

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2023年第31期

(2023.07.31-2023.08.06)

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，直接跳转具体文章内容。)

### · 医院信息化 ·

▶ [公立医院“一院多区”网络安全管理实践与探索](#) (来源：中国卫生质量管理杂志社) ——第 6 页

**【提要】**“一院多区”在促进医疗卫生资源优化配置，全面增强医疗服务能力，抗击新冠肺炎疫情等方面发挥了重要作用。2021 年 12 月，中央网络安全和信息化委员会印发的《“十四五”国家信息化规划》提出，统筹发展和安全，坚持安全和发展并重，以安全保发展、以发展促安全，推动网络安全与信息化发展协调一致、齐头并进。本研究以青岛市某公立医院为例，围绕“一院多区”网络安全管理模式进行探讨。

▶ [儿童专科医院互联网+医疗服务建设路径探索](#) (来源：首都儿科研究所) ——第 11 页

**【提要】**随着互联网、云计算等技术的快速发展和“健康中国”战略的深入推进，积极建设互联网+医疗服务体系，通过互联互通、大数据、云计算、人工智能等技术提供更加充分的医疗服务，成为大势所趋。首都儿科研究所附属儿童医院建设了互联网+医疗服务一体化平台，旨在为患儿提供了全方位、立体化的诊疗服务。

## · 养老健康 ·

▶ [基于家庭医生签约服务构建老年人互联网+家庭护理管理模式](#)（来源：中国全科医学）——第 14 页

【提要】“互联网+”家庭护理管理模式突破了传统线下服务的时间和空间限制，为居民提供“互联网+”线上线下结合的便捷、高质量、个性化健康管理服务，为居家健康管理服务提供了新思路和新模式，具有良好的应用和推广前景。目前，老年人在“互联网+医疗”服务方面需求较大，但大多数老年人因认知能力障碍和视力损害等问题，多数情况下并不能自行参与，需要家庭成员协助社区工作人员对老年人进行健康管理，改善其健康状况。

▶ [慢性病共病专题研究](#)（来源：中国全科医学）——第 18 页

【提要】《“健康中国 2030”规划纲要》中，明确将慢性病管理上升到国家战略，提出到 2030 年实现全人群、全生命周期的慢性病健康管理的目标。然而，由于我国快速老龄化趋势和居民生活行为方式的转变，使得慢性病共病成为公众健康一大挑战。相比单一的慢性病，共病显著影响患者躯体功能和心理健康，增加死亡等健康风险。同时，共病治疗和康复护理的复杂性，也对慢性病管理模式及卫生服务体系提出了更高要求。因此，本期特组织有关慢性病共病的重点专题研究，分别从慢性病共病的流行趋势、慢性病多病共存模式以及共病与失智和精神健康的关系方面进行探究，以期为进一步优化慢性病共病管理并探索多学科整合型共病诊疗机制等提供启示。

## • 医保快讯 •

▶ [抓住 10 个要点，推动医保事业高质量发展](#)（来源：中国医疗保险研究会）——第 29 页

【提要】推动医保事业高质量发展，促进全体人民共同富裕，就要求中国医保人必须以新的思想自觉和历史主动跟进强国建设、民族复兴伟业发展大势，提高政治站位、找准角色定位、贯彻新发展理念、构建新发展格局，抓住重大关键环节，实施统筹协调、系统集成的机制性方略。

▶ [4 方面发力，用好医保智能审核](#)（来源：经济日报）——第 36 页

【提要】医保基金监管工作量是巨大的。近年来，通过飞行检查、专项整治和日常监管相结合，医保基金监管的高压态势已初步形成，但仅靠常规手段很难全面覆盖监管对象。基于医保大数据的智能审核监控，已成为医疗机构安全规范使用医保基金的第一道防线。

## • 医药反腐 •

▶ [医药反腐升级对行业的长期影响](#)（来源：医库）——第 38 页

【提要】近期密集出台的医药反腐政策已经上升到国家级的层面，其力度堪比教育“双减”，将会让整个行业发生巨大的变化。

▶ [受贿行贿一起查！医药领域掀反腐风暴](#)（来源：中国新闻网）——第 46 页

【提要】医疗领域反腐力度还在进一步加大。不久前，国家卫健委会同 9 部门联合召开会议，部署开展为期 1 年的全国医药领域腐败问题

集中整治工作。学术会议、带金销售等涉及医药行业商业贿赂的环节或将成为整治重点。

### · 地方精彩 ·

[▶ 迈出垂直管理第一步 构建医保体制新格局](#)（来源：中国医疗保障）

——第 49 页

【提要】盐城市位于江苏省东部，辖 3 区 5 县，代管 1 个县级市。截至 2022 年底，全市参保人口 719.33 万人，定点医药机构 4989 家。2019 年机构改革后，盐城市组建市医疗保障局及各县（市、区）医疗保障局。2020 年，盐城市推进市区医保机构的垂直管理，构建起由市医保局统一指导、大市区医保机构垂直管理和各县（市）医疗保障局分治的医保体制新格局。

[▶ 河南省民权县：加快县域紧密型医共体建设步伐 凯奏基层百姓健康旋律](#)（来源：健康县域传媒）——第 56 页

【提要】近年来，通过“招才引智”、加大投入、购置医疗设备、加强人才培养等方式，民权县各乡（镇）卫生院诊疗服务能力大幅提升，收诊人次逐年增加。民权县以紧密型县域医共体建设试点为契机，以医保资金打包付费改革为抓手，全面健全完善制度体系，落实分级诊疗制度，积极引导群众有序就医，基本形成了“小病不出村、常见病不出乡、大病不出县”的分级诊疗格局，群众看病难、看病贵的问题得到有效缓解。

## -----本期内容-----

### • 医院信息化 •

#### 公立医院“一院多区”网络安全管理实践与探索

来源：中国卫生质量管理杂志社

“一院多区”在促进医疗卫生资源优化配置，全面增强医疗服务能力，抗击新冠肺炎疫情等方面发挥了重要作用。2021年12月，中央网络安全和信息化委员会印发的《“十四五”国家信息化规划》提出，统筹发展和安全，坚持安全和发展并重，以安全保发展、以发展促安全，推动网络安全与信息化发展协调一致、齐头并进。本研究以青岛市某公立医院为例，围绕“一院多区”网络安全管理模式进行探讨。

#### “一院多区”网络安全管理难点分析

与多数多院区公立医院一样，该院总院区虽已建立较完备的网络安全防护体系，但因规模扩大，各分院区的网络安全管理面临诸多问题：(1)管理职责不明确，容易推诿；(2)管理层次叠加，管理难度增加；(3)安全事件发现率低，溯源取证困难；(4)网络安全人才需求增加，人力资源难以实现同质化管理；(5)网络安全设备难以同质化；(6)工作流程不清晰，制度难以落实；(7)部分员工安全意识薄弱，对网络安全重视程度不够；(8)信息沟通不畅，整体协调不畅。自新冠感染暴发以来，因黑客入侵、病毒传播、信息泄露等事件多发生于各分院区，

使得该院各分院区成为网络安全管理的薄弱环节。

### “一院多区”网络安全管理实践

#### 统一组织架构，明确职责分工

该院将网络安全组织架构划分为决策层、管理层、执行层、操作层四个层级。为提高管理效率，该院采用“垂直管理为主、横向管理为辅”的管理模式，在不同层级间采用自上而下的垂直管理模式，在层次内部采用从左到右的横向管理模式。“一院多区”网络安全组织架构如图所示。

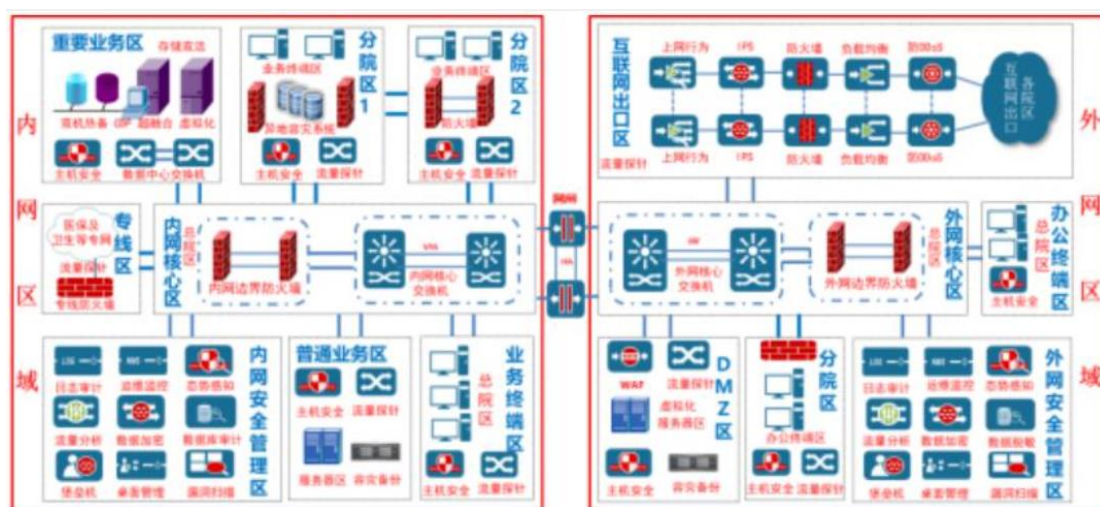


#### 统一防护架构，整合优化资源

该院采取内外网隔离策略，划分为内网核心区、外网核心区、互联网出口区、重要业务区、专线区、业务终端区、安全管理区等多个区域，对区域边界进行安全组件部署，通过部署防火墙等安全组件提

高业务访问控制基本能力。各分院区之间通过多条不同运营商的线路相互连通，采用环状网络拓扑架构，既满足了网络带宽要求，又保障了网络物理线路安全。该院数字中心机房采用总院区本地双活数据中心、分院区异地灾备数据中心进行数据容灾，保证核心业务的连续性。

“一院多区”网络安全防护架构如图所示。



### 统一制度与流程，规范过程管理

在“一院多区”网络安全组织架构的设计中，除划分决策权限外，需在横向协调的同时通过制度、流程明确组织之间的横向联系。该院坚持“以患者为中心”，走精细化管理之路，充分调动工作人员积极性，在决策机制、人员管理、岗位职责、工作流程等方面，修订完善相关制度和流程，实现网络安全管理的制度化、规范化、专业化和精细化。应用信息技术基础设施库，实现上下级文件共享，实现知识、变更、工单派发等闭环管理，实现安全事件处理结果的汇总上报，还可实现检查结果和处理建议的下发等。

### 统一人员管理，加强沟通协调



该院定期开展线上线下安全知识培训讲座，以提高全院人员网络安全意识。通过技能培训、论文编写、职称考试、技能大赛和岗位互备及轮岗等方式，优化人才培养，提升从业人员网络安全管理能力，组建网络安全人才队伍。在实践运行中，网络安全管理需要人与人之间的沟通，也就难免产生矛盾、冲突或争执。对此，该院通过定期视频或现场会议、学术沙龙、文体活动、员工轮岗等措施，丰富各院区间人员交流，统一了网络安全管理认知，促进员工彼此了解，促使各项管理流程和制度顺利实施

### **统一运维管理，降低安全风险**

该院网络安全管理中心根据人员岗位职责和制度流程，对各岗位实行统一管理、统一监控、统一审计、综合分析和协同防护。在专职网络安全管理员的协调下，各院区安全管理员负责本院区安全相关工作，各科室兼职网络安全员负责本科室网络安全相关工作。同时，采用校企合作，通过引进专业的安全运维人员驻院服务，逐步构建动态、完整、高效的网络安全保障体系。通过等级保护测评、渗透测试、漏洞扫描、攻防演练、现场检查等方式，识别并确定潜在安全风险，对发现的安全漏洞和隐患及时进行整改与防护。

### **“一院多区”网络安全管理成效**

实施“一院多区”网络安全管理后，该院每年病毒暴发次数和安全通报次数明显降低，见表 1。人才培养方面，自 2019 年起，由各分院区人员组成的网络安全队伍，在历年国家及省市网络安全技能大

赛中均表现优异;等级保护测评方面,2019年医院采用等保1.0标准对系统进行测评,得分为85.21分,2022年该院实施网络安全管理措施后采用等保2.0标准对系统进行测评,得分为92.55分。2022年全院系统网络运行总体平稳,各项监测指标正常,未发生大规模病毒暴发、大规模网络瘫痪等重大事件。

## 讨论

“一院多区”网络安全管理模式有效满足了网络安全等级保护新标准及相关政策法规要求,弥补了多院区医院网络安全管理薄弱点,保障了应用系统的保密性、完整性和可用性。同时,“一院多区”网络安全管理首先应做好顶层设计,并组建具备攻防对抗能力的专职安全团队,该院网络安全管理中心按照职权分配原则,依托网络安全技术支撑系统,有效使用各项安全工具,在标准化流程管理基础上,利用数据驱动理念实现了不同院区间网络安全的同质化管理。对“一院多区”网络安全管理采集和产生的各类数据进行集成、共享、挖掘,建立以数据为基础的网络安全管理体系,通过数据建立组织内部之间的联系,形成数据模型,驱动安全决策,最终实现了网络安全智慧化管理。

需要注意的是,网络安全不是绝对化的,医院网络安全工作也不是静态化的,而是一项动态的持续的工作。首先,“一院多区”网络安全管理需做好顶层设计,组建具备攻防对抗能力的专职安全团队。其次,医院网络安全管理不是安全产品的堆砌,而是管理与技术的融

