

医疗机构药品医保拒付风险分析及药师主导的干预模式探索^Δ

王晓兰^{1*}, 潘杰¹, 葛意¹, 吕波¹, 周倩², 施爱明^{1#} (1. 苏州大学附属第二医院药学部, 江苏苏州 215000; 2. 苏州大学附属第二医院医保办, 江苏苏州 215000)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2026)14-1832-06
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2026.14.06



摘要 **目的** 构建药师主导的降低药品相关医保拒付风险的干预模式,为医疗机构落实医保基金监管主体责任提供实践参考。**方法** 药师运用风险矩阵法对2024年我院药品相关医保拒付数据进行风险评估,针对高风险因素(医保适应证不适宜、超支付疗程、性别和年龄不适宜等),从组织架构、技术防控、闭环管理3个维度制定干预措施。比较2024年(干预前)和2025年(干预后)药品相关医保拒付数据变化和干预前后前置审方系统拦截效果。**结果** 干预后,我院药品医保拒付金额较干预前下降57.24%,拒付条目数从10 108条下降至2 892条。其中,因医保适应证不适宜、超支付疗程、性别不适宜、年龄不适宜而拒付的条目数分别下降70.94%、74.26%、83.86%、96.70%。前置审方系统全年累计拦截不符合医保限定支付要求的门诊处方药品金额560.5万元、住院医嘱药品金额468.3万元。我院药品医保拒付金额占全院医疗项目医保拒付金额的比例下降至19.7%。**结论** 药师主导的多部门协同、技术防控与动态优化相结合的全流程干预模式,可操作性强,实践效果显著,对降低药品相关医保拒付风险具有重要价值。**关键词** 风险矩阵;医保拒付;药学干预;前置审方

Risk analysis of drug-related medical insurance claim denials in healthcare institutions and exploration of pharmacist-led intervention model

WANG Xiaolan¹, PAN Jie¹, GE Yi¹, LYU Bo¹, ZHOU Qian², SHI Aiming¹ (1. Dept. of Pharmacy, The Second Affiliated Hospital of Soochow University, Jiangsu Suzhou 215000, China; 2. Medical Insurance Office, The Second Affiliated Hospital of Soochow University, Jiangsu Suzhou 215000, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE** To develop a pharmacist-led intervention model for reducing drug-related medical insurance claim denial risks, so as to provide practical references for healthcare institutions in fulfilling their primary responsibility for medical insurance fund supervision. **METHODS** A risk matrix method was employed by the pharmacists to assess the risks associated with drug-related medical insurance claim rejections in our hospital during 2024. Intervention measures were developed targeting high-risk factors (including inappropriate indications for medical insurance coverage, exceeding the covered treatment course, and inappropriateness of gender and age) from three dimensions, namely organizational structure, technical prevention and control, and closed-loop management. Changes in drug-related claim rejection data were compared between 2024 (pre-intervention) and 2025 (post-intervention), and the interception effect of the pre-prescription review system was evaluated after the intervention. **RESULTS** After the intervention, the total amount of drug-related medical insurance claim rejections in our hospital was reduced by 57.24% compared with that before the intervention, and the number of rejected items decreased from 10 108 to 2 892. Specifically, the number of rejected items due to inappropriate indications, exceeded treatment course, inappropriate gender, and inappropriate age was reduced by 70.94%, 74.26%, 83.86%, and 96.70%, respectively. Throughout the year following the intervention, a total of 5.605 yuan million in outpatient prescription drug amounts and 4.683 million yuan in inpatient medication order amounts that did not meet the insurance-limited payment requirements were intercepted by the pre-prescription review system. The proportion of drug-related claim rejection amount to the total medical service claim rejection amount of our hospital decreased to 19.7%. **CONCLUSIONS** The pharmacist-led multi-department collaborative, technical prevention and control, and dynamic optimization integrated full-process intervention model is highly operable and has significant practical effects. It has important promotion value in reducing drug-related medical insurance claim denial risks.

