020〕50号)，并于2020年12月9日公布《区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)专家库名单(2021年度)》(医保办发〔2020〕54号)。

为了全面统一规范 DRG 和 DIP 付费的业务管理规则和经办操作流程，国家医疗保障局办公室分别在 2021 年 4 月 15 日和 2021 年 5 月 20 日，制定印发《按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费医疗保障经办管理规程(试行)》(医保办发〔2021〕23 号)和《按病种分值付费 (DIP) 医疗保障经办管理规程(试行)》(医保办发〔2021〕27 号)。

## 2、试点情况

目前，71 个试点城市已全面进入实际付费阶段。具体的试点工作开展情况包括：

——区域总额预算。试点城市按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，在综合考虑各类支出风险的情况下，统筹考虑物价水平、参保人医疗消费行为、总额增长率等因素，合理确定统筹区总额预算，并明确其中可用于 DIP 付费的资金预算，且对与 DIP 付费相关的基金支出不再设置单个定点医疗机构额度。具体操作上，多数改革地区采用支出项目分配的方法，即在确定年度住院医保基金支出预算的基础上，扣除区域调节金、以及其他不纳入 DIP 结算的费用等，确定年度 DIP 医保基金支出预算。此外，部分地区探索采用上年度 DIP 住院统筹基金支付总额，根据其占比或按一定增长率进行计算，确定当年 DIP 预算总额。

——病种分组。DIP 改革地区的核心病种数量多在 2000 至 4000 组之间，平均约为 3500 组；综合病种数量平均约为 800 组。在核心病



种病例数临界值的设定上，各地结合当地情况，主要采用两种方法。一种是设定固定值，如以 15 例为临界值。另一种是基于当地病例数总量进行测算，以能覆盖一定比例(如大于等于 90%)来确定临界值。此外，部分地区在病种分组上不断创新，DIP 病种目录库的覆盖及应用方面不断完善。除了核心病种、综合病种外，各地逐步形成了基层病种、中医优势病种等。如：广东省遴选 169 个以纯中医治疗或以中医特色治疗为主的中医优势病种，56 个诊断明确、中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的中医日间治疗病种，实施按病种分值付费，支持基层医疗机构开展慢性、医疗康复等中医药服务。部分地区探索设置日间病种、床日病种。如：厦门市、辽源市对医疗康复、安宁疗护和精神类疾病等需要长期住院治疗的，形成相应病种，并探索基于 DIP 病种的床日分值结算方式。在遵循技术规范基础上，部分地区进一步细化辅助目录设置，形成了更为精细的做法，实现了 DIP 精准预算、精细管理和精准支付。如潍坊市建立中医及康复辅助目录。厦门市针对床日病种、肿瘤病种、中医优势病种的特点，分别配套制定疾病分期辅助目录、药品分值辅助目录、中医调整辅助目录；设置双侧辅助疾病辅助目录，体现部分疾病单、双侧治疗存在的资源消耗差异。

——分值计算。各地在具体操作上，主要采用平均费用法、基准病种费用法或标准定额法来计算分值。在选定病种分值计算方法的基础上，部分地区进一步应用辅助分型和分值校正机制，进行病种分值

调节和当年病例分值调整，体现临床病例的个性化特征。一些开展实际付费时间较长的改革地区(如广州市、淮安市、厦门市、东营市等)已将辅助分型调节系数应用于病种分值的调整中，从而使病种的付费标准更贴近临床实际及医疗服务成本。各地在综合考虑医疗机构的等级类型、医疗水平、专科特色(如重点学科)等因素量化计算医疗机构调节系数，客观反映各类型定点医疗机构之间治疗同种疾病所需次均住院费用差异。在此基础上，部分地区探索对中医设置相应系数。如鹰潭市对64个中医优势病种，采用中医学科系数，对有重点中医学科的医疗机构进行分值加权。辽源市对20个中医优势病种实行分值系数调节。针对费用超低、超高病例，各地普遍结合实际确定合理的系数，并对分值进行调整。对少数医疗费用倚高的特殊病例，各地普遍实行了组织专家进行单独评议的特例单议制度。部分地区探索创新评议方式及评议范围。如淮安市在线上开展常态化特例单议工作。广州市针对临床必需且对病种分值有较大影响的药品和医疗技术等项目，经组织开展评议后，确定为特殊项目并可单独计算加成分值。

——结算清算。有的地区进一步实行了按DIP月度预付工作。如宿迁市、南充市、晋中市、辽源市全年执行统一的预算点值，通过各定点医疗机构月度总分值与预算点值的乘积，计算每月DIP应支付的医保基金，进行月度预付。大部分改革地区在年度清算时，落实“结余留用、合理超支分担”，发挥DIP付费方式经济杠杆作用，推动医

疗机构主动管控成本。有的地区进一步细化结余留用考核计算办法。如广州市优化清算结余留用机制，取消按固定参数确定结余留用费用的做法，建立阶梯式的结余留用机制，按定点医疗机构年度记账费用与总分值统筹费用的比值设定不同比例的结余留用费用，控制结余留用费用和合理超支补偿费用的构成比，避免医疗机构冲分值、冲费用。

——监管考核。各地针对 DIP 支付方式特点，在定点医疗机构履行医保服务协议考核的基础上，逐步增加 DIP 付费相关考核指标。部分地区已探索建立了较为完善的指标体系。如淮安市将医保结算清单上传及质控情况、人次人头比增长率、医疗服务能力、医疗质量安全、医疗违规行为、医疗资源消耗效率、患者满意度调查等纳入定点医疗机构年度综合绩效考核范围。厦门市结合医疗机构“国考”指标不断进行动态调整，与卫健部门考核指标相互呼应并相互补充，建立由手术分级、成本管控、时间及费用消耗指数等绩效指标构成的质量考核体系。大部分改革地区将医疗机构的绩效考核结果与结算清算挂钩，根据考核结果拨付相应的质量保证金，发挥医保支付“指挥棒”作用。在此基础上，东营市、营口市等地还将考核结果运用到等级系数调整、医疗机构信用等级评定等环节。同时，各地普遍形成了多方参与的评价与争议处理机制，采用专家评议和协商沟通的方式，由专家判定、医疗机构确认。除此以外，部分改革地区还针对医保支付方式运行质量进行细化监测分析。如上海市制订了 DRG/DIP 模拟运行监测指标体

系并定期发布监测简报，包括试点医疗机构上传病案数据的关键项通过率、DIP 入组、出院总费用、入组病例费用、机构支付率，以及患者负担、服务可及、重复住院、医疗服务能力、分组效能、基金安全有效平稳运行等方面的具体情况。东营市开展医疗行为横纵向对比，监测分析每季度、半年全市医疗服务行为变化，对医疗费用变化情况进行分析研判。

——将异地就医纳入 DRG/DIP 付费管理。在以地级市统筹区为单位实施 DIP 支付方式改革的基础上，已有少数省份探索将区域内(省内)异地就医纳入 DIP 付费管理。如山东省针对异地就医费用过高问题，积极探索解决办法，出台政策文件和经办规程，将省内异地就医住院费用纳入就医地 DRG/DIP 付费管理，压实就医地管理责任，强化费用监管。广东省打通省内异地就医 DIP 结算，该省参保人员省内跨市就医住院医疗费用结算，按照就医市结算办法执行。

### (三)DRG/DIP 支付方式改革全面推进

#### 1、工作部署

2021 年 9 月 23 日，国务院办公厅颁布《“十四五”全民医疗保障规划》(国办发〔2021〕36 号，以下简称：《医保“十四五”规划》)，这是我国第一部系统全面的医疗保障专项规划。《医保“十四五”规划》明确提出，“在全国范围内普遍实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推进区域医保基金总额预算点数法改革，引导医疗

机构合理诊疗，提高医保资金使用效能”。

为了认真贯彻落实《医保“十四五”规划》中的有关要求，全面总结推广 2019-2021 年 DRG/DIP 付费国家试点的有效做法，推动 DRG/DIP 支付方式改革实现从局部向全面、从部分到全体、从粗放式向精细化纵深发展，推动医保高质量发展，促进供给侧结构性改革，有效维护参保人权益，2021 年 11 月 19 日，国家医保局制定印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》（医保发〔2021〕48 号，以下简称：《三年行动计划》）。《三年行动计划》要求，“从 2022 到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务，推动医保高质量发展。到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 付费方式改革工作，先期启动试点地区不断巩固改革成果；到 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，基本实现病种、医保基金全覆盖”。

2021 年 12 月 9 日，国家医疗保障局办公室公布《DRG/DIP 付费示范点名单》（医保办函〔2021〕15 号），冀望发挥典型在推进改革过程中的示范引领和辐射带动作用，促进医保支付方式改革全面走向深入、不断向纵深发展。

## 2、改革成效

目前，北京、天津、河北、内蒙古、上海、浙江、山东、河南、广东、广西、重庆 11 个省(自治区、直辖市)及新疆生产建设兵团已

经实现所有统筹地区支付方式改革全覆盖；全国有 282 个统筹地区已经开展了 DRG/DIP 支付方式改革，占全国所有统筹地区的 71%，已完成《三年行动计划》提出的阶段性目标。同时各统筹地区内医疗机构、疾病种类和医保基金的覆盖目标也都基本达成。

从改革成效来看，当地医疗费用支出、尤其是住院费用的持续快速增长趋势得到有效控制，参保人员医疗费用负担减轻，群众就医获得感明显增强，医保基金使用效率进一步提高。同时，参与改革的医院也积极开展内部精细化管理，逐步改变以往粗放式、规模扩张式运营方式，转向更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重加强医疗质量控制，更加注重提高医疗效率，更加注重医疗服务行为规范，更加注重体现医疗服务技术价值，医保支付方式改革有力地促进和支持了医药卫生事业的健康发展，在实现医保、医疗、医药协同发展的道路上迈出了坚实的一步。

——医保治理效能进一步提升。实施 DRG/DIP 支付方式改革后，医保基金支付方式由“按项目付费”改变为“按病组(种)付费”，彻底改变了过去医保“被动买单”的局面，医保基金的战略性购买作用正在得以真正发挥。一是切实减轻了医保基金的收支压力。如：东营市 2022 年居民医保基金近十年来首次出现收支结余，当年基金结余 3798.24 万元，结余率 3.22%；合肥市参保患者次均住院天数由 2021 年的 8.29 天降至 2022 年的 7.77 天，2022 年 1-8 月，95 家医疗机构

