

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第27期

(2023.07.03-2023.07.09)

医保

医疗

医药

——本期视点——

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

• 分析解读 •

▶ [思考 | 高值医用耗材精细化管理的 4 个关键点](#) (来源：中国医学科学院) ——第 7 页

【提要】本文所探讨的高值耗材精细化管理的 4 个问题，主要集中在临床使用方面。这需要集合医务(含质控)、医保(含物价)、医工(或物资采购)等部门形成合力来具体问题具体分析处理。本文也将从基金监管的角度来将医用耗材管理过程中容易出现的问题进行分析与建议。

▶ [盘点 | 医保基金监管执法时需注意的 6 个环节](#) (来源：晋中市榆次区医保局) ——第 13 页

【提要】本文梳理总结了医保案件移送、法制审核、强制措施、拒收文书、主体注销、救济告知等六处执法时容易出现差错的工作环节及注意事项，旨在进一步规范执法行为、优化执法路径，提升工作专业性。

• 医院管理 •

▶ [DRG/DIP 下，医院与医保局沟通协商的“小技巧”](#) (来源：杭州火树科技) ——第 20 页

【提要】推行医保支付方式改革是国家部署的重要工作。根据 2022

年医疗保障事业发展统计快报，全国已有 206 个统筹地区实现按 DRG/DIP 付费。对于医院来说，这将是和医保进行沟通协商的契机，让医疗支出得到合理补偿，为医疗技术创新留出空间，都在这场动态博弈中。经了解，医院在和医保局沟通前的流程，可归纳“读懂政策—发现问题—明确依据—形成建议”，本文将结合案例看看这些医院是怎么做的。

▶ [DRG/DIP 后，对医疗行为、医院管理有哪些影响？](#)（来源：金豆数据）——第 27 页

【提要】目前的监管理念和监管方式仍延续按项目付费的监管思路与手段，存在监管依据不足、监管力量薄弱、监管力度不够、监管方式不健全等问题。因此，如何精准识别 DRG/DIP 付费下的异化行为，实施针对性的监管方式和监管制度，提升医保基金监管效能，前提是对 DRG/DIP 付费的异化行为类型、内涵和外延表现做出清晰界定。那么具体主要包含哪几个方面呢？让我们一起来看看吧~

• 带量采购 •

▶ [多地密集推进！耗材挂网、支付变了](#)（来源：医药网）——第 37 页

【提要】伴随着医改深入，医保编码正在成为耗材流通的重要一环。未来几年，各地将进入规范耗材支付管理的关键时期。目前，全国统一的医疗保障信息平台已基本建成，伴随着医保编码工作逐步推进，耗材招采和使用环境也在发生着变化，省际、品牌之间的价格情

况，也将更加清晰，各地的耗材价格也将逐步趋于精确化。

▶ [耗材国采第四批消息传出，眼科+骨科的价格要联动](#)（来源：智采科技）——第 41 页

【提要】根据意见稿(非官方)，第四批国采人工晶体类和运动医学类相关耗材集中带量采购周期为 2 年，以不低于医疗机构填报需求量的 80%作为本次集中带量采购的意向采购量。同时明确合理形成未带量产品价格。纳入本次集中采购但未带量的产品，将由天津市组织开展限价挂网、竞价挂网工作，其他省份参照联动。

• 他山之石 •

▶ [从国内经验看医疗器械医保支付前路](#)（来源：北京医药卫生经济研究会）——第 44 页

【提要】2022 年我国医疗器械市场规模达 9573.4 亿元，预计 2023 年我国医疗器械市场规模将达 10564 亿元。医疗器械行业的快速发展与问题频发共生，从而造成医疗资源的浪费，出现参保人多花钱、医保基金多支出的现象。目前，我国部分地区的相关政策已先行实践，给出医疗器械医保支付的改革经验、提出医疗器械医保支付的政策路径。

▶ [完全失能老人市场化的长期照护保险研究](#)（来源：社科院）——第 52 页

【提要】近年来，党和国家领导人一再强调民生问题要“保基本、托底线、救急难”。从老年服务的角度看，目前中国的 2 亿老年人口中，

处境最为艰难的是完全失能老人。有研究表明，在中国，完全失能的老人有 1200 万之多，正在加速的老龄化的进程会使这个困难群体的规模进一步扩大。这样的经济社会发展趋势，更进一步加剧完全失能老人长期照护的困境。所以，当务之急，是立即考虑制定对完全失能老人提供社会化长期照护的政策乃至形成稳定的制度。

· 中医药动态 ·

▶ [健全“6361”体系 深化中医进社区改革](#)（来源：中国中医药报）

——第 69 页

【提要】河北省邯郸市馆陶县发挥中医强县优势，以中医进社区为主线深化社区服务改革，整合中医医院、县委组织部、县卫生健康局、馆陶镇（社区）、县人力资源和社会保障局、县残疾人联合会 6 方政策资源，聚集医护人员、社区工作者、志愿者 3 方人力物力，统筹保健康复、日间照料、文体娱乐、精神慰藉、纠纷调解、公共卫生 6 项服务功能，为社区老年人提供饮食、日托、康复、娱乐等 1 站式服务。以上述“6361”体系，更好满足社区居民日益增长的医疗养老服务需求，社区居民的健康水平不断提高，群众满意度明显上升。

▶ [以人才为驱动力 推进中医药现代化发展](#)（来源：国家中医药管理局）

——第 73 页

【提要】中国式现代化需要中医药现代化，中医药现代化离不开中医药高质量发展。这需要我们紧紧抓住中医药发展天时、地利、人和的大好时机，以人才为驱动力，推动中医药高质量发展和中医药现代化，

为建成社会主义现代化强国提供支撑。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

思考 | 高值医用耗材精细化管理的 4 个关键点

来源：中国医学科学院

对于高值医用耗材中“高值”的理解与定义，业界一直都存争论。直到 2019 年 7 月国务院办公厅关于印发的《治理高值医用耗材改革方案的通知》（国办发〔2019〕37 号），规定了“高值医用耗材是指直接作用于人体、对安全性有严格要求、临床使用量大、价格相对较高、群众费用负担重的医用耗材。”也就明确了“高值”既指耗材的使用价格之高，又指耗材的治疗价值之高，还指耗材的风险阈值之高。高值耗材的“三高”属性，在集中带量采购政策之前，彼此之间是“和”的关系；集中带量采购政策之后，彼此之间变成了“或”的关系。

为提升医用耗材医保支付管理能力和水平，2021 年 6 月国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号）中，将高值医用耗材的精细化管理作为“提升公立医院高质量发展新效能”的重要内容。2022 年 7 月，国家卫健委联合国家中医药管理局研究制定了《公立医院高质量发展评价指标（试行）》和《公立中医医院高质量发展评价指标（试行）》（以下统称《评价指标》），从“医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例”、“费用消耗指数”两个定量指标来考核医疗机构对结构优化、

创新增效方面的成绩，进而反映医院对高值医用耗材管理的精细化水平。2023年5月，国家医保局印发了《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知(征求意见稿)》，未来将从推动医用耗材分类和编码统一、明确医用耗材医保支付范围、逐步实行医保通用名管理、加强医用耗材医保支付准入管理方面倒逼医疗机构提升内部精细化管理水平。由于高值医用耗材具有种类繁多、功能相近但价格差异大、临床适应证相同但患者使用个体差异等特点，决定了医用耗材精细化管理难度巨大。虽然从制度建设层面，2021年6月，国家卫生健康委联合国家中医药管理局出台了《关于印发医疗机构医用耗材管理办法(试行)的通知》(国卫医发〔2019〕43号)，为医疗机构内部开展耗材管理从组织架构、人员配备、管理内容(遴选、采购、验收、储存、申领、发放与临床使用)、管理措施(监测、评价、信息化建设与监督管理)提出了明确且详尽的管理要求。但从政策执行层面，高值医用耗材的管理一直是医疗机构提升内涵建设所面临的重点和难点问题。

本文所探讨的高值耗材精细化管理的4个问题，主要集中在临床使用方面。这需要集合医务(含质控)、医保(含物价)、医工(或物资采购)等部门形成合力来具体问题具体分析处理。本文也将从基金监管的角度来将医用耗材管理过程中容易出现的问题进行分析与建议。

一、合规收费

高值医用耗材能否合规收费直接关系到医疗新技术(特别是因主

要材料创新(更新迭代)而引起诊疗技术更精准/微创/安全等方面创新使用)的推广和临床使用。高值耗材的收费难题也直接与相应的医疗新技术的管理息息相关。虽然各地区管理部门逐步出台《可收费医用耗材目录》，但因目录所涵盖的耗材范围有限，而医疗技术革新导致医用新耗材使用无尽，所以如何指导临床对高值医用耗材合规收费尤为重要，也是医保基金监管时发现较多的高频问题。表现形式为：将无收费依据的耗材“靠收费”、“串换收费”；将有收费依据的耗材因执行错误导致的“错收费”、“漏收费”、“重复收费”等。

医疗机构精细化管理建议：

1. 风险前移，加强源头管控。在耗材遴选进院价格谈判之前，相关医疗新技术准入之时，价格管理部门就应早期介入，结合技术准入的过程明确告知临床科室及相关部门，是否为可收费耗材。

2. 双管齐下，加强对不可收费耗材的管理。一方面，做好新技术医疗服务项目价格收费申报工作，用扎实的成本测算数据和院内医疗技术评估(Min-HTA)结果推进医用耗材的可收费审批。一方面，做好不可收费耗材的成本分摊管理，针对产品的特性“一物一议”的提出成本计入方案，形成与临床使用科室与绩效管理部门的共识，进而避免“要求与执行不一”的“错收费、漏收费、重复收费”。

二、进销存账实不符

按物流/库管的思路：在一定时间内，产品的入库数量(进货数量)=使用数量(消耗数量/计费数量)+库存数量。各医疗机构在大力推

行UDI(耗材唯一身份标识)+扫码计费后,高值耗材管理上基本可以解决进销存账实不符的问题。然而,随着耗材集中带量采购随着国家/省级联盟/医疗机构联盟集采的不断推进,在一切皆可“集采”的大背景下,高值医用耗材在价格必然降低(一般达到50%以上比例)的大趋势下,对于不再具有高价格的医用耗材,引申出如何负担“一物一码”“赋码”的成本问题。也就是说,从院内成本管理的角度,一旦价格下降到不能涵盖“赋码”成本时,此类耗材就应该按普通耗材计费管理。但是从临床使用风险管理角度,这类材料仍旧是“高值耗材”,仍然需要“一物一码”在临床使用追踪以及质量评价上的管理需求。对于经济实力强、运营能力强的医疗机构选择“一物一码+扫码计费”仍旧是最优解。这也是“账实不符”发生在中小型的医疗机构的主要原因,毕竟从医院运营的角度要考虑“投入产出比”。

如果管理方和被管理者主观上都没有“犯错”的故意,但错误仍旧发生,我们就应该从制度设计的层面上考虑改进和完善,建议:

1. 引入库存管理的容差率概念,类比药品管理,设置一个允许差值的范围(例如:金额或者数值在2‰以内)。这样一方面符合临床使用时自然耗损、临床科室内库存清点与计费时点之间差异等客观情况。毕竟医院的耗材库和市场化的货品库房管理有同有不同,即便医院耗材管理在借助第三方库房管理往零库存的方向努力,但医院的临床使用科室不可能不储存一定数量的耗材应急。另一方面,也为医院留用自我管理可提高的空间。

2. “耗材进销存账实不符”就好比患者生病时的症状而不是病因，唯有找出账实不符背后的原因(是“串换耗材收费”所致，还是“共用一次性耗材”所致，还是财务结算账目不清所致……)才能针对性的帮助医院解决问题，改进精细化管理水平。依照《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条规定，只有在“串换耗材收费”情况下才属于医保基金追回/处罚的监管范畴，其他原因建议将线索移交“卫生健康”或“财务审计”部门归口管理，才能真正发挥医保监管的作用，对医疗机构起到事半功倍的效果。

三、超《医疗器械注册证》范围使用

超《医疗器械注册证》产品范围使用高值医用耗材，因为关系到《产品注册证》范围和临床适应症范围是否匹配(一致)的问题，是目前耗材管理中最复杂、疑难的问题。2021年8月国家市场监督管理总局颁布了《医疗器械注册与备案管理办法》，从“创新产品注册程序”、“优先注册程序”、“应急注册程序”上加快了对新型、临床急需使用医用耗材的审批流程。但是，大部分第三类医疗器械(医用耗材)为满足快速上市的需求，其《产品注册证》范围均小于国外注册的范围，也小于临床逐步扩大的适应症范围。笔者认为(建议)：

1. 医疗机构加强医疗新技术临床使用的审批流程(一患一审、一例一批)，切实发挥医院医疗技术管理委员会和伦理委员会的作用，临床科室严格按照适应症范围使用，确保医疗安全。同时，医疗机构需配合企业，以临床应用的客观数据作为支撑促使企业尽可能扩充

《医疗器械注册证》上的产品使用范围。

2. 在基金监管过程中发现此类问题，如果查实有“串换耗材收费/报销”的问题，应按照《医疗保障基金使用监督管理条例》相关管理处罚；否则应将线索转交市场监督部门，督促企业加强管理尽快扩充《医疗器械注册证》上的产品使用范围，从根本上解决问题。当发生侵害患者权益的情况时，应将线索移交卫生健康管理部门或卫生监督部门，从医疗技术管理的角度加强/改进医院内部管理。

四、临床合理使用

促进高值医用耗材的合理使用，减轻患者费用负担，避免医保基金的浪费，是医疗机构耗材精细化管理的一个永恒课题。自 2019 年医保支付方式改革工作启动之后，打包付费的管理方式倒逼医疗机构必须加强内部成本管控与质量评价等内涵管理措施，既不能过度服务，也不能服务不足。因此，高值医用耗材的合理使用既依赖于标准化的临床路径的制定与执行；也依赖于打包付费下的成本核算与绩效分配指挥棒；还依赖于耗材使用数据监测与质量效果评价措施。

对此，唯有通过加强信息化建设这华山一条路才能达到三管齐下的目的。在此，特别提醒的是，虽然加强信息化建设已通过医保贯标、医保清单结算等各项工作得以推进，并在医院管理者中形成共识，但院内 HIS 系统中各项子管理系统的数据库是否联通、耗材管理的数据库是否与临床诊疗数据关联，乃至通过临床适应症的判断进而影响到收费与报销政策执行等智能化管控方面，还有很大的空间，需要医疗、医

