

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第20期

(2023.05.15-2023.05.21)

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 •

▶ [4个着力点，解析医疗服务价格改革](#) (来源：中国卫生杂志) ——
第 7 页

【提要】医疗服务价格涉及医保部门、医疗机构、医务人员和患者等多方利益。有序推进医疗服务价格改革，对于深化医药卫生体制改革、推进医疗保障事业高质量发展至关重要。进一步深化医疗服务价格改革，应从完善医疗服务价格编制规范、明确项目内涵、优化医疗服务价格、完善价格管理模式四个方面持续发力，推进我国医疗保障事业高质量发展。

▶ [支付改革下的耗材支付价格形成趋势](#) (来源：村夫日记) ——第 1
1 页

【提要】在 DRG 改革的推动下，医院受到了明显的影响，除了将入院前检查等费用向门诊转移之外，主要是有效控制成本来应对。但与检查和药品等能向门诊转移不同，耗材主要在手术中使用，难以进行费用转移，尤其在复杂手术中，成本管控的可腾挪空间相对有限。

• 集中采购 •

▶ ["集采" 进行 5 年，带来哪些变化？](#) (来源：光明网) ——第 15 页

【提要】自 2018 年《国家组织药品集中采购试点方案》被审议通过

算起，国内医疗改革中的“集采”已进行5年，八批国家组织的药品集采深刻重塑了化学药、中成药、生物医药三大板块的产业生态。自2018年《国家组织药品集中采购试点方案》被审议通过算起，国内医疗改革中的“集采”已进行5年，八批国家组织的药品集采深刻重塑了化学药、中成药、生物医药三大板块的产业生态。

▶ [医保谈判第五年：药品升级换代，重塑产业格局](#)（来源：中国医疗保险）——第17页

【提要】医保谈判已成为创新品种争夺中国医药市场的敲门砖，所有企业都在努力适应医保谈判的改革节奏，主动拥抱价值医保的战略购买。随着大批创新药物不断涌现，医保谈判评审机制也在不断优化，这一良性循环带来的结果是：最新上市且更能满足临床需求的创新药品降价进入医保药品目录，在为企业带来一定经济效益的同时，更是为广大患者送来了挽救生命、改善生活质量的更优用药选择。为患者提供更具临床价值的治疗药物，这既是企业不断坚持研发创新的重要使命，更是中国医保坚持价值购买的不变初心。

• DRG 改革 •

▶ [DRG 付费改革如何促进三方共赢？](#)（来源：DRG 变量）——第26页

【提要】自2019年获批DRG付费国家试点城市以来，安徽省合肥市积极推进试点工作，于2021年在17家试点医疗机构开展实际付费。2022年，全市DRG付费医疗机构由17家扩大到95家，实现全市具

备条件的住院医疗机构 DRG 付费覆盖率 100%，付费病组覆盖率 100%，DRG 付费医保基金支出占全部住院医保基金支出的 94.15%，提前完成医疗机构、病种、医保基金全覆盖的目标任务，有效推动医疗机构从粗放式管理向精细化管理转变。

▶ [如何做好 DRG/DIP 改革与其他制度改革的衔接？](#)（来源：华中科技大学）——第 30 页

【提要】2008 年北京市率先推出了符合本地实情的 DRG 体系 (BJ-DRG)，是我国将 DRG 用于医保支付的开始；2018 年符合我国疾病分类特点的全病谱 C-DRG 开始推行；2020 年 11 月国家医保局发布《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》，标志着 DIP 试点工作正式迈入实质性阶段；2021 年国家医保局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，要求到 2025 年底实现统筹地区全覆盖、医疗机构全覆盖、病种全覆盖以及医保基金全覆盖。目前 DRG/DIP 被广泛应用于医保支付、医院管理、临床路径管理、医疗行为管理、绩效管理等多个领域。

• 医院管理 •

▶ [智慧医院实施建设过程中的十四条重点难点分析](#)（来源：中国管理科学研究院）——第 37 页

【提要】医疗信息化建设在项目招采阶段，虽然明确了项目建设内容和总体预算，包括售后服务要求、付款方式、人员要求、驻场要求、维保要求等等，但是往往厂商为了能拿下项目，抱着一种“先做，做

了再说”的心态，在项目真正建设的时候由于前期缺乏对项目的难点重点了解，同时对建设内容和预算缺乏分析，导致实施过程中因为投入太大、需求太多、要求太高、任务太重等逐渐力不从心，无法满足甲方的要求，最终出现一拖再拖，敷衍了事，导致项目建设失败。

▶ [数字医联体：医疗信息化行业发展新契机 打造全方位全周期健康服务](#)（来源：智慧健康研究中心）——第 45 页

【提要】近期，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“富有韧性的整合型医疗卫生服务体系”的中期目标，并指出“发挥信息化的重要支撑作用，为医疗卫生服务体系的高效运行提供保障”。这标志着我国医疗信息化发展将由院内信息化和孤立的智慧医院建设迈入涵盖医疗、公卫，实现区域数据全联全通的数字医联体时代。在新时期中，医疗信息化行业将获得更广阔的发展空间，并将迈向多元整合的发展阶段。

• 医保快讯 •

▶ [国家医保局：5 年来医保、医疗、医药协同发展治理 多赢局面正初步形成](#)（来源：央视新闻）——第 49 页

【提要】国家医疗保障局局长胡静林介绍，2018 年，以习近平同志为核心的党中央战略决策组建国家医保局。自组建以来，全国医保系统紧紧围绕习近平总书记赋予的“解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”的重大政治使命，始终坚持以人民为中心，攻坚克难推进体制机

制变革，推动我国医保事业实现了历史性跨越，在缓解群众看病难看病贵、支持医药卫生事业发展、维护社会和谐稳定、推动实现共同富裕等方面发挥了重要作用。

▶ [医保基金监管出新招 国家医疗保障局“两库”来了](#)（来源：国家医疗保障局）——第 52 页

【提要】为加强医疗保障基金智能审核，提升监管效能，促进基金安全高效、合理使用，5月15日国家医疗保障局公布《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0版)》。按照《“两库”管理办法》要求，国家医疗保障局向社会公开发布“两库”框架内容，医疗保障经办机构使用“两库”开展医保费用结算的支付审核、协议考核、核查稽核等业务管理活动；医疗保障行政部门和从事医保行政执法的机构使用“两库”协助开展医保行政监管和行政执法相关活动；鼓励定点医药机构应用“两库”加强内部管理，规范医药服务行为。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

4个着力点，解析医疗服务价格改革

来源：中国卫生杂志

医疗服务价格涉及医保部门、医疗机构、医务人员和患者等多方利益。有序推进医疗服务价格改革，对于深化医药卫生体制改革、推进医疗保障事业高质量发展至关重要。进一步深化医疗服务价格改革，应从完善医疗服务价格编制规范、明确项目内涵、优化医疗服务价格、完善价格管理模式四个方面持续发力，推进我国医疗保障事业高质量发展。

改革难题陆续浮现

医疗服务作为一种可交换的商品，其价格能体现其货币价值。然而，医疗服务又不同于市场经济中的一般商品。作为一种公共产品，医疗服务兼具商品和福利双重属性。医疗服务价格与医保部门、医疗机构、医务人员、患者等主体的利益密切相关，因此，其价格的制定受到多种因素的限制。自新中国成立以来，我国对医疗服务价格进行了多轮定价和调整，大致可分为：计划经济下的政府定价、改革开放后的探索调整和新时期的深化推进三个阶段。主要有严格管制、放权让利、放管结合以及多方参与四种改革方式。

2015年，中共中央、国务院印发《关于推进价格机制改革的若干意见》，为我国新一轮医疗服务价格调整工作提供了政策指导。2021

年，国家医疗保障局等部委印发《深化医疗服务价格改革试点方案》，表明我国医疗服务价格改革进入到实质性的“深水区”。此后，我国医疗服务价格逐步理顺，积极探索改革新路径。然而，相关改革难题陆续浮现，医疗服务定价、调价、管理等方面仍需调整，亟待探索与当前医疗卫生事业发展相匹配的路径和方法。目前，我国医疗服务价格改革主要存在以下四个方面的问题：

第一，医疗服务价格项目编制不规范且项目准入缓慢。当前，我国医疗服务价格执行的项目规范较为落后且全国不统一，无法满足新技术发展需要。如云南省仍在沿用 2005 年的收费标准。经过十余年发展，很多医疗服务项目已经不能适应当前实际。新增医疗服务价格项目的审批流程较为繁琐，在新增医疗服务价格项目运行期结束之后，仍需进行审批。因此，医疗服务价格项目新增缓慢，一定程度上无法匹配医疗技术的更新速度。同时，在医保准入方面，新增医疗服务项目需要经过复杂审核流程，准入速度缓慢。如患者想要采用未纳入医保报销的新医疗技术，只能选择自费治疗，增加了患者医疗负担。

第二，部分医疗服务价格的项目内涵、计价单位等难以明确。我国现行部分医疗服务价格的项目内涵并不明确，在实际的临床操作过程中容易造成理解偏差。在调研中发现，多个地区所实行的医疗服务价格项目规范中，“彩色多普勒产科超声检查”对于单胎孕妇和多胎孕妇收取的费用都是一次，但在实际检查时，每个胎儿都需要完成 1 次全套检查，较单胎孕妇而言，多胎孕妇往往需要消耗更多成本，但

