

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第21期

(2023.05.22-2023.05.28)

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，直接跳转具体内容。)

• 分析解读 •

▶ [DRG/DIP 付费下医院如何管理医保结算“亏损”？](#) (来源：誉方医管) ——第 7 页

【提要】以 DRG/DIP 改革为核心的医保支付方式改革，其主要目的就是要引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制，转向更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重体现医疗服务技术价值。面对医保支付方式的转变，一些没有及时转变管理理念和管理方式的医院可能出现暂时“亏损”，面对这种情况，医院要怎样做才能“扭亏为盈”呢？

▶ [耗材“医保通用名”来了！给医院带来 5 大变化](#) (来源：医学界智库) ——第 14 页

【提要】2023 年 5 月 19 日，国家医保局接连发布 3 份文件，一石激起千层浪。《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知(征求意见稿)(以下简称《征求意见稿》)》、《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知(征求意见稿)》公开征求意见》、《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知(征求意见稿)》的情况说明(以下简称《征求意见稿说明》)》，这 3 份文件意味着 2023 年 5 月 28 日征求意见结束，医保医用耗材治理进入

了新阶段，对生产及渠道供应商和医院及医生都将带来重大影响。

· 养老服务 ·

▣ [首届北京养老服务行业发展四季青论坛举办 最新居家养老需求调研结果发布 近九成老年人倾向于居家养老](#)（来源：北京青年报）

——第 20 页

【提要】5月24日，首届北京养老服务行业发展四季青论坛成功召开。本届论坛以“让专业养老服务走进寻常百姓家”为主题，各界共话养老行业发展。北京青年报记者从论坛上获悉，创新居家养老服务模式试点将进一步扩大覆盖范围，2023年底计划覆盖东西城共计32个街道。综合为老服务平台“北京养老服务网”和小程序预计今年6月上线，老年人和家属查询养老机构和相关服务可“货比三家”。会上还发布了最新的北京市老年人居家养老服务需求调研结果，近九成的受访老年人倾向于居家养老，近四成老年人在用餐方面存在一定困难。

▣ [共建养老服务网，让老有所依](#)（来源：光明日报）——第 26 页

【提要】日前，中办、国办印发《关于推进基本养老服务体系建设建设的意见》（以下简称《意见》），聚焦老年人在养老服务方面的急难愁盼问题，强调加快建成覆盖全体老年人、权责清晰、保障适度、可持续的基本养老服务体系，不断增强老年人的获得感、幸福感、安全感。

《意见》明确了基本养老服务的具体目标、工作原则、重点任务，对实现老有所养、老有所依做出重要的基础性制度安排，是我国养老服

务发展史上的重要里程碑。

• SPD 管理 •

▶ [国药器械张锋：精益、集约、数智是 SPD 管理发展核心](#)（来源：中国经济网）——第 29 页

【提要】日前，第 87 届中国国际医疗器械博览会（下称“CMEF”）在国家会展中心（上海）开幕。中国医疗器械有限公司数字化技术部部长、北京国药新创科技发展有限公司总经理张锋接受中国经济网采访时指出，医疗物资管理 SPD 模式顺应医改方向，正在改变国内传统医疗物资管理体系。医疗机构可通过 SPD 物流供应链体系建设、信息化建设和相关设施改进，建立完善的医用耗材物流供应保障体系。在此背景下，精益、集约、数智是 SPD 管理模式面向未来的主要方向。国药器械将持续推动 SPD 管理模式向精益化提质增效，规模化集约协同，数智化转型赋能方向全面发展。

▶ [公立医院密集招标，SPD 爆发期来了](#)（来源：中国政府采购网）——第 33 页

【提要】随着各项降本控费相关机制的铺开，医院的盈利模式被逐渐扭转，传统的供应链管理已无法满足需求，SPD 模式应运而生。在科学化、智能化 SPD 模式运营下，公立医院的精细化管理“最后一公里”正在被彻底打通。

• 集中采购 •

▶ [全国中成药集采正式启动、规则有变](#)（来源：中国医疗保险）——第 37 页

【提要】全国中成药集采发布正式文件，16 个采购组 42 个产品 30 个联盟地区的报量公布；此外，中选规则有变——降幅要求出现调整。紧随其后的大概率是现场开标、分配采购量，公示拟中选结果，公布中选结果，执行中选结果等。后续，各联盟地区可能还会就购销协议、药品配送、未中选药品价格调整、医保支付标准等事项发布相关文件。

▶ [建立激励约束机制，让谈判药品真正落地](#)（来源：中国医疗保险）——第 45 页

【提要】自 2018 年国家启动药品谈判以来，越来越多的好药纳入医保支付。为了让群众真正买得到、用得上谈判药品，各地持续优化落地政策，如将谈判药品纳入“双通道”管理，将医院配备执行情况与其 DRG 点数付费评价结果挂钩，通过压实地方政府部门责任，督促各级医保部门指导辖区内医疗机构及时采购、合理使用谈判药品等。以浙江省 2022 年情况为例，全省医保谈判药品累计报销 1344.1 万人次，医保基金支付 64.2 亿元，分别较上年增长 62% 和 38%；其中“双通道”零售药店累计报销 222.3 万人次，医保基金支付 23.9 亿元，较上年增长 103% 和 54%。

• 医保基金监管 •

▶ [解读 | 国家医保局加强医保基金“两库”建设，怎么建？](#)（来源：

华中科技大学) ——第 49 页

【提要】国家医疗保障局 5 月 15 日发布《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0 版)》，这是继 2022 年 4 月国家医保局印发《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法(试行)》(以下简称“两库”)之后，其历经学术论证、业务论证和行业论证，面向社会正式公开的医保监管规则内容架构和目录，标志着医保基金监管在向着智能化、透明化、自动化的道路上迈出了坚实的一步，在医保治理现代进程中具有重要标志意义，备受行业和社会公众所关注。

▶ [加强医保基金监管，智能化手段或成关键利器？](#) (来源：金豆数据) ——第 58 页

【提要】医保基金是医疗的重要支付方，对于保障其安全稳定运行，近年来医保部门多举措并行。在 5 月 18 日的国务院新闻办公室举行“权威部门话开局”系列主题新闻发布会上，国家医疗保障局局长胡静林就提到，医保基金是人民群众的“救命钱”，国家医保局始终将加强医保基金监管、维护基金安全作为首要任务，严厉打击各种违规违法使用医保基金的行为，绝不让医保基金成为“唐僧肉”。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

DRG/DIP 付费下医院如何管理医保结算“亏损”？

来源：誉方医管

以 DRG/DIP 改革为核心的医保支付方式改革，其主要目的就是要引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制，转向更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重体现医疗服务技术价值。面对医保支付方式的转变，一些没有及时转变管理理念和管理方式的医院可能出现暂时“亏损”，面对这种情况，医院要怎样做才能“扭亏为盈”呢？

一、DRG/DIP 医保“亏损”原因有哪些？

DRG/DIP 支付方式改革，是在预算管理的基础上，按照 DRG/DIP 分组规则对区域内病种分组，参照前 3 年历史费用进行权重或分值标化，结合医保住院预算测算费率或点值，按照各家医院出院病人进行结算。权重或分值标化测算公式：

DRG/DIP 权重(分值)测算=该 DRG/DIP 区域内前三年(7: 2:1)次均费用÷区域内前三年(1: 2:7)次均费用×1(100、1000)

传统按照项目后付费下，医保部门考核的出院者次均费用，与总额预算结合，作为对医院计算的依据，医院通过收治轻微病人可以拉低次均费用。DRG/DIP 付费下，参照各 DRG/DIP 组次均费用进行权重(分值)标化，也就是医疗行业治疗该病种的平均水平，医院原来各

DRG 次均费用高于平均水平,医院出现医保亏损的概率就会大大增加,低于平均水平,医院医保结余的概率就会增加。导致 DRG/DIP 付费下医保结算亏损主要有“十大”原因:

原因 1: 绩效激励导向偏失导致。

传统按照项目后付费方式下,医院不做项目就得不到医保的结算支付,医院绩效激励大部分采取按照医疗项目(RBRVS)点值或成本核算(收支结余)提成模式,激励多做项目多得。面对 DRG/DIP 预付费,医保部门不在是按照全部次均费用考核医院,而是精细化按照 DRG/DIP 分组给各个病组(种)设置了收入的封顶线,绩效激励做的项目越多医院资源消耗越大,超过 DRG/DIP 各病组(种)收入封顶线,都是医院的成本,不仅医保部门不结算支付,医院还要支付科室绩效工资,导致医院出现“双亏”的局面。

例如:同样的病种,按照项目后付费,按照 DRG 或 DIP 付费,绩效激励方法不变。

原因 2: 以医技补医过度检查导致。

鉴于医疗服务价格不到位,医院主要通过医技检查收入获得补偿,为了增加医技检查收入,医院争相增加购置大型医疗检查设备,出现了过度医技检查现象。还有防御性质导致过度医技检查,例如由于防范医疗纠纷风险、防范药占比超标、防止科室收入下降导致绩效减少,都推动了过度医技检查。在按照项目后付费下这些医技检查是收入,在 DRG/DIP 预付费条件下,过度医技检查收入超过了各 DRG/DIP

预付费金额即是医院的成本，DRG/DIP 医保亏损就增加。

原因 3：不合理用药导致。

传统医保付费模式下，药品是医保确认支付的依据，少用药品医保不支付，多用药品大部分也支付，医院及医生对合理用药关注度不高，只是对抗菌药物、药占比关注度高。按照 DRG/DIP 付费下，在收入预算一定的条件下，如果用药不合理，虚高定价药品使用占比过高，将会侵蚀医院的合理收入，导致医院出现 DRG/DIP 亏损。

原因 4：不合理用材导致。

传统按照项目后付费下，与药品一样，收费耗材可以纳入医保报销，用耗材多少、价格高低，医院和医生关注度不高，只是对国考的高值耗材以及集采的耗材关注度高。DRG/DIP 预付费下，收费耗材打包在内，如果医院关注度不高，不能精细化采取性价比管理，使用虚高定价耗材占比过高，就导致医院资源消耗增加，医保亏损加大。

原因 5：医疗服务价格偏低导致。

因医疗服务价格偏低，不能体现医务人员劳动服务价值，DRG/DIP 权重(分值)测算是基于费用法，导致 DRG/DIP 权重(分值)不合理，进而导致支付价格不合理，从而导致 DRG/DIP 亏损。

原因 6：DRG/DIP 支付机理不熟悉导致。

医院对 DRG/DIP 支付机理不熟悉，学习研究政策不到位，与医保沟通不到位导致亏损。例如 DRG 付费下，对于普通入组病例、未入组病例、费用极高病例、费用极低病例、其他特殊申请按项目付费患者

