

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第15期

(04.11-04.17)

医保

医疗

医药

——本期视点——

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

• 带量采购 •

▶ [首次全国医药集采机构工作会，释放了这些信息](#)（来源：国家医保局、中国医疗保险）——第 8 页

【提要】近日，国家医保局召开首次全国医药集采机构工作会，研究部署集采平台建设相关工作。局党组成员、副局长陈金甫出席会议并讲话。他强调，要充分认识到平台建设对支撑医药集采改革、探索新的价格形成机制和专业经办服务的重要意义，围绕支持服务医药价格改革与管理的总体目标，持续提升完善交易支撑、线上结算、监测监管、公共服务等功能，重点抓好提升网采率和集采率、规范挂网规则、推广线上结算、强化监测监管、参与医疗服务价格改革、完善信息系统和创建示范平台等工作。

▶ [2022 年药品耗材省际联盟采购重点任务敲定](#)（来源：人民日报）——第 9 页

【提要】按照工作安排，2022 年拟重点推进的联盟集采包括：湖北牵头的中成药联盟采购、四川牵头的口腔种植体联盟采购，这两个联盟预计绝大部分省份将参加。同时，福建将牵头开展电生理和腔镜吻合器采购联盟、山东将牵头开展中药饮片采购联盟、广东将牵头开展新冠相关检测试剂及耗材采购联盟、江西将牵头开展肝功生化试剂采

购联盟，预计将有相当一部分省份参加。

• 地市精彩 •

▶ [长期照护保障的制度框架 ——以成都市为例](#)（来源：社科院）——第 11 页

【提要】本文以习总书记建立长期照护保障制度的指示和世界卫生组织关于长期照护的国际共识和国际经验建构起理论框架，在对成都市的长期照护试点进行了深入的调查之后，对长期照护保障的制度模式，包括资金筹资、失能评定、服务形式、支付标准和经办管理进行了系统的阐述，并且对成都模式的五大特点进行了分析，即正名长期照护，激活有效需求，融入家庭亲情，评估简单适用，借助市场力量。

▶ [湖北出大文件，点名基层医疗机构](#)（来源：湖北省卫生健康委员会）——第 31 页

【提要】日前，湖北省老年医疗护理服务试点工作正式启动，为积极应对人口老龄化，湖北决定在全省范围内开展老年医疗护理服务试点工作。其中，重点点名基层医疗机构，明确了基层医疗机构的几大重要职责和未来任务，主要包括：增加提供老年医疗护理服务的医疗机构和床位数量，支持二级及以上综合医院、中医类医院开设老年医学科并设置病房；增加多层次老年医疗护理服务供给，其中二级及以下医院主要为需要长期护理的老年人提供常见病、多发病医疗护理服务；提升老年医疗护理服务水平，加强基层护士培养……

• 医院信息化 •

▶ [智慧医院的现状与挑战](#)（来源：中邮展览）——第 35 页

【提要】智慧医院的健康有序发展离不开一个详尽可行的建设框架体系，在智慧医院发展过程中应该摒弃“野蛮式”快速建设，而应采取循序渐进的策略，立足整体，辐射局部。医院与第三方承建商也要加强合作，针对医院设备更新速度与信息化发展速度之间的时间差，制定统一对接标准及设备设施运维紧急应对预案，共同助力智慧医院健康高效发展。总体来讲，智慧医院建设已是各界共识，大势所趋。但在实践过程中，应遵循智慧医院建设标准框架，注重问题研究，结合实际情况，实行独具中国特色的智慧医院发展标准与模式，从而推动医院升级转型。

▶ [重磅发布！四川公立医院未来 3 年怎么干？建智慧医院是重点推进工作](#)（来源：四川省卫健委）——第 40 页

【提要】近日，四川省卫健委发布了关于《四川省公立医院高质量发展促进行动(2022-2025 年)》的通知，对公立医院的发展作出了具体要求，其中重点方面包括建设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”智慧医院等，同时文件还提到支持医院牵头参与成立或参与联合建立研发机构等，以提升医院的临床科研能力。

• 医保动态 •

▶ [感受“飞检”——国家飞检组赴苏州开展基金飞行检查纪实](#)（来

源：中国医疗保险）——第 53 页

【提要】医保飞检，是医保管理部门依照有关法律法规，对定点医药机构开展的不事先告知的现场检查。国家医保局成立以来，医保飞检作为医保基金监管的一种重要手段，每年进行多轮，在维护人民群众的“救命钱”方面发挥了重要作用。

▶ [黄华波：DRG/DIP 改革的 4 个基本问题](#)（来源：中国医疗保险）——第 61 页

【提要】对于医保支付方式改革，2021 年底三件大事具有里程碑意义：一是国家医保局 101 个城市 DRG/DIP 试点收官，全部开始了实际付费；二是国家医保局下发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》(以下简称《三年行动计划》)，部署“十四五”期间全面完成 DRG/DIP 改革任务；三是国家医保局召开第一届 DRG/DIP 付费大会，超过 200 万人线上线下参加，媒体广泛深入报道。如此，DRG/DIP 改革的实践准备、政策准备、舆论准备、工作准备都取得重大突破，实施工作进入快车道，也必然会催生更多的学术尤其是实证研究需求。

• 医疗健康 •

▶ [共建国家区域医疗中心！北京大学人民医院与石家庄市人民政府正式签约](#)（来源：北京大学人民医院）——第 73 页

【提要】2022 年 4 月 13 日上午，北京大学人民医院与石家庄市人民政府共建国家区域医疗中心网络签约仪式正式举行。此次签约标志着，北京大学人民医院与石家庄市政府开展专业全覆盖、全方位深度

战略合作正式迈入新阶段。双方将以此为开端，共同建设打造服务石家庄，面向河北省，辐射京津冀的区域医疗中心，为国家“京津冀”协同发展战略和“健康中国”战略贡献力量。

▶ [应承认照护老人是社会劳动，给家庭照护承担者发工资](#)（来源：北京日报）——第 76 页

【提要】在老龄社会 30 人论坛和盘古智库老龄社会研究中心近日举办的专题研讨会“长期照护的国际共识与概念框架”中，中国社科院社会政策研究中心原秘书长、中国社科院社会学所研究员、老专家协会副会长唐钧表示，不应该把中国传统文化和整个国际共识对立起来，中国面临的很多社会问题都是国际共同的问题。应该把对老年人的健康服务跟医疗服务区分开，医养结合的说法混淆了概念。“全职太太职业化”应恰当表述为照护活动的社会化，要承认包括照护老年人在内的照护活动是社会劳动，可以像世界很多国家一样给家庭照护承担者发工资。

• 中医药服务 •

▶ [推进中医药纳入家庭医生签约服务](#)（来源：中国中医药报）——第 79 页

【提要】近日，国家卫生健康委、国家中医药管理局等六部门联合印发《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》，明确指出，要加强中医药服务。坚持中西医并重，加强基层医疗卫生机构中医科和中医馆建设，改善中医药服务场地条件和设施水平，推进普遍将中

医药服务纳入签约服务内容，加强签约团队中医药人员配置，鼓励家庭医生(团队)掌握和使用针刺、推拿、拔罐、艾灸等中医药技术方法，提供中医治未病服务。一分部署，九分落实，推进普遍将中医药服务纳入家庭医生签约服务内容，应多措并举，多方发力，积极解决居民认可度、信任度不高、专业人才缺乏、服务方式单一等问题。

▶ [建好重点中医专科 推动中医院发展](#)（来源：国务院办公厅）——
第 82 页

【提要】专科强、专业强、县域强，国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》明确提出，加强临床专科建设“引领公立医院高质量发展新趋势”，以专科发展带动诊疗能力和水平提升。笔者认为，作为县级中医医院，要做到这些，应以改革创新为动力，从找准重点中医专科建设方向、加速重点中医专科人才培养、重点专科建设中突显中医特色三个方面，建好重点中医专科，才能答好时代之问，推动公立中医医院高质量发展。

-----本期内容-----

· 带量采购 ·

首次全国医药集采机构工作会，释放了这些信息

来源：国家医保局、中国医疗保险

近日，国家医保局召开首次全国医药集采机构工作会，研究部署集采平台建设工作。局党组成员、副局长陈金甫出席会议并讲话。

陈金甫强调，要充分认识平台建设对支撑医药集采改革、探索新的价格形成机制和专业经办服务的重要意义，围绕支持服务医药价格改革与管理的总体目标，持续提升完善交易支撑、线上结算、监测监管、公共服务等功能，重点抓好提升网采率和集采率、规范挂网规则、推广线上结算、强化监测监管、参与医疗服务价格改革、完善信息系统和创建示范平台等工作。

据了解，省级集采平台承担本省医药机构的药品、医用耗材及医疗器械的采购工作，是医药产品供应保障体系的重要组成部分。集采平台通过对医药集中采购信息系统的管理、维护，实现对网上采购及供货等行为的动态监控，旨在为各级医药机构提供安全、适宜、价格合理的医药产品，从而提高城乡居民健康水平和生命质量。

目前，各省份均已建成省级药品和医用耗材招标采购平台，主要职能为集中采购、数据管理、决策支持、监管协助、业务咨询、信息跟踪、投诉调查和科学研究等。除此之外，江西省医药价格和采购服

务中心积极创新，增加机构职能，补齐医疗服务价格项目管理短板，实现从“招采中心”到“价采中心”转型重塑。

据统计，各省级集采机构按照职能管辖主要分为三种类型：

一是省级医疗保障局直属管理的事业单位，医药采购平台由集采机构单独建设，此类情况包括北京、天津、上海等共 15 个省份；

二是由省医疗保障局与省级公共资源交易服务管理部门共建集采机构，将采购平台统一搭建在省公共资源交易服务平台中，此类情况包括山东、湖北、陕西等 16 个省份；

三是由省级国有企业负责负责全省医疗机构医药集中采购工作，包括广东省药品交易中心和重庆药品交易所。

下一步，国家医保局将在全国创建一批功能完善、运转高效、服务便捷、社会满意的医药集中采购示范平台，总结形成可推广可复制的典型经验。到“十四五”末期，全面建成以业务标准化、管理规范化的医药集中采购经办制度体系，集中采购平台运行更加有序、便捷、高效，医药价格治理水平和集中采购专业服务水平显著提升。

[返回目录](#)

2022 年药品耗材省际联盟采购重点任务敲定

来源：人民日报

为落实国务院常务会议关于集中带量采购“提速扩面”的要求，国家医保局近期对地方联盟集采作了统一部署协调。一是对标任务，

逐一落实。明确了到 2022 年底各省(含省际联盟)自行开展集采的药品品种数累计不少于 100 个的目标,并且须包含化学药、中成药以及骨科创伤、口腔种植体、药物球囊等耗材。二是加强统筹,突出重点。对于重点品种,根据各省的牵头意向和能力,明确相应品种的牵头省份,鼓励其他意向省份主动加入,扩大联盟范围,优化集采频率和节奏。三是强化预期管理。提前明确本年度重点省际联盟,有利于增强行业对集采政策的可预期性,便于企业提前谋划市场策略和生产安排,减少不确定性,稳定市场预期。

按照工作安排,2022 年拟重点推进的联盟集采包括:湖北牵头的中成药联盟采购、四川牵头的口腔种植体联盟采购,这两个联盟预计绝大部分省份将参加。同时,福建将牵头开展电生理和腔镜吻合器采购联盟、山东将牵头开展中药饮片采购联盟、广东将牵头开展新冠相关检测试剂及耗材采购联盟、江西将牵头开展肝功生化试剂采购联盟,预计将有相当一部分省份参加。此外,“八省二区”采购联盟、广东牵头的药品采购联盟等已有联盟还将继续扩大品种覆盖面,天津、浙江、江西、山东、河南、陕西等省份还将牵头对部分药品、耗材品种开展联盟采购,鼓励各省自主参与。

[返回目录](#)

· 地市精彩 ·

长期照护保障的制度框架 ——以成都市为例

来源：社科院

本文以习总书记建立长期照护保障制度的指示和世界卫生组织关于长期照护的国际共识和国际经验建构起理论框架，在对成都市的长期照护试点进行了深入的调查之后，对长期照护保障的制度模式，包括资金筹资、失能评定、服务形式、支付标准和经办管理进行了系统的阐述，并且对成都模式的五大特点进行了分析，即正名长期照护，激活有效需求，融入家庭亲情，评估简单适用，借助市场力量。

为有效应对我国人口老龄化，2016年年初，习近平总书记提出：“此事要提上重要议事日程，‘十三五’期间要抓好部署、落实”。李克强总理也指出：“要围绕科学应对人口老龄化问题，结合‘十三五’规划编制实施，抓紧研究提出相关政策建议，并注重可操作性。”在年中的政治局的集体学习会上，习总书记再次强调，要“建立相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障制度”。同年，人社部办公厅印发了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》。并决定从当年起，选择上海市、广州市、成都市等15个城市统一组织试点，用1—2年时间探索改革路径，积累经验，力争在“十三五”期间基本形成长期护理保险制度的政策框架。

成都市作为试点城市之一，已经为建立长期照护保障制度进行了一年的实践和探索。近一年来，成都市是如何贯彻落实习总书记的指

示精神的?成都市长期照护试点具有括哪些特点?对在“十三五”期间要形成的政策框架作出了哪些贡献?本报告试图对成都市的长期照护服务的发展过程进行总结,并对照长期照护的基本理论和国际经验进行比较,以回答以上提出的问题。

一. 长期照护保障制度的基本概念和政策框架

要总结长期照护的成都模式,可能要借鉴当今世界上已经形成的价值理念和国际经验,对一些相关的基本概念进行深入探讨,从而建构一个有用的政策框架,为与成都市的试点实践作比较作出理论上的铺垫。

(一). 国际上有关长期照护的基本概念和政策框架

我们先来讨论长期照护的概念体系,这包括两个方面,国际共识和中国特色。国际共识又包括世界卫生组织的相关文献中提出的基本概念,中国特色则有习总书记提出的“长期照护保障制度”。

1. 与长期照护相关的两个基本概念

早在 2000 年,世界卫生组织就曾经出台了一个重要文献《建立老年人长期照顾政策的国际共识》(以下简称《国际共识》),第一次提出了“长期照顾”的概念,即“由非正式提供照顾者(家庭、朋友和/或邻居)和专业人员(卫生、社会和其他)开展的活动系统,以确保缺乏自理能力的人能根据个人的优先选择保持最高可能的生活质量,并享有最大可能的独立、自主、参与、个人充实和人类尊严”。从这个定义可以看出,“长期照顾”是一个境界很高的更强调精神和心理

层面需求的概念：其一，强调老年人的自主选择权，其二，强调直至生命的最后一刻，都要保持老年人的人格尊严。2016年，世界卫生组织新出台的两个文献——《关于老龄化与健康的全球报告》（以下简称《全球报告》）和《中国老龄化与健康国家评估报告》（以下简称《中国报告》）中，已经把“长期照顾”改译成“长期照护”。

