

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2022 年第 22 期

(05. 30-06. 05)

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。)

### • 医院管理 •

▶ [DRG 支付下中医医院需要正向激励](#) (来源：中国卫生杂志) ——

第 8 页

【提要】疾病诊断相关分组(DRG)是根据病情及医疗投入对住院患者进行分组和分类的方案。作为医疗服务管理工具，DRG 已被广泛应用于医院管理、医疗资源分配、质量控制等多个场景。目前，很多国家已按 DRG 进行医保支付，美国、日本、韩国、德国等已积累了丰富经验，并且不断优化。2020 年，DRG 付费改革在浙江省全面铺开。中医医院是我国医疗体系中的重要组成部分，但受到多种因素限制，中医医院目前接收的患者多具有慢性疾病多、病情重的特点。如何避免出现亏损、充分体现中医元素，是 DRG 支付在中医医院实际运行过程中需要探讨的问题。

▶ [DRG/DIP 下医院各部门管理要点探析](#) (来源：DRG DIP 研究) ——

第 15 页

【提要】按照国家医保局三年行动计划的部署，DRG/DIP 支付改革三年内要做到全国各省份各统筹地区全覆盖，各统筹地区医疗机构全覆盖，以及病种全面覆盖(90%以上)，DRG/DIP 医保基金占医保基金总额达到 70%以上全覆盖。对医院而言，这意味着实施时间紧迫、贯彻

改革转型任务艰巨。主要体现在：医保支付改革从原来的“项目付费”转变为同城、同质、同价的按病种付费，加速医院运营模式从收入增长为导向，向以较低成本提供较高医疗服务导向转变。医院各职能部门在 DRG/DIP 支付改革下也需要转变角色，转换管理重点。

### • 基层医疗 •

▣ [推进县域医共体发展的“河南经验”](#)（来源：健康县域传媒）——第 17 页

【提要】2019 年，国家卫生健康委在全国启动紧密型县域医共体建设试点，河南省 36 个县被纳入试点县行列。2020 年，河南省政府发布了《关于加快推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》，提出县域就诊率达到 90%、县域内基层就诊率达到 65%左右等目标。2021 年，河南省委将医共体建设纳入省委常委会重点项目清单，并对标国家标准，推进医共体高质量建设。目前，河南省 103 个县(市)共组建 190 个医共体，实现县(市)全覆盖，医共体建设走在了全国前列。当前，县域医共体进入新时期，探索新路径成为发展路上的必修课。

▣ [基层院长眼中的一体化改革：规范、提升、共享、满意](#)（来源：腾讯新闻）——第 23 页

【提要】2021 年，医疗集团建立了远程心电、影像、会诊等诊断中心，基层心电图、X 光片等可实时传送到县医院相应中心，实现了“基层检查+上级诊断”。“这对把老百姓留在基层起到了很大的助力作

用。”徐文敏介绍，2022年，已经开展远程会诊、心电、影像3万多人次，为患者节约60余万元。县乡村一体化改革以来，万荣县县域患者下转率上升了56.5%，乡镇卫生院普通门诊人次上升23.5%，居民健康素养、家庭医生服务能力也都有了相应的提升；医保实际补偿比上升了5%，居民自付费用下降10%，急慢性疾病患病率、患者外转率也相应下降。除了老百姓满意之外，医疗集团的职工满意度也提高了。

### • 妇幼健康 •

▶ [国家卫健委宋莉：我国妇幼健康核心指标位于全球前列](#)（来源：中国医学科学院）——第28页

【提要】日前，在国家卫生健康委召开的新闻发布会上，国家卫生健康委妇幼司司长宋莉从党的十八大以来妇幼健康工作的进展成效；妇幼健康指标的整体变化情况；《2021-2030年中国妇女儿童发展纲要》中卫生健康相关目标推进情况；如何推进《母婴安全行动提升计划》提出的“到2025年全国孕产妇死亡率降到14.5/10万，婴儿死亡率降到5.2‰”的目标四个方面介绍了党的十八大以来妇幼健康工作的进展成效。

▶ [北京大学第三医院院长乔杰：从多方面入手加强出生缺陷防控](#)（来源：北京大学第三医院）——第33页

【提要】生育政策调整后，出生缺陷发生风险增加，怎样预防和减少出生缺陷的发生；在常态化疫情防控下，作为医疗机构，如何保障孕

产妇的安全；生育政策调整激发了很多家庭的生育意愿，目前，我国辅助生殖技术发展和服务能力如何，针对大家关注的热门话题，国家妇产疾病临床医学研究中心主任、北京大学第三医院院长、中国工程院院士乔杰在国家卫生健康委于近日举行的党的十八大以来妇幼健康工作进展成效有关情况发布会上做了详尽的解答。

### · 医药专栏 ·

▶ [构建医药价格治理新格局](#)（来源：《旗帜》）——第 37 页

【提要】党的十九届五中全会提出，要把“民生福祉达到新水平”作为“十四五”时期经济社会发展的主要目标之一。这是党中央深刻把握我国社会主要矛盾变化，着眼满足人民对美好生活的新期待而作出的重大决策部署。以此为契机，医药价格工作者将进一步增强政治意识、锐意改革创新，全力构建医药价格治理新格局。

▶ [2022 医药卫生体制改革“路线图”确定](#)（来源：国务院办公厅）——第 41 页

【提要】促进优质医疗资源扩容和均衡布局，开展国家区域医疗中心建设项目；深化医疗、医保、医药联动改革，扩大集中带量采购范围，进一步进行价格改革和支付改革，推进解决看病难、看病贵问题；加强医防协同，增强公共卫生服务能力等，这些都是日前国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》中划定的重点内容。

## • 医保快讯 •

▶ [重磅！国家医保局发文，首次公开明确飞行检查工作重点](#)（来源：国家医保局）——第 46 页

【提要】5月31日晚，国家医保局官网发布通知，将联合财政部、国家卫生健康委、国家中医药局开展2022年医保基金飞行检查。随通知同时发布的还有《2022年度医疗保障基金飞行检查工作方案》，在该方案中明确了飞检的检查对象、检查内容、人员组成、组织实施等工作重点。

▶ [医保支付方式改革，让群众的“保命钱”“救命钱”发挥最大效用](#)（来源：大众日报）——第 54 页

【提要】近日，在青岛西海岸新区中心医院做完腹腔镜阑尾切除术后，市民王先生出院回家。这次生病住院4天，他一共花了9880元，自付3700元。而在大半年前，有相同病情并采用同样治疗方案的患者，住院花费是1.4万元，医保报销后需自付4900元。这种变化，从患者手中的收费明细单来看，是现在住院时间更短、检验检查更精准、药品耗材价格更亲民。而这背后，是医保支付方式改革。

## • 分析解读 •

▶ [解构常态化医改六大变量 未来趋势如何？](#)（来源：医药经济报）——第 58 页

【提要】国家把建立常态化、制度化的集中采购机制，建立健全基金监管长效机制，建立健全待遇保障政策，深化医疗服务价格改革，深

化医保支付方式改革,开展医保药品目录谈判和规范管理等方面作为改革重点,出台了一系列重大政策,涉及集中采购、医保基金监管、医疗服务价格改革、“双通道”管理等。目前基本制度框架已初步建立和形成。

▶ [推广三明经验 提升改革整体效能](#) (来源:光明日报) ——第 61 页

【提要】三明医改是闯出来的医改样板,取得了患者、医院、医生和医保基金等多方共赢成效,其改革逻辑与实施效果符合卫生健康高质量发展的内在要求,具有普遍推广的价值。只有深刻领会三明医改经验精髓,才能把握准推广三明医改的方向。按照《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》的要求,各地要以卫生健康事业高质量发展为引领,坚持以人民健康为中心,学习三明敢为人先、敢于担当,落实重点任务要求的由党委和政府主要负责同志或一位主要负责同志担任医改领导小组组长,高位推进医改向纵深推进。

## -----本期内容-----

### • 医院管理 •

#### DRG 支付下中医医院需要正向激励

来源：中国卫生杂志

疾病诊断相关分组 (DRG) 是根据病情及医疗投入对住院患者进行分组和分类的方案。作为医疗服务管理工具, DRG 已被广泛应用于医院管理、医疗资源分配、质量控制等多个场景。目前, 很多国家已按 DRG 进行医保支付, 美国、日本、韩国、德国等已积累了丰富经验, 并且不断优化。2020 年, DRG 付费改革在浙江省全面铺开。中医医院是我国医疗体系中的重要组成部分, 但受到多种因素限制, 中医医院目前接收的患者多具有慢性疾病多、病情重的特点。如何避免出现亏损、充分体现中医元素, 是 DRG 支付在中医医院实际运行过程中需要探讨的问题。

中医是我国传统文化的瑰宝, 在 DRG 付费背景下, 应建立具有中医特色的支付方式, 强化其在中医医院的正向激励作用, 实现医院、医保、患者三方利益最大化, 进而推动中医药事业可持续、国际化发展。

#### DRG 运行对中医药发展的作用

DRG 工具的应用符合历史发展需要, 将对中医医院产生诸多积极影响。



组织管理和制度建设。促进医院健全完善本院的财务、医保、医务等职能科室的管理制度，推动相关文书按规范管理，使医院管理更加规范化。

保障国家政策高效实施。促使医院积极控费，提高基药比例，有利于落实国家医保谈判药品使用，推动药品、耗材集采。

提高病案质量。DRG 将促使中医类医疗机构加强病案质量管理，提高编码员编码水平，严格按照技术规范标准填写主要诊断、次要诊断、主要手术、次要手术等，进而提高病案首页质量。

服务能力及行为规范。促进医院加强临床路径管理，提高医院工作效率，提升医院核心竞争力。同时，DRG 运行有助于医护人员规范诊疗行为，避免过度诊疗及分解住院，减轻患者负担。

提高资源使用效率。DRG 将促使医院注重整体管理效率，提高医护人员业务能力，促使医疗资源优化配置，从而使时间消耗指数、费用消耗指数等指标明显降低。

控制不合理医疗费用。DRG 运行将对住院患者的均次费用产生积极影响，在一定程度上解决患者看病难、看病贵的问题，并且可降低人次人头比，从根本上解决医保基金消耗过大的问题。

### 中医药 DRG 支付遵循的原则

目前，DRG 工具应用于国内卫生服务体系的可行性成为国内研究者关注的重点。在 DRG 试点实施过程中，相关机构对其逐步进行了本土式改良，然而对于其是否适用于中医医院这一我国所特有、数量众

多且具有自身诊疗特色的医疗服务机构，存在一定争议。

从政策文件来说，目前，国内大力提倡鼓励中医药发展，对于中医医院而言，如何实现医保与绩效双赢难度较大。2021年12月30日，国家医疗保障局、国家中医药管理局联合印发《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》，提出未实行DRG的中医医院可暂不实行，已经实行的适当提高系数及分值，为中医医疗机构提供了缓冲期。浙江省医保局印发《关于支持中医药传承创新发展的指导意见》明确指出，各地应全面实行中医医疗机构中治率与医保支付挂钩的正向激励机制，则是对DRG顺利运行的重要保障。我国各级政策机构多次强调DRG支付改革需要结合中医元素，杭州市医保局通过将6项国考指标（其中又以中治率的分值权重最高）与中医激励系数挂钩具有重要启示作用，该政策在实施时对中治率5%~15%的医疗机构，给予8%中医系数补贴，15%以上的医疗机构给予12%的系数补贴。但各地中医激励政策实施进度不一，建议在省级层面进行统一，各地调整细节。

