

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2024年第18期

(2024.04.29-2024.05.05)

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，直接跳转具体文章内容。)

### • 医院建设 •

▶ [一场研讨会，说透公立医院高质量发展如何炼成](#) (来源：广东省医院协会) ——第 7 页

【提要】自 2021 年国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》以来，公立医院正在朝着高质量发展方向稳步迈进。在此过程中，医院管理水平的重要性愈发凸显。拥有科学的管理思维、先进的管理工具，管理者方可在带领其所在医院或科室顺利转型，并拥有源源不断的发展动力。

▶ [吉林大学白求恩第三医院：建好“库” 临床研究有“底气”](#) (来源：中国卫生杂志) ——第 15 页

【提要】近年来，吉林大学白求恩第三医院(中日联谊医院)在国家重点研发计划、国家自然科学基金等基础研究项目上持续发力，取得了一定成绩。而在临床研究方面，仍存在较为明显的短板。大部分临床医务人员在求学阶段更多的是学习医学理论和基础实验方法，缺少系统性临床研究思维的训练，因此，很长一段时间以来，医院的临床研究以零敲碎打、单兵作战为主。为进一步提升临床研究水平，医院积极探索开展专病数据库建设，开发和应用健康医疗大数据，为开展临床研究提供有力支撑。

## • 地方精彩 •

### ▶ [县域医共体的医保基金总额付费怎么做？看看这些地方实践经验](#)

（来源：江西省医保局）——第 19 页

**【提要】**为了提高县域医疗卫生资源配置和使用效率，加快提升基层医疗卫生服务能力，推动构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序，切实解决广大基层人民群众看病难看病贵问题，非常重要的举措之一就是推进县域医共体的建设和发展。为此，近年来，国家和地方各级政府及其相关部门制定颁发了一系列支持县域医共体建设和发展的政策文件。

### ▶ [内蒙古：实现辅助生殖报销“零的突破”](#)（来源：健康报）——

第 28 页

**【提要】**随着经济社会高速发展、医疗技术迭代升级、就医需求个性化和多元化演变，社会大众对于医保待遇的期望值越来越高，将有更多优质的药品、医用耗材和医疗服务项目被纳入医保基金支付范围，更好满足人民需求。为进一步适应人口形势新变化、高质量发展新要求，内蒙古自治区医疗保障局将部分辅助生殖类医疗服务项目纳入医保基金支付范围，成为较早实现辅助生殖医保支付的省份之一。

## • 医保快讯 •

### ▶ [智慧医保，到底智慧在哪儿？](#)（来源：国家医保局）——第 32 页

**【提要】**目前，我国医保参保人数超过 13 亿人，定点医药机构数量

超过 95 万家，平均 1 天的医保结算量就高达 2100 万人次，2023 年跨省异地就医直接结算更是接近 1.3 亿人次。广大参保群众的就医信息涉及大量个人隐私，如何在提供高效医保服务的同时，保障群众的医保数据安全？智慧医保，正在让这一切悄然实现，并正给未来带来更多可能。

▶ [织密民生保障网，提升群众幸福感](#)（来源：中国医疗保险）——第 36 页

【提要】河南省郑州市医保中心自成立以来，牢固树立以人民为中心的发展思想，全面贯彻落实党中央和省、市关于深化医疗保障制度改革、加强经办体系建设的重大决策部署，以增强均衡性、可及性为出发点和落脚点，坚持“四级覆盖”“三位一体”“五化协同”发展目标，精心部署、精准施策、精细落实，全面织密新时代民生保障网，以为民造福的生动实践，助推医保经办事业高质量发展不断取得新成效。

### • 移动医疗 •

▶ [浅析移动医疗的发展现状及困境](#)（来源：联信志诚）——第 40 页

【提要】随着移动互联网的普及和科技进步，移动医疗作为一种新兴的医疗服务模式，逐渐进入了人们的视野。移动医疗，即通过移动设备提供医疗服务，包括在线咨询、远程诊疗、健康管理等。它不仅为患者提供了更加便捷、高效的医疗服务，也为医疗机构和医生提供了

更多的服务渠道。然而，移动医疗在快速发展的同时，也面临着一些困境和挑战。本文将对移动医疗的发展现状及困境进行浅析。

▶ [移动医疗的概念与发展趋势](#)（来源：MyComm）——第 43 页

【提要】移动医疗，或称为 mHealth，是近年来快速兴起的一种医疗科技应用，它利用移动通信技术，如智能手机、平板电脑和其他无线设备，提供医疗服务和健康管理的解决方案。移动医疗不仅改变了传统医疗服务的模式，还为患者和医疗服务提供者带来了前所未有的便利。

### • 中医药动态 •

▶ [明确定位推进中西医结合发展](#)（来源：中国中医药报）——第 46 页

【提要】“传承精华，守正创新”是中医药事业发展的根本遵循，深度推进中西医结合是践行“传承精华，守正创新”的有效路径。笔者认为，明确定位，以问题为导向提出行之有效的措施，才能事半功倍。

▶ [“五源三导”构建本硕博全环境育人新格局](#)（来源：中国中医药报）——第 49 页

【提要】当前，中医药事业迎来了蓬勃发展的新时期，如何在传承创新中提高中医药人才培养质量，因地制宜地服务新质生产力发展，是高校面临的重要课题。近年来，山东中医药大学党委坚持“以文化人、厚重基础、注重传承、勇于创新”的育人特色，整合山东省 16 地市

医教学研产资源，创建“五源三导”育人体系，“五源”即鲁源校地合作工程、医源贯通培养工程、杏源社会实践工程、田源学风建设工程和家源社区服务工程；“三导”是为每位学生配备思政、学业、临床三位导师。

## -----本期内容-----

### • 医院建设 •

#### 一场研讨会，说透公立医院高质量发展如何炼成

来源：广东省医院协会

日前，由广东省医院协会、健康界共同主办的“2024年公立医院高质量发展研讨会暨中国医院管理奖价值案例巡讲会(广州站)”成功举办。

自2021年国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》以来，公立医院正在朝着高质量发展方向稳步迈进。在此过程中，医院管理水平的重要性愈发凸显。拥有科学的管理思维、先进的管理工具，管理者方可在带领其所在医院或科室顺利转型，并拥有源源不断的发展动力。

始于2017年的中国医院管理奖(CHMA)，以“寻找最佳医疗实践，赋能中国医院管理”为评选宗旨，面向全国医院征集科学管理案例，发现医院管理标杆做法，赋能医院高质量发展，现已成功举办七季，每一季都吸引众多优秀医疗机构的广泛参与，产生了万千具有影响力的获奖案例，持续为公立医院高质量发展注入新动能。

自2023年开始，中国医院管理奖正式升级为“管理科学奖”医健领域医院管理类预选活动。“管理科学奖”每两年评选一次，是我

国管理科学领域内吸纳、展示、推广管理研究、管理实践成果的重要平台。中国管理科学学会医健专委会以中国医院管理奖金奖案例为遴选目标，定期向“管理科学奖”提报医健领域最具代表性的优秀案例。

如今，第八季中国医院管理奖即将正式启动。本季评选将继续关注医院管理的热点问题和前沿趋势，鼓励创新思维和实践探索，为医疗机构提供切实可行的解决方案，为推动中国医院管理的持续发展贡献力量，同时，将进一步发挥评选的导向作用，引导医疗机构和医务人员不断提升自身的管理水平和专业素养。

从实践走到案例不是终点。案例背后的总结与研究，才能更大程度凝练中国医院管理智慧。基于此，健康界特别策划“2024年公立医院高质量发展研讨会暨中国医院管理奖价值案例巡讲会”，旨在通过传播凝结医院管理智慧的优秀实践案例，推动中国医院在现代医院管理制度建设上的行稳致远。

本次“2024年公立医院高质量发展研讨会暨中国医院管理奖价值案例巡讲会(广州站)”活动在广东省医院协会副秘书长潘晓雷、南方医科大学顺德医院院长沈洁、中山大学肿瘤防治中心副院长刘卓炜、广州市红十字会医院院长黄逸辉的主持下展开，不仅有《如何写好管理案例》的实战课程、往期获奖案例分享，还有结合优秀案例谈医院管理经验的专题讨论，给与会者带来满满干货。

“升级为‘管理科学奖’后，标志着中国医院管理奖提升到了一

个新高度。”沈洁在开场时表示，当前对于医疗机构而言，管理队伍的建设显得尤为重要。在她看来，医院管理者不仅要注重做出管理成效，还应该学会通过管理案例的提炼呈现管理创新、分享管理经验，从而更好地助力于公立医院高质量发展。