合，需要结合安全技术措施使安全管理制度有效落地。

[返回目录](#)

## 儿童专科医院互联网+医疗服务建设路径探索

来源：首都儿科研究所

随着互联网、云计算等技术的快速发展和“健康中国”战略的深入推进，积极建设互联网+医疗服务体系，通过互联互通、大数据、云计算、人工智能等技术提供更加充分的医疗服务，成为大势所趋。首都儿科研究所附属儿童医院建设了互联网+医疗服务一体化平台，旨在为患儿提供了全方位、立体化的诊疗服务。

### 一、建设原则

(1) 平台化。互联网+医疗服务体系的建立需要多系统多平台的协同支撑。该院互联网+医疗服务共搭建了 3 个平台，分别为互联网医院服务平台、远程医疗协作平台、儿童健康管理平台，各平台业务无缝衔接。

(2) 一体化。互联网+医疗服务一体化是指各平台形成线上线上业务的一体化深度融合服务模式。

(3) 便民化。儿童专科医院的互联网+医疗服务建设要充分考虑儿科特性，充分研究细节，以保障服务体系的流畅性。

(4) 智能化。有必要充分利用信息化手段，增强人机互动，化繁为简，提升效率。

### 二、总体架构及内涵

该院互联网+医疗服务建设整体分为三部分：第一部分面向医院，基于互联网医院服务平台，使线上服务横向覆盖医院及患者个体，纵向贯穿患者诊前、诊中、诊后全流程；第二部分面向医联体成员单位，基于远程医疗协作平台，开展远程教学、远程会诊、远程多学科诊疗等；第三部分面向区域，基于儿童健康管理平台，利用 5G 高带宽、低时延特点，结合可穿戴设备，开展儿童健康情况追踪与管理，为儿童提供及时、长期、连续、系统的全程健康管理。

该院按照互联网+医疗服务以及智慧医院建设标准，结合儿童专科医院特色，设计互联网+医疗服务总体架构，通过集成平台数据交互及数据中心数据汇集，支撑上层 APP、公众号等应用运行。通过安全与灾备层，保障网络安全、信息安全、数据安全及患者隐私安全；通过集成平台，统一数据交互标准，将线上线下医疗业务流程有机融合；通过平台系统层，实现健康管理、智能导诊、在线咨询、预约挂号、线上复诊、在线开方、检查检验预约、在线缴费、医保结算、送药到家等一体化诊疗服务功能。

### 三、运行效果

#### 1、互联网医院服务平台运行效果

自 2020 年 6 月该院开展互联网+医疗服务以来，截至 2022 年 7 月，互联网医院服务平台共接诊复诊患者 36 万人次，单日最高线上门诊量 1 221 人次；药品配送量 20 万例；线上服务患者覆盖京津冀所有地级市。

## 2、远程医疗协作平台运行效果

2021 年该院共开展远程培训 25 次，覆盖 38 家基层医疗机构；远程会诊 40 次，覆盖 18 家医疗机构；远程联合门诊 17 次。同时，积极探索 5G+手术示教，成功与边远地区开展手术示教 3 场次。

## 3、儿童健康管理平台运行效果

平台可线上主动监测儿童健康，减少了人工工作量，缩短了患者等待时间，使就诊效率得以提高。同时，通过平台开展在线健康科普宣教，自平台搭建至 2022 年 7 月共计培训近 10 万人次。

## 四、讨论

基于既往经验，该院提出了儿童专科医院互联网+医疗服务建设的未来发展应满足以下 3 个特性：

### 1、差异化

差异化发展是未来互联网+医疗服务发展的主要驱动力。医院需深度挖掘在线问诊患者的隐性需求，同时根据医院优势学科的发展需要，探索实现具有医院特色学科优势的线上功能，使互联网+医疗服务不止停留在医院，而是真正走进儿童的生活。

### 2、智慧化

儿童专科医院互联网+医疗服务建设的智慧化有两层要求：第一，面向患者，需要通过大数据技术、画像技术，结合儿童年龄、诊断、既往病史等，形成主动干预提醒、精准推送，由疾病诊治向健康保健过度，利用数字医疗技术助力达成使儿童少生病、不生病的远景目标；

第二，面向医院，医务人员有必要从互联网采集数据，集成患儿全流程医疗信息，建立全景视图、综合运营管理系统等智慧化系统，以满足临床科研需要，还应提供合理用药、临床诊断辅助决策知识库，以辅助临床诊断，实现各系统与平台的有效集成与信息共享，从而提升工作效率，提高医院运营水平。

### 3、联通化

基于联通化要求，儿童专科医院互联网+医疗服务需要借助互联网、5G 技术、专线网络等手段，向其他医疗机构提供远程会诊、远程影像、远程超声、远程心电、远程查房、远程监护、远程培训等服务，逐步实现合作医疗机构间检查检验结果实时查阅、互认共享以及授权使用，从而促进建设有序的分级诊疗格局形成。

[返回目录](#)

## • 养老健康 •

### 基于家庭医生签约服务构建老年人互联网+家庭护理管理模式

来源：中国全科医学

• 基于家庭医生签约服务构建老年人“互联网+”家庭护理管理模式 •

#### 背景

近年来，随着移动医疗和远程医疗技术的发展，互联网医院、线上+线下合作等健康管理模式逐渐成为发展趋势。但是，老年人对“互联网+”技术使用存在局限性，从而影响老年人使用移动医疗。开发基于家庭成员的远程管理模式有助于提升老年人健康管理的覆盖面和效率。



🎯 **目的：**聚焦家庭医生签约服务背景下老年人的签约问题，构建老年人“互联网+”家庭护理管理模式。

2020年6月—2021年2月，根据老年人健康管理相关政策规定，结合国内外文献研究和前期基础研究，初步拟定老年人“互联网+”家庭护理管理模式。



应用德尔菲法，选择15名专家经过两轮专家咨询，形成老年人“互联网+”家庭护理管理模式终稿。



### 📊 **结果**

两轮专家咨询的积极系数均为100%，权威系数均为0.87，肯德尔协调系数分别为0.253和0.226 ( $P < 0.001$ )。

最终建立了包含**服务对象、管理团队、家庭照顾者的选择及培训内容、实施方式和管理内容**5个部分，共46项条目的老年人“互联网+”家庭护理管理模式。

### | **结论**

本文聚焦老年健康管理的现实问题，构建的老年人“互联网+”家庭护理管理模式，既顺应了“互联网+医疗”技术发展，又能实现老年人参与远程健康管理，具有科学性和可靠性，可作为社区老年人远程护理管理的工具。

## 讨论

### 基于家庭医生签约服务构建老年人“互联网+”家庭护理管理模式的意义

“互联网+”家庭护理管理模式突破了传统线下服务的时间和空间限制，为居民提供“互联网+”线上线下结合的便捷、高质量、个性化健康管理服务，为居家健康管理服务提供了新思路和新模式，具有良好的应用和推广前景。目前，老年人在“互联网+医疗”服务方面需求较大，但大多数老年人因认知能力障碍和视力损害等问题，多数情况下并不能自行参与，需要家庭成员协助社区工作人员对老年人进行健康管理，改善其健康状况。因此，在相关政策的支持下，本研究聚焦挖掘家庭照护资源，从家庭成员中选择符合条件的人担任老年人的照

顾者，并作为社区医务人员和老年人之间的联络人，构建基于家庭医生签约服务的老年人“互联网+”家庭护理管理模式。该模式在顺应“互联网+医疗”技术发展、满足老年人需要的基础上，既能实现社区与家庭的对接，又能解决社区护士人力资源不足、需管理对象人数过多等带来的一系列问题，更有利于落实基层医疗机构为老年人提供系统化卫生保健服务，促进健康老龄化。

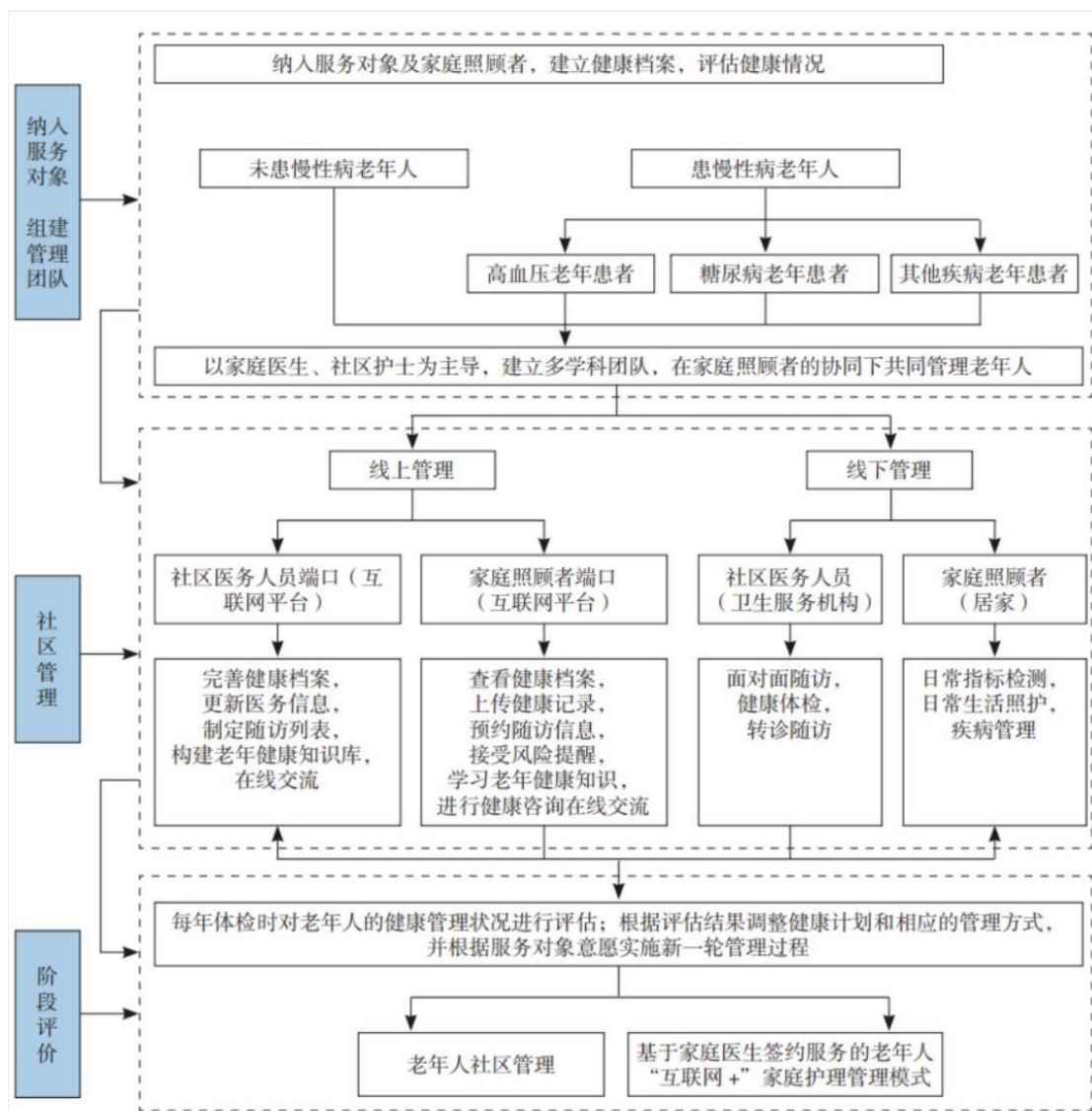


图 1 老年人“互联网+”家庭护理管理模式管理流程图



## 基于德尔菲法构建社区老年人"互联网+"家庭护理管理模式的科学性和可靠性

德尔菲法是本课题的核心研究方法,其在方案构建方面的应用已得到国内外研究者的广泛认可,其利用专家的权威性和丰富的经验、学识,避免专家之间相互干扰,能真实地反映出专家的想法。本研究函询专家为四川、河南等地区在社区护理、全科医学、老年护理、公共卫生等领域工作多年的专家;专家对"互联网+"家庭护理管理这一主题较为熟悉,代表性较强,且积极系数较高,两轮专家函询的积极系数均为 100%;两轮函询 Cr 均为 0.87,超过了 0.7,说明权威程度较高;两轮肯德尔协调系数 $\leq 0.5$ ,但经统计学检验后,P 值均 $\leq 0.05$ ,说明专家对内容条目的意见较为一致,研究结果可靠。CV 越小,则协调程度越高。本研究两轮函询 CV 均值为 0.15 和 0.07,说明专家间可行性评分差异较小,意见分歧较少;第 1 轮咨询各条目可行性评分均值为 3.90~5.00 分,标准差为 0~1.38,满分频率为 0.40~1.00。第 2 轮咨询各条目的可行性评分均值为 4.60~5.00 分,标准差为 0~0.63,满分频率为 0.60~1.00。两轮咨询后,各数值范围缩小,说明专家咨询的意见逐渐集中。综上所述,本研究函询的结果是建立在充分的理论支持和科学方法的基础上,所构建的老年人"互联网+"家庭护理模式可信度较高。

### 本研究的局限性和展望

本研究所构建的"互联网+"家庭护理管理模式仅适用于能够自己

参与或者在家人协助下参与远程管理的老年人，而对于空巢且不会使用互联网平台的老年人，无法实现远程管理。针对这类人群，当地社区卫生服务机构应根据老年人家庭护理资源情况进行分类管理，即远程护理组、远程护理+线下护理组、完全线下护理组，优化社区卫生服务资源和护理人力资源的分配，进而提高老年人基本公共卫生服务和社区护理的覆盖面和满意率。此外，社区老年人“互联网+”家庭护理管理模式的适用性和效果需要进一步开展实证研究检验。对此，课题组后期拟进一步转化该研究成果，将线上平台模块内容嵌入到不同健康管理 App、小程序或社交软件中进行实践，探索其应用效果。

[返回目录](#)

### 慢性病共病专题研究

来源：中国全科医学

在全面推进健康中国建设的进程中，慢性病的防治是关键。《“健康中国 2030”规划纲要》中，明确将慢性病管理上升到国家战略，提出到 2030 年实现全人群、全生命周期的慢性病健康管理的目标。然而，由于我国快速老龄化趋势和居民生活行为方式的转变，使得慢性病共病成为公众健康一大挑战。相比单一的慢性病，共病显著影响患者躯体功能和心理健康，增加死亡等健康风险。同时，共病治疗和康复护理的复杂性，也对慢性病管理模式及卫生服务体系提出了更高要求。因此，本期特组织有关慢性病共病的重点专题研究，分别从慢性病共病的流行趋势、慢性病多病共存模式以及共病与失智和精神健

康的关系方面进行探究,以期为进一步优化慢性病共病管理并探索多学科整合型共病诊疗机制等提供启示。

本文来源:何莉,张逸凡,沈雪纯,等.中国大陆地区居民慢性病共病的流行趋势:一项Meta分析[J].中国全科医学,2023,26(29):3599-3607.

