

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第27期

(07.01-07.07)

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。)

• 医院管理 •

▶ [DRG 支付改革下, 二级医院该如何调整运营策略?](#) (来源: 中国医疗保险) ——第 7 页

【提要】DRG 支付方式改变了传统按项目付费的模式, 转变为按病种付费, 从而有助于激励医疗机构提高服务质量并促进医疗资源的合理配置。本文以江西医学高等专科学校第一附属医院(以下简称第一附属医院)为例, 探讨 DRG 支付改革下, 二级医院应如何调整其运营策略, 以适应新的医保支付制度, 提高机构的运营效率和医疗服务质量。

▶ [主动迎接医保支付方式改革, 推动公立医院高质量发展](#) (来源: 厚立医视野) ——第 15 页

【提要】高质量发展是“十四五”时期乃至未来更长一段时间公立医院发展的主题。2021 年, 国务院办公厅印发的《“十四五”全民医疗保障规划》(以下简称《规划》)提出, 到 2025 年底, 以疾病诊断相关分组(DRG)为主的多元复合医保支付方式在全国普遍实施。如何适应医保支付方式改革, 推动公立医院高质量发展, 成为摆在公立医院管理者面前的一大难题。华中科技大学同济医学院附属协和医院(以下简称武汉协和医院)实践着“控成本、增效益、强支撑”三大路径, 分享大型公立医院在 DRG 支付方式下改革的高质量发展路径, 以

供其他医院管理者借鉴参考。

• 集中采购 •

▶ [医疗机构药品集中带量采购实施现状如何？](#)（来源：北京市海淀区医保局）——第 28 页

【提要】药品集中带量采购(以下简称“药品集采”)是我国深化医药卫生体制改革的重要举措，通过规模化采购以达到降低药品虚高价格、减轻群众负担、规范采购渠道、纠正行业不正之风的目的。本文通过对北京市海淀区医疗机构药品集中带量采购工作的实施现状进行调研，分析存在的问题及原因，针对性提出对策建议，以期为相关政策制定、后续措施出台、优化服务管理等提供参考。

▶ [“4+4”，持续推进集采提质扩面](#)（来源：首都医科大学国家医疗保障研究院）——第 39 页

【提要】药品耗材集中带量采购制度化开展以来，按集采前价格测算，化学药品和高值医用耗材覆盖金额超三分之一，为降低患者药耗经济负担发挥了关键作用。近期，有关部门先后发布集采相关重点计划，为下一步工作指明方向，集采改革即将进入新阶段。

• 医保快讯 •

▶ [医保频出新政，让生育不再是负担！](#)（来源：第一财经）——第 46 页

【提要】近日，国家医保局已将《产科类医疗服务价格项目立项指南(试行)》(下称“产科类立项指南”)作为第8批医疗服务价格项目立项指南优先出台，回应学科呼吁，满足群众需求。天津财经大学财税与公共管理学院研究生导师金牛对记者表示，规范产科类医疗服务价格项目、辅助生殖技术纳入医保等医保政策，在一定程度上有助于减轻生育成本，使有生育打算的群众获得较好的生育体验，减缓生育一孩时的生育焦虑，从而在一定程度上增加生育多孩的意愿，但生育意愿能否转化为生育行为，还要看养育和教育方面的成本和体验。

▶ [国家医保局通报医院涉嫌欺诈骗保情况，大数据监管模型如何“立功”？](#) (来源：21世纪经济报道) ——第53页

【提要】在今年的医保基金飞行检查工作中，国家医保局强化大数据监管模型运用，提前通过大数据模型筛查发现可疑问题线索。在此次辽宁省和河南省的飞行检查中，飞行检查组均根据大数据筛查线索，对医院进行全面检查，最终发现违反诊疗规范、涉嫌欺诈骗保等问题。

• 中医药 •

▶ [“五融合”助推中医药健康旅游产业发展](#) (来源：中国中医药网) ——第59页

【提要】面对人民群众的健康需求向多样化、多层次转变，为保障人民群众全方位、全周期享有安全有效方便的中医药服务，《陕西省“十四五”中医药发展规划》中提出“创建中医药跨界服务体系”“鼓励

有中医药文化底蕴的景区景点开辟中草药观赏线路、健康体验区”。

“推进文化与信息、工业、农业、体育、健康等产业融合发展，提高相关产业的文化内涵和附加值”，积极探索中医药健康旅游产业高质量发展的有效路径。

▶ [挺起中医药青年科技人才“脊梁”](#)（来源：中国中医药网）——

第 62 页

【提要】中医药青年人才作为中医药事业发展的中坚力量、中医药未来发展的原动力，肩负着“继承好、发展好、利用好”中医药的历史重任。应当赶在他们精力最充沛、最有创新动力、最“初生牛犊不怕虎”的阶段，发掘好、调动好、培养好他们。加大力度扶持中医药青年科技人才高质量发展刻不容缓。这是中华中医药学会青年委员会组织开展“中医药青年科技人才成长发展需求”调研的结果。调研发现，中医药青年专家普遍反映的一些问题，严重制约了青年人才成长和发展。

• 地方动态 •

▶ [河南：实施数字健康发展专项，完成卫生健康领域垂直系统整合](#)

（来源：大健康派）——第 66 页

【提要】推进河南省大数据产业高质量发展，打造新质生产力，2024年7月3日，河南省工业和信息化厅、河南省发展和改革委员会、河南省科学技术厅、河南省通信管理局联合印发《2024年河南省大数

据产业发展工作方案》(以下简称《工作方案》),为数据要素市场培育工作规划了多个重点方向。

▶ [山东：在三级公立医院应用 AI 分诊系统](#) (来源：大健康派) ——

第 68 页

【提要】为改善人民群众看病就医体验,山东省卫生健康委近日印发《医疗服务提质增效行动工作方案》(以下简称《工作方案》),确定在全省各级各类医疗机构深入开展“医疗服务提质增效行动”,要求扎实实施医疗服务效率提升、老年人“数字鸿沟”跨越、诊后服务延伸、服务模式优化创新、服务支撑能力提升五个子行动,推动将“以病人为中心”理念贯穿于医疗服务各环节,不断提高全省医疗服务质量、效率和支撑能力,拓展医疗服务的深度与广度,提升医疗服务的规范化、舒适化、智慧化水平,切实增强群众就医获得感及满意度。

-----本期内容-----

• 医院管理 •

DRG 支付改革下，二级医院该如何调整运营策略？

来源：中国医疗保险

DRG 支付方式改变了传统按项目付费的模式，转变为按病种付费，从而有助于激励医疗机构提高服务质量并促进医疗资源的合理配置。在我国，DRG 支付方式改革已成为深化医保制度改革的一个重点。特别是在二级医疗机构，这一支付制度的实施对于优化医疗机构的运营策略、提高医疗服务质量以及改善患者的就医体验都产生了深远影响。

本文以江西医学高等专科学校第一附属医院(以下简称第一附属医院)为例，探讨 DRG 支付改革下，二级医院应如何调整其运营策略，以适应新的医保支付制度，提高机构的运营效率和医疗服务质量。

第一附属医院是一所专科特色突出、按照大专科小综合模式运营的公立二级甲等综合医院。目前，编制床位 260 张，实际开放床位 365 张；设有 22 个临床科室及 10 个医技科室。2022 年，医院门诊服务量为 201658 人次，出院 9242 人次。作为一家二级综合医院，体量不大，病种不丰富，且大部分病组权重费率无明显优势。因此，如何按照医保部门的部署和要求，稳步推进 DRG 付费改革落地，成为一项

全新的挑战。

第一附属医院立足院情，按照“转观念、建机制、促联动、求实效”的指导思想，建立院内医保、信息、病案、质控、医务、药械等多部门联动合作机制，形成责权明晰、齐抓共管的工作局面，保障医院 DRG 付费改革稳步推进。

主要做法

第一附属医院是上饶市首批 DRG 付费改革试点医院，于 2021 年 8 月 1 日进入 DRG 模拟付费试点，自 2022 年 1 月开始正式实施 DRG 付费。医院管理层对 DRG 付费改革高度重视，试点运行以来推进了一系列工作。

一是加强组织保障。DRG 付费作为一种新型医保支付方式，其有效实施离不开强有力的组织保障。为此，医院首先成立以院长为组长的领导小组，确保改革方向正确、政策落实有力。领导小组下设工作专班，由医疗、护理、财务、信息等相关部门负责人组成，具体负责 DRG 付费的日常管理和协调工作。

在模拟付费阶段，医院还设立了费用测算组和分组论证组。费用测算组主要负责根据历史数据，对 DRG 分组后的费用进行初步测算，为后续的付费标准制定提供参考。分组论证组则主要负责对疾病分组进行论证，确保分组的科学性和合理性。两个小组密切协作，共同为 DRG 付费的模拟运行提供有力支持。

进入付费阶段后，医院医保、病案、信息等部门之间的联动沟通显得尤为重要。第一附属医院细化各部门的职责，明确沟通流程，确保信息畅通、数据准确。其中，医保部门负责与上级医保机构对接，确保付费政策的顺利执行；病案部门负责病案的整理与归档，为付费提供准确的数据支持；信息部门负责系统的开发与维护，保障 DRG 付费的信息化运行；医疗部门负责确保医疗服务质量，降低诊疗成本；护理部门关注患者护理需求，提高护理效率；财务部门负责 DRG 付费的财务核算与监督，确保资金使用的合规性。在明确各部门职责的同时，医院 DRG 改革领导小组建立了 DRG 付费的监督与考核机制，对实施过程进行全程跟踪监督和评估。

二是开展多轮次宣传培训。首先，通过预热式宣传打消“懵”的心态、克服“怕”的心理、消除“套”的预期，强化“合规”的意识。对相关政策文件，医院分层级开展宣讲解读，让全院人员深刻理解 DRG 付费改革的必然性和必要性，提升主动投身改革的自觉性。其次，采用“外请专家+内部培训”的方式，分科室、分专业学组开展《病案首页书写规范和全流程质控》《疾病、手术操作分类和疾病编码与 DRG 应用》《DRG 分组规则介绍》等专题培训，提高临床医生病案书写能力。确定暂时不采用第三方软件系统辅助，杜绝临床医生“套码”的预期，促进临床和病案互动，边学边干边改，逐渐养成良好的病案书写习惯。最后，在梳理医保政策的基础上，领导小组成员深入各临

床科室与临床医务人员共同学习，并且不定期通过工作群转发基金监管违规案例，开展警示教育，强化合规意识。

三是善用高校科研力量助推改革。在 DRG 付费改革过程中，数据分析扮演着至关重要的角色。通过深入挖掘和分析数据，医院可以更加精准地掌握 DRG 付费的运行情况，为调整和优化付费策略提供科学依据。在 DRG 付费实施过程中，医院将医疗实践、教学培训和科学研究紧密结合，形成数据分析的强大合力。医疗实践中的数据是 DRG 付费分析的基础，医院通过收集和分析临床数据，了解不同 DRG 组的疾病特点、治疗过程和费用情况，为付费标准的制定和调整提供有力支持。同时，通过引入统计学、数据科学等相关课程，加强医务人员对数据分析方法和工具的理解和掌握。

四是保障病案首页质量。在 DRG 付费模式下，病案首页作为医疗信息的重要载体，其质量直接关系到 DRG 分组的准确性和付费的公正性。因此，确保病案首页的完整性、及时性、准确性和规范性是至关重要的。为了确保病案首页质量，医院采取了多项措施。

首先，制定了详细的 CHS-DRG 病案室首页上传和质控工作流程。该流程规定，病案室工作人员负责收集患者的病案信息，并进行初步整理，确保病案信息的完整性，避免遗漏关键信息。其次，为医生提供病案首页信息填写指导，明确填写要求和规范，确保医生能够准确、完整地填写首页信息。再次，设立专门的审核环节，对病案首页进行

