

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第08期

(2024.02.19-2024.02.25)

医保

医疗

医药

——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

• 分析解读 •

▶ [2024年，带量采购驶向何方？](#)（来源：中国医疗保险）——第8页

【提要】2022年我国医疗器械市场的总体规模大约1.3万亿，是仅次于美国的全球第二大市场。但不可否认的是，我国器械市场尚存在研发投入低、创新能力弱、高端市场技术壁垒高、行业集中度低等现状问题。国内医械龙头知名企业数量少，国际化程度不足，全球竞争能力偏弱。集中带量采购因为大幅降低了产品中标价，极大缓解了患者的看病成本，降低了医保基金的支付压力，带来的正面价值是显而易见的。带量采购对各医用耗材生产主体的市场策略有什么影响呢？2024年，我们该如何与带量采购共存？

▶ [探讨 | DRG 付费下九类违规情形，可以这样计算对医保基金造成的损失额](#)（来源：医保笔记）——第13页

【提要】根据《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48号），到2025年底，DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。《通知》同时也明确了工作任务“聚焦抓扩面、建机制、打基础、推协同四个方面，分阶段、抓重点、阶梯式推

进改革工作，加快扩面步伐，建立完善机制，注重提质增效，高质量完成支付方式改革各项任务”，完成四个目标-“实现四个全面覆盖、建立完善四个工作机制、加强四项基础建设、推进医疗机构协同改革”。

• 互联网+医疗健康 •

▣ [加速推动地区“互联网+医疗健康”普惠全民的策略](#)（来源：北创汇健康）—第 21 页

【提要】随着科技的快速发展和互联网的普及，医疗健康领域正经历着一场深刻的变革。借助“互联网+医疗健康”的模式，医疗服务得以更加便捷、高效地触达广大群众，为解决地区医疗资源分布不均、城乡差异大等问题提供了有效途径。本文旨在探讨如何加速推动地区“互联网+医疗健康”普惠全民的策略。

▣ [产业大模型如何在医院电子病历上应用](#)（来源：联信志诚）——第 24 页

【提要】随着人工智能技术的不断发展，产业大模型的应用场景也越来越广泛。在医院电子病历的管理与应用方面，产业大模型也发挥了重要的作用。本文将探讨产业大模型如何在医院电子病历上应用，并分析其优势和挑战。

• 医院管理 •

▣ [民营医院发展瓶颈期十大生存法则及如何解决资源配置不合理的问题](#)（来源：健康陕西）——第 27 页

【提要】随着新冠肺炎疫情的结束，医保 DRG/DIP 付费的推进，医保及卫生健康管理越来越精细化、信息化、规范化，生产安全、消防安全、环保安全等管理的标准越来越高，需要投入的安全设备设施及人员越来越多，医院的运营成本越来越大，但医院的利润率却越来越少，这对民营医院来说，面临着医院运营的巨大压力，很多医院处于发展的瓶颈期。

▣ [公立医院成本管理要从“被动削减”转变为“主动管控”](#)（来源：湖南省直中医医院）——第 31 页

【提要】医院成本管理目的是提供性价比更高的医疗服务，是医院和患者的“双赢”。在选择成本管理方法时，必须满足患者满意度上升和员工满意度上升。因此，成本管理不应一味的以支出减少为目标，而是要加强对不合理、不必要的行为的控制和规范，通过制度约束大家养成主动控制成本的习惯和行为。如何实现“被动削减”到“主动管控”的转变？我们医院在进行成本管理的探索中，总结出了四点经验：一是坚持成本的问题导向；二是加强成本的分类管理；三是关注成本的相对可控；四是实行成本的考核奖惩。

• 医保快讯 •

▶ [智慧医保：不断推进医保治理能力现代化](#)（来源：中国医疗保险）

——第 37 页

【提要】国家医保局成立以来，以信息化、标准化为切入点，建设起全国统一的医保信息平台，为智慧医保建设奠定了良好的基础。在经办、管理、监管、公共服务等多个方面，充分利用大数据及信息化系统，扩展并充实了智慧医保的内容，提高了医保制度的运行效率，极大提升了参保群众医疗保障的可及性和便捷性。笔者拟围绕智慧医保的政策内涵、实践发展以及面临挑战等内容，对我国智慧医保建设进行总结和分析，以期智慧医保在医保治理能力现代化中充分发挥更大作用提供参考。

▶ [推进“四师工程”，提升群众医保服务获得感、幸福感](#)（来源：

中国医疗保险）——第 46 页

【提要】北京市朝阳区医保中心始终坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为统领，在北京市医保中心的领导下，全面落实市区部署要求，始终秉持“1+4”建局理念，在疫情防控火线淬炼绝对忠诚，在经办服务一线凝聚服务热诚，在医保改革前线砥砺事业精诚。朝阳医保按照局党组部署，一以贯之推进“四师工程”，培养造就忠诚干净担当的高素质专业化医保干部队伍，涌现出一批以“雪琴热线”“DRG 组合拳”“简易代开药流程”为代表的标志性成果，形成人人

争当医保政策宣讲师、接诉即办师、提质增效师和防控助力师的干事创业氛围，以“价值付费”“纠偏蓄能”为定位，知重负重，踔厉奋发，勇当首都医保高质量发展主力军。

· 中医药动态 ·

▶ [让高质量中医药服务方便可及](#)（来源：人民网）——第 50 页

【提要】党的十八大以来，我国把提升基层中医药服务能力作为工作重点，坚持补短板、强弱项、固根基，为群众提供方便可及的中医药服务。目前，我国已建立起覆盖省、市、县、乡的中医药服务体系，较好地满足了城乡居民对中医药的服务需求。随着人民生活水平不断提高，人民群众的健康需求呈现多样化、差异化特点，老百姓对中医药的关注点从“有没有”转向“优不优”。推动中医药高质量发展，就是要发挥中医药的特色优势，让更多群众在家门口就能享受高质量的中医药服务。

▶ [促进中医药传承创新发展纳入安徽深化医改重点任务](#)（来源：中国中医药报）——第 53 页

【提要】近日，安徽省人民政府印发《关于进一步深化医药卫生体制改革推动卫生健康事业高质量发展的实施意见》。在区域医疗中心建设、公立医院改革、县域诊疗新格局、“三医”协同等重点任务中部署中医药相关工作。《意见》指出，要促进医保、医疗、医药协同发展和治理。推进紧密型县域医共体中心药房建设，到 2025 年，智慧

中心药房、智慧中药房实现县域全覆盖。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

2024 年，带量采购驶向何方？

来源：中国医疗保险

2022 年我国医疗器械市场的总体规模大约 1.3 万亿，是仅次于美国的全球第二大市场。但不可否认的是，我国器械市场尚存在研发投入低、创新能力弱、高端市场技术壁垒高、行业集中度低等现状问题。国内医械龙头知名企业数量少，国际化程度不足，全球竞争能力偏弱。

尽管如此，长期以来，国内医疗器械的终端定价却又远高于国际市场，很多器械产品的价格几乎对标欧美市场，甚至更高。高昂的医疗成本为患者和医保基金带来较为沉重的压力。

近十多年来，国内医疗器械行业经历了从混沌无序到野蛮发展，再到规范有序、充分竞争的过程。最近十年内，集中带量采购成为对医疗器械尤其是耗材行业影响最为强烈的动作，并呈现出不断扩围的趋势。

耗材集中带量采购相当于对医疗器械厂家开展的“团购”，通过设置入围门槛，设置遴选条件，采用以量换价的方式，为广大的医疗机构和患者挑选出低价优质的医疗器械产品。

自 2019 年到 2023 年底，国家层面的耗材带量采购一共组织了 4 次，分别针对冠脉支架、人工关节、骨科脊柱以及人工晶体等几款用量大、价值高的耗材产品。省级层面(单省&跨省联盟)的带量采购更是多达几十次，面向的医械产品品类更多，甚至开始由高值耗材延伸到低值耗材，参与的厂家主体更多，影响面不可谓不大。

集中带量采购因为大幅降低了产品中标价，极大缓解了患者的看病成本，降低了医保基金的支付压力，带来的正面价值是显而易见的。

带量采购对各医用耗材生产主体的市场策略有什么影响呢?2024 年，我们该如何与带量采购共存?

