

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第29期

(07.15-07.21)

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 •

▶ [DIP支付方式改革下的医院信息化建设实践](#)（来源：HIA 数据服务平台）——第 6 页

【提要】推进 DIP/DRG 支付方式改革是一项系统性工程，牵一发而动全身。作为河北省 DIP 试点医院，河北医科大学第二医院将信息化与创新性管理理念融合，用好支付工具做好精细化管理，积极应对改革。

▶ [DRG+公立医院，如何打造高效、优质的医院医疗生态？](#)（来源：亚太医管）——第 15 页

【提要】与许多国家先有 DRG 支付制度改革、后有绩效评价不同，我国的 DRG 发展道路是绩效评价手段先行，再逐步进入支付改革的实质阶段。这是因为 DRG 考验的是医院的精细化管理水平，只有医院管理者、医疗卫生区域管理者真正重视运营管理模式转变，才有能力迎接 DRG 支付改革带来的挑战。

• 分析解读 •

▶ [“以量换价”：医保药品准入谈判的运行逻辑及机制探讨](#)（来源：北京大学医学部卫生政策与技术评估中心）——第 19 页

【提要】医保用药目录是保障我国民众医药供应和支付的重要制度安

排，每次目录的调整工作都会受到社会各方关注。近年来，医保部门通过协商谈判的方式，将数以百计的创新药品纳入了医保目录，给临床用药增加了新品种，为患者的诊治和康复提供了巨大支持。

▶ [三医如何相向而行？国家医保局密集释放新信号](#)（来源：第一财经）——第 28 页

【提要】近日，国家医保局连发公告向医疗机构和一线医护人员抛出“绣球”，在全国范围内征集医保定点医疗机构典型案例及“检查检验类”科普文章，密集释放出“三医”协同发展和治理的新信号。上海市卫生和健康发展研究中心主任金春林对记者表示，“三医”协同的核心是医保、医疗、医药、患者的利益应当协同起来，只有这几方都相向而行，所有人的利益才能得以保证，也能避免社会资源的浪费。

• 中医药服务 •

▶ [发挥中医药优势 推进健康中国建设](#)（来源：中国中医药报）——第 33 页

【提要】健康是人类发展的基础和社会进步的重要标志，健康中国战略的提出旨在全面提高人民健康水平，建设一个人人共享的健康社会。中医药作为中华民族的宝贵财富，在实现这一目标中具有独特的优势和不可替代的作用。

▶ [促进中医药在海峡两岸融合发展](#)（来源：中国中医药报）——第 36 页

【提要】近日，“第十六届海峡论坛·2024 海峡两岸中医药发展与合作研讨会”在福建省厦门市召开，来自海峡两岸的 500 余名专家学者、企业家围绕“促进融合发展，共创绵长福祉”交流探讨，本版对其中 4 位专家的发言进行摘登。

• 集中采购 •

▣ [陕西这样规范公立医疗机构采购，严禁拆分化整为零规避招标](#)（来源：三智医管）——第 48 页

【提要】近期，陕西省卫健委、陕西省医保局、省财政厅等 5 部门联合发出通知，要求进一步规范公立医疗机构设备和药品耗材采购，严禁以任何不合理理由拆分采购，化整为零规避招标。

▣ [DRGs 支付时代下 公立医院耗材遴选实例](#)（来源：中国医学装备协会应用评价分会）——第 51 页

【提要】目前，在医疗体制改革的大潮下随着 DRGs 支付时代的来临，医疗机构纷纷开始围绕 DRGs 的分组尝试医用耗材的调整、控制设置停用。随着围绕医用耗材使用开展的各种管控方法的出现，什么才是最有效的方法成为了大家热议的话题。在这种环境背景下，医学工程管理部门到底应该做些什么以及未来的发展方向是什么，成为了每一个医工人内心深处的拷问。带着探究结果的思路，本文分析两个北京大学第一医院的医用耗材管理案例。

• 基金监管 •

▶ [“数字飞检”赋能医保基金监管](#)（来源：中国卫生杂志）——第 56 页

【提要】近年来，重庆医科大学附属第一医院（以下简称重医附一院）按照医疗保障制度改革发展的要求，将攻克医保基金监管难题作为加强医院医保管理体系建设、提升医疗服务质量的关键突破口，出实招、亮新招。重医附一院大力推行“数字飞检”模式，创新构建了“数字飞检”数智自查自纠的医保基金监管体系，推动实现了监管方式从人工抽审向数字审核的飞跃、监管广度从病例抽审向全面覆盖的拓展、监管深度由医院层面向科室及医务人员层面的转变，有力保障了医保基金的安全合理使用。

▶ [如何建好院内自查系统](#)（来源：中国卫生杂志）——第 61 页

【提要】当前，医保基金监管的标准越来越严格，受到了各级医保部门、医疗机构的高度重视。在医疗机构内部对医生、护士的执业行为、收费行为进行合规性自查，尽可能减少医保拒付或扣款情况，对于医疗机构尤为重要。近年来，福建省立医院结合医保审查要求，建立了院内医保合规自查系统，实现了对住院患者每日医疗项目和费用的智能化监管、审查和预警，有效减少了医保违规行为例数和扣款金额。

-----本期内容-----

• 医院管理 •

DIP 支付方式改革下的医院信息化建设实践

来源：HIA 数据服务平台

推进 DIP/DRG 支付方式改革是一项系统性工程，牵一发而动全身。作为河北省 DIP 试点医院，河北医科大学第二医院将信息化与创新性管理理念融合，用好支付工具做好精细化管理，积极应对改革。

■ 改革背景

国家医疗保障局制定的《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》指出，为加快建立管用高效的医保支付机制，将分期分批加快推进改革进程：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。

《河北省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动推进方案》也在稳步推进，省本级、石家庄市将按照“三个一起、三个统一、三个同步”和核心工作“三个独自”的思路，一起采集数据、一起治理病案、一起开展培训，统一病种目录、统一等级系数、统一病种分值，同步模拟付

费、同步实际付费、同步付费扩面,独自确定点值、独自改造接口、独自结算清算,开展DIP付费改革工作。

除了国家及省级政策推进外,医院自身发展也需要借力此次改革。DIP/DRG支付方式改革,对大型公立医院来讲,是挑战也是机遇。众所周知,医院内部结构复杂,专业发展不平衡,历史弊病长时间得不到解决。通过这次改革,医院必然要对内部结构进行优化调整,能够促使多年积攒的问题彻底解决,打破原有平衡,建立新的平衡,无论是成本管理还是学科建设都能得到较大提升,提升医院在全省乃至全国的竞争力,为老百姓提供更好的健康保障。

面对内外部改革需求,河北医科大学第二医院从强化组织、完善制度、优化流程、加强信息化建设等维度着手,积极应对此次改革。

■ 改革痛点及措施

通过DIP/DRG支付改革实践,医院发现其主要难点在于临床科室和职能部门之间对分组的把控,不能任由科室一味追求高点值,要回归医疗本身,职能部门要进行深入指导和监管,临床科室要通过提升诊疗能力和开展新技术来实现突破。为解决痛点难点,医院开展了如下工作。

1、成立院内DIP支付方式改革工作小组

2022年4月,医院发布《河北医科大学第二医院-按病种分值付费(DIP)改革工作方案》,并同步成立医院按病种分值付费(DIP)改革

领导小组及办公室。全院共设置七个工作小组，并对不同小组设置各自分工，共同为 DIP 支付方式改革相关政策在院内推行提供服务。

其中，明确了信息部门的主要职责和工作内容：

① 协助相关部门将疾病诊断编码、手术操作编码、医保医师代码、医保护士代码和三个目录(药品、耗材、项目)编码及时按要求维护到医院 HIS 系统中，全力保障系统稳定运行。

② 做好系统维护，保障数据准确顺利上传，配合相关科室做好数据准备调取工作。

③ 根据 DIP 支付方式改革要求，配合医疗医技科室做好信息系统改造工作。

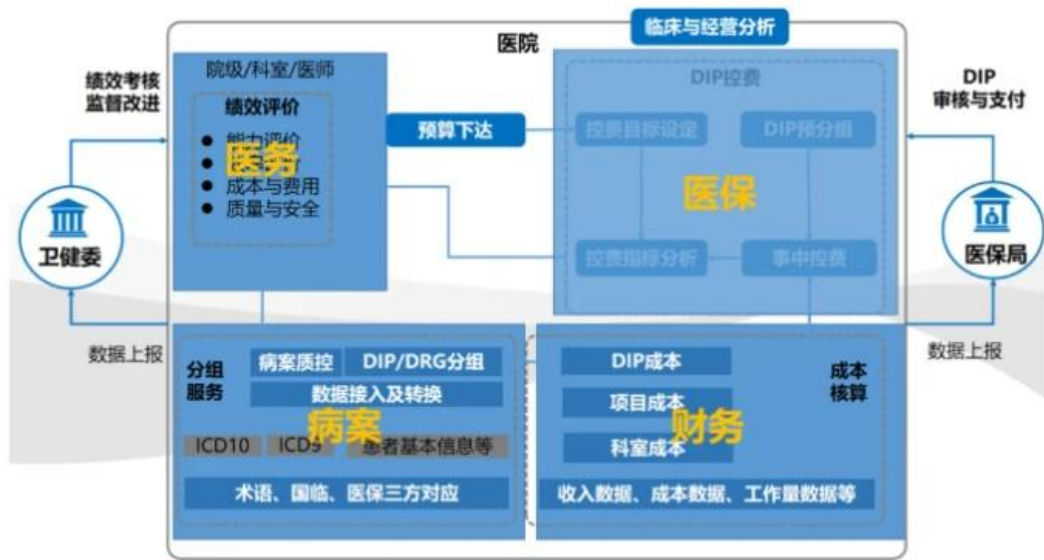
2、组建信息部门 DIP 支付方式改革相关系统建设管理小组

医院信息中心组建了部门内部(DIP)信息系统上线支持小组，由信息中心牵头，望海康信主要承建，其他业务系统设计厂商协同和监理的密切协同机制。小组由主任亲自统筹负责系统的全面上线工作，在软硬件、网络支持、三方接口、监理等方面分别指定专人负责。

