

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2024年第51期

(2024.12.16-2024.12.22)

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。)

### • 医药专栏 •

▶ [从药品可及性看国谈药落地“最后一公里”](#) (来源：天津市医疗保障局) ——第 6 页

【提要】近年来，各地医保、卫健和医院多方陆续发文推动药品进院，合力助力打通国谈药“最后一公里”。那么国谈药落地现状究竟如何？其中是否存在问题和不足呢？本研究拟以天津市为例，基于该市城镇职工和城乡居民基本医疗保险数据(以下简称“医保数据”)，从落地品种情况、落地时间间隔、配备率和临床可获得率这几个维度浅析国谈药落地情况，并探究不同级别医药机构落地国谈药的差异。

▶ [全国医疗保障工作会议召开，要求强化医保战略购买，探索形成丙类药品目录](#) (来源：国家医保局) ——第 10 页

【提要】日前，全国医疗保障工作会议在北京召开。会议深入学习贯彻党的二十大，二十届二中、三中全会及中央经济工作会议精神，总结 2024 年医保工作，部署 2025 年工作。会议指出，2024 年，全国医保系统坚决贯彻落实习近平总书记重要指示批示精神，全面落实党中央、国务院决策部署，扎实开展党纪学习教育，医保改革发展取得新进展。

## • 医保速递 •

▶ [国家医保局发文，整合规范此类医疗服务价格项目](#)（来源：国家医保局）——第 14 页

【提要】医学麻醉的诞生是外科医学飞速发展的基础。从麻沸散到深低温麻醉，对大多数人来说，手术过程中的麻醉是个神秘又熟悉的环节。随着医疗水平的不断提升，麻醉项目中出现了哪些黑科技，又藏着怎样的“小猫腻”，从其定价收费中可以一观。近日，国家医疗保障局正式印发《麻醉类医疗服务价格项目立项指南(试行)》，整合规范麻醉类医疗服务价格项目，助力安全手术诊疗。

▶ [84 家药店被通报：如何加强医保基金监管？](#)（来源：21 新健康）——第 17 页

【提要】医疗保险基金是老百姓的“看病钱”“救命钱”，事关医保制度健康运行和人民群众切身利益。近些年来，从国家到地方，对医保基金的监管日益趋严，尤其是随着药品耗材追溯码工作的推进，在大数据的赋能下，违规使用医保基金的行为将无所遁形。

## • 分析解读 •

▶ [聚集医保支付方式改革：成效与挑战并存，还需破解哪些难题？](#)（来源：21 世纪经济报道）——第 22 页

【提要】当前，我国医保支付方式改革目标、方向、路径等顶层设计已经明确。通过改革，实现医保基金更加安全有效；引导医疗机构转

变运行机制，控制不合理成本消耗，推动内涵式、精细化高质量发展；创新药、新技术、新材料除外支付和特例单议机制等支持医药产业创新发展；合理控制就医经济负担，让人民群众获得高质量、有效率、可负担的医药服务。

▶ [规范价格项目 为优化医疗服务“铺路”](#)（来源：浙江大学医学院附属第二医院）——第 29 页

【提要】长期以来，各省医疗服务价格项目存在数量和内涵上的差异，导致价格项目混乱，增加了医疗机构的计费负担，也给患者带来了困惑。建立全国统一的医疗服务价格项目，有助于实现信息透明化，促进服务质量提升，使医疗服务项目能够更好地得到计价、执行和评价。

### • 地方精彩 •

▶ [重庆：“三医”走向高效协同](#)（来源：重庆市卫生健康委）——第 33 页

【提要】重庆市深入贯彻落实党的二十届三中全会精神，始终把保障人民健康放在优先发展的战略位置，坚持以解决群众“看病难、看病贵、看病烦”问题为牵引，以政策联动、信息互通、监管协同为抓手，促进“三医”高效协同发展和治理，推动医药卫生事业高质量发展，更好地服务人民群众健康。

▶ [青岛：信息化驱动，绘制“全市一家医院”互认作战图](#)（来源：中国卫生杂志）——第 38 页

【提要】2022年，青岛市依托“全市一家医院”，在充分确保医疗质量和安全的前提下，以建设信息化平台为基础，推动检查检验结果互认共享工作从纸质报告互认向互联网数字互认转变。经历了医疗信息化的初步探索，

### • 专家观点 •

▣ [吴欣娟：从变化中探索护理教育新格局](#)（来源：中国卫生杂志）  
——第 46 页

【提要】目前，护理工作面临着前所未有的发展机遇与挑战，同时护理教育也迎来了转型升级的重要时机。全人照护作为一种以人为本的照护模式，将病患看作一个整体，要求护士不仅关注患者的生理健康，同时也密切关注患者的心理与社会状况。这一模式下，护理教育体系不断完善，强调培养具备全人关怀能力的护理人员，以适应新需求。

▣ [抗肿瘤药物下基层的“进”与“退”](#)（来源：新浪医药）——第 50 页

【提要】抗肿瘤药物临床用药保障是提升医疗质量和安全的重要环节，在确保患者安全有效治疗、提高肿瘤合理用药水平、优化医疗资源利用、推动抗肿瘤药物研发与创新等方面具有重要意义。日前，为进一步探讨抗肿瘤药物供应保障等相关工作，健康报社在京举办抗肿瘤药物临床用药保障交流会，业内专家齐聚一堂，就相关工作展开讨论。

## -----本期内容-----

### · 医药专栏 ·

#### 从药品可及性看国谈药落地“最后一公里”

来源：天津市医疗保障局

自2018年国家医保局成立以来，实现了每年更新国家医保药品目录的动态调整，通过价格谈判(以下简称“国谈”)的方式以科学合理的价格准入了一系列创新药品，切实减轻了患者用药负担，提高了创新药品的可及性。当前每年通过国谈新增目录外药品近百种，80%左右的新药能在上市后两年内被纳入医保目录，价格平均降幅超过50%。然而，创新药品通过国谈准入目录，仅仅是确保患者药物可及的起点，而非终点。让患者在医院买得到、用得上才是打通了国谈药落地“最后一公里”。

近年来，各地医保、卫健和医院多方陆续发文推动药品进院，合力助力打通国谈药“最后一公里”。那么国谈药落地现状究竟如何？其中是否存在问题和不足呢？本研究拟以天津市为例，基于该市城镇职工和城乡居民基本医疗保险数据(以下简称“医保数据”)，从落地品种情况、落地时间间隔、配备率和临床可获得率这几个维度浅析国谈药落地情况，并探究不同级别医药机构落地国谈药的差异。

#### 一、国谈药落地品种情况

本研究以 2018-2021 批次国谈药品为研究对象，描述这些药品在 2018-2022 年的落地情况。首先，统计了各批次新增国谈药的落地数量和所属疾病领域，其中“落地”即各药品在研究时间范围内有医疗机构或药店处方记录。

经统计，国谈药落地效果良好，谈准入后基本实现全部落地，覆盖了抗肿瘤药及免疫、消化道和代谢、抗感染和神经系统等多个关键治疗领域，满足不同疾病患者的用药需求；落地中成药品种数增多，丰富了患者的治疗选择。近两批次有几个品种未落地，这可能主要由于本研究数据覆盖时间范围有限或患者需求较小等客观原因。

## 二、国谈药落地时间

国谈政策缩短了新药上市到医保目录准入的时间，但是否真正加快了患者实际使用国谈药的速度呢？本研究用“落地时间”这一指标回答该问题，即各批次新增国谈药进入目录政策执行日期至各药品在医保数据中首次处方的时间间隔（排除国谈执行前落地品种，占比约 7.6%）。

可以看出，各批次国谈药落地时间加快，基本在政策执行后 3 个月内顺利落地。2018 批次抗癌药专项谈判落地时间最快，仅用不到 2 个月时间就悉数落地所有品种，这也体现了国家和地方对抗癌药落地这一重大民生任务的高度重视。2019 年及之后 2 个批次的国谈药落地时间不断缩短至 2 个月左右，患者“买得到，用得上”国谈药的速度

度不断加快。

### 三、国谈药配备率

国际上常使用配备率和可获得率这两个指标描述药品的可及性。本部分使用“配备率”探究医药机构对国谈药的落地执行力度，即当年已落地的目录内和新增国谈药品数量占当年在医保协议期内的国谈药品总数量的比例。

截止研究数据统计时间，整体国谈药配备率平均值为 92.3%，三级医院的平均配备率最高(89.2%)，二级医院的平均配备率(58.6%)高于药店(48.1%)，一级医院最低(30.3%)。这一方面反映了各级医药机构的学科特色和诊疗定位存在差异，三级医院更多承担救治危难重症患者的诊疗职能，配备创新性高的国谈药品种数量多是意料之中；另一方面这反映了“双通道”管理机制打通了定点医疗机构和药店的国谈药供应保障渠道，让药店在国谈药落地也发挥出重要的供药作用。

### 四、医药机构的国谈药可获得率

配备率是在药品层面反映国谈药落地比例，而可获得率则在医药机构层面反映了提供国谈药的医药机构的比例。为回答患者到医院多大程度上能真正买得到、用得上国谈药这一问题，本部分使用“可获得率”探究医药机构的国谈药的临床可获得性，即有国谈药处方记录的医药机构占总医药机构的比例。



