



药政参考

Reference for Pharmaceutical Administration

—— 及时 | 精准 | 深度 ——

2022|07.31

总第 55 期



中国药学会科技开发中心
官方网站二维码



中国药学会科技开发中心
微信公众号二维码

目 录

新政发布

关于公布全国药品集中采购（GY-YD2022-1）中选结果的通知	1
国家医疗保障局办公室关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知	2
关于进一步加强用药安全管理提升合理用药水平的通知	4
关于印发公立医院高质量发展评价指标（试行）的通知	6
关于进一步推进医养结合发展的指导意见	16
国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知	22
关于印发乡镇卫生院服务能力标准（2022 版）等 3 项服务能力标准的通知	26

药物信息

国家药监局应急附条件批准河南真实生物科技有限公司阿兹夫定片增加新冠肺炎治疗适应症注册申请	27
--	----

附件

基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程	28
----------------------------	----

(本期收录 2022 年 7 月 16 日~7 月 31 日医药政策信息)

关于公布全国药品集中采购（GY-YD2022-1）中选结果的通知

重要性：★★★★

关注度：★★★★★

各相关单位：

根据《全国药品集中采购文件（GY-YD2022-1）》规定，联合采购办公室开展了药品集中采购工作，现公布中选结果（详见附件）。本次集采中选结果将于2022年11月实施，具体执行日期以各地发布通知为准。

附件：

1、全国药品集中采购中选结果表

2、全国药品集中采购备供情况表

3、全国药品集中采购中选品种供应清单

附件下载链接：

<https://www.cmei.org.cn/index/news/detail.html?id=34130&catid=42>

国家组织药品联合采购办公室

2022年7月18日



国家医疗保障局办公室关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知

重要性：★★★★

关注度：★★★★★

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

近年来，各地持续完善医疗服务价格管理，结构更加优化，比价关系不断改善，与相关改革协同发展显著加强，对公立医院高质量发展起到了积极促进作用。同时工作中也存在宏观管理相对薄弱、价格杠杆功能发挥不充分、项目管理引导作用不突出等问题。为进一步贯彻落实党中央、国务院关于医疗服务价格工作的决策部署，结合深化医疗服务价格改革试点精神，稳妥有序做好现阶段医疗服务价格工作，强化基本医疗服务公益属性，促进医疗服务创新发展，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医疗卫生服务。现就有关事项通知如下：

一、强化医疗服务价格宏观管理和动态调整。医疗服务价格管理是重要的经济和民生事项，在管理过程中要坚决贯彻公立医疗机构公益性的基本理念，在具体项目、价格和政策上切实体现公益性。要坚持稳中求进、稳妥有序的工作基调，建立医疗服务价格动态调整机制并实质性运行，使医疗服务价格调整的时机、节奏、规模与经济社会总体形势、政策取向、医保基金收支等基本面相适应。要在省级层面统一动态调整机制的具体规则，明确启动条件和约束条件，健全价格调整程序、规则、指标体系，避免各行其是。

按照设定的调整周期和触发机制做好评估，符合条件的，及时在总量范围内有升有降调整医疗服务价格，积极灵活运用医疗服务价格工具，有力支持公立医疗机构高质量发展，确保群众医药费用总体负担不增加。

二、扎实做好医疗服务价格日常管理工作。要主动规范完善医疗服务价格日常管理的内容、方式和工具，通过日常管理的具体措施将医疗服务价格政策传导至各方面。对价格项目的具体执行切实担负起管理职责，做好内涵边界、适用范围等政策解释，及时回应临床关切。落实医疗服务价格重要事项报告制度，提高报告质量，确保上下联动、横向协同。编好用好医疗服务价格指数（MSPI），逐步将指数纳入本地区医疗服务价格调整和管理的指标体系，根据指数反映的变化趋势等，相应采取积极、稳健或谨慎的医疗服务价格总量调控和动态调整措施。强化医疗机构医疗服务价格执行情况监管，对不规范执行政府指导价等行为，及时进行指导纠正，必要时采取函询约谈、成本调查、信息披露等措施。

三、突出体现对技术劳务价值的支持力度。充分听取医疗机构和医务人员的专业性意见建议，优先从治疗类、手术类和中医类（指国家医保局“医疗服务项目分类与代码”编码 001201-001206、003201-003206、

003301-003316、004100-004300 的项目)中遴选价格长期未调整、技术劳务价值为主(价格构成中技术劳务部分占比 60%以上)的价格项目纳入价格调整范围,每次价格调整方案中技术劳务价值为主的项目数量和金额原则上占总量的 60%以上,客观反映技术劳务价值,防止被设备物耗虚高价格捆绑。对技术难度大、风险程度高、确有必要开展的医疗服务项目,可适当体现价格差异。总结新冠病毒核酸检测价格专项调整经验,按照技术劳务与物耗分开的原则,科学把握检查化验项目价格构成要素,通过集中采购等多种方式降低物耗成本,推动项目总价合理下降,切实向群众传导改革红利。对于社会捐赠和应使用政府性资金购买的大型检查治疗设备,测算项目定价成本时,应按公益性原则扣除设备折旧、投资回报、还本付息等费用,主动将大型设备检查治疗项目纳入动态调整范围,持续降低偏高价格。

四、新增价格项目着力支持基于临床价值的医疗技术创新。要加快新增医疗服务价格项目受理审核进度,切实加强创新质量把关,旗帜鲜明支持医疗技术创新发展。对优化重大疾病诊疗方案或填补诊疗空白的重大创新项目,开辟绿色通道。对以新设备新耗材成本为主、价格预期较高的价格项目,做好创新性、经济性评价。审慎对待资本要素驱动、单纯谋求投资回报及地方保护特征的立项诉求,避免按特定设备、耗材、发明人、技术流派等要素设立具有排他性的医疗服务价格项目。对区域医疗中心从输出医院重点引进的医疗服务,原则上按本地现有价格项目对接,本地无相应价格项目的,简化价格项目申报流程。

