

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第49期

(2023.12.04-2023.12.10)

医保

医疗

医药



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司 主办

——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 ·

▶ [平衡逻辑，医保支付 VS 创新落地](#) (来源：中国卫生杂志) ——第 6 页

【提要】自 2019 年起，按疾病诊断相关分组 (DRG)/按病种分值 (DIP) 付费改革陆续在各地推进，并正逐步实现实际付费。改革进程中，新器械、新技术、新项目等创新应用如何无障碍落地临床，成为业界关注焦点。近日，记者专访了中国政法大学政治与公共管理学院副教授廖藏宜，全面了解 DRG/DIP 付费模式下，创新应用落地临床的问题和解决法。

▶ [《社会保险经办条例》对打造数字医保带来哪些影响？](#) (来源：金豆数据) ——第 13 页

【提要】医保经办实现数字化，可以为参保人提供更加高效、便捷、实时的医保服务，达到优质、高效的医保治理效果。此前出台的《社会保险经办条例》(以下简称《条例》)对打造数字医保提出了明确要求，对医保数字化发展将产生重要影响。本文邀请部分专家和一线工作者，从探讨数字医保和智慧医保的内涵入手，评价现阶段我国医保经办数字化的推进情况，总结取得的成绩，分析《条例》的出台对打造数字医保会带来哪些影响，并对未来如何进一步发力提出建议。

• 地方精彩 •

▶ [江西省制定实施医保医用耗材支付管理目录新闻发布会在南昌举行](#)（来源：江西省人民政府）——第 20 页

【提要】12月8日，江西省政府新闻办、省医保局联合召开“走在前、勇争先、善作为 贯彻落实习近平总书记考察江西重要讲话精神”系列新闻发布会：江西省制定实施医保医用耗材支付管理目录新闻发布会。省医保局党组书记、局长蔡晓季发布和介绍有关情况。省医保局医药服务管理处处长奚忠，省医疗保险基金管理中心主任金林金出席新闻发布会，并回答记者提问。省委宣传部对外新闻处副处长徐承主持新闻发布会。

▶ [进一步健全医改领导推进机制！一省介绍深化医改工作进展](#)（来源：健康陕西）——第 31 页

【提要】日前，陕西省人民政府新闻办公室举办新闻发布会，邀请陕西省医改领导小组秘书处副主任、省卫生健康委副主任杨联昌，延安市副市长严晓慧，安康市副市长王廷栋出席，介绍陕西省深化医药卫生体制改革工作进展情况，并回答记者提问。发布会由陕西省委宣传部新闻发布工作处处长李惠主持。

• 集中采购 •

▶ [5年药品耗材集采减负超5000亿，带量采购进入扩面提质新阶段](#)（来源：第一财经）——第 51 页

【提要】五年来，国家集采不仅降低了药品耗材价格，更是打破我国

长期以来药品耗材招采的固有格局。常态化制度化的集中带量采购，对看病就医和医药行业的发展正在产生深刻影响。目前，集采进入扩面提质的新阶段，新批次的药品耗材集采不间断持续推出，集采逐步取代原有的省级招采成为我国公立医疗机构采购的主导模式。

▶ [“天价药”医保国谈结束 高值药可及性有待多方法解决](#)（来源：华夏时报）——第 56 页

【提要】近日，备受关注的医保谈判尘埃落定，据透露，今年医保谈判初审通过 390 个药品，正式审查获批 386 个。最终，168 款药品成功晋级，创下医保谈判史上最多品种。其中包括 148 场独家药品谈判和 20 场非独家药品竞价。与往年一样，今年的国家医保药品目录申报范围再次向罕见病患者、儿童等特殊人群适当倾斜。不过，医保不能完全解决罕见病药物等高值药的可及性难题。

• 医保速递 •

▶ [协同开创医疗服务价格改革新局面](#)（来源：财经大健康）——第 60 页

【提要】近年来，医疗服务价格改革、调控、管理、监督力度持续加大，政策体系不断完善，价格结构逐渐优化，对促进医疗技术进步、控制费用过快增长、支持医疗事业发展起到了积极作用。与此同时，也面临一些深层次体制机制问题，单纯依靠调价以保障公立医疗机构高速发展的理论基础和现实可持续性存在挑战，亟待厘清一些重点问题的认识。

▶ [医保基金监管机制如何有效落实?](#) (来源: 法治日报) ——第 70 页

【提要】“骗取医保基金涉嫌犯罪的,绝大多数以刑法第 326 条规定的诈骗罪论处。”孟彦辰说,公安部门会立案侦查,对案件进行调查取证,并将案件移交检察机关审查起诉。卫健部门会根据核实的情况,对医疗机构和相关人员的违法行为依法依规处理,如责令改正,给予警告,没收违法所得,罚款等;情节严重的,责令暂停执业活动甚至吊销医师执业证书。

• 医院管理 •

▶ [DRG 如何助力公立医院高质量发展?](#) (来源: 金豆数据) ——第 78 页

【提要】在实现公立医院高质量发展过程中,如何通过 DRG 进行多方面、多维度的管控,提升医院医疗质量、医疗安全、医疗效率? 本文从国家医改政策要求、医院管理内涵需求出发,结合医院管理实践经验,详细讲解了 DRG 助力公立医院高质量发展的措施。

▶ [DIP 改革下,医院管理如何转变?](#) (来源: 中国医疗保险) ——第 85 页

【提要】DIP 支付方式改革下,医院如何适应改革浪潮,调整管理方式,完成向合理诊疗的转型? 本文以 C 医院为例,对我国 DIP 付费改革的医院实践探索进行研究。

-----本期内容-----

• 专家观点 •

平衡逻辑，医保支付 VS 创新落地

来源：中国卫生杂志

近几年，国家对于医药产业创新发展的支持力度逐渐增大，医药市场上涌现出大量的新药品、新医疗器械、新医疗技术、新诊疗项目等创新应用。与此同时，医保打包付费时代到来，尤其是按疾病诊断相关分组(DRG)/按病种分值(DIP)付费等更为精细化的付费模式逐渐普及。

在患者“看好病就好医”需求日益旺盛、医疗机构创新诉求持续走高的过程中，创新应用落地临床和 DRG/DIP 付费改革出现了一些碰撞。部分学者、医疗机构管理者和临床医生提出，DRG/DIP 付费模式对创新应用落地临床产生了抑制效应，其支付“天花板”作用使得创新应用从此前的收入项目变为成本项目，进而导致临床医生产生慎重使用、替代使用甚至避免使用等倾向。那么，DRG/DIP 付费改革到底如何影响新药械、新技术、新项目的临床使用？医保部门如何回应？医疗机构又如何平衡？

自 2019 年起，按疾病诊断相关分组(DRG)/按病种分值(DIP)付费改革陆续在各地推进，并正逐步实现实际付费。改革进程中，新药械、新技术、新项目等创新应用如何无障碍落地临床，成为业界关注焦点。

近日，记者专访了中国政法大学政治与公共管理学院副教授廖藏宜，全面了解 DRG/DIP 付费模式下，创新应用落地临床的问题和解法。

制定豁免政策，推动创新应用落地临床

问：不同的支付方式下，创新应用的医保支付政策有何不同？对创新应用落地临床有哪些影响？

廖藏宜：在回答这个问题之前，首先介绍下医保准入制度，即所有的药品、医疗器械、医疗技术、诊疗项目等医疗产品都必须经医保部门准入获得收费资格后，才能进一步被纳入医保报销范围。

在按项目付费时代，医保支付为被动买单，只要通过医保准入获得收费资格、被纳入医保报销范围，医保基金就会按照“应保尽保”的原则进行支付。按项目付费模式对创新应用落地临床几乎没有影响。

在打包付费时代，很多国内外学者、医疗机构管理者和临床医生都提出，DRG/DIP 付费模式对创新应用落地临床产生了抑制效应。这主要是因为，DRG/DIP 为打包付费模式，一个病种/病组的所有治疗费用全额打包在内。按照医保基金结算规则，打包费用即为医保支付标准，实际费用超出打包费用的那部分将由医疗机构自担亏损。一般而言，创新应用的价格都较昂贵，使用创新应用病例的实际费用超过打包费用的可能性极大，由此，创新应用由按项目付费时的收入项目变成现在的成本项目。受制于 DRG/DIP 支付“天花板”的约束，很多医疗机构和临床医生会持谨慎态度来选用此类产品。同时，医保支付

“天花板”效应会进一步引导医疗机构和临床医生去做成本替代选择，即选择与创新应用疗效相近但成本更低的产品。

问：为推动创新应用落地临床，各地医保部门如何调整政策，回应需求？

廖藏宜：在 DRG/DIP 付费改革过程中，各地医保部门积极回应医疗机构对于创新应用落地临床的实际需求，努力解除临床使用顾虑。经本人实践调研以及梳理政策可知，各地医保部门在不破坏现有 DRG/DIP 付费整体规则的前提下，主要探寻了以下四种方式，推动创新应用及时落地临床。

一是开展权重谈判。DRG/DIP 付费模式中，决定医保支付额度的核心是病种/病组的权重，权重越大意味着支付额度越高，支付额度越高在一定程度上创新应用的使用空间就越大。一些地方医保部门在形成病种/病组打包费用的过程中，邀请医疗机构管理者、临床医生等参与权重测算过程，通过谈判方式，对重点学科相关的、临床创新空间大的病种/病组提高权重。如此，通过谈判的病种/病组将获得较高的支付额度。该方式见于辽宁沈阳、河北邯郸、山东日照等地。

二是进行特病单议。当使用创新应用病例的实际费用超过打包费用时，该病例构成所谓的“亏损病例”。医疗机构可以就“亏损病例”向当地医保经办部门提出特病单议申请。经医保经办部门组织专家评议一致通过后，该病例实行豁免支付，相关费用按项目付费。该方式可操作性强，是各地的普遍做法。

三是设置学科调节系数。一些地方医保部门对于重点学科和弱势学科增设调节系数，使得相关学科所关联的病种/病组在标准支付基础上获得更高的支付额度。该方式见于江苏南京等地。例如，南京建立重点病组学科系数动态管理机制，针对承担国家紧急医学救援项目的医疗机构，对其重点病组赋予学术系数 1.04；针对在国际国内有重要学术地位的医疗机构、国家科技进步奖二等奖以上奖励获得者的牵头单位等，对其重点病组赋予前沿系数 1.04；对中医病组赋予中医系数，根据中医为主治疗出院患者占比的增幅，分别赋予中医 DRG 病组 1.01、1.02、1.03 的中医系数。

四是实行暂时性除外。DRG/DIP 付费的数据基础是过去三年所有病例的实际发生费用。然而，对于部分创新应用来说，由于没有分组的历史积累数据，所以无法纳入相应的病种/病组实行 DRG/DIP 付费。为此，医保部门提出暂时性除外政策，即将此类创新应用暂时剥离出去，相关费用按项目付费；当数据积累成熟、达到分组条件后，再纳入相应病种/病组实行 DRG/DIP 付费。该方式基本上各地普遍在用。

问：目前，北京等地制定了 DRG/DIP 付费下的创新应用除外支付管理办法，这意味着这些地方将形成一个除外目录，目录内的创新应用可豁免 DRG/DIP 付费。您如何看待除外支付这种形式？

廖藏宜：我个人认为，除外支付这种方式一定要慎用。因为除外目录发布后，目录内创新应用滥用的风险将明显高于上述四种方式。

鉴于各地对于创新的接受程度和医保基金的承受能力不同，现阶段

段，除外支付政策的设定应满足几个前提条件。一是当地的医保基金总额必须很充裕。二是当地应为医疗资源高地，本身就承担着国家赋予的急危重症救治和临床创新等职能。三是当地的医保部门必须非常专业，开展准入评估、防范滥用风险的能力都较强。

问：为防止创新应用的滥用，医保部门在制定豁免支付政策的同时，应注意哪些问题？

廖藏宜：现在临床上出现了“为了新而新”的现象，某些临床医生为了追求名义上的“新”而使用本不需要的创新应用，由此带来滥用问题。这对医保部门的决策能力提出新的要求。

医保部门首先必须提升创新应用的准入评估能力。医保部门应建立基于卫生技术评估方法的准入标准，通过创新性、有效性、安全性、经济性、社会性以及医疗伦理等维度，判断创新应用能否被医保准入获得收费资格、能否被纳入医保报销范围。

当创新应用有了收费资格之后，能否享受豁免支付，是医保部门要考虑的第二个重要问题。在 DRG/DIP 付费模式下，医保部门不宜做过多的豁免支付。第一，过多的豁免支付容易对医保基金“保基金”产生挤压效应，或可造成赤字压力。第二，DRG/DIP 付费模式已经是标准化的医保支付体系，过多的豁免支付容易导致医保支付体系的碎片化。第三，豁免支付带有一点特殊的意思，本身就是从“保基本”盘子中剥离出来的一部分，过多的豁免支付容易引发待遇公平性的问题。第四，医疗服务的专业性很强，且医患双方信息严重不对称，豁

免支付特别是除外目录容易引发临床道德风险，进而产生过度使用和滥用现象。第五，除外目录等除外支付政策容易引发医保自身的廉政风险，毕竟其掌握着纳入目录的话语权。

在“保基本”和支持创新间，寻求平衡

问：目前，社会上对于推动创新应用纳入医保报销范围的呼声较高。您如何看待这个现象？

廖藏宜：近几年，国家对于医药产业创新发展的支持力度很大，医药市场上涌现出大量的新药品、新医疗器械、新医疗技术、新诊疗项目等创新应用。同时，随着全民医保时代的到来，医药市场和社会公众将更多的焦点放在了医保基金买单创新应用的层面上来。

冷静下来，我觉得市场和公众对于这一问题的反应有点过度、期待有点过高。从基本医疗保险制度的职责来看，就是要坚持尽力而为、量力而行的原则，做好老百姓基本医疗服务需求买单人的角色。从这一定位来看，支持创新并不是基本医疗保险制度的基本职责，或者非常重要的职责。

为完成好“保基本”这一基本职责，医保部门在设计政策的过程中，在保证“应保尽保”的前提下，应将重点聚焦于医保基金的稳健和可持续运行，以此防范医保基金穿底的风险。医保部门公布的基本医疗保险药品目录、基本医疗保险服务设施目录、基本医疗保险诊疗项目目录“三大目录”，其实已经明确了“保基本”的范围。同时，医保部门应兼顾待遇问题，积极推动实现公平、适度的保障水平。公

平，即保障水平在地区之间、制度之间、人群之间要做到统一规范，实现基本医疗保险公共服务的均等化。适度，即报销水平和目录大小等要和医保基金承受能力、经济发展水平等相适应，既不能保障不足，也不能泛福利化。

当然，医保部门也应重视并且支持创新，因为临床创新是医疗机构的合理诉求、永恒选择。为回应老百姓“看好病就好医”的期待，每家医疗机构都会从学科、人才、技术三大核心要素发力，以期获得高质量发展。而学科的发展、人才的培养、技术的提升都离不开临床创新。在此过程中，医保部门应秉持尽力而为、量力而行的原则，给予创新应用纳入医保报销范围以及落地临床一定的支持。

问：医保部门如何在“保基本”和支持创新间寻求平衡？

廖藏宜：基本医疗保险制度要在“保基本”和支持临床创新间寻求平衡，我想有两方面内容要重点考量。

一是甄别市场上的创新是不是真的创新。医保基金买单的创新应用，应该是临床必需、改进治疗效果明显、能够推动临床发展的产品。然而，有些医药企业为了创新而创新，使得医药市场出现泛创新化现象。医保部门需要甄别出伪创新产品、可被替代的创新产品、对健康状况改善不明显甚至有害健康的创新产品，将其剔除出准入和支付范围。

二是考虑医保基金的可承受能力。从目前全国医保基金运行情况来看，基金收支压力很大。因此，必须在基金可承受的基础上，将真

正的创新应用纳入医保报销范围。当然，考虑到各地医保统筹政策不同、经济社会发展水平不同、医保资金结余情况不同、对于创新的接受程度不同等，应当允许并鼓励各地探索个性化的支持创新的办法。

医疗机构对于创新应用也应当持理性态度。有限的医保基金跟无限的创新应用需求之间的矛盾一直存在，医疗机构和临床医生必须做出平衡。DRG/DIP 付费模式下，基本医保基金不可能对每一个“亏损病例”都实行豁免支付。当医保基金无法覆盖而临床必须使用时，医疗机构和临床医生必须作出选择，不能因为经济上的亏损而一刀切地停止所有相关创新应用的使用。面对此种情况，医疗机构应该从整体作出平衡策略，用有盈余的病种/病组来补贴亏损的病种/病组，进而推动医院的学科发展、人才培养、技术提升，实现医院的高质量发展。

[返回目录](#)

