

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第26期

(06.24-06.30)

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。）

• 医养结合 •

▶ [医养结合新篇章：医保治理如何积极应对？](#)（来源：中国社会科学院）——第 7 页

【提要】我国人口老龄化程度在进入 21 世纪以来不断加深，2020 年，65 岁以上老年人占比提升至 13.5%。伴随着人口老龄化和高龄化的到来，患病老年人、失能半失能老人的规模和比例都在迅速增长。目前，患有慢性病的老年人约占 78%，另有 4400 万的失能半失能老人。老年人对养老服务和医疗服务的双重需求不仅对传统医疗资源和养老资源配置及供给模式带来挑战，还对医疗保障政策及其治理体系、治理能力提出了新的要求。

▶ [银发视界：图说医养新未来](#)（来源：澎湃新闻）——第 24 页

【提要】养老金的调整再次引发关于养老话题的讨论。对中国人而言，“我养你小，你养我老”是社会共识，“养儿防老”也是中国社会的传统养老模式。但在加速迈向深度老龄化的当下，养老或有新变化。其中，老年健康问题是养老绕不开的关键。我国老年人的健康状况究竟如何？老年医疗资源和康养资源的供需天平在往哪边倾斜？如何全链条全过程守护老人的健康管理？我国老年人的健康之路又该何去何从？

• 分析解读 •

▶ [“点数法+预算总额管理”促进县域医共体付费改革](#)（来源：医药经济报）——第 31 页

【提要】《深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务》强调，要进一步深化医保支付方式与紧密型医疗联合体改革，以省份为单位全面推开紧密型县域医共体建设。随着人口老龄化规模的扩大和医疗需求的不断增长，积极推动紧密型医共体内医保基金总额付费改革，充分发挥其在健康管理中的作用很重要。

▶ [新修订民间习用药材管理办法亮点几何](#)（来源：医药经济报）——第 33 页

【提要】日前，《地区性民间习用药材管理办法》（以下简称《办法》）修订并公布，将于 11 月 1 日起正式实施。《办法》有何亮点？对相关企业影响几何？民间习用药材是医药管理的重要组成部分，如何从挖掘与推广方面着手，发挥其健康保障作用，提高经济效益？值得探讨。

• 医疗速递 •

▶ [重新整合产科类价格项目，满足多元化生育服务需求](#)（来源：中国青年报）——第 40 页

【提要】近日，国家医保局印发《产科类医疗服务价格项目立项指南（试行）》（以下简称《指南》），将各地原有产科类医疗服务价格项目整合为 30 项，以适宜的价格项目“颗粒度”，突出体现医疗技术劳

务价值，赋能产科平稳运行和发展。

▶ [药品比价：门诊统筹推进下的精细化管理工具](#)（来源：村夫日记）

——第 45 页

【提要】随着各地“药品比价通”平台的上线，药价改革的覆盖面从院内向院外延伸。从年初的四同到年中的比价，医保改革正在向精细化推进，通过借助各类政策工具降低整体的损耗。从表面上来看，无论是四同还是比价，拉平药价差是政策的主要目标。这一方面可以惠及民生，另一方面则可以有效降低医保的损耗，并为医保支付价的全面实施提供基础设施。但如果回到 DRG 即将全面覆盖以及门诊统筹这两项政策来看，药价差的治理只是整体门诊改革的一小步，未来的政策工具将会在有效控制门诊支出上发力。

• 医院管理 •

▶ [DRG/DIP 付费赋能医院内控升级](#)（来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究）——第 49 页

【提要】DRG/DIP 支付方式改革的主要目的，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。在 DRG/DIP 病组医保费用有限的条件下，医院不仅需要面对提高医保结算率，还要分担“通缩贬值”财务压力，医院要高质量可持续发展，更需要医院内部控制赋能，“降本、提质、增效”提高医保基金使用效率。

▶ [DRG 下康复科如何适配临床路径？](#)（来源：医有数）——第 61 页

【提要】临床路径是针对某一疾病的标准化治疗模式和程序，是一个综合的临床治疗模式，以循证医学为指导，促进治疗组织和疾病管理，规范医疗行为，减少变异，降低成本，提高质量。其核心是将某种疾病(手术)的关键性检查、治疗、护理等活动标准化，确保患者在正确的时间、地点，得到正确的诊疗服务，同时控制医疗成本，保证并提高医疗质量。相对于指南，其内容更简洁，易读，适用于多学科多部门，是针对特定疾病的诊疗流程，注重各专科间的协同性，治疗的结果和时间性。

• 医保快讯 •

▶ [大数据赋能，严防医保基金“跑冒滴漏”！](#)（来源：人民日报）——第 82 页

【提要】坚持抓早抓小、从严监管，全链条防止医保基金“跑冒滴漏”，才能化被动为主动。门诊统筹政策落地后，越来越多符合条件的医保定点药店被纳入门诊保障范围。这为参保人提供了更多便利，也客观上增加了医保基金使用的风险点。

▶ [“五免五减” 让医保为民服务更便捷](#)（来源：中国医疗保险）——第 85 页

【提要】医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和

谐稳定的重大制度安排，是人民生活的安全网和社会运行的稳定器，是民生保障制度的重要组成部分。“五免五减”医保为民微改革项目被列为广西“为民解忧办实事”九项工作之一。其中，“自治区内异地就医免备案”政策被群众称赞为“最接地气的民生实事”。

-----本期内容-----

• 医养结合 •

医养结合新篇章：医保治理如何积极应对？

来源：中国社会科学院

我国人口老龄化程度在进入 21 世纪以来不断加深，2020 年，65 岁以上老年人占比提升至 13.5%。伴随着人口老龄化和高龄化的到来，患病老年人、失能半失能老人的规模和比例都在迅速增长。目前，患有慢性病的老年人约占 78%，另有 4400 万的失能半失能老人。老年人对养老服务和医疗服务的双重需求不仅对传统医疗资源和养老资源配置及供给模式带来挑战，还对医疗保障政策及其治理体系、治理能力提出了新的要求。

除养老面临多重困境外，医疗保障也面临双重困境，一是对处于失能半失能阶段的老年人的保障不足，二是老年人对服务的选择会产生行为扭曲，其中一个重要的影响是“社会性压床”，造成医疗服务资源和医疗保障基金的浪费。大量有医疗护理需求的老年人涌入医院，通过住院获得长期护理服务，相关数据表明，有医疗保险的老年人年度医疗消费支出平均为 3286.97 元，而没有医疗保险的老年人年度医疗消费支出为 2442.62 元。

为应对养老和医疗的双重需求，资源配置和供给模式应转向“医

养结合”，即将医疗卫生服务资源与养老服务资源进行统筹，实现整合性的服务供给，并根据老年人的需要进行有序对接，前者包括慢性病管理、术后康复和医疗护理、临终关怀等服务，后者包括长期护理中的生活照料等服务。

1. 我国医养结合的发展与主要模式

1.1 医养结合服务模式的发展历程

我国自 2000 年进入老龄化社会，在同期加快实现“社会福利社会化”的大背景下，开始建立社会化的养老服务体系。同时，随着老年疾病谱的变化，失能、慢性病等社会现象得到关注，老年人医疗需求成为和养老相伴相生的重要问题。2013 年，国家开始加快养老服务业发展，其中一项重要举措是医疗资源进入机构、社区、家庭，支持有条件的养老机构设置医疗机构。这一阶段的工作重点是在养老服务的基础上增加医疗服务，养老服务机构是主体，医疗机构更多的是参与和配合的角色。例如鼓励二级以上医院建立与养老机构之间的转诊与合作，推出了一系列配套保障措施，提出将养老机构中内设的医疗机构纳入医保报销范围，在职称评定和技术准入等方面也应视同对待。

但在实际供给中，康复和医疗等环节的发展却十分薄弱，因此医疗机构的功能优势越来越得到重视。自 2015 年起，为进一步扩大医养结合的供给规模并完善体系建设，在“养”中办医的基础上，医养

结合制度设计中继续增加了医中办“养”、社区办“医养”，医疗机构开始作为主办机构，具体措施包括在医疗机构设置养老床位，逐步提升基层医疗卫生机构为居家老年人提供上门服务的能力等。

为探索建立符合国情的医养结合体制机制，创新医养结合管理机制和服务模式，2016年，原国家卫生计生委联合民政部确定了两批共90个市(区)作为国家级医养结合试点单位。试点运行暴露了一些突出问题，一是相关服务及其费用的补偿和保障面临制度障碍，因此各地开始探索将医养结合也纳入医保报销范围。例如，山东提出将符合条件的养老机构的内设医疗卫生机构纳入城乡基本医疗保险定点范围。国家层面也于2021年规定取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的护理院、养老机构内设的医疗机构，可申请医保定点。为形成对医养结合中长期护理服务的支付保障，长期护理保险也于2016年开始进行全国试点，为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障，有效解决了此前较为严重的挪用医保基金支付护理费用的问题，提升了医保基金使用效率，对于促进医养结合服务业发展也发挥了积极作用。二是针对医养结合机构“叫好不叫座”的问题，为破除市场主体准入障碍，2017年各地开始放宽医养结合机构审批登记，设置审批与执业登记“两证合一”，并对社会办医养结合机构“全面放开”“非禁即入”，一定程度上进一步激活了市场活力。

至此，试点地区逐渐探索出一些医养结合模式，医养结合服务体系不断发展。2018年以来的发展具有更明显的问题导向，发展重点的针对性强，改革方式不断创新。例如，要求推进基层医疗卫生机构和医务人员与老年人家庭建立签约服务关系，建立村医参与健康养老服务激励机制，鼓励一二级医院转型养老院，等等。政策实施取得了显著效果，医养结合机构数量稳步提升，供给规模不断扩大，服务方式不断创新，服务内容持续拓展，服务质量不断提升(竞争增多)，老年人对医养结合服务的可及性和获得感不断增强。

进入“十四五”时期，医养结合建设的目标更加系统，即建立覆盖老年人群疾病急性期、慢性期、康复期、长期护理期、生命终末期的医疗和护理服务体系，更加突出连续性。为解决居家、社区医养结合发展不充分等问题，应对稳定的长期护理费用支付机制尚未全面建立等挑战，各地开始引导提供家庭病床、上门巡诊等居家医疗服务，并完善价格等相关政策，支持保障性措施也更加多样化，包括稳妥推进长期护理保险制度试点等。

1.2 医养结合服务的模式特征

1.2.1 养中办“医”。养中办“医”，即养老机构按相关规定申请开办老年病医院、康复医院、护理院、中医医院、临终关怀机构等，或内设医务室或护理站，来提供基本医疗服务。其目标是解决入住养老机构老年人的就医需求，让老年人在养老机构内就能解决慢性病管

理、常见病就诊、长期护理和急救等问题，特别是对失能半失能老年人而言，减少地理空间转移的障碍。根据国家卫生健康委在 2021 年 4 月召开的例行新闻发布会上公布的信息，超过 90% 的养老机构都能以不同形式为入住的老年人提供医疗卫生服务。

养中办“医”在服务供给和支付保障上仍有待完善。第一，养中办“医”尚未成为养老机构提供医疗服务的主要形式。2019 年，养老机构内部设立医疗机构的仅有 3172 家，仅占养老机构总数(34369 家)的 9.23%，养老机构主要还是通过和医疗机构签约等形式满足老年人的医疗需求；第二，在设立的医疗机构中，也大多为医务室、诊所等，能够提供的医疗服务十分有限，医疗水平和质量尚不能满足老年人需求；第三，仅有 63.2% 纳入了医保定点范围，在不能进行医保报销的机构中，老年人的认可度和使用率并不高。

1.2.2 医中办“养”。医中办“养”，即医疗卫生机构依据自身医疗业务的优势，通过开办老年病医院和老年病科、康复疗养机构、老年护理院等多种形式开展养老服务。其服务对象包括有治疗和护理双重需求的老年人、此前在医院挂床延迟出院的有护理需求的老年人、从上游医院治疗完成转出进行康复的老年人、进行安宁疗护和临终关怀的老年人等几类群体。该模式的目标主要有两个：一是释放综合医院中的医疗资源，二是弥补康复和医疗护理等环节的服务不足。此外，还有改善基层医院运营状况的附属目标。

目前，我国医疗机构参与医养结合的最广泛的形式是签约合作。截至 2022 年底，全国医疗卫生机构与养老服务机构建立签约合作关系的达 8.4 万对，但通常流于形式，老年人的实际获得感并不强。下文所言医中办“养”，指的是除签约以外的内嵌式服务形式。

我国不同等级的医疗机构参与医养结合的方式并不统一。截至 2022 年底，全国设有老年医学科的二级及以上综合性医院 5909 个；康复医院、护理院分别建成 810 家、849 家，床位数分别为 26.87 万个、11.91 万个，这些机构在医保报销上具有较为稳定的基础，但从规模上来看仍十分不足。为此，国家开始鼓励一二级医院转型养老院，但一次性的投入较高，例如北京市财政向每家公立医院转型康复医院机构补助 1500 万元，专项用于人才培养、设备设施采购或房屋维修改造。

因此，目前开展一二级医院转型的大多集中在东部经济发达地区。在中部、西部的欠发达地区，各地政府推动一二级医院转型的政策尚未大规模出台，转型投入的支持政策也较为少见。且由于目前县一级城市中的二级医院在当地发挥着十分重要的医疗服务供给作用，因此转型医院大多是省会及以上城市中的一二级医院。并且，医疗机构增设养老床位和综合医院建立康养中心的案例也多发生在中、西部地区，东部地区医疗资源虹吸效应较为严重，开办养老服务的意愿均不足。

1.2.3 基层医疗机构办“医养”。基层医疗机构办“医养”，即为社区内居家老年人提供长期护理服务，以及定期体检、上门巡诊、家庭病床、社区护理、健康管理等基本医疗服务。主要目标有三：一是为应对 90%以上的居家老年人就近养老的需求，弥补非正式护理资源的不足；二是实现分级诊疗的目的，将老年人留在社区；三是满足高龄、重病、失能半失能以及行动不便或确有困难的老年人的医疗和健康管理需求。对于居家养老的老年人，基层医疗卫生机构是应对这一群体医养结合服务需求的主体。截至 2021 年底，全国建成老年友善医疗机构的基层医疗卫生机构 15431 个，占比约为 1.58%。各地广泛开展了老年人的家庭医生签约工作，但在签约后，家庭医生和村医在后续服务供给中对居家老年人提供的健康管理、上门诊疗等服务的覆盖率却不高。

笔者通过中国老年健康影响因素跟踪调查数据 (Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey, CLHLS) 数据库 2018 年数据进行测算，所在社区能够提供上门看病、送药的老年人占比仅为 33.2%。一方面，老年人有病还是倾向于到大医院治疗，另一方面，公立基层医疗机构并未获得充分的绩效激励，在医养结合服务供给中的动力不足。护理服务主要由社会资本经营管理，属于市场行为，在老年人可支付能力约束下，对医养结合服务的有效需求并不高，在尚未实施长期护理保险制度的地区，发展仍较为滞后。

