

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022 年第 26 期

(06.27-07.03)

医保

医疗

医药

——本期视点——

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

· 医保结算 ·

▶ [念好“加减乘除”四字诀，推动异地就医直接结算](#)（来源：中国医疗保险）——第 7 页

【提要】近年来，宁波市医保局持续优化异地就医医保直接结算政策，扩大直接结算医疗机构范围，简化异地就医备案手续，强化医保基金使用监管，切实提高群众异地就医的便利度和获得感。2021 年宁波参保人在异地(含省内和省外)就医直接结算 131.8 万人次、结算医疗费用 19.8 亿元，外地参保人在宁波就医直接结算 169.2 万人次、结算医疗费用 10.7 亿元，总体费用较 2020 年增长 46%，结算人次和金额均居全省首位，有效破解群众“报销跑腿、资金垫付”的难题。

▶ [深度分析 | 门诊跨省直接结算试点运行效果如何？](#)（来源：中国药科大学）——第 10 页

【提要】从 2009 年原国家卫生部发文提出开展异地就医直接结算起，异地就医人群迫切的医疗费用报销需求开始得以缓解，至 2017 年 8 月中旬，全国 400 多个统筹地区全部接入国家跨省异地就医直接结算平台，妥善解决了省内与跨省异地住院的垫资、跑腿问题。相较于异地住院报销，异地门诊报销的诊次更多、频率更高，随着国家医保局成立后门诊费用跨省直接结算政策的出台和完善，异地就医患者门诊

小病、慢病的费用结算问题也逐步得到解决。

• 医药专栏 •

▶ [第五轮国家医保药品目录调整工作正式启动](#)（来源：国家医保局）
——第 19 页

【提要】6月29日，《2022年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整工作方案》及相关文件正式公布，标志着自国家医保局成立以来的第五轮国家医保药品目录调整工作正式启动。一是优化了申报范围，向罕见病患者、儿童等特殊人群适当倾斜。二是完善了准入方式，非独家药品准入时同步确定支付标准。三是改进了续约规则，更利于稳定预期。四是优化了工作流程，评审更加科学高效。

▶ [数百中成药，医保将停止报销](#)（来源：广西壮族自治区医疗保障局）——第 20 页

【提要】近日，又一地发布清退增补的药品名单，广西是继江西、福建、安徽、浙江、上海、重庆、四川等多地发布“消化”名单后的又一省份。6月以来，多地清退增补药品工作已进入收官环节，取消省医保报销，缓冲期半年，自2023年1月1日起，各地将统一执行医保目录。值得注意的是，此次广西发布的清退增补药品名单共168个药品，其中155个为中成药。

• 医疗改革 •

▶ [青海医改：“以药补医”成历史，启动建设国家级高原病医学中](#)

[心](#)（来源：中国新闻网）——第 24 页

【提要】青海省人民政府新闻办公室 28 日举行“青海这十年”卫生健康事业高质量发展专场新闻发布会。“青海将综合医改作为全省三大‘国字号’改革之一，秉持‘小财政办大民生’理念，紧紧围绕医疗、医保、医药协调联动，通过十多年的探索实践，覆盖全省的基本医疗服务、基本医疗保障、基本药物供应和基本公共卫生服务体系基本建立。”青海省卫生健康委员会副主任李秀忠表示。

▶ [中西医可同时执业，护士也能开处方了](#)（来源：南方都市报、华医网）——第 26 页

【提要】日前，深圳市人大常委会会议表决通过了《深圳经济特区医疗条例》修订稿，修订完善了这部 2017 年 1 月 1 日起施行的全国首部地方性医疗“基本法”。据悉，本次修订主要聚焦医疗服务体系建设和供给侧改革，立足医疗资源优化配置、强化医疗全行业管理、提高医疗服务水平和保障医疗质量与安全，对医疗机构登记和分类管理、医患双方权益保护、专科护士制度、医疗卫生人员的执业与能力评价、医疗服务规范等方面进行了制度创新，很多内容属于全国首创。

• 医院管理 •

▶ [医院如何将“绩效国考”细则融入日常运营管理工作？](#)（来源：柳叶医疗）——第 30 页

【提要】实施三级公立医院绩效考核是落实公立医院改革导向，推动医改政策落地，检验公立医院改革成效的重要举措。对引导公立医院

强化功能定位，提高医疗服务质量和效率，加快建立、完善现代医院管理制度具有重要意义。公立医院在发展过程中面临着巨大的外界压力，推进公立医院高质量发展要充分认识到外部环境中不断变化的影响因素，从提高质量、增加效益、降低成本、控制费用入手，同时调动医院职工的积极性，保障医院可持续发展。

▶ [基本医疗伦理建设事关医保控费及医疗市场健康发展](#)（来源：华夏医界网）——第 36 页

【提要】《基本医疗卫生与健康促进法》第二章(基本医疗卫生服务)第十五条明确定义了基本医疗卫生服务。“基本医疗卫生服务是指维护人体健康所必需、与经济社会发展水平相适应、公民可公平获得的，采用适宜药物、适宜技术、适宜设备提供的疾病预防、诊断、治疗、护理和康复等服务。基本医疗卫生服务包括基本公共卫生服务和基本医疗服务。”该法关于基本医疗的两条法律条文，决定了基本医疗伦理建设的内涵与外延。

• 监察监管 •

▶ [做好基金监管，科学建设医保监测体系](#)（来源：江西财经大学财税与公共管理学院）——第 41 页

【提要】近年来，随着《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》等文件发布，以及互联网技术全面应用，医保基金监管已从人工监管、手工审核进入智能监管、大数据监测时代。为弥补线

下监管力量及执法人员的不足，构建切实有效的监管技术防线，多地都在建立或筹建医疗保障监测中心，将其作为医保基金监管工作的重要抓手，旨在提高基金使用效率，提高数据分析能力和应用管理水平。然而，目前各地对于监测中心的体系结构和职能定位仍处于探索阶段，尚未形成统一意见。

▶ [药品“回扣式”销售、套取医保资金……严查靠医吃医套路](#)（来源：中央纪委国家监委网站）——第 43 页

【提要】近日，多名医疗卫生领域党员干部被通报受到处分。哈尔滨医科大学附属第一医院原党委委员、院长周晋被开除党籍，其在岗位调整、职务晋升、医疗设备销售、工程项目承揽等方面为他人谋取利益；重庆市中医院原党委书记、副院长王守富被“双开”，其为他人

在药品销售、工程承接、岗位调整等方面谋取利益。

-----本期内容-----

· 医保结算 ·

念好“加减乘除”四字诀，推动异地就医直接结算

来源：中国医疗保险

近年来，宁波市医保局持续优化异地就医医保直接结算政策，扩大直接结算医疗机构范围，简化异地就医备案手续，强化医保基金使用监管，切实提高群众异地就医的便利度和获得感。2021年宁波参保人在异地(含省内和省外)就医直接结算131.8万人次、结算医疗费用19.8亿元，外地参保人在宁波就医直接结算169.2万人次、结算医疗费用10.7亿元，总体费用较2020年增长46%，结算人次和金额均居全省首位，有效破解群众“报销跑腿、资金垫付”的难题。

一、加范围，覆盖医院“一通到底”

一是增加新增定点医疗机构。修改医保定点医疗机构准入管理办法，将开通异地就医直接结算功能作为纳入医保定点的前置条件，从而实现“新增一家纳入一家”。

二是增加存量定点医疗机构。全面梳理存量定点医疗机构，按年度逐步推进，实现市、县、镇三级全覆盖。2019年宁波作为首批长三角地区门诊直接结算试点城市，率先开通与上海之间的门诊直接支付，异地就医门诊结算定点机构达100家。2020年和2021年底先后增至290家和379家。

三是增加年度考核评价比重。发挥考核“指挥棒”作用，提升定点医疗机构的主观能动性，将“是否开通异地就医结算”列入医疗机构年度考核评价内容，推动医疗机构主动申报。压实区(县、市)主体责任，将机构开通数纳入与区(县、市)政府绩效考核挂钩。持续推进基层卫生服务中心、门诊部、诊所纳入异地结算。