等支付结算规则不清楚，从而导致 DRG 医保亏损。DIP 付费下，对于低倍率病例、高倍率病例、极高倍率病例等支付结算规则不清楚，从而导致 DIP 医保亏损。

原因 7：观念认识错误导致。

医院管理停留在规模粗放式增收阶段，依然认为多做项目多收入，停留在医保适度超支观念，不清楚 DRG/DIP 付费规则已经变化，关注病种结构对医保盈亏影响不够，从而导致费用资源浪费，进而 DRG/DIP 医保亏损。

原因 8：与医保部门沟通不到位导致。

DRG/DIP 支付方式改革，明确要求强调，健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，促进医疗机构集体协商，科学制定总额预算，与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩。医保部门处于“需方”地位，医疗部门处于“供方”地位，供需双方是矛盾统一体，没有医保基金的安全可控可持续，就不会有医院的医保收入保障。DRG/DIP 支付方式改革，虽然是医保部门引领，医院要多参与，积极与医保部门多沟通，一些医院由于沟通不到位，不清楚政策支付条款，从而导致 DRG/DIP 医保亏损。

原因 9：临床路径没有有效执行导致。

面对 DRG/DIP 支付方式改革，医院临床路径执行的不好，不能充分发挥临床路径对于医疗服务行为的规范作用，从而导致 DRG/DIP 医保亏损。DRG/DIP 费率(分值)其实就是行业的费用标准路径，通过费

用路径法倒退临床推行，可以有效控制亏损。

原因 10：缺乏信息化支持导致。

面对 DRG/DIP 大数据，医院 DRG/DIP 信息化建设跟不上，靠传统的手工方式，无法实现事前的预算管理、事中的监管，等到医保结算了出现亏损，已经成为沉淀成本。虽然有些医院上了 DRG/DIP 管理系统，主要功能依然停留在为质控和规范层面，不能为医院精细哈成本核算及运营管理提供支撑，造成“信息孤岛”。

二、DRG/DIP 总额预算管理如何影响医院亏损？

DRG/DIP 支付方式改革，影响医保结算的核心要素有几个，暨预算总额、病组(病种)、权重(分值)、费率(点值)和系数。

由于 DRG/DIP 基于区域住院预算总额控制，给区域内各医疗机构住院费用设置了“天花板”，为了确保医保基金安全风险可控，医保部门通过“预算费率(点值)”和“清算费率(点值)”，保障医保基金可持续高质量发展。DRG/DIP 费率(点值)受住院预算及患者数量直接影响，计算公式为：

DRG/DIP 预算费率(点值)=区域 DRG/DIP 医保住院预算 ÷ Σ 区域各 DRG/DIP 总权重(分值)

在 DRG/DIP 区域预算总额控制下，区域内各家医院诊疗医保住院患者越多，年终清算就可能出现费率(点值)贬值，区域内各家医院诊疗医保住院患者减少，年终清算就可能出现费率(点值)升值，疫情期间受封控影响，一些实行 DRG/DIP 付费的地区住院患者数量出现下

降，导致 DRG/DIP 清算费率(点值)升值，随着封控解除，许多地方结合新年度的区域住院预算总额，考虑到患者数量增加，对 DRG/DIP 费率(点值)进行了调整，医院不能及时挑战运营管理思维，从而导致 DRG/DIP 医保亏损大增。

三、DRG/DIP 付费下医院如何才能“有的放矢”减亏及止亏或“扭亏为盈”

医保部门“车同轨、书同文”标准化建设，为 DRG/DIP 支付方式改革打下坚实的基础。DRG/DIP 付费下医院如何才能才能“有的放矢”减亏及止亏或“扭亏为盈”。

第一，入对组。DRG/DIP 付费是基于病案首页和医保结算清单，病案首页是 DRG/DIP 入组的基础，入组正确与否直接影响到医保结算支付，因此，医院要切实加强院内病案管理，重视编码管理，入对组提高病案管理质量，减少因为编错码入错组导致的 DRG/DIP 亏损。

第二，算清账。DRG/DIP 基于预付费资源受限的情况下，医院如何通过合理规范的医疗，既保证医疗质量安全，又要获得合理的经济效益，就需要医院及医生提前算清 DRG/DIP 预收入账，强化预算管理作用。

第三，控好费。通过算清了 DRG/DIP 收入预算账，通过，使用集采药品和耗材，合理用药和合理用材，切实降低药品耗材成本，通过合理规范医技检查，控制过度检查，强化控费把 DRG/DIP 医保盈亏控制在萌芽状态，从事后管理关口前移。

第四，核成本。DRG/DIP 医保盈亏不是医院真实的盈亏，需要核算实际业务成本，才能清楚 DRG/DIP 盈亏，因此要加强 DRG/DIP 成本核算，方式陷入 DRG/DIP 医保盈亏管理“误区”。

第五，盈亏明。通过 DRG/DIP 收入预算管理，控制医保盈亏，成本核算，可以算明 DRG/DIP 实际盈亏账，为分析 DRG/DIP 经济贡献和学科贡献提供决策参考，为医院内部绩效考核提供依据，为医保 DRG/DIP 付费提供数据支持。

$$\text{DRG/DIP 业务盈亏} = \text{DRG/DIP 预收入} \pm \text{DRG/DIP 医保盈亏} - \text{DRG/DIP 业务成本}$$

第六，调结构。通过 DRG/DIP 盈亏分析，把病种划分为“战略病种、优势病种、适宜病种、劣势病种”，加强学科建设，强化病种结构调整，提高医院顺应 DRG/DIP 付费的软实力。

第七，变绩效。DRG/DIP 基于预付费，给各 DRG/DIP 设置的收入的封顶线，医院绩效工资核算模式，需要与 DRG/DIP 付费导向相适应，医院绩效工资核算方式需要变革，从激励量的粗放式增长向激励内涵效益质量提升转变，取消按照项目点值 (RBRVS) 激励方式，细化从科室成本核算向 DRG/DIP 成本核算考核转变，按照病种精准激励，实现医疗服务能力与经济效益双丰收。

第八，会申诉。DRG/DIP 付费，是医保部门基于历史费用法的标准化测算，不是基于成本法，由于医疗服务价格不合理、药品耗材灰色收入导致的价格虚高，权重(分值)标化就会存在不合理，因此，对于

DRG\DIP 亏损偏离较大的病种，医院应会申诉多沟通。

总之，DRG\DIP 支付方式改革，大势所驱势不可挡，医院要加快
学习理解政策，为减亏及止亏或“扭亏为盈”，必须转变粗放式管理
方式观念，以全面预算管理和业财融合为核心，以成本核算和绩效管
理为工具，加强精细化运营管理，走“提质增效”内涵质量效益型发
展之路。

[返回目录](#)

耗材“医保通用名”来了！给医院带来 5 大变化

来源：医学界智库

2023 年 5 月 19 日，国家医保局接连发布 3 份文件，一石激起千
层浪。

《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知(征
求意见稿)(以下简称《征求意见稿》)》、《关于做好基本医疗保险
医用耗材支付管理有关工作的通知(征求意见稿)》公开征求意见》、
《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知(征求意
见稿)》的情况说明(以下简称《征求意见稿说明》)》，这 3 份文件
意味着 2023 年 5 月 28 日征求意见结束，医保医用耗材治理进入了新
阶段，对生产及渠道供应商和医院及医生都将带来重大影响。

为什么要制定医用耗材“医保通用名”？

医用耗材是指经医疗器械主管部门注册或备案，获得药监部门审
批上市的耗材。我国医用耗材行业得到较快发展，随着技术明显进步，

临床应用越来越普遍和广泛，占医疗费用比重比较大，直接影响到医保费用支付。

鉴于医用耗材多专业性强，名称“多如牛毛”，生产厂商众多，竞争非常残酷和激烈，各供应商为了扩大市场份额，“现金回扣”、“学术劳务”、“旅游福利”营销方法层出不穷，助推医疗腐败风险大增，浪费了有效的医保资源。

由于医用耗材大部分纳入医保报销，国家和医院对医用耗材管理也重点关注“高值耗材”，面对种类庞杂及价格千差万别的众多医用耗材管理，主要通过“耗占比”考核评价，缺乏精细化和精准化的监控管理方法。

由于医用耗材存在“一材多名”、“一名多规格”等现象，各个地区及各家医院，由于使用医用耗材供应商不同，统计口径不同，价格差距就会很大，给医保支付及监管带来极大困难。制定“医保通用名”的目的，为医用耗材“正名”，通过规范分类，适当减少耗材管理类别，有利于医用耗材竞价集采，同时引导耗材价格与其临床价值相匹配，提升医保支付管理的科学化、精细化水平。

《通知》明确提出，逐步实行医保通用名管理。国家医保局将研究建立医保医用耗材通用名管理制度，以医保医用耗材分类与代码数据库为基础，确定与医保支付管理相适宜的命名规范，逐步制定不同类别医用耗材通用名命名规则，编制医保通用名，作为下一步医保支付管理的基础。对于已经制定通用名的医用耗材，各省要积极推进按

通用名对医用耗材进行医保支付管理。对于尚未制定通用名的医用耗材，暂按现行分类与代码进行医保支付管理。

加强医用耗材医保支付管理分为三步走

《征求意见稿说明》指出，加强医用耗材医保支付管理的目标是让医用耗材医保分类更加规范，支付管理更加科学高效，最终实现全国医用耗材支付范围基本统一，保障水平和保障公平性明显提升，医保资金使用效率将进一步提高，广大参保患者的获得感、幸福感、安全感进一步增强。

具体实施思路来讲：

一是立足现状，确保支付范围总体稳定。医用耗材的医保支付涉及患者的切身利益，加强医保支付管理，总的原则是立足现状，确保待遇水平总体稳定，并随经济社会发展逐步提升。

二是探索推行按通用名管理。拟从国家层面对类别相同、功能相近的医用耗材进行合并同类项，分类确定“医保通用名”并在全国实施，作为逐步实现医用耗材医保支付范围全国统一管理的基础。