同时，在《全球报告》和《中国报告》中都提到一个更为基础性的概念——“照护依赖”。《中国报告》中的定义比较学术化，照护依赖即“频繁的需要他人的帮助和照护，超出了健康成人的正常需求。”《全球报告》的定义则更口语化：“当功能发挥下降到没有别人的帮助时，个体就不再能够完成基本的日常生活必要的活动，此时会出现照护依赖。”在《全球报告》中更指出：在经济学中使用依赖一词，通常表达的是一种负面状态。但照护依赖是个中性词，反映的是“一种能力衰减”。长期照护的政策目标应该是解决照护依赖的问题：“提供这种照护可将功能发挥提升到可以完成基本日常活动的程度。”这个政策目标与长期照护概念中提出的这项制度的终级目标——保持失能老人“最高可能的生活质量”和“独立、自主、参与、个人充实和人类尊严”，也就统一起来了。

2. 长期照护的外延及与社会服务的关系

进一步分析以上两个基本概念，对长期照护我们可以得出两点更为深入的理解：其一，既然长期照护的目标是解决“照护依赖”问题，那么它就与以“疾病诊治”为目标的医疗服务明确地区分开了。同

时,也对在传统的四大保险或七大保险之外还要建立一项新的保险制度的必要性作出了解释。照护依赖问题是随着世界人口老龄化的发展而日益凸显的新的社会风险,在当前中国老龄化进程加速的背景下,也就突出了其紧迫性。其二,这项制度的中文名称从“长期照顾”到“长期照护”的改变,从理念上说,是一个进步。对长期照护一词进行进一步的解析,可以看到:虽然生活照顾是其最基本的内容,但这个“护”则包含另外两层含义:一是康复护理,失能老人的生活照护离不开一些最基本的康复护理,而这些康复护理又没有很高的技术门槛;二是权益保护,老年人本人的选择要放在第一位。

因此在实践中,长期照护在强调生活照顾之外,也将一部分技术门槛较低的护理和康复服务从医疗服务中剥离,加入到长期照护中。更重要的是:长期照护被认为是一种社会服务。这表现为:一方面,长期照护是由属于社会服务领域的老年服务机构提供的,而非医疗机构;另一方面,长期照护中的老年护理与康复,与医疗服务中的临床护理有实质性的差别。因此,按国际经验,在专业设置上,长期照护已经自成一个独立的专业,譬如像日本的“介护士”或“介护师”。之所以把长期照护服务从医疗服务中分离出来,一个重要的原因是医疗服务成本较高,价格不菲,设立长期照护就是要减轻医疗服务和医疗保险的压力。

3. 中国特色的“长期照护保障制度”

习总书记提出的“相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障

制度”，我们可以把其中的“保险和福利及救助”解读为三种社会保障手段。保险和救助主要用于筹资，而福利主要强调服务。这就是说，长期照护保障制度要兼顾资金保障和服务保障，这是一个国内学术界常说的“大保障”概念。

习总书记提出的这个概念可以从四个方面去理解：一是要把用于筹资的保险补贴等资金保障手段，和用于生活照料和护理、康复的服务保障手段融为一体，来统筹考虑。二是筹资渠道多元化、多样化，长期照护保障制度应该以社会保险为主，辅之以商业保险、政府津贴、公益慈善、社会救助等等，所有的筹资手段都用上，为不同收入水平的社会群体设置不同的资金筹措渠道。三是在服务上，倡导机构服务遵循“中档设施、小型适用、专业水准、优质服务”的标准，然后还要将机构、社区和居家联结成为互助共生的整体。四是要把筹资和服务直接链接，需要医保局、民政部、卫健委、财政部等多个政府部门通力合作，建立一个多方共赢的“大保障”体系。

总之，本报告将围绕以上的概念框架论展开，从成都市的实践中总结有益的经验，以进一步推进公平、持续、有效的长期照护保障制度的建设。

(二). 长期照护的基本政策框架

根据以上的基本概念，我们试图提出一个长期照护的基本政策框架。这个政策框架包括长期照护服务和长期照护筹资。

1. 长期照护服务的政策框架

根据以上对长期照护的相关理论和国际经验的分析，长期照护保障制度的服务模式的要点包括以下四个方面：(1)居家、社区和机构服务是一个有机整体。按照国际经验，居家服务、社区服务和机构服务应该是一个功能耦合的有机整体。因为只有这样，才能充分发挥“1+1>2”的整体效应。(2)严重失能老人的最佳选择是机构服务。当老人严重失能时，理性的选择还是去老年服务机构。在规模化经营的老年服务机构中，老年人可以得到更专业、更安全的长期照护服务。(3)居家服务应兼顾正式和非正式照护。如果部分严重失能老人不愿去老年服务机构，他们也会成为居家服务的对象。对他们的居家服务首先应该落实一位非正照护者，同时还必须有专业人员提供的支持性服务。(4)针对不同失能程度选择居家、社区和机构服务。老年人随着年龄的增长，会因为罹患疾病、机能衰退和认知障碍而逐渐丧失生活自理能力。老年人失能都是从社会功能丧失到生理机能的丧失，从生理功能部分丧失再到完全丧失。因此，对不同失能程度的老人，应该根据其实际需要提供不同的服务。

2. 长期照护筹资的政策框架

根据以上对长期照护的相关理论和国际经验的分析，长期照护保障制度的服务模式的要点包括以下四个方面：(1)长期照护显然需要资金支持，但是目前大约有 1/2 到 2/3 的老年人，他们的长期照护需求实际上只是潜在的需求。因此，必须在养老金之外再能得到一笔专门针对长期照护需求的保障性收入，才能将潜在的需求转变为有效需

求。(2)建立长期照护保险是为减轻医疗保险的负担。人口老龄化对社会性支出造成的最大影响是医疗费用的急剧上涨。但是，中国的医疗保险制度是非常脆弱的。为此，必须遵照习总书记关于建立长期照护保障制度的指示，另外建立一项独立制度来为长期照护服务筹措资金势在必行。(3)长期照护保险应从严重失能老人做起。如果不分层次，试图一蹴而就设计针对所有失能老人的长期照护保险制度显然是有困难的，如果首先抓住最需要照护的 3%的完全失能老人来设计制度，然后逐渐扩大到另外 3%部分生理功能丧失的老人，这样的制度目标则是完全有可能实现的。(4)采取社会保险和商业保险相结合的混合模式。保险制度可以考虑采取社会保险和商业保险相结合的“混合模式”，即政府有关部门负责规划、收费和监督，而把资金的运营管理和保险给付交由保险公司负责。

二. 建立长期照护保障制度的背景和现状

在了解了与长期照护相关的基本概念、国际经验和理想模式之后，我们再来来看一看成都市建立长期照护保障制度的社会背景和制度现状。

(一). 成都市建立长期照护保障制度的背景

在了解了相关的基本概念、国际经验和政策框架之后，我们现在来探讨成都市建立长期照护保障制度的背景，其中最重要的自然是成都市人口老龄化的发展进程。

1. 成都市人口老龄化现状

近年来，在中国老龄化进程加速的宏观背景下，成都市自然也不能例外。2016年，在成都市户籍老人中，共有60岁及以上老人299.53万人，占全市1398.93万户籍人口的21.41%。65岁及以上的老年人202.74万人，占总人口的14.49%；80岁及以上的老年人44.19万人，占总人口的3.16%。2017年，在成都市户籍人口1435.33万人中，60岁及以上老年人303.98万人，占总人口的21.18%；65岁及以上的老年人210.18万人，占总人口的14.64%；80岁及以上的老年人42.35万人，占总人口的2.95%。相比全国平均数，60岁及以上年龄段高出3.88%，65岁及以上年龄段高出3.24%，80岁及以上的年龄段高出0.85%。

从以上数据可以看出，成都市人口老龄化水平日益攀升，已经迈入中度老龄化社会。就此而言，老年人，尤其是高龄老人数量庞大，服务需求也随之增加，这就是催生养老服务和长期照护服务发展壮大的原动力。

2. 对成都市失能老人的测算结果

就具体的长期照护保障制度的政策对象而言，如前所述，应该是有“照护依赖”或“缺乏自理能力的人”。在中国，“缺乏自理能力”一般被称为“失能”。因此，为了政策的顺利实施，必须对失能人群的规模作出估算。2016年，由成都市医疗保险管理局牵头，根据人口普查及统计数据、基线调查数据、成都市医保局及四川大学、西南财大等10家专业机构的测算数据，最终测定成都市重度失能率为

0.54%，而在60岁及以上老年人口中占2.52%。这个测算结果与全国老龄研究中心和四川省老年人口调查数据十分接近，基本符合成都市现阶段的人口老龄化发展趋势。

用以上的得到的重度失能率测算，2016年，成都市重度失能人员为7.55万人。根据调查中与严重失能老人及其家人的访谈中得知，在没有长期照护保险之前，每名严重失能老人每月支付的照护费用也在2000元到4000元不等，对普通家庭而言是不小的负担。作为人社部确定的国家首批长期照护保险试点城市，成都市决定试点从城镇职工基本医疗保险的参保人员做起，将来再逐步扩大到城乡居民基本医疗保险参保人员。以城镇职工医保参保人员707.86万人计算，其中重度失能人员为3.82万人。按此比例计算，2017年，城镇职工医保参保人员增加到743.91万人，相应地，其中的重度失能人员也增加到4.02万人。

(二). 成都市长期照护保障制度发展现状

在做了相关理论和国际经验以及经济社会背景的铺垫之后，我们现在讨论成都市长期照护制度的现状，包括资金筹措、失能评定、服务形式、支付标准和经办管理等五个方面：

1. 成都市长期照护保险的资金筹措

成都市的长期账户保障制度是个人、单位和财政三方责任共担的多元筹资模式。个人缴费部分，是按年龄分段从城镇职工医保个人账户中按月划拨，40岁以下为0.1%；40岁以上至达到法定退休年龄的

为 0.2%；退休人员为 0.3%。单位缴费部分，从统筹基金中以 0.2% 的标准按月划拨；财政补贴部分，市、区(市)县两级财政对退休人员按 0.1% 的比例为退休人员补助。2017 年制定试点方案时，根据 2016 年的数据测算，筹措基金规模将达到 12 亿元：其中，个人缴费(医保个人账户划拨)5.89 亿元、单位缴费(医保统筹基金划拨)5.20 亿元、财政补贴 0.91 亿元。根据 2018 年上半年实际筹措的情况预测，全年长期照护保险基金预计将达 13.16 亿元，其中，个人缴费(医保个人账户)6.54 亿元，单位缴费(医保统筹基金)5.73 亿元，财政补助 0.89 亿元。

2. 成都市长期照护保险的失能评定

成都市的失能评定工作，是根据丧失生活自理能力的程度将失能老人分为重度失能、中度失能和轻度失能。其中重度失能分为重度一级、重度二级与重度三级。具体而言，《成都市成人失能综合评估技术规范》针对日常生活活动能力丧失的情况，综合考虑社会支持度、认知能力和疾病等因素，创造性地以本土知识构建涵盖“身体—精神/认知—沟通/社交”的失能综合评定量表。其中针对认知障碍人员，则根据认知功能、日常生活能力、精神行为三个维度进行评定。制度的启动，首先须由有需要的参保人员提出失能评定申请，提交申请的路径有两种：一是到现住地的经办机构服务网点的受理窗口提交书面申请；二是通过手机 APP 提出申请。参保人员提交申请后，由长期照护保险的失能评定委员会委托的专业机构进行测评并认定失能等级。

评估机构对提交申请者实行上门评估，最终给出申请者失能状况的评定结论，合乎重度失能标准即可享受相应待遇。2018 年上半年，成都市提出失能评估申请的有 22959 人，经评估享受待遇的重度失能人员共 16013 人，其中重度一级占 9360 人，占 58.45%，重度二级 6543 人，占 40.86%，重度三级 110 人，占 0.69%。

3. 成都市长期照护保险的服务方式

成都市长期照护服务包含生活照料、护理照护、风险防范、功能维护四大类共 31 项服务项目。其中的生活照料类服务，包括洗脸、洗头、口腔清洁、协助如厕、协助进食等共 11 项，属普适性基础服务，是必选项目；其余三类共 20 项则可由重度失能人员或其亲属根据实际需要进行选择。目前，成都市的长期照护服务方式可分为机构服务和居家服务，居家服务又可以分为由专业居家照护机构提供上门服务和由非正式照护者（“家庭、朋友和/或邻居”）提供服务。所以，享受待遇者实际上有三种可供选择的服务方式。选择前两种专业机构服务的，都可以根据自身的实际需要、经济条件和待遇标准，自主选择照护机构和服务项目。所有的享受待遇者，都有权力、也有责任对所接受的服务进行评价并及时反馈。

4. 成都市长期照护保险的支付标准

和其他的社会保险不一样，长期照护保险的待遇不是直接支付给有需要的参保者，而是直接支付给照护服务的提供者，即具体照护参保者的机构或个人。具体而言，费用支付按机构照护费用的 70%、居

家照护费用的 75%的比例，根据失能等级定期定额支付。重度失能三级、二级、一级人员的待遇对应的月定额基数，分别为成都市 2015 年城镇全部单位就业人员月平均工资的 50%、40%和 30%。重度一级、二级、三级居家照护服务支付标准分别为 1077 元、1437 元、1796 元；机构照护为 1006 元、1341 元、1676 元。2018 年上半年支付的照护费用总共 1.08 亿元。

5. 成都市长期照护保险的经办管理

成都市的长期照护保障制度实行市级统筹，即这项制度并不包括成都市委的“省本级”城镇职工医保参保人。在经办管理上，成都市充分利用商业保险机构的专业力量，委托保险公司具体执行长期照护保险的申请评估、服务提供和资金支付，并负有一定的监管责任。接受委托的保险公司按照合同要求，分片各自设立经办网点，配置工作人员。目前，接受委托的保险公司共设置 22 个经办网点，配备工作人员 433 人。其中，拥有医学背景的工作人员占 52.89%。

三. 对长期照护模式和成都实践的比较

试点两年半，可以说 15 个试点城市都取得了丰富的成果，也已经有很多专家学者对各个试点城市的经验作出了总结。试点城市的经验，有共性，也有个性。由于篇幅有限，在本报告中，我们只对构成成都模式的有个性的部分作出总结，并附上我们的思考与解读。当然，相关的政策建议，也糅合其中了。

(一). 成都市长期照护保障制度的五大特点

成都市的长期照护保障制度有五大特点，这些特点正与我们在第一部分提出的理想的制度模式十分契合。以下，我们对这些特点一一作出分析和解读：

1. 命名长期照护体现不同思路

在 15 个试点城市中，有 12 个是以“长期护理”命名的，只有三个城市是例外，长春的制度以“医疗照护”命名，南通的制度则以“基本照护”命名；成都市，则开宗明义地用符合国际共识的“长期照护”为制度命名。

从以上的理论阐述中可以得出一个结论：长期照护保险就是为解决“照护依赖”问题提供经济支持，而医疗费用的费用则由医疗保险来解决。所以，有的地方把这项制度定义为“医疗保险的补充”，则显得画蛇添足了。

