

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2024年第28期

(07.08-07.14)

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。)

### • 医疗改革 •

▶ [加强医疗过程质量管理，应对医保支付方式改革挑战](#) (来源：医管之声) ——第 7 页

【提要】在医疗保障体制改革中，支付机制是提高医保资金使用效能的关键。在国家政策指导下，2022 年开始全面推开 DRG 或者 DIP 付费方式，对于医疗行为、医院管理的影响将非常深远。在新的医保支付方式大背景下，如何对临床、药事、检验进行合理的管理？

▶ [医保、医疗、医药协同发展 | 2024 年二季度政策有哪些关键点？](#)  
(来源：医药地理) ——第 15 页

【提要】2024 年二季度国家相关部门围绕深化医改重点任务、支持创新药发展、集采重点工作、加强医保基金监管、优化药品审评审批、推进药品价格治理等方面出台多项医药领域政策，汇聚政策合力促进医保、医疗、医药协同发展。

### • 专家观点 •

▶ [观点 | 梁万年：“三医”从联动到协同 医改需明确两个“基本”](#)  
(来源：中国卫生杂志) ——第 19 页

【提要】党的二十大报告指出，要深化医药卫生体制改革，促进医保、

医疗、医药协同发展和治理。从“三医”联动到“三医”协同发展和治理，是医改向纵深发展的重要机遇。如何抓住机遇，推动“三医”协同发展和治理，最重要的是明确改革的基本内涵和基本路径。

▶ [观点 | 薛海宁：强化示范引领 推动公立医院改革与高质量发展](#)

（来源：中国卫生杂志）——第 22 页

【提要】2021 年 5 月，国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》，公立医院改革进入高质量发展新阶段。在此背景下，公立医院改革与高质量发展示范项目在全国范围内分层推进：医院层面，选择 14 家大型三甲公立医院开展试点；地市层面，实施公立医院改革与高质量发展示范项目；省级层面，选取综合医改重点省份率先推进各级各类公立医院高质量发展相关工作。其中，以地市为抓手推动公立医院高质量发展是改革中的创新举措。

• 医保快讯 •

▶ [线上购药开通医保将会给市场带来哪些变化？](#)（来源：村夫日记）

——第 28 页

【提要】随着医保个帐开通线上购药在多个城市推开，以 O2O 为载体的线上购药获得了医保报销，对医药电商形成了明显的利好。不过，这样的利好是相对有限的，随着个帐收入的缩减、用户向医疗机构的回流以及药品比价平台的推出，一旦线上不再具有价格优势，医保也不再是决定院外市场胜负的关键因素。

▶ [门诊共济改革下，如何做好医保基金监管？](#)（来源：中国医疗保险）——第 31 页

【提要】建立健全职工医保门诊共济保障改革机制，是深化医疗保障制度改革，提升广大参保人员切身利益的一项重大工作举措。随着各地门诊共济政策逐步落地，大部分地区都实现普通门诊报销从无到有的转变，越来越多符合条件的定点零售药店被纳入门诊保障范围，基金监管工作的重点也随之产生了一些新变化。

### • 医院管理 •

▶ [从数据出发，看这家医院如何将 DRG 融入医院绩效考核](#)（来源：医管课堂）——第 37 页

【提要】当前，公立医院普遍面临内外两方面压力。从外部来看，医院面临着日趋严格的绩效考核、药品耗材加成取消后收入减少、医保支付方式改革，以及物价巡查、分级诊疗等要求；从内部来看，医院的基础建设、科研、防疫、维保、信息化以及可持续发展和员工待遇提升等，都需要医院投入大量资金。

▶ [三大措施快速实现医保结余，北京医院应对 DRG 改革有方](#)（来源：CDSreport）——第 40 页

【提要】以保健事业为发展基准的北京医院，凭借百年历史，赢得了社会极高的评价，并在 2015 年成立了国家老年医学中心，将老年医学领域各个环节与公共卫生政策、健康管理融为一体。更高的定位也

为医院带来了更大的管理难度。由于工作性质和患者群体的特殊性，北京医院在先进技术、优质药品和耗材使用方面要优于其他医院，导致次均费用远高于社会平均成本。在众多现实问题面前，北京医院依旧达成了医保结余等目标，并借助信息化工具创建了有代表性的医保管理文化。

### • 医疗速递 •

▶ [多管齐下，为门诊慢特病患者减轻负担](#)（来源：人民日报）——  
第 47 页

【提要】《2022 中国卫生健康统计年鉴》显示，预计至 2024 年我国慢病患者人数将超过 5 亿人。相关信息显示，慢病在疾病负担中占比接近七成。恶性肿瘤、红斑狼疮、肾衰竭等特殊类型疾病患者与慢病人群类似，也需长期治疗。慢特病人群就医用药不仅影响群体的健康状况，也关系整个社会的负担。近年来，国家高度重视慢特病人群的健康状况，多管齐下，减轻其就医用药负担。

▶ [分娩镇痛单独立项 为产妇提供舒适化医疗](#)（来源：人民日报）——  
第 53 页

【提要】二十届中央财经委员会第一次会议强调，要建立健全生育支持政策体系，大力发展普惠托育服务体系，显著减轻家庭生育养育教育负担，推动建设生育友好型社会，促进人口长期均衡发展。建设生育友好型社会，关键要顺应群众期待、聚焦实际问题。要着力提高优

生优生服务水平，发展普惠托育服务体系，降低生育、养育、教育成本，切实减轻群众的后顾之忧，从而更有效地释放生育潜能，推动提升生育水平。

## -----本期内容-----

### · 医疗改革 ·

#### 加强医疗过程质量管理，应对医保支付方式改革挑战

来源：医管之声

在医疗保障体制改革中，支付机制是提高医保资金使用效能的关键。在国家政策指导下，2022年开始全面推开DRG或者DIP付费方式，对于医疗行为、医院管理的影响将非常深远。在新的医保支付方式大背景下，如何对临床、药事、检验进行合理的管理？四川大学华西医院医保办主任孙麟教授分享其观点：

#### 一、关于支付方式改革简要的趋势介绍

##### 1. 医保改革趋势

2020年国家颁布《深化医疗保障制度改革的意见》，是未来十年（2020-2030年）医疗制度改革的纲领性文件，《意见》概括为“1+4+2”，即一个目标：力争到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐助、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系；四个机制：健全待遇保障、筹资运行、医保支付、医保基金监管；两个支撑：完善医药服务供给和医疗保障服务。其中和医院管理直接相关，对医院影响最大的是四个机制中的医保支付机制和医保基金监管机制，对医院运行的

方方面面、每个环节，如医疗行为、用药等都构成相应的影响。

医保的管理趋势可概括为：强保障、减负担、控费用、抓监管。

## 2. 医保支付方式改革

2021 年国家医保局发布了 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划，要求三年内全国统筹地区全部实施 DRG 或 DIP。在完善支付机制的过程中，专门提到了将根据服务质量和费用的控制情况对医疗行为规范进行考评，同时和支付挂钩。这和 DRG 在实行过程中的考核以及考核系数有直接关系。

总的来看，DRG 或 DIP，其支付方式都是由以前的后付制，按项目付费变成类似于打包付费的概念。医保在确定一个支付线的情况下，医疗机构实际发生费用与医保支付线之间将产生差额。当医院按传统项目计费，消耗的费用低于医保支付定额的时候，在账面上产生结余，如果超过支付线，就是超支或亏损。

## 3. 医保基金监管机制

目前，医院面临的监管不断加强，特别是医保基金使用监管条例出台后，各家医疗机构在面临支付方式改革的同时，也在接受逐渐加强的医保基金监管压力。经常有医保拒付、医保稽核后的扣罚。监管对行为上的合规、合理性提出了相应的要求。特别是近几年，真实性问题和合理性问题成为监管重点，并且对药品、耗材使用、诊疗行为的合理性及收计费的合理性等方面提出了更高的要求。所以医疗机构

内部在医保管理中面临的压力非常大。

#### 4. 公立医院绩效考核与医保管理

从公立医院绩效考核的费用、效率、安全几个维度可以看出，很多指标体现了支付方式的改革和监管，比如次均费用、感染率、并发症等问题和支付方式改革都是密切相关的。

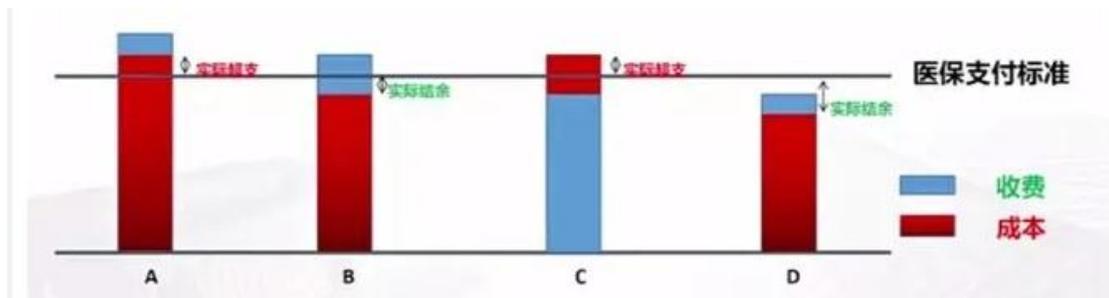
DRG 支付和绩效考核也是密切相关的，考核指标体系几乎是一样，包括 DRG 覆盖率，其中病例组合指数、费用消耗指数、时间消耗指数在评价 DRG 支付的绩效同时，也用于评估医疗服务质量。医院的专科评价也参考这些参数，特别是在强调费用控制的同时，公立医院绩效考核方面也经常评估低风险死亡率等指标。

另外，DRG 相关技术和概念被用来校正相关指标。比如发现抗生素 DDD 高了就一定有问题吗？不同的病种收治结构会导致结果有差异，因此应该根据 DRG 的病例组合指数进行校正。其次，在面临 DRG 或者 DIP 支付考核的时候，大多数地区也在使用相应的质量参数和费用参数进行校正，也会产生明显的影响。

