

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2022.01.17-2022.01.23

——本期视点——

（阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。）

• 医药专栏 •

▶ [DRG/DIP 实施后，药品市场即将发生的 3 点变化](#)（来源：Latitude Health）——第 9 页

【提要】与目录谈判、集采等政策相比，DRG、DIP 等医保支付方式改革的实施对药价的影响是间接的，但持续的影响较为深远。从中国市场已有试点医院的情况来看，药品和耗材超支情况较为明显，未来存在较大的压缩空间。如果从海外市场来看，药价持续下降的走势非常清晰，本文简要以日本市场为例来说明医保支付方式实施对药品使用习惯和药价的影响。

▶ [破解“一粒药”之困——从医院角度谈国家药品集采成效](#)（来源：中国医疗保险）——第 13 页

【提要】近期，中国医疗保险研究会在北京召开“集采推动仿制药替代”——集采未中选原研药使用情况变化新闻发布会。会上，北京医院药学部胡欣主任从医院的角度，用数据分析了近年来集采政策的实施效果，用真实世界研究结果解析了集采政策下社会关注的仿制药的质量问题，并对未来集采进一步扩容将会带来怎样的影响进行展望。

• 医保快讯 •

▶ [国家医保局：2022 年医保这么干！](#)（来源：人民网）——第 19 页

【提要】日前，全国医疗保障工作会议在北京召开，系统回顾 2021 年医疗保障工作，分析研判医疗保障改革发展形势，全面部署 2022 年医疗保障工作。国家医疗保障局党组书记、局长胡静林作工作报告，局党组成员、副局长施子海主持会议，局党组成员、副局长陈金甫、李滔、颜清辉出席会议。

▶ [“3+2+3”模式 疏“堵”治“痛”畅通服务最后一公里](#)（来源：四川省成都市医疗保障事务中心）——第 23 页

【提要】2021 年以来，成都市医保局把学习党史与为民办实事结合起来，立足医保服务切实解决群众“急难愁盼”问题，坚决落实党中央、国务院部署，针对异地就医人员医疗费用直接结算成为“揪心事”这一现实问题，以“广覆盖、强管理、解难题、办实事”为工作目标，推行异地就医“3+2+3”工作模式，畅通异地就医费用结算服务最后一公里，消除本地、异地参保群众就医差异性，为群众享受更高质量医保服务提供便捷。

• 健康养老 •

▶ [国家卫健委等三部门：特殊困难老人家庭医生签约率不低于 80%](#)（来源：央视新闻）——第 28 页

【提要】国家卫生健康委、全国老龄办、国家中医药局近日联合印发通知，要求全面加强老年健康服务工作。到 2025 年，65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率达到 65%以上。通知要求，加强老年人健康教育。面向老年人及其照护者广泛传播营养膳食、运动健身、

心理健康、伤害预防等科普知识。落实国家基本公共卫生服务老年人健康管理项目，到 2025 年，65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率达到 65%以上。

▶ [医疗机构如何全面加强老年健康服务工作？](#)（来源：国家中医药管理局）——第 30 页

【提要】日前，国家卫生健康委(全国老龄办)会同国家中医药管理局联合印发《关于全面加强老年健康服务工作的通知》。鼓励将老年人健康教育纳入医疗机构绩效考核，大力发展老年护理、康复服务，加强老年中医药健康服务，积极提升老年医疗多病共治能力，加强老年人居家医疗服务，加强老年人用药保障，加强老年友善医疗服务，加快发展安宁疗护服务，做好老年人传染病防控。

• 分析解读 •

▶ [思考 | 如何深化三医联动，构建协同医保？](#)（来源：国务院办公厅）——第 34 页

【提要】面对新阶段新形势新要求，协同医保成为《“十四五”全民医疗保障规划》主基调，体现了“系统集成、协同高效”的发展理念和发展阶段特点。“十四五”时期，要实现协同医保的建设目标，需建立健全医保内部各要素的关联调整机制，持续以三医联动为抓手推动医保的协同化改革，充分发挥政府、市场和社会等主体功能，探索医疗保障的央地分责和跨区域、多部门协同治理机制，从而构建共建共治共享的医保治理格局，持续完善对全体参保人的健康守护，助力

实现全体人民的共同富裕。

▶ [未来 4 年，卫生健康标准化工作怎么搞？务必明确这 6 点！](#)（来源：国家卫生健康委）——第 42 页

【提要】国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评工作是由国家卫生信息化顶层设计，国家卫生健康委统计信息中心于 2011 年开始的一项对区域和医院信息化建设水平综合评价。截至目前，测评范围覆盖全国 30 个省份和新疆生产建设兵团，共有 25 个分级管理单位。全国范围内公示通过各批次测评的累计有 163 个区域、595 家医院，其中有 13 个区域、53 家医院通过了五级乙等测评。此次国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评工作，从数据资源标准化、互联互通标准化、基础设施和互联互通应用效果等四个方面进行综合评价，促进了区域和医疗机构信息化水平的提升。

• 医疗改革 •

▶ [4×4 任务，DRG/DIP 医保支付改革三年行动](#)（来源：国家医保局）——第 46 页

【提要】日前，国家医保局组织举办第一届中国 CHS-DRG/DIP 付费大会，确保推进 CHS-DRG/DIP 支付方式更好落地见效。在大会上国家医保局医药服务管理司司长黄华波分享了 CHS-DRG/DIP 国家试点工作成效，并部署《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，就高质量完成支付方式改革任务提出“4×4 任务安排”。即聚焦抓扩面、建机制、打基础、推协同四个方面，分阶段、抓重点、阶梯式推进改革工

作，加快扩面步伐，建立完善机制，注重提质增效，高质量完成支付方式改革各项任务。

▶ [“十四五”公共服务规划发布，社会办医的重点来了！](#)（来源：看医界）——第 55 页

【提要】近日，国家发展改革委等部门日前印发《“十四五”公共服务规划》。在框架上，《规划》明确提出“十四五”时期，将推动公共服务发展，健全完善公共服务体系，持续推进基本公共服务均等化，着力扩大普惠性非基本公共服务供给，丰富多层次多样化生活服务供给。在基层医疗服务供给方面，《规划》提出，以城市社区和农村基层、边境口岸城市、县级医院为重点，完善城乡医疗服务网络。加强社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院和村卫生室的标准化建设，加大基层中医药人才培养力度，鼓励引导基层医疗卫生机构提供适宜的中医药服务。加强妇幼保健、传染病、精神病等诊疗能力建设。

• 带量采购 •

▶ [血液制品首次入围！集采扩围步入常态化和制度化](#)（来源：广东省药品交易中心）——第 60 页

【提要】1 月 19 日，广东省药品交易中心发布了关于《广东联盟双氯芬酸等药品集中带量采购文件》的通知。通知指出：根据《广东省医疗保障局关于做好药品和医用耗材采购工作的指导意见》（粤医保规〔2020〕2 号）要求，广东省药品交易中心结合工作实际，制定开展双氯芬酸等 276 个药品联盟地区集中带量采购工作。此次集中带量

采购品种涉及范围是国家基本医保药品目录内用量大、采购金额高的 276 个化学药品和治疗用生物制品。与此前的意见稿相比，由 153 个药品增加至 276 个，其中血液制品 5 个，独家品种 58 个。

▶ [1497 家县级医院全面升级 基层设备采购将放量](#)（来源：医疗器械经销商联盟）——第 63 页

【提要】近日，国家卫健委、乡村振兴局、中央军委等多部门联合下发了《关于印发“十四五”时期三级医院对口帮扶县级医院工作方案的通知》。《方案》要求，通过三级医院对口帮扶，引导优质医疗资源下沉，持续推动县级医院综合能力提升。到 2025 年，对于常住人口超过 5 万人的县，至少有 1 所县级医院达到二级医院医疗服务能力，力争达到二级甲等医院医疗服务能力。对于常住人口不足 5 万人的县，力争有 1 所县级医院达到二级医院医疗服务能力。

• 医院信息化 •

▶ [健康体检数据平台如何建设？](#)（来源：中国数字医学）——第 66 页

【提要】近年来，随着我国人群健康意识的提升，综合医院普遍设置了健康体检(管理)中心，完成了大量的健康体检工作，积累了丰富的健康体检数据资料。与电子病历等医疗数据利用度低的情况相同，健康体检数据同样存在“数据丰富但信息匮乏”的问题。以西部战区总医院为例，不同类型人群的体检数据分别存储于 5 个以上不同的体检信息管理系统，即数据具有多源属性；相同体检项目数据，在不同的

体检信息管理系统中字段属性并不统一，即数据具有异构属性。

▶ [互联互通背景下医疗数据治理面临什么问题，如何治理？](#)（来源：中国医院）——第 74 页

【提要】当前，国内外对于通用数据治理的理论研究和治理实践已有一定的成效，但针对医疗数据治理的研究尚处于起步阶段，原因在于医疗数据治理不仅要遵循数据治理的通用规律与思路，也要考虑医疗信息互联互通的特点。因此，本研究旨在医疗信息互联互通的背景下，对目前我国医疗数据治理存在的问题进行分析，并提出针对性的建议。

-----本期内容-----

• 医药专栏 •

DRG/DIP 实施后，药品市场即将发生的 3 点变化

来源：Latitude Health

与目录谈判、集采等政策相比，DRG、DIP 等医保支付方式改革的实施对药价的影响是间接的，但持续的影响较为深远。从中国市场已有试点医院的情况来看，药品和耗材超支情况较为明显，未来存在较大的压缩空间。如果从海外市场来看，药价持续下降的走势非常清晰，下面简要以日本市场为例来说明医保支付方式实施对药品使用习惯和药价的影响。

与其他国家相比，日本的 DPC 模式对医院是相对宽松的，不仅医院可以自愿加入（其他国家都是强制加入），其计算价格方式也是利好于医院的。

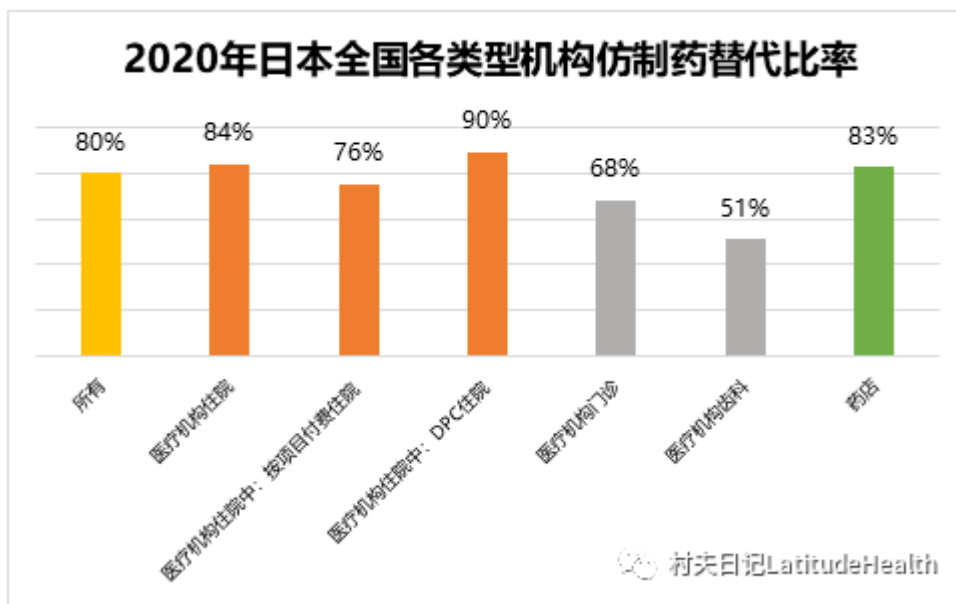
日本政府在 2003 年开始正式推出了 DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination Per-Diem Payment System)。DPC/PDPS 是指诊断程序分组/按日付费系统，DPC 与 DRG 最大的不同是其不是按照每一个个案来支付，而是按照个案的住院日来支付。而且，日本将很多项目排除在定额支付之外，仍然按照项目来付费。按项目付费的部分主要是医生的费用和高值药品和耗材，这包括：手术费、麻醉费以及 1000 点以上的处置、心导管检查、有选择的动脉造影、内窥镜检查、病理

诊断、指导管理费、康复、手术麻醉中使用的药品和特定医疗保险耗材。

截至 2019 年，DPC 组数是 4955 个，其中只有 4296 个是按照 DPC 支付，剩余的仍然是按照项目付费。加入 DPC 的医院数量是 1730 家，共 49 万张床位，占据了所有床位数的 54.4%。

尽管日本的 DPC 没有覆盖全部医院，但由于 DPC 打包支付对每个手术都设定了封顶价，这推动了日本 DPC 住院药品的仿制药替代。

图表：2020 年日本全国各类型机构仿制药替代比率



数据来源：日本厚生劳动省，LatitudeHealth 分析

根据厚生劳动省在 2021 年 3 月公布的仿制药使用数据，DPC 医院院内用药的仿制药占比是所有类别中最高的，甚至比受到政策强制要求仿制药替代的院外零售药店还要高。从全国层面来看，平均水平是 80.4%。医院住院的仿制药替代率是 84.4%，其中按项目付费医院只有 75.5%，而 DPC 医院则有 89.7%。医院门诊的仿制药替代率是

68.2%，而齿科这是 51.1%。院外的处方零售的仿制药替代率尽管已经达到了 83.1%，但还是比 DPC 住院的替代率还是要低很多。

如果从各个地区来看，DPC 住院仿制药替代率高的地区，门诊和处方零售的替代率也相应较高，这意味着整个地区的用药习惯是同时发生了较为明显的变化。反之，如果 DPC 住院仿制药替代率低的地区，门诊和处方零售的替代率也不高。一般来说，在经济发达和医疗水平较高的地区，仿制药替代率要低于那些经济并不发达或医疗资源不丰富的地区。这是因为医疗资源不丰富的地区主要以常规疾病为主，受到政策影响较大，仿制药替代水平容易提高，而医疗资源丰富的地区，复杂疾病和重症较多，很容易将部分费用从 DPC 中移入按项目付费，这降低了仿制药替代率。

从占比来看，住院药品的处方大部分都外流了，住院的药品只占据了所有药品收入的 1.7%，但门诊处方仍有 17.5%留在了医疗机构内。因此，虽然 DPC 和处方外流共同推动了仿制药替代，但 DPC 对药价更为敏感，无论是院内处方还是流向院外的处方都加速了仿制药替代，这也是为什么 DPC 仿制药替代较快的地区，零售药店的仿制药替代也很快。

由于日本只有超过 50%的医院和床位加入 DPC，这给了市场一个较为有价值的观察角度，可以直接比较两种不同付费模式对医院和药品的影响。

首先，按项目付费医院的仿制药替代率远低于 DPC 医院，两者差

距近 15 个百分点。这说明按项目付费医院的仿制药替代率的提高更多受到整体政策的约束，但仍然低于全国平均 80% 的水平。而 DPC 医院则是因为受到定额支付的影响而不得不大幅提高仿制药替代率，这不仅高于按项目付费医院，也远高于院外的药店。日本的处方零售药店的仿制药替代率是有政策强制要求的，如果低于 40% 还要倒扣配药费。这说明 DPC 的作用是比较药价调控直接影响的作用更大。

其次，DPC 推动了住院处方外流。与想象中的门诊处方外流相反，日本门诊处方仍有很大比例留在医疗机构内，反而是住院处方出现了大比例的外流。由于 DPC 推动了医院住院部门使用价格更低的药品，医院在住院药品上获利很少，也更愿意推动这类处方外流。但门诊不受定额支付的约束，医疗机构并没有动力推动处方全部外流，还是保留了一部分利润高的药品。由于日本是同给给予医生处方费的形式来推动处方外流的（处方外流才能获取处方费），可见门诊药品还有很多利润是高于处方费的，所以会留在院内。