成都市《成都市长期照护保险制度试点方案》是瞄准了“照护依赖”的：“长期照护保险制度是为长期失能人员享有基本生活照料和与基本生活密切相关的日常护理等服务提供保障的社会保险制度。”在支付范围上也区分得很清楚：“长期失能人员按照失能等级对应的照护内容，接受照护服务机构提供的清洁照料、饮食照料、排泄照料等基本照护服务，所发生的与基本照护服务相关的服务费、耗材费、设备使用费等费用，按标准纳入长期照护保险基金支付。属于基本医疗保险、工伤保险等社会保险，以及应由第三方依法承担的护理、康复及照护费用，长期照护保险基金不予支付。”在成都市的长期照护

服务包中，共有生活照料、风险防范、护理照护、功能维护四大类 31 项，其中生活照料类的 11 项——沐浴、擦浴，洗脸、洗手、洗足，洗头，口腔清洁，会阴清洁，协助进食/水及指导，排泄照护及指导，协助更衣及指导，协助如厕及指导，整理床单元，剃须、剪指(趾)甲——属于必选项目，其他三类 20 项则属于可选项。

综上所述，成都市长期照护保障制度的设计，是符合习总书记的讲话精神的，也是与相关的国际共识完全一致的。从这个意义上说，是否用“长期照护”的概念，并不是简单的词义上的差异，实际上是代表了两种不同的政策方向和路径。

2. 激活有效需求满足照护需要

长期照护保险最直接的作用，应该是激活失能老人的有效需求。裴晓梅、房莉杰在对发达国家的长期照护制度研究后指出：“当今的老龄社会无不努力建立长期照护服务体系和政策，即希望借助类似的体系和政策来满足失能老年人的基本生活需求，使他们在最宽松增长的环境中享受到最适当和最有效的照护，同时又能够保证控制照护成本，在家庭责任和国家责任之间找到平衡点。”

现在最常见的说法往往是中国或四川或成都有多少老人，有多少高龄老人，所以就会有多少万亿的需求。但是经济学上有两个概念，有需求也有相应的购买能力的叫做有效需求，有需求但没有购买能力的只是潜在需求。

据《成都市 2017 年老年人口信息和老龄事业发展状况报告》披

露的数字，“截至 2017 年底，全市参加城镇企业职工基本养老保险的退休人员 175.35 万人，月平均养老金为 2106 元。其中，纯单位职工人数 44.19 万人，月养老金 2963 元；失地农民领取养老金 88.98 万人，月平均领养老金 1642 元。”说明一下，成都市对失地农民采用了“土地换保障”的政策，因此他们都获得了参加城镇职工养老保险和医疗保险的资格，但缴费和待遇的标准都相对较低。同时，同期全市参加城镇职工基本医疗保险退休人员为 181.95 万人，这个数字大于参加养老保险的退休人员，因此可以认为，两个人群基本上是重合的。现在长期照护保险是以成都市职工医疗保险的参保退休人员为对象，2018 年上半年的数字是 188 万人，占成都市户籍人口 304 万人的 62.05%，这个数字与上述两个数字也基本对得上。这也就是说，成都市 2/3 的长期照护保险的参保者实际上是以失地农民的资格参保的，他们的人均退休金只有 1642 元。

如前所述，我们在调查中得到的老年服务机构的长期照护费用月支出在 2000—4000 元不等。在人均养老金 2106 元，尤其是占 2/3 的以失地农民资格参保的人员平均养老金只有 1642 元的背景下，老年人，尤其是失能老人，长期照护需求实际上只是潜在需求而非有效需求。如果指望他们的子女出资分担，这可能又与当前鼓励生二胎的生育政策发生冲突。

因此，成都市专门设立的长期照护保险制度，对重度失能老人能够提供 1006—1796 元不等的经济援助，平均退休金加上长期照护保

险金最低是 2648 元，最高可达 4489 元，这就非常有效地把潜在需求转化为了有效需求。

3. 倡导自主选择融合家庭亲情

如前所述，成都市的长期照护服务可分为入住专业照护机构、专业照护机构提供上门服务和由非正式照护者（“家庭、朋友和/或邻居”）提供居家服务三种可供选择的服务方式。具体选择哪一种服务方式？按照国际上一再强调的老年人自主选择和决定的原则，成都市把决定权交给了老年人及其亲属，经办机构不会强制老年人非要选择某种照护模式。这就像《全球报告》中所说：“尤其重要的是，尽管依赖照护，但老年人仍可以享有自主权，如果老年人还具备对影响他们的事务做决定的能力，则可以直接做出选择。”

试点一年半以来，通过评估确认的重度失能人员及其亲属中，有 1600 多例选择了由非正式照护者（“家庭、朋友和/或邻居”）提供居家照护，比重占 82%，其中尤以子女照顾父母的为多。另外，有 18% 的重度失能人员及其亲属选择了入住专业机构，而选择专业机构提供上门的居家照护服务仅有两例。

对于，非正式照护者（“家庭、朋友和/或邻居”）提供居家服务，成都市的长期照护试点也作了相应的社会支持性的方案设计：首先，在经办机构、非正式照护者和重度失能人员三者之间要签订《成都市长期照护保险个体服务人员（非正式照护者）居家照护服务协议》，明确三者之间的权利义务关系。经办机构对非正式照护者提供专业培

训，帮助他们掌握照护重度失能老人的基本技能，按照被照护者的具体情况制定详细的个案服务计划，并连接必须的外部资源。其中很重要的就是对老年人进行健康(慢病)管理，定期对失能老年人的身心情况进行复查，并采取必要的医疗措施。

就目前的情况而言，绝大部分成都人还是倾向于非正式照护，因为这种照护方式还满足了老年人另一种基本需要——亲情慰藉，符合中国子女尽孝的传统观念，与联合国倡导的“积极老龄化”“健康老龄化”理念也非常吻合。

实际上，为了应对照护需求的上升和服务费用的上涨，从上个世纪末开始，国际潮流就是尽可能地利用非正式照护：其一，让有需要的人获得主动权，自己来选择获得照护的途径和方式。提供照护的可以是家人，也可以是邻居、朋友或社区的其他成员。其二是长期照护保险的给付同时面向非正式照护，以覆盖其成本。这样的改革方案，在发达国家已经普遍实行。应该指出：由非正式照护者(“家庭、朋友和/或邻居”)提供居家服务是成都市的突出的制度创新，极具推广价值。

4. 评估简便易行追求公平有效

在长期照护保障制度的实施中，很重要的一个环节就是对老年人失能状况的评估。戴卫东在介绍 OECD 国家的长期照护制度时指出：长期照护制度需要对申请者的失能状况进行评估，不同的失能状况享受不同的照护服务时间以及给予不同的保险金支付。日本专家在谈及

失能评估(介护认定)时也指出：“需要介护认定在介护保险中占有重要的地位”。

最近几年，很多专家学者对开发老年人评估工具表现出很大的热情。但是，一些地方目前使用的评估工具都有一些显见的不足之处，如专业性过强、耗时太长、成本过高，等等。究其原委，在《全球报告》中将“健康老龄化”定义为“发展和维护老年健康生活所需的功能发挥的过程”。因此，对老年人失能状况的评估，应该着重于对老年人功能发挥的状况，而上述评估工具的缺失却是把各种老年病，或者说慢性病当作重点了。

成都市的评估，重点放在了老年人的功能发挥上，并组织了专门的研究团队，开发了《成都市成人失能综合评估基数规范》。评估指标包括3个一级指标和18个二级指标：(1)日常生活活动能力，包括进食、洗澡、修饰、穿衣、大便控制、小便控制、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯等10个二级指标；(2)精神状态，包括认知功能、攻击行为、抑郁症状、记忆力等4个二级指标。(3)感知觉与社会参与，包括视力、听力、沟通交流、社会参与等4个二级指标。评定的失能程度分为重度、中度和轻度三个等级。其中重度一级、二级、三级目前可享受长期照护，分别对应照护一级、二级、三级3个照护等级。

为了方便失能老人和评估者的工作，成都市还特意开发了相应的智能手机应用程序(APP)，分设申请者使用端口和评估人员使用端口，

并配有详细的使用手册以及评估流程图。在失能时间超过 6 个月后，申请者可在 APP 上填写《成都市长期照护保险失能等级评定申请表》及《自评 KATZ 日常生活功能指数评价量表》及提供身份证明文件的扫描件或照片；然后便可在家中等待专业人员上门现场评估。

关于现场评估，有专门的《成都市长期照护保险现场评估规范》，详细写明评估的方式方法以及如何应对各种突发情况。各个接受经办委托的保险公司须严格遵循初评、复评、稽核的工作流程，确保评估过程品质可控，评估结果科学可靠。总体上评估须把握四个关键点：首先是建设评估员库和专家库，依托基层卫生服务中心和各级医疗机构，采用自荐与筛选相结合的方式，有老年医学、康复医学等背景的优先考虑，经培训并考核合格后，纳入评估员库和评定专家库。其次是注重初审的“三统一”，即审查标准统一，政策尺度统一、审核理念统一。必须配置专业医护人员，对受理的申请资料、病例、病情以及是否符合政策等内容实行专门的审核，严格筛查。再次是评估流程的标准化，每个受理点配置 3—5 名评估人员，保证及时上门评估，评估必须遵循规定的评估规范。最后是设置全程跟踪以保证公平、公正，评估过程全程录音、录像，客观、真实地记录工作情况，并对所有资料统一存放、分类管理。

5. 社保商保结合借助市场力量

国际劳工组织最近发布的一份报告中指出：在长期照护领域，公共和私营部门应该进行新形式的合作与协作。这也许会促进正式的照

护服务和非正式的照护服务之间的合作，但对个人和私营的照护服务应给予更多优惠。

成都市在长期照护保险的经办管理方面的做法与国际劳工组织的提法十分契合，成都市建立了“政府主导、市场运作、风险共担、协同推进”的政府和保险公司的合作运营机制。人社部门通过招标竞争，引入5家商业保险公司，委以部分经办管理事宜。试点以来，依托保险公司完备的服务网点，专业的服务人员，先进的硬件设备，构建起高效便捷的经办服务体系，为长期照护保险咨询、受理、评估、培训、待遇发放等环节提供全流程服务。

为了使社会保险和商业保险能够顺利结合产生良好效果，成都市政府对保险公司提供了强大的财政支持。在长期照护保险建立之初，保险公司需要大量医学专业人员，人工成本剧增。所以成都市财政拨款5000万作为启动资金，平均每家保险公司1000万。一个季度之后，在保险公司征收的保险费中，预留10%作为风险金，右方在长期照护保险的专门账户；其余的90%全部拨付给保险公司作运营之用，至今已经拨了三个季度约9个亿的长期照护款项。沉淀在保险公司没有支出的资金，按规定计算利息，年终盘点时保险公司要把利息和本金没有支出的部分归还到政府的长期照护账户。

上述资金流程和使用办法，通过政府和保险公司签订协议得到法律保证。这样作的好处有四：其一，把资金的运营管理和保险给付交由保险公司负责，借用其专业力量和管理经验，更好地运营保险基金；

其次，在服务实施方面，保险公司有经办管理的优势，企业的服务队伍比政府的更高效；其三，保险公司服务人员专业，网点完备，有助于长期照护保险的推行；其四，政府部门不用另外组建专门的长期照护保险管理体系，避免了人员编制及管理上的障碍。

(二). 结语

综上所述，可以把长期照护的成都模式概括为 5 句话：正名长期照护，激活有效需求，融入家庭亲情，评估简单适用，借助市场力量。在这些方面，实际都已经与理想模式比较接近。成都市建立长期照护保障制度酝酿的过程较长，比起自 2015 年起便先行先试的试点城市来，具有一定的“后发优势”。应该说，成都试点体现出来的进步，其实也融合了这些城市实践和探索的努力。

[返回目录](#)

湖北出大文件，点名基层医疗机构

来源：湖北省卫生健康委员会

日前，湖北省老年医疗护理服务试点工作正式启动，为积极应对人口老龄化，湖北决定在全省范围内开展老年医疗护理服务试点工作。

其中，重点点名基层医疗机构，明确了基层医疗机构的几大重要职责和未来任务，主要包括：

一、增加提供老年医疗护理服务的医疗机构和床位数量，支持二级及以上综合医院、中医类医院开设老年医学科并设置病房；

二、增加多层次老年医疗护理服务供给，其中二级及以下医院主要为需要长期护理的老年人提供常见病、多发病医疗护理服务；

三、提升老年医疗护理服务水平，加强基层护士培养；

四、丰富老年医疗护理服务模式，支持将护理服务拓展到社区和居家；

五、开展老年人居家医疗护理服务试点，每个市(州)确定至少 2 家试点医疗机构率先开展居家医疗护理服务；

六、完善老年医疗护理服务价格和支付机制，鼓励与本地区长期护理保险试点政策结合。

试点包含 15 个省份

当前，我国促进健康老龄化逐步进入新的发展阶段。2021 年年底，国家卫生健康委办公厅印发《老年医疗护理服务试点工作方案》，确定部分省份作为老年医疗护理服务试点地区先行先试，探索形成可复制、可推广的老年医疗护理服务的地方经验和典型做法。

具体试点省份包括北京市、天津市、山西省、吉林省、上海市、江苏省、浙江省、安徽省、山东省、湖北省、广东省、广西壮族自治区、海南省、四川省、陕西省等 15 个省份。

试点省份将在创新多元化老年医疗护理服务模式，增加多层次老年医疗护理服务供给，加强老年医疗护理从业人员培养培训，开展老年人居家医疗护理服务试点，完善老年医疗护理服务的机制体制和政策体系等方面积累有益经验，以点带面推动全国老年医疗护理服务快

速发展。

继上海市、广东省、广西壮族自治区、海南省等省份试点工作陆续展开，近日，湖北省正式启动老年医疗护理服务试点工作。据公开信息，下一步，湖北具体将从以下方面开展相关工作。

增设老年医学科

各市、州、县卫生健康行政部门要结合老年人群的数量、疾病谱特点、医疗护理需求等情况和当地医疗卫生服务体系“十四五”规划要求，统筹整合、科学布局老年医疗护理资源，建立覆盖老年人群疾病急性期、慢性期、康复期、长期照护期、生命终末期的护理服务体系。

支持二级及以上综合医院、中医类医院开设老年医学科并设置病房。推动医疗资源丰富地区的部分二级以下医院转型为护理院、康复医院和安宁疗护中心等。鼓励有条件的基层医疗卫生机构根据需要设置和增加提供老年医疗护理服务的床位，提高基层康复、护理床位占比。鼓励支持社会力量举办规模化、连锁化的护理和康复医疗机构等。

明确功能定位

各地要根据区域内老年人疾病特点、自理能力和医疗护理需求，指导医疗机构按照功能定位，按需分类为老年人提供多层次的医疗护理服务。三级医院重点为急难危重的老年患者提供医疗护理服务，二级及以下医院、延续性医疗机构和基层医疗机构主要为病情稳定或需要长期护理的老年人提供常见病、多发病医疗护理服务。鼓励有条件