五、提升现有价格项目对医疗技术的兼容性。要以行业主管部门准许应用并明确技术规范的医疗服务作为受理审核新增价格项目的具体范围。坚持服务产出导向的原则,积极对接国家医保局下发的价格项目立项指南,按程序将符合条件的技术规范事项转化为医疗服务价格项目。其中,技术规范所列医疗服务,现有价格项目可以兼容的,执行现有价格。属于同一医疗服务的不同操作步骤、技术细节、岗位分工的,转化为价格项目时,原则上合并处理,避免过度拆分。属于同一医疗服务以新方式或在新情境应用,资源消耗差异较大的,作为现有价格项目的加收或减收项;资源消耗差异相近的,作为现有价格项目的拓展项,按现有价格项目收费。属于医院应尽义务或内部管理事项,在项目成本构成和价格水平中体现,不单独设立医疗服务价格项目。

六、正确处理医疗服务价格和医药集中采购的关系。明确医疗服务价格和药品耗材集中采购各自的功能定位,价格调整触发机制与药品耗材集中采购不直接挂钩,调整总量不直接平移置换。对医用耗材和医疗服务深度关联的项目,要准确分析集中采购产生的具体影响,分类施策、科学协同。其中,耗材在医疗服务价格项目外单独收费的,虚高价格经集中采购挤出水分后,相关定价偏低的项目优先纳入价格动态调整范围,必要时可实施专项调整;耗材合并并在医疗服务价格项目中、不单独收费的,根据集中采购降低物耗成本的效果,适当降低医疗服务项目价格,向群众释放改革红利。

七、提高医疗服务价格工作的主动性、科学性、规范性。坚持系统集成、协同高效

的理念，整体谋划医疗服务价格改革和管理工作，主动适应医疗保障和医疗服务协同高质量发展需要，统筹衔接分级诊疗、医疗控费、医保支付、薪酬制度、医院运营等改革，引导公立医疗机构践行落实公益性，形成综合效应。指导深化医疗服务价格改革试点城市探索可复制可推广的改革经验。建立健全医疗服务价格管理的技术支撑体系，精心设计总量调控、分类形成、动态调整、监测考核的程序、规则、指标和参数体系，提升医疗服务价格管理信息化标准化水平。建立与

医疗机构和医务人员的沟通协商机制，明确医院参与价格形成的规则程序，引导医疗机构主动履行医疗服务成本管控、优化医药费用结构、拓展价格调整空间等责任。做好医保基金监管与医疗服务价格机制、医院申报新增价格项目等工作的协同。

本通知自印发之日起生效。

国家医疗保障局办公室

2022年7月11日

关于进一步加强用药安全管理提升合理用药水平的通知

重要性：★★★★

关注度：★★★★★

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药局：

为进一步加强用药安全管理，提升合理用药水平，保障医疗质量和人民健康权益，现提出以下工作要求。

一、降低用药错误风险，提高用药安全水平

（一）强化用药安全制度落实。医疗机构要健全并落实用药安全相关制度，提高医药护技等人员防范用药错误的意识和能力，实施处方开具、调配、给药、用药的全流程管理。医师要根据患者病情开具正确、规范、适宜的处方；药师认真履行处方审核职责，所有处方和用药医嘱经审核合格后调配发放；执行用药医嘱的护士等医务人员要认真进行

核对，严格执行“三查七对”，确保给药的时间、途径、剂量等准确无误。鼓励医疗机构运用信息化手段，对临床用药全过程进行智能化审核与管理。

（二）加强重点药品使用管理。医疗机构要建立高警示药品、易混淆药品管理制度，对本机构内高警示药品及多个规格、看似、听似的易混淆药品，分别存放并设置警示标识。加强对各科室部门和医务人员的培训，使其能够准确识别；在药品调配交接以及发放使用时，医务人员要互相提醒，向患者做好用药教育，注意防范误选误用。同时，加强重点监控合理用药药品、抗微生物药物、抗肿瘤药物、质子泵抑制剂、糖皮质激素、毒麻精放药品、中药注射剂等的管理。

通过血药浓度监测、基因检测等，识别用药风险，制定个体化用药方案，优化药物品种选择，精准确定用药剂量。

(三) 保障重点人群用药安全。医疗机构要针对老年人、儿童、孕产妇等特殊人群，强化用药安全管理。建立老年患者用药管理制度，针对不同风险水平的老年患者采取分级管理措施，加强用药交代和提醒，避免用错药。遴选儿童用药（仅限于药品说明书中有明确儿童适应证和儿童用法用量的药品）时，可不受“一品两规”和药品总品种数限制，增加用药范围，促进精准用药。针对孕产妇特点，要强化合理用药各环节管理，重点关注孕产妇禁用慎用药物，努力实现“最小有效剂量、最短有效疗程、最小毒副作用”，最大限度减少对孕产妇和胎儿的影响。

二、加强监测报告和分析，积极应对药品不良反应

(四) 做好药品不良反应监测报告。医疗机构要按照规定做好药品不良反应的监测报告，主动收集药品不良反应，按照“可疑就报”的原则，及时向有关部门报告相应信息，提高报告的数量和质量。建立并保存药品不良反应报告及监测档案，对不良反应多、安全隐患突出的药品要及时依法依规清退出本机构用药供应目录。

(五) 强化监测结果分析及处置。医疗机构要认真统计分析药品不良反应报告和监测资料，提出针对性改进目标，采取有效措施减少和防止药品不良反应的重复发生。医疗机构发现药品严重不良反应后，在按规定上报的同时，应立即暂停使用并积极救治患者。药学部门立即进行药品追溯和质量评估，

