

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第9期

(02.28-03.06)

——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 •

▶ [关于医疗，全国政协委员都提了什么建议？](#)（来源：医学界智库）

——第 8 页

【提要】今年是党的二十大召开之年，是进入全面建设社会主义现代化国家、向第二个百年奋斗目标进军新征程的重要一年。为开好这次两会，委员们深入走访调研，精心撰写了一批高质量提案，其中涉及医疗领域的提案如下：全国政协委员吴浩提出增设全科医学科为国家临床重点专科；徐自强提出出台救护车免费通行国家政策；郑秉文提出要规范促进发展惠民保；杜丽群表示要进一步加大罕见病医疗保障力度……他们将通过这些提案，共商国是、参政建言、为民履职。

▶ [全国政协委员于欣伟：尽快启动种植牙耗材全国集采](#)（来源：央视新闻）——第 18 页

【提要】3月4日两会召开，全国政协委员于欣伟提出以下建议：应尽快启动种植牙耗材全国集采工作，建议种植牙尽快纳入医保。打破种植牙耗材进口壁垒，加快国产品牌替代。加强产学研结合，鼓励口腔科学与新兴产业融合发展。加快牙科医护人员培养与供给。

• 医院信息化 •

▶ [韩加亮：公立医院建设互联网医院的模式探讨与发展瓶颈应对策](#)

[略](#)（来源：CHIMA）——第 20 页

【提要】5G、云计算、互联网等新技术的发展推动了人民群众对医疗卫生高品质、多层次、便捷性的需求，互联网医院应运而生，通过信息技术的引入有助于实现方便可及的医疗健康服务，在疫情防控期间，更是起到了轻症筛查有效分流的作用，能够有效提升患者、医生、医院、政府四方获得感。医院基于互联网医疗思维，在基础设施、政策法规、标准规范、服务内容、价格形成机制、从业人员培养与管理六个维度建设互联网医院，提出公立医院建设互联网医院标准化建设、规范化管理和科学可持续发展的应对策略。

▣ [智慧医院——未来医院发展的必由之路，医疗服务亟待升级](#)（来源：康策软件）——第 27 页

【提要】国家卫生健康委员会发布《医院智慧服务分级评估标准体系(试行)》，将医院“智慧服务”分成 0 级至 5 级。当前，我国“智慧医院”的建设模式大致可以分成三类：一是基于单体医院的智慧医院；二是以智慧医院和医联体为基础，建立智慧医院集团；三是覆盖一定区域的智慧医疗服务体系。智慧医院的范围主要包括面向医务人员的电子病历、面向患者的‘智慧服务’和面向管理者的‘智慧管理’。“智慧医院”这个概念在全球提出来大概只有 10 年左右的时间，这个概念提出以来，全球从各个医院都进行了不同探索，把互联网技术、智能技术，包括现在人工智能的一些技术都用在医疗服务的各个领域。

· 智慧医保 ·

▶ [完善 DIP 相关信息化建设与部署，医保、医院如何做？](#)（来源：DRG 变量）——第 33 页

【提要】利用大数据病种分组推进医保支付方式改革、提升基金监控智能化水平，是在大数据方法对全样本数据进行分析的基础上，围绕“诊断+治疗方式”建立分组评价模型，形成客观标准，结合往期随机成本拟合的价格基线，反映全部病例的实际费用水平，构建完整的分值费与核算体系、服务评价与监管体系、资源配置与对话体系，促进公立医院从收入中心转变为成本中心，从外延发展转变为内涵发展，提高公立医院的资源利用效率；促进各统筹地区从粗放式管理转变为精细化科学管理，维持医保支付与医院运营、发展之间的经济平衡关系，降低医保基金运行风险，提升医保基金使用效率。

▶ [2022 年中央一号文件：推动农村基层定点医疗机构医保信息化建设](#)（来源：新华社）——第 41 页

【提要】日前，2022 年中央一号文件正式发布！这是 21 世纪以来第 19 个指导“三农”工作的中央一号文件。文件强调，深入推进紧密型县域医疗卫生共同体建设，实施医保按总额付费，加强监督考核，实现结余留用、合理超支分担。推动农村基层定点医疗机构医保信息化建设，强化智能监控全覆盖，加强医疗保障基金监管。落实对特殊困难群体参加城乡居民基本医保的分类资助政策。有条件的地方可提供村卫生室运行经费补助，分类落实村医养老保障、医保等社会保障

待遇。提升县级敬老院失能照护能力和乡镇敬老院集中供养水平，鼓励在有条件的村庄开展日间照料、老年食堂等服务。

· 药闻动态 ·

▶ [重磅盘点 10 省份政府工作报告，这些是今年医卫领域发展“重头戏](#)（来源：中国县域卫生融媒体）——第 44 页

【提要】新年伊始，全国地方两会陆续召开，各省（直辖市、自治区）2022 年政府工作报告相继出炉，中国县域卫生融媒体首批盘点福建省、四川省、河南省、江西省、山东省、河北省、北京市、山西省、辽宁省、内蒙古自治区等 10 个省份政府工作报告，为今年医卫领域发展“划重点”！

▶ [河南：建设智慧健康大数据应用示范场景，引进培育一批智慧养老龙](#)（来源：河南省人民政府）——第 60 页

【提要】近日，河南省人民政府印发了《河南省“十四五”数字经济和信息化发展规划》。《规划》提到，当前，河南省已搭建了互联网医疗系统与应用国家工程实验室等 60 个省级及以上大数据创新平台和 12 个大数据双创基地，郑州大学第一附属医院建成了国内首个连片覆盖的 5G 医疗实验网。“十四五”时期，河南省将全面推进产业数字化，推进智慧健康、智慧养老、智慧人社等建设，实现重点领域数字化治理能力显著提升。

· 地市精彩 ·

▶ [区域医共体医保总额付费的实现形式 ——以天津、浙江、福建三地为例](#)（来源：海聊清谈）——第 64 页

【提要】2017 年 4 月，国务院办公厅在《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》中提出，“探索对纵向合作的医联体等分工协作模式实行医保总额付费等多种付费方式”；2022 年 1 月，中共中央国务院在《关于做好 2022 年全面推进乡村振兴重点工作的意见》中明确要求“深入推进紧密型县域医疗卫生共同体建设，实施医保按总额付费，加强监督考核，实现结余留用、合理超支分担”。为贯彻落实党中央国务院的文件精神，各地纷纷开展了不同形式的实践探索。本文以天津、浙江、福建三地为例，分析区域医共体医保总额付费的实现形式。

▶ [医保合理筹资、稳健运行，需平衡好“5 个关系”](#)（来源：江苏省医疗保障局）——第 68 页

【提要】当前，我国的基本医保筹资机制面临着筹资分担机制还不完善、统筹层次仍然不高、基金抗风险能力有待加强等问题，迫切需要坚持问题导向，建立筹资更加多元、分担更为合理、运行更加稳健、风险更加可控的筹资运行机制。结合江苏省实际，笔者认为，健全筹资运行机制，要平衡好“职工医保基金收入”与“企业负担”之间的关系；个人和政府的关系；基本医保和补充医疗保险的关系；人口流入地和流出地的关系；当前和长远的关系。

· 中医药动态 ·

▶ [国家中医药局 2021 年办理中医药相关建议提案 338 件](#)（来源：中国中医药报）——第 73 页

【提要】2021 年全国两会期间，代表委员高度关注中医药事业的创新发展，聚焦“十四五”中医药发展规划、中医药参与疫情防控的独特优势和作用、中西医结合机制等方面建言献策。国家中医药管理局积极回应代表委员关切，承办中医药相关建议提案共 338 件，其中全国人大建议 192 件，全国政协提案 146 件，建议提案办结率 100%，牵头办理的建议提案与代表委员沟通率 100%，包括全国人大常委会重点督办建议《推动中医药传承创新》和全国政协重点提案《关于加大中医药资源的发掘和保护的提案》等。

▶ [15 部门联合发文：发展中医药老年健康服务](#)（来源：国家卫生健康委）——第 75 页

【提要】近日，国家卫生健康委、教育部、国家中医药管理局等 15 个部门联合印发《“十四五”健康老龄化规划》（以下简称《规划》），提出 9 项主要任务，发展中医药老年健康服务被列为任务之一。《规划》提出，提升老年人中医药健康管理水平。进一步发挥中医药健康管理在基本公共卫生服务项目实施中的独特优势，积极推进面向老年人的中医药健康管理服务项目，发挥中医药在老年预防保健、综合施治、老年康复、安宁疗护方面的独特作用。鼓励中医医师积极参与家庭医生签约服务，为老年人提供个性化中医药服务。

-----本期内容-----

· 聚焦两会 ·

关于医疗，全国政协委员都提了什么建议？

来源：医学界智库

今年是党的二十大召开之年，是进入全面建设社会主义现代化国家、向第二个百年奋斗目标进军新征程的重要一年。为开好这次两会，委员们深入走访调研，精心撰写了一批高质量提案，其中涉及医疗领域的不乏少数。他们将通过这些提案，共商国是、参政建言、为民履职。

01 推动异种移植临床应用和产业化

全国政协委员、农工党湖南省委副主委、中南大学湘雅三医院院长张国刚表示，为解决终末期疾病治疗问题，在今年的全国两会上，他将围绕实现我国异种移植领先地位提出建议。

张国刚介绍，在包括中国科学家在内的全球科学家共同努力下，异种移植已经面临重大突破，被联合国世界卫生组织认为是可进入临床治疗应用的终末期疾病治疗方法。中国科学家证实了异种胰岛移植的安全性和有效性，获得国际同行的赞誉。

“近年来，海外多国均有大量资金投入异种移植领域，全球围绕异种移植临床应用和产业开发技术研发取得了长足进步。”张国刚建议，应该在国家层面制定研发战略，打通异种移植临床应用和产业化

开发的最后一公里，实现我国异种移植的世界领先地位。

02 增设全科医学科为国家临床重点专科

在全国政协委员、首都医科大学全科医学与继续教育学院院长吴浩看来，现阶段全科医生的培训数量和质量尚不能满足建设“健康中国”的定位需要，综合医院全科医学科仍面临创建时间短、人力不足、经费短缺、发展路径尚不明晰等困境。

吴浩指出，上述困境主要表现为以下几点：

其一，实践中，全科专业住院医师的培养需要轮转综合医院的多个临床科室以及社区卫生服务中心的相关科室，需要比其他专业住院医师的培养投入更多人力、资源和时间。

其二，综合医院绩效考核通常以门诊和住院患者的数量及相关指标为基础，住院多使用 DRG/DIP 进行付费。但全科医学科的门诊及住院患者以症状就诊、多病共存患者居多，现行的绩效考核制度并未充分考虑全科医学的专业特点，进而导致全科医学科的绩效“缩水”，严重影响科室收入及人员积极性。

其三，2018 年 5 月国家卫生健康委公布将内科、外科、儿科、神经科等 54 个专科纳入国家临床重点专科建设项目，但作为我国医疗卫生服务体系基石的全科医学科并未被纳入其中。这一定程度上导致了全科医学科在综合医院的发展得不到应有的重视，进而出现学科地位与作用不被认可、执业范畴不清晰等现象。

据此，吴浩建议，应将全科医学科列入国家临床重点专科建设项

目，创新综合医院全科医学科与基层医疗机构全科医学科联合申报模式；在国家经费和医院配套经费的支持下，按照最高水平建设综合医院全科医学科，进一步推动形成学科建设机制、建立学科评价体系、打造医疗行业品牌。

03 出台救护车免费通行国家政策

曾有报道，某高速收费站，救护车驾驶员与收费员因120救护车是否应缴费通行发生争执。司机表示：要救护车缴费我头一次听说。对此，高速收费运营部门负责人表示：救护车不是公益性的车，不在免征范围内。

“随着我国道路交通建设的发展，120救护车在急危重病人救治转运中变得更加快速、便捷，缩短了城乡之间、社区与医院之间的距离，为急危重症病人接受专业的抢救赢得了时间。我国高速公路建设30多年来，在通行费政策上出台了许多关乎民生的优惠措施，但是直到现在，120救护车还是没有享受免交通行费的优惠。”全国政协委员、湖南省郴州市第一人民医院急诊科主任徐自强表示。

徐自强介绍，《中华人民共和国公路法》《中华人民共和国收费公路管理条例》规定，有6类车辆可以免交高速公路通行费。“由于救护车不属于上述6类车辆之内，所以有人说，救灾、救物、救火能免费，但救人(救护车)却不能免费。”

徐自强对救护车享受免费通行政策做了详尽调查，情况各不相同：有的地区，对本辖区内的救护车实行免费，对外地救护车实施

收费；有的地区，对发生在本辖区内的交通事故救援时免费，对其他情况的救援不免费。

对救护车实行收取通行费就存在如下主要弊端：一是浪费时间，缴费必定会花费一定的排队和缴费时间，对于急危重病人来说，时间就是生命；二是财务不规范，高速公路上的交通事故中伤员往往病情严重，无法交费，如果没有陪护人员，只好由随车的医护人员缴纳，事后由谁买单没有规范的规章制度；三是加重了患者的经济负担，长途转运的病人以在外务工的农民工居多，由于经济上的压力，必须转回当地治疗，或者是病情严重须要转上级医院诊治，长途转运的通行费对于一个患病的困难户无疑是雪上加霜。

“救护车具有公众属性，国家应出台相关政策，有关部门有必要出台统一规定，将救护车纳入免交通行费范畴，给予救护车特定的免费通行权利。”

04 发挥中国志愿医生更大的作用

全国政协委员、宣武医院神经科首席专家凌锋今年准备了7份提案，作为中国志愿医生发起人，她的两份提案有关中国志愿医生队伍的建设及如何发挥更大作用。

数据显示，中国志愿医生自2017年成立以来，已经有5000多位医护人员注册。他们秉持“扶贫、义诊、救灾、援外”的使命，先后赶赴206个原国家级贫困县，义诊3万多病人，操作了100多台高难度手术。

“乡村振兴很重要的一部分在于基层医疗水平的提升，在此过程中，如何有效培养基层医疗人才，是我们一直在思考和努力的。”凌锋说。鉴于此，中国志愿医生在全国建立了 192 个专业工作站对当地长期帮扶，以留下一支“带不走的医疗队”。

