

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第35期

(08.29-09.04)

医保

医疗

医药



北京先锋寰宇电子商务有限公司 主办

——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。)

· 集中采购 ·

▶ [全国 11 省份发布专家共识，破解集采落地难题](#) (来源：人民日报)

——第 7 页

【提要】近日，陕西省药学会发布通知，公开了一份《西北五省医疗机构落实药品集中带量采购科学管理专家共识》，供各医疗机构在开展相关工作中参考。通知显示，由陕西省药学会组织，国际药物经济与结果研究学会 (ISPOR) 中国西北分会和西安交通大学药品安全与政策研究中心牵头，联合陕西、甘肃、宁夏、青海和新疆等地大型公立医院药学专家，针对药品集中带量采购政策在医疗机构落地执行中面临的核心问题，开展药物政策循证评价，并进行了多轮深入的研讨，总结经验，探索药品集采科学化、规范化、信息化的管理模式，提高医疗机构的精细化运营水平，更好地实现集采常态化下以患者为中心的合理用药目标。

▶ [集采链条上的博弈与磨合：医院报量，还真是个技术活](#) (来源：

财经大健康) ——第 10 页

【提要】国家药品集采已过七批，但有医院还是不够精通采购报量的技术。截至 2022 年 7 月底，湖北省国家药品集采完成情况整体不错，第四批一周期、第二批二周期、第五批一周期约定采购量完成度分别

为 134%、116%、80%。在集采这个链条上的医院、企业、医保还在磨合中，随着国采常态化、监管制度逐步完善，前期报量、后期的采购量完成度将逐步形成完整的运营和监管体系。

• 医保快讯 •

▶ [DRG/DIP 付费改革下，医保智能监管的 3 个发展方向](#)（来源：中国医疗保险）——第 17 页

【提要】DRG 与 DIP 两种支付方式都是将疾病诊断接近、临床过程相似、资源消耗相近的病例组合在一起，以病例共性特征所指向的资源消耗作为价格发现与制定的依据，形成对同组病例的标准化评价与支付。因此，可考虑将二者有机结合，对底层数据进行融合，把疾病作为监管的最基本单位，借助大数据探索构建 DRG/DIP 融合监管路径。

▶ [全面推进 DRG/DIP 改革，打造患、保、医、药四方获益新发展](#)（来源：金豆数据）——第 26 页

【提要】国家医保局成立之前，一些地方探索疾病诊断相关分组 (DRG) 付费、病种分值 (DIP) 付费等支付方式改革，积累了一些经验。2018 年国家医保局成立以来，全面推进 DRG/DIP 改革，已完成首轮三年试点，101 个国家试点地区全部进入实际付费阶段，初步显示出医疗机构内部管理加强、运行机制改变，群众就医便捷性改善、费用负担减轻、满意度提高，医保管理手段加强、基金使用绩效提高等积极效果，正在对中国医改整体格局、医疗医药行业生态产生重大而深远的影响。当然也出现一些苗头性问题。本文侧重分析预期效果。

• 医院管理 •

▶ [如何破解“挂床住院”监管难？](#)（来源：湖北省咸宁市咸安区医保基金核查中心）——第 37 页

【提要】“挂床住院”是医保基金监管核查领域的一块“坚冰”，其现象由来已久。患者“挂床住院”，是为了换取较高的医保报销水平；而医院将门诊患者收治住院，则可以增加业务收入。但这种行为严重浪费了有限的医疗资源和医保基金，且在就医诊疗实践中有较强的普遍性和伪装性，是医保部门和卫生健康部门日常监管中的重点之一，也是痛点。经过长时间的探索，湖北省咸宁市咸安区逐渐摸索出了一套可以概括为“五四三”的方法，用来破解“挂床住院”屡禁不止的难题。

▶ [DIP 付费改革对医院运营管理的影响及思路分析](#)（来源：华夏医界网）——第 41 页

【提要】现阶段，DIP 付费改革的贯彻落实，必定会为我国的医院运营管理模式带来较大冲击，尤其是对于公立医院来说，日常的运营管理模式、内容与方向等都会发生各种各样的转变，从而促使医院管理逐渐迈向精细化的管理道路。从 DIP 付费改革对医院运营管理带来的影响上看，主要可以分为三大方面的影响，分别为发展模式、财务管理以及未来运营管理总体，其中对未来运营管理总体造成的影响主要来自于医院内部优劣势和医院外部环境机会与威胁两个方面。对此，就需要掌握全新的发展思路，比如进一步促进临床管理标准化与规范

化、提高医院信息化水平、促进医院内部精细化管理。

• 地市动态 •

▣ [北京市卫健委：深化医疗改革改善医疗服务交上亮眼“成绩单”](#)

（来源：健康北京）——第 47 页

【提要】深化医药卫生体制改革是涉及千家万户的重大民生工程。党的十八大以来，市委市政府始终把保障人民健康放在优先发展的战略位置，将深化医改纳入全面深化改革统筹推进。全市卫生健康系统落实市委市政府决策部署，坚持改革创新，因地制宜推广三明医改经验，实施医药分开和医耗联动综合改革，全面推进分级诊疗制度建设，推动公立医院高质量发展，持续提升医疗卫生服务体系质量效率，人民群众健康水平进一步提高，深化医改取得积极成效。

▣ [医保省级统筹在即，安徽明确“七统一”！京津沪渝琼闽正在探索](#)（来源：健康界）——第 61 页

【提要】近日，安徽省医保局就《安徽省基本医疗保险省级统筹实施意见(征求意见稿)》公开征求意见，提出要深化医药卫生体制改革，推动建立以制度政策全省统一为核心、医保基金省级调剂为保障、信息化标准化建设为支撑的基本医保省级统筹机制。《征求意见稿》明确“七统一”的重点任务，包括统一参保范围、统一筹资管理、统一保障待遇、统一基金预算管理、统一医保支付制度、统一信息管理系统。

· 智慧社区 ·

▶ [深度解读！推进我国智慧社区建设的理性思考](#)（来源：搜狐新闻）

——第 68 页

【提要】社区是居民生存和发展的载体，智慧社区是社会管理创新的新模式。随着网络信息技术的快速发展和普及，社区居委会的工作人员在原有社区建设的基础上，综合运用互联网、云计算、大数据等新一代技术，建设一个更安全、更便利、更和谐、更文明的智慧社区。2014 年 5 月，住房和城乡建设部在发布的《智慧社区建设指南(试行)》中指出，智慧社区是以新一代信息技术为支撑，依托现有信息基础设施，统筹公共管理、服务等资源，促进公共服务智能化、便利化。我们应创新地方政府、社会力量、社区居民等主体的合作方式，提升社区管理质量和水平，让社区居民生活更便捷、公共服务更贴心。

▶ [2025 年建成 5000 个智慧社区，解决方案全面助力](#)（来源：道普

信息）——第 77 页

【提要】当今，信息技术创新日新月异，数字化、网络化、智能化深入发展，智慧城市成为普遍开展的项目之一。作为智慧城市的重要组成部分，智慧社区成为试点项目的一大亮点。通过国家政策引导和各地创新，我国智慧社区建设迎来发展关键期。

-----本期内容-----

• 集中采购 •

全国 11 省份发布专家共识，破解集采落地难题

来源：人民日报

继广东、辽宁、四川等省后，陕西、甘肃、宁夏、青海、新疆等西北五省自治区也联合发布了带量采购专家共识。

近日，陕西省药学会发布通知，公开了一份《西北五省医疗机构落实药品集中带量采购科学管理专家共识》，供各医疗机构在开展相关工作中参考。

通知显示，在陕西省医疗保障局、陕西省卫健委药政处的指导下，由陕西省药学会组织，国际药物经济与结果研究学会 (ISPOR) 中国西北分会和西安交通大学药品安全与政策研究中心牵头，联合陕西、甘肃、宁夏、青海和新疆等地大型公立医院药学专家，针对药品集中带量采购政策在医疗机构落地执行中面临的核心问题，开展药物政策循证评价，并进行了多轮深入的研讨，总结经验，凝练出《西北五省医疗机构落实药品集中带量采购科学管理专家共识》，探索药品集采科学化、规范化、信息化的管理模式，提高医疗机构的精细化运营水平，更好地实现集采常态化下以患者为中心的合理用药目标。

据《西北五省医疗机构落实药品集中带量采购科学管理专家共识》，医院成立药品集中带量采购科学管理 (Volume-based Procurement)

entStewardship, VPS) 工作领导小组，全面负责药品集采工作。

其中，VPS 工作领导小组组长由院长担任，副组长由分管院长/业务院长/总药师担任，组员包括医务、医保、药学、临床、信息、绩效/质量考评、财务、宣传、纪检监察等部门(科室)的负责人，分工协作。

从内容来看，医院各部门分工作大致是药学部门报量采购以及药物评价、医保部门落实医保支付、医务部门分量到科室、临床科室保任务完成。

比如，医务部门的职责是这样：组织 VPS 工作领导小组定期开展工作会议，在以患者为中心的医疗服务原则基础上，优先将集中带量采购药品纳入临床路径，同时考虑非中选药品对于特殊患者的重要性。

将集采任务按月度分解到科室及治疗组，监督各科室及医生的工作实施情况；根据实际开展情况，制定奖惩制度，对于未能及时完成任务的医生，协同临床科室、绩效/质量考评部门采取约谈等相关措施；在院内组织开展对医务人员的政策宣讲培训，引导医务人员学习药品集采政策，推动落实药品集采任务。

《共识》同时还列出了具体的实施方案，比如如何进行医院药品目录的调整和优化、如何科学报量、如何合理化分配指标等。

据统计，目前全国已有 11 个省份发布带量采购专家共识。

中国药理学常务理事、首都医科大学宣武医院药学部主任张兰

教授告诉记者，“各地出台专家共识的意义就在于，针对医疗机构在执行国家集采药品政策过程中遇到的问题，给出指导性建议。”

“虽然，我们牵头拟定了国家层面的共识，但各省的中标品种、带量政策等存在一些差别，需要各地根据实际情况出台有针对性的专家共识。”张兰介绍，不久后，北京也将出台专家共识。

今年7月19日，中国药师协会出台的《医疗机构国家组织集中采购药品管理共识(征求意见稿)》显示，医疗机构对于国家集采药品采购需求量报送缺乏科学的估算导致上报的采购需求量与实际用量出现较大偏差；各批次同类药品逐渐增加导致合同用量完成困难。

某三甲医院的医生告诉记者，医生需要先完成带量采购的药品任务量，才能选择其他药品。

对于非中选药品，医疗机构如何选择的问题，不同省份专家共识中均提出，保留了原研药的做法。如广东提出保留原研和中选，但非中选使用量不得超过中选。辽宁提出保留原研、淘汰未过评的、价格更低的仿制药。四川提出停用未过评的和价格高于中选的仿制药，可保留原研。

而在近期发布的西北五省专家共识也提出，引入国家集采的中选药品，保留同成分原研药，以满足特殊患者用药需求，集采执行首月，医生可根据患者疾病分层自主选择集采中选药品或同品类可替代药品。

但如何保障患者购买到原研药？张兰认为，这涉及政策制定、落

实、考核等多个环节，需要不断完善和细化，并非医疗机构可以决定的，需要多部门共同解决。

[返回目录](#)

集采链条上的博弈与磨合：医院报量，还真是个技术活

来源：财经大健康

国家药品集采已过七批，但有医院还是不够精通采购报量的技术。

截至 2022 年 7 月底，湖北省国家药品集采完成情况整体不错，第四批一周期、第二批二周期、第五批一周期约定采购量完成度分别为 134%、116%、80%。

这是 8 月 8 日，湖北省医保局官网发布“关于国家组织药品集中采购约定采购量完成情况的通报”中展示的。

不过，据湖北这份通报，还是出现了部分市、公立医疗机构报量不准确、完成度低的问题。

未足额完成约定采购量的医院中，不乏知名大三甲医院，如华中科技大学同济医学院附属协和医院、湖北省肿瘤医院、中国人民解放军中部战区总医院等。湖北医保部门要求其整改，后续将进行约谈。

带量采购项目的起点就是医疗机构填报采购需求量。一次完整的集采是一个持续的过程，从医院报量，到医保部门汇总医疗机构报送的需求总量、结合带量比例确定约定采购量，然后企业报价、竞价、入选，最后医院采购，医院的使用量是最终集采改革成效的检验。

然而，国家集中采购已近五年，未能完成集采约定采购量的情况频现。如河南、福建、西藏等都曾公开批评过一些医院的报量和采购“严重脱钩”，甚至报量后“零采购”，各地医保局均未姑息这些问题。

在集采这个链条上的医院、企业、医保还在磨合中，随着国采常态化、监管制度逐步完善，前期报量、后期的采购量完成度将逐步形成一个完整的运营和监管体系。

医院为何不能履约？

此次湖北通报展示的集采情况是，第二批二周期、第四批一周期整体完成约定采购量，第五批一周期整体完成约定采购量 80%。不过，按约定，这一批到 2022 年 10 月才满一个采购周期，目前完成 80% 属正常。

能取得这一成果，和当地的医保局及时采取行动相关。如湖北襄阳市医保部门对辖区内的第三、四批国家组织药品集采“零采购”医院进行约谈。4 月 6 日上午，襄州区医保局约谈了“零采购”的八家定点医疗机构；当天下午，襄阳市下辖枣阳市医保局对九家“零采购”的定点医疗机构进行了集体约谈。

完不成集采量的不乏门庭若市的大医院。据湖北省医保局统计，华中科技大学同济医学院附属协和医院、湖北省肿瘤医院等六家医院没能完成约定采购量，甚至有医院“报量不准、用量不实”。

为什么会出现这样的情况？

一种可能性是，最初医院在报使用量时，测算有误，医院对一个药品或者一种耗材计算下一年度的使用量，是根据上一年度的使用量来估算的，其中会有细小误差，但这个误差一旦放大，那么最终使用量就会出现落差。

“我们担心完不成，所以在前期报量确实比较保守。”河南省一家地级市三甲医院副院长对记者说，还有，医院的药学部负责数据统计，但和临床用药结合不紧密，不知道发生变化，报的量就偏少。比如原来有一些药品在医院一直是临时采购，所以用量就比较少，集采正式纳入医院后，用量一下就增加了很多。

