

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第19期

(2023.05.08-2023.05.14)

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。)

· 医保快讯 ·

▶ [纠正医药不正之风 2023 年工作要点出炉！今年国家医保局有哪些任务？](#)（来源：国家卫健委）——第 7 页

【提要】近日，国家卫健委、国家医保局等 14 部门印发《2023 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点》(下称《工作要点》)和《纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风部际联席工作机制成员单位及职责分工》(下称《职责分工》)，全面部署今年的纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风各项工作。

▶ [定点零售药店的医保基金监管怎么做？](#)（来源：安徽省铜陵市义安区医疗保障管理服务中心）——第 12 页

【提要】医保定点零售药店是方便群众购药，为群众提供药事服务咨询的“第一服务站”，具有分布广、市场化程度高等特点。随着职工医保参保扩面的开展，职工医保个人账户的医保基金逐年增加，定点零售药店的数量也逐渐增加，对医保部门的监管提出了更高的要求。学界关于定点零售药店基金监管的研究较少，本文结合作者本地实践情况，梳理零售药店违规使用医保基金的稽查方法，简要分析存在的问题，并提出对策建议，以期为零售药店监管提供借鉴。

• 分析解读 •

▶ [医疗服务创新：让医保、医院双赢的新路径](#)（来源：村夫日记）

——第 17 页

【提要】自从美国实施了 DRG 之后，医院的压力逐步加大，开始寻求与急性期后服务的衔接，但由于支付方并没有严格的惩罚措施，尤其是再入院率和再急诊率一直维持在高位。随着平价医疗法案 (ACA) 的实施，医院受到了巨大的压力，这才推动了院外医疗服务创新的蓬勃发展。从模式上来看，医疗服务创新主要分为三类：独立日间手术中心部分替代医院的日间手术中心，应急医疗中心部分替代医院急诊室，快速诊所和在线问诊部分替代全科和专科诊所。

▶ [浅谈医院信息平台运维管理](#)（来源：MyComm）——第 22 页

【提要】随着时代的发展和中国的入世，医院信息化管理已成为衡量医院管理水平的标准之一，信息化管理已逐渐进入医疗卫生领域。根据中国卫生部的数据，目前全国有超过 90% 的医院在信息化建设方面有不同程度的投入，有 40% 的大中型医院尤其重视信息化建设，投入力度更大。即便如此，与信息化投入占医院总收入 2%~4% 的国际惯例相比，中国医院差距甚大，平均仅有 0.1% 左右。

• 带量采购 •

▶ [重磅！集采+DRG 联动降价，涉三大耗材](#)（来源：北京市医保局）

——第 28 页

【提要】5 月 10 日，北京医保局官网显示，首都医科大学附属北京

安贞医院、北京积水潭医院、首都医科大学附属北京天坛医院、中国医学科学院阜外医院、北京大学第三医院、首都医科大学宣武医院联合发布《关于我市第一批 DRG 付费和带量采购政策联动采购方案征求意见的通知》。《通知》指出，为充分发挥 CHS-DRG 付费改革对医疗机构使用集采医用耗材的导向作用，不断完善对医疗机构的激励约束机制，由北京市医疗机构组成医疗机构 DRG 联动采购集团，针对运动医学类、神经介入类、电生理类医用耗材制定了 DRG 付费和带量采购政策联动采购方案。

▶ [医保局发文，大批医院实行 DRG，器械「豁免」升温！](#)（来源：北京市医保局）——第 36 页

【提要】近日，北京市医保局发布《关于印发 2023 年北京市医疗保障重点工作的通知》，《通知》指出，要持续深化多元复合式医保支付方式改革。住院提速扩面推行 DRG 付费，将全市符合条件的二级及以上定点医疗机构全部纳入实际付费范围。完善新药新技术和特殊病例除外处理机制，深化 DRG 付费和带量采购政策联动管理。研究在部分紧密型医联体试行糖尿病、高血压等慢性病门诊按人头付费。

• 养老服务 •

▶ [老龄化背景下，医疗消费从“生存型”向“拓展型”转变](#)（来源：华夏时报）——第 40 页

【提要】围绕“健康”衍生的医疗服务需求与日俱增。在生存型阶段，医疗支出主要用于支付“生存型”医疗费用，例如药品、医院的就诊

服务等，随着“医疗服务”消费的升级，医疗消费不仅仅局限于原来模式，逐渐由“生存型”向“拓展型”消费转变，在养老、医疗美容、眼科、健康管理等更多细分赛道的潜在需求得到进一步释放，需求的拓宽与科技的赋能使得医疗服务的边界不断延伸。

▣ [养老服务专业人才成为“香饽饽”！福建卫职院积极探索人才培养模式](#)（来源：福建卫生报）——第 42 页

【提要】习近平总书记在党的二十大报告中提出：“实施积极应对人口老龄化国家战略，发展养老事业和养老产业，推动实现全体老年人享有基本养老服务。”在老龄化趋势和政策扶持的双重推动下，养老产业已成为黄金产业和朝阳产业。2019 年，福建卫生职业技术学院设立老年保健与管理专业。三年过去，首批毕业生陆续走上工作岗位，在养老服务这条路上，探索新的成长途经，为养老产业注入新活力。

• DRG/DIP 改革 •

▣ [DIP 改革下，医院优化医保管理的 3 项措施](#)（来源：中国医疗保险）——第 47 页

【提要】为配合《海南省 DIP/DRG 支付方式综合改革三年行动计划》及医院综合改革方案推进，2021 年 7 月，海南省某公立医院(以下简称 H 医院)形成了以“保质降费、规范诊疗、提高效能”为核心的按病种分值付费管理体系。本研究基于该院历史数据进行分析，以期 DIP 支付方式改革下医院高质量发展提供借鉴。

▣ [一文读懂 DRG 在我国的历史变迁](#)（来源：DRG 打工人）——第

56 页

【提要】关于 DRG 在中国发展的起源，大概可以追溯到 20 世纪 80 年代。医疗服务中有一个实际问题，即“如何比较出医疗服务提供者的优劣，以便作出适当的选择？”回答这个问题的最大困难在于，不同的医疗服务提供者之间收治病人的数量和类型不同，难以直接比较。为了应对这个困难，产生了“病例组合(Case-Mix)”的概念。

-----本期内容-----

· 医保快讯 ·

纠正医药不正之风 2023 年工作要点出炉！

今年国家医保局有哪些任务？

来源：国家卫健委

近日，国家卫健委、国家医保局等 14 部门印发《2023 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点》（下称《工作要点》）和《纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风部际联席工作机制成员单位及职责分工》（下称《职责分工》），全面部署今年的纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风各项工作。

纠正医药不正之风意义重大

医药购销领域和医疗服务中的行业风气直接关系到人民群众的健康权益和对医疗服务的切身感受。长期以来，党中央、国务院高度重视行风工作，要求行业部门切实落实行风治理责任。2023 年是全面贯彻落实党的二十大精神的关键之年，也是全面推进健康中国建设、实施“十四五”规划的关键一年。本次纠正医药不正之风相关文件的发布是机制调整到位后首次对纠风工作进行部署，对于做好今年的行业作风建设工作意义重大。

其中，《工作要点》明确了 2023 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作的总体要求，并从健全完善新时代纠风工作体系、

整治行业重点领域的不正之风问题、强化医保基金监督管理、深入治理医疗领域乱象、切实推进工作取得实效等五方面提出 13 条要求。

《职责分工》则主要包含纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风部际联席工作机制的职能、成员单位及工作架构、工作规则和工作要求以及成员单位职责等 4 项内容。重点是对纠风部际工作机制成员单位进行了调整，由原来的 9 个增加到 14 个部门，实现了医药购销领域和医疗服务中不正之风问题治理的全领域全覆盖。

今年国家医保局有哪些任务？

国家医保局自成立以来，一直作为纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风部际联席工作机制的成员单位之一，针对每年医药不正之风的主要特点和变化趋势，深入开展医保基金使用专项治理，强化医保基金监督管理，坚决守护好人民群众的“看病钱”“救命钱”。

根据《工作要点》，今年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点中与国家医保局有关的内容主要包括：

整治行业重点领域的不正之风问题

(六) 整治医药产品销售采购中的不正之风问题。重点是医药产品销售过程中，各级各类医药生产经营企业及与之关联的经销商、医药代表，以各种名义或形式实施“带金销售”，给予医疗机构从业人员回扣、假借各种形式向有关机构输送利益等不正之风问题；以及在药品、医用耗材集中带量采购中，不履行采购合同，包括拒绝执行集采中选结果、对中选产品进院设置障碍、采购高价非中选产品或临床可

替代产品、违规线下采购等问题。

强化医保基金监督管理

(七)加强医保基金规范管理及使用。聚焦重点科室、重点领域、重点监控药品和医保结算费用排名靠前的药品耗材,规范医保基金管理使用。持续开展打击虚假就医、医保药品倒卖等欺诈骗保行为。

(八)持续推进医药价格和招采信用评价。进一步加强与相关部门信息共享,根据司法机关以及行政部门认定的医药商业贿赂、垄断等案件事实,评定医药企业失信等级,采取信用风险警示、限制挂网等不同程度的处置约束措施,发挥医药集中采购市场的引导约束作用。

根据《职责分工》,国家医保局将负责持续推进医药价格和招采信用评价,推进药品和医用耗材集中采购;加强对纳入医疗保障基金支付范围的有关行为和医药费用的监督等;承担纠风部际工作机制交办的其他事项。

1. 推进医药价格和招采信用评价,推进药品和医用耗材集中采购

医药价格和招采信用评价制度是药品和医用耗材集中采购市场的基础性制度,对规范市场行为、净化交易环境、保障群众利益具有重要意义。国家医保局于2020年8月发布《关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》,提出建立信用评价目录清单、实行医药企业主动承诺制、建立失信信息报告记录渠道、开展医药企业信用评级等6项内容。制度实施以来,对于引导和规范医药产品集中采购市场,促进医药企业按照“公平、合理和诚实信用、质价相符”的原

则制定价格，进而促进医药产品价格合理回归发挥了重要作用。

第五批国家集中带量采购首次引用信用评价制度：在申报企业资质上增加上“申报企业未被列入当前《全国医药价格和招采失信企业风险警示名单》”；在竞标条件中，明确同品种申报企业“单位可比价”相同时，未被任意一省依据医药价格和招采信用评价制度评定为“中等”、“严重”或“特别严重”失信等级的企业优先；明确拟中选企业被所选省份依据医药价格和招采信用评价制度评定为“严重”或“特别严重”失信等级的”，该省份可以拒绝该中选企业。

随后开展的几批国家集采则在此基础上进一步增加了信用评价制度的应用力度和强度。如今年3月开标的第八批国家集采，不仅强化了企业“风险警示名单”和“违规名单”失信期间批文转让行为的约束，同时也畅通对围标、串标行为的举报渠道，鼓励相关企业在集采过程中积极主动提供围标、串标、弄虚作假等证据，规则制定上更加细节化、完善化，深度联动招采信用评价制度，进一步增强了企业遵守集采规则的责任意识和风险意识。

