

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2023年第22期

(2023.05.29-2023.06.04)

医保

医疗

医药

## ——本期视点——

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

### · 医院信息化 ·

▶ [面向 DRG 支付的医院信息化需求与建设策略](#) (来源：中国数字医学) ——第 7 页

【提要】在 DRG 支付将成为我国医保支付主要方式之一的背景下，医院须加强信息化建设，满足 DRG 支付的需要。为此，必须明确医院信息化需求，确定医院信息化建设策略。根据 DRG 支付工作要求和医院运营、发展需要，面向 DRG 支付的医院信息化需求分为 DRG 结算端管理需求、DRG 数据生成过程管理需求、基于 DRG 支付方式的协同管理需求和 DRG 支付条件下的临床管理需求等 4 类。为满足这些需求，信息化建设策略需从系统建设、数据治理、技术选择和方式选取等方面进行综合研判后设计确定。总体而言，信息化建设工作应该既符合 DRG 支付方式改革要求，也能满足医院生存发展需要。

▶ [DRG/DIP 支付下，医院信息化建设重点内容是什么？](#) (来源：国家医疗保障研究院) ——第 20 页

【提要】近年来，按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费和按病种分值付费 (DIP) 支付方式改革在全国范围内加速推进。截至 2021 年年底，101 个国家试点城市全部进入实际付费阶段。2021 年，国家医保局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》(以下简称《三年行动计划》)，

规划“十四五”期间国家医保支付方式改革工作，推动改革向纵深发展。DRG/DIP 作为住院医疗费用按病种打包付费的主要支付方式，可推动医院加强病种管理与成本核算，进一步改善数据质量、规范医疗行为、提高运营效率，促进医院实现精细化管理和高质量发展。

### • 监察监管 •

▶ [市监局消息，医疗器械监管模式变了](#)（来源：杭州市药监局）——第 30 页

【提要】随着技术手段的不断演化进步，医疗器械监管信息化建设也正在进入新的阶段。数字化改革可以通过大数据分析、人工智能等技术手段，让“数据多跑路，企业少跑路，监管部门精准跑路”，正好可以迎合当前“人少事多”的监管现状。数字化改革还可以对监管数据进行挖掘和分析，发现潜在风险和问题，提高监管效能。同时，医疗器械生产经营模式的创新趋势，也倒逼医疗器械监管模式需要技术破壁，从单一走向多元。

▶ [国家医保局发文，针对医院、药械企业的“新型查账”来了！](#)（来源：新康界）——第 37 页

【提要】5 月 30 日，国家医保局发布《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（以下简称《实施意见》）。随着该份文件的下发，全国医保基金监管迎来重大变革。《实施意见》提出，要在用好飞行检查、专项整治、日常监管等监管手段的基础上，强化智能监控和大数据监管应用。依托全国统一的医保信息平台，充

分运用医保智能监管子系统，建立行政检查和执法全流程指挥调度平台，加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管全过程智能监控，提升精准化、智能化水平。这意味着，医保基金大数据监管时代真的来了！

## • 医院管理 •

[▶ 医保常态化监管来临，民营医疗靠医保还走的通吗？](#)（来源：诊锁界）——第 43 页

**【提要】**在医保监管常态化的威压之下，在逐渐高频次的税务稽查行动之下，在公立医疗百亿医疗服务资金补贴强化之下，在统筹门诊全国推广和药店纳入门诊统筹瓜分患者流量之下，医保作为传统炙手可热的营收来源，已经不再是营收指标和内部经营管理的导向结果，作为一种功能性的客户服务工具，在强化私域运营、开启流量的信任度转化，以医保患者为稳定的流量入口，挖掘患者的功能性需求、健康性数据或许是医保在新医疗周期更为关键的作用。

[▶ 疾病风险调整方法用于医院管理评价的 4 大优势及应用信息化要求](#)（来源：中科厚立）——第 48 页

**【提要】**随着社会的发展和医疗技术的不断进步，以及国家出台的关于推动医院高质量发展的一系列文件要求，让医疗服务的质量和效率成为医院广泛关注的焦点。在此背景下，医院精细化运营管理应运而生，成为推动医疗服务升级和提高医院综合竞争力的重要途径之一。

## · 医保快讯 ·

▶ [医保经办内控怎么做？这 5 点是关键](#)（来源：天津市医疗保障基金结算中心）——第 53 页

【提要】国家治理体系和治理能力现代化是我国继“四个现代化”之后提出的第五个现代化目标。政府治理现代化是国家治理现代化的前提和条件，行政事业单位内部控制是政府治理现代化中的重要组成部分。医疗保障经办机构作为保障服务民生的重要部门，更应从坚持依法治国、推进国家治理体系和治理能力现代化、加强对权利的监督和制约的高度，来充分认识加强和改进行政部门内部控制建设的极端重要性，确保医保经办机构更好的履职尽责，保障人民群众合法权益，维护医保基金安全，更好的服务社会、服务人民。

▶ [按病种分值付费：理论探索与实践思考](#)（来源：首都医科大学国家医疗保障研究院）——第 59 页

【提要】DIP 付费方式起源于地方实践，根植于医保基金支付理论，而今在大范围推行，将对医保自身高质量发展、医疗医药供给侧协同发展带来深刻影响。本文基于 DIP 付费原理及由此形成的一整套支付体系，系统论述 DIP 的适宜性和有效性。DIP 付费的核心特征在于既源于临床实际，基于临床真实世界，反映病种的诊断、操作及资源消耗共性特征，又借助大数据予以必要的校正，并以此主导支付体系的完整构建。在改革实施过程中，要有效避免对于改革阶段性、改革设计初衷、支付本质等方面的认识误区，以确保改革顺利推进，最终取

得预期成效。

## · 养老服务 ·

▶ [国家卫健委更新智慧养老产品及服务目录！这些入选——](#)（来源：北京日报）——第 69 页

【提要】国家卫健委近日发布《智慧健康养老产品及服务推广目录（2022 年版）》，共入选 54 种智慧健康养老产品和 25 种智慧健康养老服务，新版目录将促进典型智慧健康养老产品和服务推广应用，推动智慧健康养老产业发展。54 种智慧健康养老产品主要包括产品及多种产品集成应用的场景化解决方案。

▶ [如何实现“养老”变“享老”？江西三地主官解锁养老新模式](#)（来源：大江网）——第 71 页

【提要】养老服务是一项重要的民生工程。近日，江西多地主官调研养老服务工作，他们如何推进当地养老服务工作？又对养老服务工作提出了哪些要求？

## -----本期内容-----

### • 医院信息化 •

#### 面向 DRG 支付的医院信息化需求与建设策略

来源：中国数字医学

**【摘要】**在 DRG 支付将成为我国医保支付主要方式之一的背景下，医院须加强信息化建设，满足 DRG 支付的需要。为此，必须明确医院信息化需求，确定医院信息化建设策略。根据 DRG 支付工作要求和医院运营、发展需要，面向 DRG 支付的医院信息化需求分为 DRG 结算端管理需求、DRG 数据生成过程管理需求、基于 DRG 支付方式的协同管理需求和 DRG 支付条件下的临床管理需求等 4 类。为满足这些需求，信息化建设策略需从系统建设、数据治理、技术选择和方式选取等方面进行综合研判后设计确定。总体而言，信息化建设工作应该既符合 DRG 支付方式改革要求，也能满足医院生存发展需要。

**【关键词】**疾病诊断相关分组；信息化建设；数据治理；需求；策略

### 1、引言

为贯彻落实医保支付方式改革，国家医保局制定了《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》和《国家医疗保障 DRG (CHS-DRG) 分组方案》并于 2019 年 10 月发布。2021 年 11 月，国家医保局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，提出“到 2025 年年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖”，DRG 支付将成为全国范围内医保的主要支付

方式之一。与按项目支付方式不同，DRG 支付是针对患者住院期间的健康状况、诊疗方式及转归等情况，依据相关的编码和记录信息，基于 DRG 模型算法，计算、归类、分组，并采用特设支付流程完成支付。

DRG 支付对有关数据和记录的产生、收集、质控、存储、传输、上报等信息处理过程有一定技术要求，对临床、医务、医保、运营、财务、病案、信息等的工作流程和管理有综合协同要求，满足这些要求的共同前提是具备有效的信息技术支持，因此需要有针对性地加强医院信息化建设，扩展、补充、完善信息系统功能，提高数据治理水平。我国的医院信息化建设始于 20 世纪 80 年代，虽已经数十年发展，但地区之间信息化水平仍很不平衡；不同地区、不同级别的医院，医疗水平和管理水平也存在差异。目前已推出的有关医院信息系统建设的规范以及电子病历系统建设的标准等，均未对 DRG 支付工作所需的相关信息化建设提出针对性的具体要求。新形势下，医院应根据相关部门要求，结合医院发展现状，明确需求和问题，有针对性地加强信息化建设。

## 2、DRG 支付条件下的医院信息化需求分析

与 DRG 支付工作相关的信息化建设需求，主要源自 DRG 结算端管理、DRG 数据生成过程管理、基于 DRG 支付方式的协同管理和 DRG 支付条件下的临床管理等方面，形成 4 类需求。

2.1. DRG 结算端的信息化建设需求医疗保障基金结算清单(以下简称结算清单)是医保定点医疗机构在开展住院、门诊慢性病、特种

病等医疗服务后，向医保部门申请费用结算时提交的数据清单，由 190 项数据指标构成，为 DRG 结算的数据依据。

DRG 结算是 DRG 支付中最基础的工作，其基本流程是：患者出院后，医院将其对应的结算清单提交给医保经办机构，后者根据结算清单数据采用 DRG 分组程序分组，根据分组结果和 DRG 预付费标准向医院支付有关费用。其中，医院按照要求向医保经办机构提交结算清单，就是医院 DRG 结算端的管理工作，其信息化建设需求为：能够生成一份覆盖 DRG 结算要求的结算清单；按照统一接口标准生成数据集；通过网络连接至医保经办机构的相关系统并成功提交结算清单数据集。医保经办机构所管辖的所有医疗机构都必须实现结算端信息化，才能实现 DRG 支付。

2.2. DRG 数据生成过程的信息化建设需求  
结算清单数据源自患者住院诊疗过程，经历诊疗数据产生、出院数据汇集和结算数据确立等 3 个阶段，经过医生、编码员和医保结算人员等 3 类工作角色的收集、整理、加工、转换等技术处理，各阶段均需要信息技术的有效支持。

2.2.1. 诊疗数据产生阶段  
诊疗数据的产生阶段自患者因本次住院疾病问题首次到医院门、急诊就诊，或上次住院后出院、转院，到患者本次住院后离院，覆盖本次住院诊疗的全过程，也是原始数据资料产生的过程，数据处理涉及门急诊电子病历系统、住院电子病历系统、门急诊管理系统和住院管理系统等临床诊疗工作系统。

本阶段需要强化 5 个方面的信息化建设。

第一是支持完整、准确获取本次住院前的信息；

第二是支持临床医生规范、准确、完整记录数据，及时确认多源数据资料的一致性和生成时序，例如各种检查结果、会诊记录、治疗报告、医嘱和病程记录等，做到相互印证匹配；

第三是支持应用统一医学名词术语，包括支持统一术语辅助录入与维护，实现院级名词术语维护管理，并支持基于互联网的统一名词术语平台的维护等；

第四是支持开展病历书写的形式质控和运行病历质控；

第五是要确保手术麻醉系统、监护系统等的记录以及检查科室的病理、影像、生化检验等报告及时汇入病历主数据，延误报告和召回修改等异常情况应有说明或处理记录。

2.2.2. 出院数据汇集阶段出院数据汇集是在患者实际离院后的一段时间内，对病历资料归集，完成住院病案首页填写、电子病历提交、住院病案首页编码、病历资料整理归档、住院费用明细清单生成等工作，为确定结算数据做好准备，这些工作涉及电子病历系统、病案管理系统、病案首页管理系统、出院结算管理系统等。

该阶段信息化建设强调 5 个方面。

第一是支持全面辅助病案首页填写和编码，包括辅助临床医生选择主要诊断、填写其他诊断和按要求摘出必要的手术操作条目；协助编码员完成主要诊断、其他诊断和手术操作的编码，从技术上保障编码符合标准、规范要求；辅助提示、核验其他需要填写的数据项，如

昏迷时间等。

第二是强化病案首页管理功能，除支持存储、查询、统计外，还应支持首页数据质量控制和编码质量控制。

第三是要确保病案首页可作为基础数据支持广泛用途，首先是能够支持临床应用，在此前提下做到便于转换成结算清单数据，确保数据准确、真实；此外，还要支持统计调查、绩效考核、医院等级评审、专科及医学中心评审、临床专科项目评审等其他数据应用。支持疾病分类编码和手术操作的分代编码能力，确保编码有效支持 DRG 分组。

第四是要建设电子病历的提交管控功能，确保病历按时提交，满足 DRG 结算时限要求，对提交的病历应有关键资料的完整性检查，对提交后召回的病历，有能力确保其修改结果与结算数据无冲突。

第五是要提供病历记录数据条目、病案首页费用条目与住院费用明细清单三者的一致性核验能力，能够自动标注、警示编码所需关注的的数据项。

2.2.3. 结算数据确立阶段  
结算数据确立阶段要汇集相关数据，经转换、质控和数值确认，得到结算清单数据指标，为 DRG 结算端管理做好准备；

还需处理提交结算后被退回的问题结算清单，支持修改后再确认和重新报送结算。结算清单的数据主要来源于病案首页管理系统、病案管理系统、住院入出转管理系统和电子病历系统，此外还涉及手术麻醉管理系统、门急诊管理系统、财务管理系统、医保管理系统和人

