

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2022.02.07-2022.02.13

——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。)

· 聚焦两会 ·

▶ [聚焦两会 | 2022 基层医疗传来 3 大好消息](#) (来源：医药观察网)

——第 9 页

【提要】日前，各地两会陆续召开，在基层医疗卫生领域，泸州代表团省人大代表、古蔺县大村镇卫生院院长项英建议赋予基层医疗机构部分基本药物采购使用权限，适当增加乡村医疗机构基本药物品种。吉林省政协委员王珺楠建议对基层医院尤其是乡镇、社区卫生院要加大财政投入，改善基层医院的设备和医疗、诊疗条件。山西省政协委员王建林建议村卫生所所需的设施建设资金和维修资金由所在县(区)政府统筹协调，乡镇政府负责，村委会予以配套解决。

▶ [聚焦两会 | 采购医疗设备，应当优先国产!](#) (来源：扬子晚报)

——第 12 页

【提要】日前，重庆、安徽、江苏三位政协委员分别在 2022 年的两会上，为国产医疗设备发展谏言。重庆市政协委员、重庆山外山血液净化技术股份有限公司高光勇建议要进一步提升重庆本地生产医疗器械的采购率，推动重庆生物医药产业高质量发展。安徽省政协委员、安徽医科大学副校长梁朝朝建议要大力发展安徽省高端医疗器械制造业，完善政府有关采购政策。江苏省政协委员陈吉祥同样提到：“我

们现在很多医疗设备还是依赖进口，医疗设备中进口与国产的比例大约是 7:3。”建议政府对江苏本土企业产品在本地的推广应用出台相应鼓励机制和政策支持，对有核心技术、有应用前景的品牌给予资金支持。

• 药闻速递 •

▶ [倒计时！全国医保目录将统一](#)（来源：国家医保局）—第 14 页

【提要】国常会定调“十四五”全民医疗保障规划，明确将于 2022 年实现全国基本医保用药范围基本统一。“十四五”时期，要深入推进医保制度改革，尽力而为、量力而行，医疗保障要坚持把保基本理念贯穿始终，逐步提高水平，做到可持续。按照国家医保局的规定，省级医保部门应加快原自行增补品种的消化工作，确保 2022 年 6 月 30 日之前完成全部消化工作。

▶ [国家医保局最新部署：与企业直接结算](#)（来源：国家医保局）—第 18 页

【提要】近日，国家医疗保障局就提升完善医药集中采购平台功能、支持服务医药价格改革与管理作出工作部署。国家医保局指出，要更好支撑集中带量采购，支持常态化制度化开展集中带量采购工作，为巩固集中带量采购改革提供技术支持。拓宽平台覆盖范围，扩大采购主体覆盖全部公立医疗机构。强化医药价格监测，完善监测体系，扩大监测范围和内容，加强医药价格监测能力建设，推广监测信息数据应用。建立协同联动机制，提升平台间价格、信用评价、供应等数据

联通共享水平，推进形成全国统一开放的集中采购市场。

▶ [17 省联盟集采 骨科耗材低价联动](#)（来源：北京市医药集中采购服务中心）——第 23 页

【提要】2月9日，北京市医药集中采购服务中心、天津市医药采购中心、河北省医用药品器械集中采购中心发布《京津冀“3+N”联盟骨科创伤类医用耗材带量联动采购和使用工作方案》。据观察，此次带量联动采购中共有 17 省(市、自治区、兵团)加入采购联盟。叠加去年开展联盟集采的河南等 12 省，骨科创伤集采将覆盖全国绝大部分省市。两轮集采中，仅京沪苏三地尚未参与。

• 监察监管 •

▶ [医保基金飞检工作模板探索——地方飞检实践](#)（来源：三湘都市报 湘无恙）——第 31 页

【提要】2020 年 7 月 7 日，国家医疗保障局办公室印发了《医疗保障行政执法文书制作指引与文书样式》，将全国执法流程、文书进行统一规范。笔者通过参加多次省飞检和县区循环交叉检查工作，以作者为市级医保部门行政执法人员为本例，对医保基金飞检工作进行了归纳整理，形成了山东省滨州市的工作模板，从准备工作到结束工作进行一次全方位梳理，提供给各医疗保障部门及医疗机构作为参考。

▶ [血透机构欺诈骗保行为盘点](#)（来源：中国医疗保险）——第 47 页

【提要】由于血液透析存在潜在人群基数大，周期长，次数多，医保报销比例和额度高的特点，加上医疗行为的复杂性和不确定性，使血

液透析基金监管的难度较大。近期，全国多地通报了血液透析中心(以下简称“血透中心”)骗取医保基金的案件，如西安医学院第三附属定点医疗机构通过虚记透析次数等方式骗取医保基金 302.21 万元。血透中心成为骗保的高发区，如何强化其监管成为医保部门迫切直面的问题。笔者结合基金监管实际，通过数据分析引导和医学逻辑验证是两个组合工具，就如何把医疗行为的不确定性转化为监管要求的确定性，浅谈加强定点医疗机构血液透析基金监管及梳理血透中心容易存在的违法违规行为。

• 中医药动态 •

▣ [从三个层面推进中医药养老服务体系建设](#)（来源：中国中医药报）
——第 55 页

【提要】为积极应对人口老龄化，抢抓养老事业发展机遇，推进养老事业高质量发展，必须着力从顶层设计、制度完善、供给侧改革层面上保障中医药养老服务体系建设，不断促进老年人生活环境得到优化、生活质量明显改善、幸福指数明显提高。

▣ [构建“中医思维+”育人机制 培养高质量中医药人才](#)（来源：中国政府网）
——第 57 页

【提要】中医思维是中医药学的精华，也是中医药人才培养的核心要求。培养高质量中医药人才，既要遵循中医药人才成长规律、坚守中医思维，又要创新完善中医药高等教育标准体系。构建“中医思维+”育人机制，就是要将中医思维深度融入与中医药高等教育思想观念、

中医药人才培养目标、人才培养模式的各要素以及人才培养体系各环节中，推动中医思维成为贯穿中医药人才培养全过程的主题和主线，系统、科学、高效地建立“中医思维+”育人模式，推动中医药高等教育改革与高质量发展。

• 医院管理 •

▶ [医院采购 16 个要点解析+7 大优化步骤](#)（来源：国家卫生健康委）
——第 65 页

【提要】采购是医院经济活动的重要内容：药品、试剂、医用材料、仪器设备、工程、维修、维保等，每一项都需要通过采购完成，采购涉及的资金量占整体医院资金流出量的 60%左右。但是，由于采购过程不规范，导致采购工作质量和效率不高，一些机构和个人受到行政处罚屡见不鲜。对于医院及采购负责人来说，在医院采购实践中，应抓住哪些要点呢？国家卫健委政府采购管理专家许晔老师，就医院政府采购流程的要点分析、日常采购的优化进行权威解读，以便医疗机构有效理解和采用。

▶ [医院绩效管理该如何适应 DRGS 改革！](#)（来源：华夏医界网）
——第 72 页

【提要】疫情的冲击并没有影响新医改的步伐，医保 DRG 支付改革正在全国各地有序推进中。支付制度的变化，对医院的战略定位、学科建设、效益增长、绩效分配等都提出了新的要求，尤其绩效管理是医院管理工作中的关键。从全院战略高度切入，创新建立“基于预算的

薪酬与绩效管理模式”，将医院效益提升及发展目标与全院员工的收入回报及发展目标结合起来，通过调整病组结构、提升效率，才能更好地促进医院发展。

• 医保快讯 •

▣ [未来五年，医保惠民将释放四大红利](#)（来源：人民网）——第 77 页

【提要】医疗保障直接关系到千家万户人民群众的切身利益。2021 年 9 月，国务院办公厅印发了国家《“十四五”全民医疗保障规划》。立足于保障人民健康，从健全多层次医疗保障制度体系、优化医疗保障协同治理体系、构筑坚实的医疗保障服务支撑体系三个维度推进医保事业高质量发展。通过未来五年的努力，群众至少可以从以下四个方面获益，即群众办理参保更加便利、参保群众就医负担进一步降低、用得上更多好药新药、发展“智慧医保”服务更便民。

▣ [加快《医疗保障法》立法进程：除了回应医保现实问题，更要注重长远](#)（来源：重庆市医疗保障局）——第 83 页

【提要】法治医保建设必须以习近平法治思想作为根本遵循和行动指南，吃透基本精神、把握核心要义，立足于坚持以人民为中心，坚持法治为人民服务，加快构建以《医疗保障法》为主体的法律法规体系，实现医保政策法定化、医保制度法制化、医保治理法治化。不断强化行政管理与司法监督协同配合，全面推进全民守法，最终形成系统完备的医保法律制度体系、科学规范的医保法治实施体系、运行有效的

医保法治监督体系，在法治轨道上全面深化医保改革，推动医疗保障事业实现历史性变革、系统性重塑、整体性重构。

-----本期内容-----

· 聚焦两会 ·

聚焦两会 | 2022 基层医疗传来 3 大好消息

来源：医药观察网

日前，各地两会陆续召开，在基层医疗卫生领域，今年代表和委员们发出了哪些最强音？未来，这些建议会为基层医疗领域带来哪些新变化？

01 好消息一：赋予基层医疗机构药品采购权

1 月 18 日，四川省第十三届人民代表大会第五次会议在成都召开。泸州代表团省人大代表、古蔺县大村镇卫生院院长项英带来“适当增加基层医疗用药种类”的建议。

建议赋予基层医疗机构部分基本药物采购使用权限，适当增加乡村医疗机构基本药物品种，同时将基层使用的基本药物目录、新农合药物报销目录、城镇职工报销目录合并为一个用药总目录，方便基层医生用药。

进一步完善基本药物制度。基本药物招标时不选定生产企业，只选定药品名称，对所有基药目录中的同一规格、同一剂型的药品实行一个竞标价，只要认可该竞标价的符合标准的生产企业，在申请备案后均可成为该药品配送的生产企业，并合理确定药企利润空间。

建立竞争有序的配送格局。相关部门应认真审查企业的生产、融

资、配送能力等，确保中标企业有足够的生产能力，药品供应及时。赋予基层医药监督部门和医疗机构选择权和否决权，对药品配送企业开展信用等级评价，建立惩处和退出机制，让群众看病不再难。

贵州省人大代表潘凤也表示，今年省两会，她将就提升合作医疗保险金使用和下放部分常用药物使用权限提出建议。建议从“小病不出村，常见病不出乡镇”目标出发，一方面提升村镇合作医疗保险水平、改善村镇医疗卫生机构报销保障机制，另一方面提升群众看病就医体验，将一些治疗小病、常见病的药物使用权限下放至村镇医疗卫生机构。

02 好消息二：提高基层医生待遇

针对基层医疗机构建设和人才待遇方面，在今年吉林省、云南省和宁夏自治区两会上，吉林省政协委员王珺楠、云南省政协委员介军及宁夏自治区人大代表李会珍均提出相应建议。

王珺楠建议：加大财政投入和政策支持。对基层医院尤其是乡镇、社区卫生院要加大财政投入，改善基层医院的设备和医疗、诊疗条件。为基层医院提供政策倾斜，让基层医院在市场竞争中有政策优势，促进基层医院的健康成长。

介军建议：医疗人才和医院设备都不能缺，希望对现有卫生院人员进行培训、进修、轮训和上级医生下乡带教指导，加快互联网医疗诊断在基层的运用实施，提高诊治能力。并且构建医联体、医共体信息化建设体系，邀请成熟专业的互联网医疗、诊断、药品等企业参与，

从而提高效率降低成本。

李会珍建议：希望政府能够对基层医疗卫生机构建设加大投入，比如设备的配置，增加基本医疗器械。同时，政策补偿方面做一些调整，比如加强基层医务工作者工资待遇，还有疫情防控人员的工资待遇。

03 好消息三：政府出资维修村卫生室

2022 年山西两会上，省政协委员王建林建议，山西省基层医疗机构功能残缺亟待引起重视。他表示，从调研情况来看，虽然近年来各级政府对农村医疗卫生服务的扶持力度日渐加大，但由于公共财政投入不足，村卫生所基础设施仍旧较为落后。

有的卫生所没有村集体提供的房屋，有的卫生所房屋破旧窄小；从业人员年龄老化等问题突出，难以适应村卫生所信息化建设步伐，与人民群众的实际需求有较大差距。建议将农村卫生所基础设施建设纳入新农村建设实事工程。村卫生所所需的设施建设资金和维修资金由所在县(区)政府统筹协调，乡镇政府负责，村委会予以配套解决。

建立乡村医生养老保障制度，对达到退休年龄的乡村医生给予适当的养老补贴，解决老村医的后顾之忧。

同时，完善乡村的准时机制，使愿意从事农村卫生工作的大中专医学毕业生顺利进入乡村医生队伍，不断提高乡村医生待遇，稳定乡村医生队伍，满足农民群众就医需求。

[返回目录](#)

聚焦两会 | 采购医疗设备，应当优先国产！

来源：扬子晚报

近期，地方省级纷纷进入“两会时间”，国产医疗器械发展议题受到关注。日前，安徽网、中工网、扬子晚报最新消息传出，三位政协委员分别在 2022 年的两会上，为国产医疗设备发展谏言。

进一步提升国产设备采购率

重庆“两会”期间，重庆市政协委员、重庆山外山血液净化技术股份有限公司高光勇提出建议：在双循环新格局下，提升国产设备采购率已经成为国内诸多地方的共识，我建议要进一步提升重庆本地生产医疗器械的采购率，推动重庆生物医药产业高质量发展。建立并定期更新《重庆市自主创新重点医疗器械产品目录》，同时将血液透析机、床旁血滤机(CRRT)等重庆本地生产的应急医疗设备纳入重庆市应急储备物资目录，以提高重庆生产的大型医疗设备的市场占有率。

无独有偶，安徽省政协委员、安徽医科大学副校长梁朝朝建议，要大力发展安徽省高端医疗器械制造业，完善政府有关采购政策。“国产药品和医疗器械能够满足要求的，政府采购项目原则上须采购国产，特别是本省的产品，从而扭转各级公立医院偏重进口产品依赖现象。”

建议安徽省卫健委和医改部门完善政府采购政策，及时更新采购目录，将我省医疗器械的创新产品纳入目录，从应用环节促进安徽省高端医疗器械制造业加快发展。

此外，江苏省政协委员陈吉祥同样提到：“我们现在很多医疗设备还是依赖进口，医疗设备中进口与国产的比例大约是 7:3。”建议政府对江苏本土企业产品在本地的推广应用出台相应鼓励机制和政策支持，对有核心技术、有应用前景的品牌给予资金支持。

国产替代道路仍长

我国国产医疗器械市场潜力巨大。据招商银行研究院数据显示，到 2020 年，国内医疗器械市场规模 8000 亿元，同时，国内医疗器械约有三分之一品类进口替代率不足 50%，2015-2020 年，国内医疗器械进口产品销售额占医疗器械市场整体约三分之一。

尽管国产医疗器械近年来取得了较大进步，但在高端医疗器械领域还有许多亟待突破的地方。由于起步较晚，国产医疗器械在核心技术研发和积累方面，仍与进口品牌有差距，使得国产高端高值产品比例偏小，一些关键零部件依赖国外进口。

并且，尽管部分国产自主知识产权的创新医疗器械和高端医疗器械已在技术层面与跨国公司产品无显著差异，并在性价比上领先。但是，对于价格相对不敏感的三甲医院，依旧更信赖传统国际巨头的产品，从而导致国产医疗器械在三甲医院关键科室的市场份额仍然较小。

据众成医械数据，截至 2021 年 6 月底，国产化率为 0%的二级产品类别共计 56 项，国产化率不足 10%的二级产品类别共计 66 项；国产化率 0%-70%的二级产品类别合计 322 项，国产化率 70%及以上的二级产品类别共计 730 项。

2021 年，广东、浙江、四川等多个省发布了“进口医疗设备采购清单”，明确支持国产创新产品，原则上不得采购进口产品。通过在执行层面上限制国产进口设备的采购，增加国产设备的采购率。

但是，限制进口终究不是长久之计，“以质量求生存，以服务求发展”才是医疗器械行业的生存之道，只有国内更多优秀的国产医疗设备发展起来，国产替代之路才能走下去。

目前，国产医疗器械企业已在技术“卡脖子”方面取得了一定进步，但在这之后，市场“卡脖子”问题亦亟待解决。

随着国家不断发布各项政策，扶持优秀的国产产品进入市场参与竞争，国内医疗器械企业正迎来多项利好加持的黄金发展时期。

[返回目录](#)