KEYWORDS risk matrix; insurance claim denial; pharmaceutical intervention; pre-authorization of prescriptions

^Δ **基金项目** 苏州市科技攻关计划(医疗卫生创新)项目(第三批) (No.SYWD2025236);苏州市药学会“药研同声”临床药学科研基金研究项目(No. Syhky202516)

* **第一作者** 主管药师。研究方向:药事管理。E-mail: lanzi0415@126.com

通信作者 主任药师,硕士。研究方向:药事管理。E-mail: sam740411@163.com

医疗保障基金是人民群众的“保命钱”,其安全运行直接关系到医保制度的可持续和群众的健康权益。在医保基金监管法治化、常态化的背景下^[1],医疗机构作为医保基金支出的主要端口,承担着基金合规使用的关键责任,面临着前所未有的监管压力。药品违规使用是医

保拒付的高发情形^[2],如适应证不符、重复用药、支付疗程超限等问题不仅导致医保基金损失,也反映出临床合理用药管理存在疏漏。当前医疗机构的医保限付药品管理面临多重困境:一是医保药品目录动态调整,限定支付条件更新频繁,政策传导不及时,医师难以精准把握支付规则^[3];二是药品使用涉及诊疗、处方开立、审核、结算等多个环节,横跨临床科室、药学部、医保办、信息科等多个部门,“各自为政”的管理模式难以形成监管闭环^[4];三是医保智能审核系统积累的预警和违规数据,未能有效用于优化事前、事中干预行为,导致同类问题反复发生。

药学部门作为医疗机构药品管理和合理用药的核心监管部门,在医保基金监管中具有不可替代的专业优势。然而,在实际工作中,由于药学部门并非医保直接主管部门,难以获取医保拒付的详细数据,或缺少干预切入点,由药学部门牵头开展的医保基金使用干预实践极为少见。苏州大学附属第二医院(以下简称“我院”)药学部依托前置审方软件,将审核工作从审核药品使用的合理性逐步向医保合规性延伸,已成为我院医保基金监管体系中的重要组成部分。然而,无论是前置审核规则的设定,还是后续干预措施的制定,均应优先从拒付频率高、涉及金额大的药品入手,才能实现精准干预。风险矩阵是一种管理工具,能呈现风险发生的可能性和后果严重性,并进行可视化风险评估^[5]。基于此,我院药学部运用风险矩阵分析法,对我院药品相关医保拒付历史数据进行了挖掘分析,并通过成立医保联络小组、完善前置审方规则、制定医保拒付回溯优化机制等措施,探索了减少药品相关医保拒付行为的有效路径。现报道如下。

1 基于风险矩阵的药品医保拒付药学干预模式构建

1.1 医保基金使用风险矩阵的建立

风险矩阵作为一种风险分析工具,通过对事件发生的可能性和后果严重性进行量化,可实现对风险等级的排序。我院药师运用风险矩阵法,对我院药品相关医保拒付的风险因素进行分级,以精准定位影响我院药品医保拒付的核心因素。具体步骤如下:首先,药师对2024年由我院医保办提供的医保智能审核拒付数据进行分析,整理归纳拒付原因,包括医保适应证不适宜、超支付疗程、性别不适宜、年龄不适宜、重复用药、中药饮片单方使用6类。其次,对上述各类医保拒付事件的发生风险进行定量分析^[6],发生风险以该事件既往的发生频率(本研究指在某时间段内某类医保拒付事件条目数占全部医保拒付条目数的百分比)来反映^[6]。其中,发生频率<0.1%为发生风险非常低(1级),0.1%~<1%为发生风险比较低(2级),1%~<5%为发生风险一般(3级),5%~<10%为发生风险比较高(4级),≥10%为发生风险非常高(5级)。同时,根据各类医保拒付事件涉

及的金额对后果严重性进行分析,以该事件涉及的金额占所有事件涉及总金额的百分比表示(后文简称“金额占比”),金额占比<0.1%为严重程度轻微(1级),0.1%~<0.5%为严重程度较小(2级),0.5%~<1%为严重程度中等(3级),1%~<10%为严重程度较重(4级),≥10%为严重程度很重(5级)。

