

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.08.09-2021.08.15

——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。)

· 健康中国 ·

▶ [灯塔 | 为中华民族伟大复兴打下坚实健康基础——习近平总书记关于健康中国重要论述综述](#) (来源：新华网) ——第 10 页

【提要】习近平总书记关于健康中国建设的重要论述，立意高远，内涵丰富，思想深刻，对于全面推进健康中国建设，加快推动新时代我国卫生与健康事业发展，努力全方位全周期保障人民健康，为实现“两个一百年”奋斗目标、实现中华民族伟大复兴的中国梦打下坚实健康基础，具有十分重要的指导意义。

▶ [人民日报刊文：长护险，促进养老护理行业发展](#) (来源：人民日报) ——第 39 页

【提要】我国已进入老龄化社会，截至 2019 年底，60 岁及以上人口达 2.54 亿人，失能人员超 4000 万人。失能人员长期护理保障不足，成为亟待解决的问题。随着人口老龄化、高龄化加剧，建立长期护理保险制度势在必行。2016 年，我国开始在 15 个城市、2 个重点联系省份开展试点。2020 年 9 月，国家医保局会同财政部印发《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，在原有试点城市的基础上，新增 14 个试点城市。日前，记者走进部分长期护理保险制度试点城市进行了采访。

· 专家观点 ·

▶ [观点 | 关于药品耗材跨区域联盟采购的几点思考](#)（来源：国家医疗保障研究院）——第 45 页

【提要】药品和医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中发挥着引领作用，深化药品耗材集中带量采购制度改革有助于推进医保、医疗、医药联动改革、系统集成，是确保群众获得优质实惠医药服务的重要保障。随着国家药品耗材带量采购的常态化、制度化开展，国家和省级跨区域联盟逐步成为药品耗材带量采购的主流模式，但各大联盟在药品耗材的采购品种、执行区域和采购规则等方面存在一定差异。本文旨在梳理并总结国家和省级药品耗材跨区域联盟的进展与特点，分析其优劣势，为优化药品耗材联盟采购提出思考与建议。

▶ [观点 | 如何建成全国统一医保信息平台？](#)（来源：财新健康）——第 55 页

【提要】全国统一的医保信息平台建设已进入冲刺阶段，这既关乎医保自身治理能力的提升，也关乎全国 13 亿多参保人享受高效便民的医保服务，还为将来提高统筹级次打下基础。国家医疗保障局规划财务和法规司司长王文君表示全国统一的医保信息平台按照标准全国统一、数据两级集中、平台省级部署为主、网络全面覆盖、项目规范建设、功能高效便捷、安全保障有力的要求建设。在各级医保部门的共同努力下，2020 年 10 月国家医保信息平台主体建设顺利完成，为建成全国统一医保信息平台奠定坚实基础；2020 年 11 月国家医保信

息平台在广东汕尾率先落地应用，截至目前已在广东、青海、河北等 18 个省和新疆生产建设兵团的 58 个地市落地应用。下一步，各级医保部门将继续努力，攻坚克难，力争今年年底前基本建成全国统一的医保信息平台。

• 医院信息化 •

▣ [“互联网+”中医治未病云平台在社区健康管理中的示范应用](#)（来源：中国数字医学）——第 59 页

【提要】我国自 2008 年开始实施“治未病”健康工程，同时将健康服务的关口由疾病治疗前移至预防保健，并在实践探索中将这项服务逐步下沉至社区等基层医疗机构，逐步形成了以各地三级中医院为龙头，各级中医医院、中西医结合医院为中坚，社区卫生服务中心为基础的三级中医治未病预防保健体系，而社区卫生服务中心作为推进中医治未病健康的基础力量，在健康教育、健康档案、中医治未病健康干预等方面起到了重要的作用。建立“互联网+”中医治未病健康管理云平台，通过“互联网”整合区域内医疗资源，由高水平三级甲等中医院治未病中心牵头，形成医院与社区的上下联动；利用互联网技术，不仅能打破时间与空间的阻碍，实现实时对患者的监控；信息化便民就医更有力提升社区卫生服务机构中医治未病的 service 管理能力和效率。

▣ [王恒：医院信息互联互通标准化成熟度测评经验分享](#)（来源：HC3i 中数新医）——第 69 页

【提要】吉林大学中日联谊医院早在 1992 年信息中心成立开始，就展开了对医疗信息化建设的积极探索，并持续不断推进建设进程：2006 年放射科 PACS 系统上线；2009 年完成了 HIS 软件更换；2011-2012 年，医院的超声、病理、内镜、手麻系统、远程区域医疗、消毒供应系统上线；2013-2014 年网上预约挂号、运维管理软件、门诊自助机、包药机、挂号分时段、院感软件上线；2016 年 PACS 系统、电子签名、门诊 HIS 系统完成升级；2017 年，住院系统升级、HRP 上线、无线 WiFi 铺设、重症监护系统、集成平台上线；2018 年，输血系统、移动医护系统、血液透析系统上线，开展电子居民健康卡工作，同时通过了互联互通四甲评测；2019 年，医院通过了电子病历 5 级评级，完成了知识库上线、中心机房升级改造、智慧医院建设、院内导航上线等多项工作；2020 年，医院开展信息保障平台建设，院前急救、急诊分诊管理.....

• 医药速递 •

▶ [国家医保局：中成药集采已在路上](#)（来源：国家医疗保障局）——第 75 页

【提要】近日，国家医保局在对十三届全国人大四次会议第 4126 号建议的答复中，进一步明确中成药及配方颗粒集中采购改革方向。《答复》明确指出，下一步，国家医保局将会同有关部门在完善中成药及配方颗粒质量评价标准的基础上，坚持质量优先，以临床需求为导向，从价高量大的品种入手，科学稳妥推进中成药及配方颗粒集中采购改

革。此前《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》提出，“探索对适应症或功能主治相似的不同通用名药品合并开展集中带量采购”，为中成药集中采购提供了基本遵循。

▶ [长期处方药怎么开？是否须本人领取？最新规范来了](#)（来源：中国新闻网）——第 77 页

【提要】日前，国家卫健委、国家医保局印发《长期处方管理规范（试行）》。依照《规范》，长期处方适用于临床诊断明确、用药方案稳定、依从性良好、病情控制平稳、需长期药物治疗的慢性病患者。明确，根据患者诊疗需要，长期处方的处方量一般在 4 周内；根据慢性病特点，病情稳定的患者适当延长，最长不超过 12 周。在长期处方医保支付方面，文件指出，各地医保部门支付长期处方开具的符合规定的药品费用，不对单张处方的数量、金额等作限制，参保人按规定享受待遇。各地在制定区域总额预算管理时，应当充分考虑长期处方因素。

• 分析解读 •

▶ [从试点到第五批，细数国家药品集采规则背后的逻辑](#)（来源：中国医疗保险）——第 78 页

【提要】2018 年启动“4+7”试点以来，国家医保局会同相关部门持续推进集中带量采购改革。按照“招采合一、量价挂钩”的原则，已开展五批国家组织药品集中带量采购，覆盖 218 种药品，中选药品平均降价 54%，在引导药品价格回归合理水平、减轻群众用药负担、推

动公立医疗机构改革等方面发挥了重要作用。在这 2 年多的时间里，国家集采规则逐渐完善，频率趋于稳定在一年两轮，并逐渐常态化。而每一次的规则优化虽然在采购文件中只是寥寥数语的变化，但其背后其实都是政府对市场规则更好的把握和运用，也是药品集中采购改革不断深化的重要体现。

▶ [医保待遇清单制度落地 医药市场转型趋势明确](#)（来源：Latitude Health）——第 84 页

【提要】8 月 10 日，国家医保局发布《关于建立医疗保障待遇清单管理制度的意见》。这是继 2019 年推出《征求意见稿》之后，医保待遇清单制度正式出台。医保待遇清单制度延续了国家医保局在监管层面的原有逻辑，首先，权力持续上收，但会在保证基本规则的前提下给予地方一定的灵活性。其次，加深保障并提高保障层次，这将推动现有医疗服务和药品耗材市场的加速转型。总之，医疗保障待遇清单管理制度一方面明确了权责对等，明确了保障的范围和标准，另一方面也将极大的改变当前的医疗服务和药品市场结构，医疗服务机构和药企很难通过绕道地方相关特殊政策来规避。

• 医院管理 •

▶ [关键时期！院感防控这十项要点再次被重申！](#)（来源：九风医学教育）——第 90 页

【提要】由南京禄口引发的本轮疫情仍在持续发酵。为进一步加强新冠肺炎疫情期间医疗机构感染防控工作，有效降低新冠肺炎病毒在医

疗机构内的传播风险，结合当前面临的新形势和新问题，日前，河南卫生健康委印发了《关于进一步重申加强新冠肺炎疫情期间医疗机构感染防控工作的通知》，《通知》强调各医疗机构要认真落实感染防控策略；建立健全感染防控制度、工作流程和应急预案；有效落实预检分诊制度；规范感染性疾病科管理；加强普通病区规范管理；严格落实标准预防和防护措施；实施风险评估和综合感染防控；做好环境表面清洁与消毒工作；扎实开展全院全员全流程培训；加强医疗机构内医疗废弃物管理。

► [实现医院精准管理目标，成本控制是重要抓手](#)（来源：DRG 变量）

——第 98 页

【提要】医改要求“加快建立各类医疗保险经办机构和定点医疗机构之间公开、平等的谈判协商机制和风险分担机制”。按照 DRG 付费基于医保基金“以筹定支”和“现实认可”确定支付标准，促使医务人员控制病种成本、优化病种成本，从而提高科室与医院经济效益，做到优劳优得，产生正向的激励作用。成本是衡量一个医院经营管理绩效、提升整体竞争实力的一项综合指标。做好成本管理、优化配置资源，最大限度挖掘医院潜力，是医院竞争致胜的关键。但目前公立医院成本核算还存在诸多问题，这需要我们不断进行学习。

• 医保快讯 •

► [快看，老百姓办医保又有新变化，74 项“跨省通办”今年实现](#)（来

源：中国政府网）——第 100 页

【提要】今年《政府工作报告》提出，要实现更多政务服务事项网上办、掌上办、一次办。企业和群众经常办理的事项，今年要基本实现“跨省通办”。根据去年国务院办公厅印发的《关于加快推进政务服务“跨省通办”的指导意见》，对140项高频政务服务事项“跨省通办”给出具体时间表、路线图。其中，有跨省就医、异地就医备案、便民热线、医保经办服务等74项要在今年年底完成。

▣ [深化“放管服”改革，这里医保事项可“一窗综办”](#)（来源：北京市平谷区医疗保险事务管理中心）——第109页

【提要】为深化放管服改革，提升服务水平，优化营商环境，促进政商关系，降低企业制度性交易成本，增强区域竞争力，北京市平谷区医疗保险事务管理中心积极探索优化营商环境的“医保模式”，推进医保服务关联事项“打包办”“提速办”“简便办”的一窗综办服务模式。主要包括：基本医疗保险、城乡居民保险、生育保险、低保低收入人员医疗救助、因病致贫人员的手工报销、生育津贴申报、城乡居民保险的增减员手续、异地就医备案、医疗视同缴费年限认定及补缴审批、公费标识审批以及医保政策对外解释等。

-----本期内容-----

· 健康中国 ·

灯塔 | 为中华民族伟大复兴打下坚实健康基础—习近平总书记关于 健康中国重要论述综述（节选）

来源：新华网

“现代化最重要的指标还是人民健康，这是人民幸福生活的基础。把这件事抓牢，人民至上、生命至上应该是全党全社会必须牢牢树立的一个理念。”今年3月23日，习近平总书记在福建考察时指出。

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把维护人民健康摆在更加突出的位置，召开全国卫生与健康大会，确立新时代卫生与健康工作方针，印发《“健康中国2030”规划纲要》，发出建设健康中国的号召，明确了建设健康中国的大政方针和行动纲领，人民健康状况和基本医疗卫生服务的公平性可及性持续改善。在抗击新冠肺炎疫情的斗争中，我国的医药卫生体系经受住了考验，为打赢疫情防控阻击战发挥了重要作用，为维护人民生命安全和身体健康、恢复经济社会发展作出了重要贡献。

习近平总书记关于健康中国建设的重要论述，立意高远，内涵丰富，思想深刻，对于全面推进健康中国建设，加快推动新时代我国卫生与健康事业发展，努力全方位全周期保障人民健康，为实现“两个

一百年”奋斗目标、实现中华民族伟大复兴的中国梦打下坚实健康基础，具有十分重要的指导意义。

把保障人民健康放在优先发展的战略位置

健康是促进人的全面发展的必然要求，是经济社会发展的基础条件，是民族昌盛和国家富强的重要标志，也是广大人民群众的共同追求。

2014年12月13日，习近平总书记在江苏镇江市丹徒区世业镇卫生院调研时指出：“没有全民健康，就没有全面小康。医疗卫生服务直接关系到人民身体健康。要推动医疗卫生工作重心下移、医疗卫生资源下沉，推动城乡基本公共服务均等化，为群众提供安全有效方便价廉的公共卫生和基本医疗服务，真正解决好基层群众看病难、看病贵问题。”

2015年10月，党的十八届五中全会明确提出推进健康中国建设，从“五位一体”总体布局和“四个全面”战略布局出发，对更好保障人民健康作出了制度性安排。

2016年8月26日，习近平总书记主持召开中共中央政治局会议，审议通过“健康中国2030”规划纲要。会议指出，编制和实施“健康中国2030”规划纲要是贯彻落实党的十八届五中全会精神、保障人民健康的重大举措，对全面建成小康社会、加快推进社会主义现代化具有重大意义。同时，这也是我国积极参与全球健康治理、履行我国对联合国“2030可持续发展议程”承诺的重要举措。

2016年8月19日,习近平总书记在全国卫生与健康大会上指出:“要把人民健康放在优先发展的战略地位,以普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业为重点,加快推进健康中国建设,努力全方位、全周期保障人民健康,为实现‘两个一百年’奋斗目标、实现中华民族伟大复兴的中国梦打下坚实健康基础。”

习近平总书记强调:“推进健康中国建设,是我们党对人民的郑重承诺。各级党委和政府要把这项重大民心工程摆上重要日程,强化责任担当,狠抓推动落实。”

2017年10月18日,习近平总书记在党的十九大报告中指出:“人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。要完善国民健康政策,为人民群众提供全方位全周期健康服务。”

面对突如其来的新冠肺炎疫情,习近平总书记亲自指挥、亲自部署,党中央统筹全局、果断决策,团结带领全国各族人民,进行了一场惊心动魄的抗疫大战,经受了一场艰苦卓绝的历史大考,付出巨大努力,取得抗击新冠肺炎疫情斗争重大战略成果,统筹疫情防控和经济社会发展取得显著成效。

2020年5月22日,习近平总书记参加十三届全国人大三次会议内蒙古代表团审议时强调,“在重大疫情面前,我们一开始就鲜明提出把人民生命安全和身体健康放在第一位。在全国范围调集最优秀的医生、最先进的设备、最急需的资源,全力以赴投入疫病救治,救治

费用全部由国家承担。人民至上、生命至上，保护人民生命安全和身体健康可以不惜一切代价。”

2020年6月2日，习近平总书记主持召开专家学者座谈会时指出：“在实现‘两个一百年’奋斗目标的历史进程中，发展卫生健康事业始终处于基础性地位，同国家整体战略紧密衔接，发挥着重要支撑作用。”

习近平总书记强调：“只有构建起强大的公共卫生体系，健全预警响应机制，全面提升防控和救治能力，织密防护网、筑牢筑实隔离墙，才能切实为维护人民健康提供有力保障。”

2020年9月22日，习近平总书记主持召开教育文化卫生体育领域专家代表座谈会时指出：“加快提高卫生健康供给质量和服务水平，是适应我国社会主要矛盾变化、满足人民美好生活需要的要求，也是实现经济社会更高质量、更有效率、更加公平、更可持续、更为安全发展的基础。”

习近平总书记强调：“要把人民健康放在优先发展战略地位，努力全方位全周期保障人民健康，加快建立完善制度体系，保障公共卫生安全，加快形成有利于健康的生活方式、生产方式、经济社会发展模式和治理模式，实现健康和经济社会良性协调发展。”

今年3月6日，习近平总书记看望参加全国政协十三届四次会议的医药卫生界、教育界委员时指出：“要把保障人民健康放在优先发展的战略位置，坚持基本医疗卫生事业的公益性，聚焦影响人民健康

的重大疾病和主要问题，加快实施健康中国行动，织牢国家公共卫生防护网，推动公立医院高质量发展，为人民提供全方位全周期健康服务。”

今年 3 月 25 日，习近平总书记在福建考察时强调：“要把保障人民健康放在优先发展的战略位置，织牢公共卫生防护网，推动公立医院高质量发展。”

预防是最经济最有效的健康策略

在人类社会长河中，传染病始终是重大威胁。一部人类文明史可以说是人类同瘟疫斗争的历史。

习近平总书记指出：“人民健康是社会文明进步的基础。拥有健康的人民意味着拥有更强大的综合国力和可持续发展能力。”

2016 年 8 月 19 日，习近平总书记在全国卫生与健康大会上指出：“要坚定不移贯彻预防为主方针，坚持防治结合、联防联控、群防群控，努力为群众提供全生命周期的卫生与健康服务。要重视重大疾病防控，优化防治策略，最大程度减少人群患病。要重视少年儿童健康，全面加强幼儿园、中小学的卫生与健康工作，加强健康知识宣传力度，提高学生主动防病意识，有针对性地实施贫困地区学生营养餐或营养包行动，保障生长发育。”

2018 年 1 月 5 日，习近平总书记在学习贯彻党的十九大精神专题研讨班开班式上列举了 8 个方面 16 个风险，其中特别讲到“像非典那样的重大传染性疾病，也要时刻保持警惕、严密防范”。

“我讲过，预防是最经济最有效的健康策略。要坚决贯彻预防为主的健康工作方针，坚持常备不懈，将预防关口前移，避免小病酿成大疫。”2020年2月14日，习近平总书记主持召开中央全面深化改革委员会第十二次会议时指出。

习近平总书记强调：“要健全公共卫生服务体系，优化医疗卫生资源投入结构，加强农村、社区等基层防控能力建设，织密织牢第一道防线。要加强公共卫生队伍建设，健全执业人员培养、准入、使用、待遇保障、考核评价和激励机制。要持续加强全科医生培养、分级诊疗等制度建设，推动公共卫生服务与医疗服务高效协同、无缝衔接，健全防治结合、联防联控、群防群治工作机制。要强化风险意识，完善公共卫生重大风险研判、评估、决策、防控协同机制。”

2020年2月23日，习近平总书记在统筹推进新冠肺炎疫情防控和经济社会发展工作部署会议上指出：“要坚持预防为主的卫生与健康工作方针，大力开展爱国卫生运动，加强公共卫生队伍建设和基层防控能力建设，推动医防结合，真正把问题解决在萌芽之时、成灾之前。”

2020年5月6日，习近平总书记主持召开中共中央政治局常委会会议，听取疫情防控工作中央督导组工作汇报，研究完善常态化疫情防控体制机制。会议要求，要坚持预防为主，创新爱国卫生运动的方式方法，推进城乡环境整治，完善公共卫生设施，大力开展健康知识普及，提倡文明健康、绿色环保的生活方式。

2020年5月24日，习近平总书记参加十三届全国人大三次会议湖北代表团审议时指出：“要立足更精准更有效地防，优化完善疾病预防控制机构职能设置，创新医防协同机制，强化各级医疗机构疾病预防控制职责，督促落实传染病疫情和突发公共卫生事件报告责任，健全疾控机构与城乡社区联动工作机制，加强乡镇卫生院和社区卫生服务中心疾病预防控制职责，夯实联防联控的基层基础。”

2020年6月2日，习近平总书记主持召开专家学者座谈会时指出：“人民安全是国家安全的基石。突发急性传染病往往传播范围广、传播速度快、社会危害大，是重大的生物安全问题。我们要强化底线思维，增强忧患意识，时刻防范卫生健康领域重大风险。”

今年3月6日，习近平总书记看望参加全国政协十三届四次会议的医药卫生界、教育界委员时指出：“这次抗击新冠肺炎疫情的实践再次证明，预防是最经济最有效的健康策略。要总结经验、吸取教训，在做好常态化疫情防控的同时，立足更精准更有效地防，推动预防关口前移，改革完善疾病预防控制体系，完善公共卫生重大风险评估、研判、决策机制，创新医防协同机制，健全联防联控机制和重大疫情救治机制，增强早期监测预警能力、快速检测能力、应急处置能力、综合救治能力，深入开展爱国卫生运动，从源头上预防和控制重大疾病。”