经统计，各年份下，三级医院的可获得率均最高，三级医院中约15.1%的医院在研究时间内处方过国谈药；相比之下，有过国谈药处方的药店、一级医院和二级医院的比例相对较低。与对配备率指标的解读一致，三级医院主要承担危重症和复杂病例诊疗任务，因此三级医院处方国谈药，特别是其中创新程度高的靶向药和生物制剂的可获得率更高。此外，患有这些疾病的患者本身也更偏好三级医院接受治疗，最终导致三级医院的国谈药可获得率明显高于其他医药机构。不过需要注意的是，本研究对可获得率的统计可能存在低估，因为已采购国谈药但无国谈药处方记录的医药机构并不会被纳入该指标的计算。

## 五、政策建议

实践经验表明，国谈药落地工作持续积极推进，各批次国谈药落地情况良好。在不同级别医药机构内，三级医院的配备率和可获得率均最高，而一级医院和药店的可获得率较低，这是全国各省市推动国谈药“最后一公里”的重难点问题。基于上述分析结果和实际情况，为更好地推动国谈药落地，本研究建议：

一是加强各级医药机构协作，发挥基层医疗机构的供药作用。以慢性病等常见病、多发病药品为抓手，提高基层医疗机构国谈药的供应保障、临床使用能力，促进分级诊疗的开展，让群众在基层有药可用，用药有衔接。

二是畅通医药机构处方流转，加大“双通道”供应保障渠道。依托“双通道”管理机制，推动电子处方流转平台建设，以处方流转为核心实现医保经办机构、定点医疗机构和药店的信息联通，提高药品供应的效率与便利性。

[返回目录](#)

## 全国医疗保障工作会议召开，要求强化医保战略购买，探索形成丙类药品目录

来源：国家医保局

2024年12月14日，全国医疗保障工作会议在北京召开。会议以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的二十大，二十届二中、三中全会及中央经济工作会议精神，总结2024年医保工作，部署2025年工作。国家医保局党组书记、局长章轲作工作报告，局党组成员、副局长施子海主持会议，局党组成员、副局长李滔、黄华波出席会议。

会议指出，2024年，全国医保系统坚决贯彻落实习近平总书记重要指示批示精神，全面落实党中央、国务院决策部署，扎实开展党纪学习教育，医保改革发展取得新进展。一是全民参保进入新阶段，加快建立基本医保参保长效机制，进一步放开放宽参保户籍限制，创新建立参保缴费激励约束机制。二是待遇保障拓展新内涵，职工医保个人账户家庭共济范围拓宽至近亲属，个账资金加快实现由省域内共

济扩大到跨省共济。总体谋划中国特色长期护理保险制度顶层设计和建设方案，巩固扩大生育保险覆盖面。三是医保支付建立新机制，连续7年开展医保药品目录调整，目录内药品总数达3159种，29个省份及兵团将辅助生殖项目纳入医保。出台按病组(DRG)和按病种分值(DIP)付费2.0版分组方案，完善特例单议、预付金、数据工作等系列配套机制。四是价格管理推出新举措，开展第十批国家组织药品集采和第五批高值医用耗材集采，指导地方开展中药饮片、中成药全国联采，推动集采药品进基层、民营医疗机构和零售药店。开展定点药店医保药品公开比价，统一规范全国医疗服务价格项目，印发护理等20批立项指南。五是基金监管打开新局面，追回医保资金242.3亿元。创新大数据监管模型，开展药品耗材追溯码采集应用，出台医保支付资格管理制度，聘任医保基金社会监督员。六是医保管理服务呈现新质效，医保领域第一批“高效办成一件事”12件重点事项全部完成，全国跨省异地就医直接结算惠及参保群众2.13亿人次。出台定点医药机构医保服务协议范本，新增慢性阻塞性肺疾病等5种门诊慢特病跨省结算。七是自身建设实现新提升，扎实开展党纪学习教育，严格落实中央八项规定及其实施细则精神，深入开展群众身边不正之风和腐败问题集中整治。

会议强调，2025年是“十四五”规划的收官之年，也是将全面深化改革推向纵深的关键之年。各级医保部门要继续锚定医疗保障

“奋力解除全体人民疾病医疗后顾之忧”的根本目的，大力推广三明医改经验，坚定不移推进医保改革，呵护“小的”、照顾“老的”、保障“病的”、支持“新的”、挤掉“虚的”、打击“假的”，守好用好人民群众的“看病钱”“救命钱”，赋能医药机构和医药产业高质量发展，促进医疗、医保、医药协同发展和治理。

会议明确，2025年医保工作要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民为中心，大力推进医保改革。一是加强医保基金运行管理，坚决守住医保基金安全底线。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，严格基金全流程管理，确保基金应收尽收、应付尽付、账实相符，坚决防范医保基金当期赤字。二是健全多层次医疗保障体系，满足群众多元化医疗保障需求。构建以全国统一的医保信息平台 and 医保大数据为支撑的医保基础设施及核心服务能力，完善基本医保三重保障制度梯次减负功能，积极支持商业健康保险与基本医保差异化发展，推进慈善等其他保障力量发展。三是顺应人民群众新期待，持续赋能群众健康。加快建立中国特色长期护理保险制度，完善配套政策，鼓励支持商保机构开发商业性长期护理保险产品。巩固扩大生育保险覆盖面，鼓励将生育津贴按程序直接发放给参保人。全国基本实现职工医保个账资金跨省共济使用。四是优化医保支付机制，赋能医药机构健康发展。推动DRG/DIP2.0版分组方案高水平落地，用好特例单议机制和预付金等制度，推动医保与定点医药机构即时结

算，与医药企业直接结算，在保障安全的前提下，探索商保、慈善互助等与基本医保同步结算。五是强化医保战略购买，赋能医药产业创新发展。在坚持基本医保“保基本”的前提下，将更多新药好药纳入医保目录，真支持创新、支持真创新。探索创新药的多元支付机制，支持引导普惠型商业健康保险及时将创新药品纳入报销范围，研究探索形成丙类药品目录，并逐步扩大至其他符合条件的商业健康保险。引导商业保险公司将健康险资金的一部分通过规范途径，加大对创新药械研发生产的投入。医保部门将探索在数据共享、个账使用、费用结算和打击欺诈骗保等方面，与投资真金白银支持创新药械的商保公司进行更高水平合作。常态化制度化开展国家组织和地方牵头的药品耗材集采，引导医疗机构优先使用质优价宜的中选产品。六是深化医药价格改革治理，不断规范医药价格秩序。推进挂网药品价格治理，推动形成全国药品挂网价格规则共识，全面建立定点药店医保药品量价比较指数。推进医疗服务价格动态调整，编制覆盖各学科领域的立项指南。七是加强医保基金监管，切实维护医保基金安全。重点检查基金赤字风险大和结算医药机构合规费用不及时、落实医保政策不到位的地区。构建大数据模型，推动药品耗材追溯码全场景应用，深入开展定点医药机构自查自纠。健全完善面向全民的举报奖励、社会监督机制。八是优化医保管理服务，促进医保服务更加惠民利企。提升基层医保服务能力，扎实推进 2025 年医保领域“高效办成一件事”

重点事项。合理确定跨省异地就医差异化结算报销政策，基本实现省内异地就医住院费用按病种付费。加强法治医保建设，持续推进医疗保障立法工作，提高医保法治化水平。

会议要求，全国各级医保部门要更加紧密地团结在以习近平总书记为核心的党中央周围，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚定拥护“两个确立”，坚决做到“两个维护”，巩固党纪学习教育成果，深入推进全面从严治党，锐意改革、守正创新、真抓实干，奋力推动医保高质量发展迈出新步伐，为以中国式现代化全面推进强国建设、民族复兴伟业作出新的更大贡献！

中央国家机关有关部门代表，各省、自治区、直辖市和新疆生产建设兵团医疗保障部门主要负责同志，驻国家卫生健康委纪检监察组有关负责同志、国家医疗保障局各单位负责同志参加会议。

[返回目录](#)

## • 医保速递 •

### 国家医保局发文，整合规范此类医疗服务价格项目

来源：国家医保局

医学麻醉的诞生是外科医学飞速发展的基础。从麻沸散到深低温麻醉，对大多数人来说，手术过程中的麻醉是个神秘又熟悉的环节，它不仅能够确保患者在手术过程中无痛安全，还能为医生提供良好的

操作环境，提高手术成功率，在手术、疼痛管理、急救复苏等多个医疗环节中发挥着不可替代的作用。随着医疗水平的不断提升，麻醉项目中出现了哪些黑科技，又藏着怎样的“小猫腻”，从其定价收费中可以一观。近日，国家医疗保障局正式印发《麻醉类医疗服务价格项目立项指南(试行)》，整合规范麻醉类医疗服务价格项目，助力安全手术诊疗。

### **价格立项维度更加准确、更加清晰**

麻醉类立项指南根据作用范围将现行价格项目分为局部麻醉、全身麻醉、镇静镇痛等类别，在具体类别下根据具体操作设立项目，例如，局部麻醉根据作用机制分为局部浸润麻醉、局部静脉麻醉、神经阻滞麻醉、椎管内麻醉，全身麻醉还根据是否气管插管，设立无插管全身麻醉价格项目，使麻醉价格项目更加规范，确保临床需求得到充分满足。同时，也便于将来更多新的麻醉技术进入临床应用，让患者得到更加专业、精准的医疗服务。

