

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第31期

(07.29-08.04)

医保

医疗

医药



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司 主办

——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，直接跳转具体文章内容。）

• 分析解读 •

▶ [村卫生室纳入医保定点管理，意味着什么](#)（来源：中国卫生杂志）

——第 7 页

【提要】日前，国家医疗保障局、国家卫生健康委发布《关于加快推进村卫生室纳入医保定点管理的通知》。从各方近乎一致的反馈来看，这是让医保和卫生健康部门都为之振奋的一次改革，是“三医”协同发展和治理在基层医改领域的生动实践。

▶ [县域慢病管理中心：有效运转还有多远](#)（来源：国家卫生健康委能力建设和继续教育中心）——第 12 页

【提要】国家卫生健康委能力建设和继续教育中心结合慢性病管理相关业务职能，先后调研了山西、甘肃、西藏、新疆、贵州、内蒙古、湖北、江苏、浙江、四川、天津等 11 个省（区、市）22 个县（市、区）的县域慢性病管理工作。调研发现，现阶段县域慢性病管理工作还存在概念不清、信息不通等问题，体系化的县域慢病管理中心并未太多落地县医院，急需国家层面出台宏观的县域慢病管理中心建设标准和指南，并从政策、资金等方面给予一定支持。

• 集中采购 •

▶ [集采药品确实“质优价宜”——真实世界研究之 替加环素](#)（来源：中国医疗保险）——第 19 页

【提要】2022 年 7 月，国内仿制注射用替加环素进入第七批国家组织药品集采目录，大幅降低了患者的经济负担，但是由于我国一致性评价方法未涵盖临床疗效评估，一些医生和患者对其临床疗效持怀疑态度：使用中选仿制药替代原研药是否会影响患者的临床疗效？集采药品是否真的“质优价宜”？

▶ [进医保、入集采、增新药……国家级“团购”为就医减负](#)（来源：工人日报）——第 24 页

【提要】党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央牢牢把握以人民为中心的价值取向，抓住人民最关心最直接最现实的利益问题推进重点领域改革。在发展中保障和改善民生是中国式现代化的重大任务。《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》提出，深化医药卫生体制改革。进医保、入集采、增新药、降负担，一系列医药领域的改革持续推进，更加直接惠及民生，为健康中国的百姓“账本”添墨加彩，更好满足人民群众对美好生活的新期待。

• 医院管理 •

▶ [公立医院数据产管理及运营框架设计研究](#)（来源：三智医管）——第 27 页

【提要】随着数字经济的不断发展，数据资产管理和资产化将成为推动经济社会发展的关键因素。根据《数字中国发展报告(2023)》统计数据，2023年，中国数字经济的规模显著增长，已突破55万亿元人民币，其核心产业增加值占GDP比重达10%左右，这一成就使中国在全球数字经济领域稳居第二的位置。在此背景下，数据作为关键生产要素在推动国家经济增长和结构转型中起到了重要作用。

▶ [放管服背景下医院科研经费管理优化策略研究](#)（来源：医管新世界）——第46页

【提要】当前，世界经济增长普遍放缓，中国正处于百年大变局的关键时期。推动科技进步，提高核心竞争力，是我国经济高速发展的关键引擎。强大的基础科学研究是建设世界科技强国的基石，我国在基础研究的短板依然突出，投入不足、顶尖人才缺乏、结构不合理等问题亟待缓解。在科技体制改革，深化“放管服”的大背景下，医院作为我国科研力量的重要组成部分，如何提高科研项目的管理水平，提升资金使用效益，是当前的重要课题。

• 地方精彩 •

▶ [重庆：推动村卫生室纳入医保管理，筑牢村民健康保障“第一道防线”](#)（来源：重庆市卫生健康委）——第56页

【提要】近年来，重庆市按照国家统一部署和要求，立足实际，先后出台《重庆市基层医疗卫生机构管理办法》《重庆市进一步深化改革

促进乡村医疗卫生体系健康发展若干措施》《重庆市基层卫生健康便民惠民服务举措》等文件，采取一系列措施推动村卫生室纳入医保定点管理，筑牢农村居民健康保障的“第一道防线”，不断提升其满意度和获得感。

► [山东东营：“三医”协同 打通村民就医报销“最后一公里”](#)（来源：山东省东营市卫生健康委）——第 60 页

【提要】健全完善乡村医疗卫生体系，提升乡村医疗卫生服务能力，推动村卫生室纳入医保定点管理，直接关系农村居民看病就医获得感。山东省东营市全面贯彻以基层为重点的新时代党的卫生与健康工作方针，以满足农村居民卫生健康需求为目标，“三医”联动深化乡村医改，打通农村居民医疗服务和医保报销“最后一公里”，为提升农村居民健康水平、全面推进乡村振兴提供有力保障。

• 医保快讯 •

► [基本医疗保险运行稳健，从最新统计公报看医保“基本盘”](#)（来源：中国社会保障学会）——第 66 页

【提要】2023 年是全面贯彻落实党的二十大精神开局之年。日前，国家医保局发布《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》（以下简称“公报”）。公报充分反映了 2023 年全国医保系统深入贯彻落实党中央、国务院决策部署，深化医疗保障制度改革，不断完善医疗保障制度，促进全民医保运行质量逐步提升，并取得显著成效，进一

步提高全民医保发展水平。

▶ [设置激励机制 放宽户籍限制——基本医保参保长效机制6大看点](#)

（来源：新华社）——第 72 页

【提要】国务院办公厅 8 月 1 日公布《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》。意见部署了哪些参保新举措？将从哪些方面保护参保人权益？在当天举行的国务院政策例行吹风会上，国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家税务总局有关负责人回应关切。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

村卫生室纳入医保定点管理，意味着什么

来源：中国卫生杂志

酝酿一年之久，七月的最后一天，国家医疗保障局、国家卫生健康委发布《关于加快推进村卫生室纳入医保定点管理的通知》（以下简称《通知》）。从各方近乎一致的反馈来看，这是让医保和卫生健康部门都为之振奋的一次改革，是“三医”协同发展和治理在基层医改领域的生动实践。

乡村服务能力持续提升，但医保触角未达

习近平总书记指出：“我们党推进全面深化改革的根本目的，就是要促进社会公平正义，让改革发展成果更多更公平惠及全体人民。”党的十八大以来，国家和各地高度重视乡村医疗卫生体系建设，从推进乡村卫生服务一体化管理、完善村卫生室基础设施和运行机制、发展乡村医生队伍等方面采取了一系列措施，持续提升乡村医疗卫生服务能力，基本实现了农村居民公平享有基本医疗卫生服务，农村居民健康水平不断提高。

但是，乡村医疗卫生体系仍然存在一些问题，并在一定程度上制约着基本医疗卫生服务的供给。其中，较为明显的就是部分村卫生室

未纳入医保定点管理。这不仅影响了农村居民看病首选村卫生室的意愿，更影响了农村居民参保的获得感，甚至影响到参保意愿。

村卫生室作为最基层的医疗卫生机构，是乡村医疗卫生体系的“网底”，是实现基本医疗卫生服务和医保报销服务的“最后一公里”。在深化医改的过程中，随着“三医”协同发展和治理的不断推进，村卫生室纳入医保定点管理被写入了高级别的政府文件。2023年2月，中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》明确，积极通过乡村一体化管理实现村卫生室医保结算，在有条件的地方支持将符合条件的村卫生室纳入医保定点管理。2024年2月，中央一号文件明确，加快将村卫生室纳入医保定点管理。经过前期酝酿，《通知》终于于日前发布，推动更多村卫生室纳入医保定点管理有了更切实的举措。

改革红利初显，农村居民获得感提升

在《通知》发布之前，福建、重庆、安徽、山东、河南等多地已经探索多年，持续推动村卫生室纳入医保定点管理工作。这些地区充分发挥改革主动性，通过推进乡村卫生服务一体化管理、村卫生室信息化建设以及加强医保定点协议管理等举措，逐步打通了农村居民看病、报销的“最后一公里”。

改革的成效是明显的。从家门口的村卫生室不能报销变为可以报销，对于农村居民个人而言，参保的待遇预期更直接了、待遇保障更

方便了，参保意识和参保意愿都提高了。对于医保部门而言，一方面，更多的参保人员将带来更大的医保基金盘子，既可以缓解医保基金的收支压力，又可以使得“大数法则”更好地发挥效用；另一方面，村卫生室服务质优价廉、贴近农村居民的特点，也可以为医保基金节省一定支出，提高基金使用效率。对于乡村医疗卫生体系而言，“网底”更稳固了。将医保报销网络下沉到村卫生室，用就近就便的就医、报销服务吸引更多的参保农村居民到此就诊，有助于提升乡村医生的收入水平，稳定乡村医生队伍。同时，在医保基金“指挥棒”的引导下，乡村医生提升业务水平从而提高诊疗量的积极性也将得到明显提升。

从基层医改角度破冰“三医”协同

推动基本医疗卫生服务和医保报销服务“村村通”，是保障和改善民生的重要内容。完成这一目标需要充分考虑各地实际、现实发展阶段，依靠“三医”协同的力量共同推进。

《通知》最大的亮点之一就是没有“一刀切”地要求各地统一动作，而是从村卫生室未纳入医保定点管理的原因出发，鼓励各地因地制宜地采取改革措施。《通知》规定，对于已经实现乡村卫生服务一体化管理的地区，要完善与乡镇卫生院服务协议，通过乡镇卫生院结算其管理的村卫生室发生的医保费用。对于正在推进乡村卫生服务一体化管理的地区，要加快乡村一体化工作进度，在此之前村卫生室与对应的乡镇卫生院可建立临时管理关系，通过乡镇卫生院录入并上传

数据实现医保结算。对于短期内暂不具备乡村卫生服务一体化条件的地区，医保部门要落实定点管理有关规定，进一步完善申请条件、优化申请流程，支持村卫生室纳入医保定点管理；卫生健康部门要发挥行业管理职能，组织该地区的村卫生室集中申请医保定点。

除了外围的行政引导，激发乡村医生参与的主动性也是推动村卫生室纳入医保定点管理需要格外关注的问题。事实上，基层确实存在少部分不愿意将村卫生室纳入医保定点管理的乡村医生，主要原因在于，一是纳入医保定点管理需要联网，而联网的宽带费需要乡村医生自行承担；二是接入医保报销系统后，就必须严格执行药品配备使用的相关规定，原先的自主采购权没有了，收入很可能会下降；三是医保报销规则繁琐、监管标准高、处罚力度大，对于年纪稍大的乡村医生来说很容易出错，检查扣罚的钱可能比赚的钱还多。

可喜的是，此次发布的《通知》实事求是地对以上部分问题进行了部署。在联网费用方面，《通知》规定，各地要同步指导村卫生室完善信息化建设，争取相关部门支持，配齐必要的电脑、网络等设备，采取措施减轻乡村医生负担。在药品配备使用方面，《通知》规定，卫生健康部门可根据各地实际，优化村卫生室基本药物使用政策，推动村卫生室常见病、多发病用药与乡镇卫生院衔接一致，鼓励村卫生室使用质优价宜的集采中选药品。

不过，对于医保监管规则的内容，《通知》中并未详细提及。目

前，全国各级各类医疗卫生机构实行的是统一的医保监管规则，可谓“一个标准卡到底”，这些规则多是基于高级别公立医院诊疗、报销现状而建立的。村卫生室尽管在维护人民群众健康方面发挥了很大作用，但其诊疗、收费、报销的规范性和三级医院存有明显差距。对此，有关专家提出，期待医保部门能够充分考虑村卫生室的发展阶段、乡村医生的现实情况，在提高乡村医生对于监管规则认识、理解程度的基础上，针对村卫生室制定更友好、更务实的监管政策。此外，卫生健康部门、紧密型县域医共体牵头单位、乡镇卫生院等也要加大对乡村医生的培训，在提升其服务水平的同时，加强医保政策和相关法律法规的宣教和普及，推动其自觉自律地规范医疗行为、维护医保基金安全。

党的二十届三中全会提出：“在发展中保障和改善民生是中国式现代化的重大任务。”在广大农村地区，确保农村居民公平可及、就近就便地享有基本医疗卫生服务和医保报销服务，是普惠性、基础性、兜底性的民生工程，是数亿农村居民最关心最直接最现实的利益问题，关系到健康中国建设、乡村全面振兴、中国式现代化的整体进程。未来，在数十万个行政村中，基本医疗卫生服务和医保报销服务的全覆盖，将给农村居民带去更多就近就便的健康服务，也定会为中国式现代化提供更好的健康根基。

[返回目录](#)

县域慢病管理中心：有效运转还有多远

来源：国家卫生健康委能力建设和继续教育中心

2021年10月，国家卫生健康委印发《“千县工程”县医院综合能力提升工作方案(2021—2025年)》。《工作方案》明确，依托县医院构建慢病管理等临床服务五大中心，依托慢病管理中心形成县医院与县域内其他医疗卫生机构的有效联动，开展慢性病的预防、治疗和康复工作，提高医疗服务连续性。