目前，全市已有 384 家医疗机构开通异地就医功能，其中三级医院 24 家、二级医院 70 家、社区卫生服务中心(乡镇卫生院)155 家、其他一级及以下 135 家，所有城区社区卫生服务中心(乡镇卫生院)均已纳入异地结算范围。

二、减环节，就医备案“一网通办”

一是减少办事流程。优化异地就医备案流程，对因旅游、出差、探亲等发生的临时就医，实现从“市外备案-省内免备案-全国免备案”的简化，持医保电子凭证就可在国内医疗机构直接扫码就医结算。

二是减少备案材料。对在医疗机构办理转外就医的人员，只需提供本人医保参保信息及《转外就医备案表》，取消医保审核环节，可直接在医院完成备案手续。对转外地长期居住的人员，只需提供本人医保参保信息，就可通过浙江政务服务网、浙里办 APP“网上办”“掌上办”，实现一次审核、一次办结。

三是减少响应时间。针对异地就医信息流转环节多的实际，建立系统运维管理和问题及时响应机制，目前共有专职运维人员 5 人，提供“全天候、三六五”运维保障和 7*24 小时不间断应急保障服务，

加快异常情况响应处理。

三、乘服务，医保报销“一个待遇”

一是提升特殊病种患者医保待遇。对癌症等特殊病种患者，在省内二级及以上定点医疗医院治疗，符合特殊病种治疗范围的相关门诊医疗费可直接结算，并按长期异地居住或转省内异地就医的相应标准享受门诊特殊病种医保待遇。2021年特殊病种患者在异地就医10.3万人次，报销医疗费用4192.1万元。

二是提升大学生医保待遇。针对大学生流动性大的实际，优化保障举措，宁波参保大学生在省内医疗机构就医无需办理备案手续，并享受与宁波相同待遇。关注大学生寒暑假、因病休学和实习需求，在省外居住地、实习地发生的医疗费用可按规定报销，并享受与市内就医相同待遇。目前，宁波参保大学生达18.3万人。

三是提升长期居住外地人员待遇。对长期驻外工作、异地长期居住、异地安置等人员，提供长住外地医备案服务，结合人员流动实际，将长住时间要求从6个月缩短至3个月，在长住地就医时享受与市内就医相同待遇。目前宁波共为8.2万人办理长住外地就医备案。

四、除隐患，基金监管“一抓到底”

一是消除资金支付隐患。针对跨省异地结算中间环节多、部分交易数据不能按时清算的实际，开展大数据比对，通过本地业务系统与省医保中心清算明细数据进行批量比对处理，对差异数据进行批量剔除、恢复处理，确保每月清算数据和资金准确无误，实现明细交易一

笔不差。

二是消除就医环节隐患。建立定点医疗机构跨省住院人员核查机制，核查要求写入定点机构医保服务协议内容。跨省参保人员办理住院登记后，由医院医保管理部门落实“人证相符”核查。医保部门加快费用审核，确保每月 10 日前完成异地就医医疗费审核工作。

三是消除异地监管盲区。组建了由市、区两级经办机构组成的联合巡查小组，将本地、异地参保人员就医行为一并纳入日常巡查范围，重点巡查参保人员是否人证相符就医，以及医疗机构诊疗行为是否符合医保管理规定。实施第三方服务购买，依托大病保险机构人员力量，对宁波参保人在外地的就医行为进行现场核查。2021 年累计派出 23 人次，对 615 人、2314.4 万元异地就医费用进行核查。

[返回目录](#)

深度分析 | 门诊跨省直接结算试点运行效果如何？

来源：中国药科大学

随着我国社会经济快速发展，人口老龄化、城市化进程的加快，我国人口迁移和流动愈发频繁。全国第七次人口普查数据显示，2020 年我国流动人口高达 3.31 亿人，其中跨省流动人口约 1.25 亿，约占全国总人口的 8.84%，10 年间增长近 45.57%。大规模的人口流动使得跨省异地就医成为常态，参保群众日益增长的异地就医需求与相对固定的医保属地化管理之间的矛盾越趋尖锐。从 2009 年原国家卫生部发文提出开展异地就医直接结算起，异地就医人群迫切的医疗费用

报销需求开始得以缓解，至 2017 年 8 月中旬，全国 400 多个统筹地区全部接入国家跨省异地就医直接结算平台，妥善解决了省内与跨省异地住院的垫资、跑腿问题。相较于异地住院报销，异地门诊报销的诊次更多、频率更高，随着国家医保局成立后门诊费用跨省直接结算政策的出台和完善，异地就医患者门诊小病、慢病的费用结算问题也逐步得到解决。

门诊费用跨省直接结算的政策演进

2018 年 9 月 28 日，长三角地区三省一市(江苏省、浙江省、安徽省及上海市)率先在 8 个统筹地区开展区域范围内门诊费用跨省直接结算，标志着门诊费用跨省直接结算的开始。2019 年 9 月试点工作一周年之际，长三角地区实现了上海市医疗机构和苏浙皖三省所有设区市的全覆盖，完成三省与一市之间的双向直接结算。至 2020 年 8 月底，长三角地区实现全部统筹地区之间跨省异地门诊费用直接结算互联互通。此外，京津冀地区(北京市、天津市、河北省)和西南五省区(四川省、重庆市、贵州省、云南省、西藏自治区)依次于 2019 年 12 月启动跨省异地就医门诊费用直接结算试点工作。

为贯彻落实党的十九届四中全会精神，按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和 2020 年《政府工作报告》要求，国家医保局联合财政部发布《关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知》(医保发〔2020〕40 号)，决定在 12 个试点省(区、市)的基础上，进一步扩大普通门诊费用跨省直接结算覆盖范围，探索全国

统一的门诊费用跨省直接结算制度体系、运行机制和实现路径。2021年4月,《关于加快推进门诊费用跨省直接结算工作的通知》(医保办发〔2021〕27号)要求加快推进门诊费用跨省直接结算,2021年底前全国各统筹地区基本实现普通门诊费用跨省直接结算,2022年底前实现每个县至少有1家定点医疗机构能够提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务。时至2022年4月底,普通门诊费用跨省直接结算已联网定点医药机构18.83万家,96%以上的县至少有一家定点医疗机构能够实现跨省直接结算普通门诊费用。

此外,国家医保局还在积极探索门诊慢特病费用的跨省直接结算工作。2021年9月,国家医保局、财政部发布《关于开展门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点工作的通知》(医保办函〔2021〕4号),要求2021年底前,每个省至少选择一个统筹地区开展门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点,可以提供高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等五个门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算。截至2022年2月,门诊慢特病相关治疗费用跨省累计直接结算1562万余人,涉及医疗总费用39.05亿元,医保基金支出22.02亿元。

试点工作取得的六项运行成效

为进一步推进跨省异地就医门诊直接结算工作,本文对2018年9月至2020年12月期间长三角地区试点工作经验进行评估,分析跨省异地就医门诊直接结算工作运行效果,以期为改革工作提质增效提

供借鉴。

一是政策惠及人数持续增加，有效减轻垫资负担。自 2018 年 9 月 28 日长三角地区正式启动普通门诊费用跨省直接结算以来，跨省异地就医门诊费用直接结算政策惠及人群持续增加，月度结算人次、结算费用和医保基金支出均呈显著上升趋势。结算开通首月，区域内门诊费用直接结算共计 277 人次，至 2020 年 12 月增长到 30.61 万人次。2018 年 9 月，区域内跨省直接结算门诊医疗总费用及医保支付费用分别为 12.68 万元、7.12 万元，到 2020 年 12 月增长至 7989.03 万元和 4308.59 万元。从启动跨省门诊费用直接结算之日起至 2020 年末，累计结算 287.78 万人次，累计涉及医疗费用达 7.20 亿元，累计基金支付达 4.06 亿元。

以江苏省某市参保人前往上海市门诊就医直接结算为例，自该市 2019 年 5 月开通直接结算至 2020 年 12 月底，参保患者人均减少垫付 2413.44 元，基金支付比例约为 59.71%，其中个人垫付累计最高减少 12.66 万元，极大减轻了患者异地就医时的垫资压力。

