

北京市医药分开综合改革 热点问答



北京市卫生计生委
2017年4月

尊敬的患者：

2017年4月8日起，北京市3600余家各级各类医疗机构，将同步实施医药分开综合改革。

改革的主要内容包括：启动临床用药阳光采购，取消15%的药品加成，降低药价；取消挂号费、诊疗费，降低CT、核磁等大型医用设备检查价格，增设医事服务费，上调手术费、护理费、中医治疗费等体现医务人员技术劳动价值的诊疗服务费用。

医、药费用有升有降，为确保患者看病负担整体不加重，北京市还同步提高医保报销和医疗救助的支持力度，确保患者就医的总体负担不增加。

同时，本次综合改革致力于改善医疗服务质量，降低医疗总费用中的药占比，让公众看病花费的结构更趋合理，就医路径更加便捷，就诊体验更舒适。

为此，我们收集了13条与您寻医问药息息相关的改革热点问答，供您参考。

如果您对改革还有什么疑问或建议，
可拨打北京市公共卫生服务热线（010）12320，咨询或留言。

谢谢您对改革的理解和配合，我们将尽最大努力，
提升医疗服务水平，为您改善就诊体验。

1. 什么是医事服务费？为什么要增收医事服务费？

答：在北京市医药分开综合改革中，医事服务费是用于补偿医疗机构在取消药品加成及挂号费诊疗费后运行成本的收费项目，着重体现和补偿医务人员在对患者疾病诊疗和健康管理服务过程中，付出的技术性劳务价值。

开设医事服务费后，原挂号费和诊疗费取消。

2. 医事服务费太高了，直接加重了就诊负担？

答：为不增加公众就诊负担，北京市医保基金将医事服务费整体纳入城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险和工伤保险报销范围内。

北京市医事服务费收费和报销标准

项目名称	三级医院			二级医院			一级医院 (基层医疗卫生服务机构)		
	医事 服务费	报销 金额	自付 金额	医事 服务费	报销 金额	自付 金额	医事 服务费	报销 金额	自付 金额
普通门诊	50	40	10	30	28	2	20	19	1
副主任医师	60		20	50	30	20	40	20	20
主任医师	80		40	70		40	60		40
知名专家	100		60	90		60	80		60
急 诊	70	60	10	50	48	2	40	39	1
住 院	100	按比例报销		60	按比例报销		50	按比例报销	

单位/元

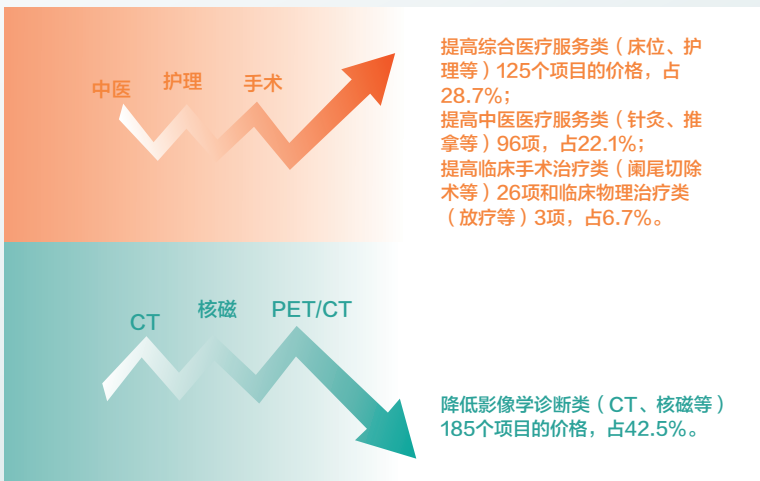
3. 挂号时就要交医事服务费，是不是挂号费的变相涨价？

答：医药分开改革的目标，是切断医院、医生靠“开药”赚钱的补偿模式，引导医疗机构、医务人员，通过提供更多更好的诊疗服务，获得合理的补偿。

医事服务费的设立，加上同步实施的医疗服务价格规范调整，旨在取消药品加成后，为公立医院建立医疗服务价格形成机制及科学合理的诊疗服务补偿机制。

4.除了医事服务费，这次改革后，去医院看病，哪些诊疗项目降价了？哪些会涨价？

答：这次医药分开综合改革，价格主管部门优先安排了矛盾比较突出、各方面改革呼声较高、有改革共识的5类435个医疗服务项目进行收费的规范与调整。



5.看上去涨价的项目比降价的项目多，如何确保患者就诊费用负担不增加？

答：为保持全市医疗费用总量基本平衡,这次医药分开综合改革对价格调整的设计，其实是“一升两降”：

1）上调床位、护理、一般治疗、手术、中医等体现医务人员技术劳务价值项目价格。如普通床位费从现行28元调整为50元，二级护理从7元调整为26元，阑尾切除术从234元调整为560元，针灸从4元调整为26元等；