医院信息化建设跟不上，不能及时跟进集采药品的采购、使用等情况，也会产生影响。“原来和我们体量差不多的一家医院，信息化建设比较完善，尤其是药品的事前、事中、事后的监督管理都非常到位，现在医院体量超过我们了。”上述河南副院长说。

还有一个可能性是，医院或者医生没有按照约定采购或使用集采品种，致使最终集采量不足。“医院、医生出于药品器械使用惯性、利益驱动等原因，选择的品种会与集采目录存在出入。”陕西省一家三甲医院管理层人士对记者分析。

没有完成约定采购量的情况，在其他地区也时有发生。2020年10月，福建莆田市医保局就曾对33家第二批国采品种采购积极性不高的医疗机构进行了通报；2021年12月，西藏医保局曾发文通报，自治区内15家医疗机构集采报量和采购“严重脱钩”，如昌都边坝

县人民医院，5mg 规格的奥氮平口腔崩解片报量 5 万，实际采购量为“零”。

有的医院不采用的集采品种，在一位医疗器械行业人士看来是，“医院在集采中虽然签订了新的供货商，但私下里与原来合作的供应商还保持合作，类似‘阴阳合同’，就导致中选的品种进不去医院。”

在作为甲方的医院没有足量采购时，作为乙方的企业为了维持和医院的长期供货关系，“有一些选择忍气吞声了，核心原因还是在于，集采药品的总量还没成为主流。”一位医保系统人士分析，比如供应商有 50 个药品想进入医院，但是集采中标品种只有 10 个，供应商还不想为此彻底得罪医院，失去其他药品的合作机会。

不过，上述医保系统人士认为，“这类阶段性的问题，也会随着集采扩围推进得到解决。”

2021 年 12 月，西藏自治区医保局发布《关于国家集采药品报量及采购相关问题的通报》，称国采开展以来，一些医院报量和采购严重脱钩，甚至报量后完全“零采购”，严重影响了西藏和全国集采工作的质量和信誉。

在严令各地市整改之外，西藏自治区医保局将集采报量及履约情况将纳入医院综合评比，并与资金分配等指标挂钩。情况严重的医院将被医保局、纪检监察等部门联合约谈、问责。

医保部门对集采的履约情况很重视。上述医保系统人士称，此前有地方接到上述情况的举报后，已立刻处理。

不过，目前，对集采中违约的药企已有明确的信用评价制度体系予以处罚、制约，对医院的违约行为，还没有明确的处罚机制。

实际上，大多数医院并不希望发生这类颇为失面子的情况。据记者了解，北京市一家三甲医院在集采后，会对中选品种的使用量进行动态监控，每个月医院的药学部都会分析使用量，使用量明显少的科室、医生，马上会有医院管理层出面约谈。

湖北省一家三甲医院医生对记者介绍，医院会要求优先使用国家集采中选品种，想要完成采购量“可以摊派，采购量不用完，没其他药可用”。

报量，真是不好掌握的技术活

从湖北通报中可见，有两批不但完成采购量，甚至大幅超出约定采购量。

其中，第二批二周期 32 个中选药品，全省实际采购量达 32106.29 万片(粒、袋、支)，整体完成约定采购量 116%；第四批一周期的 45 个中选药品，全省实际采购量达 19788.26 万片(粒、袋、支)，整体完成约定采购量 134%。

医院报集采量时，一般是原则上不少于上一年度约定采购量。而医院采购量突然增加，一部分原因是集采后药品突然大幅降价，以前那些有需求却买不起药的患者，也来购买，这导致一些药品的需求量一下涨 2 倍—5 倍，远超出医院采购报量时的估算。

华北制药在 2021 年出现集采品种断供事件，据报道，从 2020 年

10 月份开始执行中选结果起，9 个月时间里，山东省的实际报量达到 8000 多万粒，远超首年 2511 万粒的约定供应量。

集采后有一些药降价特别低，于是，“有的科室主任为了完成任务，甚至干脆提出个人出钱买药，就先把任务完成了。”上述河南副院长说。

类似的情况在心脏支架集采中也出现过。国家集采前，不锈钢支架用量颇大。2019 年占心脏支架使用总量的 34%，2020 年 1 月—8 月，使用量仍占到 30%。不锈钢支架的优势是价格低。

当集采将合金支架价格压下来后，天津医保采购中心相关负责人曾提到，很多以前选择不锈钢支架的病人转而选用合金支架，这也会使集采中标的合金支架使用量增加。

另外，集采政策鼓励优先使用中选品种，在采购周期内使用完协议约定采购量之后，仍然可以继续按原价格采购，此前广东联盟集采就有类似要求。这样一来，集采中选品种的需求量也会持续增加。

随着医保与公立医疗机构逐步以按病种/病组支付方式结算费用，对药品、耗材的报量，医院变得更加谨慎。因为同一个病种下，能够将治病的成本控制得更低，医保结算时，留给医院的结余就越高。药品和耗材对医院来说，都是成本，所以医院也会精打细算。

在经过七次国家集采后，医院和医保部门对如何报采购量也有了一定的经验，于是一些地方采取了增量提前说明的方式。

山西省在报送第六批国家药品集采胰岛素专项就要求医疗机构，

对于下一年度采购需求量与 2020 年的历史采购量对比，增长 200%和减少 50%的需要医疗机构说明理由，系统将同步更新。同时规定，未经过审核的数据联采办将视为无效数据，不纳入集中采购量的统计范围，相关医疗机构将失去参与本次药品集中带量采购的机会。

因此，医疗机构在报量环节更加慎重，部分医院宁可先采购使用完协议量完成考核再继续追加采购量，这让报量变得保守，同时给日常采购和使用数量都带来一定的不确定性。

还有一种情况是，由于临床上医学指南更新，集采品种有些过时了，用的就越来越少，于是一些医院也完不成采购量的任务。再有，“受疫情的影响，病种有一些改变，有些科室的用药量就下来了。”上述河南副院长说。

“虽然国家集采推进四五年了，但并非医院就精通了采购报量的技术。”上述陕西省三甲医院管理层人士认为，部分医院职能部门仍有惰性，专门钻研业务的人不多，熟悉集采规则的更是少之又少，对政策学习理解还是不够。

基于此，2022 年 7 月 22 日，中国药师协会组织全国 128 所三级医院 302 位编委，发布《医疗机构国家组织集中采购药品管理专家共识(征求意见稿)》，其中建议医疗机构的药学部门根据上一年度新批次相关药品历史采购量，按照医保部门文件要求的比例范围测算采购需求量，同时需结合各种影响药品用量的因素进行综合分析，对拟上报的采购需求量进行适当调整，测算结果须征求临床科室意见。

按照国家“十四五”规划，到 2025 年，国家和省级药品集采品种需达到 500 个，公立医院通过省级集采平台采购的品种金额占比要达到 90%。这将对公立医院的集采执行能力提出更高的要求。

“随着医保支付改革推进，对集采用药整体会是利好，因为多用低价药可以帮助医院降低成本。”上述河南副院长说。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

DRG/DIP 付费改革下，医保智能监管的 3 个发展方向

来源：中国医疗保险

DRG 与 DIP 两种支付方式都是将疾病诊断接近、临床过程相似、资源消耗相近的病例组合在一起，以病例共性特征所指向的资源消耗作为价格发现与制定的依据，形成对同组病例的标准化评价与支付。因此，可考虑将二者有机结合，对底层数据进行融合，把疾病作为监管的最基本单位，借助大数据探索构建 DRG/DIP 融合监管路径。

深化医保支付方式改革是党中央、国务院作出的重要决策部署，也是医疗保障制度自身发展完善、不断提高基金使用效率的必然要求。国家医保局成立后，积极推进按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费试点，并稳步启动基于大数据的按病种分值 (DIP) 付费。

2021 年 11 月，在总结推广 2019 年—2021 年 DRG/DIP 付费国家试点有效做法的基础上，为了推动医保高质量发展，促进供给侧结构

性改革，维护参保人权益，国家医保局制订了《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，要求到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 付费方式改革工作。

更有效率的医保支付，对于更好地保障参保人权益，引导医疗机构加强管理以及促进医保基金提质增效具有重要意义。然而，在 DRG/DIP 付费背景下，我们既要调动起医疗机构控制成本的内生动力，也要进一步规范其医疗服务行为。本文在分析 DRG/DIP 付费下违法违规行为特点的基础上，梳理总结地方医保部门探索应用智能监管系统应对各项新问题、新挑战的经验做法，并提出完善建议，旨在为进一步加强 DRG/DIP 付费下医保基金监管工作提供参考。

DRG/DIP 带来基金监管新挑战

传统的医保按项目付费方式，医疗机构的收入与提供的医疗服务项目挂钩，项目越多拿到的医保结算费用也就越高，这在客观上为医疗机构通过违规收费、过度医疗等非正当手段获取不当利益留下了空间。而 DRG 与 DIP 则是以病种组合为基本支付单位的打包付费（按照病种组合制定支付标准），相较按项目付费，DRG/DIP 的特点是病组疾病越复杂、病情越严重、资源消耗越多，医保支付得越多，具体支付水平并不随医疗机构提供医疗服务的多寡而发生变化。可以说，DRG/DIP 支付能够在一定程度上抑制医疗机构过度医疗的利益驱动，促进医疗机构以收入为中心转向以质量和成本为中心，提升医保基金的使用效率。

但随着医保支付方式改革的不断深入，在医疗机构外延性扩张不变的前提下，随着对 DRG/DIP 付费规则的逐步熟悉，其医疗服务行为将向更趋利的方向进行适应性调整，带来一些新的基金安全风险。不论是采取 DRG 还是 DIP，只要是病种组合打包付费，都会面临一些共性问题。

一是高套病组。为获得更高支付标准或分值，有些医疗机构通过疾病诊断升级或选取高资源消耗治疗方式等手段，利用病种组合规则使相对简单的病例进入较高的组别。这种现象有时被称作高套分值。

二是低标入院。有些医疗机构通过降低住院患者收治标准，将门诊可以治疗的病例收治住院，以降低同组别的资源消耗量，从而获取更多的盈利空间。

三是分解住院。为了节省一次住院(一次 DRG/DIP 支付)中的成本、增加住院例数，有些医疗机构将原本一次住院切分为两次以上，或者按照 DRG/DIP 支付标准，严格控制患者住院天数及医疗资源消耗水平，在达到“一定标准”时就让其出院，形成对一次住院行为的分解，造成患者不必要的重复入院，使得医保支付费用随患者住院次数的增加而增加。

四是转移费用。具体包括住院成本向门诊转移、医保费用向自费转移等，目的是减少住院范围内产生的服务成本，以获得更多结余。有些医疗机构把患者原本在住院期间完成的项目转移到门诊完成，如住院检查前移至门诊等；把医保政策覆盖的诊疗项目、药品、耗材等

转为自费，引导患者到院外药店购买自费药品等。

五是推诿患者。有些医疗机构优先选取病情相对较轻的患者，拒收资源消耗高的重患者，如合并症、并发症严重或者基础状况较差、不确定性高的老年患者等，从而降低资源平均消耗量。

综上，DRG/DIP 付费改革引发的医疗服务不良行为，无论是医疗机构通过高套病组、低标入院等方式获取更多非正当收入，还是通过分解住院、转移费用、推诿患者等方式不合理地降低成本，本质上都是对原有医保各类违法违规行为的“延续”，是 DRG/DIP 明确病种组合支付标准前提下医疗机构的消极应对行为，使本就不足的医疗资源进一步陷入到不合理利用的困境，在浪费资源的同时加重了患者的费用负担，损害了参保人的合法利益。因此，医保部门应当加强对 DRG/DIP 付费下医保基金使用的监管，在 DRG/DIP 规范标准的指引下对医疗机构的行为进行合理引导，从而保障基金安全和有效使用。

结合改革推进医保智能监管

由于 DRG/DIP 付费方式较为专业、复杂(病人病情各异、疾病诊断种类繁多、治疗方式千差万别)，加上改革背景下各种欺诈骗保行为更具隐蔽性，这些都对医保基金监管工作提出了新的挑战，亟须转变工作理念和创新监管方法。

近年来，各地医保部门紧密结合支付方式改革和国家医保局“智能监控示范点”建设要求，重点针对 DRG/DIP 付费可能面临的高套病组、低标入院、分解住院、转移费用等问题，积极探索医保智能监管

方法,开发了相应智能监控功能模块,初步建立了具有 DRG/DIP 付费特点的监控规则库和指标库,可通过系统实现对医疗机构的自动预警、监控分析和疑点核查。

一是开展基于项目与疾病诊断等关联逻辑的规则筛查。通过建立诊疗项目、医用材料、药品与疾病诊断及治疗方式之间的关联关系,制定相应的监控规则,通过智能监管系统对医用材料与诊疗项目、药品与诊疗、诊疗与诊疗、药品与疾病诊断、诊疗与疾病诊断规则逻辑的匹配筛查,对医疗机构是否存在高套病组等违规行为进行判断。如根据“GD1 伴穿孔、化脓、坏疽等阑尾切除术”与“GD2 阑尾切除术”的抗生素使用差异、诊疗项目适应范围不同(GD1 使用胃肠减压/引流管引流/血培养, GD2 不使用)以及耗材使用与手术类型的逻辑关系,制定规则进行疑似高套病组判断。

二是开展基于大数据病组的医保智能监控预警。鉴于医保按项目付费下医疗机构原来常见的违法违规行(如违规收费、过度医疗等)在新的支付方式改革后还会延续,加之 DRG/DIP 付费也会产生新的违法违规行,在此情况下,应用 CMI、RW 和指数单价等指标,通过不同医院、不同科室、不同医生之间的横向比较,或同一医院、同一科室、同一医生与之前的纵向比较,对某医疗机构同一病组病例异常情况进行分析 and 预警,即对以上指标进行偏离度分析,对于指标分布离散程度大的病组加强监管。以“胆囊结石伴有其他胆囊炎+腹腔镜下胆囊切除术(K80.1+51.2300)”病组为例,2018 年某市医保病人共有