国家卫生健康委能力建设和继续教育中心结合慢性病管理相关业务职能，先后调研了山西、甘肃、西藏、新疆、贵州、内蒙古、湖北、江苏、浙江、四川、天津等11个省(区、市)22个县(市、区)的县域慢性病管理工作。调研发现，现阶段县域慢性病管理工作还存在概念不清、信息不通等问题，体系化的县域慢病管理中心并未太多落地县医院，急需国家层面出台宏观的县域慢病管理中心建设标准和指南，并从政策、资金等方面给予一定支持。

发现四个建设问题

笔者经过调研发现，县域慢病管理中心的建设步伐并不快。究其原因，主要有以下几个方面。

第一，各级医疗卫生机构建设积极性不高。

就县医院来说，现行医保政策下，慢性病患者报销多实行定额管理。县医院开展慢性病管理耗费大量人力、物力，但收入并不多，导

致县医院建设意愿不强；慢性病管理影响医生门诊绩效，导致医生积极性不高。

就基层医疗卫生机构来说，诸如医保药品目录等医保政策在基层实施存在一定的限制，影响了基层首诊制度的落地；且仅依靠国家基本药物制度补助、基本公共卫生服务补助等经费，难以维系基层医疗卫生机构的生存。

第二，信息化程度低，更新维护成本高。

由于财政补助经费不足、医疗卫生机构自身业务收入不高等因素，县域慢性病管理信息系统建设较为落后，不仅实现数据联通医疗卫生机构的比例不高，而且单体机构内部各信息系统之间的数据联通程度也有限，尚无法有效支撑慢性病患者健康信息的动态共享和管理服务的协同开展。

而且，已经具备信息化管理基础的医疗卫生机构也存在标准规范执行不够、系统更新维护不及时等问题，给重塑慢性病诊疗流程、改善患者就诊体验、整合共享健康信息等造成极大不便。

第三，综合服务能力不足。

面对慢性病患者需要长期管理以及慢性病管理需求不断增长的双重压力，县域慢性病管理力量，尤其是基层力量尤显不足。一方面，基层医疗卫生机构编制不足，从事慢性病管理的专职人员较少。目前，慢性病管理多为“一人多职”，多数人员需兼顾居民建档、老年人管

理、重病患者管理等多项工作。另一方面，基层医疗卫生机构条件相对艰苦，各项待遇不高，很难引进专业水平较高、技术能力较强的慢性病管理人才，现有慢性病管理人员的专业能力亟待提升。

第四，国家层面建设标准缺失。

国家层面对于县域慢病管理中心尚未出台相应的建设标准和指南。各地在先期建设过程中由于缺少参考依据，建设情况和进度不一，有些甚至混淆了健康管理中心和慢病管理中心的概念。

厘清三个核心概念

经过多次调研，笔者对县域慢性病管理的相关概念进行了系统梳理。

慢性病，全称慢性非传染性疾病，指一些久治不愈、长期存在的疾病，如心脑血管疾病(含高血压、脑卒中、冠心病等)、糖尿病、癌症、慢性呼吸系统疾病(含慢性阻塞性肺疾病、哮喘、肺心病等)、口腔疾病、内分泌疾病、肾脏疾病、骨骼疾病、神经疾病等。慢性病通常起病隐匿，较难完全治愈，且发病过程中一些器官会受到不同程度的持续损害，严重影响着生活、劳动能力，甚至可能造成死亡。如果及时发现并有效控制，可以延缓疾病发展或减少疾病带来的危害。慢性病的发生发展与多种因素相关，因此慢性病预防、治疗和控制并不能仅仅依靠单一手段，通常需要持续监测、药物治疗、心理调适、生活习惯调整等多种手段配合管理。

慢性病管理，指对慢性病患者进行全面、连续、主动的管理，是医师、药师、护士及患者本人等协同开展的管理。医护人员通过诊断、治疗、用药、教育、监督 and 培训，帮助患者掌握自我管理知识、养成健康生活习惯。患者通过对症状监测、药物治疗、心理调适、生活习惯调整等的主动参与，积极应对慢性病的变化和发展。很多慢性病难以治愈，因此慢性病管理的终极目标并不是治愈，而是要努力使慢性病患者保持健康状况、维持健康机能、过上自食其力的生活、恢复社会健康。

县域慢性病管理，指依托县医院建设县域慢病管理中心，形成县医院与县域内其他医疗卫生机构的有效联动，开展慢性病预防、治疗和控制工作，提高医疗服务连续性。县医院要通过提供专业的慢性病诊疗服务，提高居民健康水平和生命质量，提升慢病管理中心知名度，增加居民就诊黏性。基层医疗卫生机构要重点发挥“健康守门人”的第一道防线作用，对有基础疾病或慢性病高危因素的人群开展筛查，对确诊的慢性病患者开展健康管理和健康指导，打通上下转诊通道，不断提高常见慢性病的知晓率、治疗率和控制率。

明确六个建设重点

在前期调研基础上，笔者提出县域慢病管理中心的几点建设构想。

融合科室业务：将高血压、脑卒中、糖尿病、癌症、慢阻肺“五

大重点慢性病”科室进行整合，做到门诊业务、住院业务、基层业务的齐抓共管。

延伸管理触角：监测慢性病高危因素，筛查慢性病高危人群，提前介入慢性病以及相关合并症的发生发展进程，降低慢性病以及相关合并症的发生发展机会，从院中管理、院后随访向前延伸至院前筛查。

建立联动体系：提升基层慢性病管理水平，合理分流慢性病患者，推行慢性病预防、治疗和控制的规范化管理，构建县乡一体、以乡带村、分工协作、三级联动的县域慢性病管理新体系。

强化技术支撑：建立健全涵盖人工智能早筛、风险因素筛查、健康评估、综合管理、健康宣教、家庭医生签约、物联网设备租赁等内容的县域慢性病管理信息系统，运用云计算、大数据、物联网、移动应用、人工智能等新技术，让慢性病患者得到融合、个性化、精准化的综合管理服务。

开展考核评估：以慢性病患者筛查率、治疗率、控制率、并发症发生率以及慢性病导致的过早死亡率等为重点指标，对县域慢病管理中心、县域慢性病管理工作进行考核评估，稳步提升县域慢性病管理的能力。

推动全民教育：面向全人群开展健康教育和健康促进活动，倡导健康生活方式，增强全民健康意识，树牢“每个人是自己健康第一责任人”的理念，形成自我为主、人际互助、社会支持、政府指导的健

康管理新模式。

寻求五个外部支持

调研中，很多访谈对象都表示，县域慢病管理中心的建设必须依靠外部政策的大力支持。

第一，发挥卫生健康行政部门引领作用。

各级卫生健康行政部门在推动辖区慢性病管理工作中，要充分发挥核心引领和指导作用。具体而言，要深化各级医疗卫生机构的认识，制定完善的建设标准和指南，积极推动县医院规范建设县域慢病管理中心；要明确各级医疗卫生机构的责任和任务，加强基层医疗卫生机构慢性病管理能力建设，推动慢性病管理重心下移、人员下沉，建立健全慢性病监测、评估和防控体系，推动分级诊疗制度落地；要改革创新医保支付方式，探索将慢性病筛查、评估、干预以及周期性健康体检等费用纳入医保基金支付范围；要探索医防融合新模式，让医疗服务渗透到基本公共卫生服务中，形成“未病先防、慢性病常管、小病就近看、转诊帮对接、大病专家看”的慢性病综合防治体系。

第二，加强县域慢性病管理能力建设。

县医院要转变工作思路，加强慢性病管理专业人员的培养和队伍建设，建立多学科协作的慢性病管理模式，提高预防筛查、应急急救、健康管理、健康教育等慢性病综合防治能力。基层医疗卫生机构要提升能力，充分发挥慢性病管理“主力军”的作用，切实做实做好做优

慢性病管理服务，满足居民健康需求。

第三，强化县域慢性病管理硬件支撑。

要持续强化慢性病管理的设施设备投入，不断丰富慢性病管理的工具和媒介；要利用物联网、移动应用、人工智能等新技术，不断扩充慢性病防治的内容和手段。

第四，完善县域慢性病管理信息支撑。

要尽快建立国家层面统一的慢性病信息共享平台，为各级医疗卫生机构提供慢性病患者的建档信息、健康信息等基础数据；要加强慢性病管理信息系统建设，推动实现数据联通、信息共享和服务协同；要重点在预约诊疗、在线随诊、在线健康管理等网络服务方面，给予一定的财政和政策倾斜；要推动实现慢性病患者的电子化管理，促进数字化创新成果在慢性病防治中的应用，通过远程技术等现代科技实现远程监测和咨询。

第五，落实慢性病防控关口前移理念。

要在居民周期性健康体检的过程中，增加颈动脉超声筛查等慢性病筛查相关内容，实现早期筛查、早期诊断、早期干预；要扎实推进慢性病一体化门诊建设，开展慢性病诊间管理，提高慢性病患者及高危人群管理质量；要发挥紧密型县域医共体作用，建立慢性病首诊在基层、上下双循环的精准转诊模式，助力实现分级诊疗目标。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

集采药品确实“质优价宜”——真实世界研究之替加环素

来源：中国医疗保险

替加环素是一种新型的甘氨酸环素类抗菌药物，对多种病原菌具有良好抗菌活性。当通过静脉注射进入人体后，替加环素能够迅速扩散到全身各个部位，发挥其抗菌作用，适用于治疗由特定敏感菌引起的一系列感染性疾病，比如复杂性腹腔感染、复杂性皮肤和软组织感染及社区获得性肺炎。

2022 年 7 月，国内仿制注射用替加环素进入第七批国家组织药品集采目录，大幅降低了患者的经济负担，但是由于我国一致性评价方法未涵盖临床疗效评估，一些医生和患者对其临床疗效持怀疑态度：使用中选仿制药替代原研药是否会影响患者的临床疗效？集采药品是否真的“质优价宜”？

为了回答上述问题，笔者利用多中心真实世界数据，以进入第七批国家组织药品集采目录的国内仿制注射用替加环素为对照，比较集采与原研注射用替加环素有效性、安全性、经济性差异。

笔者回顾性收集三家医疗机构 2019 年 7 月—2023 年 7 月使用集采与原研替加环素治疗的 318 例患者资料，其中原研组 109 例、集采组 209 例。为了获得较可靠的真实世界研究结果，本研究使用了倾向评分匹配方法平衡了两组患者在性别、年龄、合并症情况、联合用药

情况等多方面的基线差异，最终分别保留两组各 86 例患者，且两组患者临床特征均无统计学差异。

仿制药组与原研药组患者的临床疗效无差异

本研究以临床有效率、28d 死亡率、细菌学清除率和感染相关指标评估疗效，结果显示，在有效性评价方面，集采组与原研组的临床有效率 (46.5% VS 38.4%， $P=0.071$)、28d 死亡率 (25.6% VS 26.7%， $P=0.862$)、细菌学清除率 (26.7% VS 27.9%， $P=0.895$) 差异均无统计学意义 (见下表)

表 临床有效率、28d死亡率、细菌学清除率 [有效例数n(%)]

指标	集采 (n=86)	原研 (n=86)	χ^2	P
临床有效率	40 (46.5)	33 (38.4)	5.291	0.071
28d死亡率	22 (25.6)	23 (26.7)	0.030	0.862
细菌学清除率	23 (26.7)	24 (27.9)	0.221	0.895

原研组体温恢复至正常范围的患者比例较集采组高，差异有统计学意义 (33.7% VS 38.4%， $P<0.05$)；两组在 WBC、NEUT、NEUT%、hsCRP/CRP、IL-6、PCT 等指标恢复至正常范围的患者比例差异无统计学意义 ($P>0.05$) (见下表)。

表 感染相关指标恢复效果比较 [恢复例数n(%)]

指标	体温	WBC	NEUT	NEUT%	hsCRP/CRP	IL-6	PCT
集采 (n=86)	29 (33.7)	15 (17.4)	22 (25.6)	21 (24.4)	17 (19.8)	11 (12.8)	12 (14.0)
原研 (n=86)	33 (38.4)	24 (27.9)	21 (24.4)	16 (18.6)	15 (17.4)	13 (15.1)	9 (10.5)
χ^2	8.789	2.69	0.264	2.488	5.11	4.194	0.634
P	0.012	0.261	0.876	0.288	0.078	0.123	0.728

注:体温正常范围36.0℃~37.2℃, WBC/NEUT/NEUT%/CRP/PCT参考各医疗机构正常范围

尽管原研组体温恢复至正常范围的患者比例较集采组高，差异有统计学意义，但可能与纳入研究的两组患者出现发热的数量不均衡有

关。邱波、刘雨蒙和梁虹艺等人通过真实世界数据分析得出，仿制替加环素的临床抗菌疗效与原研药无明显差异。上述研究结果与本实验结论基本一致，提示进入第七批国家组织药品集采目录的国内仿制注射用替加环素与原研品种基本临床等效。