医疗机构却得不到合理的价格补偿。此外，医疗服务价格项目的计价单位也存在不明确的情况。如果在实际的临床操作过程中不能明确以“次”“项”还是“部位”为计价单位，则很有可能造成重复收费或分解收费的问题。

第三，医疗服务项目价格低于成本，医疗服务项目价格水平不合理。我国现行的医疗服务价格项目规范制定时间较早，随着社会经济水平的提高，很多医疗服务项目的价格已经低于成本，无法体现医务人员的技术劳务价值，也无法弥补项目运营的成本，不仅降低了医务人员的工作积极性，很大程度上也阻碍了医疗机构的可持续发展。特别是中医医疗服务项目往往需要消耗大量人力成本，但项目定价较低，无法合理体现中医医务人员的技术劳务价值。

第四，缺乏科学有效的医疗服务价格管理模式。我国现行的医疗服务项目定价主要根据历史费用、专家意见以及地区级别比价来确定。缺乏科学合理的定价模型和工具。同时，很多地区都没有成熟的医疗服务价格管理队伍和价格管理体系，缺乏医疗服务价格的管理监测机制，信息化管理水平也较低，影响医保基金的使用安全。

改革重点清晰可见

尽管我国医疗服务价格改革进程艰难曲折，但持续深化医疗服务价格改革可以从以下四个方面着手：

一是完善医疗服务价格项目编制规范，加快新增医疗服务项目审批及医保准入。充分发挥智库引领作用，完善医疗服务价格项目编制

规范。应由国家卫生健康委和国家医疗保障局牵头，国家市场监督管理总局、财政部等部委协同配合。医学领域专家、医疗机构代表等主体共同商讨、制定医疗服务价格项目编制规范。进一步完善新增医疗服务项目的审批机制，优化新增医疗服务项目的审批程序，合理调整新增医疗服务项目实行周期，加快新增医疗服务项目的医保准入速度，促进医疗技术发展。

二是明确医疗服务项目内涵，优化医疗服务项目审核规则。进一步明确医疗服务的项目内涵和计价单位，清晰描述每项治疗过程所采纳的医疗服务项目，明确界定计价单位，明确是以“次”“项”“部位”还是其他计价方式进行项目结算。进一步优化医疗服务项目审核规则，将审核规则与临床实际操作相匹配，避免因理解偏差造成实际操作失误的情况发生，保证医疗服务质量。

三是引入科学定价决策机制，动态调整医疗服务价格。优化医疗服务定价机制，给予医疗机构自主定价权，提高医疗机构改革主动性和积极性。充分学习借鉴国外现有的医疗服务定价方式，引入科学的定价工具和决策机制，借助“互联网+”和大数据技术，合理测算医疗服务成本，有遵循地确定医疗服务价格。在制定医疗服务价格过程中，重点考量医务人员的技术劳务价值，尤其是中医医疗服务，确保医疗服务价格与成本相匹配，调动医务人员积极性。同时建立医疗服务价格改革评估制度，对医疗服务价格运行情况进行考核评估，对医疗服务价格进行动态调整。

四是加快专业队伍建设，升级医疗服务价格管理模式。定期开展医疗服务价格管理人员培训，明确医疗服务价格管理人员职责，打造高质量的医疗服务价格管理队伍。利用多种宣传平台，做好医疗服务价格公示工作；充分发展新技术，利用“互联网+”和大数据等技术加强医疗服务价格监测和成本调查工作；开发信息化管理系统，重点开展医疗服务价格管理工作，使得医疗服务定价、调价和管理工作的协同推进，确保医保基金安全且可持续。

[返回目录](#)

支付改革下的耗材支付价格形成趋势

来源：村夫日记

在 DRG 改革的推动下，医院受到了明显的影响，除了将入院前检查等费用向门诊转移之外，主要是有效控制成本来应对。但与检查和药品等能向门诊转移不同，耗材主要在手术中使用，难以进行费用转移，尤其在复杂手术中，成本管控的可腾挪空间相对有限。

虽然地方和国家的耗材集采已经在多个大品种上获得了突破，但 DRG 价格的制定是根据集采后的价格来制定的，医院也很难在其中获得伸缩的空间。而且，除了部分高值耗材，仍有大量耗材并未进入集采，但对部分医院来说，这类耗材如果能有议价空间，可以解决自身的成本压力。

因此，除了目前开展的集采之外，在 DRG 全面铺开之后的市场格局下，医院对耗材产生了比较明确的议价需求。为了顺应这一市场趋

势，北京医保与一部分医院开展了 DRG 付费与带量采购联动的方案，方案确定在医院联合采购降价首年不调整 DRG 支付标准，并与医疗机构共享结余，次年再调整 DRG 支付标准。

根据北京医保局官网显示，首都医科大学附属北京安贞医院、北京积水潭医院、首都医科大学附属北京天坛医院、中国医学科学院阜外医院、北京大学第三医院、首都医科大学宣武医院联合发布《关于我市第一批 DRG 付费和带量采购政策联动采购方案征求意见的通知》(以下简称《通知》)。

根据《通知》，本次集采主要针对运动医学类、神经介入类、电生理类医用耗材制定了 DRG 付费和带量采购政策联动采购方案。此次部分医院的集采报价上限与外省市集采联动，如是未中选产品则取中选产品的价格中位值。此次集采的医疗机构填报总量不得低于 2021 年实际采购量的 90%，医疗机构采购需求量的 90% 作为意向采购量。针对不同谈判分组分别制定谈判降幅，谈判降幅分为入门降幅和达标降幅两档，报价降幅达到入门降幅但小于达标降幅，获得自身采购需求量的 60%，报价降幅达到达标降幅及以上获得自身采购需求量的 90%。

从《通知》来看，此次 DRG 与集采的联动是一个有价值的试点。与之前集采确定耗材价格之后再确定 DRG 支付价格不同，由医院来作为主体推动集采的开展将发挥医院议价的能动性，不仅推动耗材价格的阶梯式降价，更重要的是可以循序调整 DRG 支付价格。特别是对部

分会明显带来服务方亏损的 DRG 组别，医院的压力将大幅减轻。而且，在部分医疗服务价格调整的过程中，与 DRG 下的医院耗材价格调整机制的联动将明显平滑改革进程。

首先，从价格调整来看，现有集采模式虽然也是医院报量并由厂商报价，但集采的主导权完全在医保手里，价格的制定采取了由医保和厂商直接交易的模式，这也推动了部分地区出现医保直接支付给厂商的现象。但北京此次 6 家医院的模式则采取了集采的主导由医院来承担，医保根据医院谈判价格来确定第二年的耗材医保支付价。

事实上，这也是东亚地区医保价格调整的一个常见方式。比如，日本要求全部药耗批发经销商都需要参加价格监测，其他机构则是按照分层随机抽样参与。通过价格监测，日本政府会计算出价格偏差率（当前医保支付价格和经销商实际销售价格的偏差），价差是最核心指标之一，因为这将决定新一年医保支付价的总体降幅，其目标主要是消灭价差。日本正是通过价格监测并最终确定价差来推动医保支付价格调整，医保在其中的角色看似是间接的，但更能起到价格发现的作用。

日本采取的是从下游向上游传导的价格调控机制，通过将总的价格幅度下降到医院的采购价逼迫其继续向上游和中游去进行价格谈判，否则医院就没有毛利而不能从耗材上获得利润。随着价格向上游传导，最终厂商不得不下降出厂价，经销商也相应下调批发价，最终完成医保支付价格的持续阶梯式下降。

其次，从医院来看，耗材价格下降后，原先可能亏损或者无利润的 DRG 组别会产生利润或者至少不亏损。医院的压力大幅降低之后，一方面有助于 DRG 的持续执行和减少部分 DRG 分组在未来长袖上调价格的压力，另一方面，医院也有动力持续参与到与经销商和厂商的价格博弈过程。因为原先集采模式下，医院只是被动接受，现在因为价格下降后，医院在当年可产生利润，医院的积极性完全不同，有助于调动医院的参与度，提高采购量的全面落实。

最后，虽然医疗服务价格改革仍然在试点，但试点结束后，价格调整开展如何与 DRG 联动是关键。根据《关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》，医耗分离将首先从检查化验项目开始，通过降低物耗成本推动检验项目价格下降。而对于以技术劳务价值为主的项目可进行涨价，“对技术难度大、风险程度高、确有必要开展的医疗服务项目，可适当体现价格差异”。在这一原则下，复杂手术服务价格将会上涨，但如果在 DRG 组内的耗材价格下降，DRG 的支付价格调整将会较为平缓，有助于在实际改革中的推进。

总体而言，DRG 付费和耗材价格和带量采购联动方案的推出，有助于政策在新层面的探索。在发挥医院主动性的前提下，支付方和服务方共同推动耗材价格调整、获得耗材价格改革的收益。

[返回目录](#)

· 集中采购 ·

"集采" 进行 5 年，带来哪些变化？

来源：光明网

自 2018 年《国家组织药品集中采购试点方案》被审议通过算起，国内医疗改革中的"集采"已进行 5 年，八批国家组织的药品集采深刻重塑了化学药、中成药、生物医药三大板块的产业生态。

今年以来，在国家医保局的统一部署下，已开展了第八批国家组织药品集中采购，成功采购 39 种药品，并预计将于今年 7 月落地实施；同时，《全国中成药采购联盟集中采购文件(征求意见稿)》发布，标志着全国中成药集中带量采购正式启动。而在此之前，国家医保局已集采 7 批 294 种药品，平均降价超 50%，3 批 4 类耗材平均降价超 80%；叠加地方联盟集采，累计降低药耗费用超 4000 亿元。药品集中采购给百姓带来实实在在的实惠，使用集采品种高质量药品的患者比例从 50%提高到 90%以上，“看病贵”的问题得到明显缓解，医保基金这一民众的“看病钱”“救命钱”得到更好守护。