调查原因，做好观察与记录；经评估后确定是否继续使用或更换药品。

(六) 及时研判用药风险并反馈临床。

医疗机构要密切关注国家有关部门、行业协会、权威学术期刊等发布的药品不良反应监测信息，通过收集分析本机构之外更大范围的监测数据，尤其是新的、严重的药品不良反应，以评估药品安全性。将分析评估情况及时反馈至临床，充分发挥警示提醒作用，形成不良反应报告源于临床、服务于临床的良性循环。

三、加强用药安全监管，促进合理用药水平提高

(七) 落实医疗机构主体责任。医疗机构要加强对医师执业行为规范性的监督管理，确保其按照国家处方集、临床诊疗指南、药物临床应用指导原则和临床路径等，合理开具处方。医疗机构要定期组织专业技术人员对处方医嘱按照一定比例实施点评，认真分析点评中存在的问题，查找具体原因，提出质量改进建议，研究制定有针对性的改进措施，逐一落实，并将点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标。大力开展临床药师培训，为临床药师参加培训积极提供条件，保障相应待遇。

(八) 建立完善奖惩机制。各级卫生健康行政部门（含中医药主管部门）要根据临床用药相关规范、指南、标准等的调整和更新，及时做好医师定期考核相关工作。将用药安全内容纳入推进公立医院高质量发展评价指标，提高公立医院绩效考核中合理用药相关指标权重。充分运用合理用药考核、质控目标管理、处方合理性抽查等工作的评价结果，将其作为医疗机构和医务人员绩效考

核、评优评先等工作的重要参考。对存在问题的医疗机构，应当依法严肃处理；对负有领导责任和直接责任的人员，依法给予处分；对表现突出的医疗机构和人员要予以表扬和鼓励。

(九) 持续做好组织实施。各地要进一步提高思想认识，始终把医疗机构合理用药工作摆在突出位置予以推进，坚守用药安全底线。对民营医院、个体诊所等非公立医疗机构要一视同仁，加强业务指导和行业监管。

要充分发挥合理用药或药事质量控制专业组织作用，强化专业技术支持。国家卫生健康委和国家中医药局将组织加强对各地工作情况的推动和定期通报，对工作或管理不力的地区，采取约谈等方式，督促及时整改并跟踪复查。

国家卫生健康委
国家中医药管理局
2022年7月27日

关于印发公立医院高质量发展评价指标（试行）的通知

重要性：★★★★

关注度：★★★★★

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药局：

为进一步推动公立医院高质量发展，按照《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号，以下简称《意见》）要求，我们研究制定了《公立医院高质量发展评价指标（试行）》和《公立中医医院高质量发展评价指标（试行）》（以下统称《评价指标》），供地方按照属地原则对辖区内公立医院高质量发展情况进行评价。现印发给你们，并就有关事项通知如下。

一、总体要求

开展公立医院高质量发展评价工作，应当以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻落实党的十九大和十九届历

次全会精神，完整、准确、全面贯彻新发展理念，坚持以人民健康为中心，围绕《意见》要求，有机结合全国二级和三级公立医院（含中医医院，下同）绩效考核工作，综合考虑县级医院服务能力、区域医疗服务能力评价等内容，按照指标精炼、可操作、可衡量的原则设置评价指标，引导二级及以上公立医院全面贯彻落实公立医院高质量发展的各项要求。

二、评价内容

在公立医院绩效考核相关指标基础上，按照公立医院高质量发展要求，充分考虑公立医院资源消耗、专科服务能力建设等内容，围绕党建引领、能力提升、结构优化、创新增效、文化聚力等五方面内容建立指标体系。

(一) 党建引领。全面落实党委领导下的院长负责制，充分发挥公立医院党委把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用，充分发挥基层党组织战斗堡垒作用和党员先锋模范作用，不断提升干部人才队伍和党员队伍建设质量，夯实党建工作责任，以党建引领公立医院高质量发展。衔接《意见》中“坚持和加强党对公立医院的全面领导”的工作要求。

(二) 能力提升。引导公立医院持续提升医疗服务能力，不断改进医疗质量，补齐专业专科短板，构建优质高效整合型医疗卫生服务体系。衔接《意见》中“构建公立医院高质量发展新体系”与“引领公立医院高质量发展新趋势”的工作要求。

(三) 结构优化。推动公立医院发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素，引导公立医院落实功能定位。衔接《意见》中“引领公立医院高质量发展新趋势”与“激活公立医院高质量发展新动力”的工作要求。

(四) 创新增效。强化公立医院运营管理科学化、规范化、精细化，加强智慧医院建设，推进医学技术创新。衔接《意见》中“引领公立医院高质量发展新趋势”和“提升公立医院高质量发展新效能”的工作要求。

(五) 文化聚力。引导公立医院持续为人民群众提供安全、适宜、优质、高效的医疗卫生服务，建立保护关心爱护医务人员长效机制，改善医务人员工作环境和条件。衔接《意见》中“建设公立医院高质量发展新文化”的工作要求。

三、组织实施

(一) 统筹部署评价工作。公立医院高质量发展评价工作与公立医院绩效考核工作同步推进。省级卫生健康行政部门(含中医药主管部门，下同)可以结合经济社会发展水平和重点工作，适当补充反映本地区公立医院高质量发展的特色指标。

(二) 科学实施评价工作。除特殊说明外，公立医院高质量发展评价对象为二级及以上公立医院，评价工作按照年度实施，数据时间范围为上一年度1月1日至12月31日。国家卫生健康委将拓展“公立医院绩效考核管理平台”功能，升级形成“公立医院绩效考核与高质量发展评价平台”(以下简称评价平台)，嵌入《评价指标》所需数据，与公立医院绩效考核相关数据同步采集、质控、计算、分析、反馈，减轻医院填报压力并提升工作效率。各省份可根据反馈数据，按照属地化管理原则对辖区内公立医院高质量发展情况进行评价，按年度将辖区内二级及以上公立医院评价结果上传至评价平台，并可针对不同类别和级别的公立医院提出差异化要求。