保、医工(物资管理)、信息方面的专家共同努力去改进、完善。

2023年5月19日，国务院常务会议审议通过了《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》。当在国家飞行检查形式下的医保基金监管浪潮扑面而来时，医疗机构首要解决是依法执业、合规收费、财务票据管理等涉及欺诈骗保的红线、底线问题。随着这些管理越来越规范化后，与医疗技术管理紧密相关的医用耗材问题将逐步凸显。因为医用耗材品类的繁杂性，耗材管理问题的复杂性，注定了医用耗材精细化管理的漫漫求索长路。

[返回目录](#)

盘点 | 医保基金监管执法时需注意的6个环节

来源：晋中市榆次区医保局

国家医保局成立以来，随着基金监管力度不断加大，监管方法日趋成熟，行政执法更加规范，检查技巧不断提升。然而作为新成立的执法部门，各级医保执法机关普遍面临着专业人员少、执法经验缺的现实困难，并不断遭遇着其他行政执法部门也曾遇到过的执法困境，如阻挠检查、拒不签字盖章、不接收文书、注销逃避处罚等，强制执行、行政应诉正在成为医保执法人员不得不面临的工作常态。

为避免工作陷入被动，笔者结合实际经验，梳理总结了案件移送、法制审核、强制措施、拒收文书、主体注销、救济告知等六处执法时容易出现差错的工作环节及注意事项，旨在进一步规范执法行为、优化执法路径，提升工作专业性。

充分掌握案件移送标准

行政执法过程中发现应由卫生健康、药监、公安等部门处理的违法情形，应发挥医保基金监管联席会议作用，采用通报、移交、联办等方式处理，提高案件办理的准确率与成功率。

需要注意的是，对于行政案件的移送，国家医保局、公安部在《关于加强查处骗取医保基金案件行刑衔接工作的通知》的附件《涉嫌犯罪案件移送书》中明确要求移送案件时须填写涉嫌触犯《中华人民共和国刑法》（以下简称《刑法》）哪些具体规定。因此执法人员必须要了解相关违法情形的移送罪名和具体标准。

例如最高人民法院、最高人民检察院曾在《关于办理诈骗刑事案件具体应用法律若干问题的解释》之规定，诈骗公私财物价值三千元至一万元以上即认定为《刑法》第二百六十六条规定的“数额较大”。这就意味着，骗保金额一旦超过规定标准，就应该移送公安机关追究刑事责任。

法制审核人员须有职业资格

《中华人民共和国行政处罚法》（以下简称《行政处罚法》）要求初次从事行政处罚决定法制审核的人员须通过国家统一法律职业资格考试取得法律职业资格。然而在现实工作中，其他行政执法部门在进行相关人事安排时忽视该项规定，安排无法律职业资格人员负责审核案件，进而导致执法部门在司法审判环节满盘皆输的案例很多。虽然按照2018年4月25日印发的《国家统一法律职业资格考试实施办

法》，新进入行政处罚决定审核、行政复议、行政裁决、法律顾问的公务员须要取得法律职业资格，已经在上述岗位从事相关工作且胜任现任职务的人员不受这项制度的影响，但国家医保局在2018年5月才挂牌成立，从理论上分析，医保系统内的法制审核人员都是初次从事医保法制审核，均须持有法律职业资格证书。

另外，尽管《医疗保障系统全面推行行政执法公示制度执法全过程记录制度重大执法决定法制审核制度实施办法(试行)》规定，可统筹调用法律顾问、公职律师以解决相关需求，但一个部门法制审核和复议等重要岗位工作人员通过外聘终非长久之计。长期来看，应组织系统内符合《国家统一法律职业资格证书实施办法》要求的人员参加国家统一法律职业资格证书考试取得资格，并考虑直接招录具备相关资格的新人入职，以确保法制审核这一关键岗位人员是融会贯通医保执法宗旨原则，熟悉医保案件办理流程的正式人员。唯有如此，才能够在长期执法办案过程中摸索并创立医保部门的工作特色，防止系统外人员以行政案件通用标准审视医保案件而可能导致的偏差和遗漏。

采取行政强制措施需正确援引依据并用词

医保执法部门为固定证据时可能需要采取封存措施，例如发现涉嫌违法的影像记录、电子数据存于电脑中，为防止当事人删除或破坏记录、转移存储设备，经常需要封存相关电子设备以固定证据。此种情况下，既要出具正确文书，也需正确援引相关法律依据。

《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》)仅授权

医保执法部门可采取“封存”这一强制措施。《中华人民共和国行政强制法》(以下简称《行政强制法》)明确了可以执行行政强制措施的情况,并强调行政法规、地方性法规不得作出扩大规定。虽然无论《条例》或《中华人民共和国社会保险法》(以下简称《社会保险法》)对于强制措施的规定都保持一致且均符合《行政强制法》相关要求,但因《行政强制法》第十条提出行政强制措施由法律设定,尚未制定法律且属于国务院行政管理职权事项的,行政法规才能设定强制措施,建议医保执法人员运用封存措施时,援引《社会保险法》而非《条例》更为稳妥。

为规范医疗保障行政执法行为,国家医保局于2020年7月组织制定了《医疗保障行政执法文书制作指引与文书样式》(以下简称《医保执法文书指引与样式》)。因其发布时间早于《条例》出台时间,文书中《查封(扣押)决定书》的“填写说明”明确措施依据是《社会保险法》第七十九条,这也在无意中契合了笔者观点。

虽然该文书名称使用的称谓是《行政强制法》的查封、扣押,而《社会保险法》《条例》使用的称谓是封存,但这是由于《社会保险法》颁布时间(2010年10月)早于《行政强制法》(2011年6月)以致称谓未能统一,虽有瑕疵但不影响文书使用。值得注意的是,医保执法工作者在使用该文书时一定只能保留“查封”划去“扣押”。查封和扣押是两种不同的强制措施,分属《行政强制法》第九条第二项、第三项。前文已经提到,医保部门只有封存(查封的另一种称谓)权,

未被授权采用扣押措施。换句话说，医保部门只能出具《查封决定书》，不能出具《扣留决定书》，且查封时依据栏应填写《社会保险法》第七十九条第二款第一项，而非《条例》第二十七条第五项。

预防拒收文书，提高执法效率

案件办理的各个阶段都会有各类告知、通知需要给到当事人手中并取得签字或盖章确认，这类文书一般都是案卷的必需材料，资料有无决定着案件成立与否。一旦案件涉及金额较大，超出当事人心理预期或承受能力时，出现不接电话、回避接触等情形是大概率事件，此时，如何保证文书送达当事人成为办案难题。

当事人无从查找或拒不签收导致文书无法直接送达的，其他送达方式应依据《中华人民共和国民事诉讼法》有关规定执行，在程序上必须有证据证明已穷尽各种方式，极大浪费执法资源，降低执法效率。而及时准确运用《医保执法文书指引与样式》收录的《送达地址确认书》，可以从根本上避免执法机构因文书送达不到位而导致的被动局面。

多起真实的行政诉讼案例中，当事人宣称因未收到相关文书影响维权，要求认定案件程序违法时，法院通常会判定送达地址确认书非经书面方式变更不能取消，向送达地址确认书记载的地址送达行政执法文书即产生送达的法律效果，对此类送达程序违法的主张不予支持。这就意味着，在审判环节几乎绝对认可《送达地址确认书》的送达效果，使该文书成为破解文书无法送达困境的利器。

需要注意的是，向《送达地址确认书》登记的地点邮寄文书时须通过国家邮政机构。《中华人民共和国邮政法》第五十五条明确规定，快递企业不得经营由邮政企业专营的信件寄递业务，不得寄递国家机关公文。

谨防当事人通过注销逃避处罚

办案期间当事人通过注销逃避处罚的情形并不鲜见，目前此类案件复议诉讼处理结果并不统一。有的裁定认为注销的当事人已失去权利和行为能力，仍作出行政处罚于法无据，以注销违法提起审理理由不能成立；有的复议认可当事人注销主体后变更被处理对象继续执行；有的则在法院不予受理后由检察机关建议登记机关撤销注销登记，建议法院准予强制执行。

行政相对人的消亡确属《医疗保障行政处罚程序暂行规定》认可的处罚程序终结情形之一，对执行部门而言，行政处罚过程中出现这种情况，只需做到有证据证明办案机关已穷尽行政手段即可。要想真正解决此类问题，有待于从立法层面建立行政处罚实施机关与登记机关的信息互通机制。在此之前，医保执法部门只能按照检察部门的建议，通过四种办法预防当事人注销：一是告知当事人不得注销并书面存证；二是函告登记机关暂停注销；三是通过“国家企业信用信息公示系统”检索确认；四是缩短办案期限。

准确告知救济权利及行权时间

告知当事人陈述申辩、听证、复议和诉讼等救济权利是行政处罚

案件不可或缺的环节。虽然医保部门没有明确规定陈述和申辩期限，但是《医保文书指引与样式》中的《行政处罚事先告知书》已经告知了当事人具有陈述申辩和听证的权利，并要求须在三个工作日内提出听证。

最新修订的《行政处罚法》第六十四条规定，当事人要求听证的，应当在行政机关告知后五日内提出。因《医保文书指引与样式》印发时间(2020年7月)早于《行政处罚法》的最新修订时间(2021年1月)，从保证当事人权益和保证案件成立角度，提倡给予当事人足够期间，所以听证时间建议按照按《行政处罚法》要求的在五日内提出，不宜再限于三个工作日内。

关于听证数额标准，应按当地规定确定。最高人民法院在《关于没收财产是否应进行听证及没收经营药品行为等有关法律问题的答复》中规定，有关较大数额的标准问题，实行中央垂直领导的行政管理部门作出的没收处罚决定，应参照国务院部委的有关较大数额罚款标准的规定认定；其他行政管理部门作出没收处罚决定，应参照省、自治区、直辖市人民政府的相关规定认定。国家医保局并未中央垂直领导，因此听证数额标准需按地方标准确定。《北京市医疗保障行政处罚听证暂行办法》规定对个人处1万元以上，对单位处10万元以上罚没款需经听证。2022年6月1日起施行的《广东省行政处罚听证程序实施办法》规定的起点则是个人5千元，单位10万元。需要注意的是，一些地方相关规定出台较早所以听证标准较低，如1997施

行的《山东省行政处罚听证程序实施办法》规定的标准是个人 5 百元，单位 3 万元。

关于复议机关，中央全面依法治国委员会审议通过的《行政复议体制改革方案》自出台以来，各省级方案纷纷跟进，都要求原则上政府各部门分散配置的行政复议职权集中到同级人民政府行使。虽然对于办案机关而言，上级机关无论是业务理解深度还是部门主动性都会高于所在地政府法制部门，但法制改革趋势已不可逆，复议机关应为执法机关所在地人民政府而非上级医保局。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG/DIP 下，医院与医保局沟通协商的“小技巧”

来源：杭州火树科技

推行医保支付方式改革是国家部署的重要工作。根据 2022 年医疗保障事业发展统计快报，全国已有 206 个统筹地区实现按 DRG/DIP 付费。这场支付方式改革在落地中，体现出了明显的政策裁量性：各地可以在国家技术规范指导下，根据本区域经济发展和医疗技术水平，自己衡量决定本统筹区的改革政策，包括支付方式选择 DRG 或 DIP、数据采集范围、先行支付的医院名单、实施细则，以及最核心的疾病分组和支付标准。在这个过程中，医保局除了频繁去政策先行地区寻师问道，也会开放渠道主动听取医疗机构的意见。对于医院来

说，这将是和医保进行沟通协商的契机，让医疗支出得到合理补偿，为医疗技术创新留出空间，都在这场动态博弈中。

这样的“讨价还价”往往出现在开始 DRG/DIP 结算前，以及之后每次的年终清算时，医院对医保局发布的政策文件进行解读并结合自身情况进行反馈，包括书面和面对面交流，医保将在充分考虑意见后最终确定改革政策。由于医保是支付方的决策方，政策定板后医院只能接受医保的定价，但事实上，也有许多医院和医保沟通协商的成功案例出现。

经过了解，医院在和医保局沟通前的流程，可归纳“读懂政策—发现问题—明确依据—形成建议”，接下来将结合案例看看这些医院是怎么做的。

一、读懂政策

在实施 DRG/DIP 时，医保局会下发许多相关材料，包括实施细则、病组权重表/病种分值表、医保经办规程、DRG/DIP 付费年终考核通知等，每份文件都需要医院仔细学习和解读。例如，在月度预付规则中，A 地规定“DRG 医保基金支付金额= $(\sum \text{各病例权重} \times \text{预算费率} \times \text{医疗机构系数}) - \text{个人现金支付}$ ”，B 地规定“DRG 病例的医保支付金额= $(\sum \text{各病例权重} \times \text{预算费率} \times \text{医疗机构系数}) - \text{个人负担部分}$ ，医保支付金额 ≤ 0 时，按 0 计”。寥寥几个字，很容易被人一目带过，但在政策中没有写明这句话的 A 地的医院，在参保人员个人支付总额大 DRG 支付标准时，超出部分要在月度预付金额中扣除，即出现了“倒

扣”的情况，B地的医院则不会面临这样的窘境。因此，读懂 DRG/DIP 规则十分重要，特别是初次接触 DRG/DIP 的医院，需要一定时间或者请有经验的专家进行解读，才能真正读懂政策，了解每条规则给医院带来的影响，这也是和医保局的交流基础。

二、发现问题

在读懂政策后，医院会自然地发现这套新规则哪里对医院有利，哪里不利，也可能发现规则有一些“问题”，可能是历史数据质量不佳造成的，也有可能是由于当地分组器不完善。对于医院而言，看完文件后需要“扪心自问”四个问题：

1. 医院有没有得到合理的补偿？

主要包括医保局对“高倍率/低倍率”的界定、未入组病例的支付、单议的特殊病例类型，以及住院时间过长病例的支付规则等。例如，在 DRG 付费国家技术规范中，病例费用低于 DRG 支付标准 30% 的病例通常被界定为低倍率病例，大部分地区的低倍率界定标准则为 30%-50%。如果某医院发现本地低倍率病例的界定标准是 60%，就显得“别具一格”，仔细分析发现，本地的低倍率界定值偏高，会使得病例更容易成为低倍率病例，而这部分病例不按 DRG 支付标准结算，而按项目付费，医院实际间接损失了一部分 DRG 结余，因此低倍率的界定值成为这家医院与医保局反馈的重要内容。