与此同时，凌锋和她的中国志愿医生团队始终认为，互联网因其可以跨越地域限制，是提高基层医疗水平“离不开的工具”。2020 年，凌锋公益基金会联合公益组织一起开展基层医生培训公益项目，意在通过三甲医院医生为偏远地区县域医生网上授课等形式，帮助提升县域医院实用临床能力，从而提升对广大基层老百姓的健康服务水平。

05 规范促进发展惠民保

全国政协委员、中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文将在今年两会期间提交多份提案，其中一份为“关于规范促进发展惠民保的提案”。

继 2020 年惠民保出现“井喷”、在 23 省 83 地开通 112 款惠民保、覆盖人次 4000 万、保费收入 46 亿元之后，2021 年再次出现“井喷”：全年在 28 省 122 地开通 177 款、覆盖 1.4 亿人次、保费收入 140 亿元。其中，18 个地区公布了理赔数据，这 18 个地区覆盖参保人 4200 万，保费收入 50 亿元，理赔金额 29 亿元，获赔人数 38 万人，赔付率 58%。

惠民保是城市定制型商业医疗保险的俗称，是商业保险参与多层

次医保体系的制度创新，是为中低收入群体对冲高达 10.7% 的医疗通胀率和分摊其高额医疗费用负担的大胆探索，是促进实现共同富裕的重要实践。2021 年银保监会及时印发了《关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知》，对鼓励和规范发展惠民保提出一些要求。

全国政协委员、对外经济贸易大学国家对外开放研究院研究员，对外经济贸易大学保险学院教授、副院长孙洁的一份提案同样聚焦加大惠民保政策支持力度。

孙洁认为，“惠民保”的井喷式发展，反映出我国民众健康意识的逐步提升，以及对健康保障的巨大需求。作为一种普惠性补充医疗保险，“惠民保”在保障人民幸福生活，服务社会发展方面具有十分重要的价值和功能。

06 关注青少年近视防控问题

“今年，我还会就近视防控提交提案。”作为眼科专家，全国政协委员何伟已经持续多年关注青少年近视防控问题。

何伟说，近年来，我国儿童青少年近视呈高发、低龄化、重度化趋势，严重影响孩子身心健康，因此亟待从国家层面健全近视防控体系，构建儿童青少年视力健康生态圈，推动近视防控工作取得新进展、新突破。他建议：

其一，打造“近视防控 365 体系”，构建儿童青少年视力健康生态圈。借助数字技术，建立国家儿童青少年视力健康管理服务平台。

依托国家儿童青少年视力健康管理服务平台，实现对儿童青少年视力健康的动态监测与智能管理，实现 365 天×24 小时的近视防控。其二，加强基层近视防控服务能力建设，打通近视防控最后一公里。通过智能设备、数字技术让创新技术下沉至社区和乡村，提高近视筛查覆盖率。其三，开展全社会眼健康知识普及教育，提升全人群眼健康知识普及和防控意识。其四，引导高校培养高质量眼健康管理专业人才。

07 解决医疗“数据孤岛”问题

“近年来，数字技术在医疗方面的创新和迭代速度明显加快，但在优化资源配置的同时，也带来一些新问题新挑战。大部分医疗机构间的数据都是割裂的，数据孤岛带来大量的重复劳动，大量数据未能很好挖掘利用，数据的共享与使用缺乏科学管理等。迫切需要对数字化发展进行治理，营造良好数字生态。”全国政协委员、中国医学科学院阜外心血管病医院主任医师敖虎山表示。

敖虎山说，从临床操作看，共享大数据不仅能为临床诊断和治疗提供更加精准的判断标准和参考信息，也可以提高医学科学研究的有效性和针对性；从医院管理看，共享大数据能够帮助医院提升管理水平和服务效率，建设现代化程度更高的高质量医疗机构；从公共卫生建设看，共享大数据可提高公共卫生监测和反应的速度，更加科学地制定预案，及时准确地实施防控措施；从医疗科技创新看，共享大数据可以大大节约科技创新成本，有利于建立更低磨损度、更精简、更

快速、更有针对性的研发和落地转化体系，有效破解长期困扰我们的“卡脖子”问题；从医疗保险看，共享大数据可以更全面核算国家医保支付结算总量和结构情况，准确研判未来发展趋势，保障医保资金安全和科学使用，科学测算赔付及服务效率。另外，从患者角度看，共享大数据可以减少重复检查，减轻负担，全面了解和参与疾病的诊治过程，并进行科学的自我健康管理。

如何打破“数据孤岛”现象，建立健康共同体的思路，推动我国医疗行业数字化建设，敖虎山认为：

一是要建立统一的医疗行业数据信息共享平台。二是建立规范的管理和使用制度，并进行分层管理。三是建立完备的数据安全保障体系。四是要充分发挥现代信息技术的作用。五是做好与现有系统的衔接与整合。六是推动与医疗大数据有关的设备研发。

08 解决护工痛点问题

近两年，因疫情防控需要，各地多数医院对住院病患的陪护实施较为严格的管理办法，除特殊情况外，不允许病人家属在医院陪护，住院雇用“护工”已经成为住院病人的“标配”。高昂的护工费用和医院对护工管理责任界限不清晰、存在发生严重护理事故风险等问题，使长期困扰人民群众的住院病患陪护问题再次成为群众生活的痛点和舆论的热点。

对此，全国政协委员、民进广东省委会副主委、广东省广播电视局原一级巡视员黄玲在今年的全国两会上拟提交《关于统筹协调，多

措并举解决住院病患陪护问题的提案》。

黄玲在调研中发现，问题主要集中在以下两方面：一是住院病患（特别是长期住院者）的陪护费用昂贵。二是对护工缺乏严格有效监管和规范使用，存在发生护理事故风险。

对此，黄玲建议，首先，应该多措并举，减轻住院病患的经济负担。

她表示，随着国家医保水平逐年提高，建议医保在为住院病患治疗、检查和药品等方面提供医疗保障的基础上，根据住院病患在住院期间的护理等级制定相应的医保报销比例，以减轻住院病患的经济负担。

其二，明确职责，落实责任，将护工纳入医院护理管理体系，进一步加强对护工的管理。

其三，鉴于护工从事的辅助护理实际上是医疗护理工作的延伸，且需求较大，建议借助医疗改革契机，增设助理护士岗位来承担住院病患的生活护理工作，以此提升医院护理工作的专业化、职业化水平，逐步解决依赖住院病患家属或者自聘陪护人员承担患者生活护理的问题，减轻患者的家庭负担，以满足人民群众对护理服务的需求。

09 破除中药材价格失衡

近年来，中药材价格出现了明显上涨，多款中药材更是涨幅超100%。如安徽亳州中药材市场里2600多种中药材品种，其中超过60%的品种价格都出现了不同程度的上涨。

“一直以来，中医药疗法以‘简、便、验、廉’的特色深得人民群众的喜爱与信赖。”全国政协委员、上海市针灸经络研究所所长吴焕淦坦言，中药材涨价的同时，目前中药“价廉”的特征正在逐渐消失。

“尽管中药材价格波动属于市场行为，但也表现在了我国中药材从种植到流通各环节上，相关工作面临着一些瓶颈问题。”吴焕淦表示，一是中药材领域缺乏价格调控机制。二是中药材种植呈现“低、小、散”特征。三是中药材主要生产产区有限，中药材的种植以传统道地产区为主，往往局限在一省一市。四是中药材领域囤积炒作打击力度较低。

破解中药材价格上涨之困局，吴焕淦认为应从以下几个方面来考量——

首先，应联合多部委建立中药材价格检测调整机制。其次，促进中药材规模化、机械化种植。第三，拓展中药材高质量新兴产区。第四，在建立价格监测机制的同时，出台打击中药材领域炒作行为的相关细则。

10 进一步加大罕见病医疗保障力度

目前，国际确认的罕见病有近 7000 种，80%由基因缺陷引起，约 50%在出生或儿童期即可发病，30%会在 5 岁之前去世，仅有约 1%的罕见病有有效治疗药物……这些数字背后，是患者和他们的家庭面临的更为具象的困境。在他们怀着希望求医问诊、对抗疾病的过程中，

“罕见病并不罕见”正在为更多人所认识。

“但罕见病由于临床上病例少、经验少，导致高误诊、高漏诊、用药难等问题，往往被称为‘医学的孤儿’。”全国政协委员、广西南宁市第四人民医院护士长杜丽群表达了她的担忧——“确诊难、没药用”是罕见病患者患病最初的两大痛点，而罕见病药物研发成本高，用户规模小、产量低，药物上市之后，很多罕见病患者又面临买不起的困境。

针对上述患者痛点，杜丽群认为，可以从以下方面发力：

继续推进更多罕见病药品通过谈判准入降低价格。通过推进出生缺陷疾病防治来预防罕见病。建设完善针对罕见病的多层次医疗保障体系。在医保方面设立“罕见病诊疗费用包”，DRG(疾病诊断相关分组)单独设立罕见病系列，鼓励开放医疗单位设立专项资金，整合运用医疗保险、医疗救助、商业保险、社会慈善、企业责任等有效资源，切实减轻罕见病患者用药负担，改善罕见病患者的生活质量。

[返回目录](#)

全国政协委员于欣伟：尽快启动种植牙耗材全国集采

来源：央视新闻

3月4日两会召开，全国政协委员于欣伟提出以下建议：

①应尽快启动种植牙耗材全国集采工作，建议种植牙尽快纳入医保。②打破种植牙耗材进口壁垒，加快国产品牌替代。③加强产学研结合，鼓励口腔科学与新兴产业融合发展。④加快牙科医护人员培养

与供给。

据 WHO 统计，口腔疾病已被列为继癌症和脑血管疾病之后的第三大疾病。由于植牙费用高昂未全部纳入医保，成为国民口腔健康的重要障碍。各地医院种植牙单颗报价 0.6-3 万元，医保仅报销 CT、麻醉等少量费用，植牙价格远超出群众自费承受范围。

过高价格抑制了市场发育，国产设备及耗材厂家竞争力弱，口腔产业链难以规模化发展。2019 年全国植牙 346.70 万颗，人口渗透率仅 0.15%。

此外，市场规模也限制了牙医和护理人员培养规模。”我国每 2.5 万人一名牙医，远低于欧美国家 0.5 万人一名牙医的水平。”

为了解决上述问题，于欣伟建议，启动全国集采工作，纳入医保全国统筹加快推进。将耗材采购成本纳入医保基金全国统筹部分报销。推动医保全国统筹改革，发挥口腔医疗商业保险作用。

于欣伟认为，通过合理征收口腔产业专项基金，可以充裕支持全国医保统筹资金池，避免改革搁浅。全国人口常态化缺牙数量在 5 到 10 亿颗，按人口渗透率若每提升 1%，可年新增 2000 万颗种植量。全国集采将打破进口壁垒，加快国产品牌替代，催生国内万亿级口腔产业链市场空间，新增经济贡献足以弥补国家医保耗损。

[返回目录](#)

· 医院信息化 ·

韩加亮：公立医院建设互联网医院的模式探讨与发展瓶颈应对策略

来源：CHIMA

前言

5G、云计算、互联网等新技术的发展推动了人民群众对医疗卫生高品质、多层次、便捷性的需求，互联网医院应运而生，通过信息技术引入有助于实现方便可及的医疗健康服务，在疫情防控期间，更是起到了轻症筛查有效分流的作用，能够有效提升患者、医生、医院、政府四方获得感。医院基于互联网医疗思维，在基础设施、政策法规、标准规范、服务内容、价格形成机制、从业人员培养与管理六个维度建设互联网医院，提出公立医院建设互联网医院标准化建设、规范化管理和科学可持续发展的应对策略。

互联网医院概念

在国家卫生健康委出台的《互联网医院管理办法(试行)》中指出，现阶段我国互联网医院主要有两种组织方式，一是作为实体医疗机构第二名称的互联网医院，二是依托实体医疗机构独立设置的互联网医院。两者的举办主体分别是实体医疗机构和技术平台企业。由此可见，互联网医院是以互联网技术为手段的提供在线咨询、复诊等医疗服务的开放型平台，具备医患视频在线诊疗系统、电子病历系统、在线医嘱及处方审核系统、电子处方和在线结算系统。互联网医院落地在实体医疗机构，需具备医疗服务资质及电子处方开具资质，在线医生是

该平台所属实体医疗机构的职业注册医生或已办理多点职业资质的医生。

互联网医院建设模式

近年来，山东省立第三医院(简称“省立三院”)提出大力推进互联网医院建设的价值主张，树牢互联网思维，建立管理、运营、技术、医生四个团队，在支撑保障、标准规范、服务内容、行为监管、运行机制五个方面先行先试的互联网医院发展模式，依据需求选择了医院线上服务(H+I 模式)，也兼容了医院与第三方平台融合服务(H 与 I 融合模式)的建设模式。

1. 互联网医疗思维



图1 互联网医院建设思维导图

省立三院秉承开放、合作、创新、共享的互联网思维，以实体医疗机构为主体，打造线上线下相结合的互联网医院建设思路，利用互联网技术，扩展医院服务时间和空间。通过互联网技术，为企业事业单位、高校、各级各类医疗机构、医疗资源匮乏地区、保险公司等搭建

互联网医疗桥梁。通过架桥，实现传统医疗向智能医疗迈进。（见图 1）

2. 四个团队建设

在组织结构方面，省立三院成立了以院长为组长，分管院长为副组长的互联网医院领导小组。专门成立了智慧医疗工作部统一协调各科室，搭建了管理团队、运营团队、技术团队和医生团队，分别从互联网医疗制度建设、服务拓展、信息与网络安全、医疗服务等方面推进互联网医院建设。在人才培养方面探讨互联网医院专职医生与全科医生联合培养的机制。

3. 建立五种机制

(1) 支撑保障

在基础支撑方面，不断完善院内信息化建设，建设了互联网诊疗监管平台，利用互联网信息技术为互联网医院运行提供技术保障。在信息安全方面，与第三方围绕安全技术和安全管理两大方面，共同打造信息安全纵深防御体系，覆盖信息系统的基础设施、应用服务和用户数据等多个方面，并严格遵照国标《GB/T22239-2008 信息安全技术信息系统安全等级保护基本要求》的三级要求，持续性的对信息系统进行安全建设，与共建单位合作实施三级信息安全等级保护。依据标准，实现双网络、双路服务器，保障数据安全。全面保障患者隐私，建立对涉及公众安全、个人隐私等重要信息访问与共享的保护机制。