提高医疗卫生服务质量和水平

保障人民健康是一个系统工程，需要长时间持续努力。

随着经济社会发展水平和人民生活水平不断提高，人民群众更加重视生命质量和健康安全，健康需要呈现多样化、差异化的特点。

习近平总书记指出：“人民群众不但要求看得上病、看得好病，更希望不得病、少得病，看病更舒心、服务更体贴，对政府保障人民健康、提供基本卫生与健康服务寄予更高期望。”

2012年11月15日，习近平总书记在十八届中共中央政治局常委同中外记者见面时指出：“我们的人民热爱生活，期盼有更好的教育、更稳定的工作、更满意的收入、更可靠的社会保障、更高水平的医疗卫生服务、更舒适的居住条件、更优美的环境，期盼孩子们能成长得更好、工作得更好、生活得更好。人民对美好生活的向往，就是我们的奋斗目标。”

2016年8月19日，习近平总书记在全国卫生与健康大会上指出：“新形势下，我国卫生与健康工作方针是：以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，把健康融入所有政策，人民共建共享。”“这个方针的根本点是坚持以人民为中心的发展思想，坚持为人民健康服务，这是我国卫生与健康事业必须一以贯之坚持的基本要求。”

习近平总书记强调：“无论社会发展到什么程度，我们都要毫不动摇把公益性写在医疗卫生事业的旗帜上，不能走全盘市场化、商业化的路子。政府投入要重点用于基本医疗卫生服务，不断完善制度、扩展服务、提高质量，让广大人民群众享有公平可及、系统连续的预

防、治疗、康复、健康促进等健康服务。”

习近平总书记指出：“坚持提高医疗卫生服务质量和水平。基本医疗卫生服务是指医疗卫生服务中最基础最核心的部分，应该主要由政府负责保障，全体人民公平获得。”

2018年3月20日，习近平总书记在第十三届全国人民代表大会第一次会议上指出：“我们要以更大的力度、更实的措施保障和改善民生，加强和创新社会治理，坚决打赢脱贫攻坚战，促进社会公平正义，在幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶上不断取得新进展，让实现全体人民共同富裕在广大人民现实生活中更加充分地展示出来。”

2018年4月11日，习近平总书记在海南博鳌乐城国际医疗旅游先行区规划馆考察时指出：“实现‘两个一百年’奋斗目标，必须坚持以人民为中心的发展思想。经济要发展，健康要上去。人民群众的获得感、幸福感、安全感都离不开健康。要大力发展健康事业，为广大老百姓健康服务。”

2020年4月10日，习近平总书记主持召开中央财经委员会第七次会议时强调：“要从顶层设计上提高公共卫生体系在国家治理体系中的地位，充实中央、省、市、县四级公共卫生机构，加强专业人才培养和队伍建设，提高履职尽责能力。要改善城乡公共卫生环境，加强农村、社区等基层防控和公共卫生服务。”

“实践证明，政府主导、公益性主导、公立医院主导的救治体系

是应对重大疫情的重要保障，要全面加强公立医院传染病救治能力建设，完善综合医院传染病防治设施建设标准，提升应急医疗救治储备能力，把我国重大疫情救治体系和能力提升到新水平。”2020年6月2日，习近平总书记主持召开专家学者座谈会时指出。

2020年9月22日，习近平总书记主持召开教育文化卫生体育领域专家代表座谈会时强调：“要坚持基本医疗卫生事业的公益性，坚持政府主导，强化政府对卫生健康的领导责任、投入保障责任、管理责任、监督责任。要加大公立医疗卫生机构建设力度，加强国家医学中心、区域医疗中心、县级医院建设，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局，让广大人民群众就近享有公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。要推进县域医共体建设，改善基层基础设施条件，落实乡村医生待遇，提高基层防病治病和健康管理的能力。”

今年3月6日，习近平总书记看望参加全国政协十三届四次会议的医药卫生界、教育界委员时指出：“这次抗击新冠肺炎疫情，公立医院承担了最紧急、最危险、最艰苦的医疗救治工作，发挥了主力军作用。要加大公立医疗卫生机构建设力度，推进县域医共体建设，改善基层基础设施条件，落实乡村医生待遇，提高基层防病治病和健康管理能力。”

习近平总书记强调：“广大医务工作者是人民生命健康的守护者。要大力弘扬伟大抗疫精神，深入宣传抗疫先进事迹和时代楷模，在全

社会营造尊医重卫的良好氛围。”“广大医务工作者要恪守医德医风医道，修医德、行仁术，怀救苦之心、做苍生大医，努力为人民群众提供更加优质高效的健康服务。”

深化医药卫生体制改革

推进健康中国建设，必须深化医药卫生体制改革，“探索医改这一世界性难题的中国式解决办法”。

2016年8月19日，习近平总书记在全国卫生与健康大会上指出：“当前，医药卫生体制改革已进入深水区，到了啃硬骨头的攻坚期。要加快把党的十八届三中全会确定的医药卫生体制改革任务落到实处。要着力推进基本医疗卫生制度建设，努力在分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民医保制度、药品供应保障制度、综合监管制度5项基本医疗卫生制度建设上取得突破。”

习近平总书记强调：“要把医药卫生体制改革纳入全面深化改革中同部署、同要求、同考核，支持地方因地制宜、差别化探索。”

2017年10月18日，习近平总书记在党的十九大报告中指出：“深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系，健全现代医院管理制度。加强基层医疗卫生服务体系和全科医生队伍建设。全面取消以药养医，健全药品供应保障制度。”

2020年2月23日，习近平总书记在统筹推进新冠肺炎疫情防控和经济社会发展工作部署会议上指出：“在这次应对疫情中，暴露出

我国在重大疫情防控体制机制、公共卫生应急管理体系等方面存在的明显短板，要总结经验、吸取教训，深入研究如何强化公共卫生法治保障、改革完善疾病预防控制体系、改革完善重大疫情防控救治体系、健全重大疾病医疗保险和救助制度、健全统一的应急物资保障体系等重大问题，抓紧补短板、堵漏洞、强弱项，提高应对突发重大公共卫生事件的能力和水平。”

2020年3月10日，习近平总书记在湖北省考察新冠肺炎疫情疫情防控工作时指出：“要着力完善公共卫生应急管理体系，强化公共卫生法治保障，改革完善疾病预防控制体系、重大疫情防控救治体系，健全重大疾病医疗保险和救助制度，健全统一的应急物资保障体系，提高应对突发重大公共卫生事件的能力和水平。”

2020年5月24日，习近平总书记参加十三届全国人大三次会议湖北代表团审议时指出：“要坚持整体谋划、系统重塑、全面提升，改革疾病预防控制体系，提升疫情监测预警和应急响应能力，健全重大疫情救治体系，完善公共卫生应急法律法规，深入开展爱国卫生运动，着力从体制机制层面理顺关系、强化责任。”

2020年9月22日，习近平总书记主持召开教育文化卫生体育领域专家代表座谈会时强调：“要深化医疗卫生体制改革，加快健全分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民医保制度、药品供应保障制度、综合监管制度，合理制定并落实公立医疗卫生机构人员编制标准并建立动态核增机制。”

今年3月6日，习近平总书记看望参加全国政协十三届四次会议的医药卫生界、教育界委员时指出：“要深化医药卫生体制改革，努力在健全分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民医保制度、药品供应保障制度、综合监管制度等方面取得突破。”

习近平总书记强调：“要继续加大医保改革力度，常态化制度化开展药品集中带量采购，健全重特大疾病医疗保险和救助制度，深化医保基金监管制度改革，守好人民群众的‘保命钱’、‘救命钱’。”

近年来，福建三明医改以药品耗材治理改革为突破口，坚持医药、医保、医疗改革联动，为全国医改探索了宝贵经验。2016年2月，习近平总书记主持中央全面深化改革领导小组会议，听取了三明医改情况汇报，要求总结推广改革经验。

“我很关注你们的改革。这是一种敢为人先的精神，人民至上、生命至上理念的觉悟担当。”今年3月23日，习近平总书记在三明市沙县总医院考察时勉励大家。

习近平总书记谈到下一步的医药卫生体制改革：“看大病在本省解决，一般的病在市县解决，日常的头疼脑热在乡村解决。这个工作要在‘十四五’期间起步。研究改革的堵点在哪里，结合本地实际继续探索。”

科学技术是人类同疾病斗争的锐利武器

纵观人类发展史，人类同疾病较量最有力的武器就是科学技术，人类战胜大灾大疫离不开科学发展和技术创新。

新冠肺炎疫情发生后，习近平总书记多次强调战胜疫情离不开科技支撑，要综合多学科力量加快科研攻关，在坚持科学性、确保安全性的基础上加快研发进度，力争早日取得突破，尽快拿出切实管用的研究成果。

2020年2月23日，习近平总书记在统筹推进新冠肺炎疫情防控和经济社会发展工作部署会议上指出：“作为一种新发传染病，我们对新冠肺炎的认识还比较初步。要综合多学科力量开展科研攻关，加强传染源、传播致病机理等理论研究，为复工复产复课等制定更有针对性和操作性的防控指南。要加大药品和疫苗研发力度，同临床、防控实践相结合，注重调动科研院所、高校、企业等的积极性，在确保安全性和有效性的基础上推广有效的临床应用经验，力争早日取得突破。要加强病例分析研究，及时总结推广有效诊疗方案。要充分运用大数据分析等方法支撑疫情防控工作。”

2020年3月2日，习近平总书记在北京考察新冠肺炎防控科研攻关工作时强调：“希望广大科技工作者勇担责任、尽锐出战，尽快攻克疫情防控的重点难点问题，为打赢疫情防控人民战争、总体战、阻击战提供强大科技支撑。”

“我一直强调，科学技术是人类同疾病斗争的锐利武器，人类战胜大灾大疫离不开科学发展和技术创新。”2020年6月2日，习近平总书记主持召开专家学者座谈会时指出，“要加大卫生健康领域科技投入，加快完善平战结合的疫病防控和公共卫生科研攻关体系，集

中力量开展核心技术攻关，持续加大重大疫病防治经费投入，加快补齐我国在生命科学、生物技术、医药卫生、医疗设备等领域的短板。”

习近平总书记强调：“当前，我们一定要发挥新型举国体制的优势，力争率先研发成功新冠肺炎疫苗，争取战略主动。要深化科研人才发展体制机制改革，完善战略科学家和创新型科技人才发现、培养、激励机制，吸引更多优秀人才进入科研队伍，为他们脱颖而出创造条件。”

2020年9月8日，在全国抗击新冠肺炎疫情表彰大会上，习近平总书记提出了生命至上、举国同心、舍生忘死、尊重科学、命运与共的伟大抗疫精神。

习近平总书记指出：“面对前所未有的新型传染性疾病，我们秉持科学精神、科学态度，把遵循科学规律贯穿到决策指挥、病患治疗、技术攻关、社会治理各方面全过程。在没有特效药的情况下，实行中西医结合，先后推出八版全国新冠肺炎诊疗方案，筛选出‘三药三方’等临床有效的中药西药和治疗办法，被多个国家借鉴和使用。无论是抢建方舱医院，还是多条技术路线研发疫苗；无论是开展大规模核酸检测、大数据追踪溯源和健康码识别，还是分区分级差异化防控、有序推进复工复产，都是对科学精神的尊崇和弘扬，都为战胜疫情提供了强大科技支撑！”

2020年9月11日，习近平总书记主持召开科学家座谈会时指出：“现在，我国经济社会发展和民生改善比过去任何时候都更加需要科

学技术解决方案，都更加需要增强创新这个第一动力。”“希望广大科学家和科技工作者肩负起历史责任，坚持面向世界科技前沿、面向经济主战场、面向国家重大需求、面向人民生命健康，不断向科学技术广度和深度进军。”

2020年9月22日，习近平总书记主持召开教育文化卫生体育领域专家代表座谈会时指出：“要集中力量开展关键核心技术攻关，解决一批药品、医疗器械、疫苗等领域‘卡脖子’问题。要高度重视新一代信息技术应用，加快‘互联网+医疗健康’发展。”

今年5月28日，习近平总书记在两院院士大会中国科协第十次全国代表大会上指出：“科技界为党和政府科学应对疫情提供了科技和决策支撑。成功分离出世界上首个新冠病毒毒株，完成病毒基因组测序，开发一批临床救治药物、检测设备和试剂，研发应用多款疫苗，科技在控制传染、病毒溯源、疾病救治、疫苗和药物研发、复工复产等方面提供了有力支撑，打了一场成功的科技抗疫战。”

习近平总书记强调：“我国广大科技工作者要以与时俱进的精神、革故鼎新的勇气、坚忍不拔的定力，面向世界科技前沿、面向经济主战场、面向国家重大需求、面向人民生命健康，把握大势、抢占先机，直面问题、迎难而上，肩负起时代赋予的重任，努力实现高水平科技自立自强！”

积极推进中医药科研和创新

中医药学是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥

匙。

习近平总书记高度重视中医药工作，经常运用中医药理论和术语阐释大政方针，围绕中医药事业发展发表了一系列重要论述，为中医药守正创新、传承发展指明了方向。

2015年12月18日，习近平总书记在致中国中医科学院成立60周年的贺信中指出：“当前，中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机，希望广大中医药工作者增强民族自信，勇攀医学高峰，深入发掘中医药宝库中的精华，充分发挥中医药的独特优势，推进中医药现代化，推动中医药走向世界，切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好，在建设健康中国、实现中国梦的伟大征程中谱写新的篇章。”

2016年2月3日，习近平总书记在江西南昌考察时指出：“中医药是中华民族的瑰宝，一定要保护好、发掘好、发展好、传承好。所有制药企业都要增强质量意识、社会责任意识，努力研制和生产质优价廉疗效好的药品，坚决杜绝假冒伪劣，为推进全民健康多作贡献。”

2016年8月19日，习近平总书记在全国卫生与健康大会上指出：“我们要把老祖宗留给我们的中医药宝库保护好、传承好、发展好，坚持古为今用，努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展，使之与现代健康理念相融相通，服务于人民健康。”

习近平总书记强调：“要发挥中医药在治未病、重大疾病治疗、

疾病康复中的重要作用，建立健全中医药法规，建立健全中医药发展的政策举措，建立健全中医药管理体系，建立健全适合中医药发展的评价体系、标准体系，加强中医古籍、传统知识和诊疗技术的保护、抢救、整理，推进中医药科技创新，加强中医药对外交流合作，力争在重大疾病防治方面有所突破。”

2018年10月22日，习近平总书记在广东珠海横琴新区粤澳合作中医药科技产业园考察时指出：“中医药学是中华文明的瑰宝。要深入发掘中医药宝库中的精华，推进产学研一体化，推进中医药产业化、现代化，让中医药走向世界。”

2019年，习近平总书记对中医药工作作出重要指示指出：“中医药学包含着中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中华文明的一个瑰宝，凝聚着中国人民和中华民族的博大智慧。新中国成立以来，我国中医药事业取得显著成就，为增进人民健康作出了重要贡献。”

习近平总书记强调：“要遵循中医药发展规律，传承精华，守正创新，加快推进中医药现代化、产业化，坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，推动中医药事业和产业高质量发展，推动中医药走向世界，充分发挥中医药防病治病的独特优势和作用，为建设健康中国、实现中华民族伟大复兴的中国梦贡献力量。”

中西医结合、中西药并用，是新冠肺炎疫情防控的一大特点，也是中医药传承精华、守正创新的生动实践。

“这次临床筛选出的‘三药三方’，就是在古典医籍的经方基础上化裁而来的。”2020年6月2日，习近平总书记主持召开专家学者座谈会时指出，“要加强研究论证，总结中医药防治疫病的理论和诊疗规律，组织科技攻关，既用好现代评价手段，也要充分尊重几千年的经验，说明白、讲清楚中医药的疗效。要加强古典医籍精华的梳理和挖掘，建设一批科研支撑平台，改革完善中药审评审批机制，促进中药新药研发和产业发展。要加强中医药服务体系建设，提高中医院应急和救治能力。要强化中医药特色人才建设，打造一支高水平的国家中医疫病防治队伍。要深入研究中医药管理体制机制问题，加强对中医药工作的组织领导，推动中西医药相互补充、协调发展。”

2020年9月22日，习近平总书记主持召开教育文化卫生体育领域专家代表座谈会时指出：“要促进中医药传承创新发展，坚持中西医并重和优势互补，建立符合中医药特点的服务体系、服务模式、人才培养模式，发挥中医药的独特优势。”

今年3月6日，习近平总书记看望参加全国政协十三届四次会议的医药卫生界、教育界委员时指出：“要做好中医药守正创新、传承发展工作，建立符合中医药特点的服务体系、服务模式、管理模式、人才培养模式，使传统中医药发扬光大。要科学总结和评估中西药在治疗新冠肺炎方面的效果，用科学的方法说明中药在治疗新冠肺炎中的疗效。”

今年5月12日，习近平总书记在河南南阳调研时指出：“中医

药学包含着中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中华民族的伟大创造和中国古代科学的瑰宝。要做好守正创新、传承发展工作，积极推进中医药科研和创新，注重用现代科学解读中医药学原理，推动传统中医药和现代科学相结合、相促进，推动中西医药相互补充、协调发展，为人民群众提供更加优质的健康服务。”

把体育健身同人民健康结合起来

体育是社会发展和人类进步的重要标志，是综合国力和社会文明程度的重要体现。实现中华民族伟大复兴的中国梦与中国体育强国梦息息相关。

习近平总书记指出：“体育是提高人民健康水平的重要手段，也是实现中国梦的重要内容，能为中华民族伟大复兴提供凝心聚气的强大精神力量。”

2013年8月31日，习近平总书记在辽宁沈阳会见全国体育先进单位和先进个人代表等时指出：“发展体育运动，增强人民体质，是我国体育工作的根本方针和任务。全民健身是全体人民增强体魄、健康生活的基础和保障，人民身体健康是全面建成小康社会的重要内涵，是每一个人成长和实现幸福生活的重要基础。我们要广泛开展全民健身运动，促进群众体育和竞技体育全面发展。各级党委和政府要高度重视体育工作，把体育工作放在重要位置，切实抓紧抓好。”

2015年7月31日，北京获得2022年冬奥会举办权。习近平主席致信国际奥委会主席巴赫，代表中国政府和中国人民感谢国际奥委

会的信任与支持，表示将兑现全部承诺，为奥林匹克冬季运动发展和奥林匹克精神传播作出新的贡献。

2016年8月25日，习近平总书记在会见第31届奥林匹克运动会中国体育代表团全体成员时指出：“我国体育健儿在里约奥运会上的表现，展示了强大正能量，展示了‘人生能有几回搏’的奋斗精神。实现‘两个一百年’奋斗目标、实现中华民族伟大复兴的中国梦，就需要这样的精神。要在全社会广泛宣传我国体育健儿在奥运会赛场上展现的拼搏精神，使之化为全党全国各族人民团结奋斗的强大精神力量。”

2017年2月24日，习近平总书记在首都体育馆考察时强调：“少年强中国强，体育强中国强，推动我国体育事业不断发展是中华民族伟大复兴事业的重要组成部分。”总书记希望运动员们刻苦训练，不断提高技战术水平，多为祖国争荣誉、为人生添光彩。

2017年8月27日，习近平总书记在天津会见全国体育先进单位和先进个人代表等时强调：“体育承载着国家强盛、民族振兴的梦想。体育强则中国强，国运兴则体育兴。要把发展体育工作摆上重要日程，精心谋划，狠抓落实，不断开创我国体育事业发展新局面，加快把我国建设成为体育强国。”

2017年10月18日，习近平总书记在党的十九大报告中提出：“广泛开展全民健身活动，加快推进体育强国建设，筹办好北京冬奥会、冬残奥会。”

2018年9月10日，习近平总书记在全国教育大会上指出：“要树立健康第一的教育理念，开齐开足体育课，帮助学生在体育锻炼中享受乐趣、增强体质、健全人格、锤炼意志。”

2019年9月30日，习近平总书记专门邀请刚刚获得女排世界杯冠军的中国女排队员、教练员代表，参加庆祝中华人民共和国成立70周年招待会，并在会前亲切会见女排代表。

2020年9月22日，习近平总书记主持召开教育文化卫生体育领域专家代表座谈会时指出：“体育是提高人民健康水平的重要途径，是满足人民群众对美好生活向往、促进人的全面发展的重要手段，是促进经济社会发展的重要动力，是展示国家文化软实力的重要平台。”

习近平总书记强调：“要妥善应对新冠肺炎疫情带来的影响，统筹做好东京奥运会和北京冬奥会各项工作，发挥我国竞技体育举国体制优势，牢固树立全国一盘棋思想，全力做好东京奥运会备战参赛工作，同时高质量筹办北京冬奥会、冬残奥会，实现办赛精彩、参赛出彩的目标。”

