

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2024年第16期

(2024.04.15-2024.04.21)

医保

医疗

医药

## ——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体文章内容。)

### • 国际视野 •

▶ [美国开始降药价了！中国医保实践做对了什么？](#) (来源：首都医科大学国家医保研究院) ——第 7 页

【提要】近期，美国政府通过立法的方式公布了降低药价的相关措施并已进入实质性价格谈判阶段，此举又被广大媒体称为美国版医保谈判(价格形成方式为医保与企业谈判)或美国版医保集采(针对品种为成熟药而非创新药)。向来以自由定价自居的美国，这次由政府直接干预价格的行为，引起了全世界的关注。

▶ [未来 5-10 年, DRG 会给中国医疗带来哪些变化？](#) (来源：看医界) ——第 22 页

【提要】“DRG 导致医疗收入减少?导致医院亏损?DRG 背不动这个锅”。近日，国家医保局官微连发四文，刊文反驳 DRG 致医院亏损的言论，引起广泛关注。同时，医保局官方微信因为在留言区“不控评”的操作，放出不少对于 DRG 有疑惑的民众和医疗从业者的评论，针对所显示的不同省份 IP，当地医保局工作人员上场留言解释政策，并公布举报电话，也让这场医院与医保局因 DRG 改革的争论出了圈。

## • 专家观点 •

▶ [观点 | 毛群安：以“健康体重”为切口，提升公众健康素养](#)（来源：人民日报）——第 29 页

【提要】4月18日，国家卫生健康委召开新闻发布会，介绍推进卫生健康事业高质量发展，护佑人民群众生命健康有关情况，本场发布会的主题是“健康城镇 健康体重”。会上，全国爱卫办副主任、国家卫生健康委规划司司长毛群安介绍了爱国卫生工作有关情况。

▶ [观点 | 马长生：治疗房颤，理念、技术、宣教缺一不可](#)（来源：中国卫生杂志）——第 32 页

【提要】房颤是一种常见的心律失常，通常表现为不规则且很快的心率，也就是人们口中说的“心慌”。房颤不仅影响患者生活质量，严重者还会发生血栓栓塞、心脏衰竭等并发症。深耕领域多年的马长生认为，房颤治疗的理念不断更新发展，几次“技术革命”让房颤的治疗手段更加成熟、更加丰富。

## • 地方精彩 •

▶ [湖南醴陵：以次中心为枢纽，带动县域医疗整体提升](#)（来源：醴陵市卫生健康局）——第 37 页

【提要】2023年，湖南省在政府工作报告中提出，要持续推动优质医疗资源下沉，建设一批县域医疗次中心。同年8月，湖南省卫生健康委启动2023年县域医疗次中心试点示范项目建设，在全省首批建

设 20 个次中心。白兔潭镇中心卫生院作为醴陵市唯一一家入选单位，成为次中心建设试点。

▶ [贵州：建设次中心，办好民生实事](#)（来源：贵州省卫生健康委）  
——第 39 页

【提要】2022 年，贵州省将县域医疗次中心建设纳入省政府民生实事；2023 年，纳入省级重点项目监测，以县域医疗次中心为抓手加快构建紧密型县域医共体；2024 年，再次纳入省政府民生实事。从贵州省的实践结果看，县域医疗次中心在紧密型县域医共体中发挥了承上启下的枢纽作用，破解了在推进紧密型县域医共体建设中遇到的“部分基层医疗卫生机构能力不到位、潜力不够”“部分牵头医院辐射带动不到位、拉动不够”“部分医共体内激励机制不到位、紧密不够”等问题，有效促进了紧密型县域医共体建设。

### • 医院管理 •

▶ [DRG/DIP 支付方式改革下，公立医院绩效管理模式的改革](#)（来源：三智医管）——第 44 页

【提要】DRG/DIP 支付方式，从按照项目后付费，向按照病种组预付费转型，采取的是“病组包干付费、超支不补、结余留用”的办法。这种支付方式下，要求公立医院必须同时关注“收入、成本、效率、质量”等多维度因素，实行精细化管理方式，才能保障公立医院获得最大的经济效益。DRG/DIP 支付方式下，绩效激励模式应如何进行匹

配改革呢？

▣ [财务风险机制对医院审计定价能力的调整作用](#)（来源：三智医管）

——第 47 页

【提要】随着经济社会发展水平的提升，医疗卫生服务的需求也日益增大。医院在发展过程中必须不断通过构建财务风险机制来调整自身审计定价能力，才能在复杂的环境中提供良好的医疗卫生服务。本文在分析财务风险机制概念和医院审计定价能力重要性的基础上，深刻剖析了财务风险机制对医院审计定价能力的调整作用，为医院开展相关工作提供有效参考。

### • 医保快讯 •

▣ [整治医保基金违法违规问题，六部门“亮剑”](#)（来源：央视新闻）

——第 58 页

【提要】从国家医保局获悉，国家医保局联合最高人民法院、最高人民检察院、公安部、财政部、国家卫生健康委印发了《2024 年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》（以下简称《方案》），在全国范围开展医保基金违法违规问题专项整治工作。今年将聚焦骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗等重点领域，全面开展自查自纠。

▣ [以“四化”推进医保经办服务体系建设](#)（来源：中国医疗保险）

——第 60 页

【提要】为深入贯彻落实党中央关于健全基本公共服务体系，巩固提

升医疗保障经办服务体系和综合能力，湖南省郴州市坚持以人民为中心的发展思想，按照湖南省医疗保障局《关于加强全省医疗保障经办服务体系和综合能力建设工作指导意见》（湘医保发〔2021〕69号）要求，通过全面实施网格化延伸，规范化建设，数字化转型，亲情化服务等有效举措，全面建成规范统一、上下联动、服务优质、运行高效的医疗保障经办管理服务体系，实现医保经办管理服务更加统一、高效、优质、便捷，取得良好社会效益。

## -----本期内容-----

### • 国际视野 •

#### 美国开始降药价了！中国医保实践做对了什么？

来源：首都医科大学国家医保研究院

近期，美国政府通过立法的方式公布了降低药价的相关措施并已进入实质性价格谈判阶段，此举又被广大媒体称为美国版医保谈判（价格形成方式为医保与企业谈判）或美国版医保集采（针对品种为成熟药而非创新药）。向来以自由定价自居的美国，这次由政府直接干预价格的行为，引起了全世界的关注。

#### 美国医药费用和药品价格现状如何？准备如何降价？

介绍美国降药价之前，需要先对美国的医药费用和药品价格情况做一个简单介绍。

先看医疗费用方面。据美国国家卫生健康费用(National Health Expenditure, 即 NHE)数据, 2022 年美国医疗总费用 4.46 万亿美元, 占 GDP 比例高达 17.3%。主要的资金来源分布为: 政府支出占比 48%(联邦政府占比 33%, 州政府占比 15%), 是最大的单一出资方; 个人支出占比 28%; 企业支出占比 18%。主要的费用支出去向分布为: 医疗机构 30%; 医生服务 15%; 处方药品 13%(零售药店占 9%, 医疗机构占 4%); 第三方检查检验 5%; 医疗器械 5%; 另有牙科、公卫、护理、投资等其

他方面。主要的支付形式分布为商业保险(29%)、政府老人保险 Medicare(21%)、政府穷人保险和儿童保险 Medicaid&CHIP(19%)、个人自费(10%)、企业自费(8%)、退伍军人和公务员费用 VA&DOD(3%) (见图 1)。

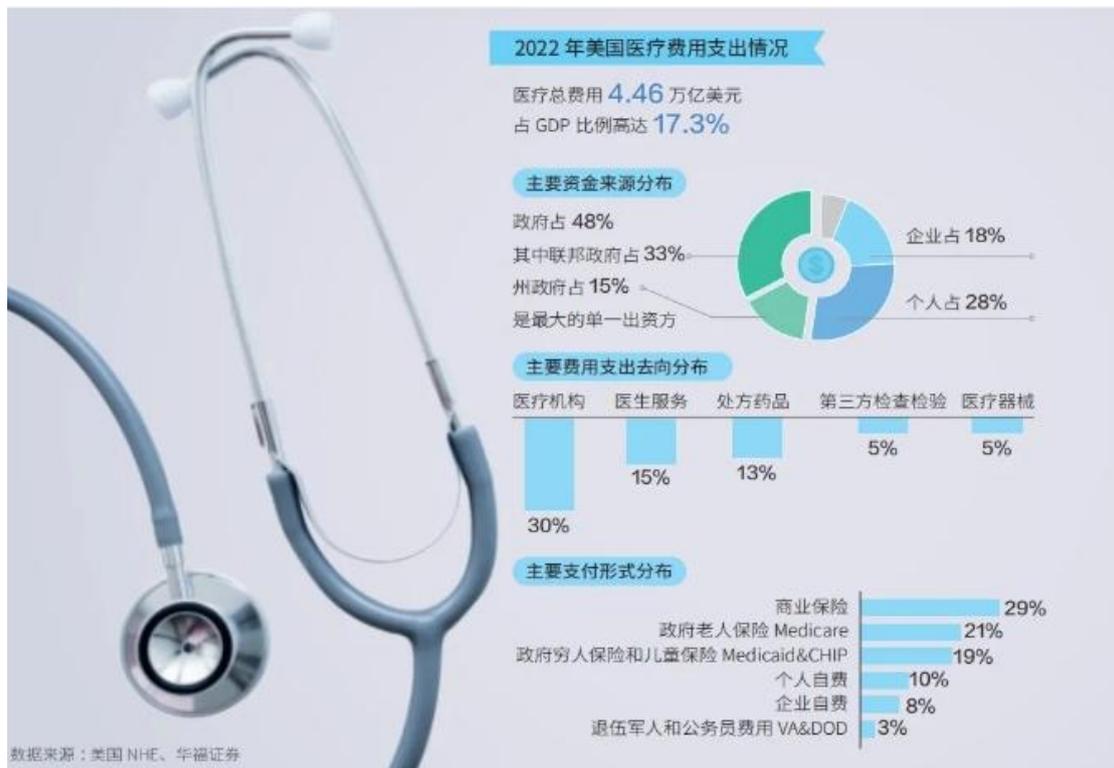
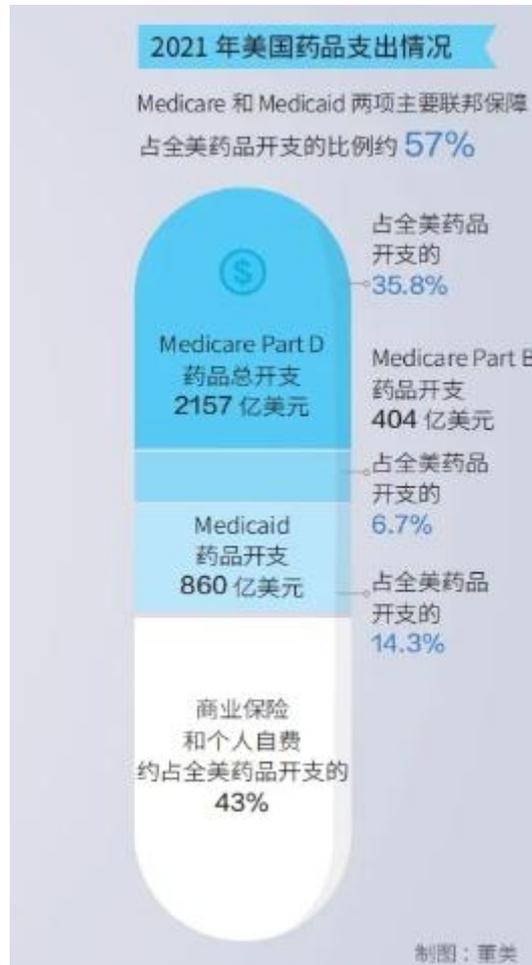


图 1 美国医疗费用支出和药品支出情况

再看药品支出方面。在 2021 年全美处方药开支中，医疗保险处方药计划 (Medicare Part D) 的药品总开支为 2157 亿美元，占全美药品开支的 35.8%，补充性医疗保险 (Medicare Part B) 的药品花费为 404 亿美元，占全美药品开支的 6.7%；Medicaid 该年的药品开支为 860 亿美元，占全美药品花费的 14.3% (见图 1)。也就是说，Medicare 和 Medicaid 两项主要联邦保障占全美药品开支的比例约 57%，而商业保