(三) 分步推进评价工作。2022年起，国家卫生健康委使用《评价指标》对公立医院高质量发展试点医院的高质量发展成效进行评价分析，其他医院的评价工作由各省级卫生健康行政部门组织开展。国家卫生健康委会同国家中医药局结合各地工作进展，研究适用于各级各类公立医院高质量发展成效评价的指标体系和参考指标值。

四、工作要求

(一) 切实加强组织领导。各地要充分认识到做好公立医院高质量发展评价工作的重要意义，做到与绩效考核等工作有机结合。在评价过程中，继续健全数据质量控制体系，形成

数据质量追踪机制，发挥大数据分析优势，持续提升公立医院高质量评价工作的准确性和可比性。

(二) 形成改革发展合力。各地、各单位要把公立医院高质量发展作为推动深化医改政策落地、将改革政策传导至医院和医务人员的重要抓手，通过深化改革破解体制机制问题。切实加强综合监管，形成推动公立医院改革发展合力，为公立医院健康有序发展提供良好政策环境。

(三) 充分运用评价结果。各地要建立公立医院高质量发展信息和结果的部门共享机制，强化结果应用。通过评价结果有针对性地指导医院优化学科布局、强化专科建设、提升工作效果、改进医疗服务、提升管理能力。

(四) 加大总结宣传指导。各地要加强宣传引导，及时总结经验、挖掘典型，结合工作实际不断推动落实公立医院高质量发展要求，以点带面推动全国公立医院高质量发展取得实效。国家卫生健康委将会同相关部门，按照职责分工加强对各地公立医院高质量发展评价工作的指导和监督。

附件：1.公立医院高质量发展评价指标（试行）

2.公立中医医院高质量发展评价指标（试行）

附件下载链接：

<http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594q/202207/3324136282364655baa64f6e84fe0792.shtml>

国家卫生健康委办公厅
国家中医药管理局办公室

2022年6月29日

相关链接：[公立医院高质量发展评价指标（试行）政策解读及专家解读](#)

为落实党中央国务院决策部署，推动“十四五”时期公立医院实现高质量发展，国家卫生健康委同国家中医药局印发《公立医院高质量发展评价指标（试行）》《公立中医医院高质量发展评价指标（试行）》（以下简称《评价指标》），供地方按照属地原则对辖区内公立医院高质量发展情况进行评价。有关内容解读如下：

一、《评价指标》出台的背景

公立医院是我国医疗服务体系的主体，是实现医疗服务高质量发展的主力军。为更好满足人民日益增长的医疗卫生服务需求，提高卫生健康供给质量和服务水平，必须把公立医院高质量发展放在更加突出的位置。2021年，《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》正式印发，明确了公立医院高质量发展的相关要求，提出建立公立医院高质量发展评价指标体系，并与公立医院绩效考核等有机结合。2021年我委和国家中医药局联合印发了《公立医院高质量发展促进行动（2021-2025年）》，提出进一步建立评估机制，研究形成公立医院高质量发展指数并进行年度评估。当前，公立医院到了从“量的积累”转向“质的提升”的关键期，要抓好促进公立医院高质量发展的政策落实。通过对二级和三级公立医院（含中医医院，下同）高质量发展成效进行评价，有助于各医院充分认识和全面贯彻落实公立医院高质量发展的各项要求，为提供优质高效医疗卫生服务和建设健康中国提供有力支撑。

二、《评价指标》的主要内容

《评价指标》紧密围绕公立医院高质量发展要求进行设计，并与全国二级和三级公立医院绩效考核等工作有机结合，按照指标精炼、可操作、可衡量的原则，制定了党建引领、能力提升、结构优化、创新增效、文化聚力等五个方面的指标。

（一）党建引领。通过评价党委领导下的院长负责制落实情况，确保发挥公立医院党委把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。通过评价党组织和党员队伍建设情况和党建工作责任制落实情况，推动发挥基层党组织战斗堡垒作用和党员先锋模范作用，不断提升党员队伍建设质量，夯实党建工作责任，以党建引领公立医院高质量发展。体现了《意见》中“坚持和加强党对公立医院的全面领导”的工作要求。

（二）能力提升。通过评价专科能力、住院患者重点监测病种覆盖率、医疗质量指数等，引导公立医院持续提升医疗服务能力，不断改进医疗质量，补齐专业专科短板，构建优质高效整合型医疗卫生服务体系。体现了《意见》中“构建公立医院高质量发展新体系”与“引领公立医院高质量发展新趋势”的工作要求。

（三）结构优化。通过评价手术结构和收支结构，推动公立医院发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素，引导公立医院落实功能定位。体现了《意见》中“引领公立医院高质量发展新趋势”与“激活公立医院高质量发展新动力”的工作要求。

（四）创新增效。通过评价智慧医院建设、科研经费、百元收入能耗占比、费用消耗指数，

引导公立医院不断提升管理科学化、精细化、信息化水平，推进医学科技创新。体现了《意见》中“引领公立医院高质量发展新趋势”和“提升公立医院高质量发展新效能”的工作要求。

（五）文化聚力。通过评价满意度，进一步推动公立医院不断满足人民群众就医需要，建立完善保护关心爱护医务人员长效机制。体现了《意见》中“建设公立医院高质量发展新文化”的工作要求。

此外，增加了体现中医医院特色的指标，有针对性地引导公立中医医院实现公立医院高质量发展。

三、下一步推动落实的具体要求

针对公立医院高质量发展评价工作，国家负责做好顶层设计，并指导各地方结合实际具体实施。地方各级卫生健康行政部门（含中医药主管部门，下同）要把公立医院高质量发展评价工作作为深化医药卫生体制改革政策落地见效的重要抓手，切实落实文件各项要求，做到与绩效考核等工作有机结合；要因地制宜开展评价工作，充分考虑各级各类公立医院实际情况，不搞“一刀切”；要有针对性地指导医院优化学科布局，强化专科能力建设，不断提升医疗质量，改善医疗服务，增强运营管理能力。在评价过程中，持续健全数据质量管理体系，发挥大数据优势，提升公立医院高质量发展评价工作的准确性和可比性。

