

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2021.11.22-2021.11.28

## ——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。)

### · 政务公开 ·

▶ [李克强主持召开国务院常务会议 确定深入推进跨省异地就医费用直接结算的措施](#) (来源：新华网) ——第 8 页

【提要】国务院总理李克强 11 月 24 日主持召开国务院常务会议，部署完善地方政府专项债券管理，优化资金使用，严格资金监管；确定深入推进跨省异地就医费用直接结算的措施，进一步便利群众就近看病用药。会议指出，推进基本医保跨省异地就医费用直接结算，是完善医保制度、解决人民群众突出关切的重要改革举措。特别是在常态化疫情防控情况下，方便了跨省异地工作、居住群众看病和费用报销。

### · 分析解读 ·

▶ [解密 | 联采办亲述高值耗材集采背后故事](#) (来源：国家联采办) ——第 10 页

【提要】2021 年 9 月，国家组织人工关节集中带量采购结果在天津产生，髌关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右，平均降价 82%，预计每年将有超过 50 万名关节置换患者明显受益。有招采人士形容其为高值医用耗材集采难度之最。难在哪，为什么要迎难而上，又如何攻克各个难点？记者专访各方专家，解密人工关节集中带量采购背后的故事。

▶ [思考 | 医保将如何管理医用耗材?](#) (来源: 村夫日记) —— 第 16 页

【提要】2021 年 11 月，国家医保局发布了《基本医疗保险医用耗材支付管理暂行办法(征求意见稿)》，这是对 2020 年 6 月发布的《基本医疗保险医用耗材管理暂行办法(征求意见稿)》进行修改之后再次向社会公开征求意见。这次修改稿最大的亮点是明确了医用耗材支付改革将采用通用名管理，这对整个医用耗材市场将产生深远的影响，尤其是对那些由于耗材集采还没覆盖的大量品种。

### • 中医药动态 •

▶ [沪苏浙皖推进长三角中医药一体化](#) (来源: 中国中医药报) —— 第 20 页

【提要】日前，上海、江苏、浙江、安徽卫生健康行政部门和中医药管理部门联合印发《协同推进长三角中医药一体化高质量发展行动方案》，明确中医药一体化高质量发展 7 项重点任务，提出将以国家区域中医(专科)诊疗中心为重点，围绕相关疾病组建重点专科联盟，共建中医重点专科合作平台。

▶ [安徽萧县发文促中医药传承创新发展 打造居民 15 分钟中医药服务圈](#) (来源: 药通网) —— 第 22 页

【提要】日前，安徽萧县综合医改领导小组办公室印发《促进中医药传承创新发展实施方案》，推动全县中医药传承创新发展。《方案》明确工作目标，提出力争 2022 年底基本建成网络健全、功能完善、

特色明显、治理高效、覆盖全民全生命周期的中医药服务体系，打造居民 15 分钟中医药服务圈；建立完善符合中医药发展规律，促进中医药传承创新的医保保障政策；支持本地中药品牌建设和产业集聚发展，做优做强中药产业。

## • 医院管理 •

▣ [DRG 支付改革下公立医院专病运营管理探索](#)（来源：《中国医院》杂志）——第 25 页

【提要】在医药卫生体制改革背景下，我国公立医院经济形势不容乐观，尤其是在 DRG 支付改革下，医院发展模式发生重大变化，以成本管控为核心的运营管理受到医院管理者极大重视。武汉市某医院将医院运营管理从传统的组织层面进一步延伸到医疗业务的专病层面，对专病运营活动进行了研究与实践探索。文章阐述了专病运营管理的逻辑、思路和方法，介绍了医院的实践探索，并在分析现有问题的基础上提出改进建议，为公立医院开展专病运营管理提供参考。

▣ [重磅新政出台！指引公立医院成本核算](#)（来源：中华人民共和国财政部）——第 33 页

【提要】近日，中华人民共和国财政部发布了关于印发《事业单位成本核算具体指引——公立医院》的通知，旨在更好地建立政府成本核算指引体系，加强公立医院成本核算工作。《指引》指出，医院进行成本核算应当满足内部管理和外部管理的特定成本信息需求。医院的成本信息需求包括但不限于成本控制、医疗服务价格监管和绩效评

价。医院可以根据成本信息需求，多维度、多层次地确定成本核算对象。

### • 医药专栏 •

▶ [原料药垄断削弱医保、集采红利？国家反垄断指南来了！](#)（来源：医药经济报）——第 34 页

【提要】日前，国家反垄断局在国家市场监督管理总局办公大楼正式挂牌。同一天，《国务院反垄断委员会关于原料药领域的反垄断指南》也在国家市场监督管理总局网站重磅发布。国家反垄断局的成立，被视为反垄断执法体制的重要升级，执法力量将进一步强化。一直以来，医药行业都是反垄断监管的重点领域，尤其在原料药领域。《指南》的发布将有助于促进原料药产业健康发展、维护原料药领域市场公平竞争，保护消费者利益和社会公共利益，预防和制止原料药领域垄断行为，推进科学、有效的反垄断监管。

▶ [官宣：2021 基药目录管理办法发布，9.8.6 不远了，影响重大！](#)（来源：风云药谈）——第 40 页

【提要】2021 基药管理办法终于落地，基药目录从 307 的火热(诞生了很多大品种)，到 520 的火热到理性，685 更加理性，随着“1+N”的逐渐收紧，基药属性产品在终端很受“市场”欢迎。2019 年 10 月 11 日，国务院办公厅发布的《关于进一步做好短缺药品保供稳价工作的意见》中，首次从国家层面明确基药的配备使用比例数据。要求“基层医疗卫生机构、二级公立医院、三级公立医院基本药物配备

品种数量占比原则上分别不低于 90%、80%、60%”。而此次 2021 版基药管理办法的落地，也表示着基药目录距离“986”不远了。

### · 医保速递 ·

▶ [十四五期间，如何公平适度的完善医疗保障待遇机制？](#)（来源：

中国人民大学中国社会保障研究中心）——第 47 页

【提要】十四五期间，完善公平适度的医疗保障待遇，既要做到横向公平，破除参保的制度壁垒和程序障碍，推动基本医疗保险稳定覆盖全体国民，缩小地区、制度和人群间的医保待遇；又要做到纵向适度，扩充基本医保保障范围，通过多层次医保体系完善待遇结构，常态保障与突发应急功能并存，普惠保障与特殊倾斜并存，建立防范因病致贫返贫长效机制，助推民众健康水平和获得感的不断提升。

▶ [5 个方面，健全重特大疾病医疗保险和救助制度](#)（来源：国家卫生

健康委卫生发展研究中心）——第 53 页

【提要】健全重特大疾病医疗保险和救助制度，是减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担、建立防范因病致贫长效机制的要求。《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》从救助对象、保障待遇、防范和化解因病致贫返贫长效机制、多层次保障体系等 5 个方面提出了 13 条具体政策措施，对多层次医疗保障体系托底功能发挥做出系统性制度安排。

## • DRG 改革 •

▶ [无锡“DRG 实际付费”时代：细数改革那些事儿……](#)（来源：DRG 变量）——第 57 页

【提要】近年来，无锡在推进医改的进程中，坚持问题导向，强化“三医联动”，着眼改革中的机制、体制性难题。对医疗健康服务内涵做“加法”，对传统服务流程做“减法”，对服务供给能力做“乘法”，对陈旧体制机制做“除法”，积极深化公立医院改革，提升服务能效。无锡市是非常具有医保支付制度研究价值的典型代表地区，其支付改革经验值得参考。

▶ [DRG 改革后，医用耗材使用发生哪些变化？](#)（来源：中国医疗保险）——第 64 页

【提要】在我国目前进行的 DRGs 付费和管理基础是病案首页，根据病案首页填写信息，进行病例的相关分组，用以规范医疗行为，促进医疗费用的精细化管理，降低医疗支付费用，减轻患者医疗负担。本文选取某个已经进行 DRGs 付费的试点城市进行 DRGs-PPS 支付前后同期同组病例进行研究，以探讨 DRGs 付费方式改革对于医用耗材使用的影响。

## -----本期内容-----

### · 政务公开 ·

#### 李克强主持召开国务院常务会

#### 确定深入推进跨省异地就医费用直接结算的措施

来源：新华网

国务院总理李克强 11 月 24 日主持召开国务院常务会议，部署完善地方政府专项债券管理，优化资金使用，严格资金监管；确定深入推进跨省异地就医费用直接结算的措施，进一步便利群众就近看病用药。

会议指出，近几年，贯彻党中央、国务院部署，地方债务管理取得积极成效，隐性债务减少，政府总体杠杆率稳中有降。今年以来，各地按照全国人大批准的新增额度，合理发行运用地方政府专项债券，有力支持了重点项目和重大民生工程建设。会议要求，面对新的经济下行压力，要加强跨周期调节，在继续做好地方政府债务管理、防范化解风险的同时，统筹做好今明两年专项债管理政策衔接，更好发挥专项债资金带动社会资金的作用，扩大有效投资，以利扩大内需、促进消费。一是加快今年剩余额度发行，做好资金拨付和支出管理，力争在明年初形成更多实物工作量。二是按照“资金跟着项目走”要求，梳理明年专项债项目和资金需求。省级政府要强化统筹，加强符合经济社会发展需要项目的前期工作和储备，适时推进成熟项目开

工。三是统筹考虑各地实际和促进区域协调发展要求，合理提出明年专项债额度和分配方案，加强重点领域建设，不“撒胡椒面”，研究依法依规按程序提前下达部分额度。四是资金使用要注重实效，加强对投向等的审核和监管，严禁资金用于楼堂馆所、形象工程和不必要的亮化美化工程等。坚决制止资金挤占挪用、违规拨付、长期闲置。会议强调，要加强专项债资金审计监督和全面核查，发现问题必须严肃整改、严格问责，并实行收回闲置资金、扣减新增限额、通报负面典型等措施予以处罚。

会议指出，推进基本医保跨省异地就医费用直接结算，是完善医保制度、解决人民群众突出关切的重要改革举措。特别是在常态化疫情防控情况下，方便了跨省异地工作、居住群众看病和费用报销。今年前10个月，全国住院和门诊费用跨省直接结算超过1000万人次。下一步，要拓展这项惠民改革成果，从实际出发，扎实推进跨省异地就医费用直接结算服务更便捷、更高效。一是完善相关政策，简化手续方便参保人员异地备案，稳步提高住院费用跨省直接结算率，力争“十四五”末达到70%以上。二是扩大普通门诊费用跨省直接结算地区覆盖面，明年实现全国每个县都至少开通一家联网定点医疗机构，开展门诊费用跨省直接结算。三是有序开展高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗5种门诊慢特病费用跨省直接结算试点，明年底前覆盖所有统筹地区。四是加快全国医保信息平台建设，统一跨省直接结算规则和流程，加强部门间数

据共享和跨区域业务协同，逐步实现医保报销线上线下都能跨省通办。五是完善常态化监管机制，严厉打击欺诈骗保行为，守护好医保资金这个人民群众的“救命钱”。

会议还研究了其他事项。

[返回目录](#)

## · 分析解读 ·

### 解密 | 联采办亲述高值耗材集采背后故事

来源：国家联采办

2021年9月，国家组织人工关节集中带量采购结果在天津产生，髋关节平均价格从3.5万元下降至7000元左右，膝关节平均价格从3.2万元下降至5000元左右，平均降价82%，预计每年将有超过50万名关节置换患者明显受益。有招采人士形容其为高值医用耗材集采难度之最。

难在哪，为什么要迎难而上，又如何攻克各个难点？记者专访各方专家，解密人工关节集中带量采购背后的故事。

#### “最难”难在哪 三大难点亟待破解

人工关节是人工制造的关节假体，用于代替因骨坏死、粉碎性骨折、骨关节炎、骨肿瘤等髋膝关节终末期疾病需被置换的人体原本髋膝关节，有着非常复杂多样的部件构成：人工全髋关节一般由髋臼杯、髋臼内衬、股骨头、股骨柄四个部件组成；膝关节一般由股骨髁、胫

骨平台、胫骨垫片三个部件组成。髌膝关节假体根据不同部位，又采用不同材料制成，其中，髌关节中股骨头大部分采用钴铬钼合金或陶瓷材质，股骨柄和髌臼杯主要采用钛合金，而髌臼内衬主要采用陶瓷或聚乙烯材质；膝关节中股骨髁和胫骨平台采用钴铬钼合金较多，胫骨垫片一般均为聚乙烯材质。

针对人工关节部件构成的复杂多样，如何在提升集采效率的同时兼顾医院使用顺畅成为关键。鉴于高值医用耗材与药品之间巨大的差别及其临床使用和伴随服务的复杂性，高值医用耗材难以像药品一样，大规模复制化地开展带量采购，必须坚持“一品一策”的原则，根据集采品种的特点，有针对性地设计采购方案，量身定制适合的集采规则。

人工关节集采面临的另一个难题，是如何保障中选产品的质量和治疗效果。国家组织药品集中带量采购有药品质量和疗效有一致性评价做基础，但医用耗材并没有如此权威的依据。缺乏权威的质量评价标准，是医用耗材和药品在集采上最大的区别之一，也是高值医用耗材带量采购的难点之一。