01 带量采购是存量博弈

带量采购针对的都是用量大、资金占用高的产品，临床医生对产品的最终使用有决定权，因此影响产品选择的第一要素是临床评价分，这其中包括产品的安全易用性、临床效果及价格等。

这些核心要素实际上决定了产品的市场接受度，即市场占有率。反过来讲，高市占率的产品一定是受临床欢迎的产品，自然会在带量采购中获得临床高评价，赢面就更大。在市场使用量基本保持稳定的状态下，各厂家的博弈其实就是存量博弈，而存量博弈的根本又在于良好的市场口碑和占有率，可谓先发者更有主动权。

影响：质优价廉的产品会赢得更多的市场认可，作为厂家应该牢牢把握住产品的几个核心要素，这是未来在市场竞争中的立足之本。在

此基础上，通过开展临床教育、产品试用、使用演示等各类型的市场活动，让临床认可接受产品，逐步提升产品的临床影响力。

但这不是一朝一夕可以实现的，需要夯实内功，稳扎稳打，一步一个脚印地坚持下去。

02 带量采购鼓励产品创新

2022年9月，国家医疗保障局发布的“对十三届全国人大五次会议第4955号建议的答复”指出，由于创新医疗器械临床使用尚未成熟、使用量暂时难以预估，尚难以实施带量方式，在集中带量采购过程中，国家医保局会根据临床使用特征、市场竞争格局和中选企业数量等因素合理确定带量比例，在集中带量采购之外留出一定市场为创新产品开拓市场提供空间。

可以看到，国家已经注意到，对于初创型企业，如果仅按市场占有率或者市场认可度来设定门槛，显然是有失公允。对于创新型产品，如果可以带来更好的临床疗效和使用感受以及更高的性价比，国家也相应开放政策进行鼓励，充分给予一定的市场空间保护这些企业的成长。

影响：对于初创型企业，产品开发的立足点应该尽量去解决临床现有产品或者技术不能解决的痛点，通过技术创新拉开与现有产品的差距，从而获得一定的市场空间，并逐步赢得临床认可，有可能实现弯道超车。集采赛道下，后发产品若仍采取简单模仿，面临的生存空

间非常狭小。

03 带量采购是对市场秩序的重新洗牌

前文已提到，中国医疗器械发展初期的秩序较为混乱，拼关系、看利润。层层渠道，利润畸高。很多时候劣币驱逐良币，影响市场良性发展。

随着带量采购的落地，第一，暴利不存在了，只留给厂家合理的利润，医疗器械领域高利润的时代终结；第二，原来过度依靠关系、靠利润空间来占领市场的产品很难再有机会，“关系营销”宣告落幕。带量采购的出现，打破了原有的医疗器械市场秩序，挤压了“带金销售”的空间，企业需要通过优势产品和服务来真刀真枪地打通市场。

影响：从短期来看，医用耗材好赚钱的日子一去不复返，很多企业会觉得日子变难，实际从长远来看，是我们要正确面对耗材市场的转变。

这个行业不仅专业门槛高、变现周期长、强监管、高投入，而且还面临利润变薄、技术创新的转型现状。若不是脚踏实地、有实力有决心解决临床痛点的企业，很快就会被淘汰出局。

从长远来看，市场生态的重新建设，能催生出更良性的市场环境，医生专心看病，厂家专心研发，不用再花费大量精力去搞关系做客户，大家各司其职，最终受益的是市场和患者。

04 尚未纳入带量采购仍需做好准备

带量采购诞生之初是针对用量大、金额高的产品，随着国家层面带量采购的不断推动，受关注的高值耗材基本都一一纳入了集采范畴。

省际联盟集采的火力全开，集采逐渐变成了一种常规的医用耗材采购行为。目前有一定市场规模的、价值较高的耗材单品基本都纳入了集采范畴，下一步就是在更广阔的中低值耗材中扩大集采范围，如非医保范畴内但受关注度高的耗材，挤出不合理水分，让价值落实到价格。

影响：已在带量采购范围内的厂家，应积极拥抱集采，降低成本，把好质量。入围后，应继续做好临床服务，提供全规格优质产品，完善产品教育以及推动医工结合。抛下躺平思维，以持续改进产品及服务为企业长远发展之责任，这样在激烈的市场竞争中才可以逆流而上，赢得客户。

尚未进入带量采购范畴的厂家，应尽快做好各项准备，调整经营策略，尽快以价换量，以质换心。用好的价格好的产品打开市场，才能在未来带量采购到来时让自己有一席之地。不管带量采购是否已在身边，都应该认清这是耗材市场发展的大趋势。

无论是何种采购形式，有产品力、价格力、客户力的产品，才是市场需要的产品，才是我们每一个耗材厂家应该去追求的目标。

我们应该看到，目前中国老龄化趋势加剧，国内药耗比仍然偏高，国家政策对医疗行业不断扶持和倾斜，我国耗材行业仍然具备极大的增长空间。带量采购的到来，其实是让整个市场更加良性发展，优秀的企业会更快速的发展，而跟不上发展节奏的厂家则会更快被市场淘汰。未来 5-10 年，会有更多优秀的国产企业进入全球百强械企榜单，让我们一起拭目以待。

[返回目录](#)

探讨 | DRG 付费下九类违规情形，可以这样计算对医保基金造成的 损失额

来源：医保笔记

根据《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48 号），到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。《通知》同时也明确了工作任务“聚焦抓扩面、建机制、打基础、推协同四个方面，分阶段、抓重点、阶梯式推进改革工作，加快扩面步伐，建立完善机制，注重提质增效，高质量完成支付方式改革各项任务”，完成四个目标-“实现四个全覆盖、建立完善四个工作机制、加强四项基础建设、推进医疗机构协同改革”。

从全国范围来看，各地改革进度步调有快有慢，部分地区已经提前完成目标，部分地区还在稳步推进。DRG 支付方式改革的同时带来

了与“按项目付费”方式不同的违规情况，不管是对基金监管的思路还是对违规给基金造成损失的情况，都发生了较大的变化。

《医疗保障基金使用监督管理条例》的出台给我国医疗保障领域的法制化进程带来了极大的跨越，同时对医保部门、定点机构、参保人员也带来了新的法制要求。

无论是按项目付费还是 DRG 付费，不同违规情形对医保基金造成损失金额的计算向来复杂，按项目付费涉及到起付线、支付类别、分段报销比例等因素，违规额的计算比较复杂。DRG 付费改革融合了按项目付费、按疾病相关组付费等情形、又涵盖了“低倍率”“高倍率”等特殊结算政策，不同违规情形下的对医保基金造成损失额的计算更加复杂。但不管如何，想要精准计算违规金额，只有一个“相对规范”的操作，那就是剔除违规因素后重新结算，比较两次医保基金支付金额的差异。但这并不是“最优解”，目前“智能审核”“大数据筛查”不可能既规范又精准地计算到每一个病例。作者就 DRG 付费下的九类违规情形对医保基金造成的损失额提供一个计算思路。

一、分解住院

未达到出院标准的参保患者办理出院，并在短时间内因同一疾病或相同症状再次办理入院，将参保患者应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次以上诊疗过程的行为。

二、重复住院

参保患者在短时间内以不同疾病或诊断多次住院。与分解住院相同点在于短时间内多次住院，不同点在于多次住院的疾病诊断不相同。如果重复住院是为了规避分解住院的筛查，则多次住院应进行合并计算，违规金额的计算与分解住院一致。

三、选择患者

医疗机构根据参保人员所患疾病的不同，对入院后疾病的 DRG 入组及可能发生的医疗费用进行预判，选择有利于医疗机构“盈利”的病例，拒绝可能会产生“亏损”的病例。分为选择轻症、推诿重症。

这类违规从病例上来讲，并不会对医保基金产生损失，但会给医保的保障初衷带来影响，也不利于医疗机构学科的发展。

四、低指征住院

医疗机构违反《临床诊疗指南》，将可在门诊治疗的患者收治住院、将病情简单诊断明确可以口服药治疗为主收治入院、门诊常见疾病手术可在门诊或门诊观察治疗的收治住院；甚至患者在院期间只做各项检验、检查和简单治疗的，以健康查体为主要目的；病情稳定的肿瘤、脑卒中患者，收住院后以口服药物治疗为主的；以及向患者过分渲染疾病的危害性或者以住院可以报销诱导患者住院接受治疗的各类收治行为。

此类违规的本质是本该在门诊发生的医疗费用最终产生在住院，结算类型也由门诊结算转为住院结算，考虑到门诊结算多以现金、个

人账户、及门诊统筹基金为主，住院以统筹基金为主，可以将住院费用按一定比例进行换算后计算违规金额。如果剔除门诊就诊因素，则住院发生费用中医保支付部分全部为医保基金损失额。