仿制药与原研药的临床安全性无差异

在安全性方面，以不良反应发生率(ADR 发生率)和不良事件异常率评估安全性。研究结果显示，集采与原研组 ADR 发生率(23.3% VS 20.9%， $P=0.713$)差异无统计学意义。两组发生 ADR 严重程度差异无统计学意义($P>0.05$)，均为 1-3 级，(见下表)。

表 ADR发生率及 ADR严重程度分级比较[发生例数n(%)]

分组	ADR发生率	ADR严重程度分级		
		1级	2级	3级
集采(n=86)	23.3	6(7)	10(11.6)	4(4.7)
原研(n=86)	20.9	3(3.5)	9(10.5)	6(7)
χ^2	0.135		1.482	
P	0.713		0.686	

集采组 PT 延长的发生率高于原研组，差异有统计学意义($P<0.05$)，两组在 APTT 延长、INR 升高、FIB 降低、PLT 减少、AST 升高、ALT 升高、TBil 升高、Cr 升高等指标异常发生率差异均无统计学意义($P>0.05$) (见下表)。

表 AEs相关指标异常发生率比较[异常例数n(%)]

指标	APTT延长	PT延长	INR升高	FIB降低	PLT减少	AST升高	ALT升高	TBil升高	Cr升高
集采(n=86)	18(20.9)	22(25.6)	19(22.1)	23(26.7)	16(18.6)	12(14.0)	8(9.3)	13(15.1)	8(9.3)
原研(n=86)	21(24.4)	11(12.8)	23(26.7)	20(23.3)	15(17.4)	18(20.9)	8(9.3)	11(12.8)	9(10.5)
χ^2	0.298	4.537	0.504	0.279	0.039	1.454	<0.001	0.194	0.065
P	0.585	0.033	0.478	0.597	0.843	0.228	1.000	0.660	0.798

关于替加环素不良反应的分析研究中，发生率较高的包括恶心、

呕吐、胰腺炎、肝功能障碍、低血糖等，在血液系统中主要表现为 APTT、PT 延长，INR 升高，血小板减少症以及低纤维蛋白原血症。本研究中，两组在不良反应发生率包括腹泻、恶心、呕吐、肝功能异常、凝血功能障碍等，与文献报告的类型基本一致。AEs 相关指标 (APTT 延长、INR 升高、FIB 降低、PLT 减少、AST 升高、ALT 升高、TBil 升高、Cr 升高) 发生率均无明显差异。虽然集采组 PT 延长的发生率稍高于原研组，但从总体上看，集采与原研药的安全性相似。

仿制药与原研药相比，更具经济优势

本研究因集采组与原研组的疗效及安全性总体无差异，故采用 CMA 进行经济性评价。结果显示，集采与原研药两组的其他费用无统计学差异 ($P>0.05$)；集采组的替加环素费用、住院期间总抗菌药物费用、住院期间总药品费用及住院总费用均低于原研组，差异有统计学意义 ($P<0.01$) (见下表)。

表 CMA 明细表

项目	集采 (n=86)	原研 (n=86)	Z	P
住院总费用(元)	102743.33(58307.0075, 209576.6275)	159422.32(93890.8525, 267658.37)	-2.955	0.003
住院期间总药品费用(元)	45474.21(23399.2175, 98249.775)	92385.105(52671.7425, 157124.2675)	-4.29	<0.001
住院期间总抗菌药物费用(元)	13803.415(5697.5475, 31627.7475)	32971.86(22330.3125, 53164.755)	-5.503	<0.001
替加环素费用(元)	980(732.5, 1470)	16340.22(12330.0625, 27233.7)	-11.067	<0.001
其他费用(元)	52761.965(29775.335, 100343.455)	67290.505(36347.835, 114307.81)	-1.271	0.204

随着医保制度改革给药品价格体系带来的变动。为验证本研究经济性评价结果的稳健性，对本研究纳入的医疗成本进行了上下浮动 10% 的单因素敏感性分析。结果显示敏感性分析结果与 CMA 分析的结果一致 (见下表)。

表 敏感性分析后各项费用比较

项目	集采 (n=86)	原研 (n=86)	Z	P
住院总费用(元)	104034.609(58645.8953,208871.3503)	152335.356(88940.2337,265418.5352)	-2.579	0.01
住院期间总药品费用(元)	40926.789(21059.2958,88424.7975)	83146.5945(47404.5683,141411.8408)	-4.29	<0.001
住院期间总抗菌药物费用(元)	12423.0735(5127.7928,28464.9728)	29674.674(20097.2813,47848.2795)	-5.503	<0.001
替加环素费用(元)	882(659.25,1323)	14706.198(11097.0563,24510.33)	-11.067	<0.001
其他费用(元)	58038.1615(32752.8685,110377.8005)	74019.5555(39982.6185,125738.591)	-1.271	0.204

由此可见，多项研究表明，仿制药确比原研药拥有较好的经济学效益，因此在临床上选用集采替加环素能有效控制医疗费用不合理增长，为患者就医减轻经济负担。

基于集采政策背景下，前期本研究组通过头孢类抗菌药物多中心真实世界的研究，对多中心真实世界研究的方法及数据的质量管理探索出相对成熟的体系。因此，本次研究选取国家第七批集采药品的中选仿制替加环素，纳入多家参研中心的病例数据，病种病情分布以及患者人群广，具有真实性和普适性。

同时，增加了经济性评价，多个维度进行仿制与原研替加环素的临床对比，临床适用性高。但本研究仍存在一定局限性，未来希望能通过前瞻性设计的研究方法甚至是随机临床对照试验方法，扩大样本量，进一步验证本研究结果。

综上，替加环素集采药的总体有效性均不劣于原研药，安全性方面也与原研药相当，集采比原研药更具经济优势。随着一致性评价体系的完善，相信会有越来越多低价高质的集采品种应用于临床，患者也将因此受益。

[返回目录](#)

进医保、入集采、增新药……国家级“团购”为就医减负

来源：工人日报

“阿托西班注射剂集采后价格降幅超过80%。”广西壮族自治区妇幼保健院厢竹院区产一科主任宁思婷说，许多住院保胎的患者会用到这款药品，“千元一支”的高价曾让不少人负担很重，集采后价格大幅下降，惠及更多患者。

心脑血管疾病、胃肠道疾病、精神疾病等常见病、慢性病用药……自2018年以来，国家医保局已开展9批国家组织药品集采，共纳入374种药品，平均降价超50%，数以亿计的患者用上了质优价宜的药品。

药品集中带量采购，可以理解为国家“团购”药品，明确采购数量，以量换价，挤压药品虚高“水分”。聚焦小小一粒药，为老百姓争取更多实惠，彰显的是全面深化改革的民生底色。

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央牢牢把握以人民为中心的价值取向，抓住人民最关心最直接最现实的利益问题推进重点领域改革。在发展中保障和改善民生是中国式现代化的重大任务。

《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》提出，深化医药卫生体制改革。

进医保、入集采、增新药、降负担，一系列医药领域的改革持续推进，更加直接惠及民生，为健康中国的百姓“账本”添墨加彩，更

好满足人民群众对美好生活的新期待。

降“虚火”，让患者感受到实惠

2018 年 11 月，北京、上海、天津、重庆 4 个直辖市和广州、深圳、西安、大连、成都、厦门、沈阳 7 个城市共 11 个试点城市开展了国家组织药品集中采购和使用试点。25 个中选药品中选价平均降幅 52%。

2019 年 9 月，试点扩围到全国，拟中选价平均降幅 59%。

2021 年 1 月，国务院办公厅印发《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》，明确推动药品集中带量采购工作常态化制度化。

不仅仅是药品，带量采购的“朋友圈”同步扩大到了高值医用耗材领域。

2020 年 11 月，心脏支架成为首批国家集中带量采购的耗材品种，从均价 1.3 万元左右跳水到 700 元左右；2021 年 9 月，第二个进行国家集采的高值医用耗材产品人工关节在天津开标，髋关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右；2022 年 9 月，第三批国家组织高值医用耗材集采聚焦骨科脊柱类耗材，平均降价 84%；2023 年 11 月，第四批国家组织高值医用耗材集中带量采购集采覆盖人工晶体、运动医学相关高值医用耗材，中选产品平均降价 70%。

“医药集中带量采购实施以来，原先价格严重虚高的药品耗材价格下降。”国家医保局价格招采司司长丁一磊说。

促进药品耗材质量和可及性增强

集采后，用药质量和用药可及性不断提升。丁一磊透露，“我们跟踪分析集采药品使用情况，发现集采前患者使用原研药和通过一致性评价仿制药的用量占比约为 50%，集采后大幅提升到 95%左右，优质药品成为用药主流。”

此外，集采还促进新一代药品耗材可及性增强，加速对“老药”的替换，临床用药器械结构升级。丁一磊介绍，胰岛素集采后，二代与三代胰岛素的使用比例从 4:6 调整到 3:7。

近年来，支架使用数量、支架植入手术量每年都在增长。数据显示，2021 年至 2023 年，集采中选心脏支架使用量分别为 160 万条、183 万条和 218 万条，年均增长 17%，累计 370 万余名患者植入了中选支架。

国家医保局有关负责人介绍，集采中选支架是在保持原品牌、原型号、原工艺参数基础上，通过“以量换价”惠及群众，采购的是经临床长期验证性能良好的铬合金载药支架，其使用量占比从集采前的 60%上升到 95%以上。

重塑行业生态，加速向创新转型

集采实施几年来，医药产业研发创新动力强劲，医药工业全行业

研发投入年均增长 23%，国内在研新药数量跃居全球第二位，2023 年国家药监局批准上市创新药 40 个品种。这些都说明集采后医药行业不仅没有放慢创新脚步，反而更加明确发展战略和趋势定位，加速向创新转型。

今年 5 月，国家医保局印发通知，要求做好 2024 年医药集中采购提质扩面工作。

国家医保局副局长黄华波介绍，2024 年将继续大力推进医药集中带量采购工作，在集采品种选择上强调统筹协调。重点在国家 and 地方两个层面开展工作，做到国家和地方互为补充，持续扩大集采覆盖面。在国家层面至少开展一批药品和一批高值医用耗材集采。同时，提高地方联盟采购系统性和规范性，加强集采执行过程的精细化管理，加强监督管理，确保中选结果执行到位。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

公立医院数据产管理及运营框架设计研究

来源：三智医管

随着数字经济的不断发展，数据资产管理和资产化将成为推动经济社会发展的关键因素。根据《数字中国发展报告(2023)》统计数据，2023 年，中国数字经济的规模显著增长，已突破 55 万亿元人民币，

其核心产业增加值占 GDP 比重达 10%左右，这一成就使中国在全球数字经济领域稳居第二的位置。在此背景下，数据作为关键生产要素在推动国家经济增长和结构转型中起到了重要作用。将数据资源转化为可计量、可交易的资产，已经成为数字经济时代不可逆转的趋势。数据资产作为新型的生产要素，正在成为推动经济社会发展的重要战略资源。近年来，政府高度重视数据资产管理，出台了一系列政策和指导意见，以规范和加强数据资产管理，促进数字经济的发展。

1. 相关政策概述

2022 年 12 月，《中共中央国务院关于构建数据基础制度更好发挥数据要素作用的意见》发布。该文件提出了构建数据基础制度的总体要求、工作原则和具体措施，旨在激活数据要素潜能，做强做优做大数字经济，这是我国第一份针对数据要素发布的文件，为规范企业数据资源相关会计处理，强化相关会计信息披露提供了依据。

2023 年 8 月，财政部发布了《企业数据资源相关会计处理暂行规定》（财会〔2023〕11 号）。该政策确立了数据资产在会计处理中的适用规范，明确了在财务报告中数据资源的展示和说明要求，从而对企业如何进行数据资源的会计处理提供了明确的指导和标准。

2023 年 12 月，财政部发布了《关于加强数据资产管理的指导意见》（财资〔2023〕141 号），旨在加强数据资产管理，推动数字经济发展。文件提出了总体要求、基本原则和总体目标，并明确了主要任

务，包括依法合规管理数据资产、明晰数据资产权责关系、完善数据资产相关标准等。

财政部在 2024 年 2 月发布的《关于加强行政事业单位数据资产管理的通知》（财资〔2024〕1 号）中进一步强调了行政事业单位数据资产的重要性，并提出了明晰管理责任、规范管理行为、严格防控风险等要求，以确保数据资产的安全和有效利用。

2. 研究及应用现状

01 国外研究现状

在国外，数据资产的研究主要集中在数据资产管理和价值评估方面。研究者关注如何通过先进的技术手段，如物联网和机器学习，来提升数据资产的管理效率和价值实现。数据资产被视为战略资产，其重要价值在全球范围内已形成共识。此外，国外的数据资产研究也注重数据的开放共享和数据治理，以促进数据资产的广泛应用和价值创造。