《社会保险经办条例》对打造数字医保带来哪些影响？

来源：金豆数据

医保经办实现数字化，可以为参保人提供更加高效、便捷、实时的医保服务，达到优质、高效的医保治理效果。此前出台的《社会保险经办条例》（以下简称《条例》）对打造数字医保提出了明确要求，对医保数字化发展将产生重要影响。本文邀请部分专家和一线工作者，从探讨数字医保和智慧医保的内涵入手，评价现阶段我国医保经办数字化的推进情况，总结取得的成绩，分析《条例》的出台对打造数字医保会带来哪些影响，并对未来如何进一步发力提出建议。

新时期，如何理解数字医保、智慧医保的内涵？

中国劳动学会薪酬委员会会长、研究员谭中和：数字医保的价值体现在三个方面：一是医保政策的调整完善是基于大数据分析的，通过虚拟的（如模拟和仿真）和现实的（如局部地区的试点探索）检验，并调整优化，做出最有利于医保改革目标的选择。二是在业务运行和经办环节，优化传统的社保经办模式以更好服务参保者。三是监督管理运行方面，从主要依靠事后查补漏洞向主动监管转变，通过大数据的监测预测和预警体系，发现和查找可能的风险和漏洞，预防可能的风险，以及偏离医保政策目标的苗头和倾向。值得注意的是，数字医保和医保信息化是有差异的。

智慧医保则是数字医保发展的更高级形态。智慧医保的本质是将人工智能融入数字医保，利用机器具有的永不疲劳、快速学习、永不遗忘等优势，提供智能化的服务解决医保实际问题，是人工智能技术在医保管理和业务中的价值体现。通过特定终端设备或智能手机等完成既定操作，表现出“类人”的、并超越人的智能化特征，同时能够通过迭代和涌现等实现创新。

上海市宝山区医保中心主任沈栋：数字医保是依托大数据、物联网、区块链、人工智能等数字技术开展的医保经办、服务、管理和监督等活动。实现数字医保，可使患者、医疗、医保等多元主体信息共享，并实现网络平台线上办事的数字化转型，达到优质、高效的治理效果。

智慧医保是以数字医保为基础的。一是以数据为关键生产要素。目前，国家医保局按照全国统一的医保数据标准，建立了国家医保信息平台，各地医保部门依托其数据资源中心，建立国家及各省区市医保数据交互管理机制，构建医保基础信息库和大数据库，逐步实现医保大数据在线采集、统一管理及全域通用。二是以云平台为主要基础设施。通过云技术提供计算、存储和网络的支撑，实现医保活动的实时智能化决策与执行。三是以参保人的需求为服务价值导向。智慧医保的智能化可以为参保人提供更加高效、便捷、实时的医保服务，以传统柜面人与人互动为主要方式的传统服务模式将逐渐被人工智能、人机互动的服务方式所取代。

现阶段我国医保经办服务数字化建设取得了哪些成绩？未来如何进一步发力？

山东省青岛市医保中心主任马青：现阶段，我国医保经办服务数字化转型取得了一些显著成绩，但也面临着一些挑战。

在成绩方面，第一，信息化建设初见成效。国家医保数字化平台的建设已经使得医保数据的整合、存储和管理变得更加高效和精确。这有助于提高服务质量和减少操作错误。第二，数据实现互通共享。医保数据的互通共享得到改善，不同地区和医疗机构之间能够更好地共享参保者信息，提高了数据的完整性和准确性。第三，智慧医保初现端倪。一些地区开始探索智慧医保，运用大数据和人工智能技术投入欺诈检测、成本控制等方面，有望提高效率和降低成本。第四，提

供便捷的线上服务。参保者能够通过数字渠道更便捷地查询医保信息、办理业务，提高了用户满意度。

下一步，可以在如下几方面发力，进一步提高医保服务质效和智能化水平。一是全面推广智慧医保应用。包括数据分析、预测模型、虚拟医生等方面，以提高医保管理的智能化和效率。二是加强数据安全和隐私保护。未来，需要更多关注数据安全和隐私保护措施，以防止数据泄露和滥用。三是建立全国统一标准。确保不同地区和机构之间的数据互通更加顺畅，提高整体的医保服务质量。四是注重教育和培训。提高医保从业人员的数字化技能，以提高工作效率和准确性。五是进行跨界整合。加强医保与医疗服务提供者、药店、健康管理机构等领域的合作与整合，实现医疗与保险的深度融合，提供更全面的医保服务。

中国劳动学会薪酬委员会会长、研究员谭中和：从已有的实践和医保经办发展长远看，我国医保经办数字化将经历基础初创、改革深化和高质量发展三个阶段。目前，正处在医保经办数字化改革深化和高质量发展的过渡阶段，正是转型发展的关键期。在此时期，应重点解决好以下问题。

一方面，以标准化为引领，优化政策参数，形成规范有序的数字化经办体系。当前，迫切需要破解地区之间的政策参数差异导致的经办数字化难题。比如，各地三个目录中只有统一的药品目录，耗材目录和诊疗项目差异较大，成为异地就医直接结算的一大障碍，需要通

过政策的标准化加以规范,才能更有利于推进经办数字化。另一方面,进一步加强不同部门之间的数据共享。经办数据在不同部门间交换和共享不畅,仍是推进经办数字化的一道“拦路虎”。目前,参保者的登记信息、参保信息、缴费信息,以及医药服务提供和待遇享受等信息,分散在不同的机构和部门,同一信息被重复收集、多处收集,且常常不一致,直接影响医保经办数字化建设。

医保经办数字化不只是一个系统,而是一种能力,即医保的全方位治理能力,也不是一个单纯的经办业务和技术问题,而是经办管理机构体制机制、经办人力资源的数字化意识和对医保经办科学的流程管控能力。最重要的,医保经办数字化是手段,而不是目的,只有经办数字化具有了为人民群众健康福祉谋利益的本领,才是根本目的。

河南省郑州市医保中心主任王进兴:现阶段,我国医保经办服务数字化已取得巨大发展,如医保电子凭证的使用率、结算率日益提高,移动支付应用场景不断拓展、使用量显著提升。

未来,随着大数据、云计算、人工智能等技术日臻成熟,必将为医保服务数字化、智能化建设提供更加强劲助力。医保部门要与时俱进,积极推动新技术、新手段在医保经办管理服务领域的应用落地。

一要注重运用数字化手段优化经办服务、巩固数据安全、强化隐私保护,筑牢基金安全、经办安全的堤坝。二要积极推动医保领域共建共治共享,鼓励和引导医保、医药、医疗积极参与医保治理体系建

设，共同推动医保服务数字化建设。三要在推动公共服务均等化的基础上，积极探索更具个性化的服务模式。比如，开展线上购药服务，让群众“动动手指”就能完成就医购药和医保支付。

福建省厦门市医保中心副主任王菁菁：随着各种新技术快速迭代升级，医保服务开始拥抱数字化转型，医保经办数字化迅猛发展。我认为，最突出、最典型、也是人民群众感受最直接的两个数字化应用，就是医保电子凭证的推出和异地就医直接结算的实现。

医保电子凭证的应用，让群众就医购药体验从“卡时代”进入“码时代”。参保人再也不需要携带实体卡，在医疗机构扫码即可完成建档、就诊、医保结算、取药、取报告等全流程就诊服务，在简化结算操作的同时，大大缩短了等待时间。

异地就医直接结算的实现，让群众异地就医从“跑腿垫资”到“刷码即时结算”。参保群众通过多种线上备案渠道完成备案手续后，即可享受异地就医直接结算服务，异地就医相当有“医靠”。

未来，可以进一步加强数字化应用场景开发，深入推动医保政务服务“一网通办”，加强跨地区、跨部门数据共享，深化大数据、区块链等技术在经办数据治理、医疗电子票据等方面的应用，推动形成网络化、智能化、协同化的“互联网+医保”新业态，实现更加精细化的管理和更加优质的服务。

近期出台的《社会保险经办条例》对打造数字医保带来哪些影响？

中国劳动学会薪酬委员会会长、研究员谭中和：《条例》对打造

数字医保提出了明确要求，对医保数字化发展将产生重要影响。

第一，《条例》为畅通社保经办信息互联互通共享提供了法律法规依据。目前，由于社保经办信息还无法便捷地交换和共享，数字化推进成本高、难度大。《条例》提供了信息共享的法律法规依据和保证，为推进社保经办审批、备案、服务便民化，深化“互联网+社保经办”和“数字化+社保经办”应用，实现经办资源整合，创新服务模式，优化业务流程，实现线上线下、虚拟现实服务深度融合，都具有重要和极其深远的影响。

第二，《条例》要求在数字医保实施过程中，更加重视信息安全和经办的内控和审核。《条例》明确要求，经办机构要强化依法履职，妥善管理好社保经办信息，确保信息完整、准确和安全；建立健全经办业务、财务、安全和风险管理等内部控制制度，对内部控制制度的制定、执行情况进行检查、评估，发现问题及时整改；对重点业务、高风险业务实行分级审核。

第三，数字医保是一个过程或进程，要把握好推进节奏和策略。《条例》提出，社保经办机构要提供线上线下、信息化智能化与人工和手工并行、无障碍便利化及可代办委托等多种形式和方式的经办服务。这是基于我国各地发展不平衡，地区和行业之间基础设施条件差距较大，老年人、残疾人等弱势群体分布广数量多等现实条件提出的。应努力使弱势群体及文化水平较低、处于信息化和智能化边缘的人群，也要在社保经办服务中感受到温暖和关怀。

• 地方精彩 •

江西省制定实施医保医用耗材支付管理目录新闻发布会在南昌举行

来源：江西省人民政府

12月8日，江西省政府新闻办、省医保局联合召开“走在前、勇争先、善作为贯彻落实习近平总书记考察江西重要讲话精神”系列新闻发布会：江西省制定实施医保医用耗材支付管理目录新闻发布会。省医保局党组书记、局长蔡晓季发布和介绍有关情况。省医保局医药服务管理处处长奚忠，省医疗保险基金管理中心主任金林金出席新闻发布会，并回答记者提问。省委宣传部对外新闻处副处长徐承主持新闻发布会。

省委宣传部对外新闻处副处长徐承：

各位记者朋友：

大家下午好！欢迎出席“走在前、勇争先、善作为贯彻落实习近平总书记考察江西重要讲话精神”系列新闻发布会。

今天，我们邀请到省医保局党组书记、局长蔡晓季先生，省医保局医药服务管理处处长奚忠先生，省医疗保险基金管理中心主任金林金先生，请他们介绍我省制定实施医保医用耗材支付管理目录情况，并回答大家的提问。下面，先请蔡晓季先生作介绍。

省医保局党组书记、局长蔡晓季：

各位记者朋友：

大家下午好！首先，我代表省医疗保障局向媒体界各位朋友长期以来对医疗保障工作的关心支持，表示衷心的感谢！

习近平总书记时隔四年再次亲临江西考察指导，对江西工作提出“走在前、勇争先、善作为”的目标要求，在开启中国式现代化建设江西实践进程中具有重要里程碑意义。总书记强调，确保老区人民共享改革发展成果，过上幸福生活，是推进全体人民共同富裕的底线任务。这是迈上新时代新征程，奋力开创江西医保高质量发展的新要求，是持续增进老区人民健康福祉的思想之魂、行动之循，全省医疗保障系统必将一以贯之、一抓到底。

调整制定医保医用耗材支付管理目录，是贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府深化医疗保障制度和医药卫生体制改革决策部署的必然要求，是促进医保、医疗、医药协同发展和治理的有效途径，是提升人民群众医保领域获得感、幸福感和安全感的重要抓手。2011年以来，我省持续推进医保医用耗材支付管理目录准入管理和动态调整，印发执行《江西省基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录(2011 试行版)》，将 692 个“医用材料名称”纳入全省医保支付范围。近年来，随着临床科学技术的不断进步、群众就医需求的日益多元，以及国家医疗保障局推进全国医保医用耗材分类和代码统一，对医保医用耗材支付管理工作提出了新要求、新任务。按照国家医疗保障局相关文件要求，今年以来，省医疗保障局围绕中心

大局、积极主动作为，通过医疗机构申报、组织专家评审、基金运行测算、公开征求意见和重大事项报告等程序，出台了《江西省医保医用耗材支付管理目录(2023年)》(以下简称《目录》)，我省成为全国第一个按通用名对医保医用耗材目录实行统一管理、明确支付待遇，并按量价加权原则确定支付标准的省份。

自9月30日《目录》正式实施以来，省医疗保障局把持续深化医保医用耗材支付管理、大力推进《目录》落实落地落细，作为践行习近平总书记“走在前、勇争先、善作为”殷殷嘱托的重要举措和具体行动，不断推动医保改革红利更快更好惠及全省人民。下面，我就制定实施医保医用耗材支付管理目录的相关情况，向大家作简要介绍，主要体现在“四个坚持”：

一是坚持靠前谋划、先行快动。始终将医保医用耗材支付管理工作作为一项重要政治任务 and 重大民生工程。在思想认识上高度重视，明确由主要负责同志全面负责、分管负责同志直接指挥，专题研究部署、组建工作专班、统筹调度推进，坚持在“保基本”的功能定位下，尽力而为、量力而行，努力推动《目录》调整工作“提质扩面”。在工作部署上高位谋划，严格对标国家医疗保障局医用耗材管理有关要求，于去年11月30日印发《关于做好医保医用耗材支付管理工作的通知》，明确要求全省医保用耗材全部按照“通用名+材质”15位编码进行管理，对目录调整的范围和方式作出相应规定，为统一规范全省医保医用耗材目录奠定了坚实基础。在政策出台上高效推动，于今

年3月16日出台了《江西省医保医用耗材支付管理目录(2023 试行版)》，4月1日起正式执行，在全国率先建立了全省统一的基本医疗保险医用耗材通用名准入管理目录。

二是坚持问题导向、惠民利民。结合开展学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育，围绕试行版《目录》落地执行情况，在南昌市、抚州市等地开展专题调研座谈，认真听取定点医疗机构、医药企业、参保群众等多方意见，深化研究论证、科学精准破题。针对“支付限额较低”问题，对照国家有关政策要求，取消试行版《目录》中“单次住院最高限额”的相关规定，更好满足参保群众临床诊疗实际需求。针对“目录范围偏窄”问题，及时更新医保医用耗材分类与代码，组织专家对各地申请纳入《目录》的146个医用耗材进行论证评审，将129个符合条件的通用名医用耗材增补纳入。针对“费用报销断档”问题，多措并举做好《目录》与基本医保、大病保险和医疗救助“三道保障线”衔接，明确医保医用耗材费用经基本医保按规定支付后，超过年度封顶线或达到大病保险起付线的，可纳入大病保险等补充医疗保险范围予以报销。针对“过渡时限过短”问题，将因统一全省医保医用耗材15位编码而设置的待遇过渡期，由1个月延长至3个月。

三是坚持守正创新、科学规范。我省医保医用耗材目录支付管理在参考延续既往医保支付政策的基础上，主动回应参保群众和定点医疗机构使用新技术、新项目医用耗材的迫切需求，通过创新机制、规

范管理、系统集成，形成全省统一的按通用名实行目录准入、支付待遇确定、支付标准制定的“全链条”闭环管理。注重程序严谨，组织来自医疗机构、医保部门等专家，开展多轮次论证评审，严格按照程序将临床价值高、经济性价比优良、可单独收费的治疗性医用耗材纳入我省医保支付范围。注重公开透明，坚持“开门办医保”工作理念，将《目录》在省医疗保障局官网公示，公开向社会征求意见建议，及时根据各方反馈调整优化政策。注重改革协同，与集中带量采购改革联动，将国家和省级联盟集采医用耗材按规定纳入医保支付范围，并以中选价为医保支付标准，医保改革的协同效应、整体效应充分显现。

四是坚持巩固成效、动态管理。《目录》出台以来，我们通过抓实政策执行、实施动态管理、严格落地监测，初步形成“群众享实惠、基金保安全、医院获发展、企业得成长”的共赢局面。覆盖范围更“广”，《目录》共有 3565 个通用名医保医用耗材，其中甲类 223 个，乙类 3342 个，涵盖“电子耳蜗植入术”“脑起搏器”等治疗必需、安全有效、费用适宜的高值医用耗材。此外，国家医疗保障局公布的 993 个三级分类(按 7 位编码)医用耗材中，有 810 个在我省医保支付范围内，占比达到 81.57%，约占“医保通用名”总量的 70.73%。支付标准更“实”，《目录》内的医用耗材均按照量价加权的原则制定了对应的医保支付标准，同时我们将及时根据国家政策要求和我省实际情况，对医保医用耗材的支付范围和标准进行动态调整。报销水

平更“高”，今年4到11月，我省参保群众使用目录内医用耗材5202.32万人次，总费用65.54亿元，医保支付42.51亿元，平均报销比例64.86%，较改革前提高了17.71个百分点，参保群众普遍反映医保报销水平得到较大提升。落地监管更“严”，持续完善采购使用监测制度和费用审核办法，对费用高、用量大的医用耗材进行重点监控和分析，促进定点医疗机构合理检查、合理治疗，维护医保基金安全，守牢管好人民群众的“看病钱”“救命钱”。