· 药闻速递 ·

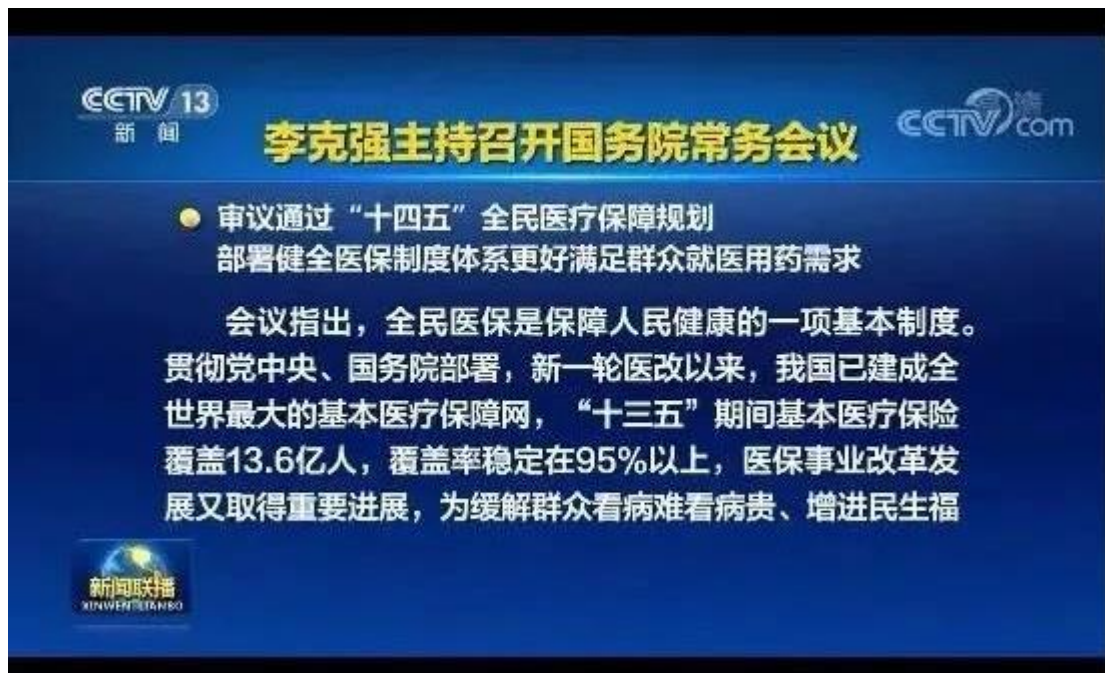
倒计时！全国医保目录将统一

来源：国家医保局

01 全国医保目录统一进入倒计时

国常会定调“十四五”全民医疗保障规划，明确将于 2022 年实现全国基本医保用药范围基本统一。

“十四五”时期，要深入推进医保制度改革，尽力而为、量力而行，医疗保障要坚持把保基本理念贯穿始终，逐步提高水平，做到可持续。



按照国家医保局的规定，省级医保部门应加快原自行增补品种的消化工作，确保 2022 年 6 月 30 日之前完成全部消化工作。

时间已经到了 2 月份，距离上述规定的时间只剩 4 个月左右。

目前来看，福建省医保局已经发布过通知，明确原自行增补医保药品将于 2022 年 6 月 30 日全部完成消化。甘肃省医保局也作出规定，原省级增补药品中第三批消化期药品将于 2022 年 6 月 30 日完成消化。

2019 版的《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》明确，对于原省级药品目录内按规定调增的乙类药品，应在 3 年内逐步消化。消化过程中，各省应优先将纳入国家重点监控范围的药品调整出支付范围。

3 年内，在各省市对此项政策的逐步推进下，省增补药品均得到了相应的调出或消化，一些省份甚至在今年年初就已经完成了全部省

增补药品的调出或消化工作。

根据相关方面的进度安排，地方增补品种调出医保的时间表如下：

1、重点监控目录药品率先移出医保目录；

2、其余地方增补品种原则上在三年内完成清理，三年清理品种的比例分别为 40%、40%、20%。

如今，各省清理最后 20%的脚步也已经在前进，全国医保目录统一进入真正的倒计时。

02 新版医保目录落地

2021 年医保目录已经正式执行了近一个多月，据不完全统计，目前全国各省均已发布过执行最新版国家药品目录的公告。在经历“灵魂砍价”后，不少患者终于可以用上新进目录内的一批好药、新药。

根据国家医保局发布的医保药品目录，最新版医保目录共收录了西药和中成药 2860 种，其中，西药 1486 种，中成药 1374 种。另外，基金可以支付的中药饮片还有 892 种。

具体来看，西药甲类药品 395 个，中成药甲类药品 246 个，其余为乙类药品，至于协议期内谈判药品均按照乙类支付——协议期内谈判药品 275 个(含西药 213 个、中成药 62 个)。

本次共计 74 种药品新增进入目录，涉及 21 个临床组别，其中，高血压、糖尿病、高血脂、精神病等慢性病用药 20 种，肿瘤用药 18

种，丙肝、艾滋病等抗感染用药 15 种，罕见病用药 7 种，新冠肺炎治疗用药 2 种，其他领域用药 12 种。

“天价药”诺西那生钠注射液是本次医保目录中颇受关注的药品之一，其进入新版医保目录后，由原先的 70 万一针降到约 3.3 万一针，加上医保报销，患者需要自付的金额仅在 1 万元左右。

同样备受关注的还有 PD-1 “四小龙”，四款国产 PD-1 抑制剂降幅最高达到了 62%。以信迪利单抗为例，100mg 规格的药品单价为 1080 元，如果按照医保 80% 报销比例（以各地实际报销比例为准）计算，报销后年治疗费用仅为 1 万多元，单用免疫治疗的月治疗费用已经进入“千元时代”，药品的可及性得到大大提高。

03 多地落实“双通道”政策，保障谈判药品供应

国家医保局此前已经明确要求，2021 年新增的 67 个医保谈判药品原则上均应纳入各省“双通道”，12 月底前应及时做好挂网工作，2022 年 1 月 1 日前，67 个谈判药在各省至少 1 家定点医院/药店能买到并报销。

据不完全统计，安徽省已经将 188 个国谈药品纳入双通道，河北将 211 个国谈药品纳入，湖南、江西、上海分别纳入了 48、53、96 个药品。

首创证券在一份研报中分析，“双通道”政策解决部分谈判药品存在“进院难”问题，国谈药品渠道从过往医院终端单通道，拓展为“医院+药店”双通道，整体上，有利于国谈药品终端销售快速放量；

微观方面，更多利好进院能力不足的中小药企尤其是 biotech 类创新药公司，可以开辟药店第二战场。

根据国家药监局综合和规划财务司及国家药监局信息中心发布的《药品监督管理统计年度报告(2020年)》，截至2020年底，全国共有《药品经营许可证》持证企业57.33万家，其中零售药店24.1万家，占经营企业数量的42.03%；零售连锁企业和门店数量31.92万家，占比55.68%。

在定点零售药店服务灵活、分布广泛等特点下，国谈药品惠及保障的范围将更广，随着对定点零售药房要求的逐步提高，国谈药品的可及性也不断提高。

[返回目录](#)

国家医保局最新部署：与企业直接结算

来源：国家医保局

国家医保局：完善贷款结算方式

近日，国家医疗保障局就提升完善医药集中采购平台功能、支持服务医药价格改革与管理作出工作部署。

国家医保局指出，要更好支撑集中带量采购，支持常态化制度化开展集中带量采购工作，为巩固集中带量采购改革提供技术支持。拓宽平台覆盖范围，扩大采购主体覆盖全部公立医疗机构。

强化医药价格监测，完善监测体系，扩大监测范围和内容，加强医药价格监测能力建设，推广监测信息数据应用。建立协同联动机制，

提升平台间价格、信用评价、供应等数据联通共享水平，推进形成全国统一开放的集中采购市场。

国家医保局强调，医药集中采购平台是开展药品和医用耗材集中采购、推进医药价格改革与管理的基础性支撑，要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持需求导向、标准引领、系统集成、改革创新，进一步提升完善平台功能，促进形成医药供应保障体系，提升医药价格治理现代化水平。

国家医保局还就强化交易服务支撑、完善货款结算方式、加强监测监管能力、提升整体服务水平、完善配套措施等方面提出多项举措。

在全国创建一批功能完善、运转高效、服务便捷、社会满意的医药集中采购示范平台，总结形成可推广可复制的典型经验。

到“十四五”末期，全面建成以业务标准化、管理规范化的服务专业化为核心的医药集中采购经办制度体系，集中采购平台运行更加有序、便捷、高效，医药价格治理水平和集中采购专业服务水平显著提升。

分散到统一，全国大联动

随着全国医药集中采购平台的搭建和完善，招标、采购、交易、结算、监督等工作正呈现一体化趋势，区域性、全国性联盟采购机制逐步建立。

日前，中国社会保障学会副秘书长兼医保专委会常务副主任严娟

在接受中国医疗保险采访时表示，目前，各省编码映射、测试运行工作基本完成，贯标验收工作有序推进。

医疗保障信息平台为国家和省一体化建设、两级部署。依需要可以实现创新医疗器械产品国家(或省级)招标平台的功能。

国家平台包括医保智能监管子系统、药品和医用耗材招采管理子系统、宏观决策大数据应用子系统等在内的公共服务、经办管理、智能监管、分析决策四大类 14 个业务子系统，通过大数据精算分析技术，助力提升医保各项政策科学决策和基金精细化管理，全面支撑提高全国医保标准化、智能化和信息化水平。

目前，国家在耗材医保准入、耗材目录、通用名管理、支付标准等方面都将建立统一管理制度，逐步实现全国联动的耗材招采、配送、监管，满足统一编码、统一模式、统一监管、属地管理。

业内人士分析，全国平台不是要取代现有各省级招标平台，而是形成有架构、有分支的招标系统，国家局可以对采购金额、数量、频率等行为进行监测预警上。

最终结果上，可以达到督查平台联动数据、医疗机构款项周期、生产经营配送等方面。在价格变动上，可以控制相关区域的价格指数，设定阈值。

在新医保信息平台正式运行之下，招采、生产、配送、监管、回款等环节将实现全国统一的管理和监督，药械行业全链条由分散走向统一，灰色地带和行业壁垒被进一步遏制和打破。

推进医保与企业直接结算

为解决集采中企业回款问题，国家和地方已多次发布指令向医疗机构施加压力，包括规定预付比例、建立预警机制等，但不少医疗机构仍然因为资金周转或基建问题无法及时回款。解决回款问题亟需一个更高效的货款支付方式，而医保直接结算就是国家目前探索出来的方向。

2021年9月发布的《“十四五”全民医疗保障规划》中明确提到，强化对集中采购机构的统一指导，规范地方开展集中带量采购，形成国家、省级、跨地区联盟采购相互配合、协同推进的工作格局。建立以医保支付为基础，招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级集中采购平台。

推进并规范医保基金与医药企业直接结算，完善医保支付标准与集中采购价格协同机制。完善与集中带量采购相配套的激励约束机制，落实医保资金结余留用政策，推动集中带量采购成为公立医疗机构医药采购的主导模式，鼓励社会办医疗机构、定点零售药店参与集中带量采购。

8月，山东省医疗保障局、山东省财政厅、山东省卫生健康委员会、中国人民银行济南分行四部门联合发布《关于印发医保定点公立医疗机构药品和医用耗材货款医保基金与医药企业直接结算实施方案的通知》。

提出2021年9月底前，建立全省统一的药械结算监管平台，实

现监管平台与省药械集中采购平台，完成带量采购药品耗材医保基金直接结算、非带量采购药品耗材医疗机构与医药企业自行结算在线监测功能开发。

在 2021 年年底前，依托监管平台先行开展国家和山东省组织集中带量采购药品耗材货款直接结算工作。逐步推进医疗机构与医药企业自行结算在线监测，2025 年全面推行医保基金与医药企业直接结算工作。

参加直接结算的品种范围包括：全省各级医保定点公立医疗机构实际采购的国家、省级集中带量采购药品和医用耗材中选品种。

医保经办机构使用银行企业网银进行药品耗材货款的直接结算，实现直接结算工作全程监管。医保经办机构在合作银行开设一个药品耗材货款资金结算账户用于接收医疗机构缴纳药品耗材货款等相关款项，不得将医保基金违规转入该资金账户；结算账户资金收到医疗机构缴款后应于 2 个工作日内划转医保基金支出户。

要求建立医保基金直接结算监管制度。全省统一确定监管平台合作银行，合作银行与监管平台对接，实现在线支付。医药企业使用其在合作银行开立的结算账户、收款商户接收药品耗材结算货款(含直接结算和自行结算)。

7 月，河北省医保局等八部门联合发布《关于开展河北省医用耗材集中带量采购和使用的实施方案》。

在医保基金总额预算管理基础上开展结算，建立集中带量采购预

付机制，合同签订后，医保基金按年度约定采购金额的 50%预付医疗机构，作为医疗机构向企业支付产品采购款的周转金，专款专用，降低中选企业交易成本。

按照医疗机构采购进度，从医疗机构申请拨付的医疗费用中按季冲抵预付金，直至全部收回。医疗机构应按采购合同与企业及时结清货款，结清时间不得超过交货验收合格后次月底。

对无正当理由不按时支付产品货款的医疗机构，按照政策规定给予预警，预警后 5 个工作日内仍不回款的，暂缓拨付该定点医疗机构医保费用。推进医保基金与企业直接结算。

随着医保与企业直接结算的推行，医院在回款问题上的主导权被削弱，医药资金流向将更高效直接，行业生态面临全方位变革。

[返回目录](#)

17 省联盟集采 骨科耗材低价联动

来源：北京市医药集中采购服务中心

京津冀“3+N”骨科创伤类耗材联盟集采，采取带量联动、双向选择的方式，与河南 12 省联盟集采形成紧密的价格联动，打开了集采的新思路。

组团集采，29 省价格联动

2 月 9 日，北京市医药集中采购服务中心、天津市医药采购中心、河北省医用药品器械集中采购中心发布《京津冀“3+N”联盟骨科创伤类医用耗材带量联动采购和使用工作方案》。



京津冀“3+N”联盟骨科创伤类医用耗材带量联动采购和使用工作方案

发布时间: 2022-02-09

据观察，此次带量联动采购中共有 17 省(市、自治区、兵团)加入采购联盟。叠加去年开展联盟集采的河南等 12 省，骨科创伤集采将覆盖全国绝大部分省市。两轮集采中，仅京沪苏三地尚未参与。

值得关注的是，此前河南 12 省联盟骨科创伤集采中曾明确要求，同一产品如在国家或其他省级带量采购中形成新的低价，其中选价格生效以后，本次采购尚未执行的采购量，按新的中选价格执行。也就是说，此次京津冀联盟集采中产生的最新低价，也将影响到河南 12 省联盟集采的价格执行。

而在京津冀此轮集采中，企业产品供应价格也将以河南 12 省联盟中选价格为上限。29 省骨科创伤耗材将形成紧密的价格联动，对行业的影响堪比国采。

采购主体

天津市、内蒙古自治区、辽宁省、吉林省、黑龙江省、浙江省、安徽省、福建省、山东省、广东省、海南省、四川省、西藏自治区、陕西省、甘肃省、新疆维吾尔自治区、新疆生产建设兵团组成采购联盟，实施联合带量采购。

联盟地区 2021 年有采购骨科创伤类医用耗材记录的公立医疗机构(含军队医疗机构,下同)均应参加。其他公立医疗机构及医保定点社会办医疗机构按所在联盟地区相关规定自愿参加。

采购周期

本次骨科创伤类医用耗材带量联动采购周期一年,中选结果实际执行日由联盟地区确定。到期后联盟各地区可根据采购和供应等实际情况延长采购期限。

采购品种

本次集中带量采购品种为接骨板及配套螺钉、髓内钉及配件、中空(空心)螺钉等骨科创伤类医用耗材。接骨板与配套螺钉组成系统,髓内钉与其配件组成系统,共分为普通接骨板系统、锁定加压接骨板系统(含万向)和髓内钉系统三个采购包。具体目录如下:

采购包一:普通接骨板系统

一级目录	二级目录	三级目录	材质
普通接骨板系统	锁骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	肱骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	尺骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	桡骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	手部接骨板	腕骨/掌骨头部/掌骨基底部/掌骨干部/指骨头部/指骨干部/指骨基底部	钛合金/纯钛/不锈钢
	骨盆接骨板	直形/弧形/解剖形/耻骨形	钛合金/纯钛/不锈钢
	股骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	髌骨接骨板	/	钛合金/纯钛/不锈钢

