

浙江省医疗保障局文件

浙医保发〔2024〕17号

浙江省医疗保障局关于印发浙江省创新医药技术医保支付激励管理办法（试行）的通知

各市医疗保障局，省级医疗机构：

现将《浙江省创新医药技术医保支付激励管理办法（试行）》印发给你们，请遵照执行。执行中如有问题和建议，请与我局联系。

浙江省医疗保障局

2024年10月9日

（主动公开）

浙江省创新医药技术医保支付激励管理办法

(试行)

为深入贯彻省委省政府关于三个“一号工程”及政务服务增值化改革等部署要求，支持创新医药技术及时进入临床使用，更好促进医药产业高质量发展和保障人民群众生命健康，制定本管理办法（试行）。

一、认定条件

符合条件的创新医药技术经申报和认定后，可纳入 DRG 点数付费激励范围。

(一) 创新药品

须同时满足以下条件：

1. 四年内（指含申报年度及之前的三个自然年度，下同）经药监部门批准上市的 1 类、2 类、5.1 类药品；四年内因增加功能主治或适应症发生重大变化的药品；四年内新纳入国家医保药品目录的药品。

2. 取得国家医疗保障局医保药品分类与代码。

3. 临床效果较临床主流使用的药品有较大提升。

4. 费用超过 DRG 病组均费的 50%。

5. 申报定点医疗机构上一自然年度内累计本院基本医疗保险参保人员病例达到 50 例及以上。

(二) 创新医疗服务项目（含医用耗材）

须同时满足以下条件：

1.四年内本省批准设立的新增医疗服务项目(省本级已经设立过的新技术项目除外)或新上市的医用耗材。

2.取得国家医疗保障局医疗服务项目(医保医用耗材)分类与代码。

3.在操作途径、操作方法、诊疗方式、解剖部位、适用范围等方面有明显的技术创新。

4.临床效果较临床主流使用的医疗服务项目有较大提升。

5.费用超过 DRG 病组均费的 50%。

6.申报定点医疗机构一年内累计本院基本医疗保险参保人员病例达到 15 例及以上。

罕见病治疗药品和医疗服务项目不受上述病例数限制。

二、认定程序

(一) 申报

根据申报条件,由定点医疗机构向所属设区市医疗保障局申报,省级医疗机构向省医疗保障局申报。承担国家重点实验室、国家医学中心、国家区域医疗中心、国家临床重点专科建设任务的定点医疗机构可适当增加申报名额。

申报时需提交下列资料:

1.创新药品

(1)浙江省创新医药技术申报表(药品)。

(2)基本信息。包括但不限于:药品通用名称;规格;注册分类;说明书适应症/功能主治;用法用量;中国大陆首次上市时间;大陆地区同通用名药品的上市情况;国家药监局药品审评中

心出具的《技术评审报告》中关于本药品有效性的描述；药品说明书刊载的安全性信息；在国内外不良反应发生情况；目前的市场价格等。

(3) 对应病组。使用该药品的病例对应的病组名称。当对应多个病组时，应填写所有对应病组及病例数量，以数量最多的病组为对应病组。

(4) 疗效比对信息。与对应病组相比的疗效创新情况，包括但不限于临床指南/诊疗规范推荐等。

(5) 费用比对信息。与对应病组相比的费用影响情况，填写使用该药品的病例平均费用。

(6) 要求提供的其他材料。

上述材料及扫描件均需加盖医疗机构公章。

2.创新医疗服务项目（含医用耗材）

(1) 浙江省创新医药技术申报表（医疗服务项目）。

(2) 基本信息。包括但不限于：名称；安全性和有效性；目前的市场价格等。

(3) 对应病组。使用该医疗服务项目的病例对应的病组名称。当对应多个病组时，应填写所有对应病组及病例数量，以数量最多的病组为对应病组。

(4) 疗效比对信息。与对应病组相比的疗效创新情况。包括但不限于：临床指南/诊疗规范推荐；其他疗效证明材料等。

(5) 费用比对信息。与对应病组相比的费用影响情况。包括但不限于：使用该医疗服务项目的病例平均费用；运行分析报告

等。

(6) 要求提供的其他材料。

上述材料及扫描件均需加盖医疗机构公章。

(二) 形式审查

各设区市医疗保障局组织力量对本地区定点医疗机构申报资料的完整性、真实性、合理性进行审查，符合条件的上报省医疗保障局。省医疗保障局组织力量对省级医疗机构申报资料进行审查。

(三) 专家论证

省医疗保障局组织临床、药学、医保、产业和卫生经济学等方面专家对申报的创新医药技术的有效性、安全性、创新性、费用消耗、应用面等情况进行充分论证。

论证采用百分制，并按综合得分高低排序确定结果。

1.有效性。适应症明确，治疗效果明显提升。该指标满分为20分。

2.安全性。根据新技术国内外专家共识和纳入临床诊疗指南情况进行赋分。该指标满分为20分。

3.创新性。根据该技术解决临床未解决的重大问题并创造更高社会效益等情况进行赋分。该指标满分为30分。

4.费用高。根据该技术所在病组病例费用是否超过该病组前三个自然年度DRG病组平均费用的50%及以上的情况进行赋分。该指标满分为15分。

5.应用面。根据该技术在本省或本统筹地区的临床应用情况进

行赋分，其中药品应用基准例数为 50 例，医疗服务项目应用基准例数为 15 例。该指标满分为 15 分。

（四）审核确定

专家论证结果经省医疗保障局认定工作领导小组审核，公开征求意见，报省医疗保障局局长办公会议审议后，公布执行。

三、激励措施

（一）提高激励总额

各设区市医保部门可按本年度 DRG 清算总额的一定比例确定激励总额，并逐步加大激励力度。

（二）完善激励方式

1.对符合适应症要求的病例予以激励。

2.正常倍率或低倍率入组病例，按原有规则支付。高倍率入组病例，原则上对该病例被裁剪部分，按 70%折算成点数，再乘以激励系数作为激励点数予以追加，即：激励点数=基准点数*（该病组上限裁剪倍率-1）*70%*激励系数。