医疗公平是社会公平的重要标志。不让患者因为经济原因而失去恢复健康的希望，是广大医疗工作者的朴素心愿，也是政府提升民众健康水平的努力方向。国家实施药品集中采购以来，一大批药品价格显著降低，患者看病经济负担大大下降。其中，既有针对流感、高血压等常见疾病的药品，惠及日常用药需求患者；也有针对罕见病的特效药，给少数群体带来生的希望。医保部门工作人员“灵魂砍价”时

的肺腑之言“每一个小群体都不应该被放弃”，令无数人动容，使民众获得感、幸福感、安全感更加充实。

昔日的“天价药”，如今成为普通老百姓负担得起的平价药，背后离不开医保部门的扎实工作。当然，“砍价”过程并不只发生在面对面的谈判现场，不只存在于新闻报道里。为了让药品价格下降到理想水平，实现医药企业的经营利益与公共利益的“共赢”，要通过深入调研，了解药品研发和生产的实际成本，准备好各方都能接受的“底价”。

需要指出的是，推进药品集中采购，其深远意义不仅停留于医药企业单方面的“让利”。集采增强企业从事新药研发的动力，推动企业重创新、重质量。如果企业缺乏优质产品，就可能在发展过程中“掉队”，被市场淘汰。有关部门也曾经专门发文明确，加强医药集中采购领域知识产权保护，鼓励医药产业研发创新、公平竞争。

药品集中采购还有助于治理“带金销售”问题。过去，医药企业的医药代表穿梭于各家医疗机构，通过给予回扣等方式，让医院增加其产品采购量、让医生多开其药品。这种现象增加了患者医疗负担，导致医保基金大量流失。药品集采作为国家组织的“团购”，“没有中间商赚差价”，有助于从源头上消除药品流通销售领域的乱象。

药品降价以后，要让民众享受优质医疗服务，还有很多工作要做。比如，有的药企因为缺乏成本意识，或者生产能力不足，在集采中出现断供，导致一些地方、一些医院出现“用药荒”的局面。国家医保

局已明确要求，对不能按要求供应的企业，依情节给予相应等级信用评价。同时，鼓励同一品种由多家企业中选，对临床急救药品和短缺药品采取“一主双备”供应模式。

药品供应和可及性，直接事关人民健康。截至 2022 年底，我国基本医疗保险参保人数达 13.4 亿人。以集采等方式保障好人民群众的医药需求，体现出无可比拟的制度优势。定期评估集采落地情况，不断细化配套措施，确保更多群众用上质优价廉的医药产品，一定能人民群众的获得感、幸福感、安全感更加充实、更有保障、更可持续。

[返回目录](#)

医保谈判第五年：药品升级换代，重塑产业格局

来源：中国医疗保险

医保谈判已成为创新品种争夺中国医药市场的敲门砖，所有企业都在努力适应医保谈判的改革节奏，主动拥抱价值医保的战略购买。

经过 4 次离席商议、5 次报价，来自某外资制药的企业代表终于向医保谈判代表展示出了最大诚意，为旗下罕见病用药利司扑兰报出了全球最低价。

“成功了，祝贺你们！”医保谈判专家的脸上终于绽放出舒心的笑容，3 名企业代表也长出一口气：“太难了，真的是太难了！”

历时 90 分钟的协商，这款曾在 2021 年谈判失败的脊髓性肌萎缩症 (SMA) 治疗用药，终于成功进入 2022 年医保药品目录，价格也从刚

上市的每支数万元降至数千元。

因疫情等缘故，2022 年国家医保药品谈判被推迟到 2023 年 1 月举行。在这场为期四天的谈判里，共有 25 名专家分成 5 组，对数百种药品进行了医保准入谈判。利司扑兰只是其中之一。

与前几年相比，参与本次医保谈判的药品数量明显增多。根据国家医保局此前发布的名单，2022 年国家医保谈判共有 343 种药品通过形式审查，包括目录外新增品种药 198 个，目录内续约品种药 145 个。此外，还有多款抗癌药、高值罕见病药物等大病用药都参与了 2022 年的国家医保谈判。

纵观五年来的谈判工作，国家医保局持续发挥集团购买优势，药品价格指数连年下降。以 2022 年谈判为例，新版国家医保药品目录新增 111 个药品，谈判和竞价新准入的药品价格平均降幅达 60.1%。

实际上，医保谈判不仅关系到全体参保人的用药保障和数以亿计患者的生命安全与家庭稳定，更是对促进医药产业创新发展具有巨大的激励作用。现如今，国内外药企均已达成共识：创新药如果不能降价进入医保目录，在中国就很难做大市场。医保谈判已成为创新品种争夺中国医药市场的敲门砖，所有企业都在努力适应医保谈判的改革节奏，主动拥抱价值医保的战略购买。

孤儿药面对市场竞争

每一个小群体都不应该被放弃，罕见病用药(又称孤儿药)无疑是每年医保谈判的重点。

2021 年国家医保谈判上演“灵魂砍价”，SMA 治疗药物诺西那生钠从每针近 70 万元降至 3.3 万元的消息传来，病友群里一度沸腾：

“天价新药降价 95%，我们的孩子终于有救了！”

SMA 是一种遗传性罕见病，大多会在出生后 18 个月内发病，临床表现为全身性肌无力直至呼吸衰竭甚至死亡，是最常见的致死性神经肌肉疾病之一。有数据显示，中国约有 3 万名 SMA 患者，但截至 2022 年底仅有诺西那生钠一款产品进入医保目录。2021 年 6 月，适应症同为治疗“脊髓性肌萎缩症”的利司扑兰在我国获批上市，这是全球首款治疗 SMA 的口服药物。但由于降价不到位，年治疗费用未能进入医保目录的“价格基准线”，导致其在 2021 年底的谈判失利。

医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制。作为医保制度的重要组成部分，医保药品目录要立足基金承受能力，以适应群众基本医疗需求、临床技术进步为目标，通过不断完善医保准入谈判制度，实现目录的动态调整与结构优化。

“应保尽保、保障基本”，这是《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确的医保制度基本原则。国家医保局相关负责人也曾多次表示，要实施更有效率的医保支付，既要更好地保障参保人权益，也要防止“天价药”“昂贵药”进入目录。

经过“灵魂砍价”的诺西那生钠成功实现以量换价，产品在让大批患儿临床获益的同时，也在全国迅速占领市场。根据国家医保局的测算，诺西那生钠 2021 年在华销售额约为 1.8 亿元，进入医保药品

目录之后，年销量跃升至 4.7 亿元。

竞争对手谈判成功让利司扑兰的生产企业压力倍增。在中国市场先丢一局，若想扳回就必须进入目录。这才有了文章开头一幕：2022 医保药品谈判中几经波折，在多次向总部请示意见后，产品终于有惊无险地谈判成功。

“在前期评审和后面的测算过程中，谈判专家组都对罕见病用药予以了高度关注。”国家医保局医药服务管理司相关负责人在接受媒体采访时表示，只要能把药品的临床价格谈下来，罕见病用药进入医保目录是积极的。

利司扑兰的成功入围仅仅是本次罕见病医保药品谈判的一个小小缩影。2022 年共有 7 种罕见病用药通过谈判，涵盖 SMA、多发性硬化症、视神经脊髓炎等多种疾病。截至目前，新版医保目录共包含 52 种孤儿药，覆盖 27 种罕见病；我国首批 121 种罕见病目录中已在中国市场上市的罕见病用药，超过 2/3 被纳入了国家医保目录。

但也并非每个罕见病用药都像诺西那生钠、利司扑兰那样“幸运”。本次国家医保谈判中共有 19 个罕见病药物参与申报，但一些年治疗费用过高的孤儿药未能通过此轮谈判。毕竟从现阶段医保制度整体发展状况、群众疾病治疗需求以及医保基金支撑能力来看，部分价格特别昂贵的罕见病用药，由于远超基本医保基金保障水平和患者承受能力等原因，仍然无法被纳入基本医保支付范围。

事实上，“灵魂砍价”不仅是谈判专家和企业代表的双向奔赴，

更是国家医保局积极发挥医保战略购买优势，依托全球人口最多药品市场，整合全国用量开展价格谈判、为民请愿的真实写照——只要价格合理，国家会尽最大努力将临床价值高、经济性评价优良的药品、诊疗项目和医用耗材纳入医保支付范围。这是国家医保局对亿万参保人作出的庄严承诺。

大批新药加速放量

逢进必谈，这是近年来创新药进入医保药品目录的重要原则。随着医保药品目录动态调整的持续开展，相关流程和规则也在不断优化。每年一度的目录调整，给新上市的药品提供了更多准入机会。

作为国家重大新药创制专项支持品种，素有三代格列卫之称的国产原创 1 类新药奥雷巴替尼于 2021 年 12 月获批上市。这是一款国内首个获批上市的第三代 BCR-ABL 抑制剂，主要用于治疗慢性粒细胞白血病。奥雷巴替尼能有效控制 T315I 突变，遏制慢粒患者的耐药突变，解决此前所有药物都曾遇到的治疗困局。但如此优秀表现的背后，是每瓶 3.75 万元的价格，治疗年费高达 45 万元，这让绝大多数慢粒患者望而却步。

