

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2022年第28期

(07.11-07.17)

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。)

### · 分析解读 ·

▶ [站稳人民立场，持续推进医药集中采购高质量发展](#)（来源：国家医保局）——第 7 页

【提要】伟大时代孕育伟大思想，伟大思想引领伟大征程。党的十八大以来，面对严峻复杂的国际形势和艰巨繁重的国内改革发展稳定任务，以习近平同志为核心的党中央统筹把握中华民族伟大复兴战略全局和世界百年未有之大变局，开创性地提出了习近平经济思想，为做好新时代经济工作指明了正确方向、提供了根本遵循。医药集中采购工作者把握新发展阶段、贯彻新发展理念，深入贯彻落实习近平经济思想，全方位多层次推进药品耗材集中带量采购，着力构建医药价格治理新格局，推动医药行业高质量发展。

▶ [我国高住院率从何而来？如何破解？](#)（来源：村夫日记）——第 1 4 页

【提要】过去十年，中国的住院率出现了快速的增长，职工医保和居民医保的住院率分别从 2012 年的 14%和 7%上升到 2021 年的 17.7%和 15.2%。而从其他主要发达经济体来看，住院率一般都维持在 10%左右，很少有国家和地区的住院率超过 12%。居高不下的住院率不仅对医保资金的快速消耗造成了压力，也对医疗资源形成了挤压，尤其是

住院持续向三级医院集中。

## • 医院管理 •

▶ [面对 DIP 医保支付方式改革，医院如何布局抓住机遇？](#)（来源：民营院长俱乐部）——第 18 页

【提要】当下医疗行业最热门的话题一定是 DIP 医保支付方式改革。随着 DIP 医保支付方式改革的实施，不仅对医院的管理方式提出了新的要求，更是直接影响医院的经济命脉。作为 DIP 医保支付方式改革的试点机构，如何才能抓住机遇，直面挑战，做好布局呢？是摆在每位院长面前的一道必答题。

▶ [门诊共济下，医院管理应该怎么做？](#)（来源：健康界）——第 23 页

【提要】根据中国医疗保险对全国 31 个省、自治区、直辖市和新疆生产建设兵团门诊共济实施细则的统计得知，各地均设计了支持分级诊疗制度的保障导向：其一，以定点医疗机构级别为根据设置起付标准。其二，按定点医疗机构级别设置起付标准和差别化支付比例，将促进患者用脚投票，把常见病、多发病留在基层。

## • 政务公开 •

▶ [李克强对 2022 年全国医改工作电视电话会议作出重要批示](#)（来源：央视新闻）——第 30 页

【提要】近年来，通过持续深化医改，推动从以治病为中心向以人民



健康为中心转变，着力解决看病难、看病贵问题，不断提高基本医疗卫生服务的公平性、可及性，建成全世界最大、覆盖全民的基本医疗保障网。特别在抗击新冠肺炎疫情中，医药卫生系统经受住了考验，发挥了不可替代的作用。谨向广大医务人员和医改工作者致以诚挚问候！要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻党中央、国务院决策部署，积极回应人民期盼，推进医改取得更大成效。

▶ [“十四五”中医药强基层重点明确 湖南医改重点工作任务出炉](#)（来源：健康报）——第 32 页

【提要】日前，国家中医药管理局在京召开基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划推进视频会，公布了“十三五”期间基层中医药服务能力提升工程的成绩单。国家卫生健康委党组成员、国家中医药管理局党组书记余艳红指出，“十四五”期间要打造基层中医药服务能力提升工程的“升级版”；聚焦重点任务，在 4 个重点领域精准发力，全面推动各项任务落实。

### • 基金监管 •

▶ [变被动管理为源头治理，公立医院医保基金使用更规范](#)（来源：中国医疗保险）——第 37 页

【提要】随着《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20 号）和《医疗保障基金使用监督管理条例》等政策文件和国家法规的出台，医保基金监管的制度体系逐步健全，《条例》对基金使用中监督检查的内容、形式及医疗机构

的责任、义务、权利都作了规定，明确了医保基金监管体系改革的重点任务和制度保障，向医疗机构明示了不可碰触的违法使用医疗保障基金红线，为医疗机构规范医疗服务价格收费、合理诊疗与用药，确保医疗保障基金安全指明了方向，医疗保障基金监管工作越来越呈现法制化、规范化、专业化的态势。

▶ [开启医保“人脸识别” 助推基金监管“智能化”](#)（来源：山东省聊城市东阿县医保局）——第 45 页

【提要】山东省聊城市东阿县医保局积极响应国家、省、市医保部门打击欺诈骗保的重要精神，进一步落实参保人实名制就诊工作，加强医保基金精准监管，在全市率先推行“医保人脸识别智能监管系统”。此系统已经全面覆盖全县 19 家定点医院、106 家村级卫生室，实现参保人“刷脸”就医住院，杜绝“假病人”、“冒领药”等违规情况出现。

### • 中医药动态 •

▶ [中医药文化国际传播助力人类卫生健康共同体建设](#)（来源：中国中医药报）——第 47 页

【提要】人类卫生健康共同体建设首先要在周边国家开展，并充分落实到“一带一路”建设中。历史上，中医药文化的传播影响力因地缘因素，首先辐射到日本、朝鲜、越南、印度等周边国家。周边地区因地理位置毗邻，自然气候条件相近，形成了相似的经济生产方式，中医理论及中医文化在周边国家的认同度较高。在医药文化交流中，不

仅增进了我国与周边国家的友好交流，而且进一步完善和发展了双方的医学体系，也提升了中医药在周边国家的影响力。

▶ [《北京市“十四五”中医护理发展规划》印发，建成新型中医护理健康服务体系](#)（来源：北京市中医管理局）——第 51 页

【提要】日前，北京市中医管理局印发《北京市“十四五”中医护理发展规划》，明确到 2025 年，依托“两工程”“两体系”“一平台”，实现北京中医护理高质量发展。《规划》明确，全面启动“十百千万”人才培养工程，开展中医护理卓越人才培养项目和普惠人才培养项目。

## -----本期内容-----

### · 分析解读 ·

#### 站稳人民立场，持续推进医药集中采购高质量发展

来源：国家医保局

伟大时代孕育伟大思想，伟大思想引领伟大征程。党的十八大以来，面对严峻复杂的国际形势和艰巨繁重的国内改革发展稳定任务，以习近平同志为核心的党中央统筹把握中华民族伟大复兴战略全局和世界百年未有之大变局，开创性地提出了习近平经济思想，为做好新时代经济工作指明了正确方向、提供了根本遵循。医药集中采购工作者把握新发展阶段、贯彻新发展理念，深入贯彻落实习近平经济思想，全方位多层次推进药品耗材集中带量采购，着力构建医药价格治理新格局，推动医药行业高质量发展。

#### 一、深刻理解新时代医药集中采购工作的出发点和落脚点

##### （一）坚持党性，坚决贯彻党中央关于深入推进集中带量采购的决策部署

坚持党对经济工作的全面领导，是我国经济发展的根本保证，也是包括医药集中采购在内的各项改革顺利推进的保证。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确要深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革，坚持招采合一、量价挂钩，全面实行药品、医用耗材集中带量采购。习近平总书记两次主持召开中央深改委会

议，部署推进药品和高值医用耗材集中带量采购改革。国家医疗保障局成立以来，依托全国统一的大市场，充分发挥战略购买优势，创造性开展了药品耗材集中带量采购，充分运用需求引导供给、供给创造需求的经济杠杆，引领医药领域供给侧结构性改革，有效保障了老百姓用得起、用得上质优价宜的药品和医用耗材。相比美国数次药品价格治理的努力和举措不断落空，这是制度优势转化为治理效能的充分写照。

## **(二) 坚持人民性，站稳人民立场持续推进集中带量采购提速扩面**

自 2018 年试点开展药品集中带量采购以来，国家层面已累计开展 7 批、294 种药品集采，范围从化学药拓展到生物药；高值医用耗材集采聚焦心内科和骨科两个群众最为关注的领域，大幅降低了群众就医负担。随着改革提速扩面，好吃的肉都吃掉了，剩下更多的是难啃的硬骨头，改革越来越面临多方挑战、多重博弈、多元诉求，政策制定需要多措并举、多元平衡，既考验施政者智慧，更考验底气。面对各类黑天鹅、灰犀牛事件，唯有坚持人民性，坚持以人民为中心的发展思想，始终坚持发展为了人民、发展依靠人民、发展成果由人民共享，才能保持“乱云飞渡仍从容”的定力，在各类风险挑战中沉着应对，不断巩固扩大改革成果，让群众享受更多质优价宜医药产品。

## **二、牢牢把握带量采购改革的关键点和突破口**

医药价格虚高受诟病已久，背后是流通和使用环节不规范产生的巨额销售费用。公开数据显示，2019 年化学药和中成药上市公司平



均销售费用率为 33%和 37%，远高于其他行业，其中相当一部分用于商业贿赂。这一模式下，主动降价的企业由于没有所谓“带金”空间而遭到医院弃用，形成“降价死”怪象。

“带量”是衡量改革成效的核心指标，也是稳定行业预期、推动改革平稳运行的关键所在。早在 2016 年全国卫生与健康大会上，习近平总书记就提出推进集中带量采购，开出了治理医药价格虚高顽疾的药方。在带量采购新机制下，我们紧盯“量”这个核心，汇集医院需求量形成采购标的，医药生产企业自愿参加、自主报价，通过竞争形成每个中选产品的采购量和采购价格，并以合同形式确定，用协议约束中选企业和医疗机构切实执行协议采购量。在具体实施中，通过医保基金预付、医保支付和中选价的协同、医保基金结余留用等综合措施，建立对医疗机构和生产企业的激励约束机制。结合相应的监测监管和考核机制，确保中选产品供应及时、使用顺畅、质量可靠。

