

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第48期

(11.28-12.04)

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。)

• 带量采购 •

[▶ 国家组织冠脉支架集采接续采购结果出炉!](#) (来源：经济参考报)

——第 7 页

【提要】11月29日，国家组织冠脉支架集采协议期满后接续采购在江苏常州开标，产生拟中选结果。本次接续采购首次探索在全国范围统一开展接续工作，共3696家医疗机构参加，采购量约178万个。与上一轮集采相比，本次接续采购中选价格总体保持平稳，参加的医疗机构增加40%，支架采购量增加30%，中选企业增加2家，中选产品增加4个，品种更加丰富，供应更有保障，冠脉支架集中带量采购的成果得到巩固。

[▶ 冠脉支架集采到期，接续采购将如何开展?](#) (来源：中国医疗保险) ——第 12 页

【提要】随着2年的采购周期即将结束，近期国家联采办发布公告，于11月29日开展国家组织冠脉支架集中带量采购协议期满后接续采购。冠脉支架集采完成情况如何?本次接续采购如何开展?又有哪些特点?针对这些疑问，中国医疗保险对中国药科大学国际医药商学院教授路云进行了专访，解读冠脉支架接续采购将如何开展。

• 医院管理 •

▶ [DRG 付费下，医院如何保持适当结余、实现可持续发展？](#)（来源：

《中国医院》杂志）—第 19 页

【提要】近年来，取消药品耗材加成、带量采购、DRG 医保支付方式改革等政策不断落地，医改进入深水区。公立医院积极探索高质量发展的可行性方案，通过提质、降本、增效，减轻医院内部经济运行压力和政府的民生负担，依靠医院自身结余管理，建立可持续发展的运营之路，实现社会效益和经济效益的有机统一。公立医院在全国医疗体系中具有规模优势，作为国家医疗卫生健康事业发展的主力军，其经营状况的好坏，直接影响整体改革步伐和发展方向。

▶ [病案首页为何如此重要？3 点因素给出答案](#)（来源：无界进修）—第 28 页

【提要】病历管理不规范，导致百万赔偿；因主要诊断与手术操作不匹配入错组，医院亏损 1800 万元；医疗机构因病案首页数据问题被通报并取消等级评审资格……如此种种，大家应该都有所耳闻，深度剖析诸多此类事件背后问题症结，那就是病案。现今，病案信息数据质量长期被忽视带来的危害逐渐显现，已然成为医疗信息化建设的短板，严重制约医疗整体发展能力提升，直接影响医院业务收入，病案首页质量已引起医院管理者的高度重视。

• 医保监管 •

▶ [提高奖励金额、畅通举报渠道.....医保基金监管又出新办法！](#)（来

源：人民日报）——第 31 页

【提要】近日，国家医保局、财政部联合制定《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》（以下简称《奖励办法》），对举报奖励制度的目的依据、适用范围做出规定，同时明确奖励的原则、条件、标准、发放、领取、兑付、收回等内容，充分体现了在深化有奖举报制度、鼓励群众参与监督等方面的考虑。办法将于 2023 年 1 月 1 日正式施行。

[▶ 以案说法 | 重复使用一次性医用耗材并造成医保基金损失，如何定性与处罚？](#)（来源：佛山市医疗保障局）——第 35 页

【提要】“一次性医用耗材重复使用”在医疗界中已是老生常谈的话题，这其中牵涉到法规、成本经济、医患关系、消毒等一系列问题。该现象在医疗保障飞行检查及日常监管也较为常见，主要涉及的一次性医用耗材有超声刀、电刀、消融针、超声耦合剂等。

• 医疗改革 •

[▶ DRG 付费改革下，医疗机构该如何适应？](#)（来源：国家医疗保障局）——第 42 页

【提要】DRG 医保支付方式改革是党中央、国务院作出的关于医疗保障制度建设的重要决策部署。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革意见》强调“医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排”，要求“推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推广按疾病诊断相关分组付费”。在推

进 DRG 改革过程中，准确认识 DRG、合理使用 DRG 是很有必要的。本文对当前大家普遍关心或者容易产生认识误区的问题进行了梳理，供大家参考。

[▶ 医教研协同发展 不断提升区域医疗服务引领水平](#)（来源：健康中国观察）——第 46 页

【提要】习近平总书记在中国共产党第二十次全国代表大会的报告中明确要求要“推进健康中国建设，把保障人民健康放在优先发展的战略位置”。近年来，攀枝花市委、市政府高度重视卫生健康事业发展，在攀枝花市第十一次党代会上明确提出了高水平打造川西南、滇西北区域医疗健康中心的目标。攀枝花市卫生健康委紧紧围绕健康中国、健康四川和省委“一千多支，五区协同”战略部署，立足打造现代化区域中心城市定位，紧扣市委构建“三个圈层”战略，以名医、名科、名院为主要抓手，医教研协同发展，区域服务引领水平不断提高。

• 地方精彩 •

[▶ 奋楫笃行 守正创新 统筹推进“健康唐山”建设实现新跨越](#)（来源：唐山市卫生健康委）——第 52 页

【提要】近年来，唐山市始终以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻落实健康中国战略，坚持党委领导、政府主导，全民参与、共治共享原则，创新工作机制，凝聚工作合力，健康唐山建设不断取得新的成效，为党的二十大献礼。

[▶ 高质量推进健康中国杭州样板建设](#)（来源：杭州市卫生健康委）

——第 58 页

【提要】人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。“大健康”的高质量发展，是实现健康中国的关键所在。杭州市卫生健康系统干部职工责无旁贷，将以党的二十大精神为统领，深入贯彻实施健康中国战略，牢固树立“以人民为中心”的发展思想，围绕红色、和谐、民本、数智、高能、活力等六个关键词，全域加快高质量发展步伐，全力破解关键性难题，全面推进现代化治理，全方位全周期保障人民健康，把党的二十大报告绘就的“健康中国”宏伟蓝图转化为杭州卫生健康系统的生动实践！

-----本期内容-----

• 带量采购 •

国家组织冠脉支架集采接续采购结果出炉！

来源：经济参考报

11月29日，国家组织冠脉支架集采协议期满后接续采购在江苏常州开标，产生拟中选结果。本次接续采购首次探索在全国范围统一开展接续工作，共3696家医疗机构参加，采购量约178万个。共10家企业的14个产品获拟中选资格，既包括美敦力等知名跨国企业，也有上海微创等内资企业，企业中选率达91%。平均中选支架价格770元左右，加上伴随服务费，终端价格区间在730元至848元。

与上一轮集采相比，本次接续采购中选价格总体保持平稳，参加的医疗机构增加40%，支架采购量增加30%，中选企业增加2家，中选产品增加4个，品种更加丰富，供应更有保障，冠脉支架集中带量采购的成果得到巩固。

据悉，国家医保局将会同有关部门指导联采办和各地区做好中选结果落地实施工作，确保全国患者于2023年1月用上接续采购的中选产品。

两年协议期将满

冠脉支架国家集采成效显著

2020年11月5日，国家组织冠脉支架集中带量采购结果在天津

开标，这是第一次高值医用耗材的全国集采，采购协议期为两年。最终产生拟中选产品 10 个，共涉及国内、国际 8 家企业，真正实现了以国内市场循环为主体、国内国际相互促进的双循环格局。产品平均价格从 1.3 万元左右下降至 700 元左右，与 2019 年相比，相同企业的相同产品平均降价 93%。

为了让广大患者能够顺利用上降价的支架，2020 年 12 月，国家医保出台《关于国家组织冠脉支架集中带量采购和使用配套措施的意见》，对中选冠脉支架的采购平台挂网、配送工作、医保基金预付、医保支付、医疗机构激励约束等配套措施都做出了明确规定，全方位、全流程保障冠脉支架集采中选结果能够平稳落地实施。自 2021 年 1 月起，全国各省份陆续用上了降价后的冠脉支架。根据官方数据，仅 2021 年 1—8 月，全国医疗机构共使用中选产品 110 万个，使用总量已超过全国全年协议采购量。截至 2022 年 10 月底，共采购中选支架 320 万个，达协议期约定采购量的 1.3 倍。支架价格的大幅降低极大减轻了患者的医疗负担。据北京市测算，集采后接受支架植入的患者平均个人负担下降 1 万元。同时，很多原本用不起支架、用不起铬合金支架的群众也用上了“质优价宜”的铬合金支架。

在为患者提供实惠的同时，冠脉支架集采也为推动医疗机构和耗材产业的高质量发展带来了一系列积极影响。从医疗机构的角度，耗材价格的降低将有助于医疗服务价格回归医生的价值本身。通过集采挤压心脏支架的不合理利润空间，也最大限度减少了医疗腐败的空

间。并且，冠脉支架集采后，部分原来冠脉支架植入手术收费标准较低的省份上调了收费标准，叠加医保支付结余留用、支付方式改革等机制，相关科室医务人员在工作量稳定的情况下阳光收入有所提高。从耗材产业发展的角度，集中带量采购有效治理了价格虚高问题，净化了流通环节，优化了营商环境。通过大幅压缩高值耗材企业此前用于推广、销售方面的费用，改变“重销售、轻研发”的局面，让企业可以把更多资金、精力投入到研发上，积极推动自身创新发展。

高值耗材国家集采续约“第一单”

为地方打造“国家模板”

11月9日，国家组织高值医用耗材联合采购办公室(以下简称“联采办”)发布公告，明确因国家组织冠脉支架集中带量采购协议期将于2023年1月到期，将由各省(自治区、直辖市)、新疆生产建设兵团组成采购联盟，委派联采办统一组织开展接续采购，并由天津市医药采购中心承担日常工作并具体实施。

自国家医保局成立以来，国家层面已经对药品开展了7批集采，对冠脉支架、骨科等高值医用耗材开展了3批集采。各地也广泛开展了省级和区域联盟集采，中选产品显著降低患者就医负担。随着地方积极推进医用耗材集中带量采购，各地陆续面临着产品接续问题。此次冠脉支架接续采购为高值耗材国家集采的首次续约，坚持“带量”原则，着眼于稳价格、稳供应、稳预期，探索了适用于集采协议期满后接续的采购规则。随着集采的深入开展，将会有越来越多的集采产