今年1月18日至20日，习近平总书记在北京、河北考察，并主持召开北京2022年冬奥会和冬残奥会筹办工作汇报会。

习近平总书记强调：“办好北京冬奥会、冬残奥会是党和国家的一件大事，是我们对国际社会的庄严承诺，做好北京冬奥会、冬残奥会筹办工作使命光荣、意义重大。要坚定信心、奋发有为、精益求精、战胜困难，认真贯彻新发展理念，把绿色办奥、共享办奥、开放办奥、

廉洁办奥贯穿筹办工作全过程，全力做好各项筹办工作，努力为世界奉献一届精彩、非凡、卓越的奥运盛会。”

切实解决影响人民群众健康的突出环境问题

良好的生态环境是人类生存与健康的基础。

习近平总书记指出：“要坚持生态惠民、生态利民、生态为民，重点解决损害群众健康的突出环境问题，加快改善生态环境质量，提供更多优质生态产品，努力实现社会公平正义，不断满足人民日益增长的优美生态环境需要。”

2016年8月19日，习近平总书记在全国卫生与健康大会上指出：“要按照绿色发展理念，实行最严格的生态环境保护制度，建立健全环境与健康监测、调查、风险评估制度，重点抓好空气、土壤、水污染的防治，加快推进国土绿化，切实解决影响人民群众健康的突出环境问题。”

习近平总书记强调：“要继承和发扬爱国卫生运动优良传统，持续开展城乡环境卫生整洁行动，加大农村人居环境治理力度，建设健康、宜居、美丽家园。要贯彻食品安全法，完善食品安全体系，加强食品安全监管，严把从农田到餐桌的每一道防线。要牢固树立安全发展理念，健全公共安全体系，努力减少公共安全事件对人民生命健康的威胁。”

2017年10月18日，习近平总书记在党的十九大报告中指出：“坚持预防为主，深入开展爱国卫生运动，倡导健康文明生活方式，

预防控制重大疾病。实施食品安全战略，让人民吃得放心。”

2019年4月15日，习近平总书记来到重庆石柱土家族自治县中益乡小学考察。总书记走进师生食堂，仔细察看餐厅、后厨，了解贫困学生餐费补贴和食品安全卫生情况。总书记嘱咐学校和老师既要当好老师，又要当好临时家长，把学生教好、管好。要把安全放在第一位，确保学生在学校学、住、吃都安全，让家长们放心。

2020年3月2日，习近平总书记在北京考察新冠肺炎防控科研攻关工作时指出：“要坚持开展爱国卫生运动，从人居环境改善、饮食习惯、社会心理健康、公共卫生设施等多个方面开展工作，特别是要坚决杜绝食用野生动物的陋习，提倡文明健康、绿色环保的生活方式。”

2020年5月6日，习近平总书记主持召开中共中央政治局常委会会议时强调：“要坚持预防为主，创新爱国卫生运动的方式方法，推进城乡环境整治，完善公共卫生设施，大力开展健康知识普及，提倡文明健康、绿色环保的生活方式。”

2020年5月24日，习近平总书记参加十三届全国人大三次会议湖北代表团审议时指出：“新时代开展爱国卫生运动，要坚持预防为主，创新方式方法，推进城乡环境整治，完善公共卫生设施，大力开展健康知识普及，倡导文明健康、绿色环保的生活方式，把全生命周期管理理念贯穿城市规划、建设、管理全过程各环节，加快建设适应城镇化快速发展、城市人口密集集中特点的公共卫生体系，深入持久

开展农村人居环境整治。”

2020年6月2日，习近平总书记主持召开专家学者座谈会时指出：“爱国卫生运动是我们党把群众路线运用于卫生防病工作的成功实践。要总结新冠肺炎疫情防控斗争经验，丰富爱国卫生工作内涵，创新方式方法，推动从环境卫生治理向全面社会健康管理转变，解决好关系人民健康的全局性、长期性问题。”

2020年11月12日，习近平总书记在江苏南通考察时指出：“城市是现代化的重要载体，也是人口最密集、污染排放最集中的地方。建设人与自然和谐共生的现代化，必须把保护城市生态环境摆在更加突出的位置，科学合理规划城市的生产空间、生活空间、生态空间，处理好城市生产生活和生态环境保护的关系，既提高经济发展质量，又提高人民生活品质。”

今年4月2日，习近平总书记参加首都义务植树活动时强调：“美丽中国建设离不开每一个人的努力。美丽中国就是要使祖国大好河山都健康，使中华民族世世代代都健康。要深入开展好全民义务植树，坚持全国动员、全民动手、全社会共同参与，加强组织发动，创新工作机制，强化宣传教育，进一步激发全社会参与义务植树的积极性和主动性。广大党员、干部要带头履行植树义务，践行绿色低碳生活方式，呵护好我们的地球家园，守护好祖国的绿水青山，让人民过上高品质生活。”

今年4月30日，习近平总书记主持十九届中共中央政治局第二

十九次集体学习时指出：“要深入打好污染防治攻坚战，集中攻克老百姓身边的突出生态环境问题，让老百姓实实在在感受到生态环境质量改善。要坚持精准治污、科学治污、依法治污，保持力度、延伸深度、拓宽广度，持续打好蓝天、碧水、净土保卫战。”

构建人类卫生健康共同体

公共卫生安全是人类面临的共同挑战，需要各国携手应对。

长期以来，我国在履行国际义务、参与全球健康治理方面取得重要进展，全面展示了我国国际人道主义和负责任大国形象，国际社会也给予广泛好评。

2016年8月19日，习近平总书记在全国卫生与健康大会上指出：“我们要积极参与健康相关领域国际标准、规范等的研究和谈判，完善我国参与国际重特大突发公共卫生事件应对的紧急援外工作机制，加强同‘一带一路’建设沿线国家卫生与健康领域的合作。”

新冠肺炎疫情发生后，中国本着公开、透明、负责任的态度，积极履行国际义务，第一时间向世界卫生组织、有关国家和地区组织主动通报疫情信息，第一时间发布新冠病毒基因序列等信息，第一时间公布诊疗方案和防控方案，毫无保留同各方分享防控和救治经验，尽己所能为国际社会提供援助，有力支持了全球疫情防控，体现了负责任大国的担当。

2020年3月2日，习近平总书记在北京考察新冠肺炎防控科研攻关工作时指出：“当前，新冠肺炎疫情在多个国家出现，要加强同

世卫组织沟通交流，同有关国家特别是疫情高发国家在溯源、药物、疫苗、检测等方面的科研合作，在保证国家安全的前提下，共享科研数据和信息，共同研究提出应对策略，为推动构建人类命运共同体贡献智慧和力量。”

“重大传染性疾病是全人类的敌人。新冠肺炎疫情正在全球蔓延，给人民生命安全和身体健康带来巨大威胁，给全球公共卫生安全带来巨大挑战，形势令人担忧。”2020年3月26日，习近平主席在二十国集团领导人应对新冠肺炎特别峰会上强调，“当前，国际社会最需要的是坚定信心、齐心协力、团结应对，全面加强国际合作，凝聚起战胜疫情强大合力，携手赢得这场人类同重大传染性疾病的斗争。”

2020年5月18日，习近平主席在第73届世界卫生大会视频会议开幕式上指出：“人类是命运共同体，团结合作是战胜疫情最有力的武器。这是国际社会抗击艾滋病、埃博拉、禽流感、甲型H1N1流感等重大疫情取得的重要经验，是各国人民合作抗疫的人间正道。”

习近平主席宣布了中国支持全球抗疫合作的5项举措。“我呼吁，让我们携起手来，共同佑护各国人民生命和健康，共同佑护人类共同的地球家园，共同构建人类卫生健康共同体！”

“现在，新冠肺炎疫情仍在全球肆虐，我们要继续履行国际义务，发挥全球抗疫物资最大供应国作用，全面深入参与相关国际标准、规范、指南的制定，分享中国方案、中国经验，提升我国在全球卫生治

理体系中的影响力和话语权，共同构建人类卫生健康共同体。”2020年6月2日，习近平总书记主持召开专家学者座谈会时强调。

2020年6月17日，习近平主席主持中非团结抗疫特别峰会时指出：“中方将继续全力支持非方抗疫行动，抓紧落实我在世界卫生大会开幕式上宣布的举措，继续向非洲国家提供物资援助、派遣医疗专家组、协助非方来华采购抗疫物资。中方将提前于年内开工建设非洲疾控中心总部，同非方一道实施好中非合作论坛框架内‘卫生健康行动’，加快中非友好医院建设和中非对口医院合作，共同打造中非卫生健康共同体。中方承诺，新冠疫苗研发完成并投入使用后，愿率先惠及非洲国家。”

“面对突如其来的严重疫情，中国同世界各国携手合作、共克时艰，为全球抗疫贡献了智慧和力量。”2020年9月8日，习近平总书记在全国抗击新冠肺炎疫情表彰大会上强调，“我们倡导共同构建人类卫生健康共同体，在国际援助、疫苗使用等方面提出一系列主张。中国以实际行动帮助挽救了全球成千上万人的生命，以实际行动彰显了中国推动构建人类命运共同体的真诚愿望！”

今年4月20日，习近平主席在博鳌亚洲论坛2021年年会开幕式上指出：“要加强疫苗研发、生产、分配国际合作，提高疫苗在发展中国家的可及性和可负担性，让各国人民真正用得上、用得起。要全面加强全球公共卫生安全治理，共同构建人类卫生健康共同体。”

今年5月21日，习近平主席在全球健康峰会上指出：“这场疫

情再次昭示我们，人类荣辱与共、命运相连。面对传染病大流行，我们要秉持人类卫生健康共同体理念，团结合作、共克时艰，坚决反对各种政治化、标签化、污名化的企图。搞政治操弄丝毫无助于本国抗疫，只会扰乱国际抗疫合作，给世界各国人民带来更大伤害。”

习近平主席宣布了继续支持全球团结抗疫的5项举措。“让我们携手并肩，坚定不移推进抗疫国际合作，共同推动构建人类卫生健康共同体，共同守护人类健康美好未来！”

“人类是一个整体，地球是一个家园。面对共同挑战，任何人任何国家都无法独善其身，人类只有和衷共济、和合共生这一条出路。”今年7月6日，习近平总书记在中国共产党与世界政党领导人峰会上强调，“面对仍在肆虐的新冠肺炎疫情，我们要坚持科学施策，倡导团结合作，弥合‘免疫鸿沟’，反对将疫情政治化、病毒标签化，共同推动构建人类卫生健康共同体。”

人民健康是每一个人成长和实现幸福生活的重要基础，是民族昌盛和国家富强的重要标志。在以习近平同志为核心的党中央坚强领导下，坚持以人民为中心的发展思想，坚持把保障人民健康放在优先发展的战略位置，加快推进健康中国建设，织牢织密公共卫生防护网，全方位全周期保障人民健康，共同构建人类卫生健康共同体，我们就一定能取得抗疫斗争全面胜利，就一定能实现健康和经济社会良性协调发展，就一定能实现人人享有健康的美好愿景，就一定能不断实现人民对美好生活的向往，中华民族就一定能以更加健强、更加昂扬的

姿态屹立于世界民族之林!

[返回目录](#)

人民日报刊文：长护险，促进养老护理行业发展

来源：人民日报

我国已进入老龄化社会,截至2019年底,60岁及以上人口达2.54亿人,失能人员超4000万人。失能人员长期护理保障不足,成为亟待解决的问题。随着人口老龄化、高龄化加剧,建立长期护理保险制度势在必行。2016年,我国开始在15个城市、2个重点联系省份开展试点。2020年9月,国家医保局会同财政部印发《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》,在原有试点城市的基础上,新增14个试点城市。日前,记者走进部分长期护理保险制度试点城市进行了采访。

长护险解决了失能人员生活照料和护理问题,提高了失能人员的生活质量

2016年,四川省成都市的刘婆婆因患上缺血缺氧型脑炎失去生活自理能力,全靠老伴赵大爷照顾。有一次,赵大爷在照顾刘婆婆起居时,俩人双双跌倒在地。当时家中无人,赵大爷挣扎着拨打了120,却连为医护人员开门的力气都没有。

成都市是全国首批15个长期护理保险制度试点城市之一,并于2017年7月正式开展试点工作。

政策出台后,刘婆婆被评估确定为重度失能一级,每月可享受

1000 元左右的基础照护待遇。同时，还有专业机构每月定期上门提供照护服务。从此，赵大爷再也不用担心照顾不了老伴了。

目前，成都已有 1423.95 万人拥有长护险。截至 2021 年 6 月，累计受理失能认定申请 5.87 万人，评估通过 4.58 万人；支付待遇 75.28 万人次，共计 8.43 亿元。抽样调查显示，长护险至少降低失能人员家庭照料经济负担 44.31%，显著提升人民群众医疗保障获得感、幸福感、安全感。

江苏省南通市也是第一批试点长护险制度的城市。经过 5 年的探索实践，南通逐步形成了集“机构照护、居家服务、津贴补助、辅具支持、预防管控”于一体的长期护理保险模式。目前，南通市长护险已覆盖全市城乡居民，保障人群扩大至中度、重度失能(失智)人员。80%失能人员选择居家服务，20%在机构接受护理服务。在定点医疗机构或定点养老服务机构接受护理服务，每人每月可享受 2100 元的支付待遇。居家上门护理服务共出台了 4 个系列 12 个套餐 30 多项服务项目，上门服务量达 100 多万人次。

在失能人群中，高龄失能、多病共存的老年人占绝大多数。失能人员需要长期专业照护，而家庭结构小型化、空巢化，给个人带来沉重负担。长护险有效弥补了失能人员的社会保障“短板”，解决了失能人员生活照料和护理问题，提高了失能人员的生活质量。

截至目前，49 个长期护理保险制度试点城市参保人数达 1.34 亿人，累计享受待遇人数为 152 万人。

基金保障费用、社会力量经办、评估失能状态、提供上门服务，是长护险的运行特点

家住北京市石景山区苹果园街道地铁古城家园社区的赵大爷今年 78 岁。2017 年，他在家不小心摔了一跤，导致腰椎受损，下半身失去知觉，只能长期卧床。

“请您闭眼，我给您洗头。”日前，北京市亿户家科技服务有限公司养老护理员韩再杰上门给卧床的赵大爷洗头。韩再杰在赵大爷的床头放了一个充气洗头盆，在床边墙上吊了一袋水，打开小喷头，用温水给赵大爷擦洗头发。

“每个月为了照护爸爸，开支很大。”女儿赵大姐说，父亲的医药费、护理费每个月超过 7000 元，远超老人的退休工资。“妈妈身体也不好，也需要进行长期治疗和照顾。我就辞职在家，专门照顾老人，经济压力不小。”

今年 1 月，赵大姐给父亲办理了一份长护险。赵大爷是北京锅炉厂退休工人，每年只需交 90 元，政府补贴 90 元，每个月就可以获得 1044 元的报销款，养老护理员上门服务 12 个小时，相当于又节省了 1080 元，明显减轻了经济压力。

基金保障费用、社会力量经办、评估失能状态、提供上门服务，是长期护理保险制度的运行特点。

2018 年，北京市石景山区开始试点长护险。2020 年 9 月，石景山区被纳入国家长护险扩大试点范围，覆盖 47 万余名参保人员。服

务方式分为机构护理、机构上门护理和居家护理，服务内容包括清洁照料、饮食照料、排泄照料、卧位和安全照料、病情观察、康复护理等 32 项日常基本生活护理与医疗护理。换算下来，参保人员每月能享受到 2000 元左右的报销待遇。目前，石景山区享受长护险待遇的居民有近 2500 人。

近日，国家医保局办公室会同民政部办公厅出台《长期护理失能等级评估标准(试行)》，提出试点地区开始试行长期护理失能等级评估标准，以此确定参保人是否可以享受长护险待遇。这一评估标准是综合性评估指标体系，由日常生活活动能力、认知能力、感知觉与沟通能力等 3 个一级指标和 17 个二级指标组成，并对评估主体、对象、流程等作出规定，最后将采用组合法对失能等级进行判定。

长护险如何筹资?有关政策规定，试点阶段从职工基本医疗保险参保人群起步，起步阶段可从其缴纳的职工基本医疗保险费中划出，有条件的地方可探索建立多渠道筹资机制，基金支付水平总体控制在 70%左右。

例如，南通建立了个人缴费、财政补助、基金划转、社会捐赠等多渠道的筹资方式，人均筹资 100 元/年，其中个人缴纳 30 元，单位缴费由基本医保统筹基金划拨 30 元，财政补助 40 元。困难群体及未成年人由财政全额补助。2016 年至 2020 年，市本级财政直接投入 2.8 亿元，占基金总量的 45%。

长护险的经办服务交给商业保险公司进行专业化运作，并向服务

机构购买专业照护服务，通过监督、考核保证服务质量。爱心人寿是石景山区两家长护险经办机构之一，公司健康保险事业部高级经理董章永说，如果护理机构服务质量不过关，将予以暂停支付、拒付费用、中止协议、解除协议等违约处理。

北京亿户家科技服务有限公司护理员主管樊益杰说，公司严把质量关，定期进行技能培训、服务培训，组织技能比武考核，不断提升服务水平。

建立健全满足群众多元需求的多层次长期护理保障制度，让有需要的老人都能享受待遇

“上班身体扛不住了，还可以请个假。但照顾老母亲，就算身体不舒服也得坚持啊。”家住四川省成都市的谢婆婆需要儿子照顾，儿子年逾古稀，原本是享清福的年龄，却因常年照顾百岁母亲感到心力交瘁，不堪重负。

今年 101 岁的谢婆婆脚掌骨断裂，足部严重变形，无法站立。加上身体机能逐渐退化，患上多种老年疾病，完全丧失了生活自理能力。

2021 年 1 月 8 日，谢婆婆经失能评定通过后，享受城乡居民长护险重度失能二级待遇，每月可报销护理费用 722 元。

“我们几个兄弟姊妹凑点钱，加上每个月的长护险待遇，可以请一位专业居家照护人员来照顾母亲。长护险帮了大忙！”谢婆婆儿子激动地说。

中国劳动和社会保障科学研究院研究员王宗凡认为，长护险试点

至今，从城镇职工逐步覆盖城乡居民、实现全覆盖；有独立的筹资、待遇保障体系，单位和个人缴费义务相结合；有第三方委托经办体系，形成多元治理、专业化运行的管理模式。各试点地区借鉴国际经验，因地制宜、积极探索，建立了不同的地方评估标准。此次出台的国家评估标准是在充分总结地方经验基础上形成的，可以适应不同地区的评估实际需要，这意味着全国将有统一的长期护理失能等级评估标准。今后，如何为每位失能人员量身定制精细化的服务内容，并确定相应的支付标准，提高基金使用效能，成为需进一步探索解决的问题。

专家认为，长护险是一项全新的制度，国外运行时间不长，国内也没有成熟的经验，标准体系建设还相对滞后，需要加大探索力度。例如，照护服务产业有待规范，包括服务项目标准、照护服务人员专业能力标准、机构准入标准等；照护服务提供不足，专业人员短缺，机构和设施不足，仍然是制约长护险发展的重要因素，需通过长护险的购买机制和规范管理，促进服务产业的发展壮大。今后，我国将推动建立健全满足群众多元需求的多层次长期护理保障制度，让有需要的老人都能享受待遇，解除后顾之忧。

长期护理保险是以互助共济方式筹集资金、为长期失能人员的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的社会保险制度。长期护理保险通过购买护理服务方式来为失能人员提供保障，保障待遇是以提供护理服务形式体现而非直接发放现金。长护险优先保障重度失能人群的基本护理需求，如失能老年人、重度残疾人

等。从 2016 年至今，长护险在我国已试点了 5 年时间，减轻了失能人员家庭经济负担和事务负担，促进了养老护理等行业发展。

[返回目录](#)

• 专家观点 •

观点 | 关于药品耗材跨区域联盟采购的几点思考

来源：国家医疗保障研究院

作者：陈昊华中科技大学同济医学院药品政策与管理研究中心主任/
国家医疗保障研究院华科基地副主任

医药服务供给关系人民健康和医疗保障功能的实现。作为健康中国建设的重点任务之一，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革；《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》更是明确要求推进国家组织药品和耗材集中采购使用改革。药品和医用耗材(以下简称药品耗材)集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中发挥着引领作用，深化药品耗材集中带量采购制度改革有助于推进医保、医疗、医药联动改革、系统集成，是确保群众获得优质实惠医药服务的重要保障。随着国家药品耗材带量采购的常态化、制度化开展，国家和省级跨区域联盟逐步成为药品耗材带量采购的主流模式，但各大联盟在药品耗材的采购品种、执行区域和采购规则等方面存在一定差异。本文旨在梳理并总结国家和省级药品耗