(2) 标准规范

标准规范对保障互联网医疗安全 and 质量有重要的作用，包括互联网医疗应当使用和执行的标准中所涉及的有关步骤、协议、在线诊疗流程等信息。省立三院从工作职能、服务环境建设、服务工作规范与流程、互联网医疗服务制度等方面建立互联网医院标准规范体系。根据《关于印发互联网诊疗管理办法(试行)等 3 个文件的通知》，制定了 8 个核心制度，形成 60 余项工作制度，编制了省立三院互联网医院管理手册，建立起互联网医疗制度体系。使互联网医疗有规可依，从标准规范上保障互联网医院运行，保证提供安全可靠的互联网医疗服务。

(3) 行为监管

安全可靠的互联网医院服务，需要严格的诊疗行为监管，从而保证服务到达居民端时能够有效满足居民的期望和获得感。省立三院在互联网医疗监管体系上主要有以下三个方面：

一是在纵向层面建立三级质控体系。智慧医疗部负责互联网医疗行为日常监管；医务部、质管部负责互联网医疗体系和流程双重监管；向上对接省级监管平台，接受省级卫生健康行政部门的监管。二是在横向层面建立质量管理组织。互联网诊疗行为质管小组负责互联网诊疗质量监管、问题反馈并考核；医务部和质管部进行双重监管；互联网医院处方质控小组依据《电子处方管理办法》、《药品处方审核流程》实时进行处方审核和监管；医疗安全办公室、投诉办负责互联网医院诊疗行为投诉、医疗纠纷处理双重监管。三是在过程上建立全面监管

体系。依托互联网诊疗监管平台，建立涵盖诊前、诊中、诊后的可质控、可监管、可追溯、全过程的诊疗行为监管体系，保障医患双方的行为安全。

(4) 服务内容

依托互联网医院服务平台，“互联网+”医疗服务不断拓展，互联网慢病管理和诊后服务向专科纵向发展，推出互联网 MDT 慢病和诊后服务包。开展互联网医药联合体业务使慢病或复诊患者享受到足不出户获取开方、在线支付、配送上门的服务，目前省立三院已实现药品配送到家，患者也可就近药店取药，医、患、药距离更近。与湖南湘西州中医院、新疆农十二师头屯河农场医院、济南市天桥区医院、济南中德骨科医院等 56 家医疗机构实现了远程会诊、远程影像，实现了优质医疗资源的下沉与共享。在“互联网+”医疗服务新业态融合方面，开展了肺结节人工智能测定、骨龄测定检测、眼底 AI。典型的眼底 AI 技术走进了基层社区，通过社区筛查，部分患者及时转入线下住院治疗。截至目前，互联网医院提供咨询服务 2000378 人次，复诊服务 42012 人次；在疫情防控期间，开通线上发热门诊服务，免费提供在线医疗帮助 4552 人次；为合作单位提供远程影像服务 14367 人次，远程会诊服务 190 人次，在本院提供远程心电服务 110036 人次，开展了特色眼底 AI 智能筛查糖尿病和肺结节人工智能测定项目。

(5) 运行机制

互联网医院提供持续稳定医疗服务关键要在建立和完善科学的、

充满生机活力的内部运行机制上下功夫。

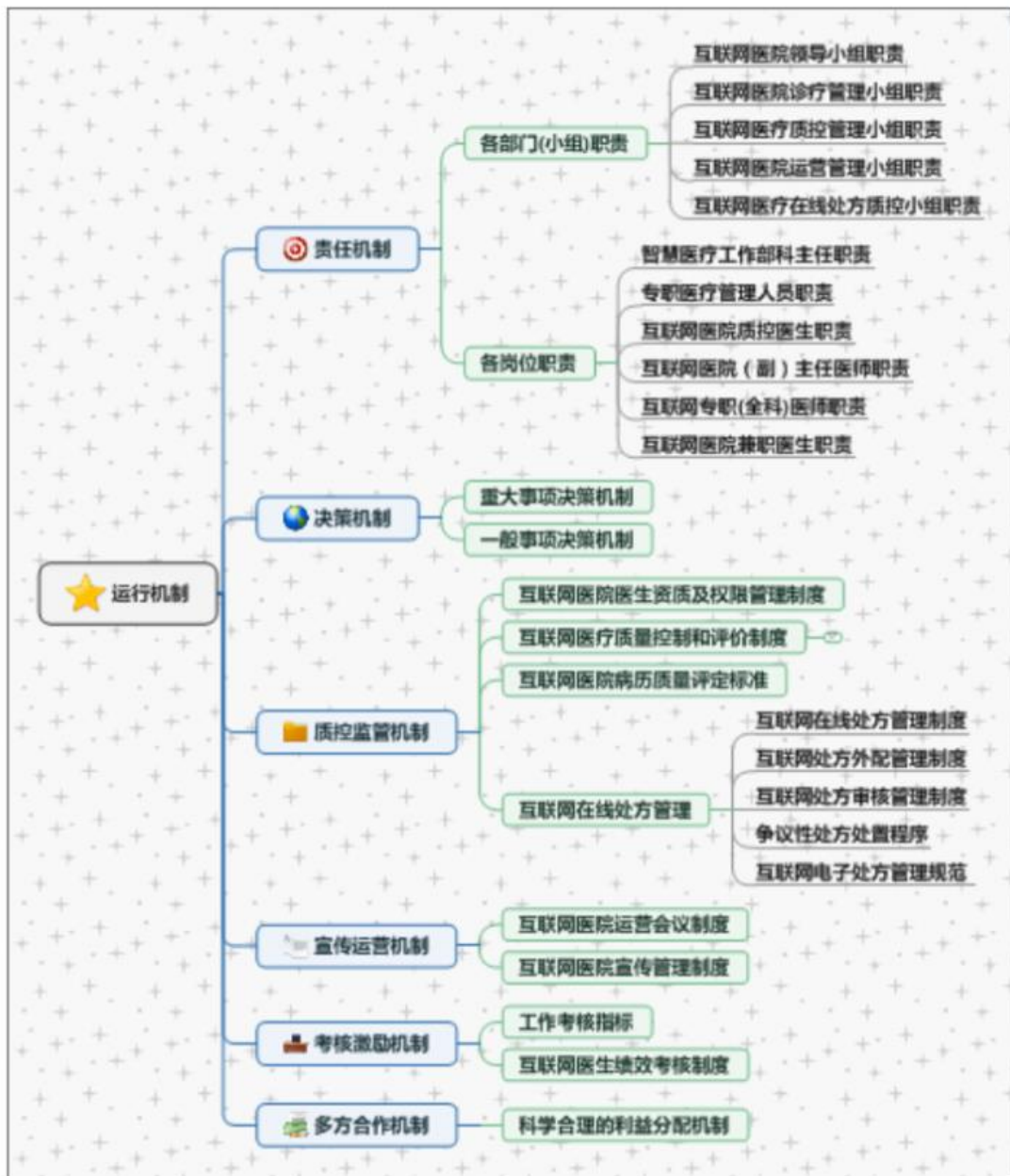


图2 运行机制框架图

省立三院运行机制主要体现在责任划分、决策实施、质控监管、宣传运营、考核激励、多方合作六个方面(见图 2)。在机制创新上，建立医院、医生、患者、互联网企业、药店、养老院、学校、企事业单位等各个环节的沟通机制，寻求价值共同点，确定服务的切入口或

落脚点，形成利益和风险共同体，加强与卫生、医保、行业协会等部门的协作，营造市场、政府、社会、医院联动的生态系统。在体制创新上，鼓励医生深度参与，调动积极性，建立共赢模式，激发医生参与热情，合理安排互联网医院服务工作时间，并纳入医生的绩效考核指标，让医生获得应有的回报与职业尊严，促进互联网医院的良性循环。在运营创新上，与合作方密切交流，促进相关信息标准化建设，逐步丰富和完善服务内容及方式，带动商业健康保险、药品物流、移动终端等产业发展，打造互联网医院疾病预防、健康管理、疾病诊治、康复指导、养老照护的大健康全产业链，通过专科会员服务包套餐收费，实现了实体医院无缝对接居民健康管理的增值服务模式。

互联网医院建设模式应对策略

互联网医院的可持续性发展需要建立稳定的组织结构，必须是“一把手”工程，重点围绕建设运营和行政管理建立体系。互联网医院需要巨大的技术及资金投入，并且需要具备强大的运营能力，实体医院在互联网医院建设运营目标、配套性政策制定、解释和运用及实施策略进行整体规划设计与监督方面发挥作用，但缺乏整体的市场运营能力，因此，有必要引入第三方机构来整合实体医院、社会资本及互联网的优势资源进行市场化、规模化的运营，从产品研发、技术、现场实施到市场开拓、推广、宣传再到C端产品的维护进行全方位的搭建以及落实。在技术架构上，要夯实医院信息化建设，注重线上线数据整合，通过标准接口规范，实现医院数据集成平台支持不同异

源异构系统之间的医疗数据的互通并加强数据安全的管理。

结论

“互联网+”的兴起为医改提供了新思路。“互联网+”医疗能够提高医疗健康的可及性。借助于互联网互联互通的技术优势，通过医患互动，数据信息共享、医药 B2C 等方式降低医疗成本解决“看病贵”问题。依托于互联网与云计算，物联网以及大数据等技术手段促进医疗卫生资源的纵向流动，使优质医疗资源下沉。让患者不必再经受长途奔波，在基层医疗机构即可享受到三甲医院的医疗健康，解决“看病难”问题。省立三院在实现互联网医疗服务可及性方面做到了支持保障有专班、标准规范有体系、行为监管有制度、服务内容有创新、运行机制有条理。为我国综合医院的“互联网+医疗”服务的发展、互联网医院的建设提供了一定价值的实践方案。但“互联网+医疗健康”的发展需要进一步完善相关领域的政策法规，明确准入规则，明晰“互联网+”医疗行业健康发展的市场格局，提高医疗健康可及性。

[返回目录](#)

智慧医院——未来医院发展的必由之路，医疗服务亟待升级

来源：康策软件

国家卫生健康委员会发布《医院智慧服务分级评估标准体系(试行)》，将医院“智慧服务”分成 0 级至 5 级。当前，我国“智慧医院”的建设模式大致可以分成三类：一是基于单体医院的智慧医院；二是以智慧医院和医联体为基础，建立智慧医院集团；三是覆盖一定

区域的智慧医疗服务体系。智慧医院的范围主要包括面向医务人员的电子病历、面向患者的‘智慧服务’和面向管理者的‘智慧管理’。

“智慧医院”这个概念在全球提出来大概只有 10 年左右的时间，这个概念提出以来，全球从各个医院都进行了不同探索，把互联网技术、智能技术，包括现在人工智能的一些技术都用在医疗服务的各个领域。

什么是智慧医院？

到底什么叫智慧医院，是不是只有用了这些可穿戴的设备就是智慧医院了，用了互联网技术、开展了互联网医院、互联网诊疗就是智慧医院了，我们把范围先给圈定一下。我们现在圈定的智慧医院的范围主要包括三大领域：

第一个领域，面向医务人员的“智慧医疗”。也就是我刚才在前面介绍的，以电子病历为核心的信息化的建设，这项工作我们是在 2010 年开始就已经在全国开始推进，国际上通行的一个做法也是以电子病历为核心进行一个分级，通过这种分级来引导，仅仅是一个计算机录入病历还是真正意义上的电子病历，另外医生录入的电子病历和影像、检验等其他系统有没有互联互通。所以概括起来叫智慧医疗，给医务人员来用的、以电子病历为核心的信息系统建设。

第二个领域，面向患者的“智慧服务”。这项工作，尤其是去年国务院办公厅印发了《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》以来，在医院里面的发展是非常迅速的。现在到很多医院，包括刚才

拥军院长、建新院长也提到，我们进到医院的大门里面来，很多的一体机、自助机，包括现在用的手机的结算，预约挂号、预约诊疗、信息的提醒，包括衍生出来的一些服务，比如停车信息的推送、提示，这些是面向患者的智慧服务，让患者感受更加方便和快捷。

第三个领域，面向医院管理的“智慧管理”。最早医院管理的系统就是 HIS 系统，现在面向医院管理的系统也很多，有财务的、结算的，还有物资管理的，比如医院里面大量的药品、耗材、检验试剂的管理，还有产生的医疗废物，以及医院里面患者穿的衣服、医务人员穿的白大衣，还有患者用的被子、枕头、枕套、床单，这些物资的管理，包括医院后勤的水电气。医院精细化管理很重要的一条是精细化的成本核算，用于这些医院内部后勤的管理，每一个医院用他的手机，在他办公室的电脑就可以看到全院整个运转的效果，包括 OA 的办公系统。这一大领域就是用于医院的精细化的信息化管理。