2. 给医疗保障制度安排及治理体系带来的挑战

2.1 要求更高的门诊和社区全科医疗服务保障水平

对医保治理体系保障效能的评价，关键要看是否能够有效满足处于养老服务中的老年人的医疗服务需求。老年人患病和治疗主要是慢性病和患大病后的身体机能维持，具有长期性、基础性的特征，对医疗服务的需求主要体现在门诊服务上，特别是社区全科服务上。而我国医疗保障制度整体呈现出以“保大病”为主的特征，“大病”的现实定义是住院。

现代医学产生以来，医疗资源的组织形式始终以住院为中心，不仅主要的诊疗活动发生在住院过程中，而且主要的费用来源也是住院患者。相应地，医疗保险的保障内容也以住院为主。随着医学技术的不断发展完善和医疗手段的创新，一些疾病无需住院即可完成治疗，例如靶向药替代了此前肿瘤患者的住院治疗。传统的诊疗模式潜移默化地发生变化，即从以住院为主转向以医院门诊和社区全科服务为主，主要体现在住院人次的下降和住院时长的缩短，例如 OECD 国家在 2010—2019 年间的住院人次及住院时长呈现出缓慢但明显的下降趋势，那么其必然结果是对门诊和社区全科服务的需求增加。

我国医保制度原有的一些设计并不完全适应医疗资源组织形式主导方向的转变，如职工医保中的社会统筹主要支付住院等“大病”，个人账户主要支付门诊和社区全科等“小病”，默认门诊的支

出少，报销需求低，居民医保在报销支付中的条件设定同样反映了这一逻辑。因此，即便在门诊即可完成治疗，参保人也可能为了获得报销而选择住院。

我国对于门诊和社区全科服务的保障水平相对不足。职工个人账户中的基金不足以应对个人自付的负担，门诊统筹大多只限于医院门诊使用，对社区全科服务的支付不足，基层的服务能力和服务水平满足不了参保人需求也是发展障碍之一。受医疗卫生体制中的行政化色彩，以及我国基层财政拨款供养的体制影响，我国基层医疗卫生服务能力较为薄弱，医护人员水平、药物和设施配备水平均和综合医院存在一定差距。

为解决门诊保障不足的问题，我国开展了一系列改革。例如，高血压、糖尿病(以下简称“两病”)是最常见的慢性病，据测算，城乡居民医保参保人中有3亿多“两病”患者，长期的医疗费用支出给参保人增加了较多负担。为此，我国自2019年开展了完善城乡居民“两病”门诊用药保障机制的改革，对“两病”参保患者在二级以下定点医疗机构门诊发生的降血压、降血糖药品费用，由城乡居民医保统筹基金支付，实行按人头、按病种付费，政策范围内基金支付比例达到50%以上，各地普遍不设起付线，最高支付限额在400—2000元不等。并且，在国家组织开展的药品集中带量采购中，“两病”用药平均降价超过50%，参保人用上了过去用不起的药。这些改革对居民门诊服

务利用产生了重要影响，更多的就医行为和医疗资源流向医院门诊和基层医疗机构。但值得注意的是，慢性病的就医频次和累计就医费用仍较高，现有制度对门诊的保障力度需要进一步研究探讨。

在医养结合服务体系的构建中，医院门诊和社区全科服务保障不足的问题更加突出。老年人慢性病用药等门诊需求高于平均水平，总费用更高，退休人员人均门诊就诊次数是在职职工的 2.17 倍，门诊次均费用是在职职工的 1.15 倍。根据 CLHLS 数据库 2011 年、2014 年、2018 年三期数据进行测算发现，60 岁及以上老年人的平均门诊费用为 5266.93 元/年，其中个人自付和自费为 4842.10 元/年，门诊实际报销比例仅为 8.07%。

当然，在门诊保障相关改革推进后，保障待遇有所提升，但对于“老年人支付得起需要的医养结合服务”的目标来说还有较大差距。为降低个人自付负担，老年人可能会以住院换门诊来实现对慢性病等治疗的报销，不仅不符合医保基金使用规定，医疗服务的可及性也不足。医院出于提高病床周转率的目的，可能推诿此类住院时长较长的病人，老年人可能无法住院，或者因此轮候的时间也较长。因此，要通过医养结合来解决老年人在医院“挂床”的问题，需要提高对门诊和社区全科服务的医疗保障水平。

2.2 对医保治理能力特别是监管能力提出挑战

医保对门诊服务和社区全科服务的监管面临挑战。当前医保部门

为了扩大门诊保障范围，出台了一系列针对性措施。由于我国疾病谱已发生了巨大变化，慢性病已成为影响我国居民健康的主要疾病，治疗慢性病最有效的方式是通过门诊早诊早治和健康管理，但原有制度安排中的以个人账户保障普通门诊费用的方式难以满足现实需求。并且，随着医疗技术的发展，门诊可提供的医疗服务范围大幅增加，服务功能明显加强。

因此，各地开始陆续进行职工医保门诊共济保障机制改革，具体做法是先从门诊慢特病开始，逐步建立普通门诊统筹。大部分地区实现了普通门诊报销从无到有的转变，将更多定点零售药店纳入门诊报销范围，将个人账户使用范围由参保人本人拓展到家庭成员，职工中的老年群体的报销“起付线”比在职职工更低、报销比例和报销“封顶线”比在职职工更高，并对基层医疗机构的报销待遇有所倾斜。相对应的，需要监管的项目内容和使用范围均扩大且更加复杂多元。

此前受支付结构的影响，医保对定点机构和就医行为的监管主要集中在住院，对门诊和社区全科服务的监管相对不足。实际上，在门诊和社区全科服务中，发生医保基金违规使用的可能性更大、程度可能更严重、风险点可能更多，监管难度可能更大。课题组在调研中发现，随着门诊报销的不断放开，在全国不同社会经济发展水平的地区，均有一些等级较低的医院门诊或社区卫生服务中心为吸引老年人，开办医养结合服务，违规使用医保基金问题十分常见。在各地广泛开展

医养结合的大背景下，除了过度检查和过度诊断等常见的违规违法行为，各地对医养结合的支持力度加大变相导致了老年人门诊就医中的伪造病历、冒用老年人社保卡等新型欺诈和挪用医保基金的问题，特别是虚假购药，以及替换、串换和倒卖医保药品的行为对基金支出影响较大。

各地在支付方式和支付内容上的监管存在滞后。主要表现在三方面：一是对门诊特别是对零售药店等定点机构等监控数据的掌握不足；二是对于利用互联网等信息技术欺诈骗保的新型风险应对存在缺失；三是门诊和社区全科服务中的监管任务更多更繁重，未能从执法队伍和人才上进行充分保障，因此未能形成对医疗机构、医生和老年人行为约束的有效机制。未来，如何监管医院门诊和社区全科服务中的医疗费用支出，将成为医保监管工作的重要挑战。

2.3 医疗服务、养老服务和长期护理服务需要清晰界定各自边界

从理论上和现实上区分医养结合相关的服务内容，是构建医养结合体系的重要前提之一。如果不能将多项制度安排进行区分和辨识，将陷入支付保障等后续环节中的混同。从理论上看，医养结合包括医疗服务、长期护理服务和养老服务，突出的是三类服务在供给上的连续性。医疗服务针对患有慢性疾病、急性疾病恢复期的老年人，满足老年阶段的医疗需求，手段和目的是“治疗”和“治愈”，其中包含的短期医疗护理是医疗服务的附属，目的是“恢复”和“治愈”。养

老服务则是面向全部老年群体的全方位、综合性服务，以非治疗性的生活服务及社会服务为主。长期护理服务是指针对因病、残、伤、年老而陷于失能半失能人员提供的专业化的护理服务，但在对象识别上并不完全重合，老年人是主体，亦包括其他年龄段的群体。与医疗服务中的护理不同的是，长期护理服务体现长期性，目的是身体机能的“维持”，而非“恢复”或“康复”，服务的使用并不能改变“死亡”的趋势和走向，仅能尽量减少生活自理能力的减损，维持基本生活需要，提高生活质量。长期护理保险不是老年护理保险，参保人和受益人不仅是老年失能群体，而是所有失能人员。因此，长期护理保险并不等同于养老保障，也不是老年福利，在失能标准、护理服务供给中，应与养老服务、老年照料相区别，限于弥补生活自理能力不足的喂饭、助浴等护理服务，不能把洗衣、做饭、打扫卫生等一般性的养老服务放到长期护理保险中。

医养结合服务的实质是在同一地理空间中同时享有养老服务和医疗服务，这就可能产生养老服务“医疗化”和医疗服务“养老化”的双重问题，即养老机构中的医疗服务以及医疗机构中的养老服务这些内嵌式的服务内容和形式与原本主营业务之间的边界不清，以及带来的支付保障混同的风险。在医疗机构中，部分养老服务被作为医疗服务获得医保报销，较为典型的是老年人获得必要的治疗后仍延迟出院，在医院内“挂床”获得护理。根据抽样调查数据，老年人的住院

率为 20%—23%，且老年人住院超过 30 天的概率 (3.25%) 远高于平均水平 (2.88%)。根本原因在于，老年人在出院后，社区和养老机构并没有衔接性的医疗服务、康复护理服务或者难以报销，也就难以避免对医院资源和医保基金的过度占用。

在养老机构中，部分医疗服务被作为养老服务由老年人自付，产生了应保未保的问题，目前我国仅有六成养老机构内设医疗机构具有医保报销资格即可说明该问题，原因在于大量的内设机构止步于医务室，在医疗水平和人员配备等方面未达标。目前在一些长期护理保险试点地区，医疗专护中发生的药品等费用未纳入医保报销范围，而是由长期护理保险依据医保目录进行报销，在长期护理保险的费用支出结构和长期的基金运行中存在一定的风险点。

从现实看，国际上并未严格割裂开两项制度体系，长期护理服务通常属于医养结合大系统中的一个重要组成部分。这是因为失能半失能老年人是慢性病的高发人群，且面临急性病发作的风险，因此长期护理服务的需求对象也有医养结合需求，这也是区分的难点所在。但其背后是统一的管理体制和支付来源，例如英国地方议会与 NHS 共同成立的联合委员会 (Integration Joint Board) 及其统一管理的资金。在我国目前的现实条件下，有必要对医养结合中的医疗服务、养老服务和长期护理服务的内容和标准进行清晰划分，明确谁来监管、谁来支付。

3. 结论及政策建议

3.1 提升基层医疗服务能力,提高对门诊和社区全科服务的保障水平

习近平总书记在党的二十大报告中指出,“加强重大慢性病健康管理,提高基层防病治病和健康管理能力”。未来应在服务供给和支付保障两大路径中发力。一方面,在医疗卫生体制改革的推进中应实现普通门诊的下沉,将以上业务剥离回归基层,通过人才培养倾斜、报销比例倾斜等让基层留得住医生和病人,形成正向循环,提升基层医疗服务能力。要解决当前居家社区医养结合服务供给不足、服务可及性不高、老年人认可度和利用率低等问题,通过激发家庭医生参与医养结合供给的积极性、提升家庭医生等资源的配置效率、实现家庭病床等供给形式创新等途径推进居家社区医养结合服务的发展。另一方面,应多措并举进一步提升门诊的实际报销水平。顺应当前诊疗模式转变的大趋势,通过保障处方流转确保职工医保门诊共济保障改革的顺利推进。对于居民医保,应进一步扩大医保门诊统筹的覆盖范围,研究通过降低起付线和放开支付限额等方式减轻个人门诊费用的自付和自费负担,同时探索对慢性病、老年人高发病或需要长期在门诊治疗疾病的支付方式改革,规范医疗服务行为。在社区全科服务上,除了适当拉开基层和高等级医疗机构的报销比例外,还要建立对门诊、全科服务以及住院服务进行分项分类的宏观预算安排制度,通过

分类预算引导资源下沉，构建专科与全科的合理分工体系。

3.2 增强医保监管和资源配置能力，提升医保治理效能

一方面，应顺应老年人医疗需求结构导向的转变，加强对医院门诊和社区全科服务的监管。从对医保门诊统筹基金使用常态化监管入手，对老年人门诊统筹支付中的可能风险点进行定位，例如非必要的“理疗康复”项目和属于长期护理的社区日间照料服务，对医院和社区卫生服务中心开展智能监控和现场检查等多种形式的基金使用监管。另一方面，针对可能存在的养老服务“医疗化”问题，除了对医保基金的使用进行监管外，还应加强对医疗资源配置的引导。我国老年人康复期和稳定期的医疗需求未能得到充分释放，仍停留在上游的医院中。未来应通过衔接性服务的供给，确保老年人在综合医院治疗完成后及时转到下游机构，并加强医保对康复期医疗服务供给的支付保障，激发老年人的康复需求，在医保支付方式改革中充分考虑老年人群疾病特征及诊治特点，改进付费模式。另外，还应警惕医疗服务“养老化”的问题，进一步增加对养老机构内设医疗服务的医疗保障，一是引导老年人从医院中外流，二是实现应保尽保，三是通过医保支付对养老机构中的医疗服务形成监管和质量控制。探索对医养结合机构中需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病实行按床日付费，以提升医保基金使用效率。

3.3 推动医养结合、医疗保障和长期护理保险的协同发展

党的二十大报告提出“促进医保、医疗、医药协同发展和治理”，这一原则也适用于医养结合、医疗保障与长期护理保险的协同发展。医养结合是供给侧服务模式的变革，而医保和长期护理保险的协同则是支付方的治理体系变革。医保和长期护理保险有强大的战略购买能力，能够引导宏观资源配置，例如住院和门诊之间的资源分布，以及参保人需求之上的微观资源配置，从而协调医疗和护理服务以及医药的供给，利用市场手段共同实现医养结合对象利益最大化的公共目标。

医养结合、医疗保障和长期护理保险之间协同关系的总体出发点是老年人的实际需求，并且应以提高医保基金和长期护理保险基金的使用效率为基本原则。

其一，医养结合的发展应适应不断发展变化的医保治理改革形势，并且医保治理也应具备应对医养结合这一新型服务资源供给模式支付需求的能力。医保带动医养结合发展应从“被动买单”转向价值购买，才能从宏观上和微观上引导医养结合资源的合理配置。还应处理好基本药物制度等医药制度与医保在基层支付的关系，促进医保和医药政策协同，从而为医养结合的落地提供保障。

其二，应根据党的二十大报告中“建立长期护理保险制度”的要求，加快在全国范围内推广实施长期护理保险制度。医保带动长期护理保险协同发展，应将治理体系中的有益经验应用于长期护理保险制