品面临采购周期到期的情况，集采到期后的接续工作如何进行，可以从此次国家集采冠脉支架的接续采购获得方向性参考。

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理兼价格招采室主任蒋昌松对“中国医疗保险(ID: zglybxzss)”表示，本次续约采购有三个方面亮点：一是医院报量更积极。与两年前相比，参加本次接续采购的医疗机构数量增加了 50%，支架需求量增加了 70%，带量采购比例提高到 95%。二是企业预期更稳定。本次接续采购简化了采购规则，规定报价不高于最高有效申报价即可获得拟中选资格，即冠脉支架 798 元、伴随服务 50 元，最大限度地保障了企业均能够获得中选资格；采购周期从 2 年变为 3 年，一次性为 11 家企业带来近 50 亿元的大订单，保证市场格局在更长一段时间内的稳定。三是量价挂钩更明确，按报价从低到高排序，把拟中选产品分为 A、B、C 三类，价格越低获得的分量比例越高，且可获取到的待分配量越多。

值得注意的是，不同于此前已开展的国家组织药品集采续约采取各省自行开展的工作方式，而本次冠脉支架续约创新性地选择由国家统一组织开展的方式。对此，中国药科大学国际医药商学院教授路云近日在接受“中国医疗保险(ID: zglybxzss)”的采访中指出，这种统一的接续采购模式有 4 大优势：一是节约行政成本，可以减少各地政府重复劳动，提升行政效率，同时在一定程度上降低企业四处投标的成本；二是加大规模效应，基于“量价挂钩”的原则，由国家组织可以提高采购方的议价权，增大以量换价的筹码，鼓励企业降价；三

是规范续约工作，尽可能减少地方接续不规范、不统一的情况，并为后续接续工作提供参考与借鉴意义；四是稳定价格水平，冠脉支架采购无“选省”规则，各厂牌在全国范围内仅产生一个中选价格，由国家统一组织可以最大程度稳定价格水平，协调地方间的价格差异。

高值耗材治理持续推进

带量采购“任重而道远”

高值医用耗材市场高定价以及公立医疗机构“以耗养医”的现象存在已久，给患者带来了较大的经济负担。而集中带量采购是解决高值医用耗材价格虚高、改善行业生态最有效的方法之一。《治理高值医用耗材改革方案的通知》和《深化医疗保障制度改革的意见》等文件均明确要求，对临床用量较大、采购金额较高、临床使用较成熟、多家企业生产的高值医用耗材开展集中带量采购，鼓励医疗机构联合开展带量谈判采购，积极探索跨省联盟采购。2021年6月，国家医疗保障局等8部门联合印发《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》，为规范我国高值医用耗材集中带量采购工作进一步指明了方向，也为后续高值医用耗材带量采购的常态化、制度化奠定了基础。

具体实施层面，在今年2月国务院新闻办召开的“深化药品和高值医用耗材集中带量采购改革进展”国务院政策例行吹风会上，国家医保局相关负责人曾明确指出，包括国家集采和地方集采，平均每个省份集采的高值医用耗材已达到了3种，力争今年年底前能覆盖到5

个品种。目前，所有省份均以独立或联盟形式开展医用耗材集中带量采购，覆盖导引导丝、骨科创伤类、吻合器、补片、胶片、冠脉球囊、人工晶体等医用耗材。国家医保局未来将在国家和地方两个层面协同推进高值医用耗材集中带量采购工作，根据耗材特征“一品一策”精心组织，进一步完善医保支付标准政策，引导医生及患者优先使用集采中选产品，促进医用耗材市场价格形成。

[返回目录](#)

冠脉支架集采到期，接续采购将如何开展？

来源：中国医疗保险

2020 年，国家医保局组织开展首次高值医用耗材全国集采，产品均价从 1.3 万元降至 700 元左右，平均降幅高达 93%。自 2021 年 1 月起，全国各省份陆续用上了降价后的冠脉支架，冠脉支架迈入“千元时代”，大大减轻了患者的就医负担。

随着 2 年的采购周期即将结束，近期国家联采办发布公告，将于 11 月 29 日开展国家组织冠脉支架集中带量采购协议期满后接续采购。冠脉支架集采完成情况如何？本次接续采购如何开展？又有哪些特点？针对这些疑问，中国医疗保险对中国药科大学国际医药商学院教授路云进行了专访，解读冠脉支架接续采购将如何开展。

中国医疗保险：冠脉支架集采落地两年来，全国使用情况如何？支架集采对心血管领域有哪些改变？

路云：

作为耗材集采第一单，冠脉支架于 2021 年 1 月开始执行中选结果。2021 年 1-8 月，医疗机构共使用中选产品 110 万个，就已完成全年协议采购量。在第一个协议期内，医疗机构共使用了 169 万套中选冠脉支架，达到全年协议采购量的 1.6 倍，为全国节约费用超 179 亿元，充分发挥集采成效，切实降低了群众负担。

从临床来看，集采推动了经皮冠状动脉介入治疗(PCI)手术在短期内快速放量，根据有关数据显示，2021 年中国 PCI 手术量相比 2020 年增长超 40%。作为首个集采产品，冠脉支架从均价 1.3 万元左右下降至 700 元左右，冠脉支架费用显著降低，患者对 PCI 手术的可负担性大大提升，加速了 PCI 手术的普及；同时，一些以往受限于手术费用总额控制的医院也更有动力去学习与开展 PCI 手术。

在心血管领域，集采不仅推动了支架价格回归合理水平，同时也提升了 PCI 手术质量、加速了支架产品迭代升级，并给予了创新技术发展空间。首先，在集采前，冠脉支架的费用是 PCI 手术中器械费用的主要组成部分，占整个手术费用的 30%以上，集采则优化了 PCI 手术的成本结构，使得耗占比降低，人力成本有所提升，促进了医疗服务水平向更高水平发展。其次，此次采购的冠脉支架材质为铬合金雷帕霉素及其衍生物，是冠脉支架中使用最广泛、临床认可度最高的一组产品，中选支架的铬合金使用率达到了 95%，原占三分之一市场的不锈钢材质基本被迭代，加速了支架的技术更新；此外，PCI 手术例数的增加也催生了一系列创新技术的发展，如血管内超声(IVUS)集采

后的使用量也得到了明显增加，大大提升了支架置入的效果，减少了不良事件的产生。

中国医疗保险：之前的国家组织药品集采，在采购协议到期后由各省自行开展接续采购工作，而作为耗材第一单，本次冠脉支架接续采购为何由国家统一组织开展？

路云：

据接续采购文件数据显示，本次冠脉支架接续采购共有 3696 家医疗机构参与报量，比上一轮增加了 1288 家，医疗机构共填报支架需求量 186.5 万个，较上一轮集采需求量增加 53 万个，体现出医疗机构对集采政策的高度认同。为了保障患者的就医负担不增加，本次接续采购将有国家联采办统一组织开展。我认为国家统一开展接续采购有以下四大优势：

一是节约行政成本

随着地方积极推进医用耗材集中带量采购，各地陆续面临着产品接续问题，由国家统一组织开展冠脉支架接续工作可以减少各地政府重复劳动，提升行政效率，同时在一定程度上降低企业四处投标的成本；

二是加大规模效应

基于“招采合一，量价挂钩”的原则，由国家组织可以提高采购方的议价权，充分体现规模效应，增大以量换价的筹码，鼓励企业降价；

三是规范续约工作

国家尚未针对国家组织医用耗材集中带量采购协议期满后接续工作颁布专门政策文件，因此由国家开展可以尽可能杜绝出现地方接续不规范、不统一的情况，并为后续接续工作的开展提供参考与借鉴意义；

四是稳定价格水平

冠脉支架采购无“选省”规则，各厂牌在全国范围内仅产生一个中选价格，由国家统一组织，可以最大程度稳定价格水平，协调地方间的价格差异，保证各地处于同一个价格水平。

中国医疗保险：除了由国家统一开展之外，本次冠脉支架接续采购还有哪些特点？

路云：

一是，中选规则简明易懂，通过分量规则倒逼企业竞价抢量

本次接续采购简化了采购规则，规定报价不高于最高有效申报价即可获得拟中选资格，最大限度的保障了企业均能够获得中选资格。在简化接续规则的同时，又通过梯度分配约定采购量促进企业充分竞争，充分发挥集采“量价挂钩，以量换价”的效应，引导企业合理降价以获取更多的约定采购量。

在分配采购量时，将存在关联关系的企业作为一个整体与其他企业竞争采购量，为申报企业创造了公平合理的竞争环境。首先，有多个产品的企业，选择价格最低的2个产品进行排名，前40%的产品为

A类，可获得95%的意向采购量；40%-70%的为B类，可获得85%的意向采购量；其他为C类，可获得65%的意向采购量。通过将各企业价格最低的2个产品进行排名划分A、B、C产品区间，提高了产品进入A类区间的门槛；其次，对其余的产品则按照实际排名进行分量，对中选顺位靠前的企业予以倾斜，对中选顺位靠后的企业适当约束；最后，保障A类产品分待分配量的比例，即分配给A类产品的量不低于待分配量的50%，实现冠脉支架“量价挂钩，以量换价”，充分发挥带量采购的政策效应，在保障企业中选的基础上促进企业充分竞争。

二是，三年的采购周期既稳定了中选企业预期，同时为未中选和 新产品设置快速准入通道

基于44号文对接续工作“引导社会形成长期稳定预期”的政策要求，以及冠脉支架采购平稳运行的成功经验，冠脉支架接续将采购周期由2年延长至3年，一方面降低了再次开展接续工作的频率，节约行政成本；另一方面引导企业形成长期稳定预期，保证市场格局在更长一段时间内的稳定，促使企业能够将一部分时间与精力投入到研发创新中。

由于采购周期的延长，冠脉支架接续对每一周期续签工作制定了精细化规定，对医疗机构需求总量以及中选企业需求量作出规定，允许需求量在同一企业不同产品间倾斜，适当放松了对中选厂牌需求量的限制。这主要是由于冠脉支架接续简化了未中选产品与新获批产品的进入通道，未中选产品与新产品只要接受最高有效申报价，即可在

下一协议期内参与集采，无需再次开展接续工作，极大的简化了接续流程，节约了行政成本。同时也给予了未中选产品充分机会，缓解了新获批产品赶不上国采的困境，推动临床使用向更高技术水平发展。

三是，新增伴随服务报价，价格组成更加精准合理

冠脉支架接续在报价内涵中明确了伴随服务这一项要求，医疗机构须按照“含伴随服务”的中选价格向患者收费，伴随服务的价格不得高于 50 元/个。新增伴随服务报价使得价格组成更加精准合理，同时也提高了企业供应的积极性。首先，伴随服务与产品分别报价，提高了价格精度，为企业创造了更加公开透明的市场竞争环境，进一步保障了企业的合理利益；第二，明确伴随服务包括必要的使用指导以及操作培训等内容，规范伴随服务质量标准，保障临床使用的稳定性；第三，保障医疗机构需求，提高企业提供伴随服务的积极性。

