

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第52期

(2024.12.23-2024.12.29)

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。)

• 集中采购 •

▶ [第十批药品集采规则创新，未来走向何方？](#)（来源：药械网）——第 7 页

【提要】第十批集采中选药品涉及高血压、糖尿病、肿瘤、心脑血管疾病、感染、精神疾病等领域，2025 年 4 月可在全国落地。自“4+7”集采试点以来，国家医保局进行了十批国家药品集采，共计 435 种药品通过这种方式降价求量。相比以往，第十批集采显著特点在于其公开、公平与透明的机制，不仅在药品品种、参与企业和相关人员数量上有所增加，更建立了更为完善的监督机制，确保了整个过程的规范性和有效性。

▶ [聚焦四大方面 深度解读第五批高值医用耗材集采背后](#)（来源：中国医疗保险）——第 11 页

【提要】日前，第五批国家组织高值医用耗材集中带量采购纳入人工耳蜗、外周血管支架两类产品，帮助患者听得见(人工耳蜗)、不疼痛(外周血管支架)，前四批已覆盖冠脉支架、人工关节、骨科脊柱类耗材、人工晶体和运动医学类耗材等大类，规则设计持续优化，惠及群众范围不断扩大。此篇文章中主要聚焦以下问题——“降了多少?对患者来说意味着什么”、“降价后质量是否依然可以信任”、“对于

企业和市场来说带来哪些改变”、“如何尽可能保证公开、公平、公正”，深度解读本次耗材集采背后的故事。

• 基金监管 •

▶ [探讨 | 治理医药领域腐败问题，如何发挥好医保基金监管的探照灯作用](#)（来源：医保笔记）——第 19 页

【提要】2024 年 1 月 9 日，全国医疗保障工作会议在北京召开。会议公布国家医保局 2024 年九大工作要点，其中第 4 点：强化基金监管高压态势。实现现场监管全面覆盖、非现场监管精准打击，发挥好治理医药领域腐败问题的探照灯作用。联合多部门聚集重点领域开展专项治理，切实发挥好“以查促改”作用。

▶ [DRG/DIP 改革背景下，如何认定行政处罚案件中的基金损失？](#)（来源：中国医疗保险）——第 23 页

【提要】医保部门剔除定点医药机构重复收费行为涉及费用后进行年度清算时，医院应获得的医保基金较之前不变甚至未减反增。该如何判定这种行为的性质并做出处理？本篇文章结合实际工作经验，具体讨论 DRG/DIP 支付方式改革背景下医保基金的损失应如何认定。

• 医院管理 •

▶ [人工智能在医院业财融合中的作用及创新策略](#)（来源：三智医管）——第 31 页

【提要】本文首先概述了人工智能在医院业财融合中的作用，包括减少人工成本、提高工作时效、加强集中化管理；其次，分析了人工智能在医院业财融合中应用的侧重点，包括确定工作的主次关系、业务及会计工作的重组；最后，结合分析结果提出相应的优化策略，其中包括提高对应用的重视度、做好风险管控、完善内部组织结构、确定信息化工作标准、加强信息共享管理、合理选择工作工具及引进新的技术设备等。

▶ [DRG 背景下的医疗成本管理：策略与实践](#)（来源：药智网）——第 40 页

【提要】随着医疗改革的不断深化，诊断相关组 (Diagnosis-Related Groups, DRG) 作为一种新型的医疗服务支付方式，正逐渐在国内外医疗机构中推广应用。DRG 的核心在于将临床诊疗过程标准化、分类化，通过预付费的方式控制医疗成本，提高服务质量。本文旨在探讨在 DRG 背景下，如何有效进行医疗成本管理，以实现资源的合理配置和利用，提升医疗服务效率。

• 医药专栏 •

▶ [国常会最新要求！加大支持药械创新，深化药品医疗器械监管改革](#)（来源：每日经济新闻）——第 42 页

【提要】国务院总理李强 12 月 23 日主持召开国务院常务会议，审议通过《关于严格规范涉企行政检查的意见》，部署深化药品医疗器械

监管改革促进医药产业高质量发展有关举措，研究加强食品安全全链条监管相关工作，听取建立促进高质量发展转移支付激励约束机制汇报。会议指出，要深化药品医疗器械监管全过程改革，打造具有全球竞争力的创新生态，推动我国从制药大国向制药强国迈进，更好满足群众对高质量药品医疗器械的需求。

▶ [医保码上线 5 周年：用户超 12 亿，接入 93 万家定点医药机构](#)（来源：生命时报）——第 45 页

【提要】小小一张“医保码”，背后其实不仅只是钱怎么付的问题，就像我们从现金到移动支付，其意义远远超出支付本身。“截至目前，全国医保码用户超过了 12 亿人，覆盖 31 个省（区、市）和新疆生产建设兵团，接入 93 万家定点医药机构。”12 月 26 日，在医保码上线五周年之际，国家医疗保障局党组成员、副局长黄华波公布了医保码最新使用情况。

• 地方精彩 •

▶ [抓住“四个聚焦” 建好乡村医疗体系](#)（来源：健康报）——第 50 页

【提要】近年来，甘肃省天水市统筹优化县域医疗资源布局，改革完善基层医疗服务模式，发展壮大乡村卫生人才队伍，强化基层医疗卫生服务能力，加快构建适应乡村特点、优质高效的乡村医疗卫生服务体系，努力让基层群众就近就便“看得上病、看得好病”。

▶ [县域医共体建设向着“保健康”目标笃定前行](#)（来源：医药经济报）——第 53 页

【提要】2023 年 12 月，国家卫生健康委等 10 部门联合印发《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》，全面推进紧密型县域医共体建设。一年来，各地积极推进县域医疗卫生体系重塑和服务整合。改革实现了既定阶段性目标，正在向着“保健康”目标笃定前行。

-----本期内容-----

• 集中采购 •

第十批药品集采规则创新，未来走向何方？

来源：药械网

规则变化后，第十次全国药品集采申报信息公开大会(以下简称集采)在上海市奉贤区开标。

12月12日22时许，第十批集采拟中选药品结果出炉，本次集采共有493家企业的778个产品参与投标，其中，234家企业的385个产品获得拟中选资格，平均每个药品有6个以上企业中标，这是2024年药企与医保局共同交出的答卷。

据国家医保局相关同志介绍，第十批集采中选药品涉及高血压、糖尿病、肿瘤、心脑血管疾病、感染、精神疾病等领域，2025年4月可在全国落地，采购周期至2027年12月31日。自“4+7”集采试点以来，国家医保局进行了十批国家药品集采，共计435种药品通过这种方式降价求量。

相比以往，第十批集采显著特点在于其公开、公平与透明的机制，不仅在药品品种、参与企业和相关人员数量上有所增加，更建立了更为完善的监督机制，确保了整个过程的规范性和有效性。

新增“复活”机制：规则大变下药企何去何从？

早在一个月前，第十批集采规则出台，网络上就掀起了广泛的讨论。截止国采开标前，有 20 个品种到过评企业数量达到 15 家及以上。

“中国医疗保险”现场采访了国家医疗保障研究院价格招采室主任蒋昌松，他表示和以往相比此次集采主要呈现三个变化：

第一，新增“规则二”复活机制，进一步控制价差，取消降幅 $\geq 50\%$ 的熔断保护以及疑似串标排除(TOP4&Bottom2)规则。这能有效控制中选价格差距，增强各地区供应价格公平性。

例如，利格列汀口服常释剂型这一品种入围的 6 家企业中，由于最低价较低，仅有 2 家企业直接中选，有多达 4 家企业因报价高于最低价的 1.8 倍落选，进入复活阶段。

第二，对 B 证企业(即仅持有药品上市许可、委托其他企业生产的投标企业)增强约束力度，如将委托同一家企业生产同一品种的涉及企业视为 1 家。若存在 3 家及以上委托生产的情况(含国内和国外企业)，则最多入围企业数进一步减少 1 家。

第三，更加重视供应保障能力，将品种竞争格局从此前的“参比制剂+通过一致性评价”仿制药企业数量合计达 5 家提升为 7 家，让更多的企业参与。

据集采规则，需要复活的企业要在下午 5 点前考虑清楚是否接受“复活”，并且完成材料递交。截至结束，共有 40 家药企递交了材料申请。此举也是为了尽量保证集采产品供应企业的数量。

对于本次集采中采用的“规则二”复活机制，中国社会科学院民族所民族经济研究室主任姚宇向“中国医疗保险”表示，“规则二”在保障药品市场供应的同时，也给企业创造了更多机会。这个规则提醒企业要接受市场价格，不可能再有过去“带金销售”时代企业可以任意定价的机会。

集采现场，除了低价药，医保目录外药物也是集采的关注重点之一。据了解，进入集采的目录外药品，往往是大品种的“明星药”，由于价格原因未进入医保。但因为过了专利保护期，早早布局的国产仿制药企抓住集采的机会，多家上市大幅降价抢占市场。

例如，北京大学公共政策研究中心副主任江滨就一款广受关注的医保目录外药品是氢溴酸伏硫西汀片算了一笔账，“以前一天的药物费用大概是 40 元左右，现在已经降到 1 元以下了。”

规则变化在短期的报价策略调整和长期促进企业创新研发两方面对药企未来发展产生影响，中国药科大学医药价格研究中心主任路云进一步补充道，“一是报价策略调整。药企需要更加谨慎地制定报价策略，既要考虑竞争对手的报价情况，又要兼顾自身的成本和利润，争取一轮报价即入围进入‘安全圈’。二是推动创新转型。药企应将集采带来的价格压力转换为动力，加快创新转型的步伐，通过研发新药或改进现有药品来提高市场竞争力。”