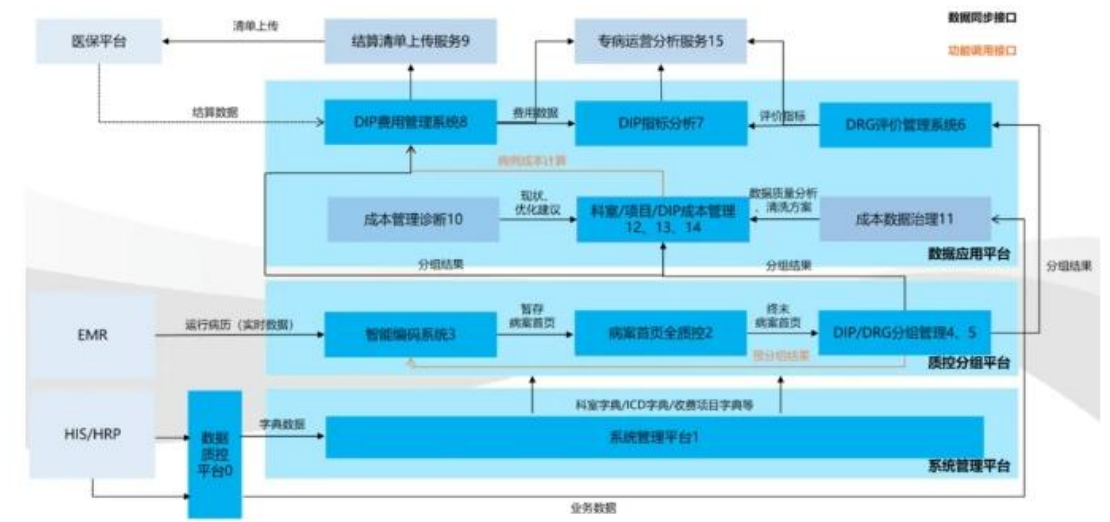
3、明确建设目标

通过信息化手段，实现基于 DIP 支付下的病案、清单、成本核算和综合评价等全流程闭环管理，打通临床、病案、医保、局端四端的数据流通。

4、规划详细方案



制定建设里程碑计划并设计系统流程：得益于望海康信一体化平台优势，实现了两个统一：基础字典统一、数据接入统一；两个自动：数据同步自动、系统交互自动；



数据流转设计：按照一体化系统流程设计，整合 DIP、DRG 和成本核算系统的数据需求，统一外部接入方式和源头，通过数据采集平台自动采集和数据质控。



医保结算清单管理：医保结算清单是各级各类医保定点医疗机构开展住院、门诊慢特病、日间手术等医疗服务后，向医保部门申请费用结算时提交的数据清单；也是进行按病种分值(DIP)付费的分组重要依据，医保结算清单的数据事关医保结算盈亏，决定了医院的入组结算金额，信息部门作为信息数据上通下达的重要部门，保障医保结算清单院内质控流转和上传顺畅与否变得至关重要。按照《河北省医疗保障局办公室关于改造医保结算清单数据接口的通知》的要求和《定点医药机构直连国家统一医保平台接口开发说明 V2.1》的技术标准，将医院医保结算清单准时上传至省平台。

5. 成立运营管理委员会

DIP 对医院运营的影响是全方面的，也可以说是“生死存亡”的影响。DIP 支付后将全面暴露医院在管理方面的问题，尤其是成本的管理和学科的建设。医院必须要建立运营的理念，全面分析各项运行指标，成立专门的运营团队，立足 DIP 成本，依托信息化建设，协助

各科室顺利完成结构改革，并结合自身特点，区域特色，竞争目标，明确定位，尽快完成结构化改革。DIP 与运营管理的融合主要通过 DIP 成本分析结合病种成本来指导科室的运行，优化结构。难点依然在于管理和临床的深度融合，有效执行，关键还是“人的管理”。

为此，医院成立运营管理委员会，在医院领导层的大力推动下，由财务处牵头进行科室成本和运营分析，全面指导临床科室积极应对 DIP 支付方式改革。部分科室通过预分组和盈亏分析，已经开始有针对性的调整治疗方案，有计划的开展新技术和新项目。

■ 基于 DIP 的医院运营管理信息化升级

DIP 落地医院离不开信息化系统的建设升级，包括信息系统升级与维护、数据的质量、系统功能的培训、相关数据上传顺畅性管理、数据安全、协助病案室、医保办做好医保版编码映射等层面，这给医院信息部门带来了更高的要求 and 更大的挑战。

目前，医院的信息化建设战略目标是围绕建设区域型医疗中心，实现全成本核算和全面无纸化，加速推进大数据中心和远程医疗建设。当前工作的侧重点一是成本，二是大数据平台。通过打通“人、财、物”，实现全面互联互通和数据共享，并利用大数据技术，实现病种成本分析和科室运营分析。

为实现战略目标，医院从 2021 年初开始规划建设信息化系统，首先是进行基础改造，更新了 HIS 系统、电子病历系统、LIS 系统、

HRP 系统、财务系统、人事系统等，实现了数据的互联互通和全面共享。随后通过引进望海康信的 DIP/DRG 系统，进一步规范了临床诊断分组，为病案质控打好坚实基础；通过 DIP 成本分析，为进一步指导临床科室运营，提供了数据支撑；通过引进智能编码系统，提高了病案室的编码效率。

值得注意的是，在改革之初，院内缺乏成熟的医保结算清单质控上传流程，清单质控职责归属划分不明，对医保清单质控缺乏深刻理解；基于归档病案首页生成结算清单，由 HIS 负责上传，上传过程中并未做质控预分组模拟结算。为了弥补上述关键内容的缺失，引入望海康信 DIP 系统，协同病案、医保部门共同制定了结算清单质控流程，针对流程中最重要的数据流转、功能嵌入等召开专题会议。确定了 DIP 系统与 HIS 系统、电子病历系统的功能交互方式和数据流转方式。

经过一段时间的实践，建设成果如下：

① 数据治理：按石家庄市医保局要求，需要医院上报 2021 年 5 月-2022 年 6 月的所有历史医保结算清单，由于前期缺少相关经验，上传数据出现了很多问题，无法满足医保局的数据测算要求，经医保部门和信息部门的共同努力下，严控上传数量和上传数量，由望海康信对历史数据进行的全部重传，最终上传效果明显，结算清单上传率在 99%以上，结算清单质控通过率在 99%以上，为全市结算清单上报质量最高医院之一。

在结算清单日常上传中，通过信息化系统和人工审核，每月结算清单上传率均为 100%，数据质量问题逐月递减，其中 11 月份质控合格率超过 99%。

② 按照系统流程设计方案，上线后实现：临床医生主要负责诊断手术操作的编码正确录入，并借助医生助手可以实时提醒当前患者的 DIP 分组及当前组的支付标准信息，并提供标准费用参考。病案室负责临床编码的审核，审核通过后系统自动生成结算清单，并对清单进行质控，同时通过医生助手将结算清单推送给临床医生。

临床医生需要对结算清单进行反馈，首先临床医生需要通过系统查看所有结算清单的入组情况及费用的模拟结算情况及结算清单质控内容，可以通过医生助手对结算清单质控问题进行修改，包括诊断和手术操作的顺序调整。

病案室对医生修改过的结算清单进行二次审核，确保不会出现高套低编等情况，确认无误后会提交到医保科进行最后的费用审核，如果审核有问题，需要打回临床。

医保科主要负责结算清单的费用及模拟结算相关数据的审核，对高低倍率及与标准参考费用差异较大的清单进行重点审核，确认无误后开始结算清单的上报工作。

③完成科室成本、医疗服务项目成本和 DIP 成本系统建设，产出 2021 年、2022 年相关成本数据。



DIP 支付模式下所谓病组盈亏更应从成本角度进行分析，仅从费用盈亏并不能反映该病组的真实资源消耗，只有借助成本系统才能更准确的分析出各病种的成本结余。

④ DIP+DRG 两手抓，DRG 是三级公立医院考核和三级医院等级评审的重要指标，卫健委每年也会通过 DRG 相关指标考核所有医院，所以 DRG 建设非常重要。因为 DRG 和 DIP 所用数据源一致，医院 DIP/DRG 系统可以通过一套接口数据同时产出两套分组数据，通过一个系统进行数据展示，为医院管理提供更便利的查询和分析模式，为精细化管理提供重要。

总之，推进 DRG/DIP 是一项系统性工程，涉及院内医保、病案、医务、财务、信息等多个部门的工作推进，牵一发而动全身；DRG/DIP 的改革促进了信息化水平的提升，通过信息化建设打通医保、病案、医务围绕 HIS、电子病历、首页和医保结算清单的数据通道；通过利用大数据技术，对医院进行深入的运营分析，促进了医院各专业结构

的优化和提升，为医院的高质量发展打下了坚实的基础。

[返回目录](#)

DRG+公立医院，如何打造高效、优质的医院医疗生态？

来源：亚太医管

与许多国家先有 DRG 支付制度改革、后有绩效评价不同，我国的 DRG 发展道路是绩效评价手段先行，再逐步进入支付改革的实质阶段。这是因为 DRG 考验的是医院的精细化管理水平，只有医院管理者、医疗卫生区域管理者真正重视运营管理模式的转变，才有能力迎接 DRG 支付改革带来的挑战。

DRG 全面支付时代催生医疗管理的变革

DRG 付费改革与探索是逐步开展的，2011 年北京市选定 6 家医院开始进行试点，拉开了 DRG 时代的序幕。朝阳医院作为第一批 6 家试点医院之一，最早参与了当时的 DRG 改革实践探索工作。

DRG 是一个很好的量化工具，借助它可以推动医疗行为的约束和管理，也带来医疗质量可评价的平台和抓手。同时对于医疗管理也是一个很好的契机！在医疗管理中，可以应用 DRG 来评价医院的综合能力、医院危重病例的救治、低风险死亡率的发生、专科水平的程度，以及每一个个体的医生的相对工作量和业绩的评价，这些都是非常好用的标尺。

DRG 改革与高质量发展结伴而来

国务院办公厅发 18 号文《关于推动公立医院高质量发展的意见》，是新阶段公立医院改革发展的根本遵循，为更好地满足人民日益增长的美好生活方面的需求，在这个指导意见中提出了公立医院高质量发展的目标是建立健全现代医院管理制度，举措是强化体系创新、技术创新、模式创新和管理创新，方向是加快优质医疗资源扩容与区域均衡布局。

这个指导意见是实现公立医院转型升级的路径选择，是保证医院可持续发展的根本之策，要实现三个转变，三个提高，发展模式从规模扩张转向提质增效，运行模式要精细化管理，资源配置要注重人力技术的要素；提高质量、效率，和医务人员的待遇。如何提高待遇，实际上 DRG 本身给我们带来了可利用的一个空间。这一系列的实现要通过信息化手段的支撑。

基于 DRG 的医院管理策略与实践

基于 DRG 改革的医院管理，需要职能科室医政、医保、医药多部门的联动管理，离不开多部门的支撑。对医院来讲病种成本的管控、病组组合的调整、以及病种的绩效考核，都是集中在信息化平台提供的数据分析和利用上。而这些数据来自于病案首页，方方面面管理上的推进都是非常重要的。

作为管理者来讲，对绩效指标的科室任务分解非常重要，如何推动精细化管理是个考验，同时还要推进学科的可持续的发展，怎么指

导临床结构的调整，怎么使手术室的资源合理有效地利用，这都是要关注的重点。基于这个管理，一定是全院行为，有多部门的职能管理，有每个月绩效指标的提醒和分析，包括以项目做抓手做推进。这个过程中高度重视，明确目标，不仅要关注 DRG，更要关注精细化的管理和学科的未来。

01、医疗管理部门，应该如何做？

10 个字涵盖：引领、组织、服务、管理、创新。临床要往哪个方向努力，分解绩效指标，做制度规范流程，保证科室之间同质化的推进，包括每个月甚至每一天对数据的分析以及过程的管理。是否要走下临床，是否要指导科室的调整，这都是管理者要思考的问题。