逐一审核。审核内容包括但不限于患者基本信息、诊断信息、手术操作信息等，确保首页信息的准确性。审核通过后，将病案首页信息上传至医院信息系统，确保信息的及时性和可追溯性。最后，定期对病案首页信息填写质量进行质控评估，发现问题及时反馈给相关科室和医生，督促其按照完整性、及时性、准确性、规范性等“四性”要求进行整改。

五是强化信息技术支撑。信息技术不仅能够提高数据处理效率，还能确保数据质量和安全性，为 DRG 付费提供坚实的技术保障。医院制定了 DRG 数据传输管理工作流程，按期完成信息系统全面升级和相应接口的改造，确保上传信息的标准化、完整度和准确性、及时性。完善 HIS 底层医疗收费目录数据库建设，2021 年 4 月完成药品、耗材及诊疗项目收费字典库更新及编码核查，并根据近两年下发的最新目录做好动态维护。随着医疗技术的不断发展和 DRG 付费改革的深入推进，信息系统需要不断适应新的需求和挑战。为此，医院定期评估信息系统的性能和功能，及时进行优化和升级，确保其始终能够满足 DRG 付费的需求。DRG 付费涉及大量敏感数据，如患者个人信息、疾病诊断等。因此，医院采取了严格的数据加密、访问控制和审计措施，确保数据不被非法获取或滥用。

六是强化对医疗行为的监管与考核。医务、质控以“三个合理”为抓手，强化医疗行为监管与考核。质控科每月发布质控月报，对医

疗质量控制情况及 DRG 运行数据进行通报。启用合理用药系统，通过各类专项点评、运行病历医嘱审核等形式进一步规范临床用药。同时，建立临床医师合理用药年度积分卡管理制度。

七是加强医保科的协调沟通。首先，医保科作为医院 DRG 付费改革的牵头部门，制定了详细的实施方案和操作规程，明确医院内部各部门的职责和任务，确保 DRG 付费改革在医院内部有序推进。其次，搭建沟通平台。对内，确保医院各部门之间信息畅通，通过定期召开协调会议、建立信息共享机制等方式，了解各科室在 DRG 付费实施过程中遇到的困难和问题，及时给予指导和帮助。对外，医保科积极加强与医保部门的沟通协调，及时向医保部门反馈医院在 DRG 付费实施过程中遇到的问题和建议，争取政策支持，同时积极配合医保部门开展 DRG 付费的审核、结算等工作，确保医院与医保部门之间顺畅沟通。最后，医保科注重与患者沟通。通过开展健康宣教、设置咨询窗口等方式，向患者宣传 DRG 付费改革的相关知识，解答群众的疑问，提高群众对 DRG 付费改革的认知度和满意度，为改革的顺利推进营造良好的社会氛围。在沟通协调过程中，医保科注重收集和整理各方面的反馈意见，并对这些意见进行认真分析和研究，找出问题的根源和解决方案，不断完善和优化 DRG 付费流程和机制。

初步成效与结果

本研究 2022 年、2023 年共纳入病例 15168 例，其中，2022 年

6558 例，纳入职工医保病例 1619 例，占比 24.69%，居民医保病例 4939 例，占比 75.31%；2023 年 8610 例，纳入职工医保病例 1907 例，占比 22.15%，居民医保病例 6703 例，占比 77.85%。

先从 DRG 指标结果看。2023 年，全院住院病例数 8610 例，DRG 组数 306 组，DRG 总权重数 8670.11，CMI 1.01，时间指数 0.97，费用指数 1.02， $RW \geq 2$ 例数占比 2.92%。与 2022 年相比，病例数同比增加 23.88%，组数同比减少 2.29%，DRG 总权重数同比增加 24.41%，CMI 同比增加 2.97%，时间指数同比减少 3.09%，费用指数同比减少 8.82%， $RW \geq 2$ 例数同比增加 5.48%。

再从 DRG 分组顺位前 10 的 DRG 指标结果看。2023 年，DRG 分组顺位前三的分别是晶体手术，玻璃体、视网膜、脉络膜手术，角膜、巩膜、结膜手术。与 2022 年相比，顺位不变。除 CC19、BX29、NE19，时间消耗指数均小于改革前；除 CJ19、BX29，费用消耗指数均小于改革前。

体会与思考

第一，DRG 支付改革有助于促进二级医院实现精细化管理。DRG 支付是一种兼具激励与约束并行的机制。约束，即促使二级医院更加精确地诊断和治疗患者，以降低医疗成本、减少或避免医疗资源的浪费，提升医疗服务质量和效率，从而增加医院的经济效益。激励，即激励二级医院加强内部管理和成本核算，不断提升医疗服务质量和医

院竞争力，同时确保病案首页信息的完整性和准确性。第一附属医院的改革实践证明，2023 年与 2022 年相比，在 DRG 总权重数增加的情况下，时间消耗指数、费用消耗指数等指标均实现同比减少，说明 DRG 改革对二级医院加强内部管理、合理控制医疗成本发挥了促进作用。随着 DRG 改革的深入推进，二级医院内部的精细化管理水平、医疗技术和质量乃至整体竞争力必将不断提升。

医院的服务质量直接影响患者的满意度和医院声誉。二级医院需要不断提升服务质量，以满足患者需求，提高医院竞争力。DRG 支付改革对二级医院运营带来诸多利好和发展契机，包括增强精细化管理、控制医疗成本的动力，促进与上级医疗机构的协作以及提升竞争力等。这些利好和契机有助于二级医院在激烈的医疗市场竞争中保持稳健的发展态势。

第二，DRG 支付改革有助于二级医院调整运营策略，拓展发展空间。二级医院应调整收入结构，降低药品和检查等费用收入比重，开展健康管理和慢性病管理等业务，拓宽服务领域，增加收入来源。医院应建立完善的成本控制体系，通过合理采购、降低库存、提高设备利用效率等方式，降低医疗成本，特别要积极参加国家组织和省际联盟开展的药品耗材集采改革。同时，加强内部管理，减少不必要的浪费和损耗，提高资源利用效率。

第三，DRG 支付改革有助于二级医院提升服务质量和市场竞争力。

第一附属医院之所以在 DRG 改革中实现时间消耗、费用消耗同比减少之效，关键因素在于医院拥有一支高水平的医护队伍。这也启示二级医院要想在 DRG 支付等医保改革中获得更大更好发展，必须提高医生的诊疗水平，以高水平的诊疗吸引人，从而拓展医院发展空间。同时，二级医院应建立科学的绩效考核机制，对医生的诊疗行为、医疗质量、成本控制等方面进行全面考核。通过绩效考核，激励医生积极参与 DRG 支付改革，提高医院的运营效率和医疗服务质量。同时，二级医院应加强信息化建设，利用信息化手段提高管理效率和医疗质量，通过建设电子病历系统、远程会诊系统等，实现医疗资源的共享和优化配置。

[返回目录](#)

主动迎接医保支付方式改革，推动公立医院高质量发展

来源：厚立医视野

高质量发展是“十四五”时期乃至未来更长一段时间公立医院发展的主题。2022年6月，国家卫生健康委办公厅、国家中医药管理局办公室印发《公立医院高质量发展评价指标(试行)》，从党建引领、能力提升、结构优化、创新增效和文化聚力等5个方面评价公立医院资源消耗和专科服务能力，以推动公立医院转变发展方式、管理模式和资源配置方式。而医保支付方式改革被视为推动这一改革的重要组成部分。2021年，国务院办公厅印发的《“十四五”全民医疗

保障规划》(以下简称《规划》)提出,到2025年底,以疾病诊断相关分组(DRG)为主的多元复合医保支付方式在全国普遍实施。如何适应医保支付方式改革,推动公立医院高质量发展,成为摆在公立医院管理者面前的一大难题。

华中科技大学同济医学院附属协和医院(以下简称武汉协和医院)实践着“控成本、增效益、强支撑”三大路径,分享大型公立医院在DRG支付方式下改革的高质量发展路径,以供其他医院管理者借鉴参考。

1. 高质量发展阶段 DRG 支付方式改革对公立医院的要求

2021年,国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》(国办发〔2021〕18号),明确高质量发展的“五个新”目标,强调要深化医保支付方式改革,开展按疾病诊断相关分组付费国家试点。DRG支付方式成为推动公立医院高质量发展的重要推手。2022年出台《规划》,明确提出DRG支付方式覆盖所有符合条件开展住院治疗的医疗机构总体上看,医保支付方式改革将会成为推动公立医院高质量发展的重要经济杠杆,以支付方来调整医疗服务供给方行为。

1.1 高质量发展评价指标和 DRG 支付方式关键指标对比

2022年8月,国家卫生健康委印发《公立医院高质量发展评价指标(试行)》,围绕党建引领、能力提升、结构优化、创新增效、文化聚力等5个方面,细化为18个和24个具体定性、定量指标,对各

地公立医院高质量发展情况进行评价。而 DRG 支付方式改革是 2019 年启动试点并逐步全面铺开，其支付标准涉及总权重 (RW)、费率、DRG 组数、病例组合指数 (CMI)、高中/低风险 DRG 组死亡率等多项指标。对比其与高质量发展评价指标，不难发现：一是两大指标体系存在重叠。高质量发展评价指标中能力提升部分二级指标时间消耗指数、医疗质量指数，以及创新增效部分费用消耗指数均来自于 DRG 支付方式中重要指标，特别是医疗质量指数中低风险组病例死亡率、相对权重、CMI 均来自 DRG 指标。二是两大指标体系互为关联。高质量发展评价指标中能力提升部分的二级指标如专科能力指数，以及结构优化部分中的二级指标如出院患者三、四级手术占比、微创手术占比虽然不是直接来 DRG 支付方式指标，但其结果影响 DRG 支付标准。如三、四级手术占比与 CMI 值有关联。三是两大指标体系的支撑基础一致。其数据来源主要为病案首页，数据精确度有赖于信息化程度。因此，公立医院要实现高质量发展，势必要适应 DRG 支付方式改革，以其为杠杆，撬动医院医疗质量管理、运营效益、服务效率的全面提升。

1.2 支付对象细化对医疗高质量管理的要求

总额预付制下的医保支付方式注重医疗费用控制的“结果管理”，关注以医院为单位的费用控制情况。现行的以 DRG 为主的支付方式将医疗费用分解到各个病种或各类项目，以 DRG 组数、权重、病例组合指数 (CMI)、时间消耗指数、费用消耗指数等医疗“质”和

“量”的不同维度进行的综合评价，从要求医院管理方式从粗放式统筹管理转为精细化的科学管理，特别注重每个病种的服务效率(平均住院日、例均费用)、费用控制(药占比、耗占比、抗菌药物使用)、质量安全(不同风险组死亡率，三、四级手术)等。

1.3 支付标准细化对医院高效益运营的影响

据统计,部分医院医保收入占医院事业收入的比重高达80%~90%。医保基金成为医院收入的主要来源。在医院总额预付、超支不补背景下容易滋生“违规收费”现象,包括串换项目、套用项目等。随着DRG支付方式实施,“同一医院不同病种不同价、不同医院同一病种同城同价”要求公立医院,特别是相对同级医院服务价格更高的委属委管医院,要求改革成本核算方式,特别是开展病种成本分析和过程管控,务必以“以质取效”替代“以量取效”,防止出现“多做多亏”的现象。

1.4 海量数据复杂化对医院高效能支撑的要求

DRG/DIP作为一种精细化管理工作,涉及避免大量的数据,作用过程也较为复杂。不同于原先按项目付费直接结算,而是病案填写上报后间接结算,因此,对医院信息化水平、病案管理水平等基础性工作要求更高。有调查显示,首批DRG试点城市数据质量不符合标准、历史数据质量低等问题突出。因此,为保障“临床写得准、病案编得对、信息传得全”,医院需要升级信息系统,特别是病案系统、指挥