最后，医疗资源落后的地区受到 DPC 影响更大。由于医疗资源不丰富，这些地区的复杂疾病处理能力弱，受到 DPC 定额支付影响之后，很难将高值药品和耗材转移到按项目付费，所以其仿制药替代率极高。比如北海道和冲绳等地区的 DPC 医院仿制药替代率高达 90% 以上。而类似东京这样医疗资源丰富的地区则替代率要相应低一些。

因此，如果从上述三点日本市场的经验来看，中国市场可能会出现三点变化：第一，在 DRG/DIP 全覆盖之后，医院住院部分的药品价

格将持续下降，仿制药替代率将持续大幅上升。第二，医院门诊处方将更多的留在体内而不是外流，反而是住院部分有外流的可能性，这与当前市场的认知是相反的，值得持续观察。第三，医疗资源落后地区，尤其是中西部和县级及县级以下受 DRG/DIP 影响较大，药品销售将受到更严重的冲击。反而是大医院和东部医疗资源发达地区仍有着一定的缓冲可能。虽然中国 DRG/DIP 不存在可以将高值药品转移到按项目付费的可能，但复杂疾病价格持续上调的可能性还是比较大的，这有利于高值耗材和药品的市场维护。

总体来看，DRG/DIP 实施之后，住院相关药品价格的持续下降和仿制药替代率是长期趋势，中小型医院和医疗资源落后地区的受冲击性更大。考虑到日本医药分离率已经达到 80%，中国市场的处方仍然留在院内，对市场的直接影响会更大。

[返回目录](#)

破解“一粒药”之困——从医院角度谈国家药品集采成效

来源：中国医疗保险

近期，中国医疗保险研究会于在北京召开的“集采推动仿制药替代”——集采未中选原研药使用情况变化新闻发布会。会上，北京医院药学部胡欣主任从医院的角度，用数据分析了近年来集采政策的实施效果，用真实世界研究结果解析了集采政策下社会关注的仿制药的质量问题，并对未来集采进一步扩容将会带来怎样的影响进行展望，本文从以下两个方面进行概述：

一、用数据说话：药品集采成效

1. 近三年，个人卫生支出占总费用的比重控制在 30%以下

近年来对国家对卫生健康事业的发展持续投入且逐年增大，卫生健康事业发展统计公报显示，2018、2019、2020 年卫生总费用占 GDP 的比重分别是 6.4%、6.6%、7.12%，落实了习主席以健康为中心，并把“健康第一”放在非常重要的位置的健康观念。

随着经济发展，人民群众对健康的高追求是逐年递增，从卫生总费用的构成来看，近几年个人卫生支出占卫生总费用的比重一直控制在 30%以下，这是非常不容易的，得益于药品集采等相关政策的实施。

2. 集采药品价格大幅下降，同时带动同通用名未中选药品主动降价，人民群众用药负担减轻

2018 年至今，国家组织药品集中带量采购已落地五批，共覆盖 218 种药品，集采前年市场容量达 2200 亿元，集采药品品种包括高血压、糖尿病、高血脂、癌症、精神类疾病等常见疾病的常用药，价格大幅下降，平均降幅超过 50%，中选药品价格从国际价格的 2-3 倍以上下降到与之相当的水平。

集采中选仿制药用量迅速上升，集采药品费用占比显著下降，群众用药负担减轻，用药结构和质量显著提升。集采改革以来截至 2021 年 9 月，累计节约费用约 2500 亿元。以高血压用药为例，集采政策涉及 21 种高血压用药，占降压药市场规模 50%以上，苯磺酸氨氯地平片降价 79%，年治疗费用从 300 元降至 60 元，大大提高了高血压

的治疗率和治疗规范性。

从患者三批集采共 112 个品种，平均降幅 54%，按约定采购量测算，每年费用从 659 亿元下降到 120 亿元，节约 539 亿元。按报销比例 60% 计算，为患者节省 216 亿元，为医保基金节省 323 亿元，极大的减轻了患者用药负担。集采还带动同通用名未中选产品主动降价，涉及 430 多个厂牌，对减轻群众费用负担、促进共同富裕发挥了重要作用。例如辉瑞旗下立普妥、络活喜，未进集采主动降价，立普妥主动降价幅度最高到 40%，络活喜 20% 左右的降幅。据统计，以 2018 年药品价格指数为 100 计算，2020 年总体药价水平为 90，充分体现了集采改革以来的减负效应。

3. 集采带来药品可及性大幅提升，仿制药实现对原研药品的替代

前四批集采药品总体采购量达约定采购量 2 倍以上，中选药品采购量占同通用名药品采购量的 80% 左右，患者用上了质优价宜的药品。2021 年一季度与 2015 年一季度相比，第一批国家集采药品的用量增长了 3.5 倍、金额减少了 3.6%，市场占有率从 40% 左右增加到 85.3%。

胡欣主任认为“老百姓该吃药的不吃，这是最可怕的。”医疗技术的发展在延长生理年龄的同时还要注重健康年龄。中国近 3000 万例慢病乙肝患者中，规范治疗率仅 11%。高血压患者约 2.45 亿例，血压控制率仅 17%。集采降价后，乙肝患者、高血压患者用药可及性大幅提升。带量采购后药价下降，患者用药的依从性、持续性提高，医疗需求被释放，利于病情控制和健康维护。

4. 促进“高端制剂，绿色原料”的发展，倒逼“专利悬崖”实现

集采政策促进药品质量疗效一致性评价的进程，提高了用药质量。同时使用通过一致性评价仿制药和原研药等药品的比例从 50% 提高到 90% 以上，明显提高了用药质量水平。

集采带动同病种药品价格全面下降，为各地探索门诊统筹、提高慢病重病报销比例腾挪出空间，有力支撑了创新药医保准入谈判工作，间接扩大用药保障范围，有力提高了保障水平。

集采使药品价格下降，降的是“水分”而非企业利润！重点企业数据表明，中选产品销售人员平均压缩 49%，销售费用占销售金额比例从 40% 下降到 5%—10%。医药行业生态的改善，促进中国药品研发的良性循环。

集采促进了中国药品“专利悬崖”到来：阿卡波糖(拜唐苹)原研药集采前价格是 1.3 元/片，集采后价格降至 0.18 元/片。肿瘤治疗药物吉非替尼(易瑞沙)通过集采降价 69%，平均为 41.8 元/片。

5. 集采政策使临床价值偏低的药逐渐淡出医药市场

仿制药对原研药的替代撬动了临床价值偏低的药，通过集采政策使得临床价值偏低的药逐渐淡出医院的医疗市场，一方面证明国家集采的这批药，没有所谓的“万金油”，都是临床必须且临床证据比较充分的。另一方面又增加了人民群众的可获得性。

6. 集采政策对北京医院的影响

胡欣表示，北京医院患者以老年人为主，有的病区患者平均年龄

达 94 岁，长期服用慢性病药物，所以更要关注药物质量。而自第一批集采以来，北京医院较好地完成了仿制药替代任务，且 2021 年 1 月-9 月总病人数比 2019 年同期上升 2.66%，总病人数在上升释放出医疗需求；人均费用下降 6.66%，药品收入与药占比都在降低，减轻了患者负担。门急诊患者药品次均费用明显降低，集采政策增加了老百姓的获得性，延长了老百姓的健康年龄。

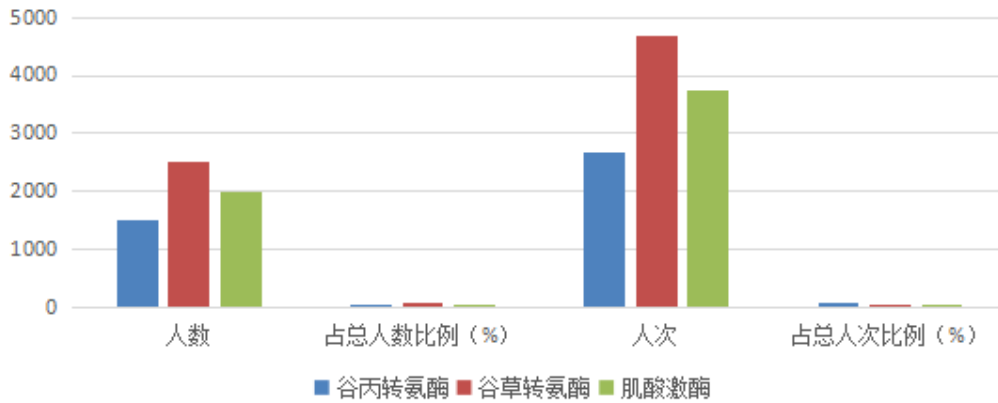
二、真实世界研究，解答中选仿制药替代原研药过程中人们重点关注的“质量”困惑

仿制药的质量和安全性是集采过政策下人们最关注的问题，首都医科大学宣武医院等医疗机构选取部分中选药品，通过分析真实诊疗环境下的真实世界数据，对仿制药进行仿临床治疗等效性与安全性评价。宣武医院药学部主任张兰介绍，该研究从 2019 年 1 月 27 日开始持续了近两年，纳入了北京市 22 家医院（20 家三甲、1 家三级和 1 家社区医院），并针对不同的药品制定不同的研究方案，研究结果显示，涉及乙肝、高血压、肿瘤等 8 个治疗领域的 14 个中选仿制药与原研药在临床疗效和安全性上均无差异，这为仿制药替代原研药提供了重要的循证医学证据。

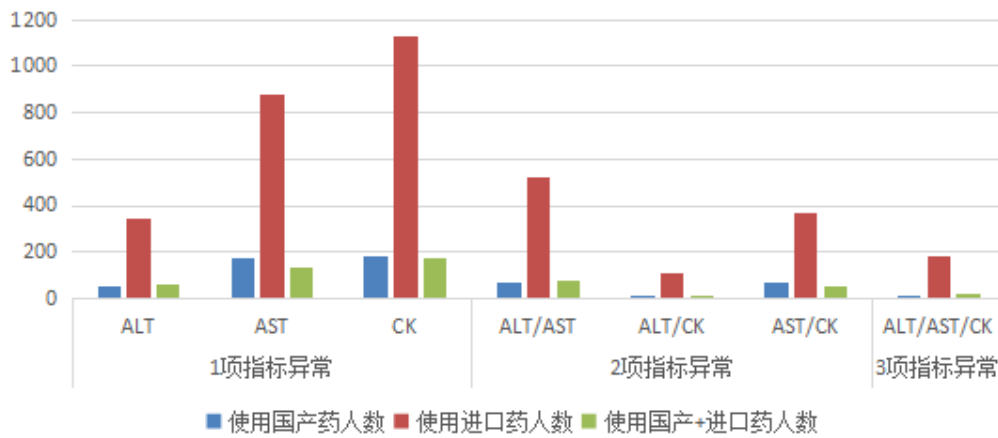
各医院也在加强仿制药的有效性、安全性和质量监测与评价。以北京医院对阿托伐他汀钙的有效性安全性进行真实世界评价：从定量指标来看，首先使用阿托伐他汀钙的患者指标异常的人数和人次占比极低，其次使用国产药的患者各项指标异常的人数均比使用进口药的

人数少，说明仿制药对进口药的替代作用在临床效果上可以获得认可。

使用阿托伐他汀钙患者检验指标异常情况



检验指标异常的患者使用阿托伐他汀钙情况



三、集采扩容应注意监控“替代”品种的临床价值

截止到 2021 年 11 月 10 日，国家公布 48 批参比制剂，共计 4851 条。截止到 2021 年 12 月 7 日，总计近 3500 个受理号通过/视同通过一致性评价，322 个受理号对应药品纳入了第五批集采，213 个受理号对应药品纳入了第三批集采。未来集采品种达 500 种，目标可期。

胡欣主任认为基于一致性评价不断扩大的现状，集采扩容应注意监控“替代”品种的临床价值。

国家药品集采以药品质量、临床价值和患者需求为导向，真实世界评价证明了仿制药在临床疗效和安全性上与原研药没有差别，同时也对企业提出了更高的要求 and 期待。其中药品质量是企业的“生命线”，胡欣主任呼吁各相关企业关注药品质量，“药物是为人类而生产，不是为追求利润而制造的；只要坚守这一信念，利润必将随之而来”。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

国家医保局：2022 年医保这么干！

来源：人民网

日前，全国医疗保障工作会议在北京召开，系统回顾 2021 年医疗保障工作，分析研判医疗保障改革发展形势，全面部署 2022 年医疗保障工作。国家医疗保障局党组书记、局长胡静林作工作报告，局党组成员、副局长施子海主持会议，局党组成员、副局长陈金甫、李滔、颜清辉出席会议。

回顾 2021 年：推动医保改革走向纵深群众待遇稳步改善

总结 2021 年，会议指出，全国医疗保障系统始终坚持以人民为中心，统筹疫情防控和医保发展，完善中国特色医疗保障制度，推动

医保改革走向纵深，促进管理服务提质增效，群众待遇稳步改善，制度运行总体平稳，基金安全可持续，实现“十四五”良好开局。具体包括：

待遇保障质量不断提高。城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制累计惠及 1.2 亿患者，减轻用药负担 411.6 亿元；长期护理保险国家试点城市增至 49 个、参保超过 1.4 亿人，累计 160 万失能群众获益，年人均减负超过 1.5 万元。

群众药耗负担显著减轻。42 个胰岛素专项集采品种平均降价 48%，人工髋关节、膝关节集采产品平均降价 82%，预计惠及近 1100 万患者，每年减负近 300 亿元；前五批国家集采药品和冠脉支架全年节省用药费用近 1700 亿元。2021 版药品目录品种增至 2860 种，67 种谈判药品平均降价 62%，14.2 万家医药机构供应谈判药品，国谈药全年累计惠及患者 1.4 亿人次、减负 1500 亿元。

跨省异地就医体验稳步提升。所有统筹地区都已开通住院和普通门诊费用跨省直接结算、跨省异地就医线上备案。住院费用跨省直接结算惠及群众住院 440.6 万人次，普通门诊费用跨省直接结算惠及群众门诊就医近千万人次。

“看病钱”“救命钱”更加安全。共检查医药机构 70.8 万家次，处理 41.4 万家次，追回资金超 230 亿元，曝光案件 7 万起。

防疫成本大幅降低。三轮大幅降低全国核酸检测价格，单人单检、多人混检每人份价格分别降至不高于 40 元和 10 元。三轮大幅降低新

冠疫苗价格，且已完成接种的加强针主要由企业免费提供。目前，全国累计接种新冠疫苗超过 29 亿剂。

展望 2022 年：接续解决群众医保“急难愁盼”问题

如何推进医保高质量发展？会议强调，要准确把握共同富裕内涵，逐步缩小医保地域间发展不平衡，扎实推动共同富裕。要坚持以人民为中心的发展思想，尽力而为、量力而行，旗帜鲜明反对“福利主义”，切实加强基础性、普惠性、兜底性医保制度建设。

要坚定不移推动制度规范统一，既有效整合全国需求形成强大战略购买力，又让医保发展成果更公平地惠及全民。要始终坚持改革和管理双轮驱动，确保改革力度不减、管理提质增效，最大程度发挥有限资金保障效能。