9065 例，将病例费用从低到高排名，锁定费用高出 95%分位数的费用异常病例 452 例，分布在全市 55 家医院，成为该病组的重点监管病例；与此同时，对以上全部病例住院前后一周发生的门诊费用与住院费用进行关联分析，提示可能存在住院费用向门诊转移问题。

三是开展基于大类疾病下 DRG/DIP 病组结构变化趋势分析。通过对同级同类大类疾病下 DRG/DIP 病组的结构变化趋势进行分析，筛查 DRG/DIP 病组病例数量增长过快的病例，结合病例诊断与治疗方式、收费项目的关联性分析，进行疑似套高病组等的自动预警。如对某市二级医疗机构大类疾病下 DIP 病组的结构变化进行分析，发现某医院“结肠各部位恶性肿瘤”大类疾病下 DIP 病组结构比区域内变化大，提示该大类疾病有存在问题的可能；进一步通过比对该大类疾病下 DIP 病组支付费用与实际费用比例的变化情况，锁定“直肠恶性肿瘤：腹腔镜下直肠根治术”DIP 病组存在套高问题的可能。在以上基础上，再通过对该 DIP 病组病例治疗方式与收费的关联性分析，发现上报的治疗方式为“腹腔镜下直肠根治术”，而实际上仅开展了“静脉注射治疗药物”或者“电子结肠镜检查”治疗。综上分析，可基本判定该病例为高套病例。

探索基于 DRG/DIP 分组的融合监管

鉴于病人病情各异、疾病诊断种类繁多、治疗方式千差万别，加之医疗行为受利益驱动，可以人为地利用现有规则提升诊断或添加项目形成新的组别，若单纯从 DRG 分组或 DIP 分组考虑，按照上述监管

方法，虽然也能够发现不少问题(如套高病组、低标入院等)，但对于一些故意规避、隐藏更深的问题尚缺少有效手段。在笔者看来，可以基于两种支付方式的特点，探索构建一种融合监管的新路径。

DRG 和 DIP 均为基于 ICD-10、ICD-9-CM3 编码体系形成的疾病组合，数据基础属于同一来源，虽然两者的分组方法、数据利用的颗粒度、使用的分析工具，以及对结果的评定方法有所不同，但都是将疾病诊断接近、临床过程相似、资源消耗相近的病例组合在一起，以病例共性特征所指向的资源消耗作为价格发现与制定的依据，形成对同组病例的标准化评价与支付。其中，DRG 分组是由粗到细，强调以临床经验为基础，依赖临床路径选择和专家人为判断，从疾病诊断大类出发，结合手术操作将其不断细化，按诊断和治疗方式的共性特征主观区分成不同病例组合，具有“多病一组”或“多操作一组”及组内差异较大等特点；DIP 分组则是由细到粗，强调对临床客观真实数据的统计分析，通过对历史数据中病例的疾病诊断和手术操作进行穷举聚类，按疾病与治疗方式的共性特征客观形成自然分组，具有“一病一操作一组”及组内差异较小等特点。

鉴于以上分析，通过两者的有机结合，从底层数据融合开始，把疾病作为监管的最基本单位，以大数据方法为支撑，探索构建 DRG/DIP 融合监管路径。一是通过对所有病例数据进行 DRG 和 DIP 分组，对两种分组中偏离度异常的病例进行分析预警，并将两种分组都预警的异常病例作为重点监管对象。具体操作思路是：基于 DRG/DIP 病组中病

例的 RW 和指数单价等偏离度指标，通过与病组标准比较、与自身趋势比较等维度，对均符合 DRG 和 DIP 病组异常情形的病例进行红色预警，作为重点监管的依据。二是鉴于 DRG 和 DIP 分组颗粒度的粗细不同，建立同一疾病 DRG 与 DIP 分组的关联对应，甄别可能存在的高套病组。具体操作思路是：通过构建全量病例数据入组的实例，建立同一疾病 DRG 与 DIP 分组的关联对应，在此基础上通过对各 DIP 病组及其病例的构成变化进行自动分析，对同一疾病高低资源消耗的病组分布进行分析比较，将病例数量增长较多的高资源消耗病组显示为疑似套高病组，并据此进一步确定高套病例。三是利用聚类分析方法建立 DRG/DIP 病组画像及诊疗轨迹，从疾病诊断、治疗方式、收费项目等多维度定义融合后病组治疗链路的标准化，通过单个病例与标准的对比，挖掘潜在的高套病组行为。具体操作思路是：首先，建立基于 DRG/DIP 融合的数据转化平台，在基础数据层，通过共同的 ICD-10、ICD-9-CM3 的编码体系，形成同源的疾病组合，DRG 由上而下逐层细分，而 DIP 由下而上逐层收敛，分别形成对应的 DRG、DIP 映射关系，在此基础上建立同一的标准体系，实现 DRG 与 DIP 的相互转换。其次，建设面向疾病与参保人的画像系统，兼顾疾病诊治共性与个性特征，建立诊疗模型，在此基础上进行相关分析应用，通过病组必选项目与单个病例之间的数据比对，基于差异(如诊断与项目不符，有费用无项目等)进行分析判断。第三，针对病组建立基于时间轴的诊断与治疗标准路径，明确每个病种的治疗规范，并在此基础上进行相关分析

应用，通过病组必选项与单个病例之间的数据比对，基于差异(如诊断与关键项目符合率、治疗与关键项目符合率等)进行分析判断。

找准智能监管的发展方向

虽然各地医保部门通过不断实践与探索，积累了不少经验，我们也要看到，DRG/DIP 付费下医保基金监管仍然面临诸多挑战。为进一步做好 DRG/DIP 付费下医保基金监管工作，结合实际情况，笔者从三个方面提出完善建议。

加强基于医疗质量的智能监管

医疗质量是病人就医的根本需求，也是医院的生存与发展之本。DRG/DIP 具有打包支付的特性，医疗机构很可能会出现因尽量压缩服务成本而导致的医疗质量下降。医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制，有关部门在对 DRG/DIP 付费方式下基金的使用情况进行监管时，也必须重视医疗服务质量问题。目前，DRG/DIP 付费下的监管更多集中在对高套病组、低标入院、分解住院等违法违规行为的监管，需要同步建立健全包括医疗服务能力、质量、安全、效率等在内的医保监管指标体系，将医疗质量纳入 DRG/DIP 付费下医保智能监管。

建立与改革相适应的智能监管体系

DRG/DIP 付费是一种全新的医保支付方式，涉及疾病诊断、治疗方式和疾病分组，与按项目付费监管相比，对医保监管人员的业务能力有较高要求，急需一批既懂医保政策法规又懂临床医学知识的复合

型人才。鉴于当前各地监管人员力量配备明显不足的现状，建议各地集中骨干力量或引入第三方机构，建立健全适应 DRG/DIP 付费改革特点的监控知识库、规则库和大数据分析指标体系，通过广泛应用智能监管系统，加强动态预警监控和核实处理，同时利用医学专家优势，加强医疗机构自查自纠和协同监管。

应用知识图谱等新技术提升监管能力

鉴于医保监管人员普遍缺乏丰富的临床医学知识，加之 DRG/DIP 付费下临床诊疗行为更具特殊性和隐蔽性，常规的医保监管手段很难挖掘出潜在的问题，建议通过与学术机构、专业信息技术公司加强合作，在借鉴国内外 DRG/DIP 付费监管先进做法的基础上，应用知识图谱和无监督机器学习等方法，探索建立以循证医学和国家临床指南等权威医学知识、医保支付政策、医保监控规则为基础的知识图谱，构建基于知识图谱的规则逻辑风控预警模型，通过智能监管系统自动发掘数据之间的深层关系，降低审核过程对专业人员的依赖，为医保监管工作提供有力支撑。

[返回目录](#)

全面推进 DRG/DIP 改革，打造患、保、医、药四方获益新发展

来源：金豆数据

国家基本医疗保险制度建立以来，主要实行按项目付费。项目付费因其简便直接，适应制度初建时期特点，但因其管理较为粗放，易出现过度医疗等缺点，导致医保基金使用绩效不高，影响了群众获得

感，亟须加以改革。国家医保局成立之前，一些地方探索疾病诊断相关分组(DRG)付费、病种分值(DIP)付费等支付方式改革，积累了一些经验。2018年国家医保局成立以来，全面推进DRG/DIP改革，已完成首轮三年试点，101个国家试点地区全部进入实际付费阶段，初步显示出医疗机构内部管理加强、运行机制改变，群众就医便捷性改善、费用负担减轻、满意度提高，医保管理手段加强、基金使用绩效提高等积极效果，正在对中国医改整体格局、医疗医药行业生态产生重大而深远的影响。当然也出现一些苗头性问题。本文侧重分析预期效果。

一、参保人获得感不断增强

以人民健康为中心，是医改的根本出发点。三医领域所有改革都必须服务服从于这一出发点。医保的合法性在于代表参保人员利益，医保支付方式改革成效的核心评价标准必须是参保群众的获益情况，包括当前获益和未来获益，直接获益和间接获益。从101个试点地区试点情况看，普遍产生了群众就医费用负担减轻、便捷性改善、满意度提高的预期效果。

一是就医费用负担减轻。主要表现为患者自负水平普遍得到控制甚至有所下降。如患者自负率改革前后相比，广西降幅13.35%，天津市试点医疗机构下降2.5个百分点，宜昌市下降1.05个百分点。青岛市非试点医疗机构次均费用上涨10.32%，个人负担上涨5.34%；试点医疗机构则分别下降5.12%，11.22%。金华市改革以来已为全市群众就医减负4.1亿元；其中2021年全市次均住院费用为9925元，

比 2021 年下降 184 元，减轻参保人医疗负担 2.4 亿元。重庆市患者自负费用降低 587 元，下降 7%。邢台市 2021 年第一至第三季度按项目付费参保人员平均自付费用为 5058 元，第四季度按 DIP 结算的参保人员平均自付费用为 4447 元，下降 611 元，下降比例为 12%。固原市职工和居民医保次均费用分别降低 3%、0.3%，平均报销比例分别提高 1.4%和 1.5%。

二是就医便捷性改善。主要体现在促进分级诊疗上，而这又是通过 DRG/DIP 改革特有的设置基础(基层)病种、实行同城同病同价的机制来实现的。基层病种同城同价，使大医院失去收治这类病人的积极性，抑制了大医院的虹吸效应和“大小通吃”现象。如泰州市从 970 个 DRG 病组中筛选出了 BT25 等 20 个临床路径变异率低、费用稳定、医用耗材关联度高的基础病组作为无差异系数病组。宜昌市 DIP 付费在核心病种中选择了 204 组适合二级及以下医疗机构诊治的病种作为基层病种，在不同级别的医疗机构间实现同病同价。厦门市建立基于疾病难度系数和危重程度的调整机制。石嘴山市确定 370 个基层病种。哈尔滨市在临床路径清晰的常见病、多发病组中设立了 23 个分级诊疗病组。无锡市设定了 25 个基础病组，均为权重较低、临床路径明确的常见病、多发病，采取最低档费率，全市同病同价结算。

基础(基层)病种引导医疗服务提供方行为的作用也初步显现。如烟台市八家试点医疗机构同等费率病组入院同比下降 9.2%。潍坊市向基层医疗机构多支出 1.46 亿元。宜昌市 2021 年 DIP 清算中，三级

医疗机构开展基层病种的结算率为 87.41%，二级医疗机构基层病种结算率为 101.77%，而一级医疗机构达到了 123.83%。无锡市 2019 年—2021 年，三级医疗机构基层病种从 11.37% 下降到 9.85%。文山州三级医疗机构 2022 年 1 月—6 月收治基层病种 294 例，同比减少 995 例，降幅 76.5%。

三是就医满意度提高。武汉市的经验表明，群众满意度提高体现在三个方面：首先，医疗负担进一步减轻，参保人员住院费用和住院时长持续下降，有效降低参保患者就医的经济成本和社会成本，群众获得感增强；其次，服务体验进一步提高，基于规范的临床路径管理的 DRG 付费，在保障参保患者医疗质量安全的同时，减少了过度诊疗和不合理支出，群众就医满意度不断提升；再次，就医均等化进一步体现，DRG 付费促成全市医疗机构同病同治同价，在保障群众就医服务可及性的同时，更好地体现了公平性和均等化。综合起来看，支付方式改革对分级诊疗的促进作用，更具有战略性和根本性意义。

二、医保基金使用绩效显著提高

群众健康需求的无限性和服务供给的有限性、资金保障的约束性，是医保必须面对的基本矛盾，经济新常态、人口老龄化更是进一步加剧了这一矛盾。这就要求中国医保必须不断加强管理、创新管理，不断提高有限医保基金的使用绩效，更好满足参保人员的医疗保障需求。试点证明，DRG/DIP 改革是有利于医保实现这一目标的。

一是基金可持续性增强。自启动 DRG/DIP 改革以来，金华市年均

医保基金支出增长率控制在 6%—8% 之间，较改革前的 14% 大幅下降。西宁市 2022 年 1 月—5 月试点医疗机构次均住院费用职工和居民同比降低了 9.72%、8.62%。邢台市 2021 年第一至第三季度按项目付费的次均费用为 10299 元，第四季度按 DIP 结算的次均费用为 8510 元，相较于前三个季度费用下降了 1789 元，下降率为 17%。沈阳市建立全市住院总控与目标性总控的“双控管理”机制，住院率逐年下降，付费前住院率 29%，2018 年、2019 年、2020 年、2021 年分别降至 26%、22%、16%、18%。

一些地区基金超支局面得到扭转。如临汾市通过支付方式改革工作的引导，叠加总额管理、分级诊疗、带量采购等管控措施，2020 年城乡居民医保基金累计结存 7342 万元，2021 年增加到 2.17 亿元，一举改变了该市过去两年城乡居民医保基金收不抵支的局面；2021 年全市 22 家试点医疗机构 DRG 统筹基金支出为 10.83 亿元，对比上年同期统筹基金支出减少 1.51 亿元，例均费用降低 1001.61 元。武汉市 2021 年全市均费增长率同比下降 6.32%，三级医疗机构下降 9.15%，医保基金也改变了过去收不抵支的被动局面。