通过 DRG 支付考核来保障 DRG 付费能够可持续运行，保障医疗服务质量和合理支付，避免或遏制医疗机构可能存在的选择轻病人住院、推诿重病人、升级诊断和服务不足等行为并确保参保居民受益水平不下降。

## 二、在支付方式改革下，对医院的影响及调整

## 1. 基于价格和费用控制的医保支付



如图，支付方式改革下，支付标准和实际发生费用的差额其实仅仅代表在账面上费用的差额，医院能否在正常运营中获得相应的收益主要看成本。这也是为什么费用控制的过程中更多的是聚焦于药品和材料。2017年全国公立医院取消加成，对医院经济运营来说，药品和材料费用实际上是直接成本费用，而且如果占比非常高，将会直接影响到DRG病种付费。支付方式改革过程中医院真实的收益情况，往往取决于药品和材料的合理使用。但是作为医疗机构，最重要的是治疗好疾病，所以其实重点是在合理的费用控制。

从现有的支付方式来看，会觉得DRG限制收治重病人、限制高新技术的发展、限制用药、限制用贵的药。单从各个地区执行DRG的基本原理来看，其实并不是“唯低费用”进行计算。首先，在确定每个病种权重或点数时，是用历史费用或者当期费用的平均值。这个费用中包含了合理费用和不合理费用，是在不同医疗机构、不同时间段内产生的费用均值。目前价格调整频繁(如药械集采、谈判、服务价格调整等)，导致权重波动大。

其次，第二个计算权重方式是按照项目计费的方式，这个过程中包含了成本扭曲问题，就是医院诊疗项目实际存在成本背离的情况，直接导致权重背离。这个过程也存在补偿不足或过度补偿的问题。这个问题不一定局限于每个病种中实际成本的超额和结余问题，可能在某些病种上产生了更多的结余，但这些结余是否合理？所以关键问题在费用的合理使用。如果要保证疾病的治疗效果，必须要用到高端的药品、高端的材料或者要做必要的检查，那以治疗效果为保证的前提下，必然产生高费用。在取平均以后，只要做到同类型疾病当中合理控制，就可以有空间获得相应的结余或者收益。

## 2. 对医院的影响

公立医院绩效考核和医院高质量发展的价值医疗、医保价值支付引导合理费用控制，实际上是相向而行的。做好成本控制可以在医疗中获得相应的收益。首先是以质量安全为前提，医疗机构最终的目标、核心是要让患者获得最佳的治疗结果，一定要从以前单纯的收入增加变成合理的成本控制。支付方式改革下，体系性地应对和适应是系统性工作，涉及到医院内部管理的方方面面，包括关注临床路径，卫生经济学评价等措施。

## 3. 支付方式改革下，用药调整(以抗生素为例)

今天主要介绍用药的情况，聚焦在合理的抗生素使用。因为抗生素使用在医院内部的质量考核、质量控制、费用控制上占得比例比较

大。适应病种付费虽然要争取政策，同时医院内部要加强病种和相应的管理。

### (1) 诊断是疾病入组的指路标

抗生素使用和支付有直接关系的第一个是诊断，诊断路径无论是 DRG 或 DIP，不同的疾病难度程度特别是以合并症和并发症作为指标，对首要诊断以及次要诊断的准确编码是最重要的，编码不同直接影响到入组的分值不同。同样诊断、同样手术、同样条件的病例，由于编码不同，可能被分入不同的病组，被赋予不同的权重，按不同的价格支付。

从感染来看，一般来说是列入到并发症的合并症范围内，如果有合适的诊断特别是有些疾病在治疗过程中并发感染(一般感染或重度感染)，在分组中是不一样的。所以临床一定要保证临床诊断准确的录入，特别是诊断的完整性，病案编码一定要保证编码的准确。

目前医保结算清单已经开始逐步推行，医保结算清单虽然是 DRG 付费的主要信息采集通道，但实际上医保局主要是从病案首页获取信息，所以强调病案首页的规范。病案首页就有诊断的编码信息。病案诊断编码要准确，首先是临床要做标准的诊断，要把诊断下准，特别是要下全。而感染检查的一些指标，是否在控制费用中，检查是否要减少，有些检查是明确诊断的重要手段，有些检查必须要做才能够提供相应的证据。

## (2) 临床路径实施

在支付方式改革以后，凸显了临床路径的重要性。之前一直强调单病种和临床路径管理，主要是对质量的保证。实际上在质量保证的同时，通过临床路径合理管理和合理执行，也是很好地在质量前提下进行成本控制的有效手段。

在抗生素使用过程中，医保和临床分别有各自的规定，在执行过程中要把医保和临床的相应的管控结合起来。华西在执行的过程中，强调的是过程中进行控制，而不是在产生结果之后再去实施控制，这是无效的控制。

华西医院强调事前、事中、事后控制，特别是在临床合理性和合规性方面做了前置性的控制。医保的质量控制则放在最后一个环节。

举例：医生在使用抗生素的时候，医保报销有限制条件，医疗上也有要求(使用特殊抗生素特别是高级别抗生素，需要有细菌培养证据、药敏的直接证据)，但在临床实际操作过程中，有时候不可能等到结果出来再使用相应的抗生素，会根据临床判断，特别是一些关键实验室指标的判断来选择用药。但兼顾医保规定也是必须，所以医生在下抗生素医嘱时，系统会自动搜索是否提交了相应的细菌培养或药敏试验等检查检验医嘱，否则会出现缺乏支撑抗生素使用依据的情况。如果患者没有做相应检查，我们会向患者推送消息，提示没有足够的医保报销所需证明，有自费可能。

系统会追踪实验室结果，将结果和现行医保规定进行对比。比如检测出之前用的抗生素药敏不敏感，是否考虑继续使用。当然需要尊重临床选择，部分临床指南中有规定，症状改善是证明治疗效果的直接指标。在效果明显的情况下，会允许医生继续使用，但会提醒医生谨慎选择，并给患者推送相应的自费告知。

如果药敏敏感，要和医保支付结合起来合理选择抗生素，遵从抗生素使用的相关临床路径。诊断很重要，在相应病种中进行合理用药，既能有效控制感染，又能降低成本消耗，在支付中获得更多收益。实际效果可以看到，在抗生素使用率、使用时间和强度等方面，如果在指导下按照临床路径去控制，在平均住院天数、周转率、抗生素费用方面都会获得很好的效果。既满足了临床实际需要，保障患者医疗质量，同时也保证了在医疗行为过程中合理的费用控制。

### (3) 公立医院绩效考核

公立医院绩效考核对抗生素使用、费用控制上有明显的相关性。在选择抗生素过程中，检查结果包括 PCT、IL-6 等指标可以很有效地判断细菌感染的直接影响、为用药的合理性提供依据。绩效考核在治疗指标方面也做了相应要求。这体现了价值医疗、医院高质量发展和医保费用控制之间是有相向性的。卫生政策对抗生素治疗前病原学送检率也有要求。

这些检查会增加部分费用，但并不是所有增加的检查 and 费用都叫

“过度”。从综合考评来看，增加的检查对于医院的精准用药、治疗方案的选择，达到有效的治疗效果是有帮助的。华西一直严格管理抗生素的使用，现在执行了一年多的病组付费，感染性疾病或者有并发症感染性疾病的总体费用比同级别的医院低很多。四川省的 DRG 和成都市单独的按病组分值付费都有很高的结余。从这个方面更是说明在实际控制中，费用控制应该是一个综合性的成本控制。

### 三、总结

在现在支付方式改革下，医院的综合管理、综合质量提升是在支付方式改革大环境下必须要做的。通过这种方式，能够提升质量的同时，也把费用控制好，最终使患者在经济、医疗上双获益，医保基金能够得到有效使用，医院也能够在这个环境下获得更好的发展，实际上可以实现三方共赢。

[返回目录](#)

## 医保、医疗、医药协同发展 | 2024 年二季度政策有哪些关键点？

来源：医药地理

2024 年二季度国家相关部门围绕深化医改重点任务、支持创新药发展、集采重点工作、加强医保基金监管、优化药品审评审批、推进药品价格治理等方面出台多项医药领域政策，汇聚政策合力促进医保、医疗、医药协同发展。

### 一、促进三医协同发展，深化药品创新改革。

2024年6月，国务院办公厅印发了《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》，重点部署了加强医改组织领导、深入推广三明医改经验、进一步完善医疗卫生服务体系、推动公立医院高质量发展、促进完善多层次医疗保障体系、深化药品领域改革创新、统筹推进其他重点改革等七个方面22项具体任务。明晰了2024年深化医改的路线图，重点聚焦“三医”协同发展和治理，更加突出问题导向、目标导向，更加突出系统集成、协同联动，更加突出药品创新突破。围绕创新药重点发展领域，提出多维度的政策举措，给予全方位的政策资源倾斜。

## 二、推进集采提质扩面，加强全国上下协同。

2024年5月，国家医保局印发《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》明确了2024年集采的重点工作任务，进一步扩大省际联盟采购范围，升级为全国联盟采购(全国联采)，明确国家组织集采和全国联采药品品种互为补充，制定了湖北、山东、浙江等多个省分别牵头的联采任务清单。文件核心旨在推动集中带量采购工作提质扩面，规范地方开展集中带量采购。目前，福建省医保部门已就《血管组织闭合用结扎夹类医用耗材省际联盟集中带量采购方案》征求意见，即将启动结扎夹类医用耗材集中带量采购工作，其他各省也正根据文件要求，陆续跟进开展集采工作。