对于实施 DRG 的地区，还需要额外注意由于 ADRG 下分组较粗导致的政策性亏损，适时向医保局反馈。浙江杭州在 DRG 运行三年，DRG

病组数从 998 组增加到 1006 组，很多新增病组都是依据医院提供的数据和提议增加，针对患者年龄/体重/特殊操作等进行细分组。例如，某医院为浙江省结核病诊断治疗中心，有大量的结核伴耐多药的患者，治疗费用明显高于普通的结核病患者，医院整理数据向医保局申诉后，2022 年杭州市新增“ES19 呼吸系统结核，伴耐多药”病组。

新增病组 新增病组名称

AH13 气管切开伴呼吸机支持 \geq 96 小时，伴 CRRT

ES19 呼吸系统结核，伴耐多药

FR19 心力衰竭、休克，伴重症监护

MC10 阴茎手术 \leq 17 岁

OC19 阴道分娩伴手术操作，伴无痛

OR19 阴道分娩，伴无痛

PS11 极度发育不全(出生体重 \leq 1000g)

RE19 恶性增生性疾患的化学和/或靶向、生物治疗(淋巴瘤或骨髓瘤)

2. 能不能给医院争取红利政策

重点专科系数、“一老一小”倾斜赋值、中医优势病种等政策，都是为了保障医疗机构能在 DRG/DIP 下良性、可持续发展而设置的。医院根据自身定位、收治病种分布、专科特色，可以适时提议争取此类红利政策，为长期发展解缚。例如，安徽某三甲医院接收了当地大部分疾病疑难危重程度高的病例，次均费用偏高。但当地 DRG 试行政

策出台后，医院发现自己许多病组的差异系数小于 1，与认知不符，也不利于发挥三级医院的功能定位，于是医院向医保局反馈该情况。经沟通发现，由于医保局考虑分批试点，因此在前期 DRG 模拟分组和测算时只采集了部分三级医院数据，二级医院病例没有纳入测算范围。医院申诉后，医保局重新测算数据并发布新的病组权重表，医院的病组差异系数有明显提高。

更突出是对医院开展新技术的补偿。为了实现“医保患共赢”，2021 年杭州市医保局组织医院申报医保补偿的新技术新项目并提供相关病例数据。在医院提出的达芬奇机器人手术治疗、TAVI、飞秒、TOMO、CRRT、胶囊肠镜、无痛分娩、碘 125 放射治疗等相关技术中，医保局经过测算最后决定对达芬奇机器人手术治疗、TAVI、飞秒、TOMO 四项新技术进行点数补偿，2021 年新技术补偿金额达 1.3 亿元。

3. 医保的经办流程和监管行为是否明确？

在医保的经办流程中，医院还应重点关注数据上传的准备时间是否宽裕、病例上传失败能否重传等，特别是在政策实施早期，医院往往需要更多的时间来填写“答题卡”。另一方面，在文件中往往会写到“禁止高套点数、分解住院、挂名住院、体检住院、推诿病人、将住院医疗费用分解至门诊、零售药店或让病人单独自费结算等不良行为”，但不明确分解住院、低码高编等违规行为的界定，此时医院可以与医保局沟通，明确违规行为，减少监管盲盒空间。例如，汕尾市明确分解住院及扣罚规定为：病人出院后 10 日内再次以同一病组住

院且无合理理由的，被认为为“分解住院”，前一次获得的 DRG 点数减半(放化疗患者除外)。

4. 支付规则和其他医药政策的衔接有没有问题

在 DRG/DIP 开展中，涉及到开展日间手术、与药耗集采、谈判药品落地等医药政策的协调。例如，目前大多数地区都将国谈药品执行双通道政策，在 DRG 支付中剔除，年终清算单独支付，但此部分费用不计入会导致 RE1(恶性增生性疾患的化学治疗和/或其他治疗)等病组低倍率病例占比过高。浙江省宁波、温州等地已经将患者住院期间按规定使用的双通道药品费用纳入病例医疗总费用中，避免此情况。又比如，目前各地都在鼓励医疗机构开展日间手术，但文件中往往未能明确 DRG/DIP 实施后如何对日间手术支付，此时医院也需要和医保局沟通确认。浙江杭州将日间手术前 14 天围手术期的检查费用均纳入住院费用，按 DRG 结算；江苏徐州则对新增的“日间手术”按同病种住院点数 80% 结算。

三、明确依据

就像大学生要生活费时得拿出账单给家长一一盘算，医疗机构和医保局沟通时，往往是要在基金大盘子里舀一勺羹，也得有理有据，这就需要丰富的材料支撑，包括两部分，一是其他地区的政策，特别是政策相似、先行试点地区的政策，对于监管规则、经办规程、特病单议类型等能给予有力参考。二是相关的医疗数据，主要针对细分组、系数调整、床日政策等，DRG 的分组和权重主要依靠数据测算，如果

没有相应的数据支撑，医保局也会“爱莫能助”，因此医院可以根据自身数据分析展示现行政策下的不合理情况。例如嘉兴市 2021 年只有 CB33(晶体手术)一个分组，对于单双侧的晶体手术均按一个支付标准支付，某医院在进行日常数据分析时发现医院进入 CB33 的病例中，双眼手术患者的耗材费是结余病例的 2 倍左右，双眼手术患者均为超支，单眼手术患者均为结余，年终清算时医院将数据提交给医保局沟通后，次年嘉兴地区将 CB33(晶体手术)病组拆分为 CB31(单眼晶体手术)和 CB39(双眼晶体手术)两个病组。

病例类型单/双眼手术病例数 平均医疗费用平均耗材费次均超支结余

正常病例双眼手术 1223154786199-56xx

单眼手术 184187433012+38xx

四、形成建议

在读懂政策、发现问题、明确依据后，不管是医保局组织会议沟通，或是发送反馈意见，医院都需要将建议形成书面材料，内容包括：问题描述+数据支持+明确建议+其他地区的政策借鉴。这一步也是关键，晓之以理，动之以情，如果建议合理，医保也会加以考虑。

在医疗场景下，参保人是委托人，医方是其治病权益的代理人，同时也是治疗患者的人，替患者决定治疗方式，用药用耗，医方在委托代理关系中既扮演了“决策者”又扮演了“实施者”。而医保支付方式改革通过统一的支付标准限制医疗资源使用，促使医方选择成

熟、性价比高的诊疗方式，侧面打破医疗信息壁垒，也是在维护参保人权益。因此，医疗机构推行支付方式改革需要到医保、医疗机构、参保人的多重目标均衡，医保和医疗双方需要加强沟通协商，共同维护参保人权益。随着支付改革的继续推进，医疗数据分析和信息挖掘的重要性会愈发明显，有数据支撑的建议往往更容易被医保局采纳，这不仅是医院和医保局“讨价还价”的筹码，也将是医院决策并实现长期发展目标的重要工具。

[返回目录](#)

DRG/DIP 后，对医疗行为、医院管理有哪些影响？

来源：金豆数据

与按项目付费相比，DRG/DIP“平均打包预付”的付费逻辑更加科学、精准、透明，在实现医疗服务精准定价的同时，也有助于挤压按项目付费的过度医疗水分，引导医疗机构产生提质、控费、增效的内生动力，同时也在一定程度上能够起到遏制欺诈骗保行为的作用。

目前的监管理念和监管方式仍延续按项目付费的监管思路与手段，存在监管依据不足、监管力量薄弱、监管力度不够、监管方式不健全等问题。因此，如何精准识别 DRG/DIP 付费下的异化行为，实施针对性的监管方式和监管制度，提升医保基金监管效能，前提是对 DRG/DIP 付费的异化行为类型、内涵和外延表现做出清晰界定。那么具体主要包含哪几个方面呢？让我们一起来看看吧~

一、医疗行为端

医疗行为异化发生于患者入院接受诊疗到出院结算的全过程，涉及咨询、问诊、诊断、检查、治疗、用药、护理、康复等环节。由于医疗的专业性和医患保三方信息不对称，医保部门难以对临床诊疗过程中医生的诊疗行为进行直接监管和实时监控，且这类行为具有较强隐蔽性，给医保基金监管带来巨大挑战。从具体行为表现来看，可以总结为七种类型。（见表 2）。

表2 医疗行为端的异化行为表现

维度	异化行为	内涵	外延表现
医疗行为端	挑选病人	调整收治病人的疾病严重程度，以病组(种)“结余率”为标准挑选病人的行为	(1)挑选轻症，挑选“结余率”更高的病患或病种收治入院；(2)推诿重症，减少收治易超支的重症患者，表现为低级别医院向高级别医院推、专科医院向综合医院推、民营医院住公立医院推及异地推诿等
	治疗不足	由于成本节约过度或降低超支额度导致病患治疗不足的行为，一方面影响医疗质量和康复水平，另一方面引发住院天数过度下降、低倍率病例占比过高、医疗机构整体结余率过多等现象	(1)缩短住院时间，导致过早出院、超短时间住院；(2)提前转院；(3)压缩住院单元内服务成本，如减少服务项目、降低替换临床用药、降低用药标准、减少出院带药量；(4)调整收治病人的疾病严重程度，如多个伴随性疾病只看其中部分疾病，从MCC降为CC、综合病种减少服务投入等
	过度医疗	为维持费用总额度、提高基准病组(种)权重(分值)、提升CMI值，使用非必要或过度的检查或治疗来增加医疗资源消耗的行为	(1)过度检查、套餐式检查；(2)无效的康复治疗；(3)过度手术、无指征手术；(4)治疗项目超出合理使用范围或与临床诊断不符，包括药物治疗、手术治疗和介入治疗等；(5)过度麻醉；(6)过度护理造成超长住院等
	术式升级	为获得更大利益，通过调整诊疗环节的治疗方案，使应入内科病组的病例进入权重更高的外科病组治疗，或者更换权重(分值)更高的外科手术式等行为	(1)内科医技化；(2)内科手术化；(3)内科操作化；(4)外科学术式升级等
	分解住院	未按照临床出院标准规定，人为将一次连续住院过程，分解成两次或两次以上住院治疗，或人为将参保人员在院际之间、院内科室之间频繁转科，以及拆解手术等行为。意在降低例均费用或分解高额收费以规避监管	(1)将院内转科治疗的患者办理出院再入院，包括同医院同病组(种)分解、同医院不同病组(种)分解；(2)将应延续治疗的患者办理出院再入院，造成重复住院；(3)拆解手术造成二次或多次住院；(4)将患者在医联体医共体之间、与其他医疗机构之间频繁互转，包括不同医院同病组(种)分解、不同医院不同病组(种)分解等
	费用转嫁	为获得更大结余或降低费用超支，将DRG/DIP服务包中的住院费用转嫁至其他支付项目(门诊、自费)或政策漏洞转嫁的行为	(1)住院期间要求患者门诊或院外购药、检查、自费购买高值药品或医用耗材等；(2)将患者术前所需的大型检查项目转移至门诊检查后，再办理手续收治患者入院；(3)住院期间将透析、康复等治疗转门诊治疗；(4)住院周转，对长期住院的患者人为分解住院，患者实际并未离开医院，而是动员患者自费住院一段时间后再以医保身份入院；(5)将本应入正常病组的病例转移到高倍率和特病单议政策，企图诱导医保按项目付费
	医疗质量下降	医疗机构为获得更大利益减少医疗投入或不按诊疗规范合理施治，造成医疗质量下降的行为，易在低倍率病例、有并发症或合并症病例、综合病种病例及超资源消耗病例中出现	(1)治疗不足等行为造成患者出院后的生存质量下降；(2)分解住院等行为造成患者再入院率增加；(3)将未达到住院标准的患者收治入院，造成患者在院感染或并发症的几率增加(在低倍率病例中常见)；(4)将合理的治疗方案升级为权重(分值)更高的手术操作或治疗方式，引发严重的医疗事故，在有并发症或合并症以及超资源消耗病例中常见

①挑选病人

DRG/DIP 打包支付确定了病组(种)的既定支付额度，在床位和诊疗资源有限的情况下，医疗机构会有计划地调整病源结构，出现以病组(种)“结余率”为标准挑选轻症入院、推诿重症病人，甚至向异地就医推诿等行为表现。

②治疗不足

在 DRG/DIP “支付天花板”效应影响下，医疗机构为了管控成本而过度控费，容易产生治疗不足问题，其结果一方面会影响医疗质量和康复水平，另一方面会引发住院天数过度下降、低倍率病例占比过高、医疗机构整体结余率过多等问题。

从实践来看，外科病例以缩短住院天数为主要表现形式，即对尚未达到出院标准的患者提前出院或转为康复治疗；内科病例主要表现为一旦费用接近基准支付额度，即要求病人出院。这些行为易在资源消耗较高的病组(种)中出现，容易引发患者出院后生存质量下降和再入院率提升等医疗安全风险。

比如，入组为“RE13 恶性增生性疾患的化学治疗和/或其他治疗，伴一般合并症或并发症”病例，但收费项目数据中缺少化疗药品明细，存在缩减必要服务项目行为。

③过度医疗

DRG/DIP 付费同样会产生过度医疗问题，其行为产生机理与按项目付费有所不同。在适应 DRG/DIP 支付规则后，医疗机构出于维持总收入规模和提高 CMI 指标值的考量，不会过度控制医疗总费用，反而存在过度医疗的行为动机，通过冲高医疗费用等方式来抬高基准病组(种)的权重(分值)、提升 CMI 值。同时，医保现行的价格政策对过度医疗行为也产生了一定影响，在 DRG/DIP 的病组(种)成本中，药品和耗材由于谈判与集采政策的影响而大幅度降价，但体现医务人员劳务

价值的医疗服务价格调整却不及预期，医疗服务提供方会为维持总费用额度会产生过度医疗的行为表现。

④术式升级

DRG/DIP 基于主要诊断进行分组，主要诊断不同支付标准亦不同，一般而言，操作病组(种)比保守治疗病组(种)的支付额度高，外科手术病组(种)比内科治疗病组(种)的支付额度高。

因此，在治疗环节，医疗机构为获得更大利益，容易出现人为地调整治疗方案、改变病例入组结果而导致术式升级的异化现象，通常表现在内科医技化、内科手术化、外科术式升级等行为。