	胫骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	腓骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	跟骨接骨板	/	钛合金/纯钛/不锈钢
	足部接骨板	前足/中足/后足	钛合金/纯钛/不锈钢
	通用接骨板	直形/弧形/管形/钩形/异形	钛合金/纯钛/不锈钢

采购包二：锁定加压接骨板系统(含万向)

一级目录	二级目录	三级目录	材质
锁定加压接骨板系统(含万向)	锁骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	肱骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	尺骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	桡骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	手部接骨板	腕骨/掌骨头部/掌骨基底部/ 掌骨干部/指骨头部/指骨干 部/指骨基底部	钛合金/纯钛/不锈钢
	骨盆接骨板	直形/弧形/解剖形/耻骨形	钛合金/纯钛/不锈钢
	股骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	髌骨接骨板	/	钛合金/纯钛/不锈钢
	胫骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	腓骨接骨板	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	跟骨接骨板	/	钛合金/纯钛/不锈钢
	足部接骨板	前足/中足/后足	钛合金/纯钛/不锈钢
	通用接骨板	直形/弧形/管形/钩形/异形	钛合金/纯钛/不锈钢

采购包三：髓内钉系统

一级目录	二级目录	三级目录	材质
	股骨髓内钉	近端/干部/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	胫骨髓内钉	骨干/干骺端/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	锁骨髓内钉	/	钛合金/纯钛/不锈钢

髓内钉系统	肱骨髓内钉	近端短型/近端长型/肱骨干	钛合金/纯钛/不锈钢
	尺骨髓内钉	近端/骨干/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	桡骨髓内钉	近端/骨干/远端	钛合金/纯钛/不锈钢
	腓骨髓内钉	/	钛合金/纯钛/不锈钢
	足踝髓内钉	/	钛合金/纯钛/不锈钢
	弹性髓内钉	带尾帽/不带尾帽	钛合金/纯钛/不锈钢

工作流程及时间安排

工作流程	时间安排
确定供应价格上限	
确定申报产品	明确供应区域、确定拟供应产品、填报拟供应价格时间：2022年2月10日9时至2月14日17时 供应区域、拟供应产品及拟供应价格公示时间：2022年2月15日9时至2月17日17时
收集采购主体历史采购数据和意向采购量	2022年2月18日9时至2月28日12时
申报企业对申报产品报价	2022年3月2日9时至3月3日17时
申报企业与采购主体双向选择，形成中选产品及任务量	2022年3月2日9时至3月6日17时（首轮确认需在3月3日17时前完成）
签订协议，执行网上采购	中选结果实际执行日期等由属地医疗保障部门确定

双向选择，价格上限已定

去年，河南省牵头 12 省(区、市)骨科创伤类联盟带量采购，目前，多地已开始执行。

根据《京津冀“3+N”联盟骨科创伤类医用耗材带量联动采购和使用工作方案》，在河南联盟中选的产品，以其在河南联盟公布的中选后供应产品清单中公布的中选价格为供应价格上限。企业填报的拟供应价格，原则上不得高于供应价格上限。

中选企业未在河南联盟投标的产品，以及在河南联盟非中选的产品，其供应价格上限也将按照不同规则对标河南 12 省联盟中选价格。

在此前的河南 12 省联盟集采中，医疗机构共上报产品需求量约 97 万套；101 家企业报名，89 家生产企业参与竞价，其中，国内企业 76 家，外资企业 13 家。

通过竞价，71 家企业的 20751 个产品拟中选，平均降幅 88.65%。其中，普通接骨板系统价格从平均 4683 元左右下降至 606 元左右，平均降幅 87.05%；锁定(万向)加压接骨板系统价格从平均 9360 元左右下降至 987 元左右，平均降幅 89.45%；髓内钉系统价格从平均 11687 元左右下降至 1271 元左右，平均降幅 89.12%。

此次集采中，“双向选择”规则也受到关注。申报企业与采购主体双向选择，形成中选产品及任务量。

根据采购文件，将由联盟各地区组织辖区内采购主体填报 2021 年全年所有骨科创伤类医用耗材的网上采购价格和对应采购量，具体到规格型号；再参照历史采购量和拟供应价格，填报骨科创伤类医用耗材产品未来一年的采购需求量，具体到二级目录。

申报企业结合采购主体的意向采购量，填报申报产品的实际供应价格，实际供应价格不得高于拟供应价格。单独使用螺钉目录内的普通接骨螺钉和中空(空心)螺钉(非锁定)也需单独填报实际供应价格，实际供应价格不得高于拟供应价格。

申报企业针对采购主体的意向采购量，结合自身供应能力，对采购包内完成报价的二级目录产品对应的意向采购量，以采购包为单位进行供应意向确认。对于申报企业确认供应的，选择成功。双方选择

成功的，即为中选产品。

据河南省医保局介绍，预计河南等 12 省联盟地区骨科创伤类医用耗材采购金额将由每年 84.37 亿元降至 8.54 亿元，节约费用 75.83 亿元以上。

可以预见，在此基础上，此次京津冀“3+N”联盟集采后，骨科创伤耗材价格体系将有很大改变。

国产占比 72%，创新空间小？

我国骨科植入物市场主要包括关节、创伤、脊柱、运动医学等细分领域。其中，创伤类耗材国产化程度已经达到比较高的程度。

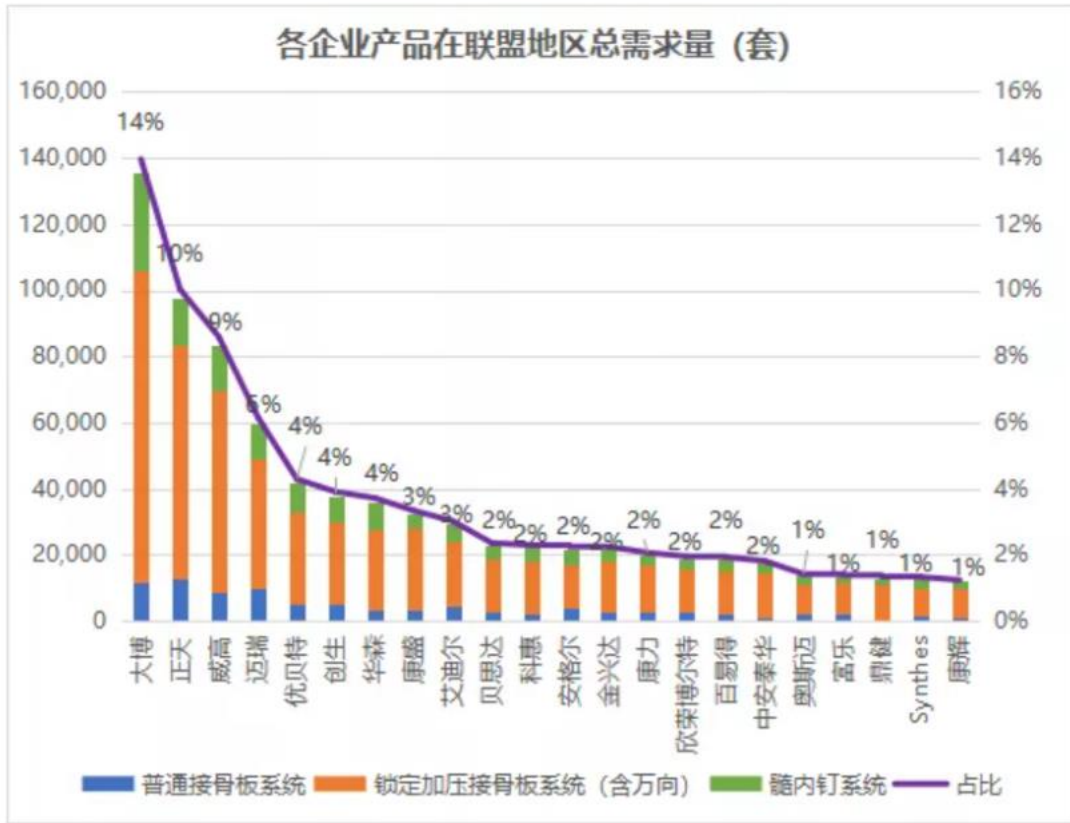
项目		国产	进口
企业数量		76	15
医疗机构 报送需求量	普通接骨板系统	98.44%	1.56%
	锁定加压接骨板系统（含万向）	96.90%	3.10%
	髓内钉系统	94.85%	5.15%

在此前河南 12 省联盟集采中，国产需求量 93.56 万套，占比高达 96.7%；进口企业需求量 3.2 万套，占比仅 3.3%，国产替代现象十分明显。其中，大博、正天、威高等企业在联盟地区的总需求量占比较高。

据第一财经资讯报道，有从业者认为，骨科创伤领域产品品类已经成熟，技术含量不高且国产化程度很深，没有太大的创新空间。

根据《中国医疗器械行业发展报告》数据，2020 年，我国脊柱、创伤、关节、运动医学四大骨科市场中，国产占比分别为 54%、72%、

47%和 8%。其中，运动医学国产化程度最低，该领域整体市场目前也是骨科 4 大方向里最小的，不过伴随运动损伤的增加，运动医学未来或将有更进一步的发展。



(来源：中国医疗保险)

而创伤市场中的可降解材料解决方案，脊柱领域中的镜下融合、3D 打印及导航机器人，关节市场的机器人辅助手术，运动医学中的人工韧带及生物组织工程相关产品等，被看作是行业未来的主要发展方向。

骨科关节国采已于去年 9 月在天津开标。髌关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右，平均降价 82%，预计每年可节约费用 160 亿元。中选结果预计

在今年 3、4 月份落地执行。

经由今年 1 月召开的国常会确认，脊柱国采也将启动。此前，国家组织高值医用耗材联合采购办公室已开展脊柱类医用耗材信息集中维护工作。

[返回目录](#)

• 监察监管 •

医保基金飞检工作模板探索——地方飞检实践

来源：三湘都市报 湘无恙

我国近 20 年的全民医保体系中，监管方式方法可以说百花齐放，各地有各地特色。医保局成立后，将监管准备工作和地基打牢。2018 年 11 月 28 日，国家医疗保障局办公室印发《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（医保办发〔2018〕21 号）。通知指出：各统筹地区医保经办机构要加强对定点医药机构履行协议情况的监督检查，构建现场检查与非现场检查、自查与抽查、人工检查与智能监控、事先告知与突击检查相结合、相补充、多维度、全覆盖的检查模式。对定点医疗机构应采取日常检查、专项检查和年终检查的方式。对零售药店应采取日常检查、专项检查等方式，探索建立核查药品进销存系统、远程视频监控等信息化监控方法，并针对可能存在问题的重点机构加大突击检查频次和范围。

从此，我国医疗保障从上而下的“飞行检查”大幕拉开，医保基

金飞检本质是我国行政执法体系中的行政检查，是执行法律、法规的重要活动，是行政管理中的重要方面。由于全国各地执法、管理基础不一，飞检模式和质量差别很大，难以有效统一。2020年7月7日，国家医疗保障局办公室印发了《医疗保障行政执法文书制作指引与文书样式》，将全国执法流程、文书进行统一规范。作者通过参加多次省飞检和县区循环交叉检查工作，以作者为市级医保部门行政执法人员为本例，对医保基金飞检工作进行了归纳整理，形成了山东省滨州市的工作模板，从准备工作到结束工作进行一次全方位梳理，提供给各医疗保障部门及医疗机构作为参考。

第一节 飞检准备工作

准备工作是医保飞检立项，为全局的工作的开始，确定检查事项和范围后的开头工作。分法律、政策文书和证件，人员配备，设备配备、局端数据准备和筛查等四项。（以市为区域，按照被检查单位的行政区域，分跨区域和本地区，跨区域指按照上级安排，出行政执法区域以外的地区开展检查活动）。

一、法律、政策文书和证件

必备基础通用文书和证件：

- 1、行政执法证原件；
- 2、《医疗保障基金使用监督管理条例》；
- 3、医保局令2号和3号；
- 4、医疗保障行政执法文书制作指引与文书样式；

5、本年度国家、省、市打击欺诈骗保工作要求和政策文件汇编，列：《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》、有条件可以从2018年开始逐年汇编成册；

6、国家、省、市各级行政执法或处罚最新政策或文件汇编，包括但不限于医保、卫健、食药监、市场监管等部门的处罚通报；

7、医疗机构设置基本规范、病历书写规范；

8、现阶段执行的“三目”：国家药品目录、诊疗和服务设施目录、耗材目录；

9、全国医疗服务价格项目规范(最新版)，主要用于参考除外内容和项目内涵，与本地服务价格互相补充对照。

以上及以下提及的材料电子版和纸质版都准备为最佳，其中纸质版汇编装订成册便于查找。

以市为区域，按照被检查单位的行政区域，分跨区域和本地区，跨区域指按照上级安排，出行政执法区域以外的地区开展检查活动，按照本次飞检被检查单位区域分别增加：

(一)本地区：

1、空白服务协议；

2、最新医疗服务价格(如最新服务价格未有合订本，需再准备合订本日期以后的全部带红头的价格文件)；

3、《医疗保障行政执法文书制作指引与文书样式》中的行政检查审批表(该表格填写审批后行政检查启动的标志，自行存档即可)；

4、《现场检查通知书》(第3项行政检查审批表审批过后,按照审批表中的信息对《现场检查通知书》进行填写,要做到绝对一致,必须加盖公章);

5、本地司法部门拟定的涉企检查要求和文书(民营机构);

(二)跨区域:

由当地医保部门或派出单位协助提供,参照执法辖区内材料准备,遵守当地执法要求和流程。其中行政检查审批表由被检查地区市级医保部门审批,检查文书由市级医保部门盖章,执法人员信息填写此次检查人员信息。

二、人员配备

检查组人员可抽调、借调县区执法人员参加,可聘请第三方审计、保险、信息等服务人员参与工作,可抽调、借调本地医保、医疗部门的专家学者参与(如医疗机构医务、护理、财务等部门专家),但无执法权人员无法对检查事项定论。

(一)人员组成:组长、联络员、医疗小组、信息小组、财务小组、材料证据和笔录小组。

(二)人员职责:

1、组长:设立1人,人员资质:执法人员。职责:统筹协调本地执法检查活动,对检查方向、检查方式和检查组人员分工进行确定,对检查中的发现的问题定性把关,对检查结论负责。

2、联络员:设立1人,人员资质:执法人员。职责:负责统筹

协调安排本地执法检查人员，吃住行等生活方面安排，收集汇总并分发本检查组成员需要的设备及资料，与被检查单位、当地医保部门联络沟通等事宜。

3、医疗小组：设立 1 个小组长，成员最少 3 人。人员资质：医学专业或熟悉医保结算、稽核专业人员，对医疗行为熟悉，可独立工作。职责：对组长抽取的病历和对应的费用清单按照本次检查方向进行专业查看，记录汇总问题。

4、信息小组：成员 2 人以上，人员资质：计算机专业熟练使用数据库和电子表格，了解 HIS 和医保信息平台构造。职责：对数据进行核对对比，向其他小组提供技术支持。

5、财务小组：成员 2 人以上，人员资质：医院财务会计出身，对医疗机构财务制度熟悉，了解院内采购、销售、收费流程和标准。职责：对被检查单位财务、出入库信息进行核对。

6、材料证据和笔录小组：成员 2 人以上，人员资质：行政执法人员，对调查取证流程熟练使用。职责：对检查过程中材料、行为等证据固定，实施执法行为。

三、设备配备

设备的配备是检查过程中必备不可缺少的物品，也是检查人员手中的“枪”，按照执法过程全记录要求，方便使用为前提，采购并携带以下设备：

1、执法记录仪

最少携带可以正常使用的 4 台，充电装置齐备。

2、运动相机或挂耳式摄像机

用于外调时记录，便于在行走、外部调查时使用。

3、便携式刻录机及 DVD 光盘

做好资料双备份。

4、移动硬盘

1TB 以上容量，作为检查资料和记录仪视频的存储器械。

5、笔记本电脑

需配备 2 台支持数据库运行的高标准笔记本电脑，固态硬盘为必备，内存越大越好，CPU 为当下运行速度最高配置，如使用按照办公条件配备的笔记本去运算三级医院的数据则需要 6 个小时以上运算出一个问题数据。