的医疗机构积极为老年人提供社区和居家医疗护理服务。

提升护理服务能力

加强基层护士培养，积极发挥优质护理资源的辐射效应，发展中医特色护理，通过对口支援、远程培训、在岗培训等方式，帮扶和带动基层医疗卫生机构提高护理服务能力。按照国家卫生健康委、财政部等 5 部门《关于加强医疗护理员培训和规范 ze 管理工作的通知》（国卫医发〔2019〕49 号）的要求，开展医疗护理员培训，加强医疗护理员管理，保障护理质量和安全。

支持有条件的医疗机构开展“互联网+护理服务”和延伸护理服务，将机构内医疗护理服务拓展到社区和居家。鼓励医疗机构通过签约方式为就近的老年人提供上门医疗护理服务。支持有条件的基层医疗机构探索设置日间护理中心、“呼叫中心”或家庭病床，为老年人提供日间护理和上门护理服务。鼓励发展社区嵌入式老年护理服务机构，为老年人提供专业、便捷的医疗护理服务。

发展居家服务模式

各地要积极推动落实《关于加强老年人居家医疗服务工作的通知》的相关要求。每个市(州)确定至少 2 家符合条件的试点医疗机构率先开展居家医疗护理服务，及时向社会公布试点医疗机构名单。积极开展安宁疗护服务，推动每个县(市、区)至少 1 家医疗机构开展安宁疗护服务。试点医疗机构可通过“互联网+”、家庭病床、上门巡诊等方式为行动不便的老年人等提供专业的医疗护理服务。有条件的

试点医疗机构要探索在为慢性病老年患者开具出院医嘱和康复指导建议时，明确其出院后常用的居家医疗护理服务项目和频次等，方便居家老年患者。

[返回目录](#)

• 医院信息化 •

智慧医院的现状与挑战

来源：中邮展览

智慧医院到底是什么呢？

根据欧盟网络和信息安全机构发布了智慧医院报告，认为智慧医院是基于信息通信技术环境，尤其是基于物联网的优化和自动化流程，改善现有患者护理程序并引入新功能的医院。

是不是觉得明明每个字都认识，怎么组合成一句话就看不懂了呢？智慧医院？怎么仅仅是智慧医院的定义就这么“智慧”，已经让不够“智慧”的我们看不懂了。智慧医院到底是个什么玩意儿？

1、智慧医院是什么

智慧医院其实真的很简单易懂，现在让我们来简单做三个人物模拟&情景带入。

情景一：已知你是程序员小邮 A，这天你发现自己好像生病了，身上说不出的难受：这时你会选择：

1. 去医院先排 30 分钟的队挂号，然后得知专家诊已经没有只剩

下普通诊的事实，无奈接受之后拖着生病的身体再到门诊室门口继续等待 30 分钟，终于进到门诊室医生给你看完之后，再拿着医生开过的药单到取药处继续你的又一个 30 分钟排队。

2. 先在手机 APP 上在线诊疗直接查清楚自己得了什么病，接着一键购药开单，药品配送到家；如果小概率没有查清楚，在出行前先通过手机在即将要去的医院公众号上预约一个专家诊的具体时间，然后根据约定时间到医院之后直接进行诊疗，最后直接在取药处拿到 AI 为你配好的药物回家。

比起选项 1 的排队三连，你肯定会选择选项 2 对吧，选项 2 就是智慧医院。

情景二：已知你是资深医生小邮 B，今天找你看病的病人特别多，更要命的是下午还有在另外一个院区的病人等着你去会诊；这时你会选择：

1. 坚持手写完成每一位找你看病的病人病例书写工作，就算写到右手抽筋也丝毫没有问题，写到下午甩甩右手直接狂奔至另一个院区气喘吁吁的进行会诊。

2. 通过 AI 语音病例录入来解放你的右手，通过标准方便快捷的语音录入来减轻你的工作负担，提高工作效率。由于效率过高中午甚至还有多余的时间用餐午饭，然后下午坐在办公室里通过开放式远程会诊平台足不出户的对另一个院区的病人完成会诊。

没什么问题的话，你还是会选择选项 2 对吧，选项 2 就是智慧医

院。

情景三：已知你是某医院院长小邮 C，面对繁杂的医院的管理事项，你会选择：

1. 坚持亲力亲为，对于医院的运营、安防、员工考核、能效管理坚持自己观察看情况，自己动手算数据，向医院发展做出属于极具你个人特色风格的管理贡献。

2. 面对部门组织庞大、人员流动性大、车辆往来繁忙、业务增长快速的情况，选择依托信息技术，打造智能医院运营中心，利用大数据科学制定医疗决策，高效实现运营管理。

没猜错的话，选项 2 还是你的选择对吧，选项 2 就是智慧医院。

所以智慧医院是什么呢？其实智慧医院就是三种选项的相加。

2019 年 3 月 18 日，国家卫生健康委办公厅发布《关于印发医院智慧服务分级评估标准体系(试行)的通知》，指出我国智慧医院建设的范围主要包含 3 个领域，即面向医务人员的“智慧医疗”，面向患者的“智慧服务”，面向医院管理的“智慧管理”。“智慧医疗”旨在通过加强以电子病历系统为核心的信息化建设，促进临床诊疗工作更加智慧化，提高医疗质量和安全；“智慧服务”旨在通过优化诊前、诊中及诊后流程，以改善患者就医体验、提高患者满意度；“智慧管理”旨在通过利用互联网、物联网等信息技术，实现医院内部信息系统的互联互通并实施监管，促进管理更加精细化、科学化。

2、智慧医院现状

我国医院信息化发展经历了从“单机版”医院信息系统到电子病历的应用，再到远程会诊中心的建立，直至智慧医院的进一步发展，揭示着我国医院从传统医院模式逐步转变升级为智慧医院新模式。其建设热点主要从医疗信息化、物联网、互联网医院、大数据、云计算等方面展开。

如今，我国已有很多医院在智慧医院建设上有所建树。2017年8月20日，安徽省立医院宣布共建“安徽省立智慧医院(人工智能辅助诊疗中心)”，并将智能导诊机器人“晓医”、人工智能医学影像辅助诊断系统、门诊语音电子病历等产品落地应用；2020年8月6日，上海市第一人民医院宣布启动全国首个“5G 智慧医院新基建”，助力推进智慧医院建设新方向，打造智慧医院新格局；广州市妇女儿童医疗中心通过对智慧医院的探索建设，已于2019年实现患者医保移动结算并推动医疗人工智能发展，成为华南地区首家电子病历达到7级标准的医院；北京大学深圳医院基于价值医疗理念，以信息技术为支撑，围绕患者、医生、医院管理部门打造智慧医院，将各个场景实地应用，使得智慧医院建设能更好地实现质量高、成本低、服务优的现代医院发展目标。

3、目前智慧医院存在的问题

智慧医院建设给医院的管理和发展创造了无限可能，描绘出了未来医院的智能一体化蓝图。然而，作为一种新兴的事物，智慧医院建设不可避免的也存在一系列问题。

1. 顶层设计缺失和信息系统不兼容

在智慧医院的发展建设过程中，由于存在概念模糊、规范标准不统一等问题，导致顶层设计缺失，没有形成完整的智慧医院建设标准，各医院对于智慧医院的定义和建设存在主观性偏差，往往只能从局部进行智慧医院的建设，很难从全局进行统一设计和规划。信息化的快速发展造成医院各信息系统与各医疗机构信息系统之间存在鸿沟，使信息系统难以兼容。而且各医疗机构的信息系统大都源于不同厂商，数据标准、数据格式、数据描述方式等均不一致，各数据库之间难以实现信息整合，在一定程度上给智慧医院的改造升级造成障碍。

2. 网络安全信息风险管控

近几年，网络安全事故频发，医院遭受的网络攻击越来越多。智慧医院的建设以大数据为支撑，以云计算、物联网等为基础，在运行的过程中会涉及医院设备设施数据、人力资源管理数据、资产数据等，信息化系统的瘫痪或数据的非法利用会对医院、医生、患者造成巨大的损失，甚至危及患者的生命安全，对医院形象产生巨大的负面影响。因此，评估信息技术的安全性对于医院来说非常重要，在关注智慧医院高效、节能、便捷的同时，也应当考虑数据安全和隐私保护问题，平衡好开放共享与信息安全至关重要。

3. 投入产出效益缺乏科学评估

智慧医院的建设与运营需要花费大量人力、物力、财力，不得不关注其投入产出的问题，前期的规划与设计最终能否落地，能否达到

建设目标，尤其是如何在医院发展的进程中创造医院经济效益和社会效益，让智慧医院更好地服务于医生和患者，需要科学论证、归纳总结和探索。

4、关于智慧医院的一些探讨

智慧医院的健康有序发展离不开一个详尽可行的建设框架体系，在智慧医院发展过程中应该摒弃“野蛮式”快速建设，而应采取循序渐进的策略，立足整体，辐射局部。医院与第三方承建商也要加强合作，针对医院设备更新速度与信息化发展速度之间的时间差，制定统一对接标准及设备设施运维紧急应对预案，共同助力智慧医院健康高效发展。此外，还应该切实立足信息安全性，加强数据管理，防止外部网络威胁，建立健全网络安全管理机制。

总体来讲，智慧医院建设已是各界共识，大势所趋。但在实践过程中，应遵循智慧医院建设标准框架，注重问题研究，结合实际情况，实行独具中国特色的智慧医院发展标准与模式，从而推动医院升级转型。

[返回目录](#)

重磅发布！四川公立医院未来3年怎么干？

建智慧医院是重点推进工作

来源：四川省卫健委

近日，四川省卫健委发布了关于《四川省公立医院高质量发展促进行动(2022-2025年)》(以下简称《行动》)的通知，对公立医院的

发展作出了具体要求，其中重点方面包括建设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”智慧医院等，同时文件还提到支持医院牵头参与成立或参与联合建立研发机构等，以提升医院的临床科研能力。

事实上，进入 2021 年以来，“公立医院高质量发展”已经被各种圈重点！

2021 年 3 月 6 日下午，习近平总书记看望了参加全国政协十三届四次会议的医药卫生界、教育界委员，并参加联组会，听取意见和建议。他强调，要把保障人民健康放在优先发展的战略位置，坚持基本医疗卫生事业的公益性，聚焦影响人民健康的重大疾病和主要问题，加快实施健康中国行动，织牢国家公共卫生防护网，推动公立医院高质量发展，为人民提供全方位全周期健康服务。

同年 2 月 19 日下午，中央全面深化改革委员会第十八次会议召开。会议审议通过了包括《关于推动公立医院高质量发展的意见》等 6 个重要文件。6 月，国家卫健委发布了《关于推动公立医院高质量发展的意见》，明确了公立医院高质量发展的目标、方向、举措。

四川的动作也没有停下，从意见征求稿，到现在《行动》发布，对公立医院的各项要求也越来越细致和清晰，那么本次《行动》都有哪些值得关注的亮点呢？小编整理如下：

一、总体要求

在总体要求中，“加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局”成为

关键点。文件提到：成都、川北、川南、川东、川西片区各选择 1-3 家大型医院开展省级公立医院高质量发展“对标竞进”试点，建设功能化、人性化、智能化的现代化医院样板，率先探索出发展方式从规模扩张转向提质增效、运行模式从粗放管理转向精细化管理、资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素的实现路径。

到 2025 年，初步构建与经济社会发展水平相适应，与居民健康新需求相匹配，上下联动、区域协同、医防融合、中西医并重、优质高效的公立医院体系，为落实基本医疗卫生制度提供更加有力的保障。

二、重点建设行动

（一）建设高水平公立医院网络。

加快国家口腔医学中心、国家儿童区域(西南)医疗中心和老年疾病、口腔疾病国家临床医学研究中心建设。依托中央在川和省内高水平医院，争创综合类、高原病等国家医学中心(含国家中医医学中心)和传染病、呼吸、妇产、创伤、癌症、精神、老年等国家区域医疗中心(含国家区域中医医疗中心)。依托现有医疗卫生资源，规划建设省医学中心和省区域医疗中心。

实施县中医医院提标扩能项目，发挥公立医院在医疗联合体中的牵头引领作用。持续推进县医院综合能力提升工程，力争 100%县医院达到医疗服务能力基本标准、80%县医院达到推荐标准，力争 90 家县医院纳入国家“千县工程”。依托片区中心镇(副中心镇)卫生院规

划建设 400 个县域医疗卫生次中心。

全力争取国家中医特色重点医院、中西医协同“旗舰”医院、中医疫病防治和紧急医学救援基地等项目建设，促进中医医院特色发展，发挥中西医协同引领作用。

到 2025 年，形成国家医学中心和区域医疗中心为引领，省医学中心和区域医疗中心为骨干，高水平市(州)、县(市、区)级医院为支点，紧密型城市医疗集团和县域医共体为载体的高水平公立医院网络，在疑难疾病、重大疾病、重大疫情的医疗救治、多中心研究、大数据集成、科研成果转化等方面发挥协同作用，带动城乡医疗服务体系实现高质量发展。

(二) 建设临床重点专科群。

以满足重大疾病临床诊疗需求为导向，全面启动我省临床重点专科“卓越、精品、支撑、培育”工程，着力打造国家、省、市、县四级专科体系。

加强肿瘤、呼吸、消化、心血管、妇产、儿科、重症医学、骨科、康复、老年、精神卫生、急诊急救、职业病等临床重点专科建设，建设基本覆盖发病率排名靠前疾病的临床医学重点专科群，以专科发展带动诊疗能力和水平提升，为开展先进医疗技术、高难度手术和疑难复杂疾病诊疗提供支撑。

推进微创与介入、移植与再生等临床特色专科建设，加强骨伤科、肛肠科、儿科、皮肤科、妇产科、眼科、针灸科、推拿科和心脑血管

病、周围血管病、脾胃病、肾病等中医药特色专科专病建设。

依托国家、省医学中心和区域医疗中心与高等院校、科研机构等开展合作，探索多学科交叉融合，培育一批在医疗技术、医疗质量、临床研究等方面具有国内外一流水平的优势专科，引领全省医疗技术快速发展。到 2025 年，全省争创国家临床重点专科 70 个，建设省级临床重点专科 300 个、市级临床重点专科 500 个、县级临床重点专科 1000 个，区域专科医疗服务同质化水平显著提升。

（三）建设高质量人才队伍。

健全人才培养培训体系，建立适应行业特点和社会需求的医疗卫生人员培养机制和供需平衡机制，完善医学院校教育、毕业后教育和继续教育体系。深化医教协同改革，加强全科、儿科、老年、麻醉、急诊、重症、精神卫生等急需紧缺专业人才培养培训，提升住院医师规范化培训质量，落实“两个同等对待”政策，推广“互联网+继续医学教育”。