国家医保局官网“价格招采信用评价”专栏公布“严重”和“特别严重”失信的企业，以强化社会监督，加大警示力度。截至目前，国家医保局已经发布了5期价格招采信用评价“特别严重”和“严重”失信评定结果通报，共涉及26家企业，包括4家“特别严重”和22家“严重”。

2. 加强对纳入医疗保障基金支付范围的有关行为和医药费用的

监督

医保基金是百姓的“看病钱”“救命钱”，但是，医保基金使用主体多、链条长、风险点多、监管难度大。以医保基金使用主体为例，至少包括四大类：医保行政部门、医保经办机构、定点医药机构以及参保人。因此，欺诈骗保问题持续高发、频发，监管形势比较严峻。随着近些年医保基金监管工作的推进，医药机构“明目张胆”的骗保行为得到了有效遏制。今年的全国医疗保障工作会议也继续将其列为工作重点，要求：持续加大基金监管力度。开展基金监管安全规范年行动和医保反欺诈大数据监管试点。加大飞行检查力度，各级飞检力争实现辖区全覆盖。依托智慧医保赋能非现场监管。探索适应新型支付方式的监管机制。重点加强异地就医基金监管。

针对上述工作，今年以来国家医保局已经发布了多个重要政策。3月，《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》（以下简称《办法》）发布，聚焦飞行检查启动、检查、处理3个关键环节，重点细化了飞行检查适用范围、明确了检查要求、强化了对检查行为的监督管理等。

《办法》已于5月1日起正式实施。4月底，《2023年医保领域打击欺诈骗保专项整治工作方案》（以下简称《方案》）发布，明确在全国范围开展医保领域打击欺诈骗保专项整治工作，对“假病人”“假病情”“假票据”等欺诈骗保行为进行重点打击。具体从三个方面着力：一是聚焦骨科、血液净化、心血管内科、检查、检验、康复理疗等重点领域。二是聚焦医保结算费用排名靠前的重点药品、耗材（西药、

中成药、中药饮片、耗材各 30 个)，对其基金使用情况予以监测，对其他出现异常增长的药品、耗材等，也予以重点关注。三是聚焦虚假就医、医保药品倒卖等重点行为。对异地就医、门诊统筹政策实施后的易发高发违法违规行为，也专门提出工作要求。

[返回目录](#)

定点零售药店的医保基金监管怎么做？

来源：安徽省铜陵市义安区医疗保障管理服务中心

医保定点零售药店是方便群众购药，为群众提供药事服务咨询的“第一服务站”，具有分布广、市场化程度高等特点。随着职工医保参保护面的开展，职工医保个人账户的医保基金逐年增加，定点零售药店的数量也逐渐增加，对医保部门的监管提出了更高的要求。

学界关于定点零售药店基金监管的研究较少，本文结合作者本地实践情况，梳理零售药店违规使用医保基金的稽查方法，简要分析存在的问题，并提出对策建议，以期为零售药店监管提供借鉴。

通常，零售药店常见的违规问题主要有四类。

一是执业药师不在岗销售处方药或药师不按规定审方、验方。二是用医保卡结算与医药无关的日用品，或替非定点机构刷卡进行医保结算，如将保健品、生活用品串换成药品或器械类物品结算。三是将饮片类或其他生活用品笼统以“中药饮片”项目进行医保结算，没有将单味饮片按处方实际名称逐项录入系统。四是药品进销存不符，通过比对药品随货同行单及实际库存，如果销售系统药品进销存不符

(初库存数量+采购数量-销售数量-期末库存数量=差异量), 医保基金不予支付。

措施

稽查人员事前从医保系统导出所要检查时间段的医保结算明细, 查看药品经营质量管理规范(GSP)系统端口项目和医保项目匹配是否正确, 字段包含医保项目名称及编码、GSP端项目名称及编码、单价、规格、剂型等。事中检查药店是否有定点资质, 是否建立医保和药店相关管理制度(包括有无与经办机构签订协议、实际从业人员与报备在册人员一致), 是否符合《药品经营质量管理规范》规定, 零售药店采购药品与供货单位的随货同行单(票)是否票、账、货相符, 药店销售系统的库存与实际陈列药品数量是否相符, 执业药师是否为驻店药师。事后对违法违规问题分析建档, 跟踪检查落实整改到位。具体措施包括三方面。

1. 从资质管理方面检查

查看药店定点资质是一种最基本的检查方法。零售药店需悬挂五个证书, 即药品经营许可证、食品经营许可证、营业执照、医疗器械经营许可证、执业药师注册证。稽核人员从药店申请定点的报备资料、医保登录账号、药店机构代码及现场核对药品经营许可证, 查看药店名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围、执业药师的注册地址与执业地址是否与上报资料相符。对于零售药店执业药师不在岗销售处方药的, 约谈负责人责令整改; 对于执

业药师长期不在岗或挂证的药店，按照《药品流通监督管理办法》规定，由医保部门收集相关资料移交市场监督局处理，以便给出客观公正的鉴定意见。

2. 从基础管理方面检查

零售药店经营场所及周边药店布局情况检查。一是查看是否按规定设有布局合理的经营场地，在显著位置悬挂“定点零售药店”标识，在店面门头安装电子屏播放医保宣传标语，公布举报电话。二是查看是否建立符合协议管理要求的医保药械管理、医保人员管理、政策学习、统计信息管理和医保费用结算等基本制度的台账。三是按照药械经营质量管理规范要求，查看是否开展处方药与非处方药分类分区管理，有无“医保用药”标识和“现金结算”标识。四是药械是否统一明码标价，药师是否对处方药、甲类非处方药进行审核签字后再进行医保结算。

零售药店经营范围检查。稽核人员重点关注靶向药品、心血管药品、二类精神药品、含麻黄碱类复方制剂、进口药品、中药饮片、保健品等品种。每个品种抽取一个批次一两个规格进行追溯检查，要求零售药店提供药品的合法证明文件(包括生产企业资质、随货同行单、销售发票、进口药品注册证、“双通道”资质等)和销售记录，重点检查药店销售系统的药品入库记录是否与随货同行单数据一致，计算机系统库存与实际陈列药品数量是否一致。

如果实际库存少于计算机系统库存，说明该零售药店可能存在未经销

售系统直接销售药品、质量管理制度执行不力、药品追溯体系制度不健全等违法情形。例如，将医保不予以支付的项目串换成可以支付的项目在医保系统结算，或者只在医保系统直接结算，没有在销售系统做核减。对此，结合现场情节严重程度，依据签署的定点零售药店医疗保障服务协议，医保部门可解除协议，拒付违规费用，已经支付的予以追回，并有权扣除考核预留金，要求乙方支付违约金，并向社会公布。

如果实际库存多于计算机库存，应着重核查药品的购进数量、入库数量等，排除非法途径采购、回收药品等违法违规行。从销售系统中抽取药品进行检查时，除核查合法购进证明材料外，稽查人员重点检查药品有无采购、验收记录及相关人员对岗位职责的了解程度等。同时，将抽查延伸至销售记录，检查是否凭处方销售处方药或有无处方药销售记录，含麻黄碱类复方制剂销售是否符合含特殊药品的复方制剂相关规定，在销售系统是否设置了销售数量上限的预警和如实做好购药人或代购人身份证登记。

3. 从制度建设方面检查

根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等法律法规，医保经办机构与零售药店签订医疗保障服务协议，并按照零售药店规模和经营方式分档缴纳医保工作质量保证金。年终医保部门以单体店和连锁分店为单位，对零售药店进行质效考评、等次确定、奖惩授牌等。

建议

1. 进一步加大医保稽查力度

医保部门对零售药店进行日常检查、监督巡查，必要时可采取突击、延伸检查，加大医保基金支付稽核力度。对每次检查存在的问题汇总建档，以便跟踪检查直至整改落实到位。常见违规问题包括提供的医保结算服务与销售明细不符，经核实属于串换、转嫁项目结算以及超《定点零售药店医疗保障服务协议》支付范围结算等。

2. 创建专业稽核人才梯队

医保稽核工作本身具有复杂、繁重的特点，其专业领域可以延伸至不同医学细化分类。因此，稽核部门应加快创建专业人才梯队，广泛吸纳不同科室的执业医师、临床药剂师、医保业务人员、财务管理人员等人才，优化人员结构。对医保监督检查中遇到的难以界定的问题进行会审认定，定期总结分析典型案例，提高整体稽核团队的综合素质，为医保基金建立长效管理机制创造基础。同时，建立审核意见复议机制，保障定点医药机构工作人员的申诉权益，确保稽核结果的准确性，进一步提升稽核效率和质量。

3. 建立多部门联合稽核制度

基于建立医保基金监管长效机制的目标，医保部门可根据实际情况选择聘请第三方监管机构，通过飞行抽查的方式辅助稽核。第三方机构稽核经验丰富，数据分析能力强，能够对医药机构的医保政策实施情况、资质范围、服务情况、运营成本及管理情况等进行全面稽核。

稽核过程中可由医保部门稽核人员带队，第三方稽核人员共同参与，双方互为监督，确保稽核检查的全过程公开、公平、公正，切实规范基层医药机构的医疗服务行为，有效控制不合理费用增长。

4. 加强信息化建设

医保部门应加强定点零售药店的信息化、智能化、数据化建设，进一步完善医保智能监管子系统。将医药服务行为的数据采集、数据监管、数据分析等环节纳入智能稽核要点，为重点稽核、疑点稽核工作奠定监管基础，提升稽核管理工作的监管效率及质量。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

医疗服务创新：让医保、医院双赢的新路径

来源：村夫日记

虽然美国多头支付体系造成了碎片化的支付特征，但医疗服务的市场创新在近年来层出不穷。在持续创新的背后是支付方寻求昂贵服务的部分替代，成本替代是医疗服务创新的主要动力。

根据美国 CMS 公布的医疗年度开支统计，2021 年，美国医疗开支为 4.3 万亿美元，其中处方药开支为 6030 亿美元，药占比只有 14%。医院开支为 1.3 万亿美元，医生和诊疗的开支为 8646 亿美元，如果两者相加，服务(包含检查和耗材)的占比高达 51%。因此，美国医疗开支占到 GDP 的 19.5%，其中服务开支占比更大，对支付方的压力也

更强，支付方寻求低成本服务的动力也更高。

尽管看起来医疗服务创新是近 10 年来获得高增长的，但其发展已经过数十年，主要受到支付方式变革的驱动。自从美国实施了 DRG 之后，医院的压力逐步加大，开始寻求与急性期后服务的衔接，但由于支付方并没有严格的惩罚措施，尤其是再入院率和再急诊率一直维持在高位。随着平价医疗法案(ACA)的实施，医院受到了巨大的压力，这才推动了院外医疗服务创新的蓬勃发展。