与传统招采模式相比，中选企业不必再为产品进入医院公关即可兑现销售预期，能够从机制上切断医药购销中的灰色利益链，净化医药流通环节。经过四年努力，集中带量采购改革从局部试点到全国推开，从国家引领到地方联动，从立柱架梁到积厚成势，“带量”已经成为遏制“带金”的关键一招。从价格监测情况看，2018 年以来药品价格水平累计下降 13.8%，其中集中带量采购发挥了重要作用，在控制虚高药价上具有里程碑意义。

### 三、精准推动深化集中带量采购改革的着力点

中国特色社会主义进入新时代，人民群众对医疗保障的需求和质优价廉医疗产品的供给，也在经历从无到有到有到多的不断提升过程，对新时期集中采购改革也提出了更高要求。医药集中采购工作者要以习近平经济思想为引领，既要有分析问题的智慧，又要有采取行动的勇气，不断分析新形势，拿出新举措，找准着力点，始终使医药集中采购改革与时代同行。

### **(一) 积极推进集中采购改革，助推全国统一大市场建设**

市场资源是我国的巨大优势。推进药品和耗材集中带量采购改革，就是充分发挥市场在资源配置中的决定性作用，更好发挥政府作用，用足用好超大规模市场优势，也是建设全国统一大市场的应有之义。四年来，我们通过改革打破医药集中采购领域各种不合理的壁垒，消除阻碍市场机制有效发挥作用的带金销售、信用缺失、劣币驱逐良币、地方保护、超国民待遇等不合理现象，引导行业从桌面下的无序竞争转向阳光透明的公平竞争，以统一大市场集聚资源、促进竞争、激励创新、推动增长。改革历史性地以市场机制解决医药价格虚高问题，产品一旦中标即通达各中选省份的医疗机构，减轻企业市场交易成本，促进企业提质增效、走高质量发展道路，有利于增强国内医药行业在全球产业链供应链创新链中的影响力，为医药供应和流通领域的有效治理这一世界性难题提供了中国方案。随着全国统一大市场建设进程加快，也能更好涵养医药产业和集中采购改革，不断孕育发展和创新的源头活水。

## **(二) 不断完善高标准集中采购规则体系，更好促进公平竞争**

构建新发展格局，迫切需要建立全国统一的市场制度规则，加快清理废除妨碍公平竞争的各种规定和做法，为商品和生产要素合理有序流动“保驾护航”。集中带量采购继在化学药、生物药以及心脏支架、人工关节耗材等领域取得成功后，还要向中成药、骨科脊柱、种植牙耗材、检查检验试剂等更广领域迈进。一是扩大联盟。不断形成更大规模的采购联盟，规范区域联盟的组织形式、共商机制、决策机制和执行机制，使联盟省份各方权责一致、改革同谋、事业共担、成果共享。二是优化规则。持续丰富创新规则“工具箱”，针对不同品种特点迭代优化中选规则，科学设置评价指标，摒弃简单以行业和社会组织开展的排名、企业获得的各类奖项、境外批文等不相关因素加分的做法，把企业实际履约能力、有临床和支付意义的质量水平、医疗机构的真实评价实质性融入采购规则，使市场对信用、质量、供应作出有效反应，促进公平竞争，形成良性循环。三是稳定预期。在集中采购协议期满接续工作中，要着眼于稳定市场预期、稳定价格水平、稳定临床使用，综合考量企业和产品的供应、质量等多方面因素，分类确定中选企业和中选价格。四是加强联动。运用好药监部门的产品质量检查结果、市场监管部门的企业违法行为查处结果，把真正反映产品质量和运行的因素考虑进来。

## **(三) 着力优化执行体系，夯实带量采购基础**

我们始终坚持招采合一、量价挂钩，高度重视“量”的落实，要

对部分医疗机构出现的采购需求量填报不准确、中选结果落地执行不到位等问题，切实研究提出解决办法，以全流程、全生命周期、精细化的系统管理思维，确保报量准、产量稳、供量足、用量实。一是指导医疗机构发挥临床、药学、信息等相关科室合力，结合历史实际使用量、临床反馈、医疗技术进步等因素，准确合理确定采购需求量。指导各级医保部门切实负起检查审核责任，对报量明显异常的要求医疗机构作出说明或纠正。二是压实中选企业保障供应的主体责任，对无法及时满足临床需求的督促整改，并视情况启动备选产品供应。综合运用采购协议、信用评价、挂网政策，对执行带量采购供应承诺不到位的予以约束和惩戒。对疫情影响暂时出现困难的企业，积极帮助其纾困解难。三是完善监测、评价和考核体系，发挥医保信息平台作用，常态化、精细化监测中选结果执行情况，细化至医疗机构、医务人员，使执行主体感受到监管措施。以全流程的报量、供量、用量夯实带量采购基础，不断凝聚各方对带量的共识，提升行业的主动性、严肃性。

#### **(四) 打好配套政策组合拳，统筹协调推进改革**

推进集中带量采购改革，必须坚持系统观念，加强前瞻性思考、全局性谋划、战略性布局，形成一体推进、高效协同的改革态势。一是增强系统性，形成政策合力。更加注重改革的系统性、整体性、协同性，准确把握集中采购与医疗服务价格、医保支付等其他医保业务的联系，以及与药监、卫生健康、医药产业等相关领域的联系，坚持

不懈、协同推进“三医联动”，持续推动医药服务供给侧改革走向深入。二是增强协调性，强化协同配合。提高联盟采购系统管理水平，在品种选择、时间安排上加强统筹协调，突出工作重点，并提前以适当方式对外发布，稳定行业预期。

#### **(五) 正确看待疫情变数，不断增强供应韧性**

习近平总书记指出，现阶段畅通经济循环最主要的任务是供给侧有效畅通，有效供给能力强可以穿透循环堵点、消除瓶颈制约。确保供应是带量采购的应有之义，是正确认识当前经济形势、积极应对困难与挑战的重要举措，也是群众获得感的直接体现。在百年变局和世纪疫情相交织的大背景下，供应风险如果防范不及、应对不力，就可能传导、叠加进而危及改革。我们始终紧盯中选产品供应保障，通过优化采购规则增强供给韧性，如药品集采从“4+7”试点的独家中选，到第四批最多10家中选，第七批集采还探索“一省双供”；密切监测中选企业供应配送情况，对无法及时满足医疗机构采购需求的，及时函询、约谈督促整改。要进一步提高对供应链的认识，保持底线思维，主动防范可能出现的新情况和新变化，持续增强中选产品供应保障的稳定性、抗逆性和协同性。针对有企业受疫情影响供应链出现堵点的现象，要做好供应情况摸排，必要时及时启动备选产品供应，确保不影响临床使用。

#### **(六) 规范和引导资本参与，构建医药集中采购新格局**

资本是社会主义市场经济的重要生产要素，医药领域是资本投入



的热点之一，近年国内生物医药领域投融资金额高速增长，2021年超千亿元，是2019年的近3倍，对推动医药产业创新发展发挥了巨大作用。我们要充分认识到，资本的参与不仅是资金的支持，更是对创新理念、医药产业高质量发展思路的支持，有利于医药企业走出简单再生产或自身积累后再发展的思路，通过研发创新实现跨越式发展，在解决群众看病就医难题中发挥了积极作用。同时也要看到，带金销售模式下，资本的无序扩张也成为推高药品耗材价格的重要因素，巨额营销费用严重扭曲了市场机制、腐蚀了医德医风，有的甚至制造垄断赚取高额利润，损害人民群众健康权益。要提升资本治理水平，为资本设立“红绿灯”，努力形成框架完整、逻辑清晰、制度完备的集中采购制度体系。密切关注“改头换面”谋求涨价、合谋垄断等现象，通过完善采购规则加以约束。警惕资本对采购平台的渗透，避免落入国外第三方采购服务商“越买越贵”的失灵陷阱。

实践永无止境，改革的难点也是改革红利所在，我们要按照“人民群众对美好生活的向往就是我们的奋斗目标”的要求，准确把握新形势，不断研究新问题，在百年变局中踏准新时代的大脉络、大逻辑、大格局，推动医药集中采购改革不断走深走实。

[返回目录](#)

### 我国高住院率从何而来？如何破解？

来源：村夫日记

过去十年，中国的住院率出现了快速的增长，职工医保和居民医

保的住院率分别从 2012 年的 14%和 7%上升到 2021 年的 17.7%和 15.2%。而从其他主要发达经济体来看，住院率一般都维持在 10%左右，很少有国家和地区的住院率超过 12%。居高不下的住院率不仅对医保资金的快速消耗造成了压力，也对医疗资源形成了挤压，尤其是住院持续向三级医院集中。

高住院率形成的原因主要有三点：

第一，医保在门诊只能使用个帐，一些高昂的检查只能在住院报销，用户为了获得报销就增加了住院的使用频率，从而推高了住院率。

第二，随着过去十年的医院床位数大幅提升，各级医院出现了明显的诱导住院的问题。在供方诱导需求的效应下，以三级医院为代表的住院的主要供方进一步吸收病人以满足自身的扩张。在满足服务需求——持续扩张——诱导需求的循环中，大医院获得了持续发展的动能。