二是基金结算率整体提升。以前受基金总额不足影响，一些医疗机构可分配到的医保基金预算额度小于机构实际发生额度，于是年底产生了所谓的“医保欠费”，医疗机构由于医保总额用完推诿医保病人、拒收医保病人的现象也时有发生。支付方式改革后，原来大量浪费、过度使用的基金节省出来，基金结算率大幅提升，一些地区基金

预算不足的局面明显改观，极大缓和了医保患三方矛盾。2021 年武汉市住院统筹基金支付率为 94.6%，较 2019 年提高 1.6 个百分点；武汉市第一医院更是从 2019 年的 85% 提高到 2021 年的近 98%。

三是医保引导作用明显加强。除前面提到的引导分级诊疗，医保的引导作用还体现在引导适宜医疗技术、药品耗材合理使用等方面，主要通过“结余留用”机制引导价值医疗。宜昌市将 DIP 最终决算支付金额及实际记账金额的差值作为医疗机构“结余留用”奖励，促进医疗机构以收入为中心向以成本为中心转变，回归价值医疗本质；落实集采结余留用政策，集采结余通过 DIP 留给医疗机构。

引导作用需要激励约束机制来保证，而激励约束又是以完善对医疗机构的评价考核机制为基础的。如湖北省医保局出台政策明确七大类 31 个指标，引导医疗机构完善绩效考核。无锡市制定 DRG 专项考核办法，从综合管理、医疗服务能力、医疗服务效率、医疗质量、医疗行为、结算清单数据质量、患者满意度等七个维度对 DRG 付费医疗机构进行专项考核，与年终清算挂钩，建立激励约束机制。宜昌市建立贯穿数据管理、预算管理、目录管理、病例评审、监督管理、绩效考核全过程的配套管理制度。厦门市建立 DIP 付费监测指标体系和预警风险沟通机制，每月将全市 DIP 运行情况横向纵向进行服务行为分析，让医疗机构心中有数。

四是医保管理能力增强。首先是专业能力提升。目前中国 DRG/DIP 改革已成为重要的行政行为，不再限于单纯的学术研究，也不是小范

围试点试验，必须迅速提高职能部门履职能力。晋中市提出“试点不做旁观者，改革不丢主导权”，在组建本地专家库的同时，强化医保部门的职能作用，从领导到工作人员加强学习，增强对DIP的了解掌握。其次是管理手段丰富。DRG/DIP特有的分组、系数、权重、费率等调节机制，极大丰富了医保部门管理维度。沈阳市利用权重调整机制，引导鼓励三级医疗机构收治重症复杂手术、控制轻症。辽源市建立系数管理机制，为每个病种单独设立医疗机构等级系数，对13个病种实行分值系数调节，既尊重历史事实又体现公平公开。淮安市建立加成浮动系数机制，应对低标入院、分解住院、诊断升级。云南省医保局组织150余名临床专家开展DRG付费测算，权重谈判，建立多方参与、相互协商、公平公正的谈判机制，上调96个权重，下调135个权重，谈判后整体权重由358.38万降至349.78万，降幅2.4%。

三、医疗机构内部运行机制改变

医疗领域最大的特点在于信息不对称，医疗服务供方具有服务支配权。建立医保制度的目的，不仅在于通过大数法则分散参保人罹患大病时的费用负担风险；更在于建立管理和约束机制，面对相对强势的医疗服务机构和医药产业部门，最大限度增强参保人员话语权，实现参保人利益最大化。普遍认为，目前中国医改的难点和焦点在于供给侧改革，重点又在于改变占主导地位的公立医疗机构运行机制，建立现代医院管理制度，逐渐淡化逐利动机回归公益性，同时改变粗放式扩张式发展路径，加强内部管理，实现高质量发展。试点证明，

DRG/DIP 改革有利于促进医疗机构的这一改变。

一是医疗水平提升。主要体现在 CMI 提高上。如临汾市 2021 年启动实际付费，22 家试点医疗机构整体 CMI 值从 1.09 提升至 1.15，时间消耗指数和费用消耗指数分别从 1.00 降到 0.94，从 1.04 降到 0.92。武汉市 2021 年全市 162 家试点医疗机构 CMI 为 1.1992，较 2020 年提高 12.39%。新疆和兵团试点医疗机构 CMI 值从 0.9201 提升至 1.1739。在促进重点学科发展方面，哈尔滨市依据资源消耗结构合理性、疾病诊治难易程度和医改政策导向等因素，在重点学科及疑难手术病组中设立了 57 个重点激励病组，通过专家论证谈判，确定付费费率及支付方案，引导试点医疗机构集中自身优势学科，兼顾学科成长与分级诊疗机制。

二是规范诊疗行为。首先是规范了病案管理。病案管理规范化既是医疗机构主管部门的要求，也是医院精细化管理的需要，但长期以来进展不够理想。DRG/DIP 付费极大促进了这一进程。重庆市医科大学附属第二医院配合 DRG 支付方式改革，全面提升病案质量，加强成本管理，调整运营模式，病案合格率达 99.64%，优秀病案首页提升至 98.52%。其次是更重视临床路径管理。重庆市医科大学附属第二医院以临床路径为抓手强化成本管控，将临床路径建设纳入科室目标考核，将原本纳入临床路径管理病例数占总出院人数(覆盖率)从 30% 提高到 50%。玉溪市人民医院积极推进临床路径管理，规范医师诊疗行为，2022 年出院病历入径率达 83.57%。

三是改革医疗机构运行机制。在 DRG/DIP 为医疗质量和医院管理提供了科学、可相互比较的分类方法改革引导下，进一步引导医疗机构控制成本、调整收治病种结构，开展精细化管理。吉林省医保部门认为，DRG 适用于绩效管理和成本控制的特点被医疗机构成功“解锁”。厦门市医保部门介绍，医疗机构对 DIP 付费非常支持，普遍认为至少有两大利好：在促进医院加强内部管理的同时，促进医院收治疑难病患者、提高医技水平。无锡市人民医院认为，DRG 综合考虑疾病诊断、手术治疗操作和个体特征，将临床诊疗过程相似、医疗资源消耗相近的病例分为一个 DRG 组病组，权重、CMI、时间消耗指数等指标为治疗方式性价比在不同科室之间提供了横向可比性，给医院学科建设提供了新思路。

不仅如此，DRG/DIP 还改变了以往医务人员收入与收费项目挂钩，由科室单独核算的薪酬分配方式。重庆市医科大学附属第二医院引入 DRG 总权重或 CMI 值等关键性指标进行绩效薪酬分配，提高了精细化管理水平。佛山市第一人民医院变被动管理为主动参与，成立由院长亲自抓的医保管理委员会，重新修订院内绩效考评机制，通过入组率、CMI、费用消耗率、时间消耗率等指标，纵横对比，考核科室工作客观清晰有力。六盘水市人民医院依托 DRG 管理工具的三个维度（医疗服务、医疗效率、医疗安全）、六个指标（DRG 组数、RW 总权重、CMI 病例组合指数、时间效率指数、费用效率指数、低风险死亡率），在临床科室建立健全了“优劳多得、优绩优酬”的科学评价体系，绩效

向临床一线及风险高、技术难度大的科室和岗位倾斜，大幅提升了医务人员参与改革工作的积极性；2021年，医院职工人均收入增幅8.1%，切实调动了医务人员积极性。

四是经济上受益。主要通过“结余留用、超支分担”的管理机制实现。2020年，无锡市城镇职工、城乡居民医保分别有14家、7家医疗机构结余，结余留用金额1.74亿元、1524万元，医保支付率同比提高5.72个和8.56个百分点；2021年分别有17家、14家医疗机构结余，结余留用金额2.24亿元，医保支付率同比提高2.12个和12.73个百分点。2021年，杭州市试点医疗机构结余留用3.54亿元。同年，武汉市619个病组有医疗机构存在结余留用，涉及155家医疗机构，结余留用金额最多的医疗机构盈余855万元。重庆市付费医疗机构总体基金补偿比从95.07%提升至130.62%，总体收入补偿比从98.17%提升至111.4%。宜昌市2021年6月—11月，医保统筹基金结算率100.87%。

从具体医疗机构看，玉溪市人民医院基于DRG支付结果开展绩效考核奖惩，与2017年改革前相比，2021年平均住院日下降0.51天，药占比下降8.17%，耗占比下降3.97%，住院次均费用下降16.2%，但医疗服务收入上升6.9%。佛山市第一人民医院近三年合计结余1亿余元，较“医保支付定额时代”明显改观。

四、医药创新发展得到支持

医药产业是重要的朝阳产业，在很多地方都是支柱产业，不仅影

响着人民群众的健康水平，而且还直接影响我国的国际竞争力。长期以来，我国高端药品、高值医用耗材、高端医疗仪器设备等大量依靠进口，提升医药产业创新发展能力和国际竞争力刻不容缓。医保同时依赖医疗服务和医药耗材生产两大供方，这两个供方之间是既竞争又依存关系。从竞争关系看，医保预算额度一定的情况下，医疗服务和药品耗材所获医保预算表现为此消彼长的关系；从依存关系看，药耗使用和医生诊疗行为相互依存，且诊疗行为占主导地位。

医保支付方式改革应兼顾两个供方利益，保证两个供方的反应符合改革方向和目的。近年来，中国医改聚焦医药领域力度较大，尤其是药品流通领域改革，如两票制、集中招标采购、国家谈判等，一定程度上净化了行业生态，取得了较好的成效。如今，DRG/DIP 改革正在全方位、全过程、全环节地触动两个供方利益，影响其行为。除了前面分析的对医疗机构收益和管理等方面的影响，改革对医疗、医药领域的创新发展也具有积极的促进作用。

一是支持新技术使用。主要通过权重、系数、费率等设置引导来实现。如临汾市开展梯级高倍率设置，保证新技术不因 DRG 付费受抑制，缓解推诿重症病人。淮南市建立评价与争议处理机制，2021 年通过专家审核评议，大病单议 29 份，补偿医疗机构共计 43 万元；危急重症补偿 132 份，补偿医疗机构 309 万元。

二是促进中医药发展。如广东省中西医并重推进 DRG/DIP 支付方式改革取得实效，实行中医与西医病种同病同治同价。河南省组织专

家遴选出 20 种中医优势病种，探索中西医同病同效同价。固原市确定 25 种中医优势病种，给予病种分值系数加成的倾斜政策。石嘴山市确定 30 种中医优势病种，在等级系数上给予加成。攀枝花市将外痔病、肛肠病(混合痔病)、骨折病、异位妊娠病属未破损期等九个传统中医药治疗的病种按照疗效对应 DRG 病组等值付费。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

如何破解“挂床住院”监管难？

来源：湖北省咸宁市咸安区医保基金核查中心

“挂床住院”是医保基金监管核查领域的一块“坚冰”，其现象由来已久。患者“挂床住院”，是为了换取较高的医保报销水平；而医院将门诊患者收治住院，则可以增加业务收入。

但这种行为严重浪费了有限的医疗资源和医保基金，且在就医诊疗实践中有较强的普遍性和伪装性，是医保部门和卫生健康部门日常监管中的重点之一，也是痛点。

“挂床住院”主要表现为，患者部分时间(主要为上午)在医院进行治疗，其他时间(主要为下午或晚上)回家或务工，这是一般的违法违规行。更有甚者，医疗机构与个人勾结，套用医保凭证伪造住院病历，这是严重的违规违法行为。

经过长时间的探索，湖北省咸宁市咸安区逐渐摸索出了一套可以

概括为“五四三”的方法，用来破解“挂床住院”屡禁不止的难题，现在此与各位读者交流。

明确“五个要素”确保查得准

医保查房是医保核查工作中最基础、最有效，但也是最难持续的一项工作。整治“挂床住院”的基础在于深入一线查房。只有深入一线查房，将患者的真实住院情况与其病历等信息进行比对，才能对“挂床住院”的行为给予准确定性。在查房时，要做到五个明确。

一是明确查房时段。因为患者通常上午在医院接受治疗，故宜将查房时段明确为下午或晚上。随机选取一天下午和另一天晚上查房，作为一个轮次。需要注意的是，在查房时应确保不影响医院正常的医疗秩序。

二是明确查房方式。遵循“双随机”原则，随机安排医保局和医保基金核查中心有关人员参与检查，随机选取定点医疗机构开展检查。

三是明确查房内容。首先要核查患者是否在医院、在病床，对于不在病房、不在病床的患者，则在现场检查时将其有关信息记录在案，之后再结合其他情况进行处理。然后，要求在床患者出示身份证、医保凭证等身份信息证明，通过对照人、证、卡等信息，判断是否为本人住院。此外，还需要询问患者的病情、入院方式、餐饮费用、缴纳住院押金等情况，综合多种因素判断患者住院治疗是否合理合规。

四是明确检查的对象和范围。“挂床住院”核查覆盖辖区内除传

染科之外的所有基本医疗保险定点医疗机构的住院科室，在核查中要特别关注乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心)和民营医院的中医康复类病人。

五是明确认定标准。咸安区在医保定点协议中规定，对有入院登记、医疗费用记录、病案记载，但没有在医院实际治疗，或者只有诊疗时在病房、其他时间非诊治原因不在病房的(一般表现为在规定时间内大部分费用为检查费或药品费等)，认定为“挂床住院”。对于医疗机构，在医保服务协议中明确，单次查房时本院住院患者在院率低于70%的，认定该医疗机构存在“挂床住院”的行为。对于医保患者，若检查时不在病房，且医院不能当即提供有效请假手续、资料或累计两次查房均不在院，个人累计离院时间超过30%的，认定其存在“挂床住院”的行为。

用好“四项举措”确保办得实

整治“挂床住院”的关键在依法依规处理，对查处的“挂床住院”等违规行为，要严格按照相关规定进行处罚。根据医保服务协议规定，对相应违法违规主体进行约谈或扣款处理，情节严重的按照《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》)相关条款进行处罚，主要采取以下四项举措。

一是开展警示约谈。检查发现单次住院病人在床率低于50%的，或连续两次在床率低于60%的，约谈医疗机构相关负责人，限期整改；对拒不整改或整改不力造成恶劣影响的定点医疗机构，根据《条例》