的药占比、检查费占比同比分别下降了 3.45 个百分点、0.59 个百分点，治疗费占比同比提升了 9.55 个百分点。二是合理增加了医疗机构的医保基金收入。如：广州市实施阶梯式结余留用机制后，获得结余留用资金的医疗机构数量由 2021 年的 144 家(占比为 43%)增加到 2022 年的 231 家(占比为 69%)，结余费用 3 亿元；结余留用金额排名前二十的医疗机构中，中医医院占 35%，有效促进中医药事业发展；天津市 2021 年 12 月-2023 年 3 月的 16 个结算月份中，201 家医疗机构累计结余 0.7 亿元，其中有 90 家医疗机构存在结余，占比 44.78%；邵阳市 2022 年度清算结果显示，131 家参与年度清算医疗机构中，88 家实现结余留用，占比 67.17%，共结余留用 1.36 亿元。三是全面提升了医保监管效能。如：宿迁市 2022 年 1 月以来针对疑点数据开展专项检查，与 2022 年相比，2023 年 1-5 月低标准住院、手术高靠、恶性肿瘤高靠疑点发生率均呈下降趋势，分别下降了 0.03、2.07、0.16 个百分点。宿州市 2022 年清算结果显示，医疗机构不合理收费、不合理用药、不合理检查明显减少，药耗占比、检查、检验费用占比显著降低，以宿州市立医院为例，与 2021 年相比，药耗占比从 52.39% 降至 49.99%，检查、检验费用占比从 26.08% 降至 25.46%。

——医疗机构发展质量不断提高。一是更加注重精细化管理。如：广东省人民医院在提高收治难度的同时更加注重成本管控，2022 年收治广州市参保患者 2.6 万人次，在 CMI 值提高至 2.01(增幅 8.6%)

的同时，次均费用下降至 2.9 万元(降幅 4.6%)。宜昌市第一人民医院在实行医保支付方式改革后，对入院标准进行严格把控，很多手术从以前的入院手术转到日间手术，加快病床周转，减少成本。以胆囊炎手术为例，改为日间手术，比以往住院节省至少 60%的成本。二是医疗机构的功能定位更加明晰。以广州市为例，三级医疗机构收治简单病例(分值低于 500 分)占比减少 8.7%，收治基层病种病例占比减少 7.9%，病例组合指数(CMI)从 1.16 提高至 1.24，老年患者收治比例提高 17.5%，常见病和慢性病逐渐回归基层医疗机构。2022 年，邵阳市本地 DIP 目录库中，肛瘘、肩关节脱位、其他特指的痔疮等中医优势病种的基金补偿比均在 1.20 以上，进一步促进了中医发展。三是医疗数据质量不断提升。通过制定数据质控规则，完善信息化支撑，重视数据审核，加强医院端上传医保结算清单的质控，守住数据信息关口，病案首页、医保结算清单合格率不断提高。如邵阳市突出医院端质控、医保端校验，制定校验规则 143 项。2022 年 131 家医疗机构医保结算清单上传率提升 3.9%，入出院诊断符合率提升 10.8%，病案质量合格率提升 16.3%。东营市医疗机构依托全市医保结算清单质控系统，实现上传医保结算清单次日校验反馈，部分医疗机构自主开发病案校验工具，实现院端校验“关口前移”。截至今年 7 月，全市患者出院后 7 日内医保结算清单上传完整率由原来的 48%提高到 80%。

——参保患者费用负担进一步降低。试点地区在住院次均费用得



到有效控制的同时，个人就医费用负担也在不断降低。如：天津市 2022 年 1 月至 2023 年 1 月，201 家医疗机构住院患者次均费用由 10112.43 元降至 7192.46 元，与此同时，患者自费率由 11.18% 降至 7.20%，个人负担率从 35.04% 降至 30.38%。宿迁市 2022 年个人次均住院负担从 2133 元下降到 2013 元，同比下降 5.63%；2023 年 1-6 月个人次均住院负担同比下降 3.08%。合肥市 2022 年 1 月至 8 月 95 家医疗机构次均个人负担费用为 3635.51 元，同比下降 1014.21 元，降幅 21.81%。

### 三、目前医保支付方式改革面临的主要挑战

随着《三年行动计划》的广泛深入开展，各地在加快推进 DRG/DIP 医保支付方式改革过程中，一些深层次矛盾逐渐显现，面临着一系列新的问题和挑战。

#### （一）医保经办能力不适应改革发展要求

由于医保支付涉及多专业、多学科，如临床医学、护理、财务、大数据分析等，医保部门作为一个新成立的机构，其工作人员的职业修养和专业能力尚不能完全满足工作需要。从目前的情况来看，普遍存在医保部门过度依赖第三方专业技术公司的情况，有时甚至连 DRG 权重/DIP 分值测算方案、费率/点值计算、结算细则、监管指标，以及与医疗机构沟通分组、付费标准等工作都交给第三方公司，未能发挥医保部门对 DRG/DIP 付费方式改革的主导作用。

虽然说，这只是一个过程性、阶段性问题，随着医保支付方式改革的广泛深入开展以及医保部门工作人员业务能力的不断提高以及队伍素质的逐渐加强，会逐渐得到解决，但医保支付方式改革任务的迫切性决定了问题解决的紧急性，必须予以高度重视且努力想办法尽快解决。否则，不仅会影响医保支付方式改革的顺利推进，甚至会直接影响到医保支付方式改革工作的成败。

## **(二) 医保结算的技术基础工作有待加强**

一是数据质量达不到要求。首先，普遍存在因历史数据质量不高导致权重/分值测算与实际有较大偏差，影响病组/病种分组的准确性；其次，部分医疗机构，特别是一些基层医疗机构的病案质量较差，短时间内难以改善，影响模拟运行准备工作的开展；第三，普遍存在医疗机构专业编码人员数量少、编码能力不足等问题，影响了医保结算数据质量。

二是多个编码版本增加了映射难度。首先，不同地区、不同医疗机构采用的编码版本并不统一，五花八门，甚至部分一、二级医疗机构无法实现与医保版编码的映射；其次，医疗机构过去所采用的版本存在部分编码无法与医保版疾病诊断和手术操作编码进行映射对应的情况，以及对建立的映射关系缺乏检验和评估等。

三是结算信息系统建设存在一些问题。首先，基础信息系统数据汇集存在障碍，包括与医院端 HIS 系统对接、人社部门的医保业务系

统的数据对接等；其次，信息系统建设方式存在问题，部分城市采取分包委托业务的形式，把数据采集、系统建设、分组服务、智能监控等业务功能委托不同公司承担，带来不同环节业务衔接存在问题，也为后续沟通协调的顺利开展留下隐患。

### **(三) 医疗与医保之间的协同联动待加强**

在全民医保的现实背景下，医保基金的分配份额在定点医疗机构的收入占比中越来越高，而医保部门在通过医保支付方式进行医疗服务购买的同时，以一种事前约定的形式决定着医保基金的分配份额。所以，一般来说，定点医疗机构大都对医保支付方式改革十分重视。

但是，他们的行为表现更多的是停留在技术应对层面上。目前由于多数医院负责人并没有适配医院管理的专业化能力，缺乏精细化管理的知识和经验，不知道如何在整个医院层面实施精细化管理。同时，由于公立医院的激励约束机制扭曲，公立医院院长的最优选择是个人管理负担最小化。所以，在现实中应对医保支付方式的行为表现，更多停留在技术层面上。最突出的表现就是，将按照医保支付方式所确定的医疗费用控制指标简单地分解为医务人员对每个参保患者的待遇控制指标，如：将按病种付费演变成对医生治疗某一病种的限额指标，将医保门诊慢特病的年度人均限额标准等同于慢病患者的个人待遇标准，将总额控制层层分解为科室甚至医生个人控制指标，等等，使得医保支付方式的管控作用在实际执行中受到羁绊，调节和引导功

能不断衰减。

#### **(四)新形势下医保基金监管方式待创新**

随着 DRG/DIP 医保支付方式改革的全面广泛开展，医保支付方式从过去按项目付费的后付制向现在主要按 DRG/DIP 付费的预付制转变，医疗机构的赢利逻辑发生了变化，相应地，其违规套骗医保基金的行为表现也发生新的变化，比如：从对轻重症患者一律“来者不拒”变为“挑轻推重”，由“过度医疗”转为“服务不足”，将住院成本向门诊转移、将医保费用向自费转移等等，从而对医保基金监管提出了新的要求和新的挑战。

#### **四、构建中国特色医保支付制度的未来展望**

展望未来，我国医保支付方式改革的总体趋势应当是：从单一支付方式改革向多元复合支付方式改革转变，从住院优先向门诊住院并重转变，从注重费用控制向费用控制与质量提升并重转变，从注重基金风险控制向兼顾供方、需方和医保基金三方转变，从注重医保基金平衡、医保制度的可持续发展向医保制度和医疗服务体系协同可持续发展转变。

##### **(一)不断完善住院费用支付方式**

医保支付是一种预算约束的购买行为，其目标是基于经济预算约束和技术约束下实现参保患者医疗保障待遇最优化、基金使用效率最大化。因此，客观上就要求医保基金结算应该结合客观实际情况，针

对不同的医疗服务场景，实行不同支付方式的组合，实现医保基金的价值购买。

对于住院医疗费用来说，近期来看，主要是根据不同的住院医疗服务场景，按照一定的规则精细地划分为一个个“医疗服务单元”，并根据医疗费用历史数据确定每一个“医疗服务单元”的医保支付标准，也就是实行以 DRG/DIP 付费为主的多元复合式医保支付方式，即：对于短期急性住院医疗服务，主要实行疾病诊断相关分组 (DRG) 和按病种分值 (DIP) 付费；对康复类、精神疾病类等需要长期住院的医疗服务主要实行按床日付费；对发病机制清楚，诊断明确，临床路径比较固定，治疗处置差异性小，医疗费用相对稳定的住院医疗服务实行按单病种付费，等等。

从未来的发展趋势来看，医保基金的最终目标是实现对医疗服务的价值购买，也即依据医疗机构所提供的医疗服务为患者带来的实际价值或者说给患者所带来的治疗效果进行付费。具体来说，就是通过循证制定临床诊疗规范或者标准治疗方案，以此来评估是否达到治疗结果，并据此进行付费。其支付方式主要有：按绩效付费 (pay for performance, PFP) 以及以价值为基础付费 (value-based payment, VBP) 或补偿 (value-based reimbursement, VBR)。