国家卫生健康委、国家中医药局将会同相关部门，加强统筹协调，做好对地方卫生健康行政部门的指导，挖掘推广典型经验，确保“十四五”时期立医院高质量发展取得实效。

专家解读一

持续提升医疗服务能力

打造公立医院高质量发展核心竞争力

浙江大学医学院附属第一医院 梁廷波

近日，为进一步推动公立医院高质量发展，国家卫生健康委、国家中医药管理局按照《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号，以下简称《意见》）要求，研究制定了《公立医院高质量发展评价指标（试行）》和《公立中医医院高质量发展评价指标（试行）》。在公立医院绩效考核相关指标基础上，围绕党建引领、能力提升、结构优化、创新增效、文化聚力等五方面内容建立高质量发展指标体系。

医疗服务能力构成了公立医院高质量发展的核心竞争力，涵盖专科能力、医疗质量、重点病种、医疗效率及住院医师规范化培训制度等，各指标内在逻辑互联互通，评价维度丰富，瞄准了公立医院医疗服务能力提升必须聚焦与持续“发力”的各个关键节点，具备良好的针对性、科学性与可操作性。

一、增强专科能力是公立医院高质量发展的前提条件

公立医院强不强，关键看专科。国家已依托各省市高水平医院形成了国家临床重点专科布局，突出了长期危害人民健康的重点专科病种救治能力导向。“十四五”时期，国家进一步铺开重点专科建设，逐步补齐基层专科能力短板，重点提升肿瘤、神经、心血管、呼吸和感染等专科主要病种诊治水平。专科能力指数按疾病病种分类，将病种例数、四级手术占比、微创手术占比、平均住院日、次均费用等相关参数纳入专科能力考核体系，正确引导公立医院专科建设方向，推动专科技术水平、病种质控水平持续提升。

二、夯实医疗质量安全是公立医院高质量发展的底线

守住医疗质量安全的底线，就是守住公立医院高质量发展的生命线。抓住医疗质量安全的每一个要素，建立健全质量控制体系，始终看齐最高标准最高要求，才能真正让人民群众看病看的安心放心。医疗质量指数紧扣择期手术并发症发生率、I类切口手术部位感染率、抗菌药物使用强度、低风险组死亡率、RW值与CMI值等关键指标，既着眼于手术技术规范，也着眼于日常诊疗管理；既强调基本医疗服务品质保障，也强调急危重症诊疗能力提升，充分体现了不同级别公立医院在医疗质量安全全过程监管中的共同遵循。

三、保障重大疾病救治需求是公立医院高质量发展的根本任务

公立医院尤其是高水平医院应当始终聚焦并满足肿瘤、神经系统、心血管及感染性疾病领域常见病多发病与各类急危重症救治需求。住院患者重点监测病种覆盖率实际上框定了公立医院的重点业务范畴，明确公立医院的运行轨道，公立医院必须坚持公益属性，做好业务发展规划，结合单病种医保支付杠杆的调节功能，促使医院在提升重点监测病种的诊疗水平与收治能力上下功夫，在优化调整病种结构保障重大疾病救治需求上下功夫，真正把好公立医院功能定位，发挥公立医院责任担当。

四、优化医疗服务效能是公立医院高质量发展的必要抓手

重大疾病与急危重症诊疗技术能力评价要做到技术应用规范与效率的有机统一，不仅要能看病，看好病，也要减少不必要的诊疗时间消耗与资源消耗，确保有限的医疗资源

满足更多患者高水平诊疗需求，实现看病就医“又好又快”。时间消耗指数按照不同 DRG 组数统计住院时长并与区域平均水平作比较，其内涵仍在于推动公立医院运行模式持续改进，促使公立医院更加自觉的落实加速康复、多学科联合诊疗及临床路径管理等一整套优质理念，同时加快医疗信息化建设，优化就医流程，在看病就医全过程实现智慧服务与管理。

五、重视青年医学人才培养是公立医院高质量发展的基础支撑

重视青年医生综合素质培养，拓展临床思维，锤炼临床技能，才能不断适应医学科技创新与医学理念变革的趋势，真正造就保障人民健康的新一代医学人才。住院医师规范化培训制度落实效果评价旨在强化公立医院作为“住培”基地的使命感与投入力度，不断完善师资遴选、培训、考核标准和带教规范，有效落实好“住培”医生的待遇；同时，通过指标考核进一步落实“住培”医生结业后达到“两个同等对待”，充分调动“住培”医生的学习积极性，真正使住院医师规范化培训成为每一位青年医生茁壮成长的必由之路。

高质量发展评价指标突出能力建设第一要务，在打造医疗服务能力体系上精准发力、持续用力，全面提升医疗技术、质量、人才等核心能力，形成以评促改的常态化机制。中国公立医院高质量发展之路必将更加宽广！

专家解读二

创新赋能公立医院提质增效

复旦大学附属中山医院 樊嘉

当前，我国已转向高质量发展阶段，人民群众多层次多样化医疗健康服务需求持续快速增长。坚持把创新作为引领高质量发展的

第一动力，加快提高医疗健康供给质量和效率，是适应我国社会主要矛盾变化、满足人民美好生活需要的要求，也是实现经济社会高质量发展的基础。近日，国家卫生健康委和国家中医药管理局制定了公立医院高质量发展评价指标（以下简称《评价指标》），围绕党建引领、能力提升、结构优化、创新增效、文化聚力等 5 方面内容建立指标体系，引导二级以上公立医院全面贯彻落实公立医院高质量发展的各项要求，其中，“创新增效”部分融合了《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》中“引领公立医院高质量发展新趋势”和“提升公立医院高质量发展新效能”的工作要求，设置了智慧医院建设成效、每百名卫生技术人员科研经费项目、费用消耗指数和万元收入能耗占比等指标，强调了一个关键问题，引导了后续发展方向。