6、便携式打印机

推荐 HPOfficejet200, 用于文书和笔录现场打印，优点快，可彩打，公检法部门常用，缺点耗材贵。

7、印章

在当地刻章处雕刻 2 个印章，内容为：“本复印件与原件一致。提供单位：提供人：”，便于在检查单位提供的复印件资料上加盖，节省时间。

四、局端数据准备和筛查

(一)准备：提取医保端数据，包括结算 ID、参保人员信息、费

用信息、上传项目信息等数据，用于现场与 HIS 数据对比。

(二) 筛查：将提出的医保端数据导入规则库进行规则运行，按照违规条数汇总，取出病人信息，形成病历调取数据，由组长或医疗组小组长确定抽取病历的数量和名单。

第二节 飞检驻场准备工作

医保飞检驻场准备工作指进入被检查单位的开头工作。通常由联络员与被检查单位沟通，布置检查现场，要求准备检查材料等前期工作，对准备工作有时限和材料的要求，以进场时为提报最终期限，纸质版最好，数据量大的或特别要求的提供电子数据。

联络人员对被检查单位要求提供材料列明清单：

1、检查时间段的耗材(手术耗材、高值耗材、一次性耗材、化验材料)、药品采购入库明细表及销售表和出库明细表(含药品项目编码、医保编码、入账日期、规格、生产厂家、配送单位、药品批号、数量、单价、金额)；

2、医疗机构检查时间段内有效的医疗保险定点医疗机构医疗服务协议及附加协议(复印件加盖公章)；

3、医疗科室职能划分(科室表)、医院简介、检查时间段内的医保部门回退医保基金的文件及交款单(复印件加盖盖章)；

4、提供资料当日的《医疗机构执业许可证》正、副本(复印件)、注册医师登记情况(电子版)、职工考勤表(电子版)；

5、医疗机构检查时间段在用大型仪器配置许可证(复印件)，放

射诊疗许可证正、副本(复印件);

6、医疗机构检查时间段内检验检查外送协议(复印件), 外送项目清单(复印件)、医保部门备案协议(复印件);

7、院方检查检验组套内涵(电子版);

8、医疗机构检查时间段内检验检查有投放设备情况者, 提供相关协议, 具体项目清单(复印件);

9、医疗机构检查时间段内的总账明细科目余额表, 明细账簿, 会计报表, 审计报告及整改报告, 医保基金拨付统计表, 药库、耗材库库存盘点表电子版, 会计凭证(凭证可等先期检查后抽查无需首先提供), 以上材料除会计凭证外可提供电子版;

以上资料如果是复印件, 需每页加盖医院公章, 每份材料加盖骑缝章, 并在每份第一页空白处手写“提供人: XXX”。

如无某项材料, 医院提供无此类材料或未开展等说明材料。

如是电子资料, 需要由提供者准备好拷贝工作, 在检查组进入后提供;

10、信息组提供格式文件, 对检查时间段医院 HIS 数据提取提出要求;

11、需要抽取的病历并附带该病历的院内费用清单;

12、检查组认为需要提供的其他材料。

联络员通过与机构和属地医保部门的沟通, 对材料报送时间和真实性进行强调或提前抽查, 防止机构未能理解提供错误资料或拖延等

耽误检查工作的开展。

第三节 飞检驻场工作

本节是本次医保飞检的核心工作，第一、二节的工作完成度和时效决定了本节检查时效的长短和检查结论准确性。下面模拟以第一天到达现场，第二天为检查组入驻，第四天结束为时间节点，分别将工作人员的工作分工和步骤展示下驻场工作。

一、检查组到达被检单位的驻地

1、联络员需与当地医保部门沟通联络，按照公务出行标准，考察当地食宿，确定预定酒店房间和检查期间的就餐问题。遵循集中行动，统一安排原则，严肃纪律，确定出行交通工具。

2、联络员按照检查组名单通知被检查人员集合时间，按照本次检查地对检查人员是否集中到达进行安排，组建微信群便于沟通。

3、联络员先期抵达被检查单位，对检查人员工作场地进行安排确定，遵循不打扰被检查单位正常活动和便于检查人员开展工作为原则，对检查中需要被检查单位提供的电力、网络和办公桌椅进行统一布置，对被检查单位严格阐明接待和纪律问题。

4、确定被检查单位法定代表人是否可以行政检查文书签收。如被检查单位法定代表人因故无法签收，需提前准备授权委托书，由被检查单位法定代表人签字并授权本单位人员进行签收，无授权的仍然由被检查单位法定代表人本人亲自进行。对检查组入驻召开启动会议确定参加人员，建议分管领导和相关科室负责人参与。

二、检查组入驻被检单位

1、按照约定时间进入被检单位工作场地，按照行政检查流程向被检单位法人宣读并下达《现场检查通知书》，签字盖章后留存。建议机构的部分科室负责人列席参加。如开动员会议，由组长对本次检查工作发言后进行。

2、分组开展检查活动，工作场地建议留守一到两名医保工作人员，负责联络和解答提供资料等问题事宜。

3、院方提供材料，由联络员敦促机构报送，由材料证据和笔录小组负责接收、保管，后续下发各小组或等待各小组查阅。接收文书以联络员前期要求提供的机构资料和检查过程中需要再次核实问题提供的材料为主。与本次检查无关材料应筛选退回机构，材料按类归置后存档带回。

机构将资料报送后，按照纸质资料和数据资料分类接收，要求机构提供的纸质资料加盖填写“本复印件与原件一致。提供单位：提供人：”，提供的电子数据如果是对的，则由机构对该电子数据进行说明并加盖公章(说明材料体现数据的大小、格式、文件名及承诺数据真实有效)。

三、检查工作开展

1、医疗组：由医疗组组长将病历分发给成员，主要对费用清单收费项目合理性和病历与收费一致性等问题进行审核，每半天一次碰头会，对检查中发现的问题汇总成条，由组长撰写规则联络信息组

筛选数据。

问题规则一般为：

医院项目编码 医院项目名称 医保项目编码 医保项目名称 阈值

120100005 三级护理 120100005 三级护理 住院天数+1

超过阈值即违规，列出违规金额及明细，医疗小组对该条信息记录汇总，并初定违规定义。

每天工作结束前，小组长将发现的问题汇总报送组长，并形成初步反馈意见。

查看病历过程中，如遇到普遍、明确违规问题，检查组成员通知被检单位在场人员联络该问题的科室主任或护士等领导人员现场询问、沟通确定问题。双方观点一致并确认为违规问题，交予材料证据和笔录小组进行笔录记录，固定证据。

2、信息小组：利用常规规则对医院提供的 HIS 数据与医保数据进行核对，比对医院 HIS 系统上传数据与医保数据，是否存在自立项目收费、串换项目收费等情况；筛选 CT、MRI、B 超等大型检查上传医保数据，与医疗设备上提取的数据比对，是否存在虚假上传医保数据情况；筛查医院药品、耗材、诊疗、康复、理疗项目排名，供医疗组参考；对医疗组需要落实违规问题的金额、明细进行技术支持。

3、财务小组：对机构检查药品、医用耗材随货同行单及入库单，是否存在不入账、不保存的情况；是否存在药品、医用耗材入库，无购买发票及随行单的情况；比对进销存数据与医保上传数据，是否存

在串换项目或虚假上传的情况；检查是否有超标准收费的情况；药品、医用耗材加成情况；检查是否有非定点机构结算费用的情况。

是否存在以返现回扣等形式诱导住院；是否存在违反医保协议规定的财务制度问题。对需要数据支持的交给信息组完成金额、明细的确定，汇总问题交给检查组组长。

4、材料证据和笔录小组：对检查过程中发现的线索，要做好证据提取和留存，属于信息系统数据的，导出电子版或拍照保留；属于纸质材料的，通过拍照、复印或扫描进行保留。制作询问笔录，对检查的人员、内容、检查的结果、发现的问题、取得的资料、要求带走的资料以及医院相关人员的解释说明和证言证词都要进行记录，并要求医院负责人或相关工作人员签字。

笔录记录进行前，应先由医疗组与被询问人进行沟通，使被询问人认可违规问题的本质。记录笔录时，确保简洁明了，全程影音记录，不得用模糊的好像、可能等词语。对事实及事情认定一定准确，基本路径为：一问一答，先询问被询问人基础信息，出示执法证件，讲明询问前事项，再正式笔录正文记录。正文记录遵循先确定被询问人的职务或工作岗位是否对下面问询的问题过程了解、结论负责，再对被询问人形成该问题的时间经历进行记录，最后对该问题的违规事项向被询问人告知并使其认同。

询问笔录内容可为：

1、问：请介绍下你的详细情况。答：我叫XXX，是XX年进入XXX

医院从工作，现任 XX(职务)，负责 XXX 工作(工作职责)。

2、问：检查组在检查过程中发现 XXX 问题，此事你是否知晓？

答：我知晓。

3、问：经我们检查组工作人员与你沟通，XXX 问题属于违规收费/违反医保规定问题，此事你是否认同？答：我认同。

4、请问你还有什么需要补充的吗？答：没有。

询问笔录以一人一次为单位制作，要如实地、完整地记载被询问人的陈述，不宜加入与本次检查方向无关的事项。询问笔录的顺序应该符合实际的询问顺序。

询问结束后，记录人应将笔录让被询问人过目，如被询问人无阅读能力，则由执法人员向其宣读。如有出入、差错、遗漏应允许被询问人更正，在确认无误后，由被询问人在笔录内容最后一行写上“以上记录已经我看过，与我说的相符。签名日期”字样。准备红色印泥，由被询问人在笔录关键词、修改处、签名等处捺手印。

如被询问人拒绝阅读或签字的，则由执法人员先向其宣读笔录内容并告知拒签，在笔录最后一行书写“已向被询问人宣读，被询问人拒签”字样。

四、反馈初步检查结果

由检查组长每天对汇总问题进行汇总，并集体形成当天反馈意见，将反馈意见及违规明细交给机构指定联络人员，确定听取反馈时间和反馈要求(提供病历、提供部分材料等)，其中听取反馈时间不宜

过长，建议为第二天中午以前。

对定点机构反馈问题进行确定，可会同医疗组小组长进行分辨，对确实违规的、未提供支持不违规的证据等问题，书写进反馈报告草稿中，对需认定不存在违规的，进行删减处理。

五、形成反馈报告

组长将各小组确定后的违规项目汇总，对性质进行认定，撰写反馈意见报告。

反馈报告格式为：

XX 市医疗保障局检查组关于对 XX 市

XX 医院检查情况的反馈意见

XXXXX 医院：

XXX 年 XX 月 XX 日—XX 日，XXX 医疗保障局检查组对你院进行了现场检查，现将检查情况反馈如下：

一、总体检查情况

(一) 检查内容全面。检查组调取医院 XX 年 X 月 X 日至 XX 年 X 月 X 日的 HIS 系统数据和上传医保数据；查阅了医院的医疗机构执业许可证、日财务报表、财务凭证等资料；盘点相关药品和医用耗材；检查住院病历、药品耗材进销存、诊疗项目收费等；分析比对参保人员、病症、医嘱、检查用药、收费情况。检查内容涉及医保收费、财务、管理等多个方面。

(二) 医院高度配合。检查期间，医院领导班子站位高、认识到位，

医院各部门高度配合检查工作，积极提供各项检查资料，保障了检查顺利进行。特别是医院医保部门，高度重视检查工作，连续加班加点，在统筹调度、提取数据、后勤保障等方面给予大力支持，为后续相关违规金额的认定及处理等起到积极作用。

(三) 检查结果客观准确。检查组充分听取医院对相关问题的解释和申辩，对合理的意见充分吸收，确保检查发现问题事实清楚、定性准确。

二、医保基金违规使用方面的问题

经查，你院存在不合理收费、重复收费、串换项目收费、超医保支付限定使用药品等问题，涉及违规金额 XXXX 万元，医院自查自纠主动退回金额万元，XX 医保部门扣款万元，剩余违规金额万元。主要如下：

(一) 不合理收费，涉及违规金额。

1. 收取床位费超过实际住院天数，共计人次，涉及金额万元。

(二) 重复收费，涉及违规金额。

1. 收取重症监护费用或特级护理费用的同时，重复收取气管切开护理、气管插管护理及一般专项护理费用，共计人次，涉及金额万元。

(三) 串换项目收费，涉及违规金额。

1. 将房间消毒费串换成紫外线治疗上传报销，共计人次，涉及金额万元。

(四) 虚记费用，涉及违规金额。

1. 未使用正压给氧装置收取加压吸氧费用，共计人次，涉及金额万元。

(五) 超医保支付限定药品问题。超医保支付限制药品，涉及金额万元。详情如下：

(六) 部分耗材出库金额(医院确认)小于上传医保金额问题。

抽取部分耗材检查发现出库金额(医院确认)小于上传医保金额，多上传统筹金额万元(已考虑 XX 因素)。

(七) 其他需整改问题

XX 医疗保障局检查组

XX 年 XX 月 XX 日

被检查单位(公章)：XXXX 法定代表人签字：

XXX 市医疗保障局检查组组长：

以上为反馈意见终稿，建议一式三份，每份被检机构盖章加盖骑缝章，并且三份一起加盖骑缝章。

反馈报告与《检查笔录》要同时制作，可先签署反馈报告，后签署《检查笔录》，检查笔录的制作时间为检查组撤离前，后补无效。所以本次检查的结束关键节点为被检查单位的签字盖章问题，签字即认可，即形成法定效力。如拒签或拖延，可在事实及证据认定完善的情况下，只填写《检查笔录》，并备注拒签，不影响本次检查结论的下达及实施。

必须对反馈工作现场进行选择和控制，减少临床人员干预，避免

争执。

第四节 飞检整改处理

检查结束后，可将材料复制移交当地医保部门进行处理。

按照时间区分，2021年5月1日基金监管条例出台以前的以协议处理为主，条例出台以后的以行政处理为主。

按照处理顺序，先追回基金，再进行处罚，后对人、对事、对个人自付资金等移送纪检、公安、市场监管、卫健等相关管辖部门为路径，确保检查结果全部处理到位。

飞检结果纳入当地医保和相关部门对医药机构的考核应用，纳入信用体系进行惩戒管理，需要曝光的要坚决曝光。

飞检，既是一种行之有效的监管手段，对医疗违规行为形成高压震慑，更是一个锻造精兵劲旅的练兵场。将最新的理念、最丰富的手段、最超前的技巧用在了医保监管的第一战线。

[返回目录](#)

血透机构欺诈骗保行为盘点

来源：中国医疗保险

根据全国血液净化病例信息登记系统数据显示，我国血透参保人从2011年的23.5万人增长至2019年的63.27万人，年均复合增长率达到13.78%，我国成为血液透析参保人数量最多的国家。血液透析作为慢性肾功能不全终末期参保人最为常见的治疗方法，长期规律的血液透析对延长参保人生存时间，改善参保人生存治疗具有积极的

意义，国家卫生健康委员会鼓励设置独立的血透中心为参保人提供血透服务。

由于血液透析存在潜在人群基数大，周期长，次数多，医保报销比例和额度高的特点，加上医疗行为的复杂性和不确定性，使血液透析基金监管的难度较大。近期，全国多地通报了血液透析中心(以下简称“血透中心”)骗取医保基金的案件，如西安医学院第三附属定点医疗机构通过虚记透析次数等方式骗取医保基金 302.21 万元。血透中心成为骗保的高发区，如何强化其监管成为医保部门迫切直面的问题。

笔者结合基金监管实际，通过数据分析引导和医学逻辑验证是两个组合工具，就如何把医疗行为的不确定性转化为监管要求的确定性，浅谈加强定点医疗机构血液透析基金监管及梳理血透中心容易存在的违法违规行为。

一、数据分析引导

血液透析诊治结算数据主要包含两个维度：一是定点医疗机构总体数据的宏观维度；二是参保人具体数据的微观维度，把宏观和微观相结合，从不同角度精确定位可疑违规定点医疗机构和参保人。

(一) 定点医疗机构整体数据分析。

1. 用定点医疗机构整体透析数据作为数据分析起点。以定点医疗机构为单位运用不同年度数据横向对比，找出增长异常的数据，分析原因并予以重点关注，见表 1。

表 1 定点医疗机构整体透析数据分析

序号	年度	名称	总费用 (万元)	报销金额 (万元)	人次	人次均 报销金额 (元)	总费用 同比增长
1	2020	定点医疗机构A	6473.15	5855.42	55757	1050.17	4.16%
2	2020	定点医疗机构B	1274.77	1166.7	9944	1173.26	14.97%
3	2020	定点医疗机构C	1543.09	1433.5	13853	1034.8	110.48%
4	2020	定点医疗机构D	160.25	149.01	1580	943.12	66.36%
5	2020	定点医疗机构E	268.13	210.67	2086	1009.92	--