材跨区域联盟的进展与特点，分析其优劣势，为优化药品耗材联盟采购提出思考与建议。

1. 药品跨区域联盟采购

1.1 国家组织药品集中带量采购

1.1.1 实施进展

2018年6月20日，为深化医药卫生体制改革，完善药品价格形成机制，解决药价虚高、药品流通秩序和销售行为不规范等问题，国务院总理李克强主持召开国务院常务会议，部署开展国家组织药品集中带量采购试点。这标志着国家组织药品带量采购工作正式启动。至今，国家层面按照“国家组织、联盟采购、平台操作”的工作原则已开展五批药品带量采购，在取得阶段性成果的同时，持续探索建立规范化、常态化的药品集中采购和使用制度。

1.1.2 主要特征

自2018年国家开展药品集中带量采购以来，虽然采购规则不断完善、配套机制更加健全，但随着采购范围和采购品种不断扩大，客观上也放大了特殊产品的潜在质量和供应风险。

一是覆盖区域不断扩大。

从行政区划看，带量采购的实施范围越来越广，从“4+7”试点的11个城市，发展至扩围阶段的国家组织20余个省份和地区共同参与，后续批次拓展至全国推开。具体落地范围也从公立医疗机构逐步扩大至部分军队医疗机构及医保定点社会办医疗机构，并进一步扩大

到鼓励医保定点零售药店参与。

二是采购品种更加丰富。

从品种数量看，五批带量采购共涉及 218 个品种，其中“4+7”与扩围阶段的品种数为 25 个，第二批为 32 个，第三批达 55 个，第四批 45 个，第五批 61 个。从治疗领域来看，第一批主要为心血管系统用药，第二批增加了较多的抗菌药，第三至五批又增加了较多的神经系统用药，治疗领域逐步扩大，从最早的 9 个扩增至现在的 12 个。从医保报销类型看，既有目录内产品，也有非医保产品，前三批带量采购中标产品中有 6 个非医保产品，除性功能保健产品外，其他均直接纳入了医保目录；第四批又带量采购了 2 个非医保产品。从品种剂型上看，带量采购的药物逐渐由口服常释剂型为主，逐渐扩展到注射剂和缓释常释剂型，其中注射剂占比从第三批的 5.6%提高至第四批的 18.2%、第五批的 50%。

三是规则逐步完善。

带量采购最初的价格竞争机制是直接竞价，为避免恶性竞争降价，自第二批开始，有关部门在带量采购时设置了“最高有效申报价”准入门槛，中标企业数增多，独家中标企业从扩围期的 3 家以下逐渐增至第二批的 6 家以下、第三批的 8 家，到第四批已经发展到 10 家以下。采购周期也在不断延长，从“4+7”的 1 年到扩围阶段延长到 1 年-2 年，再到后面批次的 1 年-3 年。这些规则调整都有助于保障药品供应和稳定市场预期。

四是配套机制更加健全。

随着实践经验不断积累，带量采购在政策方面持续完善，并采取多种措施保证中标药品的质量、供应、使用和回款。在药品质量方面，第三批、四批、五批带量采购文件中规定：“申报品种在本次药品带量采购活动前两年内，不存在省级(含)以上药品监督管理部门质量检验不合格情况”，且联合采购办公室可根据工作需要，对拟中选企业的药品生产及拟中选药品质量进行调查。在供给保障方面，从第三批开始，带量采购文件规定，申报企业必须确保在采购周期内满足供应地区中选药品约定采购量需求；且各中选企业应每月向联合采购办公室报送中选药品的库存数量。在药品使用方面，采购周期内优先使用集中采购中选药品，确保完成约定采购量。在购销回款方面，购销协议必须如实反映实际供应价格和采购量，采购方应当根据协议的约定及时回款，不得拖欠。

1.2 省级药品跨区域采购联盟带量采购

1.2.1 实施进展

带量采购实施三年来，内蒙古等 14 省(区、兵团)联盟、陕西等 10 省(区、兵团)联盟、“六省二区”省际联盟、广东等 7 省(区)联盟等多个超大区域性联盟、跨区域性联盟相继试水集采，省际联盟逐渐成为了带量采购主力军(见表 1)。每个省份(含新疆建设兵团)均参加了一个区域联盟及以上，其中海南和青海参加了 8 个区域联盟(见图 1)。

表1 部分省级药品采购联盟情况分析

	药品范围	特殊要求	特点
甘陕联盟	以注射剂为主,涉及48个品种68个品规	医药价格和招采信用评级为“严重”的企业除外;已在甘陕两省省级药品采购平台挂网的企业未申报的,取消其挂网资格;未在甘陕两省省级药品采购平台挂网的企业未申报的,原则上2年内不接受其参加甘陕两省药品集中采购或挂网	基金预付,即时结算,结余留用
广东10省(区、兵团)联盟	头孢类药	公立医疗机构、定点社会办医疗机构和定点药店	医院药品全部纳入
广东16省(区、兵团)联盟	281个(国家集采品种45个,省级集采品种236个),其中西药222个,中成药59个	A组:按每家企业的市场量(采购数量)排序,前70%-80%的企业纳入A组;A组企业数量小于一定数量(如6家)可不淘汰,全部入围;大于一定数量引入淘汰机制。 B组:按每家企业的市场量(采购数量)排序,后20%-30%的企业纳入B组	集采规模最大、品种最多,影响范围最广
黑龙江“八省二区”联盟	21种注射剂	采购周期内,国采与联盟采购中标结果重叠时,第一采购周期执行联盟地区中选结果,第二采购周期再执行国家中选结果。	与国采结果协同
京津冀“3+N”联盟	10个口服制剂	单位可比价相同时,首次获得国家药监局注册批件时间在前的药品优先	全部为口服制剂,历史采购量大的药品优先
陕西11省(区、兵团)联盟	13个产品,注射剂为主	双信封制	覆盖整个大西北和西南两省
陕西14省(区)抗癌药采购联盟	91个进口抗癌药	仅限于进口抗癌药,以《关于抗癌药品增值税政策的通知》中抗癌药清单中的进口抗癌药品为基础,结合国家谈判进展,在采购周期内,国家有新的谈判价格,执行国家要求。议价采购。	全国首次省际间的抗癌药联盟采购
四川“六省二区”联盟	17个品种(注射+口服)		降价幅度大,平均降幅58%,最高降幅91.69%
新疆“2+N”联盟	48个产品,60个品规	企业全年产能需达到约定采购量的2倍及以上,入围最多入围10家企业	由2+4升级为2+N联盟
重庆5省(区、市)联盟	17个品种20个品规	价格纠偏	独家产品中标,可享有100%采购量
重庆8省(区、兵团)常用药采购联盟	35个常用药品	中报价不得高于其在中报信息截止日的全国最高价	35个常用大品种全部谈判成功,最高降幅99.4%
重庆9省(区、兵团)短缺药联盟	19个短缺药,含18个注射剂	中报价不得高于其在中报信息截止日的全国最高价	首个短缺药联盟采购
“沪苏浙皖闽”四省一市联盟			协同医改联盟
三明联盟	17+个		全国标杆
京津冀药品耗材联盟			参照三明联盟

- 1个联盟:安徽、北京、河北、江苏、江西、上海、天津
- ■ 2个联盟:福建、广东、湖北、四川、西藏
- ■ ■ 3个联盟:河南、黑龙江、吉林、辽宁、内蒙古、重庆
- ■ ■ ■ 4个联盟:湖南
- ■ ■ ■ ■ 5个联盟:甘肃、陕西、云南
- ■ ■ ■ ■ ■ 6个联盟:新疆(含兵团)、贵州、山西
- ■ ■ ■ ■ ■ ■ 7个联盟:广西、宁夏
- ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ 8个联盟:海南、青海

图1 各省份参加省级药品跨区域联盟情况

1.2.2 主要特征

一是带量采购标的的遴选标准不一。

国家组织药品集中带量采购的品种遴选原则始终根据《中华人民共和国政府采购法》相关规定，依据仿制药质量与疗效一致性评价(以下简称一致性评价)所取得的阶段性进展，选择过评(或视同过评)企业达到三家的品种进行集采。“三家过评”是国家组织药品集采的唯一的品种遴选原则，原因在于国家组织药品集采需要覆盖不同省(区、兵团)各类医疗机构需求，须兼顾各地医保基金支付差异性 & 药品采购使用和支付管理政策的通用性，遴选原则力求公平、公正、可比、可量化。然而在省级药品采购联盟层面，对未过评品种和其他类别的药品集采标的进行遴选时，由于缺乏类似于一致性评价等标准化遴选标准和工具，且对于药品质量内涵的理解千差万别，地方行政诉求五花八门，行政资源、专家资源和管理能力参差不齐，导致在组织省级联盟带量采购时，普遍存在对采购标遴选的技术依据制定缺乏循证证据和统一标准的情况。在一致性评价或再评价工作未取得全面、决定性进展之前，省级联盟层面的药品带量采购始终面临品种遴选的科学性、公平性、公正性和公开性的考验。

二是质量层次划分或竞价分组标准不一。

在既往药品集中采购中，一旦仿制药通过了一致性评价就对此通用名药品价格进行“一刀切”，由此带来的“唯降幅论”或逐底竞价式的“单一货源”“最低价中选”“最大降幅中选”，往往会导致“劣

币驱逐良币”。当下，全国各个地方在药品带量采购探索中设置合理的质量分组规则意义重大，然而还是存在省级联盟采购尚未建立公平、科学的药品集中带量采购质量分组规则的问题。多数联盟不区分原研药、参比制剂以及仿制药的质量层次，仅仅进行单纯商务比价或比较降幅；只有少数联盟综合考虑质量、供应等因素设置综合评分体系进行分层。

2. 耗材跨区域联盟采购

2.1 实施进展

2019年5月29日，中央全面深化改革委员会第八次会议通过《关于治理高值医用耗材的改革方案》，拉开了全国耗材集采的序幕。同年6月，国家医保局研究起草了《基本医疗保险医用耗材管理暂行办法(征求意见稿)》。7月31日，《国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知》提出，“对于临床用量较大、采购金额较高、临床使用较成熟、多家企业生产的高值医用耗材，按类别探索集中采购，鼓励医疗机构联合开展带量谈判采购，积极探索跨省联盟采购”。2020年7月，国家医保局发布《国家组织冠脉支架集中带量采购方案(征求意见稿)》，同时相关部门要求综合试点省份要在2020年探索高值耗材带量采购。冠脉支架成为首个国家集采品种。

目前，省级层面开展的跨区域耗材带量采购联盟主要为京津冀及黑吉辽蒙晋鲁(“3+6”)联盟、渝黔滇豫4省市联盟、陕西10省(区、兵团)联盟(见表2)。

表2 部分省级耗材采购联盟情况分析

省级联盟	采购品种
陕西10省(区、兵团)联盟(陕西、宁夏、甘肃、青海、新疆、新疆建设兵团、湖南、广西、贵州、海南)	人工晶体
渝黔滇豫4省市联盟(重庆、贵州、云南、河南)	吻合器类、胶片类、腹股沟疝气补片
黔渝琼3省市联盟(贵州、重庆、海南)	冠脉扩张球囊
京津冀及黑吉辽蒙晋鲁“3+6”联盟(北京、天津、河北、黑龙江、吉林、辽宁、内蒙古、山西、山东)	人工晶体
15省(区、兵团)联盟(陕西、内蒙古、宁夏、甘肃、青海、新疆、湖南、黑龙江、吉林、辽宁、广西、贵州、海南、新疆建设兵团、山西)	规划高值耗材联合采购

2.2 主要特征

耗材联盟采购以临床实际使用和需求为基础，选择使用量大且较为稳定的医用耗材以保证临床治疗方案的可延续性。采购主体通常为三级公立医疗机构和具备开展相关手术条件的二级公立医疗机构，部分联盟采购对医疗机构的等级不做限制。跨区域联盟的采购方式大多为议价和竞价，部分联盟同时综合了价格外因素对申报产品进行评价，中标企业数量为1-10家不等。例如，渝黔滇豫4省市联盟规定申报企业在2家及以上的，采取竞价方式；申报企业为1家的，采取议价谈判的方式。与药品跨区域联盟相比，耗材跨区域联盟有两大值得注意的特征。

一是以产品属性作为分组标准，但属性分组标准不一。

分组方式是影响最终中标结果的重要因素之一，耗材目前尚无统一编码，类似药品的一致性评价也尚未开展，因此如何分组就成为耗材带量采购首先需要解决的问题。耗材联盟采购全部以耗材属性作为分组标准，如同药品可能有多个适应症，耗材也会有多个属性；但区

别于药品有主适应症，耗材的多个属性之间往往无主次之分且数量更多，因此各联盟对于耗材属性的分组标准也有所不同。部分联盟以国家医保局医保医用耗材分类与代码数据库公布的最新信息为产品属性分组标准；部分联盟将产品涉及的每一属性单项列出，所有属性相同的为同一组；而有的联盟并不把每一种属性都单独作为一项，通常合并两种属性或多种属性为一项。

二是加强对非中选产品的监控。

与药品带量采购不同，耗材联盟采购对非中选产品的使用限制更加严格。耗材联盟规定非中选产品全部纳入联合招采地区监控管理，其采购量原则上不得高于上一年度历史采购量，不得超过中选品种采购数量。京津冀及黑吉辽蒙晋鲁“3+6”联盟还规定，若发现高于上一年度历史采购量的，企业需增加降幅比例重新报价，未中选产品需根据其与非中选产品(或同类产品)的价格差距进一步降低价格，并考查临床合理使用情况。对于非中选产品的监控，既能保证中选产品的使用，也能促使非中选企业降价并积极参与后续带量采购。

3. 讨论与建议

3.1 健全药品和耗材联盟采购机制

联盟采购可以通过集合联盟采购数量增强其议价能力，减少分散零星的省级带量采购带来的组织行政成本。未来药品耗材联盟采购或将成为药品耗材集中带量采购的主流模式，但目前也存在行政组织力度不够、实际运营不畅等问题。因此，按照政府组织、联盟采购、平

台操作的要求，推进构建区域性、全国性联盟采购机制尤为重要。

建议由医保部门会同有关部门指导或组织相关地区和医疗机构形成药品耗材集中采购联盟机构，加强工作协调，部署落实重点任务；联盟地区药品耗材集中采购机构负责组织并督促执行采购结果，从而进一步完善国家组织药品耗材带量采购的常态化、专业化运作机制。

3.2 完善药品耗材集中采购平台功能

加强药品耗材集中采购平台规范化建设，统一基本操作规则、工作流程和挂网撤网标准，统一医保药品分类和代码，统一药品和耗材采购信息标准，实现联盟内药品和耗材集中采购信息互联互通，增加价格、采购量等信息的透明度，加快形成全国统一开放的药品和耗材集中采购市场，这将有助于降低药品耗材采购的行政组织成本，增加企业竞争透明性和公平性。

3.3 加强药品耗材质量保障

国家组织药品集中带量采购所依托的仿制药一致性评价政策，旨在初步解决仿制药和原研药质量不一致问题。但迄今几乎所有相关政策中对药品“质量”的界定仍存在偏差。根据国际通行的质量准则，无论是 ISO 系列质量标准还是药品 ICH 文件体系，药品的质量概念显然不仅仅局限于实物质量，更应该包括形成药品实物质量的工作质量、服务质量和管理工作质量，以及围绕药品生命周期管理所构建的质量体系与风险体系质量。但是，目前我国所有药品和耗材跨区域联盟采购政策中所界定的价格构成中均不包含上述工作质量、服务质量、管

理质量和风险体系质量成本，导致药品和耗材价格向其工业成本无限靠近的逐底式竞争，令全社会、全行业普遍质疑现有的质量层次划分或竞价分组方式的合理性，普遍怀疑现有价格体系下药品和耗材的质量和供应保障是否可长期满足监管要求和可持续存续。因此，应建立更加科学、合理和完整的药品耗材质量评价体系。

[返回目录](#)

观点 | 如何建成全国统一医保信息平台？

来源：财新健康

全国统一的医保信息平台建设已进入冲刺阶段，这既关乎医保自身治理能力的提升，也关乎全国 13 亿多参保人享受高效便民的医保服务，还将为将来提高统筹级次打下基础。

医保制度运行多年来，全国信息系统碎片化严重，业务编码不统一，数据不互认，参保人办事“多头跑、来回跑”“网上不能办、异地不能办”等问题突出，公共服务体验较差、满意度不高，迫切需要有效的信息化手段改变这一局面。

2019 年 6 月，国家医疗保障局开工建设全国统一的医保信息平台，一年后的 10 月完成主体建设，目前已在广东、青海、河北等 18 个省和新疆生产建设兵团的 58 个地市落地应用。国家医疗保障局规划财务和法规司司长王文君近日在接受记者专访时称，下一步将力争在年底前基本建成全国统一的医保信息平台。

“医保信息化对于医保事业的发展，可以说是功在当代、利在千

秋。”王文君说，通过医保信息化的建设，将实现平台系统的协调统一，更加有利于数据共享，同时提升数据质量，更加有利于医保宏观管理。此外，还将实现系统保护专业化，更加有利于系统和数据安全。

依据架构设计，国家医保信息平台涵盖支付方式、跨省异地就医、公共服务、药品和医用耗材招采等 14 个子系统，建成后可满足全国几百个统筹区多样化的业务需求。作为信息化的基础，国家医保局已于 2019 年发布医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目等 15 项医保信息业务编码规则和方法，通过标准化打造全国医保“通用语言”，并于 2020 年在全国范围内开始执行，为统一医保信息平台的上线奠定标准数据基础。同时在公众端，正在全国推广的医保电子凭证将开辟线上就医购药新模式。

建设全国统一的医保信息平台并不容易。王文君说，信息化建设不但需要满足全国 31 个省份和新疆生产建设兵团的需求，还要打破不同医保统筹区系统相互独立的格局，完成从各地离散建设到全国统一布局的转变。尤其是各地系统建设情况各不相同，困难问题千差万别，再加上新平台采用全新的平台架构和业务编码，建设工作量大、专业性强、复杂程度高，使得国家医保信息平台建设面临巨大困难和挑战。

2018 年国家医疗保障局组建后，此前在财政部社会保障司担任副巡视员的王文君，转任国家医疗保障局规划财务和法规司司长。该部门主要负责组织拟订医疗保障工作规划。承担机关和直属单位预决

算等工作，推进医疗保障信息化建设。组织起草法律法规草案、规章和标准，承担规范性文件的合法性审核工作，承担行政复议、行政应诉等工作。承担局党组、局领导交办的其他事项。

围绕当前医疗保障信息化标准化建设的思路、进度、难点与未来规划等议题，财新记者近日专访了王文君。以下是对话实录：

力争年底前基本建成

记者：国内医保信息化的现状如何，现实中带来哪些突出问题？国家医疗保障局组建后，对于医疗保障信息化建设的总体思路是什么？目前进度如何？

王文君：党中央、国务院高度重视医疗保障工作，1998年以来，我国相继建立了职工基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险制度、城乡居民大病保险制度和医疗救助制度，这些制度分别覆盖不同的人群，也由不同的部门进行管理，相关信息系统也由不同部门各自建设，业务编码不统一，数据不互认，信息系统碎片化严重，群众办事“多头跑、来回跑”“网上不能办、异地不能办”，群众“办事难、办事慢、办事繁”，医保公共服务群众体验较差、满意度不高，迫切需要一套有效的信息化手段彻底改变这一局面。

国家医疗保障局自2018年组建以来，针对上述医疗保障信息化服务工作中存在的困难，推动建设全国统一的医保信息平台，提升医保信息化建设水平，以满足群众需求，适应医保事业改革发展的需求。

全国统一的医保信息平台按照标准全国统一、数据两级集中、平台省级部署为主、网络全面覆盖、项目规范建设、功能高效便捷、安全保障有力的要求建设。

在各级医保部门的共同努力下，2020年10月国家医保信息平台主体建设顺利完成，为建成全国统一医保信息平台奠定坚实基础；2020年11月国家医保信息平台在广东汕尾率先落地应用，截至目前已在广东、青海、河北等18个省和新疆生产建设兵团的58个地市落地应用。下一步，各级医保部门将继续努力，攻坚克难，力争今年年底前基本建成全国统一的医保信息平台。

记者：全国统一的医保信息平台包含14个子系统，从最初启动看，全国系统中跨省异地就医管理子系统最先上线，从地方看，也并非一次性完成所有系统上线，在系统建设的总体策略上，各项系统建设的先后次序如何把握？目前已上线的14个子系统中，哪些建设和应用已较为成熟，哪些还在起步阶段？

王文君：在系统建设的总体策略上，考虑到方便参保群众就医购药，各地优先进行经办业务类系统（异地就医管理子系统、支付方式管理子系统、基础信息业务子系统）和公共服务类系统（包含医保电子凭证）的落地应用，再进行招采、价格类系统（包含医疗服务价格、招采等子系统）和监测管理类系统（包含内控、信用评价、运行监测等子系统）的落地应用。