根据国家卫健委数据，2020 年一共有 2588 家公立三级医院，2010 年只有 1258 家，这 10 年间一共增长了一倍。而二级公立医院则从 6104 家减少到 5833 家，一级医院从 3081 家减少到了 2267 家。从已定级的公立医院机构数量分布结构来看，三级公立医院占比持续上升，从 2010 年的 12%上升到 2020 年的 24%。而二级和一级公立医院则分别从 58%和 30%下降到 55%和 21%。

职工医保在医疗机构的费用中，59%流向住院(其中 72%流向三级医院住院)，居民医保参保人医疗机构的费用中，82%流向住院(其中

51%流向三级医院住院)。

第三，急性期后的医疗服务发展欠缺，再入院率和再急诊率不能得到有效控制，从而推高了住院率。

针对第一个原因，随着门诊统筹的逐步推进，门诊可报销的范围逐渐增加，降低了住院检查的可能性，从而缓解了一部分不必要的住院。

但针对第二个原因，尤其是面对各层级医院扩张的动能，降低住院率需要依赖精细化管理工具和支付激励的转变。

从精细化管理来看，DRG/DIP 的实施虽然会导致费用从住院向门诊转移，但有助于控制单次医疗费用。而且，由于门诊不受到 DRG 的制约，部分简单手术会从住院向门诊转移，门诊手术会获得较快增长，这将有助于住院率从总体上获得下降。

不过，由于过去十年的床位数大扩张，医疗机构诱导需求的动力仍较大，往往会通过高编(Upcoding)来推进小病大看，即通过故意增加疾病的复杂程度可有效规避 DRG 的影响，从而维持一定的住院率。要解决这一问题就需要合理诱导医院向急性期后服务转型，将更多受到床位周转率提高之后限制的床位拿出来作为康复护理床位。

强化急性期后服务不仅可以降低医院诱导住院的需求，还可以破解上述提到的第三个原因——由于急性期后服务的欠缺导致的再入院率升高。由于原先只关注院内，医院对于出院病人并没有意愿去照管理，从而导致病人再入院率也居高不下，随着 DRG 实施后对再入院

率的指标进行绩效考核，医院普遍重视康复护理服务，从而不仅在总体上降低了再入院率，还加大了对院外服务的提供。

因此，随着 DRG 实施之后，尽管医疗总费用每年仍然是上升的，但医院收入结构出现了明显变化：急性期服务的收入占比出现了下降，而急性期后的服务收入占比出现了上升，这也是人口结构进入老龄化之后的必然结果。

事实上，医保费用管理强化之后，尤其是精细化管理工具的持续推出，住院率出现下降是必然的，医院盈利的可能性越来越低，由此必然带动医院经营模式的转型。下面简单以日本医院市场做一参照。

从日本医院平均来看，过去 10 年都是持续亏损的，均机构的净亏损从 2011 年的-0.93% 上升到 2021 年的-6.87%。而且，无论医院规模的大小，所有医院的均机构净利润率都是负数。以疫情前的 2019 年为例，医院规模为 20-49 床、50-99 床和 100-199 床的净利润率分别为-4.6%、-2.46%和-2.22%。而大中型医院中，200-299 床、300-499 床和 500 床以上的医院的净利润率分别为-3.57%、-3.97%和-2.85%。从这些数据来看，由于医院平均是亏损的，要维持医院的发展就必须保证不亏损，这就需要具备较为高超的管理能力。20 世纪下半叶那种不需要精细化管理就能获得高利润的时代一去不复返了，很多医院无法经营下去就不得不出售，带动了并购市场的发展。

因此，随着精细化管理工具和支付激励政策的转向，居高不下的住院率在未来 5 年内将出现逐步回落，这不仅会改善医保支出的结

构，还将对医院经营将产生明显的影响，推动医院更重视门诊和院外服务，提升病人的健康水平。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 面对 DIP 医保支付方式改革，医院如何布局抓住机遇？

来源：民营院长俱乐部

当下医疗行业最热门的话题一定是 DIP 医保支付方式改革。随着 DIP 医保支付方式改革的实施，不仅对医院的管理方式提出了新的要求，更是直接影响医院的经济命脉。作为 DIP 医保支付方式改革的试点机构，如何才能抓住机遇，直面挑战，做好布局呢？是摆在每位院长面前的一道必答题。

#### 1. DIP 医保支付方式改革将意味着什么？

凡事预则立，不预则废。首先，需要弄明白什么是 DIP 医保支付方式改革？所谓 DIP 模式，是指将患者根据疾病与治疗方式的共性特征分组，基本上是“一病一操作为一组”，是通过大数据根据多个条件划分组别，基于这一组别的报销额度，再选择性价比最高的诊疗方式。

● 例如：

针对幽门窦恶性肿瘤患者的划分，便是有无并发症、住院天数等。而在 DIP 模式下，则是根据特定患者的疾病种类，以及确定治疗诊疗



方式后，再进行分组。因此，从结果来看，DIP 相对分组会更细，组数也更多。

其次，在 DIP 模式下，不再明确医疗机构的总额控制标准，而是将项目、病种、床日等付费单元，转化为一定点数。你也可以理解为，每名患者代表相应点数。点数越多，意味着医疗机构能够获得的也会更多。每年年底，各区域的医疗机构将根据点数比例，分享该区域固定的医保额度。例如，A 机构点数在该区域占比 10%，那么 A 机构将获得 10% 的医保支出。但是由于每个地区医保盘子是固定的，医疗机构数量较多，所以要想分得更多蛋糕，只能积累更多的点数。也就是说，要服务更多患者。这样一来，比拼的就是各家医院的服务、治疗水平。与此同时，医疗机构也需要严格控制患者的支出。毕竟，扣除患者医保赔付部分之后，才是医疗机构的“盈余”。

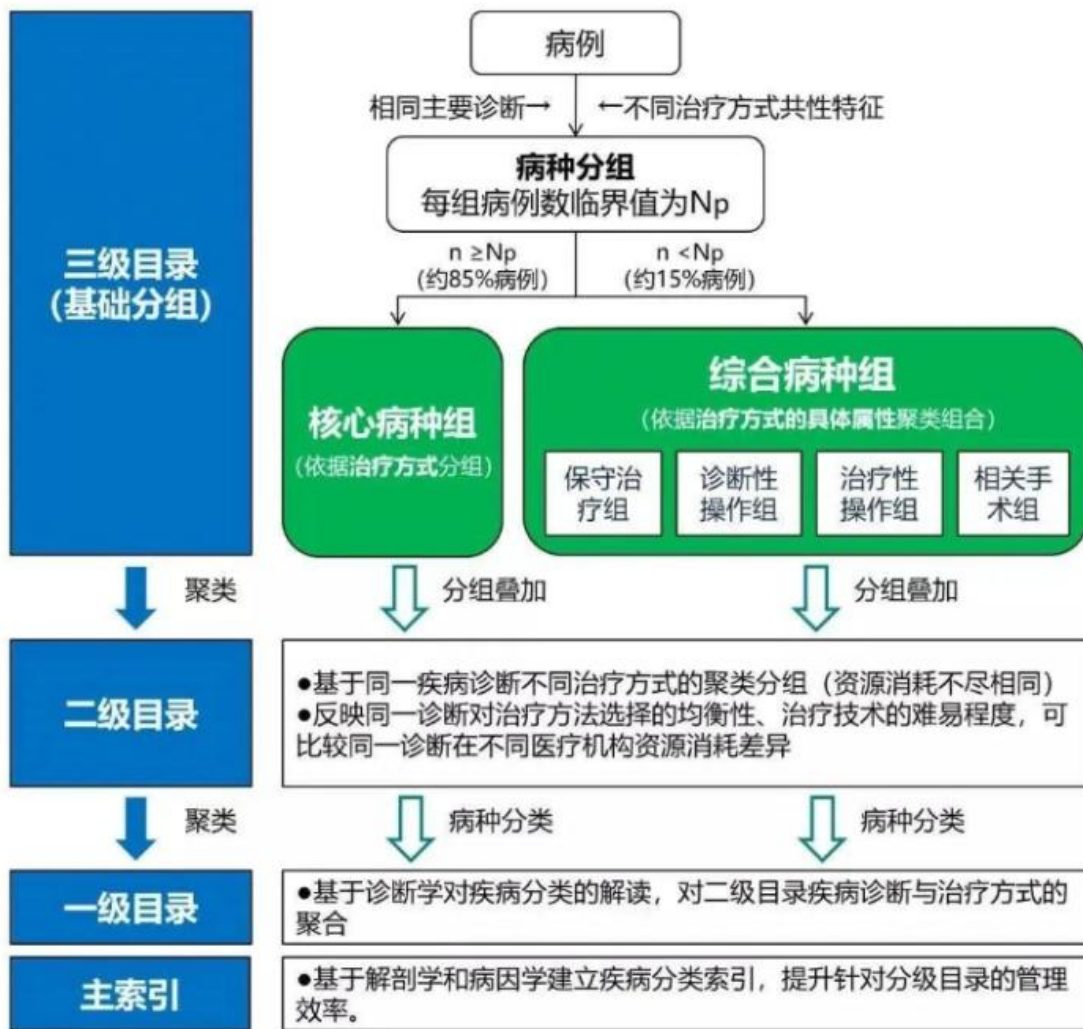
根据计算方式，医疗机构年度支付总额=本机构考核后年度总点数×统筹区年每点数费用-患者已支付现金总额-本机构年度审核扣款总额。也就意味着，医院要想有所盈余，不仅要诊断更多的患者获得更多费用，还要严格控制诊疗成本，要不然会入不敷出。

