

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第14期

(2023.04.03-2023.04.09)

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 ·

▶ [探讨 | 支付方式改革下，结余留用机制如何建立？](#)（来源：首都医科大学国家医疗保障研究院）——第 7 页

【提要】支付方式改革是医保改革中的“牛鼻子”，对医疗资源配置总量和结构发挥经济杠杆作用，而结余留用政策就是这个杠杆的支点。本文立足“结余留用”政策导向，围绕“结余”如何确定，如何留、如何用，以及政策如何发挥作用进行阐释，并为医疗机构有效应对提出建议。

▶ [中成药集采未来趋势预判](#)（来源：医药经济报）——第 17 页

【提要】3月下旬，国家中成药集采办公室在武汉结束了与110家中成药企业座谈的闭门会议，对下一步即将进行的42个品种的中成药集采规则做了进一步的细化和完善。对于那些既有中药品种也有西药品种的综合性制药企业来说，集采政策已经像“ChatGPT”之于互联网行业，带来了颠覆性影响，未来的医药行业将迎来“后集采时代”。数据显示，中成药在我国医院内市场的年销售额为3000多亿元，面对如此庞大的院内市场和已经来临的全国性中成药集采，中药企业如何理解该政策并判断市场走势？

• 医疗改革 •

▶ [数字医疗市场迎来新变量，两办文件揭三大机遇！](#)（来源：良医财经）——第 20 页

【提要】日前，中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》，提出到 2035 年构建优质高效整合型医疗卫生服务体系的目标，并明确“社会办医疗机构可牵头组建或参加医疗联合体”。不难看出，两会刚刚结束，此份《意见》是为未来十余年的医疗卫生体系改革提出的关键路线图，成为指导整个行业走向的风向标。《意见》全文在社交媒体“刷屏”，成为为数不多的引起行业、产业投资界共同关注的重大政策。

▶ [价值购买促“三医”协同治理](#)（来源：福建省医疗保障研究院）——第 20 页

【提要】发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，这是党中央国务院对医改提出的要求。国家医保局成立以来，医保基金发挥战略性购买作用，通过动态调整医保药品目录、开展药品耗材集中带量采购、深化医保支付方式改革、推进医疗服务价格项目改革等，在保障人民群众缓解“看病难、看病贵”的同时，重构医药产业生态，助推公立医院高质量发展。

• 医院管理 •

▶ [DRG/DIP 付费下，医院精细化管理的 10 个方法](#)（来源：誉方医管）——第 26 页

【提要】随着三年行动计划稳步推进，DRG/DIP 支付方式改革逐步在各试点地区进入实际付费，这给医院管理带来了新的挑战。医院在实际工作中如何加强精细化管理，成为困惑医院的“难题”，归纳总结 10 个方面精细化管理的方法和措施。笔者结合在医院精益运营管理方面的咨询经验，归纳总结了 10 个方面精细化管理的方法和措施。

▶ [某中医医院 DRG 运营管理效果分析](#)（来源：DRG 变量）——第 32 页

【提要】自 2019 年国家医保局成立以来，先后确定了 30 个按疾病诊断相关分组 (diagnosis related groups, DRG) 进行医保付费方式改革的国家试点城市，出台了《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》和《国家医疗保障 DRG (CHS-DRG) 分组方案》，DRG 医保付费方式改革已成为必然趋势。广元市作为第一批省级 DRG 医保付费改革试点城市，从 2020 年起进入 DRG 实付阶段，并将全市纳入改革范围。现对应对效果对比分析，以期进一步改进应对策略，为后期开展 DRG 医保付费试点医疗机构提供参考。

• 医保速递 •

▶ [探析医保行政监管与经办协议管理的衔接运用](#)（来源：中国医疗保险）——第 39 页

【提要】各地各级医疗保障部门成立以来，都意识到要针对违约违规违法使用医保基金的问题分层分类进行处理处罚，但暂无相关法律法规制度明确行政监管与经办稽核的职责边界、如何衔接。如何合法合

规运用协议管理或行政监管手段，衔接运用议管理与行政监管手段来履行监管职责是医保部门、监管人员普遍都有的困惑。

▶ [医保智能监控，让基金监管更科学、更精准](#)（来源：徐州市医疗保障局）——第 47 页

【提要】基金监管是医疗保障制度的保障，如何建立一套规范化、科学化、常态化的长效监管体系，以实现控制医疗费用的不合理增长和提高医疗服务质量的双重目标，成为了新的医保课题。充分发挥人工智能的独特能力，推进视频监控、生物特征识别等技术应用，把人工智能应用于医保监管，对提高医保监管工作效能和水平，保障医疗保障事业平稳、健康、可持续发展有着重要意义。作为“国家医保智能监控示范点”创建城市，全国“医保监管”新样板，在医保治理现代化方面，徐州走在了全国的前列。

• 国际视野 •

▶ [DRG/DIP 体系下新医药技术的医保支付机制研究](#)（来源：北京大学公共卫生学院）——第 56 页

【提要】为解决 DRG/DIP 支付方式下创新医药技术的临床应用问题，尤其是新技术导入初期的费用负担问题，管理部门和研究机构都进行了诸多的探讨。2019 年 10 月，国家医疗保障局发布《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案的通知（医保办发〔2019〕36 号）》，正式出台了全国医疗保障部门开展 DRG 付费工作的统一标准，其中就打包付费可能阻碍创新医药使用的问题，

明确提出“已在医保经办备案的新技术项目，可暂先按项目付费执行一年后，再根据数据进行测算，修订该病种分组的支付标准”。

▶ [药品定价权的转移趋势](#)（来源：Latitude Health）——第 59 页

【提要】随着人均寿命上升和出生率下降，老龄化已经成为主要经济体的普遍现象，而各国的社保体系普遍是伴随着二战后的高出生率同步建立起来的，期间的经济虽有起落，但只要保证职工退休比不出现大幅下降，社保的可持续性就不会有挑战。但进入 21 世纪之后，老龄化普遍加速，为了保证社保体系可持续，在开源的同时，节流就成为必然的选择，对药价的管制也就成为监管的必选项。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

探讨 | 支付方式改革下，结余留用机制如何建立？

来源：首都医科大学国家医疗保障研究院

“结余留用”政策是支付方式改革的核心要素，旨在建立预付制下的正向激励机制，促进医疗机构产生控制成本、优化医疗质量的内在动力。

医保支付是医保管理和深化医改的关键机制。2020年2月，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出“建立管用高效的医保支付机制”。支付方式改革是医保改革中的“牛鼻子”，对医疗资源配置总量和结构发挥经济杠杆作用，而结余留用政策就是这个杠杆的支点。本文立足“结余留用”政策导向，围绕“结余”如何确定，如何留、如何用，以及政策如何发挥作用进行阐释，并为医疗机构有效应对提出建议。

DRG/DIP 支付方式改革进展

国家医保局成立后，DRG/DIP支付方式改革全面提速，取得了积极进展。2019年5月，国家医保局等四部门印发《关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》，确定了DRG付费国家试点30个城市名单。2020年11月，国家医保局办公室发布《关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知》，

确定了区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单，共覆盖 71 个城市。2021 年 11 月，国家医保局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，要求到 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，基本实现病种、医保基金全覆盖。

2021 年，30 个 DRG 国家试点城市和 71 个 DIP 国家试点城市全部进入实际付费阶段，初步显示出有效引导医疗服务优化、提高医疗质量和效率、降低群众看病负担、提高医保资金使用效率等积极效果。

从医疗机构的执行情况来看，也基本上实现了经济上受益。2021 年，无锡市职工医保、城乡居民医保分别有 17 家、14 家医疗机构结余，结余留用金额 2.24 亿元；杭州市的试点医疗机构结余留用 3.54 亿元；武汉市 619 个 DRG 病组产生结余留用，涉及 155 家医疗机构，最多的医疗机构盈余 855 万元。

“结余留用”的政策梳理

实行“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制是发挥 DRG/DIP 支付方式经济杠杆的关键政策。国务院办公厅在《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》等一系列政策文件中多次强调支付方式改革中要落实“结余留用”这一关键政策。

可以说，若把支付方式比作调节医疗服务行为和引导医疗资源配置的杠杆，那么“结余留用”政策就是这个杠杆的支点，是支付方式改革的核心逻辑，是撬动医疗机构主动管控资源消耗的内嵌机制。

国家关于“结余留用、合理超支分担”政策的相关要求



资料来源：根据公开资料整理 制图：董美

明确“结余留用”政策的三大关键点

“结余”如何确定

总体来看，目前医疗机构可以留用的结余主要来源于医共体医保

总额包干结余、DRG/DIP 付费结余、药品集采结余三部分，其中药品集采的“结余留用”政策可以认为是医保支付方式改革的逻辑延伸，而 DRG/DIP 付费结余是当前医疗机构，特别是非医共体医院的最主要结余来源。

关于医共体医保总额包干结余。在医共体背景下，医保对医共体确定按人头包干额度为前提，再与各成员单位按 DRG/DIP、按项目、按床日、按人头等付费标准结算，所出现的包干总额与各成员单位先前垫付结算后的差额，则为医共体包干结余或超支。

关于 DRG/DIP 付费结余。在 DRG/DIP 支付方式下，医疗机构与患者按照项目付费事先实际垫付金额(与医保待结算款项)低于医保基金按 DRG/DIP 付费标准与医疗机构结算金额的，该差额即为“结余”，超出时则属“超支”。

在 DRG/DIP 付费模式下，医保基金不再按照患者实际住院费用支付给医疗机构，而是按照病例所进入的 DRG/DIP 病组(种)付费标准进行支付。

关于药品集采中的结余。集采同通用名药品医保支出金额低于集采药品医保资金预算的部分，称为结余测算基数。国家鼓励医疗机构在相同条件下更多使用集采药品，在预算资金给定的条件下，越多使用集采药品则结余越多，可以留用的资金也就越多。

结余如何留、如何用

明确了“结余”的概念后，接下来就要正确理解什么是“留用”。

在这里，“留”即“留下”，“用”则为“使用”，毕竟要首先将资金“留”得住，才能谈得上“使用”。

2021年5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》，提出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(以下简称“两个允许”)。2021年7月，人力资源社会保障部、财政部、国家卫生健康委、国家医保局、国家中医药管理局联合印发《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》，提出公立医院应完善内部考核办法，根据考核结果分配医保结余留用资金，主要用于相关人员绩效。

总体来看，国家的各项政策已经明确，通过降本减耗实现的医保结余将成为医疗机构的可分配收入，与此同时，为充分发挥激励作用，医院应将医保结余主要用于促进医院发展和提高医务人员绩效待遇水平，尤其要注重对医务人员的激励。

2019年1月，国务院办公厅印发《关于印发国家组织药品集中采购和使用试点方案的通知》，提出公立医疗机构医疗服务收支形成结余的，可按照“两个允许”的要求，统筹用于人员薪酬支出。2020年6月，国家医保局、财政部印发《关于国家组织药品集中采购工作中医保资金结余留用的指导意见》，细化了药品集采结余留用政策，并对核定结余留用金额、定点医疗机构考核结算、规范资金使用等都制定了较为详细的办法。

可以说，这些为医保资金结余留用的经费用途提供了相对明确的方向。

政策内嵌“约束—引导—激励”机制

支付方式改革的核心问题旨在建立起一种有效的引导激励约束机制，让医院薪酬制度随支付方式改革一同变化，形成鼓励成本控制和服务结果优化的目标导向，实现对医生行为的一致性激励，向着预期目标导向转变。

“结余留用、合理超支分担”，则可以充分激发医疗机构“控成本、提质量”的内生动力，主动提供“优质低耗”医疗服务，形成正向反馈回路，建立起 PDCA 管理闭环(P 代表计划，D 代表执行，C 代表检查，A 代表处理;PDCA 管理闭环即按计划、执行、检查、处理四个阶段循环不止地进行全面质量管理的程序)，真正实现螺旋式的自我改进和提升，有效提升医疗卫生资源和医保资金使用效率。

在发挥约束作用方面，“结余留用”政策可以促进以收入为中心向以成本为中心转变，回归价值医疗本质。DRG/DIP 是区域总额预算下的支付方式改革，事先确定病种(组)及对应支付标准，区域内实现“同病同治同价”，同时配以监管考核评价、公立医院绩效评价等进行监督约束。

