

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2024年第06期

(2024.02.05-2024.02.11)

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。)

### • 两会声音 •

#### [▶ 两会声音 | 关注医疗数据流通利用、医疗 AI、基层医疗信息化…](#)

(来源：大健康派) ——第 7 页

**【提要】**近日，在 2024 年全国地方两会上，代表委员们围绕当地医疗卫生事业建言献策，针对医疗数据流通利用、医疗人工智能、医疗信息化建设、互联网医疗等热点话题提出了一系列建议。

#### [▶ 两会声音 | 重视医疗健康数据的保护、共享、流动以及开发利用](#)

(来源：大健康派) ——第 14 页

**【提要】**近年来，随着医院信息化、数字化、智慧化建设的深入推进，大量信息化业务系统在医疗机构展开部署升级。在存储、调用患者信息越来越方便的同时，也为医疗系统带来了一系列新的数据安全方面的威胁与风险。2024 年全国地方两会正在召开，如何保护个人医疗信息安全、患者隐私不受侵犯，同时如何进行医疗数据的合理共享利用，引起代表委员们的持续关注。

### • 分析报告 •

#### [▶ 2022 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况发布](#) (来

源：国家卫生健康委员会) ——第 17 页

**【提要】**2022 年度数据结果显示，通过连续 5 年的绩效考核引导，

三级公立医院在发展方式、运行模式、资源配置等方面不断优化，医疗服务公平性、可及性和优质服务供给能力进一步增强，在新冠疫情疫情防控和重症患者救治中，发挥了兜住医疗救治和生命保障底线的积极作用，坚决守住人民生命安全和身体健康防线。

▶ [7 万中国人群持续葡萄糖监测数据特征蓝皮书](#)（来源：动脉网）——第 28 页

【提要】糖尿病患者基数庞大，据国际糖尿病联盟（International Diabetes Federation，IDF）统计，2021 年中国成年糖尿病患者（20-79 岁）人数约为 1.41 亿人。近年来，CGM 的价值愈发凸显，美国糖尿病协会（American Diabetes Association, ADA）发布的 2023 版《糖尿病医学诊疗标准》中，CGM 首次被纳入以患者为中心的血糖管理决策环，地位与 SMBG 并列。但目前尚缺乏中国人群使用 CGM 的大规模、系统性的真实世界数据研究。该数据分析可以为内分泌代谢科医护人员、糖尿病患者、非糖尿病人群、国内指南制定者等带来重要的启示。

### • 中医药动态 •

▶ [多举措推进妇幼健康领域中医药工作](#)（来源：中国中医药报）——第 44 页

【提要】妇幼健康一直是重要的公共卫生问题，其关系着整个社会的健康发展。中医学作为中国古代科学的瑰宝，在妇幼健康领域具有深厚的理论基础和广泛的实践应用。当前，中医药在妇幼健康领域的应用仍存在一些问题，如服务能力不足、人才不足等问题。为此，各

地政府通过设立推进中医药工作相关补助经费，支持中医妇科、中医儿科的特色专科建设，以资金支持和政策支持的方式调动妇幼健康领域中医工作的积极性。笔者建议通过以下举措推进妇幼健康领域中医药工作。

▶ [中医药为老年教育注入新活力](#)（来源：中国中医药报）——第 47 页

【提要】老年教育是我国教育事业和老龄事业的重要组成部分。国务院办公厅近日印发《关于发展银发经济增进老年人福祉的意见》明确提出，丰富老年文体服务。发展老年教育是丰富老年文化体育服务、满足老年多样化学习需求、提升老龄人群生活质量、促进社会和谐发展的必然要求。中医药凝聚着中华民族的健康养生理念和实践经验，体现着独特的生命观、健康观、疾病观和防治观，在老年教育事业中具有特殊的价值和显著的优势，中医药为新时代老年教育事业发展注入了新的活力。

### • 医保快讯 •

▶ [DRG/DIP 下，如何抓好支付方式改革经办落地](#)（来源：金豆数据）——第 50 页

【提要】医保经办管理是医保政策的“执行者”，基金全流程管理的“操盘手”和面向定点医药机构和参保群众的“窗口”，是医保治理能力与治理水平的具体体现。在支付方式改革全面推进的新征程上，如何更好地推进医保、医疗、医药高效协同，真正实现医、保、患的

三方共赢，医保经办管理承担着重要的使命与责任，需要不断健全完善医保经办支撑体系，从理论研究到实践总结，从理念升级到技术开发，全方位实现工作方法的更新迭代。

▶ [公立医院如何应对医保基金监管新挑战？实践者们这么说](#)（来源：金豆数据）——第 57 页

【提要】为了提高医保基金监督管理工作规范化、精准化、智能化水平，维护医保基金安全和参保人员权益，近年来，国家医保局深入推进医保基金智能审核和监管，构建事前、事中、事后全环节监管的基金安全防控机制，从源头防止医保基金“跑冒滴漏”。截至 2023 年底，初步实现全国智能监控“一张网”。

### · 地方动态 ·

▶ [江苏：推进医疗机构建设，围绕全生命周期健康服务实施数字化项目](#)（来源：江苏省人民政府办公厅）——第 65 页

【提要】近日，江苏省人民政府办公厅印发《进一步完善医疗卫生服务体系实施方案》（下称《实施方案》），目标是到 2025 年，优质医疗资源扩容和区域均衡布局取得积极进展，优质医疗服务供给能力明显提升。到 2030 年，以紧密型医联体为主的医疗卫生服务体系趋于健全，分级诊疗新格局基本建立。到 2035 年，整合型医疗卫生服务体系基本形成，医疗卫生服务公平性、可及性、连续性显著增强，基本实现“大病不出省”的目标，为健康江苏建设提供有力保障。

▶ [浦东新区综合改革试点实施方案来了！](#)（来源：国务院办公厅）

——第 68 页

**【提要】**近日，中共中央办公厅、国务院办公厅印发了《浦东新区综合改革试点实施方案(2023-2027 年)》(下称《实施方案》)，指出在重点领域和关键环节改革上赋予浦东新区更大自主权，支持推进更深层次改革、更高水平开放。

## -----本期内容-----

### • 两会声音 •

#### 两会声音 | 关注医疗数据流通利用、医疗 AI、基层医疗信息化…

来源：大健康派

近日，在 2024 年全国地方两会上，代表委员们围绕当地医疗卫生事业建言献策，针对医疗数据流通利用、医疗人工智能、医疗信息化建设、互联网医疗等热点话题提出了一系列建议。

#### 医疗数据流通利用

##### 北京市政协委员、首钢医院副院长关振鹏：

构建北京市医疗数据协同利用的制度体系。制定医疗数据相关管理制度，应包含医疗数据标准化管理办法、医疗数据分类分级管理办法、医疗数据授权运营管理办法、医疗数据开放共享管理办法等，明确医疗数据的安全要求底线，提高医疗数据的归集质量，为医疗数据的流通利用提供完善的制度依据。

建立统一的北京市医疗数据管理机构和技术平台。为了提高全市医疗数据治理能力和利用水平，有必要成立北京市医疗数据管理中心，支持医疗数据协调利用工作，便于患者就医，并推动科学研究的发展。为高效响应科研人员、医疗机构、医疗企业乃至患者对医疗数据的利用需求，应建设一个统一的北京市级医疗数据协作共享平台，让全市医疗数据直接连入统一平台管理，组建专业技术团队和管理团

队对医疗数据的归集、治理和对外提供进行统一管理。

医疗机构内部建立数据资源管理委员会，解决医疗数据规范化管理和使用的“最后一公里”。为确保数据使用符合医学伦理规范，便于数据跨机构的提供和共享，各家医疗卫生机构、区域性管理机构应组织伦理学、医学、信息学等相关学科专家，建立“医疗数据资源管理委员会”。随着各级政府管理手段的不断加强，逐步完善和逐项管理本机构内部医疗数据资源的规范使用。

### 医疗人工智能

**浙江省政协委员、达摩院院长、湖畔实验室主任张建锋：**

充分发挥浙江在人工智能、数字健康的技术与产业优势，在遵循相关的法律法规和伦理准则的前提下，在全省范围内建设高质量医学影像数据集，制定统一的医学影像采集、存储、标注和共享的标准和规范，以及满足临床诊断、科研探索和 AI 模型训练等多种需求，建立开放共享的机制和平台，推动医疗 AI 产品和技术的健康发展和广泛应用，让医疗 AI 技术惠及更多民众。

**天津市政协委员、天津市胸科医院冠心病重症监护病房 (CCU) 主任刘寅：**

随着人工智能在医疗行业领域的应用，伦理问题也日益突出，应针对 AI 使用建立完善的伦理监督机制，规范人工智能在医疗领域的应用，在法律框架下确保患者的权益和医疗服务在社会的公益属性。同时，通过宣传和教育提高公众对人工智能的认知，消除误解，为人



工智能在医疗领域的应用创造良好的社会环境。

高质量的数据是人工智能发展的基础，应加强天津市医疗机构数据的规范标准，提高医疗数据质量，为人工智能在医疗领域的应用提供有力支持。人工智能在医疗领域的应用需要专业人才的推动，建议市卫生健康委应与高校加强合作，在市教委的统一部署下，加强人才培养，加强人工智能和医学专业培训，培养一批兼具医学知识和 AI 技术能力的复合型人才。同时，建立临床学科结合人工智能的科学研究，早动手、早规划，为人工智能成果开展多中心临床研究和验证，争取在人工智能研究成果中有更多的天津声音出现在国内和国际学术舞台。

### 医疗信息化

北京市政协委员、中国中医科学院西苑医院副院长宋坪：

建议利用信息平台实现紧急与平时医疗资源有效利用，建立区域内医疗资源信息平台，属地化管理并考核。该平台涵盖区域内所有医疗机构，包括各公立医院、私立医院、社区卫生服务中心等；信息内容包括机构介绍，病床数、空床数、门诊医生信息、就诊人数、挂号未满足数量等，并实时更新。提升基层医疗水平是保障广大患者健康的关键，建议探索在政府主导下，尽快完成北京市农村医疗服务机构的信息系统铺设，发展壮大基层人才队伍提升县域医疗服务能力。

天津市政协委员、天津市胸科医院冠心病重症监护病房 (CCU) 主任刘寅：

要通过信息化手段，促进重大疾病防治水平的提升。在市卫生健康委统一的指导下，建立全市各级医疗机构新发病人统一的规范标准，建立标准化急性心肌梗死结构化病历，为信息化提供可靠保障；建立全人群急性心肌梗死统一的数据上报机制，利用各医疗机构信息化平台上传到市卫生健康委指定的机构，进行统一上报、统一管理。获得全市急性心肌梗死发病信息，再加上院外猝死的发病数，这就能获取急性心肌梗死发病率，从而有利于天津市填补我国对重大心血管疾病防治空白。

**天津市政协委员、天津大学医学科学与工程学院院长何峰：**

加强数字医联体建设，打造智慧医疗城市。要鼓励符合条件的基层医疗卫生机构加入数字医联体。通过数字化、信息化手段，为全民健康赋能，提升基层医疗卫生机构在医院管理、医疗服务、人才培养、学科建设等方面的水平。

依托数字医联体，促进分级诊疗体系建设。建立医保、医疗、医药‘三医’联动风控平台、标准化慢病管理全过程服务体系，提高家庭医生签约有效供给、探索医保付费方式改革新模式。要围绕“防、诊、治、管、健”开展主动式医疗健康服务，优化基础诊疗流程，建立在线风控平台，提高药品安全水平，优化诊疗质量，降低医保支出风险，促进合理诊疗与用药，保障患者权益。鼓励和引导包括民营医院在内的基层医疗机构组建规范的家庭医生团队，提供个性化的线上和线下签约服务。以提高居民健康绩效为目标，实现签约居民、医疗

服务方、医保支付方等多方利益一致。

**湖南省人大代表、郴州市第一人民医院东院执行院长彭丽秀：**

建议在全省建设“智慧村医”平台。充分利用互联网+移动网+物联网+人工智能等智慧化、信息化手段，为村民提供日常健康物联监测、中医理疗、家庭医生签约、远程问诊、处方问诊、慢病筛查、健康干预等智慧医疗服务，做到不出门也能治病。

“智慧村医”工程落地，数据基础平台是重要支撑。建议积极推进智慧化、信息化村卫生室建设，建立健全乡村居民健康数据资源库，依托这些基层平台，收集村民的基本信息、健康状况、生活状态等情况，以镇、村组为单位导入“智慧村医”数据库，建立电子信息档案，实时更新、动态管理，做到有病早发现、早诊断、早治疗，实现精准化管理。

**海南省人大代表，三亚市崖州区凤岭村党支部书记、村委会主任张少汉：**

一要加强信息化基础建设，利用现有信息资源，整合医疗服务、公共卫生、医疗保障等应用系统及各个检验、检查设备的端口，以城市医疗集团为单位，将区域内集团总院、分院、村卫生室各级医疗机构的信息系统完全融合贯通，搭建起一个互联互通、数据共享、高度融合、高度一体的区域医疗健康信息共享平台，实现信息化建设一体化。

二要制定统一的医疗信息化标准，规范医疗信息化建设和管理，

促进信息共享和互通。通过统一的标准和规范进行汇集和交换，做到一数之源、同数同源，实现全行业信息数据完整收集、上下传输、共享共用。

三要建立共用共享的大数据中心，在搭建起区域医疗健康信息共享平台的基础上，以居民健康档案为中心，将居民健康信息、医疗就诊信息、医保报销信息等健康医疗信息数据整合。

四要优化远程医疗服务，加强远程医疗服务的技术研发，扩大远程医疗服务的覆盖范围，建立健全远程医疗服务管理制度和规范，为基层群众提供更加便捷的医疗服务。

### 互联网医疗

**浙江省政协委员、杭州市卫生健康委副主任郑冰：**

为进一步实现行业可持续发展，政府应从法治层面大力保障和支持，加快推进互联网医疗健康服务立法。在郑冰看来，互联网医疗服务领域缺乏具有法律强制力的规章制度，医疗行为、商业协议等事项需要更细化规范的政策条文。为此她建议浙江省依托本省数字治理优势，研究出台《浙江省互联网医疗健康服务促进条例》。搭建“互联网医疗健康服务共治平台”，构建“机构自治、行业自律、政府监管、社会监督”的多方共治机制也至关重要。

**江苏省政协委员、中国邮政集团有限公司江苏省分公司党委书记、总经理陈智泉：**

要健全互联网医疗配送服务体系，制定具体的运营规范。首先要

坚持政府主导，结合“互联网+医疗”配送新特点，建立医药末端配送服务标准、服务商资质认定和准入机制，进一步规范服务体系。同时，考虑到邮政企业具有点多面广、覆盖城乡的资源禀赋优势，有能力、有经验提供更好的医药配送服务，建议将邮政企业纳入医疗服务体系，确保药品配送安全、覆盖全面。