## (二) 门诊医保支付方式改革方向

实行门诊统筹之前，在门诊看病就医主要实行按项目付费。开展

门诊统筹之后，多数地方的通常做法是在总额预算基础上按人头付费。但在家庭医生签约率依然比较低的当下，这种门诊医保支付方式的合理性其实是值得商榷的。因为，实行按人头付费的前提条件是，选择在某一个定点医疗机构门诊看病就医的人员在一段时间里相对固定，唯有如此，才能根据签约人员的年龄结构、不同年龄人员的常见病发病率、门诊的历史医疗费用等数据相对合理地测算出年度内的门诊医疗费用，从而相对公允地实行按人头付费。但当下的事实是，参保群众在其患病需要前往门诊看病就医时选择哪一家诊所或者医疗机构并不固定，甚至可以说带有一定的随机性。也就是说，在与定点医疗机构确定按人头付费的这个“人头数”其实是不确定的，本质上，它是医保部门与医疗机构“讨价还价”之后相互妥协并彼此接受的结果，这其中估算的成份可能更多一些。

正因为如此，现阶段门诊医保支付方式改革的一个可能方向是，在实行门诊统筹基金总额预算基础上，对已经完成了家庭医生签约并由签约医生提供了实质性签约服务的参保群众的普通门诊，实行按人头付费；对未签约的参保群众的普通门诊，在一个统筹区域内实行按门诊疾病诊断分组（APGs）付费；对医保门诊慢特病、日间手术等，实行按病种付费，或者参照住院待遇标准执行，实现门诊和住院的待遇衔接。

### （三）建立适合医共体特点的付费方式

为有效发挥医保支付的杠杆作用，促进医共体有序发展，有效提升医保资金使用质效，需要建立与联共体特点相适应的医保支付方式。具体来说：

一是建立符合医共体实际、科学合理的预算分配机制。在坚持实行统筹区内医保基金支出总额预算基础上，合理分配住院及门诊预算额度。随着 DRG/DIP 医保支付方式改革的广泛深入开展，住院医保基金的预算额度分配以统筹区为一个整体预算单位，不再细分到各医共体及其他医药机构；门诊医保基金的预算额度分配，可将统筹区的门诊医保基金总额预算按比例打包给各医共体，促进医防融合，实现从以治疗为中心向以健康管理为中心的转变。

二是持续深化多元复合式医保支付方式改革。对住院医疗服务，主要按以 DRG/DIP 为主的医保支付方式进行结算。对长期住院的慢性病、精神病、医疗康复、安宁疗护等患者，实行按床日付费进行结算。同时，为促进分级诊疗，对在医共体内实现基层首诊、双向转诊的住院参保人员，视为一次住院，不再重复计算和收取住院起付线，起付线按较高等级医疗机构标准确定，其在不同等级医疗机构发生的医疗费用分别按照规定的报销比例进行核算报销。

对门诊医疗服务，结合家庭医生签约服务，主要实行按人头付费。同时，鼓励各地探索实践按门诊病例分组点数法 (APGs) 付费。

三是加强医共体协议管理和监督监测考核工作。建立医保、医疗、

医药信息共享互通机制，加强对异常数据监测，动态监测医共体医疗费用、转外就医、基金运行等情况，设置预警阈值并开展数据分析，及时预警基金支出增长过快的风险隐患，及时向医共体反馈信息。同时，围绕提升基金使用效率的目标，合理设置考核指标，加强对医共体的绩效考核，将考核结果与医保基金结算相挂钩。

四是建立“结余留用、合理超支分担”的责任分担机制。统筹区域内医保基金年度清算出现结余或超支的，在分析原因、厘清责任的基础上，由医疗机构(或医共体)和医保基金按一定比例留用或分担。对医共体当年超过医保总额付费的部分，如果确因医保待遇政策、医疗服务价格调整导致超支的部分，根据医保基金结余情况，从预留的风险基金中支付给医共体；对通过加强管理、提高质效而减少基金支出的部分，留归医共体。

#### **(四)强化支付方式改革下的基金监管**

实行 DRG/DIP 医保支付方式本质上就是医疗大数据在医保支付上的应用，相应地医保基金监管也必须实现基于大数据挖掘基础上的智能监控。由于项目付费下的智能监控知识和规则并不能完全有效适应 DRG/DIP 改革需要，因此需要针对 DRG/DIP 风险特点调整完善。

具体来说，就是通过构建特定的知识库、规则库，利用最新的生物特征识别、大数据挖掘技术，实现医保智能监管信息系统自动筛查发现违法违规、欺诈骗保等行为，努力实现医保基金使用的全程智能



监控。比如：通过对个人和机构的行为进行画像，智能识别异常行为，在医保支付前进行实时拦截；通过构建疾病诊疗路径知识库，对低码高编、低标入院、过度诊疗、费用转嫁、服务不足等行为进行有效识别，等等。同时，探索推行以远程监管、移动监管、预警防控为特征的非现场监管，从而构建起以法治为保障、以信用管理为基础、以多形式检查大数据监管为依托的全方位监管格局。

[返回目录](#)

### “三路归并”在基金监管中的应用

来源：中国医疗保险

何谓“三路归并”，就是将待排序数组等分为三个部分，然后一直分解到能直接求解为止（也就是分解到一个一个元素），最后自底向上逐一归并，直至最终合并为一个数组为止。

医保基金监管如何借鉴“三路归并”的算法原理呢？可以将骨科高值耗材、心脑血管支架、血液透析净化三个重点领域医保基金监管这道“应用题”分解为临床诊疗路径、医保监管思路、财务审计思路“三路”，再将“三路”分解至各个环节，将所有环节逐一“归并”，形成医保基金“监管数组”。

#### 骨科——高值耗材监管数组之“型影不离”

对于骨科耗材的监管，须重点关注耗材型号与影像学记录。将术中植入高值耗材型号与影像学记录相结合，根据临床诊疗路径，症状、

体征及影像学诊断，有明确的手术指征，术后影像学复查，针对医保领域重点违规问题，将耗材串换、虚构、分解收费作为大数据筛查的重点，“型影不离”形成骨科高值耗材领域医保基金的监管数组。

### 常见违规情形

骨科高值耗材领域重点违规问题从临床、医保、审计三方面主要有以下几种情形。第一，手术收费项目方面。一是串换收费。将医保报销范围外的骨科手术项目串换成医保报销手术项目进行收费；将收费较低的手术项目串换成收费较高的收费项目。二是分解收费。将骨科手术收费项目中的步骤或操作拆分成多个项目进行收费，且收费总金额高于该手术的收费金额。第二，使用耗材收费方面。一是串换高值耗材。将非医保目录内的耗材串换成目录内的耗材，或者将低收费耗材串换成高收费耗材。二是虚构高值耗材。将未使用的医用高值耗材计入患者的医疗费用，或者虚增耗材数量、虚增耗材种类。三是耗材分解收费。将按“套”“系统”“包”等组套式耗材拆分计费，且拆分计费的总金额高于组套计费的金额。第三，医院耗材管理方面。医院 HIS 系统同一品规耗材收费数量、金额与进销存管理系统耗材出库数量、金额差异明显，可单独收费耗材“领用≠实际使用≠收费”，计价数量超过该耗材出库数量、收费金额大于出库金额。耗材一品多用；耗材厂家生产规格与临床医疗适用规格不完全一致（患者按大规格耗材付费、剩余部分用于其他患者）；耗材加成；线下采购等。

## 重点筛查数据

针对重点违规问题，依据医保政策，通过大数据进行筛查，重点筛查以下数据。一方面，筛查病历，包括：筛查手术例数排名靠前的相关病历；耗材使用数量排名靠前的相关病历；单次使用耗材数量排名靠前的病历；手术收费项目较多，如同一次手术收取三种或三种以上手术收费项目的病历；两种或两种以上手术收费项目总是“打包”出现的病历。另一方面，筛查耗材，包括：筛查使用数量排名靠前的耗材；申报金额排名靠前的耗材；作用相似型号不同价格差异的耗材；一段时间内出现价格调整的耗材；两种或两种以上“组团”出现的耗材。

## 重点审核内容

根据大数据筛查结果，现场检查审核重点病历，根据病历描述核对影像学记录，盘点耗材进销存。

依据临床诊疗路径，医保部门重点审核医疗机构住院记录、术前讨论、手术记录、术中耗材使用记录、耗材条形码、患者结算清单等信息，对比手术记录及术前、术后影像学记录。依据医保监管思路和当地医保目录，结合手术记录判断手术收费项目与项目内涵的一致性；手术项目收费数量及加收情况；耗材收费依据及报销依据；耗材的医疗器械注册证适用范围。依据财务审计思路，重点审核采购平台数据、耗材随货同行单、医院会计凭证表等判断耗材的加成及采购途径；进

销存数量的逻辑关系；财务账目中金额与进货、销售金额的逻辑关系。

结合现场检查的实际情况及经验，对比患者术前、术后影像学记录，是最直接最客观判断患者使用耗材种类、数量的有效方式。查阅影像学记录，核查耗材使用位置、数量，通过与手术记录、术中耗材使用清单、耗材条形码、患者结算清单对比，综合判断是否存在串换、虚构、分解收费等情况。

### 心内——介入支架监管数组之“医技之长”

对于支架耗材的监管，须重点关注医生开展的诊疗技术及相关耗材。根据患者症状、体征、心电图及心肌酶等明确诊断，施行介入手术治疗，选择相应的介入耗材，同时有抗凝、抗血小板、稳定斑块等药物治疗，术后长期服用相关药物。针对医保领域重点违规问题，将介入手术治疗收费项目及相关耗材作为大数据筛查的重点，“医技之长”形成心内介入支架领域医保基金的监管数组。

### 常见违规情形

心内介入支架领域重点违规问题从临床、医保、审计三方面主要有以下几种情形。第一，手术收费项目方面。一是分解收费。将心脏介入治疗收费项目包括的步骤或操作拆分成多个项目进行收费，且收费总金额高于该手术的收费金额。二是重复收费。将心脏介入治疗收费项目与治疗过程中包括的步骤或操作所涉及的收费项目同时收取。如冠状动脉支架置入术与术中预扩张、后扩张同时收取。第二，耗材

收费管理方面。一是串换高值耗材。如将普通支架串换成药物支架。二是虚构高值耗材。如计费导管数量多于实际使用导管数量、未使用球囊而申报球囊费用。三是虚销耗材。计价数量超过该耗材出库数量、收费金额大于出库金额。四是耗材销售未执行加成，线下采购耗材。

第三，DRG 付费管理方面。一是分解住院。为未达到出院标准的患者办理出院，并在短时间因同种疾病或症状再次住院；应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次及以上。二是高靠高编。虚增并发症、串换手术项目、高靠疾病诊断、高编疾病诊断编码。三是推诿重症病人。拒绝急、危、重症患者入院治疗。四是低标准住院。将不符合住院标准的患者收入院。五是服务不足。缺少必需医疗服务的行为。