· 中国大陆地区居民慢性病共病的流行趋势:一项Meta分析 ·

📌 背景

慢性病共病患病率的估计以及高风险人群的识别,直接影响了相应的公共卫生资源的合理分配。



🎯 目的:本研究采用Meta分析方法全面描述了1998—2019年中国大陆地区居民慢性病共病的患病趋势和人群特点。

在Web of Science、PubMed、中国知网、万方数据知识服务平台和维普网等数据库从建库截至2022-04-30收录的有关我国大陆地区居民慢性病共病患病率的期刊文献,对文献进行数据提取和质量评价。

↓ 采用Stata 14.0软件进行Meta分析

运用随机效应模型计算合并患病率,并按照调查时间(2004年以前、2004—2013年、2014年及以后、性别、地区(城镇、农村)、地域(东、中、西、东北)、年龄(<40岁、40~<60岁、60~<80岁、≥80岁)、受教育水平(未受过教育、小学、中学及以上)、婚姻状况(已婚、其他)、慢病类型(生理类、身心共患类、未区分)、研究质量(低、中、高)对慢性病共病患病率进行亚组分析。



并进一步通过元回归模型分析慢性病共病患病率的时间变化趋势。

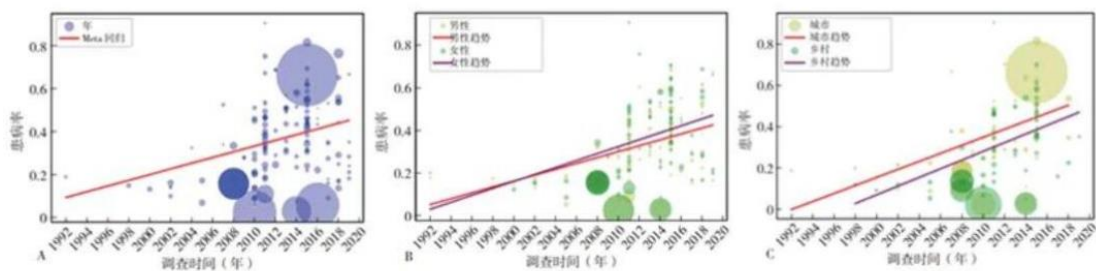
📌 结果

共纳入123篇文献,总样本量7714313例。各研究间存在显著异质性( $I^2=100.0\%$ ,  $P<0.001$ ),慢性病共病患病率为36.3% [95%CI (32.8%, 39.9%) ]。

Meta线性回归模型显示:1998—2019年中国大陆地区居民慢性病共病患病率呈非线性上升的趋势 [ $\beta=0.013$ , 95%CI (0.006, 0.019) ]。

亚组分析结果显示:2014年及以后慢性病共病患病率高于2004年以前、2004—2013年;60~<80岁人群慢性病共病患病率高于≥80岁、40~<60岁、<40岁人群。

性别、受教育水平、婚姻状况、地区、地域、慢病类型、研究质量的亚组分析,组间慢性病共病患病率比较,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。



注：A为年份趋势，B为性别-年份趋势，C为城乡-年份趋势。  
图1 1998—2019年中国大陆地区居民慢性病共病患病率趋势

## 结论

1998—2019年中国大陆地区居民慢性病共病患病率为36.3%，且慢性病共病患病率呈上升趋势，并具有显著的年龄特征差异，需重视共病高危人群的早期筛查，采取积极有效的策略预防和控制。

相较于既往研究，虽然本研究的纳入样本和亚组分析更为全面，但也存在一些不足。首先，作为关注慢性病共病患病率及其趋势的综述类研究，由于纳入的原始研究数据来源差异较大等因素，Meta分析显示了较高的异质性，因此对待相关结果需谨慎对比和解释。本研究异质性较高的原因可能包括纳入研究的调查时间跨度大，各研究之间的抽样方法、年龄范围、样本量、慢病诊断的方法以及数量存在较大差异。但考虑到异质性评估中  $I^2$  值受样本量的影响，大样本患病率的观察性研究的异质性可能很大。其次，针对使用同一数据库的不同调查年份的样本，本研究采用了合并纳入的方式，也可能导致异质性增大。再次，少量纳入文献的标准化患病率估计值可能低估了我国大陆地区原始的慢性病共病患病估计值。

综上，我国大陆地区慢性病共病的患病率较高，尤其在老年、女性、城市、东北地区、未婚和受教育水平较低的人群中更高。加大这类高危人群共病的筛查和预防，使其培养和改善健康的生活方式和行为，有助于控制人群共病患病率的持续增长，减轻共病对个体、家庭、

医疗服务体系和社会的疾病及经济负担。未来仍需要更多高质量研究关注不同疾病人群的共病组合，以便提出更有针对性的行为和医疗卫生服务干预策略。

本文来源：潘晔, 刘志辉, 胡倩倩, 等. 中国老年人慢性病多病共存模式的研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(29): 3608-3615.

· 中国老年人慢性病多病共存模式的研究 ·

📌 背景

随着人口老龄化及寿命延长，慢性病的多病共存日益普遍。疾病种类多且病情复杂，为老年人健康管理提出挑战。共病模式作为研究的必要问题，国内研究相对缺乏。



🎯 目的：研究中国老年人常见慢性病的多病共存模式，帮助政策制定者、研究人员和临床医生更好地了解多病共存现状。

选取中国健康养老追踪调查（CHARLS）2018年数据中60岁及以上被访者，选择人口特征学部分数据及健康状况的14种慢性病数据。



采用关联规则、聚类分析、主成分分析、潜在类别分析4种方法对中国老年人的共病模式进行探索，并对比不同方法所得结果。



📌 结果

最终共纳入10800例被访者数据。4种方法所得模式有所差异，但存在一致性的共病模式：

- (1) 高血压、糖尿病或血糖升高、血脂异常；
- (2) 慢性肺部疾患和哮喘；
- (3) 关节炎或风湿病、胃部疾病或消化系统疾病；
- (4) 中风、与记忆相关的疾病。

| 结论

不同方法得到的一致性的共病模式所包含的慢性病病因关系关联明显；4种方法得到的共病模式存在差异的原因是包含的病因关系复杂，且方法的原理不同。

表 1 两病的关联规则分析

前项集	后项集	例数	观察发病率 (支持度) (%)	期望发病率 (%)	$\chi^2$ 值	P 值	观察发病率/ 期望发病率
关节炎或风湿病	高血压	2 428	22.48	20.99	39.03	<0.001	1.07
胃部疾病或消化系统疾病	关节炎或风湿病	2 056	19.04	14.03	507.53	<0.001	1.36
血脂异常	高血压	1 812	16.78	11.54	641.94	<0.001	1.45
心脏病	高血压	1 752	16.22	11.71	470.52	<0.001	1.38
胃部疾病或消化系统疾病	高血压	1 613	14.94	14.85	0.12	0.729	1.01
心脏病	关节炎或风湿病	1 428	13.22	11.06	108.62	<0.001	1.20
血脂异常	关节炎或风湿病	1 320	12.22	10.90	41.13	<0.001	1.12
慢性肺部疾患	关节炎或风湿病	1 204	11.15	8.74	159.66	<0.001	1.28
心脏病	胃部疾病或消化系统疾病	1 179	10.92	7.83	254.43	<0.001	1.39
血脂异常	心脏病	1 168	10.81	6.08	698.65	<0.001	1.78
糖尿病或血糖升高	高血压	1 144	10.59	7.23	376.91	<0.001	1.47
慢性肺部疾患	高血压	1 103	10.21	9.26	24.83	<0.001	1.10

表 2 三病组合的关联规则分析

前项集	后项集	例数	观察发病率 (支持度) (%)	期望发病率 (%)	观察发病率/ 期望发病率	提升度
关节炎或风湿病, 胃部疾病或消化系统疾病	高血压	1 011	9.40	6.60	1.42	1.42
心脏病, 关节炎或风湿病	高血压	940	8.70	5.20	1.67	1.67
关节炎或风湿病, 血脂异常	高血压	914	8.50	5.10	1.67	1.65
心脏病, 血脂异常	高血压	895	8.30	2.90	2.86	2.89
心脏病, 胃部疾病或消化系统疾病	关节炎或风湿病	798	7.40	3.50	2.11	2.12
心脏病, 胃部疾病或消化系统疾病	高血压	734	6.80	3.70	1.84	1.84
糖尿病或血糖升高, 血脂异常	高血压	692	6.40	1.80	3.56	3.62
血脂异常, 胃部疾病或消化系统疾病	高血压	677	6.30	3.60	1.75	1.72
慢性肺部疾患	高血压	670	6.20	4.10	1.51	1.51
慢性肺部疾患	关节炎或风湿病	665	6.20	2.80	2.21	2.24
心脏病, 血脂异常	关节炎或风湿病	653	6.00	2.70	2.22	2.23
血脂异常, 胃部疾病或消化系统疾病	关节炎或风湿病	648	6.00	3.40	1.76	1.75
糖尿病或血糖升高, 关节炎或风湿病	高血压	566	5.20	3.20	1.63	1.63
心脏病, 血脂异常	胃部疾病或消化系统疾病	547	5.10	1.90	2.68	2.64

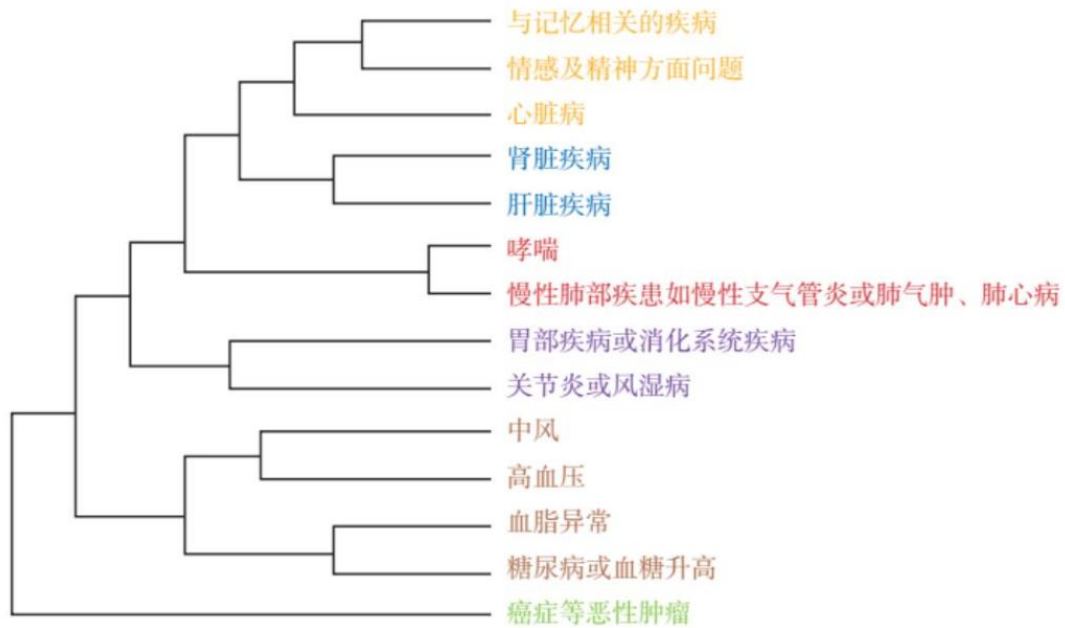


图 1 14 种慢性病的系统聚类谱系图

表 3 多病被访者的 k-medoids 聚类分析结果(分组被访者的发病率)