目前，14个业务子系统的应用已经较为成熟，青海、海南两省

已经完成平台业务功能完整上线并实现全域覆盖，河北完成主要业务功能的全域覆盖。从全国范围看，平台有效覆盖了 4.9 万家定点医疗机构、7.1 万家定点零售药店，在药店结算超 3000 万笔，门诊结算超 7000 万笔，住院结算超 700 万笔，有效支撑起了医保业务和医保服务。

[返回目录](#)

• 医院信息化 •

“互联网+”中医治未病云平台在社区健康管理中的示范应用

来源：中国数字医学

1. 引言

近年来，随着我国老龄化加剧，疾病谱改变，糖尿病、高血压等慢性病持续高发，人民群众的健康观念发生了重大的转变，人们对于医疗的需求从完善疾病诊疗模式逐渐转变为注重健康管理，提高生命质量的需求，从“重治疗”向“重预防”发展。中医治未病理念是中华民族发展历程中形成的瑰宝，其中的许多观念认知、行为方式、诊疗技术等与现代健康理念不谋而合。我国自 2008 年开始实施“治未病”健康工程，同时将健康服务的关口由疾病治疗前移至预防保健，并在实践探索中将这项服务逐步下沉至社区等基层医疗机构，逐步形成了以各地三级中医院为龙头，各级中医医院，中西医结合医院为中坚，社区卫生服务中心为基础的三级中医治未病预防保健体系，而社

区卫生服务中心作为推进中医治未病健康的基础力量，在健康教育、健康档案、中医治未病健康干预等方面起到了重要的作用。即便如此，目前大部分社区卫生服务机构在推行中医治未病健康管理服务时依然存在种种困难，主要体现在：①中医治未病往往需要经验丰富，医术高超的中医师制定干预计划，而社区卫生人员因专业水平制约无法很好进行健康管理服务。②健康管理服务对象多为长期慢性病患者，干预计划多由患者自行执行，传统的随访等监控方式很难保证干预计划的如期进行。③基层卫生服务机构覆盖的健康问题多，工作量大，社区工作人员无法保质保量地对患者进行健康管理，严重影响到中医治未病健康管理服务的推广和实现。建立“互联网+”中医治未病健康服务管理云平台，通过“互联网”整合区域内医疗资源，由高水平三级甲等中医院治未病中心牵头，形成医院与社区的上下联动；利用互联网技术，不仅能打破时间与空间的阻碍，实现实时对患者的监控；信息化便民就医更有力提升社区卫生服务机构中医治未病的 service 管理能力和效率。

2. “互联网+”中医治未病云平台概况

总体建设目标

利用云计算、大数据、移动互联网等先进通信与信息技术，从惠民、惠医、惠业三个角度打造智慧中医治未病云：①医院与基层卫生机构分工合作，由专业技术能力强的医院负责治未病医生的签约与诊断，由直接负责居民健康保障的基层卫生机构完成诊后追踪与干预，

构建涵盖诊前、诊中、诊后，线上、线下一体化的中医治未病服务模式，让社区居民享有便捷、优质的中医特色医疗健康服务；②构建智慧中医治未病云平台，分享名医知识，传承中医文化与技能，提升基层医生中医治未病的技能水平；③构建特色中医服务体系，重构中医、中药、养生、健康险等产业生态链，带动中医大健康产业发展。

总体业务设计

“互联网+”中医治未病云平台包括居民端(手机端)、医生端(手机端与 PC 端)与社区医生端(手机端与 PC 端)，通过联通医院的 HIS，医生可直接调取居民健康监测、检验检查、门诊记录等信息，进行中医健康干预。平台线下诊疗与线上服务相结合，由三级甲等中医院中医治未病中心线下进行治未病家庭医生签约，实施中医评估与健康方案的首诊，通过平台将干预方案与进度下发至社区医生端与居民端，社区卫生服务中心根据已下发的治未病健康干预方案对居民进行追踪与干预，将干预工作下沉到社区卫生服务中心层，从而达到优化医疗资源，提升社区卫生服务中心的健康管理服务能力和效率的目的。

平台总体规划

平台针对公众患者，行政管理，医护人员并开设与第三方联动的接口，利用云平台将信息通道全部打通，使医院可以通过平台下发治未病干预措施，社区医疗机构通过平台获得患者信息、健康干预方案、实施监控，患者可以足不出户地接受健康方案、中药处方、在线复诊、处方调理等服务(图 1)。

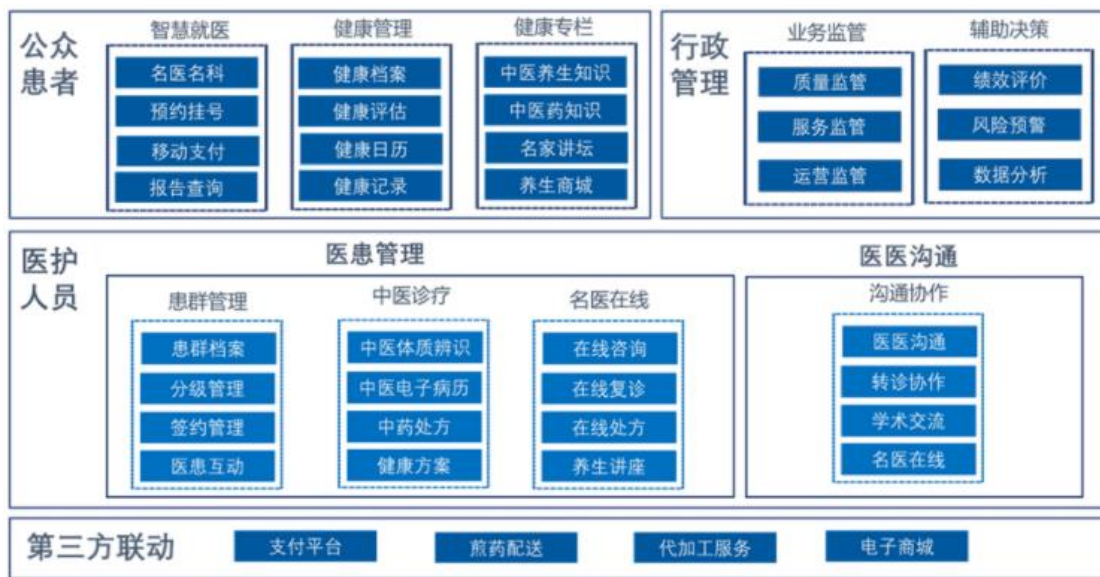


图 1 平台总体规划示意图

平台安全与接口

针对基层卫生机构往往存在信息基础设施缺乏，安全性不高等问题，同时考虑“互联网+”中医治未病云平台需要连接进各医院的信息系统获取数据所存在的数据与安全隐患。平台基于云架构进行设计(图 2)，将健康管理服务功能搭建在云上，数据与应用通过云进行存储，平台选用技术成熟，安全可靠的阿里云搭建云联平台，用户通过云应用经 InternalAP 网关接入健康管理云服务，在利用阿里云的先进技术保证数据不会泄露与丢失以外，也解决了社区医疗机构信息系统基础设施建设薄弱的问题。为保证医院敏感数据在接入平台的过程当中不会出现安全隐患，平台通过专线加密通道与医院信息系统进行数据交换，将客户端与医院信息系统完全隔离，保证医院信息系统的独立性。针对不同医院信息系统的数据库标准不一致的问题，平台在云与医院信息系统间对具体系统开发前置服务接口(图 3)，完成格式转

换，响应平台编码内容。

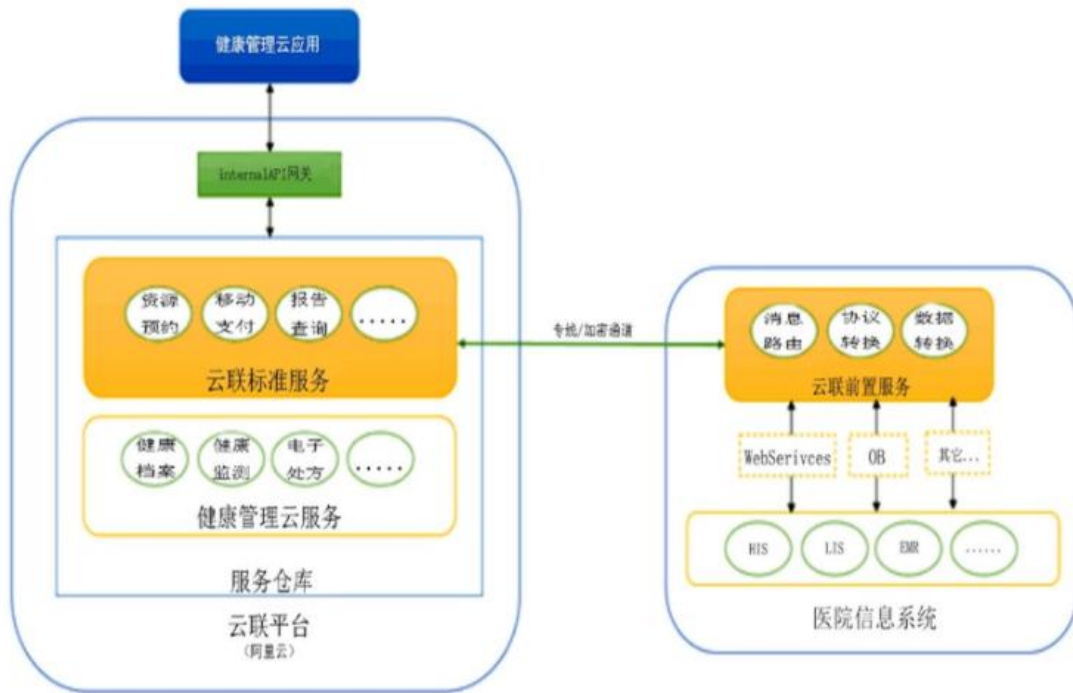


图 2 平台云架构部署

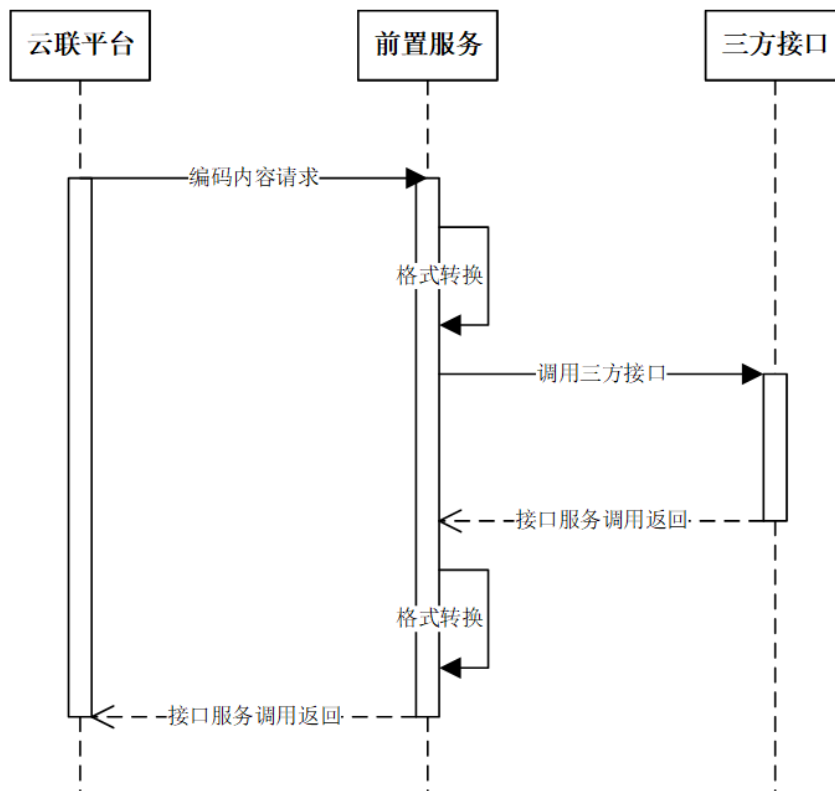


图 3 数据调用与转换

3. 平台居民端主要功能

诊前患者管理

居民端采用多种认证方式,用户可以通过手机号码与治未病医生团队直接签约或者通过医院 HIS 提供的身份证与就诊卡挂号信息签约并通过智慧服务统一入口进入居民端,居民端包括“健康日历”“宣教文章”“个人药箱”“健康评估”等模块,居民可以通过自助签约根据自身需求与三级甲等中医院中医治未病中心医生团队进行签约。

诊间医生服务

居民通过签约医院治未病家庭中医医师团队后,线下到相关医院进行治未病健康管理首诊,产生中医体质评估记录,从而形成中医治未病健康电子档案,方便对患者的进一步诊疗与追踪。签约医生根据门诊评估,对不同患者,根据中医 4P 健康管理理念,有针对性地提出个体化健康管理干预方案录入平台,平台根据方案自动生成调理处方(图 4),并将处方发送给患者以及患者所在的合作的社区医疗机构。

详情		详情	
姓名:梁彩彤	性别:女	姓名:梁彩彤	性别:女
生日:1972	联系电话:13978	生日:1972-0	联系电话:13978
情志调摄建议	保持心情舒畅,多与友人沟通,多读圣贤经典,提升自身修养。	烹饪方式多选	烧,炒
阅读建议	推荐书目 《论语》;《道德经》	烹饪方式少选	炖,熬,烩,余,焖,煎
	阅读方法 5次/周;30分/次	烹饪方式不选	蒸,煮,炸
	阅读时机 白天:清晨	烹饪方式补充说明	
运动养生建议	推荐运动项目 慢跑;散步;瑜伽;八段锦	蔬菜多吃	南瓜,扁豆,生姜,豆角,淮山,紫苏,四季豆,小葱,香椿
	运动方法 5次/周;30分/次	蔬菜适量吃	白菜,萝卜,冬瓜,丝瓜,番茄,芋头,莲藕,芥菜,芹菜,胡萝卜,土豆,大葱,洋葱,胡荽,油麦菜,菠菜,大蒜,茼蒿,茄子,花菜,紫菜,黄花菜,苋菜,莴苣,百合,西葫芦,卷心菜,蒜苔
	运动时机 白天:清晨	蔬菜不吃	苦瓜,空心菜,韭菜,辣椒,茭白,海带,花椒,小茴香,胡椒,竹笋,菱角
起居建议	晚上睡觉时间 21~23时前睡觉	蔬菜推荐补充说明	
	中午午休时间 11~13时午休		
五音养生建议	角音(睡前及5~7时建议听):《江南好》《胡笳十八拍》《姑苏行》《庄周梦蝶》;宫音(9~11时建议听):《十面埋伏》《霓裳曲》《月儿高》《春江花月夜》;		
其他治疗建议			

水果推荐	水果多吃	葡萄,提子,山楂,木瓜
	水果适量吃	苹果,龙眼,香瓜,芒果,樱桃,无花果,荔枝,菠萝蜜,橙子,榴莲,橘子,金钱橘,椰子,橄榄,杨梅,枇杷,石榴,李子,桃,杏子,菠萝,芭蕉,草莓,芦柑
	水果不吃	香蕉,哈密瓜,西瓜,梨,火龙果,罗汉果,杨桃,柚子,甘蔗,山竹,猕猴桃,荸荠,番泻果,桑椹,圣女果,柿子,水蜜桃
	水果推荐补充说明	
坚果豆类推荐	坚果豆类多吃	薏苡仁,芡实,腰果
	坚果豆类适量吃	黄豆,黑豆,豌豆,蚕豆,花生,芝麻,火麻仁,榛子,核桃仁,开心果,杏仁,松子,刀豆,白豆,豆芽,豆浆,红枣,葡萄干
	坚果豆类不吃	绿豆,赤小豆,桂圆,柿子饼,猕猴桃干,芒果干,豆腐
	坚果豆类推荐其它	
谷类杂粮	谷类杂粮多吃	黄小米,大米饭,黑米
	谷类杂粮适量吃	面条,面包,馒头,荞麦,玉米,燕麦,红薯,紫薯
	谷类杂粮不吃	糯米,锅巴,蛋糕,米粥

图 4 中医 4P 健康管理处方

诊后执行跟踪

社区医疗机构通过云平台接收处方后，根据处方针对性生成个人专属健康日历(图 5)，从中医治未病角度进行自我健康管理，内容包括：情志调摄、运动起居、五音摄生、饮食养生、养身方药等。平台居民端会根据个人专属健康日历进行智能提醒，由平台直接提供数字资源，保证资源的准确性与权威性。平台会持续监控健康日历的执行情况，居民也可以直接与社区医生进行交流，由社区医生根据实际情况进行指导与处方调整，或者建议居民进行重新评估以确定新的健康管理处方。



中药 2018 12.23	中药处方 每日一付,每次ml	待执行
指导 2018 12.23	五音摄生—平沙落雁 五音摄生—平沙落雁	已完成
指导 2018 12.23	五音摄生—云水禅心 五音摄生—云水禅心	已完成
指导 2018 12.23	五音摄生—平沙落雁 五音摄生—平沙落雁	已完成



图 5 健康日历

4. 平台应用示范情况

平台目前已在南宁市青秀区东葛社区卫生服务中心运行,平台依托广西中医药大学附属第一医院与广西中医药大学附属瑞康医院等两所在广西区内中医药领域最强的三甲中医院与中西医结合医院的治未病中心提供治未病处方服务,东葛社区的居民只用到以上两所医院的治未病中心完成签约、进行一次中医治未病健康管理诊断,居民的过往的电子病历与中医体质评估报告即可同步到云平台上,医院为居民制定干预调理处方,使居民能够使用并下发至患者端与社区医生端,具体干预方案的设计下沉到社区卫生服务机构,居民只用跑一次

医院，剩余的健康管理由社区与患者共同完成，利用移动互联网这一新兴信息技术，居民的大部分中医治未病健康管理活动能够做到线上进行与反馈，社区医生通过平台对管理的居民进行智能监控，大大提高了社区治未病健康管理水平，同时节省了社区医生对居民健康管理的人力物力。东葛社区卫生服务中心自 2019 年 4 月联合两所三甲中医医院开展“互联网+”中医治未病服务以来，截至 2020 年 9 月，共签约居民 3467 人，绑定微信 2387 个，执行中医治未病健康管理方案 6623 人次，受到社区居民的广泛好评，为居民节省了大量往返医院的时间与费用，利用该平台，东葛社区卫生服务中心成功为多位居民提供了全过程的中医治未病健康管理服务，提升了社区卫生服务中心中医治未病健康管理服务能力和效率。“互联网+”中医治未病服务将继续向其他社区进行推广，使优质的健康服务管理惠及更多社区居民。目前，广西南宁市与柳州市部分社区已先后表示将加入平台，在不久的将来，平台的辐射能力将进一步得到提高。

5. “互联网+”中医治未病云平台在社区健康管理中的优势与展望

“互联网+”中医治未病云平台，充分利用互联网技术，将医院与社区卫生服务中心紧密联接，实现了优势互补，平台的优势在于：
①患者签约后，可以在三甲中医院享受到一流的治未病服务，并由社区全科医生进行全过程，连续的健康管理服务。②合理配置医疗资源，大型三甲医院负责病人干预方案的制订，社区卫生服务机构负责具体

效果跟踪，提高了社区卫生服务中心健康管理服务的能力与效率。同时，“互联网+”中医治未病云平台的应用，为社区健康管理质量提升提供了便利：①对于居民来说，获得了高水平健康管理方案以及连续的个性化中医健康管理服务。②对于三甲医院治未病中心，将治未病健康管理的具体执行与监控工作下沉到社区卫生服务中心，可以节约医疗资源，提高用户黏着度与参与度。③对于社区卫生服务中心而言，互联网+医院+社区模式，充分利用上级医院的优质医疗资源，解决了社区卫生服务中心专业人才水平不高的问题；线上管理模式，保障社区能稳定有序地推行患者健康管理方案，解决了社区卫生服务中心管理人手不够的问题；通过平台信息化手段对数据进行统计，可以准确了解社区中医治未病健康管理动态，为上级部门政策制定提供依据。因此，“互联网+”中医治未病云平台能够很好优化医疗资源，克服时间与空间的障碍，对于提升社区卫生服务中心的健康管理服务能力和效率，积极拓展中医药健康服务具有重要意义。

近年来，随着新一代信息技术的不断发展，特别是5G技术实现突破，基于移动互联网的智慧医疗正在快速崛起，改变了以往医疗服务模式。中医药领域的智慧医疗也取得了重要的进步，部分医院利用深度学习技术研究的中医学辨证论治系统，作为医生临床诊断的依据；部分医院研发了基于智能手机的远程诊脉系统，克服了中医反复复诊时间与空间问题。中医治未病的理念凝聚了我国劳动人民数千年来的健康养生经验，与现代医学的“三级预防”理念不谋而合，中医治未