险和个人自费占比为 43%。由此可见，药品花费方面，政府是最大的买单方。



最后再看药品价格方面。美国实行市场自由定价，法律规定政府不得直接与药企进行议价，即使是政府医保 Medicare 也需通过第三方药品福利组织 (Pharmacy Benefit Management, 即 PBM) 与药企议价。由于 PBM 组织被大型商业健康保险公司收购，其有足够动力联合药企做高药价，所以美国的品牌药价格远超其他国家。有研究机构发布全球前 25 款畅销药价格数据显示，美国药品价格显著高于全球其

他国家，约为欧洲和日本同等经济发达程度国家的 3 倍至 5 倍。据兰德公司报告，美国品牌处方药的价格平均为经济合作与发展组织 (Organization for Economic Co-operation and Development, 即 OECD) 其他主要发达西方国家的 2.56 倍。典型药品美国售价远高于中国售价，如 PD-1 抗癌药纳武利尤单抗，美国的年治疗费用 116 万元，是我国的 10 倍；再如治疗罕见病的诺西那生钠，美国的价格 87.5 万元/支，是我国的 26 倍。而且，与国内创新药品价格与上市时间成反比不同的是，美国创新药价格自上市之后便一路上涨，直至专利到期后才会回落。据美国哈佛大学 Aaron 教授等人撰写的《2008 年—2021 年处方药定价趋势》研究报告，过去 14 年中，美国 548 种新药上市价格年均增长 20%，中位数已经由 2008 年的 2115 美元上涨至 2021 年的 18 万美元。如伊布替尼的患者年费用，2013 年为 2 万美元，2014 年涨到 4 万美元，2021 年涨至 12 万美元；再如阿达木单抗，2009 年至 2019 年，其在美国的销售价格提高了 18 倍，2021 年系该药在美获批上市的第 20 个年头，价格又上涨了 7.4%。

药品费用在美国医疗总费用中占比为 13%，规模 5800 亿美元左右。尽管政府支出买单占比达到 57%，但美国宪法规定，即便是最大的买家，政府仍不能直接与药企议价。另一方面，美国的药品价格远高于其他发达国家且连年上涨，成为政府和患者的极大负担。随着经济增速放缓、通货膨胀严重，全美降低药品价格的呼声愈发强烈。

降低药价，是美国民主党和共和党难得的具有共识的一项工作。美国总统拜登于 2022 年 8 月签署的《2022 年通胀削减法案》(即 IRA 法案)，其中就有专门的几项条款旨在降低医疗保险患者的处方药成本，并减少联邦政府的药物支出。该法案的关键政策是责成卫生与公众服务部 (United States Department of Health and Human Services, 即 HHS) 与制药公司谈判 Medicare Part D (医疗保险处方药计划) (从 2026 年开始实施) 和 Medicare Part B (补充性医疗保险) (从 2028 年开始落地) 中涵盖的某些药物价格。

在药品清单公布之后，制造商有一个月的时间来决定是否参与。具体的价格谈判过程是一场拉锯战，可能会持续接近一年。根据 HHS 公布的指导规则，在美国医疗保险和医疗补助服务中心 (Center for Medicare & Medicaid Service, 即 CMS) 向选定药品的生产企业提出书面报价后，后者可以接受该报价，或者再次给出报价。如果 CMS 拒绝药企的报价，最多可以举行三次价格讨论会议，最后企业可以选择接受或拒绝最终报价。这一过程中包括八个时间节点：2024 年 2 月 1 日是 CMS 提交最高公平价格 (Maximum Fair Price, 即 MFP) 提案的截止日期；2024 年 3 月 2 日是制药商回应 MFP 提案的截止日期，如接受提案则谈判结束，如拒绝提案可以提交反提案；2024 年 4 月 1 日为 CMS 回应制药商 MFP 反提案的截止日期，CMS 如接受反提案则谈判结束，拒绝最多可进行三次会议来讨论提案与反提案；2024 年 6 月 28 日是

完成 CMS 和制药商之间最多三次谈判会议的截止日期;2024 年 7 月 15 日为 CMS 向被选中药物的制药商提出最终书面 MFP 提案的截止日期;2024 年 7 月 31 日系被选中药物制药商接受或拒绝 CMS 最终 MFP 提案的截止日期;2024 年 8 月 1 日是 CMS 和被选中药物制药商完成价格谈判过程的截止日期;2024 年 9 月 1 日, CMS 发布谈判确定的被选中药物的 MFP(见图 2)。



图 2 美国首批药品价格 2024 年谈判时间安排

## 美国降药价的主要做法、典型特征是什么?各方反应如何?

### 四方面入手降低药品价格

首先是明确要参与谈判的药品品种。IRA 法案要求美国联邦政府对用于保障 65 岁及以上美国人医疗费用的 Medicare 花费最高的单一来源高价药品进行价格谈判，谈判药品数量将被限定。

CMS 于 2023 年 8 月宣布了首次参与谈判的 Medicare Part D 中 10 个药品品种。CMS 挑选这些药物的原则是：优先选择占美国医保支出最高、上市多年来未遇到强大竞争对手。这些药品的年度医保支出金额合计达 500 亿美元，超当年 Medicare 总药品费用的 20%。据美国媒体报道，如果谈判都可达成，预计将在十年内为美国政府节省 98 亿美元，并减少许多美国老年人的保险费和自付费用。

除了这 10 款药品外，美国还将于 2027 年谈判 Medicare Part D 另外 15 个品种，到 2028 年谈判 Part B 和 Part D 的 15 个品种，2029 年及以后谈判 Part B 和 Part D 的 20 个品种。药品谈判降价最小幅度为 25%—60%。

其次是挑选经验老道的谈判负责人。Medicare 负责药价谈判的丹尼尔·海德(Daniel Heider)是美国“旋转门机制”的典型人物。

“旋转门机制”指个人在公共部门和私人部门之间双向转换角色、穿梭交叉为利益集团谋利。这种行为在美国十分常见。丹尼尔曾在百时美施贵宝和默克公司工作，如今被委以重任代表美国政府与曾经的雇

主开展价格谈判。

再次是配套多项经济惩罚性措施。其中一些措施相当强硬严厉，例如，若药企不接受谈判，联邦政府会对其加征高额税收，第一年按前一年 Medicare 销售额的 65% 征收，之后逐年递增直至 95%；若前期谈判成功后期却不执行，企业将面临罚款，罚款金额按照售价和谈判价的 10 倍差值计算。另外，还有涉及 Medicare 处方药通胀返款的规定。自 2023 年起，Medicare Part B 和 Part D 覆盖的处方药若价格涨幅高于通胀，差额部分将由药企返回给联邦政府。

最后是调整 Medicare Part D 的待遇与保费。IRA 法案规定，自 2024 年起，免除 Part D 高额费用段 (2022 年为 7050 美元以上) 原有的个人自付要求 (5%)；自 2025 年起，Medicare Part D 受益者每年的自付费用上限设定为 2000 美元；同时限制 2024 年—2030 年 Medicare Part D 每年的保费涨幅不得超过 6%。其他的待遇调整还包括：从 2023 年开始，Medicare 糖尿病患者使用胰岛素的每月自付费用上限为 35 美元；取消 Part D 下成人疫苗的自付部分，允许参保者免费接种药品福利计划覆盖的成人疫苗；扩大 Part D 的低收入补助的范围。

### 体现三大主要特征

一是政府直接干预。与以往资本主义市场政府“不直接干预”手段不同，美国此次多项医药价格改革措施都是政府直接干预价格调控，如 IRA 法案中要求联邦政府授权 Medicare 与药企直接进行价格

谈判，再如由 CMS 参照同适应症药品或同种药品国际价格提出 MFP 建议，掌握定价主动权。

二是改革措施十分强硬。IRA 法案中关于降低处方药价格改革的措施具有一定的强制性，甚至可以说是通过采取强硬手段来推动改革落地。如前文介绍过的，IRA 法案中明确提出谈判药品最低降价幅度为 25%—60%，药企若不接受谈判，将对其加征高额税收；如果谈判成功后又不按照谈判价格销售，将对药企罚款；以及阻止制药公司涨价幅度高于通货膨胀率。

三是谈判药品金额巨大。据 CMS 介绍，首年谈判的 10 种药品，2022 年 6 月至 2023 年 5 月，约有 824.7 万名 Medicare Part D 的承保人使用，这 10 种被选中的药物占 Medicare Part D 承保处方药总费用的 505 亿美元，约占该期间 Part D 承保处方药总费用的 20%。不仅如此，被选中的每个药品对企业而言也都至关重要。如：阿斯利康的达格列 2022 年净销售额高达 43.81 亿美元，贡献了公司全年近 10% 的营收；乌司奴单抗 2023 年全球收入接近百亿美元，是强生销售额最高的单品。

### 各方反应态度迥异

可想而知，面对这场谈判，制药行业掀起了强烈的反对浪潮，多家大型制药公司更是向联邦政府提起了诉讼。有企业负责人将这场改革称为“拿枪顶着脑袋的谈判”，并公开表示将致力于废除 IRA 法案

中与药品定价相关的一些规定。更有企业表示，其与 CMS 的谈判是被胁迫的，政府迫使企业同意政府定价，否则就会面临消费税和其他处罚风险。尽管如此，CMS 仍于 2023 年 10 月宣布：“所有企业均自愿参加。”

美国公众的反应与制药行业形成了鲜明对比。许多非营利组织发布新闻稿盛赞这场改革，例如美国退休人员协会称赞 CMS 在采取关键举措来降低失控的处方药价格。

由于美国实行医药分家，且几乎不存在个人回扣，医疗机构和医务人员基本不会受到利益冲击，所以总体态度中立。

未来，美国政府还有可能出台更为严厉的价格监管政策。众议院民主党人提出了《为美国家庭降低药品成本法案》，该法案将扩大每年可协商价格的药品数量；甚至提出了更为直截了当的《制止制药公司宰客和为所有人节省药品费用法案》，将矛头直指药品专利。美国总统拜登在国情咨文中也表示，将提议扩大价格谈判的药品数量，把 Medicare 覆盖范围内使用最广泛、成本最高的药物清单从目前的 10 种增加到 50 种。

当然，美国政党的博弈非常激烈，首轮价格谈判结果能否在 2026 年落地执行，目前还是一个未知之数。

### 中国医保为了降低药价都做了哪些工作？成效如何？

实际上，我国早在多年前就开展了一系列药品价格治理工作，自

2018 年国家医保局成立，五年多来，中国医保部门主要推进了三方面的重点工作。

一是成熟药品带量采购。针对过专利期的成熟药品，国家组织开展集中带量采购，已经落地 9 批 374 种品种，中选产品 1600 多个；各省份平均再自行集采 300 种药品。与原价相比，集采后药品价格降幅在 50%左右，显著降低了患者药品费用负担。

二是创新药品医保谈判。国家医保局成立后，共组织了 6 轮医保目录动态调整，通过谈判累计新增的 446 个药品大多是近年来新上市、价值高的药品，价格平均降幅超 50%，提高了创新药品的可及性。

三是推进挂网价格治理。为促进同通用名同厂牌药品省级间价格公平诚信、透明均衡，目前针对四同药品(即通用名、厂家、剂型、规格均相同的药品)正进行价格规制，基本消除四同药品省际间的不公平高价、歧视性高价。

中国医保部门降低药价的各项改革总体成效如何?据权威机构测算，2023 年中国药品价格总体水平比 2018 年降低 20%左右，患者药品费用负担明显减轻。

以美国 Medicare 纳入首次降价谈判的 10 种药品为例，这 10 种药品在国内有 6 种已经通过医保谈判降价，有 4 种已经通过国家组织的药品集采降价，有 1 种药品谈判后作为协议期内非独家药品再纳入集采，另有 1 种符合集采企业数量门槛，待核心专利到期即纳入集采