### 重点筛查数据

针对重点违规问题，依据医保政策，通过大数据进行筛查，重点筛查以下数据。一方面，病历筛查，重点筛查内容包括：7 日内再次住院的患者病历；单次使用支架、球囊、导管数量排名靠前的病历；介入手术收费项目三种或三种以上或收费数量大于三例的病历；两种或两种以上手术收费项目“打包”出现的病历。另一方面，耗材筛查，重点筛查内容包括：不同型号价格存在差异的耗材；一段时间内出现价格调整的同型号耗材；非高值但所有患者通用并可能存在共用情况的耗材，如造影剂；可能存在重复使用的耗材，如桡动脉压迫止血用耗材。

## 重点审核内容

根据大数据筛查结果，现场检查审核重点病历，根据手术记录、条形码核对收费明细，盘点耗材进销存。

病历重点审核手术记录、耗材条形码、患者结算清单手术项目收费数量及加收情况。财务重点审核采购平台数据、耗材随货同行单等核查耗材的加成情况及采购途径；审核进销存数量的逻辑关系；财务账目中金额与进货、销售金额的逻辑关系。

结合近年检查工作的实际，心内科耗材监管难度较高。通过影像学甄别耗材使用情况难度较大。现场检查人员重点通过病程记录、手术记录、辅助检查，依据心血管疾病介入诊疗技术临床应用管理规范、指南，综合判断违规情况。

## 血透——透析净化监管数组之“审时度适”

对于血液透析科室的监管，须重点关注患者血液透析频率、时长、透析方式；化验检查的频率、项目名称及数量；有医保限适应症药品的使用等内容。针对医保领域重点违规问题，将血液透析相关收费项目、化验检查及相关药品耗材作为大数据筛查的重点，“审时度适”形成血液透析净化领域医保基金的监管数组。

## 常见违规情形

血液透析净化领域重点违规问题从临床、医保、审计三方面主要有以下几种情形。第一，透析项目收费。一是分解收费。将血液透析

滤过项目拆分成血液透析和血液滤过两个项目进行收费，且收费总金额高于血液透析滤过的收费金额。二是重复收费。患者只做血液灌流，医院同时收取血液灌流和透析的费用。三是串换收费。如医保规定血液透析相关药品耗材不得另行收费，医院将血液透析改为可收取药品耗材的血液透析滤过进行收费。四是多记虚记。长期透析患者多记透析费用或未行透析治疗虚记透析费用。第二，过度诊疗检查。超出合理必要的频次进行血液净化治疗和相关化验检查；超出《血液净化标准操作规程》开具大化验、大检查；无正当理由超出说明书常规用法用量开具大量药品，或开具药理作用相同或作用机制相近的药品。第三，药品耗材使用。申报收费的药品、耗材与实际不符；将低价耗材串换成高价耗材；虚记耗材使用数量；药品耗材收费出现加成；进销存逻辑不符；将不符合医保限适症的药品纳入医保报销范围。

### 重点筛查数据

针对重点违规问题，依据医保政策，通过大数据进行筛查，重点筛查以下数据。一方面，时间频率方面的筛查。重点筛查：血液净化频率每周超过3次的患者；血液净化单次时长少于2个小时的患者；月均血液净化计费数量排名靠前及靠后的患者；血液透析滤过计费数量排名靠前的患者；血液灌流计费数量排名靠前的患者。另一方面，过度检查治疗方面的筛查，重点筛查月均总费用排名靠前的患者。另外，还要对药品限适症和耗材进行重点筛查。药品限适症筛查重点包

括：计费数量、计费金额、使用人次排名靠前的药品；耗材重点筛查与净化治疗匹配，可收费且价格较高、计费数量较多的耗材。

### 重点审核内容

根据大数据筛查结果，现场检查审核重点患者透析单、医嘱，根据配套耗材、常用药品核对收费明细及医保限适应症，盘点耗材进销存。

透析单重点审核透析记录单的透析时间、频次，血液净化的方式，透析期间使用的药品，与医嘱及患者结算清单核对情况；患者诊断与有药品医保限适应症药物使用情况是否相符，特别注意核查患者的诊断依据；透析相关药品和耗材重点核查采购平台数据、耗材随货同行单、医院会计凭证、财务报表等，核查耗材的加成及采购途径；进销存数量的逻辑关系；财务账目中金额与进货、销售金额的逻辑关系。现场核查还需注意根据透析室透析单元的数量，医护排班情况、在岗情况，计算单日血液净化数量极值与当日血液净化计费数量的逻辑关系。

综上所述，加强重点领域的医保基金监管，对保障医保基金安全运行、提高基金使用效率、规范医疗服务行为、减轻群众看病就医负担具有重要意义。充分发挥医疗机构的主体责任、行业部门的主管责任以及医保部门的主要责任，灵活运用临床诊疗路径、医保监管思路、财务审计思路“三路归并”的方法，可以有效解好医保基金监管这道“应用题”，守护好百姓“救命钱”。

[返回目录](#)



## • 集中采购 •

### 集采新风向：省级药品带量采购趋势分析

来源：医药经济报

近日，国务院办公厅印发的《深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务》提出，进一步加强集采执行工作，推进药品和医用耗材集中带量采购提质扩面，2024 年各省份至少开展一批省级(含省际联盟)药品和医用耗材集采，实现国家和省级集采药品数合计达到 500 个、医用耗材集采接续推进的目标。本文通过总结分析我国省级药品带量采购的趋势和各地的实践经验，为纵深推进省级带量采购提一些建议。

#### 采购进程

主要表现为 3 个特征：

一是省级带量采购持续提速扩面，联盟采购成为趋势。省级药品带量采购以省际联盟和单一省份带量采购两种形式开展，目前已有 20 个省份单独开展了带量采购，24 个省级联盟项目陆续开展。同时，省际联盟已覆盖全国范围并成为药品带量采购新趋势，特别是 2022 年起，超大型联盟带量采购不断兴起。

二是鼓励民营医院、零售药店参与，扩大集采辐射范围。越来越多地区在发挥公立医院主体作用的同时，鼓励医保定点社会办医疗机构和零售药店参与集采。河南、江苏、河北、安徽等地明确指出，定

点药店也是药品带量采购主体。如河南将部分零售连锁药店纳入省级药品带量采购范围，采购品种覆盖国家集采和省级带量采购品种，以口服制剂为主，注射剂品种除胰岛素外均未纳入。江苏则将阳光采购平台向定点药店开放，零售药店可参与带量采购，除零售药店按规定不得经营的药品外，省级平台所有挂网药品，定点药店均可采购；同时，对带量采购中选药品实行“零差率”销售，其余阳光挂网药品在不高于挂网价的前提下合理定价。

三是协议陆续到期，期满药品接续工作提上日程。当前，部分省级带量采购项目已进入接续阶段，接续周期多为1年，为方便管理，部分省份逐步统一各项目接续周期。省级带量采购到期品种多由原中选企业以原中选价格接续供应，也有省份选择询价、竞价、价格联动等方式，另有部分地区将到期产品转为挂网管理。

### 规则特征

主要表现为4个特点：

1. 超半数按质量分组竞争，并开始探索按采购量分组竞争。2020-2022年，半数以上省级带量采购项目依据药品原创性进行质量分层，按质量分组竞争；2022年起，部分地区开始探索按采购量分组，即以临床认可度为标准开展带量采购。例如，江苏第三轮省级药品带量采购在中选规则和价格纠偏双重保障下，对申报企业6家及以上的品种，根据采购量是否大于同品种均数分成两组。

2. 根据竞争充分性分组评审，多种采购方式相结合。省级带量采购药品以未过评仿制药为主，各地多综合采用不同的采购方式，根据竞争充分性分组竞争。综合评审维度涵盖机构覆盖率、市场占有率、临床效果、供应保障、品牌、研发等。

3. 价格联动要求不一、越来越多地区公开中选价。北京、河北、浙江、安徽等多地明确，动态联动全国各省级及省际联盟药品带量采购中选结果，如河南牵头的 19 省联盟带量采购指出，同一产品如在其他省级集中带量采购(含省际联盟)中产生新的低价，自其中选价格生效之日起(以正式公布中选结果日期计算)，须在 30 日内主动向联盟采购办公室和联盟地区申请进行价格联动，山东则在低于本省集采中选价格 10%以上才进行价格联动。随着要求联动中选价格省份的不断增加，越来越多地区开始公布带量采购药品中选价格。

4. 低价获得更多市场份额。据统计，省级带量采购中标药企普遍能获得 50%~80%的采购量，江西、河北等地按企业中选排名或申报价分配，江苏、甘陕联盟等地按降价幅度阶梯降价给量。同时，部分地区在医疗机构报量时采用“待分配量”概念，中选仅能获得部分报量，剩余由医疗机构自主选择。

### **品类趋势**

主要体现在：

第一，中成药带量采购从局部试点到全国推广。中成药开展带量

采购存在两大难点：一是质量标准不统一，鉴别难度大；二是价格形成机制相对复杂，缺乏统一标准。目前，已有 7 个省级中成药带量采购项目平均降价幅度在 23%~64%，以联盟专项采购为主，覆盖了除港澳台、福建和湖南之外的所有省市。中成药带量采购遴选原则与化学药一致，即选择用量大、价格高的品种。由于中成药“同名不同方、同方不同名”的特殊性，加上独家品种多、分组难度大，各地多依据市场占有率、功能主治、日均治疗费用等分组竞争，也有地区(如广东联盟)直接按通用名和剂型分组。评审方法以综合评议为主，包括直接竞价和议价谈判相结合等方式。

第二，积极探索生物药带量采购并谨慎开展。生物药开展带量采购存在两大难点：一是生物药结构复杂、命名多样、处方管理难度大、临床使用经验和真实世界数据不足、临床使用风险较大等；二是生物药整体产能较低，扩产和供应稳定性待提升。随着生物药监管与采购制度的协同完善，已有 4 个省级带量采购项目涵盖生物制品，主要包括血液制品、细胞因子、激素、活菌类和单抗类等，均与化学药在同一采购项目开展，未专门设定集采规则。具体来讲，仅广东联盟将血液制品单独列出，拟中选企业能获得全部预报量和分配量。在相对温和的中选规则下，生物药价格降幅也相对温和，如广东联盟第一批中选产品平均降价 43%，最高降幅 98%，近四成降幅超过 40%；而血液制品中，重组人凝血因子Ⅷ价格降幅最大，为 30%~48%。

## 几点建议

当前，各地经济水平、疾病谱特征、制度基础等均不同，部分采购规则存在差异，采购周期和执行时间也有所不同。建议省级药品带量采购在查缺补漏和探索个性化的同时，总结实践经验，因地制宜，因品施策，分级分类有序推进。