另外，人工关节置换手术对伴随服务的需求较强，除了产品的配送、消毒等基本服务，更重要的是手术现场的产品使用指导，以确保各个组件应用的准确性。目前绝大多数医疗机构需要企业提供伴随服务，包括协助组装工具、进行必要的工具使用指导、对医疗机构进行工具操作培训等。带量采购之前，人工关节产品的利润率高，伴随服

务均是由企业免费提供。带量采购以后，面对产品价格大幅降低后企业免费提供伴随服务的积极性降低，如何确保临床使用不受影响也是必须攻克的难关之一。

### 知难也要做 以量换价惠及百姓

“医生给我下了两个支架，原来一个 1 万多元，现在降价以后单价不到 600 元，两个才 1100 元左右。”今年 1 月 1 日，26345 只心脏支架落地天津，75 岁的范先生成为首批享受到政策红利的患者。

执行冠脉支架和冠脉扩张球囊集采结果后，截至 10 月底，节约采购费用 6.63 亿元。“高值医用耗材集中带量采购有效降低了患者就医负担，让群众享受到了改革红利。”市医保局党组书记、局长李国田表示，选择带量采购手术中使用量较大、价格相对昂贵的医用耗材，最大限度地发挥“国家队”联盟集中采购的优势，实现以量换价，惠及百姓，“再难也要做。”

“本次集采产品为初次置换人工全髋关节、初次置换人工全膝关节。可能会有很多人好奇，我们是如何确定集采产品的？”国家组织高值医用耗材联合采购办公室主任、市医保局副局长张铁军讲述了集采背后的故事。

近年来，我国医用耗材产业发展迅猛，技术水平不断提升。但同时，高昂的价格也让不少患者却步，群众反映强烈，社会关注度较高。

“为解决群众迫切的医疗需求，显著减轻患者医疗费用负担，集采产品首先会选择那些直接作用于人体、安全性要求较高、价格相对高昂

且医疗负担相对较重的高值医用耗材。”张铁军介绍，在高值医用耗材的范畴内，重点将临床用量较大、采购金额较高、临床使用较成熟、市场竞争较充分、同质化水平较高的高值医用耗材纳入采购范围。

数据显示，2012年至2019年，全国髌膝关节置换手术量平均年增长率达19.96%，且随着人口老龄化加深增长更加迅速。2020年，我国髌关节和膝关节置换手术量超过50万台。从全国医疗机构历史采购数据看，2019年，髌膝关节假体的采购金额为198亿元，2020年采购金额已超207亿元。伴随髌膝关节置换手术量的逐年增长，该金额还将进一步提高。

“冠脉支架‘破冰’后成效显著，群众呼吁将更多的高值医用耗材纳入集中带量采购范围，其中，对骨科、牙科等耗材纳入集采的呼声最高。今年，国家继续按照遴选规则，响应群众呼声，加强市场调研，最终确定了初次置换人工全髌关节、初次置换人工全膝关节为本次集采产品。”张铁军说。

### 克难怎么做 一品一策为用而采

为了患者的利益，为了群众的期盼，知难也要上，更要做好。为此，面对重重考验的“集采人”攻坚克难，一一破题，落户在河西区陈塘科技商务区的国家组织高值医用耗材联合采购办公室不知迎来送走了多少长夜加班的灯火。

“为了提升集采效率，同时兼顾医院使用顺畅，针对人工关节真正做好‘一品一策’，我们在国家医疗保障局和市医保局的带领下，

进行了大量的调研，既包括生产企业，也包括医疗机构的临床使用；既包括国内省级采购，也包括国际市场价格。”国家组织高值医用耗材联合采购办公室副主任张宏伟介绍，“在分析了海量采购和使用数据后，结合各方意见，我们将临床完整手术所需的多个主要部件组合为产品系统实施采购，避免部分必要的部件因未中标而短缺，也避免部分部件因未被纳入集采而疯狂涨价，确保临床治疗的整体性和安全性。”

在保障中选产品的质量和治疗效果方面，在本次人工关节集采工作中，巧用“市场之手”完善集采规则，来实现用合理的价格买到质量更优疗效更好产品的集采目标。

“一方面，我们通过合理设置竞价单元提升质量更优产品的中选几率。例如，根据前期大量调研以及临床专家的建议，对髋关节区分股骨头和髋臼内衬材质分为 3 个产品系统类别，膝关节合并为 1 个产品系统类别，每个系统类别按市场需求、供应能力和材质划分为 AB 两个竞价单元，共 8 个竞价单元分别竞价。在竞价中，医疗机构需求较大、企业供应能力较强、产品材质更优的产品，可进入淘汰率较低的 A 竞价单元，促进质量更优的产品在竞争中获胜。”国家组织高值医用耗材联合采购办公室集采组组长高雪介绍，“另一方面，运用‘实际使用者对产品的质量最有发言权’的市场现象，充分尊重人工关节实际使用者的意愿，在需求量填报、协议量分配两大核心点上，均给予医疗机构最大的自主选择权，由医疗机构自行选择质量较好，患者

满意度高，翻修率低的优质关节产品系统，实现真正的‘为用而采’。”

“为了保证伴随服务提供顺畅，确保临床使用不受影响，本次集采要求企业明确伴随服务的价格，并将伴随服务的价格纳入竞价比价价格的计算中，既提高了产品价格组成的透明度，也保证了中选产品均能提供完善的伴随服务。”高雪告诉记者。

另外，明确医疗机构与中选企业的中选产品系统结算价格分为“含伴随服务”和“不含伴随服务”两种，由医疗机构自行选择是否需要伴随服务：医疗机构选择“含伴随服务”的，按照“含伴随服务”的中选价格与企业结算，医疗机构按照“含伴随服务”的中选价格向患者收费；医疗机构选择“不含伴随服务”的，按照“不含伴随服务”的中选价格与企业结算，且不得再要求中选企业提供伴随服务，而由医疗机构自行承担，医疗机构按照“含伴随服务”的中选价格向患者收费。

### **成效初显 监管护航高质量集采**

本次集采全国共 5804 家医疗机构参加，首年意向采购量共 54 万套，占总需求量的 90%。按 2020 年采购价计算，采购金额约 200 亿元，占高值医用耗材市场金额的 10%左右。“经过集中采购，价格回归了合理水平，平均降价 82%。其中，需求量最大的爱康髋关节，价格从 2.3 万元左右降至 6290 元。需求量最大的捷迈膝关节，价格从 3.7 万元左右降至 5799 元。”见证了集采全程，高雪和他的“战友”们看到数据很兴奋，“节约采购费用的效果也很显著，按照首年意向

采购量计算，预计全国每年节约费用 160 亿元，每年超过 50 万名关节置换患者受益。”据介绍，中选产品的意向采购量占医疗机构总意向采购量的 80%以上，表明本次集采在降低虚高价格的同时，与临床实际需求也实现了较高的匹配度。

高质量的集采离不开质量监管的保驾护航。“我们借鉴发达国家、地区的先进经验，也结合吸纳了过去集采的成果，连接了生产、流通、医疗机构以及使用环节和患者，从产品生产出厂、流通环节的监控，到使用过程中的规范，直到患者使用以后的长期跟踪，创新性建立了一个闭环、全链条的追溯系统，这套追溯系统保证了生产，保障了供应，保证了临床使用的针对性，也将实现对产品的质量安全以及患者受益情况全过程的追溯。”张铁军介绍，全国患者将于 2022 年 3 月份以后陆续用上降价后的中选产品。

[返回目录](#)

### 思考 | 医保将如何管理医用耗材？

来源：村夫日记

2021 年 11 月，国家医保局发布了《基本医疗保险医用耗材支付管理暂行办法(征求意见稿)》(以下简称《意见稿》)，这是对 2020 年 6 月发布的《基本医疗保险医用耗材管理暂行办法(征求意见稿)》进行修改之后再次向社会公开征求意见。这次修改稿最大的亮点是明确了医用耗材支付改革将采用通用名管理，这对整个医用耗材市场将产生深远的影响，尤其是对那些由于耗材集采还没覆盖的大量品种。

与药品集采快速推开不同，医用耗材的集采推进速度并不快。药品集采主要得益于化药有一致性评价这一标准，在同一通用名下的药品可以进行价格的有效竞争。由于医用耗材并没有统一的质量标准，在医保支付管理上存在一定的难度。不过，其他发达国家的医用耗材医保支付模式提供了一定的借鉴。一般来说，部分国家的医保会将功能和效果相似的医用耗材归入同一类别，在同一类别下，支付价格将一致。因此，依靠功能类别分组，医用耗材的通用名管理也就顺理成章。

根据《意见稿》，通用名管理主要是指：“在依照国务院医疗保障行政部门医用耗材编码规则进行分类的基础上，按照以学科、用途、功能为核心，兼顾材质和特征，充分考虑不同学科分类的差异性，依据功能和效果相近、支付标准管理趋同的原则，将具有医保耗材编码的耗材进行分类合并，形成医保通用名。”

从这段表述来看，通用名管理首先基于编码分类的基础上，以学科、用途、功能为核心，兼顾材质和特征来对功能和效果相近的具有编码的医用耗材进行分类合并，最终形成通用名。在《医保医用耗材“医保通用名”命名规范(征求意见稿)》中有着详细的规范：“‘医保通用名’命名，依据医保医用耗材分类(三级分类+通用名+材质和特征)，原则上以三级分类名称前置，根据医保管理需要选取必要的材质和特征参数后置，形成‘医保通用名’。”

从《意见稿》来看，内容主要集中在支付范围、支付标准、医保

支付和监督管理四个部分，其中目录准入、医保支付标准和医保支付比例确定受到关注最多，下面主要就这三个方面展开讨论。

首先，《意见稿》明确了《耗材目录》按照通用名管理。《耗材目录》由国家医保局制定并进行动态调整，调整的依据是“医用耗材的功能作用、临床价值、费用水平、医保基金和参保人的承受能力等因素”。这与《意见稿》的三条原则是一致的，在保基本的前提下将“临床价值高、经济性评价优良的医用耗材纳入医保支付范围”。

《耗材目录》的建立流程是国家医保局制定《耗材目录调整方案》并向社会公示，企业自主申报、专家评审以及最后形成目录。其中“通过评审的医用耗材，独家品种进入谈判环节，根据谈判结果确定是否纳入《耗材目录》。非独家品种按程序直接纳入《耗材目录》”。

其次，在支付标准上明确了谈判和集采为主要手段。谈判不仅针对独家产品，也面向“部分价格昂贵、对基金影响大的品种”，谈判价格和集采结果就是医保支付价。而根据通用名的原则，集采结果将覆盖同一通用名下所有产品。这意味着医用耗材将获得和仿制药一样的支付政策，无论是否参与集采，只要在同一通用名下，所有产品最后的医保支付价都将趋同，“推动类别相同、功能相近医用耗材医保支付标准的逐步统一。中选产品的医保支付标准按照中选价格确定，非中选产品的医保支付标准不得高于类别相同、功能相近中选产品的最高中选价格”。

不过，同一通用名下还没有进入谈判和集采的产品暂时不受影

响。《意见稿》提到了：“非谈判或未纳入集采范围的医用耗材，省级医疗保障行政部门逐步确定支付标准，未确定支付标准前，各地暂根据现行政策支付”。

由于国家医保局只是明确准入、目录和支付标准，具体支付价格都是由省级来制定。所以，国家集采虽然品种不多，但省级集采一直在展开。一旦在一个省纳入集采，该省的同一种通用名下的所有产品都会受到冲击。而且，《意见稿》鼓励“省级医疗保障部门之间采取区域联盟或协作区域等形式，制定联盟或区域内医保医用耗材支付标准”。未来随着区域联盟采购的常态化，只要同一种通用名下的部分耗材在某一区域被纳入集采，所有产品都会受到波及，这对市场将带来很大的影响。

而且，《意见稿》明确了医保保留随时进场干预的权力：“如遇市场环境发生较大变化、支付标准与实际交易价格相差过大等必要情况时，应对支付标准及时进行调整”。这意味着支付标准的调整并不一定是按年度，只要出现医保支付价和实际交易价格的价差超出一定范围，医保就会进场干预。比如，部分发达国家在制定价格的时候也与销量挂钩，如果销量增长超出预期，价格干预也将启动。

最后，医保支付比例上，《意见稿》明确了各省可以在医保支付标准的基础上自行制定支付比例，这给了不同省份一些弹性，医保资金充裕的地区可能会给予的医保支付比例更高，“参保患者使用价格高于支付标准的医用耗材，由各统筹地区综合考虑支付标准、基金承

受能力等因素，确定适宜的支付比例”。

但是，《意见稿》对此仍有较强的约束，明确要求：“实际价格与支付标准差距较大的品种，省级医保部门可对挂网价格超出支付标准较多、且竞争及供应充分的产品，在挂网等环节予以不同程度的约束，直至取消挂网。”这意味着，即使部分品种价格超出医保支付标准最高上限仍能销售，但只要是充分竞争产品，过高价格的产品最终仍将会被医保剔除。