### **规范麻醉监测收费，更好体现技术劳务价值**

麻醉过程中，监测能实时反映患者生命体征变化，让医生能及时发现可能危及生命的异常，并及时处理，如呼吸困难、循环不稳定等。过去的定价体系中，麻醉项目和监测项目是分开收费，往往根据监测设备频繁新增监测项目，如氧饱和度监测、呼气末二氧化碳监测等，变相造成麻醉监测费用居高不下。

为避免临床滥用监测项目，《指南》将监测纳入麻醉类项目的价格构成，不再一一列举。后续地方医保部门制定麻醉类项目价格基准时，将监测项目纳入成本核算范围，体现监测资源消耗。

同时，考虑到患者麻醉监测需求主要与患者病情危重程度密切相关，危重患者、儿童、老年人在实施麻醉时，意外情况发生率更高，需要提供更多监测。为充分体现服务产出导向，在麻醉项目中，为危重患者、儿童、老年人设立加收项，保障“一老一小”患者手术安全。

### **适应技术进步，支持创新项目**

随着医疗技术的不断发展，越来越多的麻醉新技术被应用在临床上。麻醉类立项指南紧跟时代步伐，新设价格项目，体现创新技术临床价值。例如，“深低温停循环麻醉”是一种创新性高难度麻醉技术，在全身麻醉基础上，通过物理方法将患者体温降至深低温状态（18-20℃），停止体外循环，使病人在“假死”状态进行手术，使患者更好地适应缺血缺氧，增强机体耐受能力，极大保障了手术的安全性，提高了复杂先心病等各类外科复杂手术、移植、重症抢救和先天性畸形整形的成功率。麻醉类立项指南将其单独立项，既体现了高难度麻醉技术价值，又保障了高危患者手术安全性。

### **统一计价标准，收费更便捷**

麻醉类立项指南中，在规定麻醉类项目以“次”为计价单位的同时，考虑到需要“椎管内麻醉”“全身麻醉”“支气管内麻醉”等麻



醉支持的手术一般耗时较长，指南中明确此类麻醉项目以两小时为基础计算价格，超出时间可适当加收。同时，明确麻醉时长计算含麻醉监护室复苏阶段，这种类似“起步价+里程价”的计价方式，既满足绝大多数临床手术的需求，又避免长时间手术麻醉效果受时间限制，让患者能够更加清晰直观了解收费情况。

麻醉类价格项目立项指南的印发，将进一步推动医疗机构有效弥补在麻醉方面的不足和短板，助力麻醉学科发展，激励医疗机构通过提供专业性、针对性医疗服务获得增量性收入，持续优化医疗机构收入结构。

[返回目录](#)

## 84 家药店被通报：如何加强医保基金监管？

来源：21 新健康

医疗保险基金是老百姓的“看病钱”“救命钱”，事关医保制度健康运行和人民群众切身利益。近些年来，从国家到地方，对医保基金的监管日益趋严，尤其是随着药品耗材追溯码工作的推进，在大数据的赋能下，违规使用医保基金的行为将无所遁形。

近日，青海省西宁市、甘肃省兰州市、湖北省宣恩县等多地通报了关于定点医疗机构违规使用医保基金的典型案例，值得关注的是，宣恩县在《2024 年宣恩县医疗保障局关于定点医疗机构违规使用医保基金典型案例的通报》中通报了 137 件典型案例，其中关于药店

“骗保”的案例超 80 件。

具体而言，药店违规行为主要包括“由统筹基金支付的药品费用处方开具不规范与医保结算单不一致或普通门诊统筹起付线以下部分无处方售药”“职工门诊统筹报销存在超量售药(部分存在家属冒名顶替使用)”“超范围、超量向门诊慢特病参保人员销售药品并按门诊慢性病待遇标准结算医保费用”“限定性别类违规结算”等方面。

北京中医药大学卫生健康法治研究与创新转化中心主任邓勇教授向记者表示，随着医疗费用的不断上涨和人口老龄化的加剧，医保基金的收支平衡面临挑战。医保基金是民众的“救命钱”，加强监管能确保其收支平衡，使医保制度长期稳定运行，让患者得到应有的医疗保障。

“骗保行为严重损害了医保基金的安全和参保人的利益，必须加大整治力度。遏制医疗领域的违规行为，也有利于营造公平的竞争环境，促进医疗行业健康发展。”邓勇强调。

### **84 家药店被通报**

从宣恩县的通报中不难发现，大数据、飞检是发现违规行为线索的关键，同时也强调医保基金的协同监管。

“在医保基金监管中，通过对海量的医保报销数据进行分析，可以迅速发现参保人购买药品金额异常等情况。相比传统的人工排查方

式，大数据可以实现对大量数据的实时监测和分析，及时发现潜在的违规行为，使医保部门能够更迅速地采取行动，避免医保基金的进一步损失。”在谈及大数据的作用时，邓勇如是说道，大数据也对飞检工作的推进打下了非常好的基础。

根据宣恩医保局消息，2024年初，县医保局开展定点药店违规使用医保基金问题专项排查整治工作，通过医保大数据比对分析、现场核查病历资料等方式发现了63起药店违规案例。违规内容主要为上述四种违规行为的前三种。此外，还有2起违规案例是通过州级联合交叉飞行检查交办的问题线索发现的。

作为基层医保部门，上下协同是强化医保资金监管的关键。此次根据州医保局关于核查限定性别类异常结算数据工作要求，宣恩县医保局组织专班进行了逐一自查核实，发现19起药店违规案例。

需要强调的是，基层医保部门在医保基金监管中起着重要作用，邓勇认为，作为一线执行者，他们直接与医疗机构、药店和参保人员接触，负责日常监督检查工作，更了解不同群体的心态，可以及时发现违规行为。同时基层医保部门也可以通过收集医保基金使用的相关信息，包括费用数据、报销记录等，为上级部门制定监管政策提供依据。

从调查结果看，对比那些动辄数万甚至上百万元的“骗保”金额以及处罚金额，这次被通报的80余家药店似乎并“不起眼”，“骗

保”金额多在千元以内，有些甚至不足百元。

以年初开展的专项排查整治工作为例，其中一家药店同时存在“超范围、超量向门诊慢特病参保人员销售药品并按门诊慢性病待遇标准结算医保费用”“职工门诊统筹报销存在超量售药(部分存在家属冒名顶替使用)”“连续多次刷卡结算为职工超量售药(部分存在家属冒名顶替使用)纳入门诊统筹报销”三类问题，最终处罚结果是退回造成的医保基金损失 451.1 元，并支付 1 倍违约金，退款及违约金共计 743.8 元。

再如在“限定性别类违规结算”一类案例中，一家药店被责令退回违规费用 11.11 元，并要求支付 2 倍违约金 22.22 元，合计 33.33 元。

由此可见，医保基金监管中传递着违规必究的信号。邓勇强调，即使金额较小，也会被相关部门依法依规追究，这对药店起到了一定的警示作用，让其认识到任何违规行为都不被允许。不过，也要指出，对于情节较轻的违规行为，这种惩罚力度可能相对有限，难以对一些企图通过违规获取较大利益的药店形成强大威慑力。

### **多措并举加强基金监管**

需要指出的是，宣恩县并非近期地方通报药店违规使用医保基金的孤例。

比如近日青海省西宁市医保局通报了 8 起违规使用医保基金典

型案例，其中包含 2 起药店“骗保”案例，涉及金额分别为 2.3 万元、3.8 万元；青海省海西州近日也对连锁药房青海千金方医药旗下的 3 家药店进行了通报，涉及金额分别为 2.7 万元、4.3 万元以及 3.0 万元。这些药店受到的处罚都是退回违规费用并被罚款。

也有药店因违规行为被中止医保协议一段时间。比如近日兰州市通报 7 起典型案例，其中涉及 1 家药店，该药店涉及违规使用医保基金共 1479.6 元，医保部门责令其整改，追回违规基金，中止医保协议 6 个月，取消门诊统筹定点零售药店资格。

医保部门加强对药店的监管是大势所趋。去年，定点零售药店首次被纳入国家医保局的飞检工作中，今年又进一步加大了飞检力度。与此同时，药品耗材追溯码工作也正在全国范围内展开，医保基金监管持续升级。

“因此，药店在运营中应当注意严格遵守医保政策和法规，规范自身行为，并定期对医保基金使用情况进行自查，及时发现并纠正存在的问题，避免违规行为的发生。与此同时，要完善内部制度，加强员工培训，提高员工对医保政策法规的认识和执行能力。”邓勇强调。

国家医保局此前指出，将保持全面从严治病的基调，多措并举加大对定点零售药店监管，督促定点零售药店从使用统筹基金伊始，就规范经营行为。

有业内专业人士向记者指出，为了更规范地使用医保基金，首先，

加强监管力度是关键；其次，提高医疗机构和医务人员的法律意识至关重要；此外，加强信息化建设也是规范使用医保基金的重要手段；最后，应建立举报奖励机制，鼓励社会各界积极参与医保基金监管。