未来集采走向：提质增效，加强监管，打好政策“组合拳”

谈及七年十批集采过程中的重大变化，蒋昌松从产业端角度出发提出了四点：一是仿制药过评速度在加快；二是集采倒逼企业转型升级，不断创新；三是通过集采降低降低销售费用，增加研发投入；四是提高规模集中化程度。

在需求方，降价不是目的，而是手段，真正的目标是让每一个患者都能用得起药。南京大学卫生政策与管理研究中心顾海继续肯定道，药品集采是一项长期制度，在资金有限、质量可控范围内，要让更多老百姓用上质量保证的药品。

那么未来集采政策走向如何？

相比以往明确提出“开展新批次国家组织药品耗材集采”，国家医保局在 2025 年医保工作任务上表示要“常态化制度化开展国家组织和地方牵头的药品耗材集采，引导医疗机构优先使用质优价宜的中选产品。”

具体来说，未来集采工作重心将主要体现在继续深化集采制度、加强集采执行和监管力度以及做好政策协同等方面。路云总结为以下几点：一是继续深化集采制度，优化集采机制，扩大集采范围和品种。根据《“十四五”全民医疗保障规划》，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需达到 500 个以上。未来集采工作将继续推进，开展新批次国采，以满足更多患者的用药需求，同时做好地方集采和国采接续工作，促进集采工作进一步提质增效。

二是加强集采执行和监管力度，确保政策效果。保证中选产品及时进院、完成协议采购量，同时通过飞行检查等方式，实行多举措确保“降价不降质”。

此外，未来集采政策还需长期与其他医保政策进行协同配合，形成合力，与药品价格治理、医保目录调整、支付方式改革等政策相配合，打好“组合拳”，共同推动医药产业的健康发展。

可以预见的是，通过集采，大批过专利期的经典“老药”由通过质量和疗效一致性评价的企业供应全国，不但减轻了群众的费用负担，同时还为新药纳入医保腾出空间。随着政策不断完善和市场机制逐步健全，药品价格将更加合理，每一个患者都能用得起质量保证的药。

[返回目录](#)

聚焦四大方面 深度解读第五批高值医用耗材集采背后

来源：中国医疗保险

12月19日，第五批国家组织高值医用耗材集中带量采购(以下简称“集采”)纳入人工耳蜗、外周血管支架两类产品，帮助患者听得见(人工耳蜗)、不疼痛(外周血管支架)，前四批已覆盖冠脉支架、人工关节、骨科脊柱类耗材、人工晶体和运动医学类耗材等大类，规则设计持续优化，惠及群众范围不断扩大。

笔者在此篇文章中主要聚焦以下问题——“降了多少?对患者来

说意味着什么”、“降价后质量是否依然可以信任”、“对于企业和市场来说带来哪些改变”、“如何尽可能保证公开、公平、公正”，深度解读本次耗材集采背后的故事。

降价减负、看得起病，集采一直在路上

“国采”加“报销”助力新“声”

我国适合植入人工耳蜗的患者总量约 740 万人，但我国目前植入人工耳蜗数量 11 万例，需求比仅 14.9%。特别是对于先天神经性耳聋的幼儿，植入人工耳蜗能有效解决因聋致哑问题，对患儿恢复正常生活、融入社会，降低家庭和社会负担具有重要意义。

为降低未成年人植入人工耳蜗的费用支出，已有 14 个省份将人工耳蜗植入纳入当地医保报销范围。根据国家医保局 6 月消息，“截至目前，新疆、吉林、上海、江苏、浙江、安徽、福建、江西、山东、河南、广东、广西、海南等省份已将人工耳蜗植入纳入当地医保报销范围。”12 月 1 日，“电子耳蜗植入术”“人工耳蜗植入体”正式被纳入湖南省医疗报销和工伤保险基金支付范围，这也是我国第 14 个将人工耳蜗植入纳入当地医保报销范围的省份。

但是我国植入人工耳蜗的成年人非常少。据上海证券研报显示，我国人工耳蜗市场渗透率仅约 10%，远低于发达国家的 50%，并且，我国植入人工耳蜗的患者群体中，成年人也是小比例。解放军总医院耳鼻咽喉头颈外科医学部主任杨仕明向“中国医疗保险”表示，“国

外植入人工耳蜗的患者中，成人和儿童的占比大概是 6:4，而在我国大概是 2:8。”

天津医科大学总医院耳鼻喉科副主任杨东表示，“我们国内人工耳蜗市场非常大，成人市场基本没有开发，大多仅依靠助听器”。而助听器更像是“扬声器”，仅将声音信号放大，人工耳蜗则能够重建感音器官。“阻碍患者植入人工耳蜗的主要原因还是昂贵的成本。”天津市第一中心医院耳鼻喉科主任王巍接受“中国医疗保险”采访时表示。

在本次集采中，人工耳蜗类耗材单套(含植入体、言语处理器)价格从平均 20 余万元降至 5 万元左右，5 家竞标企业最后全部中选，其中报价最低的正是用量最多的进口品牌美笛乐。

外周血管支架集采突围“价格关”

外周血管支架相比于心脏支架来说，大家对其普遍比较陌生。但其实，其与心脏支架的作用机理类似，通过支撑、扩张狭窄或堵塞的外周血管改善血流供应状况，帮助患者恢复行动能力。我国目前每年约有 20 万至 30 万患者接受外周血管支架植入治疗。

国家医保局信息显示，相对于每年 120 万台左右的心脏支架植入来说，外周血管支架植入数量较少。中华医学会外科学分会血管外科学组委员、天津医科大学总医院副院长戴向晨介绍其原因主要在于“外周血管支架需适应肢体的运动的同时避免折断，多以自膨胀支架

为主，对制作材料和工艺的要求更高，且其长度一般在冠脉支架的10倍以上，所以其成本和价格都高于心脏冠脉支架。这导致了部分患者因手术费用昂贵而选择保守治疗，继而可能出现肢体坏死、截肢等不良后果。”

此次外周血管支架类医用耗材集采，覆盖了外周动脉支架、外周静脉支架等各血管部位的支架产品。新一代载药支架、有特殊功能的覆膜支架等均有企业中选，为更多患者带来福音。

在本次集采中，外周血管支架从几万元将至4千元，最低价也全部来自进口企业，而且主流的企业全部中标。

安全有效为先，秉持集采耗材“降价不降质”

耗材不同于药品，在集采中没有“一致性评价”，那么如何保障耗材“降价不降质”是广大患者关注的问题。

此次高值耗材集采尊重临床原有习惯，并未搅动原有市场格局，并不存在“耗材集采导致市场格局巨变”等危言耸听的说法。不同于药品集采按通用名报量，耗材集采按厂牌报量，集采的依旧是原本临床就在使用的产品。王巍在接受“中国医疗保险”采访时表示，“产品没有变、手术质量没有变，对患者带来的改变就是费用负担减轻了。”

“耗材企业大概不会因为集采后降价了就去改变工艺和生产线，不然成本更高、得不偿失。”天津市第一中心医院血管外科副主任医

师陈磊认为。全国人大代表、唐山市工人医院心内三科主任张琦也见证了这次耗材集采的全过程，他在日常工作中使用集采冠脉支架(首批高值医用耗材采购品种)已有四年的时间，其在接受采访时分享到，“我们在临床使用中发现集采产品的反馈很好，从手术后一两年的随访数据来看，集采的支架、特别是国产的集采支架完全可以胜任临床应用，治疗疾病完全没有问题。”

耗材集采是通过发挥规模效应，降低医用耗材的流通成本和营销成本，进而降低终端销售价格，企业并不会因此减少生产工艺和质量控制成本。其实，常用药品、耗材的生产成本占终端销售价格的比重并不高，营销和流通成本的降低才是集采降价的主要原因。如今，耗材集采品种全面扩围，尤其在价格较高的部分高值耗材领域，集采充分挤出了虚高的价格水分。

北京大学公共政策研究中心副主任江滨表示，此次集采体现了国家对医用耗材保供的决心，也体现了对临床原有习惯的尊重。集采使市场产品升级加快，患者则能以更低价格选择更好的产品。从目前来看，集采不会搅动原有市场格局，外企原本市场份额较大，集采后市场占有率应能维持或增加。

公平竞争，同台竞技，营造“支持真创新”氛围

关于“集采导致企业‘不赚钱’了，影响了企业研发积极性”的言论由来已久，每次集采开标前后都会有一波舆论发酵，似乎成了既

定动作。最近，关于第十批药品集采阿司匹林三分钱中选的信息充斥网络，不乏带节奏的言论，比如“3分钱一片的阿司匹林你敢吃吗？”“原研企业不玩了”等等。

幸运的是，笔者全程参与了第五批高值医用耗材集采开标的全过程，在座谈会上，国家医保局医药价格与招标采购司司长丁一磊也就三分钱的阿司匹林做了一个回应：“重大的改革或者事件本身就容易引起舆论，作为政府部门，需要承担这样的负面情绪，也需要用更加公开透明的流程来化解这一情绪，展现出中国市场的开放度。”在第五批高值耗材集采现场，也确实让笔者亲身感受到了内外资企业同台竞技、公平竞争的氛围，现场报价、即时统计、公布中选结果等全部公开透明化，而且集采能否中标首要考虑的是产品质量和性价比，最终花落谁家完全是各凭本事，国产企业并非一定能中标，外资企业也并非对集采避之不及。比如，此次人工耳蜗中标企业既包括奥地利美迪乐医疗电子仪器公司、美国领先仿生有限公司等外资企业，也包括上海力声特医学科技有限公司、浙江诺尔康神经电子科技股份有限公司等内资企业，外周血管支架类耗材的18家中选企业同样覆盖国内外企业。