当然，随着通用名管理的推行，耗材的微创新会受到抑制，因为即使改进了部分功能，某些产品也无法获得收益，这就需要政策制定者去进一步精细化管理，特别是有效甄别什么样的改进可被视为新的类别，而什么样的改变则不被鼓励。随着精细化管理的推进，医用耗材市场的创新方向也将日益明朗。

总体来看，《意见稿》在原有基础上引入了通用名管理，将对未来医用耗材市场带来巨大的改变，推动耗材厂商进一步转型，改变当前低水平竞争的模式。

[返回目录](#)

## • 中医药动态 •

### 沪苏浙皖推进长三角中医药一体化

来源：中国中医药报

日前，上海、江苏、浙江、安徽卫生健康行政部门和中医药管理

部门联合印发《协同推进长三角中医药一体化高质量发展行动方案》(以下简称《方案》),明确中医药一体化高质量发展7项重点任务,提出将以国家区域中医(专科)诊疗中心为重点,围绕相关疾病组建重点专科联盟,共建中医重点专科合作平台。

《方案》提出,打造中医质控一体化管理平台。建立长三角中医质控一体化管理协调机制。制订出台系列一体化质控标准及优势病种质控管理方案,试点开展协同一致的专业培训及质控评价。围绕中医病案、药事管理等重点领域及中医肛肠、骨伤、脑病等优势病种,加快推进临床服务、质控管理、疗效评价等相关信息采集和研究总结,以临床研究带动专科专病诊疗信息互通共享。

《方案》明确,共建中医重点专科合作平台。以国家区域中医(专科)诊疗中心为重点,围绕肿瘤、心脑血管、肝病、糖尿病等相关疾病组建系列重点专科联盟。着重强化整体观指导下的疾病治疗、预防、康复能力,推进临床诊疗、疗效评价、人才培养一体化,建立业务协同、数据共享、科研协作机制,共同形成循证证据。建设长三角中医西医汇聚创新研究平台,整合四地优势集中协同开展重大关键技术突破性研究。联合开展重大疑难疾病中西医协同攻关,争取在防治心脑血管、恶性肿瘤、糖尿病等方面取得突破,形成广泛推广的中西医结合诊疗方案或专家共识。

为搭建中医药人才培养共享平台,《方案》提出,建立中医医师规范化培训长三角一体化协同机制,深化中医住院医师规范化培训模

式改革。建立长三角中医住院医师规范化培训联盟，联合开展高水平研究、教材开发和案例库建设，启动培训资源共享机制建设，开放住院医师规范化培训基地资源和流派传承教育资源。

在中医流派传承创新方面，《方案》提出，开展区域中医流派调查，形成长三角中医流派调查报告和长三角中医流派分布地图，推动区域内中医流派传承与互鉴。整合长三角名中医优质资源，建设跨区域名中医工作室及基层名中医工作室(站)，培养一批高层次中医骨干人才。同时，推动长三角中医药标准化研究网络体系建设，跨区域协同培育并研制包括中药质量及中医临床服务、重大疾病中医、中西医结合诊疗路径在内的，系列具有长三角区域优势、可在全国推广并符合国际需求的中医药标准体系。

《方案》还对打造一体化中医药健康旅游集散平台等工作进行部署，要求沪苏浙皖四地提出探索建立标准统一、协调推进的行业管理机制，聚焦支付方式改革、中药饮片优质优价等问题，建立政策研究协同机制，协同探索突破。

[返回目录](#)

## 安徽萧县发文促中医药传承创新发展

### 打造居民 15 分钟中医药服务圈

来源：药通网

日前，安徽萧县综合医改领导小组办公室印发《促进中医药传承创新发展实施方案》(下称《方案》)，推动全县中医药传承创新发展。

《方案》明确工作目标，提出力争 2022 年底基本建成网络健全、功能完善、特色明显、治理高效、覆盖全民全生命周期的中医药服务体系，打造居民 15 分钟中医药服务圈；建立完善符合中医药发展规律，促进中医药传承创新的医保保障政策；支持本地中药品牌建设和产业集聚发展，做优做强中药产业。

《方案》提出，加强中医药服务网络建设，提供覆盖全民全生命周期的中医药服务。落实政府办医责任，推进县中医院标准化建设，到 2022 年达到标准化建设要求，促进医教研协调发展，争创省级区域中医医疗中心。提高非中医医疗机构中医药服务能力，县人民医院、妇幼保健院、中西医结合医院应积极创建中医药工作示范单位。实施基层中医药服务能力提升工程，在基层医疗机构中医馆全覆盖的基础上开展基层示范中医馆创建。

《方案》要求，发挥中医药在疾病治疗中的优势作用，提升中医药特色康复和治未病服务能力。加强针灸、推拿、骨伤、肛肠、妇科、儿科、皮肤科、脑病、肺病、康复等优势专科和特色专科建设，建设 2 个市级重点专科，创建 1 个“十四五”省级中医重点专科，争创国家级中医重点专科。发挥县中医院医共体牵头医院作用及专业优势，向基层推广 10 项中医药适宜技术，到 2022 年实现基层医疗卫生机构全覆盖。实施中医药康复服务能力提升工程，支持县中医院建设市级区域中医康复中心，健全县乡村三级中医药康复服务网络，提升社区中医药康复服务能力。加强传统医学康复技术的挖掘应用，打造皖北

乃至淮海经济区中医药特色康复品牌。

《方案》提出，大力发展“中医药+”健康服务。鼓励公立中医医院以品牌、技术和人才等资源与社会力量合作，举办多种所有制性质的中医药健康服务机构。支持社会力量举办中医康复、医养结合、老年护理和特需医疗服务等中医机构。鼓励将设置重复、功能单一的医院改建为中西医结合医院或中医特色康复医院。引导企业研发适老型中医药诊疗设备和健康管理产品。提高中医药信息化水平，扩大中医智能辅助诊疗系统在基层的应用推广。支持皇藏峪森林公园、萧艾、香茶菜(王二嫂子)等道地药材基地创建中医药健康旅游基地。

《方案》要求，支持社会力量举办各类中医养生保健机构，鼓励集团化发展或连锁化经营，大力发展中医养生保健服务。鼓励中医医疗机构、中医师为中医养生保健机构提供技术和人才支持。实施中医治未病健康工程，加强各级中医医院治未病中心(科)建设，为群众提供中医健康咨询评估、干预调理、随访管理等治未病服务，建立融健康文化、健康管理、健康保险于一体的中医治未病健康保障模式。

《方案》还提出，推动中医药健康养老服务发展。鼓励中医医院开办中医药特色医养结合机构，鼓励社会资本新建以中医药健康养老为主的护理院、老年病医院，建设一批中医药医养结合示范基地，打造一批中医药特色养老示范区。鼓励中医医疗机构面向居家养老人群开展上门诊视、健康查体、保健咨询等服务，鼓励中医医师在养老机构提供保健咨询和调理服务，促进中医医疗资源进入养老机构、社区

和居民家庭。支持养老机构设立中医医疗机构，加强养老机构与中医医疗机构合作，建立养老人员快速就诊绿色通道。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### DRG 支付改革下公立医院专病运营管理探索

来源：《中国医院》杂志

在医药卫生体制改革背景下，我国公立医院经济形势不容乐观，尤其是在 DRG 支付改革下，医院发展模式发生重大变化，以成本管控为核心的运营管理受到医院管理者极大重视。武汉市某医院(以下简称 W 医院)将医院运营管理从传统的组织层面进一步延伸到医疗业务的专病层面，对专病运营活动进行了研究与实践探索。文章阐述了专病运营管理的逻辑、思路和方法，介绍了 W 医院的实践探索，并在分析现有问题的基础上提出改进建议，为公立医院开展专病运营管理提供参考。

#### 1. 专病运营是医院精细化运营的发展趋势

##### 1.1 DRG 支付改革下医院运营发展的挑战与趋势

随着医改进入深水区，药品、耗材加成取消，医院管理制度、薪酬制度、支付制度改革等系列政策密集发布，公立医院发展面临重大变革与挑战。尤其是在 DRG 支付改革下，公立医院经济形势不容乐观，加强成本管控、加强运营管理愈加受到重视。要求公立医院在坚持公

益性的前提下，持续加强运营管理，通过资源合理配置、提高资源利用效率、加强成本管控，以获取合理的经济报酬，将社会效益与经济效益结合起来，推动实现价值医疗，保障医院健康可持续发展。2020年12月，国家卫生健康委、国家中医药管理局联合发布《关于加强公立医院运营管理的指导意见》，要求全国所有公立医院均要持续加强运营管理工作，推动医院高质量发展。

## 1.2 将运营深入到病种层面是医院精细化运营的发展趋势

目前，对医院运营管理的研究与实践主要集中在组织层面，即在医院成立以运营管理部为代表的专职科室，横向链接人事、医工、医务、总务、财务等职能科室，以及临床、医技等业务科室；在科室设置以专科运营助理为代表的岗位，协助科主任开展科室内部运营管理工作。

其核心是运营管理相关科室、岗位之间的分工协作。这种以组织单元为核心的运营管理模式随着管理的精细化要求日益提高，不断细化组织单元，从院级到专科级，再到专科下的诊疗组、医师个人。这种管理模式有利于将责任明确到具体的组织单元，具有重要的管理意义。但这种管理模式下运营管理活动与疾病的诊疗行为存在脱钩，运营管理未能深入到专病层面。

随着疾病诊疗行为的不断规范，以及信息技术的发展、相关数据的积累，将运营管理活动深入到专病层面，针对重点病种构建资源消耗标准，以专病资源消耗标准为基础开展运营活动，将运营管理与疾

病诊疗深度融合，实现专病的运营管理，将成为医院精细化运营管理的重要发展趋势。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》中提出，要健全运营管理体系，以大数据方法建立病种组合标准体系，形成疾病严重程度与资源消耗在每个病组的量化治疗标准、药品标准和耗材标准等。这在政策上为运营管理深入病组和病种提供了依据与方向指引。

## 2. 专病运营管理探索与实践

基于对精细化运营发展趋势的分析与判断，以及 DRG 支付改革下成本与费用管控的现实需要，W 医院以院内成熟的临床路径管理体系和医院临床、科研、运营数据中心的数据积累为基础，尝试开展专病运营管理，期望从病种层面实现更精细化的 DRG 成本与费用管控。

### 2.1 专病运营管理整体逻辑

专病运营管理本质上是构建一种目标管理机制，即建立专病资源消耗模型，形成专病资源消耗标准，以消耗标准为管控目标，在患者诊疗中实现资源消耗管控、事后分析评价，以及持续优化临床路径与资源消耗模型，由此形成完善的管理闭环。该管理闭环整体可分为 4 个关键环节(图 1)：一是事前建立专病资源消耗模型与标准；二是患者诊疗中资源消耗的引导与管控；三是诊疗后的定期分析评价；四是临床路径及专病运营要素的持续优化。其中，资源消耗模型与标准的建立是基础，事中的引导与管控是核心，事后的分析与评价是保障，持续优化是保证实践有效性的必要举措。



图1 专病运营管理闭环

## 2.2 专病运营管理具体思路与方法

### 2.2.1 建立专病资源消耗模型及标准

成熟的临床路径是建立专病资源消耗模型与标准的前提。基于专病的临床路径，明确疾病诊疗各阶段需要开展的医疗活动，以及相应医疗活动所需要的药品、耗材、检查检验设备等关键资源，建立资源消耗模型，构建资源消耗标准。专家点评与病例统计分析是建立专病资源消耗标准的常用方法。首先对该病种下的各病例按资源消耗、临床路径管理等进行统计分析，剔除异常病例。然后邀请临床专家对各典型病例的诊疗方案，包括各项医疗服务项目、资源消耗等做点评，确定是否纳入标准病例库。对纳入标准病例库的典型病例进行统计分析，构建标准化诊疗服务项目，以及各项目的资源消耗标准或范围。最终形成该病种的标准诊疗方案，以及标准资源消耗。

以某修补术为例，对比医用耗材的使用差异及费用差异，使用百分位法计算医用耗材合理使用量区间及耗材标签下的费用区间(表1)。通过收费项目的管控，将实际消耗与管控后的消耗进行对比，找出重点管控内容。对于W医院该修补术而言，计算出缝合线可节省空间最大，约为150万元。

表1 某修补术部分医用耗材使用量及费用区间

标签	收费项目名称	项目使用量		费用(元)	
		下限	上限	下限	上限
导管冲洗器	导管冲洗器	6	40	80	500
导管冲洗器	预充式导管冲洗器	1	15	80	500
导管冲洗器	注射器	10	60	80	500
导管鞘	鞘组	2	2	350	350
导尿管	一次性使用抗菌落沉积导尿管双腔	1	1	20	350
动脉采血器	一次性动脉血样采集器	14	50	130	600
封堵器	隔缺损封堵器	1	1	9500	10600
缝合线	缝合线1	1	2	60	1500
缝合线	缝合线2	1	8	60	1500
缝合线	缝合线3	1	1	60	1500
三通接头	连接管	5	30	20	180
三通接头	三通	4	18	20	180
施加钳及配件	结扎血管夹	4	4	230	230
输注泵	输注装置	1	4	140	660
无针封闭接头	输液接头	2	6	80	350
无针封闭接头	无针输液接头	5	12	80	350
细胞刷	一次性使用细胞刷	1	1	450	450
心肺转流管	灌注管	1	1	110	320
心肺转流管	静脉插管	2	3	110	320
心肺转流管	体外循环配套动脉插管	1	1	110	320
心肺转流管	心肺转流血路(氧饱和度接头)	2	2	110	320
血液加温器材	一次性使用温液管路	1	1	320	330
组织结扎夹	结扎钉	6	6	110	110