邓勇认为，除加强典型案例曝光力度之外，还需要建立健全医保基金监管的法律法规和规章制度，明确监管主体、对象、内容、程序和处罚标准等，使监管工作有法可依、有章可循。同时，医保部门与卫生健康、市场监管、公安等部门建立联合监管机制，开展联合执法行动，形成监管合力，打击欺诈骗保等违法违规行为。

“最重要的还是要利用信息技术手段，通过大数据分析等技术对医保基金的使用情况进行实时监控，及时发现异常交易，如异常高额的报销费用、频繁就医报销等行为。此外，还可以对医保相关的定点医疗机构、药店和参保人员建立信用档案，将违规行为记录在案，并根据情节轻重给予相应的信用惩戒，如限制医保服务、提高报销门槛等。”邓勇补充道。

[返回目录](#)

## • 分析解读 •

### 聚集医保支付方式改革：成效与挑战并存，还需破解哪些难题？

来源：21世纪经济报道

2021年11月，国家医疗保障局印发《DRG/DIP支付方式改革三

年行动计划的通知》，指出到 2025 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。

在近日举行的第一届医保支付改革论坛中，首都医科大学国家医疗保障研究院执行院长应亚珍表示，对照支付改革推进的时间表和路线图，当前三年行动计划抓扩面、建机制、打基础、推协同都已较为全面地完成任务。

当前，我国医保支付方式改革目标、方向、路径等顶层设计已经明确。通过改革，实现医保基金更加安全有效；引导医疗机构转变运行机制，控制不合理成本消耗，推动内涵式、精细化高质量发展；创新药、新技术、新材料除外支付和特例单议机制等支持医药产业创新发展；合理控制就医经济负担，让人民群众获得高质量、有效率、可负担的医药服务。

今年是 DRG/DIP 付费方式改革三年行动计划收官之年，已经实现了“全覆盖”，但医保筹资增长与医药供给侧的运行发展、群众对高品质医疗服务的需求等难以匹配，支付改革的专业性强、复杂度高，深化改革、提质增效还面临多重挑战。

对于提质增效方面仍存在的挑战，应亚珍指出，从医保方而言，各地实施的质量仍存在较大差异。从医院方来说，协同改革仍存在差距。同时，提质增效受制于基础条件，是支付改革不能承受之重。

在医保支付改革新方案、新机制下，如何持续深化改革？应亚珍认为，要通过供给侧协同改革，构建中国式现代化的以病种付费为主的多元复合式医保支付方式。同时，按病种付费要逐步配套以按病种管理及待遇保障政策，守住“保基本”，做实“多层次”。最后，要做好专业支撑，助力改革行稳致远。

### 成效显现，挑战尚存

医保支付改革的目标是实现多方共赢，应亚珍指出，从医保方而言，要实现基金更加安全有效，对支付的另一方医疗机构而言，要赋能医疗机构的增效发展。此外，是为参保人员提供价值医疗、价值医保，从具体政策来讲，医保通过总预算，以及各个关键要素配套机制的实施，实现科学支付，来确保基金的安全有效。

“在该过程当中，改革先进的省地医保部门，把领导重视付诸实际行动，动态监测、分析、反馈医疗行为，包括医疗机构的服务量、诊疗行为医疗费用等。同时，科学制定按病种付费区域总额预算、四个核心要素，落实沟通协商机制，找准改革中堵点、加强监管考核进行引导，改革成效持续提升。”应亚珍表示。

对医疗机构而言，应亚珍指出，医疗机构协同响应基础信息、数据质量提升，注重物耗成本管控，以及转变内部运行机制，助力医院高质量发展，与公立医院高质量发展三提升三转变的目标完全呼应。同时对医药产业而言，创新药、新技术、新材料通过支付中的除外机



制、特例单议机制等支持医药产业创新发展。“参保患者在这一过程中，达到无效医疗减少、就医负担得到合理控制的目标。”

当前，三年行动计划已取得一定成效，但在提质增效方面仍存在挑战。应亚珍指出，从医保方来说，各地实施的质量、进展、深度方面存在较大差异。首先，各地专业人力队伍配备有多有少，有强有弱；其次，是区域总额预算在实施当中约束力方面，有些地区比较到位，也有些地区则导致基金年度中出现差值；第三，是 DRG/DIP 中一些关键要素的制定，以及其中大数据应用能力不足；此外，是监管智能审核、考核结果手段、工具支撑力尚未到位。

“一些地方不能回避的是，对支付改革的内在逻辑、专业性、复杂性认识不足，推动改革流于形式、停留表面的现象仍有所存在。没有下功夫真正掌握按病种付费的关键技术和核心机制，甚至走偏走样，我们在调研时发现上述现象依旧存在。”应亚珍坦言。

从医院方来说，协同改革仍存在差距。应亚珍指出，这首先表现为从做多“项目”变为做多“病例”“抢分值”，这体现在住院率的快速上升，已达到 21.4% 的历史高位。从动作上而言，分解住院、重复住院、低标入院的现象较为普遍；从病例分布结构而言，“未特指”主诊断病例大量增加、CMI 无端提高，可以看到医疗机构存在应对 DRG/DIP 付费的一些异常诊疗行为。

“这种结果会导致出现单一结果或多个结果同时并存，从而导致

单价贬值或医保基金超支或支付率下降，或者可能三个情况同时并存。”应亚珍强调。

同时，院内绩效考核尚未真切关注“病种”内在规律，应亚珍指出，这种病种后面有延续项目付费下的绩效管理惯性，把病种支付标准这一个平均数演化为每个病例费用“限额”，改革传导机制变形，管理者走偏，从而也导致一些临床医生感觉到不理解、不认同，影响改革效果。

对于上述医保方案和医院方案存在的弱项和挑战，应亚珍认为，放大而言，支付改革实际上能够解决的问题、缓解的矛盾有限，仍存在局限性。支付改革本身是要使支付标准更加科学，使各个医疗机构间分配更加公平，但提质增效受制于一些基础条件，即支付改革不能承受之重，医保筹资、参保待遇、医疗费用三者间的“三角”均衡已经受到较大挑战。

应亚珍介绍，在 2023 年，我国整体医保基金运行压力尤为严峻，在经过 2022 年疫情的低谷后，2023 年出现筹资增速远远跟不上费用增速的剪刀差。在 2022 年，人均筹资和人均住院费用增速都处于低谷；在 2023 年，职工医保的人均筹资增速为 7.2%，但人均住院费用增速已达到 17.8%，居民医保筹资增速百分比为个位数，但是人均住院费用增速却达到 20%。其中，居民医保压力更甚，80%医药费用集中在住院，基本医保基金收支平衡受到供给侧和需求方冲击。

## 深化改革行则将至

当前，在改革新方案、新机制下，应亚珍指出，首先，医保方式不断优化完善，医疗机构也要协同配合，不断动态改进。在供给侧协同改革中，医疗机构基础条件要具备，同时，医疗资源配置规模适宜、结构优化，尤其是基本医疗服务对应的资源，目前基本医保一家独大，已经不堪重负。

“对医疗机构而言，学科发展规划和运行机制转变是支付改革成功的重要条件。要把支付改革的压力、动力留在院级管理层，而不是分解给每名医生。要正确理解病种支付标准，平均数的管理内涵，平均数下一定要有高有低，不能作为统一的一刀切内部考核标准。在运行机制方面，包括院内全面预算管理、成本管控、绩效考核等机制都要从项目付费思路转向病种付费。”应亚珍分析称。

其次，多元复合支付方式要拓宽拓深，也是下一步改革方向。应亚珍介绍，具体而言，包括医共体支付改革助推整合型医疗服务体系建设，通过医共体按人口总额预付，实现了以全人群健康为导向，引导医疗机构整个服务体系能够实现今后医防融合关口前移。

第三，是省内跨地、跨省异地实施 DRG/DIP，需要把项目付费空白盖住。此外是 DRG/DIP 优化、融合，形成统一规范的病种付费体系。最后要构建中国式现代化的以病种付费为主的多元复合支付制度。

在更深更远的研究思考层面，应亚珍提出按病种付费逐步配套以

按病种管理及待遇保障政策。即在按病种付费的同时，无论医保方还是医疗方，病种管理中如何以病种作为单元来管理，如何将待遇保障政策与病种支付管理配套。“一些层面上的深化配套改革还有很多功夫要做，总体而言，通过该措施，可以提高医疗资源配置效率，并提升其支付杠杆作用。”

在深化改革中，也要做到守住“保基本”，做实“多层次”。应亚珍表示，在医疗资源整体规模扩大的情况下，需要满足人民群众多层次的医疗服务需求，人民群众多层次医疗服务需求应与医保的多层次间形成有机搭配。

“因此，划清基本医保“保基本”边界是各项改革有序推进、提质增效的基础。同时，构建“1+3+N”多层次保障制度体系满足群众多层次医疗服务需求，当是治本之策，确保基本医保高质量、可持续发展。否则如果说所有的费用、目录内容，包括所有机构全部要进入基本医保，基本医保根本不堪重负，各种矛盾一定会更加尖锐激化。”应亚珍分析称。

此外，要做好专业支撑、助力改革行稳致远。应亚珍指出，要充分认识支付改革的专业性、复杂性、长期性，同时，在理论、技术规范、运行监测、效果评价方面提供专业支撑，在积极行动上做好技术指导、宣传培训、研讨交流、打造专业队伍。