不同学科的具体表现形式不同，儿科、中医内科、康复科因分组少、权重低、费用少，易出现内科外科化行为；重症、血液、感染等学科的费用和诊疗方案变异性大，而现行的 DRG/DIP 政策对疾病风险等级(伴有并发症和合并症)的认定较为粗略，如 DRG 技术规范中仅划分为“没有、有、严重”三类，因此医疗机构会利用疾病风险等级调整方法较粗的技术特点，人为调整手术级别和手术数量来增加资源消耗、获取更多医保支付额度。

例如，病例实际为肿瘤支持治疗，应进入内科组，医院上传诊断为肿瘤化学治疗，上传静脉注射化疗药物操作，进入 RE1 恶性增生性疾患的化学治疗和/或其他治疗组。

⑤分解住院

DRG/DIP 付费是对单次住院的费用进行打包支付，医疗机构为避

免实际费用超过打包额度或获得更多结余额度，可能通过分解住院来降低次均费用，或者分解高额收费来规避监管，即将一次完整的住院治疗或手术过程进行拆解，从而获得两次及两次以上 DRG/DIP 结算的行为称为分解住院，这类行为常见于疑难危重症等资源消耗较高的病组(种)或者伴有合并症或并发症的病例。

另外，出院 14 天内无正当理由未向经办机构报备的连续住院也视为分解住院。比如，患者诊断为“r06.501 鼾症，行手术扁桃体伴腺样体等离子切除术”入院 5 天，术后 24 小时内患者再次入院，并诊断为“t81.005 手术后扁桃体出血”，明显将术后的延续治疗分解为二次住院。

⑥费用转嫁

DRG/DIP 付费后，医疗机构为了获得更多支付结余或减少超支，会出现费用转嫁行为，从患者和医保身上获取额外的费用补偿。常见的费用转嫁包括向门诊和自费部分嫁转，向门诊嫁转主要表现为住院层面的费用转移到门诊支付，如住院部分的检查和检验项目放在门诊自费收取；向自费部分嫁转除了表现为常规地向目录外转嫁，还有引导患者或家属到院外自费购药等行为，例如，部分肿瘤患者入院后所需的化疗、靶向治疗、免疫治疗等高值药品。

此外，费用转嫁还需关注医保高倍率和特病单议等政策漏洞的隐蔽异化行为，目前诸多地区制定了高倍率、特病单议、创新除外等按项目豁免的配套政策，在高倍率病例界定不严格、豁免支付门槛设置

较低、医保审核较宽松的情况下，医疗机构会出现利用这种政策红利反向诱导按项目支付的费用嫁转现象。

⑦医疗质量下降

医疗机构在应对 DRG/DIP 付费过程中，由于过度控制医疗费用容易忽视医疗服务质量，医疗投入的缩减和不规范的诊疗会引发医疗质量下降的后果。医疗质量下降风险容易在低倍率、有并发症或合并症、综合病种、超资源消耗等病例中出现。

喜欢的话记得关注 金豆医疗数据，更多 DRG/DIP 知识为您输送。

二、医院管理端

医疗机构如果不能正确转变运营管理理念，及时调整内部管理机制以适应 DRG/DIP 付费，很容易引发医院管理行为异化(见表 3)。其中，编码套高、低标准入院和医院不合理的绩效分配问题是 DRG/DIP 付费后医保部门和医疗机构应关注的重点，具体分析如下。

①编码套高

编码套高行为是 DRG/DIP 付费下最典型的异化行为表现，也是医保基金监管的重难点。医疗机构为获取更高额度的医保结算费用，通过编码员调整诊断和编码填写，产生以支付标准较高的诊断或手术替换支付标准较低的诊断或手术，或者上传实际未发生治疗行为的诊断或手术高套编码，或者拆分诊断和手术编码等行为。比如，病例上传诊断编码为 I63.900(脑梗死)，经医保审核，实际诊断应为 I63.801(腔隙性脑梗死)；或在医疗费用明细中，缺少诊断相关的药品

耗材等项目，这些行为就属于编码套高行为。

表3 医院管理端的异化行为表现

维度	异化行为	内涵	外延表现
医院管理端	编码套高	人为地改变诊断和编码,以支付标准较高的诊断或手术替换支付标准较低的诊断或手术,或上传实际未发生治疗行为的诊断或手术,使病例进入更高权重(分值)组,以获得更多医保付费额度的行为	(1)高套诊断,包括主诊断或主手术与收费不匹配、主诊断和用药不匹配、手术或诊断与治疗无关联、入院诊断与出院诊断不一致等;(2)编码拆分,将联合诊断、联合手术编码拆分填写;(3)高套合并症/并发症造成过度编码(含重复编码),即在缺乏临床证据条件下选择病情较重的编码以进入合并症并发症病组等
	编码套低	为了减少低倍率病例,上传不精确的诊断或手术编码,或选择不正确的主诊断和手术,使病案入组到权重(分值)较低的病组(种),以获得更大结余或降低超支额度等行为	(1)上传不精确的手术编码造成笼统手术;(2)上传不精确的诊断编码造成笼统诊断;(3)入组错误造成主诊断与收费项目冲突;(4)漏传重要并发症或合并症等
	分解收费	将本应合并收取的诊疗服务项目费用分解成多项费用分别收取,或将诊疗项目内涵中已包含的内容单独计费、重复计费,或为达到控费/更多结余目的而不收和少收等行为	(1)按照主诊断入组的治疗费用中,包含其他治疗项目费用;(2)两项或多项收费项目属于不可同时收费的同类型项目,造成重复收费;(3)缩短住院天数、在床住院却没收费以减少住院费用
	病程编撰	虚假编撰患者的病程记录,对诊断资料进行不适当的编码和分类,造成病例进入更高权重(分值)病组的行为	(1)上传实际未发生的主要诊断或手术项目,或增加不存在的并发症和合并症;(2)将已经发生的主要诊断和手术进行编码拆分,造成联合诊断、联合手术;(3)病例造假
	更换项目	无视项目内涵,将实际发生的治疗项目替换为未发生的项目收费,包括用低标准的收费项目套用高标准的收费项目,或用无收费项目的项目套用相近相似的收费项目,或将不能报销的项目变通为能报销的项目上传并实现医保报销的行为,以达到控费或更多结余目的	(1)将医保目录外项目替换为医保目录内报销项目收费;(2)将实际使用的药品耗材替换为目录内价格更高的药品耗材收费;(3)将实际使用的治疗项目替换为价格更高的项目收费;(4)违反诊疗规定使用价格更高的治疗项目,造成患者实际情况与收费项目不符;(5)无医嘱收费
	低标准入院	降低入院指征或将不符合入院标准的参保病人收治入院的行为,在低级别和基层医疗机构中较为常见	(1)出院结算费用明细中,检查检验占比高,无药品和治疗相关费用,属于体检住院、无指征入院;(2)收治仅需门诊治疗的轻症患者入院治疗;(3)挂床住院;(4)日间手术住院;(5)门诊治疗住院等
	冲量行为	在疾病谱没有明显变化的情况下,医疗机构结合自身的服务能力,针对“盈余率”更高的病组冲量,使医疗服务总数量和总权重大幅增加,导致住院人次、RW总值增长异常的行为	分为“明冲”和“暗冲”两种类型:(1)DRG点数法和DIP支付中的“明冲”现象,表现为月预结算和年末清算分值(点值)下降;(2)DRG费率法中的“暗冲”现象,表现为年末清算时固定费率的结算标准与清算总额间出现偏差,即基金超支
	减少病患收治总量	主动减少医院收治病患的数量来控制医疗总费用的行为,此种情况并非为提高诊疗质量或引导分级诊疗,而是避免费用超支造成亏损	(1)不合理的提高入院标准和控制入院数量,导致短期内住院率环比明显下降、门诊费用有明显增加;(2)疑难危重症患者转院率上升;(3)不合理地裁撤科室或床位等
	不合理的绩效分配方案	医院为激励医生创造更多“利润”、减少费用超支,按照传统的绩效分配方式,制定不合理的绩效激励和分配方案的行为	(1)将DRG/DIP病例盈亏直接与医生绩效挂钩;(2)要求科室和医生分摊DRG/DIP超支费用的“连坐制”现象等
	不合理的辅助诊断和决策信息系统	为达到控费或更多结余目的,使用不合理的辅助诊断和诊疗决策系统等行为,干扰医生正常诊疗	(1)将辅助诊断系统嵌入医生诊断操作平台,提醒医生填写“最优诊断”“利润率更高”诊断或修改诊断等;(2)推测医保DRG月度每点数费用,用信息系统指导医生按照预付费标准收治病人和诊断决策

在设置了基础病组(基层病种)政策的统筹地区,大型医疗机构为抢占资源、提高收入,可能会通过编码套高和术式升级等方式实现对基础病组(基层病种)“换马甲”的目的。这类情形易造成医疗资源下沉受阻,脱离真实的诊断数据也不利于DRG/DIP分组的调整和优化,对次年权重计算造成影响。

②低标准入院

如果政策设计对二级和一级医疗机构的倾斜支持力度不够,可能

会引发市场的不完全竞争问题，即“优者更优，弱者更弱”的竞争现象。大型三级医院在区域内具有诊疗技术、管理能力、学科和专家方面的绝对竞争优势，如果一步到位实行区域总额预算，不对大型三级医院进行总额约束，可能会使低级别医疗机构的生存空间受到挤压。为了生存和发展，反而会倒逼低级别医疗机构出现“填充床位”的低标准入院行为，比如通过无指征入院、体检住院、轻症入院、门诊住院等方式增加收治患者数量。通过调研发现，例如，患者入院3天后出院，上传诊断为泌尿系结石，无任何手术及操作，住院期间未发生有效治疗，医疗费用中检查检验占比极高，存在低标准入院行为。

③医院不合理的绩效分配

由于缺乏科学的管理理念，医院管理部门通过不合理的激励机制和绩效分配方式，单纯地将DRG/DIP病例的盈亏与医生绩效考核和薪酬支付直接相挂钩，甚至出现科室“连坐制”分摊超支费用的现象，从而导致科室和临床医生背离“合理诊疗、因病施治”初衷，对患者做出不合理的诊断和操作。此类异化行为在目前适应DRG/DIP付费改革的医院绩效管理中的出现频率不断上升，值得引发医保监管部门关注。

三、数据质控端

病案首页和医保结算清单所反映的医疗数据是DRG/DIP付费的定价基础，数据质控水平直接决定了DRG/DIP分组的科学性和权重(分值)的合理性。从具体行为表现来看，数据质控异化行为可以总结

为三种类型(见表 1)。

表1 数据质控端的异化行为表现

维度	异化行为	内涵	外延表现
数据质控端	病案质量低	非因能力不足或客观大意导致的主要诊断或主要手术操作选择不正确、编码填写不准确等,造成病例入组错误或者无法入组的行为	(1)主要诊断或主要操作选择不正确,将诊断中权重更高的疾病诊断作为主要诊断;(2)诊断编码填写不正确,与医保编码不统一;(3)重复填写或漏传诊断编码、手术操作编码;(4)病例出现概念和逻辑错误,造成诊断编码或手术编码与性别年龄不符,诊断与新生儿体重不符;(5)填报无效主诊断;(6)多个诊断编码或手术编码之间相互冲突;(7)诊断与离院方式不符等
	医保结算清单异化填写	医疗机构在医保结算清单填写过程中产生规则理解扭曲和异化问题,为获得更多支付额度,将资源消耗作为主要诊断唯一填写标准,对支付诊断进行“修改”或“纠缠”,造成填写不符合医保审核及结算需求的行为	(1)主手术缺失;(2)主手术无对应治疗项目;(3)刻意调整主诊断或主手术或调整次序等
	分组数据不真实	由于按项目付费时期基础数据“水分”大,药品和耗材集采等政策影响收费项目价格,造成病组(种)的支付标准明显高于或不符合实际资源消耗的情况,从而引发异化行为	(1)医疗资源消耗和入组标准不匹配;(2)病组(种)支付标准不科学、定价不合理等政策端问题,导致医疗机构产生过大结余或超支偏差;(3)引发部分病组(种)病例数异常增长等现象

①病案质量低

病案首页信息填写过程中容易出现主要诊断及主要手术操作选择和编码填写错误等情况,比如年龄缺失或异常、主诊断编码错误等现象。这种错误并非是因编码员能力不足或客观大意造成的,从异化视角而言,是一种基于利益动机的主观刻意行为,会直接造成病案首页合格率下降,导致后续病例正确入组和医保审核的低效率。以 DRG 付费为例:

病案上传诊断为 [k85.902](急性重症胰腺炎)、[e11.100](2 型糖尿病伴有酮症酸中毒)、[e14.900](糖尿病不伴有并发症),其中 e14.900(糖尿病不伴有并发症)与 e11.100(2 型糖尿病伴有酮症酸中毒)相互冲突。

②医保结算清单异化填写

DRG/DIP 依据主要诊断进行病例组合,不同诊断对应不同的编码和支付标准。临床层面的病因诊断是以患者住院原因和所需手术操作为填写依据,医保层面的支付诊断则是以医疗资源消耗情况为主要诊

断依据，二者标准不一致。医保结算清单填写应符合医保审核及结算要求，否则会影响上传数据质量，而在主要诊断填写与病案/清单质控过程中，会出现医疗机构将“资源消耗作为主要诊断唯一填写标准”的规则理解扭曲和异化问题。

比如：

在病例入组过程中，医疗机构混淆诊断和编码在不同医院、不同学科之间的差异，通过系统提示或人工审核等方式，刻意对结算清单中的诊断编码和手术操作编码进行调整，使病例进入“更合适”的病组，以达到减少亏损或获得更多医保基金结余的目的。

③分组数据不真实

DRG/DIP 付费改革初期，分组数据主要源自按项目付费，这些存在过度医疗、无效医疗和虚假医疗的数据“水分”含量大，如果不经科学和规范处理，容易导致分组不科学，造成病组(种)的支付标准明显高于或不符合实际资源消耗的情况，特别是常见病、多发病和权重低的病组(种)更容易出现“虚高”问题。

同时，药品、耗材集采政策导致很多收费项目价格变化较大，而用来测算病组费用的历史数据没有充分考虑此因素影响，从而影响了支付标准测算的合理性。分组数据不真实为医疗机构利益最大化提供了异化空间，比如某地医保部门监测到某些医疗机构部分 DRG 病组/DIP 病种的病例数异常增长，稽核结果显示这类病组(种)的医保支付结余率相对较高，导致医疗机构为获得更多利益刻意将诊断与编码