五、低码高编

违反《医疗保障基金结算清单填写规范》通过不实不当填报诊断、手术/操作等信息的方式将病例分入权重更高的 DRG 分组的行为。

1. 升级诊断

医疗机构违反《医疗保障基金结算清单填写规范》，在更高权重组内找近似诊断并进行编码，获得更高的“补偿比”。

例：患者因“甲状腺恶性肿瘤”行“甲状腺全部切除术+根治性颈淋巴结清扫”，医师应以“甲状腺恶性肿瘤+甲状腺全部切除术+根治性颈淋巴结清扫”上传，但医师按“颈部恶性肿瘤+根治性颈淋巴结清扫+甲状腺全部切除术”上传。

两次入组信息如下：

主要诊断：甲状腺恶性肿瘤

主要手术操作：甲状腺全部切除术

其他手术操作：根治性颈淋巴结清扫

入组：KD15 甲状腺大手术，不伴并发症或合并症(权重 1.26)

主要诊断：颈部恶性肿瘤

主要手术操作：根治性颈淋巴结清扫

其他手术操作：甲状腺全部切除术

入组：DA15 头颈部恶性肿瘤大手术，不伴并发症或合并症(权重 2.08)

违规费用=(2.08*费率-患者承担部分)-(1.26*费率-患者承担部分)=0.82*费率

2. 虚假诊断

将应进入 ADRG 中低权重 DRG 组的病例，根据 MCC/CC 表通过虚增次要诊断，分入 ADRG 中的高权重组，获得更高的“补偿比”。

例：患者以“社区获得性肺炎，非重症”入院，在没有诊断依据的情况下，医师虚增“冠状动脉性心脏病”，最终按“社区获得性肺炎，非重症+冠状动脉性心脏病”上传。

两次入组信息如下：

主要诊断：社区获得性肺炎，非重症

其他诊断：无

入组：ES35 呼吸系统感染/炎症，不伴并发症或合并症(权重 0.52)

主要诊断：社区获得性肺炎，非重症

其他诊断：冠状动脉性心脏病

入组：ES33 呼吸系统感染/炎症，伴有并发症或合并症(权重 0.89)

违规费用=(0.89*费率-患者承担部分)-(0.52*费率-患者承担部分)=0.37*费率

3. 多编诊断

未按《医疗保障基金结算清单填写规范》要求，填写了“对当前住院没有影响的早期诊断”或“对本次住院资源消耗没有影响的其他诊断”，病例由“低权重组”变为“高权重组”。与虚假诊断不同的是，多编的早期诊断是明确诊断的，只是对本次住院的医疗资源消耗没有产生影响，不属于“虚假”范畴。

例：患者以“出血性脑梗死”为主要诊断入院，患者入院前腹部彩超报告患者“肝血管瘤”，入院后对“肝血管瘤”未做任何干预，但医师将此病例按“出血性脑梗死+肝血管瘤病”上传。

两次入组信息如下：

主要诊断：出血性脑梗死

其他诊断：无

入组：BR25 脑缺血疾患，不伴并发症或合并症(权重 0.97)

主要诊断：出血性脑梗死

其他诊断：肝血管瘤病

入组：BR23 脑缺血疾患，伴有并发症或合并症(权重 1.25)

违规费用=(1.25*费率-患者承担部分)-(0.97*费率-患者承担部分)=0.28*费率

六、高码低编

医疗机构病例费用超过结算费用过多，但为达到“高倍率”费用时，将诊断向较低权重组进行编码入组，从而使该病例费用达到“高倍率”，纳入“按项目付费”结算。以降低该病例费用亏损率。

例：患者以“急性化脓性胆囊炎”入院后行“腹腔镜下胆囊切除术”，医师费用控制不佳，最终超过了标准费用较多，但尚未达到“高倍率”。医师仅按“急性化脓性胆囊炎”上传。

两次入组信息如下：

主要诊断：急性化脓性胆囊炎

主要手术操作：腹腔镜下胆囊切除术

入组：HC25 胆囊切除手术，不伴并发症或合并症(权重 1.26)

主要诊断：急性化脓性胆囊炎

主要手术操作：无

入组：HU15 急性胆道疾患，不伴并发症或合并症(权重 0.64)

假设费率为 8811 元，患者实际发生总费用 17214.6 元(其中患者承担费用为 3216.77 元)，该病例进入 HU15 “高倍率”，按项目结算。

违规费用=(17214.6-患者承担部分)-(11102.39-患者承担部分)=6112.21 元

七、转嫁费用

医疗机构将应由医保基金支付的费用让患者自费支付(医保转自

费)，将住院发生的费用让患者在门诊支付(住院转门诊)，或让患者到院外购买的行为(院内转院外)。转嫁费用会增加患者个人负担，医疗机构能获得更高的“补偿比”。

从狭义的角度考虑，转嫁费用不会增加医保基金的支出，也就不会对医保基金造成损失，但会增加患者的负担。

但从广义的角度来说，转嫁费用的本质为，将应纳入住院总费用的部分让患者承担，以获得更高的医保支付。

八、有意歧义

医疗机构病例费用超过结算费用过多，但为了降低该病例费用的亏损率，选择与主要诊断不相匹配的手术/操作进行编码，该病例无法正常入组，进入“QY组”按项目付费进行结算(假设某地QY组按80%进行结算)。

例：患者以“出血性脑梗死”为主要诊断入院，但费用控制不佳，超过了10159.74元，但尚未达到“高倍率”。医师以“出血性脑梗死+小针刀治疗”上传，最终进入歧义组结算。(假设歧义组的结算标准为80%，发生实际医疗费用为17652.11元)

违规费用=17652.11*0.8-10159.74=3961.95元

九、对DRG结算产生影响的违规收费及支付行为

1. 违规收费

具有天然的违规性，但从单个病例上来说，并不一定都对医保基

金造成直接损失(虽然从宏观层面上来说,还是有造成医保基金损失的风险)。因为“低倍率”“高倍率”政策的存在,正常入组病例会因为“违规收费”部分而产生“跃迁”结算,包括从“低倍率”向“正常倍率”“跃迁”、“正常倍率”向“高倍率”“跃迁”,这种“跃迁”改变了入组病例的结算方式,造成了医保基金的损失。

2. 违规支付

将应由患者承担的部分纳入医保基金承担,在DRG结算时必定会影响实际支付费用,造成医保基金的损失。

虽然DRG付费下各类违规情形下的基金损失额计算没有一个官方的标准,但从《医疗保障基金使用监督管理条例》的角度,“责令退回”有个前提——“造成医保基金损失的”。

DRG/DIP结算病例中发现的“按项目付费”的各类违规情形,能否直接简单按照项目金额进行追回,值得商榷;违规收费导致的基金损失是按照项目金额还是按照实际损失金额,也值得商榷。

[返回目录](#)

• 互联网+医疗健康 •

加速推动地区“互联网+医疗健康”普惠全民的策略

来源:北创汇健康

随着科技的快速发展和互联网的普及,医疗健康领域正经历着一

场深刻的变革。借助“互联网+医疗健康”的模式，医疗服务得以更加便捷、高效地触达广大群众，为解决地区医疗资源分布不均、城乡差异大等问题提供了有效途径。本文旨在探讨如何加速推动地区“互联网+医疗健康”普惠全民的策略。

一、加大政策支持力度

政府在推动“互联网+医疗健康”普及的过程中应发挥关键作用。通过制定优惠政策、加大资金投入、优化审批流程等措施，降低医疗机构的运营成本，鼓励更多医疗机构开展线上服务。同时，应加强对基层和农村地区的政策倾斜，提升基层和农村地区的互联网医疗健康服务能力。

二、加强基础设施建设

为了确保“互联网+医疗健康”服务的稳定性和高效性，必须加强地区信息基础设施建设。这包括提升网络覆盖率和带宽、建设数据中心、完善电子病历系统等。通过基础设施建设，为医疗机构提供更好的技术支持，确保医疗服务的高质量运行。

三、培养专业队伍

“互联网+医疗健康”的发展离不开专业人才的支持。医疗机构应加强对医护人员的培训，提高他们的信息化素养和技术应用能力。同时，高校和培训机构应开设相关专业课程，培养具备医学和信息技术双重背景的复合型人才，为“互联网+医疗健康”的发展提供人才

保障。

四、推动跨部门合作与资源整合

卫生健康、工信、教育等部门应加强合作，共同推动“互联网+医疗健康”的普及工作。通过资源整合，打破信息孤岛，实现数据共享和业务协同。此外，应鼓励企业、社会组织等各方参与，形成多元化的服务供给体系，满足群众多样化的健康需求。

五、加强公众宣传与教育

提高公众对“互联网+医疗健康”的认知度和接受度是推动普及的关键。通过开展科普活动、制作宣传资料等方式，向公众传递“互联网+医疗健康”的理念和优势。同时，医疗机构应加强对患者的指导和服务，帮助他们更好地使用互联网医疗服务。