二是减轻患者往返奔波的跑腿负担。以往手工报销模式下，参保人需在所选择的 1 至 3 家医疗机构以及就医地医保经办机构等单位盖章以进行备案，并可能为补齐报销材料，多次往返于就医地和参保地之间，极大降低了获得感。而跨省就医直接结算政策出台以来，各地市逐步精简备案手续，优化备案流程，取消就医地提供盖章证明的备案要求，通过电话、手机等途径即可实现异地就医备案。此外，参保

人仅需根据所填报的备案类别，在参保地之外的统筹区联网机构凭借医保卡就可获得医疗费用的即时结算。

跨省异地就医门诊费用直接结算政策落地后，直接结算人次占全部跨省门诊报销人次比重逐渐升高。以江苏省某市参保人前往上海市门诊就医为例，2019年下半年直接结算人次占比为40.60%，2020年下半年直接结算人次占比提高至77.30%，同比增长36.70%。同时段手工报销人次同比下降2.73%。

三是跨省异地住院次均费用显著下降。“长期异地”（包括异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作人员）住院患者的次均住院费用在门诊费用直接结算政策实施后降低了13.94%。次均住院费用的下降，一方面可能缘于异地门诊费用直接结算通过扩大覆盖范围，使得部分患者将原先在住院中进行的检查化验项目转移到了门诊，通过优化诊疗流程，改善患者就医体验，提升医疗资源利用效率；另一方面，可能是因为门诊服务对住院服务具有一定的“替代效应”，直接结算政策便捷了门诊医保报销流程，避免患者由于手工报销的困难而选择了“小病拖”，降低群众患大病的健康风险，因而有效减少了住院费用支出。同时从医保基金安全运行角度来看，次均住院费用的降低能够使得基金支出风险得到较好的控制。

四是提高了医保经办机构的工作效率和监管能力。首先，直接结算政策依靠信息化手段，在备案环节免去了患者在医保经办机构和医疗机构之间过多的盖章证明，在结算环节免去了大量的票据审核工

作，在减轻患者跑腿、垫资负担的同时，也将工作人员从繁琐的重复性事务中解放出来，提高了医保经办机构的工作效率，杜绝了人力物力和时间资源的浪费。其次，直接结算政策为异地医保基金监管提供制度保障。以往手工报销过程中存在伪造票据材料、重复报销、冒名就医等风险，也存在医疗机构对异地患者过度医疗、诱导医疗等问题，参保地没有权限、没有能力对异地就医服务行为进行监管。在直接结算政策实施后，可通过建立全国统一的结算制度体系和运行机制、厘清参保地与就医地的权责关系、实现患者就诊信息的互联互通等方式与手段，加强异地就医医保监管能力。

五是门诊直接结算政策对就医地分级诊疗造成的影响有限。由图 1 可知，相较于本地门诊患者，参保群众在上海市跨省异地门诊就医时更集中于三级医疗机构。但同时在工作试点期间，长三角地区跨省异地就医门诊费用直接结算总次数仅约占区域年门急诊医疗服务总次数的 0.20%。江苏省、浙江省、安徽省和上海市作为“就医省(市)”，其接纳跨省异地门诊患者就诊结算次数分别占省(市)年门急诊医疗服务总次数的 0.11%、0.04%、0.004%和 0.79%。总体而言，患者在异地门诊就医时倾向于三级医疗机构，但对高水平医疗资源的需求并未刺激大规模患者涌入大城市跨省就医。直接结算政策规范了异地备案流程，为异地就医提供便利的同时，维护了就医地的诊疗秩序。相反，异地患者的就医选择也说明直接结算政策能够在一定程度上缓解区域间医疗资源分布差异所带来的矛盾。

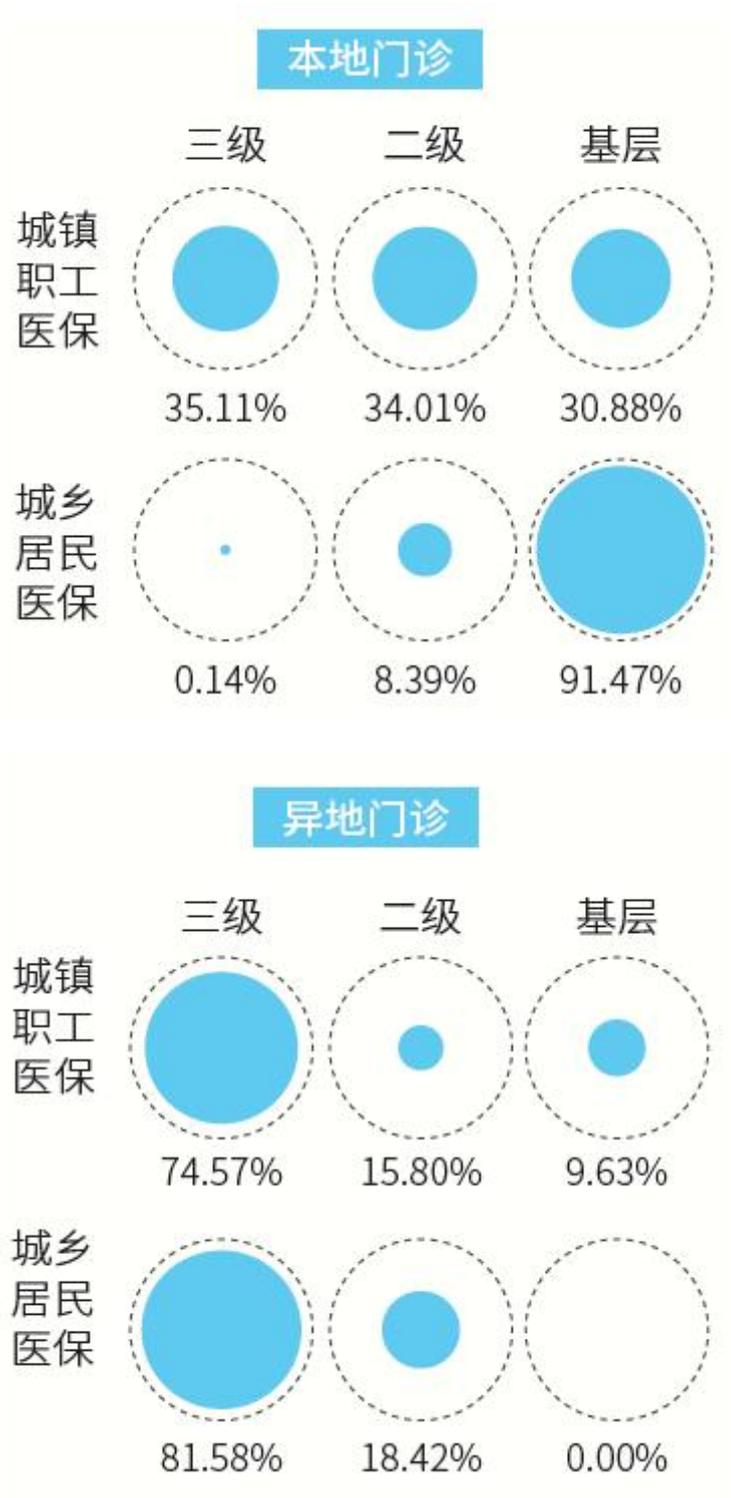


图1 江苏省某市参保人本地与异地门诊就医时对不同等级医疗机构的选择情况

六是门诊直接结算政策对医保基金稳定运行带来的风险有限。从前文中可以看到，尽管随着试点工作逐步推进，开通直接结算的城市

不断增加，跨省就医直接结算量呈持续增长趋势，但直接结算并未诱导患者过多选择跨省就医。进一步发现，长三角地区跨省异地就医门诊费用直接结算基金总支出约占长三角地区年基本医保基金总收入的 0.056%。作为“参保省(市)”，江苏省、浙江省、安徽省和上海市的跨省门诊基金支出分别占年基金总收入的 0.075%、0.065%、0.0071%和 0.049%，说明跨省直接结算给各地基金稳定运行带来的风险有限，政策具有可持续性，因此可进一步推进门诊费用跨省异地就医直接结算，探索门诊慢特病费用的跨省直接结算工作。

