

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第36期

(2024.09.02-2024.09.08)

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。)

· 专家观点 ·

▶ [观点 | 许树强：发展新质生产力，驱动公立医院高质量发展](#) (来源：中国医院发展研究院) ——第 7 页

【提要】新质生产力是创新起主导作用，摆脱传统经济增长方式、生产力发展路径，具有高科技、高效能、高质量特征，符合新发展理念的先进生产力质态，以全要素生产率大幅提升为核心标志，特点是创新，关键在质优，本质是先进生产力，既包括技术和业态模式层面的创新，也包括管理和制度层面的创新。

▶ [观点 | 王仁元：提升药事管理水平 促合理用药](#) (来源：浙江省卫生健康委) ——第 13 页

【提要】浙江省卫生健康委始终坚持将医疗质量管理作为健康管理核心工作，将医院药事管理作为医疗质量管理的重要内容，全面加强医院药事管理和药事服务等工作。截至 2023 年年底，浙江省已建立覆盖 11 个地市的药事质量管理控制中心和 88 个县(市、区)药事质量管理控制中心，质控工作覆盖所有医疗机构。

· 医院管理 ·

▶ [如何利用 DRG/DIP 医保反馈数据，优化医院管理？](#) (来源：金豆

数据) ——第 18 页

【提要】随着 DRG/DIP 支付的推进, 医院需重点关注医保局反馈回来的数据, 包括入组数据、结算数据等。那么, 如何快速准确地分析反馈数据, 了解医院整体运行情况, 及时制定具体措施作出相应调整。本文从入组错误分析、运营分析、工作指南等方面给出建议。

▶ [浙江省肿瘤医院: 智慧赋能 打造全程管理新模式](#) (来源: 浙江省肿瘤医院) ——第 24 页

【提要】近年来, 国家卫生健康委发布了《抗肿瘤药物临床应用管理办法(试行)》(以下简称《办法》)、《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》(以下简称《指导原则》)等多份文件, 要求对医疗机构的抗肿瘤药物进行全过程管理。浙江省肿瘤医院药剂科在抗肿瘤药物的智慧化、全程化管理中不断创新, 构建了有药可用、有径可管、有证可循、有靶可依的管理体系。

• 分析解读 •

▶ [长期护理保险的新质生产力特征与挑战](#) (来源: 清华大学医院管理研究院) ——第 28 页

【提要】不同于农业时代的粮食生产和工业化时代的技术革命, 新质生产力的核心特征是投资健康与构建安全未来, 积极面对机器人和老年人的问题。机器人带来数字经济、老年人带来照护经济, 大规模的劳动力需要从传统生产方式下转向照护经济。长期护理保险是促进照

护经济发展的重要生产关系。

▶ [推进中国式长护险制度建设的 5 点思考](#)（来源：中国医疗保险研究会）——第 35 页

【提要】2015 年党的十八届五中全会提出积极探索长期护理保险制度(简称长护险制度)，至今已经九年了。2016 年，长护险制度开始试点，并在全国选择 15 个城市进行；2018 年，国家医保局、财政部出台扩大长护险制度试点指导意见，又将试点范围扩大到全国 49 个城市。党中央、国务院高度重视长护险制度建设，在中央的许多重要文件和多次政府工作报告中都作出过部署、提出了要求。2024 年 3 月的政府工作报告中，再次提出要推进建立长期护理保险制度。

• 医药专栏 •

▶ [医保药品目录调整持续赋能，助力形成生物医药产业“新质生产力”](#)（来源：国家医保局）——第 43 页

【提要】生物医药产业关系国计民生、经济发展和国家安全，作为科技革命与产业革命中发展最活跃、最迅猛的“新兴产业”和“未来产业”之一，是国家孵化“新质生产力”的主阵地。医保局成立以来，在“保基本”的前提下，通过及时将创新药以合理价格纳入医保药品目录，并支持加快临床应用等方式，大力支持创新药发展，致力于贯彻落实创新驱动发展战略，营造良好创新生态环境，为生物医药“新质生产力”的形成赋能加速。

▶ [国产仿制药替代原研药如何破局？](#)（来源：中青评论）——第 47 页

【提要】仿制药是针对原研药而言的，原研药过了专利期以后，会迅速出现可替代的仿制药，这是普遍存在的国际惯例。以制药市场比较成熟的美国为例，大约有 90% 的处方都是仿制药。既然如此，为什么我国部分老百姓对仿制药，特别是国产仿制药的质量会如此担心？

· 医保快讯 ·

▶ [待遇跟着筹资调——3 大举措完善城乡居民基本医疗保险制度](#)（来源：中国社会保障学会）——第 49 页

【提要】近日，国家医疗保障局会同财政部、税务总局下发《关于做好 2024 年城乡居民基本医疗保险有关工作通知》（以下简称《通知》），其中对于做好居民医保筹资和巩固提升待遇水平提出新的指导意见。

《通知》从促进居民医保公平可持续发展的战略高度，强调要完善筹资机制和待遇调整机制，并健全防范化解因病返贫致贫长效机制，这对于促进居民医保高质量发展、充分发挥居民医保在保障和改善民生方面的作用具有重要意义。

▶ [医保支付方式改革目的何在？国家医保局：提高基金平稳运行可预期性](#)（来源：21 世纪经济报道）——第 55 页

【提要】提高医保基金平稳健康运行的可预期性逐渐成为改革目的。支付方式作为精细化管理的重要工具，通过引入医保结算清单，精准

关联诊断、手术与费用，有效增强了医疗服务的透明度与规范性。随着改革深化，中医药服务在医保支付中的价值凸显不足的情况也有所改善。目前，地方医保局与医疗机构积极构建中医特色医保支付体系，中医优势病种按疗效价值付费。

-----本期内容-----

· 专家观点 ·

观点 | 许树强：发展新质生产力，驱动公立医院高质量发展

来源：中国医院发展研究院

2024年7月15日至18日，中国共产党第二十届中央委员会第三次全体会议在北京举行，党和国家迎来又一个历史性时刻。会议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》，紧紧围绕推进中国式现代化这个主题，对进一步全面深化改革的各项举措作出战略部署，强调要“深化医药卫生体制改革”“实施健康优先发展战略”，对卫生健康工作提出了新要求、作出了新部署。

潮平两岸阔，风正一帆悬。站在继往开来的历史关口，我们面临着深化医改、推进卫生健康现代化的历史任务。如何深刻把握《决定》精神，理解健康优先发展战略的重要内涵？如何精细谋划、持续推进医改各项部署？且听权威专家和资深管理者带来的深度解读。

党的二十届三中全会审议通过了《中共中央关于进一步全面深化改革推进中国式现代化的决定》（以下简称《决定》）。《决定》提出“健全因地制宜发展新质生产力体制机制”“推动高质量发展”“深化医药卫生体制改革”等多项重要内容，强调坚持以人民为中心，实施健康优先发展战略，聚焦提高人民生活品质，增强基本公共服务均

衡性和可及性，推动人的全面发展、全体人民共同富裕取得更为明显的实质性进展。

新质生产力是高质量发展的着力点

习近平总书记指出，发展新质生产力是推动高质量发展的内在要求和重要着力点。新质生产力是创新起主导作用，摆脱传统经济增长方式、生产力发展路径，具有高科技、高效能、高质量特征，符合新发展理念的先进生产力质态，以全要素生产率大幅提升为核心标志，特点是创新，关键在质优，本质是先进生产力，既包括技术和业态模式层面的创新，也包括管理和制度层面的创新。高质量发展则是全面建设社会主义现代化国家的首要任务，是通过“质量变革、效率变革、动力变革”，实现“更高质量、更有效率、更加公平、更可持续、更为安全”的发展。高质量发展需要新的生产力理论来指导，而新质生产力已经在实践中形成并展示出对高质量发展的强劲推动力、支撑力。

2021年5月14日，国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》，将推进医学技术创新作为推动公立医院高质量发展的重要任务，并提出了“坚持以人民健康为中心，加强公立医院主体地位，坚持政府主导、公益性主导、公立医院主导，坚持医防融合、平急结合、中西医并重，以建立健全现代医院管理制度为目标，强化体系创新、技术创新、模式创新、管理创新，加快优质医疗资源扩容

和区域均衡布局”等明确要求。

在体系创新方面，要求覆盖城乡的医疗卫生服务体系进一步健全。13类国家医学中心、125家国家区域医疗中心等高质量医学、医疗中心相继建成，服务公平性和可及性明显提高，服务质量和效率持续提高，带动全国医疗水平提升；建设省级区域医疗中心，补齐短板，提升省域诊疗能力，减少跨省就医；发展紧密型城市医疗集团和县域医共体，按照网格化布局，探索一体化管理，为居民提供预防、治疗、康复、健康促进等连续性服务，推动从以治病为中心转向以健康为中心，推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。

在模式创新方面，要建立以人民健康为中心的医疗服务模式、患者在医院内就医的服务模式(如MDT等)、医院间关联协同的诊疗模式(如横向协同、纵向联动等)创新，打造集预防—诊疗—康复—慢病管理—临终关怀为一体的全维度、全链条、全生命周期的健康医疗服务体系。

在管理创新方面，运用现代管理理念和管理工具、管理方法、管理技术，将基于人的经验管理与基于制度和标准的循证管理相结合，进一步提升医院管理的精细化、信息化、规范化、科学化水平；借助信息化、数字化和智能化手段，将医院管理精准到科室、精准到诊疗组、精准到每个医务人员和重点病种，科学评价绩效，引导医院回归功能定位，激发降低成本、提高效率的内生动力，使有限的医疗资源

发挥最大的社会效益。

在技术创新方面，医学科学技术创新应面向人民健康，围绕解决重大健康问题进行布局，锚定国家战略需求和医药卫生领域重大科学问题，将临床资源的数量优势转变为创新的质量优势，开展医学技术研究和创新，并通过技术转化落地回归临床应用，提高诊疗水平和服务质量。