规定，暂停服务协议。

二是相关违规费用医保基金不予支付。挂床医保患者住院所产生的医疗费用，如果医保基金已支付，则对违规费用进行追缴；如果没有支付，则将当次住院费用全部从违规医疗机构当月报销金额中全额扣除。医院住院病人单次在床率低于70%的，同一参保人单次挂床的，扣除当次住院日均费用，两次挂床的扣除当次住院全部费用。同时，对参保人进行批评教育。

三是依规进行处罚。对于造成医保基金损失的行为，根据《条例》规定，视情节处以1至2倍罚款。

四是常态公开曝光。严格落实《条例》，不定期在全区范围内选取“挂床住院”整治典型案例予以公开曝光，促进“挂床住院”整治工作规范化、案件曝光常态化、警示教育经常化。

完善“三个机制”确保立得住

整治“挂床住院”根本在完善常态长效机制，主要通过完善三个机制，对医疗机构和医保患者形成强大震慑。

一是建立季度抽查机制。由咸安区医保基金核查中心负责，每季度至少开展一次，检查人员分若干个小组，出发前以抽签方式确定查房检查单位，采取“不发通知、不打招呼、不听汇报、不用陪同接待、直奔基层、直插现场”的“四不两直”方式开展，直插定点机构住院部现场，实时录像，客观取证。

二是建立集中整治机制。每年5月持续开展为期一个月的“挂床

住院”专项治理行动，由咸安区医保局统一负责组织实施，对全区所有医保定点医疗机构开展一次全覆盖集中查房行动。

三是建立年终通报机制。每年年底对“挂床住院”专项治理情况进行一次总结，形成通报材料，分别向区卫生健康部门反馈，并向全区医保定点医疗机构进行通报。通过集中整治和日常检查，持续高压的医保基金核查监管态势已逐步形成。

自 2019 年 5 月起，咸安区共开展了 9 次“挂床住院”专项整治，共对 42 家医保定点医院进行了核查，累计查房 8500 余人次，调阅病历 600 余份，电话回访 300 余人次，下达处理和整改函件 120 次，共计追回医保基金 151 万元，对 20 家医院负责人进行了警示约谈。

[返回目录](#)

DIP 付费改革对医院运营管理的影响及思路分析

来源：华夏医界网

现阶段，DIP 付费改革的贯彻落实，必定会为我国的医院运营管理模式带来较大冲击，尤其是对于公立医院来说，日常的运营管理方式、内容与方向等都会发生各种各样的转变，从而促使医院管理逐渐迈向精细化的管理道路。从 DIP 付费改革对医院运营管理带来的影响上看，主要可以分为三大方面的影响，分别为发展模式、财务管理以及未来运营管理总体，其中对未来运营管理总体造成的影响主要来自于医院内部优劣势和医院外部环境机会与威胁两个方面。对此，就需要掌握全新的发展思路，比如进一步促进临床管理标准化与规范化、

提高医院信息化水平、促进医院内部精细化管理。

一、DIP 付费应用原理分析

1、DIP 概念与应用范围

大数据病种组合从本质上来看也属于分组方法里的一种，这也就是以往所提及的大数据 DRGs，属于一种以大数据技术为基础的 DRG 付费方式，基于客观数据，通过主要的诊断方法与相关联手术操作进行的自然组合所生成的一种疾病病种的一种 DIP 作用机制，借助于丰富的病案数据信息进行比对，发掘一种共性特征，即“疾病诊断与治疗方式的结合”，病种组合由患者电子病历所构成，通过不同病种次均住院的成本比价关系来生成最终的病种分值，然后在综合年龄、伴病因素以及并发症等来校正付费，集聚为 DIP 目录库，从而达到精细化与个性化支付的目的，病种数通常会超过一万种。

2、DIP 与 DRGs 的区别

现阶段，我国医保局主要实行的 DIP 付费试点城市有 71 个、DRG 付费试点城市有 30 个，并于 2021 年正式开启所有试点城市当中的设计付费。而不论采取上述何种付费方式，其都具有自身独特的优缺点，不可避免的一个重要发展趋势就是医保控费。未来我国在医保精细化、个性化管理方面会更加倾向于 DRGs 入组付费与 DIP 付费两种方式的融合发展，具体的融合路径与方法还应当进行更深入地探索与研究。本文中主要针对 DIP 付费与 DRGs 付费这两种医保付费方式的优缺点与具体区别进行总结与分析，而后论述 DIP 付费对我国医院运营

管理带来的影响以及日后的具体发展思路。

3、DIP 付费的应用原理

DIP 付费的应用原理可以总结为五个一。①一个信息数据库。信息数据库就是结合不同地区的病例与政策通过收集分类所形成的，在某个地区进行 DIP 付费改革，首要工作就是做好数据收集。②一个国家病种组合目录库。DIP 付费结合具体的住院病例结合不同治疗方法分类诊断，而后罗列所有治疗方法与诊断方法。③一套点数分值付费标准，就是必须要明确点数支付的具体标准。④一套监督考核评价体系。能够有效实现监督与评估，并优化最终结果。⑤一支专家团队。所有改革当中的关键环节都必须有专家团队与专业领域进行指导或服务，需要组建一个专业性的智囊团。

二、DIP 付费改革对医院运营管理的影响分析

1、对发展模式的影响

现阶段，现阶段大部分医院付费都以项目为基础，本质上不需要医院承担任何风险，而只需要治病救人即可，财务风险全部转移给医保。但是在 DIP 付费这种方式之下，财务风险往往需要医院与医保之间共同承担，根据近些年来的耗材加成与药品不断取消等相关政策来看，医院传统的发展模式显然已不再适用于当前现状。对于一些公立医院而言，最优秀的发展模式就是要突出学科的专业性特征。具有较强运营能力的医院与科室，一方面需要对患者进行优质服务，另一方面也需要为自身创造一定的盈余。尽管能够获取一部分的财政补贴资

金，但是这部分资金往往是杯水车薪，医院的发展必须要依靠于自身创造盈余来实现。

2、对财务管理的影响

推进 DIP 付费将直接影响财务管理工作。在当前的财务付费模式之下，大部分医院都选择了扩张性的发展战略，医院开展的财务管理工作重心就是进一步扩大医院现有的面积与增设床位，从而获取更多经济效益。而采取 DIP 付费方式，则会直接影响到医院的经济收入。以支付原理的方面来看，需要由医保部门针对不同的疾病支付标准进行提前确认，一旦医院实际支出与这个标准不符，则医保部门不再需要额外支付，只能由医院自身承担，因此也就大大限制了医院的经济效益。特别是针对部分病种来说，一旦医院可以提前预测到亏损，便有可能发生推诿病人的行为。

3、医院内部优劣势对未来运营管理总体带来的挑战

首先，就是不同医院在医疗能力上具有一定差异。即便是不同医院对于患者都设定了一定的费用自付门槛，但是在患者就医期间，最为关注的依旧是医生的医疗技术与医院的医疗服务质量。在 DIP 付费之下，如果遇到风险较高、难度较大的医疗服务，医保就会适当提高基金补偿数额，从而提高医院对各种病症进行救治的积极性。其次，不同医院在医疗效率方面也存在一定差异。DIP 付费之下，医保具有固定的拨付资金数额，医院结合自身病种总点数与实际的费率来获取医保基金补偿因为疾病种类较为稳定，没有较大收入波动。因此，需

要医院适当缩短住院天数，加速床位周转，争取更多基金补偿。

4、医院外部环境机会与威胁对未来运营管理总体带来的挑战

我国相继出台了一系列扶持 DIP 付费的政策与制度，因此这一改革内容的实行势在必行，医院必须要主动应对改革过程中可能出现的各种问题。其中首要问题就是如何获取更高的患者满意度，减少各种负面新闻出现影响医院的正常运营管理，从而让患者更加信任医院、依赖医院。在 DIP 付费模式之下，医院想要获取更多的经济效益，就必须要医院在现有收入上限的基础上，一方面做好成本控制等关键的内部控制工作，另一方面也需要认识到各种外部因素，以患者为出发点，将患者当做医院工作的中心，将评估指标设置为具体的患者满意度，从而为 DIP 付费夯实基础。

三、DIP 付费改革下医院运营管理新思路分析

1、促进临床管理标准化与规范化

近些年，我国着重推进临床标准化管理与规范化管理，而不同公立医院的实际推动效果显然不够理想。究其原因主要为以下几点：现如今结合项目付费的医保基金主要采取总额预付的补偿方式，医院不需要承担风险，而是全部转移给医保，导致医院与医生没有较强的实施动力。而通过 DIP 付费则针对特定病种进一步明确其付款标准，促使医院掌握更加优质的治疗方案，同时提升医院当前的医疗水平，争取更多的基金补偿，减少医院运行过程中的财务风险。这样医院层面将获取更加充足的动力，而接下来则需要激发医生们的积极性，可以

将医生的绩效与他们的行为规范相挂钩，并影响到他们最终的绩效与评级优先性。

2、提高医院信息化水平

DIP 付费需要依托于质量较高的数据信息，在医院运营管理过程中应当明确哪一个病种可能发生亏损问题，明确医保基金具体的补偿金额以及哪部分可能出现盈利，而所有的属于都应当在信息系统当中获取。为此，就需要医院进一步加大资金投入力度，积极引进先进的信息化设备与技术，运用计算机构建一个专属于医院的信息化管理平台，并确保在该平台当中能够为 DIP 付费模式提供更加丰富且具有价值的信息数据，同时需要做好实时更新工作，确保平台当中数据信息的完整性与准确性，通过这种方式也能够有效夯实 DIP 付费进一步推进的基础。

3、促进医院内部精细化管理

首先，需要医院领导层的高度重视，由医院负责人员带头组建成本控制队伍，同时自己担任该队伍当中的领导决策，带领全院完成更高质量的成本控制，而不能让财务部门出现“闭门造车”的问题。其次，就是要让大多数工作人员都认识到成本控制工作不只是由医院独立完成的，而是一种需要大家一同参与进来的工作内容，从而真正在医院内部形成一个良好的精细化管理氛围。再其次，就是要完善相关的管理制度，精细化管理必定离不开制度的约束与落实，因此需要进一步完善内部精细化管理过程中的管理制度制定与完善。

综上所述，在 DIP 付费改革过程中，医院运营管理将面临全新的挑战与机遇，因此需要相关工作人员充分认识到 DIP 付费改革对医院运营管理带来的影响，并以正确的发展思路促进医院在新时期社会背景下的可持续发展。

[返回目录](#)

• 地市动态 •

北京市卫健委：深化医疗改革改善医疗服务交上亮眼“成绩单”

来源：健康北京

8 月 31 日，北京市卫生健康委召开“一切为了人民健康——我们这十年”系列之“医药卫生体制改革与医疗服务改善”专题媒体沟通会。

北京市卫生健康委体制改革处副处长王敬媛

深化医药卫生体制改革是涉及千家万户的重大民生工程。党的十八大以来，市委市政府始终把保障人民健康放在优先发展的战略位置，将深化医改纳入全面深化改革统筹推进。全市卫生健康系统落实市委市政府决策部署，坚持改革创新，因地制宜推广三明医改经验，实施医药分开和医耗联动综合改革，全面推进分级诊疗制度建设，推动公立医院高质量发展，持续提升医疗卫生服务体系质量效率，人民群众健康水平进一步提高，深化医改取得积极成效。

一是医疗机构补偿运行机制平稳切换。2012 年，在 5 家三级公

立医院开展以药品“零加成”为核心内容的医药分开改革试点，开辟了全国公立医院医药分开改革的先河。2017年、2019年先后实施医药分开和医耗联动综合改革，取消药品、医用耗材加成和挂号费、诊疗费，设立医事服务费，调整规范7000余项医疗服务项目和价格，开展药品集中采购和京津冀医用耗材联合采购，调整完善基本医保和医疗救助政策，持续改善医疗服务。通过改革，医疗机构彻底告别了以药耗补偿运行成本的历史，更加注重提升医务人员技术劳务价值，提高医疗质量和服务水平，医疗机构逐步从规模扩张型向内涵质量效率型发展方式转变，社区卫生机构诊疗人次上升明显，实现了分级诊疗制度建设的方向要求和加强公益性的阶段目标。

二是分级诊疗制度建设取得新进展。下大力气推进优质医疗资源均衡布局，天坛医院实现整体迁建，同仁医院亦庄院区扩建完成，积水潭医院新龙泽院区开诊运行，高标准推进城市副中心医疗卫生项目建设，友谊医院通州新院开诊运行，安贞医院通州院区等项目已实现主体结构封顶，首都百姓更便捷享受优质医疗服务。持续提升医疗服务质量，建立11个国家医学中心，国家临床重点专科总数达到260个。稳步推进医联体建设，组建覆盖全市16区的62个综合医联体和32个紧密型医联体，推进紧密型医联体医保总额管理。全面落实医联体内二级以上医疗机构为基层预留号源工作要求，107家医院与基层预约转诊平台对接并投放号源，持续优化基层预约转诊工作。加强基层医疗卫生机构能力建设、专病特色科室建设及全科医生培养力

度，做实家庭医生签约服务，提高签约服务质量与规模，努力让群众在家门口看得上病、看得好病。2021年，社区卫生服务中心诊疗人次比十年前增长86%，基层诊疗人次占比不断提高。

三是公立医院高质量发展全力推进。建立健全现代医院管理制度，协同推进医疗服务价格、医保支付方式、人事薪酬等领域改革，推动公立医院高质量发展。加强医院党的建设，全面实行党委领导下的院长负责制。落实政府对公立医院的投入政策，建立健全公立医院分类补助制度。规范医院管理，推动医院制定章程，健全管理运行和质量安全等制度。开展研究型病房建设，首批研究型病房研究型床位1704张，药企临床研究响应率达100%。加强经济运行管理，推行全面预算管理和三级公立医院总会计师制度，市属医院已全部设立总会计师岗位。加强医疗行业综合监管，加大对违法违规行为的惩处力度。开展公立医院绩效考核，引导提升医疗质量和效率。截至目前，二级以上医疗机构实现非急诊全面预约和实名制就诊，三级医院分时段预约挂号全部精确到30分钟以内，社区卫生服务中心100%开展药品需求登记服务。

四是“三医”改革协同联动。健全完善全民医保体系，2018年实现城乡居民基本医保制度整合，2020年生育保险和职工基本医疗保险合并实施，科学合理调整保障政策和提高保障水平。出台城镇职工大病医疗保障，加大医疗救助力度，进一步促进患者负担平稳，保障困难群众得到有效救助。深化医保支付方式改革，全面强化基金预