展望 2022 年，医保工作主要包括以下九个方面：

一是慎终如初支撑常态化疫情防控，继续落实“两个确保”政策，做好新冠疫苗及接种费用保障，降低疫苗和核酸检测价格。

二是巩固拓展医保脱贫攻坚成果，有效衔接乡村振兴战略，确保脱贫人口和防贫监测人口应保尽保，稳妥有序落实巩固脱贫攻坚期过渡保障政策，坚决防范因病规模性返贫。

三是扎实推动全国医保“一盘棋”，严格落实待遇清单制度，推动药品目录、耗材目录全国统一，稳步推进长期护理保险制度试点，扎实做好生育保险工作。

四是理顺支付和补偿机制，扎实抓好深化医疗服务价格改革试

点，开展药品目录动态调整，全面深化支付方式改革，最大程度发挥医疗保障效能。

五是持续提高群众保障质量，精准补齐门诊保障短板，鼓励支持慈善救助、商业健康险、职工互助等发挥综合帮扶作用，稳固保障预期，助力扩大内需。

六是不断减轻群众医药费用负担，常态化制度化开展药品集采，力争年内国家和省级集采药品总数累计达到 350 个以上，扎实开展脊柱高值医用耗材集采，推动地方积极开展药耗集采，提升医药价格治理能力，实现在化学药、生物药、中成药全方位推进集采的格局，进一步压缩带金销售空间。

七是加大欺诈骗保打击力度，继续开展全覆盖专项整治行动，聚焦重点领域，强化“一案多查、联合惩处”工作机制，完善行刑衔接、行纪衔接，扩大智能监控系统应用场景和应用范围，规范用好举报奖励机制，牢牢守住人民群众“救命钱”。

八是加快建设全国统一的经办体系，完善异地就医结算机制，提高直接结算率，提升医保经办标准化规范化便捷化水平，做好医保“跨省通办”工作，促进医保基本公共服务均等化。

九是夯实医保高质量发展基础，落实全民参保计划，支持灵活就业人员参保，做好医保信息平台优化应用，加强医保大数据综合治理，推动法治化建设。

[返回目录](#)

“3+2+3”模式疏“堵”治“痛”畅通服务最后一公里

来源：四川省成都市医疗保障事务中心

2021年以来，成都市医保局把学习党史与为民办实事结合起来，立足医保服务切实解决群众“急难愁盼”问题，坚决落实党中央、国务院部署，针对异地就医人员医疗费用直接结算成为“揪心事”这一现实问题，以“广覆盖、强管理、解难题、办实事”为工作目标，推行异地就医“3+2+3”工作模式，畅通异地就医费用结算服务最后一公里，消除本地、异地参保群众就医差异性，为群众享受更高质量医保服务提供便捷。

一、医保区域战略协同发展，异地就医亟待疏“堵”治“痛”

成都是西南地区的科技、商贸、金融中心和交通、通讯枢纽，户籍人口超过1500万、服务人口达到2183万，外出务工人员多、来蓉休养和就业人员多、医疗资源丰富。2020年异地就医联网结算602万人次，同比增长了47.5%；产生医疗费用88.4亿元，同比增长了11%。截至2021年7月，异地就医联网结算475.3万人次，发生医疗费用73.8亿元，同比增长45.2%。成都市作为参保地，上半年住院直接结算率87%，同比增长4.1%。巨大数据背后折射的是异地就医群众基数大、报销医疗费用垫付压力大，医保经办机构结算基金流向大、群众覆盖面大的现实问题，如何打通异地就医直接结算服务工作的最后一公里，让异地就医服务成为社会能感知、群众能受益的幸福工程，成为摆在医保管理者面前的现实问题。

二、强化异地就医服务精细化管理，“3+2+3”模式扩广度、掘深度、增温度

（一）打破区域备案壁垒，“3个拓宽”提广度。

1. 拓宽异地就医备案渠道。推行“两备案”，即承诺制备案、告知式备案，参保群众通过电话联系归属地医保经办机构，无需提供任何材料即可备案。2020年在国家医保局的支持下，开展自助备案试点，参保人员通过国家医保服务平台APP即可自助备案，同时增加异地就医备案小程序、成都市医保公众号等备案渠道，为老百姓提供“备案服务不见面”的网络备案流程，足不出户，方便便捷。

2. 拓宽异地就医备案审批模式。构建“7市+1县”备案审批取消模式，即树立“医保大成都”理念，取消成都参保人员到德阳、绵阳、资阳、眉山、乐山、雅安、遂宁等七市的异地就医备案手续；推行适老化举措，取消成都市参保人员到米易县异地就医备案手续，方便异地康养的“候鸟老人”，有效疏通异地就医备案来回奔波这一医保工作中的“堵”，治愈广大参保群众异地就医遇到的“痛”。

3. 拓宽成德眉资统筹区域备案通办。依托四川省成都市、德阳市、眉山市、资阳市医保统筹区域平台，以“四个统一”：统一试点城市思想、统一经办流程、统一信息系统、统一提升服务能力为导向，出台《医保经办政务服务指南》，开发四市统一使用的备案模块，将异地安置人员分为退休人员、长期居住人员、常驻异地工作人员、异地转诊人员、异地急抢救住院登记等5类人员进行统筹管理，四市参保

人员在全国任一城市就医，均可在四市共 42 个医保经办机构及遍布成都市的 200 多个“群众身边的医保工作站”享受到一窗受理、实时办结的异地就医备案服务，异地就医备案实现就近办、马上办。

(二) 提质扩面广覆盖，“2 个实现”掘深度。

1. 实现异地定点医药机构广覆盖。成都以区域协同发展为契机，取消定点医疗机构等级、性质、规模大小限制，医药机构主动申请，且信息系统符合条件，均可申请开通异地就医联网结算业务。在结算中，实行“三优先”：优先开通成都东部新城、都江堰等异地人员集中居住地区的医药机构；优先开通友邻城市医保部门点名开通的医药机构；优先开通接收外地参保人员多的医药机构。截至 2021 年 7 月，成都市开通异地就医住院医疗机构共 909 家，开通异地就医门诊医疗机构共 4552 家，开通异地就医药店 10143 家，开通数量在全国同级城市中名列前茅。

2. 实现异地就医结算类别广覆盖。根据住院、门诊、异地购药、门特等开通类别，要求定点医疗机构开通异地就医必须“跨省、省内双开通”，按照“稳步推进、成熟一个、纳入一个”的思路，先行将普通门诊、药店购药纳入结算范围，逐步将结算费用类别扩大至门诊特殊疾病医疗费用的直接结算。目前，省内异地门特除 4 种需要指定医疗机构治疗的病种外，其他 37 种已全部纳入，全市共有 42 家定点医疗机构率先开通高血压、糖尿病门诊特殊疾病医疗费用直接结算，补齐了异地就医类别开通服务的短板，满足异地安置退休人员、异地

长期居住人员、常驻异地工作人员、外出务工和外来就业创业人员等各类人群需求。

(三) 资源整合扩大影响力，“3个确保”增温度。

1. 确保全国首批跨省门特试点顺利推进。以“立足省内、辐射西南、走向全国”的工作思路，借助成都市新门特政策的落地和西南片区成为全国首批跨省门诊特殊疾病试点区域的契机，承担国家跨省异地就医门特直接结算试点，通过优化经办和报销流程，制定本市认定、异地治疗、异地周期单独申请的经办流程，在报销水平上保持本地异地一致，实现笔笔清的结算模式。截至2021年7月，全市共有132家定点医疗机构纳入跨省门特结算试点。

2. 确保异地就医政策宣传覆盖到位。通过电视访谈、微信公众号、报纸报刊、集中宣传、现场走访等途径，宣传异地就医政策，解答老百姓关心的异地就医问题，通过优化再造流程，积极与12333、社保卡制卡部门以及各统筹区医保经办机构联系，保障参保群众第一时间知晓政策，解决问题，实现线上线下多渠道办理异地就医业务，确保成都市作为就医地和参保地联网结算双保障。

3. 确保异地就医结算效率不断提升。对接四川省异地中心，梳理省系统与现有系统的区别，根据省系统制定新的业务流程，对全省系统切换工作时间安排、任务分工、切换进度、应急预案等进行统筹安排，提高异地就医系统运行容错率，确保异地就医人员在费用结算上顺利便捷。

三、“扩面、保优、建全”，畅通服务“最后一公里”

(一)以点扩面，进一步增加异地就医医保服务类别。

为进一步提高人民群众满意度和幸福感，探索将“恶性肿瘤”、“器官移植抗排异”、“血液透析”三种病种老百姓垫资压力大，患病人群多的病种纳入跨省异地就医直接结算，待条件成熟时，将门诊统筹纳入异地就医直接结算，满足人民群众对于医保服务的多样化需求。

(二)以面保优，通力保障各环节畅通。

进一步优化异地就医医保服务流程，加大信息保障力度，贯通信息各节点接口和互联共享，确保系统平稳运行、出院结算等功能不断提升。同时以市级带动县(市)区，通过建立协调机制和专项督导等，按统一标准、统一进度整体促进全市异地就医工作良性运行，推动医保和异地就医服务高质量协同发展。

(三)以优建全，实现全市所有定点医药机构异地就医直接结算开通。

按照医保服务跨区域协作统筹通办的要求，在目前毗邻德阳、眉山、资阳的 10 个区市县所有定点医药机构开通异地就医直接结算的基础上，实现全市所有定点医药机构开通的目标，实现异地就医定点医药机构开通率 100%，让异地来蓉的老百姓享受和本地一致的医保服务，助力打造国际医疗消费中心城市。

[返回目录](#)

· 健康养老 ·

国家卫健委等三部门：特殊困难老人家庭医生签约率不低于 80%

来源：央视新闻

国家卫生健康委、全国老龄办、国家中医药局近日联合印发通知，要求全面加强老年健康服务工作。到 2025 年，65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率达到 65%以上。

通知要求，加强老年人健康教育。面向老年人及其照护者广泛传播营养膳食、运动健身、心理健康、伤害预防等科普知识。落实国家基本公共卫生服务老年人健康管理项目，到 2025 年，65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率达到 65%以上。

各地结合实际开展老年健康与医养结合服务项目，重点为失能老年人提供健康评估和健康服务，为居家老年人提供医养结合服务。积极开展阿尔茨海默病、帕金森病等神经退行性疾病的早期筛查和健康指导。改善老年人营养状况。

针对抑郁、焦虑等常见精神障碍和心理行为问题，开展心理健康状况评估和随访管理，为老年人特别是有特殊困难的老年人提供心理辅导、情绪疏导、悲伤抚慰等心理关怀服务。到 2025 年，老年心理关爱项目点覆盖全国所有县(市、区)。

特殊困难老人家庭医生签约率不低于 80%

通知要求，各地将做好老年人家庭医生签约服务。提高失能、高龄、残疾等特殊困难老年人家庭医生签约覆盖率，到 2025 年不低于

80%。

同时，加强国家老年医学中心和国家老年区域医疗中心设置与管理，鼓励建设省级老年区域医疗中心。加强综合性医院老年医学科建设，到 2025 年，二级及以上综合性医院设立老年医学科的比例达到 60%以上。

大力发展老年护理康复服务

通知要求，加快老年友善医疗机构建设，方便老年人看病就医。大力发展老年护理、康复服务，加强失能老年人健康照护服务。

全面落实老年人医疗服务优待政策，完善电话、自助机、网络等多种预约挂号方式，保留一定比例的现场号源。医疗机构要对公共设施进行适老化改造。到 2025 年，85%以上的综合性医院、康复医院、护理院和基层医疗卫生机构成为老年友善医疗机构。

鼓励医疗资源丰富地区的部分一级、二级医院转型为护理院、康复医院。鼓励多方筹资建设基于社区、连锁化的康复中心和护理中心。鼓励有条件的基层医疗卫生机构设置和增加老年护理、康复服务床位。鼓励建设以失能老年人为主要服务对象的护理院。借助信息化手段，对失能低收入老年人的医疗保障、健康照护等情况以及因病返贫风险进行动态监测。

加快发展安宁疗护服务

通知指出，加快发展安宁疗护服务，医疗机构根据自身功能和定位，开设安宁疗护病区或床位。有条件的地方积极开展社区和居家安

宁疗护服务，为疾病终末期患者提供镇痛、舒适照护等服务，对患者及其家属提供心理支持和人文关怀。

安宁疗护，是指为疾病终末期患者在临终前提供身体、心理、精神等方面的照料和人文关怀等服务，控制痛苦和不适症状，帮助患者有尊严地离世。

[返回目录](#)

医疗机构如何全面加强老年健康服务工作？

来源：国家中医药管理局

目前我国正处在老龄化不断加剧的阶段。据第七次全国人口普查数据，中国60岁以上老人已达2.64亿，全国有149市已进入深度老龄化。相应的老龄化问题也将陆续对我们提出挑战。

此前，习近平总书记便对老龄工作作出重要指示，强调“把积极老龄观、健康老龄化理念融入经济社会发展全过程”，“加快健全社会保障体系、养老服务体系、健康支撑体系”。

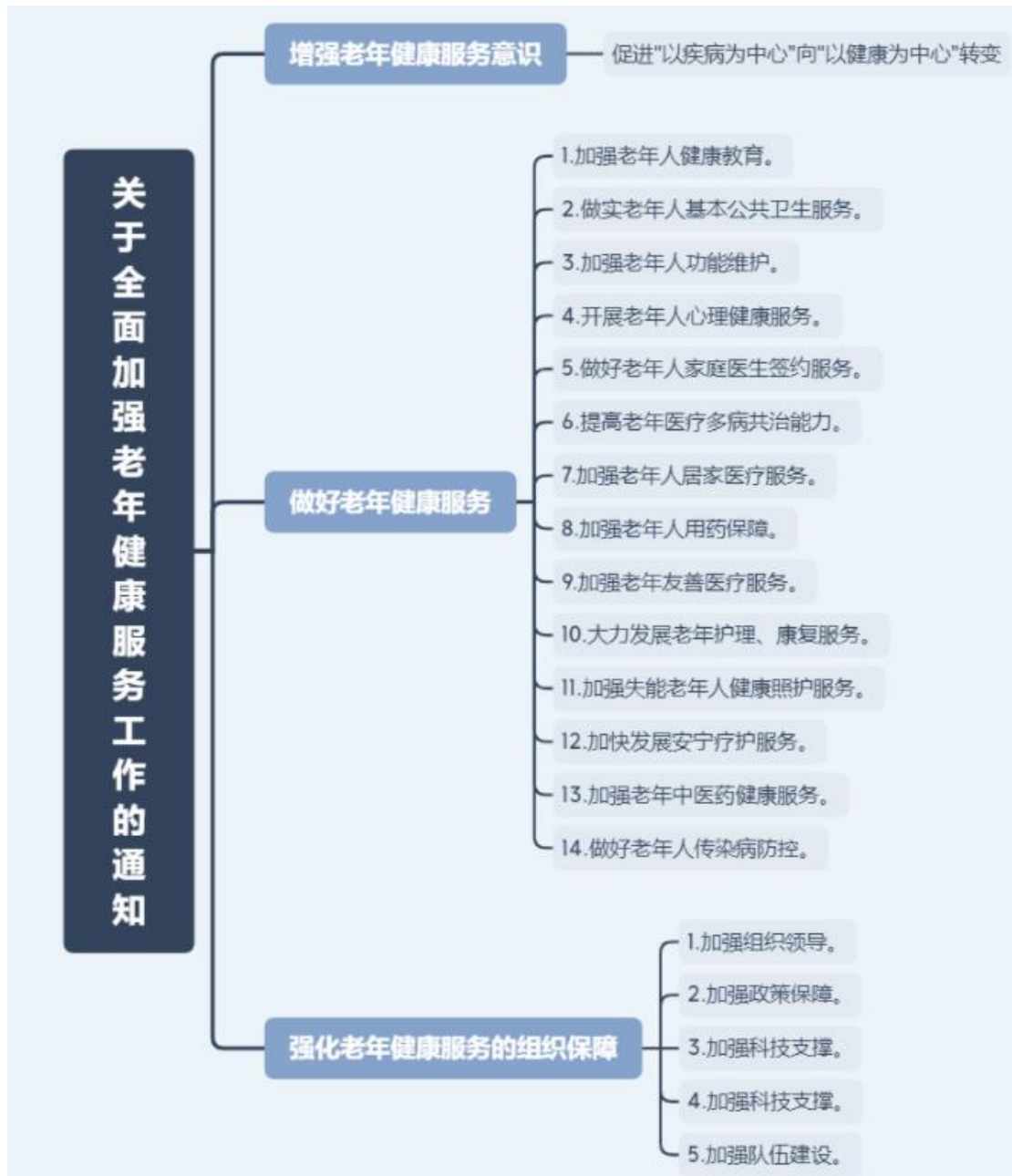
为此，2022年1月17日，国家卫生健康委(全国老龄办)会同国家中医药管理局联合印发《关于全面加强老年健康服务工作的通知》。