四是，约定采购量比例提升至 95%，增加以量换价筹码

冠脉支架采购在第一个采购协议期内合同完成情况良好，且中选企业供应充足。因此，在开展冠脉支架接续工作时，将约定采购量比例由 80%提升至 95%，考虑将更多的量纳入集采，以增加以量换价的筹码。

将约定采购量比例提升至 95%，主要基于以下两个考量：首先，冠脉支架采购平稳运行了两年，中选支架得到了临床的广泛认可。此次接续共有 3696 家医疗机构参与报量，相比第一批集采增加了 1288 家，医疗机构共填报需求量 186.5 万个，是第一批集采的 1.7 倍，体

现出医疗机构对集采政策的高度认同。其次，此次接续共有 11 家企业(包含 19 个注册证)参与，其中 9 个是第一批集采的中选产品，5 个是未中选产品，另外 5 个是第一批集采后新上市的产品，体现出企业对集采政策的积极响应。由此可见，在第一批集采后，中选支架得到了临床与市场的双重认可，冠脉支架接续将约定采购量比例提升至 95%，可以激励企业以更合理的价格参与集采，进一步减轻患者负担。

中国医疗保险：本次接续最高有效申报价是如何设定的？与上次集采相比，本次接续采购新增的伴随服务价格为何比人工关节低？

路云：

本次接续针对冠脉支架产品设置的最高有效申报价为 798 元/个，即第一批冠脉支架采购的最高中选价。首先，第一批冠脉支架集采平均降幅达 93%，共 10 个产品中选，淘汰了 16 个产品，冠脉支架价格在一定程度上回归了合理水平；其次，本次接续医疗机构报量是第一批冠脉支架集采的 1.7 倍，中选支架得到了临床的高度认可。基于以上原因，将本次接续最高有效申报价定为 798 元/个。

本次冠脉支架接续采购文件中规定伴随服务最高有效申报价为 50 元/个。根据有关数据披露，与人工关节相比，冠脉支架的伴随服务价格较低，一方面是由于耗材本身的产品特性，冠脉支架学习曲线较短，而骨科类耗材种类繁多且规格型号复杂，手术操作较为繁琐，需要企业提供手术跟台、器械消毒以及配送、管理、运营等全流程服务；另一方面是冠脉支架采购在平稳运行两年以后，中选冠脉支架逐

步得到临床与市场的双重验证，学术推广及市场培育教育工作等基本完成，医疗机构与中选产品适应期较短，企业投入的培训、操作等成本也随之降低。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG 付费下，医院如何保持适当结余、实现可持续发展？

来源：《中国医院》杂志

近年来，取消药品耗材加成、带量采购、DRG 医保支付方式改革等政策不断落地，医改进入深水区。公立医院积极探索高质量发展的可行性方案，通过提质、降本、增效，减轻医院内部经济运行压力和政府的民生负担，依靠医院自身结余管理，建立可持续发展的运营之路，实现社会效益和经济效益的有机统一。公立医院在全国医疗体系中具有规模优势，作为国家医疗卫生健康事业发展的主力军，其经营状况的好坏，直接影响整体改革步伐和发展方向。2020 年 12 月，国家卫生健康委、国家中医药管理局出台《关于加强公立医院运营管理的指导意见》，为公立医院如何以公益性和医院发展战略为导向，加强内涵建设，向精细化管理要效益，以适当结余为医院维持稳定运营、积蓄发展潜能、促进医院可持续发展等指明了方向。

医院结余构成分析

在 DRG 付费政策下，将因住院诊疗产生的医院结余分为医疗结余

和医保结余。医疗结余指医疗收入与成本之差，医保结余指 DRG 支付标准与医疗收入之差，医院结余为医疗结余与医保结余之和。医疗结余与医保结余的比较关系决定了医院结余的盈亏结果(表 1)。

情形	医疗结余	医保结余	比较关系	医院结余
1	盈余	盈余	医疗盈余>医保盈余	盈余
2	盈余	盈余	医疗盈余<医保盈余	盈余
3	盈余	亏损	医疗盈余>医保亏损	盈余
4	盈余	亏损	医疗盈余<医保亏损	亏损
5	亏损	盈余	医疗亏损>医保盈余	亏损
6	亏损	盈余	医疗亏损<医保盈余	盈余
7	亏损	亏损	医疗亏损>医保亏损	亏损
8	亏损	亏损	医疗亏损<医保亏损	亏损

对于一所医院而言，情形 1、2、3、6 下，医院结余有盈余，其中情形 1 和 2，一般出现在大型公立医院。这类医院医疗技术和运营管理水平领先，成本管控到位，资源利用充分，临床路径标准化程度高，实现了医疗结余和医保结余都盈余。情形 4、5、7、8，医院结余亏损，其中情形 7 和 8，一般出现在中小型或基层医院。这类医院接收和救治患者的能力有限，患者资源不足，选择余地较小，医院运行成本长期处于高位，相对容易进入收治并发症较多的患者会导致资源消耗过度，而不收又会造造成资源闲置的恶性循环中。

医院结余形成分析

医院结余推导的过程，是分析结余形成原因，找准管控着力点和相应运营对策的过程。在 DRG 付费政策之下，以某患者为例，将住院医疗服务产生结余的过程拆解如下(暂不考虑超支合理分担的部分)。

1. 基本公式

公式(1): 医院结余=医疗结余+医保结余;

公式(2): 医疗结余=医疗收入-医疗成本;

医保亏损时, 公式(3): 医保结余=DRG 支付标准-医疗收入;

医保盈余时, 公式(4): 医保结余=(DRG 支付标准-医疗收入) \times R,

其中 R 为医疗机构结余留用率。

2. 推导结果

当 $R=100\%$ 时, 推导出公式(5): 医院结余=DRG 支付标准-医疗成本。

当 $R < 100\%$, 且医疗收入 $>$ DRG 支付标准(即每权重医疗费用 $>$ 费率)时, 为医保亏损病例, 医院结余推导公式同公式(5)。

当 $R < 100\%$ 且医疗收入

3. 结果分析

医疗机构医保结余留用率为 100%。此时, 医疗成本是医院可控的唯一变量, 提高医疗成本的管理水平和管控力度是获取医院结余的首要及主要措施。做好项目成本管理、DRG 病组成本管理和动态监管, 并将项目和 DRG 成本测算结果作为内部资源分配、新增项目定价、收费价格调整和 DRG 付费标准谈判的重要依据, 为医院内部精细化管理和争取外部支持打好基础。

医疗机构结余留用率低于 100%。此时, 医疗收入和医疗成本同为医院可控变量。一方面, 医疗收入的高低直接决定了该病组医保结余的盈亏情况; 另一方面, 医疗收入和医疗成本相互关联, 影响着医

疗结余。

(1)若医疗收入高于 DRG 支付标准，即为医保亏损病例，医院结余的盈亏由耗费医疗成本的高低决定。当医疗成本 $>$ DRG 支付标准时，医院结余为负，即医疗盈余不足以弥补医保亏损(表 1 中情形 4)或医疗结余和医保结余均呈亏损状态(表 1 中情形 7 和 8);当医疗成本

(2)若医疗收入低于 DRG 支付标准，即为医保盈余病例，此时医疗收入对医院结余的影响与医疗机构结余留用率呈负相关。医疗机构结余留用率越大，医疗收入对医院结余的影响越小。由公式(6)可得：
$$\text{医院结余}/\text{医疗收入}=1-\text{医疗收入成本率}+R\times(\text{DRG 支付标准}/\text{医疗收入}-1)$$
。当 $0<$ 医疗收入成本率 <1 时，医疗结余为正，此时医院结余呈盈余状态(表 1 中情形 1、2);当 $1<$ 医疗收入成本率 $<1+R\times(\text{DRG 支付标准}/\text{医疗收入}-1)$ 时，医疗结余为负，医院结余呈盈余状态，即医保盈余足以弥补医疗亏损(表 1 中情形 6);当医疗收入成本率 $>1+R\times(\text{DRG 支付标准}/\text{医疗收入}-1)$ 时，医疗结余为负，医院结余呈亏损状态，即医保盈余不足以弥补医疗亏损(表 1 中情形 5)。

4. 运营管理关注点分析

关注医疗收入成本率。当医保基金紧张，医保盈余不能完全归医院留用时，还要关注医疗收入成本率对医院结余的影响，厘清医疗收入和医疗成本的因果关系，避免资源配置不当导致收支失衡。

关注各 DRG 病组的内部结构。当合理结余仅部分归医疗机构留用

时，会出现每权重费用虽低于费率，但由于医保亏损金额>医保盈余归医院留用的部分，导致病组整体呈现亏损态势的情况，所以无论开展全院层面还是科室层面的 DRG 盈亏分析，都需将各病组内的盈余病例和亏损病例分开来看，找准盈亏原因，为决策提供正确依据。

关注亏损病组的数量和内涵。关注医疗内涵，深入剖析亏损原因，分清是医疗成本过高导致的亏损，还是自费材料收入纳入 DRG 支付导致的亏损。建立起问题解决机制，为医院内部加强医疗管理和外部医保谈判做好充分准备。

重视特异性分析。特异性分析是及时发现问题、解决问题的重要手段。通过对费用消耗指数或时间消耗指数异常患者的具体分析，查摆病组中是否存在医疗不足、不符合住院指征或存在大量非必要检查检验项目的情况，不断优化临床路径，提升医疗服务质量和效率，保障患者安全。

DRG 付费方式下

医院规模、医疗结余、医保结余的关系

在现行 DRG 付费方式下，形成医院结余的医疗结余和医保结余息息相关，紧密联系。要提高医保结余就要合理减少医疗行为，而减少医疗行为直接影响医院收入规模，进而影响医疗结余。那么，公立医院如何在维护其公益性的前提下获取合理结余？首先，应提高医疗服务收入占比，以知识创造价值，增加可支配收入，形成高质量的医疗结余。其次，减少药品、耗材消耗，增加医保结余，促进医保资金的

合理使用。第三，减少非必要的检查、化验收入。这是一把双刃剑，在增加医保结余的同时也会影响医疗结余的形成。

随着医改的不断深入推进，医保政策从增量向存量优化转变。政策的变革使医院获取合理结余的方式从追求收入增量转为以成本控制为核心，而获取结余方式的改变，倒逼医院转变运营管理理念和管理方式，从以床位数量和医疗收入作为医院发展目标的规模意识转向精细化管理和高质量发展，重视运营能力，完善评价体系，加强内涵建设，形成合理的收入结构和有效的成本控制，保持医疗结余和医保结余的动态平衡。医院通过业务梳理、资源配置和流程再造，将医疗业务、经济运行和运营管理深度融合，不断充实精细核算、精益管理、精准施策的管理理念，促进医院提质、降本、增效，争取社会效益和经济效益的双赢局面，以合理结余保障为人民提供公益性医疗服务的可持续性。