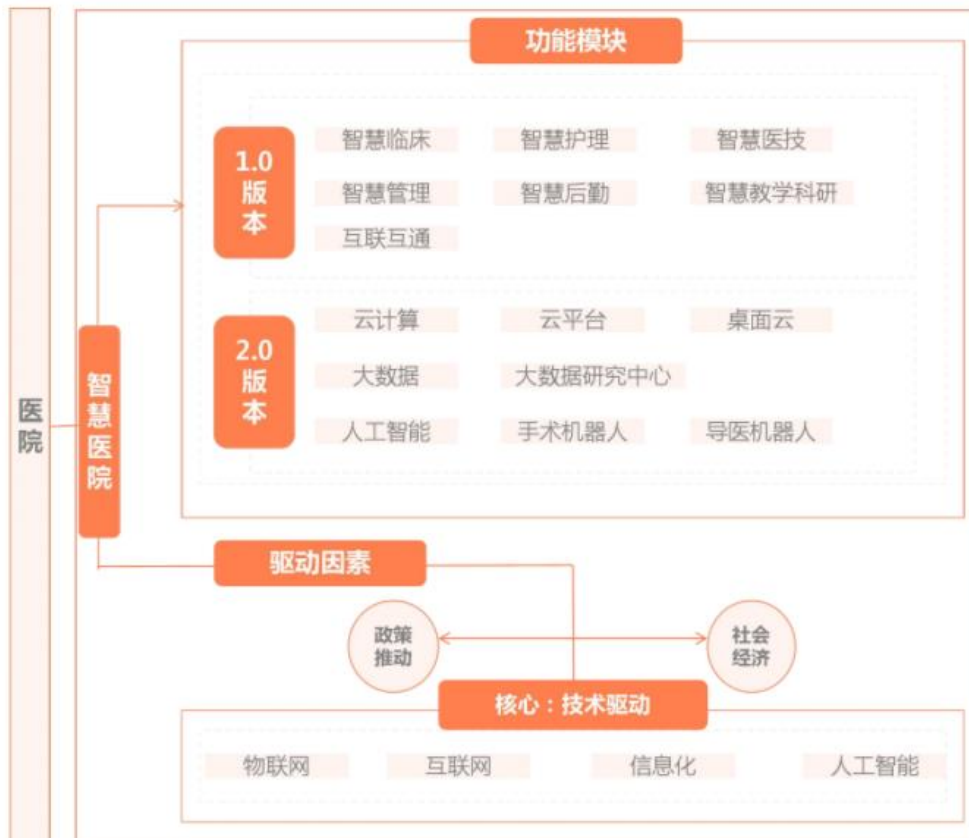
“智慧医院”是一个由技术和结果推导出的概念，它不是单一的技术堆积，也不是某一个功能的代名词。智慧医院是具备信息化、互联网化、智能化特征的医院。信息化是指，医院建立了不同维度的数据系统以及各维度数据的集成系统；互联网化是指，医院推出了移动应用，为医务人员及患者提供诊前、诊中、诊后环节数据的输入与输出；智能化是指，医院运用了大数据、云计算、物联网技术、自动化设备、机器人、智能 workflows 与运营管理系统。智慧医院能够实现患者、医务人员、医疗机构、医疗设备之间互联互通，提高医院运营水平，

优化诊前、诊中、诊后医疗服务环节的体验。

“智慧医院”是这样的，患者可以在任何地点通过 APP 实现网上预约挂号，在预订的时间，患者来到医院，不需要取号，在手机端就能实现签到，然后通过医院导航系统，到达目的地科室进行问诊，医生在 CDSS 的辅助下，开具检查单，分诊系统给患者制定合理的检查顺序，患者的检验标本通过自动化物流系统运输到实验室，检验结果出来后，患者可以通过自助终端机打印报告，在报告全部生成后，患者可以通过手机端预约医生看报告，医生看完报告在 PASS 系统的辅助下给患者开药，患者可以通过 APP 或者自助终端机缴费，然后生成取药号，这时智慧药房已经根据系统提交的药品申请，自动发药，患者凭取药号就可以在药房取药。在离开医院后，患者还能通过 APP 的随访系统，随时更新用药后的身体状况，医生也可以随时通过 APP 了解病人情况，如果有需要，医患双方可以实现沟通。院长可以通过医院智能决策系统，实时了解医院运营动态，并通过院长驾驶舱实时看到相关数据进行决策管理。医生则可以利用云计算平台，提取海量存储的临床数据，进行临床科研。后勤管理者可以通过设备全生命周期管理系统实时监测医疗设备状态和效益，实现医院设备精细化管理。当然，智慧医院的内涵丰富，远不止于此，所有能优化流程、提高质量、降低成本的智慧化都将是智慧医院的表现形式。智慧医院建设不是一蹴而就的，智慧医院建设可分为智慧医院 1.0 版本和智慧医院 2.0 版本。智慧医院 1.0 版本，实现智慧临床、智慧护理、智慧医技、

智慧管理、智慧后勤、智慧教学科研及互联互通。在此基础上，通过应用基于云计算、大数据、人工智能技术的产品，才是智慧医院的2.0版本。智慧医院概念图详见下图。

图 1.智慧医院概念图



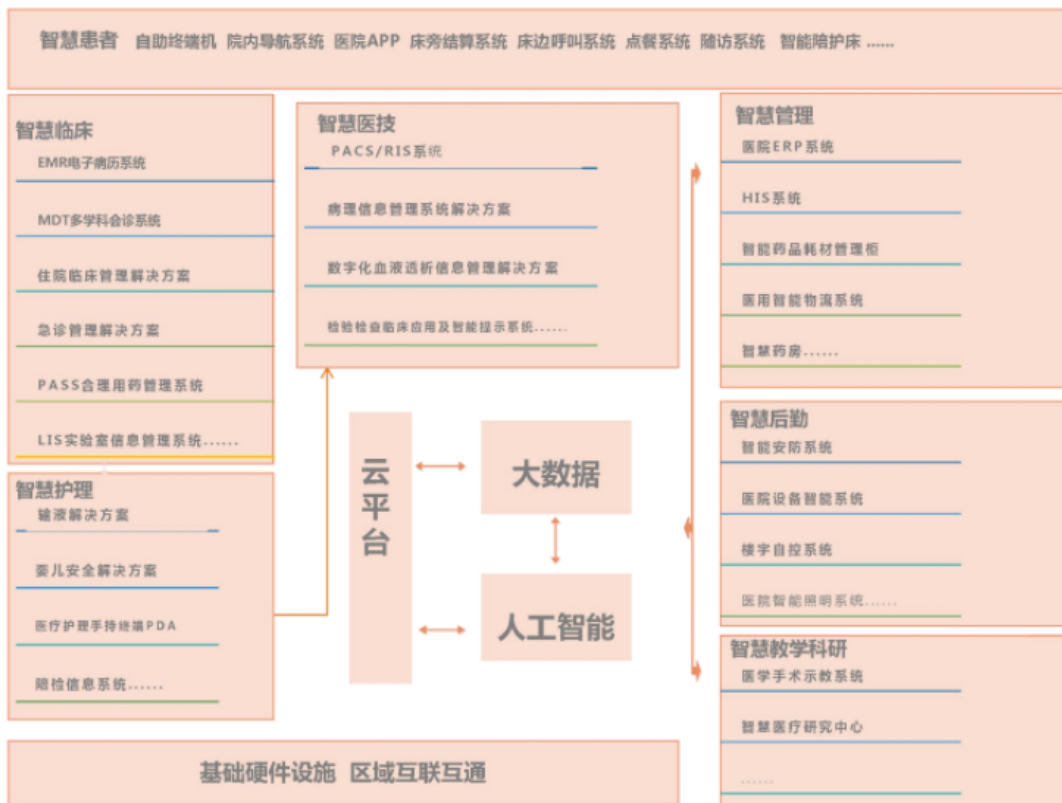
图片来源：蛋壳研究院制图

智慧医院建设功能模块

智慧医院在立足于信息化建设、互联网化建设、物联网建设的基础上，通过对就医流程、医疗流程、管理系统、医教科研的优化，最终实现医疗资源的合理配置、提高患者就医体验，我们将这种智慧医院的建设称为智慧医院 1.0 版本。1.0 版本的智慧医院智能化水平不高、医疗数据利用程度较低，但是 1.0 版本的智慧医院已经满足了迫切需要提高的患者就医体验以及对控制医院运营成本的要求。医院要

真正实现智慧医院 2.0 版本，还需要加强智慧医院整体平台的搭建、医疗大数据的深度挖掘以及人工智能的应用。智慧医院 2.0 版本的建设主要集中在综合能力建设，包含云平台建设、大数据整体建设、人工智能在医院的应用。

图 2.智慧医院技术架构图



图片来源：蛋壳研究院制图

医疗服务亟待升级

消费升级，人们呼吁更高质量的医疗服务。随着城乡居民医疗保健消费支出的增加，人们对更高品质的医疗服务有了更多的需求，也就对面向患者的“智慧服务”提出了呼吁。目前很多医院都提供一体机、自助机，推行手机结算、预约挂号、预约诊疗、信息提醒以及一系列衍生出来的服务，都属于面向患者的“智慧服务”，“智慧医院”

能够给患者求医问诊带来诸多便利。医疗建设投资增加，医疗服务机构自身升级换代。随着医疗服务机构数量的爆发，面向医院的“智慧管理”重要性逐渐凸显。医院运用信息系统进行内部管理，相当于配备了“智慧管家”，有助于医院开展精细化管理，提高综合管理水平。

“智慧患者”是智慧医院建设的首要阶段，是面向患者的“智慧服务”。“智慧患者”功能模块覆盖患者诊前、诊中、诊后各环节。微信平台、预约分诊、预约叫号系统的完善，使病人预约难、排队时间久的问题得到有效改善；自助机结算系统的普及，大大减少了病人排队结算的时间；移动医护、远程探视、远程会诊系统的建设，则能大幅度提高医疗质量。

[返回目录](#)

• 智慧医保 •

完善 DIP 相关信息化建设与部署，医保、医院如何做？

来源：DRG 变量

为贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，深化医保支付方式改革，提高医疗保障基金使用效率，积极稳妥推进区域点数法总额预算和按病种分值付费，规范按病种分值付费(DIP)的经办管理工作，2021年5月，国家医疗保障局办公室印发《关于按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)》的通知。

一、医保支付方式改革信息化建设的背景

1、支付方式改革背景

2017.06 国务院办公厅《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》

2019.05 国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药局联合印发《关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》

2020.02 中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》

2020.11 国家医疗保障局办公室《关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知》

2021.05 国家医疗保障局办公室《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》

2、医保信息化建设

2019 年，国家医疗保障局印发《关于医疗保障信息化工作的指导意见》(以下简称《意见》)的通知，《意见》)按照统筹规划、统一标准的基本原则，开展全国医疗保障信息化建设，指导地方推进信息化建设，发挥信息化对医疗保障事业的支撑作用。

在国家平台建设内容方面，围绕构建“内部管理、业务管理、生产经办、数据分析”四类系统，打造医保现代化支撑平台。

在地方平台建设模式和内容方面，本地按“统一建设、协同建设、分别自建”三种方式构建医保信息支撑平台及信息系统。

3、支付方式改革在医保信息化建设中的地位

（一）支付方式管理子系统——支付方式管理

政策参数管理：用于组成支付方式的支付条件与支付政策。

支付模型管理：根据各地支付方式业务实际开展情况，把支付方式抽象成统一的支付模型。

支付方式设置：按项目结算、病种结算、疾病分组结算、人头结算、床日结算等支付类型维护支付方式，关联对应支付模型。

监测评估管理：地方通过该功能进行指标填报，实现国家对地方支付方式改革推进情况监测评估指标数据采集。

国家标准管理：ADRG 核心组查看。

DRGs 支付方式管理：DRG 明细分组维护、DRG 分类编码维护、权重管理、费率管理、付费标准管理。

（二）支付方式管理子系统——待遇结算方式管理

待遇政策项管理：实现对统筹区个人待遇结算政策项的维护功能。

待遇结算政策管理：对维护的个人待遇政策项进行分段赋值。

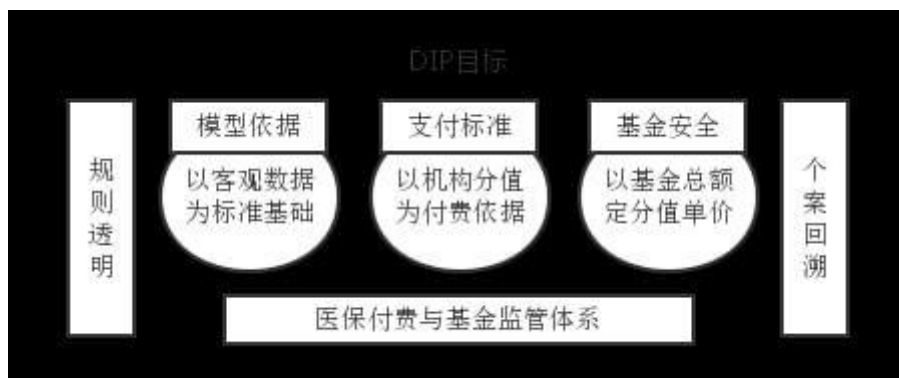
地方参数管理：对已维护的个人待遇结算动态要素进行多种条件组合的限额值管理，选择对应的政策类型，再维护政策值、有效期、对应险种、所属人群等信息，完成个人待遇地方参数。

二、DIP 实施中的数据处理

1、DIP 目标

利用大数据病种分组推进医保支付方式改革、提升基金监控智能

化水平，是在大数据方法对全样本数据进行分析的基础上，围绕“诊断+治疗方式”建立分组评价模型，形成客观标准，结合往期随机成本拟合的价格基线，反映全部病例的实际费用水平，构建完整的分值费与核算体系、服务评价与监管体系、资源配置与对话体系，促进公立医院从收入中心转变为成本中心，从外延发展转变为内涵发展，提高公立医院的资源利用效率；促进各统筹地区从粗放式管理转变为精细化科学管理，维持医保支付与医院运营、发展之间的经济平衡关系，降低医保基金运行风险，提升医保基金使用效率。



2、实施流程

(一) 基线调查

在区域内需考虑经济社会、健康卫生、医疗保障、城市试点情况、住院总费用、费用增长率、基金结余率、不同级别医疗机构就医人次及费用情况占比、就医病种结构分布等情况。

在医院内需考虑门急诊和住院占比分析(人次数、费用数、检查量、病种分布、门诊转住院数等)、医疗服务总费用、医疗服务成本等医疗机构收支情况、医保基金收支平衡状况、基金结余留用水平等情况。

患者方面需考虑其医疗需求和费用负担、满意度等情况。

(二) 历史数据采集

运行数据生产——DIP 运行数据需求表

数据来源：医疗保障基金结算清单

编码系统：《医疗保障疾病诊断分类及代码》(ICD-10V1.0)、《医疗保障手术操作分类与代码》(ICD-9-CM-3 医保 1.0 版)