老龄健康司



文件涵盖了哪些内容，对医疗机构的具体工作提出了哪些要求？

为您梳理如下：



事关医疗机构具体工作，有以下任务：

鼓励将老年人健康教育纳入医疗机构绩效考核。

利用多种方式和媒体媒介，向老年人及其照护者广泛传播营养膳食、运动健身、心理健康、伤害预防、疾病预防、合理用药、康复护

理、生命教育、消防安全和中医养生保健等科普知识。

将老年健康教育融入临床诊疗工作，鼓励各地将其纳入医疗机构绩效考核内容。

积极提升老年医疗多病共治能力。

要求到 2025 年，二级及以上综合性医院设立老年医学科的比例达到 60%以上；

加强国家老年医学中心和国家老年区域医疗中心设置与管理，鼓励建设省级老年区域医疗中心；

积极开展老年综合评估、老年综合征诊治和多学科诊疗，对住院老年患者积极开展跌倒、肺栓塞、误吸和坠床等高风险筛查。

加强老年人居家医疗服务。

增加居家医疗卫生服务供给，重点对居家行动不便的高龄或失能老年人，慢性病、疾病康复期或终末期、出院后仍需医疗服务的老年患者提供医疗服务。

扩大医疗机构提供家庭病床、上门巡诊等居家医疗服务的范围，鼓励医联体提供居家医疗服务，按规定报销相关医疗费用，按成本收取上门服务费。

加强老年人用药保障。

鼓励医疗机构开设药学门诊，发展居家社区药学服务和“互联网+药学服务”，为长期用药老年人提供用药信息和药学咨询服务，开展个性化的合理用药宣教指导。

加强老年友善医疗服务。

要求到 2025 年，85%以上的综合性医院、康复医院、护理院和基层医疗卫生机构成为老年友善医疗机构。

为老年人创造方便看病就医的环境，改善就医体验，对公共设施进行适老化改造，鼓励医疗机构设立志愿者服务岗。

大力发展老年护理、康复服务。

鼓励医疗资源丰富地区的部分一级、二级医院转型为护理院、康复医院等，加强接续性医疗机构建设，畅通双向转诊通道。

鼓励二级及以下医院、基层医疗卫生机构与护理站建立签约合作关系，共同为居家失能老年人提供健康照护服务。

加快发展安宁疗护服务。

推动医疗机构根据自身功能和定位，开设安宁疗护病区或床位，开展安宁疗护服务。

建立完善安宁疗护多学科服务模式，为疾病终末期患者提供疼痛及其他症状控制、舒适照护等服务，对患者及其家属提供心理支持和人文关怀。

加强老年中医药健康服务。

要求到 2025 年，三级中医医院设置康复科比例达到 85%，65 岁及以上老年人中医药健康管理率达到 75%以上。

二级及以上中医医院要设置“治未病”科室，鼓励开设老年医学科，增加老年病床数量，开展老年常见病、慢性病防治和康复护理。

做好老年人传染病防控。

医疗卫生机构要按照传染病防控部署，及时为老年人接种相关疫苗。充分考虑老年人特点，保障老年人医疗卫生服务供给。

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

思考 | 如何深化三医联动，构建协同医保？

来源：国务院办公厅

国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》（以下简称《规划》），提出建设公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保，到 2025 年，医疗保障制度更加成熟定型，医疗保障政策规范化、管理精细化、服务便捷化、改革协同化程度明显提升。

面对新阶段新形势新要求，协同医保成为《规划》主基调，体现了“系统集成、协同高效”的发展理念和发展阶段特点。“十四五”时期，要实现协同医保的建设目标，需建立健全医保内部各要素的关联调整机制，持续以三医联动为抓手推动医保的协同化改革，充分发挥政府、市场和社会等主体功能，探索医疗保障的央地分责和跨区域、多部门协同治理机制，从而构建共建共治共享的医保治理格局，持续完善对全体参保人的健康守护，助力实现全体人民的共同富裕。

1、协同医保是新时代的新要求

增进民生福祉是发展的根本目的。习近平总书记在中共中央政治

局第二十八次集体学习时指出，社会保障关乎人民最关心最直接最现实的利益问题。党的十九届五中全会明确了“十四五”时期我国社会保障事业发展的蓝图，要坚持系统观念，把握好新发展阶段、新发展理念、新发展格局提出的新要求，在统筹推进“五位一体”总体布局、协调推进“四个全面”战略布局中思考和谋划社会保障事业发展。

习近平总书记强调，我国社会保障制度改革已进入系统集成、协同高效的阶段。这既是对社会保障制度发展过程的准确定位，也明确了新发展阶段社保制度发展的主要方向。

在实现第一个百年奋斗目标、全面建成小康社会后，全体人民的共同富裕成为新时代新征程奋斗的新目标和新任务。社会保障作为实现共同富裕的一项重要制度安排，需按照共同富裕的要求进行优化和创新。

历经 20 多年的发展，特别是新一轮医改以来，我国已建成全世界最大、覆盖人数最多的基本医疗保障网，基本医疗保险覆盖 13.6 亿人、覆盖率稳定在 95% 以上。医疗保障制度建设实现了“从无到有”，进入到“从有到优”的高质量阶段。医保高质量发展意味着制度从以数量扩张为主的建设阶段向以质量提升为主的优化阶段转型，即医保制度应按照“系统集成、协同高效”的思路进行改革和完善。

面对新阶段新形势新要求，《规划》中提出的“建设协同医保”正是体现了“系统集成、协同高效”的发展理念和发展阶段特点。

2、协同治理是医保“十四五”规划主基调

根据国务院政策例行吹风会的介绍，国务院办公厅在 2021 年 9 月发布的《规划》是由国家医疗保障局和国家卫生健康委员会共同组织编制的，在编制过程中，组织邀请专家学者、定点医疗机构、定点零售药店、参保群众、地方医保部门和医药企业等召开座谈十余次之多。可见，从编制过程中涉及的主体到发布部门的规格，从题目中的“全民”二字到基本医保全覆盖的事实，都体现出《规划》是一个既面向全民、服务全民，同时又需统筹协调各方利益的规划。可以说这既是一部专门领域的规划，又是一部协同各方的规划。

《规划》中多次提到“协同医保”的发展目标与任务要求，包括“坚持医疗保障需求侧管理和医药服务供给侧改革并重”的指导思想，坚持“系统集成、协同高效”“共享共治、多方参与”的基本原则，以及“建设协同医保，医疗保障和医药服务高质量协同发展”的发展目标。在具体的任务实施中，《规划》用专章提出“优化医疗保障协同治理体系”的任务，包括持续优化医疗保障支付机制、改革完善医药价格形成机制、加快健全基金监管体制机制、协同建设高效的医药服务供给体系等内容，旨在“发挥医保支付、价格管理、基金监管综合功能，促进医疗保障与医疗服务体系良性互动，使人民群众享有高质量、有效率、能负担的医药服务和更加优质便捷的医疗保障”。此外，在“构筑坚实的医疗保障服务支撑体系”中也提到关于完善医保协议管理、探索经办治理机制创新等涉及医保与各方主体协同治理的内容，目标是提升医疗卫生服务与医疗保障服务的关联度和协调

性，回应群众的就医和保障需求。

总之，无论是《规划》的编制和发布过程，还是其指导思想、基本原则、发展目标、具体任务等文本表述，协同治理都成为《规划》的主基调。协同医保与公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保一起，成为 2025 年医疗保障制度更加成熟定型的发展目标。

3、正确理解协同医保的内涵、目标与要求

（一）多元主体协商合作是协同医保的内涵

治理实践具有协商性和协作性，经历了从由政府实现到现在包括非政府行为体在内的协商过程。协同治理是治理的一种类型，指“公共政策决策和管理的过程与结构，能够使人民建设性地跨越公共机构、政府等级以及公共、私人与市政领域的边界，实现其他方式无法达到的公共目标”。可见，相比于管理的垂直性、内部性和指令性，治理更加强调参与主体的多元化，参与范围的跨越边界，参与方式的协商、合作和联动。由此，协同医保可以理解为围绕医保或是以医保为主线的协同治理。由于具备覆盖全民的属性，加之运行过程中涉及医疗服务、药品、商业保险等多元利益主体，医保制度在发展中更加关注多主体的协商合作与共商共治，并成为了共建共治共享的社会治理格局中的重要组成部分。

（二）提高资源配置效率是协同医保的目标

医疗保险以最大化地为参保人购买到优质高效的医疗和医药服务为目标，因此其具体的发展方向就需围绕这一目标进行选择。协同

强调相关主体的共同参与、平等交往、互惠互利；医保勾连供给方与需求方的特殊属性，可以更好地提供协同联动的平台与契机，有效调动各方力量参与到供需双方的资源配置上来。从协同治理的视角来看，三医联动的实质是通过协同性优化医疗资源配置，发挥医保在医疗、医药资源科学配置中的杠杆作用，提高医疗资源的使用效能。但需要注意的是，协同医保并不意味着医保一家“包打天下”，而是以有效的机制设计充分调动各方积极性，进而提高医、保、患的整体资源配置效率。

（三）内外部全领域协同是协同医保的要求

《规划》提出要“准确把握医疗保障各方面之间、医疗保障领域和相关领域之间改革的联系”“形成政府、市场、社会协同保障的格局”“强化多主体协商共治，调动各方面积极性，凝聚改革发展共识，提高医疗保障治理水平”，由此启发我们，协同医保需要综合考虑医疗保障内部各要素，医疗保障与外部相关领域（如医疗、医药、参保人），乃至与整个国家治理体系的关系。

医保内部各要素包括参保覆盖、待遇保障、筹资运行、支付方式、基金监管等内容，需要通过精准覆盖参保人群、确定科学合理的待遇保障调整机制尤其是筹资与待遇之间的关联机制、深化支付方式改革、健全高效的基金监管体制，实现医保制度内部各要素协调、可持续发展；否则，若医保内部各要素彼此分离，制度本身就失去了有效运行的基础，更枉论与外部系统的协同。

三医联动指医疗、医保与医药围绕治病救人这一共同目标和各方不同利益诉求而进行合作与博弈，以实现整体目标最大化的过程。其中医保是杠杆，提供供需双方医疗费用的补偿；医疗是中心，没有医疗服务的提供也就不存在患者就医行为的发生和医保费用的补偿；医药是手段，是用以辅助医疗服务的产品和工具。具体到医保与三医联动的关系，医保是整个三医联动的纽带，为“三医”提供了资金来源并作为桥梁连接起医疗、医药和参保人之间的关系。三医联动也因此成为我国医药卫生体制改革的重要抓手，是协同医保的实现方式。

从整个宏观的国家治理体系来看，协同医保既包括政府与外部环境(如市场、社会组织)的关系，也包括政府内部各系统之间的治理关系(如纵向的中央和地方的关系，横向的部门府际关系、区域间关系等)。具体到医保协同治理，就是要把握好政府内部医保部门与其他各相关部门的协同治理机制，医保在央地之间和区域之间的统筹管理和转移接续，以及医保与商业保险、医药企业等市场主体和社会组织的合作共赢。通过搭建医疗保障协同治理平台，提高跨层级、跨部门、跨区域和跨行业的政府部门之间的协同性，使医保制度与其他相关部门和相关制度在政策的制定与执行上得以协同发展。

4、“十四五”协同医保的实现路径

前文基于新时代背景和《规划》对医保发展提出的协同性要求，结合协同治理自身含义，从内外部全领域协同的角度界定了协同医保的发展内容和要求。鉴于此，在“十四五”期间，协同医保的实现路

径也应该从内外部各方面加以考虑。

(一) 建立健全医保内部各要素的关联调整机制

公平适度的待遇保障是增进人民健康福祉的内在要求，它又是以稳定的参保人群和基金来源为基础的，没有稳健可持续的筹资参保机制，公平适度的待遇保障就是无源之水。再看基金监管，其作用正是保护医保基金安全，守住参保人的“救命钱”。目前，医保制度中待遇与筹资的关联机制还有待完善，虽然制度实现了全民覆盖，但覆盖精准性还需加强，同时基金监管过程也存在不少漏洞。“十四五”期间需要更加关注医保内部各要素的协同联动，包括在参保环节破除一些特定的参保壁垒，提高弱势群体参保能力，优化城乡居民参保缴费服务；在待遇环节，应基于经济发展水平和基金承受能力设置待遇水平，既不能超越经济水平和基金承受能力导致基金支付风险，又不能低于应有水平造成保障不足；在筹资环节，必须以待遇为基础建立筹资的动态调整机制；在监管环节，要注重全流程的监管而非单一的事后检查惩处。

(二) 持续以三医联动为抓手推动医保协同化改革

在医疗保障与外部相关领域的关系中，三医联动既可以被理解为一种狭义的协同，同时也是推动医保协同改革的重要抓手。支付机制、目录调整、医疗服务项目管理、医用耗材管理、药品和医用耗材集中带量采购制度、药品和医用耗材价格治理机制等都是三医联动实践过程中的重要政策工具。在“十三五”期间，尤其是国家医疗保障局成

立后，三医联动的政策工具得到了充分的实践应用，但还缺乏稳定性和持久性。“十四五”期间，我们应在总结既往实践经验的基础上，形成常规性、稳定性、可持续的运行机制。

(三) 构建共建共治共享的医保治理格局

与三医联动狭义协同相对应，广义的协同医保更着眼于整个国家治理体系的协同，包括政府、市场和社会在医保协同治理中的作用，央地之间、区域之间的关系，多部门参与医保系统改革，等等；其目标是构建共建共治共享的医保治理格局。

具体来说，一是要充分发挥政府、市场和社会等主体在医保协同治理中的功能。按照“以市场为主导的医药价格和采购机制更加完善”的要求，在价格谈判中更多依靠市场机制建立有序的医疗服务并形成药品价格，在多层次医疗保障体系建设中注重基本医疗保险与商业健康保险的有效衔接，在医保公共服务中探索向市场购买服务，等等。

二是探索医疗保障的央地分责和跨区域协同治理机制。包括：参保规定更灵活，从户籍地参保到常住地参保，减少不同地区的参保壁垒；健全跨统筹区流动人口的关系转接和异地结算；落实中央统一的医疗保障待遇清单制度，国家药品目录尤其是谈判药品在地方的落地，应做好各地差异化的待遇与中央统一的待遇清单间的衔接。

三是建立多部门参与的协同治理机制。例如：在参保覆盖中实现多部门数据共享，发挥数据集成的精准识别功能，减少“漏保”和“重复参保”；在基金监管中，应按照《医疗保障基金使用监督管理条例》