从模式上来看，医疗服务创新主要分为三类：独立日间手术中心部分替代医院的日间手术中心，应急医疗中心部分替代医院急诊室，快速诊所和在线问诊部分替代全科和专科诊所。

首先，受到 DRG 实施的影响，医院为了在简单手术上大幅缩短住院时长和降低成本而推动了日间手术的发展。但医院的日间手术中心仍然极其昂贵，是独立日间手术中心(ASC)的 2-3 倍以上，ASC 择期手术的成本只有 15 美元/分钟，而医院门诊手术的成本为 40 美元/分钟。支付方持续推动病人从医院向独立门诊手术中心转移。根据 Medicare Payment Advisory Commission(MedPAC)的数据，2019 年，将近 60%的日间手术都是在 ASC 完成的，而 2010 年这一数据只有 48%。

ASC 是一个主要受到支付方驱动的市场，从 20 世纪 70 年代首次出现以来，ASC 获得了快速发展，不仅商业保险很快加入了对 ASC 的报销，联邦医保 Medicare 在 1982 年就将 ASC 纳入报销。截至 2018 年，ASC 的数量为 5717 家，其中消化科和眼科单一专科手术中心的

数量分别为 1071 和 1046，占比均为 21%。

表面上来看，ASC 的收入远低于医院，其持续扩张的动力不足，但如果考虑到利益主体的不同就能理解为什么医生愿意离开医院自己开设 ASC。Medicare 支付给 ASC 的费用分为两部分：ASC 本身和医生的费用。由于大部分 ASC 都是医生拥有的，拥有 ASC 的医生将获得大部分医保的赔付。因此，医生更愿意离开医院去自己开设 ASC，因为医生虽然在手术费用上的收入比医院低，但由于自身拥有 ASC，还可以获得支付给 ASC 的费用，两者相加会比在医院进行门诊手术获得的费用要高。

其次，美国急诊室的单次费用在 1000 美元以上，这成为所有支付方的一个大额开支，为了降低成本，应急医疗中心(urgent care)成为一个重要的替代者。应急医疗中心的定位是半个急诊室，旨在替代急诊室，解决非危急生命的问题以及一些常规疾病，比如骨折、急性感染、外伤、流感等。应急医疗中心配备的医生通常是基础医疗医生以及更资深的专科医生，服务人员的素质明显高于快速诊所。

应急医疗中心服务的价格是急诊室的 10%左右，可以代替急诊室治疗骨折、中耳炎、急性呼吸道感染等急性问题。应急医疗服务填补了在常规家庭医生和急诊室之间的服务空白，尤其弥补了节假日、非工作时段的急性问题的服务缺口。这些问题的风险和复杂程度通常超过了快速诊所可以治疗的范围。

最后，美国全科和专科的服务价格也很高，而且等待就诊时间也

较长，一些简单的轻症完全可以寻求低成本的替代，由此催生了快速诊所和在线诊疗。快速诊所的优势正是成本，服务提供者是执业护士（占 95%）或助理医师，这两者在美国同样素质很高，且能够满足小病需求，但用人成本低于医生，使得快速诊所模式存活和盈利的可能性都更高。

与快速诊所早期发展的时候针对个人自费用户已经完全不同，支付方已经认可了快速诊所在效率和降低成本上的价值，大部分快速诊所的费用可以被商业保险报销。而在线问诊也是同理，服务提供者主要是自由执业的专科和全科医生，就诊时长灵活不拘，无需像线下就诊那样预约，可以得到及时的服务。从价格来看，快速诊所的价格是普通全科的 1/2 左右，而在线问诊则是 1/3-1/2。

快速诊所运营趋势有两方面。一是标准化，快速诊所的运营方大都通过建立标准化的治疗流程来指导执业护士或助理医生进行治疗和用药，这样可以将风险降低。另一趋势则是与传统医疗机构的多层级合作，比如 Kroger 和医疗机构的纵向合作，以及 Walgreens 加入 ACO 的努力。这些措施一方面可以让快速诊所在遇到服务能力局限的时候，为用户寻找合适的转诊通道，一方面也通过更宽的服务时间和更方便的服务获得性，弥补传统医疗服务在布点和 service 时间上的不足。

因此，从市场整体来看，美国医疗服务创新蓬勃发展的主要动力来自成本替代，主要的趋势是院外替代院内。其中，最具完全替代能

力的是日间手术中心，因为就是技术和人才的平移，但仍然受到手术复杂度的限制。而最具成本优势的则是应急医疗中心，能以 1/10 的价格提供替代性的服务。不过，所有的替代都是部分的，毕竟医疗服务不是普通消费，其复杂度和技术能力要求仍然限制了院外的发展，但就趋势来看，成本替代将持续且长期推动医疗服务创新。

[返回目录](#)

浅谈医院信息平台运维管理

来源：MyComm

1. 信息技术发展给医院带来的挑战

随着时代的发展和中国的入世，医院信息化管理已成为衡量医院管理水平的标准之一，信息化管理已逐渐进入医疗卫生领域。根据中国卫生部的数据，目前全国有超过 90% 的医院在信息化建设方面有不同程度的投入，有 40% 的大中型医院尤其重视信息化建设，投入力度更大。即便如此，与信息化投入占医院总收入 2%~4% 的国际惯例相比，中国医院差距甚大，平均仅有 0.1% 左右。

不同于别的行业，医院信息化不能止步于内部应用。按照目前国内普遍认同的划分方法，医院信息化一般要经历三个阶段：以人财物为中心的医院管理信息系统、以病人为中心的临床信息系统、以社区服务为中心的局域医疗卫生服务体系。

这些综合信息管理系统建立确保了医院信息化建设的正常开展，但如此多的系统如何有效管理成为医疗信息化的新课题，只有让众多

综合信息系统良好运行才能保障医院正常提供各项医疗服务。随着 IT 技术的高速发展，医院信息化建设从基础网络建设，应用系统建设，逐步进入了一个应用和网络融合发展，网络和应用系统复杂度和规模不断成熟和扩大的时期，迫切需要通过有效地科学的管理，通过充分发挥历年建设的 IT 基础设施的作用，体现出 IT 技术能够推动组织的对外服务水平，不断提升服务质量从而为医院带来巨大效益。

2. 医院 IT 环境的复杂性及其问题

我国的医疗信息化正处在立足于医院管理信息系统，并向以病人为中心的临床信息系统发展的阶段，临床信息系统仍是行业内关注医疗信息化时的重点。在过去十年里，在卫生部等领导机构的支持下，我国医疗行业的 CIS 系统建设已经步入了一个以开发采用 C/S 结构或 B/S 结构和 GUI 界面为主要标志的阶段。

而对于大部分医院而言，由于资金、信息化认知等众多原因，医院信息化建设并没有进行整体和长期的发展规划，而是有着随医院医疗业务的不断发展和医疗信息化技术的不断进步，逐步增加、逐步完善医院信息化的特点。这就导致了医院信息化环境日趋复杂。以下问题是医院 IT 环境日趋复杂的直观体现：

1) 计算机和网络等各类基础设施来自于多年来各种项目的建设，其资源信息分散，记录不完整，难以随时了解每台设备的各种详细信息，如使用、维修保养情况。众多的软件系统为多年来逐步实施，有自己研发的、所在地医保配套的、软件公司开发的，多种多样，具体

应用分布分散，较难实现对各信息系统的运行状况进行全面统计、分析、判断。管理人员很难及时、全面地了解 IT 资源使用情况，系统管理决策能力不足。

2) 没有明确的职责分工。对于大型信息管理系统，都不可能只由某一个人进行维护，而在多人组成的维护团队中，由于没有明确的职责分工，每个人好像什么都管，又好像什么都不管。没有人对问题进行跟踪，出了问题到最后可能是谁都不管。

3) 没有制定维护优先级制度。在遇到一些问题集中发生时，没有合理地设定一个问题优先级，往往按照先后顺序来响应，对一些后发生而相对重要的事情，可能会延误。

4) 统计信息反馈不及时。不能及时得到详实的统计信息，每个人各自记各自的，书写不规范，难免有遗漏，并造成统计困难。

5) 无法进行故障的分析和预测。由于没有对故障进行记录和分类，无法对已发的故障进行分析，不能采取措施避免同类故障的再次发生，更不能发现潜在的故障

6) 对维护人员的工作没办法量化，也就无法进行合理的考核。无法衡量维护人的绩效，无法评估在系统维护中的投入产出情况。

7) 没有维护数据库，信息无法及时保存和共享。由于没有对维护知识和经验进行整理和共享，使得故障处理方法只由当时的维护人员掌握，相同的故障由不同的人员处理时还是从头开始，降低了工作效率。若关键岗位人员离职会影响工作的正常进行。

3. 医院信息化平台运维管理体系建设需求

随着医院业务和医疗信息化的不断发展,大部分医院实现了通过电子分诊、电子发药等 IT 系统开展医疗业务。利用这些业务系统,有效地减少了患者的等待时间,加速了患者的就医流程,在一定程度上缓解"就医难"的问题。实施电子档案也为区域医疗信息的共享互认提供了条件,为缓解"看病贵"提供了解决问题的基础,依靠网络与电子系统作业,提高了工作效率,帮助病人节省了各个环节的等待时间。在此基础上,医院对网络与业务系统的安全、稳定运行提出了更高的要求。如果业务中断或暂停将会造成非常严重的后果,因此医院最为核心关注的问题之一就是如何保障医院临床业务的 7X24 小时不间断、稳定的运行。随着医疗业务的不断扩展,医院信息系统越来越复杂,医疗业务对信息系统的依赖程度也越来越紧密,信息系统的任何波动,都会直接影响到业务的正常开展;信息系统如果崩溃,对于医疗业务的影响将是致命的因此,如何清晰的掌握系统的运行情况,把可能出现的故障消灭在萌芽状态,通过和学规范的管理保证医院信息网络的稳定运行,为医院的核心业务提供可靠的技术支持服务,让业务部门满意,同时让医院信息部门的工作人员从忙于'救火'的角色中解脱,这是医院信息部门面对的问题。

IT 产业和信息化应用已经步入了深化、整合、转型和创新的关键时期,信息技术与信息系统对医院组织形态、治理结构、管理体制、运作流程的影响日益深化;医院对信息技术和信息系统的依赖性在日

益加强；信息系统的安全、管理、风险与控制成为日益突出的问题；IT 与业务应用的融合，是未来发展的核心；信息化应用的关键是持续性、创造价值、风险与控制、整合、绩效管理。在这种发展时期，各种目光都聚焦在治理、审计、服务管理、风险与控制、安全等领域。这些领域正在为 IT 产业和信息化开辟新的天地，成为 IT 产业和信息化在健康规范的轨道上运行的制度保障。

各个医院都希望自己的 IT 系统能够 5X8 或 724 小时不间断运行，从而确保其上所承载的医疗业务系统正常使用。为了保证 IT 基础设施整体全天候无故障运行的目标，需要构成这些系统的各软、硬件设施都能发挥其应有的作用。建立统一技术、统一管理的 IT 服务管理平台 and 统一的运维管理机制，透过规范化的管理流程和运维组织模式，实现对 IT 基础设施的集中监控和对 IT 资源的合理使用，为业务系统提供端到端的 IT 服务，从而提高 IT 服务管理质量和运维服务质量。