高水平医院引领高质量创新

为贯彻落实《决定》的决策部署，高水平公立医院要在高质量医学科学技术创新方面做主体、起主导、当主帅。

公立医院是我国医疗服务体系的主体，高水平公立医院是解决人民群众疑难危重症诊疗问题的主战场。医生在医学科学技术创新过程中的作用和价值贯穿始终，是临床需求的提出者、医疗创新的发明者、技术发展的协助者、临床试验的执行者和医药产品的使用者。高水平公立医院处于创新链、产业链和应用链的结合点，是连接患者、高等院校、科研院所、企业的枢纽。既要把患者的诉求转化为技术问题，精准反映至研究机构和企业，又要从临床应用或疾病防控角度开展临床研究，设计研究方案并组织实施。

依托高水平公立医院，按照揭榜挂帅的思路，围绕关系人民健康的全局性、长期性问题，建设若干国家医学中心，形成一批医学研究高峰、成果转化高地、人才培养基地以及数据汇集平台，推动解决一

批药品、医疗设备、疫苗等领域“卡脖子”问题。

创新驱动公立医院高质量发展

习近平总书记提出的“坚持面向世界科技前沿、面向经济主战场、面向国家重大需求、面向人民生命健康，不断向科学技术广度和深度进军”的重要指示，为公立医院高质量发展推动创新驱动发展、加快科技创新步伐指明了方向，提供了遵循。

一是建设高水平创新基地平台。瞄准生物医药科技前沿，聚焦重大需求，加强国家重点实验室、国家转化医学中心、国家技术创新中心、国家临床医学研究中心等建设，加强科研基础设施、大型科学仪器装置等资源性和数据性平台建设。

二是加强转化医学设施建设。围绕人类重大疾病发生、发展与转归中的重大科学问题，建设转化医学研究设施，推动医学基础研究成果快速向临床应用转化，提高诊治水平。

三是大力开展研究者发起的临床研究。充分发挥高水平公立医院在需求提出、研究组织、成果转化应用和人才培养中的核心作用，定期开展重要疾病流行病学研究，加强诊疗规范技术标准研究，选择创新药物及疗效确切的重大产品技术联合攻关。

四是推动“医研企”协同创新。支持高水平公立医院与高等院校、科研院所、骨干医药企业和生物医药高新技术产业园区等联合建立研发机构和科技成果转移转化中心，探索协同创新的体制机制和模式，

构建协同创新网络和产业技术创新联盟。

五是注重“全链条”协同创新。以加快临床诊疗和疾病防控等应用为导向，统筹推进基础研究、应用研究、产品研发、临床应用与规范化推广、成果转移转化和产业化等环节的“全链条”创新，加强多学科交叉，支持公立医院建立健全内部成果转移转化机构，完善内部技术转移功能。

六是加快培育和集聚高水平创新人才队伍。以国家高层次人才计划、国家重大科技研发平台和科技计划项目为依托，着力培养一批优秀学科带头人、首席科学家、临床研究领军人才；以各类“医研企”创新基地依托，加快培养一批科技成果转移转化领军人才。

七是重视信息化、数字化、智能化驱动。推动信息技术与医疗服务深度融合，推进智慧医院建设和医院信息标准化建设，大力发展远程医疗和互联网诊疗，推动智能医疗设备和智能辅助诊疗系统的研发与应用。

科技立则民族立，科技强则国家强。“十四五”期间，要充分发挥高水平公立医院的主体、主导、主帅作用，通过发展医疗领域新质生产力，推进医学创新工作再上一个新台阶，为卫生健康事业高质量发展提供强大动力和可靠支撑，更好满足人民日益增长的美好生活需要。

[返回目录](#)

观点 | 王仁元：提升药事管理水平 促合理用药

来源：浙江省卫生健康委

浙江省卫生健康委始终坚持将医疗质量管理作为健康管理核心工作，将医院药事管理作为医疗质量管理的重要内容，全面加强医院药事管理和药事服务等工作。

以质控网络为抓手强化医院药事管理

织密药事质量管理网络，完善质控机制。2017年，浙江省出台《浙江省医疗质量提升行动工作方案(2017—2019)》，在国内率先建立省市县三级医疗质控工作网络，并将院感、临床检验、麻醉、设备、放射、护理、药事、病历、口腔、急诊、血液透析、产科等12个质量控制中心作为各市县必设质控中心。截至2023年年底，浙江省已建立覆盖11个地市的药事质量管理控制中心和88个县(市、区)药事质量管理控制中心，质控工作覆盖所有医疗机构。同时，浙江省积极构建医院药事核心质控数据监测网络，浙江省医院药事管理质控中心基于《浙江省医院药事管理医疗质量控制指标(2023年版)》开展药事指标收集及分析工作，借助信息化手段将药品使用监测与评价工作落实落细。

完善点评机制，促进合理用药。2017年，浙江省率先在国内制定地方标准《处方审核规范》并召开实施宣贯会，同期启动了浙江省审方药师培训和基地认证工作。截至2024年7月，省内共建立18家

审方实践基地，覆盖全省 10 个地市，并先后出版了《药师审方基本技能与实践》和《药师处方审核要点》，为药师开展审方工作提供参考。

自 2022 年起，浙江省卫生健康委每年抽取一定数量重点病种、术种病历(2022 年 954 份、2023 年 755 份、2024 年 1023 份)开展规范医疗行为和合理用药病历专项点评，由资深临床药师重点分析围手术期预防使用抗菌药物、抗肿瘤药物、质子泵抑制剂预防性使用、止吐药物、镇痛药物、辅助用药等使用的合理性，进一步提高临床合理用药水平。

聚焦队伍建设，推进药师培训。自 2018 年起，浙江省每年开展医疗机构新入职药师职业化培训，重点从专业、人文、科教等角度导入新时期药师成长的必备技能选项。2023 年，全省培训新入职药师 1240 人。此外，浙江省重视医院药事管理队伍建设，自 2020 年起每年开展一期药学部(药剂科)主任培训班，邀请全国资深药学专家和管理专家为学员授课。各地近年上岗的药学部门主任及主要负责人 500 余人参加了系列培训，提升了浙江省各级医疗机构药学部(药剂科)主任的业务能力和管理水平，推动药事管理各项工作规范化、同质化、精细化开展。

以重点药物管理为牵引强化合理用药管理

聚焦耐药，从严管理抗菌药物应用。2016 年，浙江省三级医院

全面停止门诊患者静脉输注抗菌药物。2021 年，为进一步规范抗菌药物应用，浙江省提出各级各类医疗机构(除儿童医疗机构、儿科门诊外)也应全面停止门诊患者静脉输注抗菌药物。2023 年，浙江省完成 10 个地市“提高住院患者静脉输液规范使用率”专场培训，参会总人次超过 1.2 万。

浙江省加强抗菌药物临床应用监测网、细菌耐药监测网建设，完善监测指标和监测方式，加强监测网之间的数据联动。目前，细菌耐药监测网和抗菌药物临床应用监测网已覆盖全省 11 个地市的 300 余家二级以上医疗机构。2022 年监测数据显示，全省大部分耐药菌指标呈平稳或下降趋势。

聚焦肿瘤，持续规范药物分级管理。2021 年，浙江省印发《关于切实加强抗肿瘤药物临床应用管理工作的通知》，进一步完善肿瘤诊治相关工作，开展抗肿瘤药物临床应用分级管理，并加强抗肿瘤药物监督管理。2022 年，浙江省制定《浙江省抗肿瘤药物分级管理建议目录》。2024 年，浙江省医院药事管理质控中心联合省肿瘤诊治质控中心发布《浙江省抗肿瘤药物分级管理建议目录(2024 版)》，持续规范抗肿瘤药物分级管理。

为进一步规范抗肿瘤药物临床应用管理，2024 年，浙江省卫生健康委抽选全省 37 家三级甲等综合医院和 45 家三级乙等医院(包括肿瘤专科医院)5 个手术病种 1023 份病历进行点评，通过以病种为单

元的常态化点评机制，强化对抗肿瘤药物临床使用的合理性进行点评。

聚焦安全，降低麻精药品流弊风险。浙江省高度重视医疗机构麻精药品管理工作，于 2021 年印发《关于进一步加强医疗机构麻醉药品和精神药品管理的通知》，强化全流程各环节管理，严防麻精药品流弊，加强专项点评，提升麻精药品临床合理应用能力。浙江省卫生健康委加强麻精药品闭环管控平台建设，将全省医疗机构在用的麻精药品进行统一标准编码、统一目录管理；根据药品使用规则，建立麻精药品实时监管体系，对每一类每一种药品进行用药实时提醒；通过省内处方信息联网共享，加强对麻精药品开具和使用环节的统一管控；委托省医院药事管理质控中心管理全省麻精药品闭环管控平台，定期更新和汇总发布《浙江省麻精毒药品标准编码目录》。

2023 年，浙江省卫生健康委印发《浙江省医疗机构第二类精神药品管理实施细则(试行)》，要求第二类精神药品参照麻醉药品和第一类精神药品进行管理，规范第二类精神药品采购、验收、储存、保管、调配、使用等环节的全过程管理，并将 101 种特殊慢性病第二类精神药品门诊处方用量限定为 1 个月常用量；印发《浙江省医疗机构药品类易制毒化学药品管理规范》，对药品类易制毒化学药品采购管理、储存管理、处方管理、调剂管理、临床科室管理、合理用药、安全管理等七方面提出规范要求。