下一步，省医疗保障局将进一步学习好、宣传好、贯彻好习近平总书记考察江西重要讲话精神，在省委、省政府的坚强领导下，在国家医疗保障局的指导下，紧紧围绕“走在前、勇争先、善作为”的目标要求，用心用情用力做好医保医用耗材支付管理工作，持续推动医疗保障事业高质量发展，为奋力谱写中国式现代化江西篇章贡献医保力量。

谢谢大家！

省委宣传部对外新闻处副处长徐承：

谢谢蔡局长！下面开始提问，提问前请举手，并通报一下所在新闻机构。

央广网记者：

请问江西医保医用耗材支付管理政策的制定和调整主要解决了哪些问题，具体对参保群众、医疗机构带来哪些影响？

省医保局医药服务管理处处长奚忠：

一直以来，困扰我省医保医用耗材支付管理有“三大难题”：一是参保群众使用的医用耗材医保报销范围较少；二是医保支付医用耗材有限额，且医用耗材费用基本医保支付与大病保险等补充医疗保险政策不衔接；三是既往对医保医用耗材按“27位国家编码”升格到“20位国家编码”准入管理后，仍会由于医用耗材代码更新较快，经常出现同企业或不同企业的同通用名同治疗领域同用途医用耗材不同支付政策的现象，极易引发公平质疑。为解决压在医保医用耗材支付管理上的“三大难题”，我们打好主动仗：

一是对照国家相关政策要求，在全国率先建立了按医用耗材通用名明确支付待遇、制定支付标准的全省统一的医保医用耗材准入目录，将3565个有“医保通用名”医用耗材纳入我省医保支付范围。据统计，这3565个有“医保通用名”医用耗材，占全省定点医疗机构挂网采购使用医用耗材的比例达到93.16%。

二是出台有关政策，取消医用耗材单次住院限定支付额度，为医用耗材支付限额“松绑”。明确将目录内医用耗材费用经基本医保支付后，达到大病保险起付线或超过基本医保封顶线的，按参保人员身份分别纳入职工或城乡居民大病保险等补充医疗保险按规定支付。如治疗帕金森综合症的“脑深部电刺激器”，又称“脑起搏器”，对帕金森综合症患者有较好疗效，属新技术引入项目，原单次住院限定额度为2万元，现医保支付标准调整为166827元；又如人工耳蜗，经实施人工耳蜗植入术后，对治疗听力障碍的患者有较好疗效，原不在我

省医保支付范围，现纳入我省医保支付范围后，医保支付标准为155395元；均远超我省原医用耗材医保单次住院2万元的最高限定额度，极大地提升了参保人员医用耗材支付报销水平。改革执行后，全省医用耗材的平均医保报销比例达64.86%，较改革前的47.15%有较大增幅。

三是进一步提升管理颗粒度，明确按“通用名+材质特征”暨“15位国家编码”，对医保医用耗材实行准入管理，同步确定支付待遇、确定支付标准，符合目录内的所有企业和规格型号产品，均同等纳入医保支付范围，确保支付管理政策公平公正。

通过这些政策的调整，我们监测到，参保群众在深化医保制度改革方面的获得感和幸福感显著增强，诸如“脊髓神经电刺激器”“主动脉介入心脏瓣膜”等价格昂贵但是部分参保群众急需的治疗性医用耗材均纳入了我省医保支付范围，取消了单次住院支付限额，并与大病医疗保险等补充医疗保险进行衔接，极大地减轻了参保群众的费用负担。同时，将这些能在手术治疗中起到关键作用的医用耗材纳入医保支付，直接促进了相关临床科室专业培育发展和学术影响力的形成，从而进一步解决参保群众舍近求远“看病难看病贵”的问题。以脑起搏器植入术这项新技术为例，改革前有医保支付的限制，帕金森病综合症患者手术治疗的个人负担较高，我省此项技术发展及全国影响力处于弱势。随着我省及时调整医保支付相关政策，格局立即发生改变，不但解决看病难问题，也促进了相关临床专业的良性发展。我

省某三甲医院使用该技术的手术，已从每月 1-2 台、甚至没有，上升至每月 6-8 台，医保平均报销比例从之前的 10%左右上升到 70%左右。

江西日报记者：

请问省医保中心将从哪些方面做好医保医用耗材目录的落地执行？

省医疗保险基金管理中心主任金林金：

省医保局始终坚持以人民健康为中心，持续动态调整医保政策，医保医用耗材目录作为医保经办机构进行医保支付的重要依据，是我省医疗保障领域重要的改革举措。省医保中心将以贯彻落实医保医用耗材目录为契机，切实加强全省医保经办机构服务能力、定点医疗机构协议管理、强化医疗机构诊疗服务行为的引导，将好政策落实好，让广大参保群众得实惠。

一是强化医保服务协议管理，建立医疗机构责任机制。指导全省将医疗机构执行医保政策、落实医保改革任务等情况纳入医保协议管理范围，加强对医疗机构医疗服务行为、医疗服务质量的考核评价，并将考核结果与年终清算挂钩。切实加强对医保协议管理和履行情况的监督检查，要求医疗机构严格执行现行有效的医保目录，提升医疗机构的服务质量和水平，确保新版目录落地执行，保证参保人员能够及时享受规定待遇。

二是加大支付方式改革力度，完善医保医院协商机制。规范和统一全省医保支付方式改革经办服务管理工作，进一步建立健全医保经

办机构与医疗机构之间的协商谈判、“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担等机制，充分发挥医保支付方式改革的引导作用，推动医疗机构内部管理机制的转变，引导医疗机构合理诊疗、合理使用医保目录内耗材，在医院高质量发展的同时，切实减轻参保患者医疗费用负担，提高医保基金的使用绩效。

三是加强经办能力建设，提升医保经办服务质效。进一步加强全省五级经办体系建设，特别要夯实乡、村两级医保基层服务点功能基础，进一步调整优化《江西省医保经办政务服务事项清单》，加快完善标准化、网格化、信息化、精细化服务；强化医保、医院协同，加强医疗机构人员培训，通过对医保医师等医务人员的管理和培训，优化医疗服务管理，持续提升医疗机构医保经办服务水平。广泛开展政策宣传，常态化开展医保政策宣传活动，切实提升医保政策在群众中的知晓率，推动医保惠民新政策第一时间落地见效。

江西广播电视台经济生活频道记者：

下一步，江西将采取哪些措施，推动医保医用耗材支付管理工作保持全国前列？

省医保局医药服务管理处处长奚忠：

下一步，省医保局将聚焦“走在前、勇争先、善作为”的目标要求，持续优化和拓展更新我省医保医用耗材目录，给参保群众带来更多医保改革红利。

一是持续完善医保医用耗材目录动态调整机制。进一步“提质扩

面”，将临床需求比较迫切、费用昂贵，直接关系到群众就医负担的目录外治疗性医用耗材，坚持尽力而为、量力而行的原则，动态组织专家进行论证评审按程序纳入我省医保支付范围。综合考虑医用耗材的技术进步、临床使用情况、价格费用水平、医保基金的承受能力、国家医保医用耗材编码更新等因素，实现有进有出的动态调整机制。一方面，动态收集整理申报的目录外医用耗材信息，及时组织专家进行论证评审，将符合条件的医用耗材动态按程序纳入我省医保支付范围。另一方面，对退出临床可被更好替代、经济性评价不佳、被有关部门列入负面清单以及遇国家有关政策调整、国家医保医用耗材编码取消等其他不符合医保要求的产品，及时按相关要求从我省医保支付范围内清退。

二是始终坚持医用耗材采购使用监测制度。一方面，要协同促进医保医用耗材目录内医用耗材，在我省药品和医用耗材招标采购管理子系统上挂网采购。加强我省医保定点医疗机构管理，将定点医疗机构及时采购、合理使用医保目录内医用耗材，以及优先采购使用集采中选医用耗材，纳入医保协议管理范畴。督促和指导全省定点医疗机构，特别是公立定点医疗机构优先采购使用集采中选医用耗材，对医用耗材在我省药品和医用耗材招标采购管理子系统上网上采购。另一方面，始终坚持每月对医用耗材采购和使用数量、医保基金支付等进行监测、统计、分析，进一步加强部门间协同联动。在医用耗材生产、采购、使用、支付、监管等方面“以小切口发挥大效应”，提升医疗

保障治理能力，推动全省医疗保障事业高质量发展。

三是努力提高医用耗材医保报销比例。对超基本医保支付标准的医用耗材，落实好医用耗材支付过程中基本医疗保险与大病医疗保险等制度的有机衔接，进一步降低参保人员自付费用。同时，还要进一步优化完善医保医用耗材支付待遇政策，保障医保医用耗材目录编码更新不影响参保群众待遇，进一步提高广大参保群众医用耗材报销水平。不断加强医保医用耗材支付管理政策解读和培训，建立医保、医疗间顺畅的沟通机制，及时解答基层医用耗材支付管理工作中遇到的实际问题，促进基层工作人员能够更好地了解和熟悉医保医用耗材支付管理政策，从而更好地执行医保医用耗材支付管理政策，让广大参保群众在医保医用耗材支付领域有更多的获得感、幸福感和安全感。

省委宣传部对外新闻处副处长徐承：

谢谢各位发布人，谢谢各位记者朋友。今天的新闻发布会到此结束，谢谢！

[返回目录](#)

进一步健全医改领导推进机制！一省介绍深化医改工作进展

来源：健康陕西

12月1日10时，陕西省人民政府新闻办公室举办新闻发布会，邀请陕西省医改领导小组秘书处副主任、省卫生健康委副主任杨联昌，延安市副市长严晓慧，安康市副市长王廷栋出席，介绍陕西省深化医药卫生体制改革工作进展情况，并回答记者提问。发布会由陕西

省委宣传部新闻发布工作处处长李惠主持。

李惠：女士们、先生们，上午好！欢迎出席省政府新闻办新闻发布会。

今天，我们邀请到省医改领导小组秘书处副主任、省卫生健康委副主任杨联昌先生，延安市副市长严晓慧女士，安康市副市长王廷栋先生，请他们向大家介绍我省深化医药卫生体制改革工作进展情况，并回答大家关心的问题。

下面，首先请杨联昌副主任作介绍。

杨联昌：女士们、先生们，媒体朋友们，医改是重大民生工程，涉及群众切身利益。省委、省政府始终把保障人民健康放在优先发展的战略位置，将深化医改纳入全面深化改革统筹推进。全省各地、各部门认真贯彻落实党中央、国务院关于深化医改的决策部署，按照省委、省政府深化医改工作安排，坚持以人民健康为中心，以高质量发展为引领，以改革创新为动力，强化协调联动、完善制度机制、推动医保、医疗、医药协同发展和治理，推进医药卫生事业高质量发展，全力增强人民群众获得感、幸福感、安全感。下面我从四个方面简要介绍今年医改工作情况：

一、进一步健全医改领导推进机制

一是加强组织领导。由省长任省医改领导小组组长，省委常委、常务副省长担任副组长，高位推动医改工作。各级医改领导小组由党委(政府)主要负责同志担任组长，一位政府领导分管“医疗、医保、

医药”工作，上下联动推进的局面进一步巩固。二是强化统筹推动。各成员单位各司其职，协同发力，通过调研督导、召开现场会、巡回指导等多种方式，推动重点任务落实。省卫生健康委、省医保局签署医保医疗协同治理机制协议，定期会商，研究解决医保、医疗、医药协同治理重点事项。省卫生健康委、省教育厅签署合作框架协议，共同推动医教协同创新，提升医学人才培养质量。三是加大政府投入。2023年1-10月，共下达中央及省级医改领域专项资金227.77亿元，重点支持公共卫生体系建设、医疗卫生服务能力提升、国家医疗保险制度改革、公立医院综合改革、中医药传承创新发展、县域医共体建设等方面，全力保障医改工作顺利推进。安排省级专项资金3.07亿元支持国家区域医疗中心、国家医学中心、延安公立医院改革与高质量发展示范项目、铜川中医药创新发展示范项目和12个县域次中心建设项目。

二、推进优质医疗资源扩容下沉和均衡布局

一是推进国家医学中心创建和区域医疗中心建设。完善西安交大一附院国家医学中心建设清单，西安交大一附院榆林医院获批第五批国家区域医疗中心，完成内分泌代谢病、重症医学、血液病3个专科类国家区域医疗中心建设申报。4个省级区域医疗中心项目稳步实施。二是推动医疗集团和医共体建设。延安、宝鸡、铜川被确定为国家紧密型城市医疗集团试点城市。全省紧密型县域医共体建设县(市、区)由49个增加到83个，按县域经济发展口径统计，实现全覆盖。遴选

11个县启动实施医共体科室共建项目，丰富紧密型县域医共体建设内涵。推进“千县工程”组团式帮扶与医共体建设衔接，54个县级医院胸痛、卒中、创伤等三大中心功能向镇卫生院延伸，为急诊急救患者争取更多有效时间。三是提升基层服务能力。全省62.46%乡镇卫生院(社区卫生服务中心)达到国家卫生健康委《乡镇卫生院服务能力标准》《社区卫生服务中心服务能力标准》。发挥苏陕协作、对口支援和“组团式”帮扶机制作用，省内46家三级医院对口帮扶105家县级医院，江苏66家三级医院帮扶56个脱贫县县级医院。11家国家乡村振兴重点帮扶县医院累计新建临床科室19个，开展新技术、新业务273项。四是促进中医药传承发展。国家中医药传承创新示范项目落地铜川市。9个单位列入国家“十四五”规划中医药领域的重大工程项目，获批中央预算内投资4.5亿元。实施医院中医药特色康复示范中心建设项目16个。建成10个省级中医学术流派传承工作室。533个院内制剂纳入基本医疗保险和生育保险基金支付范围，实行乙类药品管理。五是发展壮大医疗卫生队伍。实施“卫生健康人才培养行动”、加强基层医疗卫生人才队伍建设三年行动计划(2023-2025年)，全省高校医学类专业布点244个。为县及县以下医疗卫生机构招聘医学本科生1536人，新招录住院医师规范化培训人员3236人(含全科专业325人、转岗培训全科医师839人、农村订单定向免费培养医学生201人)，培训镇卫生院骨干医生430人、乡村医生2331人，取得执业(助理)医师资格的乡村医生占比提高到

36.2%。各地医疗资源布局进一步优化下沉，分级诊疗和有序就医持续推进。

三、加快建立健全公立医院运行新机制

一是深化薪酬制度改革。全省 107 个县(市、区)中，59 个已经落实“一类保障、二类管理”和“两个允许”政策，占到 55%。启动卫生系列职称自主评审试点，授予西安市中医医院、咸阳市中心医院部分专业高级职称评审权。探索推行院长聘任制、年薪制、任期目标责任制，建立健全考核评价和监督约束机制。4 个市的 8 所市级医院和 7 个县(市、区)20 所县级公立医院实行院长年薪制。二是推动公立医院高质量发展。延安市入选国家公立医院改革与高质量发展示范项目，10 个单项方案启动实施。二级以上公立医院全部实行党委领导下的院长负责制。组织 54 家现代医院管理制度试点医院，开展建立健全现代医院管理制度试点医院擂台赛，评选样板医院、优秀医院各 10 家。三是推动医疗服务价格动态调整。新增修订医疗服务价格项目 129 项，其中新增 40 项、修订 83 项、废止 6 项。同步新增修订材料库 2 类，共涉及 24 个编码所属材料。选择宝鸡市开展省级医疗服务价格改革试点。目前，宝鸡市政府已印发《实施方案》和《操作细则》，进入实质试点阶段。

四、推动医保、医疗、医药协同发展和治理

一是完善多层次医疗保障制度。普通门诊统筹平稳落地。全省开通门诊统筹定点医药机构 1.5 万家，累计结算 2350.32 万人次，结算

总金额 44.19 亿元。医保电子凭证激活总人数达 3126.91 万人，激活率 84.59%。三级医疗机构医保电子凭证接入率 100%，二级医疗机构接入率 99%，定点零售药店接入率 97%。调整确定医疗救助定额资助标准，各级财政补助之和不低于当年国家公布的城乡居民基本医疗保险个人缴费标准的 50%，高于 50%的市(区)不得降低现行资助标准，安排省级医疗救助补助资金 16.73 亿元。二是深化支付方式改革。全省 12 个市(区)全部出台 DRG/DIP 支付方式改革方案，5 个市实行 DRG 付费，7 个市实行 DIP 付费，已实际付费统筹区按 DRG/DIP 付费医疗机构覆盖率达到 59%，按 DRG/DIP 付费病例数占比 92.2%，按 DRG/DIP 付费的医保基金占比 65.6%。三是推进药品供应领域改革。落实国家和省级集采药品数达 512 个，实现化学药、生物药、中成药药品 3 大领域全覆盖；开展医用耗材集采 17 大类，中选品种均价降幅超过 50%，累计节约采购资金 52.85 亿元。下达重点产业链发展专项资金 6008 万元，支持医药器具产业链 34 个项目和产品。出台《陕西省药品零售连锁企业开展执业药师远程审方服务工作指导意见》《药品零售企业新开办标准》，支持规范药品领域新业态发展。