度的建立和完善，通过独立的保险制度实现制度内的权利义务相统一，在医保报销的基础上进一步减轻老年人负担和医保基金的不合理支出。在服务模式上向居家和社区护理倾斜，加强对服务数量和质量监管考核，以稳定的资金来源带动专业化的长期护理服务机构建设和专业人力资源配置，提升行业服务质量和社会认可度。

其三，需适应我国支付保障中的“医”“养”分开特征，医疗服务由医保基金报销，长期护理服务由长期护理保险报销，日常养老服务由基本养老保险等老年人补贴制度进行补偿。以此倒推，应分别明确基本医疗保险和长期护理保险所对应的对象资格认定、服务内容和标准、定点机构资质、报销方式和比例、交叉服务的报销办法等。这些界限的划分依赖于医养结合体系中的各项服务标准的建立，建议明晰养老服务、长期护理服务、医疗服务的标准，确定对应的支付保障主体和支付界限，进而有的放矢地加强监管。

[返回目录](#)

银发视界：图说医养新未来

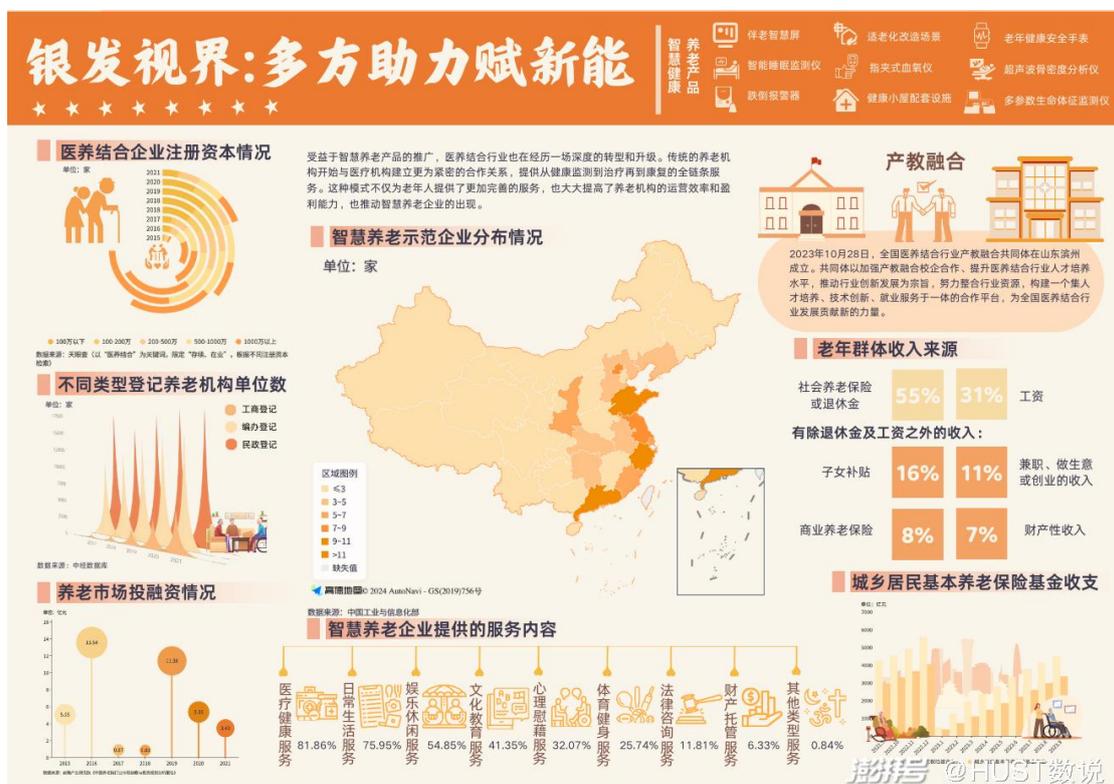
来源：澎湃新闻

人社部、财政部6月17日发布《关于2024年调整退休人员基本养老金的通知》，明确从2024年1月1日起，为2023年底前已按规定办理退休手续并按月领取养老金的企业和机关事业单位退休人员提高基本养老金水平，总体调整水平为2023年退休人员月人均基本

联合国预测，2022—2050年，我国的人口老龄化进程将高速推进，进入重度老龄化阶段，这意味着未来中国将面临更加严峻的老龄化挑战。

挑战之一是老年人的健康问题。

老年健康是老龄化社会的重要议题，老龄化社会对老年人的健康状况提出了更高的挑战和期待。第七次人口普查数据显示，2.64亿60岁以上老年人口中，超1.8亿老年人患慢性病，患1种及以上慢性病比例为75%。老年人拥有健康的身体状况有助于延长退休年龄等政策的实施，有利于减少医疗卫生服务的开支和社会养老压力。健康的老龄化是保障老年人福利的基础，还是提升老年人生活幸福感的重要条件……改善老年人健康状况成了社会显而易见的前进方向。



从 2010 到 2050 年，中国总人口的依赖率将从 5.6% 上升到 6%。从绝对数字看，这代表将有 7620 万人需要日常照护，其中 100 万是 15 岁以下的儿童，2530 万为 60 岁及以上的老年人。到 2050 年，中国预计将有 1.105 亿依赖型人口，其中有 6600 万至少为 60 岁。

中国健康与养老追踪调查 2020 年专项调查数据表明：60 岁以上老人中，至少一种日常生活活动或工具性日常生活活动需要帮助的老人占 17.8%。在需要帮助的老人中，11% 的老人无人照料。照护依赖产生了双重负担：一方面，它影响着老年人的生活质量；另一方面，如果照护人员为照顾老年人而减少有偿工作和对其他活动的参与，整个家庭的经济健康和生活质量也会受到损害。

调查显示，我国九成以上老年人倾向于居家养老，居家养老服务需求巨大。

随着第一代独生子女的父母进入大规模退休阶段以及生育率的不断降低，逐步小型化的家庭已没有足够的照护能力去单独承担陡然增加的养老压力。在中国传统养老观念的影响下，不难预见，老年人及其子女对社区养老的需求还会大幅度增加。

因此，规范开展居家上门医疗服务、推动社区医养结合就成了建立健全养老服务体系、提升老年人居家养老生活品质的迫切需要。医疗资源和照护人员相对充沛的机构养老利用率并不高，成了养老方案中的“冷板凳”。

在农村地区养老面临不少现实困难。农村康养服务供给明显不足，一些重度失能失智老人极易出现照护难、生活质量差的状况。把医疗和养护结合起来在推动农村地区养老建设上尤为重要，效果也将十分显著。



面对医疗、疗养供给与保障结构性矛盾，医养结合行业出现了。“医养结合”是指医疗资源与养老资源相结合，集医疗、康复、养生、养老为一体，实现社会资源利用的最大化。与提供以养老生活服务为主的普通养老机构相比，医养结合养老机构提供的养老居住环境更好、医养结合服务水平更高。

甘肃省金昌市八冶康颐公司形成了“老有所医、老有所养、老有所乐、老有所学、老有所游、老有所为、老有所依”七大服务体系为

支撑的全产业链融合发展医养理念，实现了医疗康复和养老养生的高度结合。



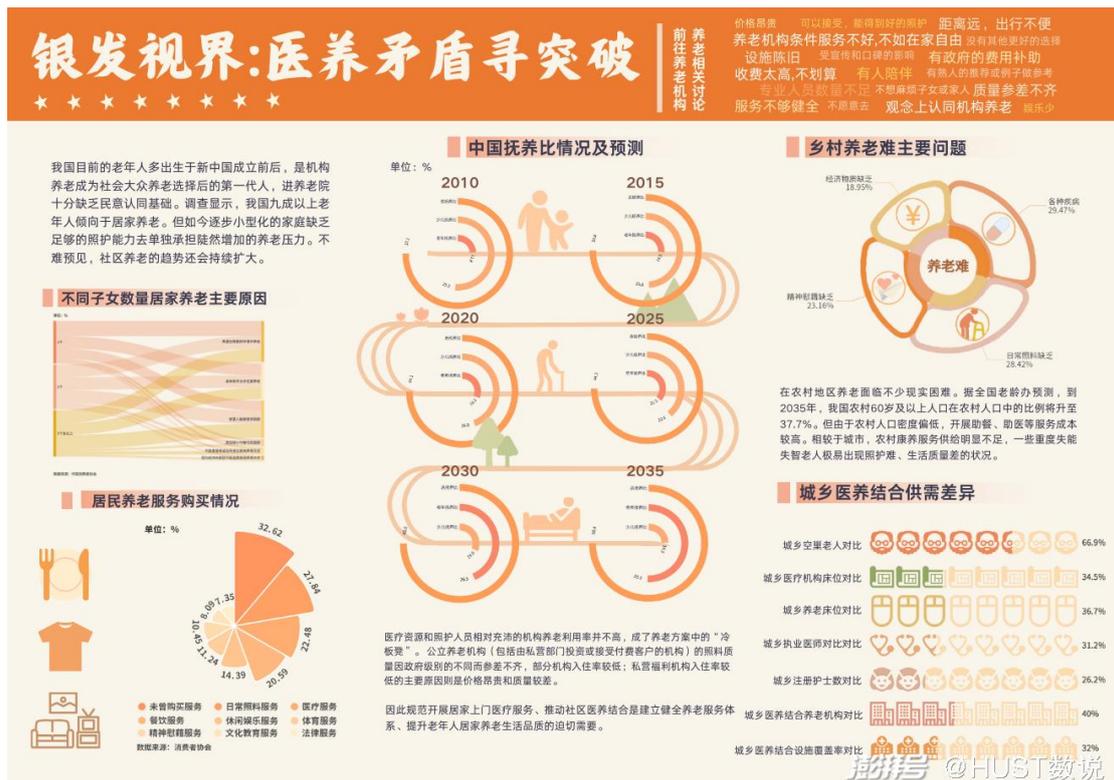
迄今为止，我国的医养行业已初具规模，通过专业机构为老人提供专业护理、专业医疗的康养服务，让老人在“不得不”阶段有尊严地活着。

尽管医养结合行业面临诸多困境，但不可否认，医养结合一定是一汪澎湃无垠的蓝海，涌动着神秘的潜力，蕴含着无限的机遇。

2018—2022年，得益于物联网、大数据、人工智能等前沿技术的融合应用，智慧养老产品类别围绕健康领域不断细分，个性化服务的趋向也渐趋明显。

受益于智慧养老产品的推广，医养结合行业也在经历一场深度的

转型和升级。传统的养老机构开始与医疗机构建立更为紧密的合作关系，提供从健康监测到治疗再到康复的全链条服务。这种模式不仅为老年人提供了更加完善的服务，也大大提高了养老机构的运营效率和盈利能力，也推动智慧养老企业的出现。



市场的丰富供给为医养结合提供了更多的可能，不再只是医疗资源与养老资源的简单相加，我们期待，不久的将来，中国的老年群体将得到更个性化、精细化、多样化的服务，过上更加健康、幸福的晚年生活，中国的健康老龄化也将向着更纵深的方向迈步前进！

[返回目录](#)

• 分析解读 •

“点数法+预算总额管理”促进县域医共体付费改革

来源：医药经济报

《深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务》强调，要进一步深化医保支付方式与紧密型医疗联合体改革，以省份为单位全面推开紧密型县域医共体建设。

随着人口老龄化规模的扩大和医疗需求的不断增长，积极推动紧密型医共体内医保基金总额付费改革，充分发挥其在健康管理中的作用很重要。

点数法与预算相结合

借助完善的县域医共体分级诊疗制度与“点数法”测算方法，推动县域医共体医保基金的有效管控。如采用“点数法”与预算总额管理相结合的模式，积极构建“总额付费、结余留用、合理超支分担”的县域医共体内总额预算下的 DRG 支付机制。

通过计算县域内每个病组平均住院费用除以县平均住院费用得出“基准点数”，结合不同层级医院收费标准差异，由医疗机构该病组平均住院费用除以县域内该病组平均费用得出“成本系数”，再运用基准点数乘以成本系数得出每家医院的“医院病组点数”。依据过去几年全县医保基金支出总额，合理确定下一年度的医保预算总额，在以往年均支付总额基础上适当上调比例。

持续完善分级诊疗

进一步优化县乡村三级医疗机构医疗服务价格引导和医保差异化报销,实施各等级医疗机构阶梯式住院起付标准和转诊病人一次治疗过程累计起付线政策。

例如,乡镇卫生院住院患者出院后,在限定期限内转至县内二级或三级医疗机构治疗,需补足起付标准差额;在三级或二级医疗机构治疗的患者出院后,在限定期限内转至基层卫生院继续治疗,基层卫生院依据上级医院出具的《转诊证明》,免收其诊查费,取消医保报销起付线,并优先安排住院治疗,适当提高慢性病患者未经基层转诊的报销比例,经转诊的可享受原慢性病报销政策。

此外,在不突破门诊总额的前提下,适当提高责任医生所在医疗机构的门诊报销比例,适当提高责任医生所在医疗机构转诊的住院报销比例,提升基层医疗机构医疗服务水平,让更多患者留在基层医疗机构接受治疗,提升基层首诊率。同时,积极推进医疗服务价格动态调整,进一步优化医院收支结构。

医保监管信息化

全面加强县域医共体内的医保监管体系建设。充分考量人口、疾病等影响医保费用的因素,理清相互关系,科学合理进行测算分析。

如依据参保人员的性别、年龄、基金收入预算率等风险调整因素,差异化确定医保基金的人头费额度。进一步细化县域医共体内部管理

制度，构建协同、共享、共担工作机制，强化内部沟通与协作。充分利用信息化平台，打通原各医疗机构间的信息壁垒，实现检查结果、病例等信息共享，实现医疗资源的共享与互通，提升县域医共体内工作效率，提高医保基金使用率。

整合医疗、医保、医药等相关信息系统，建立实时、动态、连续、综合的监管机制，实现对相关指标、医保支付、运行效率等方面的实时监控与动态分析。

提高预防性投入

持续推进医保基金支付形式与方式改革，积极发挥医保支付杠杆作用，合理调配医共体内结余留用一定比例的资金，用于激励医疗机构开展疾病防治、健康素养提升、家庭医生签约服务等工作，实现人民健康有保障、医生有活力、医院治理有效率，让患者享受更多改革红利，一定程度上减轻医保基金支出压力。

县域医共体医保改革的多维探索是一项系统全面的工程，需要各方协同努力，不断创新和完善，从而为人民群众带来更高质量的医疗保障和健康福祉。

[返回目录](#)

新修订民间习用药材管理办法亮点几何

来源：医药经济报

日前，《地区性民间习用药材管理办法》（以下简称《办法》）

修订并公布，将于11月1日起正式实施。《办法》有何亮点?对相关
企业影响几何?民间习用药材是医药管理的重要组成部分，如何从挖
掘与推广方面着手，发挥其健康保障作用，提高经济效益?值得探讨。