分类	例数	高血压 [例(%)]	糖尿病或 血糖升高 [例(%)]	癌症等 恶性肿瘤 [例(%)]	慢性肺部疾患 [例(%)]	心脏病 [例(%)]	中风 [例(%)]	情感及精神 方面问题 [例(%)]	关节炎或 风湿病 [例(%)]	血脂异常 [例(%)]
分类 1	3 259	505 (15.50)	57 (1.75)	73 (2.24)	0	75 (2.30)	154 (4.73)	62 (1.90)	1 532 (47.00)	87 (2.67)
分类 2	2 016	264 (13.10)	46 (2.28)	47 (2.33)	1 161 (57.59)	222 (11.01)	104 (5.16)	77 (3.82)	1 139 (56.50)	92 (4.56)
分类 3	3 861	2 656 (68.79)	1 425 (36.91)	124 (3.21)	803 (20.80)	2 197 (56.90)	664 (17.20)	232 (6.01)	2 135 (55.30)	2 259 (58.51)
分类 4	1 664	1 664 (100.00)	128 (7.69)	35 (2.10)	156 (9.38)	191 (11.48)	170 (10.22)	27 (1.62)	0	206 (12.38)
总体	10 800	5 091 (47.14)	1 656 (15.33)	279 (2.58)	2 121 (19.64)	2 684 (24.85)	1 093 (10.12)	398 (3.69)	4 808 (44.52)	2 644 (24.48)

分类	肝脏疾病 [例(%)]	肾脏疾病 [例(%)]	胃部疾病或 消化系统疾病 [例(%)]	哮喘 [例(%)]	与记忆相 关的疾病 [例(%)]	无慢性病 [例(%)]	1 种慢性病 [例(%)]	2 种慢性病 [例(%)]	3 种慢性病 [例(%)]	4 种慢性病 [例(%)]
分类 1	99 (3.04)	178 (5.46)	0	44 (1.35)	80 (2.45)	1 486 (45.60)	858 (26.33)	688 (21.11)	195 (5.98)	32 (0.98)
分类 2	172 (8.53)	242 (12.00)	1 407 (69.80)	333 (16.52)	81 (4.02)	0	472 (23.41)	582 (28.87)	443 (21.97)	261 (12.95)
分类 3	440 (11.40)	741 (19.19)	1 819 (47.11)	425 (11.01)	432 (11.19)	0	295 (7.64)	261 (6.76)	890 (23.05)	915 (23.70)
分类 4	66 (3.97)	86 (5.17)	180 (10.82)	55 (3.31)	63 (3.79)	0	633 (38.04)	715 (42.97)	300 (18.03)	16 (0.96)
总体	779 (7.21)	1 245 (11.53)	3 403 (31.51)	855 (7.92)	656 (6.07)	1 486 (13.76)	2 258 (20.91)	2 246 (20.96)	1 828 (16.93)	1 224 (11.33)

分类	5 种慢性病 [例(%)]	6 种慢性病 [例(%)]	7 种慢性病 [例(%)]	8 种慢性病 [例(%)]	9 种慢性病 [例(%)]	10 种慢性病 [例(%)]	11 种慢性病 [例(%)]	12 种慢性病 [例(%)]	13 种慢性病 [例(%)]	平均慢性病种数 ( $\bar{x} \pm s$ , 种)
分类 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.90 ± 0.99
分类 2	194 (9.62)	50 (2.48)	10 (0.50)	1 (0.05)	2 (0.10)	0	1 (0.05)	0	0	2.67 ± 1.42
分类 3	617 (15.98)	426 (11.03)	247 (6.40)	117 (3.03)	56 (1.45)	22 (0.57)	8 (0.21)	4 (0.10)	3 (0.08)	4.24 ± 1.90
分类 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.82 ± 0.75
总体	811 (7.51)	476 (4.41)	257 (2.38)	118 (1.09)	58 (0.54)	22 (0.20)	9 (0.08)	4 (0.04)	3 (0.03)	2.57 ± 1.99

表 4 主成分分类表

分类	慢性病	RC1	RC2	RC3	RC4	RC5
分类 1	高血压	0.66				
	糖尿病或血糖升高	0.63				
	心脏病	0.47				
	血脂异常	0.69				
分类 2	关节炎或风湿病		0.68			
	胃部疾病或消化系统疾病		0.72			
分类 3	慢性肺部疾患			0.82		
	哮喘			0.85		
分类 4	中风				0.45	
	情感及精神方面问题				0.67	
	与记忆相关的疾病				0.74	
分类 5	癌症等恶性肿瘤					0.78
	肝脏疾病					0.50
	肾脏疾病					0.42

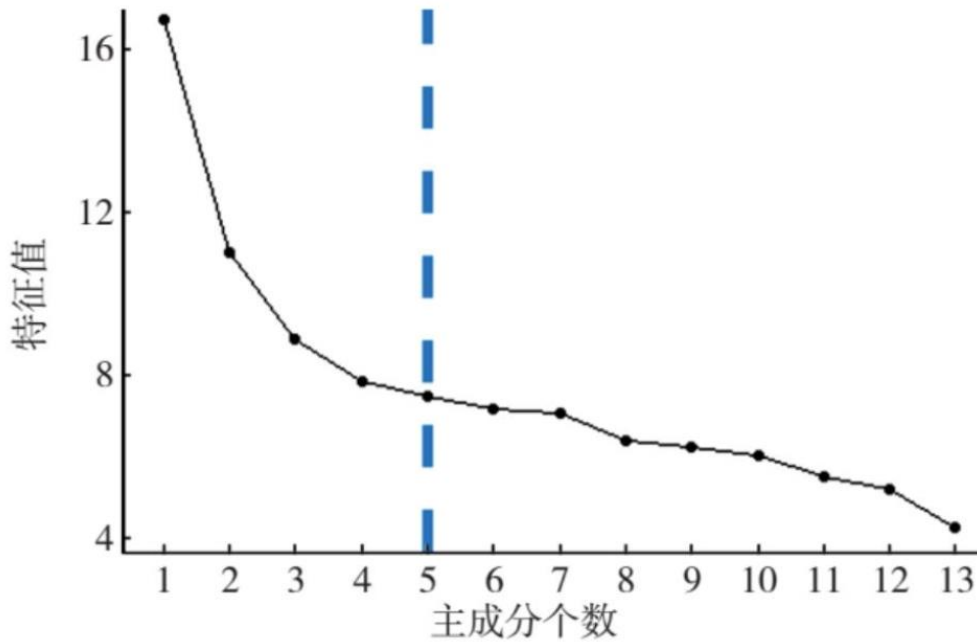


图 2 特征值的碎石图

表 5 潜在类别分析分类与慢性病交叉表

分类	例数	高血压 [例 (%) ]	糖尿病或 血糖升高 [例 (%) ]	癌症等 恶性肿瘤 [例 (%) ]	慢性肺部疾患 [例 (%) ]	心脏病 [例 (%) ]	中风 [例 (%) ]	情感及精神 方面问题 [例 (%) ]	关节炎或 风湿病 [例 (%) ]	血脂异常 [例 (%) ]
分类 1	1 266	501 (39.57)	82 (6.48)	42 (3.32)	409 (32.31)	400 (31.59)	94 (7.42)	74 (5.84)	1 111 (87.76)	221 (17.46)
分类 2	2 728	2 389 (87.57)	1 090 (39.96)	73 (2.67)	275 (10.08)	1 287 (47.18)	694 (25.44)	77 (2.82)	1 059 (38.82)	1 623 (59.49)
分类 3	559	446 (79.78)	240 (42.93)	32 (5.72)	361 (64.58)	497 (88.91)	163 (29.16)	139 (24.86)	445 (79.61)	437 (78.18)
分类 4	618	304 (49.19)	63 (10.19)	12 (1.94)	589 (95.31)	259 (41.91)	33 (5.34)	22 (3.56)	335 (54.21)	111 (17.96)
分类 5	5 629	1 451 (25.78)	181 (3.21)	120 (2.13)	487 (8.65)	241 (4.28)	109 (1.94)	86 (1.53)	1 858 (33.01)	252 (4.48)
总体	10 800	5 091 (47.14)	1 656 (15.33)	279 (2.58)	2 121 (19.64)	2 684 (24.85)	1 093 (10.12)	398 (3.69)	4 808 (44.52)	2 644 (24.48)

分类	肝脏疾病 [例 (%) ]	肾脏疾病 [例 (%) ]	胃部疾病或 消化系统疾病 [例 (%) ]	哮喘 [例 (%) ]	与记忆相关 的疾病 [例 (%) ]	0 种慢性病 [例 (%) ]	1 种慢性病 [例 (%) ]	2 种慢性病 [例 (%) ]	3 种慢性病 [例 (%) ]	4 种慢性病 [例 (%) ]
分类 1	288 (22.75)	346 (27.33)	1 182 (93.36)	29 (2.29)	71 (5.61)	0	0	9 (0.71)	561 (44.31)	402 (31.75)
分类 2	133 (4.87)	284 (10.41)	575 (21.08)	49 (1.80)	270 (9.90)	0	0	525 (19.24)	896 (32.84)	650 (23.83)
分类 3	204 (36.49)	328 (58.67)	429 (76.74)	199 (35.60)	198 (35.42)	0	0	0	0	0
分类 4	30 (4.85)	60 (9.71)	212 (34.30)	546 (88.35)	35 (5.66)	0	0	51 (8.25)	150 (24.27)	169 (27.35)
分类 5	124 (2.20)	227 (4.03)	1 005 (17.85)	32 (0.56)	82 (1.46)	1 486 (26.40)	2 258 (40.11)	1 661 (29.51)	221 (3.93)	3 (0.05)
总体	779 (7.21)	1 245 (11.53)	3 403 (31.51)	855 (7.92)	656 (6.07)	1 486 (13.76)	2 258 (20.91)	2 246 (20.80)	1 828 (16.93)	1 224 (11.33)

分类	5 种慢性病 [例 (%) ]	6 种慢性病 [例 (%) ]	7 种慢性病 [例 (%) ]	8 种慢性病 [例 (%) ]	9 种慢性病 [例 (%) ]	10 种慢性病 [例 (%) ]	11 种慢性病 [例 (%) ]	12 种慢性病 [例 (%) ]	13 种慢性病 [例 (%) ]	平均慢性病种数 ( $\bar{x} \pm s$ , 种)
分类 1	224 (17.69)	69 (5.45)	1 (0.08)	0	0	0	0	0	0	3.83 ± 0.92
分类 2	437 (16.02)	186 (6.82)	33 (1.21)	1 (0.04)	0	0	0	0	0	3.62 ± 1.23
分类 3	18 (3.22)	132 (23.61)	196 (35.06)	117 (20.93)	58 (10.38)	22 (3.94)	9 (1.61)	4 (0.72)	3 (0.54)	7.37 ± 1.36
分类 4	132 (21.36)	89 (14.40)	27 (4.37)	0	0	0	0	0	0	4.22 ± 1.31
分类 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.11 ± 0.84
总体	811 (7.51)	476 (4.41)	257 (2.38)	118 (1.09)	58 (0.54)	22 (0.20)	9 (0.08)	4 (0.04)	3 (0.03)	2.57 ± 1.99



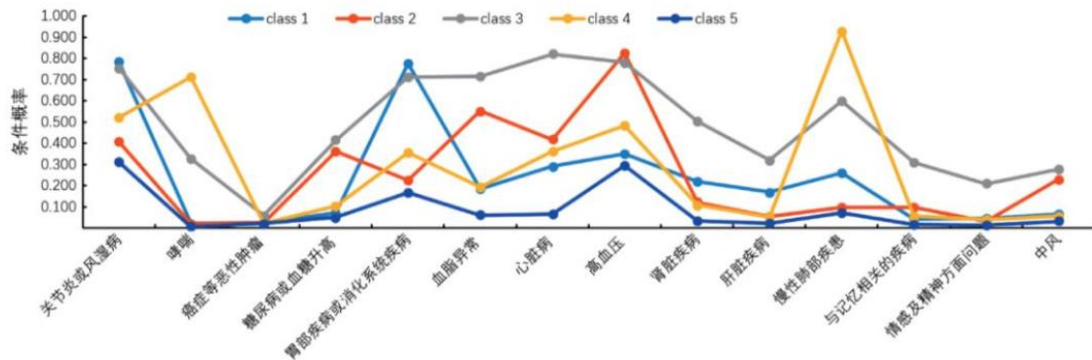


图 3 5 个分类潜在类别的条件概率分布图

本研究的独特之处在于数据总量在国内同类研究中相对较大，使用一系列方法进行多病分类，并尝试新算法。除了系统聚类采用谱系图与临床结合的方法判别分类个数，被访者 k-medoids 聚类采用了体现数据特性的方法进行个数判断，主成分分析采用碎石图确定个数，LCA 采用遍指标法历法选择分类数，减少了主观判断。国内共病模式相关分析方法少，以慢性病距离算法为例，国外多采用 Jaccard 以及 Yule's Q 距离，国内较少采用。后两种算法更能体现 01 数据包含的信息。

本研究尝试通过对比结果来说明方法的适用性，得到的一致共病组合病因关联明显。主成分和系统聚类对慢性病分类，而 k-medoids 及 LCA 对人群分类，可以进一步关联患者特征深入分析。聚类分析依赖于距离的计算方法，而 LCA 用的潜变量来解释外显指标之间的关联，被潜变量解释后的外显指标间实现局部独立性，更加客观，保证了多病模式分类的稳定性。多病研究需要根据研究目的进行选择模式分析方法，或者使用多种方法得到具有一致性的稳定分类。

本研究的不足之处在于为了保证数据客观性及样本数量，通过众

数填充多病缺失数据,会影响发病率的准确度,导致发病率低于总体。保留了缺失的被访者人口特征学数据并没有进行处理,虽然分类到被访者个人,但未结合人群的各种特征进一步研究,未分析危险因素及预后,内容不够贴近临床。

本文来源:周思静,罗邦安,曹慧,等.  $\geq 65$  岁居民老年痴呆流行病学特征及其与慢性病共病的相关性研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(29): 3616-3621.