注：上限、下限：基于百分位数法确定上限、下限，上限为第95百分位，下限为第5百分位。数据已经过脱敏处理。

### 2.2.2 患者诊疗中资源消耗的引导与管控

对纳入临床路径的病例，资源消耗管控活动贯穿于患者诊疗的各个阶段，集中在医师的医嘱下达时。主要有两种管控方式：一是主动

推荐，注重引导。在医师下达医嘱时，借助信息系统，结合病例信息、所处阶段等，向医师智能化推荐医疗服务项目、关键资源及其使用量。二是被动管控。在医师下达医嘱后，信息系统自主将医嘱信息与标准诊疗方案、标准资源消耗进行比对，对处于可接受差异范围外的采取异常提示、特别说明、专人审核等不同管控力度的举措。此外，在疾病诊疗过程中，应用信息化手段对临床过程与医疗资源消耗进行控制提醒和智能引导的同时，详细记录医疗行为和各医疗行为资源消耗，为后续临床路径的优化与资源消耗模型的迭代提供数据支持。

### 2.2.3 专病资源消耗的定期分析与评价

定期统计分析各病种下的病例情况，与专病标准资源消耗进行比对，锁定偏差，深入分析原因，按产生偏差的不同原因采取不同的管理举措。常见差异原因及应对举措：(1) 医师个人行为习惯导致。对这类情况，需要进一步统计分析常见的差异点，如药品、耗材用量偏高，检查检验次数较多等，将这类常见差异点作为重点管控对象，在事中重点进行规范与管控；此外，对这类问题可将差异病例数、资源消耗差异金额等指标纳入医师个人绩效考核范围，以绩效为引导推动医师诊疗行为的改变。(2) 临床路径问题导致，包括具体病例临床路径变异、或临床路径不合理等，将直接导致资源消耗标准不适用或不合理。对病例临床路径变异的情况，在统计分析中需要剔除该变异病例，或通过病例的积累，发现变异规律性后修订资源消耗模型，优化资源消耗标准；如果临床路径存在问题，则有必要结合积累的数据，

对临床路径进行优化。(3)资源消耗标准制定不合理。对这类情况，需要持续完善专病资源消耗模型，优化资源消耗标准。在实际执行中，若发现大多数病例资源消耗小于标准消耗，则也认为资源消耗标准制定不合理，需要适量缩减相应标准。

#### 2.2.4 持续优化临床路径及专病运营要素

需要结合差异原因的分析结果，定期优化临床路径及专病运营各要素。优化内容包括基于临床病例明细数据优化临床路径；结合病例资源消耗实际数据的统计分析以及差异状况优化资源消耗模型及消耗标准；通过常见差异点的统计分析、归纳总结，建立各病种的控费点数据库，对重点控费对象采取针对性管控举措；应用信息技术，通过机器学习，不断积累案例库，实现更为智能的医疗服务项目与资源消耗的引导与管控等。通过上述管理活动的开展，确保专病运营模式得到持续优化与迭代。

### 3. 专病运营管理存在的问题与对策

专病运营管理目前存在一些问题，主要集中表现在两个方面：一是临床路径依赖。首先资源消耗模型及标准的建立需要以临床路径为前提，其次病例的诊疗活动需要按照临床路径执行并尽量降低变异率。只有这样，资源消耗差异管控才有实际意义，但实际上临床路径管理推广本身就存在较大困难。因此，要开展专病运营管理，需要医院建立较为成熟的临床路径管理机制，事前有合适的临床路径可遵循，事中有严格的路床路径入径、退出及变异管理，事后有定期的临

床路径维护及持续优化。二是管控工作量大。对大型综合性医院而言，单病种数往往数千甚至上万，年出院病例数十万，而每病例医疗服务项目少则数项、多则数十项，各项医疗资源消耗的数据更为庞大，由此给专病运营管理带来巨大的工作量负担、困惑与难点。这是目前专病运营管理难以大范围推广的重要原因。面对这种状况，一方面要充分应用现代信息技术、医院信息化建设及数据积累成果，部分专病运营管理工作可以借助信息化、大数据、人工智能等技术完成，大幅降低人为管理工作量，提高管控及时性，有利于专病运营管理的普及推广；另一方面，各医院需要结合自身业务特点，采用科学合理的方法选择纳入专病运营的病种，实现管控的重点突破，避免病种选择贪多、管控举措面面俱到，导致最终未能达到专病运营管理的预期目标及效果。

#### 4. 结语

随着 DRG 支付方式的落地实施，加强医院运营管理、向管理要效益愈加受到重视，对医院运营管理的探索与研究愈加重要。专病运营管理另辟蹊径，突破了以往医院运营管理从组织层面入手的传统，结合信息化、大数据、人工智能等技术的应用，将管理举措深入患者诊疗过程，将运营管理与医疗业务深度结合起来，丰富了医院运营管理的深度与广度。这无论在理论方法上还是管理实践上都具有良好的研究意义和实践价值。

[返回目录](#)

## 重磅新政出台！指引公立医院成本核算

来源：中华人民共和国财政部

近日，中华人民共和国财政部发布了关于印发《事业单位成本核算具体指引——公立医院》的通知(财会〔2021〕26号)，旨在更好地建立政府成本核算指引体系，加强公立医院成本核算工作。



为推动公立医院高质量发展，健全现代医院管理制度，规范医院成本核算工作，提升医院内部管理水平和运营效率，财政部还制定了《事业单位成本核算具体指引——公立医院》（以下称《指引》）。

本《指引》自2022年1月1日起施行，涉及成本核算对象、成本项目和范围、业务活动成本归集和分配和成本报告多个方面，其中业务活动成本归集和分配，覆盖业务活动成本归集和分配的一般要求、按科室归集和分配医疗活动费用、诊次、床日成本核算、医疗服务项目成本核算、病种、DRG成本核算。

《指引》指出，医院进行成本核算应当满足内部管理和外部管理的特定成本信息需求。医院的成本信息需求包括但不限于成本控制、医疗服务价格监管和绩效评价。

文件明确，医院可以根据成本信息需求，多维度、多层次地确定成本核算对象。医院应当将业务活动中的医疗活动作为基本的成本核算对象，具备条件的医院可以核算教学、科研、预防活动(以下称非医疗活动)的成本。医院应当核算科室、诊次、床日成本，具备条件的医院可以核算医疗服务项目、病种、DRG 等成本。

医院成本范围可以根据成本信息需求进行调整。例如，为满足医疗服务价格监管、制定医保支付标准等需求，应当在医疗全成本基础上，按规定调减不符合有关法律法规规定的费用、有财政资金补偿的费用等。财政资金补偿的费用一般包括“业务活动费用”、“单位管理费用”会计科目下通过“财政基本拨款经费”、“财政项目拨款经费”进行明细核算的费用。

[返回目录](#)

## · 医药专栏 ·

### 原料药垄断削弱医保、集采红利？国家反垄断指南来了！

来源：医药经济报

日前，国家反垄断局在国家市场监督管理总局办公大楼正式挂牌。同一天，《国务院反垄断委员会关于原料药领域的反垄断指南》(以下简称《指南》)也在国家市场监督管理总局网站重磅发布。

国家反垄断局的成立，被视为反垄断执法体制的重要升级，执法力量将进一步强化。一直以来，医药行业都是反垄断监管的重点领域，

尤其在原料药领域。《指南》的发布将有助于促进原料药产业健康发展、维护原料药领域市场公平竞争，保护消费者利益和社会公共利益，预防和制止原料药领域垄断行为，推进科学、有效的反垄断监管。

## 五大内容

### 细化垄断行为认定标准

《指南》共六章 29 条，与《反垄断法》的结构紧密衔接，针对各方面反映较为突出的原料药领域垄断问题，明确反垄断监管的基本原则、思路和方法，细化垄断行为认定标准，主要规定了五个方面内容。

#### (一) 总则。

一是明确指南的目的和依据，并界定相关基础概念。

二是提出反垄断执法机构对原料药领域开展反垄断监管应当坚持保护市场公平竞争、依法科学高效监管、注重保护消费者利益、持续强化法律威慑的监管原则。

三是考虑到原料药领域产业链覆盖广、业务类型多的特点，对相关商品市场和相关地域市场的界定思路进行详细阐释。

#### (二) 垄断协议。

一是分析垄断协议反垄断执法的基本思路，明确垄断协议的形式，并针对其他协同行为作出了具体的解释。

二是结合原料药领域特点，列举了经营者达成或实施垄断协议的常见方式以及执法考量因素，明确原料药经营者对交易相对人实施地

域限制或者客户限制，可能构成纵向垄断协议行为，阐述了纵向垄断协议的竞争损害效果。

三是对经营者实施协同行为的分析思路进行了细化。四是明确了轴辐协议的具体形式，提出了适用《反垄断法》的分析思路。五是对豁免和宽大制度做了说明，并对规范行业协会行为进行了规定。

### (三) 滥用市场支配地位。

一是结合原料药领域特点，阐明滥用市场支配地位行为反垄断执法的基本思路，明确认定或者推定经营者具有市场支配地位的考量因素，包括经营者的市场份额、相关市场竞争状况、经营者的实际产能和产量、经营者控制原料药销售市场或者采购市场的能力、经营者的财力和技术条件、交易相对人的依赖程度、现实和潜在交易相对人的数量、交易相对人的制衡能力、市场进入难易程度等，并明确市场份额计算方法。

二是重点细化常见滥用市场支配地位行为的表现形式，包括不公平高价、拒绝交易、限定交易、搭售、附加不合理交易条件、差别待遇等，有针对性地回应垄断涨价、控销断供、要求回购制剂等原料药领域常见的垄断行为，增强法律制度的可操作性，为市场主体提供明确的合规指引。

三是结合原料药领域经营特点和执法实践，阐明共同滥用市场支配地位行为的认定思路和考虑因素。

### (四) 经营者集中。

一是针对部分原料药品种市场规模相对较小，经营者年度营业额可能没有达到《国务院关于经营者集中申报标准的规定》中的申报标准，但证据表明经营者实施的集中具有或者可能具有排除、限制竞争的效果，明确规定国务院反垄断执法机构应当依法进行调查。

二是对符合上述情形的经营者集中，鼓励原料药领域经营者在实施集中前尽早与反垄断执法机构进行商谈。

(五)滥用行政权力排除、限制竞争。

《指南》主要细化原料药领域涉及限定交易、妨碍商品自由流通、招标投标限制、投资或设立分支机构限制、强制经营者从事垄断行为、制定含有排除、限制竞争内容的规定等滥用行政权力排除、限制竞争行为的表现形式，明确对涉及原料药领域市场主体经济活动的规章、规范性文件和其他政策措施等应当进行公平竞争审查，维护全国统一大市场。

## 医药反垄断案频出

### 企业如何降低违法风险

近年来，原料药领域一直存在着相关企业利用市场垄断地位操纵价格谋取暴利，或者附加不合理交易条件进行不正当竞争的现象。市场监管总局先后依法严肃查处了冰醋酸、扑尔敏、葡萄糖酸钙和巴曲酶等多个品种原料药垄断案件，不少企业收到了巨额罚单。

11月18日，“上海市场监管”微信公众号显示，南京宁卫医药有限公司因涉嫌高价销售氯解磷定原料药而被上海市市场监督管理局

作出行政处罚，罚没款合计 658 万元。前不久，国家市场监督管理总局官网通报，商丘市新先锋药业有限公司因滥用市场支配地位，以不公平的高价销售苯酚原料药的行为，一共被处以约 1104.84 万元的罚款。经调查，在商丘新先锋垄断期间，苯酚原料药销售均价较历史价格一度上涨 9.2 倍。

今年以来，医药行业已经开出了多张反垄断罚单。据不完全统计，截至 2021 年 9 月，在公开可查询的 18 起医药行业调查案件中，13 起为原料药垄断案(1 起中止调查)，5 起为成品药垄断案(其中 1 起既涉及原料药也涉及成药)，1 起为医疗器械垄断案。除此之外，另有 1 起原料药垄断的司法案例。

梳理 2016 年至今的原料药反垄断案，相关企业实施的垄断行为涉及固定价格、分割销售市场、联合抵制交易、不公平高价、拒绝交易或附加不合理交易条件、搭售等多种行为。

《指南》的制定和出台，进一步完善了反垄断监管制度规则，有利于增强原料药领域反垄断执法的统一性、科学性和有效性，提高执法的可预期性和透明度。同时，也有利于原料药领域经营者明确行为界限，依法加强合规自律，降低违法风险。