[返回目录](#)

## 规范价格项目 为优化医疗服务“铺路”

来源：浙江大学医学院附属第二医院

长期以来，各省医疗服务价格项目存在数量和内涵上的差异，导致价格项目混乱，增加了医疗机构的计费负担，也给患者带来了困惑。建立全国统一的医疗服务价格项目，有助于实现信息透明化，促进服务质量提升，使医疗服务项目能够更好地得到计价、执行和评价。

2020年发布的《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度的意见》提出，完善医疗服务项目准入制度，加快审核新增医疗服务价格项目，持续优化医疗服务价格结构。日前，国家医保局印发17批立项指南，合计涉及271个主项目、250个加收项、88个扩展项。这些指南涵盖了综合诊查、放射检查、超声检查、护理等多个领域，标志着我国医疗服务价格项目向规范化、统一化迈出了重要一步。和现行医疗服务价格项目相比，主要体现出以下几方面的优化。

### 前瞻性满足诊疗需求

新增价格项目“免陪照护服务”“航空医疗救护”等，特别关注老年人、儿童、危重患者的需求和前沿医疗技术的应用。这些项目的设立，为医疗服务的覆盖面拓展提供了支持，也体现了对患者需求的细前瞻性考虑。

如浙江省已在部分医疗机构试点“无陪护”病房，即患者住院期间的的生活照护任务由经过专业培训的医疗护理员承担或协助承担，从

而减轻家属陪护压力，破解“一人住院、全家受累”的难题。把“免陪照护服务”纳入护理类立项指南并实行政府指导价管理，可以解决各医疗机构对项目内涵理解不一致、收费价格不统一的问题，能让医院收费更清楚，让患者付费更明白。

2019年，中国民航局和国家卫生健康委指导北京、上海、浙江、江苏等12个航空医疗救护联合试点地区的多家医疗机构和院前急救机构陆续开展航空医疗救援服务。浙江大学医学院附属第二医院作为浙江省内唯一的国家紧急医学救援基地建设单位，于2016年8月联合成员单位成立“中国空中急救医院联盟”。联盟运行以来，累计飞行里程超过50000公里，开展空中直升机应急救援150余例，其中，带呼吸机转运的重症患者有32例。受救援人员中，年龄最小的4岁、最大的86岁。但在绝大多数情况下，航空医疗救护费用需要患者自行承担，相关保险尚不普及，因此经费来源是最大的难题，制约了航空医疗救护的发展。此次将“航空医疗转运”纳入综合类立项指南，并由医疗机构自主制定收费标准。考虑基本医保“保基本”的功能定位，不将其纳入基本医保报销范围，鼓励商业保险研究将其纳入保障范围。这在一定程度上弥补了医疗服务的管理短板，探索通过商业保险解决经费来源的问题。同时，通过航空医疗转运推动低空经济在卫生健康领域的创新发展，有助于促进低空经济的发展，为航空企业提供新的业务增长点。

## 拓展技术支持范畴

随着人工智能(AI)技术的发展, AI技术与放射检查、超声检查、康复治疗结合成为近年医疗领域的重要发展趋势。如 AI技术通过对历史病例的学习和大数据分析,能够辅助医生快速识别肺部 CT 图像,识别出小结节,甚至是微小结节,有助于医生准确判断病因,尤其是在一些复杂或罕见病症诊疗上,大大提高了医生的诊断能力。

为支持 AI 技术辅助诊断进入临床应用,并减轻患者的额外负担,立项指南在放射检查类主项目下统一安排“人工智能辅助诊断”扩展项,医院在不增加患者费用的前提下,可以根据自身情况选择传统的医疗服务方式,或者引入 AI 技术辅助诊疗。这样的安排既促进了新技术的应用,又保障患者利益,体现了以医疗服务产出为导向的价格政策取向。

同时, AI 技术的发展有助于解决医疗资源不足、分配不均的现实问题。对于基层医疗卫生机构来说,其对复杂影像的处理能力、判断能力较为薄弱,通过 AI 技术辅助诊断,可以极大地提高效率,降低误诊、漏诊率,进而提高综合医疗水平,并且减轻上级医院的接诊压力,体现 AI 技术在提质增效方面的功能。

## 体现技术劳务价值

随着超声检查设备小型化,原先需要在检查科室开展的超声检查项目,现可由检查人员携带移动设备至患者病床旁,快速完成准确的

超声检查。立项指南设立“床旁加收”，医院可在主项目基础上适当加收一定金额，利用价格调节功能，鼓励医院补齐供给短板，为老龄患者、重症患者等行动不便患者提供更加便捷的医疗服务。

另外，超声检查不仅需要一定的检查技术，还依赖医生诊断能力。在进行心脏彩超检查时，有经验的医生能够通过运动或药物试验增加患者心肌耗氧量，诱发心肌缺血，捕捉心肌异常情况，从而更准确地评估心血管系统的功能状态。因此，立项指南在心脏彩色多普勒超声检查项目下设立“心脏负荷超声”加收项，为特殊部位的超声诊断价值留出价格空间。

随着生育观念进步，越来越多孕产妇在产前通过超声检查，排查胎儿是否存在严重的生理缺陷。相较于普通超声，胎儿超声检查难度大、时间长，且需要具备产前诊断资质的医务人员进行。因此，立项指南将“胎儿系统性筛查”等项目单独设立，突出体现超声检查的技术劳务价值，并将以此为契机指导各地调整相关项目的价格政策，促进质价相符，更好体现对医务人员劳务付出的合理补偿。

接下来，各地将陆续落实立项指南，建议按照“服务项目+专用耗材”分开计价的收费方式，解除特定耗材与特定项目的捆绑关系，建立程序规范、科学合理的价格形成机制，合理体现医务人员的技术劳务价值。医疗机构依据本地区医疗服务价格项目和价格水平，合法合规收费，这不仅能够帮助医疗机构健康发展，还有助于优化医疗服



务行业发展格局。

[返回目录](#)

## • 地方精彩 •

### 重庆：“三医”走向高效协同

来源：重庆市卫生健康委

重庆市深入贯彻落实党的二十届三中全会精神，始终把保障人民健康放在优先发展的战略位置，坚持以解决群众“看病难、看病贵、看病烦”问题为牵引，以政策联动、信息互通、监管协同为抓手，促进“三医”高效协同发展和治理，推动医药卫生事业高质量发展，更好地服务人民群众健康。

#### 创新机制 推进“三医”协同

为提高“三医”协同效能，重庆市成立由市委常委、市政府常务副市长为组长，市政府分管副市长为副组长，8部门主要负责人为成员的重庆市“三医”协同发展和治理专项改革工作专班，明确专班运行机制和部门分工，加强统筹协调和集中研究，合力推进重大改革任务落实。各区(县)均由一位政府领导统一分管“三医”工作。将推进“三医”协同发展和治理专项改革等纳入市委“三个一批”重点改革任务推进。

重庆市委改革办牵头，制定印发《重庆市“三医”协同发展和治

理专项改革方案》，围绕促进优质医疗资源下沉基层、控制医药费用不合理增长、“三医”协同数字化治理能力等7方面，制定22项改革措施并明确责任分工，提出15项核心绩效指标、9项重大应用场景、7项预期重大改革创新成果和10项拟出台重大政策文件。涉及医药卫生领域改革文件均由“三医”部门共同调研起草、会审会签。

工作专班每季度召开“三医”协同改革推进会，研究会商重点改革及政策调整。推进重大改革事项时，临时组建联合攻关小组在主责单位集中办公。

### 系统谋划 实施数字改革

重庆市加快建设全市统一的“数字健康大脑”，依托数字重庆“一朵云”，建设卫生健康云专区，实现市域公立医院全覆盖。重庆市在全国率先发布省级《卫生健康数据资源目录体系》地方标准，形成7200余个数据项，归集数据总量301.5亿条，通过一体化数字系统(IRS)依申请向其他部门(单位)提供数据资源59类。推动数据回流，实现数据支撑能力下沉区县，支撑区县应用开发。制定印发《重庆市“三医”数字化协同建设方案(1.0版)》，建设“三医”统一“驾驶舱”和数据交互中心，实现医疗、医保、医药数据互通共享，支撑就医服务、智慧治理、综合监管等应用场景。

重庆市以“医检互认”应用推进数字医学影像服务改革。依托卫生健康云，建设全市医学影像云中心，全面实现市、区(县)、乡(镇

街)三级医疗机构的数字医学影像检查结果数据汇聚和互通共享,全市拥有影像设备和能够提供影像诊疗服务的公立医疗机构实现100%接入。居民可自主查询所有影像检查图片及报告。2024年上半年,医学影像胶片替代率超过80%,调阅查询量达595.9万人次,互认量达24.1万人次。节约检查费用1.01亿元。真正实现医学影像“一次检查、终身可查,一地检查、全市互认”。

重庆市建设完善“一人一码一档”电子健康档案。在全市范围内按照“一人一档一属地”原则,构建档案新建、转建、更新、异地服务的管理规则和系统建设。归集居民公共卫生服务,门诊和住院产生的诊断、检查、检验、处方、手术等全生命周期健康记录。截至2024年上半年,全市已统一建立2824.6万份居民电子健康档案首页(全市居民建档率88.0%)。