范围(见表 1)。

表 1 美国首批 10 个价格谈判药物国内基本情况

序号	通用名	商品名	上市年份	中国治理措施
1	阿哌沙班片	艾乐妥	2013	2020 年国家组织第 3 批集采
2	恩格列净片	欧唐静	2014	2020 年医保谈判, 专利无效后 2021 年国家组织第 4 批集采
3	利伐沙班片	拜瑞妥	2011	2021 年国家组织第 5 批集采
4	西格列汀片	捷诺维	2006	常规挂网, 专利到期集采
5	达格列净片	安达唐	2014	2021 年医保谈判, 转常规目录
6	沙库巴曲缬沙坦钠片	诺欣妥	2015	医保谈判, 协议期至 2025 年 12 月
7	注射用依那西普	恩利	2011	医保谈判, 协议期至 2024 年 12 月
8	伊布替尼胶囊	亿珂	2013	医保谈判, 协议期至 2024 年 12 月
9	乌司奴单抗注射液	喜达诺	2009	医保谈判, 协议期至 2025 年 12 月
10	门冬等多种胰岛素	诺和锐等	2000	2021 年国家组织第 6 批集采

至于经过价格治理节省下的药品费用, 中国医保几乎全部腾给了各个利益相关方。

一是用于提高患者用药待遇保障。医保目录扩容, 纳入更多新药好药、罕见病药; 扩大高血压、糖尿病“两病”用药范围; 提高门特门慢用药待遇保障水平; 将部分定点零售药店纳入职工医保门诊统筹, 方便就医购药。

二是有效激励医疗机构和医务人员。对于集采执行考核合格的医疗机构, 中国医保部门推出医保资金结余留用奖励, 增设药学服务类医疗服务收费项目, 调涨手术、中医、康复等体现技术劳务价值的收费项目。

三是促进用药结构腾笼换鸟。近年来, 公立医疗机构药品总费用

呈现小幅上涨的趋势，但药品结构已经发生显著变化。据统计，集采节约的费用约 60%腾给了谈判创新药(见图 3)。

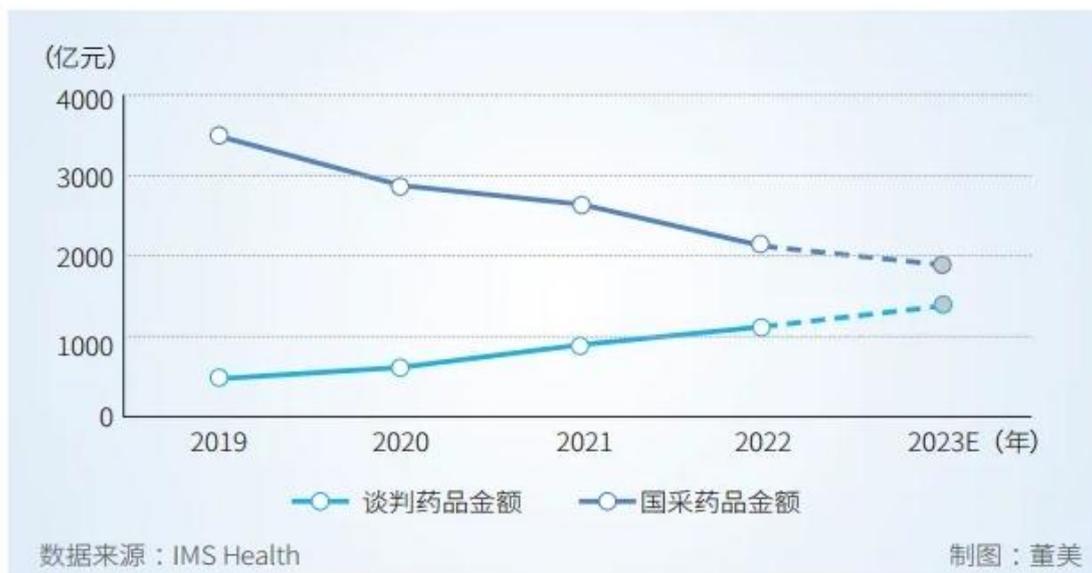


图 3 国家组织集采药品和谈判药品金额变化情况

### 中国医保实践做对了什么？

对于降低药价，中国在实现医、患、保等多方利益均衡的同时，医药产业供给侧改革和高质量发展也正在路上。

中国的医保实践让积极参与药品集采和医保谈判的企业广泛受益，社会总体持积极肯定态度。相较别国实践，中国医保实践到底做对了哪些工作？

一是充分发挥市场主导作用。无论是集中带量采购或国家药品谈判，企业均系自愿参加、自主报价，让市场有效竞争在发现药品合理价格中发挥决定性主导作用。

二是更好发挥有为政府作用。集采中选药品保障进院、保障用量、

保障回款，大幅降低了企业进院成本和销售费用。医保谈判药品积极落实“双通道”政策，让患者买得到、用得上、吃得起创新专利药。

三是坚持以患者为中心。中国的药品价格治理医保实践始终坚持以患者为中心，不断降低患者经济负担、提高药物可及性、提高用药质量层次。医保谈判推动一大批独家品种的抗癌药、罕见病用药以适宜价格纳入医保，截至 2023 年 5 月，医保谈判叠加报销累计为患者减负超 5000 亿元；国家组织集采连同地方联盟采购，也为参保群众累计减负约 5000 亿元。

市场化的机制不仅带来了质优价宜的民生实惠，同时也促使企业将更多精力投入到创新研发与质量提升中去。

在集采制度的推动下，2018 年以来，我国通过仿制药质量和疗效一致性评价(含视同通过)的药品累计数量已经由当时的不足 200 个，快速上升到目前的超过 8900 个，高质量药品正逐步占据临床用药主流。在创新专利药的使用上，医保对新药的支出从 2019 年的 59.49 亿元增长到 2022 年的 481.89 亿元，增长了 7.1 倍；上市新药纳入医保目录的等待时间从过去的平均近 5 年缩短至不到 2 年，80% 以上的创新药能够在上市后 2 年内进入医保，一些新药上市仅半年就被纳入医保目录；5 年内新上市药品在当年新增品种中的占比从 2019 年的 32% 提高至 2023 年的 97.6%；2023 年有 57 个品种实现了“当年获批、当年纳入目录”。

不仅如此,相较于美国首年价格谈判就纳入占 Medicare 支出 20% 的药品,中国医保给予了企业较长的降低药价过渡周期。集采方面,化药集采达到 30% 的金额规模用了 5 年时间,且目前集采未纳入单抗等大额品种,对于生物药有一定的倾斜性保护;中药集采亦温柔相待,平均降幅仅 40% 左右。谈判方面,续约降价温和,2023 年 100 个续约药品中,69 个品种可以原价续约,31 个品种因销售额超出预期等原因需要降价,平均降幅仅为 6.7%;2021 年下半年起,医保谈判及国谈竞价后的多个品种,即使符合集采企业数量门槛,也未再次纳入集采进一步降价。

医疗机构也在积极降本增效。随着用药成本降低、集采结余留用奖励、增加 DRG/DIP 改革下的盈余,医疗机构不仅大幅降低了自身运行成本,医务人员的廉政风险也显著降低,公立医疗机构的公益属性明显提升。

总之,中美两国基于自身国情,均采取了适应现实的降低药价措施,尽管具体路径有所区别,但总体目标和方向是类似的。中国医保通过谈判、集采、价格治理等实践手段降低了药品价格,平衡了多方利益,具有明显的正面外溢效应,正在被更多国家学习和效仿。当然,改革永远在路上,医保降价实践规则仍然有持续完善的空间,相信未来会不断优化政策,以期平衡好各方利益。

[返回目录](#)

## 未来 5-10 年，DRG 会给中国医疗带来哪些变化？

来源：看医界

“DRG 导致医疗收入减少？导致医院亏损？DRG 背不动这个锅”。近日，国家医保局官微连发四文，刊文反驳 DRG 致医院亏损的言论，引起广泛关注。

同时，医保局官方微信因为在留言区“不控评”的操作，放出不少对于 DRG 有疑惑的民众和医疗从业者的评论，针对所显示的不同省份 IP，当地医保局工作人员上场留言解释政策，并公布举报电话，也让这场医院与医保局因 DRG 改革的争论出了圈。

### 有叫亏声，谁在受益？

“现在，一些医疗机构、医生只讲所谓‘亏钱’的病例，对于‘赚钱’的病例三缄其口？展开讲讲”。国家医保局官微文章下方，一条评论这样说道。

实际上，与部分医院难以适应 DRG/DIP 改革不同的是，一些社会办医却在这波支付方式改革中找到了出路。

2020 年 11 月，安徽省淮南市被列为“区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)”国家级试点城市，作为 71 个首批试点城市之一，淮南开启了 DIP 付费本地特色的探索，根据淮南的规定，不同级别的医疗机构都可以申请加入改革试点。

淮南当地一家医生出身的社会办医院院长向记者透露，当时政策一

出台，他就敏感地意识到，这或许能成为医院发展的一次契机，“对于医保来说，提升基金使用效率和医疗服务效率，是目前的改革目标之一，而社会办医较为灵活的机制，和医保改革提升效率有很好的契合点，于是，医院积极申请，成为淮南市第一批 DIP 付费改革试点医院。”

该院长表示，加入 DIP 后，完全是让民营医院跟公立医院在一个起跑线上奔跑。而这家医院参照国外的日间手术中心模式，以日间手术为特色，院长坦言，日间手术具有出院早、住院时间短、费用低、成本低等特点，按照病种分值付费，医院占了较大的优势。“当年，医院在全市的医疗机构中效益是最好的，得到了市医保局的认可。”

作为一种利国利民的手术管理模式，日间手术以其“短、平、快”的特点，被认为是提高病床资源使用效率、缓解医疗资源供需矛盾产生的“看病难”问题的解决之道。然而，在公立体系内的推行却并不是一帆风顺。

成都市第三人民医院普外日间病房负责人李毅用“口是心非”形容了目前一些公立医院的日间手术发展现状——医院层面口号喊的多，能够落地的政策少；学科层面内心支持的多，身体力行的少；医生个人层面不闻不问的多，转变观念的少。

不过，据报道，通过缩短平均住院日，一家南方省份三甲医院最近几年没在 DRG 上亏损过。在 DRG 运转两年后，这家三甲医院的患者

平均住院日从 7.3 天，缩短至不到 6 天。为了不影响医疗服务质量，医院还对并发症、出院患者重返住院的情况进行考核。

“平均住院日缩短一天，就意味着医院一下子多出 500 至 700 张床位。”该院副院长介绍，这样既能降低 DRG 中的成本核算，空出的床位还能给医院增收。这样算下来，医院一举两得。

### DRG 在拉扯中走过 7 年

虽然中国有关 DRG 的探索已近 30 年，但实际上，这场关于 DRG 改革的大规模试点，可以追溯到 2017 年。

2017 年 6 月，当时的国家卫计委在深圳召开按疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Group, DRG) 收付费改革试点启动会，深圳和新疆的克拉玛依、福建的三明被列为三个试点城市。DRG 收付费改革是国务院钦点的 2017 年 70 项医改重点工作之一，这也是该项改革第一次上升到国家战略层面。

也是这个月，国务院办公厅印发了《进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》。《意见》提出，深化基本医疗保险支付方式改革的主要目标是，2017 年起，进一步加强医保基金预算管理，全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。

知名医改专家徐毓才认为，这一重大改革举措得到了业界专业人士的广泛好评，就连一向对医改颇多“批评”的中国社科院朱恒鹏教授也认为，“文件专业到这个水平，医保部门也算是呕心沥血了”。

然而，文件出台后，文件要求的“国家选择部分地区开展按疾病诊断相关分组(DRGs)付费试点”总体上进展很慢且幅度太小。

直至2018年5月31日，国家医疗保障局挂牌组建之后，这一改革才进入了快车道。

2019年起，国家医保局开展按疾病诊断相关分组(DRG)/病种分值(DIP)支付方式改革试点，按照DRG/DIP三年行动计划，到2025年DRG/DIP将实现统筹区域、医疗机构、病种(90%)和医保基金(70%)四个全覆盖。

