



团体标准

T/HENANPA015-2024

药学部门参与 DIP 管理专家共识

Expert consensus on the Pharmacy department participates
in the management of Diagnosis-Intervention Packet

2024-08-17 发布

2024-08-20 实施

河南省药学会 发布

目 次

前 言	1
引 言	2
药学部门参与 DIP 管理专家共识	3
1. 范围	3
2. 规范性引用文件	3
3. 术语和定义	4
3.1 按病种分值付费 Diagnosis-Intervention Packet	4
3.2 费用超高病例	4
3.3 费用极端异常病例	4
4. 医疗机构落实 DIP 支付方式改革组织架构	4
5. 医疗机构药学部门参与 DIP 管理工作细则	4
5.1 优化药品供应目录	4
5.2 细化临床路径中药品使用管理	5
5.3 控制药物治疗成本	5
5.4 提升药学服务能力	6
5.5 DIP 医保处方专项点评	6
5.6 信息辅助：构建 DIP 药品管理信息化支撑体系	7
6. 小结	8
附录 A：DIP 医保支付方式下药品合理应用评价细则（参考性）	9
附录 B：DIP 医保支付方式处方点评反馈表（参考性）	10
参考文献	11

前 言

本共识按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》给出的规则体例格式起草。

本共识提出单位：河南省药学会、焦作煤业（集团）有限责任公司中央医院。

本共识归口单位：河南省药学会。

本共识起草单位：焦作煤业（集团）有限责任公司中央医院、焦作市人民医院、焦作市妇幼保健院、河南理工大学第一附属医院、焦作市中医院、焦作市博爱县人民医院、沁阳市人民医院、郑州大学第一附属医院、河南省人民医院、郑州大学附属郑州中心医院、郑州人民医院、郑州市妇幼保健院、河南省肿瘤医院、河南省胸科医院、河南省儿童医院、南阳市中心医院、新乡医学院第一附属医院、河南科技大学第一附属医院、郑州市第九人民医院、新乡市第一人民医院、信阳市中心医院、河南科技大学附属许昌市中心医院、平煤神马医疗集团总医院、三门峡市中心医院、濮阳市油田总医院、南阳医学高等专科学校第一附属医院、汝州市人民医院、河南宏力医院、鹤壁市人民医院、邓州市人民医院、巩义市人民医院。

本共识牵头起草人：李君喜

主要起草人：董洪亮、张小文、王秀丽、孟杨、赵净净、刘燕青、程树生、冯亚敏、李娥、王虹蕾、尹钊、卢立军、田锋奇、刘小红、刘如品、许利敏、李方、李敏、杨庆宇、杨勇、吴增光、何勔、宋帅兵、张胜男、张亮、张献敏、张潇菡、郑芝欣、赵成龙、赵亮、娄朝晖、贺霞、高飞、郭蕊、康建、程晓、蔡薇薇。

引 言

2020年2月25日，为解决医疗保障发展不平衡不充分的问题，中共中央、国务院联合印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》。同年10月，国家医疗保障局启动按病种分值付费（Diagnosis-Intervention Packet，简称DIP）试点工作，河南省焦作市和商丘市被列入全国71个试点城市中。2021年2月，河南省全面推进DIP付费改革工作，增加了郑州、洛阳等10地市为DIP付费改革省级试点。

2021年11月26日国家医疗保障局印发《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》，在三年试点取得初步成效的基础上，加快推进DIP支付方式改革全覆盖。截至2022年4月，试点城市中焦作地区11个县（市）区242家一级以上医保定点医疗机构DIP覆盖率达到100%，截止2023年11月病案数据中DIP结算病种入组比例达95%，试点工作已进入“实际付费”阶段，初步实现了“医疗、医保、医药”共赢的局面。

DIP支付方式改革是医疗保障制度提质增效的重要举措，在引导医疗卫生资源合理配置、体现医务人员劳务价值、保障参保人员基本医疗需求、推进医保基金平稳高效运行等方面发挥着重要作用。药学部门作为医疗机构药事管理工作的主要参与实施部门，在药品零加成和药品集中带量采购的背景下，更应主动承担责任，在保障药品供应和合理用药方面发挥专业优势，提升医疗机构整体合理用药水平，为患者提供优质药学服务，合理控制药品收入占比，保障医保资源的有效利用。