资源消耗：医疗费用(医保药品、耗材、医疗服务项目分类与代码)、住院天数

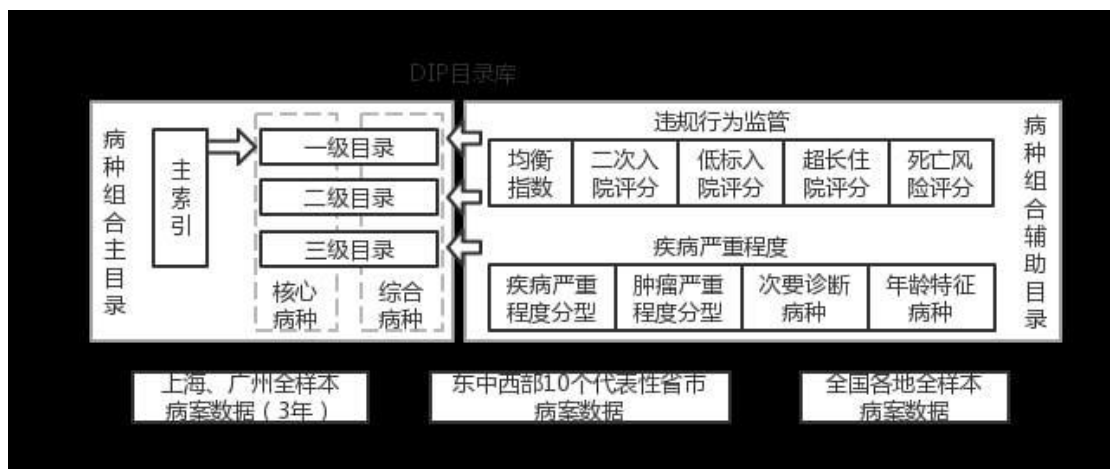
治疗方式的属性：保守治疗、诊断性操作、治疗性操作、相关手术

疾病严重程度及特异性特征：次要诊断、并发症/合并症、个体因素(如年龄、性别等)

肿瘤严重程度：肿瘤转移、放化疗等，疾病发展阶段

医疗状态：出院状态(死亡、医嘱出院、非医嘱出院、转院)

(三) 病种分组目录库构建



由上海、广州病种进行聚类生成国家目录，国家再根据试点地区病案数据生成地方目录。

（四）确定基层病种

遵循国家局 DIP 病种目录，结合安徽省基层医改“50+N”及“100+N”病种库，充分考虑基层医疗机构实际诊疗水平，通过专家论证，遴选出适宜在二级及以下医疗机构收治病种，共 270 种。

按照基层病种实行同分值同系数管理进行结算，系数统一按照县(市)二级医疗机构标准执行。

（五）确定医疗机构系数

组织专家论证决策实施系数，年度内因定点医疗机构的级别调整的(以 7 月 1 日为准)，需改变医疗机构系数的，将在下一年度进行调整。

方法：分医院级别计算次均住院费用

方法：按核心病种重合 80%原则测算医疗机构次均费用

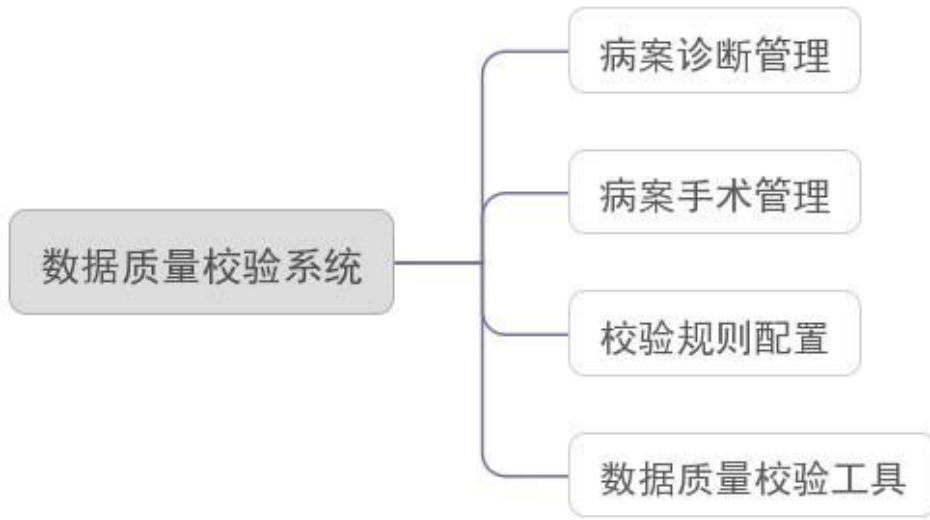
方法：按核心病种重合 100%原则测算医疗机构次均费用

方法：3 个标杆病组分别测算不同级别医疗机构次均费用

（六）开发病案质控工具

为校验医院病案首页(N041)数据质量，辅助医院完善数据质量不符合规范的数据，因医院数量多，医院信息化基础设施、数据质量参差不齐，所以开发病案校验工具应具备规范配置灵活，部署小巧方便，使用简单易上手。

数据质量校验系统功能框架示意图

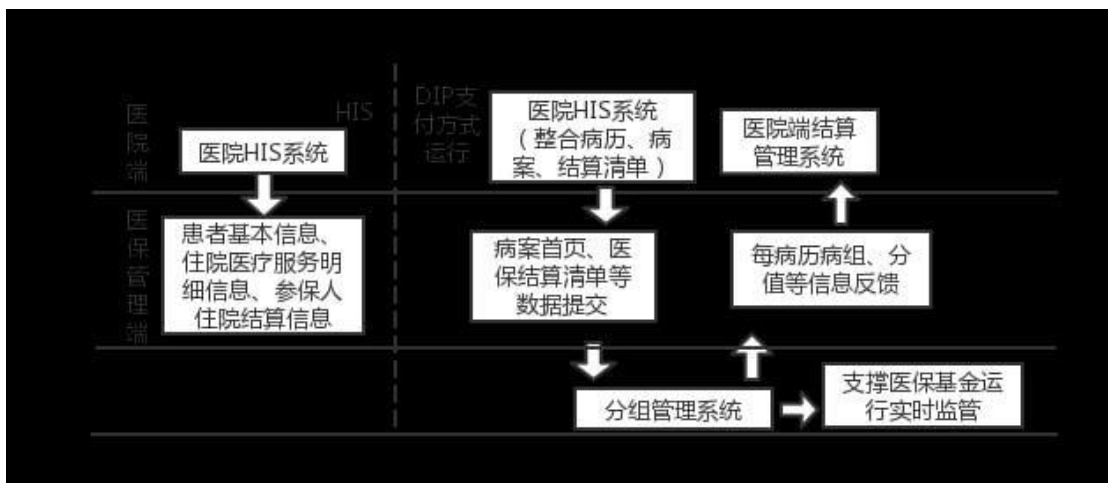


(七) 模拟测算

包括 2021 年数据基本情况测算、测算新数据的入组及分值、测算分值付费标准、分析原因、动态调整、模拟测算实施 DIP 后医保费用差额、测算每个医疗机构按 DIP 付费后的支付额等六个方面的模拟测算。

3、DIP 支付方式改革信息系统建设与部署

信息系统建设——总体部署(安徽某市实施情况)



4、医保端信息化建设主要围绕结算清单采集与质控、结算和监管

（一）结算清单采集与质控

区域医保结算清单采集质控系统应以提升本区域医疗机构病案数据质量保证支付数据准确为目标，主要包含以下流程：

通过提供上传接口、填报界面等多种方式支持结算清单的实时上传功能；

对上传数据进行实时质控，对数据质量及编码质量问题及时分析标注；

自动向医疗机构反馈数据质量问题并提示问题信息。

清单采集与质控包括结算清单采集接口、结算清单问题反馈、结算清单填报、医疗机构管理、机构上传情况查询、上传授权管理、质控问题分析、清单信息统计等八个方面的功能。

（二）结算和监管

基于监管考核指标体系，病案编码质控模型等，针对高编、多编、主诊与收费明细冲突、主诊与手术冲突、医院疾病谱变迁异常等重点问题及时发现，形成可视化工具，增进知识转化效率，提高问题分析的直观性，增强经办机构的洞察发现能力，提升管理的针对性、及时性与可及性，降低管理成本，形成对医疗机构医保违规乃至骗保的精准识别与定位。

监管包括实时动态监管、参保人行为监管、风险场景监管、规则

引擎管理、医疗机构行为监管、人工审核管理、医保医师行为监管、稽核管理等八个方面的监管功能。

（三）支付方式改革与信息化对医院智慧运营管理能力

DIP 对促进运营管理有以预算为前提、考核有标准、范围更明确、分配有依据、绩效激励等五大优势，但同时也面临着收入增幅天花板、病种成本核算与控制、医疗服务能力提升、医疗行为与合理检查、绩效核算方式、分级诊疗秩序与基层服务能力提升等六个方面的潜在挑战。

[返回目录](#)

2022 年中央一号文件：推动农村基层定点医疗机构医保信息化建设

来源：新华社

2 月 22 日，2022 年中央一号文件正式发布！文件指出，牢牢守住保障国家粮食安全和不发生规模性返贫两条底线，突出年度性任务、针对性举措、实效性导向，充分发挥农村基层党组织领导作用，扎实有序做好乡村发展、乡村建设、乡村治理重点工作。



全文共8个部分

全力抓好粮食生产和重要农产品供给

强化现代农业基础支撑

坚决守住不发生规模性返贫底线

聚焦产业促进乡村发展

扎实稳妥推进乡村建设

突出实效改进乡村治理

加大政策保障和体制机制创新力度

坚持和加强党对「三农」工作的全面领导

文件指出

当前，全球新冠肺炎疫情仍在蔓延，世界经济复苏脆弱，气候变化挑战突出，我国经济社会发展各项任务极为繁重艰巨

党中央认为，从容应对百年变局和世纪疫情，推动经济社会平稳健康发展，必须着眼国家重大战略需要，稳住农业基本盘、做好“三农”工作，接续全面推进乡村振兴，确保农业稳产增产、农民稳步增收、农村稳定安宁



文件提到，坚决守住不发生规模性返贫底线。完善监测帮扶机制，精准确定监测对象，将有返贫致贫风险和突发严重困难的农户纳入监测范围，简化工作流程，缩短认定时间。针对发现的因灾因病因疫等苗头性问题，及时落实社会救助、医疗保障等帮扶措施。强化监测帮扶责任落实，确保工作不留空档、政策不留空白。继续开展巩固脱贫成果后评估工作。

扎实稳妥推进乡村建设。其中强调，深入推进紧密型县域医疗卫生共同体建设，实施医保按总额付费，加强监督考核，实现结余留用、合理超支分担。推动农村基层定点医疗机构医保信息化建设，强化智能监控全覆盖，加强医疗保障基金监管。落实对特殊困难群体参加城乡居民基本医保的分类资助政策。有条件的地方可提供村卫生室运行经费补助，分类落实村医养老保障、医保等社会保障待遇。提升县级

敬老院失能照护能力和乡镇敬老院集中供养水平，鼓励在有条件的村庄开展日间照料、老年食堂等服务。加强乡镇便民服务和社会工作服务，实施村级综合服务设施提升工程。健全分层分类的社会救助体系，切实保障困难农民群众基本生活。

突出实效改进乡村治理。落实基层医疗卫生机构疾病预防控制责任。健全农村新冠肺炎疫情常态化防控工作体系，严格落实联防联控、群防群控措施。

[返回目录](#)

• 药闻动态 •

重磅盘点 10 省份政府工作报告，这些是今年医卫领域发展“重头戏

来源：中国县域卫生融媒体

新年伊始，全国地方两会陆续召开，各省(直辖市、自治区)2022年政府工作报告相继出炉，中国县域卫生融媒体首批盘点共计 10 个省份政府工作报告，为今年医卫领域发展“划重点”！

福建省

2021 年工作回顾：

医改经验进一步全国推广，公立医院综合改革绩效连续 6 年位居全国前列，三明获评全国首个深化医改经验推广基地。

卫生健康事业取得新进步，新增 4 个国家区域医疗中心试点，省妇产医院、福州滨海新城医院投入使用，县乡村养老服务网络更加健

全，每千名老年人养老床位数达 38.7 张。

2022 年工作安排：

深化“三医”联动改革，扩大药品耗材集中带量采购和医保支付方式改革覆盖面，减轻群众看病就医负担。

着力优质医疗资源提质扩容，加快建设区域医疗中心，建设县域医共体、社区医院、护理站、“移动医院”，为老百姓提供“家门口”的健康服务；实施基层医疗卫生人才“三个一批”项目，组织千名医师下基层，壮大基层医疗队伍。

着力中医药传承创新发展，大力加强中医院建设，做优做强“片仔癀”“福九味”等福建中医药品牌。

着力公共卫生服务能力提升，实施公共卫生补短板行动计划八大项目，高质高效组建省市县疾控局，改善各级疾控中心设施装备，促进医防融合。

全面实施全民参保计划，扩大社会保险覆盖面。完善职工医保省级统筹调剂制度，健全职工医保门诊共济保障机制，实施重大疾病保障工程和医保服务示范工程。深化长期护理保险制度试点，加强护理员、家政服务人员培训和规范管理。

坚定不移贯彻“外防输入、内防反弹”总策略和“动态清零”总方针，突出科学精准、快严实细，压实“四方责任”，落实“四早”要求，抓好常态化疫情防控各项工作。

严格入境人员全程闭环管理和高风险职业人群风险管控，从严从

紧落实风险人群区域协查，做好“人、物、环境”同防。强化重点人群、重点部位、重点场所管理，突出抓好医疗机构院感防控和集中隔离点管理，减少人员聚集，避免交叉感染。强化基层社区网格化管理，建立健全网格化标准体系，深入细致做好疫情防控工作，同时服务好人民群众。有序推进疫苗接种，支持疫苗和特效药物研发。强化应急演练和培训，完善疫情防控平急一体化工作机制，提高监测发现、组织动员、专业处置、技术保障能力，全力维护人民生命安全和身体健康。

四川省

2021 年工作回顾：

城乡居民基本医疗保险人均财政补助标准提高 30 元。

深入实施健康四川行动，省公共卫生综合临床中心和重大疫情防控救治基地加快建设，全省首个生物安全防护三级实验室建成投运。开展中医药强省建设十大行动，中医医疗机构数、中医年诊疗量均居全国第一。

2022 年工作安排：

培育数字应用新业态，打造智慧医疗、智慧康养、智慧交通、智能建造等数字应用场景。

从严从细抓好疫情常态化精准防控。强化“外防输入、内防反弹”，压实“四方责任”、落实“四早”措施，把防控责任落实到最小网格单元和市场主体。坚持“人物环境同防”，建立多点触发的监测预警