重庆推进多个应用形成实战实效,以“融跨协同”治理理念,建成“新生儿出生一件事”应用,推进新生儿家庭所需9个事项全程一次网办;建成“疫智防控”应用平台,推进跨部门实时联动、分工协作、智能辅助的传染病监测预警和处置。

### **“软硬”兼施 促进资源下沉**

重庆市建立基层医疗卫生发展“资金池”,按一定比例提取基层医疗卫生机构、区县级医疗卫生机构的医疗服务收入,财政投入部分资金等,根据众筹原理形成发展“资金池”,集中资金对乡镇卫生院

轮流建设，有效盘活闲散资金，同时应对建设单位资金不足。“资金池”主要用于基层医疗卫生机构就医环境改造、基础设施建设、人才培养。自2021年以来，全市已实现“资金池”区县全覆盖，截至2024年上半年，累计筹资25.38亿元，为基层医疗卫生机构新建或改建房屋18.47万平方米，购置医用设施设备451台(件)，有效提升了基层医疗卫生机构服务能力，改善了基层就医环境。

重庆市全面推开“县聘乡用”改革。建立骨干医师下基层机制，每年区县级医疗机构按照不低于当年新招聘执业医师类人员数量的80%派员，优先安排中级及以上职称人员到基层医疗卫生机构工作至少一年，截至2024年上半年，累计派遣“县聘乡用”人员2505人。制定系列约束措施，变更绩效工资发放渠道，区县将所有“县聘乡用”人员纳入一个新的虚拟单位，单独核定绩效工资总量。对于在基层工作满3年的人员，在职称晋升、岗位聘任等方面享受优先政策。连续服务满5年及以上的人员，回到原单位可按程序直接转评同级全市通用职称。“资金池”可分担派出医院和基层医疗卫生机构财务支出，让居民在家门口就能获得区县级医生的诊疗服务。

重庆市建设县域远程诊疗中心。依托区县级医院建立医学检验、医学影像、心电诊断、病理诊断四大远程诊断中心，与基层医疗卫生机构实现互联互通、资源共享。建立区县级检验、影像、心电、病理质控中心，统一质控管理标准。建立远程诊断费用共担机制，基层医

疗卫生机构和区县财政按一定比例，根据诊断量对区县级医院进行合理补偿。实现四大远程诊断中心区县全覆盖，“乡镇检查、区县诊断、乡镇治疗”的诊疗模式初步形成，截至2024年上半年，全市完成诊断量超300万人次。

### 多措并举 降低群众负担

在医疗领域，重庆市深化医疗服务价格改革，降低大型设备检查等项目价格，提升急诊、护理、重症监护、手术等体现医护人员价值的医疗服务项目价格，2023年，新增医疗服务项目价格273项，逐步理顺医疗服务比价关系。目前正在启动1500余项医疗服务项目价格调整。

在医保领域，重庆市深化医保支付方式改革，动态调整创新药械所涉疾病诊断相关分组(DRG)支付标准，完善符合中医药特点的医保支持政策，将中医优势病种纳入医保支付范围。截至2024年上半年，实行DRG付费的医疗机构次均住院费用下降5.7%、患者自负费用下降4.2%，减轻患者费用负担12.8亿元。

在药品领域，重庆市推进药品耗材集采“扩围提质”，加大力度组织和参加省级药品耗材集中带量采购，增加集采药品耗材品种数量，开展挂网价格治理。截至2024年上半年，全市集采药品耗材品种数量达690种，累计降低群众看病就医费用超68亿元。

在“三医”协同发展和治理机制下，重庆市基本形成了分级诊疗

格局，居民就医成本得到合理控制，健康水平不断提升，深化医药卫生体制改革成效明显。

[返回目录](#)

### 青岛：信息化驱动，绘制“全市一家医院”互认作战图

来源：中国卫生杂志

看同一种病，为何换家医院看还要重新做检查？不同医院之间的检查检验结果互认为什么这么难？为了解决这一很多患者心中的疑问，2024年11月27日，国家卫生健康委、国家发展改革委等7部门联合发布《关于进一步推进医疗机构检查检验结果互认的指导意见》（以下简称《意见》），对于推动医疗机构检查检验结果互认给予了明确的政策保障。我们推出在这一改革举措得到稳步推进，并且取得初步成效的地方的具体做法和所思所想系列稿件，供业界参考。同时，也向广大读者征集更多新闻报道线索，为业界提供更多借鉴和参考。

当前，青岛这座充满活力的城市，正以前所未有的速度编织着一张覆盖全市的医疗服务信息化网络，逐步将“全市一家医院”的美好愿景变为现实。这一切的起点，得益于青岛市已构建的覆盖辖区的全市健康信息平台。该平台依托青岛政务云的强大能力，不仅汇聚了全市各医疗机构的丰富医疗数据，还有效打破了长久以来的信息孤岛，为后续的协同应用奠定了基础，使得青岛市在加快推进医疗机构

检查检验结果互认共享方面迈出坚实步伐。

2022年，青岛市依托“全市一家医院”，在充分确保医疗质量和安全的前提下，以建设信息化平台为基础，推动检查检验结果互认共享工作从纸质报告互认向互联网数字互认转变。经历了医疗信息化的初步探索，再到当下这个强调数据共享的时代，青岛市不断探索着适合推进检查检验结果互认共享的医疗信息化发展之路。

### **先行一步，奠定互认技术基础**

早在2011年，青岛市便着手构建区域卫生健康信息数据平台。然而，在探索起步阶段，青岛市虽已具备数据采集和治理的技术基础，却面临着“数据采不全、采不准，采集的数据用不上、用不好”等突出问题，导致“不能认”。

“当时，面对的核心问题在于没有全面推行实名就诊制度，患者到不同医院就诊，需要使用医院各自的就诊卡，同时还存在患者办理临时就诊卡的情况，导致患者信息不规范、不标准，严重制约了跨机构、跨部门的信息共享，给患者就医带来诸多不便。”青岛市卫生健康委健康产业处处长薛刚说，只有确保每一位患者在不同医院间的身份信息准确无误且保持一致，才能保证在跨医院查询和调用患者信息时，准确地进行身份识别确认。为了打破这一瓶颈，青岛市从2015年着手统一市民就诊卡信息，启动了“一号通”系统。在这一系统里，市民不再需要办理各医院独立的就诊卡，只需持新版社保卡或青岛市

居民健康信息服务平台区域诊疗卡，即可在全市各医疗机构便捷就医，并通过在每一个就诊环节刷卡确认身份，确保了患者在不同医院间的信息一致。

此后，青岛市对全民健康信息平台进行了全面的升级改造，引入了更为先进的信息抓取技术。薛刚介绍，在数据采集方面，青岛没有采用以往医院主动推送数据的方式，转而采用平台主动抓取数据的新模式。通过开放医院的数据镜像库，平台能够实时、全面地获取医疗数据，确保数据的及时性和有效性。随着系统的不断迭代升级，数据采集的频率也逐步提升，部分核心数据已实现十分钟内的快速采集。这一技术革新为检查检验结果的实时、准确互认提供了有力支撑，使得患者在不同医院间的检查检验结果能够迅速共享，避免了重复检查，减轻了患者负担。

2022年10月，“市级智慧检查检验系统”正式运行，实现了32家二级以上公立医院、6大类47项检查检验结果互认共享，同年年底完成互认8513项次，节约检查检验费用约35万元。实现检查检验结果跨院共享后，市民的就医体验得到提升。过去，跨院就医时，患者需要携带纸质报告单、光盘等影像资料，这些资料不方便携带且不易保存，一旦损坏、丢失则有可能影响就医进程。现在，借助信息化手段，此类问题便能迎刃而解。

### 需求引领，贴心升级信息化服务



“信息化建设从来都不是一蹴而就的，必须紧跟需求，持续优化。”青岛市卫生健康委医政药政处副处长姜兴祥表示，在解决缺乏技术支撑问题后，青岛市坚持对标提升，深化全民健康信息平台的架构设计与优化，致力于为患者和医务人员提供更加便捷、高效的互认服务。

“在繁忙的诊疗过程中，每一秒都至关重要。”结合去外省学习医院信息化建设的经验，薛刚表示，“为了提升医务人员的操作体验，检查检验结果互认的信息平台要与医院已有信息平台做好链接，降低使用门槛，避免给诊疗工作增加负担。”比如，针对医生操作端，青岛市将市级智慧检查检验系统融入医院现有电子病历系统，并创新性地引入了电脑桌面悬浮球的设计。

“悬浮球是我们为医务人员量身定制的信息获取工具。”薛刚说，“通过悬浮球，医生可以直接进入互认系统，快速调阅患者的检查检验结果，无须在多个系统间切换，节省了操作时间。”同时，互认系统中的影像资料还支持放大、缩小、窗位调节等功能，使医生能够更精准地分析病情，进行更合理的诊断及治疗决策。此外，系统还配备了自动识别重复检查或检验项目的功能，并在医生工作站上及时提醒，帮助医生根据病情进行有效的互认共享，避免了不必要的重复检查，进一步提升了医疗资源利用效率。