经过谈判，大幅降价后的奥雷巴替尼成功进入医保。有媒体报道，该药价格已降至年治疗费用 17.5 万左右。企业负责人认为，这次医保谈判的结果超出预期，从降幅来讲，充分体现国家医保局对创新药的支持。

奥雷巴替尼进入医保仅是 2022 年医保谈判的系列剪影中的一

幅。该轮谈判共有 20 个品种国产重大创新品种成功入围，最终谈判成功率达 83.3%。根据国家医保局的估算，叠加谈判降价和医保报销这两个因素，本次目录调整预计未来两年将为参保患者减负接近 900 亿元。

事实上，医保谈判的初衷既是要通过“团购”优势降低患者的经济压力，也是要通过挤出虚高药价，促进药企创新转型，以价换量将节约的销售费用专注于创新药、首仿药等方面的研发，不断完善产品管线、储备优势产品，通过提高企业的竞争力和市场地位，让中国医药产业进入发展的良性循环。

以某款于 2017 年 3 月在我国上市的肺癌三代靶向药为例，药品上市一年时间里，销售量从 1470 盒增加到 14999 盒。尽管在医保目录调整政策落地时，受患者持观望态度等因素影响药品需求有所下降，但是随着 2019 年 1 月药品正式降价纳入医保目录，药品销售量持续走高，在 2019 年第四季度再次出现峰值，销售量增加到 30579 盒；2020 年 3 月药品续约医保目录再次降价，销售量和销售额的增长进入到平稳上升阶段。

数据显示，进入医保目录后，该药价格虽然大幅下降，但受益患者数量、药品销售额、患者用药满意度都有大幅提升，说明纳入医保报销范围后会明显提升药品销售，患者经济负担明显降低，药企也可以更快地从研发投入中得到回报。产品放量效应为药企提供了稳定、清晰的市场预期，这也在无形中增加了企业大力进行科技创新的信心

和研发投入的决心。

在医保谈判药物经济学专家组组长、北京大学教授刘国恩看来，创新药入保成功率不断提高，更好地体现了企业的价格意愿和国家医保价值购买双向奔赴的结果。

“研发创新药的价值最终要在患者身上体现。”他认为，如果创新药由于价格因素只能救治 5%、10% 的患者，那产品上市的意义将大打折扣。应该既要给创新药一定的利润空间，也要让产品惠及更多患者，形成正向循环，实现政府节省医保基金、患者经济负担不断降低、企业成功盈利的三方共赢。

“回顾过去几年的测算流程和谈判结果，国家医保目录调整始终在‘保基本’基础上对‘促创新’给予更大力度的加分支持。”刘国恩表示，也正是基于这一考量，近年来大量新靶点药物被纳入目录范围，创新药快速惠及更多患者。

重塑医药市场格局

在过去相当长的时间里，创新药想进入国家医保药品目录绝非易事。我国自 1998 年建立职工基本医保制度后，医保药品目录时隔多年才会调整一次。而这一局面在国家医保局成立之后彻底改变。

中国药学会和中国医疗保险研究会联合发布的《医保药品管理改革进展与成效蓝皮书》显示，近年来，创新药进入医保速度加快，周期大幅缩短，基本实现“当年上市、当年入保”。从抗癌药、罕见病用药，到儿童药、新冠治疗药物，每年都有一大批临床价值高、患者

急需的创新药降价进入目录。

《2022 年医疗保障事业发展统计快报》显示，作为中国医药市场最大的买方，国家医保局连续五年开展医保药品目录准入谈判，累计共 618 种药品新增进入目录范围，其中 2022 年新增 111 种；2022 年协议期内 275 种谈判药报销 1.8 亿人次，当年累计为患者减负 2100 余亿元。

五年间，医保谈判的准入机制不断优化，在力争制度更加安全、更加有效、更加经济、更加创新、更加公平的同时，为了让广大参保人能够真正享受到改革红利，医保药品目录的落地执行机制也在不断完善。随之而来的，是中国创新药营商环境整体稳中向好。从多家外资制药企业披露的中国区业绩来看，2022 年各家企业营收规模超百亿，同比增长 10%以上；还有不少跨国企业不约而同地表示，2025 年前将在中国提交数十款新药的上市申请。

就在跨国药企积极申报新药的同时，国内药企也纷纷投入新药研发。有数据显示，不包括新增适应症和新冠疫苗，2022 年共有 14 款国产创新药获批上市。

从医药产业整体发展的角度来看，我国仿制药的利润空间已被大幅挤压，创新研发已成为企业的唯一出路。药企面对机遇和挑战，都在纷纷加速创新转型，专注于创新药研发，不断提高企业的竞争力和市场地位。有行业调研报告显示，近年来中国创新药市场保持较快增速，2021 年市场规模达 1538 亿美元，同比增长 8.46%，预测到 2024

年，这一市场规模有望突破 2000 亿元。

种种数据表明，中国创新药的研发正朝着更加科学的方向稳步发展，也唯有更加注重源头创新和差异化竞争的品种，才能获得进入医保目录的资格，并最终获得市场认可。而大量新药经过谈判降价进入医保目录，这一方面满足了临床的治疗需求，维护了患者的生命权和健康权，另一方面也是在肯定药品的治疗效果，反映出医保目录调整的真正价值和实际意义。

一大批国内创新药企似乎也在当中找到了自己的发展路径。它们一面不断研发新品并获得资本青睐成功上市，一面乘着医保改革的东风，让更多创新药快速进入临床使用，让广大参保患者第一时间享受到改革的红利。

随着大批创新药物不断涌现，医保谈判评审机制也在不断优化，这一良性循环带来的结果是：最新上市且更能满足临床需求的创新药品降价进入医保药品目录，在为企业带来一定经济效益的同时，更是为广大患者送来了挽救生命、改善生活质量的更优用药选择。

为患者提供更具临床价值的治疗药物，这既是企业不断坚持研发创新的重要使命，更是中国医保坚持价值购买的不变初心。

[返回目录](#)

• DRG 改革 •

DRG 付费改革如何促进三方共赢？

来源：DRG 变量

合肥市充分发挥病组差异系数的调控作用，调整病组差异系数构成。通过增加人次人头比、CMI 值指标，抑制医疗机构分解住院的冲动，鼓励医疗机构根据自身定位收治相应难易程度的疾病，引导医疗机构良性合理增收。

自 2019 年获批 DRG 付费国家试点城市以来，安徽省合肥市积极推进试点工作，于 2021 年在 17 家试点医疗机构开展实际付费。2022 年，全市 DRG 付费医疗机构由 17 家扩大到 95 家，实现全市具备条件的住院医疗机构 DRG 付费覆盖率 100%，付费病组覆盖率 100%，DRG 付费医保基金支出占全部住院医保基金支出的 94.15%，提前完成医疗机构、病种、医保基金全覆盖的目标任务，有效推动医疗机构从粗放式管理向精细化管理转变。

完善体制机制，增强改革动力

一是建立“1+3”推进机制。

“1”是成立由分管副市长为组长的 DRG 付费国家试点领导小组，全面领导 DRG 付费改革工作，“3”是成立三个专项工作组，分别为五个专业协作组、第三方督导组、医保经办机构内部的 DRG 付费推进小组，具体指导改革工作。

二是完善“1+1+N”制度体系。

在付费政策层面，合肥市修订印发 2022 年度 DRG 付费实施方案，明确实施范围和总额预算，形成 DRG 付费基本制度。在经办实施层面，制定 DRG 医保经办管理规程(试行)，形成具体实施的经办标准和流程。在配套措施层面，印发 DRG 付费试点病案抽检办法、DRG 点数付费特病单议实施规程、合肥市 2022 年 DRG 付费细分组方案等若干文件，搭建形成全流程 DRG 付费制度体系。

三是优化“全流程”监管体系。

建立以智能审核为主、人工复核为辅、现场检查为补充的全方位、立体式审核监管体系。在制度层面，出台 DRG 付费绩效评价方案、DRG 付费监督管理试行办法。在业务层面，根据完善病案首页质控、智能审核监管、付费结算管理等流程，实现对临床诊断真实性、诊疗过程规范性和合理性的同步监控。2022 年上半年，合肥市对 2021 年度 17 家 DRG 试点医院的 DRG 病案开展交叉检查。经评估认定，不合理病例医疗总费用共 1361.85 万元，在年终清算时予以核减。

坚持动态调整，激发改革潜力

一是建立分组方案动态调整机制。

以国家 CHS-DRG 分组方案(1.1 版)的 628 个细分组为基础，根据本地 2019 年 1 月至 2021 年 10 月的病案和医保结算数据测算形成 2022 年预分组方案。组织召开省、市、县三级共 12 家医疗机构 23 名临床专家参与的论证会，对 100 个病组进行细化，增加 13 个本地特殊细化分组，将未区分合并症或并发症的 23 个 DRG 病组细化为 67 个，最

终形成符合合肥市实际的 785 个 DRG 病组。

二是建立病组差异系数优化机制。

充分发挥病组差异系数的调控作用，将病组差异系数构成由“级别+成本”调整为“级别+成本+人次人头比+CMI 值”。通过增加人次人头比、CMI 值两项指标，抑制医疗机构分解住院的冲动，鼓励医疗机构根据自身定位收治相应难易程度的疾病，引导医疗机构良性合理增收。