以医共体为支撑实现县域药事管理同质化

聚焦规范，探索建立县域医共体药事管理规范。为推动县域医共体药事管理，2019年，浙江省依托省医院药事管理质控中心探索开展县域医共体药事管理示范单位创建活动，推动成立医共体药事管理委员会，实现相对统一的人员培训、药品目录和采购、药品储存与标识、药品调剂、特殊药品和抗菌药物管理等机制。目前，全省共168个县域医共体实现了统一药品目录、统一采购，18家医院成为示范单位并为全省开展医共体药事管理工作积累了经验。在此基础上，浙江省出台《浙江省县域医共体药事管理规范(试行)》《浙江省县域医共体药事管理同质化建设标准》，进一步推进县域医共体药事管理同质化建设。通过项目推动，医共体成员单位药师的专业素质明显增强，同质化药事管理工作水平明显提高。

聚焦质控，织密县域药事管理质控网络。浙江省建立了11个地市88个区县级药事管理质控中心，形成了覆盖全省的“纵向到底、横向到边”的医疗机构药事组织网络，为药事管理政策落实提供了上下贯通的载体。浙江省实施药事管理质控中心评比机制，省医院药事管理质控中心每年对各地药事管理质控工作进行评比，推动各地落实药事管理各项政策和加强质控管理。2022年，浙江省发布《地市级/区县级医院药事管理质控工作考核标准(2022 试行版)》，进一步指导和规范地市县医院药事管理质控工作，从而更好地适应药事管理发

展要求。

聚焦基层，推进县域审方中心建设。为解决县域医共体推进过程中基层医疗卫生机构药师短缺和能力不足等问题，浙江省在前期调研的基础上提出县域审方中心建设。《浙江省医疗质量“强基提质培优”行动方案(2023—2025 年)》明确提出，鼓励县域医共体建立审方中心，定期对分院处方进行集中审核，提高基层合理用药水平。医共体牵头医院临床药师利用信息系统审核区域内所有基层医疗卫生机构处方，从源头保证基层患者用药的合理性。2024 年，浙江省在各片区召开 3 次县域医共体药事管理同质化现场推进会，推动审方中心建设。截至目前，全省 9 个地市的 31 个区域审方中心共覆盖 44 家二级及以上医疗机构，161 家社区卫生服务中心(乡镇卫生院)以及 664 家社区卫生服务站(村卫生室)，中心式同质化审方比例逐年提高，不断筑牢了基层医疗卫生机构合理用药“防火墙”。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

如何利用 DRG/DIP 医保反馈数据，优化医院管理？

来源：金豆数据

随着 DRG/DIP 支付的推进，医院需重点关注医保局反馈回来的数据，包括入组数据、结算数据等。那么，如何快速准确地分析反馈数

据，了解医院整体运行情况，及时制定具体措施作出相应调整。本文从入组错误分析、运营分析、工作指南等方面给出建议。

入组错误分析

DRG 错误原因

无法入组或进入 QY 病组影响结算：歧义病案是指主要诊断和主要手术操作不符合而导致的 DRG 无法入组的情况。

入错组：由于病案问题导致进入错误组别，导致成为高倍率/低倍率/费用极高病例/费用偏差病例或者正常病例但是亏损的情况。

DIP 错误原因

入错组：由于病案问题导致进入综合病种，导致医院核心病种数量与实际接诊情况不符。

错误类型

- 1) 主诊断与主手术不匹配问题
- 2) 主手术选择错误
- 3) 手术操作缺少
- 4) 主手术编码过于笼统
- 5) 手术操作合并编码分离
- 6) 疾病诊断缺少
- 7) 主要诊断选择错误及合并编码问题
- 8) 疾病合并编码分离问题

运营分析

运营分析的主要目的是找到超支占比最高的科室和病组，让院领导、科主任清楚全院和科室结算情况。

1、全院数据分析

重点关注超支结余的病组和科室，全院科室、病组超支情况、区分手术组、操作组、内科组超支情况，具体维度如下：

- (1) 按科室归类
- (2) 按病组/病种归类
- (3) 按 RW 区间归类
- (4) 按异常病例类型归类
- (5) 不同科室相同病组/病种分析
- (6) 相同病组/病种不同诊疗方式分析

2、科室数据分析

(1) 科室总体超支结余情况：科室收入结构、出院例数、医保结算情况

(2) 科室核心病组/病种分析：科室接诊核心病组/病种盈亏、费用结构

- (3) 异常病例的病案质量分析
- (4) 医疗组、医生维度分析

工作指南

1、病组诊疗规范调整

(1) 推行并规范临床路径：根据国际国内疾病治疗指南或者行业规范对各病种进行规范化诊疗，适当提高医疗效率，合理控制费用水平。

(2) 病组治疗流程优化：减少病人术前床日，提高诊疗效率，缩短平均住院日。

(3) 打造病组核心竞争力：定位优势病组、竞争性病组、战略性病组和特色病组。

2、科室专科评价

(1) 识别不同科室定位

通过二维四象限管理方法，从 CMI 值和次均结余两个维度(原点为医院平均 CMI 值，气泡大小反映各临床科室的病例数)。通过矩阵图展示各科室在 DRG 支付情况下所处的位置，从而为医院管理者进行亚专科发展资源配置提供相对科学的依据。

二维四象限管理法 1) 处于第一象限(CMI 值高且结余较高)的科室，应重点发展该临床科室，还可定位出该科室重点覆盖的病组，以此作为院内的标杆值，为其他科室设定改进目标。

2) 处于第二象限(CMI 值较低但是有收支结余)的科室，可根据全院总体规划考虑这些临床专科的规模，如果为了提高总体 CMI 值，根据国家高质量发展新趋势要求，将部分病组/病种转至日间病房或门

诊进行诊疗。

3) 处于第三象限(CMI 值低, 且亏损), 对于该部分科室, 专科能力较弱且亏损, 建议适度缩减科室规模, 将 CMI 值低的病组引导至基层就诊, 达到分级诊疗的效果, 确保逐步提高专科能力和水平。

4) 处于第四象限(CMI 值高、亏损多), 要重点控费并调整费用结构, 梳理临床路径, 规范诊疗过程并提高医疗效率。此外可根据临床专科发展要求, 将相关病组与医保局进行协商谈判, 确保医院学科发展建设。

(2) 关注新技术新项目问题

重点监测特病单议以及医院开展的新技术和新项目, 并积极就该类病案特病单议, 积累数据, 为来年争取正向的政策支持。

(3) 关注医院重点专学科项目在 DRG 下的发展

分析科室 $W \geq 2$ 的病组/种, 将此类病组/种作为各学科提升疑难危重能力的攻克与提升方向, 控制权重低的病种/组的占比, 提升科室 CMI; 对于基础病组建议遵从分级诊疗原则转至下级医院, 或者不断提高基础病组医疗效率。

3、加强医保监管

(1) DRG/DIP 付费下的运行评价

主要是指医保局为了评价 DRG/DIP 付费工作在不同医疗机构下的落实力度, 并会与年终清算挂钩, 一般会采用以下评价指标:

组织管理和制度建设

病案质量与目录管理

服务能力

行为规范

质量管理

资源使用效率

费用控制

指令性任务完成情况

(2) 诊疗收费合理性检查

关注诊疗行为的合理、合规、合法

关注医保药品耗材的合理、合规、合法

关注医保编码的准确性

(3) 做好飞行检查

根据本地物价目录、医保目录、监管规则，在事前医生下医嘱、护士执行医嘱时就对不合理处方智能提醒；申明情况统计分析，并针对违规病例联合其他科室核实，提前应对飞行检查工作。

今年，为指导一线工作医务人员知晓自查自纠问题清单详细内容，开展对照自查，国家医保局制定发布了《定点医疗机构违法违规使用医疗保障基金典型问题清单》（2024 版）。此外，也有地区在飞检之前发布了当地的负面清单，指导当地医疗机构自查自纠，在医保

飞行检查之后，也会对查出的问题汇总形成问题清单。负面清单会围绕各类违规问题的违规情形、认定依据、项目编码、违规案例等列出详细说明。然而各类违规问题涉及范围较广，动辄上百项的问题清单也难以依靠人工一一排查，借助智能医保审核系统，实现事中审核可从源头避免医保违规行为产生。一些医院通过将“医保负面清单”和“智能医保审核”相结合，将滞后的事后监管、问题查处逐渐向事前监管、事中干预、问题预防延伸，深入排查基金使用的问题盲区，规范医保基金使用行为。

[返回目录](#)

浙江省肿瘤医院：智慧赋能 打造全程管理新模式

来源：浙江省肿瘤医院

新型抗肿瘤药物上市的增多和高质量研究证据的层出不穷，为肿瘤患者的治疗带来了更多选择。如何规范抗肿瘤药物合理使用也成为管理的重点和难点。

近年来，国家卫生健康委发布了《抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）》（以下简称《办法》）、《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》（以下简称《指导原则》）等多份文件，要求对医疗机构的抗肿瘤药物进行全过程管理。浙江省肿瘤医院药剂科在抗肿瘤药物的智慧化、全程化管理中不断创新，构建了有药可用、有径可管、有证可循、有靶可依的管理体系。

有药可用多维度保障可及性

抗肿瘤药物，尤其是新药、价格昂贵药品，存在大量的院外药品使用需求，包括国谈药品、临时用药、自备输注药品、外配药品、慈善援助药品、临床试验用药。如何准确遴选、分层配备、同质管理，从而保障临床用药需求，是工作难点。

在药品遴选上，医院从引进需求评价和药学技术评价两大维度构建了抗肿瘤药物遴选评价体系，综合评价临床治疗需求、政策需求，涵盖有效性、安全性、经济性、创新性等维度，依据评价结果进行多层次配备。以打通国谈药品进院“最后一公里”为例，医院构建评价体系，开发国谈药品医嘱系统，精准适配国谈药品适应证，确保患者享受政策红利，同时避免不必要的药品金额增加。目前，医院抗肿瘤国谈药品的院内配备率达 94.6%，做到“应配尽配”。