## 三、强化医保基金监管，打击违法违规行为。

2024年4月，国家医保局联合多部门共同制定发布《关于开展医保基金违法违规问题专项整治工作的通知》，对全年的相关工作进行部署。重点聚焦以下三方面：一是聚焦虚假诊疗、虚假购药、倒卖医保药品等欺诈骗保违法犯罪行为，开展严厉打击。二是聚焦医保基金使用金额大、存在异常变化的重点药品耗材，动态监测基金使用情况，重点查处欺诈骗保行为。三是聚焦骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗等重点领域，全面开展自查自纠。此外，5月还发布《2024年医疗保障基金飞行检查工作方案》，将首次开展“回头看”，2024年将从往年已经飞行检查过的定点医疗机构中，抽取一定比例进行“回头看”抽查。

针对医药领域各类违法违规问题，国家卫生健康委联合多部门发布《关于印发2024年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知》，持续推进医药领域违法违规问题集中整治，打击欺诈骗保等违法违规行为。

#### **四、持续优化药品审评审批，加快临床急需药品上市。**

近年来，国家药监局高度重视罕见病用药等临床急需药品研发与上市，通过健全药品审评审批体系、加快企业研发指导、提高临床急需药品临床可及。2024年5月，国家药品监督管理局药品审评中心发布《以患者为中心的罕见疾病药物研发试点工作计划（“关爱计划”）》以及该试点工作计划配套的申报指南、实施框架的征求意见

稿。同月，发布《在罕见疾病药物临床研发中应用去中心化临床试验的技术指导原则》，为罕见疾病的临床试验提供更加灵活、可及的新路径。2024年6月，国家药监局就《关于进一步优化临床急需境外已上市药品审评审批有关事项的公告》公开征求意见，对于符合要求境外已上市境内未上市的临床急需药品，如罕见病用药，可享受纳入优先审评审批范围、豁免药物临床试验、缩短注册检验时限等政策倾斜。

#### **五、持续推进药品价格治理，探索药店药品价格管理。**

2024年初，全国医疗保障工作会议中明确将“发挥药品价格治理效能，推进挂网药品价格专项治理”列为2024年重点工作内容。二季度，多地医保局密集上线医保“药品比价”平台，以拉平不同地区和同一地区的医疗机构以及药店之间的药价差，让药品价格透明化合理化。此前一季度国家至地方医保部门已开展“四同药品”价格专项治理，推动同一通用名、厂牌、剂型、规格的药品价格回归合理区间。

#### **六、拓宽医保基金使用范围，加速处方院外流转。**

自2023年定点零售药店纳入门诊统筹管理以来，零售端的医保支持性政策加速推进。2024年6月，深圳市正式开通医保处方在线支付服务(报销含统筹金额)，首批接入连锁药房企业，承接处方中心的在线处方流转以及药品即时配送上门等便民服务。此前，已有上海、

北京、天津等多地相继推动医保个账在线购买非处方药的相关工作。深圳正式开通医保处方在线支付服务，报销可用医保统筹金额，尚属国内首例。

[返回目录](#)

## • 专家观点 •

### 观点 | 梁万年：“三医”从联动到协同 医改需明确两个“基本”

来源：中国卫生杂志

党的二十大报告指出，要深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。从“三医”联动到“三医”协同发展和治理，是医改向纵深发展的重要机遇。如何抓住机遇，推动“三医”协同发展和治理，最重要的是明确改革的基本内涵和基本路径。

#### “三医”协同的基本内涵

“三医”联动是深化医改的关键举措和重要经验，发展历程基本上可以分为三个阶段。第一阶段是以城镇职工基本医疗保险制度改革为重点，加强医疗、医药改革同步推进；第二阶段是以破除公立医院“以药养医”机制为重点，强调医疗、医保、医药联动；第三阶段是以健康为中心，创新医防协同、医防融合，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。

虽然“三医”联动改革取得了诸多成果，但仍然存在着服务连续

性不足、主体积极性不足、居民获得感不足等问题，没有真正实现以健康为中心的改革目标。具体表现在：

医保方面，医保基金杠杆作用发挥不充分、医疗服务价格调整不到位、药品耗材集中带量采购有待提速扩面；医疗方面，公立医院运行机制尚不健全、医疗机构现代化管理水平不足；医药方面，药品研发创新能力仍有待提高、药品生产流通使用改革和监管有待进一步强化。因此，深化医改需要继续推进“三医”从联动走向协同发展和治理。

卫生健康治理是复杂的多主体、跨领域的公共问题，适宜采用协同治理方式。从内涵上看，协同治理具有治理问题公共性、治理主体多元性、政府治理主导性、各方主体互动性、治理过程动态性、治理功能互补性等特征。“三医”协同治理是在政府主导下，使医保、医疗、医药运行机制和多元参与主体的行动策略协调统一，进而共同促进深化医改目标达成的过程。

从联动改革到协同治理，体现了推进卫生健康治理体系和治理能力现代化的更高要求。在目标理念上，要更加突出以人民健康为中心。在参与主体上，要更加突出调动各方面积极性。在治理手段上，要更加突出市场治理、社会治理效能。在成效评判上，要更加突出健康结果和人民群众的获得感。

### “三医”协同的基本路径

理念、体系和能力是构成国家治理的3个基础性要素，理念是先导，体系是载体，能力是保障。医保、医疗、医药协同治理是推进国家治理体系和治理能力现代化在卫生健康领域的重要抓手，推进“三医”协同治理的基本路径就是要实现治理理念、体系和能力现代化。

实现治理理念现代化，最重要的是落实“以人民健康为中心”的发展理念。一是要把保障人民健康放在优先发展的战略位置，推动健康融入所有政策，在经济社会发展规划、公共政策制定执行、政府财政投入保障、社会治理等工作中落实健康优先。二是要全面推动政府理念的转变，多部门和主体，包括财政、发改、审计、监管等部门的理念和评价方式均要发生变化。三是要全方位推动治理理念转变，推动决策方式、服务模式、支付方式、监督考核等卫生健康领域治理中的理念转变。以理念的转变推动“三医”协同发展和治理，最终形成以健康为中心的发展格局。

在实现治理体系现代化方面，需要发挥多元主体效能，形成“三医”协同治理格局。首先，要发挥行政治理的“元治理”主导效能，明晰政府的领导、管理、监督和保障责任，在“三医”协同的制度设计、框架确立、决策主导、互动管理等领域发挥行政治理职能，为“三医”提供协同制度基础。其次，要以医保改革为核心，发挥市场治理的激励效能。推行按人头、按病种付费或复合付费等预付制的医保支付方式改革，常态化、制度化开展药品耗材集中采购，发挥医保监管

职能，为“三医”提供协同发展动能。最后，要以整合型医疗卫生服务体系建设为平台，发挥社会治理的聚合效能。推进法人治理结构等管理制度改革，促使医联体实现“一家人、一条心、一本账”。创新医防融合机制，推动资源横向整合，以医联体为依托，鼓励社会力量参与，共同构建健康服务联合体，为“三医”提供协同发展平台。

治理体系现代化的变革对治理能力提出新的要求。推进治理能力现代化，要全面提升“三医”协同的保障能力：一是提升统筹协调能力，发挥“高位推动”作用，加强“三医”统一领导。二是提升考核评价能力，构建“三医”协同评价标准，对卫生健康服务体系的整体效率和效能进行考核评价。三是提升科技支撑能力，加快大数据、云计算、区块链等数智化技术应用，推动“三医”协同智慧赋能。

此外，改革中的部分传统体系设计和措施已经与推进以健康为中心、整合型医疗卫生服务体系建设和高质量发展等目标不相匹配，“三医”协同发展和治理是新时期深化医改面临的新命题，也是现阶段乃至今后一个时期深化医改的重要抓手和关键平台，更是改革发展的必由之路。

[返回目录](#)

**观点 | 薛海宁：强化示范引领 推动公立医院改革与高质量发展**

来源：中国卫生杂志

2021年5月，国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展

展的意见》，公立医院改革进入高质量发展新阶段。在此背景下，公立医院改革与高质量发展示范项目在全国范围内分层推进：医院层面，选择 14 家大型三甲公立医院开展试点；地市层面，实施公立医院改革与高质量发展示范项目；省级层面，选取综合医改重点省份率先推进各级各类公立医院高质量发展相关工作。其中，以地市为抓手推动公立医院高质量发展是改革中的创新举措。

目前，公立医院改革与高质量发展示范项目已覆盖全国 28 个省份 30 个城市，其中省会城市 7 个，直辖市区和计划单列市 5 个，地级市 18 个，具有广泛代表性和地域分布均衡性。在项目积极推进过程中，国家卫生健康委、财政部定期调度示范项目进展，召开多次调度会议、分片交流观摩会和集中培训，组织开展年度工作总结、中期评估，同时委托国家卫生健康委卫生发展研究中心、上海交通大学中国医院发展研究院、西安交通大学中国医院发展改革研究院等 3 家机构分工指导各项目城市。

### **改革示范效应更加突显 就医和诊疗新格局加快构建**

目前，从示范项目的进展成效来看：

第一，项目实施总体进展良好，有效调动了地方推动公立医院改革与高质量发展的积极性。

第二，主要目标指标进展总体符合预期。

公立医院经济运行稳中有进。在公立医院医疗服务收入(不含药

品、耗材、检查、化验收入)占医疗收入的比例相关数据中,2022年,第一批项目城市高于全国平均值3.7个百分点,2023年初步测算数据高于全国均值4.9个百分点,同时显著高于示范项目所在省份的平均值。

医疗服务能力和效率总体提升。项目城市三级公立医院出院患者四级手术占比总体略有提高,2023年,15个项目城市平均为18.7%,较2022年提高0.5个百分点。三级公立医院平均住院日总体变化不大,2023年,15个项目城市平均为8.3天,与2022年基本持平。公立医院平均住院日方面,项目城市降幅优于所在省份平均值。

就医诊疗格局构建推进有序。项目城市三级公立医院门诊人次数与出院人次数比下降,基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例增加。2022年、2023年第一批项目城市基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量的比例均高于全国平均值50.5%,分别为51.5%和57%。