三是积极稳妥，分步推进。拟分两步走，首先是在“十四五”期间实现各省域范围内医用耗材支付范围的统一。在此基础上，持续推进，最终实现医用耗材医保支付范围全国统一。

《征求意见稿》关于夯实医保支付管理基础3项重点内容包括：

一是，推进医用耗材分类和代码统一。主要是推进国家医保医用耗材代码应用，旨在实现医用耗材带码采购、带码使用、带码结算，

确保医用耗材分类与代码全国统一。

二是，明确纳入医保支付的耗材范围。主要是适应医疗服务价格改革“技术劳务与物耗分开”的原则，加强医疗服务价格项目与医用耗材支付管理联动。

三是，逐步实行医保通用名管理。推进与医保支付管理相适宜的命名规范，逐步制定不同类别医用耗材通用名命名规则，编制医保通用名，作为下一步医保支付管理的基础。

加强医保准入管理 4 项重点内容包括：

一是，坚持“保基本”的功能定位。基本医疗保险医用耗材的准入和管理应始终牢牢坚持“保基本”的功能定位，尽力而为、量力而行，合理确定支付范围和支付标准，注重发挥医保基金的战略性购买作用。

二是，稳步推进医用耗材目录准入管理。“十四五”期间建立全省统一的医保医用耗材目录。对于通用名管理较为成熟的耗材类别，国家将逐步制定全国统一的医保目录，并逐步扩大国家目录涵盖的耗材类别范围。

三是，规范医保目录确定程序。明确要建立健全科学规范、明晰高效、公开透明的目录确定机制，完善医用耗材评价规则和指标体系。

四是，建立健全动态调整机制。实现有进有出的动态调整，及时增补必要的新技术产品，退出临床可被更好替代、经济性评价不佳、被有关部门列入负面清单以及其他不符合医保要求的产品。

完善医保支付政策 3 项重点内容包括：

一是，统筹优化支付政策。其指出，推动支付政策更加科学化精细化，逐步淘汰单纯依据费用水平分段支付、一刀切的定额或限额支付等较为粗放的支付政策。提出，根据实际情况对部分价格或费用较高的医用耗材设定先行自付比例。

二是，稳妥有序推进支付标准工作。明确，完善支付标准与集中采购价格协同机制，集中带量采购中选产品按相关规定确定支付标准。

三是，协同推进支付方式改革。建立与 DRG、DIP 支付方式改革等政策的协同推进机制，形成正向叠加效应。

认真抓好组织落实 4 项重点内容包括，加强组织领导；建立医保支付监测评估机制；加强备案管理，逐步提升制度的统一性和规范性；做好政策衔接，强化宣传引导。强调要深刻认识加强医用耗材医保支付管理的重要意义，切实加强组织领导，建立医保支付监测评估机制，做好政策衔接并强化宣传引导。

医用耗材“医保通用名”给医院带来“五大”变化

看似简单的医用耗材“医保通用名”改革，结合关于当前医用耗材管理的一系列政策文件，可以预判将会给医院带来“五大”变化。

第一大变化，医院医用耗材目录管理“规范化”。

随着医用耗材“医保通用名”推行，有利于医院医用耗材目录管理，强化准入控制，极大的节约了因耗材名称多乱导致的目录管理难

题，促使院内医用耗材管理“规范化”。

第二大变化，医院医用耗材采购“集约化”。

医用耗材“医保通用名”，不仅有利于医保部门的评价分析和监控，推动集采管理，也有利于医院医用耗材院内招标的“集约化”。

第三大变化，医院耗材使用“规范化”。

医用耗材“医保通用名”，为医保部门医用耗材智能审核和监控打下了基础，通过大数据分析，为医疗服务价格调整和 DRG/DIP 付费提供了参考依据，促使医院医用耗材使用更加“规范化”。

第四大变化，耗占比考核“合理化”。

传统的医用耗材考核，一般使用耗材占比或百元收入耗材指标考核，有了医保通用名，极大推动医院医用耗材考核精准化和合理化。

第五大变化，倒逼绩效激励“补偿化”。

医用耗材存在的“虚高定价”现象，因为没有“医保通用名”，难以分辨。正名以后，医用耗材虚高定价的空间必然被压缩，医务人员的灰色收入将会被切断，使用耗材较多的科室往往是医院的优势科室，如何调动医务人员的积极性，提高他们的正向收入，“补偿”他们的灰色收入，绩效变革就成为重中之重。

[返回目录](#)

· 养老服务 ·

首届北京养老服务行业发展四季青论坛举办 最新居家养老需求调研 结果发布 近九成老年人倾向于居家养老

来源：北京青年报

5月24日，首届北京养老服务行业发展四季青论坛成功召开。本届论坛以“让专业养老服务走进寻常百姓家”为主题，各界共话养老行业发展。北京青年报记者从论坛上获悉，创新居家养老服务模式试点将进一步扩大覆盖范围，2023年底计划覆盖东西城共计32个街道。综合为老服务平台“北京养老服务网”和小程序预计今年6月上线，老年人和家属查询养老机构和相关服务可“货比三家”。会上还发布了最新的北京市老年人居家养老服务需求调研结果，近九成的受访老年人倾向于居家养老，近四成老年人在用餐方面存在一定困难。

北京市委社会工委委员、市民政局副局长、新闻发言人郭汉桥表示，为了从根本上系统破解超大城市养老难题，北京从去年以来开展了创新居家养老服务模式试点。半年来，试点工作通过供给侧改革，推动市场主体将专业的普惠型养老服务“搬”到老年人家中，为全国居家养老服务的难点破解和工作创新提供了“北京方案”。

北京健康养老集团有限公司董事长李育海进一步介绍了创新居家养老服务模式试点的相关细节。通过打造北京首家居家养老服务综合示范中心，精细编制涵盖生活照护、助医服务、送餐服务、康复服务、培训指导、心理支持、辅助服务的7大类、20小类、98项的服务

务供给清单,为广大老年市民提供适合各年龄段和身体状况的产品和服务。居家养老服务综合示范中心在每个服务片区配备2名高学历、高素质的首席养老服务管家、多名专业养老护理服务人员和若干位志愿者,实现管理和服务“全覆盖”,响应和反馈“零时差”。

李育海表示,创新模式试点启动半年来,“北康养e家”小程序已完成注册用户15.5万多人;累计签约长期居家照护服务近100单;开展各类为老服务超3800单,有效解决了居家老年人助餐、助医等“急难愁盼”的居家养老刚性问题。今年,该模式将进一步扩大试点,2023年底计划将东西城共计32个街道全部纳入居家养老新模式覆盖范围,首先实现主城区全面覆盖,并向其他城区推广和复制。

此外,为加快建立统一的养老志愿服务制度,本市积极研究制定了“京彩时光”养老志愿服务指南,明确服务流程和服务清单。同时,搭建全市统一的“京彩时光”养老志愿服务信息平台。该平台可为养老志愿服务供需匹配搭建便捷的线上桥梁,实现老年人提需求、志愿者主动接单。平台通过“今天存时间,明天换服务”理念,鼓励花发低龄老年人帮扶白发高龄老年人,让低龄健康老人老有所为,助力高龄失能老人老有所养。该平台预计今年7月份上线。

亮点

养老服务“一网通查”可货比三家

为了有效打破老年人的“数字鸿沟”,本市专门打造了综合为老服务平台——“北京养老服务网”,这是本市养老服务“一网通查”

的供需对接平台，也是养老服务“一网通办”的在线服务平台，养老服务诉求“一网通答”的互动交流平台，也是一个养老服务“网上超市”。在这个平台上，人们可以查询到全市养老机构、养老驿站、养老助餐点、适老化产品等信息，能够在线办理津贴补贴等服务事项。

此外平台还开辟了养老政策、养老人才、志愿服务、京津冀养老、养老课堂等服务板块，帮助老年人找政策、找机构、找服务，助力养老机构等市场主体找资源、找人才、谋发展，实现养老资源的精准配置和养老需求的充分满足。

以查询机构养老服务为例，在该网站上，人们可以通过所属区域、机构性质、床位规模、收费价格、服务星级等多个检索条件找到自己需要的机构。在机构详情页面中，可看到该机构的房态图、床位数、已入住人数、收费价格、好评度等各类信息，还可以通过机构三维全景图浏览机构全貌，足不出户即可“货比三家”，让机构服务在大众视界里变得更加透明，让找机构、选机构、住机构不再成为难题。

与网站对应，未来将同步上线“北京养老服务平台”小程序，打开手机即可使用网站所有服务功能。针对居家养老的高频需求，小程序端还打造了全市统一的养老助餐服务入口，帮老人找到附近评价好、菜品全、性价比高的助餐点，还可以直接在小程序点餐下单。预计该套系统将于今年6月中旬上线。

三成老年人有居家照护服务需求

论坛现场还发布了最新的北京市老年人居家养老服务需求调研

结果。本次调查主要面向居住在城六区及昌平、通州、门头沟、大兴等 10 个区的老年人，受访老年人共计 12.5 万人，调查样本年龄集中在 60-79 岁。调研内容涵盖了入住养老机构、助餐、居家照护、助医、惠民购物、适老化改造、精神关爱、旅游、老年大学、志愿服务 10 方面的老年人服务需求情况。

调查发现，在受访的老年人中，近九成老年人倾向于居家养老，仅有一成老年人表示愿意入住养老机构，老人们对于专业化的居家照护服务有更高要求。居家照护服务是居家养老是否幸福的决定性因素，有专业居家照护服务需求的老年人达到了 33.4%。

关于老年餐的需求情况，调查发现，大多数老年人通过自己做饭、子女或保姆帮忙做饭等方式解决用餐需求。近四成老年人表示在用餐方面存在困难，目前依靠老年餐桌解决用餐问题的老年人占较小比例。老年人对餐食的品质、营养搭配、口味、卫生条件及价格等方面较为看重，其次关注的因素为少油少盐少糖等健康因素，对距离、口感软烂酥等因素不敏感。

在适老化改造方面，调研发现，约半数的老年人需要居家适老化改造，但部分老年人对适老化改造认知有局限，多数把适老化改造等同于安装扶手。

在服务性价比方面，大部分老年人追求经济实惠，但也有少部分老年人对服务品质要求较高，价格因素不是首选。随着经济社会发展和居民生活水平的提高，老年人也期望更加优质便捷的服务和更加丰

丰富多彩的生活。

对话

普惠型养老服务试点“搬”进老年人家中

对话人：北京市委社会工委委员、市民政局副局长、新闻发言人
郭汉桥

北青报：北京当前的养老形势是什么样的？

郭汉桥：目前，北京市60周岁以上常住老年人有465万，占常住人口的21.3%；户籍老年人414万，占户籍人口的29%，已经进入中度老龄化社会。早在2008年，本市提出“9064”养老服务模式，即90%老年人居家养老，6%老年人社区养老，4%老年人机构养老。如今，这一养老格局发生了变化。社区养老服务本质上还是为居家养老服务。从目前全市养老服务供需结构看，入住养老机构的老年人占户籍老年人口不足1%，99%的老年人在家养老，居家养老问题已成为养老工作面临的主要矛盾。同时，90%以上的重度失能失智老年人选择居家养老，失能失智老年人的居家养老问题成为养老工作主要矛盾的主要方面。