## 1 堂案例写作课、4 位获奖者亲身传授

### 手把手教会如何写管理案例

健康界平台运营中心总经理陈晓月在以《如何写好管理案例》为主题的演讲中指出，个体或者科室的经验往往是抽象、零散、隐性的，通过结构化的案例传达出医院自身的管理理念、知识体系，对于经验的有效分享至关重要。

她介绍，健康界结合既往征集上来的年均约 3000 份、累计约 22000 份案例，发现后续需要注意规避的一些常见问题是：重描述、轻分析，重全面、轻特质，重姓名、轻职责，重成绩、轻数据，重专业、轻逻辑，重理论、轻实践。她表示，健康界希望通过知识萃取的辅导，帮助更多医院通过案例形式，更好地呈现智慧的结晶，让优秀实践被更多人看见。

佛山市第一人民医院院长姜骏在以《飞检态势下院内医保基金监管全流程管理》为主题的案例分享中指出，医保资金的监管主要涉及医疗行为、物价、支付是否规范三个方面的问题，其中“医疗是该不该做的问题，物价是该不该收的问题，支付是该不该报的问题”。

“医保资金的监管是一个多部门协同管理的闭环过程”，姜骏介绍，在此过程中，该院把 65 个临床科室、19 个医科科室涉及的相关问题进行地毯式排查，梳理出各科室常用的一些医疗服务收费项目，对它们的内涵要求、涉嫌违规的项目进行汇总，做了根因分析，提出解决方案。

通过多部门协作方式进行一段时间改进后，该院理顺了部门职责、提高了监管效果、杜绝了部门推诿、解除了临床问题、助力了减亏增效。同时，实现了医院、医保、患者三方共赢，助力了医院的高质量发展。

昆明医科大学第二附属医院副院长赵宁辉在以《国家重点临床专科的建设及管理》为主题的案例分享中，介绍了该院以高水平的临床诊疗中心和应用开发基地、高水平的临床诊疗中心和应用开发基地、高水平的学术合作交流平台，和高水平的基础研究与科研成果转化推广平台为组织保障，通过优化临床布局、加强科研建设、创新培养机制，进行国家重点临床专科建设的经验。

以泌尿外科建设为例，该院紧密结合该领域重点疾病的发展现状和趋势，研究提出重点研究任务；搭建专业化的泌尿外科疾病研究公共服务平台，培育专业领军人才、学科带头人和技术骨干；搭建协同研究平台，组织大规模、多中心、高质量的临床研究，开展新技术评价研究和转化医学研究；制定诊疗技术规范，开展基层医师的技术培

训，建立泌尿微创诊疗技术的推广机制。

在此过程中，该院基于 DRG 的理念，充分发挥其在医疗服务的能力、质量、效率，以及医疗安全、费用控制等方面的作用，极大地提高科室运行效率。与此同时，根据 SWOT 分析的结果，制定科室乃至整个医院的长期发展战略，包括如何利用优势、应对劣势、抓住机会、抵御威胁等。

中山大学肿瘤防治中心绩效专员张宇杰在以《高质量发展下公立医院绩效分配实践探索》为主题的案例分享中，介绍了中心在绩效改革工作中的主要方向：从底层意见看，重点解决群众反映的不公平不协同的问题；从顶层设计出发，确立了工作、管理、教学、科研等四维度的绩效激励体系，四个维度各司其职，以支撑全方位协同发展；在具体方案上，对于工作绩效，聚焦于员工普遍关注的系列间差异、层级间差异及考核等三个困难问题。

据介绍，在工作绩效激励体系的改进中，中心首先从文化出发，通过顶层设计与问卷调查等方式，确立了各个科室、系列的综合系数，以体现横向差异；其次，研究院与人事等部门协同，打破职称体系，建立了一套体现知识价值和岗位风险的绩效岗位体系；再次，融合多种管理工具，根据不同系列特性，选取适合的考评和分配办法，具体指标上按“国考”导向设计。进而，建立了符合中心特色的三维绩效激励新模式。

此外，对于部分重点工作，中心设置专项激励，采用主体和重点工作激励相协同的方式，促进整体导向与重点工作齐头并进。

中山大学孙逸仙纪念医院药学部副主任邱凯锋在以《超而有度——基于EBM证据分级体系的超说明书用药评价与管理》为主题的案例分享中介绍，广东省药学会早在2010年在牵头编写的一部关于超说明书用药行业规范性共识中，较早地提到了超说明书用药应该满足的条件：在影响患者生活质量或危及生命的情况下，无合理的可替代药物，不是用于实验研究，要有合理的医学实践证据等；到了2014年，学会在再次牵头编写的医疗机构超说明书用药管理专家共识中，明确了医疗机构的规范化管理流程，包括超说明书用药应该经过药事会审批，必要的时候经过伦理会审批等。

两个共识中均提及超说明书用药要有合理的医学实践证据，以及药学部门要根据这些实践证据进行初审。那么，何为合理的医学实践证据？药学部门该怎么判定？超说明书用药的安全性该如何评估？邱凯锋表示，他所带领的团队正是基于这些问题进行了超说明书用药评价与管理工作的构建。归纳而言，就是围绕循证医学的证据分级体系进行超说明书用药评价，规范超说明书用药、保障患者的用药安全与疗效。

十年磨剑终成锋，一朝破竹势如虹。经过10余年沉淀，该案例最终在第七季中国医院管理奖评选中斩获“药学管理主题”金奖。

## 1 场专题讨论，8 位管理者现身说法

### 畅谈医院管理实战经验

在专题讨论环节，8 位医院管理者结合上述专题报告及优秀案例畅谈医院管理探索经验，给与会者带来诸多启发。

首先，高州市人民医院副院长林万里分享了一种对于地市级医院较为合理的发展思路：在资源有限的情况下，尽可能集中全院力量，发展一、两个专科学科，然后以此带动整个医院的发展。而对于重点发展学科的选择，他建议以慢病为主，比如可以选择心脑血管、肿瘤等半径较长的学科。

广州医科大学附属肿瘤医院党委副书记陈冬平则先讲述了一个实践案例：腹膜癌是较为罕见的恶性肿瘤，晚期患者的生存期很难预测。为了取得治疗的突破，该院组建团队通过动物的实验、设备的创新等，形成了腹腔热灌注技术，对于全国腹膜癌的治疗起到了引领作用。他结合这样的一个案例指出，各家医院只要找到自己的创新优势，并以“十年磨一剑”的精神耐心沉淀，一定能找到促进公立医院高质量发展的突破口。

海南省人民医院副院长李亚清指出一个问题：公立医院绩效考核的确在公立医院高质量发展中起到指挥棒的作用，但是如今不少医院在应对“国考”过程中，面临着内科、外科平衡发展的问题，有待进一步解决。他还表示，医院在建设分院区并将其纳入“国考”过程中，

量提升的同时更要保证质，才能取得好的成绩。

公立医院该如何开源，从而找到更好的生存之道?广东省第二人民医院副院长刘红梅结合自身实践得出一个观点：真正能为医院带来结余的，是健康管理、医美，辅助生殖等消费型医疗项目。据介绍，该院通过引入比如“糖尿病逆转”的新生产力，不仅给患者带来了福音，也给医院带来了更好的运营效益，助力医院健康和可持续发展。

广州医科大学附属中医医院副院长陈全福指出，管理的要义不是控制，而是凝聚人心。他介绍，该院在绩效改革工作中，把握住的核心原则是：有升有降，绩效向核心岗位倾斜，“在此过程中，不仅要分蛋糕，还要做大蛋糕，两者要同时进行”。

广州市荔湾中心医院副院长谢长春表示，该院以往也会引进一些知名的专家学者做学科带头人，但是最后发现，能否使得他们发挥预期作用，关键在于医院是否抓好自身定位。他介绍，该院的慢病管理中心运行十多年以来，在全国已经小有名气。医院以此作为基础带动所有学科发展，取得了不错的运营效益。

广东三九脑科医院副院长林涛介绍，该院作为一家企业医院，优点在于机制灵活。医院多年来以业绩目标为主导进行发展，目前基本上已经达到业务量封顶的状态。据他透露，在此背景下，今年该院的主要方向是强调专业化，首先是梳理每个科室的强项进行重新命名。

广西中医药大学附属瑞康医院医务部部长郑东林介绍，该院主要

通过中西医结合特色吸引病人，也通过发挥好中西医结合人才的优势，输出新的学术思想、形成特有的学术流派。同时，通过中医特有的优势专科建设，产生出相应的科研成果，促进医院高质量发展。