## 2. 医疗机构如何布局？

面对 DIP 医保支付方式改革，笔者认为可以从以下几个方面布局，让医院可持续化、健康发展。

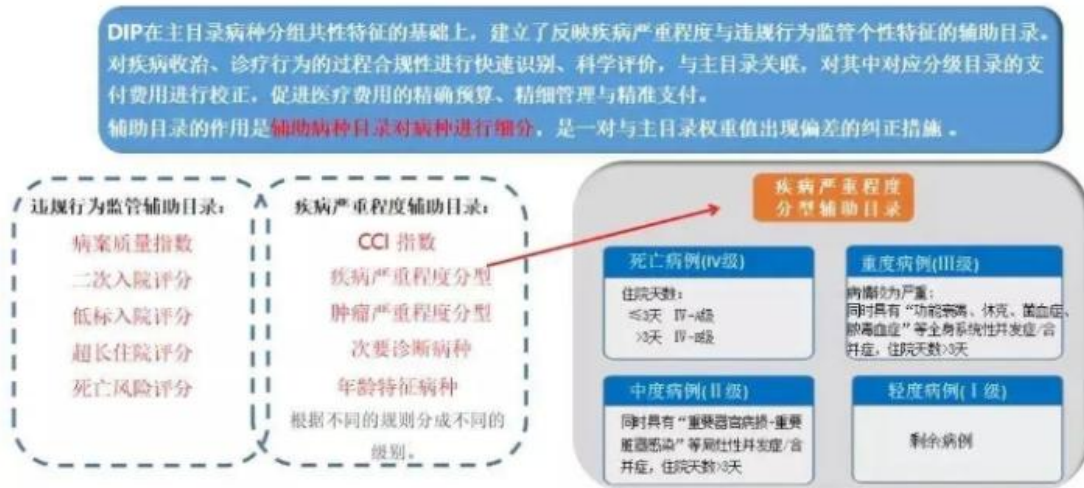
1、DIP 主目录组合思路。DIP 目录库分主目录与辅助目录。其中，主目录以大数据形成的标准化方法凝练疾病与治疗方式的共性特征，

反映诊断与治疗的一般规律，是DIP的基础。辅助目录则以大数据提取诊断、治疗、行为规范等的特异性特征，其与主目录形成互补，对临床疾病的严重程度、并发症/合并症、医疗行为规范所发生的资源消耗进行校正，客观拟合医疗服务成本予以支付。医院行为的规范性会对医疗费用造成直接的影响，违规行为监管调控是为积极应对医院行为规范。



2、DIP 辅助目录。辅助目录中的违规行为监管侧重于利用大数据所发现的医疗机构行为特征，建立针对违规行为的洞察发现与客观

评价机制，以病案质量指数、二次入院、低标入院、超长住院以及死亡风险等指标引导医疗机构规范医疗行为，降低医疗机构组别高套、诱导住院、风险选择、分解住院的可能性，提高医疗质量。



3、DIP 与病案质量联系紧密。要运行 DIP，病案首页是基础。《技术规范》里不仅有多处提及病案相关内容并强调其重要性，在国家医保版代码和编码中也规定其标准是医保结算统一和规范使用的疾病诊断和手术操作编码。DIP 以其为基础，通过大数据对比形成客观分类及组合。对于历史数据中采用的国际版、临床版代码，都要完成与医保版疾病分类与代码、手术编码的映射与转换，以保证标准的一致性和结果的可比性。

4、让临床医师写好病案首页。病案首页包括患者基本信息、住院过程信息、诊疗信息以及费用信息在内的四大模块，各项目要写全、写准、写详细。《住院病案首页数据填写质量规范》第二十六条明确规定：临床医师应当按照本规范要求填写诊断及手术操作等诊疗信息，并对填写内容负责。重点是要诊断的选择与手术操作的完整填写

以及提交病案。

5、理顺编码员工作流程。要让病案质量得到质的飞跃，离不开重新理顺编码员的工作流程后带来的速度与质量。以往传统编码工作分工因病区数量多、出院人数分布不一、各专科病历编码难度差异较大、耗时不同导致按病区编码分工容易造成不均，若遇上编码员休假则严重影响编码的时效。

6、加强信息部门建设，减少系统差错。让病案走在DIP的前面，离不开信息部门的支持。《住院病案首页数据填写质量规范》第二十九条规定，信息管理人员应当按照数据传输接口标准及时上传数据，确保住院病案首页数据完整准确。信息管理部门应当根据填报人员的需求做好信息系统的支撑，并按照数据传输接口标准做好院内数据与上报数据的转换。统计上报人员及时上传数据，并核查数据上传是否正确。若上报数据时发现错误，例如部分费用信息与病历不匹配、患者基本信息录入错误、HIS系统导出数据库错误等，应及时反馈给相关人员处理。每月上报数据前，病案科、统计科和信息科联合核查无误后再进行上报。统计上报人员对上报数据的核查，不能仅限于上报系统人的逻辑错误，上报数据还必须如实反馈真实水平。

7、认真执行相关诊疗技术规范。严格掌握入院、检查、治疗、手术、出院、转诊指征和标准，不得接收不符合住院标准的参合病人，也不得拒收符合住院标准的参合病人，不得擅自延长住院日或推诿病人让病人提前出院。

8、合理用药。一是严格执行《基本药品目录》和《抗生素使用指导原则》等有关规定,实行梯度用药、合理药物配伍;二是因病情需要超出基本药品目录的自费药品,应告知病人或家属,并经签字同意,使用目录外药品不得超过药品总额的规定标准;三是同种药品只能使用一种;四是抗生素使用率控制在规定之内;五是严禁使用与住院病种治疗无关的药品。

9、合理应用医疗器材。一是对参保患者的辅助检查、诊疗,要坚持“保证基本医疗”的原则,自觉执行《医保管理制度》,不得扩大检查项目;二是严格掌握大型设备检查的指征,能够用常规检查确诊的不得用特殊检查;三是因病情需要必须到上级医院作大型仪器设备检查的,应当告知参保患者或家属并经签字同意。

综上所述,随着DIP医保支付方式改革的实施,我们要提高数据质量并不仅仅只是病案科的工作,临床科室更要主动参与,上下齐心,才能形成持续改进首页质量的良性局面。DIP的到来,不是医院未来发展的绊脚石,而是促进医院精细化管理的好帮手。

[返回目录](#)

## 门诊共济下, 医院管理应该怎么做?

来源: 健康界

一直以来,在全国大部分地区,医保只能报销住院费用。而门诊费用,需要个人自付,或者以职工医保中的「个人账户」形式支付。

由于门诊费用无法报销,一些门诊医疗花费较高的居民,会更倾



向于以住院的方式治疗。某四线城市居民王霞曾对记者表示，近期身体不适，准备去住院，「顺便做一个全身检查，反正住院能报销」。

门诊费用迁移至住院，会导致隐形的「过度诊疗」，使得医疗费用高居不下。

DRG/DIP 医保支付方式改革后，医院原来赚钱的「项目」，成为了开销的「成本」。这导致临床医生在收治住院患者时更注重入院标准。上述过度医疗行为得以遏制。

某三甲医院内科主任告诉记者，不符合住院指征的，绝不低标入院。这是防止 DRG 下科室亏损的方法之一。

但实际推动中，也不容易。某地市级三甲医院管理者告诉记者，本地门诊的医疗费用暂时没有纳入医保报销，所以患者不愿意去门诊。

破解隐形过度诊疗难题，2021 年国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》(下文简称《指导意见》)，要求在做好以下门诊慢特病医疗保障工作的基础上，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。

《指导意见》发布至今已一年有余。据梳理，全国 31 个省市自治区均已公布了省级门诊共济实施细则，包括实施时间、起付标准、支付比例、最高支付限额及个账计入办法等。

门诊共济下，医院管理将面临哪些挑战?如何借门诊共济的「东风」实现高质量发展?是摆在全国医院面前的一道必答题。

## 门诊共济 30 年

门诊共济，即用门诊统筹基金有条件报销门诊中产生的合理医疗费用。

早在 1994 年，江苏省镇江市便开始「统账结合」模式的探索。统账结合后，职工拥有按比例一次性划入全年额度的个人账户，可以用于结算当年合理的医疗费用，其中一级个账结余还可以支付在定点社区卫生服务机构的健康体检费用、药品费用个人先付部分和诊疗项目费用个人先付部分。

当一级个人账户支付用完后，参保人员发生的门诊费用由社会统筹基金，按比例报销起付标准以上的医疗费用。

2009 年，人社部发布《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》，鼓励「探索调整职工医保个人账户使用办法，试行门诊医疗费用统筹」。

直到 2021 年国务院办公厅印发《指导意见》，明确指出「增强门诊共济保障功能」、「改革个人账户计入办法」，同时说明了改革的基本思路，自此门诊共济全国落地，按下了加速键。

### 实施门诊共济，有哪些必要性？

其一，从保险角度看，个人账户的方式会沉淀大量资金，但无法起到「大数法则」带来的风险共担作用。

根据国家医保局公布的《2021 年全国医疗保障事业发展统计公报》，截至 2021 年底，职工医保个人账户累计结存 1.1 万亿元。这

约等于当年医保累计结存的 33%，约等于当年医保总收入的 40%，约等于当年医保总支出近 50%。

这么多资金，如果沉淀在个人账户中，就会出现有医疗需求的人（比如慢病患者、老年人等），个账的钱不够花；而健康人用不上个账，资金沉淀为「死水」。

其二，门诊医疗费用无法报销，在临床上会导致三种可能：过度诊疗、小病拖大和分级诊疗难落地。

原上海申康医院发展中心医疗事业部主任于广军曾撰文指出：门诊统筹（即将参保人普通门诊费用纳入医保报销，由统筹基金和个人共同负担）是医疗保险的必然要求。他指出，一些疾病的治疗是在门诊还是住院并非泾渭分明，很多地方因为只保住院不保门诊，导致一些本来应该在门诊治疗的疾病拖到住院进行治疗，浪费了医疗资源。由此，他认为门诊统筹有利于促进早防早治，减少小病拖延成大病情况的发生。此外，还有利于促进门诊服务重心下移基层。