三是建立基础病组(固定系数病组)导向机制。

为促进分级诊疗，引导常见病在低级别医疗机构和县级医疗机构就诊，合肥市按照临床路径明确、费用差异不大、各级医疗机构均可开展的原则设置一定数量的基础病组(如结肠镜治疗操作)，实行同病同价。2022 年县级及二级以下医院收治基础病组占全市基础病组病例数的 41.48%，结余资金 1039 余万元。

四是建立特病单议和特殊病例除外机制。

调减特病单议追加点数的补偿界值，对高倍率病例追加点数，减轻医疗机构高费用病例补偿矛盾。截至 2022 年三季度末，95 家试点医疗机构符合特病单议的病例 10847 例，医疗机构申请特病单议的有 10117 例，经专家评审同意全额追加点数的有 9629 例，特病单议评审通过率超过 95%。进一步完善特殊病例除外机制，将器官移植等六种情形固定退出 DRG 点数付费，对应用新技术的极高费用病例采取依申请退出机制，设置不超过该医疗机构病例数 3‰的退出比例，经审

核同意后退出 DRG 付费，按实际费用折算成点数。2022 年，固定退出病例 881 例，涉及医疗总费用 6201.9 万元。

强化精准管理，彰显改革活力

医疗机构实现“两提高”。

一是医疗水平提高。合肥市 DRG 试点医疗机构的病例组合指数 (CMI 值) 由 2021 年的 1.03 提高至 2022 年的 1.13。同时，更加注重学科建设，全市 DRG 试点医疗机构有关科室争创各级重点学科，2021 年年度清算时，合肥市对重点学科制定倾斜支付政策。

二是管理水平提高。为适应 DRG 支付方式，医疗机构主动加强内部管理，病案管理水平得到大幅度提升，医保结算清单质量有了质的转变。截至 2022 年底，全市试点医院医保结算清单上传率与经过质控后通过率均达到 99.99%。

医保管理实现“两提升”。

一是医保基金运行质量得到提升。2022 年，95 家医疗机构次均住院医疗费用在 2021 年度降低 12.22% 的基础上再次降低 7.83%。

二是医保管理能力得到提升。运用点数法将对单个医院的简单定额管理转变为对区域内试点医疗机构的总额管理，使医保基金分配有了客观、统一的标准。

患者负担实现“三降低”。

一是次均费用降低。次均住院费用由 2021 年的 11194 元下降至 2022 年的 10456 元。

二是个人负担降低。全市纳入 DRG 付费的病例个人实际负担比例由 2021 年的 39.40% 下降至 2022 年的 33.63%；次均个人负担费用由 2021 年的 4411 元下降至 2022 年的 3516 元，降幅 20.29%。

三是患者住院时长降低。参保患者次均住院天数由 2021 年的 8.29 天降至 2022 年的 7.79 天，其中省属三级医疗机构次均住院天数由 8.06 天降至 7.45 天。

DRG 付费通过规范医疗服务行为，优化资源利用，实现提质增效。但对于存在医疗质量安全、缩减诊疗项目、分解住院、低码高套及推诿重患等问题，还需不断优化政策。合肥市将充分发挥 DRG 付费管理优势，进一步完善付费制度，坚持实施 DRG 付费为主的多元复合式医保支付方式，在健全 DRG 付费协商谈判机制、探索设立中医病组和耗材单独支付、完善病组定价学科论证机制和医疗机构绩效考核机制、加强 DRG 付费预算管理和监管体系建设等方面持续深化改革。

[返回目录](#)

如何做好 DRG/DIP 改革与其他制度改革的衔接？

来源：华中科技大学

疾病诊断相关分组 (Diagnosis-Related Groups, DRG) 是指根据患者疾病的诊断、复杂程度、住院天数、合并症并发症、年龄等相关因素，将患者分成不同病组，并以病组为单位确定支付标准的医保支付方式。按病种分值付费 (Diagnosis-Intervention Packet, DIP) 是一种基于大数据的先进管理体系，将一定统筹区域内的海量住院患

者病案数据按照“诊断+治疗”的特征进行客观分析分类，从而准确客观地反映出疾病的严重程度、治疗难度、临床规范以及资源消耗水平。2008年北京市率先推出了符合本地实情的DRG体系(BJ-DRG)，是我国将DRG用于医保支付的开始；2018年符合我国疾病分类特点的全病谱C-DRG开始推行；2020年11月国家医保局发布《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》，标志着DIP试点工作正式迈入实质性阶段；2021年国家医保局印发《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，要求到2025年底实现统筹地区全覆盖、医疗机构全覆盖、病种全覆盖以及医保基金全覆盖。目前DRG/DIP被广泛应用于医保支付、医院管理、临床路径管理、医疗行为管理、绩效管理等多个领域。

一、DRG/DIP支付方式的核心

DRG/DIP的核心原理中，费用管理只是一个相对次要的目的，而将其作为精细化管理的工具，促进医疗行为合理化、规范化才是其真正核心所在。随着DRG/DIP支付方式的推行，低于支付标准的差价成为了医疗机构的结余，而高于支付标准的部分则成为了医疗机构的成本，这种付费方式的根本性转变，促使医疗机构从原来的追求“规模效益”的运行模式转变成“控制成本”的运行模式，促进医疗机构主动控制成本，提供更优质、高效的医疗服务，推动临床路径更加科学、药品耗材的使用更加合理，为群众提供健康所需的最适宜的医疗服务，最终实现医、患、保三方在降费提质的共同期望上能够相向而行。

DRG/DIP 支付方式遵循“超支不补、结余留用”的原则，通过调整费用结构，降低医疗消耗，控制不合理费用增长的同时，规范调控医疗过程，强调因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。相关管理职能部门可在事前监管中对临床科室、病区、主诊组、医师以及具体病种设置管理目标值，并与住院患者实际发生的住院费用进行实时比较，在不影响医疗质量和患者安全的情况下，在事中及时调整与优化临床医师的诊疗行为，控制医疗费用中不合理费用的增长，防治可能出现的过度医疗行为，促进医疗行为合理化、规范化。

二、DRG/DIP 支付方式与相关制度的衔接

1、与“国谈”、“集采”制度的衔接

在医保中有两个十分重要的政策：国家医保药品准入谈判政策和医保药品集中带量采购政策。国谈主要针对创新药、专利药和独家药品，通过国谈能够使这些药品进入医保目录，为医生在治疗医保患者时提供更多的用药选择。集采则主要针对质量和疗效经过一致性评价的仿制药和原研药，绝大多数药品都在医保目录内。国谈和集采都采取“以量换价”的机制，可以使药品大幅降价。

医保准入谈判旨在把更多新技术纳入报销目录，随着上市准入与医保准入衔接更通畅，有些刚上市药品也能快速被纳入医保，进而被大范围使用。这也意味着特定疾病所对应的医疗服务类型可能会有所改变，故其分组需进行调整。如果分组调整相对滞后，医院使用此类创新药可能引起费用上升，则会激励医院进行费用转移。尽管通过医

保谈判使得许多创新药创新技术进入了医保目录，但是病组的支付标准并未随着新药品、新技术的使用而改变，医院使用这些新药品、新技术，尽管可能治疗效果更好，但是也可能会导致用药成本增加，因此在 DRG/DIP 支付方式的条件下，可能会对创新药品和技术的临床使用产生一定限制。

要做好 DRG/DIP 与“国谈”、“集采”制度的衔接，就必须做好 DRG/DIP 疾病分组或者病组支付标准的及时修订，将新纳入医保范围的药品、器械的使用考虑进病组支付标准的确定当中去。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)》，其中就 DRG 付费可能阻碍创新药品使用的问题，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”。实际上修订的内容不仅限于病组的支付标准，根据国际经验，也可以对疾病的分组进行修订，如将现有的 DRG/DIP 组进一步细分或增加新的分组。

2、与基金监管制度的衔接

随着 DRG/DIP 支付方式改革的不断推进，医院医保基金监管中存在的问题和矛盾日渐突出，违法使用医保基金以及欺诈骗保的现象时有发生，如服务不足、低标入院、分解住院、高套编码等。为了遏制此类现象的发生，必须做好医保基金监管与 DRG/DIP 支付方式的衔接，规范医疗服务行为，控制医保基金的不合理使用，维护医保基金

的安全稳定。

首先，要完善医保基金监管法律法规，加强多方协同联动机制。

法律法规是医保基金监管的基本依据。2021 年国家已经印发了《医疗保障基金使用监督管理条例》、《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》和《医疗保障法(征求意见稿)》，政府仍需进一步完善与医保基金监管相关的法律法规。卫健行政部门、医保行政部门和经办机构也需要建立规则透明、公平公正、符合 DRG/DIP 支付方式特点的监督评价机制。医保行政部门要联合卫健、公安等多部门开展专项稽核或飞行检查，充分发挥第三方评价机构和社会大众的监督作用，从而构建高效、严密、有力的监管体系。

其次，要依据大数据建立智能监管系统，构建“事前—事中—事后”的医保基金监管体系。

根据医疗服务“事前—事中—事后”全流程，将医保基金监管也分为“事前—事中—事后”，在事前设定相关标准并通过智能监测系统对医疗机构的行为进行实时监测，如发现异常马上进行预警和干预，尽量将不合理使用医保基金和欺诈骗保的行为扼杀在事前和事中，并在事后辅以专项稽核和飞行检查等，构建医保基金监管的“事前—事中—事后”监管体系。