针对“双通道”国谈药品、临时用药、患者自备药品、外配药品、慈善援助药品、临床试验用药，医院开发了信息化软件，在医院信息管理系统内实现了对上述院外药品的同质化管理。在用药患者精准管理方面，例如慈善援助药品、临床试验用药等，医院均能实现获赠患者或临床试验入组患者及其数量的点对点管理，在此基础上实现了标准化、信息化、协同化、监管化的“四化”管理，与院内药品在准入管理、药品管理、物流管理、医嘱开具、事前审方、事后点评等环节实现同质化管理，切实保障用药可及性，提升肿瘤患者用药安全性。

有径可管强化闭环管理

医院建立了“药品引进—分级管理—采购/储存—属性设置—处方权管理—医嘱开具—前置审方—调剂配置—转运—给药—监护—点评—监测—异动分析—提升改进”的抗肿瘤药物闭环管理路径，筑牢抗肿瘤药物使用安全防线。

抗肿瘤药物分级管理是《办法》中的核心内容之一。《办法》建议根据安全性、可及性、经济性等因素将抗肿瘤药物分为限制使用级和普通使用级。医院相应制定了抗肿瘤药物分级管理目录并实时更新，每年对医生进行抗肿瘤药物知识的培训并开展考核，综合医生职称、工作年限、培训与考核情况授予相应等级的处方权。医院将抗肿瘤药物分级管理目录及医生处方权限维护至医院信息管理系统，保证医生根据处方权限开具相应级别的抗肿瘤药物。

自 2012 年起，医院引入合理用药管理系统和前置处方审核平台，严密构筑“前置软件拦截+审方药师审核+调剂药师复核”的三道“防火墙”。截至目前，医院累计自定义合理用药规则 6700 条，年拦截不合理医嘱 1.5 万张。通过“事前审核、事中监督、事后评估”的闭环式管理模式，医院保障了抗肿瘤药物使用的安全合理。

有证可循构建超说明书用药管理体系

在肿瘤治疗中，超说明书用药普遍存在。为此，医院构建了超说明书用药管理体系，通过备案申请途径和临时申请途径满足不同患者

的超说明书用药需求。尤其是临时超说明书用药申请途径为后线治疗时无标准治疗方案推荐，且超说明书用药循证证据质量等级不高的患者提供了路径。同时，医院进一步明确国外说明书、权威指南、临床研究的范围及证据质量要求，规范超说明书用药循证证据的纳入标准，进而逐步形成涵盖免疫检查点抑制剂、抗体偶联药物、纳米抗肿瘤药物等药物的院内合理使用指导意见。

针对超说明书用药管理过程中因循证证据信息量大、信息时效性强、临床药师配备不足所致循证效率和质量不高等问题，医院基于人工智能技术构建了抗肿瘤药物拓展性临床使用循证评估体系，实现了基于关键词的生物医学研究文献的自动检索、信息提取、循证评估、决策建议等功能，以自动解析肿瘤诊疗指南和临床研究证据，进而提高超说明书用药的管理效率。同时，医院建立《抗肿瘤药物拓展性临床使用人工智能辅助循证系统技术规范》，促进不同层级医院智能化与同质化发展。

有靶可依首创靶点检测信息管理系统

对于特定的新型抗肿瘤药物，患者表达敏感分子靶点是其获益的重要决定因素。《办法》和《指导原则》均要求，在国家卫生健康委发布的诊疗规范、临床诊疗指南、临床路径或药品说明书中明确需要患者进行靶点检测的靶向药物，在其使用前均要经靶点基因检测。为此，医院率先建立了新型抗肿瘤药物靶点检测管理系统。

医院建立了新型抗肿瘤药物靶点检测需求目录，重点关注同一药物检测需求或靶点因病而异的情况，参考国内外药品说明书、权威指南共梳理 200 余条靶点检测需求。针对在无法获得靶点检测结果的情况下进行靶向治疗的难点问题，医院建立了明确的靶点检测管理与医嘱/处方开具路径，尤其针对特殊的临床需求明确了在无相应靶点检测信息的情况下允许使用靶向药物的条件，同时加强了患者知情同意的管理。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

长期护理保险的新质生产力特征与挑战

来源：清华大学医院管理研究院

不同于农业时代的粮食生产和工业化时代的技术革命，新质生产力的核心特征是投资健康与构建安全未来，积极面对机器人和老年人的问题。机器人带来数字经济、老年人带来照护经济，大规模的劳动力需要从传统生产方式下转向照护经济。长期护理保险是促进照护经济发展的重要生产关系。

1. 长期护理保险支持广义医疗

伴随国民平均预期寿命的不断增加，高龄老年人失能照护刚需也快速增长。一部分人从家庭照护进入医护机构，与传统医疗比较其呈

现出周期长、治疗少的“压床”特点，卫生经济学将其视为系统性过度医疗。20世纪70年代以后，先行人口老龄化的国家采取了一系列应对措施。此期间受到公共选择理论的启发，为优化资源配置、建立合适的补偿机制，实现社会效用最大化，人们将长期护理视为“广义医疗”并逐渐达成共识，有别于需要限制住院日的“狭义医疗”。并基于积极人口老龄化和全周期维护健康的理念，对医护体系进行了新的分工与再构，包括门诊、住院、康复、长期护理、临终安宁疗护。长期护理保险作为广义医疗的补偿机制也应运而生，它独立于医疗保险，有效解决了失能人员在医院压床的问题，并与医疗保险共同构成医疗保障体系。

2006年，Wasem&Buchner的“Steeping”（老年人医疗保健支出是否比年轻人增长得快）研究表明，年龄与医疗支出成正相关。该研究利用德国最大私人健康保险18年的数据，通过对比老年人和年轻人人均医疗支出的费用，发现老年组的医疗保健支出增长率会远大于年轻人组，他们给出的解释是因为老年人组的慢性病患者率高、医护需求高，由此导致老年组医疗费用增长快。2016年一个研究结果揭示了一个问题。斯皮尔曼(Spillmann)与卢比兹(Lubitz)的研究“以美国8万多名65岁以后死亡的老年人为实例”，通过分析美国老年人从65岁至死亡这段时期的总医药费用，发现寿命延长导致“护理费用”的增加。死亡年龄组增大、护理费用占比上升。俞炳匡提出将

急性治疗和长期护理分开，将人口老龄化问题放到“广义医疗”范畴进行研究。进而发现，长期护理的费用是急性治疗的 3-4 倍，还发现护理机构和家庭照护的费用是完全不同的。

长期护理即指在持续一段时期内给丧失活动能力或从未有过某种程度活动能力的人提供一系列医康护服务和生活照料的社会服务项目(桑特勒、纽恩, 2005)。2000 年以后, 先行发达国家纷纷进入高度人口老龄化社会, 高龄老年人失能照护刚需快速增长。WHO 报告中指出: 长期照顾为由非专业的人员和专业的人员一起开展的一系列护理服务, 从而能够让没有自理能力的人保证生活质量, 并且能够最大限度地享有独立、自主、参加、自我满足和个人尊严。在日本将长期照护称为“介护”, 表示照料和护理, 其中包括了日常生活的照料以及医疗和康复等方面的护理。1997 年, OECD 提出要建立一个整合的照料体系, 包括居家和社区的长期照料、社区内各个资源的整合以及案例和照护管理。2003 年, WHO 提出要在制度、资金和提供的服务方面进行全盘整合。2015 年, WHO 提出要以患者为中心通过整合为人们提供连续性的服务。2017 年和 2019 年, WHO 进一步对整合照护提出建议。Leutz 曾通过美国和英国在整合急性治疗和长期照护的做法提出要将福利和保健医疗相结合。Baxter Susan 等人研究发现新的综合照护模式可提高患者满意度, 提高感知的照护质量, 并提高患者对医疗服务的可及性。中国学者陈诚诚根据国外的典型照护模式总结

出整合照护的构成要素为以需求者为中心、相互协作、照护和居住整合、质量管理等。王雯等人根据国际经验提出要整合长期照护服务体系，使其成为一个多元协作的系统。国内黄健元等人提出要建立“医康护养”的体系。杨颖华等人提出整合体系的建立需要系统整合医疗卫生体系和照护体系，实现二者的有效融合和一体化。综上所述，以老龄人口失能长期照护为主的广义医疗具有两个特征，一是满足失能人口的长期医护需求；二是与部分生活照料融合在一起。

2. 长期护理保险支持照护经济

照护经济主要指为满足失能照护需求，组织生产、分配、流通和消费，实现代际和谐、老年安全的积极人口老龄化社会活动的总称。长期护理保险作为第三方支付，将促进失能刚需转化为有效需求，支持照护经济的发展。

照护经济的主要特征如下：(1) 生产适老化发展。以尿布企业为例，进入人口老龄化社会后的成人尿布产量大大超过儿童尿布，且需要不断嵌入人工智能设施，如为失能老人尿布加入监测芯片，由此减少护工工作难度和提高使用者的舒适度，还可能协助医护人员工作。(2) 分配适老化发展。政府加大了在土地与环境、房产与设施、财政预算等方面的投入，社会长期护理保险和商业长期护理保险支持照护经济的发展。(3) 流通适老化发展。从专业机构到社区、家庭的长期照护服务模式，为失能老年人提供长期照护服务，由此形成照护经济

的流通模式。(4)消费适老化发展。稳妥推进长期护理保险制度试点,指导地方重点围绕进一步明确参保和保障范围、持续健全多元筹资机制、完善科学合理的待遇政策、健全待遇支付等相关标准及管理办法、创新管理和服 务机制,由此形成照护经济的支付能力。对于失能人员来说,因无力管理自己的资产而缺乏支付能力,长期护理保险是值得信任的“管家”,可以做到依法按时支付照护费用。