可以利用医疗保险的定点就医政策和报销比例的等级差别，引导患者到社区卫生服务中心就诊。

此外，医疗服务和患者之间天然地存在信息不对称，门诊共济后，医保基金可以发挥战略性购买的作用，有助于减少医疗浪费。

### 共济后，门诊支付方式改革就在眼前

过去，在全国大部分地区，医保都只能报销住院费用。因此，医保基金的管理、支付方式改革也往往围绕着住院场景。

在门诊共济逐步全国落地下，医保对门诊的管理将逐步与住院趋同。这表现在，一方面，门诊支付方式改革已经启动试点。另一方面，门诊基金监管也将成为重点。

清华大学公共管理学院教授杨燕绥曾撰文指出医疗中的「鼯鼠效应」：抑制住院费用导致门诊费用增长，抑制门诊费用导致康复和护理费用增长，抑制药占比则导致检查费用增长，循环往复。

为了解决这一问题，浙江金华市自 2020 年 1 月起实施医保门诊按人头包干结合 APG 点数法付费改革，即门诊医疗服务在总额预算管理下，签约人员的普通门诊、慢病门诊基金包干给签约医疗机构或医共体，门诊服务量采用门诊病例分组 (APGs) 结合点数计量；非签约人员的所有门诊费用和签约人员的特病门诊费用按 APGs 点数支付。

现今，门诊支付方式改革已经被写入《浙江省全面推进医保支付方式改革三年行动计划》，并清晰划定了改革路线图——

2022 年底，形成全省统一的门诊按人头包干结合门诊病例分组 (APG) 付费技术规范和门诊病例分组方案；

2023 年底，全省所有统筹地区全面实施门诊按人头包干结合 APG 支付方式改革；2024 年 4 月底，完成门诊支付方式改革第一轮清算工作；

2024 年底，实现住院 DRG 和门诊 APG 支付改革区域全覆盖、费用全覆盖、人群全覆盖、医疗机构全覆盖。

过去，住院场景中易出现的违法违规行为，如分解住院、挂床住

院、串换项目等，是医保基金监管重点。

近年来，随着各地将门诊慢特病纳入医保报销，并力推门诊费用直接跨省结算的背景下，门诊医疗费用逐步成为监管重点。

根据近期国家医保局发布的《关于开展 2022 年度医疗保障基金飞行检查工作的通知》，血液透析成为医疗机构检查重点，这正是一项主要在门诊完成的诊疗项目。

### 门诊共济下，医院面临哪些机遇和挑战？

首当其冲的挑战是，门诊共济实施后对管理者提出了更高要求。比如，过往 DRG/DIP 医保支付方式改革下，管理者更多地考虑住院费用控制和收治病种的结构管理。而如今面临即将到来的门诊支付方式改革，管理者更要思考「住院-门诊」医疗服务闭环下，医院整体的发展和规划。

挑战之余，医院也面临着一大机遇。

国家卫生健康委卫生发展研究中心主任傅卫曾撰文指出，2018 年，职工医保个人账户收入 5297 亿元，如果按参保职工缴费(本人工资 2%)全部划入、单位缴费(工资总额 6%-10%)向个人账户划入三成(相当于职工缴费基数的 1.8%-3%)粗略估算，将单位缴费划入部分置换成门诊统筹，可以从个人账户中释放约 2500 亿元-3100 亿元的资金用于门诊统筹，约相当于同期公立医院全部收入(约 8300 亿元)的 30%-37%。

傅卫认为，医保部门可以在引导建立合理门诊就医秩序方面发挥



积极作用，同时对门诊服务及前端的疾病预防、健康管理服务和后端的慢病管理、住院服务等进行规范和调节，从而在门诊服务领域推动分级诊疗制度的落实。

根据中国医疗保险对全国 31 个省、自治区、直辖市和新疆生产建设兵团门诊共济实施细则的统计得知，各地均设计了支持分级诊疗制度的保障导向：

其一，以定点医疗机构级别为根据设置起付标准。如云南省规定，自然年度内参保人员每次普通门诊就诊，政策范围内费用统筹基金起付标准：一级及以下定点医疗机构(含村卫生室、社区卫生服务站等)30 元，二级定点医疗机构 60 元，三级定点医疗机构 90 元。

其二，按定点医疗机构级别设置起付标准和差别化支付比例。以海南省为例：一级及以下定点医疗机构，统筹基金支付比例为 70%；二级定点医疗机构统筹基金支付比例为 60%；三级定点医疗机构统筹基金支付比例为 50%。这意味着在基层可以获得更低的报销门槛和更高的报销比例。将促进患者用脚投票，把常见病、多发病留在基层。

在国家分级诊疗的顶层设计下，大三甲医院正在着力打造区域医疗中心和区域医学中心，基层则关注常见病、多发病的诊疗及居民健康管理。

借门诊统筹的东风，医院可以将常见病、多发病患者留在门诊，乃至基层，着力攻克疑难危重症患者，这既是分级诊疗的要求，也是医院高质量发展的必由之路。

• 政务公开 •

**李克强对 2022 年全国医改工作电视电话会议作出重要批示**

来源：央视新闻

2022 年全国医改工作电视电话会议 7 月 14 日在京召开。中共中央政治局常委、国务院总理李克强作出重要批示。批示指出：医药卫生体制改革是涉及千家万户的大事。近年来，通过持续深化医改，推动从以治病为中心向以人民健康为中心转变，着力解决看病难、看病贵问题，不断提高基本医疗卫生服务的公平性、可及性，建成全世界最大、覆盖全民的基本医疗保障网。特别在抗击新冠肺炎疫情中，医药卫生系统经受住了考验，发挥了不可替代的作用。谨向广大医务人员和医改工作者致以诚挚问候！要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻党中央、国务院决策部署，积极回应人民期盼，推进医改取得更大成效。进一步加强国家区域医疗中心和医疗联合体建设，促进优质医疗资源扩容和均衡布局，发挥高水平医院引领带动作用，提升基层能力。持续实施药品和高值医用耗材集中带量采购、异地就医跨省直接结算等便民惠民举措，减轻群众就医负担。协同推进医疗服务价格、医保支付、人事薪酬、绩效考核等改革，推动公立医院高质量发展。坚持预防为主，深入推进健康中国行动，进一步做好中医药振兴发展、乡村医生队伍建设等工作，科学精准做好疫情防

控，为维护人民群众健康、促进经济社会发展作出更大贡献！

国务院副总理、国务院医改领导小组组长孙春兰出席会议并讲话。她强调，要深入贯彻习近平总书记关于医改工作的重要指示，落实李克强总理批示要求，坚定医改的理念、原则和路径，持续深化“三医”联动改革，突出重点领域和关键环节，补短板、强基层、建机制，巩固和扩大医改成效，不断提升医疗卫生服务能力和水平，更好地保障人民健康福祉。

孙春兰指出，近年来，医改坚持从以治病为中心转向以健康为中心，围绕解决群众看病难、看病贵问题，推动药品耗材集采和优质医疗资源扩容下沉，成效持续显现，我国人均预期寿命从2017年的76.7岁增加到2021年的78.2岁，彰显了中国特色基本医疗卫生制度的优势和活力。

要继续推进区域医疗中心、医学中心建设，完善医联体管理，加强基层医务人员培养培训，提高基层医疗卫生机构服务能力，构建分级诊疗格局。要强化公立医院内部治理和短板学科建设，深化药品采购、医保支付、人事薪酬等综合改革，提升高质量发展水平。要加快推进疾控体系改革，加强重大疾病防治，充实基层防控力量，筑牢基层防线。要严格落实第九版新冠肺炎防控方案，加强培训，提高政策理解和执行能力，坚决制止层层加码、一刀切，主动防、早发现、快处置，确保经济发展和人民群众生产生活少受影响。

[返回目录](#)

## “十四五”中医药强基层重点明确 湖南医改重点工作任务出炉

来源：健康报

### 2020 年度全国三级公立医院绩效考核情况公布

国家卫生健康委近日印发《关于 2020 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况的通报》(以下简称《通报》)。结果显示,大部分指标持续向好,公立医院改革发展取得阶段性成效。受新冠肺炎疫情影响,相关业务工作和经济运行情况出现一定波动,但总体上三级公立医院经受住了考验,为满足人民群众看病就医需求提供了有力支撑。

据悉,全国共 2508 家三级公立医院参加 2020 年度绩效考核。2020 年度国家监测分析情况显示,2020 年,三级公立医院电子病历系统功能应用水平平均级别由 2019 年的 3.23 提高至 3.65。91.26%的三级公立医院达到 3 级及以上水平(占比较 2019 年提高 8.02 个百分点),65.26%的三级公立医院达到 4 级及以上水平。上海、北京、浙江 3 个省份电子病历系统功能应用水平平均级别超过 4 级;山西、宁夏整体提升相对较快。

截至 2020 年底,83.42%的三级公立医院建立了远程医疗制度,70.53%的三级公立医院建立了远程医疗中心,81.29%的三级公立医院能够向医联体内成员单位提供至少一项远程医疗服务。