北青报：面对上述现实，北京市民政局的养老工作重心发生了怎样的调整？

郭汉桥：基于实际情况，我们的工作重心聚焦于居家养老。去年，我们尝试推出创新居家养老服务模式，总体思路是“培育一类主体，构建两种模式，实现全面覆盖”，以发展养老服务产业，重构养老服

务业态、发展社区居家养老服务网络。

同时，聚焦普惠型养老服务供给，构建居家养老服务网络，这是居家养老服务新的主攻方向，核心是解决好居家失能失智老年人养老难题。这次试点模式支持市场主体以居家失能失智老年人为重点、兼顾各类老年人养老服务需求，构建“管理团队驻街道、信息平台上云端、养老管家包社区、护理人员进家门”的居家养老服务网络。在此基础上，制定普惠养老服务清单，规范居家服务标准，提供管家式综合服务解决方案。

北青报：目前来看，这一试点实施效果如何？

郭汉桥：试点启动半年来，“北康养e家”App注册用户已达15万，在西城区广内街道试点范围内累计签约长期居家照护服务超过100单，相当于在广内街道建设了一家具有100张床位、实现轻资产低成本运营，提供实体化、专业化养老服务的社区“虚拟养老院”，有效解决了100多个家庭的失能老年人居家照护问题；同时开展助餐、助医、助洁、助浴等各类服务4000余单，有效为周边居家老年人提供养老服务。目前，所有服务“零投诉”，广受老年人的期待，甚至曾经有郊区老年人乘车2小时，专程到北康养e家寻求服务支持。试点工作已经形成了可复制、可推广、可持续的居家养老服务模式。

北青报：与以往的工作方式相比，这一模式根本的创新点在哪里？

郭汉桥：可以概括为“一个改革”“三大创新”。“一个改革”也就是养老服务供给侧改革。近年来，养老工作主要通过建设养老服

务机构、发展集中养老床位，鼓励和引导失能失智老年人把“家”搬到机构养老。而新的居家养老服务模式是推动市场主体将专业的普惠型养老服务“搬”到老年人家中，探索走出一条普惠型居家养老发展新路。“三大创新”：一是发展体制创新，就是进一步厘清政府、市场、社会、家庭的责任边界，按照“办事业”的基础上“育产业”“两条腿走路”的思路，构建政府引导、市场化运作、企业化运营的新型养老服务发展体制。二是工作机制创新，改变以往政府发放运营补贴、购买服务的工作方式，推动运营补贴由“补床头”向“补人头”转变，引导市场主体根据市场需求、市场规律提供养老服务，不再依赖政府补贴“输血续命”。三是服务模式创新，坚持以老年人养老服务需求为导向，实现全要素供给、全天候响应、全方位服务、全链条管理，构建老百姓买得起、买得到、信得过、用得好的居家养老照护服务体系。

共建养老服务网，让老有所依

来源：光明日报

日前，中办、国办印发《关于推进基本养老服务体系建设建设的意见》(以下简称《意见》)，聚焦老年人在养老服务方面的急难愁盼问题，强调加快建成覆盖全体老年人、权责清晰、保障适度、可持续的基本养老服务体系，不断增强老年人的获得感、幸福感、安全感。《意见》明确了基本养老服务的具体目标、工作原则、重点任务，对实现老有所养、老有所依做出重要的基础性制度安排，是我国养老服务发展史

上的重要里程碑。

夫孝，德之本也。自古以来，中国人就提倡孝老爱亲，倡导老吾老以及人之老、幼吾幼以及人之幼。当前，我国正处于由快速老龄化向深度老龄化社会转变的历史阶段。截至 2022 年年底，全国 60 周岁及以上老年人超过 2.8 亿，占全国总人口 19.8%，其中 65 周岁及以上老年人达 2.1 亿，占全国总人口 14.9%。日益庞大的老年人口数量与小型化的家庭规模，对养老服务体系建设和提出了更高的要求。

让老年人老有所养、老有所依、老有所乐、老有所安，关系社会和谐稳定。党的二十大报告提出，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，优化孤寡老人服务，推动实现全体老年人享有基本养老服务。党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央高度重视基本养老服务工作。截至 2022 年年底，老年人高龄津贴、养老服务补贴、护理补贴、综合补贴分别惠及 3330.2 万、546.1 万、97.1 万、67.2 万老年人；全国 1395 万名老年人纳入最低生活保障；全国有各类养老机构和设施 38.1 万个，让基本养老服务公平性、可及性不断提升，为基本养老体系建设奠定了坚实基础。进入新时代，加强基本养老体系建设、不断推进养老服务高质量发展，是保障基本民生、促进社会公平、维护社会稳定的关键所在，须不懈推进。

推进基本养老体系建设，是积极应对人口老龄化国家战略的重要组成部分。此次随《意见》一同发布的《国家基本养老服务清单》，

明确了基本养老服务的具体服务对象、服务项目、服务内容、服务类型等，是基本养老服务的底线标准。作为创新性的政策举措，清单以保障老年人基本生活为主线，将现行有效的法规政策中设计的老年人服务项目进行梳理归纳，并结合到基本养老服务的制度框架中，不仅进一步促进了基本养老服务政策的标准化，有利于对照查缺补漏、优化资源配置、全民共享成果，更为各地养老服务管理提供了重要依据，有利于民生保障制度的定型与全社会治理水平的提升。

养老事业是公益性社会事业。当前，随着传统家庭养老功能的弱化，养老服务供给与老龄化速度、多元化需求不协调、不匹配、不平衡的现象依旧存在。因此，推进基本养老服务体系建设，更需要政府、市场和社会多方力量相结合，引导社会资源更多投向养老服务领域，推动养老服务体系建设提速增效。

一方面，通过实现居家社区机构融合协调发展，让老年人能够在熟悉的家庭环境中享受机构提供的专业化养老服务，同时以社区微平台整合周边养老需求与服务供给，充分提升养老服务精准性，激励各类主体参与养老服务体系建设的积极性；另一方面，着力推进医养康养相结合，不仅为有医疗需求的老年人提供医疗服务，更注重老年人心理健康，将老年人护理扩展到健康教育、环境改造、技能培训等方面，通过扩大社会参与增强老年人的自我认同与价值实现。此外，更要不断发挥市场机制作用，大力推进养老服务产业发展。无论是健康照护师、职业陪诊师、助浴师等新职业的出现，还是老年用品、旅居

养老、老年文娱产业的勃兴，都折射出“银发经济”的广阔前景。随着人才体系建设、服务质量水平的不断增强，养老服务产业也将为老年人生活质量提升与社会经济发展提供更大的拉动作用。

当下，我国正处于应对人口老龄化的重要窗口期。推进基本养老服务体系建设，是我国应对该挑战的重要的国家战略部署。未来，须不断健全基本养老服务体系，大力发展普惠型老年服务，更要强化信息技术赋能，通过搭建养老数字化社会服务平台、提供智能化应急保障设备、加强对老年人数字技能培训等，为提升养老服务水平注入新动能，让所有老年人都能有一个幸福美满的晚年。

[返回目录](#)

• SPD 管理 •

国药器械张锋：精益、集约、数智是 SPD 管理发展核心

来源：中国经济网

5月14日，第87届中国国际医疗器械博览会(下称“CMEF”)在国家会展中心(上海)开幕。中国医疗器械有限公司数字化技术部部长、北京国药双创科技发展有限公司总经理张锋接受中国经济网采访时指出，医疗物资管理SPD模式顺应医改方向，正在改变国内传统医疗物资管理体系。医疗机构可通过SPD物流供应链体系建设、信息化建设和相关设施改进，建立完善的医用耗材物流供应保障体系。在此背景下，精益、集约、数智是SPD管理模式面向未来的主要方向。国

药器械将持续推动 SPD 管理模式向精益化提质增效，规模化集约协同，数智化转型赋能方向全面发展。

规范耗材精细化管理，SPD 迎爆发期

近年来，得益于医学工程的快速发展，医用耗材产品在临床应用的范围愈加广泛，临床应用规模增长快速，在不断提高医疗服务水平与患者诊疗效果的同时，也带来了临床费用增长过快和过度使用的质疑。

“如何加强医用耗材产品管理，降低医院用耗成本，提高临床应用的安全性、适宜性、有效性和经济性，已成为当前医院面前必须应对的挑战。”张锋表示，随着政府监管力度的加强，传统医院“以科室为中心，以领用代消耗”的粗放式耗材管理模式问题凸显，亟待加强管理。

在张锋看来，医院医用耗材管理的核心是科学管理。以循证医学证据和临床实践结果来指导医用耗材的临床使用，是加强医用耗材管理的必由之路。目前，精细化、智慧化管理已成为公立医院高质量发展的关键要素，SPD 服务模式作为其有效抓手，已经吸引了越来越多的医疗机构广泛应用。

张锋提供的一组数据显示，不完全统计，仅 2022 年 1 月到 10 月，全国就有一百余家医院公开招标 SPD 相关项目。在开展医疗器械 SPD 项目的 647 家医疗机构中，三级医院占比 76%，其中三甲医院所占比例高达 63%。按照近两年高速增长态势，保守预估，到 2023 年底我

国开展医疗器械 SPD 项目的医疗机构有望超过 1200 家。

“按照公立医院市场存量推算，目前我国医疗器械 SPD 项目在全国公立医院的渗透率超过 5%。未来，医疗器械 SPD 市场发展空间巨大。”在行业发展方面，张锋介绍，统计信息显示，我国 SPD 项目近 4 年处于高速发展期，其中 2022 年是 SPD 市场发展的集中爆发期。

SPD 管理新未来：精益、集约、数智

需求高涨、市场如火如荼，对 SPD 管理模式提出了更高要求。张锋表示，当下，SPD 管理不能仅止于传统的医疗机构保障供应工作，行业急需满足合规性要求、改善临床用耗绩效、优化临床用耗行为、提升医疗安全和促进学科发展等多样化管理要求。从而推动 SPD 管理模式实现规模化、数智化、精细化、专业化、多样化的全方位渗透发展。

对此，张锋提出，精益、集约、数智将是 SPD 管理模式发展的核心。

精益方面，SPD 管理模式实现了院内物资从采购、流转 to 使用环节的全流程精细化高效管理服务，有效地提高了院内物资管理信息化与高质量管理水平，达到事前计划、事中跟踪、事后追溯的科学管理。近年来，我国 SPD 市场发展逐步成熟，已经呈现从基础条件较好的三级医院下沉至二级医院应用，从单项医用耗材管理逐步覆盖至医用耗材及 IVD。同时院内精细化管理不断向纵深发展，更多医院有望加快实现三级库管理。