4. 医院信息平台运维管理体系的搭建方法

医疗行业信息化运维管理需求和其他行业类似，同样是业务系统和 IT 基础设施的管理和服务。医院信息平台运维管理体系的搭建，总体上来说，应遵循下面的步骤：

- 1) 确定体系内容。

- 2) 结合医院信息化运维现状和医疗资源约束条件或规划目标，形成重点突出、切实可行的管理策略。

3) 定期回顾医疗业务的发展，持续改善。

5. 建立医院信息平台运维管理体系的要素法

医院信息平台 IT 基础设施：此部分为医院信息平台运维管理的最基础环节，同时也是所有 IT 服务的最核心对象，主要包括主机系统(终端、服务器、操作系统)、存储系统(DAS/NAS/SAN 等)、网络环境(基础网络, 内外网环境、Internet 等)、安全环境(防火墙、IDS/IPS、流量控制、防毒防攻击等)、业务系统(HIS/LIS/PACS/EMR 等) 中间件、数据库环境以及各种设备及系统的配置参数。

日常运维管理的核心内容：主要是指基于 CMDB(配置管理数据库) 进行 IT 环境的事件、问题、变更、发布、配置等服务行为进行统一的管理。为了能够保障上述服务行为的有效执行，必须从两个方面进行保障：全面的监测体系、流程控制。

日常运维管理的目标：通过有效的运维管理实现医院信息化的三大目标：保障 IT 系统的稳定运行及效率、从容应对各类紧急事件、合理的 IT 系统架构设计。

6. 医院信息资源统一监控平台系统架构及技术实现

1) 系统逻辑架构

从软件体系结构角度看，系统可以分为以下四层：

A: 数据采集与代理：本层由各种协议适配器构成，向上层提供统一的接口访问管理协议栈(SNP/CMIP/TL1 等)，获取管理信息(包括事件信息、日志信息、性能信息和拓扑信息等)，并在初始发现时作为

驱动模块构建信息模型。

B:数据汇聚:对底层数据采集的数据进行统一的描述,组织为管理信息库。向上提供一个统一的管理语义和调用接口。使得各个业务模块面对统一的数据模型,使得对资源的管理方式一致并处于单一的可控路径下,方便对资源进行权限管理,互斥访问等操作,使得面向事务的并发管理成为可能。

C:数据处理层:专注于管理业务的实现,不再关心底层协议的差异性。响应前台应用的请求,完成数据查询,处理等功能:

D:数据展现层:前台界面,从数据处理层得到数据加以显示。是管理员与网络管理系统的接口。

2) 架构设计思路

按照功能需求规格来决定主要软件模块的划分。将整个软件系统分为四层:数据采集层,数据抽象层,数据处理层和数据表现层:每一层的功能依托于下一层的实现,一般不作跨越功能层次的调用。

利用分布式总线实现各个模块之间的通信。模块之间通过接口,利用消息总线进行互操作。

总体设计上先决定功能模块,然后按照功能模块设计其服务接口:按照功能模块特点和数据流量以及流向决定其部署方式和通信方式:按照性能需求和对移植性、开发强度的综合考虑决定中间件和对象服务的选型。

随着网络技术的飞速发展和医疗行业信息化建设的深入,医疗信

息化在医疗行业的应用越来越多，应用越来越复杂。医疗业务对信息化的依赖性越来越高。医院信息部门的压力也越来越大。“管好网络、管好机房、管好应用”，这看起来似乎是信息服务部门最基本任务，做起来却越来越棘手。一方面信息部门的员工疲于奔命；另一方面，业务部门并不满意。这对矛盾在医疗行业信息服务中越来越突出，医院信息平台的运维管理就是把医疗信息化与业务相结合。

在今后的医疗信息化发展过程中，医院信息运维管理要结合我国医院业务的实际情况，建立医院信息服务管理流程，将医院信息服务管理流程化，使信息部门在处理问题时，变被动为主动。从而确保信息服务流程能为医院的业务运作提供更好的技术和服 务支持，提高信息部门的服务效率。

[返回目录](#)

· 带量采购 ·

重磅！集采+DRG 联动降价，涉三大耗材

来源：北京市医保局

DRG 与集采开启联动模式，一种新的耗材降价机制生成了。

1、DRG+集采联动：运动医学、神经介入、电生理

5 月 10 日，北京医保局官网显示，首都医科大学附属北京安贞医院、北京积水潭医院、首都医科大学附属北京天坛医院、中国医学科学院阜外医院、北京大学第三医院、首都医科大学宣武医院联合发

布《关于我市第一批 DRG 付费和带量采购政策联动采购方案征求意见的通知》(以下简称《通知》)。



关于我市第一批 DRG 付费和带量采购政策联动采购方案征求意见的通知

日期: 2023-05-10 来源:

分享 收藏 打印

《通知》指出,为充分发挥 CHS-DRG 付费改革对医疗机构使用集采医用耗材的导向作用,不断完善对医疗机构的激励约束机制,由北京市医疗机构组成医疗机构 DRG 联动采购集团,针对运动医学类、神经介入类、电生理类医用耗材制定了 DRG 付费和带量采购政策联动采购方案,现就方案内容公开征求意见,请各相关单位于 2023 年 5 月 14 日前将意见和建议反馈至指定邮箱。

中国医学装备协会副秘书长兼学术交流与教育培训部主任杨建龙表示,目前一些特殊的耗材市场价格比较高,所涉及的病种整体费用超出了 DRG 的支付标准,增加了医疗机构医保控费的压力。北京这次通过 DRG 和带量采购联动,将这几类耗材的价格合理降下来,有利于推行 DRG 付费机制。

根据征求意见稿,全市医保定点医疗机构均可作为采购主体参加本次 DRG 联动采购,采购周期 1 年,以中选结果实际执行日起计算。

其中，神经介入类弹簧圈 DRG 联动采购范围为获批的上市神经介入类弹簧圈产品(包括但不限于以国家医保耗材编码 C020516065 前 10 位开头)，采购方式为带量联动方式。

报价上限如下：

1. 外省市带量采购中选产品。产品在外省市带量采购项目中选，其中选价格作为该产品报价上限，如存在两个及以上外省市中选价格，取低作为该产品报价上限。

2. 外省市带量采购非中选产品。以其他产品中选价格中位值作为其报价上限。

采购需求量方面，医疗机构结合产品申报价、临床使用状况、医疗技术进步等因素，从有意愿参加 DRG 联动采购的企业中选择产品，并填报每个产品未来一年的采购需求量，填报总量不得低于 2021 年实际采购量的 90%。医疗机构采购需求量的 90%作为意向采购量。

中选及二次分配规则如下：

申报企业针对采购主体的意向采购量，结合自身供应能力，进行供应意向确认。对于申报企业确认供应的，即为中选产品，并形成相应的分包任务量。对于申报企业拒绝供应的，对应意向采购量作为待分配量，由采购主体重新分配给其他中选产品，原则上企业不可拒绝供应。

其余耗材的 DRG 联动采购范围为获批的上市运动医学类、神经介入类、电生理类医用耗材产品，采购方式为带量谈判方式。其中“颅内支架-覆膜支架”只进行价格谈判不带量。

具体产品包括：

序号	耗材类别	品种名称	包括但不限于医用耗材代码 (前10位)
1	电生理	房间隔穿刺鞘	C020101052
2	电生理	电生理导管鞘	C020102015
3	电生理	房间隔穿刺针	C020103026
4	电生理	体表定位参考电极	C020104021
5	电生理	灌注管路	C020105010
6	电生理	电定位诊断导管	C020108004
7	电生理	磁定位诊断导管	C020109004
8	电生理	心内超声导管	C020110004
9	电生理	电定位治疗导管	C020112004
10	电生理	磁定位治疗导管	C020113004
11	电生理	冷冻治疗导管	C020114004
12	运动医学	带线锚钉	C030101076
13	神经介入	颅内支架	C020501001
14	神经介入	血流导向密网支架	C020519001

DRG 联动采购组参考临床使用实际、DRG 付费分组特点、市场价格水平等因素，针对不同谈判分组分别制定谈判降幅，谈判降幅分为入门降幅和达标降幅两档，对应获得不同比例的需求量。

参考同一谈判分组中所有产品的历史采购价(产品 2021 年在各市各医疗机构的采购加权均价)中位值，制定该谈判分组中所有产品的最高有效报价。

拟中选规则方面，依据企业报价(对于企业报价仍有较大下降空

间的产品，DRG 联动采购组启动价格谈判程序，确认企业最终报价)，计算报价降幅 $((\text{最高有效报价}-\text{企业报价})/\text{最高有效报价}\times 100\%)$ 。报价降幅达到入门降幅及以上确定为拟中选产品，报价降幅小于入门降幅则谈判失败。报价降幅达到入门降幅但小于达标降幅，获得自身采购需求量的 60%，报价降幅达到达标降幅及以上获得自身采购需求量的 90%。

产品谈判降幅及获量比例

序号	耗材类别	谈判分组	最高有效报价 (元)	入门降幅	达标降幅	入门获得需求量比例	达标获得需求量比例	不带量降幅
1	电生理	磁定位环形诊断导管-固定直径	17617	30%	50%	60%	90%	-
2		磁定位环形诊断导管-可变直径	30475	30%	40%	60%	90%	-
3		磁定位压力感应治疗单弯导管 -12 孔 (不含 12 孔) 以上	32505	10%	20%	60%	90%	

序号	耗材类别	谈判分组	最高有效报价 (元)	入门降幅	达标降幅	入门获得需求量比例	达标获得需求量比例	不带量降幅
44		聚醚醚酮 (PEEK)	7938	40%	50%	60%	90%	-
45		复合材料	9119	40%	50%	60%	90%	-
46	神经介入	裸支架	40871	25%	35%	60%	90%	-
47		裸支架-基础组	24090	20%	30%	60%	90%	-
48		覆膜支架	118500	-				20%
49		血流导向密网支架	155835	15%	30%	60%	90%	-

中选及二次分配规则如下：

拟中选产品经公示无异议后确定为中选产品。谈判失败产品需求量的 90%和未达到达标降幅产品需求量的 30%作为待分配需求量，由采购主体进行二次分配，二次分配须选择同一谈判分组内降幅达到达标降幅的中选产品并全部分配完成。

据观察，上述三类耗材整体国产占比都比较低，技术门槛较高，价格也相对较高。其中，心脏介入电生理类耗材此前启动了 27 省联盟集采，平均降价 49.35%，降幅相对温和。运动医学、神经介入类耗材集采尚未大规模覆盖。河南近期开展了神经介入、外周介入两类医用耗材集采，平均降幅 53.6%。运动医学的历史采购数据填报工作 3 月已经启动，有望登上第四批国采名单。

2、两大政策，“左右互搏”