在发挥引导作用方面，“结余留用”政策能够促进服务趋于同质、更加透明，推进管理竞争、成本竞争。具体包括：规范医疗服务行为，提高病案管理、临床路径管理水平；促进医疗技术水平提升，提高 CMI

值、推动重点学科发展、调整收治病种结构；改革内部运行机制，基于病种数据开展精细化管理，主动控制成本和提高服务效率；引导资源合理配置，总量和结构趋于合理，设置基层病种、倾斜政策等。

在发挥激励作用方面，“结余留用”政策改变以往医生收入与项目挂钩、由科室单独核算的薪酬分配方式，使医疗服务回归治病本质。优化后的医务人员绩效薪酬分配制度，将绩效分配与医疗质量、CMI值、成本控制等关键指标挂钩医保支付与医生薪酬的正向激励，可以体现出医务人员技术劳务价值，薪酬向临床一线及风险高、技术难度大的科室和岗位倾斜，优劳多得、优绩优酬。

DRG/DIP 下医疗机构的有效应对策略

在 DRG/DIP 支付方式改革下，医疗机构应将医保改革的目标内化为医务人员的动力，同向改革、双向变革，提高医疗机构自我管理的积极性，深刻理解“结余留用”政策逻辑，在看好病的同时合理地获得结余，且结余留用需与绩效考核挂钩，分配好结余资金，激励改革。具体来讲，可以从以下六个方面着手。

针对 CMI 值及盈余情况开展全病种分析

医疗机构借助 DRG/DIP 支付方式这一“工具”，根据病种(组)盈余情况及 CMI 值对医院学科进行分类分析并制定不同的发展策略。以 CMI 值为横坐标、例均超支/结余为纵坐标，将学科分为四个象限，医院可以据此优化调整医疗资源配置。

第一象限是 CMI 值高、且有结余的学科，是优势学科；第二象限

是 CMI 值低、但有结余的学科，是基本盘；第三象限是 CMI 值低、且超支的学科，是劣势学科，要适当控制和压缩；第四象限是 CMI 值高、但超支的学科(如下图所示)。



一般来讲，优势学科、优势病种需大力发展，一般病种要稳定发展，劣势病种则要优化结构，控制发展。针对处在第四象限的学科，则需区别对待：经过科学、合理的成本管控，规范临床路径后的学科，可能会上升到第一象限，成为优势学科；若在控费比较合理情况下仍然超支，则有可能是潜力“学科”，需通过引进技术、人才等方式扶持其发展。

在分析全院主要病种、优势病种、基础病种、劣势病种、权衡发展病种的同时，还应与同类同级医院进行病种(组)间对比分析，对标区域平均水平，通过差异找到差距和不足，挖掘病种数据的临床及管理价值。

以成本为中心，提升运营管理水平 and 效率

DRG/DIP 支付方式改革将促进医疗机构由收入为中心转向以成本为中心。应打破部门建制，统筹各部门工作，完善运营管理机制。协同预算、成本、资产等相关管理岗位，以医院整体规划为目标，将预算规划、成本管理、资源配置融为一体，将运营管理嵌入管理环节，强化跨部门协作，提升运营效率，降低运营成本，追求“优质低耗高效”。追求医疗服务单位成本效用最大化，用最优成本提供合理的医疗服务。建立从科室成本、项目成本到病种成本的成本核算工作路径，推进业财融合，实现财务核算与成本核算结果的一致性，提供可靠的成本数据及运行数据。

严格因病施治，优化临床路径和规范诊疗行为

实施 DRG/DIP 支付方式改革能够促进医疗机构不断优化临床路径，医疗机构必须严格因病施治，在保障质量安全前提下，提供临床治疗必需、诊疗更加规范、费用更加合理的服务，以获得更多的成本控制收益。同时，通过对收治病种进行临床路径分析论证，分析医护人员临床习惯、工作流程、作业数量及相应成本，通过流程改善、原因分析、追踪作业等方法进行持续改善，制定病种最优诊疗临床路径，形成统一的诊疗标准、规范指南，推进病种诊疗的规范化、标准化、同质化，减少不必要的资源消耗，提高医疗服务的效率和质量。

探索最优诊疗模式，重视优势学科与多学科协作

给定疾病都有了明确的付费标准，因此医院需要下功夫研究更优的治疗方案，并提高医疗技术水平，以保证在看好病的同时还能收到

较好的财务盈余。因此，要更加重视优势学科发展，推动以病种诊疗为中心，实现专病专治、规范流程、缩短患者住院时间，以性价比最高、疗效最佳的诊疗方案开展诊疗，引进先进技术、人才，做强做优；推动多学科诊疗(MDT)模式发展；针对某一疾病，同时进行多个学科协作，探索由相关学科或多学科联合执行最优诊治方案的诊疗模式，提升诊疗效率、节约时间成本和提高治疗效果。

体现技术劳务价值，建立“优绩优酬”考核分配机制

DRG/DIP支付方式直接影响医院收入进而与绩效考核及收入分配直接相关。DRG/DIP除了用于付费，还可用于以病种、质量、疑难度、数量等进行临床绩效评估，进而用于绩效分配。基于支付工具的绩效分配将更加体现技术劳务价值、“优绩优酬”，绩效考核的KPI重心将从以收入为导向转向以医疗质量、医疗技术难度、病种风险程度、成本控制、患者满意度等为导向，需建立与之相适应、多维度绩效分配评价指标体系，并制定相应的配套激励措施，如实施分级、分类等不同医务人员的年薪制，降低影响诊疗服务行为的外部因素，建立医保支付与医生薪酬的正向激励，真正体现医务人员技术劳务价值，使医疗服务回归治病本质。

引入多维评价工具，促进医药新技术合理使用

DRG/DIP实施后，无论是医院管理层还是临床医务人员都将更加务实，为需而进、因需而用。当然，医院在引入新药新技术时需纳入科学的决策理念。需要引入科学的评价工具，综合考量能否降低住院

床日、提高病床使用率、降低诊疗成本、体现医疗服务技术含量等因素，以此决策医药新技术能否在临床得以应用。诊疗过程中对医药新技术的使用要重视必要性、考虑成本效益。筛选切实是临床急需，能有效减轻诊疗成本，更加适宜、更加经济、更具“性价比”的新药新技术。

“结余留用”政策是支付方式改革的核心要素，旨在建立预付制下的正向激励机制，让医疗机构去治该治的病、去治难治的病，促进其产生控制成本、优化医疗质量的内在动力，通过精细化管理和高质量发展获取适当结余，为优化服务环境、促进人才培养、提升技术水平提供必要保障，从而更好保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

[返回目录](#)

中成药集采未来趋势预判

来源：医药经济报

3月下旬，国家中成药集采办公室在武汉结束了与110家中药企业座谈的闭门会议，对下一步即将进行的42个品种的中成药集采规则做了进一步的细化和完善。而对于拥有西药(化药)品种的制药企业来说近期也并不轻松，3月29日国家第八批(西药/化药)国家集采结果公布，39个西药(化药)平均降幅56%。对于那些既有中药品种也有西药品种的综合性制药企业来说，集采政策已经像“ChatGPT”之于互联网行业，带来了颠覆性影响，未来的医药行业将迎来“后集采时

代”。

数据显示，中成药在我国医院内市场的年销售额为 3000 多亿元，面对如此庞大的院内市场和已经来临的全国性中成药集采，中药企业如何理解该政策并判断市场走势？

采取“双集采模式”

关注 TOP200 品种

虽然本次国家中成药集采仅涉及 42 个品种，但从国家医保局近期发布的《关于做好 2023 年医药集中采购和价格管理工作的通知》(以下简称《通知》)可以看到，未来的中成药集采将采取国家集采和省级集采共存的“双集采”模式。

我国幅员辽阔，很多省份的常见病、多发病有所不同，未来国家集采或将以全国层面销量较大的品种为主，而省级集采将聚焦于本省销量较大的品种。

《通知》明确规定：到 2023 年底，每个省份的“国家集采+省级集采”总药品将达到 450 种，其中省级集采药品数量应 \geq 130 个(必须包含化药、中成药、生物药)。

由此推测，到 2025 年左右，医院市场内处方量较大的 TOP200 个中成药品种，未来有机会纳入集采的目录库中。

从米内网的数据可以发现，天士力药业的复方丹参滴丸、步长药业的脑心通胶囊、以岭药业的通心络胶囊、上海和黄的麝香保心丸等产品，都常年雄踞医院市场畅销中成药排行榜前列。

这些品种未来进入国家中成药集采目录的可能性也比较大。

“价格标+技术标”

大概率成主要规则

虽然国家层面的中成药集采起步比较晚，但从西药(化药)集采的经验和“湖北 19 省”、“广东 7 省”提前进行的中成药集采的实际过程来看，“价格标+技术标”可能成为今后中成药集采的主要规则。

“价格标”一般是以“基准价”为参照标准来比较降幅的多少。

“技术标”包含的内容很多，目前来看已经至少包含了 7 个细分指标：医院认可度、企业实力排名、企业创新性排名、原料 GAP 认证、药品保障水平、企业招投标信用记录、产品飞检记录。

随着中成药集采覆盖品种的增多，未来在“技术标”领域的细分指标上还会进一步丰富，一些行业参数未来也可能会纳入“技术标”。

例如 2022 年 12 月国家药监局发布了《中药品种保护条例(修订草案征求意见稿)》，对获得中药保护品种的中成药，未来将可能给予 4 个“专项支持”(市场独占;优先纳入医保和基药目录;医院优先采购和优先使用;以及优先进指南和路径)。

比如康恩贝药业的麝香通心滴丸、江苏康缘的热毒宁注射液等产品都为中药保护品种，如果一些中药保护品种进入集采，未来可能在集采规则中享受“技术标”加分项的政策红利。

除了中药保护品种以外，还有循证医学证据、真实世界研究证据、“进入指南/共识”等指标，未来也可能纳入“技术标”的加分项中。

引入“复活”机制

量价联动更趋合理

由于种种原因，目前很多中药企业对参与集采还有一些顾虑。

为了鼓励中药企业积极参与集采，今后中成药集采中还可能引入“复活”机制，也将对“量价联动”中企业比较关心的一些细节(例如回款等)做保障性规定。在打消企业各种顾虑后，相信会吸引更多的中药企业积极参与集采。

[返回目录](#)

· 医疗改革 ·

数字医疗市场迎来新变量，两办文件揭三大机遇！

来源：良医财经

“数字医联体”正成为医健产业全力竞速的新赛道。

日前，中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》(以下简称《意见》)，提出到2035年构建优质高效整合型医疗卫生服务体系的目标，并明确“社会办医疗机构可牵头组建或参加医疗联合体”。

不难看出，两会刚刚结束，此份《意见》是为未来十余年的医疗卫生体系改革提出的关键路线图，成为指导整个行业走向的风向标。

《意见》全文在社交媒体“刷屏”，成为为数不多的引起行业、产业投资界共同关注的重大政策。

值得注意的是，《意见》一共 16 次提及“医联体”“医共体”，这一频率在此前的综合类改革意见文件中较为罕见，这也意味着我国从顶层制度设计层面对这一组织形态的重视。

作为整合型医卫体系的主要形态，面向未来的医联体必然要以数字化、智能化为驱动，这其中蕴含了巨大的产业机会：包括深度参与医联体建设，以及由此衍生的数字慢病管理、医保商保融合等具体场景，这是行业产业化的关键切入场景。

目前，国内的微医等头部数字健康平台正在积极布局，数字健共体、慢病医联体等数字化的区域医联体典型模式频频“出圈”。随着《意见》的出台，行业的热度将被再次拉高，更多产业资本将进入行业的细分赛道。

指明“整合式”数字医疗发展路径

德勤发布的《中国医疗服务行业分析报告》认为，中国医疗服务市场规模巨大，并且在人口老龄化、城镇化、财富增长以及基本医疗保障制度等因素的驱动下迅速扩容。“新医改的深入为社会资本进入医疗服务行业带来了机遇，同时也在深远地影响市场格局。”

从这个角度来讲，中国数字医疗行业的发展脉络和行业机会，与医疗服务体系补短板以及新医改政策的核心要求紧密呼应。

众所周知，割裂的、碎片化的医疗卫生服务体系，是我国医护服务效率低下的主要原因之一，特别是在我国迈入老龄化时代，其更加难以满足以慢性病为主的人民群众的医疗健康需求。