集约方面，当区域内集中配送项目较多时，采用城市中心仓的模式，在院外设立统一的仓储库房，可以在区域范围内共享运营资源，减少资源的浪费。人员和硬件可以统一规划和调配，一体化、标准化管理，释放人员活力，提升运营效率。对比单打独斗的院内库配送模式，城市中心仓更能充分发挥规模优势，提升谈判和议价能力。医用耗材仓库外移模式下，场地成本、人力成本、运营成本、资金占用成本将转移至 SPD 服务商，并切断了二级经销商与临床的不必要联系，最大程度地降低运营风险、质量风险及廉政风险。

数智方面，在医改及公立医院改革的不断推进下，公立医院将逐步加强预算管理，控制医院成本，同时对智慧化管控需求也在大幅提升。以信息系统为载体的 SPD 管理模式，作为现代医院强化管理、规范行为、推进高质量发展的管理手段，契合公立医院提质增效的发展需求，医院通过全链条信息化管理操作，达到简化流程，解放人力，提升工作效率等效果。随着数字化信息技术的不断迭代，以及企业的升级运用，SPD 将逐步实现整体智能化转型。医院管理会逐步走向智慧化，通过数字化大数据分析，精准决策，提升专业化服务，实现线上线下+院内院外多方融合的一体化发展，打造互联互通互享的高质量供应链数智生态。

在第 87 届 CMEF 上，国药器械推出 FLI+3.0 系统。升级后的 FLI+SPD 院内供应链管理平台、FLI+SPD 云仓平台与 SPD 集群紧密衔接，实现区域内院用医疗物资的集约存储、灵活调拨、及时供应与智

能用耗管理，为 SPD 管理模式创新与实践作出了积极探索。

[返回目录](#)

公立医院密集招标，SPD 爆发期来了

来源：中国政府采购网

随着各项降本控费相关机制的铺开，医院的盈利模式被逐渐扭转，传统的供应链管理已无法满足需求，SPD 模式应运而生。在科学化、智能化 SPD 模式运营下，公立医院的精细化管理“最后一公里”正在被彻底打通。

01 多地公立医院招标，SPD 项目需求爆发

近日，中国政府采购网发布《湖北民族大学附属民大医院医用耗材供应链服务项目 (SPD) 公开招标公告》。

4 月 13 日，义乌市公共资源交易中心发布《义乌市中心医院医用耗材供应链精细化管理 (SPD) 项目采购公告》。

4 月 12 日，深圳市龙岗区人民医院发布《深圳市龙岗区人民医院医用耗材公开采购公告》，提出供应商需提前与医院 SPD 中标服务商联系，医用耗材 (试剂) 的院内配送必须由其负责，SPD 的配送服务费用不超过实际供货金额 2%。

4 月 11 日，据采招网消息，江苏南通市第二人民医院将开展医用耗材 SPD 物流智能一体化建设项目谈判。负责医院医用耗材及检验试剂 (不具备配送条件的品种除外) 的配送，配送量约 1 亿元人民币/年。成交供应商对生产商及原有供应商收取的配送费比例不得超过

4.8%。

SPD 正日渐成为公立医院尤其是大三甲医院提升医院管理精度、改善运营效率、优化服务质量的有效措施。

据国家卫健委发布的《2021 年我国卫生健康事业发展统计公报》显示，截至 2021 年末，我国共有公立医院 11804 个，民营医院 24766 个。三级医院 3275 个(其中：三级甲等医院 1651 个)，二级医院 10848 个。

SPD 市场潜力巨大。去年 7 月，国家卫健委发布《关于印发公立医院高质量发展评价指标(试行)》的通知。文件明确，将在公立医院绩效考核相关指标基础上，按照公立医院高质量发展要求，充分考虑公立医院资源消耗、专科服务能力建设等内容建立相关指标体系。

据了解，通常规模为 10 亿到 20 亿的医院平均耗占比范围在 25%-33%左右，20 亿元以上规模的医院平均耗占比达到 33%左右。“国考”成绩单的压力正在加速 SPD 项目的推进。

02 SPD 模式发展呈现多元化趋势

公立医院精细化管理的大势所趋，正推动 SPD 行业加速扩容。

中物联医疗器械供应链分会统计，仅 2022 年前 10 个月开展的 SPD 项目，已经接近 2019-2021 三年实施数量的总和。

据统计，我国头部医院 SPD 渗透率约为 25%，且速度在不断加快。SPD 行业正迎来前所未有的发展机遇，行业机制也正随着推广的深入愈发成熟。

近日，由中国卫生信息与健康医疗大数据学会医院物流供应链（SPD）大数据应用分会主办、安徽中技国医医疗科技有限公司承办的医院物流供应链（SPD）管理学术交流会在合肥举行。

中国卫生信息与健康医疗大数据学会会长金小桃在会议讲话中指出，SPD 作为一种创新管理模式，要按照高质量发展的要求，创新引入新技术，持续推动发展和应用，发挥价值。

目前来看，SPD 模式呈现多元化。

资料显示，目前在全国范围内，医院应用的 SPD 从类型上主要分为四种模式：一是纯软硬件销售模式，医院直接购买纯软硬件产品；二是医药商业公司集配模式，将医院的供应商归集到一家或几家，由其中一家进行 SPD 运营管理服务；三是医药商业公司服务模式，由一家供应商为医院提供 SPD 运营管理服务，向其他供应商收取服务费；四是纯第三方服务模式，由独立于医院与供应商的第三方 SPD 运营服务商提供 SPD 运营管理服务。

其中，以上海医药、国药控股、九州通等企业为代表的医药供应链企业集配模式，和以国医科技、图特、塞力医疗等为代表的第三方服务商模式。第三方服务模式不存在业务经营行为，生存状态更加透明，降低了医院的管理压力和风险。在这种服务模式下，医院可借助 SPD 系统真实数据对供应商进行评价，促使医院利益实现最大化。

03 SPD 不再只是“搬运工”

SPD 作为一种产品的供应链管理模式，并非简单地收取“过路

费”。对于医疗机构来说，其场地、人力、运营、资金占用等成本可转移至 SPD 服务商，切断了二级经销商与临床的不必要联系，从而降低运营风险、质量风险及廉政风险，达到效率最大化。

中国科大管理学院讲席教授余玉刚表示，人工管理存在着很多不确定性，而借助大数据技术，可以通过过去的数据对未来进行管理。对定数包的大小、需求场景等进行动态统筹，在大数据机器学习中，根据耗材使用的不同层次，去做自适应的学习曲线，再根据过去的曲线对未来进行定数，最大化降低未来科室对三级库盘点的工作量，做到真正的智能补货。

他认为，SPD 服务企业应向平台型供应链方向发展，由此产生很多倍增效应，让 SPD 不再单独依赖收“过路费”，SPD 服务商通过流量价值、生态价值以及后向价值的深入挖掘，分散收入单一来源风险，从而更好地生存与发展。

对于院外仓的应用，安徽医科大学第一附属医院副院长王珩认为，院外仓的应用不应只是节约医院公共资源、提升供货效率这么简单，其全链条智能化、全流程数字化、运营低碳化、供应关系扁平化、SPD 服务长链化方面的功能作用更值得探索和重视。

国内 SPD 行业发展仍处于初期阶段，未来前景有着诸多可能性。国家卫健委医院管理研究所医学工程研究基地负责人慈云飞提出五点设想：

第一是 SPD 模式的发展，从单个医院的单体运行，到集团医院的

运行，再到区域的运营模式，整个产品以及运营逻辑已经发生了极大的变化；第二是信息系统的发展，从早期的手工请领到现在的 SPD 数据平台，包括 UDI 应用、资质证照云平台、OCR 识别技术、智能语音交互、智能补货模型等，未来整个供应链都会更加智慧化；第三是智能硬件的发展，早期 SPD 中的传统物流硬件推车、下送车、仓储货架等，到现在的智能物流机器人、智能存储设备等，已经在医院深入应用，未来会逐渐减少院内工作的人工依赖；

第四是管理范围，早期国内主要做耗材研究，目前对于药品、器械、被服等都在进行探索，从最基础的物流供应链发展到精细化管理、品控费控、决策管理等；第五是商业模式的发展趋势，从早期的商业集配到多种模式并存、第三方商业公司软硬件公司等，未来它可能会走向“1+N”模式，即一家专业平台服务商和 N 家优质的匹配商。

随着不断完善进化，SPD 已经不再只是一个“搬运工”角色，而是一套为医院实现降本控费、精细化管理的智能解决方案。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

全国中成药集采正式启动、规则有变

来源：中国医疗保险

全国中成药集采发布正式文件，16 个采购组 42 个产品 30 个联盟地区的报量公布；此外，中选规则有变——降幅要求出现调整。

全国中成药集采启动信息填报 3 万余医院参与报量

5 月 19 日傍晚，全国中成药联合采购办公室正式发布《全国中成药联盟采购公告(第 2 号)》。根据该份公告，符合要求的企业可以申报参与——相关企业注册账号密码登录湖北医保服务平台，登录成功后点击“招采企业服务”，进入“药品与医用耗材招采子系统”。

5 月 19 日至 5 月 29 日，企业在资质库管理模块填报企业及产品信息、基准价格、技术评价指标等信息。

按照《全国中成药采购联盟集中采购文件》规定，后续将进入到：联合采购办公室公示企业及产品信息、基准价格、技术评价指标、竞争单元等；联合采购办公室公布企业及产品信息、基准价格、技术评价指标、竞争单元等；申报企业打印供应清单，生成申报信息一览表；申报企业现场递交纸质申报材料。

紧随其后的大概率是现场开标、分配采购量，公示拟中选结果，公布中选结果，执行中选结果等。

后续，各联盟地区可能还会就购销协议、药品配送、未中选药品价格调整、医保支付标准等事项发布相关文件。

回顾这一轮中成药集采，自去年 9 月 9 日官宣品种后，半年有余，终于再度迎来重要进展。

中成药集采虽然已经有多地试点开展，但是整体的成熟度和进度仍远低于化药集采。

湖北牵头的这轮集采此前已经多次发文并征询各方意见。了解，

集采政策专家、临床专家、药学专家、企业均在意见征集的范围内。

具体来看，2022年9月9日，全国中成药联盟采购公告(2022年第1号)官宣将集采品种；2022年9月20日，全国中成药联合采购办公室发布《关于填报中成药联盟采购品种范围相关采购数据的通知》，据悉，30个联盟地区的3万多家医疗机构填报了采购量，涉及金额近百亿；2023年3月20日，全国中成药联合采购办公室发布通知，宣布定于2023年3月23日召开企业沟通会，有110家企业进入沟通会名单(具体名单见文末)；3月27日，《全国中成药采购联盟集中采购文件(征求意见稿)》公开征求意见至3月20日17时。