目前，《反垄断法》(修正草案)正在向社会征求意见，截止日期为 2021 年 11 月 21 日。据悉，草案完善了法律责任，加大了处罚力度。针对反垄断执法中反映出的问题，大幅提高了对相关违法行为的罚款数额，增加了对达成垄断协议的经营者的法定代表人、主要负责

人和直接责任人员的处罚规定，以及信用惩戒的规定。在业内看来，反垄断监管力度将在《反垄断法》修改后得到进一步加强。

在反垄断高压进一步升级的态势下，医药企业如何避免“踩雷”？对于原料药企而言，有业内人士指出，鉴于原料药市场结构的特殊性，通常生产企业的数量非常有限，原料药企业之间需要特别注意信息沟通的垄断风险。原料药生产商之间的敏感信息交换需要特别审慎，一旦达成旨在限制或排除竞争的任何默契行为或协同行为，就容易构成垄断协议。原料药企业还可能由于联合拥有原料药市场百分之百的份额，被推定为具有共同的市场支配地位，因此相关的过高幅度涨价行为就容易被认定为不公平高价，拒绝向特定客户供货的行为也容易触发拒绝交易的垄断风险。

而从今年以来医药行业收到的罚单来看，反垄断已从原料药进入制剂领域，也因此引发了业内对控销模式出路的大讨论。有业内人士提醒，企业在经营过程中要特别注意和积极自查，有没有涉及通过以下手段进行价格维护：如签署合作协议、下发调价函、口头通知等方式，与药品批发商、零售药店等下游企业达成固定药品转售价格和限定药品最低转售价格的协议，并通过制定实施规则、强化考核监督、惩罚低价销售经销商、委托中介机构监督线上销售药品价格等措施保证该协议实施。如果有，就说明企业已经触犯《反垄断法》第四十六条、四十九条，必须抓紧时间整改，合规经营。

[返回目录](#)

## 官宣：2021 基药目录管理办法发布，9.8.6 不远了，影响重大！

来源：风云药谈

2021 基药管理办法终于落地，基药目录从 307 的火热(诞生了很多大品种)，到 520 的火热到理性，685 更加理性，随着“1+N”的逐渐收紧，基药属性产品在终端很受“市场”欢迎，2021 版基药终于迎来启动，众多企业都要抓紧时间。

针对本次管理办法，简单给大家梳理一下，基药目录的过往信息。

### “历次目录”的数据

到 2018 版(685)基药目录，一共发布过五版，大家了解最多的是 2009 的 307 版，2012 年的 520 版和 2018 年的 685 版，数据如下：

目录版本	发布年份	目录组成			目录总数	是否纳入中药饮片
		化学药品	生物制品	中成药		
第一版	1981	278	-	-	278	否
第二版	1996	699	-	1699	2398	是
(2009版)	2009	205	-	102	307	是
2012版	2012	317	-	203	520	是
2018版现行	2018	417	-	268	685	是

(信息来源：卫健委官网易联)

2018 年基药目录调整如下：

2018 年 10 月 25 日，国家卫健委发布《关于印发国家基本药物目录(2018 年版)的通知》，与上一版 2012 年基本药物目录的发布时隔 6 年。目录品种数量与 2012 年版目录进行比对，总数由 520 种增加到 685 种(西药 417 种、中成药 268 种)，其中，新调入 187 种(西药 120 种，中成药 67 种)，调出 22 种(西药 20 种，中成药 2 种)。

2018 年基药目录各类别调整如下：

2018年基药目录西药品种治疗领域分布



(信息来源：卫健委官网易联)

### “2021 版” 管理办法重点

2021 版基药管理办法最重要的一个内容，就是增加了《儿童基药目录》，这与 WHO 的国际模式接轨，重点内容如下：

1、分目录：原文---国家基本药物包括化学药品和生物制品目录、中药目录和儿童药品目录等。化学药品和生物制品主要依据临床药理学分类，中成药主要依据功能分类，儿童药品主要依据儿童专用适用药分类。

3、纳入标准：应当是经国家药品监管部门批准，并取得药品注册证书或批准文号的药品，以及按国家标准炮制的中药饮片。除急（抢）救用药外，独家生产品种纳入国家基本药物目录应当经过单独论证。

化学药品和生物制品名称采用中文通用名称和英文国际非专利药品中表达的化学成分的部分，剂型单列；中成药采用药品通用名称。

**3、不纳入范畴：**下列药品不纳入国家基本药物目录遴选范围：

- ①、含有国家**濒危野生动植物药材**的；
- ②、主要用于滋补保健作用，易滥用的，以及纳入国家**重点监控合理用药目录**的；
- ③、因严重不良反应，国家药品监管部门明确规定**暂停生产、销售或使用**的；
- ④、违背国家法律、法规，或不符合伦理要求的；
- ⑤、国家基本药物工作委员会规定的其他情况。

（信息来源：国家卫健委官网）

**5、调整数量考虑因素：**调整的品种和数量应当根据以下因素确定：

- ①、我国基本医疗卫生服务需求和基本医疗保障水平变化；
- ②、我国**疾病谱**变化；
- ③、药品**不良反应监测评价**；
- ④、药品使用**监测和临床综合评价**；
- ⑤、已上市药品**循证医学、药物经济学评价**；
- ⑥、国家基本药物工作**委员会规定的其他情况**。

（信息来源：国家卫健委官网）

#### 4目录制定流程：|

- ①、从国家基本药物专家库中，分别随机抽取专家**成立目录咨询专家组和目录评审专家组**；
- ②、咨询专家组根据疾病防治和临床需求，经循证医学、药品临床使用监测、药物经济学等对药品进行技术评价，提出遴选意见，**形成备选目录**；
- ③、评审专家组对备选目录进行技术论证和综合评议，**形成目录初稿**；
- ④、目录初稿送国家基本药物工作委员会各成员单位征求意见，**修改完善形成目录送审稿**；
- ⑤、送审稿经国家基本药物工作委员会审核后，按程序报批，**由国家卫生健康委对外发布并组织实施。**

(信息来源：国家卫健委官网)

#### “新版目录”的机会点

2019 年全国调研数据显示，基层医疗卫生机构和二、三级公立医院基药使用品种占比分别为 59、45、39，与(9.8.6)目标占比仍有较大差距，有差距就是市场机会。新版基药目录的落地，伴随着 9.8.6 占比的逐渐增加执行，基层市场的现有用药格局必将发生一些变化，对入选产品有着重大意义。

2021 版基药目录管理办法，有些规则与之前相同，有些与之前不同，机会点如下：

##### 1、儿童版目录：

很多专家在讲基药使用时，多次提出 WHO 的基药目录分成人版和儿童版，而我们国家每个版本都是统一的，没有针对儿童有专门的版本，本次儿童版基药目录单列也是与国际接轨。

有利产品:①WHO 儿童药物清单内的产品②中成药的儿童用药(在原基药目录内, 医保目录内)

WHO 儿童版基药目录收录产品有 200+, 明细如下:

1. 麻醉学, 术前药物和医疗气体↵	
1. ANAESTHETICS, PREOPERATIVE MEDICINES AND MEDICAL GASES ↵	
1.1 全身麻醉和氧气↵	
1.1 General anaesthetics and oxygen ↵	
1.1.1 吸入药物↵	
1.1.1 Inhalational medicines↵	
氟烷↵ halothane ↵	吸入↵ Inhalation. ↵
异氟醚 ↵ isoflurane↵	吸入↵ Inhalation. ↵

(信息来源: WHO 官网风云药谈翻译整理)

2、医保目录内产品是主力: 历次基药目录调整, 主角还是在医保未在基药的产品, 风云药谈特整理在医保不在基药的目录, 部分明细如下:

排序	产品及部分规格
1	NPH重组人胰岛素注射液
2	β-榄香烯注射液
3	阿柏西普眼内注射溶液
4	阿苯达唑片
5	阿达木单抗注射液
6	阿达帕林凝胶
7	阿德福韦酯分散片
8	阿德福韦酯胶囊
9	阿德福韦酯片
10	阿伐斯汀胶囊
2549	左乙拉西坦缓释片
2550	左乙拉西坦口服溶液
2551	左乙拉西坦片
2552	左乙拉西坦注射用浓溶液
2553	佐米曲普坦分散片

2554	佐米曲普坦胶囊
2555	佐米曲普坦片
2556	佐匹克隆胶囊
2557	唑来磷酸注射液
2558	唑尼沙胺片

(信息来源: 医保局 2020 版医保目录风云药谈整理)

特别说明: 有些产品在基药目录, 但是这里也显示不在, 是因为本产品有个别规格不在基药目录。

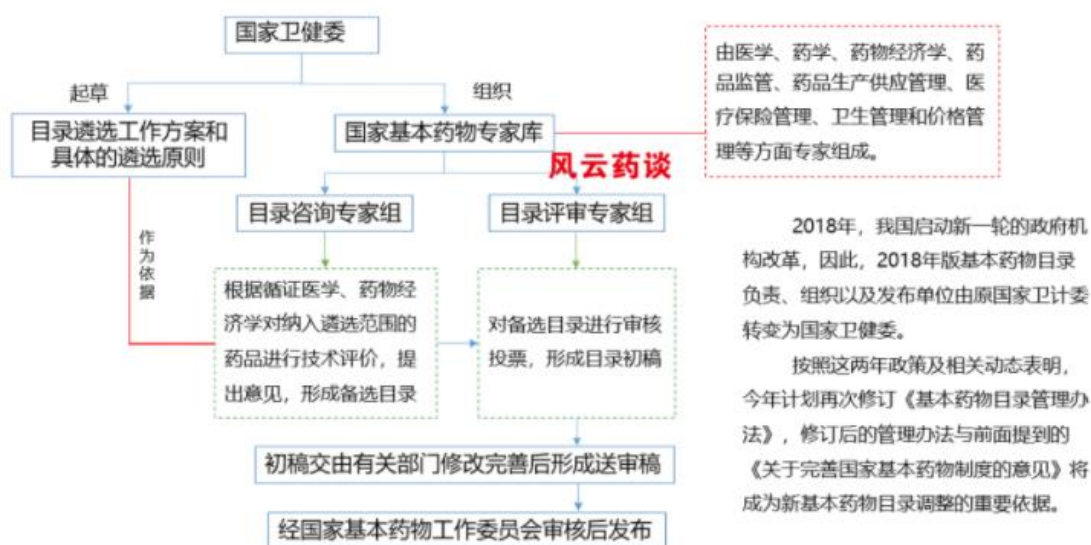
3、价格+国际接轨(WHO): 最新信息---世卫组织第 23 届基本药物选择和使用专家委员会会议将在日内瓦世卫组织总部协调并将于 2021 年 6 月 21 日至 7 月 2 日举行, 以修订和更新世卫组织基本药物示范清单(EML)和世卫组织儿童基本药物示范清单(EMLc)。

结合国情, 剂型适宜, 价格合理, 中西并重, 参照国际经验, 广泛征求意见--结合国情主要是考虑民族药等特殊产品; 剂型适宜--主要考虑创新和奇葩剂型(国外没有); 价格合理--高价者会被挡在门外; 中西并重--主要考虑中成药; 国际经验--国际制定标准与国际 WHO 内已收录产品(自 1977 年以来, WHO 名单每 2 年(最近一次是在 2019 年)由一组专家修订, 并以印刷或 PDF 格式发布。

2020 年世界卫生组织推出了一个新的易于访问的数字版基本药物示范清单(EML)。

4、基药目录统一: 随着新版目录的落地, 各省的基药目录大概率逐渐要统一到国家版本, 换句话说, 新版基药目录落地之后含金量更高。

5、基药一般流程(2015 版):



(信息来源：卫健委官网易联)

6、涉及部门：国家基本药物工作委员会由国家卫生健康委、国家发展改革委、科技部、工业和信息化部、财政部、商务部、市场监管总局、国家医保局、国家中医药局、国家药监局、国家疾控局和中央军委后勤保障部卫生局等组成。办公室设在国家卫生健康委，承担国家基本药物工作委员会的日常工作。各成员单位在职责范围内承担国家基本药物遴选调整和制度实施的具体事项。

7、本办法自发布之日起施行。原国家卫生计生委 2015 年 2 月 13 日印发的《国家基本药物目录管理办法》即行废止。

2021 版管理办法已经发布，新版基药目录的增补正式启动，本次进医药目录的意义更加重大，仿制药集采，临床执行“1+N”，比例逐渐落实到 9.8.6，国采中选+基药+创新(国谈)短期看三大市场政策性机会。

[返回目录](#)

## · 医保速递 ·

### 十四五期间，如何公平适度的完善医疗保障待遇机制？

来源：中国人民大学中国社会保障研究中心

#### 一、现有医疗保障待遇的成就与困境

我国已经建成了全世界最大的全民基本医疗保障网，建立了大病保险制度和医疗救助制度，发展其他多种形式补充保险和商业健康保险，构成了多层次、宽领域、全民覆盖的医疗保障体系，初步实现了人人享有基本医疗保障，为实现病有所医提供了制度基础。全民医保在覆盖人群、保障公平性、待遇水平、保障范围等方面稳步提升，但成就与困境并存。