1.2 我院药品医保基金拒付原因分析

通过对2024年的数据进行分析(表1)可以发现,我院药品“医保适应证不适宜”的风险等级和严重程度均处于5级,是导致医保拒付的不合理用药中的首要原因。

表1 2024年我院药品各类医保拒付事件的发生风险和严重性

拒付原因	拒付条目/条	发生风险		严重性	
		发生频率/%	风险等级	金额占比/%	严重程度
医保适应证不适宜	9 042	89.50	5级	96.01	5级
超支付疗程	136	1.35	3级	1.94	4级
性别不适宜	477	4.72	3级	0.76	3级
年龄不适宜	394	3.90	3级	1.01	4级
重复用药	57	0.56	2级	0.28	2级
中药饮片单方使用	2	0.02	1级	<0.1	1级
合计	10 108	100		100	

药师进一步对各类医保拒付事件的风险等级或严重程度为3~5级的发生原因进行剖析,通过重点回看每月药品拒付金额排前5名、拒付次数排前3名的用药医嘱/处方,并根据药品医保拒付原因明细,结合临床实际用药情况、前置审方系统的规则设置和拦截详情等进行综合分析,总结归纳出以下6点原因——(1)我院现有的前置审方系统无法对支付方式进行审核,审核规则不够完善。(2)部分医师开具的医嘱/处方与医保要求存在偏差:医保智能审核适应证以出院诊断为稽查依据,即患者的出院诊断要符合医保限定支付范围中的诊断要求,而部分医师在诊断中自行添加字段[如奥法妥木单抗注射液医保支付限成人复发型多发性硬化,符合医保审核要求的诊断应为“多发性硬化,进展复发型”,医师书写的诊断为“多发性硬化,进展复发型(RMS)”],或在医嘱开立完成后又因各种原因删除了符合要求的诊断,均无法被医保审核系统识别。(3)院内诊断库不全面,缺失医保限付要求的诊断选项。(4)诊断上传不全:由于医院信息系统(hospital information system, HIS)功能不完善,医师录入的诊断在上传至医保智能审核中心时缺失部分内容。(5)医护人员对医保政策的知晓率不高:一方面,部分政策条款在制定时与临床诊疗实际存在偏差(如医保限定支付范围中以“未满18周岁”界定儿童,而医学上通常以“未满14周岁”界定儿童),增加了医护人员的理解和执行难度,导致其在实际操作中容易凭经验行事,无意间违反了规定;另一方面,医保政策调整频繁,信息传达不畅,医务人员未能及时掌握最新规定,导致在不知情的情况下违规。(6)绩效震慑力弱:当前的医

表2 医保限付药品的前置审核规则示例

序号	药品名称	医保限定支付条件	前置审核规则		说明
			审核类型	字段/规则	
1	乙酰左卡尼汀片	临床确诊的糖尿病周围神经病变	适应证	*糖尿病*神经*	适应证中“糖尿病”和“神经”必须同时出现,如“2型糖尿病性周围神经病”。不能仅诊断糖尿病,或仅诊断周围神经病
2	丁苯酞氯化钠注射液	新发的急性缺血性脑卒中患者在发作48 h内开始使用,支付不超过14 d	适应证	*脑梗*、*脑卒中*、*脑栓*、短暂性脑缺血发作	包含“脑梗”“脑卒中”“脑栓”“短暂性脑缺血发作”的任何一个适应证;支付疗程由HIS限制335 h
3	他克莫司软膏	中重度特应性皮炎患者的二线用药	适应证	*特应性皮炎*中重*	二线用药由EMRS提示,病程中应有记录体现
4	富马酸伏诺拉生	反流性食管炎,与适当抗生素联用以根除幽门螺杆菌	适应证	反流性食管炎*、*胃食管反流*、*幽门螺杆菌*	与抗生素的联用由病程记录体现
5	人血白蛋白	抢救、重症或因肝硬化、癌症引起胸腹水的患者,且白蛋白<30 g/L	科室类别	急重症科室	1.开具处方的科室与检验值必须同时满足;2.适应证与检验值必须同时满足;
			适应证	*肝硬化*、*癌*、*恶性肿瘤*、*腹水*	3.上述1和2两者之间满足一类即可;4.适应证中“腹水”与任一适应证(“肝硬化”“癌”“恶性肿瘤”)必须同时满足
6	马来酸阿伐曲泊帕片	择期行诊断性操作或手术的慢性肝病相关血小板减少症的成年患者	检验值	白蛋白<30 g/L	适应证与检验值必须同时满足
			适应证	*肝*	
7	非奈利酮片	2型糖尿病相关的慢性肾脏病成人患者	检验值	血小板<100×10 ⁹ L ⁻¹	年龄与适应证必须同时满足
			年龄	≥18岁	
			适应证	*2型糖尿病*肾*	