注：定点医疗机构E为新增定点医疗机构无同比增长。

从上表可以看出定点医疗机构 C 和定点医疗机构 D 总费用增长率最高，应予以重点关注。

2. 用定点医疗机构透析费用占比组成进行分析。对比不同定点医疗机构之间费用构成的差距，重点关注治疗费和检验检查费用，见表 2。

表 2 医疗定点医疗机构费用组成分析

序号	名称	西药 费用占比	中成药 费用占比	治疗 费用占比	检验检查 费用占比	耗材 费用占比	护理 费用占比	其他 费用占比
1	定点医疗机构A	32.30%	0.13%	39.54%	3.79%	20.11%	2.65%	1.47%
2	定点医疗机构B	44.25%	3.41%	32.02%	3.08%	13.50%	1.99%	1.75%
3	定点医疗机构C	26.55%	0.27%	43.38%	5.18%	20.54%	2.24%	1.84%
4	定点医疗机构D	23.98%	0.06%	45.04%	4.07%	23.23%	2.40%	1.22%
5	定点医疗机构E	29.14%	0.04%	35.35%	9.95%	22.45%	1.95%	1.12%

通过对定点医疗机构医疗费用整体数据分析能够定位到增长异

常的定点医疗机构和费用组成异常的定点医疗机构，以缩小核查范围，找到监管方向，以便进一步分析。从表 2 可以看出，定点医疗机构 E 的检验检查费用占比存在明显异常，定点医疗机构 B 的西药使用占比明显高于其他定点医疗机构。

3. 参保人就诊数据分析。用参保人 2020 年度就诊数据分析可以了解参保人年度就诊的具体情况，结合透析治疗的一般规律分析是否存在不合理情况，见表 3。

表 3 参保人就诊数据分析

序号	姓名	年龄	总费用(元)	报销费用(元)	血透次数	月均血透次数
1	参保人A	59	174033.43	145132.73	161	13.42
2	参保人B	77	139276.34	111152.54	141	11.75
3	参保人C	53	83680.21	68880.79	0	0
4	参保人D	36	91837.66	75303.13	0	0

通过提取个人就诊数据，分析其就诊频次及血透数量，同时结合血透指南数据，发掘可疑就诊情况资料，通过对可疑就诊数据明细进一步分析，发现异常就诊项目。

4. 参保人就诊明细分析。结合参保人年度就诊数据，用参保人就诊明细占比分析能够了解参保人明细项目是否存在异常，见表 4。

表 4 参保人就诊明细分析

序号	姓名	年龄	总费用(元)	西药费用占比	中成药费用占比	治疗(含耗材)费用占比	检验检查费用占比	护理费用占比	其他费用占比
1	参保人A	59	174033.43	23.37%	0.17%	68.64%	6.32%	0.46%	1.04%

2	参保人B	77	153519.93	35.49%	1.93%	57.86%	2.76%	0.00%	1.96%
3	参保人C	53	83680.21	77.04%	1.83%	1.44%	19.07%	0.00%	0.62%
4	参保人D	36	91837.66	85.43%	2.11%	0.23%	11.94%	0.00%	0.29%

从表 4 可以看出，参保人 C 和参保人 D 的西药费占比和治疗费用(含耗材)占比明显存在异常，可进一步跟进。

通过以上的数据分析，从定点医疗机构整体到参保人就诊再到明细数据的分析，由粗到细，由浅入深再结合透析的一般规律，能够发现具体定点医疗机构、具体参保人、具体明细出现异常数据，使医疗不确定性转为数据上的确定性，以便进一步进行核查。

二、医学逻辑验证

经过数据分析引导后，接下来需要用医学逻辑对数据分析的结果进行验证。根据《血液净化标准操作规程(2020 版)》关于血液透析的相关规定，可以分别从药品、检查、检验、耗材、透析次数等切入对异常数据进行验证。一是透析参保人需要进行抗凝治疗，在透析过程中可能出现发热、肌肉痉挛等并发症，需要用到相关的药物，可以通过分析透析病人使用的药物适应症与指南药物的匹配性，可以进一步发现定点医疗机构是否存在违规开具与病情无关药物；参保人在透析期间需要定期做血常规、肝肾功能、传染病学指标、心血管结构等检查。通过分析参保人透析期间使用的检查项目，与指南指导项目进行匹配，查找定点医疗机构是否存在透析期间过度检查的情况。二是透析参保人在透析过程中需要使用透析液、透析管路、透析器等耗材，

根据透析器材与透析费用一致性的逻辑,可通过统计透析材料跟透析费用进行匹配,查找是否出现超量收费情况。三是通过透析数量来查找是否过度诊疗的情况,根据有关规定,透析参保人每周需要透析2-3次,每周透析时间不少于10小时,对透析频次较大的参保人,可统计其透析时间及数量是否与诊疗规范逻辑相符。

综上所述,通过逐步细化数据分析,同时结合逻辑验证手段,对数据异常定点医疗机构及参保人参保人数据进行了进一步分析,通过分析发现部分定点医疗机构及参保人参保人在透析治疗过程中可能存在以下违法违规情况。

三、常见违规行为

(一)虚构诊疗服务。

定点医疗机构通过虚构透析次数、虚记耗材、虚记诊疗项目等方式骗取医保基金。如数据核查发现某定点医疗机构血液透析检测次数和血液透析次数不相等情况,进一步进行现场核查发现该定点医疗机构存在虚构诊疗服务多申请血液透析监测费用。

(二)过度诊疗。

定点医疗机构超出《血液净化标准操作规程(2020版)》的要求给予参保人过度治疗等情况。如核查部分治疗费用占比高的定点医疗机构时发现,该定点医疗机构开具腰椎间盘突出推拿治疗、红外线治疗、血液加温等治疗。

(三)过度检查。

定点医疗机构超出《血液净化标准操作规程(2020 版)》检查检验要求给予参保人过度检查。如核查部分检查费用占比高的定点医疗机构时发现，血液透析参保人 100%开具胸部 CT、颅脑 CT、D-二聚体等和血液透析相关程度不高的检查。

(四) 超量开药。

医疗机构超出药品说明书用量或者超用药天数开具药品。对报销金额较高参保人的费用构成分析发现部分参保人西药费占比异常，经进一步核查发现部分参保人利用医疗机构之间信息系统尚未互通的漏洞，在多个定点医疗机构间重复超量开药。

(五) 重复收费。

在对治疗费占比较高的定点医疗机构进行核查时发现该院诊疗项目存在重复收费情况，如同时开展血液透析和血液灌流两种项目时，同时收取两种项目费用。根据政策规定，血液灌流含透析、透析液，除外内容为透析器、管道、血液灌流器。也就是说定点医疗机构提供血液灌流服务时，可收取血液灌流项目费用和透析器、管道、血液灌流器器械费用；但不得同时收取血液透析项目费用，不得同时重复收取透析项目使用的透析器、管道器械费用。

(六) 超门特病种范围结算。

核查中发现定点医疗机构存在超出血液透析门特病种范围结算，如血液透析门特参保人的费用明细中存在麦粒肿切除术、耳道异物取出术等血液透析无关的费用。

(七) 门诊特病种更新延迟。

经数据分析，部分参保人年度透析次数较少甚至为 0，经核查该部分参保人为已行肾移植手术，但血液透析门诊特病种仍存在。

四、原因和对策

(一) 政策规定原因。

血液透析作为终末期肾病参保人的重要替代疗法，各地医保部门均将血液透析纳入医保核保范围，以广东省为例，广东省医疗保障局于 2021 年将慢性肾功能不全(血液透析)纳入全省门诊特定病种范围，大大减少参保人的负担，取得良好的社会效应。但由于血液透析报销额度和报销比例较高，医疗保障基金对血液透析支付方式以按项目付费为主，必然产生基金监管的风险，这就要求医保部门在多方面权衡的基础上制定更加合理有效的政策。笔者结合监管实际思考建议如下：一是规范血液透析门诊特定病种限额，如在年度限额基础上增加对月度限额的管控。二是强化对血液透析门诊特病病种项目管理，通过专家论证等方式，确定血液透析门诊特定病种的药品和诊疗目录库，规定医保基金使用。三是加强对血液透析费用监测，利用智能审核系统通过对血液透析的次数等监控，及时发现无需继续血液透析等情况。

(二) 医疗机构原因。

由于血液透析报销额度和报销比例高，且医疗行为的复杂性和不确定性使部分定点医疗机构对医保基金的不合理使用心存侥幸，为给

医疗机构营造不想骗不敢骗氛围。一方面医保部门要加强基金监督管理的宣传教育，使基金安全红线思维时刻悬挂在医疗机构心上。另一方面，医保部门应加大对定点医疗机构的核查力度，针对血液透析开展专项检查，并将检查结果向社会公布及加大曝光力度，加强对定点医疗机构的震慑。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

从三个层面推进中医药养老服务体系建设的

来源：中国中医药报

为积极应对人口老龄化，抢抓养老事业发展机遇，推进养老事业高质量发展，必须着力从顶层设计、制度完善、供给侧改革层面上保障中医药养老体系建设，不断促进老年人生活环境得到优化、生活质量明显改善、幸福指数明显提高。

从顶层设计层面统筹谋划

要强化优先发展理念，制定中医药养老体系建设规划，将中医药养老体系建设纳入经济社会发展整体规划，建立健全政府主导、部门负责、社会参与的中医药养老服务工作机制，形成齐抓共管、整体推进的工作格局。要完善政府投入机制，优化各级财政支持中医药养老服务发展的支出结构，提升精准化投入水平，将中医药养老服务纳入政府重要民生工程。鼓励通过慈善捐赠等方式支持中医药养老

服务发展。

从完善制度层面加大保障力度

要建立中医药养老服务清单制度，优先将经济困难的孤寡、失能、失智、残疾、高龄的老年人纳入中医药养老服务清单制度重点对象。要健全老年人能力评估制度，将老年人能力评估和健康体检等服务有机结合，实现评估结果互认、互通、互用。要完善基本养老服务补贴制度，全面落实高龄补贴和经济困难的高龄、失能等老年人补贴制度，推进高龄津贴、护理补贴等老年人福利补贴优化整合，提升精准度和有效性。要建立中医药照护保障制度，建立健全从居家、社区到专业机构相衔接的多层次的中医药照护服务体系，加大对经济困难高龄、失能老年人和特困老年人中医药照护服务力度。

从供给侧改革层面探索中医特色养老服务

要制定公办中医药康复养老机构改革政策措施，积极培育发展以普惠性养老服务为主的企事业单位建设养老服务机构，探索建立老年照护机构和护理型示范机构，完善中医康养市场化运营、社会化服务、价格收费、薪酬待遇等制度。推进居家养老服务网络建设，按照“政府扶得起、村里办得了、老人用得上、服务可持续”原则，健全和完善颐养之家资金投入、场所建设、服务提升、成本控制、责任压实等颐养之家可持续发展工作机制；开展“党建+颐养之家”建设，将村卫生室中医角建设作为标准化、规范化建设内容，配置针灸器具、火罐、刮痧板、牵引和推拿等中医康复设备，探索中医药特色养老服务，不

断满足城乡困难、空巢、高龄等老人生活照料、情感交流、精神慰藉、身体康复等需求。探索开展“家庭照护床位”试点，让居家老年人享受连续、稳定、专业的中医药养老服务。建立和完善社区中医药养老服务骨干网络，探索基层综合性中医药养老服务机构建设，承担全托、日托、上门服务等中医药养老服务功能和指导功能，为老年人提供照护托养、日间照料、康复护理等中医药养老服务。

[返回目录](#)

构建“中医思维+”育人机制 培养高质量中医药人才

来源：中国政府网

•构建“中医思维+”育人机制，就是要将中医思维深度融入中医药高等教育思想观念、中医药人才培养目标、人才培养模式的各要素以及人才培养体系各环节中。

•构建师承教育与院校教育相结合的人才培养模式，既要汲取中医师承制度的优势，又要融会贯通现代大学制度中的本科生导师制，推动传统与现代相协同的教学实践。

•在新的时代背景下，中医药有条件借助数字技术，把价值内容与技术元素融合再炼，以新形式发扬其深厚内涵，为做好“创造性转化、创新性发展”带来更多可能性。

中医思维是中医药学的精华，也是中医药人才培养的核心要求。培养高质量中医药人才，既要遵循中医药人才成长规律、坚守中医思维，又要创新完善中医药高等教育标准体系。构建“中医思维+”育

人机制，就是要将中医思维深度融入与中医药高等教育思想观念、中医药人才培养目标、人才培养模式的各要素以及人才培养体系各环节中，推动中医思维成为贯穿中医药人才培养全过程的主题和主线，系统、科学、高效地建立“中医思维+”育人模式，推动中医药高等教育改革与高质量发展。

中医思维+传统文化：发挥“以文化人”铸魂作用

中医药学的哲学体系、思维模式、价值观念与中华优秀传统文化相互贯通、一脉相承，其本身也是中华优秀传统文化重要组成部分。中医思维中的整体观念、辨证论治、取象比类等思想蕴含着中华民族对生命认知的独特方式。培养中医思维，就是将中医药传统文化价值观以“春风化雨、润物无声”的方式，融入立德树人的根本任务中，提升中医药人文素质教育质效，引导学生树立正确的世界观、人生观、价值观，培育真正有“中医魂”的中医药人才。

为医必仁，学医必精。高质量中医药人才培养应聚焦文化自信，紧紧围绕“价值引领”和“实践育人”相结合的目标，加强综合性传统文化课程教学，筑牢传统文化基本功底，提升对传统思维方式的感悟能力。同时，通过积极打造有效传播载体、创建文化品牌、开展特色文化活动、强化爱国主义教育、加强校园环境建设等方式，促进中医药传统文化与社会主义核心价值观的整合，充分发挥中医药文化对人才培养的熏陶渗透作用，实现人文修养与专业教育有机联动、立德树人与职业成长紧密结合，真正做到“以文化人”“以文育人”。

中医思维+哲学：筑牢中医现代化的思想根基

中医临床思维是在整个医疗过程中，对患者所患病证或相关事物及现象进行一系列的调查研究、分析判断，形成决策、实施和验证，以探求其疾病本质与治疗规律的思维活动过程。

中医现代化进程中，深刻理解中医临床思维方式是关键，中医药人才培养过程也是如此。加强中医临床哲学思维的探索和研究，有助于引导中医药学子在专业学习和临床实践中自觉调整思维方向、摸索思维规律、发展思维技巧，为有效提高中医药人才培养质量筑牢思想根基。

一方面，中国哲学思维是最为独特的中华民族思维方式。作为中国传统文化和人文精神的体现者，中医与中国哲学中的儒、释、道等思想密切关联，中医临床思维有其深刻的哲学根源。从中国传统哲学思维入手，厘清整体思维、辩证思维、变易思维发生发展的脉络，对于中医现代化具有十分深远的学术价值与迫切的现实需要，对于传承与弘扬中医药有着重大的现实意义。中医药人才培养中，要注意引导学生深刻理解中医理论构建模式和方法学特点，广泛吸纳和借鉴中国传统哲学的价值观与方法论，加强中医药古籍文献的整理、研究与保护利用。这样可以加强中医理论传承创新方法，建立适合中医传承创新的新模式与新方法，逐步形成中医理论传承创新的方法学体系和评价体系，有助于帮助学生提升用中医理论指导临床实践的能力。

另一方面，随着现代科学技术的发展以及人类疾病谱的变化，中

医临床思维也应积极引进现代科学思维方法，哲学能够为中医临床提供可借鉴的思维方式与方法论。中医临床思维与哲学学科交叉，可利用思维学、心理学、认知学、信息学等，对中医形象思维和抽象思维的内在机制、关系哲学、过程联系做出系统描述，进一步把握中医临床符号、语言和规律，强化中医特色，开展中医思维量化分析，探索中医思维各个阶段的量化指标。这样，既可以推动中医思维向规范化、客观化、现代化方向发展，同时更符合现代年轻人的学习习惯，有助于中医思维的养成。

中医思维+师承教育：运用独具特色的传承规律

中医教育历来重视师承。中医师承教育是独具特色、符合中医药人才成长和学术传承规律的教育模式，是中医思维养成的有效载体，是中医药人才培养的重要途径。培养优秀的中医药人才离不开一代又一代名医大家的言传身教，“师父”的言行对“徒弟”中医思维形塑更为直观。2021年，国务院办公厅印发《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》提出，坚持发展中医药师承教育。增加多层次的师承教育项目，扩大师带徒范围和数量，将师承教育贯穿临床实践教学全过程。