综上所述，跨省异地就医门诊费用直接结算政策满足了跨省流动人口的异地门诊就医需求，减轻了参保群众跑腿、垫资压力，一定程度上规范了异地医疗服务行为。同时，在政策实施过程中对就医地分级诊疗秩序和参保地医保基金可持续运行所带来的影响有限。此外，直接结算政策作为制度性改革，在提高医保经办机构工作效率的同时，也为推进异地就医医疗保障基金监管制度体系改革提供了物质基础。

逐步扩大支付范围与加强监管“双管齐下”

首先，要进一步巩固政策改革成效，并逐步扩大门诊费用直接结算支付范围。异地就医直接结算增加了参保患者对异地医疗卫生服务的利用水平，减轻了患者异地就医垫资、跑腿负担，切实满足了参保患者的异地就医需求，有效提升了参保群众的获得感，故应继续全面深入推广异地就医医疗费用的直接结算，持续保障参保患者异地就医

权益。国家医保局已发文要求逐步扩大异地就医门诊费用直接结算医保报销范围，将恶性肿瘤放化疗、高血压、糖尿病等门诊慢性病及门诊特定病种纳入异地门诊医疗费用结算支付的范围。随着异地就医门诊费用直接结算支付范围的逐步扩大，参保居民的就医需求会得到更大程度的满足，同时异地门诊医疗服务对异地住院医疗服务的替代作用会更加明显。

其次，要加强异地就医的医保基金监管。随着跨省异地就医结算范围持续扩大，直接结算量迅速增长，支付范围从住院医疗费用拓展到普通门诊和门诊慢特病种医疗费用，高水平定点医疗机构的医保基金收入来源逐渐由单一变为多元，跨省异地就医基金监管制度亟待落实完善。目前，参保地、就医地权责不明、协同不畅。因此，如何从顶层出发，在现有政策框架下进一步明确就医地和参保地的工作职责、工作流程及协同方式，是跨省异地就医医保基金监管的重点问题。可通过顶层设计，规范监管流程，完善审核机制，积极探索跨省异地就医基金监管协同工作方案与联审互查机制，建立基于医保大数据的异地就医智能监管，确保医保基金安全。

[返回目录](#)

· 医药专栏 ·

第五轮国家医保药品目录调整工作正式启动

来源：国家医保局

6月29日，《2022年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整工作方案》及相关文件正式公布，标志着自国家医保局成立以来的第五轮国家医保药品目录调整工作正式启动。与前几轮目录调整相比，本次调整具有以下特点：

一是优化了申报范围，向罕见病患者、儿童等特殊人群适当倾斜。贯彻落实《政府工作报告》“加强罕见病用药保障”要求，对罕见病用药的申报条件没有设置“2017年1月1日后批准上市”的时间限制，同时增加了纳入国家鼓励仿制药品目录、鼓励研发申报儿童药品清单的药品可以申报今年医保目录。

二是完善了准入方式，非独家药品准入时同步确定支付标准。解决非独家药品由于个别企业价格较高导致该通用名药品无法纳入目录问题。借鉴谈判原理，由专家测算确定医保支付意愿，然后企业自主报价，只要有一家企业参与且报价低于医保支付意愿，该通用名就可纳入目录，并以最低报价作为该通用名的支付标准（如最低报价低于医保支付意愿的70%，以医保支付意愿的70%作为支付标准）。我们将指导地方探索完善管理措施，支持同通用名下价格不高于支付标准的品种优先使用，有效减轻患者负担，更好发挥保障功能。

三是改进了续约规则，更利于稳定预期。将非独家药品（无论协

议是否到期)，以及已经历过两个协议期(4年)但支付标准和支付范围均无变化的独家药品纳入常规目录管理；对今年调整医保支付范围但对基金影响预算不大(未超1倍)的药品也可以简易续约。上述做法有利于稳定企业和社会各方面预期。

四是优化了工作流程，评审更加科学高效。基于专家评审环节的工作日趋成熟，申报药品数据资料更加全面，将评审环节优化整合为综合组和专业组专家共同联合评审。

此外，今年增加了通过形式审查药品名单的“公告”环节，组织企业提交申报药品摘要幻灯片，完善升级了申报和评审信息模块，实现申报资料电子化提交，有利于提升工作效率，增强工作规范性。

按照安排，今年的调整程序仍分为准备、申报、专家评审、谈判/竞价、公布结果5个阶段。如进展顺利，将于7月1日正式启动申报，11月份公布结果，明年1月1日落地执行。

[返回目录](#)

数百中成药，医保将停止报销

来源：广西壮族自治区医疗保障局

01 大批中成药停止医保报销

近日，又一地发布清退增补的药品名单，广西是继江西、福建、安徽、浙江、上海、重庆、四川等多地发布“消化”名单后的又一省份。

6月以来，多地清退增补药品工作已进入收官环节，取消省医保

报销，缓冲期半年，自 2023 年 1 月 1 日起，各地将统一执行医保目录。

值得注意的是，此次广西发布的清退增补药品名单共 168 个药品，其中 155 个为中成药。

从 2019 年 7 月国家医保局发布《关于建立医疗保障待遇清单管理制度的意见(征求意见稿)》后，各地就开始相继发布清理增补名单。

为期三年的清退增补动作，目前各地已进行到第三批，梳理发现，三年内，各地公布的清理增补药品中，中成药占比较大。

例如，2019 年 12 月 26 日，有 281 个西药、71 个中成药被调出医保目录；河北省没有将原增补的乙类药品，直接调出医保，而是采取优先纳入国家和省重点监控范围，但当时 498 个药品中，212 个为中成药；再比如，当时云南省预计调出的 837 个药品中，中药的数量为 421 个，略高于西药数量。浙江调出的中药则占了约三分之二；在贵州省调出的品种中，也有近一半是中药。其中，更是出现了片仔癀、定坤丹口服液等名贵品种.....

多位业内人士表示，进入各地医保，是独家中药品种曾经的高光时刻。

至于清退动作为何要以三年为期限，医药行业某营销人士曾表示：“各省给药企和医疗机构三年的缓冲期，主要是考虑到国家政策，毕竟其中涉及到错综复杂的利益链；况且，要考虑企业、平台和代理商的稳定、病人的依从性等因素。”

02 被调出各地医保，还有翻身仗可打吗？

过去地方医保目录中，独家中成药占据乙类补充目录较大比重，随着全国医保目录统一，省级医保目录增补退出历史舞台，对中成药企业影响几何？

从目前被调出的中成药来看，一些药品原本就仅限于工伤保险的患者报销；有的是二级以上医疗机构使用；还有些中成药原本的主要销售渠道在零售药店，从这些角度来看，退出医保影响并不大。

除此之外，从2019年7月国家发布“未来医保药品目录统一由国家负责调整，之前各省出台的与清单不相符的政策措施，原则上在3年内完成清理规范”这一信号，相关药企应该早有准备。

一些中成药在退出省医保后，加大与药店终端的合作，并在药店端快速放量；其次，与诊所合作。“十四五”中医药发展规划明确指出到2025年设置中医临床科室的二级以上公立综合医院要提高至90%以上，同时三级公立中医院和中西医结合医院设置发热门诊的比例达到100%。

例如，济川药业的小儿豉翘清热颗粒为小儿用药独家品种，主治上呼吸道感染及发热；二线品种蛋白琥珀酸铁和妇炎舒胶囊在妇科科室具有较强品牌力，小儿和妇科用药均符合国家“十四五”发展扩充诊室的要求，有望随科室建设上量，填补蒲地蓝退省医保带来的销售空白。

但对一些中药注射剂来说，并不那么乐观。其他颗粒或片剂中成

药可以进入药店、诊所等院外市场，拿中药注射剂来说，特殊的应用场景以及一直以来的颇受争议点，似乎不怎么利好。

例如，此次江苏调出共 76 个品种，中药注射剂就占绝大多数。

一直以来，中药注射剂的有效性、安全性问题饱受争议，在国家及地方监管政策不断出台下，中药注射剂将受到越来越严格的管控。相关从业人员表示，限制中药注射剂的迹象这几年已经在地方愈发明显。