“科学有效的管理是一种强大的生产力”，广州市红十字会医院院长黄逸辉在最后总结时表示，在当前背景下，医疗机构应当以公立医院绩效考核为指挥棒，以等级医院评审为抓手，不断做好内涵建设。与此同时，通过相互借鉴、取长补短、共同进步，持续提升医院的管理效率，推动医院向着高质量方向发展。

[返回目录](#)

### **吉林大学白求恩第三医院：建好“库” 临床研究有“底气”**

来源：中国卫生杂志

近年来，吉林大学白求恩第三医院(中日联谊医院)在国家重点研发计划、国家自然科学基金等基础研究项目上持续发力，取得了一定成绩。而在临床研究方面，仍存在较为明显的短板。大部分临床医务人员在求学阶段更多的是学习医学理论和基础实验方法，缺少系统性临床研究思维的训练，因此，很长一段时间以来，医院的临床研究以零敲碎打、单兵作战为主。为进一步提升临床研究水平，医院积极探索开展专病数据库建设，开发和应用健康医疗大数据，为开展临床研究提供有力支撑。

医疗数据利用更高效 2014年，大数据被首次写入政府工作报告。

此后，《关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》《新一代人工智能发展规划》等相关国家政策文件相继出台，健康医疗大数据应用发展被纳入国家大数据战略布局。

医疗机构无时无刻不在产生和积累着医疗数据。海量的医疗数据对于临床研究具有重要意义，不仅能够帮助研究者提升发现、分析和解决临床研究问题的能力，还能优化、创新和变革临床研究活动。然而，对于小团队研究者或单个科室而言，获取、加工、使用、管理和评价分散于各科室临床实践中的医疗数据，是一项极具挑战性的工作。医疗数据分散和连接不紧密、临床研究数据利用不完善、医院临床研究支撑不足等，均制约着临床研究的发展。

通过合理的顶层设计和有组织的研究规划，以及确立明确的使用方法和规则逻辑，专病数据库可以便捷、高效地对海量医疗数据进行集纳和开发。同时，专病数据库还可助力医院开展可推广的、多团队广泛协作的前瞻性队列临床研究，促进医院现代化管理，更好地为人民健康保驾护航。

临床研究开展有保障医院围绕高水平研究型医院的建设目标，设立工作小组，由医院党政负责人共同决策并进行顶层设计，院长任组长负责组织设计，分管临床研究的副院长任副组长负责具体实施，医院临床研究管理部、医务部、财务中心等多个行政部门和临床高峰学科负责人担任组员，临床高峰学科负责具体专病数据库建设，行政部

门负责组织、协调和保障。目前，医院共建立了 19 个临床研究团队，团队成员共 105 人，提供辅助支持的行政和业务科室人员共 71 人。

医院建立周例会学习制度，每周举行一次临床研究建设推进活动，引进如数学、生命科学、流行病学和统计学专家等院外多学科专家来院指导，教授临床流行病与统计知识，交流专病数据库建设经验和临床研究项目开展情况。

医院设立临床研究引导项目以及研究成果激励计划，吸引医务人员围绕专病数据库转移研究重心、设立研究目标。医院为开展专病数据库建设的临床研究团队提供配备临床研究助理的经费，保证有专人协助临床团队开展研究工作，以缓解临床医生的工作压力。

医院将 HIS、LIS、PACS 等多个临床业务系统中的数据进行集成清洗和整合，建成智能知识中台，对全院医务人员开放，供医务人员查询和进行研究设计。医务人员可根据权限获取相应数据，开展“临床回顾性数据+前瞻性专病数据”双向队列研究。

数据库建设由点到面在试点学科阶段，医院将心血管内科的医疗数据转化为可利用的智慧专病数据库，结合具体临床研究问题，对数据进行收集、清理、智慧采集和校正，每月一汇报，每季一总结。基于建成的专病数据库，心血管内科目前已组织并发起临床研究 42 项、临床试验 23 项，还通过对海量医疗数据的系统分析，明确了 3 个稳定的临床研究方向。

在模式扩大复制阶段，医院根据心血管内科专病数据库的试点经验，在充分论证的基础上，组织 9 个学科复制该模式，力求成熟一个，建设一个，最终由点到面扩展到全院所有学科的专病数据库建设，推动临床研究和基础研究的双向转化。

专病数据库一期交付阶段，医院在全院数据中心的基础上适配临床研究场景构建了“临床研究型高质量数据集”，对诊断、检验、用药等临床研究型数据按病种进行归一化和标准化处理，并根据临床研究需求形成专病数据模型，为后续支持各种维度的检索、归纳、分析打好基础。目前已经交付使用的有肺癌、胃癌、神经垂体瘤、脑梗死等 10 个专病数据库，每个专病数据库根据疾病特点设置需要的变量，每个专病数据库都设有 500 个以上的变量，为相关学科人员开展前瞻性队列研究提供数据支撑。

临床研究数量持续攀升专病数据库的建设，让既往繁杂的医疗数据发挥了巨大价值，助力医院开展临床研究，临床研究成果还可进一步指导临床实践。

医院专病数据库建成后，极大地调动了医务人员开展临床研究的积极性和主动性，相比于其他类科研项目，临床研究项目申报数量和伦理委员会审查项目数量每年环比上升 30%，目前已经占医院总体科研项目数量的 50%。

随着专病数据库建设的不断推进，医院临床研究管理部和相关部

门也在不断更新完善相应的管理办法，伦理委员会的审查水平和审查频率也得以进一步提升，为医院开展有组织的临床研究，申报国家重点研发计划等高水平科研项目奠定坚实的基础。

[返回目录](#)

## • 地方精彩 •

### 县域医共体的医保基金总额付费怎么做？看看这些地方实践经验

来源：江西省医保局

为了提高县域医疗卫生资源配置和使用效率，加快提升基层医疗卫生服务能力，推动构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序，切实解决广大基层人民群众看病难看病贵问题，非常重要的举措之一就是推进县域医共体的建设和发展。为此，近年来，国家和地方各级政府及其相关部门制定颁发了一系列支持县域医共体建设和发展的政策文件。

此前，为患者的疾病诊治所提供的一次完整且连续的医疗服务通常都是在一个医疗机构内完成。正因为如此，医保部门通常都是与单个医保定点医疗机构进行医保费用结算。

随着县域医共体这一新型医疗卫生资源组织形式的推出，理想状态下，对于一个发展成熟的县域医共体来说，出于成本和收益方面的考量，一些疾病的诊治将可能不再是自始至终由某一个成员单位来独

立完成，而是由县域医共体内各成员单位相互配合协作，通过提供一系列整合型、接续性医疗服务来完成，包括：药品和医用耗材统一采购配送管理、检查检验的结果互认或者由县域医共体内部的医学检查检验中心统一完成、急慢分治、双向转诊，等等。因此，医保基金的结算对象客观上需要由原来的单个医疗机构转变为县域医共体。为此，国家卫健委、国家医保局等 10 部门在联合印发的《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》（国卫基层发〔2023〕41 号）中提出对紧密型县域医共体实行医保基金总额付费。

目前，许多地方积极开展了对县域医共体实行医保基金总额付费的实践探索工作，主要包括总额预算、支付方式、年终清算、待遇保障等内容。

### ——总额预算

整体上看，地方的实践基本上都对县域医共体开展了医保基金总额预算工作，对其成员单位则不再另外进行年度总额预算。但在具体的实施路径和操作策略上，各地又各有不同。主要有如下 5 种情况：

第一种是只将门诊医保基金对县域医共体实行医保基金总额预算，而住院医保基金则是在统筹区范围内实行总额预算，不再将其细分到县域医共体及其他医疗机构。比如：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。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,分配比例可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。

第二种是按人头对县域医共体计算确定医保基金预算额,并与DRG/DIP支付方式相衔接。比如:福建在《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,某医共体打包医保基金预算= $\Sigma$ (该医共体上年末各年龄段参保人数 $\times$ 对应年龄段人均打包基金标准) $\times$ 区位调节系数。同时规定,参与开展DIP试点的医共体,从医共体打包医保基金预算中,按该医共体纳入区域点数法与按病种分值付费(DIP)项目的预算金额,划入DIP总额预算。第二年度起,按其上一年度从DIP总额预算中所得数额和DIP总额预算增长率计算划入DIP总额预算,并按DIP试点办法参与分配和计算应得数额。