近几年来，我国相继发布《推进分级诊疗制度建设的指导意见》《推进医疗联合体建设和发展的指导意见》《关于深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》等多部重要文件，推进分级诊疗制度，构建“以健康为中心”的整合型医疗卫生服务体系。而区域的医联体、医共体成为落地这些目标的关键手段。

此次《意见》在总结了三年疫情对我国医疗卫生服务体系巨大冲击，以及在此过程中系统性地“补短板”的实践经验基础上，再度明确了我国医疗卫生事业的总体发展方向——“到 2035 年，形成与基本实现社会主义现代化相适应，体系完整、分工明确、功能互补、连续协同、运行高效、富有韧性的整合型医疗卫生服务体系。”

目标已定，而如何落地成为关键，数字医疗所能扮演的角色引人关注。

对此，IDC 中国高级研究经理肖宏亮分析称，完善医疗卫生服务体系，发展“互联网+医疗健康”十分必要。“互联网+医疗健康”能够优化医疗资源配置，推进医疗卫生能力现代化，促进分级诊疗，推进体系整合化。

安永咨询团队认为，未来互联网医疗的发展可以跳出远程诊疗传统业务，向大健康管理模式转型，以诊疗为核心业务并向外延伸，从“有病治病”的被动医疗模式转变为国民主动进行大健康管理。

就《意见》整体安排来看，一方面延续政策层面对数字医疗行业鼓励的态度，要求发挥信息技术支撑作用，发展“互联网+医疗健康”；

另一方面，明确了“社会办医疗机构可牵头医联体”，指明了一条“整合式”的数字医疗发展路径，即以“着力促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，发展公共卫生和基层服务等薄弱环节”为业务重心，并实现“从‘有病治病’的被动医疗模式转变为国民主动进行大健康管理”。

数字医疗迎三大产业机遇

数据显示，2022年，全球数字医疗市场规模为2110亿美元，2023-2030年将以18.6%的年均复合增长率扩张至8092亿美元规模。中国一直是最有潜力、最重要的市场之一。

不过，新经济常态下，在包括经济发展总体放缓、互联网渗透率遇瓶颈，以及医疗行业控费等多重要素影响下，原有数字医疗业态难以支撑行业的高速成长。而《意见》所带来的全新市场空间，或将对数字医疗的基本盘形成主力支撑。

综合来看，《意见》给产业带来的三大机遇最值得关注：

首先，数字医联体。正如前文所述，《意见》明确了“支持社会办医疗机构牵头组建或参加医疗联合体”，意味着政策支持新型的、数字化社会办医机构参与到整合型医疗服务模式的构建中，以数字化为驱动构建“数字医联体”成为产业主航道。

其次，数字化慢病管理。数据显示，我国卫生总费用中慢病支出占70%左右，随着我国老龄化程度加深，慢病花费或将继续上升，以可控的成本为慢病患者提供覆盖全生命周期的医疗健康服务成为行

业趋势。《意见》中提及，加强重大慢性病健康管理，协同做好老年人慢性病管理、康复和护理服务，探索基层医疗卫生机构与上级医疗机构设立慢性病联合门诊。

三是，多元支付方式创新。支付方式改革是完善医疗卫生体系的核心牵引力，《意见》强调，要完善多元复合式医保支付方式，并“探索对紧密型医疗联合体实行总额付费，加强监督考核，实行结余留用、合理超支分担”。这要求行业要加快推进以健康为中心、以按效果付费为主的支付方式创新，并形成更多元化筹资、支付模式，这是整合型医卫体系构建的核心抓手。

同样重要的是，《意见》在政府投入机制、编制和人事制度、薪酬制度等多方面深化体制机制改革、推进治理科学化，扫清了数字医疗行业大规模推进医联体数字化整合的障碍和顾虑。

数字医院成行业升级关键变量

数字医疗的核心成长要素是“需求和政策”。在过去数年间，随着数字医疗等相关政策的逐步打通，以及疫情催化下人们对线上服务接受度的提高，数字医疗行业持续塑造出新格局。

如，随着网售处方药松绑，院内处方外流，以阿里健康、京东健康为代表的医药电商模式，以及以圆心、思派等为代表的新型 DTP 药房业态迅猛发展，并且随着监管政策的扬抑，不断调整市场方向，取得了持续扩增的市场规模效益。

而随着国家逐步规范互联网医疗发展、要求互联网医疗回归“严

肃医疗”，叠加医保对互联网诊疗的“破冰”，让以微医为代表的以“互联网医院+实体医院”为组织形式、线上线下一体化的数字医院模式验明路径。

《意见》出台前，微医就探索依托数字医院牵头医联体建设、强化慢病管理服务的数字健共体模式，在天津、山东等地成为数字医疗推动区域医卫服务体系建设的突破性创新模式，受到行业关注。

如，天津市引入属地化数字医院——天津微医互联网医院，在天津市卫健委、天津市医保局的指导下，由其牵头、协同全市 266 家基层医疗卫生服务机构共同组建起全市的紧密型数字医联体，即天津市基层数字健共体。

经过 2 年的运营，天津市基层数字健共体已完成基层医疗卫生服务的三层体系建设：首先，构建数字化、集约化服务体系即“四朵云”平台，提升了基层医疗资源使用效率；同时，构建标准化、一体化服务体系即慢病管理中心，提升了基层医疗服务能力；再者，建立按效付费的健康责任制即按病种、按人头付费，提升了基层医生服务动力。

数据显示，截至 2022 年 12 月，天津市基层数字健共体已与 204 家基层医疗机构和 7 家二级医院签署慢病管理合作协议，并逐步共建慢病管理中心；已建档管理患者 168 万余人，已签约入组并纳入糖尿病门诊特健康主管责任制管理服务的糖尿病患者超 11 万人；试点基层医疗机构糖尿病患者规范管理率达 81.5%，血糖达标率提升超 12.1%。数字健共体在展现出巨大社会效益的同时，其市场潜力也开始释放。

全国政协原副主席、中国科学院院士韩启德调研天津市基层数字健共体建设成效后指出，天津的数字健共体实践，展现了政府部门推进医疗卫生事业改革的坚强决心，聚焦于解决基层医疗和困难群众的重点需求，兼顾了效率与公平，为医疗卫生体制改革树立了标杆。

作为构建整合型医卫体系的重要行业探索，以数字医院为牵头的“数字医联体”实现了多方利益机制的统一，既强化了医疗卫生服务体系服务能力，又充分调动了社会资源和技术力量，成为推动行业升级的关键变量。在此过程中，行业实践与国家政策产生着相互印证、相互促进的积极作用，为数字医疗开辟出了未来十年的发展机遇期。

[返回目录](#)

价值购买促“三医”协同治理

来源：福建省医疗保障研究院

发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，这是党中央国务院对医改提出的要求。国家医保局成立以来，医保基金发挥战略性购买作用，通过动态调整医保药品目录、开展药品耗材集中带量采购、深化医保支付方式改革、推进医疗服务价格项目改革等，在保障人民群众缓解“看病难、看病贵”的同时，重构医药产业生态，助推公立医院高质量发展。

实现目录调整常态化

医保的战略性购买是从整体上注重成本效益和价值引领的购买，回答了新时期买什么、买多少、怎么买的问题。即：第一，它不是补

偿，而是购买；第二，它不是被动支付，而是主动购买；第三，它不是单一购买，而是整体购买；第四，它不仅关注价格，更加重视价值。总的来说，就是“买得值”。

国家医保局成立以后，每年调整医保目录，经过五轮国家药品谈判，一大批临床价值高、患者获益明显、经济性评价优良的创新药品及时按程序纳入医保支付范围。据统计，2022年版医保目录共有121个药品谈判或竞价成功，总体成功率达82.3%，目录总数达到2967种。新增的药品绝大部分是5年内上市的新药，其中23个药品是2022年新上市，有24个国产重大创新药品被纳入谈判，体现了鼓励创新的价值导向。

面对当前谈判药品出现的进院难、落地难的“堰塞湖”现象，笔者认为要从源头上疏导分流。

一是优化谈判品种遴选规则。无差别的医保准入，不利于鼓励真正的创新。现阶段我国创新药创新程度、临床价值差异较大，高创新性、高临床需求、高临床价值的源头创新药品数量较少，跟随创新等创新程度较低的药品占比较高，创新药同靶点同适应症的同质化现象比较严重。以前医药行业是低水平重复，如今创新领域又出现了高水平重复。因此，在医保谈判品种遴选过程中，运用药物经济学创新性价值评价，围绕药品的注册类别和创新品种带来的临床价值获益作为遴选的重要指标，把填补目前临床治疗空缺、显著提高患者生存质量、提升患者用药依从性等临床获益大的品种优先纳入谈判，并给予一个

合理的测算阈值，以体现对创新品种临床价值获益的认可。

二是创新医保准入支付方式。现在的创新药医保准入只有谈判一种形式，准入支付形式太单一。要创新医保支付方式，建议参考国外针对罕见病治疗的药品，有突破性临床获益的药物，或者单次治疗费用较高的创新疗法，开展类似支付上限协议、分期付款等方式。比如欧洲近年流行的风险共担模式。一是以财务风险为基础的支持协议，通过共担药品费用来降低医保支付的财务风险，二是以疗效为结果的支持协议，即按疗效付费。先与医保签订协议，然后再递交真实临床数据，附条件报销准入协议(CED)，还可以根据药品不同创新程度分别予以不同溢价。

三是必须创新支付体系。由于我国基本医保的功能定位，由医保报销所有的创新药品是不现实的，要通过建立多层次医疗保障体系，形成创新支付体系来解决。比如商业补充医疗保险、商业健康保险、惠民保、慈善捐赠、各种形式的医疗互助等，多层次、多渠道保障群众的利益。

探索带量采购集约化

截至 2022 年底，国家医疗保障局共开展七批 294 个药品，三批高值耗材集中带量采购。2023 年开年，第八批药品集中带量采购工作也已经启动。在降低药品虚高价格、治理行业经营生态、探索药品耗材市场价格形成机制方面取得了显著成果，实现了药品降价提质、药品行业转型升级、公立医院深化改革、医疗保障减负增效四个效应。

在开展带量采购过程中，集采规则不断完善和优化，如最高有效申报价格、50%降幅规则、1.8倍限价、0.10元入围，体现了低价中选、顺位选择市场、优先使用中选产品的特点。从第七批集采开始增加了备选企业、差价比前六熔断等规则，有效解决了临床产品供应和同组中选产品价格差距过大的问题。2023年，药品集中采购持续提速扩面，在探索中成药、中药饮片、生物制品等带量采购的基础上，纳入更多的带量采购品种，包括非医保品种，按照品种特点、适应症和主治功能等细化采购规则。不能纳入带量采购的品种则以“分类挂网、分层限价”的方式挂网准入采购。

药品集采协议期满后接续工作坚持稳定价格水平、稳定临床用药、稳定市场预期的接续原则，开展分类接续，包括询价、竞价、综合评价等，形成各种续约规则。续约将进一步体现价值引导，比如支架续约，同时优化价格。接下来，要进一步研究其他创新药品的价格形成机制，如坚持企业自主定价原则，突出激发创新活力；首发报价实行集中受理、全国通行，促进新批准药品快速进入全国市场；通过规范首发挂网价格、定期评估动态调整、加强协同监管等多层次机制，引导价格不断趋向合理。

可以说，集采形成的药品市场价格，使市场竞争回归到正常轨道，为构建医保支付标准体系奠定了基础，最终将以医保支付标准持续引导形成合理的药品市场价格。从协同到主导，医保支付标准作用将越来越大。

从规模扩张转向提质增效

近年来，我国医保支付方式改革有序推进，从过去的单一支付转向整体设计，打造总额预算基础上“四位一体”的多元复合支付医保支付模式，并逐步向价值支付过渡。

相比其他主要发达经济体 10%左右的住院率，过去十年，中国的住院率、门诊和住院次均费用快速增长。职工医保和居民医保的住院率分别从 2012 年的 14%和 7%上升到 2021 年的 17.7%和 15.2%。必须通过医保支付方式改革形成内部约束机制，通过打击欺诈骗保形成强有力的外部监督。从源头上改变医疗机构成本控制逻辑和运行逻辑，引导公立医院从规模扩张转向提质增效。

同时，医保支付改革也将改变医药企业的竞争逻辑，改变药品研发、销售和使用的逻辑。对于药企而言，DRG/DIP 付费模式下的竞争格局将从原来同类产品之间竞争，变成与整个诊疗环节间的资源竞争。