为充分发挥医保支付方式改革中药学专业技术人员的作用，促进药品资源的优化配置和合理使用，河南省药学会组织全省DIP试点城市二级及以上医疗机构药学专家编写“药学部门参与DIP管理专家共识”，旨在通过参与DIP医保支付方式改革，提高我省医疗机构药事管理综合水平，全面提升合理用药水平，保障人民群众用药安全，促进医疗机构高质量发展。

药学部门参与 DIP 管理专家共识

1. 范围

本共识适用于河南省实施 DIP 付费方式的各级医疗机构。

本共识适用于医疗机构药学部门开展 DIP 付费模式下的药事管理工作。

2. 规范性引用文件

下列文件对于本共识的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本共识。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改版）适用于本文件。

- 《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》
- 《药品管理法》
- 《处方管理办法》
- 《医疗机构药事管理规定》
- 《医院处方点评管理规范（试行）》
- 《抗菌药物临床应用管理办法》
- 《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》
- 《抗菌药物临床应用指导原则》
- 《河南省卫生健康委关于印发河南省抗菌药物临床应用分级管理目录（2021 版）的通知》
- 《河南省遏制细菌耐药专项行动工作方案（2021-2023 年）》
- 《遏制微生物耐药国家行动计划（2022-2025 年）》
- 《关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》
- 《关于加强医疗机构麻醉药品和第一类精神药品管理的通知》
- 《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》
- 《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023 年）》
- 《国家基本药物目录（2018 年版）》
- 《国家基本药物目录管理办法》
- 《第一批国家重点监控合理用药药品目录》
- 《第二批国家重点监控合理用药药品目录》

3. 术语和定义

下列术语和定义适用于本共识

3.1 按病种分值付费 Diagnosis-Intervention Packet

是利用大数据优势所建立的完整管理体系，发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征对病案数据进行客观分类，在一定区域范围的全样本病例数据中形成每一个疾病与治疗方式组合的标化定位，客观反映疾病严重程度、治疗复杂状态、资源消耗水平与临床行为规范，可应用于医保支付、基金监管、医院管理等领域。

在总额预算机制下，根据年度医保支付总额、医保支付比例及各医疗机构病例的总分值计算分值点值。医保部门基于病种分值和分值点值形成支付标准，对医疗机构每一病例实现标准化支付，不再以医疗服务项目费用支付。

3.2 费用超高病例

指费用超过病种组合支付标准 2 倍以上的病例。

3.3 费用极端异常病例

指经过个体特异变化校正后，费用超过病种组合支付标准 5 倍以上的病例。

4. 医疗机构落实 DIP 支付方式改革组织架构

为保障 DIP 管理工作的常态化开展，建议医疗机构结合实际情况成立 DIP 支付方式改革专项工作组，并协调药学部门和医保、医务、病案、医技、医学装备、物价、信息、宣传等多部门共同参与，协同推进 DIP 支付方式改革相关工作。

5. 医疗机构药学部门参与 DIP 管理工作细则

本共识建议将药学部门参与 DIP 管理的工作内容细分为优化药品供应目录、细化临床路径中药品使用管理、控制药物治疗成本、提升药学服务能力、DIP 医保处方专项点评和构建 DIP 药品管理信息化支撑体系等六个方面。这些内容涵盖了 DIP 管理工作中药学部门参与的全过程，将药事管理工作与 DIP 管理工作有机结合，并通过总结反馈、改进提升，实现此项工作的常态化和可持续性。

5.1 优化药品供应目录

各医疗机构依据自身实际情况，结合临床需求，完善药品遴选方案、动态调整药品目录，兼顾供应保障和成本控制。

5.1.1 优先遴选并采购国家基本药物、集中带量采购药品、国家医保药品、急（抢）救用药品目录中的药品；严格药品供应目录中自费药品、国家重点监控药品、辅助用药及完全可替代品种的纳入标准。

5.1.2 药品品种的遴选应结合药品临床应用指导原则、临床诊疗指南、药品说明书、临床路径、药物经济学、医疗机构医保处方点评小组反馈意见等因素；

5.1.3 综合考量各医疗机构的诊疗范围、病种分布、患者群体特征、专业发展方向及前一个统计周期内药品实际使用情况、医保拒付品种情况等；

5.1.4 城市医疗集团、县域医疗共同体可依托药品联动管理机制，建立科学合理的品种结构，定期分析辖区内医疗机构药品配备使用情况，并依据诊疗需求及医保支付情况动态调整；