六、创新服务模式与技术应用

鼓励医疗机构和相关企业创新服务模式和技术应用，开发更多符合地区实际的“互联网+医疗健康”服务。例如，开展远程诊疗、在线咨询、移动医疗等服务，满足不同人群的需求。同时，应关注老年人、儿童等特殊群体的需求，提供有针对性的服务。

七、建立标准与规范体系

为了确保“互联网+医疗健康”服务的规范化和安全性，必须建立和完善相关的标准与规范体系。这包括制定服务标准、数据安全标准、隐私保护规范等。通过建立标准与规范体系，为“互联网+医疗

健康”的普及提供技术指导和安全保障。

八、加强监测与评估工作

为了确保“互联网+医疗健康”普惠目标的顺利实现，必须建立健全监测与评估机制。定期对普及工作进行评估和反馈，及时发现问题并采取措施加以改进。同时，应鼓励第三方机构参与评估工作，提高评估的客观性和公正性。

总结：

加速推动地区“互联网+医疗健康”普惠全民是一个系统工程，需要政府、医疗机构、企业和社会各界的共同努力。通过加大政策支持力度、加强基础设施建设、培养专业队伍、推动跨部门合作与资源整合、加强公众宣传与教育、创新服务模式与技术应用、建立标准与规范体系以及加强监测与评估工作等策略的实施，我们可以加速推动地区“互联网+医疗健康”的普及与发展，让更多的人享受到优质、便捷的医疗服务。

[返回目录](#)

产业大模型如何在医院电子病历上应用

来源：联信志诚

随着人工智能技术的不断发展，产业大模型的应用场景也越来越广泛。在医院电子病历的管理与应用方面，产业大模型也发挥了重要的作用。本文将探讨产业大模型如何在医院电子病历上应用，并分析

其优势和挑战。

一、产业大模型在电子病历中的应用

1. 自然语言处理

电子病历是医院信息化的重要组成部分，其中包含了大量的文本信息，如患者主诉、医生诊断、治疗方案等。产业大模型在自然语言处理方面的应用，使得这些文本信息能够被计算机自动识别、分析和利用，为医生提供更加准确、全面的诊断依据。

2. 医学影像分析

医学影像数据是电子病历中的重要组成部分，如 X 光片、CT、MRI 等。产业大模型在医学影像分析方面的应用，能够自动识别和分析这些影像数据，帮助医生快速准确地诊断病情。

3. 临床决策支持

产业大模型可以为医生提供临床决策支持，通过对大量病例数据的分析和学习，自动为医生推荐最佳治疗方案和用药方案，提高治疗效果和患者满意度。

二、产业大模型在电子病历应用中的优势

1. 提高诊断准确率

通过自然语言处理和医学影像分析技术的应用，产业大模型可以帮助医生更加准确地识别病情，提高诊断准确率。

2. 提高工作效率

产业大模型可以自动完成病例数据的分析和处理，减轻医生的工作负担，提高工作效率。同时，通过临床决策支持功能，医生可以更加快速地制定治疗方案，缩短患者等待时间。

3. 促进跨学科合作

产业大模型的应用可以将不同学科的医生和专家整合到一个平台上，实现跨学科的合作和交流，提高医疗服务水平。

三、产业大模型在电子病历应用中面临的挑战

1. 数据隐私保护

电子病历包含了大量的个人隐私信息，如何在应用产业大模型的同时保护患者隐私是一个重要的挑战。需要采取有效的技术手段和管理措施来确保数据安全和隐私保护。

2. 数据质量问题

电子病历数据的质量问题可能会影响产业大模型的准确性和可靠性。需要对数据进行预处理和筛选，确保数据的准确性和完整性。同时，需要建立完善的数据质量监测和管理机制，及时发现和解决数据质量问题。

产业大模型在医疗领域具有广泛的应用前景和价值。通过在电子病历上应用产业大模型技术，可以提高医疗服务的效率和质量，为医生和患者提供更好的服务体验。同时，也可以为医疗管理和政策制定提供科学依据和支持。当然，要实现这些应用价值，还需要解决一些

技术难题和伦理问题。例如，如何保护患者的隐私和信息安全、如何确保模型的准确性和可靠性等。因此，在应用产业大模型技术时，需要综合考虑技术、伦理和法律等方面的因素，制定科学合理的技术方案和应用策略。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

民营医院发展瓶颈期十大生存法则及如何解决资源配置不合理的问题

来源：健康陕西

随着新冠肺炎疫情的结束，医保 DRG/DIP 付费的推进，医保及卫生健康管理越来越精细化、信息化、规范化，生产安全、消防安全、环保安全等管理的标准越来越高，需要投入的安全设备设施及人员越来越多，医院的运营成本越来越大，但医院的利润率却越来越少，这对民营医院来说，面临着医院运营的巨大压力，很多医院处于发展的瓶颈期。

在民营医院面临瓶颈期的困难时刻，以下十大生存法则也许可以帮助医院投资方和管理层有效应对挑战：

生存法则一：精细化管理

优化医院资源配置，提高运营效率，减少浪费，做到更好的开源

节流。医院运营管理部门要改变思路和具有战略眼光，重新审视医院的定位，做到有效资源配置和投入。

生存法则二：强化财务监控

财务部门要做到预算管理、成本核算及成本管控，严格财务管理，确保资金流动性和预算控制，做到业财深度融合。

生存法则三：提升服务质量

医院客服部门及护理部门要不断改进患者护理和服务流程，提升服务效率，优化服务流程，增强患者满意度。

生存法则四：创新医疗技术

引进适合医院发展的先进的医疗设备和技術，提高诊疗能力。同时鼓励开展更多的新技术新项目，做好医院的优势病种及临床路径，形成医院的医疗技术特色。

生存法则五：人才培养与留存

加强现有员工的培训，提升专业技能，建立合理的激励与晋升体系。让更多的员工愿意与医院共同发展，保持医院人才队伍的相对稳定。

生存法则六：风险管理

建立健全的医院风险评估和应急管理体系，防范潜在危机。

生存法则七：合作与联盟

寻求与其他医疗机构或研究机构的合作伙伴关系，共享资源。在

如此困难的时期，应开放思路，打破常规，加强与相关机构的合作共赢，共同利用资源进行优势互补。

生存法则八：市场营销策略

开展有针对性的市场推广活动，提高医院品牌知名度。打造医院周边五公里的客户圈，让医院周边患者知道医院、信任医院、愿意选择医院就医。

生存法则九：患者导向

关注患者需求，提供个性化服务，增强患者忠诚度。因为医疗服务行业更注重口碑效应，所在忠诚的患者会用自己的亲身经历来推荐更多的患者就诊。

生存法则十：守住底线，贵在坚持

瓶颈期的医院肯定运营压力比较大，投资方和管理层都容易陷入焦虑状态，可能会作出鼓励过度营销、套取医保的决策，守住道德底线是医院长期生存的关键。这时候，比拼的是韧性和耐力，奇迹往往就发生在咬牙坚持下的一念之间。认准了方向就是要坚持，所有的坚韧不拔的努力终会得到回报。

关于医院瓶颈期资源配置不合理的问题，医院可以采取以下措施来解决：

措施一：资源审计

首先进行全面的资源审计，了解现有的人力、物资、财务和空间

资源的配置现状及其利用效率。

措施二：需求分析

根据医院的战略目标和患者需求，分析未来资源的需求趋势，确定关键资源领域。

措施三：制定标准

建立资源配置的标准和指南，确保资源分配的合理性，减少浪费。

措施四：优化流程

通过流程再造和标准化工作流程，提高资源使用效率，降低不必要的消耗。

措施五：引入信息技术

利用医院信息系统(HIS)、电子病历(EMR)等工具，实现资源配置的信息化、自动化，提高管理效率。

措施六：绩效管理

实施绩效管理体系，通过绩效考核激励医护人员更高效地使用资源，同时对资源使用情况进行监控。

措施七：跨部门协调

加强医院不同部门之间的沟通与协调，实现资源共享，避免重复建设和资源闲置。

措施八：培训与发展

为医护人员提供培训，增强其对资源重要性的认识，提高资源管

理的意识 and 能力。

措施九：灵活调整

建立快速响应机制，根据实际情况灵活调整资源配置，以应对突发事件和变化。

措施十：持续改进

建立持续改进的文化，鼓励员工提出改进建议，不断优化资源配置和管理方法。

[返回目录](#)

公立医院成本管理要从“被动削减”转变为“主动管控”