对于全国耗材市场而言，DRG/DIP 改革与带量采购在过去几年中掀起了一场指数级变革风暴。在新的医保支付方式下，耗材在医院端的角色陡然转变，从盈利中心走向成本中心后，耗材性价比成为医疗机构的一大考量。带量采购则直接向耗材价格水分出手，致使大批耗材价格跳水。

在 DRG/DIP 改革与耗材带量采购相继推进的过程中，两者也在实现联动。

CHS-DRG 付费规则方面，《通知》规定，对于 DRG 联动采购涉及的主要 DRG 病组，在全市范围内推行实际付费，首年不因产品降价而降低病组支付标准，并根据产品是否参与 DRG 联动采购、谈判降幅和任务量完成等情况，通过不同 DRG 结余比例奖励政策，与医疗机构共

享结余。次年起根据实际运行情况启动支付标准调整工作。

医改专家徐毓才表示，针对 CHS-DRG 与带量采购联动降价可以让医疗机构在集采和 DRG 中同时受益。例如，此次北京市的文件指出，首年不因产品降价而降低病组支付标准，这意味着医疗机构的结余可能会增加，有助于激发其参与的积极性。

这不是 DRG 与集采的首次对接。

为确保冠脉支架集采工作顺利推进，北京市此前曾对冠脉支架医保报销标准进行调整，并开展对冠脉支架置入参保人员住院费用按国家医保疾病诊断相关分组 (CHS-DRG) 付费。支付标准方面，以该市近年费用为参考，将冠脉支架集采降价所节约的医保基金计入病组支付标准，并综合考虑相关手术项目价格调整等因素，确定病组支付标准为 59483 元。

DRG 付费国家试点技术指导组组长、北京市医疗保障局医保中心主任郑杰曾向媒体介绍，2021 年，北京通过冠脉支架带量采购，每个支架降低了 1 万元，仅冠脉支架植入这一个病组，北京市医院实现差额盈余 5.5 亿，全部返给医院，很多医院得到了实惠。

地方层面对于 DRG、集采联动方面的探索各有不同。例如，河南安阳此前规定，使用集采耗材返还医疗机构集采后结余医保资金的 50%。其中，将心脏支架集采后结余的医保资金按 50% 支付给医疗机构，2021 年度清算返还医疗机构结余资金 877 万元。

3、顶级大三甲联合组织更注重医疗机构感受

此次《通知》的发布机构为北京六家顶级大三甲：首都医科大学附属北京安贞医院、北京积水潭医院、首都医科大学附属北京天坛医院、中国医学科学院阜外医院、北京大学第三医院、首都医科大学宣武医院。

对此徐毓才表示，医疗机构在耗材使用方面的专业化程度更高，对于降幅区间的判断将更为精准，从企业的角度出发，这也算得上“好消息”。

徐毓才认为，在通过联动采购将医用耗材价格降下去的同时，医疗服务价格也需要适时进行相应调整，否则将挫伤医疗机构参与改革的积极性，甚至还会影响医疗机构的正常运营。

2022年7月，国家医保局发布了《国家医疗保障局办公室关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》，明确指出，要正确处理医疗服务价格和医药集中采购的关系。其中，耗材在医疗服务价格项目外单独收费的，虚高价格经集中采购挤出水分后，相关定价偏低的项目优先纳入价格动态调整范围，必要时可实施专项调整。

截至目前，国家组织高值耗材带量采购已开展三轮，分别对冠脉支架、人工关节、脊柱类耗材进行集采。按照“十四五”时期全民医疗保障发展主要目标，到2025年各省国家和省级高值医用耗材集中带量采购品种达5类以上，

徐毓才认为，此次北京市选择针对运动医学类、神经介入类、电生理类医用耗材进行联动采购，其目的或为针对国家集采进行扩围，

以朝着“十四五”制定的目标靠近。目前距离“十四五”结束已经不足两年，如果此次北京的联动采购取得显著成果，不排除进一步推广的可能性。

“DRG+带量采购”是否能产生 1+1>2 的效果，还需时间验证，但有一点是确信的——一场围绕降本控费的降价多维联动体系正在形成。

[返回目录](#)

医保局发文，大批医院实行 DRG，器械「豁免」升温！

来源：北京市医保局

DRG/DIP 改革全速铺开，创新器械“开口”。

01、二级及以上定点医疗机构，全部纳入 DRG 实际付费范围

近日，北京市医保局发布《关于印发 2023 年北京市医疗保障重点工作的通知》（以下简称《通知》）。



北京市医疗保障局关于印发2023年北京市医疗保障重点工作的通知

《通知》指出，要持续深化多元复合式医保支付方式改革。住院提速扩面推行 DRG 付费，将全市符合条件的二级及以上定点医疗机构全部纳入实际付费范围。完善新药新技术和特殊病例除外处理机制，

深化 DRG 付费和带量采购政策联动管理。研究在部分紧密型医联体试行糖尿病、高血压等慢性病门诊按人头付费。

持续优化医保总额预算管理新模式。完善总额预算管理(BJ-GBI)费用预算清算机制，强化 BJ-GBI 质量评价，发挥以质量为核心的医保价值支付作用。做好与 DRG 付费、按人头付费等支付方式的有效衔接，做好与集中采购、国家谈判药品等政策的高效联动。

提升智能监管，推进 DRG 等支付方式改革的智能审核监控，适时探索对长期护理保险的智能审核监控。

当前，全国 DRG/DIP 支付方式改革如火如荼，部分试点地区已提前完成三年行动计划相关任务。

广东省医保局去年发文称，广州、深圳、珠海、汕头、佛山、河源等 6 个试点城市已完成国家 DIP、DRG 试点任务，在先期启动的试点城市不断巩固改革成果的基础上，其余市 2022 年全部开展 DIP 支付方式改革，将提前两年实现全覆盖。

1.抓统筹地区全面覆盖。在2019-2021年试点基础上，按2022年、2023年、2024年三年进度安排。以省（自治区、直辖市）为单位，分别启动不少于40%、30%、30%的统筹地区开展DRG/DIP支付方式改革并实际付费。鼓励以省（自治区、直辖市）为单位提前完成统筹地区全覆盖任务。

2.抓医疗机构全面覆盖。统筹地区启动DRG/DIP付费改革工作后，按三年安排实现符合条件的开展住院服务的医疗机构全面覆盖，每年进度应分别不低于40%、30%、30%，2024年启动地区须于两年内完成。

3.抓病种全面覆盖（原则上达到90%）。统筹地区启动DRG/DIP付费改革工作后，按三年安排实现DRG/DIP付费医疗机构病种全面覆盖，每年进度应分别不低于70%、80%、90%，2024年启动地区须于两年内完成，鼓励入组率达到90%以上。

4.抓医保基金全面覆盖（原则上达到70%）。统筹地区启动DRG/DIP付费改革工作后，按三年安排实现DRG/DIP付费医保基金支出占统筹区内住院医保基金支出达到70%，每年进度应分别不低于30%、50%、70%，2024年启动地区须于两年内完成，鼓励超过70%的基金总额预算覆盖率。

河北省医保局研究出台《河北省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动推进方案》，计划 2022 年底实现全省所有统筹区全覆盖，2023 年底

实现开展住院服务的定点医疗机构全覆盖，提前一年完成国家改革任务。

《上海市 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划实施方案(2022-2024 年)》提出，2022 年实现 DRG/DIP 付费医保基金支出占住院医保基金支出达到 70%，提前 2 年完成国家医保基金全面覆盖任务。同步探索居民基本医疗保险 DRG/DIP 付费，2022 年开展可行性研究，2023 年开展试点，2024 年面上推广。

根据国家医保局此前发布的《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》。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。

02、创新器械，留出“三年”时间窗口

DRG/DIP 支付方式改革中，药品、耗材由医院的盈利项变为成本项。医院发展模式骤变之下，新药、新技术的发展成为需要特殊关注的一环。

去年 7 月，北京市医保局发布《关于印发 CHS-DRG 付费新药新技术除外支付管理办法的通知(试行)》，决定试行 CHS-DRG 付费新药新技术除外支付管理办法。

根据试行办法，药品及医疗器械申报需要符合“三年内(指含申报年度及之前的两个自然年度，下同)经药监部门批准上市的新通用

名药品/医疗器械；三年内因增加功能主治或适应症发生重大变化的药品；三年内新纳入国家医保药品目录的药品；三年内由于价格调整新增的可另行收费的医疗器械”，“临床效果较传统药品/医疗器械有较大提升”，“全市累计基本医疗保险参保人员病例达到 50 例以上，罕见病不受例数限制”等限制条件。

尽管申报条件颇为严格，除外支付政策的出台依然给创新产品打开了窗口，一时之间成为关注焦点。

今年 3 月，国家医保局公开《对十三届全国人大五次会议第 3298 号建议的答复》，其中肯定了北京、河北邯郸等地方医保部门在试点工作中探索建立的 CHS-DRG 付费支持医疗新技术有关机制。

据了解，河北邯郸明确了付费异常高值和异常低值的病组可按项目付费，确定特殊治疗、特殊用药，高值耗材的清单，可以不纳入 DRG 分组，确保全覆盖。

除上述地区外，佛山、徐州、三明、杭州、日照等多地也出台了相关举措，探索特殊支付政策配套方案。例如，杭州市对试点医院因开展达芬奇机器人手术、TAVI、飞秒、TOMO 等项目导致个别病例费用高于病组均费的情况，对医院追加补偿。佛山、徐州针对极高费用病例以及特需服务项目实施豁免支付；三明市针对部分医用耗材实行除外清单制度。

根据国家医保局制定发布的《国家医疗保障疾病诊断相关分组 (CHS-DRG) 分组与付费技术规范》。针对已在医保经办备案的新技术

项目，技术规范明确可暂先按项目付费执行一年后，再根据数据进行测算，修订该病种分组的支付标准。针对疑难重症，技术规范明确可提高疑难重症 DRG 组的权重值，降低轻症 DRG 组的权重值。

[返回目录](#)

• 养老服务 •

老龄化背景下，医疗消费从“生存型”向“拓展型”转变

来源：华夏时报

在老龄化这一大背景下，全球医疗服务产业呈现出向更高附加值、更广年龄跨度发展的趋势。

医疗美容、慢病管理、健康管理、辅助生殖等高附加值的医疗服务不断涌现，口腔与眼科医疗等传统领域的高端化选择日益丰富；在社会等一系列因素的作用下，植发、医疗美容、眼科、体检等领域向相对较低年龄群体的渗透程度加深。

围绕“健康”衍生的医疗服务需求与日俱增。在生存型阶段，医疗支出主要用于支付“生存型”医疗费用，例如药品、医院的就诊服务等，随着“医疗服务”消费的升级，医疗消费不仅仅局限于原来模式，逐渐由“生存型”向“拓展型”消费转变，在养老、医疗美容、眼科、健康管理等更多细分赛道的潜在需求得到进一步释放，需求的拓宽与科技的赋能使得医疗服务的边界不断延伸。