力资源管理系统等。

本阶段需要强化以下 4 个方面的信息化建设。

第一是能够将病案首页中的诊断和手术操作等编码转换到结算清单中的对应条目，转换规则源自病案首页端的《住院病案首页数据填写质量规范》《疾病分类与代码国家临床版》《手术操作分类代码国家临床版》，以及与之对应的结算清单端的《医疗保障基金结算清单填写规范》《医疗保障疾病诊断分类与代码》《医疗保障疾病手术操作分类代码》等规范和标准。转换实现方式包括基于映射表的转换、人工转换和人工智能辅助转换等，目前多采用人工转换，因此需要建设配套的数据操作平台。

第二是提供医生确认和修改结算清单数据的功能，包括结算清单提交前以及提交后退回的问题结算清单修改，对应的功能模块或子系统需要集成或嵌入住院医生工作站。

第三是支持多源数据的标准化、共享和时间同步，所有数据源系统均需同步改造。

第四是支持不同标准下数据的多视角展示，确保内部计算的数据一致性，以及修改后多系统数据的整合、一致性，例如修改结算清单时要关联到病案首页和病历记录。

2.3. 基于 DRG 支付方式的协同管理 DRG 支付是医院的主要经济来源之一，支付结果关系医院的运营、发展。

DRG 支付条件下的协同运营管理，主要以期望收益为目标，结合

医院和学科发展需要，通过配置资源、制定流程、控制数据质量等措施引导业务方向，设定业务量，协助提高效率，同时针对 DRG 支付结果，合理分配收益、分摊责任并反馈信息，协助调控。

DRG 协同运营管理需要临床、医保、医务、运营、财务、人力资源、病案以及信息等多部门协同开展工作，而实现协同工作的基本条件是建设高效的信息操作平台，同时各部门的管理信息系统也需要补充、增强功能。医保管理系统需要增加 DRG 结算分析功能，分析结算结果，共享、分析病种相关信息，实时跟踪了解诊疗过程，开展预测分析；医疗质量管理体系需要增加基于 DRG 指标的管理功能，包括 DRG 能力指标、效率指标和安全指标的管理，对死亡病例的管理需要增加低风险死亡病例分析、报告功能。基于人工智能和大数据技术，增强病历内涵质量管理能力，提高质控效率，借助人工智能技术实现全量质控。

对于不良事件、多次住院、手术并发症等的监控管理，需要与 DRG 支付工作结合。指标管理和病种管理建设均需同时面向支付和医疗绩效管理两方面需求，两线并行管理分析，相互支持。医院运营管理系统应可全方位连接各专业管理系统，共享 DRG 相关数据资料，本地建设主要关注效能、成本、质量的综合分析和管控，配置科室规模，调配资源，其中病种成本分析、科室成本管理、耗材与药品使用计划及综合资源配置管理功能是信息化建设的重点。其他管理部门专业系统的功能建设，重点是加强数据互通、共享能力以及数据同步能力。

2.4. DRG 支付条件下的临床管理信息化 DRG 支付对临床工作的直接影响是医疗质量、学科发展与直接经济效益之间平衡的变化，相应的信息化建设围绕成本控制、诊疗规划和过程管理等 3 个方面展开。

借助信息技术实现临床路径管理是有效控制病种成本、保障医疗质量的基本方法之一。DRG 支付条件下的临床路径管理系统需要支持病种成本控制功能，增加诊疗方案、药品耗材及住院时间等资源的分析、计划、监控、管理功能，强化路径的病种选择、分组和诊疗方案学习能力。诊疗规划管理主要围绕病种选择展开，涉及疑难病例与高收益病例的收治比例制定，系统必须具有基于 DRG 分组模型的分析能力和大数据分析能力，确保科室能够平衡管理收益性和病例复杂性，合理制定病种收治规划，满足医疗、科研和学科建设要求。过程管理，要求系统支持在患者住院诊疗期间持续对诊断和入组情况做出预测分析，获得预期的 DRG 结算收益，辅助制定和修正诊疗方案，调配资源。临床决策支持系统建设非常重要，但需先强化其诊疗成本分析功能。

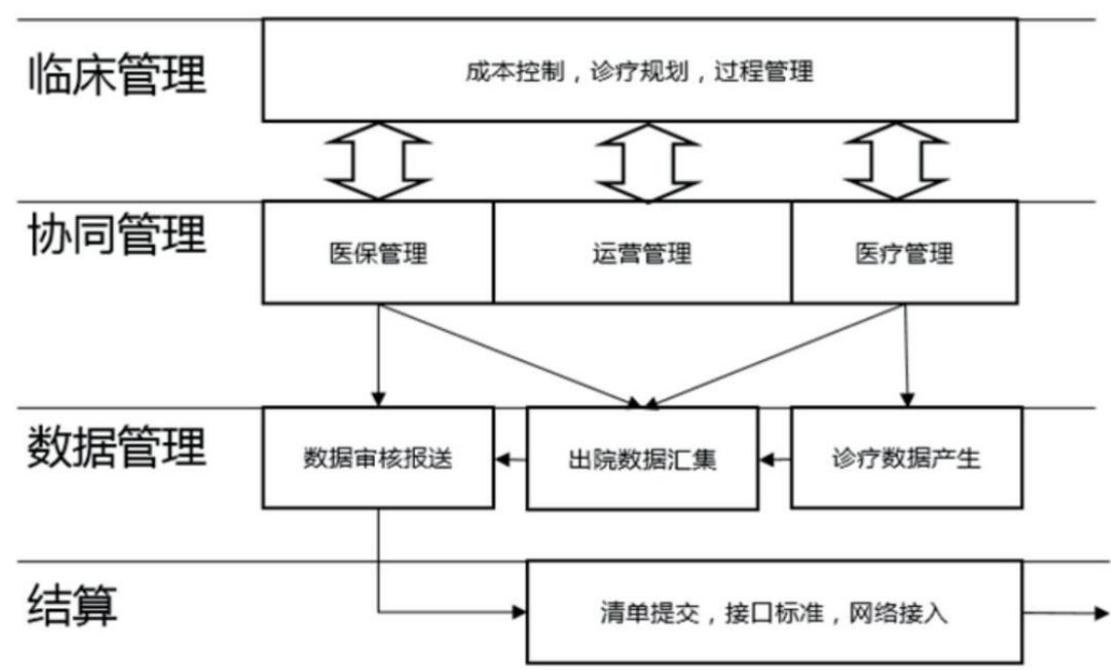
### 3、需求之间的关系

上述 4 类面向 DRG 支付的医院信息化建设需求是有层次的，其中前两类需求可分步有序建设，从结算管理反向建设到诊疗数据产生管理。DRG 结算端管理和 DRG 数据生成过程管理需求，解决的是 DRG 数据上报和数据管理问题，属于被动管理。诊疗数据产生阶段不断将临床相关诊疗数据汇集到病历系统和管理系统中，核心是病历记录；出

院数据汇集阶段形成完整住院病历，并完成病案首页填写、编码，核心是住院病案首页；结算数据确立阶段收集以病案首页数据为核心的结算清单相关数据，转成结算清单，实施管理，并为结算做好准备，核心是结算清单；DRG 结算端将报出结算清单，完成结算。

基于 DRG 支付方式的协同管理和 DRG 支付条件下的临床管理信息化，均是面向 DRG 结算结果的，包括实际结算结果和预期目标，属于主动管理。协同运营管理的特点是多部门协作，因此信息化建设也是多平台的，核心为支持医保、医务和运营的管理功能建设。

协同管理层的系统之间有大量信息共享、交互，同时对数据管理层和业务层也有不同形式的数据交互与管控。DRG 支付条件下的临床管理依托信息技术支持临床工作，适应新支付形式，确保医疗、科研和学科建设要求。4 类需求及其相互关系见图 1。



#### 4、信息化建设策略

DRG 支付工作需要信息技术的强力支撑。对于医院信息化建设，其需求虽广泛、深入，但并不全面，而且需求呈现层次性，因此医院可以根据自身发展的现状、规划、目标和条件做出选择，采取有针对性的、效果显著且能快速实现的信息化建设策略。

#### 4.1. 系统建设

信息化需求的层次性决定了系统的信息化建设可以分层展开，典型的建设方式有以下 4 种。

4.1.1. 仅实现 DRG 结算工作开展 DRG 支付工作的最低要求是域内医院均可以实现 DRG 结算，因此对一家医院最基本的要求是能实现 DRG 结算。

对于一些规模较小、信息化建设基础弱、病种单一的医院，仅需要建立 DRG 结算系统，满足 DRG 结算端工作，即可支持所在地区实现 DRG 支付。这是医院应对 DRG 支付改革最基本的信息化建设策略。

4.1.2. 建立相对完善的 DRG 结算体系在完整实现 DRG 结算工作条件下，以结算清单数据集为目标，以数据为中心，建设自数据产生到数据归集，再到获取目标数据集的全链条、闭环体系、完整把控 DRG 结算工作，基于当前临床工作和管理模式，真实、准确支持 DRG 结算，这是被动但比较完整开展 DRG 支付工作的信息化建设策略。

4.1.3. 建立面向新支付方式的协同管理体系以 DRG 支付改革为契机，在建设完备的数据管理体系条件下，强化、完善各部门基于 DRG 管理功能需求的信息化建设和多部门协同工作的信息工作平台，

进而开展有效的成本管理、质量管理、绩效管理、流程优化，实现预期收益目标，这是主动通过综合管理迎接 DRG 支付改革的信息化建设策略。

4.1.4. 实现基于 DRG 支付的医疗精细化管理在全面建设 DRG 支付管理和协同运营管理信息系统条件下，依托信息技术，构建直接面向临床业务、符合 DRG 支付要求的信息化系统，通过支持精细化管理，取得预期收益，并创造学科发展的经济条件，这是 DRG 支付条件下医疗精细化管理主导的信息化建设策略。

#### 4.2. 数据治理

DRG 支付基于数据。DRG 数据的产生、汇集、传输、应用，历经多个系统、多种业务、多方管理的长链条，必须强化、完善医院信息系统总体的数据治理工作，在全面加强数据治理的前提下，突出对 DRG 支付的特殊需求。开展 DRG 数据治理，首先要明确 DRG 数据治理的主导部门，一般是医院的大数据中心或病案室。数据治理部门需要协调临床科室和相关管理部门制定完整的、支持 DRG 数据管理的工作规范，覆盖数据生成和流程管理全过程，将政府发布的有关规范要求具体化，并落到实处。

DRG 数据治理的一项重要工作是开展元数据管理，统一、规范支持医保、卫生数据报送接口标准及各系统的数据应用。另一项重要工作是建立统一的医院数据标准管理体系，统一管理医学名词术语、疾病诊断编码和手术操作编码字典库，贯彻落实医保管理有关标准，建

立协同型数据质控体系及临床路径等医疗过程管理体系，实现病历书写、首页填写、首页编码、结算清单编码等过程的联动闭环流程管理。此外，需要明晰主数据管理，建立 DRG 支持数据的关联映射，保障数据获取和数据分析，支持医保、卫生管理部门对数据资料的核验、检查。

#### 4.3. 技术选择

先进的信息技术有助于提高 DRG 支付管理工作的能力、水平和效率。DRG 数据具有典型的多源异构特点，建设数据仓库、数据湖、数据集市等有助于高效管理和应用这些数据。采用数据挖掘技术、智能检索技术，大范围检索病历资料，有助于快速定位 DRG 问题的原因。大数据技术可用于评估修正分组模型，建立多维度标杆，开展病种分析、指标分析、业态分析、成本分析、资源综合分析、病历记录语境分析、高值药品耗材适应证分析等多种工作。医院端开发分组器，可以模拟、验证分组结果，及时计算验证 DRG 指标值，辅助制定运营管理策略。

人工智能技术可以强化决策支持系统建设和知识库建设，智能管理临床路径，建立诊疗过程中的 DRG 关键指标预警，开展诊断筛选和分组预测，全量自动开展病历内涵质控，辅助不同规范之间的数据映射转换，辅助编码和自动搜索编码证据，智能核准编码规则依据，智能抓取数据，制定病种选择方案。加强 BI 系统建设，确保及时全面报告 DRG 分组信息。此外，采用先进的网络架构和管理模式，可以确

保支持广泛数据共享和系统互通，同时保障数据和系统安全；采用数据中台架构和系统集成技术，有利于快速、高效满足 DRG 工作的功能需求变化，及时扩充功能。

#### 4.4. 方式选取

如果医院正在新建或重构信息系统，DRG 支付工作所需的功能应当尽可能在新系统中全面实现。对于绝大多数医院，信息系统已完成建设并能有效支持医院工作，DRG 支付相关功能需要采取补充、扩展、增强方式等方式实现，信息化建设选择按需对当前系统进行改造或采购成品系统嵌入、集成，这两种方式各有利弊：如果采取对现行系统升级改造，需要评估当前开发公司的能力和技术储备以及费用等；如果采用成品采购方式，存在嵌入和集成支持能力问题，当前系统必须具有可扩展性，包括支持数据共享能力、应用界面再设计、系统和数据安全保障等。在功能实现方面，DRG 相关的软件成品经过试用，比较可靠，可以快速见成效；但有些 DRG 技术功能不得不通过购买成品得到，例如分组器的模型算法、大数据分析系统的数据源、决策支持系统的知识库、统一术语系统的术语维护等。