02、临床科室应该做什么？

规划学科定位和特色发展，根据指南优化科室的病种临床路径，规范医疗行为，了解路径的变异以及终止情况，要以医院下达的绩效指标为指引分析主流病种 DRG 是赚钱还是赔钱，要有解决的策略和实践。

03、临床医生应该做什么？

保证所有相关的次要诊断和所有的相关操作都录入病案首页。首页中的诊断必须有诊断依据，在病程、检查化验报告中有支持信息。正确选择主要诊断，即导致患者本次住院的主要原因的疾病或健康状况，有手术治疗的患者主要诊断要与主要手术治疗的疾病相一致。一

次住院只有一个主要诊断。

04、编码员应该做什么？

编码员要负责主要诊断及主要手术、操作的判定，正确理解医师书写的诊断及手术、操作，了解相关的临床知识，全面了解病人的病历。编码员应该伴随着科室专业化的发展，走一条编码员专业化的发展道路。有主攻专业，临床路径要非常的熟知，要熟悉编码的规则和要求，以及服务的专业科室的常见病种的路径，以及主要操作者的习惯。要跟科室有一个专业医生和编码员的互动群，来保证翻译的准确性，要建立编码员的例会制度。

05、信息化部门应该做什么？

要提升医院信息化整体水平，做好信息化支撑，尤其是在电子病历和临床路径管理的信息系统上。同时要保证医院管理系统与临床系统的互联互通，按照统一标准接口修改编码软件系统，保证编码数据准确快速上传。

06、病案部门应该做什么？

随着 DRG 改革推进，病案部门的重要性尤其凸显。病案是医学发展历史的写照，是医生诊疗行为的记录，同时也是诊疗能力和态度的印证。它的完整性、标准性、准确性、和真实性尤为重要。作为医院精细化管理抓手，DRG 的数据源于病案，病案未来的管理如何从幕后走向前台？要求病案管理者的专业化，反映病案全貌的精髓和牵引，

编码员翻译的方向以及完成的及时性。

DRG 实际上是一个非常好的工具，它促进了医院的标准化管理和医疗质量的精细化管理。基于 DRG 的评价是迄今公认的医院评价方法，因此，医院管理者在推动 DRG 付费改革时要尤为重视将 DRG 与保障医疗质量和安全相辅相成。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

“以量换价”：医保药品准入谈判的运行逻辑及机制探讨

来源：北京大学医学部卫生政策与技术评估中心

医保用药目录是保障我国民众医药供应和支付的重要制度安排，每次目录的调整工作都会受到社会各方关注。近年来，医保部门通过协商谈判的方式，将数以百计的创新药品纳入了医保目录，给临床用药增加了新品种，为患者的诊治和康复提供了巨大支持。

医保部门在和医药厂商进行价格准入谈判中，很重要的一个政策工具就是“量价互换”，即：基于广阔的医保用药市场，与医药厂商开展价格博弈，力图以医保的用量规模来换取厂商的优惠报价，从而提高医保资金使用效率，为参保人谋取更多福利。这种量价互换的思路在我国多项医改政策中都发挥着重要作用。

但需要指出的是，医药市场的运行非常复杂，存在着诸多深刻的

博弈。与带量集采不同，医保谈判中管理部门对于后续药品用量无硬性保障，以降价换取增量的意图并非必然实现，现实中体现为国谈药落地障碍、惠民效果难以彰显等问题，给临床诊疗工作和医药市场运行也带来困扰。

随着医保谈判工作不断开展，尤其是落地政策的研究不断深入，医保谈判量价互换政策意图的适宜性和可行性问题逐步被提出。既往文献中对此问题虽有所阐述，但解决路径难言清晰。本文拟对医保药品准入谈判中的量价互换问题进行探讨，分析其运行逻辑和实现条件，以期为相关政策的制定和实施提供参考。

量价互换的理论逻辑

价格和数量是市场运行中最重要的两个内容，两者互为影响、互相作用。基于经济学和管理学理论，市场价格是供需双方行动的指示器：对于需方，价格越低则需求数量越大，而供方则正好相反，价格越低则供给愿望和数量越小。

面临向下倾斜的需求曲线的需方(消费者，在医药领域则表现为代表参保人购买和支付医药产品的医保部门)，通常希望以较大的采购数量来换取较优惠的价格，即我国医改中常说的以量换价政策意图，这是需方很自然的思路。

如果审视供方(供应者，此处即为医药厂商)的激励和约束，则情况更为复杂。对于供方而言，其生产供应过程中的边际成本是不断变

化的。通常情况下，在供应扩大的初期，随着生产数量的增加，在资源使用更充分、团队配合更熟练、技术流程不断完善等各种因素的促进下，会呈现边际成本不断降低的过程。在这个区间，随着数量的增加，每个产品的平均成本是下降的，此时供方就可以配合需方的要求，以较低的价格去交付较大的数量，达到量价互换的共赢结果。

然而，生产供应过程中的边际成本是不能永远下降的。随着既有资源的潜力被发掘殆尽、容易生产和供应的情景被充分利用，后续的边际成本就会逐步上升。这其中的关键是变动成本的不断提高，以至超过了固定成本的摊薄速度，由此导致每个新产品生产供应的成本上扬。到了这个阶段，对于供方，生产供应的越多则成本越高，除非有更高的售价，否则供方就会在适当的数量点停止供应。此时，需方如继续要求更大的数量并以量换价，供方就难以配合了。如果强行为之，最终会导致市场短缺的出现。

在上述供方约束下，如果需方要求更大的数量并继续获得价格优惠，就需要进行供给侧改革，即：努力降低生产供应成本(例如改善生产配置、提高技术水平、减少政府税收、降低交易费用等)，从而使供应模式发生改变，使厂商在较低的价格下能够提供较大的产品数量，从而满足需方意图。在我国医药带量集采工作中，管理部门为了实现以量换价的政策目标，往往需要采用行政手段去帮助医药厂商降低供应成本，包括加快回款、强制医院使用中标药品等，就是典型

案例。

总之，在医药市场运行中，“量大价低”并非永远成立，而仅是在生产供应边际成本较低的区间内可以实现，如果供需双方希望在更大数量上实现此意图，就要进行供给侧改革以降低供应成本，从而在更大数量和更低价格上获得可行性。这就是量价互换的内在逻辑。

药品准入谈判中的量价关系

众所周知，我国的国家医保承担着为 14 亿民众购买和支付医药服务的重任，是我国医药市场中最重要的一方。因此，在药品目录准入谈判工作中，医保部门最大的“底气”和其能够为参保人从医药厂商处争取最大价格优惠的基础，就是广阔的医保用量空间，这其中体现的就是量价互换的政策意图。

但是，同样是基于量价政策思路，医保准入谈判和带量集采有着显著不同，体现在医保谈判工作中，管理部门只是用一个潜在的市场空间来换取优惠报价，后续真正的落地数量并无强制性的保证。医药厂商在以较低价格换取进入医保目录的机会后，后续广阔的市场空间依然需要厂商去争取，去克服后续各种成本和障碍。这是医保谈判工作和带量集采工作在量价关系方面最主要的差异，是医保谈判工作中不可避免的问题。

医保药品准入谈判事实上是一种采购交易，是医保部门遴选和议价后采购(数量不定)医药产品的行为。市场交易中供需双方都是获益

的(供方得到利润,需方获得剩余),因此为了使谈判成果能够真正落地,使得交易最终真正实现,供需双方都有责任去克服后续障碍。现实中可以看到,谈判药品进入医保目录后,如果患者难以在医院中获得处方或难以在地方医保获得报销,就会产生很多的社会舆论甚至压力。政府感受到群众呼声,会推动医保及其他部门去修改或制定政策以推进国谈药的落地,而厂商也会努力打通各个环节,以使好不容易进入医保目录的产品能够实现销售的扩增。

因此,对于药品准入谈判中的量价关系,其价格的改变是明确的,但其数量的实现则是潜在的,需要由供需双方共同努力,去克服后续成本和障碍,如此才能实现量价互换的最初意图。

药品准入谈判中量价互换的实现框架

基于前述医药产品量价互换的理论逻辑和医保谈判工作的量价关系特点,可知:医保药品准入谈判工作中,医保部门以广阔的用量空间来换取厂商优惠的售价,这其中数量空间的实现和合理价格的议定,取决于供需双方对后续障碍因素及双方克服能力的认知,政府的后续能力取决于政策空间,而厂商的后续能力取决于适宜的谈判定价水平(决定了利润水平和后续投入能力),由此形成了此处量价互换的基本框架。

具体而言,在医保药品谈判过程中,供需双方在成交空间(由供应方成本和消费者价值构成)内协商谈判形成价格,从而划分了交易

双方的获利：供方成本与价格之间形成厂商的利润，需方价值与价格之间形成消费者剩余。

为了让交易真正落地，使得供需双方的获利真正兑现，双方都需要付出努力去克服后续障碍。这些后续障碍因素既往已有研究，主要包括了地方医保的落地配套、医疗机构的遴选纳入、医疗人员的认可处方、销售终端的销售运营等四方面内容，每个方面都有很多障碍需要克服，都属于经济学中所说的交易成本问题。对于地方医保，其需要为国谈新药开展筹集资金、调整报销政策、调整医院考核政策、完善管理信息系统等工作；对于医疗机构，其需要为国谈新药开展新药遴选讨论、医院运营测算、建立管理系统等工作；对于医疗人员，其需要对国谈新药进行学习和练习、建立正确的使用方法、树立信心等；对于零售药店，其需要为国谈新药开展运营核算、存储运输、员工培训、管理系统省级调试等方面工作。

上述成本和障碍因素，供需双方需要有明确认知和合理测算，协调合作以进行克服。有些障碍，例如地方医保配套政策、医院考核方式调整、药店管理系统升级等，可以通过管理部门的政策工具加以克服；另一些障碍，例如医疗人员的知识获取和产品测试、零售药店的运营补偿等，则主要依赖于医药厂商的商业工具，需要投入资金和资源。前者主要由政府推进，与谈判定价关系不大，而后者需要厂商从利润空间中抽取资源，因此和谈判定价水平密切相关。供需双方对于

谈判的结果、后续的障碍、双方的责任都需要有明确认知，才能合理地开展医保谈判并顺利实现后续落地，从而实现医保谈判中量价互换的政策意图。上述医保药品谈判量价互换政策意图的实现路径框架如图 1 所示。