机制，加强重点人群、重要场所和进口冷链食品核酸检测，加快疫情防控救治基地和规模化“健康驿站”建设。优化“四川天府健康通”功能，继续推进新冠病毒疫苗接种，加快疫情防控科研攻关。做好应急准备，坚持“动态清零”，快速果断处置疫情，巩固来之不易的防控成果。

加快医养结合示范省建设，启动实施银龄健康工程，发展智慧养老新业态，用心用情守护最美“夕阳红”。

实施全民参保计划，持续扩大社会保险覆盖面，建立职工基本医疗保险门诊共济保障机制，完善重特大疾病医疗保险和救助制度，扩大异地就医结算覆盖面，开展打击欺诈骗保专项整治。

加快建设国家、省级医学中心和区域医疗中心，建成 150 个县域医疗卫生次中心。举办第七届中医药现代化国际科技大会，全面推进国家中医药综合改革示范区建设，促进中医药事业、产业、文化“三位一体”高质量发展。

河南省

2021 年工作回顾：

按照“四早”要求，压实“四方责任”，扎紧“四个口袋”，严格源头管控，做好人、物、环境同防。新冠疫苗接种 1.9 亿剂次，常态化疫情防控能力建设不断加强。

实现基本医疗保险和生育保险市级统筹，提高城乡低保、特困人员供养标准，困难群众基本生活得到保障。

新增 3 个国家区域医疗中心建设试点，43 所县级医疗机构达到三级医院水平。

2022 年工作安排：

聚力发展高端创新药、现代中药和高性能医疗器械。实施华兰生物流感疫苗开发及产业化、真实生物新冠特效药开发、安图生物诊断仪器产业园等项目。做强宛西制药等知名中药企业，建设南阳、信阳、洛阳等中医药产业基地。打通生物医药与康养产业链条，形成一体化发展新格局。

完善乡村教育、医疗、文化、养老等公共服务设施。抓好医药卫生、价格、电力等领域改革。

落实企业职工基本养老保险全国统筹工作，推进基本医疗、生育、失业保险省级统筹。适度提高退休人员基本养老金、城乡居民基本医疗保险财政补助标准和城乡低保、特困人员、孤儿保障标准及补助水平，兜牢民生底线。建立健全职工医保门诊共济制度，加快医保支付方式改革，切实减轻群众就医负担。

坚持外防输入、内防反弹，坚持常态化防控、“动态清零”和应急处置相结合，科学精准做好疫情防控工作。完成省辖市定点救治医院规范化建设。推进区域医疗中心建设，加快市级“四所医院”、县级“三所医院”达标建设全覆盖，做实紧密型县域医共体，实现乡镇卫生院、社区卫生服务中心服务能力全面达标。实施中医药服务能力提升工程。适度提高基本公共卫生服务经费标准。深入开展爱国卫生

运动。强化食品药品监管。

江西省

2021 年工作回顾：

国家区域医疗中心建设试点省、国家中医药综合改革示范区获批，国家妇产疾病临床医学研究中心江西分中心成立，普通门诊和住院费用跨省直接结算、跨省异地就医网上备案实现全覆盖，赣州入选国家深化医疗服务价格改革试点城市，南昌、萍乡入选国家门诊慢性病跨省直接结算试点城市。

2022 年工作安排：

落实企业职工养老保险全国统筹政策，健全基本养老保险待遇调整机制，扩大价格补贴联动机制保障范围。

加快国家和省区域医疗中心建设，组建省生命科学与医学研究院，推进公立医院高质量发展和城市医疗集团试点，全面启动紧密型县域医共体建设，加强乡村卫生人才培养，提升乡镇卫生院和村卫生室首诊能力，提高家庭医生履约质量。

完善公共卫生体系，推进生物安全防护三级实验室建设，促进医疗器械产业高质量发展。制定国家中医药综合改革示范区建设实施方案，基本实现县办中医医院全覆盖，力争全部乡镇卫生院设置中医馆、配备中医医师。

健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制和城乡居民基本医疗保险筹资标准正常调整机制，启动智慧医保“村村通”工程。实施医

养结合工程，新增社区嵌入式养老院 100 家，日间照料机构覆盖 90% 以上城市社区，养老机构护理床位占比提高到 54% 以上，对 1.2 万户特殊困难老年人家庭进行居家适老化改造，改造提升乡镇敬老院 120 所，推进农村互助养老服务可持续发展。

科学抓好常态化疫情防控。坚持“外防输入、内防反弹”总体策略和全链条精准防控“动态清零”总体目标，压实“五方”责任，落实“四早”要求，健全及时发现、快速处置、精准管控、有效救治的防控机制。加强监测预警、核酸检测、医疗救治、流调溯源、社区管控、应急物资保障等能力建设。严格入境人员闭环管理和进口商品、冷链物流等风险管控，引导群众有序合理流动、落实公民防疫基本行为准则。做好疫苗接种工作，筑牢全民免疫屏障。

山东省

2021 年工作回顾：

省公共卫生临床中心一期投入使用，县级综合医院感染性疾病科实现全覆盖。国家健康医疗大数据中心(北方)启动运行。社会保障体系不断完善，退休人员基本养老金增长 4.5%，居民基础养老金最低标准由每人每月 142 元提高到 150 元，创新推进养老保险待遇领取资格“静默认证”。

居民基本医保政府补助标准由 550 元提高到 580 元。率先实现职工医保个人账户省内“一卡通行”，普通门诊、住院省内和跨省联网结算。肺结核等 6 种疾病纳入门诊慢特病医保支付，按疾病诊断分组

付费、按病种分值付费改革率先全覆盖。农村适龄妇女“两癌”免费检查率达到 95.4%。建设改造敬老院 184 处、街道综合养老服务中心 265 处，护理型床位新增 3.4 万张。

实施“立足于有、关口前移、多重屏障”纵深防御策略，及时调整完善常态化防控政策。全力做好境外来人来物、重点人员、进口冷链、医疗机构管控。加强核酸检测，重点人群应检尽检 1.82 亿人次，日最大检测能力提高到 287.2 万份。提升疾控中心建设水平，省市两级全部具备基因测序能力。梯次开展新冠疫苗接种和加强免疫，免费接种 2.12 亿剂次，覆盖 9269.9 万人。科学果断处置局部突发疫情，疫情防控形势总体平稳有序。

2022 年工作安排：

稳妥做好企业职工基本养老保险全国统筹，推进基本医疗保险省级统筹。完善重特大疾病医疗保险和救助制度，促进商业补充医疗保险发展。深化医保支付方式改革，全面建立职工、居民普通门诊统筹制度，健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制。完善门诊慢特病制度，实现跨省联网结算。健全医保基金监管执法体系。完善防范化解因病致贫返贫长效机制。

实施公共卫生服务能力提升行动，加快疾控中心标准化建设，开展医防融合慢性病管理试点。推进临床专科能力“攀登计划”，争创国家区域医疗中心，创建 12 个国家临床重点专科，县级综合医院全部达到三级医院水平，新增 50 家县域医疗服务次中心，提升基层医

疗机构服务能力。加快建设国家中医药综合改革示范区。

开展养老托育拓展行动。改造提升 120 处敬老院，新增护理型床位 3 万张。推进医养健康产业发展，建成 10 个中医药特色医养结合示范基地，探索建立城乡居民长期护理保险。

疫情防控“一稳皆稳、一失皆失”。坚持“外防输入、内防反弹”，坚持人物同防、人物同查、人物环境同检，加强监测预警、排查随访、入境管理，严守外防输入防线。持续完善常态化防控措施，加强人员培训、应急演练，做好应急物资、医疗救治资源储备。加强医疗机构门诊病人和药店购药人员随访登记，规范落实集中隔离点防控管理。强化定点医院院内感染预防与控制。落实好核酸检测应检尽检、愿检尽检制度，及时发现处置潜在疫情风险。扩大加强免疫接种范围，筑牢免疫安全屏障。

河北省

2021 年工作回顾：

面对两次突发局地疫情，坚持人民至上、生命至上，在党中央统一领导和国务院联防联控机制有力指导下，果断激活应急指挥体系，压实“四方责任”，落实“四早”要求，筑牢“三道防线”，分别用 45 天和 24 天实现本土确诊病例清零，疫情未向首都和周边扩散，有力守护了人民生命健康。外防输入、内防反弹，创新实施“十个常态化”30 项措施，健全 7 套信息化系统，建成“八支队伍”，为每个县配齐核酸检测车、每个乡镇卫生院配备负压救护车，夯实防控基层

基础。广泛动员、积极推进疫苗接种，累计接种 6746 万人，着力构建群体免疫屏障。

医药卫生体制改革深入推进。出台加强公共卫生体系建设实施意见，所有集体产权村卫生室纳入乡镇卫生院一体化管理，集中带量采购药品、耗材平均降价 58%和 80%。

2022 年工作安排：

抓好国家区域医疗中心试点，河北中国医学科学院肿瘤医院建成投用。

深化“四医”联动改革，加快公立医院高质量发展，扩大药品耗材集中带量采购范围，着力解决群众看病难、看病贵问题。

推进社保护面提质，完善工伤保险省级统筹制度，抓好失业保险省级统筹。落实三孩生育政策和配套措施，开展孕妇无创产前基因免费筛查，打造 160 家省级婴幼儿照护服务示范机构。

推进健康河北建设，深化疾控体系改革，建强公共卫生体系。加快省级区域医疗中心建设，抓好医联体提标扩能，构建 15 分钟就医圈。推动中医药传承创新发展，壮大中医药产业集群，培育一批“冀药”品牌，建设中医药强省。

坚持“外防输入、内防反弹”总策略，“动态清零”总方针，“坚定信心、同舟共济、科学防治、精准施策”总要求，压实“四方责任”，落实“四早”要求，抓细抓实“十个常态化”30 项措施，科学精准高效做好疫情防控工作。

严防疫情外部输入，坚持人物同防，加强口岸管控，严格实行入境人员全程闭环管理，强化中高风险地区来冀返冀人员健康管控，实施冷链食品物品全链条防控，阻断疫情输入扩散渠道。落实内防反弹措施，健全多点触发监测预警机制，强化发热门诊、药店等“哨点”作用，做好重点人群检测排查，严格商超、学校等重点场所管控，健全社区和农村疫情防控体系，夯实专群结合、群防群控基础。加快实现疫苗接种人群全覆盖，形成坚固免疫屏障。提高疫情应急处置能力，突出“快准全严实好”，完善应急预案，提升核酸检测、流调溯源、隔离管控、医疗救治、消毒消杀等能力，加快3家省级重大疫情救治基地建设，确保发现一起、精准高效扑灭一起，最大限度减少疫情对经济社会发展的影响。

北京市

2021年工作回顾：

稳步提高社会保障待遇标准，支持推出广受市民欢迎的普惠健康保险。

健全公共卫生应急管理体系，完成院前医疗急救资源整合，地铁站、火车站、学校等重点公共场所自动体外除颤器实现全覆盖，“一村一室”建设短板全面补齐。

2022年工作安排：

进一步做强新一代信息技术、医药健康“双引擎”，推动集成电路、人工智能、通信等领域“卡脖子”技术实现新突破，加快新型细

胞治疗、基因编辑等生物前沿技术突破和转化应用，加速创新药、高端医疗器械产业化进程。

以推进智慧交通、智慧医疗、智慧城管等建设为示范，以开展数字化社区建设为试点，大力提升城市服务管理水平。

鼓励市场化专业机构参与提供助餐等养老服务，发展时间银行等互助养老模式，全面推行长期护理保险，健全失能失智老年人照护体系，让老年人享有幸福晚年。

全面完成公共卫生应急管理体系建设三年行动计划。优化医疗资源布局，改革公立医院绩效评价机制，完善分级诊疗制度，畅通基层预约转诊渠道，提高家庭医生服务能力，为市民提供更加便利的医疗服务。加快发展研究型医院、研究型病房，强化医院科技创新带动能力。促进中医药传承创新发展。深化爱国卫生运动。

加强食品药品安全监管。

山西省

2021 年工作回顾：

举办旅发大会、康养大会，促进文旅康养融合发展。

坚持“外防输入、内防反弹”总策略和“动态清零”总方针，持续完善入境人员、中高风险地区入晋返晋等重点人员管控措施，全年完成 43 架国际航班经停太原入境保障工作，落实进口冷链物流、医疗机构、隔离场所、重大活动、重点场所等管控要求，持续加强预警响应、流调溯源、核酸检测等能力建设，做好新冠疫苗接种工作，常

态化疫情防控扎实有效，成功应对 30 余起省外疫情输入冲击，高效处置榆次、稷山等省外外溢关联疫情，守住了“山西阵地”，为护卫首都安全作出了贡献。

白求恩医院等 3 个国家区域医疗中心试点建设扎实推进，县域医疗卫生机构一体化改革持续深化。

2022 年工作安排：

做大做深节能与新能源汽车、合成生物、现代医药和大健康等百亿级产业。

发展避暑康养、温泉康养、中医药康养等业态。

加快省疾控中心迁建和省级 P3 实验室建设，规划实施一批养老托幼、文化服务、全民健身等公共服务项目。

深化区域医疗中心试点建设，推动公立医院高质量发展。持续深化医改，推进三医联动，深化县域医疗卫生一体化改革，积极推进“5G+远程医疗”试点，抓好国家级城市医联体建设试点，扎实推进分级诊疗。加快建设中医药强省。积极应对人口老龄化，加强基本养老服务制度建设，构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系，推进“5G+智慧养老”，发展“银发经济”。

健全大病保险和医疗救助制度，扩大跨省异地就医结算范围。

为怀孕妇女提供免费产前筛查与诊断服务；实施 5 万名疑似残疾人诊断评定和残疾儿童抢救性康复救助服务项目；开展免费婚前医学检查；在人流密集公共场所配置 800 台自动体外除颤器。