随着医改工作持续深入推进，人民群众对更高质量、更加便捷的医疗卫生服务有了新期盼、新要求。下一步，全省医改工作将深入贯彻党的二十大精神和习近平总书记历次来陕考察重要讲话、重要指示批示精神，全面落实省委、省政府的工作安排，强化“一个中心”，即以人民健康为中心；用好“一个抓手”，即推动“三医”协同发展

和治理；突出“一个重点”，即深化以公益性为导向的公立医院改革，为持续增进人民群众健康福祉，谱写高质量发展陕西新篇章贡献更大力量。

谢谢大家！

李惠：下面，请严晓慧副市长作介绍。

严晓慧：各位媒体朋友们，大家上午好！很高兴参加今天的新闻发布会。首先，我代表中共延安市委、延安市人民政府对大家长期以来关心、支持延安卫生健康事业特别是深化医改工作表示衷心的感谢！

延安是新中国卫生事业的发祥地。今年以来，我们全面贯彻落实党的二十大精神和习近平总书记关于卫生健康工作的重要论述，坚持以人民健康为中心，高起点谋划、高标准推进公立医院改革与高质量发展示范项目，市委书记、市长担任示范项目建设领导小组“双组长”，组建八个项目推进小组和项目指导专家组，实行周报告、月调度，形成省市联动、市县同步实施的工作机制。在具体工作中，我们聚焦“医疗服务能力提升、智慧医院建设、控制医疗费用不合理增长”三大目标，因地制宜、创造性地学习借鉴三明医改经验，明确任务，狠抓落实，打造样板，推动新时代新征程深化医改不断取得新进展，持续提高人民群众健康福祉。

一、全面落实政府办医责任，构建公立医院高质量发展新体系

一是打造医疗服务高地。积极争取延安市人民医院与中国医科大

学附属第一医院合作共建国家区域医疗中心，加快推进延安大学附属医院省级区域医疗中心和吴起、子长、洛川 3 个市级区域医疗中心建设，全面提升其余县区综合医院服务能力，打造一批区域医疗服务高地，有效推动优质医疗资源下沉和区域均衡布局。二是加强重点学科建设。深化与中国医科大学、北医三院、北大六院等知名院校合作，建设骨科、麻醉、神内、心内等 4 个国家级重点专科以及肿瘤、妇产、呼吸、消化等 13 个省级重点专科，积极推广应用早癌筛查、辅助生殖、精神疾病诊疗等新技术，提升常见病多发病诊疗、急危重症抢救、疑难病转诊能力，带动提升全市整体医疗服务水平。三是加快整合型医疗服务体系建设。推动三大城市医疗集团和 31 个县域医共体向紧密型转型发展，实现大病重病不出市、一般病不出县区、头疼脑热在乡村里解决的目标，逐步构建分级诊疗格局。

二、协同推动三医联动改革，激活公立医院高质量发展新效能

一是推进三医协同治理。建立完善医疗服务价格动态调整机制，充分体现医务人员劳动技术价值。严格落实药品和医用耗材集中带量采购、医保结余资金返还机制，加快多元复合式医保支付方式改革，在落实 117 个按病种付费和 3 个精神类、17 个康复类病种按床日付费的基础上，继续扩大范围，切实降低群众看病就医负担。二是深化人事薪酬制度改革。率先启动市级公立医院编制备案制改革，进一步完善公立医院绩效考核评价体系，严格落实绩效奖惩兑现，全面落实“两个允许”政策，实现基层医疗卫生机构“一类保障、二类管理”

目标。三是持续建立健全现代医院管理制度。探索公立医院全面预算管理、精细化管理等制度，全面加强公立医院党的建设，推进二级及以上医疗机构党政分设，全面落实党委领导下的院长负责制，充分发挥公立医院党组织把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。

三、持续改善群众就医体验，引领公立医院高质量发展新趋势

一是加快智慧医院建设。全面推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”建设，以信息互联互通为基础、以检查检验结果互认为突破口，按照市级顶层设计，二级及以下医疗机构推行“云部署”的思路，推动全市智慧医院实现“一个平台、一套系统、一项标准和一张专网”。二是扩大智慧场景应用。利用信息化手段，优化门诊预约挂号、诊间支付、处方流转、药品配送等服务流程，加快“互联网+医疗健康”、远程医疗和流动医院建设，把医疗服务送到群众身边。三是探索建立医防协同医防融合新机制。深入推进健康延安8大健康细胞建设和18项专项行动，持续优化中医药服务体系建设，强化医疗机构哨点作用，建立传染病监测预警机制，加强慢性病筛查管理，全面做好家庭医生签约服务，推进卫生健康发展方式由以治病为中心转到以人民健康为中心。

下一步，我市将坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，在省委、省政府的坚强领导下，在省卫健委、省财政厅的精心指导和社会各界的关心支持下，以更高标准、更严要求、更实举措抓紧

抓实示范项目建设，确保项目如期建成，为全国公立医院改革与高质量发展探索延安经验、提供延安样板、贡献延安智慧。

谢谢大家！

李惠：下面，请王廷栋副市长作介绍。

王廷栋：各位媒体朋友，非常感谢大家长期以来对安康经济社会发展特别是医疗卫生健康工作的关心关注和大力支持，很荣幸参加这次会议，介绍安康医改情况。今年来，安康市委、市政府全面贯彻落实习近平总书记关于卫生健康工作，特别是总书记来安康视察时重要讲话和重要指示精神，将深化医改作为作为重大民生工程和幸福安康建设的重要支撑，以“大健康”理念为引领，围绕医疗资源更均衡、服务体系更优化、三医联动更协同、看病就医更便捷，系统推进综合医改，持续提升医疗卫生服务水平，实实在在增加了人民群众的获得感。今年，我市深化医改受到省政府真抓实干成效明显通报激励，汉阴医共体建设“1522”模式得到省委主要领导批示肯定并广泛推广，上个月，全省健康陕西暨医改工作现场会在安康召开。我从三个方面介绍我们的做法。

一、强化“五个支撑”，夯实深化医改工作基础

一是强化党建引领支撑。制定《关于加强公立医院党的建设工作的实施意见》，修订医院党委会议、院长办公会议“两个议事规则”，全面落实党委领导下的院长负责制，二级以上公立医院全部实现党委书记、院长分设。创新推动“将支部建在科室上”，市级医院基层党

支部从 58 个增加到 101 个，创建了一批特色党建品牌。采取“双骨干、双培养”模式，让党员专家成为医院发展的先锋队。通过扎实推进“三个年”活动，特别是作风建设年、清廉医院建设、改善群众就医体验活动等举措，努力让医疗服务更有温度。

二是强化政府财政支撑。建立健全政府主导、分级负责、多元投入的医疗卫生经费保障机制，2022 年全市财政卫生健康支出 42.97 亿元，同比增长 10.46%；财政补助占公立医院总支出比重的 17.86%，同比提升 2.69%。2020 年以来，全市实施卫生健康项目 58 个、投资 40.7 亿元。

三是强化基础硬件支撑。优化区域医疗资源配置，高质量建设市中心医院省级区域医疗中心，建成市中医医院中医传承创新项目，安康市高新医院(浙江大学邵逸夫医院分院)上个月建成投用，5 个县级医院完成迁建和改扩建，今年新启动 10 个县级医疗机构改扩建项目。市、县公立医院综合水平全面提升，50%的二级综合医院考核排名居全省前 35 位。

四是强化学科能力支撑。出台《安康市推动公立医院高质量发展实施方案》等政策举措，加快补齐专业专科短板，今年新增国家级临床重点专科 2 个、省级临床重点专科 4 个，实现急诊急救“三大中心”县域全覆盖，6 个县级医院列入国家“千县工程”能力提升。坚持中西医并重，启动 6 个全国基层中医药工作示范县创建，所有乡镇卫生院全部建成国医馆，74.9%的村卫生室能用中西两法防病治病。

五是强化帮扶合作支撑。落实中央“组团式”帮扶措施，强化与省内外高水平医院的合作帮扶，省内省际三级公立医院对10县区的县级医院对口帮扶实现“双重”覆盖，建立专科联盟30个、指导新建专科科室9个、开展新技术新项目580项。与中国人民解放军总医院(301医院)、浙江邵逸夫医院、西安交通大学附属医院、省人民医院等省内外优质医院签订多项深化合作协议，优势互补、携手共谋高质量发展。

二、抓实“三项改革”，优化卫生健康体制机制

一是深入推进医院管理制度改革。强化党政组织推动，多部门联动协作，理清责任权限，切实履行办医职责。市、县两级调整完善了“党政主导、部门协同、各方参与”的医改议事协调机构，2022年以来，市医改领导小组先后6次研究落实公立医院人事薪酬、加大投入、绩效考核、医保支付等重点改革工作，县级同步抓好落实，以公益性为导向的公立医院改革持续深化。

二是深入推进人事薪酬制度改革。推行公立医院编制备案管理，4家市级公立医院用人总量调整为8250个，较2016年增加2850个，在编和非在编人员同等对待、同工同酬。在总量内赋予公立医院用人自主权，市、县公立医院三年累计自主招聘医疗卫生人才1673人，其中硕士以上156人。市级和5个县区实行公立医院主要负责人年薪制，绩效分配向骨干和一线人员倾斜，医院职工年均收入较2019年增长1.6万元。所有乡镇卫生院全部实行公益一类保障、二类绩效管

理，职工年均收入较 2019 年增长 1.4 万元。

三是深入推进三医联动改革。落实集中带量采购药品超 450 种、医用耗材 12 类，每年减少药品耗材采购费用过亿元。建立医疗服务价格动态调整机制，2017 年以来 3 次调整医疗服务价格 4000 多项。试点推行医保支付方式改革，启动疾病诊断相关分组付费试点 7 个，在 2 个县建立了医保基金总额预付、结余留用、合理超支分担机制，医保基金使用日益高效，医疗机构服务更加规范，患者就医负担得到减轻。

三、突出“三个持续”，提升基层综合服务能力

一是持续推进紧密型县域医共体建设。10 个县市区组建并运营医共体 17 个，覆盖 21 家县级医院和 133 个镇卫生院，通过县级医院管理基层、利益机制联结上下、服务质量整体提升等举措，逐步让重点慢性病、常见病、多发病能在基层“防得到、治得好、管得住”。目前，在学习三明经验和推广汉阴经验的基础上，市委、市政府围绕聚力建设幸福安康促进共同富裕的目标，按照城乡医疗卫生机构一体化管理、同质化服务、人财物统筹的思路，研究制定深入推进县域城乡紧密型医共体建设的试点方案，全力打造紧密型医共体升级版。

二是持续优化基层卫生服务网络。加强 169 个镇卫生院和社区卫生服务中心规范化建设，目前 71 个镇卫生院达到“优质服务基层行”基本标准、13 个达到推荐标准，17 个镇卫生院列入县域医疗次中心建设。全市行政村(社区)卫生室全部实现标准化，其中公房化率

达到 71%，今年出台了村卫生室公房化实施方案，2025 年实现全覆盖。基层医疗卫生机构“硬实力”不断提升，2022 年基本公共卫生服务项目绩效考核排名全省第二。

三是持续丰富“互联网+医疗健康”服务。健全完善远程医疗协作网，联通 235 家医疗卫生机构，为群众提供服务 24 万余次。做实家庭医生签约服务，组织 1907 个家庭医生团队上门服务，确保 81.2 万名乡村振兴监测对象、2.83 万名大病患者医疗有保障。“互联网+家庭医生签约”平台线上签约 174.7 万人。加强一老一小等人群健康管理，全市新生儿死亡率降到 2.13%，孕产妇死亡率下降至 6.66/10 万，人均预期寿命达 78.44 岁。

各位媒体朋友们，健康是发展的基础，改革是发展的动力。我们将牢记习近平总书记殷殷嘱托，坚定信心和决心，扎实推动医改工作向纵深发展，让更多医改成果惠及全市人民，为在中国式现代化道路上聚力建设幸福安康，为健康陕西建设提供更大的支撑和保障！

谢谢大家！

李惠：下面，进入提问环节，欢迎大家围绕今天发布会的主题进行提问。提问前，请先介绍一下所在的新闻单位。

中国新闻社：刚才杨主任在介绍时提到“卫生健康人才培养行动”，请您介绍一下具体情况。

杨联昌：感谢记者的提问，我来回答。党的二十大报告指出，必须坚持“人才是第一资源”，完善人才战略布局，建设规模宏大、结

构合理、素质优良的人才队伍。干事创业人才是第一位。卫生健康事业高质量发展，医疗卫生人才是第一要素。为深入贯彻中央和省委人才工作会议精神，聚焦全省卫生健康人才现状，紧盯建设西部卫生健康人才高地、推动学科建设发展、补齐急需紧缺专业人才等现实需求，省卫健委整合现有人才项目，实施“卫生健康人才培育行动”。

“卫生健康人才培育行动”共设立3个计划：一是以高精尖人才为头雁领航，深入实施高层次人才(团队)培育计划。总的目标是，“十四五”时期计划培育具有国际国内领先水平的医疗卫生领军人才、青年人才和创新团队200人(个)。截至目前，已培育领军人才25人，其中省级人才计划14人，省中青年科技创新领军人才11人；青年人才35人，其中省级人才计划5人，省青年科技新星30人；创新团队35个，其中“三秦学者”创新团队13个，省卫生健康科研创新平台和团队20个。二是以中青年人才为源头活水，深入实施骨干实用人才培养计划。总的目标是，“十四五”时期计划培养学科带头人1000人、中青年技术骨干和实用紧缺人才3500人，培训乡村医生不少于3.5万人。截至目前，通过挂职交流和访学研修培养学科带头人455人；通过线上线下、脱产或在职等多种方式培训全科医生、儿科医师、精神科、重症医学、老年医学、职业病防治等专业中青年技术骨干和实用紧缺人才7433人；通过紧密型县域医共体和“优质服务基层行”培训镇村卫生人员20余万人次。三是以基层卫生人才引进为基础支撑，深入实施基层医疗卫生人才招聘计划。总的目标是，“十四

五”时期为县级及以下医疗卫生机构招聘 10000 名医学类毕业生。截至目前，通过为县及县以下医疗卫生机构定向招聘医学类毕业生计划招聘 4378 人，本科及以上学历占比 90%以上；通过农村订单定向免费医学生培养计划培训 985 人；通过“大学生乡村医生”专项计划培养 47 人；通过市县自主开展的为县级及以下医疗卫生机构招聘医学类毕业生计划招聘 1245 人，合计 6655 人。

下一步，我们将继续实施好卫生健康人才培育行动，加快高层次人才(团队)培育力度，加快推动学科带头人访学研修工作。争取“十四五”末 3 个计划全部超额完成目标。

中国报道：请问，延安市在紧密型城市医疗集团建设方面有哪些特色和亮点做法？下一步延安市将如何做好试点相关工作？

严晓慧：非常感谢您对延安城市医疗集团建设工作的关注和支持。下面，我简要介绍这个问题。

延安市从 2013 年以来先后组建了以延安大学附属医院、延安市人民医院和延安市中医医院为总院的三大医疗集团。回顾总结近 10 年来的工作，我们主要有以下几点体会：一是党政主要领导高度重视支持是前提。延安医疗集团的组建运行，离不开国家卫生健康委和省委、省政府的关心重视以及省级有关部门的支持，延安市委、市政府高度重视，两位主要领导亲自部署、亲自安排、亲自推进，使三大医疗集团顺利组建和运行。二是始终坚持医疗集团公益性质是核心。组建医疗集团是深化公立医院改革的积极探索和有效实践，延安市坚持

“回归公益性、调动积极性、惠及老百姓、保障可持续”目标，夯实各级政府和医院责任，努力满足人民群众的医疗健康需求，切实解决群众“看病难、看病贵”问题。三是持续推动医疗集团改革创新是关键。组建医疗集团优化了区域医疗资源布局，推动了优质医疗资源扩容下沉，提升了医疗管理和服务水平，推进了城乡医疗服务一体化。四是建立健全医疗集团体制机制是保障。我们按照一体化管理思路，建立健全投入保障、监管运行、利益分配等体制机制，切实保证各方利益，充分调动广大医务工作者的积极性和主动性，保障了医疗集团的规范运行和持续发展。

下一步，我市将认真落实《延安市紧密型城市医疗集团建设试点实施方案》，统筹辖区医疗卫生资源，优化紧密型城市医疗集团布局，构建以市级医院带动区级医院、区级医院带动城市社区卫生服务中心（乡镇卫生院）的网格化医疗服务新体系，推行人员、医疗、运营、信息等一体化管理，持续推动优质医疗资源下沉，不断满足人民群众全生命周期卫生健康服务需求。