向这类病组(种)高靠。

[返回目录](#)

· 带量采购 ·

多地密集推进！耗材挂网、支付变了

来源：医药网

伴随着医改深入，医保编码正在成为耗材流通的重要一环。未来几年，各地将进入规范耗材支付管理的关键时期。

01、广州、重庆发文，未按时维护或将影响挂网交易

7月5日，广东省广州公共资源交易中心也发布了《关于开展产品医保耗材编码更新维护工作的通知》。



广州的通知指出，本次开展的医保耗材编码(含 27 位码)维护工作包括耗材基础库所有品类(国家未赋码的除外)。

三、维护方式及要求

(一)请企业自行登录广州医用耗材采购交易平台(以下简称:平台)(<https://gpo.gzggzy.cn>)基础库,在“产品管理”→“产品列表”→“更新医保耗材代码”功能模块进行维护更新。企业未按时维护导致影响交易的,相应责任由企业自行承担。

此前未在平台申报产品的企业,新增产品必须填写医保耗材编码

(含 27 位码)，如产品申报医保耗材编码未获批，需在申报时备注原因并承诺获批后及时在平台更新。

企业须对维护及提交信息的真实性、有效性、合法性负责。对提交及填报虚假信息的企业，一经查实或经举报核实，平台将如实向有关监管机构报送并按照招采信用制度进行评级，由此产生的相应责任由企业自行承担。对于未按时维护耗材医保编码的企业相关产品暂不予挂网交易。

7 月 6 日，重庆药品交易所发布《关于进一步做好维护国家医保医用耗材代码工作的通知》。



根据通知，此次维护包括属于国家医保医用耗材分类目录范围，企业已在国家医保局“医保医用耗材分类与代码数据库动态维护”维护且通过公示进入国家医保医用耗材分类与代码数据库的产品。

三、操作方法

(一) 挂网产品导出。相关企业登录平台，进入“器械管理”》“医保代码管理”》“医保耗材代码维护”导出本企业需维护的挂网产品EXCEL列表。

(二) 信息维护。下载导入模板，根据所导出的产品列表，对比国家医疗保障局编制医用耗材信息，按照导入模板的EXCEL表格填写产品对应的最新国家医疗保障局公布的最新国家医保耗材分类代码及流水号。

(三) 国家医保耗材代码导入。挂网产品与国家医保耗材分类代码及流水号信息匹配成功后，再将EXCEL表格导入。

此次通知中并未给出具体的截止时间，但明确提出，已在平台中

挂网的医用耗材，企业应及时做好医保代码维护工作。如后续国家医疗保障局公示新批次国家医保医用耗材分类与代码数据信息，此项工作继续进行。

通知强调，平台按技术规则对已挂网同一产品不同型号进行拆分，若在对码过程中同一产品存在因挂网申报时未拆分型号信息而导致无法对码的产品，企业提交撤销挂牌申请后重新申报，平台对该类产品开通器械产品挂网审核经办业务常态化绿色通道，高耗类产品按原价格发布，不再另行采集。

02、通用名制度，打通耗材流通各环节

国家医保局指出，长期以来，我国获批上市的医用耗材数量巨大，种类庞杂，价格水平千差万别，地区间医保支付范围、口径也存在较大差异。

今年5月，国家医保局官网发布《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知(征求意见稿)》(简称《意见稿》)，明确提出，要推进耗材分类和代码统一，明确纳入医保支付的范围。

具体包括：各省要扎实推进国家医保医用耗材代码应用，及时按照国家医保局制定的医用耗材分类与代码数据库做好更新，提高医用耗材代码应用的准确性、规范性，实现医用耗材带码采购、带码使用、带码结算，确保医用耗材分类与代码全国统一。

本次意见稿还提出，国家医保局将研究建立医保医用耗材通用名管理制度，以医保医用耗材分类与代码数据库为基础，确定与医保支

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

医保通用名管理制度铺开，耗材市场流通的各个环节，包括遴选、采购、配备、使用、支付、结算管理等环节将受到透明化、精细化管理，尤其是支付环节。

以往常有企业在耗材的招采和使用环节，利用大小规格耗材价格倒挂、耗材超适应症使用等手段“打擦边球”，从而实现牟利目的。

通用名制度的建立，对耗材的分类进行了规范，使得大量“打擦边球的耗材”，从此失去进入医保目录的机会，甚至有可能被剔除收费项目。

03、“一品一码”重塑市场格局

健康服务运营管理专家仲崇明表示，就像“车同轨，书同文”，统一医保耗材编码属于基础设施建设，未来对集采、支付、监管都有深远影响。

《意见稿》提出，要在“十四五”期间实现各省域范围内医用耗材支付范围的统一，然后持续推进，最终实现医用耗材医保支付范围全国统一。

近日，北京市医保局发布《关于进一步加强本市药品、医用耗材阳光采购管理有关事项的通知》，明确提出，要进一步加强北京市药品(含化学药品、生物制剂、中成药、中药饮片和中药配方颗粒，下同)、医用耗材全面阳光挂网采购管理，常态化制度化推进北京市药

品、医用耗材集中带量采购工作。

其中，医用耗材全面对接国家医保医用耗材分类与代码，纳入北京市医疗保障信息平台药品和医用耗材招标采购管理子系统数据库的所有医用耗材均属于本市医用耗材阳光挂网采购范围。

北京的通知明确指出，全市范围内按要求参加药品、医用耗材阳光挂网采购和集中带量采购的所有医疗机构均应在招采子系统开展相关产品网上采购，做到全品种全用量网上采购。

仲崇明表示，目前对于官方而言，应该确保“一个不落”地做好企业宣教，避免消极被动，避免最终导致企业产品交易受到影响，尤其是那些“僵尸”产品及交易量小的产品。

他表示，“一品一码”对产品信息监测、价格改革、使用规范、流通治理都能找到抓手，无论是由医保或医院发起，集采都有了非常可靠的基础数据支持。

目前，全国统一的医疗保障信息平台已基本建成，伴随着医保编码工作逐步推进，耗材招采和使用环境也在发生着变化，省际、品牌之间的价格情况，也将更加清晰，各地的耗材价格也将逐步趋于精确化。

[返回目录](#)

耗材国采第四批消息传出，眼科+骨科的价格要联动

来源：智采科技

根据意见稿(非官方)，第四批国采人工晶体类和运动医学类相关

耗材集中带量采购周期为 2 年，以不低于医疗机构填报需求量的 80% 作为本次集中带量采购的意向采购量。

国家组织高值医用耗材联合采购办公室文件

关于征求《国家组织第四批高值医用耗材集中带量采购方案》（征求意见稿）意见的函

国家组织高值医用耗材联合采购办公室各成员单位：

为深入推进高值医用耗材集中带量采购改革，促进价格回归合理水平，减轻患者负担，降低企业交易成本，按照《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》（医保发〔2021〕31 号）要求，国家组织高值医用耗材联合采购办公室起草了《国家组织第四批高值医用耗材集中带量采购方案》

综合考虑医疗机构需求量和企业供应能力划分 A、B 竞价单元，企业以竞价单元申报价格，每一个竞价单元的所有产品仅允许有一个申报价。

一、中选规则

同竞价单元内以企业为单位开展竞价，不同竞价单元按基本相同的中选规则，通过价格竞争产生中选企业。

采用适当方式，平衡同一竞价单元内不同企业的中选产品价格差异，平衡同一产品类别内 A、B 竞价单元间的中选价格水平差异。

在保证公平竞争、保持竞争强度、去除虚高价格空间前提下，促

进更多企业中选，增强预期稳定性。

二、量分配原则

中选产品按照报价由低到高进行排名，根据排名先后梯度分配基础量。未分配的及未中选产品的意向采购量作为剩余量，剩余量分配时，在医疗机构自主选择的基础上，对中选顺位靠前的企业予以倾斜，对中选顺位靠后的企业适当约束。

亮点

本次国采，相对之前三批国采，最大的亮点在于，在带量采购方案中加强了对“非中选产品”以及“未带量产品价格”的管理：

意见稿明确做好非中选产品挂网。采购周期内，未中选产品或新获批产品可参照同一产品类别最高中选价的一定比例形成合理价格，在各省挂网。不符合以上要求的非中选产品，各省级采购平台应加以约束。

同时明确合理形成未带量产品价格。纳入本次集中采购但未带量的产品，将由天津市组织开展限价挂网、竞价挂网工作，其他省份参照联动。

耗材国采第四批相关产品清单

人工晶体类相关耗材产品类别

序号	耗材品种	分组规则	产品类别
1	人工晶体 (含推注器)	按功能	非球面单焦点
2			双焦点
3			三焦点
4			景深延长
5	粘弹剂	—	粘弹剂

运动医学类相关耗材产品类别

序号	耗材品种	分组规则	产品类别
1	带线锚钉	按材质	钛合金带线锚钉
2			PEEK 带线锚钉
3			可吸收带线锚钉
4			全缝线带线锚钉
5	免打结锚钉	按材质	钛合金免打结锚钉
6			PEEK 免打结锚钉
7			可吸收免打结锚钉
8	固定钉	按功能及材质	钛合金界面固定钉
9			PEEK 界面固定钉
10			可吸收界面固定钉
11			横穿固定钉
12			软组织固定钉
13	固定板	按设计	可调式
14			不可调式
15	修复用缝线	—	修复用缝线
16	软组织重建物	按功能	人工韧带
17			半月板修复缝合耗材
18			半月板修复双针耗材
19	骨类重建物	按材质	人工合成骨
20			骨形成蛋白
21			异种骨
22	过线器	—	过线器

[返回目录](#)

• 他山之石 •

从国内经验看医疗器械医保支付前路

来源：北京医药卫生经济研究会

2022 年我国医疗器械市场规模达 9573.4 亿元，预计 2023 年我国医疗器械市场规模将达 10564 亿元。医疗器械行业的快速发展与问题频发共生，从而造成医疗资源的浪费，出现参保人多花钱、医保基金多支出的现象。

2020 年国家医疗保障局发布《基本医疗保险医用耗材管理暂行办法(征求意见稿)》提出综合考虑医用耗材的功能作用、临床价值、费用水平、医保基金承受能力等因素采用准入法制定《基本医疗保险医用耗材目录》，并定期更新、动态调整，逐步明确医保支付标准。随后，2021 年国家医疗保障局再次发布的《基本医疗保险医用耗材支付管理暂行办法(征求意见稿)》提出国家基本医用耗材支付实行医保通用名管理、医用耗材医保支付实行准入管理；明确医用耗材的支付范围、支付标准和具体医保支付方式。今年 5 月 19 日，国家医保局发布《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知(征求意见稿)》，再次明确加强医用耗材医保支付管理的目标是让医用耗材医保分类更加规范，支付管理更加科学高效，要立足现状，确保支付范围总体稳定，同时探索推行按通用名管理，也强调要适应医疗服务价格改革“技术劳务与物耗分开”的原则。

目前，我国部分地区的已先行实践，给出医疗器械医保支付的改革经验、提出医疗器械医保支付的政策路径。

一、国家整体针对医疗器械医保支付的规划

从全国层面来看，医疗器械医保支付与 DRG/DIP 支付是不可分割的趋势，《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》要求，从 2022 到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务。到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 付费方式改革工作；到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的

开展住院服务的医疗机构。在 DRG/DIP 全覆盖的趋势下医疗器械类产品的定价与医保支付是目前需要重点关注的问题。

目前针对医疗器械的医保支付管理在国家层面仍然缺失，但聚焦到医用耗材来看，2019 年国务院办公厅印发《治理高值医用耗材改革方案的通知》(以下简称《方案》)要求理顺高值医用耗材价格体系，完善高值医用耗材全流程监督管理，针对总体要求对各部门重点任务进行分工，国家医保局牵头任务见表 1。

表 1 治疗高值医用耗材重点任务分工

重点任务	负责单位	完成时限
完善价格形成机制，降低高值医用耗材虚高价格		
逐步统一全国医保高值医用耗材分类与编码，探索实施高值医用耗材注册、采购、使用等环节规范编码衔接应用。	国家医保局、国家药监局、国家卫生健康委	2020 年底前
建立高值医用耗材价格监测和集中采购管理平台，加强统计分析，做好与医保支付审核平台的互联互通。建立部门间高值医用耗材价格信息共享和联动机制，强化购销价格信息监测。	国家医保局、海关总署、国家药监局	2020 年底前启动，持续推进
建立高值医用耗材基本医保准入制度，实行高值医用耗材目录管理，健全目录动态调整机制。	国家医保局、财政部	2020 年 6 月底前出台准入管理办法
完善分类集中采购办法。对于临床用量较大、采购金额较高、临床使用较成熟、多家企业生产的高值医用耗材，按类别探索集中采购，鼓励医疗机构联合开展带量谈判采购，积极探索跨省联盟采购。	国家医保局	2019 年下半年启动，持续完善集中采购办法
取消医用耗材加成。	国家医保局、国家卫生健康委、财政部	2019 年底前
制定医保支付政策。	国家医保局、财政部、国家卫生健康委	持续推进
规范医疗服务行为，严控高值医用耗材不合理使用		
加强医保定点医疗机构服务行为管理。	国家医保局	持续推进
完善配套政策，促进行业健康发展		
合理调整医疗服务价格。	国家医保局、财政部、国家卫生健康委	持续推进
深化医保支付方式改革。	国家医保局、国家卫生健康委、财政部	持续推进

《方案》规定了接下来在治理高值医用耗材时我们的工作方向，并且已经明确提出在未来，耗材的管理将实施准入管理并制定目录进

行动态调整。根据《方案》的分工，国家医保局于2021年11月出台了《基本医疗保险医用耗材支付管理暂行办法(征求意见稿)》(以下简称《办法》)，今年5月出台《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知(征求意见稿)》(以下简称《通知》)，针对医用耗材的医保支付范围和医保支付标准的确定与调整办法进行规定，结合两版征求意见稿，确定国家基本医用耗材支付实行医保通用名管理，医用耗材医保支付实行准入管理，这将正式改变部分医保统筹地区仍在使用的排除法报销或规定部分可以医保支付一次性医用材料的模式。

