

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第30期

(07.22-07.28)

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，直接跳转具体文章内容。)

• 医药专栏 •

▶ [保罕见还是保基本？“孤儿药”支付保障还需多开赛道](#)（来源：北京大学医学部卫生政策与技术评估中心）——第 7 页

【提要】根据世界卫生组织(WHO)的定义，罕见病为患者人数占总人口数 0.65%~1%的疾病。《2020 中国罕见病综合社会调研》显示，我国超过 40%的受访罕见病患者从未接受过治疗的原因是“医疗费用太高，无法负担”。近年来，罕见病患者用药难、用药贵的话题得到社会各界广泛关注，国家层面、地方层面以及各相关方都在为罕见病用药的支付保障不断努力。

▶ [234 个品种清理行动：“三同药品”整治时代真的来了吗？](#)（来源：21 新健康）——第 11 页

【提要】药品价格治理或将迎来“三同药品”（同品、同厂、同剂型、不同规格）治理时代。日前，湖南省公共资源交易中心发布《关于对挂网药品(2024 年第一批)进行价格纠偏的通知》，公示了 234 个明显不符合湖南省价格管理要求的挂网药品。值得关注的是，此次湖南的药品价格治理中，将今年初开展的“四同药品”（同品、同厂、同剂型、同规格）价格专项治理行动进一步推进，把价格纠偏细化至最小制剂单价。

• 集中采购 •

▶ [“零差价”售卖集采药铺开，电子处方流转再提速！](#)（来源：医药经济报）——第 17 页

【提要】在电子处方流转提速的背景下，随着多地加快推动集采药品进药店，院外市场正迎来新一轮的发展机遇。日前，国家医保局官网发文，国家医保局党组成员、副局长施子海带队赴贵州、广西调研药品集中带量采购有关工作，实地考察基层医疗机构、定点零售药店，了解集采药品进基层、进药店和集采结算情况。

▶ [研究表明这些因素影响国家药品集采价格降幅](#)（来源：中国人民大学）——第 24 页

【提要】20 世纪 90 年代以来，我国药品采购大致经历了医院分散采购、地市招标采购、省级招标采购和联盟带量采购四个阶段，药品价格管理机制也经历了放开、管制、逐步放开的过程。医疗体制持续改革背景下，药品价格虚高问题长期存在，原因在于药品流通环节繁杂、层层代理费用高企、医疗体制不完善及价格信息不对称等。

• 地方精彩 •

▶ [麻精药品不好管，这个省却做得好，秘诀是……](#)（来源：山西省卫生健康委）——第 31 页

【提要】麻精药品一直存在监管难、合理使用难、回收难、易流弊等管理难点。近年来，山西省卫生健康委坚持“以人民健康为中心”，

针对麻精药品管理存在的问题，紧紧围绕“夯实标准为什么、强化培训学什么、创新平台做什么、有效监管管什么”进行深入思考并出台相关政策，有效破解了麻精药品管理领域深层次的难点痛点问题，满足了麻精药品临床合理使用需求，构建了“四位一体”麻精药品科学化管理局。

▶ [绍兴：探索县域医共体医保行业自律管理模式](#)（来源：浙江省绍兴市医疗保障局）——第 34 页

【提要】近年来，一些公立医院先行一步，探索建立了诸如院内自查自纠、大数据赋能等医保基金使用管理的创新举措。本期将陆续推出部分医疗机构的好经验、好做法，以供借鉴。加强医保基金监管，既要靠专项行动，更要靠长效机制；既要靠政府外部监管，更要激发机构内生动力。县域医共体是县域内全部或者部分医疗机构组成的医疗服务共同体，是县域内医保基金使用行为的主要发生地。建立县域医共体医保基金管理的行业自律机制，既是强化医疗机构落实医保基金自我管理主体责任的基础，也是规范医疗服务行为、实现医疗行业高质量发展的手段。

• 医保快讯 •

▶ [医保事业全景图：2023 年全国医疗保障事业 7 大发展特征](#)（来源：国家医保局）——第 40 页

【提要】近日，国家医保局发布《2023 年全国医疗保障事业发展统

计公报》(以下简称《公报》),《公报》充分反映了医保部门在党中央和国务院的坚强领导下,较好完成2023年确定的医保事业发展目标和工作任务,全面深化医疗保障领域的各项改革,促进医疗保障高质量发展。

▶ [进入发展关键期,长期护理保险未来如何进阶?](#) (来源:中国医疗保险) ——第47页

【提要】党的二十届三中全会提出“加快建立长期护理保险制度”。这意味着,该制度发展再迈关键一步,从局部视野进入全局推进阶段。为深入探讨长期护理保险制度的发展方向,近日国家医保局待遇保障司组织相关领域专家学者,对长期护理保险制度构建关键问题——制度模式、参保覆盖、资金筹集、待遇给付等展开了深入研讨。

· 政务公开 ·

▶ [事关医保,二十届三中全会最新部署来了](#) (来源:中国医疗保险) ——第52页

【提要】7月21日,《中共中央关于进一步全面深化改革 推进中国式现代化的决定》(以下简称《决定》)全文发布。《决定》共15个部分、60条,分三大板块,提出300多项重要改革举措,覆盖经济、民生、教育、科技、民主、法治、医疗保障等领域。《决定》旨在为中国式现代化提供全方位、多角度的战略蓝图,覆盖推进中国式现代化的方方面面,重点部署未来五年的重大改革举措。

▶ [DRG/DIP2.0 版本分组方案正式出炉，有 3 大亮点值得关注！](#)（来源：中国医疗保险）——第 60 页

【提要】今年以来，国家医保局已多次召开医保支付方式改革座谈会，根据历史数据、专家意见以及医疗机构的意见和建议，严格遵循征求意见、临床论证、数据分析、地方测试、部门沟通、统一规范实施等工作程序，积极回应地方医保部门和医疗界的诉求，形成并落实 DRG/DIP 2.0 版本分组方案。7 月 23 日，国家医保局在北京召开 DRG/DIP 2.0 版本分组方案新闻发布会，新版的 DRG/DIP 分组方案正式“出炉”。

-----本期内容-----

· 医药专栏 ·

保罕见还是保基本？“孤儿药”支付保障还需多开赛道

来源：北京大学医学部卫生政策与技术评估中心

根据世界卫生组织(WHO)的定义，罕见病为患病人数占总人口数0.65%~1%的疾病。《2020 中国罕见病综合社会调研》显示，我国超过40%的受访罕见病患者从未接受过治疗的原因是“医疗费用太高，无法负担”。近年来，罕见病患者用药难、用药贵的话题得到社会各界广泛关注，国家层面、地方层面以及各相关方都在为罕见病用药的支付保障不断努力。

单纯依靠基本医保难以保障

随着一系列政策的落地以及不同支付保障模式的探索，部分罕见病药品的价格已有所下降，罕见病患者及其家庭的用药负担逐步减轻。不过，仍有不少罕见病高价“孤儿药”是基本医保没有覆盖到的。罕见病用药的支付保障有难度，部分是因罕见病的发病率、患病率低，且多数罕见病是遗传性因素所致。

相比其他疾病，罕见病呈现出患者人群小、诊疗资源供给不足、医药产品价格高昂、疾病负担沉重等特征，导致其医疗保障一直存在“保罕见还是保基本”等方面的争议，并且单纯依靠国家基本医疗保

障体系难以完全承担罕见病的治疗保障。因此，我国需要建立完善罕见病的多元保障体系。

现有的保障机制，比如基本医保、商业保险、财政补助、民政救助、慈善援助等各有特点，也各有局限性。在罕见病患者的诊疗过程中，常规性诊疗一般都在医保覆盖范围内，但专科药品，尤其是较新的、价格较高的罕见病创新药依然难以被基本医保体系覆盖。另外，部分政策性商业保险(如惠民保)的保障效果还有待进一步提升。据了解，我国已有多个地方政府采用不同机制对部分未纳入基本医保的罕见病专科药品予以保障。

比如，浙江省采用了罕见病专项基金模式，覆盖 4 种罕见病专科药品；山东省青岛市采用特药特材专项基金，覆盖 10 余种罕见病专科药品；广东省佛山市采用罕见病医疗救助模式，覆盖国家罕见病目录中的 121 种罕见病专科药品，并建立救助药品目录；甘肃省采用医疗贫困救助模式，即“医保救助+民政救助”，覆盖 2 种罕见病专科药品。

多方共付是否可行

在上述背景之下，多方共付分担机制在一些地方开始出现。多方主要指包括基本医保、商业保险、社会慈善、患者自付和企业分担等在内的多种保障渠道。目前，这种机制的推进尚面临诸多困难。

困难之一就是多方共付需要多方同时发力，且同时拥有足够的筹

资和支付能力，才能使全部用于罕见病治疗的费用被分摊。如果机制内的某一方不能持续发挥作用，其他方就会出现犹豫甚至退出。

基于多方共付机制的可行性有限，当前各地的解决思路是尽量将罕见病的保障分层分摊，即对于能够经谈判后进入医保目录的罕见病用药，就在医保报销范围内支付，不能进入医保目录的就建立一个专项基金进行分摊，专项基金报销之后剩余的自付部分费用再通过惠民保、其他商保、社会慈善等进行二次乃至三次报销，最终使罕见病患者获得充分保障。

然而，这种分层分摊机制最大的短板在于，虽然目前各地都在试点不同形式的专项基金机制，但从国家层面依然没有统一的罕见病专项基金用于支付医保目录外的罕见病用药。

总的来讲，一个专项基金的良性运行应当做好以下几方面工作：一是资金筹集，包括如何多元化筹集资金，以及确定筹集多少资金为宜；二是保障范围，要明确如何选择病种和药品，如何确定保障的优先顺序；三是价格管理，应当明确如何确立支付标准，以及如何建立价格调整模式；四是支付监管，明确对医疗、流通等环节如何进行监管，如何收集诊疗相关数据并评估其使用效果；五是衔接机制，明确如何与基本医保进行衔接，以及如何淘汰不适宜的医药产品。

建立专项基金有何路径

一个专项基金如能获得稳定的基础金额筹资，则有望顺利运作。

但是，罕见病专项基金的资金需求很难被精确测算，一种更为切实可行的做法是基于现有筹集资金确定可保障的疾病和药品，未来再随着筹资金额的增加逐步扩大保障范围。对于罕见病专项基金的价格准入，目前的常见做法是参考现有的医保药品谈判机制，对罕见病药品的支付阈值进行适当调整。在这方面，一些国外的经验具有借鉴意义。