谢谢，这个问题我就介绍到这里。

陕西日报：安康市采取了哪些措施优化解决群众看病就医环境？

王廷栋：感谢您的提问。这是关系看病就医最直接的问题，大家都有体验，看病就医用时长、排队久是患者的烦心事。安康市结合扎实开展主题教育和“三个年”活动，在全市卫健系统深入实施“一活动两计划”（改善就医感受提升患者体验主题活动、全面提升医疗质

量行动计划、进一步改善护理服务行动计划)，改善患者在看病就医过程中的体验。优化群众就医环境，改善全过程的就医感受和服务体验。有几项目措施：一是推进预约诊疗，让挂号不排队。全市二级以上公立医院已经在“陕西省预约挂号服务平台”和“智慧安康信息平台”（i安康APP）等多个网络信息平台开通预约诊疗服务，群众可以通过医院的微信公众号、网站、电话等多种渠道提前预约就医时间，预约时间缩短到10—20分钟，可以精准就医看病，省去了挂号排队时间。二是运用信息技术，看病过程少排队。市级4家公立医院和大部分县级医院已经运用信息技术实现了网上选择医院和医生、网上排队、线上支付、线上查询检验报告、打印等所有就诊服务，减少在候诊、检查、缴费、取药等就医过程中反复排队的麻烦。三是推动名医下沉，让患者看病少跑路。扎实推进紧密型城乡医共体建设，通过名医专家下沉、远程会诊、双向转诊等举措，为患者提供方便就近的优质就医条件。四是加强医院精细化管理，缩短等候时间。组织接诊量大的市县级医院特别是科室，实行弹性排班和动态调整机制，在患者多的科室和高峰时段，通过增加挂号、缴费、取药、检查等服务窗口，增加诊室和医生数量等措施，完成诊疗服务，尽可能减少大家就医看病等候时间。

感谢您的提问，这个问题我就介绍这些。

陕西广电融媒体集团(台)：请问，安康市在保障基层群众就近找到大医院专家看病方面，开展了哪些工作？

王廷栋：安康作为山区城市，地域面较大，我们结合实际，紧紧围绕群众看病就医实际需求，创新服务举措和服务方式，制定完善医疗卫生服务便民惠民措施，让基层群众在家门口就近享受大医院名医专家提供的医疗卫生服务。一是多举措推动名医专家下沉。通过全面推广汉阴医共体模式、推进人财物资源统筹、名医下沉、建立专家基层工作站、双向转诊等举措，打造城乡紧密型医共体，从全市二级以上医院遴选一批具有中高级职称、医德好医术高、群众信赖的临床专家，成立专家基层工作站或名医团队，定期进驻医疗集团成员单位或县域医共体的县、镇医院，开展坐诊、会诊、查房、临床教学、技术培训等服务，把名医专家医疗服务送到基层、送到一线，让群众就近在家门口得到好的诊疗。群众看病就医为什么找大医院和名医？因为他们更多担心首诊质量，我们就是确保首诊质量得到及时提高，让患者得到及时准确的服务。二是门诊预约号源向基层下沉。组织协调全市二、三级医院每日预留一定比例的门诊号源优先向基层医疗机构开放。乡镇卫生院全科医生或家庭签约医生普遍与辖区二级医院、市级三级医院建立门诊预约转诊、检查、住院等沟通协调机制，为辖区居民就近提供及时、优质的专科门诊治疗、检查和住院预约等服务。三是全面推广远程医疗服务。我市远程医疗结合脱贫攻坚和乡村振兴做了大量的工作，完善“安康市远程(医疗)会诊平台”和“安康市心医国际远程医疗平台”，扩充医学影像、心电、检验、病理等远程诊断平台，在基层一线设施设备到位的情况下，在一线做检查，名医专家

在市县医院提供准确的诊断结果，市、县、镇各级公立医疗卫生机构全部接入远程会诊平台，与省内外名医联动，确保检查结果准确。鼓励有条件的村卫生室积极接入，实现全市远程医疗的提质扩面，通过远程平台把名医、专家“送”到患者家门口，确保患者得到及时、有质量、有水平的诊疗服务。

谢谢。

国际在线：请问，在推动紧密型县域医共体建设方面，陕西省都做了哪些工作？

杨联昌：推进紧密型县域医共体建设，是实施健康陕西建设战略、深化医药卫生体制改革，构建合理有序分级诊疗制度的重要路径。今年以来，我们主要做了6方面工作：一是完善政策体系。制定《2023年紧密型县域医共体建设项目工作实施方案的通知》等4个文件，强化政策指导。二是扩大建设范围。2023年，开展紧密型县域医疗卫生共同体建设的县(市、区)由49个扩大到83个，建设紧密型医共体158个，医共体建设工作由试点探索转向全面推进。三是丰富建设内涵。2023年，遴选11个县(区)启动紧密型县域医共体内县镇医疗机构相关科室共同建设项目，通过共同开展科室建设、开展诊疗业务，有效推动医疗资源下沉，提升基层服务能力，提升医疗资源综合利用效率。四是开展年度监测。按照国家紧密型县域医共体年度监测工作安排，对32个医共体建设县开展线上监测，58个医共体建设县开展线下监测，做好监测结果应用。五是加强培训督导。邀请省内外专家

对市县卫生健康部门、医共同体成员单位负责人进行培训。组建陕西省紧密型县域医共同体建设巡回督导指导组，赴全省各地开展巡回督导指导工作。六是推广典型经验。在全省范围内推广汉阴县等经验。渭南市澄城县“行走的医院”助推紧密县域医共同体建设入选国家《2023年紧密型县域医疗卫生共同体建设典型案例》。

下一步，我们将持续围绕完善组织领导体系、稳步落实“八统一”管理、深化医保支付方式改革、全面提升总院服务能力、加强基层医疗机构能力建设、下沉优质医疗资源、强化信息化支撑等方面，巩固完善我省紧密型县域医共同体建设。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

5年药品耗材集采减负超5000亿，带量采购进入扩面提质新阶段

来源：第一财经

从2018年11月的“4+7”试点，到今年11月16日第九批国家药品集中带量采购中选结果公布，正好是5年时间。这五年间，我国共进行了九批国家药品集采、三批国家高值医用耗材集采，连同地方联盟采购，已累计为患者减负5000亿元。

五年来，国家集采不仅降低了药品耗材价格，更是打破我国长期以来药品耗材招采的固有格局。常态化制度化的集中带量采购，对看病就医和医药行业的发展正在产生深刻影响。目前，集采进入扩面提

质的新阶段，新批次的药品耗材集采不间断持续推出，集采逐步取代原有的省级招采成为我国公立医疗机构采购的主导模式。

国家药品集采 5 年覆盖 374 种药品

针对以往药品集中招标采购“量价脱钩”的现象，国家医保局于 2018 年底在 11 个城市开展药品集中带量采购试点(下称“‘4+7’试点”)，通过明确药品价格与用量的合同关系，从根本上解决药品流通领域“4+7”扩围问题。

“4+7”试点中选品种 25 个，中选价平均降幅为 52%，与试点城市 2017 年同种药品最低采购价相比，中选价平均降幅 52%，最高降幅 96%。

9 个月之后的“4+7”扩围，中选品种降幅创出了这五年的最高点 59%。试点全国扩围后，25 个通用名品种全部扩围采购成功，扩围平均价格在“4+7”试点基础上又降低 25%。

此后的集采批次中，只有第六批、第七批降幅略低于 50%。今年 11 月 6 日开标的第九批药品集采中选品种平均降幅再升至 58%，仅次于“4+7”扩围时的降幅。这九批国家组织药品集采平均降幅超 50%。

从集采覆盖的品种数目上来看，第五批中选药品数目最多，为 61 个，第七批也有 60 个，第六批胰岛素专项最少，为 16 个，九批集采共纳入 374 种药品。

中国社会科学院世界社会保障研究中心研究员姚宇对记者表示，集采覆盖的疾病治疗用途越来越广泛，不是集中于几个常见的疾病，

而且品种也比较多，这能更好地发挥集采的保障功能。

以第九批集采为例，本次集采涵盖感染、肿瘤、心脑血管疾病、胃肠道疾病、精神疾病等常见病、慢性病用药，以及急抢救药、短缺药等重点药品。其中，治疗多发性骨髓瘤的来那度胺胶囊 2023 年 5 月专利到期后及时纳入集采，每粒 (25mg) 从平均约 200 元降至 15 元，每月可节约药费 3880 元左右，患者负担明显减轻。

三批国家集采高值耗材降价也非常明显，心脏支架、人工关节等 8 种高值医用耗材平均降价超 80%；髌关节平均价格从 3.5 万元降到 7000 元左右，膝关节平均价格从 3.2 万元降至 5000 元左右，平均降价 82%。

国家组织高值医用耗材联合采购办公室近日发布通知，第四批国家组织高值医用耗材集采将于 11 月 30 日开标，共包含人工晶体类、运动医学类耗材产品。

图1 九批国家药品集采时间轴



数据来源：第一财经根据历年《全国医疗保障事业发展统计公报》整理

高质量药品逐步占据临床用药主流

从 2021 年起，国务院推进常态化制度化开展集中带量采购，带来稳定的预期。国家医保局要求，到 2023 年底，每个省份的国家和省级集采药品数累计达到 450 种，其中省级集采药品应达到 130 种，化学药、中成药、生物药均应有所覆盖。集采使大量中选仿制药进入临床一线，降低了患者负担，提升仿制药替代率。

中国药科大学国际医药商学院教授路云表示，一个品种是否纳入集采看竞争格局，如果一致性评价已经有 5 家企业，就说明这个药品市场竞争比较成熟，它的生产能力、质量保证都比较高，就可以纳入集采的范围。

集采的常态化制度要求将化学药、生物药、中成药三大领域全部纳入范围，优先纳入临床用量大、采购金额高、市场竞争充分的品种，特别是药品费用累计前 80% 的 600 个品种，逐步覆盖国内上市的临床必需、质量可靠的各类药品，做到应采尽采。

集采将通过一致性评价作为仿制药入围的门槛，集采中选产品的广泛使用，大幅提升了仿制药整体质量水平。集采前，未过评仿制药的使用量占了近 50% 的市场；集采后，这一比例降至 5% 以下。

国家医疗保障局价格招采专家组组长章明在接受记者采访时表示，前八批集采后，患者使用原研药和过评仿制药等高质量药品比例由集采前的 50% 提高到 90% 以上，临床使用药品的整体质量水平大幅提升。

在高值耗材方面，心脏支架集采后，材质性能更好的铬合金支架

使用比例由 60% 上升到 90% 以上，原先占据市场较大份额但性能一般的不锈钢支架逐步退出市场。

集采的目标之一是要成为我国公立医疗机构采购的主导模式，目前省级招采仍然是我国医药采购的主体，2022 年，全国通过省级医药集中采购平台网采订单总金额 10856 亿元，比 2021 年增加 516 亿元。不过，目前，集采品种只占到了公立医疗机构常用药品的约 30%，要达到让集采品种成为公立医疗机构采购使用的主流还任重道远。

国家集采能否覆盖到更多品种，与一致性评价的进度密切相关。随着一致性评价工作深入推进，从 2018 年起，过评品种数逐年上升，截至 2022 年底，过评药品数达 3902 个，涉及品种 600 余个。随着我国仿制药通过一致性评价的品种越来越多，国家集采能够遴选的药品也会越来越多。

图2 全国通过省级药品集中采购平台网采情况



图3 医用耗材集中采购情况

| | | |
|-------|-------------|---|
| 2020年 | 冠脉支架 | 中选支架从均价1.3万元左右下降至700元左右 |
| 2021年 | 人工关节 | 髋关节平均价格从3.5万元降到7000元左右；膝关节平均价格从3.2万元降至5000元左右；平均降价82% |
| 2022年 | 骨科脊柱类高值医用耗材 | 5种脊柱类骨科耗材平均降幅84% |

数据来源：第一财经报道历年《全国医疗保障事业发展统计公报》整理

医药企业参与集采的积极性逐渐提高

国家医保局数据显示，医药企业积极参与第九次集采，262 家企业的 382 个产品参与投标。205 家企业的 266 个产品获中选资格，其中包括 200 家国内药企的 260 个产品，5 家国际药企的 6 个产品(包

括 1 个原研药和 5 个进口仿制药)，投标企业中选比例约 78%，平均每个品种有 6.5 家企业中选。

姚宇表示，集采中标的企业越来越多，说明更多的企业意识到要将药品价格中的水分挤压出来，在同一个行业中每家明白成本底价，区别只是营销渠道的费用不同，将营销费用压下来之后，企业才能回归正常的生产和供应保障。

从内外资企业数量整体来看，外资企业参加的还是相对较少；同时，内资企业的有效报价产品数占比也明显高于外资企业。不过，从最近几个批次数据看，外资企业的有效报价产品数占比在逐批提高，原研药降价与同品种国产药同台竞争的趋势逐渐形成。

中国药科大学国际医药商学院院长常峰表示，我国正处于由仿制药大国向强国跨越的阶段。在公共采购中，将通过一致性评价的仿制药与原研药置于同一平台公平竞争，逐步淘汰市场上药品未过评及不具备低成本规模生产和产品管线优势的企业，能够实现仿制药的高质量替代和医药产业集中度提升，进一步提高我国患者用药质量，推动医药产业做大做强。

[返回目录](#)

“天价药”医保国谈结束 高值药可及性有待多方法解决

来源：华夏时报

近日，备受关注的医保谈判尘埃落定，据透露，今年医保谈判初审通过 390 个药品，正式审查获批 386 个。最终，168 款药品成功晋

级，创下医保谈判史上最多品种。其中包括 148 场独家药品谈判和 20 场非独家药品竞价。

与往年一样，今年的国家医保药品目录申报范围再次向罕见病患者、儿童等特殊人群适当倾斜。不过，医保不能完全解决罕见病药物等高值药的可及性难题。

财经评论员张雪峰对记者表示，除了医保谈判，提升高值药物可及性的方法还有很多，如建立多层次的医疗保障体系，包括商业保险、慈善捐赠等，为罕见病患者提供更多的资金支持；鼓励企业研发生产罕见病药物，加强政府与企业合作，提高基层医疗机构的诊疗水平和药品供应能力，为罕见病患者提供更加便捷和高效的服务。这些措施的实施将有助于提高罕见病患者的用药可及性，减轻他们的经济负担，提高生活质量。

高值药品备受关注

2021 年，因为“每一个小群体都不应该被放弃”这一金句的走红，治疗罕见病 SMA(脊髓性肌萎缩症)的“救命药”诺西那生钠注射液被纳入医保，从一针 70 万元降至 3.3 万元，成为首个被纳入国家医保目录的高值罕见病药物，这也为孤儿药、天价药的可及性带来了希望。

从高值罕见病药品纳入医保情况来看，总体数量并不多，但中国一直从政策上进行扶持。2023 年国家医保药品目录调整工作方案对罕见病用药的申报条件未设置上市时间限制，纳入国家鼓励仿制药品

目录的药品可以申报当年医保目录，进一步拓宽了罕见病用药的准入范围。

国家医保局日前发布消息显示，通过医保目录准入谈判，已累计将 26 种罕见病用药纳入医保药品目录，平均降价超 50%。叠加其他药品准入方式，目前获批在中国上市的 75 种罕见病用药已有 50 余种纳入医保药品目录。

今年医保谈判的两款戈谢病的特异性药物引发关注：一款为注射用维拉昔酶 α ，适用于 1 型戈谢病患者的长期酶替代治疗(ERT)，此前已连续两年与医保目录“失之交臂”；另一款为酒石酸艾格司他胶囊，为首仿药获批药物。能否顺利进入医保，静待解开谜题。

事实上，并非所有高值药品都能实现“以价换量”。从谈判流程来看，医保药品目录调整分为企业申报、形式审查、专家评审、谈判竞价等环节。即使通过形式审查的药品也并不一定能进入谈判，或最终纳入医保。

两款备受瞩目的“百万抗癌神药”仍未能出现，据现场报道，复星凯特的阿基伦赛注射液(商品名：奕凯达)和药明巨诺的瑞基奥仑赛注射液(商品名：倍诺达)并未被列入最终的谈判名单。

可及性难题

定价高一直是阻碍高值药物可及性的一个重要因素。就罕见病药物而言，根据中国罕见病联盟对 33 种罕见病，共两万余名患者的调研，有近 1/3 的患者当前没有接受治疗或从来未接受过治疗。这部分

人群中，又有大约一半的患者因医药费用太贵无法负担从未进行治疗或放弃治疗。罕见病患者群体期望通过纳入医保而能用上这些“天价药”。

据了解，2023年医保目录进一步拓宽了高值药的准入范围，价格测算上也有相应的优惠和折算方式。在8月17日，国家医保局也在答复函中表示，目前中国基本医保筹资水平还不高，2022年居民医保人均筹资标准仅为960元，保障能力有限。在待遇调整过程中，必须将基金承受能力作为“底线”，尽力而为，量力而行。