从市场规模来看，2015-2019 年，重点城市公立医院终端中药注射剂市场销售收入从 110.83 亿元降至 98.15 亿元，增速从 30.50% 降至 -4.59%。受中成药“限方”、修订说明书、医保支付限定范围、重点监控等政策影响，中药注射剂频频受挫，市场大受影响。

03 退出省医保后，是否还能再进医保？

要回答这个问题，首先要看这些被调出的中成药的性价比，以及循证证据等。

如果能做好二次研发、循证医学，且符合基药目录标准时，如果基药目录扩容，有望再次进入医保。

退出省医保，也就意味着，更多企业会共同应对国家目录的“厮杀”。今年医保药品目录在继续支持新冠病毒肺炎治疗药物、创新药物基础上，重点关注罕见病治疗药物和儿童用药。药企将展开新一轮的市场争夺。

但目前来看，独家中成药也在不断被清洗。

只有真正符合临床需求，真正有价值的独家才会吃香，在现有的支付环境下，独家中药品种正加速挤掉泡沫，“独家”一词也并非企业永久的“护身符”。

[返回目录](#)

• 医疗改革 •

青海医改：“以药补医”成历史，启动建设国家级高原病医学中心

来源：中国新闻网

青海省人民政府新闻办公室 28 日举行“青海这十年”卫生健康事业高质量发展专场新闻发布会。

“青海将综合医改作为全省三大‘国字号’改革之一，秉持‘小财政办大民生’理念，紧紧围绕医疗、医保、医药协调联动，通过十多年的探索实践，覆盖全省的基本医疗服务、基本医疗保障、基本药物供应和基本公共卫生服务体系基本建立。”青海省卫生健康委员会副主任李秀忠表示。

李秀忠介绍，青海始终把加强能力建设、提高服务质量、推进公立医疗机构回归公益性作为改革的重点和方向，改革进程中，先后取消了药品和耗材加成，实行零差率销售，各级医疗机构结束了“以药补医”的历史，同步推进补偿机制、人事分配制度、管理体制、医疗服务价格等改革，县级公立医院财政补助占人员经费的比例提高到 80%以上，村医补助标准提高到人均 1.5 万元，基层医疗机构、县级、

市(州)级和省级公立医院人员总量比改革前分别增加了 50%、44%、134%和 225%。

据悉，针对青海省优质医疗资源不足的状况，在国家的大力支持下，启动实施国家级高原病医学中心建设、国家区域医疗中心建设，合作共建 4 所高水平医院，借助国家级医院优势，帮助支持青海省打造区域医疗服务高地，同时，在海东市、海南州、玉树州开展省级区域医疗中心建设，提升重特大疾病省域内治疗能力。

李秀忠介绍，青海省始终将构建一张覆盖全省的保障网、实现人人享有基本医疗保障，作为医改工作的着力点。2013 年，将新农合和城镇居民医保并轨，实行“六统一”的城乡居民医保制度，通过多年的努力，初步建立起以基本医疗保险为主体，大病医疗保险为补充，医疗救助为托底，医疗互助、应急救助、商业健康保险、慈善救助等共同发展的多层次医疗保障制度体系。

此外，为有效降低药价、减轻民众用药负担，青海省把建立和扩大基本药物制度，作为缓解群众看病贵有效途径，2011 年起在全省村卫生室、乡镇卫生院和城市社区卫生服务中心全部实施了基本药物制度，2018 年实施《国家基本药物目录(2018 年版)》，增补 100 种藏成药为青海省基本药物目录，基本药物种类达到 785 种。

此外，青海逐步建立药物招标采购新机制，在以往实施“双信封”、分类采购的基础上，全面落实药品购销“两票制”，不断完善采购模式，实行药品耗材集中带量采购和省际联盟采购，通过国家、

省际联盟和省级集中带量采购，累计共招采 363 个药品、15 种医用耗材，价格平均降幅在六成以上，有效挤压了药价“虚高水分”。

[返回目录](#)

中西医可同时执业，护士也能开处方了

来源：南方都市报、华医网

“深圳医改”又有新突破。日前，深圳市人大常委会会议表决通过了《深圳经济特区医疗条例》修订稿(以下简称《医疗条例(修订)》)，修订完善了这部 2017 年 1 月 1 日起施行的全国首部地方性医疗“基本法”。

据悉，本次修订主要聚焦医疗服务体系建设和供给侧改革，立足医疗资源优化配置、强化医疗全行业管理、提高医疗服务水平和保障医疗质量与安全，对医疗机构登记和分类管理、医患双方权益保护、专科护士制度、医疗卫生人员的执业与能力评价、医疗服务规范等方面进行了制度创新，很多内容属于全国首创。

01 打通中西医同时执业的“壁垒”

深圳有一批临床类别医师，虽然已经通过了中医类别医师资格考试，但是鉴于国家不允许临床类别医师同时注册中医类别，导致他们如果想从事中医执业活动，必须放弃原执业注册类别，重新注册中医类别医师执业证书。通过变通《医师法》《医师执业注册管理办法》相关规定，《医疗条例(修订)》适当扩大了医师注册的执业范围，允许取得中医类医师资格证书的临床医师申请增加注册中医类别专业

作为执业范围；允许取得临床类医师资格证书的中医医师申请增加注册临床类别专业作为执业范围。同时，对《医师法》规定的关于医师增加执业范围的内容予以细化，明确参加专业培训，并经市级以上卫生健康部门考核合格的，可以申请增加注册同类别的相应专业作为执业范围。

02 率先赋予专科护士“处方权”

国家鼓励医疗机构开设专科护理门诊，为公众提供更便利、更有效的护理服务。然而，由于目前只有医师才可以开具处方，致使专科护理门诊需由医师开具处方后，护士才可以提供相应的护理服务，无法实际发挥专科护理门诊的作用。借鉴欧美等主要发达国家均赋予护士一定的处方权限的做法，《医疗条例(修订)》授予专科护士一定的执业权限，允许取得专科护士证书的护士，可以在护理专科门诊或者社区健康服务机构开具检查申请单、治疗申请单、外用类药品处方，以提高护士的专业能力，切实为患者提供更优质的护理服务。

03 加强对医卫人员“挂证”的管理

目前，除医师和护士外，从事药学、检验、检查、康复治疗等工作的医疗卫生人员不需要明确其执业的医疗机构，导致存在一个医疗卫生人员在多个医疗机构“挂证”，但实际上未在该医疗机构执业的现象，这不利于医疗监督管理。如何加强医疗卫生人员管理？《医疗条例(修订)》对此作了规定，明确从事药学、检验、检查、康复治疗等工作的医疗卫生人员，在本市医疗机构执业时，应当依法取得相应

的执业资格或者职称证书，并通过市卫生健康信息化平台办理执业备案，明确其主执业机构。

04 港澳医师可在深圳“多点执业”

跨境医疗有利于推动深圳市医疗卫生事业高质量发展。目前，内地医疗卫生人员和外国医师均可以多点执业，但《香港和澳门特别行政区医疗专业技术人员在内地短期执业管理暂行规定》规定，港澳医疗专业技术人员不得同时受聘于两个以上医疗机构。为鼓励和引导高水平境外医师来深圳执业，《医疗条例(修订)》对此进行了变通，允许港澳医疗专业技术人员经备案后多点执业；属于短期执业的，应当取得其主执业机构同意。

05 境外医生在深圳干满3年须考核

目前，部分来深圳执业的境外医师水平不高，纠纷频发，必须加强管理才行。《医疗条例(修订)》借鉴港澳台医师须定期考核的有关规定，明确所有境外医师在本市执业累计超过三年的，应当参加医师定期考核。

06 杜绝违规机构和人员“换马甲”

刚被吊证的医疗机构，换个“马甲”重新执业登记后，马上又再次营业？为了杜绝这种事情，《医疗条例(修订)》增加了医疗机构违规经营负责人和投资者的禁业限制等规定，明确医疗机构被吊销医疗机构执业许可证的，5年内不得再次申请执业登记，其负责人以及出资者、举办者5年内不得出资、举办医疗机构或者作为医疗机构的实