中药省标升国标添新路

5月14日，国家药监局与国家中医药管理局联合发布新修订的
《地区性民间习用药材管理办法》(以下简称《办法》)，突出传承与
创新，以进一步加强地区性民间习用药材管理，满足临床的地区性用
药特色需求，保障公众用药安全，推动中药传承创新高质量发展。

《办法》包括总则、标准管理、生产使用管理、监督管理和附则
5章，共30条，极大地丰富了原办法(共8条)的内容，进一步规范
了省级中药材标准的全生命周期管理。

01 药材表现形式

地区性民间习用药材，是指被本草、医籍、方志等记载，且国家
药品标准未收载、不具有药品注册标准，而在局部地区有多年药用习
惯的中药材。

我国地域广阔，地理环境复杂，文化多元，各地在长期临床实践
中发掘了很多当地习用的特色药材资源。目前，地区性民间习用药材
有以下两种表现形式：

一是同名异物的药材品种。自上世纪60年代起，个别省份开始
制定并颁布省级中药材标准，原卫生部亦于1987年印发了《地区性

民间习用药材管理办法(试行)》。根据该办法,全国几乎所有省份均颁布了省级中药材标准。截至2023年底,各地共制定省级中药材标准6596个。同时,确有历史渊源、文献记载、符合中药药性理论、在局部地区临床确有使用的药材品种,大部分被收入国家药品标准。

二是少数民族地区性民间习用药材,如藏族医药、蒙古族医药、维吾尔族医药,由于历史与文化原因具有明显的地方特色。

02 管理办法亮点

本次发布的《地区性民间习用药材管理办法》亮点纷呈:

一是兼顾其地区性民间习用和药用的特点,强调习用历史即“被本草、医籍、方志等记载”,药用的地区性即“国家药品标准未收载、不具有药品注册标准,而在局部地区有多年药用习惯的中药材”。同时,明确“应当尊重传统经验,符合地区性民间习用药材生产加工实际。鼓励传承传统经验和技能、支持应用现代科学技术表征传统质量评价经验和指标”。

二是兼顾常用中药材与农副产品属性的特点,明确城乡集市贸易市场可以出售地区性民间习用药材,但不包含《医疗用毒性药品管理办法》中收载的毒性中药品种以及省级中药材标准中明确记载具有剧毒、大毒的中药材。

三是明确符合规定的地区性民间习用药材确有临床使用需求的可跨省(自治区、直辖市)销售使用,药品上市许可持有人、药品生产

企业应当落实追溯制度，确保地区性民间习用药材相关的中药饮片、制剂等可追溯，地方各级药品监督管理部门加强监管。

四是明确省级药品监督管理部门可以组织对省级中药材标准收录的品种按照相关技术要求进行研究，提出标准草案，向国家药典委员会申请新增国家药品标准，国家药典委员会依相关程序进行审核。这就畅通了省级中药材标准上升为国家药品标准的路径，确保地方药材标准与国家药品标准协调统一。

五是涉及的中医药包括少数民族医药，中药材包括少数民族药材，可进一步促进汉族用药与民族用药的融合发展。

03 打造优势品种

那么，此次修订的《地区性民间习用药材管理办法》将对相关企业产生哪些影响？

首先，中药企业联合医疗机构、科研院校、协会学会等各方参与省级中药材标准的制定修订工作，可提升产品技术壁垒、培育中药大品种。目前，中药企业常规销售的中药饮片主要包含普通饮片、精制饮片两大类。其中，精制饮片多数为对某种疾病具有特殊疗效的地区性民间习用药材，如金花茶、龙葵果、南方红豆杉、藏红曲等。若企业在前期积极参与所在地中药材标准研究与制定，可对现有精制饮片或省外引入地区性民间习用药材形成一定的技术壁垒，打造中药优势大品种。

此外，延伸检查助力地区性民间习用药材跨省销售，扩大市场占有率。据药智数据网不完全统计，各省(自治区、直辖市)制定的炮制规范共收载除药典外的 2800 多个饮片品种，但 2020 年版《中国药典》仅收载中药材和中药饮片 616 种。

同时，业界对简化地区性民间习用药材跨省使用的管理有一定诉求，医生跨省执业、医疗机构临方炮制等在临床上也存在一定使用需求。《办法》明确符合规定的地区性民间习用药材可跨省(自治区、直辖市)销售使用，可进一步满足市场需求，助力中药企业拓展省外市场。

根据国家药监局中药配方颗粒备案公示信息统计，截至 2024 年 4 月底，我国已有 296 个中药配方颗粒国家标准，各省(自治区、直辖市)中药配方颗粒地方与企业标准共计超过 7000 个。目前，中药配方颗粒纳入医保参照乙类进行管理，但若配方颗粒省标品种没有对应的中药材标准，将无法申报医保编码，无缘纳入医保支付范围，故本《办法》的颁布有利于提升中药配方颗粒的医保准入，加速市场扩容。

《办法》的落地实施，将推动地区性民间习用药材管理翻开新篇章，有效保护民族医药文化，最大程度发挥地区性特色药材的价值。同时，强化监管要求，可确保药材质量和安全，更好地满足公众临床用药需求，为人民群众的健康保驾护航，助力中药产业高质量发展。

挖掘推广促发展

民间习用药材是经过长期临床实践，在特定地区或民族中被广泛认可并使用的药材，具有独特的药效和用法，是医药产品的重要补充。本文将从挖掘与推广角度，探讨民间习用药材的发展策略。

01 习用要领

我国地域广阔，地理环境复杂，文化多元，各地发掘了很多习用的特色药材资源。这些药材资源的挖掘整理，不仅满足了临床的地区性用药特色需求，还有力补充了国家药品标准。

民间习用药材的挖掘推广应充分遵从习用要领：

一是遵循传统的使用方法和用药习惯。具体包括药材的采集、炮制、配伍、用量等方面的约定，以确保药效得以充分发挥，并从药材采集、加工、使用的诸多环节挖掘其内涵，以避免不必要的用药风险。

二是民间习用药材多为乡村中医药技术人员自种自采自用，需要规范其服务行为，确保药效持续稳定和药材质量再现以及合理使用，保障公众用药安全。

三是给予相关产品进入市场的必要扶持，确保其快速打开市场，找准消费定位，实现健康效益。

02 挖掘重点

民间习用药材使用的主体在民间，药材使用较分散，对其的挖掘需要民间中医药人的全程参与。从药材管理的角度来看，民间习用药材的挖掘重点在于：

1. 深入基层，调查研究。通过问卷调查、访谈等多种方式，了解当地草医、草药店等使用的药材品种、用量、使用频率等信息。收集当地关于民间药材的传说、谚语等文化资料，为挖掘工作提供有力支持。

2. 补充整理，重点突破。收集资料后，需要补充整理，使其具有相应的开发价值。比如筛选民间常用草药及处方，特别是搜集和整理单方、验方。通过比较分析，归纳出药效作用强、使用频率较高的品种进行重点调查和开发研究，实现产品价值的差异化。

3. 学科联合，资源共享。共享的前提是充分尊重药材的习用约定，尊重相关人员的意愿，更好地维护其既得利益。民间习用药材的挖掘需要多学科、多部门的通力合作，从药学、医学、植物学、民族学等角度出发，进行深入研究；建立民间习用药材数据库，提高挖掘效率。

4. 形式多样化。习用药材不只考虑药用性能这一要素，也要考虑其他产品要素。比如以民间习用药材的挖掘推广为主，以为市场消费提供多样化的可靠选择为目的，适当放开对食品、蔬菜、辅食类产品的管理，以提高健康保障为前提，允许民间习用药材以相应形式进入市场流通。

03 推广策略

民间习用药材的使用量普遍较小，但亦不能忽略其使用。相关医

药技术管理需要进一步推广优秀的民间习用药材，让其更好地发挥功效。主流推广策略有：

1. 加强宣传，提高认知度，建成习用药材的区域品牌。比如通过媒体、网络等渠道，加强民间习用药材的宣传力度，让更多人了解民间药材的药效、用法及价值，提高公众对民间药材的认知度。一定程度上说，发展民间习用药材也是增强文化自信的方式之一。

2. 建立示范基地，推广种植技术。通过技术培训、现场指导等方式，帮助种植户提高药材产量和质量，确保供应。

3. 拓展销售渠道，促进产业发展。比如拓展至药材市场、中药企业、药店等渠道销售，鼓励农民参与中药材的初加工和深加工，提高附加值。

4. 加强科研投入，推动新药研发。民间习用药材作为健康促进产品，应当适时跟进技术管理，开展药效学、药理学等研究，通过现代科技手段，挖掘潜在价值。

[返回目录](#)

• 医疗速递 •

重新整合产科类价格项目，满足多元化生育服务需求

来源：中国青年报

近日，国家医保局印发《产科类医疗服务价格项目立项指南(试

行)》(以下简称《指南》),将各地原有产科类医疗服务价格项目整合为30项,以适宜的价格项目“颗粒度”,突出体现医疗技术劳务价值,赋能产科平稳运行和发展。

产科是属于二级学科妇产科下的亚专科,北京大学第一医院产科副主任孙瑜表示,在众多学科中,国家医保局专门制定文件整合产科项目,体现了对女性生殖健康的重视。记者注意到,国家医保局此前7批价格项目立项指南中就有辅助生殖,该学科也属于妇产科。6月15日,国家医保局在解读《指南》时指出,产科类立项指南作为第8批优先出台,正是回应学科呼吁,满足群众需求。

医疗服务价格项目是医疗机构收取手术费、治疗费、诊疗费、护理费、检查费等医疗服务费用的计价单元。国家医保局表示,规范整合产科类价格项目,就是要把各地相对有特点的医疗服务项目“方言”变成全国统一的“普通话”。

过去,医疗服务价格项目由各省价格部门牵头制定,各省之间价格项目不仅数量差异较大,价格项目的名称、内涵、计价单位以及耗材收费等也有较大差异。以难产接生为例,各地根据不同情形、不同方式,设立了产钳助产、臀位助产、胎头旋转、手取胎盘等多个价格项目,实际上这些项目资源消耗、技术难度等比较接近,但临床上难产的情形更为复杂多样。

与此同时,随着医疗技术的发展,新的助产方式将逐步被引入临

床，过去将具体操作与价格项目紧密绑定的立项方式，导致产科类价格项目拆分过细，“颗粒度”过小，无法很好适应一些新技术的收费需求，在一定程度上不符合技术快速进入临床的现实需要。因此，产科类价格项目的重新整合迫在眉睫。

突出体现医务人员劳动价值

本次整合工作有着扎实的调研基础。国家医保局组织召开了近20场座谈会，重点听取北京、上海、江苏、浙江等省市大型三甲医疗机构的意见建议，达成专业共识后又征求有关部门、地方医保局、医疗机构意见，以确保价格项目整合规范的科学性、合理性，一些基本指导原则与关键着力点既突出问题导向，也不折不扣践行《深化医疗服务价格改革试点方案》精神要求。

从一线调研的情况来看，目前临床实践希望更好体现产科医疗技术劳务价值。

一段时间以来，公立医疗机构产科突出体现的是公益属性，国家医保局调研中，医务人员反映产科类服务项目价格水平总体偏低，技术劳务价值缺乏充分体现。国家医保局对此表示，这是过去按成本定价的传统模式留下的客观问题，产科类服务项目多以人力投入为主，设备投入等成本占比不高，如果按成本定价的逻辑，产科类服务项目定价存在被低估的情况，在医疗机构内部收入和分配中产科也处于相对弱势地位。

以普通顺产接生为例，三甲医疗机构收取的总费用(不含分娩镇痛)大多数约 2000 元-4000 元，其中接生的核心术式约为 600 元-800 元。一些网友经历过生育后也认为价格是低的。近年来，随着产科服务量大幅减少，价格矛盾逐步凸显出来。因此，需要适当跳出成本定价思维，以服务产出质量为基础，构建更好体现技术劳务价值的价格项目，以促进产科平稳运行发展。

《指南》中国家医保局回应：我们充分尊重临床实际，按照各方意见对技术劳务价值高、风险程度大的复杂情况和复杂操作，进行单独立项或加收项，体现技术难度差异。以“阴道分娩”为例，根据复杂程度分别设立“阴道分娩(常规)”和“阴道分娩(复杂)”，将瘢痕子宫、巨大儿、胎儿臀位、肩难产等分娩难度及风险大的情况列为“阴道分娩(复杂)”。

同时，《指南》统一计价单位，将“胎心监测”“阴道分娩”“羊膜腔穿刺”等可能涉及多胎的项目，计价单位一律明确为“胎/次”，从价格项目层面统一引导地方医保部门关注产科医务人员劳务价值。

除了国家的定价规定外，产科医护人员的价值体现还需要所在医院的支持。作为一名从业者，孙瑜理解产科定价不高需要突出公益性的原因，因为生孩子几乎是家家户户的刚需，需要考虑到全国各地不同经济水平。产科收入少、风险大，特别是有些综合性医院分娩量又不高，所以医院应该对产科进一步加大支持力度。孙瑜说，产科属于

妇女儿童保健事业，关系到国计民生，医院应考虑对妇产科和儿科进行补贴和政策倾斜。

下一步，国家医保局将指导地方加快对接落实《指南》，合理确定产科类新项目的价格水平，更好体现产科医疗技术的劳务价值。

适应产妇多元化医疗服务需求

国家医保局调研还发现，医疗机构希望新增医疗服务价格项目。以分娩镇痛为例，实践中，一些地方按照原来的椎管麻醉项目收费，医疗机构因无独立的价格项目，降低了提供分娩镇痛服务的积极性；一些地方则是因麻醉医生数量有限，无法提供服务，不能很好地满足产妇对此类生育医疗服务的需求。

因此，医疗机构希望明确有关价格政策方向，充分发挥价格调节资源配置的功能，引导医疗机构提供相关服务，更好满足无痛分娩等多元化生育服务需求。

2018年，我国开始在全国范围内推广分娩镇痛试点工作，据国家卫生健康委的数据，2022年，全国试点医院平均分娩镇痛率已经超过60%。孙瑜介绍，2019年6月前，北京分娩镇痛基础费用只有200元，后来调整到1500元。分娩镇痛是人性化医疗服务，但需要麻醉师和产科医护人员24小时在岗，应该让医务人员的劳动价值得到体现。

第三方机构调研显示，13%的青年女性存在对怀孕和分娩过程的

惧怕心理。《指南》单独设立了“分娩镇痛”“导乐分娩”“亲情陪产”项目，支持医疗机构提供以产妇为中心的人性化分娩服务，鼓励积极开展镇痛分娩服务，支持有条件的医疗机构向孕产妇提供专业化的陪伴分娩和导乐分娩服务。