根据德勤发布的《数据资产化之路——数据资产的估值与行业实践》报告显示，在企业应用层面，数据资产化通常被看作是推动数字化转型的关键因素。企业通过建立数据资产的管理和运营体系，提升了数据治理能力，并通过数据资产的应用创造经济价值。数据资产的应用场景分为内部使用和外部商业化，前者主要用于提升企业自身的经营决策和业务流程，后者则涉及将数据作为商品对外提供服务。

02 国内研究现状

国内的数据资产研究起步相对较晚，但发展迅速。研究重点集中在数据资产的理论探究、确认和应用方面。近年来，国内学者和政策制定者开始关注数据资产的确认、计量和会计处理问题，探讨如何将数据资源转化为数据资产，并在财务报表中体现其价值。此外，数据资产的价值评估方法也是研究的热点，学者们尝试提出不同的评估模型和方法，以适应数据资产的特殊属性。

在国内企业中，数据资产化在推动企业发展中的重要性日益突显。企业开始探索如何通过数据资产的管理、开发和应用来提升企业竞争力和创造新的商业模式。数据资产化的实践包括数据产品的开发、数据交易市场的参与以及数据资产的金融创新等。

在行政事业单位中，数据资产化的应用主要体现在提升公共服务效率和促进社会治理现代化方面。政府部门通过建立数据开放平台、推动数据共享和利用，以及实施数据资产化的管理策略，优化了政府服务的提供和管理。此外，数据资产化也为政府提供了新的视角和工具，以更好地进行政策制定和资源配置。

数据资产的研究和应用正在全球范围内快速发展，国外在数据资产管理 and 价值评估方面较为成熟，国内在理论探索和实践应用方面迅速跟进。无论是在企业还是行政事业单位，数据资产化都被视为推动创新和提高效率的关键。随着技术的进步和政策的支持，预计数据资

产将在未来的经济社会发展中发挥更加重要的作用。

数据资产对医院的意义和价值

《“数据要素×”三年行动计划(2024—2026 年)》国(数政策〔2023〕11 号)指出,加强医疗数据融合创新,支持公立医疗机构在合法合规前提下向金融、养老等经营主体共享数据,支撑商业保险产品、疗养休养等服务产品精准设计,拓展智慧医疗、智能健康管理等数据应用新模式新业态。《关于加强数据资产管理的指导意见》(财资〔2023〕141 号),也鼓励在医疗等数据富集行业探索开展多种形式的数字资产开发利用模式。可见,在数字经济时代背景下,公立院所拥有的医疗数据资产具有显著的社会公益性和经济效益,其有效管理和价值评估对于医院乃至整个医疗卫生行业的高质量发展至关重要。其意义和价值有以下方面:

(一)提高医疗服务质量

公立医院的数据资产在提升医疗服务质量方面发挥着关键作用。通过大数据分析,医院能够为患者提供个性化的预防、诊断和治疗方案,同时利用疾病预测模型提前采取预防措施,降低疾病发生率。此外,数据资产支持远程医疗服务的发展,使得患者能够在家中接受专业的医疗咨询。临床决策支持系统的建立,基于医学研究和病例数据,提供科学的治疗建议,从而提高诊疗的准确性和安全性。医院还可以通过跟踪患者的康复数据来优化康复计划,确保患者获得最佳的康复

效果。同时，公立医院可以利用数据资产进行医疗服务质量的实时监控，及时发现并改进服务中的问题，确保患者接受到高质量的医疗服务。总之，公立医院数据资产的应用不仅提高了患者的治疗效果和满意度，还促进了医疗服务整体水平的提升，为社会带来了更优质、高效和安全的医疗服务体验。

(二) 优化医院资源配置

通过分析历史药品使用数据和患者就诊数据，医院能够精准预测药品需求，有效管理药品库存，减少过度库存和缺货情况，降低成本同时确保药品供应的及时性。同样地，医疗设备的使用频率和维护记录分析有助于制定合理的维护计划和分配方案，提高设备的使用效率并减少资源浪费。人力资源规划也得益于数据分析，医院能够根据患者流量和医疗服务需求合理安排医护人员，提高服务效率并保障员工福祉。此外，能源消耗和环境影响的监测分析促进了节能减排和环保措施的实施，提升了医院的环境友好性。医疗服务流程的优化则进一步减少了患者等待时间，提升了就医体验。公立医院通过数据资产的应用，可以实现资源的高效利用和医疗服务流程的持续改进，为患者提供了更高质量的医疗服务，同时也为医院的可持续发展奠定坚实的基础。

(三) 提升医院管理效率

通过深入分析运营数据，医院能够识别并解决服务流程中的瓶

颈，提高服务质量和运营效率，同时合理规划财务预算和资源分配。绩效评估方面，数据分析使得医院能够量化医护人员的工作表现，进行公正的人力资源管理，激励员工提升工作表现，进而提高医疗服务质量。在风险管理和质量控制方面，数据资产帮助医院及时发现潜在风险并采取措施预防，确保医疗服务的安全性和合规性。此外，数据资产还为医院的战略规划和决策提供了有力的数据支持，帮助医院理解市场趋势和患者需求，制定科学的发展战略。公立医院通过有效利用数据资产，不仅能够提升日常管理的效率和效果，还能够长远发展中提升医院经济管理水平，助力高质量发展。

(四)提升医疗科研水平

公立医院的数据资产可以为疾病模式和流行病学研究提供丰富的信息，帮助研究人员探索疾病的发生机制和风险因素，从而为公共卫生政策的制定提供科学依据。在药物研发领域，历史数据的分析有助于识别新的药物靶点，评估药物的安全性和有效性，提高研发效率。精准医学和基因组学研究也得益于患者的基因组和临床数据的综合分析，为个性化治疗提供了可能。此外，数据资产的共享促进了跨学科合作，推动了医学研究的创新。同时，医疗人工智能和机器学习技术的发展，得益于大量医疗数据的训练，进一步提升了医疗服务的质量和效率。公立医院的数据资产在加速医学发现、技术创新以及提升患者治疗效果方面发挥着不可或缺的作用，是未来医疗科研的重要推

动力。

(五)开发商业潜在价值

公立医院的数据资产在商业应用方面拥有巨大潜力，但必须在严格遵守法律法规和确保患者隐私及数据安全的前提下进行。通过与企业合作，医院能够利用数据分析来开发针对性的医疗健康产品，提供专业的医疗数据分析服务，帮助其他医疗机构提升运营效率和治疗效果。此外，与保险公司的合作可以促进更精准的风险评估和保险产品的设计，而开发健康管理和慢性病管理平台则能够为用户提供持续的健康评估和咨询服务。同时，公立医院还可以利用数据资产进行医疗知识的普及和教育，增强公众的健康意识。这些商业应用不仅能够为社会创造更多价值，还能提高医院的服务质量和经济效益，推动医疗行业的可持续发展。

医院数据资产的定义、特点和类型

(一)定义

数据资产，根据 2021 年国家标准 GB/T 40685-2021《信息技术服务数据资产管理要求》中关于数据资产的核心定义，数据资产被视为组织合法拥有或控制的，并且可以进行计量的数据资源，这些数据资源能够为组织带来经济价值和社会价值。换言之，数据资产不仅强调了数据的所有权和可控性，还突出了其可量化管理和利用以实现价值创造的重要性。因此，在公立医院中数据资产可以定义为医院拥有

或控制的，能够带来经济利益流入的可计量数据资源。这些资源涵盖了患者医疗信息、诊疗记录、财务管理数据、人力资源资料、科研成果以及战略规划等多维度信息，既包括结构化的电子数据，也包括非结构化的文本和图像资料。这些宝贵的数据资产对于提升医疗服务质量、优化资源配置、推动医疗创新和提高管理效率具有重要作用。

(二) 特点

1. 非实体性

公立医院的数据资产不同于传统的物理资产，如医疗设备或建筑物等可以直观感知和触摸的物质资源，以非实体的电子形式存在，包括但不限于医院存储的数字文件、数据库记录、统计分析结果以及各类在线信息资源。

2. 可复制性

公立医院数据资产的可复制性是指这些数据资源可以被无限次数地复制，而不会损失其原有的质量和价值。如公立医院可以将医疗知识、研究成果和最佳实践快速传播给更多的医护人员和患者，提高医疗服务的覆盖面和效率。同时，医院之间、医院与其他医疗机构或研究机构可以共享数据资源，共同推进医疗科研和临床实践的发展。

3. 易变性

公立医院数据资产的易变性是指这些数据资源可以被快速且容易地修改、更新或删除的特性。这种特性使得数据资产在管理和使用

上具有高度的灵活性，同时也带来了一定的挑战。如患者病历、检查结果和治疗计划等，需要根据患者的最新状况进行实时更新，以确保医疗服务的连续性和有效性。

4. 安全和隐私性

公立医院的数据资产安全和隐私性对于保护患者权益、维护医院声誉和遵守法律法规至关重要。患者的医疗信息属于个人敏感数据，包括疾病史、治疗记录、体检结果等。保障这些信息的安全和隐私，是尊重患者个人权利和维护其利益的基本要求。数据泄露或滥用可能导致患者隐私曝光，引发医院声誉危机，更有可能产生违法违规风险。

(三) 类型

在公立医院的数据资产管理中，可以根据数据资产的不同特性和用途将其分为基础类和应用类两类。这样的分类有助于更好地管理和评估数据资产，从而提高其使用效率和经济效益。

1. 基础类数据资产

基础类数据资产是指那些为医院提供基本服务和支持的数据资源。这些数据资产通常是医院运营不可或缺的一部分，包括但不限于：

- (1) 患者健康记录：包括病历、检查结果、治疗方案等，是医院提供医疗服务的基础。
- (2) 医疗资源信息：如药品库存、医疗设备使用情况、床位分布等，用于支持医院的日常运营。
- (3) 医疗科研数据：包括临床试验、科研成果、学术论文等，对提升医院的科研水平和创新

能力至关重要。(4) 员工信息：包括医护人员的工作记录、培训资料、绩效评估等，是医院人力资源管理的基础。

2. 应用类数据资产

应用类数据资产是指那些通过数据分析和应用为医院带来额外价值的数据资源。这些数据资产通常需要通过特定的应用程序或分析模型来发挥作用，包括但不限于：(1) 临床决策支持系统：通过分析患者数据，提供临床路径、治疗方案建议等，提高医疗服务的质量和效率。(2) 财务管理系统：分析财务数据，帮助医院进行预算编制、成本控制、财务分析等，提升财务管理水平。(3) 医疗服务质量监控系统：通过收集和分析医疗服务相关数据，评估服务质量，改进服务流程。(4) 医疗大数据分析：对大量医疗数据进行深入分析，发现疾病趋势、药物效果、患者行为等信息，支持医疗决策和科研创新。

公立医院数据资产的确认

在数字化转型的浪潮中，公立医院正致力于将数据资源转化为资产，这一过程涵盖了从数据的初步处理到最终实现价值的完整生命周期。首先，数据的收集与整合是基础，它确保了医院能够从各种来源获取并整合关键信息。随后，数据质量监控与评估确保了数据的准确性和可靠性，为后续分析和应用打下坚实基础。数据的存储与管理则涉及选择合适的技术平台，以保障数据的安全性和可访问性。在数据资源化的基础上，医院进一步推进数据资产化，通过数据资产评估来

量化数据的价值，并在此基础上进行创新，开发出能够满足市场需求的数据产品和服务。这不仅需要跨部门的紧密合作，还需要持续的创新思维，以应对不断变化的医疗环境和患者需求。

数据资源到数据资产管理框架见图 1。



图 1 数据资源到数据资产管理图

资源价值化的实现，通过需求分析、数据产品开发、评估与监管、优化与升级以及应用与推广，将数据资产转化为具有明确价值和使用目的的产品，从而在医院运营中发挥关键作用，并为患者提供更加个性化和精准的医疗服务。最后，数据资产的商业化是整个过程中的关键一步，它将数据产品和服务转化为医院的收入来源，从而实现数据资产的经济价值。这一过程不仅能够为医院带来经济效益，还能够

推动医疗行业的创新发展，提升整个社会的医疗健康水平。

(一)数据资源化

在数据资源化阶段，公立医院将收集和积累的数据进行整理和分类，确保数据的准确性和可用性。这些数据可能包括患者信息、医疗记录、药品库存、设备状态等。数据资源化的目标是确保数据能够被有效地存储、管理和访问，为后续的转化提供基础。数据资源化包括以下关键步骤：