其实，对相关类似问题的回应已不止一次，早在国家医保局举行的2024年上半年例行新闻发布会上就对“集采是否影响了创新”做了回答。会上，丁一磊表示，在缺乏公平竞争的环境中，高价格不一

定带来真创新，随着集采的持续推进，很多企业也意识到以往注重营销的“老办法”不灵了，需要真正凭创新、质量和效率立足市场。

在本次耗材集采会上，有不少商(协)会的代表到场，针对这个问题，笔者也做了专访来探讨。中国医疗器械行业协会技术法规部主任卢大伟向“中国医疗保险”坦言：“国家集采的品种技术相对成熟，以量换价，有力支撑了我国的医疗保障水平，中选企业对医保部门做出了质量承诺，降价不降质，相信产品质量会有保障。另外，从创新角度看，企业将研发精力和重心从集采产品转移到新的创新产品和技术开发中，也说明集采政策在促进创新方面同样发挥着重要作用。”

同时，笔者也了解到，我国企业对于人工耳蜗的生产技术也掌握的较为充分，此次集采也有两家国产企业力声特、诺尔康获得了中选资格，价格分别降至 44800 元、50345 元，预计 2025 年 3 月 3 日(全国爱耳日)前后落地人工耳蜗中选结果，可以预见将大幅降低了患者负担。

多方参与，聆听各界声音，强化社会监督

2024 年 4 月，国家医保局官网发布《国家医保局办公室关于征集 2024 年度医药集中采购义务监督员的公告》(以下简称《公告》)，面向社会征集 2024 年度医药集中采购义务监督员。作为首批义务监督员，山东菏泽牡丹区高庄镇中心卫生院纪检监察员吴锦讲自己已经

第三次到集采开标现场履行监督责任，“集采流程设计的非常合理、公开、公平、公正，留下的印象太深刻了”吴锦在接受“中国医疗保险”采访中坦言道。

据吴锦描述，作为一名基层医疗机构工作者，在成为集采义务监督员后，确实收到过一些医疗机构向自己反馈集采品种落地过程中遇到的一些问题，比如，有的医院反馈由于资金出现问题无法及时向配送企业回款影响到了集采品种的配送和使用，而自己作为一个“桥梁性”角色，迅速向当地医保部门反馈情况，对该问题积极协调，最终保障群众的正常用药。

与吴锦一样，同作为此次义务监督员的白庚亮讲到“作为南京中医药大学的一名教师，在教室的小讲堂和社会的大讲堂上，结合自己多次参与集采开标的经历和感受，分享给学生和社会公众，可以更好让学生以及更广泛的人群正确看待并加深对集采这项政策的理解，避免被网上舆论裹挟。”可以看出，义务监督员们没有将自己的监督责任仅停留在集采现场，而是代入到了自己的日常工作中，强化了社会监督和宣传的作用。

在此次集采申报信息公开会上，除了5名义务监督员在首排全程参与外，还有数名商(协)会代表、两会代表委员、国际组织代表共同见证、监督集采开标的全过程，可以说我国集采越来越做到了开放和透明。

笔者也想在此说明，国家推行药品集采政策，其根本出发点和落脚点是为了广大人民群众的利益，我们必须坚决反对那些对集采政策的错误认知和恶意诋毁，以客观、理性、全面的态度看待集采政策。

[返回目录](#)

• 基金监管 •

探讨 | 治理医药领域腐败问题，如何发挥好医保基金监管的探照灯作用

来源：医保笔记

2024年1月9日，全国医疗保障工作会议在北京召开。会议公布国家医保局2024年九大工作要点，其中第4点：强化基金监管高压态势。实现现场监管全面覆盖、非现场监管精准打击，发挥好治理医药领域腐败问题的探照灯作用。联合多部门聚集重点领域开展专项治理，切实发挥好“以查促改”作用。如何发挥好医保基金监管的“探照灯”作用，笔者结合相关工作，建议重点关注以下六个方面：

一、医疗设备采购

1. 设备采购的必要性：是否对设备的采购开展相关论证，包括但不限于开展的必要性分析、社会效益分析、经济效益分析、医疗收费合规性分析等相关分析；讨论是否进行了集体讨论、集体决策；应执行

“三重一大”制度的是否落实到位。

2. 采购过程的合规性：在配置申请时，提出科室是否违规指定采购；委托代理、采购环节、合同签订是否符合相关要求；是否进行必要的安装验收环节。

3. 设备的效益性分析：是否存在采购后设备闲置，设备使用是否与配置申请时相符，是否存在以科研立项采购后用于临床诊疗。

二、检验检查的开展及外包

1. 检验检查项目开展的必要性：科室拟自主开展的项目年度检查量/检验量是否支持需要开展，是否与医院定位和学科发展相适应。

2. 业务委托外包的必要性和合规性：检验检查项目是否需要外包，医院是否可以自主开展，合作单位确定是否符合要求，付费方式是否符合要求(是否存在阴阳合同)，样本及结果交接(医院是否提供实质性服务)。

3. 设备试剂采购的合规性：是否存在违规配套采购、赠送、约定赠送的行为，如约定年度试剂采购量赠送设备、设备实际采购价格远低于市场正常价格、购买设备赠送试剂/耗材等行为。

三、耗材的使用

1. 耗材的遴选环节：如何进入医院耗材目录库，是否经过耗材/设备管理委员会充分讨论、集体表决。

2. 耗材的入出库环节：是否按照《医疗机构医用耗材管理办法》

指定具体部门作为医用耗材管理部门，负责医用耗材的遴选、采购、验收、存储、发放等日常管理工作；是否做到医用耗材遴选、采购、验收、入库、储存、盘点、申领、出库、临床使用、质量安全事件报告、不良反应监测、重点监控、超常预警、点评等各环节，实现每一件医用耗材的全生命周期可溯源。

3. 耗材的使用环节：是否存在串换耗材、一次性耗材重复使用、以次充好、虚假收费等情形。

四、药品的使用

1. 药品的遴选环节：如何进入医院药品目录库，是否经过药事管理委员会充分讨论、集体表决。

2. 处方点评环节：医疗质量管理部门、药事管理部门是否对医院的处方开展实质性的点评，点评是否形式主义、浮于表面。

3. 药品使用分析环节：对基本药物、精麻药品、抗菌药物、辅助用药、靶向药等各类药品的使用进行细致分析，尤其对使用量/金额增长异常的抗菌药物、辅助用药进行重点点评，对疑似异常使用的药品、相关人员是否采取积极的干预措施。

4. 院内制剂的使用：院内制剂是否取得审批允许，院内制剂仅限院内使用(重点关注是否存在院内制剂异常外流)。

5. 社会药房：重点关注处方异常外流情况，如医院周围社会药房某个药品处方均来源于某个医生、不同规格处方医生存在异常规律；

社会药房与医院人员是否存在经营利润分配；是否存在诱导院外购药、管控药品外流；社会药房是否存在医院外流的空白处方等情形。

6. 中药饮片的使用：是否存在中药饮片实际不入库，中药饮片处方流转至院外直接委托加工（重点关注“四季膏方”外加工情况）；中药房完全托管给第三方机构，医院未履行审方、调剂义务。

五、收费的真实性及合规性

1. 串换收费：无收费标准的医疗服务项目串换为标准内项目收费；医保目录外项目串换为医保目录内项目报销。（串换收费是一个违规点，一旦发现该类情况可以开展延申检查，从立项到招标采购再使用结算环节）

2. 虚假收费：实际未开展的医疗项目收取费用、实际未使用药品收取费用、“进销存”严重不符。

六、药品及耗材“零差率”销售

1. 以赠送形式违反“零差率”政策：在采购量的基础上，赠送一定数量的实物，降低每个药品/耗材的实际采购价格：如采购 100 支注射用头孢西丁（100 元/支）、采购总价 10000 元，约定每采购 100 支赠送 10 支，实际入库数量 110 支（含赠送 10 支）、实际采购单价应为 90.9 元，本批次药品产生经营利润 1000 元。

2. 以“议价形式”违反“零差率”政策：根据集采及相关政策要求，集采药品、国谈药品不允许任何形式的“二次议价”；其余药品

应在阳光采购平台开展实质性议价。医疗机构与供货商在平台约定价格后、在平台下再次议价，采购时按照平台价格采购、议价部分通过其他渠道补偿回医疗机构。

3. 以“折扣”形式违反“零差率”政策：实际支付金额在票价基础上打折。如采购总价为 100 万元的药品，约定在这个价格基础上打 8 折、实际支付价格为 80 万元、20 万元差额给其他票据进行“红冲”处理。重点关注发票上存在打折标记或者重点关注大额“红冲”票据、重点关注口腔科定制耗材。

4. 以“应付”形式违反“零差率”政策：以应付款方式进行冲账。采购金额 100 万元、先付款 80 万元、余下 20 万元挂应付账款，2 年后经销商主体注销，20 万元医院以“其他收入”入账。需要重点关注长期、大额的异常应付账款(药品、耗材、设备)。

[返回目录](#)

DRG/DIP 改革背景下，如何认定行政处罚案件中的基金损失？

来源：中国医疗保险

重复收费、超标准收费、分解项目收费是医保部门日常监管中最常见的违法行为之一。根据《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》)第三十八条规定，定点医疗机构有上述情形并造成医保基金损失的，责令退回，并处造成损失金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款。传统认识下，医疗机构重复收费一定会造成基金损失，但随着