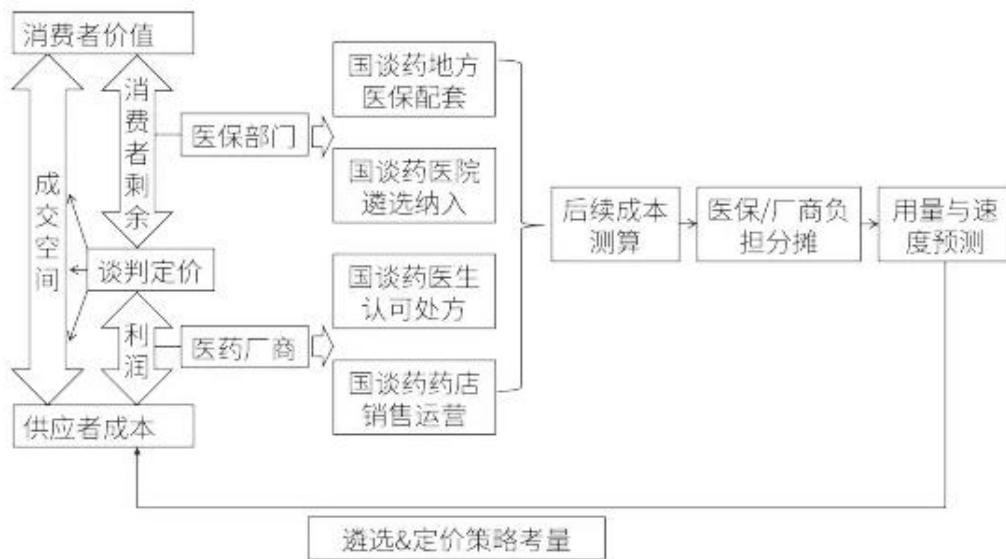


图1 医保谈判量价互换实现路径的框架

医保谈判后续障碍的测量和分析

医保准入谈判工作中，要对谈判药品后续成本和障碍因素有理性认知，从而在谈判中对品种遴选和价格设定适宜的策略，就必须对后续障碍的大小和难度有科学的测量和分析。如前所述，谈判后续的障碍因素主要包括四个方面：地方医保资金和政策配套、医疗机构遴选和纳入、医疗人员的认知和处方、零售药店的运营和管理，以下分别阐述。

医保准入谈判后地方医保的配套落地，其实是比较复杂的，和地

方政府的财力和能力相关，也和当地既有政策相关。这方面成本和障碍的测量是比较困难的，也缺乏适宜的测量工具。不过这些工作主要是医保系统内部的，可以通过医保政策和管理工具来进行推动。随着相关政策的推进和深化，地方医保的配套工作会日渐完善，从而降低甚至消除这方面的障碍因素。

医保谈判药品在医疗机构中的遴选纳入，是社会舆论和落地工作的重点，既往很多国谈药落地的争论都是针对这个环节的。由于医院（此处主要指公立医院）内普遍有严格的新药遴选制度和多种政策限制，并非所有的医保谈判药品都能顺利进入各级医院，而不同的药品进入医院的难度也不尽相同。这方面的成本和障碍大小可以采用医院遴选新药的一些价值工具进行测算。例如，在目前知名度较高的中国医疗机构药品评价与遴选快速指南中，就对医院新药遴选的考量维度进行了界定，提出了药学特性、有效性、安全性、经济性、其他属性五个一级维度，其下设置二级维度并有权重系数设置。对于国谈药品，可以借助此类遴选工具测算其得分，从而可预知该药进入医疗机构的难度和难点，从而在医保谈判中可以有较为明确的预知，为谈判策略和结果提供参考。

临床医疗人员对于药品的认知和接受度，也是医保谈判药品能否顺利落地应用的重要因素。这方面的成本和障碍大小，可采用医疗视角的药品价值测量工具来进行测算。不过，虽然药品临床价值既往有

很多已发表的评估量表，但大多是医学特异性的，是为某种疾病或医药产品而特定的，而此处需要的是通用型医疗价值评估工具，这方面工作目前也有很多正在进展中。通过测算药品的临床价值，可作为药品后续获得临床认可和处方可能性的指标，从而为医保谈判工作提供参考。

零售药店运营和管理谈判药品的成本和障碍，和药品的特性、药店原有设施条件、药店和医保定点医院的关系等多项因素相关，其测量也是比较困难的。不过，这方面的障碍主要可通过医保的管理改变和厂商的利益分配来进行克服，医保和厂商在谈判过程中也可以对此加以估测。

总之，医保谈判中管理部门和厂商需要对后续落地的成本和难度进行测算，基于各种工具和方法对地方医保、医疗机构、医疗人员和零售药店的情况进行估计，从而可为医保谈判工作提供理性的指引。

总结与讨论

本文讨论了医保药品准入谈判工作中的量价互换问题，量价挂钩、以量换价是我国医改政策中常用的工具，也发挥了重要的作用，取得了很多改革成果。但从管理学、经济学理论分析，量价互换并非永远成立，而是有一定的界限和条件的，如果希望在更大的范围内保持量价互换的合理性和可行性，就必须配合降低供给成本等改革措施。

与带量集采不同，虽然医保谈判中也强调以巨大的医保用量来换取优惠价格的重要性，但后续数量的实现需要供需双方的共同努力，地方医保配套、医疗机构遴选、医疗人员认可、零售药店运营等方面都有很多的成本和障碍，需要医保部门和医药厂商共同去克服，而这反过来要求医保谈判中双方要有理性的预期，从而在品种遴选、定价准入等阶段有适宜的安排，才能实现医保谈判中量价互换、惠及患者的政策目的。

当然，虽然本文阐述了医保谈判量价互换的实现逻辑，但具体实践中后续障碍和成本的测量、相关制度的设计、供需双方责权利的分摊等方面还是非常复杂的，实施适宜的政策和管理殊为不易，需要在未来的研究和实践中不断深入，从而帮助我国医保药品准入谈判工作的开展和实施更为顺利。

[返回目录](#)

三医如何相向而行？国家医保局密集释放新信号

来源：第一财经

近日，国家医保局连发公告向医疗机构和一线医护人员抛出“绣球”，在全国范围内征集医保定点医疗机构典型案例及“检查检验类”科普文章，密集释放出“三医”协同发展和治理的新信号。

记者从国家医保局了解到，国家医保局的这两封“约稿函”受到了定点医疗机构和医护人员的广泛响应。征集“检查检验类”科普文

章的公告发布一周内就收到了 200 多条投稿，包括北京协和医院在内等国内顶级三甲医院的一线医护人员也纷纷写来科普文章。

国家医保局相关人士表示，促进医保、医疗、医药协同发展和治理是当前深化医改的重点任务，医保在“三医”协同发展中发挥着基础性作用，加强医保和医疗机构、一线医护人员的联动和相互赋能是医保基础性作用的一种体现。

上海市卫生和健康发展研究中心主任金春林对记者表示，“三医”协同的核心是医保、医疗、医药、患者的利益应当协同起来，只有这几方都相向而行，所有人的利益才能得以保证，也能避免社会资源的浪费。

一位资深医保研究人士也对记者表示，医保部门本身就是医疗服务生态的重要建设者，用更为稳妥、科学、规范的手段和方法促进医疗事业良性发展，真正与医疗机构、卫健部门建立良性的联动协同机制，达成更多共识，是“三医”协同发展和治理的良策。

医保赋能医疗机构

6 月 25 日，国家医保局发布《关于征集医保定点医疗机构优秀典型案例的公告》。在此之前，国家医保局官微推出“医保赋能医疗机构”专栏，介绍了江苏省人民医院、重庆医科大学附属第一医院、四川大学华西医院、山东淄博市中心医院、天津中医药大学第一附属医院等 5 家在主动规范医保基金方面的经验和做法。

国家医保局表示，近年来，国家医保局对医保基金违法违规使用行为精准出击，通过自查自纠、飞行检查等方式持续深化基金监管。各级定点医疗机构也逐步落实主体责任，完善内部管理。为了更好赋能广大医疗机构，介绍这些典型医院，鼓励各地学习借鉴，更加高效安全地使用人民群众的“看病钱”“救命钱”。

上述《公告》将赋能的范围进一步扩大，提出向医疗机构征集的优秀典型案例内容包括但不限于：医保定点医疗机构如何更好规范管理医保基金，如何落实结余留用等激励机制、推进支付方式改革等重大医保政策，如何创新举措为参保患者提供优质服务，如何防范打击欺诈骗保，如何宣传基本医保，如何推动支付便利化，如何引进更多医保目录药物等。

中国政法大学商学院副教授高秋明对记者表示，医保为医疗机构赋能，即促进公立医院高质量发展，主要表现在三个方面，一是促进公立医院加强管理意识，医保基金的作用是提供经济激励，来引导医院的行为；二是为定点医药机构提供管理的软件和硬件条件，如监管规则的设置等；三是医保能够改进医疗体系的效率，促进基层全科、康复等项目的发展。

从国家医保局发布的案例来看，一些医院在适应改革、拥抱改革的过程中逐渐实现与医保的相向而行。

7月10日，国家医保局官微发布了青岛大学附属医院如何做到

在 DRG 改革中与医保相向而行的案例。该医院从 2021 年 7 月开始实施 DRG 付费，改革以来，次均住院费用、患者个人负担明显下降，病例组合指数(CMI 值)明显提升，在 2022 年度国家三级公立医院“国考”中获得 A+级。

DRG 的特点是使病种可比较、可分析，可以直观地分析比较同一病组不同科室、不同医师之间的数据差异，通过数据差异发现问题，分析原因，找出解决问题的方案。青大附院在 DRG 数据比对中发现，存在同一病组不同科室平均住院日差异较大的现象，基于此项问题，医院及时出台了新的临床路径和临床药径管理办法，促进了各科室诊疗的同质化，在保证医疗安全的前提下，提升了诊疗效率，重点病组平均住院日下降 1.45 天。

高秋明认为，医保是一种经济激励，发挥的只是引导作用，能不能真正落实还有赖于其他因素的配合。比如 DRG 的本意是“节流”，但如果医院通过降低医疗质量的方式来“开源”，就不能实现本意。所以仅凭医保的作用，没有三医联动，改革目的是很难实现的。

金春林认为，医保通过支付手段发挥“三医”协同中基础性的作用，去鼓励推广疗效更好、成本更加合理的技术，与医疗机构联手遏制过度服务和资源浪费，节约下来的资金让医院、患者都能受益，实现与医疗机构的利益协同。

与此同时，6 月 27 日，国家医保局又发布了《关于面向一线医

护人员征集“检查检验类”科普文章的公告》。本次征稿主要面向一线医护人员，征集医学检查、检验类相关主题的科普文章。征稿内容包括抽血、CT、血糖、乳腺癌等民众在日常的健康管理和求医问药过程中关心的话题。

国家医保局相关人士表示，与一线的医护人员进行联动，形成更多的共识，是发挥医保在“三医”协同发展的基础性作用的举措之一。同时也向广大参保人普及“尊重科学”的态度，医保尊重基于科学和病情的医学检查检验。

“三医”协同治理的新方向

今年的政府工作报告提出，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。国务院6月初印发的《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》提出“探索建立医保、医疗、医药统一高效的政策协同、信息联通、监管联动机制”，为加强“三医”协同治理指明了方向。

业内人士表示，要解决“三医”协同中的问题，需要相关部门一起同向发力，医保部门目前正在以更具同理心、包容性的姿态来推进医保改革一系列工作，释放出了加强与医疗机构和医务人员沟通互动的信号。

清华大学万科公共卫生与健康学院常务副院长梁万年曾撰文称，“三医”协同发展和治理成为新发展阶段深化医改的重点任务，也是协同推进卫生健康事业高质量发展的关键抓手和突破口。“三医”治