算管理，推进按疾病诊断相关分组付费(DRGs)改革，实施精神病定额付费。探索建立长期护理保险制度。推进仿制药质量和疗效一致性评价，率先试点药品上市许可持有人制度。落实国家组织药品耗材集中采购和使用，开展京津冀医用耗材联合采购，切实降低药品耗材费用。推进药品处方智能审核，合理用药水平稳步逐步提升，保障群众用药安全。

五是健康优先的导向更加突出。坚持“大卫生大健康”理念，把预防放在更加突出的位置，深入实施健康中国战略，加快推进健康北京建设。在全国率先组建村(居)委会公共卫生委员会并实现全覆盖。推动爱国卫生运动从环境卫生治理向全面社会健康管理转变。将文明健康生活方式纳入文明城区(村镇)创建，市级卫生街道(乡镇)覆盖率达到80%以上。持续推进无烟环境建设。改革完善疾病预防控制体系，发挥中医药在预防保健、疾病治疗和康复中的独特优势，推进老年健康服务体系建设，开展医养结合，推动卫生健康事业发展方式不断创新。

首都深化医药卫生体制改革坚持“一切为了人民健康”的核心理念，坚持保基本、强基层、建机制的基本原则，坚持系统谋划、高位推动、高效协同、重点突出、稳步推进的基本路径，总体来看，取得了积极成效。下一步，我们将坚定改革信心，强化责任担当，汇聚改革合力，统筹推进新时期深化医改各项工作，推动首都医药卫生健康服务高质量发展。

北京市卫生健康委医政医管处副处长乔正国

党的十八大以来，我市连续开展了两个改善医疗服务 3 年行动计划，配合医药分开、医耗联动两项综合改革同步推进改善医疗服务专项行动，聚焦“接诉即办”市民反映突出问题和我为群众办实事实践活动要求，连续两年开展改善医疗服务行动，累计实施 170 余项改善医疗服务措施，提升服务质量，优化就医流程，加强人文关怀，改善群众就医体验。

一、推进预约服务，就医更精准

一是完善门诊预约服务。二级以上医疗机构实现非急诊全面预约和实名制就诊，预约就诊率达到 85%以上；推进分时段精准预约，全市三级医院全部提供分时段预约挂号精确到 30 分钟以内服务，大型检查(核磁、CT、超声)全部实现分时段预约。二是推进基层预约转诊。建立预约转诊号池，107 家综合医联体医院日均为基层医疗卫生机构投放号源 15 万余个，引导居民基层就诊，就近就诊，促进分级诊疗。三是加强退号与爽约管理，267 家二级以上医疗机构建立退号候补机制，提升号源使用效率。

二、强化引导，就医更有序

一是改善候诊秩序。全市 229 家二级以上医疗机构在重点科室候诊区域应用电子叫号系统，优化二次分诊，改善候诊、就诊秩序。二是发布急诊地图。通过百度地图、高德地图等向社会发布全市 134 家医院急诊科的拥挤等级，加强急诊就医引导服务。三是天坛医院、友

谊医院、北大六院等 20 多家医院已实现院内地图自助导航，帮助患者节约就诊时间。

三、创新方式，就医更便捷

一是积极推进“互联网+医疗”服务，利用“智慧”技术破解“就医难”。截至目前，全市建成互联网医院 40 家，150 家医疗机构开展互联网诊疗服务，全市互联网医院的总诊疗量为 45.6 万人次，为全国患者提供指尖上的优质医疗服务。118 家二级以上医疗机构实现检验、检查结果线上查询和推送服务。二是以危急重症为重点，创新急诊急救服务。加强胸痛中心、卒中中心的规范建设，胸痛中心入院救治时间降至 71 分钟，卒中中心入院救治时间降至 40 分钟。三是推广日间手术，61 家三级医院开展日间手术，年手术例数在 11 万人次以上，其中北京同仁医院日间手术占择期手术的比例达到了 54.7%，有效缓解患者住院难和手术难的问题。四是推进优质医疗服务向基层下沉。44 家医院开展国家重点专科医联体基层服务点建设，共计 120 个专科、295 个服务点。

四、加强人文关怀，沟通更顺畅

一是强化医务社工培育。全市共有 89 家医疗卫生机构开展了医务社会工作服务，为患者及家属提供心理和社会支持，促进医患和谐。二是畅通医患沟通渠道。各二级以上医疗机构畅通对外咨询服务电话，合计配备专兼职接线人员 1839 名，加强接线人员培训，提高电话接通率和问题解决率。三是加强人文教育。275 家二级以上医疗机

构开展医学人文培训，将服务窗口、保安工勤等人员纳入培训范围，提高工作人员沟通交流能力，做到态度和蔼、规范服务。四是加强膳食服务。270家二级以上医疗机构建立临床营养服务制度，结合患者疾病特点，提供适合病情治疗需要的膳食服务。五是保障老年人等重点群体就医。各医疗机构建立老年人、身体不便等患者“无健康码”绿色通道，确保不因健康码问题延迟、延误就诊，并提供一定比例的现场号源，保留挂号、缴费、打印检验报告等人工服务窗口，配备导医、志愿者、社会工作者等人员，为老年人等群体提供就医指导。六是完善满意度评价制度。各二级以上医疗机构均建立满意度调查制度，动态调查患者就医体验和医务人员执业感受，并作为院内绩效考核重要指标，主动持续改进医疗服务。

五、提升医疗质量，就医更放心

一是以重大疾病诊疗需求为导向，建设临床重点专科群。全市建设11个国家医学中心，国家临床重点专科总数达到260余个，市级重点专科98个(含在建项目)。二是完善质控体系建设。建立了以40家市级质控中心为核心的市、区、医疗机构三级医疗质量控制体系，医疗质量稳步提高。三是深入推进检查结果互认工作，262家医疗机构43项临床检验结果上实现了互认。四是深入开展优质护理服务，全市护士队伍发展迅速，截至2021年底，全市注册护士已达到14.1万人，较2011年末增加6.8万人，医护比由1:1.04提高到1:1.47，实际开放床护比由1:0.77提高到1:1.08。根据《柳叶刀》杂志发

布的全球 195 个国家和地区卫生服务可及性和质量评价，我市卫生服务可及性和质量指数进入全球前 10%。

改善服务无止境。下一步，我委将按照国家卫生健康委和全市的统一部署要求，坚持以人民群众健康为中心，进一步聚焦医疗卫生健康领域的热点、难点、痛点问题持续发力，精准发力，推动医疗服务高质量发展，努力让人民群众看病就医更便捷、更安全，医患关系更和谐，以优异成绩迎接党的二十大胜利召开。

北京协和医院副院长杜斌

北京协和医院是全国疑难重症诊治指导中心，以学科齐全、技术力量雄厚、特色专科突出、多学科综合优势强大享誉海内外。医院连续 12 年蝉联复旦版中国医院排行榜榜首，医疗服务综合技术难度水平 (CMI) 连续三年位列全国第一。2021 年获批国家医学中心建设单位 (综合类) 和公立医院高质量发展试点单位。

党的十八大以来，医院始终坚持公益性导向，在落实医药分开、医耗联动、医联体建设等一系列改革中发挥示范表率作用。在改善医疗服务行动计划中，医院发扬首创精神，在预约服务、优质护理、智慧医疗、急诊急救、合理用药、志愿服务等方面先试先行，作出诸多有益探索，全面促进医疗服务提质增效。

一、围绕全国疑难重症诊治指导中心的功能定位，全力守护人民健康

聚焦疑难重症，“看别人看不了的病，做别人做不了的手术”。

全院多学科会诊、大查房等一系列核心制度从建院伊始传承至今，保证了临床诊疗的高水平。2010 年成立门诊疑难病会诊中心，将多学科协作诊疗模式(MDT)从病房延伸至门诊，12 年来相继开设了胰腺、垂体、侧颅底肿瘤、代谢性骨病、罕见病等 34 个专业组，诊治疑难患者近 1.2 万人。

聚焦治病需要，加强重点领域引领性科技攻关。建强疑难重症及罕见病国家重点实验室，转化医学国家重大科技基础设施，妇产疾病、皮肤与免疫疾病国家临床医学研究中心等 17 个国家级、省部级科研平台。建设符合医学科技特点的全链条创新及成果转化体系，特别是通过制度安排鼓励中青年施展拳脚。儿科青年科技工作者研发的国家二类新孤儿药，具有长效、可矫味、儿童适用的特点，解决了糖原累积症患者无药可用的困境；耳鼻喉科团队 10 余年来以自动化和智能化为主要技术手段，持续改良耳鼻咽喉术，形成整体技术方案和产业集群。这样的例子不胜枚举，无不彰显了协和人锐意创新、改善医疗、造福患者的行动和担当。

聚焦绩效考核，“病人需要什么，绩效就考核什么”。以“疾病难度、质量效率、持续发展、满意度”为关键指标设计综合考核方案，疑难罕见病诊疗、高难度手术、患者安全等质量指标权重占到 80%以上；设立医疗、教学和科研成果奖，表彰在疑难重症及罕见病患者救治中取得突出成绩的医务人员和团队，确保了医疗技术的高水平。

二、坚持改革与改善同步，为患者提供更有温度、更加便捷、更

加安全的医疗服务

复杂疑难疾病患者往往需辗转多个科室就诊。为帮助患者解决“转科就诊”这一难题，2020年4月，医院开发上线门诊转会诊系统，实现“点对点”“点对科”转会诊，每个科室还设置转诊岗。当前，已有47个科室、千名医师参与，累计发起接收转会诊申请7.9万余人次，受到广大患者的一致好评。

医院成立患者服务中心，积极推动分时段就诊、集中预约、诊间结算、检查检验结果互认。坚持把“问题”当作“课题”解，成立工作专班、完善制度建设、建立工作流程，在12345政务服务便民热线公布的2022年7月接诉即办“成绩单”中，响应率、解决率和满意率均达到100%。

新冠疫情肆虐的特殊时刻，协和克服重重困难，千方百计解决群众就医，凸显了“人民至上，生命至上”的坚守。对于孕妇等特殊患者逐一打电话确认是否可以如期就诊，来院受影响的“一人一策”做好解决方案；对于封管控区的肿瘤患者，放疗科实行分时段、分区域闭环模式，保证患者治疗不中断；对于出行受到影响但需要复诊的患者，医院安排从线下转线上，通过互联网诊疗保证患者就医需求。

三、持续发挥行业引领作用，带动基层医院服务能力均质化提升

医院不断探索数字化转型，让“数据多跑路，患者少跑路”。2021年3月，协和医院获批北京市首家互联网医院，目前已经有41个专科1300多名医生开通线上服务，实现了线上咨询、线上诊疗、药品

配送到家。远程会诊合作范围覆盖全国 31 个省的 300 余家医疗机构。医院持续深耕互联网医院制度建设，出版《互联网医院管理技术规范汇编》，已成为区域标准和行业规范。积极开展“5G+医疗健康”应用试点项目，探索智能分诊、病史采集、复诊预约等线上线下一体化服务，自主研发手机 APP 和院内自助服务机，推动“指尖就医”，体现协和特色、建立协和标准、切实让百姓受益。

医院不断做强医联体和专科联盟，推进优质医疗资源扩容下沉。建强与东城的区域医联体，28 个专科参与建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式取得良好效果；多个专科建立覆盖全国的专科医联体和专科联盟，开展远程医疗、科学研究、人才培养和技术推广，助力提升基层诊疗的同质化水平。如协和牵头全国罕见病诊疗协作网，使三级防控体系建立并正常运行，创建首个国家级罕见病多学科会诊中心，每周四中午有 20 多科以上的大专家在一起为一个罕见病患者和家庭会诊，进一步缩短诊断时间和诊疗费用。协作网成员单位均可线上参加，基层医生对罕见病的认识不断提升。

依托专科质控中心，发挥行业引领示范效应。北京协和医院现有 17 个国家级和市级专科质控中心，通过搭建全国质控网络，提升了专科诊疗规范化、标准化水平，推动专科医疗服务均质化发展。专科质控中心从组织管理、规范诊疗、质量控制、持续改进四个层面建立组织体系及工作机制，通过制定行业指南、标准，在各专业领域发挥

示范引领作用，全面提升基层医疗卫生服务水平。

百年协和，一切为民。协和将坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以新时期“健康中国”战略为抓手，以新阶段人民健康需求为导向，奋力书写改善医疗服务的“协和答卷”！

北京天坛医院副院长贾旺

近年来，首都医科大学附属北京天坛医院始终坚持用创新作为医院发展的推动力，向创新要生产力，作为临床神经科学的“国家队”和国家首批高质量发展试点医院，北京天坛医院贯彻新发展理念，锚定高质量发展目标，积极推动国家医学中心(发改委)和区域医疗中心建设，构建全国神经疾病疑难危重症诊疗中心，打造研究型、创新型医院的公立医院高质量发展“天坛模式”，以提升医疗服务、科技创新能力和水平，更好地为人民健康服务。

相比十年前(2012年)，医院服务能力大幅提升，年均门急诊服务量从140.4万人次上升到225.6万人次，年均出院人次从3.5万人次上升到7.2万人次，年均手术量从近3万台上升到4.8万台；医院服务效率显著增强，十年间平均住院日缩短3.32天。通过国家疑难病诊治能力提升工程(脑血管病方向)、神经系统疾病专科联盟、技术合作、医联体等多种模式，优化区域优质医疗资源配置，全力推进河南、安徽、云南、吉林等区域医疗中心建设，医疗服务的水平和能力大幅提升。

聚焦“改变指南的高质量临床研究”与“改变理论的高质量基础

研究”，医院科技创新能力和水平持续提升，形成科研反哺临床的良性循环。近年来，医院牵头的“CHANCE”“CHANCE-2”等科研成果改写了脑血管病诊疗的国际指南和临床实践、引领全球学科研究进入新时代；依托国家神经系统疾病临床医学研究中心、北京市神经外科研究所建设的中国脑胶质瘤基因组图谱计划 (CGGA) 数据库已经成为亚洲乃至全世界最大规模的脑胶质瘤医学信息工程；国家脑肿瘤注册登记研究平台 (NBTRC)，是国内首个科研型、公益性脑肿瘤全肿瘤谱临床诊疗大数据平台，规模位列全球第二，已成为开展国际合作和全国多中心研究的重要支撑平台。