DRG/DIP 改革向纵深推进，医保部门也发现特殊情况下，一些重复收费表面上未必造成基金损失。例如，某地区 DIP 付费办法规定，病例偏差系数在 0.8 至 2 之间均按一倍分值计算，某医院记账费用 110 万元，偏差系数 1.1，按 DIP 计算应支付费用为 100 万元，超支 10 万元；假定其中 30 万元系重复收费，剔除后的记账费用为 80 万元，偏差系数为 0.8。由于总记账费用减少，每分值单价升高，该院按 DIP 计算的应支付费用会略超过 100 万元，高于剔除重复收费前的医保应支付金额。

在实际工作中，这样的情况并不罕见。医保部门剔除定点医药机构重复收费行为涉及费用后进行年度清算时，医院应获得的医保基金较之前不变甚至未减反增。该如何判定这种行为的性质并做出处理？笔者拟结合实际工作经验，具体讨论一下 DRG/DIP 支付方式改革背景下医保基金的损失应如何认定。

是否造成实际危害后果并不必然影响行为的可罚性

根据《中华人民共和国行政处罚法》（以下简称《行政处罚法》），行政处罚指行政机关依法对违反行政管理秩序的公民、法人或者其他组织，以减损权益或者增加义务的方式予以惩戒的行为。正确理解基金损失的认定，不能停留于表面的资金流动，而应结合行政处罚的惩戒目的，深入剖析其背后的法律逻辑和行政管理的需要。

具体到《条例》第三十八条，重复收费等行为侵害的法益，包括

公民的生命健康权、医保基金的安全、良好的市场环境、医保管理特别是医疗服务收费管理的秩序。以损失金额作为罚款的认定标准，旨在科学评价损害大小和情节严重程度。但如果以损失已经追回为由，认为损害未发生或是不存在，继而不实施惩戒，无疑不符合《条例》的立法精神。需要指出的是，医保管理实践中，追回损失的基金并不构成惩戒，而是将不法状态恢复到合法状态。

在法律上，损失的弥补通常被视为一种量刑情节或从轻处罚的依据，而非否定违法行为构成或损失认定的理由。在上述情形中，医院实施了重复收费的行为，导致医保部门次月错误拨付了医保基金，对医保基金安全和医保管理秩序即已造成了事实的危害，具有可罚性，后续清算的结果并不改变前行为的性质。医保部门应当按照《行政处罚法》“以事实为依据，与违法行为的事实、性质、情节以及社会危害程度相当”的原则，实施行政处罚。

建议以立案时间作为损失认定的时间节点

从字面理解，医保基金损失指由于某种原因导致的医保基金的不当支出或流失。笔者认为，是否存在损失，应当以行政处罚案件决定立案时(本文所称立案，均指行政处罚案件的立案)，医保基金是否拨付作为判断标准，这主要是基于三方面理由。

一是基于法律的确定性原则。确定性是法治的基石，要认定基金损失必然需要确定一个时间节点，否则从作案、案发、立案、调查直

至处罚阶段，基金损失金额可能会随着追缴、退赔等因素发生变化，对于基金损失的认定将会变得模糊不清，难以确定责任主体和处罚力度，不利于行政处罚的确定性和公正性。

二是遵循行为与后果的对应性。以立案作为分界点，符合行政处罚责罚相当的要求。立案标志着案件进入正式调查处理阶段，此时需要确定重复收费这一违法行为的危害结果是否存在，从而明确案件的性质和严重程度。立案前退回医保基金，应当认为两定机构确实减少了损失金额，即减少罚款的基数；立案后退回医保基金，因为违法行为已经导致实际的资金流出，即使后续通过清算等方式追回了部分或全部资金，也不能否定违法行为所造成的损失事实。立案后退回医保基金，改变的只是违法行为的完成形态，例如既遂、未遂、中止，影响的是自由裁量时的罚款倍数，而非罚款的基数。

三是实践操作方面的考虑。以决定立案时作为是否造成基金损失的判断标准具有较强的可操作性，既易于被医疗机构和社会公众理解和接受，有利于提高执法的透明度和公信力，也有利于确保证据的相对稳定性和可靠性。如果以作出处罚决定时作为判断标准，可能会因为证据的变化或不确定性而导致基金损失的认定变得复杂和困难。进一步说，如果年初发现违法行为，办案时限也决定不可能等到年底清算时才认定损失金额。

支付方式改革下基金损失认定的五种具体情形分析

按照上文讨论的是否造成基金损失的判断标准，下面具体分析在基金监管工作中可能遇到的几种典型情形。

若医院在次月医保部门拨付前，就已经退回重复收费的费用，或是撤销重复收费的行为，应认定未造成基金损失。

若医院主动申请退回，如在立案前，属于防止危害结果的发生，应认定未造成基金损失。国家医保局近年督促引导定点医疗机构开展自查自纠，根据自查情况对违法违规行为区分性质分类处置，也是基于这一原则。国家医保局等四部门印发的《关于开展 2024 年医疗保障基金飞行检查工作的通知》，就明确将自查自纠作为飞行检查工作的一项重要工作安排，并提出要坚持宽严相济、分类处置。如果医疗机构在医保部门立案后主动申请退回医保基金，能够体现出行为人对自已错误行为的认识和改正态度，属于消除或减轻危害后果，可以依法减轻或从轻处罚。若是经办机构月度拨付后，通过日常巡查、费用审核等方式发现重复收费行为并对涉及费用予以扣减追回，同样应以立案前、立案后做区别处理。这种考虑与逃税后补缴不予追究的制度设计类似，一是为了平衡法律效果与社会效果，二是鼓励定点医疗机构自我纠错，三是维护医保经办机构的定点管理职权和秩序。

若医保部门在清算时根据支付方式相关规则重新确定应拨付的费用，发现重复收费行为并未增加其最终应获得的医保基金，并对月度已拨付的重复收费涉及费用予以扣回，应当视为另一项独立业务行

为。虽然客观上错误行为导致的损失已被追回，在行政案件处理时，不再重复责令退回重复收费涉及的费用，但并不影响损失金额的认定。

若由于 DRG/DIP 中偏差病例、结余留用等付费改革机制，在剔除重复收费行为涉及的费用后，医疗机构应获得的医保基金反而增加，例如本文开头所举的例子，这种情形在认定造成基金损失时的争议较大。此时，医院往往会主张其重复收费的行为客观上减少了医保基金的支出、节约了医保基金。但前文已经讨论，清算后医保需支付的基金增加这一结果，并不会改变前行为造成基金损失这一事实，医保部门仍应先责令退回医保基金损失金额并依法予以罚款。不仅如此，支付方式改革背景下，重复收费行为还会导致相关病组(病种)的支付标准测算不够准确，因此确有必要剔除重复收费行为涉及费用再进行年度清算，确应增加支付基金的，按政策支持。

换言之，在 DRG/DIP 支付规则下，医疗机构在实施重复收费行为时，是不可能预知其行为反而会减少其获得的医保基金的。在公法史上，行政处罚来源于刑罚，行政处罚是在刑事立法的非犯罪化运动中产生的，参照刑法理论中的概念，上述情形接近于犯罪未遂中的不能犯。能犯未遂指行为人的行为本身有可能达到既遂，但由于行为人意志以外的原因而未得逞；而不能犯未遂则指由于行为性质的错误或工具的误用等原因，导致行为在客观上根本不可能达到既遂。因此，我

们可以认为，是 DRG/DIP 付费规则抑制了重复收费行为对医保基金的潜在风险，但如前所述，并不能据此否定重复收费行为本身的危害性、可罚性。

若部分统筹地区结合支付方式改革实行了按病种收费，不再按医疗服务项目向患者收费，这种情况下医院重复开具医嘱，并不构成重复收费，自然也不会造成医保基金损失。换言之，此时不仅无法造成实际的危害后果，也不存在造成危害后果的可能性，即不存在有责性和可罚性。

进一步明确基金损失认定标准的三点建议

为了更好地依法实施《条例》、规范基金使用、维护基金安全，笔者认为有必要从执法、立法等维度进一步明确支付方式改革背景下行政处罚案件中医保基金损失的认定标准，具体建议如下。

一是建议国家和省级医保部门通过执法培训、下发典型案例等方式，指导各地医保部门统一支付方式改革背景下《条例》第三十八条关于医保基金损失的认定方法和标准，提高处罚的规范性、权威性，对违法行为起到应用的震慑和惩戒作用。

二是建议在下一步制定《条例》实施细则时，依法规定《条例》第三十八条关于医保基金损失的认定方法和标准，或是具体计算方式。例如，可参考本文建议，明确以行政处罚案件决定立案时，以医保基金是否拨付作为是否造成医保基金损失判断标准。

三是建议在下一步修订《条例》时，进一步完善和细分违法情形。

《条例》第三十九条规定的主要是针对定点医药机构未落实医保管理要求时的处罚，参考刑法理论中的概念，属于“行为罚”，即实施了法律法规禁止的行为即处罚，不论危害后果。而《条例》第三十八条规定的主要是对可能会造成医保基金损失的行为的处罚，从损失金额作为罚款基数标准来看属于“结果罚”，即发生了法律法规规定的危害后果才处罚。