最后，要将全面监测与重点考核相结合，建立 DRG/DIP 支付方式下基金监管绩效考核机制。

在对医保基金运行全面监测的基础上，结合 DRG/DIP 支付流程和

特点确定不同时期监管的重点指标，针对医保基金监管的关键环节，挑选能够反映监管重点和共性的指标作为重要核心指标，以便在不同机构或者统筹地区间进行监测结果的比较评价，建立 DRG/DIP 支付方式下基金监管绩效考核机制，并将考核结果与基金拨付和对机构的绩效评价挂钩，强化监管效能。

3、探索“结余共享、超支共担”，促进医保、医疗协同发展

目前我国大多数地区都将“区域总额预算”与 DRG/DIP 支付方式相结合，即在按病组支付的基础上增加了一个区域医保基金总额，所有医疗机构最终获得的医保基金支付额的合计不会超过该区域医保基金支付预算总额，规避医保基金穿底的风险。在这种情况下遵循“结余留用、超支不补”的原则可能会导致医疗机构“冲工分”的行为。“蛋糕”就那么大，如果医院自己不“冲”，在其他医院“冲”的情况下，自身会损失得更多。但是“冲工分”会造成点数/分值贬值，作为分母的总点数/分值会越来越大，致使每个点数/分值的结算价格下降，尽管也逼迫医院加力控制成本，但也可能造成所有医院的结余均相应下降。另外还可能导致医院都尽量控制成本，如果医院自己不“控”，在其他医院都“控”的情况下，第二年该病种组的平均住院费用下降，病种组点数/分值下降，医院就会亏损；也会造成病种组的平均住院费用越来越低，结余空间越来越小，可能会影响学科的发展。

在这种情况下，有些统筹地区探索了医保基金“结余共享、超支

共担”的方式，从而更加有效地促进医保和医疗的协同发展。“结余共享”是指当统筹地区年度医疗费用实际支出小于年度医保基金可支出金额时，统筹基金结余部分应该奖励一部分给医疗机构，其余部分作为统筹基金结余，转下年使用。奖励的资金可以按照各医疗机构的医保资金实际支出金额和年终考核结果进行分配，使医疗机构能够共享医保基金结余。“超支共担”是指当统筹地区年度医疗费用支出大于年度医保基金可支出金额时，超支部分应该由医保部门和医疗机构共同承担，即共担基金超支的风险。通过这种“结余共享、超支共担”机制，能够使医疗机构共享基金结余，共担基金缺口，一定程度上能够减少当前医疗机构的过度“冲点”以及过度“控费”的不合理行为，促进各医疗机构同心协力，共同管理，确保医保基金的合理使用。

在发挥“结余共享、超支共担”的机制时，要注意以下两点：

(1) 避免过度激励。

对医疗机构“合理合规”的结余部分实行留用，而针对医疗机构的一些不合理的行为，如为追求医保结余而降低医疗服务质量，过度压缩医疗服务成本；将住院费用分解到门诊或分解成多次住院；挑选轻症病人等，医疗机构通过这些不合规手段获得的基金结余，医保部门则有权利收回，以此来进一步规范医疗机构的医疗行为。同时对于三级医疗机构诊治的“基层病种”的结余也不予留用，从而促进分级诊疗。

(2) 鼓励创新。

如果医疗机构一味地强调控制医疗成本，会降低创新药品和创新技术的使用率，影响患者的治疗效果。在贯彻落实“超支共担”时，需要综合考虑创新药品和创新技术的影响，如果医疗机构由于使用了创新药品和创新技术而导致超支，则医保部门则需要对超支部分进行一定补偿，以此来鼓励创新药品和创新技术的运用。

支付方式改革的核心是通过支付的不同方式有效的引导各级医疗机构根据其功能定位，因病施治。逐步规范医疗行为，降低不合理的医疗资源消耗，提高医保基金的使用效率，更好的保障居民的健康。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

智慧医院实施建设过程中的十四条重点难点分析

来源：中国管理科学研究院

1. 缺乏对项目建设内容和预算预判

医疗信息化建设在项目招采阶段，虽然明确了项目建设内容和总体预算，包括售后服务要求、付款方式、人员要求、驻场要求、维保要求等等，但是往往厂商为了能拿下项目，抱着一种“先做，做了再说”的心态，在项目真正建设的时候由于前期缺乏对项目的难点重点了解，同时对建设内容和预算缺乏分析，导致实施过程中因为投入太大、需求太多、要求太高、任务太重等逐渐力不从心，无法满足甲方

的要求，最终出现一拖再拖，敷衍了事，导致项目建设失败。

因此医院需要结合项目的建设内容合理的项目建设预算，防止低价中标；同时厂商应遵守职业道德，合理投标报价，充分论证项目的可行性和复杂性以及项目的难度和投入成本，提高厂商的信誉和服务能力。

2. 第三方厂商标准化程度及配合度

医院信息化普遍具有供应商多、系统多、标准不统一、数据质量差异等问题，哪怕是一体化程度和集成化程度很高的单位，往往当一个新的项目建设，不管接口方式是点对点还是集成平台，都一定会涉及到和第三方系统对接，而如何保障第三方系统积极配合接口开发也是项目的建设重难点，同时配合程度以及厂商标准化程度都充满了不确定性。

因此需要和第三方厂商积极沟通协商，争取最大的配合，按照统一接口规范和协议进行接口对接；医院需要按照协议适当的给一点“压力”，或者说医院如果具备一定开发能力可实现自主配合开发或者通过集成平台进行授权对接。

3. 建设目标好高骛远，脱离实际

当前信息化建设目标不仅仅是满足医院业务发展，随着电子病历应用水平、医院信息互联互通标准化成熟度、智慧服务分级评价、智慧管理分级评价、智慧医院评价以及公立医院绩效考核、医院等级评审、三级等保等评审评价要求，医院信息化建设通常期望通过项目的

建设最终达成某些评审评级目标，但常常项目由于项目预算、建设内容、建设周期、功能要求、实施能力以及资金持续投入等方面的因素，导致医院并不能通过某个项目的建设而最终达成相应的评审评级目标，但是医院在采购需求、验收条款、付款方式又明确了建设目标，所以常常是出现扯皮，嚼文嚼字等问题。

因此医院在制定项目建设方案的时候需要充分目标建设目标；并且结合建设目标和市场历史招采信息，合理规划项目预算；建设内容应邀请专业咨询团队和专家进行论证，满足评审评级要求；同时结合预算和建设内容适当降低目标和预期，分级规划建设，切记好高骛远，目标不切实际；厂商应遵守契约精神，按照合同和招投标文件响应，满足医院评审评价目标；厂商脱离实际切记忽悠和空口承诺，开空头支票；严格对标分析，差缺不漏，全院参与，做好材料和查验，评审演练等工作。

4. 缺乏项目管理组织架构建立

信息系统的建设是一个系统性的工程项目，不仅仅是承建厂商单方面的事，还涉及到医院的管理层、一线业务科室、职能科室等共同参与，无规矩不成方圆，需要制定项目的规章制度。

因此在项目的建设过程中要建立现目的组织架构和职责分配，组织架构包括医院、厂商、监理方、咨询方等，同时明确工作领导小组具体职责，负责组织实施医院信息化建设日常工作，牵头制定建设规划、技术规范和管理制度，组织开展建设的指导、监督和管理工作的。

5. 领导层对信息化建设重视度不够

经常听业界的同行提到医疗信息化是“一把手”工程，但是信息化在实际建设中医院领导参与度和重视程度不高又普遍存在，一方面信息化建设是一个技术性工作，另一方面院领导更多关注的是医院运营发展和医疗安全，导致信息化建设重视程度不高。

因此需要理顺医院内部的分管角色，发挥院领导资源的有效作用，及时汇报沟通，强调信息化建设的作用以及在项目建设过程中遇到的各种困难和问题，争取最大的支持和配合，让院领导听到、知道、给到、做到。

6. 基础数据字典完整性和准确性

对于新建项目或者整体升级项目，项目是否顺利部署、测试、培训、上线、交付等，很重要的内容是数据的基础字典的质量，包括员工信息、科室信息、药品字典信息、诊疗项目信息、套餐打包信息等，这些信息在前期准备阶段至关重要，需要保证每一条数据都准确无误，一步错步步错，将严重影响上线的质量，甚至导致上线的失败。

因此历史的基础数据无论是导出导入还是手工录入的，都需要加强数据质量的核对签字确认，落实责任人，做到数据准备、经过录入或导入、核对校验、核对确认、数据测试等全过程闭环管理。

7. 新系统的培训与操作熟练度

结合项目建设实施和管理经验，特别是一些大型的项目或者一个新的项目，信息系统的培训也是项目正常上线的至关重要因素，培训

直接影响了正式使用的系统操作熟练程度，往往一些新的系统的上线由于功能、界面、操作、流程等变化，操作人员都需要提前熟悉操作，提高新系统的操作速度。

因此培训可采取分批次、分角色、多渠道、多场景、多方式、操作考核等方式，提高操作人员对信息系统的熟悉层度，这种培训不仅仅是对系统功能、流程的培训，还需要培训遇到简单的故障如何自我修复办法，培训形式可以采用讲课和上机实际操作相结合的方式进行，培训完成后需可对每个人员进行考核，考核分为实际操作和书面考核，达到考核要求的可使用系统。