### 1. 明确带量联动适用情景，合理开展价格联动

在不同带量采购规则下，避免部分中选药品因价差发生“倒卖”情况。同时，药企可能会放弃采购量较小的市场。对此，带量联动能够快速解决，且成本低廉。随着带量采购成效的显现，中选药品价格降幅渐趋平稳，带量联动适用于价格竞争充分、价差不大、已有多个省份开展带量采购并形成相对合理价格的品种。需要注意的是，带量采购实行量价挂钩，中选价格是量的博弈结果，加之不同地区的配送成本不同，还应综合考量实行价格联动后的保供问题，分步施策、合理定价、适时联动。

### 2. 以中成药和生物药为突破口，探索特殊品类带量采购

可借鉴耗材带量采购“一品一策”原则，根据不同类型药品的临床使用和市场结构特点，精细化设计带量采购方案。国家将重点指导湖北、山东、江西、三明联盟分别牵头开展中成药、中药饮片、生化类体外诊断试剂、肿瘤和呼吸系统疾病用药集采等药品全国联采工作。

各地可以此为突破口，探索完善特殊品类采购规则，重点关注质量评价和使用安全。中成药质量评价可参考真实世界数据、临床认可度、企业实力等因素，重点关注原料质量、生产工艺。生物药作为高成本、高风险产品，应基于风险评估，审慎、有序开展带量采购；临床使用应基于科学、循证原则合理选用、审慎替代，可参考胰岛素带量采购，实行全品种中标，避免临床认可度高的品种落标，影响临床使用。

### **3. 充分发挥省际联盟优势，落实跨区域协调与反馈机制**

省际联盟采购通过抱团议价，以更大的采购量和议价力度，进一步提高药品降价幅度，使降价红利惠及竞争力较弱的地区；同时，吸引企业竞标，加大竞争力度，扩大可选择范围。省际联盟中，部分地区基于地缘结盟，具备区域一体化发展的宏观环境和较好的协同工作基础；也有越来越多的地区突破地缘限制，基于需求结盟。因此，未来需逐步落实跨区域协调与反馈机制，完善药品交易网络平台，提高全流程信息化程度，加快实现集采主体之间的信息共享，实现跨区域药品调度分配。

### **4. 引导零售药店规范参与，强化供应保障和专业服务**

将零售药店纳入集中带量采购，可拓展药品销售渠道，保障中选企业利益，缓解医院压力，进一步扩大带量采购药品惠及面。

《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》明确

支持定点零售药店纳入门诊统筹，通过省级医药采购平台采购药品，鼓励定点零售药店自愿参与药品带量采购，并倡导定点零售药店参考省级医药采购平台价格销售医保药品。在这一过程中，定点零售药店需提高市场规范性，合理定价，优化运营模式和品种管理，强化供应保障和专业服务。

[返回目录](#)

## 如何保证集采药品、耗材降价不降质？国家医保局回应

来源：中国新闻网

2024年6月14日，国务院新闻办公室举行国务院政策例行吹风会，就《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》相关内容进行了介绍，公布下一步集采重点。

2024年，医疗耗材集采政策持续深入推进，无论是采购规则制定还是执行落实，都进入了更加精细化、规范化的新阶段。

### 01 集采降价效应持续显现

近日，国务院新闻办公室举行国务院政策例行吹风会，就《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》相关内容进行了介绍。会上重点强调，要继续大力推进医药集中带量采购，扩大集采覆盖范围，发挥降价增效作用。

国家医保局副局长黄华波介绍，集中带量采购中选产品的降价空间主要来源于企业营销成本的节约，集采通过汇集全国医疗机构的需

求量形成一个采购标的，引导企业公平竞争产生合理的价格，一旦中选了，产品可以按照采购合同直接销往医院，医院承诺按照承诺的采购量，按时完成约定的采购，并且优先采购和使用中选产品，由此大幅压缩了药品生产企业营销成本。

在集采回款方面，要求医疗机构及时结清企业货款，通过医保基金预付政策予以支持，这样有效解决了原来回款周期特别长的问题，为企业节省了大量资金成本。这些流通环节中成本节约是主要降价空间，通过价格竞争让利给人民群众。

会议强调，国家和省级集采办公室将严格监督中选结果的落实，确保中选产品优先进入医疗机构使用。国家医保局还将建立线上反馈机制，收集中选产品供应、质量等问题的反馈，指导地方及时处置。这意味着，未来中选企业的产品质量、供应状况等将直接影响后续集采中选率。

## 02 集采范围持续扩大

2024年，国家层面将至少组织一批药品和一批高值医用耗材的集中采购。国采将聚焦一些临床必需、价格虚高且群众反映强烈的耗材品种。而在地方层面，集采将覆盖国家采购之外的“大品种”耗材，即采购金额大、覆盖人群广的品种。

国家医保局将重点指导地方开展联盟采购，包括：

湖北牵头开展中成药集采



河南牵头开展国家组织集采可替代药品采购

三明联盟牵头开展肿瘤和呼吸系统的疾病用药集采

江西和安徽牵头开展体外诊断试剂的集采

福建牵头开展血管组织闭合用结扎夹集采

河北牵头开展血管介入类耗材集采等

文件还要求，对于已有多省集采且价格充分竞争的药品和高值耗材，以“带量联动”方式纳入集采范围。预计到2024年底，各地的国家和省级集采药品将累计达到500个，提前完成“十四五”规划目标。

### 03 集采模式持续创新升级

最新政策明确，将条件成熟的省级联盟采购提升为全国联盟采购，牵头省份将制定报量、协议量执行等统一规则。

同时，将进一步规范联盟采购，公平对待各类企业，不得在企业性质、注册地、规模等方面设置歧视性门槛，扩大联盟采购范围，降低企业重复投标成本。

总的来看，集采模式正在多样化发展，除了带量采购，还有带量联动、挂网联动、医共体或医院联盟议价等多种形式并存。

而在执行效率方面，各地对国家部署的联盟采购均反应迅速，紧锣密鼓展开各类耗材品种的产品信息维护和文件发布，新一轮大范围耗材降价已箭在弦上。

医疗耗材集中采购机制正在变革升级，全国“一盘棋”的统一大市场格局正在加速形成，未来将进一步释放降本增效红利，惠及广大患者群众。

#### 04 如何保证集采中选产品降价不降质

黄华波介绍，集中带量采购的中选产品的降价空间主要来源于企业营销成本的节约，集采通过汇集全国医疗机构的需求量形成一个采购标的，引导企业公平竞争产生合理的价格，一旦中选了，产品可以按照采购合同直接销往医院，医院承诺按照承诺的采购量，按时完成约定的采购，并且优先采购和使用中选产品，由此大幅压缩了药品生产企业营销成本。同时，集采还有一项措施，要求医疗机构及时结清企业货款，还有通过医保基金预付政策予以支持，这样有效解决了原来回款周期特别长的问题，为企业节省了大量资金成本。这些流通环节中成本的节约是主要的降价空间，通过价格竞争让利给人民群众。

黄华波还提到，为确保中选产品降价不降质量，主要采取了三方面的措施。

第一，设定质量入围门槛。国家组织药品集采对企业和产品资质作了规定，将通过质量和疗效一致性评价作为仿制药参加集采的门槛，避免在竞争中出现劣币驱逐良币的现象。

第二，建立质量监管的协同机制。将国家和地方集采中选企业信息与药监部门共享，药监部门将中选产品列入监管重点。对国家组织

集采中选产品出现的质量相关问题，医保局和药监局联合开展处置，采取取消中选资格、纳入“违规名单”等惩戒措施，持续释放质量问题“零容忍”信号。

第三，开展临床疗效与安全性的真实世界研究。委托全国 30 多家大型三甲医院开展了两期集采中选仿制药的临床疗效和安全性真实世界研究，目前覆盖前 3 批集采 37 种临床使用广泛的药品。研究结果显示，中选仿制药与原研药在临床疗效和安全性上是等效的，说明国产仿制药的质量整体上经受了考验。现在第三期的临床疗效和真实世界研究正在开展当中，这一期覆盖了第 4、5 批集采的 20 多个品种，国家医保局还会陆续发布研究成果。

[返回目录](#)

### • 医疗速递 •

**国家医保局：将各地原有产科类医疗服务价格项目映射整合为 30 项**

来源：国家医保局

生育是人生喜事，也是关系繁荣昌盛的家国大事。近日，国家医保局印发《产科类医疗服务价格项目立项指南(试行)》，将各地原有产科类医疗服务价格项目映射整合为 30 项，将“分娩镇痛”“导乐分娩”“亲情陪产”等项目单独立项，并围绕网友关心的问题进行解答。

## 规范整合产科类价格项目主要是基于什么考虑？

医疗服务价格项目是医疗机构收取手术费、治疗费、诊疗费、护理费、检查费等医疗服务费用的计价单元。形象来说，规范整合产科类价格项目，就是要把各地相对有特点的医疗服务项目“方言”变成全国统一的“普通话”。

过去，医疗服务价格项目由各省价格部门牵头制定，各省之间价格项目不仅数量差异较大，价格项目的名称、项目内涵、计价单位以及耗材收费等也有较大差异。以难产接生为例，各地根据不同情形、不同方式，设立了产钳助产、臀位助产、胎头旋转、手取胎盘等多个价格项目，实际上这些项目技术难度、资源消耗、技术难度等比较接近，但临床上难产的情形更为复杂多样，且随着医疗技术发展，新的助产方式将逐步被引入临床，过去将具体操作与价格项目紧密绑定的立项方式，导致价格项目拆分过细颗粒度过小，无法很好适应一些新技术的收费需求，在一定程度上不符合技术快速进入临床的现实需要。

因此，有必要进一步突出服务产出的导向，将资源消耗、技术难度等基本相当的项目归为一类，于是各地原有的产科类价格项目按照适宜的颗粒度被统一规范整合成了 30 项，以更好适应临床实际。

## 临床实践上对产科类价格项目提出了哪些新的需求？

从一线调研的情况来看，目前临床实践中对产科发展的需求，主

要是体现在两个方面：一是希望新增新的医疗服务价格项目；二是希望更好体现产科医疗技术劳务价值。

一方面，随着医疗技术发展、人口政策优化、生育观念进步，近年不少医疗机构陆续推出一些更加人性化的产科医疗服务，如“分娩镇痛”等。实践中，一些地方按照原来的椎管麻醉项目收费，医疗机构因无独立的价格项目减少了提供的分娩镇痛的积极性；一些地方则是因麻醉医生数量有限，无法提供服务，不能很好地满足此类生育医疗服务需求。因此，医疗机构希望明确有关价格政策方向，充分发挥价格调节资源配置的功能，引导医疗机构提供相关服务，更好满足无痛分娩等多元化生育服务需求。