此外，还要充分考虑“平急两用”需要，完善应急物流设施网络和配送体系，陈智泉建议，在末端配送、冷链建设、场地资源等方面给予邮政企业更多政策支持，充分发挥邮政行业“国家队”作用，不断提升应对各类突发事件的应急物流保障能力和水平，为人民群众生命健康保驾护航。

**河北省政协委员，河北中医药大学党委副书记、河北省中医院党委书记孙士江：**

发挥河北省医疗机构“互联网医院”作用，投入资金完善家庭医生系统、远程会诊示教系统对接，以卫生健康帮扶点为依托，设立乡村远程医疗站点，推动远程医疗健康服务向乡村延伸，向乡村居民提供慢病大病健康管理、健康咨询、疾病预防宣教等，打通底层数据，形成闭环管理，提高精准防治。

**山西省政协委员、山西省心血管病医院神经内科三病区主任陈晨：**

建议相关部门设立明确的新媒体医学科普课题基金项目，在社交平台固定账号持续输出符合相关要求的新媒体作品；设立明确的新媒

体医学科普课题奖励项目，鼓励更多医务人员参与其中；增设一般性的健康教育专项经费，由政府专项资金购买专业医务人员的医学科普数字教育服务，形成健康教育和医学科普教育的长效机制。要不断完善通过“互联网+”实现的线下医疗，如借助互联网，民众可以发布更多医疗预约服务请求；完善个人信息登记制度，保护医患双方人身安全；完善医保卡互联互通，实现“互联网+”情境下，医疗服务费用的互联网端结算；完善保险及督查机制，实时监督诊疗过程，监督医保基金使用合理性。

甘肃省政协委员、北京三快在线科技有限公司(美团)兰州分公司党支部书记熊智：

关注“互联网+”医疗服务解决方案，建议医保支付覆盖网上诊疗和互联网购药，方便群众接受多元医疗服务。希望甘肃省相关部门与相关企业及优质医药机构合作，试点推进“互联网+”医保购药、处方流转、药品配送到家等惠民项目。

[返回目录](#)

## 两会声音 | 重视医疗健康数据的保护、共享、流动以及开发利用

来源：大健康派

近年来，随着医院信息化、数字化、智慧化建设的深入推进，大量信息化业务系统在医疗机构展开部署升级。在存储、调用患者信息越来越方便的同时，也为医疗系统带来了一系列新的数据安全方面的威胁与风险。

2024 年全国地方两会正在召开，如何保护个人医疗信息安全、患者隐私不受侵犯，同时如何进行医疗数据的合理共享利用，引起代表委员们的持续关注。

### 上海市人大代表方研翔建议：

一是探索建立完善的医疗信息保密制度。医疗机构应探索建立完善的医疗信息保密制度，明确各方的责任和权利，加强对医疗信息的保密管理和防范意识。

二是进一步提升医疗机构和医务人员对数据外泄的防范意识，进行有针对性的培训，并加强监管力度。卫生监管部门应加强对医疗机构和医务人员信息安全方面的培训力度、制定培训时长要求，考核相关核心数据使用、外发等环节的相关制度的掌握情况，提升安全意识，从而防止类似事件的发生。

三是加强医疗机构数据防泄漏体系的建设。一方面要定期自查目前现有医疗体系内可能存在的数据外泄隐患，另一方面，结合数据安全法和个人信息保护条例，逐步完善医疗单位的数据分类分级工作和外泄通道的数据安全防泄漏建设。

四是对有条件的医疗机构应进行数据安全合规检查。一方面有效杜绝类似数据外泄事件再次发生的隐患，同时通过合规检查及相关专业工具，对于医疗机构目前的核心数据做一次盘点和清查，为分类分级工作的深入开展提供必要的支撑。另一方面，加强对医疗终端和网络边界的安全防护措施，通过技术手段对终端和网络传输内容进

行识别和审计，避免医疗数据的有意或无意泄露；再一方面，加强对终端存储数据的扫描检测和终端拍照的防护，通过技术手段定期检查。

#### **上海市人大代表姚海嵩建议：**

持续推动构建科技伦理体系，以“知情-同意”为核心，建设标准化、规范化、系统化的生物样本信息数据库；同时，负责任地使用数据，完善健康医疗数据有序开放和应用管理机制，对数据进行分级、分类以及去标识化和匿名化，实现敏感信息、隐私保护及数据安全管控。

#### **安徽省政协委员王珩提案：**

安徽省政协委员王珩提交了《关于加快推进安徽省健康医疗数据安全治理促进数字经济发展的提案》，呼吁重视医疗健康数据的保护、共享、流动以及开发利用。他建言，安徽要尽快成立健康医疗数据要素化发展专班，共同研讨健康医疗数据要素化发展的行动方案，对接国家发改委、国家卫健委、国家数据局等国家相关主管部门，发挥数据要素乘数作用，赋能健康医疗服务发展，助力安徽特色方案走出去，融入国家数字经济发展大生态中；联合权威机构专家，骨干单位、产业链企业等，开展数据安全能力建设最佳实践，给行业各单位进一步指明数据安全的治理思路和建设方向。

与此同时，还要加强政策引导，完善监管配套，加快制定和出台医疗行业数据安全政策，更好地承接《数据安全法》在安徽省内



医疗行业的实施落地。持续完善健康医疗行业数据分级分类管理、重要数据目录制定等，不断推动健康医疗数据的权属规范。加强对医院、科研机构、第三方服务商等涉及医疗数据的各主体监管和指导，落实数据安全保护义务。

[返回目录](#)

## · 分析报告 ·

### 2022 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况发布

来源：国家卫生健康委员会

按照《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》（国办发〔2019〕4号）要求，我委联合相关部门连续推进三级公立医院绩效考核工作（以下简称绩效考核）。现将 2022 年度三级公立医院绩效考核国家监测分析情况通报如下：

#### 一、国家监测分析情况

经各省级卫生健康行政部门和中医药主管部门审核确认，全国共 2817 家三级公立医院参加 2022 年度绩效考核，其中，西医类医院 2112 家（综合医院 1521 家，专科医院 591 家），中医类医院 705 家（见图 1）。与 2021 年相比，新增考核医院 128 家，因合并、降级、撤销等原因退出考核的医院 17 家。

2022 年度数据结果显示，通过连续 5 年的绩效考核引导，三级公立医院在发展方式、运行模式、资源配置等方面不断优化，医疗服

务公平性、可及性和优质服务供给能力进一步增强，在新冠疫情防控和重症患者救治中，发挥了兜住医疗救治和生命保障底线的积极作用，坚决守住人民生命安全和身体健康防线。

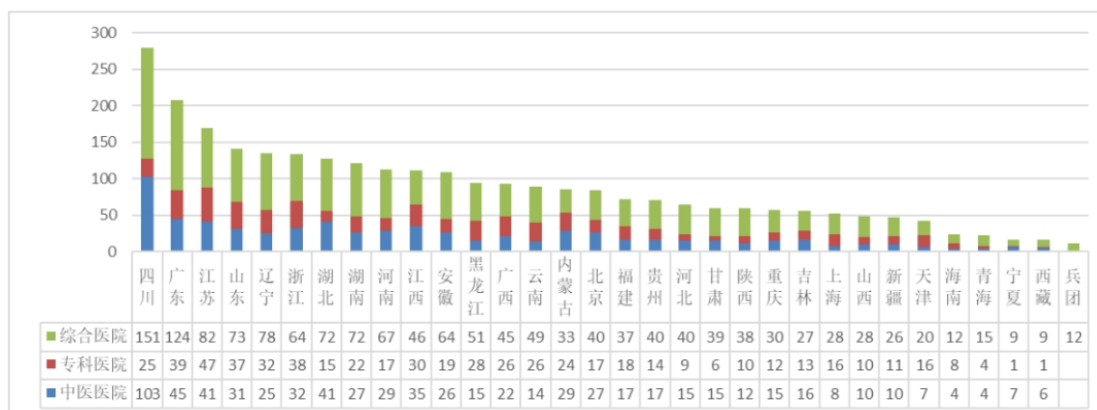


图 1 2022 年度参加三级公立医院绩效考核医院情况

### (一) “技术+模式”创新跃进，医疗服务能力持续增强。

一是诊疗技术水平进一步提升。2022 年，全国三级公立医院出院患者病例组合指数(CMI 值)较 2021 年略有增加;出院患者四级手术占比和微创手术占比均较 2021 年有所增长(见图 2)，三级公立医院解决疑难复杂疾病能力稳步提升。



图 2 2018-2022 年三级公立医院出院患者手术开展情况

二是诊疗服务模式进一步发展。2022 年，开展日间手术的三级公立医院占比为 79.5%，较 2021 年提升 3.0 个百分点；日间手术占择期手术比例为 14.2%，较 2021 年增加 1.7 个百分点。日间医疗服务范围不断扩展，日间医疗服务供给能力得到有效提升。

## **(二) 以患者安全为出发点和落脚点，质量安全水平持续提高。**

一是持续加强患者安全管理，减少医疗安全不良事件发生。与 2021 年相比，2022 年全国三级公立医院手术患者并发症发生率和 I 类切口手术部位感染率分别下降 0.02 个和 0.04 个百分点。

二是用药合理性水平进一步提高。抗菌药物临床应用合理性增强。抗菌药物使用强度持续优于 40DDD<sub>s</sub> 的国家要求(33.8DDD<sub>s</sub>)，且仍呈下降趋势(见图 3)，抗菌药物使用强度符合规定要求的医院比例持续升高。基本药物使用占比进一步增加。2022 年全国三级公立医院门诊患者基本药物处方使用占比(44.9%)较 2021 年提升 2.6 个百分点，住院患者基本药物使用占比保持稳定；国家基本药物配备使用金额占比(28.9%)较 2021 年提升 0.7 个百分点。采购并使用国家组织药品集中采购中标药品的积极性逐步提高。2022 年全国三级公立医院国家组织药品集中采购中选药品完成比例和集中采购中标药品使用比例分别为 94.2%和 85.7%，较 2021 年增加 6.1 个和 10.0 个百分点。对方剂动态监测的主动性进一步增强。2022 年全国三级公立医院点评处方占处方总数的比例为 18.3%，点评出院患者医嘱比例为 22.1%，较 2021 年分别增加 1.3 和 2.1 个百分点(见图 4)。

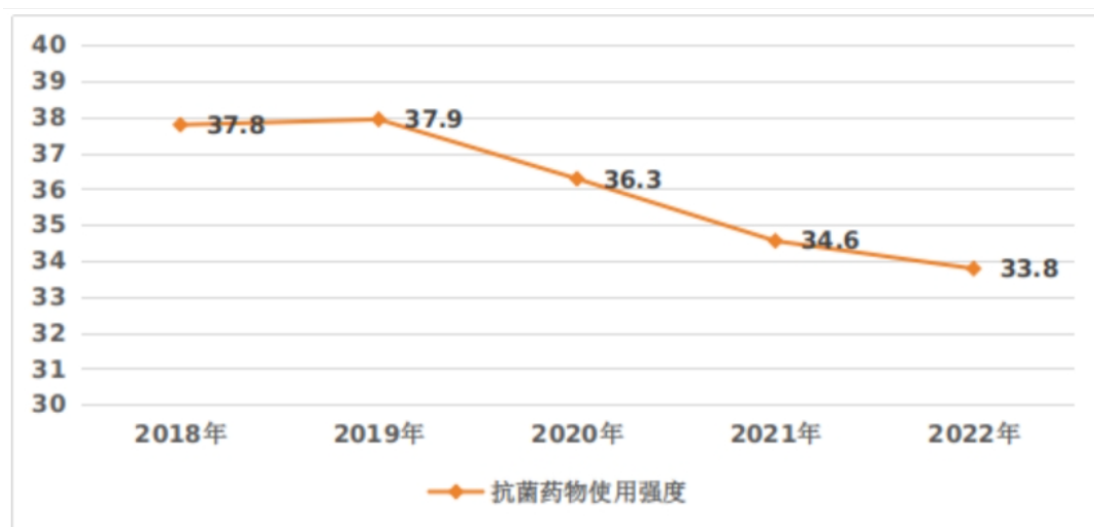


图3 2018-2022年三级公立医院抗菌药物使用强度情况

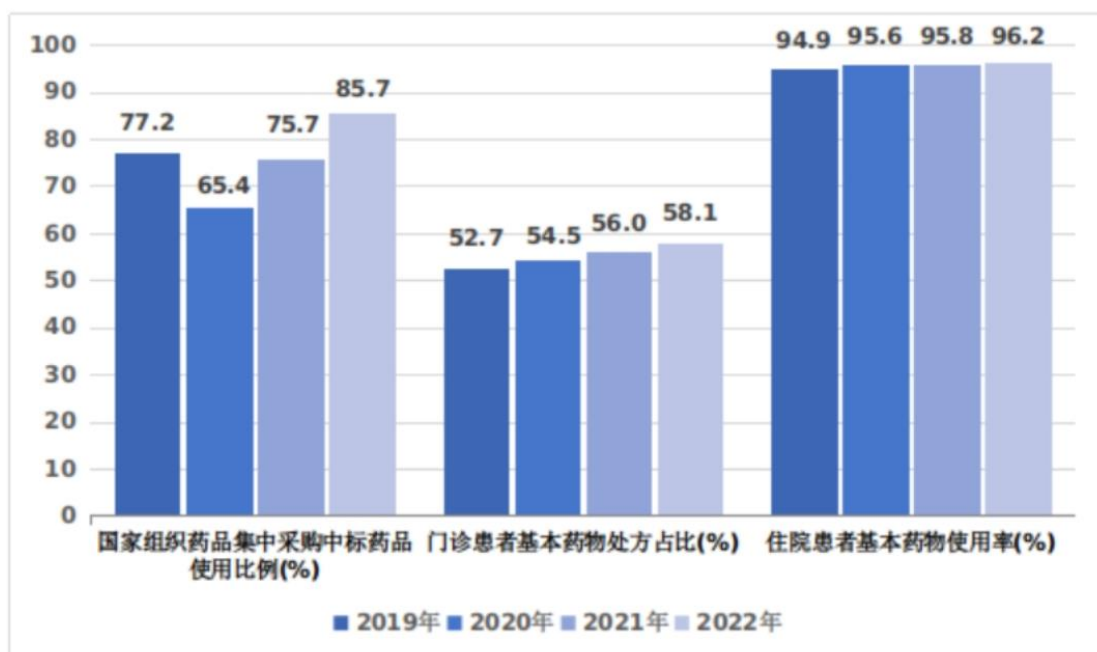


图4 2019-2022年三级公立医院合理用药情况

三是三级公立医院实验室检测能力持续提高。2022年，97.5%的三级公立医院参加了国家临床检验中心组织的室间质量评价工作，国家室间质评项目参加率中位数为95.5%，合格率中位数为98.0%，分别较2021年提升2.2个和0.7个百分点(见图5)。