决策分析系统、预分组及费用等系统，提高数据收集、整理、分析的质量。

2. DRG/DIP 支付背景下大型公立医院高质量发展路径探索

2019 年，武汉市被纳入国家首批 DRG 支付试点城市。坐落在武汉的协和医院，自 2019 年起分科室试运行 DRG，面对规模大(床位超 5000 张)、工作量大(住院量超过 30 万人次，住院手术量 12.4 万台次)挑战，探索出“控成本、增效益、强支撑”推动公立医院高质量发展的实践路径，见图 1。

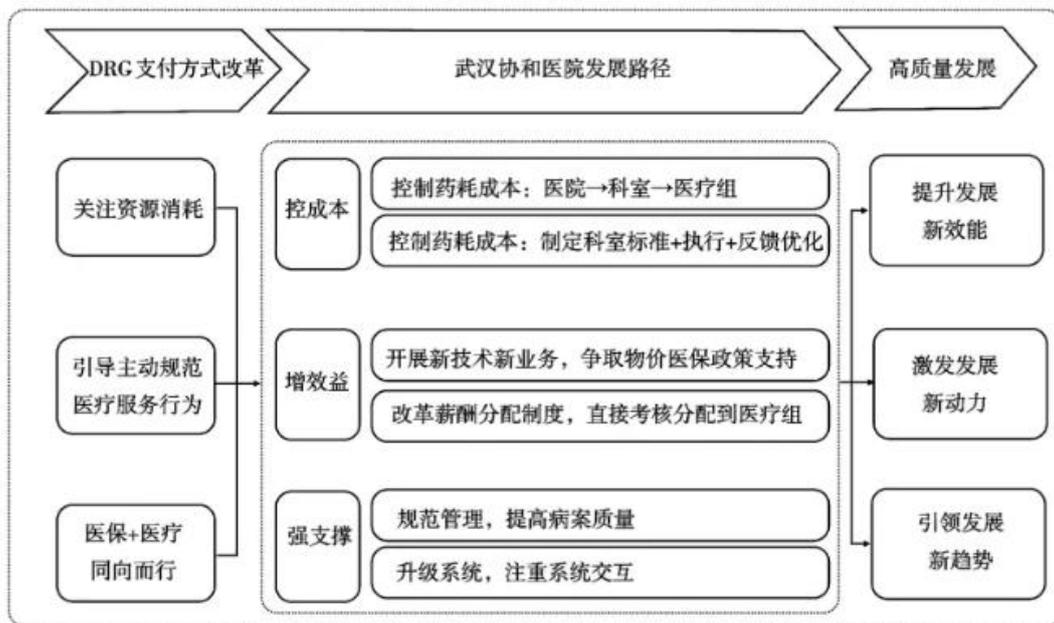


图1 DRG支付方式改革下武汉协和医院高质量发展路径

2.1 控成本

DRG 支付方式的背景下医保机构不再按照病人在院实际费用支付，而是按照病例所入诊断相关组付费标准进行支付，即医保支付=DRG 组支付标准-患者实际支付总额(例均费用)。换言之，医疗机

构费用控制不再仅是单纯控总额，而是要控制例均药耗成本和精准计算病种成本。

2.1.1 合理控制药耗成本

国内多数医院费用控制的策略是采用设定上限、限制供应“结果导向”的管理方式。武汉协和医院则是通过信息化支撑更加注重对诊疗过程的管控。

药品成本方面，通过升级合理用药监管系统、电子审方系统等信息化手段支撑，严格拦截禁忌证用药、超剂量用药，强化“事前指导”；进一步优化围手术期预防用药、特殊级抗菌药物会诊流程，通过合理用药处方点评（药师初评、专家组复核），特别是重点科室、重点医疗组、重点药品的点评工作，强化“事中监管、加强用药缺陷分级管理和不良记分管理，抗菌药物使用数据公示细化到医疗组，强化“事后”奖惩。其中，四级用药缺陷如无资质用药、禁忌证用药、无适应证用药等，每频次扣除药品使用金额 100%的当月绩效。不良记分达 12 分则停止处方权 1 次。

耗材成本方面，根据国家政策动态更新高值医用耗材目录清单，将拟使用的医用耗材纳入术前讨论，并将其条码贴入住院病历和耗材使用登记单中，以加强“事前预警”；建立部门间高值医用耗材信息大数据共享分析平台，将高值医用耗材数据信息与手术科室、手术名称、手术时间、手术医生、对应的 DRG 分组及标杆值相匹配，实现”

事中监管”；建立高值医用耗材使用情况公示制度，每季度公示 CMI、例均耗材费用及增长率前 5 的科室和医疗组；探索院内点评制度，根据每季度公示 DRG 组情况，针对数据异常的医疗组，随机抽取手术病历，开展点评；建立动态考核和监管机制，对不合理使用医用耗材的科室和医疗组，予以扣减绩效、暂停或取消带组乃至手术权限；与此同时，耗材使用评价结果也被视为目录清单动态调整的依据，对不合理使用品种可采取停用、重新招标等措施。

2.1.2 合理管控病种成本

医院层面，一是注重分层分类培训。面向临床医技科主任、医保物价等职能部门，邀请国家医保局专家开展培训，注重政策设计思路的讲解；面向全院各科室，由医保办组织省市医保局专家开展培训，注重结合科室数据开展分析。二是搭建 DRG 管理系统信息平台，覆盖医保管理相关实时费用监测、医保异常清单、病组分析报告。将医疗组相关 DRG 情况与武汉市医保患者 DRG 相关指标进行对比，指标覆盖例均盈亏、药耗占比、出院人数、平均住院天数等费用控制和医疗质量相关指标，可供科室和医疗组实时查询、及时改进。

科室层面，一是发挥专家作用，争取有利政策。组织专家积极参加省、市医保局组织的“DRG 专家权重论证会”，优化专科 DRG 细分组权重。二是制定专科白皮书。科室白皮书对该专科病组逐条拆解，对“主诊断、主手术/操作、并发症/合并症”的填写进行倒推，并提

出填写疾病、主诊断、主操作、并发症的建议。三是成立科室 DRG 自研小组，各医疗组分析亏损病例超额原因，后由自研小组统一反馈给医保办；再由医保办逐一分析各医疗组亏损原因后交由科室主任/副主任点评和规范治疗方案，最后由自研小组汇总整理、编入白皮书后进一步规范病案书写，再交各医疗组执行。以血液科为例，经过研究整改，该科从 2021 年 1-4 月医保超额金额费用内科第 1，转为 2022 年 3 月医保结余费用内科第 1，与此同时每月出院人次、CMI 值均呈上升趋势，均次费用则逐月下降。

2.2 增效益

目前，公立医院医疗盈余普遍减少，43.5%的三级公立医院医疗盈余为负。医保支付直接关系医院收入。按照 DRG 每个疾病组对应的权重，重症疾病分值高，轻症疾病分值低。因此，提高疑难重症比例，不仅能提高医院医保收入“含金量”，也能增强医院高质量发展新动力。

2.2.1 鼓励开展新技术新业务

目前，除北京之外，国内多数地区尚未将新技术新业务纳入医保管理的范畴。对于医院而言，积极开展新技术新业务，不仅是适应医保改革的需要，也是引领医学进步、推动医院高质量发展的需要。

完善新技术新业务管理办法。一是发挥专业委员会作用，加强准入管理。医疗技术分级分类申报后，由院内专家委员会和院外专家共

同审理后，并经由伦理委员会批准后方可实施。二是建立追踪评价机制，设有技术档案，每半年考核 1 次，对技术的效果、效益开展追踪性评价。每年评选新技术新业务超过百项，最高奖励金额达 10 万元，这也成为孵化技术成果的“摇篮”。2018 年，医院获评的两项国家科技进步二等奖，都曾获得院内新技术一等奖。

鼓励医务人员出国学习新技术新业务。鼓励专科组团或者个人出国学习具有一定稀缺性、先进性和可推广性的临床新技术新业务。如超声科所在的团队曾远赴美国布朗大学学习超声引导经皮二尖瓣修复手术，归国后开展了中南首例超声引导 MitralStitch(二尖瓣瓣膜修复系统)二尖瓣瓣膜修复术治疗。目前，该政策范围进一步拓展到国内顶尖学科。

争取物价支持。职能部门与临床科室合力，加强与省市医保、物价部分协商，将新增医疗服务项目试行 3 年后第一时间经过论证纳入医保，让更多群众以更适宜的价格享受到技术创新带来的福利。

2.2.2 改革薪酬分配制度

薪酬分配制度是引导医务人员合理诊疗、鼓励其收治重症患者的经济杠杆，将考核对象细化到医疗组。考虑到医疗组之间的费用差异，经测算，同一科室同一 DRG 组不同医疗组费用差异大，如脊柱融合术不同医疗组例均费用相差 2.31 万元。因此，医院实施主诊医师负责制下医疗组管理制度，将绩效考核的对象从科室细化到医疗组。与此

同时，为促进学科发展，保留科室 30%分配权。

考核指标融入 DRG 相关指标。一方面，鼓励开展高精尖手术和解决疑难病种，给予专项绩点奖励。以外科为例，根据风险系数、难度系数、操作时长，制定 3600 多项手术项目绩效点，如心脏移植术的手术绩点值为 125，而阑尾切除术仅为 10。另一方面，考核医疗质量和 DRG 支付情况，考核内容包括病案质量、医疗质量、DRG 例均费用和超支情况引导医务人员规范诊治方式。

2.3 强支撑

DRG 支付方式下，病案规范书写、信息系统支撑是实现精细化管理的重要支撑，也是引领公立医院高质量发展新趋势的要求。

2.3.1 规范病案管理病案

编码、首页填报涉及主次诊断、手术(操作)的准确性，直接影响 DRG 入组的合理性和权重的高低。如急性心肌梗死不伴有并发症 (FR15)RW=0.8，但急性心肌梗死伴有严重并发症或伴随症 (FR11)RW=1.61。

一是规范诊断和手术操作目录。以国际疾病分类编码(ICD-10)为框架，参考各专科相关疾病指南，规范疾病诊断，将规范化目录嵌入电子病历;统一不同科室手术目录录入标准，兼顾门诊、临床科室、医技科室;合并一意多表达，实现收治病种清晰化，如手外科规范前有 1957 病种表达，统一规范后剩 725 种。

二是注重病历质量全过程管理。开展运行病历质控，全面查症及时性，首页病程记录在患者入院后 8 小时内完成，手术记录在术后 24 小时内完成，上述项目未及时完成，则无法进行下一步操作；病历归档期限从出院后 7 天内缩减到 3 日内，逾期则按照 20 元/天罚款。注重终末病历质控，通过事后抽查、院内科室交叉查，督查运行病历完整性和内涵质量，每月抽取 5 个新科室 4-6 本病历和“回头看”5 个科室 2 本病历，对丙级病历、乙级病历、缺陷病历所在医疗组、科主任和科室质控员进行经济处罚。

2.3.2 信息系统互联互通

信息系统的集成与交互，是支付方式改革的基础，也是精细化管理的要求。既包括医院内部各种系统的集成，也包括医院系统与医保系统的交互。

上线医保管理系统。包括用于事前预警的医保智能审核系统，将该系统嵌入电子病历，实现关口前置，对违规用药等进行预提醒；用于事中监管的 DRG 管理系统，实现 DRG 组数、CMI、入组率、入住人数、平均住院日、医保总收入、入组总权重、例均盈亏等相关指标的实时监控与分析；用于事后管理的医保管理系统，可被用于科室提交复议申请、申诉和结果查询。