理过程关键在于，深化治理体制机制改革，构建跨部门、多主体参与的治理体制，建立信息联通、资源共享、协调联动的治理格局。

上述资深医保研究人士表示，在“三医”协同发展中，医疗机构要调整观念、改变习惯，在得到盈余激励中实现高质量发展；要将以收入为中心过渡到以成本为中心的运营模式，把精力放在提升服务能力，节约医疗消耗，降低医疗成本，净化行业生态，推动事业发展上。引导临床医师改变观念，挤掉过度水分、规范诊疗行为。

[返回目录](#)

• 中医药服务 •

发挥中医药优势 推进健康中国建设

来源：中国中医药报

健康是人类发展的基础和社会进步的重要标志，健康中国战略的提出旨在全面提高人民健康水平，建设一个人人共享的健康社会。中医药作为中华民族的宝贵财富，在实现这一目标中具有独特的优势和不可替代的作用。

发挥中医药的独特优势

中医药以阴阳五行、藏象经络等理论为基础，形成了独特的诊疗体系；中医学认为，人体是一个有机的整体，强调整体观念和辨证论治，这种理论体系不仅能够全面了解患者的整体状态，还能够制定个

性化的治疗方案，从而提高治疗效果。阴阳五行学说是中医理论的核心，阴阳代表了事物相互对立和相互依存两个方面，五行则是金、木、水、火、土五种基本物质元素及其相互关系，通过阴阳五行理论，中医能够解释人体生理、病理现象，并指导临床诊断和治疗。藏象学说则是对人体内部脏腑、经络、气血等功能活动的理论概括，中医通过望闻问切，推断内部脏腑的功能状态，从而制定相应的治疗方案。经络学说认为，人体内有一个由经脉和络脉组成的网络系统，贯穿全身，联络脏腑和四肢百骸，是气血运行的通道。

中医药强调“治未病”，注重预防为主，强调调理和养生，这一理念与现代预防医学不谋而合，可以有效降低疾病发生率，提高全民健康水平。中医药的治疗手段相对简便、费用较低，通过推广中医药服务，可以有效降低医疗成本，减轻社会和家庭的经济负担。中医药的治疗方法多为自然疗法，依靠天然药物和手法操作，减少了高成本医疗设备和药物的使用。中医药在慢性病管理、康复治疗等方面具有显著优势，能够补充现代医学的不足，加快医改进程，提高医疗服务的整体质量。

推进健康中国建设的具体措施

应进一步加大对中医药事业的支持力度，加强中医药人才培养，提升中医药服务的整体水平。应加强中医药教育和科研投入，提升中医药人才培养水平，通过设立中医药专项基金，支持中医药院校和科

研机构开展基础研究和临床研究，促进中医药理论和技术创新。通过完善中医药教育体系，培养高素质的中医药专业人才，提高中医药服务能力。应加强中医药服务体系建设，提升中医药服务的可及性和公平性，通过制定中医药服务标准和规范，确保中医药服务质量和安全。通过完善中医药服务网络，推动中医药服务进社区、进农村，提升基层中医药服务能力。通过加强中医药信息化建设，推进中医药信息资源共享，提高中医药服务效率。

加大中医药科研投入，鼓励创新研究，推动中医药现代化。通过多学科合作，揭示中医药作用机理，提高中医药的科学性和可信度。首先，应加强中医药基础研究，深入研究中医药理论体系和实践经验，通过开展多学科、多层次的研究，揭示中医药理论的科学内涵，探索中医药作用机理，为中医药现代化提供理论支持。其次，应加强中医药临床研究，验证中医药治疗的有效性和安全性，通过开展大规模、多中心的临床试验，评估中医药治疗不同疾病的疗效和安全性，为中医药临床应用提供科学依据。最后，应加强中医药技术创新，推动中医药现代化进程，通过应用现代科学技术，开发新型中药制剂和治疗方法，提高中医药的疗效和可操作性。通过开展中医药与现代医学的联合研究，推动中医药与现代医学的融合发展，提升中医药的科学性和可信度。

推广中医药适宜技术，扩大中医药服务覆盖面，通过社区卫生服

务中心、乡村诊所等基层医疗机构，提供便捷的中医药服务，提高基层医疗水平。首先，应加强中医药适宜技术的推广和应用，通过培训、讲座、义诊等形式，向基层医疗机构和群众普及中医药适宜技术，提高基层中医药服务能力。通过建立中医药适宜技术示范基地，推广成功经验和做法，提升中医药服务水平。其次，应加强中医药服务网络建设，提升中医药服务的可及性和公平性，通过建设中医药服务中心，完善中医药服务网络，提升中医药服务能力和水平。通过加强中医药服务信息化建设，推进中医药信息资源共享，提高中医药服务效率。最后，应加强中医药服务质量管理，确保中医药服务的质量和安全，通过制定中医药服务标准和规范，规范中医药服务行为，提升中医药服务质量，通过开展中医药服务质量评估和监督，确保中医药服务的安全性和有效性。

[返回目录](#)

促进中医药在海峡两岸融合发展

来源：中国中医药报

近日，“第十六届海峡论坛·2024 海峡两岸中医药发展与合作研讨会”在福建省厦门市召开，来自海峡两岸的 500 余名专家学者、企业家围绕“促进融合发展，共创绵长福祉”交流探讨，本版对其中 4 位专家的发言进行摘登。

加强中医认识和治疗炎症的现代研究 作者：国医大师、福建

中医药大学附属第二人民医院名誉院长 杨春波

把握疾病中医宏观、整体规律的同时，探索微观、局部病理变化的中医认识，是发展中医学的重要内容，也是中西医学相结合的有效途径。炎症是局部的病理变化，又是广泛的病理过程，且呈不同程度的周身反应，这些反应与人的体质状态相关，中医学就是依据这种周身反应和局部的病理变化进行辨证论治，展示显著的特点和优势。

从中医治疗炎症的优点来看，其既调整全身，又作用局部；既去除症状，又抗消炎症；既消灭病原，又解泄毒素；既增强抗能，又促进修复；避免副反应，减少后遗症。

从定义来看，炎症是机体对有害因素所发生的反射性反应。这种反应既是机体和组织变化和机能障碍的过程；又是机体和组织防卫和修复的过程，是局部为主的全身反应。从类别来看，炎症分为以渗出为主的急性炎症，以渗出、增生相结合的亚急性炎症和以增生为主的慢性炎症。

对于炎症的中医治疗，首先要辨证，就是辨别炎症反应的中医理论认识。其中的“证”含病位、病性。辨周身，即辨炎症反应的全身症状和舌脉。可用八纲、卫气营血、三焦、六经和脏腑等辨证标准，选用相应的治法；辨局部，即辨炎症反应的局部表现，包括分泌物，有的尚需结合内窥镜进行辨别。有寒凝、热郁、气滞、血瘀、湿阻、饮停、痰聚、水留、气虚、阳虚、血虚、阴虚等；辨炎症本身变化，

即对局部组织的炎症病理变化,依据显微镜检查,进行中医理论阐释。如变质,即组织营养不良。有气虚、阳虚或血虚、阴虚之异;增生,有气虚、阴虚、气结、血瘀、痰聚、寒凝等区别。

其次要治疗,即根据周身、局部和炎症的辨证结果,定法选用方药。有12种常用的治法。其中清热解毒法适用于炎症的急性期,以渗出和变质为主的病理反应,临床表现为里热实火者。活血化瘀法适用于炎症的亚急性期、慢性期和急性期,以渗出、增生为主的病理反应,临床表现为血瘀的虚火、虚夹实或实火等证。宣散疏解法适用于炎症的急性期和慢性期,临床表现为表证或阴寒证者。熄风燥湿法中,熄风具有镇静、脱敏、止痒的作用,燥湿具有制渗、减少分泌的作用,前者适用于炎症的急性期或慢性期,出现过敏或体液免疫过强者,临床表现身或局部有痒之风证,后者适用于炎症急性期呈浆液性渗出者,临床表现分泌物或排泄物多、质呈稀黏色白的湿证、饮证。通下攻里法适用于炎症急性期的充血、渗出明显者,临床表现大便秘结或水饮停聚之热结或寒实证。利湿逐水法适用于渗出物已经形成的病理反应,临床表现为湿阻、饮停或水留等证。行气化滞法适用于炎症引起的功能障碍,以及神经末梢受到渗出物的压迫和分解产物的刺激所引起的疼痛,临床表现为气滞证。软坚散结法适用于炎症的慢性期以增生为主的病理反应,以及急性期纤维性渗出为主的炎症,临床表现有肿物、结节或痰稠之瘀结、痰结等证。收敛固涩法适用于以浆液性、

出血性、卡他性等渗出为主的炎症，临床表现渗出物或排泄。托脓排毒法适用于脓肿久不溃之热毒或寒毒证；温阳益气法中，温阳适用于全身机能低下，渗出性炎变的经脉扩张期，局部呈暗红色或紫色或不红不热而痛的阴性脓疡或阳虚证，益气适用于身体虚弱，局部吸收和破溃困难，或溃后或溃疡、创口不易愈合的慢性炎症之气虚证。补血滋阴法适用于有细胞变性的急慢性炎症之血亏或阴虚证。同时，在各法适用上，要注意急性期的实火证，以清热解毒为主，佐以养阴、行气、活血或利湿、化痰；慢性期之虚夹实证，以温阳或补气或养血为主，佐以活血化瘀、软坚化结；亚急性期之虚火证，以活血化瘀为主，佐以清热、益气、养阴、敛收。

总而言之，中医对炎症的发生、反应及其过程有自己的理论认识 and 治疗方法，对它进行现代科学研究，探索各法的抗炎作用和方剂配伍的意义，将有新的理论发现，也可极大提高炎症性疾病的疗效水平，推进中医学学术的创新发展。（本报记者张霄整理）

**积极推广中医在社区医学中的应用 作者：台湾“中国医药大学
附属医院”特聘教授 孙茂峰**

长照制度的建立与发展，是台湾地区为应对老龄化社会问题所作出的重要策略。1993年台湾地区正式步入老龄化社会，65岁以上老年人口达到149万人，占总人口比例突破7%。2018年，这一比例上升到14.6%，老年人口达到343万人。据估算，到2025年，台湾地

区的老年人口比例将达到 20%，成为超老龄社会。

人口结构的高龄化，加上老年慢性病负担日益沉重、劳动人口的负担日益加重、家庭照顾功能的弱化等因素的存在，老人照护不再只是个人和家庭的问题，也成为公共事务管理的重要议题。

按照社区整体照顾模式的理念，台湾地区逐渐构筑起由 ABC 三级单位组合而成的长照网。A 级单位被命名为“社区整合型服务中心”，顾名思义是凸显其立足社区提供整合性服务的属性。除了自行或以特约方式提供服务外，这个平台的主要任务是进行个案管理并依据个案的需求链接资源。A 级据点提供的服务基本囊括了长照 2.0 政策中提出的 17 项内容。它还要对 B 级和 C 级提供督导与技术支持，即承担为 B、C 两级兜底的责任。A 级单位的个案管理师常常与长照专员一道评定老人的需求等级，为其量身打造个性化的照顾计划。被称为“复合型日间服务中心”的 B 级，也以社区为平台。除输送既有的长照服务项目，它也致力于提供居家服务、日间照顾等多元服务。最贴近老人的要数被誉为旧时“柑仔店”（台湾早年间设在社区中心或街头巷尾的杂货店）的 C 级，即“巷弄长照站”。这是具体将服务落到实处的一个照护点，是名副其实扎根基层的当地资源。各种专业人员时常走进社区，提供社会参与、健康促进、送餐服务、预防及延缓失能等形形色色服务。