“这也就是说，届时，如果医疗机构还不能‘适应’DRG/DIP支付方式，那将‘寸步难行’。”徐毓才表示。

徐毓才认为，DRG/DIP改革对医疗机构来说，应该是一次应该抓住的有利发展机遇。对于医院管理者来说，首先要转变观念。特别是要有经营医院的观念。作为医院不能再继续追求收入多，而应该追求效益好，也就是不再总量大而在收支结余多，要有降低成本的意识。

哪些是医院的成本?徐毓才介绍，基础设施建设、医疗设备购置与使用、药品耗材、水电气，还有人力等，有些成本降不下来，比如人力;而有些成本就成为主要抓手了，比如慎重扩建、慎重购买设备，有钱不置三年闲，而用药和耗材尽量做到“合理”。

除了这些之外，如果能够做好“日间手术”，那就是全方位降低了成本，由于其住院短、费用低并可以取得同样的疗效，医保、群众

都高兴。“这就是为什么国家将日间手术作为改善医疗服务行动的重点任务的原因。”

## DRG 全球应用的 40 年

在世界范围内，DRG 系统通常被作为提高医院行政效率和控制医疗费用不合理增长的重要手段之一。

国家	挪威	芬兰	瑞士	韩国	泰国	德国
实施情况	20 世纪 90 年代中期，北欧国家推出了基于北欧第十版国际疾病分类系统临床修订版 (ICD - 10)，1996 年引入的新北欧外科手术分类的 DRG 系统。		2007 年，瑞士议会通过了新的医院融资法，于 2012 年在全国范围内引入基于 DRG 的关税结构，建立组织框架。	1991 年，首尔国立大学医院研究所根据美国的 DRG 改进研发了韩国版 DRG (即 KDRG)。	泰国的 DRG 第 5 版于 2010 年发布，分别使用疾病的国际分类 ICD - 9 - CM 和 ICD - 10 / ICD - 10 - TM 进行手术和诊断编码。	德国 2003 年推出 DRG，并于 2004 年强制推行，所有基于 DRG 的医院支付系统核心结构都是将相对权重转换为实际支付。

数据来源：

《卫生软科学》；《国内外 DRG 发展现状对比研究》；广西医科大学卫生与健康政策研究中心；梁雷颖，高洪达，冯启明，罗红叶，彭蓉，赵劲民

国家	美国	日本	新加坡	英国
施行情况	1983 年，美国国会采用了 DRG 制度，该制度将医院报销从原先基于费用支付改为基于患者诊断的固定预期支付。	1998 年，日本实施了测试 DRG 和预付制 (prospective payment system, PPS) 系统有效性的试点项目，并于 2003 年正式引入了 PPS 和 DRG 重新排列的分组系统。	1999 年，新加坡在公共卫生保健系统中引入 DRG 支付系统。	2003 年，英国卫生部开始尝试引入新的医院费用支付方式——按结果付费 (payment by results, PbR)，并制定了 PbR 使用指南，PbR 是英国的 DRG 形式。

数据来源：

《中国医疗保险》2023.9；典型国家 DRG 异化行为监管比较研究及启示；中国政法大学政治与公共管理学院；张晓瑜 廖薇宣

老徐是天津一家二级医院的病案编码员，他在一篇关于 DRG40 年发展历程的文章中介绍，在美国，Medicare 于 1983 年开始将 DRG (diagnosis-related group, 诊断相关分组) 用于向医疗机构付费，至今已有 40 年的历史。随着世界各国对医疗领域管理和医疗服务降本提质的需求日益增长，DRG 的应用逐渐扩展至全球。

老徐介绍，纵观 DRG40 年，给医疗界带来了很大改变，首先就是

医疗费用显著降低，同时，住院时间明显缩短，DRG 推行还带来病案地位瞬间提升，病历管理部门从医院的垃圾部门进入了医院管理者的心房。

老徐介绍，与国内情况类似，在国际范围内，DRG 施行之初，医疗行业存在着一些担忧，比如医疗质量下降、新技术发展受限、推诿患者、费用转移等。然而，在 1991 年的一项调查中，以上这些担忧并未实际发生。同时，尽管更多的住院会带来更多的收益，但研究发现 DRG 付费后住院人数反而出现了下降。

“我们目前采取 DRG 和 DIP 并行的支付方式。DRG 可以在吸收国际经验的基础上，与客观临床实际相结合，相对快速地发展出适合本土应用的分组方案；而 DIP 则通过分组过多、过度依赖历史数据的方式让我们重新体会 DRG 研发之初所走过的弯路，让我们明白这一切来之不易。”老徐表示。

**未来 5-10 年，DRG 会给中国带来什么？**

**施行 DRG 付费后，中国可能发生什么？**

杭州市第三人民医院马锐华在一篇《DRG 付费模式下公立医院成本精细化管理》的论文中提到，在 DRG 付费模式下，公立医院需要转变成本管理理念，实行成本精细化管理，以提高成本管理水平，实现可持续发展。另外，随着医疗技术的不断发展和医保政策的不断完善，公立医院将面临新的机遇和挑战。因此，公立医院应不断创新成本精

细化管理理念，加强人才培养，为顺利推进医疗体制改革提供有力支持。

老徐曾经参加过一场学术会议，会上，来自美国密歇根大学的 David Butz 教授分享了美国 40 年 DRGs 改革对中国的启示，据其介绍，自 1983 年施行 DRG 付费后，美国医院住院人数越来越少；住院天数越来越短；住院床位不断缩减。

这位教授认为，在中国未来的 5-10 年，DRG 将促进医疗机构/卫生系统提高病历质量，变革急诊医疗，系统性优化工作流程，减少无价值支出，合理使用瓶颈资源，减少入院，缩短住院时间，减少患者花费，精细化管理，持续改善。

而政府和第三方支付方需要持续改进 DRG 设计，每年进行更新，救助 DRG 支付下财务状况不佳的医院，提高从业人员和信息系统的生产力。

讲者认为，这些将在未来对中国的医疗领域产生重大影响，并不是医疗活动的所有参与者都会从改革中获益，但长远来看，这将促进中国医疗事业的健康发展。

而针对 DRG 支付方式改革中存在的问题，中国科学技术大学附属第一医院、安徽省立医院医保处张冰、王雷在《安徽省某三甲医院 DRG 付费运行结果分析研究》中表示，DRG 付费的实施本质上是要促进医疗、医保、患者三方平衡，实现医疗资源的优化配置。

“DRG 付费实施方案及分组规则是一个动态调整的过程，医疗卫生机构应积极探索完善与医疗保障主管部门的沟通机制，及时解决工作中存在的问题与不足，努力建设贯通协同高效的工作局面，通过专家评估、协商研究等方式，以满足临床诊疗基本需求，逐步完善 DRG 付费规则，使之更加贴合本地实际情况。”

[返回目录](#)

### · 专家观点 ·

#### 观点 | 毛群安：以“健康体重”为切口，提升公众健康素养

来源：人民日报

4月18日，国家卫生健康委召开新闻发布会，介绍推进卫生健康事业高质量发展，护佑人民群众生命健康有关情况，本场发布会的主题是“健康城镇 健康体重”。会上，全国爱卫办副主任、国家卫生健康委规划司司长毛群安介绍了爱国卫生工作有关情况。

#### 今年爱国卫生月重点在“健康体重”

毛群安介绍，随着我国人民生活方式的变化、生活水平的提高，我国人群中发生超重肥胖的比例高，且呈现上升趋势，特别是青少年群体的超重和肥胖问题，影响着青少年未来的健康成长。据世界卫生组织研究结果显示，在影响人的健康因素中，生活方式和行为占据较高比重。不合理膳食、缺乏运动，是导致超重和肥胖的重要原因，而

超重和肥胖又是高血压、糖尿病、心脑血管等重大慢性疾病的主要致病因素。针对当前我国超重肥胖人数增加，同时又要控制慢性疾病发病率的情况，今年国家卫生健康委确定利用爱国卫生月进行集中宣传，请公众关注“健康体重”。

超重和肥胖以及引发慢病的发生，这不仅是我国面临的公共卫生问题，也是全球共性问题。

毛群安表示，要把体重管理好，降低重大慢性疾病的发病率，需要全社会共同努力，卫生健康部门要提供技术支持，通过权威科学的知识技能传播，让公众了解如何判断自己的体重是否健康，如何使自己和家人的体重保持在健康状态。同时，改变人的生活方式是一个难题，需要相关部门采取综合措施进行有效管理，所以今年的爱国卫生月特别强调要在全社会倡导文明健康的生活方式，防控慢性疾病。

同时，毛群安表示，希望各地以“健康体重”为主题开展科普活动，以健康促进活动为切入点，让广大公众了解超重肥胖对健康的危害，让每个人树立“自己是健康第一责任人”的理念，真正养成文明健康的生活方式。希望通过这些信息的传播，动员社会各方面力量关心关注以及参与到超重和肥胖的防控工作之中，真正实现从源头上降低我国慢性疾病的发病风险，实现“健康中国2030”规划纲要提出的“让群众少生病，少生影响健康的大病”，从过去被动接受医疗服务转化为主动养成维护健康的生活方式。

## 推动改善全民健康素养和行为习惯

毛群安介绍，为了进一步提升全民健康素养水平、改变不健康的行为习惯、建立健康的生活方式，国家卫生健康委、全国爱卫办围绕“健康体重”的主题，将爱国卫生月的主题宣传和全年的健康促进活动相结合，重点开展以下几个方面的工作：

第一方面，调动卫生健康全系统力量，开展权威的科普活动，提供信息源头和科普资源。实施健康中国行动以来，国家不断完善健康科普专家库、资源库以及传播机制，特别是引导医务人员加大健康科普力度，强化在医疗卫生活动的全过程中都要融入健康科普的意识，采取多种方式把健康的知识和技能传递给公众，提高广大人民群众的健康素养水平。

第二方面，推动全国各地各方面都能够组织开展群众性科普实践活动。通过义诊、体检、健康咨询等健康服务活动和丰富多彩的实践体验活动，推动健康生活进社区、进农村、进单位、进学校、进家庭，促进将健康的理念转化为健康的行动。近期，全国爱卫办举办了爱国卫生月现场的启动活动，各地也正在积极开展，比如“万步有约健康体重”“为体重减负”等各类活动。全国爱卫办还在筹办健康中国行动知行大赛，以家庭为单位进行全国的比赛，通过这些方式让健康的理念和知识广为传播。

第三方面，宣传推广典型做法。通过宣传全国各地健康促进方面、

爱国卫生工作方面新的典型，促进形成“人人参与、共建共享”健康中国综合治理的新格局。

[返回目录](#)

## 观点 | 马长生：治疗房颤，理念、技术、宣教缺一不可

来源：中国卫生杂志

说到房颤射频消融术，就不得不提马长生。作为我国“房颤第一人”，马长生一路见证了我国心脏电生理的崛起，这一“钻”就是40余年。当前，房颤治疗理念和手段是什么？我国面临的挑战有哪些，该如何解决？记者专访了首都医科大学附属北京安贞医院心脏内科中心主任马长生。

马长生：主任医师、教授、博士生导师，首都医科大学附属北京安贞医院心脏内科中心主任，国家心血管疾病临床医学研究中心主任，北京市心血管疾病防治办公室主任，首都医科大学心血管病学系主任，中国医师协会心血管内科医师分会名誉会长，中华医学会心血管病学分会候任主任委员，中国生物医学工程学会心律分会主任委员，中国生物医学工程学会介入医学工程分会候任主任委员等。

### 房颤所致卒中带来沉重负担

房颤是一种常见的心律失常，通常表现为不规则且很快的心率，也就是人们口中说的“心慌”。房颤不仅影响患者生活质量，严重者还会发生血栓栓塞、心脏衰竭等并发症。其中，最严重的并发症就是