在罕见病用药供应保障方面，国家医保局联合国家卫生健康委先后印发相关文件，通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足谈判药品供应保障、临床适应等方面的合理需求。截至2023年6月底，全国已有22.9万家定点医院和药店配备了包括罕见病用药在内的目录谈判药品。

浙大城市学院文化创意研究所秘书长林先平在接受本报记者采访时表示，罕见病药物的可及性是罕见病患者面临的最大问题，罕见病药物的研发与上市越来越受到重视，近年来在国家政策支持下，我国罕见疾病药物上市数量呈现明显上升态势，支持罕见病药物研发激励政策陆续出台，通过提升审查的一致性和效率，简化流程等策略鼓励罕见病药物的研发和上市。这说明我国政府对罕见病患者的关注度和关爱程度正在不断提高。同时，这也反映出我国药品监管政策的改革和创新，以及医药行业研发实力的提升，更多罕见病患者有望得到

有效治疗，提高生活质量。

他进一步指出，医保谈判的介入可以在一定程度上解决罕见病患者用药难题。除了医保，提升高值药物可及性的方法还有很多，比如加快药品审评审批速度，为罕见病药物上市提供绿色通道，提高罕见病药物审批效率，加快新药上市进程，以满足患者迫切需求；建立多元化支付机制，提高患者用药可负担性等，让更多罕见病患者得到及时、有效的治疗。

[返回目录](#)

• 医保速递 •

协同开创医疗服务价格改革新局面

来源：财经大健康

深化医疗服务价格改革是促进医疗保障和医疗服务协同高质量发展的重要举措，也是广大人民群众最关心、最直接、最现实的利益问题。

近年来，医疗服务价格改革、调控、管理、监督力度持续加大，政策体系不断完善，价格结构逐渐优化，对促进医疗技术进步、控制费用过快增长、支持医疗事业发展起到了积极作用。与此同时，也面临一些深层次体制机制问题，单纯依靠调价以保障公立医疗机构高速发展的理论基础和现实可持续性存在挑战，亟待厘清一些重点问题的认识。

各利益相关方对价格调整认知有温差

自国家医保局 2018 年成立以来，指导各地全面建立医疗服务价格动态调整机制，连续三年开展制度化调价评估，抓住取消药品耗材加成、加强医疗机构成本控制等改革创造的有利窗口，实施多轮调价工作，医疗服务价格指数试编制结果显示：2022 年底医疗服务价格总水平较 2018 年上涨约 16%，其中手术、中医等部分技术劳务类项目涨幅 20%-30%；门诊、护理等收入规模大、补偿能力强的常规项目价格涨幅 18%-22%。实践中，相关各方对医疗服务价格调整工作的认识却存在明显温差。

一是价格主管部门与医疗机构之间认知有温差。价格主管部门认为近年来连续动态调整价格，频率和范围都持续优化，而相当一部分医疗机构认为医疗服务价格仍不足以弥补医疗服务成本，调价幅度还不够，应予加大。

二是医务人员与患者之间感受有温差，特别是在单项医疗服务价格和总体费用上存在不同看法。

如有医务人员在自媒体反映“每台手术收入 500 元”，多数评论认为没有完全体现医务人员技术劳务价值。但在舆论热点平台上，群众普遍反映当前住院总费用不低，甚至反映在集采有力降低高值医用耗材价格的同时，一些替代性治疗、辅助治疗手段和其他高值医用耗材使用频率明显提高，导致看病住院总费用并未大幅降低。这反映了不同语境下，舆论场对单台手术医务人员的绩效金额、手术项目收费

价格及住院总费用容易混用，并得出不同结论。

三是在认可医务人员技术劳务价值的前提下，由谁来买单的认知有温差。

从观点看，大致可分为两类：一类认为应该尽快调价，以更有利体现医务人员价值，有的既赞成提高医务人员收入，又不赞同提高医疗服务价格，认为应通过加大成本管控、改革薪酬分配制度加以解决；另一类希望进一步加大药品和耗材集采力度，腾出空间激励医务人员。不过，对此医药产业界则反映承压较大。

总的来看，各方对医疗服务价格认知温差较大，现阶段突出矛盾是医疗机构等相关方面通过调涨医疗服务价格增收、增薪的诉求强烈，与群众实际负担能力之间的矛盾。因此，在医疗服务价格改革和深化医改中，均衡各方责任和利益，以系统集成实现多重目标的动态平衡，尤为重要。

始终坚守公立医疗机构的公益属性

在各方立场和出发点不一的情况下，关于医疗服务价格水平、功能作用的探讨，须正本清源回归到公立医疗机构的基本定位上。长期以来，基本医疗服务应由“政府主导”还是“市场配置”的问题，各界一直在讨论和探索。经过多年的实践发展，结论已清晰，那就是社会主义国家性质决定了中国必须坚持基本医疗卫生事业的公益性，坚持政府主导、体现公益属性、发挥公立医疗机构主力军作用。无论社会发展到什么程度，都要把公益性写在医疗卫生事业的旗帜上，不能

走全盘市场化、商业化的路子，才能更好保障广大人民群众就近享有公平可及、系统连续的健康服务。

2022年卫生健康事业发展统计公报显示，公立医疗机构诊疗人次占总诊疗人次的83.4%，公立医疗机构床位占总床位数70.0%，已经成为医疗服务供给的绝对主力军。实践证明，以坚持公益属性为底色的中国方案破解医改这一世界性难题，方向正确、成效显著，人民群众基本医疗得到保障，人均预期寿命逐步提高，在抗击新冠肺炎疫情的斗争中，中国的医药卫生体系经受住了考验，为打赢疫情防控阻击战发挥了重要作用。

与此同时，要全面辩证看待客观问题，在坚定不移践行政府主导和公益性的前提下，也要意识到其在效率和激励上相比市场的不足之处。主要是对效率高的医疗机构激励仍不足，高水平医务人员阳光收入与其知识技术价值不匹配；效率低的医疗机构缺乏退出机制，从粗放式发展向精细化转型的内在驱动力不足。因此，探讨医疗服务价格的合理水平和应有功能，首要应当站稳基本医疗服务公益属性的基本立场，并着眼于克服现有机制不足之处。

理性看待公立医疗机构亏损现象

近年受新冠大流行影响，公立医疗机构亏损见增。2021年度全国二级公立医院绩效考核中，约43%的二级公立医院出现亏损。因而，公立医疗机构通过加大调高医疗服务价格力度，以弥补亏损的诉求声渐大。

如何看待公立医疗机构亏损，是一个重要问题。通常来说，以公益性和提供公共服务为主要任务的机构，为了充分体现其设立初衷，均会相对从严控制收费标准，会存在一定亏损，如铁路、电力、城市公共交通等。考虑到公立医疗机构的公益属性，有一定的亏损面，笔者认为是可以预见的。从国际上看，英国是公立医院为主的典型国家，2018-2019 财年约有一半的公立医院收支为赤字。因此，对于公立医疗机构存在一定范围的亏损现象，从国际国内对比看，有一定共性，需客观分析其原因，综合施策加以解决。

应当看到，一定区域内医疗服务价格基本统一，相同价格政策下，有的医疗机构盈余，有的医疗机构亏损，说明医疗机构盈亏不完全是医疗服务价格问题，而是多种因素综合作用的客观结果。比如，部分地区人口流出，医疗资源局部过剩，医师日均诊疗负担下降，导致部分地区医疗服务体系出现结构性效率下滑，部分医疗机构亏损。还有，少数医疗机构无序扩张规模、新增设备；有的医疗机构医护药技行政人员比例不合理，内部管理效率待提升；有的医疗机构成本消耗关键环节监管缺失。对此，卫健部门正通过优化区域卫生规划调整、开展公立医院绩效考核、加强公立医院运营和财务管理等，推动公立医疗机构降本增效。

同时，对于存在部分医疗服务价格项目和价格不合理的问题，医保部门也不能回避，卫生健康、医保部门应分别在降本增效、完善价格上持续改进。医疗服务价格既不能长期不调，也不能瞄着医疗机构

收支缺口,全部诉之于医疗服务价格单边上涨,特别是基础设施建设、大型设备采购等所形成的债务,不应通过做大医药总费用来解决,而应走正常的补偿渠道。

作为管理者,心中须有一根弦,在践行公益属性前提下,为保持一定的运行效率和竞争活力,应对公立医疗机构亏损面保持合理的承受度和调价定力。同时,要坚持系统集成、协同高效,各相关部门应共同在医疗资源规划重整、深度融合、服务模式创新、临床路径管理、支付方式改革、薪酬制度改革,以及医疗服务价格改革等方面共同筹措、联动推进,才能发挥综合效应,从根本上解决问题。

医疗服务价改中,寻求“平衡”

2018年机构改革以来,医保部门被赋予新的职能定位,充分发挥医保基金战略性购买作用,通过集中带量采购、医保目录谈判等保障参保群众用上质优价宜的药品、耗材。随着改革向纵深推进,着眼于行业和患者越来越关注的医疗服务价格和医务人员劳务价值的问题,医保基金战略性购买将进一步从药品耗材深入到医疗服务全领域,着力发挥“全口径战略性购买”作用,坚持以价值为导向,有计划地购买医务人员技术劳务,打通医疗服务价格、医保购买、医院收入和医生薪酬的价值传导链条,促进医疗服务供给端的高质量发展。

战略性购买医务人员的技术劳务价值,关键在于锚定医务人员的合理薪酬。可参考国际上医生薪酬一般为社会平均工资3倍-5倍的

惯例，如美国 5 倍，德、法、日为 3 倍-4 倍，英国为 2.5 倍-4 倍。

同一区域统一的医疗服务价格水平下，对于管理有力、医疗资源整合运用合理、业财融合较好，降本增效而盈余的医疗机构，在完成政府要求的基本诊疗、疾病防控、支边、援外、应急等工作后，医务人员薪酬随绩效可以按社会平均工资 3 倍至 4 倍确定，高水平医疗机构或医学领军人才可放宽至 5 倍；对于服务数量不足或管理不善而暂时性亏损的医疗机构，一般不超过社平工资的 3 倍框定平均薪酬水平，不宜过高，意在激励为导向，挖潜降耗加强管理；对于长期亏损的医疗机构，如人均工作量明显偏低、不饱和，可暂按社平工资的 2 倍左右确定平均薪资水平，同时启动机构设置和管理能力优化再评估，这也是“三明医改”的成功经验，“不能亏损兑付绩效工资”。

医保部门作为购买方，医疗服务价格的合理确定应重点关注大部分医疗机构的盈余水平和管理水平，并平衡好群众承受力，不过度迁就管理效益水平较低的医疗机构。要坚持动态调整又考虑公益性的医疗服务价格政策，通过与薪酬制度关联，引导医疗机构降本增效，同一价格水平下，完成政府基本要求后，盈余的医疗机构多发薪酬、不盈余的则少发薪酬，以此激发医疗机构提升效率的内在动力，真正践行“两个允许”。

对于一些人口流失严重、老龄化趋势明显的地区，无论怎么调价和控成本，医疗机构都可能出现大面积亏损，因此，有必要重新评估区域医疗卫生规划，有序推进转型，科学调整临床专科和人员配置，

可适当撤并少数公立医疗机构。例如，宁波市鄞州区因出生人口下滑，将全区妇产儿医疗资源整合至新建的宁波大学附属人民医院妇女儿童医学中心，优化医疗资源配置，提高医疗资源利用率。对于确有需要设置，但因地区禀赋而自身造血能力不足的医疗机构，可参考社区卫生服务中心或乡镇卫生院补偿机制，由财政给予基本保障，医务人员收入参照基层医疗机构执行。

当前，公立医院进入高质量发展阶段，面临的不再是低水平的可及性问题，而是优质医疗服务快速扩容、均衡分布，能否满足人民群众的美好健康生活需求。

而医保部门的职能定位，决定着必须在多重目标中寻求动态平衡，既要关注医疗机构运行状况，也要研判医保基金承受能力，更要考虑群众就医经济负担，因此，医疗服务价格要发挥好“度量衡”“信号灯”“助力器”的政策工具功能。在有效控制医药总费用过快增长的前提下，各地应根据经济社会发展水平，抓住物价总水平相对平稳温和的有利条件，分类采取相应的调价策略。其中，医药总费用增速长期控制在10%以内、医保基金累计结余合理的地区可进入相对宽松的调价周期；医药总费用增速较快、医保基金累计结余合理的地区可采取中性的调价政策；医药总费用增速过快、医保基金累计结余吃紧的地区须采取从紧的价格政策。

总之，通过价格调整优化，引导医疗资源高效配置，支持薄弱学科加快发展，让公立医院靠服务质量吸引患者，让医务人员靠技术价

值获得回报，促进基本医疗服务从“量的增长”转向“质的提升”。

未来我们要做什么

下一步，深化医疗服务价格改革将突出以下方面：

一是支持公立医疗机构高质量发展。鼓励分级定价，根据医疗机构等级、医师级别和市场需求等因素，对医疗服务制定不同价格，适当拉开价格差距，引导患者合理就医。探索优质优价，对于国家医学中心和国家临床重点专科提供的代表其专业特色的诊疗，其医疗服务价格在本地三级公立医院价格基础上予以适度上浮空间。

二是支持医疗技术创新发展。加快推进医疗服务价格项目编制，分批发布立项指南，规范整合现有价格项目，提高项目兼容性。对于改良型创新，直接适用现有项目价格政策，快速匹配；对于突破型创新，加快审核速度，符合条件的开辟绿色通道。

值得关注的是，全国医疗机构每年申报新增医疗服务价格项目近万项，而有着“临床试验理想之地”的澳大利亚，现有医疗服务价格价目总共仅 5000 余项，中国海量的新增价格项目申报显然不符合医疗技术发展的客观规律。分析发现，大量鱼目混珠、无临床价值的“伪创新”，属于分解现有项目、绑定特定设备等，试图通过微改良大幅提价，挤占了真正创新的空间，也对创新环境和质量产生负面影响。下一阶段，医保部门将引入经济性评价、真实世界研究等，加强对创新项目的把关。

三是支持体现技术劳务价值。医保部门始终关注医务人员的技术

劳务价值。在医疗服务价格调整总量分配上,着重突出技术劳务价格,要求各地调价方案坚持“三个60%”,即价格结构中,技术劳务占比60%以上的项目优先纳入调整范围,且此类项目的数量和金额占比均达调价总数和总金额的60%以上。探索建立价格分类形成机制的具体方案,将复杂型项目引入公立医疗机构参与报价;对于技术劳务占比为主、价格矛盾突出的诊疗项目该涨则涨,重点关注急诊、特级护理、重症、抢救、病理检查、安宁疗护等类别;对薄弱学科医疗服务项目,给予政策激励,重点支持基层医疗机构和中医医疗服务发展;复杂手术等难度大、风险高的医疗服务,适当体现价格差异;对于核磁、CT等大型设备检查治疗,则同步推动降低价格。

四是支持关键环节成本消耗管控。医疗服务价格改革中将院区扩建、设备更新、超编用人等,作为重点监测指标嵌入调价评估体系,引导公立医疗机构主动适应改革、强化内部管理、优化服务和收入结构,从而打开调价窗口、扩大调价总量。同时,密切关注医药领域腐败问题集中整治最新进展,重点跟进了解大型检查治疗设备真实采购价格,对于大型设备采购成本严重失真的,及时降低项目价格,切实挤出虚高设备采购的水分。

五是支持推进“三医联动”改革。“三明医改”的成功关键在于合理控制住医药总费用的过快增速,实现每年增速不高于8%,远低于全国14%左右的平均水平。从中也可见,深化医疗服务价格改革牵一发而动全身,只有医保、卫生健康等有关部门共同努力,推动医疗

服务价格改革与合理控制医药费用、医务人员薪酬制度改革等综合改革齐头并进，才能达到系统集成、协同高效的效果。医疗服务价格改革充分体现共享发展理念，红利应由人民群众、医务人员、医疗机构共享，既要协同完善公立医疗机构收入补偿机制，也要研究建立医疗服务价格调整与公立医疗机构内部分配的利益传导机制。

[返回目录](#)

医保基金监管机制如何有效落实？

来源：法治日报

近日，安徽省芜湖市第二人民医院超收 21 万多元医疗费一事，引发广泛关注。12 月 3 日，安徽省医疗保障局发布情况通报称，举报涉及的 15 个问题中有 10 个问题基本属实。经查，该院存在过度诊疗、过度检查、超量开药、重复收费、套用收费、超标准收费等问题，涉及违规医疗总费用 21.82 万元。

目前，芜湖市医保局按协议已完成处理措施：全额追回违规使用的医保基金，约谈医院有关负责人，分别移交公安、卫健部门进一步核查处理。

根据公开信息梳理发现，对于这一事件，公众关注的焦点主要集中在四个方面：芜湖市第二人民医院此举会不会被定性为骗保？医院账单是怎么形成的？伪造病历、虚开诊疗项目、虚开用药医嘱等问题为何频频出现？如何加强医保基金使用的监督和管理，推动我国医疗卫生事业健康发展？