第三种是按家庭医生的签约人数确定医保基金总额预算额,并先从门诊开始起步,再逐步扩大至其他医疗类别。比如:天津在《关于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,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。人头总额核定办法则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。

第四种是根据县域医共体内各成员单位上年度医保基金结算支付总额,适当考虑医疗费用增长因素,计算确定县域医共体的医保基金预算额。比如:江西在《推进紧密型县域医疗卫生共同体医保支付方式改革实施方案的通知》(赣医保发〔2022〕23号)中规定,以医共体范围内定点医疗机构上年度医保基金结算支付总额,参照前三年医保基金结算支付增长幅度,适当考虑医共体医疗服务数量增幅,增长幅度应控制在统筹区医保基金收入预算增长幅度以内,确定年度医共体医保基金“打包”总额。

第五种是在统筹区医保基金总额预算基础上,先计算确定县域医保基金年度预算额,再根据县域医共体的具体情况通过协商谈判确定县域医共体医保基金年度预算额。比如:广西在《推进紧密型县域医疗卫生共同体医保支付方式改革实施方案》(桂医保发〔2023〕24号)

中规定，以统筹地区上年度收支决算为基础，综合考虑该年度收入预算、重大政策调整和医疗服务数量、质量、能力等因素，参照前三年医保基金支出增长幅度，确定统筹地区医保基金预算总额后，综合县域医保基金收支结余及其在统筹地区医保基金支出占比等情况计算县域医保基金年度预算。以县域医保基金年度预算为基础，综合考虑医共体服务人员数量、年龄、健康状况及医疗服务质量等情况，通过协商谈判合理确定各医共体医保基金“打包”总额。

### ——支付方式

从目前已出台县域医共体医保支付方式改革文件的地方来看，对县域医共体的医保支付适用政策，基本上还是原来针对单个医疗机构的医保支付政策的复制粘贴，比如，在相关政策文件中规定，对县域医共体内的住院医疗服务主要按 DRG/DIP 付费；对长期住院的慢性病、精神病、康复等患者，主要按床日付费；对门诊医疗服务，探索结合家庭医生签约服务，主要按人头付费，等等。

目前，由于在县域医共体内发生的疾病诊治绝大多数还是在某一个成员单位内完成，上述规定基本上可以满足常态情况下的医保支付需要。但不可否认，县域医共体各成员单位是一个服务、责任、利益、管理的共同体，随着县域医共体建设的持续推进以及不断成熟，在医保基金对县域医共体实行总额付费的条件下，其理性行为必然是在保证医疗服务质量、符合诊疗规范的前提下，通过整合优化县域医共体

内部的医疗资源配置，以有效降低医疗服务成本，从而实现医疗服务收益的最大化。其举措之一就是，根据县域医共体各成员单位之间不同的医疗服务比较优势，相互协同配合，从而为疾病诊治提供整合型、接续性的医疗服务。基于此，一个疾病在不同的医疗阶段就有可能是在县域医共体内部不同的成员单位完成。

但从目前各试点地区出台的政策文件来看，对县域医共体各成员单位所提供的整合型、接续性的疾病医疗服务并没有明确具体的医保支付政策规定，比如：一个需要住院手术的疾病，如果手术在县域医共体内的县级医院完成，而后续的康复阶段在县域医共体内的乡镇卫生院进行；或者，入院前的检查检验和临床观察在基层医疗机构完成，针对性治疗在县级医院完成，后续的康复、护理等又在另一家县域医共体内的基层医疗机构完成，等等。对于上述情况，医保支付政策显然需要明确，是按照一次疾病诊治进行付费，还是按照多次疾病诊治分别付费（目前，除了浙江省明确规定，“对在医共体内实现基层首诊、双向转诊的住院参保人员，视为一次住院，不再重复计算起付线，起付线按较高等级医疗机构标准确定”，其他地区大都语焉不详）？在医保费用结算或者基金监管中算不算分解住院？如果按照一次疾病诊治来计算医保支付额，那么在实行 DRG/DIP 付费地区，其医保支付标准如何确定？另外，在基层医疗机构已完成的检查检验，需不需要在县级医院重新进行？如果不再重新进行，算不算减少服务内容？是否

符合诊疗规范?如此种种，不一而足。如果医保支付政策对此没有明确规定，必然会给实际操作带来了一些不必要的困扰和疑惑，不仅会影响医保基金的顺利结算，也会影响分级诊疗工作的顺利推进。

### ——年终清算

从地方实践来看，医保基金年终清算工作通常都是将县域医共体作为一个结算单位，与牵头医院开展县域医共体的医保基金年终清算工作，多数地区建立了“结余留用，合理超支分担”的激励约束机制。但在具体实施上，各地的做法又稍有差异。具体来说：

一种是省级医保部门仅确定结余留用和超支分担的基本原则，具体的留用或分担比例则由统筹地区医保部门规定。比如：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，统筹区医保基金年度清算出现结余或超支的，应在分析原因、厘清责任的基础上，由医疗机构和医保基金按一定比例留用或分担。适当留用和分担的比例可由各统筹区自行设定并动态调整。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，对当年医保打包基金超支部分，由医保部门、医共体双方共同分析，理清职责，协商确定合理超支的金额和分担比例。因医保待遇政策、医疗服务价格调整导致基金超支的部分，根据医保基金结余情况，从预留的风险基金中支付给医共体；减少基金支出的部分，留归医共体。

另一种是省级医保部门对结余留用和超支分担的比例做出明确规定。比如：江西在《江西省推进紧密型县域医疗卫生共同体医保支付方式改革实施方案的通知》（赣医保发〔2022〕23号）中规定，年度结算医疗费用超出医共体年度“打包”总额的10%以上部分，医保基金不予分担，由医共体自行承担；超出总额低于5%的，医保基金分担80%；超出5%低于10%（含）的，医保基金分担60%；超支分担实行分段累计计算。年度结算医疗费用结余超医共体“打包”总额15%（不含）以上部分，对超出规定比例部分全部返还统筹基金。结余比例低于10%的，按80%医共体留用；结余比例达到10%但低于15%的，按60%医共体留用；结余留用实行分段累计计算。广西在《广西壮族自治区推进紧密型县域医疗卫生共同体医保支付方式改革实施方案》（桂医保发〔2023〕24号）中规定，结余留用资金原则上不得超过医共体“打包”总额的15%，执行集中带量采购药品耗材政策的结余留用费用不再重复计算。结余留用资金比例及具体考核办法由各地医保部门另行制定。超出医共体“打包”基金年终实际总额10%以上的部分，医保基金不予分担，由医共体自行承担；超出总额低于5%（含）的，医保基金分担80%；超出总额高于5%低于10%（含）的，医保基金分担60%；超支分担实行分段累计计算。

还有一种做法则是规定结余全部留用、超支自行承担。比如：四川在《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体医疗保障管理改革的意见

(试行)》(川医保发〔2020〕11号)中作出规定,结余部分作为医疗服务性收入归医共体所有,用于医疗卫生事业发展,超支部分由医共体自行承担。

### ——待遇保障

参保群众在县域医共体成员单位接受医疗服务,通常都是根据县域医共体成员单位的不同等级享受差别化的医疗费用报销政策。对在医共体内实现基层首诊、双向转诊的住院参保人员,在起付线的计算上,各地基本上都是按照国家的政策规定执行,即:“对符合规定的转诊住院患者连续计算起付线”。只不过,各地作了进一步的细化。比如:浙江规定,不再重复计算起付线,起付线按较高等级医疗机构标准确定;江西则进一步规定为,对医共体内实现基层首诊、双向转诊的住院患者不再重复计算和收取住院起付费用。下一级医院转向上一级医院住院治疗的,仅交纳两级医院起付标准差额部分,即合并计算住院起付线。上一级医院转向下一级医院继续康复住院治疗的,不再交纳下级医院住院起付标准费用,即免住院起付线。

目前,稍显不足的是,对接受接续性医疗服务的参保群众在县域医共体内不同成员单位之间所产生的医疗费用,其费用报销政策各地并未作出明确规定,从而有可能给实际的医保经办工作带来困扰。笔者认为,有必要进一步作出明确规定。具体来说,就是明确规定如下:

一是属于同一住院治疗过程的疾病患者,接受县域医共体内不同

等级医疗机构整合型接续性医疗服务的，分段计算费用报销比例。

二是对非急性发作期需要长期住院的精神类、护理类、康复类等疾病医疗或者在门诊进行诊治和处方服务(包括普通门诊和门诊慢特病)的患者，根据县域医共体内各成员单位的不同等级享受差别化的待遇报销政策。