,表示任意字符;如果没有,表示不能自行添加字段。

优化诊断库,实现精准匹配。对因院内诊断缺少关键字段(如注射用维得利珠单抗用于溃疡性结肠炎患者时,必须包含表示疾病严重程度的关键字段“中度”或“重度”)或诊断缺失[如我院诊断库中缺失费城染色体(Ph1)阳性慢性粒细胞白血病]导致的医保拒付,由药师反馈至病案室更新院内诊断库,并同步优化审核规则;对因审核规则设置模糊造成医保拒付的,药师咨询临床并查阅文献资料确认后,完善规则库。例如,泽布替尼胶囊的医保支付限成人套细胞淋巴瘤、成人慢淋巴细胞白血病/小淋巴细胞淋巴瘤、成人华氏巨球蛋白血症、联合奥妥珠单抗用于既往接受过至少二线系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤,因前置审核系统中的诊断规则模糊匹配“淋巴瘤”,导致弥漫性大B细胞淋巴瘤患者使用该药后医保拒付。对此,药师在前置审核系统中增加排除条件,当仅有此诊断但不包含任何一个医保限定支付条件的,不允许医保结算。(3)规范临床诊疗行为。针对医师删除关键诊断的问题(如完成“重组人脑利钠肽”医嘱开立后又因各种原因删除了“急性心衰”的诊断),药师将具体情况反馈至临床科主任,由临床科室制定相应整改措施。(4)规范诊断术语与编码匹配。目前我院使用的国际疾病诊断编码(ICD-10)中,疾病类目、亚目、细目分别为三位、四位、五位数编码,药师在分析数据中发现,因临床常用诊断名称与医保限定支付所需的诊断编码未能精确对应导致的医保拒付金额较大。如注射用维布妥昔单抗,临床常用于霍奇金淋巴瘤为三位数编码,而医保限定支付的适应证复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤为四位数编码(该编码下还包括结节性硬化型霍奇金淋巴瘤、结节性硬化型经典霍奇金淋巴瘤等11种诊断),导致临床常用诊断和医保限付诊断编码的精确度不一致。对此,药师在前置审方系统中给予了精准维护和强制拦截,同时与临床沟通解释医保审核逻辑。(5)针对已设置规则但仍出现医保拒付的药品,药师结合临床违规案例进行了规则的反向优化。例如,依达拉奉右莰醇注射液,原前置审核规则为“*脑梗*、*脑卒

中*、*脑栓*、短暂性脑缺血发作”,实际审核中发现诊断“脑梗死个人史”的案例被医保审核系统判为违规,药师据此将具有“脑梗死个人史”的诊断排除在医保结算规则外。

2 医保拒付问题的药学干预效果

2025年1月起,我院逐步实施了上述基于风险矩阵分析的多维度药学干预模式。为比较药学干预效果,本研究采用回顾性分析方法,以2024年1—12月为干预前阶段、2025年1—12月为干预后阶段,对两阶段的药品相关医保拒付数据及前置审方系统拦截数据进行对比分析。数据包括:(1)药品相关医保拒付明细,来源于我院医保办,包含医保拒付的药品名称、拒付类型、拒付原因、拒付金额及涉及科室和医师;(2)前置审方系统拦截数据,来源于前置审方系统日志,包含拦截问题类型、拦截药品名称、拦截药品数量等信息。药师对药品相关的医保拒付条目数、拒付金额、拒付金额占比(药品医保拒付金额占比=药品相关的医保拒付金额/全院医疗项目医保拒付金额×100%)及前置审核系统拦截金额(拦截金额=拦截药品数量×药品单价)等指标进行分析,并采用描述性统计方法比较干预前后的变化趋势。

2.1 前置审方系统拦截效果

2024年12月新增医保支付审核功能后,前置审方系统全年累计拦截不符合医保限定支付要求的门诊处方药品金额为560.5万元、住院医嘱药品金额468.3万元(图2),体现了事前审核机制对医保基金的有效保护。