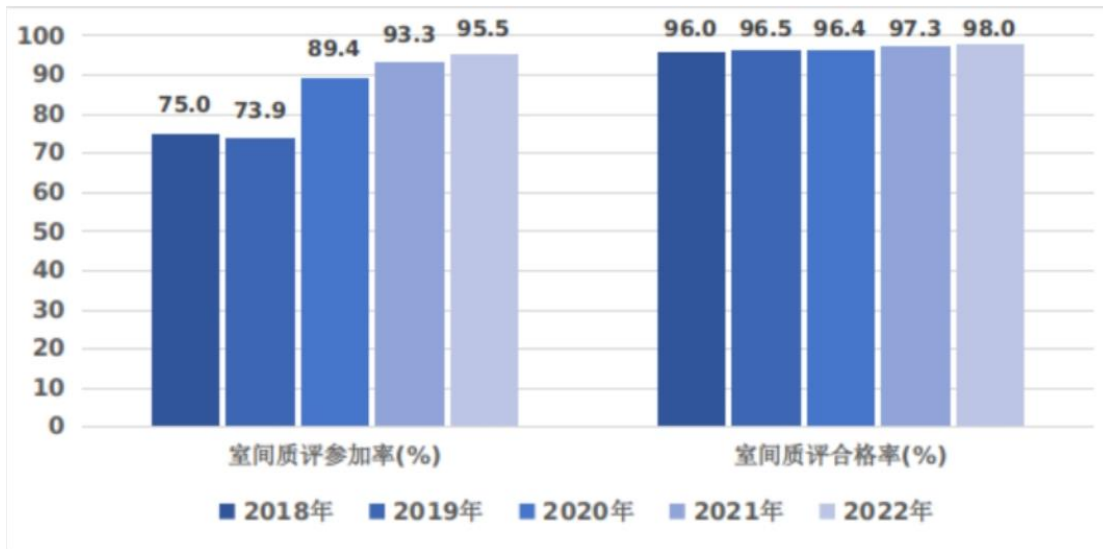


图5 2018-2022年三级公立医院室间质评项目参加率和合格率情况

四是大型医用设备使用与管理愈加规范。2022年，全国三级公立医院大型医用设备检查阳性率为89.1%，较2021年提升1.2个百分点。三级公立医院不断落实医疗管理的主体责任，加强对医务人员医疗行为规范性的监督管理，严格遵循临床诊疗指南等有关要求开展诊疗工作，促进合理检查落到实处。

### (三) “业财”融合并进，医疗服务效率持续提升。

一是运营管理体系逐步健全。2022年，全国77.6%的三级公立医院设立了总会计师，较2021年提高1.6个百分点。三级公立医院总会计师通过参与医院重大财务、经济事项决策并对执行情况进行监督，在医院重要经济事项分析决策中发挥专业优势，在促进医疗服务提质增效、提高医院经济管理效能等方面起到推动作用。

二是信息化支撑能力持续增强。2022年，全国三级公立医院电子病历系统应用水平分级参评率达到99.0%，电子病历系统应用水平全国平均级别达4级(见图6)，个别医院已达到8级。与此相适应，

2022 年，门诊患者平均预约诊疗率为 61.1%，较 2021 年增加 0.5 个百分点，平均预约等待时间进一步下降。



图 6 2018-2022 年三级公立医院电子病历系统应用水平分级评价情况

三是收支结构不断优化。较 2021 年，2022 年三级公立医院医疗服务收入占比提升 0.7 个百分点，卫生材料收入、药品收入占医疗收入比例降低 0.6 个和 0.4 个百分点(其中，重点监控高值医用耗材收入占比、辅助用药收入占比分别下降 1.6 个和 0.2 个百分点)，人员经费占比提升 2 个百分点。三级公立医院的资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素的趋势逐步显现(见图 7-8)。

**(四) 以人才技术为突破点，持续发展能力不断增强。**

一是人员结构持续优化。2022 年，全国三级公立医院的卫生技术人员中具有副高级职称及以上的医务人员比例为 19.1%，较 2021 年增加 0.4 个百分点。麻醉、儿科、重症、病理、中医、感染性疾病科医师数量均较 2021 年有不同程度增长。医护比基本保持稳定，重

庆、四川医护比优于其他省份，接近公立医院高质量发展“医护比逐步达到 1:2 左右”的目标要求。

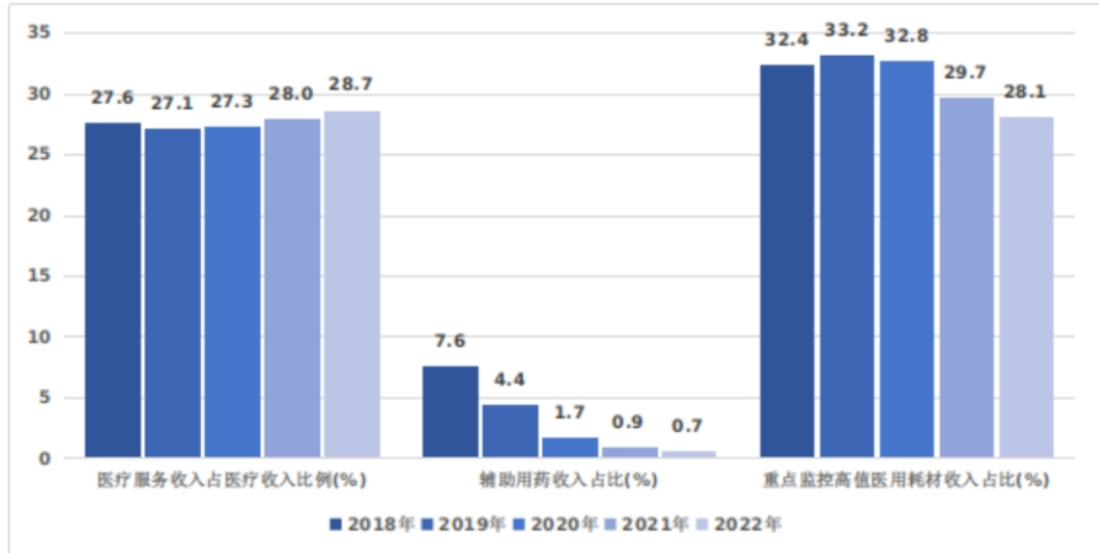


图 7 2018-2022 年三级公立医院收入结构情况

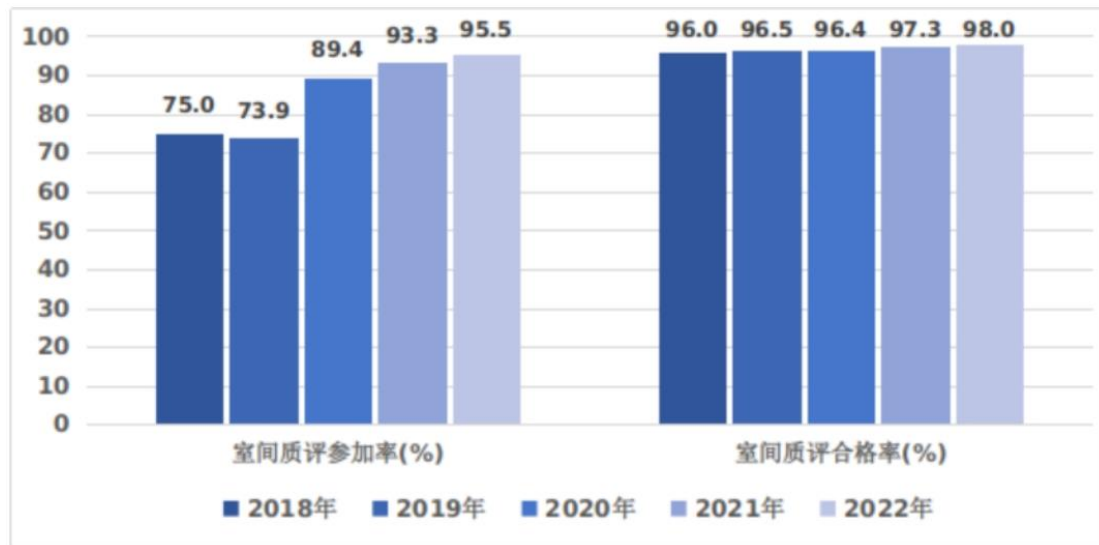


图 8 人员经费占比情况 (%)

二是人才培养取得积极成效。2022 年，全国三级公立医院医学人才培养经费投入总额较 2021 年增长 11.7%，其中毕业后医学教育经费投入占比达到 52.3%，较 2021 年提升 1.5 个百分点。临床带教教师和指导医师接受教育教学培训占比为 43.3%，较 2021 年提升 3.8

个百分点。住院医师首次参加医师资格考试通过率 77.9%，较 2021 年提升 3.3 个百分点。住院医师规范化培训招收完成率 83.7%，较 2021 年提升 0.9 个百分点，其中精神卫生专业招收完成率达到 95.1%，较 2021 年提升 7.4 个百分点。

三是学科建设能力不断提升。2022 年每百名卫生技术人员科研经费为 141.2 万元，较 2021 年增长 16.5%。与此同时，21.6% 医院科研成果转化金额均较 2021 年有所提升，其中浙江、江苏、湖南、北京、上海的科研成果转化金额明显高于其他省份；江苏、福建、江西的科研成果转化金额提升最快。

**(五) “以病人为中心”的服务模式持续改进，患者满意度稳中有升。**

2022 年，全国三级公立医院门诊和住院患者满意度分别为 88.8 分、92.8 分，较 2021 年提升 1.9 分和 1.0 分。门诊患者满意度在挂号体验、医生沟通、护士沟通、环境与标识、隐私、医务人员回应等 6 个维度全面提升；住院患者满意度在出入院手续及信息、疼痛管理、药物沟通等维度提升较大。

## 二、目前存在的突出问题

**(一) 医疗资源布局问题从总量不足转向结构不足，在满足人民群众高质量医疗服务需求上还有差距。**

一是在医疗服务能力整体提升、各地医疗服务能力差距有所缩小的背景下，北京、上海、浙江等地区的优质医疗资源仍相对较为集中，



中西部地区和非省会城市三级公立医院的医疗服务水平相对较弱，华北、华东地区的三级公立医院医疗服务水平的综合实力仍明显高于其他地区。例如，2022年，体现医疗救治难度的出院患者四级手术占比和CMI值呈现“东-中-西”阶梯式递减格局。

二是从监测数据看，全国三级公立医院“跨省异地就医”现象仍然存在。在外省住院患者流入的省份中，流入住院患者占比下降最多的前3个省份是上海、北京、天津。与此同时，在向外省流出住院患者的省份中，流出住院患者占比下降最多的前3个省份是贵州、安徽、河北。较2021年，西藏、内蒙古、河北的跨省异地就医患者比例有所下降，但仍超过10.0%。

**(二) 医院科学化治理能力有待进一步加强，应对重大风险挑战的韧性还不够。**

在管理能力方面，部分医院具体工作人员存在专业能力不足的情况，如有医院会计核算基础薄弱、财务核算不准确等。从全国层面看，设置总会计师的三级公立医院占比仍不足80.0%，与“全面落实总会计师制度”要求还有较大差距。在患者就医体验方面，排队缴费时间长、看病楼上楼下“折返跑”的流程性问题仍然存在；部分医院回应患者对疼痛管理、老年护理、康复服务等方面呈现的新期盼不够及时，适老化和无障碍改造仍不到位。在人才培养方面，教学科研相关指标下降较为显著，发表教学论文数与卫生技术人员数之比较2021年下降14.6%，省部级及以上教育教学课题数与卫生技术人员数之比较

2021 年下降 20.0%，公立医院对人才培养的重视程度还有待加强。

### **(三) 医院对改革政策的进一步同质落实和细化执行还不够。**

发挥政策合力和协同效应还有差距。在医疗服务收入方面，东北地区、华北地区、西北地区医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入的比例均低于 27.0%，比全国平均水平低近 2.0 个百分点。此外，人才政策的落实情况、临床科研的支持情况等，也对公立医院的良性运行产生影响。

## **三、工作要求**

### **(一) 深入总结五年经验做法，持续优化深化绩效考核工作。**

各地、各有关部门应认真贯彻落实党中央、国务院决策部署，结合工作实际，持续优化绩效考核工作。一是科学充分运用绩效考核结果，持续深化医保支付方式改革、薪酬分配制度改革等方面的外部政策凝聚合力，提高政策衔接和系统集成性。二是结合绩效考核发现的实际情况，有针对性地查找存在的差距并挖掘典型，引导三级公立医院持续优化医院内部管理和流程，促进资源有效分配和使用，提高医疗服务效率和运行效率。三是积极总结公立医院绩效考核以客观数据为评价基础的工作经验，对绩效考核积累的数据资源进行深入分析，为卫生健康领域科学化决策、精准化治理和高效化服务提供数据支撑。

**(二) 立足新发展阶段要求，持续推动构建公立医院高质量发展新格局。**

各地、各有关部门应当统筹考虑辖区内居民人口分布、年龄结构及老龄化发展趋势、疾病谱特点、就医流向，提升三级公立医院疾病诊疗的综合服务能力，推动三级公立医院落实功能定位。在高水平公立医院网络建设、临床重点专科群建设、高质量人才队伍建设、“三位一体”智慧医院建设方面持续发力；完善医疗质量管理与控制体系建设，提升医疗质量，推动公立医院“以疾病为中心”向“以病人为中心”转变，持续改进医疗服务流程，提升患者看病就医体验；健全现代医院管理制度，提升医院管理规范化水平，提升临床科研能力，实现高水平科技自立自强。

### **(三) 进一步促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局。**

各地、各有关部门应深入贯彻落实党的二十大精神，准确把握卫生健康事业发展规律，进一步促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。坚持以“双中心”建设为引领，积极发挥行业引领和辐射带动作用，实现优质医疗资源平移输出，推进区域分开；以临床重点专科“百千万”工程为抓手，持续推进临床专科能力建设，提升三级公立医院疑难危重患者的综合服务能力，引导急慢分开；以“信息化”和“医联体”为支撑，拓宽优质医疗资源扩容下沉渠道并构建分级诊疗格局，立足上下分开。不断提升基本医疗卫生服务公平性和可及性，缩小城乡、区域、人群之间资源配置、服务能力和健康水平差异，更好地满足医疗服务需求。

[返回目录](#)