公立医院保持适当结余、实现可持续发展的运营对策

1. 转变运营管理理念和管理模式

医院应明确战略发展目标，建立适应 DRG 支付方式的新型运营管理体系。收入方面，以 DRG 评价指标为指引，通过资源配置式的全面预算管理和精细化成本核算，引导病种结构和收入结构调整，促进适应医院战略目标的学科体系建设和发展，依靠人才、技术获取更多数量的高权重患者，实现可支配收入增长。质量方面，以 DRG 病组为管理单元，通过转变绩效考核方向，引导临床一线聚焦标准临床路径下

的诊疗规范、医疗安全和治疗效果，重视质量管理和过程管理，实现医院内涵提升和高质量发展。成本方面，设置专科运营助理，通过业财融合下的精细化核算、分析和管理的，提高资源配置的合理性和使用的高效性，减少非必要消耗，以合理的成本费用获取适宜的运营效率。在收入、质量、成本等措施的合力下，实现医疗结余有盈余，保障可持续发展。

2. 建立科学的评价指标体系，对医院内部运营进行动态管理

在依靠规模产生效益的时代，医院大多以单一指标评价进行粗放式管理。而在 DRG 支付下，医院运营管理模式发生改变，评价方式也应随之变化。

公立医院绩效考核中的单一指标可以作为医院对外的主要成果展示，却无法对学科发展步伐、资源利用效率、病种结构调整、经济运行状况等进行客观、准确、综合的评价及动态管理，于是指标组合评价和评价结果修正思想迅速受到重视。CMI 和 DRG 组数相结合，可用于评价科室业务范围和医疗技术难度；出院均次费用和每权重医疗费用相结合，可用于考核医疗服务效率和资源使用效益，以及患者接受医疗服务的性价比；病组权重和结余相结合，可用于指导病种结构调整，促进分级诊疗；科室发展能力和成本控制能力相结合，可用于决策运营管理方向和资源配置倾向。多种指标组合方式为医院提供了不同视角的管理思路，横向、纵向和与标杆比较等评价方式为医院提供了不同维度的管理视角，有利于医院提升管理效能。

3. 加快智慧医院建设步伐，利用信息化手段提升管理效能

打造智慧医疗、智慧管理、智慧服务“三位一体”的智慧医院。建立知识驱动和数据驱动深度融合的智能化医疗管理体系，以大数据、云计算对临床进行业务指导、实时控制和智能预警，保障患者安全，提升医疗服务质量和资源使用效率。打造功能实用、信息共享、服务智能的智慧服务体系，改善患者就医体验，提高人民群众就医获得感。智慧医疗、智慧管理、智慧服务“三位一体”的智慧医院建设方案可有效促进医院实现资源共享，提升管理水平和效率，降低运营成本，增加合理结余空间。

4. 建立数据质量管理制度，实现数据资产化管理，持续提升信息化产能

随着信息化、数字化、智能化、智慧化的 IT 技术在医院建设中的广泛使用，数据已从原来单纯的存储备份转变成为分析、决策、目标制定提供依据的基本要素，与人财物技并重，成为医院精细化管理和可持续发展的重要战略资源。

2021 年，国家中医药管理局、国家卫生健康委联合印发《公立医院内部控制管理办法》，要求医院建立信息数据质量管理制度。医院应根据文件要求，建章立制，加强数据质量管理。一方面，通过不断修正改进以提高数据质量，形成数据治理和数据挖掘新思路，实现从数据收集到数据资源整合、再到数据资产管理的逐步升级，持续提升医院信息化产能。另一方面，在管理制度化信息化的同时，将制度

指标化、指标数据化、数据标准化，提高制度的可执行性和执行的可衡量性，秉持“用数据说话，用数据管理，用数据决策”的理念，将数据循证的管理思想运用到医教研防和运营管理的方方面面，促进医疗资源转化和医疗价值增值。

5. 提升流程管理能力，实现提质降本增效

流程管理的能力影响着医院的管理竞争力。在医院运营管理模式转型进程中，管理竞争力逐渐成为医院的核心竞争力，是医院能否实现管理出效益，完成高质量发展、可持续运营的重要因素。

流程管理能够促进医院战略目标实现和价值链整合，而流程优化的过程则是转变发展方向、优化资源配置、规范医疗行为、提升管理效能和运行效率的过程。服务患者方面，梳理医疗业务流程，建立临床路径等标准管理体系，根据治疗效果动态调整资源投入，减少过度医疗，实现医疗安全、治疗效果和诊疗效率的有序提升；梳理医疗服务流程，减少患者在诊室、检查室、手术室等服务过程中的等待时间，提升服务效率，缩短平均住院日。流程优化在保障医疗质量和安全的前提下，一方面要提高资源转化率，重视每份资源获得收益的能力；另一方面，应减少非增值作业导致的资源浪费，降低获取每份收入付出的成本。医院通过加强流程的合理性、收入的合规性和支出的必要性管理，从而获得合理结余，促进医疗事业稳步向前。

信息化系统上线的过程是将“管理制度化、制度流程化、流程表单化、表单信息化”的过程，也是流程梳理再造、数据互联共享的过

程。医院应以总体战略为指引、以运营管理为抓手、以问题和结果为导向、以信息系统为辅助支撑，围绕医疗业务和管理业务的运转情况和资源配置情况，建立业务执行标准和动态调整机制，不断优化业务流程，形成 PDCA 螺旋上升的管理模式，实现提质降本增效、获取合理结余、保障可持续发展的总体目标。

[返回目录](#)

病案首页为何如此重要？3 点因素给出答案

来源：无界进修

病案首页为何如此重要？

病历管理不规范，导致百万赔偿；

因主要诊断与手术操作不相匹配入错组，医院亏损 1800 万元；

医疗机构因病案首页数据问题被通报并取消等级评审资格；

.....

如此种种，大家应该都有所耳闻，深度剖析诸多此类事件背后问题症结，那就是病案。

现今，病案信息数据质量长期被忽视带来的危害逐渐显现，已然成为医疗信息化建设的短板，严重制约医疗整体发展能力提升，直接影响医院业务收入，病案首页质量已引起医院管理者的高度重视。

病案首页为何如此重要？

病案首页是整份病历的精华，病案首页数据是医院管理的基础，不仅关系医院等级评审、临床路径管理、单病种管理、医院服务质量

评价、医院绩效考核、医生职称评定等。同时通过分析病案首页数据还能够体现医院的诊疗技术水平,辅助卫生统计分析、医院病种分析、科研数据检索。

重要性主要谈三点:

1、为医院精细化管理提供信息依据

随着信息技术的发展,通过对病案首页的统计,我们可以了解该医院对于某种疾病治疗的时间、方法、费用,并且可以了解该地区某种疾病的发病率,治愈率和有效治疗方法。更加深入的统计,能够深入探究医院的整体情况,也可了解不同科室的数据和信息,对科室不同团队的耗材使用量、术后恢复时间等进行比对分析,它越来越成为了现代医院管理的一个重要的工具。

2、三级公立医院绩效考核重要数据来源

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	指标来源	指标导向
医疗质量	功能定位	日间手术占择期手术比例	定量	医院填报、病案首页(参考)	监测比较
		出院患者手术占比	定量	病案首页	逐步提高
		出院患者微创手术占比	定量	病案首页	逐步提高
		出院患者四级手术比例	定量	病案首页	逐步提高
	质量安全	手术患者并发症发生率	定量	病案首页	逐步降低
		I类切口手术部位感染率	定量	病案首页	逐步降低
		单病种质量控制	定量	病案首页	例数/费用 监测比较 住院日/死亡率 逐步降低
		低风险组病例死亡率	定量	病案首页	逐步降低

三级公立医院绩效考核指标体系中,55个指标中有24个是关于医疗质量,其中7个指标的数据直接来源于病案首页,占有所有指标的12.7%,占医疗质量指标的29.2%,病案首页重要性不言而喻。

3、病案首页质量影响医保支付

DIP 分组的两个核心因素是病案首页的诊断和手术/操作，医师是数据链第一关，也是最为关键的一关。而编码员则是病案首页质量的重要监测者，能正确理解医生填写的诊断、手术和操作，及时发现和修正病历存在数据不准确、填报信息不规范及异常数据。

如果病案首页缺少合理可靠的质量控制，那么 DIP 分组就有可能产生较大的差异，影响 DIP 病种的准确入组，从而降低医院的总分值，医保支付标准自然也降低。

DIP 错误入组的常见原因是遗漏手术/操作编码，下面为大家举例说明：

1、外科病例遗漏手术/操作

目录	原诊断和编码	修正后诊断和编码
主要诊断	I63.402 脑栓塞	I63.502 大脑动脉闭塞脑梗死
其他诊断	I65.203 颈内动脉闭塞	I66.002 大脑中动脉闭塞 I65.200 颈动脉闭塞和狭窄 J18.200 坠积性肺炎
手术操作	0.6301 颈动脉支架经皮置入术	00.6101 经皮颈动脉球囊扩张成形术 00.6301 颈动脉腔内支架置入术 88.4101 脑血管造影 31.2900x001 永久性气管切开术 96.7101 呼吸机治疗[小于 96 小时]
当地参考病种分值	253.3268	
医保平均支付费用	18027.78 元	101179.00 元

如上表，虽然病案首页填报颈动脉支架置入术，但漏填了其他多

项手术操作。遗漏术后气管切开和呼吸机支持治疗，导致进入低分值DIP组，影响医保付费。

2、内科病例遗漏治疗性操作

内科病例遗漏治疗性操作导致误入低分值病种的现象也很常见。如下图所示病例，主要诊断仅填报“脑梗死”，遗漏多项其他诊断及手术操作；结果导致患者实际花费总费用与医保支付费用相差巨大，给医院带来损失。

目录	原诊断和编码	修正后诊断和编码
主要诊断	I63.900 脑梗死	I63.902 大面积脑梗死
其他诊断		J18.200 坠积性肺炎 I10.x00x002 高血压 I65.200x001 颈动脉狭窄 I48.x00x022 心房颤动 E87.600 低钾血症
手术操作		31.2900x001 永久性气管切开术 96.7101 呼吸机治疗[小于 96 小时]
当地参考病种分值	80.9794	466.867
医保平均支付费用	5976.81 元	32721.05 元

[返回目录](#)