但是从立法目的角度考虑，从后果与影响来看，第三十八条的行为很有可能比第三十九条的行为对医保基金和医保管理秩序造成更加严重的危害，不应被简单视为“结果罚”。立法时以损失金额作为罚款基数标准，可能出于两方面考虑，一是为了衡量违法行为的规模及其社会危害程度，二是为了排除那些虽然重复收费但不涉及基金使用的行为，例如自费项目。因此，建议下一步可根据损害的法益类型、危害程度进一步完善违法情形分类，可考虑将现有违法情形均明确为“行为罚”，增加对破坏医保管理秩序行为的处罚，以限额罚金制为主，如果确实造成了基金损失，则增加倍数罚金。同时，适时以适当方式增设支付方式等医保改革实施过程中新出现的违法行为，在法律法规的稳定性与及时解决基金安全面临的新形势新问题之间取得平衡。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

人工智能在医院业财融合中的作用及创新策略

来源：三智医管

本文首先概述了人工智能在医院业财融合中的作用，包括减少人工成本、提高工作时效、加强集中化管理；其次，分析了人工智能在医院业财融合中应用的侧重点，包括确定工作的主次关系、业务及会计工作的重组；最后，结合分析结果提出相应的优化策略，其中包括提高对应用的重视度、做好风险管控、完善内部组织结构、确定信息化工作标准、加强信息共享管理、合理选择工作工具及引进新的技术设备等。通过研究，旨在促进人工智能技术在医院业财融合中的应用，帮助医院更好地实现精细化管理、智能化决策和风险防范，为医院的可持续发展提供有力支撑。

关键词：人工智能医院业财融合财务管理业务决策风险控制

引言

随着信息技术和医疗科学的飞速发展，人工智能在医疗行业的应用逐渐成为一种革命性的趋势。医院作为医疗服务的重要组成部分，不仅需要持续提高医疗质量和服务水平，还必须保持良好的财务运营和资金管理。然而，传统医院业务和财务管理模式面临着诸多挑战，如财务数据管理不规范、业务决策缺乏科学依据以及风险控制能力不足等。

医院业财融合，是指将财务管理与医院业务管理相结合，通过合理整合和优化资源，实现医院经营管理与财务管理的有机结合。人工智能技术作为一种关键的驱动力和工具，为医院的财务管理和业务决策提供了全新的解决方案和策略建议。本文旨在探讨人工智能在医院业财融合中的作用及创新策略，为该领域研究提供新的视角和思路，推动医疗行业的持续发展和进步。

一、人工智能在医院业财融合中的作用

(一) 减少人工成本

传统医院财务管理和业务决策往往依赖大量人工处理数据和信息，耗费大量人力和时间，并存在较高的人为误差率。而人工智能技术包括自动化数据录入、智能化财务分析和预测、风险预警等功能的应用，减轻了人工劳动压力，提升了工作效率和质量。一方面，人工智能在财务管理应用中，自动化处理能力可以代替医院中部分重复、繁琐的数据录入工作，节省财务人员时间，使其专注于财务数据分析和决策支持，提高了财务管理的效率和精细化水平；另一方面，人工智能包含基于大数据的智能预测分析和风险评估模型，可为医院提供更全面准确的决策支持，并为管理者提供更精准的业务发展方向和策略制定建议。同时，还可帮助医院减少大量日常事务性管理工作的人工投入，以此减少人工成本，提升医院医疗服务的质量与水平。

(二) 提高工作实效

一方面，传统的财务管理和业务决策需要耗费大量时间和人力资源，容易受限于人为因素带来的延误和偏差，而人工智能具有智能化的数据处理和分析能力，可帮助医院中许多繁琐重复的工作流程实现自动化运行，以此提升医院财务管理的工作时效；[1]另一方面，人工智能技术在财务管理中具有自动化数据整合和分析能力，可在较短时间内快速完成财务数据的收集、整理和分析，提高财务报表的制作速度和准确性。

(三) 加强集中化管理

传统医院的财务管理和业务决策往往由多个部门和人员独立操作，导致“信息孤岛”和决策分散，容易产生信息滞后和决策不一致的问题。而通过引入人工智能技术对数据采集、整合和分析，将来自不同部门和系统的数据进行统一管理和分析，构建全面财务和业务决策信息数据库，消除“信息孤岛”，以此实现全面、一体化的监控和分析，并确保医院业财数据的一致性和可靠性。

二、人工智能在医院业财融合中的侧重点分析

(一) 确定工作的主次关系

在实际应用中，财务管理作为医院运营的重要支撑，承担着资金监控、成本控制、财务报告等核心职责，影响医院的经营状况和发展方向。而业务决策涉及医院的战略制定、业务规划、社会责任等关键环节，对医院发展路径和竞争优势具有决定性影响。在引入人工智能

技术时，需要明确财务管理和业务决策的主次关系，确保二者协同配合和有机衔接。一方面，重点强调财务管理在保障资金安全和医院稳健经营方面的主导作用，通过运用人工智能技术提高财务数据的准确性和可靠性，为业务决策提供可靠的数据支持和保障；另一方面，充分考虑财务状况和资金流动的实际情况，确保业务决策的合理性和可行性，加强财务管理和业务决策相互促进、相互配合，形成良性循环，为医院的可持续发展提供有力保障。

(二) 业务工作的重组

在人工智能技术的支持下，通过数据全面共享和智能化处理，可以促使医院业务工作的重组和优化。首先，通过人工智能技术建立全面的业务数据平台，可实现不同部门和岗位间的信息共享和协同工作，促进业务流程的整体优化和效率提升；其次，借助人工智能的决策支持系统，可实现医院业务决策的科学化和智能化，提高决策的准确性和时效性，从而为医疗业务工作的重组提供科学的指导和支持，如将挂号、收费、出入院结算、病史复印、便民咨询等统一结合，建立综合服务窗口；最后，促进医院管理模式创新和优化，推动医疗业务流程的精细化管理和智能化运营，提高医院管理水平和服务质量。因此，在人工智能技术的应用过程中，医院需要重视业务工作的重组和优化，以适应数字化时代的发展需求。

(三) 会计工作的重组

人工智能技术为医院会计工作提供了新的思路和方法,可通过自动化数据录入、智能化财务分析和风险控制等功能,促使医院会计工作的重组和优化。首先,在会计岗位设置方面,引入新的专业角色,如战略财务规划师,负责参与制定医院长期财务目标,数据管理工程师,专注于深度分析大数据,挖掘业务增长点,提高财务团队的专业性和战略敏感性;其次,在财务部门职能方面,重新将其定位为组织战略规划的核心支持者,强调其在制定医院长期目标和业务战略中的重要性,建立持续培训与发展机制,确保部门成员具备最新的财会知识,能适应快速变化的外部环境,使财务部门更具前瞻性和灵活性;最后,在会计工作流程方面,重组措施还应包括自动化数据录入,引入自动化工具将日常交易数据自动录入财务系统,以此降低人工操作的准确性风险,实施实时财务报告,通过调整报告频率实现财务数据的实时监控,使管理层能够及时作出决策。同时,还可建立数据共享平台,以促进财务与其他部门的信息共享,提高整体效率,减少潜在的管理风险。

三、人工智能在医院业财融合中的创新优化策略

(一)提高对应用的重视度

人工智能在医院业财融合中发挥重要作用的同时,提高对其应用的重视度至关重要。首先,建立专门的人工智能应用团队,研究和开发与业务财务紧密结合智能系统,确保应用与医院业务高度契合;[2]

其次，加强人工智能技术应用的宣传和推广，提高医院管理层和内部职工对其重要性认识，积极参与相关项目实施；再次，还应建立完善的人工智能应用评估机制，定期评估人工智能系统在业务财务融合中的实际效果，以及时调整和改进相关应用方案；最后，建立长期稳定的人才培养和交流机制，吸引更多优秀人才参与到医院业财融合的人工智能应用中，提升整体研发水平和技术创新能力。

(二) 做好风险管控工作

有效的风险管控可预防和减少各种潜在的威胁和损失，确保医院财产得到有效保障。首先，确保医院建立完备的风险管理体系，包括但不限于数据隐私风险、技术故障风险、法规合规风险等，明确责任分工，建立风险管理团队，以便及时发现、评估和应对潜在风险；其次，采用先进的加密技术、访问控制和身份验证系统，确保患者数据的安全传输和存储。同时，建立完善的数据备份机制，以应对可能的数据丢失或损坏；最后，定期进行风险评估，全面了解业财融合等过程中可能存在的风险和漏洞，通过模拟演练，测试团队对应急情况的响应能力，以此进一步增强医院的风险管控能力。

(三) 完善内部组织结构

医院作为提供医疗服务、保障患者健康的关键机构，其内部组织结构的完善对于实现高效运营、提高医疗质量、优化患者体验至关重要。随着医疗科技、管理理念的不断发展，医院内部组织结构的合理

调整和优化已经成为现代医疗管理的一项重要任务。首先，设立专门的人工智能管理部门，全面负责医院业务与财务的人工智能应用研究和推广工作，制定明确工作职责和工作目标，提高内部人才结构的适应性和专业性；其次，加强跨部门协作机制，建立联席会议制度，促进不同部门之间的沟通与协调，确保人工智能应用在业务与财务中的有效衔接与协同作用；最后，建立清晰的工作流程和责任制，明确各部门在人工智能应用中的具体职责和权限，提高工作效率和责任落实程度，推动医院业财融合工作的顺利推进。

(四) 确定信息化工作标准

信息化工作标准的确立可以帮助组织在信息化建设过程中实现流程的标准化和规范化，提高工作效率并确保工作的一致性和准确性。首先，建立一套全面的信息化规划，确保涵盖医院业务和财务的各个方面，规划中应充分考虑人工智能在临床业务中的应用，包括智能辅助诊断、病历管理等，确保信息化工作标准的全面性和完整性；其次，确定临床数据的标准格式和要求，确保在业务和财务系统之间的数据交流和整合是准确、无误的，此举将有助于提高信息共享的效率和准确性；最后，还可利用人工智能技术建立标准化的财务报告机制。通过自动生成统一标准化的财务报表和分析报告，可以提高报告的准确性和一致性，并减少人工编制报告的时间和成本。