## 7 万中国人群持续葡萄糖监测数据特征蓝皮书

来源：动脉网

糖尿病患者基数庞大，据国际糖尿病联盟(International Diabetes Federation, IDF)统计,2021 年中国成年糖尿病患者(20-79 岁)人数约为 1.41 亿人。

在糖尿病综合管理中，血糖监测有助于控制血糖水平，帮助医护人员制定降糖方案，减少糖尿病并发症的发生，目前主要的监测手段包括自我血糖监测(self-monitoring of blood glucose, SMBG)、糖化血红蛋白(glycated hemoglobin A1c, HbA1c)、持续葡萄糖监测(continuous glucose monitoring, CGM)等。

近年来，CGM 的价值愈发凸显，美国糖尿病协会(American Diabetes Association, ADA)发布的 2023 版《糖尿病医学诊疗标准》中，CGM 首次被纳入以患者为中心的血糖管理决策环，地位与 SMBG 并列。

但目前尚缺乏中国人群使用 CGM 的大规模、系统性的真实世界数据研究。该数据分析可以为内分泌代谢科医护人员、糖尿病患者、非糖尿病人群、国内指南制定者等带来重要的启示。

特别感谢上海交通大学医学院附属第六人民医院内分泌代谢科周健教授、莫一菲博士、陆静毅博士及其他专家学者对本报告的指导和支持，他们丰富的专业知识和临床经验为本报告奠定了坚实的实践基础、严谨求实的学术思想对本报告起到了至关重要的作用。

本报告研究对象为 2022 年全年佩戴过硅基动感 CGM 设备的人群。

报告共纳入了 71566 名成人用户佩戴的数据，总计收集 CGM 报告数量 152689 份，样本人群来自中国大陆的 31 个省、自治区和直辖市，以及香港、澳门 2 个特别行政区。

本报告采用了国内首个高质量、大规模的 CGM 样本，为我国目前应用 CGM 的真实情况提供了资料，并初步得出以下结论：

1、佩戴 CGM 的人群中，男性较多，约为女性的 1.7 倍，平均年龄为 48.5 岁，1 型、2 型、妊娠期糖尿病患者的平均佩戴个数分别为 4.7 个、1.8 个、2.1 个。提示男性用户及 1 型糖尿病患者更倾向于选择 CGM 辅助糖尿病管理。

2、佩戴 CGM 的人群整体血糖表现较好，1 型糖尿病患者总体葡萄糖在目标范围内(3.9~10.0 mmol/L)时间(Time In Range, TIR)中位数为 72.3%，2 型糖尿病患者总体 TIR 中位数为 86.8%，提示 CGM 的佩戴有助于提升佩戴者糖尿病管理的水平。

然而，根据《中国糖尿病地图》，我国总体 HbA1c 达标率不到 50%，间接说明 CGM 佩戴者相较于总体患病人群可能具有更强的自我管理意识、更好的经济能力，而很多血糖控制差、亟需加强糖尿病管理的患者并没有佩戴 CGM。

原因可能在于相关患者或把 CGM 定义为高端医疗设备，或佩戴的条件或意识尚未成熟，未来需要加强这部分人群的患者教育，并积极通过多种渠道降低 CGM 的使用成本，使更多患者能够享受到先进医疗带来的益处。

3、佩戴 CGM 的人群 TIR 达标率较高，但是仍面临着一定的低血糖风险，同时满足 TIR 及葡萄糖低于目标范围时间(Time Below Range, TBR)复合达标率并不高。以 1 型糖尿病患者为例，其 TIR 达标率为 55.1%，而 TIR+TBR 复合达标率仅为 18.7%。因此，在使用 CGM 的管理过程中仍需医护人员的专业指导，力争尽可能减少低血糖的发生。

4、佩戴 CGM 的非糖尿病人群的 TIR(3.9-10 mmol/L)中位数为 97.0%，严格的葡萄糖目标范围内(3.9-7.8 mmol/L)时间(Time In Tight Range, TITR)中位数为 88.9%，该结果填补了国内非糖尿病人群血糖总体情况的空白。

5、佩戴 CGM 的妊娠期糖尿病患者的 TIR(3.5-7.8 mmol/L)中位数为 94.7%，该结果填补了国内妊娠期糖尿病血糖总体情况的空白。

6、进一步分析显示，1 型与 2 型糖尿病患者随着病程的增加，TIR 水平和 TIR+TBR 复合达标率均呈下降趋势。提示糖尿病患者在病程早期应尽早佩戴 CGM 辅助糖尿病科学管理，减少或延缓并发症的发生发展，以期更多获益。

### 报告数据和研究方法说明

本报告研究对象为 2022 年全年(2022.01.01-2022.12.31)佩戴过硅基动感 CGM 设备的人群，选取样本为首次佩戴 $\geq 10$  天者，临床特征来自患者自行报告。其中，若同一用户佩戴多套设备，其基础信息、治疗方式、CGM 指标信息均采纳第一套设备的数据。

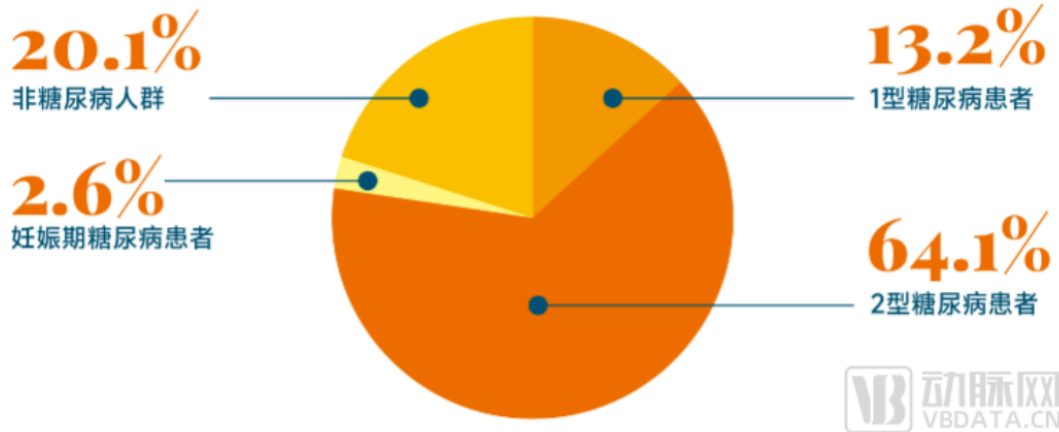
本报告针对不同类型的糖尿病患者，主要讨论的 CGM 核心指标定义及目标推荐如下表。另外，考虑低血糖的重要性，在统计达标率时，特别纳入了 CGM 指标“TIR+TBR 复合达标率”，即满足 TIR 和 TBR 同时达标。

糖尿病类型	CGM指标	目标推荐
1型/2型糖尿病患者	TIR[葡萄糖水平在[3.9-10.0] mmol/L的时间 (占比)]	>70%
	TBR[葡萄糖水平<3.9 mmol/L的时间 (占比)]	<4%
	TAR[葡萄糖水平>10.0 mmol/L的时间 (占比)]	<25%
	TITR[葡萄糖水平在[3.9-7.8] mmol/L的时间 (占比)]	——
	GMI (葡萄糖管理指标)	<7.0%
	TIR+TBR复合达标率	——
妊娠期糖尿病患者	TIR[葡萄糖水平在[3.5-7.8] mmol/L的时间 (占比)]	>70%
	TBR[葡萄糖水平<3.5 mmol/L的时间 (占比)]	<4%
	TAR[葡萄糖水平>7.8 mmol/L的时间 (占比)]	<25%
所有糖尿病患者	CV (%) 变异系数	<33%

### 不同类型的糖尿病患者 CGM 指标及目标推荐

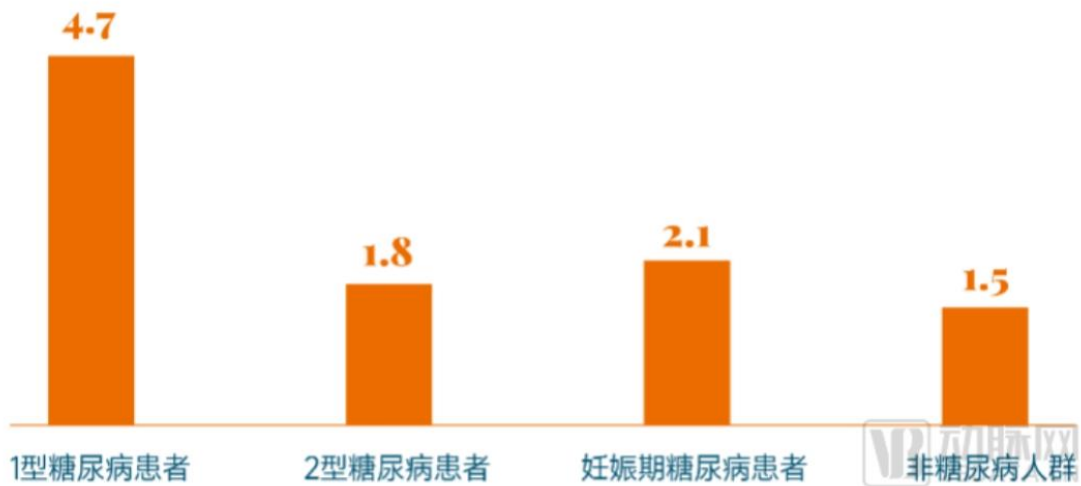
资料来源：2019 年《TIR(葡萄糖目标范围内时间)国际共识》、2023 年《亚太 CGM 共识》

报告共纳入 71566 名成人佩戴者，收集 CGM 报告 152689 份，人均佩戴个数 2.1 个。其中，男性 45118 人(63.0%)，女性 26448 人(37.0%)；平均年龄为 48.5 岁。共纳入 1 型糖尿病患者 9468 人、2 型糖尿病患者 45893 人、妊娠期糖尿病患者 1852 人和非糖尿病人群(未被确诊为糖尿病的人群，包括糖代谢正常者、糖尿病前期者等)14353 人。



### 中国佩戴 CGM 的人群类型特征

通过对人均佩戴 CGM 设备个数的分析发现，1 型糖尿病患者人均佩戴个数最高，为 4.7 个；其次是妊娠期糖尿病患者，人均佩戴个数为 2.1 个；2 型糖尿病患者人均佩戴个数为 1.8 个；非糖尿病人群人均佩戴个数最少，为 1.5 个。具体如下图：



### 不同类型人群人均佩戴个数

通过对不同地区的 CGM 佩戴人数进一步分析发现，除去 CGM 报告量少于 100 份的香港、澳门、西藏后，华东地区佩戴人数和人均佩戴



个数均为最多，共 24631 人(34.4%)，人均佩戴个数为 2.2 个；西北地区佩戴人数及人均佩戴个数均为最少，共 5359 人(7.5%)，人均佩戴个数为 2.0 个；从省份看，佩戴人数排名前五的地区为广东、山东、江苏、河南、浙江，分别为 10370 人、5912 人、4948 人、4706 人、4404 人。

### 中国佩戴 CGM 的 1 型糖尿病患者数据分析

佩戴 CGM 的 1 型糖尿病患者共 9468 人，共纳入 44283 份 CGM 报告，人均佩戴个数为 4.7 个。其中，男性 4294 人(45.4%)，女性 5174 人(54.6%)，平均年龄为 35.2 岁，病程中位数为 6.0 年。治疗方案上，使用胰岛素±口服药治疗的患者共 6155 人(65.0%)，使用胰岛素泵±口服药治疗的患者共 3313 人(35.0%)。

总体 1 型糖尿病患者的 CGM 指标表现如下，其中，TIR 的中位数为 72.3%，TBR 的中位数为 5.4%；达标率上，TIR 达标率为 55.1%，TBR 达标率为 37.0%，TIR+TBR 复合达标率为 18.7%。具体如下表：

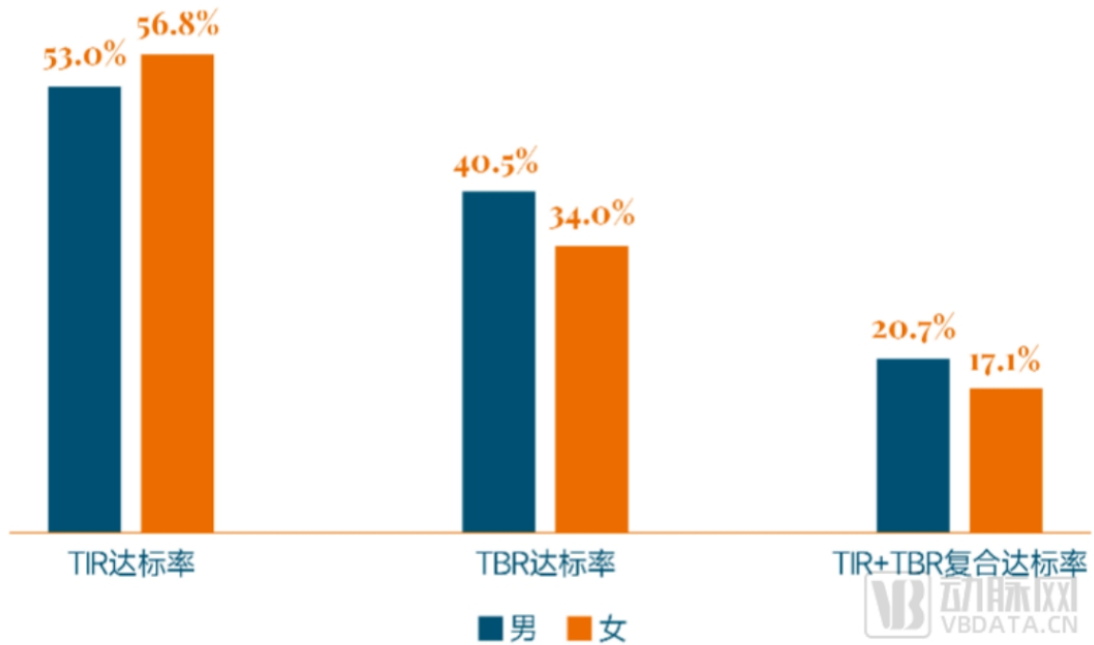
CGM指标	CGM指标数值 (%)	人群达标率 (%)
TIR	72.3	55.1
TBR	5.4	37.0
TAR	19.3	61.1
TIR+TBR	——	18.7
TITR	51.3	——
GMI	6.8	
CV	36.5	

### 1 型糖尿病患者总体人群 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数

1 型糖尿病女性患者的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率分别为 5

6.8%、34.0%、17.1%；男性患者的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率分别为 53.0%、40.5%、20.7%。具体如下图：