1. 数据收集与整合：公立医院需要从各个部门和业务环节收集数据，包括患者就诊记录、检验检查结果、手术信息、药品使用情况等。同时，将这些数据进行整合，形成一个完整的数据库。
2. 数据清洗与治理：对收集到的数据进行清洗和治理，确保数据的准确性和一致性。这个过程包括去除重复数据、纠正错误、填补缺失值等。
3. 数据分类与标签化：根据数据的特点和用途，对数据进行分类和标签化。例如，将患者信息分为基本信息、病历信息、检查信息等，并为每个类别添加相应的标签，便于后续查询和使用。
4. 数据存储与管理：采用适当的技术和工具，对数据进行存储和管理，具体包括选择合适的数据库系统、数据仓库或数据湖，并确保数据的安全性和稳定性。
5. 数据访问与共享：建立数据访问和共享机制，使数据能够被内部各部门和外部合作伙伴高效地访问和使用，可以通过 API 接口、数据报表、数据可视化等方式实现。
6. 数据质量监控与评估：定期对数据的质量进行监控和评估，确保数据的准确性和可靠性。对

于不符合要求的数据，要及时进行纠正和处理。

(二)资源价值化

在数据资源化之后，公立医院将进入资源价值化的阶段。在这个阶段，医院将数据资源转化为具有明确价值和使用目的的数据产品。这些数据产品可以为临床决策、公共卫生监测、医疗服务质量管理等方面提供支持。资源产品化的目标是使数据能够以更有形的方式为医疗服务提供支持，增强数据的价值和实用性，从而提高医疗服务的效率和水平。具体来说，资源价值化包括以下关键步骤：1. 需求分析：公立医院需要对临床、科研、管理等方面的需求进行深入分析，明确数据产品的目标和应用场景。这有助于确保数据产品的针对性和实用性。2. 数据挖掘与分析：根据需求分析的结果，对数据进行挖掘和分析，提取有价值的信息和知识。这包括运用机器学习、数据挖掘等，对医疗数据进行分析，发现潜在规律和趋势。3. 数据产品开发：基于挖掘和分析的结果，开发具有实际应用价值的数据产品。这可能包括临床决策支持系统、公共卫生监测工具、医疗服务质量管理平台等。这些数据产品应以用户需求为导向，注重用户体验，确保易用性和可靠性。4. 数据产品应用与推广：将开发完成的数据产品应用于实际工作中，如临床诊疗、公共卫生管理、医疗服务评价等。同时，对数据产品进行宣传和推广，提高其在医疗行业的知名度和影响力。5. 数据产品优化与升级：根据用户反馈和应用效果，不断对数据

产品进行优化和升级。这包括改进产品功能、提高产品性能、增加产品模块等，以满足不断变化的用户需求。6. 数据产品评估与监管：对数据产品的应用效果进行评估，确保其在医疗服务中的价值和实用性。同时，加强对数据产品的监管，确保数据安全和隐私保护。通过以上步骤，公立医院可以将数据资源价值化，为医疗服务提供有力支持。资源价值化不仅有助于提高医疗服务的质量和效率，还可以为医疗行业的发展和创新提供动力。在这个过程中，公立医院需要紧密关注行业动态和技术发展趋势，不断探索数据产品的新应用和新价值。

(三) 价值资产化

在数据资源化和资源价值化之后，公立医院将进入价值资产化的阶段。在这个阶段，医院将数据产品进一步转化为可以带来经济利益的数据资产。这可能涉及数据的商业化、授权使用、数据交易等。产品资产化的目标是使其成为医院的重要资产，能够为医院创造收入、提高效率、增强竞争力。这不仅可以提高医院的经济效益，还可以为医疗行业的发展和创新提供支持。具体来说，价值资产化包括以下关键步骤：

1. 数据资产评估：对数据产品的经济价值进行评估，确定其潜在的商业价值和市场潜力。这包括评估数据产品的独特性、稀缺性、市场需求等，以确定数据资产的价值。
2. 数据资产商业化：根据数据资产的评估结果，设计商业化方案，将数据产品转化为实际的商业价值。这可能包括数据的授权使用、数据交易、数据服务等方式。

在商业化过程中，要注重保护数据安全和隐私，遵守相关法律法规。

3. 数据资产运营与管理：建立数据资产的运营和管理机制，确保数据资产的有效利用和增值，具体包括制定数据资产管理政策、建立数据资产交易平台、开展数据资产交易和合作等。4. 数据资产增值服务：通过提供数据资产的增值服务，提高数据资产的价值和吸引力。例如，提供数据分析、数据挖掘、数据可视化等服务，帮助用户更好地利用数据资产。5. 数据资产监管与保护：加强对数据资产的监管和保护，确保数据资产的安全和可靠，具体包括加强数据安全防护、建立数据隐私保护机制、加强数据合规管理等。6. 数据资产创新与发展：不断探索数据资产的新应用和新价值，推动数据资产的创新发展。例如，通过数据资产的分析和应用，发现新的医疗知识和治疗方法，推动医疗行业的进步。通过数据资源化、资源价值化、价值资产化三个步骤，公立医院可以将数据资源转化为数据资产，实现数据的价值最大化。在这个过程中，医院需要确保数据的安全性和隐私保护，遵守相关法律法规，并不断提升数据管理和应用的能力。

公立医院数据资产的运营管理框架构建

2022 年 4 月，国家卫生健康委办公厅和国家中医药局办公室联合发布了《关于印发公立医院运营管理信息化功能指引的通知》（国卫办财务函〔2022〕126 号），文件要求公立医院进一步健全运营管理体系，推动公立医院运营管理信息化建设。公立医院的数据资产全

止确认四个关键阶段。整体管理框架详见图 2。

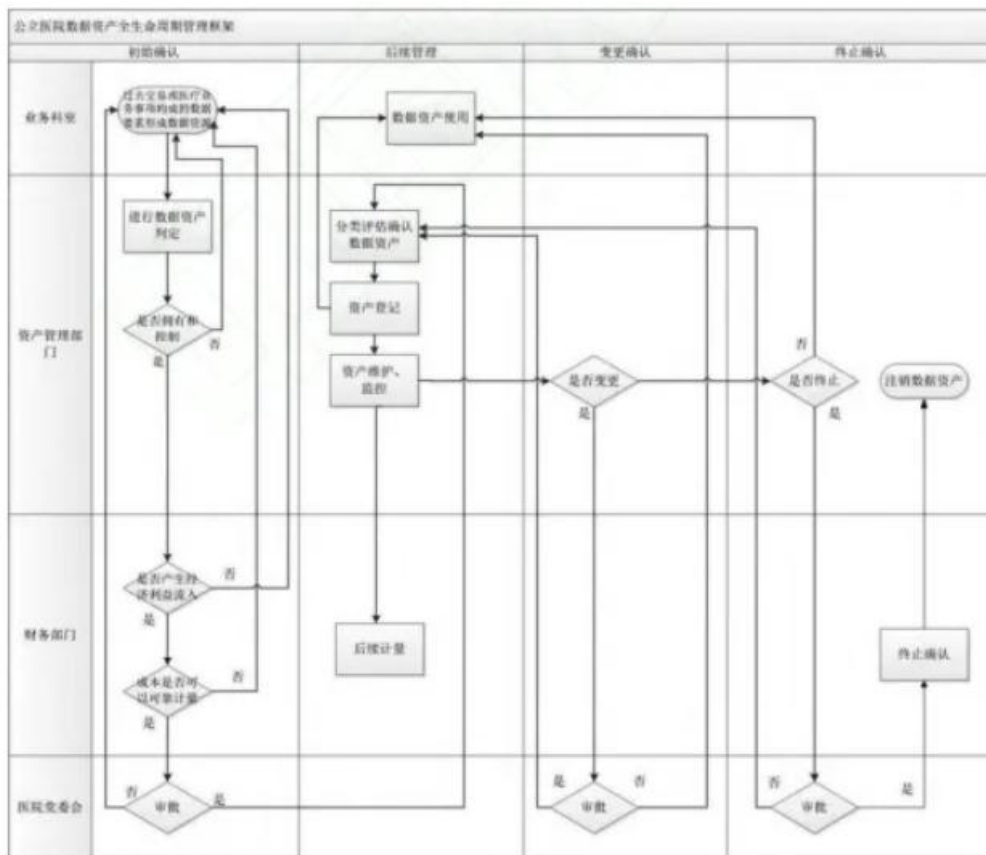


图2 公立医院数据资产全生命周期管理框架图

(一) 初始确认阶段

医院通过规范的数据搜集和整理流程，将数据资产纳入管理体系，这不仅包括数据的分类和归档，还有对数据质量和可用性的严格控制，为后续的管理和应用奠定坚实基础。

(二) 后续管理阶段

数据资产一经确认，医院便开始执行持续管理循环，包括数据的常规维护和更新，以及数据安全和合规性的持续监控。

1. 医院从事临床的业务科室作为数据资产应用的前沿阵地，负责将数据资产转化为实际业务价值，满足临床、科研、管理等方面的需求，其日常操作直接影响数据资产的有效性和医院服务质量。
2. 资产管理部门首先应判断数据资源是否是医院能够拥有和控制的。这些数据是否由医院创建、收集或合法获得。医院必须确保其对数据的管理和使用符合所有相关的法律法规和行业标准。此外，资产管理部门还负责数据资产的登记和宏观管理，包括记录数据资产的详细信息，明确所有权和使用情况，进行战略规划，评估数据资产的价值，以及实施风险控制措施。这些活动对确保数据资产的长期价值和医院可持续发展至关重要。
3. 财务部门在管理框架中发挥关键作用，负责判断该数据资源是否能够带来经济利益的流入，其成本是否可以可靠计量。同时负责确保数据资产的后续财务计量和报告编制符合政府会计准则制度，为医院财务管理提供准确数据支持。
4. 医院党委会作为决策层，参与制

定数据资产管理策略和审议重大决策，确保数据资产管理与医院整体战略目标一致。

(三) 变更确认阶段

在确认变更的必要性和合理性后，资产管理部门将变更请求提交给医院党委会进行审批。一旦获得批准，变更将被执行，包括更新资产登记信息和调整使用策略。变更执行后，需要在数据资产管理系统中详细记录变更情况，并持续监控以确保变更达到预期效果，同时对策略进行适时调整以应对新问题。这一阶段的目的是确保数据资产管理的灵活性和适应性，以支持医院业务的持续发展。

(四) 终止确认阶段

当数据资产不再产生经济利益或成本无法可靠计量时，进行终止确认和注销，并得到医院党委会的审批。这一管理步骤确保了数据资产的有效利用和合理处置。在公立医院数据资产的运营管理框架中，多部门联动机制发挥着至关重要的作用。整个管理框架强调跨部门和职能角色间的紧密协作，提升数据资产的管理效率，促进在医院各层面的最优利用。通过整合各部门的资源 and 信息，优化资源配置，提高运营效率，能够为医院决策提供全面的数据支持，增强风险管理能力。此外，联动机制有助于提升医疗服务质量，促进业务与财务的深度融合，使医院能够快速响应政策变化 and 市场需求，保持运营的灵活性和适应性。通过合理的管理框架，公立医院能有效利用数据资产，

提高医疗服务质量，确保所有数据活动符合法律法规和行业标准，为医院数字化转型和长期发展提供坚实支持。

分析公立医院数据资产的特性，加强公立医院的数据资产运营是推进医疗服务现代化的关键举措，它可以为医院管理和决策提供坚实基础。通过确保数据的精确性、安全性和高效性，使医院能够更加高效地进行资源配置、优化运营流程，并显著提升医疗服务品质与患者满意度。此外，加强数据资产运营管理还能够促进医疗信息的标准化和共享，加强医疗机构间的合作，为医疗科研和公共卫生监管提供有力的数据支撑。在公共卫生领域，赋予了医院快速应对公共卫生挑战的能力，为政府制定和调整健康政策提供了可靠的数据支持。

综上所述，公立医院数据资产的应用对于实现健康中国战略目标具有重要意义，它不仅可以提升医疗服务的整体效能，也将为提高全民健康水平和社会福祉做出积极贡献。数据资产管理框架的完善和有效运用，将成为衡量医疗卫生事业发展水平的重要指标，是推动医疗行业持续进步的核心动力。

[返回目录](#)

放管服背景下医院科研经费管理优化策略研究

来源：医管新世界

当前，世界经济增长普遍放缓，中国正处于百年大变局的关键时期。推动科技进步，提高核心竞争力，是我国经济高速发展的关键引

擎。强大的基础科学研究是建设世界科技强国的基石，我国在基础研究的短板依然突出，投入不足、顶尖人才缺乏、结构不合理等问题亟待缓解。在科技体制改革，深化“放管服”的大背景下，医院作为我国科研力量的重要组成部分，如何提高科研项目的管理水平，提升资金使用效益，是当前的重要课题。