3.价格较高且对 DRG 病组均费有较大影响的罕见病用药或医疗服务项目（含医用耗材），可按项目折算成点数支付。

（三）明确激励期限

1.激励期限原则上为 3 年，以纳入激励范围后各设区市实际首例开展时间为准，按完整结算年度计。

2.建立退坡激励机制，原则上第一年激励系数为 1，第二年激励系数为 0.8，第三年激励系数为 0.6。

（四）加大激励力度

1.对符合国家、省“一老一小”和特殊群体等有关扶持政策的，或承担国家重点实验室、国家医学中心、国家区域医疗中心、国家临床重点专科等国家重点任务的定点医疗机构运用的高端新技术和中医药新技术，延长一年退坡时间，适当提高激励系数；对承担省重点临床专科建设的定点医疗机构运用的高端新技术和中医药新技术，延长半年退坡时间，适当提高激励系数。

2.医疗机构对患者的收费价格进行较大幅度降价的，针对特定医疗机构特定新技术，延长两年退坡时间，适当提高激励系数。

3.对使用同一切口多项联合（融合）手术等治疗效果显著、经济性佳、患者就医体验感强，并能为患者创造更高的治疗价值和健康价值的新技术，适当提高激励系数。

四、工作要求

（一）各设区市医保部门要进一步提高对我省新技术支付支持政策重要性的认识，充分保障参保人员基本医疗需求、推动医疗技术发展，做好新技术申报、审核和推动临床应用等工作。各设区市可根据当地实际情况进一步研究制定实施细则。

（二）各有关定点医疗机构要严格按照要求提交相关资料，确保申报材料真实、完整、准确。

（三）新技术目录公布后，一经发现因提供虚假资料造成基金损失的，立即追回相关费用，并依照有关规定予以严肃处理。

（四）各级医保部门要统筹做好集采药品、国谈药品“双通道”等政策的衔接，提高整体管理效益，推进“三医”协同发展。

（五）省局数据中心要加强创新医药技术管理和应用系统建

设，推进创新医药技术申报和使用的“有感服务、无感监管、整体智治”。各级医保经办机构要根据当地医保部门统筹规划和工作要求，认真做好相关经办工作，积极推动创新医药技术应用。

本办法自 2024 年 11 月 15 日起施行。

附件：1.浙江省创新医药技术申报表
2.创新医药技术评审分值表

3.疗效比对:

4.费用比对:

5.其他:

院长签字:

填表人:

联系方式:

3.疗效比对:

4.费用比对:

5.其他:

院长签字:

填表人:

联系方式:

附件 2

创新医药技术评审分值表

评价指标	描述	分值
有效性评价 20分	适应症明确，治疗效果显著提升。	20
	适应症明确，治疗效果较大提升。	15
	适应症明确，治疗效果提升。	10
安全性评价 20分	同时具有国内外临床诊疗指南、专家共识。	20
	仅有国内或国外临床诊疗指南、专家共识。	15
创新性评价 30分	1.经国家药品监督管理部门按照《突破性治疗药物程序》、《附条件批准程序》等特殊程序审批注册的药品。 2.经国家药品监督管理部门按照《创新医疗器械特别审查程序》、《医疗器械优先审批程序》等特殊程序审批注册的医用耗材。	30
	1.相关部门发布的创新清单药品：国家药品监督管理部门发布的《临床急需境外新药名单》；国家卫生健康部门发布的《鼓励仿制药品目录》；国家卫生健康部门发布的《重大新药创制专项名单》。 2.经省级药品监督管理部门按照《创新医疗器械特别审查程序》、《医疗器械优先审批程序》等特殊程序审批注册的医用耗材。	25
	1.核心技术有国内外发明专利。 2.国家认证的创新奖项药品。包括国家科技进步奖、中国专利金奖等。	20
资源消耗情况评价 15分	该新技术前三年病例平均费用超过所在 DRG 病组费用 3 倍及以上。	15
	该新技术前三年病例平均费用超过所在 DRG 病组均费 2 倍及以上，不足 3 倍。	10
	该新技术前三年病例平均费用超过所在 DRG 病组均费 1 倍以上，不足 2 倍。	5
	该新技术前三年病例平均费用超过所在 DRG 病组均费 0.7 倍以上，不足 1 倍。	2
	该新技术前三年病例平均费用超过所在 DRG 病组均费 0.7 倍以下。	0
应用情况评价 15分	申报时上一自然年度内累计本省基本医疗保险参保人员病例达到 15 例以上的省内定点医疗机构数量满足 10 家及以上，并同时符合四年内开展例数累计 300 例及以上的。	10

申报时上一自然年度内累计本省基本医疗保险参保人员病例达到 15 例以上的省内定点医疗机构数量满足 5 家及以上的，并同时符合四年内开展例数累计 150 例及以上的。	5
申报时上一自然年度内该新技术在本省定点医疗机构开展情况不满足上述条件的。	2
5 家及以上国家医疗中心或国家区域医疗中心申报。	5
2-4 家以上国家医疗中心或国家区域医疗中心申报。	3
1 家国家医疗中心或国家区域医疗中心申报。	1

备注：评价办法所称病例仅指住院病例。