来源：湖南省直中医医院

新的一年已经拉开序幕，我了解到去年一年很多医院的运营情况都不是特别理想，随着医改不断深化，加上当前经济下行压力增加，医院运营成本管理决定着医院的可持续发展能力，成本管理显得至关重要，我在《构建以价值医疗为核心的绩效分配体系》中提到，我们医院的绩效分配体系分成了三个部分：科室综合价值、工作量价值、成本管控价值。其中，成本管控就是引导全体员工通过管理活动提高工作效率从而有效减少浪费，最终实现以同样或较低的成本取得医疗质量或医疗效果的最大化。

医院成本管理目的是提供性价比更高的医疗服务，是医院和患者的“双赢”。在选择成本管理方法时，必须满足患者满意度上升和员

工满意度上升。因此，成本管理不应一味的以支出减少为目标，而是要加强对不合理、不必要的行为的控制和规范，通过制度约束大家养成主动控制成本的习惯和行为。如何实现“被动削减”到“主动管控”的转变？我们医院在进行成本管理的探索中，总结出了四点经验：一是坚持成本的问题导向；二是加强成本的分类管理；三是关注成本的相对可控；四是实行成本的考核奖惩。

一、成本管理要坚持问题导向

我把医院的管理“成本”分为两类，一是直接发生的成本，也是大家常规认知的药、耗、水电气热、设备折旧等；二是间接影响的成本，主要是由于管理不善带来的间接成本影响直接成本的浪费，包括：各类等待、无效的会议、复杂的申请审批流程、人浮于事等等。这个成本发生的过程不容易直接发现，更不容易及时识别出什么是成本的浪费，马克·格雷班(Mark Gradan)在《精益医院》一书中提出“如何准确的识别浪费？”他在书中给出的答案是“亲自去看看”。也是我一直喜欢遵守的管理原则，“三现”原则，去现场实地查看，了解现实情况。坐在办公室，永远不会了解真相，最有效的方法就是亲自去看看，过去一年，我要求财务管理部开展普遍性的成本调研，对直接成本过高的科室、成本结构不合理的科室重点调研。例如，在对麻醉手术部的调研过程中，发现手术科室消毒包的成本过高，我们现场查看后找到了答案，原因在于同一台手术所需使用的消毒物品往往分

布在多个不同的包，“用得不多但拆得多”的现象频出，导致消毒成本高；在对外科等科室的调研过程中，发现科室成本过高的原因在于患者数量不够，医护人员的工作量不饱和，成本是固定的，还有很多类似的其他管理问题，发现这些问题之后，我们逐一组织相关科室，召开专题会落实解决问题，针对消毒包的问题，要求有关部门结合具体手术、具体病种情况分门别类制定消毒包后，维护到医院的物流管理流程中；针对科室工作量不饱和的现象，一是要求事业发展部协助宣传推广特色技术，宣传我们的中医功效，让更多百姓了解中医的积极作用，也督促各临床科室合理运用中医技术解决病人的问题，还要考虑怎么样减轻病人负担，如何节约医保资金的使用，虽然看起来医院的总收入会有所下降，但是实实在在提升了老百姓的就医体验感，赢得了人民群众的信赖，从长远来看，降低了医院的市场拓展成本，因为金杯银杯，不如群众的口碑，口口相传就是最好的宣传，病人量大了，人均成本就自然而然降低了。

二、加强成本的分类管理

在成本的管理过程当中，一定要让全体员工关注到“成本”的概念，也就是成本核算，我们医院在推行绩效管理方案改革时就开展了成本核算工作，刚开始进行成本核算时，月度与月度之间的成本波动特别大，大家的反对声音非常强烈，面对问题解决问题，我们开始分析波动的原因，有些问题慢慢浮出水面，有些科室领用物品没有及时

出库、甚至没有及时入帐，集中在一个月支出，导致入不敷出，导致收支结余是负数，这些科室管理不善，但是他们的算法很精，这些科室可能会把一年的物品一次性领完，一个月一次性分摊完，他们算盘打得非常清楚，他们宁愿牺牲一个月的奖金不要，也要把其他月份的成本摊薄，去争取较高的奖金。因此，我们加强了成本的分类管理，如：关于每月成本，我们引进建设了院内智能化物流管理系统，实行耗材的及时管理，实现了耗材的零库存；关于采购成本，我们管理好设备、软件、药品、耗材的采购价格；关于医疗成本，比如药品、耗材、水电的消耗量，对于设备，我们尽可能做好保养，时时刻刻保证设备处于完好状态，延长设备的使用寿命，降低设备维保成本等；关于人力成本，我们会开展核岗定编，尽量减少人员浪费，清退分流多余的人员等；关于时间成本，我们想方设法提升效率，对麻醉手术部重点抓9点的准时切皮率，原来忙乱的手术室现在井然有序，白天能够完成的手术也不再需要加班加点，加班费降低了，手术室人员也显得轻松了许多。当然，这些成本之间是相互关联的，如采购成本会影响到医疗成本，要注意采购和医疗成本的因果关系。比如，我们医院以前在一些大型设备和软件的采购上，招标价表面看起来比较低的，但是实际上总的成本并不低，因为我们的价格当中没有包括维保费用或者维保时间过短，许多大型设备后期的维修、维护成本过高，甚至出现频繁的维修，导致后期维保成本过高。这是一个问题，另外一个

更大的问题是我们有些临床科室主任出差在外参加一个什么研讨会、论坛，经常被商家带偏，回来就告诉我们，什么设备好，什么设备可以买，可以带来什么样的价值等等，实际上调研不充分，设备买回来了，但是使用率很低，开机时间很短，导致设备闲置成本提高，这是很多医院沉痛的教训。所以，我们现在采购设备的时候并不会将表面价格最低的作为首选，而是从长远评估选择性价比最好的产品。

三、关注成本的相对可控

按是否可控，成本可以分为可控成本和不可控成本。可控成本是指可以通过采取一定的方法与手段使其按期望状态控制的成本，是医院成本管理的重点。如何加强对可控成本的管理？首先要正确认识可控成本，不同层级不同科室，其可控成本的范围并不一致。例如，对医院整体来说，成本都是可控的，到具体科室，可控成本的范围则更小；采购部门可以控制采购价格的高低，科室只能控制消耗量，我们经常去现场观察怎么样去控制可控成本？我们发现医务人员在给病人换药的时候，纱布的多少、棉签的使用没有限制，许多不收费耗材使用非常随意，造成了大量的浪费。我们发现许多办公室一边开着窗户一边在吹空调，下半夜病房的空气热泵还在运转，等等浪费无处不在。我们总结分析，逐一建章立制，对换药的时候到底要用几块纱布、几根棉签做了明确的规定，对办公室用电也做了限制，下半夜关掉病房的空气热泵，特别是制定病种临床路径的时候，在确保临床疗效的

同时我们做了多个方案，包括检查、治疗、用药等，取得了明确的效果。对于不可控的成本，我们不做限制，尽可能满足他们的需要。

四、实行成本的考核奖励

患者满意度和员工满意度是医院进行成本管理的前提。患者满意度要求医院在成本管理的过程中更加关注医疗服务效果，员工满意度要求成本管理不以降低职工薪酬待遇为前提。如果要确保两个满意度都要提升不降低，我们将成本管理纳入考核，而且做到奖惩分明。如果医院在成本考核的环节“只惩不奖”，只对考核结果不达标的科室进行绩效惩罚，对达标的科室却没有任何奖励，那么员工的积极性就会大大降低，成本管理就没有任何意义了。成本管理要“取之于民，用之于民”，提高员工的积极性，变被动为主动。我要求成本考核一定要有罚也有奖，例如，科室在某一月份成本考核不达标，扣减了科室绩效，但如果从季度上来说，趋势向好了，也会给予科室一定的奖励。扣减的绩效通过“进步奖”的形式回到科室、回到员工，引导员工自发的改进行为。

另一方面，成本考核的奖励还体现在产出效果上，根据成本的类别选择不同的考核方式。例如，科室为了提高员工的医疗服务能力而发生的培训费、进修费用等支出，这类支出是为了促进员工的学习成长，更好地提供医疗服务。对这类学习成长类的支出，我们医院采取的是“成本全部计入，根据学习成果给予奖励”的方式。即在成本核

算的阶段按“谁受益、谁负担”计入科室，再根据学习成果给予一定的奖励。

公立医院在进行成本管理的过程中，需要更多的思考资源投入和患者就医体验的关系、管理方式和员工积极性的关系，坚持问题导向，最终实现被动要求到主动参与管控的改变。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