• 医保监管 •

提高奖励金额、畅通举报渠道..... 医保基金监管又出新办法！

来源：人民日报

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，违法违规使用基

金伤害的是人民群众的共同利益。打击违法违规不仅要出重拳，也要发动群众，鼓励社会各界参与基金监管。

近日，国家医保局、财政部联合制定《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》（以下简称《奖励办法》），对举报奖励制度的目的依据、适用范围做出规定，同时明确奖励的原则、条件、标准、发放、领取、兑付、收回等内容，充分体现了在深化有奖举报制度、鼓励群众参与监督等方面的考虑。办法将于 2023 年 1 月 1 日正式施行。

将所有违法违规行为纳入举报范围

最高奖励 20 万元

随着我国打击欺诈骗保的力度持续加大，“明目张胆”的骗保行为得到了有效遏制，部分骗保行为由台前转入幕后，逐渐向过度诊疗、超标准收费等违规行为转变。医保领域的违法违规问题手段更加隐蔽、造假更加专业、形式更加多样，仅仅依靠医保部门单方面力量，很难发现这些“穿上隐身衣”“躲进青纱帐”的变异骗保行为。

国家医保局成立以来，不断探索创新基金监管方式，积极鼓励和支持社会各界参与基金监管。2018 年 11 月，国家医保局会同财政部联合印发了《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》（以下简称《原奖励办法》），建立起对举报欺诈骗保进行奖励的制度。

目前，全国 31 个省（自治区、直辖市）和新疆生产建设兵团均建立了相应举报奖励制度，各级医保部门先后奖励举报人 2570 余人次，发放举报奖励近 500 万元，天津、浙江、广西等三省（区、市）单人次

获最高奖励 10 万元，根据相关群众举报线索查实并追回医保违规金额 1.58 亿元。

近年来，全国基金监管工作深入推进，基金监管领域的法律、法规不断完善，《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》等法规、规章相继出台，全面构建包括社会监督在内的立体式基金监管体系，同时明确将所有违法违规使用医保基金行为纳入举报范围。

此次发布的《奖励办法》是原办法的升级版，不仅明确把针对所有违法违规使用医保基金行为的举报纳入奖励范围，还结合各地实际情况，规定按照案值的一定比例给予举报人一次性奖励。同时，将奖励金额上限由 10 万元提升至 20 万元，并设置了最低 200 元的奖励金额下限。

畅通渠道、优化流程

方便人民群众参与社会监督

为方便群众举报，各级医保部门对外公布了互联网、电话、传真、邮寄等多种举报渠道，举报人可以根据自身实际，选择任何一种途径进行举报，均符合领取奖励的基本条件。

国家医保局有关负责人表示，在实际工作中，医保部门应当对接收的举报信息进行登记，对举报线索实施全过程管理，并严格按照《医疗保障基金使用监督管理条例》等有关规定进行处理，同时还应按照《奖励办法》相关规定简化流程、开辟便捷的奖励兑付渠道，最大限

度规范、方便举报人领取举报奖励。此外，为配合《奖励办法》的颁布实施，国家医保局专门在国家医疗保障信息平台开发运用了举报投诉管理系统，力求对各渠道举报线索进行全流程、全链条、全方位精准管理。一方面，对各地投诉举报实施全流程管理，避免群众举报“石沉大海”，确保凡举必查；另一方面，及时督导各地医保部门按时、足额发放举报奖励，确保应奖必奖。目前，该系统已在河北、浙江、江西三省开展试点，条件成熟后将在全国推广使用。

强化案件保密、信息安全

依法保护举报人的合法权益

社会监督，举报人最担心的就是个人信息被泄露，遭受打击报复。此次，《奖励办法》特别强调，依法保护举报人的合法权益，各级医保部门应当对举报人的信息予以保密，不得将举报人个人信息、举报情况等泄露给被举报人或者与办理举报工作无关的人员。

国家医保局有关负责人表示，在实际工作中，群众举报可以实名，也可以匿名。医保部门鼓励举报人实名举报，举报人实名举报的，举报时应提供本人真实身份信息和真实有效的联系方式。医保部门对实名举报人的信息予以严格保密。举报人匿名举报并且有领取奖励意愿的，可以在医保部门通知领取奖励后(举报时提供了真实有效的联系方式)，及时提供本人身份证明、银行账户等相关资料，以便医保部门核实后兑现奖励。针对匿名举报的奖励发放程序，各省级、市级医疗保障行政部门和财政部门在制定实施细则时，可作出具体规定。

严格举报查处、奖励审核

骗取奖励将被依法追责

高额举报奖励有诱惑力，如何遏制捏造事实的恶意举报行为？《奖励办法》明确，举报人应当对举报内容及其提供材料的真实性负责，捏造、歪曲事实，诬告陷害他人的，应当依法承担相关法律责任。

《奖励办法》规定，医保部门发放举报奖励应当进行严格审核，针对举报人通过伪造材料、隐瞒事实等方式骗取举报奖励，明确医保部门有权收回奖励并依法追究相关人员责任，以此促进人民群众依法举报、合法举报。

“医保和医疗从来都不是对立关系，二者相互依存、相互制约、协同发展，共同为维护人民群众身体健康而努力。”国家医保局有关负责人表示，我们在鼓励群众举报违法违规使用医保基金行为的同时，强调要依法保护定点医药机构的合法权益。针对相关举报线索，医保部门要全面核查、深入分析、去伪求真，既不能泛泛而查、浅尝辄止，也不能对被举报对象作有罪推定，更不能滥发、乱发举报奖励。

[返回目录](#)

以案说法 | 重复使用一次性医用耗材并造成医保基金损失，如何定性与处罚？

来源：佛山市医疗保障局

【案情】

2022年6月，某市医疗保障局对甲定点医疗机构(以下简称甲医

院)开展检查。经查,甲医院自2021年10月以来存在重复使用一次性医用耗材并按使用次数申报医保基金的行为(以下简称甲医院行为)。具体情况如下:

1. 超声高频外科集成系统超声刀头是行外科手术治疗项目使用的一次性医用耗材,产品包装和使用说明书上均明确“一次性使用”。

2. 2021年10月以来,甲医院行外科、妇科手术时申报超声高频外科集成系统超声刀头医保基金结算90次,出库及购进超声高频外科集成系统超声刀头均是42个(零库存)。甲医院将42个超声高频外科集成系统超声刀头使用了90次,申报医保基金支付的超声高频外科集成系统超声刀头90个(根据当地医疗服务价格规定,一次性医用耗材可以单独收费),涉及医保基金支出31万元。

3. 经查询消毒记录,该耗材虽为一次性医用耗材,但依然存在多次消毒后再转送相关科室使用的情况。

【现状】

“一次性医用耗材重复使用”在医疗界中已是老生常谈的话题,这其中牵涉到法规、成本经济、医患关系、消毒等一系列问题。该现象在医疗保障飞行检查及日常监管也较为常见,主要涉及的一次性医用耗材有超声刀、电刀、消融针、超声耦合剂等。

笔者从中国裁判文书网获悉,深圳某医院医生重复使用一次性手术专用耗材冷冻消融针,为患者进行手术。在购买数量不足50支的情况下,两名被告人为该医院的患者共212人次使用了冷冻消融针,

收取患者费用的冷冻消融针数量为 603 支，总金额近 600 万元。也就是说，平均每个一次性冷冻消融针被重复使用了 12 次。对此，深圳市罗湖法院一审判决，被告人何某兵、刘某良犯销售不符合标准的医用器材罪，分别判处有期徒刑二年零十个月、一年零八个月。宣判后，被告人刘某良提出上诉。深圳市中级人民法院二审裁定，驳回上诉，维持原判。

【法律法规】

(一)关于“一次性的医用耗材重复使用”的法律法规规定。

1. 《医疗器械监督管理条例》

第四十九条规定，医疗器械使用单位对重复使用的医疗器械，应当按照国务院卫生主管部门制定的消毒和管理的规定进行处理。一次性使用的医疗器械不得重复使用，对使用过的应当按照国家有关规定销毁并记录。

第九十条规定，有下列情形之一的，由县级以上人民政府卫生主管部门责令改正，给予警告；拒不改正的处 5 万元以上 10 万元以下罚款；情节严重的，处..... (二)医疗器械使用单位重复使用一次性使用的医疗器械，或者未按照规定销毁使用过的一次性使用的医疗器械。

2. 《中华人民共和国传染病防治法》(2013 年修正)

第五十一条医疗机构应当按照规定对使用的医疗器械进行消毒；对按照规定一次使用的医疗器具，应当在使用后予以销毁。

第六十九条医疗机构违反本法规定，有下列情形之一的，由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正，通报批评，给予警告；造成传染病传播、流行或者其他严重后果的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职、开除的处分，并可以依法吊销有关责任人员的执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

(五)未按照规定对医疗器械进行消毒，或者对按照规定一次使用的医疗器具未予销毁，再次使用的。

3. 《消毒管理办法》(2017年修改)

第六条医疗卫生机构使用的进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须达到灭菌要求。各种注射、穿刺、采血器具应当一人一用一灭菌。凡接触皮肤、粘膜的器械和用品必须达到消毒要求。

医疗卫生机构使用的一次性使用医疗用品用后应当及时进行无害化处理。

第四十一条医疗卫生机构违反本办法第四条、第五条、第六条、第七条、第八条、第九条规定的，由县级以上地方卫生计生行政部门责令限期改正，可以处5000元以下罚款；造成感染性疾病暴发的，可以处5000元以上20000元以下罚款。

4. 《医疗器械临床使用管理办法》

第二十八条规定：“医疗机构应当严格执行医院感染管理有关法律法规的规定，使用符合国家规定的一次性使用的医疗器械。一次性使用的医疗器械不得重复使用，使用过的应当按照国家有关规定销毁

并记录。”如有违反，根据第四十四条规定由卫生健康部门予以处理。

5. 《医疗机构医用耗材管理办法(试行)》

医疗机构应当在医用耗材临床使用过程中严格落实医院感染管理有关规定。一次性使用的医用耗材不得重复使用。

综上所述，关于“一次性医用耗材重复使用的法律责任”的法律法规之间是有冲突的，由卫生健康主管部门根据《立法法》有关原则及《关于审理行政案件适用法律规范问题的座谈会纪要》选择法律适用。

(二)关于“一次性的医用耗材重复使用并导致了医疗保障基金损失”的法律责任。

1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条规定，定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围。

第三十八条定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

(六)将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算。

【评析】

一、两部门作出处罚是否违反“一事不再罚”原则？

甲医院行为触犯了多个法律条文及不同法益，属于法条竞合还是想象竞合？由医疗保障行政部门及卫生健康主管部门分别作出处罚是否违反了“一事不再罚”原则？两部门处罚时应注意哪些事项？