病在维护居民健康方面起到的作用越来越重要，“互联网+”与中医治未病健康管理服务融合，利用先进信息技术，共享医疗数字资源，从而充分发挥中医药在健康管理领域的优势，以治未病中心为站点，各社康为主导，开展人口体质辨识，借助网络平台实现对居民健康状况进行实时、动态管理，提供全方位的中医治未病健康管理服务，代表了社区健康管理服务行业新的发展方向。

6. 结论

中医治未病的理念凝聚了我国劳动人民数千年来的健康养生经验，是构建我国公共卫生预防体系的重要组成部分。“互联网+”技术是实现分级诊疗的技术保障，也是改善健康管理服务体验的重要路径。“互联网+”中医治未病云平台自实施以来，社区卫生服务中心服务能力和居民健康管理服务获得感有了明显提高。社区卫生服务中心借助“互联网+”技术，联动上游医院，为居民提供贯穿诊前、诊中、诊后，线上、线下一体化的中医治未病服务，是提升居民参与社区中医治未病健康管理服务的有效途径。

[返回目录](#)

王恒：医院信息互联互通标准化成熟度测评经验分享

来源：HC3i 中数新医

2015 年起，国家卫生健康委统计信息中心发布《医院信息互联互通标准化成熟度测评方案(试行)》，不断结合医院信息化建设的新需求、新技术应用情况，相继发布 2017 版、2020 版测评标准，从测

评依据、内容、方法、管理、流程和指标体系等各个方面对测评要求进行了说明，为指导并规范各级各类医疗卫生机构开展测评工作提供了重要参考依据。

相关政策的不断出台，让“如何加速完善信息架构体系、推进医院信息系统建设，助力医院顺利‘过级’？”成为医信建设者们亟待完成的重要“试题”。

2021年，吉林大学中日联谊医院正式通过2020年度国家医院信息互联互通标准化成熟度五级乙等测评。这家成立于1949年的国家卫生健康委员会属(管)的综合性三甲医院，究竟是如何成功“过级”的呢？吉林大学中日联谊医院信息中心王恒副主任在《医院信息互联互通标准化成熟度测评经验分享》主题演讲中分享了他们的实践与建设经验。

“过级”，是给有准备的医院的

没有哪一种成功能够一蹴而就。在通过互联互通成熟度测评的过程中，是否拥有夯实的信息化基础是决定性的重要前提。吉林大学中日联谊医院早在1992年信息中心成立开始，就展开了对医疗信息化建设的积极探索，并持续不断推进建设进程：2006年放射科PACS系统上线；2009年完成了HIS软件更换；2011-2012年，医院的超声、病理、内镜、手麻系统、远程区域医疗、消毒供应系统上线；2013-2014年网上预约挂号、运维管理软件、门诊自助机、包药机、挂号分时段、院感软件上线；2016年PACS系统、电子签名、门诊HIS系统完成升

级;2017年,住院系统升级、HRP上线、无线WiFi铺设、重症监护系统、集成平台上线;2018年,输血系统、移动医护系统、血液透析系统上线,开展电子居民健康卡工作,同时通过了互联互通四甲评测;2019年,医院通过了电子病历5级评级,完成了知识库上线、中心机房升级改造、智慧医院建设、院内导航上线等多项工作;2020年,医院开展信息保障平台建设工作,院前急救、急诊分诊管理、移动输液、随访系统、宣教系统、慢病管理、互联网医院、处方流转、检查预约、用药指导、电子票据系统、药品配送、预问诊系统、信息管理系统逐步上线.....

除了不断加速推进医院信息化建设步伐,吉林大学中日联谊医院对《医院信息互联互通标准化成熟度测评方案》的内容进行了详尽的分析,并对2017和2020两个版本的互联互通成熟度测评标准进行了详细对比,在充分了解测评方案的前提下,对全院信息化建设方向进行更合理、更明确的规划。

吉林大学中日联谊医院用实践证明,建设步伐不懈怠、测评规则详分析,以充分的准备和严谨的态度面对测评,才是医院“过级”的最佳秘籍。

基础建设、创新应用,一个不能少

作为一家大型三甲综合医院,吉林大学中日联谊医院的信息化建设覆盖了从基础架构到创新应用的方方面面:

机房建设方面

医院机房包含 8 个区域、占地 600 平方米，其中包含内外网终端 4213 台、交换机 428 台、服务器 251 台。其中，灾备机房的信息平台采用了异地数据备份，每日一次增量备份，每日一次全备份；RTO(恢复时间目标)5 分钟，RPO(恢复点目标)0 分钟。

无线网络方面

全院无线接入域覆盖率约达 80%以上，不仅为移动护理、移动查房设备、院内导航等应用场景提供了有力支撑，还为办公 OA 审批、资产盘点等院内办公场景创造了更多便利；

信息安全方面

医院已完成互联网医院、医院信息系统、互联网系统、临床信息系统四方面的备案，并通过了等级保护三级测评；并在建立居民健康档案时提供许可指令管理服务；

公众服务应用方面

为方便患者就医、为患者提供更高效便捷的医疗服务，医院开设了患者自助终端功能和院端主动推送患者线上服务：自助终端包含了自助挂号、自主报道、处方/费用自助查询、医疗服务价格自助查询、检验检查报告自助打印、胶片自助打印、电子病历自助打印等多项服务。

线上服务则包含了身份认证、预约挂号、智能分诊导医、在线交费、院内导航等多项功能。

值得一提的是，在吉林大学中日联谊医院，患者持电子居民健康

卡二维码即可进行预约挂号、就诊、检查、检验、取药、缴费、信息查询、报告单打印等功能。此外，医院大力推广多码合一、无卡就诊，顺利将预约就诊等候时间缩短 2/3、结算时间平均缩短 50 分钟，检查预约时间缩短 2.85 天。

医院闭环管理建设方面

主要包含医嘱闭环管理和重点业务闭环管理两个方面：医嘱闭环管理包含口服用药闭环管理、静脉药物闭环管理、临床用血闭环管理、其他用药闭环管理、医学会诊闭环管理；重点业务闭环管理则包含消毒供应闭环管理、手术麻醉闭环管理、检验标本及检查闭环管理和危急值闭环管理。

互联网诊疗服务方面

医院开展了在线问诊、门诊预约挂号、在线缴费、报告查询、用药指导、AI 智能导诊、护工预约、病案复印等多项功能；

大数据应用方面

医院开展了临床知识库建设、基于大数据决策分析为临床决策功能支持、基于大数据展开临床科研应用。

吉林大学中日联谊医院不仅对大数据应用进行了深度探索，还对 5G、影像 AI、语音识别、视觉识别、物联网等技术方面均进行了探索，并取得一定应用成效。

吉林大学中日联谊医院用实际行动证明，只有在重视基础建设的同时不断发展创新应用，才是加速推进信息化建设进程的有效方式。

加速“过级”，在医信路上倍道兼行

互联互通成熟度测评，为医院信息化建设树立了标准、明确了目标，并对加速医院信息化建设产生了深远影响。从数据联通方面来看：

院内联通

通过集成平台业务协同，通过数据中心的集成调阅，在深化智能应用，方便医务人员，提高工作效率，提升医疗质量多个方面产生了重要影响；

院内外联通

公众人群通过互联网让原本院外无法获得的医院服务，能够方便快捷有效的利用，增加老百姓的获得感；

与上级机构联通

上级部门的数据报送，信息共享与利用，互联互通，业务协同，推进管理决策，临床决策的步伐。

从医院管理及服务方面来看：

管理者角度

“过级”为提升医院管理质效和科学决策水平发挥了积极地支撑作用，进一步优化了医院综合管理水平，提高了医疗质量以及精细化管理；

临床角度

“过级”为临床决策提供了数据支撑，提高了医护人员的工作效率；

患者角度

“过级”让患者就医更方便，有效提高了就诊效率，保障了周边群众享受优质、便捷、高效的医疗服务，改善了患者就医体验，有效解决了“看病难”问题；

信息安全角度

“过级”让信息安全得以进一步提升，提高了医院网络与信息的安全等级。

以评促改、以评促建、以评促管、评建结合、重在内涵，互联互通成熟度测评是推动医疗机构加速信息化建设从而提升管理及服务能力的有效方式，它已经成为医疗机构在医信之路倍道兼行的强大动能，它用有力的翅膀带领大家不断前行。

[返回目录](#)

• 医药速递 •

国家医保局：中成药集采已在路上

来源：国家医疗保障局

2020年7月，国家医疗保障局有关司室召开座谈会，就生物制品(含胰岛素)和中成药集中采购工作听取专家意见和建议，研究完善相关领域采购政策，推进采购方式改革，在20年9月发布的《国家医疗保障局对十三届全国人大三次会议第5936号建议的答复》中，国家医保局表示，将进一步研究并探索对未过评药品及目前尚无一致

性评价标准的药品，如生物制品和中成药等开展集中带量采购工作。

近日，国家医保局在对十三届全国人大四次会议第 4126 号建议的答复中，进一步明确中成药及配方颗粒集中采购改革方向。

《答复》指出，按照党中央、国务院决策部署，2018 年起，国家医保局就会同有关部门有序推进药品集中带量采购制度改革，成功开展了五批 218 个药品集中带量采购。

同时，在国家医保局的指导和推动下，全国所有省份均已以独立采购或跨省联盟采购的方式开展了药品集中带量采购。

集中带量采购承诺优先使用中选产品并确保完成约定采购量，给予企业稳定的市场预期，给企业提供了一个在阳光下公平竞争的平台，挤出了中间流通环节的费用水分，企业之间竞争的重点从原来的“回扣竞争”转向质量和价格的竞争，有助于形成法制化、市场化的良好营商环境，也有助于提高产业集中度，推动行业高质量发展。

而关于尽快使中成药进入药品集中带量采购，让更多中药生产企业公平参与竞争的建议，《答复》提到，《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2 号）就明确提出，“探索对适应症或功能主治相似的不同通用名药品合并开展集中带量采购”，为中成药集中采购提供了基本遵循。

目前，青海省、浙江金华、河南濮阳等地，已针对部分需求大、金额高的中成药品种开展了集采探索，取得了积极成效。

最后，《答复》明确指出，下一步，国家医保局将会同有关部门

在完善中成药及配方颗粒质量评价标准的基础上，坚持质量优先，以临床需求为导向，从价高量大的品种入手，科学稳妥推进中成药及配方颗粒集中采购改革。

[返回目录](#)

长期处方药怎么开？是否须本人领取？最新规范来了

来源：中国新闻网

日前，国家卫健委、国家医保局印发《长期处方管理规范(试行)》。什么情况下患者可以申请长期处方？长期处方最长可以开多久？药品是否需要本人领取？对于这些问题，文件中都予以明确。

什么药可以开具长期处方？

依照《规范》，长期处方适用于临床诊断明确、用药方案稳定、依从性良好、病情控制平稳、需长期药物治疗的慢性病患者。

治疗慢性病的一般常用药品可用于长期处方。

不过，《规范》中也明确强调，医疗用毒性药品、放射性药品、易制毒药品、麻醉药品、第一类和第二类精神药品、抗微生物药物(治疗结核等慢性细菌真菌感染性疾病的药物除外)，以及对储存条件有特殊要求的药品不得用于长期处方。

长期处方最长可以开多久？

《规范》明确，根据患者诊疗需要，长期处方的处方量一般在4周内；根据慢性病特点，病情稳定的患者适当延长，最长不超过12周。

此外，超过4周的长期处方，医师应当严格评估，强化患者教育，

并在病历中记录，患者通过签字等方式确认。

长期处方药必须患者本人领取吗？

长期处方药品原则上由患者本人领取。特殊情况下，因行动不便等原因，可由熟悉患者基本情况的人员，持本人及患者有效身份证件代为领取，并配合做好相应取药登记记录。

此外，《规范》提出，鼓励通过配送物流延伸等方式，解决患者取药困难问题。

单张处方的数量、金额有限制吗？

在长期处方医保支付方面，文件明确，各地医保部门支付长期处方开具的符合规定的药品费用，不对单张处方的数量、金额等作限制，参保人按规定享受待遇。

各地在制定区域总额预算管理时，应当充分考虑长期处方因素。

此外，《规范》强调，地方卫生健康行政部门和医疗机构不得以费用控制、药占比、绩效考核等为由影响长期处方的开具。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

从试点到第五批，细数国家药品集采规则背后的逻辑

来源：中国医疗保险

2018年启动“4+7”试点以来，国家医保局会同相关部门持续推进集中带量采购改革。按照“招采合一、量价挂钩”的原则，已开展

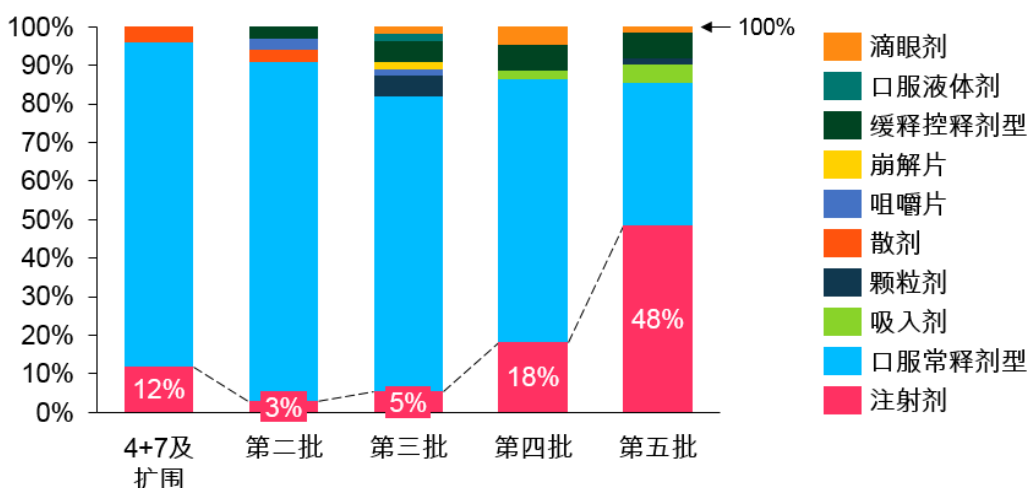
五批国家组织药品集中带量采购，覆盖 218 种药品，中选药品平均降价 54%，在引导药品价格回归合理水平、减轻群众用药负担、推动公立医疗机构改革等方面发挥了重要作用。

在这 2 年多的时间里，国家集采规则逐渐完善，频率趋于稳定在一年两轮，并逐渐常态化。而每一次的规则优化虽然在采购文件中只是寥寥数语的变化，但其背后其实都是政府对市场规则更好的把握和运用，也是药品集中采购改革不断深化的重要体现。

1. 采购品种

按照常态化制度化开展药品集中带量采购的要求，国家集采的采购范围主要为用量大、采购金额高的药品，逐步覆盖国内上市的临床必需、质量可靠的各类药品，做到应采尽采。并且，拟采购药品将充分征求临床和药学专家意见，经论证合理确定集中带量采购药品范围。

从品种剂型来看，口服常释剂型一直是集采的主流，这与该剂型一致性评价开展比较成熟不无关系。而随着集采和一致性评价工作的不断深入，纳入品种的剂型越来越丰富：第二批新纳入了缓控释剂型和咀嚼片；第三批新纳入了颗粒剂、口崩片、滴眼剂和口服溶液剂；第四批则首次纳入了吸入剂；在最新开展的第五批集采中，注射剂则超过口服常释剂型成为主力剂型，中选品种数(31 个)在所有品种中占比过半，金额占到了 70%，也是以往四批集采注射剂品种总数的 2 倍以上。



图：已开展的国家药品集采各批次剂型分布情况

从品种的疾病领域来看，集采品种正在覆盖越来越多的常见慢性病以及以药物治疗为主的疾病，临床主流用药正在陆续被纳入采购范围内。

到第五批集采，既有高血压、糖尿病、冠心病、呼吸、消化、抗感染等临床常见病、慢性病用药，也有肺癌、乳腺癌、结直肠癌、血液疾病等重大疾病用药，还有造影剂、营养剂等临床辅助类药品。

2. 约定采购量

约定采购量是国家药品集采不同于既往招标采购的最主要特点，是解决量价脱钩的重要手段。通过给予企业有有保证的销量预期，挤掉药品销售费用、改变“带金销售”模式，实现药价明显下降。据统计，2020年A股医药上市公司销售费用近五年来首次呈下降态势，同比减少6%，研发费用同比增加22%，企业正从重销售向重研发转变。

但约定采购量并不意味着要把所有市场给中选企业，相关部门在规则设计时充分考虑到了要为未中选企业留下空间。同时从第一批全

国扩围开始，就允许每个品种多家中标，扩大药品供应来源；对于中选企业不足 3 家的品种，适当降低约定采购量比例，减少供应风险。目前已经开展的国家集采中，总体按照联盟地区所有参加集采的定点医药机构年度药品总用量的 50%—80%估算采购总量，具体约定采购量与中选企业数相关联：

中选企业数	首年约定采购量
1家	基数的50%
2家	基数的60%
3家	基数的70%
≥4家	基数的80%

表：国家药品集采形成的中选企业数与首年约定采购量的稳定关系

3. 采购周期

与采购量一样，稳定的采购周期和续约协议能够让中选企业有稳定的市场预期，对其做好产能规划和市场布局，确保中选品种供应有积极影响。但采购周期并不是越长越好，过长容易固化竞争格局，不利于新晋企业进入市场，对于中选企业较少的品种也会增加垄断的可能性。

对此，国家集采的策略是依据中选企业数和品种实际情况，在一定范围内调整约定采购周期。从到目前为止，化药带量采购的周期基本在 1-3 年范围内，产品竞争越充分约定周期越长。

“4+7”试点时，由于中选企业均为 1 家，因此采购周期也只约定了一年；第一批集采和第二批集采对多家企业中选品种的采购周期进行了调整；从第三批集采开始，中选企业数和采购周期的关系开始稳定下来，具体如下：

中选企业数	采购周期
≤2家	原则上为1年
3家	原则上为2年
≥4家	原则上为3年

图：国家药品集采形成的中选企业数与采购周期的稳定关系

4. 拟中选企业确定规则

拟中选企业确定规则是集采制度设计的核心要素之一，其科学与否将直接影响中选品种的市场格局，也在潜移默化中引导了中选品种的价格。对此，国家集采采取以“价格”为第一要素设计中选规则的思路，仅在同品种申报的“单位可比价”相同时，才考虑信用评价等级、省级供应地区数量、产品销售量、一致性评价过评时间等其他因素。

“4+7”试点时，由于只有单家企业中标，因此中选规则简单明了，价格降幅最大申报企业拟中选。扩围阶段，规则有所优化，要求申报价不高于“4+7”中标价的前提下，同品种报价最低3家企业获得拟中选资格(申报企业不足3家的，以实际为准)，让参与投标的企业更好地在同一水平线上竞争。从第二批开始，中选规则就固定了下来，即满足以下三个条件之一即可获得拟中选资格：1. “单位可比价” \leq 同品种最低“单位可比价”的1.8倍；2. “单位申报价”降幅 \geq 50.00%(以《采购品种目录》对应规格最高有效申报价为基数进行计算)；3. “单位可比价” \leq 0.1000元。与此同时，明确根据符合资格的申报企业数量确定“最多入围企业数”，到第五批集采时，最多已经允许10家企业入围。

在这种规则的设计下，国家集采的竞争其实已经并不像想象中那般激烈，并非单纯“低价者得”，而是价格最高的少数几家不中选，对于产生极端报价的担忧也就没有必要。根据国家医保局在今年两会代表提案的相关回复，在国采竞标过程中，大部分企业可中选，如第五批集采企业中选率达 74%。

5. 特殊品种特殊对待

除上述应用于一般品种的常规规则外，国家集采也对于部分具有特殊属性的采购品种予以特殊考虑。例如临床应用广泛、但容易产生耐药性的抗菌药，国家医保局在实践中充分考虑其这一特点，与其他药品相比，采购文件中明确规定抗菌药物的带量比例降低 10%，以便医疗机构更好地控制抗菌药物的使用。再如对于一致性评价开展较晚的注射剂，从第三轮开始，注射剂品种的约定采购量计算比例和采购周期都少于相同中选厂家数的其他剂型，这也是国家鼓励注射剂一致性评价的表现。

此外，对于一些可能存在争议的品种，国家医保局也会充分咨询临床和药学专家，多方征求意见后再考虑是否纳入集采。如国家医保局在今年两会代表提案的相关回复提及，在第二批集采中，乙肝抗病毒药物阿德福韦酯已不在临床一线用药范围，但临床和药学专家反映，该药在部分医疗机构尤其是基层医疗机构仍有较大使用量。经过综合权衡，联采办在组织报量时指导医疗机构谨慎报量，并将其带量比例最大幅度下调后纳入集采范围。