一、医院完善科研经费内部治理结构的必要性

（一）新形势新的管理要求

近年来国家持续深化科技体制改革，发布了一系列政策和意见为科研人员“松绑”。2019年7月科技部等6部门印发《〈关于扩大高校和科研院所科研相关自主权的若干意见〉的通知》（国科发政〔2019〕260号），进一步扩大科研领域自主权，激活科研创新活力，提升创新绩效。战略层面的充分放权，需要微观管理能够有效承接。在此背景下，单位科研经费管理模式向监督管理、规范服务转变，单位层面内控风险增加。医院作为治理主体之一，要充分利用国家赋予的职权，积极承担科研任务，完善内部治理结构，优化管理机制，有效服务国家目标，实现自身可持续发展。

（二）医院管理水平与国家重视程度不匹配

我国自提出科技强国战略以来，不断加大对科研经费的投入。国家统计局数据显示，2015—2019年期间我国研究与试验发展（R&D）经费投入金额持续增长（由2015年14016.4亿元上升到2019年21799.2

亿元)，增长率也呈波动上升趋势。其中高校作为基础研究的中坚力量，增幅最大，2019 年涨幅达到了 23.2%，较 2015 年增长了近 80%。国家在科技经费投入力度上是持续加大的。相比国家的高度重视以及整体良好的外部态势，科研院校尤其是医院，对科研经费的管理水平并不到位。制度僵化、流程繁杂，在经费管理、项目管理、对科研人员的激励保障方面，有待完善。

二、医院科研经费面临的环境及管理现状

各项“放管服”政策的出台旨在激发科研人员创新活力，营造良好的制度环境，强调“管理”与“放权”相结合。但在具体操作层面，各医院内部治理结构与政策执行力度仍不同程度存在问题，主要表现在以下几方面：

（一）政策落实难到位，科研自主难度大

“放管服”改革持续深化，强调事后监管、弱化事前事中监管，最大限度减少对科研单位内部事务的过程管理和直接干预，以结果和实绩为导向。管控职能下放，内部控制风险后移，科研单位管理压力剧增。在容错纠错机制未落实的前提下，容易造成科研管理部门的避责和不作为倾向。让“松绑”政策在执行的过程中大打折扣。尤其在强化项目承担单位法人责任的前提下，财务验收环节实行的一票否决制度，又让科研人员陷入了拿钱容易花钱难的困境。

（二）项目多头管理，缺乏整体性

科研项目管理主要分为项目管理和经费管理，科研部门管理项目的申报、立项、支出审核、结题、成果管理等，财务部门则负责科研经费的入账、核算报销等，其他职能部门如设备、药剂、信息等职能部门按职责范围进行协同管理。看似分工“明确”，实则整体性被割裂。资源不共享，容易产生管理真空风险。

以 Z 医院为例，该院是一家大型综合性医院。科研项目日常管理按照性质由科研科、项目管理办公室等多部门分别负责，项目管理纵深参差不齐。项目量大的管理科室，有相对完善的制度体系以及配套的信息系统，对科研项目从立项到结题，可以一定程度上做到全流程闭环管理。而其他科室，则既未纳入统一的信息系统，也缺乏有效制度保障，医院在科研项目管理整体性上是缺失的。

(三)业财不融合，信息孤岛未打通

医院科研经费项目管理与经费管理隔离，项目管理部门与财务管理部门之间信息系统未联通，管理碎片化，数据标准不一致、信息共享程度低，沟通机制不顺畅，跨部门业务效率低下，影响资金使用效率。科研业务活动与财务管理不能实现内在联动，科研数据与财务数据不能有效整合，影响资源融合、信息共享利用的实现。科研人员浪费大量时间在跨部门业务办理上，影响研究进度，并未真正做到为科研人员减负。

(四)科研经费复合型管理人才缺乏

近年来，为推动解决科研人员“报销繁”问题，国务院印发了《关于优化科研管理提升科研绩效若干措施的通知》（国发〔2018〕25号）、科技部、财政部、教育部、中科院联合发布了《贯彻落实习近平总书记在两院院士大会上重要讲话精神开展减轻科研人员负担专项行动方案》（国科发政〔2018〕295号），提出要将科研人员从经费报销中解放出来。但是在制度方面，重视程度不够、宣传不到位，政策落实“形式重于实质”。科研财务助理职责不明，财务专业性有待提高。

以Z医院为例，截至目前，在册的科研助手人数不过百，一方面，科研助手并非专业科研财务助理，缺乏财务背景，只是在日常科研工作之余协助办理经费报销事务。另一方面，科研助手作为临聘人员，流动性大，且无职业晋升通道，缺乏有效的考核和激励机制。最后，科研助手更多地参与经费报销和财务验收环节，在项目申报、预算编制环节参与程度相对较低，不能对科研经费进行专业化的全流程项目管理。

三、“业财融合”对科研经费管理的重要性

（一）“业财融合”能不断完善单位内部治理结构

“业财融合”有利于捋顺医院内部科研管理所涉各部门的职能定位和权责边界，优化机构的设置，建立定位清晰、划分合理的管理格局，提高内部运行效率。形成常态化的运行机制，清晰的业务流和资金流。从项目管理到经费管理，从项目期内的内循环管理到项目结题

后的跟踪管理，形成一套能够有效承接国家充分放权的治理结构与管理
制度体系。

（二）“业财融合”能够持续防范科研管理内控风险

“放管服”背景下要求精简、效能，下放权限。科研承担单位自主性增强，单位内部内控风险点发生变化，对单位内部制度建设、关键岗位设置等都有新的要求。“业财融合”，作为一种新的管理机制，强调财务与业务的深度融合，业财互相作用、互相促进，能够更好地识别风险点，为科研项目和经费管理明确方向，推动内控机制建设，防范内部风险。

（三）“业财融合”能有效提高科研项目资金的获取能力

“业财融合”是指财务管理和业务活动的深度联动，财务数据和业务数据的有效整合，协同支持决策，强化风险防控。充分发挥专业优势，通过部门间的深度联动，打破信息壁垒。聚焦关键价值领域，更快定位战略优势，为项目目标的选择、项目预算的编制，提供有效依据。为医院制定中长期科研目标及规划，实施方案的改进与完善提供保障。

（四）“业财融合”有利于更好的科研项目事中控制

科研业务活动是科研管理“业财融合”的起点，有其自身的运行规律。财务管理贯穿业务流程的全过程，在项目执行期，财务通过对业务的渗透，有利于对经费支出的合理性进行把控，对项目执行的合

规性进行规范，对不符合要求的业务进行修正和敦促改正，对不合理的项目进行及时制止，降低沉没成本。

(五) “业财融合”顺应新形势下新的管理要求

科研管理由过程控制向结果导向转变，要求强化科研项目预算绩效管理，实行中长期绩效管理和评价考核。基于“业财融合”的绩效评价设计，更具有参照性、针对性和可操作性，有利于更合理绩效分类评价。达到绩效评价和内部控制双重目标，让科研管理趋于规范化和高效能。

四、医院科研经费管理优化策略

医院科研经费管理面临诸多问题和挑战，转型迫在眉睫，有必要在中央有关政策指导下，有步骤、有重点的进行优化和完善，逐步实现内部治理结构以及运行机制的升级改造。

(一) 基于“业财融合”的一体化信息平台建设

科研管理涉及多部门共同参与协同管理，通过一体化平台的建设，将各环节的人、财、物通过流程有机结合，形成统一的管理体系。以创新绩效为中心，以精简和效能为导向，综合运用系统思维优化平台建设，实现科研管理科学化、规范化和智能化。以信息平台为载体，通过信息集成和数据收集，让业务资源流出业务单元，让财务流、数据流融入业务流程，在整个项目的全生命周期形成闭环管理。将项目管理和财务管理涉及的风险控制点嵌入相关的流程节点，以预算控制

和业务流程管理为核心，以绩效管理为工具，对科研项目管理的各环节进行设计、组织、实施、控制，实现对整个项目人、财、物等核心资源的科学配置和有效使用。

(二) 基于“业财融合”的科研管理体系构建

1、完善内部治理结构

医院应当成立科研管理委员会，在医院党委的领导下，负责建立医院科研管理组织框架体系和各项规章制度，制定医院科研管理年度工作目标和计划，审议医院科研管理绩效评价报告，对管理工作提出意见和改进措施。明确科研项目主管部门，或者确定牵头负责部门，在医院领导下开展科研管理工作。主要包括：制定科研管理制度、计划、绩效评价报告等；提出完善流程、优化资源配置等管理建议；组织各项措施的落实；开展科研项目绩效评价，撰写分析报告等。

2、建立高效运行机制

医院内部应当建立分工负责、协同落实、分析评价、沟通反馈的科研管理运行机制。一是明确业务类别、各部门工作职责和具体分工，细化落实机制，分解管理目标和任务，确保各项任务协同有效落实。二是对项目实施期实行“里程碑”式管理，通过抽查、第三方绩效评估等方式动态掌握和评价项目进展和阶段成效。三是构建反馈机制，将管理效果和绩效评价结果在内部各层面进行沟通反馈，实现横纵双向协作，多主体协同发展。

(三) 基于“业财融合”的复合型人才队伍建设

1、培养科研经费管理专门人才

高度重视国家关于科研人员减负的相关政策，将科研经费管理专门人才配置提上日程。基于“业财融合”的视角，即要培养具有跨学科专业背景的复合型人才，具备科研和财务双重专业知识，掌握财经纪律和科研经费管理规定，能高度融合科研业务和财务管理要求。为项目组在经费预算编制、经费报销及项目结题阶段，提供专业的指导和建议。

2、常态化开展跨部门联合学习和培训

定期开展财务知识和科研专业的学习和培训，将“业财融合”的理念深入到科研管理部门、财务部门及项目组成员间，建立三方互动沟通渠道，引导科研管理向专业化、服务型转变。

(四) 基于“业财融合”的科研项目绩效评价体系建立

重视科研项目事后环节的管理，分析项目实施情况以及资金使用情况。科研项目绩效评价包括两个维度，一个是对科研管理部门的绩效评价，一个是对科研项目的绩效评价。

1、强化科研项目绩效管理

设立中长期发展目标和规划，明确绩效目标。将科研专项绩效考核内容与内部控制评价内容相结合，突出创新导向、实绩导向，评价结果与科室的科研投入、个人的考评奖励、绩效工资总量核定等密切

相关，建立监督问责机制，健全科研管理绩效评价。

2、建立综合绩效考核指标体系

一方面要评价医院总体科研管理水平，一方面要评价每个科研项目的实施绩效，根据性质的不同，分类建立指标库和评价体系，多维度进行考核。比如科研管理绩效评价，以医院整体的科研管理水平为考评对象，可以分别设置管理、产出、效益三个一级指标，再在每个一级指标下分别设定二、三级指标，不同的单位可以根据实际需要调整。总体原则是指标的设置能够用来测量医院初始确定的中长期规划和绩效目标。

3、重视绩效评价结果的反馈和应用

绩效考评结果的反馈和应用可以触发新的发展驱动力，是科研管理内循环的动力源泉。医院要重视科研项目的事后管理，将绩效考评结果作为下一轮项目支持、科研人员业绩考核的关键因素。可以将科研项目的实施绩效纳入医院的整体绩效考评体系，形成双向联动的外循环。

五、结语

时代赋予医院更高的使命，新形势、新环境既是机遇也是挑战，以业财融合为基石，全方位、多角度对医院的科研管理进行升级改造，整合优势资源，推动科技创新，赋能医院高质量发展。

[返回目录](#)

• 地方精彩 •

重庆：推动村卫生室纳入医保管理，筑牢村民健康保障“第一道防线”

来源：重庆市卫生健康委

村卫生室是乡村医疗卫生体系的网底，也是政府向农村居民提供公益性医疗卫生服务的重要载体。打通农村居民就医报销的“最后一公里”，是推动医疗卫生工作重心下移、资源下沉农村的具体体现，有利于方便农村居民在家门口享受到便捷、高效的医疗服务，有利于降低农村居民医疗负担，进而持续助力乡村振兴。近年来，重庆市按照国家统一部署和要求，立足实际，先后出台《重庆市基层医疗卫生机构管理办法》《重庆市进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展若干措施》《重庆市基层卫生健康便民惠民服务举措》等文件，采取一系列措施推动村卫生室纳入医保定点管理，筑牢农村居民健康保障的“第一道防线”，不断提升其满意度和获得感。

坚持弥补断点 打通服务群众“最后一公里”

聚焦村卫生室未纳入医保报销系统等断点，多措并举打通服务群众“最后一公里”。

医保定点管理实现“全覆盖”。紧扣村卫生室就近服务群众的优势，制定村卫生室医保定点标准，按照“实地查看、评估研究、签约备案、联网结算、业务培训”的路径，将符合定点条件的村卫生室全部纳入医保定点管理。截至目前，全市 7959 个行政村村卫生室已全