一、提质增效的关键问题是创新

2021 年 2 月，习近平总书记主持召开中央全面深化改革委员会第十八次会议，审议通过了《关于推动公立医院高质量发展的意见》，并在总体要求中明确，要强化体系创新、技术创新、模式创新、管理创新，帮助实现公立医院高质量发展的提质增效。

国家在体系创新层面已经做了很好的统筹安排，正在推进医药卫生体制改革不断深入。在技术创新方面，用“每百名卫生技术人员科研项目经费”考察了公立医院的科研创新能力。在模式创新方面，用“智慧医院建设”考察了公立医院在智慧化时代的创新运营方法。在管理创新方面，用“费用消耗指数和万元收入能耗占比”考察了公立医院的创新管理结果。《评价指标》提出的指标从微观角度考察了创新对提质增效的关键性效果。

二、创新引导提质增效的发展方向

（一）推进智慧医院建设，通过模式创新提升服务质量。

智慧医院建设。近年来，各地不断推进医院的信息化建设，医疗流程更加便捷，医疗服务更加高效，医院管理也更加精细，人民群众就医体验持续改善，尤其在新冠肺炎疫情期间，医院信息化建设成果在创新医疗服务模式、满足人民群众就医需求等方面发挥了积极作用。在《意见》关于“引领公立医院高质量发展新趋势”的工作要求中，明确要推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设，从《指标体系》中对“智慧医院建设”指标的计算方法（公立医院电子病历系统功能应用水平分级评价和公立医院智慧服务分级评估等综合计算结果）可以看出，面向医务人员的“智慧医疗”（即以电子病历为核心的信息系统）、面向患者的“智慧服务”和面向医院管理的“智慧管理”是智慧医院建设的核心，旨在引导公立医院加快应用信息技术，推进智慧医院建设标准化、规范化，形成线上线下一体、医疗机构间同质化的医疗服务模式。基于上述要求，建议智慧医院建设一是要聚焦提供高质量的医疗服务。加快应用智能可穿戴设备、人工智能辅助诊断和治疗系统等智慧服务软硬件，提高医疗服务的智慧化、个性化水平。提供智能导医分诊、诊间结算、移动支付、院内导航、检查检验结果推送、检查检验结果互认等线上服务，积极推进转诊服务、远程医疗、药品配送、患者管理等功能建设与应用，线上与线下服务相结合，提供更为系统、安全、连续的医疗服务，进一步提高医疗服务质量。二是要聚焦优化医疗服务流程。推进医院信息化建设标准

化、规范化水平，落实国家和行业信息化标准。通过全流程医疗数据闭环管理，为公立医院决策提供信息支持。利用互联网技术不断优化医疗服务流程，为患者提供预约诊疗、移动支付、床旁结算、就诊提醒、结果查询、信息推送等便捷服务，提高医疗效率，提升患者就医体验。三是要聚焦应用智慧管理手段。建立医院运营管理平台和诊疗信息数据库，积极拓展智慧管理创新应用，聚焦数字赋能，加强大数据、人工智能、5G、区块链、云计算、物联网、智慧医疗等跨行业新兴信息技术应用，丰富医疗服务中的应用场景，促进新一代信息技术与医疗服务和医院管理深度融合，提升医院现代化管理水平。四是要聚焦医联体内同质化管理。医院“智慧服务”和电子病历的分级和医联体同质化管理息息相关，要更加注重医院各个部分的互联互通，通过同质化管理形成一个有机整体。

（二）争取科研投入，通过技术创新提升自主科技水平。

每百名卫生技术人员科研项目经费。我国卫生与健康科技的某些重要领域已跻身世界先进行列，一些前沿方向开始进入并行、领跑新阶段，但卫生与健康科技创新的整体能力和发展水平与满足人民群众健康及国家战略需求相比仍有不小差距。在《意见》“引领公立医院高质量发展新趋势”的工作要求中，明确面向生命科学、生物医药科技前沿，面向国家战略需求和医药卫生领域重大科学问题，加强基础和临床研究，推动原创性疾病预防诊断治疗新技术、新产品、新方案和新策略等的产出。强化科研攻关对重大疫情和突发公共卫生事件应对的支撑作用。推动科技成果转化，健全职务发明制度。基于上述要求，每

百名卫生技术人员科研项目经费直接反映了医院科研创新能力和综合实力。科研项目是学科建设和学术水平的量化体现，是连接基础研究与临床转化的桥梁，是科技创新和人才培养的重要载体。争取医院科研项目经费，有助于完善研究基地与平台建设，促进科技创新人才培养，提升医院科研创新能力和综合实力。公立医院要强化自身对科技研发全方位保障，通过健全完善科研评价制度体系、加强研究体系与平台建设、着力培养多层次科技创新人才、促进科技成果转化等措施，为科研人员创造良好科研创新环境。

（三）推进精确化管理，通过管理创新提升运营效率。

费用消耗指数。费用消耗指数反映的是治疗同类疾病所花费的费用，万元收入能耗占比则是考察医院节能降耗情况的重要指标，二者均为评价公立医院内部运营管理的科学化、规范化、精细化水平的重要指标。随着医保支付方式改革的深化和以按病种付费为主的多元复合式医保支付模式的推行，节约费用成为医患双方的共同诉求。诊疗费用作为医疗过程中资源消耗的集中表现，不但能够反映医院的诊疗决策水平，同时也能够反映医院的运营管理水平。在《意见》关于“提升公立医院高质量发展新能效”的工作要求中，明确指出公立医院在高质量发展的过程中，要逐步建立病种组合的标准体系，形成基于病组的量化治疗标准、药品标准和耗材标准，通过运营管理标准建设，健全和完善运营管理体系，提升效率，节约费用，实现医院运行模式由粗放式管理向精细化管理的转向。基于上述要求，费用消耗指数通过计算医院 DRGs/DIP 组患者住院例均费用与区域同 DRG