从中医医院现状来说，面对DRG支付改革，中医系统面临巨大压力。省级医院及市级综合性医院集中了大部分优质资源，对周边患者虹吸效应明显，医院服务呈现供不应求的状态，床日周转快，长期压床患者比例小。而慢性疾病及特殊疾病患者在中医医院的日常住院患者中占较大比例，基础疾病多、并发症多、病情重、终末期比例高、住院时间长、治疗投入大，给DRG控费及绩效带来巨大压力。西医治

疗指南已成为目前指导临床医生用药的关键组成部分，也是临床医生选择治疗方案的重要依据，导致单种疾病治疗时方案往往是一致的，而对于不少疾病而言，单用西药效果有限，所以常辅之以中药治疗，寻求中药干预也是患者就诊于中医医院的重要原因。但目前我国 DRG 改革中相关的中医政策在各地实际落地可能还需较长时间，导致中医医院容易亏损。医保政策应考虑临床实际，对于恶性肿瘤终末期等确需长期住院的患者加以考虑。

另外 DRG 支付方式源于西方国家，具有鲜明的国际化特色，崇尚优胜劣汰，并且西方国家在实施 DRG 时已具备分级诊疗体系，这与我国引入 DRG 时的大环境不同。我国公立医院作为非营利性医疗机构，与国外医疗机构在定位上存在一定差异。

因此，对于 DRG 引入而言，如何减轻由于暂时“水土不服”导致的不良后果，应尽早、及时、有效干预，避免因省级及综合性市级医院的虹吸效应不断增强，从而不断挤压其他医院的生存空间。对于中医医院而言，近年来扶持中医的政策是利好消息，国家层面对于 DRG 改革中的中医元素非常重视，但实际实施过程受到多方因素影响，政策较难落地。中医药支付方式改革应该“以人为本”，始终以人民利益为核心，组织临床专家讨论，使分组更加科学化，并且结合中医元素，实现“惠民生”“强中医”的双赢局面。

### 不同病组的分类支付

中医医院以传统中药及中医内治、外治为主要手段，对 DRG 付费

“水土不服”。但 DRG 支付改革是历史发展的必然要求，中医医院必须积极应对挑战。浙江省在实施住院费用 DRG 点数付费过程中，率先提出了适当向中医倾斜的具体政策，探索实行中西医“同病同效同价”，结合 DRG 点数付费，选择适宜病种开展“按疗效价值付费”试点。2022 年 1 月，浙江省温州市医保局发布《关于部分病种试行按中医疗效价值付费的通知》，将踝关节骨折、桡骨远端及下端骨折、跖骨骨折、趾骨骨折、掌骨骨折、尺桡骨干骨折等 6 个病种纳入中医疗效价值付费。中医药 DRG 付费与多因素相关，不应采用单纯、一刀切的付费方式，需要根据具体情况(中医药在疾病治疗中的地位)进行分析。

**常规病组：**对于大部分病组而言，对应疾病对群众健康的影响较小，中医药应用起到辅助作用，且目前没有足够的临床资料证明中医药干预疗效的，采用目前执行的支付政策即可。病组设置时可选取医疗机构前三年的数据制定病组系数，医保结算时根据中医绩效给予中医系数补贴。

**同病同效病组：**对于踝关节骨折、桡骨远端及下端骨折等病组，单纯采用中医药治疗即可达到西医外科治疗效果的，可采用 DRG 结算方式，温州市从 2022 年已开始试运行。

**中医优势病组：**对于部分危害性大，既有研究或指南已明确指出在常规西医基础上联合中医药治疗可明显提高临床疗效，循证医学证据充足，且需要普及的病组，建议结算时将中医费用单独列支，不纳

入 DRG。如中医治疗再障方案包括西医基础治疗干预(如给予免疫抑制剂、雄激素、干细胞移植、造血刺激因子、输血对症支持治疗等),但联合中医药干预可使临床总有效率达到 80%。该病组筛选难度大,需要大量医保、临床、病案专家参与。

自开展 DRG 付费改革工作以来,温州市中医院领导高度重视,从病案质量与目录管理、医疗服务能力、医疗质量管理、DRG 费用控制等方面为主要工作内容齐头并进。在日常工作中,医院加强中医建设,注重临床路径管理,加强中医治疗参与率。对医院 2019—2020 年 DRG 数据进行回顾性分析,结果显示:(1)绩效指标:2020 年医院 DRG 组数、CMI(病例组合指数)均升高,病组得到优化,救治能力进一步提高。同时,时间消耗指数及中药收入占药品收入比例均升高,工作效率得到提高。(2)病历类别:2020 年医院高倍率病例明显降低。(3)疾病分组:2020 年医院出院患者操作类病例比例、手术类病例比例均升高,内科治疗组病例则明显降低,并且三、四级手术比例 26.39%,较 2019 年明显升高,分组准确化是导致该变化的关键因素。

### 中医药医保支付的未来挑战

DRG 支付方式对政策支持以及实施环境要求较高,而在中医医疗服务体系这一特殊的实施环境下,其所固有的不足在多个方面将会凸显,中医医院在坚持发挥中医药特色服务优势、充分发挥 DRG 正向激励作用等方面面临挑战。

“以西养中”大环境:中医类医学院校在培养中医医生时均传授

相关西医专业知识，导致很多医院采用“以西养中”的策略，通过现代诊断设备与检查项目来应对变局，忽略了中医自身的发展优势，逐渐抛弃了一些治疗周期较长的中医治疗手段，甚至进入“中医无用论”的恶性循环中，阻碍了中医发展。

分组问题：现行的 DRG 支付和评价体系均以西医诊断、西医手术操作为基础，中医学相关诊断及手术操作并未被包含其中，中医医院实施 DRG 面临诊断编码的不适性问题。现有的 DRG 分组评价体系尚未纳入中医病名诊断、中医传统特色操作、中医证型诊断等中医信息，尽管中医医院的病历首页书写采用中西医双诊断和中西医双编码，但中医疾病诊断名称以及证候分类存在相对滞后的问题。同时，中医某个病名可对应西医多个诊断，且同一个病名可对应多个中医证型，西医诊断亦可对应中医多个病名，并且部分西医诊断不存在对应的中医诊断，编码困难，导致目前还无法实施中医 DRG 支付。

中医传承创新受阻：传承与创新是中医药事业可持续发展的重要内容，国家相关政策从产学研方面对加快推进中医药创新提供了发展思路。DRG 源于国外，设计时并未考虑中医元素，到了各地，受多种因素影响，并未广泛普及中医激励政策，差异较大。如采用“一刀切”的拨付方案，会严重削弱中医医疗技术创新的动力。长此以往，中医医疗质量受到影响，中医医院也将失去自己的核心竞争力。

改革红利使用：大部分中医医院三、四级手术比例低于综合性西医医院，DRG 分组存在扬外抑内的弊端。近年来，国家集采政策惠及

百姓，大幅度降低了均次费用，减轻了百姓就医负担。但国家药品、耗材集采后腾出的空间在均返时，可能导致原本外科强大的大型医院或综合性西医医院 DRG 盈利增大，而中医医院亏损增大，在一定程度上可能对分级诊疗的布局造成影响，国家集采腾出的红利空间该如何使用也值得探究。

[返回目录](#)

### DRG/DIP 下医院各部门管理要点探析

来源：DRG DIP 研究

按照国家医保局三年行动计划的部署，DRG/DIP 支付改革三年内要做到全国各省份各统筹地区全覆盖，各统筹地区医疗机构全覆盖，以及病种全面覆盖(90%以上)，DRG/DIP 医保基金占医保基金总额达到 70%以上全覆盖。

对医院而言，这意味着实施时间紧迫、贯彻改革转型任务艰巨。主要体现在：医保支付改革从原来的“项目付费”转变为同城、同质、同价的按病种付费，加速医院运营模式从收入增长为导向，向以较低成本提供较高医疗服务导向转变。医院各职能部门在 DRG/DIP 支付改革下也需要转变角色，转换管理重点。

医院质控办作为业务质量安全统筹管理部门，要将等级评审新标准、公立医院考核、医保考核、DRG/DIP 运行管理多标融合，建立以效果、效率、效益为目标的质量科学评价体系，在保障医疗质量前提下，控制各部门各环节因质量安全因素导致的成本增加。

医院医务科要开展精细化管理，联合相关部门开展临床学科数据分析评价，提高医疗服务能力，优化医疗服务结构，提升疑难危重疾病诊疗能力，培育重点优势病种，抓好临床路径和单病种质控，探索推动日间手术诊疗，联合药学耗材管理部门做好合理用药及耗材使用监管，联合护理管控部门严格执行护理院感制度，减少各类并发症及不良事件，降低资源消耗。病案管理部门是本次改革的重中之重，也是薄弱之地，医院要加大投入力度，打造编码团队，抓好病案质控，尤其是病案首页质控，提高入组率和入组准确率。

医院医保管理部门要推动医院“大医保”管理体系的建立，做好宣传培训，抓好制度规范落实和联合监管，确保合格结算信息上传，联合相关部门做好医保局反馈的数据信息分析和改善，做好和医保局沟通，积极组织参与医保部门协商。

医院财务运营部门要加强成本管控、病种成本核算，把控诊疗费用、记账费用、医保结算费用三者盈亏关系，分析提供最佳治疗下的成本和利益数据。绩效考核是运营指挥棒，绩效管理部门要研究梳理医保支付改革下科室能力、效率、结余、安全、发展等指数和医院阶段性改善重点实施相应绩效改革。

DRG/DIP 支付改革是建立在大数据下的改革，医院信息管理部门要确保信息收集上传质量，探索事前评估、事中提醒修正、事后反馈改善系统分析机制。

临床科室既要学会诊疗，又要学会算账，发挥主体责任，关注点



从业务增长、床位规模转向病种、诊断规范、成本和收费结构管理，从病床管理转向病种管理，确立重点病种和优势病种，抓“工分”、抓诊疗技术，从多劳多得转向优劳优得。

[返回目录](#)

## • 基层医疗 •

### 推进县域医共体发展的“河南经验”

来源：健康县域传媒

2019年，国家卫生健康委在全国启动紧密型县域医共体建设试点，河南省36个县被纳入试点县行列。2020年，河南省政府发布了《关于加快推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》，提出县域就诊率达到90%、县域内基层就诊率达到65%左右等目标。2021年，河南省委将医共体建设纳入省委常委会重点项目清单，并对标国家标准，推进医共体高质量建设。

目前，河南省103个县(市)共组建190个医共体，实现县(市)全覆盖，医共体建设走在了全国前列。当前，县域医共体进入新时期，探索新路径成为发展路上的必修课。

基于此，健康县域传播平台邀请8位来自河南的县医院管理者做客“千县工程大直播第二十一期”直播间，围绕河南县级医院医共体发展的做法、经验等展开讨论，滑县人民医院院长李凤垒和巩义市总医院、市人民医院党委书记乔来军共同主持。直播由中国医药卫生文