部接通医保报销系统，农村居民到村卫生室看病就医均可实时结算。

乡村医生队伍建设实现“多渠道”。持续加强乡村医生队伍建设，动态解决少数村卫生室无合格乡村医生的问题。推进“乡聘村用”改革，乡镇卫生院采用余编招聘或编外聘用的方式，招聘医学专业技术人员到村卫生室工作。目前，全市共有“乡聘村用”人员 325 名，其中编制招聘 107 名、编外聘用 218 名。实施大学生乡村医生专项计划，2024 年采用事业编制的方式，招聘大专及以上学历医学专业毕业生 65 名。

村级卫生服务实现“零死角”。对邻近乡镇卫生院、服务人口低于 800 人的行政村，通过乡镇卫生院开展巡诊服务 429 个村、派驻服务 109 个村以及邻村服务 88 个村的方式，保障村级基本医疗卫生服务供给。

坚持疏通堵点 确保医保资金发挥最大效益

针对村卫生室报销、用药不通畅等堵点，实施乡村统一收费价格和慢性病用药“两统一”举措。

统一收费价格。实现村卫生室与乡镇卫生院医药收费价格一致，方便上下转诊，推动服务同质。将村卫生室一般诊疗费从 5 元/次提高到 6 元/次，提高部分全部由医保资金解决。

统一慢性病用药。慢性病用药实行“一区县一清单”，打通区县域内不同医疗卫生机构之间的用药界限，并优先将国家基本药物、集

中带量采购药品等纳入清单，实现区县域内慢性病用药衔接。将高血压、糖尿病门诊用药保障制度的诊断机构扩大到拥有执业医师的村卫生室，在符合条件的村卫生室确诊的“两病”患者，也可享受医保相关报销政策。

坚持消除痛点 建立多渠道监管机制

着眼村卫生室医保定点管理过程中的痛点，建立多渠道监管机制。

规范化管理。村卫生室同乡镇卫生院、医保部门签订三方《医疗服务协议》。按照分级管理原则，由乡镇卫生院对村卫生室进行日常管理和指导，重点规范村卫生室药品及财务管理，促进村卫生室规范诊疗、合理收费。

常态化监管。对村卫生室医保基金支出进行常态化管理，督促村卫生室增强服务意识、规范服务行为、严格执行医保基金相关政策规定，进而发挥医保基金最大效益。

多样化督查。对村卫生室每年开展1~2次专项检查，并按照“双随机、一公开”原则，对医保基金支出超过一定金额的村卫生室开展随机抽检，坚决打击骗保套保等问题套取医保基金等问题。

坚持补强弱点 夯实乡村医疗卫生服务网底

采取多项举措助推村卫生室服务能力提升，满足农村居民就近就医需求。

开展村卫生室星级评定。根据村卫生室人员、设施设备、服务能力等情况将其分为五星、四星、三星3个等级，在绩效奖励、医保基金分配等方面向星级村卫生室倾斜。截至目前，星级村卫生室占全市村卫生室的82.86%。

建立“级差补助”机制。将全市乡村医生专项补助标准由每人每月400元调整为执业医师1000元、执业助理医师800元、乡村全科执业助理医师700元、乡村医生600元，激励乡村医生不断提高服务水平。

坚持乡村医生每月例会制度。对在村卫生室执业的乡村医生每年免费培训不少于2次，累计培训时间不少于2周。实施中央专项资金中西部农村地区卫生人员培训项目，至今累计培训乡村医生10万余人次。

持之以恒抓落实 持续规范定点管理

下一步，重庆市将持之以恒抓落实，采取针对性更强、作用更直接、效果更明显的举措，进一步规范村卫生室医保定点管理，满足农村居民在家门口的就医报销需求。

一是加大村卫生室监管力度。充分发挥乡镇卫生院的监管主体责任，持续把村卫生室医保基金监管作为整治农村医疗保障不规范行为的重要内容，从待遇保障、基层用药、医保卡管理、虚假诊疗等入手，着力整治医疗保障领域侵害居民利益的突出问题，积极维护参保居民

切身利益和医保基金安全。

二是动态消除村卫生室医保报销“空白点”。建立定期排查机制，对因区划调整、机构搬迁、设备老化、乡村医生离岗等造成的村级医保报销“空白点”，及时进行消除，努力实现村村“五有”（有阵地、有乡村医生、有终端、有网络、有报销）。

三是加快乡村健康数字化建设。为村卫生室配置可移动的健康服务一体机，与区县级医院或达到二级医院水平的区县域医疗卫生次中心进行互联互通，实现“村级检查、上级诊断”。坚持“记录一生、服务一生”理念，推进“一人一码一档”，为全市居民建立覆盖全生命周期的电子健康档案。汇聚医疗卫生服务和公共卫生服务信息，让全市村卫生室均能查看患者在二级及以上医院的检验检查结果，实现村级“医检互认”并向居民全面开放，逐步实现居民自我健康管理。

[返回目录](#)

山东东营：“三医”协同 打通村民就医报销“最后一公里”

来源：山东省东营市卫生健康委

健全完善乡村医疗卫生体系，提升乡村医疗卫生服务能力，推动村卫生室纳入医保定点管理，直接关系农村居民看病就医获得感。山东省东营市全面贯彻以基层为重点的新时代党的卫生与健康工作方针，以满足农村居民卫生健康需求为目标，“三医”联动深化乡村医改，打通农村居民医疗服务和医保报销“最后一公里”，为提升农村

居民健康水平、全面推进乡村振兴提供有力保障。

夯基础 实内涵

为医保定点打下坚实基础 第一，提档升级，筑牢乡村卫生网底。聚焦就医环境，加大基础设施建设。东营市委、市政府连续3年将基层医疗卫生机构提档升级等项目列入民生实事，“一村一案”建设一体化管理村卫生室716家，其中含中心村卫生室66家，农村地区“15分钟健康服务圈”初步形成。聚焦数字赋能，加强信息化建设。建成全市统一的全民健康信息平台，部署云HIS(医院管理信息系统)、基本公共卫生系统、家庭医生签约服务系统、医保系统等，实现就医、取药、缴费、医保报销一站式管理。聚焦同质化服务，全面升级乡村医生“出诊箱”。为一体化管理村卫生室配备智慧随访和康复诊疗设备，通过县域远程诊疗网络，实现村卫生室检查、县级医院诊断。第二，引育并重，壮大乡村卫生人才队伍。加大人才引进。落实乡村卫生人才“县招乡聘村用”政策，采取退休人员返聘、公益性岗位招考、订单定向培养、大学生乡村医生专项招聘等方式，引进优秀人才。强化技能培训。开展基层卫生人才能力提升行动，每年对全市1178名乡村医生分批开展规范化培训，每年遴选一定比例乡村医生到三级医院进行脱岗培训。目前，具备执业(助理)医师资格或大专及以上学历的乡村医生占比达65%以上。落实保障待遇。县级政府对一体化管理村卫生室每年补助2万元办公经费。在岗乡村医生全部纳入县级政府

临时用工范围管理，人员工资和“五险一金”纳入县级财政全额预算。目前，乡村医生年均收入3万~6万元。第三，做优做强，提升乡村卫生发展质量。创新运行机制。以“县强、乡活、村稳、上下联、信息通”为目标，将村卫生室纳入紧密型县域医共体建设范围，促进县乡一体、乡村一体、城乡联动，实现医疗卫生服务上下贯通、医疗和预防有效融合。推进资源下沉。依托5个紧密型县域医共体，常态化开展“百名医师下基层”“百名中医基层行”活动，打造基层特色专科100个，设立“名医基层工作站”114处，帮扶乡村医生提高常见病、多发病诊疗水平。突出中医特色。在乡村推广30余项中医适宜技术，打造市级特色中医阁50处、省级中医药特色村卫生室13处。目前，全市90%以上的村卫生室可提供中医药服务。推广首诊服务。对常见病、多发病推行“乡村医生开单、县乡检查、回村治疗”服务模式，引导更多患者留在当地。

强管理 抓服务

提供优质便捷健康服务 第一，创新医防融合模式。做实家庭医生签约服务。吸引264名二级及以上医疗机构专科医师加入签约服务团队，形成“全专结合、上下联动”的签约服务模式，推动实现“六个拓展”“三个延伸”。积极推进功能社区家庭医生服务活动，为功能社区职工、学生提供医防协同、综合连续的健康服务。优化慢性病管理。创新开展“三高共管、六病同防”医防融合慢性病管理，设置

“三高”中心 10 家、“三高”基地 45 家、“三高”之家 643 家。制定《东营市重点慢性病人群全周期健康管理方案》，指导基层医疗卫生机构设立慢性病筛查康复中心，对首诊患者和病情不稳定患者提供个性化方案制(审)定和线下、线上协诊服务，对康复期患者提供康复服务。夯实基层公共卫生网底。在全省率先推进并完成镇街卫生健康管理委员会、村居公共卫生委员会组建，打破原有县—镇—村(区—街—居)医疗卫生机构只提供卫生服务、无法参与公共管理的工作模式，有效破解公共卫生管理无法下沉村居的局面。第二，推动医药配送下沉。全力打造中心药房。依托紧密型县域医共体牵头医院开设“中心药房”，在基层医疗卫生机构全部建成慢性病专用药房，并实现药房建设标准化、药品目录清单化、药品采购统一化、药事服务同质化、药品管理规范化的药品配送即时化。按照“基层所需、能放则放”原则，首批“在单”药品共 1447 个品规，其中国家基本药物 963 个品规，保证了上下级医疗机构用药衔接，方便了农村群众就近买药且不断药。创新中医药供应模式。建成投用市域共享中药房 5 处。依托全民健康信息平台，汇集 700 余家基层医疗卫生机构中药饮片处方，在全省率先实现市、县区、镇街、村居四级医疗卫生机构一站式中药药事服务。第三，打通医保报销“最后一公里”。完善基层医保体系。自 2003 年启动新型农村合作医疗报销工作起，东营市各乡镇卫生院、社区卫生服务中心所辖的村卫生室、社区卫生服务站一并纳入医保定

点管理。至今，已经构建了区域管理统一、内部管理规范、资源分配合理、功能定位明晰的管理体系。推动医保服务下沉。建立基层医保工作站(点)543家，建成市、县区、镇街、村居、网格员五级经办服务体系。将参保登记、异地备案、参保信息查询等医保服务事项下放到基层医保工作站(点)，把“医保大厅”搬到群众家门口。推进医保信息化建设。全市所有一体化管理村卫生室全部实现医保联网、直接结算，参保居民产生的医保费用由村卫生室与医保经办机构联网直接结算，避免居民“多跑腿、多花钱”。加强医保定点协议管理。规范村卫生室联网结算行为，定期开展医保政策和联网结算业务培训。推动医保政策下沉。打破门诊慢性病医保资格认定仅限一级以上医疗机构的限制，将其延伸至村居医疗卫生机构，实现家门口的医保服务新模式。

得实惠 促发展

农村居民获得感显著提升 就医负担持续减轻。村卫生室医保报销政策的落实，极大地方便了农村居民，尤其是失能、半失能老年人及“两病”(高血压、糖尿病)患者。截至2023年末，全市716家一体化管理村卫生室均纳入医保定点范围，覆盖1664个行政村。2023年，一体化管理村卫生室为农村居民提供医保报销服务约70万人次，其中包括约10万人次“两病”服务，持续减轻农村居民看病就医负担。健康服务提质增效。通过加强基础设施建设、壮大乡村卫生人才

队伍、信息化赋能、优化服务流程等措施，全市乡村医生执业能力得到提升，进而有效降低了“两病”患者的住院率。2023 年，全市高血压患者基层规范管理服务率为 62.46%，血压控制率为 61.14%；糖尿病患者基层规范管理服务率为 62.62%，血糖控制率为 46.01%。参保意识全面提升。村卫生室纳入医保定点管理制度的落实，促进了农村居民参保意识的提升，进一步完善了乡村医保体系、保障了农村居民医保权益。2024 年度，全市脱贫人口和农村低收入人口参保率达 100%。基金使用更加高效。村卫生室纳入医保定点管理制度的落实，优化了基层资源布局，降低了基层医疗卫生机构运维成本，提高了医保基金使用效率。2023 年，全市慢性病人群在二级及以上医院就诊率较 2013 年同比下降 11%。提升农村居民健康水平是乡村振兴的终极目标，也是实现乡村振兴的重要保障。下一步，东营市将深入践行“以人民健康为中心”的发展理念，站在“推动乡村振兴齐鲁样板提档升级”的战略高度，突出农村居民需求导向，因地制宜扎实推动乡村医疗卫生服务能力提质提效，完善村级医保报销体系，逐步提高县域内医保基金在乡村医疗卫生机构使用比例，持续提升农村居民获得感、幸福感、安全感。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

基本医疗保险运行稳健，从最新统计公报看医保“基本盘”

来源：中国社会保障学会

2023 年是全面贯彻落实党的二十大精神开局之年。日前，国家医保局发布《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》（以下简称“公报”）。公报充分反映了 2023 年全国医保系统深入贯彻落实党中央、国务院决策部署，深化医疗保障制度改革，不断完善医疗保障制度，促进全民医保运行质量逐步提升，并取得显著成效，进一步提高全民医保发展水平。