1. 行政法律规范竞合主要分为法条竞合和想象竞合。法条竞合本是刑罚上的概念，是指一个违法犯罪行为同时触犯数个具有包容关系的具体犯罪条文，依法只适用其中一个法条定罪量刑的情况。想象竞合是指实施了一个犯罪行为，却触犯了多种罪名的情况。关于想象竞合与法条竞合的理论研究在刑法学界经久不衰，但在行政法学界读此问题未能展开系统研究和争鸣，仅有少数实务工作者对执法实践的问题研究探讨。对于行政执法领域存在想象竞合时如何适用法律，缺乏较为明确的共识。两者的区分及处断原则将另文探讨。

2. 结合本案，甲医院行为侵犯了两个法益：一是医疗器械管理活动秩序及医疗活动安全；二是医疗保障基金安全。《行政处罚法》第二十九条规定，对当事人的同一个违法行为，不得给予两次以上罚款的行政处罚。同一个违法行为违反多个法律规范应当给予罚款处罚的，按照罚款数额高的规定处罚。从文义解释的角度出发，该条文应当理解为：就同一个违法行为，在同时违反多个法律规范时，可以给予多个行政处罚。但若罚种是罚款的话，只能进行一次罚款，而不能多次罚款。

二、重复使用的一次性医用耗材不应纳入医保基金支付范围。

根据《医疗机构医用耗材管理办法(试行)》规定,医疗机构应当遵循安全、有效、经济合理使用医用耗材的原则,合理使用医用耗材。非植入类医用耗材的使用,应当符合医疗技术管理等有关医疗管理规定。使用科室或部门要确保医用耗材在科室或部门的安全和质量。

此外,由此可见,医用耗材使用必须遵循国家有关规定,确保医用耗材的安全和质量。由于一次性使用医用耗材经使用后,容易产生损耗、变形,质量难以保证,所以国家规定不得重复使用。因此,对于多次重复使用的“一次性医用耗材”不符合《医疗器械监督管理条例》等有关要求,不应纳入医疗保障基金支付范围。

【处理】

一、医疗保障行政部门作出处罚。甲医院行为违反了《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》)第十五条规定,应依据《条例》第三十八条第六项予以处罚。

二、移送有关部门作出处理。根据《条例》第三十八条规定:“定点医药机构违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理。”《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第十二条规定:“医疗保障行政部门发现所查处的案件属于其他医疗保障行政部门或其他行政管理部门管辖的,应当依法移送”。某市医疗保障行政部门应依法移送当地卫生健康主管部门处理。卫生健康主管部门可以作出罚款以外的其他行政处罚。

结合本案,甲医院行为违反了《医疗器械监督管理条例》第四十

九条规定，应由卫生主管部门依据《医疗器械监督管理条例》第九十条作出处罚。

三、其他处理。如甲医院以骗取医疗保障基金为目的，实施了《条例》第三十八条规定行为之一，造成医疗保障基金损失的，按照第四十条规定处理。同时，违反了《社会保险法》第八十七条规定。构成犯罪的，依法追究刑事责任。此外，甲医院违反了当地医保服务协议有关规定，经办机构应根据协议予以处理。

[返回目录](#)

• 医疗改革 •

DRG 付费改革下，医疗机构该如何适应？

来源：国家医疗保障局

刚刚结束的党的二十大报告指出，“推进健康中国建设，把保障人民健康放在优先发展的战略位置，深入贯彻以人民健康为中心的发展思想，在病有所医等方面持续用力，建成世界上规模最大的医疗卫生体系，让人民群众的获得感、幸福感、安全感更加充实、更有保障、更可持续。”为我们指明了方向，明确了目标。深化医保支付方式改革是保障群众获得优质服务、提高基金使用效率的关键环节，是推动医保高质量发展的必然要求。

DRG 医保支付方式改革是党中央、国务院作出的关于医疗保障制度建设的重要决策部署。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革

革意见》(中发〔2020〕5号)强调“医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排”，要求“推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推广按疾病诊断相关分组付费”。

在推进 DRG 改革过程中，正确认识 DRG、合理使用 DRG 是很有必要的。本文对当前大家普遍关心或者容易产生认识误区的问题进行了梳理，供大家参考。

什么是 DRG 付费

按疾病诊断相关分组付费(Diagnosis Related Groups, 简称 DRG)是世界公认的较为先进和科学的医保支付方式之一。疾病诊断相关分组(DRG)是用于衡量医疗服务质量效率以及进行医保支付的一个重要工具。DRG 实质上是一种病例组合分类方案，即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将患者分入若干诊断组进行管理的体系。DRG 分组的基本理念是：疾病类型不同，应该区分开；同类病例但治疗方式不同，应该区分开；同类病例同类治疗方式，但病例个体特征不同，也应区分开。为了实现上述分组理念，疾病类型通过疾病的“诊断”来辨别；治疗方式通过“手术或操作”来区分；病例个体特征则利用病例的年龄、性别、出生体重(新生儿病例)、其它诊断尤其是合并症、并发症等变量来反映。

DRG 依诊断的不同、治疗手段的不同和病人特征的不同，每个病

例会对应进入不同的诊断相关组。在此基础上，医保部门不再是按照病人住院产生的费用(即按服务项目)支付给医疗机构，而是按照病例所进入的诊断相关组的付费标准进行支付。

DRG 付费是从过去长期由医院随意“点菜”、医保部门事后被动“买单”的按项目“后付费”传统医保付费模式，转型为医保部门“精准付费”“明白付费”的“预付费”医保付费新模式，是医保支付方式的深度改革。

为什么要 DRG 付费

DRG 付费是深化医保支付方式改革的重要组成部分，目标是促进医疗卫生资源合理利用、参保人员待遇水平得以充分保障、医保基金平稳高效运行。DRG 付费是为了实现“医、保、患”三方共赢：

一是促进医疗行为规范。DRG 付费改变以往按项目付费的模式，转向按病组付费，将药品、耗材转变为成本，促使医疗机构、医生改变以往通过给病人开大处方，用贵重药品、耗材和大型检查设备等不合理医疗行为，寻求提质增效获取合理的收益，促使医疗机构由单纯扩张式粗放发展向内涵式高质量发展转变。二是促进医疗服务公开透明。通过 DRG 分组，将以往临床医疗行为“不可比”变为“可比”，医疗机构收治多少病例、难度是多少，一目了然。同一个病组治疗水平的高低可量化比较。医保付费、群众就医有了透明公开的平台。三是促进群众就医满意度提升。通过 DRG 付费，压缩检查治疗中的水分，有效减少“大处方”“大检查”，减少群众不必要的医疗支出，使广

大人民群众获得更加优质、高效的医疗服务，提升就医满意度。

DRG 付费与过去的“按项目付费”相比，其主要区别在于：对于医保管理部门来讲，在基金总额控制指标制定方面，由医保局为每家医疗机构分配基金总额预算指标，变为了同一区域或者同一层级的医疗机构根据自身工作量自行分配基金。对于医疗机构来讲，各项医疗服务(包括药品、耗材、检查)由医疗机构的赢利项目变为了自身服务成本。对于参保人员来讲，自医疗机构的主动控费动力不断增加的情况下，可以有效减轻参保人员个人医疗费用负担，引导和推进分级诊疗。

医保定点医疗机构如何适应 DRG 医保支付方式

第一，医疗机构需要及时调整发展理念。医疗机构如果继续沿用以前那种“多开药、多开贵药，多开耗材、多开贵的耗材，多做检查”的行为模式，就会超出 DRG 打包支付的费用。所以必须及时调整发展理念，把“水分”挤干，把诊疗路径达到最优。

第二，医疗机构需要主动进行临床路径的标准化。原来对于一种病的治疗，不同的医院临床路径不一样，同一个医院的不同医生临床路径也可能不一样，治疗较为个性化。现在有国家 DRG 分组的约束和引导，必将鼓励以国家 DRG 病组分组方案为平台，形成比较高效、趋同、标准化的临床路径。

第三，医疗机构需要改变管理理念。医疗机构应找准自身的优势及发展方向，不搞盲目的规模扩张，要抓好学科建设，提高学科精度

高度，由粗放的扩张式发展向内涵式高质量发展转变。

为了确保 DRG 付费改革顺利推进，医保部门在机制建设上有什么打算

通过 DRG 付费改革，建立医保对医疗机构管用高效的支付管理和激励约束机制，是支付方式改革的出发点和落脚点，也是支付方式改革的应有之义。建立和完善四个机制，即完善核心要素管理与调整机制、健全绩效管理与运行监测机制、形成多方参与的评价与争议处理机制、建立相关改革的协同推进机制，不断推进医保支付方式改革内涵式、精细化发展。

其中，在病组、费率和差异系数的调整，倾斜支持的范围和方向，争议问题的发现和研究解决等方面，将充分听取各家医疗机构和各位医务人员的意见和建议，进一步形成与医疗机构良性互动、共治共享的良好环境。

[返回目录](#)

医教研协同发展 不断提升区域医疗服务引领水平

来源：健康中国观察

习近平总书记在中国共产党第二十次全国代表大会的报告中明确要求要“推进健康中国建设，把保障人民健康放在优先发展的战略位置”。近年来，攀枝花市委、市政府高度重视卫生健康事业发展，在攀枝花市第十一次党代会上明确提出了高水平打造川西南、滇西北区域医疗健康中心的目标。攀枝花市卫生健康委紧紧围绕健康中国、

健康四川和省委“一千多支，五区协同”战略部署，立足打造现代化区域中心城市定位，紧扣市委构建“三个圈层”战略，以名医、名科、名院为主要抓手，医教研协同发展，区域服务引领水平不断提高。

一、做强市域“内圈”，提升区域医疗服务能力

一是全力提升基层医疗服务水平。以紧密型县域医共体、县域医疗卫生次中心建设为抓手，开展基层医疗卫生机构规范化建设、全国优质服务基层行、社区医院等创建活动，提升医疗服务水平。截至目前，成功创建国家级“群众满意的乡镇卫生院”13个，优质服务基层行达标单位47家，社区医院2家。全市建成以6家三级医院为牵头单位、9家二级医院为支撑单位、51家基层医疗机构为成员单位的纵向医联体，县级医疗机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心参与医疗联合体达到100%。建立起以三甲医院为核心的远程心电会诊中心3个、远程影像中心3个，覆盖基层医疗机构47家，基层医疗服务能力不断提升。