值得注意的，4月28日，湖北药械集采部门发布《关于做好首批中成药省际联盟集中带量采购中选品种续签工作的通知》，在首批中成药省际集采已经进入续签阶段的同时，新一批中成药集采也几乎随之启动——开始展现中成药集采有序、按批次开展的信号。

基于多项优化后规则百家药企将展开竞价

日前，国家医保局发布《关于做好2023年医药集中采购和价格管理工作的通知》表示，重点指导湖北牵头扩大中成药省际联盟采购品种和区域范围，湖北牵头的本轮中成药集采无疑是今年地方集采的一大重头戏。

湖北牵头的第二批中成药联盟采购覆盖16个采购组42个产品，涉及冠心宁注射液、华蟾素胶囊、脑安胶囊、银杏叶达莫注射液等。

本轮中成药集采覆盖30个省级单位——4个直辖市、5个自治区、

20个省、新疆生产建设兵团均参与了本轮中成药集采，大陆范围，仅福建和湖南两省未覆盖。

根据文件，申报企业除需满足质量标准、生产能力、供应稳定性、信用评价等方面要求外，还将面临严格的供应能力要求，竞争企业越多的品种，申报企业入围压力越大。

相比第一批，湖北这轮中成药集采亮点颇多。

本轮中成药集采对申报企业之间可能存在的关联关系进行了规定——同采购组内的申报企业中，若存在以下情形，视为同一申报企业：(1)企业负责人为同一人或存在控股、管理关系等情形；(2)包括但不限于工业和信息化部《中国医药统计年报(2020)》中“企业法人单位隶属关系后注”确认的企业关系等情形(有相关文件证明企业间关系已改变的情况除外)。同时文件还对申报品种的药品注册批件多次转让等情形提出了重点关注。

至于未中选产品和未有中选企业的采购组药品，在2-3年的采购周期内，均纳入联盟地区监控管理。

这一轮中成药集采针对首批湖北牵头的中成药集采规则进行了进一步的优化。

1、规定基准价格为申报企业“供应清单”内所有产品截至2022年9月9日，在全国省级采购平台的最低中标/挂网价格(不含省级、省际联盟集中带量采购中选价格)。产品无中标/挂网价格的，以同竞争单元内所有报价代表品按日均费用折算的最低价作为基准价格——

—按这一方式计算基准价格，基本将企业在降幅上的竞争拉到了同一“起跑线”。

2、在价格纠偏基础上，进一步防止同一产品不同规格价格倒挂。

(1)同药品名称下，企业申报同规格、不同包装数量的注射剂型产品以全国省级采购平台的最低中标/挂网价格，换算至最小制剂单位(单支、单瓶)价格，取最低价折算为对应包装数量产品的基准价格；

(2)同药品名称下，企业申报同剂型、不同规格的注射剂型产品基准价格应符合小规格低于大规格的原则；

(3)同药品名称下，企业申报同剂型、同规格、不同包装数量的口服剂型产品基准价格应符合小包装低于大包装的原则。

3、联动其他中成药集采。申报价不高于基准价格和省级、省际联盟集中带量采购中选价格的，为有效报价——目前已经开展的中成药集采包括广东等6省中成药联盟集采、湖北牵头的第一批中成药联盟集采；山东、北京单省中成药集采。

4、申报企业采取综合评分由高到低排序的方式确认中选，其中综合得分=价格竞争得分×60%+技术评价得分×40%。

申报企业按报价代表品进行价格申报，通过申报价降幅确定价格竞争得分。技术评价指标及分值如下(详细规定附文末)：医疗机构认可度(60分)、药品企业综合排名(20分)、药品企业创新力(20分)、药材品质(加分)、供应保障(倒扣分)、医药价格和招采信用评价(倒扣分)、产品质量安全(倒扣分)——综合评价部分由第一批时的5项，

变为了 7 项，增加了药材品质一个加分项和供应能力一个扣分项，其中尤其是药材品质一项，意在引导企业更加关注中药材质量。

5、拟中选企业确定准则考虑同组价差问题，规定同组价差不得超过 1.8 倍。

正式稿降幅要求有变本身高价产品压力更大

进一步来看，集采文件规定，拟中选的规则如下。

A 竞争单元入围企业报价代表品申报价计算的日均费用不超过同采购组日均费用均值的 1.8 倍，且满足下列条件之一，获得直接拟中选资格：

条件一，将本次 16 个采购组所有 A 竞争单元入围企业报价降幅从高到低排序，降幅排名前 70%的入围企业；

条件二，从征求意见稿时的报价代表品报价降幅大于 40%，调整为正式稿中的“入围企业报价代表品基准价格计算的日均费用不高于同采购组日均费用均值的，其报价代表品报价降幅大于 35%；入围企业报价代表品基准价格计算的日均费用高于同采购组日均费用均值的，其报价代表品报价降幅大于 45%。”

这一调整，对于本身价格高、用量大、占用医保资金多的产品，产生了更大的降价压力。

B 组竞争单元企业拟中选条件和 A 组一致，只是降幅也是参考 16 个采购组所有 A 竞争单元入围企业降幅排名。

除直接拟中选外，针对未直接中选的企业，本轮集采还设有议价

拟中选、增补拟中选。湖北医保局相关人士表示，主要是为了避免企业消极参与集采，提高企业的中选率。

总体来看，这些补充条件，对于品种市场占有率大或者技术评价得分高的企业来说是一个机会，当然对于降幅的要求也不小。

至于采购需求量分配，文件规定，医药机构填报采购需求若为直接拟中选企业的产品，同竞价单元内降幅最高的中选产品按 100% 采购需求量分配给对应的医药机构；其他中选产品按 90% 采购需求量分配给对应的医药机构——降幅大、直接拟中选、本来就有市场占有率的企业处于分量的有利位置。

此外，议价拟中选企业的产品采购量调减为 70%，增补拟中选企业的产品采购量降低为 50%。其余未分配的采购量则由医药机构依照一定顺序分配——总体鼓励医药机构优先选择质优价宜、临床认可度高的中选产品。

全国中成药集采的风向与趋势：规则优化、集采继续

和化药集采一样，中成药集采长期也将重塑市场格局，影响产业链上下游，在行业建立新的质量标准。

据湖北医保局相关领导分享，湖北牵头中成药集采探索的经验已经有：

对功能主治相近的产品合并集采，包含同方同名、同方异名、异方异名等；

AB 单元分别竞争，防止出现劣币驱逐良币；

设立报价代表品，解决中成药多剂型、多规格、多含量问题，以采购金额为标准选择市场覆盖率高、认可度大的代表产品；

降幅为主、技术评价为辅，既鼓励优质优价，又考虑临床需求；

以中位降幅为议价标准，防范企业的降价惰性；

将部分低价药增补中选，尊重产品价格的实际情况；

缩小 AB 分组的价差，促进公平；

理顺不合理的比价关系等。

相关人士进一步指出，至于第二批中成药集采，值得关注的创新有：降低参与产品中选后的价格偏离度；形成合理的比价关系（小规格和大规格的比价关系要相对合理，下一步企业进行产品信息填报时，要尤为注意）；实现集采结果的联动，已经有中选结果的进行关联；增设体现药品品质的加分项，引导企业关注原材料；在低价复活基础上，对有优质产品的优质企业，给予复活机会等。

首批湖北牵头的中成药集采，平均降幅 42%、中选率 62%，第二批集采预计也至少会保持在这一水平。前述人士表示，中成药集采的指导理念既包含稳定市场，也包含稳定临床。未来，中成药集采也将逐步实现应采尽采的目标，在总结评估的基础上，分类分批推进中成药集中带量采购工作，逐步扩大品种范围。

相关企业表示，中成药集采和化药集采一样，企业仍然需要在价格和市场中间做出选择。

[返回目录](#)

建立激励约束机制，让谈判药品真正落地

来源：中国医疗保险

自 2018 年国家启动药品谈判以来，越来越多的好药纳入医保支付。为了让群众真正买得到、用得上谈判药品，各地持续优化落地政策，如将谈判药品纳入“双通道”管理，将医院配备执行情况与其 DRG 点数付费评价结果挂钩，通过压实地方政府部门责任，督促各级医保部门指导辖区内医疗机构及时采购、合理使用谈判药品等。

以浙江省 2022 年情况为例，全省医保谈判药品累计报销 1344.1 万人次，医保基金支付 64.2 亿元，分别较上年增长 62%和 38%；其中“双通道”零售药店累计报销 222.3 万人次，医保基金支付 23.9 亿元，较上年增长 103%和 54%。

以问题为导向，夯实医疗机构主体责任

医疗机构是谈判药品使用的主阵地。针对谈判药品“进得了医保进不了医院”问题，浙江省多次开展专题调研和交流研讨，有针对性地提出了五项完善措施，打通谈判药品落地“最后一公里”。

一是针对部分医疗机构药事委员会会议召开频次过低问题，明确要求医疗机构自新版国家医保药品目录公布后三个月内，及时召开药事委员会会议，并建立院内药品配备与医保药品目录调整联动机制。对未在规定时间内召开药事委员会会议的医疗机构，在 DRG 点数付费评价中扣 2 分。DRG 点数付费评价结果直接应用于 DRG 年度清算，这就意味着是否将在规定时间召开药事委员会会议与医保支付给医疗机构的

医保基金相互挂钩。以杭州市为例，全市实施 DRG 支付方式改革的 345 家医疗机构中，仅有 5 家未在三个月内召开药事委员会议。

二是针对部分医疗机构谈判药品配备不足问题，要求定点医疗机构按功能定位、临床需求、诊疗能力，做到谈判药品“应配尽配”。为确保谈判药品供应保障水平，全省对谈判药品配备率提出刚性要求：三级甲等公立综合性医疗机构不低于 30%，三级乙等公立综合性医疗机构、三级公立中医医院(含中西医结合医院)不低于 20%，三级公立专科医疗机构不低于相应专科谈判药品品种的 60%。对于低于规定谈判药品配备率的医疗机构，在 DRG 点数付费评价中每少 5%扣 1 分，累计扣分不超过 3 分。