组例均费用的比值，衡量特定病组下医院内部管理效率在区域范围内的相对水平。在此基础上，将各 DRGs/DIP 组费用比值按医院病组结构进行加权平均，从而反映医院整体运营能力在区域范围内的相对水平，形成对医院运营管理水平整体性评价。指标引导医院在保持合理的疾病 DRGs/DIP 分组基础上，持续提升病案首页内涵质量，通过主动分析同组疾病费用结构，比较发现医院改进和控制费用结构的方向，降低不合理不必要的费用，尤其侧重药品和耗材的费用降低，切实降低患者的疾病负担，改善患者的就医体验，提高诊疗效率，促进医院的高质量发展。

万元能耗收入占比。随着医药卫生体制改革的深入推进，特别是药品、耗材零加成政策在全国范围内的铺开，公立医院运营面临严峻调整，亟待加强医院内部管理，提高效率的同时降低运营成本，以保障医院良性运行。推动医院万元能耗收入占比逐步降低，可以促进公立医院更加注重能耗节约与费用控制，提升内部资源的配置效率。在国家卫生健康委和国家中医药管理局印发的《公立医院高质量发展促进行动（2021-2025年）》中，明确实施医院管理提升行动，提升医院管理精细化水平，建立基于数据循证的医院运营管理决策支持系统。探索医院后勤“一站式”服务，建设后勤智能综合管理平台，全面提升后勤管理的精细化和信息化水平，降低万元收入能耗支出。基于上述要求，公立医院要建立成本核算模式支持的绩效考核体系，加强节能降耗，降低医院运营成本，有效提升医院运行管理效率，让有限的医疗资源发挥最大的效应。

设立考核指标的目的在于引导正确的工作方向。《指标体系》中这4项指标能够客观地考察公立医院高质量发展中创新增效的情况。指标均可从国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台提取，数据易得也不增加基层医院统计负担。管理者可运用这些指标很好地评价和引导医院的创新增效，持续推动我国公立医院持续高质量发展。

专家解读三

明确方向，优化结构

扎实推进公立医院高质量发展

北京协和医院 张抒扬

近期发布的《公立医院高质量发展评价指标（试行）》和《公立中医医院高质量发展评价指标（试行）》，紧密围绕《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》要求，坚持以人民健康为中心，进一步明确了公立医院高质量发展的方向定位，为全面贯彻落实高质量发展的各项要求提供了政策指引。文件从党建引领、能力提升、结构优化、创新增效、文化聚力等五个方面构建评价体系，指标精练、导向明确、体系科学，且易于衡量、操作性实践性强。

公立医院高质量发展涉及诸多方面内部改革，尤其是业务结构的优化调整，既是关键也是难点。本次发布的《评价指标》进一步明确了医院结构改革要点，在“结构优化”一级指标下设置了4个二级指标，分别从能力结构、收入结构、支出结构等方面明晰了医院的重点任务，对于提升医院技术能力、完善服务模式、探索管理创新，提升新效能，引领新趋势具有重要指导意义，主要体现在以下三方面。

一是提升医疗技术水平，持续优化能力结构。在全国二级和三级公立医院绩效考核指标基础上，《评价指标》设定了对“三级和四级手术占比”的评价，考虑到不同医院的实际情况，特别是综合医院的医疗业务和患者需求，以推动服务能力整体提升。同时，《评价指标》继续关注微创手术等新技术开展，鼓励公立医院利用现代医疗器械和技术减轻患者病痛。目前，协和正探索建立全院统一的医疗资源调配中心，扩容日间手术，健全资源评估配置机制，推动诊疗模式创新，优化服务流程，改善患者就医体验。

二是改进医疗服务模式，持续优化收入结构。医疗收入结构不仅反映医院运营状况，也体现了医疗服务质量和医院管理水平。《评价指标》沿用公立医院绩效考核中的“医疗服务收入占比”指标，并进一步强化目标导向，旨在加强内部运营管理。近年来，国家深入推进医改进程，取消药品和医用耗材加成，降低大型医用设备检查治疗价格，调整医务人员技术劳务项目价格，探索建立体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制，推动医疗服务价格改革步入快车道。根据全国三级医院绩效考核监测数据，多数试点医院医疗服务收入占比实现显著提高。拿协和来说，医院始终强调向管理要质量、要效益、要发展，严控药品和耗材不合理使用，强化内部管理，规范诊疗行为，运营管理水平持续提升。

三是完善薪酬分配体系，持续优化支出结构。医务人员是医疗服务主体，薪酬分配关系医务人员的切身利益。人员经费占比评价的不仅是规模数量，更是结构质量。《意见》对公立医院改革薪酬分配制度，落实“两个允许”提出了明确要求。《评价指标》在公立

医院绩效考核“人员经费占比”指标基础上，进一步提出对“固定薪酬占比”的评价。公立医院要建立更加科学的薪酬分配体系，进一步突出保障功能，体现医务人员岗位价值、知识价值；同时不断完善绩效考核机制，突出工作业绩、实际贡献、服务质量等，鼓励探索创新。以协和为例，近年来，医院坚持“病人满意、员工幸福”的办院理念，建立了“综合+KPI+单项”绩效考核体系，考核指标兼顾保障性和激励性，关键指标根据年度重点动态