在平台架构设计上，针对影像数据量大、调阅频繁的特点，青岛

市对影像数据进行了科学分类。“检查数据多为结构化数据，占据空间小，通常来讲不需要再做分类存储；而影像数据数量庞大，如果直接存储会造成过高的服务器承载压力与数据存储成本。经过调研，我们发现临床端 90%的数据调阅需求主要集中在半年内的数据，因此我们考虑对半年内和半年前的数据分别进行热存储与冷存储。”青岛市卫生健康委大数据中心副主任郭娟娟说，两类存储不会对数据本身的内容或质量造成影响，在调取冷存储的数据时仅有访问路径延长的区别，这样一来，既确保了数据的即时可访问性，又有效控制了存储成本。

在网络传输方面，薛刚介绍，为了确保数据传输的稳定性和可靠性，青岛市对医院与中心端之间的专线进行了双千兆加 5G 的升级改造。这一升级不仅实现了双千兆带宽的动态负载均衡，还提供了 5G 无线网络的备份方案，确保了数据传输的连续性和稳定性。此外，青岛市还通过压力测试、网络优化、中心资源优化配置等多种手段，确保了数据调阅速度达到设计目标，为医务人员提供了流畅的操作体验。

“我们希望通过这些努力，让每一位医生都能感受到信息化带来的便利，从而在日常诊疗中更加主动、精准地运用这些技术，为患者提供更加省时、便捷、优质、高效的医疗服务。”姜兴祥说。

**严守质量，做好“技术+诊疗”质控**

随着越来越多医疗机构与项目被纳入互认范围，如何兼顾效率与质量，是青岛市在扩大互认规模过程中要着力解决的主要问题。“患者安全是我们最看重的。”姜兴祥表示，青岛市的实践经验是，以医疗质量为底线、以具体互认条件为前提，将质量控制贯穿推进检查检验结果互认工作的全过程。

在推动检查检验结果互认的初期，青岛市充分发挥了临床检验、医学影像等质控中心的专业优势，对拟纳入互认范围的项目进行了两轮次深入、细致的论证。“我们综合考虑了多种因素，一方面，互认项目在不同医疗机构间检查检验结果的稳定性、精准度要达到较高水平；另一方面，要考虑群众就医便利性，重点关注临床看病就医过程中高频检查检验项目，确保其纳入互认项目后能够有效降低患者就诊费用、改善患者就医体验。”姜兴祥介绍，经过精心挑选，临床生化、临床免疫、临床血液以及普通放射线检查、CT检查、MR检查等六大类共47项检查检验项目率先纳入了互认共享范围。

青岛市还设置了严格的互认共享准入门槛，要求所有申请加入互认范围的医疗机构必须通过实验室质控，并纳入市、区两级日常质控范围。在确定互认共享医疗机构范围时，青岛市参照全市检验结果一单通名单，分批次推进“室间质评”合格的313家医疗机构接入“市级智慧检查检验系统”。同时，结合不定期抽查、盲样考核和参加各级卫生行政部门组织的“室间质评”等方式，青岛市从严把控检查检

验结果质量，从源头降低了因检查检验结果互认共享可能带来的隐患，有效地解决了医疗机构“不敢认”的问题。

在医疗质控的基础上，青岛市还在数据质控方面做了大量工作。“我们建立了数据质量闭环管理体系，确保互认数据与医院原始数据一致，避免因数据交换产生偏差。”郭娟娟说，这一质控体系从数据的及时性、准确性、完整性和一致性四个关键维度对数据质量进行评价，通过对医院原始报告与系统端数据进行比对抽查，采取每日反馈、月度通报的方式，对医疗机构上传的数据进行全方位监控。同时，系统还会自动检查数据的完整性，如缺少医嘱或相关信息的检查报告将被标记为不完整，并要求医疗机构及时补充，以保证数据的全面性和准确性。

在技术质控和诊疗质控的双重保障下，青岛市的检查检验结果互认项目与机构持续扩容。截至目前，已有 690 家医疗机构上线“市级智慧检查检验系统”，累计完成互认项目达 128 万项次，为市民节省医疗费用约 5885 万元，显著提高了医疗资源利用率，减轻了群众就医负担。

### **协同并进，逐步推进还需转变思路**

随着互认工作深入推进，面对医疗资源分布不均衡、临床医生使用外院检查检验报告的法律风险、医疗机构间经济利益机制不完善等共性挑战，青岛市意识到，要真正使这一体系惠及更多医疗机构与患

者，必须转变思路，激发内生动力与多元动力。

一是增强医生主动互认意愿。青岛市卫生健康委医疗应急处副处长马广仁表示，在公立医院公益性导向与绩效考核导向的双重驱动下，医疗机构积极开展检查检验结果互认已成为大势所趋。仅仅依靠外部推动是不够的，必须从根本上转变临床医生的思维，使其意识到推进互认工作对提升诊疗安全的积极作用，且有利于减少执业风险。此外，针对部分民营医疗机构迫切希望被纳入互认机构范围，以便为患者提供更便捷的服务并提升自身影响力的问题，青岛市积极探索与民营医疗机构的合作新模式。

二是完善利益机制与财政保障。青岛市卫生健康委认识到，充分调动医疗机构和医务人员的积极性，需要各方面的政策支持。因此，青岛市卫生健康委积极与市财政、市医保、市大数据等部门携手合作。马广仁介绍，在这一过程中，多方共同明确了“不因实施检查检验结果互认而降低区域医保总额”的原则，旨在消除医疗机构的后顾之忧，确保其在参与互认工作的同时，医保总额不受影响。此外，青岛市正积极探索建立更为科学合理的补偿机制，旨在通过给予积极参与互认工作的医疗机构适当激励，充分体现医务人员的劳动价值，进一步激发医疗机构和医务人员的内在动力。

三是从更深远层面考虑与分级诊疗体系衔接。当前，青岛市部分基层医疗卫生机构虽已纳入互认体系，但互认率仍有待提升。如果能

够推动患者在基层首诊并实现检查检验结果的互认，不仅能减轻大型医疗机构的诊疗压力，还能提升基层医疗机构的诊疗能力和服务水平，进而推动分级诊疗制度真正落地。

“推进检查检验结果互认是一项长期且复杂的任务，因此，青岛市始终将其作为一项持续完善的重点工作。”姜兴祥表示，从最初确立的互认原则，到持续优化系统并扩大互认范围，再到如今的提质增效，青岛市初步构建起一个高效、便捷、高质量的检查检验结果互认工作体系。下一步，青岛市将扎实、有序探索互认项目、互认机构覆盖面，让更多群众享受到此项惠民措施；同时加强与部门沟通协同，多部门聚力、多方位支持，结合医联体建设及医保支付方式改革等工作，形成政策合力，以此项工作带动群众就医获得感和满意度不断提升。

[返回目录](#)

### • 专家观点 •

#### 吴欣娟：从变化中探索护理教育新格局

来源：中国卫生杂志

目前，护理工作面临着前所未有的发展机遇与挑战，同时护理教育也迎来了转型升级的重要时机。

近期，中华护理学会理事长吴欣娟在中国护理学科发展大会上作

主旨报告。报告摘要如下：

### 照护模式迎来系列转变

全人照护作为一种以人为本的照护模式，将病患看作一个整体，要求护士不仅关注患者的生理健康，同时也密切关注患者的心理与社会状况。这一模式下，护理教育体系不断完善，强调培养具备全人关怀能力的护理人员，以适应新需求。

在落实过程中，护理服务理念从以治疗为主向以预防为主延伸，通过向居民普及健康生活方式，引导居民注重合理饮食、加强锻炼、定期体检等，使其形成健康的生活习惯，从而有效预防疾病、降低发病率，积极推动全民建立“预防未病”的健康理念。同时，护理工作思路也从被动服务向主动管理转变。过去，患者得病后主要依赖医院接受治疗和护理；现在，医务人员积极推动患者参与自身健康管理，提升患者对疾病的认知水平和居家护理能力，识别和避免危险因素，预防和延缓疾病的进一步发展，让患者拥有更高的生活质量。同时，护理工作的焦点逐渐从个体扩展到群体，广泛关注人文、经济、社会、环境等多学科与护理学科的联系，以居民健康需求为导向，开展临床、科研、教育、科普等多方面工作，提升全社会对健康问题的关注度。

随着科技发展，护理行业逐渐实现科技赋能。在智能化背景下，护理实践变得更加精准高效，如建设智慧病房、进行远程监测等，让患者能够实时获取健康数据并及时获得救治。另外，智能化技术渗透

至临床护理决策与护理人员培养体系中，随着智能机器人、信息集成系统等前沿科技的应用，护理服务效率与质量得到提升。

在一系列转变中，护理工作实现了从躯体救治到“全人护理”的跨越。从个人社会支持到环境保护，护理行业需要更健康、更安全的环境和社会氛围，让患者身心两方面都能得到充分的关爱与呵护。

### 护士角色愈加多元化

目前，护士角色向多元化方向发展。这种变化不仅体现在护理工作的专业化、精细化上，更反映在护士所承担的领导与管理职责的日益增加上。这种转变对护理教育体系提出了全新的要求。

在专业技能方面，专科护士、临床护理专家及高级实践护士等职位涌现。这意味着护理人员根据专科领域、疾病类型及专业技术，为特定患者群体提供更加精准、深入、个体化的护理服务。因此，护理教育体系必须加强专科护理技能培训，确保护士能够在专业领域习得先进的理论知识和实践技能，并通过更丰富的培养路径，熟练掌握高科技设备应用，有效运用智慧化、信息化系统，提升护理工作的科技含量和效率。