化协会指导，《中国农村卫生事业管理》杂志社、健康县域传播平台、健康界联合主办，齐鲁制药有限公司公益支持。

### **新野县：百姓、医院、医保三方共赢**

新野县人民医院是河南省首批 50 家重点县域医疗中心建设单位。2021 年 9 月，医院牵头与 18 家公立医院、5 家民营医院、270 个村卫生室成立了新野县紧密型医共体。

新野县人民医院副书记、院长林楠分享了其在医共体建设方面的经验与心得。首先是完善构架，高位推进。“领导重视，高位谋划是医共体建设的必要前提。”他表示，新野县成立由县委书记为主任，组建紧密型医共体建设 8 个工作专班，形成了各负其责、相互协作、合力攻坚的工作格局。在管理上，对医共体成员单位进行“七统一”（行政、人员、业务、财务、绩效、药械、信息化）管理。

其次是信息引领，技术共享。

新野县人民医院投资 3500 余万元建设信息化平台，为成员单位和村卫生室配备了远程会诊设备、云心电设备 300 余套，形成了“一个中心、一张网、一卡通”。最后是技术支持，提升服务。通过专科引领加强县级临床重点专科和特色专科建设；发挥中药之乡资源优势，推动中医药振兴发展，建成 15 个中医馆、270 个村卫生室中医治疗室；形成各具特色、优势互补、错位发展，良性竞争的局面。“牵头医院给 13 个乡镇卫生院下派了业务院长，根据他们的需求，形成‘以科带院’、‘一院一策’的发展格局。”

医共体推进以来取得了明显的成效，县域百姓得到实惠：六大远程中心中心累计为 13935 人次患者完成集中诊断；组建县、乡、村三级家庭医生团队 127 个，将 70 多万人健康档案录入医共体信息化平台；上转 352 人次，下转患者 265 人次。同时，医疗机构也得到了快速发展，医保风险也得到了有效防控。

但林楠认为，医共体发展存在不可忽视的问题，比如：医共体各成员单位思想认识不统一，各方配合度不高；总医院业务带动和示范引领作用发挥不够；医保资金监管力度不大，未能形成监管的常态化、规范化；中医院、妇幼保健院职能发挥不够充分等等。

“未来已来，唯变不变”，林楠认为，当前是医共体发展的大好机遇，牵头医院要抓住机遇，切中问题要害，切实推进县域医共体的高质量发展。光山县：医共体建设共识亟待提高

2019 年，光山县以县人民医院为龙头单位，县中医院、弦城医院、妇幼保健院参与协作，全县 19 个乡镇卫生院、两个卫生服务中心为成员单位组建了医共体。

光山县人民医院党委副书记、院长罗宏介绍，医共体内部拟建立统一的绩效方案，每年对分院的院长进行 KPI 考核，考核结果计入德能勤绩廉等年终考核。他重点介绍了各个部门的工作内容：

财务审计部是最早开展工作的部门：在县财政局、卫健委的组织下，成立资产清理小组，对全县乡镇卫生院财务状况进行了分析汇总。医保监管部是探索了“6+6”工作法。在六个流程中，出现六次监管，

确保医保拨付资金的安全运作。

运营管理部是涵盖工作内容最多的部门，包括输送统一的管理理念；实施医疗资源下沉；对各乡镇卫生院进行全方位质控管理；建立院感巡查制度等。“健康促进部是医疗集团未来工作的重中之重和医改目标的最终落脚点。”健康促进部牵头组织肿瘤内科、神经内科、内分泌肾内科、临床心理门诊多名医师共同参与慢性病管理工作，成立了慢性病管理小组。牵头医院还积极建设“五大中心”，在新冠疫情常态化管控形势下，多次组织神经内科、心内科、呼吸内科医生下到在医共同体成员单位内培训宣讲、组织义诊。

罗宏认为，医共同体建设中有三个问题亟需改进：信息化建设亟待提升、政策机制更需高效、医改共识仍未形成。“医共同体建设是基层医改的一项重要举措，实际也是国家对基层治理能力的一项改革提升，只有大家都认识到这一点，医共同体建设才能更顺利发展。”

### 医保资金是“牛鼻子”

浚县人民医院是全国紧密型医共同体试点县，医共同体建设工作起步较早。浚县人民医院党委书记、院长吴宏光表示，紧密型医共同体建设以来，取得了一定的成效，医保资金也实现了打包支付，但还存在很多问题：比如：人财物还没有实现完全统一、信息平台也有待完善、县乡村三级的理念也不统一等等。

吴宏光认为，医保资金的科学监管对建设紧密型医共同体至关重要。近两年多来，新冠肺炎疫情给医院的发展带来很大的影响。“今

年第一季度，我们医保资金的支付比例就已经占到了41%，形势严峻。”

此外，如何提升乡镇卫生院的服务能力，将常见病患者留在基层就诊是医共体发展面临的重大挑战。“疫情当前，医疗资源比较紧张，我们如何利用有效的资源，充分发挥出医共体的优势？需要牵头医院深入思考。”

内黄县人民医院院长付保恩表示，县医院必须贯彻《关于推动公立医院高质量发展的意见》要求，发展方式要从规模扩张转向提质增效，运行模式要从粗放管理转向精细化管理，资源配置要从注重物质要素转向更加注重人才技术要素。

他表示，“千县工程”文件的发布，预示着县医院迎来了新的发展机遇。县医院要提高自身能力建设，建设好临床服务五大中心和急诊急救五大中心。

此外，县医院一定要发挥好龙头带动作用，“医共体建设就是一个重要抓手。”内黄县去年9月份正式启动紧密型医共体建设，12月份成立了医共体党委，今年4月份才真正开始推动。“未来，医院要加强信息化建设的力度，打造‘三位一体’的智慧医院。”

辉县市人民医院院长王栋印认为，医保资金是医共体发展的“牛鼻子”，信息化建设是医共体发展的前提。医共体建设就是要实现县级强转向县域强，要通过提高乡镇卫生院的服务水平推进分级诊疗的落地。“县医院要发挥好龙头作用，而不是把病人全都虹吸到县医院

来，这对医共体的建设，对乡镇卫生院都是不利的。”

他还表示，“千县工程”文件中的“二十大中心”建设是县医院发展和努力的方向。县医院要通过三个转变、三个提高，优化运营收入结构，提高医院医疗服务能力，提高职工的幸福指数。

固始县是全国唯一一个拥有三家三级医院的县域。固始县人民医院院长杨修义介绍，“我们的人民医院、中医院、妇幼保健院全都是三级医院，再加上一家二级民营医院牵头，我们之前一共有四个医共体。”

今年5月9日，三家三级医院已经整合成“固始县医疗健康总医院”，并将于6月初挂牌运营，“总医院运营后，员工将近4000人。精细化的管理，重点专科的设置，对我们来说都是很大的考验。”

“这也意味着将由总医院牵头发展医共体。”杨修义介绍，总医院将力争完成医共体建设的三个目标：让县域百姓满意，让医护人员乐业，让政府放心。

作为分享环节的主持人，滑县人民医院院长李凤奎表示，河南省是一个农业兼人口大省，有将近70%的居民生活在县域内，因此，要解决县域内人民群众看病就医难题，就要科学合理地完善县域医疗服务建设。

滑县人民医院牵头成立滑县人民医院医疗健康服务集团，‘十四五’时期将在紧密型医共体方面重点发力。在医院高质量发展方面，滑县人民医院一方面以大数据为依托，精准确定当前居民的主要疾病

种类;另一方面瞄准学科发展前沿导向,以此作为学科发展依据,提供政策和资金倾斜。在加强重点专科建设、推动优势学科不断强化的同时,补齐医院学科建设的短板,注重医教研协同发展,从而持续推动医院高质量发展。

作为圆桌论坛的主持人,巩义市总医院、市人民医院党委书记乔来军也发表了自己看法:医共体建设是个一把手工程,最少需要三位书记在理念上高度一致,一是市(县)委书记,二是卫健委书记,三是医院的书记,三者缺一不可。此外,还需要得到多个部门的支持,尤其是医保部门和卫健委,需要医保部门下放“资金”,卫健委下放“权力”。“当这些都统一起来的时候,才能更好地推进医共体建设,县域百姓才能享受到高质量的医疗服务。”

[返回目录](#)

### **基层院长眼中的一体化改革：规范、提升、共享、满意**

来源：腾讯新闻

“规范、提升、共享、满意。”说到县乡村一体化改革带来的好处,山西省万荣县贾村乡卫生院院长王建刚脱口而出这八个字。作为万荣县医疗集团的一份子,他曾在多个场合用此来传递医疗集团的优势。

王建刚回忆,2018年,全国县域综合医改现场会在万荣召开,贾村乡卫生院成为现场会的观摩点,他作为此次会议上的汇报者之一,用“规范、提升、共享、满意”来总结医改的成效。而这八个字

也得到了万荣县其他乡镇卫生院的认可。高村镇卫生院院长李虎在接受采访时表示，“医疗集团成立之后，诊疗行为得到了规范、医疗质量得到了提升，优质资源全部共享，百姓满意、职工满意、政府也满意。”土房变“豪宅”老百姓愿意来了万荣县医疗集团成立于2017年4月份，下辖县人民医院、17个乡镇卫生院(含3家分院)、281个村卫生室，其中，已经有5家卫生院达到了国家推荐标准，贾村乡卫生院和高村镇卫生院也位列其中。

李虎介绍，自加入医疗集团以来，卫生院发生了翻天覆地的变化：以前的土房子变成了3400平方米的“豪宅”，中医馆、门诊公卫综合楼、住院楼、职工宿舍楼、餐厅应有尽有；原来员工只有10个人，现在扩展到了40个人；以前的医疗设备陈旧，根本满足不了群众的就医需求，现在设备齐全，开设了内科、外科、妇科、儿科、中医理疗科、口腔科、检验科、超声科、医学影像科、公卫科、预防保健等科室。“最明显的是，诊疗人次比以前翻了好多倍。”万荣县医疗集团党委书记、院长董永凯在参加“县域健康大咖播”时曾介绍，医疗集团实行行政、人员、资金、业务、绩效、药械的“六统一”管理，对乡镇卫生院实施软硬件双提升改造工程，推动全部卫生院标准化升级改造。2019年，国务院对万荣县医改工作予以督查激励，奖励500万元，随后山西省配套奖励300万元，集团把800万元奖励资金全部用在乡镇卫生院改造和提升服务能力上。

万荣县医疗集团医改办公室主任徐文敏介绍，医疗集团先后有近



100 名医护人员下乡帮扶，规范卫生院业务及管理。在规范诊疗行为方面，对乡镇卫生院开展季度考核，发现问题督促逐条更改。在能力提升方面，医疗集团以加强乡村两级以常见病多发病为重点，巩固基层服务网底，确立了“集中学科、集中人才、集中资源”的思路，推进卫生院特色化、差异化发展。

目前，医疗集团下辖 14 家卫生院全部完成软硬件双提升，整体面貌焕然一新，整体医疗服务能力在全省排名第三。

乡镇优质护理服务覆盖率达到 100%，新增了 20 多项新技术项目，卫生院实现中医馆全覆盖，诊疗范围从以慢病诊治为主，扩展到眼科、妇科、儿科诊疗、磁共振、CT、超声检查等多类型诊治。徐文敏介绍：“全县设置了多个区域特色卫生院，高村镇成立了糖尿病防治专科特色卫生院，贾村乡的小儿推拿科在全县闻名。”