其中，导乐分娩服务起源于美国，最初是通过音乐帮助产妇放松心情，现在导乐分娩服务已不断丰富，包括由专业人员给予孕妇导乐相关知识讲解及陪伴，进行合理用力及分娩配合指导，应用呼吸减痛、分娩球、腰骶按摩等非药物方法减轻分娩疼痛、协助产程进展，帮助产妇在相对舒适的状态下顺利分娩，减轻分娩恐惧心理，促进改善生产体验。

孙瑜也注意到了《指南》中的导乐分娩，这需要专业人员陪同产妇的分娩全程。如果没有收费项目的话，这些人力成本就需要医院来承担，导致医院无法负担成本从而很难开展这种服务。国家医保局全面考虑到了产妇的需求，专门设立了导乐分娩亲情陪产等项目，这意味着以后老百姓将会享受到更多元的助产服务。

[返回目录](#)

药品比价：门诊统筹推进下的精细化管理工具

来源：村夫日记

随着各地“药品比价通”平台的上线，药价改革的覆盖面从院内向院外延伸。从年初的四同到年中的比价，医保改革正在向精细化推

进，通过借助各类政策工具降低整体的损耗。

从表面上来看，无论是四同还是比价，拉平药价差是政策的主要目标。这一方面可以惠及民生，另一方面则可以有效降低医保的损耗，并为医保支付价的全面实施提供基础设施。但如果回到 DRG 即将全面覆盖以及门诊统筹这两项政策来看，药价差的治理只是整体门诊改革的一小步，未来的政策工具将会在有效控制门诊支出上发力。

由于 DRG/DIP 的实施，医院有动力将住院费用向门诊转移，以减轻单个病例的住院费用压力，减轻 DRG 带来的亏损压力。由于医疗服务无法转移，可转移的费用主要是检查和药品，主要的流向是医院自身的门诊。另一方面，门诊统筹实施之后，医疗机构和药店的门诊都将获得统筹资金报销。由于门诊的道德风险远高于住院，而且也缺乏类似 DRG 那样的工具对门诊进行管制，门诊费用必将大幅增长，对统筹基金形成巨大的压力。

面对门诊费用的高增长，多种政策工具必然逐步推出，比如门诊点数法、分级诊疗和处方外流等。如果从仅从药品开支的费用控制来看，处方外流本来是控费的最佳路径，因为处方流出医院之后，药店可以对处方进行替换，监管只要对仿制药替代率进行有效考核就能持续推动药价下降。但在东亚地区，除了日本采取大额补贴医生最终成功的推动了处方外流，其他经济体均没有处方外流成功的经验。

由于经济高速增长期间没有采取对医生进行补贴，在经济进入平稳

增长之后，不管是控制医院的门诊量还是药剂师的处方量，都很难推动医院和诊所的处方外流。不过，即使从处方外流已经成功的日本来看，其外流的处方只有 22% 出头来自医院，超过 77% 来自基层。这一方面说明基层更有意愿将处方流出，另一方面也说明日本的分级诊疗相对成功，病人的处方主要获取途径来自诊所。不过，日本的分级诊疗成功主要来自强制，病人直接去 500 床以上大医院就诊，病人要额外支付 5000 日元附加费，2018 年又将门槛从 500 床改为 400 床。

而从中国台湾地区来看，由于没有对医生的补贴，处方外流主要来自基层，虽然整体的处方外流比例有 36%，但医院的外流处方只有 1%。而且，很多基层处方虽然外流，但都是流向指定药店，这些指定药店与诊所有着紧密的利益连接。

由于中国的基层主要收入来自药品，无论是社区卫生服务中心还是乡镇卫生院，其门诊药占比一般都超过 60%，如果将处方外流，其门诊收入更低，依赖政府补贴将更为严重。所以，无论是医院还是基层诊所，处方外流无法成为政策调节药品开支的工具，只能采用在院内直接替换的集采模式。也就是以医院报量强制将院内 70-90% 的处方直接替换成仿制药。虽然政策鼓励药店参与集采，但药店需要自负盈亏，无法像公立医院那样获得财政补贴，药品价格平进平出的模式对其冲击较大。如果集采药品销售带来的流量不能转换成高毛利的产品，药店销售集采仿制药的积极性并不高。而且，由于中国没有药事服务费，

药店完全依赖价差，无法使用药事服务费作为调节杠杆推动其销售低价药。

因此，在当前的市场上，政策的重点必然在医院，通过集采和国谈，有效控制院内处方的流向，从而达到药价治理的目标。但是，由于医保支付价仍然在试点，并没有全面覆盖。在公立医院之外，无论是民营医院、药店还是基层医疗机构，仍然可以在同一款药品上以更高的价格获得医保的报销。同药不同价加大了门诊统筹资金的快速消耗，四同的实施和药价比较系统的上线都是为了应对这一挑战。

从政策结果来看，四同和比价减少了医保损耗，拉平院内外的价格，但无法限制院外的患者选择。因此，严格限制门诊统筹资金报销的处方来源成为一个重要的工具。在开通门诊统筹之后，由于原先药店一直采用平台型互联网医院的处方，其补方特性较为明显，有助于高价药的销售。所以，今年以来各地对获取门诊统筹资质药店采取了严格限制处方来源的措施，要求处方必须来自医保定点机构，而非无医保资质的平台互联网医院。这导致自从4月份以来，很多药店的客流出现了明显的下降。

从目前来看，统筹药店受到处方来源的限制、药品比价和进销存一体监管，对其高标价高毛利产品的销售会形成明显影响。反而是无门诊统筹但有医保资质药店的灵活度要相对较高，但无门诊统筹资质药店面对的是医保个帐大幅减少的用户，用户的购买力明显受损。

从总体来看，医院仍然是药价治理的关键，政策将集中在对处方的管理上，通过药品比价推动用户向低药价渠道流动，从而降低统筹资金在门诊的消耗。不过，药价治理最终还是需要回到医保支付价，医保支付价全面实施后，用户会根据自身的经济状况，决定使用什么类型的药品，最终将抑制高价药的销售能力。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG/DIP 付费赋能医院内控升级

来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究

DRG/DIP 支付方式改革的主要目的，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。在 DRG/DIP 病组医保费用有限的条件下，医院不仅需要面对提高医保结算率，还要分担“通缩贬值”财务压力，医院要高质量可持续发展，更需要医院内部控制赋能，“降本、提质、增效”提高医保基金使用效率。

1、DRG/DIP 付费对医院的影响

DRG/DIP 实行区域总额预算下，按照 DRG/DIP 病组的权重/分值标准化测算预结算费率/点值，根据医院 DRG/DIP 总权重/总积分，经考核后按照结算费率/点值给医院清算。

医院 DRG/DIP 预结算=医院 DRG/DIP 总权重/总积分×DRG/DIP 预
结算费率/点值

医院 DRG/DIP 清算=医院 DRG/DIP 总权重/总积分×DRG/DIP 清算
费率/点值-医院 DRG/DIP 预结算-医保考核扣罚款

DRG/DIP 医保结算差额(医保盈亏)=医院 DRG/DIP 总医疗费用
-DRG/DIP 医保清算

医院 DRG/DIP 医保结算率=DRG/DIP 医保清算/医院 DRG/DIP 总医
疗费用×100%

DRG/DIP 支付方式下，医院会有两种运营结果，第一种情况，是
通过内部控制的精益管理，实现 DRG/DIP 医保结算“盈余”，第二情
况，是 DRG/DIP 医保结算出现“亏损”。

按照项目后付费，医生多做项目才能获得较好的医保结算，不做
项目医保没法确认支付，医院医生主动降本的动机不足；与按照项目
付费相比，DRG/DIP 付费下，是基于预付制，对每个 DRG/DIP 病组都
设有预付费标准，结余留用超支分单，过度防御性检查和过度质量和
用药用材将成为医院的成本而非收入，对医院带来的影响和冲击是非
常巨大的，因此，医院为了顺应 DRG/DIP 支付方式改革，赋能加强内
部控制管理。

2、DRG/DIP 付费“十大风险”识别与防范

DRG/DIP 支付方式，存在“10 大风险”，如何识别风险，防范风

险对医保和医院造成更大的损失，需要更加重视。

第一大风险，“恶性竞争风险”。DRG/DIP 付费是基于区域总额预算，区域内各家医院相互竞争，有助于提高医疗服务效率，如果存在不规范竞争的医院，医院之间不能相互有效监督，或医保监管不到位，就会出现“劣币驱逐良币”现象，对于医疗规范的医院就不公平。因此，DRG/DIP 付费下，就是要充分发挥医院内部人控制机制，才能有效防范“劣币驱逐良币”现象发生。

第二大风险，“预算金额不合理风险”。DRG/DIP 区域住院医保总额预算，受筹资水平及医保总额影响，还受外转直报患者占比影响，因此，如何合理确定区域内住院医保预算，防范外转直报患者占比过高，对区域内 DRG/DIP 住院医保总额带来的不利影响。因此，最好的方式是基于区域医共体医保预算打包方式，发挥医共体内部人控制机制，通过转诊审批方式，提高医疗服务能力，减少外转患者占比，增加 DRG/DIP 医保预算金额。

第三大风险，“权重/分值不合理风险”。DRG/DIP 权重/分值，一般是基于前三年 7:2:1 次均历史医疗费用测算得来，因医疗收费价格的不合理，以药补医、以检查补医、以耗材补医，导致医疗费用虚高情况，特别是随着药品耗材集采推行及医疗服务价格调整，测算基础发生较大变化，DRG/DIP 权重/分值不合理风险大大提高。如何顺应新形势，重新测算权重/分值，防范因权重/分值不合理带来的较大

风险。

第四大风险，“费率/点值贬值过快风险”。DRG/DIP 费率受预算总额、区域 DRG/DIP 总权重\总分值等多方面影响，特别是 DRG/DIP 落地推行，许多地方采集的是疫情期间的数据，导致测算没有考虑到疫情后的就医需求反弹，以及人口老龄化加速，医院恶性竞争的现实变化，造成 DRG/DIP 费率/点值贬值过快，从而引发医院经济运营风险加大。因此，医院不仅需要关注自身的 DRG/DIP 运营状况，还要洞悉区域内医院 DRG/DIP 运营的情况，知己知彼才能百战百胜。

第五大风险，“医保亏损消化风险”。DRG/DIP 付费下，一些医院出现了较大医保亏损，从医保角度来说可能整个区域核算医院医保是不亏损的，但是对每家医院的影响确不同，DRG/DIP 市场竞争机制决定“优者更优、弱者更弱”，对于医疗服务能力不高、管理基础薄弱的医院来说，导致的医保亏损金额较大，消化困难。因此，医院需要以 DRG/DIP 付费为契机，加强内部风险排查，推动医院降本提质增效，才能实现医院高质量发展。

第六大风险，“医疗缺失风险”。DRG/DIP 支付模式下，防止“医疗过度”作为其中重要的改革目标，在 DRG/DIP 预付费相对稳定的情况下，医院成本控制意识明显提高，可能过分追求医保结余，该做的项目和检查没有做，把本来一次可以治疗的疾病分解几次住院，导致医疗服务不足，从而导致医疗质量隐患，不该出院的提前出院，应该

作为重点关注的。

第七大风险，“低码高编风险”。“低码高编”主要通过调整疾病主诊断与手术操作代码、虚增诊断、虚增手术、虚增次要诊断等方式使病例进入高权重和分值 DRG/DIP 病种，获得较好的医保支付结算。“低码高编”作为“欺诈骗保”打击的重点，因此，医院需要加强低码高编风险识别，规避法律风险。

第八大风险，“高码低编风险”。“低码高编”被界定为“欺诈骗保”，为了风险防范，一些医院或医生采取“高码低编”不当获利，目前关注度还不高，主要是由于 DRG/DIP 付费政策缺陷导致的“逆向选择”。按照欺诈骗保定义可以列入骗保，因此，医院要加强内部控制，防范法律风险。

第九大风险，“推诿患者风险”。DRG/DIP 支付模式下，为了过分追求“医保结余”，绝大多数是小病挤压费用比较容易产生结余，大病挤压费用相对困难追求结余的可能性也会降低。医生更加倾向在“0.3/0.5-1”之间思考，对于超过 1 的就不会带来结余。因此，医院要防止影响医生接诊大病意愿不高甚至推诿患者，影响医院学科建设，进而影响医院质量品牌。

第十大风险，“低标入院风险”。DRG/DIP 支付模式下，需要有患者基础入院患者量才可能获得医保收入。绝大多数医院都会有入院单项绩效激励的政策，就是为了提高入院率增加医保收入。DRG/DIP

付费模式下医院更加关注“抢工分”，如果医疗服务能力不足，抢不到“高点数/分值”的病种，抢“低点数/分值”的病种，甚至低标入院“造点数/分值”，否则，在同场竞技中会被竞争淘汰出局。

3、DRG/DIP 付费下医院十大内控措施

DRG/DIP 支付方式改革，推动医院粗放式增收发展模式，向内涵质量增效发展模式转型，在有限的医保基金资源下，医院既要保证医疗质量安全，还要获得合理的收益，还要让患者满意，赋能推动医院加强内部控制管理，才能顺应 DRG/DP 支付方式改革的大趋势。

内部控制措施一：费用路径 QE 值分析 推动临床路径规范“医疗服务行为”

DRG/DIP 付费下，按照分组规则基于前三年的病组次均医疗费用与平均次均费用的比值关系，统一标化为 DRG/DIP 权重/点数/分值。计算公式为：

某 DRG/DIP 权重/点数/分值=该 DRG/DIP 前三年次均费用(7、2、1)/前三年平均出院者次均费用(7、2、1)×100(1000)

从公式可以看出,DRG/DIP 权重/点数/分值代表着区域平均水平,与费率/点值相乘即为次均平均费用,也就是区域行业费用标杆(目标)值。

医院按照区域 DRG/DIP 权重/点数/分值与费率/点值相乘,求出各 DRG/DIP 次均费用,作为区域行业费用标杆(目标)值,把本院的各

DRG/DIP 次均费用，与其比较测算 QE 值，以费用路径为内控措施，倒推临床路径管理，推动规范医疗服务行为。

DRG/DIP 的 QE 值测算=本院的 DRG/DIP 次均费用/区域的 DRG/DIP 次均费用

QE 值大于 1，表明医院 DRG/DIP 次均费用与区域平均水平相比，处于中间靠下水平，资源消耗大，有一定下降空间。

QE 值小于 1，表明医院 DRG/DIP 次均费用与区域平均水平相比，处于中间靠上水平，资源消耗适宜，单与区域更低的资源消耗，还是有一定的下降空间。

总之，通过费用路径 QE 值分析，为推动临床路径管理提供了决策参考数据支持，有利于规范医疗服务行为，努力降低医疗资源耗费，提高运营效率。

内部控制措施二：算清 DRG/DIP 覆盖率推动“开源”