比如，在美国，当一种药品被确定为罕见病“孤儿药”后，其支付阈值可从一般药品的5万美元增加到50万美元。另一种常见做法为，基于药品成本核算加成定价，并对罕见病药品进行倾斜。

比如，在日本，罕见病药品在上市时可拥有5%的有用性加算和10%~20%的市场性加算。罕见病专项基金的创新支付可分为基于疗效的协议和基于财务的协议。基于疗效的协议可以细分为：一是基于证据发展的支付，即医保支付方先按药企设定的价格支付一段时间，预定时间结束后，再根据收集的真实世界证据对药品进行评估；二是按节点支付，支付方会设置支付的条件节点（通常是短期治疗目标），只有观察到正向结果后才会继续付费；三是按药品疗效支付，若药品未能达到预期效果，则药企需还款、退款或降价。基于财务的协议可以细分为量价协议和使用上限。

量价协议指医保支付方的补偿价格与药品销量阈值挂钩，若超过事先约定上限（医保报销总额上限或是药品销售上限），药企需降价或还款。使用上限指事先商定的药品治疗剂量或疗效上限，超过部分需

由药企承担。事实上，对于纳入保障范围的罕见病药品，各个国家都会进行严格的定点管理，并收集随访诊疗信息，从而确保合理使用保障资金。

在我国，江苏省的罕见病用药保障政策走在全国前列。该省的做法一是建立罕见病药品“三定”管理制度，对保障范围内的罕见病药品实行定医疗机构、定责任医师、定零售药店“三定”管理；二是罕见病患者在指定医疗机构确诊后可申请罕见病用药保障，获得资格认定的罕见病患者可选择定点医疗机构治疗；三是实行责任医师负责制，承担罕见病用药保障申请、资格审核、全疗程治疗和信息上报等工作；四是罕见病患者还可选取一家定点药店作为固定的罕见病药品供应药店，定点药店应设置罕见病责任药师，确保为罕见病患者提供安全规范的保障服务。同时，江苏省还建立了罕见病医保服务监管信息系统，收集罕见病病种注册登记、责任医师管理、诊疗项目审核、患者用药管理与待遇审核等数据，实时监测和定期评估全省罕见病用药保障情况，为及时调整与改进政策提供数据支撑。

[返回目录](#)

234 个品种清理行动：“三同药品”整治时代真的来了吗？

来源：21 新健康

药品价格治理或将迎来“三同药品”（同品、同厂、同剂型、不同规格）治理时代。

日前，湖南省公共资源交易中心发布《关于对挂网药品(2024年第一批)进行价格纠偏的通知》，公示了234个明显不符合湖南省价格管理要求的挂网药品。

值得关注的是，此次湖南的药品价格治理中，将今年初开展的“四同药品”(同品、同厂、同剂型、同规格)价格专项治理行动进一步推进，把价格纠偏细化至最小制剂单价。

“实际上，国外都是按最小制剂单价来对比的，湖南这次是恢复到了一个正常的比较单位，因为只有将其最小化，才能真正有可比性。”医疗战略咨询公司 Latitude Health 创始人赵衡向21世纪经济报道记者表示，无论是“四同”还是“三同”，最根本的都是对药品价格进行管理。随着对药价的管理越来越严，企业首先要考虑要不要进医保，而一旦进入医保之后就需要控制成本，真正把价格降下来。

北京中医药大学卫生健康法治研究与创新转化中心主任邓勇教授指出，在此次价格纠偏活动中，有几类情况将可能受到严惩，比如，如果企业故意虚报药品价格，将面临严厉的处罚，包括取消挂网资格、列入失信名单等。对于未过评药价高于“新药/过评/参比”最低最小制剂价的药品，企业如果拒绝降价，也可能会受到相应的处罚。此外，如果企业在价格纠偏过程中存在其他违规操作行为，如提供虚假证据、恶意干扰价格纠偏等，也将受到严惩。

细化至最小制剂单价

此次价格纠偏，湖南主要针对两大类情况进行了公示，包括不同质量层次之间需进行价格纠偏的情况和同厂同通用名同质量层次不同规格之间需进行纠偏的情况。

特别值得一提的是，此次湖南的价格治理行动，将价格纠偏细化至最小制剂单价，可以说迈出了“三同药品”价格治理的一步。

邓勇认为，以最小制剂单价为比较单位，可以提高价格比较的准确性，不同制剂规格的药品价格可能存在较大差异，使用最小制剂单位进行比价可以避免因制剂规格不同而导致的的价格误判。同时，也可以增强价格透明度，患者和医疗机构可以更清楚地了解药品的真实价格，便于做出合理的选择。

根据公开信息，不同质量层次的药品包含未过评药品、过评药品、参比制剂或原研药。原则上，同一挂网目录内同通用名同剂型药品按差比价规则换算后，过评药品价格不得高于参比制剂价格，未过评药品价格不得高于过评药品价格。

此次湖南公示的清单中，不同质量层次之间需进行价格纠偏的药品共计 205 个。其中，8 个属于“过评高于参比”的情况，其余均为“未过评高于新药/过评/参比”。二者均存在部分药品价格差距较大的情况。

以“未过评高于新药/过评/参比”清单为例，Asahi Kasei Pharma Corporation 的盐酸法舒地尔注射液，最小制剂单价为 102.78

元，而过评药品挂网最低最小制剂价仅为 5.16 元；苏州二叶制药的注射用克林霉素磷酸酯最小制剂单价为 39.45 元，而过评药品挂网最低最小制剂价仅为 1.87 元。此外，不乏未过评药品最小制剂单价两倍、三倍高于过评药品最低最小制剂价的情况。

“未过评药品理论上可以自由定价。对于未过评药品来说无法参加集采，那么将会失去至少 70% 的市场，一些药品便采取高价策略。因此整体算下来，是否进集采对医保支付可能没有区别，这肯定是不划算的。最终还是要实行医保支付价才能解决这些问题。”赵衡说。

此外，此次同厂同通用名同质量层次不同规格需要进行价格纠偏的药品中，将近三分之一为注射剂。实际上，注射剂作为我国医院用药的主流剂型，其价格治理正日益受到重视。

日前就有《国家医疗保障局办公室关于规范注射剂挂网工作的通知征求意见稿》在业内流传，该通知指出本次挂网是针对同通用名、同厂牌、同含量装量的注射剂多种最小包装单位在同一医药集中采购机构挂网的，分别换算相应的最小制剂单位价格，原则上以低值为该类注射剂挂网价。业内人士认为，此文件可以看成是关于“三同药品”价格治理比较正式的文件。

药品价格治理趋严

通过梳理不难发现，部分差价仅在毫厘之间的药品也被公示在清单中。以同厂同通用名同质量层次不同规格之间需进行纠偏的药品为

例，排石颗粒、寒喘祖帕颗粒、复方板蓝根颗粒等多个药品差价仅在0.1元左右，仍被要求限价调整。

邓勇认为，如今，药品价格治理越来越严格，这背后有多方面的意义。首先，可以保障患者权益，通过降低药品价格，减轻患者的用药负担，提高患者的用药可及性和治疗效果；其次，可以促进医药行业健康发展，治理药品价格虚高问题，有利于规范医药市场秩序，促进医药企业的公平竞争；再次，可以提高医保基金使用效率，合理控制药品价格，有助于减少医保基金的支出，保障医保制度的可持续发展。

根据文件，截至7月26日，企业可对纠偏药品限价进行申诉，申诉结果按省医保局处理意见确定。

邓勇认为，申诉成功的前提是企业能够提供充分的证据证明其药品价格的合理性，例如生产成本、市场竞争情况、药品质量等方面的证据。申诉成功的可能性取决于企业提供的证据是否充分和合理，以及医保部门的审核标准和程序。

“随着各地对药品价格的治理越来越严格，对企业来说，尽管有申诉的机会，但整体来看成功的可能性其实不大，因为价格不同就是需要去拉齐的。”赵衡表示，对于那些价格始终没有拉齐，或断供的企业，将会受到较为严厉的惩罚。

整体来看，药品价格治理行动正稳步推进。今年1月初，国家医

保局发布通知，要求医药采购机构聚焦“四同药品”，将本地的挂网价格与监测结果作比较，排查发现显著偏离监测结果的异常值。

这被视为药品价格治理中的第二步。今年1月底，上海在相关会议中通报了价格专项整治四步走的想法：一是收集价格数据上报国家，二是四同价格专项整治，三是同厂牌同通用名不同规格的价格专项整治，四是争取今年年底之前开展不同厂牌不同通用名的价格专项整治。无独有偶，山东、江苏等地也通过各类场合透露出此类治理方案。

如今，在各地陆续完成“四同药品”治理之后，正逐步向前推进。目前，药品价格治理取得了一定的成就，如降低了部分药品的价格，减轻了患者的负担；规范了医药市场秩序，促进了医药行业的健康发展等。但同时也存在一些不足，如部分药品价格仍然虚高，治理效果有待进一步提高等。

“未来，相关部门需要进一步加大对药品价格的监管力度，严厉打击价格违法行为，保障患者的合法权益；进一步完善药品价格形成机制，充分发挥市场在资源配置中的决定性作用，同时更好地发挥政府的作用，引导药品价格合理形成。同时，要加快推进医药分家，打破医药利益链条，促进药品价格的合理回归。此外，要加强对药品质量的监管，确保患者用上安全、有效的药品。”邓勇说。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

“零差价”售卖集采药铺开，电子处方流转再提速！

来源：医药经济报

在电子处方流转提速的背景下，随着多地加快推动集采药品进药店，院外市场正迎来新一轮的发展机遇。

日前，国家医保局官网发文，国家医保局党组成员、副局长施子海带队赴贵州、广西调研药品集中带量采购有关工作，实地考察基层医疗机构、定点零售药店，了解集采药品进基层、进药店和集采结算情况。



文章强调，要大力推进集采药品进基层，积极鼓励引导集采药品进药店，创新探索药店参加集采的有效方式，持续扩大集采覆盖面，让质优价宜的中选药品惠及更多人民群众。显而易见，随着药品集采常态化开展，医疗机构所代表的院内市场集采工作已经趋向成熟，零

售药店将成为下一阶段的重点对象。

目前，山东、上海、广东、云南、浙江、江西、新疆、海南等多地陆续推进集采药品进药店工作。例如，新疆医保局近日在全区范围内同步启动了“医保集采药品示范店”授牌仪式，并公布了示范店名单及详细信息，名单包括新疆 14 个地州市 136 家示范店的药店名称、详细地址以及联系电话。值得一提的是，群众可在这些示范店“零差价”购买到质优价宜的集采药品。