际控制人，医疗业务负责人 5 年内不得担任医疗机构负责人或者医疗业务负责人。

07 目录外用药需取得患者明确同意

在治疗过程中，假如用药不公开透明，没有取得患者同意就使用目录外的药品或自费药品等，容易引起纠纷。

《医疗条例(修订)》增加了应当取得患者明确同意的情形，补充了采用药品说明书未明确的用法使用药品、开具医疗机构用药目录外药品或者为医疗保险患者自费药品等，均应取得患者明确同意。

08 讨论性医学文书可不向患方公开

在对患者病情的讨论中，应该鼓励医疗卫生人员敢于发表意见，“大胆假设，小心求证”，再通过讨论、分析、研究，最终得出最适合患者的诊疗方案。假如将讨论过程向患方公开，可能会导致医疗卫生人员不敢发表意见，从而不利于对患者的治疗。《医疗条例(修订)》在充分保障患者的知情权，明确医疗机构应当按照规定复印、复制病历的总体要求下，对《病历书写基本规范》的有关规定予以变通，明确疑难病例讨论、手术前讨论、死亡病例讨论等结论性意见应当在病程记录中予以记录，讨论记录等讨论性医学文书作为病历资料的附件保存，医疗机构可以不向患方公开。

09 民营医院不得随意增加服务项目

不少民营医疗机构屡遭投诉：服务项目五花八门、具体内容不明确、随意创设医疗服务收费项目。为此，《医疗条例(修订)》对医疗

服务项目进行了规范，通过变通国家关于“营利性非公立医疗机构可自行设立医疗服务项目”的规定，明确要求营利性医疗机构在本市医疗服务项目以外自行设立医疗服务项目的，应当符合医疗服务技术规范，并报市卫生健康主管部门备案。

10 医疗机构须尊重患者的“生前预嘱”

在患者不可治愈的伤病末期或者临终时，是否有必要采取插管等创伤性抢救措施和使用生命支持系统？对此，患者本人的意愿应该得到充分尊重。为减少患者承受不必要的伤痛和避免医疗纠纷，《医疗条例(修订)》对尊重患者医疗自主权进行了制度创新，在全国率先立法要求医疗机构尊重患者的生前意愿：明确规定医疗机构应当尊重患者生前预嘱的要求，收到患者或者其近亲属提供具备规定条件的生前预嘱后，在患者不可治愈的伤病末期或者临终时，医疗机构实施医疗救治措施应当尊重患者生前预嘱的意思。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

医院如何将“绩效国考”细则融入日常运营管理工作？

来源：柳叶医疗

实施三级公立医院绩效考核是落实公立医院改革导向，推动医改政策落地，检验公立医院改革成效的重要举措。对引导公立医院强化功能定位，提高医疗服务质量和效率，加快建立、完善现代医院管理

制度具有重要意义。

公立医院在发展过程中面临着巨大的外界压力，推进公立医院高质量发展要充分认识到外部环境中不断变化的影响因素，从提高质量、增加效益、降低成本、控制费用入手，同时调动医院职工的积极性，保障医院可持续发展。

科学合理的绩效考核和分配制度是医院管理的重要组成部分，公立医院应根据“国考”要求调整完善内部绩效考核和薪酬分配方案，进一步调动医务人员的积极性和创造性。

运营效率体现精细化管理水平

国家三级公立医院绩效考核的 26 个国家监测指标中，50% 的指标导向明确要求逐步提高，其中与经济运营相关的有 2 个；有 10 个指标导向明确要求逐步降低，其中经济运营相关有 5 个；在 3 个要求监测比较的指标中，涉及经济运营的是两个。

可以看出，在绩效考核的指标体系中，各项指标的要求不同，逐步提高的指标要求医院不断推进，肯定了指标的正向效果，而逐步降低的指标要求医院控制、管理。监测比较类的指标因为全国属地化差异较大，指标影响因素较多，需要通过一段时间进行相关指标数据的比较才能明确下一步的导向。

运营效率类指标体现了医院的精细化管理水平，是实现医院科学管理的关键，同时也间接反映政府落实办医责任情况和医院收支结构合理性，推动实现收支平衡、略有结余，有效体现医务人员技术劳务

价值的目标。在运营效率相关指标中，有 10 个考核指标考察了医院的收支结构。

理解收支结构类指标，不能把经济管理看做医院独立的一方面工作，要看到收支结构背后所代表的医院病种结构、学科结构以及人力和资产等各项资源配置结构情况。收支结构指标在医院层面更多要关注的应该是前端的业务工作，而不仅仅是财务的数据，如同一枚硬币不可分割的两面。

另一方面，收支结构充分体现了医改“腾笼换鸟”的思路，能够把药品耗材加成挤出的水分用于调整医疗服务价格，体现医务人员技术劳务价值，优化医院收入结构。

同时，还需要医保支付和财政补助政策同步跟进、对接，确保群众负担总体不增加。医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入比例指标是非常重要的国家监测指标之一，导向明确要求逐步提高。

这个指标反映了医院收入结构，也从侧面反映了属地医疗服务价格动态调整的落实情况，尤其是取消药品和医用耗材加成后调整医疗服务价格的情况，通过这个指标数据的完善也能够使相关联的一系列指标结果得到保障。

医疗服务收入占比的影响因素除了医疗服务价格调整，还有医院对药品、耗材的采购和使用管理情况以及各项检查、检验的合理情况。

人员支出占业务支出比重指标考核了年度内人员经费占医疗活

动费用的比例，是衡量医院落实习近平总书记“两个允许”精神的重要指标，同时还用于监测医院改善职工收入情况及医院支出结构变化，保障医院可持续发展。

指标中的人员经费包括医院全部人员发生的费用，但是科研教学项目经费及财政项目经费支付的人员劳务、专家咨询费等不计算在内。医院的医疗盈余情况、资产负债情况等各项经营情况都会对人员支出占比产生影响，同时需要属地化薪酬政策的支持保障，保障人员支出的合理增长。

万元收入能耗支出指标体现了国家对医院建设、运行过程中节能减排的要求，通过指标引导医院进一步加强节能管理工作，推进节约型医院建设，实现节能减排目标，同时合理降低医院运行成本，提升精细化管理水平。该指标填报时可参考全国能源基础与管理标准化技术委员会的《综合能耗计算通则》(GB/T2589-2020)。

收支结余指标通过监测医院医疗盈余率(不含各种科教、财政项目的盈余)，了解医院运营情况，引导医院坚持公益性，提高医院可持续发展能力。

几年来，医疗盈余率保持小幅度增长的态势，但是根据每家医院具体情况不同，对于医疗盈余的要求也不相同。医院在运行过程中，要改善收支结余情况，可以通过增加财政收入，合理提高医疗服务类项目价格，加强运营管理，提高运营效率等增加收入；同时应采取一切措施控制不合理费用，降低运行成本。

资产负债率指标的考核要求是在合理的区间内进行监测比较，反映医院负债的合理性，引导医院避免盲目负债扩张或经营，降低医院运行的潜在财务风险。

在运营效率一级指标下的 5 个费用控制指标衡量医院主动控制费用不合理增长情况，明确要求到 2017 年全国公立医院医疗费用增长幅度力争降到 10% 以下，到 2020 年，增长幅度稳定在合理水平。次均费用增幅是衡量患者费用负担水平及其增长情况的重要指标，包括门诊次均费用增幅和住院次均费。

次均药品费用增幅衡量患者药品费用负担水平及其增长情况，包含门诊次均药品费用增幅和住院次均药品费用增幅。次均费用增幅及药品次均费用增幅的指标导向都是逐步降低的。

通过 2019 年的考核结果，从全国范围内数据可以看出，门诊次均费用增幅 6.28%，住院次均费用增幅 5.27%，门诊次均药品费用增幅 5.98%，住院次均药品费用增幅 3.23%，总体增幅水平合理。

全面预算管理和规范设立总会计师指标，要求医院发挥总会计师作用，按照战略规划和运营目标，采用预算方法对预算期内的业务活动、投资活动和财务活动进行统筹安排，细化管理。

把考核细则落实到医院日常工作中

医院在参加三级公立医院绩效考核的过程中，更多的要结合自身内部管理的特点，通过内部绩效管理相应政策的落地见效与外部三级公立医院绩效考核紧密结合，让三级公立医院绩效考核的工作落实到