此外，老年人相较于中青年在未来对于医疗服务的需求更加急

迫，特别是老龄社会长寿但亚健康的局面将更加普遍。因此，围绕“银发经济”布局的相关医疗服务产业有更加广阔的发展前景，将诞生更多新兴细分赛道的市场机会。

一位在上海从事养老机构运营的创业者告诉《华夏时报》记者，针对中国超过 90%的老人居家养老的现状，上海目前更倾向于以养老机构为核心，来向周边社区和居民提供一些“家床”养老服务。目前上海有一百多家类似的试点单位。

和以往带有公益性质的供给不同，机构作为服务提供方，服务相对规范化和专业化，其次，养老服务往往偏向于重资产投入，利用好里面的硬件条件，优势是分散的社会组织无法提供的。

从上海主推的模式来看，“家床”服务是一个完全市场化的行为，很大一部分由用户自费，政府在里面做一些指导监管，跟社区和政府部门的角色其实不会有太多交叉。不过，上述创业者强调，社区的帮助对于机构获客非常重要，这背后隐藏着巨大的信任成本。

日本在 1971 年便进入老龄化社会，经过 50 年的发展，目前日本 65 岁以上人口比重高达近 30%，位列全球第一，因此日本社会在医疗设施、医疗服务等方面均开展了适老化改造，培育起了规模庞大的养老服务产业，以保障社会稳定。

王昕博士提到，日本养老的先进性体现在养老制度及养老模式两个方面。在养老制度上，为保障养老金支付能力，日本采用“三支柱”模式养老体系框架，优化保险金构成，以此来提升支付能力。日本养

老金由“公共年金+私人年金”两者结合以满足消费者日益增长的多层次、高品质、安全稳健的长期养老保障需求。

同时，日本通过法律的强制手段使得日本养老服务的需求得到保障。例如，介护保险作为其最为重要的制度设计之一，为疾病、年老或丧失日常生活能力的老年人提供照护费用或照护服务。自2000年日本开始实行《介护保险法》以来，一大批家用医疗器械、康复器械、远程医疗及护理服务等企业开始提供专业化养老服务。

在养老模式上，日本采用“居家养老为主、机构养老为辅”的养老模式，通过精细化运作确保居民老有所养。居家养老是日本最大的细分市场，日本居家护理服务种类多达14种，包括居家养老的老人需要相应的远程医疗、社区健康等多项服务。

[返回目录](#)

养老服务专业人才成为“香饽饽”！

福建卫职院积极探索人才培养模式

来源：福建卫生报

习近平总书记在党的二十大报告中提出：“实施积极应对人口老龄化国家战略，发展养老事业和养老产业，推动实现全体老年人享有基本养老服务。”在老龄化趋势和政策扶持的双重推动下，养老产业已成为黄金产业和朝阳产业。

2019年，福建卫生职业技术学院设立老年保健与管理专业。三年过去，首批毕业生陆续走上工作岗位，在养老服务这条路上，探索

新的成长途经，为养老产业注入新活力。

年轻人就职于养老机构、养老行业需要复合型人才

每天上午，在福州国德老年医院，76岁的狄爷爷都会来到康复医学科治疗部，找康复治疗师助理汤振元进行理疗。汤振元帮狄爷爷在多个器械上训练，一套下来大约50分钟。这样的理疗已经持续了半年。

狄爷爷的儿子狄先生说，父亲有认知障碍，过去总不愿意动。经过半年多的康复训练，父亲有明显的变化，起床的时候不用那么费力，从床上转到轮椅上时，手臂也有力量了。

汤振元是福建卫职院首届老年保健与管理专业的毕业生。2021年10月来到国德实习。之后，由于表现优异，他通过国德的试用期，顺利入职，成为康复治疗师助理。

福州国德老年医院教科科科长倪捷告诉记者，国德是多所院校养老相关专业的实习实践基地，也与院校合办养老产业学院。其他院校大多偏向老年服务，而卫职院偏向保健与预防，学生们学习的专业有交叉，就更好用。在她印象中，卫职院的毕业生学习能力强，主动性强，所以，实习后留下的人较多。首届老年保健与管理班就留下了5人。

这一点，国德养老服务集团董事长郑新国也深有感触。在养老专业浸淫了二十余年，他认为，从事这个行业，首先得对养老这个行业有理解，其次要有服务意识，还要具备老年护理、康复、管理等专业

的知识，养老机构是综合性机构，尤其需要交叉复合型人才。

据了解，2019级老年保健与管理专业的47名学生已全部就业，90%以上的学生与养老机构、社区养老中心、老年大学、老年产品生产经营企业等单位签订了就业协议，主要从事照护培训师、文娱策划师、老年健康管理、老年产品营销、适老化改造、老年教育培训等工作；也有毕业生已经成为企业的管理人员。

00后成为管理者、管理队伍趋向专业化、年轻化

入职半年后，00后的蔡俊渠晋升为厦门的泰康之家鹭园康复医院的科教管理员，负责实习护理师等人员的培训、带教和实习生管理工作。

蔡俊渠说，他在一线岗位工作了6个月后，因为有理论基础支撑，企业也给了他很多外出学习的机会。

一年的时间，蔡俊渠拿下了1+N中级证书、健康管理师高级证书、养老护理师高级证书。这些也都为他晋升为管理人员添加了筹码。

据了解，过去，养老机构的管理人员一般都是在养老机构深耕多年，或者有病房管理经验的人员。随着养老产业模式趋向于专业化、智能化，这一传统也在悄然发生变化。

在泰康之家鹭园康复医院，入住的长者平均年龄为81岁，管理人员的平均年龄为41岁，其中90后以上的有2位。

院长郭之通告诉记者：“卫职院的这批毕业生有医学基础，能胜任护理师、养老管家等多个岗位。针对这批‘青春养老人’，泰康有

一整套针对性的培养机制。只要踏实肯干，有敬畏心，这批‘青春养老人’将有机会进入管理岗，大有可为！”

福建和映信息技术有限公司是一家健康产业数字化运营服务企业，不久前，就向第二批老年保健与管理专业毕业生投出橄榄枝，培养目标是企业管理人员。总经理张传法告诉记者，如今，养老服务已经不再仅仅是喂饭、擦身等基础工作，未来的养老模式更趋向于智能化、数字化兼顾个性化。

他认为，产业发展的新模式，需要有一定理论背景的年轻人，他们在工作一线熟悉业务和流程后，一定能很快进入管理岗位，为产业人才体系的壮大奠定良好基础。

发挥医学院校优势、探索跨专业人才培养模式

常说“老小老小”，其实护理老人比小孩更难，老人有一定的生活阅历、思想意识，个体差异大，身体状况也不尽相同，服务更难做。要更好地照护老人，就需要了解老年人的一些社会学特点及心理特点等。因此，开设有临床医学、康复医学、护理等医学专业的院校在发展老年相关专业方面具有独特的优势。

有一次，老师带来了着装式偏瘫护理模拟装置、着装式老年行动模拟装置等，让学生们“自己感受老化”。汤振元回忆，走楼梯时，还有同学不小心摔倒了。那也是他第一次对将来要服务的群体的躯体乃至心理有了粗浅的认识。

老年保健与管理专业带头人、福建卫职院教务处副处长李淼淼老

师说：“这种教学形式，就是为了让学生体验老年人由于身体机能老化、偏瘫所带来的生理和心理问题，能帮助他们换位思考，理解服务需求，也进一步加深了对专业的理解，从而提供更为人性化的服务。”

探索复合型人才的培养模式，也体现在课程设置上。

李淼淼介绍，卫职院老年保健与管理专业的课程，不仅包括老年政策法规、老年运动保健、老年营养膳食等专业基础课程，还包括老年人沟通技巧、老年健康管理、老年人活动策划组织、养老机构运营管理等专业核心课程，以及老年居住环境评估、智慧养老等专业拓展课程。这些都是为了让学生不仅获得专业技能，也能成为德技兼备的高素质人才。

校企合作，共同育人入选省级高职院校产业学院试点项目

学校还积极与当地养老机构合作，通过“工学结合，联合培养”的方式，培养专业化的养老服务人员，提高在岗人员的专业素质。

学校在学生入学的第一和第二学年分别安排了教学见习，在两周的时间里，学生要住在养老机构，近距离接触老年人，学习工作人员如何照护和管理。也正是见习期后，很多学生对专业才有了基本的认识。

余梦婷说，见习后，她发现这份工作远比想象中更加复杂琐碎。养老机构的带教老师们耐心地与同学沟通和引导，带着同学们深入社区看望孤寡老人，这才让余梦婷渐渐地克服了畏难情绪。老人脸上的阳光，照进了她心里，也让她体会到了老保专业的意义：老年照护不

仅是一份技术活，更是一份良心活！

学校和养老机构之间建立长期的研究合作，也有助于发挥各自优势，资源互补。目前，学校有老年保健与管理专业实习实训基地 8 个。不久前，福建卫职院与福建中和医养护联健康管理公司共建的“中和康养产业学院”在鼓楼区华大街道揭牌，该项目还入选了省级高职院校产业学院试点项目。

今年 2 月，福建省老年事业促进会老年居家照护专业委员会成立。委员会挂靠福建卫职院，这也将进一步加快人才专业化、体系化培养，增强养老职业的荣誉感和社会地位。

福建卫职院护理学院院长龚海蓉说：“老年保健与管理专业是学院重点发展的专业，我们一直致力于为养老行业培养德技兼备的专业人才。护理学院将继续深化校企合作，探索多元化人才培养路径，为养老行业培养新人才，注入新活力，为我国养老事业的发展贡献力量。”

[返回目录](#)

• DRG/DIP 改革 •

DIP 改革下，医院优化医保管理的 3 项措施

来源：中国医疗保险

按病种分值付费 (Diagnosis-Intervention Packet, DIP) 是基于“随机”与“均值”的经济学原理和大数据理论，通过海量病案数据

发现疾病与治疗之间的内在规律与关联关系，对数据特征进行提取组合，并将区域内各病种治疗的资源消耗均值与全样本资源消耗均值进行比对，形成病种组合分值，集聚为 DIP 病种组合目录库。医保付费方在总额预算机制下，根据年度医保支付的总额、医保支付的比例以及各医疗机构病例的总分值计算分值，通过病种组合分值和点值形成支付标准，对医疗机构的病例实现标准化支付。

为配合《海南省 DIP/DRG 支付方式综合改革三年行动计划》及医院综合改革方案推进，2021 年 7 月，海南省某公立医院(以下简称 H 医院)形成了以“保质降费、规范诊疗、提高效能”为核心的按病种分值付费管理体系。本研究基于该院历史数据进行分析，以期为 DIP 支付方式改革下医院高质量发展提供借鉴。

医保管理现状

1. 医务人员对 DIP 认知情况

为激发医务人员的参与积极性，H 医院医保部对全院进行 DIP 专题培训 7 场共计 2700 余人次，并分组到 51 个临床科室巡讲。培训后发放调查问卷 100 份，回收有效问卷 98 份。回收的问卷中初级职称者 6 人，占 6.12%；中级职称 44 人，占比 44.9%。高级职称 48 人，占比 48.98%。