2）降低了CT、核磁等大型设备检查项目价格。如头部CT从180元降低到135元，核磁从850元降低到400-600元，PET/CT从10000元降低到7000元。

3）通过配套取消药品加成和药品阳光采购降低了药品价格，平均降幅在20%左右。

根据测算，调整后患者费用总体负担水平没有增加。

6. 药价如何降低？哪些常用药能感受到降价？

答：为进一步降低药品虚高价格，北京市3600余家各级各类医疗机构，在此次综合改革中，正式启动临床用药阳光采购。

药品阳光采购的本质，就是针对市场供应充足的常用药品，动态联动全国省级采购最低价格和全市公立医疗机构采购价格。力争实现北京地区公立医疗机构的在用药品价格，最终平稳处于全国同品同规药品售价的较低水平。

如降血脂药“阿托伐他汀钙片”，本市患者常用的是两个品牌：进口产品“立普妥”和国产产品“阿乐”。

2015年，上述两种药品，在北京市二三级公立医院的采购金额高达8.24亿元。阳光采购后，两种药品的采购价格分别下降了9.76%和11.47%，仅采购价就节约8300万元。

医药分开改革后，全市二、三级公立医院全部取消15%药品加成，和社区卫生服务中心一样，药品实施“零差价”销售，售价就是采购价。患者若使用上述两种药品，实际降价幅度，将超过20%。

北京临床常用药品阳光采购谈判费用降幅一览

通用名	商品名 (单位: 盒)	 	原采购价(元) 新价格(元)	降幅
阿托伐他汀钙片 (薄膜衣)	立普妥	 	61.5 55.5	9.76%
阿托伐他汀钙片 (薄膜衣)	阿乐	 	26.25 23.24	11.47%
硫酸氢氯吡格雷 片(薄膜衣)	波立维	 	115.37 108.29	6.14%
硫酸氢氯吡格雷 片(薄膜衣)	泰嘉	 	72 65.12	9.56%
硝苯地平控释片	拜新同	 	29.9 27	9.70%
苯磺酸氨氯地 平片	络活喜	 	32.64 29.88	8.46%
缬沙坦胶囊	代文	 	37.97 34.27	9.74%
盐酸二甲双胍片 (薄膜衣)	格华止	 	25.39 23.13	8.90%
瑞舒伐他汀钙片 (薄膜衣)	可定	 	54 49.25	8.80%



7.改革后，是否持医生药方，可以在社区医院就能取到所有药品？

答：北京市药品阳光采购工作的重点之一，就是扩充基层医疗机构药品目录品种。通过“一个平台，上下联动”，实现基层医疗机构与二三级医院采购目录的上一致，为分级诊疗制度奠定基础，方便患者就医取药。

基层机构与二三级大医院药品上下联动后，基层反映集中几个药品，如用于降低血糖的“格华止”（二甲双胍片）因原政策限制不能进入基层医疗机构销售，本次阳光采购后患者均可在家门口的基层机构就医取药，与此同时还享有药品降价带来的实惠，如“格华止”的降价幅度达到了8.9%。

此次医药分开改革，社区与大医院在可采购品种上实现了统一，社区能够采购到大医院的所有药品；社区就医的医事服务费更低，报销比例则更高，普通门诊自费仅需1元钱；加之，北京市人力社保局也出台了社区与大医院用药医保报销目录统一的利好政策，对于常见病、慢性病患者来说，社区就医取药，确实越来越方便。

但是，这并不等同于所有药品均能在社区使用。药品的使用在满足患者需求的基础上，还须坚持医疗质量与用药安全原则，坚持基本药物优先原则，首先对四类慢性疾病（高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病等四类慢性疾病）稳定用药给予社区“长处方”支持。

8. 我是慢病患者，如何开到两个月药量的长处方？

答：获得慢病用药“长处方”，您需要满足以下条件：

1) 患有高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病四类慢性病之一，且诊断明确，并能够提供二级以上医院诊断证明书或门诊/住院病历；