业内人士表示，药品集采政策的意义，是医保部门通过“以量换价”让群众能以更低的价格看病用药。不论是推动集采药品进药店，还是加速电子处方流转，最终惠及的是每一位参保患者。在政策推动下，零售药店逐步承接院内药品市场，医药分家已成大势所趋。

集采药进药店加速铺开

部分地区“零差价”售药

新疆医保局表示，本次“医保集采药品示范店”授牌工作按照保本经营、让利于民的原则，特别关注那些在集采、国谈政策落实上表现优异，日常管理、服务群众较好的定点药店。据悉，首批授牌的药

店共有 136 家，主要从全区慢性病、双通道药店中筛选。

本次授牌标准严格，主要涵盖价格透明、公平对待、配置达标这三个方面。其中，新疆昌吉回族自治州全州 15 家资质合格、管理规范、布局合理的定点零售药店获得授牌，成为集采药品定点药店。

据悉，昌吉医保局在七县市设立 32 家药品价格监测点，对 110 种药品和昌吉州自选常见 35 种药品零售价格按月开展价格监测预警工作，对药品价格波动异常投诉举报线索“即接即办”。昌吉医保局表示，将抓好医保定点药店药价监管工作，及时回应社会关切，合理引导群众的购药行为，积极配合市场监督管理部门，建立公开、公平、规范、有序的药品零售市场秩序。

无独有偶，全国多地医保局都在不约而同地推进集采药品进药店。6 月 25 日，内蒙古阿拉善盟医疗保障局举办“国家集中带量采购药品进药店”启动仪式。阿拉善盟公开遴选了 12 家定点零售药店作为“集采药品定点药店”，同时结合群众实际用药需求，科学选择 15 类 55 种常用集采药品，药品价格平均降幅达 50% 以上。



此外，海南省医保局也在 2023 年 6 月发布的《关于做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》中强调，省药品集中采购平台有挂网的药品，纳入门诊统筹管理的定点零售药店需按不高于平台挂网价格销售，并积极参与集采药品线上采购。

2023 年 10 月，江苏医保局发布《关于进一步推进医保便民药店建设有关事项的通知》，针对医保便民药店销售集采药品作出要求，如严格落实“五统一”要求，对带量采购中选药品，医保便民药店应将药品名称、剂型、采购价格、销售价格等基本信息进行公示，并以不高于我省集采中选价格销售。

2023 年 8 月，山东开启首批“集采药品进基层”活动，8488 家零售药店参与。随后，省内多地医保局公布“销售集采药品药店”名单，要求药店“零差价”售卖集采药。如山东省潍坊市奎文区医保局遴选确定了潍坊德信行远东平民大药房一店等 4 家药店作为首批集采药品医保惠民单位。配备的药品涵盖治疗高血压、糖尿病、心脑血管等慢性病、常见疾病药品 100 种，药品价格实行“零加成”。

可以看到，“零加成”销售集采药正成为各地零售药店探索的主要选择。此前，对于集采药品进药店，业内普遍认为会增大经营风险和成本，降低盈利水平。这是由于零售药店与公立医疗机构不同，属营利性质，药品经营需要一定药品差价带来利润，以支撑销售业务正常运转。

不过从当前实践来看，“零差价”虽然会损失利润，但药店收获依然不小。如果将进行零差价的品种只限于国家集采药品，与医院统一价格，零售药店可以获得更多医保支付份额，提高自身竞争力。而最重要的一点是，此举将带来刚需性的客流回流，随着客流的大幅增加，亦会倒逼门店提升客流转化利润的能力。

集采药品进药店是医保改革走入深水区的必经之路，业内人士也提醒，今年以来，上线“药品比价”系统、线上医保支付试点等政策密集发布，零售药店正逐步成为有关监管部门的重点关注对象。

电子处方流转加速推进

“一网通办”逐步实现

而患者要想在药店买到集采药品，推动院内处方流转是必不可少的环节，这也是破解患者“因药就医”的有力举措。近年来，国家多部委在政策端一直努力推进院内处方外流，加速落地这项工作。

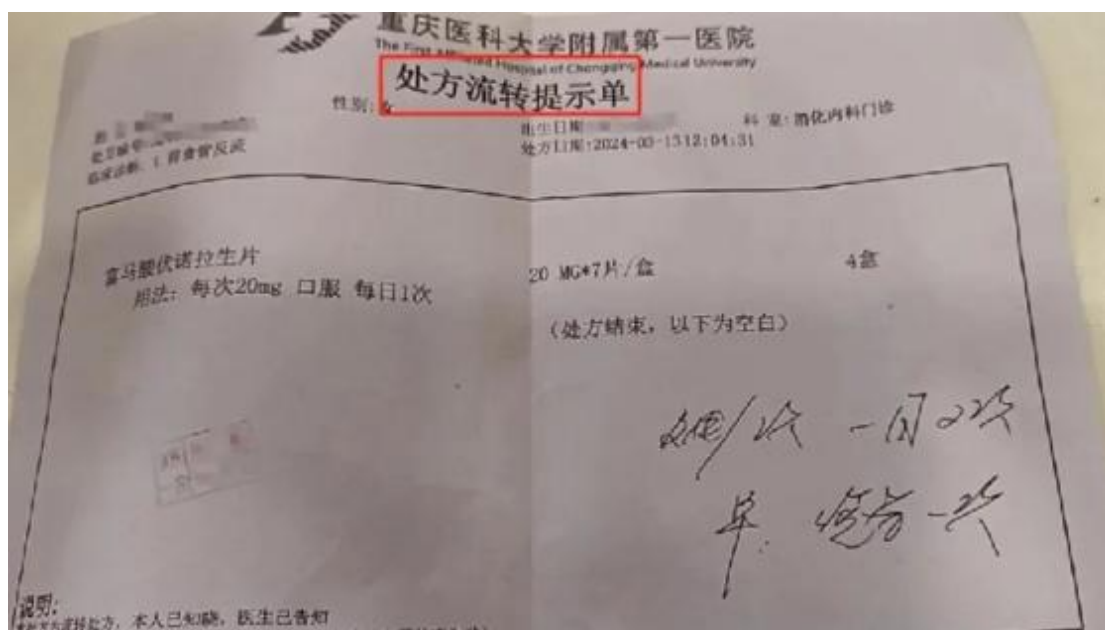
2018年4月，国办发布《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》，推动搭建处方流转平台；2019年3月，国家卫健委发布《医院智慧服务分级评估标准体系(试行)》，明确将对医院应用信息化为患者提供智慧服务的功能和患者感受到的效果进行分级评估，其中明确了二级以上医院全部考核处方外流效果；

2023年9月，北京市医保局发布《关于进一步做好国家医保谈判药品落地试点工作的通知》，打通国谈药品落地从院内到院外的处

方流转、药品购买、医保结算链条。

为了推进医保电子处方的应用和流通，国家医保局也采取了一系列措施。2023年年底，国家医保局出台了《医疗保障信息平台电子处方中心技术规范》（医保网信办〔2022〕6号），指导各地依托全国统一的医疗保障信息平台，落地应用医保电子处方中心。

自文件发布以来，全国各地积极响应。其中，重庆市医疗保障局于2024年初上线了重庆市电子处方流转系统。自从重庆市医保局电子处方流转系统正式上线以后，重庆市大大小小的医院都开始开展电子处方流转业务。



此外，新疆乌苏也实现了电子处方流转购药结算，乌苏医保电子处方流转依托于自治区医保信息平台，将定点医疗机构开具的处方以电子化的形式上传至电子处方中心，参保人通过“新疆医保”APP 或小程序可查询电子处方内容，在定点零售药店展示医保码后可下载处

方并直接购药结算。目前，乌苏市人民医院、乌苏市中医医院(乡镇卫生院)等 23 家定点医疗机构和 11 家定点慢性病药店已接入医保电子处方中心。

甘肃张掖甘州区医保局在 7 月 9 日召开的定点零售药店谈判药品电子处方流转工作推进会议上表示，参保患者就医需使用谈判药品时，责任医师应当开具处方优先使用院内配备谈判药品；定点医疗机构未配备所需谈判药品时，责任医师应通过电子处方流转平台开具外购电子处方，以便参保患者在谈判药品定点零售药店购买使用。谈判药品定点医疗机构开具的谈判药品外购处方中，纸质处方数量逐步减少至外购处方的 10%以内。

湖北也在近日印发《湖北省贯彻落实建设全国统一大市场工作 2024 年重点任务》，明确在医疗服务药品信息统一市场建设方面，将通过湖北省电子处方中心系统的试运行，进一步打通电子处方流转渠道、规范流转程序、完善配套功能，逐步实现处方药购买、信息安全认证、医保结算、物流配送等“一网通办”。同时，还将持续推进医保电子凭证和医保移动支付应用，加大电子处方中心接入范围，深化电子处方中心应用。

对于患者而言，医保电子处方流转服务上线提供了巨大的便利。医院开具电子处方，手机查询处方，家附近药店取药，还能医保统筹报销，真正做到买药“少跑腿”。在业内看来，只有让电子处方跑得

通、流得动、用得好，才能更好满足群众的就医购药需求。

湖北27条任务“划重点” 建设全国统一大市场

发布时间：2024-07-14 08:57

来源：湖北日报

【字体大小：大 中 小】



湖北27条任务“划重点” 建设全国统一大市场

鄂湘赣扩大系统互通数据互享业务互认

全国统一大市场如何“统一”？关键在于破除障碍，打通堵点。

随着电子处方流转相关政策的加速推进，与之相应的配套措施也必将不断完善，以适应并促进医保制度的改革与发展。在政策组合拳下，零售药店只有不断转型升级、调整经营策略、创新业务模式，才能经受得住考验，在激烈的市场竞争中更好地生存下来。

[返回目录](#)

研究表明这些因素影响国家药品集采价格降幅

来源：中国人民大学

20世纪90年代以来，我国药品采购大致经历了医院分散采购、地市招标采购、省级招标采购和联盟带量采购四个阶段，药品价格管理机制也经历了放开、管制、逐步放开的过程。医疗体制持续改革背景下，药品价格虚高问题长期存在，原因在于药品流通环节繁杂、层层代理费用高企、医疗体制不完善及价格信息不对称等。

2018年，国家部署开展药品集中采购“4+7”试点改革，组成以公立医疗机构为主体的采购联盟进行带量议价，我国药品采购自此进入联盟带量采购阶段。“4+7”政策实施后，中选品种价格显著下降、