(五) 加强信息共享管理

通过信息共享，医务人员可以更全面、准确地了解患者的医疗历史、病情信息等，为患者提供更个性化、精准的医疗服务，提升患者服务体验。要加强信息共享管理，就要做好以下几点。首先，建立综合的信息共享政策，要明确数据的流动路径、权限管理、数据隐私保护等方面的规定，以促进跨部门信息共享；其次，促进多部门之间的跨部门协作，以确保信息在业务和财务部门之间的顺畅流通。通过定期的协作会议和跨部门项目组，促进建立更紧密的合作关系；最后，引入人工智能技术，整合大量数据，如患者病历、检查结果、医嘱等，形成全面而准确的临床信息数据库，这将为医院提供更深入的业务理解和更好的医疗服务。

(六) 合理选择工作工具

合理选择工作工具能够提高工作效率和质量，使医院员工快速完成工作并释放更多的时间用于其他重要任务。首先，针对医院业务和财务特点，进行系统评估和需求分析，确定合适的人工智能工具类型，包括数据分析工具、智能决策支持系统、智能财务管理软件等，确保选用的工具与医院业务和财务管理需求紧密匹配；其次，建立完善的工具评估机制，结合医院实际情况，对不同的人工智能工具进行全面评估，包括功能完善性、易用性、安全性等方面的评估指标，确保选用的工具具有良好的适应性和稳定性；最后，建立长效的工具优化机制，定期收集和分析工具使用过程中的反馈意见和建议，及时对工具

进行优化和升级，不断提升工具的性能和适用性。

(七) 引进新的技术设备

医疗领域科学技术的快速发展为提升医疗服务水平、优化患者体验以及推动科研创新提供了巨大机遇。引进新的技术设备成为现代医院发展的关键策略之一。这些设备不仅赋予医务人员更先进的工具，更为患者提供了更精准、高效的医疗体验。要引进新的技术设备，就要做好以下几点。首先，在引入新技术设备前，进行详尽的业务需求分析，临床专家与管理人员密切合作，确保新设备符合医院的业务需求和目标；其次，根据临床业务的特点，选择适当的人工智能技术设备。例如智能辅助影像诊断系统、智能化的病历管理系统等，以满足医学临床业务的实际需求；最后，在引入新设备之前，进行全面的性能评估，包括设备的准确性、故障率、稳定性等方面的评估，确保设备的可靠性和稳定性。

结语

在医院业财融合中，人工智能作为一项重要的创新技术，扮演着提高医院管理效率和促进财务运作优化的关键角色。本文对人工智能在医院业财融合中的作用及创新策略进行探析，提出人工智能在医院管理中具有的巨大潜力和广阔前景，不仅提升了医院的工作效率和服务质量，更为医院业务发展和财务管理带来了新的思路和解决方案。人工智能在医院业财融合中的应用是一个持续探索和创新的过程，通

过不断强化管理意识，推进技术创新、人才培养等方面的努力，相信人工智能将为医院业务与财务的融合带来更加广阔的发展空间，为医疗健康行业的发展贡献更多的智慧与力量。

[返回目录](#)

DRG 背景下的医疗成本管理：策略与实践

来源：药智网

随着医疗改革的不断深化，诊断相关组 (Diagnosis-Related Groups, DRG) 作为一种新型的医疗服务支付方式，正逐渐在国内外医疗机构中推广应用。DRG 的核心在于将临床诊疗过程标准化、分类化，通过预付费的方式控制医疗成本，提高服务质量。本文旨在探讨在 DRG 背景下，如何有效进行医疗成本管理，以实现资源的合理配置和利用，提升医疗服务效率。

一、DRG 对医疗成本管理的影响

DRG 支付模式强调“按病种付费”，促使医疗机构从传统的数量驱动型向质量效益型转变。在这一模式下，医疗机构的收入与治疗的病例种类和数量直接相关，而不再单一依赖于服务的数量。因此，DRG 推动了医疗成本管理的精细化、专业化发展，要求医院更加注重成本控制和资源配置的科学性。

二、成本管理的策略

加强成本核算和监控、医疗机构需建立全面的成本核算体系，实

时监控各项成本数据，包括直接成本和间接成本。通过对成本数据的深入分析，找出成本控制的关键点和改进的方向。

优化资源配置、根据 DRG 分组情况，合理分配医疗资源，如床位、设备和人员等，确保高效运转。同时，通过临床路径管理，规范诊疗行为，减少不必要的医疗消耗，降低医疗成本。

强化药品和材料管理、严格控制药品和医用材料的使用，避免浪费。采取集中采购、议价采购等方式降低成本，同时保证药品和材料的质量安全。

提升服务质量和效率、通过提高医疗服务质量和效率，减少并发症和重复住院等情况，从而降低整体医疗费用。加强医疗团队协作，提高诊疗效率，缩短患者住院时间。

三、实践案例分析

以某三甲医院为例，该院在实施 DRG 支付模式后，通过精细化成本管理，成功实现了成本的有效控制和服务质量的提升。具体措施包括建立成本核算小组，实行科室成本责任制；优化诊疗流程，减少无效和过度医疗；以及开展绩效考核，激励医护人员提高服务效率。

四、结论

DRG 支付模式为医疗成本管理提供了新的机遇和挑战。医疗机构需要不断创新成本管理理念和方法，加强内部管理，提升服务质量，以适应 DRG 带来的变革。通过有效的成本管理，不仅可以控制医疗费

用，还能促进医疗服务的整体优化，最终实现患者、医疗机构和医保基金的共赢。

在医疗改革的大潮中,DRG 成本管理是医疗机构不可回避的课题。面对这一挑战,医疗机构应积极探索,勇于实践,以科学的态度和方法,推动医疗服务质量的持续提升,为患者提供更加优质、高效的医疗服务。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

国常会最新要求！加大支持药械创新，深化药品医疗器械监管改革

来源：每日经济新闻

国务院总理李强 12 月 23 日主持召开国务院常务会议，审议通过《关于严格规范涉企行政检查的意见》，部署深化药品医疗器械监管改革促进医药产业高质量发展有关举措，研究加强食品安全全链条监管相关工作，听取建立促进高质量发展转移支付激励约束机制汇报，审议通过《国务院关于规范中介机构为公司公开发行股票提供服务的规定(草案)》。

会议指出，要深化药品医疗器械监管全过程改革，打造具有全球竞争力的创新生态，推动我国从制药大国向制药强国迈进，更好满足群众对高质量药品医疗器械的需求。

积极推广使用创新药和医疗器械

会议强调，要加大对药品医疗器械研发创新的支持，发挥标准引领作用，积极推广使用创新药和医疗器械。

中国医疗器械行业协会技术法规部主任卢大伟接受记者采访时表示，人民群众对高质量医疗器械的需求是不断发展的，对于业界来说，更好满足这一需求也是义务所在。近年来，医疗行业一直致力于不断创新，这其中既包括本土企业的创新，也包括了全球化企业的创新。

“这次提到要加大支持研发和创新，对业界来说是非常急需的一步，也是国家监管机构和各个部门一直在做的事。”卢大伟表示，近年来，在医疗领域的创新，像人工智能医疗器械、新型生物材料、高端影像设备等，都是国家高度重视的，在这些方面的应用也取得重大进展，尤其是同以人工智能为基础的医疗器械相结合，代表着未来产业的发展方向。

在政策层面，国家近年来也推出多份加大支持药品医疗器械研发创新的文件。例如，2024年7月5日，国务院常务会议审议通过《全链条支持创新药发展实施方案》，该方案旨在全链条强化政策保障，统筹用好价格管理、医保支付、商业保险、药品配备使用、投融资等政策，优化审评审批和医疗机构考核机制，合力助推创新药突破发展。

“十四五”以来，我国国产创新药数量和质量齐升，共有113个

国产创新药获批上市，是“十三五”获批新药数量的 2.8 倍，市场规模达 1000 亿元。我国高端医疗器械加速创新突破，中国企业开发的创新医疗器械共 165 个获批上市，产品融合运用深度学习、磁悬浮、增材制造等前沿技术。

对符合条件的罕见病用创新药和医疗器械减免临床试验

本次国务院常务会议指出，要提高审评审批质效，加快临床急需药品医疗器械审批上市，对符合条件的罕见病用创新药和医疗器械减免临床试验。要以高效严格监管提升医药产业合规水平，支持医药产业扩大开放合作。要及时跟进医保、医疗、价格等方面政策，协同发力促进医药产业高质量发展。

对此，卢大伟认为，提出“对符合条件的罕见病用创新药和医疗器械减免临床试验”属于制度上的革新，我国的药品审批部门近年来在加快审评审批这方面取得长足的进展，这已成为业界共识。

卢大伟表示，本次国务院常务会议这样高级别会议所传递出的信号，给业界注入了信心，“在我的朋友圈和业界同事的讨论中，都觉得这是一个很大的利好。”

本次国务院常务会议还研究了其他事项，会议指出，食品安全事关人民群众身体健康和生命安全。要坚持源头严防、过程严管、风险严控，加强日常监管，切实提高全链条监管能力水平，坚决守牢食品安全底线。

会议指出，要发挥转移支付对地方高质量发展的引导作用，安排激励资金向税收贡献大、收入增速较快的地区倾斜。要科学规范抓好机制的实施工作，鼓励各地通过高质量发展涵养税源，增强地方发展主动性和财政可持续性。