升级电子病历系统。电子病历是病历质控的重要抓手。因此，为适应支付方式改革，医院进一步完善电子病历功能，包括病历质量实

施监控、手术分级管理、临床路径管理和电子会诊管理功能。

3. 初步成效

3.1 医院层面：诊疗更规范、收支有结余、技术有创新、医院得发展

诊疗更规范：医院抗菌药物使用强度从2019年61.11DDD_s下降到2021年51.01DDD_s，特殊级抗菌药物日均会诊量从空白增至2021年98.5次/天。对比2019年和2021年数据，在手术人次同比增长9.13%的基础上，医院耗占比下降4.48%，例均耗材费用下降4.12%。

收支有结余：相比于2021年下半年DRG付费医保结算数据，2022年上半年全院各院区亏损费用占比和例均亏损费用均明显下降，全院亏损费用占比由10.1%下降至2.2%，全院例均亏损费用由2241元下降至434元，例均亏损费用下降1807元；2022年7月，非药非耗医疗收入与2021年同期相比上升3.61%。

技术有创新：近3年，医院年均立项培育新技术新业务200余项，牵头编制各类指南、共识37项，54项科技成果获省部级奖励。四级手术占比从2019年27.8%增至2021年的31.5%。体现诊疗技术难度的CMI在2020年位居湖北省首位。

医院得发展：连续3年在国家三级公立医院绩效考核中取得A+成绩。在2021年公布的复旦大学中国医院综合排名和中国医学院科技量值排名中，医院排名双双跻身全国前10位。

3.2 患者层面：负担得减轻、结算更便捷

在门急诊患者、住院患者、手术人次等工作量指标连年上升的基础上，2022年1-6月门诊次均费用增幅、门诊均次药品费用增幅，相较于2019年同期均呈下降趋势。其中2022年1-6月，住院均次费用增幅下降13.84%，住院均次药费增幅下降18.45%。门诊患者满意度从2019年的92.00%增至2021年的96.00%，住院患者满意度连续多年保持在98.00%以上。

4. 小结

按照国家医疗保障局《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》要求，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。对于医院而言，适应医保支付方式改革，优化结构、创新增效、能力提升等要求越发突出，与之相关医院精细化管理的探索和研究也越加重要。

武汉协和医院的改革实践，由于其推行改革基础和面临形势的独特性，其实践也存在一定局限，但是其“控成本、增效益、强支撑”的管理思路，在适应医保支付方式改革同时推动医院从粗放型管理迈向精细化管理，进而实现各项工作高质量发展。实际上，医务人员是医保改革的实践者，也是高质量发展的落实者，因此，该院通过薪酬制度改革、新技术新业务评选、病种成本管控等多种方式，将管控对象从科室层面细化至医疗组层面，通过培训引导、绩效激励、惩罚并

重等多种方式，让每一名医务人员熟悉其所在专科病种支付标准、规范诊疗行为同时创新诊疗技术、提高服务效率，以每一个人的发展进步带动医院整体高质量发展。这对于其他医院管理者而言，也不失为一种可借鉴的改革路径。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

医疗机构药品集中带量采购实施现状如何？

来源：北京市海淀区医保局

药品集中带量采购(以下简称“药品集采”)是我国深化医药卫生体制改革的重要举措，通过规模化采购以达到降低药品虚高价格、减轻群众负担、规范采购渠道、纠正行业不正之风的目的。本文通过对北京市海淀区医疗机构药品集中带量采购工作的实施现状进行调研，分析存在的问题及原因，针对性提出对策建议，以期为相关政策制定、后续措施出台、优化服务管理等提供参考。

一、药品集中带量采购进展情况

2019年1月，《国务院办公厅关于印发国家组织药品集中采购和使用试点方案的通知》(国办发〔2019〕2号)出台，按照“国家组织、联盟采购、平台操作”的总体思路，开展国家组织药品集中采购和使用试点工作。首批试点在北京、天津等11个城市开展，中选药

品涉及 25 个品种。此后，药品集采覆盖的地区范围、医疗机构范围、药品种类持续扩大，由试点城市逐步向全国推广，由公立医疗机构向部分民营医疗机构扩展，明确提出到 2025 年各省(自治区、直辖市)国家和省级药品集中带量采购品种达 500 个以上。

北京市统一搭建采购平台——北京市医保公共服务平台招采子系统(以下简称“招采平台”)，以推进医疗机构落实集采中选药品采购，规范线上采购行为。常态化制度化推进药品集中带量采购工作，在国家集采带量竞价模式的基础上，本市率先建立了带量联动、带量谈判和短缺药订单式采购等多种集中带量采购新模式，逐步完善国家组织、区域联盟、北京市三级采购体系，实现化学药品、生物制品、中成药三大领域药品的覆盖。海淀区已执行国家组织药品集中带量采购 9 批 374 个品种、省际联盟及本市自行组织的药品带量采购 4 批 115 个品种的中选结果。

二、医疗机构药品集中带量采购实施现状

以海淀区医疗机构完成第一到五批国家组织药品集采的平台采购数据为样本，结合本区部分医疗机构中从事药品采购工作人员的座谈、访谈内容，深入调研医疗机构药品集中带量采购实施现状，特别是对集采政策落实过程中存在的问题、原因进行归纳分析。

(一)海淀区医疗机构药品集采参与情况

海淀区医疗机构资源丰富，截止 2024 年 3 月 31 日，海淀区共有

1370 家医疗机构，其中非营利性医疗机构 559 家(包括政府办医 213 家、非政府办医 346 家)，营利性医疗机构 811 家。医保定点医疗机构共有 366 家，其中非营利性医疗机构 329 家(包括政府办医 203 家、非政府办医 126 家)，营利性医疗机构 37 家。

在第一到五批国家组织药品集中带量采购中，海淀区医疗机构采购中选药品金额为 40477 万元，占药品总金额的 21.48%，中选药品使用量为 27236 万支(瓶、盒等对应包装单位)，占药品总使用量的 52.63%。纳入集采采购药品品种超过 10 个的医疗机构涉及 326 家。其中大部分社区卫生服务站由上级社区卫生服务中心统一管理采购，不承担集采任务量，存在类似情况的还有具有上下级管理隶属关系的医疗机构等；部分仅承担公共卫生服务的医疗救援中心、仅对内服务的学校卫生站、公费医疗单位医务室等未参与药品集采工作。

(二) 医疗机构落实药品集采过程中存在的问题

经统计，医疗机构落实药品集采过程中存在的问题主要体现在：

1. “用而不报”，不报量、不采购中选产品但采购非中选产品；
2. “报而不用”，已报量但未落实中选药品进院或进院未采购；
3. “完成欠佳”，已报量但未完成协议采购量；
4. “保守报量”，完成约定协议采购量但非中选药品使用量占比较高；
5. “线下采购”，未按要求开展阳光采购，线下与企业采购结算，部分存在未按集采价格执行价格政策的情况；
6. “不按时结款”，未与中选企业按规定时限及时结算

贷款;7. “一刀切”使用集采药品, 忽视特殊患者需求等。

(三)原因分析

1. 集采药品供应方面

1.1 药品断供问题

第一到五批国家组织药品集采中均存在药品断供、中选企业优先供应用量大的医疗机构等现象。生产企业由于药品中选导致利润下降、需求增加, 影响药品的供应和质量。中选企业依据全国报量数据计划下一年生产量, 若医疗机构普遍“保守报量”, 实际需求远大于报量结果, 医疗机构报量不准确间接导致企业供应不足。

1.2 配送管理不完善

部分配送商配送积极性不高, 时间周期长;部分一级及以下医疗机构由于规模较小, 合作的配送商业有限且药品品种覆盖不全, 少数集采药品在对应的配送商中一直无货源。

2. 政策规定方面

2.1 医保药品目录调整

由于药品限定支付范围调整等政策原因, 导致该类药品使用量有所下降。例如, 2022年北京市医保药品目录中“氨基葡萄糖”因限定支付范围调整为“限工伤保险”, 医疗机构普遍反映未完成任务量。

2.2 抗菌药品指标限制

根据《抗菌药物临床应用管理办法》，医疗机构抗菌药物临床应用情况纳入医疗机构考核指标体系，考核患者抗菌药物使用情况，影响医疗机构抗菌中选药品任务量完成。

2.3 新冠肺炎疫情期间特殊规定

因疫情期间规定，不具备接诊发热、咳嗽等疑似新冠肺炎症状的医疗机构采购该类药品数量少；特殊时期由于患者需求量大、有货即采，未仔细考虑药品是否中选；部分药品由卫生健康部门配发。

3. 采购流程方面

3.1 挂网采购功能待完善

医疗机构院内采购系统与招采平台无法实现对接，重复增加采购入库工作量；医疗机构存在集采报量、采购等操作问题，拨打平台维护及相关部门电话，不能及时得到回应解决；部分医疗机构任务量及其完成情况数据存在误差。

3.2 采购流程复杂

药品集采涉及的流程多、周期长，报量、采购均不在同一平台，所用账户不同，医疗机构需要投入一定人力、物力参与采购的各环节，特别对于一些基层医疗机构而言，执行起来更为困难，造成集采报量等工作延误。

4. 临床用药方面

4.1 部分中选药品包装、规格、剂型不方便调剂和使用

部分集采中选药品包装量较大，拆零后不利于避光保存；部分集采中选药品规格为大剂量，临床常用规格为小剂量、无法进一步拆分调剂使用。

4.2 用药习惯问题

由于个体差异，部分患者对特定品牌药品有依赖性，更换药品可能会影响患者的治疗效果和依从性。临床医务人员用药习惯，例如对于精神类、抗凝类等药品，受限于中选药品规格、临床应用方案、实际疗效等因素，通常使用临床应用广泛的原研药。

5. 就医群体方面

5.1 部分患者使用中选产品意愿低

部分患者对特定品牌药品有依赖性，更换药品品牌意愿低，同时，海淀区经济发达，参保人知识、经济水平较高，倾向于使用原研药品。

5.2 患者就医波动性大

三级医疗机构接诊异地就医患者比例较高，就诊量与异地患者就医紧密相关。例如新冠疫情期间，由于疫情防控规定，导致海淀区三级医疗机构异地患者就诊量普遍下降，影响医疗机构完成集采任务量。

6. 医疗机构管理方面

6.1 医疗机构客观差异

一是规模不同。三级医疗机构通常规模大、患者多，集采工作涉

及院内采购、医保、物价、信息、临床等部门，对机构内部紧密联动要求高。二级及以下医疗机构就医患者用药依从性不如三级医疗机构，通常规模较小，一人多职、人员流动性大时有发生，面对新的采购流程时，难以迅速适应和调整。

二是属性不同。集采执行初期，仅要求公立医疗机构参加，未具有强制性，将落实集采相关要求纳入协议管理范围内后，医保定点非公立医疗机构参与集采比例上升。非公立医疗机构逐利性强，自主选择权大，集采对医疗机构回款要求高，非公立医疗机构回款压力大，参与积极性弱。

三是承担其他保障任务。海淀区积聚部队、大学、科研院所等单位。军队医疗机构担负着部队体系官兵、军休干部等就医保障，应保尽保、按需保障，军人就诊比重大，使用集采非中选药品现象较普遍；公费医疗单位内部医务室等，以公费医疗人群为主要保障对象，医疗费用不使用医保基金，集采激励措施对于此类医疗机构吸引力度不大。

6.2 未建立健全本单位常态化制度化工作机制

医疗机构对药品集采改革的重视程度不够，粗放式管理，未完善内部管理制度、绩效考核办法，未及时调整医疗机构药品目录及品规数限制，未做好集中采购药品和医用耗材的使用监测和分析等。

6.3 采购行为不规范

集采任务量统计以招采平台采购数据为准，医疗机构存在违规网下采购等不规范采购行为，导致该部分任务量未计入。医疗机构、挂网企业若未完成采购流程的确认，会影响集采任务量的计算。