·  $\geq 65$ 岁居民老年痴呆流行病学特征及其与慢性病共病的相关性研究 ·

背景

老龄化社会背景下,老年痴呆患病数量逐年增加,且共病状态越发常见,但目前湖南省关于老年痴呆的广泛调查不足,疾病之间的共病关系尚不明确。



目的: 全面了解湖南省  $\geq 65$  岁居民老年痴呆患病情况并分析其与常见 11 种慢性病的共病关系。

1

于2021年4—5月,采用分层多阶段抽样方法,在湖南省30个区(县)、60个街道(乡镇)、180个居(村)委会随机调查  $\geq 65$  岁居民。

2

以痴呆社区筛查量表(CSI-D)或8条目痴呆筛查问卷(AD8)为筛查工具,神经内科或精神科医生结合简易精神状态检查量表(MMSE)和蒙特利尔认知评估量表(MoCA)诊断痴呆。

3

同时调查居民高血压、脑血管病、缺血性心脏病、类风湿性关节炎、椎间盘疾病、糖尿病、胃肠炎、慢性阻塞性肺疾病、胆结石胆囊炎、消化性溃疡、癌症的患病情况。

结果

本次共抽样5979人,共5616人完成调查,785例(13.98%)检出痴呆。不同地区、性别、年龄、吸烟史及有无慢性病患者老年痴呆患病率比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

共收集到5606份慢性病患者情况数据,排名前五位的疾病分别是:

· 高血压 · 椎间盘疾病 · 糖尿病 · 脑血管病 · 缺血性心脏病

老年痴呆群体中排名前五位的疾病分别是:

· 高血压 · 脑血管病 · 缺血性心脏病 · 类风湿性关节炎 · 椎间盘疾病

0、1、2、 $\geq 3$ 种不同慢性病患者数量群体的老年痴呆患病率依次为11.46%、13.66%、17.50%、18.26%。有无胃肠炎、类风湿性关节炎、脑血管病、慢性阻塞性肺疾病、缺血性心脏病者老年痴呆患病率比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

二元Logistic回归分析结果显示:

居住在农村、女性、年龄增大、患有慢性病是≥65岁居民发生老年痴呆的危险因素( $P<0.05$ )。

老年痴呆患者按时服药情况:

12.79%(99/774)表示有困难、6.59%(51/774)需要帮助、2.97%(23/774)根本无法独立完成。

结论

湖南省≥65岁居民老年痴呆患病率随慢性病患病数量增加而增加,且与多种疾病相关。共病背景下老年痴呆患者的自理能力及家庭照护负担应引起全社会的重视。此次大调查基本掌握了湖南省老年痴呆的患病情况及与慢性病共病情况,旨在为制订疾病防治相关政策提供客观依据。

本次关于老年痴呆和常见 11 种慢性病的相关性是湖南省全省随机样本的调查,本研究调查范围广、覆盖病种多。需要特别指出的是不同疾病的实际检出率可能会影响研究结果,心脑血管疾病常有明显的症状、较明确的检查指标,如脑血管疾病中的卒中、脑梗死、脑血栓及缺血性心脏病。但对于常规体检并未纳入的疾病及进行性加重后期才出现明显症状的疾病,患者对自身患病情况可能并未清楚了解,或未能及时就医明确诊断,故检出率和相关性结果可能受到影响。本研究可为湖南省老年痴呆和慢性病的研究提供数据基础,但更准确细致的研究还需进一步推进。

本文来源:王萧冉,张丹. 慢性病共病对我国老年人焦虑症状的影响研究: 基于倾向性评分匹配[J]. 中国全科医学, 2023, 26(29): 3622-3627.

• 慢性病共病对我国老年人焦虑症状的影响研究: 基于倾向性评分匹配 •

背景

随着我国人口老龄化进程的不断加速,慢性病共病成为威胁老年人健康的重大公共卫生问题,对老年人的心理健康产生消极影响。目前尚缺乏关于老年人慢性病共病与焦虑症状的研究。



🎯 目的：探讨慢性病共病对我国老年人焦虑症状的影响，为改善慢性病共病老年人心理状况提供参考。

2022年12月—2023年2月，利用中国老年健康影响因素跟踪调查（CLHLS）2018年数据，选取年龄在65岁以上的6854名老年人为研究对象。采用广泛性焦虑量表（GAD-7）评估老年人焦虑症状。

患有2种及以上慢性病的研究对象为慢性病共病 患有1种或无慢性病的研究对象为无慢性病共病

利用倾向性评分匹配法（PSM）将有慢性病共病与无慢性病共病的老年人进行匹配，并进行单因素和多因素Logistic回归分析，探究老年人慢性病共病与焦虑症状的关系。

### 📊 结果

6854名研究对象中，慢性病共病的发生率为38.04%(2607/6854)，焦虑症状的发生率为10.53%(722/6854)。无慢性病共病者4247名(61.96%)，其中无慢性病者2102名(30.67%)，患有1种慢性病者2145例(31.29%)。PSM后，共匹配到无慢性病共病和慢性病共病老年人2282对，共4564例。

多因素Logistic回归分析结果显示：慢性病共病是老年人出现焦虑症状的危险因素。此外，性别、日常行为能力、是否领取退休金也是老年人出现焦虑症状的影响因素( $P < 0.05$ )。进一步对慢性病共病与仅患1种慢性病的老年人进行PSM匹配，得到慢性病共病与患有1种慢性病老年人共522对、1044例。结果显示：患有1种慢性病老年人焦虑症状发生率(64.76%)高于慢性病共病老年人(43.12%)( $P < 0.001$ )。

### | 结论

慢性病共病老年人出现焦虑症状的风险高于非共病老年人，应加强对于慢性病共病老年人心理状况的关注。

综上所述，本研究利用PSM平衡了慢性病共病与非共病老年人的混杂偏倚，研究结果表明共病老年人焦虑症状发生率是非共病老年人的1.399倍，慢性病共病是老年人出现焦虑症状的危险因素。因此应加强对于慢性病共病患者心理健康的关注度，加强全科医生的培养，提高心理健康问题的识别能力，同时加强对于心理健康问题的科普，提高老年人的重视程度，维护老年慢性病共病患者的心理健康。

[返回目录](#)

## · 医保快讯 ·

### 抓住 10 个要点，推动医保事业高质量发展

来源：中国医疗保险研究会

推动医保事业高质量发展，促进全体人民共同富裕，既是应时之举，也是应有之义。

所谓应时之举，是指这是适应新形势、新阶段、新任务对医保事业发展客观需要的重大举措，是贯彻落实党的二十大对医保事业发展指明的前进方向和提出的最具根本性、全局性、战略性的目标要求的实际行动。

所谓应有之义，是指实现全体人民共同富裕是我们党的初心使命，是中国式现代化最本质、最显著的特征。中国特色的医保制度“特”就“特”在它是在党的集中统一领导下，发挥社会主义制度优势建立起来的以人民为中心、以不断满足人民群众日益增长的美好生活和健康福祉需要为出发点和落脚点的民生保障制度。所以，促进全体人民共同富裕就是医保事业高质量发展的题中应有之义。

推动医保事业高质量发展，促进全体人民共同富裕，就要求中国医保人必须以新的思想自觉和历史主动跟进强国建设、民族复兴伟业发展大势，提高政治站位、找准角色定位、贯彻新发展理念、构建新发展格局，抓住重大关键环节，实施统筹协调、系统集成的机制性方略。

主要讲三点粗浅思考和基本观点，供参酌。

(一)服从服务于全面建设社会主义现代化,是推动医保事业高质量发展的根本立足点。

具有里程碑意义的党的二十大胜利召开,标志着我们由全面建成小康社会迈上全面建设社会主义现代化国家的新征程,要以中国式现代化实现中华民族伟大复兴第二个百年奋斗目标。这是一个相较于全面建成小康社会更加宏阔的时代命题,是一次更加深刻、更加伟大的社会变革,是一项更加艰巨复杂、更加光辉灿烂的中华民族伟大复兴的创世纪工程。

中国式现代化既有世界各国现代化的共同特征,更具有基于中国国情的中国特色(党的二十大报告从六个方面作了精准阐述)。让拥有14亿人口巨大规模的全体人民共同富裕,不断提高人民的生活品质,则是最具本质特征的、最显著的特色。有一句大家耳熟能详的金句,“没有健康就没有小康”,同样,没有全体人民的健康,就不可能实现全体人民共同富裕、提高生活品质。作为民生保障体系中最具基础性、普惠性、兜底性的医保制度,通过高质量发展促进全体人民共同富裕、提高生活品质则是新时代中国医保人义不容辞的责任担当。

实现全体人民共同富裕从根本上说要靠发展、靠强国建设。实现经济社会高质量可持续发展,全面建设社会主义现代化,这是党和国家最具根本性、决定性的战略全局。“不谋全局不足以谋一域”。新阶段医保事业只有以此为根本立足点,服从服务于这个大局,才可能

秉持正确的发展理念、发展方向、发展方略、发展举措、发展格局，才可能实现与中国式现代化建设同频共振、同舟共进，实现有效促进共同富裕，提高人民生活品质，不断满足人民群众日益增长的美好生活和健康福祉需要得更加公平、更有效率、更为安全、更可持续的高质量发展。

立足于、服从服务于全面建设社会主义现代化，以促进共同富裕、提高人民生活品质为第一要务的医保事业高质量发展，必须牢牢抓住以下五个根本性、前提性、决定性的重大关键环节。一是必须坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为政治统领，以党中央、国务院关于医保事业发展决策部署和一系列指标精神为行动指南，要不断提高政治判断力、政治领悟力、政治执行力。二是必须全面贯彻新发展理念，构建新发展格局。三是必须实施统筹协调、系统集成的机制性方略(简称统筹方略)。四是将工作重心由“制”转向“治”，将“三医联动”配套改革提升为“多方参与、协同治理”，将中国特色的医保制度优势更好地转变成治理效能，转变成老百姓“看得见、摸得着”的保障权益，使人民群众的获得感成色更足、幸福感更饱满、安全感更可靠。这也是判定医保事业是否是真正的高质量发展的金标准。五是必须巩固发展基础，坚持守正创新，全面贯彻习近平总书记概括总结的“五个坚持”基本经验。尤其要把既尽力而为、又量力而行，“保基本、可持续”的基本方针，贯彻到医保事业高质量发展、促进共同富裕、提高人民生活品质的全过程，

旗帜鲜明地抵制形形色色可能扰动中国医保制度根基的各种论调，泛福利化、民粹主义倾向和福利赶超等吊高群众胃口、脱离中国国情和现阶段经济发展水平的盲目许诺和举措，确保医保事业在建设社会主义现代化、促进全体人民共同富裕的正确轨道上稳中求进、行稳致远。

**(二) 牢牢抓住“公平统一、安全规范”这个重要着力点，持续健全完善医疗保障制度体系，为有效促进共同富裕、提高人民生活品质提供制度性保障，做到“以制度致广大、于服务尽精微”。**

根本在制度，制度是具有根本性、稳定性、连续性的，是管全局的。推动医保事业高质量发展、促进共同富裕、提高人民生活品质，必须坚持制度引领，以持续健全完善多层次医保制度体系为主线，守正创新、补短扬长，把问题导向和目标导向有机结合起来，不断提升整体保障能力和保障绩效。

健全完善医保制度体系的工作千头万绪，当前和今后一个时期，要牢牢抓住“公平统一、安全规范”这个重要着力点，带动医保体制机制全面持续创新和健全完善。

党的二十大报告在阐述社会保障体系建设时将党的十九大报告中的“权责清晰、保障适度”改为“公平统一、安全规范”，是具有新意和深意的。这八字之义对新阶段健全完善包括医保在内的社会保障制度更具有现实针对性和长远指导性。因为，“公平”是制度的核心要义和本位功能，“统一”则是公平的前提和基础；“安全”是可持续发展的保障，“规范”是制度建设的基本要求。抓住这八个字，



在一定意义上就是抓住了医保制度建设的中心环节，就是为推动医保制度高质量发展、促进共同富裕奠定了制度基础。

所谓现实针对性，主要是指我国医保制度改革发展取得重大突破性进展和令世人瞩目的杰出成就，这是不争的事实。但是在公平性、统一性方面存在不足，在安全规范方面还存在缺陷和隐患，必须清醒认识和积极面对。

所谓长远指导性，是指包括医保在内的社会保障制度最本位的核心功能和作用，是增进社会公平正义，维护国家长治久安、社会稳定和谐。只有真正体现公平统一、安全规范的制度才能行稳致远，实现高质量可持续发展。

总之，只有牢牢抓住“公平统一、安全规范”这个重要着力点，带动全面健全完善医保制度体系，才能收到“纲举目张”之效，实现真正意义上的高质量发展。

**(三) 推动医保事业高质量发展、促进全体人民共同富裕，需实施统筹协调、系统集成的机制性方略(简称统筹方略)。**

因为这是一个时代化、中国化的大命题、大学问、大工程、大目标，需要集各方之智、举全国之力，一步一步地往前走、一代接着一代干，方能最终实现，靠任何一方或一个部门“单打独斗”都是不可能奏效的。