第三,改革示范效应更加显现。

(一)市县级公立医院诊疗能力持续提升,群众获得感切实增强。通过加强临床专科建设,解决过去无法解决的疑难危重症治疗问题。

通过加大政策扶持、人才培养等手段,强化常见病多发病诊治能力。

补齐薄弱专科的短板不足。

(二)智慧医院建设步伐加快，数改推动医改成效初显。

推动全民健康信息平台建设加速迈上新台阶。如青岛市坚持“以人为本”“以通为本”“以用为本”，向上对接省平台，向下联通10个区市平台，横向打通15个垂直业务系统。

医疗体系救治响应效率大幅提升。如太原市、周口市、沈阳市等搭建智慧“120”急救指挥调度系统平台，实现医院和急救中心指挥调度系统全面衔接，推动实现患者“上车即入院”愿景。

老百姓看病就医更加便捷高效。如芜湖市通过电子健康码提供全流程就医服务，青岛市实现出生医学证明、户口登记、医保、社保等“一次提交、多证联办、一站送达”。

检验检查结果互认节省了患者非必要医疗费用。如广州市在全国率先应用区块链技术，构建检验检查结果互认平台，全市调阅后互认率超96%，2023年1—9月为患者节省费用2.49亿元。

(三)就医和诊疗新格局扎实推进，分级诊疗体系不断完善。

功能定位更加明确，体系建设更加完善。如太原市、丽水市、重庆黔江区等采用各种形式，推动各级医院差异化、一体化发展。

县域能力大幅提升，基层网底更加牢靠。如遵义市创新县域医疗次中心建设，芜湖市实施“基层卫生健康守门人”项目；广州市、遵义市等市县域内住院量占比已超过85%；周口市、芜湖市等市基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量的比例已超60%。

(四)因地制宜学习借鉴三明医改经验，“三医”协同性不断增强。

深化医改领导体制和工作推进机制持续完善，推进医疗服务价格动态调整机制不断健全，药品耗材招采制度改革走向深入。按照“总量控制、结构调整、有升有降”思路，优化公立医院收入结构。以DRG/DIP为主的多元复合式医保支付方式改革持续推进，积极探索医联体/医共体医保支付方式改革。结合实际，探索各具特色的人事与薪酬管理方式。紧密型医疗联合体建设扎实推进。

### 进一步加强多部门协同 实现点上突破带动面上发展

当下，示范项目的实施开展取得了一系列成效，但也存在一些问题，如实施进度不均衡、实施统筹力度不够、改革底色突出不足、示范带动作用不够等。

下一步，示范项目还需在以下几方面重点发力：

#### 一、落实省市两级项目管理责任

压实示范项目城市主体责任，主要负责同志亲自推动协调解决示范项目实施过程中重点、难点和堵点问题，协调多部门推动改革联动。发挥省级管理指导和保障作用，及时培育和总结示范项目城市的典型经验，在省内加大推广力度，推动一批省内已出台的改革政策在示范项目城市落地实施。

#### 二、加大力度推广三明医改经验

各项目城市需进一步推进药品耗材集中带量采购提质扩面，动态调整医疗服务价格，完善多元复合式医保支付方式，深化人事薪酬制度改革，全面深化公立医院薪酬制度改革，根据“两个允许”要求，科学合理确定并动态调整公立医院的薪酬水平。加强公立医院投入保障，落实政府对符合区域卫生规划的公立医院投入政策，按示范项目方案设计和实施进度严格落实各级配套资金，提高财政资金使用效益。

### 三、巩固提升公立医院高质量发展成效

持续提升市县级医疗服务能力，以完善配套支持政策为重点，深入推进紧密型城市医疗集团试点建设，建立激励约束新机制。充分发挥信息化支撑作用，重点在提高医疗质量、改善群众就医体验方面扩展应用场景，提升应用水平。

### 四、做好全过程跟踪问效

进一步增强“交卷”意识，提高项目绩效监测水平，注重“增量”评价，创新评价指标。切实发挥示范引领作用，结合各地工作基础与示范项目的实施进展，凝练2~3个方面典型示范，系统性总结改革发展经验。

### 五、规范项目资金使用管理

强化风险管控，探索建立全过程内审机制，对项目实施过程中的合法合规性进行监督检查。加强资金管理，严格执行资金使用规定，

严肃财经纪律，做到专款专用。加快执行进度，对照项目任务时间表和资金执行计划，确保重点任务按期完成。

## 六、充分发挥专家指导机构作用

专家指导机构要建立定期与示范项目城市交流机制，可以采取线上线下形式，侧重从业务角度给予指导，形成持续跟踪，发现问题和好的经验及时向国家卫生健康委体改司、财政部社保司报告。指导地方凝练形成示范经验，结合示范项目城市的基础形成典型经验，在国家卫生健康委体改司、财政部社保司的委托下，全过程参加示范项目整改落实回头看，项目验收评估等工作。

[返回目录](#)

## • 医保快讯 •

### 线上购药开通医保将会给市场带来哪些变化？

来源：村夫日记

随着医保个帐开通线上购药在多个城市推开，以 O2O 为载体的线上购药获得了医保报销，对医药电商形成了明显的利好。不过，这样的利好是相对有限的，随着个帐收入的缩减、用户向医疗机构的回流以及药品比价平台的推出，一旦线上不再具有价格优势，医保也不再是决定院外市场胜负的关键因素。

长期以来，由于不能使用医保，医药电商始终无法与线下的药店

在 OTC 和处方药的销售上形成有力竞争，只能吸引以年轻人为主体的自费人群。随着医保个帐可以在线上使用，医药电商第一次获得了与线下同等的吸引力。而且，由于医药电商更快捷和价格更具优势，在与线下药店的竞争中获得了一定的优势。

不过，线上购药获得报销对医药电商的利好是相对有限的，来自医保的收入规模能否做大主要取决于个帐、门诊统筹和用户引流。

首先，从个帐来看，随着门诊统筹的推开，个帐每年的流入规模大幅缩水。为了降低个帐的消耗速度，用户向院内(包括基层医疗机构)出现明显回流。虽然门诊统筹覆盖的药店数量已经很多，但对处方来源的要求日益严格，多地已经要求处方必须来自医保定点医疗机构，导致原先通过平台型互联网医院补方的模式难以再有吸引力。

当然，对个帐来说，依旧可以通过互联网补方的模式获取处方药，这也是医药电商获得医保报销的主要利好之一。但由于个帐的缩水，处方主要是偶发需求，慢病用户无法全部用个帐支付其全年用药，其逐步回流到医疗机构是必然的趋势。因此，医药电商由此获得的处方药红利很小。

其次，门诊统筹虽然面向药店开通了，但 OTC 是无法在药店使用统筹资金的，只能用个帐资金去覆盖。因此，如果用户为了降低个帐资金的消耗，在 OTC 药品的获取上也会回流到医疗机构。如果不考虑用户对个帐的消耗速度顾虑，OTC 仍是药店目前医保报销得主力品种，

医药电商要争抢的也是以此为主。

但 OTC 的大品类主要是感冒、肠胃、滋补和皮肤为主，只有滋补类是具有长效性，其他都是偶发性。但滋补类的主要是中老年人为主，其更依赖线下药店而不是线上，医药电商争夺主要集中在偶发性的 OTC 药品，凭借快捷和价格，在获得医保资质后，这部分的收入转移到线上的可能性较大。尤其是偶发性需求中有大量中青年，其已经养成网络消费习惯，在医药电商没有医保资质前，其在线上已经养成自费获取 OTC 药品的习惯。

最后，在医药电商和药店的竞争中，用户引流后的消费场景是关键。从零售药店的现状来看，虽然医保仅占到了零售药店全部销售额的 40%，但这是零售药店引流和销售其他相关产品的重要依托。而现在，医药电商也拥有了依靠医保引流的能力，但两者在引流后的消费场景是有差异的。

一般来说，老年人是医保定点药店的主力消费群体，药店除了向其出售处方药或 OTC 之外，还会引导其购买其他高毛利的产品（器械、保健品），或者直接将其想获取的 OTC 药品换成高毛利的其他品牌 OTC。而医药电商的引流逻辑是类似的，但是由于医药电商可以将用户向大健康之外的其他领域引流，而不仅限于药品，其交叉销售的能力也更强，比线下药店的优势也更为明显。

伴随着个帐缩水、门诊统筹的强监管和医保向线上购药开放，零

售药店虽然获取了一部分流向院外的处方药，但自身的基本盘尤其是 OTC 也受到了明显的蚕食。另外，面对医保支付制度改革，由于集采后原研药转战院外，以及国谈后双通道的实施，院边店还能获取慢病和大病用户。但除了确实能获得院内处方的院边店以外，其他药店都将面临客户流失的问题，叠加上医药电商的分流，药店确实到了需要转型的时刻。

不过，在获得医保资质的同时，医药电商也面临强监管，原先的野蛮生长将面临严格的规则压力。根据线下线上一致监管的原则，医保对线上购药的监管也将逐步强化，特别是医保药品比价平台推出后，药企给予电商平台的价格将逐步与线下拉平，导致线上的价格优势消失，对未来的竞争能力形成挑战。

因此，线上购药获得医保覆盖主要利好医药电商在 OTC 药品上的获客和向其他品类的引流，但受到医保强监管的影响导致价格优势的丧失，依靠医保推动自身规模快速做大的作用相对有限。

[返回目录](#)

### 门诊共济改革下，如何做好医保基金监管？

来源：中国医疗保险

建立健全职工医保门诊共济保障改革机制，是深化医疗保障制度改革，提升广大参保人员切身利益的一项重大工作举措。随着各地门诊共济政策逐步落地，大部分地区都实现普通门诊报销从无到有的转