基于以上两点，首先需夯实医保支付管理基础，做到医用耗材带码采购、带码使用、带码结算，医用耗材分类与代码全国统一，以医保医用耗材分类与代码数据库为基础，确定与医保支付管理相适宜的通用名命名规范；其次现阶段已经建立全省统一的医保医用耗材目录的地区，暂以国家医保医用耗材分类与代码为基础，逐步向医保通用名管理过渡。现阶段尚未建立全省统一的医保医用耗材目录的地区要推进该项工作，对于通用名管理较为成熟的耗材类别，国家将逐步制定全国统一的基本医保医用耗材目录(以下简称《耗材目录》)。《办法》和《通知》中整体规定了未来对于医用耗材如何进行医保支付管理，规定的内容与工作的流程与目前基本医疗保险药品目录的支付管理是较为一致的，在准入管理为大前提的情况下，如何进行医用耗材的评价与支付标准的确定以及支付方式的明确是接下来的重要任务。

针对两版征求意见稿中已经初步规划的条目做重点分析见表 2。

表 2 《办法》&《通知》内容提炼

	文件内容	重点问题
支付范围	通过制定以下简称《耗材目录》确定医用耗材支付范围，目录动态调整	首个目录确定的标准、目录调整的具体规则、调整周期（定期/申报即调整）、调整方式（谈判/简化审查）
管理方式	通过评审的医用耗材，独家品种进入谈判环节，根据谈判结果确定是否纳入《耗材目录》。非独家品种按程序直接纳入《耗材目录》。	
退出机制	通用名管理 非治疗性康复器具、临床价值不高、价格失信的医用耗材不得纳入《耗材目录》。评估安全性、经济性风险大于收益的，医疗器械主管部门撤销、吊销、注销医疗器械注册、批准文件的，有关部门列入负面清单的医用耗材，经专家评审后原则上直接调出《耗材目录》。	
支付标准	探索以准入谈判等方式合理确定部分高值医用耗材支付标准。新增通用名下的独家品种原则上通过谈判确定首次医保支付标准；集中带量采购中选产品按相关规定确定支付标准。纳入集中带量采购范围的医用耗材，中选产品的医保支付标准按照中选价格确定，非中选产品的医保支付标准不得高于类别相同、功能相近中选产品的最高中选价格；对功能和用途相同、材质和特征相似、临床可相互替代、医保管理趋同的医用耗材，可制定统一的支付标准。	医用耗材产品的功能类似性的判断
支付方式	建立与 DRG、DIP 支付方式改革等政策的协同推进机制，形成正向叠加效应。医保医用耗材的具体支付方式原则上由省级医疗保障行政部门或统筹地区确定。鼓励各地将目录内医用耗材纳入按病种分值付费、按疾病诊断相关分组付费等打包支付范围。	

同时，医保局发布《医保医用耗材“医保通用名”命名规范(征求意见稿)》，“医保通用名”用于全国医疗保障医用耗材目录准入、挂网采购、医保支付和基金监管，建立“医保通用名”动态调整机制。

二、地方针对医疗器械医保支付的新尝试

1、上海

2022 年 5 月上海市医保局发布《关于部分医用耗材纳入本市基本医疗保险支付范围并完善支付办法有关事项的通知》（以下简称

“《支付通知》”)以及《关于部分医用耗材试行按绩效支付的通知》(以下简称“《绩效通知》”),规定了上海从参保人员和医疗机构两个层面着手,对于部分医疗器械的医保支付管理试点调整的具体内容。

《支付通知》规定共计 30 个医用耗材条目新纳入该市基本医疗保险支付范围,新纳入器械实行甲乙类分类管理,甲类按上海基本医疗保险规定支付,乙类需参保人员先行自负 20%,其余按照规定支付。同时,已经纳入医保支付的外周血管、神经血管疾病介入治疗、心脏介入治疗以及使用骨内固定材料、心脏起搏器、脑起搏器、心脏瓣膜、密网支架、门诊用造口袋等 26 个耗材品种,调整为按比例支付,按照乙类耗材进行支付。

表 3 30 个具体医用耗材品种

分类	耗材品种
甲类	腹壁修复材料、注药针、输液泵及导管、可吸收缝合线、胰管支架、输尿管支架、食道支架、气管支架、胆道支架、肠道支架、超声刀头、重返真腔导管、直线型吻合器、腔镜吻合器、血管吻合器、胃肠吻合器、肛肠吻合器、钉匣、神经阻滞麻醉器材、组织钳、宫颈扩张导管、输注泵
乙类	载药缓释微球、心脏瓣膜(折叠)、瓣膜输送配件、旋切导管(外周)、心腔超声导管、消融导管(血管斑块)、胰胆导引导管、前列腺扩裂导管

《绩效通知》中提出,6月15日起,上海市同时将医用耗材支付与绩效结合,选取 2 个耗材作为试点率先开展按绩效支付,分别为植入器材和手术器材类的心脏瓣膜(折叠)与心腔超声导管。

每年 2 月起,对定点医疗机构上一年度使用的上述 2 个医用耗材,按《绩效通知》分别对 2 个医用耗材规定的绩效评价指标进行考核。开展例数少于 30 例的医疗机构不纳入考核。达到指标要求的,全额

支付;未达到指标要求或填报例数低于医保结算例数 90%的,根据医用耗材医保支付部分的费用(按医用耗材医保交易金额*医保基金平均支付水平(80%)测算)扣减 5%。

总结来看,上海针对医用耗材医保支付的特点归纳为两点:一是,实行分类管理,支付方式的差异体现在支付比例上;二是,试点进行按绩效支付,将医用耗材的使用与医保支付的费用结合,借此可以控制医用耗材的滥用。

2、北京

(1)除外支付模式

2022 年 7 月,北京医保局《关于印发 CHS-DRG 付费新药新技术除外支付管理办法的通知(试行)》文件规定,符合文件要求的医疗器械可以申请医保除外支付,医疗器械申报范围为①三年内(指含申报年度及之前的两个自然年度,下同)经药监部门批准上市的新通用名医疗器械;三年内由于价格调整新增的可另行收费的医疗器械②获得国家医疗保障局医保医用耗材分类与代码③符合相关价格政策规定④临床效果较传统医疗器械有较大提升⑤对 DRG 病组支付标准有较大影响⑥全市累计基本医疗保险参保人员病例达到 50 例以上,罕见病不受例数限制。

符合申报范围的医疗器械可以依据文件规定提交申报材料,接收北京医疗保险事务管理中心审查,具体工作程序见图 1。



图 1 北京 CHS-DRG 付费新药新技术除外支付工作程序

(2) 北京尝试的特点

北京医疗器械的医保支付尝试则是在整体推进 DRG/DIP 支付的形势下，将部分创新医疗器械排除在外，单独支付，给予创新医疗器械厂家创新以及医生更多自由的空间，但对于申报范围的规定较为严格，实际在落地时能够获得除外支付的器械产品情况仍有待观察。

三、总结

目前我国医疗器械的医保管理仍以耗材类为主，涉及低值和高值医用耗材。根据现行医疗服务价格政策，医用耗材的支付政策主要为两种方式，一是打包计价收费，计入医疗服务价格项目，不对医用耗材单独收费；二是可单独收费医用耗材，以医疗服务价格项目“除外内容”体现，市场价格波动较大、使用数量和规格不可预先确定的，可以单独收费。目前各省跟随医疗服务价格改革的进程已经逐步进行“技耗分开”的工作，重有形物资消耗要素、重物耗成本补偿、轻技术劳务消耗要素、轻人力消耗补偿的医疗服务价格项目现状将逐渐改变，短期内医用耗材的医保支付将适应这一原则，制定符合其价值的医保支付标准，并与技术劳务分开，实现医用耗材的精细化管理。

完全失能老人市场化的长期照护保险研究

来源：社科院

近年来，党和国家领导人一再强调民生问题要“保基本、托底线、救急难”。从老年服务的角度看，目前中国的2亿老年人口中，处境最为艰难的是完全失能老人。有研究表明，在中国，完全失能的老人有1200万之多，正在加速的老龄化的进程会使这个困难群体的规模进一步扩大。当一个老人日常生活完全不能自理而时刻需要别人照料服侍时，其生活情境的窘迫是可想而知的。加上人力资源配置的市场化，劳动力流动成为经济常态；家庭规模的小型化，又使“核心家庭”乃至“空巢家庭”成为社会常态。这样的经济社会发展趋势，更进一步加剧完全失能老人长期照护的困境。所以，当务之急，是立即考虑制定对完全失能老人提供社会化长期照护的政策乃至形成稳定的制度。

2014年8月，国务院颁布了《关于加快发展现代保险服务业的若干意见》，目标是要让现代保险服务业真正成为中国社会应对社会经济风险的有效保障机制。同年10月出台的《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》，更是直接提出：“鼓励老年人投保……长期护理保险……鼓励和引导商业保险公司开展相关业务。”

能否将保险机制引入对完全失能老人的社会化长期照护呢？为此，中国社会工作协会、中国医疗康复社会工作协会(筹)、中国人寿

保险股份有限公司、中国社科院社会政策研究中心、北京中联金安保险经纪有限公司、大成律师事务所等 6 个单位组成了“失能老人护理保险项目组”，共同对这一重要课题开展调查研究。

一. 研究的目标、背景和理论假设

“失能老人护理保险项目组”成立之后，确定首先将“完全失能老人长期护理保险”作为突破口。如前所述，完全失能老人应该是当前中国老年群体中生活最为艰难的一个群体。

1. 老龄化背景下完全失能老人的长期照护问题

2013 年，中国 60 岁及以上老年人口超过了 2 亿，老龄化程度已达 14.9%。研究表明：中国的老龄化进程正在不断加速。虽然目前还处于轻度老龄化阶段，但如果维持现行计划生育政策以致总和生育率长期不变，在 2020—2025 年期间，中国的老龄化程度会超过 20%，迈入中度老龄化阶段；然后在 2050 年左右超过 30%，进入重度老龄化阶段。

在老年人群中，生活上相对更为困难的是失能老人，其中又以完全失能的老人的状况最为窘迫。唐钧在题为《失能老人护理补贴制度研究》一文中，对失能老人给出了一个定义：60 岁及以上，用本土化的“日常生活行动力量表”进行评估后认定的部分或完全丧失日常生活自理能力的老人，而且他们的失能状况将会持续较长时间（譬如 3 个月或半年以上），因而需要长期照料。这个报告还对“长期照护制度”作出了界定：长期照护制度是指对完全失能或部分失能的

老人实施的，目标是尽可能地保持老人的生活质量和独立、自主、参与、个人充实和人类尊严的，在政府的资金投入和政策支持下，由机构、社区和家庭等多元化服务主体运作的社会服务制度。

在最近出台的财政部、民政部、全国老龄办《关于建立健全经济困难的高龄失能等老年人补贴制度的通知》中，给出的失能老人数字为 3700 万。在 2010 年中国老龄科学研究中心所做的《中国城乡老年人口状况追踪调查》的统计结果表明：中国日常生活完全不能自理（完全失能）的老年人 1213 万，其中城镇 438 万，占 36.1%，农村 775 万，63.9%；有部分自理困难（部分失能）的老年人 2818 万，其中，城镇 971 万，占 34.5%；农村 1847 万，65.5%。加总起来，包括日常生活完全不能自理和有部分自理困难的老人共有 4031 万人。

当一个老人日常生活完全不能自理而时时刻刻需要别人帮助时，其尴尬窘迫的生活情境是可想而知的，而如前所述，这样的完全失能的老人在中国有 1200 万之多。虽然目前在中国，70 岁以上的老人大多还有 2 个及以上的子女，但因为市场化条件下人力资源流动等原因，能够日常在身边服侍老人的并不多。有研究表明：中国城市老年人的“空巢家庭”比例已达 49.7%。加上子女本身工作压力和生活压力不断增加，要为完全失能的老人提供家庭照料必然使一个家庭所有的成员都陷入困境。

目前，建国后“婴儿潮”时期出生的“50 后”正在迈入老年期的门槛。这一代人中，相当一部分属于独生子女家庭。这就涉及到自

上个世纪 90 年代以来社会上一直热议的“一对夫妇，上面有 4 个老人，下面有 1—2 个儿女”的赡养窘境。尤其是如果老人的日常生活完全不能自理，子女是绝对无法承担服侍照顾的重任的。这样的状况大概会在今后 5—10 年间，成为一种社会“新常态”。显而易见，这是一个可以预见而且不得不解决的社会问题。

2. 有效需求不足导致民营老年服务机构经营困难

如前所述，完全失能的老人，粗略地说大约占到老年人口总数的 5%；部分失能老人大约要占老年人口总数的 15%。所以，纯粹就需求而言，现在盛行的“90—7—3”或“90—6—4”的说法还是有问题，应该是“80—15—5”，即 5%的完全失能老人需要机构养老，15%的部分失能老人需要社区养老，80%的老人则是居家养老。然而，既然服务需求如此旺盛，为什么现在民营养老机构的发展又似乎不那么景气呢？

“六普”数据表明，目前愿意选择机构养老的老人只有 3.5%。现在大部分老年人不选择入住老年服务机构，不完全是认识问题，更主要的原因是没有支付能力。试想，企业职工基本养老金经过“十连涨”后，到 2014 年才增加到月平均 2000 元，单靠养老金根本不能入住养老机构；而机关事业单位退休人员的养老金也只有月平均 4000 元，即使勉强入住，手头的钱也就所剩无几了，这是老人心理上难以承受的。因此，以上所说的大量的服务需求只是潜在需求，而不是有支付能力的有效需求。

老人缺乏支付能力，也就造成了老年服务机构，尤其是民营老年服务机构的经营困境。在这里，可以观察到一个恶性循环的“怪圈”：一方面，我们声称对老年人提供照护服务需要 700 万张床位，但目前只有 494 万张，差距仍然很大；另一方面，2013 年，全国各类老年服务机构仅有 307 万人老年人入住，床位空置率达 38%。如果单算民办老年服务机构，一般认为，床位空置率可高达 50% 甚至更高。

3. 关于完全失能老人长期照护保险的理论假设

根据以上背景描述和问题分析，可以反推出这样的结论：如果完全失能老人都能入住老年服务机构得到长期照护，目前的老年服务机构还远远不能满足需求，民营老年服务机构的发展就天地广阔。但是，要达致这样的理想境地，就需要解决有效需求不足的问题，也就是要解决完全失能老人的支付能力问题。