王建刚是 2019 年到贾村乡卫生院任院长的，此前，他曾受上级委派，带领多个陷入“泥潭”的卫生院走出困境，“我也跟上级领导开玩笑说，怎么不是让我‘上山’，就是让我‘镇守边关’呢？领导回答说，挑战不可能才能实现更大的人生价值。”的确如此，多年来，王建刚已经被打磨为万荣县乡镇卫生院的一面“旗帜”，有他在的卫生院也会成为标杆。“最近几年，乡镇老百姓看到了卫生院能力水平的提升，越来越多的人愿意到来乡镇卫生院看病，诊疗人次、住院人次逐年增加。”2020 年 10 月，山西省中医药适宜技术推广会在万荣召开，贾村乡卫生院再次被选为观摩点。

能力提升，老百姓更满意了。乡镇的老百姓对基层医疗服务的巨变“看在眼里，享受在身上，满意在心里”。

李虎回忆，去年暑期，有一个孩子溺水窒息，生命垂危，卫生院医生通过紧急心肺复苏按压给氧，并开启绿色通道，及时运送转诊，第一时间将孩子抢救过来。“以前碰上这种情况，患者只能等县里救护车来了再转运，那就很危险了。急诊急救能力的提升对百姓来说太重要了。”对于诊疗人次的增加，李虎认为，到卫生院看病的人多了，并不是说得病的人多了，而是因为经济水平的不断提升，人民的健康预防意识增强了，以前看不起病，从小病拖到大病，现在感觉不舒服就来检查，防病于未然，而且卫生院经常有县级优质医师坐诊，老百姓就近就可以享受到一样的医疗服务，不用再跑远路了。

2021年，医疗集团建立了远程心电、影像、会诊等诊断中心，基层心电图、X光片等可实时传送到县医院相应中心，实现了“基层检查+上级诊断”。“这对把老百姓留在基层起到了很大的助力作用。”徐文敏介绍，2022年，已经开展远程会诊、心电、影像3万多人次，为患者节约60余万元。县乡村一体化改革以来，万荣县县域患者下转率上升了56.5%，乡镇卫生院普通门诊人次上升23.5%，居民健康素养、家庭医生服务能力也都有了相应的提升；医保实际补偿比上升了5%，居民自付费用下降10%，急慢性疾病患病率、患者外转率也相应下降。除了老百姓满意之外，医疗集团的职工满意度也提高了。

王建刚介绍，去年卫生院发给职工的工资较前年多了20万元，

“员工工资高了，工作积极性就更高了。而且，我们卫生院职工幸福指数是全县卫生院中是相对较高的。”据了解，贾村乡卫生院为全院的职工，包括所有临时工都上交了社会保险，是全县唯一一个试点单位。李虎和王建刚均表示，近年来，群众送的锦旗、感谢信数不胜数，这说明乡镇卫生院的医疗服务水平得到了越来越多患者的认可和信任。

他们离“让群众就近享有安全、有效、方便、经济的基本医疗卫生服务”的目标越来越近了。基层医生中间断层谈到卫生院发展路上的短板，两位院长不约而同地说，是“人才问题”。

王建刚介绍，贾村乡卫生院有职工48人，其中一半以上是年纪比较大的“老人”，年轻人、有学历的人都不愿意到基层来。李虎也表示，乡镇卫生院招不进留不住优秀人才。“外在硬件条件越来越好的同时，内在人才问题越来越突出：全科医生不足，中医药人才、辅助科室人员缺乏，先进的设备没有相应资质的人使用。”他分析，专科医学生逐年减少，本科毕业生不愿意到基层就业，“导致基层医生青黄不接，中间断层。”对此，徐文敏介绍，医疗集团将结合卫生院实际需求，继续开展有针对性的优质资源下沉帮扶，通过“输血工程”和“造血工程”加大对基层医疗机构人才引进和培养力度，持续提升乡镇卫生院的医疗服务能力。同时，还要积极配合乡镇卫生院家庭医生签约团队进行家庭医生入户履约，提高履约质量。

李虎是从村医成长起来的卫生院院长，从事医疗行业快30年了。

王建刚曾经是李虎的“师傅”，资历更深。长期在基层摸爬滚打，他们非常了解基层百姓的健康需求，也想将卫生院打造成百姓心中理想的卫生院。

那理想的乡镇卫生院，医疗服务水平要达到怎样的高度呢？李虎说：“农民长期从事体力农业劳动，积劳成疾，大多数患有颈、腰、腿疼疾病，不合理饮食和过度的劳作也容易产生多种慢性疾病，我们要加强科室建设，从常见病、多发病方面不断提升诊疗水平，提升中医药、理疗康复等综合服务能力，解决村民 90% 以上的治疗需求。”王建刚说：“老百姓生病时首先能想到乡镇卫生院，愿意到这里来诊疗，来康复，就是最理想的。”

[返回目录](#)

## • 妇幼健康 •

### 国家卫健委宋莉：我国妇幼健康核心指标位于全球前列

来源：中国医学科学院

世界卫生组织将人均预期寿命、婴儿死亡率和孕产妇死亡率作为衡量一个国家人民健康水平的主要指标，妇女儿童健康反映了国家全民健康水平、生活质量和文明程度。

5月30日，在国家卫生健康委召开的新闻发布会上，国家卫生健康委妇幼司司长宋莉从党的十八大以来妇幼健康工作的进展成效；妇幼健康指标的整体变化情况；《2021-2030年中国妇女儿童发展纲

要》中卫生健康相关目标推进情况；如何推进《母婴安全行动提升计划》提出的“到 2025 年全国孕产妇死亡率降到 14.5/10 万，婴儿死亡率降到 5.2‰”的目标四个方面介绍了党的十八大以来妇幼健康工作的进展成效。

### 1、妇女儿童健康水平显著提升

宋莉介绍，2021 年我国孕产妇死亡率已下降到 16.1/10 万，婴儿死亡率下降至 5.0‰，5 岁以下儿童死亡率下降至 7.1‰，妇幼健康核心指标已降至历史最低水平。妇女宫颈癌和乳腺癌防治、预防艾滋病、梅毒、乙肝母婴传播、儿童保健以及出生缺陷防治等重点工作取得了积极成效。

主要工作进展体现在三方面，一是始终秉持儿童优先、母亲安全理念，坚持保健与临床相结合，个体与群体相结合，中医与西医相结合的特色妇幼健康发展道路。贯彻落实中国妇女儿童发展纲要，推进健康中国建设，启动妇幼健康促进行动。建立完善母婴安全五项制度，实施母婴安全行动计划和健康儿童行动等系列计划。不断完善妇幼健康制度建设。

二是十年来，连续实施了妇幼健康保障工程，妇幼保健机构能力建设项目和基层产科、新生儿科医师和儿童保健人才培养项目，以妇幼保健机构、妇女儿童医院为核心，以基层医疗卫生机构为基础，以综合医院和相关科研教学机构为支撑的特色妇幼健康服务体系不断健全。截至目前，全国共有妇幼保健机构 3032 家，妇幼保健机

构专业人员达到 54.2 万人，床位数达到 26 万张。全国共有妇产医院 793 家，儿童医院 151 家，妇产科医师数达到 37.3 万人，儿科医师人数增长到 20.6 万人。同时，近年来，云上妇幼、智慧妇幼等创新模式不断推进，妇幼健康服务能力得到持续提升。

三是通过持续推进国家基本公共卫生服务、儿童营养改善、孕前优生健康检查、农村妇女宫颈癌、乳腺癌检查等项目，优先重点覆盖到所有原国家级贫困县。着力解决妇幼健康事业发展不平衡、不充分问题。近年来，全国孕产妇住院分娩率持续稳定在 99% 以上，孕产妇系统管理率、儿童健康管理率保持在 90% 以上。妇女儿童健康水平城乡地区间差距进一步缩小。十年来，西部与东部地区孕产妇死亡率之比由 2.1 下降到 1.5，农村和城市 5 岁以下儿童死亡率之比由 2.7 下降到 2.1。妇幼健康服务的公平性、可及性不断增强。

## 2、妇幼健康核心指标的整体变化

妇幼健康核心的指标，包括孕产妇死亡率、5 岁以下儿童死亡率和婴儿死亡率。宋莉说，这些是反映一个国家和地区卫生健康事业发展水平重要指标，也是衡量一个国家和地区社会经济发展水平的重要的评价指标。这些指标被纳入“健康中国 2030”规划以及中国妇女儿童发展规划纲要等国家的重要规划，也是联合国可持续发展目标的重要的、核心的评价指标。

2021 年孕产妇死亡率和 2011 年(十年前)相比下降幅度达到 38%。2021 年 5 岁以下儿童死亡率和 2011 年相比，下降幅度达到了 54%。

2021 年婴儿死亡率和 2011 年相比，下降幅度达到了 58%。目前我国孕产妇死亡率、5 岁以下儿童死亡率和婴儿死亡率，这些妇幼健康核心指标已经位于全球中高收入国家的前列。被世界卫生组织评定为“全球十个妇幼健康高绩效国家之一”。

### 3、“两提升”、“两消除”和“一促进”

去年 9 月份，国务院印发了 2021-2030 年中国妇女儿童发展纲要，确定了未来十年妇女儿童发展的主要目标和策略措施。今年 4 月份，国家卫生健康委制定印发了《国家卫生健康委贯彻 2021-2030 年中国妇女儿童发展纲要实施方案》，明确了到 2030 年卫生健康领域的 12 项主要目标和 8 方面主要任务。在推动落实新“两纲”中各项卫生健康领域目标和措施的落地中，宋莉提到了“两提升”、“两消除”和“一促进”。

两提升：启动实施母婴安全和健康儿童两个提升计划，一方面对“十三五”已经确立的妇幼健康领域的规章制度进一步巩固和完善，同时也在未来一段时期进一步提高母婴安全保障、优生优育、健康儿童服务的质量和水平。

两消除：聚焦影响妇女儿童健康的重大疾病问题，坚持预防为主、防治结合，我们将启动实施消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播行动计划和中国加速消除宫颈癌行动计划。

一促进：联合 15 个部门，启动实施母乳喂养促进行动计划。希望通过促进行动计划，能够让每个新生命都能够享有大自然所赋予的

天然的权利，能够从生命起点就享受到母亲甘甜的乳汁，从而更好地促进婴幼儿的生长发育，在生命早期能够促进母婴亲密关系的建立和形成。

#### 4、母婴安全五项制度

近年来，高危高龄孕产妇的比例在进一步增多，保障母婴安全也持续面临着新的任务和新的挑战。宋莉介绍，国家卫生健康委专门以预防和减少孕产妇和婴儿死亡为目标，在全国推行实施母婴安全五项制度，包括妊娠风险筛查与评估制度、高危孕产妇专案管理制度、危急重症孕产妇救治制度和孕产妇死亡个案报告以及重点地区的约谈通报制度。

通过这些制度的不断巩固、建立和完善，坚持从源头防控孕产妇的风险。特别是在早期开展妊娠风险筛查和评估工作，按照不同的风险严重程度进行分级分类救治和精细化管理。现在按照风险程度，把孕产妇按颜色进行标识，绿色是低风险，黄色是一般风险，橙色就是较高风险，红色是高风险，紫色是合并传染性疾病，进行“五色”很明确明显的标识，有助于各级各类医疗机构进行精细化管理。