变，越来越多符合条件的定点零售药店被纳入门诊保障范围，基金监管工作的重点也随之产生了一些新变化。

### 门诊共济改革后基金支出风险

门诊共济改革后，最常见的结算方式为按项目付费，即医保经办机构根据门诊诊疗过程中参保人员所使用的药品、医疗服务、耗材等按规定的报销比例和限额进行结算。从基金监管角度，基金使用风险点高度集中在过度医疗、重复收费、分解收费、虚记/多记项目、串换项目收费、冒名/虚假就医、年底突击消费等方面，但各风险点发生的场景又因结算项目与科室的不同而各具特征。

结算项目上的基金使用风险主要体现在药品、诊疗服务及就医行为上。

药品方面，主要风险体现为大处方超量开药、超医保限定条件支付、处方管理不规范、中药饮片与中药颗粒混淆管理等。

诊疗服务项目方面，主要风险体现为超物价或相关文件标准收费、分解收费、重复收费、串项收费、虚开诊疗项目等。例如，医疗服务超医疗机构执业范围或超仪器说明书，名称/内涵相似的设备收费项目之间串项或重复收费，无指征过度检查等。

就医行为方面，主要风险体现为死亡人员就医、参保人在统筹报销额度清零前突击顶额消费、冒名或虚假就医、将不符合医保支付的项目纳入医保结算(如将有明确第三方责任人情形所产生的医疗费用

进行医保报销)、倒卖医保药品等。

在支付科室方面,我们暂以便民门诊、中医门诊和口腔门诊分析支付风险。

便民门诊患者无须检查即可开药的情况非常普遍,医生过度遵从患者“主诉”,用药合理性不足,基金支出风险较大。

中医门诊的主要风险体现在两个方面,一是中药饮片缺乏标准统一的用药规范,更多属于“经验医学”,“一人一方”情况普遍,大处方等行为难以界定;二是中医康复理疗存在冒名顶替的风险,如一些医疗机构疏于管理,只认缴费次数不核对治疗对象,易造成一人刷卡、多人治疗的情况。

口腔门诊的主要风险体现为诊疗项目分解或重复收费。如一颗牙的复杂填充费用,收取几项甚至几十项的治疗费用。更有甚者会将目录外项目串换成目录内项目,如种植牙、贵金属冠修复、矫正畸形等,对外宣传医保可以报销,诱导参保人员就医,骗取医保基金。

### **造成基金支出风险的主要原因**

一是医药机构的内部管理水平不足。从客观因素来看,定点医药机构受内部制度建设、人员管理、系统建设等影响,违规使用医保基金的问题仍然普发频发。从主观因素来看,定点医药机构及医务人员存在逐利性,医务人员的收入及医疗机构的发展与医疗费用增长有一定程度的关系,使医药机构及医务人员有了主观追逐“违规使用医保

基金”的动机，亟须强化思想认知教育。

二是监管力量不足。医保基金监管任务繁重、监管力量不足是长期存在的问题。随着门诊共济政策全面落地，普通门诊和零售药店也可享受医保待遇，虚假诊疗、超量开药、串换药品等行为的违法违规成本更低、利润空间更大，海量就医购药行为带来的监管压力也随之加大。此前基金监管的重点以住院为主，对普通门诊及定点零售药店的监管经验相对不足。

三是智能化监管手段应用不足。目前，国家医保局已经针对门诊共济政策下的易发、高发的违法违规问题开展大数据筛查分析，现行的“知识库、规则库”（以下简称“两库”）中有部分可直接用于普通门诊及定点零售药店医保基金支出的智能审核和监控，但仍然不能完全满足当前需要。

四是宣传力度与政策理解尚有不足。医保政策的专业性、不同就诊方式的多样性以及近年来医保新政策的快速调整等因素不可避免地会带来医保政策宣传工作不够及时到位，一些参保人员存在顶额消费及“打政策擦边球”心态，过度医疗现象频发。

此外，各部门间信息不共享、联合监管机制运行不畅导致的“信息孤岛”也会增加基金支出风险。

### **加强门诊共济下基金监管的重点与建议**

第一，要进一步发挥定点医药机构医保基金使用自我管理主体责

任。定点医药机构是医保基金支出的第一道关口。鼓励定点医药机构强化进销存管理，主动与医保系统对接相关数据，积极接受监管。加强医药服务规范管理，做好就诊患者和购药人员医保身份核验、医保目录适用认定、就医记录存档等工作。鼓励定点医药机构积极配合医保部门开展自查自纠，全面整改存量问题，遏制增量问题，引导医疗机构和医务人员合理合规使用医保基金。

第二，要持续加大门诊统筹基金监管力度。持续发挥飞行检查震慑作用，将门诊共济后的基金使用高风险点纳入国家和省级飞行检查重点，加大飞检后续处置和整改力度。持续开展针对门诊统筹医保基金使用行为的专项行动，聚焦重点药品及重点行为开展监管。如易在门诊统筹中被串换的、黑市“行情好”的药品(如安宫牛黄丸、片仔癀、阿胶);易在门诊产生超医保限制付费的药品(如人血白蛋白、恩必普等);以及年轻参保人员购买慢性病药品、医院内部职工大量开药、口腔门诊费用异常增高等行为。持续强化日常监管，通过开展约谈、增加检查频次等形式强化日常警示作用，进一步规范定点医药机构的服务管理行为。

第三，要持续筑牢事前、事中、事后相结合的大数据监管防线。用好智能化手段提高监管精准性，是解决监管力量不足的有效举措。在强化事前提醒上，要推动已有的适用门诊共济改革新形势的智能监控规则在全国落地应用，并持续研究新规则;推动全国定点医药机构

与医保智能审核监控功能对接,实现对定点医药机构服务行为的事前提醒;各地医保部门要结合地方实际进行个性化完善,持续加强“两库”的个性化建设和动态更新,不断提升“两库”的准确性和时效性。在强化事中审核上,应将门诊统筹基金结算纳入智能审核范围,将重点药品的季度/年用量监测、人均费用、门诊检查检验次数、门诊中医康复理疗项目、小设备仪器使用情况作为工作重点。在强化事后监管上,强化门诊统筹基金大数据筛查,进一步提高监管时效性和精准度。可聚焦医药机构的门诊信息数据,构建多种高效的大数据模型,有针对性地对门诊共济政策下的常见违法违规行为开展数据分析及筛查,切实守护医保基金安全。

第四,要强化曝光宣传和社会监督。一是针对门诊共济新形势下的典型违法违规问题开展专题曝光,形成对定点医药机构的警示教育 and 高压震慑。二是强化对参保人的政策宣传,提高思想认识,引导参保人员增强法治观念,不占小便宜,更不做违法违规的事。三是用好举报奖励办法。群众监督是最广泛、最直接的监督,向参保人讲明白“他人骗保,最终损害的是自己的权益”的道理,落实好违法违规使用医保基金举报奖励办法,全面激发群众参与监督的积极性。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 从数据出发，看这家医院如何将 DRG 融入医院绩效考核

来源：医管课堂

当前，公立医院普遍面临内外两方面压力。

从外部来看，医院面临着日趋严格的绩效考核、药品耗材加成取消后收入减少、医保支付方式改革，以及物价巡查、分级诊疗等要求；

从内部来看，医院的基础建设、科研、防疫、维保、信息化以及可持续发展和员工待遇提升等，都需要医院投入大量资金。

2019 年，西安市被确立为首批 DRG(疾病诊断相关分组)医保付费改革试点城市，西安交通大学第一附属医院(以下简称“西交大一附院”)作为首批试点医院。医院把医保 DRG 改革作为契机，进一步提高医院运营管理水平，让医院内外部压力得以缓解。

从医保按项目付费向医保按 DRG 付费转变，为医院运营管理带来诸多新要求。为了应对这些新挑战，西交大一附院开展了一系列基础工作，如对 DRG 病种成本进行研究和分析，对原有考核评价机制进行深入改革，同时还将原有的记账式财务管理向管理会计转变。这一系列工作，为医院构建精细化运营管理体系和智能化运营管理系统平台铺平了道路。

在这些工作的基础上，该院组建了运营管理部 and 一支专业化的运营管理团队。运营管理部是该院专门负责经济运营的部门，通过资源

整合、促进业财融合，帮助医院提质降耗，实现医院品牌、医疗质量与经营效益的平衡，以更低的病组成本提供更高质量的医疗服务。

运营管理中，一套完善的信息化系统是运营管理团队不可或缺的工具。为此，该院专门建立了院内数据中心平台(HBI)。该平台可实现医院内部业务数据的互通与共享。在该平台下，运营管理人员可提取绩效考核指标，挖掘医院数据资源进行实时分析，助力管理决策。

此外，在该平台下开发了运营监管模块，打造智能化、专业化的监控机制。同时，医院还开发嵌套仪器共享系统，打通了医疗、运营、财务、OA 等系统之间的壁垒，实现预算、绩效、OA 管理等多重管理功能。

### **DRG 指标融入绩效考核**

为了激发全院医务人员的改革动力，该院利用 DRG 绩效考核分析系统，将 DRG 指标体系与院内绩效考核指标体系相融合，增加了相关指标的考核权重，强化了对时间效率指标和费用消耗指标的考核与管理。

首先，该院将业务科室划分为外科科室、介入手术内科科室、内科科室 3 类。针对 3 类科室的业务特点，分别建立了包括科室 CMI 技术难度、运营效率、质量安全、费用控制等 6 个维度 13 个指标在内的考核指标体系。

其次，将 DRG、病种点数等工具，运用到职工绩效考核和分配中。

增加 CMI 值、三四级手术占比、微创手术占比等指标在绩效分配体系与成本核算中的权重。

再次，该院开发了经济运营与绩效管理信息系统，实现运营管理智能化、可视化。该系统可基于目标管理与动态调控原则，对医院工作量指标数据进行深入分析。

绩效考核牵动全院职工切身利益。为此，该院在此项改革过程中，十分注重宣传教育工作。该院通过系统培训，引导临床科室的诊疗行为，使其能够不断提升出院患者 CMI 指数，提升三、四级手术比例和微创手术比例，降低时间与费率消耗指数。