2020 年,全国三级公立医院门诊患者满意度和住院患者满意度分别为 86.51 分、91.68 分,较 2019 年提高 1.10 分、0.67 分。

## 国家卫健委：切实做好“一老一小”健康管理服务

7月6日，国家卫健委发布《关于做好2022年基本公共卫生服务工作的通知》，强调统筹推进常态化疫情防控和基本公共卫生服务工作，持续提升基本公共卫生服务均等化水平，不断增强人民群众获得感。

对于疫情防控和基层公共卫生服务重点工作，《通知》提出，要切实做好“一老一小”健康管理服务。

### 1. 加强65岁及以上老年人健康管理。

各地要优化65岁及以上老年人健康体检项目，结合实际开展老年人认知功能初筛服务，对初筛结果异常的老年人，指导其到上级医疗卫生机构复查。各地要加强对医务人员的培训指导，规范组织开展健康体检，优化流程，加强质量控制。健康体检结果要及时反馈本人或其监护人，并根据体检结果做好健康管理，对结果异常的，要指导及时就诊并做好追踪随访。各地要指导医疗卫生机构，结合老年人健康管理和日常基本医疗卫生服务等，动态更新、完善老年人健康档案，结合老年人健康体检大数据分析，优化区域健康管理服务。

### 2. 强化0~6岁儿童健康管理服务。

加强婴幼儿科学喂养、生长发育、疾病预防、口腔保健等健康指导。促进吃动平衡，预防和减少儿童超重和肥胖。强化儿童视力检查、眼保健和发育评估，对发现异常的，要指导到专业机构就诊。加强上级医疗机构和妇幼保健机构对基层医疗卫生机构的指导，鼓励通过家



庭医生签约服务，加强儿童保健和基本医疗服务，提供家庭科学育儿指导服务。

### “十四五”中医药强基层重点明确

7月7日，国家中医药管理局在京召开基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划推进视频会，公布了“十三五”期间基层中医药服务能力提升工程的成绩单。国家卫生健康委党组成员、国家中医药管理局党组书记余艳红指出，“十四五”期间要打造基层中医药服务能力提升工程的“升级版”；聚焦重点任务，在4个重点领域精准发力，全面推动各项任务落实。

一要建立健全优质高效的中医药服务体系。持续加强县级中医医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心中医馆、社区卫生服务站和村卫生室中医阁建设，鼓励社会力量在基层办中医，进一步完善现有基层中医药服务体系。在此基础上，不断优化基层中医药服务功能，强化基层中医药服务能力。

二要夯实基层中医药人才根基。强化以全科医生为重点的基层中医药人才队伍建设；通过完善和落实基层中医药人员编制备案管理、职称评聘、收入分配等政策措施，吸引中医药人才到基层工作、安心在基层服务。

三要大力推广中医适宜技术。加强省、县两级中医适宜技术推广中心建设，建立健全适宜技术推广网络和长效机制，加强考核管理，大力开展推广培训，切实提高基层医疗卫生机构中医药服务能力。

四要深入开展中医药健康文化推进行动，进一步提升城乡居民中医药健康文化素养水平。

### 湖南医改重点工作任务出炉

近日，《湖南省深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》(以下简称《任务》)印发，提出 5 个方面 20 项任务，明确将加快构建有序的就医诊疗新格局、深入推广三明医改经验、推动公立医院高质量发展、着力增强公共卫生服务能力、统筹推进重点领域改革。

《任务》明确，加快国家医学中心、区域医疗中心建设，推进“大病重病在本省解决”；加快城市医疗集团和紧密型县域医共体建设，推进“一般的病在市县解决”；加快基层卫生事业高质量发展，推进“头疼脑热在乡镇村里解决”。

在着力增强公共卫生服务能力方面，湖南省将推进疾病预防控制体系改革，提升妇幼健康服务能力，加强医防融合和医养结合，做好新冠肺炎疫情防控工作。

在统筹推进重点领域改革方面，湖南省将完善多层次医疗保障制度体系，强化药品供应保障能力，加强综合监管，深化中医药综合改革，推动“互联网+健康医疗”发展。

### 北京市属医院一年互联网诊疗服务 66 万人次

近年来，市医院管理中心将推进互联网诊疗工作纳入改善医疗服务的规定动作。目前，21 家市属医院已经开通互联网诊疗服务，14 家市属医院成功获批互联网医院资质。2020 年 5 月开展大规模互联

网诊疗以来，截至今年5月底，市属医院通过互联网诊疗累计在线服务患者66万人次，其中外地患者占就诊总量的37.04%。

### 重庆推动医疗服务供给更优质

近日，从重庆市卫生健康委获悉，未来5年，重庆将加快成渝两地三甲公立医院检查检验结果全互认、远程诊疗一张网、“120”调度指挥互派互通，推进双城经济圈医疗一体化，推动医疗服务供给更优质。

据了解，未来5年，重庆将围绕“让百姓看病就医更方便、更舒心、更省钱”的目标，着力国家医学中心建设、成渝地区双城经济圈建设，完善医疗体系大布局，展现医疗服务高质量，推动卫生健康事业高质量发展。

“十四五”期间，重庆将坚持高、中、低3个层次联动发力。通过创建国家医学中心、国家区域医疗中心，实现高端引领。到“十四五”末，全市三级医院达到100家，每个区县至少分别建成1家三级综合医院、二甲以上中医院、标准化妇幼保健机构，实现中端支撑。建成80家城市社区医院、120个区县域医疗次中心，推动乡镇卫生院中医馆全覆盖，实现基层兜底。

### 河南“百县工程”助县医院能力提升

7月5日，河南省卫生健康委召开专题会议，部署该省“百县工程”县域医疗中心综合能力提升工作，并启动县域医疗中心临床服务五大中心建设。

河南省卫生健康委要求，确保县域医疗中心“双考核”“智能医废”信息化管理全覆盖，逐步实现“四级区域医疗中心”同质化；突出医疗服务能力建设，持续强化急诊急救五大中心建设，到“十四五”末，全省设置150个左右县域特色专科，每个县域医疗中心都要创建1~2个；突出协作能力建设，每个中心都要根据评价细则列出诊疗技术或核心技术清单，指导临床服务规范化，力争填补县域内技术空白。

[返回目录](#)

## • 基金监管 •

### 变被动管理为源头治理，公立医院医保基金使用更规范

来源：中国医疗保险

随着《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）和《医疗保障基金使用监督管理条例》（下称《条例》）等政策文件和国家法规的出台，医保基金监管的制度体系逐步健全，《条例》对基金使用中监督检查的内容、形式及医疗机构的责任、义务、权利都作了规定，明确了医保基金监管体系改革的重点任务和制度保障，向医疗机构明示了不可碰触的违法使用医疗保障基金红线，为医疗机构规范医疗服务价格收费、合理诊疗与用药，确保医疗保障基金安全指明了方向，医疗保障基金监管工作越来越呈现法制化、规范化、专业化的态势。

加强医院内部监管，安全、合理使用医保基金，关系到国家政策、群众利益，更关系到公立医院的良好信誉及公益形象，与当下DRG/DIP医保支付方式改革“医保基金使用效率更加高效，医院诊疗行为更加规范、患者享受高质量医疗服务”的三方共赢目标相一致。

### 医保基金管理存在的问题及原因

近年来，国家医保局持续开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理，2020年，检查定点医疗机构62万家次，查处违法、违规、违约问题的医疗机构39万多家次，追回医保基金223.1亿元。省、市医保局同步实施“规范使用医保基金专项治理”、“历史问题清零行动”，通过医疗机构自查整改、医保和卫健部门复查等方式全面清查违规收费问题及其他违法违规历史存量问题。通过检查发现，医院在使用医保基金过程中存在超标准收费、重复收费、串换项目收费、超医保限定支付范围用药、不合理住院、不合理诊疗等风险点，一旦认定违规，医院将面临医保拒付及处罚。泰州市某三甲医院医保、物价管理部门经过深入探讨、分析，总结违规原因如下。

#### 1、医院价格管理部门职能衔接不完善

该医院医疗服务项目价格、药品价格、医用耗材价格管理分属物价科、药学部、医用耗材管理办公室三个处室，各处室均在本处室职能范围内进行管理，无法完全做到政策互通及形成统一的监管机制，收费政策执行效果有所欠缺，职能衔接有待完善。

#### 2、临床医务人员重视程度不够



个别医务人员对医保政策及价格政策理解片面，认为只要因病情需要为患者做了相关检查与治疗，就应该收取相应的费用，从而忽略了医保、价格政策规范，如“氧气吸入”“创面负压治疗”每日收费金额有最高限价，并非按实际治疗时长收取费用；个别医务人员缺乏责任心，医嘱单、报告单(或记录单)、收费清单三单不符，致使收费缺乏合理、充分依据。

### 3、部分医疗项目收费界定不明确，政策理解存在偏差

目前该医院执行的《江苏省医疗服务价格手册》(以下简称《手册》)是2010年修订版本，在该版本的基础上，根据省价格管理部门调价文件进行动态化更新维护。《手册》中医疗服务项目共计五千余项，部分项目内涵、计价单位、除外内容及说明描述模糊、无法准确界定收费标准，可收费医用耗材更是品规繁杂多样，归类困难，医保监管部门与医疗机构对收费政策的理解存在不同程度的偏差。如“气压治疗”计价单位为“每部位”，医保监管部门认为一个肢体即为一个部位，与医疗机构的理解不一致，导致医疗机构非主观违规行为发生。