比如说，各地机构在转诊的时候看到标识是红色的这类高风险孕产妇就要第一时间开通绿色通道，转诊到市级危重孕产妇救治中心，进行积极的、及时的救治和医疗保障。

同时，在落实母婴安全五项制度的基础上，也有一系列的行动，包括质量安全提升行动、专科能力建设行动、便民优质服务行动等若



干行动，来全方位地保障母婴安全。

近年来，国家卫生健康委制定了《危重孕产妇和新生儿救治中心建设与管理指南》，到目前全国已经建立了 3364 个危重孕产妇救治中心，3070 个危重新生儿救治中心。

经过多年的努力，覆盖全国、分级负责、上下联动、有效运转的危重孕产妇和新生儿急救、会诊、转诊网络基本建成。在努力保障母婴安全的同时，各地也在积极探索更加高质量的以人为本、能够满足多层次、多样化需求的妇幼健康服务。

[返回目录](#)

### **北京大学第三医院院长乔杰：从多方面入手加强出生缺陷防控**

来源：北京大学第三医院

生育政策调整后，出生缺陷发生风险增加，怎样预防和减少出生缺陷的发生；在常态化疫情防控下，作为医疗机构，如何保障孕产妇的安全；生育政策调整激发了很多家庭的生育意愿，目前，我国辅助生殖技术发展和服务能力如何，针对大家关注的热门话题，国家妇产疾病临床医学研究中心主任、北京大学第三医院院长、中国工程院院士乔杰在国家卫生健康委于近日举行的党的十八大以来妇幼健康工作进展成效有关情况发布会上做了详尽的解答。

#### **出生缺陷的防控要从多个方面入手**

“近年来，随着生育政策的调整，高龄生育也随之增加，而年龄和出生缺陷发生的关系是明确的正相关。”乔杰说，出生缺陷的防控

要从多个方面入手。

第一方面，要持续继续加强出生缺陷三级预防、四道防线的防治策略。一级预防就是要把婚前和孕前这两道关口把握住，统筹推进婚前保健、孕前优生健康检查，还有像叶酸的补充等服务，努力让出生缺陷不发生。二级预防非常关键的就是在孕中，要加强产前筛查和诊断，努力让严重的出生缺陷尽可能的少出生。三级预防就是产后新生儿的筛查，在筛查过程中发现的先天性疾病、可疑的病例，要及时召回，尽早诊断，尽早治疗，同时加强随访追踪。争取做到早发现、早干预、早康复，尽可能地减少致残现象的发生。

第二方面，加强整体防治能力的提升。去年国家印发了《健康儿童行动提升计划(2021-2025年)》，今年还会制订出生缺陷能力提升计划(2022-2025年)，通过计划的颁布、落实，希望达到重点疾病在县级能够筛查，地市级能够诊断，省级能够指导，区域能够辐射的总体目标。积极完善防治的网络，健全防治的链条，加强人才培养，最终能够达到出生缺陷整体服务能力提升的目标。

第三方面，加强科技攻关。从“十一五”到“十三五”，国家布局了一系列专项，从胚胎植入的遗传学诊断到产前和产后，一系列研究的突破和新技术的产生，使得总体的防治水平有了不小的提高。

“十四五”国家科技攻关项目，又对出生缺陷的薄弱环节做了有针对性的布局，希望在整体加大科研投入的基础上，能够通过孕前、早孕期、产前以及出生后全链条的科技攻关项目的创新，做到出生缺

陷防控水平进一步提升。

对于边远山区和脱贫地区，要做到加强科普信息的发布，以多种形式加强健康科普知识的传播。同时，加强当地出生缺陷防控能力的帮扶提升。特别强调，35岁之后是出生缺陷高发的时期，所以所有育龄夫妻应该从自身做起，注意适龄生育，主动进行婚前孕检，有效预防出生缺陷的发生。

### **常态化疫情防控下，保障孕产妇的安全**

在常态化疫情防控下，作为医疗机构，主要是从以下几个方面重点保障孕产妇的安全。乔杰介绍道，首先，针对不同涉疫风险地区的孕产妇进行分流管理。对孕产妇基本医疗保障要求的基础之上，进一步协调医院各部门优化流程，在医疗机构内部设立相对独立的空间，保障涉疫孕产妇正常的产检、急诊、分娩和必要的手术，保障孕产妇的安全。

第二，对于孕产妇日常的产检，要积极发挥线上医疗、互联网医疗以及云上妇幼的优势，采取线上和线下就诊相结合的方式，有效地保证必要的线下就诊次数、产检次数，减少医院的聚集。

第三，对孕产妇及其家属的健康行为进行宣教及引导。通过网络孕妇学校平台进行疫情期间孕妇产检相关内容宣教，让孕妇放松心情。例如，中期妊娠阶段的低风险孕妇，如果不能按规定检查日期来医院检查，在家里自行监测胎动、宫缩及血压等情况，如果都正常，可以适当延长来医院检查时间。对于高危妊娠，医院在尽量防控感染

前提下为孕妇安排检查。如果有发热、咳嗽等症状，及时去发热门诊就诊。同时建议孕妇及家属，要提前了解孕妇所在产检医院的救治流程，包括通道、急诊等，缩短就诊时间，并积极配合医院测体温、流行病调查等防控措施，保护自己和他人的安全。

对于居家隔离的孕产妇，根据医生的建议加强自我监测，必要时可采取远程诊疗等形式咨询医生，如果出现明显不适症状，及时告知所在社区(村)或隔离观察点的负责人，协助联系 120 救护车前往医院诊治。

### **辅助生殖技术服务量和技术水平达到国际先进水平**

1978 年，世界上第一例试管婴儿诞生，1988 年，中国大陆的第一例试管婴儿诞生于北医三院。乔杰说，近 30 年，特别是近 10 年来，我国能够提供的总体技术服务量和技术水平都已经达到了国际先进水平，妊娠率在 40%-50%之间。并且在部分研究领域，比如着床前遗传学检测技术上处于国际领跑地位。

到去年 6 月份，获得国家批准的人类辅助生殖技术的实施机构已经达到了 539 家，人类精子库有 27 家，每年人类辅助生殖技术应用总周期数超过 100 万，能够满足我国不孕症患者治疗的需求。特别是在辅助生殖技术的管理上，我国有三大优势，一个是辅助生殖技术的严格准入，2015 年，组建国家辅助生殖技术管理专家库，促进各地技术审批过程公平公正，同时加强事前、事中、事后质量管理和规范服务。卫健委定期公布全国经批准开展人类辅助生殖技术和设置人类

精子库的医疗机构名单，接受社会监督。

第二方面，加强辅助生殖技术应用的日常监管。每年定期抽取一定数量的医疗机构，由专家组进行评审评价。国家辅助生殖技术质量管理专家组的成立，对全国辅助生殖技术安全规范、统一高效的管理发挥了积极作用。

第三方面，严厉打击非法采供精、非法采供卵以及代孕等违法行为。所以，无论是从技术服务的水平还是行政的监管上，我国辅助生殖技术领域的整体工作都是相对比较全面，同时也在不断提升。

[返回目录](#)

## • 医药专栏 •

### 构建医药价格治理新格局

来源：《旗帜》

党的十九届五中全会提出，要把“民生福祉达到新水平”作为“十四五”时期经济社会发展的主要目标之一。这是党中央深刻把握我国社会主要矛盾变化，着眼满足人民对美好生活的新期待而作出的重大决策部署。以此为契机，医药价格工作者将进一步增强政治意识、锐意改革创新，全力构建医药价格治理新格局。

#### 准确把握新阶段，在新的历史起点推进改革

推动医疗保障制度从有到优，需要发挥战略性购买作用。党中央始终高度重视人民健康和医疗保障制度建设。我国建立了世界上最大

的全民医疗保障网，基本医保参保人数达 13.6 亿人。党的十九大以来，党中央、国务院部署组建国家医疗保障局，并印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，医疗保障制度从有到优逐步完善。“十四五”期间，我国将进入高收入国家行列，人民群众对医疗和医药的质量都有更高要求，人口老龄化、疾病谱变化和医疗技术进步推动医疗消费不断增加，收支压力也随之增大。只有实现从粗放式发展到质量效益型发展的转变，发挥好战略购买作用，才能实现医疗保障制度的高质量发展和可持续发展。

医药产业由高速增长转向高质量发展，需要发挥价格杠杆作用。改革开放以来，我国医药产业高速发展，但同质化和重复建设比较严重，存在重营销轻研发问题。作为国民经济重要组成部分，医药产业的高质量发展包括增强创新能力，整合要素资源，提升单位产出效率，也包括诚实守信，提升药品质量和品牌溢价，还包括恰当制定发展战略，加强对全产业链的把握，在综合竞争中取得优势。高质量发展是多层次、内涵丰富的，不能再走“做高空间、掌握终端、营销为王、无效供给”的老路。科学合理的价格形成机制应发挥重要信号和引导作用，对医药产业高质量发展予以正向引导。

医药价格由管理向治理转变，并愈加精细化。管理和治理一字之差，却是治理体系和治理能力现代化的新要求。治理更强调多方参与、共建共享，医药价格治理也要搭建医保基金、医疗机构、医药产业、参保人多方参与的机制，从刚性定价向更多元、更包容、更能发挥传

导性的方向转变。同时，要善于做慢功夫、深功夫，向管理要效益，在精细推进、精确治理上下“绣花功夫”，切实提高人民群众的获得感、幸福感、安全感。

### **牢固树立新理念，以更大的气魄深化改革**

坚持以人民为中心，让人民共享改革成果。在医药价格工作中践行以人民为中心的发展思想，不仅要让人民群众用得上药、用得起药，还要让人民群众用得上高质量的药和确定疗效的药，享受到高质量的医疗服务。面对纷繁复杂的利益格局和利益诉求，只有站稳人民立场，以人民利益为出发点和落脚点，才能确保医药价格和招标采购工作始终保持正确的前进方向。

坚持市场主导，推动有效市场和有为政府更好结合。医药价格和招标采购改革要坚持市场调节医药价格的总体方向，充分发挥市场特别是集中采购市场在医药价格形成中的重要作用，尊重市场规律、尊重医药行业自主定价权，不断完善以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制。要善于发挥政府作用，通过重构制度体系，消除阻碍市场发挥作用的带金销售、地方保护、信用缺失、劣币驱逐良币等不合理现象，畅通国内大循环，形成与我国超大规模市场优势相匹配的价格。

坚持系统观念，协同推进医药服务供给侧改革。医药价格和招标采购改革，一头连着人民群众看病就医和医保基金购买的需求侧，一头连着医药产业和医疗服务的供给侧，是推进医药服务供给侧改革的

重要抓手，也是加强系统集成、协同高效的重要着力点。要增强全局观念，在解决人民群众看病就医后顾之忧的同时，打通高质量供给和有效需求的传导机制，为产业高质量发展提供重要支撑，为高质量医疗保障注入有效元素。要强化协同配合，用带量采购这一“小切口”牵引相关改革，助推医疗、医保、医药改革联动；要加强政策联动，促进生产流通、价格形成、医保支付、质量监管、供应保障、合理使用等政策有效衔接，形成改革合力。