6.4 对集采政策理解不到位

未做好医务人员培训解读和舆论引导工作。工作人员政策掌握理解不到位，未完全理解集采规则，不关注医疗机构集采任务执行情况。忽视报量的关键环节，常发生“漏报”“错报”“保守报量”，侥幸认为不参与报量也可以采购集采低价药品。

6.5 对合理用药缺乏重视

为保障约定采购量的完成，部分医疗机构采取限制医生处方权限、停用相同或相似药理作用的非中选品种、纳入医生绩效考核等行政手段干预临床用药，增加了临床不合理用药的风险。

6.6 其他

信息化程度低；医疗机构业务调整、改扩建、停业等原因。

7. 政府部门监督管理方面

7.1 监管机制不完善

集采工作牵一发而动全身，目前监管机制尚不完善，在保障中选药品进院、质量达标、供应稳定等方面，部门协同监管工作未能达到高效联动。

7.2 监管手段单一

通常采取传统的监督检查方式，未完善信息化采购监测功能，海淀区区级医保部门无招采平台等系统权限，不能动态掌握医疗机构集采政策完成进度、督促医疗机构按要求完成报量等操作。

7.3 政策宣传不到位

对集采政策的宣传力度不够，导致部分医生及患者对集采品种的药品质量信心不足。

三、促进医疗机构落实药品集中带量采购的措施及建议

(一) 完善政策支持

1. 编制集采指南、规范

根据药品集采涉及主体的不同，针对中选企业、医疗机构，分别制定集采全周期操作指南、行为规范，明确各主体责任清单，细化药品集采各环节要求，为药品集采政策落实与监管提供有力抓手。

2. 完善药品集采配套措施

进一步整合集采批次，统一执行时间，减少医疗机构管理压力；完善激励约束措施，提高医保基金结余留用比例，探索将异地就医人员节省的医保基金部分对医疗机构进行结余留用。

3. 优化集采采购规则

严格把关药品集采品种品规筛选，结合处方管理办法、国家基本药物目录、国家医保药品目录等相关文件，综合确定中选药品品种，参考临床用药指南和药品剂量、规格、包装等因素，选择出质优价廉、

适宜临床使用的中选药品。

4. 建立健全医疗机构集采药品指标调节机制

探索在特殊或特定情况下，畅通医疗机构互相调剂集采任务量的渠道，平衡临床用药多样性，引导医疗机构之间合理合规协商解决指标调整问题，加快北京市总体集采任务的完成。

(二) 抓细评估监管

1. 建立集采药品评价体系

持续开展集采药品真实世界研究，结合研究结果，围绕药品质量标准、不良反应等，探索建立集采药品临床疗效与安全性的综合评价体系。

2. 完善集采药品考核机制

优化医疗机构集采落实情况的评估指标，在合理用药前提下，结合卫生健康相关政策、疾病谱变化、药品政策调整等因素综合考量。及时对医疗机构公布考核细则，强化医疗机构对集采药品使用和管理。

3. 加强药品供应保障

加强药品供应评估监管，畅通医疗机构反馈渠道，遇药物短缺、药品质量、配送企业配送等问题及时向招采平台报告。建立医疗机构、采购平台对配送企业双向监管机制，对医疗机构反映的配送不规范的企业及时予以整顿。

4. 强化医疗机构监督检查

采用自查自纠、现场检查、数据分析、系统监测等方式，下发问题清单和数据，定期督促提醒，加强对医疗机构集采执行情况的监管，适时采取约谈、通报等方式提高集采监管力度。

(三) 深化集采共识

1. 加大培训宣传

医保部门积极为医疗机构提供带量采购相关的政策培训和系统操作指导，通过组织线上线下培训，制作学习视频、操作手册等方式，帮助医疗机构积极适应集采变化。进一步加大集采政策宣传力度，提高医师、群众对集采药品的认知度和接受度。

2. 推进部门联动

建立医保、医疗、医药跨部门协调机制，加强信息共享和沟通。建立联合监督和联动处置机制，积极协作配合，针对中选药品进院、质量达标、供应稳定等方面，细化责任分工，推进协同监管。

3. 强化医疗机构内部管理

医疗机构结合各批次集采落实文件要求，参考中国药师协会《医疗机构国家组织集中采购药品管理中国专家共识》等，从组织领导、报量测算、目录管理、监测分析等方面，严格落实阳光采购，实现医疗机构药品集采全流程精细化管理。

(四) 提升技术支撑

1. 优化采购流程

进一步完善采购平台功能，对采购流程进行优化和再造，高度整合报量、采购等平台，有效实现数据对接，打通医疗机构药品采购、库存管理和使用的全流程信息化管理，提高采购效率。

2. 推进智能监管

构建智能监控完善的招采平台，赋权各类监管部门，加强全方位监管体系建设。利用大数据、人工智能等先进技术对采购数据进行深度分析和挖掘，以发现潜在的风险和异常行为。通过数据驱动的方式，提高监管的精准度和效率。

[返回目录](#)

“4+4”，持续推进集采提质扩面

来源：首都医科大学国家医疗保障研究院

药品耗材集中带量采购制度化开展以来，按集采前价格测算，化学药品和高值医用耗材覆盖金额超三分之一，为降低患者药耗经济负担发挥了关键作用。近期，有关部门先后发布集采相关重点计划，为下一步工作指明方向，集采改革即将进入新阶段。

一、继续常态推进集中采购

2024年5月20日，国家医疗保障局办公室发布《关于加强区域协同 做好2024年医药集中采购提质扩面的通知》（医保办发〔2024〕8号），要求完善医药集中采购制度，推动集中带量采购工作提质扩

面，进一步提升地方采购联盟的能力和规模，实现国家和地方两个层面上下联动、协同推进，明确2024年工作重点，确保年内完成“十四五”规划目标。一是扩大联盟范围，形成全国联盟集中采购；二是加强统筹协调，合理确定采购品种；三是聚焦重点领域，积极推进2024年集采扩面；四是完善执行机制，增强集采制度效果。

2024年5月24日，国家医疗保障局发布《关于进一步推广三明医改经验 持续推动医保工作创新发展的通知》（医保函〔2024〕25号），要求加快药品耗材集中采购改革进度。继续大力推进国家组织药品和高值医用耗材集中采购，加强区域协同，指导和推动地方规范开展集中采购工作，支持和协调有意向有担当的省份牵头，各省参与，有针对性扩大药品和医用耗材集中采购品种范围，形成国家组织的药品和高值医用耗材集中采购、省份牵头的全国联盟药品和高值医用耗材集中采购为主体，省级集采为补充的集中采购新格局。做好集中采购协议期满品种的接续采购工作，巩固集采成果，群众同步受益。在加强统筹中发挥地方积极性与干劲，各省（自治区、直辖市）2024年提前实现“十四五”规划国家和省级药品集中采购品种达500个以上的目标，并加快推进。确保以集中采购为推动力实现更深层次、更高质量的“腾笼换鸟”，集中采购腾出的费用空间首先向人民群众释放改革红利，同时为促进体现新质生产力的新药、新诊疗项目进入临床应用腾出空间，为医疗服务价格调整创造条件。完善集中采购结果执

行机制，强化医疗机构和医药企业采购履约管理。全面完善医保信息平台招采子系统功能，依托省级集采平台开展全流程闭环交易活动，提升医药集中采购平台服务能力和服务水平，推动《医药集中采购平台服务规范(1.0版)》落实见效。持续开展集采中选产品临床真实世界研究，及时回应社会关切。

2024年6月6日，国务院办公厅发布《关于印发〈深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务〉的通知》（国办发〔2024〕29号），要求推进药品和医用耗材集中带量采购提质扩面。开展新批次国家组织药品和医用耗材集中带量采购，对协议期满批次及时开展接续工作。2024年各省份至少开展一批省级(含省际联盟)药品和医用耗材集采，实现国家和省级集采药品数合计达到500个、医用耗材集采接续推进的目标。进一步加强集采执行工作，落实集采医保资金结余留用政策，完善激励约束机制，促进医疗机构如实填报采购量并合理优先使用中选产品。加强集采中选药品和医用耗材质量监管。完善提升医药集采平台功能，加强网上采购监督，提高药品和医用耗材网采率。

二、四方面着力集采扩面

(一)联盟扩面。2018-2023年期间，国家组织集采、国家组织集采地方接续、省际联盟、省级、地市联盟、地市级、医院联盟、医院级药品耗材集中带量采购项目批次累计达到300个，涉及药品900种，涉及耗材150种，各地积极响应国务院办公厅《关于推动药品集中带

量采购工作常态化制度化开展的意见》(国办发〔2021〕2号),有效净化了医药行业生态环境,促进了医药产业创新升级。但是,集采项目过多,集采层级过低,以量换价博弈势能不足,集采规则规范程度有待提升,执行结果监管力度有待提高,政府行政成本和企业竞标负担有所上升。为完善集采制度,国家组织集中采购和省份牵头的全国联采为主力,省级集采为补充,将成为新阶段政府组织的集采新格局。

国家组织集中采购层面,将适时开展新批次国家组织药品集中采购。将按照“一品一策”的原则,适时开展新批次国家组织高值医用耗材集采。省份牵头全国联采层面,国家医保局将重点指导4个药品全国联采项目和7个医用耗材全国联采项目,见下表。

(二)品种扩面。按集采剂型口径统计,叠加国家组织集采,各省份目前已集采的药品数量在461-863种之间,每省平均471种,占药品总品种数的10%左右;已集采的耗材品种数量在24-105种之间,每省平均53种,占医用耗材总品种数的5%左右。呈现出全国整体推进较快,省份间有所差异的特点。新阶段,国家医保局将在集采品种选择上加强统筹协调,加大扩围力度,减少国家和地方集采品种间交叉重叠,做到互为补充。将在加强统筹中发挥地方积极性,各省份2024年提前实现“十四五”规划国家和省级药品集中采购品种达500个以上的目标。

国家组织集中采购层面,国家组织药品集采重点针对通过质量和

疗效一致性评价的药品，国家组织高值医用耗材集采聚焦价格虚高、有代表性意义以及群众反映强烈的品种。省份牵头全国联采层面，鼓励有条件的省份牵头开展全国联采，重点覆盖未过一致性评价的化学药、中成药和中药饮片，聚焦采购金额大、覆盖人群广的临床常用药品和耗材“大品种”，以及国家组织集采品种的临床使用可替代或相关配套的药品和耗材。省级集采层面，各省份要查漏补缺，对已有多个省份开展集采、价格充分竞争的药品和耗材品种实行带量价格联动，避免成为价格高地。

(三) 接续扩面。国家组织药品集采地方接续项目累计达 50 个，早期各地接续进度不一，模式不同，每个省份单个品种中选企业数量不同，接续价格在原中选价格基础上有所下降但价差扩大，给相关企业和医疗机构带来了一定困扰。2022 年底起，国家指导以上海、江苏、河南、广东 4 个省份为主牵头开展国家组织集采药品联盟接续采购，优化了接续采购规则。2024 年，国家已开展胰岛素和人工关节全国统一接续采购，价格稳中有降，患者持续受益，相关各方对接续规则和中选结果感到满意。为巩固集采成果，优化接续规则，群众同步受益，国家要求提前梳理既往各批次国家组织集采(含接续)将于 2025 年底协议期满的品种，研究以联盟形式将其统筹为 1 个批次开展接续采购。

(四) 机构扩面。集采落地执行后，山东、河南、内蒙等地积极开

展集采药品进乡村、进药店、进民营医院等活动，基层群众受益明显。新阶段，国家要求各省份要鼓励村卫生室、民营医疗机构和零售药店参加集采，向其发放报量和平台采购账号，并提供必要的培训、政策咨询等服务。未来，在公立医院必须参加集采的基础上，更多的村卫生室、民营医疗机构和零售药店加入集采，一方面可提高基层用药质量层次，另一方面可一定程度上削弱非中选高价药品销售渠道，进一步释放改革红利。