药品支出明显减少。2019年,《国务院办公厅关于印发国家组织药品集中采购和使用试点方案的通知》(国办发〔2019〕2号)发布,明确逐步扩大集中采购的覆盖范围,通过“量价挂钩、以量换价”,形成药品集中采购价格。2021年,《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》(国办发〔2021〕2号)发布,要求常态化制度化开展药品集中带量采购工作,完善以市场为主导的药品价格形成机制,引导药品价格回归合理水平。截至2023年12月,我国已常态化组织开展九批药品集中带量采购,累计药品数达到374种。研究表明,药品集中带量采购在持续、大幅降低中选药品价格的同时,也使同通用名未中选药品价格有所降低,最终有效降低和减轻了药品费用支出和患者医疗负担。本文通过探究国家组织药品集中带量采购(以下简称“集采”)背景下中选价格降幅的影响因素,为政策实施提供建议。

药品价格形成机制及其影响因素

药品作为一种特殊的商品,其价格形成不仅仅是单纯的市场行为,也受到政府干预和监管,因而影响药品价格的因素是多方面的,比如经济收入水平、市场竞争机制、医药体系、政府政策等。

有荷兰学者基于对药品价格变动影响因素相关文献的检索研究发现,较高的仿制药市场份额、折扣力度、招标政策、集中采购、定价监管机制通常和更低的药品价格相关,较高的原研药市场份额和药

品加成政策通常和更高的药品价格相关，并且药品价格经购买力平价调整后在低收入国家相对较高。美国一项研究发现，药品短缺也和价格上涨有关，一些药品由于制药企业盈利空间缩减出现供应短缺，进而影响药品价格走高。有学者对药品招标采购中投标企业报价的影响因素进行研究发现，高度竞争和投标企业过往中标经验是其降低报价的主要动因，而投标企业在面对更少竞争者的情况下，对潜在竞争对手数量和过往中标经验的敏感度相对较低。

近年来，国内不少学者对国家集采常态化背景下药品价格的形成机制和影响因素进行理论或实证研究。有学者认为，中标价格是多元博弈的均衡结果，投标企业的报价决策和竞争压力、药品成本、期望收益有关，在充分竞争的规制下，其报价水平随着落标企业数量增多、药品成本降低、约定采购量增加而走低，但同时其报价溢出成本的部分也会减少，期望收益相应减少，竞标积极性随之下降。蒋昌松对江苏省医用耗材带量采购价格降幅的影响因素进行研究发现，增加医院数量和厂家数量，以及提高带量比例、淘汰率和国产比例有助于提高价格降幅，其中提高国产比例对提高价格降幅的正向作用最大。孙言等基于 Heckman 两阶段模型，从企业特征和竞争因素角度对中选企业是否中选及价格降幅的影响因素进行分析发现，仿制药企业更容易中选，且降幅随着潜在竞争者增加而增加，而原研药企业一旦中选，往往降幅更高。

中选价格降幅的影响因素

药品集采背景下药品中选价格的降幅，其背后蕴含着复杂的市场逻辑与政策导向。本文使用 Logistic 模型进行回归分析，设 Y 为 0-1 型因变量， $X_j (j=1, 2, \dots, k)$ 为自变量，则回归模型线性表达式如下：

$$\ln[P/(1-P)] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k$$

基于上述模型，本研究借助 R 语言对是否中选和中选价格降幅这两个因变量分别拟合 Logistic 模型，以期探究药品集采背景下中选价格降幅的影响因素。

现得出的结论如下：

1. “专利悬崖”现象在药品集采政策作用下逐渐显现

本研究结果显示，在国家组织药品集采政策的作用下，原研药企业和仿制药企业同台竞争，其市场份额因较低的中选概率受到强势挤压，然而原研药企业一旦中选，其价格降幅相比仿制药企业更高。有研究显示，带量采购政策不仅加速了仿制药对原研药的替代进程，也使原研药逐渐显现“专利悬崖”现象。“专利悬崖”现象是对专利药销量和利润在专利保护期满后受仿制药竞争影响大幅下滑的形象比喻。然而在我国，部分原研药在专利到期后并未出现“专利悬崖”现象，仍以高价销售，长期保持高市场份额。本研究结果显示，部分原研药企业在带量采购竞争机制下选择通过低价中选获得稳定的药品采购量，有助于原研药“专利悬崖”现象的显现。

2. 集采政策对自产原料药企业有所倾斜

当前集采中选规则明确规定，当同品种申报企业“单位可比价”相同时，自产原料药企业具有一定的优先中选机会。本研究结果显示，自产原料药企业的中选概率和中选价格大幅降价概率均高于非自产原料药企业，其竞争优势在集采中选机制的作用下得以凸显。从药品供应角度来看，原料药生产处于药品产业链的上游，制药企业的生产风险与原料药价格和供应数量息息相关。有研究发现，原料药短缺或垄断是集采中选企业药品供应短缺的主要原因。中选企业一旦出现药品供应短缺，医疗机构的药品使用量就难以得到保障，患者的用药需求也无法得到满足。自产原料药企业能够更有效地应对原料价格波动，控制药品生产成本，降低药品生产风险，保障药品供应稳定性。

3. 集采政策有助于形成合理的药品价格形成机制

在药品集采制度尚未成熟的阶段，我国药品价格虚高问题长期存在，市场机制对药品价格的调节作用未能充分发挥。国家组织实施的药品集采政策完善了“量价挂钩、以量换价”的采购机制，充分调动了企业参与投标的积极性，使药品价格信息公开透明，有效切断了企业暗箱操作、利益输送的链条。本研究结果显示，竞标企业在带量采购竞争机制的作用下，市场行为发生良性改变，面对众多的潜在竞争对手，通过提高价格降幅获得稳定采购量的意愿明显提高。市场机制对药品价格的调节作用在国家组织药品集采常态化开展背景下重回

正轨，最终将推动市场竞争格局和药品价格趋于合理化。

4 药品集采启动门槛仍有提升空间

原则上，当药品满足原研药企业和通过一致性评价的仿制药企业达到一定数量时，即启动集中带量采购。在已经开展的九批药品集采中，各批次的集采纳入标准不尽相同，厂家数量从最初的三家已发展为普遍为五家以上的竞争格局。本研究结果显示，中选企业大幅降价概率随着潜在竞争企业数的增加而提高。因此，适当提高药品集采启动门槛，扩大竞争格局，有助于进一步降低药品价格。

药品集采如何重塑市场格局

药品集采并非简单的降价游戏，它还涉及到了供应链管理、质量监控、市场准入等多个复杂环节，考验着政府、企业和市场的智慧与协同能力。随着药品集采制度的不断深化和完善，医药市场正经历着一场前所未有的变革。在此背景下，为了建立一个更加透明、公正、高效的医药市场，药品集采又将如何重塑市场格局？

1. 加速仿制药对原研药的替代进程

国家组织药品集采促进了原研药“专利悬崖”现象的产生。而从品种覆盖来看，在仿制药质量与疗效一致性评价工作进展的影响下，当前的集采药品多以口服制剂和注射剂为主，仿制药对原研药的替代进程仍有提速空间。一是扩大集采药品范围，逐步将软膏剂、滴眼液、吸入剂等外用制剂纳入一致性评价，为仿制药与原研药同台竞争创造

机会。二是扩大集采企业范围，持续完善药品参比制剂目录，为企业开展一致性评价提供明确、可靠的参照标准和指导。三是加快一致性评价的审评审批速度，让更多符合资格的企业参与集采，通过市场机制促进仿制药对原研药的替代，优化市场竞争格局。

2. 更加重视药品供应保障

当前集采政策从企业信用评级、是否自产原料药、产能承诺、备供规则等多个方面协同作用，降低药品供应短缺的风险。在未来政策实施过程中，可以加大对企业原料药自产能力的侧重，提升自产原料药企业的优先中选机会；进一步健全医药价格和招采信用评价制度，动态调整失信事项目录清单，将企业供应短缺纳入失信事项，并建立相应的量化评级标准；鼓励制药企业完善产业链，降低原料药短缺和垄断风险，从而维护药品市场的稳定与公平。

3. 动态调整集采启动机制

集采政策的常态化实施使药品价格形成机制不断完善，推动了市场竞争格局和药品价格趋于合理化。建议在保障集采常态化开展的基础上动态调整集采启动机制，比如根据药品的临床用量和急需性建立分级启动机制，对于用量较小、需求不紧迫的品种适当提高启动门槛，进一步降低药品价格。

[返回目录](#)

• 地方精彩 •

麻精药品不好管，这个省却做得好，秘诀是……

来源：山西省卫生健康委

近日，山西省卫生健康委联合省公安厅禁毒办、太原市卫生健康委，对 47 家医疗机构的过期及患者无偿交回的麻精药品（麻醉药品和精神药品）进行了无害化处理。此次无害化处理共销毁麻精药品注射剂 3300 余支、片剂 1.4 万余片、贴剂 100 余贴及各规格美沙酮口服制剂近 2000 瓶，药品及包装共计 112 千克。

麻精药品一直存在监管难、合理使用难、回收难、易流弊等管理难点。近年来，山西省卫生健康委坚持“以人民健康为中心”，针对麻精药品管理存在的问题，紧紧围绕“夯实标准为什么、强化培训学什么、创新平台做什么、有效监管管什么”进行深入思考并出台相关政策，有效破解了麻精药品管理领域深层次的难点痛点问题，满足了麻精药品临床合理使用需求，构建了“四位一体”麻精药品科学化管理新格局。

夯实标准 解决管理争议点

不同专家对麻精药品管理办法的理解不一致，多部门检查标准不统一，是长期困扰医疗机构麻精药品管理的难点和痛点问题。2019 年，山西省卫生健康委组织具有多年麻精药品管理和临床经验的专家以及药监、法律界人士，按照“遵循法律法规、细化实践操作”的原

则，参考相关政策文件、行业标准和技术规范等，率先制定了《麻精药品临床应用管理实施细则(试行)》(以下简称《细则》)。

2021年，在充分总结《细则》试行工作经验的基础上，山西省卫生健康委联合省药品监督管理局，补充了国家卫生健康委对麻精药品管理的最新要求，对《细则》进一步完善，形成了《麻醉药品、第一类精神药品管理实施细则》，并从规范第二类精神药品管理的实际需要出发，制定了《第二类精神药品管理实施细则》，相关文件经省司法厅备案。

3份文件在立足国家宏观法律、规章的基础上，对麻精药品管理全流程进行了详细阐述，明确了麻精药品管理各环节的人员职责，统一了全省麻精药品处方和各种表格格式，优化了多个工作环节流程，解决了日常工作中的争议点，精减了患者使用麻精药品需要提供的材料，统一了行政部门督导检查的标准，精准解决了麻精药品管理的难点、痛点问题，推动了“以患者为中心，确保麻精药品管得住、用得上、用得好”工作目标的实现。