实施统筹方略，工作千头万绪，当前和今后一个时期要着力抓住主要矛盾和重大关键环节重点突破、带动全盘。在此仅列举十端，作

一概述。

第一，解决现行制度公平统一不足的问题，要抓住城乡之间、地区之间、人群之间实际存在的保障不平衡、不充分(既有保障不足、又有保障过度)这个主要矛盾。一方面，进一步整合规范制度、实施“一盘棋”的保障清单，增强法定制度的刚性约束;另一方面，加大对欠发达地区和弱势、困难群体的支持力度，增进制度公平和机会公平，为促进全体人民共同富裕清除“路障”，创造条件，让广大人民群众切实感受到公平正义就在身边。

第二，坚持按照兜底线、织密网、建机制的要求，以“一个都不能少”的决心和“时时放心不下”的责任感，创新体制机制和参保方式，切实解决部分社会成员(重点是农民工、灵活就业人员、新经济组织从业人员、城乡困难群体等)漏保、断保、脱保问题，真正实现“人人有医保”，为促进全体人民共同富裕“兜”好健康保障之“底”。

第三，坚持按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》要求，持续健全完善四大机制，这是推动医保事业高质量可持续发展的内生动能、机制保障。

第四，坚持以历史主动和制度自觉推进医保省级统筹，这是增强制度公平性，充分释放“大数法则”效应，提高基金保障效力，减少非必要异地就医工作量，降低管理成本、社会成本的重要途径。

第五，坚持正确处理“特事特办”与“依法依规”办的关系，统一规范大病保险和医疗救助制度，切实纠正“叠床架屋”式重复救助、

无效救助和衍生的不公等问题，建立健全分级、分类精准救助体系，夯实筑牢医保助力“反贫困、促富裕”长效机制，防范因病致贫、因病返贫规模性发生，为全面实施乡村振兴战略，促进全体人民共同富裕夯实兜底性制度根基。

第六，坚持推动有为政府和有效市场更好结合，进一步激发市场主体和社会组织的活力，尽快补齐长期护理保险、商业医疗补充保险、商业健康保险、医疗公益捐赠和慈善事业等发展滞后短板，提升多层次保障整体实力。

第七，树立积极老龄化、健康老龄观，坚持医保治理与健康管理，发展老年服务事业、产业，持续实施健康中国战略，积极应对老龄化国家战略统筹谋划，协同推进。

第八，加大运用大数据、互联网的宽度和深度，健全完善全国统一的医保信息化平台，提升优化医保公共服务质量和水平，实现基本公共服务均等化。

第九，按照党的二十大精神持续深化医药卫生体制改革，将“三医联动”改革提升为“多方参与、协同治理”，形成新治理格局，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。

第十，坚持不懈地抓好医保专业队伍建设。要想推动医保事业高质量发展、促进全体人民共同富裕，就要打造一支政治素质好、执行能力强、有爱民情怀、有责任担当的专业人才队伍，这也是关键所在。

#### 4 方面发力，用好医保智能审核

来源：经济日报

医保基金监管工作量是巨大的。近年来，通过飞行检查、专项整治和日常监管相结合，医保基金监管的高压态势已初步形成，但仅靠常规手段很难全面覆盖监管对象。基于医保大数据的智能审核监控，已成为医疗机构安全规范使用医保基金的第一道防线。

工欲善其事，必先利其器。智能审核监控的核心在于原始数据的获取及知识库、规则库的建设。自国家医保局成立后，“统一”“规范”“实用”一直是医保信息建设的重点，先后制定了包含药品、医用耗材、医保结算清单等在内的 18 项医保信息业务编码，逐步推进全国统一的医保信息平台建设，解决了长期存在的地区间标准不统一、数据不互认、医保大数据应用不充分等问题，并陆续印发《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法(试行)》《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0 版)》，为形成全国智能审核监控一张网提供了先决条件。

全国各统筹区医保管理部门依托统一的医保信息平台，基于标准化医保信息业务编码，利用全面规范的“两库”开展医保基金智能审核监控，真正实现了智能审核监控地域全覆盖、对象全覆盖、数据全覆盖。2022 年，全国医疗保障部门通过智能审核监控拒付和追回医保基金 38.5 亿元，发挥了智能审核监控的显著优势。

一是全。智能审核监控促成了“医院前端提醒、经办端事中审核、行政端事后监管”的基金使用全流程监管体系。不仅能对虚假诊疗、虚假住院、挂床住院等较常发生的医保基金违规情形加以识别防范，而且能对分解住院、高套编码、费用转嫁等 DRG/DIP 支付方式改革下新凸显的违规行为进行有效监管。智能审核监控实现了对统筹区全域所有定点医药机构数据的清洗与审核，这是传统人工审核无法做到的。

二是快。与传统人工审核相比，智能审核监控能在短时间内完成海量数据的审核工作，抽丝剥茧找出潜在的违规行为。例如，在国家医保局开展的“虚拟住院”专项检查中，仅用一周时间就完成对全国 42 万余家定点医疗机构近 38 亿条海量数据的筛查分析，最终查获医药机构 62 家，涉案金额高达 1.5 亿元，有效破解了传统人工核查发现难、效率低等难题。

三是准。智能审核监控基于知识库、规则库，利用计算机算法从严挖掘疑似违规行为，准确查找可疑医保基金使用行为，为医保部门进一步核查提供线索依据。

医保基金智能审核监控是信息化时代医保基金监管的重要手段，更是提高医保治理能力和治理水平的重要技术支撑。进一步用好智能审核监控，需从以下几方面发力。

第一，逐步完善智能审核知识库、规则库建设。特别是在 DRG/DIP 支付方式改革、异地就医结算、门诊共济保障、长期护理保险试点等

政策全面推进的当下，切实加强医保基金监管力度。

第二，推进医保基金监管常态化。结合新工具新方法，丰富医保基金监管方式，完善医保基金监管流程，形成点线面相结合的医疗保障基金监管体系，打好监管“组合拳”。

第三，持续建设多部门协同共治的医保基金监管体系。充分协同公安、卫健等部门，联动医疗机构执业许可证定期校验，纳入医师定期考核，形成全面检查、警示震慑、行业自律的监管体系。

第四，引导定点医药机构实现自我管理。智能审核监控不仅是医保监管锋利的“矛”，也是各定点医药机构守住安全底线坚固的“盾”，已有典型医药机构通过引入院内智能审核系统主动降低风险，这一做法值得推广。

[返回目录](#)

## • 医药反腐 •

### 医药反腐升级对行业的长期影响

来源：医库

近期密集出台的医药反腐政策已经上升到国家级的层面，其力度堪比教育“双减”，将会让整个行业发生巨大的变化。

查处的院长、科主任与药械企业的数量和力度都是空前的，Dr. 2 发现有几个特点。

第一，很多查处是从末端抓起，从一个代表的入手，到对接的主

要医生、主任还有院长，再从这些已经明确的事实反向去倒查企业行为，同时从上市公司和非上市公司的一些财务报表里面发现各种端倪，再整合公安和税务，就有了执法权，直接进行相关人员控制，控制之后，以某一个确定的点切入，再进行深度的挖掘。

大多数的普通人，哪怕是作为院长或者名医，一生都没有跟公检法打过这种交道，很多人在外面硬气的要命，挥斥方遒，一到里面，该说的不该说的全都讲出来了，如此一来很容易形成一种链式反应，当然最终的力度都取决于整个监管层的目标与思路。

第二，医药反腐升级对行业有巨大的长期的影响。腐败的核心动力，来自于医生、主任还有院长从药械的招标、进院和处方的自由裁量权获得利益分配，换句话说，就是它可以通过利益驱动来扭曲真实的临床处方行为！

### 影响变化一

假定全行业一刀切无死角地去进行反腐，我们判断医生的整体真实收入会有一个比较大的下降，但它并不是均衡下降，越是原来收入低的下降越不明显，而相对高收入的带组医生以上级别，到主任会有一个比较大幅度的下降，呈现一个倒金字塔形逻辑！

对中低收入的医生来说，如果在背负房贷、车贷等生活压力的情况下，可能会更加积极的去寻找多种合理合规合法的创收方式。

比如开展多点执业，去民营医院等更市场化收费的地方坐诊，积极做医学科普，做医生 IP 成为网络达人，甚至积极参与一些之前认

为自己没有时间参与的社会活动等，来不断提升自己的影响力。

这样的生态变化可能会给民营医院的招聘，多点执业医生的来源和时长，带来一个相对不错的契机，这是在经济杠杆压力下导致的，而且是整体导致的，个别人的“我要”“我不要”不影响整体的行为变化。

那些能做发明创造、知识产权和版权包括专利权，可以有价值创收的医生，他的积极性会更进一步的被激发出来，其实这个世界从来没有“有空”“没有空”，就看重要不重要了。

## 影响变化二

从整体来讲，理论上没有了比较扭曲的利益驱动，医生可能会更加关注患者的疗效与患者获益，而不是被其他东西所干扰，这样的话一些治疗性的药品反而会获得更好的认同。

换句话说，一些辅药和高价走费用的安全无效药自然就会被清理淘汰，无论是院内还是院外，处方的就会越来越少，甚至药企给医生也不敢收，这样就会出现一些导向性变化，医药产业结构将会发生一次很大的调整。

大批的既不符合中医理论，也不被西医认同的中药注射液品类，临床试验根本不敢做的历史遗留问题产品，多少行政命令都无法清除的东西，反倒可能出现行业性崩盘，主要由于它效果和获益不明显，但是价格比较贵，加上潜在的过敏反应等。包括一批临床疗效不高的中成药，也会大幅下降。



我们回顾一下历史，在最早医药行业还处在草莽阶段的时候，非常多地方的小药企，不管是在云南还是黑龙江，都有一些比较独特的品种、怪异的规格，通过代理、大包或者自营，但主要是通过走费用的方式，做成一个个过亿或者 10 亿以上的大单品，很多企业就靠这种方式，舒舒服服挣了一二十年的钱，他们不会去创新，也没有动力创新，同时创新也没有用。因为通过再创新增加的成本，不一定能够收回来，所以这是一个野蛮生长的阶段。

实际上它改革的契机是我们的药监局把一些只是更改剂型、仅做少量改良的药，不再允许进行创新药申报注册，同时不断的发出指引，鼓励真正创新，然后进行两票制，营改增来收紧营销等一些形式上的漏洞，再通过药品集采，对包括一些辅助用药清单的认定，一大批这样的企业逐步消亡和缩小规模了！

而药品集采已经导致了市场的不断集中，大批的企业将会被迫走向创新药，可以是自研或者是 BD 购买，或合作或引进等方式。

然而这一波的反腐又会带来新的市场集中，市场化的方式其实是行政力量配合市场把一批的治疗价值不高但费用高的产品，进行批量清除，虽然会有一些漏网之鱼，但这无关大局。

对整个中国药品市场的结构会发生巨大的变化，创新药的归创新药，大批仿制药将会集采，一批只会给回扣的企业将会彻底出清，甚至连反击的机会都没有，也没有时间差，因为很多药企都知道合规就要来了，要来了，但它之前是通过不合规的方式来销售的，而眼前还

有收入，会选择饮鸩止渴，还会认为法不责众，但现在可能是给它来一个一刀切的生死判决。

### 影响变化三

接下来那些已经入局的规模医药企业将被动获益，由于强大的反腐和事实上利益方式的改变，治疗价值不高的这些伪创新药进院可能性微乎其微，甚至院长还有科主任既不申请，也不申报，也没有利益驱动，开始无为而治，这样一来，已经进院的将会被动躺赢，这一点也会倒逼企业对创新价值不高的新药不再发力，除非是有突破性疗法确实有效的产品！

而且一批批安全无效药可能会自动清理，这样 DRG 的工作也会顺利很多！

### 影响变化四

还有一个不能忽视的行业变化。如果利益驱动的方式越来越少，拜访医生越来越难，如果不能给医生传递有价值的内容，让医生获益，人家为什么要去接待你，所以这会加快整个医药代表的结构调整，要求高水平的代表甚至跟国外一样，很多的代表甚至是五六十岁退休有超高临床素养的医生去做的，而那些只能给费用搞客情的代表将会自动淘汰！

随着整个行业的集中，没有那么多医药企业，包括企业过大之后也会不断组合优化，整个医药代表的绝对数量，在未来可见的 3-5 年，继续减少一半甚至以上。

就像整个日本一亿多人口，只有几万名医药代表，按照这个比例，中国接近 200 万的医药代表，仍然会有大幅的压缩空间。

整个医药代表的结构会调整，那么收入反而会增加，同时相对来说也驱逐了一批劣币，也会让医药代表变成一个跟在国外一样相对比较好的职业，但是门槛会非常高。

这样会让整个企业的营销费用逐步减少，人力成本部分费用开始下降，有更多的钱和精力去关注研发与创新。

### 影响变化五

由于医生被利益扭曲的这种行为可能会得到一部分的遏制，药企的推广方式原来主要是从医生的处方行为逻辑中展开，可能更大的要变成医生跟患者齐头并进，患者组织活动、患者关爱项目相对来说是比较合规且有价值的，将会得到一个更大的发展。