医保待遇清单制度落地 医药市场转型趋势明确

来源：Latitude Health

8月10日，国家医保局发布《关于建立医疗保障待遇清单管理制度的意见》（下称《意见》）。这是继2019年推出《征求意见稿》之后，医保待遇清单制度正式出台。医保待遇清单制度延续了国家医保局在监管层面的原有逻辑，首先，权力持续上收，但会在保证基本规则的前提下给予地方一定的灵活性。其次，加深保障并提高保障层次，这将推动现有医疗服务和药品耗材市场的加速转型。

第一，《意见》在原则上明确了加深保障、明确筹资水平和待遇相等、并鼓励多层次医疗保障体系，“守住政府责任边界，科学确定筹资待遇水平和各方负担比例，实现医保制度可持续发展。坚持责任分担、多元保障。坚持权利和义务对等，完善风险分担机制，鼓励发展多层次医疗保障体系。”。

加深保障是重点。作为主要支付方的医保覆盖面重心明显偏向住院、严重慢性病和大病，因为在这些方面的原有保障较弱，大病患者有因病致贫的风险。支付方在这些方面提高报销比例将成为长远的趋势。

随着对药价的压制，医保结构性调整的一个最主要方面就是加深保障，从《意见》可以看到，在住院支付政策上，“对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，基本医保总体支付比例

75%左右，职工医保和城乡居民医保保持合理差距，不同级别医疗机构适当拉开差距。大病保险支付比例不低于 60%”。

与征求意见稿的 2019 版相比，2020 版模糊了职工医保和居民医保各自的支付比例，只是给出了两者总体的支付比例，这表明，由于各地经济发展不平衡，如果全国设定统一标准，可能对筹资能力较弱的地区带来较大的负担，尤其在财政补贴较大的居民医保领域会给当地财政带来过重的负担。因此，在总体支付比例明确的框架下，各地因地制宜来制定自身的不同医保体系的支付比例会是一个比较合理的模式。

而且，在征求意见稿 2019 版原先提出的“逐步取消大病保险的最高支付限额”改为了“职工医保叠加职工大额医疗费用补助、居民医保叠加大病保险的最高支付限额原则上达到当地职工年平均工资和居民人均可支配收入的 6 倍左右”。

随着过去几年医保的覆盖面扩大，医保的保障深度也得到了很大的提升，尤其是城乡居民医保领域的保障幅度逐步加大。但在筹资水平没有大幅上升的前提下，无限制提高大病医保限额对医保基金带来风险。此次《意见》明确了大病保险的最高支付限额，这代表在大病领域的保障将有限度地加深，从而强化医保覆盖能力。

不过，“对低保对象、特困人员和返贫致贫人口，大病保险起付标准降低 50%，支付比例提高 5 个百分点，并取消最高支付限额”。

“医疗救助对低保对象、特困人员可按不低于 70%比例给予救助，其

他救助对象救助水平原则上略低于低保对象，具体比例由各统筹地区根据实际确定”。这意味着在推进保障的过程中，对于有困难对象还是要加大保障力度，减轻大病的经济负担。

而在门诊支付待遇政策上，由于职工医保门诊统筹政策已经发布，《意见》强调了门诊统筹在居民医保的政策：“对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，居民医保门诊统筹支付比例不低于 50%”。这与原先强调居民医保的门诊统筹只是在基层医疗支付比例不低于 50%有了很大的推进，意味着居民医保可以在医院也能享受 50%的报销比例。

随着统筹层次上抬到地级市，居民医保进入地市级医院看病不再算异地就医，居民医保的门诊统筹能覆盖到医院也是提升保障能力的体现。不过，居民医保的缴纳水平较低，长期依靠财政补贴，门诊统筹在县和地市医院也达到 50%的报销水平给基金运营带来一定的压力。

“门诊慢特病等特殊支付政策：把高血压、糖尿病等门诊用药纳入医保报销。恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等需要长期门诊治疗但达不到住院标准的特殊疾病，以及日间手术等在门诊开展比住院更经济方便的部分医疗服务，可参照住院制定相应的管理和支付办法。”

由于中国职工医保分为个帐和统筹两部分，个帐主要覆盖门诊。由于很多药品和治疗手段在门诊受到了较大的限制，才被迫去通过住

院获取，这提高了住院率，加大了医保资金的支付压力。但个帐部分的资金相对有限，也无法发挥保险风险共济的特点，一旦病人患有慢病和大病后需要长期看病和服药，病人的财务压力很大。很多地区为了解决这个问题就开通了门诊慢病和门诊大病，使用统筹资金为门诊病人提供就诊和治疗。门诊统筹按病种支付，主要集中在报销治疗和药品。从门诊慢病和门诊大病的出发点来看，除了加大覆盖以提高保障的深度，也有缓解和降低住院的意图。

第二，《意见》明确了央地各自的原则：“统筹制度政策安排，明确决策层级和权限，既规范决策，又鼓励探索，推进医疗保障制度管理法治化、规范化、标准化”。这意味着在在基金支付的项目和标准上，明确了在国家统一制定规则，各地在这一规则上可有一定的灵活性。

在严格决策权限这一栏再次明确了这一点：“国务院医疗保障行政部门会同有关部门统一拟定、调整和发布医疗保障基本政策。各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团(以下统称省)可在国家规定范围内制定具体筹资及待遇等政策并根据国家有关要求动态调整。各统筹地区按照有关规定制订实施细则，并负责组织落实”。

在药品目录和医疗服务目录上，原先的省级医保目录将不再获得允许，“国家统一制定国家基本医疗保险药品目录，各地严格按照国家基本医疗保险药品目录执行，除国家有明确规定外，不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内药品。国家建立完善医用耗材、医疗

服务项目医保准入、管理政策，明确确定医用耗材医保支付范围的程序、规则等。地方按照国家规定政策执行。”

这意味着国家医保局将这一权力直接收归中央，也不再给予地方以灵活性，药企和耗材厂商很难寄希望于通过省级医保目录增补来弥补未能进入国家医保目录的缺失。而原先在征求意见稿中允许“各省可在国家规定范围内适当调整”的表述则被删除，这意味着医疗服务项目和设施范围的规则制定也将全部由国家制定，各地只能在限定的范围内进行调整。

不过，《意见》删除了征求意见稿中的支付标准的相关表述，这意味着未来药品、服务和耗材的支付标准将仍按现有模式操作。

从药品支付标准来看，药品和耗材集采所确定的价格未来可被视为医保支付的全国标准，而目前各省正在展开的药品集采则可视为地方自己的标准。可以预见的是，未来在全国用量较大的药将更多的由国家制定支付标准，而在某些地区用量较大的药品则更多的会交给地方。而从一直开展的某些地区的联合采购来看，几个省联动产生的价格也有可能成为部分地区共同的医保支付标准。在这一过程中，国家医保局和各地区在一定程度上是可以形成联动，特别是在部分药品快速放量的情况下，国家医保局的集采可随时进入市场，这对药价的影响将是非常大的。

而从服务支付标准来看，未来门诊的混合支付模式和住院的 DRG 支付模式将是在国家标准的基础上进行调整，各地形成自己的医保支

付标准。这一方面是根据各地的经济水平和实际支付能力，另一方面也是根据当地的医疗成本来做一个调整。由于服务标准的调整需要精细化管理能力的提升，这一过程相对药品将缓慢一些。

第三，提高统筹层次是医保可持续性发展的主要手段之一。在之前讨论的支付项目和标准上，《意见》已经取消了省级医保目录，明确了医疗服务项目和设施范围的规则制定由国家进行，医保支付标准直接使用国家支付标准。

而在住院和门诊的起付标准和支付比例上，“各地因地制宜，在国家规定范围内制定住院和门诊起付标准、支付比例和最高支付限额。不得自行制定个人或家庭账户政策。逐步规范缴费年限政策”。清单明确了范围，并明确的要求地方不得制定个人或家庭账户，这意味着全国各地的个人和家庭账户的政策都将被迫改变，这也为个帐的改革提供了方向，即在国家统一指导下进行全国性的改革。

所有这些举措一方面意味着权力的上收，但也意味着未来提高统筹层次将是权力上收的主要推进手段，目前过低的医保统筹层次将得到改观。

总之，医疗保障待遇清单管理制度一方面明确了权责对等，明确了保障的范围和标准，另一方面也将极大的改变当前的医疗服务和药品市场结构，医疗服务机构和药企很难通过绕道地方相关特殊政策来规避。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

关键时期！院感防控这十项要点再次被重申！

来源：九风医学教育

由南京禄口引发的本轮疫情仍在持续发酵。据国家卫健委官网消息，8月3日0—24时，新增本土病例71例(江苏35例，湖南15例，湖北9例，山东6例，云南3例，河南2例，福建1例)。与之相应的，近期，为防控疫情，先后已有多家医疗机构宣布停诊。

1、一批医疗机构先后停诊

8月3日，上海市召开疫情防控新闻发布会。浦东新区副区长李国华介绍，浦东新区人民医院、浦东新区中医医院、川沙社区卫生服务中心(位于浦东新区中医医院院区)于8月2日下午暂停门急诊，接受全员核酸检测。

不仅上海，8月1日，江苏省南京市卫生健康委员会发布了《关于在我市新冠肺炎疫情期间暂停部分诊疗工作的通告(第9号)》(以下简称《通告》)。《通告》指出，南京地区的诊所、口腔科、眼科、耳鼻喉科、整形(美容)科等专科医院与综合医院内相关专科择期诊疗项目将全部暂停，具体恢复时间会视疫情防控情况另行通知。扬州市也曾发布通告，要求扬州市一级医院(含基层医疗卫生机构)和专科医院的口腔科、健康体检服务全面停诊；口腔科、眼科、耳鼻喉科、整形(美容)科等专科医院和健康体检机构全面停诊；原则上可择期诊疗项目全部暂停。

就在同一日，海口市中医医院(金盘院区)、海南省人民医院(秀英院区)、海南省眼科医院先后发布停诊通知。在此之前，海口市通报新增 1 例新冠确诊病例。

7 月 31 日，江苏省丹阳市发布“关于临时关闭丹阳市部分民营医疗机构的紧急通知”。要求即日起丹阳市内所有民营诊所和门诊部类医疗机构全面停诊。

自 7 月 31 日起，河南省郑州市第六人民医院已实行闭环管理，停止诊疗工作。

.....

2、落实院感防控十项要点！

一批医院停诊、闭环管理的背后，让院感防控的重要性再一次呈现在公众面前。据此前通报，郑州疫情最初发生在郑州市第六人民医院内部，涉及保洁人员、医务人员、住院患者等，呈现小范围聚集状态，也暴露出医院存在漏洞。据了解，今年全国已发生多起医院相关疫情传播。

为进一步加强新冠肺炎疫情期间医疗机构感染防控工作，有效降低新冠肺炎病毒在医疗机构内的传播风险，结合当前面临的新形势和新问题，日前，河南卫生健康委印发了《关于进一步重申加强新冠肺炎疫情期间医疗机构感染防控工作的通知》(以下简称《通知》)。

《通知》强调，医疗机构要全方位、全系统、无死角查找感染防控存在的短板漏洞、风险隐患，积极防范化解感染暴发风险。要针对

存在问题，建立整改台账，制定整改措施，逐项对照整改，做到问题原因不弄清楚不放过，整改不到位不放过，抓细抓实各项感染防控措施落实。

认真落实感染防控策略

各医疗机构要迅速激活联防联控工作机制，完善指挥系统，确保运行顺畅、信息通畅、协调高效，要积极推进“三个同防”和“三方融合”措施的落实，快速阻断疫情传播。

一是做到“内、外同防”，实施以“早发现、早报告、早隔离、早治疗”为基础的防控措施，把好医疗机构的人员、车辆和物资“入口关”，对进入医疗机构人员要检测体温，检查口罩佩戴情况。对住院患者做好健康监测，出现新冠感染疑似症状及时发现处置。

二是做到“医、患同防”，医疗机构全体工作人员、患者及其陪同人员均应做好个人防护，在严格落实标准预防措施的基础上，根据疾病传播途径做好额外预防，避免发生医疗机构内交叉感染。

三是做到“人、物同防”，要切实加强医患双方人员防护和感染风险预警，加强医疗机构内的环境、物品、外来物资等的风险防控；加强医疗机构内环境和物体表面的清洁消毒，特别是加强重点部门环境及重点人群接触后环境的清洁消毒；加强对外来人员和物品的管控，必要时开展环境检测。

四是做到“三方融合”，要规范工作人员行为、强化行为管控的“人防”；要提升感染防控技能，优化诊疗流程的“技防”；要规范使

用消毒剂、相关设施设备的“器防”；要切实将“三防”理念融入到所有诊疗活动中，有效降低医疗机构内感染的发生率。

建立健全感染防控制度、工作流程和应急预案

各医疗机构要及时修订完善感染防控相关规章制度，细化、优化感染防控相关流程和措施，并督导落实。医疗机构要切实增强预见性和主动性，制定不同情形下的应急预案，指定具体责任部门和责任人，通过开展桌面推演和现场演练等多种形式，持续优化应急预案，确保各部门、各环节防控步调协同、衔接顺畅。

各级卫生健康行政部门和医疗机构要建立既熟悉政策要求又具备较强业务能力的专业队伍，持续提升公共卫生管理、突发事件应急和流行病学调查能力，承担流行病学调查、感染聚集事件处置和检查等工作，指导疫情防控和医疗机构内感染防控工作。

有效落实预检分诊制度

各医疗机构要在门诊、急诊规范设置预检分诊点，做到标识清楚、相对独立、通风良好、流程合理，具有消毒隔离条件，配置必要的符合国家相关标准要求的防护用品。按要求配备有经验的医护人员，严格落实预检分诊制度，接诊患者时，应采取标准预防的措施。如怀疑其患有传染病时，应依据其传播途径选择并正确指导患者使用适宜的防护用品；进一步通过简单问诊和体格检查，详细追问流行病学史，判断其罹患传染病的可能性。对可能罹患传染病的，做好患者基本信息登记，立即由专人陪同，并按指定路线（室外距离最短、接触人员

最少的原则)将患者分诊至感染性疾病科门诊或设有感染性疾病科门诊的医疗机构就诊,同时对预检分诊点采取必要的消毒措施。诊所和不具备发热患者接诊条件的医疗机构,要做好患者信息登记和报告,按照当地卫生健康行政部门的规定,使用专用车辆将患者安全转诊至就近设有感染性疾病科门诊的医疗机构进一步排查。

规范感染性疾病科管理

各医疗机构要规范设置感染性疾病科门诊(发热门诊、肠道门诊等),其建筑布局、区域划分、区域内房间设置,人物、洁污、医患通道及气流流向等符合传染病防治、感染防控、医院卫生学等要求,并与其他区域实施严格的物理隔断。要严格执行“三区、两通道”防控要求、工作流程和管理制度等,所有区域和诊室应加强通风,如使用机械通风,应当控制气流方向,由清洁侧流向污染侧。

要结合实际充实感染性疾病科门诊医疗、护理人员力量,满足诊疗和救治工作的需求,应配备质量合格、数量充足的个人防护用品。要严格落实首诊负责制,对发热患者实施“接诊、筛查、留观、转诊”工作闭环管理;要配置独立的CT等硬件设置,防止因硬件设施配置不规范和管理不到位造成的交叉感染。要配齐消毒物品、防护用品,规范做好医务人员防护和工作区域环境及物表清洁与消毒。要设置独立的空调系统和污水处理系统。

设置感染性疾病科病区的医疗机构要实施规范化管理。应加强定点医院医疗机构新冠肺炎疑似或确诊患者隔离病区管理,新冠肺炎疑似患

者应单人单间、单独卫生间，实施隔离安置；无症状感染者、确诊患者可分别同室安置。所在地区发生多点散发或聚集性疫情时，根据疫情发展形势和防控需要，可选择增加必要的检测项目、胸部 CT 检查。定点医疗机构工作的人员上岗前应进行新冠病毒核酸检测，固定通勤车辆和驻地，住宿应单人单间，实行全闭环管理。

加强普通病区规范管理

各医疗机构应加强病区人员管控。对新入院患者要严格落实“应检尽检”要求，设置并合理使用过渡病室；临床各病区和急诊科要设置并合理使用隔离病室，有效降低交叉感染风险。要严格陪护及探视管理，新冠肺炎定点救治医疗机构原则上不安排探视和陪护，非定点医疗机构非必须不探视、不陪护，确需陪护的，要固定陪护人员，不得随意进出病区，严格限制行进路线和活动范围。陪护人员在进入病区前应持有 48 小时内核酸检测阴性报告。各病区要严格按照核定床位收治患者，床位使用率控制在 85%—93%，病床间距不小于 0.8 米。所有住院患者在病情允许的前提下，应规范佩戴口罩，陪护人员全程佩戴口罩。

严格落实标准预防和防护措施

标准预防是保护医患双方安全的重要措施，主要包括手卫生、正确使用个人防护用品、呼吸卫生和咳嗽礼仪、诊疗设备及环境清洁消毒、患者安置、安全注射、医用织物洗涤和医疗废物管理等。额外预防是在标准预防基础上，针对感染性疾病病原学特点和传播途径，以

阻断接触传播、飞沫传播或空气传播途径为目的而采取的针对性综合防控措施。各医疗机构要不断强化全院、全员(医务、后勤、保洁、保安、护工、社会化服务等人员)职业安全防护意识,规范医务人员的行为,建立行之有效的行为屏障,加强对标准预防和额外预防措施实施效果的监管。严格落实参与新冠肺炎救治的一线工作人员的闭环管理措施,严格做好个人防护,规范穿脱个人防护用品全过程的培训、指导和监管等,防止工作人员的院内交叉感染。

实施风险评估和综合感染防控

各医疗机构要持续改进感染风险监测评估机制,规范开展感染监测工作,完善本机构感染信息化监测网络体系,建立完善基于临床症状或症候群的感染病例、感染聚集事件的预警报告机制。发现确诊或疑似新冠感染患者时,应按要求及时报告,做好相应处置。要加强医疗机构内感染暴发的监测预警,发现疑似感染暴发时应依据相关标准和流程,启动应急预案,及时规范报告处置。

做好环境表面清洁与消毒工作

各医疗机构要加强诊疗环境的通风管理,实施有效的空气消毒措施。加强对诊疗环境(物体表面、地面等)的消毒管理,对于重点部门、高频接触的物体表面要结合实际增加消毒频次。严格患者呼吸道分泌物、排泄物、呕吐物的处理,严格执行终末消毒。

扎实开展全院全员全流程培训

各医疗机构要进一步强化“人人都是感染防控实践者”的意识,

将感染防控要求落实到临床诊疗活动各环节。要根据当地疫情防控要求和本机构功能定位，建立培训工作长效机制和多部门协作机制，制订、细化本机构感染防控全员培训方案，明确并履行部门及其岗位职责，确保培训各项措施落到实处。要建立培训效果检查评价考核机制，详细记录每批次培训的时间、培训地点、参加人员、培训内容、培训学时、授课人、考核(考试)结果等，适时对培训效果进行评价，确保培训的实际效果。

各医疗机构要针对不同层级、不同岗位、不同专业、不同科室的特点设定培训内容，特别是对预检分诊、急诊科、口腔科门诊、感染性疾病科门诊及病区、内镜诊疗部(室)、手术部(室)、重症医学科、产房、血液净化(透析)室、医学检验科、输血科、医学影像科、消毒供应中心、后勤保障部门(包括但不限于保洁、保安、医疗废物收集及转运)等高风险科室(部门)的人员作为重点培训对象，使其熟练掌握新型冠状病毒感染防控、职业安全防护、职业暴露后处理的相关知识、技能与方法。同时，应注重加强对患者和陪护人员的健康教育和传染病防治知识的培训。

加强医疗机构内医疗废弃物管理

各医疗机构要规范医疗废弃物的管理。医疗机构的感染性疾病科门诊、隔离病区产生的医疗废物和生活垃圾，均应当按照医疗废物进行分类收集，并做好院内交接、转运、暂存及移交医疗废物集中处置单位等全流程管理，确保安全。

实现医院精准管理目标，成本控制是重要抓手

来源：DRG 变量

成本是衡量一个医院经营管理绩效、提升整体竞争实力的一项综合指标。做好成本管理、优化配置资源，最大限度挖掘医院潜力，是医院竞争致胜的关键。但目前公立医院成本核算还存在诸多问题，这需要我们不断进行学习。