强化培训 确保管理同质化

为推动各级卫生健康行政部门和医疗机构把握内涵、明确要求，进一步细化工作措施和流程，做到全省麻精药品管理标准统一、管理工作同质化，山西省卫生健康委印发了《关于规范麻精药品临床应用管理培训考核工作的通知》，组建了麻精药品临床应用管理省级培训

考核专家组，并于每年6月邀请国内知名专家对专家组进行培训、考核。

经培训、考核合格的专家，负责对全省医疗机构中开具麻精药品处方的医师、调剂麻精药品的药学专业技术人员按年度进行培训考核。该举措做到了培训考核时间、培训考核内容、考核合格证发放时间、考核合格证有效期“四统一”，确保了培训质量。此外，山西省将警示教育纳入培训考核内容，并明确其所占时长不少于总时长的30%。省级专家组定期收集最新麻精药品流弊案例，详细分析发生原因，将其制作成麻精药品违规使用处理的警示教育案例，对所有医务人员进行警示教育，严防医疗机构麻精药品流弊事件的发生。

创新平台 推进闭环管理

2019年9月，山西省全面实施麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡电子化管理；自2021年4月起，山西省将第二类精神药品全面纳入电子印鉴卡管理。通过电子印鉴卡网络管理改变传统的纸质印鉴卡管理，山西省实现了医疗机构麻精药品的网上申请、审批和采购，并实时统计和跟踪药品使用情况，掌握印鉴卡的管理状态。为解决电子印鉴卡管理过程中存在的需要手工上传处方信息导致医务人员工作量增大、对不法分子在多家医疗机构开具麻精药品不能做到实时预警等缺陷，山西省依托省全民健康医疗大数据平台创新性建设了特殊药品监管平台。

该平台可以对多点开具麻精药品行为进行实时预警，对医疗机构医师处方麻精药品的合理性进行点评，对疼痛病历实现电子化管理。目前，全省三级综合医疗机构已全部接入该平台，所有二级综合医疗机构也将于今年年底前全部接入。届时，省内异地就医患者只需凭病历和身份证就可使用麻精药品，不再需要办理居住证明等手续。在严防流弊事件发生的情况下，该举措极大满足了异地就医患者的合理用药需求，做到了真正意义上的闭环管理。

加强监管 严防流弊事件

山西省实行第二类精神药品电子印鉴卡管理后，因管理政策收紧，山西省出现了个别医疗机构从周边省份药品批发企业购进第二类精神药品的情况。为此，山西省卫生健康委、省药监局从“国家特殊药品生产流通信息报告系统”中梳理了有关问题，并联合开展了专项检查，千方百计防止流弊事件的发生。从2018年开始，山西省卫生健康委积极申请国家卫生健康委在麻精药品管理工作上的试点，主动对接国家麻醉药品管理协会，沟通协调省市县三级行政审批部门，全面指导和督促医疗机构落实麻精药品管理政策，取得了多方共赢的积极效果。

[返回目录](#)

绍兴：探索县域医共体医保行业自律管理模式

来源：浙江省绍兴市医疗保障局

国务院办公厅去年5月发布的《关于加强医疗保障基金使用常态

化监管的实施意见》确立了医保基金监管“五方责任”，明确了医保行政部门监管责任、医保经办机构审核检查责任、定点医药机构自我管理主体责任、行业部门主管责任、地方政府属地监管责任。其中，公立医院作为定点医药机构的主要组成部分，在合规使用医保基金方面，也有了更加明确的路径。可以说，如何落实自我管理主体责任、合规使用医保基金，已经成为摆在广大公立医院面前的一道必答题。

近年来，一些公立医院先行一步，探索建立了诸如院内自查自纠、大数据赋能等医保基金使用管理的创新举措。本期将陆续推出部分医疗机构的好经验、好做法，以供借鉴。

加强医保基金监管，既要靠专项行动，更要靠长效机制；既要靠政府外部监管，更要激发机构内生动力。县域医共体是县域内全部或者部分医疗机构组成的医疗服务共同体，是县域内医保基金使用行为的主要发生地。建立县域医共体医保基金管理的行业自律机制，既是强化医疗机构落实医保基金自我管理主体责任的基础，也是规范医疗服务行为、实现医疗行业高质量发展的手段。

2021年，浙江省医疗保障局联合省卫生健康委印发文件，启动县域医共体医保行业自律示范点建设工作。绍兴市医疗保障局以此为契机，大胆尝试、先行实践，于2022年8月，联合市卫生健康委印发《绍兴市县域医共体医保行业自律建设实施方案》。经过两年积极探索，绍兴市县域医共体医保行业自律管理模式基本建立。

“两翼”驱动打造行业自律重要引擎

绍兴市医保局通过队伍建设和信息建设，形成了县域医共体医保行业自律的“双驱动”，打造了医保基金安全运行的“双堡垒”。

强化“人才赋力”，建立高素质的医保管理队伍。针对医疗机构医保管理职能分散、队伍弱化等问题，指导完善机构内部医保管理的组织架构和人力配置，具体标准为不低于每 100 床配备 1 名医保管理人员。目前，全市医疗机构医保管理队伍已由原先的 467 人增加到 912 人，其中专职管理人员比例达到 30%，人员专业涵盖临床医学、药剂学、护理学、影像学、财务学、管理学、计算机学等多个领域，医保管理力量实现了质和量的双提升。

强化“数字赋能”，建立全流程的数字监管体系。一方面，在省智慧医保智能审核规则库的基础上，结合本市医保管理需求，拓展使用医保、医共体、医疗机构自建规则，并构建个性化的医保行业自律的动态规则模型和自学算法模型。另一方面，积极引入第三方监管平台和第三方医疗审核公司，定期对医疗机构服务行为、收费计费行为进行分析总结。自 2021 年以来，全市已有 9 家医共体和 1 家市级公立医院相继引入第三方监管平台，3 家医共体与第三方医疗审核公司建立长期合作关系。

“三责”协同压实行业自律主体责任

绍兴市医保局联合市委组织部、市卫生健康委出台《绍兴市公立

定点医疗机构医保违规行为领导责任追究办法(试行)》，建立健全了公立定点医疗机构医保违规行为责任追究体系。

厘清“三责”内容。一是公立定点医疗机构领导班子对本机构医保基金使用负主体责任，二是主要领导负第一责任，三是其他领导负相应责任。明确问责方式。《办法》规定了书面检查、约谈、通报、组织处理、纪律处分、追究法律责任等6类问责方式，并给出了针对不同对象追究问责的23种情形。

2022年以来，绍兴市医保部门约谈医疗机构35家次；卫生健康部门就医保工作对医疗机构约谈7家次；医保行业自律建设单位自行组织开展约谈64次。

“四级”贯通夯实行业自律组织保障

通过绍兴市医保局等部门的协同联动，目前全市12家医共体单位(含定点医疗机构101家)已全部完成医保行业自律的组织架构建设，形成了“医保管理委员会—医保管理中心—医保管理办公室—医保网格员”四级医保管理体系，建立了上下贯通、左右协调、横向到边、纵向到底的全覆盖的医保管理网络。

一是成立由牵头医院负责人和成员单位负责人组成的医共体医保管理委员会，全面领导医共体医保行业自律建设。

二是医共体医保管理委员会下设医共体医保管理中心，统筹协调医共体医保管理工作。

三是牵头医院设立医保管理办公室，成员单位根据规模设置医保管理办公室或配备专(兼)职管理人员，全面落实医保改革任务，严格执行医保政策规定和服务协议。

四是在重点科室(病区)配备兼职医保网格员，及时收集、发现、反馈医疗服务行为中的问题和疑点。

目前，全市共有医保网格员千余人，系统性拓展了医保管理的范畴，为医疗机构合理、规范使用医保基金提供了组织保障。

“六个”统一规范行业自律建设路径

在推进县域医共体医保行业自律示范点建设的过程中，绍兴市医保局不断探索完善自律建设的配套标准、评价指标和评价机制。目前，已形成统一组织机构设置、统一管理部门职能、统一管理人员配置、统一内部管理机制、统一责任追究机制、统一医保信息建设平台“六统一”标准和48项评价指标，持续推进了全市医共体医保行业自律建设的制度化、标准化、常态化进程。

与此同时，医保行业自律建设单位依据自身特点开展了相关特色工作。例如，建设自律文化长廊，签订自律公约、自律承诺书，开展医保自律宣传。再如，召开院内医保培训会、中层干部提醒会、医保基金监管工作会，通过多科室协作实时答疑。

目前，全市医共体医保管理的能力得到有效提升，行业自律的氛围日益浓厚。

“四效”凸显推动基金监管迈上新台阶

县域医共体自律意识明显增强。通过建立权责清晰的医保行业自律网格化责任体系，激发了医疗机构内生动力，压实了医疗机构主体责任，增强了医疗机构领导干部对于医保基金使用管理的责任意识，实现了约束机制由外部监管向内部自律的延伸。

医保监管数字化建设不断深化。通过在医疗机构内部建立数字智控模式，推动了医保和卫生健康系统的深度融合，引导了医疗机构向智能监控、运行监测、宏观决策等综合治理方向发展，极大地提高了医保监管的针对性和实效性。

医保基层治理内涵更加丰富。通过梳理优化医共体医保业务流程、建立健全医共体医保工作机制，形成了政府监管的有益补充和有力支撑，丰富了医保基层治理的内涵，提升了医保治理能力和治理水平。

医保基金使用质效有力提升。通过进一步深化“三医”协同，构建了共建、共治、共享的医保智治格局，提升了医保基金的使用质效，切实让广大人民群众在共同富裕先行区建设中感受到医保制度带来的获得感、幸福感、安全感。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

医保事业全景图：2023 年全国医疗保障事业 7 大发展特征

来源：国家医保局

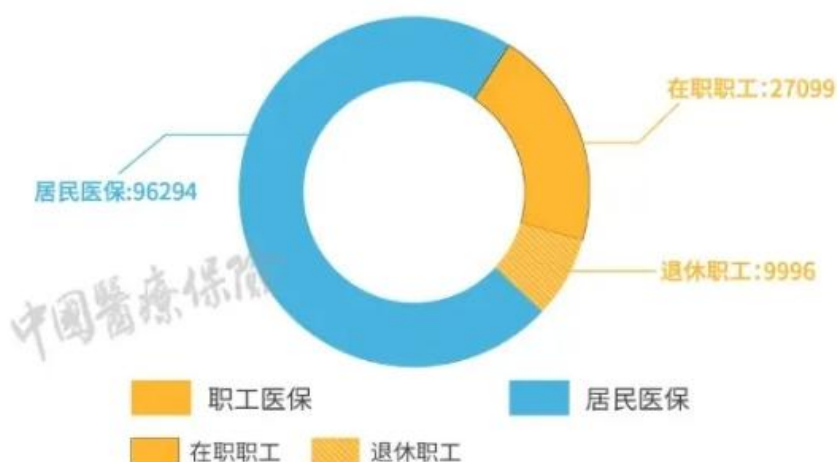
近日，国家医保局发布《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》(以下简称《公报》)，《公报》充分反映了医保部门在党中央和国务院的坚强领导下，较好完成 2023 年确定的医保事业发展目标和工作任务，全面深化医疗保障领域的各项改革，促进医疗保障高质量发展。