ABC 三级单位串联起来，构成了一个“在地老化”的服务输送系

统，也形成优势互补的良性互动。在日常实践中，长照专车及其随车照顾员在 A、B 和 C 据点之间巡回接送病患者。除了 ABC 据点，新近的干预重点也致力于在社区层面大力发展和推广小规模多机能设施、家庭照顾者支持、失智者照护以及预防失能和推迟失能等方面的网络建设。各种服务资源层出不穷，呈遍地开花之势。

近年来，台湾人口老龄化速度很快，民众对于中医的需求较大，中医具有简便、温和、低成本、高效益的优点，发挥中医在调理身体机能方面的优势，对应对人口老龄化具有重要意义。比如针对中风的后遗症，可以运用针灸、推拿等中医疗法达到很好疗效。为此，台湾地区多方发力，试图建立起有中医特色的长期照护服务。其中，台湾卫生当局委托“中国医药大学附设医院”推广中医在社区医学、长期医学、居家医学等领域的应用，来提高中医药的使用率。一些中风复能、失智卧床、安宁末期的患者可以借助如针灸、推拿等中医相关疗法减轻疾病的痛苦。

当下，仍面临多重用药下中药的接受度较低，个案来源尚不明确等问题，基于此，要积极推广中医在社区医学、长照医学和居家医学的应用，加强沟通宣传，协助制订中西药服用时间表的同时，与西医、长照单位建立联系网络，筛选出适合中医居家医疗者，相关中医医疗机构可预先主动联络，以进一步提高中医的介入率，发挥中医药的优势，更好地服务民众，普及到基层的民众中去。（本报记者张霄整理）

以临床价值为核心评价中药药效 作者：中华中医药学会特聘副会长、中药资源学分会主任委员 孙晓波

中医药行业高质量发展的关键环节概括为三点：首先，中药材产业的高质量发展是中医药产业和行业发展的基石，需要从“地头”到“床头”进行多环节的质量控制，以确保疗效和安全性；其次，临床疗效的评价和临床客观循证证据是中医药行业发展的核心，需要拿出更多客观、具有比较优势的证据来证明中医药的疗效；最后，中成药上市后的再评价及创新药物研发也是必不可少的环节，通过再评价可以提高药品质量的同时，还可降低不良反应，并发现新的临床价值。由此通过创新药的不断研发上市进一步推动中药产业发展，为广大人民群众提供更加安全有效的药品。总的来说，中医药解决临床问题服务于健康领域，质量放心、疗效管用是中医药高质量发展的关键所在。

然而，如今中成药面临着安全性信息不全、临床价值不明、效应机制不清等问题，无法满足百姓用药安全、临床合理用药和药品监管等方面的需求。归根结底，就是尚未建立起符合中药特点的有效性评价方法技术体系。

从临床中来，到临床中去，需要建立完善中药上市后评价关键技术体系。这其中，新药的研发要以为患者提供优质、更有效、更安全的治疗为最高目标，以中医药基础理论为指导服务于临床，解决临床试验中需要回答的问题。

成为具有临床价值的中成药，要求药品具有比较优势的有效性，其中安全、可控、稳定是基本要求，只有符合这些要求才能保证这一药效的品质和价值。基于此，在“重大新药创制”科技重大专项“十二五”实施计划支持下，已构建的基于临床大数据的中药/复方研究模式将成为重要的支撑手段。

为此，针对已上市中成药大品种存在药效机制研究薄弱，临床定位宽泛等问题，许多研究试图通过挖掘国内外相关文献，结合其上市以来的药效及机制研究情况，形成源于临床及相关基础研究的大数据，并进一步建立病证结合，以病统证，现代疾病要素为主指标的研究方案，开展中成药大品种药效及作用机理研究，真实客观评价其有效性，确定中成药大品种治疗重大疾病的量效和时效关系，运用整合药理学、网络药理学、生物信息学等方法和技术挖掘疗效关键靶点与信号通路，提供完整系统的有效性评价基础研究证据链，发现具有临床价值的新证据，为临床精确定位、优化临床再评价方案、中成药大品种临床合理用药提供关键科学依据。

中成药大品种具有多成分、多途径和多靶点的作用特点，这些研究首先基于药物的核心功效，通过网络药理学、整合药理学和生物信息学等技术建立中成药大品种药效机制评价体系，进而利用这一体系评价中成药大品种对重大疾病的治疗作用，并深入研究其作用机制，找出药效关键靶点与信号通路，更好地展现其临床价值。

随着我国人口老龄化趋势加剧，慢病问题愈发严峻，包括心脑血管系统疾病、神经系统疾病、肿瘤等，占用了大量医疗资源。在重大慢病治疗中，中成药或中西医结合、中西药并用疗法发挥着重要作用。尤其是在部分特殊情况下，中西医结合、中西药并用能够取得更好的效果。2023年，由首都医科大学宣武医院及北京中医药大学东直门医院牵头、全国21个省区市总计67家分中心参与完成的“血塞通软胶囊(阿理疗法)治疗缺血性卒中患者有效性和安全性的随机双盲对照研究(PANDA研究)”结果在《美国医学会杂志》子刊JAMA Network Open发表，为脑卒中患者提供了更多治疗选择。

据悉，“阿理疗法”共入组3072例缺血性卒中患者，历时5年完成。研究结果显示，对于缺血性卒中发病后14天以内的患者，在基于指南的标准治疗基础上(含阿司匹林用药)，加用三七总皂苷，临床结局指标显示，和对照组相比有显著性差异，疗效高于单用西药，且不增加不良反应。

在本人看来，它是目前国内按国际标准严格质控中西医结合、中西药并用高质量循证研究的典型案例，为未来中西医结合、中西药并用，开展系统的基础与临床研究，提供了一个新的范式。这项研究也为脑卒中患者提供了更多的治疗选择，为广大的西医同道了解和认识中医药的临床价值及未来应用中药提供了坚实的依据，为中国的脑卒中二级预防提供了新的高质量循证证据，为打造现代化中药大品种奠

定了科学基础，也为传统中成药的创新发展提供了借鉴和参考。

据介绍，实验中提及的三七是运用广泛的中药大品种，与人参、西洋参同属五加科人参属药用植物，临床功效主要是活血定痛。古书记载，三七是外科“圣药”，多用于跌打损伤。通过众多研究发现，目前应用最多的是三七总皂苷，三七的临床应用可以补充目前西医用药基础上还未被满足的需求。

相信未来，三七会在更广泛的领域，尤其是以糖脂代谢紊乱所致的血管性疾病为主的慢病领域，发挥更大的价值。三七面临种植资源退化、连作/轮作障碍、产业发展等难题，应围绕市场需求，开发迭代创新产品，来满足市场需求。同时，以市场为导向，科技赋能、资本助力，发挥需求端纽带作用，从而能够更加系统化、规范化，更聚焦、更深入、更有序地对产品进行研发，以促进产品迭代升级，不断满足人民健康需求。（本报记者张霄整理）

中西医结合应用广泛、反应快速、疗效显著 作者：台湾花莲慈济医学中心院长 林欣荣

传统中医药的肿瘤治疗是以多靶导向，追求身体“阴阳平衡、祛邪扶正”为目标，精准医疗则可以找出肿瘤病患最适合的药物和剂量，通过全基因组定序分析进行精准追踪。在中药的健康保健及治疗方面，利用药物基因体检验，也可以检验每个人的体质，用药反应及治疗效果。中药主要是作用在枢纽基因(Hub 基因)，借助多重靶治

疗，以追求体内“阴阳平衡，祛邪扶正”。以罕见疾病为例，39岁的饶先生基于TTN基因(表达为肌联蛋白,Titin)的突变，引发了一种罕见且严重的肌肉疾病。为此，中西医结合团队通过文献搜集等方式发现高丽人参中的人参皂苷可作用在心脏肌肉改善心衰竭，便以参苓白术散为主方，同时辅之以针灸、艾灸等疗法以活化气血，经过一段时间的治疗后，饶先生能够再次举起手来。这其实就是通过找到代偿基因缺陷的中药，来帮助其恢复正常状态。这样一来，精准中西药治疗，便可以对癌症、疑难病、罕见病以及各种退化疾病的精准治疗产生帮助。

脑血管疾病、颅脑损伤、脊髓损伤等后遗症，以及恶性肿瘤经手术或放疗、化疗后的后遗症，皆可与中医师会诊评估合作照护，缩短患者康复时间，有助于提升复健效果。这样一来，中西医结合更能发挥1+1>2的疗效，患者的疗效和生活质量都能大幅提升，也能减少政府的支出，减轻病患家庭的经济负担。现在的医疗趋向中西医结合，有些病症是西医较强项，但加入中医的调适治疗，更能促进病患的康复。

中西医结合在台湾花莲慈济医学中心具有应用广泛、反应快速、疗效显著的特点。

在应用方面，在花莲慈济医学中心的各场域，几乎都是以中西医结合为主的，中西医结合的应用广泛且全面，涉及门诊、住院、长期

照护、急诊等各个领域。在各个科室，中医师不仅会结合中医望、闻、问、切与经络仪等检测仪器来诊疗患者，选取中药调理、穴位针灸与敷贴、伤科推拿或经络拔罐等适当方式进行诊疗，还加入如五行音乐疗法、中药精油芳香熏蒸疗法、耳穴治疗、经络按摩调理等中医特色疗法；另外也根据患者体质建议养生调理与护理健康宣教等一系列的设计，让脑伤患者得到最佳的住院照护。

在反应快速方面，对于住院患者，中心则会在 72 小时内启动中西医结合诊疗；对于急诊患者，中心则会在 30 分钟内启动中西医结合诊疗。中医介入其中后，不仅可以改善患者身体的各项功能，还能减轻急诊壅塞、降低留观时间、减少医疗浪费，以提升医疗服务质量与资源使用效率。

在成效方面，中心擅长应对脑卒中、帕金森、小脑退化等困难疾病，有优秀的中西医结合脑神经团队。医疗团队自 2001 年起投入中药萃取物的研发，从当归中萃取出小分子正丁烯基苯酞(z-BP)，成功开发标靶抗癌药物。脑癌几乎被视为不治之症，当归萃取出的 z-BP 可调和人体细胞的稳定性，让已变异的细胞重回正常运作，且没有明显副作用，此即中医强调的“祛邪扶正”。此标靶药物已治疗十多位脑癌患者，第一期的人体实验成果也发表在国际期刊。脑癌复发患者使用传统抗癌西药，以往只能存活约 4 个月，但使用了当归萃取出的 z-BP 患者平均存活超过 17 个月。一位 43 岁脑癌复发患者，经过手