### 1 型糖尿病患者不同性别 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率

具体来看，1 型糖尿病女性患者的 TIR 水平和 GMI 水平较男性患者更优，但女性患者的 TBR 表现更差。而 TIR+TBR 复合达标率上，男性优于女性，提示女性 1 型糖尿病患者需进一步注意低血糖风险的管理。具体如下表：

CGM指标	CGM指标数值 (%)			人群达标率 (%)		
	男	女	P	男	女	P
TIR	71.4	73.0	<0.001	53.0	56.8	<0.001
TBR	5.0	5.8	<0.001	40.5	34.0	<0.001
TAR	20.7	18.3	<0.001	58.5	63.2	<0.001
TIR+TBR	—	—	—	20.7	17.1	<0.001
TITR	50.4	52.1	<0.001	—	—	—
GMI	6.8	6.7	<0.001	—	—	—
CV	36.5	36.4	0.594	—	—	—

### 1 型糖尿病患者不同性别 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数

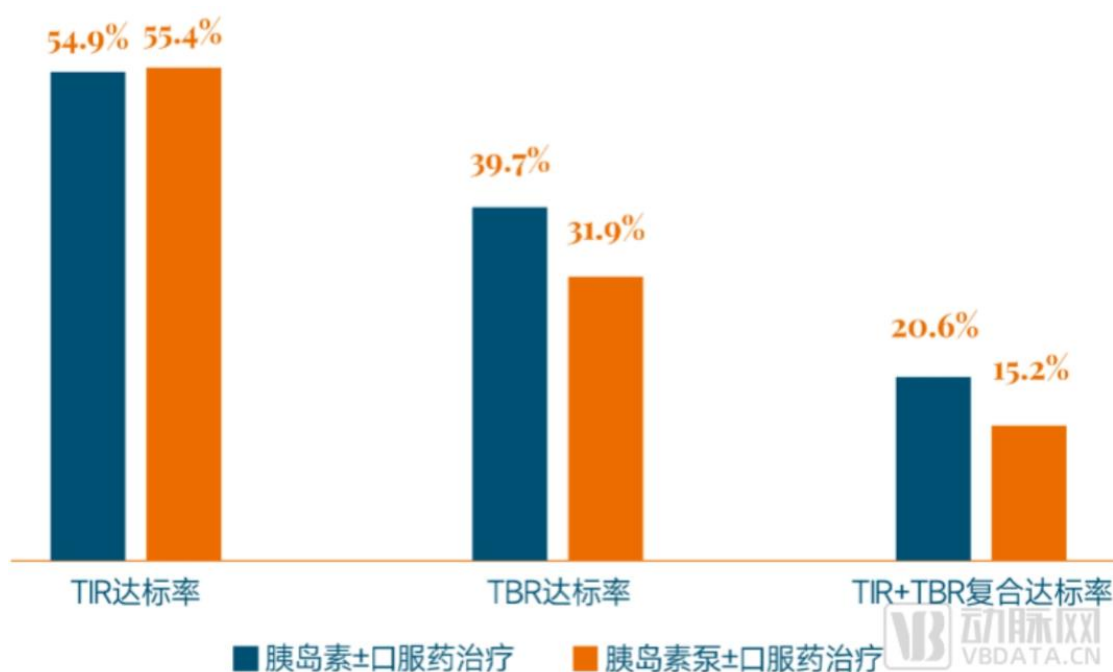
1 型糖尿病患者随着病程的增加，全部 CGM 指标的达标率均呈下降趋势(全部，趋势  $P < 0.001$ )。病程为  $< 1$  年组的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率分别为 68.1%、51.2%、35.6%；病程  $> 10$  年组的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率则仅为 46.6%、32.0%、11.3%。具体如下表：

CGM 指标	CGM 指标数值 (%)					人群达标率 (%)				
	<1年	1-5年	5-10年	>10年	P for trend	<1年	1-5年	5-10年	>10年	P for trend
TIR	79.7	74.9	69.4	68.6	<0.001	68.1	61.0	48.2	46.6	<0.001
TBR	3.8	5.3	6.2	6.4	<0.001	51.2	37.1	33.1	32.0	<0.001
TAR	14.3	17.5	22.2	22.5	<0.001	70.7	65.8	55.3	54.8	<0.001
TIR+TBR	—	—	—	—	—	35.6	21.3	12.5	11.3	<0.001
TITR	59.5	54.1	48.0	47.6	<0.001	—	—	—	—	—
GMI	6.6	6.7	6.9	6.9	<0.001	—	—	—	—	—
CV	33.9	35.6	37.6	37.7	<0.001	—	—	—	—	—

### 1 型糖尿病患者不同病程 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数

1 型糖尿病患者中，使用胰岛素 ± 口服药治疗的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率分别为 54.9%、39.7%、20.6%；使用胰岛素泵 ± 口服药治疗的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率分别为 55.4%、31.9%、15.2%。具体如下图：



### 1 型糖尿病患者不同治疗方案 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率

1 型糖尿病患者中，相较于胰岛素泵±口服药治疗，胰岛素±口服药治疗的 TBR 水平和达标率、TIR+TBR 复合达标率及 CV 水平表现均更优。具体如下表：

CGM指标	CGM指标数值 (%)			人群达标率 (%)		
	胰岛素±口服药治疗	胰岛素泵±口服药治疗	P	胰岛素±口服药治疗	胰岛素泵±口服药治疗	P
TIR	72.4	72.1	0.115	54.9	55.4	0.675
TBR	5.2	6.1	<0.001	39.7	31.9	<0.001
TAR	19.4	19.3	0.767	60.6	62.0	0.167
TIR+TBR	—	—	—	20.6	15.2	<0.001
TITR	51.3	51.3	0.468	—	—	—
GMI	6.8	6.8	<0.001	—	—	—
CV	36.1	37.1	<0.001	—	—	—

### 1 型糖尿病患者不同治疗方案 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数

1 型糖尿病患者不同地域的 TIR 达标率上，排名前五的地区为上海、四川、重庆、北京、江苏，其 TIR 达标率分别为 66.5%、66.2%、

65.0%、62.2%、60.24%；排名后五的地区为内蒙古、海南、甘肃、云南、宁夏，其TIR达标率分别为39.2%、41.2%、42.0%、44.4%、44.7%。

### 中国佩戴CGM的2型糖尿病患者数据分析

佩戴CGM的2型糖尿病患者共45893人，共纳入83050份CGM报告，人均佩戴个数1.8个。其中，男性32567人(71.0%)，女性13326人(29.0%)，平均年龄为52.9岁，病程中位数为7.0年。

治疗方案上，未使用降糖药物治疗的患者为10154人(22.1%)，仅使用口服降糖药治疗的患者为18181人(39.6%)，使用胰岛素±口服药治疗的患者为14965人(32.6%)，使用胰岛素泵±口服药治疗的患者为2593人(5.7%)。

中国佩戴CGM的2型糖尿病患者年龄和性别特征具体如下图：



### 2型糖尿病患者年龄和性别特征

总体2型糖尿病患者的CGM指标数值表现如下，其中，TIR的中位数为86.8%，TBR的中位数为0.6%；达标率上，TIR达标率为74.9%，

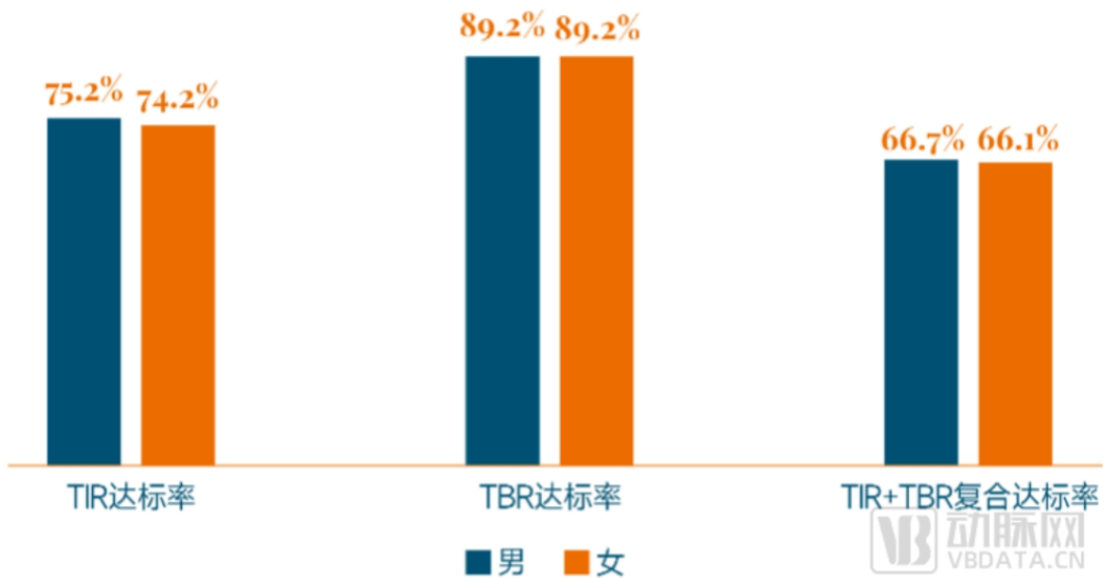
TBR 达标率为 89.2%，TIR+TBR 复合达标率为 66.5%。具体如下表：

CGM指标	CGM指标数值 (%)	人群达标率 (%)
TIR	86.8	74.9
TBR	0.6	89.2
TAR	11.0	71.5
TIR+TBR	—	66.5
TITR	65.1	—
GMI	6.7	
CV	26.9	

### 2 型糖尿病患者总体 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数

2 型糖尿病女性患者的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率分别为 74.2%、89.2%、66.1%；男性患者的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率分别为 75.2%、89.2%、66.7%。具体如下图：



### 2 型糖尿病患者不同性别 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率

具体来看，尽管女性 TIR 水平比男性高，但女性患者的 TIR 达标

率偏低，且 TBR 表现较差。两组间 TIR+TBR 复合达标率无明显差异。

具体如下表：

CGM指标	CGM指标数值 (%)			人群达标率 (%)		
	男	女	P	男	女	P
TIR	86.6	87.2	0.002	75.2	74.2	0.034
TBR	0.6	0.7	<0.001	89.2	89.2	1
TAR	11.3	10.5	<0.001	71.7	71.0	0.146
TIR+TBR	—	—	—	66.7	66.1	0.183
TITR	65.0	65.2	0.044	—	—	—
GMI	6.7	6.7	0.69	—	—	—
CV	27.1	26.4	<0.001	—	—	—

### 2 型糖尿病患者不同性别 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数

总体来看，2 型糖尿病患者随着年龄的增长，TIR 达标率、TIR+TBR 达标率均呈下降趋势(全部，趋势  $P < 0.001$ )。2 型糖尿病患者在 30-39 岁时表现最好，TIR、TIR+TBR 复合达标率分别为 84.1%、76.0%，而在 60 岁及以上时，TIR、TIR+TBR 复合达标率表现最差，分别为 65.9%、56.7%。具体如下表：

CGM指标	CGM指标数值 (%)						人群达标率 (%)					
	18-29岁	30-39岁	40-49岁	50-59岁	≥60岁	P for trend	18-29岁	30-39岁	40-49岁	50-59岁	≥60岁	P for trend
TIR	93.7	93.2	89.9	86.2	80.2	<0.001	82.4	84.1	79.6	75.9	65.9	<0.001
TBR	0.8	0.7	0.5	0.6	0.7	<0.001	87.8	90.4	91.5	89.8	86.9	<0.001
TAR	3.7	4.6	8.4	11.7	17.4	<0.001	80.6	82.1	76.5	72.1	61.8	<0.001
TIR+TBR	—	—	—	—	—	—	72.1	76.0	72.6	67.8	56.7	<0.001
TITR	80.0	78.5	70.7	64.2	54.9	<0.001	—	—	—	—	—	—
GMI	6.4	6.4	6.6	6.7	6.9	<0.001	—	—	—	—	—	—
CV	24.6	24.3	25.7	27.2	28.8	<0.001	—	—	—	—	—	—

### 2 型糖尿病患者不同年龄的 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数

2 型糖尿病患者随着病程的增加，全部 CGM 指标的达标率均呈下降趋势(全部，趋势 P10 年组的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率分别为 65.3%、86.8%、55.9%。具体如下表：

CGM指标	CGM指标数值 (%)					人群达标率 (%)				
	<1年	1-5年	5-10年	>10年	P for trend	<1年	1-5年	5-10年	>10年	P for trend
TIR	93.2	91.4	85.3	79.8	<0.001	86.7	82.9	72.8	65.3	<0.001
TBR	0.7	0.6	0.5	0.7	<0.001	90.7	91.3	90.3	86.8	<0.001
TAR	4.8	6.8	12.7	17.8	<0.001	83.8	80.3	69.1	61.3	<0.001
TIR+TBR	—	—	—	—	—	78.5	75.5	65.5	55.9	<0.001
TITR	78.5	73.6	62.1	53.9	<0.001	—	—	—	—	—
GMI	6.4	6.5	6.8	6.9	<0.001	—	—	—	—	—
CV	25.3	25.4	26.9	28.6	<0.001	—	—	—	—	—

### 2 型糖尿病患者不同病程 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数

2 型糖尿病患者中，使用口服药治疗的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率分别为 83.4%、92.7%、76.9%；使用胰岛素±口服药治疗的 TIR、TBR、TIR+TBR 复合达标率分别为 63.6%、84.4%、52.5%。

2 型糖尿病患者中，相较于胰岛素/胰岛素泵±口服药治疗，仅使用口服药治疗的患者全部 CGM 指标水平、TIR 达标率、TBR 达标率、TAR 达标率及 TIR+TBR 复合达标率表现均更优。而胰岛素±口服药治疗组和胰岛素泵±口服药治疗组之间比较除 CV 水平外，其他 CGM 指标均无显著统计学差异。具体如下表：