DRG/DIP 付费下，医院首先通过对本院及科室所看病种与区域 DRG/DIP 比较，要算清覆盖率，查摆医院学科发展的不足。计算公式：

DRG/DIP 覆盖率=本院(科室)DRG/DIP 病组数/区域 DRG/DIP 病组数×100%

结合三级公立医院等级评审的要求，核算 ICD-10\ICD-9-CMI3 覆盖率，分析医院学科病种能力的不足。

对于不能诊治的病组，就是医院需要加强学科建设重点关注的，

努力提高医疗服务能力，加强病种结构调整，提高医疗服务的广度，实现为医院“开源。”

内部控制措施三：算清 DRG/DIP 预算收入与医保盈亏账合理“降本”

DRG/DIP 付费下，犹如给每个病组设置的收入的封顶线，医保资金有限性决定，医院实际医疗费用消耗，与医保结算的比例是多是少，决定了医院付出与投入能得多少的补偿。

$$\text{DRG/DIP 预算收入} = \text{DRG/DIP 病组数量} \times \text{DRG/DIP 权重/分值} \times \text{DRG/DIP 费率/点值} \times \text{机构系数}$$

从这个公式可以看出，DRG/DIP 病组数量多少，高低权重/分值病组占比结构，医院可以控制，DRG/DIP 费率/点值和机构系数，医院不可控。因此，医院应加强 DRG/DIP 病组数量与高低权重/分值病组占比结构的内部控制，才能提高医院的效益。

$$\text{DRG/DIP 医保盈亏} = \text{DRG/DIP 实际医疗费用} - \text{DRG/DIP 预算收入}$$

从公式可以看出，大于 1，医院会出现医保盈余，小于 1，医院会出现医保亏损。通过医保盈亏核算，为医院合理降低成本提供的参数。

内部控制措施四：用药分析优化合理用药降低“药占比”

在 DRG/DIP 付费资金有限的条件下，收入结构调整就成为重中之重，药品作为收入中占比较大的组成部分，如何合理降低药占比，需

要内部控制发力。

各 DRG/DIP 药占比=各 DRG/DIP 药品收入/该 DRG/DIP 医疗收入×
100%

此时计算的药占比与平时计算的有所差异，不是平均药占比，是基于细化到每个 DRG/DIP 病组的药占比，这样计算更加合理，不受病种结构变化影响，更加有利于加强内部控制。

降低药占比内部控制主要指标包括，基药使用率、集采药品使用率、抗菌素使用强度等，可以通过同病种，不同医生的用药行为对比分析，找到合理用药方法，实现降低药占比的目的。

内部控制措施五：耗材分析优化合理用材降低“耗占比”

同理，在 DRG/DIP 付费资金有限的条件下，如何降低耗占比，同样需要以 DRG/DIP 付费为契机，加大内部控制。

各 DRG/DIP 耗占比=各 DRG/DIP 耗材收入/该 DRG/DIP 医疗收入×
100%

各 DRG/DIP 耗占比=各 DRG/DIP 耗材收入/该 DRG/DIP 执行医疗收入×100%

此时计算的耗占比与平时计算的有所差异，是基于细化到每个 DRG/DIP 病组的耗占比，既要算收入占比，同时，分母是以本病种的执行的医疗服务收入，这样计算更加合理，不受医技检查收入和药品收入的变化影响，更加有利于加强内部控制。

降低耗占比内部控制主要指标包括，DRG/DIP 耗占比、集采耗材使用率等，可以通过同病种，不同医生的耗材行为对比分析，找到合理用材方法，实现降低耗占比的目的。

内部控制措施六：医技检查分析合理医技检查降低“医技检查占比”

传统按照项目付费下，由于医疗服务价格定价不合理，医院需要通过多做医技检查予以弥补。防御性医技检查是指，医生为了防范医疗风险扩大的医技检查，为了降低药占比和耗占比，需要扩大分母增加的过度医技检查，为了弥补医疗服务项目价格不合理增加的医技检查收入，为了提高绩效工资增加的过度医技检查收入。

DRG/DIP 付费下，防御性的医技检查收入，在预付费机制下也成为了医院的成本。如何合理检查，降低医技检查占比，同样需要内部控制发力。

降低医技检查占比内部控制方法，DRG/DIP 付费下，改变绩效激励模式，坚决切断与医技检查收入挂钩的关系，既可防范不与收入挂钩的政策风险，还可以防范过度医技检查给医院带来的经济风险。参照临床路径合理医技检查，设置 DRG/DIP 病组医技检查占比评价指标，考核医技检查互认指标等。

内部控制措施七：提高病案首页质量“入对组”

DRG/DIP 付费与项目付费不同，项目付费按照住院收费结算清单

为依据，DRG/DIP 是基于病例首页为依据，因此，对病例首页质量要求较高，需要入对组，准确、完整地填写病例首页，确保病例分组正确，才能获得较好的医保结算补偿。病历首页的质量在 DRG/DIP 付费中显得尤为重要，对绩效国考也非常重要，7 个国考指标来源于病历首页。所以，医院要加强病历首页内部控制。

加强病历首页内部控制的主要方法，第一，加强对病案管理人员的培训，确保他们熟悉 DRG/DIP 付费规则，准确地为患者分配合适的病例组。第二，加强对病案质量的审核，确保病历首页信息的准确性和完整性。第三，诊断清入对组，主要诊断和次要诊断要合理，要入对组，不能为了获得较好的医保结算补偿，没有诊疗记载下诊断。第四，绩效考核配套，建立完善的内部考核机制，将 DRG/DIP 付费与医务人员绩效考核相结合，调动医务人员的积极性，提高病历首页质量，促使他们关注医疗成本，提高医疗服务效率。

内部控制措施八：管理关口前移医生端促进“提质”

DRG/DIP 付费基于细化到每个患者，每个患者对应每个主诊医师，管好医生的“一支笔”，对于 DRG/DIP 管理具有关键的作用。因此，DRG/DIP 付费下，要内部控制管理关口前移到医生端。

医生端内部控制主要方法涵盖，要让医生清楚了解 DRG/DIP 权重/分值，了解 DRG/DIP 预算收入、清楚 QE 值分析差距、关注医疗费用合理化、合理用药、合理用材、合理医技检查。强化提高医疗服务收

入占比，加大病种结构调整，促进诊疗水平提升，实现“提质”提高医院运营质量效益。

内部控制措施九：算清 DRG/DIP 成本账及盈亏账实现“降本增效”

DRG/DIP 付费下，要算清医疗成本账，还要分析真实的医疗盈亏，为分析 DRG/DIP 病种价值管理提供数据支持。

DRG/DIP 病种价值管理，包括临床价值(RW/CMI 值)、医疗附加值(医疗盈亏)、社会价值(病种聚合度)、患者价值(患者自付水平、患者满意度)，开展“波士顿”四象限综合分析，确定“战略病种、优势病种、适宜病种、劣势病种”，为学科建设及病种结构调整，以及绩效考核提供参考依据。

内部控制措施十：加强 DRG/DIP 信息化建设支持内部控制“智能化”

传统的医疗服务收费方式主要以项目付费为主，而 DRG/DIP 付费机制则是以病历为基准，将疾病诊断和治疗过程划分为不同的病组或病种，从而实现医疗费用的打包支付，需要提高病案管理水平，确保病案数据的准确性、完整性和及时性。此外，还需加强医疗质量控制和成本管理，以提高医疗服务效率和降低医疗成本。DRG/DIP 基于大数据分析原理的付费机制，对医疗数据的分析与应用提出了新的挑战，对医院的风险管理能力提出了更高的要求。需要医院加大信息化建设，通过信息化智能化支持内部控制，借助大数据分析技术，深入挖

掘病案数据中的信息，包括对疾病分类、手术编码、医疗费用等数据的深入分析，以实现医疗资源的合理配置、提高医疗服务质量，降低医疗成本，提高医院效益。同时，医院还需不断优化数据采集、存储、处理和分析等环节，确保数据的安全性和可靠性。信息化支出对患者的医疗成本和风险进行精细化管理，在信息化建设中，通过智能化建立健全的内部控制风险管理体系，包括对病案数据、医疗费用、临床路径等方面的实时监控和分析。通过对风险因素的识别和评估，医院可以提前采取措施，降低医疗风险，保障医疗安全。

总之，DRG/DIP 支付方式改革，对医院粗放管理挑战无比，因此，只有加强内部控制，堵塞跑冒滴漏，才能获得较好的医保结算率，才能确保医院高质量发展可持续。

[返回目录](#)

DRG 下康复科如何适配临床路径？

来源：医有数

临床路径是针对某一疾病的标准化治疗模式和程序，是一个综合的临床治疗模式，以循证医学为指导，促进治疗组织和疾病管理，规范医疗行为，减少变异，降低成本，提高质量。

其核心是将某种疾病(手术)的关键性检查、治疗、护理等活动标准化，确保患者在正确的时间、地点，得到正确的诊疗服务，同时控制医疗成本，保证并提高医疗质量。相对于指南，其内容更简洁，易

读，适用于多学科多部门，是针对特定疾病的诊疗流程，注重各专科间的协同性，治疗的结果和时间性。

DRG 与临床路径的相似性

DRG(诊断相关分组)和临床路径在医疗管理中有着天然的相似性和趋同性。DRG 的分组原理是将临床过程相似、资源消耗相近的病例划分为一组，通过病组打包预付费，追求“同一病组、同一质量、同一价格”。而临床路径则是针对特定疾病，基于循证医学建立的一套标准化诊疗流程，实现诊疗行为的标准化和同质化。

DRG 和临床路径都有一个共同的目标，就是节约医疗资源和降低医疗成本。DRG 的按照按病种预付费支付方式强调医院对费用的主动控制，而临床路径通过优化资源消耗和降低诊疗成本，成为医院成本管控的利器。

但是，DRG 付费也可能导致医疗质量问题。过分的控费可能导致患者提早出院或医疗服务质量下降，引发医患纠纷。在这种情况下，临床路径就显得尤为重要。临床路径为合理诊疗设立了标尺，在控制费用的同时保持医疗质量。在 DRG 支付模式下，临床路径有助于规范诊疗行为、控制医疗费用，并防范 DRG 可能出现的医疗不足等问题。

DRG 医保支付制度改革使得医院有了控制成本的动力，而临床路径则给予了其有效支撑。通过深度结合临床路径，医院能够更好地实现控制成本和保障质量。随着更多的案例进入临床路径，有助于科学

管理 DRG 支付方式。

康复科常见的临床路径

康复治疗中存在许多不规范和临床路径中的变异，医生和治疗师往往认为自己没有错误。其原因有：对疾病病理基础、发展阶段、脑损伤后的可塑性和皮质功能重组能力、脊髓损伤后的继发性损伤、神经发育中的运动控制模式和个体差异、患者的心理状态和参与康复的积极性、治疗师的主观能动性、运动疲劳耐受试验、康复护理和患者需求的差异等方面的个体差异。因此，需要一个系统规范化的康复医疗模式来解决问题，这就是实行康复临床路径管理的必要性。

美国教学医院临床路径管理开展 98%，各医院按自己情况逐个开展，最多 100 多个病种。从 2009 年开始，我国首批印发了 8 个病种临床路径，此后每年都发布不同病种、不同级别类别医疗机构的临床路径。2016 年 12 月 8 日，国家卫计委官网发布了 1010 个临床路径，其中康复科有 11 个。2017 年 6 月 6 日，国家卫计委官网发布了 202 个病种的临床路径，共覆盖 23 个专业，共计 1212 个临床路径，其中康复科新增 9 个。

下面是康复科常见疾病康复临床路径的核心内容：

脑出血恢复期康复临床路径标准

(一) 适用对象。

第一诊断为脑出血，已行手术治疗或无手术治疗指征，生命体征

稳定。

(二) 康复评定。

1. 一般情况。包括生命体征，饮食、睡眠和大小便等基本情况。

2. 康复专科评定。入院后 3 天内进行初期评定，住院期间根据功能变化情况进行一次中期评定(大约住院 2 周左右)，出院前进行末期评定。

意识状态的评定，运动功能的评定，感觉功能的评定，言语功能的评定，吞咽功能的评定，认知功能的评定，精神、情感、心理状态的评定，膀胱及直肠功能的评定，日常生活活动能力的评定。

(三) 治疗方案的选择。

1. 临床常规治疗。

2. 康复治疗：(1)体位摆放与处理，(2)意识障碍处理，(3)运动治疗，(4)作业治疗，(5)物理因子治疗，(6)认知功能训练，(7)言语治疗，(8)吞咽治疗，(9)矫形器具及其他辅助器具装配与训练，(10)心理行为治疗，(11)中医治疗，(12)痉挛处理。

3. 常见并发症的处理：感染的治疗，深静脉血栓的治疗，压疮的治疗，异位骨化的治疗，其它如骨质疏松、关节挛缩。

(四) 临床路径标准住院日为 21-28 天。

(五) 进入临床路径标准。

1. 第一诊断必须符合脑出血。

2. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间控制良好、不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

3. 患者生命体征稳定，神经科临床处理已结束，且存在需要康复治疗的功能障碍。

(六) 住院期间检查项目。

1. 必需的检查项目：(1) 血常规、尿常规、便常规。(2) 肝肾功能、电解质、血糖、血脂、凝血功能、同型半胱氨酸。(3) 感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)。(4) 心电图检查。

2. 根据具体情况可选择的检查项目：头颅 MRI, CTA、MRA 或 DSA, 心、肺功能检查，超声检查：心脏、血管、腹部等。

肢体骨折术后康复临床路径标准

(一) 适用对象。

第一临床诊断为肢体骨折，且已行手术治疗。

(二) 诊断依据。

1. 临床表现：疼痛、肿胀、运动障碍(4)感觉障碍。

2. 影像学检查：X 线检查是确定骨折部位、程度及骨折类型的常规检查。

(三) 康复评定。

入院后 3 天内进行初期康复评定，住院期间根据功能变化情况，

于 4-15 天左右，进行一次中期评定，出院前进行末期评定。评定内容包括：1、骨折愈合情况，2、关节活动范围的评定，3、肌力评定，4、肢体长度及围径的评定，5、感觉功能的评定，6、日常生活活动能力的评定。

(四) 治疗方案的选择。

物理因子治疗，运动疗法，手法治疗，作业治疗，矫形器与其他辅助器具的装配与使用。

(五) 标准住院日。

标准住院日为 14-21 天。

(六) 进入临床路径标准。

1. 第一诊断必须符合肢体骨折术后，骨科明确诊断，且已行手术治疗。

2. 病情稳定，有康复治疗需求，3. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

(七) 住院期间检查项目(可根据患者近一月内的检查化验结果进行选择)。

1. 必查项目：(1) 血常规、尿常规、大便常规；(2) 肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能；(3) 相应部位血管彩超；(4) 胸片及相关部位 X 线检查；(5) 心电图检查。

