

卫生健康信息动态

2024 年第 29 期（总第 316 期）

广西卫生健康事业发展战略智库
广西壮族自治区医学科学信息研究所

2024 年 7 月 30 日

要 点

- 国家卫生健康委员会：临床急需医疗器械可以临时进口
- 福建：村卫生室执业（助理）医师可参加职称评聘
- DRG/DIP 重磅改革：用好特例单议机制

目 录

【资讯前沿】

《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》发布..... 3

国家卫生健康委员会: 临床急需医疗器械可以临时进口..... 4

【各地动态】

天津在各涉农区推进紧密型区域医疗卫生共同体建设..... 5

福建: 村卫生室执业(助理)医师可参加职称评聘..... 7

四川推进儿童医疗卫生服务高质量发展..... 8

【热点关注】

DRG/DIP 重磅改革: 用好特例单议机制..... 10

【资讯前沿】

《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》发布

7 月 25 日，国家医疗保障局发布《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》，重点包括 7 个方面：

一是基本医疗保险方面。全国基本医疗保险参保 133389 万人，其中职工参保 37095 万人，城乡居民参保 96294 万人。全国基本医疗保险（含生育保险）基金总收入 33501.36 亿元，总支出 28208.38 亿元；统筹基金当期结存 5039.59 亿元，累计结存 33979.75 亿元。**二是生育保险方面。**全国参加生育保险 24903 万人，比上年增加 282 万人。进一步规范统一生育保险待遇享受统计口径，将产前检查、计划生育人次纳入生育保险待遇统计，享受各项生育保险待遇 2834 万人次，比上年增长 60.2%。生育保险基金支出 1177.23 亿元。**三是医疗救助方面。**全国医疗救助支出 746 亿元，资助 8020 万人^①参加基本医疗保险；各项医保综合帮扶政策惠及农村低收入人口就医 1.86 亿人次，减轻农村低收入人口医疗费用负担 1883.5 亿元。**四是“三医”协同发展和治理方面。**医保药品目录连续 6 年开展动态调整，2023 年通过谈判降价和医保报销累计为患者减负近 2300 亿元；全国 384 个统筹地区开展按病组和病种分值（DRG/DIP）付费，其中，开展 DRG 付费的城市 190 个，开展 DIP 付费的 192 个，天津、上海 DRG 和 DIP 并行付费；开展国家组织药品集采，涉及 80 种药品，平均降价 57%；启动挂网药品价格治理，约谈相关医

^①不含其他部门资助参保人数。

药企业 23 家，涉及 30 个品种，约谈药品平均降价超 40%。**五是异地就医就诊方面。**全国普通门急诊、门诊慢特病及住院异地就医 2.43 亿人次，其中，职工医保异地就医 1.61 亿人次（包括省内异地就医 1.01 亿人次，省外异地就医 0.6 亿人次），居民医保异地就医 8214.36 万人次（包括省内异地就医 5196.78 万人次，省外异地就医 3017.58 万人次）；全国普通门急诊、门诊慢特病及住院异地就医费用 7111.05 亿元。**六是医保基金监管方面。**国家医疗保障局组织飞行检查 34 组次，检查定点医疗机构 66 家、医保经办机构 32 家，查出涉嫌违法违规资金 9.2 亿元。**七是长期护理保险试点方面。**49 个试点城市参加长期护理保险人数共 18330.87 万人，享受待遇人数 134.29 万人；长期护理保险定点服务机构 8080 家，护理服务人员 30.28 万人。（健康报）

国家卫生健康委员会：临床急需医疗器械可以临时进口

近日，国家药品监督管理局、国家卫生健康委员会发布《医疗机构临床急需医疗器械临时进口使用管理要求》，旨在解决国内尚无有效治疗或预防手段，且国外已上市但国内尚无同品种产品获准上市的第二类、第三类医疗器械（不包括大型医用设备）的临时进口使用问题。

在用械安全方面，申请临时进口医疗器械的医疗机构必须是具备高水平医疗技术和服务能力的三级甲等医院，需在相应治疗领域拥有多年疑难危重病种诊疗经验，并具备相应的治疗能力、专业科室以及丰富的同类医疗器械使用经验。**在申请流**