坚持“外防输入、内防反弹”总策略和“动态清零”总方针，全面压实四方责任，严把入境关、筛查关、转运关、隔离关、诊治关，加强进口冷链食品总仓管理，做到“凡进必检、凡进必消、人物同防”。健全常态化防控和应急处置转换机制，完善多点触发监测预警机制，强化应急处置实战演练，推进重点人群新冠疫苗加强免疫，全面加强核酸检测、流调溯源、集中隔离、医疗救治、院感防控、物资保障等方面能力建设，提升智慧防控水平，快速、科学、精准应对疫情风险。实施公共卫生体系重塑性改革。

加强食品药品安全监管，推进食品药品追溯体系建设，严防严控各类食品药品安全风险。

内蒙古自治区

2021年工作回顾：

齐心协力处置突发疫情，想尽一切办法克服边陲城镇在流调检测、医疗救治、隔离安置、物资保障等各方面难以想象的困难，特别是历经艰险成功组织逾万游客跨省护送、逾万密接分地隔离、数百病患千里转运，有效处置了二连浩特、额济纳、满洲里等地疫情，有力守护了人民群众安康和社会秩序安定。

推进重大疫情救治基地、市县疾控机构建设和全民健康保障工程，基层医疗卫生服务能力整体提升。

超额完成社会保险参保扩面任务，养老金、医保补助、低保保障、特困人员救助供养标准进一步提高，基本养老服务体系建设扎实推

进。

2022 年工作安排：

集中打造绿色农畜产品加工、新能源、新材料、新型化工、现代装备制造、生物医药、数字经济、现代服务业等产业集群。

推动教育、医疗、交通等 5G 场景示范。

一手抓实疫情防控，一手抓好口岸畅通，全面深化与京津冀、长三角、粤港澳和沿黄省份、毗邻省区的务实合作，特别要在能源、生态、旅游、商贸和科技、教育、医疗、人才等重点领域寻求突破。

推进疾控体系改革，提升基层疫情检测预警、应急处置和定点医院救治能力。加快区域医疗中心建设，实施公立医院高质量发展促进行动，推进紧密型县域医共体试点建设，落实保护关心爱护医务人员长效机制。加强京蒙、沪蒙医疗机构合作，全面实施中医药（蒙医药）振兴发展重大工程。加大常见病医疗药品和医用耗材集中带量采购力度，扩大妇女“两癌”筛查覆盖面，提升重点人群家庭医生签约率，深化医保支付方式改革，努力减轻群众就医负担。

深入实施全民参保计划，基本养老保险参保人数增加 40 万人、参保率提高到 86%以上，落实企业职工基本养老保险全国统筹制度，建立地方政府补充基金投入长效机制。推进基本医疗保险、失业保险自治区级统筹，优化跨省异地就医直接结算。

科学有力抓好疫情全链条精准化防控。将疫情防控要求落实到一切经济社会活动之中，以最强的责任感和执行力抓好外防输入、内防

反弹，坚决防止突发疫情冲击安全稳定大局。强化口岸风险隐患专班排查、专项演练、专业管控，强化口岸城市疫情防控资源布局和应急救治能力建设，强化人、物、环境闭环管理。细化常态化防控措施，健全多点触发监测预警机制，动态完善应急预案，加强疫情应急能力建设，既要确保一旦出现疫情能够快速有力处置，又要尽最大努力减轻代价、减少影响。

辽宁省

2021 年工作回顾：

健康辽宁建设和“三医联动”改革稳步推进，群众医药负担逐步减轻，重点建设 47 个高水平县域医共体、226 所中心乡镇卫生院。建成 20 个示范型居家和社区养老服务中心。

对口支援、审计监督、统计调查、食品药品安全、港澳台、外事侨务、新闻出版、民族、宗教、气象、地震、地质测绘、社科研究、参事文史等工作取得新成效。

2022 年工作安排：

提振餐饮住宿、医疗健康、文旅体育、养老家政等服务消费。大力发展现代中药、林下经济、康养医疗等绿色产业，支持本溪发展生物医药产业。

实施职工医保门诊共济保障机制改革，建立健全重特大疾病医疗保险和救助制度，扩大药品和医用耗材集中带量采购使用范围。

积极应对人口老龄化，开展居家和社区基本养老服务提升行动，

推进智慧健康养老，增加医养结合服务供给。实施健康辽宁行动，深化三医联动，支持国家和省级区域医疗中心建设，加快建设中医药强省，推动公立医院高质量发展，加强公共卫生应急体系建设和精神卫生工作。

统筹疫情防控和经济社会发展，坚决落实“外防输入、内防反弹”总策略和全链条精准防控“动态清零”总方针，坚持“人、物、环境同防”，立足抓早抓小抓基础，进一步提升疫情防范和早发现早处置能力。压紧压实属地、部门、单位、个人“四方”责任，补齐短板、堵塞漏洞，精细精准落实防控措施，切实巩固来之不易的疫情防控成果。强化食品药品、疫苗全过程监管。提高康复救助标准，为 6200 名 14 岁以下符合救助条件的残障儿童提供康复救助。建设 30 个示范型居家和社区养老服务中心。建设 63 个基层中医馆，实现全省社区卫生服务中心和乡镇卫生院中医馆全覆盖。每个县(市)区至少一家定点医疗机构实现门诊慢特病费用跨省直接结算。完成 26 个县级妇幼保健机构特色专科建设。

[返回目录](#)

河南：建设智慧健康大数据应用示范场景，引进培育一批智慧养老龙

来源：河南省人民政府

近日，河南省人民政府印发了《河南省“十四五”数字经济和信息化发展规划》（以下简称《规划》）。

《规划》提到，当前，河南省已搭建了互联网医疗系统与应用国

家工程实验室等 60 个省级及以上大数据创新平台和 12 个大数据双创基地，郑州大学第一附属医院建成了国内首个连片覆盖的 5G 医疗实验网。

“十四五”时期，河南省将全面推进产业数字化，推进智慧健康、智慧养老、智慧人社等建设，实现重点领域数字化治理能力显著提升。

加快建设新型基础设施，争取在卫生健康等领域布局国家级行业数据中心，在精准医学等领域培育一批超算重大应用，提升运行效能。积极谋划布局互联网医院、远程医疗等融合基础设施新业态。谋划建设智能医疗共享服务平台。

制定全省统一数据规范和管理标准，建设省大数据中心，以政务数据为基础链接行业、社会数据资源，集约建设省、市两级数据资源池体系，推进数据资源化。到 2025 年，建成政务数据有序开放共享、政企数据高度融通的省级数据资源池，实现市级数据资源池全面接入，实现政务、教育、医疗等重点领域数据有序汇聚和安全调用。

围绕医疗健康等领域智能化发展需求，积极发展基于 5G 技术的智能家居、智能可穿戴设备、虚拟现实/增强现实等新型智能终端产品。做优医疗物联网产业。建设智能传感器产业共性关键技术创新与转化平台。建立产学研用一体化网络安全产业生态体系。实施 5G 融合应用工程，重点推动 5G 在智慧医疗等领域融合应用，打造一批 5G 标杆应用场景。加快软件与互联网、物联网、5G、大数据、云计算、人工智能等新一代信息技术的融合创新应用，围绕医疗行业需求构建

软件产业生态体系。支持开展互联网医疗线上服务试点。

加速推动产业数字化，重点推进智慧养老等服务业数字化水平提升。强力推进数字化治理，努力提高数字化公共服务效能。

其中，在智慧健康方面，深入推进“数字化”医院建设，提升医疗机构智慧化服务水平。加快区域全民健康信息平台智慧化升级改造，实现省、市、县、乡、村五级卫生健康信息全覆盖。推进各级医疗机构信息系统互联互通，实现居民健康信息、诊疗信息以及检验检查结果在各级各类医院共享。推进互联网医院建设，促进优质医疗资源下沉和“互联网+医疗健康”便民服务应用。实施“5G+”智慧健康共享示范工程，推进5G医疗示范医院、5G家庭监测服务等示范建设，开展覆盖全生命周期的预防、治疗、康复和健康管理一体化智慧健康服务，建设若干国内领先的智慧健康大数据应用示范场景。

在智慧养老方面。引进培育一批智慧养老龙头企业，支持模式新颖、竞争力强的中小企业发展，加快形成覆盖智慧养老全链条的产业生态，争创国家智慧健康养老应用试点示范。加快建设省级养老服务“管理+服务”平台，推进智慧养老服务平台建设，创新慢性病管理、居家健康养老、个性化健康管理、互联网健康咨询等服务方式，建立“服务、产业协同发展”的智慧养老新生态。

同时，《规划》还强调加强数据安全和个人信息保护——

建立数据安全保护体系。落实数据资源分级分类管理和报备制度，加强数据安全保密监管手段和机制建设，加强数据全生命周期安

全保密管理,提高数据安全和个人隐私保护能力。加强个人信息保护,强化个人信息收集、使用、共享等环节安全管理,严格规范运用个人信息开展大数据分析行为。加强数据安全监管执法,定期开展数据安全合规评估和违法违规专项治理,督促政府各部门、企业等强化网络数据安全管理工作,及时消除重大数据泄露、滥用等安全隐患。强化网络数据安全管理制度设计,按照《中华人民共和国网络安全法》、《电信和互联网用户个人信息保护规定》(工业和信息化部令第24号)等法律、法规要求,建立网络数据分类分级保护、数据安全风险评估、数据安全事件通报处置、数据对外提供使用报告等制度。规范商用密码应用和管理。

强化新技术新应用安全保障。充分考虑新技术应用场景及安全性要求,制定完善云计算、大数据、物联网、人工智能、5G、区块链、车联网、移动应用程序等新技术应用规则,制定参数标准、使用环境条件标准、安全保障标准,完善技术测评等相关规范,促进新技术安全合理使用。引导互联网企业加强内部管理和安全保障,建立健全行业自律互律机制,拓展资源提供者和公众参与治理渠道,探索建立政府、互联网企业、行业组织和公众共同参与的协同治理机制。

[返回目录](#)

· 地市精彩 ·

区域医共体医保总额付费的实现形式 ——以天津、浙江、福建三地 为例

来源：海聊清谈

浙江主要是按照“事前预算告知、每月数据分析、年中重点约谈、全程跟踪监管”的程序，对费用指标和医疗服务质量进行考核评价。

所谓区域医共体，就是一定区域内的医疗机构以二三级医院为龙头(在一个县域内则是以县级医院为龙头)、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础，实行市县乡村一体化管理，形成市县乡村四级(县域医共体则是县乡村三级)医疗卫生机构分工协作机制，构建四级或三级联动的区域医疗服务体系。

2017年4月，国务院办公厅在《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发〔2017〕32号)中提出，“探索对纵向合作的医联体等分工协作模式实行医保总额付费等多种付费方式”；2022年1月，中共中央国务院在《关于做好2022年全面推进乡村振兴重点工作的意见》(中发〔2022〕1号)中明确要求“深入推进紧密型县域医疗卫生共同体建设，实施医保按总额付费，加强监督考核，实现结余留用、合理超支分担”。为贯彻落实党中央国务院的文件精神，各地纷纷开展了不同形式的实践探索。本文以天津、浙江、福建三地为例，分析区域医共体医保总额付费的实现形式。

一、核算范围

天津在《关于对开展家庭医生签约服务的紧密型区域医疗联合体试行按人头总额付费有关工作的通知》（津医保局发〔2021〕116号）中规定，“将紧密型医联体内基层医疗卫生机构家庭医生签约服务的参保人员，及其门诊特定疾病、普通门（急）诊和住院医疗费用，全部纳入按人头总额付费核算范围。实施初期，紧密型医联体可向市医保中心提出，从门特和普通门诊两个支付类别起步实施按人头总额付费，逐步扩大至全部支付类别”。

浙江在《关于推进全省县域医共体基本医疗保险支付方式改革的意见》（浙医保联发〔2019〕12号）中规定，“住院医保基金的预算额度分配，实施 DRGs 点数法付费的，应以统筹区为一个整体预算单位（含异地就医费用），不再细分到各医共体及其他医药机构；对在改革过渡期内，尚未实施 DRGs 点数法付费的地区，可分配为县域医共体、县域内其他医药机构和转外就医等部分。门诊医保基金的预算额度分配，可将统筹区的门诊医保基金总额预算（含异地就医费用），按比例打包给各医共体”。

福建在《福建省紧密型县域医疗卫生共同体医保基金打包支付指导意见》（闽医保〔2021〕114号）中规定，“预算年度基金支出预算数减去以下项目预算数后，即为可分配基金总量：（1）划入个人账户基金预算；（2）生育津贴支出预算；（3）其他不应或暂不具备条件打包的统筹基金支出”。同时，规定“医共体基金打包的基金支出范围与基金打包的口径一致，包括医共体所有参保人员在医共体内和医共体

外医疗机构就医基本医保待遇支出、大病保险和大额医疗费用保险待遇支出等”。

二、核定办法

天津主要是根据当年纳入紧密型医联体按人头总额付费核算的参保人员及支付类别范围，以其 2019 年度在全市各级各类定点医药机构实际发生医疗费用总额为基础，按照当年全市购买总额较 2019 年全市医疗费用总额的增幅考虑增长因素后，核定紧密型医联体年度按人头总额付费额度。

浙江则是将统筹区的门诊医保基金总额预算(含异地就医费用)，按比例打包给各医共体，分配比例综合考虑各医共体整体的门诊医保基金的历史支出权重、人次人头比、门诊均次费用等因素，以协商谈判方式合理确定。具体来说，就是：各统筹区优先将已签约的参保人员的门诊医疗费用，按人头包干给其所属医共体；对未签约的参保人员，可按区域进行包干，其中城乡居民和灵活就业人员可按参保人员户籍所在地进行划分，单位职工可按单位所在地进行划分。参保人员在所属医共体外就医发生的门诊费用，统计在其所属医共体的预算内。

福建的核定办法则要更复杂一些。首先是分类计算不同年龄段的人均打包基金标准。计算过程共分为二步：第一步，划分年龄段和分别计算人均统筹基金支出水平。各统筹区分析参保职工、参保居民就医习惯、医疗费用水平，分别就职工医保、居民医保尽可能细分年龄

段,按 1:3:6 权重计算前三年各年龄段的统筹基金基本待遇支出水平(不包括不纳入打包基金总量的项目支出)。第二步,分类计算各年龄段的打包基金标准。具体的计算公式为:某年龄段人均打包基金标准=
$$\frac{((\text{上年末该年龄段参保人数} \times \text{该年龄段人均统筹基金基本待遇支出水平}) / \sum (\text{上年末各年龄段参保人数} \times \text{对应年龄段人均统筹基金基本待遇支出水平}) \times \text{可分配基金总量})}{\text{该年龄段参保人数}}$$