## 5、结语

DRG 支付方式将在 3 年内成为国内广泛采用的医保支付方式，而医院信息化建设是实现 DRG 支付的基础条件。DRG 支付对信息技术的要求涉及医院信息化建设的多个方面，但不是医院信息化建设的全部，属于功能补充和强化性建设，需求是分层次的，可施用的技术也

具有选择性，医院可以根据自身条件和目标，采用多种策略进行信息化建设。

DRG 支付改革是医院信息化建设发展的契机，数据治理、智慧管理、互联互通和电子病历建设等都将得到强化和发展，广泛多方位的深层需求将极大促进和助力医院信息化建设发展。

[返回目录](#)

### DRG/DIP 支付下，医院信息化建设重点内容是什么？

来源：国家医疗保障研究院

近年来，按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费和按病种分值付费 (DIP) 支付方式改革在全国范围内加速推进。截至 2021 年年底，101 个国家试点城市全部进入实际付费阶段。

2021 年，国家医保局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》(以下简称《三年行动计划》)，规划“十四五”期间国家医保支付方式改革工作，推动改革向纵深发展。DRG/DIP 作为住院医疗费用按病种打包付费的主要支付方式，可推动医院加强病种管理与成本核算，进一步改善数据质量、规范医疗行为、提高运营效率，促进医院实现精细化管理和高质量发展。

#### 医院协同任务分析

按照《三年行动计划》的要求，医保部门需要引导和协同医疗机构做好编码管理、信息传输、病案质控和内部运营管理机制转变方面的工作。见图 1。

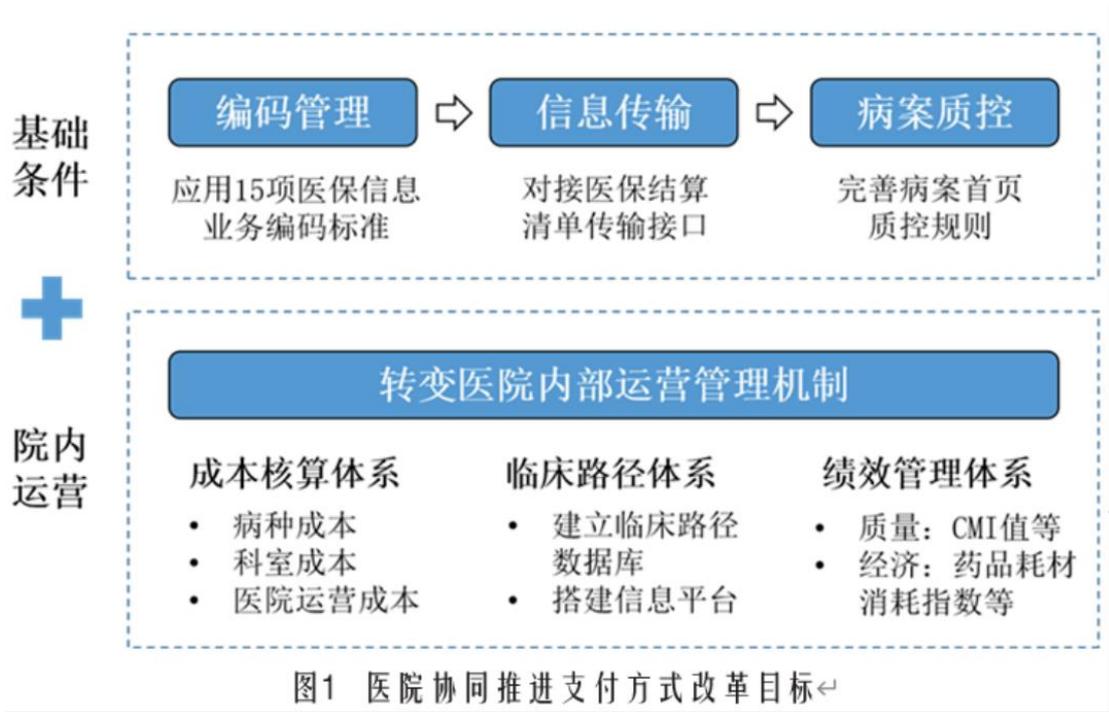


图1 医院协同推进支付方式改革目标

### 1. 编码管理

DRG/DIP 付费主要根据国家医保版疾病诊断编码和手术操作编码进行分组。一是要确保疾病诊断、手术操作、药品、医用耗材、医疗服务项目等多项国家医保信息业务编码标准在定点医疗机构的标准化应用；二是规范填写医疗保障基金结算清单，通过医疗机构编码和患者住院号关联匹配医保结算清单与病案首页。

### 2. 信息传输

支付方式改革过程中，医院需协同保障 DRG/DIP 付费所需信息的及时、准确、全面传输。一是确保信息实时传输，严格按照国家医疗保障信息平台接口规范，及时上传医保结算清单数据信息，统一数据采集源头；二是要求分组结果和有关管理指标及时反馈并能实时监控，例如清单质控问题的在线提示和医疗机构的在线修改提交，以提

高病例入组的准确率。

### 3. 病案质控

病案管理是 DRG/DIP 分组的核心，医疗机构需加强病案培训和质量督查。一是构建病案培训体系，以病案首页规范为依据实施多层面同质化培训，通过搭建沟通平台，加强病案与临床、职能部门与临床、临床与临床间各层面的交流与互动；二是以问题为导向，构建院内病案数据督导检查新模式，成立由病案编码员和临床医务人员组成的病案首页质量检查无差别专家组，共同承担院内病案首页的监管和质控工作。

### 4. 转变医院内部运营管理机制

一是优化院内资源配置，强化内部成本核算与管理。二是医院作为医疗服务供给方，需主动优化临床路径，提升医疗服务质量，降低无效费用支出。促进临床路径与 DRG/DIP 分组相融合，将诊疗流程相似、费用差异小的疾病组纳入统一临床路径管理。三是在医院绩效管理过程中需兼顾经济效益与医疗质量的平衡，根据不同科室所提供服务类型、成本管控水平、医疗机构发展定位等因素，制定复合型的绩效分配模式。

## 医院 DRG/DIP 信息化建设现状和问题

### 1. 现状

DRG/DIP 信息化建设对于实现医院协同推进支付方式改革的目标至关重要，是助力医院适应改革的关键。从部分医院的实践情况看，

支付方式改革的同时，各级医院不同程度加快了信息化进程，根据医院内部管理需要，陆续开展了 DRG/DIP 医保支付下各项精细化管理的信息支撑工作。

### 各级医院不同程度加快信息化进程

随着智慧医院建设和医院信息标准化建设的不断推进，我国医疗机构信息化程度得到了显著提升，但不同等级医疗机构间资源分布不均，信息化程度差异较大。

在医疗机构信息化的进程中，三级医疗机构信息系统发展速度远快于基层卫生医疗机构，且多为医院自行组织建设系统。某招标网的数据显示，医疗信息化领域 2021 年上半年中标 10973 件，同比增长 31%；中标金额 141 亿元，同比增长 23%。其中，三级医疗机构中标金额占比达 50%以上，基层卫生医疗机构占比不足 6%。国家卫生健康委统计信息中心发布的《全民健康信息化调查报告 2021》显示，目前基层医疗卫生机构信息系统多为省级、地市级、区县级统一建设或乡镇自建，其中，区县级统一信息系统建设占比最大，约为 47.6%。

### 进行业务编码贯标及系统接口改造

为达到 DRG/DIP 改革要求，大部分医保定点医疗机构目前进行了国家医保版 2.0 疾病诊断及手术操作编码院端映射工作，动态维护医院所用药品、医用耗材及诊疗项目等医保信息业务编码贯标工作。同时，按要求规范病案首页信息和医保收费信息，改造医院端 HIS 系统相关模块，做好医保与医院端信息系统对接，实现医保相关功能。由

于涉及医院内部管理、HIS 系统开发设计技术、系统安全责任等诸多方面的问题，HIS 系统的改造工作主要由定点医疗机构与相关 HIS 开发商完成，包括新增医保结算清单上传接口、增加医保结算清单参数字典等，部分医院还在医生端病案首页填写模块中添加了诊断编码排序功能、手术操作编码排序功能等。

### 以数据为中心建设质控系统

以湖北省实行 DRG 的某三级公立医院为例，院内建设医保结算清单质控系统，每日对医保结算清单进行质控，包括清单上传数量与质量、歧义组 (QY 组) 和不能正常入组 (0000 组) 病例提前质控等内容，在系统上线后该院 QY 组病例大幅度减少。福建省某三级甲等妇幼保健院则依托信息化平台，对临床病历实施实时质量监控，建立集病历质控系统、临床质量控制系统等于一体的医院决策管理平台，该院通过信息化平台建立全面质量管理体系，持续推进医疗质量、服务流程等改进。

### 探索开发运用 DRG/DIP 分组器

一方面，部分医院通过自建或采用第三方厂商提供的分组器，在上传医保结算清单数据前对住院病例进行模拟分组，结合分组结果对病案首页的疾病诊断、手术操作编码信息进行修改调整，以保障住院病案首页质量及入组率；另一方面，部分医院建立临床诊断库、ICD 编码库及分值库等三库合一的信息系统，建立临床科室、病案室和医保办三方联动反馈机制，在住院医生工作站设置与诊断编码对应的分

值提醒窗口,提示该病种分值以及类似的诊断编码、建议入组病种等,且每月按科室分析分值结算数据,为科室持续改进和医院决策提供数据支持,保障合理诊疗,避免结算结果负偏离。

### 自建 DRG/DIP 运营管理平台

部分医院建设了院内 CHS-DRG/DIP 管理平台,包含“院长驾驶舱”“DRG/DIP 费用管理”“DRG/DIP 成本管理”“DRG/DIP 运营分析”等功能模块,既可以清晰展示医院 DRG/DIP 运营情况,也可以为科室提供数据支持,增加医院 DRG/DIP 分析的维度和深度。北京市某三级甲等肿瘤专科医院建设了基于肿瘤大数据平台的 DRG 系统,提高了医院数据分析能力及医疗服务水平,并能培养临床人员成本意识,为开展绩效分析、提升医疗机构精细化管理水平提供数据基础。

## 2. DRG/DIP 信息化建设存在的问题

从宏观上看,医院 DRG/DIP 信息化水平在不同等级医疗机构间差异较大,基层医疗机构 DRG/DIP 信息化建设能力明显不足。国家卫生健康委统计信息中心发布的《全民健康信息化调查报告 2021》显示,基层医疗卫生机构信息系统覆盖率仅为 74.7%。此外,应用功能建设有待完善,实名制就医、预约服务、自助服务等基本医疗服务功能上线率较低,为 28.3%~59.6%。

从微观上看,医疗机构对于医院 DRG/DIP 信息化建设认识不足。作为医疗数据的源头,利用信息化技术和信息化设备实现医院医疗业务流程以及管理流程的重构是医疗机构高质量发展的重要环节,但是

部分医院管理者对医院 DRG/DIP 信息化建设的重要性认识不足，还未转变信息化建设的观念，医疗机构的管理模式和方法没有跟上时代发展。对于编码贯标、病案质控、数据审核、数据传输、数据分析、人员培训等工作缺乏主观能动性，导致医疗机构数据无法准确及时上报，同时也影响医疗机构的切身利益。

## 医院 DRG/DIP 信息化建设重点

### 1. 与医保部门系统衔接

目前，国家统一的医保信息平台正在建设完善过程中，针对 DRG/DIP 也设计了支付方式管理模块，可实现医保支付方式管理各项功能，医院 DRG/DIP 分组结果、监测重点、管理指标分析等可视化模块也逐渐得到加强。对于医院来说，与医保部门相关系统的衔接尤为重要。当然，也需要医保部门主动共享信息，加强协商沟通和信息公开，积极反馈 DRG/DIP 管理指向，协同推进支付改革。

### 应用医保信息业务编码标准

一方面，医院需要在院内实现不同版本编码的映射，由信息部门或电子病历厂商完成对应使用工作，同时上传运行使用的编码以及映射后的编码，便于追溯有问题的数据；另一方面，填报医保结算清单时，并不是将病案首页的全部内容导入即可，而是要求遵照医保结算清单填写规范，从病案首页中提取相应数据。对于病案首页中的有效诊断和手术操作信息，医保系统要全部抓取，应传尽传，同时需要核对医院病案上传编码与医保端收到的诊断，发现错误后及时修正。

## 接口对接与信息反馈

一方面，医疗机构需要及时、全面完成医疗机构信息系统改造工作，准确校验医保结算清单数据传输接口，完成与医保平台的接口对接，确保医疗机构 HIS 系统和国家医保信息平台数据互联互通；另一方面，需动态维护医院基础信息、住院信息等，通过整理综合运营数据，建立管理所需的数据库，实现数据的及时传输和调用。此外，还需确保信息的及时反馈，医院可通过医保系统的反馈得知保险付费方真实的入组结果和结算信息，更有针对性地进行精细化管理，分析重点科室和病组/病种分值偏差情况，推进临床科室的合理诊疗。