通过《公报》内容，可以总结出 2023 年医保事业的发展特征如下：

一、医保参保继续得到巩固

职工医保参保人数	37095万人
居民医保参保人数	96294万人

2023年全国基本医保参保情况(单位:万人)



截至 2023 年底，职工医保参保 37095 万人，比上年增加 852 万人，增长 2.3%。职工医保统账结合和单建统筹参保人员分别为 34525 万人、2569 万人，和上一年相比，前者上升，后者下降，说明完整参保的结构有所改进，整体保障水平有所提升。另一方面，截至 2023 年底，居民医保参保 96294 万人，剔除重复参保等因素，参保率保持相对稳定的水平。

二、医保基金收支运行情况良好

2023 年，职工医保统筹基金(含生育保险)收入 16580.30 亿元，比上年增长 26.0%；统筹基金(含生育保险)支出 11652.77 亿元，比上年增长 21.9%，收入增长与支出增长的差距比上一年度减少 4.3%，说明医保基金的使用效率进一步提高，统筹基金的风险分散功能发挥更加突出。

2023年全国基本医保基金收支情况(单位:亿元)



2023年，职工医保个人账户收入6351.35亿元，个人账户支出6097.95亿元，个账使用率达到96%，比上一年度有大幅度提升，说明个人账户与门诊共济改革效果明显，未来应结合支付方式改革进一步稳定成绩，同时强化监管，确保基金安全。

另一方面，2023年，居民医保基金收入10569.71亿元，支出10457.65亿元，当期结存112.06亿元，累计结存7663.70亿元。尽管累计结余规模尚存，但当期基金平衡压力日渐彰显，主要原因是居民医保近年来保障内容和保障水平都有较大改进，未来应积极探索建立更加公平合理的权利义务对等机制，确保基金长期可持续性。

三、医保待遇保持基本稳定

2023年全国基本医保住院费用目录内基金支付比例



受疫情后医疗需求的反弹影响，2023年职工参保人员待遇享受人次较快增长，达25.3亿人次，比上年增长20.2%。同期参加居民

医保人员享受待遇 26.1 亿人次，比上年增长 21.1%。职工医保和居民医保住院人次数比上一年度也都有大幅度上升，增长率分别达到 33%和 25%。

2023 年，职工医保次均住院费用为 12175 元，居民医保次均住院费用 7674 元，与上一年度相比均有所下降，说明医药谈判、集采和支付方式改革等相关政策的成效初步显现，不合理的医药费用开支得到管控，人民群众整体看病负担有所下降。

2023 年，职工医保住院费用目录内基金支付比例 84.6%，三级、二级、一级及以下医疗机构支付比例分别为 83.5%、87.4%、89.4%。居民医保住院费用目录内基金支付比例 68.1%，三级、二级、一级及以下医疗机构支付比例分别为 63.2%、72.4%、80.8%。这一结构与上一年度基本持平。不同等级医院之间的支付比例实施差异，其初衷是有效实现分级诊疗，激励普通病患者到基层医疗机构开展首诊。但同时要考虑到，支付比例拉大差距也会带来隐患，大病患者的就医负担就会相对加重，进而影响其医疗服务的利用效率。因此居民医保不同医院支付比例结构有待进一步优化完善。






四、医疗救助的托底功能效果彰显

2023 年，全国医疗救助支出 746 亿元，为 2019 年以来增幅最大年份，增长率达到 19%。医疗救助基金资助 8020 万人参加基本医疗保险，实施门诊和住院救助 15340 万人次，各项医保综合帮扶政策惠

及农村低收入人口就医 1.86 亿人次，减轻农村低收入人口医疗费用负担 1883.5 亿元。分别比上一年度增加 28%和 26%，有效控制了灾难性医疗支出对家庭经济生活的负面影响。

医疗救助支出

746亿元

 资助参加基本医疗保险	8020万人 ^[1]
 实施门诊和住院救助	15340万人次
 次均住院救助	1241元
 次均门诊救助	132元
 中央财政安排医疗救助补助资金	297亿元

[1]医疗救助资助参保人数不含其他部门资助参保人数。

建立医保防范化解因病返贫致贫的长效机制，助力乡村全面振兴，任重道远。未来应推动建立多元化医疗救助体系，统筹提高困难家庭大病患者救助水平，支持慈善组织等社会力量参与救助保障，更好发挥保障合力，满足低收入困难群众多元化保障需求。

五、医保持续引领“三医”联动和协调发展

自 2018 年国家医保局成立以来，连续 6 年开展医保药品目录动态调整，累计 744 种药品新增进入目录范围。

2023 年，协议期内谈判药品报销 2.4 亿人次，通过谈判降价和医保报销，当年累计为患者减负近 2300 亿元。

截至 2023 年底，全国 384 个统筹地区开展了按病组和病种分值 (DRG/DIP) 付费，比上一年度增加 178 个统筹地区，增幅达到 86%，为下一步全国范围内推广创造了良好条件。

须特别指出的是，2023 年医保一大工作亮点是有序推进医疗服务价格改革试点，指导 5 个试点城市开展首轮调价。稳步加快医疗服务价格动态调整，指导 28 个具备条件的省份开展调价工作。指导各省医保局加快审核新增医疗服务价格项目，全年各省新增医疗服务价格项目合计达到 1900 余项。

六、异地就医就诊人次、费用涨幅明显

2023 年，全国普通门急诊、门诊慢特病及住院异地就医 2.43 亿人次，全国普通门急诊、门诊慢特病及住院异地就医费用 7111.05 亿元。异地就医是广大人民群众“获得感”最强的医保政策之一，在已有的成绩基础之上，未来应重点做好三项工作：一是扩大门诊慢特病跨省直接结算病种范围，让更多的门诊慢特病患者能享受异地直接结算。二是强化就医地管理力度，进一步规范就医地的医疗行为，防止异地就医过程中的不合理诊疗行为。三是加强异地就医结算监测，破解异地结算政策落地过程中的痛点、难点和堵点，持续完善异地就医结算服务。

七、长期护理保险制度稳步建立

2023 年，49 个试点城市参加长期护理保险人数共 18330.87 万人，

享受待遇人数 134.29 万人，基金支出 118.56 亿元，分别比上一年度增长了 7.9%、11.2%和 13.6%。长期护理保险定点服务机构达到 8080 家，护理服务人员 30.28 万人。



长期护理保险制度未来将在全国进一步推广，为确保其高质量发展，应重点做好以下几项工作：

第一，探索建立独立及多渠道筹资机制，强化个人缴费责任。

第二，建立动态调整的待遇保障机制。

第三，进一步改进和完善失能评估、经办管理服务等机制，推广国家标准的实施使用。第四，注重护理服务体系建设，促进医养产业发展。

进入发展关键期，长期护理保险未来如何进阶？

来源：中国医疗保险

“一人失能，全家失衡”，失能人员的长期照护是这些家庭的长久之痛。一份长期护理保险，或许就能让一个失衡家庭点亮希望之光。

长期护理保险制度是指为因年老、疾病或伤残导致丧失日常生活能力且需要被长期照护的人员的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理，提供服务或资金保障的社会保险制度，一般被称为继养老、医疗、工伤、失业、生育五大险种之后的社保“第六险”。

党的二十届三中全会提出“加快建立长期护理保险制度”。这意味着，该制度发展再迈关键一步，从局部视野进入全局推进阶段。为深入探讨长期护理保险制度的发展方向，近日国家医保局待遇保障司组织相关领域专家学者，对长期护理保险制度构建关键问题——制度模式、参保覆盖、资金筹集、待遇给付等展开了深入研讨。

城乡统筹共同发展，引导全民参保

长期护理保险制度作为社会公共政策，应当全人群公平享有。试点阶段，相关城市综合经济发展、各方可承受能力、服务供给等实际情况，大多采取先从职工起步、逐步拓展至居民的参保覆盖路径。49个试点城市中，已有超过60%的城市参保覆盖至居民。专家普遍认为，在新的历史发展阶段，长期护理保险制度应作出创新，统筹职工和居

民开展制度设计，实现更大范围的共济，有利于促进制度公平。对此，中国社会科学院经济研究所研究员王震表示，在统筹城乡发展的时代背景下，实施职工和居民一体化保障十分必要。

制度试点以来，群众接受度不断提高，参保意识也有所增强，这对于稳定参保率具有一定积极作用。但长期护理保险的受益群体集中于老年人群，年轻群体的参保动力不足。不少专家建议可以推行强制参保，并辅之以相应的参保激励措施，从而确保制度发展的稳定性和持续性。

中国社会科学院法学研究所研究员王天玉从法律角度进行分析，社会保险制度要建立风险共同体，而风险共同体的建立必须以强制为前提。长期护理保险制度的法律关系包含“三方四家”，“三方”分别是社保经办机构、被保险人和服务提供者，“四家”在“三方”基础上还包括用人单位。也就是说，对于就业人员，个人和用人单位都应履行缴费义务。

王震指出，设置一定的参保激励约束机制，有助于稳定参保率。如，可设置待遇水平与缴费时长、缴费金额等相挂钩的参保激励机制，来提高年轻群体的参保意愿。

建立多渠道筹资体系，探索中国筹资模式

探索建立与中国经济社会发展相适应的筹资体系，解决钱从哪里来的问题，是长期护理保险制度建设的核心问题。

2020年，国家医保局会同财政部印发的《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）明确，探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制。职工筹资以单位和个人缴费为主，单位和个人缴费原则上按同比例分担。

筹资渠道方面，“众人拾柴火焰高”，只有多方共担筹资责任，才能确保资金来源的稳定性和制度发展的可持续性。目前，试点城市基本形成单位、个人、财政、社会等多元资金筹集渠道。专家们普遍认为，从社会保险权责对等的角度讲，个人也要承担一定的缴费责任。对于居民人群，清华大学医院管理研究院教授杨燕绥认为，可参照居民医保的做法，在个人缴费的基础上，由政府承担一部分筹资责任，帮助将居民纳入长期护理保险参保覆盖范围。