数据显示,护理费用占 GDP 比例不断增加。从初级人口老龄化社会的 0.5%、到中度人口老龄化社会的 1.0%,再到高度人口老龄化社会的 2.0%以上,在荷兰达到 4%。以德国为例,1970 年护理费用占比为 0.16%、1980 年为 0.31%、1990 年为 0.38%、2000 年为 1.42%、2010 年为 1.67%、2020 年为 2.52%。以日本为例,1995 年为 0.29%、2020 年为 2.02%。为此学界开始探究其原因及未来影响。

3. 长期护理保险支持家庭就业

长期护理与家庭文化息息相关,伴随家庭成员照护需求的增长,其社会价值被认可。当政府提供职业培训、资格认定、经济补偿和社会保险之后,一方面家庭成员照护具有了有酬劳动的就业特征;另一方面专业护工进入家庭,家庭病床和病案管理充实了家庭就业职场的职业性。随之,家庭就业的规模逐渐扩大,吸纳了大量被机器人替代的劳动力,是劳动力大迁徙的归宿。反之则会发生大规模的结构性失业。

20 世纪 90 年代，西方国家开始“让老年人回家”，让老年人(包括失能者)留在自己熟悉的生活和社交环境中。有数据显示，在发达国家有 90%以上家庭无力支付机构照护费用(含地租、房子、全职服务费和生活费用)，需发展家庭病床和病案管理，以提高老年人幸福感和降低照护成本。同时，被机器人替代的劳动力开始向“老年人”照护行业大转移，由此形成培育新质生产力的机遇和挑战，伴随人工智能和家庭病床的发展，在家做检测甚至做 CT 是可能的。以荷兰为例，2023 年老年照护产值占 GDP 的比例达到 4%，占劳动力市场的比例则超过了 15%。总之，人口老龄化社会的“危”来自机器人对人工的替代和高龄老人失能照护刚需，“机”在于“老年人”带来了新的消费需求、职业系列与岗位，以及新的社会分工，由此推生了照护经济和家庭就业。至今可以看到如下三种不同的就业形态，包括蒸汽机时代的机构就业、计算机时代的灵活就业和人工智能时代的家庭就业。

英国老年照护服务呈现社区化、家庭化、私营化的特征，通过家计调查收取长期护理保险费用。1994 年，德国建立了长期护理保险，给家庭成员照护者提供监督管理和经济补偿，并实施灵活的、低成本的参保政策。2015 年，德国《长期照护加强法案(第一版)》引入了护老者津贴，家庭成员在 10 天的紧急短期工作缺勤里可获得由长期照护保险基金发放的替代性工资。政府还提供了无息贷款用来弥补最

多六个月的请假收入损失。如果家庭照护者每周可以提供至少 14 个小时照护服务，就可获得社会保险相关待遇和带薪休假。2002 年，法国启动了个人自主津贴项目，老年人可按退休前收入获得一定比例的照护服务津贴，不需要接受经济状况调查，由接受照护的老年人决定这笔津贴支付入户护理员还是支付家庭成员。

4. 中国发展长期护理保险的窗口期和制度创新

中国大约在 2032 年进入深度人口老龄化社会(见表 2)。2033 年，63 婴儿潮出生人口将进入 70 岁年龄组。预测结果显示，2033 年我国 70 岁及以上人口将达到 2.0906 亿人。需要一个由家庭(设有紧急呼叫和响应系统)/照护机构、社区驿站、社区医院和研究机构构成的，一体化的 AD 诊治和照护体系。同时亟待建立与之配套的长期护理保险制度。因此中国需要在 2024 年至 2033 年间完成长期护理保险制度，包括社会保险和商业保险。

但是长期护理保险具有筹资难、管理难等挑战，在中国建立长期护理保险，需要借鉴已有的经验和教训进行制度创新。一是瞄准失能刚需，制定照护标准、定点照护机构、项目清单、支付方式，需要政府部门协同、经办机构精细化管理，以及主管部门牵头的综合治理机制；二是实行低费率、终生缴费，力争与家庭抚养孩子数额挂钩，即多养孩子少缴费、少养孩子多缴费；三是打破身份界限，建立全覆盖、保基本的，职工和居民统一征收、统一经办、统一待遇的长期护理保

险制度;缴费与待遇关联,鼓励个人增加缴费;四是建立机构照护和家庭照护两种支付机制,特别是要建立家庭成员照护登记、人员培训和资质认定、智能化与现场结合的监督机制、长期照护支付办法,支持家庭就业规范化与健康发展,让尽可能多的人受益。

[返回目录](#)

推进中国式长护险制度建设的 5 点思考

来源: 中国医疗保险研究会

2015年党的十八届五中全会提出积极探索长期护理保险制度(简称长护险制度),至今已经九年了。2016年,长护险制度开始试点,并在全国选择15个城市进行;2018年,国家医保局、财政部出台扩大长护险制度试点指导意见,又将试点范围扩大到全国49个城市。党中央、国务院高度重视长护险制度建设,在中央的许多重要文件和多次政府工作报告中都作出过部署、提出了要求。2024年3月的政府工作报告中,再次提出要推进建立长期护理保险制度。

以习近平同志为核心的党中央之所以如此高度重视长护险制度建设,足以说明这是一个势有所趋、事有所需、人有所盼的民生保障制度安排;是健全完善中国特色社会保障制度体系“压阵殿后”的一项重要制度(亦称“第六险”)。既如此,就不得不引起我们的重视和思考。

2007年至2017年,笔者担任国务院居民医疗保险制度评估专家

组组长期间，在深入各地调研评估中发现，老年失能、半失能群体的生活照料和医疗护理问题相当突出。“一人失能，全家失衡”。这不仅给家庭造成严重负担和困难，还会影响到基本医疗保险制度、养老保险制度本位功能的正常发挥，稳健运行和可持续发展。评估专家一致认为，仅靠现行的五项社会保险制度，难以满足老年失能、半失能人群长期照护需求，更遑论积极化解老龄化人口社会风险了。无论是现实老年失能群体的照护需求和贯彻医疗保险、养老保险制度“保基本”方针，稳健运行考量，还是从健全完善社会保障制度体系，积极应对老龄化社会风险考量，都有必要作长护险制度安排。于是笔者连续三年在“专家组医保评估报告”中向国务院建议探索建立长护险制度，受到国务院领导的重视和多次批示。接下来十多年的时间里，笔者一直关注长护险制度的试点情况，参与高等院校、科研机构专家学者学术研究，尤其是像南通、青岛、荆门等试点城市，多次前往调查研究、听取他们的意见，学习他们的经验，从中深受启迪，获益良多。结合学习 2024 年政府工作报告，笔者对推进长护险制度建设又有五点新的思考。

推进长护险制度建设是现实可行的最佳抉择

首先，加快推进长护险制度建设是积极应对人口老龄化的必然要求。人口老龄化是人类社会发展的历史趋势，应对人口老龄化社会风险是世界各国共同面临的严峻挑战。我国已经进入老龄化社会，截至

2022年末，全国60岁及以上的老年人已超过2.8亿人，占总人口的19.8%。同时，“长寿但不健康”的问题较为突出，“带病生存、多病共存”的情况相当普遍。全国失能、半失能老年人约4400万，约占老年人口比例的16.6%。失能和半失能既影响老年人的生活质量和人格尊严，又给家庭和社会带来沉重负担，亟须建立一项与我国基本国情、经济发展水平和优秀传统文化相适应的社会保险制度来化解这个突出矛盾。

其次，加快推进长护险制度建设是有效解决失能老年人基本需求的最佳抉择。国际和国内的经验都已表明，采取社会保险制度的方式应对人口老龄化挑战，有效解决失能老年人的基本需求最为现实和妥当。因为制度是根本，制度是管全局、管长远的，制度具有稳定性、连续性。失能老年人有了适宜的长护险制度性保障就有了可靠的生活照料和医疗护理服务，就不再有后顾之忧。

再者，一个不容忽视的现实是，我国在某种意义上说是“未富先老”和“未备先老”。而且家庭少子化、小型化和人口快速流动的趋势凸显，完全靠家庭和子女解决失能老人的长期照护方式日渐式微，也很不现实。唯一可行和有效的办法就是走中国式社会保险之路，依靠全社会的力量，互助共济，才是最佳抉择和治本之策。

推进长护险制度建设的基本条件已经具备

从2016年的15个城市试点到2018年的49个城市扩大试点，截

至 2023 年 6 月底，长护险制度覆盖人数超过 1.7 亿，享受照护服务人员超 200 万人次。这些试点城市按照指导意见，结合当地实际情况，勇于探索、守正创新，创造和积累了许多各具特色的宝贵经验，诸如制度建设的指导思想、基本原则、功能定位、基本方针、筹资机制、服务供给方式、运行管理监督和保障绩效评估、考核体制机制等，为在全国范围统一规范推进中国式长护险制度建设“播下了种子、蹚出了路子”。同时，这些年许多科研机构、大专院校及各方面的专家学者，坚持理论与实际相结合，从不同的维度和层面，对建设什么样的长护险制度和怎样建设这个制度，进行了广泛、深入、系统的研究，提出许多真知灼见和建制建议。全面总结试点城市的实践经验，充分吸纳各方面专家学者的科研成果，科学制定出台全国统一规范的长护险制度决定(或意见)应该是顺理成章、水到渠成的时候了。