5.1.5 根据本机构实际情况完善短缺药品分类分级评估及替代、遴选、使用的工作。

5.1.6 积极开展药品临床综合评价工作，为医疗机构遴选药品提供科学依据。

5.2 细化临床路径中药品使用管理

临床药师全程参与临床路径中药品使用管理，并进行跟踪评价和持续改进。

5.2.1 临床路径中用药方案应优先选择国家基本药物、集中带量采购药品、国家医保药品，以及具有相同/相似药理作用的药品中安全性高、疗效好、经济适宜的品种；

5.2.2 规范并固化临床路径中预防性用药的方案，如围手术期预防性使用抗菌药物、预防应激性溃疡用药等；

5.2.3 遵循药品临床应用指导原则、临床诊疗指南和药品说明书等内容，细化临床路径中的治疗用药的品种选择、给药剂量、给药途径、给药疗程等；

5.2.4 规范临床路径中重点监控药品、辅助用药、超说明书用药的使用；

5.2.5 依据病种结构、DIP 付费、药品价格变化、疾病诊疗规范、药品临床综合评价等情况，并结合临床路径实施效果，动态调整临床路径中药品使用相关内容。

5.3 控制药物治疗成本

基于药品零加成和 DIP 支付方式改革，规范用药行为，控制药品费用，是医疗机构控费增效的核心管理措施之一。

5.3.1 协助临床科室梳理适用各自专业的医保药品清单，细化药品品种分类，优化临床科室用药品种结构；

5.3.2 建立并完善超说明书用药备案审批制度，加强超说明书用药管理，规范超说明书用药行为，降低超说明书用药的费用超支及拒付风险；

5.3.3 依托医院信息化平台监测国家重点监控药品、医保支付受限药品、辅助用药的使用情况，并结合药品使用“双十”排名，对存在不合理用药现象较多的品种采取限量采购或暂停采购等措施；

5.3.4 定期分析费用超高病例、费用极端异常病例的用药方案，精细化管理药品支出异常的病例，发现问题持续改进，促进临床合理用药，保障医保基金的高效使用；

5.3.5 提供个体化用药服务，提高治疗效果，缩短患者住院天数，控制患者费用成本。

5.4 提升药学服务能力

5.4.1 利用处方前置审核系统，监控并拦截诊疗活动中不合理用药及医保违规用药行为；

5.4.2 开展药学查房、会诊，参与多学科诊疗等，在合理用药的原则下结合医保支付要求，为临床药物治疗方案提供合理化建议；

5.4.3 拓宽药学服务范围，提供用药咨询、合理用药培训、药学监护、药品不良反应监测和处理、用药科普宣教等服务；有条件的医疗机构应积极开展药物治疗门诊、静脉用药集中调配、治疗药物监测、药物相关基因检测等药学服务项目；

5.4.4 构建合理的药学人才梯队，增加药师晋升培训机会，提升药学科研能力，加强药学学科建设；

5.4.5 建立以自身发展目标为导向、以医务人员劳务价值为主导的绩效分配制度，将DIP主要指标纳入绩效考核，合理使用结余留用资金，完善分配和激励机制，充分调动药学人员的积极性。

5.5 DIP 医保处方专项点评

5.5.1 医疗机构设立医保处方点评专家组和医保处方点评小组

5.5.1.1 医保处方点评专家组应由分管院领导、医保部门、药学部门、临床科室主任或者学科带头人组成，主要负责对处方点评小组初评过程中存在疑问的处方或难以解

决的问题进行判定；

5.5.1.2 医保处方点评小组成员由经过处方审核及DIP相关知识培训的药师组成，负责对信息部门抓取的费用超高病例及费用极端异常病例从药学和医保支付标准两个维度进行合理性评价初评，见附录A；

5.5.1.3 定期召开医保处方点评专家组会议，对初评中存疑病历进行讨论并判定。

5.5.2 医保处方点评小组应对专项点评结果进行汇总统计，并填写“DIP医保支付方式处方点评反馈表”，见附录B，点评结果院内公示，并采取相应奖惩措施。

5.5.3 医保处方点评小组应定期总结专项点评工作情况，统计不合理使用情况突出的药品品种，上报至DIP支付方式改革专项工作组，采取停限等干预措施，必要时通过药事管理与药物治疗学委员会调整药品供应目录，保障院内医保基金合理使用，降低因不合理使用造成负面影响的风险。