二是全力打造特色医疗服务品牌。立足全市优质医疗资源和现有学科优势，实施“专病专科、名医名院”发展战略，统筹规划和引导大型医院的重点专科、特色学科建设，以“六大中心”建设为抓手，打造一批在省内、国内具有较强影响力的特色专科，推动优质医疗资源扩容和均衡布局，形成错位发展、优势互补的良性态势。目前，全市共设立专家工作站17个，组建专科联盟15个。累计建成国家级重点专科1个、省级重点专科28个、市级重点专科93个，重点专科数

量市州领先。建成国家级胸痛中心 4 个，国家级高级卒中中心 2 个，50 余项技术达到省内领先水平，三级医院市域外就诊率达 30% 以上，医疗服务品牌影响力持续增强。

三是全力增强公共卫生服务能力。以市公共卫生应急处置中心、市医疗卫生应急保障中心等项目为载体，同步推进疾控体系改革，全面提升疾病防控能力和综合监管水平。推进建立 6 家疾控机构与 12 家发热门诊互联互通的信息化监测预警体系，以市传染病医院为主体打造公共卫生医疗救治中心，构建“资源共享、高效协同”的医防结合工作机制。对全市 120 急救网络医院和功能分区进行完善，加强攀枝花市紧急医学救援中心能力建设。以院前急救信息化建设、攀钢集团总医院航空医疗、二滩库区水道协同救援项目为依托，打造覆盖水陆空的急救通道和高水平区域紧急医学救援体系，危急重症患者救治水平和能力不断提升。

二、协同金沙江区域“中圈”，提升医学教育水平

一是加快提升医学教育水平。坚持医教协同推进医学教育改革与发展，建立了院校医学教育、毕业后医学教育、继续医学教育紧密衔接的终身医学教育体系，建立健全适应行业特点的医学人才培养机制。攀枝花学院医学院是教育部布点在川西南、滇西北唯一一所医学院校，是全省 6 所本科一批次招生的医学院校之一，其临床医学本科专业获批四川省卓越医生教育培养计划，高质量通过教育部临床医学专业认证。“十三五”期间，发表 SCI 论文 44 篇。川北医学院、西

南医科大学、攀枝花学院等6所高校在攀均布局了教学医院，设置研究生联合培养专业2个。建立以“5+3”（5年临床医学本科教育+3年住院医师规范化培训或3年临床医学硕士专业学位研究生教育）为主体、“3+2”（3年临床医学专科教育+2年助理全科医生培训）为补充的临床医学人才培养体系，医学人才培养质效进一步提升，形成辐射川西南、滇西北的“区域医学教育中心”。

二是加快构建跨区域医疗联盟。通过建立学科联盟、加强区域卫生应急合作、举办“中圈”市州学术交流研讨会等形式，强化与川滇黔毗邻市(州)医疗健康的交流合作和协同发展，加快构建跨区域医疗联合体、学科联盟，拓展服务领域和市场空间，更好地满足区域群众多层次、多样化医疗健康服务需求。各大医院通过组建医疗联合体、专科联盟、派驻骨干技术指导、建立远程协作网等方式，对市内及周边地区医疗机构进行帮扶指导，与木里县人民医院、盐源县人民医院、德昌县人民医院、华坪县中医院、木里县中藏医院、会理县中医院等周边10余个县(市、区)组建了跨区域医疗联合体，深入开展专科帮扶、远程医疗等合作，帮助盐源县人民医院、木里县人民医院、德昌县人民医院等7所县级医院创等达标成功，帮助其开展新技术100余项。

三是加快建立卫生人才引进机制。出台《攀枝花市高层次人才引进稳定培养办法》《攀枝花人才新政七条》《关于创新公立医院编制管理实行人员总量控制的试行办法》等政策，医疗机构实行人员总量

管理,打破人才编制、身份限制,实行“一事一议”引进高层次人才和急需紧缺的卫生专业人才。加强与四川大学华西医学院、成都中医药大学、大理大学等高校校地共建,大力实施“基层卫生人才培养、领军卫生人才开发、急需紧缺专业人才引进”等六大工程和“攀枝花名医培养计划”,增强卫生专业人才聚集力。建立了以能力、实绩和贡献为导向的人才评价体系,在高级职称考试报名和评审申报中专门设置了破格申报条件,该政策实行后,我市高级职称申报人数同比增长7.2%。“十三五”期间,新增高级职称529名、中级职称608名,引进人才1796名。

三、融入成渝贵昆“外圈”,提升科研技术水平

一是深化与国内顶级医疗资源合作。紧紧抓住成渝地区双城经济圈建设的战略机遇,持续深化与四川大学华西医院、重庆医科大学附属第一医院、北京阜外医院等成渝地区及国内先进发达地区在医疗健康领域开展互利合作,打造更高层次合作平台,促进生物技术、新一代信息技术、3D打印技术等与医疗健康服务的融合发展。“十三五”期间,全市医疗卫生健康领域获省级科研立项9项,市厅级立项52项,获省医学科技奖13项、市科技进步奖49项,10余项技术达到国内先进水平,具有省内领先水平的医疗技术20余项,攀西区域领先的医疗技术50余项,组织开展市级科技重大专项和重点研发项目76个,涵盖了临床诊疗、重大传染病及职业病防治、民族医药、医养融合新模式、创新平台建设等多个领域。

二是大力实施“专家助力打造优质医疗服务计划”。市级医院与北京 301 医院、四川大学华西医院等 15 家优质医疗机构建立了合作关系。与成都中医药大学、大理大学等 4 所高校开展了合作共建，与华西医院、华西二院签订了区域医疗战略合作协议，组建了精神、职业病、康复、远程医疗等 5 个区域专科联盟。持续开展特聘专家和政府顾问工作，陈孝平院士工作站、魏强专家工作站、莫安春专家工作站和田卫东专家工作站先后“落户”我市，搭建成都中医药大学附属职业病医院和四川大学华西公共卫生学院博士生导师工作站等柔性引智平台，邀请 380 余名省内外知名专家来攀坐诊、指导。通过与优质医疗资源的合作和专家平台的建立，助力医疗技术提升。

三是深入开展医疗健康领域国际交流。借助国家外专局“引智”项目，通过“请进来”的方式，引进国外医疗健康领域专家来攀指导，助力我市卫生健康服务能力提档升级。“十三五”期间，共组织实施 15 个智力引进项目，先后有 15 位外国专家来攀提供智力支持。通过“送出去”的方式，鼓励学科带头人、业务骨干积极参加国际学术交流活动，学习了解医疗健康领域前沿科技和最新技术，选派医疗卫生专业技术人员、管理干部赴海外开展医疗新技术、现代医院管理等短期进修培训和学习交流，出国(境)研修学习力度不断加大。共选派 60 余名卫生技术骨干赴德国、美国、英国等知名医院进修学习，先后派出 15 名医疗技术骨干到佛得角、东帝汶、安哥拉、莫桑比克等国家执行援外医疗任务，助推我市医疗健康领域国际合作和优质资源

共享，扩大对外交流，助力医疗技术“高、精、尖、优”发展。

下一步，我们将深入学习贯彻党的二十大精神，以高水平打造川西南、滇西北区域医疗健康中心为目标，以打造名医名院名科为引领，坚持医教研协同发展，深化对外合作，夯实人才培养，助推医疗“高、精、尖、优”发展，为人民群众提供更加优质、便捷、高效的医疗卫生服务。

[返回目录](#)

· 地方精彩 ·

奋楫笃行 守正创新 统筹推进“健康唐山”建设实现新跨越

来源：唐山市卫生健康委

近年来，唐山市始终以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻落实健康中国战略，坚持党委领导、政府主导，全民参与、共治共享原则，创新工作机制，凝聚工作合力，健康唐山建设不断取得新的成效，为党的二十大献礼。

一、科学谋划，健康唐山建设提标扩面

唐山市委、市政府高度重视健康唐山建设，围绕构筑健康促进体系、完善健康政策、打造健康促进场所、改善健康环境、发展健康文化、培育健康人群、优化健康服务的宗旨，以“试点探索、典型示范、项目引领”为路径，全面树立“美丽、健康、宜居”新唐山的建设理念，构建了完备的健康行动制度体系和运行机制。2020年2月，市

领导专门做出批示，要求“加强对新冠肺炎疫情的反思，从党委、政府的角度深入思考，查找健康唐山建设的短板，完善健康中国唐山指标体系，充实城市污水处理、公厕建设、医疗机构建设、医改、社会办医等内容”。在健康中国 15 项行动的基础上，紧密结合唐山实际，调整增加了 3 个方面 9 项专项行动，在全域推动健康中国·唐山 24 项行动。为高效推进健康唐山行动，成立了以市政府主管领导任组长的 24 项专项行动领导小组，专项行动分别建立工作专班，实施项目化管理，定期督导调度。

二、突出重点，持续推进行动落地见效

按照“一县一品”工作思路，每年重点推进 2-3 项专项行动计划，深挖实做，培树一批行动品牌。市委、市政府免费为 73 万名九年义务教育学生开展了脊柱侧弯筛查，作为推进中小学健康促进行动的一项重要任务；全民健身行动实现了社会体育指导员、全民健身基础设施、冰雪运动三个全覆盖，全市社会体育指导员配比达到了 2‰，超出国家 1.6‰ 的配比要求，居全省首位；唐山市丰南区扎实推进“七个一”宣传工作机制，自创漫画作品 80 余幅，以打造“健康中国漫画一条街”等形式开展的健康宣传深得人心，健康中国主题的漫画宣传在学习强国登载。全市实施的“一二三”工作法，全面推进了“健康企业”创建工作，现有“职业健康企业”121 家，健康企业数量位居全省第一，其中《华润电力唐山丰润有限公司健康企业建设》作为全省唯一的健康企业建设优秀案例在全国推广。“小漫画大健康”和

“健康企业创建”被选为健康河北行动典型案例推介全省。

三、全域创卫，爱国卫生运动成效显著

各级各单位坚持爱国卫生运动常态化开展，广泛发动、城乡齐动、门前主动，将爱国卫生运动与创建卫生城市、健康行动紧密融合，采取统筹基础规划、机关领导干部包联、党员双报道、志愿者服务、疫情防控等多种形式开展爱国卫生运动。各级成立了以党委、政府主要领导为组长的“双组长”创卫领导小组，按照“全域创建、全面申报”的要求，逐级带动、层级创建，以点带面抓创卫。为严格落实创卫新标准，采取分行业、逐层级、多轮次的全员培训，确保知标达标。实施“网格化包联”、坚持“周查、月报、季评、年考”等制度，全面开展创卫工作。目前，市建成区、滦州市、遵化市、迁西县、玉田县、汉沽管理区分别向省爱卫办申报创建国家卫生城市、国家卫生县(市)；迁安市、乐亭县、滦南县继续巩固创卫成果，保持了国家卫生城市(县)的荣誉称号；玉田县通过了省级卫生县复审；芦台和海港开发区通过了省爱卫办的暗访调研。全市省级卫生县城实现了全覆盖；今年，新增省级卫生乡镇 38 个、省级卫生村 452 个，累计创建省级卫生乡镇 56 个、省级卫生村 1066 个，居全省首位。