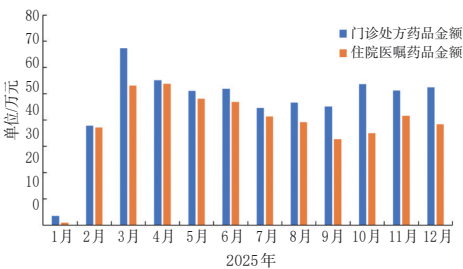


图2 干预后我院前置审方系统拦截的不符合医保限定支付要求的药品金额

2.2 医保拒付总金额与条目数

干预后,2025年医保智能审核药品拒付金额较2024年下降57.24%。从医保拒付条目数看(表3),除“重复用药”外,其余类型均大幅减少。其中,占比最高的“医保适应证不适宜”条目数从9 042条下降至2 628条,降幅达70.94%,但仍然是医保拒付的核心风险点;“超支付疗程”“性别不适宜”“年龄不适宜”的发生数量分别下降74.26%、83.86%、96.70%;中药饮片单方使用现象未再出现。高额、高频的医保拒付事件涉及的药品处方条目数得到明显改善(表4,限于篇幅,表中仅展示干预前后医保拒付条目数较多的前10位药品),如重组人脑利钠肽医保拒付条目数从2024年的1 842条降至2025年的105条,西洛他唑片医保拒付条目数从2024年的792条下降至2025年的120条。

表3 2025年我院药品各类医保拒付事件的发生风险和严重性

拒付原因	拒付条目/条	发生风险		严重性	
		发生频率/%	风险等级	金额占比/%	严重程度
医保适应证不适宜	2 628	90.87	5级	97.2	5级
超支付疗程	35	1.21	3级	1.97	4级
性别不适宜	77	2.66	3级	0.16	2级
年龄不适宜	13	0.45	2级	0.04	1级
重复用药	139	4.81	3级	0.63	3级
中药饮片单方使用	0	0	0	0	0
合计	2 892	100		100	

表4 干预前后我院医保拒付条目排名前10位的药品

干预前2024年			干预后2025年		
排名	药品名称	拒付条目/条	排名	药品名称	拒付条目/条
1	注射用重组人脑利钠肽	1 842	1	维立西呱片	545
2	西洛他唑片	792	2	银杏二萜内酯葡胺注射液	300
3	甲磺酸艾多沙班片	594	3	沙库巴曲缬沙坦钠片	187
4	丁苯酞氯化钠注射液	562	4	依达拉奉右莰醇注射用浓溶液	142
5	注射用丹参多酚酸盐	495	5	西洛他唑片	120
6	多磺酸粘多糖乳膏	480	6	海博麦布片	117
7	依达拉奉右莰醇注射用浓溶液	478	7	注射用重组人脑利钠肽	105
8	注射用腺苷钴胺	421	8	注射用尤瑞克林(冻干)	89
9	胰激肽原酶肠溶片	270	9	多磺酸粘多糖乳膏	78
10	布洛芬混悬液	267	10	注射用牙头蝮蛇血凝酶	66

针对干预后“重复用药”条目数不降反增的情况,我院药师对2025年全年医保拒付的139条“重复用药”记录进行了回溯分析,发现同类药品联合用药以抗精神病药物的使用占比最高,达41.73%(58条,如奥氮平与喹硫平联用),其后依次是心血管用药(39条,28.06%,如厄贝沙坦与缬沙坦联用)、消化系统用药(25条,17.99%,如奥美拉唑与雷贝拉唑联用)、抗变态反应药(14条,10.07%,如西替利嗪与氯雷他定联用)及其他(3条,2.16%,如左氧氟沙星与莫西沙星联用)等。

2.3 典型临床科室药品医保拒付金额

对于干预前药品医保拒付金额合计占比50%以上的4个科室(神经内科、肿瘤科、消化科和心血管科),进一步分析其干预后医保拒付金额变化趋势。以2025年1月拒付金额为基准,计算干预后各科室每月医保拒付金额

比值。结果显示,干预后各科室拒付金额均呈现显著下降趋势,其中,消化科和肿瘤科降幅最快(图3),这与这两个科室的高值药品多、使用疗程长、前置审方系统精准拦截后效果更为突出有关。