要求，“建立医保、卫健、中医药、市场监管、财政、审计、公安等部门的沟通协调、案件移送等监管合作机制”等。

总之，建设协同医保是助推医疗保障制度高质量发展的重要保障，包括协同推进三医联动改革，建立基本医疗体系与基本医保制度相互适应的机制，实现医疗保障和医药服务高质量协同发展。同时，还需要着眼于整个宏观发展环境，以《规划》为行动指南，从内部各要素的关联调整、外部的三医联动、医保整体治理等方面推进，实现医保改革的系统集成、协同高效，以共建共治共享的医保治理格局持续完善对全体参保人的健康守护。

[返回目录](#)

未来4年，卫生健康标准化工作怎么搞？务必明确这6点！

来源：国家卫生健康委

国家卫生健康委员会文件

国卫法规发〔2022〕2号

国家卫生健康委关于印发“十四五” 卫生健康标准化工作规划的通知

近日，国家卫生健康委印发了《“十四五”卫生健康标准化工作

规划》(以下简称《规划》)。《规划》明确,到 2025 年,基本建成有力支撑健康中国建设、具有中国特色的卫生健康标准体系,卫生健康服务标准化程度不断提升,卫生健康标准国际影响力显著增强。特别强调要以国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评为抓手,对区域和医疗机构信息化建设整体水平进行测评。

国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评工作是由国家卫生信息化顶层设计,国家卫生健康委统计信息中心于 2011 年开始的一项对区域和医院信息化建设水平综合评价。

截至目前,测评范围覆盖全国 30 个省份和新疆生产建设兵团,共有 25 个分级管理单位。全国范围内公示通过各批次测评的累计有 163 个区域、595 家医院,其中有 13 个区域、53 家医院通过了五级乙等测评。此次国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评工作,从数据资源标准化、互联互通标准化、基础设施和互联互通应用效果等四个方面进行综合评价,促进了区域和医疗机构信息化水平的提升。

六项任务推动“十四五”期间卫生健康标准化

《规划》强调,“十四五”期间要完成卫生健康标准化工作的主要任务有六项:一、优化标准体系;二、完善标准全周期管理;三、推动地方标准化工作;四、鼓励发展团体标准;五、提高标准国际化水平;六、全面推广标准化理念。其中,在优化标准体系当中规定,“十四五”期间制修订卫生健康国家标准行业标准不少于 100 项,各地在制

定标准时应优先制定体现地方特色、满足地方需求的地方标准。在完善标准全周期管理方面，要求加强标准项目督办，合理控制标准制定周期，与“十三五”时期相比平均缩短6个月。增强征求意见的广泛性和代表性。加强标准审查，确保技术内容的科学性、合理性和可操作性。落实标准复审要求，及时修订或废止陈旧老化标准，增强标准的及时性、针对性、有效性。确保卫生健康标准尤其是强制性标准的实施，对不少于50项重要标准实施情况开展评估，建立相关数据库，为标准复审、修订提供重要依据。

在地方标准化工作当中，要求在“十四五”期间鼓励全国各省级建立卫生健康标准化工作机制和专家队伍，鼓励京津冀、长三角等地区联合制定、共同发布具有区域特色的卫生健康地方标准，促进本区域卫生健康工作标准化、均质化。将全国适用、具有推广价值的地方标准及时转化为国家标准或行业标准。在发展团体标准方面，鼓励制定实施高于国家标准、行业标准的团体标准，带动医疗卫生服务高质量发展。支持社会组织参与国际标准起草，制定具有国际领先水平的团体标准。鼓励多家社会组织联合发布团体标准，减少团体标准间交叉重复。

“优质资源”下沉加强县级医院设施设备标准化建设

《规划》要求，以标准化推动优质医疗资源扩容下沉、均衡布局，加强县级医院设施设备标准化建设。以标准化提升医院管理科学化、规范化、精细化水平。持续改进医疗质量标准，提高不同地区、不同

医院医疗服务同质化水平。加强基层医疗卫生机构标准化建设，通过制定日间服务标准、多学科联合诊疗标准，统一临床检验标准等基层医疗卫生机构标准以及推广院前医疗急救标准化模式，规范药品供应使用管理，制定药学标准、药品应用编码标准、药品使用监测指南规范、药品临床综合评价指南规范和数据集标准。

推进新兴信息技术与卫生健康行业融合性标准供给

《规划》提到，针对卫生健康领域新技术、新产品、新服务及时跟进相关标准研制，满足新兴业态对标准的需求。健全卫生健康信息标准体系，完善基础类、数据类、应用类、技术类、管理类、安全与隐私类等 6 类信息标准的制定，聚焦以居民电子健康档案为核心的区域全民健康信息化和以电子病历为核心的医院信息化等两大重点业务标准。推进互联网、大数据、人工智能、区块链、5G、物联网、IPv6(互联网协议第 6 版)等新兴信息技术与卫生健康行业融合性标准的供给。加强卫生健康信息标准应用效果评价，促进信息共享互认和互联互通。

提高应用技术骨干人员技术水平建立绩效考核和奖惩机制

《规划》明确，在加强人才建设方面，着重提出要加强卫生健康标准管理、研制、应用以及国际标准化人才队伍建设，提高标准制修订、标准审查和标准应用技术骨干人员水平。不断充实和完善卫生健康标准专家队伍，建立各专业动态专家库，更好服务于卫生健康标准化工作。

· 医疗改革 ·

4×4 任务，DRG/DIP 医保支付改革三年行动

来源：国家医保局

12月18日，国家医保局组织举办第一届中国CHS-DRG/DIP付费大会，确保推进CHS-DRG/DIP支付方式更好落地见效。在大会上国家医保局医药服务管理司司长黄华波分享了CHS-DRG/DIP国家试点工作成效，并部署《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，就高质量完成支付方式改革任务提出“4×4任务安排”。以下为黄华波司长在第一届中国CHS-DRG/DIP付费大会上的演讲内容整理：

黄华波司长表示，经过多年实践和探索，我国支付方式改革思路已经清晰，走过了有没有的时期，进入了好不好、优不优的新时期。国家医保局2021年针对DRG/DIP付费国家级试点城市试点进展开展了两批交叉调研评估。结果显示，第一批交叉调研评估中，DRG付费试点城市中的29个城市评估优秀，1个城市评估良好，DIP付费试点城市中，36个城市评估优秀，26个城市评估良好，5个城市评估合格，4个城市评估不合格。第二批交叉评估调研中，DRG付费试点城市中，29个城市评估优秀，1个城市评估良好，DIP付费试点城市中，63个城市评估优秀，8个城市评估良好。

按照统一部署，DRG、DIP付费改革试点地区将于年底前全部开

展实际付费，标志着我国医保支付方式改革取得了里程碑式进展，也预示着改革即将进入纵深推进的关键期。黄华波司长指出，到 2024 年年底，全国所有的医保统筹地区要启动 DRG/DIP 付费方式改革工作，先期试点的地区要不断巩固改革成果。国家医保局为更好保障《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》的顺利实施，提出“4×4 任务安排”。所谓简称“4×4 任务安排”，即聚焦抓扩面、建机制、打基础、推协同四个方面，分阶段、抓重点、阶梯式推进改革工作，加快扩面步伐，建立完善机制，注重提质增效，高质量完成支付方式改革各项任务。

一是抓扩面，狠抓统筹地区、医疗机构、病种分组、医保基金四个方面全覆盖；

狠抓统筹地区、医疗机构、病种分组、医保基金四个方面全覆盖，推动 DRG/DIP 支付方式改革实现从局部向全面、从部分到全体、从粗放式向精细化纵深发展。

抓统筹地区全覆盖。在 2019、2021 年试点基础上，按 2022 年、2023 年、2024 年三年进度安排。以省(自治区、直辖市)为单位，分别启动不少于 40%、30%、30%的统筹地区开展 DRG/DIP 支付方式改革并实际付费。鼓励以省(自治区、直辖市)为单位提前完成统筹地区全覆盖任务。

抓医疗机构全覆盖。统筹地区启动 DRG/DIP 付费改革工作后，按三年安排实现符合条件的开展住院服务的医疗机构全覆盖，每年

进度应分别不低于 40%、30%、30%，2024 年启动地区须于两年内完成。



(一) 抓扩面：实现四个全面覆盖

以省份为单位看：

覆盖进度	统筹地区
2022年	覆盖 不少于40%
2023年	覆盖 不少于70%
2024年	覆盖 不少于100%

从具体统筹地区看（2022、2023年启动）：

覆盖进度	医疗机构	病种分组	医保基金
第一年	覆盖 不少于40%	覆盖达到 不少于70%	总覆盖达到 不少于30%
第二年	覆盖 不少于70%	覆盖达到 不少于80%	总覆盖达到 不少于50%
第三年	覆盖 不少于100%	覆盖达到 不少于90%	总覆盖达到 不少于70%

2024年启动，则三步并两步，2025年完成。

二是建机制，建立完善四个工作机制：完善核心要素管理与调整机制，健全绩效管理与运行监测机制，形成多方参与的评价与争议处理机制，建立相关改革的协同推进机制；

通过 DRG/DIP 付费改革，建立医保对医疗机构管用高效的支付管理和激励约束机制，是支付方式改革的出发点和落脚点，也是支付方式改革的应有之义。

在推进改革过程中，应牢牢抓住机制建设这个核心，利用三年左右的时间，突出建立和完善四个机制，不断推进医保支付方式改革内涵式、精细化发展。

01 核心要素管理与调整机制：

突出病组(病种)、权重(分值)和系数三个核心要素，建立完善管理和动态调整机制，并不断完善各项技术标准和流程规范；

加强病组(病种)管理,以国家分组为基础,结合本地实际,维护和调整病种分组,使之更加贴近临床需求,贴近地方实际,更利于开展病种费用结构分析;

加强病组(病种)权重(分值)管理,使之更加体现医务人员劳动价值,更加体现公平;

加强医疗机构系数管理,有效体现医疗服务技术含量,促进医疗服务下沉,促进分级诊疗,大幅提高医疗服务资源和医保基金使用绩效。

02 健全绩效管理 with 运行监测机制:

加强医保基金使用效率效果评价考核,不断提高有限医保基金使用绩效;

基于 DRG/DIP 付费改革,加强医疗服务行为的纵向分析与横向比较,建立医保基金使用绩效评价与考核机制,并充分利用考核评价成果建立激励约束机制,真正发挥医保支付“牛鼻子”作用;

按照 DRG/DIP 付费国家医疗保障经办管理规程要求,围绕 DRG/DIP 付费全流程管理链条,构建“国家-省-市”多层次监测机制,加强数据分析,优化工作流程,提升信息化水平,建立管用高效的监测体系。

03 形成多方参与的评价与争议处理机制,各地要:

建立相应技术评价与争议处理机制,形成多方参与、相互协商、公开公平公正的医保治理新格局;

立足当地实践，建立完善争议问题发现、研究解决和结果反馈机制；

加强专业专家队伍建设、评议机制建设，支撑病种、权重(分值)和系数等核心要素动态调整；

形成与医疗机构集体协商、良性互动、共治共享的优良环境

04 建立相关改革的协同推进机制。各地要：

相应完善总额预算管理机制，大力推进病种分值付费等区域总额预算管理，减少直至取消具体医疗机构年度绝对总额管理方式；

要协同推进按床日付费、按人头付费机制改革，加强各种支付方式的针对性、适应性、系统性；

在 DRG/DIP 政策框架范围内，协同推进紧密型医疗联合体“打包”付费

探索中医药按病种支付的范围、标准和方式，支持和促进中医药传承创新发展；

要建立与国家医保谈判药品“双通道”管理，药品医用耗材集中带量采购等政策措施的协同推进机制，形成正向叠加效应；

同步加强支付审核管理，完善基金监管机制，促进医疗机构强化管理，规范医疗服务行为。

三是打基础，加强专业能力建设，加强信息系统建设，加强标准规范建设，加强示范点建设；

支付方式改革是一项系统工程、战略任务，必须加强基础支撑。

要牢牢抓住专业能力、信息系统、技术标准和示范点四项建设任务，夯实基础，确保支付方式改革行稳致远。

加强专业能力建设。国家、省级、统筹区分级开展对医保局分管领导、处(科)负责人和业务骨干的培训，同时国家和省级医保局要加强指导，分级组织开发培训课件，培养相对固定、讲解能力强的培训人员，实施双百计划(培训省级骨干 100 人，地市业务骨干 100 人)。各省级医保局负责加强本省域支付方式改革培训。

加强信息系统建设。国家医保局依托全国统一的医保信息平台制定 DRG/DIP 相关信息系统标准和规范，着重保障 DRG/DIP 系统的统一性、规范性、科学性、兼容性以及信息上下传输的通畅性，发布全国统一的 DRG/DIP 功能模块基础版。

按照过规范和基础版本，各地结合本地实际设置 DRG/DIP 功能模块的规则，参数，并做好与国家平台的对接、传输、使用、安全保障等工作。

各统筹地区要在启动改革第一年完成相应功能模块落地应用，并持续完善。

加强规范标准建设。

国家医保局组织力量，开发和完善 DRG/DIP 付费改革技术标准和经办流程规范，明确改革方向、步骤和路径，明确各个阶段、各个环节工作重点、主要内容、注意事项、建设标准等。

省级医保部门：

按照国家医保局统一要求，完善本省域范围内技术标准和经办规范流程，指导敦促各统筹地区落地落实。

强化协议管理，在协议中明确 DRG/DIP 付费预算管理、数据质量、支付标准、审核结算、稽核检查、协商谈判、考核评价等要求，对定点医疗机构在 DRG/DIP 付费中发生的违约行为进行重点关注并提出具体处理办法。

加强示范点建设。

国家局在三年试点基础上，通过试点城市自愿申报，评选 DRG/DIP 支付方式改革示范点。

示范点要：

发挥典型示范、辐射带动作用，在落实标准规范，完善工作机制、开展精细化管理方面，引领改革向纵深发展。

开展示范医院建设，调动定点医疗机构推进支付方式改革的积极性。

省级医保部门要加强对本省级国家示范点建设的指导和督导，组织统筹地区开展示范医院建设，开展示范医院申报、评选、宣传等工作，发挥典型示范作用。

四是推协同，实现编码管理到位、信息传输到位、病案质控到位、医院内部运营管理机制转变到位。

支付方式改革直接作用对象是定点医疗机构，要最大程度争取医疗机构的理解、配合和支持促进医疗机构推进相关配套改革，保证

DRG/DIP 付费改革在医疗机构顺利落地，并得到多方认可，实现预期改革目标。要引导和协调医疗机构重点推进编码管理、信息传输、病案质控、内部运营机制建设等四个方面的协同改革，做到四个到位。

一是编码管理到位。

全面推进标准化是医保部门的重大战略任务也是 DRG/DIP 付费改革的重要支撑。

要确保国家 15 项医保信息业务编码在定点医疗机构的全面落地，重点优先实现医保疾病诊断、手术操作、药品、医用耗材、医疗服务项目编码的落地应用，并使用医保标准编码，按照《医疗保障基金结算清单填写规范》上传统一的医保结算清单。

二是信息传输到位。

医疗机构及时、准确、全血传输 DRG/DIP 付费所需信息是支付工作开展的基础，各统筹地区要：

指导、督促辖域内医疗机构对标国家标准，组织力量校验医保结算清单接口文档及各字段数据来源，梳理医保结算清单数据项的逻辑关系和基本内涵，做细医保结算清单贯标落地工作。落实 DRG/DIP 付费所需数据的传输需要，确保信息实时传输、分组结果和有关管理指标及时反馈并能实时监管。