重塑医疗服务价格机制

医疗服务价格改革在全球都是难题，受许多复杂因素影响，如国家医疗服务体系定位、经济社会发展水平、居民收入支出状况、医疗卫生供给情况、社会保障体系的支付水平等。2021 年 8 月，国家医保局等八部门联合印发《深化医疗服务价格改革试点方案》，提出在五个城市进行试点，希望形成可以推广、复制、操作的一些经验，再推广到全国其他城市。

笔者认为，形成价格的基础是价值，要围绕医疗服务的临床价值形成价格，而不是单纯的计算成本进行补偿。医疗服务价格也是实现医疗资源有效配置的杠杆，不能把价格当做改革的工具和平衡医院收支的手段，不能把调价与医生薪酬水平捆绑在一起，不能等同于行政事业性收费，不能简单把集采降药价的空间“腾笼换鸟”，扼杀改革重塑医疗服务价格机制的机会。

在这个过程中，要坚持发挥政府作用和多方主体充分参与的价格形成机制。政府通过宏观调控手段，平衡好各方利益，在此基础上从价格制定者转变为价格管理者，从管微观到管宏观，从管具体价格到管价格总量，从算小账转向算大账。政府更多转向定规则、当裁判的角色，引入医院和医务人员多方参与，共治共享，治理创新。

小结

未来，医保战略性购买下的新医改走向将是人人享有医疗保障，有好药、用得起药，看好病、少生病。医保方面，价值购买促进价值医保，使医保制度更加成熟，基金运行更加高效，治理体系更加完善。同时推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，促进三医改革系统集成。医药方面，医保药品国谈准入激发企业的创新热情，集采和支付机制引导企业以临床价值为中心，提高药品质量。医保价值购买和医药政策同时发力，助力医药行业走向创新之路。医疗方面，医保“结余留用，合理超支分担”的激励约束机制，推动医疗机构转变运行机制，促进公立医院发展方式从规模扩张转向内涵发展，从粗放管理转

向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素。

党的二十大报告再次强调，要深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理，这是当前和今后做好医改工作的根本遵循。下一步，应在改革的制度设计上下功夫，既要遵循系统协同的内在逻辑，也要秉承具体落地的执行机制，形成一个有分工、有合作的治理格局；并通过信息化系统建设和大数据手段实现监管的科学化、精细化，提高治理水平。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG/DIP 付费下，医院精细化管理的 10 个方法

来源：誉方医管

2021 年 11 月 26 日，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(医保发〔2021〕48 号)特别强调，“支付方式改革的主要目的，就是要引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制，转向更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重体现医疗服务技术价值。各统筹地区要充分发挥 DRG/DIP 支付方式改革付费机制、管理机制、绩效考核评价机制等引导作用，推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变，在促进医院精细化管理、高质量发展的同时，提高医保基金使用绩效。”

随着三年行动计划稳步推进，DRG/DIP 支付方式改革逐步在各试点地区进入实际付费，这给医院管理带来了新的挑战。医院在实际工作中如何加强精细化管理，成为困惑医院的“难题”，归纳总结 10 个方面精细化管理的方法和措施。笔者结合在医院精益运营管理方面的咨询经验，归纳总结了 10 个方面精细化管理的方法和措施。

第一，DRG/DIP 病组(病种)分组精细化管理

DRG/DIP 来了，医院首先要研究政策，分析 DRG/DIP 病组(病种)分组规则。精细化分析医院及科室 DRG/DIP 病组(病种)覆盖率，核算公式为：

医院及科室 DRG/DIP 病组(病种)覆盖率=医院及科室 DRG/DIP 病组(病种)数÷区域 DRG/DIP 病组(病种)数×100%

进而分析 ICD-10/ICD-9 覆盖率

ICD-10/ICD-9 覆盖率=医院及科室 ICD-10/ICD-9 病种数÷ICD-10/ICD-9 标准病种数×100%

医院要分析本院 DRG/DIP 入组覆盖度及病组集合度，科室要分析本科 DRG/DIP 入组覆盖度及集合度。开展精细化的覆盖率核算，分析医院住院医疗能力广度，为提高医院学科建设及服务能力找提供参考依据。

第二，DRG/DIP 权重(分值)精细化管理

医院通过对 DRG/DIP 病组(病种)分组精细化管理，接下来就是权重(分值)精细化管理，核算 DRG/DIP 病组(病种)权重(分值)结构指

数,分析医院 DRG/DIP 病组(病种)结构状况,清楚了解医院药耗分值、医疗分值和医技分值情况。计算公式:

DRG/DIP 病组(病种)权重(分值)结构指数= Σ DRG/DIP 病组(病种)数量 \times DRG/DIP 药品标准权重(分值) \div DRG/DIP 病组(病种)数量

通过 DRG/DIP 病组(病种)权重(分值)结构指数核算,为医院病种精益管理提供参考依据,指数越高表明医院危急重症病种占比高,病种疑难程度(CMI)就越高。

第三, DRG/DIP 权重(分值)结构精细化管理

为了持续评价分析医院 DRG/DIP 权重(分值)变动情况,医院要构建 DRG/DIP 分值结构指数分析评价体系。

DRG/DIP 病组(病种)药品/耗材/医疗/医技权重(分值)结构= $\text{DRG/DIP 病组(病种)药品/耗材/医疗/医技占比} \times \text{DRG/DIP 权重(分值)} \times 100\%$

DRG/DIP 权重(分值)结构指数= $\text{DRG/DIP 病组(病种)药品占比} \times \text{OE 值} + \text{DRG/DIP 病组(病种)耗材占比} \times \text{OE 值} + \text{DRG/DIP 病组(病种)医疗服务收入占比} \times \text{OE 值} + \text{DRG/DIP 病组(病种)医技收入占比} \times \text{OE 值}$

OE 值计算如果有区域值采取区域值,没有区域值采取院内目标值测算。

通过 DRG/DIP 权重(分值)结构指数精益管理,可以让医院了解医疗收入结构是否合理,与同行和目标差异对比,为提高努力提高医疗服务收入占比和医技收入占比状况,降低药耗成本占比,提高收入含

金量。

第四，DRG/DIP 病案首页及医保结算清单精细化管理

DRG/DIP 支付方式改革，主要依据是《医疗保障基金结算清单》和“病案首页”，加强病案首页及医保结算单精细化管理，直接影响到医保结算水平。医保结算清单主要诊断的定义是经医疗机构诊治确定的导致患者本次住院就医主要原因的疾病(或健康状况)，突出医疗资源消耗；而病案首页主要诊断一般是患者住院的理由，原则上应选择本次住院对患者健康危害最大、消耗医疗资源最多、住院时间最长的疾病诊断，突出疾病难易程度。

由于两者之间存在差异，所以要加强病案首页精细化质控，提高医院科学化、规范化、精细化、信息化管理水平，加强医疗管理与控制，完善病案管理，为付费方式改革提供技术基础。在做好日常质控的同时，做好终末质量质控。涵盖住院病案首页填报完整率、主要诊断选择正确率、主要手术及操作选择正确率、其他诊断填写完整正确率、主要诊断编码正确率、其他诊断编码正确率、手术及操作编码正确率、病案首页数据质量优秀率、医疗费用信息准确率、病案首页数据上传率。

第五，DRG/DIP 预算收入精细化管理

医院需要了解 DRG/DIP 预算收入大致多少，才可能如何确保医疗质量安全的前提下，实现竞争的成本管控，获得合理的经济效益。

DRG/DIP 病组(病种)预算收入=DRG/DIP 病组(病种)数×DRG/DIP

权重(分值)×DRG/DIP 费率/分值

通过 DRG/DIP 病组(病种)预算收入分析,为医师精准控费降本提供目标标准,为医院科室核算提供参考,为提质增效及病种结构调整提供数据支撑。

第六, DRG/DIP 物价精细化管理

DRG/DIP 支付方式改革,不是简单的结算方式改革,涵盖医保物价收费精细化管理。如果被判定涉嫌违法违规使用医保基金,可能还要面临多倍罚款、解除医保服务协议等一系列处罚。《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第三项定点医药机构有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;造成医疗保障基金损失的,责令退回,处造成损失金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款;拒不改正或者造成严重后果的,责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理:(三)重复收费、超标准收费、分解项目收费。

近几年医保部门对医院医疗收费价格违规处罚力度进一步加大,在 2021 年度的飞检中,重复收费、超标准收费、分解项目收费现象最为突出,被检查的 68 家定点医疗机构中 59 家存在此类问题,涉嫌违法违规金额 1.5 亿余元,占涉嫌违法违规总金额的 30%,对医院医保物价精细化管理挑战较大。

医疗服务价格的精细化管理,需要医院建立医保物价管理组织,

提高对遵守医保物价的认识,加强对医疗收费价格合规性监督检查力度。

第七, DRG/DIP 医保补偿精细化管理

DRG/DIP 支付方式改革,如何提高 DRG/DIP 医保补偿比,成为医院最关注的事情,补偿率越高,医院获得的现金流就好,补偿比越低,医院获得的现金流不好。医保补偿率计算公式:

$$\text{DRG/DIP 医保补偿率} = \text{DRG/DIP 医保结算金额} \div \text{DRG/DIP 医院记账收入} \times 100\%$$

通过医保补偿率核算,可以了解 DRG/DIP 医保结算盈亏情况,结合 DRG/DIP 医保激励政策,有利于医院控费降本,提高医保结算率增加效益。

第八, DRG/DIP 成本核算精细化管理

DRG/DIP 医保付费下,医院不仅要算清预算收入账,算清医保结算账,还要算清 DRG/DIP 总收入账和成本账,关键通过成本核算,算算“本钱”,才可能清楚 DRG/DIP 对医院经济贡献度的高低。

$$\text{DRG/DIP 成本核算} = \text{DRG/DIP 药品成本} + \text{DRG/DIP 耗材成本} + \text{DRG/DIP 诊疗科室其他成本} + \text{DRG/DIP 辅助检查科室分摊成本}$$

通过成本核算,清楚了解病种成本结构组成,分析病种成本可优化的途径和措施,采取循证回归分析法和区域标杆比较法,推进临床路径的开展。临床科室医生要管理控制药品耗材成本,科主任要控制科室可控成本,医院管理部门要控制全成本。

第九，DRG/DIP 财务盈亏精细化管理

DRG/DIP 财务盈亏精细化管理，需要结合医保结算额、患者自付核算 DRG/DIP 财务收入，与 DRG/DIP 成本核算结果分步骤核算，算清 DRG/DIP 边际结余、毛结余和净结余。核算公式为：

DRG/DIP 财务盈亏=(DRG/DIP 医保结算差额+DRG/DIP 患者自付)-DRG/DIP 成本核算

DRG/DIP 财务盈亏率=DRG/DIP 财务盈亏÷DRG/DIP 医院实际医疗费用×100%

DRG/DIP 财务盈亏与医保盈亏有着“质”的不同，医保盈亏属于“明盈亏”，财务盈亏属于“暗盈亏”，有“明盈实盈、明盈实亏、明亏实盈、明亏实亏”四种结果。

第十，DRG/DIP 病种结构调整精细化管理

在 DRG/DIP 支付制度改革过程中，一定要坚守底线思维，不能为了病种结构调整而调整，要与医院功能定位及学科建设紧密关联。经济贡献度只是一个方面，关键要分析学科贡献度，RW 或 CMI 值情况，更要关注是不是推荐的病种，是不是医院战略病种和优势病种。因此，可采取波士顿四象限分析法。

第一：DRG/DIP 经济价值和临床价值的病组(病种)精细分析。

第二：DRG/DIP 经济价值和的的病组(病种)聚合度高精细分析。

第三：DRG/DIP 经济价值低和患者自付水平病组(病种)精益分析；

通过以上分析，DRG/DIP 付费下，医院不仅要关注经济价值贡献，

更要关注临床价值贡献(RW/CMI). 医疗服务能力提升和学科建设是医院可持续发展的生命线。

总之, DRG/DIP 付费制度改革, 必将推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变, 促进医院精细化管理、高质量发展的同时, 有效提高医保基金使用绩效。

[返回目录](#)