智慧医保：不断推进医保治理能力现代化

来源：中国医疗保险

智慧医保是《“十四五”全民医疗保障规划》提出五大发展目标之一，是提升医保治理能力现代化的主要着力点之一。智慧医保同时也十分符合世界科技革命以及新的技术、产业组织变革的大趋势。当前，以大数据、人工智能、平台经济、“互联网+”为代表的新的技术创新和产业组织创新不断推进。中央对以大数据为主要特征的新的技术革命高度重视。党的二十大报告提出要加快发展数字经济，促进数字经济和实体经济深度融合。习近平总书记在多个场合强调了大数据在保障和改善民生方面的重要作用。2021年，习近平总书记在十九届中央政治局第二十八次集体学习讲话中指出，要充分利用互联网、大数据、云计算等信息技术创新服务模式，深入推进社保经办数

数字化转型。这对医疗保障制度的运行及治理能力提出了新的要求。可以说，建设智慧医保正是回应这一要求的重大战略举措。

国家医保局成立以来，以信息化、标准化为切入点，建设起全国统一的医保信息平台，为智慧医保建设奠定了良好的基础。在经办、管理、监管、公共服务等多个方面，充分利用大数据及信息化系统，扩展并充实了智慧医保的内容，提高了医保制度的运行效率，极大提升了参保群众医疗保障的可及性和便捷性。笔者拟围绕智慧医保的政策内涵、实践发展以及面临挑战等内容，对我国智慧医保建设进行总结和分析，以期智慧医保在医保治理能力现代化中充分发挥更大作用提供参考。

智慧医保的政策内涵

智慧医保作为《“十四五”全民医疗保障规划》的五大发展目标之一，其政策内涵有一个在实践中不断发展、深化和完善的过程，其与信息化、大数据、“互联网+”等概念之间既有联系又有区别。从医保治理能力现代化的角度，智慧医保应该是一种治理理念，是现代信息技术、移动技术以及互联网思维在医疗保障制度建设、经办管理、费用支付、公共服务等诸多环节的应用，其目标是通过技术替代实现医保制度运行的智能化，最终体现为医保基金运行和管理效率的提升。

首先，智慧医保作为一种现代治理的理念，贯穿在医疗保障运行

的各个环节。智慧医保不应独立于具体的医保事务，而是贯穿在各项医保具体运行环节当中，在参保缴费、费用支付、药品采购、价格管理、基金监管等各个方面都发挥积极作用，从整体上提升医保运行效率。从这个角度，智慧医保是医保各个运行要素效率提升的催化剂。在参保缴费环节，通过大数据以及智能化的数据分析，减少参保缴费的冗余环节，提高参保缴费的精准性；在费用支付、药品采购等环节，通过对定点医药机构及生产企业的信息联通实现价格透明、可比较、标准化等目标，从而提高费用支付及采购效率；在基金监管环节，通过大数据模型实现精准监管，同时通过大数据预警，实现事前、事中、事后监管的有机衔接。

其次，智慧医保提升公共服务效率的主要方式是技术替代和互联互通。技术替代指使用新的信息技术和移动技术来替代原先通过人工完成的工作，实现智能化；互联互通则指各个参与主体之间信息的及时甚至是即时交流。医保工作涉及多个参与主体，既有个体化的参保人，也有机构化的医疗服务供给机构，还有大量药品、器械的生产和营销企业。通过信息技术的替代，原先人工承担的各项工作的可以大量使用信息技术来完成，减少对人工的依赖；而信息的互联互通则减少了很多不必要的障碍，提升了运行效率。现代公共服务普遍面临的一个难题是“鲍莫尔成本病”，即在公共服务领域，由于难以实现技术替代，人工成本会快速增长，从而导致成本膨胀。但现代信息技术特

别是“互联网+”的发展成为解决“鲍莫尔成本病”的重要突破。在这方面，智慧医保抓住了现代技术进步的趋势，是实现医保治理能力现代化的重要内容。

再次，智慧医保与医保大数据、信息化、互联网等概念既有联系又有区别。大数据、信息化和互联网等是智慧医保的物质基础，是实现智慧医保的前提条件，但绝不是智慧医保本身。智慧医保建立在大数据、信息化以及互联网等的基础之上，但其更是一种治理理念，是“全要素生产率”。当然，智慧医保的发展离不开大数据、信息化以及互联网。从智慧医保理念的提出来看，国家统一的医保信息平台以及医保大数据库的出现是催生智慧医保的前置条件；智慧医保则是大数据、信息化和互联网在医保运行各个环节的综合性应用。

智慧医保的实践进展

国家医保局成立以来，在智慧医保建设方面采取了诸多重大举措，医保体系的智能化水平不断提升，医保治理现代化水平明显提高。

一是建立国家统一的医保信息平台，实现了医保信息的标准化，积累了大量医保数据，夯实了智慧医保建设的物质基础。全国统一的医保信息平台实现了医保信息系统的全国统一，接入约40万家医疗机构和40万家定点零售药店，覆盖全国13.4亿参保人。在医保信息平台建设过程中，实现了统一的医保信息业务编码。在统一的信息平台及统一的信息业务编码的基础上，积累海量的标准化数据，形成了

医保大数据库。这是智慧医保发挥功能的前提条件和物质基础。

二是全面提升参保质量。在参保缴费方面，随着全国统一的医保信息平台上线，通过数据对比等手段，有效治理了地区间、制度间的重复参保问题，提升了参保质量。同时，随着数据应用能力的提升，精准定位、精准参保等也在逐步实现。不仅如此，在信息化的基础上，参保缴费的可及性大幅提升，参保缴费线上办、不见面办等在多数地区实现。

三是助力医保支付方式改革。《DRG/DIP 支付方式三年行动计划》是医保运行机制改革的重大举措。无论是 DRG 还是 DIP 付费，其所依赖的重要基础都是标准化的就医及费用数据。在这方面，随着医保信息系统的完善，特别是医保结算清单等工具的广泛使用，有力助推了 DRG/DIP 支付方式改革。而 DRG/DIP 支付方式的改革又进一步推动了医疗机构病案管理以及信息和数据的标准化，反过来又进一步提升了医保的运行效率。

四是推动“三医”协同发展治理。医保信息系统和信息业务编码的统一，为医疗服务供给侧解决“信息孤岛”等问题也提供了重要的切入点。我国医疗机构的信息系统主要由各个机构自行建设，不同机构之间的信息难以互联互通，随着医保信息系统的建成并接入定点医疗机构，在一定程度上提高了医疗机构之间的信息标准化，从而有利于提升医疗机构的信息化水平。一些医疗机构借助接入医保信息平

台的契机，完善了自身的信息系统，推动智慧医院的建设。

五是提升医保基金使用监管能力。智慧医保建设体现在医保基金使用监管方面的主要是智能化监管体系的形成与完善。对医保基金使用情况进行监督管理是提升医保基金使用效率的最后一道“篱笆”。基金使用监管专业化要求高，涉及主体多，违规手段隐蔽性强、复杂程度高，之前依赖人工的监管方式是难以适应高强度监管要求的。随着智慧医保的建设，智能化监管体系也在不断完善，利用大数据建立不同类型的监管模型，刻画各种欺诈骗保的行为特征，从而实现了精准监管、高效监管。在日常监管中通过大数据分析建立起的提前预警机制，更是实现事前、事中、事后监管的有机结合。

六是助力服务下沉，在较短时间内实现了医保服务的全覆盖，极大提升了医保公共服务对群众的可及性。医保服务是“窗口单位”，直接面向参保群众，服务需要快速下沉。在这方面，如果单靠人工，一是成本高昂，二是效率低下。但在智慧医保的支撑下，服务能够在较短时间内快速下沉，且直达参保个人。目前，不仅有国家层面的医保服务平台，而且各地医保部门也基本都开通了本地的医保服务平台，直接对接参保群众。不仅如此，医保电子凭证也在不断丰富应用场景，不仅实现了预约挂号、签到就诊、诊疗检查、报告查询、药房取药等全程使用，还提供了在线问诊、一键续方、复诊配药、线上结算、送药到家等，更好满足群众在看病买药上享受医保服务的需求。

智慧医保建设面临的挑战

智慧医保作为“十四五”期间医疗保障发展的主要目标之一，应该说取得了长足的进展，在很多领域都实现了重大突破，特别是智慧医保基础设施的建设取得了明显成效。但是从长期发展来看，距离实现医保治理能力的现代化还有一段很长的路要走，面临着诸多的挑战。