CGM 指标	CGM指标数值 (%)					人群达标率 (%)				
	未使用降糖药物治疗	口服药治疗	胰岛素±口服药治疗	胰岛素泵±口服药治疗	组间P	未使用降糖药物治疗	口服药治疗	胰岛素±口服药治疗	胰岛素泵±口服药治疗	组间P
TIR	89.5	90.7 <sup>t</sup>	79.0 <sup>t\$</sup>	78.7 <sup>t\$</sup>	<0.001	79.1	83.4 <sup>t</sup>	63.6 <sup>t\$</sup>	63.8 <sup>t\$</sup>	<0.001
TBR	0.5	0.5 <sup>t</sup>	0.9 <sup>t\$</sup>	0.9 <sup>t\$</sup>	<0.001	91.3	92.7 <sup>t</sup>	84.4 <sup>t\$</sup>	84.3 <sup>t\$</sup>	<0.001
TAR	8.4	7.6 <sup>t</sup>	18.2 <sup>t\$</sup>	19.1 <sup>t\$</sup>	<0.001	75.9	80.2 <sup>t</sup>	59.8 <sup>t\$</sup>	60.3 <sup>t\$</sup>	<0.001
TIR+TBR	—	—	—	—	—	72.2	76.9 <sup>t</sup>	52.5 <sup>t\$</sup>	53.1 <sup>t\$</sup>	<0.001
TITR	70.6	71.9	53.4 <sup>t\$</sup>	53.9 <sup>t\$</sup>	<0.001	—	—	—	—	—
GMI	6.6	6.5	6.9 <sup>t\$</sup>	6.9 <sup>t\$</sup>	<0.001	—	—	—	—	—
CV	26.0	25.4 <sup>t</sup>	29.1 <sup>t\$</sup>	30.2 <sup>t\$</sup>	<0.001	—	—	—	—	—

## 2 型糖尿病患者不同治疗方案 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数；P&lt;t;0.008vs 未使用降糖药物治疗组，\$ P&lt;t;0.008 vs 口服药治疗组，P&lt;t;0.008 vs 胰岛素±口服药治疗组

2 型糖尿病患者不同地域的 TIR 达标率上，排名前五的地区为青海、重庆、江苏、湖南、四川，其 TIR 达标率分别为 83.1%、83.0%、81.0%、80.0%、79.9%；排名后五的地区为新疆、海南、山西、辽宁、河南，其 TIR 达标率分别为 64.8%、66.5%、68.2%、70.3%、70.4%。

## 中国佩戴 CGM 的妊娠期糖尿病患者数据分析

佩戴 CGM 的妊娠期糖尿病患者共 1852 人，共纳入 3811 份 CGM 报告，人均佩戴个数为 2.1 个，平均年龄为 32.8 岁。治疗方案上，未使用口服降糖药治疗的患者为 1364 人(73.7%)，使用胰岛素治疗的患者为 419 人(22.6%)，使用胰岛素泵治疗的患者为 69 人(3.7%)。

妊娠期糖尿病患者的 CGM 指标表现如下，其中，TIR 的中位数为 94.7%，TBR 的中位数为 0.4%；达标率上，TIR 达标率为 92.9%，TBR

达标率为 97.9%，TIR+TBR 复合达标率为 89.6%。具体如下表：

CGM指标	CGM指标数值 (%)	人群达标率 (%)
TIR	94.7	92.9
TBR	0.4	97.9
TAR	4.6	91.5
TIR+TBR	——	89.6
GMI	5.9	
CV	19.5	

### 妊娠期糖尿病患者总体人群 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数

妊娠期糖尿病患者中，未使用降糖药物治疗的 TIR 水平、TAR 水平、GMI 水平、CV 水平及所有 CGM 指标的达标率均较其他治疗方案更优。具体如下表：

CGM 指标	CGM指标数值 (%)				人群达标率 (%)			
	未使用降糖药物治疗	胰岛素 ±口服药治疗	胰岛素泵 ±口服药治疗	组间P	未使用降糖药物治疗	胰岛素 ±口服药治疗	胰岛素泵 ±口服药治疗	组间P
TIR	95.9	88.5 <sup>†</sup>	82.8 <sup>††</sup>	<0.001	97.4	81.2 <sup>†</sup>	73.9 <sup>†</sup>	<0.001
TBR	0.4	0.4	0.7 <sup>††</sup>	0.002	99.3	95.2 <sup>†</sup>	87.0 <sup>††</sup>	<0.001
TAR	3.4	10.4 <sup>†</sup>	15.9 <sup>††</sup>	<0.001	96.4	79.2 <sup>†</sup>	68.1 <sup>††</sup>	<0.001
TIR+TBR	——	——	——	——	96.7	78.3 <sup>†</sup>	71.0 <sup>†</sup>	<0.001
GMI	5.8	6.1 <sup>†</sup>	6.2 <sup>††</sup>	<0.001	——	——	——	——
CV	18.6	22.6 <sup>†</sup>	24.9 <sup>††</sup>	<0.001	——	——	——	——

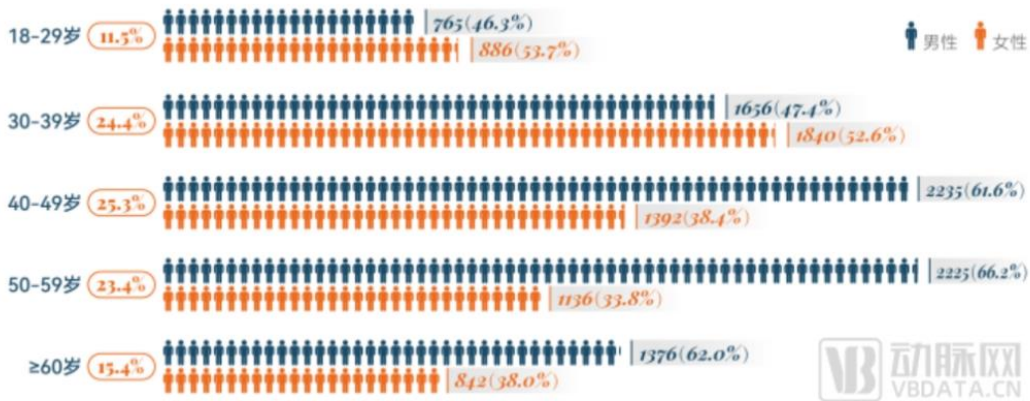
### 妊娠期糖尿病患者不同治疗方案 CGM 指标分析

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数；P<0.01 vs 未使用降糖药物治疗组，P<0.01 vs 胰岛素治疗组

### 中国佩戴 CGM 的非糖尿病人群数据分析

佩戴 CGM 的非糖尿病人群共 14353 人，共纳入 21545 份 CGM 报告，

人均佩戴个数为 1.5 个。其中，男性 8257 人 (57.5%)，女性 6096 人 (42.5%)，平均年龄为 45.6 岁。中国佩戴 CGM 的非糖尿病人群年龄和性别特征具体如下图：



### 非糖尿病人群年龄和性别特征

非糖尿病人群的 CGM 指标表现如下，其中，TIR 的中位数为 97.0%，T1TR 的中位数为 88.9%。具体如下表：

CGM指标	CGM指标数值 (%)
TIR	97.0
TBR	0.8
TAR	1.3
TIR+TBR	—
T1TR	88.9
GMI	6.1
CV	22.0

### 非糖尿病人群 CGM 指标数值

注：CGM 指标数值中，GMI 为平均数，其余参数均为中位数

### 本研究报告的启示

CGM 最终要实现规模化推广应用，为糖尿病管理带来变革性创新，

必须是产业生态各参与方(包括医生/护士、患者、专家共识/临床指南制定者、企业、政府)协同推动的结果。

本报告提供了国内首个高质量、大规模的 CGM 样本,为我国目前应用 CGM 的真实情况提供了资料。健康中国 2030 的重要目标之一是加强预防,将慢病治疗“前移”到预防。CGM 通过赋能医生和患者精准管理糖尿病,帮助加速达成健康中国 2030 目标。

[返回目录](#)

## • 中医药动态 •

### 多举措推进妇幼健康领域中医药工作

来源: 中国中医药报

妇幼健康一直是重要的公共卫生问题,其关系着整个社会的健康发展。中医学作为中国古代科学的瑰宝,在妇幼健康领域具有深厚的理论基础和广泛的实践应用。当前,中医药在妇幼健康领域的应用仍存在一些问题,如服务能力不足、人才不足等问题。为此,各地政府通过设立推进中医药工作相关补助经费,支持中医妇科、中医儿科的特色专科建设,以资金支持和政策支持的方式调动妇幼健康领域中医工作的积极性。笔者建议通过以下举措推进妇幼健康领域中医药工作。

#### 加强妇幼健康领域中医药人才队伍建设

解决妇幼健康领域中医药人才不足的问题,一方面要补充中医药

专业人员，中医药高等院校可扩大中医妇科、中医儿科类医学生培养规模，以填补人才队伍缺口。另一方面要提升现有人才队伍中医药服务能力，将妇幼保健机构中医药人才培养纳入重点计划。

如根据中医专科特色加强中医适宜技术培训、专项培训、技能考核(包括对中医师、中药师、针灸师、推拿师等进行定期培训和考核，以确保他们具备足够的专业知识和技能);派出专业技术人员进修学习中医适宜技术;在妇幼保健机构内广泛开展“西医学中医”，培养一批中西医结合人才。

此外，鼓励中医医疗机构和综合医疗机构具有高级职称的中医妇科、儿科医师到妇幼保健机构多点执业;鼓励中医妇科、儿科领域的中医药专家在妇幼保健机构建设传承工作室，开展传承带教和示范指导。

建设跨学科跨领域协调的中医妇科创新团队，提高医疗、科研创新能力。从不同学科领域(包括中医学、妇产科、儿科、药学等)聘请专家和研究人員组建多学科的团队，培养一批中医妇科高层次人才，提升中医妇科临床服务、科研创新能力，推动中医妇科高质量发展，进一步加快妇科健康相关领域科技成果转化和技术推广。

### **加强中医药专科建设，提高核心竞争力**

加强中医妇科、中医儿科专科建设。在充分挖掘中医药在治疗妇科疾病、儿科疾病优势的基础上，不断强化中医药特色优势，筛选中医治疗优势病种和适宜技术。

注重结合预防保健、康复养生和医疗服务，在中医理论指导下，运用现代科技与医疗设备，提升中医临床诊疗技术及水平，促进中医医疗服务的提升。以专科建设及国家示范中医科建设为基础，集中打造 1~2 种优势病种，建立中医优势病种的诊断、干预、随访一体化工作机制。同时，全国各地需进一步提高妇幼保健院设置中医临床科室的比例——2021 年三级和二级妇幼保健院设置中医临床科室的比例达到 86.81%和 50.99%，在此基础上需进一步加强绩效考核的“指挥棒”作用，将中医科设置和高级职称人员比例等作为重点指标予以强化。

### 创新服务模式，打造中医品牌

打造全生命周期中医药服务，加强中医药与妇幼健康的融合。按照中医药治未病理念，将中医适宜技术深入应用到孕前、孕期、产后、婴幼儿、青春期、中年、老年各个时期。针对孕前、孕期、妇科常见病等，开展艾灸、中药热敷、中药熏洗等治疗。努力提升中医药适宜技术在妇幼健康领域应用覆盖率，努力为妇女儿童提供全方位全周期的优质中医药医疗保健服务。

树立中医药品牌，创建中医药特色专科。通过品牌建设和宣传，提高中医药在妇幼保健领域的知名度和影响力。例如通过开展中医药文化宣传活动、推广中医药在妇幼保健领域的成功案例、加强与媒体的合作等方式实现。

[返回目录](#)

## 中医药为老年教育注入新活力

来源：中国中医药报

老年教育是我国教育事业和老龄事业的重要组成部分。国务院办公厅近日印发《关于发展银发经济增进老年人福祉的意见》明确提出，丰富老年文体服务。发展老年教育是丰富老年文化体育服务、满足老年多样化学习需求、提升老龄人群生活质量、促进社会和谐发展的必然要求。中医药凝聚着中华民族的健康养生理念和实践经验，体现着独特的生命观、健康观、疾病观和防治观，在老年教育事业中具有特殊的价值和显著的优势，中医药为新时代老年教育事业发展注入了新的活力。

### 践行积极老龄观念

“莫道桑榆晚，为霞尚满天”，随着经济社会的发展和物质生活水平的提高，新时代老龄群体对被动养老的生存性需求日趋缩减，对精神生活和人生价值追求日益提高。《中共中央国务院关于加强新时代老龄工作的意见》提出，把积极老龄观、健康老龄化理念融入经济社会发展全过程。早在《黄帝内经》等经典著作中关于人类在全生命周期中如何保持健康状态的阐释，对于老龄群体的身心健康建设和精神价值探索有着启发性和引导性价值。“是以圣人为无为之事，乐恬淡之能，从欲快志于虚无之守”（《素问·阴阳应象大论篇》）、“常宜游息精兰，崇尚佛事，使神识趣向，一归善道”（《养老奉亲书·戒忌保护第七》）等处世观、摄生观与老年人精神世界追求有着高度的

契合性和融合度。推动中医药融入老年教育事业，以中华优秀传统文化满足老年人精神层面的更高追求，以期激发老年群体自信心，践行积极老龄观，杜绝消极老龄观，推动老龄群体实现“老有所为”的个体价值和社会价值。

### 强化老年健康教育

老年教育是我国教育事业和老龄事业的重要组成，老年健康教育作为老年教育中关键的一环，具有突出的作用和价值。《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》提出，加强老年健康教育。中医药是老年健康教育中不可缺少的部分，有着广泛的群体基础、高度的契合性和显著的获益性，近年来尤其受到老龄群体的热捧和欢迎。健康老龄化是推进健康中国战略的重要内容，《关于全面加强老年健康服务工作的通知》明确提出加强老年人健康教育，并强调面向老年人及其照护者广泛传播中医养生保健等科普知识。将中医药健康教育融入老年教育中，通过有组织、有计划的健康教育，普及中医基本理论知识及养生保健方法，可以达到维护健康、预防疾病和延年益寿的效果。中医药引导构建老龄群体正确健康观，在老年健康教育中以中医药为抓手，激发老龄群体对健康的重视度，构建正确的养生保健理念，养成健康的行为习惯，实现“形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去”的美好愿景。提升老龄群体健康辨识度，通过健康教育普及中医药知识，增强老龄群体的自身健康决策能力，引导改善不良行为和生活方式，辨伪识真，破除迷信，摒弃陋习，做出有益于健康的



理智决定和正确判断。

### 丰富老年体育形式

研究发现，运动能提高老年人的日常生活能力，改善躯体功能，预防、治疗和逆转衰弱。老年体育是全民健身运动中不可或缺的重要组成部分，是积极应对人口老龄化的关键着力点。中医药养生保健方法和中华传统体育项目是根源于中华优秀传统文化，历经千载传承发展而形成完善的体育运动形式，具有广泛的群众基础、普遍的接受程度、低廉的成本优势、广泛的适用场景和显著的实用价值，呈现出突出的治疗优势和广阔的应用前景，是适用于老龄群体的最佳运动选择之一。《“十四五”中医药发展规划》提出，推广太极拳、八段锦等中医药养生保健方法和中华传统体育项目，推动形成体医结合的健康服务模式。重视并发挥传统体育在老龄群体健康中的优势作用，以太极拳、八段锦等中医药养生保健方法和中华传统体育项目推广应用到老年教育中，推进老年教育内容进一步丰富创新发展。《健康中国行动中医药健康促进专项活动实施方案》强调，开展医体融合强健行动。以中医药养生保健方法和中华传统体育项目为切入点，根据差异化的身体素质，因人而异，适疾立法，开发适合老年人的新型体育健身项目，是中医药在老年体育事业发展中可供探索的有效路径。