某中医医院 DRG 运营管理效果分析

来源: DRG 变量

自 2019 年国家医保局成立以来, 先后确定了 30 个按疾病诊断相关分组 (diagnosis related groups, DRG) 进行医保付费方式改革的国家试点城市, 出台了《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》和《国家医疗保障 DRG (CHS-DRG) 分组方案》, DRG 医保付费方式改革已成为必然趋势。广元市作为第一批省级 DRG 医保付费改革试点城市, 从 2020 年起进入 DRG 实付阶段, 并将全市纳入改革范围。现对应对效果对比分析, 以期进一步改进应对策略, 为后期开展 DRG 医保付费试点医疗机构提供参考。

应对措施

1、提高思想认识, 增强组织保障

由于 DRG 尚处于试点阶段, 多数医疗机构对 DRG 多处于观望状态, 面对突如其来的医保政策变动, 多数医务人员认为其是医疗机构领导关注的事情, 也缺乏一个既熟悉医保政策又理解 DRG 规则的部门。对

此我院抽调病案统计、临床和财务专业人员成立“运营管理部”和医保管理部门专门协同制定系列措施应对 DRG 医保付费改革，为 DRG 应对措施的实施提供了有力的组织保障。

医院借助干部会、院周会反复强调 DRG 的理念和结算规则，强调 DRG 医保付费与以往的按项目付费有本质的区别，DRG 为每一个病种制定了支付标准。要求全院从上到下，从科室到个人，所有医务人员要清醒地认识到 DRG 的重要意义，必须深刻认识 DRG 本质，详细了解每一 DRG 病种规则，由以往的“只治病”向“会治病”转变。要求各职能部门转变管理观念，不断优化业务流程，精简管理程序，缩减管理成本。

2、强化 DRG 培训，提高专业技能

在 DRG 实施期初，各医疗机构均较为陌生，一时难以找到问题的症结。我院一方面，邀请两名省内 DRG 和病案管理专家对全院进行为期 2 天的理论培训，通过培训使全院对 DRG 有初步了解，解除医务人员对 DRG 的误解。另一方面，运营管理部 and 医保办协同组织，按“不落下一人”的要求，针对医保政策、DRG 结算细节、本地 DRG 分组方案对全院医务人员进行集中轮训 2 次。同时针对各科室专业特点，对各临床科室进行细致培训到。此外，为第一时间解决医务人员的困惑，医院专门制作《DRG 十问十答》、《DRG 分组、权重以及标准查询手册》。

3、规范首页质量，提高编码准确率

病案首页数据作为 DRG 结算的基础，有着举足轻重的作用，直接

关系到每一份病例的 DRG 组别、费用标准以及审核规则。提高病案首页质量，尤其是提高编码的准确率，保证时效性，能快速纠正 DRG 支付差。

病案统计科牵头，运营管理部、质控部协同对病案归档和病案首页质量进行专项整治。更新修订病历质控管理办法，明确病历归档时效及奖惩制度，对 DRG 数据进行逐条审核。截至到 2020 年末，医院病历平均归档时间(出院纸质与电子病历从出院时间到归档至病案统计科的平均工作日天数)由 2.05 天进一步缩短到 2.03 天，最快能缩减到 1.89 天；借助病案管理系统新增 23 条病案首页审核规则，提出首页质量问题病例 117 份，占病例总数的 0.5%；其中主要诊断与主要手术选择错误 34 份，占缺陷病历的 29%。因病案首页缺陷未结算病例从首月的 95 份，快速减少到次月的 3 份，后续结算月未再出现，病案首页质量得到大幅度提升。

4、制定绩效考核，提升杠杆驱动

将 DRG 情况纳入绩效考核既能保持应对措施的执行效率，又能引导医务人员医疗行为。为保持应对措施持续效果，防止后期流于形式。医院将 DRG 相关情况纳入绩效考核管理。一是将 DRG 组数、CMI、权重大于 2 的病种数、总权重、低风险组死亡率等纳入科室年终目标考核，并作为重点专科发展考虑指标。二是将费用消耗指数、时间消耗指数、CMI、总权重等纳入医务人员个人评先评优考评指标。三是将 DRG 支付差、经 CMI 调整后的工作量、总权重纳入月度绩效考核。

措施效果

当地医保局于 2020 年 1 月开始进入 DRG 实付阶段，同年 4 月底我院启动 DRG 应对措施。本文以 2020 年 6 月为时间节点，将 2020 年分为应对措施前(上半年)、措施后(下半年)两个阶段对比跟踪由医保局反馈的医保结算个案数据(含权重等 DRG 指标)及相关运营指标，发现采取 DRG 应对措施后，医院各项运营指标倾向好转，医疗服务效率和能力得到提升；医保基金支付差快速缩小；中医药特色优势得以保持；患者次均费用零增长，负担有所减轻。

1、医疗服务能力与效率得到提升

DRG 组数、CMI、时间消耗指数是 DRG 评价体系的重要指标，主要用于反映医院医疗服务广度、能力与效率。从表 1 可知，医院出院人数在疫情常态化下逐渐恢复，病例总权重从措施前的 13361.73 增长到措施后的 13751.54，增长 3%，DRG 组数增加 16 个病种，反映医院救治范围、服务量等综合绩效有所提高。入组率由以往的 99.07% 增长到措施后的 100%，并长期保持，表明医院病·案首页质量得到明显改善和规范。剔除住院超过 60 天患者后平均住院天数下降 0.49 天。从病种结构看，下半年增加的出院人数主要由儿科、康复理疗科等权重相对不高的病种构成，导致 CMI 呈现下滑的变化。

项目	上半年	下半年	变化
出院人数	50433	51113	680
病例总权重	13361.73	13751.54	389.81
DRG 组数	10235	10251	16
入组率	99.07%	100%	0.93%
平均住院天数	12.00	11.51	-0.49
CMI	1.35	1.30	-0.05

表 1 DRG 应对措施前后对比

2、医保基金支付差距快速缩小

按 DRG 病种付费作为医疗卫生体制改革的重要内容和抓手，各个医疗机构高度重视。其根本在于医保付费方式的改革直接影响了医疗机构的经济运行模式。因此医保基金支付差(医保支付额与患者补偿基本医保基金之间的差距，以下简称“支付差”)成为各医疗机构应对 DRG 关注的重点。从图 1 可知,支付差占比(支付差占患者实际费用的比重)从采取措施前的 16.6%，短期内快速下降到 2.93%，后逐渐稳定在 4.95%，从图中逐月的支付差占比来看，其在 4 月出现明显的转折，说明医院采取 DRG 应对措施有力，效果显著。

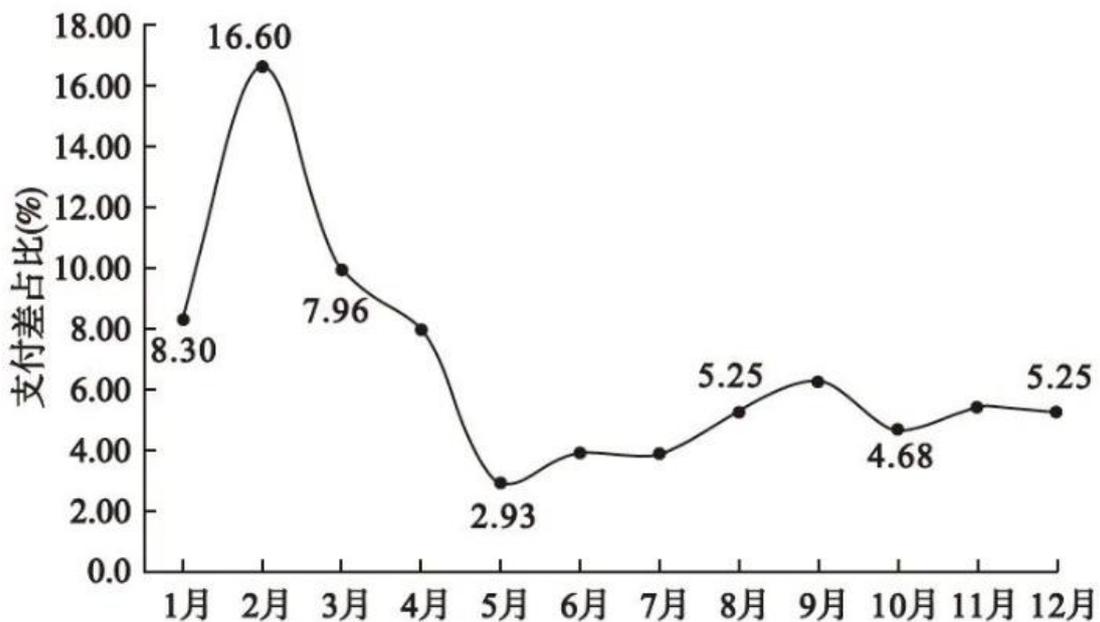


图 1 2020 年 1 - 12 月支付差占比变化图

3、中医药相关指标无明显变化

众多文献研究表明，理论上认为按 DRG 病种付费有碍中医药的应用。在应对 DRG 初期，医院也有过中医治疗手段应用率下滑的担心。本文以中医非药物疗法占比、中药占比等了解到，实施后 DRG 后中医

特色相关指标无明显变化，详见表 2。

表 2 DRG 背景下中医药应用情况(%)

组别	中医治 疗率	使用中医非药 物疗法占比	以中医治疗为 主患者占比	中药 占比	材料费 占比
上半年	97.27	91.06	26.89	30.18	8.99
下半年	98.73	97.22	27.28	30.75	9.27
全 年	98.02	94.22	27.09	30.47	9.14

* :本表中仅统计医保患者情况。

医院绩效咨询新知

4、患者住院负担有所减轻

由表 3 可知，在提高医疗服务能力和效率、保障医疗服务安全的同时，我院医保患者人均费用上半年与去年同期持平，下半年下降超过 8%；药占比下半年比上半年下降 1.57 个百分点，患者住院费用明显降低；材料占比略有上升，可能在于患者使用材料为必用材料，当总费用下降后导致材料占比上升，详见表 3。

表 3 DRG 应对措施前后对比

组别	人均费用	人均费用 (元,不含住院超 60 天患者)	去年同期人均费用 (元,不含住院超 60 天患者)	人均费用增长率 (%)	药占比 (%)	材料占比 (%)
上半年	9858.74	9406.28	9486.90	-0.85	18.30	9.25
下半年	10143.00	8943.67	9751.94	-8.2	16.73	7.68
全 年	10004.50	9171.48	9609.38	-4.56	17.52	9.64

讨论

1、应对措施效果显著，有待探寻长效策略

综上分析，可以得出针对 DRG 采取应对措施后，医院周转效率得到明显加快；患者负担有所减轻，尤其是医保支付差距得到快速有效地改善，也暂未发现中医医疗机构“去中医化”的趋势，总体表明采取的 DRG 应对措施效果显著。但另一方面，某些指标在措施稳定后有

所反弹，表明采取的系列应对措施多停留在基础工作，对 DRG 尚缺乏系统的、长效有力的控制策略。一是病例组合指数(CMI)有所下滑，由于医疗机构儿科和康复理疗科患者逐渐恢复，病种结构有所变化。二是平均住院日和住院患者人均费用均有所反弹，主要在于 DRG 实施过程中，由于我院为老年病防治院，老年病患者居多，平均住院日长，当地医保局放宽了“60 天以上住院患者按项目付费”的占比。因此为进一步应对接下来的 DRG 压力，有必要探寻提高医务人员应对的内生动力的长效机制。例如，组建医院 DRG 管理领导小组，联合博保、医疗、采购、药品、运营等部门通力协作，采取系统化、全面化与精准化策略，提高医务人员应对 DRG 的主动性和合理性。

2、DRG 运营结果有待全面客观的评价

面对 DRG 按病种付费，从运营角度而言，迫于医保支付差的杠杆效应，较多的医院选择了一味地加快周转、降低费用等措施，而导致医疗机构的床位使用率明显不饱和，医疗业务总体规模下降，随着 DRG 支付标准的下降，医疗机构一直被动地迎合 DRG，医院的生存空间进一步缩减。究其原因在于，医疗机构对医保 DRG 支付差缺乏一个客观的评价，较多的医疗机构认为医保支付逆差即表示医院的亏损。由于 DRG 支付标准并非医院病种实际成本，医院是否亏损应是医院实际病种成本与支付结果对比而言，医保支付差并非表示医院的亏损，多反映医院成本率或利润空间的变化。因此应加大对医院病种成本的测算和控制，以指导医院 DRG 精细化管理工作。