### ——小结

综上所述，为了助推县域医共体建设和发展，各地医保部门按照国家的统一部署，制定出台了一系列积极且有效的医保支持政策，贡献了医保力量。但是，我们也必须清醒地认识到，随着县域医共体建设的深入推进，适应县域医共体发展要求的医保支持政策需要因时而变、因需而变，通过不断完善医保制度，持续改革医保支付政策，从而推动医改工作进一步向纵深发展。

[返回目录](#)

## 内蒙古：实现辅助生殖报销“零的突破”

来源：健康界

2021年，国家医疗保障局、财政部印发《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》。根据《意见》，医保基金支付范围包括以准入法和排除法确定的药品、医用耗材目录和医疗服务项目支付范围。国家统一制定国家基本医疗保险药品目录，各地严格按照国家基本医疗保险药品目录执行。

随着经济社会高速发展、医疗技术迭代升级、就医需求个性化和多元化演变，社会大众对于医保待遇的期望值越来越高，将有更多优质的药品、医用耗材和医疗服务项目被纳入医保基金支付范围，更好满足人民需求。

目前，中国人口保持低速增长态势，生育率处于较低水平。生育率水平与社会、经济、文化、技术发展等方面因素相关，其中不孕不育成为部分夫妻达成生育意愿的阻碍。2021年发布的《柳叶刀中国女性生殖、孕产妇、新生儿、儿童和青少年健康特邀重大报告》显示，我国不孕发病率从2007年的12%增加到2020年的18%。辅助生殖技术可以帮助不孕不育夫妻实现妊娠生子的愿望，由此引发的家庭问题也将随之得到解决。同时，辅助生殖技术也可以阻断相关遗传病的传递，是实现优生的重要手段。

为进一步适应人口形势新变化、高质量发展新要求，内蒙古自治区医疗保障局将部分辅助生殖类医疗服务项目纳入医保基金支付范围，成为较早实现辅助生殖医保支付的省份之一。

### **规范项目管理**

过去，辅助生殖类医疗服务项目主要按照操作步骤、技术规范进行立项，导致项目数量多、无法充分体现服务产出导向。

2024年，自治区医保局按照国家医保局发布的《辅助生殖类医疗服务价格项目立项指南(试行)》，结合当地项目管理实际，在充分

调研、征求临床医生意见的基础上，坚持以服务产出为导向、以医疗人力资源消耗为基础、以技术劳务与物耗分开为原则，通过项目新设、项目合并和调整使用范围等方式，将原有的 37 项辅助生殖类医疗服务项目调整为 12 项。

在此基础上，自治区医保局进一步规范项目管理相关办法，厘清医疗机构成本要素、不同应用场景加收标准等问题，使得新版项目更加适应临床诊疗、更加便于评价监管。

### 合理调整价格

过去，辅助生殖类医疗服务项目由医疗机构自主定价。这导致项目价格差异较大，居民普遍反映部分项目价格偏高、费用负担较重。

为规范项目价格、降低居民费用负担，2024 年，自治区医保局决定将辅助生殖类医疗服务项目价格由“市场调节价”调整为“政府指导价”。

自治区医保局基于历年数据，通过实地调研、座谈交流等，对每个项目每个环节的操作流程、时长、人力消耗、物耗等要素开展详细测算，合理制定项目价格。

同时，自治区医保局对部分项目累加收费作了最高限价，进一步减轻不孕不育人群费用负担。例如，调整后，组织/体液/细胞冷冻项目每管每次收取 1300 元，3 管及以上收费最高不超过 3900 元；组织/体液/细胞冷冻续存项目每管每月收取 125 元，2 管及以上续存收费

每月最高不超过 200 元。

### 纳入医保报销

在推动辅助生殖类医疗服务项目规范管理、大幅降价的同时，自治区医保局进一步优化生育支持政策、提高医保待遇水平。

自治区医保局深入开展调查研究，全面了解辅助生殖技术发展、居民需求、费用负担、基金承受能力、医疗机构管理等情况。经临床专家评审论证、基金支出测算、广泛征求意见、报国家医保局备案等程序，自治区医保局将技术成熟、安全可靠、费用可控的取卵术、胚胎培养、胚胎移植等 8 项辅助生殖类医疗服务项目纳入医保基金支付范围，实现辅助生殖类医疗服务项目报销“零的突破”。

考虑到辅助生殖类医疗服务项目多在医疗机构门诊开展、无需住院，自治区医保局提出对相关项目实行单行支付，门诊就医即可报销，且不设起付线；职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险遵循“多缴多得”的制度安排，报销比例分别为 70%、50%。

据测算，相关项目被纳入医保后，自治区每年将有近 7000 个不孕不育家庭受益。

[返回目录](#)

## • 医保快讯 •

### 智慧医保，到底智慧在哪儿？

来源：国家医保局

目前，我国医保参保人数超过 13 亿人，定点医药机构数量超过 95 万家，平均 1 天的医保结算量就高达 2100 万人次，2023 年跨省异地就医直接结算更是接近 1.3 亿人次。

广大人民群众如此庞大的医保服务需求，如何更好满足？

参保群众异地就医，涉及参保地、就医地不同的医疗机构、不同的医保政策和不同的医保基金池。如何让过去人工需要多个工作日才能办理的纷繁复杂的结算过程在几秒内快速完成？

医院挂号、缴费窗口前人头攒动，长长的队伍中弥漫着焦躁不安的氛围。如何让广大患者及家属在自己手机上就能实现一键挂号、一键支付，告别排队烦恼？

广大参保群众的就医信息涉及大量个人隐私，如何在提供高效医保服务的同时，保障群众的医保数据安全？

智慧医保，正在让这一切悄然实现，并正给未来带来更多可能。

#### 什么是智慧医保？

智慧医保，泛指利用大数据、云计算、区块链、人工智能等现代信息技术手段，赋能医保及相关领域的改革、管理、服务，促进医保、医疗、医药协同发展和治理的思维方式、工作模式和实践操作。

通过智慧医保，我们能够让纷繁复杂的结算过程在几秒内快速完成、告别医院挂号、缴费窗口排队烦恼、保障就医信息和医保基金安全。同时，推动整个医保体系的现代化进程，为参保群众提供更加便捷、高效、优质的医保服务。

### 智慧医保应用的“黑科技”

智慧医保建设背后，有众多“黑科技”在提供支撑，这些技术不仅推动了医保体系的现代化，还提高了医保服务效率和质量。

#### (一)可信支付，医保看病迈入无感结算新时代

通过医保、医院、银联信息系统的互联互通，融合“医保+互联网+信用”支付，成功实现银行根据参保群众医保缴费情况授予信用额度，直接用于医保结算。这一创新不仅让参保群众享受“看病缴费零排队、住院办理免押金、出院回家无感结算”的便捷服务，更提升了医保服务的效率 and 安全性，为医院和参保群众带来了极大的便利。

#### (二)大数据破藩篱，药品追溯码筑医保安全新防线

运用大数据打通药品生产、流通、使用等各环节的信息壁垒，促进医保、医疗、医药联动创新药品监管方式，实现对药品全生命周期的精准监管。这一过程中，每一盒药品都拥有唯一的“身份证”，确保了药品来源的透明和可追溯。这种智慧医保的监管方式，不仅提高了医保药品的监管效能，更有效地解决了药品套购、虚假住院、开单提成骗保等三大难题，为参保群众的健康安全提供了坚实保障。

### **(三) “眼见”即“真”，视觉识别技术重塑医保体验**

视觉识别技术如同一只无形的手，悄然改变着医保服务场景。从医保身份认证到自助结算，从智能导诊咨询到移动支付，只需轻轻一扫脸庞，即可畅通无阻地完成就医、购药支付流程。这种革新极大地简化了就医步骤，提升了服务质量，也让智慧医保真正触手可及。

### **(四) 云端聚力，医保从卡时代步入码时代**

依托于云计算技术的强大后盾，全国统一的医保信息平台全面建成，为医保服务由卡变码“码上办”提供了坚实的支撑。医保码(医保电子凭证)是全国医保线上业务唯一身份凭证，全国通用、安全可靠、方便快捷、应用丰富。这一变革不仅简化了传统的医保办理流程，让参保人享受到更为便捷的服务，更在海量数据的处理与实时响应上实现了质的飞跃。如今，只需通过一部手机，轻轻一扫，即可完成医保信息查询、费用报销、医疗机构查询、药品查询等操作，大大提升了医保办事效率。目前，全国所有省(区、市)和新疆生产建设兵团均已支持医保码就医购药，接入定点医药机构超过 80 万家。