在领导与管理方面，护士不再仅仅是医疗指令的执行者，还逐渐成为多学科协作团队中的重要成员，甚至成为领导者，负责患者及家属的教育与管理，参与医疗政策的制定、服务规划的构思及行业标准的设立等更高层次的工作。因此，护理教育体系还需注重领导力、管



理能力和科研素养培养，使护士能够胜任新职责。

此外，在护理教育与科研领域，护士同样发挥着不可或缺的作用。护士需要主导或参与护理研究项目，或担任护理教育者。这些变化不仅提升了护士的专业地位，也为护理教育体系创新提供了方向。

### 教育体系需持续优化

当前，我国已经形成了从专科、本科到研究生的多层次高等护理教育体系。全国注册护士队伍不断壮大，截至 2023 年年底，护士总数已达 563 万人，且每年以约 8% 的速度增长，护士学历层次也在不断提升。然而，挑战依然存在，护理教育体系需进一步优化。

护理教育的层次结构需进一步完善，尤其是本科及研究生教育规模需进一步扩大，以解决当前不同层次和地区教育质量不均衡的问题。护理行业应通过优化资源配置、提升教学质量，尤其是加大对农村等基层地区的支持力度，确保护理教育水平和服务能力均衡发展。

此外，护理教育教学模式急需革新。面对学校教育与临床实践脱节、课程设置滞后于护理需求的问题，需建立护教协同育人机制，强化理论与实践的紧密结合。学院与临床机构要明确教学目标与责任，并在科研合作、学术交流、信息平台搭建等方面协同发展，形成完善的合作生态，并建立全面的质量监控与评估体系。

在此基础上，还需培养护理专业学生及护理人员的创新思维，增强学生的问题识别与分析能力，培养其批判性和创新性思维。此外，

还需重视护理教育中的人文素养与领导力培养。这有助于增强团队的凝聚力，形成推动创新成果转化的合力，增强面临复杂问题的适应能力。

跨学科合作与多学科融合，是推动护理学科深入发展的重要途径之一。这种合作模式鼓励学生跨越学科界限，尝试和探索新的路径与解决方案，具备多元化的技能和知识体系。同时，合作模式为学生提供了拓宽视野的机会，锤炼其跨文化沟通和协作的能力。多学科融合还催生了护理科研的繁荣，促进技术不断创新与转化，进一步强化护理专业学生和护理人员的社会责任感和服务意识。

下一步，护理行业需进一步优化护理人员的层次结构，通过深化校企合作，实现理论与实践对接，积极促进护理学科与其他学科的深度融合。同时，护理行业将持续优化教育体系，以适应新时代护理工作的发展需求，构建卓越、稳固的护理团队。

[返回目录](#)

## 抗肿瘤药物下基层的“进”与“退”

来源：新浪医药

抗肿瘤药物临床用药保障是提升医疗质量和安全的重要环节，在确保患者安全有效治疗、提高肿瘤合理用药水平、优化医疗资源利用、推动抗肿瘤药物研发与创新等方面具有重要意义。

日前，为进一步探讨抗肿瘤药物供应保障等相关工作，健康报社

在京举办抗肿瘤药物临床用药保障交流会，业内专家齐聚一堂，就相关工作展开讨论。

### “进”得不易

首都医科大学附属北京胸科医院肿瘤中心副主任 刘喆：

目前，肺癌是中国发病率第一、死亡率第一的恶性肿瘤。从医生的视角来看，肺癌在中国的发病率和死亡率均居高不下，5年生存率虽有提升但仍远低于期望。许多患者在发现时已是中晚期，错过了最佳治疗时机。《“健康中国2030”规划纲要》提出，到2030年要实现全人群、全生命周期的慢性病健康管理，总体癌症5年生存率提高15%。近年来，业内在肺癌的规范化诊疗方面已经取得了显著的进步。除了传统的手术、放疗、化疗最基础的“三板斧”以外，靶向药物和免疫药物的治疗为患者又开了一扇窗，从形态病理到分子病理的发展也为肺癌患者带来了新的希望。然而，肺癌的防治需要全社会的共同努力。只有政府、医疗机构、科研人员和患者携手合作，才能推动肺癌防治事业的不断发展，为更多的患者带来生命的希望。未来，业内可以进一步加强癌症的早诊早治，推广规范化的诊疗方法，提高整体医疗服务能力，以更好满足患者的临床需求。

山东第一医科大学附属省立医院药学部主任 沈承武：

基层医疗卫生机构在药品配备方面确实存在困难，尤其是新型抗肿瘤药物等高端药物的可及性问题亟待解决。很多紧密型医联体已经

开始进行药物目录的统一，但在实施过程中，仍需考虑基层医疗卫生机构的实际情况，比如肿瘤患者使用的高价治疗药物很难在全国范围内配备。基层还需针对性地配备基本药物，在促进上下级用药衔接的基础上，把临床评价好的药物，尤其是在一线使用的药物尽快纳入药物目录当中。

北京医院药学部副主任 赵明：

业内应有重点地推进药品上下联动工作，特别是三级医疗机构与基层药物药品目录的衔接。首先，针对国内主要癌种(如肺癌、乳腺癌、结直肠癌)以及长生存期肿瘤应特别关注，保证目录“少而精”的科学性，确保药物的有效性和安全性。其次，目录的管理必须规范。要随着肿瘤药物发展及时关注新的临床试验结果和循证医学证据的动态变化，对目录进行动态调整。最后，抗肿瘤药物的分级管理也是重点工作之一。要明确基层医疗卫生机构医生使用抗肿瘤药物的权限，同时要考虑抗肿瘤药物给患者带来的实质性临床获益。这有利于帮助相关部门在药品准入和医保报销政策制定中作出更合理的决策。

首都医科大学附属北京儿童医院临床研究中心助理研究员 曹旺：

2018 版国家基本药物目录中，抗肿瘤靶向药物只有 6 种，跟世界卫生组织发布的基药目录相比仍有明显差距，儿童药物更是如此。如何对药品临床综合评价结果进行质控，并将结果转化为实际的临床

应用，是业内近几年不断探讨的问题。在缺乏高质量的随机对照试验的情况下，多中心的真实世界观察性研究是有效且十分必要的，对一些附条件批准上市的药品尤为如此。

### “下得去”，亦要“接得住”

哈尔滨医科大学附属肿瘤医院药学部主任 董梅：

药学发展在促进肿瘤治疗中发挥着重要作用，但仍有诸多需求未被满足。国家指南推荐的一线治疗药物在基层配备情况并不理想。在肿瘤患者维持治疗和对症治疗方面，基层医疗卫生机构药品配备的多样性问题值得关注。业内还需关注供应链的保障问题，确保新型药物在基层能够得到及时供应和合理使用。在政策方面，应避免考核内容与患者健康管理目标相冲突。同时，要用好信息化手段，实现药师与患者的实时沟通和远程会诊，保障患者治疗的连续性。

北京大学肿瘤医院胸部肿瘤内二科副主任医师 韩森：

对于肺癌等常见疾病，三级医疗机构用药目录中的药物选择应兼顾发病率和患病率，同时考虑药物的有效性和安全性。在基层医疗卫生机构，因其对药品不良反应的处理能力相对有限，药物的安全性则尤为重要。在药品可及性得到保障后，如何确保药品合理使用的问题就凸显出来。如何开展对基层医生及药师的培训，帮助其用好相关药品进而将患者留在基层医疗卫生机构，这一问题至关重要。

### 评价工作是重要支撑

中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)药学部学术主任 沈爱宗:

随着创新药物研发进程的加快、创新药物频频上市,创新药物进入医保目录也逐渐成为常态,使广大人民群众有药可用。对患者而言,药品临床综合评价是保障其用药安全和有效的重要手段。综合评价结果可以反映药品在临床应用中的实际效果和潜在风险,为药品研发和生产企业提供反馈和指导;亦有助于医药企业优化药品研发策略,提升药品质量和疗效。同时,药品临床综合评价还可为医疗机构提供用药指导,帮助医生更明智地选择药物,提高临床用药的准确性和合理性。安徽省药品临床综合评价工作由中国科学技术大学附属第一医院牵头组织实施,目前已覆盖全省 34 家医疗机构,队伍不断扩大。

四川省人民医院试验动物研究所所长、四川省人民医院药学部原副主任 龙恩武:

在药品临床综合评价中,数据是基础。目前多数研究主要基于文献数据,而真实世界数据更能体现药品在真实临床环境下的有效性和安全性,因此应推动真实世界数据在临床综合评价中的使用。目前我国医疗数据库尚未建立共享机制,存在数据孤岛及数据浪费现象。希望从国家层面完善政策支持,建立统一、完整的临床专病数据库,以更好支持药品临床综合评价。同时,评价工作应客观公正,不受赞助厂家的影响,排除利益干扰,实事求是地从科学角度出发评价各个药

品。有关部门应在综合评价的应用方面出台强制政策，真正将全国各种综合评价的结果应用起来，不能做了不用，浪费了投入的人力与物力。

[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



北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司

 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