一、参保质量显著提升

公报显示，截至 2023 年底，全国基本医疗保险参保 13.34 亿人，参保率保持在 95%，全民医保继续得到巩固。根据国家医保局发布的相关信息，2023 年剔除跨省重复参保统计人数 1600 万人，在剔除重复参保统计人数的影响后，2023 年实际净增参保人数约 400 万人，参保质量进一步提升。

二、医保基金运行平稳

据统计，2023 年全国基本医疗保险（含生育保险）基金总收入 3.35 万亿元，全国基本医疗保险（含生育保险）基金总支出 2.82 万亿元，2023 年统筹基金当期结存 5039.59 亿元，累计结存 3.40 万亿元。由此可以看出，2023 年医保基金运行态势总体平稳，职工医保基金

和城乡居民医保基金均保持收大于支，各项基金累计结余都在继续增长。其中，职工医保统筹基金(含生育保险)当期结存 4927.53 亿元，累计结存增加到 2.63 万亿元，职工医保个人账户也收大于支并略有结余。这反映了在职工医保门诊共济保障机制改革之后，统筹基金的筹资规模和支付能力都显著增强，个人账户收支也保持基本平衡。

三、医保待遇保持基本稳定，享受待遇人数大幅度增长

2023 年全国各地职工医保住院费用目录内基金支付比例平均为 84.6%，三级、二级、一级及以下医疗机构支付比例分别为 83.5%、87.4%、89.4%。城乡居民医保住院费用目录内基金支付比例平均为 68.1%，三级、二级、一级及以下医疗机构支付比例分别为 63.2%、72.4%、80.8%。职工医保和城乡居民医保住院费用由基金支付标准与上年度基本持平。

值得注意的是，2023 年职工医保享受待遇的人数都比上年大幅度增长，增幅高达 20.2%，待遇享受人次增加到 25.3 亿人次。职工医保享受待遇人数大幅度增长的原因，与职工医保门诊共济保障机制改革在全国各地全面实施之后将普通门诊纳入统筹基金支付密切相关。

四、生育保险受益面迅速扩大

随着各地陆续出台有关城乡居民生育医疗费用等可以由生育保险支付的新政策，享受生育保险待遇(除不享受生育津贴之外)的人数

和生育保险支出都迅速增加。同时，国家医保局进一步规范统一生育保险待遇享受统计口径，将产前检查、计划生育人次纳入生育保险待遇统计。因此，2023 年全国享受各项生育保险待遇猛增到 2834 万人次，比上年增加 1065 万人次，增长 60.2%。全年生育保险基金支出 1177.23 亿元，比上年增长 23.74%，基金支出压力显著增大。

五、强化医疗救助的托底保障功能

2023 年国家医保局将解决困难群众“基本医疗有保障”问题作为医疗救助的主要目标，全额资助特困人员、定额资助低保对象和符合条件的防止返贫监测对象参保。2023 年全国医疗救助基金资助 8020 万人参加基本医疗保险，全国纳入监测范围农村低收入人口参保率稳定在 99%以上。通过基本医保、大病保险和医疗救助等多层次医疗保障体系提供的各项保障措施，减轻农村低收入人口医疗费用负担 1883.5 亿元，有近一半的困难群众年度住院医疗费用负担降低到在 1000 元以下，在尽力守住底线、防止因病致贫返贫方面发挥了重要作用。

六、积极推进“三医”协同发展

2023 年推进“三医”协同发展取得显著成效，主要体现在以下四个方面：

一是医保目录持续扩容。2023 年在国家医保药品目录调整中，共有 126 个药品新增进入国家医保药品目录。自 2018 年国家医保局

组建成立以来,通过医保药品目录动态调整新增进入目录的药品数量累计增加到 744 种,有效满足了人民群众日益增长的医疗需求。特别是在肿瘤、高血压、糖尿病、罕见病、自身免疫性疾病等领域,医保目录内品种数量和药品疗效大幅提升,不仅进一步增强基本医保的保障功能,而且通过医保药品谈判降价和医保报销,为参保患者减少支出 2300 亿元,大幅度降低广大参保患者的医药费用支付负担。

二是继续深化医保支付方式改革。按照国家医保局 2021 年 11 月发布的《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》,2023 年继续扩大 DRG/DIP 支付方式实施范围。截至 2023 年底,全国各地开展按病组和病种分值(DRG/DIP)付费的统筹地区已经增加到 384 个,占比超过九成,这项改革在各地推广的进度超过预期。改革地区的住院医疗费用主要采取按 DRG/DIP 进行支付结算,按项目付费占比下降到四分之一左右,使住院医疗费用大幅度减少,在减轻广大患者医疗负担、提高基金使用效率、规范医疗机构及医生的医疗行为等方面都取得显著成效。

三是促进药品耗材集中采购提质扩面。2023 年国家医保局会同有关部门继续组织开展了药品和医用耗材集中带量采购。药品方面,第八批、第九批国家组织药品集采共涉及 80 种药品,平均降价 57%;医用耗材方面,人工晶体及运动医学类耗材集采平均降价幅度达到 70%。通过国家组织开展医保药品和耗材集中招采,从降低用药负担、

提升用药质量、增强用药可及性以及治疗效果等方面都取得显著效果，让广大患者受益匪浅。

四是加强医药价格治理。2023 年，国家医保局继续组织开展有关药品价格监管和医疗服务价格改革试点工作。一方面，组织启动挂网药品价格治理，开展统一挂网药品价格数据信息规范工作，监测国家短缺药品清单和国家临床必需易短缺药品重点监测清单药品价格和配送情况，对于药品价格异常的企业进行约谈并督促整改，促使约谈药品平均降价超 40%。另一方面，继续有序推进医疗服务价格改革试点，指导各试点城市开展首轮调价，指导有条件的省份开展医疗服务价格动态调整和新增医疗服务价格项目审批，开创了医疗服务价格改革的新局面。

七、努力做好异地就医直接结算服务工作

异地就医直接结算是一项国家改善民生的重要举措。2023 年是疫情结束后异地就医需求及相关结算服务全面恢复的第一年，全国异地就医直接结算出现“井喷”态势，全年异地就医人次猛增到 2.43 亿人次，比上年至少翻一番，增长 118.92%；异地就医直接结算费用比上年增长 36.3%。面对异地就医人数迅猛增长的形势对异地就医直接结算工作带来的极大压力，按照国家医保局、财政部于 2022 年 6 月联合印发的《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》精神，2023 年国家医保局指导各地医保部门努力做好

跨省异地就医直接结算服务工作，逐步完善基本医疗保险跨省异地就医直接结算相关政策以及管理服务，将有关住院、普通门诊和门诊慢特病费用跨省直接结算基金支付政策进行适当整合统一，努力提升广大人民群众对异地就医直接结算的获得感和满意度。

八、大力加强基金监管，切实维护基金安全

近年来，全国医保部门认真贯彻落实党的二十大报告提出的关于社会保障要实现安全规范的指导方针和目标要求，采取一系列措施大力加强医保基金监管工作，通过加强常态化监管、飞行检查、专项治理等多种方式，对违法违规使用医保基金的欺诈骗保行为进行精准打击，依法进行严厉查处。根据 2023 年 5 月国务院常务会议审议通过的《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》，国家医保局在 2023 年重点推进专项整治常态化，并与最高人民检察院、财政部实现部门联动监管，形成合力，进一步加大对医保基金的行政执法监管力度，在对医院的重点临床科室、重点药品整治等方面都取得了显著成效。同时，进一步改进和完善监管方式，从人工抽单式现场审查到智能审核、智能监控、大数据监管等现代信息技术手段的综合应用，监管精准性、实效性等方面实现整体提升。2023 年通过加强医保基金监管工作，追回违规使用的医保基金 186.5 亿元，其中在被检查医药机构中通过协议处理拒付及追回资金 134.1 亿元；在对部分地区进行飞行检查中查出涉嫌违法违规资金 9.2 亿元。通过持续不断

地加大医保基金监管力度，有效维护了医保基金安全。

九、稳步推进长期护理保险制度试点

2023 年 3 月召开的全国人大会议上所作的政府工作报告中强调要“稳步推进长期护理保险制度试点”。2023 年，长期护理保险试点加快推进，各试点地区按照国家关于试点工作的部署和要求，逐步完善相关政策措施，积极推进试点工作。2023 年，所有试点城市参加长期护理保险人数增加到 1.83 亿人，比上年增长 7.89%，享受待遇人数 134.29 万人，比上年增长 11.17%。2023 年 12 月，国家医保局会同财政部印发《长期护理保险失能等级评估管理办法(试行)》(医保发〔2023〕29 号)，明确了长期护理保险失能等级评估机构实行定点管理。这将进一步加强长期护理保险管理服务的规范化。今后将在总结试点经验的基础上，在全国各地逐步推进建立长期护理保险制度，为广大失能人员首先是重度失能人员获得必要的长期护理服务提供基本的长期护理保障。

[返回目录](#)

设置激励机制 放宽户籍限制——基本医保参保长效机制 6 大看点

来源：新华社

国务院办公厅 8 月 1 日公布《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》。意见部署了哪些参保新举措?将从哪些方面保护参保人权益?在当天举行的国务院政策例行吹风会上，国家医保局、财

政部、国家卫生健康委、国家税务总局有关负责人回应关切。

看点一：进一步放开放宽参保户籍限制

意见提出，推动外地户籍中小学生、学龄前儿童在常住地参加居民医保；超大城市要取消灵活就业人员、农民工、新就业形态人员在就业地参加基本医保的户籍限制；鼓励大学生在学籍地参加居民医保。

“绝大部分城市已经取消了参保的户籍限制，群众持居住证或者满足一定年限以后就可以在常住地参保。”国家医保局副局长黄华波介绍，取消参保户籍限制，将进一步助力新型城镇化取得新成效。

此外，在现行政策下，灵活就业人员可以参加职工医保，也可以参加居民医保。

看点二：扩大职工医保个人账户共济范围

意见明确，支持职工医保个人账户用于支付参保人员近亲属参加居民医保的个人缴费及已参保的近亲属在定点医药机构就医购药发生的个人自付医药费用。近亲属是指民法典中规定的配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

“此外，共济地域进一步扩大。”黄华波说，力争今年年底前共济范围扩大到省内的跨统筹地区使用，明年加快推进跨省共济。

看点三：居民医保连续参保人员提高大病保险封顶线

根据意见，对连续参加居民医保满4年的参保人员，之后每连续

参保 1 年，每年可提高大病保险最高支付限额不低于 1000 元。

国家医保局待遇保障司司长樊卫东介绍，如果中断参保，前期连续参保积累的年限自动清零，再参保时，年限需要重新计算。前期积累的奖励额度继续保留。

在完善待遇政策方面，意见明确，有条件的地区可将居民医保年度新增筹资的一定比例用于加强门诊保障。

“自从城乡居民医保制度建立以来，财政补助一直占城乡居民医保基金收入 60%以上。”财政部社会保障司负责人郭阳介绍，2024 年城乡居民医保财政补助标准再增加 30 元，达到每人每年 670 元。

看点四：基金零报销有激励

意见提出，对当年基金零报销的居民医保参保人员，次年可提高大病保险最高支付限额。居民发生大病报销并使用奖励额度后，前期积累的零报销激励额度清零。

根据意见，连续参保激励和零报销激励，原则上每次提高限额均不低于 1000 元，累计提高总额不超过所在统筹地区大病保险原封顶线的 20%。

樊卫东举例说：“如果一个地区的城乡居民大病保险最高支付限额是 40 万元，那么激励机制‘奖励’后可以提高 8 万元，即大病保险最高支付限额累计是 48 万元。”

看点五：设置固定和变动待遇等待期

意见提出，自 2025 年起，除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中参保期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期 3 个月；其中，未连续参保的，每多断保 1 年，原则上在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期 1 个月。

此外，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳 1 年可减少 1 个月变动待遇等待期，连续断缴 4 年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和原则上不少于 6 个月。

“在等待期里发生的医疗费用，医保将不予报销。”樊卫东说，为维护个人医保权益，建议大家按时参保缴费。

看点六：提供便捷化参保缴费等服务

意见提出，推动落实出生医学证明、户口登记、医保参保、社会保障卡申领等“出生一件事”集成化办理，简化手续，优化流程，促进监护人为新生儿在出生当年参保。

国家税务总局社会保险费司司长郑文敏表示，将在实现医保申报、缴费等基本事项全面线上办理的基础上，把银行扣款协议签订、个人缴费信息查询等关联事项纳入“网上办”“线上办”。

为更加方便参保人员就近享受医疗服务，国家医保局和国家卫生健康委联合发文提出，2024 年年底，符合条件的村卫生室都将纳入医保定点管理，实现医保服务“村村通”，方便群众就近就医。

[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