### **(五) 智审慧结，AI 驱动医保风控升级**

人工智能与机器学习技术携手，为医保基金结算开启了一扇智能审核的大门。它们赋予计算机洞悉复杂数据的能力，精确锁定潜在风险交易，有效降低人工审核压力，大幅提升审核准确率与工作效率。不仅可以有力保障医保基金的安全合理使用，也能进一步优化参保人

的实际服务感受。目前，全国所有统筹地区均已上线医保智能监管子系统，全面开展经办智能审核。

### **(六)数据赋能，智慧医保为每一个人的健康贡献力量**

数据要素在医保领域的赋能作用尤为凸显。数据资源共享和互联互通，打破了医保、医疗、医药领域的信息壁垒，实现了数据要素的高效整合与共享。

通过建立互联互通的数据平台，实现看病就医、药品采购、医保报销等信息的实时交互与联动，努力破解长期存在的“信息孤岛”问题，让参保人享受到更精细、更智能的医保服务。

### **智慧医保，未来更可期**

随着技术的不断发展和创新，智慧医保正逐步迈向一个全新的时代。未来，各种医疗设备将紧密相连，实现实时的医保监测与数据传输，为医生和护理人员提供精准、快速的数据支持，让他们能够更高效地完成诊断治疗与护理照料工作。

同时，大数据分析技术的运用，将为我们建立起以医保码为基础的全民健康档案，全面记录每个人的健康状况与医保行为，为个性化的医保服务和健康管理提供坚实的数据支撑。智慧医保将以智能的方式，记录我们的健康轨迹，守护我们一生。让我们共同期待这一天的到来，让高科技的力量为我们的生活带来更多便利与福祉。

[返回目录](#)

## 织密民生保障网，提升群众幸福感

来源：中国医疗保险

河南省郑州市医保中心自成立以来，牢固树立以人民为中心的发展思想，全面贯彻落实党中央和省、市关于深化医疗保障制度改革、加强经办体系建设的重大决策部署，以增强均衡性、可及性为出发点和落脚点，坚持“四级覆盖”“三位一体”“五化协同”发展目标，精心部署、精准施策、精细落实，全面织密新时代民生保障网，以为民造福的生动实践，助推医保经办事业高质量发展不断取得新成效。

### 一、落实主责主业，科学编织“四级覆盖”民生保障网络

随着医保信息化建设高速发展，“互联网+医保经办”正在逐步取代传统经办模式，成为医保服务的主体和主流。但从长远看，线下服务在一定时期内，仍然是医保部门经办实操的主阵地、处置疑难的主渠道、宣传政策的主平台，也是践行群众路线、密切联系群众的桥梁纽带，具有不可或缺的重要作用。正是基于这一理念，郑州市医保中心抓紧抓实主责主业，积极构建全市统一的医保经办管理体系，大力推进服务下沉，实现市、县、乡镇(街道)、村(社区)全覆盖。一是抓基本，巩固经办“主阵地”。紧紧抓住四级经办体系建设的主轴主线，在全面加强市、县两级医保办事大厅建设的基础上，充分发挥各级政府职能作用，推动医保服务进乡镇、进村社。截至2022年底，郑州市域内所有乡镇(街道)便民服务中心、村(社区)便民服务站全部

完成医保业务承接、人员配备、窗口开设等工作，实现全量业务全部下沉。二是抓外延，构建医保“服务圈”。以打造“10分钟医保便民服务圈”为主题，推动医保服务不断向定点医疗机构、银行网点延伸。2021年以来，郑州市医保中心先后与63家定点医疗机构、9家银行合作建设“郑州医保服务站”，将医保服务延伸到群众的家门口、生活圈。三是抓创新，开辟便民“新通道”。以加强大学生医疗保障工作为重点，积极推动“医保服务进校园”，在10所驻郑大中专院校开设“郑州医保服务站”，让广大学生和教职员工不出校门即可查信息、问政策、办业务、享待遇。经过近三年的努力，郑州市医保中心以市本级和16个区县(市)医保办事大厅为核心，以204个乡镇(街道)、2665个村(社区)便民服务网点为支撑，以63家定点医疗机构、116个银行网点、10所大中专院校的“郑州医保服务站”为外延，全面建成覆盖城乡的“1+16+N”民生保障网络，医保服务均衡性、可及性显著增强。

## 二、推动融合发展，积极构建“三位一体”经办服务体系

积极探索构建医保经办“三位一体”新模式，推动线下服务、线上服务、热线服务紧密融合、协调发展。一是建好“三个大厅”，实现深度融合。一体推进实体办事大厅、网上办事大厅、热线话务大厅建设，先后完成市、县两级17个政务服务中心医保专区开设工作，实现所有办事大厅功能区划、窗口设置、管理方式、运行模式全面统

一;完成河南省医保网上服务平台部署应用工作,实现所有医保业务全部在线可办;完成郑州市12393医保热线话务大厅建设,实现热线服务“7×24”全时在线,日均服务量超过3100人次,接通率始终保持在98%以上。通过资源整合、优化配置,郑州医保“三个大厅”衔接更加紧密,全方位满足各类群体差异化需求,充分彰显医保服务的速度和温度。二是做实“三个通办”,实现均衡可及。坚持“一网通办、一窗通办、全市通办”服务理念,在全市各级医保办事大厅、基层站点实行“综合柜员制”服务模式,推动所有医保窗口不分险种、不分事项“一窗受理”“一站办结”,并综合运用预约办理、帮办代办、一对一专办等多种服务方式,为群众“就近办”“马上办”提供最大便利。三是贯通“三级平台”,实现智能高效。以“郑州市医疗保障中心”微信公众号为载体,“一端聚合”国家、省、市医保部门和政务部门各类服务平台,“一号融合”门诊慢特病“全程网办”、定点事务“一网通办”、医保服务“电子地图”等郑州医保特色创新项目,着力打造智能高效“医保掌端”,让群众动动手指即可办理所有业务,有效弥合“最后一厘米”缝隙。

### 三、坚持守正创新,全面开创“五化协同”医保治理格局

坚持制度打底、标准引领、科技加持,协同推进创新发展,持续为郑州医保经办体系建设增添内容、丰富内涵。一是加强规范化建设。严格遵循《医疗保障大厅设置与服务规范》行业标准,高质量推进市、

县、乡、村四级经办大厅(网点、窗口)规范化建设,打造一批具有示范引领作用的标准化示范窗口,创建国家级示范点3个、省级示范点5个。二是推动标准化经办。紧紧围绕待遇清单、信息平台和经办规程,建立涵盖5个标准子体系、133项业务标准、97项对外服务事项标准化清单、53个规范化业务表单的郑州市医保业务经办标准体系,实现对医保经办管理服务全过程、全领域标准化全覆盖;深入开展“学标、用标、施标、达标”专项行动,推动“一切工作有标准、按照标准做工作”;积极创建省级医保经办标准,让“郑州标准”被更高层级认可、更多地区引用,不断增强郑州医保经办工作的影响力、竞争力。三是创新网格化管理。探索建立医保经办“网格化”管理和“直通车”服务机制,将全市16个区县(市)、3497家定点医疗机构、3549家定点零售药店、156所大中专院校全部纳入相应的“大网格”“子网格”“微网格”,抽调业务骨干分片包干,开展“一对一”“点对点”服务,及时化解经办疑难和业务梗阻,全面提升医保经办体系共建共治水平。四是落实精细化服务。推行“自助办”模式,梯次部署智能化医保自助服务终端,方便群众自主办业务;坚持“一次办”标准,开通医保社保退休业务联办窗口,建立基本医保与商业保险合署办公机制,让群众“只进一扇门、一次性办成”;落实“零跑动”要求,推行生育待遇“免申即享”,实行省内就医无异地,探索跨省就医免备案,让群众“一次也不用跑”。五是实施智能化监管。

加强医保“大数据”发掘应用，建立郑州医保信息化研发中心，部署“郑州市医保结算情况监控系统”，将所有经办网点运行情况、定点机构服务情况、医保基金结算情况、参保人员就医情况等全部置于监督之下，通过实时更新数据、深度分析研判、及时反馈结果，实现对全市医保经办体系运行状况全方位、全时态监管，为持续优化经办体系、完善服务网络、规范业务管理、提升保障效能提供强大数据支撑。