3、中医医疗机构在 DRG 浪潮中面临的挑战更为艰巨

实施 DRG 前后医院中医非药物疗法占比、以中医治疗为主的出院患者占比无明显变化，更有强化的趋势，表明实施 DRG 后中医医疗特色得以保持。原因主要有：(1) 三级公立医院绩效考核不断完善，中医医疗相关要求加深，即使面临 DRG 压力，也不能放松中医医疗机构的立院特色；(2) 中医药事业的变化发展是个长期的过程，在短暂的一年时间里，难以得出 DRG 下中医药变化情况。

从医务人员对 DRG 的反馈来看，一方面，现行 DRG 制度下，中医诊断、中医治疗操作方式等对 DRG 入组规则无影响，长期以往医务人员对中医诊疗的关注将会下降，中医诊疗思维理念和诊疗模式可能淡化，不利于中医药的传承与发扬。另一方面，DRG 不仅是支付手段，实质是一种评价工具，西医类医院以治疗疾病、恢复患者机体健康为目的，中医类医院在防治疾病，恢复患者机体健康的同时提高患者生活质量，必将导致中医医院的治疗住院时间延长，费用消耗更高，因此中医医疗机构的医保支付差明显大于综合医院。

中医类医院康复、老年病患者占比超半成。在 DRG 中医支付标准尚不成熟下，强行将康复类、老年疾病患者纳入 DRG 结算，无形之中让中医类医院在探索按 DRG 病种付费中付出的代价更重。另外，受到医院发展阶段的影响，西医综合医院已整体进入高质量发展阶段，而中医医院正处于过渡阶段，中医医院面临着医疗业务竞争压力大与 DRG 控费要求的双重压力。将综合医院与中医类医院纳入相同的评价

体系进行对比，中医医疗机构面临着更加艰巨的挑战。

[返回目录](#)

• 医保速递 •

探析医保行政监管与经办协议管理的衔接运用

来源：中国医疗保险

各地各级医疗保障部门成立以来，都意识到要针对违约违规违法使用医保基金的问题分层分类进行处理处罚，但暂无相关法律法规制度明确行政监管与经办稽核的职责边界、如何衔接。如何合法合规运用协议管理或行政监管手段，衔接运用协议管理与行政监管手段来履行监管职责是医保部门、监管人员普遍都有的困惑。

《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》（国办发〔2020〕20号）中，明确指出要“加强基金监督检查能力建设，建立健全基金监管执法体系，加强人员力量，强化技术手段。理顺医保行政监管与经办协议管理的关系，明确行政监管与经办稽核的职责边界，加强工作衔接。”笔者认为，把握好医保行政监管与经办协议管理的衔接运用，正是实践中的难点，也是关键点。两年来，笔者作为基金监管工作人员与同仁们对医保行政监管与经办协议管理的衔接运用，在实践中以合法合规为前提进行了一些探索。

一、理顺医保行政监管与经办协议管理的现实需要

（一）协议管理为主的现状要求

从近三年国家医保局发布的数据看，行政处罚医药机构家数仅占查处违法违规违约医药机构家数的 2%左右，不排除其中存在以协议处理代替行政处罚的情形，尤其是《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》)施行后，各地各级医保部门实施行政处罚的依据更明确，可操作性更强，应对违反《条例》的行为进行行政处罚而未予行政处罚。

年度	查处违法违规机构家数 (万家)	行政处罚家数 (万家)	行政处罚占比 (%)
2019	26.4	0.66	2.5
2020	40.07	0.55	1.37
2021	41.4	0.71	1.71
2022	39.8	1.2	3.02

注：根据国家医保局统计公报(快报)整理

(二) 解决共性问题的需要

根据国家医保局相关消息，截至 2021 年，全国有 12 个省份在省级层面设立了医保基金监管专职机构，43 个地市和 100 县(区、市)设立了基金监管专门的行政执法机构，占比全国 3100 多个地市、县(市、区)行政区划不到 5%。全国大部分医保统筹区都面临无专职执法机构、专职监管人员少、监管以经验为主等共性问题。

(三) 依法行政的要求

《条例》是关于医保基金使用监督管理的专门法规，对依法加强医保基金使用的监管具有重要意义。《条例》第十一条规定，“医疗保障经办机构应当……根据保障公众健康需求和管理服务的需要，与

定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。”第四章则细化明确了各类主体各种违法使用医保基金的法律責任。贯彻执行《条例》是各级医保行政部门依法履行基金监管职责的必然要求，尤其需要把握好行政监管与经办协议管理的衔接运用，避免行政监管缺位的风险，避免出现以协议处理代替行政处罚，导致处理处罚不到位、震慑效果不佳的不良影响，更避免因协议管理较法律法规的弱稳定性造成的前后不一致。

二、医保行政监管与经办协议管理的区别与联系

以笔者接受的理论学习和实践经验来看，医保经办协议管理与行政监管既有区别又相互联系。

（一）相同之处

一是指导思想相同。都是各级医保部门以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民为中心的发展理念，贯彻习近平总书记系列重要指示批示精神、落实党中央国务院关于加强医保基金监管的重大决策部署的实际举措。

二是出发点相同。都是以维护基金安全，增强人民群众的幸福感和获得感为出发点。

三是目的相同。都是通过惩治违约违规违法使用医保基金的行为，规范医保基金的使用，确保基金安全运行，中国特色社会主义医疗保障制度可秩序发展。

四是性质相同。都是医保部门依法依规履职尽责实施的管理行

为。

(二)相互区别

一是管理对象不完全一样。协议管理主要是协议相对方，以协议为基础，有特定范围。行政监管是依法对所有管理对象的行政行为，包括医保经办机构，具有普遍性。

二是工作要求不完全一样。协议管理侧重于行为结果，对过错无明确要求，实际运用相对灵活。行政监管需通过调查取证明确行为违法，对相对人的权利损益后果严重，程序性方面的工作要求更高，其中重要的一方面就是要明确监管对象是否存在过错。

三是效力不一样。协议管理有民事行为属性，双方权利义务一定程度上对等。行政监管是医保行政部门代表政府行使管理权力，属于完全行政行为。

四是被管理对象的救济途径不一样。协议管理的救济途径主要依据协议约定，可以对约定不够明确的部分进行协商。而行政监管是依法依规进行，救济途径不存在协商，只能依法依规行政复议或诉讼。

五是适用依据不一样。协议管理的处理依据是双方签订的服务协议。行政监管的处理处罚依据是相关法律法规。

六是启动程序不一样。协议管理作为经办机构的职能职责，事务管理属性强，在稽核方面偏向于主动作为，应主动发现问题，维护基金安全。行政监管作为维护医保领域管理秩序的强制手段，惩戒属性强，应偏向于被动作为，即有案即查。

(三) 相互联系

医保行政监管与经办协议管理的实施部门一般接受同一级医保行政机关领导，两个部门业务关系密切，相互联系、互为补充；医保行政监管与经办协议管理的监督检查事项重合度高，一般以检查基金使用行为为主；按照《条例》规定，医保行政监管与经办协议管理是监管与被监管的关系，医保行政监管有权监管经办协议管理行为。

三、理顺医保行政监管与经办协议管理的要点

(一) 依法依规

医保行政监管与经办协议管理都要依法依规进行，协议管理虽然依据协议对违约进行处理，但协议管理的过程中需要对违约行为对照社保法、行政处罚法、《条例》等相关法律法规予以甄别，对涉嫌违法违规的行为应移交医保行政部门进一步查处。行政监管对违法违规行为的查处既需要根据社保法、行政处罚法、《条例》等法律法规的规定作出，更需要在程序方面合法合规。

(二) 分层分类

目前医保部门开展的监督检查一般有两类，经办机构以自己名义依据协议开展各类监督检查，行政机关依法依规开展的行政检查。如何在两类检查中衔接协议管理和行政监管，笔者认为，可根据问题线索来源区分协议与行政的先后。

一种情况是，在协议管理的监督检查中发现应进行行政处罚的问题线索，经办机构应在协议处理的同时将相关问题线索提请行政

机关进行查处，不得以协议处理代替行政处罚，更不可以经办机构名义直接适用法律法规进行处罚，造成主体错误。

另一种情况是，行政检查如飞行检查完成后，行政机关应明确是否立案查处，不予行政处罚或依法依规查处后，应将违约问题交由经办机构适用协议进行违约处理，避免出现行政机关依据协议进行处理的主体错误。

(三) 正当合理

对管理对象的处理处罚都应体现过罚相当、正当合理。笔者认为，在一定区域范围内如某统筹区、一段时间内如同一年度对同一类型管理对象的处理处罚均须公平公正，不能区别对待不同当事人，出现处理处罚的不公平、不合理。同时，在查处过程中，实施主体要做到程序正当，该告知必须告知、合法合规合理的申诉应予采纳等，保证管理对象的合法权益，避免程序性错误造成处理处罚行为不合法。

四、理顺医保行政监管与经办协议管理的注意事项

(一) 避免重复调查取证

行政检查固定的证据在经办机构按协议处理时一般可直接应用，但在协议管理的监督检查过程中，稽核人员应对可能会行政处罚的，应注意按行政执法要求进行取证，如派具备执法资格人员开展检查并事先取得行政执法委托。行政机关对协议管理发现移交的问题线索立案后，应对协议管理的取证进行审核，证据效力不足的，应经执法人员将相关证据交被检查对象确认或重新针对违法行为进行取证。对

此，笔者建议行政部门应将常态化检查委托经办机构开展，行政部门主要负责监督检查行为、实施对检查发现的违法违规行为的行政处罚，避免重复调查取证或因重复调查取证造成部分证据因时间原因无法复原证据。

(二) 避免重复处罚

医保行政监管与经办协议管理的衔接运用中应加强经办机构与行政机关的沟通对接，应该坚持“一事不二罚”，对管理对象的同一行为原则上不重复给予经济处罚，即对同一既违法又违约的行为处罚款后，协议管理不应再给予要求管理对象支付违约金的处理。经办机构协议处理时应将可能会接受行政处罚的违法违规行为移交行政机关查处，并告知管理对象某行为涉嫌违法应由行政机关依法查处。

(三) 避免不必要的争议

医保行政监管与经办协议管理中应坚持处罚与教育相结合，对发现的违约违规违法行为准确定性定量并固定证据，避免不必要的争议。管理对象对检查有异议的，应经监管人员合议、采纳其合理合法的申诉意见，并作好记录。

(四) 避免越权处理

医保基金使用是一个环节多、涉及面广的过程，医保违法违规行为经常会与其他法律法规的规定竞合，因此，医保部门在查处违法违规违约行为时，应将违规使用医保基金同时违反非医保领域法律法规的行为移交相关部门查处，如医疗机构因执业不规范的问题造成基金

损失的，应在对造成基金损失的行为查处后将执业不规范问题移交卫生健康主管部门查处，药械流通不规范问题造成基金损失的，在对造成基金损失的行为查处后应将药械流通不规范的问题移交市场监管部门查处。

五、建议

就如何理顺医保行政监管与经办协议管理，笔者建议国家医保局统一进行规范，或由国家局出台原则性指导意见，由各省级医保部门根据实际情况进行细化，明确协议管理与行政监管的衔接情形、内容、应用、责任等，指导各统筹区的实践操作。

（一）明确适用依据

明确协议管理的适用依据为经办机构与协议管理定点医药机构签订的服务协议，要求医保经办机构细化协议中违约行为的责任类型、量化标准，体现协议的管理属性和权责对等，也便于提升医保经办机构的精细化管理水平。明确行政处罚适用的依据是我国的法律法规，如《行政处罚法》《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》。

（二）明确衔接程序

一是要求医保行政部门加强对经办机构协议管理特别是稽核行为的指导，主要是稽核程序、内容的规范性指导，将稽核行为作为准执法行为开展；

二是要求医保经办机构加强对问题线索的筛选并及时向医保行

政部门反馈，特别是涉嫌严重违法违规的问题线索；

三是要求医保行政部门与经办机构加强对问题线索的会商研判，在投诉举报线索登记等案件初期，通过研判确定案件办理要点，在调查取证阶段，强化职责配合，在处理处罚阶段区分并落实各自责任。