通过优秀的治疗病例，让更多的患者获益，直接进行患者的随访关爱，患者大 V 和志愿者的服务来促进延伸优质治疗性产品的 DOT，让好药惠及更多的人。同时直接进行患教科普学习服务等，包括配合创新支付让真实的患者获益，在曾经医生端部分受限或者很多企业没有太多更好办法的情况下，患者端的服务与模式将会加速成型。

很多的患者社区和社群没什么商业模式，这种很难维系的情况将会改变，患者工作将会越来越重要。但其中一个核心就是秉承价值观，在合理合规合法的前提下，进行正当的规模化的患者教育和服务，药企就像当年支持医生学术活动一样，来支持患者组织活动，使更多患

者获益，这是一件有功德的事情，同时对企业的本身也会带来获益。

### 影响变化六

学术的会议从整体来讲会减少，特别是无价值的学术会议会变得更少，学术会议的质量和关注度会提升，企业赞助与参展单场学术会将出现拥挤，可能会出现费用和成本的上升，但是企业整体在学术会议上的投入将会缩减。

一项政策刚推出时往往会出现矫枉过正的现象，矫枉过正的逻辑就是孩子脏水可能一开始一起往外倒，正常的学术活动推广以及一些先进治疗理念也会受限，包括一些中小型创新药药企，也会给他们带来一个巨大的危机，因为他们没有那么多的缓冲，也没有更好的渠道，有些推广受制于现有政策无法开展，即使开了医生也不愿意参加，哪怕参加完了，之后连正常的讲课费和劳务费都无法支付或者支付了人家也不收，这样也会形成一个短期的巨大阵痛。

所以整个的学术活动至少在线下会有一个非常大程度的压缩，但是医生学习的欲望，先进技术诊疗的内容不会减少，因此互联网线上学术会这种低成本，快速持续方便的学习路径将会得到更长足的发展，它不仅覆盖更多的医生群体，还能有更多灵活的学习方式，并不以支付为目的，而是以真正的有价值的学习为核心。因此医生社区和医学学术类的互联网平台将会得到一次发展的契机。

那些以讲课等方式进行转移支付，做大规模会议营销的批量公司，号称已经跟数百家企业合作，每年支付数十亿费用的平台，将会

遭遇巨大的挑战，这种挑战不是业绩下降的问题，是生和死的问题，多年的预言可能会一语成谶。

倒过来说，偶然里也包含着必然，在市场经济条件下，哪里有一个缝，它就会钻成一个洞，如果坏孩子不被惩罚，他就会变成地方一霸，当他变成“黑社会”的时候，很可能会迎来重拳的出击，但这个因果之前就已经种下。

综合来看，有价值的学术，有质量的科普，有效果的患者关爱，将会成为未来市场推广的主流。

现在大批的医药代表、医生包括医药企业被告知这不能做那不能做，这不要去那不要去。但我们得告诉合作伙伴，什么东西能做，什么东西应当做，这才是至关重要的！

- 从未来趋势来讲，正规的循证的真实世界研究、注册伦理、知情同意、患者获益这一类项目将会得到一个更好的发展，也促进了医疗学术的一个规范。

- 第二类是患者关爱、医学科普、医生 IP、科室 IP 的品牌塑造、真实有效的患者活动将会得到更大的发展。

这两大类项目将是未来合规推广的主流项目。

最后，Dr. 2 认为，在每次市场困顿，大风大浪来的时候，我们仍然可以毫不犹豫的勇往直前，是因为我们做的事情是正确的，无论我们的医生、医院，还是我们的合作伙伴，在当下依旧可以敢做、愿意做、能做这些项目，是对我们最大的肯定，这将会给我们整个企业

带来更好的发展，整个行业也会向更好的方向改变！

[返回目录](#)

## 受贿行贿一起查！医药领域掀反腐风暴

来源：中国新闻网

医疗领域反腐力度还在进一步加大。不久前，国家卫健委会同 9 部门联合召开会议，部署开展为期 1 年的全国医药领域腐败问题集中整治工作。学术会议、带金销售等涉及医药行业商业贿赂的环节或将成为整治重点。

### 10 部门集中整治

#### 医药领域腐败问题

医药领域的反贪风暴正驶向深水区。

近日，国家卫生健康委同教育部、公安部、审计署、国务院国资委、市场监管总局、国家医保局、国家中医药局、国家疾控局、国家药监局，联合召开视频会议，部署开展为期 1 年的全国医药领域腐败问题集中整治工作。

另据中央纪委国家监委网站消息，7 月 28 日，纪检监察机关配合开展全国医药领域腐败问题集中整治工作动员部署视频会议召开。

会议提到，“深入开展医药行业全领域、全链条、全覆盖的系统治理”“紧盯领导干部和关键岗位人员，坚持受贿行贿一起查，集中力量查处一批医药领域腐败案件，形成声势震慑”。

7 月 25 日，刑法修正案(十二)草案提请十四届全国人大常委会

第四次会议审议。草案加大对行贿犯罪惩治力度，增加惩治民营企业内部人员腐败相关犯罪的条款，并提出在食品药品、教育医疗等领域行贿需从重处罚。



📍 首页 > 头条

### 中央纪委国家监委召开动员会 部署纪检监察机关配合开展全国医药领域腐败问题集中整治 喻红秋出席并讲话

来源：中央纪委国家监委网站 发布时间：2023-07-28 21:30 分享

**本网讯** 7月28日，纪检监察机关配合开展全国医药领域腐败问题集中整治行动部署视频会议在北京召开，中央纪委副书记、国家监委副主任喻红秋出席会议并讲话。

会议指出，集中整治医药领域腐败问题是推动健康中国战略实施、净化医药行业生态、维护群众切身利益的必然要求。各级纪检监察机关要深入学习贯彻习近平总书记重要指示批示精神，深刻认识开展集中整治工作的重要性和紧迫性，立足职责定位，尽职尽责、全力配合。要以监督的外部推力激发履行主体责任的内生动力，深入开展医药行业全领域、全链条、全覆盖的系统治理。加大执纪执法力度，紧盯领导干部和关键岗位人员，坚持受贿行贿一起查，集中力量查处一批医药领域腐败案件，形成声势震慑。把握政策策略，坚持实事求是、依纪依法，坚持惩前毖后、治病救人，最大限度地教育人、挽救人、感化人。强化以案促改，推动深化改革、完善制度，强化工作落实，精心组织实施，交出一份让党中央放心、让人民群众满意的答卷。

中央纪委常委、国家监委委员许罗德主持会议，国家卫生健康委负责同志，中央纪委国家监委机关有关部门和派驻机构、各省级纪委监委、有附属医院的中管高校纪检监察机构负责同志出席会议或以视频方式参会。

## 今年超百位医院院长、书记被查

北京大学医学人文学院医学伦理与法律系教授王岳此前接受媒体采访时指出，招投标行为的不规范是很多医院领导干部被查的原因。

有媒体报道，据不完全统计，今年以来，已有超百位医院院长、书记接受调查，原因多涉及通过在药品采购、医疗器械及耗材采购等事项上为他人谋取利益，收受贿赂等问题。

例如，在广东省，东莞、惠州、湛江、阳江、清远等一批地级市医院，以及揭阳、始兴等区县级医院，已经接连有不下 10 位医院院长因违法违纪问题落马，其中还有来自三甲医院的已退休院长。

另外，医疗医药大省四川也出现一天之内接连通报医院院长、书记被查的现象。例如，宜宾市纪委监委在1月9日连发了两则通报，四川省宜宾市第一人民医院原党委书记、院长谢明均与副院长杨利涉嫌严重违纪违法而被查。7月6日，“廉洁宜宾”发布通报，谢明均被开除党籍、杨利被开除党籍和公职。

### 医药行业商业贿赂

#### 或将成为整治重点

有分析人士向媒体表示，随着医药反腐工作持续推进，学术会议、带金销售等涉及医药行业商业贿赂的环节，或成为集中整治的重点之一。尤其是药企的销售费用金额、销售费用占营收比重、宣传推广费用占销售费用的比重等三项指标，受到关注。

日前，广州市市场监督管理局发布过一则《行政处罚决定书》，认定广州市玥达医疗器械有限公司向原广东省某医院人员支付“会诊费”3.5万元为好处费，构成商业贿赂行为，广州市市场监督管理局责令广州市玥达医疗器械有限公司立即整改其违法行为，予以没收违法所得288余万元(在该院销售收入扣除已缴纳的增值税、所得税等税费后的所得利润)，并处罚款215万元。

今年2月6日，中央纪委国家监委网站发表《严查医疗领域隐蔽利益输送》一文，文章称，医疗领域风腐问题不断隐形变异、迭代升级，例如，“定制式”招投标、“规避式”委托采购、“供股式”入股分红、“福利式”研讨培训等迭代升级的医疗腐败。



王岳建议,尽快落实药品、医疗器械和大型设备的网上直接采购,消除中间商,避免代理商成为“白手套”。

[返回目录](#)

## • 地方精彩 •

### 迈出垂直管理第一步 构建医保体制新格局

来源: 中国医疗保障

盐城市位于江苏省东部,辖 3 区 5 县,代管 1 个县级市。截至 2022 年底,全市参保人口 719.33 万人,定点医药机构 4989 家。2019 年机构改革后,盐城市组建市医疗保障局及各县(市、区)医疗保障局。2020 年,盐城市推进市区医保机构的垂直管理,构建起由市医保局统一指导、大市区医保机构垂直管理和各县(市)医疗保障局分治的医保体制新格局。

#### 背景——为促市区统筹落地

2018 年 12 月,盐城市政府出台《盐城市基本医疗保险市区统筹实施办法》,明确将从 2019 年 1 月 1 日起正式实行盐城市区基本医保统筹,涵盖市本级、大丰区、盐都区、亭湖区、盐城经济技术开发区、盐南高新区的职工医保和居民医保。同时明确市区统筹的原则是“制度框架统一、基金统收统支、责任风险共担、业务分级经办”。在基本政策上,实现参保范围、缴费标准、基金分配比例、就诊手续“四个统一”,在待遇标准上,实现三个目录、报销标准、慢特病范

围及标准“三个统一”。

2019年1月，盐城市医疗保障局组建成立。次月，各县(市、区)医疗保障局成立(不含盐城经济技术开发区、盐南高新区)。因盐城同时开始实行市区基本医保统筹政策，所属市辖区的盐都区、亭湖区、大丰区医疗保障局已没有政策制定和决策权，只是政策传达和执行者。同属市辖区的盐城经济技术开发区、盐南高新区没有医疗保障局，分别由社会事业局、社会事务管理局代履行医保经办管理工作，不负责行政管理工作，市区医疗保障行政管理工作并不顺畅。

同时，由于市级和县(市、区)级医保部门为业务指导关系，区医疗保障局属区政府行政管理序列，本级政府行政干预较多，市区统筹政策运行不够顺畅，医保基金运行也受到一定程度的影响，在监管方面也受地方钳制，管理职能弱化，管理效率低下，资源浪费严重。在这个大背景下，时任市政府主要负责同志要求，必须尽快开展市区医保机构垂直管理，促使市区统筹政策真正落地、医保基金回归良性运行。

### 做法——根据实际分布推进

改革前，盐城各县(市、区)经济发展不平衡，统一医保基金缴费和补助资金标准难度大，地方政府支持力度、基金可持续程度、医疗保障待遇水平、经办机构服务能力等方面差异较大，尚不成熟。而市区医保的基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”的基本医疗保险和生育保险统筹制度执行情况较好，

实行大市区医保机构垂直管理比较成熟。因此，盐城市根据本地实际，采用分步走的方式，先开展市区医保机构垂直管理。2020年，经市委编委会研究，《中共盐城市委机构编制委员会关于实施市区医疗保障机构垂直管理体制改革的的通知》出台，盐城开始推进市区医保机构的垂直管理。

在行政方面，撤销盐都区、亭湖区医疗保障局，由市医保局直接承担盐都区、亭湖区范围内的医保管理职责；组建市医保局大丰分局，作为市医保局正科级派出机构，负责承担大丰区范围内的医保管理协调职责。在经办方面，撤销盐都区、亭湖区医疗保险基金管理中心，在市医疗保险基金管理中心下设市医疗保险基金管理中心盐都分中心、亭湖分中心，承担盐都、亭湖辖区内医保经办职责；市经济开发区、盐南高新区医保经办职责交由市医保中心直接设立医保经办点（市医保中心经济开发区分中心、盐南高新区分中心）承担；大丰分中心由市医保中心和市医保局大丰分局共同管理，以大丰分局管理为主（见图1）。



图1 盐城市区医保部门改革前后组织架构图

在机构人员划转事项中，对于人员性质中有工人性质的干部，按

照“应划尽划”的要求划入市医疗保障局，任职及其职务职级相关政策由组织部门研究明确；对于政策性安置退役士官，按照“明确政策”和“尊重志愿”的原则，由地方政府重新调整工作岗位；对于长期借用人员，虽不符合划转政策要求，但本着便于新工作开展考虑，地方政府可向市政府出具请示，提请市委编委会按程序进行处理；对于政府购买服务用工，在人社和编制管理部门认真审核后接收。

在经费保障和资产划转事项方面，人员经费按当年实际支出进行划转，公用经费和项目经费按当年预算批复数进行划转，原国有资产按上年底实有资产进行划转，债权债务、往来资金、其他收入等抓好清理，资产、经费做好登记交接。