程方面，医疗机构需向国家药品监督管理局提交包括申请表、医疗器械相关资料、使用必要性及可行性评估资料、证明性文件和承诺书等在内的全面资料，国家药品监督管理局将组织技术审评部门和专家进行审核。在质量管理和不良事件监测方面，医疗机构需建立完善的质量管理制度和不良事件监测工作制度，对使用过程中产生的病历进行长期保存，并在发生严重不良事件或发现质量和安全隐患时立即停止使用；每年度向所在地省级药品监督管理部门报告医疗器械临时进口使用的评价情况，确保产品的安全性和有效性。（新华网）

【各地动态】

天津在各涉农区推进紧密型区域医疗卫生共同体建设

近日，天津市将在各涉农区全面推进紧密型区域医疗卫生共同体（以下简称区域医共体）建设，全市各涉农区（除开展紧密型城市医疗集团建设区外）将根据地理位置、服务人口、现有医疗卫生机构布局等，组建由区级二级及以上非营利性综合医院或中医医院牵头，其他若干家区级医疗卫生机构及乡镇卫生院、社区卫生服务中心等组成的区域医共体。

区域医共体内部将**加强以区带镇**，支援乡镇卫生院、社区卫生服务中心，提供门诊、查房、会诊、巡诊、带教等多种形式的医疗专业技术服务支持，重点提升基层特色诊疗服务能力；**加强以镇带村**，组织乡镇卫生院、社区卫生服务中心对辖区农村开展巡回医疗和派驻服务，提高村卫生室医务人员疾病规范

化诊疗意识和临床技术水平；**加强镇村一体化管理**，将符合条件的公办村卫生室转为乡镇卫生院、社区卫生服务中心延伸举办的村级医疗服务点，村卫生室全部实施国家基本药物制度。区域医共体将**围绕居民健康形成服务共同体**，通过规范统一成员单位的服务行为和流程，统一乡镇卫生院与区级医院用药目录，实现处方自由流动；探索建设区域中心药房，建立缺药登记和配送制度，解决乡村居民用药问题；根据牵头医院及各成员单位业务及服务能力，统筹建立区域内医学检验、医学影像、心电诊断、病理诊断、消毒供应等资源共享中心，统筹建立区域肿瘤防治、慢病管理、微创介入、麻醉疼痛诊疗、重症监护等临床服务中心，提高区域内资源配置效率；健全分级分层分流的重大疫情救治机制，提升基层重症、危重症识别和急救能力，畅通绿色转诊通道，推进建设基层医疗应急小分队；拓展家庭医生签约服务，区级综合医院设立全科医学科，将乡村医生纳入家庭医生团队，上级医院在专家号源、住院床位和预约检查等方面预留20%以上的资源优先保障家庭医生转诊的患者。

各涉农区将**加强区域医共体与城市三级医院的合作**，实施城市大医院帮扶区属医院项目，城市三级医院通过专家派驻、专科共建、临床带教、远程协同、科研和项目协作等方式，提升区域医共体服务能力和管理水平。城市公立三级医院至少派出3名以上专家给予医疗、药学、护理、管理等常年驻守指导，完善连续通畅的双向转诊服务路径。（中国政府网）

福建：村卫生室执业（助理）医师可参加职称评聘

福建省卫生健康委员会等九部门联合印发《关于进一步推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施方案》，强调到 2025 年底，各县域医共体全部达到国家紧密型评判标准。

一是完善县域医共体管理体制，明确建立由县级党委领导、政府主导，各部门参与的推进机制。完善县域医共体布局，鼓励引导社会力量办医疗机构加入县域医共体，鼓励有条件的县级中医医院牵头组建县域医共体。建立县域医防协同，建立健全县域医共体与专业公共卫生机构服务融合和资源信息共享等协同机制。**二是规范县域医共体内部运行管理**，明确县级卫生健康行政部门的班子成员可兼任县域医共体党组织书记。要求加强绩效考核，考核结果与县域医共体牵头医院主要负责人任免、薪酬、奖惩以及公共卫生服务经费补助、医保基金支付、绩效工资总量核定等挂钩；建立内部考核激励机制，考核指标向资源下沉、巡诊派驻、家庭医生签约、成本控制等方面倾斜。优先保障基层医疗卫生机构用人需要，确保基层全科医生、中医医师、公共卫生医师、药师等按要求配备到位。要求统一县域医共体内规章制度和技术规范、人员培训、质量控制等标准，强化县域医共体医疗质量和安全管理。**三是提升县域医疗卫生整体服务能力**，完善县域内医学检验、医学影像、心电诊断、病理诊断、消毒供应、远程会诊等六大资源共享中心，统筹建立县域肿瘤防治、慢病管理、微创介入、麻醉疼痛诊疗、重症监护等五大临床服务中心。加强对基层医药知识与技能培训和适宜技术推广，指导基层加强“中医馆”“中医阁”建设。**四是**