中医药师承教育与现代大学制度中的本科生导师制理念相通、形式相近，构建师承教育与院校教育相结合的人才培养模式，既要汲取中医师承制度的优势，又要融会贯通现代大学制度中的本科生导师制，推动传统与现代相协同的教学实践。通过课内课外、线上线下有

机结合，不断增强学生的中医认知和专业认同感，让学生在老师的口传心授中体会“博极医源、精勤不倦”的治学之道，“见彼苦恼、若己有之”的为医之心，“普救含灵之苦”的行医之志，达到突出个性化培养的目的，培育“传承不泥古、创新不离宗”的中医药人才。

中医思维+培养模式改革：构建教育教学新生态

目前，我国中医药高等院校在人才培养方面还存在课程之间缺乏有机联系，课程体系过于庞杂、课程门数与学时偏多，人文底蕴薄弱、知识结构单一、学术视野局限，教学内容重复、滞后于学术发展，重理论轻实践、重灌输轻启发，基础与临床脱节等问题。随着现代科学技术的飞速发展，人工智能与信息技术广泛应用于临床诊疗过程中，中医临床方法及其思维方式面临严峻挑战，中医诊疗过程面临着传统思维弱化、诊疗方式西化、中医特色淡化等问题。如何既遵循中医药教育和人才成长规律，又与时俱进深化中医药教育综合改革，是新时代全面提高中医药教育质量的关键所在。

新时代中医药人才培养模式的改革，要着眼于服务人类健康的全生命周期，围绕中医药人才的核心能力，传承精华、守正创新。《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》把“夯实中医药人才基础”作为首要任务，进行了一系列工作部署。其中，“提高中医药教育整体水平”是首要措施，提出“建立以中医药课程为主线、先中后西的中医药类专业课程体系，增设中医疫病课程。支持中医药院校加强中医药传统文化功底深厚、热爱中医的优秀学生选拔培养。强化中医思

维培养和中医临床技能培训，并作为学生学业评价主要内容”。

中医药高等院校要不断加强顶层设计，优化专业人才培养目标和课程目标，构建以中医思维为主轴线的课程和实践教学体系，实施以中医思维为主题的教学内容更新、教学模式改进、教学方法优化、教学手段创新、质量评价完善等方法和途径，推进中医药人才培养模式综合改革，实现中医药人才培养的启古纳今、推陈出新。最终，形成中医思维与中医药人才培养全过程深度融合模式，构建中医思维与中医药人才培养相协调、相融合的教育教学新生态。

中医思维+“新医科”：融合创新培养复合型人才

2020年，国务院办公厅印发《关于加快医学教育创新发展的指导意见》，提出以“四新”引领医学教育创新发展，即以新理念谋划医学发展、以新定位推进医学教育发展、以新内涵强化医学生培养、以新医科统领医学教育创新。医学发展理念从疾病诊疗提升拓展为预防、诊疗和康养，加快以疾病治疗为中心向以健康促进为中心转变，这正与中医药整体观、辨证论治的理论基础相契合。而两年来中医药在新冠肺炎疫情防治中发挥的重要作用，充分展现出中医药在病前预防、病中治疗、病后康复全过程中具有的系统性优势，与健康中国战略中“服务人类全生命周期健康”的理念极为契合，受到各级政府部门的高度重视和人民群众的充分认可，也为中医药在“新医科”建设中赢得了天时地利人和的发展机遇。

中医药教育应抓住“新医科”建设机遇，提高站位，以“大国计、

大民生、大学科、大专业”的新定位推进教育教学改革，通过建设具有中医药特色的“新医科”，培养符合时代发展需要的中医药人才。一方面，要坚定对中医思维的信心、把握中医思维的内涵、继承中医思维的优势、厘清中医思维的脉络，不断巩固强化中医思维，培养具有高度中医自信，善用中医方法解决临床问题的专业人才；另一方面，要发挥中医药博采众长、兼收并蓄的文化传统，以开放办学的理念、整合协同的方法，向现代科学开放、向国际开放，积极吸收精准医学、转化医学、智能医学新理念，大力促进多学科交叉融通。要立足中医学人文科学，实现与文学、历史学、人类学、哲学、社会学等学科交叉，与理工等学科融合，推进跨院校、跨学科人才培养合作机制，培养具有独立从事科学研究的能力和较高的中医临床诊疗水平，在科学研究领域做出创造性成果的复合型中医药人才。

中医思维+数字化：赋能中医药教育变革

随着“数字时代”加速演进，包括人工智能、5G、物联网、大数据等在内的数字技术创新进入一个前所未有的活跃期。人机协同、跨界融合、共创分享，人类社会正在数字科技引领下发生深刻改变。“互联网+中医药”“互联网+教育”都是当下热门的发展方向，处在发展变革路口。中药溯源全程化、生产智能化，智慧医院、互联网中医……数字技术给中医药发展带来全新的思路和方法，从传统产业向战略性新兴产业快速转型升级。同样，以互联网、开放平台、大数据、人工智能应用为基础，创新教育教学的组织模式、教学模式、服务模式等，

从原来“工业经济时代”的工厂式人才培养体系走向未来“数字经济时代”个性化的终身学习体系，正与中医药人才培养的独特规律和个性化要求相契合。

新冠肺炎疫情进一步催化了中医药高等教育数字化进程。以传统教学模式为主的中医药院校，信息化水平原本是其弱项和短板，并且有相当一部分教师对学习信息技术接受度不高、主动性不强。大规模线上教学原是近两年疫情影响下的迫不得已之举，在实践的过程中却意外地带动大量教师通过了解在线资源和学习线上教学方法，发现了线上教学海量资源、创新理念和强大工具的魔力，进而加深了对“互联网+教育”的理解，仿佛打开了“新世界之门”。

中医思维是中医药的“内核”和“灵魂”。在新的时代背景下，中医药有条件借助数字技术，把价值内容与技术元素融合再炼，以新形式发扬其深厚内涵，为做好“创造性转化、创新性发展”带来更多可能性。当前，中医药教育需要思考的是，如何顺应数字化时代大趋势，运用数字技术促进学习环境、教学方式和教育管理的转型升级，形成精准、个性、灵活的教育服务体系，更大限度地满足学生的发展需要；同时，对中医思维进行数字化的保护和传承、开发和创新，帮助其实现现代价值，通过全面接入跨场景、跨时间、跨区域的数字化触点，让中医思维因数字技术加持，更好地“植入”新时代年轻中医人的头脑中。

构建“中医思维+”理念绝不是中医思维与中医药人才培养相关

环节的孤岛式、浮萍式、片面式“混搭”，而须是架构“中医思维与中医药人才培养相协调、相融合”的教育教学新生态，从而实现中医思维核心价值的最大化，彰显中医思维培养对中医药人才培养的重要支撑作用，进而推进中医药高等教育教学综合改革，促进中医药高等教育科学发展。要通过建立“中医思维+”育人机制，在中医药高等教育中持续探索中医思维与中医药人才培养的系统整合、有机结合、深度融合，进一步完善具有鲜明中医药特色的人才培养模式，全面提升中医药人才质量，为健康中国建设提供强大的人才支撑。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

医院采购 16 个要点解析+7 大优化步骤

来源：国家卫生健康委

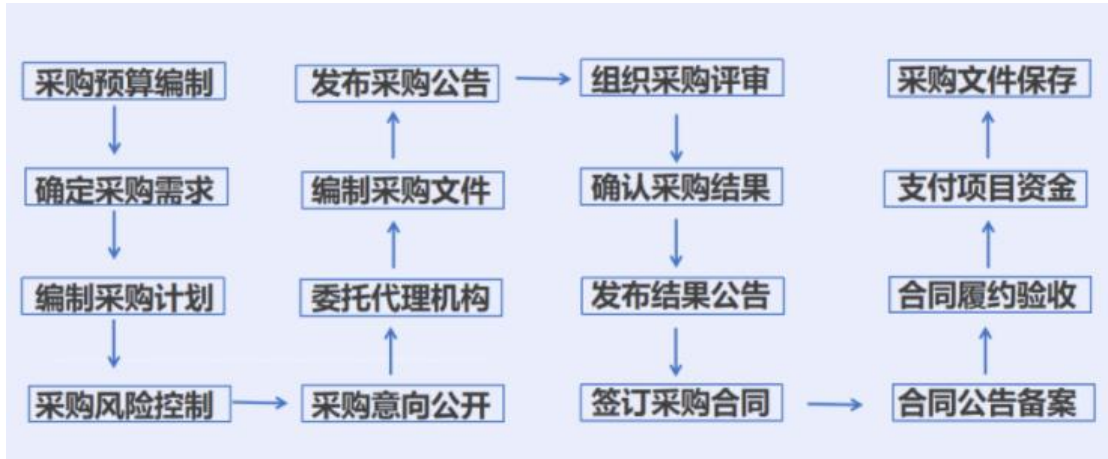
采购是医院经济活动的重要内容：药品、试剂、医用材料、仪器设备、工程、维修、维保等，每一项都需要通过采购完成，采购涉及的资金量占整体医院资金流出量的 60%左右。但是，由于采购过程不规范，导致采购工作质量和效率不高，一些机构和个人受到行政处罚屡见不鲜。对于医院及采购负责人来说，在医院采购实践中，应抓住哪些要点呢？

国家卫健委政府采购管理专家许晔老师，就医院政府采购流程的要点分析、日常采购的优化进行权威解读，以便医疗机构有效理解和

采用。

医院采购流程要点

整个采购流程中，共有 16 个要点需要注意，具体如下：



由于内容较多、篇幅有限，小编节选部分大家较为关心内容进行详细介绍。希望对大家在平时的工作中有所帮助。

1、采购预算编制

目前我们的法律法规已经明确在医院政府采购中无预算，不采购。

- ① 政府采购应当严格按照**批准的预算**执行。
- ② 政府采购预算是部门预算的组成部分，应与部门预算同步编制、同步申报。
- ③ 相关单位应在对上年度政府采购执行情况进行分析的基础上，根据本年度单位采购需求，科学合理编制政府采购预算。
- ④ 政府采购预算编制坚持自上而下的程序，**从基层单位编起，逐级审核汇总，报财政部门审核。**
- ⑤ 财政部门经汇总平衡并按规定程序报批后，形成本年度本级政府采购预算，由财政部门在批复部门预算时一并批复至各部门。
- ⑥ 各单位使用财政性资金采购集中采购目录以内或者采购限额标准以上的货物、工程和服务，应当纳入政府采购预算编报范围。

- ⑦ **全部或部分使用财政性资金且适用《招标投标法》及其实施条例依法进行招标的工程建设项目，应当编制政府采购预算。**

2、风险控制

- ① 采购人应当建立**审查工作机制**，在采购活动开始前，针对采购需求管理中的重点风险事项，对**采购需求和采购实施计划**进行审查，审查分为**一般性审查和重点审查**。
- ② 对于审查不通过的，应当修改采购需求和采购实施计划的内容并重新进行审查。
- ③ **一般性审查**主要审查是否按照规定的程序和内容确定采购需求、编制采购实施计划。
- ④ **重点审查**是在一般性审查基础上，进行以下审查：非歧视性审查；竞争性审查；采购政策审查；履约风险审查；采购人或者主管预算单位认为应当审查的其他内容。
- ⑤ 审查工作机制成员应包括本部门、本单位的采购、财务、业务、监督等内部机构。采购人可根据本单位实际情况，建立相关专家和第三方机构参与审查的工作机制。参与确定采购需求和编制采购实施计划的专家和第三方机构不得参与审查。

3、确认采购结果

1) 采购代理机构应当自评审结束之日起 2 个工作日内将评审报告送交采购人。采购人应当自收到评审报告之日起 5 个工作日内在评审报告推荐的中标或者成交候选人中按顺序确定中标或者成交供应商。

2) (招标方式) 采购人在收到评标报告 5 个工作日内未按评标报告推荐的中标候选人顺序确定中标人，又不能说明合法理由的，视同按评标报告推荐的顺序确定排名第一的中标候选人为中标人。

3) 除国务院财政部门规定的情形外，采购人、采购代理机构不得以任何理由组织重新评审。采购人、采购代理机构按照国务院财政部

门的规定组织重新评审的，应当书面报告本级人民政府财政部门。

4) 采购人或者采购代理机构不得通过对样品进行检测、对供应商进行考察等方式改变评审结果。

4、采购文件保存

- ① 采购人、采购代理机构对政府采购项目每项采购活动的采购文件应当**妥善保存**，不得伪造、变造、隐匿或者销毁。
- ② 采购文件的保存期限为从采购结束之日起**至少保存十五年**。采购文件可以用电子档案方式保存。
- ③ 采购文件包括**采购活动记录**、采购预算、招标文件、投标文件、评标标准、评估报告、定标文件、合同文本、验收证明、质疑答复、投诉处理决定及其他有关文件、资料。

采购合同
记录包括

- 采购项目类别、名称；
- 采购项目预算、资金构成和合同价格；
- 采购方式，采用公开招标以外的采购方式的，应当载明原因；
- 邀请和选择供应商的条件及原因；
- 评标标准及确定中标人的原因；
- 废标的原因；
- 采用招标以外采购方式的相应记载。

采购人如何做好政府采购工作？

一直以来，“如何做好政府采购需求管理工作”“如何发挥好采购人的主体责任”是困惑采购人已久的难点问题。在这里许晔老师为大家总结归纳了 7 个步骤。

1、合理编制采购预算，做好采购计划

存在现象：许多采购单位仍存在采购预算编制不合理，采购计划上报不及时、不准确、不细致等问题，对采购项目执行效果产生直接影响。

优化必要：合理的年度政府采购预算是采购项目顺利实施的基础，采购预算应当在充分地进行市场询价调研后科学合理地编制。每一个预算项都应该有编制依据，必要时可以请行业内专家论证把关。

目标导向：采购人根据集中采购目录、采购限额标准和已批复的部门预算编制政府采购实施计划，报本级人民政府财政部门备案。采购单位重视政府采购计划上报工作，采购计划编制要以预算为依据，统筹考虑采购单位各部门的实际要求，尽量做到全面详细。

2、认真编制采购需求，打好采购基础

存在现象：实际操作中，出现因需求编制不合理，无法吸引供应商参与采购项目的情况。尤其是自《政府采购货物和服务招标投标管理办法》实施以来，因核心产品不满足三个品牌要求而非标的情况时有发生，造成财政性资金浪费，影响采购进度。

优化必要：科学合理确定采购需求是加强政府采购源头管理的重要内容，是执行政府采购预算、发挥政府政策功能、落实公平竞争交易的重要抓手，在采购活动整体流程中具有承上启下的重要作用。采购需求应当合规、完整、明确。

目标导向：详细了解相关政策要求，同时在进行充分的市场调研的基础上，结合自身业务工作实际，科学合理进行编制。

3、采购程序归口管理，降低管理成本

政府采购业务专业性较强、采购程序较复杂，需要由归口管理部门进行统一管理，以降低管理成本，加强风险控制。

(一) 采购项目实施归口管理

采购单位重视采购工作，加大采购管理力度，可确定专门的采购部门或人员，负责采购归口管理工作。

采购需求提出后，由采购部门组织实施采购程序。

(二) 实施采购需求审核等内部归口管理

当前现象：采购单位的每个部门都是需求部门，若要求所有部门人员都了解、熟悉政府采购程序及单位内部采购流程，需要投入巨大的时间和管理成本。采购需求通常专业性较强，如全部要求采购部门审核，则内部监管及风险控制效果较弱，采购组织实施过程较长。

目标导向：自行组织的采购项目，或委托采购代理机构组织实施的项目，都应加强采购需求内部审核把关。同时，确定需求管理部门，进行采购需求内部审核，分摊风险压力。

4、制定内部采购制度，规范采购流程

存在现象：没有相关法律法规约束，不同的采购单位对于采购流程风险防控的尺度把握差别较大。一部分制度框架较为粗放，需求或采购部门在实际操作中自由裁量权较大，容易造成廉政风险。一部分制度流程较为繁琐，造成内部环节过多、流程复杂、实际操作困难等问题。

目标导向：非政府采购项目，在参照政府采购相关法律法规的基础上，结合业务工作实际，根据单位内部审批流程，抓住关键要点，适当简化操作流程。

5、加强履约管理，形成采购闭环

优化必要：财政部 2016 年发布的《关于进一步加强政府采购需求和履约验收管理的指导意见》强调，“严格规范开展履约验收是加强政府采购结果管理的重要举措，是保证采购质量、开展绩效评价、形成闭环管理的重要环节，对实现采购与预算、资产及财务等管理工作协调联动具有重要意义。”