### 4、未有效运用信息系统监控手段

医院信息化已经成为医院发展的技术支撑，医保、价格政策执行中，风险控制点不计其数，智能化监控筛查对医保基金监管尤为重要。现阶段，该医院医保、价格管理在事后核查方面已基本完善，但在事前提醒、事中控制方面还存在一定的缺陷，且该医院是三甲综合医院，

规模较大，个别项目的差错就会导致违规金额巨大，有效发挥信息化在医院医保基金监管中的支撑功能势在必行。

## 5、职能部门基金监管考核力度不够

医院职能部门进行违规使用医保基金核查时，限期整改措施跟不上，检查深度不够，对临床科室存在的不规范行为，主要以培训、提醒、批评为主，考核和处罚的力度不到位，缺乏医保基金使用内部监管长效机制。

### 医保基金使用院内监管举措

#### 1、健全组织机构，完善价格管理体系，强化监管机制

对照国家卫生健康委员会印发的《医疗机构内部价格行为管理规定》要求，结合该医院实际情况，完善、调整价格管理委员会基本架构。价格管理委员会下设管理办公室，以专兼职物价员作为价格政策的直接执行者和价格管理的落脚点。该医院进行职能部门内设机构调整，将物价科职能归并到医保办，由医保办统一负责全院医保和物价管理工作。形成医保、财务、护理、医务、药学、耗材、设备、信息、审计、质控、纪检多部门联合的价格管理体系，做到相互制约、相互配合、职责明确、政策互通。

#### 2、深入临床专科进行医保及价格政策专项培训与指导

为加强临床医务人员对医保、价格政策的了解，提高其责任心和法制观念，避免政策理解偏差，医院医保办深入临床 31 个专科，对《医疗保障基金使用监督管理条例》进行详细解读，根据省、市医保

局下发的负面清单文件内容、上级价格监管部门检查中发现的问题及医院常规收费核查工作中存在的违规行为，有针对性地进行培训及指导，对各专科涉及的收费项目内涵、说明逐一讲解，促进临床医务人员遵守临床技术规范、各项操作规范及医学伦理规范，合理诊疗，因病施治；按照《江苏省医疗服务项目价格手册》中项目收费规则，结合近阶段国家、省、市关于价格和医保基金监管的规范要求，编印《泰州市人民医院价格管理手册》（第一版）发放给科室，方便临床科室准确掌握物价收费政策，规范合理收费。

### 3、邀请专业检查人员来院指导收费

医院医保办邀请医保基金监管部门有飞行检查经验的工作人员来院授课，对国家医保基金监管政策、飞行检查发现的重点违规问题进行深入分析与讲解，并主动要求市医保基金监管部门检查人员对医院进行模拟飞行检查，重点针对分解收费、超标准收费、重复收费、不合理诊疗等行为，指出医院可能存在的违规收费隐患，共同探讨部分存疑收费内容，帮助医院发现问题、排除风险、堵塞漏洞、完善机制。

### 4、规范数据源头，全面梳理 HIS 系统收费库

该医院 HIS 系统收费库包括医疗服务项目、可收费耗材项目及组套项目。医院医保办和耗材办共同核对两万余项可收费耗材编码，根据核准后的编码，重新对照医保统筹报销比例，确保耗材收费的规范性和准确性。医院医保办通知临床科室上报本科室《收费组套及项目

明细表》，在方便临床操作的基础上，将组套中不规范检查、诊疗、耗材项目进行清理；深入临床科室，检查收费与仪器设备使用说明中的实际功能是否相一致，实现全院相同设备(仪器)收费同质化管理，并将各专科收费项目及耗材收费项目进行相对固化，避免错收误收；实地盘点临床耗材数量品规，确保耗材领用与实际收费必须一致。

### **5、有效运用信息化手段，推进智能监控规则前置**

取得信息系统支持，根据性别、年龄、收费数量、收费金额、医保支付范围是否超限等，建立智能监控规则，加强规范、合理使用医保基金的事前提醒。利用大数据比对分析，为临床提供可以实时查询的疑似违规数据报表，并在出院时自动核查、预警，完善医保基金监管事中监督，进而构建事前提醒、事中监督、事后审核的全方位、全流程、智能化监管体系。

### **6、落实医保基金使用院内监管检查与考核长效机制**

职能部门参照飞行检查模式常态化开展医疗保障基金合理使用的自查自纠工作，定期抽取在院、出院患者病历进行核查，以点带面、点面结合地针对问题进行全院专项核查。医院纪检监察处、绩效核算科充分参与到医保基金监管工作中来，将月度考核与年终考核相结合，针对出院收费核查率不达标、常规收费核查及专项检查中执行情况较差的临床科室，明确违规责任，每月进行管理月报通报并扣分，对违规问题严重、屡教不改的科室实行问责处罚。制定《泰州市人民医院科室医保管理、医保联络员、兼职物价员和医保医师考核方案》，

将医保物价政策培训参会及传达情况、医保基金监管违规情况、配合医保物价工作情况等内容纳入考核细则，根据考核细则对医保联络员、兼职物价员进行评分考核，考核得分作为绩效管理考核依据。印发《泰州市人民医院医保医师积分管理办法》，明确执业医师的医保管理职责，实行积分考评，将违规医疗行为与医保医师资格、职称、职务晋升挂钩。

### 效果与评价

通过健全组织机构、专科专项培训、规范数据源头、推进智能监控、落实奖惩制度等一系列改进措施，统计比较改进前(2019年7月—12月)与改进后(2020年7月—12月)违规数据，共计有效记录81791条，利用SPSS23.0软件对所得数据进行分析，对改进前后的违规数量和金额进行比较， $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。改进后医保拒付金额等各项指标均有明显下降(见表1)，改进措施实施效果明显。

表1 改进前后医保拒付金额占比指标比较

组别	医保统筹支付金额(万元)	医保拒付金额(万元)	医保拒付金额占医保统筹支付金额比(%)	$\chi^2$	P
改进前(2019年7月-12月)	36080.2	138.24	0.38%	43.772	0.000
改进后(2020年7月-12月)	35159.36	46.07	0.13%		

### 讨论与建议

#### 1、变被动管理为源头治理

在当前医保管理体系下，医保基金的可持续运行主要依靠医疗机



构对其服务行为的内部监管，外部监管成为倒逼医院重视并加强内部监管的契机，加强医疗行为自我约束，医疗机构应当通过提供合理的、体现技术难度、风险程度的技术服务获取补偿。公立医院唯有强化医保内部监管机制，转变思想，关口前移，变被动的“应急性”“灭火式”管理为源头治理，提前找到风险点并加以指导整改，才能从根本上杜绝医疗保障基金违规使用问题。

## 2、医疗机构应加强与医保监管部门的沟通

由于公立医院医疗收费项目多且繁杂，在对医保或价格政策把握不准的情况下，要多与医保基金监管部门沟通交流，以取得准确、有效的医保及价格政策信息；对于一些价格与价值严重背离、无法真实体现医务人员劳动付出、成本过高给医院运营带来负担的医疗收费项目，以及进入临床应用却没有收费标准的新技术、新项目，要及时向医保价格管理部门反馈，通过新增、完善医疗项目的方式进行申报，为医院争取合法合规的收费渠道。

## 3、建立多方联席协调机制，各级监管部门之间加强政策沟通

在国家加强医保基金监管的高压政策下，公立医院经常面临医疗保障局、市场监督管理局、审计局轮番督查，各部门之间检查内容和时间交叉重复，且各监管部门对部分医保及价格政策解读不统一，给医疗机构的政策执行带来一定困扰，希望市级各监管部门之间、省级与市级监管部门之间加强政策标准沟通，参照《全国医疗服务项目技术规范》内容，完善《江苏省医疗服务项目价格手册》，切实解决医

疗机构医保基金管理的困难；针对收费内涵及标准不明确导致的争议，建议建立一个有效的多方联席协调机制，及时有效解决争议问题。

#### 4、价值挖掘，优化收入结构

医院医保、物价管理由粗放型费用控制走向精细化费用管理，医院在剔除不合理收费的同时，通过挖掘、申报新技术和新项目来体现医务人员技术、劳务价值，同时，DRG/DIP 支付增加对新技术、新项目的政策支持，将服务价格回归医务价值本身，优化医院收入结构，这不仅是医院 DRG/DIP 支付方式改革目前需要思考的问题，也是医院高质量发展及公立医院改革的方向及要求。

[返回目录](#)

### 开启医保“人脸识别” 助推基金监管“智能化”

来源：山东省聊城市东阿县医保局

山东省聊城市东阿县医保局积极响应国家、省、市医保部门打击欺诈骗保的重要精神，进一步落实参保人实名制就诊工作，加强医保基金精准监管，在全市率先推行“医保人脸识别智能监管系统”。此系统已经全面覆盖全县 19 家定点医院、106 家村级卫生室，实现参保人“刷脸”就医住院，杜绝“假病人”、“冒领药”等违规情况出现。

#### 5 秒人证核验，筑牢基金安全“防火墙”

智能识别，开展人证核验。医保人脸识别智能监控系统能够在患者就医购药刷卡时，同步进行人脸识别，自动上传患者照片及位置信

息。仅需5秒钟，人脸图像和医保数据库便可以完成精准比对。人证不符将无法进行下一步的取药结算等手续，直接将“冒用”、“假证”等情况阻挡在就医第一步。

核验通过，启用就诊程序。当现场就诊人员活体人脸采集与身份证头像比对通过时，医保卡购药、就诊或办理住院的程序才可以正常启用。相当于人证核验为医保卡安装实名人证“防火墙”、“防盗窗”，切实做到实名实人，防止违规行为出现。