## 构建病案首页质控体系

对现有住院病案首页进行改造，在医院现有的病案归档系统或电子病历系统中增加住院病案首页相关质控规则。①完整性校验：依据医保结算清单和 DRG/DIP 有关医疗统计数据填报必填项和条件必填项要求，确保数据必填项目完整填报，如疾病诊断名称、疾病诊断编码、手术及操作名称、手术及操作编码、总费用、医疗机构名称，患者出生日期、入院日期、出院日期、年龄、性别等核心指标无漏项。②准确性校验：根据住院病案首页和医保结算清单数据接口技术标准，上传的数据能准确反映患者诊疗、医疗收费等信息，并通过逻辑校验规则。可基于数据形成病案填写辅助知识库，增补反映医疗质量和医疗资源使用效率的相关信息，以便准确抓取及核对医保结算清单相应数据项，避免在 DRG/DIP 付费中因高编、低编、错编或漏编造成

经济损失。

## 2. 关注医院 DRG/DIP 管理关键环节

在信息化背景下，医院 DRG/DIP 管理需加强病种层面精细化管理水平，关注病种成本核算、临床路径管理、药品耗材控制、费用结构管理等关键环节。

### 病种成本核算

首先需要明确成本核算单元，通过核算某病种内患者的成本计算出某 DRG 病组/DIP 病种的单位成本。医疗机构可根据成本核算结果从疗效、质量、成本、费用多个维度度量监测管控，降低无效成本支出，加强内部精细化管理。在实际操作中，医疗机构应建设包含医院运营成本、药品成本、医用耗材成本等相关数据的数据库，并与科室临床行为信息链接，动态分析病种成本结构和科室成本结构，及时发现待优化的临床行为，提高各科室主动管理成本的意识。

### 临床路径管理

临床路径是病种费用的形成和构成基础，对病种分值具有规范和引导作用。医疗机构可借助信息化技术加强对临床路径的监测与管理，建立多病种的临床路径质量数据库，开展定期评价。对于医联体，还可通过搭建医疗机构间信息平台，将医疗信息互通共享，根据临床路径各环节的治疗特点和各医疗机构的功能定位开展分工协作，推进分级诊疗。

### 运行监测分析

DRG/DIP 付费要求医疗机构信息平台应支持相关数据调取，便于对病例组合指数(CMI)、平均住院日、药品耗材消耗指数、低风险死亡率等相关指标开展定期分析。除常规的清算后分析外，其分析的关键节点前移到日常运行监测中，包括患者在院期间、病例归档和费用申报前后等，需要医保、财务、药品、耗材、病案、信息等职能科室共同参与，根据运行分析结果对不合理的情况进行规范，在医疗质量、医疗安全和合理控费之间达到平衡。

### 3. 重视医保基金监管稽核方向

医院信息化建设过程中，可根据医保部门对定点医疗机构开展的日常稽核与专项稽核要求，综合考虑可能存在的风险点，开展院内数据监测与审核，重点关注高套分值、分解住院、低标入院、诊断与操作不符、诊疗项目超限定频次等违规行为，制定相应的审核逻辑和风险提示，以规范医疗服务行为。其中，需注意院内分组器的合理应用，避免因 DRG/DIP 入组结算影响临床实际诊疗。此外，还需关注住院医疗费用向目录外费用转移、向门诊费用转移的风险。

综上所述，随着 DRG/DIP 支付方式改革的深入，医院需针对 DRG/DIP 付费的技术特点，不断完善医院信息化建设，全面提高病案质量及上传国家医保信息平台数据质量，以智能化大数据手段增强监测分析能力，为医院高效科学运营提供重要的信息化支撑。

[返回目录](#)

## · 监察监管 ·

### 市监局消息，医疗器械监管模式变了

来源：杭州市药监局

随着技术手段的不断演化进步，医疗器械监管信息化建设也正在进入新的阶段。同时，医疗器械生产经营模式的创新趋势，也倒逼医疗器械监管模式需要技术破壁，从单一走向多元。

#### 1、医疗器械监管创新：“非现场”监管

近日，国家药监局在上海召开 2023 年医疗器械质量安全专项整治工作(片区)座谈会。各参会省局汇报了 2023 年医疗器械质量安全专项整治工作进展，国家局核查中心、信息中心分别就医疗器械飞行检查和上市后监管信息化建设等情况进行了介绍。

会议强调，要大力加强监督检查，强化信息互通，以风险为导向严格质量监管、防范风险隐患，切实保障人民群众用械安全。

信息化监管正在成为医疗器械监管的重要手段之一。尤其经历疫情之后，各地在线上监管模式上的创新已愈发完善和成熟。

近日，浙江省杭州市市场监督管理局消息，杭州市局深入探索医疗器械经营全过程“非现场”智慧监管新路径，构建“无处不在、无时不在、无感监测，无事不扰、小事预警、大事严查”的监管新模式，开发上线了医疗器械经营智慧监管平台，可实现远程“非现场”监管。

随着我国医疗器械市场的迅速发展和成熟，市场容量不断扩大，加上经营模式的创新，以往单一传统的监管模式已经难以覆盖如今的

器械市场体量和规模。

据了解，截至 2023 年 4 月底，杭州市共有二三类医疗器械经营监管对象共计 30870 家。其中，第二类医疗器械经营企业 23549 家、第三类医疗器械经营企业 7321 家，网络销售企业 8718 家，网络销售平台 43 家。

监管人员方面，目前杭州全市共有 14 个区、县(市)局和 128 个市场监管所。全市从事医疗器械监管力量不超过 156 人。如此庞大的监管对象给监管部门带来了很大的挑战。

随着互联网和信息技术的不断发展，加强医疗器械监管的数字化建设，已成为保障医疗器械安全的重要手段。

数字化改革可以通过大数据分析、人工智能等技术手段，让“数据多跑路，企业少跑路，监管部门精准跑路”，正好可以迎合当前“人少事多”的监管现状。同时，数字化改革还可以对监管数据进行挖掘和分析，发现潜在风险和问题，提高监管效能。

## 2、人员、设备、场景线上化

“非现场”监管其实并不陌生，国内“非现场”检查最早在银行业系统实施。它主要依赖于现代信息技术手段，静态、持续归集、监测被监管对象经营实况信息，然后智能分析其存在的风险隐患并制定出相应监管措施的过程。它是一种非人力监管的监管资源配置，并采取监管措施的持续性监管过程。

但依赖信息传感设备的技术还有限，不能完全替代人脑，因此在

药品等关系群众生命健康的特殊行业，还不能完全依赖这种非人力监管方式，但需要结合人力监管，利用现代信息技术把人员、设备、场景线上化，在运行过程中产生的逻辑关联通过内部的数据交换实现高效监管，使监督检查更迅速、企业整改更高效、执法取证更智慧的监管方式。

此次杭州市局的“非现场”监管，包括静态监测和动态检查两部分。静态监测是利用被监管对象库房关键点的视频监控和感应监测设备，静态、持续归集、监测被监管对象经营实况信息，智能分析其存在的风险隐患，并向被监管对象及时发送预警信息的一种监管方式；动态检查是指监管部门和被监管对象利用手机器械之家 APP 把人员、设备、检查场景线上化，模拟线下现场检查的方式、流程和内容，开展远程视频在线检查的一种监管方式。

主要包括以下几个模块：

产品数据库：

产品“数据库”就是从企业计算机信息系统中采集产品经营关键数据，即：日进、销、存统计数据，上传至监管部门的政务云保存，为事后追溯提供依据。

“数据库”应用场景：一是防篡改，便于事后追溯(案件稽查、问题产品召回等)；二是风险预警：自动识别企业经营状态(正常、呆滞、异常)；与企业计算机信息系统里数据智能校验，异常时发出预警；三是形成全市医疗器械产品数据库。

库房视频监控和感应监测设备：

在被监管对象库房的关键点位(全局、收货验收区、冷库、温湿度监测设备)安装视频监控和感应监测设备，静态、持续归集、监测被监管对象经营实况信息，智能分析其存在的风险隐患，如：质量人员在岗情况、产品执行验收并上传信息系统情况、产品贮存温湿度是否符合要求等情况，并向被监管对象及时发送预警信息。

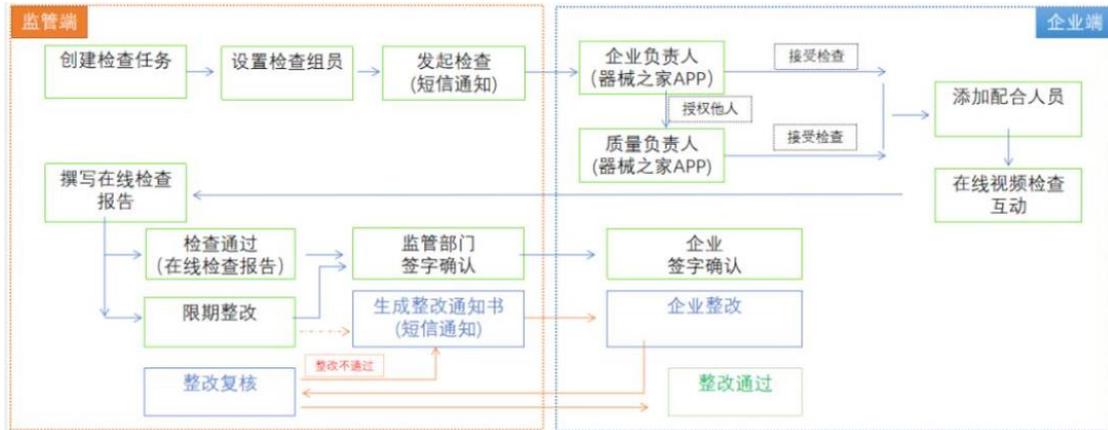
直连企业计算机信息系统：

规定全市四级监管企业(为注册人/备案人提供运输贮存服务的企业、异地设库企业和纳入国家和省级集采产品的企业等)的计算机信息系统必须与智慧监管平台直连。检查时在获得企业同意后，可以直接进入企业计算机信息系统检查产品的详细进、销、存情况。

手机端器械之家 APP 远程视频在线检查：

由于静态监测受制于技术和角度限制，单纯利用静态监测还不能应用于药品等关系人民生命健康的领域，为此我们首创利用手机端器械之家 APP 发起远程视频在线互动检查，被监管对象按照监管人员指令，可以检查被监管对象经营过程中每一细节信息。

具体流程上，首先，监管部门根据年度监管计划创建检查任务，然后系统自动向企业端发出检查通知信息，提醒企业在规定时间内做好准备配合检查，企业如逾期 3 次以上，系统自动纳入线上异常企业，转线下检查核实。企业负责人在岗的可直接接受任务并陪同检查，如不在岗可授权质量管理人员接受检查任务并陪同检查。



其次，监管部门根据不同企业类型或规模开展不同“非现场”监管形式。

对四级监管企业须同时开展静态监测和动态检查。

对三级监管企业须开展开展静态检查和动态检查。

对二级和一级监管企业，主要通过动态检查完成。检查内容严格按照经营质量管理规范的要求开展。

再次，检查过程中发现问题须照片固证，并按规范要求填写在线检查报告，并经企业签字确认。同时，检查结束后，系统会自动根据检查缺陷项向企业发送整改通知。

最后，企业整改完成后，可通过系统上传整改资料。监管部门跟进复核，完成检查闭环管理，并生成在线检查报告。

### 医疗器械经营质量管理在线检查报告

企业名称	杭州...有限公司
法定代表人	...
经营场所	杭州市下城区...
检查地址	杭州市下城区...
经营方式	<input checked="" type="checkbox"/> 批发 <input type="checkbox"/> 零售 <input type="checkbox"/> 批零兼营 <input type="checkbox"/> 为医疗器械注册人、备案人和经营企业提供运输、贮存服务
检查日期	2023年05月09日

检查类型	<input type="checkbox"/> 变更许可 <input type="checkbox"/> 延续许可 <input checked="" type="checkbox"/> 其他许可		
	<input type="checkbox"/> 首次备案 <input type="checkbox"/> 变更备案 <input type="checkbox"/> 其他备案		
	<input type="checkbox"/> 监督检查		
	<input type="checkbox"/> 限期整改后复查		
检查依据	<input checked="" type="checkbox"/> 医疗器械经营质量管理规范 <input type="checkbox"/> 其他		
不符合项目	序号	不符合项条款号 (关键项前加※)	不符合项描述
	1		人员与培训:
	2	※20230509001	设施与设备: 设备故障需进行维修
	3		采购、收货与验收:
	4		入库、贮存与检查:
	5		其他:
不符合项: 关键项 1 项, 一般项 0 项。			
检查组成员签字			
董华胜(组长)			
检查组建议:			
<input type="checkbox"/> 通过检查 <input type="checkbox"/> 不通过检查 <input checked="" type="checkbox"/> 限期整改: 应在 2023 年 05 月 10 日 前完成整改			
经营企业确认检查结果	  经营企业负责人签字 (公章) 2023 年 05 月 09 日		
备注			

### 3、动静结合，构建医疗器械智慧监管生态系统

此前，医疗器械线上监管也有出现，但并未形成系统、监管闭环。杭州市监局相关负责人表示，以往一些线上监管形式在设备要求、实时接收以及监管效率等方面存在着一定局限性。而这次杭州市局实行的“非现场”监管，除静态监测外，结合动态检查下载器械之家 APP 即可开展远程视频在线检查，非常方便。检查无时间、空间限制，随时随地可开展检查。大大节约企业监管所需的时间和行政成本，优化