三、四方面强化集采提质

(一)集采规范提质。国家医保局将统筹指导全国联采，协调专家提供技术支撑，提升规范化工作能力。牵头省份要充分借鉴国家及地方组织集采的经验，深入开展调查研究，听取各方意见建议，根据产品特点形成针对性采购规则，规范化组织采购。各省份原则上均应参与全国联采，积极献计献策，做好集采执行监测管理，增强集采效果；对事关集中采购成效的关键事项，如报量管理、执行集采协议量、非中选产品价格管理及暂停挂网等方面，要树立大局观，原则上应与牵头省份保持一致，避免在政策执行上“放飞”“放水”。全国联采要公平对待各类经营主体，不得以企业所有制、注册地、规模大小、内外资等不合理条件设定歧视性规则，严防“地方保护”。要加强价格联动规则研究，落实带量原则，并通过适当规则缩小价差，避免简单化操作。

(二)落地执行提质。严格落实集采政策和采购协议，加强中选产品供应协调保障，督促医疗机构如实填报采购量，按时完成协议量，合理优先使用中选产品。完善集采结果落地执行机制，强化医疗机构作为采购使用主体和医药企业作为供应保障主体的履约责任。持续开展集采中选产品临床真实世界安全性、有效性研究，及时回应社会关于中选产品质量关切。加强集采执行工作，落实集采医保资金结余留用政策，完善激励约束机制。

(三)沟通渠道提质。集采中，医疗机构最关心企业供应和产品质量问题，医药企业最关心医疗机构产品进院和回款问题。国家医保局将建立集采执行问题线上反馈机制，收集医疗机构反映的中选产品供应和质量问题，以及中选企业反映的进院和回款问题，并指导相关省份及时处置。各省份也要建立医疗机构和中选企业反映问题的机制，畅通沟通渠道，认真核查处置，对供应不及时不稳定的企业，按照采购标书及合同予以处理，有关质量问题及时通报当地药监部门并跟踪处置；对不向已签订协议的中选产品开放进院渠道、不按时回款的医疗机构进行通报约谈，对整改不到位的会同相关部门按规定进一步处理。

(四)监管协同提质。一是以集采为抓手切实提高药品特别是医用耗材的网采率，减少线下违规采购。二是发挥医保基金飞行检查作用，重点检查中选产品未进院、未完成协议采购量、使用高价非中选产品

比例高、高价可替代品种使用异常增加等情形，重点对集采执行情况差的医疗机构开展监督检查。三是将使用药品追溯码作为集采申报条件，并逐步推动在配送、结算等环节应用追溯码，减少因不同地区中选产品价差出现的倒卖“回流药”。

药品耗材集中带量采购是党中央、国务院赋予医保部门和医疗机构、医药企业的光荣职责，只有持续扩面，患者才能持续享受改革红利，只有不断提质，集采事业才能不断完善发展。坚持集采提质扩面，以患者为中心，促进医保、医疗、医药协同发展和治理，我国医疗事业和医药产业一定会更美好。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

医保频出新政，让生育不再是负担！

来源：第一财经

7月1日，江苏省将辅助生殖纳入医保的当日，吴女士在徐州市妇幼保健院发生取卵术费用2500元，医保报销1750元，个人仅支付750元。

今年下半年，地方医保部门推出了多项助力构建生育友好型社会的举措。7月1日，浙江省将参加医保的灵活就业人员纳入生育保险范围；北京规定领取失业保险金期间的失业人员可参加生育保险；江

苏省同步将无痛分娩专用项目“椎管内分娩镇痛”纳入基本医疗保险支付范围；安徽省明确将于8月1日起将部分治疗性辅助生殖技术项目纳入医保支付范围等。

记者了解到，助力构建生育友好型社会是国家医保局的重点工作之一，年初的全国医保工作会议要求研究完善生育保险政策措施，今年2月国家医保局提出指导各地按程序逐步将治疗性辅助生殖服务项目纳入医保支付范围，研究完善医保支付政策，努力减轻不孕不育患者及其家庭经济负担。

近日，国家医保局已将《产科类医疗服务价格项目立项指南(试行)》(下称“产科类立项指南”)作为第8批医疗服务价格项目立项指南优先出台，回应学科呼吁，满足群众需求。

天津财经大学财税与公共管理学院研究生导师金牛对记者表示，规范产科类医疗服务价格项目、辅助生殖技术纳入医保等医保政策，在一定程度上有助于减轻生育成本，使有生育打算的群众获得较好的生育体验，减缓生育一孩时的生育焦虑，从而在一定程度上增加生育多孩的意愿，但生育意愿能否转化为生育行为，还要看养育和教育方面的成本和体验。

无痛分娩、辅助生殖加速进医保

(1) 无痛分娩

江苏省：从2024年7月1日起，江苏省将无痛分娩专用项目“椎

管内分娩镇痛”纳入基本医疗保险支付范围，支付类别为甲类。

浙江省：浙江省医疗保障局发布通知，将分娩镇痛等诊疗项目纳入生育保险支付范围。

上海市：自 2022 年 1 月 17 日起，包括分娩镇痛在内的 48 项医疗服务项目正式纳入上海市基本医疗保险支付范围。

江西省：自 2022 年起，调整了分娩镇痛技术涉及的两个项目医保支付类别，其中“术后镇痛”项目正式纳入医保报销。

贵州省：根据贵州省医疗保障局的通知，分娩镇痛纳入贵州省医保报销范畴，自 2022 年 1 月 1 日起实施。

广西壮族自治区：2023 年，广西出台了《广西壮族自治区职工生育保险暂行办法》（以下简称《办法》）明确将分娩镇痛医疗服务项目纳入医保基金支付范围。

(2) 辅助生殖

2023 年，北京、广西两地率先将辅助生殖技术纳入了医保。

今年 3 月，国家医保局局长章轲开展调研时表示，将继续指导有条件的地方进一步完善辅助生殖类医疗服务立项和医保支付管理，并加强部门协同，推动基本医疗保险、生育保险和相关经济社会政策配套衔接，共同促进人口长期均衡发展。

辅助生殖进医保从今年上半年驶入了快车道。截至 5 月 31 日，在此前北京、广西、甘肃、内蒙古等地的基础上，上海、浙江、江西、

山东、青海、新疆维吾尔自治区等六地及新疆生产建设兵团也先后将辅助生殖纳入医保报销范围，辅助生殖纳入医保正在提速扩围。

7月1日，江苏省将“胚胎移植”等13个辅助生殖类医疗服务项目纳入医保基金支付范围。其中，“取卵术”等5个项目按照甲类管理，“胚胎培养”等8个项目按照乙类管理，个人先行自付10%。

相关政策规定，辅助生殖类医疗服务项目纳入医保，实行门诊按项目单独支付，职工医保和居民医保除先行自付部分外，统筹基金分别按80%和70%予以支付，支付额不挤占门诊统筹基金限额。

“徐州医保”官微7月2日称，新政实施后，徐州市已顺利实现辅助生殖待遇结算。职工医保参保人员李先生7月2日在市妇幼保健院发生精子优选处理费用750元，医保报销600元，个人仅支付150元。

今年下半年，将有更多的省份将辅助生殖纳入医保。安徽省医疗保障局和安徽省财政厅6月下发《关于印发完善医保支持积极生育政策若干措施的通知》提出，综合考虑医保(含生育保险)基金可承受能力、相关技术规范性等因素，逐步将部分治疗性辅助生殖技术项目按程序纳入基金支付范围。这份通知将于8月1日起施行。

重构产科服务价格项目

国家医保局近日印发的“产科类立项指南”，将各地原有产科类医疗服务价格项目映射整合为30项，以适宜的价格项目颗粒度，突

出体现医疗技术劳务价值，赋能产科平稳运行和发展，同时将“分娩镇痛”“导乐分娩”“亲情陪产”等项目单独立项。

国家医保局在相关的政策解读中称，按照各地产科专家论证意见，产科类立项指南原则上按照孕产流程进行分段立项，即根据妊娠期、产前、生产、产后等各环节的具体检查治疗或操作分别设立项目，不再与具体技术细节挂钩。

上海市卫生和健康发展研究中心主任金春林对记者表示，编制立项指南是医疗服务价格调整的基础性工作，是地方探索医疗项目定价机制的前提，项目规范之后才能确定调不调、怎么调、调多少。产科类立项指南对生育方面的激励作用主要是体现为按照生育的流程进行规范的项目设定，但能否促进产科的发展还要看地方对项目定价的情况。

金牛认为，产科类立项指南的重点在于促进产科技术服务快速进入临床实际，既能满足群众需求，又能体现产科医疗技术劳务价值，实现医患共赢，其本质是促进医疗服务提质增效的医改行为。

国家医保局称，第三方机构调研显示，13%的青年女性存在对怀孕和分娩过程的惧怕心理。本次产科类立项指南单独设立“分娩镇痛”“导乐分娩”“亲情陪产”项目，支持医疗机构提供以产妇为中心的人性化分娩服务，鼓励积极开展镇痛分娩服务，支持有条件的医疗机构向孕产妇提供专业化的陪伴分娩和导乐分娩服务。

在江苏椎管内麻醉列入生育保险甲类诊疗项目的基础上，江苏省自7月1日起，将无痛分娩专用项目“椎管内分娩镇痛”纳入基本医疗保险支付范围，支付类别为甲类。此项惠民政策将减轻无痛分娩的医疗负担，更好满足此类生育医疗服务需求，助力构筑生育友好的社会环境。

生育保险覆盖更多人群

2024年是我国生育保险的完善之年。5月17日，国家医保局官微称，近日国家医保局组织健全完善生育保险制度座谈，听取部分地方落实积极生育支持措施情况介绍，专题研讨健全完善生育保险制度相关工作。

国家医保局的数据显示，我国生育保险覆盖面不断扩大，参保人数持续上升，2023年达2.49亿人，是2013年的1.5倍。享受生育保险待遇人次从2013年的522万人次提升到2022年的1768万人次。2023年，生育保险基金待遇支出1069亿元，已经是2013年的3.8倍。

今年4月以来，国家医保局官微发布了多篇关于生育保险的科普文章，并提出需重视灵活就业人员的医疗和生育保障问题。在国家医保局指导下，江西、浙江、天津、贵州等省份已开展了相应探索，灵活就业人员生育保障权益得到进一步保障。

浙江省政府官网7月1日公布《浙江省生育保险办法》，即日起

将全省参加职工基本医保的灵活就业人员和领取失业金人员纳入生育保险范围，并享受生育医疗费用和生育津贴待遇。

安徽在上文通知中也提出，保障参加职工医保灵活就业人员生育医疗待遇。参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，在医保待遇享受期内，可享受生育医疗待遇和生育补助金待遇。

具体标准为，灵活就业人员本人发生的符合生育保险政策规定的生育医疗费，参照当地职工生育保险待遇执行。灵活就业人员分娩的，享受生育补助金待遇，标准为：安徽省上年度月平均最低工资第一档 $\div 30$ 天 $\times 98$ 天。

北京市近日公布的《关于领取失业保险金人员参加生育保险有关问题的通知》提出，自7月1日起，失业人员领取失业保险金期间，在其职工基本医疗保险参保地同步参加生育保险。参加生育保险的缴费比例为北京市生育保险缴费比例。所需资金从失业保险基金列支，个人不缴费。

金牛表示，医保推出了一系列构建生育友好型社会的举措能在一定程度上优化生育体验，降低生育成本。但生育率有效提振是一项复杂的议题，涉及生育、养育、教育为主要体现的“三育”成本，养育孩子需要投入照料时间、医疗支出，教育孩子需要投入智力投资，这些方面的成本压力要远大于生育成本。

“虽然‘三育’成本方面的局部改革并不能快速收获提振生育率

的效果，但生育友好型社会的建设也并不以是否能够取得提振生育率的结果为唯一评判标准，生育友好型社会是不断优化公共政策、打造共建共治共享的社会治理格局的重要一环。”金牛说。