5.5.4 加强与临床科室间的交流，深入临床进行合理用药及医保政策宣讲，针对点评中存在较多问题的科室进行专项反馈交流。

5.5.5 医保处方点评小组应积极协助医保部门对专项点评中发现的医保支付标准存疑及实际支付中拒付等情况向上级部门积极申诉、反馈。

5.6 信息辅助：构建DIP药品管理信息化支撑体系

5.6.1 建立基于合理用药信息支持软件、药师审方干预软件、合理用药监测软件、医保业务管理软件等完善的信息化支撑体系，实现医保医嘱在线审核和干预，减少不规范用药行为；

5.6.2 医疗机构定期对信息系统进行维护，对国家医保药品、集中带量采购药品、国家谈判药品等进行清晰标注，利用信息化手段给予提示；对药品的费用属性及医保支付标准等信息设置弹窗提示，为医师开具处方/医嘱时提供参考。

5.6.3 鼓励有条件的医疗机构建立匹配DIP支付方式的药物临床路径管理系统，利用HIS系统进行过程监管。

5.6.4 准确采集相关数据，做到数据可视化，促进医保药品使用管理更加科学化、精准化。

6. 小结

医疗机构在落实 DIP 管理工作的过程中，可根据本专家共识的建议，创新药事管理工作模式，构建适应新医保政策的药品管理体系，并定期评估实施效果，对于发现的问题持续改进，不断提高药事综合管理水平。

随着 DIP 医保支付方式改革持续推进，提质增效将成为医疗机构可持续发展的重要着力点。在新医保政策的实施过程中，医疗机构的药学部门应主动参与医保支付方式改革，立足专业优势，充分发挥医保基金的调控效能，规范临床用药，提高医疗机构合理用药水平，推动公立医院高质量发展。

附录 A: DIP 医保支付方式下药品合理应用评价细则（参考性）

质量标准	具体列项
不 适 宜 处 方	1. 适应证不适宜
	2. 遴选的药品不适宜
	3. 药品剂型或给药途径不适宜
	4. 无正当理由不首选基本药物、集采中选药品或医保药品
	5. 用法、用量不适宜
	6. 联合用药不适宜
	7. 重复给药
	8. 有配伍禁忌或者不良相互作用
	9. 不符合医保报销范畴用
	10. 其它用药不适宜情况
超 常 处 方	1. 无适应证用药
	2. 无正当理由开具高价药品
	3. 无正当理由超说明书用药或未备案的超说明书用药
	4. 无正当理由为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同药品。

附录 B:

DIP 医保支付方式处方点评反馈表 (参考性)

点评人:

点评日期:

处方编号/病案号:		科室:		就诊状态:
患者基本情况	姓名:		年龄:	
	诊断:			
点评情况	药品名称	用法用量	用药起止时间	不合理用药原因
			
问题归属	1. 用药无指征 <input type="checkbox"/> 2. 选药不恰当 <input type="checkbox"/> 3. 联合用药不适宜 <input type="checkbox"/> 4. 用法用量不适宜 <input type="checkbox"/> 5. 给药疗程不适宜 <input type="checkbox"/> 6. 重复用药 <input type="checkbox"/> 7. 出现不良反应未及时处理 <input type="checkbox"/> 8. 不符合医保报销范畴 <input type="checkbox"/> 9. 未完善与合理用药相关的检查 <input type="checkbox"/> 10. 超药品说明书用药或未备案的超说明书用药 <input type="checkbox"/> 11. 其它用药不适宜情况 <input type="checkbox"/> 说明: _____			
超医保限制 用药金额				

参考文献

- [1] 国家卫生健康委办公厅. 关于印发医疗机构短缺药品分类分级与替代使用技术指南的通知[EB/OL]. (2019-07-25) [2023-01-21]. <http://www.nhc.gov.cn/yaozs/s7653/201907/495842935554402baf6470a7c6244343.shtml>.
- [2] 国家医疗保障局. 关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知[EB/OL]. (2020-10-19) [2022-10-13]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/10/19/art_53_3753.html.
- [3] 国家医疗保障局. 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[EB/OL]. (2020-11-04) [2022-10-13]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/4/art_53_3813.html.
- [4] 马雷. 国家谈判靶向药医保支付精细化管理调查分析及研究[J]. 中国医院, 2020, 24(06):1-3.
- [5] 国家医疗保障局办公室. 关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知[EB/OL]. (2021-07-15) [2023-04-25]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/7/15/art_53_5560.html.
- [6] 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[EB/OL]. (2021-11-26) [2022-10-13]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/11/26/art_104_7413.html.
- [7] 李静, 王旋, 蔡永桥, 等. 新医改形式下的我院药事管理工作实践与DIP政策下的思索[J]. 中南药学, 2023, 21(01):275-278.