医院发挥科技创新优势，实现更多“从 0 到 1”突破，在多个领域打破西方国家技术垄断，让性能领先、品质优异的“中国制造”造福更多的国内患者。例如，国际首创的非致残性脑血管病高危预警模型解决全世界 50%的脑血管病诊断问题，每年可减少我国脑血管病复发 74 万例，节约医疗花费 150 亿元人民币(按患病率人群计算)；逆向新药研发模式使药物研发周期压缩了七年；研发的 PDE3A 拮抗剂等四种脑血管病创新药物落地产业化；所研发的神经心脏治疗产品有四项获得国家药监局和美国食品药品监督管理局临床批件，填补了神经心脏介入治疗产品空白；研发的脑血管病快速基因检测设备和试剂获得国家药监局注册审批，并取得欧盟相关认证；由医院团队牵头研发的，具有中国自主知识产权的磁共振引导下脑转移瘤激光消融术，以及解决神经外科手术肿瘤边界和功能边界不清技术瓶颈的世界上精度最

高的柔性可拉伸微阵列电极已经或正在走进临床，服务更多患者。同时，医院严格落实国家对科技评价的引导方向，在市属医院首先推出科研绩效综合评价机制，把课题、论文、成果以及科普等科技创新全要素指标梳理成综合评价体系，建立人才分类评价机制，让更多的人都能发挥自身优势，激发创新活力。

以创新为核心，探索实现优质医疗资源“供给侧改革”。科室、病房设置和布局打破了传统的行政化的模式，而是遵循“以疾病为中心”“以患者为中心”的理念。例如针对心、脑血管病患者设置的“脑心共患疾病诊疗平台”，打通了神经外科、神经内科、神经介入、心内科、心外科等从门诊到医技平台的 11 个科室，心脑血管疾病患者不必再像以前一样每个科单独挂号、检查，这些科室的医生共同为患者设计综合治疗方案，患者看病、检查的时间能够从两个月缩短到两周，真正实现“医生围着患者转”。类似的例子还有很多：集神经外科、疼痛科、药剂科为主体的疼痛 MDT，成为全国首个“无痛神经外科病房”，突破颅脑手术后头痛的治疗瓶颈；针对低龄儿童的“无哭声手术室”、设置儿科发热门诊，缓解家长的焦虑。

以人为本，打造“有温度”的医院。“8585”谐音“帮我帮我”，是北京天坛医院 24 小时人工服务热线的号码。为了让患者感受到温度，这个热线全天 24 小时人工接听，无需转接语音，一站式解答问题。服务的“温度”是在服务能力、服务水平之上更高的追求。小到从老院区延续而来的，在冬天候诊椅上铺上坐垫的“温暖行动”，大

到为手术患者和 ICU 患者家属设置的提供休息、餐饮、阅读等多样化服务的“五星级”综合等候区，北京天坛医院始终把“有温度”的医院作为工作的目标。

医院党委提出“到 2035 年，坚持‘强专科、大综合’功能定位，建成国内一流、国际知名的研究型医院；到 2050 年，坚持‘强专科、强专病、强综合’功能定位，建成国际一流的创新型医院”的两阶段重要发展战略目标，医院启动第三次转型发展。医院将深刻理解、牢牢把握首都城市战略定位，积极主动服务和融入首都发展新格局，认真贯彻落实市委市政府决策部署，为北京加强“四个中心”建设，提高“四个服务”水平贡献力量，为推进健康中国建设，为人类健康事业贡献“天坛方案”“中国力量”，为中国临床医学和科研事业突破“卡脖子”技术壁垒、走进国际舞台，作出新的更大贡献。

[返回目录](#)

医保省级统筹在即，安徽明确“七统一”！京津沪渝琼闽正在探索

来源：健康界

国家医保局已明确“全面做实市地级统筹，逐步推动省级统筹”的目标，京津沪渝 4 个直辖市和海南、福建等省份已经探索开展了省级统筹。而安徽省的具体实施意见也将在今年年底出台。

近日，安徽省医保局就《安徽省基本医疗保险省级统筹实施意见（征求意见稿）》公开征求意见，提出要深化医药卫生体制改革，推动建立以制度政策全省统一为核心、医保基金省级调剂为保障、信息化

标准化建设为支撑的基本医保省级统筹机制。

《征求意见稿》明确“七统一”的重点任务，包括统一参保范围、统一筹资管理、统一保障待遇、统一基金预算管理、统一医保支付制度、统一信息系统管理。

其中基本医保基金实行省对设区的市调剂，设区的市对所属县（市、区）统收统支管理。

在医保支付方面，《征求意见稿》提出，将统一全省医保药品、诊疗项目、耗材目录管理，统一医保目录乙类部分的个人先行支付比例。统一建立健全国家谈判药品落地工作机制，建立民族药品、中药饮片、医疗机构制剂医保支付准入退出机制。同时，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。在实现 DRG、DIP 支付改革全覆盖基础上，研究全省统一住院支付机制。

此外，按照《征求意见稿》，安徽基本医疗保险还将统一信息系统管理。全省统一建设并应用国家（安徽省）医疗保障信息平台系统，实现与全省医药机构互联互通和信息共享。

医保省级统筹也逐步成为未来医改方向，此前国家层面已经提出要探索推动省级统筹。按“分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核”指导地方推动省级统筹，目前，京津沪渝 4 个直辖市和海南、福建等省份已经探索开展了省级统筹。

2021 年 9 月，国家医疗保障局发布的《关于政协十三届全国委员会第四次会议第 3350 号（医疗体育类 263 号）提案答复的函》中也

明确国家医保局将按照党中央、国务院有关部署，深化医疗保障制度改革，指导地方继续稳步提高基本医保统筹层次，全面做实市地级统筹，逐步推动省级统筹，同步强化管理责任，确保基金安全，推动地区政策衔接规范，制度稳定可持续发展。

安徽此次《征求意见稿》明确具体实施步骤，具体分为三个阶段：

(一) 第一阶段：2022 年底前，制定出台《安徽省基本医疗保险省级统筹实施意见》。出台统一居民医保保障待遇方案、统一职工医保保障待遇政策框架等配套文件，于 2023 年 1 月 1 日起实行。

(二) 第二阶段：2023 年底前，制定出台基本医保省级调剂金制度，建立省级调剂金账户，归集居民医保省级调剂金。制定出台职工医保保障待遇方案，于 2024 年 1 月 1 日起实行。

(三) 第三阶段：2024 年 6 月底前，归集职工医保省级调剂金。

统一参保范围

本省境内用人单位及职工应当参加职工医保，无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工医保。除应参加职工医保的人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民参加居民医保。原则上不得重复参保。

统一筹资管理

职工医保费按月缴纳，用人单位按本单位上年度全部职工工资总额 7%左右的比例(含生育保险)缴纳职工医保费，个人按照本人上年

度月平均工资 2%的比例缴纳职工医保费。

职工本人上年度月平均工资低于全省上年度城镇单位就业人员月平均工资 60%的，按 60%计缴；高于 300%的，按 300%计缴。

参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限逐步过渡到男职工满 30 年、女职工满 25 年，退休后不再缴纳职工医保费。具体累计缴费年限未达到规定的，可继续缴费至规定年限，或按退休时的缴费基数一次性缴费至规定年限。

累计缴费年限包括实际缴费年限和视同缴费年限，法定退休年龄按照基本养老保险有关规定执行，视同缴费年限按照国家有关规定执行。职工医保筹资政策由省医保部门会同财政、税务等部门另行制定。

居民医保实行按年集中参保缴费，原则上每年 12 月 31 日前完成次年居民医保缴费，外出务工、就学等人员缴费期可延迟到次年 2 月底。新生儿实行“落地”参保政策。特困人员、低保对象等救助对象参加居民医保的个人缴费部分按规定享受分类资助。居民医保缴费标准由省医保部门会同财政、税务等部门根据国家规定和全省居民医保基金的收支情况合理确定。

统一保障待遇

职工医保参保人员原则上自用人单位为其办理参保登记并按规定缴费的次月起享受职工医保待遇。灵活就业人员首次办理参保登记的，按规定缴费满 3 个月后享受职工医保待遇。居民医保待遇按年享受，保障期为 1 月 1 日至 12 月 31 日。基本医保关系转移接续、待遇

衔接等按照相关规定执行。

职工医保、居民医保住院费用起付标准原则上分别不高于上年度城镇单位就业人员平均工资、上年度居民人均可支配收入的10%。政策范围内住院费用支付比例分别稳定在80%、70%左右，不同层级医疗机构间保持5—15个百分点的支付比例差距。

职工医保叠加职工大额医疗费用补助(含职工大病保险)、居民医保叠加居民大病保险的最高支付限额原则上分别达到上年度职工年平均工资、居民人均可支配收入的6倍左右，并根据经济社会发展、人民健康需求、基金支撑能力合理调整。统一开展待遇保障政策的探索试点，引导患者在省内就医、到基层就医。

推进全省统一的职工医保门诊共济制度、居民医保门诊统筹制度，原则上，政策范围内普通门诊费用医保支付比例不低于50%。完善全省统一的门诊慢特病病种及待遇。

职工医保和城乡居民医保保障待遇实施方案由省医保部门会同财政等部门另行制定。

统一基金预算管理

基本医保基金预算坚持以收定支、收支平衡、略有结余原则。根据缴费基数(或缴费标准)、缴费率、参保人数等因素，全面、准确、完整编制基本医保基金收入预算。

综合考虑以前年度支出规模、本地医疗费用水平、医疗费用控制目标、参保人员年龄结构、享受待遇人数、待遇政策调整等因素编制

年度支出预算。原则上不编制当年赤字预算，不编制基金历年累计结余赤字预算。除基本医保待遇支出、用于大病保险支出、转移支出、上解上级支出、补助下级支出外，原则上不应编制其他支出预算。

加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理，强化绩效监控、评价和结果运用，构建收支平衡机制，建立健全基金运行风险评估预警机制，促进基金中长期可持续。

统一基金调剂管理

建立基本医保省级调剂金制度。基本医保基金实行省对设区的市调剂，设区的市对所属县(市、区)统收统支管理。

基本医保省级调剂金，用于均衡全省基本医保基金风险，调剂解决各地基本医保基金合理超支等。省级调剂金按职工医保、居民医保分别计提，提取比例按照不高于上年度基本医保统筹基金征缴收入的5%确定，纳入省财政专户管理，单独建账，专款专用。各设区的市除上解的调剂金外，其他结余基金(含历年、新增结余)留存各市。使用结余基金须报省医疗保障经办机构备案，并列入设区的市年度基金预算管理。

调剂金一部分直接按照因素法进行分配，均衡基金风险，作为当年各地预算进行使用；另一部分作为各地合理超支的调剂平衡，各设区市当期医保基金出现合理超支的情况，由调剂金和当地结余基金按一定比例共同负担；结余基金不足或没有结余基金的，应由结余基金承担的基金缺口由各设区市自行解决。

具体办法由省财政部门会同医保等部门另行制定。

统一医保支付制度

严格落实国家基本医保目录，统一全省医保药品、诊疗项目、耗材目录管理，统一医保目录乙类部分的个人先行支付比例。统一建立健全国家谈判药品落地工作机制，建立民族药品、中药饮片、医疗机构制剂医保支付准入退出机制。

完善总额预付管理，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。在实现 DRG、DIP 支付改革全覆盖基础上，研究全省统一住院支付机制。统一推进门诊按人头总额付费支付机制，统一建立健全符合中医药特点的医保支付方式，统一慢性疾病住院按床日付费方式，落实紧密型县域医共体医保基金按人头总额付费管理等。

统一信息系统管理

按照国家医保局关于信息系统建设的标准规范，全省统一建设并应用国家(安徽省)医疗保障信息平台系统，实现与全省医药机构互联互通和信息共享。推进政务服务事项网上办理，在医保参保登记、资格核定、待遇支付、基金结算、转移接续、稽核监控等方面实现“一网通办”。

依托省公共数据平台，逐步实现医疗保障部门与公安、民政、乡村振兴、税务等相关部门以及不同地区之间的信息共享及应用，加强智慧化、一体化数字医保建设，推进长三角医疗保障协作，提升医疗保障治理能力。加强大数据挖掘和分析，逐步深化大数据在宏观决策

分析、医保基金监管、医保业务办理等工作中的应用，提升大数据支撑能力。

[返回目录](#)

• 智慧社区 •

深度解读！推进我国智慧社区建设的理性思考

来源：搜狐新闻

在信息化时代，智慧社区建设的目的就是为居民提供更多更好的公共服务，切实满足居民的个性化需求，以此实现为社区居民提供优质服务的宗旨。

社区是居民生存和发展的载体，智慧社区是社会管理创新的新模式。随着网络信息技术的快速发展和普及，社区居委会的工作人员在原有社区建设的基础上，综合运用互联网、云计算、大数据等新一代技术，建设一个更安全、更便利、更和谐、更文明的智慧社区。2014年5月，住房和城乡建设部在发布的《智慧社区建设指南(试行)》中指出，智慧社区是以新一代信息技术为支撑，依托现有信息基础设施，统筹公共管理、服务等资源，促进公共服务智能化、便利化。我们应创新地方政府、社会力量、社区居民等主体的合作方式，提升社区管理质量和水平，让社区居民生活更便捷、公共服务更贴心。

一、我国智慧社区的基本特征

随着大数据和人工智能的不断发展，智慧社区建设中的“智慧”

特征越来越突出，社区软硬件建设成效愈来愈明显，社区居民的归属感和认同感越来越强，基本建成了低成本、高效率的现代化社区。智慧社区相对于传统社区具有以下三个方面的特征：

1. 智能化。引进与互联网、物联网、人工智能等相关的基础设施，在社区安全运行的基础上确保工作人员投入其他工作。同时，社区可通过传感器等科技手段对该辖区采集的信息进行分类整理，找出其中存在的问题并提出相应的对策。除了在网上购物、查询交通拥堵等信息外，物业、水电和燃气等缴费都可以在网上实现，为居民生活提供了很大的便利性。