首先，在大数据应用和使用方面，目前体制机制还未完全理顺，医保大数据没有得到充分的利用。智慧医保的前提和物质基础是大数据；但从大数据到智慧医保还有一段过程。当前医保数据的保有量以及日增量都很大，已经具备了实现智慧医保的基础，但数据在使用环节还面临诸多障碍。一是数据作为要素的确权问题。医保数据的所有权、使用权、管理权等都需要在数据使用过程中有明确的界定，数据使用过程中的责、权、利要有明确的划分。二是数据使用与数据安全之间的关系处理问题。医保数据在个体层面涉及个人隐私，在宏观层面涉及国家和社会安全问题。如何在保证安全的前提下实现数据最大范围的使用亟待从体制上加以解决。三是数据的标准化还有待于进一步规范和提升。

其次，医保信息的互联互通仍然存在一定的障碍。国家统一的医保信息平台全面建成以及医保业务编码的全国统一都为实现医保信息的互联互通奠定了重要的基础。但从智慧医保的建设要求来看，还

有一些问题需要解决。一是在医保信息系统内部仍然存在数据流通和使用的堵点，一些地区无法获得所需要的回流数据等问题仍然存在。二是医保信息系统与医疗机构信息系统之间的衔接并不十分顺畅。目前，我国医疗机构的信息系统基本上是各个机构自建的，系统架构、基础编码等各不相同，医疗机构相互之间、医疗机构与医保信息系统之间难以稳定对接。虽然定点医疗机构通过接入医保信息系统在一定程度上实现了信息的互联互通，但总体上看信息仍然是相对分割的。三是医保信息系统与其他相关部门信息系统之间依然存在“孤岛现象”。医保系统在参保缴费、支付管理、基金监管等方面都与其他部门有着十分密切的联系，与财政部门、卫生健康部门、民政部门、乡村振兴部门、药监部门、公安部门、纪检监察部门等都需要有密切合作。但目前看来，相当多地区的医保部门与这些部门之间的信息系统未能横向互联互通，彼此依旧互为“孤岛”。

再次，智慧医保的应用能力有待提升、应用场景仍需拓展。从《“十四五”全民医疗保障规划》提出的“五个医保”建设目标来看，其中智慧医保对人才的要求是最高的，十分需要更加专业化的人才队伍支持。近年来，我国医保队伍在治理能力上有了长足进步，业务能力明显提升，但智慧医保不仅涉及医保业务内容，对信息技术、统计技术等专业技能也有很高要求，同时还涉及法律、经济、商业、社会等内容，这就对医保工作队伍，特别是智慧医保的工作队伍建设提出了新

的要求。此外，智慧医保目前的应用场景还不够丰富。目前来看，虽然智能化在监管方面起到了一定的作用，但在支付、药品采购、价格监测等方面的应用场景有待进一步丰富。

2024 年及今后一段时期智慧医保发展展望

治理能力现代化是医疗保障制度高质量发展的内在要求，智慧医保是实现治理能力现代化的主要手段之一。作为一种治理理念，智慧医保应当贯穿到医保工作的各个环节，提升医保制度运行的整体效率。我国智慧医保建设取得了长足进展，全国统一的医保信息平台及统一的医保业务编码积累了海量的医保数据，智慧医保在参保缴费、支付方式改革、推动“三医”协同发展与治理、基金使用监管、医保公共服务等方面都发挥了重要作用。

作为一项新生事物，智慧医保在提升医保治理能力现代化方面可以发挥的功能会越来越大，应用场景也将越来越多。全面推进智慧医保建设，在治理理念上要实现从“人工时代”到“智能时代”的转变，将智慧医保的理念融入医保运行全流程中。

在具体着力点上，一是要聚焦大数据的挖掘使用，统筹安全与发展，尽快完善医保大数据使用的体制机制。二是要真正打通信息互联互通的堵点，首先是要尽快打通医保信息系统内部堵点，实现上下贯通；其次是打通与医疗机构之间的堵点，实现其与医疗机构之间信息的无障碍互联互通。三是建立与其他部门之间信息系统的衔接与协

作，实现部门间信息有效交流与沟通。四是要提升和掌握和使用智慧医保的能力，通过不断加强人才队伍建设，全面提升医保数据归集、治理和应用水平，更好地推进智慧医保建设，从而真正实现医保治理能力的现代化。

[返回目录](#)

推进“四师工程”，提升群众医保服务获得感、幸福感

来源：中国医疗保险

北京市朝阳区医保中心始终坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为统领，在北京市医保中心的领导下，全面落实市区部署要求，始终秉持“1+4”建局理念，在疫情防控火线淬炼绝对忠诚，在经办服务一线凝聚服务热诚，在医保改革前线砥砺事业精诚。朝阳医保按照局党组部署，一以贯之推进“四师工程”，培养造就忠诚干净担当的高素质专业化医保干部队伍，涌现出一批以“雪琴热线”“DRG组合拳”“简易代开药流程”为代表的标志性成果，形成人人争当医保政策宣讲师、接诉即办师、提质增效师和防控助力师的干事创业氛围，以“价值付费”“纠偏蓄能”为定位，知重负重，踔厉奋发，勇当首都医保高质量发展主力军。

一、“雪琴热线”融通“接诉即办”，锻造“医保政策宣讲师”

朝阳医保探索“雪琴热线”和“12345接诉即办”融通机制，在日均1500人次的医保咨询一线锻造基层医保政策宣讲师和接诉即办

师，在全年 28.5 万人次的暖心答复中强力降低全区“万人诉求比”，等待时长缩短至 1 分钟以内，接听率 100%、解决率 100%、满意率 100%，有力提升经办服务工作质效。

（一）吾心向党，吾行为民。以落实医保职能划转为契机，专设基层服务指导科专职扛鼎医保经办业务咨询。医保中心党总支副书记“坐诊坐镇”“雪琴热线”，选派优秀骨干搭建业务全面、暖心稳健的热线党员干部队伍，以党建带业务，人人争当“政策宣讲师”“接诉即办师”，全力擦亮朝阳医保“雪琴热线”服务品牌，答响医保经办“每月一题”。

（二）系统协同，创新场景。在市医保中心的专业指导下，朝阳医保率先开展 5G 视频咨询，在线面对面指导申报，直接核对身份办理审批，安全高效；建立“为民办实事”吹哨群，全口径业务科长带骨干进群“听哨”，“哨响”5 分钟内整合串联起后台全链条业务深度办理；以“雪琴热线”为平台开展“不见面办实事”1.3 万件。“医保政策宣讲师”们还致力开发经办服务新场景，线上对企业、社保所和学校视频培训答疑，线下送出“服务包”，下沉实地直接办理。经办服务新场景的成功打造在极大减少群众奔波负担的同时，有效缓解大厅业务负荷，实现“增产不增地”，群众更满意。

（三）数智赋能，主动“智”理。“雪琴热线”前端高效吸附群众经办诉求，依托智能平台对来电进行中微观数据分析，对群众急难愁

盼问题复盘推演，通过内部优化和流程再造实现“未诉先办”。推出AI智能语音“朝小宝”，全年无休自动应答；实现对咨询人“答后推送”短信，全年推送17.3万条，省却来电人边听边记的麻烦。不断将阶段性医保舆情热点问题更新至智能语音库，AI智能语音综合解答。主动“智”理，践行“智慧医保”。

《“雪琴热线”筑起通往民心之路——朝阳区打造规范化医保服务品牌》获全国医疗保障经办服务规范化建设典型案例三等奖，张雪琴被评为北京市政务服务“贴心服务标兵”，作为“朝阳榜样”的代表参加党和国家领导人植树活动，张斌获“首都劳动奖章”。

二、首创积分制“医保医师管理”，规范诊疗行为

2011年，朝阳区在北京市首创医保医师管理制度，以“一个办法、两个协议”为前提，形成“以协议为基础，以积分为手段，以管理为目的”的三位一体管理模式，系统化精准规范医师诊疗行为，有效校正医保医师观念偏差、行为偏差，并作为北京市代表参加国家医保局论坛并作专题交流发言，受到高度肯定，主要做法如下：

（一）以协议管理为基础，搭建管理体系。朝阳区医保中心制定医保医师管理办法，并分别与医院、医保医师个人签订服务协议，明确定点医疗机构及医保医师的权利与责任，明确医保医师管理的资格条件、申报程序、协议签订、培训管理、积管理、监督机制、申诉机制、奖励机制等方面内容，成为定点医疗机构日常管理的直接依据，