三是针对 DRG 支付方式改革后，医疗机构视药品费用为成本，将部分高值药品放在院外使用问题，明确谈判药品在门诊使用时原则上不纳入总额预算范围或者直接折算成点数支付；在住院使用时药品费用可折算成点数支付或根据谈判药品使用情况合理调整该病组点数，提高医疗机构院内使用谈判药品的积极性。浙江省各地医保部门根据医疗机构谈判药品使用情况制定了具体的医保激励政策。例如，杭州市对按 DRG 点数付费总金额小于按项目付费金额的使用谈判药品病例，给予此类病例一定比例的点数补偿，2021 年全市定点医疗机构住院谈判药品使用约 7.6 亿元，医保激励 7107 余万元。宁波市规定新增国家谈判药品治疗费用暂不纳入当年度总额管理，下年度起纳入总额管理，谈判药品按实际费用折算为 DRG 点数支付。与不剔除相比，

宁波市 2021 年度清算医疗机构累计增加点数约 128.85 万点，金额约 1.2 亿元。金华市 2020 年—2021 年因使用谈判药品，调整追加医保基金总额预算 6703 万元。

四是针对三级公立医院因国家公立医院考核指标对谈判药品配备有顾虑的问题，明确将合理使用谈判药品的费用单列，不纳入医疗机构药占比、次均费用等影响其落地的考核指标范围；并要求医疗机构不得以医保总额限制、医疗机构用药目录数量限制、药占比等为由影响谈判药品进院。

五是针对群众买药不知道哪家医疗机构有售的问题，定期在省医保局官网公布医疗机构谈判药品配备信息，截至 2023 年 2 月已公布 10 期药品配备信息，让群众少跑路，极大地方便了群众找药。

充分发挥定点零售药店分布广、服务活的优势，与定点医疗机构互为补充，形成谈判药品供应保障合力。

一是将国家要求的各省份每个地级市至少有 1 家“双通道”药店，提高到每个县(市、区)域内至少有 1 家“双通道”药店，医保部门根据参保人员临床合理用药需求和购药习惯，选择地理位置优越、综合实力强、管理规范，并具备运输、保存、销售特殊药品能力的药店作为“双通道”管理药店，增加药品供应渠道和患者用药选择，确保谈判药品有序供应和集中管理。参保人员在“双通道”定点零售药店购买谈判药品，享受与医疗机构统一的医保支付政策。截至 2022 年底，全省共有“双通道”药店 480 家。

二是要求纳入“双通道”管理的定点零售药店按供应能力和协议要求规范配备谈判药品，且谈判药品配备率不低于30%。鼓励其他定点零售药店根据参保人员实际需求和自身服务能力配备谈判药品，保障谈判药品供应。杭州市规定所有定点零售药店均可销售谈判药品，并可按规定给予医保支付。

三是针对部分参保人员在其他疾病住院期间需服用抗肿瘤药等谈判药品，而收治的定点医疗机构无相应药品的情况，允许参保人员在住院期间到定点零售药店配取相应的抗肿瘤药等药品，相关费用一并纳入住院费用进行报销。

以考核为载体，强化地方部门责任

为真正打通谈判药品“最后一公里”，浙江省将谈判药品配备情况纳入健康浙江建设考核和各市医保局工作晾晒，压实地方政府部门责任，督促各级医保部门指导辖区内医疗机构及时采购、合理使用谈判药品。

一是纳入健康浙江建设考核。为加快实施健康中国战略，推进健康浙江行动，浙江省制定了健康浙江考核办法和指标体系，并建立了相关工作激励和问责机制。其中，谈判药品配备情况纳入健康浙江建设考核指标，规定发现有定点医疗机构或定点零售药店谈判药品配备情况不符合要求的要进行扣分，督促地方政府推进谈判药品落地工作。

二是每月进行晾晒通报。根据省药械采购平台数据，每月对各市

辖区内的医疗机构谈判药品配备率进行晾晒，并在全省医保办公平台上通报。同时，各市医保部门对各相关定点医疗机构配备情况也进行定期晾晒通报，督促定点医疗机构优先配备谈判药品。从2021年7月第一次晾晒到2023年1月，排名首位城市的谈判药品配备率从80%提高到85%，排名末位城市的配备率提高了50%。

[返回目录](#)

· 医保基金监管 ·

解读 | 国家医保局加强医保基金“两库”建设，怎么建？

来源：华中科技大学

医保基金是人民群众的“看病钱”、“救命钱”，国家医保局一直以来积极贯彻习近平总书记的重要指示批示，坚定不移地致力于加强医保基金的监管，为维护基金的安全和稳定而不懈努力。

国家医疗保障局5月15日发布《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0版)》，这是继2022年4月国家医保局印发《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法(试行)》(以下简称“两库”)之后，其历经学术论证、业务论证和行业论证，面向社会正式公开的医保监管规则内容架构和目录，标志着医保基金监管在向着智能化、透明化、自动化的道路上迈出了坚实的一步，在医保治理现代进程中具有重要标志意义，备受行业和社会公众所关注。

一、“两库”的内涵与意义

“两库”是医保智能审核和监控的基础。医保基金智慧监管的物质基础是智能审核和监控系统，系统运行的基础是基础信息标准库、知识库和规则库。基础信息标准库主要收集存储参保人和医药服务等相关基础性信息，是智能监控的信息源。随着全国统一医保信息平台的建立和 15 项医保信息标准的贯标完成，智能监控制度的信息源问题已经解决。知识库是医保基金智能审核和监控所需知识和依据的集合，主要包括法律法规、政策规范、医药学知识、医保信息业务编码、管理规范。规则库是基于知识库判断监管对象相关服务行为合法合规合理性的逻辑、参数指标、参考阈值以及判断等级等的集合，主要包括规则名称、定义、逻辑、参数、应用场景、判断等级以及具体违规情形等。国家“两库”框架体系 1.0 版中，知识库分为政策类、管理类、医疗类三类知识目录，包括法律法规和政策规范、医保信息业务编码、医药学知识、管理规范等内容。规则库分为政策类(30 条)、管理类(28 条)、医疗类(21 条)，共包括 79 条规则。

知识库与规则库之间的关系是双向互动，相互依存的关系。从智能监控系统建设管理的角度看，二者不是孤立的，单项的，而是相互依存主动关联的双向互动关系。知识库是规则库的基础，规则库基于知识库产生，必须依据对应的知识，而规则库新增的规则又可以反哺知识库。知识库与规则库共同构成智能引擎的基础，缺一不可。

《“两库”管理办法》中明确医疗保障部门将以知识库、规则库

为依托，基于智慧监管系统对各类监管对象在各种场景下使用医疗保障基金的情形进行全流程监控，进一步健全医疗保障基金监管体系，提升监管效能，促进基金有效使用。医保部门通过事前提醒、事中预警、事后审核智能监管系统，让基金监管关口前移，自动拦截“明确违规”的行为，提示违反合理使用类规则的“可疑”行为，这就需要知识库和规则库作为判断的依据。

二、“两库”建设现状发展与关注方向

1.“两库”建设现状与成就

2018 国家医保局成立以来，医保部门开始整合资源搭建医保智能监管平台，加速实施医保信息化和标准化。2019 开展的医保智能监控示范点建设，极大地推进了知识库、规则库的建设，提高了医保基金智能监控的覆盖面和精准度。

整体上，全国多地已建立完善的知识库、规则库，为智能监控提供有力支撑，医保基金日常监管体系已经实现了“全面联通”。目前已迈向利用智能监控和大数据，加快构建全面、多层次、立体化的监管体系的新格局。至 2022 年，使用智能监控就成功阻止和追回了 385 亿元，并占总追回基金的 26%。利用一个虚假住院的大数据模型仅一个线索就可以实现精准锁定，累计查处涉案金额近亿元。

部分地区借鉴国家飞检规则、检查负面清单等，建立了相对完备的知识库和规则库，定期完善、修改、增减规则和指标，并且在建设与调整过程中也注重征询医学专家的意见。例如，上海市建立了 24

万条基础知识库、6.2万条监控规则库、379条分析指标库、867组DRG和14391组DIP分组库，并建立了动态更新机制，为智能监控提供了强有力的智能支持。成都市则根据本地医疗服务特点，结合医保付费方式，依托知识库构建逻辑判断能力，建成实时在线监控19个主题52类489项和智能审核66大类289万条细目的智能监控规则体系。在应用层面，成都市扩展“规则+阈值”监控模式，持续健全智能审核机制。同时引入社会力量，梳理明确疾病图谱、临床路径、资源消耗和医保费用的逻辑关联，形成1387个病组的按病组付费监控能力。

2. 整体上实现广覆盖、全流程、全方位拓展的智能监控覆盖

在监管对象上，在逐步实现定点机构全覆盖和险种全覆盖。各地逐渐将各级医疗机构、社区及乡镇卫生服务中心(站)、诊所(医务室)、药店等监管对象纳入智能监控。在覆盖险种上，部分地区覆盖了职工医保、居民医保、生育保险、大病保险、异地就医以及商业保险承办的医疗保险六大险种，长期护理保险试点地区也对长期护理保险的监控进行了探索。

实现全流程监控。近年来，智能监控由事后审核向事前提醒、事中控制延伸，实现事前事中事后全流程覆盖。事后单据审核是按项目付费下智能审核系统的核心职能，通过智能审核引擎技术，对定点医疗机构提交的所有费用单据进行审核，筛查违规和可疑单据；事中实时监控是在参保人与医疗机构进行结算时，利用监控系统实时监控违

规、异常数据，并通过稽核等方式即时处理；事前违规提醒是将智能监控系统与医院信息系统(HIS)对接，在不影响医生诊疗行为的基础上，实现医生医嘱、护士计费提醒，以预防不合理诊疗行为的发生。

实现全方位监控。部分地区逐渐将住院、门特门慢、普通门诊、居民“两病”、购药、异地就医等就医全场景纳入监控，一些地区还将互联网诊疗、家庭医生服务及DRG、DIP等新支付方式纳入智能监控范畴。例如，浙江衢州建立了“衢州医保云管家”以身份核验和进销存管理为核心对定点诊所实现“云检测”，以视频监控和进销存管理为核心实现药店购药的“云识别”，以DRGs运用为核心实现住院管理的“云支付”。

3. “两库”建设发展需要关注的方向

加强数据标准化治理规范“两库”数据采集。知识库的知识来源于多个行业，呈现多来源、多标准、多格式等特征，客观上会造成数据采集加工和数据标准化困难。以知识库中的临床路径管理库为例，临床路径分布在中华医学会技术规范、国家卫生健康委发文等不同来源，文档格式各异；包含“适用对象”“诊断依据”“治疗方案”“变异及原因分析”等多个数据字段，提取和利用数据仍存在许多手工操作。