[返回目录](#)

国家医保局通报医院涉嫌欺诈骗保情况，大数据监管模型如何“立功”？

来源：21 世纪经济报道

国家医保局 6 月 29 日发布消息称，在 5 月辽宁省飞检启动会上，直接指定辽宁省沈阳林济中医院、辽宁省金城原种场职工医院作为被检机构，经查，两家医院涉嫌存在欺诈骗保问题。就在一周前，国家医保局就曾披露河南两家医院涉嫌欺诈骗保情况。

自 2024 年国家飞检正式启动以来，一个多月的时间中，国家医保基金飞行检查组已触达 7 个省份。

在今年的医保基金飞行检查工作中，国家医保局强化大数据监管模型运用，提前通过大数据模型筛查发现可疑问题线索。在此次辽宁省和河南省的飞行检查中，飞行检查组均根据大数据筛查线索，对医院进行全面检查，最终发现违反诊疗规范、涉嫌欺诈骗保等问题。

在医保基金飞行检查中，大数据模型如何发挥作用？

中国医药卫生文化协会医联体医保支付研究中心研究员仲崇明在接受记者采访时介绍，一是从数量发现问题，在与同级医疗机构、

同期发生、患者自身等数据的比较中，能够发现异常；二是从质量发现问题，从医疗单据、医保结算材料看，一些缺漏、错误，就暴露了“猫腻”“故意”。

“医保部门实际能够早发现、动态掌握，今后也可能对一些猖獗太久的类似骗保行为做常态化的管治、处置，这首先能阻断一些低级粗糙的骗保。”仲崇明说。

医保飞行检查已覆盖多省

据国家医保局介绍，在沈阳林济中医院，飞行检查组根据大数据筛查线索，对医院进行全面检查，初步发现违反诊疗规范过度医疗、超标准收费等违法违规问题，涉及医药费用 166.2 万元。

另外，还发现涉嫌欺诈骗保问题。一是涉嫌伪造病历文书；二是涉嫌伪造 CT 检查报告；三是疑似虚构医药服务项目。

在辽宁省金城原种场职工医院，飞行检查组根据大数据筛查线索，对医院进行全面检查，发现过度诊疗以及药品耗材无进销存台账、出入库管理混乱等问题。此外，通过数据线索延伸检查发现涉嫌欺诈骗保问题。一是疑似伪造 CT 检查报告、虚构 CT 检查项目，二是疑似虚构检验项目。

在一周前的 6 月 23 日，国家医保局官方微信就曾披露河南两家公司医院涉嫌欺诈骗保情况。国家医保局运用大数据模型，对被检城市医保基金使用数据作了筛查，根据可疑线索，指定郑州管城豫丰医院、

周口市商水庆康医院为被检机构，初步发现涉嫌欺诈骗保问题。

自5月11日2024年国家飞检正式启动以来，在5~6月，河南、海南、辽宁、吉林、浙江、山东、四川均已先后召开2024年国家医疗保障基金飞行检查启动会。

《2024年医疗保障基金飞行检查工作方案》政策解读中强调，2024年，国家飞行检查在覆盖地区和机构方面，坚持地域广覆盖，飞行检查将实现全国各省份全覆盖，并进一步增加抽查城市范围。原则上，每个省份抽查城市数由以往每年每省份1个增加为2个，其中各省会城市必查。

当前，国家医保基金飞行检查组已触达7省份，今年的飞行检查工作表现出更强的监管力度和效能。对于今年飞行检查工作的特点，仲崇明向记者表示，首先是大兴调查研究，案件披露更加透明、具体，让人一看就明白、一看就气愤，坚持将“涉嫌”“疑似”都建立在一定的常理、客观基础上，比单纯放一些笼统标签、小结数字更有杀伤力。“飞检工作组大兴调查研究，把调查研究结果的关键线索公示给社会、行业，带动更多利益相关方有耐心、有关心，让沉疴痼疾、‘还能这么干?’避无可避。”

其次，是“拔出萝卜带出泥儿”。仲崇明指出，飞检工作组是言之有物、掷地有声，像抓贪腐、老虎苍蝇一起打，把这种朴素的治理理念放在曝光处，吸引利益相关方沉浸式体验思考。“对辽宁省金城

原种场职工医院的通报简报里甚至没有提及金额，因为一些基本事实已然清楚，这种现象是比具体涉案金额重要很多，警示面很宽。”

仲崇明也认为，今年飞行检查工作是强调“根据大数据筛查线索，对医院进行全面检查，初步发现违反诊疗规范过度医疗、超标准收费等违法违规问题，还发现涉嫌欺诈骗保问题”，上述问题往往共生。

“大数据筛查的生产力，在现阶段扩增一定很容易，但通报中很少提及大数据筛查，而将更多篇幅用于飞检工作组的‘细心发现’。这是负责到底的态度，不假技术之名，轻易为严肃监管画上句号。”

大数据监管模型赋能

在今年的医保基金飞行检查工作中，国家医保局也特别强调了大数据监管模型的运用。在此次辽宁省和河南省的飞行检查中，都提前通过大数据模型对医保基金使用数据进行分析，发现可疑问题线索。

近年来，国家医保局也在持续探索和应用医保基金的大数据监管方式。国家医保局2023年9月发布的《国家医疗保障局关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》（以下简称《通知》）中提出，到2025年底，规范化、科学化、常态化的智能审核和监控体系基本建立，“两库”（医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库）建设应用、智能审核、反欺诈大数据智能监测分析更加成熟完善，信息化、数字化、智能化全面赋能医保审核和基金监管，形成经办日常审核与现场核查、大数据分析、全场景智能监控等多种方式

的常态化监管体系，确保基金安全、高效、合理使用。

对于推进医疗保障基金智能审核和监控工作的必要性，《通知》政策解读中指出，当前医保基金监管面对众多监管对象、庞大的资金量，以及海量的结算数据，靠过去的人海战术、手工审核、人工监管不能适应新形势的需要。医保基金智能审核和监控是医保部门日常审核结算的必备工具，也是信息化时代医保基金监管的重要手段，更是有效守护好群众“看病钱”的重要技术支撑。

在大数据发现线索后，飞行检查的进一步工作也需要及时跟进，仲崇明介绍，首先是把现场全面检查，将不该容忍的情况都予以记录、曝光，真正守住原则；其次是将这些情形曝光，积极地投放到社会、行业更多利益相关方、关注者，使讨论氛围、改善工作的氛围得到持续发展，及时说明严肃严重些，避免“不教而诛”。

“飞检工作组及时出手，很有现实意义。因为大数据发现的是‘涉嫌’和‘疑似’，被检查对象有权利‘解释’和‘辩解’。在一些现实工作中，不排除有证据销毁，也不排除飞检工作组要被动放弃一些情形性质的本来认定。飞检工作组展开线下及时果断深入排查线索，就是在抢时间、守住大数据筛查的线索成果和原貌。”仲崇明分析称。

相比传统监管手段，大数据监管模型的优势众多，仲崇明介绍，首先，基金监管难在“查谁”，大数据监管模型比“抓阄”更有依据，在机制方面，大数据是不停生产的一条条产线，就像有自动报案；其

次，大数据监管不唯大案要案，且飞检工作组可以抠出很多“典型、接地气的骗保做法”，使“查谁”变得不那么重要。“因为屡次发现同样的骗保情形不断复制，就倒逼完善基金监管条款、改进行业实操共识和做法，以至于行业内谁也难逃影响。”

“大数据监管模型真正把达摩克利斯剑悬于任何医院医生头顶，从一件基金监管案件、他人被飞检查处案件的事前、事中、事后，对社会、行业形成长期有效的宣教和震慑，敢于持续犯法、大量试法者越来越少。”仲崇明也强调。

未来，在医保飞行检查中，大数据监管模型的应用还可以如何发展和提高？仲崇明认为，首先，不应满足于“查了谁”“查到什么”“实锤什么”，而应从战斗结果梳理总结经验，通过建章立制、细化要求来赋能大数据监管的普世生产力；其次，也不应满足于“查了哪家医院”，要贯通到具体的处方医师、医务人员等，要能触动到具体人的利益影响，从而瓦解“一块铁板”；再者，大数据监管模型与飞检工作组的榜样精神要有机结合，避免大数据监管模型流于技术形式，飞检工作组的价值观和方法论要反哺大数据模型发展，大数据监管模型需要深度学习、交互，也应考虑向医疗行业释放善意、开明、辅导，减少误伤，发挥机器的智慧；此外，大数据监管模型也要强调回头看，坚持原则，避免反复打击现象出现。

[返回目录](#)

· 中医药 ·

“五融合”助推中医药健康旅游产业发展

来源：中国中医药网

面对人民群众的健康需求向多样化、多层次转变，为保障人民群众全方位、全周期享有安全有效方便的中医药服务，《陕西省“十四五”中医药发展规划》中提出“创建中医药跨界服务体系”“鼓励有中医药文化底蕴的景区景点开辟中草药观赏线路、健康体验区”。作为“现代化西安都市圈新中心”，陕西省西咸新区充分发挥“秦创原”创新驱动平台总窗口的资源优势，结合自身区位优势及资源禀赋，借助“‘一带一路’超级枢纽核心区”，提出“推进旅游和健康、养老、中医药结合，建设一批中医药康养旅游示范区和健康旅游度假区”“推进文化与信息、工业、农业、体育、健康等产业融合发展，提高相关产业的文化内涵和附加值”，积极探索中医药健康旅游产业高质量发展的有效路径。

紧抓规划引领，促进资源融合

积极探索一个政府指导、高校主导、多领域合作的联席会议制度，新区相关部门(各级各类中医药、文旅、外事、宣传、信息化部门)结合自身实际，联合制定出台《西咸新区“十四五”文化和旅游发展规划》，由中医药、文旅相关部门具体执行，邀请相关高校专家组成研究队伍。通过设立专项产业项目资金、重点扶持精品项目等方式，

向中医药药方、药剂、诊法、疗法等研发延伸，向药膳、药浴、美容、养生、保健、康复等应用延伸，形成文旅、研学、交易、服务、交流等一体化发展的中医药产业集群结构，打造温泉康养、研学旅游、中外交流、康体运动、亲子旅游等创新业态，促进资源整合，形成发展合力。

紧抓精品工程，促进价值融合

西咸新区共有文旅资源单体 263 个，人文旅游资源存量较大，以国家首批中医药健康旅游示范基地秦汉中医药养生小镇为抓手，建立以需求为导向，以供给侧结构性改革为主线的中医药健康旅游创新服务体制，推进中医药产业与旅游产业、养老服务产业、教育培训产业、餐饮产业等进行服务融合，与科技、金融有机结合，鼓励中医药进景区、进酒店、进餐饮、进购物，突出体验性、服务性，提升参与度、接受度，持续挖掘中医药特色资源，规划 1-2 个中医药健康旅游的中医药文化街区园区、宣传教育基地、体验场馆、重点项目、示范区(基地)、打卡地和精品线路，形成中医药健康旅游的陕西品牌、西咸样板。

紧抓科技赋能，促进国际融合

中医药是中国的，也是世界的。要以中国-中亚峰会为契机，积极发挥“一带一路”区位优势及中医药资源优势，利用陕西省自由贸易试验区西咸片区及西咸空港保税区等政策优势，借助陕西省“2023

年丝绸之路教育合作交流会”“丝绸之路国际艺术节、国际旅游博览会”等大型活动，通过网站、手机APP、微博等平台，充分利用增强现实、虚拟现实和人工智能等数字技术手段，与“云展览”“云演艺”“云旅游”等虚拟体验产品深度融合，通过现代化、大众化的话语表达和现代技术手段主动提供中医药医疗、保健、旅游、贸易等服务，不断扩大西咸新区中医药健康旅游的开放合作层次和服务圈。