确立医保医师日常诊疗行为遵守规范。

(二)以积分管理为手段,规范工作流程。每位医保医师在一个年度总积分为12分,积分年底清零。年度内,医保医师出现管理办法中规定的扣分情形,会受到相应的扣分及通报。扣除分数根据违规情节的轻重分为1分、2分、4分、6分和12分不等。一个年度内,医保医师累计扣分达到8分,须参加培训;累积扣分达12分,中断协议6个月,中断期间医保基金不支付其涉及的医保费用,同时记入医保医师诚信档案;扣分12分累计达两次的,停止其使用医保基金资格两年;第二次受到被停使用医保基金资格处罚的,终身解除医保医师协议。

(三)以评分考核为抓手,建立双向机制。通过双向机制对医保医师进行约束激励,一方面对定点医疗机构申报费用进行月度分析,并与当月定点医疗机构的群众投诉举报、社会监督员调查信息以及实地检查结果等相结合,依据管理办法开展医保医师考核活动,并发布考核结果,鞭策后进。同时,对“三类”目标群体即违规扣分比例较高的医疗机构的医保工作主要负责人、协议年度内累计扣分达8分的医保医师和新备案医保医师,进行重点培训。另一方面,综合考察医疗机构及医保医师服务质量、基金使用效率及参训情况,制定《朝阳区医保医师管理先进单位和先进个人评选方案》,表彰先进。

根据国家医疗保障研究院开展的“中国医保医师制度建设研究”

课题对朝阳区内 2102 位医保医师问卷调查分析显示，朝阳区医保医师对医保医师的制度有很高的接受度和认可度；行为转变的分值普遍高于其他试点省份，朝阳区医保医师制度的实施在辖区内影响大、效果好，尤其是在“阻止骗保行为”方面，医保医师行为改进更加明显。截至目前，朝阳区已有备案医师 1.95 万人，扣分医师达 2.49 万人次，中断医师协议的有 119 人，培训医师共计 2.41 万人次，涉及医院 4600 家次，医保医师的基金安全意识显著加强，医疗机构主动规范诊疗的良好氛围逐渐形成，医保基金不合理增长势头有效遏制。

云程发轫，履践致远。朝阳医保将继续秉持“1+4”建局理念，积极融入首都医保经办服务大局，持续深化“前台围着百姓转、后台围着前台转”的服务模式，接稳接好各项改革任务，持续提高医保治理效能，勇做首都医保高质量发展的主力军，不断提升人民群众在医疗保障领域的获得感、幸福感、安全感。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

让高质量中医药服务方便可及

来源：人民网

浙江省衢州市卫生健康委近日要求，全市各级中医医院于 3 月底前全部开设中医时令门诊，根据春夏秋冬四季、二十四节气不同时节

的因素和调补阴阳的养生规律，为居民提供中医养生、中医治未病以及中医综合疗法的个性化诊疗服务。

党的十八大以来，我国把提升基层中医药服务能力作为工作重点，坚持补短板、强弱项、固根基，为群众提供方便可及的中医药服务。目前，我国已建立起覆盖省、市、县、乡的中医药服务体系，较好地满足了城乡居民对中医药的服务需求。随着人民生活水平不断提高，人民群众的健康需求呈现多样化、差异化特点，老百姓对中医药的关注点从“有没有”转向“优不优”。推动中医药高质量发展，就是要发挥中医药的特色优势，让更多群众在家门口就能享受高质量的中医药服务。

让百姓在家门口看上好中医，需要完善基层中医药服务网络。中医药具有“简便验廉”的特点，深受基层群众认可和信赖。要推进县办中医医疗机构全覆盖，扩大社区卫生服务中心和乡镇卫生院中医馆覆盖面，推动有条件的社区卫生服务站、村卫生室设置中医阁，使融预防保健、疾病治疗和康复于一体的基层中医药服务网络更加健全，提供覆盖全民和全生命周期的中医药服务，为实现“一般病在市县解决，日常疾病在基层解决”提供中医药保障。例如，上海市着力把社区打造为中医药服务主阵地，社区卫生服务中心100%开设中医科，把中医药服务融入居民生活圈，建设居民家门口的中医药服务点。

让百姓在家门口看上好中医，需要加强基层中医药人才队伍建设

设。振兴中医药，关键在人才。要扩大基层中医药人才有效供给，为基层培养一批能看病、看好病的中医临床优秀人才。实施基层人才培养计划，持续开展中医专业农村订单定向免费医学生培养、中医馆骨干人才培养、基层名老中医药专家传承工作室建设等项目，着力打造老百姓身边的“名中医”。开展基层西医学习中医人才培养和培训，鼓励相关人员开展中医药服务。畅通基层中医药人才流动途径，推广“县管乡用”“乡管村用”等人才管理模式，建立完善县域内中医药人才流动机制。在职称晋升、薪酬待遇等方面给予扶持政策，提升基层中医药岗位吸引力。建立有利于中医药服务供给提升的绩效分配机制，激发中医药人员提供中医药服务动力。

让百姓在家门口看上好中医，需要持续优化中医药服务供给。从“方便看中医”到“看上好中医”，从“有”到“优”，意味着基层中医医疗服务能力提质升级。要加强基层中医药内涵建设，推进中医馆、中医阁规范开展中医药适宜技术。建设中医馆健康信息平台，利用大数据、人工智能等技术为中医馆医务人员提供辅助诊断，提升服务能力。加快建设国家中医优势专科，建立中医优势专科协作网络平台，提高中医临床疗效和重大疑难疾病的诊疗水平。加强签约团队中医药人员配置和中医药服务能力建设，制定推广适宜的中医药签约服务包，提高中医药签约服务的数量与质量，提供全生命周期的中医药签约服务。

中医学是中华文明的瑰宝，凝聚着中国人民几千年来与疾病作斗争的博大智慧。基层中医药服务是中医药发展的根基，也是维护人民群众健康的基础保障。推动中医药高质量发展，必须坚持传承精华、守正创新，着力提高基层中医药服务的可及性、便捷性、公平性，更好地满足群众“方便看中医、看好中医”的健康需求，切实把祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好。

[返回目录](#)

促进中医药传承创新发展纳入安徽深化医改重点任务

来源：中国中医药报

近日，安徽省人民政府印发《关于进一步深化医药卫生体制改革推动卫生健康事业高质量发展的实施意见》。在区域医疗中心建设、公立医院改革、县域诊疗新格局、“三医”协同等重点任务中部署中医药相关工作。

《意见》提出，促进中医药传承创新发展。争创国家中医药综合改革示范区，加快国家中医药传承创新中心和新安医学研究院、华佗中医药研究院、大别山中医药研究院等平台建设，建强50家省级创新平台。实施省中医药科技攻关专项，力争到2027年推出10项以上标志性成果。加快中医重点项目建设，创建1个国家级中医疫病防治基地、1个中西医协同“旗舰”医院、4个中医特色重点医院、30个中医优势专科和10个中西医协同“旗舰”科室，建成10个省级中医

医疗中心、8 个区域中医康复中心、100 个中医优势(特色)专科，建设一批省级中西医协同“旗舰”医院和“旗舰”科室。实施“十百千”人才培育行动，到 2027 年，重点培育 10 名国医大师、全国名中医和岐黄学者，500 名省级名中医，1000 名徽乡名中医，创建 100 个以上国医大师、名中医(名中药师)和学术流派传承工作室。实施中医药产业发展“十大行动”，加快亳州“世界中医药之都”建设，重点建设 5 个中药产业基地(园区)。

《意见》强调，要构建县域诊疗新格局。建立完善人力资源管理、财务核算、慢病管理、中医药发展、药品采购配送五大中心运行机制；保证县中医院“两专科一中心”建设全覆盖，建强县医院中医科，扩大“十病十方”和“银针行动”试点；加强儿科、康复科、中医科等特色专科发展。加强基层医疗卫生机构中医服务能力建设，开展基层医疗卫生机构中医馆建设及基层名中医培养，力争到 2027 年，每个乡镇卫生院和社区卫生服务中心有 1 名名中医。

《意见》指出，要促进医保、医疗、医药协同发展和治理。推进紧密型县域医共体中心药房建设，到 2025 年，智慧中心药房、智慧中药房实现县域全覆盖。纵深推进医保支付方式改革，将符合条件的中医诊疗项目、中药饮片和中药制剂纳入基本医保基金支付范围；已实行 DRG(按疾病诊断相关分组付费)/DIP(按病种分值付费)支付地区，适当提高中医医疗机构、中医病种的系数和分值；中医康复医疗、

安宁疗护等可按床日付费。

《意见》还明确，加快国家区域医疗中心建设，在肿瘤、中医等重点领域打造高水平医学高地。鼓励省属高校增加中医学、护理学本科招生计划。

[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



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药 城: <http://www.yaochengwang.com>

 地 址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电 话: 010-68489858