[返回目录](#)

医保码上线 5 周年：用户超 12 亿，接入 93 万家定点医药机构

来源：生命时报

5 年前，如果你临时去医院看病、买药，忘记带医保卡，就会面临缴费慢、排队难等问题，如果你身处异地，就医备案流程更是费时费力，若是搞丢了医保卡，还会存在隐私安全等风险。

如今，再遇到这类情况，你只需掏出手机打开电子医保码，就可以快速完成预约、取号、缴费、签到等服务，不用再担心看病、就医、买药，效率慢和不安全的问题。

这种变化，得益于 2019 年电子医保码上线，就医、购药才正式步入“一码通”时代。据了解，这项改变“持卡”为“脱卡”，从“本地”到“异地”、由“单点”向“全程”覆盖的电子医保码服务，截至目前已惠及了全国 12 亿参保人。

小小一张“医保码”，背后其实不仅只是钱怎么付的问题，就像我们从现金到移动支付，其意义远远超出支付本身。

“截至目前，全国医保码用户超过了 12 亿人，覆盖 31 个省(区、

市)和新疆生产建设兵团,接入93万家定点医药机构。”12月26日,在医保码上线五周年之际,国家医疗保障局党组成员、副局长黄华波公布了医保码最新使用情况。

医保码持续扩容

从“可用”到“好用”

电子医保码是参保人办理医保服务的身份凭证,由全国统一的医保信息平台生成。为满足百姓的实际需要,近年,国家医保部门就在持续推动医保码服务的扩容,旨在让其从“可用”变得更“好用”。

比如北京、上海、广东、浙江等地一些医疗机构,就依托医保码创新信用就医“无感支付”,参保人通过医保码可以办理线上签约,银行为参保人授信,个人支付部分在授信专项额度范围内由银行先行垫付、免除住院押金,参保人“先看病,后付费,一次性结算”,大幅缩短了参保用户的就医时长和提升了就医体验。

除了拓展服务场景,为“一老一小”等人群提供更便捷的医保服务,也是推动发展智慧医保的重要一环。

2024年,山东、内蒙古、北京等地医保局就在“适老化”“适幼化”工作上持续推出新举措:若家庭成员为同一地区户口本,无需上传资料,即可完成亲情账户绑定。例如北京地区就规定,2010年1月1日后出生的儿童,无需材料即可通过支付宝直接绑定父母的医保亲情账户,为参保人家庭带来更智能、更便捷的医保服务。

今年，广州、深圳、北京、杭州等地，也陆续上线了医保线上买药功能，用户登入支付宝就能刷医保买药不用再跑药店。该功能自今年6月起陆续上线以来，就获得了不少慢性病患者及家属的好评。

医保服务挺进改革“深水区”

虽然就医、购药已从“卡时代”全面进入了“码时代”，医保码也给广大用户带来了诸多便利，但在更庞大的医保服务体系中，仍然有一些待持续优化的“深水区”。

比如人员需要流动、但两地医保政策不一致，导致参保人不会办、不会用，甚至就医后才发现有些医保可以报销，办理流程却非常繁琐复杂……当前，全民医保工作仍然存在发展不平衡、保障不充分的现象，整体医保服务质量还有进一步提升的空间。

作为体量巨大的基本医疗保障网，中国医保下一步需提升医保保障能力和服务人性化水平，不断适应人口流动和参保需求的变化，实际也成为医保体系从“扩容”向“提质”转变的内在要求。

未来发展的方向在哪？11月6日，国家多个部委就给出了建议，并联合印发了《卫生健康行业人工智能应用场景参考指引》。其中明确提出，要通过利用“AI+”等技术与医保服务结合，加强医保智能审核与核算的能力，同时要利用“AI+”加强与商业健康险的智能设计。

倡导并支持相关部门、实体医疗机构、第三方平台和企业打破藩

篱，充分利用“AI+”优化医保服务，已成为行业新发展趋势。从用户视角转变到行业视角，可提升的增量空间巨大。

仅在医保基金智慧监管这一领域，结合大数据分析，AI技术有望通过自动“阅读”诊疗信息和支付结算信息，打通诊疗和医保的各个环节，实现对医保费用进行事前智能提醒、事中智能审核、事后智能分析的全流程监管。

在审核医保支付时，AI将协助医保审核员判断诊疗行为是否合理、编码是否违规等情况，帮助提升审核工作的效率和质量。

利用数智平台化解“数据孤岛”难题

构建现代化医保服务，还有一个深层次的问题需要解决，那就是要打破医保服务中的“数据孤岛”现象。

由于用户的医疗数据和医保数据，都散落在医院、卫健委以及医保局等各个机构和部门，有效、安全、合规地整合好数据，让用户便捷使用医保服务成为关键。

而如何利用好数智技术或数智平台等资源优势，有望成为“破局解题”的思路之一。

为此，国家医保局于今年6月成立了大数据中心，全面统筹医保数字化、信息化建设工作。

基于全国“一张网”的工作思路，12月1日，国家医保局在江苏省南京市鼓楼医院正式启动医保影像云共享路径，各省份影像管理

机构系统中的影像目录数据，可上传到国家医保影像数据云共享中心，全国的医保影像信息将逐步实现共享互通。

而在老百姓触手可及的医保服务和用户体验上，各地也陆续涌现出一些互联互通的典型案列。

比如 2022 年初，浙江省杭州市医保部门联合支付宝，依托 AI、互联网大数据等信息技术手段，创新推出“医保小智”AI 智能综合服务平台。

该平台汇集了“在线咨询、网办指导、智能回访、精准分析”四大功能于一体，参保人通过电话办、文字办、视频办、数字员工等交互服务方式，可享受政策咨询、业务办理、进度查询、消息推送、满意度评价等多种服务，有效实现医保全流程智能化线上办理，提高了医保服务的主动性、精准性和个性化、便捷化。

“医保小智”的上线，标志着人手一个“智能健康管家”的时代正式拉开序幕。针对用户提出的医保相关问题，平台依托支付宝超 7 亿医保用户服务经验和知识沉淀，可给出专业解答；在部分地区，用户提出医保报销、医保查询等基础需求时，AI 还可直接办理。

目前，这些数智化平台，不仅为传统医疗模式带来了深刻变革，更为提高医疗效率、改善医疗质量、促进医疗公平，提供了更多新的契机与可能。

[返回目录](#)

· 地方精彩 ·

抓住“四个聚焦” 建好乡村医疗体系

来源：健康报

近年来，甘肃省天水市统筹优化县域医疗资源布局，改革完善基层医疗服务模式，发展壮大乡村卫生人才队伍，强化基层医疗卫生服务能力，加快构建适应乡村特点、优质高效的乡村医疗卫生服务体系，努力让基层群众就近就便“看得上病、看得好病”。在这个过程中，主要抓住以下几个方面。

一是聚焦建机制，以四项举措提升基层硬实力。

改革完善基层医疗卫生机构补助政策，全市所有乡镇卫生院全面实施“公益一类保障、公益二类管理”，完善乡镇卫生院和村卫生室内部分配制度和绩效考核评价体系，坚持多劳多得、优绩优酬。

纵深推进人事制度改革，进一步健全完善基层医疗卫生机构岗位设置，实行全员竞聘上岗。

全面深化乡村一体化管理，将全市所有村卫生室作为乡镇卫生院的派出机构，全面实行以行政、业务、人员、药械、财务、绩效考核“六统一”为主要内容的乡村一体化管理模式。

持续加强乡村医疗卫生基础设施建设，全市常住人口1万人以上的乡镇卫生院全部配备心电图机、生化分析仪、彩超和DR，建成标准化村卫生室2349个。

二是聚焦人才强，以四个机制提升基层软实力。

健全完善基层医疗卫生人才使用机制，全面加强农村订单定向医学生就业安置和履约管理，累计组织招录安置本科层次农村订单定向生 128 人、专科层次 99 人；将取得国家相应执业资格并在基层医疗卫生机构连续工作满 10 年的 113 名医、药、护、技专业技术岗位临聘人员，全部纳入人事代理制度管理，与编内人员实行同工同酬。

健全完善基层医疗卫生人员常态化培训机制，全面推行“线上全员普训+线下骨干强训”培训模式，分专业、分层次、系统化培训基层医疗卫生人员。

健全完善乡村医生能力提升长效机制，以提升乡村医生服务能力为主线，全面改革完善乡村医生选拔、培养机制，重点推动乡村医生向执业(助理)医师转化。全面落实乡村医生补偿和养老政策，为全市符合条件的 2663 名在岗乡村医生统一办理企业职工基本养老保险，向 3704 名离岗乡村医生定期发放生活补助。

健全完善县域巡回医疗和派驻服务机制，从全市各级各类医疗机构遴选 202 名医疗业务骨干组成县域巡回医疗和派驻服务工作队，重点深入乡镇、村组开展巡诊派驻服务，确保每个乡镇卫生院至少有 1 名公共卫生医师或相关专业的人员。

三是聚焦强基层，以三项行动完善乡村服务网。

深入开展“优质服务基层行”，全市 145 个乡镇卫生院(社区卫

生服务中心)达到能力标准, 占总数的 96.66%, 其中 29 家达到国家推荐标准, 2 个乡镇卫生院创建为二级乙等综合医院。

深入开展特色科室提质行动, 争取专项建设资金 2880 万元, 重点支持全市 74 家基层医疗卫生机构开展口腔、老年医学、内科、妇科、急诊等特色科室提质行动。

深入开展基层中医药服务能力提升行动, 以开展“西医学中医、中医学经典”活动为抓手, 持续为基层培养中西医结合人才 570 多名, 2237 名基层医务人员熟练掌握不少于 15 项中医药适宜技术和 6 项以上养生保健技术, 全市所有乡镇卫生院、村卫生室均能够提供中医药服务, 乡镇卫生院全部建成中医综合服务区(中医馆)。