营商环境。

随时随地可开展检查：

“相当于建立了一个医疗器械智慧监管生态系统，监管部门通过器械之家 APP 发起检查指令，然后短信就通知到了企业负责人，随时随地都可以开展检查。”

动、静结合的监管模式：

“非现场”监管采用的动、静结合的监管模式，有效克服单纯静态监测的局限性，

移动视频设备可突破固定监控设备角度限制，能够实现 360° 无死角监管，大大提高“非现场”监管的有效性。同时，“非现场”检查还能解决异地设库企业、延伸检查等监管重的难点和痛点。

程序合规合法有效：

“非现场”监管的动态检查程序完全模拟线下检查程序，程序合法合规有效。检查内容也是按照经营质量管理规范内容展开检查；此外，“非现场”检查全程系统记录监管人员操作痕迹，保证企业数据安全和监管的合法正当性。

在配套措施上，杭州市监局通过颁布规范性文件，赋予“非现场”检查合法化，作为现场检查的重要补充。目前，除企业新开办的许可检查外，“非现场”监管可适合各种形式的监督检查。同时，科学制定“非现场”监管的工作流程、工作规范和检查内容等，为“非现场”检查规范化实施保驾护航。

最新应用成果：

据了解，自 2021 年开发上线以来，杭州市局连续两年印发试点和推广应用文件，加强推广应用。目前全市共接入 34 家第三方物流企业和异地设库企业，并对接入企业全部开展了“非现场”监管。

随着数字化、智能化技术在各领域的不断延展，医疗器械监管维度不断丰富多元，线上与线下相互补充的一体化监管新格局正在形成。

[返回目录](#)

## 国家医保局发文，针对医院、药械企业的“新型查账”来了！

来源：新康界



5 月 30 日，国家医保局发布《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（以下简称《实施意见》）。随着该份文件的下发，全国医保基金监管迎来重大变革。

《实施意见》提出，要在用好飞行检查、专项整治、日常监管等

监管手段的基础上，强化智能监控和大数据监管应用。

依托全国统一的医保信息平台，充分运用医保智能监管子系统，建立行政检查和执法全流程指挥调度平台，加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管全过程智能监控，提升精准化、智能化水平。这意味着，医保基金大数据监管时代真的来了！

### 1、医保智能监管子系统启用！全方位、无死角监控时代来临

全面引入大数据监管，究竟意味着何种变革呢？

长期以来，国家医保局常态化飞检，通过穿透式查账，对医院药品、耗材等医保基金使用实行地毯式检查，起到了绝对的震慑作用。但常态化飞检，很难做到全国医保定点机构全面铺开，容易走漏“风声”，更也无法进行实时、全方位的监控。而医保智能监管子系统则不同，作为国家统一医保信息平台的重要组成部分，也是国家医保局打击欺诈骗保的新利器。它通过提取医院 HIS 系统住院病人信息、药品耗材采购信息、结算信息以及医保后台数据，并对患者住院时间、医院手术量、手术类型、高值医用耗材使用量等等信息进行提取筛选，对医院科室及医生使用药品耗材等异常行为实时提醒。大到“费用清单、病案首页”，小到“螺钉、融合器”的使用，均能实现实时智能在线化监控！此外医保相关部门可以据此结合相关投诉举报、常见违规问题行为进行全方位精准检查。据 5 月 18 日国务院新闻发布会公布数据，2022 年中，通过智能监控拒付和追回医保基金 38.5 亿元，

约占追回基金总数的 26%。仅一个虚假住院的大数据模型，精准锁定的线索，就抓获了近 500 人，查处涉案金额近亿元。大数据监管的威力可见一斑。医保智能监管子系统的启用，在很好地弥补了传统方式弊端的同时，更将真正推动医保基金监管进入常态化、无死角时代！

## 2、大数据监管落地第一站！剑指这些重点耗材

实际上，自今年开年以来，国家部署医保基金大数据监管的动作从未间断。在多个国家文件中，大数据检查作为重点手段被多次提及，可谓从启用到落地无缝衔接！前不久，据江苏医械圈微信公众号消息，国家医保局关于《骨科、冠状动脉介入、血液净化等检查工作指南（2023 版）》文件流出。

该文件明确：23 年的骨科高值耗材专项检查，要启动大数据检查，主要检查创伤、脊柱、关节、运动医学四大类，涉及耗材产品如下：

**1. 创伤类。**主要用于成人或儿童上肢、下肢、骨盆、脊柱、手部及足踝等部位的病理性、创伤性骨折修复或者矫形等外科治疗。主要包括髓内钉、接骨板及骨针、螺钉、外固定支架（单边和环形）、人工骨和异体骨等。

**2. 脊柱类。**主要用于由创伤、退变、畸形或者其他病理原因造成的各类脊柱疾患的外科治疗。主要包括：一是接骨板、固定棒、螺钉等单独或者组合而成的脊柱内固定系统。二是椎间融合器、骨水泥等。三是脊柱内镜、等离子刀头等。

**1. 关节类。**主要用于因关节病、关节周围骨折、累及关节的骨肿瘤以及其他原因引起的关节功能障碍的关节功能重建治疗。主要包括人工髋关节、膝关节、肘关节、肩关节、踝关节、截骨矫形钢板等。

**2. 运动医学类。**主要用于运动引起的韧带、肌腱、半月板和骨的损伤。主要包括锚钉、钛板、固定螺钉、异体肌腱和人工肌腱、半月板修复系统、工作套管、消融系统、刨刀等。

4月28日，国家医保局发布《国家医保局最高人民检察院公安部财政部国家卫生健康委关于开展医保领域打击欺诈骗保专项整治工作的通知》，文件指出，23年国家医保局将在大数据监管方面着重发力，开展大数据监管试点，构建各类大数据模型筛查可疑线索，并下发各地核查。明确将聚焦骨科、血液净化、心血管内科、检查、检验、康复理疗等重点领域，并且运用大数据，对重点耗材进行检测。

主要包括：2022年医保结算费用排名靠前重点耗材，对其他出现异常增长的耗材等也要予以重点关注，严厉打击。以下30种医用耗材被直接点名：

2022年医保结算费用排名靠前重点耗材	
序号	耗材名称
1	血液灌流（吸附）器及套装
2	磁定位治疗导管
3	血液透析滤过器
4	大血管（≤7mm）封闭刀头
5	弹簧圈
6	冠脉导引导丝
7	切割球囊

8	可吸收性特殊理化缝线
9	冠脉导引导管
10	止血夹
11	电动腔镜切割吻/缝合器钉仓（钉匣）
12	冠脉血管内超声诊断导管
13	腔镜切割吻/缝合器钉仓（钉匣）
14	冠脉药物涂层球囊
15	骨水泥
16	血液透析器
17	磁定位诊断导管
18	冠脉药物涂层球囊
19	颅内支架
20	等离子刀头
21	乳腺活检装置
22	连续性血液滤过器及套装
23	预充式导管冲洗器
24	颅内支架
25	造影导丝
26	单发结扎夹
27	冠脉药物涂层球囊
28	血管鞘
29	双腔起搏器
30	硬脑（脊）膜补片

### 3、涉及全国医院、药械企业，多重惩戒来袭!资金结算、挂网、集采…

除了监管方式的变革，惩戒制度同样迎来升级。《实施意见》提出要建立健全信用管理制度。推进定点医药机构、医药企业、人员信用分级分类管理，探索建立医保基金监管告知承诺制，将履行承诺情况纳入信用记录，与监督检查频次、处罚裁量等挂钩。也就是说，接受几次检查、受到什么样的惩罚，都直接与信用评级相关，凡是那些“惯犯”、有案底的、抱有侥幸心理的将被重点“针对”。不仅如此，文件还要求，根据信用评级，针对失信定点医药机构、相关责任人员、失信医药企业，甚至是失信参保人员，一个不落，形成全面的惩戒。其中，对于失信定点医药机构，可通过协议管理在资金结算等方面采取惩戒措施；对于失信医药企业，可按规定在医保目录准入、价格招采信用评价、医药集中采购、挂网资格等方面采取处置措施。以医药企业为例，一次骗保的代价，可能意味着直接丧失挂网、集采资格！除此之外，文件还强调要加强医保部门与公安、财政、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门的贯通协同，强化跨行业、跨领域、跨部门守信联合激励和失信联合惩戒。

“一次违规，处处受限”将不再是只停留在口头，而是真正落到实处。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 医保常态化监管来临，民营医疗靠医保还走的通吗？

来源：诊锁界

在医保监管常态化的威压之下，在逐渐高频次的税务稽查行动之下，在公立医疗百亿医疗服务资金补贴强化之下，在统筹门诊全国推广和药店纳入门诊统筹瓜分患者流量之下，医保作为传统炙手可热的营收来源，已经不再是营收指标和内部经营管理的导向结果，作为一种功能性的客户服务工具，在强化私域运营、开启流量的信任度转化，以医保患者为稳定的流量入口，挖掘患者的功能性需求、健康性数据或许是医保在新医疗周期更为关键的作用。



中华人民共和国中央人民政府  
www.gov.cn

首页 | 繁体 | 英文EN | 登录 |

首页 > 信息公开 > 国务院文件 > 卫生、体育 > 卫生

字号: 默认 大 超大 | 打印 | 收藏 | 留言 |

索引号: 000014349/2023-00026	主题分类: 卫生、体育\卫生
发文机关: 国务院办公厅	成文日期: 2023年05月26日
标题: 国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见	
发文字号: 国办发〔2023〕17号	发布日期: 2023年05月30日

**国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用  
常态化监管的实施意见**  
国办发〔2023〕17号

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

5月下旬，国家卫健委、医保局等医疗主管部门相继发布了“医保常态化监管”、“改善就医感受提升患者体验主题活动”、“二级以上医院全面提升医疗质量行动”等文件，传递了医保基金日常监管、公立医疗服务和技术质量加强的信息。对于民营医疗机构而言，这是

医疗服务行业迈入新周期之下的又一记重磅信号。

自 2019 年末新冠疫情伊始，公卫体系与公立医院开始急剧扩张，到 2023 年疫情后时代，已经形成大三甲一院多区、县域(乡镇卫生院)医疗强化、公立基层中医馆全覆盖的局面，大医院的虹吸效应仍然在持续，在医疗领域“顶天立地”的格局初有迹象。

民营医疗机构在新周期下经历着倒闭关店洗牌、合规性强监管、精细化内部管理、开源节流式运营的现状：以多元需求主导的消费医疗机构也逐渐告别高利润时代，拥抱更高的获客成本和更低的利润空间；少部分高壁垒专科民营医院在资本助力下赢得了服务的空白市场逐步走向成熟；一部分民营医疗被国有集团收编，在寒冬时节自负盈亏之余多了一份底气。



以民营诊所、门诊部、一级医院主导的社区医疗行业，同样在与过去野蛮生长的阶段告别，纷纷自救升级转型，减少对传统基本药品收入的依赖，注重临床路径总结、特色专科技术建设、自费项目引入

研发、口碑客户运营、健康管理服务能力提升、中大型设备升级等。

## 01、医保监管：从“飞检”到“常态化监管”，暴利与灰色空间时代落幕

5月1日，国家医保局发布的规章《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》正式施行，5月30日，国务院办公厅正式发布《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》，通过“飞检”、专项整治、日常监管、智能监控、社会监督常态化5个抓手严厉打击骗保、套保、挪用贪占医保基金。“飞行检查+常态化监管”成为对医保定点机构监察的组合拳。

国家医保局成立5年来，共追回医保基金771亿，对过度诊疗、药品超范围支付、不合理收费等骗保套保行为重拳出击，经手查处并公开了如郑州六院骗保案、武汉同济医院骗保案、太和县50家医院骗保案等全国轰动案件。

尽管有着越发严格的雷霆之势，但仍然有许多医疗机构有意无意在钢丝和刃尖起舞。当然“挨锤”的不止是部分粗放运作的民营医疗机构，多家知名大三甲核心科室套保被罚、DRG/DIP时代医院科室收入大幅度下滑甚至拖欠绩效工资，都是过去粗放式发展在医保控费时代下的惯性缩影。

医保目录与项目扩大、药品材集采降价、医药购销贪腐严、医疗机构税务稽查打……无不预示着医疗服务机构微利时代的到来。在医疗投资人林掌柜看来，“常态化监管针对的不止是渠道型医美、骗保

型口腔、曲线型生殖等特定专科，也主要针对利润来自税收和医保的医疗机构。”



## 02、向左与向右：主动拥抱医保，自费消费项目破冰

作为覆盖了 13.46 亿人的基本医疗支付手段，医保挂牌是许多新开医疗机构的首选，在如杭州、青岛等医保改革前沿地区，医保定点几乎成一家医疗机构的标配，不止门诊部/诊所/中医馆可以申请接入医保，甚至部分针推理疗、盲人按摩馆也接入了医保支付，这些地区接入医保可谓“入乡随俗”“人有我有”。

除了部分政策前沿地区有“标配进医保”的统一动作，对于大多数患者的心智习惯而言，医保定点机构是便利和实惠的代名词，加上各地医保资格审核条件有一定门槛要求，便捷性+政府背书对社区患者而言更容易成为医院的“平替”，定位于社区普惠医疗的民营机构，将医保项目与部分自费技术结合是最优选项。