### **努力构建新格局，让医药服务更优质实惠**

强化顶层设计，明确改革主要方向。全面深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革，坚持招标采购合一、量价挂钩，推进集中带量采购常态化制度化，使之成为行业内的主导模式，降低群众就医负担。深化医疗服务价格改革，建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制，促进临床服务有效供给和医疗新技术创新发展，保障人民群众获得高质量、有效率、能负担的医疗卫生服务。在完善药品和医疗服务改革顶层设计基础上，加强药品耗材集中采购、日常价格治理、医疗服务价格改革的内在联系，发挥协同效应。

创新政策工具，提升治理效能。不断完善和发展集中带量采购，对普适性较强的品种按统一规则集中采购，对高值医用耗材按“一品一策”推进，对特征性较强的品种探索专项集中采购，对适应症和功能主治相似的品种探索合并集中采购，对供求关系变化较大的探索分



阶段议价采购，综合运用采购量、合约期、竞争度、替代性不断创新集中采购工具箱。推进构建形成协作有力、层次丰富、灵活规范的区域性、全国性联盟采购机制，发挥不同采购主体积极性。规范集中采购市场挂网销售规则，对没有纳入带量采购的品种加强治理。创新药品价格监管手段，探索医药价格和招标采购信用评价制度，发挥生态体系建设的正向作用，充分运用成本调查、函询约谈、信息披露、指数发布等手段，引导医药企业规范价格行为。通过创新政策工具，全面推动制度优势更好转化为治理效能。

完善执行机制，力求改革实效。坚持并完善“国家组织、联盟采购、平台操作”工作机制，使政策制定、集中采购操作和贯彻执行既有机联系又权责明确。加强省级医药集中采购平台标准化规范化建设，提升服务能力，试点一省审核、多省共享的资质审核联动模式。建设全国药品价格共享数据库，促进价格信息共享、供应信息互通、信用采集互助、失信行为联惩，逐步增强全国医药集中采购市场的协同性、响应性。

[返回目录](#)

## 2022 医药卫生体制改革“路线图”确定

来源：国务院办公厅

如何做到大病重病在本省就能解决，如何让患者敢看病，看得起病？随着医改的不断深入，解决百姓看病的根本路径逐渐清晰。

促进优质医疗资源扩容和均衡布局，开展国家区域医疗中心建设

项目；深化医疗、医保、医药联动改革，扩大集中带量采购范围，进一步进行价格改革和支付改革，推进解决看病难、看病贵问题；加强医防协同，增强公共卫生服务能力等，这些都是日前国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》(以下简称《任务》)中划定的重点内容。

### 资源下移增加优质医疗资源供给

我国幅员辽阔，地区间发展水平还存在较大差异，聚焦医疗卫生服务，仍存在优质医疗资源总量不足、布局不均衡，医疗卫生机构间分工协作机制不健全等问题，需要通过深化改革，进一步完善省市县和县乡村医疗服务“三级网”，分层分级提高医疗卫生服务能力。

在此背景下，《任务》提出，发挥国家医学中心、国家区域医疗中心的引领辐射作用，并于年内基本完成全国范围内国家区域医疗中心建设项目的规划布局。同时，发挥省级高水平医院的辐射带动作用，引导省会城市和超(特)大城市中心城区的医院支持资源薄弱地区，推动优质医疗资源向市县延伸。

中信建投医药组分析师贺菊颖表示，2022 年我国深化医药卫生体制改革持续向纵深推进，与上年相比，《任务》提出促进优质医疗资源的扩容，增强市县级医院服务能力及基层医疗卫生服务水平，展现了深化医改的力度和决心，推动医药卫生高质量发展。

国务院医改领导小组秘书处相关负责人表示，解决人民群众看病就医问题的根本途径，就是既要加快优质医疗资源扩容，增加优质医

疗资源供给，把蛋糕做大；又要均衡布局优质医疗资源，解决好医疗资源合理配置的问题，把蛋糕分好，构建起有序的就医和诊疗新格局。

该负责人表示，国家医学中心和国家区域医疗中心，代表着国家医疗技术的先进水平和技术前沿，也是引领全国提升整体医疗水平的重要力量。目前，已在全国布局十大类 17 个国家医学中心、在 8 个省份试点建设 26 个国家区域医疗中心，特别是通过分布在各地的国家区域医疗中心，为当地培养人才，提升当地医疗水平，有效改善就医流向。

“省、市、县各级医院上下联动、梯次推进省域内医疗资源布局和调整。”上述负责人表示，支持各省份参照国家区域医疗中心建设模式，推进在省内建设区域医疗中心，每个省份选择 2 至 3 个设区的市开展紧密型城市医疗集团试点。同时，遴选“千县工程”县医院，在县域推广临床服务、急诊急救新模式。

该负责人透露，今年我国将按照“揭榜挂帅、择优选拔”的思路，继续设置国家医学中心，打造临床医学高峰，并且围绕死亡率高、疾病负担重、转外就医集中、严重危害群众健康的病种，继续开展国家区域医疗中心建设项目，基本完成全国范围内的规划布局，减少群众跨区域就医。

### 三医联动深入推广三明医改经验

国务院医改领导小组专家咨询委员会委员李玲表示，深入推广三明医改经验，是今年医改重点工作任务的亮点。“三明医改”从福建

三明试点开始，如今已从理论到实践再到全国推广阶段。

对此，《任务》明确，扩大集中带量采购范围，力争每个省份国家和地方采购药品通用名数合计超过 350 个。耗材方面，国家层面开展一批脊柱类高值医用耗材集中带量采购。对国家组织采购以外用量大、采购金额高的药品耗材，指导各省份至少各实施或参与联盟采购实施 1 次集中带量采购，提高药品、高值医用耗材网采率。此外，还将研究完善对抗菌药物等具有特殊性的药品集采规则和使用方案。

在价格改革和医保支付改革方面，《任务》指出，各省份 2022 年 6 月底前印发建立医疗服务价格动态调整机制相关文件，年底前将医疗服务价格调出成本监审和价格听证目录。对于 5 个医疗服务价格改革试点城市，将探索价格调整总量确定规则、调价综合评估指标体系等配套措施。同时，在全国 40% 以上的统筹地区开展按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费或按病种分值 (DIP) 付费改革工作，DRG 付费或 DIP 付费的医保基金占全部符合条件住院医保基金支出的比例达到 30%。

《任务》还表示，制定药品经营和使用质量监督管理办法、药品网络销售监督管理办法。推进药品使用监测信息网络建设和药品编码应用，2022 年力争覆盖所有二级及以上公立医疗机构和 80% 的政府办社区卫生服务中心、乡镇卫生院。

国务院医改领导小组秘书处相关负责人表示，三明医改经验体现了人民至上、敢为人先，其经验值得各地因地制宜借鉴。通过集中带量采购、价格、医保支付方式改革，人事薪酬制度、综合监管等领域

改革，落实政府的相关投入，推动三明医改经验在各地落地生根、开花结果。

### 高质量发展锚定健康中国战略目标

健康是幸福生活最重要的指标，但健康建设实际上是一个极其复杂的系统性工程。例如除了治病外，预防得病也是关键一环。

《任务》指出，提升疾病预防控制能力，包括健全疾病预防控制网络、管理体系和运行机制，完善防治结合、联防联控、群防群控机制，加强公共卫生队伍建设，提高重大疫情监测预警、流调溯源和应急处置能力。同时，推进实施癌症、脑卒中、心血管病、慢阻肺等重大慢性病高危筛查干预项目。推进高血压、高血糖、高血脂“三高”共管试点，完善慢性病健康管理适宜技术和服务模式，推进基层慢性病医防融合管理。

此外，医保保障、药品保障也是重中之重。《任务》透露，推动基本医保省级统筹。每个县至少有一家定点医疗机构能够提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务。逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。实现全国医保用药范围基本统一。有关药品方面，今年一项重点是优化国家基本药物目录，完善目录管理机制。加强小品种药(短缺药)集中生产基地建设。

值得一提的是，对于推动中医药振兴发展，《任务》指出，推进中医药综合改革。开展医疗、医保、医药联动促进中医药传承创新发展试点。选择部分地区开展医保支持中医药发展试点，推动中医特色

优势病种按病种付费。推进中西医协同“旗舰”医院建设和重大疑难疾病中西医临床协作试点项目。

作为实施落地主体的公立医院，国务院医改领导小组办公室相关负责人表示，公立医院是健康中国建设的主力军，2021年出台的《关于推动公立医院高质量发展的意见》，为公立医院高质量发展指明了方向、提供了遵循，此次《任务》进一步给出了细化的实施路径。

上述负责人透露，目前选择9个省(市)的14家大型高水平公立医院开展公立医院高质量发展试点，通过委省共建方式，对标国际一流，加强学科建设和医学科技创新，推出一批业内叫得响、群众感受好的新技术，提高病例组合指数和四级手术占比。

[返回目录](#)

## • 医保快讯 •

### 重磅！国家医保局发文，首次公开明确飞行检查工作重点

来源：国家医保局

5月31日晚，国家医保局官网发布通知，将联合财政部、国家卫生健康委、国家中医药局开展2022年医保基金飞行检查。随通知同时发布的还有《2022年度医疗保障基金飞行检查工作方案》(以下简称《工作方案》)，在该方案中明确了飞检的检查对象、检查内容、人员组成、组织实施等工作重点。

这是国家医保局开展飞行检查近四年以来，第一次公开发布飞检

通知，也是第一次以文件形式正式披露飞检的工作重点与各项要求。此前，“中国医疗保险”曾派出工作人员参与飞检工作，撰写并发布《感受“飞检”——国家飞检组赴苏州开展基金飞行检查纪实》一文，欢迎大家同步阅读参考。

### 针对骗保重点，明确工作内容

十几天前，在5月19日，国家医保局刚公布了2021年度的医保基金飞行检查情况：通过对29个省份的68家定点医疗机构进行检查，发现被检定点医疗机构存在医保管理问题和重复收费、超标准收费、分解项目收费、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、超医保支付限定用药、串换诊疗项目和将不属于医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算等违法违规问题。其中，重复收费、超标准收费、分解项目收费现象最为突出，被检查的68家定点医疗机构中59家存在此类问题，涉嫌违法违规金额1.5亿余元，占涉嫌违法违规总金额的30%。在医院医保管理方面，被检定点医疗机构主要存在住院管理不规范、制度管理落实不到位、与病案管理不规范3点。

这些问题不仅仅是2021年的飞检重点问题，甚至可以说是三年多飞检经验里发现的“经久不衰”的“热点问题”。

面对这些“热点问题”，医保飞检工作进行了有针对性的安排。在本次《工作方案》中明确，针对定点医疗机构检查包括：基金使用内部管理情况，财务管理情况，病历相关资料管理情况，药品和医用耗材购销存管理情况，和分解住院、挂床住院、违反诊疗规范、违规

收费(包括违规收取新冠病毒核酸和抗原检测费用)、串换项目、违规采购线下药品、未按要求采购和使用国家组织集采中选产品等行为。同时,在《工作方案》第五部分的“工作准备”里又强调:“加强数据分析。结合检查重点,提前提取指定范围内医保结算数据、医院HIS系统数据等,开展前期筛查分析。”