2. 紧密化。人与人交流交往是社区邻里互动的主要方式，也是相互增进情感的重要因素。过去一段时间，见面是传统社区中居民与居民间交流交往的重要方式，智慧社区则重于微信联系。如今，尽管居民之间的见面没有过去那么频繁，但相互之间的微信沟通却成为了常态，无需相互见面就可以解决问题。这有利于社区居民的团结合作，以及营造良好的社会氛围。

3. 个性化。一个社区的发展需要有自己的特色，人的发展和进步离不开自己所居住的社区发展。当代人的发展及其需求个性化，离不开智慧社区的发展和建设。个性化是智慧社区建设的重要因素，是未来社区建设的主要方向。在信息化时代，智慧社区建设的目的就是为居民提供更多更好的公共服务，切实满足居民的个性化需求，以此实现为社区居民提供优质服务的宗旨。

二、我国智慧社区建设的主要成就

在信息化和大数据背景下，我国积极推进智慧社区建设，打造数字社区，实现不同地区和部门数据共享，节约了彼此之间的资源。同时，为了方便居民办事，有的社区极力打造便民服务平台和掌上服务大厅，给居民提供在线缴费、社保查询、咨询投诉、医院挂号、违章查询等服务，实现了社区居民“不出门，可办身边事”的目标。

1. 社区硬件设施建设稳步推进。社区通过网络信息化手段，把家庭、服务机构和政府服务结合起来，方便社区居民生活，提升社区居民幸福感。为了实现“智慧社区”的主要目标，地方政府、街道办事处等机构主动为每个社区的工作人员配备一台电脑、扫描仪、打印机等办公设备，帮助他们解决互联网技术方面的难题，提高他们的工作质量和效率。同时，加快便民服务终端建设，为社区居民提供便捷服务。

2. 社区管理体系日益健全。随着经济社会快速发展，以居委会为主导的社区管理体制正在发生深刻变化，社区服务功能更加强化，辖区里增加了社工服务站、心理咨询室、图书室、活动中心等服务居民的窗口，解决居民八小时之外的消遣问题，给社区居民带来了不少欢乐。

3. 社区政务服务平台日趋完善。坚持“构建大格局、汇聚正能量”的理念，以打造民生服务和惠民商业服务为目标，积极搭建政务微信服务平台，形成社区服务、媒体服务、党政服务、便民服务等综合体

系；同时，按照智慧社区建设的基本要求，以便民服务为着力点，打造最贴近社区居民的服务平台，实现智慧家居、社区安全等线上功能在线下得以落地和体验。

4. 社区电子政务向基层延伸。当下，社区电子政务服务事项越来越具体，涉及的部门越来越多，如民政、社会保障、应急救援等，基本实现了信息共享和业务协同，提高了工作效率，减轻了社区工作人员的负担，解决了社区居民“办事难”的现实问题。在此基础上，各个社区利用互联网技术的优势特点，将政务公开、查询咨询、事项预约等服务推送给社区居民，并对养老、卫生、教育、就业等社区公共服务进行整合，实现社区服务线上与线下相结合。

三、当前我国智慧社区建设存在的主要问题

经过一段时间的实践探索，智慧社区建设从各个方面取得了一定成效，社区服务体系日趋完善，社区服务功能更加显现，社区居民之间的联系更加紧密，得到了地方政府及其相关部门的肯定。但是，智慧社区建设还存在一些短板和不足，迫切需要加以改善和解决。

1. 社区建设指导体系缺乏有效性。目前，上海、浙江、江苏、广东等经济发达地区已经开展了智慧社区建设试点工作，但智慧社区尚未形成具有普遍适用的体系架构和标准，各社区之间存在着资源条件不一致、信息化水平不均衡等问题，导致智慧社区建设相对滞后。比如有的地方盲目跟风，缺乏地方特色，居民知晓率不高和缺乏其他主体协同参与，致使智慧社区建设的效果不明显；有的不能很好地结合

本社区的实际情况，操作性不强，忽略社区公共设施利用率，浪费了社区的人力、物力、财力。

2. 居民对智慧社区建设的参与度低。虽然智慧社区已建立了政务服务平台，但居民的参与度相对偏低。一方面，居民对智慧社区的关注度不够。据调查问卷显示，41%的居民对智慧社区不了解，有44.6%的居民不熟悉其建设内容，其中了解智慧社区建设的居民占16.3%；另一方面，居民对智慧社区建设的参与热情不高。有30%的居民从不参加社区活动，经常参加活动的占24%。

3. 社区建设主体缺乏有效的协商合作。智慧社区建设是一项复杂的系统工程，离不开行政主体和市场主体的通力合作，其中包括政府部门、街道办事处、社区居委会、社会组织、居民等诸多主体。市场主体拥有先进的信息技术，愿意帮助社区工作人员减轻不必要的工作负担，以此提高社区的工作效率和服务质量。居民个体平时工作忙，很少时间和精力参与社区建设或其他公益活动，但有很多与自身利益相关的现实问题需要社区工作人员来解决。在智慧社区建设主体协作时，政府一直是社区建设事务的绝对主导者，其他主体是被动参与的，造成主体之间难以形成密切的合作伙伴。

4. 社区的互联网专业技术人才缺乏。互联网专业技术人才乏力是制约智慧社区建设的最大因素。以往的传统社区管理对工作人员的要求并不高，但在智慧社区建设时代，社区工作人员除了掌握一般的管理知识之外，还需要掌握一定的互联网知识及其技术，以适应网络信

息化建设的需要。如今我国智慧社区建设有待进一步加强，急需各行各业的人才尤其是互联网专业技术人才为社区发展注入新鲜血液，而一些社区工作人员对互联网知识及其技术掌握不充足，将严重阻碍智慧社区建设步伐。目前，社区现有工作人员承担着大量的行政性工作，有些工作人员的专业技术水平达不到智慧社区建设的水准，迫使社区工作人员亟需提升自己的互联网专业技术能力及其他现代管理能力。

四、推进我国智慧社区建设的对策建议

目前，我国正处于新型城市化发展阶段，城市智慧化、精细化管理的要求越来越高，社区组织必须寻求更便捷更优质的方式方法。

1. 明确基层政府责任。智慧社区是智慧城市的重要组成部分，必须全方位进行建设。围绕智慧社区建设中“天”“地”“人”万物互联的核心问题，成立智慧社区建设工作领导小组，地方政府的主要领导担任组长，负责诸如智慧社区建设的指导规划、制定标准、组织协调、监督检查、考核评价等各项工作。制定智慧社区建设的具体计划和实施细则，并将相关责任落实到每个社区工作人员，以此确保各项工作取得实效。

2. 健全社区管理体制。建立完善的管理体制是推进智慧社区建设的重要保障，也是社区责任主体协同治理的重要前提。社区管理体制是社区居委会为了实现社区发展目标和社区工作规划，实施管理的组织体系和运转模式。在智慧社区建设中，政府应把握社会力量参与的界限和责任，发挥社会力量的重要参与主体作用；在党政信息平台

公共基础数据库支撑下，确保政府在坚持以人民为中心的前提下面向社区居民和社会力量。

3. 拓宽居民参与渠道。一方面，促进社区居民普遍参与。在最大范围内听取和征集社区居民意见，培养社区居民的责任意识和公民意识。鼓励和支持社区居民在线上发表自己有关智慧社区建设的意见，通过智慧社区政务平台、微博官网、微信公众号等载体，了解社区居民的真实想法。另一方面，听取专业人士的意见。通过召开智慧社区建设交流会和论证会，听取具备参与能力的居民代表、社会组织代表的建议，然后分析社区居民的各种诉求，实现社区居民从普遍参与向干实事的实质性参与转变。

4. 发挥政府指导作用。智慧社区建设离不开政府的参与，需要发挥政府的主导作用。智慧社区建设的目标就是在政府的指导下，激发各主体参与热情。一方面，加大智慧社区建设宣传力度。利用新兴媒体和传统媒体向民众宣传“智慧社区”的相关知识及政策，让社区居民理解党委政府的用心良苦。另一方面，制定参与主体细则。智慧社区建设的细则包括有哪些参与主体，怎么处理好参与主体间的关系，通过这些细则的推广实施，促使各参与主体主动参与到智慧社区建设中去。

5. 创新人才建设模式。人才是智慧社区建设的推动力量，也是社区建设的主力军。一是要强化培训工作。由所在街道办事处牵头，举办社区工作者培训班，对社区工作者进行互联网知识培训，提升他们

的综合素质。二是要推进智慧社区绩效考核制度化。政府要定期或不定期对智慧社区建设任务完成情况进行督促检查，及时向街道办事处、居委会等有关部门通报智慧社区建设的各项任务完成时效。三是要调动社区志愿者积极性。要发动本辖区的党员、老年人和未成年加入志愿者队伍中，尤其是针对未成年人学习能力强、寒暑假休息等特点，鼓励他们参加智慧社区的宣传服务。

大数据可促进智慧社区良性发展

经过多年的发展，在中国，终端数据化及其普及已经非常明显，另外中国是网民大国，将来大数据的产生，仍然是以人为中心的，现在的网民数量是 10.12 亿，将来会继续增长，13 亿多网民产生的大数据是任何国家都无法比拟的。

大数据分析简单概括说，就是基于管理或商业目的，按照目标要求进行收集、整理、加工和分析数据，从庞杂的各类数据中提炼有效信息的一个过程。一方面对于政府管理来说，他可以降低信息在政府各部门间的高效利用，降低管理成本和人员成本。

另一方面对于企业来说，同样可以提高企业效率，降低运营成本。大数据分析可以概括总结为六个阶段，即：数据分析目的与框架、数据采集、数据处理、数据分析、数据可视化展现和数据报告等 6 个阶段。那么，对于城市最基层的社区来说，大数据分析的作用又有哪些呢？

主要的作用有四个：

一是整合社区的地理信息和人口数据、社区周边企业法人信息数据，结合线下、物联网和互联网配合采集的信息数据录入方式，在智慧社区平台上建立一个实时数据库。有了这样一个整合性的数据库，打破了现状下各部门信息孤岛，对于管理社区的政府来说，社区管理的准确性、实时性、条理性、可统计性将大大提高。

二是以数据为基础，通过智慧社区大数据库，建立一个政府、社会、小区居民畅通的沟通渠道。如通过智慧社区的舆情与百姓意见的数据分析，我们可以知道目前政府管理的薄弱环节，使我们政府管理有的放矢，降低影响社会的不稳定性因素，把问题在基层和萌芽期就化解掉。

三是利用智慧社区大数据平台建立应急呼叫平台，为社区空巢、孤寡老人等群体提供最及时最贴心的便捷服务。通过建设社区老人的健康数据，使得社区的养老服务可监管、可追溯、可查询、可分析，同时也是城市人口健康大数据的重要来源，因为具有数据采集样本丰富、涵盖比率高的优势，所以社区健康数据的来源具有其他系统数据库所不具有的优势。

四是智慧社区还包括了社区居民消费服务等有巨大商业价值的消费大数据，这对于服务型行业来说其商业价值同样是不可估量的。大数据可以发掘潜在需求，商家在你还“未进行消费服务”的时候就已经为你在恰当的时间准备好了。

随着移动互联网、物联网、云计算等新一代信息技术的不断成熟

与普及，产生了海量的数据资源，人类社会进入大数据时代。大数据不仅增长迅速，而且已经渗透到各行各业，发展成为重要的生产要素和战略资产，蕴含着巨大的价值。

[返回目录](#)

2025 年建成 5000 个智慧社区，解决方案全面助力

来源：道普信息

当今，信息技术创新日新月异，数字化、网络化、智能化深入发展，智慧城市成为普遍开展的项目之一。作为智慧城市的重要组成部分，智慧社区成为试点项目的一大亮点。通过国家政策引导和各地创新，我国智慧社区建设迎来发展关键期。

顶层战略利好，智慧社区建设全面铺开

国家和地区相继颁布了《“十四五”规划和 2035 年远景目标纲要》《中共中央国务院关于加强基层治理体系和治理能力现代化建设的意见》《“十四五”城乡社区服务体系建设规划》《关于深入推进智慧社区建设的意见》（以下简称《意见》）《山东省“十四五”数字强省建设规划》（以下简称《规划》）等，都对充分应用大数据、云计算、人工智能等信息技术手段推进智慧社区建设提出过明确要求。

其中《意见》提出，到 2025 年，基本构建起网格化管理、精细化服务、信息化支撑、开放共享的智慧社区服务平台，初步打造成智慧共享、和睦共治的新型数字社区。

《规划》明确到 2025 年建成 5000 个左右的智慧社区(村居)，2022

年建成 1500 个左右的智慧社区(村居)。

智慧社区难点痛点亟需突破

存在现象

1. 行业发展现象

一是信息化建设忽略社区诉求。缺乏统筹规划，社区数字服务设施不健全，信息化支撑基层自治能力和社区共治能力尚需提升，社区社会矛盾纠纷调处化解的信息采集和反映社情民意的渠道功能发挥不足，部分信息化系统建设在社区层级存在重复填报情况，不能够满足居民生活日益发展的需求。

二是社区信息化基础偏弱。体制机制不顺畅，相关人才队伍欠缺，可持续的信息化建设运营模式尚未形成。

2. 工作推动现象

一是智慧社区试点状分布，聚集带动效应不明显。

二是智慧社区建设数量多，精细化管理推动难。

三是涉及相关业务综合，专业化要求高。

四是工作重要性强，流程合规要求高。

主要原因

一是智慧社区建设自身建设复杂、涉及面广，信息化建设以社区为主体无论基础还是支撑人员都比较弱，与信息化集约建设、大数据体系人员较少形成矛盾。

二是智慧社区工作在大数据体系缺乏很好抓手。

解决方案助力智慧社区运营全面赋能

以“1 统筹 1 勘察 2 主抓”为核心轴线，充分引导各方面的资源向基层延伸。面向全市智慧社区建设发展，以试点工作为引领，加强整体工作统筹，有效提升群众生活的幸福感和获得感，为激活社区治理“神经末梢”和畅通社区服务“最后一公里”提供新的思路 and 方案。



智慧社区发展水平提升解决方案

[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