此外，临床路径表单的内容随着疾病、住院天数的不同也有较大差异，内容包含许多个人隐私。考虑上述因素，临床路径库的构建需依赖大量临床专家人工解析录入，效率较低，更新迭代慢，同时专家

个人解析的差异使得数据标准化治理的难度加大。这就需要从两库数据源头加强治理，规范数据采集格式标准是需要两库建设需要关注的方向。

合理引入第三方助力“两库”建设。以往各地构建的“两库”多是医保部门通过购买第三方服务的形式，引入商保公司、信息技术公司等参与建设，第三方机构通过参与医保智能审核系统建设，提供医保、医(药)学专家、信息技术专家、财务会计人员等专业人员，弥补各地医保监管部门自身人员数量及专业结构上的不足，对“两库”建设起到积极作用。但这也容易导致“两库”建设过度依赖第三方机构，导致医保管理专业人员能力建设动力不足。

其次，如有定点医药机构购买与医保同一家机构服务还会带来一定程度的重复建设。

再者，随着医保大数据的汇聚和新兴信息技术的广泛引入，地方医保大数据分析支持智能决策的需求越来越突出。在地方实践中，大数据分析主要依托第三方机构，而第三方机构往往因缺少医保政策和医疗专业知识而导致认识偏差，而影响数据分析结果对医保精准决策的可用性。因此，“两库”建设过度不应过度依赖第三方，在数据统计、精算、分析和管理决策业务要以自身专业化管理和能力建设为主，第三方为辅。

三、如何建好用好“两库”

“两库”建设与管理应适应多层次医疗保障体系发展

我国已全面建成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医疗保障制度体系，是未来医保制度的发展目标。目前，部分地方已将职工医保、居民医保、大病保险、生育保险、异地就医、医疗救助和医疗补助等纳入智能监控。推进医保基金智能监控及“两库”建设，应当从多层次医疗保障体系出发，既要立足基本医疗保障，兼顾职工医保、居民医保的不同特点；又要逐步向补充保险、医疗救助及长期护理保险等扩展，实现职责范围内医保制度监管全覆盖。

加强“两库”规范管理

包括规范基本范畴、规范职能分工、规范有序运作、规范使用管理和规范评估改进。目前《两库管理办法》已经明确两库基本范畴，对其职能分工也做了明确说明。

医疗保障行政部门是两库建设与管理的主体。按照《“两库”管理办法》要求，国家医疗保障局向社会公开发布“两库”框架内容，加强规则制定规范和规则体系的管理，赋予各地医保部门充分的自主权限。

各地医保部门在国家框架之下，充分征求医药机构意见，结合地方医保政策实际、基金监管目标设定规则的参数、指标、阈值、应用场景等。各级医保经办机构借助以“两库”为基础的医保智能监控系统开展医保医疗费用结算的事前提醒、事中预警、支付审核、协议考核、稽核等经办业务管理活动。定点医药机构则应用“两库”加强内

部管理，规范医药服务行为。

规范有序运作、规范使用管理和评估改进。两库各使用主体在实际应用中，进一步检验规则科学性、合理性、有效性，及时评估、调整。鼓励定点医药机构、行业学协会等根据国家政策、规范标准，积极提出符合标准要求，具有普适意义的知识信息或对应规则，各级医疗保障行政部门可按规定程序纳入“两库”范围。

“两库”建设是一项长期工作，应当遵循科学合理、多方协商、公开透明、动态完善的原则。其中的知识和规则均需根据适用性和有效性进行动态调整和维护，不断优化框架体系，增补或废弃知识和规则，更改知识字段或规则要素，以适应医保管理、医学技术和信息技术的发展。动态调整包括年度调整和即时调整，原则上每年组织一次，出现影响“两库”适用性和有效性的情形时，如所依据的诊疗规范等出现重大调整变化时，可以启动即时调整程序。

坚持“技术服务于业务”，加强专业队伍建设

智慧医保目标激发了医保信息化行业的市场活跃度。引入一批信息技术公司是医保发展的必要选择。但医保部门应当秉持“以我为主、为我所用”的思路，通过引入技术，促进医疗保障管理的专业化、精细化和智能化。知识库与规则库是来源于医保业务实践，也要遵从应用于业务实践。在医保智慧监管中业务和技术相互促进、相互依存，技术只有在实现业务目标、给管理、决策和服务来便利的前提下，才有其价值。同时，也要统筹技术工具便利性与个人主观能动性的关系，

医保管理部门应避免缺位问题。

医保基金监管队伍构成应当集合医学、药学、财务、法律、信息技术、统计分析等方面的专业人员，满足新形势下医保基金监管工作的客观需要。目前，不少地方主要依靠引入第三方力量参与来解决人力和专业人员不足的矛盾。提高监管人员的专业素质，一方面需要吸纳各类专业人才加入监管队伍，并切实保持队伍的稳定性；另一方面在于增强现有人员的专业培训和自学能力，包括在与第三方合作中不断开拓视野、更新知识、扩展技能。

挖掘医保大数据潜力促进两库建设

随着国家医保信息平台落地应用和 DRG/DIP 支付方式改革全面铺开，医保数据充分汇聚，将成为一个区域人口、疾病谱、医疗资源、医学技术、药品耗材等跨界汇集的大数据平台。做好数据接入及共享相关工作，畅通与公安、卫健、税务、民政、市监等相关部门多源数据汇聚，多维度构建大数据分析平台，真正做到大数据跨域分析、多维度数据关联分析、长周期数据的纵深分析及应用。通过大数据挖掘和决策支持等技术手段，实现对海量数据的即时处理与信息挖掘，根据相关规则进行决策支持，发现新的知识，形成新的规则。两库建设与支付方式改革衔接，支付方式管理在大数据支撑下，可形成融支付与监管一体化的监管新模式，实质性助力医保智慧监管向高质量发展和医保治理现代化，最终惠及健康中国建设。

[返回目录](#)

加强医保基金监管，智能化手段或成关键利器？

来源：金豆数据

5月19日，国务院总理李强主持召开国务院常务会议，审议通过《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》。会议强调，医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”。加强医保基金使用常态化监管，对保障基金安全运行、提高基金使用效率、规范医疗服务行为、减轻群众看病就医负担都具有重要意义。医保基金是医疗的重要支付方，对于保障其安全稳定运行，近年来医保部门多举措并行。在5月18日的国务院新闻办公室举行“权威部门话开局”系列主题新闻发布会上，国家医疗保障局局长胡静林就提到，医保基金是人民群众的“救命钱”，国家医保局始终将加强医保基金监管、维护基金安全作为首要任务，严厉打击各种违法违规使用医保基金的行为，绝不让医保基金成为“唐僧肉”。

胡静林介绍，经过5年努力，医保部门通过“点线面”结合，推动形成了医保基金监管的高压态势。

第一，飞行检查通过“点穴式”核查，实现“点上突破”。

采取“不预先告知、以上查下、交叉互查”机制，有效破解了“熟人社会同级监管”难题，对发现违法违规的行为重拳出击、露头就打，充分发挥“飞检”利剑作用。同时，鼓励定点医疗机构举一反三、自查自纠，避免同类违法违规行为重复发生。对主动自查自纠的医疗机构，在检查频次、处罚裁量等方面予以适当考虑，充分体现宽严相济

的执法理念。2019年以来，国家医保局累计派出飞行检查组184组次，检查定点医疗机构384家，发现涉嫌违法违规使用相关资金43.5亿元。

第二，专项整治通过“穿透式”检查来实现“线上推进”。

医保部门联合公安、卫生健康等相关部门，聚焦骨科、血透科、心内科等重点领域和重点药品耗材、虚假就医、医保药品倒卖等重点行为，靶向监督，除去侵蚀群众“救命钱”的“病灶”。仅2022年就破获案件2682起，抓获犯罪嫌疑人7261人，追缴医保基金10.7亿。

第三，日常监管通过数据赋能，实现“面上成网”。

充分运用智能监控、大数据等现代信息技术，加快构建全方位、多层次、立体化的监管体系。2022年，通过智能监控拒付和追回38.5亿元，约占追回基金总数的26%。仅一个虚假住院的大数据模型，精准锁定的线索，就抓获了近500人，查处涉案金额近亿元。

下一步医保部门还将继续加大飞行检查力度，深入开展打击欺诈骗保的专项整治，严肃查处一批大案要案，严厉打击一批重大团伙，坚决曝光一批突出典型，巩固不敢骗的高压态势。强化大数据监管，构筑全社会监督防线，织密“不能骗”的天罗地网，完善基金总额预算、集采药品结余留用等政策，引导两定机构和医务人员自觉规范服务行为，推动构建“不想骗”的长效机制。

此次国常会也强调，要压实医保基金使用和监管的各方责任，进

进一步强化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、行业部门主管责任和地方政府属地监管责任。

除了事后严查追责，智能化手段也应用到了医保基金监管工作中，以达到提醒、预警的作用。此前的5月15日，国家医疗保障局公布《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0版)》，上述“两库”解决了各地自建智能监控规则权威性和实用性不足的问题，促进智能审核和监控在医保基金监管工作中发挥作用。

1.0版国家“两库”框架体系包括知识库框架、规则分类与释义、规则库框架等内容。知识库包括政策类、管理类、医疗类三类知识目录，包括法律法规和政策规范、医保信息业务编码、医药学知识、管理规范等内容。规则库包括79条规则。79条规则按一级分类，分为政策类(30条)、管理类(28条)、医疗类(21条)。按二级分类，政策类分为药品政策限定类(12条)、医疗服务项目政策限定类(15条)、医用耗材政策限定类(3条)；管理类分为信息数据监管类(8条)、药品监管类-管理要求(4条)、医用耗材监管类-管理要求(1条)、行为主体监管类(7条)、统计指标监测类(8条)；医疗类分为药品合理使用类(12条)、医疗服务项目合理使用类(6条)、医用耗材合理使用类(3条)。

其中，涉及药品使用类的规则总体原则是在维护医保基金安全、防止药品不合理使用的基础上，逐步减少不必要的支付限定，将用药

选择权、决策权还给临床医生，方便临床施治、维护用药公平。国家医保局将依据医保目录药品支付范围的调整，同时调整完善智能审核和监控规则，推动定点医药机构合理用药、安全用药，维护基金安全，保障参保人权益。

此次国常会强调，要优化医保基金监管方式，做实常态化监管，加强信息智能监控和社会监督，进一步织密医保基金监管网。要深化医保基金使用和监管改革，及时总结推广实践中行之有效的经验做法，建立健全激励与约束并重的监管机制，更大激发医疗机构规范使用医保基金的内生动力。

[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