紧抓产品开发，促进功能融合

以打造中医药养生文化品牌为抓手，开发具有西咸特色的观光旅游、文化体验旅游、特色医疗旅游、康养度假旅游、会展节庆旅游等旅游产品，鼓励创作包括但不限于图书、影视动漫、短视频、食品、服饰、器具、工艺品等形式多样的实物或虚拟的中医药文化旅游商品、文创产品、文化礼品、生活用品、影视作品及衍生品，全力提供具有西咸特色的诊疗、保健、康复、科普、药膳等服务，形成面向儿童、青少年、中年、老年的全年龄段产品体系，带动产品、衍生品、服务和产业链发展，在满足人民群众全新诉求基础上，全面提升中医药健康旅游在经济社会发展中的贡献度。

紧抓人才培养，促进服务融合

首先，组建一支由政府人员、高校专家和旅游主体负责人组成的中医药健康旅游专家队伍，可以持续追踪研究，提供理论依据，不断完善调整政策规划。其次，与相关院校开展深度合作，目标是通过与

旅游主体进行紧密合作、协同创新和成果转化，培养一批中医药健康旅游领域的品牌策划和产品研发人才，以不断提升中医药健康旅游的科研水平和自主创新能力。最后，定期开展从业人员的综合素质培训工作，扩大中医药健康旅游服务人员队伍，目标是通过有针对性的短期培训，努力提升参与者的中医药文化素养，加强他们的服务意识，并提高他们的经验技能水平，有力推进中医药健康旅游服务标准化和专业化。

总之，陕西省西咸新区以发展中医药健康旅游为抓手，聚精会神激发中华优秀传统文化的生机与活力，积极规划“西咸特色、陕西标杆、全国示范、国际平台”的示范项目，打造与国家级新区地位相匹配、与“秦创原”总窗口相协调的中医药健康旅游品牌，更好地将陕西厚重的中医药文化积淀、独特的中医药文化品牌和丰富的资源禀赋转化为助推健康陕西、中医药强省建设的强劲动力，为健康中国建设和经济社会高质量发展凝聚文化力量，让中医药文化以及中华传统优秀文化走进“千家万户”，做到“家喻户晓”。

[返回目录](#)

挺起中医药青年科技人才“脊梁”

来源：中国中医药网

中医药青年人才作为中医药事业发展的中坚力量、中医药未来发展的原动力，肩负着“继承好、发展好、利用好”中医药的历史重任。

应当赶在他们精力最充沛、最有创新动力、最“初生牛犊不怕虎”的阶段，发掘好、调动好、培养好他们。

加大力度扶持中医药青年科技人才高质量发展刻不容缓。这是中华中医药学会青年委员会组织开展“中医药青年科技人才成长发展需求”调研的结果。调研发现，中医药青年专家普遍反映的一些问题，严重制约了青年人才成长和发展。

问题一：中医药人才评价中“破五唯”落实不到位

一些单位的职称评审、人才评价仍以论文、课题数量等为主，中医临床人才在各级、各类人才评价中多处于劣势。未能以“看好病”为中心对中医青年临床人才进行评价。

建议：加快推进“破五唯”“立新标”，建立符合中医药规律的人才评价体系

中国科学技术协会委托中华中医药学会建设“中国中医药临床案例成果库”，探索通过以“临床案例”为抓手破除唯论文、唯帽子、唯职称、唯学历、唯奖项等倾向。中华中医药学会与相关省级中医药管理部门开展试点，将入库案例纳入高级职称评审相关指标，探索建立中医临床人才评价的“新标”。同时，建议各地各级相关人事部门加快推进“中国中医药临床案例成果库”在职称评审及人才评价中的应用。

问题二：中医药青年科技项目偏少、资助率偏低，资助力度和稳

定性不够

2021年，国家自然科学基金面上项目的中医药青年项目资助率仅为10.01%，明显低于同属医学部的预防医学学科（资助率为17.23%）。青年项目支持力度不足，且执行周期较短，缺乏稳定长期资助，不利于青年科技人才健康成长。

建议：增设青年相关项目，提高资助率、增加项目经费投入

中华中医药学会将进一步完善青年人才培养项目，优化青年求实项目、联合攻关项目（青年项目）的布局，设立中医临床青年人才培养专项“雏鹰计划”。同时建议国家相关科技管理部门加大中医药青年项目支持力度，包括提高资助率、增加项目经费投入等；尝试对中医药优秀青年项目或重要选题方向进行长期稳定的滚动资助，鼓励有难度、有深度和有突破性的学术探索。

问题三：缺乏高水平青年学术交流平台

我国现有高水平的学术交流平台，如香山科学会议、双清论坛等，中医药青年专家均鲜有参与机会。专门针对青年专家的优质、稳定的学术平台匮乏，学科交叉的交流机会少之又少。

建议：搭建满足中医药青年学者需求的高质量学术交流平台

以中华中医药学会青年委员会为引领，团结更多青年专家，组织医工交叉、中西交叉方面的青年科学家沙龙，传统与现代交叉经典研读读书会，管理与科研交叉的政策沟通交流会，青年人才成长问题与

诉求座谈会和科技成果转化指导交流会等。建议国家相关科技管理部门和单位，以及《中国中医药报》社等业务上横跨中医药和传媒或其他多个行业的单位，多组织跨领域、跨地区、跨学科的青年科技工作者座谈会或学术活动，推动中医药青年科技工作者的高质量成长与发展。

问题四：了解中医药科技政策及科技前沿的渠道较少

一方面，青年专家们没有深入了解国家科技政策信息及国家中医药科技战略布局的渠道，另一方面是课题完成后，缺少针对科研成果转化的指导或政策支持，导致科研成果无法及时转化为临床实践或实际生产力。

建议：拓宽渠道，加强中医药科技政策、中医药学术进展等的宣传宣讲

中华中医药学会每年定期遴选发布“中医药重大科学问题、工程技术难题和产业技术问题”“年度中医药十大学术进展”等。在此基础上，还将举办系列学术活动，加强中医药重大科学问题和年度中医药十大学术进展的解读，特别是针对青年人才的交流，邀请部分优秀青年专家参与行业相关宏观问题的探讨与研究。建议《中国中医药报》社作为行业主流媒体，进一步加强对中医药相关学术进展的宣传与报道。

[返回目录](#)

· 地方动态 ·

河南：实施数字健康发展专项，完成卫生健康领域垂直系统整合！

来源：大健康派

推进河南省大数据产业高质量发展，打造新质生产力，2024年7月3日，河南省工业和信息化厅、河南省发展和改革委员会、河南省科学技术厅、河南省通信管理局联合印发《2024年河南省大数据产业发展工作方案》(以下简称《工作方案》)，为数据要素市场培育工作规划了多个重点方向。



《工作方案》明确，2024年，全省大数据产业规模力争突破1600亿元，年增长达25%以上。同时建成一批绿色数据中心和边缘数据中心，培育大数据领域专精特新企业突破50家、大数据产业示范园区5家，培育30个以上行业领先的大数据产业创新平台。上架数据产品和服务超1500个，交易额突破15亿元。聚焦"7+28+N"产业链群，

打造一批特色行业大数据平台，形成一批高价值训练数据集，培育一批典型大数据技术产品、解决方案和应用案例。

《工作方案》提出，通过优化网络基础设施、布局新型数据中心、强化算力资源供应等，夯实数据产业基础。

在打造数据产业生态方面，培育大数据产品和服务，聚焦 28 条重点产业链，编制河南省大数据产品和服务名录。壮大大数据咨询、治理、评估、测试、交易、安全等第三方服务，鼓励发展面向数据清洗、数据标注、数据分析、数据可视化等需求的平台化服务，培育一批优质大数据服务商，形成 100 个优秀产品和解决方案。培育一批大数据领域领军企业，专精特新大数据相关领域中小企业累计数量力争突破 500 家，动态完善大数据产业图谱。做强特色园区，力争产业规模突破 20 亿元。

推动数据资源汇聚，提升数据治理能力，发展数据交易服务，支持郑州数据交易中心争创国家数据交易场所，建成行业数据专区和城市数据专区 10 个，城市数据运营中心 3 家，挂牌数据产品数量超 1500 个，数据交易额累计突破 15 亿元。推进公共数据授权运营，推进数据价值化。还将围绕工业、通信、电力、医疗、商贸等重点行业领域，组织开展行业大数据融合赋能大赛，挖掘高价值大数据赋能实践案例和解决方案，培养和锻炼行业大数据应用创新人才。

在应用场景方面，《工作方案》提出，将深化智慧健康应用。实

施数字健康发展专项，完成卫生健康领域垂直系统整合，打造“豫健”系列便民服务应用。优化全民健康信息平台功能，推进所有公立医疗机构和二级以上民营医疗机构与全民健康信息平台互联互通。普及推广居民电子健康卡应用，在二级以上公立医院开展商业健康保险就医费用一站式结算服务试点。开展“数字影像”试点，推进智慧医疗(电子病历)、智慧服务、智慧管理“三位一体”智慧医院建设。

在保障措施方面，河南省将加大政策支持力度。研究制定支持数据流通交易、数据交易场所发展等政策措施。引导企业探索开展数据资产入表、入资入股。此外，强调提高数据安全保障水平，试点建设一批行业、企业可信数据空间，实现行业数据按需接入、安全共享、可管可控。重点围绕技术研发、产品服务、流通交易、融合应用、数据治理、资产评估、合规审查等方面，力争出台一批行业标准、团体标准。

[返回目录](#)

山东：在三级公立医院应用 AI 分诊系统

来源：大健康派

为改善人民群众看病就医体验，山东省卫生健康委近日印发《医疗服务提质增效行动工作方案》(以下简称《工作方案》)，确定在全省各级各类医疗机构深入开展“医疗服务提质增效行动”，要求扎实实施医疗服务效率提升、老年人“数字鸿沟”跨越、诊后服务延伸、

服务模式优化创新、服务支撑能力提升五个子行动，推动将“以病人为中心”理念贯穿于医疗服务各环节，不断提高全省医疗服务质量、效率和支撑能力，拓展医疗服务的深度与广度，提升医疗服务的规范化、舒适化、智慧化水平，切实增强群众就医获得感及满意度。



具体来看，医疗服务效率提升方面，要求所有二级以上公立医疗机构都要建立“一站式”服务中心，将信息化平台与人工服务相结合，为患者提供“一站式”服务。在三级公立综合医院推行预问诊服务，应用人工智能分诊系统，与门诊电子病历系统对接，构建智能问诊—分诊—预约—病史采集流程。要求医疗机构通过互联网诊疗平台、互联网医院或预约诊疗平台，探索建立预就诊模式。此外，进一步优化预约挂号平台等。

在诊后服务延伸方面，鼓励医疗机构建立智能随访平台，鼓励探索成立专科疾病个案管理团队、建立个案管理信息平台。强调拓展互联网医疗服务，医疗机构要进一步优化互联网诊疗界面，提供常见病慢性病复诊、电子处方开具、健康咨询、用药指导等服务；初诊后的

门诊患者和出院患者经医生评估符合在线复诊条件的，可引导至互联网门诊进行线上复诊。《工作方案》明确，年底前，全省互联网诊疗服务总量提升 10%。

此外，《工作方案》还提到，具备条件的医疗机构开展“互联网+药学服务”。要求二级以上公立综合医院继续推进临床检验结果互认，进一步扩大互认共享覆盖面。年底前，所有三级公立综合医院全部实现门诊和住院检验结果互认共享。加快“鲁云影像”平台建设应用，推动实现省域内检查结果共享调阅。进一步完善检查检验结果互认质控规则，提高互认比例。在加强急诊救治衔接方面，加快推进“鲁云急救”，推动实现一键呼救、上车即入院。

[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