在用房保障方面，市医保局新增办公用房由市机关事务管理局统筹安排；盐都区、亭湖区、开发区、盐南高新区、大丰区医保办公用房继续由所在区人民政府（管委会）解决，保证辖区内正常的办公需要。

### **经验——领导重视、协同推进**

盐城市区医保机构能顺利地实现垂直管理，得力于市委市政府的高度重视和大力推动、各相关部门的协同配合和地方政府的倾力支持。

一是领导重视，拿定方案迅速。2019年6月—9月，时任市政府主要负责同志专门就市区医保垂管事项作出三次批示并进行专题调研，督促市委编办尽快研究，拿出具体可操作的方案，明确常务副市

长和分管副市长尽快推动改革落实到位，要求市医保局出台具体措施，做好垂管后参保扩面等各项工作，确保工作不脱节、改革平稳过渡。经对省内外各设区市调研，最终结合实际，盐城市区确定了混合垂直管理方案。

二是多方协同，统筹推进迅速。在市委市政府主要负责同志的高度重视和关心下，市政府专门成立了市区医保机构垂直管理实施工作领导小组，由市政府分管副市长任组长，市委组织部、市委编办、市级机关工委、市人社局、市财政局、市机关事务管理局、市退役军人事务局、市医疗保障局等部门负责同志，市区各区政府(管委会)分管领导为小组成员，并在市医疗保障局下设领导小组办公室，负责具体协调推进工作。通过召开两次领导小组成员座谈会，各方达成共识，形成《市区医疗保障机构垂直管理实施方案》，方案对编内人员划转、编外用工接收、经费保障、资产划转、党群组织关系提出了指导性意见原则，各部门和地方政府严格按工作方案的时间节点合力推进落实。

### 成效——服务提质增效

盐城市区医保机构实现垂直管理后，医保均等化便民化服务水平得到提升。三年来，盐城市以市区为试点，先行先试，做成了很多便民、利民、惠民的大事。

一是从“市区通办”拓展至“全市通办”。在市区医保机构实现垂直管理的大背景下，盐城聚焦医疗保障民生领域“难点、堵点、痛

点”问题，推动市区医保公共服务不断取得新突破。2021年1月起，盐城推行首批24项医疗保障经办业务“市区通办”，涵盖医疗生育费用报销、门诊特殊病待遇认定、异地就医备案等事项，打破属地经办的限制，让申请人在市区范围内，无论参保归属地在哪里，都可以选择离家最近的经办大厅办理业务。在“市区通办”的基础上，2022年9月，盐城市进一步实现了医保业务“全市通办”，并形成规范化、标准化办事指南。同时，建成覆盖市—县(区)—镇(街道)—村(社区)四级医保服务体系，建成了标准统一、流程统一、信息互通、破除属地限制、异地办理结果相同的“全市通办”网络。以服务事项标准化、数据信息共享化、快递寄送便捷化为基础，建成医保服务事项全口径、内容全方位、服务全渠道的线上办理渠道，群众在市医保局网站、“盐城医保”微信公众号等平台通过指尖操作完成办理，实现了所有32个医保经办事项网上办、掌上办，24小时医保服务“不打烊”。

二是选取市区相关镇为试点推进“15分钟医保服务圈”建设。垂管后，市区的医保公共服务的软硬件等各方面均优于其他各县(市)。选取市辖区万盈镇、尚庄镇为首批“15分钟医保服务圈”试点，综合运用社会治理网格化平台，推进基层网格员队伍和经办服务相融合，打造医保政策“讲解员”、参保扩面“宣传员”、纾困解忧“服务员”、社情民意“邮递员”的“四员”经办队伍，结合地方发展和工作实际编制“15分钟医保服务圈”市级和村(社区)级示范点建设运行标准、镇村两级经办人员培训标准化教材等，涵盖医保政策、

清单指南、操作指引、服务规范、管理制度等内容，促进基层服务更加标准规范。同时，以镇级服务点为“支点”，不断延伸基层服务，积极推进适老化改造和前移化服务，认真做好全市 46.3 万脱贫人口和居家生活不便的老年人保障服务工作，推行医保业务代办服务、上门服务常态化、规范化，让老百姓“小事不出村、大事不出镇”。

三是以市区为样板实施照护保险制度。为积极应对人口老龄化，破解重度失能人员护理问题，根据盐城市政府《关于建立照护保险制度的意见(试行)》，盐城市医保局研究制定了照护保险实施细则、服务项目和标准、定点照护机构协议管理办法和失能评估管理办法，形成照护保险制度政策框架，建成了照护保险制度工作体系。为确保照护保险制度平稳实施，盐城市医保局依托垂管后大市区行政管理、筹资政策、待遇标准、基金运行、经办服务等相对统一的优势，在市区高标准打造了 3 个照护保险服务中心，为参保人员提供统一化、无差异、同标准的经办服务，同时按照统一化要求，高标准打造承办机构、评估机构、居家上门机构、“医养融合”机构、照护人员培训基地。自 2022 年 7 月照护保险制度实施以来，截至 2023 年 4 月，市区照护保险申请人数 12349 人，其中线上申请 7733 人，线上申请率达 62.62%，享受待遇 7860 人，经测算，市区重度失能人员总数约 1 万人，70% 以上的重度失能人员已享受到保险待遇，惠民政策得到充分体现，民生保障成效持续提升，给其他各县(市)实施照护保险制度提供了标准化样板。

四是市区垂管后真正实现医保基金统收统支，增强了市区医保基金的抗风险能力。垂管后，进一步整合财务资源成立财务支付中心，统一进行基金财务支付、账务核算、数据统计分析，提升财务信息质量，同时加强医保基金管理和监督，增强市级宏观调控和统筹安排资金的能力。一方面实现“两定”机构医疗费“统支”，由财务支付中心统一拨付，一举免掉“两定”机构往返各参保地医保经办机构分头跑申报结算的麻烦，进一步缩短费用拨付时间，加速资金流动。另一方面，实现医保费征收“统收”，由税务部门统一征收企业和个人医保费，并直接划转至市级财政专户，各级财政补助资金也由各地按规定时间上缴至市级财政专户，能强有力督促各级履行出资义务，确保基金筹集到位。

盐城的垂直管理改革是基于各县(市、区)之间的经济发展水平、参保人员结构、医疗服务能力、基金监管压力和经办服务水准等差异推行的。此项改革避免了和地方政府的直接博弈，用更优化、更高效、更便捷的医保服务去吸引其主动向市区靠拢，为下一步推进全市医保机构垂直管理奠定了良好基础。

[返回目录](#)

## 河南省民权县：加快县域紧密型医共体建设步伐 凯奏基层百姓健康旋律

来源：健康县域传媒

“县医院到咱家门口的义诊真是为咱老百姓提供了方便，我是真



正感受到了医共体建设的好处。”家住伯党乡的白先生心生感慨，他是河南省民权县紧密型县域医共体建设的受益者。67岁的白先生在民权县第一医疗集团医疗服务进分院活动中发现身患右侧腹股沟斜疝，在民权县第一医疗集团人民医院总院专家的指导下，他在民权县伯党乡分院顺利接受了手术治疗，实实在在让群众不出“家门”享受到了县级医疗水平。

据了解，在民权像这样不出家门就能享受优质医疗服务的实例还有很多，这得益于民权县紧密型县域医共体的高质量建设。

民权县有序推进区域医共体建设，提升基层医疗服务水平，充分发挥县级医疗机构专家优势，实现了技术下沉、专科下沉。同时，大力提升基层医疗机构重大疾病的救治能力和服务水平，让群众在家门口就能享受到上级医疗机构的优质医疗技术，让老百姓在家门口就能享受优质的医疗服务，真正减轻了群众的医疗负担。

近年来，通过“招才引智”、加大投入、购置医疗设备、加强人才培养等方式，民权县各乡（镇）卫生院诊疗服务能力大幅提升，收诊人次逐年增加。

2021年民权县第一医疗集团总院启动了三级综合医院创建工作，完成了电子病历系统应用水平4级达标，6大重症学科实行标准化建设并平稳运行，“五大中心”全部完成省级验收，医院具备了县级三级公立医疗机构设置必备的基本条件和特别条件，达到了三级综合医院医疗服务能力水平要求，2022年5月27日顺利通过了三级综合医

院评审,成功晋升为三级综合医院。基层乡(镇)卫生院全部达到了“基层行”基本卫生院创建标准,医疗质量和医疗服务能力得到明显提升。

民权县以紧密型县域医共体建设试点为契机,以医保资金打包付费改革为抓手,全面健全完善制度体系,落实分级诊疗制度,积极引导群众有序就医,基本形成了“小病不出村、常见病不出乡、大病不出县”的分级诊疗格局,群众看病难、看病贵的问题得到有效缓解。

### 党政高位推动打破医共体建设“传统壁垒”

紧密型县域医共体建设是深化医疗、医保、医药的联动改革,涉及卫生健康、财政、医疗保障、人力资源社会保障等多部门。为打破传统部门利益壁垒,民权县委、县政府高位推动,加强相关部门政策联动,并出台配套政策等举措来推进紧密型县域医共体建设,增强群众更多获得感。

为加快推进全县紧密型县域医共体建设工作,民权县成立了县域紧密型医共体管委会,由卫健委主要负责同志任县域紧密型医共体管委会办公室主任。建立了以民权县人民医院为牵头单位及13家乡级医疗机构为成员单位的民权县第一医疗健康服务集团和以民权县中医院为牵头单位及10家乡级医疗机构为成员单位的民权县第二医疗健康服务集团,并进一步明确了2个总院的职责任务和所属成员单位的权责清单。

县政府印发了《关于医共体内实施人、财、物统一管理的通知》等相关配套政策文件,实现了人员、财务、信息、绩效等“七统一”,

制定出台了《县乡村医疗服务一体化管理实施细则》《各分院内部管理制度》《县乡卫生技术人员双向流动实施方案》《双向转诊工作实施方案》等配套文件。两家医疗服务集团构建内部协同高效运行机制，按照标准设立“一办、六部”，完善医共体运行机构。按照“两个允许”的要求，进行绩效化改革创新和规范公立医院人员编制管理，在商丘率先完成了公立医院人员编制“员额制”改革，为吸引人才和留住人才提供了机构编制保障，奠定了紧密型县域医共体的发展基础。

### **完善政策措施构筑医共体建设“发展引擎”**

民权县在《民权县加快推进紧密型县域医共体建设和发展的实施方案》这一总方案的基础上，出台多个相关配套政策，全面实施紧密型县域医共体建设，统筹推进医保资金打包付费改革。同时，为推动公立医院高质量发展，民权县还制定出台了《民权县推动公立医院高质量发展的实施方案》，明确了工作总体要求、目标任务和具体措施。

### **提升能力水平增强医共体发展“核心力”**

民权县通过组建医疗卫生体系，充分发挥县级医院的龙头作用，由县人民医院、中医院牵头，对乡(镇)卫生院、村卫生室进行一体化管理，积极推进“七统一”管理工作，即行政、人员、业务、药品、财务、绩效、信息为主要内容的一体化管理，县卫生计生监督所、妇幼保健院、疾病预防控制中心也积极参与到紧密型县域医共体建设中来，为医防结合、医养结合奠定基础。如民权县确定县人民医院、县中医院为医共体总医院，乡(镇)卫生院作为分院，形成由龙头医院对

县域医疗卫生服务统一管理，其他县级医疗卫生机构共同参与的管理共同体。2022年，共完成三、四级高难度手术3630人次，同比增长65.6%。

民权县第一医疗集团先后购置了飞利浦128排256层螺旋CT以及GE Discovery IGS 730血管机(目前是我国县级医院第一家配备此类高端设备机器的医院)等尖端设备，成功引进了118项填补民权医疗领域空白的专业技术，确保能够接得住、看的好从基层医院转诊的病人，医院外转诊率5.30%，一些原本需要去郑州等大医院救治的群众，在县里就可以得到充分科学的治疗，大大缓解了群众的就医负担，取得了良好的社会效益。

### **强化信息互通推进医共体“信息动”**

民权县积极推动信息系统建设，积极推进远程影像、远程心电、远程会诊，建立了远程会诊中心、影像中心、心电中心，民权全域均实现远程心电图“乡检查、县诊断”，群众看病就医越来越方便。

值得一提的是，民权县率先打造了医共体公共卫生基层业务重点工作指标数据可视化平台，该平台的建立使抽象的工作数据形象具体化，以图文并茂的形式全方位展现工作进度，改变以往的“你说我听”老旧汇报模式，使医共体基层单位公卫各项工作进展情况(成绩与不足)以鲜活的实例展现在数据大屏之上，实现手机可查、电脑可看，为领导决策提供科学依据，起到“以展促效”(在无形中推动基层业务工作)的作用。

民权县卫健委党组书记、主任陈杰说“民权县还将加快推进会诊、影像、心电、病理等远程医疗服务，采用‘基层检查，上级诊断’和‘患者不动、标本动、信息动’的协同医疗模式，实现影像诊断、病理检验等报告传输，真正实现百姓得实惠、医院得发展、医改可持续、政府得民心”。

下一步，民权县将继续加大对医共体建设工作力度，不断提升基层医疗服务能力，为广大居民提供更加便捷、高效的医疗服务，真正让群众有“医靠”。同时，将继续推动信息化建设，提高医疗服务的质量和效率，为健康中国战略的实施做出更大的贡献。

[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