### 满足老年文化需求

老年教育是国民教育的重要组成，是终身教育的最后阶段。《中医药文化传播行动实施方案(2021—2025年)》提出，推动中医药文

化贯穿国民教育始终。由于老龄群体的文化水平、认知程度和接受能力等方面的限制，老龄群体成为中医药文化推广应用的弱环短板。老龄群体在我国人口结构中占比大、增速快，抓住老龄群体这一重点人群，是促进中医药健康文化素养整体性提升，推动中医药文化贯穿国民教育始终的关键举措。针对老龄群体的特点，将中医药文化教育融入老年教育体系中，要建立多层次、多样化的中医药文化知识传播系统，充分体现中医药优势和特长，满足老龄群体对于中医药文化知识的渴求和对自身文化提升的需求。

[返回目录](#)

## • 医保快讯 •

### DRG/DIP 下，如何抓好支付方式改革经办落地

来源：金豆数据

医保支付方式改革是调节医疗服务行为、优化医疗资源配置的重要杠杆。建立管用高效协同的医保支付机制，是实现医保高质量发展、医疗高质量协同发展的关键。可以说，支付方式改革是一场影响深远的医保生态变革。

医保经办管理是医保政策的“执行者”，基金全流程管理的“操盘手”和面向定点医药机构和参保群众的“窗口”，是医保治理能力与治理水平的具体体现。在支付方式改革全面推进的新征程上，如何更好地推进医保、医疗、医药高效协同，真正实现医、保、患的三方

共赢，医保经办管理承担着重要的使命与责任，需要不断健全完善医保经办支撑体系，从理论研究到实践总结，从理念升级到技术开发，全方位实现工作方法的更新迭代。

### 真抓实干，支付方式改革经办工作取得积极成效

DRG/DIP 支付方式改革在全国加速推进，改革的质量不断提高，已经进入提质增效、升级转型的关键时期，全国医保支付方式改革经办取得积极成效。

一是抓规程规范，建设了一系列关键机制。2021 年 4 月，印发《按疾病诊断相关分组(DRG)付费医疗保障经办管理规程(试行)》，同年 5 月，印发《按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)》。通过定规程、编指南，细化落地的流程、环节和各项工作要点，全国医保经办机构在推进 DRG/DIP 实际付费中有了可以依照并不断完善的操作规范。在实际工作中，医保经办系统建立协商谈判机制和核心要素动态调整机制，并在区域预算、具体分组、权重和费率测算、费用审核、月度结算、考核评价、年度清算等具体经办过程中，着力推进医保、医疗共商共治、协同发展；建立特例单议和除外支付机制，旨在加大对新药新技术的支持力度，合理兑现定点医疗机构和医务人员的服务价值，更加尊重临床规律，着力支持定点医疗机构高质量发展；建立中医优势病种、基层优势病种等更切合临床特点和医疗服务规律的支付机制，加大对中医和基层的支持力度；建立结余留用、合理超支分担的考核激励和风险分担机制，促进医疗资源进一步

优化配置，不断提高医保基金使用效率；建立适应支付方式改革的智能审核，数智赋能铸造基金安全网。各项经办工作机制的建立完善、细化实化，增强了改革落地的科学性和严谨性，推动各方积极融入协同发展的历史进程中。

二是抓清单模块，夯实改革基础。结算清单是医保支付结算的重要依据，其填写情况直接决定了分组的准确性，并会影响到医疗机构的运行效益。抓好结算清单填写质量的最核心内容就是抓好数据采集和数据治理，确保结算清单的填写合格率和及时上传率。为真正做好结算清单质量管理，医保中心开展了医保结算清单规范落地情况的专项调度，旨在摸清问题、分析原因并提出初步解决办法；同时还会同国家医保局局内相关司协同发力，抓贯标、抓质控，不断提高清单上传质量和上传率。经过各方持续不断努力，2023 年三季度全国住院病例医保结算清单上传率达到 86.59%，较二季度提高了 5 个百分点，较 2022 年 10 月的 60%提高了近 30 个百分点。

在抓好结算清单的同时，也要抓好 DRG/DIP 功能模块的实际应用，做好系统和技术支撑。持续推动完善全国统一医保信息平台上线支付方式经办的相关功能，全面收集全国各地对 DRG/DIP 功能模块所反映出的各类问题，并对地方递交的 180 个业务需求进行了梳理分类、沟通确认和完善反馈，指导全国经办系统积极做好 DRG/DIP 功能模块业务需求梳理和推进应用。目前，DRG/DIP 功能模块已在全国开展部署测试和实际应用。

三是抓结算清算，如期完成目标任务。DRG/DIP 结算清算是医保支付的关键环节，对于提高基金使用效率、支持医疗机构高质量发展十分重要。通过开展摸底、调度、通报，建立行政、经办、DRG/DIP 技术指导组四方机制，指导全国各地医保经办机构克服时间紧、任务重、人手少的实际困难，采取“线上+线下”“系统+人工”的方式，倒排工期、挂图作战，协调解决关键问题。全国各统筹地区顺利完成 2022 年度清算，资金拨付医院到位，完成进度符合预期。

四是抓典型示范，充分发挥示范带头作用。经过广泛调研、深入沟通，在全国范围发现了一批支付方式改革经办工作中值得总结推广的典型经验，首批评选出 15 个经办结算清算典型案例。它们有些在关键工作机制建立上富有经验，体现出科学有序、高效协同的工作理念；有些在经办管理上实现了科学设流程、规范定制度；有些在数据治理上能够及时反馈，协同做好质控、审核和争议处理，有效减轻了年底清算压力。这些典型案例城市将承担起经办交流基地的相关任务，为培养全国支付方式改革经办骨干发挥积极作用。同时，全国各地经办机构也将认真学习借鉴这些典型案例的经验做法，因地制宜探索符合本地实际的医保经办结算清算实践，及时总结推广成熟有效的工作经验，在全国范围内建立起科学有序、协商共治、规范高效的工作氛围和工作机制。

五是抓培训培育，加强人才队伍建设。经办管理离不开人才培养。近年来，不断加强经办理论研究和实践总结，推出一系列 DRG/DIP 支

付方式改革经办培训讲义，编写了 DRG/DIP 支付方式改革经办指南、DRG/DIP 支付方式改革医院操作指南，培育了一批培训基地，培养了一批经办讲师。同时，不断加强培训力度，举办了全国医保经办系统结算清算培训班和支付方式改革经办骨干培训班，开展关键技术培训，组织典型经验交流；指导各地医保经办机构通过积极宣讲、培训动员、政策解读，引导各级医疗机构参与改革，形成工作合力。为了更好地发挥指挥棒作用，鼓励各地加强考核激励以建强经办队伍，将 DRG/DIP 经办纳入国务院督查激励、医保经办服务评价指标体系等，推动 DRG/DIP 经办培训全覆盖，引导全国医保经办系统以学增智、以学促干，不断加强经办队伍能力建设。

### **立足长远，准确研判支付方式改革经办落地面临的形势和挑战**

DRG/DIP 支付方式改革推进以来，改革共识已经初步达成，关键机制框架初步建立，支付方式经办骨干队伍快速成长，基金全流程管理初步顺畅，一批“行政定政策规则、经办负责精心操盘、改革协同效益初显”的样本城市和样本医院不断涌现。但支付方式改革的经办管理还面临着一系列新情况、新问题：受疫情等因素影响，一方面，近年来专业培训工作还不够到位，一些地区存在改革认识不够充分、清算模块还有短板、清单质控不够到位、数据治理不够及时等情况，改革还面临着地区推进不平衡、经办能力不适应等深层次的问题与矛盾，医保基金的安全性和支付有效性依然受到挑战；另一方面，医院发展方式转变不到位，尤其是医院协同改革的认识尚需进一步引导，

支付方式改革能否真正取得成效，医疗机构转变管理思路和管理方式是关键一环。目前，仍有部分医疗机构对 DRG/DIP 支付方式改革的认识不足，协同改革观念转变较慢，管理理念还未跟上改革的节奏与步伐，医院管理层和临床医生对于支付方式改革的理解有待加强，医疗机构与支付方式改革协同的精细化管理能力还有待提高。因此，医保需求侧精细化管理能力有待加强，医疗卫生资源配置规模和结构亟须优化，医疗服务供给侧改革需要协同加速，医保、医疗协同改革的要求更为迫切。

### **谋篇布局，扎实推动支付方式改革经办落地精细化管理和高质量发展**

下一步，应坚持问题导向、目标导向、结果导向，切实抓好支付方式改革经办落地。

一是制定规程，提高科学化规范化水平。工作重点从扩面向提质迈进，全面提升支付方式改革的经办质量、经办能力和经办专业性。在国家层面，要探索医保基金全流程管理经办规范，通过明确基金精细化管理全流程，统筹业务流、基金流和信息流，促进基金业务财务一体化管理和政策协同，进一步提高医保基金使用效率，优化医疗资源配置，提升医保治理效能；同时，推进结算清算规程和指南的制定，规范 DRG/DIP 结算清算工作的流程、环节与要点，形成可指导经办机构开展结算清算等有关工作的重要参考。在地方层面，要进一步梳理并优化本地工作流程，按照最简高效的原则，研究制定符合地方实际

的各项经办操作规程。

二是强化机制，推动改革落地走深走实。首先，要开展数据日常治理，规范月度预结算和信息反馈，国家层面要定期调度各地情况，地方层面要做好日常任务分解，化整为零开展月度数据治理，对医保结算清单上传情况及数据填报质量实施动态评估，及时反馈数据质控结果，扎实开展月度审核和预结算。其次，要开展 DRG/DIP 结算清算运行分析，探索建立结算清算运行分析制度，对 DRG/DIP 付费改革效能进行深入分析，为行政提供更多决策依据。再次，要完善关键工作机制，以科学分组为基础，选取本地适宜的特例单议、除外支付、协商谈判、核心要素动态调整、激励约束等关键机制，做到科学有序、协商共治、规范高效。

三是加强培训，强化经办专业能力建设。有序实施“支付方式改革百千经办骨干工程”，即培养出 100 名以上省级经办机构、1000 名以上地市级经办机构、10000 名以上医疗机构精通支付方式改革经办的医保专业人才，通过骨干团队的带领和典型城市的示范引领，结合打造 DRG/DIP 精品课程及讲义、开展经办练兵比武、建设示范培训基地等一系列活动，在全国范围内实现高水平经办人才队伍建设，锻造出一批业务过硬的医保专业人才。

四是形成合力，打造协同发展良好格局。首先，要协同做好信息系统功能模块应用开发，会同信息化部门做好 DRG/DIP 功能模块的优化、完善等工作，加快平台功能的本地化配置。其次，要协同做好医



保相关政策衔接，研究做好支付方式改革、结算清算与集采结余留用等多项政策的具体衔接，避免出现结余留用资金重复补偿或补偿不足的问题。再次，要协同做好医保、医疗高质量发展，加强与医疗机构的沟通，积极引导医疗机构转变理念和行为模式，优化绩效考核与激励机制，正确理解按病种支付标准“平均数”的管理价值，纠正管理偏差，按临床规范为参保患者提供优质高效的医疗服务。最后，要协同大数据智慧医保，积极探索 DRG/DIP 时代下审核结算新思路，针对 DRG/DIP 付费下出现的高靠分组、分解住院等情况，充分利用大数据和人工智能，做好智能审核和疑点核查，寻找新的智能审核路径。

[返回目录](#)

### 公立医院如何应对医保基金监管新挑战？实践者们这么说

来源：金豆数据

为了提高医保基金监督管理工作规范化、精准化、智能化水平，维护医保基金安全和参保人员权益，近年来，国家医保局深入推进医保基金智能审核和监管，构建事前、事中、事后全环节监管的基金安全防控机制，从源头防止医保基金“跑冒滴漏”。截至 2023 年底前，初步实现全国智能监控“一张网”。

#### 智能监管常态化将对管理盲点、乱点、堵点“大扫除”

就医保基金智能监管常态化，2023 年 5 月，国务院办公厅印发《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（简称《实施意见》），《实施意见》指出：依托全国统一的医保信息平台，充分

运用医保智能监管子系统，建立行政检查和执法全流程指挥调度平台，加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管全过程智能监控，提升精准化、智能化水平。加快医保基金智能监控知识库、规则库建设和应用，加强动态维护升级，不断提升智能监控效能。实施国家医保反欺诈智能监测项目，常态化开展医保数据筛查分析，通过大数据分析锁定医保基金使用违法违规行爲，发现欺诈骗保行为规律，有针对性地加大宏观管控、现场检查执法和精准打击力度。

从智能监管、实时动态等关键词可以看出，重点突出技术防线的医保基金智能监管时代已经来临，对以往存在的管理盲点、乱点、堵点将彻底“大扫除”。

智能监管常态化具有以下特点：

1. 数据穿透钻取式。通过大数据体系，所有数据将体现穿透钻取特征，涉及基保基金的经济、业务行为将成为透明体，变“人找问题”为“数据让问题主动现身”，使违规行为无所遁形。

2. 检查无预兆。即使是飞行检查，仍然具有单点、单次特征，可能为问题留下“隐匿”的时间和空间。而常态化智能监控，则是“静悄悄”地不间断进行，不受时间空间限制。对于被动违规而言，可能违规单位自己还未察觉，就已被智能监管体系“捕捉”而成为查处对象。

3. 覆盖全面化。基于大数据的智能监管，一个突出特征就是全覆

盖、无死角。过去许多不被注意的管理盲点，在智能监控下就可能被发现并认定为违规点。这种因传统管理模式信息孤岛、数字鸿沟大量存在而引发的违规风险，对医院而言更具有现实性和隐蔽性。

4. 执行标准化。此前，国家医疗保障局已发布《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)》(简称《两库》)。

《两库》从知识库框架、规则分类与释义、规则库框架三方面，对政策类、医疗类、管理类进行标准定义，成为涉医保基金行为判断的依据。

#### **“点名”30种重点耗材，明确医疗机构9种违法违规行为**

医保基金智能监控常态化，对医院将产生深远影响。事实上，大数据已成为医保基金管理的高频“热词”。2023年4月24日举办的“2023年全国打击欺诈骗保专项整治工作会议”强调：各级医保部门要聚焦骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗等重点领域，重点药品耗材，虚假就医、药品倒卖等重点骗保行为，加强大数据监管应用。