审时度势是正确决策的基本前提和逻辑起点。在充分肯定各试点城市从当地实际出发，大胆地试、勇敢地闯的改革创新精神的同时，也要清醒地认识到各试点城市由于受当地条件和认识水平的局限，存在一些“不尽如人意”，甚至“各行其是”的问题。诸如未建立独立的筹资渠道和可持续筹资机制(而是从医保基金中划转)；制度覆盖范围宽窄不一(有的是与全民医保的参保范围相同，有的只是职工医保的范围)；个人缴费责任和财政补助责任不明确(存在影响制度运行和可持续发展的财务风险)；需求认定、等级评定、服务供给方式、服务

范围和标准、经办管理模式和监督评估考核等都存在较大差异。如果不及时作出统一规范的制度建设决定，这种“差异性”（实际是不规范性）问题可能会越来越多，形成既定思维定式和路径依赖，给建设规范统一长护险制度带来隐患，增加统一制度建设的困难和制度成本。

推进长护险制度建设要坚持理性建制、走中国道路

理性建制是确保长护险制度立得住、推得开、行得远的必要前提和逻辑起点。所谓理性建制，概括地讲，就是在长护险制度“顶层设计”、指导思想、功能定位、政策框架等基础性、根本性、全局性的重大关键环节上务必做到“两个尊重”：既要尊重国际上长护险制度建设的普遍规律，注意学习借鉴其好的做法和成功的经验，更要从中国的实际出发，尊重我国的基本国情、经济发展规律、文化传统和公众习惯等。

坚持走中国式长护险制度之路，就是要依靠中国智慧、中国办法，植入中国元素、创造中国特色。只有这样的长护险制度才能适应中国式现代化建设的需要，才能有效保障和改善民生。

中国式长护险制度至少有四个最本质、最显著的特征。一是全局性。即以服从服务于中国式现代化强国建设为建制的根本立足点，又以长护制度高质量发展的制度效应服务于强国建设。二是人民性。即坚持人民至上、民生为大，不断满足人民群众对美好生活和健康福祉

需要，是长护险制度建设的核心目标。人民性是中国式长护险制度的根本特质。人民性首先体现在为了人民、依靠人民、人人参与、人人尽责、人人享有，还体现在保障的与时俱进，由“有没有”到“好不好”，由“雪中送炭”“兜底线”到“保基本”“多层次保障”“基本保障公共服务均等化”，再到“共同富裕”“健康中国”。三是人文性。长护险制度是对老年失能弱势困难人群的生活照料和医疗护理的保险制度，必然要注入中华优秀传统文化内容和以人为本、生命至上的人文关怀要素，融合中华文化中尊老、敬老、孝老优良传统和某些传统养老保障特质，建设成为有人民情怀、有人文关怀、有“护”又有“爱”，有一定保障程度，又有仁爱温度的中国式长护险制度，真正使失能老年人的基本需求得到满足。四是协同性(亦称互通性)。中国式长护险制度既是一个相对独立的制度安排，又是一个与基本医疗保险、基本养老保险、养老服务、社会医疗救助、社会福利等相关制度互联互通、协同发展和治理的保障制度体系。中国式长护险制度这种协同互通的特质和机制，使各种保险制度和保障方式系统集成、相向而行、相互衔接、相互支持、相互促进，就会产生协同高效的倍增效应，提高整体保障能力，使保障对象有更高更实的获得感、幸福感、安全感。

总之，坚持走中国式长护险制度之路，既是中国基本国情和优秀传统文化的必然要求，也是中国智慧、中国办法的体现和对长护险制

度建设发展的创新和贡献。

推进长护险制度建设要规范统一主要政策和核心技术标准

明确制度功能定位是确定制度建设的指导方针、制度架构、基本政策和核心技术标准等制度要素的前提和基础。中国式长护险作为一个相对独立的社会保险项目，制度功能定位应当是基本保险的概念范畴。基本保险是国家依据法律授权而主导的保险，制度的适用范围应当是统筹城乡、覆盖全民，其保障功能也应当是提供与社会经济发展水平相适应，与国家、单位、个人承受能力相协调的基本保障（即“保基本”），超出基本保障范围的照护服务需求只能通过与长护险制度相关联的其他保障方式或商业保险等多层次保障解决。

规范统一主要政策和核心技术标准是理性建制、增强制度性约束、防止出现各行其是的“碎片化”现象，确保制度公平统一、安全规范、行稳致远、可持续发展的必然要求。

规范统一主要政策和核心技术标准是一个与时偕行、不断健全完善发展的过程，不可能一蹴而就、一劳永逸。笔者认为，在建制之初，至少应在以下五个方面规范统一：一是建立由医保部门牵头、各相关部门和单位共同参与的长护险共商共建共治机制；二是建立从低水平起步、多方分担的筹资机制；三是规范统一长护需求认定、服务等级评定、基本服务范围、方式和标准；四是规范长护险社会化经办运营的相关政策和服务规范；五是建立严格管用的制度运行监管和照护服

务绩效评估体系及机制。

推进长护险制度建设要着力抓实抓好照护师队伍建设

推进长护险制度建设既要解决好“钱从哪里来”的问题，更要解决好“人从哪里来”的问题。建立长护险制度的核心要务是为老年失能人员提供暖心的长期照护服务，而这种服务是任何高科技手段(如AI)所不能替代的，只有具有爱民情怀、仁爱之心，又有专业技能的长护照护师才能做到、做好、做到位。制度设计再完美、政策标准再周详，如果没有一支宏大的、合格的专业长护师队伍，中国式长护险制度的核心目标都是不可能实现的。目前试点城市遇到的问题表明，老年失能人员专业照护师十分紧缺。有数据估算，如果全面推开长护险制度，全国大概需要1000万左右照护师，而目前大约只有33万人(其中还有相当一部分是未经专门培训和未达到职业标准的人员)。加快推进长护险制度建设务必解决照护人员招人难、留不住、专业技能不适应等突出矛盾和问题。

一是要从职业待遇、职业价值、职业前景入手，切实提高照护服务人员的收入水平，提高社会对该职业的认同度，使他们真正感到这是一份有一定社会地位、受人尊重的体面的工作。二是要加大专业培训机构和社区综合服务功能提升的财政投入，改善优化照护服务专业培训的环境和条件。三是要抓住国家出台长期照护师(健康照护师)国家职业标准的机遇，切实做好加强职业培训和资质认证工作。四是

持续宣传普及现代长护文化和职业价值方面的知识，创造良好的舆论氛围和社会环境。只有多管齐下、综合施策，才会吸引更多的人员（特别是年轻人）自觉自愿、用心用情、无怨无悔地从事这项新兴职业。唯其如此，中国式长护险制度建设才能建设好、发展好，才能充分显示出这项制度的特殊功用和优越性。

[返回目录](#)

· 医药专栏 ·

医保药品目录调整持续赋能，助力形成生物医药产业“新质生产力”

来源：国家医保局

生物医药产业关系国计民生、经济发展和国家安全，作为科技革命与产业革命中发展最活跃、最迅猛的“新兴产业”和“未来产业”之一，是国家孵化“新质生产力”的主阵地。

医保局成立以来，在“保基本”的前提下，通过及时将创新药以合理价格纳入医保药品目录，并支持加快临床应用等方式，大力支持创新药发展，致力于贯彻落实创新驱动发展战略，营造良好创新生态环境，为生物医药“新质生产力”的形成赋能加速。

01、加速创新药品纳入医保，激活科技创新潜能

国家医保局连续6年开展医保药品目录调整，基本形成了“每年一调”的动态调整机制，创新药品可以更快纳入医保药品目录。据统

计，新上市药品在每年目录新增品种中的占比从 2019 年的 32%提高至 2023 年的 98%。2023 年有多达 57 个品种实现了“当年获批、当年纳入目录”。新药从获批上市到纳入目录获得报销的时间，已从原来的 5 年左右降至 1 年多，80%以上的创新药能在上市后 2 年内进入医保。

经过 6 轮调整，已累计将 744 个药品新增进入医保药品目录，其中谈判新增 446 个，覆盖了目录全部 31 个治疗领域。谈判准入的药品中，肿瘤用药 100 个，高血压、糖尿病、精神病等慢性病用药 93 个。

通过谈判纳入目录的药品，大部分都是近年来新上市、临床价值高的药品，大量新机制、新靶点药物被纳入目录。比如，2017 年以前，医保药品目录内没有肿瘤靶向用药，2023 年版目录中已经有 74 个肿瘤靶向药，其中很多治疗领域实现了不同代际靶向药的多样化选择。

同时，6 年累计调出了 395 个疗效不确切、易滥用以及临床被淘汰、或者已退市的药品，实现了药品“有进有出”，给创新药纳入医保药品目录腾出空间。随着我国新药研发、生产和上市速度加快，更多创新药更快纳入医保药品目录，不但让医药创新结果加快惠及患者，同时也有助于进一步激发医药领域科技创新潜能。

02、综合评价药品价值，提供优质创新动能

医保药品目录调整工作支持优质创新药品优先优价进入医保。在价格谈判阶段，以创新性为重要指标，同时秉承循证原则，借助卫生技术评估理念和技术，综合安全性、有效性、经济性、创新性、公平性等多维度综合研判药品价值，合理确定谈判底价，实现价值购买。2023 年有 25 个创新药(按照现行药品注册管理办法及注册分类标准批准的 1 类化学药品、1 类治疗用生物制品、1 类和 3 类中药)参加谈判，谈成 23 个，成功率高达 92%。在纳入后的续约阶段，进一步优化规则，适当控制续约、新增适应症降价的品种数量和降幅，给予创新药稳定的预期。

以 2023 年为例，100 个续约药品中 70%实现原价续约，仅 30%因销售额显著超出预期等原因需要降价，平均降幅 6.7%;同时这 100 个续约药品中有 18 个增加了新的适应症，仅 1 个触发降价机制。为支持创新药海外上市，借鉴国际做法，按照企业自愿原则对部分药品进行了价格保密，不主动公布药品实际价格。2023 年版药品目录中，有 229 个谈判药品实行了价格保密。总体来看，医保谈判中创新药价值综合评价机制实施效果良好，优质创新药品可进医保、可得优价，有助于进一步增强药企优质创新动能。