三年来，郑州市以医保经办体系高质量建设持续驱动医保经办事业高质量发展。当期，全市基本医保参保 920 万人、基金规模突破 290 亿元，整体态势稳中有进、稳中向好、稳中提质。热线平台建设、标准体系建设、自助服务体系建设、门诊慢特病“全程网办”、医保服务进校园等一系列创新举措和经验成果先后被国家局《医保动态》、《中国医疗保险》杂志刊发，郑州市医保中心连续三年获评“全省医保经办工作先进集体”，先后荣获“郑州市五一劳动奖状”“河南省五一劳动奖状”“省级文明单位”等荣誉称号。

[返回目录](#)

## • 移动医疗 •

### 浅析移动医疗的发展现状及困境

来源：联信志诚

随着移动互联网的普及和科技进步，移动医疗作为一种新兴的医

疗服务模式，逐渐进入了人们的视野。移动医疗，即通过移动设备提供医疗服务，包括在线咨询、远程诊疗、健康管理等。它不仅为患者提供了更加便捷、高效的医疗服务，也为医疗机构和医生提供了更多的服务渠道。然而，移动医疗在快速发展的同时，也面临着一些困境和挑战。本文将对移动医疗的发展现状及困境进行浅析。

## 一、移动医疗的发展现状

### 1. 服务模式多样化

移动医疗的服务模式日益多样化，涵盖了在线咨询、远程诊疗、预约挂号、药品配送等多个方面。患者可以通过手机、平板电脑等移动设备随时随地获取医疗服务，大大提高了就医的便捷性。同时，医生也可以通过移动设备进行在线问诊、开具电子处方等操作，提高了工作效率。

### 2. 技术不断创新

随着移动互联网、大数据、人工智能等技术的发展，移动医疗的技术不断创新。例如，通过大数据分析，可以为患者提供更加精准的个性化诊疗方案；通过人工智能技术，可以实现自动问诊、智能诊断等功能，进一步提高了医疗服务的智能化水平。

### 3. 市场前景广阔

随着人口老龄化和健康意识的提高，移动医疗的市场需求不断增长。据统计，我国移动医疗市场规模逐年扩大，预计未来几年将保持

高速增长。同时，政府也出台了一系列政策，鼓励和支持移动医疗的发展，为移动医疗市场提供了良好的发展环境。

## 二、移动医疗的困境

### 1. 数据安全与隐私保护问题

移动医疗涉及大量的个人信息和医疗数据，数据安全和隐私保护成为了一个重要的问题。一旦发生数据泄露或滥用，将对患者的隐私和权益造成严重影响。因此，加强数据安全和隐私保护是移动医疗发展中亟待解决的问题。

### 2. 医疗服务质量参差不齐

由于移动医疗的服务模式和服务提供者众多，医疗服务质量参差不齐。一些不法分子利用移动医疗平台进行非法行医、虚假宣传等行为，给患者带来了极大的风险。因此，提高移动医疗服务质量、加强监管是移动医疗发展中必须重视的问题。

### 3. 法律法规不完善

目前，我国关于移动医疗的法律法规还不够完善，存在一些监管空白和漏洞。这导致了一些不合规的行为得不到有效制约和处罚，给移动医疗的健康发展带来了隐患。因此，完善移动医疗相关的法律法规、加强监管力度是移动医疗发展中亟待解决的问题。

### 4. 医疗费用问题

移动医疗虽然为患者提供了便捷的医疗服务，但同时也涉及到医

疗费用问题。一些移动医疗平台的收费标准不透明、不合理，给患者带来了经济负担。因此，规范移动医疗平台的收费行为、降低医疗费用是移动医疗发展中需要关注的问题。

综上所述，移动医疗在发展中取得了显著的成绩，但也面临着一些困境和挑战。为了解决这些问题，我们需要加强数据安全与隐私保护、提高医疗服务质量、完善法律法规、规范收费行为等方面的工作。只有这样，才能更好地推动移动医疗的健康发展，为患者提供更加便捷、高效、安全的医疗服务。

[返回目录](#)

## 移动医疗的概念与发展趋势

来源：MyComm

移动医疗，或称为 mHealth，是近年来快速兴起的一种医疗科技应用，它利用移动通信技术，如智能手机、平板电脑和其他无线设备，提供医疗服务和健康管理的解决方案。移动医疗不仅改变了传统医疗服务的模式，还为患者和医疗服务提供者带来了前所未有的便利。

1、移动医疗的核心概念在于其便携性和实时性。通过移动设备，患者可以随时随地进行健康咨询、预约挂号、查看检查结果等操作，而无需亲自前往医疗机构。同时，医生也能通过移动应用进行远程诊疗、病情监控和数据分析，使得医疗服务不再局限于固定的时间和空间。

2、在移动医疗的应用中，健康管理和预防保健是其重要的组成部分。通过移动应用，用户可以方便地记录日常的健康数据，如体重、心率、步数等，并据此制定个性化的健康计划。同时，移动医疗应用还能提供营养指导、健身建议、疾病预防等信息，帮助用户建立健康的生活方式。

3、除了个人健康管理，移动医疗在医疗机构的日常运营中也发挥着重要作用。例如，电子病历系统可以方便医生随时查看患者的病历信息，为诊疗提供有力的数据支持。移动护理系统则能帮助护士进行病情监控、药物管理和护理记录等工作，提高护理效率和质量。

4、移动医疗还促进了医疗资源的均衡分配。在医疗资源相对匮乏的地区，通过移动应用，医生可以进行远程诊疗和咨询，为患者提供及时的医疗服务。这不仅缓解了当地医疗资源的压力，也提高了医疗服务的可及性和公平性。

5、移动医疗也面临着一些挑战和问题。数据安全和隐私保护是移动医疗应用的重要考量因素。用户的健康数据具有高度敏感性，必须采取严格的安全措施来保护数据的完整性和隐私性。移动医疗应用的准确性和可靠性也是关键问题。由于移动设备的多样性和网络环境的复杂性，如何确保应用的稳定运行和数据的准确性是一个亟待解决的问题。

6、为了应对这些挑战，移动医疗领域需要持续的技术创新和政

策支持。

一方面，开发者需要不断优化应用的设计和性能，提高用户体验和数据质量。

另一方面，政府和相关机构也需要制定和完善相关的法律法规和标准规范，确保移动医疗应用的合规性和安全性。

展望未来，移动医疗有望在全球范围内得到更广泛的应用和推广。随着 5G、物联网等新一代信息技术的快速发展，移动医疗的应用场景和功能将进一步拓展和完善。我们可以期待，在不远的将来，移动医疗将成为人们健康生活的重要组成部分，为构建更加健康、便捷和高效的医疗服务体系作出重要贡献。

综上所述，移动医疗作为一种新兴的医疗科技应用，其核心概念在于利用移动通信技术提供便携、实时的医疗服务和健康管理解决方案。虽然面临着数据安全和隐私保护等挑战，但通过技术创新和政策支持，移动医疗有望在未来发挥更大的作用，为人们的健康生活带来更多便利和福祉。

[返回目录](#)

## • 中医药动态 •

### 明确定位推进中西医结合发展

来源：中国中医药报

“传承精华，守正创新”是中医药事业发展的根本遵循，深度推进中西医结合是践行“传承精华，守正创新”的有效路径。笔者认为，明确定位，以问题为导向提出行之有效的措施，才能事半功倍。

#### 明确中西医结合在不同医疗机构中的定位

医疗机构是实施中西医结合、探索“有机制、有团队、有措施、有成效”医疗模式的重要阵地。明确中西医结合在不同医疗机构中的定位对于中西医结合机制是否能够顺畅运行有重要意义。一是在综合医院的定位。目前，全部三级综合医院和有条件的二级综合医院设置了中医或中西医结合科。临床科室可以根据业务需要配备中医类别医师，从而打造中西医结合团队，让患者在临床科室就能接受到中西医联合诊疗服务。临床类医师通过中医药专业知识培训，逐步做到“能西会中”，根据临床需要开展中医适宜技术和中药饮片、中成药服务。在康复、肿瘤、妇科、儿科、外科、消化、皮肤等中医药优势明显的临床科室尤为突出，进而在综合医院发挥示范引领和辐射带动作用。通过完善制度建设，在综合医院做到“三纳入、一差别”，即把中西医协同发展纳入综合医院评审和绩效考核、纳入综合医院章程、纳入综合医院的管理制度，同时差别化实施中医科室的绩效考核，鼓励提