脑卒中，与非房颤相关性卒中相比，房颤所致卒中往往病情更严重，致残、致死率和复发率均更高。

一组数据可以看出房颤发病的严峻形势。我国一项大规模流行病学调查显示，2014年至2016年45岁以上人群的房颤患病率为1.8%，其中男性患病率为1.9%、女性患病率为1.7%；随年龄增长房颤患病率也会升高，在75岁以上人群中，男性和女性的患病率分别为5.4%和4.9%。据估算，我国约有1200万房颤患者。由于约1/3的患者不知晓患有房颤而漏诊部分阵发性房颤，我国实际房颤患者数应该高于上述估算数字。

“年龄是发生房颤最重要的影响因素，而其余所有危险因素都会增加房颤发生的可能性。”马长生介绍，患有高血压、糖尿病、冠心病等疾病的患者更容易发生房颤。与无房颤的人相比，房颤患者也更容易增加其他疾病的发病风险。比如，房颤患者的死亡风险是无房颤患者的1.5~1.9倍，其机制可能与血栓栓塞、心衰风险增加，以及共患疾病的协同作用有关。未接受抗凝治疗的房颤患者卒中、短暂性脑缺血发作及体循环栓塞的发生率是无房颤人群的3~5倍。

### 房颤治疗“武器”更先进

深耕领域多年的马长生认为，房颤治疗的理念不断更新发展，几次“技术革命”让房颤的治疗手段更加成熟、更加丰富。从1994年开始，业界学者相继尝试射频消融治疗房颤。1997年新英格兰杂志

发表了一项研究证实导管射频消融术可以根治房颤，此后其广泛应用于临床。

马长生是在 1992 年开始学习心脏电生理和导管射频消融术的，6 年后，完成了我国第一例房颤导管射频消融术手术。他说，从 1998 年开展第一例房颤射频消融到现在全国年手术量 10 万例，发展速度之快也体现出我国技术水平的提升。目前，我国导管射频消融技术与发达国家水平基本持平，在全国大型医院中已经得到普及推广。“未来，还要继续提高患者和医生对于房颤射频消融术的接受度，使其更安全、成功率更高，造福更多患者。”

马长生表示，当前已经有充分的证据表明，导管射频消融术在房颤治疗中将发挥更为重要的作用。未来十年，即到 2035 年，中国每年可能会实施约 100 万例导管射频消融手术，并且这个数字有可能还会增长 5 倍至 10 倍。相比之下，抗心律失常药物的效果远不及导管射频消融，而且导管射频消融手术的安全性已得到验证，其价格逐步下降。此外，国家医保政策的支持也对导管射频消融手术的推广产生了积极的影响。

因房颤患者的左心耳内容易发生附壁血栓，栓子脱落后容易堵塞脑血管，进而导致缺血性卒中，因此房颤治疗最大的问题是预防卒中。马长生表示，目前新型口服抗凝药，比过去几十年使用的华法林作用更好、更安全。根据英国的数据，既往每年房颤导致的脑卒中都在明

显增长，但在 2011 年新型口服抗凝药被广泛使用后，房颤脑卒中的发生率大大降低，这也被称为房颤治疗的技术革命。

“对基层医务人员进行专业的心血管疾病和房颤诊疗培训十分关键，要提高他们对房颤的识别和初步处理能力，最重要的是了解抗凝治疗的重要性。”马长生说，一方面是加强基层医务人员的培训，开展规范的抗凝治疗；另一方面是强化患者及其家属的健康教育，提高他们对房颤的认识，包括疾病危害、生活方式调整、药物及介入治疗必要性等，以提高患者的自我管理能力和依从性。

### 拥抱 AI 医生

“对于大型公立医院来说，既要‘顶天’，又要‘立地’。”马长生说，“顶天”体现在创新上，要以临床问题为导向，加大新药物、新技术等的研究开发力度；“立地”体现在帮扶上，要以需求为导向，持续指导帮扶基层，实现同质化诊疗。利用当前的远程医疗技术，大型医院或心血管专科医院可以与基层医院建立密切联系，定期派遣医务人员参加专业培训和学习交流，开展远程咨询和案例讨论，指导基层医师提高简单病例诊疗的规范性和复杂病例的诊治水平。

“互联网和人工智能(AI)等应用将使我们能够更好地管理与房颤相关的合并症，如高血压和心力衰竭等。这将有助于提高患者的生活质量，降低死亡、卒中和心力衰竭等不良事件的发生率。”马长生说。

在去年一年时间里，马长生带领团队调研基层心血管病防治工作，走访了河南、云南、新疆等地的县医院、乡镇卫生院和村卫生室。马长生了解到，一些乡村医生没有接受过正规医学院教育培训，独立按照指南规范诊疗常见病的能力尚显不足；反观城市中，大量集中的患者为大医院的医生带来过量的诊疗工作，这种超负荷的工作状态很可能影响诊疗的效果。“不管是基层还是大医院都需要高质量、智能化的诊疗辅助工具，以提高效率、提升质量并减轻医生繁重的工作负担。”

马长生团队在“十四五”国家重点研发计划和一系列研究项目经费的支持下，计划在五年之内研发出综合能力达到专科医生水平的AI心脏病医生，同时联合全国心血管病专家开设心血管病互联网医院，以服务全国县乡村患者。马长生介绍，预期的AI心脏病医生将能够实现心血管病患者院外管理，居家心脏康复、健康管理和心血管病预防，培训和指导普通医生开展常见病和疑难重症治疗与技术操作等功能。

“AI医生的广泛应用，将节约大量社会资源尤其是高昂的人力成本，促进实现符合世界卫生组织标准的高质量医疗服务以及健康公平。让我们迎接AI医生的时代。”马长生有所期待。

[返回目录](#)

## · 地方精彩 ·

### 湖南醴陵：以次中心为枢纽，带动县域医疗整体提升

来源：醴陵市卫生健康局

2023年，湖南省在政府工作报告中提出，要持续推动优质医疗资源下沉，建设一批县域医疗次中心。同年8月，湖南省卫生健康委启动2023年县域医疗次中心试点示范项目建设，在全省首批建设20个次中心。白兔潭镇中心卫生院作为醴陵市唯一一家入选单位，成为次中心建设试点。

#### 加强协同 防控风险

目前，醴陵市成立了以市政府分管副市长为组长，组织、编办、发改、人社、审计、医保、卫生健康等部门为成员的醴陵市县域医疗次中心建设工作领导小组，负责制定相关建设实施方案，并调查、研究、解决次中心建设和发展过程中存在的问题，组织开展次中心建设工作督导、监测、评价。按照建设实施方案，各部门要高度重视并优先考虑次中心建设工作，切实加强部门协同，积极争取各级财政支持和基础设施、设备购置等建设项目，确保项目实施达到预期效果。县域医疗次中心内部绩效工资实施动态调整机制，收入分配重点向关键岗位、业务骨干、引进人才和作出突出贡献的人员倾斜，体现多劳多得，优绩优酬原则，推动建立长效留人机制。落实县域医疗次中心建设专项经费，统筹相关项目建设，提高资金使用效益。切实加强基础

设施、诊疗设备、特色专科、人才队伍建设、信息化建设等，提升醴陵市东乡片区诊疗水平，提高县域就诊率。为加强建设监督评价，醴陵市成立了由分管副市长为组长的醴陵市县域医疗次中心项目建设风险防控小组，在白兔潭镇中心卫生院设置风险防控办公室，由卫生院负责人任办公室主任，全面监督项目资金使用情况。提升项目建设相关人员廉洁廉政风险防控、安全生产风险防控意识，通过专人跟进，明确立项决策、招标投标、履行合同、资金拨付、工程验收和结算等廉洁风险防控重点环节，实现项目建设全流程、全过程管控。建立健全科学、规范、合理的监测评估体系，重点监测县域内医疗服务收入占医院医疗收入的比例、平均住院日、门诊人次数与出院人次数比例、三四级手术占比、微创手术占比、门诊和住院次均费用增幅、开展新技术新项目的梳理等指标，将监测评估结果充分运用到政策制定、执行、督查、整改全过程。完善任务考核奖惩制度和定期通报制度，将此项工作纳入醴陵市政府全年目标绩效管理工作考核。下一步，醴陵市计划经过两到三年时间，实现县域医疗次中心医疗卫生服务能力明显提升，诊疗量明显增多，辐射带动作用明显加强，转诊至上级医院、省外医院就诊患者数量明显减少，基本实现“治得好小病、管得了慢病、看得出大病、转得了重病”目标。

### **服务周边 带动一方**

县域医疗次中心是连接乡村和县级医疗机构的枢纽，能够发挥承

上启下的作用。醴陵市在已有的紧密型县域医共体建设基础上，通过打造次中心，提高了基层医疗卫生服务能力，有效促进了医疗卫生工作重心下移和资源下沉，提升了县域医疗服务体系整体效能，起到“服务周边，带动一方”的作用。下一步，在推进县域医疗次中心建设过程中，醴陵市一方面将着重加大高端技术型人才引进力度，优化人才引进政策，建立长久有效的人才激励机制，吸引更多高端人才下沉，加大乡镇对人才的吸引力，突破基层医院在人才培养方面的瓶颈，促进次中心人才队伍结构不断优化。另一方面，将充分发挥“湘雅乡情·专家醴陵行”的传帮带作用，吸引更多专家下沉基层，为基层医疗卫生机构专科建设提供有力支撑。

[返回目录](#)

### 贵州：建设次中心，办好民生实事

来源：贵州省卫生健康委

县域医疗次中心建设是贵州省加快推进紧密型县域医共体建设，优化县域医疗卫生资源配置，促进乡村医疗卫生体系健康发展的重要实践。2022年，贵州省将县域医疗次中心建设纳入省政府民生实事；2023年，纳入省级重点项目监测，以县域医疗次中心为抓手加快构建紧密型县域医共体；2024年，再次纳入省政府民生实事。从贵州省的实践结果看，县域医疗次中心在紧密型县域医共体中发挥了承上启下的枢纽作用，破解了在推进紧密型县域医共体建设中遇到的“部

分基层医疗卫生机构能力不到位、潜力不够”“部分牵头医院辐射带动不到位、拉动不够”“部分医共体内激励机制不到位、紧密不够”等问题，有效促进了紧密型县域医共体建设。

### 承上启下 辐射带动

贵州省县域医疗次中心的建设过程分为四个阶段。在准备阶段，以服务人口、距城区距离、服务能力、综合评估等标准开展县域医疗次中心项目遴选工作。遴选工作完成后，由省级卫生健康部门制定实施方案，县级党委政府根据省级文件牵头制定县域医疗次中心建设实施方案。在建设阶段，省级卫生健康部门定期开展工作调度，市县两级建立定期督导工作机制，明确专人负责统筹协调，由县域医共体牵头医院牵头推进县域医疗次中心建设。在验收阶段，由各县对照《贵州省县域医疗次中心建设指南》和各建设单位制定的实施方案开展自评自查，市级选派医疗、护理、卫生管理等专家组成专家组开展验收，省级根据市县两级验收情况抽查复核。在巩固提升阶段，持续优化县域医疗次中心运行机制、完善管理体制，以县域医疗次中心为抓手深入推进紧密型县域医共体建设，辐射带动基层医疗卫生服务体系提质增效。贵州省在县域医疗次中心建设过程中，围绕几个重点开展工作。

科室设置。要求县域医疗次中心根据其功能、任务设置行政部门、临床科室、医技科室三大类部门，至少要设置全科医疗科、内科、外科、妇产科、儿科、中医科、麻醉科、手术室(麻醉科、手术室可合并设

立)、发热诊室等科室。人才队伍建设。全方位、多维度培养和引进急需人才,加强对县域医疗卫生人才的统筹,尤其要将乡镇卫生院在职的优秀人才作为学科带头人和团队人员重点培养,要求每个县域医疗次中心至少有1名副主任医师和2名主治医师。设备配置。按照技术适应、填平补齐、满足需求的原则,结合实际采购所需医疗设备,至少应配置直接数字化X线摄影系统(DR)、彩色B超机、呼吸机等10种设备。因地制宜开展建设。在满足科室设置、人才队伍建设、医疗设备配置的基础上,县域医疗次中心建设单位可结合自身发展情况,将项目资金用于信息化、基础建设、服务体系建设等内容。截至2023年年底,贵州省已有80个县(市、区)建设医共体143个,并已完成100个县域医疗次中心。2024年,贵州省拟再投入2.5亿元新建50个县域医疗次中心,列入省政府“十件民生实事”之一,并推进县域医疗次中心建设在县域医共体建设县(市、区)全覆盖。同时,除省级部署的县域医疗次中心建设项目外,市县两级也在积极部署县域医疗次中心建设,如遵义市已在全市布局52个县域医疗次中心,习水县在全县部署了5个次中心,形成了“2+5+N”的紧密型县域医共体布局。