完善县域医共体建设支持政策，明确各地政府新增财政卫生健康支出向基层医疗卫生机构适当倾斜。探索基本公共卫生服务项目资金由县域医共体牵头医院打包管理。推进乡镇卫生院卫生技术人员“县管乡用”，乡村医生“乡聘村用”，适当提高基层中、高级专业技术岗位比例，一体化管理的村卫生室执业（助理）医师可参加职称评聘。推进县域医共体内各医疗卫生机构负责人实行年薪制。要求各地实施动态调整医疗服务价格时，要统筹支持乡村医疗卫生机构发展，对于换药、注射、输液、采血等均质化程度高的医疗服务项目，可以明确具体范围，逐步实施县域同城同价。医保报销目录增设中医康复治疗、安宁疗护等农村地区适宜卫生服务项目，简化申报流程，逐步提高乡村医疗卫生机构服务性收入占比。（医院管理论坛报）

四川推进儿童医疗卫生服务高质量发展

日前，四川省印发《四川省推进儿童医疗卫生服务高质量发展实施方案》，分为4个方面共19项任务，提出到2035年，全省基本形成城乡均衡、协同高效的儿童医疗卫生服务体系。

在构建高质量儿童医疗卫生服务体系方面，提到建设高水平儿童医疗服务网络、依托医联体优化儿童医疗资源配置和强化儿童保健服务网络建设。如建设省内有“高峰”、区域有“高原”、市州有“高地”、县域有“龙头”的高水平儿童医疗服务网络；按照成都、川东、川西、川南、川北“五大片区”规划建设5个省儿童区域医疗中心。

提供优质化儿童医疗卫生服务方面，包括提升儿童重大疾病诊疗和急危重症救治能力，支持儿科领域前沿技术发展与转化，发挥中医药在保障儿童健康中的特色优势，推进家庭医生签约服务，加强儿童心理健康和精神卫生服务，提供高质量的儿童疾病预防和健康管理服务。如鼓励高水平医疗机构探索开展针对儿童期重大疾病的成年阶段延续治疗；鼓励针对儿童需求设定个性化签约服务包；推广建立“一站式”入出院服务中心，推行“一次挂号管三天”，开展分时段预约诊疗和检查检验集中预约服务。

加强现代化儿科人才队伍建设方面，包括加强儿科专业人才培养，加大儿科医师转岗培训力度，培养储备高层次复合型儿科人才。如加强儿科领域紧缺专业人才培养，支持省内高校增设儿科学、中医儿科学等专业，或在相应授权学科（专业类别）范围内自主设置儿科等二级学科或专业领域，并逐步扩大招生规模；加强中医儿科人才队伍建设，搭建中医儿科名医工作室平台；依托国家和省儿童区域医疗中心，打造攻关儿科“卡脖子”关键核心技术的科技领军人才和创新团队。

完善儿童医疗卫生服务高质量发展配套政策，包括完善儿童医疗保障待遇和支付政策，加大财政保障力度，补齐儿童用药短板，加强儿童重大疾病救治管理。如结合实际探索通过省市共建、市县共建、校院共建等多种方式，统筹资金渠道，鼓励社会力量支持，进一步加大对儿童医疗卫生事业发展的支持力度，落实对儿童医院、妇幼保健院的投入倾斜政策。

（微信公众号：中国中医）

【热点关注】

DRG/DIP 重磅改革：用好特例单议机制

【编者按】7月23日，国家医疗保障局举行按病组（DRG）和病种分值（DIP）付费2.0版分组方案新闻发布会，介绍新变化。“医改界”等微信公众号就此汇总。编者对重点内容摘编如下。