围绕这些焦点问题，相关业内专家给出了解答。

违规使用医保会被定性为骗保吗

根据安徽省医疗保障局的通报内容，芜湖市第二人民医院“涉及违规医疗总费用 21.82 万元，其中违规使用医保基金 18.70 万元”。那么该医院行为究竟会不会被定性为骗保？公安、卫健部门在进一步核查后可能会进行怎样的处理？

“现在医保局认定的是违规使用医保，而违规使用医保和多收钱是两个不同的概念。”中国政法大学医药法律与伦理研究中心主任刘鑫说，目前刑法没有专门关于医保犯罪的罪名，涉及医保或保险的刑事犯罪的罪名主要是保险诈骗罪、诈骗罪、合同诈骗罪。

刘鑫介绍，保险诈骗罪主要是指商业保险，而非这类社会保障的社保，所以一般涉及医保资金的诈骗都是按照诈骗罪或者合同诈骗罪来处理的。但无论是诈骗罪还是合同诈骗罪，都涉及虚构事实的问题。而该事件涉及的过度医疗、过度检查、重复收费、超标收费、套取医保基金等问题都不涉及虚构事实的问题。因此，就目前情况来看直接认定为犯罪的可能性不大。“不过，如果在后续查证中存在虚构病例骗取国家医保资金等情况，则可能属于诈骗行为。”

“实践中，对于欺诈骗保行为的‘数额较大’‘数额巨大’‘数额特别巨大’的认定比较困难。本案涉及的行为是否构成刑法的诈骗罪，要看具体情节。”首都医科大学医学人文学院副教授孟彦辰表示，2021 年 12 月 8 日发布的《国家医保局公安部关于加强查处骗取医保

基金案件行刑衔接工作的通知》对骗取医保基金案件行刑衔接的具体金额没有明确规定，我国刑法第 266 条没有区分单位(法人)犯罪和个人(自然人)犯罪，也没有将情节严重的医保基金诈骗罪和一般的诈骗罪予以区分，所以导致司法实践中如何认定刑法规定的“数额较大”的标准来确定诈骗罪，一直是困扰司法界的难点。

“骗取医保基金涉嫌犯罪的，绝大多数以刑法第 326 条规定的诈骗罪论处。”孟彦辰说，公安部门会立案侦查，对案件进行调查取证，并将案件移交检察机关审查起诉。卫健部门会根据核实的情况，对医疗机构和相关人员的违法行为依法依规处理，如责令改正，给予警告，没收违法所得，罚款等；情节严重的，责令暂停执业活动甚至吊销医师执业证书。

患者的医疗账单是怎样形成的

对于这起违规使用医保基金案，有民众为患者家属点赞，因为其以“统计模型”方式查出问题；也有民众直言，对于没有相关专业知识的患者来说，看不懂医疗账单怎么办？

那么，每位患者的医疗账单是如何形成的，医院又是如何记账的？

“基于医疗诊疗项目定价的标准，由临床医师下达医嘱按规范和实际诊疗情况填写就诊人的病案记录，各个医技部门根据医嘱内容和病案记录，将医疗服务项目(药品、医用耗材)的名称、数量、价格、计价单位、金额等信息进行翔实的记载，形成患者每日的明细清单。”孟彦辰说，患者出院或离院时，这些明细清单依据财务指标归类汇总

形成结算清单，再根据医保支付政策，划定医保基金、救助(补助)资金、个人自付资金等方式按照规定承销比例进行支付。一般情况下，在个人承担一定自付费用的前提下，剩余大部分医保费用都是通过医保支付的形式由医保部门统筹支出向医院付费。

据首都医科大学医学人文学院卫生法学系讲师乔宁介绍，医院记账分为五步：

摘要总账。医院财务部门会首先汇总收到的各种票据、凭证等财务文件，然后进行摘要总账。

凭证录入。把各种财务凭证逐张录入票据中，根据凭证的类型，将其记入各个科目的明细账户中。

账户做账。根据凭证分别在应收账款账户、应付账款账户、现金账户、库存账户和收入账户等财务科目中进行记账、核算收支。

核对编制月末(季末)报表。在月底(季末)，对所有财务凭证进行核对，在各财务主科目中结转，准备财务报表。

期末结账。期末会根据法定要求，做一次期末结账，确定本期的收入和支出。

“对于患者来说，虽然存在医患信息不对称的情况，但并不代表对医院超收等行为只能‘自认倒霉’。”孟彦辰说，针对患者缺乏诊疗专业知识、不了解诊疗服务流程等问题，卫生行政部门应该加强宣传，同时定点医疗机构也要强化医患之间的沟通，让患者全面了解病情及用药情况，了解前往医院就诊时的各个流程环节。患者务必留存

相关信息文件及费用支付账单，仔细对比医嘱、护理记录、费用清单三项资料可能出现的过度诊疗、过度检查、超量开药、重复收费、套用收费、超标准收费等问题。

“患者对账单有疑惑的时候，有权要求医院解释清楚。医生也有义务对着医嘱与病人一一介绍相关的花费问题。”邓利强说。

虚开诊疗项目等乱象缘何频发

本案中，患者家属发现，芜湖市第二人民医院还涉嫌虚构治疗项目，如虚构患者接受运动疗法。《费用明细清单》显示其父亲接受运动疗法 231 次，共 11088 元。换言之，其父亲住院 117 天，平均每天接受 2 次运动疗法，即便是在患者危重状态等属于绝对康复禁忌的时期也没有例外。

现实中，伪造住院、伪造病历、伪造票据、虚开诊疗项目、虚开用药医嘱、虚假入库、冒名使用医保卡等现象并不鲜见，背后原因为何？

“这其中的根源或是，医保支付对医生提供医疗行为的影响是显著的。”一名在北京市某医院从事多年物价工作的人士指出，不同类型医保支付方式对医生提供医疗行为影响不同，这与相应医保政策的报销范围、报销比例以及起付线等政策内容相关。

“一直以来，我国医院传统的医保支付方式是按项目付费，即根据诊疗过程中用到的所有药品、医疗服务项目、医用耗材等，医院在诊疗过程中使用多少，医保和患者根据比例就支付多少。”孟彦辰说，

这种传统制度模式下，慢慢就会滋生“大处方”“大检查”等过度医疗行为，造成医保基金过量支出、医疗资源过度浪费等严重后果，而且使得参保人承担过多的医疗费用开支，产生更重的经济负担。

刘鑫提到，我国对医院的定位一直都是非营利性、公益性的医疗机构，却没有相应的费用支持，医院陷入生存和发展的“尴尬”局面。

“目前乡镇卫生院有国家补贴，人员工资有相应保障，省级甚至国家级医院又在大量吸纳病人，而一些地级市的三甲医院、县级医院就处于‘两头受气’的局面，其技术也不如省级医院，就会想尽办法增加收入，可能会驱使其‘动一些歪脑筋’。”

“医院管理人员、医务人员对医院违规使用医保资金持淡漠态度，认为从医保资金中套取费用并不是大事，大不了退回去或者罚款。此外涉及科室的效益问题，医院会对科室下达一定的创收、绩效等目标考核的要求。在这样的动机驱使下，一些医院会打‘擦边球’，甚至直接违反国家医保政策的规定。”刘鑫说。

乔宁认为，个别医生为了增加利润，违背职业操守，诱导求医者增加不合理的医疗需求，利用诊断、处方的权力为患者做不必要的治疗，或直接利用信息优势联合参保患者编造虚假的住院信息，骗取医保基金。还有一些社会医疗保险机构的部分工作人员不认真履行职责，对虚假的医疗资料不予审查，便向他人支付医疗保险基金，或利用自己的职务便利，和参保人共同骗保，为骗取医疗保险基金提供便利。

医保基金监管机制如何有效落实

为杜绝违规风险，我国一直在医保支付方式的改革中探索解决方案。2019年，我国开始试点按疾病诊断相关分组付费(DRG)和按病种分值付费(DIP)两种新型付费模式。

据孟彦辰介绍，试点地区的医疗机构在新型付费模式下，主动控制成本，减少不必要的诊疗、医药以及耗材项目，精细化管理程度提高。“医院的效率、资源配置等多项绩效指标均有了明显改善，比如例均费用、医药耗材费用、住院时长等指标逐年下降，给老百姓看病就医减轻了负担。这两种医保支付方式的改革都是通过打包定价的方式，促进医疗机构转变运行机制，促使医疗服务提供方主动控制成本，为参保群众提供健康所需要的最适宜的服务。”

“但芜湖市第二人民医院超收21万元医疗费这一事件，也暴露出我国医保基金监管机制未能得到充分有效的落实。”孟彦辰说。

在他看来，医疗保障最大的特点是第三方付费，这使得医保基金在管理、使用、支付等各个环节存在各种道德风险。从世界范围来看，在整个社会保障体系建设中，医疗保障的困难最多。由于社会医疗保险本身是一种多元付费的体系，基金本身也存在碎片化的现象，监管的主体多，利益关系非常复杂。“因为医保不仅负责筹资，还负责管理医疗服务的供给，而医疗服务行业的各种特殊属性，如医患信息不对称、医疗产出不确定、医疗保险的道德风险等，都使得监管医疗保障基金存在困难，需要较强的技术手段和制度约束。”

乔宁也提出，就我国目前的医保基金监管而言，监管单位数量较多，涉及医疗服务提供方、政府、医疗保险监管机构、药监局以及保险公司、会计师事务所等第三方机构。然而，各个部门本身归属于不同的领域，具有不尽相同的职责范围，其在监督管理过程中存在交叉管理和重复监管问题。

“这些部门需要形成联合工作机制，加强信息共享，但多方关系的参与会造成信息共享存在滞后性，使得协同监管存在衔接问题，不利于医保基金的动态实时监管。”乔宁说，在这种情况下，若医保基金的运行监管出现问题，各部门之间也容易推卸责任，导致事件不能在第一时间得到解决。

在邓利强看来，应当尊重医生的处方权和自由处置权，而对于串医保单子、挂床等问题应该加强监管，同时也要保证医院合理的财务来源，让医生能够心无旁骛地给患者看病。

受访专家认为，应当健全完善基金监督检查、智能监控、举报奖励、信用管理、综合监管、社会监督等行业外部的监管制度，共同保障医保基金的安全和合理使用。同时推进行业自律管理，引导和支持医药卫生行业组织在促进行业自律等方面发挥更好的作用。

“当前我国刑法和社会保险法中有对骗保行为的处罚规定和对基金监管的部分规定，但并未对医保基金的违规使用环节进行全过程的规制。因可能侵害医疗保险基金的主体复杂，故丰富立法、细化医保基金监管的法律法规、建立多角度的医疗保险监管的法律体系是当

前迫切的任务。”乔宁说。

孟彦辰建议，进一步推进医疗信息化，实现收费透明化。医院通过信息化手段将各项收费公开透明地展示给患者，使患者能够清楚了解各项费用的具体情况，从而增强对医院的信任度和满意度。另外，尽快出台针对智能监控系统的标准体系，深入推进医保智能监控制度发展，强化医疗保障信息基础设施建设，维护信息平台运行安全，实现“保障医保数据安全”与“打击欺诈骗保”的有效平衡。

“建立科学有效的监管机制需要政府、社会和医院共同努力，通过完善法律制度、加强行政监督、推进信息化建设、智能监控以及加强教育和培训等多种手段，全方位加强对医保基金使用的监督和管理，促进政府监管、社会监督、行业自律和个人守信有机结合，从而保障患者的合法权益，推动医疗卫生事业的健康发展。”孟彦辰说。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG 如何助力公立医院高质量发展？

来源：金豆数据

在实现公立医院高质量发展过程中，如何通过 DRG 进行多方面、多维度的管控，提升医院医疗质量、医疗安全、医疗效率？本文从国家医改政策要求、医院管理内涵需求出发，结合医院管理实践经验，详细讲解了 DRG 助力公立医院高质量发展的措施。

国家医改政策要求

(一) 人民健康需要

中国特色社会主义进入新时代，我国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。

十九大报告中指出，人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。要完善国民健康政策，为人民群众提供全方位全周期健康服务。

医院的责任要从“关注疾病”转变为“关注健康”，医院的使命是把人民对健康的需求作为奋斗目标。

(二) 深化医改要求

医改目标从“人人享有基本医疗卫生服务”转变为“提供全方位全周期健康服务”。

(三) 国家政策导向

国家医疗保障局的主要职责包括不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控，推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好保障人民群众就医需求、减轻医药费用负担。

(四) 按病组付费国家试点要求

2019年，国家医疗保障局召开疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点工作启动视频会议，公布了DRG付费国家30个试点城市名单。

会议要求，各试点地区要加强组织领导，贯彻实施相对统一的DRG分组规则、支付政策和经办管理规范，完善医保信息系统，提高医院管理水平。

医院管理内涵需求

(一) 实现医院功能定位，切实推进落实分级诊疗制度

1. 国家医学中心和国家区域医疗中心

国家医学中心和国家区域医疗中心主要负责疑难危急重症疾病诊疗，辐射引领区域内医学发展。

2. 三级医院

三级医院提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务。

3. 二级医院

二级医院接收三级医院转诊的恢复期、稳定期患者；常见病、多发病诊疗；急危重症抢救和疑难复杂疾病向上转诊。

4. 基层医疗机构

基层医疗机构为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。

(二) 加强公立医院管理，建立健全现代医院管理制度

在治理机制方面，一是落实政府对公立医院的举办、监管职能和公立医院经营管理自主权；二是建立决策、执行、监督，相互协调、相互制衡、相互促进的治理机制。

在运行机制方面，一是巩固取消药品、耗材加成改革成果；二是统筹推进医疗价格、人事薪酬、药品流通、医保支付改革；三是建立维护公益性、调动积极性、保障可持续性的公立医院运营新机制。

在体系建设方面，一是加快推进医联体建设和家庭医生签约服务；

二是建立布局合理、分工协作的医疗服务体系和分级诊疗就医格局。

在内部管理方面，一是制定医院章程，完善医疗质量安全管理和绩效考核等制度；二是推动医院管理规范化、精细化、科学化。

(三)全面取消以药养医，完善健全药品供应保障制度体系

一是出台仿制药品目录，每年更新变动，更好地满足群众用药，方便医生诊疗工作；

二是制定《医疗机构药物合理使用考核管理办法》，推动药学服务高质量发展，推动临床合理用药；

三是加大对临床用药监管力度，全面落实处方点评制度，利用信息化手段，对方剂实施动态监测及超常预警，及时干预不合理用药；

四是合理用药纳入考核，与绩效、职称晋升等挂钩；

五是全面推行按病种付费，医保支付方式彻底变革，通过合理统筹各病种诊疗管理路径，明确固定费用准绳，使医保使用更加清晰、高效、规范。

(四)着力发挥积极性，充分体现医务人员劳动价值

医务人员是医药卫生体制改革的主力军，要使医务人员的劳动价值得到充分体现，调动广大医务人员积极性是医改和医院发展的关键。

要从提升薪酬待遇、发展空间、执业环境、社会地位等方面入手，关心爱护医务人员身心健康，通过多种形式增强医务人员职业荣誉感，营造全社会尊医重卫的良好风气。

允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平；允许医疗服务收入扣除成本，并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励，同时实现同岗同薪同待遇激发广大医务人员活力。

(五) 八大指标

1. DRG 组数

DRG 组数反映的是治疗病例所覆盖疾病类型的范围。

2. 总权重

总权重反映的是住院总产出。

3. 病例组合指数 (CMI)

病例组合指数 (CMI) 反映的是治疗病例的技术难度水平。

4. 学科均衡性 (MDC)

学科均衡性 (MDC) 反映的是专业缺失和专业能力。

5. 时间消耗指数

时间消耗指数反映的是治疗同类疾病消耗的时间情况。

6. 费用消耗指数

费用消耗指数反映的是治疗同类疾病花费的费用情况。

7. 低风险死亡率

低风险死亡率反映的是临床上死亡风险较低病例的死亡率。

8. 高风险死亡率

高风险死亡率反映的是急危重症病例未能抢救成功的概率。

(六) 分组原则和分组理念

1. 分组原则

DRG 分组原则包括以下几点：

- (1) 逐层细化、大类概括；
- (2) 疾病诊断、手术或操作临床过程相似，资源消耗相近；
- (3) 临床经验与数据验证相结合；
- (4) 兼顾医保支付的管理要求和医疗服务的实际需要。

2. 分组理念

DRG 分组采用病例组合 (Case-mix) 思想，疾病类型不同，应该通过诊断区分开；同类病例但治疗方式不同，亦应通过操作区分开；同类病例同类治疗方式，但病例个体特征不同，还应该通过年龄、并发症与合并症、出生体重等因素区分开，最终形成 DRG 组。