1、成本即证据

执行平等的谈判协商机制和风险分担机制医院需要可靠的证据

医改要求“加快建立各类医疗保险经办机构和定点医疗机构之间公开、平等的谈判协商机制和风险分担机制”。医保部门是医疗服务的“甲方”，具有天然的优势地位，按照 DRG 付费基于医保基金“以筹定支”和“现实认可”确定支付标准，而支付标准是否合理，很难有统一清晰的标准。

如果医院要“讨价还价”，一定需要合理的病种成本核算资料，拿得出证据才能讲得清道理。因此，医院只有通过加强病种成本核算，以核算结果作为“证据”，才有可能获得医保部门的支持。

2、精度显成本

精准化管理医院需要“算清账”

不少医院开展了科室全成本核算，但这一方法核算的颗粒度还比较粗，并没有与 DRG 病组对接。面对 DRG 付费改革，需要算清每一个

病组到底是赚钱还是亏钱，哪些病组在亏，亏在哪里。不以 DRG 为核算单元开展成本核算，这笔帐就算不清，更罔论“精细化管理”。

3、核算保质量

加强医疗质量管理需要强化病种成本核算

通常认为，按 DRG 付费可能对医疗质量会造成一定的影响，故而医院在接受 DRG 付费的同时，必须同步加强病种质量的科学性与严格性管理，围绕质量为中心，充分发挥医务人员的主观能动性。

除了临床和质控等部门高标准严要求之外，通过分析病种成本结构，对病种成本核算进行研究和分析，在保证医疗质量前提下，通过科室/医疗小组同质化的病种成本比较和追踪，也可以保证医疗质量不滑坡，最终高效实现医疗服务。

4、绩效看成本

绩效考核需要病种成本核算

基于 DRG 思路设计的绩效考核，才是 DRG 支付下顺理成章的管理方式。只有从病种成本绩效考核着手，才能促使医务人员控制病种成本、优化病种成本，从而提高科室与医院经济效益，做到优劳优得，产生正向的激励作用。

所以，从某种意义上，DRG 支付不仅仅是一种支付手段，更是倒逼医院加强病种精细化核算，推动病种成本核算在医院的管理应用，帮助医院科学精准地运营。“精细核算、算为管用、算管结合”，努力优化成本结构，才能提高医院的经济效益。

总的看来，DRG 支付就如同医院版的“货币战争”，这也势必对医院的运营管理机制带来巨大冲击，首当其冲的就是在新支付方式下的成本管控。某种程度上，DRG 在院内的成功实施，要求管理必须以成本管控为核心，医院要在保证医疗质量前提下，加强病种成本核算及成本控制，才能游刃有余，临危不变。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

快看，老百姓办医保又有新变化，74 项“跨省通办”今年实现

来源：中国政府网

今年《政府工作报告》提出，要实现更多政务服务事项网上办、掌上办、一次办。企业和群众经常办理的事项，今年要基本实现“跨省通办”。今年上半年，医保便利群众办事方面有哪些新变化，2021 年，还有那些“跨省通办”事项要实现，一起来看！

跨省可办——省心！

跨省就医

扩大普通门诊费用跨省直接结算覆盖范围，确保 2021 年底前所有省份、所有统筹地区作为参保地和就医地双向开通。

积极推进门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算。国家医保局重点推进高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等 5 个门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结

算。

积极推进跨统筹区基本医保关系转移接续工作，实现基本医保关系转移接续“跨省通办”。

线上能办——舒心!

异地就医备案

持续优化异地就医备案线上服务。推行“承诺制”“容缺后补制”，推进异地就医备案“零跑腿”“不见面”等线上服务。2021年9月底前，全国所有统筹地区依托国家医保服务平台提供统一的线上备案服务。

热线、网点便捷办——贴心!

便民热线

通过全国一体化政务服务平台“好差评”系统、各级政府门户网站、“12345”热线等倾听收集企业和群众意见建议。

医保经办服务

大力推动医保经办服务下沉，发挥乡镇(街道)作为服务城乡居民的区域中心作用，将参保登记缴费、信息查询及变更、异地就医备案、零星(手工)报销初审等业务下放乡镇(街道)一级办理，鼓励有条件的统筹地区下放至村(社区)一级办理。

去年，国务院办公厅印发《关于加快推进政务服务“跨省通办”的指导意见》，对140项高频政务服务事项“跨省通办”给出具体时间表、路线图!其中，有74项要在今年年底完成，7项与医保有关，

它们都是什么？这里看，一目了然！

2021年底前实现“跨省通办”的事项（74项）

序号	办理事项	应用场景	牵头单位	配合单位
1	开具有无犯罪记录证明	申请人可异地申请开具有无犯罪记录证明，不受户籍地限制。	公安部	
2	开具户籍类证明	因家庭矛盾等原因无法取得居民户口簿的，申请人可异地申请开具户籍类证明，由户籍地公安部门开具相关证明，不受户籍地限制。	公安部	
3	工作调动户口迁移	申请人因工作调动需要迁移户口的，只需在迁入地申请，迁入地和迁出地公安部门协同办理户口迁移，申请人不再需要到转出地办理相关手续。	公安部	教育部、人力资源社会保障部
4	大中专院校录取学生户口迁移	申请人因大中专院校录取需要迁移户口的，只需在迁入地申请，迁入地和迁出地公安部门协同办理户口迁移，申请人不再需要到转出地办理相关手续。	公安部	教育部、人力资源社会保障部
5	大中专学生毕业户口迁移	申请人因大中专毕业后需要迁移户口的，只需在迁入地申请，迁入地和迁出地公安部门协同办理户口迁移，申请人不再需要到转出地办理相关手续。	公安部	教育部、人力资源社会保障部

6	夫妻投靠 户口迁移	申请人因投靠配偶需要迁移户口的，只需在迁入地申请，迁入地和迁出地公安部门协同办理户口迁移，申请人不再需要到转出地办理相关手续。	公安部	民政部
7	父母投靠 子女户口 迁移	申请人因投靠子女需要迁移户口的，只需在迁入地申请，迁入地和迁出地公安部门协同办理户口迁移，申请人不再需要到转出地办理相关手续。	公安部	民政部
8	孤儿救助 资格认定	申请人可异地申请孤儿救助资格认定，不受户籍地限制。	民政部	
9	事实无人 抚养儿童 认定	申请人可异地申请事实无人抚养儿童认定，不受户籍地限制。	民政部	
10	困难残疾 人生活补 贴和重度 残疾人护 理补贴资 格认定	申请人可异地申请困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定，不受户籍地限制。	民政部	中国残联
11	法律职业 资格认定 (享受放 宽条件政 策的除 外)	申请人可选择在居住地、户籍地或工作地申请授予法律职业资格，不受考试报名地限制。	司法部	
12	纳税状况 公证	申请人可异地申请办理纳税状况公证，不受缴税地限制。	司法部	税务总局

13	职业年金个人权益记录单查询打印	申请人可异地查询、打印职业年金个人权益记录单，不受地域限制。	人力资源 社会保障部	
14	个人社保参保证明查询打印	申请人可异地查询、打印个人社保参保证明信息，不受地域限制。	人力资源 社会保障部	
15	单位社保参保证明查询打印	申请人可异地查询、打印单位社保参保证明信息，不受地域限制。	人力资源 社会保障部	
16	失业保险关系转移接续	申请人可向转入地申请，转入地与转出地经办机构协同办理失业保险关系转移接续，申请人不再需要到转出地办理（不符合转出条件的除外）。	人力资源 社会保障部	
17	领取一级至四级伤残职工工伤保险长期待遇资格认证	申请人可异地自助办理一级至四级伤残职工工伤保险长期待遇资格认证（生存认证），不受地域限制。	人力资源 社会保障部	
18	领取因工死亡职工供养亲属待遇资格认证	申请人可异地自助办理因工死亡职工供养亲属待遇资格认证（生存认证），不受地域限制。	人力资源 社会保障部	
19	工伤事故备案	申请人异地发生工伤事故后，可异地向参保地社保经办机构及时报告工伤事故情况，不受地域限制。	人力资源 社会保障部	
20	工伤异地居住（就医）申请	申请人需要在异地就医的，可申请工伤异地居住（就医）备案，不再需要到参保地办理。	人力资源 社会保障部	国家医保局

21	社会保障卡申领	申请人可异地申领社会保障卡，不受发卡地限制。	人力资源部 社会保障部	
22	社会保障卡启用	申请人可异地启用社会保障卡社会保障功能，不受发卡地限制。	人力资源部 社会保障部	
23	社会保障卡补领、换领、换发	申请人可异地申请社会保障卡补领、换领、换发，不受发卡地限制。	人力资源部 社会保障部	
24	社会保障卡临时挂失	申请人可异地办理社会保障卡临时挂失，不受发卡地限制。	人力资源部 社会保障部	
25	职业技能等级证书查询、核验	申请人可异地查询或核验本人职业技能等级证书信息，不受地域限制。	人力资源部 社会保障部	
26	流动人员人事档案接收、转递	申请人可向人事档案转入地申请，转入地与转出地协同办理流动人员人事档案接收、转递，申请人不再需要到转出地办理相关手续。	人力资源部 社会保障部	
27	商品房预售、抵押涉及的不动产预告登记	申请人可异地网上申请商品房预售、抵押涉及的不动产预告登记，不受商品房所在地限制。	自然资源部	公安部、民政部、国家卫生健康委、市场监管总局
28	不动产登记资料查询	申请人可异地网上查询不动产登记资料，不受不动产登记地限制。	自然资源部	最高人民法院、公安部、民政部、司法部、国家卫生健康委、市场监管总局

29	不动产抵押登记	申请人可异地网上申请不动产抵押登记，不受不动产登记地限制。	自然资源部	公安部、民政部、国家卫生健康委、市场监管总局
30	测绘作业证办理	申请人可异地申请办理测绘作业证，不受测绘作业地限制。	自然资源部	
31	新设探矿权登记	申请人可异地申请新设探矿权登记，不受地域限制。	自然资源部	
32	探矿权保留登记	申请人可异地申请探矿权保留登记，不受地域限制。	自然资源部	
33	探矿权延续登记	申请人可异地申请探矿权延续登记，不受地域限制。	自然资源部	
34	探矿权变更登记	申请人可异地申请探矿权变更登记，不受地域限制。	自然资源部	
35	探矿权注销登记	申请人可异地申请探矿权注销登记，不受地域限制。	自然资源部	
36	新设采矿权登记	申请人可异地申请新设采矿权登记，不受地域限制。	自然资源部	
37	采矿权变更登记	申请人可异地申请采矿权变更登记，不受地域限制。	自然资源部	
38	采矿权抵押备案	申请人可异地申请采矿权抵押备案，不受地域限制。	自然资源部	
39	采矿权延续登记	申请人可异地申请采矿权延续登记，不受地域限制。	自然资源部	
40	采矿权注销登记	申请人可异地申请采矿权注销登记，不受地域限制。	自然资源部	
41	测绘成果目录汇交	汇交人可网上汇交测绘成果目录，不受地域限制。	自然资源部	
42	建立相对独立平面坐标系统审批	申请人可异地申请建立相对独立平面坐标系统审批，不受地域限制。	自然资源部	

43	住房公积金单位登记开户	申请人可异地向注册地住房公积金管理中心申请住房公积金单位登记开户，不受地域限制。	住房和城乡建设部	公安部、人力资源社会保障部、市场监管总局
44	住房公积金单位及个人缴存信息变更	申请人可异地向缴存地住房公积金管理中心申请变更单位及个人住房公积金缴存信息，不受地域限制。	住房和城乡建设部	公安部、人力资源社会保障部、市场监管总局
45	购房提取住房公积金	申请人在非缴存地购房的，可向购房地住房公积金管理中心提出申请，从缴存地住房公积金管理中心提取住房公积金。	住房和城乡建设部	公安部、民政部、人力资源社会保障部、自然资源部、税务总局、中国人民银行
46	开具住房公积金个人住房贷款全部还清证明	申请人可异地向贷款地住房公积金管理中心申请开具住房公积金个人住房贷款全部还清证明，不受地域限制。	住房和城乡建设部	
47	提前还清住房公积金贷款	申请人可异地向贷款地住房公积金管理中心申请提前还清住房公积金贷款，不受地域限制。	住房和城乡建设部	
48	道路客运驾驶员从业资格证换证	申请人可异地申请道路客运驾驶员从业资格证换证，不受地域限制。	交通运输部	
49	生育登记（一孩/二孩）	申请人可异地网上申请生育登记（一孩/二孩），不受户籍地限制。	国家卫生健康委	
50	再生育审批（三孩及以上）	申请人可异地网上申请再生育审批（三孩及以上），不受户籍地限制（西藏的完成时间可适当延后）。	国家卫生健康委	

51	医疗广告审查	申请人可异地网上申请发布医疗广告，不受企业所在地限制。	国家卫生健康委	
52	工业产品生产许可证发证	申请人可异地申请工业产品生产许可证，不受企业所在地限制。	市场监管总局	
53	工业产品生产许可证注销	申请人可异地申请工业产品生产许可证注销，不受企业所在地限制。	市场监管总局	
54	保健食品广告审查	申请人可异地网上申请保健食品广告审查，不受申请人所在地限制。	市场监管总局	
55	特殊医学用途配方食品广告审查	申请人可异地网上申请特殊医学用途配方食品广告审查，不受申请人所在地限制。	市场监管总局	
56	计量器具型式批准（国产计量器具）	申请人可异地申请计量器具型式批准（国产计量器具），不受企业所在地限制。	市场监管总局	
57	医疗器械广告审查	申请人可异地网上申请医疗器械广告审查，不受申请人所在地限制。	市场监管总局	
58	基本医疗保险参保信息变更	申请人可异地申请变更基本医疗保险参保信息，不受参保地限制。	国家医保局	公安部、民政部、人力资源社会保障部、税务总局
59	城乡居民基本医疗保险参保登记	申请人可异地申请城乡居民基本医疗保险参保登记，不受参保地限制。	国家医保局	公安部、民政部、人力资源社会保障部、税务总局
60	基本医疗保险关系转移接续	申请人可在转入地申请，转入地与转出地经办机构协同办理基本医疗保险关系转移接续，申请人不再需要到转出地办理相关手续。	国家医保局	公安部、人力资源社会保障部、税务总局

61	异地就医 结算备案	申请人可跨省申请异地就医结算备案，不受参保地限制。	国家医保局	公安部
62	门诊费用 跨省直接 结算	申请人在异地门诊就医时可凭社会保障卡、身份证或医保电子凭证直接结算医疗费用。	国家医保局	
63	医保定点 医疗机构 基础信息 变更	申请人可异地申请医保定点医疗机构基础信息变更，不受医保定点医疗机构所在地限制。	国家医保局	国家卫生健康委、国家药监局
64	非《进出 口野生动 植物种商 品目录》 物种证明 核发	申请人可异地申请非《进出口野生动植物种商品目录》物种证明核发，不受地域限制。	国家林草局	海关总署
65	经营邮政 通信业务 审批	申请人可异地申请办理经营邮政通信业务审批，不受提交申请地点限制，不影响法定经营地域。	国家邮政局	
66	仿印邮票 图案及其 制品审批	申请人因工作需要，可异地申请办理仿印邮票图案及其制品审批，不受提交申请地点限制。	国家邮政局	
67	申请停止 使用邮资 凭证审批	申请人可异地申请办理停止使用邮资凭证审批，不受提交申请地点限制。	国家邮政局	

[返回目录](#)

深化“放管服”改革，这里医保事项可“一窗综办”

来源：北京市平谷区医疗保险事务管理中心

为深化放管服改革，提升服务水平，优化营商环境，促进政商关

系，降低企业制度性交易成本，增强区域竞争力，北京市平谷区医疗保险事务管理中心积极探索优化营商环境的“医保模式”，推进医保服务关联事项“打包办”“提速办”“简便办”的一窗综办服务模式。

一、总体情况

平谷区医保政务服务大厅，日常工作涉及平谷区医疗保障局各项窗口业务，主要包括：基本医疗保险、城乡居民保险、生育保险、低保低收入人员医疗救助、因病致贫人员的手工报销、生育津贴申报、城乡居民保险的增减员手续、异地就医备案、医疗视同缴费年限认定及补缴审批、公费标识审批以及医保政策对外解释等。

二、做法与亮点

平谷区医疗保险事务管理中心始终以“服务效能提升年”为契机，努力打造优质、高效、专业的医保服务水平。

（一）主要做法

一是窗口模式的转变。由多个科室分管大厅，不同窗口不同业务，转变为由综合业务受理科统领全经办业务，集中审批、审核职能，在此基础上，我中心积极探索“医保服务新模式”，创新践行“大厅围绕需求转，后台围绕大厅转”的服务理念，实现了不分参保险种，不分业务类型的“一窗综办”受理模式，通过改革有效提升了工作效率，减少企业和群众的排队等候时间，使服务效能和群众满意得到双提升。

二是服务环境再升级。平谷区医保中心经办大厅严格按照市区两

级“一门”“一窗”率考核指标，成功进驻区级政务服务中心，进驻服务事项 100%。充分利用电子视频宣传屏，电子自助服务区、受理服务评价系统等电子服务通道，优化便民服务细节，为服务群体提供了优美、整洁、便利的新环境，提升企业和群众办事体验感。

三是落实服务制度标准化。以标准化建设为主线，建立健全办事窗口服务包、服务承诺、服务效能促进、容缺受理、亮明身份、暖心服务、首问负责、一次告知、一号统领咨询电话、投诉即办等基本服务制度，组织开展了统一形象标识工作，推进政务服务线上线下品牌形象统一、管理规范统一、服务标准统一。

(二) 创新亮点

一是创新因病致贫的审核模式，由医保中心牵头出台平谷区医疗保障局《关于简化因病致贫家庭医疗救助流程的通知》，发放至全区各乡镇街道社保所和民政科，实现医保内部提数据、缩减审批环节，实现因病致贫医疗数据提取，个人不再提供就医凭证，提高了数据的准确性及完整性，避免了群众因丢失票据而达不到救助条件或降低救助额度等情况，切实做好医保扶贫，应保尽保，强化了困难群众的“托底保障”。切实解决“报销繁”问题。

二是创新生育业务受理模式。一方面综窗积极推行持本市生育证明的生育津贴进行网申，提高网申率，减少见面办理；另一方面精简生育手工报销产前检查和生育津贴综窗申报材料，集中归档，精简率达到 50%，深受企业好评。

三是提高政治站位，将 12345 接诉即办与政务服务相融合。为更好地贯彻落实市级部署，有效提升经办服务水平，我区将局接诉即办平台设在政务服务大厅，最一线倾听民声，最直观了解群众办事的痛点、堵点，始终将接诉即办作为履职尽责的一面镜子，就如何更加惠民、利民、便民服务做了深入研究，形成了通过接诉即办推进政务服务工作的双向推动，再提升政务服务水平，做到未诉先办，减少投诉举报的双向推动，截止目前我局接诉即办成绩始终保持三率 100%；同时在大厅设立平谷区办不成事“反映”窗口，并通过局微信公众号积极搭建在线导办平台，提供即时服务，使咨询沟通立体化让企业群众咨询“找得到部门、问得清政策”，彻底打通服务群众“最后一公里”。

三、下一步工作方向

（一）深化“放管服”改革

一要严格按照市政府审改办《关于排查隐性壁垒问题的通知》要求，将办事流程具体化、细致化，对申报材料提供标准化、规范化模板参考，配备一次性告知清单，坚决杜绝各类隐性壁垒问题。二是推动“放管服”改革，继续优化经办流程，缩减审批手续，进一步提升企业获得感，加快打造营商环境高地，为首都经济社会高质量发展提供有力支撑。

（二）加强政策宣传培训

一是要充分利用政府网站、新媒体、微信公众号等线上宣传政策，设置政策宣讲与答疑专区，规范印发、放置、张贴政策宣传手册、海

报。二是要开展政策进企业、进社区活动，多形式、多渠道，扩大受众群体，加强政务政策宣传；同时加大对窗口受理工作人员、大厅引导员、电话咨询人员、后台审批人员等培训力度，促进其对政策的掌握、运用，加强案例解读，将政策文件形成简单明了的办事流程，避免照本宣科。三是涉及事项要建立健全主动沟通机制，倾听企业需求，推动解决、切实打通政策落地“最后一公里”。

(三) 进一步落实营商环境工作

一是继续严格落实延时服务制度，严格按照《平谷区各级政务服务中心开展延时服务的实施方案》，在正常对外开放办公时间基础上，提供法定工作日早、晚各延长 30 分钟，周六(法定节假日除外)9:00-15:00 的预约、延时服务。二是按照市级工作部署严格落实“好差评”工作机制。按照“好差评”工作机制，主动引导办事人进行“好差评”评价，落实全程评价、每个环节评价和多渠道评价。

[返回目录](#)

扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



地 址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司
电 话：010-68489858