术治疗后，至今存活超过4年。这项发明获得多国专利，也取得美国食品药品监督管理局(FDA)及台湾“食药署”的临床试验许可。

不仅如此，台湾花莲慈济医学中心结合神经外科“内生性干细胞”疗法(G-CSF)与中医针灸的中西医结合，同时搭配整形外科的高压氧治疗与复健科的物理与职能治疗，为脑伤患者带来希望。这套组合疗法不仅能让下肢无法行动的脊髓损伤患者站起来，让中风患者因肌张力过强左手无法伸展的患者，康复至可以取物，举杯喝水。该方法还广泛运用在脑血管疾病、颅脑损伤以及恶性肿瘤经手术、放疗、化疗的后遗症患者。

此外，中心还研发了净斯本草饮这一中药复方，采用了包括艾草、鱼腥草、麦冬、鱼腥草、桔梗、甘草、紫苏叶、菊花在内的8种中药。实验研究成果显示，该中药复方能抑制70%的病毒TMPRSS2蛋白酶，可强力阻止病毒穿透进细胞，达到预防感染的功效；且于12小时之内，可以达到明显抑制病毒穿透的效果。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

陕西这样规范公立医疗机构采购，严禁拆分化整为零规避招标

来源：三智医管

近期，陕西省卫健委、陕西省医保局、省财政厅等5部门联合发

出通知，要求进一步规范公立医疗机构设备和药品耗材采购，严禁以任何不合理理由拆分采购，化整为零规避招标。

未纳入预算管理项目一律不得采购

通知提出，根据全省医药领域腐败问题集中整治工作的要求，进一步规范全省公立医疗机构设备和药品、医用耗材采购管理，弥补医疗机构采购工作中的短板、漏洞，实现保障临床需要、自主规范采购。

医疗机构的设备和药品耗材采购是医疗机构运营管理的重要组成部分，也是为患者提供优质医疗服务的基础。各级卫生健康、医保、财政、中医药管理、疾控行政部门要创新监管方式，指导医疗机构严格执行设备和药品耗材采购相关要求。医疗机构要深化院内采购制度改革，规范采购行为，强化信息公开，提高采购质量和效率，全面提升采购工作能力，保障临床需要，促进医疗机构高质量发展。

医疗机构的采购工作实行“谁采购、谁负责”原则，主要负责人是第一责任，对本单位采购工作承担主体责任，要明确部门职责，加强内部协调配合，确保各项采购制度规范执行。医疗机构使用财政性资金采购的货物、工程和服务必须纳入本单位预算管理，包括医疗机构的财政补助收入以及事业收入、经营性收入和其他收入等“自有资金”，未纳入预算管理的项目一律不得实施采购。严禁以任何不合理理由拆分采购，化整为零规避招标。

规范实施分类采购紧急采购事后要报告

设备采购必须严格执行《政府采购法》相关规定和要求。药品(不含中药饮片)、中药配方颗粒、医用耗材(含体外诊断试剂),均应从省招采平台阳光采购,公开交易。麻醉药品、第一类精神药品、防治传染病和寄生虫病免费使用药品、国家免疫规划疫苗、计划生育药品等按国家现行规定采购。医疗机构药品、医用耗材网上采购率应分别达到本机构药品、医用耗材采购金额的90%、80%以上。

对临床必须但尚未在省招采平台进行限价挂网或直接挂网的药品耗材,医疗机构可与医药企业议价进行应急采购,并及时在省招采平台进行备案。应急采购金额原则上不得超过本机构上一年度药品耗材采购总金额的5%,超出5%的需向统筹区医保部门提出书面申请,经批准后,提交省招采平台办理。网采比例、应急采购限额比例将随我省药品耗材采购相关政策变化调整。

规范紧急情况采购。对因严重自然灾害和其他不可抗力事件所实施的紧急采购,不适用《政府采购法》,医疗机构可采用便利化的方式采购,不受省招采平台、供应目录、“两票制”、集采任务等政策限制。

医疗机构应当建立健全紧急采购内控机制,在确保采购时效的同时,提高采购资金的使用效益,保证采购质量。事后,医疗机构相关部门要向本机构相关委员会进行报告,并保存相关采购资料备查。

鼓励医疗机构组建采购联盟

依法依规确定价格。设备采购价格依据《政府采购法》等法律法规及单位内控制度要求确定。对国家和省级(省际联盟)组织集中带量采购的药品耗材,医疗机构须按中选价在省招采平台有序采购。对非集采的药品耗材,医疗机构可根据临床需要,按照安全、有效、适宜、经济的原则,经药事管理委员会、医用耗材管理委员会同意,纳入医疗机构采购目录,在省招采平台采购。

鼓励医疗机构组建采购联盟,对非集采药品耗材联合议价采购。乡镇卫生院要履行村卫生室药品耗材的代采和监管职责。

严格落实“两票制”,严格执行集采政策。医疗机构应履行集中带量采购药品耗材报量工作主体责任,充分考虑临床需求和实际使用情况,准确报量。乡镇卫生院要履行集采药品耗材“以镇代村”报量主体责任,有序采购和使用集采中选药品耗材,并足额完成采购周期内中选产品的约定采购量。药品耗材实际需求量超出约定采购量以外的部分,鼓励优先采购中选产品。医疗机构落实药品耗材集中带量采购的情况,纳入本单位绩效考评、医疗机构负责人目标责任考核范围,并作为医保定点协议管理和医保总额指标制定的重要依据。

[返回目录](#)

DRGs 支付时代下 公立医院耗材遴选实例

来源:中国医学装备协会应用评价分会

目前,在医疗体制改革的大潮下随着 DRGs 支付时代的来临,医

疗机构纷纷开始围绕 DRGs 的分组尝试医用耗材的调整、控制设置停用。随着围绕医用耗材使用开展的各种管控方法的出现，什么才是最有效的方法成为了大家热议的话题。在这种环境背景下，医学工程管理部门到底应该做些什么以及未来的发展方向是什么，成为了每一个医工人内心深处的拷问。带着探究结果的思路，下面一起来分析两个北京大学第一医院的医用耗材管理案例。

案例一

第一个案例是 2022 年人工晶体集中带量采购的选型。北京大学第一医院 2021 年人工晶体集中带量采购种类涉及 1、2、3、4、5、11 六个分组，6、7、8、9、10 组涉及的在用品牌均没有中标，导致 2021 年双焦点和三焦点的产品在北京大学第一医院并没有开展使用。经过第一年的集中带量采购工作的开展，2022 年的集中带量采购工作，医保局调整了中选目录的确认方式、中选品种、协议采购量的分配原则。基于以上的调整，医院医用耗材管理工作小组与临床进行了充分的沟通和研判，根据 2021 年患者不断提出的提升生活质量的要求以及白内障手术近年来的进展趋势和学科发展决定增加双焦点、三焦点的功能性人工晶体。按照满足患者需求、降低手术安全风险、以及使用的适宜性设置了三个优先级。第一级满足患者需求方面，主要是患者有散光的矫正功能需求，在第 6 组中选择一个产品；第二级降低手术安全风险在第 9 组和第 10 组中挑选了第 10 组装填方式为预

装的产品；第三级充分考虑患者双眼配合的适宜性要求，在第7和第8组中选择了可以和第6组同品牌匹配度更好的第7组产品。围绕着患者需求进行分析之后，结合医保DRGs付费的背景对已选的产品进行费用相关的分析，研判患者的来源、数量、以及开展门诊手术和住院手术的比例进行科学的推算，得出一个基于患者需求且符合医院运营发展的北京大学第一医院集中带量采购目录。

案例二

另外一个案例是泌尿外科的输尿管支架导管的遴选。一个小小的支架导管如何选择也大有学问，承载了医疗机构治病救人的初心和使命，想知道如何选择医用耗材，需要先来了解一下临床需求。医用耗材管理部门首先要对输尿管支架导管的临床应用场景进行调研。输尿管支架导管应用在膀胱全切手术中，切除膀胱后，通过造口向输尿管肾盂内放置输尿管支架导管，术中置管后病人需要定期换管来维持，基于以上的临床需求，医用耗材管理部门要找到适合术中置管和门诊换管的产品。第一步，需要梳理注册证的适用范围，找到可以兼顾术中放置和门诊放置的产品。第二步，分析术中置管的方法和门诊换管的方法，发现术中置管可以使用单开口的支架导管，而门诊置管则使用双开口的支架导管更加安全。第三步，结合价格和留置时间来计算患者月消耗成本，根据月消耗成本对产品进行成本分析。第四步，综合考虑前三步遴选出中选产品。输尿管支架导管的遴选项目体现了

临床需求、保证了医疗质量和安全，以患者的视角去分析思考成本，有效的促进了医保 DRGs 付费及总额预付背景下的医用耗材的合理使用。医用耗材的遴选回归到患者需求和临床应用场景，以患者、医疗机构、医保三方共赢的目标找到医用耗材遴选的平衡点。

按疾病诊断相关分组付费 (DRGs) 是一个长期优化医疗流程，合理使用药品、耗材，找到医疗质量与运营成本动态平衡的过程。降低成本的同时不应以降低医疗质量为代价，通过管理医疗流程和提升医疗质量配合医用耗材的合理使用可以有效的降低和控制成本，有效提高医疗机构的运营效益。

北京大学第一医院开展的泌尿外科支撑改造术，很多病人长期植入体内置管的平时需要到门诊换管，在梳理使用范围和临床使用做精细化管理的过程中发现了一个问题。在门诊换管的管子的注册证写到只能术中放置，如果门诊用这个管子病人无法走医保报销，但是它长期置管需要过一段时间就要换管，医院用的单排管的支架，换管子的过程中导丝怎么串上去，医生自己剪的和工艺上剪的还是有不同。回归到临床用场景这块，什么样的手术中使用？什么时候需要换管，包括术中怎么置换这个管子，通过这些医疗过程操作的调研，从安全性和可操作性发现有两种方式：一种操作难度比较高，风险比较大，它可能造成放置的失败，甚至产生并发症，第二种是在术中的放置，术后更换的安全性操作性更强，不是自己剪开一个开口的管子可能更

好，但是现在确实没有双开口，虽然不会发生盲穿。这个点上可以申请医院准入一个双开口的支架，这个需求是成立的，但是具体选择哪种？采购过程中有 4 种都符合要求，最后怎么选？可以观察两个重要的指标：一个是留置时间，病人是长期的，每个管子上会有留置时间，A180 天管子虽然报价很高，但是每个月病人的消耗只有 258.3，需要评估 90 天的时候是否需要更换，总体算下来这个管子更经济成本更低。确实它的报价比较高，材质和舒适度相对来讲比较好，最终选择了 A 产品。

不是要在某一个 DRGs 分组下让 DRG 有节余，但是在 DRG 大的环境下，大家不要单纯的考虑一个 DRG 分组的问题，要保证医疗质量，这个过程中要充分考虑患者的需求，如果门诊医疗不能报销，会降低患者的满意度。减少病人的更换频次也会减少并发症，这是客观存在的，如果你总让它换管，他不满意还要多花钱，这种需求来讲，也要选择不频繁换管。同等品牌的使用，对于病人的后期换管来讲，可能有一个后期适应的过程，如果频繁更换品牌也会导致病人不适应。希望大家在使用的过程中评估后尽量使用同一个品牌，DRG 也并没有增加，不要追着 DRG 跑，但是 DRG 管什么要梳理清楚，一切以患者的需求出发，很多事情就解决了。