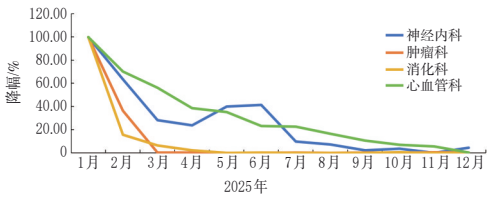


图3 干预后典型临床科室医保拒付金额相较于2025年1月的降幅

2.4 药品医保拒付金额占比

由2025年各月的药品医保拒付金额占比数据(图4)可见,干预初期(1—4月)占比波动较大,2月及4月出现两个高峰(分别为92.6%和94.5%);5月起占比显著下降,8—9月降至2.9%的低点,此后维持在8.2%~19.7%的较低水平。

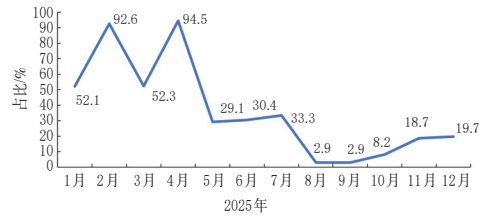


图4 干预后我院药品医保拒付金额占比变化

3 讨论

我院药学部基于风险矩阵分析法,构建了药师主导、多部门协同的医保限定支付药品干预模式,在提升医保基金使用合规性方面取得显著成效。

3.1 药师主导的多维度干预模式的创新性

本研究的创新性体现在3个层面。第一,研究视角的创新:目前医疗机构医保扣款分析多由医保办主导^[8],药学部门参与度有限。而药品相关医保拒付是医保基金拒付的主要部分,药师在药品合理使用方面具有专业优势,由药师主导干预更具适配性。第二,管理逻辑的创新:本研究构建了“风险识别-分级干预-效果评价-持续改进”的闭环管理模式,以量化风险评估为起点、以拒付金额结果反推临床行为,将复杂的医保限定支付条件转化为结构化规则,并以持续优化为落脚点,区别于传统的“审核-点评-整改”的线性流程,管理效果更优。第三,方法应用的创新:风险矩阵多应用于工程管理、安全生产等领域^[9],本研究将风险矩阵运用于药学医保管理,操作简单实用,即使是资源有限的医疗机构,也能找准高风险点,优先解决对基金安全影响最大的问题,这种“低成本、高产”的干预路径对基层医院具有直接的借鉴意义。

3.2 干预结果分析和持续改进

我院实施干预措施后,药品相关的医保拒付金额呈现“整体下降、局部波动”的特征。一方面,随着前置审核规则的完善及其他干预措施的持续推进,医保适应证不适宜、超支付疗程、性别年龄不适宜等高发问题大幅度减少,药品医保拒付金额呈整体下降趋势。另一方面,干预初期因前置审方系统调试、临床适应需要时间、医保稽查规则调整等因素导致阶段性波动。同时,其他非药品类型的扣款金额也大幅度下降,导致年末药品扣款金额占比小幅回升。另外,“重复用药”导致的医保拒付出现阶段性上升,主要体现在干预初期,反映出新规则落地过程中的复杂性和动态调整的必要性。