供优质高效的中医药服务。二是在妇幼保健院的定位。中西医结合在妇幼健康领域具有深厚的理论基础和广泛的实践应用，在妇女儿童常见疾病诊疗和预防保健等方面具有独特优势。很多妇幼保健院能够充分利用孕妇学校、家长学校、院内健康教育、托幼机构卫生保健指导等方式，推广中医治未病理念和方法，提升群众自我保健意识。通过优化中医临床科室的诊室布局和服务流程，中医诊室原则上在孕产保健部、儿童保健部、妇女保健部门门诊诊疗区域内与相关西医诊室比邻布局，为群众提供“一站式”的中西医结合医疗保健服务。通过设置相对独立、集中布局的健康干预区，集中针灸、推拿、康复、理疗等服务设施、设备和器具，可以为妇女儿童提供中医特色的健康干预服务。三是在专科医院的定位。目前肿瘤专科医院、妇产医院、肛肠专科医院、精神卫生中心、皮肤专科医院、传染病防治院在中西医结合方面取得了显著成效。例如，围放化疗期的中西医结合治疗，可以实现减轻化疗副作用、改善免疫功能、增强抗肿瘤效果、提高生活质量的重要作用。中西医结合治疗在产后恢复中可以帮助逐步改善虚弱状态，对于解决产妇出现的恶露不断、腹痛、气血不足、缺乳、产后痹症等问题疗效显著，而且具有安全、方便和便宜的优势。

### **实现中西医结合深度融合的工作措施**

提高临床疗效是中西医结合的出发点又是落脚点。因此提高疗效才是推动中西医结合发展的方向指引。结合陕西省目前中医药事业发

展情况，一是推进中西医协同“旗舰”医院建设。通过项目建设，建立中西医联合查房、会诊的中西医协同机制和多学科诊疗体系。确定主攻病种，组建中西医结合临床研究平台和多学科团队，实现临床科研一体化建设，创新中西医诊疗模式。二是推进优势专科中西医协同发展。以国家中医药管理局重点科室建设项目为抓手，加快中医医院、中西医结合医院、综合医院和专科医院中西医工作突出、疗效患者认可、机制流畅的科室建设，提升临床诊疗水平和中西医协同能力。三是推进中西医协同攻关定点突破。通过遴选确定妇科、儿科、肿瘤、皮肤等重大疑难病中西医临床协作试点。探索建立会诊、联合门诊、联合查房、联合病历讨论的体制机制，总结形成中西医结合诊疗方案或专家共识。四是推进中西医协同管理能力提升。整合全省优质医疗资源，发挥陕西省中医药研究院、陕西省中西医结合学会、陕西中医药大学、国家中西医协同“旗舰”医院等科研教学单位作用，组建科教研一体化服务平台。结合前期试点经验，通过“揭榜挂帅”形式，在全省遴选中西医融合难度小、疗效提升大的病种，开展中西医协同机制创新研究，并将研究成果进一步转化。五是推进中西医结合人才培养。通过持续实施西医学习中医培训和西医学习中医高级研修项目，培养中西医结合领军人才和高级人才。在省级中医药继续教育项目设立倾斜政策，通过广泛举办中西医学习交流活动，加强中西医之间深层次交流。

## “五源三导”构建本硕博全环境育人新格局

来源：中国中医药报

当前，中医药事业迎来了蓬勃发展的新时期，如何在传承创新中提高中医药人才培养质量，因地制宜地服务新质生产力发展，是高校面临的重要课题。近年来，山东中医药大学党委坚持“以文化人、厚重基础、注重传承、勇于创新”的育人特色，整合山东省16地市医教学研产资源，创建“五源三导”育人体系，“五源”即鲁源校地合作工程、医源贯通培养工程、杏源社会实践工程、田源学风建设工程和家源社区服务工程；“三导”是为每位学生配备思政、学业、临床三位导师。

2023年初，依据学校部署，山东中医药大学中医学院成立工作组，着手推行“五源三导”育人体系，努力实现全环境立德树人，推进学生德智体美劳全面发展。

“五源三导”育人体系的核心在于“一中心三层次五方面”的培养模式，以培养符合时代要求的中医人才为中心，围绕本、硕、博三个层次，涵盖校地合作、临床实践、社会实践、学风建设和一站式服务五个方面。

学院依据本、硕、博三个层次学生的不同培养需求，于不同年级实行不同培养模式，目标是培养一批“能看病、会看病、看好病”的

医生，我们要做的是以学生为中心，建立一套行之有效的工作机制。本科重在专业思维、能力和素养的形成，大一专业入门、大二理论认知、大三辩证明理、大四系统贯通、大五临床实践；硕士重在科研能力、发散思维和应用技能的培养；博士则注重交叉学科、国际交流和创新能力的塑造。同时三个层次之间通过“博带硕”“硕带本”“博带本”的形式，形成帮扶微社区，上下联动，薪火相传。

“鲁源校地合作工程”寓意扎根齐鲁，校地合作。结合“以鲁之源，育鲁之生，培鲁之医”的理念，建立一地市一联络员制度，充分发挥大学的资源优势，同时走访 16 地市卫生医疗行政部门，加强与校友的联系交流，不断挖掘省内医疗卫生资源，精准对接医教研学产方面的深度合作，送去毕业生相关信息，搭建起学校与地方的资源融合，有效促进了毕业生就业。

在推行“鲁源工程”的过程中，学院不断拓展工作思路，结合地方医疗资源，开展“医源贯通培养工程”，寓意博极医源，精勤不倦。围绕医学生“早临床、多临床、反复临床”的培养理念，选聘近 100 家联合培养单位，为本科生在生源地配备“临床导师”，在各地市成立博硕流动站，指导在读硕博到流动站开展相关临床、教学、科研等实践活动，经过试点，成效明显。

同时，为提升学生服务社会的能力，开展“杏源社会实践工程”，寓意虎守杏林，服务社会，实施“231”工作方案，成立“中医药文

化”宣讲团、“中医特色诊疗”义诊团 2 个团队，确立“进社区，进军区，进学区” 3 进对象，16 地市每地市签约 1 个实践基地，寒暑假同步开展夏令营、冬令营。2023 年，累计服务山东省 16 地市 52 县区 87 个社区(农村)，服务人群 12536 人次。

为引导学生树立良好的学习习惯，推行“田源学风建设工程”，寓意脚踏实地，茁壮成长，构建“学科—教研室—教师”三位一体的学术生态圈，树立“思学、会学、善学”的学习习惯；早引导、职业规划，早发现、及时预警，早干预、精准对接；在 2023、2024 年山东省大学生医学技术技能大赛中，学院中医学专业同学获 A、B 赛道特等奖，获高校团体金奖及 11 枚个人单项金奖。

为更好地服务学生，启动“家源社区服务工程”，寓意家国情怀，精准服务，开展“一站式”社区服务建设。构建学校教育、管理、服务与思想政治工作新生态。确定党建服务、学业帮扶、心理疏导、就业指导、社会实践、生活服务为主体的 6 大服务板块，形成 3+3 实施路径，开通教学区、生活区、实践区三大功能区，实行院领导、辅导员、学生干部三级包干管理制度。通过“一站式”自我服务，实现“多维化”自我发展。

“五源工程”的实施，整合了院地资源，涵盖了学生在校期间的所有环节，是全环境立德树人的生动实践。为更好地教育引导学生，学院承办“书记有约”校领导联系支部、班级活动，举办学生先进典

型表彰大会，岐黄学术活动及知识竞赛，学生日常志愿服务等，同时学院以学业成绩总控党员发展，以学分绩点进行推优评选和实习分配，真正做到有效引导学生认真学习专业知识，积极参加临床见习与社会实践，学生的服务意识明显增强，形成好学、乐学、勤学、善学的学习氛围。

为更有效地实施“五源工程”，中医学院将新师承制度——三导师制融入其中。与传统“师带徒”不同的是，依据专业特点，为每位学生配备思政、学业、临床三位导师，不断强化在思想引领、学研融合、临床实践三个方面展开指导，在课堂学习的基础上加入师承，实现院校教学和师承制的有机结合，使教育教学体系更加完善，更符合时代要求和特点。

经过两年的实践探索，学院涌现出不少优秀学子，有大三发表2篇SCI、9篇科技核心期刊的科研思维型学生，有熟读经典临证数千的学术型学生，有自学针灸独立应诊的临床型学生，还有专业学习、学科竞赛、社会实践齐头并进全面发展的学生。

作为学生教育的主体，学院将继续凝聚力量，打造品牌，传承发展，勇于创新，以高质量人才培养服务新质生产力发展，为国内一流中医药大学建设和中医学院一流学科建设提质增效。

[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



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药城: <http://www.yaochengwang.com>

 地址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电话: 010-68489858