以“天府健康英才”工程为统揽，加强高层次人才引进培养。加强公立医院行政管理人才培养，实施四川卫生健康英才培养计划，遴选培养一批首席专家、领军人才、中青年拔尖人才和临床技能名师。支持四川大学、成都中医药大学、西南医科大学等高校建设高水平公共卫生学院，探索高层次复合型公共卫生人才培养机制。

推进公立医院编制备案管理，全面推行全员聘用和岗位管理制度。落实“两个允许”要求，健全公立医院薪酬考核分配制度。完善

保护关心爱护医务人员长效机制，鼓励公立医院对急需紧缺专业人才实施薪酬、职业发展激励。到 2025 年，基本建成支持公立医院高质量发展的专业技术和医院管理人才队伍。加强高层次西学中人才培养，非中医类别医师每年接受必要的中医药继续教育。加强中医药疫病防治等紧缺专业人才培养，将中医师带徒任务、中医诊疗量等纳入医院绩效工资分配指标。加强国家中医疫病防治和紧急医学救援队伍建设，打造高水平中医疫病防治队伍。

(四) 建设“三位一体”智慧医院。

将信息化作为医院基本建设的优先领域，建设电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院信息系统。实施电子病历系统应用水平提升工程，开展互联互通标准化成熟度测评，落实国家和行业信息化标准，修订完善全省智慧医院评价标准体系，提升智慧医院建设标准化、规范化水平。推动 5G、云计算、大数据、物联网、区块链等新兴信息技术在医疗领域的融合应用。

力争建立覆盖所有县(市、区)的“5G+医疗健康”远程应用体系。优化完善医疗“三监管”及“四川智慧卫监”平台，构建智慧监管体系，推进医疗机构运用信息化监管平台实施院内管理。

建立药品追溯制度，推动公立医院处方、药品追溯、医保结算、工伤医疗康复费用结算、医疗服务监管等信息互联互通。加强网络信息安全保护，提升网络信息安全监测预警和应急处置能力。

到 2022 年，全省二级和三级公立医院电子病历应用水平平均级

别分别达到 3 级和 4 级，智慧服务平均级别力争达到 2 级和 3 级，智慧管理平均级别力争达到 1 级和 2 级，能够支撑线上线下一体化的医疗服务新模式。到 2025 年，力争 60% 的三级公立医疗机构建成三星级及以上智慧医院、20% 的二级公立医疗机构建成二星级及以上智慧医院，市级及以上综合医院电子病历系统应用水平分级评价达到 5 级以上水平，县级公立综合医院达到 4 级水平。

三、能力提升行动

(一) 实施医疗质量提升行动。

加强医疗质量管理与控制体系建设，推动医疗质量控制以住院患者为主延伸至门急诊、日间手术患者的全诊疗人群。加快组建普外科、骨科等分支学科较多专业的亚专业质控组，健全覆盖一级诊疗科目的省市县三级专科医疗质控体系，对应省级质控中心(成立时间 3 年以上)相关专业的市(州)质控中心覆盖率 90% 以上。

持续巩固十八项医疗质量安全核心制度。以年度“国家医疗质量安全改进目标”为指引，推进目标管理。实施手术质量安全、病案内涵提升等相关专项行动。推进二级及以上公立医院病案首页、医学名词、疾病诊断编码、手术操作编码实现“四统一”。扩大临床路径管理病种覆盖范围，三级公立医院 50% 出院患者、二级公立医院 70% 出院患者实现临床路径管理。

推进二级以上公立医院开设药学专科门诊或药学联合门诊，鼓励医院利用信息化技术扩大处方审核和点评范围，健全常态化监管机

制，实现二级医院合理用药评估全覆盖，合理诊疗和合理用药指标不断改善。公立医院通过国家级、省级临床实验室室间质评的项目数和通过率持续提升。认真开展医疗机构依法执业自查工作，落实依法执业主体责任。

(二) 实施患者体验提升行动。

推动公立医院“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变，建立患者综合服务中心(窗口)，推进健康管理、健康教育、疾病预防、预约诊疗、门诊和住院等一体化服务，形成公立医院医防融合服务新模式。建立健全医务社工和志愿者、多学科诊疗、优质护理服务、预约诊疗、远程医疗、临床路径管理、检查检验结果互认、日间医疗服务、合理用药管理、满意度管理等医疗服务领域十项制度，中医医院深入实施“方便看中医，放心用中药”行动。

全省力争建成 300 家以上互联网医院，85%二级以上公立医院建成老年友善医院，60%二级公立医院和 90%三级公立医院推行分时段预约诊疗，30%二级公立医院和 50%三级公立医院提供检查检验集中预约服务，40%二级公立医院和 70%三级公立医院推行诊间(床旁)结算，三级公立医院日间手术占择期手术的比例达 20%，二级以上公立医院实现同级间检查检验结果互认。

建立针对疑难复杂疾病、重大突发传染病等重大疾病的救治与管理制，形成患者接诊、治疗、转诊、管理的科学流程。推动院前医疗急救网络与院内急诊有效衔接，推进航空医疗救护试点

。加强胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇、危重儿童和新生儿等救治中心建设，全力打造脑卒中“一小时黄金救治圈”，逐步打通胸痛救治最后“一公里”，构建快速、高效、广覆盖的急危重症医疗救治体系。

以医联体为载体、以信息化为支撑，不断增强医疗服务连续性，将患者安全管理融入医院管理各个环节，实现持续改进。做好医患沟通，完善医疗纠纷预防和处理机制。全省二级以上公立医院门诊患者满意度、住院患者满意度、员工满意度均排名全国前列。

(三) 实施医院管理提升行动。

充分发挥公立医院党委把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。健全医院议事决策制度，建立落实党委领导下的院长负责制执行情况报告制度，构建党委统一领导、党政分工合作、协调运行的工作机制。健全现代医院管理制度，明确公立医院工作制度和岗位职责，落实各岗位工作要求和重点任务，建立基于数据循证的医院运营管理决策支持系统，凝练支撑高质量发展的医院先进文化。

建设耗材和药品入销存、物价、特殊医保提示、项目内涵、基本药物提示等全链条信息管理体系，实现闭环管理。以大数据方法建立病种组合标准体系，形成疾病严重程度与资源消耗在每一个病组的量化治疗标准、药品标准和耗材标准等，对医院病例组合指数(CMI)、成本产出、医生绩效等进行监测评价，提高效率、节约费用。

探索医院后勤“一站式”服务模式，建设后勤智能综合管理平台，

全面提升后勤管理的精细化和信息化水平，降低万元收入能耗支出。建立健全全面预算管理、成本管理、预算绩效管理、资产管理、内部审计等制度，规范开展风险评估和内部控制评价，优化医院内部辅助性、支持性服务流程，促进资源有效分配和使用。加强平安医院建设，强化医院安防系统建设，依法严厉打击医闹、暴力伤医等涉医违法犯罪行为，维护正常医疗秩序。到 2025 年，1000 张及以上床位大型公立医院安防系统建设达标率 100%、安检覆盖率 100%。

(四) 实施临床科研提升行动。

对接国家和全省重大战略部署，积极争取国家重大创新平台基地、重大科技项目在卫生健康和中医药领域布局。

围绕维护全人群全生命周期健康的重大科技需求，聚焦医学前沿技术、重大传染性疾病预防、重大慢性非传染性疾病、妇幼健康、老年健康、药物与疫苗、设备与器械、突发公共卫生应急、中医药优势特色病种防治等重点领域，实施一批重点科技项目，着力突破一批关键核心技术，培育代表四川医学科技创新水平的重大标志性成果。加强临床研究创新平台建设，高质量建设国家和省临床医学研究中心、天府实验室、医学重点实验室等创新平台，支持医学科技成果转移转化服务机构建设，为科技创新成果转移转化提供专业化服务。

完善医学创新激励机制和以应用为导向的成果评价机制。依托国家、省医学中心和区域医疗中心建设一批高水平的医药、医疗设备和器械的临床研究基地和科研成果转化基地。支持公立医院牵头或参与

联合建立研发机构、科研成果转移转化中心，积极开展药品使用临床综合评价。

四、组织实施

(一) 加强组织领导。

各市(州)卫生健康行政部门(含中医药主管部门,下同)要充分认识推动公立医院高质量发展的重要性紧迫性,争取当地党委政府支持,积极落实财政、人事、医保等配套政策,建立工作台账,明确时间表、路线图,推动各项重点任务落地见效。各公立医院要把握发展契机,建立主要领导亲自抓、分管领导具体抓、一级抓一级、层层抓落实的工作机制,努力实现“三个转变、三个提高”,为辖区群众提供优质高效医疗卫生服务。

(二) 强化指导评估。

各市(州)要加大对公立医院高质量发展的调研指导,及时掌握工作进展,协调解决好工作推进中的各种困难和问题,务求实效。结合公立医院绩效考核指标体系、公立医院高质量发展评价指标体系、公立医院高质量发展指数以及辖区实际等情况,分级分类制定公立医院高质量发展评估具体办法,“不搞一刀切”,避免增加基层负担。强化评估结果合理应用,与财政投入、评先评优、重大项目安排、重点专科学科建设等挂钩。

(三) 同步推进改革。

各市(州)要将促进公立医院高质量发展与公立医院综合改革等

工作同部署、同安排、同推进、同督促，通过深化改革破解体制机制问题。要大力推进分级诊疗体系和医联体建设，加强医疗、医保、医药政策协同联动，解决分级诊疗体系和医联体建设面临的体制机制问题。深入推进公立医院绩效考核，优化完善绩效考核指标体系，充分运用绩效考核结果，发挥绩效考核与高质量发展促进行动的协同作用，形成推动公立医院改革发展的合力。

(四) 做好宣传培训。

各市(州)要充分利用官方网站、微信、广播、电视等各类媒体，加强政策解读和舆论导向，合理引导社会预期，为公立医院高质量发展营造良好环境。要深入开展全员培训，进一步统一思想、凝聚共识、明确重点，提升各级干部和医院管理者的政策水平和执行力，推动公立医院高质量发展促进行动顺利实施。要及时总结经验，挖掘先进典型，发挥示范引领作用，带动全省公立医院整体实现高质量发展。

为什么现在要反复提“公立医院高质量发展”？

公立医院是我国医疗资源的重要组成部分，公立医院发展质量直接关系到人民群众能否享受到满意的医疗卫生服务。

2009年启动的新医改，明确提出要推进公立医院管理体制改革的方案指出，从有利于强化公立医院公益性和政府有效监管出发，积极探索政事分开、管办分开的多种实现形式。然而，10年后公立医院发展过程中仍然存在很多问题。

2020年7月，国家卫健委办公厅通报了2018年度全国三级公立

医院绩效考核情况，结果显示，尽管三级公立医院正沿着“三个转变、三个提高”的方向持续发展，但仍然存在不少问题：

一是发展不平衡、不充分的问题较为明显；

二是住院患者跨省异地就医问题仍然存在；

三是医院内部科学管理水平需要提升。仍有 22.65%的三级公立医院出现了收支结余为负数，约 1/3 的医院资产负债率大于 50%；

四是医务人员积极性还需进一步调动。医务人员满意度仍然不高，医务人员最不满意的是薪酬福利、工作内容和环境。

县级公立医院的情况依然不容乐观。据国家卫健委 2019 年对全国县级医院能力开展的第三方评估结果显示，全国仅有 83.7%的县级医院达到了医疗服务能力基本标准要求。

正如同此前川医观察发布的“成都知名三甲医院的‘点评’”，这些问题的存在与高质量发展的要求尚有差距。如今，百姓医疗健康需求呈现多层次、多元化发展态势，我们一方面期盼着医疗技术精益求精，另一方面也期盼医疗服务更加周到。而公立医院也到了从“量的积累”转向“质的提升”的关键期。

[返回目录](#)

· 医保动态 ·

感受“飞检”——国家飞检组赴苏州开展基金飞行检查纪实

来源：中国医疗保险

2021年10月25日晚8点，黑龙江省医保局基金监管处四级调研员杨家富终于回到了在苏州落脚的酒店。飞检多日，这是他第一次在晚上10点前下班。原本只打算暂时歇歇脚的他，直接坐在酒店大堂睡着了。这是杨家富来到苏州的第八天，也是国家飞检组正式在苏州开展检查的第四天。早七晚十在医院检查、再回到酒店连夜开会的工作节奏，让这位刑警出身、有20余年刑侦经验的询问专家，重新做回了一天三盒烟的“老烟枪”。作为黑龙江省医保局在组建时特意从公安部门调来负责基金监管的专业人才，杨家富参加过多次国家与地方的飞行检查，见证了几年来医保飞检的发展与变化。他说，此次在苏州的飞行检查，是在总结此前飞检经验的基础上开展的，准备更充分、流程更科学了！

医保飞检，是医保管理部门依照有关法律法规，对定点医药机构开展的不事先告知的现场检查。国家医保局成立以来，医保飞检作为医保基金监管的一种重要手段，每年进行多轮，在维护人民群众的“救命钱”方面发挥了重要作用。

2021年10月21日，2021年度国家医保局赴江苏省飞行检查启动会在苏州市狮山国际会议中心举行。这标志着2021年下半年新一轮国家医保飞检正式开始。

随机抽签选对象

此次飞行检查由国家医保局与国家卫生健康委、国家中医药管理局联合开展，国家医保局牵头组织，委托黑龙江省医保局组成飞检组具体负责飞检事务。

在如何挑选检查与被检查单位方面，国家医保局有着周密的设计。

据国家医保局联络员汪守成介绍，国家医保局单独制作了随机抽签系统，根据历年飞检情况随机抽取负责飞检省份与被检省份，要求在配对中避开曾被检省份成为飞检省份。换句话说，如果甲省曾经飞检过乙省，那么在后续检查中，乙省就不能负责甲省飞检，这样可以更好地保证国家医保飞检的公平与公正。

黑龙江省与江苏省在本次抽签中被匹配为一组。黑龙江省派出省医保局副局长王福学带队，这是国家医保飞检中第一次由厅局级领导带队；江苏省最终推荐苏州市作为被检城市。

金秋十月，气候宜人，桂子飘香，阳澄湖的螃蟹正肥，苏州人来人往。从确定被检城市到飞检组成立并进驻只有短短几天时间，突击飞检在严格保密的同时，也让苏州市医保局的配合工作颇为棘手——由于是旅游的黄金时节，苏州市酒店爆满，短时间内难以协调出适合飞检组入住的酒店。

“10月18日飞检组的‘先头部队’就要到了，我们要在两天内确定飞检组住所和启动会会议厅。打了一圈电话，不仅够大的会议厅

没有了，所有酒店也都没有足够的客房，都快愁死了。”苏州市医保局基金监督处处长陈晓磊说着又笑了起来，“总算运气不错，有个酒店突然取消了一个大旅游团的预定，这才有地方能让整个飞检组住下。不过飞检正式开展前的启动会还会有很多江苏省医保局的同志参加，只能把他们安排到不远处的另一个酒店。再加上启动会又安排在两家酒店之外的狮山国际会议中心，所以我们最终安排了三个地方。”