2. 可选项目：肌电图检查。

(八) 康复方案。

1. 临床常规治疗, 2. 康复治疗 (1) 体位摆放 (2) 物理因子治疗
③运动疗法 (3) 手法治疗 (4) 矫形器与其他辅助器具的使用 (5) 作业
治疗。

脊髓损伤恢复期康复临床路径标准

(一) 适用对象。

第一诊断为脊髓损伤(ICD-10: T09.300)。

(二) 诊断依据。

1. 临床表现: 运动功能障碍、感觉功能障碍、自主神经障碍、疼痛、呼吸功能障碍、循环功能障碍、吞咽功能障碍、体温调节障碍、二便功能障碍、心理障碍、日常生活活动能力障碍等。

2. 影像学检查: CT、MRI 发现的相应脊髓病变或损伤表现。

(三) 康复评定。

1. 一般情况。包括生命体征, 大小便等基本情况, 了解患者总体治疗情况。2. 康复专科评定。损伤程度分类、躯体功能分类、损伤平面与功能预后、神经损伤平面评定、疼痛评定、循环功能、呼吸功能、吞咽功能、膀胱与肠功能评定、心理评定、日常生活活动能力及职业能力、社会能力评定。

(四) 治疗方案的选择。

1. 临床常规治疗。康复治疗：(1)体位摆放与处理(2)呼吸训练(3)运动与作业活动训练(4)物理因子治疗(5)佩戴矫形器具及其他辅助器具训练(6)神经源性膀胱处理(7)神经源性肠处理(8)痉挛处理(9)疼痛处理(10)心理治疗(11)中医治疗。

2. 常见并发症的处理。感染的治疗，深静脉血栓的治疗，压疮的治疗，异位骨化的治疗，其它并发症的防治：如骨质疏松症、关节挛缩、体位性低血压等的康复。上述并发症，根据需要请专科会诊治疗，必要时转科行专科诊疗。

(五)标准住院日。

标准住院日为 21-28 天。

(六)进入临床路径标准。

1. 第一诊断必须符合 ICD10：T09.300 脊髓损伤编码。

2. (1)生命体征平稳。(2)骨科或神经外科专科处理结束，脊柱基本稳定。(3)脊髓损伤相关临床实验室检查指标基本正常或平稳。(4)接受系统康复诊疗后仍存在功能障碍，需继续住院康复治疗。无严重肺部感染、呼吸功能障碍、泌尿系感染、压疮、下肢深静脉血栓形成等并发症，或以上并发症已得到较好控制。

3. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

(七)住院期间辅助检查项目。

1. 必需的检查项目：①血常规、尿常规、便常规。②肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能。③ 感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)；④胸片及相关部位 X 线检查。

2. 根据具体情况可选择的检查项目：(1) 脊柱 X 线、脊髓 CT、核磁共振(MRI) (2) 肌电图 (3) 双下肢/髋关节 X 片，或骨密度 (4) 尿液分析、尿液培养及药物敏感 (5) 尿量、残余尿量，膀胱压力与容量，尿动力学检查 (6) 心、肺功能检查。(7) 腹部、泌尿系统、血管超声检查。

腰椎间盘突出症康复临床路径

(一) 适用对象。

第一诊断为腰椎间盘突出症(ICD-10: M51.202)。

(二) 诊断依据。

1. 临床表现：(1) 腰背部及下肢疼痛，(2) 运动功能障碍，(3) 神经功能障碍，(4) 日常生活活动能力障碍；2. 影像学检查：腰椎 X 线平片、CT 扫描或 MRI 检查。

(三) 康复评定。

分别于入院后 1~3 天进行初期康复评定，入院后 78 天进行中期康复评定，出院前进行末期康复评定。内容包括：1. 临床一般情况评定；2. 康复专科评定：疼痛评定、腰椎及下肢活动范围评定、肌力评定、神经功能评定、日常生活活动能力评定。

(四) 治疗方案的选择。

1. 临床一般治疗。

2. 康复治疗：物理因子治疗、腰椎牵引、手法、运动治疗、矫形器等辅助器具装配、注射治疗、中医治疗、日常生活活动能力训练、健康教育。

(五) 标准住院日为 10-14 天。

(六) 进入路径标准：1. 第一诊断必须符合 ICD-10：M51.202；2. 如患有其他疾病，但住院期间不需要特殊处理，也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

(七) 住院后检查的项目。

1. 必须的检查项目：(1) 血常规、尿常规、大便常规；(2) 肝肾功能、电解质、血糖；(3) 感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等)；(4) 腰椎正侧位 X 片；(5) 胸片、心电图。

2. 根据患者病情及具体情况可选择的检查项目：(1) 腰椎动力位片、左右斜位片；(2) 腰椎 MRI 或 CT；(3) 肌电图检查。

3. 有相关疾病者必要时请相关科室会诊。

周围神经损伤康复临床路径

(一) 适用对象。

第一临床诊断为周围神经损伤。

(二) 诊断依据。

1. 临床表现 (1) 运动功能障碍 (2) 感觉功能障碍；2. 肌电图检查

证据。

(三) 康复评定。

入院后 3 天内进行初期评定，住院期间根据功能变化情况，住院 4-15 天进行一次中期评定，出院前进行末期评定。评定内容包括：1、肌力评定，2、感觉功能评定定，3、关节活动范围评。

4、反射检查，5、神经干叩击试验，7、患肢周径评定，8、日常生活活动能力评定。

(四) 治疗方案的选择。

1. 临床常规治疗。

2. 康复治疗：(1) 受累肢体各关节功能位的保持，(2) 受累肢体各关节的主、被动运动，(3) 物理因子治疗，(4) 肌力训练，(5) 作业治疗，(6) 感觉训练。

(四) 标准住院日。

标准住院日为 14-21 天。

(五) 进入临床路径标准。

1. 第一诊断必须符合周围神经损伤。

2. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

3. 患者生命体征稳定，骨科或神经科临床处理已结束，且存在需要康复治疗的功能障碍。

(六) 住院期间检查项目。

1. 必查项目：肌电图检查。2. 可选择的检查项目：(1) 血常规、尿常规、大便常规；(2) 肝肾功能、电解质、血糖；(3) 心电图检查；(4) 胸片及相关部位 X 线检查。

颈椎病康复临床路径

(一) 适用对象。

第一诊断为颈椎病。

(二) 诊断依据。

1. 临床表现：颈背上肢疼痛，运动功能障碍，神经功能障碍，日常生活活动能力障碍。2. 影像学检查：颈椎 X 线平片，CT 扫描或 MRI 检查。

(三) 康复评定。

分别于入院后 1~3 天进行初期康复评定，入院后 7~8 天进行中期康复评定，出院前进行末期康复评定，评定具体内容如下：临床一般情况评定，康复专科评定、疼痛评定、颈椎及上肢活动度评定、肌力评定、神经功能评定、日常生活活动能力评定。

(四) 治疗方案的选择。

1. 临床常规治疗；2. 康复治疗：物理因子治疗，颈椎牵引，手法，运动治疗，矫形器等辅助器具装配，注射治疗，中医治疗，日常生活活动能力训练，健康教育。

(五) 标准住院日为 10-14 天。

(六) 进入路径标准。

1. 第一诊断必须符合颈椎病疾病编码。2. 当患者同时具有其他疾病,但在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时,可以进入路径。

(七) 住院辅助检查项目。

1. 必须的检查项目: (1) 血常规、尿常规、大便常规; (2) 肝肾功能、电解质、血糖; (3) 感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等); (4) 颈椎正侧位 X 片; (5) 胸片、心电图。

2. 根据患者病情及具体情况可选择的检查项目: (1) 颈椎动力位片、左右斜位片; (2) 颈椎 MRI 或 CT; (3) 肌电图检查。

3. 有相关疾病者必要时请相关科室会诊。

人工髋关节置换术后康复临床路径

(一) 适用对象。

已行人工髋关节置换术(ICD-9-CM-3:81.51-81.52)。

(二) 诊断依据。

1. 临床表现: 下肢运动功能障碍、站立/步行功能障碍、日常生活活动能力障碍。

2. 影像学检查: X 线片显示人工髋关节。

(三) 康复评定。

分别于入院后 1-3 天进行初期康复评定，入院后 9-11 天进行中期康复评定，出院前进行末期康复评定。一般临床情况评定；康复专科评定，伤口情况评定，下肢围度评定，下肢血液循环状况评定，髋关节活动度评定，下肢肌力评定，转移/负重能力评定，步态评定，日常生活活动能力评定。

(四)治疗方案的选择。一般临床治疗，康复治疗，安全活动指导与健康教育，物理因子治疗，肌力训练，关节活动度训练，转移能力训练，下肢负重训练，步行训练，包括助行器选择与使用训练，日常生活活动能力训练，常见并发症处理，感染处理，血栓处理，出现骨折、假体脱落、神经损伤等严重并发症和严重合并症时需专科会诊与转诊。

(五)标准住院日 14-21 天。

(六)进入路径标准：1. 骨科已行人工髋关节置换术 (ICD-9-CM-3:81.51-81.52)，无严重术后并发症和严重合并症；2. 当患者同时具有其他疾病诊断，但在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

(七)住院期间辅助检查项目。

1. 必须检查的项目：(1)血常规、尿常规、大便常规；(2)肝肾功能、电解质、血糖、血脂、凝血功能(3)感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)；(4)心电图、胸片；(5)髋关节 X 线片；(6)下肢静脉

血管超声；(7)D 二聚体。

2. 根据具体情况可选择的检查项目：心肌酶谱、胸片、肺功能、超声心动等。

肱二头肌肌腱损伤和断裂康复临床路径

(一) 适用对象。

第一诊断为肱二头肌肌腱损伤和断裂。(二头肌长头肌肉和肌腱损伤：(ICD10: S46. 1), 二头肌其他部位肌肉和肌腱损伤：(ICD10: S46. 2))

(二) 诊断依据。

1. 临床表现：(1) 肱二头肌长头部位疼痛(2) 肌腱活动时可触及摩擦感(3) 肱二头肌肌腱断裂者可有局部膨隆(4) 运动功能障碍；2. 影像学检查：X 线检查排除无骨折及局部增生，MRI 检查明确肌腱损伤和断裂情况。

(三) 康复评定。

分别于入院后 1-3 天进行初期康复评定，入院后 4-15 天进行中期康复评定，出院前进行末期康复评定，1. 肌力评定，2. 关节活动范围评定，3. 疼痛评定，4. 日常生活活动能力评定，5. 社会参与能力评定。

(四) 治疗方案的选择。

1. 肩部支具，体位摆放。2. 物理因子治疗。3. 关节活动度训练。

4. 肌力训练。5. 日常生活活动能力训练。6. 相关药物治疗。

(五) 进入路径标准。

1. 第一诊断必须符合肱二头肌肌腱损伤和断裂 2. 当患者同时具有其他疾病诊断,但在住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时,可以进入路径。

(六) 标准住院日为 14-21 天。

(七) 住院期间的检查项目。

1. 必需的检查项目(1)血常规、尿常规、大便常规;2)肝肾功能、电解质、血糖、血脂、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等);(3)心电图。

2. 根据患者病情进行的检查项目(1)患肩 X 线片、肌电图、局部超声检查、患肩 MRI 检查,(2)凝血功能、心肌酶谱、胸片、肺功能、超声心动等。

原发性脊柱侧凸康复临床路径

(一) 适用对象。

第一诊断为原发性脊柱侧凸(弯)(ICD-10: M41.1)。

(二) 诊断依据。

1、症状:(1)多见于儿童,青少年,女性较多。(2)脊柱畸形(3)心肺功能(4)脊神经根受挤压或牵拉产生相应症状。 2、体征:(1)双侧肩胛、骨盆、腰凹等处不对称,(2)触诊可见某些节段棘突偏离

颈部棘突至臀沟连线;3、影像学检查: 站立位脊柱正侧位 X 线片。

(三) 康复评定。

分别于入院后 1-3 天进行初期康复评定, 入院后 7-8 天进行中期康复评定, 出院前进行末期康复评定, 1. 脊柱姿势 2. 关节活动范围评定 3. 肌力评定 4. 步行能力评定 5. 心肺功能评定 6. 日常生活活动能力评定 7. 社会参与能力评定。

(四) 治疗方案的选择。

1. 运动疗法: 包括矫正体操、不对称爬行、肌力不平衡的矫正训练、姿势训练、矫形器内体操、改善呼吸运动的训练;2. 侧方表面电刺激疗法;3. 牵引治疗;4. 矫形器治疗;5. 物理因子治疗;6. 作业治疗。

(五) 标准住院日为 10-14 天。

(六) 进入路径标准。

1. 第一诊断必须符合 ICD-10: M41.1。2. 如患有其他疾病, 但住院期间不需要特殊处理, 也不影响第一诊断的临床路径流程实施时, 可以进入路径。

(七) 住院期间的检查项目。

1. 必需的检查项目(1)血常规、尿常规、大便常规;(2)肝肾功能、电解质、血糖;(3)感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等);(4)胸部 X 线片、心电图、心脏彩超, 肺功能检查;(5)骨科 X 线检查: 站立位脊柱全长正侧位像、卧位左右弯曲像、骨盆正位像、全脊柱动力

位片(过伸过屈, 左侧屈右侧屈)、双下肢 X 片。

2. 根据患者病情进行的检查项目: (1)畸形部位脊柱 CT 扫描+三维重建; (2)MRI 检查; (3)脊髓造影及造影后 CT 检查; (4)神经电生理检查。

踝部韧带损伤康复临床路径

(一) 适用对象。

第一诊断为踝部韧带损伤。(踝和足水平的关节和韧带脱位、扭伤和劳损(ICD-10: S93); 胫腓韧带撕裂(远端) (ICD-10: S93.402); 踝内侧副(韧带)损伤(ICD-10: S93.451); 跟腓(韧带)扭伤和劳损(ICD-10: S93.452); 三角(韧带)扭伤和劳损(ICD-10: S93.453); 胫腓远端(韧带)扭伤和劳损(ICD-10: S93.454); 距腓(韧带)扭伤和劳损(ICD-10: S93.455); 内侧副(韧带)扭伤和劳损(ICD-10: S93.456)。行踝关节韧带修补术(ICD-10: 81.94001)、足韧带缝合术(ICD-10: 81.94003)、踝韧带缝合术(ICD-10: 81.94004))。

(二) 诊断依据。

1. 踝部外伤史, 2. 症状: 疼痛、肿胀, 3. 体征: 局部压痛, 肿胀, 前抽屉试验, 内外翻应力试验等, 4. 辅助检查: 踝关节正位/应力位 X 线片(双侧对比)、踝关节 MRI 等。

(三) 康复评定。

分别于入院后 1-3 天进行初期康复评定, 入院后 4-15 天进行中

期康复评定，出院前进行末期康复评定，1. 疼痛评定，2. 踝关节活动范围评定，3. 踝关节稳定功能评定，4. 下肢肌力评定，5. 平衡功能评定，6. 日常生活活动能力评定。