筹资标准方面，筹资公平应体现“量能缴费”原则。中国财政科学研究院社会发展研究中心研究员朱坤表示，社会保险制度具有收入再分配的作用，筹资水平应与收入水平挂钩。此外，杨燕绥还援引德国经验，建议将家庭中孩子的数量与缴费费率挂钩，孩子较多的，费率可以相应降低，孩子较少的，费率则较高。一方面体现筹资费率与照护负担的相关性，另一方面通过调整筹资费率来鼓励生育、优化人口结构。

筹资可持续性方面，随着人口老龄化的加剧，面对老年人口抚养比快速变化及长期护理费用不断上涨，如何保证长期护理筹资体系的

可持续，是国际上很多国家都面临的问题。南开大学卫生经济与医疗保障研究中心教授朱铭来表示，为确保筹资的可持续性，确立终身缴费制非常必要。中国社会科学院社会发展战略研究院副研究员张盈华认为，应在现收现付制的基础上建立风险储备金制度，来平抑未来老龄化冲击和服务费用上涨，一定程度上稳定缴费率。张盈华指出，“有风险储备金作为一个蓄水池，费率可以三至五年一调整，而不需要逐年调整，这样的话可以形成一个比较稳定的缴费预期。”

坚持“保基本”总原则，待遇给付以服务为主

试点实践过程中，试点城市坚持保障基本，低水平起步，普遍以项目清单方式明确基本保障范围，对于符合规定的护理服务费用基金总体支付70%左右。专家普遍认为，作为一项社会保险制度，长期护理保险应当坚持“保基本”的总原则。朱坤进一步表示，这一原则的核心在于确保参保人员在面临长期护理需求时，能够获得最基本的、必要的生活照料和医疗护理服务，以维持其基本的生活质量。朱铭来指出，应厘清基本保障边界，构建多层次保障体系，“基本”保障由社会保险承担，多样化的需求由商业保险等来解决，也给商业保险留有发展空间。

基金支付的服务类型方面，各试点城市根据实际情况，做法不尽相同。有的试点城市支付机构护理和专业机构上门护理，有的将亲情照护服务也纳入基金支付范围。但总体看来，“长期护理保险基金应

主要支付服务，而不是简单发放现金补贴”已经成为各方的共识。王震指出，人口老龄化还伴随着“少子化”“空巢化”，家庭功能不断弱化，未来失能老年人的照护问题单纯靠发放现金不能解决，亟需社会服务的支持，因此基金应主要支付服务，促进相关产业的发展。朱坤还建议，从试点实践和国际经验来看，家庭非正式照护，无论是对于弥补服务供给不足还是降低服务成本，都非常重要，应予以一定支持。试点实践中，家属通过规范化培训成为专业护理员，还带动了农村闲置劳动力的就业。

此外，长期护理保险制度如何最大程度发挥制度保障功能？精细化管理是提高制度保障绩效的必要举措。杨燕绥认为，应加强对定点机构服务质量的把控，逐步形成完整清晰的服务项目清单，让每一项服务都有质量标准可循。王震则强调不仅要提供服务，更要做好服务计划，确保为待遇享受人提供最需要的服务。朱铭来指出，要出台护理需求认定标准，科学制定服务计划的前提是精准认定服务需求。

作为“第六险”的长期护理保险，在社会保障体系中扮演着至关重要的角色。长期护理保险的引入，旨在填补因长期失能而产生的护理需求缺口，与其他相关保障制度相互补充，形成多层次、全方位的保障体系。那么，长期护理保险又该如何与其他相关福利救助制度、社会保险制度相衔接？

王震认为，可以发挥长期护理保险管理平台的理念，将其他制度

吸纳到统一的管理平台，各自发挥作用，统一购买服务，做到资金性质明确，服务供给连续。北京信息科技大学公共管理与传媒学院副教授陈诚认为，应加强部门合作，统筹相关领域资金使用，做好筹资端资金的整合以及待遇端服务的衔接，确保形成保障合力，避免资源浪费，更好发挥保障功能。

“不过，在人口流动频的情况下，参保人是按户籍还是按常住地参保?这是很关键的。”王震认为长期护理保险制度的建立还涉及转移接续和异地待遇保障的问题。如何在人口流动频繁的当下，确保其护理需求的保障不因地域限制而受影响，是长期护理保险制度设计中的重点之一。目前，部分试点城市通过政策创新和服务优化，正在探索解决长期护理保险异地待遇保障相关问题，以确保有需要的异地参保人更加便捷的申请和享受待遇。

[返回目录](#)

• 政务公开 •

事关医保，二十届三中全会最新部署来了

来源：中国医疗保险

7月21日，《中共中央关于进一步全面深化改革 推进中国式现代化的决定》(以下简称《决定》)全文发布。《决定》共15个部分、60条，分三大板块，提出300多项重要改革举措，覆盖经济、民生、

教育、科技、民主、法治、医疗保障等领域。

《决定》旨在为中国式现代化提供全方位、多角度的战略蓝图，覆盖推进中国式现代化的方方面面，重点部署未来五年的重大改革举措。在医疗保障领域，《决定》强调了以下核心要点：

健全基本医疗保险筹资和待遇调整机制

基本医疗保险制度对于防范公民疾病风险，保障公民的生命健康权起到重要作用，我国已经建立起全世界最大的医疗保障网，覆盖超过 13 亿人。

我国按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，每年动态调整居民医保筹资标准。制度建设完善过程中，国家不断加大财政投入，同步提高个人缴费水平，不断优化筹资结构。2011 年至 2023 年，财政补助标准从每人每年 200 元提高到 640 元，个人缴费标准从每人每年 50 元提高到 380 元，目前居民医保人均筹资标准达到 1020 元。在待遇享受上，基本医疗保险不断扩大医保报销范围，提高医保报销比例，稳步提升门诊保障水平，持续释放制度红利让基本医保更加普惠。

下一步，国家医保局表示会统筹考虑经济社会发展及医疗费用增长等情况，合理确定筹资标准，促进保障待遇均衡公平。同时，加快完善大病保险和医疗救助制度，促进多层次医疗保障制度有序衔接。

扩大生育保险覆盖面，全面取消在就业地参保户籍限制

党的二十大报告明确提出，优化人口发展战略，建立生育支持政策体系，降低生育、养育、教育成本。国家医保局坚决贯彻落实党中央、国务院决策部署，持续做好生育保险和基本医保相关工作，积极研究完善生育保险等相关配套支持政策。截至 2023 年底，生育保险参保人数达到 2.49 亿人，同比增加 300.41 万人。2023 年生育保险基金待遇支出 1069.1 亿元，比上年增加 117.75 亿元，增长 12.38%。参保女职工人均生育津贴达 2.4 万元。

生育是家事，也是国事。国家医保药品目录调整过程中，及时将符合条件的生育支持药物溴隐亭、曲普瑞林、氯米芬等促排卵药物纳入医保支付范围，帮助更多家庭。2022 年以来，国家医保局指导地方综合考虑医保基金可承受能力、相关技术规范性等因素，逐步将适宜的分娩镇痛和辅助生殖技术项目按程序纳入基金支付范围。截至 7 月，已有北京、广西、甘肃、内蒙古、上海、浙江、江西、江苏、山东、青海、新疆维吾尔自治区 11 个省份及新疆生产建设兵团将辅助生殖纳入医保报销范围。

值得注意的是，《决定》提到，健全灵活就业人员、农民工、新就业形态人员社保制度，扩大失业、工伤、生育保险覆盖面，全面取消在就业地参保户籍限制。在当今社会，人员的流动日益频繁，就业地与户籍所在地不一致的情况越来越普遍。而全面取消在就业地参保户籍限制这一政策的出台，无疑将带来了更多惠民便民的好处。

发挥各类商业保险补充保障作用

商业保险是社会保障体系的重要组成部分，侧重满足多层次、多样化和个性化的健康保障需求。今年6月，国务院办公厅印发了《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》（以下简称《任务》），明确指出发展商业健康保险，并要求制定关于规范城市定制型商业医疗保险的指导性文件；推动商业健康保险产品扩大创新药支付范围；选择部分地区开展试点，探索推进商业健康保险就医费用线上快速结算。

近年来，我国商业健康保险进入加速发展黄金时期，满足群众更加丰富、差异化和个性化的医疗保障需求赋予了更大可能。国家医保局介绍，目前170多家保险公司开展商业健康保险业务，在售产品超过5000个，涵盖疾病预防、医疗服务、生育保障、健康管理等各领域，已经从简单的费用报销和经济补偿，向病前、病中、病后的综合性健康保障管理发展，新产品类型不断出现。2022年商业健康保险保费收入8653亿元，赔付支出3600亿元，同时积累了超过1.6万亿元的长期健康险责任准备金，对减少参保群众后顾之忧、释放消费潜力、推动经济发展发挥了重要作用。

推进基本医疗保险省级统筹

推进基本医疗保险省级统筹是中国深化医疗保障制度改革的重要措施。党的二十大报告也提出，加快推进基本医保省级统筹，持续

增强医保制度的公平性、统一性、安全性和规范性。

近年来，国家高度重视提高基本医保统筹层次工作，指导各地不断巩固提升统筹层次，提升医保基金共济能力，增强制度可持续性。

此前，国家医保局在答复全国人大代表建议时表示，要按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，推动实现市地级统筹；按照政策统一规范、基金调剂平衡、完善分级管理、强化预算考核、提升管理服务的方向，推动省级统筹。目前，各地已经基本做实了市地级统筹，京津沪渝和海南、福建、宁夏等省份已推进了省级统筹，省内各统筹地区制度政策更加规范统一，基金共济能力和范围进一步加强，制度抗风险能力有效提升。

深化医保支付方式改革

国家医保局于 2019 年开始将工作重心转移至医保支付方式改革，启动了 DRG/DIP 的支付方式试点；2021 年 11 月提出《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，逐步在全国所有统筹地区全部开展按疾病诊断相关分组 (DRG)/病种分值 (DIP) 支付方式改革工作。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。

不同于传统的按项目付费方式，DRG/DIP 支付方式更科学、精细，能够提高医疗机构管理效率，推动临床技术发展。截至目前，已有 384 个统筹地区开展了 DRG/DIP 支付方式改革，占比超过了 90%，其中 26 个省份所有的统筹地区实现了支付方式改革的全覆盖。改革地