2) 已在社区卫生服务机构建立居民电子健康档案，并签订过社区家庭医生团队服务协议，可找您的签约家庭医生，签订“申请长处方知情同意书”，并能遵照执行；

3) 治疗方案明确，长期服用同一类药物，适合在社区卫生服务机构诊疗或可以2个月内居家用药治疗。



9. 此次改革涉及多项价格调整，医保上具体有哪些倾斜，确保患者就医负担不增加？

答：在改革过程中，作为医保基金管理部门，市人力社保局充分发挥医保支付的调节作用，保障参保人员基本医疗待遇，为改革顺利推进提供支撑。主要体现在以下两个方面：

一是为了保障参保人员就医时享受同等医疗待遇，这次改革中，全市所有医保定点医疗机构（含新农合定点）都将参加，执行同一个政策。

二是在医保报销政策上，具体作出以下调整和倾斜。

1) 医事服务费纳入本市城镇职工、城乡居民基本医疗保险报销范围，并调整报销政策。其中，门诊医事服务费实行定额报销，参保人员发生的医事服务费按规定报销，并且不受起付线和封顶线的限制。三级医院普通门诊定额报销40元，二级普通门诊定额报销28元、一级及以下医疗机构普通门诊定额报销19元。住院医事服务费按比例进行报销。

2) 对此次调整的435项医疗服务价格项目，除国家明确规定不报销的项目外，都纳入了医保报销范围。其中，新增的55项专项护理和新生儿诊疗项目全部纳入报销范围，特别是此次调整后的96项中医类项目，也全部纳入报销范围。

3) 对阳光采购的药品，在医保药品目录范围内的，医保都按规定报销。



10. 医药分开综合改革后，老百姓怎么进行医保报销？在医保报销流程上会不会有变化？

答：这次改革中，参保人员就医报销流程保持不变。也就是说，本市参保人员在定点医疗机构就医时，仍执行持卡就医实时结算相关规定，就医报销流程不会发生变化。

另外，在医保惠民措施上，为了配合医药分开改革，特别是进一步方便常见病、慢性病和老年病患者在社区就近就医用药，免去为开药到大医院往返奔波排队的麻烦，我们还出台了一系列配套措施：

1) 不断增加社区定点医疗机构数量，目前社区定点医疗机构有1400多家，方便百姓就近就医；

2) 统一社区和大医院医保药品报销范围，凡在大医院能报销的药品，在社区也都能报销；

3) 高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病等4种慢性病患者，可享受2个月长处方报销便利；

4) 鼓励社区卫生服务中心（站）开展居家上门医疗服务和建立家庭病床，发生的医疗费用医保均按规定予以报销；

5) 无论门诊和住院，因病情需要，参保人员可以顺畅的进行转诊、转院；

6) 对社区和大医院实行“差异化”的医事服务费报销政策，使患者在社区就医的负担明显低于大医院，促进分级诊疗。

11. 这次调整的435项医疗服务项目，医保怎么报销？

答：此次调整的435项医疗服务项目，除了个别的国家明确规定不予报销的项目，其他的都纳入了医保报销范围。特别是此次调整中，新增的55项专项护理、新生儿诊疗等项目，也都纳入了医保报销范围。

12. 外地来京患者，医事服务费可以报销吗？

答：目前，按照国家规定，医保实行地区统筹，不同统筹地区执行各自报销政策。本次医药分开改革只在本市行政区域内推广，医事服务费纳入了本市医保报销范围，本市参保人员发生的医事服务费均可按规定报销。非京籍患者来京就医发生的医事服务费能否报销，需要按其参保地政策执行。



13. 医药分开改革后，患者还能享受到哪些增值服务？

答：提供和改进预约服务，压缩取号与预约就诊间隔时间。2017年底前，二、三级医院门诊预约时间精确到1小时之内。

加强院内层级就诊，推广知名专家团队服务模式，规范知名专家团队服务流程，建立50个以上知名专家团队。

为老幼孕残和慢病患者优先配备社区签约医生，丰富签约服务内容，在就医、转诊、用药等方面对签约居民实行差异化政策。

积极提供互联网+医疗服务，年内三级公立医院无线网络4G信号同时均等全覆盖，改善患者就医体验。

灵活开展各种便民服务，二级以上医疗机构在门诊大厅提供轮椅服务、引导服务。

扩大临床诊疗路径范围，6月底，所有三级医院和90%的二级医院实行临床路径管理，使患者所接受的治疗项目精细化、标准化、程序化，减少治疗过程的随意化。

规范开展日间手术服务。以医联体为切入点，逐步形成“手术在医院，康复在社区”的分级诊疗模式。

**改革与改善相结合
更多问答和服务引导**

请关注：“健康北京”或医院官微