中高端医疗机构往往以特需门诊专家、优质体验服务、全生命周期的健康管理为服务特色，服务人群往往是高净值客户和中产以上人士。但国内高端医疗的市场潜力需要沉淀，目前仍然处于早期生长阶段，这与商业保险支付手段的覆盖度和医疗健康支出的市场成熟度密切相关。值得关注的是，近年来以高端医疗闻名的和睦家医疗、嘉会医疗、德达医疗等机构也选择接入了医保支付机制，在普惠与特需项目的差异支付下迈入医保商保双险形态。

另一方面，开发自主特色项目，扩大自费项目比例也是另一种解法。自主定价是民营医疗的市场优势，一旦成为医保定点机构，在医保项目上严格执行统一定价，药品的利润空间都会受到压缩，后台要纳入医保监管系统，面临药占比、药品品类、医疗价格等指标和常态化的监管。

对以口碑型、技术型立身的民营医疗机构而言，是否拥抱医保并不重要，坚持自费项目路线一方面能降低门诊医生过高的诊疗频次，也能进一步筛选出真正认可的忠实粉丝和付费用户。

民营医疗机构中缺乏对医保目录使用规则清晰的专项人才，有着在医保重罚之下轰然倒塌的风险，必然倒逼部分医疗机构积极探索自费项目，转型消费医疗与健康服务，达成医保业务与自费项目的转化联动。如近年火热开展的儿童保健、儿童中医、生长发育、体态管理、鼻炎专科、皮肤科、眼视光训练、口腔、疼痛理疗、产后康复、疼痛康复、运动康复等项目，都有着巨大的需求等待挖掘和运营。

在医保监管常态化的威压之下，在逐渐高频次的税务稽查行动之下，在公立医疗百亿医疗服务资金补贴强化之下，在统筹门诊全国推广和药店纳入门诊统筹瓜分患者流量之下，医保作为传统炙手可热的营收来源，已经不再是营收指标和内部经营管理的导向结果，作为一种功能性的客户服务工具，在强化私域运营、开启流量的信任度转化，以医保患者为稳定的流量入口，挖掘患者的功能性需求、健康性数据或许是医保在新医疗周期更为关键的作用。

[返回目录](#)

## 疾病风险调整方法用于医院管理评价的 4 大优势及应用信息化要求

来源：中科厚立

随着社会的发展和医疗技术的不断进步，以及国家出台的关于推动医院高质量发展的一系列文件要求，让医疗服务的质量和效率成为医院广泛关注的焦点。在此背景下，医院精细化运营管理应运而生，成为推动医疗服务升级和提高医院综合竞争力的重要途径之一。

而我们传统的医疗评价方式，如基于规模扩张的等级评审、基于业绩提升的绩效考核、基于平均值的医保支付等，都忽略了疾病的风险差异和诊疗的复杂性及多样性，对医疗服务的评价存在一定的偏颇和不合理。

### 疾病风险调整来源

起源于美国上个世纪七十年代的基于疾病风险调整的评价，可以为医院提供科学、准确、客观的数据支持，实现全面、精细、高效的

运营管理。作为一种新型的医疗管理方法，现已作为欧美国家医疗水平和服务质量评价的重要组成部分，自 20 世纪 80 年代起被美国 CMS 采用为医保最重要的支付手段。

## 疾病风险调整评价的优势

### 1. 提升医院医疗质量

基于疾病风险调整，利用大数据分析可建立六大评价维度(药品、耗材、费用、质量、效率、效益)，引入 O/E 指数评价指标(实际值/预测值)，根据患者的病情和风险情况，对医院的医疗质量进行精准评估和分析，发现医疗过程中存在的问题和不足之处，进一步优化医疗流程，提升医疗质量管理水平。

### 2. 解决医疗“千人千面”难题，促进医疗公平公正



每个入院患者的疾病风险因素都不尽相同，如同一个 DRG 病种，

不同的患者可能存在年龄、性别、经济状况、合并症、并发症、诊疗方式等的差异，如果都使用同一个平均值或绝对值来评价医疗质量，有失公平合理。

疾病风险调整模型，基于患者个案的风险预测，可以根据患者的实际情况进行六大维度评估和 O/E 值比较，消除因病情不同而导致的医疗资源分配不公的情况，促进医疗公平和公正，鼓励医生收治高难度病情复杂的病人，正向促进医疗水平的提升。

### 3. 制定科学精准的医院管理决策

疾病风险调整，在大数据分析的基础上，对医院历史真实数据进行建模，定量计算疾病风险 O/E 值，对医院管理现状作出科学的评估和预测。准确的数据分析，可实现医院、科室和医师间的公平比较，快速精准地发现和析出医院的管理问题，节约了人力分析成本，也有利于制定更科学合理的管理决策，优化医疗资源配置和利用，提高医院的精益管理水平。



### 4. 管控医疗成本，提升医保结余

基于大数据分析的疾病风险调整模型，通过历史数据准确评估患者的病情和风险，寻找每个患者的标杆值，预测资源消耗情况，合理

分析成本、医保支付、医疗收益，医疗过程中及时提醒医院合理管控成本，优化资源分配，避免过度治疗或不必要的检查，有效降低医疗运营成本，提高医疗效益。

**DCMS**

性别: 女 年龄: 79 住院号: 1031065-00150994 第: 1

C 抽取数据

总览    CMI提升 ×

---

性别: 女 年龄: 79 住院号: 1031065-00150994 住院次数: 1 住院情况: 在院

---

医疗付费方式: 贫困救助

---

主要诊断: J44.100 慢性阻塞性肺病伴有急性加重

---

主要手术: -

---

并发症: 手术患者手术后呼吸道并发症 发生几率: 1.580347%

---

DRG分组: ET25 慢性气道阻塞病, 不伴并发症或合并症 🔗

---

DRG支付: 支付费用: 2077.87 倍率: 4.3

---

风险程度: 中低风险组 CMI: 0.65 🔗

---

病案得分: 65.50 一般项目异常: 15 编码异常: 0 🔗

---

预测信息: 住院天数: 6.46~11.74 总费用: 5537.71~9190.91

---

药品: 1400.73~3230.26 耗材: 199.94~475.13 医事服务: 3050.98~5385.60

### 医院应用要求

疾病风险调整方法采用分维度统计、逻辑回归模型、分层模型、倾向分数分析法等对历史大数据进行建模，通过对各类风险因素精准测算，实现了科学合理的预测评价。

但疾病风险调整方法对医疗数据高度依赖性，故在医院应用时，要求医院具备一定的信息化建设基础及数据质量：

## 1. 保证病案首页质量

疾病风险调整建模的数据主要来源于 HIS 的病案首页，病案首页质量越好，建模测算的数据就越准确，现实数据的预测就越可靠精准。因此，医院要保证病案首页信息填写的完整性、逻辑性，又要保证其真实性、规范性。如果病案首页质量不好，疾病风险建模前需要先对数据进行一定的清洗和治理。

## 2. 具备较大的数据量

疾病风险调整建模基于医院历史真实数据进行，一般取过去 1-3 年的数据，数据量越大，时间跨度越长，模型更具普适性，建模产出的结果才能更接近真实的数据，评价时具备更高的可参考性。

## 3. 有一定的信息化建设基础

医院具有较高的信息化建设水平，数据质量高，将会给数据采集提供较大的便利，减少数据采集治理的时间，也可提高数据建模的准确性。

传统的医疗评价，无论是国考还是 DRG/DIP 支付，都存在一定的弊端，而疾病风险调整可弥补 DRG 在质量评价中的短板。大数据分析结合疾病风险调整方法，可以实现对医院服务质量和管理水平的客观评估和监控，优化医疗资源配置和利用，促进医院的精细化运营管理和服务质量的提高。

[返回目录](#)

## · 医保快讯 ·

### 医保经办内控怎么做？这5点是关键

来源：天津市医疗保障基金结算中心

国家治理体系和治理能力现代化是我国继“四个现代化”之后提出的第五个现代化目标。政府治理现代化是国家治理现代化的前提和条件，行政事业单位内部控制是政府治理现代化中的重要组成部分。医疗保障经办机构作为保障服务民生的重要部门，更要从坚持依法治国、推进国家治理体系和治理能力现代化、加强对权利的监督和制约的高度，来充分认识加强和改进行政部门内部控制建设的极端重要性，确保医保经办机构更好的履职尽责，保障人民群众合法权益，维护医保基金安全，更好的服务社会、服务人民。

#### 什么是内部控制？为什么要加强内部控制？

2021年12月20日，国家医疗保障局印发了《医疗保障经办机构内部控制管理规程(试行)》，其中第二条明确内部控制是指各级医疗保障经办机构(以下简称“各级经办机构”)通过对其内设部门及其工作人员从事医疗保障管理服务工作及行为进行规范、监督和评价，实现对机构内部运行风险的控制。内部控制主要包括组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制和内控监督检查等。

建立运行规范、管理科学、监控有效、考评严格的内部控制体系是医保经办机构贯彻落实党中央重大决策部署和习近平总书记重要指示批示精神，推动落实党的二十大提出的目标任务的重要体现；是

加强党的集中统一领导，将保障人民群众健康作为首要任务，在医保业务经办中时刻把好政治关，全方位校准政治方向，充分发挥“风向标”“把关人”“监督员”作用的重要抓手，在医保经办机构安全与发展中起着至关重要的引领保障作用。

正如国家医疗保障局对医保经办机构提出的具体工作要求中所述“加强组织机构建设、经办业务运行、基金财务、信息系统使用、内部控制检查等环节的全过程监督管理，提高医疗保障政策法规和各项规章制度的执行力度，保证医疗保障经办管理服务规范安全有效运行”，提高政策法规执行力度、保证安全有效运行是医保经办机构内部控制工作的出发点和落脚点，因此加强内部控制体系建设并非一项独立的业务工作，而是确保医保经办机构履职尽责、发挥职能作用、关系全局的一项系统工程。有效的内部控制将从落实责任、风险管理、业务执行力、基础管理、依法合规、抑制腐败等多方面发挥作用。

### 当前医疗保障经办机构存在的问题

近年来，国家局连续组织开展了医疗保障经办机构审核结算专项治理工作，要求医疗保障经办机构以加强协议管理、规范经办机构审核结算为重点，通过完善内控机制建设，加强基金财务管理，落实稽查审核、考核评价责任，引导医保经办人员强化使命担当，认真履职尽责，筑牢医保基金安全第一道防线。

2022年4月24日，国家局医疗保障事业管理中心印发了《关于2021年全国医保经办机构查处情况的通报》，通报医疗保障经办机

构存在内控建设不足、经办服务不够精细、“两定”管理不规范、信息系统存在隐患、财务管理存在风险、稽核监管亟待增强、责任落实不到位 7 项违规问题，存在经办人员违反中央八项规定精神、廉洁纪律和工作纪律违纪问题，存在贪污、受贿和欺诈骗保等违反法律法规问题。深刻指出医疗保障经办机构在思想作风建设和制度管理上的短板和漏洞。具体表现为：一是思想认识不到位。对经办管理服务规范治理的重要性认识不足，没有践行“以人民为中心”的发展思想，加强自我规范和约束、提升经办管理服务水平不够主动。二是内控建设不完善。内部控制制度尚不健全，经办管理服务不够规范，业务流程缺乏牵制、制约管理，缺乏有力的整体控制。三是稽核监管不到位。对两定机构缺乏有效的协议管理和外部监督，稽核检查不全面、不深入、惩处落实不到位，未形成有效震慑。四是作风建设存在短板。

在党风廉政建设、行风建设上有待加强，少数经办人员宗旨意识和服务意识淡薄，工作作风松散，责任落实不到位。

针对上述问题，国家局要求各地医疗保障经办机构要提高站位，高度重视经办管理服务规范工作，要加强内控机制建设，推动制度规范化转化为治理效能，要落实责任、刀刃向内加大监督检查力度，要履行好党风廉政建设“两个责任”和“一岗双责”，认真履职尽责，抓好行风建设。

## 如何构建医保经办机构内部控制体系？

### 1. 树立内控理念，提高思想认识

针对人员内控意识不强，制度体系不完善等实际问题，将“十四五规划”要求、国家和当地政策规定、重要领导讲话有关内部控制内容纳入支委会学习内容并进行深入研讨；牢牢把握党员干部意识形态主动权，充分发挥宣传“主阵地”作用，树立鲜明宣传导向，培养全体干部职工内控思维，将问题苗头消灭在萌芽状态；开展全员培训，学习内部控制理论基础，全面了解我国内部控制发展进程，提升干部职工内控工作能力，在全体干部职工的思想认识层面筑牢建设内部控制体系的思想基础。

## **2. 搭好内控组织框架，层层压实责任**

成立内部控制工作领导小组，凝神聚力，聚焦重点工作任务，统筹领导部署内部控制工作；确定审核服务科主要负责中心内部控制工作，包括制定年度工作计划、抽查检查、撰写评估报告等日常工作的组织实施等；各科室设内控联络员，负责组织本科室完成日常自查、制定并落实风险防控措施等工作，形成“下达-执行-落实”工作模式，确保各部门分工明确，层层压实责任，将内部控制贯穿于各项具体业务经办工作中，形成内部控制工作闭环。

## **3. 强化制度建设，搭好审核经办“四梁八柱”**

通过加强制度建设，科学厘清审核结算工作的责任、范围、程序、内容和标准，将各项制度切实作为政治要求严起来、落下去，成为医保经办机构具体实在的硬约束，搭起医保经办服务事业高质量发展的“四梁八柱”。