8. 信息系统使用习惯的转变

由于医院信息系统使用多年，医院大部分员工对目前的信息系统功能、流程、运作方式、使用习惯都已经非常熟悉了，一旦上线一套新的信息系统，对于他们来讲，改变了使用习惯和偏好，在个人情绪上会有一些波动，因此项目的建设重难点之一是要思考如何转变每个员工的操作习惯和偏好，能够让他们适应新的信息系统功能、界面、流程、布局、操作等等。

因此项目的在前期部署、测试以及培训阶段，需通过真实的环境让员工能够对系统功能、流程、界面进行模拟操作，逐渐接受和改变之前的偏好和习惯，同时加强引导和交流，充分体现新系统的优越性和便捷性。

9. 个性化需求与需求理解不到位

由于医疗信息化是软件服务性项目，而医院信息化建设涉及到多部门、多角色、多需求等导致每个人需求不一致，每个科室需求不一致，甚至同一个科室同一个功能不同的人需求都不一致，同时需求可能了解不清楚导致一个需求会改来改去，浪费时间和人力成本，所以信息化建设项目需求充满了不确定性和随意性。因此在项目建设过程中，需要结合医院的需求实际以及相关法律法规、医疗规范、医疗质量要求等，形成需求管理机制和流程，有力有据的接受和拒绝需求；同时对需求需要论证实现的可行性，并且准确把握用户的需求，避免来回修改，导致不必要的时间和成本浪费。

10. 个别人员对信息化建设认识不足

信息化建设具有自身的特殊性，建设周期长、短期效果不明显，无法在短时间内为医院带来明显的经济效益、社会效益，很多人认为发展信息化需要投入较大的人力、物力、财力，但却无法直接为医院日常业务收入带来提升，因此部分人员存在对信息化建设的认识不足，导致项目推动受阻。同时，一些人员认为信息化改变医院现有流程模式和管理方式，给他们带来工作负担，对信息化建设充满抵触情绪。

因此需要积极疏导相关人员思想，扭转观念，加强调研，积极沟通，组织协调，充分让他们认识到新形势下积极的进行信息化的必要性、紧迫性、现实性等；并在医院内部营造大力发展信息化的良好氛围，激发大家参与信息化发展的积极性。

11. 信息化建设安全性和基础建设不足

医院信息化建设涉及到的系统多、功能复杂、数据敏感、基础要求高等问题，但是在进行信息化建设的过程中，长期存在数据安全和基础设施被忽略，重视程度不够等问题，但一旦出现问题，对医院的信息化建设来讲，那都是灾难性的，所以信息化的基础安全建设也是项目建设的重难点。

因此需通过加强数据中心、安全网络、数据加密等基础建设，为信息化建设提供基础保障；同时做好医院相应的安全监管工作，加强全体工作人员进行安全意识教育；制定应急预案，最大程度保证患者以及医院自身的信息安全。

12. 缺乏信息化建设资金持续投入

信息化建设永远在路上，因此信息化建设对资金投入有着较高的需求，需要持续性的投入建设，但是，在当前的医疗环境下，医院在专业医疗设备购置、新院区建设、基础设施建设以及医院自身收入等方面都有着很大的资金需求，导致医院用于信息化建设方面的资金较为短缺，同时因为信息化建设的周期较长，所以需要持续性投入。

因此信息化项目需要医院注意合理的进行财务规划，制定预算计划，立足医院的实际情况和财务状况，进行合理的资金配置；同时，积极的向当地有关部门寻求帮助，以获得一定的资金支持；联合采购或者资源交换等方式获得支持。

13. 缺乏信息化专业技术人才

目前普遍医院在信息化专业人才方面存在匮乏，特别是一些县级医院或者偏远落后地区的医院，由于专业技术人员缺乏，在医院的信息化建设过程中，相关的专业性工作大多让厂商负责进行处理，但厂商毕竟是服务单位，他们不是永久性的无偿服务，并且厂商也可能存在不驻场的情况，一旦遇到紧急问题信息部门无法快速的解决医院信息化建设过程中的各种专业性问题。因此，日常工作中，医院的信息工作大多只停留在维持网络运行、硬件设备等层面。

因此需对信息化工作人员进行定期培训，鼓励大家积极的学习各种信息化建设相关的知识和技能，进而提高工作人员的综合素质；另外，建议医院通过社会招聘等方式，吸收一些专业的信息化人才来负责医院的各项信息化工作；注意在工作中培养专业人才，能自主开发或者二次开发，以更好的保证医院的信息建设自主性。

14. 实际计划进度和实际进度出现偏差

项目化建设项目往往存着任务重、建设内容多、建设要求高等情况，通常会制定详细的项目实施计划，根据项目的建设内容和建设目标，合理制定项目建设周期和阶段目标，但是项目在实施建设过程中，常常会因为前期调研不充分、突发问题、计划表制定不合理、迎合招投标要求、厂商配合不到位、基础设施不满足、需求不断变更等问题，导致项目实施实际进度和计划进度出现偏差。

因此项目计划需要在充分调研，结合实际的项目情况，充分论证和推算；通医院和相关厂商协商等基础上，编写详细的实施计划表；

合理管理需求，准确识别项目轻重缓急；并且建议冗余一定的时间，保证计划的灵活性；同时一旦出现偏差应该及时沟通协调修复计划时间，以保证整个项目推进。

[返回目录](#)

数字医联体：医疗信息化行业发展新契机

打造全方位全周期健康服务

来源：智慧健康研究中心

近期，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“富有韧性的整合型医疗卫生服务体系”的中期目标，并指出“发挥信息化的重要支撑作用，为医疗卫生服务体系的高效运行提供保障”。

《意见》为破除“信息孤岛”，推动区域医疗信息化的整合式发展提供了一系列政策保障：包括推进智慧医院建设、推动医疗联合体建设和医防融合、强化城乡基层医疗卫生服务网底，以及建设医疗领域的工业互联网平台等。其中，最引人关注的就是医疗联合体被确立为我国推进整合型医疗卫生服务体系建设的主要形态。

这标志着我国医疗信息化发展将由院内信息化和孤立的智慧医院建设迈入涵盖医疗、公卫，实现区域数据全联全通的数字医联体时代。在新时期中，医疗信息化行业将获得更广阔的发展空间，并将迈向多元整合的发展阶段。

医疗信息化完成初期发展，数字医联体蓬勃“新生”

从医院的信息化建设，升级到智慧医院建设，再到数字医联体建设，伴随我国医疗体制改革的深入，对医卫服务供给能力不断提出了新的要求。数字医联体的特点是，既是技术进化，也是模式的创新变革，是打造全方位全周期健康服务目标的必然要求。

我国医疗信息化建设始于上世纪 90 年代，从最初的计算机辅助医疗管理系统到后来的医疗信息化平台，持续推动医疗行业的信息化进程，并经历了从医院信息化到智慧医院建设的发展时期。前期主要为医院信息系统建设和引进，后期的智慧医院建设则更聚焦于医院业务流程的信息化整合和再造，不断提升医院的信息化水平和服务能力。

我国出台了一系列政策和规划鼓励智慧医院建设。从 2014 年国家发改委等八部委联合发布《关于促进智慧城市健康发展的指导意见》，首次提出推进“智慧医院”建设，到 2021 年国家卫健委签发《医疗机构设置规划指导原则(2021-2025 年)》，将“推进智慧医院建设和医院信息标准化建设”作为重点领域之一，我国医疗信息化行业发展迅猛，基本完成了从院内信息化到智慧医院建设的过渡期。此次《意见》仍指出要继续推进智慧医院建设，提升服务便捷性。

但“智慧医院”建设仍然是盘桓在院内。据艾瑞咨询预测，以实现公共卫生数据共享，医疗服务系统打通为核心的区域医疗信息化发展前景良好，预计 2025 年市场空间有望达到 1245 亿元。而目前作为信息化厂商主战场的医院信息化 2021 年市场规模是 195 亿，预计 2023

年达到 299 亿。

对于医疗信息化企业而言，这是新的市场，也是新的挑战。

一方面，更快地切入区域医疗信息化市场，已成为医疗信息化企业首要的着力方向；另一方面，以在域内破除“信息孤岛”、构建全联全通的医疗信息化平台为目标，区域医疗信息化服务于各级医院、公共卫生机构、医疗支付方、药械供给方以及患者等多个主体，需要对包括竞争对手在内的医疗信息系统进行整合。

同时，随着两办《意见》的发布，医疗联合体作为整合型医疗卫生服务体系的主要形态，成为未来十几年的主推模式和重大产业发展机遇。因此，医疗信息化行业发展势必将从单体的智慧医院建设，转换到区域型数字医联体建设的轨道上来。

整合型服务需要全联全通，数字医疗迎来“下沉”机遇

就《意见》的整体规划来看，也明确了医疗信息化行业需要走向医疗联合、多元整合的发展阶段。

《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，从大力发展社区医院、家庭医生签约服务、疾病预防控制网络、重点疾病管理、医养结合等多方面部署了医防融合、防治结合。可见，未来要在基层全面推进医防融合体系建设，打造“家门口”的整合型医卫服务。

显然，面对新的目标，传统的医疗信息化已然不能满足未来医卫体系发展，数字医疗成为天然的、不可或缺的同盟者。与医疗信息化

的渐进式发展不同，数字医疗行业可谓是“突破式”发展，市场规模也跃进式扩增。

在数字医疗行业的发展过程中，“互联网+医院”“互联网+医药”“互联网+医保”政策相继突破，并形成了以阿里健康、京东健康为代表的医药电商业态，以圆心、思派等为代表的新型 DTP 药房业态，以及以微医为代表的数字医院和数字医联体业态。