三是病案质控到位。

病案管理是 DRG/DI 分组的核心。要引导医疗机构切实加强院内病案管理，提高病案管理质量。各统筹地区可以：

支持和配合定点医疗机构，开发病案智能校验工具，开展病案质量专项督查，提高医疗机构病案首页以及医保结算清单报送的完整度、合格率、准确性。

四是医院内部运营管理机制转变到位。

支付方式改革的主要目的，就是要引导医疗机构改变粗放式、规模扩张式运营机制，转向更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重体现医疗服务技术价值。

各统筹地区要：

充分发挥 DRG/DIP 支付方式改革付费机制、管理机制、绩效考核评价机制等引导作用。推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变。在促进医院精细化管理、高质量发展的同时，提高医保基金使用绩效。

除了提出这 4×4 任务安排，黄华波司长还对各级医保部门提出四点工作要求：一是要统一思想认识，加强组织领导；二是要加大落实力度，确保改革成效；三是要制定推进方案，完善工作机制；四是要加强宣传引导，营造良好环境。

最后，黄华波司长向大家号召：

三年行动计划，任务重，要求高，唯有精心谋划、精心组织、统筹协调、全力实施，才能高质量完成改革任务。让我们携手同心，奋斗 5 年，全面建立中国特色的、高效管用的医保支付新机制，为医保、医疗、医药高质量发展，为亿万人民的健康福祉，作出我们的贡献。

[返回目录](#)

“十四五”公共服务规划发布，社会办医的重点来了！

来源：看医界

近日，国家发展改革委等部门日前印发《“十四五”公共服务规划》(以下简称《规划》)，关于医疗领域的重点规划内容出炉，看医界为您带来亮点解读。

在框架上，《规划》明确提出“十四五”时期，将推动公共服务发展，健全完善公共服务体系，持续推进基本公共服务均等化，着力扩大普惠性非基本公共服务供给，丰富多层次多样化生活服务供给。

那么什么是基本公共服务和非基本公共服务?文件解释为：基本公共服务是保障全体人民生存和发展基本需要、与经济社会发展水平相适应的公共服务，由政府承担保障供给数量和质量的主要责任，引导市场主体和公益性社会机构补充供给。

非基本公共服务是为满足公民更高层次需求、保障社会整体福利水平所必需但市场自发供给不足的公共服务，政府通过支持公益性社会机构或市场主体，增加服务供给、提升服务质量，推动重点领域非基本公共服务普惠化发展，实现大多数公民以可承受价格付费享有。

此外，为满足公民多样化、个性化、高品质服务需求，一些完全由市场供给、居民付费享有的生活服务，可以作为公共服务体系的有益补充，政府主要负责营造公平竞争的市场环境，引导相关行业规范可持续发展，做好生活服务与公共服务衔接配合。

在医疗卫生领域，文件对基本公共服务做出了怎样的规划呢？

在医疗卫生人才培养领域，《规划》提出，将扩大医护人员特别是儿科、全科、麻醉科、精神科、老年医学科等短缺医师和注册护士规模，提升医护人员培养质量。多途径培养培训乡村医疗卫生工作队伍，改善乡村卫生服务水平。以儿科、全科、精神科等紧缺专业为重点，加强住院医师规范化培训基地建设。

在基层医疗服务供给方面，《规划》提出，以城市社区和农村基层、边境口岸城市、县级医院为重点，完善城乡医疗服务网络。加强社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院和村卫生室的标准化建设，加大基层中医药人才培养力度，鼓励引导基层医疗卫生机构提供适宜的中医药服务。加强妇幼保健、传染病、精神病等诊疗能力建设。

在健全公共卫生应急管理体系方面，《规划》提出，完善重大疫情防控体制机制，提升疫情监测预警能力，提高应对突发重大公共卫生事件的能力和水平。

在医保支付领域，《规划》提出，完善医疗保障经办管理服务网络，推进标准化、信息化建设，提升基层医疗保障经办服务能力建设。健全基本医疗保险稳定可持续筹资和待遇调整机制，完善医疗保险缴费参保政策。做实基本医疗保险市级统筹，推动省级统筹。完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制，健全重大疾病医疗保险和救助制度。完善跨省异地就医直接结算制度体系，加强国家、省级异地就医结算中心建设和跨区域业务协作，全面提升管理服务能力。将符合条件的互联网医疗服务纳入医保支付范围。

可见，无论是医疗人才培养、公共卫生应急管理、还是基层医疗服务供给方面，作为基本公共服务，一定是由政府来兜底的。

在非基本公共服务方面，文件透露了哪些医疗卫生政策导向呢？

首先，《规划》明确，紧紧围绕供需矛盾突出的公共服务领域，发挥政府引导作用，鼓励支持社会力量重点加强养老、托育、教育、医疗等领域普惠性规范性服务供给，面向广大人民群众提供价格可负担、质量有保障的普惠性非基本公共服务。

也就是说，首先普惠性非基本公共服务是不足的，而且矛盾还比较突出，尤其是人民群众对于优质医疗服务的需求，而优质医疗资源往往聚集在少数大城市，区域差距巨大。因此文件提出要均衡发展优质医疗服务。

《规划》明确：推进区域医疗中心建设和临床专科能力建设。在医疗资源不足地区，坚持“按重点病种选医院、按需求选地区，院地合作、省部共建”的思路进一步推进区域医疗中心试点建设，通过建设高水平医院分中心、分支机构和“一院多区”等方式，定向放大国家顶级优质医疗资源。支持省级区域医疗中心建设，积极发展医疗联合体，加强智慧医院建设，发展远程医疗服务，增强省级区域医疗中心的辐射服务能力。推动县级医院提标扩能，加强胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇、危重新生儿和儿童等救治中心以及肿瘤综合治疗中心、慢性病管理中心建设。此外，文件还鼓励发展全科医疗服务，加快发展专业化服务，有序发展前沿医疗服务，推动医养结合等多业态融合

服务发展。坚持中西医并重和优势互补，大力发展中医药服务，充分发挥中医药在疾病预防、治疗、康复中的独特作用。

也就是说，对于公立医院来说，县医院毫无疑问将继续成为国家和地方重点支持的发展对象；此外，在区域医疗中心建设规划中，省会城市将迎来一批知名医院援建的国家区域医疗中心，地市级龙头医院也将在区域医疗中心建设中迎来不错的发展机遇，把优质医疗资源下沉区域，将成为未来 10-20 年的大趋势。

以中国医学科学院阜外医院为例，就在河南郑州落地了阜外华中心血管病医院，该院是在国家卫健委支持和推动下，由阜外医院、国家心血管病中心与河南省人民政府合作共建，依托河南省人民医院，建设的三甲医院，也是国家心血管病中心华中分中心所在地。这样河南的疑难心血管病患者就不在需要跑到北京、上海就诊了。值得关注的是，文件明确提出，鼓励社会办医参与扩大供给，并强调是普惠性发展导向。要求降低服务成本、促进价格普惠，并加强质量监管。

具体提出，统筹用好规划、土地、投资、税收、金融等多种支持政策，盘活现有设施资源，低价或无偿提供给普惠性非基本公共服务供给主体，帮助降低服务成本、提升运营效率，扩大服务供给。按照保本微利、优质优价、节约资源、公平负担的原则，加快理顺公共服务价格，引导非基本公共服务供给主体提供与当地城乡居民收入水平相适应的普惠性非基本公共服务，遏制过度逐利行为。依据成本变化、居民收入等情况，健全非基本公共服务价格调整机制，及时公开披露

项目运行等信息。对标医疗服务领域，也就是说，主要定位为提供基本医保范畴医疗服务的社会办医疗机构，要坚持普惠性发展方向，而不能过度逐利。当然，社会办医建立在优质优价、效率提升基础上的利润率提升是鼓励的。

而市场化的优质医疗集团连锁化发展，也同样扩大了优质医疗服务供给，同样是政策鼓励的发展发现。以知名脑科医疗集团三博脑科等医疗品牌机构为例，连锁化的发展，为全国多地患者带来高水平的基本医疗服务，也迎来的快速发展，并将在 A 股上市。

社会办医的高品质医疗发展机遇

《规划》提出，适应人民群众需求增长和消费升级趋势，培育壮大市场主体，增加服务供给，强化服务标准，做大服务品牌，优先发展能够与公共服务密切配合、有序衔接的高品质多样化生活服务，推动生活服务与公共服务互嵌式、阶梯式发展，为公共服务提档升级探索方向、拓展空间、积蓄能量。

具体在医疗卫生服务领域，明确为提质增效。鼓励发展专业性医院管理集团。支持发展医学检验等第三方医疗服务，推动检验检查结果互认，鼓励发展第三方医疗服务评价。推动精准医疗等新兴服务发展。鼓励支持医疗康复、健康管理、心理咨询、中医药养生保健等服务发展。以高端医疗、康复疗养、休闲养生为核心，丰富健康旅游产品。积极发展智慧医疗，鼓励医疗机构提升信息化、智能化水平，支持健康医疗大数据资源开发应用。丰富商业健康保险产品，大力发展

医疗责任险、医疗意外险等执业保险等。也就是说，在高品质医疗医疗服务领域，政策明确鼓励市场大胆干，而且要做大做强。

并提出具体鼓励措施：加强服务品牌培育。支持龙头企业做大做强，鼓励中小微企业创新发展，鼓励塑造代表性特色化服务品牌，保护传承“老字号”，开发打造“特字号”，培育壮大“新字号”。鼓励拥有优质资源的生活服务供给主体，通过合作、连锁经营等多种方式，跨地区设置服务网点、参与服务供给，共享先进服务技术和管理模式。鼓励银行业金融机构向企业提供以品牌为基础的商标权、专利权等质押贷款等。

以上海为例，根据上海市卫健委公布的“上海市首批国际医疗旅游试点机构名单”为例，入选机构基本上为社会办医高端优质医疗服务机构。可见，社会办医作为我国医疗卫生服务体系的重要组成部分和重要力量，在扩大普惠性非基本公共服务供给以及高品质医疗服务领域，还是大有可为的。

[返回目录](#)

• 带量采购 •

血液制品首次入围！集采扩围步入常态化和制度化

来源：广东省药品交易中心

1月19日，广东省药品交易中心发布了关于《广东联盟双氯芬酸等药品集中带量采购文件》的通知。

通知内容中指出：根据《广东省医疗保障局关于做好药品和医用耗材采购工作的指导意见》（粤医保规〔2020〕2号）要求，广东省药品交易中心结合工作实际，制定开展双氯芬酸等 276 个药品联盟地区集中带量采购工作。

此次集中带量采购品种涉及范围是国家基本医保药品目录内用量大、采购金额高的 276 个化学药品和治疗用生物制品。与此前的意见稿相比，由 153 个药品增加至 276 个，其中血液制品 5 个，独家品种 58 个。

值得关注的是，血液制品为首次进入带量采购范围，其中包括规格为 50ml:2.5g 的静注人免疫球蛋白(pH4)、200IU 的人凝血因子VIII、50ml:10g 的人血白蛋白和 0.5g 人纤维蛋白原。

另外，参与此次药品集采报量的联盟涉及 11 个省区，包括广东、山西、江西、河南、广西、海南、贵州、青海、宁夏、新疆、新疆生产建设兵团。

集采常态化制度化，“万物皆可集采”

自 2018 年的“4+7”试点城市药品集中采购，国家组织药品集采已经完成了 6 批，不仅覆盖了化药，第六批集采还将患者群体和用量大的胰岛素纳入其中。尚未被纳入国家组织药品集采的药品，如中成药，也在部分省区开展了联盟式的探索。随着集采的常态化和制度化，药品集采正逐步迈向“万物皆可集采”方向。

2022 年 1 月 10 日，国务院总理李克强主持召开国务院常务会议。

会议指出，近年来，药品和高值医用耗材集中带量采购改革不断推进，用市场化机制有效挤压了医药价格虚高，截至去年底累计节约医保和患者支出 2600 亿元，同时也促进了医药企业将更多精力投入到产品研发、提高质量上。

按照此次国常会决策部署，2022 年国家集中带量采购工作将再次升级，不仅集采数量将增加，集采品类也将再次扩围。

下一步，要推动集中带量采购常态化、制度化并提速扩面，持续降低医药价格，让患者受益。

一是以慢性病、常见病为重点，继续推进国家层面药品集采，各地对国家集采外药品开展省级或跨省联盟采购。今年底前，国家和省级集采药品在每个省合计达到 350 个以上。

二是逐步扩大高值医用耗材集采覆盖面，对群众关注的骨科耗材、药物球囊、种植牙等分别在国家和省级层面开展集采。

三是保证中选药品和耗材长期稳定供应，加强监管，确保中选产品降价不降质。医疗机构要合理优先使用中选产品。

四是落实集采医保资金结余留用政策，推进薪酬制度改革，合理提高医务人员收入，更好调动积极性。

打破格局，加速分化

随着集采进入制度化、常态化实施阶段，集采成为影响药械行业发展最大的政策变量，是否中标集采，将成为企业发展的分水岭。不过，集采也是把双刃剑，并不是对所有中标企业都是利好。

业内人士认为，带量采购打破医药行业旧的利益格局，利好具备成本优势以及品种丰富的龙头企业，让行业集中度进一步提升，加速了医药行业的分化。随着越来越多的品种被纳入带量采购，药企销售能力将被逐步弱化，销售费用预计会大幅降低，企业将会有更多的资金投入技术向创新药领域进军，中长期利好创新仿制药企业。

[返回目录](#)

1497 家县级医院全面升级 基层设备采购将放量

来源：医疗器械经销商联盟

十四五规划下发，超千家县级医院迎来新一轮升级！

名单确认，1497 家县级医院全面升级

近日，国家卫健委、乡村振兴局、中央军委等多部门联合下发了《关于印发“十四五”时期三级医院对口帮扶县级医院工作方案的通知》（以下简称《方案》）。

《方案》要求，通过三级医院对口帮扶，引导优质医疗资源下沉，持续推动县级医院综合能力提升。到 2025 年，对于常住人口超过 5 万人的县，至少有 1 所县级医院达到二级医院医疗服务能力，力争达到二级甲等医院医疗服务能力。对于常住人口不足 5 万人的县，力争有 1 所县级医院达到二级医院医疗服务能力。

《方案》同步下发了本次对口帮扶的县级医院名单，共计 1497 家。也就意味着，未来 4 年内，在国家的大力扶持之下，这批县级医院将成功升级，随之增加的医疗设备配置容量也必然惠及诸多医疗器

械厂家、代理商。

众所周知，县医院受限于诊疗服务范围，优秀的医师、高精尖的大型医疗设备相对较少。但成功升级后，不论是医疗服务能力，还是中大型医疗设备的配置，都会有很大的突破。因此，这一波将要升级的县医院，对于相关地区的设备经销商、厂家也显得尤为重要。

值得注意的是，这 1497 家县级医院，主要分布以脱贫县为重点，兼顾自治县、陆路边境县、医疗服务能力薄弱县。

而在今年 11 月 3 日，国家卫生健康委办公厅才发布《关于印发“千县工程”县医院综合能力提升工作方案(2021-2025 年)的通知》，也明确要挑选 1000 家县级医院，4 年内全面加强专科能力、五大中心建设，持续加强医疗设备等硬件设备改造。这 1000 家县级医院，也要求以脱贫地区、三区三州、原中央苏区、易地扶贫搬迁安置地区为重点。也就是说，这两项国家级政策，势必都将向这千家县级医院倾斜。

市场扩容超百亿，后疫情时代“补短板”窗口期持续

早在去年 5 月，国家发改委下发了《公共卫生防控救治能力建设方案》，在全面提升县级医院救治能力的部分，《方案》：

一是要求建设目标适应县城城镇化补短板需要，适度超前规划布局，重点改善 1 所县级医院(含县中医院)基础设施条件，则县级医院改造费用给监护仪、呼吸机、分析仪、彩超等医疗设备带来的增量约 30.79 亿元。