四、系统施策，医药卫生体制改革稳步推进

作为省内首个公立医院综合改革试点、首批国家级示范城市，成立了医改领导小组，市委、市政府“一把手”亲自挂帅，连续六年以市政府名义组织开展对县区的医改考核和对公立医院的综合绩效考

核，考核结果与领导班子业绩等挂钩。积极调整财政支出结构，建立科学投入机制，统筹完善医药卫生保障体系。一是创新编制管理。唐山市作为全国首批备案制改革试点市，于 2017 年在 11 家市直属公立医院全部整建制推行编制备案制改革，按人床比例重新核定了人员使用控制数，较原有编制增加了 9328 人。对控制数管理的人员，按事业单位人事管理相关政策执行，彻底改变了公立医院多种身份、不同待遇的问题，充分调动了广大中青年职工积极性。目前，我市正研究出台相关措施，积极推动县级公立医院、乡镇卫生院人员编制备案制管理改革。二是推行薪酬制度改革。深化市直属公立医院试点，全市 14 个县(市、区)40 家公立医院纳入试点范围，薪酬制度改革实现全覆盖。在优化薪酬结构、完善岗位绩效工资制度基础上，实施项目工资、协议工资、年薪制等分配方式，推行全员绩效考核，实现公立医院同工同酬同待遇。三是构建分级诊疗“多维体系”。成立了以三甲医院为龙头的 4 个城市医疗集团，覆盖市中心区全部二级及以下公立医院和基层医疗机构；组建了 7 个县(市)紧密型县域医共体，形成医联体，并建成 29 个功能完善的医联体建设信息化平台，实现了医联体(医疗集团)成员之间实时视频远程会诊、心电、彩超诊断、放射影像、病理阅片等非实时会诊功能。带动全市县域内医疗卫生服务体系、管理体制、运行机制和服务能力的创新转型升级，使县域内住院量同比增长 3.22%；基层医疗机构就诊量同比提升 3.91%。四是京津医疗协同发展成效显著。今年以来，唐山 39 家二级以上医疗机构与京津优

质医疗资源签订协议 84 个。成立医疗合作项目攻坚专班，集中办公，加快推进市工人医院与北京大学人民医院、市第二医院与北京大学第三医院敖英芳团队、市妇幼保健院与首都儿科研究所附属医院等 3 个多学科共建合作项目，争取早日签约。2022 年 6 月 2 日，唐山市被国务院命名为“全国深化医药卫生体制改革成效明显地方”，荣获 1000 万元督察激励奖金，自 2019 年以来，该市 2 次获得此项殊荣。

五、先行先试，健康城市探索收效显著

改进环境与健康服务，构建健康社会，培育健康人群，积极参与和开展试点创建和创新。在健康细胞、健康促进县创建、健康示范县(区)试点、健康城市试点建设的示范引领下，全市居民健康素养水平得到提升，健康环境得到全面改善。一批中国康养百佳县市、全国绿色发展百强县市、全国示范性老年友好型社区等落户唐山；迁安市被全国爱卫办确定为全省唯一健康城市建设样板市。同时，为不断探索健康理念融入所有政策和城市建设，在全市启动了健康影响评估工作，以政府名义印发相关文件，对公共政策和重大工程项目实施健康影响因素评估，推动实现将健康融入所有政策。今年 10 月 8 日，在全国爱卫办组织的全国 322 个地级市的健康城市建设评价中，唐山取得全国第 97 名、全省第 2 名的优异成绩。

下一步，唐山将以深入学习贯彻党的二十大精神为新的起点，以人民群众不断增长的高品质健康需求为工作导向，继续深化完善医疗卫生服务体系建设，更加高质高效推动健康唐山行动，全力助推健康

事业高质量发展。

一是构建强大的公共卫生体系。健全以市、县两级疾控中心和医疗卫生机构为依托、基层医疗卫生机构为网底、防治结合的疾病预防控制体系，建立分级分层分流的传染病救治机制，锻长板、补短板、堵漏洞、强弱项，全面提升早期监测预警、快速检测、应急处置能力。

二是建设优质高效的医疗卫生服务体系。建设以区域医疗中心为引领，公立医院为骨干，基层医疗卫生机构为基础的高质量医疗服务体系。加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局增强医疗服务供给的整体性、系统性和协同性，全市医疗卫生服务吸附承载力明显提升，为提高人民健康水平提供可靠保障。

三是健全基层医疗卫生服务体系。建立健全基层运行机制体制，巩固完善乡村一体化“十统一”管理，推进基层医疗卫生机构标准化建设，优化基本医疗和公共卫生服务功能，补齐基层医疗卫生短板，筑牢基层常态化疫情防控网底。

四是打造特色鲜明的中医药服务体系。健全以市级中医医院为龙头，各级各类中医医院和其他医疗机构中医科室为骨干，基层医疗卫生机构为基础，融预防保健、疾病治疗和康复为一体的中医药服务体系。

五是完善覆盖全方位全生命周期的健康服务体系。围绕生命全周期和健康全过程服务，以“一老一小”为重点，加快完善妇幼健康、老年健康、职业健康、心理健康与精神卫生、血液供应保障服务体系，

补齐健康教育、康复医疗、老年长期照护和安宁疗护等领域存在的短板，建立完善 3 岁以下婴幼儿照护服务政策标准体系和服务供给体系，全面提高全方位全生命周期健康服务能力。

[返回目录](#)

高质量推进健康中国杭州样板建设

来源：杭州市卫生健康委

党的二十大报告高屋建瓴、思想深邃、内涵博大、气势恢宏，听后让人倍感振奋、备受鼓舞、倍添信心。站在新起点，我们再启航，相信在以习近平同志为核心的党中央坚强领导下，风华正茂的中国共产党必将赢得更加伟大的胜利和荣光！

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。“大健康”的高质量发展，是实现健康中国的关键所在。杭州市卫生健康系统干部职工责无旁贷，将以党的二十大精神为统领，深入贯彻实施健康中国战略，牢固树立“以人民为中心”的发展思想，围绕红色、和谐、民本、数智、高能、活力等六个关键词，全域加快高质量发展步伐，全力破解关键性难题，全面推进现代化治理，全方位全周期保障人民健康，把党的二十大报告绘就的“健康中国”宏伟蓝图转化为杭州卫生健康系统的生动实践！

一、加快健康中国的高质量发展步伐，把握好红色与民本的深刻内涵。64 年前，毛泽东主席视察我市上城区小营巷，掀起了全国“消灭四害、卫生防病”的爱国卫生运动高潮，拉开了杭州市通过群众动

员方式维护人民健康的漫长旅途。2003年，时任浙江省委书记的习近平亲自指挥、精心部署，带领浙江人民取得了抗击非典斗争重大胜利，随后在小营巷调研时提出了“没有人民健康，就没有全面小康”的重要论断。党的十八大以来，习近平总书记亲自谋划、亲自推动健康中国建设，把人民健康放在优先发展的战略地位，全方位全周期保障人民健康。新冠肺炎疫情发生以来，在以习近平同志为核心的党中央坚强领导下，我国在大战大考中取得重大战略成果。两场斗争，两场变革，引领我们从全民动员到健康共治、从卫生城市到健康城市，继承、发展、创新，杭州坚持问政于民、问需于民、问计于民，坚持把人民满意放在首位，运用共建共治共享方式，加快实现全方位全周期全人群健康促进，在探索现代化健康治理实践路径上加快前进步伐。

二、加快健康中国的高质量发展步伐，把握好高能与活力的充分展现。在深入贯彻健康中国战略中，必须强化政府主导，激活社会动能。多年来，杭州市在市委书记和市长为双组长的健康杭州领导小组部署下，以人人享有健康为目标，开展健康杭州“六大任务”建设，持续优化“6+1”平台大健康共建体系，将健康中国、健康浙江行动持续纳入健康杭州考核，建立健康行动任务责任清单，强化条块联动，构建责任共同体，获评全国健康城市建设样板市、健康中国年度标志城市、健康浙江建设先进市，健康浙江考核多年名列全省第一。以落实健康第一责任人为目标，持续推进健康细胞培育工程，积极倡导文

明健康的生活方式。目前，全市的居民健康素养水平逐年提升，2021年达 40.24%，经常性体育锻炼人数达 44.7%，吸烟率低至 17.62%。市民健身指数 85.45 位居全省前列，市民健康行为指数列 2021 年“清华城市健康行为指数”全国第一。4 个区县被评为国家级健康区县，4 个案例被评为国家级健康企业建设优秀案例，108 所学校被评为省级健康促进学校(金牌)，3020 家各类型单位被评为市级健康单位。鼓励、倡导、推进，杭州将坚持不懈地加快行动与发展，从供给侧和需求侧两端发力，关注“一老一小”，聚焦城乡统筹，着力提升群众生命质量和生活品质，力争各类核心健康指标保持全国前列。

三、加快健康中国的高质量发展步伐，把握好数智与创新的精准推动。数字化改革是探索公共服务优质共享路径的抓手，也是全面推进健康中国 and 高质量高水平建设健康浙江的帮手。杭州市委、市政府出台关于推进健康治理能力现代化的实施意见，当前的杭州，正以数字化推动健康治理能力现代化。如全国首创“杭州健康码”，开发健康场所监测信息系统，推进未来健康屋、数智婴育、检查互认、一键养老、舒心就医、中医药服务、全民健身、健康商圈、健康单位和健康家庭等多个智慧健康应用场景建设。在国内率先实现公共政策健康影响评价“数智化”运作模式，城市大脑赋能推行舒心就医“先看病后付费”，国内率先建成市级家庭医生互联网诊疗平台，智慧养老服务杭州实践示范全国，创新推出“西湖益联保”商业补充医疗保险。健康是人民群众最为迫切的需求，最期望解决的问题，最有获得感的

领域之一。以数字化改革为抓手，回应需求、解决问题，这正是健康中国示范区的题中应有之义。

下一步，杭州将继续加快高质量发展，积极推动将健康融入所有政策，使政府主导性、社会参与性和个人能动性有机结合，着力促进广大人民群众身心健康，争当浙江省高质量发展建设共同富裕示范区城市范例，在奋力推进健康中国示范区建设的新征程中贡献杭州智慧和杭州力量。

[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
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858