首先，全国范围内建立统一的城乡居民基本医疗保险制度，实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益。目前，我国已建成世界上最大规模的医疗保障网，参保覆盖 13 亿人口，覆盖率稳定在 95%以上。但是，由于不同人群之间、区域之间、城乡之间固有的差异，待遇发展不平衡现象仍然存在，现行医疗保障制度在制度之间、区域之间、城乡之间仍存在公平性有待提升的空间。

其次，制度保障水平总体持续提高。一方面，基本医疗保险保障范围逐步扩大，主要表现在用药品种逐渐增多，慢性病用药、抗癌药等药品逐步纳入医保的保障范围之内；另一方面，待遇水平逐步提高，表现在享受待遇的人数、次数和支付水平稳步提升。但是，在制度保障水平总体提高的同时，仍存在全国范围内的待遇项目不统一、地区

间衔接不畅，筹资待遇调整缺乏规范化，多层次医疗保障制度之间衔接补偿不顺畅等问题。

最后，医疗救助发挥阻断“因病致贫”“因病返贫”作用，医疗保障助力脱贫攻坚成果显著。但大病、重病保障不足导致个人负担重问题仍然存在，同时在对贫困人口，特别是在精准扶贫工作推进中形成的“建档立卡”贫困者的多重医疗保障，在实践中出现了医疗救助与基本保险的理念和功能冲突问题。

## 二、“十四五”医疗保障待遇发展方向

为持续破解人民群众看病难、看病贵的困境，着力解决医疗保障发展不平衡不充分的问题，“十四五”期间，以公平适度作为医疗保障待遇发展的目标与思路，即横向公平、纵向适度。应秉持“尽力而为、量力而行”的原则，实事求是确定保障范围和标准，根据经济发展水平、基金承受能力稳步提高医疗保障水平，完善公平适度、衔接有序、稳定可持续的筹资参保机制和待遇保障机制，建立规范化、统一化的医疗保障待遇清单和动态调整机制。从保障公平性、合理确定保障水平、建立多层次医疗保障制度、医疗保障应对突发特殊环境等方面，完善医保待遇保障政策，纠正过度保障和保障不足问题，实现强化基本医疗保险、补充医疗保险与医疗救助互相衔接、增强基础性、兜底性保障功能，减轻人民群众就医负担，从而满足参保人日益增长的健康需求，提高民众的获得感和满意度。

## 三、“十四五”公平适度的医疗保障待遇的发展路径与措施

公平适度的待遇保障是增进人民健康福祉的内在要求，稳健可持续发展的参保机制是待遇保障的前提。要统筹规划各类医疗保障高质量发展，从人人参保到人人稳定参保，从制度参保到实际获得，提升待遇公平性；同时，根据经济发展水平和基金承受能力，稳步扩展医疗保障待遇，提高医疗保障水平，做到保障适度。

### **（一）健全参保机制，破除参保的制度壁垒与程序阻碍。**

公平适度的待遇保障以稳定的参保人群和基金来源为基础，没有稳健可持续发展的参保机制，公平适度的待遇保障就是无源之水。而健全参保机制，可以从制度本身的设计和参保程序两方面着手。

一方面，在制度设计上，需要破除一些特定的参保壁垒，同时提高弱势群体的参保能力。首先，放开参保的户籍限制，积极推动职工和城乡居民从户籍地参保到常住地、就业地参保，尤其是外出务工群体随迁家属、异地居住老年人等群体在常住地参加居民医疗保险，以及灵活就业人员可以依规参加职工基本医疗保险。其次，对于部分缴费能力不足的群体，进行针对性的分类补助，落实特困、低保、返贫致贫人口等困难群众分类资助参保政策等。

另一方面，在参保程序上，建立健全多部门数据共享机制，同时优化城乡居民参保缴费服务。通过多部门的数据共享机制，可以实现参保信息实时动态查询，精准识别未参保群体，为全民参保计划提供数据支撑。而通过征收体制的改革、以及“线上+线下”合作等手段，丰富参保缴费的便民渠道，减少企业、参保人的参保程序阻碍。

## (二) 缩小基本医保待遇差距，提高法定医保待遇公平性。

首先，在公平性方面，促进基本医疗保险公平统一。法定医保的公平性需要做到制度公平、人群公平和地区公平。

一方面，职工与居民、城市与农村长期分割运行是我国医保制度的客观背景。在基本医疗保险参保人员筹资与待遇相对应的前提下，通过稳定职工医保待遇、提高居民门诊保障水平、调整大病保险待遇标准等措施，让参保居民享受到更高质量的医疗保障。

另一方面，由于各地社会经济发展水平的自身差异，各地医保待遇也存在差异。要实现地区公平，需要建立健全并扎实落实医疗保障待遇清单制度，科学确定筹资待遇水平和各方负担比例，统一全国基本医疗保险支付目录、支付标准。根据《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》可以设定过渡期，实现改革前后政策顺利衔接和平稳过渡。

总之，科学界定和明确基本制度、基本政策、基金支付的项目和标准、决策权限与程序，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范化管理，以规范运行管理确保基金安全可持续，纠正过度保障与保障不足的问题。

## (三) 优化基本医疗保险待遇结构，针对性提高基本医保待遇水平。

待遇水平的设置是参保人获得医疗保障权益的直接来源。基本医保建立之初，我国医保待遇主要保障住院大病。但随着疾病谱的变化，

门诊小病越来越成为威胁人民健康的重要因素，且其长期支付的特点也会给参保人带来较大的疾病费用负担，迫切需要扩充基本医保的保障范围。因此，在基本医疗保险待遇方面，要从巩固稳定住院保障和健全门诊保障两方面着手，实现基本医疗保险待遇结构的优化和保障水平的针对性提高。

此外需要注意的是，待遇水平的设置一定是建立在经济发展水平和基金承受能力的基础上，既不能超越经济水平和基金承受能力导致基金的支付风险，又不能低于应有的水平造成保障不足。因此，确定有效的待遇保障调整机制是确保科学、合理以及可持续的待遇保障机制的重要支撑条件。

#### **(四)完善多层次医保体系，满足参保人多样化的医疗健康需求。**

基本医保不是万能的，因而需要规范补充医疗保险，并且完善医疗救助制度。既回应基本和更高需求，又筑牢保障底线，真正构建起多层次医疗保障体系。基于此，需要划清多层次医保体系保障边界，明确基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助制度的功能定位和衔接点，发挥医疗救助在救助对象瞄准与识别上的优势，助力慈善医疗互助项目精准匹配慈善资源与潜在受助对象。厘清政府责任，充分发挥市场机制作用，通过税收优惠鼓励发展商业健康保险。加强医保机构与商业保险公司的合作，发挥商业保险的补充保障功能；强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，促进各类医疗保障互补衔接，提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平，健全以基本医疗保

险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系。

#### **(五) 健全完善困难群众医疗保障工作机制。**

在十三五期间，医疗保障在助力精准脱贫方面做出了突出贡献，取得了显著成效。立足于全面脱贫攻坚的决战收关和未来乡村振兴的发展方向，需要巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接。总体来说，针对困难群众医保待遇，要建立防范和化解因病致贫返贫长效机制。立足基本医疗保险、大病保险、医疗救助等现行制度功能，加强基本医疗保险、大病保险与医疗救助的衔接。坚持普惠政策与特惠措施相结合，分类调整医疗保障扶贫倾斜政策，发挥好医疗救助托底保障与阶梯式减负作用。具体执行过程中，在基本医疗保险领域，体现权利与义务相对应原则，所有参保人同等医保待遇。针对困难群众，健全完善医疗救助制度，大病保险向困难群众倾斜，实现精准保障。“十四五”要在一定时期内延续“十三五”的医疗保障“帮扶”政策，进而逐步将脱贫攻坚期的超常规保障政策转化为常态化制度保障，实现困难群众医保制度的公平性、合理性、持续性。

#### **(六) 健全重大疫情医疗保障机制。**

2020 年的新冠疫情中，医保发挥了重要的担当作用。但疫情也给医保的发展提出了新的挑战，从长远来看，需要健全重大疫情医疗保障机制。在国家面临突发疫情等紧急公共卫生事件时，医保制度也需要挺身而出，及时扩充支付目录，提高支付标准，针对性免除医保

目录限制、支付限额、用药量等限制性条款，确保医疗机构先救治、后收费，减轻群众就医后顾之忧。统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金的使用，从而完善重大疫情医疗救治费用保障机制。

总之，十四五期间，完善公平适度的医疗保障待遇，既要做到横向公平，破除参保的制度壁垒和程序障碍，推动基本医疗保险稳定覆盖全体国民，缩小地区、制度和人群间的医保待遇；又要做到纵向适度，扩充基本医保保障范围，通过多层次医保体系完善待遇结构，常态保障与突发应急功能并存，普惠保障与特殊倾斜并存，建立防范因病致贫返贫长效机制，助推民众健康水平和获得感的不断提升。

[返回目录](#)

## 5 个方面，健全重特大疾病医疗保险和救助制度

来源：国家卫生健康委卫生发展研究中心

健全重特大疾病医疗保险和救助制度，是减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担、建立防范因病致贫长效机制的要求。《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（以下简称《意见》）从5个方面提出了13条具体政策措施，对多层次医疗保障体系托底功能发挥做出系统性制度安排。

### 救助对象：分层分类、精准确定

城乡医疗救助制度建立以来，救助对象不断扩展，从保障低保和特困人员参保和获得基本医疗卫生服务，逐步发展到对低收入和因病返贫重病患者给予适度救助。《意见》重新对救助对象进行了分类，

一类是低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，即低收入人群，考虑了从脱贫攻坚到乡村振兴阶段医疗保障扶贫政策延续性；另一类为因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者（简称因病致贫重病患者），即不属于低收入人群但因为高额医疗支出可能陷入困境的支出困难家庭重病患者，避免在他们因病成为低保对象后再实施救助，将政策的“悬崖效应”优化为“斜坡效应”，体现了政策的延伸性。

### **保障待遇：在三重制度框架下实施综合保障，夯实托底保障**

在对参保居民实行普惠性财政补贴的同时，通过全额或定额资助低保、特困人员、返贫致贫等经济困难救助对象参保，确保应保尽保。同时，规范三重制度保障功能，明确基本医保起到主体保障作用，大病保险对救助对象实施倾斜保障，保险报销之后发挥医疗救助的托底保障功能。

托底保障的目标是确保困难群众能够获得基本医疗卫生服务，保障不因医疗费用问题影响其家庭基本生活。针对起付线、自付比例等影响救助对象政策受益水平的支付工具设计，《意见》强调要在综合考虑基金负担能力、群众实际需求等因素基础上，分人群细化待遇标准。明确要求原则上取消低保、特困人员的起付标准，暂不具备条件的年度起付标准不得高于统筹地区上年居民可支配收入的 5%，低保边缘家庭和因病致贫重病患者年度起付标准按照统筹地区上年居民人均可支配收入的 10%和 25%左右确定。通过合理设置起付标准和支

付水平，既防范救助对象医疗服务利用上的道德风险，也最大限度提高救助基金使用效益。

托底保障措施安排上，更加突出向困难群众中重大疾病患者的倾斜。对比分析，以往的救助政策以住院救助为主，而《意见》要求加大门诊慢病、特病救助，门诊和住院救助共用年度救助限额，统筹救助资金使用，长远看有助于引导困难门诊慢特病患者合理就医就诊，减少“门诊挤住院”。三重制度综合保障后个人负担仍然较重的，可以继续给予倾斜救助，前提是在省域内的规范转诊，医疗救助支付的范围与基本医保的药品、耗材和诊疗项目目录一致。简言之，医疗救助保障的是困难群众“基本”医疗卫生服务，应和转诊机制、规范化诊疗等措施结合起来，控制不必要的支付，减少浪费。

### **防范和化解因病致贫返贫长效机制：预警监测、提高救助时效**

医疗保障的重要作用之一是防止参保群众因高额医疗费用导致其家庭陷入因病致贫困境。以往的医疗救助实践更关注已陷入经济困难状态的人群，尚未全面构建防止因病致贫的“防火墙”。《意见》提出分类健全因病致贫和因病返贫双预警机制，在互联网和大数据时代，借助信息化手段，通过高额医疗费用支出预警监测，及时将符合条件的重点监测人群纳入救助范围；同时，畅通救助申请渠道，提高救助时效。“预防性”的制度安排，信息技术层面运行支撑，是我国医疗保障制度向高质量发展的重要方向。

### **多层次保障体系：发挥慈善救助、医疗互助和商业健康险的作用**

慈善救助是慈善事业的重要组成部分，是发挥第三次分配作用的重要途径，是对现有三重制度的重要补充。对于特定疾病和特定人群的救助，慈善救助的救助水平、救助范围和灵活性均具备优势，特别是社会工作和志愿服务等，是对医疗费用之外的服务帮扶，是对政府救助的有益补充。