这是因为在医保飞检中,工作量占比最高的是核查病历、检查财务系统、比对进销存数据等工作,通过对被检机构的数据分析,排查出重复收费、超标准收费、分解项目收费、串换项目收费等等疑点问题;确定疑点问题后,要通过病房检查等手段,对等临床科室进行实地核查,询问医疗机构相关工作人员,确认问题真实存在,为问题定性;然后再将定性问题通过数据分析,进行定量,核算金额。对于数据的提取在飞检正式开展之前多由当地医保部门配合完成提取并进行初步分析,在实际飞检过程中,检查组通过前期的工作已经能够大致确认检查的重点。

### **多部门联合检查, 工作流程精准**

《工作方案》明确了飞检组的人员组成,要求由国家医保局会同财政部、国家卫生健康委、国家中医药局等部门组成若干飞行检查组联合开展飞行检查,实行组长负责制,每组人数控制在40人以内。

检查人员的人数与职责也有了明确界定(见下图)。除了我们往常默认的医保、财政、卫生部门的工作人员,还指出应有约7人的第三方机构人员,负责数据筛查分析等工作。



(一) 检查人员 (约30人)。

1. 组长 (1人)。由参检省份医保局分管基金监管或稽核稽查工作的领导担任, 全面负责飞行检查工作。

2. 副组长 (约4人)。由参检省份医保局指定1名熟悉基金监管或稽核稽查的处级干部担任, 财政、卫生健康、中医药等部门也可各指定1名处级干部共同担任副组长, 协助组长开展飞行检查工作。

3. 专业人员 (约25人)。参检省份医保局从本地行政、经办机构中抽调15名左右业务骨干, 财政、卫生健康、中医药等部门共抽调10名左右医疗专家和工作人员, 负责现场检查、调查取证、沟通反馈、线索移交等。

(二) 督察联络人员 (约3人)。

1. 督察员 (1-2人)。由国家医保局和有关部门司处级干部担任, 负责监督指导飞行检查组依法依规开展检查工作、研究决定飞行检查重大事项。

2. 联络员 (1-2人)。由国家医保局机关人员担任, 负责协调开展飞行检查工作。

(三) 第三方机构人员 (约7人)。

由第三方机构选派医疗、医药、财务、信息等专业人员, 负责数据筛查分析等工作。

在飞检实践中, 第三方机构是不可忽视的支持力量, 多数为信息技术人员, 与其他检查工作人员相互配合, 在数据的收集、处理、筛查、分析中起到了重要作用。除信息技术人员外, 还有部分医疗、医药、财务等专业人员也可以来自第三方。

根据《工作方案》第五部分“组织实施”, 可以看出飞检工作的流程:

首先, 抽签确定参检与被检省份(其中北京、天津、上海、重庆四个直辖市交叉配组), 被检地市由飞行检查组与被检省份医保局综合研究确定, 也可根据举报问题线索、智能监控疑点数据等指定。

然后, 制定实施方案, 提前提取医保与医院 HIS 系统相关数据开展前期筛查分析, 开展动员与业务培训。检查人员需要学习当地医保政策、执法程序、检查重点、职责分工与工作纪律。

再然后, 开展现场检查, 随机抽取或结合问题确定当地 1 至 2 家定点医疗机构、1 家医保经办机构作为检查对象, 需要向被检机构宣

读并送达现场检查通知书后，根据实施方案开展现场检查。检查结果要在充分听取并研判被检机构和被检地区医保局意见基础上形成，要客观、公正，通过书面形式反馈，完成数据的归集和清理，并将检查资料移交被检省份医保局进行后续核实处理。

最后，被检地市要整改落实。被检省份医保局在收到书面反馈意见和移交资料 30 个工作日内，将整改情况以书面形式上报国家医保局，并抓好后续处理、曝光等工作。根据各省份整改情况或工作需要，国家医保局可适时组织力量开展“回头看”。

### **血透、高值耗材将迎来严格检查**

今年的医保飞检检查时间范围为 2020 年 1 月 1 日以来，根据飞检实际时间的开展先后区别，应该涵盖两年半到三年左右的医保费用。需要注意的是，在《工作方案》的“检查内容”中，对被检的医保医疗服务行为和医疗费用的范围里，特别指出要涵盖“定点医疗机构血液透析、高值医用耗材(骨科、心内科)等领域”，以及“包括本地接收跨省异地就医人员结算费用”。

血透是医保骗保的重灾区之一。根据全国血液净化病例信息登记系统数据显示，我国血透参保人从 2011 年的 23.5 万人增长至 2019 年的 63.27 万人，年均复合增长率达到 13.78%，我国成为血液透析参保人数量最多的国家。同时，由于血液透析存在潜在人群基数大，周期长，次数多，医保报销比例和额度高的特点，加上医疗行为的复杂性和不确定性，使血液透析基金监管的难度较大。

近些年，我国多个省份都发布过血透中心的欺诈骗保案例，且涉案金额高昂：2020年中广东海丰县彭湃纪念医院城东分院因存在超出登记范围开展血液透析诊疗活动等违规事实，处以两倍罚款70多万元，并责令退回医保基金约105万元；2021年1月，西安医学院第三附属医院在血液透析检查中通过虚记患者透析次数、串换收费、不合理收费、不合理检查等方式骗取医保基金703.58万元；同样是在2021年，山西省阳泉市阳泉三鹤血透中心涉及违规金额196.57万元……

随着心脏支架与骨科耗材等高值医用耗材通过集采进入医保，在惠及更多参保人的同时，也给了部分不法分子以可乘之机，高值医用耗材成为打击欺诈骗保的又一重点任务。

4月，国家医保局发布对武汉华中科技大学同济医院的飞检结果，在2017年1月—2020年9月期间，该院存在串换、虚记骨科高值医用耗材问题，骗取医保基金支付23343609.64元。这让高值医用耗材的监管走进社会视野。与血透相比，高值医用耗材检查难度将更大。这是因为高值耗材涉及厂家众多、品种繁杂、型号各异，非专业人士无法准确判定，且违规手段隐蔽，不易察觉。简单来讲，如果不取出身体里植入的耗材，甚至很多患者一辈子也无法知道自己用的耗材长什么样子，就算取出来、见到了，患者自己也无法分辨区别。

除了监管难度大，监管面也在不断扩大，今后将有越来越多的高值耗材会被纳入监管范围。根据国家医保局消息，今年国家层面开展

一批脊柱类高值医用耗材集中带量采购。对国家组织采购以外用量大、采购金额高的药品耗材，指导各省份至少各实施或参与联盟采购实施 1 次集中带量采购，提高药品、高值医用耗材网采率。应对耗材监管难题，医保部门需要不断总结实践经验，继续加强队伍建设，用更科学的手段监管高值耗材，对欺诈骗保现象进行打击。

### 三甲医院要注意，打击欺诈骗保没有“免死金牌”

《工作方案》明确，医保飞检的范围包括“全国范围内定点医疗机构、县区级医保经办机构，视情况可延伸检查相关机构和参保人。”要指出，检查范围不是仅包含民营医院、而是涵盖了全国大小各医疗机构。

欺诈骗保与违规使用医保基金不仅仅会发生在民营医院、基层医疗机构，大三甲医院也时有发生。除同济医院骗保案外，郑州市第六人民医院案件也曾轰动一时。2021 年，郑州市第六人民医院被举报存在以次充好“套标”使用耗材违规结算医保基金。经查，该院骨科、骨结核科在 2020 年 4 月至 2021 年 4 月期间，为 62 名患者实施传统开放式骨科手术，植入 459 枚普通椎弓根螺钉，但按微创型椎弓根螺钉(长尾型)招采、登记、贴标、收费，涉嫌以伪造证明材料的方式骗取医保基金支出，违规金额 174 万元。最终，郑州医保局做出 870 万罚款，并暂停相应科室 6 个月的医保基金结算服务。

在监管大三甲医院时，医保部门往往难度更大。原因有三：其一，大三甲医院是当地参保人就医看病的必要去处，承担了当地重要的医

疗职能，为参保人着想医保部门不敢轻易停其结算，在导致双方博弈的过程中处于劣势；其二，在地方医保部门日常巡检中，监管人员往往会遭遇行政级别更高的院方领导，如武汉同济医院作为国家卫健委委属委管医院，受多重领导，对其进行监管的难度可想而知；其三，部分医保监管人员在思想上存在顾虑，“不敢管、不会管”问题突出。江西省医保局待遇保障处原处长蔡海清指出，一些地方检查仅针对定点零售药店、民营和基层医疗机构这些“软柿子”，不敢碰公立大型医疗机构这些“硬骨头”；一些地方发现问题不敢深挖严查，不敢从重从快处理。甚至国家飞检组查出的问题，不仅不乘胜追击，反过来还帮忙捂盖子，帮忙说情打招呼，也不敢曝光案件，担心给当地党委政府抹黑。由于认识上的不到位，不仅扭曲了基金监管者的角色定位，没有做到守土有责，更重要的是使基金监管的威力大打折扣。

但，基金监管从来不只是“软柿子”的基金监管，大三甲医院应该在、也必须在医保的监督规范下，才能获得合法合规的获利、取得长久的发展。从郑州第六人民医院到武汉同济医院，医保部门顶住压力、迎难而上、不惧困难，彰显了打击欺诈骗保的决心。

而这，也为全国大三甲医院敲响一记警钟：打击欺诈骗保，没有“免死金牌”，医药机构及其工作人员应该抛弃侥幸心理，加强对医保基金监管的必要性和重要性的认识，合理诊疗，合理经营，从根本上防止欺诈骗保行为的产生。

[返回目录](#)

## 医保支付方式改革，让群众的“保命钱”“救命钱”发挥最大效用

来源：大众日报

近日，在青岛西海岸新区中心医院做完腹腔镜阑尾切除术后，市民王先生出院回家。这次生病住院4天，他一共花了9880元，自付3700元。而在大半年前，有相同病情并采用同样治疗方案的患者，住院花费是1.4万元，医保报销后需自付4900元。

这种变化，从患者手中的收费明细单来看，是现在住院时间更短、检验检查更精准、药品耗材价格更亲民。而这背后，是医保支付方式改革。

### 从按项目到按病种付费

作为青岛市确定的首批DRG付费试点医院之一，青岛西海岸新区中心医院自去年7月启动正式付费。青岛西海岸新区中心医院副院长李国华介绍，以往，医保基金在跟医院清算时，采取的是按项目付费模式，即根据诊治过程中所涉药品、耗材、检验检查项目，患者实际使用了多少，医保就按比例支付给医院。在这种模式下，医疗服务项目越多，医院从医保基金获得的收入也就越多。这就容易导致过度医疗，带来医药费用上涨、医保基金承压、群众负担加重等问题。

李国华说，近年来，为控制医疗费用不合理增长，医保部门每年都会对医疗机构年度发生的医保基金支出实行“总额控制”，也就是事先核定年度付费总额，年终进行清算，超支越多，医院自付越多。这种“总额控制”模式，确实在规范医疗服务行为方面发挥了作用，

但也带来了意想不到的问题：每到年底，一些医保支付总额“余量不足”的医院，便会拖延甚至拒绝患者住院治疗。

医保支付付费改革，给出了新的解决方案。它根据住院患者的疾病严重程度、治疗方法复杂程度、诊疗资源消耗程度以及合并症、并发症、年龄、住院转归等因素，将患者分为数百个“疾病诊断相关组”，最后以组为单位，打包确定价格和医保付费标准。一般来说，疾病越严重、治疗方式越复杂，医保支付给医院的费用就越多。