以天津市为例，一是通过一套制度强基础。制定了《天津市医疗保障费用审核管理办法(试行)》和 13 项配套措施，建立健全权责清晰、监管到位、管理规范审核工作机制，为依法经办、依规审核提供制度保障。包括天津市医疗保障基金结算中心实地核查跟案制度、天津市医疗保障基金结算中心实地核查录像抽查制度、回访制度、背景调查回避制度、违规干预过问登记制度、无利害关系和保密承诺制度、市、区两级医保部门“直通车”机制、业务信息公开工作、聘任社会监督员工作、业务经办督导工作制度和天津市医疗保障基金结算中心调整支付、法治建设、数据/线索管理 3 项工作安排。二是通过一组规范作支撑。对审核结算工作各环节工作进行全面梳理和流程再造，制定了联网审核、实地核查、智能审核规则等一系列《业务经办操作规范》，包括住院联网医疗费、门诊联网医疗费、异地联网医疗费、DRG/DIP 联网医疗费、生育联网医疗费、意外伤害联网医疗费、门诊特殊病联网医疗费审核操作规范、实地核查操作规范、智能审核规则操作规范等。确保审核经办工作依据充分、流程清晰、操作规范、全程监督，有效提升精细化管理水平。三是通过一套内部制体系抓执行。按照国家医保局医疗保障经办机构内部控制管理要求，建立一整套业务风险控制体系，修订完善并印发《天津市医疗保障基金结算中心内部控制操作实施意见》。结合审核工作实际对各业务环节的高风险事项细化组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统使用控制、内部控制监督检查的具体工作流程，形成了一套规范的自

查、抽查、监督检查的操作流程和评分标准，加强内部管理与监督，有效提升医保政策规定的执行力度。

#### 4. 严字当头，全方位加强内部管理

结合工作实际，为全面加强法治审核、业务监督和政治监督，确保医保基金费用审核及时精准规范。

一是建立健全中心法治审核机制，全面加强各项业务工作的规范性建设，明确工作流程与标准。确保医保经办服务依法合规。二是聚焦医保基金安全，坚持问题导向，创新开展专项整治行动加强业务监督，促进审核精准。深入挖掘医保基金监管深层次问题，在数据标准化应用、高价药治理、人民群众医疗费负担重等重点风险领域加大治理力度。三是加强政治监督，切实履行好党支部政治监督责任，对各科室政治生态和业务经办情况加强日常监督，对高风险事项、环节开展专项检查和治理，加强靶向监督，充分利用“四种形态”特别是第一种形态，对履行领导不到位，不重视，不部署，工作开展不力的，及时进行一对一谈话、约谈提醒，加强对全体人员的谈话监督，建立完备严密的政治监督机制。建立重点工作任务督导台账，实时动态更新，指定专人全流程掌握进展情况，做到底数清，情况明，坚持统筹联动、各负其责，确保项项无遗漏，件件有落实，坚决把准政治定位，确保政治监督方向正确，推进医疗保障经办工作行稳致远。

#### 5. 加强内部控制监督检查

主要包括制定年度内部控制工作计划、工作方案等，明确重点工

作内容，确定内控各阶段工作目标；细化内控检查内容和标准；规范内控自查工作流程等。同时，及时开展监督检查，采取翻阅资料、现场抽查检查评估、聘请具有资质的第三方服务公司等多种方式对内控工作完成情况进行监督检查。对工作中出现的方法不适当、内容不准确、程序不规范等突出问题，及时采取提醒、培训、书面反馈、通报约谈等方式予以校准纠正。

事业能够持续发展，根本在制度，关键在管理，抓手在法治，重点在执行。医疗保障经办机构内部控制体系的建立，能够保证医疗保障经办管理服务规范安全有效运行，确保医疗保障政策法规各项规章制度落地见效，维护基金安全，切实守好人民群众的“看病钱”。

[返回目录](#)

### **按病种分值付费：理论探索与实践思考**

来源：首都医科大学国家医疗保障研究院

DIP 付费方式起源于地方实践，根植于医保基金支付理论，而今在大范围推行，将对医保自身高质量发展、医疗医药供给侧协同发展带来深刻影响。本文基于 DIP 付费原理及由此形成的一整套支付体系，系统论述 DIP 的适宜性和有效性。DIP 付费的核心特征在于既源于临床实际，基于临床真实世界，反映病种的诊断、操作及资源消耗共性特征，又借助大数据予以必要的校正，并以此主导支付体系的完整构建。在改革实施过程中，要有效避免对于改革阶段性、改革设计初衷、支付本质等方面的认识误区，以确保改革顺利推进，最终取得

预期成效。

我国医保支付方式改革进入了新时期，确立了构建管用高效的支付机制，实现医、患、保多方共赢的基本目标，制定了时间表与路线图，对实施进度、质量、效果等提出了具体要求。目前，DRG/DIP 为主的多元复合住院支付方式改革已经全面启动，其中超过半数的医保统筹区已明确推行住院按病种分值付费(简称 DIP)。DIP 付费方式起源于地方实践，根植于医保支付理论，而今在大范围推行，将对医保自身高质量发展、医疗医药供给侧协同发展带来深刻影响。本文基于 DIP 付费原理及由此形成的一整套支付体系，系统论述 DIP 的适宜性和有效性，以此探讨 DIP 理论体系建设，并结合改革进度和具体实施提出需要厘清的几个认识问题，为改革的有效实施提供参考。

## 1、DIP 改革是现实环境下的必然选择

医保在与医疗、医药协同发展治理中，面临着诸多重大挑战。一是从医保制度运行现状来看，最为突出的挑战是筹资条件的变化和解决保障不平衡、不充分的压力。职工医保筹资受经济增长、企业成本等因素制约；居民医保筹资同样受经济增长的制约，直接体现在政府财政状况、居民筹资缴费能力等因素。综合来看，医保筹资环境不容乐观。同时，医保制度发展至今，住院费用实际报销比总体达到了 60%多，但地区间、制度间、人群间就医费用负担差距较大，门诊保障水平总体较低，基本医保保障不平衡、不充分的矛盾叠加。因此，有效缓解筹资增长的有限性与保障待遇提高的迫切性之间的现实矛

盾是医保制度高质量发展的基础命题。二是从医保制度特性来看，其制度价值并不仅仅在于维持基金的收支平衡，而是要以战略购买者的身份，为参保人购买有价值的医疗服务和医药产品；不仅仅是为参保人分担医药费用，更要促使医疗服务规范诊疗，让参保人获得有品质的医疗服务。三是医药服务供给侧具有规模扩张的内驱力。无论是医疗服务体系，还是医药产业，都存在“做大做强”的竞争压力和市场冲动。而在医药服务市场这个典型的“供给创造需求”的领域，规模扩张后的资源过剩大概率导致“过度服务”，进而导致医药费用上涨，这种传导机制下的后果对医保基金的压力是直接和明显的。追溯过去多年医药费用快速上涨的现实，即可印证这点。四是人口老龄化、高龄化导致对医疗服务需求的更快增长，以及对医疗服务能力、质量的更高要求，伴随着新药、新材料、新技术、新设备的快速增加和应用，医药费用上升也成为必然趋势。近年来，基本医保基金支出增速高于收入增速的态势，就是以上因素综合作用的结果。

医保支付方式是确定医保付费单元、付费标准的具体办法，其作用的发挥，一方面取决于保障力度即覆盖深度，另一方面则取决于支付制度设计。随着全民医保制度的发展，医保支付方式对医疗服务机构运行及药品、卫生材料、医疗技术等方面的影响越来越大。目前我国公立医疗机构医疗收入中，由基本医疗保险基金直接支付结算的比例约占 45%，而在住院医疗收入中这一占比约为 55%，其中一、二级医疗机构这一占比更高，也就是说，医保覆盖达到了一定深度。因此，

医保基金以什么作为付费单元、付费标准怎么确定、采用预付制还是后付制等制度设计，成为支付杠杆作用能否有效发挥的关键。过去多年按项目付费的弊端已不必赘述。而按 DRG 付费，虽有其科学性、规范性，但面对复杂、多样且多变的临床服务，其适宜性、适应性以及临床认同度受到各种因素的影响，在推广落地中遇到不少困难。纵观国际很多国家的实践，DRG 也在持续优化、改造。

DIP 作为我国各地实践经验总结提炼并加以逐步完善的一种付费方式，应运而生。2020 年 10 月以来，我国在 71 个城市开始 DIP 付费改革国家试点。同期发布了试点实施方案、技术规范、病种目录库、专家库等。从政策设计到专业支撑作了顶层安排。

## 2、DIP 付费的内在机理

DIP 是利用大数据优势建立的医保支付管理体系，包含病种分组、支付标准、费用结算和监管考核等一系列技术方法，是中国原创的，在理论体系、分组策略等方面具有显著特征和优势的医保支付方式。

这一改革体现出医保支付对供给侧三个层次的调控。其一是通过区域总额预算，调控区域医疗总费用，即医疗服务供给总量，促进区域卫生资源配置规模适宜和结构优化。其二是调控医疗服务机构管理导向及服务提供。通过 DIP 付费单元和付费标准的确定，以及“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制，引导医疗机构由过去的以收入为导向转为合理管控成本，提供更体现其学科能力和更具“性价比”的医疗服务。其三是引导医务人员根据临床需要合理诊治。通过

院内绩效考核和收入分配机制，将支付方式改革理念传导到“医生端”，让医务人员根据临床实际，选择必要的资源消耗，给患者提供更为合理、安全、有效的医疗服务。

相比之下，DIP 付费在对供给侧的调控杠杆作用方面，更为精准、适宜和更具可行性。

与按项目付费比较，DIP 付费的优势在于：一是以病种为付费和管理评价单元，比项目更具整体性。二是按病种打包付费，有效防范医疗服务供给方过度提供部分项目。三是实现各病种的治疗方式、资源消耗等在纵向、横向维度更具可比性，有利于医保、医院各方改进管理。

与 DRG 付费比较，DIP 按照“疾病诊断+手术操作”的分组逻辑更加适应现代医学诊断体系的发展变化，具有“一病一操作一组”的特点：一是与临床实际更为贴近，更加直观、客观反映医疗服务行为。二是付费单元更为适宜，组内差异更小，付费标准更为精准。三是注重大数据分析在区域总额预算、病种组合、分值计算、结算标准、基金监管等各技术环节的应用。

### 3、DIP 构建了一整套新的支付体系

DIP 付费的核心特征在于既源于临床实际，基于临床真实世界，反映病种的诊断、操作及资源消耗共性特征，又借助大数据予以必要的校正，并以此主导支付体系的完整构建。

#### 大数据的全方位应用

这里的大数据是指全量的、多维度数据，也是指临床发生的现实数据，即“真实世界”数据。大数据的汇聚与应用是DIP的最基本特征，也是发挥其支付价值最核心的技术支撑，应贯穿到病种分组、分值点值计算、结算以及监管考核各环节、全过程，并连接医疗服务和医保管理乃至经济社会发展全链条。医疗医保服务领域的信息化，以及医疗医保编码的统一、规范、标准化，为大数据汇聚与应用奠定了技术基础，也为科学分析、精细管理提供了无限空间。

### **分组逻辑在于寻找最能体现临床特征的组别单元**

病种分组是实现科学付费的基础。DIP按照“诊断+操作”的组合方式将历史病例聚类形成病种，同一诊断下以不同的操作形成不同的组别，精准反映某个病种组合的疾病严重程度、资源消耗水平以及临床行为特征。在此基础上，将病种逐层向上聚合，可形成一套包含主索引、一级目录、二级目录和三级目录的DIP目录分级体系，对病种进行分类管理，总括反映病种类别和临床分型，全面应用于医保支付和医院管理，也可深化拓展应用于基金监管、资源配置效率和诊疗绩效评估分析等。

DIP分组相对DRG分组来说更为精细，相对按项目付费，则因其采用完整的病种为付费单元，更易于评价临床诊疗行为的合理性，以及诊疗过程和诊疗效果。

### **分值计算与调整旨在科学确定组别间的相对价值**

病种分值是反映不同病种组合资源消耗程度的相对比值，可将不

同医疗机构的医疗服务产出变不可比为可比。分值的确定既依据真实世界的全口径(包括医保病人及自费病人)历史费用数据,又结合临床论证予以校正。分值一般按照每一个病种的平均医疗费用相对于基准病种或全部病例的平均医疗费用水平计算得到。分值越高,代表着该病种消耗的医疗资源水平越高;相应地,收治疑难重症患者较多的医疗机构所获得的费用补偿也越多。

分值的计算与调整要充分关注各级、各类医疗机构和学科的均衡发展。

### 区域总额预算前提下计算点值

DIP 以区域点数法总额预算为前提,可有效防范抢“分值”,调控区域卫生资源配置及资源消耗(医疗总费用),体现对医疗服务供方的激励约束。

DIP 付费下,统筹区内各个医疗机构为了获得更多的医保支付存在“抢分值”的风险。而在区域总额预算下,总分值升高,点值就会降低,反之,点值就提高。所以,通过统筹区内 DIP 付费基金预算总额管理,可防范医疗机构“冲分值”带来的医保基金超支风险;用基金总控和病种分值、点值计算、结算办法等,调控、引导区域内医疗资源配置规模和结构趋于合理。