医院日常工作中，真正发挥作用。

应该深入学习和理解绩效考核操作手册内容，准确把握考核指标内涵，同时关注所有考核指标之间的内在联动性。要提高绩效考核数据质量，严格执行政府总会计制度，提高会计核算能力，确保财务数据准确。

绩效考核属地化管理部门考核时，应按照相关制度、文件和操作手册统一填报口径，保证数据的同质性，加强属地同级同类医院考核结果比较分析，优化政策环境，精准落实管控措施。

医院还应更多关注考核结果的应用，考核结果将作为公立医院发展规划、重大项目立项、财政投入、经费核算、绩效工资总量核定、医保政策调整的重要依据。

对标行业内同样定位、同等水平的医院，找准自身问题，加强内涵建设，提高运营精细化管理水平，并进一步加强智慧医院建设。

医院应进一步完善信息化建设，实现数字化、智能化转型。强化数据信息分析，助力绩效考核工作。医院内部无论是业务管理还是经济管理，都离不开信息化的支撑。

在提升信息化水平，开展智慧医院建设过程中，要以“智慧服务”为抓手，进一步提升患者就医体验；以“电子病历”为核心，进一步夯实智慧医疗的信息化基础；以“智慧管理”建设为手段，进一步提升医院管理精细化水平，最终建设成集面向医务人员的智慧医疗、面向医院管理的智慧管理和面向患者的智慧服务为一体的智慧医院体

系。其中，医院的智慧管理应该以医院集成平台为基础，包含运营管理平台、数据中心和辅助决策创新机制。

可以通过信息化的建设，使更多的业务数据信息化，运用及时、有效的数据分析结果支撑业务不断优化。助力医院科学决策，保障医院实现高质量发展，实现“三个转变、三个提高”。

[返回目录](#)

基本医疗伦理建设事关医保控费及医疗市场健康发展

来源：华夏医界网

《基本医疗卫生与健康促进法》第二章(基本医疗卫生服务)第十五条明确定义了基本医疗卫生服务。“基本医疗卫生服务是指维护人体健康所必需、与经济社会发展水平相适应、公民可公平获得的，采用适宜药物、适宜技术、适宜设备提供的疾病预防、诊断、治疗、护理和康复等服务。基本医疗卫生服务包括基本公共卫生服务和基本医疗服务。”

同时，在第三十条更明确规定了“国家推进基本医疗服务实行分级诊疗制度，引导非急诊患者首先到基层医疗卫生机构就诊，实行首诊负责制和转诊审核责任制，逐步建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的机制，并与基本医疗保险制度相衔接。”

该法关于基本医疗的两条法律条文，决定了基本医疗伦理建设的内涵与外延。笔者就此做粗浅分析。

1、基本医疗质量追求安全有效的同质化医疗，而不是质量越来

越高个性化医疗

从各医疗机构患者不断增长的基本医疗就诊费用来看，体现了基本医疗质量的高度个性化，譬如近年来问题多多的骨科耗材，本来就有质量可靠的国产产品，但在医院运营过程中，就不知不觉地导向了高端耗材的大量使用。公立医院的本质就是服务于基本医疗，基本医疗在基本医疗制度下，应该追求同质化。如果就诊需要追求个性化的高质量医疗服务，应该选择去大型社会办医院，而不是由公立医院去刻意满足基本医疗保险就诊者的个性化需求，从而导致公立医疗资源利用格外紧张。

2、基本医疗是以节约型的适度成本医疗，而不是服务卓越的价值医疗

从当下的大一些大型公立医院的建筑设计、设备引进、人力资源配备，往往都是形成区域化的技术垄断，或者是资源虹吸，这样在建设大型医疗中心中的技术优势当然是可取的。但其弊端也是显而易见的，即加大了基本医疗的成本，把本来成本较低的基本医疗成本拉高，尽管国家规定的基本医疗服务价格仍然是低的，但医院为了维护成本运营，而变相分解收费，或者出现违规操作。公立医院的建设应该是简朴型，而不是高档豪华型。高档豪华型的目标是追求服务卓越的价值医疗。

尽管价值医疗的追求有助于就诊者，但它背离了基本医疗是节约型的特质，公立医院应该提经济节约型服务，而不是所谓的“进一步

改进医疗服务”的卓越型价值医疗建设。价值医疗建设的目标可能还是遵从了医疗市场的竞争原则。公立医院应该保障基本医疗底线，不应该参与到医疗市场竞争之中。如果加入竞争，就有可能偏离基本医疗服务的宗旨与目标。

3、基本医疗严格强调的是社会化分工的分级诊疗，而不是患者自由选择的市场化医疗

既然基本医疗实行分级管理制度，首诊当然应该在基层医疗机构。基层医疗机构一般是指社区卫生服务机构和社区办诊所，二级及三级医疗机构只能接受转诊患者的门诊及住院诊疗，而不应该有自由选择的门诊与住院诊疗。现在医保就诊虽然在报销比例上体现了分级诊疗，但对于差别不大的报销比例来说，无法真正落实分级诊疗。



分级诊疗的关键在于基层首诊，预约诊疗和严格转诊审核。通过十分严格的分级诊疗制度，促使一部分经济条件好、自付能力强的就

诊者到无须遵守分级诊疗规定的社会办医院自费就诊，从而刺激医疗市场的发展，以节约公立医院的医疗资源。

4、利用基本医疗的公益性驱动力，促进社会医疗的市场化发展

基本医疗保障制度是每个公民应该享有的权利，这对于经济条件好、自付能力强的就诊来说也是需要基本医疗保障权利的。因此应该给予社会办医院的基本医疗保险定点医院资格，同时社会办医院由于是以自费医疗为主体，让这些就诊者既能享有基本医疗国家保障，也能享受到优质医疗服务或特殊医疗服务，从而两全其美。

笔者反对公立医院搞具有市场特征的特殊医疗服务，为了保障公立医院及其医务人员的权益，应该从待遇上真正获得国家保障，而不是依靠自主经营来保障。如果仍然要依靠自主经营，那只不过是国家资本的医疗市场化，这对于社会资本办医院也是不公平的。

笔者以为，正是要利用基本医疗的公益性驱动力，促进就诊者和社会办医院形成良好的就医关系，鼓励就诊者大量到社会办医院就诊。卫生健康部门通过加强对社会办医院的质量与服务管控，从而保障就诊者的医疗安全与质量。而就诊的消费权益保障则可由相关社会管理部门去承担。

5、公立医院应该坚守本分，以继续体现社会主义制度的优越性

从近年来显露出来的公立医院基本医疗保险骗保案、抢夺基本医疗资源的各种行径看，一些公立医院的管理者并未做到坚守公立医院的本分，并未回归医疗初心，甚至大有利用其区域医疗的垄断实力而

控制区域医疗市场。这在某种程度上无形增加了国家对于公立医疗机构的投入，同时抑制了社会资本在区域内的市场发展，对于建设有中国特色的社会主义医疗市场体制是弊大于利。数年的新冠病毒疫情，大大增强公立医院的主导地位。

在当前和未来的很长一段时间，公立医院的扩张应该立足于基层医疗机构，而不是区域性医疗中心。过多的甚至是大搞区域性医疗中心建设，可能超越了公立医院应该坚守的基本医疗本分。三级公立医疗保健网是目前中国特色社会主义制度的集中体现，强化公立医院的基本医疗公益性，能有效体现社会主义制度的优越性，而公立医院的规模扩张可能适得其反。

6、中小民营医疗机构应当转型健康医疗方向

当前，中小民营医院生存大多困难，其根本症结在于基本医疗保险普及后，许多民营医疗人“自废”自费医疗的武功，而转型经营基本医疗，结果被温水煮了青蛙。民营医疗的空间在于与公立医疗的差异化发展。过去的差异化是服务，未来的差异化：

一是在于基本医疗与健康医疗。公立医院当然是疾病诊疗为主的基本医疗，民营医院应该关注健康促进的健康医疗。公立医院仍然会以生物医学模式为主，而民营医院不得不走社会-心理-生物医学模式综合发展的道路，尤其要强化社会医学与心理医学诊疗。