二是要求按照编制床位的 2-5%设置重症监护病床，“平时”可作为一种病床，按照不同规模和功能，配置呼吸机等必要医疗设备，发生重大疫情时可立即转换，则此项为监护仪、呼吸机、分析仪、彩超等医疗设备带来的增量约 56.88 亿元。一共带来增量约 87.67 亿元。

后疫情时代，县域医疗的急救、重症能力短板明显，本次《方案》中，也明确提出：加强卒中中心、胸痛中心、创伤中心、危重孕产妇救治中心、危重儿童和新生儿救治中心等急诊急救中心建设。提升受援医院危急重症患者的抢救能力、重大疫情防控救治能力、重大突发公共事件应急处置能力等。可以说，贫困县以及中西部地区的县域医疗，势必会进一步加大急救设备等基础设施配置能力的提升。

百亿财政资金，重点砸向这些医院

针对贫困县以及中西部地区的县域医疗，财政的支持力度一直在加大。

就在去年 12 月 3 日，国家财政部发布《财政部国家卫生健康委关于下达 2021 年医疗服务与保障能力提升补助资金预算的通知》。

25.86 亿元：用于支持县域医疗卫生机构能力建设和国家发展改革委牵头开展的区域医疗中心建设试点工作。

832 个脱贫县，按照 400 万元/县的标准予以补助，对其余脱贫县按照 200 万元/县的标准予以补助，对中西部地区医疗服务能力薄弱县按照 200 万元/县的标准予以补助。

实际上这已经不是今年中央财政首次对于县级医院拨款，早在

2020 年底，国家财政部、卫健委、中医药局发布《关于提前下达 2020 年医疗服务与保障能力提升(公立医院综合改革)补助资金预算的通知》。

为 1971 个县、338 个市、703 个市辖区下达 99.96 亿元补助资金，总计 3012 个市县医院覆盖全国 31 省。而各省市，也一直在加大投入。

去年 9 月初，在福建省卫健委发布的《福建省县域医共体能力提升项目实施方案(2021-2025 年)》中也表示，五年内全省 25 个薄弱县(市)综合医院要全部达到二甲水平，且其中 50%达到国家县医院医疗服务能力推荐标准(相当于三级医院水平)。

25 个薄弱县(市)综合医院分别按 1300 万元、1100 万元、900 万元补助;34 个一般县(市、区)综合医院分别按 800 万元、500 万元、400 万元、200 万元补助。无疑，政策与资金同步下发，全国大批基层医疗机构服务与诊疗能力发展步入快车道。

毫无疑问，政策+财政的双重支持下，贫困县以及中西部地区的县域医疗，势必会迎来新一轮医疗器械市场配置潮。

[返回目录](#)

• 医院信息化 •

健康体检数据平台如何建设?

来源：中国数字医学

近年来，随着我国人群健康意识的提升，综合医院普遍设置了健

康体检(管理)中心,完成了大量的健康体检工作,积累了丰富的健康体检数据资料。与电子病历等医疗数据利用度低的情况相同,健康体检数据同样存在“数据丰富但信息匮乏”的问题。以西部战区总医院为例,不同类型人群的体检数据分别存储于5个以上不同的体检信息管理系统,即数据具有多源属性;相同体检项目数据,在不同的体检信息管理系统中字段属性并不统一,即数据具有异构属性。同时,健康体检资料既有结构化数据,又有非结构化数据。因此,如何将这些多源异构的数据资源转变为数据资产,已成为健康体检数据应用的障碍。目前,大型综合医院信息化已逐步从医疗信息化技术体系向医疗数据技术体系演变,医疗数据平台或临床数据中心成为医院信息化建设的最关键内容之一。考虑健康体检业务较为单一,且体检数据包含有绝大多数临床诊疗数据类型,因此笔者提出:将健康体检数据作为研究对象,探讨体检数据平台中卫生信息标准、数据治理、数据质控、数据建模、数据应用等关键技术,形成可推广应用的模式,为建设医疗信息互联互通的医疗数据平台或临床数据中心提供技术储备。

1. 健康体检数据平台建设目标

参照国内先进医院临床大数据中心、专病数据库等建设经验,引入医疗健康人工智能、医院数据治理等先进理念,结合笔者所在医院健康体检数据现状和应用需要,提出如下健康体检数据平台建设目标:

(1)构建可视化数据资产中心。采集不同体检信息管理系统中的

体检数据，形成数据资产中心，通过数据资产中心可以浏览整个数据平台的数据资产全貌，包括数据量、数据分布、非结构化文本数据分类及数量、字典标准化处理量、结构化变量提取量等信息。

(2) 建立术语字典标准化体系。在体检数据平台的建设过程中，对于非标准化数据进行标准概念的自动映射，实现医学字典的自动标准化和归一化，再通过人工审核和修正，在大大减少人工对照工作量的同时，确保字典对照的准确性，将院内不同标准的字典映射至符合医院需求的标准数据集。

(3) 建立数据质量管理体系。按照不同的业务数据类型，制定不同的质控规则；从数据的完整性、有效性、一致性等多个维度对不同的字段设置校验规则。规则设置完成之后，实现自动实时运行，并自动生成完整的数据质量报告，使数据质量管理实现常态化运行。(4) 构建临床信息与知识图谱的融合推理与决策模型。基于智能交互技术、因果性医学知识图谱自动生成等关键技术，构建临床数据向医疗知识转化的融合分析和自动推理模型，基于体检知识图谱、医生规则知识库、临床信息深度学习，建立广义的体检多源异构知识及多模临床信息，构建融合推理与决策模型。

2. 健康体检数据平台建设整体框架

在全面遵循卫生行业数据标准规范和确保医疗数据隐私安全的基础上，健康体检数据平台主要包括 3 个部分：①体检数据采集；②体检数据治理；③体检数据服务。建设整体框架见图 1。

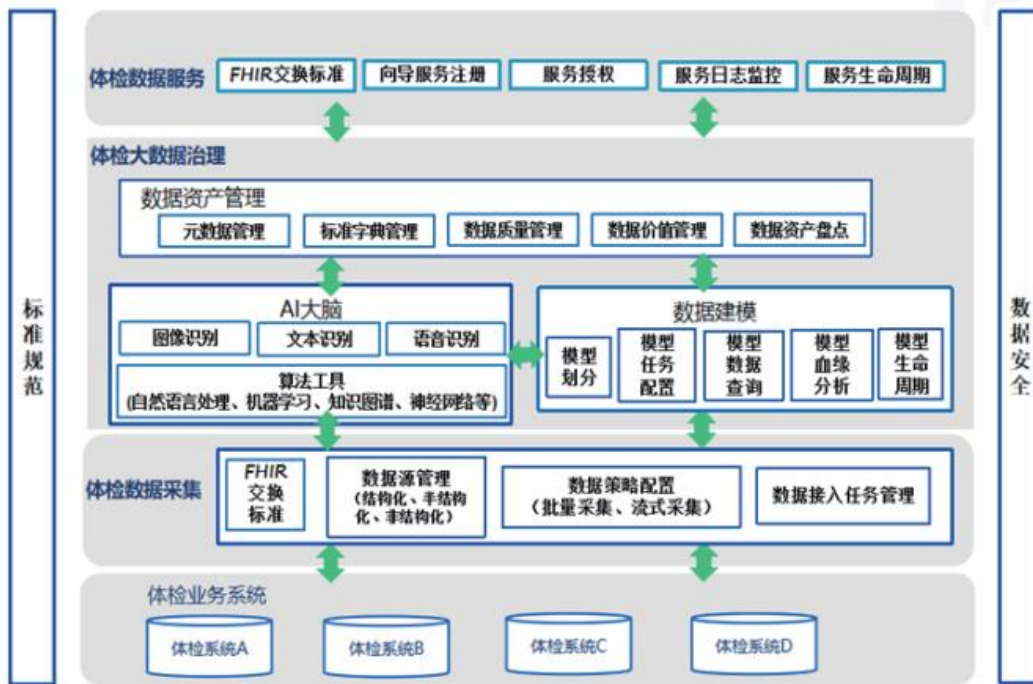


图1 多源异构体检数据平台建设整体框架

3. 健康体检数据平台建设关键技术

为实现健康体检数据平台建设目标，按照建设整体框架，需要开展快速医疗保健互操作性资源(FastHealthInteroperabilityResources, FHIR)体检数据交换标准、自然语言处理(NaturalLanguageProcessing, NLP)多源异构体检数据采集、基于机器学习的智能化体检数据治理、基于知识图谱的体检数据质控、体检数据建模等关键技术研究，实现体检档案的规范化、标准化、智能化。

3.1 FHIR 的体检数据交换标准方案研究

纳入全部健康体检项目，同时考虑不同体检系统引起的数据项记录方式和标识方式的差异，全面调研健康体检资料数据项，实现基于FHIR 的体检数据交换标准的统一管理。为实现兼容来自不同体检系

统的体检数据，参考相关的国家标准、卫生行业标准、地方标准、军队标准等制定健康数据元统一编码方案，设计基于 FHIR 的体检数据交换标准，以结构良好、表现力强的数据模型和简单、高效的数据交换机制解决互操作问题。FHIR 的体检数据交换标准方案应考虑遵循如下原则：

①重用性和可组合：FHIR 定义的资源是高度可组合的，允许更多的资源通过引用和重用，构建复杂的结构。

②可伸缩性：将 FHIRAPI 与 REST 结合，确保所有事物都是无状态的，消除对“粘性”会话的需求，支持水平可伸缩。

③性能：FHIR 定义的资源适合在网络上进行交换，除了 JSON 和 XML 标准格式外，还提供其他优化的数据格式，提高复杂事物处理中的性能。

④可用性：FHIR 定义的资源应容易被技术专家和非技术人员理解。

⑤数据保真度：FHIR 是强类型的，可以内置临床术语链接和验证。此外，JSON 和 XML 文档可以在语法上进行验证，也可以根据一组业务规则进行验证，有助于提高数据保真度，实现语义互操作。

⑥可实现性：FHIR 使用行业标准、通用标记和数据交换技术，容易理解和实施，目的是在全域医疗数据交换环境下，更利于被广泛应用。

3.2 自然语言处理多源异构的体检数据采集研究

健康体检数据主要包含患者的基本信息、临床诊断、超声检查报告、CT 检查报告、X 线检查报告等。各类检查报告属于非结构化或半结构化的文本数据，采用无监督学习、监督式学习、迁移学习等机器学习方法建立针对中文医学文本的分层式自然语言处理技术，对各类检查报告进行信息抽取、结构化转换以及标准化处理，包括分词、词性标记、命名实体识别、句法分析、确信度分类、时序解析、关联抽取、词义解析、扩展消歧、变量匹配等环节，标注医学文本，建立医学术语网络。

研究基于自然语言处理的多源异构的体检数据采集，将医院医疗业务系统中的数据，通过自然语义处理技术，结合医疗专业术语的语义结构，将医疗语义信息从原始的自然语言表达，扩展分析为结构化的 Key-Value 模式，为后续的应用、挖掘、机器学习提供基础数据支持。

3.3 基于机器学习的智能体检数据治理技术研究

体检数据治理主要包括数据标准管理、元数据管理、数据质量管理、数据资产管理、数据安全治理，各模块协同运营，确保大数据平台数据的一致、安全、有效、规范。

根据数据治理功能及操作流程，研究提出基于机器学习的智能体检数据治理功能模块。本项目已初步提出数据治理功能模块，包括数据标准管理模块、元数据管理模块、数据质量管理模块、数据资产管理模块、数据安全治理模块等。

数据治理需要持续完成数据采集、清洗、转换、分类等基础性工作，需要采用机器学习方法提高数据治理效率。利用医学术语自动标准化治理模型，引入机器学习算法(包括线性回归、Logistic 回归、线性判别分析、朴素贝叶斯、KNN、随机森林等)，实现数据自动归一标准化过程。

建立数据治理标准体系，解决难共享、不开放的体制和技术难题，构建基于机器学习智能体检数据治理平台。

3.4 基于知识图谱的体检数据质控规则库研究

基于知识图谱的体检数据质控规则库研究，将传统知识图谱构建方法与主动学习相融合，进一步提高知识图谱质量，并降低构建成本，研究基于人机协作的知识图谱构建技术、知识图谱融合以及质量控制技术，并为体检知识图谱的进一步研究提供结构化的语义支持。基于人机协作知识图谱构建的主动学习算法设计和实体关系抽取框架研发是数据质控重要的研究内容。

监控引擎负责执行监控脚本并产生监控结果，监控引擎是一个可供调度程序定时执行的存储过程，部署在一个具有读取其他业务库的数据库用户下。

研究拟采用自感知的知识获取方法和双向知识更新方法进行质控规则知识库的生成与更新。自感知的知识获取方法利用频繁项集挖掘的方法找到频繁谓词作为关键属性，利用表示学习进行知识识别与连接，使知识库能自感知需要的知识，并能从大量网络数据中获得准

确的、有价值的知识。

双向知识更新方法通过本体扩展自上向下扩充知识库范围，设计新的抽取器抽取相关知识；通过自感知的抽取器自底向上抽取新的实例、属性和关系，结合这两个方面实现双向知识更新。通过人机结合提高集成准确性和质量评价，设计各种类型的众包任务和应用，将置信度较低的抽取结果整合到这些任务和应用中，通过用户的反馈对所建立的知识图谱进行修正。

3.5 体检数据建模算法的研究采集

大量体检者体检指标，对数据进行清理、分类、整理，为体检指标关联性提供自动化模型，以期将该数据模型用于体检等相关应用，实现体检数据类应用的可计算化。正确率和误差是检验数据模型的关键，运用学习训练数据针对体检指标构建神经网络模型，采用 BPNN 神经网络等算法，构建体检指标关联模型，将算法预测结果与临床医生预测结果进行比对。运用测试对照组的数据对模型进行验证。

4. 小结

为提升患者服务品质和医院诊疗水平，综合医院普遍将“医疗健康大数据中心”列入本单位的“十四五”建设规划。医疗健康大数据中心的建设是一项系统工程，如何分步骤、科学有效地实施是亟需解决的现实问题。本研究初步提出了综合医院健康体检数据平台建设方案，将包含有绝大多数临床诊疗数据类型的健康体检资料作为研究对象，探讨了健康体检数据平台建设中卫生信息标准、数据治理、数据

质控、数据建模、数据应用等关键技术，可为建设“医疗健康大数据中心”提供技术储备。

[返回目录](#)

互联互通背景下医疗数据治理面临什么问题，如何治理？

来源：中国医院

随着新医改的深入开展，医疗卫生信息化进入了快速发展期。原国家卫生计生委员会发布的《“十三五”全国人口健康信息化发展规划》要求夯实人口健康信息化和医疗健康大数据基础，推进互联互通信息标准落地应用，消除信息壁垒，畅通部门、区域、行业之间的数据共享通道，探索健康医疗大数据信息互联互通机制，其充分体现了信息标准化、互联互通的重要性已提升至国家战略高度。在此背景下，良好的数据治理不仅是医疗信息互联互通的前提，也是医疗单位综合实力的侧面体现。当前，国内外对于通用数据治理的理论研究和治理实践已有一定的成效，但针对医疗数据治理的研究尚处于起步阶段，原因在于医疗数据治理不仅要遵循数据治理的通用规律与思路，也要考虑医疗信息互联互通的特点。因此，本研究旨在医疗信息互联互通的背景下，对目前我国医疗数据治理存在的问题进行分析，并提出针对性的建议。