(七) DRG 的核心作用

DRG 的核心作用包括分级诊疗监测、重点专科评审、等级医院评审、医院质效控制、医院绩效考核、国家付费改革等。

医院管理实践分享

(一) 腾空间、调结构，落实医院功能定位

1. 调整运营结构

- 一是以社会需求为导向，继承创新，拓展医疗服务范围；
- 二是以医院发展为导向，持续发力，增强急危重症诊治能力；
- 三是以学科建设为导向，复兴外科，强化学科发展深度；
- 四是以学科建设为导向，彰显品牌，增强医疗服务影响力；

五是以学科建设为导向，技术创新，增强医院核心竞争力。

2. 调整病种结构

一是调整病种手术结构，提高疾病诊疗能力；二是强调诊疗难度系数，提升学科服务水平；三是优选专科特色病种，有效推动学科发展。

(二) 强质量、夯基础，促进医院质效提升

1. 医院与科室联合

在决策层面，成立医疗质量与安全委员会；在执行层面，成立院、科两级医疗质量管理组织，其中科主任是科室医疗质量管理第一责任人、科室副主任是医疗质量管理主要负责人、医疗组组长是本组医疗质量管理负责人、科室质控人员是医疗质量落实的实施人。

在医院层面，开展新职工岗前培训、全员培训、专题培训、笔试考核等；在科室层面，开展质控工作培训、病案首页填写培训等。

2. 质控与数据联合

一是获取各科室药占比、耗占比、平均住院日等相关数据，对比标杆值，结合学科水平、发展特点合理制定目标值，并根据实际情况及时调整。

二是定期公示每个学科医疗相关数据，及时分析各项数据，实现术前平均住院日控制、低风险死亡案例追踪、术后败血症发生率异常数据追踪等。

(三) 建体系、定标准，提升医患满意度

1. 落实精准处罚

加强对不合理用药用材行为、不合理医疗行为、过度检验检查行为的管控。

一是加大合理用药培训；二是严格管控不合理使用抗菌药物，包括制定《抗菌药物处方权授权与再授权管理制度》、印发《关于进一步规范抗菌药物临床应用的通知》、围手术期抗菌药物的预防应用、抗菌药物治疗性应用等；三是严格管控不合理使用辅助药物，包括采购环节和使用环节。

2. 谋求精准激励

医院完善医务人员绩效考核指标(运用 DRG)，需注意以下几点：

一是突出岗位职责履行、工作量、服务质量、行为规范、医疗质量安全、医疗费用控制、医德医风和患者满意度等指标；

二是对不同岗位、不同级别医务人员实行分类考核；

三是考核结果与医务人员岗位聘用、职称晋升、个人薪酬挂钩。

[返回目录](#)

DIP 改革下，医院管理如何转变？

来源：中国医疗保险

DIP 支付方式改革下，医院如何适应改革浪潮，调整管理方式，完成向合理诊疗的转型？今天分享一个医院改革案例，可以给广大 DIP 改革中的医院带来一些启发。

湖南省邵阳市系首批 71 个国家区域点数法总额预算和按病种分

值付费试点城市和 6 个国家 DIP 监测点建设城市之一。邵阳市某三甲医院(以下简称 C 医院)自 2020 年 11 月开始启动 DIP 付费改革,2021 年 10 月 1 日进入实际付费阶段,建立了以保证医疗质量、控制医疗成本、规范诊疗行为、提高医务人员积极性为核心的 DIP 质量控制体系和精细化医院管理体系,并取得初步效果。

本文以 C 医院为例,对我国 DIP 付费改革的医院实践探索进行研究。

1. 主要措施

聚焦病案、清单、医疗三要素,着力质量提升

抓病案质量。首先,充实编码员队伍。C 医院按照“自主报名、考试考核、绩效倾斜”的原则,在全院范围内选拔优秀人才充实编码员队伍,目前医院已有 7 人获得国家编码员证,5 人获得省级编码员证。其次,强化人员培训。采用“1234”模式,即“1”条主线(围绕 DIP 改革)、“2”种方式(线上线下方式相结合)、“3”个层级(医院、科室、个人)、“4”种形式(联合培训、专题培训、专科定制、以老带新),开展全面、全员、全程 DIP 政策业务培训,深入剖析 DIP 改革蕴含的价值逻辑和工作逻辑,长期利益和短期利益,打消顾虑、增强改革信心,更好凝聚共识,建立正确的 DIP 价值导向,引导医务人员回归医疗本质,恪守医者初心。再次,建立病案首页“院—科—组—医生”四级质控体系。采取“全面质控+重点监控+随机抽查”相结合的方式对病历内涵、病案首页和医保结算清单终末质控,形成

“病案质控问题清单”，实行“一日一反馈、一日一追踪、一日一通报、一月一考核”的工作机制，通过 PDCA 闭环管理，确保病案首页和医保结算清单写得准、编得对、审得严、传得上。

抓清单质量。首先，提升信息化线上质控能力。自主开发 16 大类 157 条信息化质控规则并嵌入 CIS 医生工作站，引进病案编码智能辅助系统和病历质控系统，实现编码库与医疗信息同步、自动化数据采集、自动核查与校对等功能，实现病案首页全流程“智控”，赋能清单质量提升。其次，建立常态化线下核查机制。医保、病案、信息、财务四部门联动，每月随机抽查 20 份医保结算清单，核查各类数据填报是否客观、真实、规范、整，及时纠偏。

抓医疗质量。首先，建立 TQM 全面质量管理体系，不断更新质量管理理念，丰富质量管理内涵，构建“1246”全面质量管理体系，即“1”个中心(以患者为中心)、“2”个层级(院级、科级)、“4”个维度(医疗、护理、行政、后勤)、“6”个方位(组织机构完善、质量文化建设、规章制度建设、病种质量控制、信息系统建设、管理系统建设)。坚持问题导向、量化管理和 PDCA 管理，强化督导考核，不断提升管理质量。其次，推行 DIP 支付下的临床路径管理。多部门联动，进一步细化、优化重点病种的临床路径，从规范诊疗过程深入成本控制、病历书写、病案首页质量控制等全流程管理。再次，着力提升“五大中心”救治能力。以信息化为依托，以急诊医学科为平台，构建三级快反体系，深度融合 RRT 与 MET，实现“大急诊、大急救、大平台”，

提高患者生存率，降低重症率、致残率，减少医保基金支出。最后，加强死亡病例质控。成立院科两级死亡病例管理小组，按照“一例一报告，一报一质控，一控一评审”的原则，对每份死亡病例进行院级复盘、讨论、评审，死亡病例质控率 100%。死亡病例质量 III 级及以上符合率 >90%。通过讨论反思，总结经验教训，提高极危重症救治能力，促进可避免死亡率逐年上升。

聚焦战略、优势、基础三层级，优化病种结构

运管、医务、医保、财务四部门联合，根据 DIP 运行数据进行病种结构分析，分别选取内、外科各两到三个科室先行试点，从市场潜力、经济效益、社会效益、专科能力、资源配置、培育周期六个维度，科学确定医院的战略病种、优势病种、基础病种，实施病种分层管理。

战略病种。战略病种主要为医院未充分开展但市场需求充沛而外流到上级医院的病种，以及国家、省重点专科建设和国家公立医院绩效考核必须开展的病种，是提升专科学术地位和医院技术品牌的必要条件。主要通过建立专科联盟、进修学习、人才引进、资源配置、绩效倾斜等，多措并举，支持临床科室突破技术壁垒，提升服务能力，减少病源外流，优化病种结构。

优势病种。优势病种一般是医院有规模效益和技术优势的病种，这些病种的治疗较本地其他医院疗效更好、效率更高、费用结构更优，在 DIP 支付层面和成本效益方面均有明显优势，是医院运营的基础。因此，C 医院推行 DIP 下的临床路径管理，针对这些优势病种，不断

优化流程、提升技术、管控成本、腾笼换鸟，不断提升服务品质、改善就医体验，从而达到保持或扩大区域优势的目的。

基础病种。基础病种是指医院为保障患者基础医疗需求或临床教学需要，必须要开展的病种，包括基层病种和简单病种。C 医院通过推行日间手术、加强预住院管理，不断提升基础病种的医疗服务效率，加快床位周转。

聚焦成本、价值、监管三维度，构建 DIP 绩效体系

注重成本管控。首先，加强药耗管控。C 医院成立了药事管理与药物治疗学委员会、耗材管理委员会，全方位、全流程管理药品/耗材的采购、验收和使用；积极推进药品、耗材集中采购，出台《合理用药考核细则》《耗材点评制度》，评价监管临床用药行为；建立耗材预警系统，自动发现使用异常；多部门联动对适应症进行定性、定量分析，对超标或未按指征使用者，给予经济处罚与行风约谈，有效遏制药品、耗材不合理使用推高医疗费用，减轻患者就医负担。其次，实施动态成本管控。建立专科运营团队，每月对 DIP 入组率、CMI 值、平均住院日、次均费用、平均自负费用、DIP 盈亏、病种结构等进行监测、分析、反馈，指导临床科室主动分析反思，不断优化结构；引入动态成本分析控制系统，开展科室成本、医疗服务项目成本、DIP 病种成本动态分析测算，通过数据挖掘与成本效益分析，找准成本管控切入点，提供决策依据；成立成本管理委员会，出台《绩效成本核算管理办法》《DIP 成本核算管理办法》，定期核算分析，指导临床

科室合理控制成本，优化费用结构。

重构价值体系。针对按病种分值付费医疗服务特点，充分发挥大数据作用，加强基于病种的量化评估及重点病种监测，在原有基于RBRVS工作量绩效方案基础上，搭建“RBRVS+DIP+KPI+成本管控”四个维度的绩效体系，增设病种难度单项激励绩效与DIP专项成本绩效两个模块，根据病种RW值所处的区间设置不同激励标准，进行分段奖励，鼓励学科创新，激发学科潜力；根据DIP超支结余、病种成本、违规拒付、年终清算结果等综合指标，建立奖惩机制，提高基金使用效能。

强化基金监管。结合医院实际，C医院出台《病案首页质控管理办法》《DIP监管考核办法》《DIP专项奖考核办法》等监管考核制度。医务、医保、病案联合，定期组织院内DIP专家，在原有按项目付费监管的基础上，运用信息化监控与人工核查相结合的方式，强化DIP下的违规行为监管，重点质控费用偏差病例，着重监管编码高套或低编、低标入院、分解住院、非计划二次住院、转嫁费用、低风险病例死亡率、可避免死亡率、入出院诊断符合率等，监管结果纳入绩效考核。

2. 初步成效

助推医院高质量发展

激发内生动力。2022年与2021年相比，C医院基层病种病例数量占比自2.24%降低至0.03%，降幅98.66%；极危重症(ICU)患者数量

占比自 3.25%提升至 3.31%，增幅 1.85%；DIP 病种数量自 1851 个提升至 3852 个，增幅 108.10%；DIP 病种覆盖率自 54.86%提升至 75.28%，增幅 37.22%（见表 1）。DIP 支付方式改革激发了临床科室提升医疗服务能力、优化病种结构的内生动力。

表1 C医院落实DIP改革前后相关指标对比情况

| 年份 | 基层病种病例 数量占比(%) | ICU患者数量 占比(%) | DIP病种数量 (个) | DIP病种覆盖率 (%) | 病案首页合 格率(%) | 主要诊断选 择正确率(%) | 主要手术及操作 选择正确率(%) | 医保结算清 单合规率(%) |
|-------|-------------------|------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|---------------------|------------------|
| 2021年 | 2.24 | 3.25 | 1851 | 54.86 | 71.50 | 74.24 | 90.91 | 95 |
| 2022年 | 0.03 | 3.31 | 3852 | 75.28 | 97.76 | 97.88 | 98.97 | 100 |
| 增幅(%) | -98.66 | 1.85 | 108.10 | 37.22 | 36.73 | 31.84 | 8.87 | 5.26 |

提升医院管理效能。2022 年与 2021 年相比，C 医院病案首页合格率自 71.50%提升至 97.76%，增幅 36.73%；主要诊断选择正确率自 74.24%提升至 97.88%，增幅 31.84%（见表 1）。C 医院通过 DIP 支付改革，狠抓病案首页及医保结算清单质量，实现管理效能有效提升。

促进学科发展。2021 年，C 医院泌尿外科顺利通过国家临床重点专科建设项目；2023 年，重症医学科、心血管内科、儿科、护理顺利通过国家临床重点专科培育项目。C 医院国家级胸痛中心获评“2022 年优秀胸痛中心全流程管理奖”，卒中中心建立起成熟的“脑卒中筛查—卒中中心救治—神经康复”一体化诊疗链，危重孕产妇救治中心是国家级妇产科住院医师规范化培训基地，危重新生儿救治中心为湘西南地区最大的现代化新生儿救治机构，创伤中心承担了全市 90%以上突发公共卫生事件医疗救治任务。

提升患者就医获得感

CMI 值标化平均住院日、例均费用降低。2022 年，受疫情影响，C 医院承担了全市 80%以上新冠重症患者救治工作，导致患者平均住

院日和例均费用均有上升，但 CMI 值标化例均费用、平均住院日呈下降趋势(见表 2)。平均住院日与例均费用降低，既节约了患者的时间成本，也降低了其经济成本，有利于老百姓在家门口享受到优质、高效、经济、便捷的医疗服务。

表2 C医院2020年—2022年患者负担相关指标变化情况

| 年份 | CMI值标化平均住院日(天) | CMI值标化例均费用(元) | 住院患者次均费用(元) | 个人自负比例(%) | 住院患者满意度(%) |
|-------|----------------|---------------|-------------|-----------|------------|
| 2020 | -- | -- | 10378 | 51.34 | 95.83 |
| 2021 | 4.76 | 7254 | 10386 | 49.86 | 96.46 |
| 2022 | 4.60 | 6911 | 10517 | 45.77 | 97.01 |
| 增幅(%) | -4.62 | -4.73 | -- | -- | -- |

患者个人自负费用逐年下降。2020 年—2022 年，住院患者次均费用依次为 10378 元、10386 元、10517 元；个人自负比例依次为 51.34%、49.86%、45.77%(见表 2)，平均自负费用依次为 5328 元、5178 元、4814 元。患者个人自负费用明显下降，就医获得感提升。

2.2.3 患者满意度逐年上升。国家卫生健康委医政医管局 2020 年、2021 年、2022 年对 C 医院开展的“全国公立医院移动互联网满意度调查”结果显示，C 医院住院患者满意度：2020 年 95.83%，2021 年 96.46%，2022 年暂未公示结果，C 医院邀请第三方公司模拟调查结果 97.01%，说明患者满意度逐年提升。

医保基金使用绩效提高

DIP 入组率自 2021 年的 84.45%提升至 2022 年的 95.51%，增幅 13.10%；2022 年 DIP 本地目录库新增病种中，分值 500—1000 的，C 医院占比 56.41%，分值 1000 以上的新增病种全覆盖；2022 年 DIP 年

度清算盈利 2951 万元，基金补偿比 107.83%。入组率的提升及新增病种增多使本地目录库更趋完善，DIP 付费覆盖范围更广、病例更多，支付更加精准，医院通过提质、降本、增效，获得合理基金补偿，医保基金使用绩效明显提升。

3. 结论

综上，医院在落实 DIP 付费改革过程中，必须坚持系统思维，将改革与医院发展深度融合，突出重点，协同推进，做好“三个坚持”，才能走深走实、落地见效。

坚持常态化沟通协调机制

DIP 支付方式改革涉及医院管理的方方面面，既是“一把手工程”，也需要职能部门的协同配合。在实践探索过程中，必须坚持高位推动，建立常态化沟通协调机制。建议实行党委书记、院长双组长制，组建行政 MDT 管理团队，采取周例会、月调度、季通报工作推进方式，组长对重要工作亲自部署、重点环节亲自协调、重大问题亲自过问，强化管理职能，提升沟通效率，为 DIP 改革提供坚强领导和有力保障。

坚持 DIP 改革和学科建设深度融合

医院的临床科室必须学懂弄通 DIP 政策内涵、路径规范，科学谋划学科布局，对照《三级公立医院服务能力》《公立医院绩效考核四级手术目录》《DIP 病种目录库》等，找准功能定位，审视学科能力，梳理技术短板，合理资源配置，提技术，调结构，补弱项，以 DIP 改

革助推学科能力提升。

坚持目标导向与问题导向相统一

医院在实施DIP支付方式改革的过程中，要围绕国家DRG/DIP支付方式改革三年行动计划，结合DIP改革阶段性目标，及时发现和总结医院改革实践中遇到的新情况、新问题，并提出进一步优化完善的意见、建议，向医保部门反馈，积极沟通协商，凝聚改革共识，顺势而为，同向发力，协同探索DIP改革新路径、新方法，建立积极有效的协商谈判机制，夯实基础，推动DIP改革走深走实、落地见效。

[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