据网经社近期发布的《2022 年度中国数字健康市场数据报告》显示，2022 年数字健康市场规模 5622 亿元(该报告数字健康市场规模仅包含互联网医疗、医药电商两个领域)。其中，互联网医疗市场规模达 3102 亿元，同比增长 39.1%。

现在，随着两办《意见》明确“社会办医疗机构可牵头组建或参加医疗联合体”，数字医疗行业再度显现规模化发展的重大机遇，数字医院和数字医联体业态方兴未艾。

在数字医疗行业中，自身拥有数字医院，即“互联网医院+线下实体医院”的数字医疗企业，开始积极布局区域型数字医联体建设，并积极寻求与医疗信息化、药械企业展开深度合作，在区域内构建全联全通、优质高效的整合型医卫服务体系。

例如，天津市通过引入微医的属地化数字医院——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，建设统一的云管理、云服务、云药房、云检查“四朵云”平台，并牵头协同全市 266 家基层医疗卫生服务机构共同组建全市的紧密型数字医联体，即天津

市基层数字健共体。

公开数据显示，截至 2022 年 12 月底，依托“四朵云”平台，天津市基层数字健共体已与 204 家基层医疗机构和 7 家二级医院开展慢病管理中心建设合作，建档管理慢病患者 168 万余人。同时，天津市仍在逐步将社区卫生服务站和村卫生室等纳入健共体“云平台”，持续强化城乡基层医疗卫生服务网底建设。

可以看到，在数字医联体的建设过程中，不仅是院间信息系统的整合，也是院内信息系统与院外数字医疗服务的整合。因此，社办数字医院牵头组建数字医联体，既是数字医疗行业的重大发展机遇，也成为医疗信息化、药械企业进行医疗联合、多元整合的发展契机。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

国家医保局：5 年来医保、医疗、医药协同发展治理 多赢局面正初步形成

来源：央视新闻

5 月 18 日上午，国务院新闻办公室举行“权威部门话开局”系列主题新闻发布会，介绍“贯彻落实党的二十大重大决策部署着力推动医保高质量发展”有关情况，并答记者问。

国家医疗保障局局长胡静林介绍，2018 年，以习近平同志为核心的党中央战略决策组建国家医保局。自组建以来，全国医保系统紧

紧围绕习近平总书记赋予的“解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”的重大政治使命，始终坚持以人民为中心，攻坚克难推进体制机制变革，推动我国医保事业实现了历史性跨越，在缓解群众看病难看病贵、支持医药卫生事业发展、维护社会和谐稳定、推动实现共同富裕等方面发挥了重要作用。

5 年来，我们坚持稳字当头，健全世界最大的基本医疗保障网。

2018-2022 年，全国人口参保率稳定在 95%左右，职工医保和城乡居民医保政策范围内住院费用报销比例分别达到 80%和 70%左右。农村低收入人口和脱贫人口参保率稳定在 99%以上，医保助力近 1000 万户贫困居民成功脱贫。基本医疗保险基金(含生育保险)年度总收入由 2.14 万亿元增长至 3.09 万亿元，年度总支出由 1.78 万亿元增长至 2.46 万亿元，基金运行平稳，有所结余。财政每年对居民参保缴费人均补助标准从 490 元增长至 610 元。仅 2022 年，财政补助总额就达 6000 亿元。

5 年来，我们坚持惠民为本，着力减轻群众看病就医负担。

加快医保谈判节奏，推动卡瑞利珠单抗、诺西那生纳等一大批独家品种的抗癌药、罕见病用药以适宜价格纳入医保，加上报销后累计为患者减负超 5000 亿元，帮助数千万身患重症的患者和他们的家庭重燃生活希望。推动集中带量采购，国家组织集采 333 种药品平均降价超 50%，集采心脏支架、人工关节等 8 种高值医用耗材平均降价超 80%；连同地方联盟采购，累计减负约 5000 亿元。改革居民慢性病保

障方式，将高血压、糖尿病门诊用药纳入居民医保保障范围，惠及1.4亿慢病居民。持续打通异地就医瓶颈堵点，跨省异地就医直接结算规模由2018年的131.8万人次增长到2022年的3812.35万人次，增长28倍。针对新冠疫情果断实施“两个确保”政策，并保障新冠疫苗及接种费用，为疫情防控取得重大决定性胜利贡献医保力量。不断扩大长期护理保险试点范围，目前已覆盖49个城市1.69亿人口，惠及195万名失能群众，使他们的生活更有质量、生命更有尊严。

5年来，我们坚持创新驱动，推动医药行业高质量发展。

鼓励行业研发创新，建立了以新药为主体的医保准入和谈判续约机制，上市新药纳入医保目录的等待时间从过去的平均近5年缩短至不到2年，有的新药上市仅半年就被纳入医保目录。医保对新药的支出从2019年的59.49亿元增长到2022年的481.89亿元，增长了7.1倍。扩大谈判药品销售渠道，通过“双通道”管理机制，一些原来主要在大型医院供应的医保谈判药品，目前可以在全国15.5万家医保定点药店销售并纳入医保报销。净化医药行业生态，制度化常态化开展集中带量采购，持续挤压药品耗材虚高价格水分，“釜底抽薪”压缩“带金销售”空间。医药企业创新动力日趋强劲，A股市值前10名药企中，2022年的总研发投入是2018年的2.48倍。

5年来，我们坚持系统集成，助力“三医”协同发展和治理。

支持完善医务人员薪酬补偿机制，明确公立医疗机构在集中带量采购、医保支付方式改革中形成的结余资金，可以统筹用于人员薪酬

支出。改革基金拨付机制，大部分统筹地区建立了医保金周转制度，每年初向医疗机构预付医保资金，减轻了医院垫资压力。全面建立医疗服务价格动态调整机制，在大幅降低药品耗材价格的同时，适当调整手术、中医等体现技术劳务价值和能力的医院服务项目价格，支持公立医院高质量发展。积极支持基层医疗机构发展，通过提高基层就医报销比例和降低基层就医起付线等举措，引导患者在基层购药并享受健康管理服务。锻造既有力度又有温度的医保基金监管利剑，对违法违规的医药机构，处理 154.3 万家次，追回医保基金 771.3 亿元，曝光典型案例 24.5 万件；对主动自查自纠的医药机构，依法从宽处理，大力推动诊疗行为规范。

总的来看，5 年来，通过医保、医疗、医药协同发展和治理，“群众享实惠、基金保安全、医院获发展、企业得成长”的多赢局面正在初步形成。

[返回目录](#)

医保基金监管出新招 国家医疗保障局“两库”来了

来源：国家医疗保障局

为加强医疗保障基金智能审核，提升监管效能，促进基金安全高效、合理使用，5 月 15 日国家医疗保障局公布《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0 版)》。

加强医保基金智能审核

提升监管效能

医保基金监管除了事后追责，惩戒处罚，还积极推行智能审核和监控。医保部门通过事前提醒、事中预警、事后审核智能监管系统，让基金监管关口前移，自动拦截“明确违规”的行为，提示违反合理使用类规则的“可疑”行为，这就需要知识库和规则库作为判断的依据。

1.0版的“两库”中，知识库包括法律法规和政策规范、医保信息业务编码、医药学知识、管理规范等内容。规则库分为政策类(30条)、管理类(28条)、医疗类(21条)，共包括79条规则。

按照《“两库”管理办法》要求，国家医疗保障局向社会公开发布“两库”框架内容，医疗保障经办机构使用“两库”开展医保费用结算的支付审核、协议考核、稽查稽核等业务管理活动；医疗保障行政部门和从事医保行政执法的机构使用“两库”协助开展医保行政监管和行政执法相关活动；鼓励定点医药机构应用“两库”加强内部管理，规范医药服务行为。

赋予各地医保部门充分自主权限

在国家医保信息化平台上线以前，各地自建的智能监控规则数量从几十条到几百条不等，知识数量从几万条到几百万条不等，繁简不一。此次国家医保局公布“两库”，解决了相关规则权威性和实用性不足的问题，有利于智能审核和监控进一步发挥作用。

“两库”是智能审核和监控的工作核心，其质量直接关系到智能监管子系统应用成效。各地医保部门在国家规则框架之下，充分征求

医药机构意见，结合地方医保政策实际、基金监管目标设定规则的参数、指标、阈值、应用场景等。在实际应用中，进一步检验规则科学性、合理性、有效性，及时评估、调整。鼓励定点医药机构、行业协会等根据国家政策、规范标准，积极提出符合标准要求，具有普适意义的知识信息或对应规则，各级医疗保障行政部门可按规定程序纳入“两库”范围。

尊重临床

不影响正常就医看病

根据此次公布的文件，“两库”建设中要注重把握好遵循医学规律与适当合理干预的关系，对于违法违规的诊疗行为，要加强监管和干预；对于涉及医疗合理类的规则，各地医保部门在论证和应用时要充分听取医药机构的意见建议。

文件规定，违反政策限定类规则运行结果是“明确违规”，实现对违法违规行为的自动拦截；违反合理使用类规则，运行结果多是“可疑”，需要充分听取医药机构申诉意见后确定是否支付。

医保部门通过智能化监管手段加强医保基金监管，根本目的是保护人民群众“看病钱”“救命钱”。参保人看病就医需经过身份识别，严格执行实名就医购药制度，确保人证相符，但身份识别过程对参保人来说是“无感”的，也不会对正常看病就医行为产生影响。

[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