(四) 治疗方案的选择。

1. 制动、踝关节支具的应用，2. 运动疗法：包括肌力训练、关节活动度训练、站立训练、步行能力训练等，3. 物理因子治疗，4. 药物治疗：包括抗蛋白酶药、代谢药物、消炎镇痛药、皮质类固醇制剂等。

(五) 进入路径标准。

1. 第一诊断为踝部韧带损伤，2. 当患者合并其他疾病，但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。3. 患者生命体征稳定，骨科临床处理已结束，且存在需要康复治疗的功能障碍。

(六) 标准住院日为 14-21 天。

(七) 住院期间的检查项目。

1. 必需的检查项目：(1) 血常规、尿常规、大便常规；(2) 肝肾功能、电解质、血糖、血脂、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)；(3) 心电图。

2. 根据患者病情进行的检查项目，踝关节 MRI、踝关节 X 线、局部超声检查等。

截肢后康复临床路径

(一) 适用对象。

第一临床诊断为截肢后，且已行骨科相应处理，生命体征稳定。(肩和上臂创伤性切断(ICD10: S48),前臂创伤性切断(ICD10: S58),腕和手创伤性切断(ICD10: S68),髌和大腿创伤性切断(ICD10: S78),小腿创伤性切断(ICD10: S88),踝和足创伤性切断(ICD10: S98))。

(二) 诊断依据。

1. 临床表现: (1)疼痛、肿胀(2)运动障碍(3)感觉障碍(4)关节活动受限(5)截肢相邻关节挛缩畸形, 2. 影像学检查: X线检查, 确定截肢平面及骨残端情况。

(三) 康复评定。

入院后3天内进行初期康复评定, 住院期间根据功能变化情况, 于4-15天进行一次中期评定, 出院前进行末期评定。评定内容包括: 1、全身状况的评定, 2、残肢的评定: 皮肤情况、残肢畸形、残肢长度及周径、残端形状、残端神经瘤情况, 3、残肢疼痛的评定, 4、感觉功能的评定, 5、肌力评定, 6、关节活动度的评定, 7、平衡功能评定, 8、步态分析(适用于下肢截肢患者穿戴假肢后), 9、穿戴临时假肢后的评定(适用于穿戴临时假肢后), 10、穿戴正式假肢后的评定(适用于穿戴正式假肢后), 11、日常生活活动能力的评定及参与评定。

(四) 治疗方案的选择。

体位摆放、物理因子治疗、运动疗法、作业治疗、安装(临时或正式)假肢后的训练、康复护理、心理康复、并发症的处理。

(五)标准住院日为 14-21 天。

(六)住院期间检查项目(可根据患者近一月内的检查化验结果进行选择)。

1. 必查项目(1)血常规、尿常规、大便常规;(2)肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能;(3)感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等);(4)胸片、心电图检查、腹部彩超(5)相关部位 X 线检查。2. 可选项目: 残肢 MRI 或 CT、肌电图、局部超声检查等。

(七)康复方案。

1. 临床常规治疗 2. 康复治疗:(1)术后残端处理:如弹力绷带包扎残端、合理的残肢体位摆放等(2)物理因子治疗(3)运动疗法(4)作业治疗(5)安装(临时或正式)假肢后的训练(6)康复护理(7)心理。

DRG 与临床路径的深度结合

在 DRG 大环境下,康复临床路径需要与之深度结合。保证质量的前提是在临床路径中实施合理的费用控制。为此,医院可以根据 DRG 的相关要求优化已有康复临床路径,并参考 DRG 设定的标杆住院日和费用对关键环节进行把控。

同时,还需结合具体情况制定和优化临床路径,确保医疗质量的同时控制病组总费用。首先,根据 DRG 要求优化康复临床路径方案,

并嵌入医院信息系统。其次，通过系统界面显示费用标准对比，设置预警和提醒，为医生提供诊疗规范和费用控制。最后，对于超标病例，医院需多部门协同分析病历，结合康复临床路径进行优化。

总之，在 DRG 大环境下建设基于 DRG 的康复临床路径管理体系是一项系统工程，需要全面投入，并包括各部门协同合作。在这个过程中，应充分认识到临床路径的作用，并调动各部门力量打造与 DRG 适配的康复临床路径体系。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

大数据赋能，严防医保基金“跑冒滴漏”！

来源：人民日报

坚持抓早抓小、从严监管，全链条防止医保基金“跑冒滴漏”，才能化被动为主动。

门诊统筹政策落地后，越来越多符合条件的医保定点药店被纳入门诊保障范围。这为参保人提供了更多便利，也客观上增加了医保基金使用的风险点。

不久前，医保部门在基金监管工作中发现，一心堂药业集团股份有限公司旗下一些定点连锁门店存在串换药品、超量开药、药品购销存记录不匹配等问题。有关部门对企业有关负责人进行了约谈，并给

予相应处理处罚。这并非个案。近年来，定点药店违法违规使用医保基金的情况时有发生，要认真研判形势，制定有效对策。

和定点医疗机构相比，当前医保定点药店涉及的违规资金规模要小一些。但历史经验告诉我们，千里之堤，溃于蚁穴。坚持抓早抓小、从严监管，全链条防止医保基金“跑冒滴漏”，才能化被动为主动，守住医保基金安全底线。

医保定点药店量大面广，这对医保基金的监管效率和精度提出了新要求。数据显示，截至2023年8月底，全国定点医药机构达107.8万家，其中定点零售药店为48.4万家。这些药店的订单大多是小额支付，较为零散，审核单据量巨大。用好大数据等技术手段，有利于扩大监管覆盖面、消除监管死角和盲区。目前国家医保局已经构建了“重点药品监测”“虚假购药”“非法倒卖医保药品”等大数据模型，精准筛查各类可疑线索并下发各地核查。一些地方的医保部门也已有针对性地开发出数据筛查模型，能更精准高效地锁定问题。例如内蒙古推进定点零售药店进销存“一库化”管理和“追溯码”应用，构建门诊、住院、购药多个维度的大数据模型分析，进一步明确事前、事中、事后审核规则，及时拦截违法违规行为。不断创新监管方式，提升监管效率，让违法违规行为无所遁形，就能形成强大的震慑效应。

强化医保基金监管，要抓住重点环节。医师和药师既是医药服务的提供者，也是医药服务消费的主导者。将监管关口前移，从医药机

构延伸至医务人员、药店负责人，能更有效地防止医保基金的不合理使用。2023年10月，国家医保局发布征求意见稿，拟将定点医药机构的相关人员纳入医保监管对象，违反服务协议的相关责任人员将被取消医保结算资格，其开出的处方将没有办法进行医保报销，需要患者自费。延长监管链条，“管好医务人员手里那支笔”，无疑抓住了关键环节，有助于遏制一些人对医保基金的非分之想。

维护医保基金安全，要秉持系统思维，构筑全流程、全领域、全链条的监管防线，避免任何一个环节出现纰漏。一方面，要推进专项整治常态化，通过飞行检查、约谈警示等方式，促使定点医药机构不断完善内部管理制度。另一方面，可以将专项整治工作与信用管理等制度结合起来，进一步强化社会监督，形成治理合力。比如，安徽合肥出台相关实施细则，对定点医药机构、药品耗材集中采购参与企业、医药从业人员、参保人员4类主体的信用管理进行规范，并拓展信用评价结果运用，营造出“人人参与基金监管、共同守护基金安全”的良好氛围。

医保基金的安全运行，事关每一个参保人的切身利益。近年来，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，但防止“跑冒滴漏”等任务依然艰巨。根据形势发展，聚焦重点难点，进一步扎紧制度篱笆，健全长效机制，定能更好守护人民群众的“看病钱”“救命钱”。

“五免五减” 让医保为民服务更便捷

来源：中国医疗保险

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排，是人民生活的安全网和社会运行的稳定器，是民生保障制度的重要组成部分。2023年以来，广西壮族自治区医保局认真贯彻落实党的二十大精神和习近平总书记关于“我们建立全民医保的根本目的，就是解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”的教诲，坚持把“人民群众看病就医方便不方便、满意不满意、贵不贵”作为评判主题教育成效的重要标准，深入践行“民呼我为”。同时，推行自治区内异地就医“免备案”减负担，医保服务事项办理“免填单”减环节，医保关系转移接续“免申请”减流程，生育津贴支付“免申即办”减材料，生育医疗费用报销“免申即享”减时限的“五免五减”医保为民微改革，着力解决人民群众医保领域急难愁盼，切实将主题教育成效转化为医保惠民便民暖民实效。

“五免五减”医保为民微改革项目被列为广西“为民解忧办实事”九项工作之一。其中，“自治区内异地就医免备案”政策被群众称赞为“最接地气的民生实事”。

建机制，实施自治区内异地就医“免备案”

针对部分统筹地区担心实施异地就医“免备案”后可能出现的异

地就医不可控、对分级诊疗和基层医疗机构造成冲击、医保基金支出压力增大等情况，自治区政府分管领导带队组深入全区多个市、县、乡(镇)开展调查研究，做好综合评估。

一是开展综合评估。实施区内异地就医“免备案”管理服务，可以方便参保人员自主选择自治区内定点医疗机构就医结算，并不会再因未办理备案而降低报销比例。经基金支出测算，新政每年预计可减轻参保群众医疗负担 6.6 亿元，各统筹地区基金可承受能力在安全范围，风险总体可控。

二是出台相关政策。为推动自治区内优质医疗资源共享，方便参保群众就医购药结算，2023 年 6 月 26 日，广西壮族自治区医保局印发《关于优化基本医疗保险异地就医管理服务的通知》，自 2023 年 7 月 1 日起，实施自治区内异地就医购药“免备案”管理服务，实现参保人员自治区内流动就医“无障碍”。新政在提升参保群众享受优质医疗资源便捷度的同时，也有利于人才引进、就业、旅游、康养等人员流动，助力广西经济社会高质量发展。

三是实施基金监测。为确保基金运行安全可持续，自治区医保部门建立双周调度机制，及时掌握不同时间、区域、医疗机构及个体异常就医情况。政策实施 4 个月以来，自治区内异地就医医保结算 306.89 万人次，医保基金支出 23.71 亿元，较上年同期分别增长 24.57%、28.29%。

优服务，扎实推进“五免五减”落地见效

为进一步增进民生福祉，聚焦人民群众医保服务领域急难愁盼问题，广西医保部门大胆改革创新，破除医保经办壁垒，在推行自治区内异地就医“免备案”减负担政策的同时，扎实推进其他多项免减改革项目：针对群众在办理医保关系转移接续、生育保险待遇支付等事项反映的突出问题，对办事流程进行全面梳理，研究推行医保服务事项办理“免填单”、区内医保关系转移接续“免申请”、生育津贴支付“免申即办”、生育医疗费用报销“免申即享”便捷服务。通过完善信息系统和数据应用，减少办事的流程、环节、材料与时限，切实提升群众办事体验感和获得感。

2023年8月起，实现在职转退休申报、职工参保信息变更登记等10项医保服务事项“免填单”。对能够采用数据共享方式实现的数据、表单信息实行免填写的方式，参保群众只需提供相应材料，无须填写申请表即可办理，减少办业务的等待时间，提升群众对医保服务的认同感、获得感。

2023年8月起，实现人员参保与自治区内医保关系转移接续一并办理，区内医保关系转移接续“免申请”，办理时限从原来的10个工作日缩短到3个工作日。截至2023年10月，全自治区共办理基本医疗保险关系转移申请55967件，涉及转移资金8697.01万元。

2023年6月，自治区本级、贺州市、贵港市、梧州市四个统筹

区试点生育津贴支付“免申即办”，即通过数据共享免参保人单位及个人申请、免提交办事材料，参保女职工结算生育相关医疗费用后，医保经办机构核定生育津贴支付数据，将生育津贴直接发放参保单位。9月，在总结经验、提升优化的基础上将做法推广至全自治区，15个统筹地区全部实施生育津贴“免申即办”服务，将传统办理模式下女职工产后至生育津贴发放需3个月压缩到最短仅需6天。截至10月底，成功办理生育津贴“免申即办”共计3149人次，支付生育津贴共计5274.61万元。

在2022年全面实现参保人员统筹区内就医生育医疗费用直接结算的基础上，2023年7月，北海、防城港、钦州三个统筹区先行试点异地生育医疗费用报销“免申即享”。同年9月，随着全自治区破解区内异地就医费用直接结算难题，全面开展参保人员在自治区内异地定点医疗机构发生的生育相关医疗费用直接结算报销，办理时限从此前的15个工作日减至即时办结。截至10月底，全自治区具备生育相关诊疗服务能力的定点医疗机构100%开通生育医疗费用直接结算服务，已享受异地生育医疗费用报销“免申即享”共计42.19万人次，医保统筹基金支付8.17亿。

促协同，持续提升医保公共服务水平

为持续提升医保公共服务水平，自治区医保局积极与财政、卫生健康、中医药管理等部门加强沟通对接，协同做好“五免五减”相关

保障工作。

一是加强“三医”联动，释放政策叠加效应。为避免异地就医“免备案”后外出就医人数增加、对分级诊疗和基层医疗机构造成冲击等情况，医保部门联合多部门印发《广西壮族自治区推进紧密型县域医疗卫生共同体医保支付方式改革实施方案》，推动优质医疗资源均衡布局，重点指导外流异地就医较多的地区提高医疗服务能力和救治水平；引导参保群众就近就医、在家门口看病取药，促进县域内医疗卫生资源整合和合理配置。医保部门持续拓展“村医通+”服务，实现参保人员在政府办一体化村卫生室就医，参保群众使用身份证、医保码可直接结算，优化医保结算“最后一公里”。

二是完善信息系统和数据共享机制。医保部门充分利用大数据和信息技术，完善数据接口和传送通道，主动对接卫生健康部门共享生育登记信息和出生医学证明信息数据，减少2项办事材料；畅通医保信息平台与医疗机构信息系统的对接，通过数据互联互通，设置系统自动触发取代人工申报环节，实现减流程、减环节、减材料。

三是推动医保经办服务“十百千万工程”三年行动方案落实。为强化基层服务能力，不断完善医疗保障公共服务事项“网上办、就近办、全域办、跨省办”，全面实施医疗保障经办服务标准化、均衡化、可及化、优质化建设，2023年7月，自治区医保局《印发广西医疗保障经办服务能力提升“十百千万工程”三年行动方案(2023—2025

年)》，面向全区 15 个统筹区、111 个县(市、区)、1260 个乡镇(街道)、16162 个村(社区)，实施“十百千万工程”。加强与财政部门的沟通和对接，指导各地统筹使用中央财政医保能力提升补助资金和地方财政资金，用于强化基础建设、拓展服务渠道、优化服务内容。截至 10 月底，已下达资金 1.25 亿元。

[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