同时，该院还出台《西安交通大学第一附属医院关于疾病诊断相关分组试点工作推进方案的通知》，建立 DRG 专项工作机构，持续开展多轮病案培训，不断加强病案首页填写质量控制。

目前，全院各临床科室都已经基于 DRG 分组，对本科室的病种结构、临床路径设计和改进等进行了梳理，并制定了优化方案。

### **不断优化医疗资源配置**

提升运营效率、完善绩效考核，最终目的是通过改变医院运行机制，让医疗行为与老百姓的健康诉求同向而行。具体到医保精细化管理，就是要合理使用医保基金、规范诊疗行为、减少病人不合理住院、降低患者诊疗费用。

这需要通过开展合理性分析、全面预算管理、资源效益分析，对

人力资源、药耗成本、设备运行、后勤成本，进行精细研判与有效管理，同时，对病种成本、床位使用率、人力资源效率、房屋空间使用效率、设备效率和费用消耗指数等进行综合评价。因此从本质上说，医保精细化管理的过程，就是医院不断提升资源配置效率的过程。

数据已经表明，实施 DRG 改革两年来，该院医疗资源配置效率逐年提高。2021 年上半年较 2019 年同期对比，该院门急诊人次同期增长 0.70%，患者均次费用下降 5.13%，出院人次同期增长率 6.81%，手术例次增长率 20.56%，操作例次同期增长 108.29%。目前以医保精细化管理助力运营绩效提升取得明显成效，以现代医院管理制度为基础的组织架构、制度建设、流程设计等方面也逐步规范。

总之，DRG 不是单纯的医保支付改革，也不是单纯的医疗行为改革，而是医疗全产业链，全医疗流程，医保、医药、医院三医联动的深层次改革。

[返回目录](#)

### **三大措施快速实现医保结余，北京医院应对 DRG 改革有方**

来源：CDSreport

以保健事业为发展基准的北京医院，凭借百年历史，赢得了社会极高的评价，并在 2015 年成立了国家老年医学中心，将老年医学领域各个环节与公共卫生政策、健康管理融为一体。

更高的定位也为医院带来了更大的管理难度。由于工作性质和患

者群体的特殊性，北京医院在先进技术、优质药品和耗材使用方面要优于其他医院，导致次均费用远高于社会平均成本。在众多现实问题面前，北京医院依旧达成了医保结余等目标，并借助信息化工具创建了有代表性的医保管理文化。

日前，北京医院医疗保险管理处处长张群分享了 DRG 付费下的医院医保管理实践。

### 统一全院价值医疗和价值医保导向

在医保改革之初，经常有医生抱怨：现在真的太忙了，不仅要关注医疗技术，还要关注费用、医保政策等等，时间和精力真的不够用啊。对此，张群总是回应：医疗行为发生的过程中，患者从挂号、就诊、检查到办理入院手续，整个诊疗过程都伴随着医保基金的使用，医务人员有责任和义务关注医保基金使用规则和安全准则。

对于上述情况的发生，张群认真剖析现状，提出了一条管理思路：加强医务处、院感、器材、财务、医疗收费以及药学护理等管理科室与临床科室的沟通，结合行政管理和科室自主管理，形成统一的价值医疗和价值医保导向。

价值医保最早在出现在 2020 年 6 月《中国医疗保险》杂志的一篇名为《价值医保：从基本医保药品、耗材管理办法说起》的文章中。随着相关政策制度的逐步推进，医保以“价值”的“战略性购买”框架正在逐渐建立起来。

“随着目前我国医保监管体系的建设，各种监管措施也正在逐步实施，比如飞检、智能审核等，而这些都是为了医保使用更有价值，进而促使医疗行为更加规范，并实现价值医疗。”张群表示，实现价值医疗首先要做好三点：医疗质量、患者就医体验和经济性，这三点缺一不可。相对应的，医院要关注适宜技术、患者感受和成本可控。

她认为，想要实现价值医疗和价值医保，有3个关键节点需要落地实施：

### 1. 病案首页和疾病编码

DRG 付费后，病案首页和疾病编码填写工作需要重视。医保基金的使用离不开上传诊疗、检查及费用等信息，其中数据的准确性尤为重要，因此要保证填写正确、完整。

### 2. 实际费用与支付标准

医院的诊疗行为要遵循“因病治病”原则，切勿因费用影响诊疗行为。以北京为例，DRG 病组的费用经过三年各医院上传数据的统计分析，得到了中位数。这是一个动态调整的过程，需要依据真实数据。

这个过程中要注意达到支付标准，同时在此基础上保持低倍率结余，切勿盲目追求高倍率。科学的支付也可以有效缓解临床科室的压力。

### 3. 费用结算与清单上传

医保结算清单的4个部分“基本信息、门诊慢特病诊疗信息、住

院诊疗信息和医疗收费信息”的填写与病案首页的要求存在差异，但反映了医疗行为、药品器材等消耗程度。

此外，医院还借助了信息化工具来辅助管理和诊疗行为。北京医院在信息化管理平台下，从行政部门到临床科室的工作站，全都植入向导系统。当工作中出现疑问时，可按照向导系统的提示继续进行。但该系统不会干扰医疗行为，仅在需要时提供帮助。同时，统计分析系统还可以提供科室主任和医保专管员查看全院数据，进行回顾性分析。

### **应对 DRG 付费转变医保管理模式**

在 DRG 付费之前，北京医院采取的管理模式是总额预付的目标化管理。为了完成总额指标，在各个科室设置了需要完成的目标，采用 KPI 综合考核。但由于次均成本远高于北京社会平均成本，“如何有效降低”这道题摆在了张群面前。

为此，张群带领团队设置了近、中、远三个目标：近期目标降低增速，中期目标靠近社会平均成本，远期目标打造医院医保管理文化。

通过近 10 年的努力，这三个目标全部达成。医务人员抱怨的声音越来越少，许多临床医务人员还会经常探讨如何规范诊疗行为满足医院医保控费的需求，医院医保管理文化初步形成。这样的成效不仅得到了医院领导和医保管理职能经办部门的认可，也常被同行称赞并学习。

在这个过程中，北京医院依据北京市医保中心管理标准的门诊量、次均费用、药占比、检验检查占比、自费和拒付率 6 个参数设立了管理指标，并借助信息系统不断倒推每个科室的床位数、每年住院数、门诊接诊数、使用药品数量等，形成考核数据，用于分析和回溯。医院的次均成本得到了有效控制，不断靠近社会平均成本，同时实现了医保的结余，这些都为 DRG 付费之后的管理工作奠定了基础。

DRG 付费之后，由于对住院部分更加精细，北京医院开始推行“分病区责任制管理模式”。这种模式能够固定医保处与临床科室的联系与沟通，让医保管理人员更加贴近临床科室，提升医保管理服务效能，强化管理制度与政策的宣讲与培训力度。让临床人员更高效、更主动地了解 DRG 相关政策、目的、意义、操作流程、问题反馈、新技术申报等。这种模式自 2021 年开始实施，通过对每个科室建立群聊、采用音视频等多种形式，取得了不错的成果。

此外，北京医院还升级了住院审核系统；完善了医保 DRG 实际付费的医保和监控系统；院长牵头落实例会制度，理顺 DRG 管理流程；结合医保反馈的问题，聚焦重点科室和病组，及时上报并提出改进建议。

张群强调，医保问题的反馈要“合规和利益并重”，抛开医院经济运行和高倍率结余等因素，而是结合分组选择、诊疗行为等问题与经办人员或技术指导组进行沟通。

为了达到 DRG 付费的支付标准，医院的次均费用逐步下降，医保报销总额的下降成为必然趋势。为了加强床位周转、降低医疗成本、便捷患者就医体验、推行分级诊疗模式，许多医院会采用缩短平均住院日、提高日间手术量、加强日间病房管理、医联体医共体联合治疗等措施。

张群介绍，北京医院在此之上，借助信息化工具实现了临床科室的自我管理，从源头开始规范 DRG 付费标准。“为了降低日间手术成本，我们利用信息分析系统监控耗材使用和环保管理情况。这个系统除了供管理部门使用，还会部署在每个科室，让科室主任也能够实时看到这些统计数据，实现科室自我分析 DRG 入组、超支等问题。为确保每个科室的正常使用，我会在部署的时候前往现场，还要对每个环节的使用人员进行多次培训，解决所有使用中出现的。”

这一做法将诊疗质控、医保控费、医保审核等关口前移，走在了行业的前端，其效果也是显著的。从 2022 年初开始部署，半年就完成了全院的顺利运行，该做法不仅由模拟运行时的亏损千万扭亏为盈，帮助医院实现了医保结余，还让临床科室诊疗行为更加规范，更重要的是为北京市医保管理提供了样板，为 DRG 付费模式的更新换代提供了帮助。

### **将结余用于医生绩效奖励，发挥优势病组作用**

张群认为，目前 DRG 付费改革仍在适应阶段，未来还会根据医院

反馈数据不断调整，医保相关政策也正在逐步调整。比如 DRG 监测指标与“国考”相近，管理医保基金的同时保证医疗质量；赋能国家级医疗中心，加大相应病组权重；推行分级诊疗，将付费等级与医院等级相关联；将基金监管常态化，推行信息化、智能化审核，加大各种检查力度，并依据相关条例进行处罚。对此，她引用了几个将管理向医院延伸的办法：