通过一个极简模型，青岛西海岸新区中心医院医保办主任薛鹏形象地解释了 DRG 付费的基本逻辑：假设某地经过历史费用数据测算，得到冠状动脉支架置入病组的支付标准是 3 万元。医院每完成一例该病组手术，无论实际成本消耗是多少，医保和患者合计只需支付 3 万元。在这种打包付费模式下，医院如果诊疗规范、合理检查、合理用药，实际花费成本少于 3 万元，就会产生更多的结余，反之，超支部分由医院自己承担。

### “收入”变“成本”

“医保支付方式改革后，对于医院来说，曾经是收入来源的检验检查、药品、耗材等，一下子都变成了‘成本’。这就倒逼医院规范诊疗、控制成本、提升服务。”薛鹏说。

不久前，青岛市民殷先生因胃溃疡出血、失血性休克、糖尿病，到青岛西海岸新区中心医院消化内科住院治疗。住院期间，他在夜间如厕时不慎摔倒，导致眉弓、眼睑受伤，医生为其进行了裂伤缝合手

术，花费约 670 元。但由于该问题并没有造成分组的改变，病患所属病组的医保支付标准是既定的，这部分额外产生的费用大部分由医院自己“买单”。该事件发生后，医院立即启动护理服务提质行动，精准识别易跌倒高风险人群，细致做好家属陪护宣教，进行加装扶手、张贴标识等环境创设，竭力避免同类事件再次发生。

如今在青岛西海岸新区中心医院，DRG 已经成为医院进行日常管理运营的一个有力工具。该院将 DRG 病组成本核算、DRG 评价指标应用于绩效考核，真正让医院的临床行为与运营制度紧密结合，实现提质增效。

该院副院长王志余向记者举例说明：青岛市医保局反馈，去年 7-8 月 DRG 实际付费运行数据显示，青岛西海岸新区中心医院的晶状体手术 CB39 病组、冠脉支架植入 FM19 病组耗材费用偏高。收到反馈后，医院立即组织在院周会进行通报，然后结合“清廉医院”建设，将相关问题提交职能科室，对照全市标杆值开展耗材专项整改活动。最终，通过提高集采耗材使用率、与耗材供应商谈判降价、强化诊疗行为规范等方式，该院冠脉支架手术病组次均费用由 49237 元下降至 34152 元，次均耗材由 24845 元下降至 15988 元；晶状体手术病组次均费用由 14363 元下降至 8177 元，次均耗材由 4302 元下降至 1788 元。

### 改革效果逐步显现

山东省医保局医药服务管理处处长李元芝表示，推行医保支付方



式改革，并非简单改变费用结算方式，而是将改革深化到医疗临床路径、检查检验、药品耗材使用及医疗服务全过程，这对提升医保基金使用效能、规范医疗机构诊疗行为、助推医疗机构高质量发展，都具有重要意义。这项改革，让作为群众“保命钱”“救命钱”的医保基金发挥最大效用，最终受益的是广大患病群众。

从试点情况看，改革效果正在逐步显现。

在青岛西海岸新区中心医院，全院住院次均费用由改革前的11000余元下降至9200元左右，参保人个人负担也从去年初的约4000元下降到去年末约3200元，平均住院天数由去年上半年的7.81天持续下降至目前的6.7天。通过持续主动控制成本，该院可支配医保基金“年底告急”的常态得到改变。与按项目付费相比，DRG付费多了300余万元的结余留用资金。“这部分结余资金，我们可反过来用于科室建设、服务提质、增加医务人员收入，形成良性循环。”李国华说。

山东大学齐鲁医院(青岛)采取政策和激励措施，缩短核磁共振、CT、超声、内镜等检查时间，大大缩短住院时间，超声检查患者预约当日完成率71%，放射检查患者预约当日完成率62.8%，今年4月份全院平均住院日6.84天。

一线医护人员感受如何?青岛西海岸新区中心医院骨科主任薛清佩说，“在DRG标杆指导下，医护人员得以卸下创收包袱，回归治病救人的初心，提升职业尊严和自豪感。”

## · 分析解读 ·

### 解构常态化医改六大变量 未来趋势如何？

来源：医药经济报

国家把建立常态化、制度化的集中采购机制，建立健全基金监管长效机制，建立健全待遇保障政策，深化医疗服务价格改革，深化医保支付方式改革，开展医保药品目录谈判和规范管理等作为改革重点，出台了一系列重大政策，涉及集中采购、医保基金监管、医疗服务价格改革、“双通道”管理等。目前基本制度框架已初步建立和形成。

那么，医保改革对医药市场产生了哪些影响？未来趋势如何？

#### 三医联动迎变局

在三医联动的政策背景下，医疗保障制度的变化对医疗的主要参与者医疗机构、医生及医药生产和经营企业的行为带来重要影响，医药行业的整体生态正在发生重大改变。

医疗机构的管理行为受政策的导向影响较大。尤其是在按病种付费、DRGs、结余留用、带量采购等政策的综合引导下，倒逼医疗机构从对“利润”关注到对“成本”关注，从“规模”发展转为“内涵”发展，从“经验化、个性化”的诊疗管理到“标准化、临床价值和效率优先、数据化”的精细化管理，从而实现医疗机构的提质增效。

医疗机构管理行为改变的同时，医生的诊疗和处方行为也随之改变。医生将更加关注疗效、临床价值、诊疗标准和相对低的价格，大处方、大检查的行为正在逐渐遏制，带金销售的土壤正在清除，安全无效、价格高的“神药”正在远离医生处方。

医药企业经营方式也随之调整。医疗机构和医生对产品价值判断标准的改变，影响到医药企业的研发、引进和注册等工作方向；医生处方行为的变化，影响到医药企业临床推广模式的选择；销售方法的改变，使得医药企业必须进行组织的重新改造，调整对销售人员的要求、标准及各岗位工作中的 KPI 指标，建立新的经营管理体系。

### 未来趋势先洞察

5号文件和“十四五”医保规划是医保体制改革的宏观纲领性文件，为医保改革指明了方向。笔者综合分析医保改革的政策要求及2022年的工作重点，总结出医药企业需要紧密关注的六个变量及发展趋势。

一是全国医保“一盘棋”。国家医保局将在做好基础性、普惠性、兜底性医保制度建设基础上，形成全国上下医保“一盘棋”的高效管理体系。进一步落实、推行、完善、开展医保目录的动态调整，形成医保目录的全国统一。

二是深化医疗服务价格改革。探索建立规范有序的价格分类形成机制，通过推进试点，不断摸索经验，形成更加清晰的促进公立医疗机构改革的底层逻辑，促进公立医疗机构的薪酬制度改革，彻底解决

“看病贵”的问题。

三是全面推行医保支付方式改革。用医保支付制度和工具引导医疗机构产品购销、使用的行为，向价值医疗转变，改善和净化医药市场经营环境，形成风清气正的医疗市场生态。

四是常态化、制度化药品带量采购。在过去三年试点的基础上进一步提速、扩面，化学药、中成药、生物药全方位推进带量采购，继续开展国家组织的联盟带量采购，规则不断优化和完善，鼓励开展跨区域联盟带量采购，提高医保直接结算比例，保障中选产品使用，完善省级挂网平台功能，规范准入挂网。2022年，国家层面继续开展两批或以上的联盟采购，省际联盟采购和省级采购分类、分批开展，达到国家和省级集采药品在每个省合计达到350个以上的目标。

五是全国统一医保信息平台。医保系统管理质量和效率的提升，采供数据联通共享、价格监测、信用评价、货款结算、经营配送等功能将大幅提升，全国统一开放的集中采购市场将逐渐形成，势必对现行市场规则做出修订和改变，甚至是颠覆性的，为医药企业提出了更多更高的挑战。

六是商业保险孕育新机遇。国家医保局提出鼓励支持慈善救助、商业健康险、职工互助等发挥综合帮扶作用，商业保险在政策的支持下，未来将发挥出积极的医疗保障功能，创造出更大的市场空间，引导产生以商业保险为支撑的新业务模式。

[返回目录](#)

## 推广三明经验 提升改革整体效能

来源：光明日报

近日，国务院办公厅印发的《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》深入贯彻落实总书记指示，加大力度推广三明医改经验，聚焦提升改革整体效能，促进医改向纵深发展。

推广三明经验，要提高认识、领会精髓。三明医改是闯出来的医改样板，取得了患者、医院、医生和医保基金等多方共赢成效，其改革逻辑与实施效果符合卫生健康高质量发展的内在要求，具有普遍推广的价值。只有深刻领会三明医改经验精髓，才能把握准推广三明医改的方向。按照《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》（国医改发〔2021〕2号）的要求，学习三明市坚持改革的决心和勇气，落实“一把手”亲自抓医改和“三医”真联真动改革举措，各地要以卫生健康事业高质量发展为引领，坚持以人民健康为中心，学习三明敢为人先、敢于担当，落实重点任务要求的由党委和政府主要负责同志或一位主要负责同志担任医改领导小组组长，高位推进医改向纵深推进。

推广三明经验，要立足实际、因地制宜。各地情况千差万别，经济社会发展的基础不尽相同，学习借鉴三明医改，不能简单复制或直接套用，而是要把握领会三明医改关键理念与精神实质，结合实际加以创新。一方面，各地要摸清本地区人民群众的健康需求、医疗资源的布局、医改的工作基础等现状，对标对表三明经验，做好改革设计，

明确改革路径，在推进改革中不断研究新情况、解决新问题，创造性地落实党中央决策部署。另一方面，要用发展的眼光看问题。医改是攻坚战，也是持久战。朝着“以人民健康为中心”的总目标迈进，既要扬长补短，也要久久为功管长远。各地要坚持稳字当头、循序渐进、踏实前行，科学把握医改各项工作任务推进节奏，在实干中破解难题。

推广三明经验，要集成创新、提升效能。医改是一项复杂的系统性工程，必须突出改革的关联性和政策举措的耦合性，同步推进药品降价、服务调价、医保支付及薪酬改革，完善外部经济政策，提高医药、医保、医疗“三医联动”的整体效能。全面落实政府对公立医院的投入责任，常态化制度化开展药品和耗材集中带量采购，抓住窗口期及时调整医疗服务价格，建立医疗服务价格动态调整机制。逐步提高诊疗、护理、手术等技术服务收入在医疗收入中的比例，增加医院可支配收入，为薪酬制度改革提供资金保障。医保支付改革及时衔接，总体上不增加群众负担。将调价增加的医院可支配收入主要用于薪酬分配，按照“两个允许”要求，合理确定并动态调整公立医院薪酬水平，建立体现医务人员岗位职责和知识价值的薪酬体系，调动积极性。在确保收支平衡的前提下，逐步提高人员支出占公立医院业务支出的比例。

推广三明经验，要科学考核、落地见效。国务院医改领导小组办公室已建立深入推广三明医改经验监测评价机制，定期调度各地工作

推进情况。各地要明确时间表、路线图、责任人，要拿出可量化、可考核的具体改革举措，切实推动三明医改经验在各地开花结果。国家层面要做好典型经验培育，对探路性质的改革积极推进试点，在全国不同区域打造推广三明经验的“样板间”。同时，以考核促提升，运用政府投入的杠杆，将正向激励和负面约束相结合，营造浓厚的推广学习三明医改经验氛围，推动各地深化医改走深走实。

[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  
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

☎ 电话：010-68489858