四是聚焦强龙头, 以三大工程提升县级服务力。

全面实施县级医院提标扩能工程, 各县区全部建成检验、心电、影像、病理、消毒供应等五大县域医学中心, 并与市级医疗机构和乡镇卫生院互联互通。

全面实施急危重症救治中心提质达标工程, 全市 7 个县级医院已建成五大急危重症救治中心, 进一步完善区域协同院前和院内急救信息共享网络, 配套建设急诊急救平台信息化工程。

全面实施重点学科提质赋能工程, 加强县级医院呼吸、感染、康复、老年医学、眼科、介入、肿瘤等 7 个重点学科建设。扎实推进甘谷、武山、清水 3 个国家“千县工程”项目县五大临床服务中心建设,

加快补齐县级医院医疗服务与管理能力短板。一体推进“组团式”帮扶、对口帮扶、东西部协作“三位一体”长效机制建设，全面推行临床、医技、管理人员长期驻点“造血式”帮扶模式，初步实现优质资源、先进技术、优秀人才有机联动、资源共享。

[返回目录](#)

县域医共体建设向着“保健康”目标笃定前行

来源：医药经济报

2023年12月，国家卫生健康委等10部门联合印发《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》，全面推进紧密型县域医共体建设。一年来，各地积极推进县域医疗卫生体系重塑和服务整合。改革实现了既定阶段性目标，正在向着“保健康”目标笃定前行。

改革驶入快车道

《指导意见》明确了县域医共体建设的总体要求和路径，同时分别以2024年6月底、2025年底和2027年底为时间节点，提出了该项工作的阶段性任务目标。其中，到2024年6月底前要以省为单位全面推开紧密型县域医共体建设。

为了推动各地规范稳健开展紧密型县域医共体建设，2024年3月底、4月中旬和5月中旬，国家卫生健康委基层司连续3次在江苏省东台市分片区召开紧密型县域医共体建设政策培训暨经验交流会，

并组织现场观摩，邀请福建省三明市、安徽省濉溪县等地进行经验交流。相关培训交流实现 31 个省份省、市两级卫生健康委及新疆生产建设兵团全覆盖。

在国家卫生健康委近日召开的新闻发布会上，国家卫生健康委基层司司长傅卫介绍，紧密型县域医共体建设目前不仅实现了以省为单位全面推开，且在全国范围内已经有 2171 个县区开展了该项工作。自 2024 年以来，县域医共体建设驶入了快车道。

根据县域实际不同，各地县域医共体建设也各有特点。专家认为，紧密型县域医共体目前在组织形态上大致形成了两种典型模式，即以三明为代表的“总院+分院”模式和以东台为代表的“运营中心+成员单位”模式。前者注重发挥总院党委班子在县域医共体建设中的领导核心作用；后者则主要由运营中心牵头开展县域医共体建设，突出运营中心的统筹协调作用，通过区域统筹配置资源实现整合型服务。

国家卫生健康委紧密型县域医共体建设专家组成员林枫表示，随着县域医共体建设的稳步推进，相关工作参与者的观念正在发生深刻变化，主要体现在对于“县级强、乡级活、村级稳、上下联、信息通、服务优”的建设目标和既要强县域更要强基层的政策导向认识越来越准确，发展理念真正从单个服务机构向区域服务体系转变、从“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变。

机构融合联动提速

习近平总书记强调，“要推动医疗卫生工作重心下移、医疗卫生资源下沉”，做到“一般的病在市县解决，日常疾病在基层解决”。这为推进紧密型县域医共体建设指明了方向，提供了根本遵循。强县域更要强基层，已成为各级党委政府在推进紧密型县域医共体建设中的基本共识。

资源下沉是推进紧密型县域医共体建设的核心内容，也是推动县域医共体内各级各类医疗机构强化联动、融合发展的重要手段。今年以来，各地加快推动县域医共体内以人员为核心的资源下沉，同步实施服务、技术、管理下沉，开展巡回医疗和巡诊派驻。据了解，现在全国90%以上的县实现了县级医院人员派驻乡镇卫生院全覆盖。下沉专家和基层医务人员联合开展服务，既便利了基层群众，又发挥带动作用，有效提升了基层医务人员的服务能力。

同时，各地以县域医共体为平台，加快医学影像、医学检验、心电诊断等县域内资源共享中心建设，加强县域内资源整合优化。记者在江苏东台采访时了解到，该市成立了十大服务共享中心，实现了分布式检查、集中式诊断，特别是通过集中审方中心和中心药房建设，较好地满足了基层用药需求，提高了患者在基层用药的安全性。现在，县域医共体影像共享中心已经覆盖全国70%以上的乡镇卫生院。

在强县域层面，自2024年4月起，国家卫生健康委进一步健全

机制深化城市医院支援县级医院工作，结合三级医院对口帮扶县级医院、医疗人才“组团式”支援帮扶工作要求，按照“统筹布局、分区包片”的原则，由城市三级医院支援帮扶县级医院，帮助县级医院提升管理水平、服务能力，加快培养专业人才梯队，完善畅通双向转诊机制。

专家认为，相比过去的人员、技术下沉，今年的工作更加注重“量化下沉要求，细化下沉任务”，体现了卫生健康系统提升基层服务能力，让优质医疗卫生服务惠及基层群众的信心和决心。如，在县域医共体内，每个乡镇卫生院都至少有1名县级医院医生派驻，派驻的周期原则上不少于半年。开展帮扶的城市公立三级医院对牵头县域医共体建设的县级医院要至少派出3名专家，给予医疗、药学、护理、管理等常年驻守指导。

林枫表示，各地已经基本形成城市公立三级医院帮扶县级医院、县级医院帮扶乡镇卫生院，乡镇帮扶村级，一级帮一级的良性互动局面。在他看来，这种帮扶模式符合实际需求，更有利于发挥下沉医师作用，也更容易帮出成效。

国家卫生健康委基层司运行评价处相关工作负责人介绍，国家卫生健康委积极协调发展改革、财政等部门加大资金资源投入，支持紧密型县域医共体建设。在医疗卫生领域设备更新项目中，实施县域医疗设备达标提质行动，推进乡村医疗卫生机构设备标准化，支持县级

医院医疗设备提质。截至 2023 年底，约有 92%的县级医院和 83%的乡镇卫生院达到服务能力标准。

群众有感更进一步

建设紧密型县域医共体，根本的出发点和落脚点是建立更加公平可及、多层次、系统连续的医疗卫生服务体系，让人民群众获得更高质量、更加便捷、更为经济的医疗卫生服务。

在紧密型县域医共体建设中，各地坚持以人民健康为中心，在稳步推进分级诊疗的基础上，强化各成员单位的协同联动，探索接续性服务模式，努力为群众解决看病就医的急难愁盼问题，提升群众感受度。

如，广东省围绕重点人群构建县乡协同服务模式。该省开展县域医共体肿瘤防治中心早癌筛查项目，以 7 种常见肿瘤为切入口，在县域医共体内打造预防—筛查—诊治—健康管理的连续综合服务；将血液净化技术和服务下沉基层，在基层医疗卫生机构布局开展血液透析和腹膜透析，县乡两级医疗卫生机构协同对终末期肾病患者提供连续综合服务。福建三明、河北易县等地建立双向转诊管理机制，让患者“上转、下转、平行转”更加顺畅。

自 2024 年以来，国家卫生健康委主要领导牵头开展“紧密型县域医共体高质量发展重点问题”研究，该委相关工作负责人先后赴东中西部的十余个省份开展调研指导，梳理总结各地推进紧密型县域医

共同体建设的经验做法、遇到的共性问题 and 推动县域医共同体高质量发展的意见建议。

国家卫生健康委基层司运行评价处相关工作负责人以一张“红绿灯演示图”向记者介绍了上述调研的总体成果。建设紧密型县域医共同体需要推进的20项重点任务条分缕析分列图上，每项任务分别显示绿色、黄色或红色，清晰提示着进展情况。从中可见，建立健全管理体制、促进资源服务共享等大部分任务进展顺利或正在稳步推进，而完善医保支付政策、创新医防融合服务等工作还有待进一步探索。

总体来看，全面推进紧密型县域医共同体建设开局顺利、成效显著。但对比总体目标和基层群众的需求期待，县域医共同体建设尚须久久为功，持续发力。

前不久，国家卫生健康委、国家医保局等制定印发新版紧密型县域医疗卫生共同体监测指标体系，结合县域医共同体发展进程和目标要求，围绕“紧密型、同质化、促分工、提效能、保健康”5个维度对试点阶段的指标体系进行了整体优化。

首都医科大学国家医疗保障研究院执行院长应亚珍表示，新版指标体系增加了“保健康”的指标，突出了优化慢性病患者健康管理，提升县域居民获得感和健康水平的结果导向，进一步推动县域医共同体建设扎实推进，取得实效。

推进紧密型医联体建设，是党的二十届三中全会明确的卫生健康

领域重大改革任务之一。建设紧密型县域医共体，归根结底是要重心下移、资源下沉，帮助和带动基层发展，提高医疗卫生服务体系基本医疗和公共卫生服务能力，这是直接影响百姓幸福指数的身边事。各方正凝心聚力推动这项工作向着“保健康”不断前行。

[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



北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司
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