### 科学规划 协同治理

通过县域医疗次中心建设,贵州省促进了优质医疗卫生资源下沉,改变了基层医疗卫生机构小散弱布局,解决了农村区域优质医疗

资源缺乏的状况，确保广大人民群众就近享受优质高效的医疗卫生服务。总体来看，成效的取得离不开以下几方面支持。一是得益于党政重视。自 2022 年以来，贵州省连续三年将县域医疗次中心建设写入《政府工作报告》，并在 2022 年、2024 年将其列入省政府“十件民生实事”之一，2023 年列为省级重点项目监测。同时，县级成立了党委政府牵头的县域医共体管理委员会，实行一县一策，因地制宜推动县域医疗卫生资源向人口集中的中心卫生院集中布局、精准投放，逐步打造县域片区医疗救治中心、医疗急救中心、人才培训中心、临床技能指导中心、公共卫生指导中心等。二是得益于科学规划。贵州省通过加强标准设计，出台《贵州省县域医疗次中心建设指南》，对已建成的 100 个县域医疗次中心的建设规模、科室设置、人员配置、医疗设备配置、信息化建设和服务能力等作出明确规定，确保次中心建设标准化规范化。同时，贵州省在充分考虑区域人口、交通、地理位置及医疗资源分布等因素的基础上，省级结合各地申报情况建立了县域医疗次中心储备名单库，科学合理规划次中心建设。此外，各市（州）均已结合自身实际，进行了县域医疗次中心建设的谋划和部署。三是得益于协同治理。贵州省按照“省级支持指导、市级统筹布局、县级主体推动”原则，充分考虑区域医疗卫生资源布局、地理条件、人口交通等因素，坚持“县级带中心、中心带一般”“突出中心、梯次发展”，以责任共同体、管理共同体、服务共同体、利益共同体建

设为突破点，推动形成了基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度，初步构建“县级公立医院—县域医疗次中心—一般卫生院—中心村卫生室—行政村卫生室”梯次带动的县域医共体模式，一体化推进县域医疗卫生服务提质增效。四是得益于以人为本。贵州省聚焦基层疾病谱，以满足居民常见病、多发病的诊疗及康复、护理以及急危重症、疑难病症的急诊急救及转诊服务等健康需求为目标，推动县域医疗次中心至少设置全科医疗科、内科、外科等 10 余个临床类科室。比如，针对正安县流渡镇(所在卫生院为第一批次中心)群众结石等疾病高发问题，配置了体外冲击波碎石机。同时，通过牵头医院人员派驻、加大人员招聘力度、编制统筹使用等途径，优化县域医疗次中心人员配置。

### 巩固与提升

由于县域医疗次中心属于新兴举措，在建设过程中，贵州省也遇到了很多挑战，比如个别建设单位中心带动效果不明显、管理体制尚不健全、运行机制尚不高效等问题。下一步，贵州省将重点在几个方面进行巩固与提升。一是持续提升能力。持续以县域医疗次中心为抓手，深入推进紧密型县域医共体建设，巩固“县级公立医院—县域医疗次中心(中心乡镇卫生院)—一般卫生院—村卫生室”梯次带动的紧密型县域医共体模式，重点完善县域医疗次中心与医共体牵头医院、县域医疗次中心与周边基层医疗卫生机构协作分工机制，促进区

域医疗资源同质化。二是完善管理体制。依托紧密型县域医共体建设，按照“总院+分院”模式，促进医共体牵头医院和次中心资源整合，理顺县域医疗次中心在县域医疗卫生服务体系中的枢纽作用，推进县乡一体、乡村一体管理，一体化促进基层医疗卫生服务提质增效。三是优化运行机制。优化县域医疗次中心运行机制，落实好县域医疗次中心职能职责，逐步将县域医疗次中心打造成为县域片区医疗救治中心、急诊急救中心、人才培训中心、技术指导中心、公共卫生示范中心。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### DRG/DIP 支付方式的改革下，公立医院绩效管理模式如何改？

来源：三智医管

2021 年国家医疗保障局印发《关于 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》，旨在确保全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务。DRG/DIP 付费方式的改革，从很大程度上保证了公立医院的“公益性”，未来医院的发展不再仅仅关注医疗收入，而应该立足多维度、综合发展，从而实现公立医院的高质量发展。

DRG/DIP 支付方式，从按照项目后付费，向按照病种组预付费转型，采取的是“病组包干付费、超支不补、结余留用”的办法。这种

支付方式下，要求公立医院必须同时关注“收入、成本、效率、质量”等多维度因素，实行精细化管理方式，才能保障公立医院获得最大的经济效益。DRG/DIP 支付方式下，绩效激励模式应如何进行匹配改革呢？

### 底层价值驱动机制更趋于“综合效益”的评价

原有的支付方式下，科室通过“多看病、多开药、多做项目”就可以实现科室收入，继而实现绩效奖金的收入。但 DRG/DIP 支付方式下，多做项目并不能带来高的收入。因为 DRG/DIP 支付方式是基于病案首页病种入组后的预付费支付标准计算医保支付的依据，收入确认依据发生重大变革。另外如果多做项目，超过了区域次均预控标准医保不结算买单，还会导致出现亏损。因此，未来价值驱动机制应该关注科室通过医疗行为实现的“综合效益”。例如：医疗技术服务能力和学科建设贡献度(CMI)、成本控制提高经济贡献度、患者满意度等。基于底层价值驱动机制的绩效分配模式，将很大程度上规避既往“收减支”传统绩效模式下利益驱动产生的弊端。让医务人员更加专注自身技术的提升，实现“价值医疗”。

### 用多维度“积分制”均衡评价医护人员的价值

DRG/DIP 支付方式改革下，驱动公立医院实现精益运营管理。精益运营管理模式下，需要同时关注利于医院综合发展的多项指标，推动回归公立医院公益性和医疗自然属性。例如“积分制”绩效指标，

可以涵盖“工作量指标、DRG/DIP 指标(CMI 值、经济贡献度)、医疗技术服务项目指标、病种结构指标、成本控制指标、医德医风指标”等。通过基于平衡计分卡(BSC)建立关键绩效指标考核体系，与全面质量管理结合，推行 360 度服务满意度评价，建立绩效约束机制。通过公平性理论编制绩效预算，解决“患贫富患不均”难题。

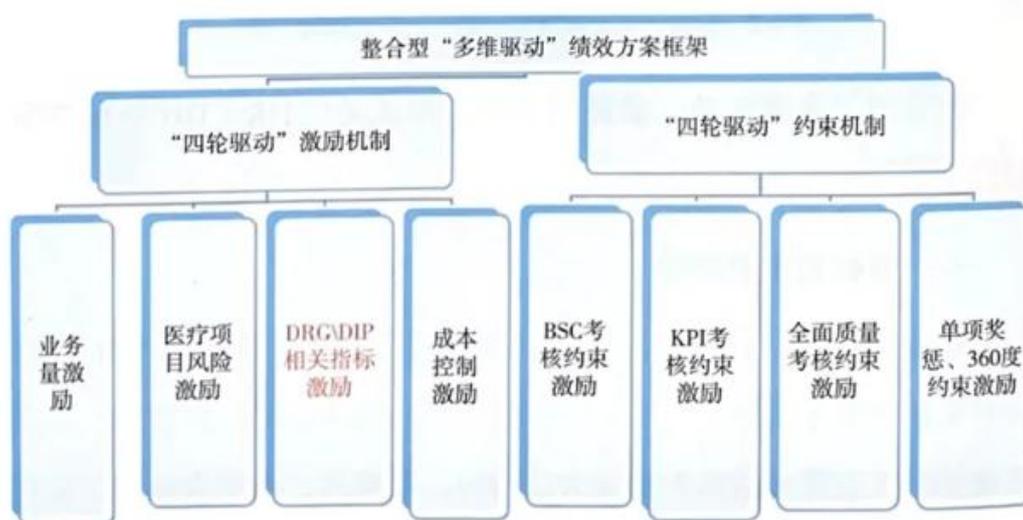


图9-3 整合型“多维驱动”绩效方案框架

例如：为了引导科室调整自身病种结构，鼓励医务人员提升疑难危重症比例，绩效考核中，科室收治普通病种的时候，几乎是拿不到钱的；同时，只要不超支，权重越高，对医院的贡献度就越大，绩效的点值就高。

与此同时，DRG 的超支，对成本控制效果较差也也会直接体现在绩效里，给医务人员直接扣钱。

### 导入“差异化绩效分配机制”确保公平性

构建院、科室、医疗组、主诊医师四级绩效分配制度，在发挥团

队协作的前提下，充分调动主诊医师个体积极性，减少绩效分配不公引发的矛盾叠加。对科室主任和护士长增加管理绩效，由院办根据科室考核结果直接发放。科主任与护士长不参与科室内部的绩效二次分配。对科室主任和护士长的管理绩效的标准参考科室绩效水平，通过与综合目标管理相结合，与科室 KPI 月度考核关联，规避绩效分配中既当“运动员”又当“裁判员”的焦点和难点，有利于科室工作的开展。设立科室 CMI 进步奖，导向临床科室 CMI 提升，提升收治高难度患者能力和服务水平。奖励在 CMI 年度同比增长 0.1 的科室中，结合 CMI (技术难度)、总 RW 值 (服务总产出)、入组数 (服务范围)、“国考”四级手术比例、疑难危重病例占比、低风险死亡率 6 个维度，综合评分，进行排名，确定奖励层级。

DRG/DIP 支付方式的改革，彻底改变医院的运营模式。要求医院的未来的发展要更加具有内涵、有综合效益，从而实现高质量发展。而仅仅靠支付方式的改革，还不足以支撑医院的高质量发展，必须配套相应的管理机制，才会保障医院改革不变形，达到最终的改革成效。

[返回目录](#)

### 财务风险机制对医院审计定价能力的调整作用

来源：三智医管

随着经济社会发展水平的提升，医疗卫生服务的需求也日益增大。医院在发展过程中必须不断通过构建财务风险机制来调整自身审

计定价能力，才能在复杂的环境中提供良好的医疗卫生服务。本文在分析财务风险机制概念和医院审计定价能力重要性的基础上，深刻剖析了财务风险机制对医院审计定价能力的调整作用，为医院开展相关工作提供有效参考。

医院审计定价是一个复杂的过程，需要考虑多个因素，包括医疗服务的成本、医院的经营需求、市场竞争等等。医院通过制定科学合理的财务风险机制可以有效提高医院审计定价能力，确保医院能够为人民群众提供更好医疗卫生服务的同时实现稳定发展。

### 一、财务风险机制的内涵分析

医院财务风险机制是医院为了防范和规避财务风险而建立的制度、政策和流程。它具有科学性、全面性、预警与应对、可操作性和可持续性等特点，并需要内外协同和全员参与。只有通过建立健全的财务风险机制，医院才能在市场竞争中确保财务的稳健运行，实现可持续发展。

第一，医院财务风险机制是一种预防和控制财务风险的系统性安排。医院的经营活动面临着市场竞争、政策变化、患者需求变化等多种风险，财务风险是其中之一。为了降低财务风险对医院经营的不利影响，医院需要制定一整套的政策、制度和流程来预防和控制财务风险的发生，确保财务风险的有效防范和控制。第二，医院财务风险机制具有科学性和全面性。医院财务风险机制需要以科学的方法和基于