医务人员对 DIP 支付方式改革认知情况见表 1。从调研结果看，医务人员对 DIP 支付方式改革知晓率在 60%以上，基本了解按病种分值付费的概念和原理。92.86%的医务人员知晓医疗服务成本的来源，

但对科室的调整方向仅有 67.35%的知晓率，病案首页与结算清单的区别知晓率仅有 63.27%。

表1 医务人员对DIP支付方式改革的认知情况(n=98)

题号	问题	知晓率
1	本院实施的医保支付方式改革方式是哪种?(单选题)	(84/98)85.71%
2	DIP的概念是什么?(单选题)	(70/98)71.43%
3	DIP的分组原则是什么?	(76/98)77.55%
4	DIP的使用范围是什么?(单选题)	(62/98)63.27%
5	DIP的分组依据是什么?(单选题)	(72/98)73.47%
6	DIP的控费机制是什么?(单选题)	(81/98)82.65%
7	DIP的全部内容和指标来源是什么?(单选题)	(71/98)72.45%
8	您是否知道病案首页与医保结算清单的区别是什么?	(62/98)63.27%
9	DIP付费后医疗服务成本有哪些?(单选题)	(91/98)92.86%
10	DIP付费下科室的调整方向是什么?(单选题)	(66/98)67.35%

表2 医务人员对DIP的认识途径及培训需求(n=98)

题号	题目(多选题)	占比
医务人员对DIP的认知途径有哪些?		
1	①培训	(90/98)91.84%
	②听说	(52/98)53.06%
	③文件学习	(73/98)74.49%
您希望通过何种方式与途径进一步学习DIP相关政策?		
2	①文件学习	(75/98)76.53%
	②专题院级培训	(66/98)67.35%
	③专题科室培训	(77/98)78.57%

医务人员对DIP的认识途径及培训需求见表2。医务人员对DIP支付方式的认识91.84%来源于培训，74.49%来源于下发的文件学习。在培训需求方面，可能由于临床科教研工作业务量大且DIP专业性强，75%以上的医务人员更倾向于开展专题科室培训以及文件学习。

2. 病案首页质控情况

对 H 医院病案室 2021 年 5 月病案首页诊断督查表显示, 自查 200 份病例中, 首页医生填写正确病历数(即无 A 类问题的病历数)127 份, 即医生填写正确病历率为 63.5%。自查结果提示既往临床病案书写与编码不规范, 医生在书写诊断时顺序以“总一分一并发症”结构填写, 操作则按执行操作的时间顺序填报, 或者漏报有创操作。例如, 维持性透析患者内瘘感染入院手术处理后出院首页诊断书写顺序为“慢性肾脏病 5 期—慢性肾小球肾炎—肾性贫血—肾性高血压—继发性甲状旁腺功能亢进—人工动静脉造口感染—高尿酸血症”, 对本次住院消耗资源最多的“人工动静脉造口感染”排到了其他诊断的第 5 位, 手术操作为“人工血管取出术”, 与主要诊断不匹配。此类不规范的病案填写将导致区域内病种无法集聚集形成该病种的目录组合, 待 DIP 分组结果发布时出现病种操作完全消失, 或者融合到其他病种(操作)中, 使病种分值被稀释。

3. 医院现行单病种支付情况

在医保支付方式改革模拟运行阶段前, 为做好海南省城镇从业、城乡居民的基本医疗保险政策配套工作, 医保局对城镇从业、城乡居民两类险种实施按病种付费及支付标准进行支付。据此, 本院对《海南省医疗保障局关于明确城镇从业、城乡居民基本医疗保险实行按病种付费相关工作的通知》(琼医保〔2021〕215 号)所公布的 100 个单病种报销费用进行分析, 发现病种定价整体偏低, 通过对比海南省 3 年住院患者平均费用, 排除 4 个无对比数据的病种(混合痔、面瘫、

卵巢良性肿瘤、产钳助产分娩)，对剩余 96 个病种进行分析，结果显示仅 15 个病种在医保支付后有盈余，其余 81 个病种的医保支付价格低于全省历史实际发生住院次均费用，平均差价达到 72%，提示付费的“引致效应”将体现在异化医疗行为，导致部分病种消失。因此，病种定价应尊重历史数据，结合成本定价及专家意见等多维度考量。同时，医疗机构应与医保局保持良性沟通，提出合理建议，共同构建协商谈判机制，推进改革平稳运行。

优化医保管理的措施

1. 强化临床路径管理，控制不合理费用增长

表3 H医院2019年—2021年临床路径管理病种开展情况

时间	入组率(%)	完成率(%)	变异率(%)
2019年	56.73	89.16	10.80
2020年	55.50	89.61	10.34
2021年	54.49	89.49	10.41

自 2010 年起，临床路径作为公立医院改革的重要内容正式启动至今，H 医院已开展临床路径 150 个病种，具体开展情况见表 3。表 3 显示，临床路径管理病种开展情况符合《关于进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见》的要求。通过对照 2019 年国家卫生健康委员会发布修订的病种临床路径，H 医院已开展的 150 个病种临床路径管理中，有 54 病种在诊断操作中可进行模糊匹配，其余无法匹配原因可能是统计口径取数与国家病种临床路径数据统计存在偏差导致。H 医院已开展的临床路径病种报表管理使用临床诊断名称，而非使用全国统一的《疾病分类代码国家临床版 2.0》和《手术操作

分类代码国家临床版 2.0》名称及编码归口，无法精准匹配。今后的数据应用统计仍存在差异性，如临床书写“阑尾炎”，而修订的病种目录库中有两个名称“急性单纯性阑尾炎”和“急性化脓性阑尾炎”，无法对照匹配。另有部分病种如“老年性白内障”，由于缺乏操作编码，无法匹配目录库中的两种不同手术方式。此外，因病种临床路径使用人工为主、智能为辅的入组方式，导致部分病种入组率低，整体入组率无法提升。通过使用病案首页诊断+操作编码，以智能为主、人工为辅的方式入组，优化操作界面等举措，便于数据提取和应用分析，有利于医疗机构优化病种结构，促进学科发展。

2. 加强病案质控管理，提升病案填报精准率

按病种分值付费的基础和核心是病种组合，分组数据来源于病案首页或医保结算清单中的诊断、操作名称和编码。因此，规范病案首页填写决定了病案能否正确入组。根据 2011 年《卫生部关于修订住院病案首页的通知》，要求主要诊断填报均以患者出院过程中对身体健康危害最大，花费医疗资源最多，住院时间最长的疾病作为主要诊断，手术操作及编码为本次住院的主要手术和操作编码，2021 年发布的国家医保结算清单填报要求与其一致。

准确的病案填报是 DIP 支付数据提取的基础，通过人机协作将病案质控进行全流程闭环管理可有效提高病历首页质量。临床医生是闭环管理的起始站，通过在临床科室开展多轮病案首页编码规则培训，对新入职、转科等临床医师进行专场强化病历规范书写及编码知识培

训，加强编码人员与临床医生交流沟通，提高病案首页填报准确率。在环节质控中，通过人机协作设定条件对病案进行质控，力求客观同质，通过系统对质控反馈至科室及个人，在系统中提交整改方案后再次评价，最终进行考核形成闭环。

3. 规范单病种临床路径，实现医院节能增效

随着支付方式的革新，传统的创收项目如药品、耗材、检查检验等变为运营成本，促使医院通过优化流程、提高技术、规范临床路径来控制成本。因此，“节能增效”是应对DIP支付方式改革的重要策略，单病种开展临床路径管理可减少同病种差异，有效降低平均住院日和减少住院费用。

以老年性白内障为例，对比2019年—2021年病种开展情况、效率指标和经济学指标，完成率达到较满意的效果，平均住院日从3.15日降至2.68日。平均住院费用中，除2019年未入路径管理的患者费用略低于完成路径管理的患者，2020年和2021年均高于完成路径管理的患者。平均药费显示，路径完成的患者费用低于未入路径管理的患者，表明临床科室导入路径管理后能在保障医疗质量和安全情况下，对常见的单一病种进行有效费用管理(见表4)。

通过以上措施，H医院在费用管理、能级效率方面得到显著提升。2022年，该院住院患者次均费用1.72万元同比下降1.53%平均住院日7.74日，同比下降3.13%；医院CMI值1.20，同比上升9.09%。指标趋向优化，医保基金模拟运行职工医保初始支付率可达110.9%，

居民医保初始支付率可达 112.15%，基金质量稳步上升。

表4 老年性白内障临床路径管理关键指标对比

时间	入组率 (%)	完成率 (%)	平均住院日 (天)	路径完成患者平均住院费用 (元)	未导入路径患者平均住院费用 (元)	路径完成患者平均药费 (元)	未入路径患者平均药费 (元)
2019年	1.71	53.85	3.15	6170.50	6119.28	685.74	998.44
2020年	0.83	100.00	3.17	5970.92	6337.14	424.42	681.21
2021年	25.03	88.50	2.68	5823.46	6682.14	263.82	495.44

建议

1. 完善院内制度建设，建立多方协调机制

医保支付方式改革倒逼医院变革运营模式，医疗机构要以此为契机，不断提升改革意识，完善改革制度，建立起以领导牵头、部门落实的改革机制。同时，医保支付方式改革工作内容涉及医保、病案、信息及临床等多部门，医疗机构必须建立多方协调机制。医院医保部一方面应建立与医保局及经办机构的良性沟通渠道，发挥专业优势，积极参与医保政策制定、分值论证及特病单议，共建反馈申诉机制。另一方面，以科室为单位，通过信息系统对其收治病种组合进行分析，提示科室调整病种收治结构立足综合医院定位，着力收治疑难病种提高 CMI 值，发展新技术，提高核心竞争力。

2. 强化部门业务培训，充分发挥协同效应

医务人员是医疗机构的主体，针对其知识薄弱点加强对医务人员病案书写、支付方式改革政策要点及成本核算、运营等方面培训，可使其充分认识医保支付方式改革对医院的影响，培养主动适应和科学

应对意识。医务部与相关临床科室制定单病种临床路径，优化诊疗方案，规范医疗行为，将病种路径及费用管理纳入绩效考核。同时，通过信息化建设进行费用及路径管理，强调预防性控制为主的原则，设置事前、事中干预或信息提示，在医疗端口体现费用预核算，管理端进行病种关键指标统计分析以达到费用管理目的。此外，加强病案质量管理，完善住院病案首页的信息内容，统一疾病诊断和手术编码，确保统计的数据信息具有一致性和完整性是DIP支付方式改革的关键。

3. 加强单病种质量管理，提高病种收益

医院现行医保支付方式以按项目付费为主，多劳多得的绩效导向促使服务量增加，模糊病种成本，易造成过度诊疗和医疗资源浪费，甚至重复收费、分解收费等违规行为。按病种分值付费根据病种资源消耗情况赋予分值，然后按支付标准对医疗机构进行支付，其“结余留用、合理超支分担”的支付原则限制了医院增收，促使医院进行全面预算管理和全成本管控。推动临床路径管理虽然可以规范医疗行为，减少过度诊疗，但临床路径是以循证医学为基础，其处置流程及管理过于固化，医疗自主被限制导致推行困难，更适用于单病种质量管理。而在DIP支付方式下，医院应通过作业成本测算病种的过程成本，降低可控成本和优化病种结构来提高病种收益。