明确规定 DRG 结余费用分配，大部分用于临床人员的绩效奖励；

逐渐归纳形成各病组的临床路行，不仅规范行为，也对医院医生在 DRG 付费下开展诊疗行为进行有效指导；

引导医疗机构优化成本控制，提高医保基金的运营效率，以成本核算逐步替代现行的行政定价。

此外，张群推荐各医院进行新技术的研究、推广和应用。“每个科室优势病组的长足发展，会为科室及全院带来正向影响。这样也才会有空间开展疑难杂症的治疗及先进新技术的使用。通过先进的技术和可控的资源消耗，医院能够得到良好的口碑和认可，也就实现了低于社会平均成本下提高医疗质量。”

[返回目录](#)

## • 医疗速递 •

### 多管齐下，为门诊慢特病患者减轻负担

来源：人民日报

《2022 中国卫生健康统计年鉴》显示，预计至 2024 年我国慢病患者人数将超过 5 亿人。相关信息显示，慢病在疾病负担中占比接近七成。恶性肿瘤、红斑狼疮、肾衰竭等特殊类型疾病患者与慢病人群类似，也需长期治疗。慢特病人群就医用药不仅影响群体的健康状况，也关系整个社会的负担。近年来，国家高度重视慢特病人群的健康状况，多管齐下，减轻其就医用药负担。

#### 保障政策不断完善，慢特病患者门诊待遇提升

“虽然大夫说得每天吃药，但那样花销真不小，我干脆难受的时候再买点药吃，没想到后来这血压真是压不住了。”说起自己曾经的用药经历，云南省剑川县高血压患者吴秀芳还有点后怕。像吴秀芳一样，许多慢病患者需要长期用药。过去，不少医保统筹区门诊不能报销，经济上的压力让一些患者的用药依从性大打折扣，进而影响了疾病控制。

2019 年 10 月，国家医保局、财政部等 4 部门印发《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》，明确以城乡居民基本医疗保险“两病”患者门诊用药保障为切入点，坚持“既尽力而为、又量力而行”原则，探索完善门诊慢病用药保障机制，增强基

本医保门诊保障能力，减轻患者门诊用药费用负担。在待遇保障方面，指导意见要求以二级及以下定点基层医疗机构为依托，对“两病”参保患者门诊发生的降血压、降血糖药品费用由统筹基金支付，政策范围内支付比例要达到 50%以上。

得益于此，2020 年，吴秀芳通过了当地慢病评审，自此，门诊高血压药可报销一大部分。“从那时起我就乖乖听大夫的话按时吃药，血压都控制得不错。”吴秀芳说。

其后，国家医保局会同国家卫生健康委开展“两病”专项行动示范城市活动，鼓励有条件的地区探索将心脑血管等慢病纳入慢病保障范围，发挥医保促进慢病早诊早治作用。在示范城市带动下，各地不断扩充慢特病保障范围，随着医保参保人群扩大、筹资水平提升，门诊待遇也在不断提高。截至 2023 年底，全国累计 1.8 亿“两病”患者享受待遇，减轻患者用药负担 799 亿元。

“我们省自 2022 年起建立全省统一的基本医疗保险门诊特殊病种制度，统一病种保障范围、待遇保障水平和管理服务，建立‘N+X’门特病种数的政策框架。”江苏省医保中心主任薛建祥告诉记者，N 是指全省统一的门特病种，包括恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭等 8 类 20 个病种，以及儿童 I 型糖尿病等 3 个病种。X 是指设区市现有的但超出省统一的门特病种，可以继续保留，相应的待遇保障水平参照省规定的门特待遇保障水平。省里还明确各地对职工医保和居民医保实

施分类保障，确保门特待遇不低于同级别医疗机构住院标准。薛建祥介绍，2023年，江苏门诊慢特病享受待遇人数309.75万人，门诊慢特病基金支出160.1亿元。

不只是江苏，湖南省去年统一居民医保慢特病门诊待遇，将47个病种纳入报销范围，同时明确符合享受居民医保慢特病门诊待遇保障条件的参保人员，在门诊发生的政策范围内费用，不设起付线。目前，北京、上海、广东、浙江、四川等地都取消门诊慢特病的起付线和封顶线，政策范围内的费用按照住院报销比例进行报销。

### **集采、谈判持续助力，进一步减轻用药负担**

天津中医药大学第二附属医院，河北区居民王炳力为患有糖尿病的老父亲取好了一个月用量的胰岛素和口服药二甲双胍，感慨“集采后确实便宜太多了”！

4月23日，胰岛素集采协议期满接续采购在上海开标。本次接续采购全国共有3.5万余家医疗机构参加，填报胰岛素需求量超过2.4亿支，涵盖临床常用的二代和三代胰岛素，接续采购中选价与上一轮价格基本持平。这意味着，广大糖尿病患者可以继续使用质优价廉的胰岛素了。

胰岛素是糖尿病患者控制血糖的重要药物，在糖尿病治疗中具有不可替代的地位。由于胰岛素需要长期使用，虚高的价格曾给患者带来沉重负担。2021年11月，国家组织药品集中采购，首次将胰岛素

纳入集采范围，中选产品平均降价 48%，我国胰岛素价格从全球价格高地降至全球较低水平。胰岛素集采实施两年来，疗效和安全性更好的三代胰岛素使用量占比从集采前的 58%提升至 70%。

而常用的糖尿病治疗口服药二甲双胍口服常释剂型(0.5 克规格)，其价格从集采前的每片 0.4 元降至 6 分钱左右，日均费用从 1.6 元降至 0.24 元；缓释剂型的价格从每片 0.7 元降至 0.1 元左右，日均费用从 2.8 元降至 0.4 元，对于长期服用二甲双胍的糖尿病患者，费用负担明显减轻。

对家庭乃至整个社会，慢特病患者就医用药都是较为沉重的负担。将慢特病用药成本降下来，医保部门一直在努力。

无论是国家组织药品集采还是省级或区域性药品集采，慢特病用药都是缺不了的主角。目前，国家组织药品集采已覆盖高血压、糖尿病、高血脂、慢性乙肝、高发肿瘤等慢特病的主流用药 90 余种，有效降低了群众用药负担。

与此同时，让慢特病患者用上新药好药，国家医保药品谈判发挥着重要作用。以肿瘤治疗用药为例，自 2018 年国家医保局成立以来，医保目录累计新增 744 种药品，其中肿瘤用药达到 100 种，在所有治疗领域中高居首位。比如，2019 年的医保药品谈判中，信迪利单抗(达伯舒)降价 64%，成为首个成功进入医保的 PD—1 免疫治疗药，惠及众多肿瘤患者。

“现行版医保目录共计有西药和中成药 3088 种，其中肿瘤治疗相关用药 241 种，不仅是数量增加，水平也不断提升，从最初的化疗药物，逐渐增加了靶向药物和免疫治疗类抗肿瘤药，为广大肿瘤患者提供了全面、可及的保障，实现了让广大参保患者付得起、用得上、有保障的目标。”国家医保局有关负责人介绍。

### 服务亲民利民，跨省就医更加便捷

“您好！我是灵璧县医保中心工作人员，经排查梳理系统内就诊信息，您符合门诊特殊病待遇资格条件，在您同意的情况下，我们将直接帮您办理肺移植特殊病认定，这样您就可以直接享受门诊慢特病待遇了。”日前，安徽省灵璧县冯庙镇村民张先生接受肺移植术后不久，便接到了县医保中心的电话。

门诊慢特病的政策有了，如果参保群众不了解、不办理，也无法享受相应的待遇。因此，优化经办服务是重要一环。目前，在全国很多地方，“医保快递”上门服务、即申即享、免申即享等措施，让慢特病患者感受到政策给力、服务用心。

“我们多管齐下，争取让慢特病患者医保待遇应享尽享。”薛建祥表示，一是将门诊慢特病资格认定下沉到定点医疗机构，由具备相关资质的定点医疗机构直接办理备案，参保人员在医院就医过程中就能完成手续办理，患者实现“零跑腿”。二是开通线上渠道。在江苏医保云 APP、各地医保微信公众号等平台开通线上申请渠道，患者可

以线上申请并上传门诊慢特病相关诊断材料，流程更加便捷高效。三是缩短办理时限，门诊慢特病待遇认定办理时限为即时办结，办结后即可享受待遇。其中，苏州市将10个门特病种设置为根据医院诊断直接审核通过，打造免审秒办模式。

异地就业人群、候鸟老人群体，这些慢特病患者对跨省直接结算也存在巨大需求。与住院和普通门诊相比，门诊慢特病的情况更加复杂，不同地方的慢特病病种范围、报销比例、起付标准、是否设有封顶线等都存在差异。因此，与普通门诊跨省直接结算相比，这项工作更为复杂，更有难度。自2021年底我国启动门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点工作以来，2023年底，已实现每个县至少有一家异地联网定点医疗机构能够进行5种门诊慢特病跨省直接结算。

每年到海南过冬的候鸟老人吕玉祥，是门诊慢特病异地报销政策的受益者。“以前得准备很多药带过来，或是在老家买药后再寄过来。”吕玉祥的女儿吕双雁说，父亲就诊的海南省琼海市人民医院成为门诊慢特病跨省直接结算定点医疗机构后，门诊取药都能实时报销了。

随着门诊慢特病费用跨省直接结算定点医疗机构日益增加，结算规模显著增长。国家医保局数据显示，今年一季度，门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算166.28万人次，减少个人垫付16.43亿元，分别较2023年同期增长428.10%、486.09%。

根据国家医保局相关工作计划，2024年将进一步扩大跨省联网

定点医疗机构范围，推动各地有能力开展门诊慢特病诊疗的定点医疗机构应上尽上，让门诊慢特病患者异地就医结算更加方便。

[返回目录](#)

## 分娩镇痛单独立项 为产妇提供舒适化医疗

来源：人民日报

二十届中央财经委员会第一次会议强调，要建立健全生育支持政策体系，大力发展普惠托育服务体系，显著减轻家庭生育养育教育负担，推动建设生育友好型社会，促进人口长期均衡发展。