区参保人员个人负担一年累计约减少 215 亿元。

在此基础上，国家医保局将进一步推动医保支付方式改革全面覆盖，促进支付方式改革提质增效，加强医保与医疗机构改革协同，推进医保目录调整、药品耗材集中带量采购价格改革，积极使用新药、新技术收治疑难危重患者，使改革更好地惠及患者。

完善大病保险和医疗救助制度

大病保险，作为我国多层次医疗保障制度体系的重要一环，自 2012 年试点以来，于 2015 年全面铺开，旨在为参加居民医保的广大民众提供额外的高额医疗费用保障，无需额外申请或缴费，自动覆盖所有参保居民。2023 年，我国城乡居民大病保险报销惠及 1156 万人，人均减负 8000 元。

医疗救助制度同样也是我国医疗保障制度体系的重要组成部分，是针对困难群众治病费用经医疗保险报销后个人承担部分的补助，也是防范因病致贫、因病返贫的一项重要兜底政策。

从救助对象来看，其范围在不断拓展，从最初的低保户、特困人员，延伸至边缘户、防返贫监测对象及因病致贫的重病患者。从救助总人次来看，其从 2005 年的 969 万人次，增长至 2023 年的 2.5 亿人次。特别是 2018 年以来，医疗救助把建档立卡贫困人口、防返贫监测对象纳入保障范围，救助人次从 2017 年的 9100 万人次增长到 2.5 亿人次，6 年增长近 2 倍。

经过多年发展，我国大病保险和医疗救助制度逐步完善，覆盖人群更广，保障能力更强，困难群众识别更精准，救助落实更高效。

加强医保基金监管

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，国家医保局自成立以来，聚焦基金监管重点难点问题，持续推进医保领域违法违规问题系统治理。2023年，持续推进全覆盖监督检查，处理违法违规人员32690人，协同公安部门共侦破各类诈骗医保基金犯罪案件2179起，抓获犯罪嫌疑人6220名。

今年4月，为进一步加强医保基金监管，国家医保局等六部门联合制定《2024年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》，强调聚焦工作重点，开展联合整治，严厉打击虚假诊疗、虚假购药、倒卖医保药品等欺诈骗保违法犯罪行为，坚决守住医保基金安全底线。

随后不久，国家医保局等4部门印发《关于开展2024年医疗保障基金飞行检查工作的通知》，指出，2024年医保基金飞行检查工作首次开展“回头看”，将从往年已经飞行检查过的定点医疗机构中，抽取一定比例进行“回头看”。国家医保局数据显示，2019年建立飞行检查工作机制以来，5年间已陆续组织200多个检查组次，在全国范围抽查定点医药机构近500家，形成了打击欺诈骗保、强化高压震慑的积极效应。

下一步，按照《方案》《通知》要求，国家医保局将继续做好专

项整治工作，完善医保基金飞行检查工作机制，实现好、维护好、发展好最广大人民根本利益。

促进医疗、医保、医药协同发展和治理

“三医”协同发展和治理是深化医改的关键举措和重要经验。2019年，中央全面深化改革委员会第十次会议强调，要加强改革系统集成、协同高效，推动各方面制度更加成熟、更加定型。

2020年，中共中央、国务院公布《关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性。

2022年，二十大提出深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。2024年，党的二十届三中全会再次强调要促进医疗、医保、医药协同发展和治理。

在深化医改过程中，要把握“三医”协同发展和治理内涵，坚持党对全面深化改革的集中统一领导，以系统观念和科学方法推进医药卫生体制改革。

国家医保局成立以来，注重发挥医保在“三医”联动改革中的基础性作用，促进医疗保障与医疗服务体系、药品供应保障体系的良性互动、协同改革，推动减轻群众就医负担，促进医疗机构高质量发展，支持鼓励医药技术创新。

[返回目录](#)

DRG/DIP2.0 版本分组方案正式出炉，有 3 大亮点值得关注！

来源：中国医疗保险

2024 年是《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》收官之年，DRG/DIP 改革的成效初步显现——有效增强了人民群众就医获得感、帮助医疗机构优化收入结构、保障医保基金的安全。但是作为一项长期性系统性的工作，DRG/DIP 改革仍需持续推进，特别是改革的精细化水平还有待进一步提升，对医药服务供给侧的引导作用还有待进一步发挥。基于此，国家医保局在推动支付方式改革全面覆盖的同时，坚持完善配套措施，研究完善 DRG/DIP 支付方式的分组动态调整机制。

今年以来，国家医保局已多次召开医保支付方式改革座谈会，根据历史数据、专家意见以及医疗机构的意见和建议，严格遵循征求意见、临床论证、数据分析、地方测试、部门沟通、统一规范实施等工作程序，积极回应地方医保部门和医疗界的诉求，形成并落实 DRG/DIP 2.0 版本分组方案。7 月 23 日，国家医保局在北京召开 DRG/DIP 2.0 版本分组方案新闻发布会，新版的 DRG/DIP 分组方案正式“出炉”。

亮点 1：聚焦重点学科，优化分组结构

DRG2.0 版分组方案充分吸纳了地方医保部门、医疗机构及(学)协会近万条意见建议，是 DRG 付费理论和我国医保实践相结合的成果。其中重点对临床意见比较集中的重症医学、血液免疫、肿瘤、烧

伤、口腔颌面外科等 13 个学科，以及联合手术、复合手术问题进行了优化完善。

升级后的 DRG 分组方案基本结构包括 26 个主要诊断大类 (MDC)、409 个核心分组 (ADRG) 和 634 个细分组 (DRGs)。核心分组较上一版增加 33 组，回应了临床合理诉求，契合临床实际情况，细分组较上一版增加 6 组，代表分组效能的组间差异 (RIV) 为 71%，较上版提高了 3 个百分点，入组率为 92.8%，较上版提高了 1 个百分点，分组方案更加科学合理。

DIP2.0 版病种库则是遵循基于客观、科学聚类、易于比较等原则优化而成，包含 9250 组国家核心病种目录，与 1.0 相比，减少了 2033 组，集中度得以提升，调整 3471 组，其中因相关手术进行调整 558 组。另外，针对临床反映的 DIP1.0 版病种库中缺少肿瘤基因治疗、分子治疗、免疫治疗以及部分放射治疗等情况，DIP2.0 版病种库根据实际数据增补了对应病种，分组更加精细，覆盖更加全面。

亮点 2：增强统计精度，升级分组方式

在分组方法上，DRG2.0 版一方面优化了临床论证方式，在原有 31 个临床认证组独立论证的基础上，建立了多专业联合论证模式，如开展了耳鼻喉科、口腔颌面外科、心脏大血管外科和心血管内科的联合论证，使分组结果更加兼顾相关学科规律，更具科学性；另一方面升级了统计分析方法，引入麻醉风险分级，对遗传算法形成的 MCC

和 CC 应用麻醉风险进行校验、优化，提高了能够影响资源消耗的其他诊断的定位精准度。

在分组规则上，新增不入组规则，提高分组的科学性。根据 ICD-10 和 ICD-9-CM3 的编码原则和编码共识，将附加说明疾病或手术情况、明确不可作为主要诊断的诊断以及常规小的、门诊可以进行的手术操作列为排除范围。不仅可以帮助精准定位分组特征，体现核心诊疗价值，又能促进规范填报数据。

DIP2.0 在分组规则上，也有所突破。一是对手术操作的界定，采用“主要诊断+主要手术操作+相关手术操作”进行聚合，入组逻辑更加明确，病种组合更清晰；二是依据资源消耗对相关手术操作进行遴选，相关操作资源消耗达到该病例原费用 10% 以上的情形单独成组。

亮点 3：强化机制创新，加强改革协同

在此次新闻发布会上，医药管理司黄心宇司长介绍道：2.0 版分组方案中大篇幅介绍了多种配套机制，有创新做法，也有对此前机制的完善和规范，重点是为了体现医保支付为医疗机构的发展赋能，推动医疗、医保、医药协同发展和治理。

一是协商谈判机制。对于基金的预算权重、分值、调节系数等支付的核心要素要由医疗机构、行业学协会和医保部门共同协商确定。各统筹区要建立起支付方式改革的专家组，由临床医学、药学、医保管理、统计分析等方面的专家共同组成，不仅为支付方式改革提供有

力的技术支撑，更可以加强相关专业之间的密切交流。

二是特例单议机制。对因住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按 DRG/DIP 标准支付的病例，医疗机构可自主申报特例单议。在改革之初便提出特例单议机制以适应复杂的医疗情况，但执行中各地申请条件、评议规则、数量比例有较大区别，对此，本次通知明确提出了特例单议的数量，原则上不超过 DRG 出院总病例的 5%或 DIP 出院总病例的 5%，同时要求医保部门定期组织专家审核评议、定期对审核情况进行公告公示。

三是结余留用机制。医疗机构通过提高内部管理水平、规范医疗服务行为、主动控制成本，由此产生的结余按规定在医疗机构留用。结余留用机制可大大提高医疗机构参与支付方式改革的积极性。

四是意见收集机制。本次通知明确提出要建立面向医疗机构医务人员意见收集和反馈机制，不仅各个统筹地区要加强意见的收集整理和报送，国家医保局也将设立专门的意见收集邮箱，直接面向医疗机构医务人员，收集关于 DRG/DIP 分组、技术规范，价格改革协同等方面的意见和建议，真正做到广开言路。

五是基金预付机制。通知提出各地医保部门可以根据基金结余情况，向定点医疗机构预付 1 个月左右的预付金，帮助其缓解运行压力，尤其向与医保长期合作、管理规范、信用良好、在医保政策落地、发动居民参保、协助打击欺诈骗保、全面采集上报药品耗材追溯码等方

面表现较好的医疗机构倾斜。

六是建立医保数据工作组。由不同级别、类型的医疗机构代表组成的医保数据工作组，目的是探索形成医保部门向医疗机构及时反馈医保基金运行情况的机制，便于医院的管理者能够及时掌控医疗机构的运行情况。

DRG/DIP 引导临床向低成本、高效率、高质量的“价值医疗”转变，按照 DRG/DIP 支付方式改革设计构想，医保基金、医院、患者三方应该实现共赢。国家医保局明确了 DRG/DIP 2.0 版本执行时间——原则上今年就 2024 年新开展第二批改革的地区直接使用 2.0 版本的分组，已经开展的将在今年年底前完成切换的准备工作，提高支付方式规范统一性。国家医保局下一步将按照党中央、国务院提出的“建立管用高效的医保支付机制”的要求，持续深化医保支付方式改革，在完成统筹地区覆盖面目标的基础上，与卫生健康等部门加强合作，完善 DRG/DIP 管理办法，推动支付方式改革提质增效。

[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