风险评估的依据来建立。医院需要全面考虑财务风险的各个方面，包括资金流动风险、投资风险、收入风险、支出风险等，从而制定相应的制度和流程，保障医院财务的稳健运行。第三，医院财务风险机制应包括风险预警和风险应对两个环节。风险预警是指通过对医院财务数据和市场环境的监测和分析，及时发现和预警财务风险的可能出现。医院应建立财务风险预警指标和预警系统，制定相应的应急措施，确保风险在初期阶段得以识别和管理。风险应对是指在财务风险发生后，医院通过合理的决策和行动，及时应对和化解财务风险，减少风险对医院经营的负面影响。第四，医院财务风险机制需要具备可操作性和可持续性。医院财务风险机制的建立不仅需要考虑制度的完善和合理性，还需要注重制度的操作性和可行性。制度应能够在实践中有效执行并产生实际效果。同时，财务风险机制需要是可持续的，即能够适应市场环境的变化和医院经营的动态调整，保持对财务风险的持续监控和管理。第五，医院财务风险机制需要注重内外协同和全员参与。医院财务风险机制的建立和执行需要相关部门的协同配合和全员参与。各个部门需要密切合作，共同制定和执行财务风险机制，确保制度的有效实施。同时，医院还需要加强与外部监管机构和专业机构的合作，借鉴其经验和建议，提升财务风险管理的水平。

## 二、医院审计定价能力的意义

医院审计定价能力的意义主要体现在经济效益、公平公正和资源

利用效率等多个方面。通过合理的定价，医院可以提高自身的经济效益，保证医院的可持续发展。同时，医院审计定价能力可以实现医疗资源的公平分配，避免患者承担过高的费用，也避免医院因价格过低而资源不足。最后，医院审计定价能力可以提高医疗资源的利用效率，减少浪费，提高医疗服务的质量。因此，医院审计定价能力具有重要意义，对于医疗行业的发展和患者的利益都有着积极的影响。

首先，医院审计定价能力对于实现医疗机构的经济效益具有重要意义。医院审计定价能力可以通过分析医疗服务的成本，合理确定医疗服务的价格。通过合理定价，医院可以实现成本与收益之间的平衡，从而保证医院的经济健康运营。合理的定价能够减少医院的浪费和损失，从而提高医院的经济效益，为医院提供更多的发展空间。其次，医院审计定价能力可以促进公平公正的医疗资源配置。通过审计定价能力，医院可以根据不同服务的实际成本进行定价，避免出现虚高或虚低的价格，实现公平公正的资源配置。通过合理的定价，可以避免患者因医疗费用过高而无法承担，也可以避免医院因价格过低而导致资源不足。同时，医院审计定价能力还可以促进医疗服务的公平竞争，通过不同医院之间的价格比较，患者可以选择更加适合自己需求和经济能力的医疗服务。最后，医院审计定价能力还可以提高医疗资源的利用效率。通过审计定价能力，医院可以更加准确地评估医疗服务的价值，以及患者对不同服务的需求。通过对需求和价值的准确评估，

医院可以更好地配置医疗资源，提高其利用效率。通过合理的定价，医院可以鼓励患者对经济效益较高的医疗服务进行选择，从而提高医疗资源的利用效率，减少浪费。

### 三、财务风险机制在医院审计定价能力调整方面存在的问题

#### (一) 重视短期风险防范而忽略长期利益

第一，财务风险机制往往聚焦于短期的财务风险预警和防范，而忽略了长期的利益最大化。医院作为一个特殊的经营实体，在提供医疗服务的同时，也有社会责任和公益性质。现有财务风险机制通常将医院视为一般医院，主要关注利润水平和风险承受能力，而忽视了医院长期发展和实现社会使命的重要性。长期利益包括提高医疗质量、建设医疗技术平台、发展人才等，这些方面的投入和市场回报通常需要较长时间。如果财务风险机制只重视短期风险防范，可能会限制医院长远发展的能力。

第二，财务风险机制在医院审计定价能力调整方面存在的问题是容易导致资源配置不均衡和医疗服务供需失衡。在当前医药行业竞争激烈的市场环境下，一些财务风险机制可能过于侧重于利润和收益的最大化，而忽略了医疗资源的合理配置和医疗服务的需求。这可能导致一些短期利益较高的医疗项目获得过多资源和支持，而一些长期投入和发展价值较高的项目被忽视。同时，由于财务风险机制着重于短期风险和利益，可能会限制医院提供高质量、廉价和公平的医疗服务

的能力。

第三，财务风险机制在医院审计定价能力调整方面存在的问题还包括对医疗机构风险承受能力的忽视和医疗服务的市场定位。医院作为一个提供医疗服务的组织，其风险承受能力是评估其财务风险的重要指标之一。然而，财务风险机制往往只关注医院的财务状况和偿债能力，忽视了医院在技术、设备和人才方面的风险承受能力。这容易导致医院在短期风险防范措施上投入过多的精力和资源，而忽略了医院未来发展和创新的可能性。

## **(二) 因信息不对称导致审计定价出现偏差**

财务风险机制是指为了防范和化解财务风险而采取的一系列制度和措施。在医院审计定价能力调整方面，财务风险机制的不完善可能导致信息不对称，进而导致审计定价出现偏差。

首先，医院审计定价可能存在信息不对称的问题。医院作为提供医疗服务的机构，拥有对患者诊疗和收费情况的详细了解，而审计机构则相对较难获取医院内部的详细信息。这种信息不对称可能导致审计机构在定价过程中缺乏对真实情况的完全了解，从而产生偏差。其次，医院可能在信息披露方面存在不完善的情况。医院的财务报表是审计机构进行审计的重要依据，但是医院在报表编制和披露过程中可能存在信息不完整或虚假的情况。例如，医院可能会通过虚增费用或滞后收入确认等手段掩盖财务问题，从而影响审计机构的判断和定

价。这种信息不完整或虚假可能导致审计定价的偏差。再次，医院内部管理和控制方面的问题也可能导致信息不对称。医院内部可能存在腐败现象或管理不善的情况，导致资金的滥用、浪费或挪用。当审计机构在审计过程中无法发现或控制这些问题时，也会对审计定价造成偏差。最后，审计机构自身的问题也可能导致信息不对称。审计机构在审计定价过程中可能存在主观判断或不当行为，例如，对某些项目过于重视或忽视，或者对关键信息的把控不力。这种主观判断和不当行为可能导致审计定价的偏差，进而影响医院的财务风险机制调整。

### **(三) 影响定价公平性**

财务风险机制是指针对财务风险的预防措施和处置机制。在医院审计定价能力调整方面，财务风险机制会对定价公平性产生一定的影响。

一方面，债务风险是指医院面临的债务无法偿还或无法按期偿还的风险。医院为了筹集更多资金，可能会倾向于提高价格，以便增加收入以偿还贷款。这会导致医疗服务的定价不公平，因为这些增加的成本最终由患者承担。对于经济条件较差的患者来说，他们可能无法承担这些额外的费用，从而导致他们无法获得相同的医疗服务。另一方面，流动性风险是指医院在短期内无法偿还债务或满足日常运营资金需求的风险。为了应对流动性风险，医院可能会选择提高定价以获得更多的现金流。这种情况下，对于患者来说，他们可能会感受到医

疗服务价格的不公平性，因为这些额外的费用并没有直接反映在服务质量或医疗技术的提高上。此外，经营风险是指医院由于各种原因导致经营状况不佳的风险。在面临经营风险的情况下，医院可能会倾向于提高价格以应对经营压力。这将导致定价不公平，因为患者将承担经营失误或不良决策的后果。而在相同的医疗服务下，患者之间可能会面临不同的费用负担，这在一定程度上削弱了定价的公平性。

#### 四、财务风险机制对医院审计定价能力的调整作用

##### (一) 为审计定价工作提供更为坚实的依据

财务风险机制是指医院为应对不确定的财务风险而采取的一系列措施和制度。通过建立有效的财务风险机制，可以降低财务风险对医院经营和审计定价工作的影响，提供更为坚实的依据。

首先，财务风险机制可以提供稳定的财务数据，为审计定价工作提供可靠的依据。财务风险机制的核心是建立完善的财务管理制度，包括预算控制、内部控制、风险管理等。通过严格执行这些制度，可以确保财务数据的准确性和完整性，避免错误和失误的发生，为审计师提供可靠的财务数据。

其次，财务风险机制可以提供审计定价的可比性。医院经营活动中的财务风险因素往往会影响医院的经营业绩和财务状况，进而对审计定价产生影响。通过有效的财务风险机制，可以减少财务风险对医院财务状况的冲击，使医院的财务数据更具可比性。审计师可以根据

医院的财务风险管理情况，对医院的财务状况进行更为准确和客观的评价，从而提供更为合理的审计定价建议。

再次，财务风险机制可以提供审计定价的透明度。财务风险机制的建立需要医院明确制定风险管理目标和政策，并制定相应的操作规程和流程。这些规程和流程的建立和执行将提高医院的决策透明度和业务操作透明度，使得审计师能够更加清晰地了解医院的财务风险管理情况，并基于这些信息进行审计定价工作。透明度的提高将降低信息的不对称性和不确定性，为审计师提供更加全面和准确的信息基础。

最后，财务风险机制可以提高审计定价的准确度。财务风险机制的目的是为了控制和降低医院的财务风险，通过制定风险策略、建立风险预警机制、加强风险监控等措施，减少财务风险对医院的冲击。有效的风险管理将使医院更好地应对不确定的因素，降低医院的财务风险，提高医院的财务稳定性。审计师在进行定价工作时，可以根据医院的财务风险管理情况，对医院的风险承担能力和风险溢价进行更为准确和科学的估计，提高审计定价的准确度。

## **(二)降低医院风险，提升审计定价能力**

首先，财务风险机制可以降低医院的风险。医院作为一个特殊的经营实体，面临着多种风险，如医疗事故风险、患者欠费风险等。财务风险机制通过引入风险评估和管理的方法，对医院的财务状况进行

监控和预警，及时发现和解决潜在的风险问题。通过建立健全的财务风险机制，医院可以改善财务状况，降低经营风险，增强抵御外部风险的能力。

其次，财务风险机制可以提升医院的审计定价能力。医院审计定价是指根据医院的经营状况、市场竞争情况、患者需求等因素，确定适当的医疗服务价格。财务风险机制可以通过对医院的财务数据进行分析 and 评估，为医院审计定价提供科学依据。财务风险机制还可以激励医院改善财务管理，提高经营效率，降低成本，从而为医院定价提供更准确的依据。

最后，可以加强财务信息披露和透明度。财务风险机制要求医院及时、准确地披露财务信息，提高财务透明度，增强投资者、患者和其他利益相关方对医院财务状况的了解。这样可以提高医院的信誉度和形象，为审计定价提供良好的环境。

### **(三) 进一步强化审计程序，提高审计定价合理性**

在财务风险机制作用下，有利于医院内部建立的一套制度和程序，强化医院审计程序，提高医院审计定价合理性。

首先，财务风险机制包括完善的规章制度。医院应建立一套完善的财务制度和内部控制程序，明确各级负责人和员工的责任和权力，并规定详细的财务审核标准和程序。同时，医院应加强财务培训，提高员工的财务意识和审计技能，使其能够更好地履行审计职责。其次，

财务风险机制下医院会设立独立的审计部门。医院应设立独立的审计部门或聘请独立的审计机构，负责进行财务审计工作。这样可以确保审计工作的客观性和独立性，有效降低财务风险，并提高审计的定价合理性。最后，在财务风险机制作用下医院将建立完善的内部审计机制。风险控制机制包括建立风险评估和监控制度，及时发现和预防财务风险的发生。内部审计机制包括定期进行内部审计，发现和纠正财务问题，保障财务的准确性和合规性，提高审计的定价合理性。

#### **(四) 优化医院整体管理制度**

一方面，财务风险机制的实施可以促使医院加强内部控制，优化财务管理制度。医院作为一个经济实体，需要进行有效的财务管理以保证运营的正常进行。财务风险机制的引入，可以督促医院建立健全的内部控制体系，加强对财务活动的监督和管理。例如，严格规范财务流程、建立风险管理制度、加强财务信息披露等措施，可以提高医院的财务透明度和稳定性，进而增强医院的审计定价能力。只有通过建立科学、规范的财务管理制度，才能确保医院在面对财务风险时能够有效应对，从而保证医院审计定价能力的发挥。