其次是集中谈判确定区位调节系数。该系数原则上每年仅做微调,并综合考虑医共体县域基金征缴收入、参保率、就医习惯等因素开展谈判。计算公式:某医共体区位调节系数=
$$\frac{\text{该医共体前三年(按 1:3:6 权重计算)人均统筹基金待遇支出水平}}{\text{统筹区前三年(按 1:3:6 权重计算)人均统筹基金待遇支出水平}}$$

最后才是预算医共体打包医保基金。计算公式为:某医共体打包医保基金预算=
$$\sum (\text{该医共体上年末各年龄段参保人数} \times \text{对应年龄段人均打包基金标准}) \times \text{区位调节系数}$$

三、费用结算

天津规定,在实际执行过程中,市医保中心根据紧密型医联体各月家庭医生签约服务参保人员增减变动情况,按月核定调整其年度按人头总额付费额度,并按照月均分配原则,确定其当月按人头总额付费额度。在此基础上,逐月累加后确定其年终清算时的年度按人头总额付费额度。家庭医生签约服务费医保支付部分(40 元/人/年)仍按原渠道拨付,不纳入按人头总额付费额度。

浙江主要是按照“事前预算告知、每月数据分析、年中重点约谈、全程跟踪监管”的程序，对费用指标和医疗服务质量进行考核评价。

福建规定，年终根据医共体各年龄段实际参保人数重新计算医共体打包基金，多还少补。同时，将核实的违规违约应扣减基金支付金额作为该医共体打包基金的调整项，扣减该医共体打包基金预算。

[返回目录](#)

医保合理筹资、稳健运行，需平衡好“5个关系”

来源：江苏省医疗保障局

合理筹资、稳健运行是医疗保障制度可持续的基本保证。基本医疗保险制度建立 20 多年来，我国已建立起了世界上覆盖范围最广的医疗保障网，职工和居民分别筹资、分类保障，与经济社会发展基本适应的多渠道筹资机制已基本建立，为医疗保障制度的可持续发展提供了有力支撑。

但是，对照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（以下简称《意见》）明确的“要建立与社会主义初级阶段基本国情相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资机制”的目标，当前，我国的基本医保筹资机制面临着筹资分担机制还不完善、统筹层次仍然不高、基金抗风险能力有待加强等问题，迫切需要坚持问题导向，建立筹资更加多元、分担更为合理、运行更加稳健、风险更加可控的筹资运行机制。结合江苏省实际，笔者认为，健全筹资运行机制，要平衡好“五个关系”。

一是要平衡好“职工医保基金收入”与“企业负担”之间的关系，建立基本医疗保险基准费率制度。与德国、韩国等社会医疗保险国家相比，我国医疗保险的费率并不高，职工医保的单位缴费费率为职工工资总额的6%左右，职工缴费费率为本人工资收入的2%。与此同时，缴费基数采取申报制，特别是中小微企业存在缴费基数未做实的情形，相对而言，企业的实际缴费负担并不高。以江苏省为例，职工医保单位缴费费率为7%-9%，高于6%。

笔者认为，建立基本医疗保险基准费率制度，需从三个方面考虑：①适当降低法定费率。规范并做实企业缴费基数的同时，适当降低缴费费率，单位缴费费率高于6%的地区可逐步降到6%左右，在缴费基数和参保人数合理增长的情况下，保持医保基金收入与经济增速相匹配，确保企业和职工负担不增加，持续激发市场主体发展活力。②根据基金征缴收入、医疗费用和待遇支付、累计结存的变化以及重大疫情等情况，按照“以收定支、收支平衡”的原则，探索建立费率动态调整机制，研究费率动态调整的触发条件、调整幅度、决策程序、检查评估等问题。③考虑到灵活就业人员收入不稳定，可在职工医保单位缴费费率和个人缴费费率之和的基础上适当下浮一定的比例。如江苏省从2022年起，灵活就业人员缴费费率较在职职工降低了1个百分点。

二是要平衡好个人和政府的关系，建立居民医保筹资正常增长机制。当前，我国居民医保总体筹资水平并不算高，以江苏省为例，2021

年居民医保人均筹资水平为 1000 元左右，只占人均可支配收入的 2%-3%(其中个人缴费只占 1%左右)。但是，居民医保筹资中财政补助占到 2/3 左右，个人的缴费责任只占到 1/3 左右，居民的参保意识和缴费意识不强。

近年来，居民医保个人和财政补助均以每年 30 元至 40 元的幅度增加，由于缴费水平相对较低，增幅相对较大，老百姓没有稳定的预期。特别是由于采取均一的筹资标准和个人缴费标准，对低收入群体特别是农村居民来说负担相对较重。

笔者认为，建立稳定的居民医保筹资增长机制，可以从三个方面考虑：①发展方向上与居民可支配收入挂钩。目前发展阶段可与统筹地区上一年度居民人均可支配收入挂钩。随着经济社会发展条件的成熟，可借鉴其他社会医疗保险国家的经验，研究筹资标准与个人家庭收入等挂钩，甚至以家庭为单位参保的可行性。②适当提高个人缴费在居民医保筹资中的比例，强化居民个人的缴费责任。③对居民医保参保人员，可根据其与职工医保筹资水平的差异，采取补差或折算的办法，与职工医保缴费年限合并计算，打通职工医保和居民医保的制度转换渠道，在提高居民医疗保障水平的同时，增强基金的可持续能力。

三是要平衡好基本医保和补充医疗保险的关系，建立多渠道的医疗保障筹资机制。当前，商业补充医疗保险发展相对滞后，基本医保面临着更多的群众期待和诉求压力。2020 年以来，城市定制型商业

补充医疗保险(俗称“惠民保”)蓬勃发展,因价格普惠、不限既往病史、与基本医保相衔接、“互联网+”参保便捷等特点,受到群众欢迎。江苏省在推出面向全省的商业补充医疗保险的基础上,也有9个设区市推出了政府部门指导的地方性商业补充医疗保险产品,在满足群众多样化多层次医疗保障需求方面进行了率先探索。

笔者认为,发展商业补充医疗保险应考虑三个方面:①与基本医疗保险相衔接。引导商业补充医疗保险产品对基本医保目录外费用、高额自付费用以及重特大疾病医疗费用进行补充保障。②坚持“保本微利、规范监管”,鼓励支持价格适宜的普惠型商业补充医疗保险发展。③坚持“政府引导、市场主导、自愿参保”的原则,充分调动商业保险机构运营产品的积极性,充分调动群众自愿参保的主动性,更好地发挥商业补充医疗保险对医疗保障的多渠道筹资作用,以及对群众医疗费用的分担减负作用。

四是要平衡好人口流入地和流出地的关系,积极研究应对老龄化负担。与其他社会医疗保险国家不同,我们还面临着退休人员不缴费的问题。据统计,2020年,全国占职工医保25%的退休人员,住院率达到36%,医疗费用占到职工医保参保人员医疗总费用的一半,医保基金面临的老龄化的压力越来越大。

笔者认为,要按照《意见》中“研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策”的要求,主动积极应对老龄化负担,可从三个方面考虑:①巩固提升统筹层次。在全面做实市级统筹的基础上,探索推进省级

统筹，均衡地区负担。如，福建等地率先建立了职工医保基金省级统筹调剂制度，并根据各统筹地区参保人数、基金征收率等因素对省级调剂基金进行分配，平衡不同地区赡养比例差距，缓解人口流出地区退休人员比例高、人均医疗费用支出多的问题。②研究个人、政府等对退休人员缴费进行分担的可行性，化解老龄化负担，促进医保基金可持续。③及时总结长期护理保险试点地区的经验，全面建立长期护理保险制度，为长期失能人员的基本生活照料和与其基本生活密切相关的医疗护理提供资金服务保障。目前试点地区的医保基金仍是长期护理保险的主要筹资来源之一，长远来看，建立独立于医保基金的长期护理保险制度，一方面可以减少医保基金对长期护理保险基金的划拨，另一方面可以大大减少失能人员医疗护理对医保基金的支出压力。

五是要平衡好当前和长远的关系，促进医保基金保值增值。长期来看，包括医疗保险在内的社会保险基金面临着通胀压力和贬值风险。当前，养老保险基金投资运营稳步推进，职工基本医疗保险基金累计结存在许多统筹地区数目不小，建议探索保值增值的有效途径。

笔者认为，医疗保险基金投资运营要把握两个方面：①要确保安全性。在保障当期收支和留足风险储备的前提下，可借鉴养老保险基金投资运营的经验，探索对医疗保险累计结存资金进行投资运营。投资方式上，可采取中长期定期存款、购买国债、科学搭配多种稳健性投资工具组合等，确保医保基金总体投资收益。②要推进治理创新。

探索委托专业机构进行投资运营的模式。建立并完善投资运营法律体系和监管机制，加强内部稽核，强化外部审计等监督，提高基金投资运营的透明度，确保医保基金运行平稳。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

国家中医药局 2021 年办理中医药相关建议提案 338 件

来源：中国中医药报

2021 年全国两会期间，代表委员高度关注中医药事业的创新发展，聚焦“十四五”中医药发展规划、中医药参与疫情防控的独特优势和作用、中西医结合机制等方面建言献策。国家中医药管理局积极回应代表委员关切，承办中医药相关建议提案共 338 件，其中全国人大建议 192 件，全国政协提案 146 件，建议提案办结率 100%，牵头办理的建议提案与代表委员沟通率 100%，包括全国人大常委会重点督办建议《推动中医药传承创新》和全国政协重点提案《关于加大中医药资源的发掘和保护的提案》等。

建议提案内容涉及面广、社会关注度高，对办理工作提出了新的要求。为做好建议提案办理，国家中医药管理局召开专题会议，要求提高政治站位，高标准、严要求做好办理，增强办理实效，加强意见建议采纳。各承办部门以《国家中医药管理局承办十三届全国人大四次会议代表建议工作指南》《国家中医药管理局承办全国政协十三届

四次会议委员提案工作指南》为指导，明确责任、规范程序，有序开展办理并认真督查督办，确保办理进度和办理质量。为做好重点督办建议办理工作，国家中医药管理局制订了《关于推动中医药传承创新重点督办建议办理工作方案》，就重点督办建议逐条分工，并作出工作部署；局党组书记余艳红出席全国政协“加大中医药资源的发掘和保护”双周协商座谈会，与有关部委领导共同对委员和专家发言作针对性回应交流，局党组高度重视，及时召开党组会议研究部署具体落实举措。

在今年的办理工作中，一些好建议好方法得到充分吸收和借鉴，转化成为具体政策措施。如人大代表提出的加快中医药融入“一带一路”路径措施建议，被吸纳写进2021年12月印发的《推进中医药高质量融入共建“一带一路”发展规划(2021—2025年)》中。

2021年全国两会期间，《国务院办公厅印发关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》成为代表委员关注的焦点，围绕该政策的贯彻落实，代表委员提出多条意见建议。国家中医药管理局结合相关部门意见，认真回复贯彻落实的具体举措，并总结梳理了“十三五”期间落实政府投入、中医医院建设、科技创新、新药审批、中医药评价体系建设等方面工作情况，提出下一步在国务院中医药工作部际联席会议统筹协调下，会同相关部门加快落实各项政策措施，进一步明确任务分工，落实落细相关任务。

针对代表委员在中医药健康服务产业发展方面的建议，国家中医

药管理局结合各相关部门意见，从顶层设计、中药产业、中医药健康养老与康复服务、文化产业、中医药健康旅游产业、产业与互联网融合、人才培养等方面总结了中医药健康服务产业发展现状，提出下一步将继续推动中医药健康产业发展，大力发展中医药养生保健、健康养老、健康旅游和中医药文化产业，促进中医药与相关领域深度融合，满足人民群众多样化、多层次的健康需求。

[返回目录](#)

15 部门联合发文：发展中医药老年健康服务

来源：国家卫生健康委

近日，国家卫生健康委、教育部、国家中医药管理局等 15 个部门联合印发《“十四五”健康老龄化规划》（以下简称《规划》），提出 9 项主要任务，发展中医药老年健康服务被列为任务之一。

为发展中医药老年健康服务，《规划》提出，提升老年人中医药健康管理水平。进一步发挥中医药健康管理在基本公共卫生服务项目实施中的独特优势，积极推进面向老年人的中医药健康管理服务项目，发挥中医药在老年预防保健、综合施治、老年康复、安宁疗护方面的独特作用。鼓励中医医师积极参与家庭医生签约服务，为老年人提供个性化中医药服务。不断丰富老年人中医健康指导的内容，加强老年人养生保健行为干预和健康指导。加强中医药健康养老服务能力建设。加快二级及以上中医医院老年医学科建设，加强中医药健康养老服务能力、人才培养能力、技术推广能力建设，提升老年人常见病

多发病的中医药服务能力和水平。加强各省级中医治未病中心中医药老年健康服务能力建设，制订相关标准规范，培训推广中医适宜技术，提升中医药特色服务能力。加大中医药健康养生养老文化宣传。积极宣传适宜老年人的中医养生保健知识、技术和方法，推动优质中医药服务进社区、进农村、进家庭。积极开展中医健康体检、健康评估、健康干预以及药膳食疗科普等活动，推广太极拳、八段锦、五禽戏等中医传统运动项目，培养树立健康科学的生活方式和理念。

《规划》要求，提高基本公共卫生服务促进老年人健康的能力。到 2025 年，65 岁及以上老年人城乡社区规范化健康管理服务率达到 65%以上，65 岁及以上老年人中医药健康管理率达到 75%以上。

《规划》提出，推进老年医学专科联盟建设，通过专科共建、教育培训协同合作、科研和项目协作、中医与西医协作等多种方式，提升老年医疗服务能力和管理水平。增强中医药康复服务能力，到 2025 年，三级中医医院设置康复(医学)科的比例达到 85%以上。《规划》还明确，在公共卫生、临床医学、中医药等专业中开展老年医学内容的学习，加强老年健康相关复合型人才培养。

[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