总结

在长期的优化流程过程中，DRG 是一个不断优化的过程，这个过

程中不要盲目的去追某一个细节点上的结果，宗旨就是合理使用药品和耗材，这跟运营成本是一个动态平衡的过程。降低成本不应该是降低医疗质量，要通过医疗管理的流程把管理质量不断的提升，配合耗材的合理使用，这样才能有效的降低和控制成本，医疗质量提升和成本不断的下降也是未来医疗机构发展的重要的方向。希望在 DRG 分组下，大的环境下获得更大的结余，为医疗机构发展收入带来更好的效果！

[返回目录](#)

• 基金监管 •

“数字飞检”赋能医保基金监管

来源：中国卫生杂志

近年来，重庆医科大学附属第一医院(以下简称重医附一院)按照医疗保障制度改革发展的要求，将攻克医保基金监管难题作为加强医院医保管理体系建设、提升医疗服务质量的关键突破口，出实招、亮新招。

重医附一院大力推行“数字飞检”模式，创新构建了“数字飞检”数智自查自纠的医保基金监管体系，推动实现了监管方式从人工抽审向数字审核的飞跃、监管广度从病例抽审向全面覆盖的拓展、监管深度由医院层面向科室及医务人员层面的转变，有力保障了医保基

金的安全合理使用。

以大势为引领 全新认识监管意义

维护医保基金安全是党中央、国务院赋予各方共同的政治责任，也是贯彻落实全面从严治党要求的具体举措。医保基金监管不仅是经济课题，更是关乎人民福祉和社会稳定的民生课题，与广大人民群众切身利益紧密相连。在推进医保基金监管工作中，重医附一院坚定站位、着眼长远，切实增强做好医保基金监管的责任感和使命感。

做好医保基金监管是维护社会公平正义的必然要求。医保基金作为公共资源，应当公平、公正地惠及每一位参保人员。医保领域存在的欺诈、滥用医保基金等违规行为，严重损害了公共利益和社会公平。强化医保基金监管，严厉打击违规行为，是坚持以人民为中心、捍卫社会公平正义的关键举措。

做好医保基金监管是医保制度可持续运行的核心要点。医保基金的收支平衡是医保制度可持续运行的基础。违规使用医保基金，不仅会导致基金的浪费和流失，还可能引发基金的支付危机。加强医保基金监管，规范医保基金使用，是确保医保制度长期稳定运行的关键之策。

做好医保基金监管是提升医疗服务质量的重要保障。医保基金监管能够促使医疗机构规范诊疗行为，合理控制医疗成本，提高医疗服务质量和效率；能够推动医疗机构从追求数量型向注重质量型转变，

从规模扩张型向质量效益型转变，从粗放管理型向精细管理型转变；能够助力医疗机构为患者提供更优质的医疗服务，更好地满足人民群众医疗需求。

以问题为导向 全面创新监管方式

针对医保基金被动监管、逻辑规则与临床实际不符、人工审核效率不高等问题，重医附一院在深入调研的基础上，积极借鉴先进管理理念和前沿技术手段，将相关规则植入医院 HIS(管理信息系统)等业务系统，形成“133”全流程智能监管系统。该系统包括“一套规则库”，医护工作站、收费工作站、审核管理系统“三个功能模块”，事前、事中、事后“三个管控节点”。医院基于该系统，创新构建了以“数字飞检”模式为核心的数智自查自纠的医保基金监管体系，从制度、机制创新层面探索医保基金监管的新路径。

第一，科学设计“数字飞检”管理体系。

医院成立了以党委书记、院长为主任委员的医保管理委员会，构建“院一处一科一临床”四级医保管理体系；成立了医保基金使用监督管理委员会，下设监管办公室及院内监管专家组；制定了医保基金使用监督管理办法及奖惩规定，常态化开展“医保基金监管主题年”活动，基本形成每月数据自检、季度模拟飞检、年度专项行动的自我监管模式。

医院利用“数字飞检”模式，及时、便捷、全面、精准、闭环开

展“模拟飞检”，变被动监管为主动自查，形成发现问题、反馈问题、纠正问题的良性循环，有效缩短了管理反馈时效，显著减少了违规成本。

第二，建立健全基于临床规则的知识图谱。

医院自主设计开发了医保违规自查软件“医保飞检盒子”，建立了以循证医学和国家临床指南等权威医学知识、医保支付政策、物价收费政策、医保监控规则、阈值监测指标、大数据异常分析结果、医保负面清单等为基础的知识图谱，并构建了基于知识图谱的规则库。目前，该规则库包含近 30 个类别超 5000 条监管判断规则。

“医保飞检盒子”通过与医院 EMR(电子病历系统)、HRP(资源管理系统)、LIS(实验室信息系统)等业务系统的有效交互，提高了规则的准确性和有效性。知识图谱与临床实际的深度融合，实现了规则的精准适应和全面覆盖，确保了规则的适应性和实用性。

同时，“医保飞检盒子”可以运用前沿的算法、机器学习和智能预警等技术，对海量的医疗数据进行深度挖掘和分析，迅速识别问题并发现潜在风险；而后再运用多种数据分析模型，结合数据仓库、联机分析处理、数据挖掘、数据可视化等技术，构建医保基金监管数字化协同工作场景。

第三，不断创新监管方式。

事前：医院将医保基金监管关口前移，通过系统进行事前提示、

预警。如开发住院患者身份识别功能，有效防止冒名就医行为；开发急诊转住院报销一键办理、外伤联网结算自动控制、不予支付诊断提醒等功能，有效控制违规医保联网结算行为。

事中：医院梳理了医保基金监管的共性问题，利用数据筛查技术，建立了“2345”事中智能监控体系，即聚焦项目监管、按疾病诊断相关分组(DRG)付费监管“二个维度”，价格管理、医保管理、医疗管理“三个方面”，药品、耗材、检验检查、诊疗项目“四个要素”，医嘱、记录、报告、收费、诊断“五个一致”。在诊疗过程中，通过系统进行预警、提醒，可以有效规范医疗服务行为和收费计费行为。

事后：医院以“医保飞检盒子”为工具，助力构建院内医保基金使用风险防范机制。

第四，深入强化部门联动。

医院运营管理处医保科积极加强与医务、护理、设备、药学、财务等部门的沟通与协作，建立信息共享、联合监管等高效工作机制。医院通过凝聚各方监管合力，形成了相向而行的良好态势，提高了医保基金监管的威慑力和执行力。

以实效为目标 全力确保监管到位

运用“数字飞检”模式开展院内常态化的自查自纠，是一项复杂且艰巨的系统工程，涉及面广、工作难度大。重医附一院坚持多措并举、综合施策，全力确保医保基金监管取得显著实在的效果。

加强组织领导。成立专门的医保基金监管工作领导小组，明确各部门具体职责分工，形成一把手亲自抓、分管领导具体抓、各部门协同抓的良好工作格局。定期召开专题会议，深入研究解决监管工作中的重大问题，有力推动监管工作顺利开展。

强化人员培训。持续加强对医务人员的培训，重点围绕医保基金监管、合理诊疗、合理收费等方面展开。定期组织专业课程学习、案例分析、经验交流等活动，全面提升医务人员在医保基金监管方面的政策理解和运用能力，增强合理诊疗的意识与技能，提高收费行为的规范性。

严格考核问责。建立完善的医保基金监管考核机制，将监管工作纳入部门和个人绩效考核的重要范畴。对违反医保、物价政策的部门和人员，严肃追究责任，确保监管工作落到实处。

医保基金监管永远在路上。重医附一院将持续健全内部医保管理制度，不断提升医保管理水平和风险防控能力，高度重视行业规范，不断创新监管手段，切实维护医保基金安全，全力守护人民群众“救命钱”。

[返回目录](#)

如何建好院内自查系统

来源：中国卫生杂志

当前，医保基金监管的标准越来越严格，受到了各级医保部门、

医疗机构的高度重视。在医疗机构内部对医生、护士的执业行为、收费行为进行合规性自查，尽可能减少医保拒付或扣款情况，对于医疗机构尤为重要。

近年来，福建省立医院结合医保审查要求，建立了院内医保合规自查系统，实现了对住院患者每日医疗项目和费用的智能化监管、审查和预警，有效减少了医保违规行为例数和扣款金额。

每日自查 医保监管关口前移

在医院信息管理中心的支持下，医保办根据医保审查要求，基于医院企业版钉钉工作平台，开发了院内医保合规自查系统。

院内医保合规自查系统的运行流程主要包括输入医保规则，对患者每日医疗项目和费用数据进行收集、智能分析，对违规数据进行自动化提醒等。具体来说，首先，医保办将各级医保部门制定的医保政策、飞行检查的重点内容、国家和省级审计部门发现的相关问题等进行整理，然后输入院内医保合规自查系统，形成医保规则。而后，该系统在每日 24 时自动收集住院患者当日的医疗项目和费用明细等数据，与医保规则进行智能化匹配，分析并找出其中提示违反医保规则行为的数据。最后，该系统将分析得到的数据，通过钉钉工作平台发送给相关的医生、护士，提醒其对违规行为进行纠正。

经过不断完善，目前院内医保合规自查系统已经实现了对多类违规医疗行为的智能审核，其中包括串换医用耗材、分解收费等。在该

系统的支持下，院内医保管理人员加强对各科室医疗行为的指导和监管，对相关违规行为进行提前发现、及时纠正，关口前移避免医保拒付或扣款情况。

数据赋能 建立长效治理机制

院内医保合规自查系统建成后，医院依据系统汇总反馈的数据，按照月度、季度、年度，对各科室、医生、护士等的医保违规行为进行统计分析，精准找到重点违规项目，并有针对性地加强政策宣传，规范医疗行为，保障医疗机构和患者的权益。

院内医保合规自查系统运行伊始，医院即对医保违规行为进行分析。医院发现，在各类违规行为中，有关限定频次、除外内容、串换医用耗材、与住院天数不匹配、分解收费等的占比较高。在该系统运行一段时间后，以上5大类医保违规问题得到有效治理，医院整体医保违规行为发生率显著降低，医保基金使用更加规范，同时也为开展支付方式改革夯实了基础。

在院内医保合规自查系统运行初期，医院注意到，医保违规行为例数和违规金额等均出现了小幅波动。原因在于运行初期，该系统性能尚不稳定，医保规则设置不够完善，加之医务人员对医保合规自查这一新的监管方式还未完全适应，导致一些违规行为处理不及时。但也正是这样的情况倒逼医院医保管理水平上了一个台阶。

实践证明，院内医保合规自查系统能够实现以日为周期对住院患

者医疗项目和费用进行合规监管，有利于规范临床诊疗及护理行为，有利于加强医院医保管理的针对性、科学性和有效性，进而更好地维护患者的权益、维护医保基金的安全、维护医院的经济效益和社会效益。

[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