### **三重监管保障，助推基金监管“智能化”**

医保人脸识别智能监管系统的全面启用，是医保信息化的成果，将对医保基金监管模式产生重大影响。

从“单次监管”转变为“长效监管”。医保人脸识别系统能够将就诊人员照片及位置信息实时上传至医保管理中心后台存储，信息可供长期回溯和查询管理，自动建立了长效监管模式，将医保监管从“单次监管”转变为“长效监管”。

从“大海捞针”转变为“精准监管”。医保管理中心后台能够自动筛查人证不符的待审核信息，并通过其相关就诊信息进行进一步确定，自动将监管重点锁定至少数信息不符的参保人之中，转变了医保基金监管“大海捞针”的低效率模式。

从“事后监管”转变为“事前监管”。以往医保部门核查手段主要是事后监管，是在违规行为发生之后将其锁定进行审核，由于时效滞后，让违规刷卡行为有空可钻。医保人脸识别系统将监管时间从“事

后”提至“事前”，提高了监管的针对性和效率性。

### 多项维度考量，兼顾基金运行“人性化”

新系统的应用将对参保人员的就诊行为产生很大影响。对于系统应用过程中可能出现的各种特殊情况，县医保部门坚持“以人民为中心”的发展理念提升服务效能。

亲属代为拿药，对于行动不便的老人或者慢性病患者，亲属子女代拿药的情况经常发生，为方便参保人员拿药，系统可进行一次性亲属绑定，后台留存信息，确认后可长期正常拿药使用。

住院患者可床旁识别，对于不方便进行人脸识别的住院患者，县医保局专门给医疗机构下达通知，医护人员可直接进行床旁人脸识别，不需要专门到结算窗口人证，方便了患者就医行为。

应用于长期护理服务，对于家庭长期护理人员，医护人员可在手机等智能设备上安装识别系统，当提供上门服务时可进行现场人脸识别，同时可对长期护理频次、时间等进行监控，达到后台监管的作用。

[返回目录](#)

## • 中医药动态 •

### 中医药文化国际传播助力人类卫生健康共同体建设

来源：中国中医药报

思想，认为天下人民当互相尊重，保持友好交流。当今人类卫生健康共同体理念正是建立在各国之间相互尊重、共谋人类健康大业的

思想基础之上，其实质性内涵正是对这一传统思想的辩证吸收。《礼记》中说“大道之行，天下为公。”我国自古以来秉持“天下大同”的治国理念以及“和而不同”的文化传统，中华文化强调“和”并不是无差别的统一，而是有差别的共生，包含和平、和谐之意，在追求双方利益最大公约数的同时，也尊重彼此差异，这一内涵在人类命运共同体理念中得到充分诠释。

### 中医药文化国际传播的历史经验对人类卫生健康共同体建设的现代启示

以史为鉴，站在现实角度，反观中医药文化国际传播史，对于当下推进人类卫生健康共同体建设，具有重要的参考价值。

#### 以周边国家为首要目标，推进“健康丝绸之路”建设

人类卫生健康共同体建设首先要在周边国家开展，并充分落实到“一带一路”建设中。历史上，中医药文化的传播影响力因地缘因素，首先辐射到日本、朝鲜、越南、印度等周边国家。周边地区因地理位置毗邻，自然气候条件相近，形成了相似的经济生产方式，中医理论及中医文化在周边国家的认同度较高。在医药文化交流中，不仅增进了我国与周边国家的友好交流，而且进一步完善和发展了双方的医学体系，也提升了中医药在周边国家的影响力。

人类卫生健康共同体建设在周边国家率先展开，将为中国疫情防控营造相对安全的周边环境。同时，人类卫生健康共同体理念当在此基础上进一步融入到“一带一路”建设中。当下继续推进“健康丝绸



之路”建设，并充分发挥其在欧亚各国之间的纽带作用，有助于紧密联系沿线各国，实现医疗事业的共同发展及医学文化的充分交流。

### 以中西医结合为路径，充分发挥中医文化优势

自古以来，中医药文化国际传播始终坚持求同存异、兼容并包的原则，充分吸收外来医学体系的优点，内化到自身体系中，并积极发挥自身优势，推动其他医疗体系的发展和完善。在新冠肺炎疫情防控工作中，中国始终坚持中西医结合、中西药并用的特色方案，及时突破治疗瓶颈，取得显著疗效，尤其在疫情预防和病后康复方面成果突出。当下国内外抗疫形势依然严峻，积极开展中西医结合抗疫及临床经验总结显得尤为重要。一方面，应充分发挥中医药优势，向世界推广中西医结合治疗方案；另一方面，需积极组织参与创新研发工作，合力推动现代医疗技术高质量发展。

现代中医应秉持天人合一、注重整体的价值观念，以及天下一家、命运与共的高尚情怀，在加强中西医学交流的过程中，注重发挥中医药文化的特色优势，传播“和合”思想，并在承认和尊重差异的基础上加强各国在思想文化上的交流互鉴，推动各国树立积极合作的“共同体”意识，进而增强人类卫生健康共同体建设在思想文化上的凝聚力。

### 以合作共赢为目的，多个层面共同推进

要充分利用国际组织积极作为，构建与各国双边、多边医疗合作机制，树立互利共赢的合作理念，不断推进卫生制度完善和国际医疗

支援。卫生制度上，应进一步完善以《国际卫生条例》为基础的国际卫生制度体系，注重制度实施的监管，加强各方工作的协调，提高应对全球性公共卫生事件的反应速度和效率；积极推动中医药国际标准化建设，以更高质量、更深层次融入国际卫生健康体系，助力人类卫生健康共同体建设。援外工作中，当充分利用以世界卫生组织为核心的国际卫生组织，积极组织开展医疗援外工作，以实际行动证明构建人类卫生健康共同体的必要性和可行性，以实际成效和经验推动各国共筑人类卫生健康共同体。

随着制度建设和援外交流的深入，必然伴随着更深层次的医学文化交流，中医药从业者当进一步深入对中医药文化理念的剖析和宣传，提高国际认同度，在中医药文化国际传播中推进人类卫生健康共同体建设。

### **以综合国力为基础，集中展现大国担当**

新时代，我国综合国力日渐增强，国际地位不断提高，前所未有地接近世界舞台的中央。在祖国繁荣昌盛的强大背景下，我们更要高度树立文化自觉和文化自信，只有软、硬实力共同提高，才能在世界舞台上更加充分地展示中国方案和大国担当。

在中医药文化建设方面，可以从思想价值和实践两个层面树立中医药文化自信。思想价值层面，当不断完善中医药文化相关制度建设，加大医疗机构、文化产业机构对中医药的宣传力度，营造浓厚的中医药文化氛围；实践层面，当不断加大对中医药文化发展的财政经费扶

持，注重中医翻译人才和传播人才培养，深化中医药文化教育。文化自觉和文化自信是中医药文化国际传播的前提和基础，也是中医药文化助力人类卫生健康共同体建设的内生动力。

因中西方思想文化及价值观念存在差异，中国在构建人类卫生健康共同体过程中还面临阻碍。但是，中国在全球抗疫过程中，依然秉持人类卫生健康共同体理念，充分发挥中国之智，提供中国方案，彰显大国担当。其中，中医药在全球疫情防控工作中凸显出的巨大优势，得到了国际社会的广泛认可，在全球抗疫和人类卫生健康共同体建设中起到了重要的作用。在中医药走向世界的过程中，中医药文化国际传播是必不可少的一环，应当充分发挥中医药优势，推动人类卫生健康共同体建设，共同守护人类健康美好的未来。

[返回目录](#)

## **《北京市“十四五”中医护理发展规划》印发，建成新型中医护理健康服务体系**

来源：北京市中医管理局

日前，北京市中医管理局印发《北京市“十四五”中医护理发展规划》，明确到2025年，依托“两工程”“两体系”“一平台”，实现北京中医护理高质量发展。

《规划》明确，全面启动“十百千万”人才培养工程，开展中医护理卓越人才培养项目和普惠人才培养项目。在中医护理卓越人才培养项目中，遴选10名中医护理引领人才，培养100名“技术好、管

理好、教学好”的中医护理培训师，推选 100 名具有较强学术影响力的中医护理临床专家，新建 3~5 个中医护理传承工作室及工作站，探索中西医结合专科护士培养模式，培养千名老年护理、安宁疗护、慢病管理等领域的中西医结合专科护士。在中医护理普惠人才培养项目中，培养 1 万名普惠型中医护理人才，满足居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系建设需求。同时，推进中医护理高质量发展岗位荣誉工程，培养和树立中医护理人员高尚的思想品德、良好的职业道德。

《规划》提出，建成“两示范、两旗舰、三中心”的新型中医护理健康服务体系，设立 50 个示范中医护理门诊，建设 50 个“一证一品”特色护理专科示范病房，打造 20 个中医护理特色旗舰医院，建立 3 个中医、中西医结合护理中心。建设中西医结合护理学术传播体系，实施“蒲公英”学术传播工程。推进中西医结合护理期刊建设，中西医结合护理预印本网络首发平台(NursRxiv)建设和中西医结合临床案例库建设，树立中西医结合护理在世界舞台中的学术地位和国际形象。

《规划》明确，建成中西医结合护理科研创新平台，以突出中医特色的临床护理技术与方案研究、老年人群护理相关研究、护理人文理论研究为主要研究方向，开展多方向中医护理科学研究。同时，提升中医护理标准化能力，促进中医护理科研成果转化。

[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