目标导向：各采购单位制定履约验收管理办法，明确单位内部履约验收责任主体和监督管理部门，验收流程和环节，验收过程中应完成的工作内容、标准和形成的文档资料，验收结果和合同不一致的处理办法以及验收结果审批流程等。验收结果与采购资金支付结合，形成采购项目的闭环管理。

6、按采购结果签订合同，谨慎合同变更

政策要求：《政府采购法》规定，只有在采购合同继续履行将损害国家利益和社会公共利益的情况下，才可进行合同变更。如无此类情况，采购工作完成后，采购人和供应商应严格按照采购文件和供应商投标(响应)文件确定的事项签订合同并执行。

目标导向：非政府采购项目，政府采购相关法律没有明确规定，但合同变更仍需谨慎。无论是否为政府采购项目，采购单位需根据工作实际，明确合同变更程序，审批流程等。需求部门确定需要变更合同的，应明确变更原因、内容经费调整情况及依据等，同时应及时与供应商签订补充协议。

7、严格内部风险防控，守好纪律红线

存在现象：政府采购规章制度的日益完善，采购单位对政府采购工作已越来越重视，但“走过场”“走形式”的现象仍然存在。

目标导向：

①制定内部风险防控机制和监督管理措施，采购部门和需求部门建立岗位间制衡机制，实现“管采分离”。

②严格禁止事先指定供应商提供货物、服务或者进行工程施工，而事后补充履行采购程序的情况。采购程序执行是否规范需与采购及财务管理结合，严把经费支出关口。

③明确违纪违法行为及处理办法，加强廉政风险防控，切实做到公开透明、公平竞争、公正和诚实信用，打造阳光透明的采购环境。

[返回目录](#)

医院绩效管理该如何适应 DRGS 改革！

来源：华夏医界网

疫情的冲击并没有影响新医改的步伐，医保 DRG 支付改革正在全国各地有序推进中。支付制度的变化，对医院的战略定位、学科建设、效益增长、绩效分配等都提出了新的要求，尤其绩效管理是医院管理工作中的关键。

医院绩效管理如何适应 DRG 改革?将是医院需要关注的重点

DRG 出现的根本原因之一，就是让医疗效率可比较。不仅是病种之间的比较，也是科室、个人之间的比较。而医院的专业水平和医疗

服务效率水平是临床科室与医生个人水平的集中反映。医保 DRG 支付与公立医院绩效考核中 DRG 相关指标，将极大地改变医院服务效率、科室经营和医生个人收入的计算方式。

对医院来说，DRG 建立了动态的价格调整机制和服务监督机制，客观上要求医院增强成本管理的意识，主动加强对医疗服务的成本计划、计算、控制、分析和考核，促进成本降低。DRG 控制医疗费用支出与医院内部控费的目的都在于控制医疗成本。因此，二者结合，能够使医院成本绩效管理走向标准化、精细化。

同时，随着支付制度的变化，医院的管理模式、学科建设、绩效分配等各个方面都将会发生变化，特别是绩效分配制度作为医院战略发展的指挥棒，将是各家医院需要持续关注重点。

DRG 收付费改革“疾风暴雨”，牵一发而动全身，倒逼医院的运营机制模式转型，医院绩效“指挥棒”作用更加显得重要，抱怨不解决问题，需要未雨绸缪，积极应对 DRG 收付费改革带来影响和冲击巨大才是真。

以做大蛋糕为前提，核心在于效益增长与绩效管理的对接

绩效管理的首要前提不在于如何分配绩效工资，而是在于医院经济效益总量的增长，做大医院绩效分配的总量“盘子”，才能处理好绩效分配的问题。

DRGs 下医院效益增长措施列举如下：

确定效益增长的途径后，要形成可落地的效益增长计划，并将效

益增长点转化为绩效考核指标，与医院绩效管理体系对接，这是医院做大蛋糕的前提。

在 DRGs 背景下，基于预算的薪酬与绩效管理模式

从全院战略高度切入，创新建立“基于预算的薪酬与绩效管理模式”，将医院效益提升及发展目标与全院员工的收入回报及发展目标结合起来，通过调整病组结构、提升效率做大蛋糕，才能更好地促进医院发展，也才能真正解决好分蛋糕的问题。

1、从做大蛋糕的角度，首先要研究医院及科室效益增长途径并形成绩效考核指标。制定医院年度财务预算及业务目标，将医院财务预算与业务目标与绩效工资预算相结合，体现医院效益和绩效工资的可控性。

2、从分蛋糕的角度，大部分医院在绩效分配中都面临四个问题：医生、护士、技师等各岗位绩效排序是否公平？科室绩效排序是否合理？人员配置是否合理？二级分配如何体现多劳多得？

这就需要进行科室和岗位评价，为公平确定科室与岗位间的绩效水平提供依据；通过定岗定编确保医院及各类科室绩效目标实现；制定各类岗位的二级分配方案，以工作量、技术含量为主体与员工个人岗位价值相结合，体现不同岗位之间价值与工作量和技术含量差异，体现员工个人之间多劳多得，优绩优酬。

3、通过工作量及关键指标考核，实现做大蛋糕与分蛋糕结合。在 DRGs 背景下，通过月度工作量及关键指标考核，促进各科室关注

病组结构调整、科室效益提升以及技术进步，从而实现科室目标与医院整体目标的对接，并做到科室之间、岗位之间绩效工资预算的合理性，真正在科室层面实现做大蛋糕与分蛋糕的结合。以临床医生团队为例，工作量及关键指标考核如下：

工作量设计：重点鼓励出院(品牌病组、重点病组、控制病组)有效人次*九鼎病种结构系数、(门诊量、介入、内镜、腔镜)*科室 CMI 值、三四级手术例次*科室 CMI 值，以及 MDT、会诊和科间协作等的激励。

此外再考核成本控制、时间消耗指数、费用消耗指数、服务管理、质量安全管理等关键绩效指标。

4、根据二八原则，核心人才(行政、业务中高层)是重点激励对象。科主任护士长的绩效分配要从科室转移到院级进行分配，以体现科主任护士长的价值；

根据二八原则，所有医院中高层都要加强激励，要专门赋予季度与年度绩效工资和相关考核，与医院和科室的战略指标挂钩，尤其是医院整体业绩和科室新技术开展与人才培养计划的落实，以体现包括科主任、护士长，行政中层和院领导的岗位责任价值，从而提升战略执行力。

战略绩效管理对接 DRGs 的三个阶段

战略绩效管理已体现 DRGs 导向和思路。针对全国各地正在推行 DRGs 试点的合作医院，就总额控费背景下，如何建立并过渡到 DRGs

医保改革相关的绩效管理，提出三个阶段：

1、筹备阶段

建立 DRGs 医保管理的组织架构。DRGs 付费模式的管理需要医院多部门协调，需要成立由医保、信息、病案、财务、医教、运营等职能部门参与的 DRGs 医保管理组织架构，统一协调 DRGs 医保管理的各类事宜。

在地区 DRGs 医保结算政策未出台前，战略绩效方案先按照总额控费政策背景设计，引入 DRGs 绩效考核理念，例如 CMI 值、药耗比、平均住院日、例均费用等指标考核。

在此期间，医院建立相应的管理架构，研究当地及周边地区的相关政策，制定应对策略，并要完成病案编码员的培训和资格认证，组织医务人员学习 DRGs 病组分组规则、病案首页填写规则等，大力打造和推进临床路径管理，导入价值医疗的理念，为全面对接 DRGs 医保改革进行准备工作。

2、试运行阶段

根据 DRGs 考核方案，模拟测算至少一个季度的绩效奖金情况进行完善。同时要进一步加强价值医疗理念的引导，根据数据加强对优势专科和专病的打造，并针对发现的问题和情况，加强与临床科室的沟通和辅导，引导科室尽快适应医保改革后的新情况。

3、正式运行 DRGs 阶段

与 DRGs 对接的新方案模拟微调一段时间，趋于合理后进行考核；

并全面推行 DRGs 医保管理的系列管理制度，通过考核引导临床科室，提升入组率，规范病历首页的填写，改善病组结构，提升科室 CMI、扩大品牌病组的占有率和医院医保结算率。同时加强医院的精益化管理，降低运营成本。

DRGs 对医生绩效管理正向影响

第一，体现绩效管理的公平性与权威性，具有较高的认可度和指导性，避免科室认为评价结果有失偏颇；

第二，引导科室挑战疑难重症病例，将常见病、非急性发病期的患者转诊至下级医院，承担起大型公立医院的社会责任；

第三，促进了医院和科室不断加强自身经营能力和管理效率，缩短平均住院日，降低平均住院费用，既获得绩效提升，同时优化内部成本结构。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

未来五年，医保惠民将释放四大红利

来源：人民网

新年伊始，福建、云南、重庆、甘肃，宁夏等多个省份先后发布各省首部医疗保障发展规划，为当地“十四五”时期医疗保障改革发展提供了行动指南。明确到 2025 年，医疗保障制度将更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制，明

确医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务。

医疗保障直接关系到千家万户人民群众的切身利益。2021年9月，国务院办公厅印发了国家《“十四五”全民医疗保障规划》。立足于保障人民健康，从健全多层次医疗保障制度体系、优化医疗保障协同治理体系、构筑坚实的医疗保障服务支撑体系三个维度推进医保事业高质量发展。

通过未来五年的努力，群众至少可以从以下四个方面获益，即群众办理参保更加便利、参保群众就医负担进一步降低、用得上更多好药新药、发展“智慧医保”服务更便民。

“十四五”时期，群众办理参保更便利

“十四五”时期参保率保持在95%以上，比“十三五”要求的质量更高。体现在以下几个方面：

一是参保政策更加完善。推动更多职工和城乡居民能在常住地、就业地参保。健全包括新就业形态从业人员在内的灵活就业人员参保方式，稳步做实全民参保计划，巩固提高参保覆盖率。

二是参保服务更优。通过医保与税务、商业银行等单位开展“线上+线下”合作，丰富参保缴费便民渠道，群众办理参保更加便利。

三是参保管理更智慧。通过全国统一的医疗保障信息平台，实现全国参保信息互联互通，重复参保、漏保、断保将进一步减少。完善覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询。建立健全与公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管、税务、教育、

乡村振兴、残联等部门的数据共享交换机制，加强部门数据对比。

四是基本医疗保险关系转移接续更加顺畅。适应人口流动和就业转换需要，畅通跨统筹地区基本医保关系转移接续渠道，推进基本医保关系转移接续跨省通办。

参保群众就医负担进一步降低

住院费用跨省直接结算率将由 50% 提高到 70%。“十四五”期间，职工医保和居民医保住院费用政策范围内基金支付比例表述为保持稳定，内涵更加丰富，体现了保障质量的提升。一是这个稳定是在逐步扩大门诊统筹背景下的稳定，住院和门诊待遇更加均衡。二是这个稳定是在医保目录动态调整机制下的稳定，目录更加灵活，更多好药、管用藥及时纳入目录。三是这个稳定是就医更加便捷的稳定，住院费用跨省直接结算率将由 50% 提高到 70%。四是这个稳定是对重大疾病保障机制更加完善的稳定，有助于推动防范化解因病致贫返贫的长效机制建立。

个人卫生支出占比要降至 27%。个人卫生支出占卫生总费用比例是反映医疗卫生费用中个人负担比例的重要指标，是全口径医疗卫生费用中的个人负担比例。“十三五”期间，有关部门通过加大财政投入、提高基本医疗保险报销比例、完善基本医保目录动态调整机制等措施，我国个人卫生支出占卫生总费用比例已经从 29.27% 下降到 27.7%。“十四五”期间，将继续通过完善基本医保制度、加大政府投入等措施，持续降低个人卫生支出占比，不断减轻群众医疗费用负

担。同时考虑到未来五年经济发展的外部环境不确定性因素仍然较多,财政对医疗保障投入的增速很难维持过去的增速,按照积极稳妥、留有余地的原则,将目标确定为 27%。

控制生育医疗费用不合理增长,降低生育成本。一是继续做好生育保险对参保女职工生育医疗费用、生育津贴等待遇的保障。二是规范生育医疗费用支付管理,推进生育医疗费用支付方式改革,住院分娩按病种支付,产前检查按人头支付,控制生育医疗费用不合理增长,降低生育成本,提高生育保险与职工基本医疗保险合并实施成效。三是继续做好城乡居民基本医疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障。

用得上更多好药、新药

“十四五”期间,药品、医用耗材、医疗服务医保目录动态调整机制将建立健全。在医保药品目录方面,一是统一化。持续推进省级增补药品消化,确保到 2022 年实现全国基本医保用药范围基本统一。二是规范化。建立完善医保药品目录调整规则及指标体系,及时将临床价值高、患者获益明显、经济性评价优良的药品按程序纳入药品支付范围,支持药品创新。将符合条件的中药按规定纳入医保支付范围。健全医疗保障药品评价机制,加强药品目录落地情况监测和创新药评价。三是标准化。建立健全医保药品支付标准,以谈判药品、集中带量采购药品和“两病”用药支付标准为切入,逐步推动药品目录管理和支付标准相衔接。

在医保医用耗材管理方面,建立医用耗材医保准入制度,制定医

保医用耗材目录。探索制定医用耗材医保支付标准，引导规范医疗服务行为，促进医用耗材合理使用。

在医疗服务项目管理方面，完善医保医疗服务项目范围管理，明确医疗服务项目医保准入、支付、监管政策，规范医疗服务行为。在规范明细、统一内涵的基础上，逐步建立科学、公正、透明的医疗服务项目准入和动态调整机制，促进医疗服务新技术有序发展。

“十四五”时期，将完善药品和医用耗材集中带量采购改革。将加大药品、医用耗材集中带量采购力度，推动集中带量采购成为主导模式，常态化、制度化开展药品国家集中带量采购，持续扩大高值医用耗材集中带量采购范围。

同时，《规划》在目录管理、支付管理等任务中提出了支持中医药发展的举措。

主要包括将符合条件的中药按规定纳入医保支付范围，支持符合条件的中医医疗服务项目按规定纳入医保支付范围，探索符合中医药特点的医保支付方式，鼓励实行中西医同病同效同价，引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务等内容。

为了进一步惠民，“十四五”时期，还将扩大医疗保障定点医疗机构、医疗保障定点零售药店覆盖面，将更多符合条件的基层医疗机构纳入医保定点范围。

发展“智慧医保”服务更便民

“十四五”时期，推动智慧医保发展，提升医保便民服务质量。

《规划》从管理、服务、基础设施等方面，提出了医保信息化建设的任务。具体包括以下方面：

一是加强信息基础设施建设。全面建成全国统一的医疗保障信息平台，持续优化运行维护体系和安全管理体系，完善平台功能。推进数据迁移、清洗等工作，提高数据质量。建立健全物理安全、数据安全、网络安全等安全管理体系和云平台、业务系统、网络等运行维护体系。深化大数据、区块链等技术在宏观决策分析、医疗电子票据等工作中的应用。

二是运用智慧医保加强管理。全面建立智能监控制度。积极探索将按疾病诊断相关分组付费、按病种分值付费等新型支付方式以及“互联网+医疗健康”等新业态、长期护理保险等纳入智能监控范围。

三是提升服务水平。运用信息化技术，提升医保便民服务质量。鼓励发展诊间结算、床边结算、线上结算，推进医疗电子票据使用，支持重点区域拓展“跨省通办”政务服务范围。运用信息化技术，提高异地就医直接结算效率。继续优化网上办事流程，提供更多智能化适老服务。

四是推进数据共享。通过全国一体化政务服务平台，实现跨地区、跨部门数据共享，做好医保数据分级分类管理，探索建立与卫生健康、药监等部门信息共享机制。按规定探索推进医疗保障信息平台与商业健康保险信息平台信息共享。

[返回目录](#)

加快《医疗保障法》立法进程

除了回应医保现实问题，更要注重长远

来源：重庆市医疗保障局

一、《医疗保障法》是实现法治医保的制度之基

（一）加快推进《医疗保障法》立法是贯彻落实习近平法治思想的必然要求

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央从坚持和发展中国特色社会主义的全局和战略高度定位法治、布局法治、厉行法治，把全面依法治国纳入“四个全面”战略布局，创造性地提出了全面依法治国的一系列新理念新思想新战略，领导和推动我国社会主义法治建设发生历史性变革、取得历史性成就。2020年11月，中央全面依法治国工作会议将习近平法治思想明确为全面依法治国的指导思想。习近平法治思想是习近平新时代中国特色社会主义思想的重要组成部分，是全面依法治国的根本遵循和行动指南，深刻回答了为什么要全面依法治国、怎样全面依法治国这个重大时代课题。总书记用“十一个坚持”对全面依法治国进行阐释、部署，都是涉及理论和实践的方向性、根本性、全局性的重大问题。笔者认为法治医保建设必须以习近平法治思想作为根本遵循和行动指南，吃透基本精神、把握核心要义，立足于坚持以人民为中心，坚持法治为人民服务，加快构建以《医疗保障法》为主体的法律法规体系，实现医保政策法定化、医保制度法制化、医保治理法治化。不断强化行政管理与司法监督协同配