另一方面，一段时间以来公立医疗机构产科突出体现公益属性，医务人员反映产科类服务项目价格水平总体偏低，技术劳务价值缺乏充分体现。实际上，这是过去按成本定价的传统模式留下的客观问题，产科类服务项目多以人力投入为主，设备投入等成本占比不高，如果按成本定价的逻辑，产科类服务项目定价存在被低估的情况，在医疗机构内部收入和分配中产科也处于相对弱势地位。以普通顺产接生为例，三甲医疗机构收取的总费用（不含分娩镇痛）大多数约 2000 元-4000 元，其中接生的核心术式约为 600 元-800 元。一些网友经历过生育后也认为价格是低的，近年随着产科服务量大幅减少，价格矛盾逐步凸显出来。因此，需要适当跳出成本定价思维，以服务产出质量

为基础，构建更好体现技术劳务价值的价格项目，以促进产科平稳运行发展。

### 产科类立项指南如何适应产妇多元化医疗服务需求？

根据第三方机构调研显示，13%的女性青年存在对怀孕和分娩过程的惧怕心理。本次产科类立项指南单独设立“分娩镇痛”“导乐分娩”“亲情陪产”项目，旗帜鲜明支持医疗机构提供以产妇为中心的人性化分娩服务，鼓励积极开展镇痛分娩服务，支持有条件的医疗机构向孕产妇提供专业化的陪伴分娩和导乐分娩服务。

其中，导乐分娩服务起源于美国，最初是通过音乐帮助产妇放松心情，现在导乐分娩服务已不断丰富，包括由专业人员给予孕妇导乐相关知识讲解及陪伴，进行合理用力及分娩配合指导，应用呼吸减痛、分娩球、腰骶按摩等非药物方法减轻分娩疼痛、协助产程进展，帮助产妇在相对舒适的状态下顺利分娩，减轻分娩恐惧心理，促进改善生产体验。

### 产科类立项指南如何体现医务人员劳务价值？

近年来，国家医保局持续关注医务人员劳务价值，已全面建立医疗服务价格动态调整机制，并常态化运行，有升有降开展调价，手术、中医等部分技术劳务类项目涨幅20%-30%，检查检验类项目价格水平持续下降。

产科类立项指南编制中，我们充分尊重临床实际，按照各方意见

对技术劳务价值高、风险程度大的复杂情况和复杂操作，进行单独立项或加收项，体现技术难度差异。以“阴道分娩”为例，根据复杂程度分别设立“阴道分娩(常规)”和“阴道分娩(复杂)”，将瘢痕子宫、巨大儿、胎儿臀位、肩难产等分娩难度及风险大等情况列为“阴道分娩(复杂)”。同时，统一计价单位，将“胎心监测”“阴道分娩”“羊膜腔穿刺”等可能涉及多胎的项目，计价单位一律明确为“胎/次”，从价格项目层面统一引导地方医保部门关注产科医务人员劳务价值。

### 产科类立项指南是如何编制的？

国家医保局委托专家团队开展价格项目规范整合研究工作，本次产科类立项指南将原有价格项目规范整合为 30 项，研究论证过程也是十分细致深入，国家医保局组织召开了近 20 场座谈会，重点听取北京、上海、江苏、浙江等省市大型三甲医疗机构的意见建议，达成专业共识后又征求有关部门、地方医保局、医疗机构意见，以确保价格项目整合规范的科学性合理性，一些基本指导原则与关键着力点既突出问题导向，也不折不扣践行《深化医疗服务价格改革试点方案》精神要求。

按照各地产科专家论证意见，产科类立项指南原则上按照孕产流程进行分段立项，即根据妊娠期、产前、生产、产后等各环节的具体检查治疗或操作分别设立项目，不再与具体技术细节挂钩。例如，价格项目分为产前阶段的“产前常规检查”“胎心监测”，临产阶段的

“催引产”“产程管理”，生产阶段的“阴道分娩(常规)”“阴道分娩(复杂)”“剖宫产(常规)”“剖宫产(复杂)”等。具体项目对各地现行价格项目中服务产出一致、资源消耗相当的项目进行科学整合，对照卫生健康部门发布的《全国医疗服务项目技术规范》逐一明确了技术服务与价格项目的对应关系，能够有效提升价格项目对临床操作的兼容性，有助于脱离按技术细节立项的传统路径，促进改良创新技术的临床转化。

### 医疗服务价格项目立项指南编制的总体进度如何？

编制医疗服务价格项目立项指南是深化医疗服务价格改革系统性工程的重要一环。2021年5月，中央全面深化改革委员会第十九次会议审议通过《深化医疗服务价格改革试点方案》，提出规范管理医疗服务价格项目，使医疗服务价格项目更好计价、更好执行、更好评价，更能适应临床诊疗和价格管理需要。

国家医保局正有序组织各学科专家，系统开展全国医疗服务价格项目规范整合，编制形成立项指南。按照成熟一批发布一批的工作节奏，前期已先后发布《器官移植》《临床量表评估》《中医类(灸法、拔罐、推拿)》《中医外治》《口腔种植》《辅助生殖》《中医针法》7批价格项目立项指南，产科类立项指南作为第8批优先出台，回应学科呼吁，满足群众需求。

[返回目录](#)



## 多地医保局发文，耗材挂网规则迎来新变化！

来源：医疗器械经销商联盟

前不久，江苏省医保局发布了关于公开征求《关于推进医用耗材挂网价格治理工作的通知(征求意见稿)》意见的公告(以下简称《征求意见稿》)。

根据江苏省医保局此前发布的《关于深入推进医用耗材阳光采购的实施意见》，现阶段医用耗材挂网准入需有3家省内三级医院临采，外省挂网价和交易记录缺一不可，才可成功挂网。

但从本次《征求意见稿》来看，今后耗材产品想要在江苏省挂网，或许会变得非常简单。

《征求意见稿》指出：

针对“没有外省挂网价和交易记录的耗材产品”，只要企业承诺产品是省级挂网最低价，即可先挂网。

医疗机构也可在平台正常采购，采购价格由医疗机构与企业议价确定且不得高于企业承诺的省级挂网低价。待挂网省份或应急采购医疗机构数量达到阳光挂网要求后，按各省级现执行挂网价和医疗机构采购最低价两者中低者确定挂网价格。

针对“已撤网产品”，也可以重新申报阳光挂网。只要申报价不高于撤网前同注册证(含注册证到期后更换的新证)、同规格、同型号产品价格的1.5倍即可。

不得不说，《征求意见稿》在很大程度上减轻了耗材企业入院的难度，但随着挂网门槛的降低同时，监管也随之提升。

企业也必须要按时、按规上报最低价，一旦作假、超时未处理，迎来的也几乎是毁灭性的打击，撤网也将变成常态。

此外，《征求意见稿》指出，省阳光采购平台所有已挂网医用耗材，均纳入挂网价格动态管理范围。

联动全国省级挂网价格，如产品存在新低价，应在 20 个工作日内提交联动，逾期未提交的，经核实后予以暂停 3 个月，就算后续恢复挂网，也要按阳光采购信用记分管理处置。

不仅如此，《征求意见稿》还明确：

对省阳光采购平台无验收记录时间满 2 年的挂网产品，定期进行撤网；

对挂网后超过 3 个月未选择配送企业的新增挂网医用耗材，予以暂停挂网。

在省阳光采购平台 24 小时密切监管下，尽管挂网门槛降低了，但这也会导致撤网、暂停挂网的耗材产品现象将变得更加普遍。

并且，只要不按时、按规联动全国最低价的，不论是何原因，都将面临严格的处罚措施，这对企业内部的管理以及响应速度都提出了更高要求。

**全面线上，耗材监管新格局基本成型**

近两年，耗材线上采购的实施范围进一步扩大。北京、河南、湖南、山西等多地出台举措，推进耗材阳光采购。

今年3月，国家医保局党组成员、副局长施子海带队赴辽宁调研定点零售药店药品价格管理、公立医疗机构高值医用耗材网采等工作。其中强调，公立医疗机构应该在省级集中采购平台上采购全部所需的高值医用耗材，要结合高值医用耗材临床使用实际，采取适宜方式切实提高网采率。

地方层面上，今年2月，湖南省明确，全省各级各类公立医疗机构临床所需面向患者单独收费的医用耗材(包括医用耗材和体外检测试剂)均应在医保招采管理系统和省公共资源交易中心采购平台进行采购交易，严禁线下采购。

5月13日，安徽省医保局发布《关于进一步加强公立医疗机构医用耗材采购管理的实施意见(征求意见稿)》，将安徽省医药集中采购平台挂网医用耗材目录进行扩围，将国家医保医用耗材分类与代码库内的医用耗材目录全部纳入平台挂网采购范围。完善挂网规则，确保医用耗材在平台公开挂网、应挂尽挂，实行带码销售。

在全国大范围提升网采率的同时，耗材挂网流程也在不断优化。

去年至今，四川、江西、广东、山东、甘肃、陕西、河南、湖南、福建、重庆、河北、新疆(兵团)、江苏、内蒙、西藏、宁夏、贵州、青海等多地都在调整耗材挂网准入政策。

耗材挂网申报，全流程服务在 15 个工作日内完成，逐渐成为全国标配。

但不论是降低耗材入院门槛、提升网采率，还是优化挂网流程，价格管控始终如影随形，江苏、安徽《征求意见稿》是，全国各省亦如是。

而随着全国耗材统一招采平台功能不断完善，耗材采购全面向线上转移，医用耗材价格治理也变得越发简单有效，不仅线下采购的票据造假等问题在一定程度上可以得到缓解，医疗机构的异常采购情况也能够得到及时的预警。

一个全新的耗材招采生态即将构建完成，对于广大耗材企业和代理商来说，是积极布局激流勇进，还是就地躺平随波逐流，这将是决定未来命运的关键抉择。

[返回目录](#)

## • 专家观点 •

### 网售处方药 方便的同时还有什么

来源：中国卫生经济学会医疗保险

如今，你只要在手机上登录网络购药平台，上传处方，待线上医生接诊并开出处方后，便可缴费购药，在家坐等药品送上门。这种快捷的购药方式给老百姓带来了便利，免去了他们去医院挂号、就诊、

缴费、取药等环节。在迎接新业态的同时，我们对其了解多少？网售处方药还有哪些待完善之处？行业该如何规范发展？本期“聚焦零售药店”专栏采访了该领域的专家和从业者，请他们分享各自的观点。