03、推动创新药品扩销放量，提升持续创新势能

针对创新药品“进得了医保，进不了医院”难题，国家医保局会同相关部门推出一系列措施推动医保药品目录落地实施。一是落实谈

判药品直接挂网、信息系统调整等措施，确保谈判药品按照协议调整如期价格，做好目录落地实施的准备。二是协调定点医疗机构做好联动，根据临床治疗需求及时将目录新增药品纳入配备名单，提升用药保障水平。三是指导各地完善“双通道”机制，通过定点零售药店等渠道进一步提高谈判药品的可及性。四是强化准入后管理，加强谈判药品使用、支付情况的监测，对落地过程中出现的问题及时发现和解决。五是组织企业定期报送药品配备机构名单，在国家医保局微信公众号和官方 APP 开通查询通道，方便医生和患者查询、购买。通过解决创新药品临床使用“最后一公里”的问题，大幅提升准入创新药品的可及性，进而确保创新药获得合理回报，有助于进一步增强持续创新的势能。

总的来说，国家医保药品目录调整已基本形成“可进医保-可得优价-可获实利”的“三可”创新驱动合力，为构建生物医药产业“新质生产力”赋予“科技创新潜能”、“优质创新动能”、“持续创新势能”。国家医保局将深刻理解把握“新质生产力”的内涵要义和实践要求，以促进生物医药产业“新质生产力”形成为目标，完善国家医保药品目录调整相关政策，推动我国从制药大国向制药强国跨越，从仿制为主向创新引领跨越，从高速增长向高质量发展跨越，更好满足人民群众的用药需求。

[返回目录](#)

国产仿制药替代原研药如何破局？

来源：中青评论

仿制药是针对原研药而言的，原研药过了专利期以后，会迅速出现可替代的仿制药，这是普遍存在的国际惯例。以制药市场比较成熟的美国为例，大约有 90% 的处方都是仿制药。既然如此，为什么我国部分老百姓对仿制药，特别是国产仿制药的质量会如此担心？

仿制药可以代替原研药的前提是，二者的有效性和安全性没有统计学上的显著差异，仿制药的一致性评价工作应运而生。早在上世纪 70 年代末，美国就开启了仿制药的一致性评价，日本是在上世纪 80 年代开始。我国则是从 2016 年开始，当年 2 月，《国务院办公厅关于开展仿制药质量和疗效一致性评价的意见》发布。业内人士也常说，我国仿制药一致性评价工作有历史欠账，这个欠账时长约为 30 年。在这欠账的 30 年期间，老百姓逐渐形成了对进口原研药的依赖心理，这种依赖心理的消除需要一定的时间。仿制药的高市场占有率是国际惯例，目前，相关部门正在通过大量工作，努力将国内用药市场对标国际惯例。

2018 年，国家医保局成立伊始，便开启药品的集中带量采购工作，并以集采为契机，提升仿制药的使用比例。集采将通过一致性评价作为仿制药入围的门槛。集采前，未过评仿制药的使用量占了近 50% 的市场，集采后，这一比例降到了 5% 以下。与此同时，集采中选

药品中，国产仿制药的占比已经上升到了 96%。

国家医保局组织开展的进入集采的仿制药一致性评价工作样本量巨大。以 2021 年公布的对“4+7”集采试点药品的一致性评价工作为例，涉及了 20 家医院的 11 万份真实患者的病历，这样规模的样本量在世界范围内也是比较多的。一致性评价的结果是，进入集采的仿制药和原研药没有统计学上的显著差异。

2023 年，国家医保局又公布了第二次仿制药一致性评价结果，涉及的病历为 14 万份，历时 2 年，评价的结果也是仿制药的临床疗效和安全性与原研药相当。

然而，原研药在市场上仍有优势，让社会更充分地接受仿制药需要一定的时间。

可以说，我国目前正处于培养对国产仿制药的信任阶段。这个阶段，生产部门、监管部门等各方面都应严把药品质量关，容不得半点马虎，否则就会让前期积累的信任付诸东流。与此同时，确保原研药的选择渠道，对仿制药获得公众自然的认同也很重要。

除了惯性思维，还因为药品其固有的特殊性。药品涉及生命健康安全，没有人愿意拿自己和家人的生命健康冒险，但是药品有专业壁垒，一般人很难自己判断质量好坏，因此会本能地认为“便宜没好货”。

事实未必如此，国外的原研药过了专利保护期后，价格会迅速下跌，在相关政策的干预下，便宜的过评仿制药会迅速占领市场，这就

是业内所说的“专利悬崖”现象。专利保护期大约为 20 年，专利保护期内，药品价格很高，这样可以保证药品企业的创新积极性，过了专利保护期后，价格大幅下跌，保证了患者的用药权益，实现共赢。

由此可见，仿制药的存在并不是“原罪”，老百姓焦虑的也不是仿制药本身，而是药品的质量。唯有严把药品质量关，才可以最终获得老百姓的信任。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

待遇跟着筹资调——3 大举措完善城乡居民基本医疗保障制度

来源：中国社会保障学会

近日，国家医疗保障局会同财政部、税务总局下发《关于做好 2024 年城乡居民基本医疗保障有关工作通知》（以下简称《通知》），其中对于做好居民医保筹资和巩固提升待遇水平提出新的指导意见。

《通知》从促进居民医保公平可持续发展的战略高度，强调要完善筹资机制和待遇调整机制，并健全防范化解因病返贫致贫长效机制，这对于促进居民医保高质量发展、充分发挥居民医保在保障和改善民生方面的作用具有重要意义。

一、做好居民医保筹资工作

随着医疗费用的不断增长和医保待遇水平的逐步提高，城乡居民

医保筹资水平也需要相应提高。长期以来，在城乡居民医保筹资方面，每年都将根据医疗费用增长和巩固提高医保待遇的需要，分析测算需要增加的筹资标准，并由参保居民和各级财政合理分担的筹资额度，逐步形成居民医保缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入相关联的筹资机制。按照城乡居民医保实行由居民定额缴费、各级财政定额补助相结合的筹资机制，每年都适当同步增加居民个人缴费标准和持续提高各级财政补助标准。2024年，各级财政继续加大对居民医保参保缴费补助力度，财政补助标准比上年增加30元，与上年增幅持平。同时，考虑到城乡居民个人缴费能力有限，特别是困难群体和低收入群体缴费能力不足，将2024年居民个人缴费增幅适当降低，个人缴费只增加20元，与上年个人缴费增加30元相比，个人缴费的增量比上年减少1/3。

同时，在上述《通知》中强调要确保财政补助及时足额到位，充分体现政府对城乡居民医保的大力支持的财政投入保障责任。其中，中央财政继续按规定对东部、中部和西部地区实施分档补助，其中对中部地区人均财政补助标准达到60%、对西部地区人均财政补助标准达到80%，体现重点向中西部地区倾斜特别是加大对西部地区的财政补助扶持力度的政策导向。

特别值得关注的是，按照国务院办公厅近期发布《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》，要求进一步放开放宽在常住地、

就业地参加基本医保的户籍限制。因此，在上述《通知》中明确规定进一步落实持居住证参保政策，对于持居住证参加当地居民医保的，各级财政要按当地居民相同标准给予补助。此外，《通知》还要求按照国务院办公厅发布的上述文件精神，贯彻落实对连续参保人员或中断缴费人员分别设置相应的激励机制或约束措施。

在进一步优化大病保险筹资结构方面，《通知》强调要统筹居民基本医保和大病保险资金安排和使用，结合当地经济发展水平、大病医疗费用情况、基金支撑能力等因素，合理确定大病保险筹资标准。自从 2012 年建立大病保险制度以来，依托基本医疗保险基金划拨筹集大病保险所需资金，并委托商业保险公司承办经营，成为应对重特大疾病的有效措施。另一方面，由于大病保险的资金来源于基本医保基金的划转，缺乏独立的筹资渠道，还不是真正意义上的独立的补充保险，而是基本医疗保险的延伸。因此，《通知》提出要探索拓宽大病保险筹资渠道，优化筹资结构，并且探索建立可持续的大病保险筹资动态调整机制。这对于合理界定大病保险的功能定位和建立稳定的、独立的筹资机制以及长期可持续发展具有重要的意义。

二、巩固提升医疗保障待遇水平

长期以来，在城乡居民医保待遇方面坚持尽力而为、量力而行的基本原则，努力巩固和适当提高基本医疗保障水平。近年来，城乡居民住院政策范围内基金支付比例已经达到 70%左右水平。在医疗费用

不断增长的情况下，对于确保城乡居民医保待遇水平保持稳定带来很大压力。与职工医保的筹资标准和待遇水平相比，城乡居民医保在缴费与待遇的相对比较方面具有更高的性价比，这表现在城乡居民医保筹资标准远低于职工医保，但在待遇水平方面与职工医保待遇水平差距并不大。在目前医疗费用持续增长的情况下，既要维护制度平稳运行，又要保持居民医保待遇水平的相对稳定。

同时，《通知》也提出在有条件的统筹地区可根据经济社会发展水平和基金承受能力，稳步提升门诊保障水平，并向基层医疗机构倾斜，引导群众首先到基层就医。

目前，各地已在支付政策方面针对不同等级的医疗机构实行差异化的支付标准，对于在基层医疗机构就诊费用由医保基金支付的比例适当倾斜，有利于引导普通疾病尤其是一些常见的高血压病和糖尿病等慢性病参保患者优先选择去基层就医。