(三) 明确工作要求

就医保案件线索集中指向两定机构的特点，针对目前基层医保部门监管队伍人员配备不充裕等问题，可指导基层医保部门建立健全监督管理制度体系，从人员配备、问题线索处置流程、工作纪律等方面进行规范，优化工作流程、提升工作效率。如，要求协议管理稽核人员与行政监管人员合署办公，明确行政监管人员中应配备法律相关专业人员，同时明确行政监管的指导甚至领导定位，对具体问题线索进行研判后开展医保部门内部一案双查的规范等内容。

(四) 明确工作原则

一是应统筹兼顾政府部门的服务职能和维护基金安全是医保部门的首要政治任务，明确行政监管的审慎原则；

二是在要求医保经办机构完善服务协议的同时，把握公平合理原则，体现权利与义务的一致性；

三是突出效率原则，处理处罚不是医保部门监督管理的唯一目的，要以基金安全为前提，通过监督管理引导两定机构和参保人规范医保行为。

[返回目录](#)

医保智能监控，让基金监管更科学、更精准

来源：徐州市医疗保障局

“医保智能场景监控系统的安装使用，有效预防了违法违规行为的发生，节省了大量医保基金。我队在此表示衷心的感谢。”2023年3月15日，徐州市医疗保障局收到到丰县挂职工作队的来函，申请增设医保智能场景监控系统设备。据统计，该系统在丰县实现了基层医疗机构全覆盖后，次月发生住院数据与同期相比次均费用下降800余元，平均床日减少3天，节约基金约40余万元。

基金监管是医疗保障制度的保障，如何建立一套规范化、科学化、常态化的长效监管体系，以实现控制医疗费用的不合理增长和提高医疗服务质量的双重目标，成为了新的医保课题。充分发挥人工智能的独特能力，推进视频监控、生物特征识别等技术应用，把人工智能应用于医保监管，对提高医保监管工作效能和水平，保障医疗保障事业平稳、健康、可持续发展有着重要意义。作为“国家医保智能监控示范点”创建城市，全国“医保监管”新样板，在医保治理现代化方面，徐州走在了全国的前列。

医保智能场景监控系统为治理科学化提供了条件和契机

创新是医保信息化建设链上最繁琐、也是最有价值的一环，充分利用好信息技术与大数据是建立医保基金监管长效机制、提高监管效率的重要突破口，因此必须借助信息化的技术手段，突出人工智能、大数据的应用，促进医保监管走向智能化、精准化、科学化。针对体

检式入院、诱导参保人无指征住院、冒名住院、虚构医疗服务等违法违规顽疾，徐州医保应用医保智能场景监控系统，采用入院人像建模、日常任务下发、远程抽查三结合的方式，进行全量全时的监管，覆盖整个住院环节的事前、事中过程。

入院人像建模主要借助智能终端，在患者入院环节进行人脸信息采集，确保为实人住院；日常任务下发主要借助监管 APP 或者人脸识别设备，在日常护理过程中进行人脸比对，防范挂床住院；远程抽查则应用于案件办理和专项稽核，由监管人员适时下达核查任务，从而实现从人防到技防，解放监管人员压力，实现远程、线上、高效监管的目的。

广覆盖、全流程、全方位，落实常态化医保基金监管机制

实现全覆盖监控。徐州市已将全市 370 余家三级以下医疗机构纳入智能场景监控系统覆盖。截至到 2023 年 2 月，累计下发任务 30661 次，其中日常任务 22398 批次，远程抽查 8263 批次，累计认证 1104247 人次，查实可疑线索 50 余条，大幅解决了基金监管人手不够、效率不高、精确度不够等问题，极大提高基金监管质量和效能。

实现全流程监控。智能监控由事后审核向事前提醒、事中控制延伸，实现事前、事中、事后全流程覆盖。通过智能场景监控系统，促使医疗机构增强自律自控，主动优化出入院标准把握、诊疗行为、治疗收费等医疗行为。一是动态记录定点医疗机构医疗服务行为和参保人员就医行为，推行医保监管事前提醒与控制；二是实时监控医疗服

务、医疗费用的真实性，推动医保监管事中管控；三是筛查疑点数据，提供精准线索，开展线上、线下相结合的靶向监管。基于事前提示、事中预警和事后追溯的全过程监管模式，高效精准地对就医环节、结算环节进行监控和管理，提升基金监管的效率。

实现全方位监控。徐州市结合多类型的智能终端，以及医疗信息化服务+监管的方式，逐渐对血液透析、门诊慢特病购药、门诊统筹购药、康复理疗等开展综合性监管，有效防范虚开项目、项目高套、挂床住院、冒名购药、敛卡空刷等欺诈骗保行为的发生，同时结合智能预警分析、智能视频取证、线上远程稽核等，打造从违规线索检出到调查取证到稽核处理的一站式闭环监控。

监管有效，持续发挥智能监控效能，守护医保基金安全

近年来，徐州市医保局坚持以“零容忍”的坚决态度严厉打击欺诈骗保行为，不断完善医保基金常态化监管工作，建立长效监管机制，努力让基金监管网扎得更密更牢。

2022年，徐州市医保局对2565家定点医药机构的监督检查实现了六个“全覆盖”。共处理违法违规机构2269家，暂停医保服务44家，解除医保服务协议85家，行政处罚37家，信用认定一般失信44家，移交司法机关11家，移交纪检153家。累计处理违规个人256人，暂停医疗费用联网结算20人，行政罚款63人，信用认定一般失信60人，移交司法机关46人，移交纪检5人。累计查处金额共计1.96亿元（其中基金本金1.74亿元，违约金0.21亿元，行政罚款

147.34 万元)。兑现举报奖励 0.84 万元，公开曝光案件 327 件。

下一步，徐州市医保局将以党的二十大精神为统领，紧盯国家、省医保局 2023 年基金监管重点工作目标，巩固“不敢骗的高压态势，织密“不能骗”的监管网络，健全“不想骗”的长效机制，压实医保基金监管责任，立足于补短板、堵漏洞、抓亮点，持续加大医保基金监管力度，严厉打击医保基金使用领域违法违规行为，切实守护医保基金安全。

[返回目录](#)

• 国际视野 •

DRG/DIP 体系下新医药技术的医保支付机制研究

来源：北京大学公共卫生学院

支付方式改革是促进我国医保管理和深化医改的重要环节，近年来我国政府大力推进以 DRG/DIP 为主的支付方式改革，以推动新支付方式改革在我国医疗机构中落地实施。

DRG/DIP 支付方式的核心思想，是基于对过去若干年历史医疗费用水平来制定病组的基础费率，然后通过适当的调节因子调整形成最终的支付水平。由于是基于历史费用形成的支付标准，并没有体现后面出现的新医药技术的疗效与成本，自然也无法将其计入病组支付标准内，此时新医药技术在临床上的推广应用就可能会受到阻碍。即使新技术能够进了医保报销目录，医疗机构的使用也会有阻碍，因为医

疗机构获得的病种支付费率中没有包含对新技术的补偿。这将影响到新医药技术在我国医疗工作中的应用，也对患者的治疗不利。

为解决 DRG/DIP 支付方式下创新医药技术的临床应用问题，尤其是新技术导入初期的费用负担问题，管理部门和研究机构都进行了诸多的探讨。2019 年 10 月，国家医疗保障局发布《关于印发疾病诊断相关分组 (DRG) 付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知 (医保办发 [2019]36 号)》，正式出台了全国医疗保障部门开展 DRG 付费工作的统一标准，其中就打包付费可能阻碍创新医药使用的问题，明确提出“已在医保经办备案的新技术项目，可暂先按项目付费执行一年后，再根据数据进行测算，修订该病种分组的支付标准”。但由于医疗工作的复杂性，具体支付规则的建立并非易事，品种界定、费率设置等都需要有完善的制度安排。

研究目的与方法

为探讨上述问题，研究者采用二次文献综述、国内外经验整理和理论研究的方法，对 DRG/DIP 环境下新医药技术支付的方法和机制进行了探讨。

文献综述：检索既往 10 年中国知网、万方数据知识服务平台、PubMed 和 Web of science 数据库中发布的文章，根据不同文献数据库检索式的特点制定相应的检索策略。中文检索词包括：医保、创新医药技术、支付、疾病诊断相关分组、按病种分值付费；英文检索词包括：“medical insurance”、“innovative medical technology”、

“payment”、“DRG”、“DIP”。研究组初步检索得到的逾千篇相关研究文献，通过阅读标题和摘要进行筛选，选择重点文献进行全文精度，提取其中的关键信息并进行整理和分析。

理论研究：基于文献综述和既往经验整理，提取关键要点，采用管理学、经济学、保险学等相关学科理论，对打包支付环境下创新医药技术的支付方法机制的理论基础进行深入分析，探讨其中的深层次决策动机，揭示适宜的理论逻辑。

研究结果

国际经验观察

美国：

MS-DRG 创新医药技术支付政策。美国是最早开发和应用 DRG 的国家，1983 年 Medicare (65 岁以上老人的医疗保险) 推出了一种针对医院住院病人的支付方式——基于诊断相关分组的前瞻性付费体系 (Diagnosis Related Groups-prospective payment system, DRGs-P PS)。从 2008 年开始，美国医疗保险和医疗救助服务中心 (Centers for Medicare&Medicaid Services, CMS) 开始采用按疾病严重级别分类的疾病相关分组 (Medicare-Severity Diagnosis Related Groups, MS-DRG)。为了在 MS-DRG 体系下鼓励医院采取新医药技术，美国国会于 2000 年通过立法，要求在 MS-DRG 体系下建立额外支付 (New Technology Add-on Payments, NTAP) 的政策，用以弥补 CMS 重新调整 MS-DRG 权重和支付标准的延迟。2001 年，CMS 对申请 NTAP 的程序和标

准进行了详细规定。

新医药技术要获取额外支付，需要满足三个限定条件。首先，新医药技术必须是在近 2-3 年被美国食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 批准上市；其次，使用新医药技术后病例成本超过该 DRG 组的阈值，CMS 会通过 ICD-10-PCS 判断一项技术的成本是否比对应 DRG 组的支付标准高；第三，该新医药技术与现有医药技术相比有明显临床改善效果。对满足以上限定条件并通过 CMS 审核的新医药技术，可以获得额外支付的补偿。额外支付的金额取应用新医药技术住院总成本超过 MS-DRG 组支付标准的 65% 和生产厂商提供的新医药技术价格 65% 中较小值。经过 2~3 年额外支付，如果获取了充分的信息，CMS 会通过 DRG 组别的增减和 DRG 支付标准的调整，将新医药技术纳入 DRG 分组，进行常规性打包支付。

德国：

德国 2003 年引进 G-DRG，在对美国和澳大利亚的 DRG 系统进行研究后开发出适合德国的 DRG 支付系统。德国医院赔付系统研究所 (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK) 主要负责 DRG 疾病组别及相关编码规则，通过疾病和费用数据库建立测算 DRG 付费标准。2005 年，德国出台了“新诊断和治疗方法管理规定” (NUB) 作为医院补偿法案的一部分。

新医药技术要纳入 NUB 支付范围，需要同时满足三个条件。首先，新医药技术在临床应用中由医疗机构向 InEK 提出申请；其次，新医药

技术必须在进入临床应用的 4 年内，为全新医药技术或是在现有医药技术上进行创新改进；第三，无法通过现有 G-DRG 系统获得费用支付。经 InEK 审核通过的新医药技术，可以获得 NUB 临时支付。支付金额由提出申请的医疗机构和医保基金协商确定，并签订合同，以获得针对使用该技术的 NUB 支付。NUB 支付的有效期只有一年，如果该医院想在以后的几年中继续使用该技术，需重新向 InEK 申请。通过 3 年左右 NUB 支付，如累计足够的临床与费用信息，可将新技术整合纳入常规 DRG 支付体系。

台湾：

我国台湾地区于 2002 年公告发布第一版 TW-DRG，并于 2006 年开始试点推行，2010 年正式启动实施，主要管理部门为卫生福利部健康保险署。TW-DRG 需各医院向卫生福利部健康保险署申报住院病例，经审核后，卫生福利部健康保险署根据 DRG 的相对权重、上下限临界值及标准给付额支付相关费用。对于使用新医疗技术的病例，卫生福利部健康保险署出台了“DRG 支付制度下新增全新功能类别医疗技术因应方案”，依据新医药技术种类的不同对其采取不同的支付方式。