### 新需求催生新业态

中国卫生经济学会医疗保险专业委员会秘书长傅虹桥表示，人们对网络购药的新需求促进新业态的产生。随着电商的崛起，互联网购物成为新的主流购物渠道。然而，在2022年《药品网络销售监督管理办法》出台前，我国网络购买处方药尚处政策模糊地带。“但是，随着人们网络购药需求的增加，尤其是疫情期间人们感受到其带来的便利，推动了《药品网络销售监督管理办法》最终出台。”傅虹桥说。

据傅虹桥介绍，2022年，《药品网络销售监督管理办法》《药品网络销售禁止清单(第一版)》《关于做好〈药品网络销售监督管理办法〉贯彻落实工作的通知》《互联网诊疗监管细则(试行)》等一系列规章与政策相继发布，进一步促进了药品网络销售、医药电商的规范发展。

一组数据足以证明药品网络销售行业的迅猛发展。商务部于2023年11月发布的《2022年药品流通行业运行统计分析报告》显示，据不完全统计，2022年医药电商直报企业销售总额为2358亿元(含第三方交易服务平台交易额)，占同期七大类医药商品销售总额的8.6%。其中，第三方交易服务平台交易额709亿元，占医药电商销售总额的

30.1%;B2B(企业与企业之间开展交易活动的商业模式)业务销售额1531亿元,占医药电商销售总额的64.9%;B2C(企业直接向消费者销售产品或提供服务的商业模式)业务销售额118亿元,占医药电商销售总额的5.0%。订单总数25489万笔,其中第三方交易服务平台订单数4551万笔,订单转化率95.8%;B2B订单数7197万笔,订单转化率97.4%;B2C订单数13741万笔,订单转化率95.0%。第三方交易服务平台网站活跃用户量48万,B2B网站活跃用户量104万,B2C网站活跃用户量7779万。

“药品网络销售平台销售量的急剧增加,印证了老百姓对网络购药的需求之大,也说明《药品网络销售监督管理办法》出台的必要性。”傅虹桥说,“从在网络上下单到收到药品可能用时只有半小时,网络上销售的药品品种相当于所有实体零售药店品种的集合,一些药品的价格比实体零售药店或医疗机构低,能买到一些在本地实体零售药店和医疗机构买不到的药品……这些优点让老百姓切实感受到网络购药的便利,更加促进了新业态的繁荣发展。”

### **新业态呼唤强监管**

新业态的产生必然面临新问题,网售处方药也是如此。据傅虹桥介绍,2005年,我国相关部门就在讨论网售处方药的相关问题。一方面,网售处方药给患者带来了便利,且随着互联网诊疗的迅猛发展,要求解禁网售处方药政策的社会呼声极高;另一方面,网售处方药或

可增加处方药滥用风险，从而带来安全性问题。在此背景下，国家药监局多次向社会广泛征求意见后，最终出台《药品网络销售监督管理办法》，网售处方药政策也终于尘埃落定。

据傅虹桥介绍，该办法针对先购药后补处方，即“先药后方”问题，出台具体监管细则，从而明确“先方后药”，尽最大可能确保处方药的使用安全。该办法的第二章针对药品网络销售出台相关规定，第三章针对第三方平台有监管要求，第四章针对监管部门提出工作职责。简单来说，药品销售企业负责通过网络卖药，销售相关的责任由企业负责，如验证处方真实性、避免处方重复使用；第三方搭平台并提供交易服务，而不直接销售药品，仅负责药品展示、交易等环节，还要对销售企业的行为进行监督；药监部门依照法律、法规、文件等按照职责分工对第三方平台和销售企业实施监督检查。

为了强化“先方后药”，该办法还有其他规定。据中国药科大学药品监管科学研究院执行院长邵蓉介绍，该办法第九条规定：通过网络向个人销售处方药的，应当确保处方来源真实、可靠，并实行实名制；药品网络零售企业应当与电子处方提供单位签订协议，并严格按照有关规定进行处方审核调配，对已使用的电子处方进行标记，避免处方重复使用；第三方平台承接电子处方的，应当对电子处方提供单位的资质进行核实，并签订协议；药品网络零售企业接收的处方为纸质处方影印版本的，应当采取有效措施避免处方重复使用。“这实际

上就是通过实名制购药、强制性签订协议等要求来确保处方来源和处方药去向的真实性，明确处方不仅是有处方权的医生开出的，处方的开具还应基于患者的真实医疗需求，同时避免处方重复使用所带来的风险。”邵蓉说。

同时，该办法的第十三条要求，药品网络零售企业，应当在每个药品展示页面下突出显示“处方药须凭处方在药师指导下购买和使用”等风险警示信息；应当将处方药与非处方药区分展示，并在相关网页上显著标示处方药、非处方药；在处方药销售主页面、首页面不得直接公开展示处方药包装、标签等信息；通过处方审核前，不得展示说明书等信息，不得提供处方药购买的相关服务。此外，去年6月20日，国家药监局发布《关于规范处方药网络销售信息展示的通知》，对“药品网络销售平台/网站(含应用程序)首页、医药健康行业板块首页、平台商家店铺主页不得展示处方药包装、标签等信息；通过处方审核前，不得展示或提供药品说明书，页面中不得含有功能主治、适应证、用法用量等信息”进行了再一次明确。“这项要求的目的是避免患者在网络上受到诱导和误导，以避免‘先药后方’现象的发生。”邵蓉说。

### 强监管后还应打补丁

《药品网络销售监督管理办法》对规范网售处方药起到关键作用，但在实操层面仍有一些政策待完善之处。



比如，在购药流程方面，记者在某平台上打算购买处方药阿莫西林。当在该平台上搜索阿莫西林后，该平台网页上会显示出各种厂家的不同规格和剂型的阿莫西林。随便选择一款药物后，在该网页的最下端标注：没有处方怎么办？点击“开方买药”后立即购买。点击“开方买药”后，网页跳转到填写问诊信息页面。记者随意点击一些疾病名字，并勾选页面下端“我确认已确诊此疾病并使用过该药，且无过敏史、无相关禁忌证和不良反应”，便可点击“免费问诊开方”，进入下一步的医生问诊开方页面。之后，在线的医生并没有要求上传首诊病历和既往处方药开具历史，便开出了处方，随后即可付款购药。

然而，国家卫生健康委发布的《互联网医院管理办法(试行)》《互联网诊疗监管细则(试行)》规定，互联网医院须有实体医疗机构作为依托，不得为首诊开具处方，只能为复诊或常见慢性病患者开具处方。该平台相关负责人在给记者的文字答复中表示，在该平台上，处方药的销售受到严格限制。用户必须提供有效的处方才能购买处方药，且平台会对每次购买的处方药数量进行审核和确认，防止处方药滥用和不合理使用。

“这实际上就是形式上满足了《药品网络销售监督管理办法》‘先方后药’的规定，但‘先药后方’的问题在实操层面还没有得到解决，老百姓依然能先通过平台搜索药品名，再通过简单的方式获取处方从而实现购药。”傅虹桥说。邵蓉也表示，这其实只做到了形式上的合

规，但实质上患者用药的安全风险依然很高。网售处方药平台的经营  
者应对此给予高度关注，不要心存侥幸。

此外，为了确保疫苗、血液制品、麻醉药品、精神药品、医疗用  
毒性药品、放射性药品、药品类易制毒化学品等国家实行特殊管理的  
药品不在网络上销售，由国家药监局制定的《药品网络销售禁止清单  
(第一版)》于2022年12月1日起施行。“然而，对于禁止清单中所  
列的部分药品，行业内是有不同看法的。”傅虹桥表示，比如，行业  
内认为，有些中药配方颗粒的安全风险并不是特别高，但也被列入清  
单，而安全风险较高的一些药品又没在清单中。“我觉得，禁止清单  
是一个动态调整的过程。随着实践的深入，禁止清单一定会越来越完  
善。”

“还有，网站上不能展示处方药相关信息的问题，也在业内广受  
争议。究竟是不能展示处方药的通用名，还是不能展示商品名？这些  
问题都有待明确。”傅虹桥说。

据了解，为了严厉打击药品网络销售违法违规行为，国家药监局  
加大监督检查力度，截至目前已发布5批药品网络销售违法违规典型  
案例。“相信在相关部门持续加大监管力度和相关政策法规不断完善  
的背景下，网售处方药一定会在方便老百姓的同时发展越来越规范。”  
傅虹桥说。

**论药：需要政策的完善 还需要健康素养的提升**

方便、便宜，是网售处方药行业的标签，同样，有待规范也是其标签之一。

对于该行业，之前一直争议较多。2022年，可谓是该行业的转折之年。这一年，国家药监局发布《药品网络销售监督管理办法》《药品网络销售禁止清单(第一版)》《关于做好〈药品网络销售监督管理办法〉贯彻落实工作的通知》，国家卫生健康委和国家中医药管理局发布《互联网诊疗监管细则(试行)》，酝酿并争议许久的网售处方药政策终于尘埃落定，同时国家对行业也提出强监管的要求。

经过多年发展，网络购物行业已经非常成熟，而网售处方药政策迟迟未放开，是源于对滥用处方药而带来安全风险的担心。强监管最为重要的目的是通过患者凭处方购买处方药、患者实名制购药、确保处方来源的真实性、规范处方药网络销售信息展示等手段，避免“先药后方”，从而让网售处方药行业得到不断规范发展。同时，为了防止国家实行特殊管理的药品在网上流出，国家药监局又制定药品网络销售禁止清单。政策落地实施以来，网售处方药行业得到规范，发展日趋成熟且迅猛。然而，不可否认的是，一些乱象仍然存在，“先方后药”在某些方面也做到了形式上合规。如何从形式走向实质，还需要相关部门出台更多有实操意义的政策补丁。

除了强监管，老百姓健康素养和合理用药意识的提升也非常重要。治理任何一个行业乱象都需要疏堵同施，仅靠政策上的堵，其效

果还远远不够。就网售处方药行业而言，提升老百姓的健康素养和合理用药意识就是一种疏。怎样才算具有较高的健康素养和合理用药意识？答案是患者一方面要对处方药潜在的副作用等知识有一定了解，另一方面要清楚处方只有处方医生才能开具，不能擅自为自己开方，要尊重基本的医疗行为。如今，随着信息技术的蓬勃发展，鱼龙混杂甚至不正确的疾病科普知识充斥着各种网络平台。这就需要老百姓具有较高的健康素养，对疾病有一定的了解，对科普知识有辨别能力，不轻信所谓的用药知识，不通过搜索引擎为自己诊病，不在网络上凭自己的经验购买处方药。只有这样，才会从源头上大幅减少“先药后方”的现象，使各种强监管措施更有效。

人人都是自己健康的第一责任人。我们要对自己的健康负责，严格遵守网络销售药品的相关规定，共同筑起安全用药防线。

[返回目录](#)