参加启动会的除了国家医保局相关领导、国家医保飞检组、江苏省与苏州市负责相关工作的同志，还有苏州所有定点医疗机构的负责人。国家医保局基金监管司副司长段政明做完动员讲话后，会议厅的大屏幕上分别打出苏州市三级医疗机构、二级医疗机构、一级医疗机构和康养机构中医保基金支付最多的前 10 家机构。这也就意味着，本次飞检的抽选结果即将在这 30 家医疗机构里产生。

苏州市医保局工作人员准备了两套抽取方案，一种是通过电脑系统随机抽选，一种是摸球。最终选择的是更加传统、也更具仪式感的摸球。

橙色的小收纳箱内放入写好“1—10”十个数字的乒乓球，为了区分 6 和 9，工作人员还特意将“6”用中文“陆”来标记，再将收纳箱顶盖的拎手部分卸下，就做成了一个简易摸球箱。本次飞行检查组组长、黑龙江省医保局副局长王福学目光平视前方，在全场的见证下，抽取了两家三级医疗机构、两家二级医疗机构、一家一级医疗机构和一家康养机构作为被检查对象。国家飞检组将在接下来约一周的

时间内检查其中一家三级医疗机构、一家二级医疗机构和一家一级医疗机构，其余则交由苏州市医保局进行自查。

强化培训印教材

随着近几年医保飞检的经验积累，医保部门的飞检方式也逐步完善，流程更严谨，更加注重依法办事、依规办事。在动员讲话中，段正明副司长多次强调，飞检组要实事求是、做实证据，对发现的问题依法依规处理。

与以往相比，本次飞检有两大变化。

第一个变化，是首次在正式进院驻检前，先开展业务培训，专门请广东省佛山市医保局基金监管科科长黎展贞、四川省医保局基金监管处副处长龚煜、黑龙江省医保局四级调研员杨家富三人，讲授了医保行政执法程序、行政检查取证注意事项与询问技巧。除杨家富外，其他两位老师虽不是本次飞检组的成员，但也大有来头：黎展贞科长曾在国家医保局规划财务和法规司借调，并参与了《医疗保障基金使用监督管理条例》的编制，是医保队伍中稀缺的法律人才；龚煜副处长在进入医保部门之前，曾当过十几年警察，从狱警到民警，搞了十几年行政执法工作；再加上擅长沟通询问，会打心理战的老刑警杨家富调研员，阵容可谓强大。“补课”意图也很明确，三位老师针对医保飞检组易见的短板——行政执法的规定程序、询问笔录与复制证据的注意事项、行政处罚决定书需要的明确内容、执法记录仪的使用方法、询问实战中常见难题与解决方法——进行突击培训，目的在于规

范飞检工作人员的办案方式，提升办案技巧与效率。

第二个变化是首次编制并发放了《医疗保障基金飞行检查指南(试行)》，从此飞行检查有了可以学习查阅的工作手册，飞检的标准化与规范化迈上新台阶。

抽丝剥茧找线索

2021年10月22日一早，国家医保飞检组正式进驻被检的三级医疗机构。为了减小对医疗机构的影响，飞检组的大巴停在了医院大楼侧门。简短的医院进点会后，飞检组在位于五层的“员工之家”里迅速进入工作模式。

本次国家医保飞检组约有60人，分为决策组，医疗组，笔录、信息与保障组，物价财务组，经办机构检查组五个组别，囿于人手原因，几组之间成员互有交叉。

决策组由骨干人员组成，组长为王福学，他们的主要任务是当日飞检结束后对检查情况进行总结，提前安排第二天的工作。医疗组集合了黑龙江省各大医疗机构的临床医学精英，组内分设内科、外科、中医、检验、仪器设备等小组，主要负责对纳入医保基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用等实施检查，收集违法违规行为的证据材料。笔录、信息与保障组是最早一批抵达苏州的检查组成员，早在飞检启动会开始的几天前，他们已经提取了医保端结算数据和医院HIS端数据，并完成了对数据的初步核验与筛查，为医疗组的重点排查打下基础。同时，这个组还负责询问与笔录，是做实证据链上颇为重要

的一环。物价财务组负责对定点医疗机构医保基金的收支情况、银行账户管理、药品和医用耗材进销存数据等情况实施检查，组员多为黑龙江省各大医院的财会管理人员。经办机构检查组主要负责对医保经办机构内部管理、经办服务，以及有无侵占、挪用医保基金等违法违规问题进行检查。

多次飞检已经形成了一套较为成熟的工作流程：首先，通过核查病历、检查财务系统、比对进销存数据、调查病房等方法，排查出超标准收费、分解收费、套餐收费、高靠收费、串换收费、重复收费等疑点问题；然后检查人员在临床科室及相关辅助治疗科室进行实地核查，通过询问等方式进一步确定疑点问题，经过讨论为问题定性，确认是否违法违规；一经确认，问题则移交笔录组，由该组对医疗机构相关工作人员进行正式询问并做笔录，且笔录结束会让被询问人员签字确认；最后将定性的问题递交给信息组，由信息组在医疗机构的数据中挑选出同类问题，计算金额，予以定量。

这是一套枯燥而繁重的工作。“员工之家”不大的屋子里摆满了连接医院 HIS 系统的电脑，2020 年 1 月至 2021 年 6 月这一年半的病历全部被提取出来，在摊开一地的病历里，医疗组与物价财务组成员不断同医疗机构员工进行沟通，听取解释，并抽丝剥茧地找到线索。初步发现问题后，还要继续翻找其他病例，直到找到同类问题，通过多个同类线索互相印证才能对问题正式定性。

询问的进度没有想象中顺利。防御是本能，杨家富十分理解被询

问的医疗工作者沉重的心理负担。面对戒备明显、消极应对、模糊作答的被询问人，他娴熟地运用目光和手势等肢体语言鼓励被询问人说出事实；但是离签字只剩“临门一脚”之际，被询问人突然矢口否认、擅自离开，还是让他郁闷不已。

信息组是唯一有第三方数据公司参与的工作组，他们自带电脑设备，来去随身妥善保管。前期进行数据处理时，由于提取数据出现错误，部分数据要重新运行，信息组倒班熬了两个通宵。

国家飞检组在“员工之家”、隔壁临时搭建的食堂之间两点一线，每日工作十几个小时；同样辛苦的还有苏州市医保局的工作人员，他们也在驻检现场随时待命，负责与医院的沟通协调，解释本地医保政策。

10月24日起，国家飞检组分出“小分队”，由飞检组副组长王金梁带队，对其他被抽检机构进行检查。随着“员工之家”里往来身影逐渐减少、声音逐渐平静，本次飞行检查进入收尾阶段。

沟通交流听申诉

10月26日晚，在医院一座古色古香的小院子里，被检三级医疗机构的相关领导和科室负责人与国家飞检组对坐，在正式定下检查结果前，双方就国家飞检组初步检查出的问题与拟合计追回医保费用金额进行沟通。事关医院收入，院方代表列举原因激烈辩解；立足百姓利益，飞检组引用规则平静陈述理由；双方交锋过后，院方有一晚时间来提交申诉材料。

这次会议也是在本次飞检中首度增加的环节，意在建立沟通机制，让被检医疗机构有机会发声，说出合理理由，医保部门再结合申诉进行考量。这既有助医保飞检结果更加科学，也能促进医疗机构与医保部门的和谐关系。

10月27日上午，所有被检医院与经办机构完成申诉并在确认书上签字，最终裁决的尺度是国家医保法律法规与苏州本地政策规定，所有结果将依法依规定论。

后记

10月27日下午，2021年度国家医保基金飞行检查江苏反馈会召开，标志着本次为期一周的飞检圆满结束。在苏州最美的季节，不少飞检组成员终于有时间去酒店隔壁的商场，吃一顿不知是否地道的蟹黄面，第二天一早再飞回已经飘雪的黑龙江。

苏州市医保局的工作仍在继续，他们要对照本次飞检发现的问题进行查处。12月8日，苏州市医保局召开国家飞检总结警示暨国家医保信息平台上线动员大会，责令全市各定点医药机构将2020年以来的相关违规费用于2022年1月31日前主动退回属地医保基金账户，市医保部门将择期进行抽查。

就在黑龙江飞检组工作进入尾声的时候，吉林飞检组已经集结完毕，向下一个目的地出发。同时，全国各地还有更多飞检组也做好了准备，随时待命。

[返回目录](#)

黄华波：DRG/DIP 改革的 4 个基本问题

来源：中国医疗保险

对于医保支付方式改革，2021 年底三件大事具有里程碑意义：一是国家医保局 101 个城市 DRG/DIP 试点收官，全部开始了实际付费；二是国家医保局下发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》（以下简称《三年行动计划》），部署“十四五”期间全面完成 DRG/DIP 改革任务；三是国家医保局召开第一届 DRG/DIP 付费大会，超过 200 万人线上线下参加，媒体广泛深入报道。如此，DRG/DIP 改革的实践准备、政策准备、舆论准备、工作准备都取得重大突破，实施工作进入快车道，也必然会催生更多的学术尤其是实证研究需求。

同时，社会上还有一些顾虑，甚至怀疑，比如，DRG/DIP 是否真的管用高效，是否符合我国国情；国外实践中普遍发生的医院推诿病人、降低医疗质量等问题，在我国是否会出现乃至更严重；DRG/DIP 分组涉及大量临床知识，系数权重等又都晦涩难懂，如果广泛推开，医院、医保的工作能力是否跟得上。针对这些顾虑，我们有必要剖析 DRG/DIP 改革蕴含的价值逻辑和工作逻辑，以价值分析为主线，以实践落地为支撑，剖析其运作机制，以打消社会顾虑，增强公众信心，更好凝聚共识。不妨分解为四个基本问题，即价值取向、价值导向、价值实现、基础支撑，作重点探讨。

第一届 DRG/DIP 支付方式改革大会在京召开。

价值取向

一是价值分析。

价值取向是支付方式改革的出发点，也是采取不同支付方式的前提和依据。支付方式是联结医疗和医保的桥梁，医疗医保双方满意的支付方式，必须是能够保证医保医疗同时实现各自价值追求目标。如果双方价值追求与社会普遍的公众利益一致，而这种支付方式又能够促成医保和医疗同时实现这样一个公益性目标，则这种支付方式是有效的、符合社会利益的。相反，如果某种支付方式的作用结果是双方都不能或一方不能实现自己的价值目标，则这种方式无疑是失败的，必须进行改革改变。

有必要对医保和医疗双方的价值取向作简要分析，以及这种价值取向是否会因为支付方式不同而有所不同。或者说，在项目付费、人头付费、DRG/DIP 付费等方式下，医保医疗两者的价值取向是否有所变化？答案是显而易见的。价值取向没有也不会发生变化。两个部门的价值取向取决于国家政权性质和制度安排，以及我国的历史文化传承和世界普遍的公序良俗。

二是职业操守。

支付方式既涉及对医院行为的影响，也可能对具体的医护人员个体行为产生机制性影响。从医护人员行为看，作为一项事业，医者仁心的职业操守，医疗护理等职业的公益属性，并不因支付方式不同而改变，古今中外一以贯之。在我国，“但愿世间人无病，何惜架上药生尘”，家喻户晓；在西方，有希波克拉底誓言、医学日内瓦宣言、

南丁格尔誓言。在吸收我国历史传统和西方医学伦理精华基础上，我国当代的《中国医学生誓言》《中国医师宣言》等，都融入了自觉维护医学尊严和神圣，患者至上，增进人类健康等核心内容。

三是部门职能。

作为重要的政府职能部门，按党中央要求，卫生健康和医疗保障主管部门增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，在坚持以人民为中心、促进健康中国建设、增进人民健康福祉上的价值取向是一致的、一贯的，不会因支付方式不同而发生变化。这既体现在党中央、国务院及两个部门相关法律法规政策文件的规定中，体现在两个部门官宣和公开发表的文章中，也体现在两个部门自上而下的工作部署和工作要求中。

四是价值认同。

从上述分析不难理解，无论是作为独立个体医护人员的普遍性、一般性价值追求，抑或是作为群体的医护行业的职业约定和职业操守，还是作为管理者的卫生健康和医保主管部门的工作目标、任务政策和行为要求，在维护人民健康、提高国民健康水平、促进健康中国建设方面的价值追求是完全一致的。这也成为主要利益方可以达成明确共识，通过改革优化支付方式，从而提高医疗保障绩效、提高医疗服务绩效的前提和基础。

价值导向

前面分析了价值取向问题。价值取向如何实现，需要配套合适的

路径来保证。对于共同的以人民为中心、促进国民健康的价值取向，路径安排表现在多个方面，医保支付方式无疑是重要的路径安排之一。建立管用高效的医保支付机制是《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出的四大核心机制之一。机制是制度的灵魂，只有良好适宜的机制，才能表达出制度的理想作用，产生期望的效果。

一是价值偏差。

价值取向与最终效果并不会自然一致。辩证看，完全一致并不是常态。常态是目标和路径之间常会有一些程度的偏移或偏差，偏差有时很大，甚至背道而驰，寓言故事“南辕北辙”隐含的就是这个道理。1998年我国正式建立职工医保制度，开始主要实行项目付费。项目付费直观、方便、简单，能够较好适应医保制度建立初期医保管理服务能力和社会接受水平的实际。医保项目付费机制下，医药服务的规模和营收利润具有一致性，医药服务方出于主动考虑或被动压力，倾向于粗放式扩大医药服务规模，疏于精细化管理并形成“破窗效应”，日积月累形成一定程度的过度医疗、过度用药、过度检查等现象，甚至成为较普遍现象，也出现一些医务人员只用贵的或回扣高的、不用便宜合适的药品耗材等情况，其结果当然是损害了医疗和医保健康保障的价值取向，个别医院和医护甚至异化到只求个人私利、罔顾社会公德、借医疗之名行谋财害命之实的极端，媒体也时有报道。

二是支付方式。

既然单纯的项目付费从机制上可能导致价值偏移，日积月累愈加

严重，进行改革优化势所必然。鉴于我国医保统筹基金主要支付住院医疗待遇，因此住院医疗费用的支付方式成为优先改革领域。借鉴西方国家多年实践的经验教训，我国部分地区开始探索 DRG 和 DIP 支付方式改革工作。先是在北京、沈阳、淮安等一些地方自发开展，2019 年起国家医保局组织 101 个地市大规模开展试点，并于 2021 年底结束，同时发布新的《三年行动计划》，全面推开 DRG/DIP 改革工作，部署“十四五”期间全面完成。

三是作用机制。

虽然 DRG/DIP 付费与项目付费条件下，卫生健康和医保部门的价值取向是一致的，但由于支付标的不同，期望最终产生不同和更好的效果。到底能好到什么程度，是否可以校正部分医疗机构和医务人员的行为偏差，更好回归一心为患者服务、促进健康中国建设上来？从部分地方实践探索和理论推演看，可以取到一定效果。相对于以前单纯项目付费，DRG/DIP 付费机制有利于促成医院及医务人员在追求团体利益、个人利益和患者利益、社会利益上达成一致，形成新的价值导向机制。这种新的价值导向机制，又可以从内外两个方面来理解。