合，全面推进全民守法，最终形成系统完备的医保法律制度体系、科学规范的医保法治实施体系、运行有效的医保法治监督体系，在法治轨道上全面深化医保改革，推动医疗保障事业实现历史性变革、系统性重塑、整体性重构。

(二) 加快推进《医疗保障法》立法是法治医保建设的重要举措

制度具有根本性、长期性、整体性、稳定性特征。医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。习近平总书记多次强调，全民医保是中国特色基本医疗卫生制度的基础，要全面建立中国特色医疗保障制度。2021年9月23日，国务院向社会公布了“十四五”全民医疗保障规划，确立了到2025年国家医疗保障制度的发展目标：医疗保障制度更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务，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。制定颁布《医疗保障法》是高标准、高质量推动“十四五”规划落地的具体举措，是建设法治医保的必由之路，必将推动实现“医疗保障制度法定化程度明显提升，定点医药机构管理更加透明高效，基金监管制度体系更加完善，行政执法更加规范，全社会医保法治观念明显增强”。

二、加快推进《医疗保障法》的立法进程是对医保现实问题的有效回应

(一) 系统完善、层次分明的法律法规规则体系尚未形成

医保政策法定化、医保制度法制化、医保治理法治化面临较大压力。国家医保局成立以来，高度重视立法工作，自2020年7月至今已先后颁布施行1部行政法规《医疗保障基金使用监督管理条例》和4部部门规章，包括《基本医疗保险用药管理暂行办法》《医疗机构医疗保障定点管理办法》《零售药店医疗保障定点管理办法》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》（国家医疗保障局令第1号—第4号）。“一条例四规章”是立足医疗保障部门的现实重点需求，聚焦医保改革“小切口”，按照“急用先行”的思路，实现了医疗保障立法从无到有的突破。但是距离建成完备的医疗保障法律法规体系仅是迈出了“万里长征第一步”，待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管四个机制对应的政策法定化程度依然处于较低水平；药品耗材集中招采、医疗保险与生育保险合并实施、长期护理保险试点等重点改革内容还停留在政策层面，医疗保障领域涉及的法律法规仍然分散在不同的部门法中，法律制度体系仍然属于“九龙治水”的状况。医保改革任务与地方现有立法相冲突时，医保部门工作推进将受制于依法行政的严格要求，医疗保障制度改革所需的法制支持还需进一步加强。目前，《医疗保障法》已列入全国人大立法计划，相关工作正在稳步推进，医疗保障部门应当同步思考、提前谋划，在国家层面着手规划以上位基本法为主干，若干行政法规、部门规章为分支的整体性、系统性医疗保障法律法规体系。

（二）行政执法能力存在明显短板

现阶段，医疗保障行政部门的行政执法权限和职责覆盖了参保登记、药品耗材价格、集中招采、基金使用、医疗救助等领域，医疗保障经办机构承担医保稽核职责。执法对象涵盖了“两定”机构及其从业人员、用人单位及其职工、参保个人、救助对象、医药企业、集中招采投标人等。行政执法还需与刑事司法、民事诉讼进行有效衔接。医保部门行政执法人员需要具备劳动关系、物价管理、招标采购、医学药学、审计财会、民事法律、刑事法律等专业知识和丰富的执法经验。但是由于机构改革过程中，分属于人社、民政、物价的法制机构、执法机构的工作人员并未划转至医保部门，未能建立统一的执法监管机构 and 队伍，行政执法队伍专业化、标准化还处于较低的水平。在个案中已经暴露出行政处理(处罚)证据不充分、执法程序不规范、“以罚代管”等问题，存在较大的行政复议和行政诉讼败诉风险。医疗保障行政执法机制有待完善，执法人员依法行政能力有待提高。

(三) 复杂法律关系带来新挑战

医疗保障所牵涉法律关系复杂，医保部门既是受广大参保人员委托管好“救命钱”的代理人，又是医保基金监管的行政主管部门，既是下场比赛的“运动员”又是确保公平的“裁判员”。随着改革的不断深入，不同法律关系交集所带来的问题逐步显现：比如对“两定”机构既要通过行政协议明确双方权利义务，又要按照行政法规开展监督与执法，如何处理好两种管理方式之间的界限？长期护理保险中失能评估机构、护理机构与医保经办机构之间是行政协议关系还是医保

部门购买社会第三方服务的民事合同关系?长期护理保险基金使用过程中可能出现的不同类型侵害基金情形、参保人与护理机构之间的纠纷和矛盾,应该采用行政执法或者行政协议管理抑或是民事诉讼维权?药品医用耗材集中招标采购完成后,面对医药企业或者医疗机构违约行为,医保部门应当适用何种法律关系进行有效管理?对平等主体之间的民事合同履行情况能否由行政力量进行干涉和监督?医疗机构运用《民法典》保理合同规则,在不经医保部门认可的情况下,将经办机构还未支付的医保基金作为应收账款转让给保理公司进行融资套现,保理公司再通过起诉经办机构,冻结、强制划拨医保基金导致的基金损失应当如何应对?商业保险机构开发推广补充医疗保险时,医疗保障部门、银保监部门与商业保险机构之间的行政管理关系、民事关系如何处理?在处理类似个案时,医疗保障行政部门、医疗保障经办机构以及其他职能部门间的公共管理权力边界及履职尽责边界区分,作为民事法律关系主体权益的有效维护等问题,需要司法解释甚至是立法解释给予保障。但目前各级医保部门与立法部门、司法机关之间沟通机制还不完善,共同推进医疗保障所涉及的法律适用及解释工作还处于空白,在具体涉法事项中医疗保障部门将不断面对新的挑战。

(四)智慧医保全民医保的建设和实现有赖于规则体系的完备

医疗保障事关全民,调整对象多种多样。医保制度规则体系是所有从业人员及其医保服务对象的行为准则。笔者看来,医保工作至少

涉及四个不同领域的标准与规则：一是“为医保赋能、为生活添彩”的以信息技术为支撑的信息化标准与规则；二是诊疗服务的医学和医药的专业标准与规则；三是公共服务的标准与规则；四是为上述所有标准与规则提供制度保障的法律法规标准与准则。不同的群体站在不同的角度，对法律的理解、对规则的遵守以及面对自身利益时所作出的抉择不尽相同。国家医保局成立以后，加快推进信息化建设，制定了《医疗保障平台信息建设指南》以及医疗保障信息云平台、数据库等系列规范，确立了十五项业务编码标准和三十三项信息化标准规范，目前各省已基本建成全国统一的信息平台，大部分统筹区已实现新系统的上线运行。但在实际工作中还面临对信息系统建设的复杂性、艰巨性的认识不足，由市县统筹到全省统筹面临的巨量规则制度的修订及立改废工作跟进不及时而导致新的信息系统不能有效运行，会使花费巨资建设的全国统一的信息系统的有效性大打折扣。参保人员和医药机构工作人员的守法意识、公职人员履行职责的公职守法意识，在缺乏规则意识的规范和引导作用下难以牢固树立；不同历史时期制定的混乱甚至冲突的规则体系在执法尤其是监管执法中，很难使监管对象心服口服，面临的行政诉讼及国家赔偿的压力巨大。

三、高质量推进《医疗保障法》立法工作

法治是规则之治。“立善法于天下，则天下治；立善法于一国，则一国治”。医疗保障事关全民福祉，建设法治医保，必须在立法中体现人民情怀和使命担当，发挥法律制度的价值引领作用，推动医疗

保障工作高质量发展，满足人民群众对高品质生活的需要。人民群众对立法的期盼，已经不是有没有，而是好不好、管用不管用、能不能解决实际问题；越是强调法治，越是要提高立法质量。在制定《医疗保障法》的过程中，需要更加注重立法管全国、管根本、管长远的作用。

（一）坚持公平统一实现制度全覆盖

本着“不破不立，先立后破，破立并举”的立法规律，一是坚持公民医疗保障权利与义务的统一。目前单位职工参加职工医疗保险属于法定义务，其他灵活就业人员、城乡居民则拥有选择以个人身份参加职工医保或者参加居民医保的权利，并不承担必须参保的义务。医疗保障法律关系也应遵循权利与义务对等的法律原则，真正实现全民医保必须通过立法明确全体公民承担医保缴费义务、全体公民享受医保待遇权利。对于未成年人等无民事行为能力人其参保义务可由其监护人代为履行并由国家给予补贴，低收入群体参保确有困难由国家实施参保资助，科学设定补贴与资助的标准，最终实现法制化的全民参保。二是逐步以“公民”代替“职工”的概念消除制度不公平。当前以医疗保险为核心的医疗保障制度虽然逐步消除了城乡差异，但社会保险法确立的社会保险制度是在计划经济向市场经济转型过程中建立的，正在征求意见的《医疗保障法》的基本框架并没有完全摆脱计划经济固有思维的影响，“职工”与“非职工”在制度设计上存在明显差异，比如生育保险制度中，并未设计“非职工”群体的保障路径，

生育保障并未全面、平等地覆盖非单位就业人员和城乡居民，“非职工”群体无法合法享受生育津贴待遇。这一制度差异正是导致虚构劳动关系、挂靠用人单位参保等违法方式获取生育保险参保资格的重要因素，其根源在于“职工”与“非职工”的制度覆盖不统一。医疗保障立法，应当消除这种不公平，筹资标准与待遇标准不以参保人是否与用人单位建立传统的劳动关系进行差异化对待，通过拓宽公民参保方式、设定不同缴费档次对应不同的待遇标准，保障医疗保障制度覆盖全体公民，公平实现应保尽保。《医疗保障法》至少应当有一个合理的制度安排和推进时序，逐步实现上述目标。

（二）谋划消除区域发展不平衡的制度设计

以重庆为例，作为直辖市，重庆在 2012 年已经完成医疗保险省级统筹，实现了市内筹资与待遇保障的公平一致。但因社会经济发展水平、人口流入与流出比例的差异，横向对比同样实现省级统筹的其他省份，重庆市在缴费比例、缴费基数计算口径、地方政府补贴水平与发达地区存在较大差距，医疗保障水平区域不平衡仍然存在。医疗保障发挥社会财富二次分配功能，消除中、东、西部地区差异，促进共同富裕的作用并未全部发挥。以养老保险为例，国家已经采取措施消除省际间地域不均衡的相关规定，国务院于 2017 年印发《关于印发划转部分国有资本充实社保基金实施方案的通知》，2018 年印发《关于建立企业职工基本养老保险基金中央调剂制度的通知》，建立了以国有资本充实、中央统一调剂等方式解决区域不平衡的调节机

制。《医疗保障法》应将消除地域差异作为立法的重要目标，统一缴费比例、统一缴费基数统计方式，在全国范围保持缴费环节政策一致；借鉴养老保险相关制度的设计，建立全国范围的医保基金的补充和调剂机制，至少预留足够的制度设计空间，为进一步提升医疗保障均等化水平提供足够的上位法支持。

(三) 坚持系统集成提升治理能力

随着医疗保障制度改革逐步进入深水区，医疗保障在“三医”联动中的引领作用已经显现。但要实现与医疗、医药有效协同，医疗保障部门既要“纵向到底”履行各项公共管理的职责，又要“横向到边”做好与相关职能部门的配合协作。医疗保障立法的起草需要跳出部门局限，注重整体谋划，将党中央对医疗保障制度改革的总体要求作为立法目的，将党中央的决策部署通过立法上升为全体公民、不同行业管理部门、医疗保障相关参与方必须遵守的社会行为准则。基本立法需要对应不同法律关系确立法律规则，比如：医疗保障、民政、乡村振兴、人力社保等部门对公民参保资格、救助资格、待遇享受资格的行政确认职责划分；医疗保障部门对医药机构的定点管理、市场监管部门的市场主体行政许可、卫生健康部门的医疗机构执业行政许可之间的关联；对过度诊疗、过度检查、分解处方等不规范诊疗行为的行政检查和行政处罚，医疗保障部门与卫生健康部门的权责划分，执法标准与尺度的统一；药品、医用耗材集中招采中，对医药生产销售企业垄断、企业间形成价格联盟、串标围标、降低药品耗材产品质量的

监督管理，对不同类型的市场主体充分参与公平竞争的保障，市场监管、药品监管、医疗保障部门的配合协作。医保部门作为立法起草部门还应高度重视与医疗保障工作紧密相关的其他领域立法推进情况，对其他立法中事关医疗保障改革的重点内容，要坚持医疗保障制度改革的总体方向，加强与立法和司法机关之间的沟通，获得理解与支持。而医保部门基于自身职权进行具体公共管理所需的单一法制保障，则可通过行政法规、部门规章加以解决。

(四) 坚持科学立法统筹当前与长远

医疗保障立法既要将近年来在待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管、医药服务供给、医保管理服务等领域取得的成熟经验上升为法律规范，确保已有改革成效稳定可持续；又要为中长期内完善医疗救助、长期护理保险、补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等制度，预留充足空间，以原则性规定明确大方向，避免相关部门和地方自由发挥。对目前社会关注度较高、容易引起负面舆论的争议内容，比如退休人员是否应当缴费、职工医保个人账户是否取消等问题，暂不作出具体规制，可提供改革路径的授权性规定，并同步推进对社会保险法等现行法律的修订。

四、不断加强医疗保障依法治理能力建设

(一) 坚持严格规范公正文明执法，提升行政执法能力

行政执法是否严格规范公正文明，直接体现着各级医疗保障部门依法行政和法治政府建设的水平和程度。国家医保局已经颁布《医疗

保障行政处罚程序暂行规定》，印发了《医疗保障系统全面推行行政执法公示制度执法全过程记录制度重大执法决定法制审核制度实施办法(试行)》《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》，为规范开展医疗保障行政执法奠定了制度基础。各级医疗保障部门应当从以下几个方面做好行政执法工作：一是进一步完善医保行政执法相关制度，省级医疗保障行政部门抓紧时间结合本地实际健全行政处罚自由裁量基准、行政执法责任追究等制度，完善行政执法“三项”制度细化措施。二是加强对执法承办部门的指导和监督，畅通社会监督、法制监督渠道，将各项制度从“挂在墙上、留在纸上”变为“放在心上、捏在手上”，确保守法执法、规范执法、文明执法。三是全面开展行政执法案卷评查、行政诉讼案例分析等指导工作，不断在实战中查找问题、积累经验。四是要注重执法队伍的能力建设和人才储备，开展系统化、标准化的行政执法能力综合培训，打造德才兼备、正规化、专业化的高素质医疗保障行政执法队伍。

(二) 强化部门配合，加强行刑衔接，注重司法协同

医疗保障改革并不是医保部门单枪匹马、单打独斗，法治医保建设更加需要注重与其他行政部门的充分配合、注重与司法机关的有效衔接。与卫生健康、市场监管、人力社保、税务等行政部门的配合不能仅仅停留在开展几次联合检查、通报几个案件查处情况的层面，更要在完善制度机制上下功夫。比如：市场监管与卫生健康部门对医疗机构市场主体的认定与管理、医疗保险(含生育保险、长期护理保险)

与其他社会保险统一征收中职工与用人单位劳动关系认定、实际缴费基数核定等问题都需要相关行政部门开展深度调研、加强共同管理。在行刑衔接过程中，医保部门、公安机关、检察机关、人民法院对医疗保障领域可能出现的各类涉嫌犯罪情形，从确定罪名、明确犯罪主体、收集犯罪证据、认定犯罪社会危害性等方面需要统一行政和司法的法律适用标准。在建立完善行政案件向刑事案件移送的基础上，还应建立案件线索的“反向”移交机制，公安机关、检察机关在侦办倒卖药品犯罪、公职人员经济类犯罪等其他刑事案件中，发现侵害医保基金的情形也应及时向医保行政部门反馈线索。与人民法院加强在追偿先行支付医保基金、涉及医保基金的保理合同诉讼、涉及医保基金追回的各类案件强制执行、医疗保障案件中不同有权机关证据互认等领域的共商协作。

[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