另一方面，财务风险机制的引入推动医院加强与外部审计机构的合作。财务风险机制的实施需要医院与外部审计机构进行密切合作，共同制定财务审计标准和程序，提高财务报告的可靠性和准确性。通过与外部审计机构的合作，可以有效加强医院的内部审计制度，提高

审计定价能力。外部审计机构作为专业的第三方，具备丰富的审计经验和专业技能，可以帮助医院发现财务风险隐患，提出改进建议，从而推动医院不断完善和优化整体管理制度，提高审计定价能力。

## 五、结束语

综上所述，财务风险机制对医院审计定价能力具有重要的调整作用。在当前医疗行业面临着日益复杂的财务风险和审计挑战的背景下，建立健全的财务风险机制对于医院来说显得尤为迫切。因此，医院必须重视相应工作，为实现健康稳定发展奠定良好的基础。

[返回目录](#)

## • 医保快讯 •

### 整治医保基金违法违规问题，六部门“亮剑”

来源：央视新闻

从国家医保局获悉，国家医保局联合最高人民法院、最高人民检察院、公安部、财政部、国家卫生健康委印发了《2024年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》（以下简称《方案》），在全国范围开展医保基金违法违规问题专项整治工作。今年将聚焦骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗等重点领域，全面开展自查自纠。

### 骗保手段迭代升级 “跑冒滴漏” 仍然普遍存在

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”。国家医保局自成

立以来，始终把维护医保基金安全作为医疗保障首要任务。国家医保局表示，在各方面的共同努力下，医保基金使用的生态环境得到了较大改善，“明目张胆”的骗保行为得到有效遏制。但医保领域违法违规问题具有历史性、广泛性、顽固性等特点，当前医保基金监管仍处在“去存量、控增量”的攻坚阶段。

一方面，骗保手段迭代升级、隐蔽性强、处理难。比如个别医院以“免费接送”“包吃包住”“出院送药送钱”为噱头吸引城乡居民住院。在虚假用药、虚构病历、虚设检验、虚记耗材等环节分工明确，甚至设立专人负责“应对医保检查”，组织化、分工化程度越来越高，团伙化、专业化特征愈发明显。

另一方面，“跑冒滴漏”仍然普遍存在，规范治理任重道远。比如违反规定收费、串换项目收费、过度诊疗、套餐式打包多收费等情况仍多发频发。

此外，随着医保改革深入推进，惠民政策不断深化，门诊统筹全面推开，跨省异地就医快速普及，DRG/DIP支付方式改革深入推进，长期护理险逐步推开，基金监管也面临诸多新情况新问题亟待破解。总的来说，基金监管形势依然严峻，维护基金安全任重道远。

### **2024年将重点聚焦骨科、血透等6大重点领域**

此次公布的《方案》强调，聚焦虚假诊疗、虚假购药、倒卖医保药品等欺诈骗保违法犯罪行为，开展严厉打击。聚焦医保基金使用金

额大、存在异常变化的重点药品耗材，动态监测基金使用情况，重点查处欺诈骗保行为。聚焦骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗等重点领域，全面开展自查自纠。在去年联合最高检、公安部、财政部、国家卫生健康委开展整治基础上，邀请最高法加入专项整治，进一步加强行政执法与刑事司法的有机衔接。

### 持续发挥大数据模型筛查作用 实现精准打击

此外，国家医保局表示，2023年，仅通过对“虚假住院”大数据模型筛查出的可疑线索开展核查，就查实并追回医保资金3亿余元。今年将持续发挥已验证有效的大数据模型的作用，筛查分析苗头性、倾向性、趋势性问题，实现精准打击。开展好医保反欺诈大数据监管应用试点工作，探索药品追溯码在医保基金监管中的应用，加快构建更多高效管用的大数据模型，推动大数据监管取得突破性进展。

[返回目录](#)

### 以“四化”推进医保经办服务体系建设

来源：中国医疗保险

为深入贯彻落实党中央关于健全基本公共服务体系，巩固提升医疗保障经办服务体系和综合能力，湖南省郴州市坚持以人民为中心的发展思想，按照湖南省医疗保障局《关于加强全省医疗保障经办服务体系和综合能力建设工作指导意见》（湘医保发〔2021〕69号）要求，通过全面实施网格化延伸，规范化建设，数字化转型，亲情化服务等

有效举措，全面建成规范统一、上下联动、服务优质、运行高效的医疗保障经办管理服务体系，实现医保经办管理服务更加统一、高效、优质、便捷，取得良好社会效益。

## 一、经办服务体系建设情况

(一)网格化延伸，构建医保经办“15分钟服务圈”。郴州市着力织密医保经办网，提升医保服务便捷度，历时两年构建起以省级经办机构为统领，市级经办机构为中心，县级经办机构为阵地，乡镇(街道)医保服务站为枢纽，村(社区)级医保服务点为网点的五级经办服务体系。目前，全市建成乡镇(街道)医保服务站159个，村(社区)医保服务站2406个，覆盖面达100%。在此基础上，推动医保经办服务多领域延伸，利用各行业资源优势，在定点医药机构、合作金融机构、工业园区、大型厂矿、学校、湘赣边区域、外出务工集中地、居民小区、景区等地建立各具特色的延伸服务网点1376个，开展直办或帮代办医保服务，全年为群众办理医保事项10万余件。

(二)规范化建设，打造基层网点“八有”配置标准。在医保服务网点建设中，我市按照“有专窗、有专人、有标识、有标牌、有设备、有系统、有制度、有清单”的“八有”标准，规范化建设医疗保障服务站点，加强窗口标准化建设。在此基础上，进一步明确医保服务事项清单和权限清单，将23个事项下放至乡镇(街道)、村(社区)医保服务站点直办或代办，20个事项赋权给多元化服务站点帮代办，让

群众足不出户即可体验便捷高效的医保服务。同时，以提升基层经办服务能力和水平为着力点，建立健全医保经办服务培训机制，开展市、县、乡(街道)、村(社区)医保政策、业务操作、信息安全等培训、指导，确保下放事项“接得住、管得好”。2023年，全市共开展医保经办队伍培训290余场，培训达1万余人次。

(三)数字化转型，推进基层平台“智慧”医保建设。智慧医保建设为医保经办服务提质增效提供了技术支撑和内生动力。郴州市依托国家医保信息平台，不断提升医保服务数字化水平，在各级医保经办机构(网点)开通窗口、网络、电话、移动终端等线上、线下服务渠道，根据参保对象的不同需求，推广应用“基层服务平台”“单位网厅”“湘医保”App、微信公众号及小程序等开展医保服务，推动更多医保服务事项实现“掌上办”“网上办”“自助办”“码上办”。在全省率先实现医保电子处方流转，实现医院处方信息、医保结算信息、药品消费信息互联互通、实时共享，落实“零见面”线上签订医保定点协议，推进零星报销线上办理，加强医保经办与政务一体化的对接，通过医保经办服务创新与互联网、大数据等信息技术深度融合，全面提升医保经办信息化服务水平，让数据多跑路、群众少跑腿。

(四)亲情化服务，营造经办服务“暖心”服务环境。在全省率先启动医保经办综窗模式改革，推行“前台综合受理、后台分类办理、

统一窗口出件”的综合柜员制，群众“进一扇门，取一个号，排一次队”即可办结医保业务，重复排队现象大幅降低，全市运用综合柜员制系统受理业务3万余件，窗口现场办事效率提高50%。在此基础上，动态更新医疗保障经办政务服务事项清单和办事指南，贯彻执行28项“湘医保·心服务”便民经办举措，进一步优化办事流程，提升服务效能。全面落实首问责任制、一次性告知制、限时办结制、窗口无否决权等服务机制，做好“五声”文明规范服务，坚持传统与智能化服务并行，设立老年人等特殊群体服务专门窗口，建立“领导轮流值班制”，设立“党员示范岗”，为参保群众提升高效优质的经办服务。落实“好差评”群众监督机制，全市经办大厅窗口前台设置了现场评价器，并同步开通了二维码、信箱评价、意见簿、网络评价等线上线下评价渠道，全市实名差评处置率达100%，建立了“好差评”结果应用和差评整改监督机制，打造“身在郴州，办事无忧”一流营商环境。

## 二、主要经验做法

(一)坚持政府主导。2022年6月，省医保局明确郴州市为开展省市共建五级医保经办体系试点工作的全省唯一试点城市。郴州市政府高度重视，出台了《郴州市省市共建五级医保经办体系试点工作实施方案》，成立了分管副市长任组长的专班，医保、卫健、民政、财政、人社、行政审批、税务、教育、金融管理等部门加强联动，密切

协作，构建起政府统一领导、各部门密切配合的工作机制，形成共同参与医保经办体系建设的工作格局。同时，将医保经办服务体系建设列入综合绩效考核内容，多次召开专题推进会，推动省市共建五级医保经办体系落地见效。

(二)创新体制机制。郴州市不断创新工作方法，构建纵向到底、横向到边的医保经办服务体系，畅通服务网络渠道，为全省构建五级医保经办体系提供了“郴州样板”“郴州思路”。一是首创设立“医保+银行”便民服务站。充分利用金融机构的广泛性与服务性，拓展“医保+银行”便民医保服务模式，在开创“医银合作”的新形式上进行大胆探索。二是首创将医保服务触角向居民小区延伸。赋能居民小区提升基层医保经办服务能力，使居民在“家门口”就能方便快捷办理医保服务事项，全年共为小区居民办理了 800 余件业务，畅通了服务群众“最后一公里”。三是首创在景区设立医保服务点。围绕湖南第二届旅游发展大会服务提质目标要求，主动履职，创新服务，在全市 4A 级以上景区设立医保服务点，为游客提供触手可及、方便快捷的医疗保障服务，为郴州树立贴心暖心的文旅形象贡献医保力量。

(三)建立长效机制。在五级医保经办体系建设中，郴州市坚持问题导向、需求导向、目标导向，聚焦群众急难愁盼问题，加强调研，针对提升医保服务高质量、便捷度、可及性等方面发现的问题，制定相关政策措施，把整改成效固化到制度建设上来，出台了《郴州市省

市共建五级医保经办体系试点工作实施方案》《关于进一步推进省市共建五级医保经办服务体系建设的通知》等一批医保经办服务体系建设的制度文件，不断完善经办服务体系和综合能力建设长效机制，切实提升医保治理体系和治理能力规范化水平。

### 三、下一步工作安排

(一)进一步规范基层医保工作点建设。在巩固现有工作成效的基础上，加快建立健全基层服务网络，大力推进服务下沉，逐步增加基层可办事项数量，全面提高基层服务覆盖面，在金融机构、工业园区、大型厂矿、湘赣边区域及外出务工集中地，进一步延伸医保经办服务网点，优化完善“15分钟医保服务圈”，大力推广医保经办服务事项直办或帮代办，打造一批基层经办帮代办“郴州样板”，把“民生之盼”变为“民生之赞”，让群众更有获得感、幸福感、安全感。

(二)进一步推进医保标准化示范创建。根据国家和省医保局关于医疗保障经办服务体系和综合能力建设工作要求，聚焦群众反映的痛点、难点、堵点问题，进一步加强市、县(市区)、乡镇(街道)、村(社区)四级医疗保障经办服务标准化、规范化建设，全面落实经办政务服务“六统一”和“四最”要求，统一服务规范、服务标准，健全服务机制，更好推进“一件事一次办”“一网通办”，切实提升医保公共服务规范化水平。全面落实一次性告知制、首问责任制、限时办结制、“好差评”等服务机制，积极打造郴州医疗保障服务品牌。

(三) 进一步提升基层医保经办水平和能力。针对基层医保基础设施薄弱、设备配置老化、人员配备不足、工作经费短缺等问题，进一步优化系统基层平台操作，完善相关功能，使广大基层医保经办人员在操作基层系统平台时感到更便捷、好用、实用。同时，不断优化基层医保经办机构队伍建设，强化经办人员政策业务培训，加强经办管理考核和督办，提升医保基层经办效能。

[返回目录](#)



扫一扫  
关注药城公众号



扫一扫  
关注医药梦网公众号



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药城: <http://www.yaochengwang.com>

 地址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电话: 010-68489858