一、医疗机构不得将支付标准作为限额考核医务人员

DRG和DIP针对住院医疗服务付费，旨在通过确定每一个病组/病种数量、分值，彼此相乘得出一个“打包价”，形成一个“基准值”。医疗机构实际发生费用在高于这个基准值时形成“医保亏损”，在低于这个基准值时可获得医保结余款并进行自主分配。然而，在DRG/DIP政策执行不到位、不规范地区，医患权益易受损，部分医院试点期不够重视，没有设置“医院—科室”“科室—医生”两道绩效考核防火墙，反而违反国家卫生健康委员会和国家医疗保障局规定向医生下达控费指标。此外，部分医疗机构没有通过控制床位数、优化人力资源、节约药品耗材与办公用品等内部挖潜，而是想着从扣除医护人员绩效工资方面“抠”出钱来。上述行为带来后果如下：一方面，医生、护士、技师等“一手拿手术刀，一手拿计算器”“一边出门诊，一边当会计”；另一方面，医护人员也可能把压力转嫁给患者，为了防止“医保亏损”，弃用本来可用的先进技术设备、药品耗材，甚至以各种理由推诿患者到其他科室、医院。为解决上述问题，2024年初国家医疗保障局先后组织5场医务人员座谈会，听取医院管理者、医保办主任、一线医生护士意见。此次

DRG/DIP 付费 2.0 版分组方案发布，国家医疗保障局重申医疗机构不得将 **DRG/DIP** 支付标准作为限额，对医务人员进行考核，或与绩效分配指标挂钩。

二、DRG/DIP 付费 2.0 版分组方案新亮点

原则上，2024 年新开展 DRG/DIP 付费的统筹地区直接使用 DRG/DIP 付费 2.0 版分组方案，已开展统筹地区确保 2025 年起统一使用 2.0 版分组方案。

一是完善特例单议机制。“特例单议”是 DRG/DIP 付费 2.0 版分组方案的最大亮点之一。对因住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按 DRG/DIP 标准支付的病例，医疗机构可自主申报特例单议，数量原则上不超过 DRG 出院总病例的 5%或 DIP 出院总病例的 5‰。各地要定期组织临床专家进行审核评议，并对审核情况进行公示。2025 年 7 月对当年上半年情况进行公告，以后每半年一次。此外，地方探索的“除外机制”也被纳入 DRG/DIP 付费 2.0 版分组方案中，对符合条件的新药耗新技术在应用初期按项目付费或以权重（点数）加成等方式予以支持，后期积累足够数据后再纳入 DRG/DIP 付费。为支持创新医药技术顺利进入临床，北京、上海、广东、海南等地陆续提出在 DRG/DIP 支付方面对创新药械除外支付。二是完善协商谈判机制。医保基金总额预算、权重、分值、调节系数等支付核心要素，将由医疗机构代表、行业（学）协会和医保部门共同协商确定。各地要建立支付方式改革专家组，由临床医学、药学、医保管理、统计分析等方面的专家共同组成。三是完善结余留用机制。

DRG/DIP 支付标准是根据历史医疗费用测算的，反映的是该病组/病种的平均费用水平，具体到单个病例的实际发生费用可能会上下浮动。医疗机构通过提高内部管理水平、规范医疗服务行为、主动控制成本，可能会产生结余；结余可以按规定在医疗机构留用，并作为医疗机构的业务收入。结余留用作为一项激励机制，将提高医疗机构参与改革的积极性。

四是完善意见收集机制。各地要建立面向医疗机构、医务人员的意见收集和反馈机制。不仅各个统筹地区要加强意见收集、整理和报送，国家医疗保障局还将设立专门的意见邮箱，直接收集医疗机构、医务人员关于 DRG/DIP 分组、技术规范、价格改革协同等方面的意见建议，做到广开言路。

五是完善预付金制度。各地可根据医保基金结余情况，向定点医疗机构预付 1 个月左右的预付金，帮助其缓解运行压力。医保基金预付应当向与医保部门有长期合作、管理规范、信用良好的机构，以及在医保政策落地、发动居民参保、协助打击欺诈骗保、全面采集上报药品耗材追溯码等方面表现较好的机构倾斜，体现医保政策导向，发挥医保基金杠杆作用。

六是建立医保数据工作组。统筹地区要建立医保数据工作组，由不同级别、不同类型的医药机构代表组成，目的是探索形成医保部门向医疗机构反馈医保基金运行情况、分项支出、医疗机构费用分布等数据的机制，便于医疗机构管理者对运行能掌控、对未来有预期。