1. 医疗数据治理概述

医疗数据的构成较复杂，按数据类型可分为疾病诊疗类、健康监测类、管理和运营类、规则和知识类四大类，各类数据涉及的内容非

常复杂，见表 1。

表1 医疗数据分类

数据类型	具体内容
疾病诊疗类	预约挂号数据、EMR 数据（遗嘱、文书、诊断、护理）、检查检验数据、手术麻醉数据、随访数据等
健康检测类	出生数据、疫苗接种数据、体检数据、患者产生型数据（可穿戴设备、便携设备、移动健康 App、个人记录数据等）
管理和运营类	人社：执业和人力资源数据、医保数据等 卫生：上报数据（统计信息中心、人口信息平台）、疾控数据等 医院：财务数据（患者缴费、医保结算、医院运营等）、物资和固定资产数据等 药监：药械的研发、生产、流通、运营等
规则和知识类	医疗服务价格规范、药品招标价、医保支付规则、医保支付数据标准规范、知识库（教科书、文献、指南）等

医疗数据除具有传统大数据的数量大、种类多、产生速度快等特点之外，还具有复杂性、精确性、隐私性、异构性及封闭性等特点。目前我国的健康医疗大数据种类繁多、标准不统一，并且质量参差不齐，疾病相关数据维度多、特性各异，隐私数据匿名化处理需要加强。数据治理作为提升数据价值的一种必要手段，在大数据时代凸显出重要作用。

目前业内关于数据治理的定义仍未统一，常见的定义如下：数据治理是对数据资产管理行使权力和控制的集合，包括计划、监控和执行等；数据治理是在企业数据管理中决策权和相关职责的分配；数据治理是指更加严谨规范的信息质量控制规程。我国也有相关机构定义数据治理的概念，主要包括以下 3 点：数据治理要确保评估信息利益

相关者的需要，确保有效助力业务决策机制和方向，确保对绩效和合规的监督。

综上，数据治理首先需要由权威机构对数据资产制订管理计划，同时该机构对管理过程中的各环节应具备控制力。但由于包括卫生主管部门、医院、体检机构等多机构及患者个人均存有数据，使得医疗数据确权难以明确，而数据治理的权威机构又缺乏相关规定，这就造成了医疗数据相对的复杂性和分散性。因此，国家卫生健康委制定了《国家健康医疗大数据标准、安全和服务管理办法》，明确指出要在保障公民相关权利的基础上，对我国公民在我国境内所产生的健康医疗数据加以规范管理和开发利用。

2. 互联互通背景下医疗数据

面临的问题从医疗信息互联互通的背景出发，根据我国当前医疗机构在数据治理方面的现状来看，医疗数据还存在许多问题，主要体现在以下方面。

2.1 数据的完整性不高一方面由于医疗机构信息系统相对独立，区域卫生信息中心平台覆盖不全，而单个医疗机构又获取不了患者的其他社会环境信息，因而数据完整性不高；另一方面由于部分医疗机构追求诊断效率，导致医疗信息系统使用不完全或业务未开展，从而造成数据的不完整。例如，部分医院门诊部患者数量多，门诊要求效率高，诊间时间有限，导致了门诊电子病历使用率低，造成诊疗数据的缺失。

2.2 数据的标准化程度不够在临床工作中，医师等在对信息系统的使用中，出于对诊疗效率和诊疗精确度的考虑，对标准化术语、名称等使用不规范。例如，信息系统以标准化字典与文本自由录入相结合的方式实现门诊患者诊断下达功能，但在自由文本录入的诊断中出现“发热？”“发热待查”“I 期”“1 期”等诊断，占比超过了 20%；数据清洗缺乏统一的策略，从而降低了数据质量。

2.3 数据的准确度不够由于大部分医疗信息系统的自动化程度低，医务人员在诊疗过程中需要手动录入数据，可能出现原始数据错漏、不完整等问题的出现。许多医疗智能化设施如便携式生命体征测量设备等，由于缺乏统一的度量与验证，从而导致了采集数据的偏差；数据采集设备容易受环境等其他因素的干扰，从而造成数据缺失、错误等。

2.4 数据的整合性欠缺由于缺乏统一的元数据标准，数据整合困难；同时，缺乏对主数据的统一管理，对患者或医生医疗过程中的核心数据实体难以进行唯一标识，因而无法实时更新，大量数据以文本、图像、影像等非结构化的形式存储，这均使得数据后续整合与分析的难度增加。基于上述情况，若将这些数据集合起来，数据的可用性依旧很差，每个字段的含义和取值范围无法明确，想要使用简单的查询办法找到所需数据也较为困难。

2.5 数据的一致性差造成医疗数据一致性差的原因主要有两方面，一是由于现有的医疗数据标准尚未完全统一，健康医疗信息领域

市场巨大，医疗信息化厂商多，导致异构数据源产出的健康医疗数据标准不一致；二是主要体现在医疗机构内部，各诊疗节点数据前后不一致，数据指标统计方法不一致。

2.6 数据的安全隐患大网上预约诊疗、健康检测设备的普及应用等必然加大了健康医疗数据泄露的风险，虽然业内已有相关的隐私保护条例，但仍需要系统化地建立健康医疗大数据安全防范措施。

3. 医疗数据治理对策

医疗数据管理制度的完善，进一步促进了医疗数据的完整性和标准化程度。例如，针对医疗信息系统使用不完全或业务未开展的问题，可以以使用率、执行率为评价指标进行定期考核，并纳入绩效考核体系。改进门诊电子病历，提出全级通用的门诊电子病历模板，同时实现诊疗数据的自动带入、检查检验报告快速引入、门诊病历复写等功能，从而帮助门诊医师快速完成病例，提升数据的完整性。明确的规范要求对医疗大数据的治理极为重要，然而保障数据质量，做好元数据管理、主数据管理、数据生存周期的管理等工作同样重要。

3.1 保障数据质量医疗大数据的多源性和多样性使医疗数据变得复杂，由于系统原因、人为原因造成数据的质量问题使得数据的互联互通出现问题，从而给医疗机构及患者造成不利影响。因此，应从管理技术、管理流程等方面对症下药，提出全面的数据质量管理方法。

以医院医疗数据治理为例，通过知识图谱、数据融合等关键技术能够较好实现医疗健康数据的质量控制，见图 1。

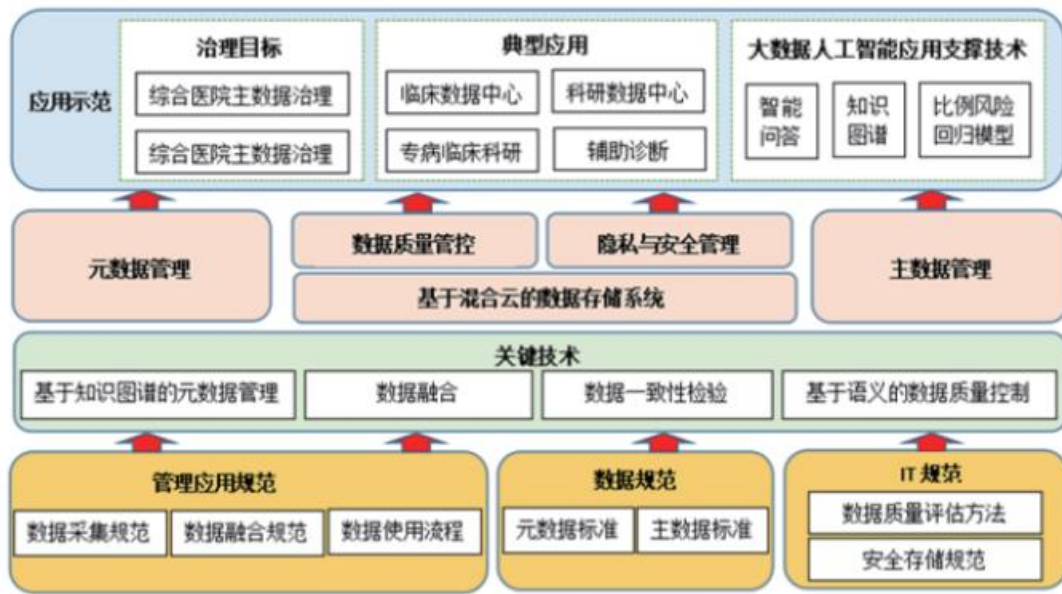


图1 医院医疗数据治理体系

针对医疗大数据存在的质量问题，医疗机构和卫生行政部门须采取必要措施进行质量控制。首先，制订数据质量的管理目标与质量管理标准，使各机构可结合标准对数据质量进行分类管理，明确不同数据之间的关系和依赖性；其次，建立专门的数据质量管理机构并明确管理机制，各环节管理责任到位，开发流畅易行的数据质量管理方法；第三，加大保障数据质量的相关技术研发力度，促进数据质量管理水平和数据质量的提升；第四，识别数据生存周期各阶段中影响数据质量的关键因素，以构建数据质量多维度评估框架；最后，采用定性评估、定量评估或综合评估等方法，评估和持续优化数据质量。

3.2 元数据管理元数据是描述数据的数据，其提供了主题域中识别、定义和分类数据的方法。

数据治理成功的关键在于元数据的管理，即赋予数据上下文和含义的参考框架。而对元数据标准进行高效应用则是元数据管理的核心

要求之一。我国已颁布《卫生管理基本数据集》等一系列医疗行业元数据标准规范，但在实际应用过程中，常无法落实到位，甚至还会出现错用。

因此，应当建立一种可以补充这些标准并将不同的应用相互关联的完善的元数据管理机制。该机制的建立以知识图谱技术为依托，便捷地对元数据的概念及概念层次、属性及属性类型、关系及关系定义域和值域进行定义，还可表示模式层更复杂的约束关系。借助图结构的表达能力，还可表达数据间的多种相关关系，从而建立更加灵活的数据约束条件，方便地表达和扩充元数据。只有这样，才能将这些元数据标准规范有效应用于医疗系统中，更好地促进医疗大数据的治理工作，利用医疗大数据资源为公众服务。

建立信息资源目录元数据库对于管理数据资源也具有重要的意义。目前，在国内这方面比较典型的研究包括构建健康医疗大数据资源核心元数据模型等。用户可以通过这些核心元数据了解到健康医疗大数据资源的基本内容，便捷地实现信息资源的定位、高效检索、数据交换与管理。

3.3 主数据管理医疗数据的主数据种类很多，包括患者数据、诊断数据、药品数据、检验项目数据、科室数据等。当前主数据管理有两个问题有待解决。第一，如何构建患者的主索引号，从而识别不同系统中同一名患者不同 ID 之间的映射关系，因为每个系统里都有独立的 ID。第二，患者的基本信息(如年龄、性别等)同时存在医院各

个信息系统中，难免会存在数据填写质量不一致或数据不能及时更新等问题。因此，需要在定义系统主数据的情况下，构建主数据管理中央库，从而解决主数据的碎片化问题。可以从各系统抽取数据，进行数据融合，形成完备的主数据信息，然后再将主数据信息分发给各业务系统，保证各业务系统中这些信息的准确性和完整性。形成公共的重要属性由主数据管理系统管理，各业务系统的特色属性由各系统独立管理的模式。

3.4 数据生存周期的管理数据生存周期管理是医疗数据治理的核心工作之一。一般包括大数据组织、现状评估、制定大数据战略、数据定义、数据采集、数据分析、数据呈现、数据治理及持续改进，见图2。虽然目前在针对医疗健康数据治理的数据流及工作流的理解上已较为成熟，但在实际管理操作过程中对于细节的注重和把握还不够。

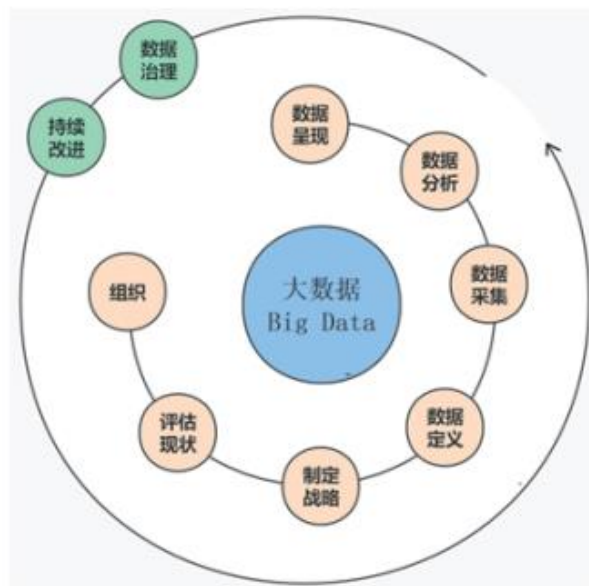


图2 大数据生命周期

因此，医疗机构应该明确定义数据的生存周期，在不同的阶段制定有效的管理策略，从而降低成本与风险；确保数据生存周期各阶段数据的保密性、完整性和可用性；确保数据生存周期的管理符合法律法规、行业监管等要求，保证数据的获取合法、存储完整、整合高效、分析有效、应用合规、归档可靠和销毁完全等。

4. 医疗数据治理的实践

目前，国内有一些关于医疗数据治理实践的典型案例：①华西-成华全科健康大数据管理平台的建立解决了各信息系统间存在的孤岛效应及无法进行有效的数据共享的问题。通过对 18 家医疗机构现有的 HIS 的原始数据元数据的管理、数据模型元数据的管理以及主题数据模型元数据的管理及可视化工具开发，从而实现更加便捷地了解区域健康医疗大数据资产的分布情况及其产生过程。②首都医科大学宣武医院为解决院内数据质量冲突问题、复杂数据的获取问题以及数据治理过程中的数据安全保障问题，从数据治理的顶层设计出发，抓住数据治理重点，实现了不同就诊场所、不同时间的患者及诊疗信息的贯通，全院级别的影像数据统一管理，在保证信息安全的前提下增强各类临床数据的可及性。

以上案例说明只有充分了解目前医疗大数据总体存在的问题、医疗大数据标准体系的构成以及存在的缺陷，才能从数据治理的宏观层面出发，提出更加准确和有效的治理决策；在数据治理过程中也应切记，数据治理着力点并非在于数据本身，而是关于业务流程、决策以

及多方组织机构的相互协作。

5. 结语

医疗数据作为医疗行业重要的信息资源，如何对其进行高效的治理、如何促进医疗信息的互联互通、如何充分发挥其价值作用，已成为目前医疗信息研究的热点。只有充分了解目前医疗数据总体存在的问题，了解医疗大数据标准体系的构成以及存在的缺陷，才能从数据治理的层面出发，提出更加准确和有效的治理决策。

本研究在医疗信息互联互通的背景下，阐述了医疗数据的相关概念与目前面临的诸多问题，提出了多项优化医疗数据治理的对策，以作之一。一般包括大数据组织、现状评估、制定大数据战略、数据定义、数据采集、数据分析、数据呈现、数据治理及持续改进，见图 2。虽然目前在针对医疗健康数据治理的数据流及工作流的理解上已较为成熟，但在实际管理操作过程中对于细节的注重和把握还不够。因此，医疗机构应该明确定义数据的生存周期，在不同的阶段制定有效的管理策略，从而降低成本与风险；确保数据生存周期各阶段数据的保密性、完整性和可用性；确保数据生存周期的管理符合法律法规、行业监管等要求，保证数据的获取合法、存储完整、整合高效、分析有效、应用合规、归档可靠和销毁完全等。图 2 大数据生命周期 4 医疗数据治理的实践目前，国内有一些关于医疗数据治理实践的典型案例：①华西-成华全科健康大数据管理平台的建立解决了各信息系统间存在的孤岛效应及无法进行有效的数据共享的问题。通过对 18 家

医疗机构现有的 HIS 的原始数据元数据的管理、数据模型元数据的管理以及主题数据期促进医疗行业技术进步和服务质量的提升。

[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