能否作一个理论假设：因为完全失能的老人的生存期及发生的时间是有规律可寻的，同时在生命的最后阶段老年人的生活需求又是相对稳定而且有限的。有了这些基本条件，就可以尝试用市场的力量，即用长期积累的保险产品来提供充裕的资金，最终将潜在需求转变为有效需求。

向美国、日本的同行咨询，按国际经验，完全失能的老人的生存期大约在 30—40 个月，老人完全失能的平均年龄大约在 80 岁左右。这当然是发达国家的情况，中国的情况又是怎样的呢？这就需要作进一步的研究。

4. 研究的目标

根据以上的假设，“失能老人护理保险项目组”将相关的调查研究任务交给了中国社科院社会政策研究中心，并为这项研究指定了两个研究目标：

第一，能否以市场化的保险方式为完全失能老人的长期照护筹措充裕的资金。

第二，怎样在资金有保证的前提下通过为完全失能老人提供长期照护使民营老年服务机构走上可持续发展的道路。

二. 调查研究的过程、成果及进一步分析

从2014年9月开始，在中国社科院社会政策研究中心主持下，联合南京大学、同济大学、浙江大学、黑龙江大学、上海银康老年公寓、长沙康乐年华爱老服务中心等单位，实施了以“完全失能老人长期护理保险研究”为题的调查研究课题。

考虑到保险产品的用户必须具有一定的经济实力，所以在经费有限的情况下，在选取调查样本时首先考虑了发达地区和中等地区的大城市，最后确定了北京、上海、杭州、南京、长沙和哈尔滨6个直辖市和省会城市。

1. 关于老年人完全失能的年龄和生存期

在6个城市中，课题组随机抽取了57家老年服务机构和18个社区中的1440户居民家庭(具体的调查对象包括40—59岁的720人，60岁及以上的720人)，进行了问卷调查。

课题组在 57 家老年服务机构中，对当前生活在机构中的 959 名老人及其家属作访谈，并对机构保存的已经去世的 800 名老人的资料作整理，得到的统计结果是：老人从生活完全不能自理到去世的平均时间是 44 个月，出现完全不能自理状况的平均年龄为 79 岁。主要罹患的疾病是心脑血管疾病、智力丧失和退行性病变。统计数据还显示，完全失能的老人 25.85% 在 6 个月内去世，57.18% 在一年内去世，77% 在 24 个月内去世。

以上所说的完全失能老人包括了因阿尔茨海默症等疾病而失智的老人，也包括因摔伤而导致瘫痪的老人。如果不计算这两类老人(因为他们的生存期显然远高于其他老人)，那么老人从生活完全不能自理到去世的平均时间是 37 个月。

2. 居民对“完全失能老人长期照护保险”的意愿

在调查中，问 40—59 岁的被访问者，“如果在 40—45 岁时买 4 万元的保险，到 60 岁以后遭遇完全失能风险时，保险公司可安排入住养老机构终身；如果不愿入住，保险机构则每月给付 2500 元，你会购买吗？”有 49.72% 回答“会”。这与另一问“如果将来生活完全不能自理，您觉得接受哪种养老方式为好？”选择“机构养老”的被访问者占 54.72% 可以相互对应。在问选择什么样的养老机构时，62.36% 的被访问者选择“中等水平生活、有医疗服务和康乐设施，收费适中”的老年服务机构。

在 60 岁及以上的被访问者中，当问到：“如果在 60—65 岁时买

8万元的保险，当遭遇完全失能风险时，保险公司可安排入住养老机构终身；如果不愿入住，保险机构则每月给付2500元，你会购买吗？”有31.53%回答“会”。这与另一问“如果将来生活完全不能自理，您觉得接受哪种养老方式为好？”选择“机构养老”的被访问者占46.11%，与40—59岁年龄组相差14.58个百分点，看来有一部分60岁及以上的被访问者认可机构养老但不认可保险。在问选择什么样的老年服务机构时，56.39%的被访问者选择“中等水平生活、有医疗服务和康乐设施，收费适中”的老年服务机构。

还有一些相关因素会影响被访问者的选择。在6个城市中，40—59岁年龄组选择“会”购买保险的比重依次排列如下：长沙，69.17%；哈尔滨，54.17%；北京，50.83%；南京，46.67%；上海，45.00%；杭州，32.50%。60岁及以上组选择“会”购买保险的比重依次排列如下：哈尔滨，57.50%；长沙，45.00%；上海，35.83%；北京，25.83%；杭州，14.17%；南京，10.83%；从上述两组排列看，似乎选择会与不会，跟城市的经济发展水平无关。但有一个特点是比较显著的，就是江浙沪的选择较其他地区偏低。是否是因为这个地区的居民更精于盘算，更慎于表态，或者是相关的选项要比其他地区多？究竟是什么原因，还有待进一步考量。

有一个数据很有意思，在40—59岁年龄组中，家族中近五年内有没有老人去世对购买意向的影响较为显著。家族中有老人去世的(60.25%)要比没有老人去世的(50.57%)高出将近10个百分点。但在

60岁及以上年龄组中，家族中近五年内有老人去世对购买意向的影响就不明显了。另一组多选题给出的答案，也很有意思。关于完全失能老人对家庭的影响，被访问者作出的选择排列前三的是：40—59岁年龄组，“家中人手不够”64.67%，“生活节奏打乱”60.00%，“经济骤然趋紧”58.17%；60岁及以上年龄组，“家中人手不够”71.00%，“经济骤然趋紧”61.17%，“生活节奏打乱”57.00%。两组的感受基本相同。

至于家庭经济条件对是否选择保险的影响，基本上是两头小，中间大。从经济收入看，月收入3001—20000元的占到46.67%。其中5001—10000元的占26.17%，占据首位；其次是10001—20000元的，占12.33%；再次是3001—5000元的，占8.17%；3000元以下和20000元以上的就很少作肯定的选择了。从消费支出看，数据分布的态势基本上也是一样，从月支出3000元到10000元的要占41.17%，入不敷出的当然不会作此选择，但支出在10000元及以上的也没有作此选择。

3. 根据调研结果对保险基金资金积累的粗略估算

根据以上的调查数据，可以对保险基金的资金积累作一粗略的估算。如果先不考虑通货膨胀和经营成本，以2015年的不变价计算的基金积累情况如下：

(1) 生存期为44个月条件下对资金积累状况的估算

如果生存期取44个月，每月支出4000元，则总共需要176000

元;每月支出 5000 元,则总共需要 220000 元。

计算 1: 如果按复利 5%计算,40 岁一次性趸交 30000 元,50 岁交 50000 元,60 岁交 80000 元,70 岁交 130000 元,到 79 岁时可积累到大约 20 万元左右(详见表 1)。

如果按复利 4%计算,40 岁一次性趸交 45000 元,50 岁交 65000 元,60 岁交 95000 元,70 岁交 145000 元,到 79 岁时也可以积累到大约 20 万元左右(详见表 1)。

以上的资金积累可满足平均每月支付 4000 元的要求,并留有 2 万多元的余地,占所需资金 10%多一点。

计算 2: 如果按复利 5%计算,40 岁一次性趸交 35000 元,50 岁交 60000 元,60 岁交 95000 元,70 岁交 150000 元,到 79 岁时可以积累到大约 24 万元左右。

如果按复利 4%计算,40 岁一次性趸交 55000 元,50 岁交 75000 元,60 岁交 110000 元,70 岁交 165000 元,到 79 岁时也可以积累到大约 24 万元左右。

以上的资金积累可满足平均每月支付 5000 元的要求,并留有近 2 万元的余地,占所需资金 7%多一点。

(2) 生存期 37 个月条件下对资金积累状况的估算

如果生存期取 37 个月,每月支出 4000 元,则总共需要 148000 元;每月支出 5000 元,则总共需要 185000 元。

计算 3: 如果按复利 5%计算,40 岁一次性趸交 25000 元,50 岁

交 40000 元，60 岁交 65000 元；70 岁交 105000 元，到 79 岁时可以积累到大约 17 万元左右。

如果按复利 4% 计算，40 岁一次性趸交 40000 元，50 岁交 55000 元，60 岁交 80000 元，70 岁交 120000 元，到 79 岁时可以积累到大约 17 万元左右。

以上的资金积累可满足平均每月支付 4000 元的要求，并留有 10000—20000 元的余地，占所需资金 10%。

计算 4：如果按复利 5% 计算，40 岁一次性趸交 30000 元，50 岁交 50000 元，60 岁交 80000 元，70 岁交 130000 元，到 79 岁时可以积累到大约 20 万元上下。

如果按复利 4% 计算，40 岁一次性趸交 45000 元，50 岁交 65000 元，60 岁交 95000 元，70 岁交 140000 元，到 79 岁时也可以积累到大约 20 万元上下。

以上的资金积累可满足平均每月支付 5000 元的要求，并留有 15000 元左右的余地，占所需资金 8% 多一点。

(3) 对不同方案的综合评析

以上非常粗略的计算，提供了 4 种可选择的参考方案。4 套方案各有利弊，综合起来，大致有二：

其一，选择 44 个月的生存期，把失智老人和非因病完全失能的老人包括进去，对老人的身体状况鉴定比较容易与客户达成一致。产品的吸引力会比较强，但保费交得多，客户的负担相对较重。选择

37 个月的生存期，保费会减少不少，客户的负担减轻。但不包括失智老人和非因病完全失能的老人，对失能原因的鉴定比较麻烦，容易与客户发生分歧。所以必须在签订保险合同时表述得清楚，并告知客户，但这可能会导致产品的吸引力下降。

其二，选择 5%复利计算收费，交费较多，积累起来比较快。选择 4%的复利计算，交费较少，积累起来比较慢。

要说明的是，以上的计算和方案并不具有实际操作的意义，仅供深入讨论时作参考，最后的方案必须是由中国人寿保险公司的精算决定，而精算时需要考虑的相关因素会更多，尤其是这个课题无法涉及的一个决定性的影响因素——保险公司的赢利能力。

三. 完全失能老人长期照护保险方案设计的思路和建议

根据课题预先设定的两个研究目标，以上述调查数据和统计分析为基础，课题组提出以下的方案设计的思路和建议，并作一些必要的说明：

1. 建立完全失能老人长期照护保险的操作性平台

完全失能老人长期照护保险并不是一个单纯的保险产品，而是试图将商业保险与社会服务实现无缝链接的一个产业化、市场化的服务保障项目。类似的保障项目在国外最为典型的有美国的医疗保险制度，在国内则有城乡居民医疗保险与商业性大病保险的链接。

要实现这样的链接，就需要一个操作性的平台。在平台上，首先要实现的是市场化的保险公司和准市场化的老年服务机构的链接。以

这个链接为基础，还可以将其他的老年服务，如康复服务、心理咨询服务、健康管理，等等，以及与各种老年用品，如电子产品、信息产品、生活辅具，等等，有效地串联到一起。进一步发展，或许也有可能形成一个以老年长期照护为核心的类似“淘宝”和“阿里巴巴”的“护联网”。

在这个平台发展的初期，建议由中国社会工作协会、中国医疗康复社会工作协会、中国社科院社会政策研究中心等三家非营利机构负责以非营利的模式尝试搭设这个操作性平台。

2. 保险公司的分工与角色

中国人寿保险股份有限公司和北京中联金安保险经纪有限公司负责保险产品的设计和营销，用保险的方式筹集资金，并通过投资运营使资金保值增值。在投保的老人完全失能需要机构服务时，按合同支付所需资金。

在设计保险产品时，建议不要按以往设计大病保险的一般思路，即不要设病种之类的限制，而是完全根据是否日常生活完全需要他人照顾为入住老年服务机构的条件，国际上已经有很多可以用作参考的方法和量表，国内也有很多类似的研究，可以从中综合出一个适合中国国情的方法和量表。

关于调查研究中得到的数据，精算时取 44 个月还是 37 个月，建议取 44 个月，即采用一个“全包括”的方案，这是上策；还有一个中策，就是以 37 个月为准设计一个基本方案，而将失智和非病失能作

为附加险。

从客户的利益出发，这项保险还可以考虑为客户设定一些更加人性化的优惠条款：其一，按国际惯例，日常生活完全需要别人帮助达2个月以上才被看作长期照护，如果老人完全失能时间少于2个月的，能否能视照护时间而定部分甚至完全退回本金？其二，如果客户不到60岁就完全失能，是否可以考虑连本带息如数返还？其三，如果完全失能的老人不愿意入住养老机构，是否可以考虑按一定比例给付长期照护补贴直到去世？其四，如果保险基金的投资回报率远远超过5%，是否可以考虑对客户健康管理服务？这样做，可以使客户完全失能的时间往后推移，从而保险基金的增值更加可观，这又是个双赢的措施。

有人提出一种担心，认为将来医疗科技发达了，完全失能老人的生存期可能延长，现在的测算就不靠谱了。这个质疑其实是似是而非：因为医疗科技的发展会使人的预期寿命延长，但更重要的目标是使人的健康预期寿命延长，如果延长的寿命既没有生命质量，也没有生活质量，是一种浸泡在痛苦中的延长，那又有什么意义呢。如前所述，美国、日本完全失能老人生存期都比本次调查的数据短，这很说明问题：医疗科技延长的是人的健康预期寿命，与此同时完全失能的时间反而短了，发生完全失能的平均年龄也推迟了，这意味着保险的积累时间会延长而支付反而会减少。所以，对未来发展的可持续性可以有乐观的预期。

3. 老年服务机构的分工与角色

为了保证这个方案的实施，建议建立一个老年服务机构的全国性联盟，以完成在投保的老人完全失能时提供长期照护服务的目标。老人购买保险后，一旦遭遇生活完全不能自理的风险，就由保险机构送入按照一定资质标准选定加盟的老年服务机构，接受长期照护。这样，老年服务机构只要能够按照规定的资质标准提供服务，就不会有床位空置导致经营亏损的风险。有一个经验数据，一个 200 个床位的老年服务机构，如果住满老人，就可以平均有 5—8% 的利润。在经济“新常态”，这应该是一个满意选择。

从调查数据看，完全失能老人的护理费用大概在 2800—3500 元。北京、上海等大城市可能更高一些，在 4500 元左右。前文中计算的 actual 给付金额是 5000 元，还留有余地。可以从中抽出 500—1000 元作为基金，用于帮助加盟的养老机构进行硬件改造和人员培训，以达到规定的资质标准。所以，这项保险不但解决了完全失能老人的长期照护问题，而且还解决了老年服务机构的入住率和服务质量提升等问题。符合标准的老年服务机构的满负荷运转带来的效率提升，会提高行业的工资水平，解决服务人员素质低、流动大的问题。还会带来大量的就业机会，可以说会形成一个三赢的局面。