根据卫生福利部健康保险署的评估，新医药技术可以分为两类。第一类新医药技术，即使用新医疗技术导致临床诊疗型态或手术方式改变，缺乏既往申报病例数据，无法评估病例医疗点数，使用第一类新医药技术的病例可按项目付费方式支付；第二类新医药技术，即应

用新医药技术，但手术方式尚未改变。当使用这类新医药技术后，医疗服务点数大于原医药技术 DRG 的 75%，可按附加支付额外点数法支付。使用第二类新医药技术的病例，可在原有 DRG 支付通则基础上，另行计算附加支付的额外点数后获得支付。

我国各地实践经验

自 2021 年《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》发布以来，我国的 DRG/DIP 支付制度改革试点呈加速推进。部分试点地区的医保管理部门已经开始关注 DRG/DIP 支付方式对新医药技术使用的影响，并开始探索新支付环境下新医药技术的支付方法。

研究者梳理了各地医保部门发布的政策文件，可见我国 DRG/DIP 支付体系下对已纳入医保范围的新医药技术，其支付方法主要分为除外/单议支付和纳入 DRG/DIP 组两大类。

其中除外支付中又分为固定年限的除外支付和短期按项目付费后两种方法，纳入已有 DRG/DIP 分组法则包括设置新病组和调整已有病组分值系数两种方法。

实施固定年限除外/单议支付的试点城地区包括北京市、沈阳市、合肥市、眉山市、安阳市、无锡市、日照市、武汉市等。实施短期按项目付费的试点城市包括西安市，徐州市，济南市，深圳市、湘潭市等。实施新病组设置的试点城市包括金华市、佛山市、温州市等；实施点数/分值重新调整的试点城市包括杭州市、宁波市、南京市、梧州市等。

讨论与政策建议

DRG/DIP 环境下创新医药技术的支付方法具有重要的意义。从国际经验看,各国或地区均在新医药技术纳入初期使用短期支付工具对新医药技术给予单独支付或补充支付,通过一段时间的运行后,逐渐积累到足够数据后再将之纳入 DRG 分组内从而进行常规支付。

从我国各地实践看,各地对新医药技术的支付思路与国外经验大体相似,包括在 DRG/DIP 支付体系外设立除外支付,或者通过设置新病组和调整已有病组费率的方式将新医药技术纳入 DRG/DIP 支付体系之内。但从已发布的政策文件看,我国各地的试点政策还比较粗放,具体遴选标准和处理流程还显得比较模糊,需要进一步深化和完善。

具体审视国内外的政策经验,可见不同的支付方法均有其优点和劣势。其一,可以为新医药技术筹集额外资金,对新技术进行一定时限内的除外支付,这种方法在支持创新医药技术的支付同时不挤占原有 DRG 预算,对新技术的临床应用有较好的推动作用,但需要额外筹资,可能仅适用于于医保基金结余较多、有筹资能力的地区。其二,可以从现有支付预算总额中划分分出一部分用于新医药技术的单独支付。这种方法不需要进行额外筹资,对疗技术的支付也做了安排,但会降低已有病组的支付水平,长期可能会产生争议。其三,也可以直接将新技术纳入已有病组打包支付,不做调整。我国某些地区采用了这种模式。这种方法不改变已有的支付政策,将新技术的选择权完全交给医疗机构,但可能导致医院的使用动力不足,从而阻碍新技术

的推广和应用。

基于本研究分析，我国 DRG/DIP 支付体系下新医药技术的医保支付方法可以进行如下设计。

首先，基于新医药技术的费用对已有 DRG/DIP 分组的影响，可以将之分为两类分别处理。如果新技术对已有 DRG/DIP 分组费率的影响较小，可直接纳入已有病组进行打包付费；若干新技术对已有 DRG/DIP 费率组的影响较大，不适合纳入已有病组付费，则需建立短期性支付方式进行支付，积累数据后再行纳入一般性打包支付。

其次，对于短期性支付方式可以依据筹资能力的不同分为两条路径。第一种，对于有能力额外筹资者，可针对新技术设立了除外支付机制。参考国际经验，可以在新技术纳入后的 2~3 年内采用按具体技术付费，再获得充分数据后再纳入打包支付体系。第二种，对于缺乏额外筹资能力者，可从现有预算总额中划分部分资金用于新技术单独支付，经过短期支付累积数据和专家论证后，再通过调整权重/费率、增减组别纳入打包支付。

最后，无论是上述哪种管理模式，都建议保留特病单议机制。由于医疗工作的复杂性，对于资源消耗差异过大、病情复杂、缺乏历史数据参考的高费用病例，允许定点医疗机构提出申请并提交相关材料，由医保经办机构组织专家进行审核，对于符合特病单议的病例，应予以合理性补偿或单独支付。

[返回目录](#)

药品定价权的转移趋势

来源：Latitude Health

随着美国医保获得《通胀削减法案》(IRA)授权与药企进行谈判，全球最大的药企完全自由定价市场不再存在，这也标志着全球主要经济体都进入了支付方与药企谈判来确定药价的模式，药品上市可完全自由定价的模式终结了。

自从 20 世纪 90 年代以来，世界主要经济体纷纷开展了医保支付方式改革，但前期支付改革主要集中在精细化管理领域，以 DRG 改革覆盖绝大部分经济发达和高增长国家和地区为标志。进入 2000 年之后，以医保为主要支付方式的地区纷纷进入了药价改革。药价支付方式改革背后主要的动力来自两方面：老龄化和高药价。

随着人均寿命上升和出生率下降，老龄化已经成为主要经济体的普遍现象，而各国的社保体系普遍是伴随着二战后的高出生率同步建立起来的，期间的经济虽有起落，但只要保证职工退休比不出现大幅下降，社保的可持续性就不会有挑战。但进入 21 世纪之后，老龄化普遍加速，为了保证社保体系可持续，在开源的同时，节流就成为必然的选择，对药价的管制也就成为监管的必选项。

另一方面，随着面向大适应症人群的药物研发面临瓶颈，新药面向的人群普遍较为狭窄，而研发费用则大幅攀升，药企采用了高价策略。高价药对社保的可持续性也产生了很大的冲击，且引发了公众舆论的反弹，推动了支付方出台了对药价全面管制的一揽子工具。

从支付方改革来看，药价调整分为三种模式：自由定价但根据疗效来谈判确定价格，根据用量和药价监测来确定最终价格，根据药品上市时间和用量综合评估来进行谈判。

第一种模式的代表是德国，其药品上市仍可自由定价，但 2011 年的 AMNOG 法案通过后，新药上市只能 12 个月内自主定价，之后则需要进行药品价格谈判。引入的干预主要包括两个方面，一是评估新药和现有类似产品相比，对治疗效果是否有提升。二是对第一步中评估出来有提升效果的新药，进行政府和药企之间的药价谈判。而如果在第一步中新药没有效果提升，政府则根据同类组别药品的参考价来定价。参考价是指在同类药品中，根据价格最高的三个药品以及最低价格的三个药品，经过计算后得出政府对这类药品的参考价。

第一年虽然允许药企自主定价，但必须递交定价档案文件以供相关评估机构进行效益评估。在药品上市第一年，每个药品会经历早期效益评估、价格谈判和决议三个过程。药价谈判主要从三个基准出发：

年治疗费用与临床参照药品的比较

年治疗费用与其他参照疗法的比较

新药在欧盟内其他国家的实际销售价格

价格谈判都是根据药企的出厂价，如果谈判无法达成则交给仲裁委员会裁决。药价谈判核心的基础是参照药品的年费用，对 Me-too 的影响尤其大。

第二种模式的代表是日本，药品进入医保就必须接受谈判。日本

的医保谈判主要依据参考国家的药价均价来确定，上市后的调整并不剧烈。但是，日本的药价调整是阶梯式的，主要通过每两年一次的药价监测来完成。比如，2019年，日本要求全部药品批发经销商都需要参加药价监测，其他机构则是按照分层随机抽样参与，其中医院抽样率为 1/20，诊所抽样率为 1/200，零售药店的抽样率为 1/60。抽样调查以医保定点机构为主，但药品并不局限于医保目录内，目录外一样需要申报。

通过药价监测，日本政府会计算出药价偏差率(当前医保支付药价和经销商实际销售药价的偏差)、仿制药数量比例、替代仿制药的适当医疗费用效果、成交量和总体药价基数比例等指标，作为新一年药价调整的主要参考。其中药价差是最核心指标之一，因为这将决定新一年药价的总体降幅，其目标主要是消灭药价差。

由于药企向经销商的实际销售价格和经销商向医院和药店的实际销售价格是由双方自己设定的，这中间的差值体现为经销商、医院和药店的毛利。日本采取的是从下游向上游传导的药价调控机制，通过将总的药价幅度下降到医院和药店的采购价逼迫其继续向上游和中游去进行药价谈判，否则医院和药店就没有毛利而不能从药品上获得利润。随着药价向上游传导，最终药企不得不下降出厂价，最终完成药价的持续阶梯式下降。

第三种是美国的模式，主要面向长期上市药品，对创新药较为宽容。根据美国 CMS 出台的药价谈判指引，小分子药上市满 7 年就要进

入谈判，而生物药是 11 年，而 9 年和 13 年则是具体实施的时间，不是谈判的时间节点。其次，指引明确了具有相同活性成分的药物将被归为一组，即使它们是根据不同的生物许可申请 (BLA) 获得批准的。因此，只要活性成分相同，即使是通过单独 BLA 批准的不同生物制剂，在谈判资格方面都将被视为同一种药物。

美国也引入了类似日本的药价监测机制来寻找价格之锚。不过，与日本不同的是，美国并不是要消灭药价差，而是直接根据净价 (net price) 和平均售价 (ASP) 来确定谈判价格。由于在美国有 PBM，且 PBM 主要依靠药企的返点 (rebate) 来获利，因此标价 (list price) 和净价之间的真实差距要远大于其他国家，从标价往下的降幅也将较大。比如，近期，礼来、赛诺菲和诺和诺德都分别将胰岛素降价 70% 以上，这一价格更接近其产品净价，说明原先的标价确实虚高。

从这三种模式来看，德国和美国模式更保护创新，但德国是从疗效的角度来确定药价，而美国更多追求净价，这是因为美国药价远高于世界其他国家，砍掉中间成本更重要。当然，降低中间成本之后，对疗效进行分析也将可能是下一步的发展方向。比如，对于在 FDA 走快速通道获批的药品进行价格调整，就是一种变相的对疗效进行评估的药价调整。

快速批准 (Accelerated Approval) 是 FDA 对那些还未到临床终点，但现有证据显示比与现有药物具备显著优势的药物进行审批并允许上市。快速审批主要以替代终点为依据，其虽然能够让重症治疗药

物尽早上市，以提高治疗效果和存活率，但缺点也是显而易见的，就是替代终点和临床终点会有偏差。一些药物上市后，临床验证实验进展缓慢或最终证明并不比现有药物具备优势，甚至劣于现有药物。

CMS 这项改革仍需和 FDA 进行磋商，目前如何调整价格的细节还未出台，但对相关药物进行降价是非常明确的。FDA 前局长 Scott Gottlieb 认为 CMS 这一建议将药价与临床证据的层次相吻合，让病人以更低的价格使用新技术。

日本模式对创新并不支持，因此，在 2010 年，为了降低新药使用滞后和推动新药研发，日本引入了新药加成机制，只要新药在专利期内满足一定条件，其药价就能获得一定的保证，而不会出现快速下降。一般来说，没有仿制药上市或者 15 年内没有仿制药上市的新药都可纳入新药加成，需要满足的条件如下：

罕见病药物

为响应厚生劳动省的公开呼吁而开发的药品

计算药价时有突破性加成和有用性加成的药物

具有新作用机制的药物(具有创新性和实用性的药物)

在第一个药物列入医保价格表后 3 年内，与具有新作用机制的药物具有相同作用机制的药物

列在医保价格中的第三类药物

当然，对新药加成不是无条件的，厚生劳动省对每家公司在消除药物滞后和新药开发的效果进行评分，排名前 25% 的公司获得全额加

成，最低分的公司降低 20%，其余公司降低 10%。

从上述分析可以看出，虽然各国对药品创新仍旧支持，但已经不再是无条件的，而是更注重药品在临床收益基础上的经济性，疗效和药品净价将成为未来医保与药企谈判的主要原则。因此，对中国药企来说，无论对希望出海还是在国内市场发展的药企，理解政策的出发点将成为市场准入和商业化成功的关键。

[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