二是发展以产品医疗为品牌的价值医疗。在基本医疗方面，民营医院基本不具备与公立医院的竞争性。公立医院以疾病医疗为目标，

民营医院若在产品医疗方面有突破，则能形成与公立医院疾病医疗的互补，成为区域公立院所需要依赖的产品医疗。因为公立医院未来成本管控越来越重要，而产品医疗的成本与价值则是疾病医疗不可比拟的。

三是民营医院要在健康医疗创新中着力。在医疗创新方面，应在中西医结合方面下功夫，特别是对于社会因素、心理因素引起的身心疾病或心身疾病上着力。

[返回目录](#)

• 监察监管 •

做好基金监管，科学建设医保监测体系

来源：江西财经大学财税与公共管理学院

近年来，随着《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》等文件发布，以及互联网技术全面应用，医保基金监管已从人工监管、手工审核进入智能监管、大数据监测时代。

为弥补线下监管力量及执法人员的不足，构建切实有效的监管技术防线，多地都在建立或筹建医疗保障监测中心，将其作为医保基金监管工作的重要抓手，旨在提高基金使用效率，提高数据分析能力和应用管理水平。然而，目前各地对于监测中心的体系结构和职能定位仍处于探索阶段，尚未形成统一意见。

在笔者看来，应进一步规范医保监测体系建设，找准监测中心职能定位。

首先要明确医保监测体系建设的目标与原则。建设医保监测体系是进一步健全医保政策制度体系的重要安排，也是实现医保精细化管理、建设高质量医保的必由之路。应以推动基金安全、高效、合理、规范使用为目标，遵循三条原则加以建设。一是全面性原则，即针对两定机构、参保人、参保单位及经办机构等行为主体，构建全方位、全流程的医保监测体系。二是科学性原则，通过加强医保基金审核和监控知识库、规则库建设，筑牢医保科学监测根基；同时要科学选取监测点，合理制定监测分析指标，确保监测工作科学高效。三是适应性原则，医保监测体系建设要根据各统筹区的实际需求，对监测规则、监测内容进行个性化调整，不断增强医保监测体系在临床需要、合理诊治、适宜技术等方面的适应性。

其次要明确医疗保障监测中心的职能定位。截至2022年5月，全国已有10余个省份建立了医疗保障监测中心，如江西省医疗保障监测中心、福建省医疗保障监测和电子结算中心、浙江省医保大数据监测和反欺诈中心等。笔者发现，各地监测中心的名称和职能定位均有不同，一些省份将药品、医用耗材和医疗服务价格监测纳入职能范围，也有一些尚未纳入。

整体而言，医疗保障监测中心应包括四方面职能。一是医保大数据分析职能，围绕行为主体，针对政策制定、待遇标准、目录调整、

价格确定、集中招采、经办服务等业务流程进行数据监测、清洗、统计、分析、评估和风险预警工作，实现精准监测。二是协助稽核职能，协助有关部门对接到的欺诈骗保行为问题线索进行核查，提出处理建议。三是信息系统管理职能，负责医保信息系统的建设、运行和维护，领衔统筹区医保信息化建设。四是辅助决策职能，包括数据辅助全统筹区医保基金预决算基础工作，配合开展日常巡查、专项检查工作，数据辅助医保政策制定等。

当前，我国医保监管仍然面临诸多新情况、新挑战，医疗违规手段也越来越隐蔽，部分医疗机构开具大处方、伪造材料、串换耗材等行为屡禁不止。科学的医保监测体系将有效助力医保基金监管，提升医保治理能力，净化制度运行环境，严守基金安全红线。

[返回目录](#)

药品“回扣式”销售、套取医保资金……严查靠医吃医套路

来源：中央纪委国家监委网站

近日，多名医疗卫生领域党员干部被通报受到处分。哈尔滨医科大学附属第一医院原党委委员、院长周晋被开除党籍，其在岗位调整、职务晋升、医疗设备销售、工程项目承揽等方面为他人谋取利益；重庆市中医院原党委书记、副院长王守富被“双开”，其为他人药品销售、工程承接、岗位调整等方面谋取利益。

记者梳理相关案例发现，与以往收受红包等方式相比，在医药购销环节做手脚、拿回扣的形式更为隐秘。“药品‘回扣式’销售是个

公开的秘密。部分医药商每隔一段时间会派专人来医院，给医生、科室负责人、相关分管领导送信封装好的现金，金额根据受贿者职务从几万到十几万不等。而且他们一般混在患者队伍里面，很难被辨别出来，因而监管也成了难题。”一位医药领域的专业人士告诉记者。

在医疗器械设备、耗材采购上攫取私利，医院多付的成本最终会转嫁给患者，加重了患者就医负担，侵害了群众切身利益。而在实际操作中，瓜分医药购销回扣这块“蛋糕”的利益群体，远不止临床业务医生和相关负责人。

江苏省响水县人民医院财务科原科长刘某荣主要负责医院各种收入、支出、预算等财务管理活动，尤其在供应商的发票入账、对账、回款上，他是不可缺少的一环。为了能尽快拿到“回款”、回笼资金，供应商千方百计地巴结讨好刘某荣，准时准点地在中秋、春节等重要节点奉上“诚意”，少则几千，多则上万。在2015年至2021年期间，他非法收受供应商等人贿送的现金和购物卡等财物，合计48万余元。

从业务部门到综合部门，医药购销领域的腐败利益链条较长，往往“查处一个带出一串”。究其原因，很重要的一点是“关键少数”没有管好自己，把医院管理权异化为谋取私利的工具，成为医药企业的“主攻对象”。

针对重点人群，浙江省衢州市柯城区纪委监委成立专项督查组，探索建立“双约谈、双签字”机制。“双约谈”，即对医疗卫生监管部门和医疗机构中层干部集中约谈，对药品器械采购、财务管理等关

键岗位干部进行个别约谈，提醒廉洁履职。“双签字”，即与各级党组织签订党风廉政建设责任书，层层压实责任；与医疗卫生监管部门和医疗机构党员干部签订廉政承诺书，立下“军令状”。

与其他行业相比，医疗行业由于专业性很强，信息不对称的情况更为明显。部分医生通过比患者拥有更多疾病信息的优势，提供昂贵而不必要的医疗服务，甚至以多种方式套取医保资金，侵吞群众的“救命钱”。

县中医院原院长陶文洪帮助朋友陈某先后承揽县中医院5个工程项目，套用他人医保账号购买价值27450元的冬虫夏草和特级白燕窝，并挂账在其他病人名下；县荷源乡资福村卫生所原所长余水旺通过分解处方、合并处方、未按规定加价率加价等套取医保基金8092元——这两起都是江西省黎川县纪委监委近段时间查处的套取医保资金案例。

“套取医保资金的方式包括虚假病历、冒名顶替、过度治疗、不合理用药等。”黎川县纪委监委驻县卫健委纪检监察组组长全新敏告诉记者，具体“套路”表现为：

量身定做“假病历”，通过挂床住院、虚记医疗服务费用套取医保基金；

擅自篡改病种，把不能补偿的病种改为补偿范围内的病种，“违规”住院；

故意把病情讲得非常严重，开大处方，将只需门诊的病开成需要

住院的病，把小手术改成大手术等。

如何有效分辨医疗腐败行为和由于工作原因引起的失误？这对监管人员的专业素养提出了很高的要求。针对这一问题，江苏省常熟市纪委监委驻市卫健委纪检监察组督促市卫健委开发运用“智慧医疗合理用药在线审方系统”，并在该市部分医疗卫生服务机构全面上线。

系统涵盖了门急诊处方及住院医嘱，智能审核单个处方或住院医嘱平均用时只需 0.2 秒，不适宜的处方或医嘱在医师开具的同时即被拦截提醒。“为确保审核的准确性和科学性，智能审核只是为进一步的专业评估提供了基础，卫健委邀请专家针对发现的不适宜处方医嘱在适应症、用法用量等方面进行规范性和合理性点评。”该纪检监察组相关负责人介绍，专家组在严谨评估基础上将汇总出的不合理处方提交给市卫健委，作为对医师进行不良执业行为计分的依据。截至目前，已有 32 名有不良执业行为的医师被记分。

[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
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

☎ 电话：010-68489858