职工医疗互助、商业健康保险等可以在拓宽保障范围、提高报销水平方面发挥补充作用，应进一步完善制度和管理运营，加强与基本医保的制度衔接，更好满足被保险多层次、个性化、差异化的健康需求。基于互联网的医疗互助项目近年发展较快，是在互联网时代构建的基于陌生人社群的相对高效、透明的事后风险化解机制，在规范发展的同时也需要防范风险。

### **规范经办管理，提高管理水平**

实践证明，“一站式”结算服务、先诊疗后付费等医疗保障便民服务，直接关系群众对医保制度的认同感和满意度。提高经办管理信息化、标准化水平，做好制度之间的无缝衔接，做好和相关部门以及定点医疗机构的配合，是向管理要效益，发挥系统集成优势的重要内容。通过推进医疗保险和医疗救助一体化经办，做好与社会救助“一门受理、协同办理”的服务融合，有助于提高困难群众医保经办服务便捷度。同时，考虑到托底保障是针对特定群体的“特惠性”制度安排，更应遵循保基本的原则，坚持公平、高效。因此，基层首诊、规范转诊、科学的诊疗路径管理、高效管用的支付方式应成为协同推进

医疗卫生服务改革不可或缺的政策安排。

习近平总书记曾强调：“我们建立全民医保制度的根本目的，就是要解除全体人民的疾病医疗后顾之忧。”《意见》的出台将进一步夯实全民医疗保障制度托底保障机制，健全防范和化解因病致贫返贫的长效机制，需要我们在实践中不断评估、总结、改进，持续完善中国特色医疗保障制度，织密覆盖全民的医疗保障安全网。

[返回目录](#)

## • DRG 改革 •

### 无锡“DRG 实际付费”时代：细数改革那些事儿……

来源：DRG 变量

近年来，无锡在推进医改的进程中，坚持问题导向，强化“三医联动”，着眼改革中的机制、体制性难题。对医疗健康服务内涵做“加法”，对传统服务流程做“减法”，对服务供给能力做“乘法”，对陈旧体制机制做“除法”，积极深化公立医院改革，提升服务能效。

无锡市是非常具有医保支付制度研究价值的典型代表地区，其支付改革经验值得参考。

#### 一、改革历程

##### 1、2017 年、2018 年

2017 年无锡市开始关注 DRG 医保付费理念，经过调研、学习，2018 年 4 月开始启动“DRGs-PPS”项目试点工作，把市区 25 家二级

以上公立医院纳入首批试点医院。

## 2、2019 年

2019 年国家开始试水 DRG 改革，启动全国 30 个 DRG 试点城市。由于“走得早”“基础好”，无锡被列为 30 个 DRG 国家试点城市之一、江苏省唯一的试点城市。

## 3、2020 年 1 月 1 日起

无锡市选定 25 家二级以上公立医院正式按 DRG 实际付费，这意味着无锡医保支付制度迈入“DRG 时代”，比国家要求提早了 1 年。

## 二、改革成果

### 2020 年 1-6 月

来自无锡市医保局、医保中心的统计数据显示：

2020 年 1-6 月份，无锡市按 DRG 实际付费期间，25 家试点医院实际发生费用 163729.50 万元，医保实际结算总额 158736.85 万元，超支比例 3.05%，在国家 DRG 规范标准的 5% 范围内，这说明无锡现阶段应用 DRG 付费运行基本平稳。其中，试点医院 CMI (病例组合指数) 较去年同期提高 0.1，费用消耗指数下降 0.0911，时间消耗指数下降 0.0218。

在 25 家二级以上公立医院试点基础上，无锡市还增加了 30 家 DRG 支付观察点医院，包括二级以上民营医院、社区卫生服务中心等。依托“试点先行、观察点跟进”的创新模式，无锡市 DRG 试点工作成效显著，获评全国医疗保障经办精细化管理服务典型案例优秀奖。

### 三、改革内容

#### 1、完善制度、统一认识

完善的组织保障和制度建设，是试点工作的有力支撑。

一是强化组织保障，打造强力后盾。无锡市成立了市 DRG 付费国家试点工作领导小组，由市委副书记、市长任组长，分管副市长任副组长，党政主推，统筹推进。同时，组建 4 个 DRG 技术指导小组，由医保、卫健、人社相关部门负责人和试点医疗机构专家组成，并特别邀请北京知名专家 22 人。强有力的组织保障，全面提升了工作能力和水平。

二是建立工作机制，形成工作合力。由市医保局牵头，搭建了技术指导小组工作交流平台，通过定期召开领导小组成员联席会议、定期发布试点工作通报，研究探讨工作推进中遇到的问题，会商解决办法，形成工作合力。已发布试点工作通报 7 期。

三是完善配套制度，明确时间节点。根据国家试点要求，研究制定符合无锡实际的 DRG 付费国家试点工作实施方案，明确时间节点，逐步建立健全无锡特色的 DRG 付费体系；发布 DRG 付费结算办法、考核办法和经办规程等配套制度，因地制宜地采取浮动费率、基础病组、区域总额、极值排序模式、年终清算机制等方式，实现了平稳改革，有效防范政策风险。

#### 2、落实标准、执行分组

严格执行国家规范和标准是 DRG 改革的基础性工作。

一是两项试点融合，率先落实标准。作为首批医保信息业务编码测试应用地区之一，无锡市充分推动两项国家试点间的融合和促进。2020年3月，在全国率先切换应用国家医保版疾病诊断和手术操作编码等标准；5月，试点医院实现使用结算清单数据按DRG结算，整体入组率高达99.84%。同年7月，观察点医疗机构基本完成结算清单接口改造，开始上传数据信息。

二是紧跟国家要求，规范开展分组。按照国家分组规范，无锡完成了2017年至2020年6月历史病案首页数据、结算清单数据以及医保结算数据的采集和编码映射工作，测算数据1252850份，最终确定分组556组，所有组别CV全部小于等于1。经国家技术指导组评估，符合国家CHS-DRG分组规范。

三是引入专业团队，开展效果评估。与院校开展《无锡市DRG付费国家试点改革效果评估》课题研究，通过引入专业院校团队，严格对照国家试点的要求和规范，开展第三方评估督导工作，更好指导试点工作的开展。

### 3、加强监管、防范风险

全方位智能化的监管，是防范制度风险的最有效手段。

一是依托平台建设，实现智能监管。无锡市依托智能化手段，搭建了DRG付费管理信息平台，实现了结算清单和电子病历上传、数据质控、结算付费、智能审核、绩效评估等DRG付费全过程的闭环管理，并根据主要诊断、次要诊断和诊疗手术操作填报规则以及结算清单信

息和医保结算数据之间的关联关系，归纳设置逻辑校验规则，实现数据实时上传校验质控，有力提升数据上报的完整性、规范性。

二是第三方参与，加强病案核查。在完成对试点医院 2017 年至 2019 年度的 12123 份病案 DRG 专项核查的基础上，引进第三方参与 DRG 病案审核，进一步强化核查力量。已完成 2020 年前三季度 DRG 病案检查，共计病案 7286 份。对涉及高编高靠的病例，按照医保服务协议约定处理。

三是强化协议管理，实施专项检查。结合试运行情况，无锡市进一步完善医保服务协议，增加 DRG 结算专项内容，明确试点医院 DRG 付费相关要求和规范，强化协议管理。同时，组织开展分解住院的专项检查，对同病种短时间内办理出入院现象进行专项检查，实施直接扣费处理。

#### 4、正向引导、提升水平

在工作中，无锡市医保部门注重整体协调和培训交流，营造了良好的环境。

一是强化业务培训，加强人才储备。成为国家试点以来，在前期开展 10 余期 DRG 培训的基础上，采用邀请国家局 DRG 专家团队授课和本地专家授课相结合方式，开展了 3 期全市大型培训、5 期本地专家培训和 3 期面向医疗机构的线上培训，培养了一支业务熟悉、研判精准的本地化团队。

二是注重宣传交流，营造良好氛围。联合病案质控中心，建立“无

锡市 DRG 数据质量管理交流群”，对试点中遇到的问题，安排本地专家进行解答，并由国家 DRG 专家作为保障。无锡市 DRG 试点成效，多次由无锡日报、江南晚报和微信公众号等媒体进行专题报道。

三是整体协同配合，强化内部管理。试运行期间，医保部门按月向试点医院出具 DRG 试行支付情况表，定期召集试点医院开展 DRG 阶段工作总结会，分析数据指标情况，剖析问题原因，引导医疗机构及时合理调整收治结构，充分发挥了医保支付的激励约束作用。2020 年，实现了试点医院 DRG 绩效分析院端实时反馈，数据指标情况在线实时查询。通过医保和医院的整体协同，试点医院从“被动管理”转变为“主动作为”。

## 5、创新机制、三方共赢

依托有效探索，无锡市 DRG 付费国家试点工作取得了阶段性成效，呈现医保患三方共赢的局面。

一是有力促进医院精细化管理。2020 年，24 家试点医院医疗效率、资源配置等 DRG 绩效指标明显改善。费用消耗指数同比下降 0.0971，时间消耗指数同比下降 0.0289。医技、药品、耗材消耗指数同比分别下降 0.1042、0.1355、0.2812。和原结算办法相比，24 家试点医院中 22 家医院职工医保超支减少，16 家医院实现职工医保结余。DRG 改革激发了医疗机构内生动力，医院管理精细化作用逐步显现。

二是有效降低患者个人负担。2020 年，试点医院单位权重实际

医疗费用 12414.15 元，和去年的 13330.46 元相比，单位医疗费用降低 7.38 个百分点。试点医院参保个人负担率 12.30%，较去年同期下降 0.41 个百分点。DRG 付费改革发挥了医保支付的杠杆作用，助力患者以更合理的价格享受高质量医疗服务。

三是显著提升了基金购买质量。2020 年，试点医院按 DRG 付费总额 37.53 亿元，占全市住院结算总额的 76.76%。CMI(病例组合指数)较去年同期提高 0.0992，收治病例难度明显提升。基础组占比由 2019 年的 9.59% 下降到了 6.94%，其中三级医院基础组占比由 2019 年的 8.16% 下降到了 5.58%。试点医院中三级医院的人次和费用占比同比下降 3.53% 和 3.70%，二级医院人次和费用占比略有上升，充分发挥了医保基金的价值调控和付费导向作用。

#### 四、未来展望

医保支付方式改革的最终目的是实现医保基金有结余、医疗机构有盈余、患者负担有减轻的共赢局面。深化医保支付方式改革是医疗保障制度自身发展完善、不断提高医保基金使用效率的重要举措，也是促进包括公立医院在内的医疗机构高质量发展的必然要求。

在 2021 年底，江苏省将在全省范围内实施 DRG 或 DIP 全覆盖，在此基础上，未来将同步推进县域紧密型医共体医保支付方式改革，对紧密型县域医共体实行“总额预算、结余留用、合理超支分担”，助推分级诊疗制度建设。未来将持续推进符合不同医疗服务特点的支付方式改革，让医院有动力合理用药、控制成本，有动力合理地收治

和转诊患者。

[返回目录](#)

## DRG 改革后，医用耗材使用发生哪些变化？

来源：中国医疗保险

疾病诊断相关分组(DiagnosisRelatedGroups, DRGs)是指根据疾病的诊断、治疗方式、严重程度，将临床过程同质、复杂程度相近、医疗强度相当的病例打包在一起成为一个类别，根据该类别的医疗资源消耗作为一个计量单位，进行付费或管理。在我国目前进行的 DRGs 付费和管理基础是病案首页，根据病案首页填写信息，进行病例的相关分组，用以规范医疗行为，促进医疗费用的精细化管理，降低医疗支付费用，减轻患者医疗负担。2016 年国家发改委等三部委联合发布的《关于推进按病种收费工作的通知》中，首次提出做好按病种收费和付费改革的衔接，形成政策合力，控制不合理费用增长。2017 年国务院办公厅发布了《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)，作为全面深化实施按疾病诊断相关分组付费方式改革的纲领性文件。2019 年 5 月 21 日，国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药局等四部委联合下发了《关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》(医保发〔2019〕34 号)。通知中确定了 30 个城市作为 DRGs 付费的试点城市，进一步明确了我国进行 DRGs 支付改革的方向。本文选取某个已经进行 DRGs 付费的试点城市进行 DRGs-PPS 支付前后同期同组病例

进行研究，以探讨 DRGs 付费方式改革对于医用耗材使用的影响。



### 某 DRG 付费试点城市 DRG 付费前后同期同组病例的研究

#### 资料来源

某市社会医疗保险基金支付方于 2017 年率先引入疾病诊断相关分组 (DRGs) 分组器，在充分调研和试运行后，于 2018 年当年开始上线并在年终结算时试行 DRGs 基金拨付，取得良好控费成效，兼顾社会保险的效率和公平原则，在获得医疗机构和患者各方满意的情况下，于 2019 年正式进行诊断相关分组-预付费 (Diagnosis Related Groups-Prospective Payment System, DRGs-PPS)。本研究选取其 2018 年和 2019 年同期 1-6 月份出院，以城镇职工医疗保险基金进行结算的患者，根据 DRGs 分组管理工具选取“晶体手术, 伴重要合并症与伴随病 (伴 MCC)”、“晶体手术, 伴或不伴合并症与伴随病 (非 MCC)”两个使用人工晶体的疾病分组所有入组病例作为研究对象。根据病案首页中上传的诊断和手术信息，提取以上疾病分组中上传诊断为“白内