4. 补齐信息建设短板，提升数据治理水平

医疗机构在医保支付方式改革形势下，通过全面预算管理，以信

息平台为基础实施数据互联互通，补齐信息化建设短板，将数据“要素”转化为数据“资源”，创新应用医疗大数据于医疗机构运营管理，构建 5G 场景下的数字化医疗结构运营管理体系，为适应改革平稳过渡奠定基石。比如，在单病种质量管理中，通过加强信息化建设，合理指导日间手术、缩短平均住院日，加速床位周转，控制不合理药费和检查费等措施，可有效降低医疗能耗，减轻患者医疗负担。但在并发症和合并症存在的情况下，单病种付费不能对医疗总费用形成遏制，此类病种可应用 DIP 分组原理，通过大数据拟合聚集，数据变异校正，院内组织科室协商复核，得出接近真实客观的病种各项费用成本，从而推导病种临床路径，进行费用管理。

综上所述，只有以医保支付改革为契机，激发医疗机构内生动力提质增效，加强学科建设，才能推动医院高质量发展，使医疗服务更规范，医保基金更安全有效地支付，参保人员得到精准医疗服务，医疗服务费用更合理，实现 DIP 支付方式改革的预期效果。

[返回目录](#)

一文读懂 DRG 在我国的历史变迁

来源：DRG 打工人

关于 DRG 在中国发展的起源，大概可以追溯到 20 世纪 80 年代。医疗服务中有一个实际问题，即“如何比较出医疗服务提供者的优劣，以便作出适当的选择？”回答这个问题的最大困难在于，不同的医疗服务提供者之间收治病人的数量和类型不同，难以直接比较。为

了应对这个困难，产生了“病例组合(Case-Mix)”的概念。

“病例组合”将临床过程相近和(或)资源消耗相当的病例分类组合成为若干个组别，组与组之间制定不同的“权重(Weight)”反映各组的特征。于是，同组之间的病例可以直接比较，不同组的病例经过权重的调整后再进行比较。至 20 世纪 60 年代，涌现出多种有风险调整功能的病例组合工具，在医疗服务管理中应用最为广泛的当数 DRG。

作为众多“病例组合”中的一种，DRG 分组的基本理念是：疾病类型不同，应该区分开；同类病例但治疗方式不同，亦应区分开；同类病例同类治疗方式，但病例个体特征不同，也应区分开。而且，DRG 关注的是“临床过程”和“资源消耗”两个维度，分组结果要保障同一个 DRG 内的病例临床过程相似，资源消耗相近。为了实现上述分组理念，疾病类型通过疾病的“诊断”来辨别；治疗方式通过“手术或操作”来区分；病例个体特征则利用病例的年龄、性别、出生体重(新生儿病例)、其它诊断尤其是合并症、并发症等变量来反映。

从本质上讲，DRG 既能用于支付管理，也能用于预算管理，还能用于质量管理，是一套“医疗管理的工具”。基于人口基数大和老龄化的国情，中国的改革者在看到了 DRG 给美国医院带来的变化和冲击后，自 20 世纪 80 年代末也开始关注 DRG 并进行大规模的研究：

探索时期

1988 年 8 月，北京市成立医院管理研究所，首任所长黄慧英在

建所之初就明确了要跟踪国外研究动向，将 DRG 作为研究目标，探索建立“科学地评价医院投入产出、合理控制医疗费用、推动医疗服务质量不断提高的有效方法”。

黄慧英及张修梅等老一辈专家牵头组织北京地区 10 个大型医院开展了中国首个大规模的 DRG 研究。当时，中国尚未建立住院病历首页报告制度，计算机信息技术手段还不发达，需要克服很多困难和障碍。

课题组成员研究决定从每份住院病历中摘录 140 个数据项，每个大医院提供 1 万份病历，共摘录 10 万份出院病历、1400 多万个数据变量，参照美国 AP-DRGs 进行了 DRG 分类方案的可行性研究，并在此基础上研究影响我国出院病例住院时间和费用的因素。

历经 4 年多时间，课题组于 1994 年发表了一系列研究文章，并形成《DRGs 在北京地区医院管理可行性研究论文集》，使中国有了首批 DRG 研究成果。此项研究为此后中国开发自己的 DRG 系统在技术上奠定了基础，指明了方向。但由于缺乏能够应用于 DRG 分组和开展相关分析的电子数据，1994 年以后的 10 年间，中国没有出现大规模的 DRG 相关研究。

新生与发展

时间进入 21 世纪，国内对 DRG 的研究再度兴起，特别是在 2009 年，中共中央国务院发布了关于深化医药卫生体制改革的意见，新医改中明确提出要以医院管理和电子病历为重点，大力推进医院信息化

建设，困扰 DRG 研发及应用的电子数据问题在政策层面得以解决。

在这段时间里，DRG 在中国的研究迎来了大飞跃：

2000 年，张力等人从临床诊疗分型的基础上提出“四型三线”的病例组合方式，旨在建立病例质量管理指标体系。

2003 年，蔡乐应用 AID 算法对云南省综合性医院 39 万病例进行 DRG 分组研究，最后得出了 592 个病例组合。

2004 年，北京开展对 DRG 分组器的模拟和验证工作。

2008 年，基于北京地区特点的“北京版诊断相关组 (BJ-DRG) 分组器开发完成。

2011 年，北京市人力资源和社会保障局启动 DRG 付费试点工作，北京成为国内首个推行 DRG 付费试点的城市。

2015 年，原国家卫计委指定北京市公共卫生信息中心开展全国 DRG 研究与推广工作，等效建立 CN-DRG 分组方案(2014 版)。

2016 年，国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知中显示，深化医保支付方式改革，“健全医保支付机制和利益调控机制，实行精细化管理，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力。全面推行按病种付费为主，按人头、按床日、总额预付等多种支付方式相结合的复合型付费方式，鼓励实行按疾病诊断相关分组付费 (DRGs) 方式。对住院医疗服务主要按病种付费、按疾病诊断相关分组付费或按床日付费；对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与高血压、糖尿病、血液透析等慢

病管理相结合；对一些复杂病例和门诊费用可按项目付费、按人头付费。有条件的地区可将点数法与预算管理、按病种付费等相结合，促进医疗机构之间有序竞争和资源合理配置。”同时，2016年以来，CN-DRG 迅速被广东、陕西、辽宁等 30 多个省市的卫计委和医保管理机构采用，开展 DRG 付费试点工作。

2017 年，《国务院办公厅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）要求推进按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费国家试点，探索建立 DRG 付费体系；同年，原国家卫计委在深圳召开按疾病诊断相关分组 (DRG) 收付费改革启动会，深圳和新疆的克拉玛依、福建的三明被列为 C-DRG 三个试点城市。

在国内 DRG 研究取得重大成果的同时，不可避免的又出现了新的问题：这些 DRG 分组版本由于顶层设计没有达成一致，全国性实践操作存在困难，影响力在一定程度上十分有限。国家医保局的组建改变了这一现状。

医保局统一设计，DRG 支付改革驶入快车道

国家医疗保障局是国内 DRG 支付改革的重要“推动者”，承担着重要的历史使命。

2018 年 12 月，国家医疗保障局首次发布了决定组织开展按疾病诊断相关分组 (DRGs) 付费国家试点申报工作的通知。

2019 年 5 月，国家医保局召开疾病诊断相关分组 (DRG) 付费国家试点工作视频会议，确定 30 个试点城市，正式启动 DRG 付费国家试

点工作;6月,国家医疗保障局公布通知,确定北京、天津、上海等全国30个城市为按疾病诊断相关分组付费(DRG)国家试点城市;10月,国家医疗保障局印发了《关于印发疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点技术规范和分组方案的通知》,正式公布了《国家医疗保障DRG分组与付费技术规范》(以下简称《技术规范》)和《国家医疗保障DRG(CHS-DRG)分组方案》两个技术标准。CHS-DRG的制定,标志着我国DRG付费国家试点顶层设计的完成。

2020年《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》要求大力推进大数据应用,推广按疾病诊断相关分组付费;3月,2019年医疗保障事业发展统计快报发布,据该“快报”显示,全国97.5%的统筹区实行了医保付费总额控制,86.3%的统筹区开展了按病种付费。30个城市纳入了国家CHS-DRG付费试点范围。60%以上的统筹区开展对长期、慢性病住院医疗服务按床日付费,并探索对基层医疗服务按人头付费与慢性病管理相结合;6月,国家医保局下发了《医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)细分组方案(1.0版)》(以下简称《CHS-DRG细分组方案》),并要求各试点城市参考CHS-DRG细分组的分组结果、合并症并发症/严重合并症并发症表、分组规则、命名格式等,制定本地的DRG细分组方案,并在8月31日前向DRG付费国家试点技术指导组提交评估报告;7月,国务院办公厅发布《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》提出,深化医保支付方式改革,加强医保对医疗和医药的激励约束作用。当前,全国多

个省市已开展 DRG 管理模式;11 月,国家医疗保障局办公室《关于贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准的通知》发布,贯彻执行信息业务编码标准工作。

2021 年 4 月,国家医疗保障局办公室发布《关于印发按疾病诊断相关分组(DRG)付费医疗保障经办管理规程(试行)的通知》;11 月,国家医疗保障局发布《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》,通知以加快建立管用高效的医保支付机制为目标,分期分批加快推进,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。完善工作机制,加强基础建设,协同推进医疗机构配套改革,全面完成以 DRG/DIP 为重点的支付方式改革任务,全面建立全国统一、上下联动、内外协同、标准规范、管用高效的医保支付新机制。

2022 年 7 月 26 日,国家医保局、财政部发布《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》,提出鼓励地方探索 DRG/DIP 等医保支付方式改革在异地就医结算中的应用,引导定点医疗机构合理诊疗。

2023 年 3 月 9 日,2022 年医疗保障事业发展统计快报公布,据该“快报”显示,2022 年,206 个统筹地区实现 DRG/DIP 支付方式改

革实际付费。实际付费地区中，按 DRG/DIP 付费的定点医疗机构达到 52%，病种覆盖范围达到 78%，按 DRG/DIP 付费的医保基金支出占统筹地区内医保基金住院支出比例达到 77%。

在政策的助力下，各地区各级公立医院也在积极应对 DRG 改革，基于 DRG 开展起新一轮精细化管理升级之路，在病案管理、成本管控、绩效管理、信息化建设等方面都在不断提升管理能力，保障在 DRG 改革中实现医院的可持续发展。相关政策保驾护航，各级主管部门持续重视，各地医疗机构积极应对，DRG 支付方式改革势必将成为我国深化医改和公立医院综合改革的重要助推力。

[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
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858