### **用体系建设破解医疗资源配置难题**

来源：中国卫生杂志

从富庶的成都平原经济区到地广人稀的三州地区，从国家顶尖医学中心到“留不住人”的县医院，复杂的地理、交通、气候、民族等因素交融，造就了四川省独特的医疗卫生生态。用四川省卫生健康委副主任李冰的话来说，四川的医疗卫生格局就如同整个中国的缩影。日前，《中国卫生》杂志对李冰进行专访，看四川省如何整合资

源，构建一体化的医疗卫生新格局。

### 医疗资源分布不平衡、结构不合理

中国卫生：四川是中国西部最大的医疗服务省份。在医疗资源布局方面，四川呈现怎样的特点？具有哪些优势和短板？

李冰：在四川 48.6 万平方公里的土地上，既有年门诊量近千万的国内顶尖大医院，也有海拔 4200 多米、生存举步维艰的县级医院。随着交通条件的改善，全省已实现村村通马路，除阿坝和甘孜州，其余 19 个市州均已通高铁。优质医疗资源的可及性大大增强，带来了居民就医路径的变化。

一方面，四川医疗资源总量大，全省的医院数、公立医院数、三级医院数分别位居全国第 3、第 5、第 1 位，每千人口床位数、卫技人员总数分别位居全国第 3、第 5 位，是名副其实的医疗资源、服务供给大省。另一方面，全省 59% 的三甲综合医院集中在成都平原经济区，甘孜、阿坝、凉山三州占全省地域面积的 61.3%，但仅有 17 家三级医院。全省共 20 家县医院未达到县医院医疗服务能力评估基本标准，其中三州地区 18 家（阿坝州 3 家，甘孜州 13 家，凉山州 2 家），占比达 90%。作为农业大省，四川全省地区之间发展不平衡不充分现象突出，乡村医疗卫生机构总体呈现“小、散、弱”的特点。

一方面，四川依托国家卫生健康委在川、省属高水平医疗机构，先后获批国家口腔医学中心、国家儿童区域（西南）医疗中心，5 个国

家区域医疗中心建设项目，建成2个国家级临床医学研究中心、3个全国重点实验室和52个省级临床医学研究中心，在优质资源的体制扩容上不断突破。另一方面，在国家卫生健康委已设置的13类国家医学中心和儿童类别的国家区域医疗中心中，四川仅获批1个国家医学中心和1个国家儿童区域医疗中心；在国家层面已建和尚在筹建中的质控中心里，仅有四川大学华西医院被纳入国家质控中心筹建单位范围。医疗资源总量大，优质医疗资源相对薄弱，且分布不平衡、结构不合理，优质医疗资源主要集中在成都平原地区，这是四川医疗资源分布最大的特点。

### 构建“顶天立地”医疗服务网

中国卫生：基于四川的独特省情，如何实现优质医疗资源的扩容下沉与均衡布局？

李冰：四川省内不同地区的医疗资源数量和质量落差很大，基于这种落差，四川省卫生健康委正在通过实施“顶天立地”工程，构建一套符合省情的医疗卫生服务体系。这种“顶天立地”的医疗服务体系就像一张保护网让不论身在省内哪个地方的居民，都能够以最低的成本获得最适宜的医疗服务。

一是在顶层资源创建上求突破。

聚焦重点项目，扩大国家层面优质医疗资源容量。截至目前，四川省已获批国家口腔医学中心、国家儿童区域(西南)医疗中心和5个

国家区域医疗中心建设项目。四川大学华西医院入选中西医协同“旗舰”医院建设试点单位，四川省人民医院、四川省肿瘤医院、四川省中西医结合医院入选中西医协同“旗舰”医院建设试点项目储备库。实施临床重点专科扩容惠民行动和培优提质工程，争创国家临床重点专科 118 个。聚焦规划统筹，做大省级层面优质医疗资源总量。四川围绕“大病重病在本省解决”目标，出台《四川省“十四五”医学中心和区域医疗中心设置规划》，在全省范围内规划设置 3 个省医学中心，分成都、川东、川西、川南、川北五大片区设置 50 个省级区域医疗中心，推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。聚焦协同共建，提高市域层面优质医疗资源质量。2023 年 12 月，四川印发《四川省紧密型城市医疗集团建设试点工作方案》，全面推开紧密型城市医疗集团“六一体管理”“六协同共享”机制。推进成都、自贡、攀枝花 3 个国家级和泸州、德阳、绵阳等 11 个省级紧密型城市医疗集团试点建设。统筹推进专科联盟建设，截至目前，全省建立专科联盟 713 个，其中川渝专科联盟 147 个，覆盖 900 余家医疗机构。

二是在县域服务能力上下功夫。

四川省大力实施县医院能力提升工程。全省 160 家县医院中，140 家县医院达到基本标准，占比 87.5%；92 家县医院达到推荐标准，占比 57.5%，高于全国平均水平 11.9 个百分点。印发《四川省紧密型县域医共体“八统一”管理指导意见》，县域医共体实行编制、岗位、

人员、经费、管理、财务、药物、信息“八统一”，从责任共同体、管理共同体、服务共同体、利益共同体4个维度推动紧密型县域医共体建设由试点阶段转入全面推进阶段。深入实施医疗人才“组团式”帮扶和欠发达县域托底性帮扶，每年向乡村振兴重点帮扶县、39个欠发达县等重点地区选派900余名专家人才。2023年，50家受扶县人民医院门急诊人次、住院人次、手术台次、三四级手术占比分别提升11.91%、19.04%、7.14%、5.14%。

三是在基层能力建设上出实招。

四川出台《四川省县域医疗卫生次中心建设指南(试行)》，从占地面积、业务用房、科室设置、人才结构等9个方面，推动县域医疗卫生次中心建成县域的医疗救治、急诊急救、人才培养、技术指导和公共卫生示范“五大中心”。截至目前，全省已建成302个县域医疗卫生次中心。实施城乡医疗卫生对口支援“传帮带”工程，每年向脱贫地区、民族地区、革命老区等地区选派5000余名医疗专家开展对口支援，促进人才、技术、管理、服务下沉乡村。

### **破解9字难题，提升患者体验**

中国卫生：近年来，四川省医疗机构门诊患者满意度、职工满意度在全国公立医院绩效考核中连续排名前列。成绩的背后，四川省都开展了哪些工作？

李冰：提升患者看病就医的满意度，实际上就是要解决9个字的



问题，即“看病难、看病贵、看病烦”。解决看病难的问题，就是要推动优质医疗资源扩容下沉，健全医疗服务体系，引导居民有序就医。四川省卫生健康委聚焦提质扩容，推出了四项重点举措。

举措一是中央在川医疗机构和委直属医院通过领办、托管等方式促使优质医疗资源下沉，推进医疗同质化发展。

举措二是通过建设专科联盟和远程医疗协作网，优化优质医疗资源配置和可及性。重点推进基层、边远地区、民族地区和欠发达地区的远程医疗协作网建设，市县覆盖率达 100%，牵头单位主动使用省“5G+医疗健康”远程专网开展远程诊断、远程会诊、远程查房、远程教学、远程监护等。

举措三是依托东西部协作，推进全省医疗人才“组团式”帮扶，履行帮扶医院主责作用，提高县级医疗机构服务能力。2022 年 6 月以来，来自浙江和省内相关市(县)92 家医院的 603 名骨干组团帮扶四川省 50 家乡村振兴重点帮扶县人民医院。

举措四是建好家门口的医疗服务网点。以建设县域医疗卫生次中心为抓手，推动有限的医疗资源在人口集中、交通便利的中心镇卫生院聚集，扩大单体卫生院规模，辐射带动周边片区的乡镇卫生院。

截至目前，全省已建成 302 个县域医疗卫生次中心和 46183 个基层医疗卫生机构。为破解看病贵的问题，四川省卫生健康委聚焦稳价惠民，完善四项重点机制，进一步减轻人民群众经济负担。机制一是

实施医疗费用控制行动，建立医疗费用季度、年度分析通报制度。机制二是利用医疗“三监管”平台监控高值医用耗材、药品使用情况，先后于2019年和2023年下发省级文件，要求各级各类医疗卫生机构根据第一批和第二批国家重点监控合理用药药品目录制定本机构目录，加强相关药品临床应用管理和监测。机制三是积极配合医保部门开展打击欺诈骗保专项整治工作。机制四是进一步推动检查检验结果互认，在全省范围内开展医疗机构检查检验结果互认工作。2023年1月至今年3月，全省检查检验结果互认851.95万例次，累计为患者节约费用7.75亿元。

为解决看病烦的问题，四川省卫生健康委聚焦和谐就医，深化两项重点行动，进一步改善就医体验。行动一是印发《四川省改善就医感受 提升患者体验主题活动实施方案(2023—2025年)》。将改善医疗服务工作纳入“2024年四川省卫生健康十大行动”“四川省2024年卫生健康重大改革创新揭榜攻关重点项目”统筹推进，在患者诊前、诊中、诊后全链条中做实做细，推动患者就医全流程体验提升。成都、德阳、内江、泸州等地积极开展“一次挂号管三天”试点，解决部分三日内复诊及有相关并发症患者重复挂号的烦恼。绵阳市开展全省首个区域性信用就医项目，截至2024年3月，覆盖绵阳市12家市、县级医疗机构，累计使用4万余人次，覆盖全年龄段人群，签约用户就诊缴费时间缩短60%以上。行动二是在全省范围开展以“强基

础、提质量、促发展”为主题的进一步改善护理服务行动。“互联网+护理服务”、智慧护理、老年人居家医疗护理等创新服务模式不断涌现，二级及以上医疗机构优质护理服务实现全覆盖，护士执业环境测评得分连续7年高于全国平均水平。1727家医疗机构提供“互联网+护理服务”和老年人居家医疗护理服务，护士与服务对象满意度均超过98%。

中国卫生：下一步，四川将如何规划构建具有四川特色的优质高效医疗卫生服务体系？

李冰：围绕构建优质高效的医疗卫生服务体系，四川省下一步将全力推进五大行动：一是全力实施医疗服务现代化行动，二是全力实施医疗体系整合化行动，三是全力实施医疗服务优质化行动，四是全力实施医疗管理精细化行动，五是全力实施行业治理规范化行动。

建立优质高效的医疗卫生服务体系，为人民群众提供全方位全生命周期健康服务，既是中国式现代化的民生福祉要求，更是每一个卫生健康人应尽之责、应有之义、应作之为。

[返回目录](#)



扫一扫  
关注药城公众号



扫一扫  
关注医药梦网公众号



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药城: <http://www.yaochengwang.com>

 地址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电话: 010-68489858