针对重复用药造成医保拒付事件增加的问题,药师分析原因:重复用药主要涉及抗精神病药、心血管类药、抗变态反应药等,其增加是多重因素叠加的结果。首先,医保限定支付条件大部分为适应证限制,干预前,医保稽查的问题以适应证为主,重复用药问题未充分暴露,导致药师未及时针对重复用药维护前置审核规则,未能形成有效的事前干预。其次,医保智能审核规则日趋精细,对重复用药的判定标准发生变化,部分既往未被判定的联合用药在新规则下被识别为重复用药,此类问题可能在稽查规则调整初期集中显现。此外,该现象反映出我院对重复用药的前置审核规则还不够精细,加上该类问题的判定本身具有复杂性,简单的规则难以兼顾临床实际诊疗需求和医保支付规则,导致前置审核系统对该类问题的拦截能力不足。基于此,我院药师根据联合用药合理性等级采取了如下分层干预措施:第一,有明确指南支持,属于临床合理需求,但与医保审核规则存在矛盾。比如,《慢性自发性荨麻疹达标治疗专家共识(2023)》指出,对于慢性自发性荨麻疹部分控制或未控制的患者,可联合使用二代抗组胺药(西替利嗪、氯雷他定、依巴斯汀等)治疗2~4周。此类联合用药属于规范化阶梯治疗,临床合理性充分。针对这一矛盾,药师在调整前置审核规则时,允许慢性荨麻疹患者自费使用上述联合用药方案,或仅允许其中1种使用医保支付;对其他诊断则不允许联用。第二,循证证据尚不充分,但有临床实践依据。例如,抗精神病药物联合治疗的合理性存在争议,国内外主流指南以单一用药为原则,但某些难治性病例报道显示联用方案确有效果。例如,奥氮平主要用于控制精神病阳性症状和情感症状,喹硫平则适用于改善阴性症状及焦虑,两者联用可显著改善患者认知功能。针对此类联合用药,医师需首先取得患者充分的知情同意,并由药师在系统规则中进行提醒设置,提醒医师提交院内备案申请,对备案通过的方案;系统可允许患者自费使用或仅其中1种药品通过医保支付。第三,无循证依据,属于不合理联用。例如,血管紧张素转换酶抑制剂与血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂联用,虽有个别文献探讨两药联用的潜在价值,但无高级别的证

据支持,相关指南不推荐常规联合使用,且两者联用可能增加高钾血症和肾功能损害的风险——此类联用既不符合医保审核规则,更属于不合理用药,对此,药师通过前置审方系统实施强制拦截。通过上述差异化干预,既减少了不合理重复用药,又保障了临床特殊用药需求。

3.3 本研究的局限性

首先,本研究干预时间为1年,干预措施的长期效果仍需进一步验证。其次,医保目录和支付限定条件不断更新,医保稽查规则也在不断调整,医疗机构往往在发生医保拒付事件后才得知具体审核规则。因此,医疗机构需要建立常态化的更新机制,以确保干预效果的可持续性。此外,本研究为单中心实践研究,不同医疗机构的医保管理基础、信息系统条件、临床用药结构存在差异,本研究结论的外推性有待多中心研究验证。

4 结语

本研究构建的以药师为主导、多部门协同的全流程干预模式可有效降低药品相关医保拒付风险,提升医保基金使用的合规性。该模式操作性强,可为医疗机构落实基金监管主体责任提供可借鉴的实践路径。随着医保智能审核力度的持续加强,未来医保基金监管范围极有可能从“限定支付品种”逐步扩展至“非限定支付品种按说明书要求支付”,医疗机构需提前布局,持续完善前置审核规则,以应对更加精细的医保基金监管要求。

参考文献

- [1] 谢忱,王宇彤,朱卫国,等.医疗保障基金飞行检查的趋势和发现问题分析及其对医院管理的启示[J].中华医院管理杂志,2024,40(1):42-46.
- [2] 陈颖,王洋,黄慧英,等.北京某三甲医院医保基金双层PDCA闭环管理实践与探索[J].中国医院,2022,26(5):74-76.
- [3] 何琼,刘晨红.DRG支付改革形势下的医疗服务行为持续改进[J].中国卫生质量管理,2023,30(8):68-70,74.
- [4] 许金鹏,康正,石淇,等.政策分析视角下我国医保基金监管主体的变迁[J].中国医院管理,2024,44(4):11-17.
- [5] 姚瑶,张梅霞,宋晓玉,等.基于故障树方法的非计划再次手术风险评估[J].中国医院管理,2017,37(3):40-43.
- [6] 于飞,吴颖慧,龙翔凌,等.基于故障树分析的医保基金使用风险识别与防控实践[J].中华医院管理杂志,2023,39(8):598-604.
- [7] 葛意,王晓兰,韩俊萍,等.基于前置审方系统的互联网医院处方、外配处方合理用药及医保基金管控体系构建与应用[J].中国药房,2026,37(5):584-588.
- [8] 张新雨,闻烈,龚兴荣,等.基于决策试行与评价实验法的医院医保违规关键影响因素及对策分析[J].中国医药导报,2025,22(15):177-181,190.
- [9] 巨苗苗.基于“风险矩阵”城市安全评估模型的构建与应用[D].沈阳:沈阳建筑大学,2023:11-14.

(收稿日期:2026-03-20 修回日期:2026-07-15)

(本文责编:孙冰)