国家医保局、最高人民法院、公安部、财政部、国家卫生健康委于4月28日联合发布《关于开展医保领域打击欺诈骗保专项整治工作的通知》(简称《通知》)，明确了三个打击重点：一是骨科、血液净化、心血管内科、检查、检验、康复理疗等重点领域(含骨科高值医用耗材)；二是重点药品、耗材；三是虚假就医、医保药品倒卖等重点行为。

《通知》明确指出了定点医疗机构 9 种重点违法违规行为：

- (1) 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药等套取医保资金；
- (2) 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；
- (3) 虚构医药服务项目；
- (4) 分解住院、挂床住院；
- (5) 不执行实名就医和购药管理规定，不核验参保人员医疗保障凭证；
- (6) 重复收费、超标准收费、分解项目收费；
- (7) 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；
- (8) 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；
- (9) 其他骗取医保基金支出的行为。

### **分类处置、信用管理对医院、药企、个人全覆盖**

分类处置、信用管理，是《实施意见》针对违规惩戒提出的关键词。

分类处置，是指综合运用协议、行政、司法等多种手段分类施策。对于存在主观故意、影响恶劣的欺诈骗保行为，依法从严从重查处，同时做好协议处理与行政处罚的有效衔接。建立健全激励与约束并重的监管机制，更大激发医疗机构规范使用医保基金的内生动力。

信用管理，是指推进定点医药机构、医药企业、人员信用分级分

类管理，探索建立医保基金监管告知承诺制，将履行承诺情况纳入信用记录，与监督检查频次、处罚裁量等挂钩，推动定点医药机构通过自查自纠规范医保基金使用行为，主动履行医保基金使用主体责任。

综合而言，就是以包括司法在内的严厉手段约束、处罚违规行为，并对信用差的重点查、加重罚。根据信用评级，对失信定点医药机构，可通过协议管理在资金结算等方面采取惩戒措施；对相关责任人员，可按照医保协议中止医保支付资格；对失信医药企业，可按规定在医保目录准入、价格招采信用评价、医药集中采购、挂网资格等方面采取处置措施；对失信参保人员，可按规定采取暂停医疗费用联网结算等措施。这些措施，均体现了让违规者处处受限的惩戒导向。

### 公立医院如何应对医保基金监管新挑战？

广西医科大学第一附属医院医保办主任梁冰认为，一般来说，绝大多数公立医院并没有套保骗保的主观故意，规范合理使用医保基金是医务人员的基本准则。但是，在医保的各类检查中，公立医院医保违规行为却很难避免，究其原因，价格政策或医保支付政策与临床实际的不匹配，是重要原因之一。比如，在现行的医疗服务价格政策中，项目的成本应包含哪些项目、计价标准是什么等，仍未形成普遍共识，因此临床医生对价格政策的理解很可能出现偏差，从而造成“违规收费”；此外，在当前 DRG 支付政策中，病组的包干费用往往由前几年的历史费用测算而成，但医疗技术是不断更新的（例如国谈药和高值耗材的不断增长），因此，病组的支付金额可能并未纳入新的项目成

本,进而出现病组费用的超支。医保管理部门和公立医院应加强沟通,实现双向奔赴,通过政策完善、行为规范,做好医保基金监管和合理使用工作,共同推动医疗卫生事业高质量发展。

天津市肿瘤医院医保办主任田羿提出,随着“三医”协同发展和治理理念的推进,医保基金监管的责任逐渐下沉到每个临床医生肩上。医疗机构医保办作为连接医保管理部门和临床医生的重要桥梁,需要将医保政策准确、成体系地传导给医生,推动其合规提供诊疗服务、精准使用医保基金。相信有一天,合理使用医保基金会成为所有医务人员的共识和习惯,届时医保管理部门和医疗机构之间所谓“管理者”和“被管理者”的矛盾也将得到化解。

上海交通大学医学院附属新华医院医务部主任盛旭俊提出,在医保支付方式改革的大背景下,规范医务人员的诊疗行为有了更多抓手。以前一些诊疗行为看似已成惯例,但在医保支付过程中却存在困惑。比如某科室收治的一位患者,住院期间病情发生变化进行转科治疗,那么该患者病案首页中的主要诊断怎么填?应纳入哪一个病例组?院内考核中,该病例的病例组合指数(CMI 值)划归入哪一个科室?这些问题没有标准答案,希望在“三医”协同发展和治理过程中,各方协同探讨共同推进,使得诊疗行为在医保支付的框架下更趋合理更趋高效,推动医疗质量的高质量发展。

郑州大学第二附属医院医保办主任马洪滢介绍,当前,老龄化已经成为社会发展的显著特征。老年人群慢性病发病率逐年上升,需要

长期治疗和护理，加之伴随较高的并发症风险，给医疗管理、医疗保障工作带来巨大挑战。对此，建议采用多种措施积极应对。政策层面，在持续推广门诊慢性病保障政策的同时，希望对住院老年患者进行DRG付费倾斜政策。技术层面，可以利用人工智能、大数据等新技术赋能老年人群健康管理，提前发现并干预慢性病进程，进而减少医疗支出。执行层面，可以开展老年人群病种分析，进行院内、院外医疗资源统一调配，满足病种治疗需求，提高病种治疗能力。

南昌大学第一附属医院医保处处长张蓉提出，在持续收紧的医保基金监管形势下，公立医院必须完成从粗放式管理向精细化管理的转变，将医保基金监管职责融入医院点点滴滴的日常工作中，通过医保、医疗双轮驱动促进医院高质量发展。对于医保政策与临床实际、医学规律出现矛盾的情况，公立医院医保部门应和医保管理部门积极沟通，既确保诊疗服务质量，又保障医保基金安全。

徐州医科大学附属医院医保办主任张洪成认为，为更好地使用医保基金、推动医疗服务高质量发展，医院和医保管理部门应加强沟通，徐州医科大学附属医院在和医保的沟通中采取了“请进来”和“走出去”的方式，一方面邀请医保的专家、领导和医院的科室主任、相关职能部门面对面直接交流。其次，带领相关科室和部门工作人员主动到医保相关部门沟通，通过这些积极沟通促进了双方换位思考，增强了互信，对于促进医保、医疗协同发展起到积极作用。同时，近几年的医保支付方式改革中，徐州市医保局也多次召开座谈会，积极听取

公立医院声音，如在 DRG 付费改革中将达·芬奇机器人等新技术进行除外支付，对高倍率病例降低了倍率数，急危重症进行特病单议等，一定程度上减少了医院超支风险、促进了医学创新发展。

大连医科大学附属第二医院医疗保险与物价管理部主任孔莉提出，在医保政策落地的过程中，医疗机构难免会出现一些“阵痛”。比如，针对一年一度的医保药品目录调整工作，医疗机构如何及时让医务人员和患者知晓并理解；针对频繁进行的药品、医用耗材集中带量采购工作，医疗机构如何做好产品替代，如何处理好集采产品和非集采产品的关系；针对市场赋予期待的国家谈判药品，医疗机构如何尽快、科学、合理纳入机构用药目录，更好满足参保人更高层次医疗需求等，都亟待找到更优解法。医保管理目标和医疗卫生事业发展目标是一致的，都是为了保障、促进人民健康，必须协同治理，共同推动目标实现。

陆军军医大学第一附属医院药学部副主任孙凤军介绍，在过去，医疗机构配备药品的约束政策较少，一般都会按需配备。随着医保支付方式改革的推进，尤其是 DRG 付费改革推广、公立医院绩效考核制度实施之后，医疗机构配备药品有了更多的考量。但有一点坚持不能变，即患者受益应是基本追求。

[返回目录](#)



## · 地方动态 ·

### 江苏：推进医疗机构建设，围绕全生命周期健康服务实施数字化项目

来源：江苏省人民政府办公厅

近日，江苏省人民政府办公厅印发《进一步完善医疗卫生服务体系实施方案》（下称《实施方案》），目标是到 2025 年，优质医疗资源扩容和区域均衡布局取得积极进展，优质医疗服务供给能力明显提升。到 2030 年，以紧密型医联体为主的医疗卫生服务体系趋于健全，分级诊疗新格局基本建立。到 2035 年，整合型医疗卫生服务体系基本形成，医疗卫生服务公平性、可及性、连续性显著增强，基本实现“大病不出省”的目标，为健康江苏建设提供有力保障。

《实施方案》要求，医疗机构承担公共卫生服务任务的经费由财政保障。落实政府对符合区域卫生规划的公立医院投入政策，加大对传染、精神、妇幼、老年、中医、基层医疗卫生机构的投入倾斜力度。此外，政府办基层医疗卫生机构符合规划的基本建设和设备购置等发展建设支出，由同级政府足额保障。

《实施方案》提出五个方面，21 项主要任务。其中明确了一系列具体的建设任务，包括：

聚焦争创重症、康复、血液病、皮肤病、中医等类别国家医学中心和综合、癌症、创伤、骨科、心血管等类别国家区域医疗中心，持续推进 16 家高水平医院建设。

建设一批省级区域医疗中心。鼓励各地全面推进市级医疗中心建

设。

持续推进国家级和省级临床重点专科建设，“十四五”期间，新建不少于 30 个国家级、300 个省级临床重点专科。

到“十四五”末，85%的县人民医院达到三级医院水平，县级医院 ICU 标准化建设实现全覆盖。

到“十四五”末，实现县办中医医疗机构全覆盖，60%左右县中医院达到三级中医院水平。推进中西医协同“旗舰”医院、科室和国家中医疫病防治基地、省中医疫病研究中心建设。

推进扬州市、淮安市国家紧密型城市医疗集团建设试点，鼓励以设区市为单位探索符合当地实际的紧密型城市医疗集团建设。到“十四五”末，不少于 20 个县(市、涉农区)基本建成紧密型县域医共体。加强专科联盟和远程医疗协作网建设。

支持基层医疗卫生机构增配 CT 等设备，增加适宜医疗服务技术和药品配备，开展更多的医疗服务项目。强化乡镇卫生院、社区卫生服务中心中医馆标准化建设。

推进妇幼保健机构标准化建设，到“十四五”末，常住人口 50 万以上县(市、涉农区)全面建成妇幼保健院。加强母婴友好医院和基层医疗卫生机构妇幼健康规范化门诊建设。

合理布局并加快老年医院、综合性医院老年医学科、护理院、安宁疗护机构等建设。推进老年友善医院建设。推动社区养老服务机构设置护理站。到“十四五”末，每个设区市统筹辖区医疗资源至少设

立 1 所三级老年医院，人口超过 50 万的县(市、涉农区)设立 1 所二级以上老年医院，每个县(市、区)建成 1 所以上护理院。

争创国家区域公共卫生中心。

推进院前急救中心(站、点)建设，完善院前医疗急救服务网络体系。加强二、三级医院急诊急救胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇、新生儿救治五大中心建设。

支持三级公立医院成为高校附属医院。加强省研究型医院、医学创新中心、医学重点学科与实验室建设。支持高水平医院创建国家临床医学研究中心等高水平临床研究科技创新平台。支持重点医学院校申报省级基础研究中心、全国重点实验室。

发布建设任务的同时，《实施方案》强调加强公立医院精细化管理。严禁举债购置大型医用设备，严禁举债建设和超标准装修，严格控制债务规模，积极稳妥化解公立医院历史债务。

此外，《实施方案》提到，大力发展互联网医疗服务。完善互联网医疗服务、公立医院特需服务等项目的定价政策。

在信息化建设方面，强调加快建设全省统一的公立医院综合管理信息化平台。

强化数字信息赋能，建立健康医疗数据跨部门共享协作机制。提升省统筹全民健康信息平台互联互通能力，推动标准化的数据采集、汇聚、治理和应用。围绕全生命周期健康服务，实施数字化建设项目，推进居民健康服务数字化应用。强化数据安全治理，助力数字健康产

业发展。

[返回目录](#)

### 浦东新区综合改革试点实施方案来了！

来源：国务院办公厅

近日，中共中央办公厅、国务院办公厅印发了《浦东新区综合改革试点实施方案(2023-2027年)》(下称《实施方案》)，指出在重点领域和关键环节改革上赋予浦东新区更大自主权，支持推进更深层次改革、更高水平开放。

总体要求到“十四五”期末，制度创新取得重要阶段性成效，高水平制度型开放取得突破，科技创新体系竞争力明显提升，全球资源配置能力明显增强，城市治理水平明显提高，一批标志性改革成果在面上推广。到2027年，基本完成试点任务，制度创新取得突破性进展，高标准市场体系和高水平开放型经济新体制建设取得显著成效，城市治理体系更加健全，为全面建设社会主义现代化国家作出重要示范引领。

《实施方案》明确，加大规则标准等开放力度，打造制度型开放示范窗口。将在全国统一的市场准入负面清单基础上，制定实施浦东新区放宽市场准入特别措施，建设高水平市场准入体系。探索有序放宽电信服务、医疗健康等服务消费市场外资准入限制。

探索构建数字经济规则体系，实行分类分层的新型数据交易机制，依托数据交易所提升数据可信流通能力。探索数据资源持有权、

数据加工使用权、数据产品经营权等分置的产权运行机制。推动公共数据向经营主体有序开放。

在数据要素跨境流动方面，支持中国(上海)自由贸易试验区临港新片区探索建立安全便利的数据流动机制，允许在符合法律法规要求、确保安全前提下提升数据跨境流动的便利性。研究高标准且与国际接轨的数据安全管理规则体系，创新数据监管机制，积极探索优化数据跨境流动管理措施。

《实施方案》提到，完善科技创新体系，建设开放创新生态。将建立生物医药协同创新机制，推动医疗机构、高校、科研院所加强临床科研合作，依照有关规定允许生物医药新产品参照国际同类药品定价，支持创新药和医疗器械产业发展。支持建设符合国际医学伦理和管理运营规则的长三角医用组织库。此外，还将探索制定人工智能、生物医药等全球重大前沿科技领域伦理规则，建立协同审查机制，构建伦理审查快速通道。

《实施方案》还指出，深化人民城市建设实践，探索超大城市治理新路。其中，将建立高品质民生服务供给体系。在医疗健康方面，推动优质医疗资源扩容，合理配置医疗卫生资源。持续优化药品和医疗器械管理。建设国际医疗服务集聚区，扩大医疗健康服务开放。支持国际医疗机构以合资或者合作方式设立医疗机构。健全公共卫生体系，完善重大疫情防控救治体系和应急响应机制。完善居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系，鼓励提供普惠养老服务。

在保障措施中提到，上海市要积极为浦东新区开展综合改革试点创造条件，加大相关领域放权和协调支持力度；浦东新区要切实担负起试点主体责任，积极探索并不断优化实施路径，认真做好具体实施工作，确保各项改革任务扎实有序推进。注重巩固综合改革试点成果，对行之有效的经验做法要以适当形式予以固化并在更大范围推广。

[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