障”，上传手术为“人工晶体植入术”（包括一期和二期人工晶体植入术）的病例信息，并根据费用明细提取其中有人工晶体收费项目的所有病例。

### 研究分析方法

采用 SPSS25.0 软件对 DRG 分组管理系统中的“晶体手术,伴重要合并症与伴随病(伴 MCC)”、“晶体手术,伴或不伴合并症与伴随病(非 MCC)”进行人工晶体植入术(明细中有人工晶体耗材收费项目)的病例数据进行统计分析。采用描述性统计方法,分别对实施 DRGs-PPS 前后例均住院总费用、例均人工晶体病例总费用、例均人工晶体费用、例均人工晶体品类(进口/国产)费用等数据进行比较分析,采用配对 t 检验对正态分布值进行比较,以明确某市正式施行 DRGs-PPS 付费对于人工晶体类医用耗材使用的影响。为保证数据的完整性和准确性,以上测算纳入所有入组病例数据,不对总费用在界值外的病例和双眼进行人工晶体置换的病例进行人工剔除。

### 研究结果

#### 人工晶体品规、费用差异

人工晶体,也叫人工晶状体(IntraocularLens, IOL)是指由人工合成的一种用来代替人眼晶状体的特殊透镜。用于白内障患者手术去除其浑浊老化的晶体状后,置入的晶体替代物,以代替原有的晶状体发挥凸透镜的作用,使物象能聚焦在视网膜上,让白内障术后患者获得良好的视力。

其工作原理类似于配带眼睛，只有验配合适的眼镜，才能对视力进行良好的矫正，如果度数或者功能选择不合理，即使做了手术，术后会出现视觉质量不能提高甚至下降的情况。由于人工晶体的这一特性，在其发展过程中衍生出多个种类，根据人工晶体材料分为聚甲基丙烯酸甲酯(PMMA)、亲水性丙烯酸酯、水凝胶等，根据其放入眼内位置可分为前房型、后房型、虹膜固定型等，根据其功能可分为单焦点、多焦点、非球面、可调节型、散光矫正环曲面等，根据其生产厂家分为进口型、国产型等众多种类。

本研究提取的病例中，包括某市目前引入的 294 个品类，其中国产人工晶体共计 62 种，占比 21.09%，价格区间为 175.00 元至 5684.00 元，均价 1789.76 元，中位数 1834.40 元；进口人工晶体 232 种，占比 78.91%，价格区间为 480.00 元至 27800.00 元，均价 4089.76 元，中位数 2879.50 元，价格相对较高。

**表1 进口人工晶体和国产人工晶体价格区间**

价格区间 (元)	某市使 用人工 晶体种 类 (n)	国产人工晶体		进口人工晶体	
		种类 (n)	占比 (%)	种类 (n)	占比 (%)
1-500	7	5	71.43	2	28.57
501-1000	12	2	16.67	10	83.33
1001-1500	22	9	40.91	13	59.09
1501-2000	83	34	40.96	49	59.04
2001-3000	52	8	15.38	44	84.62
3001-4000	66	3	4.55	63	95.45
4001-10000	35	1	2.86	34	97.14
10001-20000	14	0	0.00	14	100.00
20001-30000	3	0	0.00	3	100.00
总计	294	62	21.09	232	78.91

## 人工晶体病例住院总费用差异

选取“晶体手术,伴重要合并症与伴随病(伴 MCC)”、“晶体手术,伴或不伴合并症与伴随病(非 MCC)”进行 DRGs-PPS 拨付前入组病例 6472 例, DRGs-PPS 拨付后入组病例 8221 例, 合计 14693 例。

经 t 检验表明, 实施 DRGs-PPS 拨付前后, 入组病例平均总费用、入组病例平均住院天数、人工晶体病例平均费用、人工晶体病例平均住院天数均较实施前有明显降低。

其中, 入组病例住院总费用平均下降 700.60 元, 具有显著性差异 ( $t=15.573, P<0.01$ ); 住院天数下降 0.15 天, 具有显著性差异 ( $t=6.856, P<0.01$ ); 使用人工晶体的病例住院总费用例均下降 687.19 元, 具有显著性差异 ( $t=16.149, P<0.01$ ), 住院天数下降 0.16 天, 具有显著性差异 ( $t=7.276, P<0.01$ )。DRGs-PPS 实施前后晶体手术入组病例中人工晶体的使用率分别为 99.26%和 98.21%, 可近似看作 1, 详细数据见表 2、表 3。在实施 DRGs-PPS 拨付后, 入组病例和人工晶体病例的总费用、住院天数都有降低, 具有统计学意义, DRGs-PPS 的控费效果初见成效。

表2 DRGs-PPS前后晶体手术病例住院总费用差异

DRGs分组名称	DRGs-PPS实施前			DRGs-PPS实施后		
	病组平均住院总费用 (元)	平均住院天数 (天)	病例数 (n)	病组平均住院总费用 (元)	平均住院天数 (天)	病例数 (n)
晶体手术, 伴MCC	10400.41	3.34	219	9812.85	2.28	264
晶体手术, 非MCC	9706.21	2.15	6253	9004.51	2.03	7957
总计	9731.06	2.19	6472	9030.46	2.04	8221

表3 DRGs-PPS前后人工晶体病例住院总费用差异

DRGs分组名称	DRGs-PPS实施前			DRGs-PPS实施后		
	晶体病例平均住院总费用(元)	平均住院天数(天)	病例数(n)	晶体病例平均住院总费用(元)	平均住院天数(天)	病例数(n)
晶体手术, 伴MCC	10454.70	3.24	213	9858.47	2.22	259
晶体手术, 非MCC	9730.97	2.14	6211	9041.57	2.01	7815
总计	9754.97	2.18	6424	9067.78	2.02	8074

### 人工晶体费用差异

在人工晶体使用比例无明显改变的情况下，实施 DRGs-PPS 拨付后，人工晶体病例住院总费用、人工晶体耗材费用、人工晶体费用占比均有下降。经 t 检验表明，住院总费用例均下降 687.19 元，具有显著性差异(t=16.149,P<0.01)；人工晶体耗材例均下降 478.85 元，具有显著性差异(t=14.164,P<0.01)。其中，人工晶体耗材费用占总下降费用的 69.68%。可见，实施 DRGs-PPS 拨付后，人工晶体类耗材的费用明显降低，是住院总费用降低的主要原因，人工晶体费用占比同时下降。DRGs-PPS 的实施对于人工晶体类医用高值耗材使用的起到了良好的管控效果，详细数据见表 4。

表4 DRGs-PPS前后人工晶体耗材费用差异

DRGs分组名称	DRGs-PPS实施前			DRGs-PPS实施后		
	平均住院总费用(元)	人工晶体均费(元)	晶体费用占比(%)	平均住院总费用(元)	人工晶体均费(元)	晶体费用占比(%)
晶体手术, 伴MCC	10454.70	2651.94	25.37	9858.47	2526.10	25.62
晶体手术, 非MCC	9730.97	2806.97	28.85	9041.57	2316.25	25.62
总计	9754.97	2801.83	28.72	9067.78	2322.98	25.62

### 人工晶体品类差异

人工晶体费用下降是住院总费用降低的主要原因，对于实施

DRGs-PPS 拨付前后患者植入人工晶体的品类进行分析，由于人工晶体品类众多，本研究仅区分进口/国产人工晶体两个大类。实施 DRGs-PPS 拨付前后，进口人工晶体使用比例由 92.68% 下降至 80.29%，平均费用由 2884.50 元下降至 2538.83 元，具有显著性差异 ( $t=10.351, P<0.05$ )；国产晶体使用比例为 7.32% 提高到 19.17%，平均费用由 1754.59 元下降至 1443.47 元，具有显著性差异 ( $t=1.635, P<0.05$ )。

可知实施 DRGs-PPS 拨付后，人工晶体平均费用明显降低，其中进口晶体费用平均下降 345.67 元，国产晶体费用平均下降 311.12 元，进口晶体和国产晶体的耗材费用均得到有效控制；尤其是进口晶体使用占比出现明显下降，下降幅度为 12.39%，同时国产晶体的使用率有明显提升，提高幅度为 11.85%，详细数据见表 5。实施 DRGs-PPS 拨付，可以有效促进国产人工晶体类耗材的使用，推动医用高值耗材国产化。

表5 DRGs-PPS前后人工晶体品类差异

DRGs分 组名称	DRGs-PPS实施前						DRGs-PPS实施后					
	人工晶 体均费 (元)	人工 晶体 病例 (n)	进口人 工晶体 均费 (元)	进口 晶体 病例 (n)	国产人 工晶体 均费 (元)	国产 晶体 病例 (n)	人工晶 体均费 (元)	人工 晶体 病例 (n)	进口人 工晶体 均费 (元)	进口 晶体 病例 (n)	国产人 工晶体 均费 (元)	国产 晶体 病例 (n)
晶体手 术、 MCC	2651.94	213	2686.19	199	2165.18	14	2526.10	259	2543.12	255	1441.20	4
晶体手 术、非 MCC	2806.97	6211	2891.36	5755	8266.47	456	2316.25	7815	2538.65	6228	1443.48	1587
总计	2801.83	6424	2884.50	5954	1754.59	470	2322.98	8074	2538.83	6483	1443.47	1591

## 讨论

### DRGs-PPS 控费初见成效

本研究选取的进行 DRGs-PPS 拨付前后入组“晶体手术,伴重要合并症与伴随病(伴 MCC)”、“晶体手术,伴或不伴合并症与伴随病(非 MCC)”共 14693 条病例进行分析,在实施 DRGs-PPS 拨付后入组病例的住院总费用明显下降,住院时间同时下降,患者满意度得到明显提高。本研究结果证实了 DRGs-PPS 付费方式能够降低患者住院总费用的同时,合理缩短住院时间,减轻医保基金负担,促进其合理支出。能间接促使医疗机构加强对患者入院标准、诊疗标准的规范化管理,起到了良好的控制医疗费用支出的作用,提高了医疗保险基金的使用效率,对于控制医疗费用的过高过快增长起到了遏制作用,为我国全面开启 DRGs 付费方式改革提供数据支持。

### 人工晶体使用存在的问题

研究数据中,全面实施 DRGs-PPS 拨付后人均医疗总费用支出明显下降,其中主要原因为人工晶体耗材费用的降低,尤其是进口人工晶体使用比例下降。可见在部分使用高值耗材的病组,人工晶体类耗材的管控对于医疗费用支出具有一定的作用,人工晶体费用可影响所在病组的拨付费用。在保证医疗质量和医疗安全的前提下,DRGs-PPS 医疗支付改革有间接促进医疗服务方加强高值耗材管理和使用监管的作用,尤其是对于 DRGs 这样的疾病打包付费方式,高值耗材被划归入病组进行定额支付,消除了信息不对称情况下,医疗服务提供

方尤其是医生出于利益等原因对患者的诱导需求,可以更合理的根据患者的疾病情况,选择对其更适合的耗材,提高了对于高值耗材的有效管控和规范性、合理性使用,对于医疗支付改革起到推动和促进作用。

本研究成果切合 2019 年 7 月 19 日国务院办公厅关于印发《治理高值医用耗材改革方案的通知》(国办发〔2019〕37 号)文件中,关于“加快推进按病种付费、按疾病诊断相关分组付费(DRGs)等支付方式改革”、“促进医疗机构将高值医用耗材使用内化为运行成本,主动控制高值医用耗材使用”、“支持具有自主知识产权的国产高值医用耗材提升核心竞争力”的政策性要求,为推进我国高值医用耗材的改革提供数据支撑。

### 研究的不足

本研究在使用高值耗材占比较多的 DRGs 分组中选择了人工晶体病例作为研究数据,排除了循环系统、骨科等专业分组,因为它们的病种波动较大,且不具备足够多的病例。本研究以病案原始数据和收费明细数据为依据进行分析,使研究结果更加客观可信。因数据可获得性的限制,本研究并未纳入患者的自付费用数据,因此对于实施 DRGs-PPS 付费后是否减轻患者自负金额,即降低参保者实际支出没有具体分析。在接下来的研究中需要纳入患者自付金额数据,以明确 DRGs-PPS 付费是否影响住院总费用的同时也影响患者自负金额,切实减轻患者卫生经济负担。

## 结论

疾病相关分组 (DRGs) 付费可以在降低住院总费用的同时,有效控制人工晶体类高值耗材的费用,提高国产人工晶体的使用率,推动耗材的国产化,促进医保支付改革发展和医保基金的精细化管理,同时能促使医疗服务方注重医疗成本、加强自身耗材管控,建立规范、合理的高值耗材使用制度。DRGs 付费实现了医保基金支付方、医疗服务提供方、医疗服务需求方、国产医疗耗材生产方共赢的局面。

[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



地 址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号  
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司  
电 话：010-68489858