其一，内部激励机制。有人通俗讲，医保 DRG/DIP 付费是“打包付费”“预付费”“主动买单”“价值付费”等，都是从不同角度描述 DRG/DIP 付费的特点。也有人拿点菜制和自助餐作类比：点菜制下，饭店为了营收和利润，希望顾客点菜越多越贵越好，浪费多少都无所谓；自助餐下，饭店不仅希望顾客吃好吃满意下次再来，还要求顾客

吃多少拿多少不要浪费。回到 DRG/DIP 付费，因为是打包付费、结余留用、超支自担或分担，加之事先商定每个病种支付标准，具体的医疗项目、检查项目、药品耗材都成为病种服务包的成本，促使供方尽可能控制成本、减少浪费。对于医疗机构，有助于激发加强精细化管理、控制成本、获得结余留用收入的内生动力；对于患者，仍按项目结算自付部分，“明码实价”保护了患者消费的透明性、结算的及时性；对于医保，按 DRG/DIP 组整体打包结算，使医保基金结算享有“打包付费”的优势，有助于提高医保基金使用效能。

其二，外部竞争机制。如果说内部激励机制有利于医疗机构控制成本，减少浪费；外部竞争机制则有利于促进医疗机构进一步强化精细化管理，同时努力提高服务质量。竞争压力来自三个方面：(1) 同行竞争。DRG/DIP 付费下，由于病种分组时考虑了年龄、并发症、治疗方式等因素，项目付费下医疗服务行为不可比成为可比较、好比较，方便开展医疗服务行为横向纵向分析。医保部门可以组织协商谈判，确定病种分组、权重和系数，浪费大、成本高的医院不具有优势；卫生健康部门可以借此开展临床路径和医疗服务质量管理；医疗机构可以自发开展院内院际交流，加强医院精细化管理。(2) 患者选择。医保部门可以在开展病种分析比较的基础上，将比较结果适度公开公示，内部或公开晾晒有关病种在不同医疗机构的成本、成本构成和治疗效果等，增强医疗服务行为的透明性，同时组织患者满意度调查等，开展服务绩效评价，帮助患者用脚投票，选择服务质量更优、口碑更

好的医疗机构。(3) 医保考核。在比较分析、绩效评价的基础上，医保可以通过预算分配、系数和权重调整等管理手段，奖优罚劣，绩效越好的医疗机构受益更多。

四是输出效果。

从上述分析看，DRG/DIP 改革的根本目的，就是要重构医保医疗价值导向机制，提高医保医疗价值取向与实现路径的契合度，减少路径偏差。从地方实践情况看，过去三年 101 个地区试点，以及之前多个城市的自发探索，都初步显示出病种支付的改革路径相对于项目付费的纠偏效果。比如，试点地区普遍表现出次均费用下降、住院床日减少、患者自负比例下降、大医院 CMI 上升、医院普遍得到结余留用激励、医保基金支出增速放缓等。比如辽宁省沈阳市 2020 年医保基金统筹支出同比下降 18%，住院人次同比下降 23%，轻症人次同比下降 33%。浙江省金华市 2017 医保年度市区医保基金实际支出增长率为 6.53%(改革前三年平均增长率为 14%)，2017 年医保年度(7 月至次年 6 月)市区患者自费自付医疗费用同比下降 7.46%，减轻群众负担近亿元，患者负担增长率较 2016 年下降 14%。从 2020 年 1 月至 7 月运行情况看，江苏省无锡市试点三级医院人次和费用占比同比下降 3.4%和 3.8%。云南省昆明市 2018 年 5 家试点医院职工和居民医保住院费用增长率分别下降到 1.58%和 4.49%，较 2017 年分别下降了 4.97 和 4.29 个百分点；2019 年 DRG 结算医院职工和居民医保住院费用增长率分别下降到-1.31%和 3.29%，2020 年又进一步下降到-2.3%和

2.5%。

总体看，不同支付方式，项目付费、DRG/DIP 付费、人头付费、床日付费等，都各有利弊，目前还没有绝对好、万能的支付方式。项目付费方便易行、对医药创新有好处，但易导致过度医疗、过度检查用药等问题。DRG/DIP 付费则相反，有利于控制费用，但可能导致医疗不足和推诿病人。不论是过度医疗，还是医疗不足，都会对患者利益造成损害，违背医疗和医保的价值取向。目前 DRG/DIP 试点成效只是初步的、阶段性的，能否较长时期保持住有效性甚至更好，不仅需要后续实践持续检验，更需要在今后的实践中不断改进完善并加强监测监管。如同开车，需根据道路情况，不断调整方向盘，不停纠偏，才能保证正确的行驶方向。

价值实现

有目标、有路径，还需要工作实践才能达成目标。2021 年底，国家医保局发布《三年行动计划》，明确“十四五”期间推进 DRG/DIP 支付方式改革四个方面十六项主要任务。围绕《三年行动计划》，工作层面需要解决做什么、怎么做和怎么用三个方面的问题。

一是做什么。

十六项任务很明确，但并非处于一个平面，而是有先有后、有轻有重、有主有次，且这种轻重主次先后之分又具有阶段性特点，不同时期、不同地区不尽相同。在具体的工作摆布方面，可以从三个方面来理解：其一，突出重点。对于已付费地区和未启动地区，工作重点

显然不同。未启动地区工作重点宜放在前期准备、数据分析、分组测算、系数分值协商谈判，信息系统模块开发、业务人员培训、医院编码管理和系统对接等方面；对于已实际付费地区，工作重点则应转到核心机制建立完善、病种对比分析和绩效考核评价、监测监管等方面，工作越是深入推进，越要强调核心机制建设、绩效考核评价和基金监管。其二，突破难点。比如，有的地区启动初期难点是领导决心和部门共识，有的地区是缺乏启动资金，有的地区则是数据清洗、测算和病种分组困难，有的地方则是系统建设和功能开发上线成为障碍。这就需要各地针对当地实际锁定难点集中攻关。其三，补齐短板。工作短板主要表现在医保专业人员、工作能力、信息系统，医院病案管理等方面的支持，宜提前谋划，及时补齐。

二是怎么做。

经过三年 101 个地区试点，DRG/DIP 工作的各个环节、不同情形基本上都有探索涉及，积累了丰富的经验和教训。后跟进地区可以通过第一届 DRG/DIP 支付方式改革大会等渠道，对接相关地区学习借鉴。怎么推动更有效，从地方经验看，重点表现为三方面工作机制：其一，组织推动机制。包括制定详细的工作方案，明确目标任务和时间安排等；构建组织工作机制，加强组织领导，明确人员、明确责任、明确时限要求；加强工作调度，及时发现解决问题，提炼总结工作经验。其二，骨干培养机制。DRG/DIP 改革顺利推进，必须有熟悉 DRG/DIP 原理和方法的业务骨干和人员队伍。不仅医保系统内部需要精干的组

织者和业务骨干，系统外也需要专家队伍支持，医疗系统也需要相应的业务骨干协同实施。需要建立健全培训机制，加快专业人才培养。其三，学习交流机制。既要充分发挥已有试点地区的示范引导作用，也要开发新的工作典型。可以以国家为单位，也可以省为单位，组织系统内外交流学习，最大程度避免教训少走弯路，最大程度学到经验指导实践。

三是怎么用。

如何用好 DRG/DIP 付费改革机制，需要明确至少两个层级的应用和产出。其一，中间用途。比如通过 DRG/DIP 的比较机制，开展病种分析比较评价，用于总额预算管理、医院绩效管理、医院成本管控、引导患者就诊和分级诊疗等。其二，最终产出。就是建立完善医保价值付费新机制，形成新导向，提高医保基金保障绩效，为提高人民健康福祉，为健康中国建设服务。这方面需要开展真实世界研究，全面、客观、真实评价 DRG/DIP 付费效果，实现医保价值付费。

基础支撑

建立和完善新的管用高效的医保支付机制，重塑医保的价值导向并真正起到作用，需要强有力的基础支撑条件。主要体现在四个方面。

一是标准规范。

101 个城市试点时，国家医保局确定了“五个一”工作目标，即制定一组标准、完善一系列政策、建立一套规程、培养一支队伍、打造一批样板。不难看出，标准规范是重点，包括分组标准、操作规范、

数据采集规范、编码规范、付费办法等。制定并统一标准规范，有利于解决标准不统一、横向比较困难的问题。2019 年以来，国家医保局先后制定了全国统一的 DRG 技术规范和分组方案，DIP 国家病种目录库，并要求试点地区严格执行国家标准，实现了全国“一盘棋”，为实现全国内可比较奠定了基础。国家医保局还制定了 DRG/DIP 经办规程，进一步规范和明确了支付方式改革的操作规范和标准。各地在实践过程中，必须严格执行这些国家规范标准。

二是信息系统。

信息系统支持是 DRG/DIP 运行的基础。前期准备工作需要开展大数据分析，有的地区涉及多年积累的千万条数据，对这些数据进行梳理、标化、聚类分析、比较研究等，都离不开信息系统的支持，最后形成适应本地实际的分组体系。在实施过程中，更需要利用信息系统开展预算管理、结算清算管理、绩效考核评价、可视化分析展示等，需要信息系统实现数据的上传下达和横向分析比较。国家医保信息系统实行国家、省级两级布置，这就需要各省份以及各统筹地区在国家医保信息系统平台的基础上，结合本省份、本地具体需求，完善 DRG/DIP 系统模块功能，提升系统支撑能力。

三是人员能力。

DRG/DIP 改革关键还是靠人来推动来实现。无论是医保部门还是具体医疗机构，都需要大量精准掌握 DRG/DIP 付费原理和规范标准，熟练使用 DRG/DIP 付费工具的主管领导和业务骨干，这就需要通过多

种途径加强能力建设。《三年行动计划》明确国家层面要加强培训，实施“双百行动计划”，不少地方在落实本地三年行动时提出了更大规模的培训安排。预计再用几年的时间，全国医保和医疗机构可以培训出一大批精通 DRG/DIP 付费的业务骨干。

四是社会氛围。

好的社会氛围可以为 DRG/DIP 改革创造宽松的环境。这就需要讲好 DRG/DIP 改革故事。讲故事不能千篇一律，需要区分不同对象，因人因时施教。比如，对医保系统领导和一般工作人员，重点要讲 DRG/DIP 改革对医保的意义和作用、改革的战略策略问题；对医保部门的业务骨干，要打开 DRG/DIP 付费的黑匣子，讲清楚病种、权重、系数等来龙去脉，调整原理和方式方法，以及相关标准和流程规范等，要多组织交叉学习、会议培训、实际操练；对于医疗领域业内人士，重点宣讲对医院、医药的意义和作用，定期不定期发布相关横向纵向比较分析数据，取得最大程度支持和配合；对社会，可以通过论坛、研讨会等形式，重点讲对推进医改、促进健康中国建设、提升我国国际竞争力的意义等；面向群众，要重点讲对合理诊疗、合理用药、减轻群众费用负担的积极作用，争取群众信任、理解和支持。

[返回目录](#)

· 医疗健康 ·

共建国家区域医疗中心!北京大学人民医院与石家庄市人民政府正式 签约

来源：北京大学人民医院

2022年4月13日上午，北京大学人民医院与石家庄市人民政府共建国家区域医疗中心网络签约仪式正式举行。

此次签约标志着，北京大学人民医院与石家庄市政府开展专业全覆盖、全方位深度战略合作正式迈入新阶段。双方将以此为开端，共同建设打造服务石家庄，面向河北省，辐射京津冀的区域医疗中心，为国家“京津冀”协同发展战略和“健康中国”战略贡献力量。

河北省省委常委、石家庄市委书记张超超，石家庄市委副书记、市长马宇骏，国家卫生健康委医政医管局焦雅辉局长，北京大学医学部刘晓光副主任，河北省直属相关部门、石家庄市政府及直属市直相关部门负责同志，石家庄市人民医院党委书记曹琴英、院长赵玉斌及部分领导班子成员，与北京大学人民医院院长王俊、党委书记赵越等党政领导班子全体成员，医院相关学科带头人、职能处室负责人分别在京石沪三地相聚在云端，共同见证这一历史性时刻。

习近平总书记指出：“人民健康是社会主义现代化的重要标志。”以习近平同志为核心的党中央把维护人民健康摆在更加突出的位置，作出实施健康中国战略的决策部署。

河北省作为京津冀一体化的重要组成部分，作为一个拥有绝对地

理优势的人口大省，在《河北省“十四五”医疗卫生服务体系规划》中明确，支持具备条件的设区市与北京等地高水平医院合作建设国家区域医疗中心，强化国家区域医疗中心引领作用，辐射和带动全省、京津冀区域乃至华北地区的医疗卫生服务能力提升。

为进一步解决群众异地就医、看病难等问题，落实国家京津冀协同发展规划和区域医疗中心建设试点工作方案，建立城乡统筹、功能互补、连续协同的医疗卫生服务体系，石家庄市人民政府发出邀请，经与北京大学人民医院充分友好协商，紧紧围绕区域内群众急需医疗资源短缺和异地就医较为突出的疾病诊疗需求，双方决定依托北京大学人民医院与石家庄市人民医院，合作建设国家区域医疗中心，即“北京大学人民医院石家庄医院”，努力打造成为服务石家庄，面向河北省，辐射京津冀的区域医疗中心。

石家庄市人民医院党委书记曹琴英指出，石家庄市人民医院与北京大学人民医院合作由来已久，石家庄市人民医院作为项目落地医院，加倍珍惜这次合作机会，高起点、高效率、高质量推进项目建设，依托北京大学人民医院学科和管理优势，力争共同打造立足石家庄市、辐射华北区域，高水平的国家区域医疗中心。

北京大学人民医院党委书记赵越指出，北京大学人民医院作为一所百年老院拥有一流的医疗团队与突出的学科优势，综合实力均处于国家第一方阵。此次合作是两家“人民医院”优质医疗资源跨省深化合作的新起点，双方将紧密合作，全面提升“北京大学人民医院石家

庄医院”医疗、教学、科研等能力和水平，达到国家区域医疗中心设置标准，以实际行动向党的二十大献礼！

北京大学医学部副主任刘晓光表示，北大医学积极倡导学科交叉融合，聚焦重大现实问题、积极服务国家战略需求、提升科技创新能力。人民医院作为北大医学重要组成部分，为北大医学的发展做出了巨大贡献。相信通过此次合作，双方在建设国家区域医疗中心的工作上将获得更大的成绩。

国家卫生健康委医政医管局局长焦雅辉表示，北京大学人民医院石家庄医院的建设将有效缓解当地群众异地就医、看病难，实现“大病不出省”的目标，并进一步带动河北省整体的医疗服务水平和能力的提升，对于京津冀医疗协同发展具有重要意义。此次协议签署是个良好的开端，期望双方落实《区域医疗中心建设试点工作方案》等文件要求，为进一步深入合作奠定坚实基础。