### 构建与支付方式相呼应的监管体系

医保部门既要加强审核监管,也要科学规范实施改革,构建多方协商沟通机制,促进改革协同。

DIP 下的基金监管，既要防范原有的违规风险，又要针对 DIP 下出现的新风险。首先要加强医院端上传医保结算清单的质控，守住数据信息关口。及时分析数据变化，发现医疗行为的风险疑点，采用目标阈值或大数据统计分析寻找异常。借助智能审核监控规则库，开展医保智能监控和人工审核，对医疗机构可能出现的高套编码、分解住院、低标入院，甚至增加手术治疗、升级治疗手段等违规行为，进行事前、事中、事后的全过程审核监管，重点关注医疗机构服务行为、服务费用变化、病种结构、患者就医流向、医疗服务质量、患者满意度等方面。

### 经办流程再造

基于 DIP 实施特点，形成基金预算、数据质控、分组管理、支付标准、审核结算、稽核检查、协商谈判、考核评价、年度清算等各个阶段和各个环节的经办管理新规程，实现经办流程再造。

### 监测分析与效果评价

DIP 的监测评估包含医保、医院、患者等多个维度。一是医保维度，关注 DIP 改革前后，用于 DIP 的住院医保基金额度、职工与居民次均费用差异大小、住院费用实际报销比等方面的变化。二是医院维度，对机构层面和病种层面医疗服务行为进行纵向分析与横向比较，评估改革前后医疗服务能力、医疗成本控制、医疗行为规范、资源使用效率、医疗服务质量、病种收治结构等方面的变化情况。三是患者维度，分析实施 DIP 支付方式对患者的医疗费用负担、就医等待时间、

医疗服务质量与安全等方面的影响。

### **多学科的交叉、融合应用**

DIP 关键技术与应用涉及医学、药学、经济、财会、统计、卫生管理、信息技术等多学科的交叉融合。

从历史数据处理到病种分组、支付测算、审核结算、监管考核等，整个过程需要医保部门、医疗机构的临床、病案、编码、统计、信息和医保管理等方面专业人员跨学科协同配合。随着 DIP 改革的逐步深入，已在逐步探索应用卫生技术评估 (HTA) 方法，对新药新技术的临床价值、创新价值、经济价值、社会价值等进行综合评估，优化 DIP 病种支付标准，体现价值付费导向。

## **4、有效实施要避免的认识误区**

当前改革实施过程中，要有效避免对于改革阶段性、改革设计初衷、支付本质等方面的认识误区，以确保改革顺利推进，最终取得预期成效。

### **误区一：在覆盖推进阶段就强调成效**

DIP 付费方式改革推进时间还较短，大部分改革地区处在建机制的阶段，改革政策传导至医疗机构需要时间。在现阶段过于强调成效，一方面难以令各方信服；另一方面还可能出现改革方法不够成熟或医保医疗协同不够的方面被人为放大的情况，不利于达成改革共识，影响改革氛围。

现阶段还应先着力于改革的进度、质量和效率。按照三年行动计

划要求，抓覆盖、建机制、夯基础、推协同，确保支付方式改革行稳致远、效果可期。

### **误区二：采用了新的支付方式就完成了改革任务，忽视改革目标**

DIP 改革是系统性工程，专业性强、复杂度高。地方医保部门普遍面临熟悉支付方式改革的专业人才不足、业务能力不够、重要机制建设不到位、关键技术不掌握、改革目标不清晰等问题。同时，一些医疗机构对 DIP 不了解，协同改革观念转变较慢，医保医疗协同改革的局面尚未完全形成。部分地方的改革“形似而神非”，改革尚需持续深化、完善。

### **误区三：区域总额预算仅是为了医保基金收支平衡**

科学制定区域总额预算，划定区域医保基金“安全线”，能有效防范医保基金超支的风险。但区域总额预算的目的不是单纯地为了基金平衡。作为预付制的关键环节，实施区域总额预算，对医保管理精细化能力是一个挑战，对基金分配的透明度、公平性、科学性要求更高。尤为重要的是，区域总额预算体现对医疗机构的激励、约束机制。在新付费方式的杠杆作用下，医疗机构将主动减少不必要的资源消耗和过度医疗，促进区域内医疗机构按专业分工、形成良性竞争。

### **误区四：DIP 是唯临床论**

DIP 基于历史数据和临床论证形成医保支付标准，综合反映区域内疾病治疗、医疗服务的现实情况和发展趋势，具有遵循临床真实世界规律的基本特征，但它在关键技术设计中，又并不唯临床。一是在

分值计算和调整中，综合考虑更大样本数据和标准数据(即临床路径下的资源消耗)，进行纵向和横向比较分析和校正，鼓励医疗机构规范病种临床路径，促进临床规范。二是建立基于辅助分型的应用体系，对受 CCI 指数、疾病严重程度、年龄特征等特异变化影响的病种进行细化分型，校正分值，体现临床病例的个性化特征。

医保支付方式改革是医保领域的一项重要改革。医保高质量发展需要系统集成、协同高效。支付方式改革要取得预期成效，需要与医疗服务供给侧协同治理，也需要与医保待遇保障政策、医疗服务项目价格、药耗集采等改革协同发力。此外，还要关注医保统筹层次调整、区域医疗中心建设等重大环境变化，还要探索门诊支付方式改革、医共体下的付费方式搭配、跨区域支付方式推进等拓展与融合。DIP 付费方式及各项关键技术，还要在理论与实践的互动中不断完善、深化运用、发挥价值。

[返回目录](#)

## • 养老服务 •

**国家卫健委更新智慧养老产品及服务目录！这些入选——**

来源：北京日报

国家卫健委近日发布《智慧健康养老产品及服务推广目录(2022年版)》，共入选 54 种智慧健康养老产品和 25 种智慧健康养老服务，新版目录将促进典型智慧健康养老产品和服务推广应用，推动智慧健

康养老产业发展。

54 种智慧健康养老产品主要包括产品及多种产品集成应用的场景化解决方案。其中，入选产品类别分别为具有趋势分析、智能预警等功能的健康管理类智能产品；功能代偿型等老年辅助器具类智能产品；具有行为监护、安全看护等功能的养老监护类智能产品；围绕助老助残、家庭生活需求的家庭服务机器人；实施适老化改造的智能产品等。场景化解决方案主要供家庭养老床位、智慧助老餐厅、智慧养老院、智慧化康复中心使用。

25 种智慧健康养老服务则主要包括个性化健康管理、互联网健康咨询及科普智慧健康服务、互联网居家养老生活照料、老年人能力评估、线上老年教育及购物智慧养老服务等。

去年，国家卫健委等 11 部门印发《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》，提出依托全民健康信息平台 and “金民工程”，建设全国老龄健康信息管理系统、全国养老服务信息系统，全面掌握老年人健康和养老状况，分级分类开展相关服务。《“十四五”健康老龄化规划》提出，发展老年神经、睡眠等监测与干预相关技术及产品，发展适宜居家、社区应用的老年健康促进评估、诊断、监测技术与产品。该委支持医疗卫生机构、企业、科研院所加强医工协同发展，研发老年人医疗辅助、家庭照护、安防监控、残障辅助、情感陪护、康复辅具等智能产品和可穿戴设备，提升产品的适老化水平，推进老年产品市场提质扩容，并发展健康管理与服务、健康检测与监测等智慧

健康养老服务。

国家卫健委表示，近年来，该委联合工信部、民政部实施智慧健康养老产业发展行动计划，连续多年发布《智慧健康养老产品及服务推广目录》，遴选出可穿戴健康管理类设备、便携式健康监测设备、自助式健康检测设备智慧健康养老产品，遴选出慢性病管理、互联网健康咨询等智慧健康养老服务。此外，该委将组织开展老龄健康医养结合远程协同服务试点，已确定两批共计 520 家试点机构，让老年人在医养结合机构即可获得远程医疗、慢病管理等服务。

[返回目录](#)

## 如何实现“养老”变“享老”？江西三地主官解锁养老新模式

来源：大江网

养老服务是一项重要的民生工程。近日，江西多地主官调研养老服务工作，他们如何推进当地养老服务工作？又对养老服务工作提出了哪些要求？

### 三地主官部署社会养老服务工作

养老工作是涉及千家万户的民生工作。伴随着我国人口老龄化程度的持续加深，传统的养老方式也面临着巨大挑战。如何让老人老有所养、老有所依？近期，江西多地主官对社会养老服务工作进行了全方位推进。

4月22日，鹰潭市月湖区委书记敖捷前往月湖新城医养服务中心建设工程、江边街道立新社区医养综合服务中心等地调研。敖捷说，

要加快推动项目建设，通过引进先进养老服务管理体系和医疗康复设备、技术等，不断夯实医养产业发展基础。

养老服务是与群众生活密切相关的民生热点，机构化、社会化养老是今后的发展趋势。4月24日，南昌市西湖区党委副书记、区政府区长杨燊主持召开区政府第8次常务会议，会议审议了区卫健委报送的《南昌市西湖区健康养老产业高质量发展三年行动计划(2023-2025年)(送审稿)》。

会议要求，相关责任单位要进一步增强使命感和责任感，积极探索推广智慧养老服务新模式，延伸养老服务链条，丰富养老服务内涵，推动全区养老服务事业高质量发展。

为切实做好当地养老服务工作，5月18日，九江市彭泽县委副书记、县长任佳佳调研全县养老服务工作。他先后深入沿江社区居家养老服务中心、钓鱼台社区居家养老服务中心，详细了解养老服务项目、运营模式、功能布局、配套设施及全县养老服务产业发展情况。

任佳佳指出，各地各部门要高度重视，坚持以人为本，心有大爱，怀揣责任，不断创新服务管理机制，加快推进养老服务体系建设和不断提升彭泽养老服务工作水平。

不难看出，江西三地主官积极应对人口老龄化，不断完善养老服务基础设施建设，优化养老服务功能，满足老年人日益增长的多层次、多样化健康养老服务需求，推进养老服务高质量发展。

**南昌西湖九江彭泽提出让“养老”变“享老”**

江西各地大力发展健康养老产业，是积极应对人口老龄化的现实要求，也是改善供给结构、扩大内需的有力抓手。

为推动养老事业多元化投入、多样化发展，南昌市西湖区以医疗床位、养老点位等人民群众急难愁盼问题为突破口，不断扩大养老服务有效供给。2022年，该区建成2个社区嵌入式养老院，建设3个社区居家养老服务站点及473张家庭养老床位，满足了人民群众日益增长的养老需求。

推进康养事业和康养产业高质量协同发展，力争在2025年初步形成覆盖全生命周期、特色鲜明、布局合理、内涵丰富的健康养老产业体系，是西湖区主官的执政目标。4月26日，西湖区委书记陶亿国主持第70次区委常委会(扩大)会议，会议指出，要坚持系统谋划、联动发展，促进康养产业与康养事业、康养服务与康养用品、高端养老与普惠养老等协调发展，加强区域合作和交流，落实全面放开市场相适应的健康养老服务综合监管制度。

与西湖区一样，彭泽主官对养老服务工作也十分重视。2019年以来，彭泽着力构建医养康养相结合的养老服务体系，彭泽首家医养结合养老机构于2020年正式营业。该养老机构实现医疗与养老资源有机结合、服务功能有效衔接，满足了老年群体养老服务需求，最大程度化解以往“养老不治病，治病不养老”的难题。

彭泽医养结合的一站式养老服务模式，不仅获得了老人们的关注，也受到家属的青睐。正如任佳佳所说，聚焦老年人所思、所愁、

所盼，着力构建居家为基础、社区为依托、机构为支撑、医养相结合的养老服务体系。

为有效应对人口老龄化，彭泽在不断完善居民养老福利保障体系的同时，大力发展养老事业。2022年，在九江市委、市政府的领导下，彭泽不断优化养老服务体系，整合成立8个区域性养老服务中心和3家医康养结合服务中心，让当地养老服务体系更加健全，满足社会各界多层次的养老服务需求。

从西湖彭泽两地主官的做法不难看出，两地将老年人健康放在重要位置，把现代医疗服务技术与养老保障模式进行有效结合，让老人“养老”变“享老”，真正实现老有所养、老有所医、老有所乐。

### **鹰潭月湖要求实现养老精准服务“零距离”**

面对不断增加的人口老龄化压力，传统的居家养老、社区养老、机构养老等养老模式已不能满足老年人的养老需求，鹰潭市月湖区探索出智慧养老服务模式，让传统的养老模式转向“智慧”养老模式。

近年来，月湖以智慧医养为核心，全面整合医疗和养老资源，构建“基本公共卫生+基本医疗服务+嵌入式医养结合”社区医养、康养相结合的服务格局，并将省级“安心养老”平台与社区网格化管理中心平台、智慧社区服务中心平台数据衔接，实现居家老人、社区以及机构的传感网系统与信息平台互联，让智慧养老实现智能化，实现智慧助老、智慧孝老。

月湖所有医养结合中心都建设了智慧烟感、智能感应灯、智能呼

叫等智慧应用，还将交通街道化工厂社区嵌入式居家医养服务中心打造成智慧社区医养照护示范点。

月湖养老服务工作取得如此成绩，离不开当地主官的不懈努力。今年3月12日，月湖区长方璐来到枫园社区、梅园社区供电南苑小区调研指导社区医养中心建设工作。在调研中，方璐称，要加快医养中心建设进度，确保工程质量，加大民生领域补短板力度，推进社区智慧养老平台建设，实现养老精准服务“零距离”。

可以看出，月湖区通过提供智能化、精准化、主动化的智慧养老服务，让养老模式多样化、人性化、高效率。智慧养老服务平台的搭建，推动了当地养老服务工作高质量发展。

[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  
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858