建议以国内若干具有先进理念，在老年服务中已作出成就，并在业内有一定影响的老年服务机构负责人组成一个全国性联盟非常设机构。这个想法已经得到国内很多老年服务机构的相应和支持，表态

全力支持。一些在养老服务方面作出一定成就的经营管理者愿意作为这个全国性联盟的发起人。委员会下设若干专家组，研究与长期照护服务的相关问题。譬如研究确定入盟机构的资质条件，遴选标准与入盟的程序；譬如研究制定“完全失能老人”的鉴定标准，等等。

建立一些第三方机构，这些机构可以是市场的、营利的企业，也可以是准市场的、非营利的社会组织。譬如有一些机构要根据既定的标准和程序负责对申请入住老年服务机构的老人进行身体检查和鉴别审核，有一些机构要根据既定的标准和程序负责对要求入盟老年服务机构进行调查审核并负责对入盟的老年服务机构进行第三方评估，等等。

4. 政府的角色和优惠政策

以上种种服务都需要政府有关部门进行规划统筹，制定优惠政策，规范服务行为，实行行政监督。

显而易见，这个保险方案是针对当前有支付能力的中产阶级的，按目前调查的情况作比较乐观的估计，这个方案潜在的客户大约在4500万人左右。中国的人口劳动力人口大约9个亿，其中40—59岁年龄段的算是一半，那就是4.5亿人。4.5亿人中，一半在城镇，一半在农村，各为2.25亿。城市中有购买能力的算是30%，那就是6750万；其中有一半的人有购买意愿，那就是3375万人。农村中有购买能力的算是10%，那就是2250万，其中有一半有购买意愿，那就是1125万人。加总起来是4500万。这就是说，这项保险可以给政

府分担 4500 万人在未来完全失能时的长期照护负担，实现生活最为艰难的老人群体“有尊严、无痛苦”的目标。

对于这些以购买保险解决自身完全失能时长期照护问题的个人，政府是否可以给予一定的政策优惠以资鼓励，首先是对这项保险产品，然后是对购买保险的个人，考虑给予政策优惠，譬如减免所得税，等等。因为这还衍生出很多其他的社会效益，譬如就业。当这个保险产品比较成熟时，政府可以考虑以补贴的方式，帮助有一定能力但又不足的人购买这项保险。还可以以购买服务的方式，帮助低收入群体投保。

如果政府希望让这项保险产品尽快产生社会效益，可以考虑对现时已经完全失能的老人入住老年服务机构提供补贴。譬如对工资收入在 2000 元以下的老人，在完全失能需要机构提供长期照料时，向他们提供每月 800—1500 元的补贴（视当地老年服务机构的收费而定）。按平均 44 个月计算，是 35200—66000 元。

以上所谈及的政府补贴，可考虑从社会福利彩票中划出或新创立一个专门的彩种来作专项支付。

最后，要说明一点，这个方案是按市场化的保险项目设计的。如果政府下决心做完全失能老人长期照护的社会保险，课题组的调研成果和作出的方案设计仍然具有较大的参考价值。

[返回目录](#)

· 中医药动态 ·

健全“6361”体系 深化中医进社区改革

来源：中国中医药报

河北省邯郸市馆陶县发挥中医强县优势，以中医进社区为主线深化社区服务改革，整合中医医院、县委组织部、县卫生健康局、馆陶镇(社区)、县人力资源和社会保障局、县残疾人联合会 6 方政策资源，聚集医护人员、社区工作者、志愿者 3 方人力物力，统筹保健康复、日间照料、文体娱乐、精神慰藉、纠纷调解、公共卫生 6 项服务功能，为社区老年人提供饮食、日托、康复、娱乐等 1 站式服务。以上述“6361”体系，更好满足社区居民日益增长的医疗养老服务需求，社区居民的健康水平不断提高，群众满意度明显上升。

健全社区“党组织+社会组织”架构载体，打造“健康综合服务”新基地。一是以“党组织+网格化”保障中医进社区。该县成立中医医院社区卫生服务中心，每个中心投资 20 余万元，设立中医门诊部，每天“两医两护”24 小时值班值守，借助社区“精网微格、网格同心”党建品牌，建立完善“党组织+网格化+中医”基层服务体系，以党建保障中医进社区，以中医促进党的建设，探索“中医”协同党建育人路径。二是以“中医医院+职能部门”丰富中医进社区。该县以中医进社区为切入口，整合乡镇(社区)、卫健、民政、人社、医保等部门职责，聚指为拳，同心向力。县人社局每年为中医医院增设中医卫生服务见习岗位 10 人，为社区增设见习岗位 6 人，公益性

岗位 2 人；县民政局配齐日间照料设施设备；县医保局开通门诊待遇报销系统；县卫生健康局联合服务中心共建健康档案，深入开展公共卫生服务；社区利用人熟、事熟、地熟有利条件，宣传服务并重，提升社区居民健康水平。卫生服务中心聚部门之力同心打造了中医保健、公共卫生、健康养老、日间照料、休闲娱乐、矛盾化解为一体的综合服务体系，形成“小中心”承载“大民生”的服务格局。三是以“中医服务+志愿银行”推动中医进社区。中医进社区承载中医保健治疗、老人健康服务、中医药宣传等多种职责，该县依托 75 名社区工作者，发动 1000 余名社会志愿者，建立志愿银行，推行积分制，完善志愿激励机制。社区工作者、志愿者联合开展中医药知识宣传、倡导健康生活方式、帮助老人康复、做好日间照料、化解社区纠纷等志愿服务活动，有效推动了中医进社区活动的开展。

健全社区“医疗保健+公共卫生”医养体系，打造“中医健康强县”。一是中医保健“防未病”。以中医保健、特殊人群康复为重点，设立中医适宜技术服务区、多功能活动室，购置了艾条、针灸器具、按摩床、跑步机、膝关节屈伸训练器、下肢训练器等康疗服务设施器械等 20 余种。推广应用艾灸、拔罐、刮痧、理疗、针灸、足浴、推拿等 8 项中医适宜技术，60 岁以上老人每天可免费体验一项中医服务项目。为 245 名残疾人免费开展康复活动，提供个性化中医治疗和调理指导。常态化为社区居民提供中医健康咨询、健康状态辨识评估及干预服务，大力推广普及中医药健康理念和知识，让群众在“家门

口”享受专家级“康复保健”。二是基础医疗“治小病”。在中医卫生服务中心设立诊疗室、药房、检查室，配齐常用中成药、中草药、常用西药 50 余种，配置心电图、移动彩超、血压计、血糖测量仪等基础检查设施，可免费为 65 岁以上老人定期进行健康检查，提供针对性强的饮食、康复、用药综合防治建议，全力保障群众身体健康。深入开展多发病、常见病初级诊治和基础病预防工作，针对季节性传染病，制定预防措施，以快制快，有效减少传染病扩散。三是公共卫生“医慢病”。为社区常住居民建立健康档案 22921 份，以 65 岁以上老年人、高血压与 II 型糖尿病患者为服务重点，纳入管理的高血压和糖尿病患者共计 1529 人，每年进行 1 次健康检查、4 次面对面的随访；为 2572 名 65 岁以上老年人提供健康体检服务，及时向老年人反馈体检结果和健康指导意见。对慢性病患者进行科学研判，逐一明确慢性病管理措施，共担辖区内慢性病患者筛查复核、随访医疗、群众健康教育等公共卫生服务，把患者的身体状况维持在相对满意的水平上，有效降低医疗成本。

健全社区“学习娱乐+精神慰藉”功能设施，打造“中医休闲健康”新阵地。一是打造群众娱乐的“休闲室”。中医与文体活动相结合，配备握力器、小制作、智力测验、哑铃、乒乓球、足球等 10 余种康健运动设施，经常性引导社区群众参加体育活动，让老人常动手动脑，提高身体素质。同时设立麻将桌、纸牌桌、象棋桌等娱乐设施，购置唢呐、大鼓等文体设备，方便群众休闲娱乐，丰富群众文娱生活，

增加群众交流，让群众在健康生活中享受快乐。二是打造群众交流的“学习室”。县域卫生服务活动中心购置时事政治、教育体育、医疗保健、饮食生活等各类书籍 1 万余册，设立读书阅览室、书画交流室，让社区居民接触丰富文化知识，提高居民思想文化水平，为培育社区文化、传递实用信息、开展社会教育提供了良好的平台。在学习交流中，提升个人素养，满足精神需求。三是打造群众矛盾的“化解室”。借助群众对医生有天然的信任感，在卫生健康中心设立调解室，引导来访群众享用足浴、艾灸等中医服务项目，有效降低群众消极情绪，带动干群和谐交流，提高矛盾化解率。2023 年，针对群众反映的电梯维修、物业服务、装修噪音、用水用电等 30 余起常见纠纷，心与心交流，面对面进行调解，矛盾化解率 100%，群众满意度 100%。

健全社区“日常照料+病体康复”服务机制，打造“中医健康养老”新途径。一是精细化照料。每个卫生健康中心设置日间照料床铺 10 余张，配备空调、冰箱、微波炉、电视等日常生活设施。面对白天空子女外出务工经商等原因，导致生活难以自理或患有重度心脏疾病老年群体无人照顾的难题，提供助餐、助洁、助医、助急、助浴、助行、精神慰藉“六助一慰藉”日间照顾服务，保障老人得到精细化照料，消除了子女后顾之忧。二是专业化康养。针对日间照料老年群体，借助中医医院专业医生，结合老年人身体状况和健康需求，有的放矢开展问诊咨询、健康操、推拿、艾灸、拔火罐等保健康复服务，既照料生活，同时康复身体。为日间照料残疾人建立健康档案，制定个性

化健康计划，提供护理、生活自理能力训练、社会适应能力训练、职业康复和劳动技能训练等康复服务，促进特殊群体健康享老。三是常态化指导。针对长期需要日间照料的老人，服务中心密切结合季节性发病规律，适时开展针对性知识讲座。每周利用专家坐诊时机，进行中医体检，并结合检查病症特点，从保持乐观心态、均衡营养、适量运动、充足睡眠、戒烟戒酒等方面提供科学化建议，培养科学健康生活理念，普及健康中药防病常识。

[返回目录](#)

以人才为驱动力 推进中医药现代化发展

来源：国家中医药管理局

中国式现代化需要中医药现代化，中医药现代化离不开中医药高质量发展。这需要我们紧紧抓住中医药发展天时、地利、人和的大好时机，以人才为驱动力，推动中医药高质量发展和中医药现代化，为建成社会主义现代化强国提供支撑。

中医药现代化势在必行

各国现代化发展史告诉我们，“物竞天择，适者生存”，在现代化潮流汹涌而来之时，中医药现代化要深远地走下去，而且要走中国式现代化道路，走适合中国国情的现代化之路。对此，中医药科学、有序、持续地走向现代化，才能更好地适应当代经济社会发展环境，持续焕发中医药的光彩，生生不息。

中医药坚持中国式现代化，首先必须尊重和坚守中医药自身规

律，即“守正”，深入研究中医药的内涵和发展规律，深挖经典。守正的同时，必须不断创新，与时俱进。守正创新的关键是人才，需要中医药人才在深谙经典的同时，熟练掌握现代科技。这一过程，亟须实现人才的现代化，以人才驱动中医药现代化。

人才“四驱”中医药现代化

人才，是中医药发展的第一资源，是推动中医药现代化的关键。现代化进程说到底还是人的思想的变迁推动经济社会发展的变迁，人才是至关重要的一环。因而，中医药现代化的关键是实现人才的现代化，培育“珍视传统、不舍本逐末”又“敢于正视传统，不惟传统是从”的现代化人才，通过人才的中国式发展路径实现中医药事业的守正创新现代化发展，这主要从中医药科技现代化、服务现代化、产业现代化和中医药走向国际这四个方面着手驱动。

人才的第一驱动力是中医药科技现代化，这是现代化过程中知识科学化的一个重要体现，是将中医药发展规律融入现代经济社会发展规律中，并非简单地“西化”。这就要求加快培养集聚高层次人才，即集聚兼有深研中医药理论精髓，又掌握前沿科学技术，将二者深度融合的高层次人才，深挖中医药资源宝库。要推动实现中医药科研成果可视化和可测量的数据化、标准化呈现，需要建设一支能将中医药知识与现代科学技术接轨、实现中医药现代化的人才队伍。

人才的第二驱动力是中医药服务现代化，需要充分发挥中医药临床的优势和特点，以高质量的临床人才为高质量的中医药服务和产品

做支撑，夯实临床人才队伍现代化建设。这就要求中医药服务业培养“知政策、精中医、会管理、明法律、通市场、晓经营”的复合型人才，用现代管理知识和技术优化患者体验、改进团队建设，推动中医药临床服务发挥优势，形成中医药服务“新景观”，在疾病预防、治疗、康复各个阶段都突显中医药的重要作用，让中国人民，甚至是世界人民收获更好的医疗照护。

人才的第三驱动力是中医药产业现代化，一方面要求中药持续提升产业技术水平，另一方面需要完备中药全链条标准体系建设。这就要求中医药产业现代化建立健全“产学研教用管”平台并且齐发力，增加研发投入，培养中医药高素质应用型、复合型、创新型、技能型产业人才，以现代化人才驱动建立适应现代医药产业发展趋势的中医药产业体系，推动建立可测量、成体系、有规则、有规模的中医药产业。

人才的第四驱动力是中医药走向国际。中医药走向国际是经济全球化的大势所趋，是国际社会对中医药疗效的新期待，是国际竞争压力对中医药研发的新要求。目前，日、韩等国的企业抢先申请了许多中草药专利，中医药类诊疗设备被国外医疗企业抢先深度研发。因此，实现中医药现代化高质量发展，不但要加大自身发展深度，深挖古籍文献和经典医案，深研药理药效，更要在突出中医药优势的基础上，重点培育了解国际标准、规则、管理的复合型中医药人才，以人才促进中医药与国际行业的对接，强化国际传统医药间交流互补。要将中

医药的疗效与转化成果作为中华文化的信息传输方式，作为中国式现代化建设的重要宣传手段，给出实现中国式现代化可分享、可持续、具有包容性、契合人类卫生健康共同体的中医药方案。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858