省委常委、石家庄市委书记张超超表示希望北京大学人民医院和石家庄市人民医院的专业技术、科研、学术学科建设、人才培养等方面，进一步深化务实合作，共同打造高水平的国家区域医疗中心。石家庄市委市政府将全力做好服务保障，创造有利条件，推动双方合作取得更大的丰硕的成果。

中国工程院院士、北京大学人民医院院长王俊与石家庄市委副书记、市长马宇骏共同签署《共建国家区域医疗中心合作协议》。

合作协议本着“顶层设计、优势互补、互惠共赢、以点带面、分

步实施、持续改进”原则，紧紧围绕区域内群众急需医疗资源短缺和异地就医较为突出的疾病诊疗需求，充分发挥北京大学人民医院技术引领和管理主导作用，开展专业全覆盖、全方位深度战略合作。

北京大学人民医院负责国家区域医疗中心合作共建工作的规划布局与统筹安排，利用先进管理模式对石家庄市人民医院实行同质化管理；通过输出医务、护理管理人员及技术骨干等，开展科技创新和临床教学等工作。力争通过 3-5 年努力，全面提升“北京大学人民医院石家庄医院”医疗、教学、科研等能力和水平，达到国家区域医疗中心设置标准，建成立足石家庄市，辐射华北区域，集医疗、教学、科研、预防、康复为一体高水平国家区域医疗中心，满足区域内患者就医需求，有效减少区域内患者外转，提升区域内医疗服务保障能力。

[返回目录](#)

应承认照护老人是社会劳动，给家庭照护承担者发工资

来源：北京日报

全球人口老龄化进程发展迅速。联合国在 1990 年提出的“老年人五项原则”的第三项是照护，世卫组织据此在 2000 年提出了老年人长期照护。中国 2022 年年初发布的《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》中，明确指出将稳步建立长期护理保险制度。

在老龄社会 30 人论坛和盘古智库老龄社会研究中心近日举办的专题研讨会“长期照护的国际共识与概念框架”中，中国社科院社会政策研究中心原秘书长、中国社科院社会学所研究员、老专家协会副

会长唐钧表示，不应该把中国传统文化和整个国际共识对立起来，中国面临的很多社会问题都是国际共同的问题。应该把对老年人的健康服务跟医疗服务区分开，医养结合的说法混淆了概念。“全职太太职业化”应恰当表述为照护活动的社会化，要承认包括照护老年人在内的照护活动是社会劳动，可以像世界很多国家一样给家庭照护承担者发工资。

有人认为，在老龄化进程中，中国愿意从事老年服务的劳动力不多。唐钧表示，这实际上是全球共同的问题，各国普遍缺乏愿意从事老年服务的劳动力，使得居家养老服务成为最主要的国际共识。以欧洲为例，95%的老人都在家养老，这是出乎国内许多人意料的。

他进一步指出，中国面临的很多社会问题都是国际共同面临的问题，例如低生育率常常被归咎于计划生育政策，但在全世界生育率最低的东亚地区，中国是唯一执行计划生育政策的，生育率却并非最低。

“把中国传统文化和整个国际共识对立起来是不对的。现在形成的国际共识中已经有很多中国传统文化的影响和融入。”唐钧表示，人类命运共同体理念的重要价值在当今世界更加凸显。

1991年第46届联合国大会通过了《联合国老年人原则》文件，包括独立、参与、照护、自我实现、人的尊严五个方面。第三条照护包括非正式照护、健康服务、社会和法律保护、享有人权和基本自由。唐钧指出，照护原则中一半内容有关权益保护，因此必须把照护和护理区别开。

唐钧指出，中国正处在应对老龄化社会的窗口期，60岁以上人口占比达到18%，仍处于轻度老龄化的阶段。目前中国60岁至65岁老人占老年人总数的三分之一，60岁至70岁占59%。老龄化的负担还不算太重，但老年人绝对数量很大，因此要为应对重度老龄化社会做好充足准备。到2050年，中国老龄化程度可能达到33%到35%的高峰。

唐钧表示，应该把对老年人的健康服务跟医疗服务进行区分。健康的老龄化不仅指没有疾病，因为对大多数老年人来说，维持功能发挥最为重要。假使身体存在疾病，但只要功能发挥正常，一个老人仍然处在健康的老龄化过程当中。

“医养结合的说法混淆了概念，不应该把健康老龄化跟医疗、治病联系在一起。可以采取的应该是康养结合，健康服务和医疗服务是两回事。”唐钧说。

今年全国两会期间，全国政协委员、广西壮族自治区柳州市人民检察院副检察长韦震玲提交提案，建议立法保护家庭全职成员的利益和合法权益，将在家庭全职从事家庭服务视为一个受法律保护的合法职业，媒体称为“全职太太职业化”。

唐钧认为，“全职太太职业化”更恰当的表述应该是照护活动的社会化，要承认照护孩子、照护病人、照护残疾人、照护老年人等照护活动是一种社会活动，是一种社会劳动。从这一角度出发，可以给家庭照护的承担者发放工资，这是世界很多国家的做法，称为社会津

贴或社会工资。应该公正地对待有偿和无偿提供长期照护的劳动力，让他们得到应有的社会地位和社会认可。

[返回目录](#)

• 中医药服务 •

推进中医药纳入家庭医生签约服务

来源：中国中医药报

近日，国家卫生健康委、国家中医药管理局等六部门联合印发《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》，明确指出，要加强中医药服务。坚持中西医并重，加强基层医疗卫生机构中医科和中医馆建设，改善中医药服务场地条件和设施水平，推进普遍将中医药服务纳入签约服务内容，加强签约团队中医药人员配置，鼓励家庭医生(团队)掌握和使用针刺、推拿、拔罐、艾灸等中医药技术方法，提供中医治未病服务。一分部署，九分落实，推进普遍将中医药服务纳入家庭医生签约服务内容，应多措并举，多方发力，积极解决居民认可度、信任度不高、专业人才缺乏、服务方式单一等问题。

在家庭医生签约服务中，居民是否愿意接受中医药服务，是推进此项工作的关键所在。一要增强自信。世界卫生组织发布《世界卫生组织中医药救治新冠肺炎专家评估会报告》，指出中医药能有效治疗新冠肺炎，降低轻型、普通型病例转重率，缩短病毒清除时间，改善轻型和普通型患者的临床预后。这正是中医“未病先治、既病防变”

的有力证据。中医药学中的“上工治未病”与现代家庭医生签约服务“以预防为主”的理念高度契合，中医药治未病优势突出。因此要充分利用各类媒体和平台，加强宣传中医药家庭医生签约服务特点和优势，合理引导居民接受中医药服务。积极挖掘服务质量好、百姓认可度高的优秀中医家庭医生服务团队，以及运用中医药让居民少生病、迟生病、不生病的典型案例，起到发挥正面示范作用，提高居民认可度和信任度。二是政策兜底。注重发挥中医药在家庭医生签约服务中的作用，将一定比例的基本公共卫生服务经费用于家庭医生中医药签约服务，增加基础性中医药服务包的内容，提供包含中医体质辨识、治未病、健康管理和康复指导等的“个性化服务包”。建立绿色双向转诊通道，给家庭医生中医药服务团队预留一定比例的专家号、优先安排住院床位等，方便居民就诊和住院，增强签约服务吸引力。医保政策也应给予支持，在医保基金中，设立专项资金用于中医药家庭医生签约服务。三是服务有效。在签约中，要注意避免被签约、签而不约的现象，同时应做实做细中医药健康管理服务，做到提量(签约数量)与提质(服务有效)并重，提高居民对中医药服务的感受度和满意度，提高居民参与的积极性。同时建立家庭医生中医药签约服务考核评估机制，对基层医疗卫生机构中医药服务综合能力、中医签约医生服务团队及医生满意度等指标进行量化考核，并根据情况，适时调整考核指标。

家庭医生中医药签约服务能否落地落实，需要以中医药服务团队

为支撑。一是建立服务团队。建议成立“中医全科医生+中医师+中医护士+公卫人员”的家庭医生签约团队。至少要配备一名相对固定的中医类别全科医生或中医专业人员，作为签约服务第一责任人，负责直接与居民签订服务协议及日常签约服务工作的开展与实施。团队其他健康管理人員，应为接受中医保健知识技术培训的中医类别医师或其他类别医师、护理或者其他卫生技术人员，能够为签约对象提供中医健康指导、中医健康宣教等服务。二是提升服务能力。遴选三级中医医院中医专家对接家庭医生团队，提供技术支持和业务指导。实施中医特色诊疗技术推广与应用、基层中医特色服务项目建设，以及“基层名中医工作室”“中医专家师带徒”等人才培养项目，进一步强化对家庭医生中医药团队服务的支撑，实现基层中医药服务均衡化、优质化与特色化发展，满足居民中医药健康服务需求。三是增强人才储备。通过定向培养、招录等方式，在农村定向免费招录中医学生，培养一批掌握中医辨证论治思维和能力的全科医生。

家庭医生中医药签约服务要具有吸引力，就要丰富中医药服务形式和内涵。一是整合服务内容。以制定实施中西医融合基本公共卫生服务包为切入点，将中医药技术方法融入大健康管理。按照基本公共卫生服务和中医药健康管理要求，制订重点人群、重点病种等中西医结合基本公共卫生服务包。二是提供多元服务。根据人群的分类和需求，提供不同的中医药特色服务。在老年人、慢性病患者的签约服务中，为签约对象提供针灸、推拿、拔罐、刮痧、贴敷等中医适宜技术

和中药代茶饮、食疗、养生保健指导等个性化服务，引导签约居民应用中医药保健养生知识，普及饮食调养、生活起居、运动健身、穴位按摩等中医养生方法。在0~6岁儿童的签约服务中，提供小儿推拿、中医饮食调养等服务，满足个性化需求。三是创新服务形式。将“线上+线下”有机结合，提供线上健康管理、咨询、转诊等服务，开通线上“中医课堂”，发布生动有趣、新颖独特的中医科普短视频，让签约对象足不出户享受中医药服务。对特殊人群，如长期卧床和行动不便者，开展上门服务、延伸服务；对于一般人群，要结合签约居民基本健康情况，充分利用中医优势，积极为其提供健康咨询、健康指导等服务，确保签约服务覆盖面持续扩大，签约服务质量和满意度持续提升。

[返回目录](#)

建好重点中医专科 推动中医院发展

来源：国务院办公厅

专科强、专业强、县域强，国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》明确提出，加强临床专科建设“引领公立医院高质量发展新趋势”，以专科发展带动诊疗能力和水平提升。笔者认为，作为县级中医医院，要做到这些，应以改革创新为动力，从以下三方面，建好重点中医专科，才能答好时代之问，推动公立中医医院高质量发展。

找准重点中医专科建设方向

《“十四五”国家临床专科能力建设规划》明确提出，普遍提升主要临床专科能力，在国家、省、市(县)、机构层面提出不同层级的工作任务。针对县级医院，要着重加强基础专科建设，而在实际中，综合医院的快速发展，给中医医院带来很大压力，中医医院专科建设如何突出重围?实现差异化、特色化发展是需要首要解决的问题。中医医院在进行专科建设时，一定要结合当地的疾病谱和本院的优势病种，制定建设方案，明确建设周期，在确定中医的优势病种方面，应统计近三年全年来院就诊人次，以使用中医治疗方法最多、中医特色最显著、疗效最好的疾病为重点，确定专科建设方向，并以优势专科为引领，补足短板，才能真正实现医院高质量发展。近年来，四川省三台县中医院通过分析患者需求和中医药优势，着力加强骨伤、肛肠、儿科、妇科、针灸、推拿等专科发展建设，成功创建儿科、肛肠科、针灸科、肺病科、骨伤科、妇科等省级重点中医专科6个，心病科、脾胃病科等市级重点中医专科2个。

加速重点中医专科人才培养

在建设重点中医专科中，人才是基础。没有人才，重点中医专科建设就无从谈起。《“十四五”国家临床专科能力建设规划》要求机构层面“加强专科人才队伍建设。坚持引进与培养相结合，以培养为主的原则，建立人才培养机制”。在选择培养重点中医专科人才时，应选喜欢这个专科，并且安心为这个专科工作的医生，做到选得出，愿意干、用得上、干得好。近年来，三台县中医院坚持以“育”为核

心，构建“雁型”人才梯队建设模式，旨在形成涵盖技术骨干、中坚力量与青年医师的重点中医专科人才队伍。针对技术骨干，注重把好遴选关，选拔高层次人才作为专科带头人加以重点培养。对引进的高层次专业技术人才给予政策倾斜。针对中坚力量，将专科发展和专科人才培养相结合，强化专科专病专技进修学习，提高专科诊疗能力。如针灸康复科选送青年骨干学习微创针刀镜技术，并在县域内独家开展该项技术，做到“人无我有、人有我优”。针对青年医生，开展“中医提高班”，组织青年医生通过强化中医四大经典及其临床实践应用培训，同时建成两个国医大师传承工作室、一个国家级基层名老中医药专家工作室，全面提高培训针对性有效性。

在重点专科建设中突显中医特色

重点中医专科是推进医院可持续发展、高质量发展的重要载体和基石，而医疗技术是支撑专科发展的根本。《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》提出“彰显中医药在疾病治疗中的优势”。重点中医专科如何彰显优势？一要形成特色专科集群。围绕中医药在疾病防治中的特色优势，遴选建设中医药优势专科集群，创新集群化专科建设模式，建设高质量、同质化、集约化的新型专科发展模式，形成区域均衡、城乡同质的发展格局。如打造治未病中心、肛肠中心等。二要提高专科优势病种诊疗能力。筛选中医优势病种，完善中医优势病种诊疗方案和临床路径，提高重大疑难疾病诊疗能力和疗效水平。建设中医医疗技术中心，挖掘整理并推广应用安全有效的

中医医疗技术和中医非药物治疗。三要加强专科特色院内制剂研发。运用中医医院原创优势，加强基于古代经典名方、名老中医经验方、有效成分或组分等的中药院内制剂研发，为专科特色发展提供支撑。

三台县中医院从优势病种和疗效独特的中药着手，大幅提升中医专科服务能力。以骨伤科为例，推广中西医结合、多学科协作诊疗模式，全力推动提升专科医疗服务能力。筛选单纯性胸腰椎骨折、锁骨骨折、桡骨远端骨折等中医优势病种，采用传统与现代技术相结合的方法治疗，率先在本地区开展“手法复位结合 KPK 技术治疗胸腰椎压缩性骨折”“小夹板结合牵引治疗儿童股骨干骨折”等技术，扩大了骨伤科在全县的竞争力和影响力。开展夹板固定、艾灸、磁疗、中药外敷、中频脉冲电治疗等非药物诊疗技术，探索骨科康护一体化管理，研发二乌活络酒、化腐生肌烧伤油 2 种院内制剂，广泛应用如意金黄散、新伤散、壮筋续骨膏、祛瘀消肿软膏及骨关节痛软膏 5 种临方配制，增强骨伤科的核心竞争力。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

☎ 电话：010-68489858