建设生育友好型社会，关键要顺应群众期待、聚焦实际问题。要着力提高优生优育服务水平，发展普惠托育服务体系，降低生育、养育、教育成本，切实减轻群众的后顾之忧，从而更有效地释放生育潜能，推动提升生育水平。

建设生育友好型社会，体现在为老百姓办好一件件实事中。比如推广分娩镇痛等舒适化产科项目，落实好生育休假与生育保险制度，建好家门口的普惠托育场所，推动公共空间配备母婴室等基础设施……本版今起推出“建设生育友好型社会”栏目，聚焦各部门、各地区为民服务的实事、小事，完善政策支持，优化环境建设，推进社会整体朝着生育友好的方向不断前进。

生孩子有多痛？一些适龄女性因害怕分娩疼痛而不愿怀孕、生育。近年来，不少医疗机构推出分娩镇痛、导乐分娩等更加人性化的产科

医疗服务，消除了孕产妇的担忧。目前，分娩镇痛技术受到越来越多孕产妇的欢迎。

近日，国家医保局印发《产科类医疗服务价格项目立项指南(试行)》，将“分娩镇痛”“导乐分娩”“亲情陪产”等项目单独立项，鼓励医疗机构积极开展分娩镇痛等服务，促进生育服务提升优化，满足生育服务多元化需求，为广大孕产妇带来了福利。

分娩镇痛推广现状如何?纳入医保有何好处?记者进行了采访。

### **将分娩镇痛纳入医保支付，更好满足多元化生育服务需求**

在广西壮族自治区南宁市第二人民医院，已经出院的居民医保参保人员廖女士，第一胎顺产就用上了分娩镇痛，大大减轻了生孩子的痛苦。“我这次分娩住院3天，用了无痛分娩技术后，住院总费用5000多元，医保给我报销了很大一部分。”翻看着住院账单，廖女士说。

分娩镇痛，即老百姓常说的无痛分娩，是指椎管内分娩镇痛技术，麻醉医生在产妇后腰硬膜外腔位置穿刺并置管，注入镇痛的麻醉药物，通常可以让产妇分娩的剧烈疼痛降至可以耐受的程度(疼痛评分从9至10分降到3至4分)。

2023年，广西将“无痛分娩”涉及的“椎管内麻醉”“腰麻硬膜外联合阻滞麻醉”“术后镇痛”“麻醉中监测”等医疗服务项目纳入医保支付范围，按甲类报销。同时，适当调整分娩镇痛病例绩效考

核权重，鼓励产科开展分娩镇痛技术服务，进一步推动该项技术的推广。

据了解，已有 20 余个省份先后设立了分娩镇痛项目的医疗收费标准，但仍有不少地区对分娩镇痛技术没有明确的相关收费标准，且存在同一地区不同医院收费不一致的现象，未能真正体现分娩镇痛的技术价值。

近年来，各地相继出台配套政策推进分娩镇痛，在专项收费、绩效分配等方面加强保障。上海、浙江、贵州等地将分娩镇痛专项收费纳入医保支付。

“应将分娩镇痛单独纳入医保支付，鼓励医疗机构积极主动开展分娩镇痛，真正做到普惠于民。”北京协和医院麻醉科主任医师黄宇光认为，客观上看，一些地方将分娩镇痛与自然生产、剖宫产归为同一医保目录，造成了医院分娩镇痛做得越多，医院费用补贴越多，影响了医院开展分娩镇痛的积极性。

国家医保局有关负责人介绍，调研中发现，一些地方按照原来的椎管麻醉项目收费，医疗机构因无独立的价格项目，降低了提供分娩镇痛服务的积极性。一些地方则是因麻醉医生数量有限，无法提供服务，不能很好地满足产妇对此类生育医疗服务的需求。医疗机构希望明确有关价格政策方向，充分发挥价格调节资源配置的功能，引导医疗机构提供相关服务。

此次国家医保局印发的《产科类医疗服务价格项目立项指南(试行)》，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，有利于更好满足无痛分娩等多元化生育服务需求。

### **帮助孕产妇和家属了解分娩过程，正确认识分娩镇痛**

“能否使用分娩镇痛，是我当时选择产科医院的重要考虑指标。”来自江苏扬州的朱女士5月在南京市妇幼保健院生产时，用上了分娩镇痛，“在打完麻醉药半小时后，我感觉宫缩的痛感减弱很多。当时麻醉医生特意来待产室查看我的情况，还询问宫缩的感觉明不明显，很大程度缓解了我紧张焦虑的心情。”

“分娩镇痛和麻醉大不相同。分娩镇痛的麻醉药浓度低、剂量小，药物通过导管注入产妇腰椎的椎管内，进入血液循环或经由胎盘吸收的药物量微乎其微，对胎儿无不良影响。”首都医科大学附属北京妇产医院麻醉科主任徐铭军说，产妇产程往往较长，其间需要产科医生、麻醉医生、助产士的多学科通力合作。

什么样的产妇适合分娩镇痛?专家表示，大多数产妇都适合。在实施分娩镇痛前需由产科医生和麻醉医生进行综合评估。一般来说，有镇痛需求的产妇从出现规律宫缩进入第一产程后，经评估能够正常

顺产，且无麻醉禁忌证(如凝血功能障碍、穿刺部位感染或损伤、未纠正的产妇低血容量或低血压、颅内压增高、严重脊柱畸形等)，条件合适即可实施镇痛。

“打了‘无痛’也并非完全不痛，它并不是使整个产程都处于完全无痛的状态，而是大大减少宫缩的痛感，让产妇在第一产程得到充分休息，可以保持体力顺利完成自然分娩。”徐铭军说，分娩镇痛还可以很大程度上抑制应激反应，改善体内环境和胎盘血供，减少胎儿缺氧的发生概率。

近年来，不少医院开展了分娩镇痛服务。比如，北京协和医院麻醉评估门诊还下设了妇产科麻醉/分娩镇痛评估门诊，可以为孕妇提供一对一评估及咨询；北京大学第一医院麻醉医生 24 小时值守，麻醉医生为产妇施行分娩镇痛后，除了在产房监护记录 30 分钟，还可以通过远程监控系统接收镇痛泵的运行记录，实时了解产妇的用药信息。

2018 年，国家卫生健康委下发了《关于开展分娩镇痛试点工作的通知》，并将 912 家医院纳入首批分娩镇痛试点基地名单，有力推动了全国范围分娩镇痛工作。“当时分娩镇痛率还不足 10%，912 家医院开展试点工作后，分娩镇痛试点工作成效显著。2022 年试点医院分娩镇痛率已经达到 53.2%，但与发达国家相比仍有一定差距。”黄宇光说，进一步普及分娩镇痛、给予产妇科学规范的镇痛非常重要。

目前，分娩镇痛在技术上已经比较成熟，推广的难点主要在于非技术因素上，如患者观念、人力成本、收费问题等。徐铭军说，近年来，大众对分娩镇痛的了解程度越来越高，越来越多的孕妇主动了解这项技术，但也有人担心打麻药对孩子有不良影响。

徐铭军认为，医生要帮助孕产妇和家属了解分娩过程，建立正确的分娩镇痛认知。一方面，要继续提高分娩镇痛的覆盖率，加强科普宣教，破除“无痛分娩对孩子有伤害”等观念误区；另一方面，要加强分娩镇痛技术推广和质量提升，完善舒适化医疗服务，开展24小时分娩镇痛服务，强化全过程管理，满足生育服务多元化需求。

### **分娩镇痛项目区域发展不均衡，专业人才培养亟待加强**

由于各地经济状况和消费水平不同，分娩镇痛率也呈现出一定差异。比如，经济发达地区的大型妇产医院、妇幼保健院平均分娩镇痛率较高，西部地区和县级以下医疗机构平均分娩镇痛率较低。此外，妇幼专科医院的分娩镇痛率显著高于综合医院。

以广西为例，广西麻醉质量控制中心统计数据显示，就目前主流分娩镇痛方式“椎管内分娩镇痛”来说，广西区直单位普及率达64.85%，各地市普及率从27.06%到64.03%不等，其中专科医院普及率显著高于综合医院，二级医院和三级医院普及率近两年来逐年上升。

由于分娩过程和时间有不确定性，产程可能持续几个小时甚至十

几个小时。分娩镇痛除了需要麻醉医师之外，还需要产科医生、护士等全程参与。目前，人力不足是分娩镇痛面临的最大问题。

“按照分娩镇痛操作规范，麻醉医师基本需要 24 小时待命进驻产房，但由于麻醉医师数量不够，目前仅能部分时间前往产房。”广西岑溪市妇幼保健院麻醉科主任胡全金说，尽管医院非常重视分娩镇痛，但该技术的推广也受到麻醉医师短缺的制约。

据了解，开展 1 例分娩镇痛至少需要 1 名麻醉医师、1 名助产士和 1 名产科医生全程监护，人力成本较大。尤其是县域基层医疗机构，普遍面临着麻醉医师短缺的问题，无法满足临床需求。

黄宇光告诉记者，从全国范围来看，分娩镇痛服务区域发展仍存在不均衡的问题。由于基层麻醉医护人员短缺，分娩镇痛难以常规开展，广大孕产妇舒适分娩的需求难以满足，甚至影响了年轻夫妇生育的愿望。

“大力培养麻醉专科护士，促进麻醉专科护理队伍的建立和完善，让更多麻醉专科护士从事分娩镇痛工作，有利于在现有条件下弥补麻醉人才紧缺的问题，更重要的是保障分娩镇痛过程中的母婴安全。”黄宇光说。

专家建议，在医学院校开设麻醉镇痛专业课程，增加分娩镇痛等麻醉学时，增加麻醉、产科等临床相关科室的实习轮转时间。加强麻醉住院医师规范化培训规划和基层医疗机构麻醉专科护理队伍建设，

增设麻醉专科护理编制，提高基层麻醉专科护士待遇和吸引力，为分娩镇痛和临床舒适化医疗创造更好的医疗环境。

[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