在大病保险方面，《通知》提出要增强大病保险精准保障能力。大病保险是依托基本医疗保险基金直接划转来筹资而建立起来的，既是基本医疗保险的延伸，又是以委托商业保险公司承办和运营的。因此，大病保险既被视为基本医保待遇基础上的“二次报销”，也被视为一种补充保险。在医保部门委托商业保险公司承办大病保险的情况下，需要在各地医保部门的指导和具体安排下，依据大病保险筹资水平、大病患者保障需求等因素，合理确定大病保险起付标准、报销比

例、最高支付限额，提高大病保险保障大病患者高额医疗费用的精准度。同时，在大病保险支出报销比例向高额医疗费用倾斜。

在城乡居民医保生育医疗费用保障方面，鉴于职工生育保险早已与职工基本医疗保险合并实施以及没有专门设立城乡居民生育保险，将参保居民在门诊发生的符合规定的产前检查相关医疗费用纳入门诊保障，享受普通门诊统筹待遇，合理提高住院分娩生育医疗费用保障水平，从而减轻参保居民生育医疗费用负担，从生育保障方面为鼓励已婚育龄女性生育提供政策支持。

三、健全完善防范因病返贫致贫长效机制

自 2020 年我国全面打赢脱贫攻坚战并实现所有建档立卡贫困人口摆脱绝对贫困的战略目标以来，医保扶贫工作目标和重心转向以防范化解因病返贫、因病致贫的长效机制建设方面。近年来，对于城乡低收入人口，通过强化“基本医保、大病保险、医疗救助”三重制度综合保障功能，引导和支持以各种“惠民保”为代表的商业健康保险在各地的广泛推行，同时在医疗领域鼓励社会慈善事业发展，初步构建了防范因病返贫致贫的多层次医疗保障体系，取得了显著成效。

针对当前和今后加强医保防范化解因病返贫致贫长效机制建设面临的形势和任务，在《通知》中提出要抓好医保综合帮扶政策落实，按规定落实好医疗救助分类资助参保政策，有条件的地区可适度提高定额资助标准。要做好农村低收入人口和脱贫人口参保工作，确保两

类人员参保率不低于 99%。统筹发挥基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障梯次减负功能，根据本地区实际情况加大倾斜救助力度，稳定巩固农村低收入人口基本医保待遇水平。同时，强调要健全防范化解因病返贫致贫长效机制。常态化开展高额医疗费用负担患者监测预警，重点做好农村低收入人口和脱贫人口监测，精准排查返贫致贫风险。积极引导慈善等社会力量参与救助保障，化解困难群众高额医疗费用负担。

因此，今后要进一步加强医保“三重保障”机制建设，特别是夯实医疗救助托底保障功能，坚决防止因病规模性返贫致贫。在基本医保制度方面，要适应城乡居民医保筹资能力和支付能力，稳定巩固基本医保待遇水平。

在大病保险方面，要合理界定大病保险的功能定位，并完善大病保险与基本医保之间的协同保障机制。在医疗救助方面，要进一步加大各级财政对医疗救助的投入，拓展医疗救助基金，在此基础上不断加大低收入人口高额医疗费用的医疗救助力度，并积极引导商业健康险和社会慈善等其他社会救助资源参与救助保障，拓展医疗救助基金多元化筹资渠道，健全完善以基本医保、大病保险、医疗救助为主体的“3+N”综合保障体系，有效化解因病返贫致贫风险，坚决守住不发生因病规模性返贫致贫的底线。

[返回目录](#)

医保支付方式改革目的何在？

国家医保局：提高基金平稳运行可预期性

来源：21 世纪经济报道

8 月 23 日，为推进按病组 (DRG) 付费分组方案 2.0 版和按病种分值 (DIP) 付费病种库 2.0 版落地实施，首都医科大学国家医疗保障研究院联合天津市医疗保障局举办“医保支付方式改革培训班”。

会上，国家医疗保障局医药管理司支付管理处处长王乐陈表示：“医保支付方式改革的初衷与核心，并非单纯聚焦医保基金的节约与控制，而是利用医保的专业能力和集中采购优势，为民众争取更高质量的医疗服务。通过搞改革，明确基金的钱花在哪儿，使人民群众、医药机构和医保基金达到一个相对平衡的状态。”

根据国家医保局公布的数据，我国基本医疗保险 (含生育保险) 基金的年度总支出由 2018 年的 1.7 万亿元增长至 2023 年的 2.8 万亿元。在基金收入增长遇阻、地方财政收入承压之际，支付方式改革应运而生。

王乐陈表示，提高医保基金平稳健康运行的可预期性逐渐成为改革目的。支付方式作为精细化管理的重要工具，通过引入医保结算清单，精准关联诊断、手术与费用，有效增强了医疗服务的透明度与规范性。

随着改革深化，中医药服务在医保支付中的价值凸显不足的情况

也有所改善。目前，地方医保局与医疗机构积极构建中医特色医保支付体系，中医优势病种按疗效价值付费。

提高医保基金平稳健康运行的可预期性

根据国家医保局披露的数据，2018年至2023年，我国医保基金支出则随收入增长而稳步上升。2018年全年基本医疗保险(含生育保险)基金总收入为2.1万亿元，总支出1.8万亿元；2023年收入爬升至3.4万亿元，支出也增长至2.8万亿元。

其实，进行医保支付方式改革是基于医保基金发展情况决定的。王乐陈透露，医保参保人数与缴费金额从快速增长到目前可能存在的存量发展阶段。“从参保人数来看，参保人数占全国人口的95%以上，这一比例已经维持十余年。若再上升，可能空间也较为有限。同时，医保基金的增速也在放缓。此时，更要强调提升管理能力，要保障群众获得优质服务。”

在此背景下，如何提高医保基金的使用效率成为了一个待解的命题。王乐陈强调，提高医保基金平稳健康运行的可预期性便是改革目的。其中关键在于实现基金支出的有效管理，从收支严重失衡的状态逐步调整至略有结余。明确基金资金流向，构建医保基金、医药机构与人民群众之间相对平衡的关系。

其中，支付方式是一套精细、高效的管理工具。王乐陈解释称，改革前，医保部门主要收集医疗机构的收费明细；随着改革的深入，

特别是在第二批改革试点城市扩展至 30 个时，引入了医保结算清单信息，实现了诊断、手术操作与收费明细的精准关联。此举使得医保部门能够细致评估患者主要诊断、手术操作与其治疗方案之间的关联性，从而将原本难以比较的医疗服务行为转化为可量化、可比较的对象，促进了医疗服务的规范化与透明度。

为何要推进支付方式改革？王乐陈将其概括为，构建医保、医疗、患者三方共识，提高基金使用效率，改变长期以来医保“被动买单”、医院粗放发展、患者看病负担较重的弊端。

“利用信息化手段优化资源配置，平衡资金压力，对群众而言减轻经济负担，同时在支出端发挥集中采购的优势，形成协同管理的杠杆效应。医保支付方式是一个杠杆，是一个‘牛鼻子’，起到引擎作用，对医疗机构产生正向激励作用。”王乐陈认为，首先源于医保与医疗协同发展的客观需求。此外，医疗机构成本控制与项目支出优化，直接降低了患者的医疗成本。

完善中医优势病种付费方式

值得注意的是，在 DIP 试点改革之初，医保支付未能体现中医药疗效价值。广东省中医院医保办主任冯文轩指出，在传统 DIP 分组中，中医药服务的支付标准往往低于西医治疗。此外，新增的中医医疗服务项目，由于其治疗周期长、耗时长，且常涉及参保人自费阶段，进一步增加了患者负担，也限制了中医药服务的广泛应用。

河北省医疗保障局一级巡视员李胜群则表示，中医操作由于其操作简单费用较低可应用于大多数诊断，故没有单独成组形成病种。但是，在临床治疗过程中由于其使用有成效，医院多次使用就会产生较高的医疗费用，导致这部分带有中医操作的病例亏损严重。

随着国家不断完善中医药价格和医保政策，这一困难逐渐得到了缓解。2019年10月，《关于促进中医药传承创新发展的意见》出台，明确指出医疗服务价格调整时重点考虑中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格；健全符合中医药特点的医保支付方式；分批遴选中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的病种实施按病种付费，合理确定付费标准。

在此背景下，地方医保局率先构建了中医特色医保支付体系，该体系涵盖住院病种、门特病种、中医日间病房病种及家庭医生中医服务包等多个方面。

另有研究指出，广东中医特色医保支付体系的核心在于确立中医优势资源病种。具体而言，确立以纯中医或中医药为主要治疗手段，能有效解决住院患者主要健康问题的住院病种。其确立过程要遵循两个关键原则：一是治疗手段以纯中医或中医药为主，二是能显著体现中医的疗效与独特优势。例如，麻醉辅助下的中医手法复位及经典病房中纯中医或中医主导的心衰、肺炎治疗等。

为进一步完善中医特色医保支付体系，冯文轩建议：一是建立中

医病种目录库的动态调整机制，以适应医疗技术和服务的发展；二是呼吁国家层面加快出台中医医保支付政策的实施文件，推动其在全国范围内的落地与推广；三是希望国家能够制定统一的中医药疗效评价标准及规范，以确保中医优势病种疗效评价的科学性和一致性，促进中医医保支付政策的可持续发展。

在分享河北强化省级病种库的实践探索时，李胜群指出，为鼓励医院支持支付方式改革，遴选 270 个病种为中医特色病种。针对中医治疗优势显著的病种，其医疗费用中中医部分占比超过 50% 的原则，筛选并确定了 91 个中医优势病种。

“为确保病种目录的时效性与适用性，我们建立了动态调整机制，原则上每年进行一次评估与调整。对于临床应用中需对目录库进行调整的病种，省级医保局将迅速组织专家进行论证，确保目录库与临床实际紧密衔接。”李胜群表示。

[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



北京先锋寰宇大健康管理有限公司

 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