调整，充分调动了全院热情，并有效推进各项工作落实。全院收入结构和支出结构逐年优化，医务人员技术劳务价值得到突显。

公立医院应以此为契机，主动拥抱改革，提升服务能力，践行社会责任，为构建我国公立医院高质量发展新格局、维护人民健康贡献力量。

关于进一步推进医养结合发展的指导意见

重要性：★★★★

关注度：★★★★

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

推进医养结合是优化老年健康和养老服务供给的重要举措，是积极应对人口老龄化、增强老年人获得感和满意度的重要途径。近年来，医养结合政策不断完善，取得积极进展，但在政策支持、服务能力、人才建设等方面仍存在一些难点堵点问题。各地各相关部门要坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻落实党中央、国务院决策部署，进一步完善政策措施，着力破解难点堵点问题，促进医养结合发展，不断满足老年人健康和养老服务需求。经国务院同意，现提出以下意见：

一、发展居家社区医养结合服务

（一）积极提供居家医疗服务。各地要结合实际建立完善居家医疗服务规范、技术指南和 workflows，明确相关政策，支持有条件的医疗卫生机构为居家失能（含失智，下同）、慢性病、高龄、残疾等行动不便或确有困难的老年人提供家庭病床、上门巡诊等居家医疗服务。推进“互联网+医疗健康”、“互联网+护理服务”，创新方式为有需求的老年人提供便利的居家医疗服务。（国家卫生健康委、工业和信息化部、国家中医药局、国家疾控局等按职责分工负责，地方各级人民政府负责落实。以下均需地方各级人民政府落实，不再列出）

（二）增强社区医养结合服务能力。实施社区医养结合能力提升行动，有条件的社区卫生服务机构、乡镇卫生院或社区养老服

务机构、特困人员供养服务机构（敬老院）利用现有资源，内部改扩建一批社区（乡镇）医养结合服务设施，重点为失能、慢性病、高龄、残疾等行动不便或确有困难的老年人提供医养结合服务。扎实做好基本公共卫生服务，积极推进老年健康与医养结合服务项目实施，加强老年病预防和早期干预。发挥中医药和中西医结合在养生保健、慢性病防治等方面的优势，推动中医药进家庭、进社区、进机构。有条件的地方可按照知情、同意、自愿的原则，为老年人免费接种流感、肺炎等疫苗。在做实老年人家庭医生签约服务的基础上，稳步提高失能、慢性病、高龄、残疾等行动不便或确有困难的老年人家庭医生签约服务覆盖率。（国家卫生健康委、国家发展改革委、民政部、财政部、自然资源部、住房城乡建设部、国家中医药局、国家疾控局、中国残联等按职责分工负责）

二、推动机构深入开展医养结合服务

（三）支持医疗卫生机构开展医养结合服务。鼓励医疗卫生机构依法依规在养老服务机构设立医疗服务站点，提供嵌入式医疗卫生服务。推动医疗卫生机构将上门医疗服务向养老机构拓展，为符合条件的入住养老机构的老年人提供家庭病床、上门巡诊等服务。各地要优化医疗资源布局，通过新建、改扩建、转型发展等方式，加强康复医院、护理院（中心、站）和安宁疗护机构建设，支持老年医学科和安宁疗护科发展，支持医疗资源丰富地区的二级及以下医疗卫生机构转型，开展康复、护理以及医养结合服务。推动建设老年友善医疗卫生机构，方便老年人看病就医。公立医疗卫生机构开展居家医疗服务、医养结合签约服务，以及医疗资源

富余的二级及以下公立医疗卫生机构利用现有床位开展养老服务，要严格执行相关规范，收入纳入医疗卫生机构收入统一管理。（国家卫生健康委、国家发展改革委、民政部、国家中医药局等按职责分工负责）

（四）提升养老机构医养结合服务能力。

各地要在摸清失能等老年人底数的基础上，结合入住需求和意愿，采取差异化补助等多种措施，推动养老机构改造增加护理型床位和设施，支持社会力量建设专业化、规模化、医养结合能力突出的养老机构，主要接收需要长期照护的失能老年人。各地要指导支持养老机构、医疗卫生机构开展签约合作，为养老机构提供预约就诊绿色通道、上门巡诊等服务，做实合作机制和内容，提高医养结合签约服务质量。鼓励大型或主要接收失能老年人的养老机构内部设置医疗卫生机构，支持内设医疗卫生机构加强能力建设，提升诊疗服务质量。（民政部、国家发展改革委、国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局等按职责分工负责）

三、优化服务衔接

（五）加强医疗养老资源共享。各地要推动社区医疗卫生、养老服务、扶残助残等公共服务设施统筹布局、资源共享。推进社区卫生服务机构与社区养老服务机构、社区康复站，乡镇卫生院与特困人员供养服务机构（敬老院），村卫生室与农村幸福院、残疾人照护机构统筹规划、毗邻建设，采取多种有效方式，实现资源共享、服务衔接。将养老机构内设的医疗卫生机构纳入医疗联合体管理，与医疗联合体内的牵头医院、康复医院、护理院（中心、站）等建立双向转诊机制，提供一体化、连续性服务，实现医疗、

康复、护理、养老服务资源的高效协同。鼓励基层积极探索相关机构养老床位和医疗床位按需规范转换机制。（国家发展改革委、民政部、自然资源部、住房城乡建设部、国家卫生健康委、国家医保局、国家中医药局、中国残联等按职责分工负责）

（六）积极发挥信息化作用。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。实施智慧健康养老产业发展行动，发展健康管理类、养老监护类、康复辅助器具类、中医数字化智能产品及家庭服务机器人等产品，满足老年人健康和养老需求。（国家卫生健康委、工业和信息化部、民政部、国家中医药局等按职责分工负责）

四、完善支持政策

（七）完善价格政策。公立医疗卫生机构为老年人等人群提供上门医疗服务，采取“医药服务价格+上门服务费”的方式收费。提供的医疗服务、药品和医用耗材，适用本医疗卫生机构执行的医药价格政策。上门服务费可由公立医疗卫生机构综合考虑服务半径、人力成本、交通成本、供求关系等因素自主确定。已通过家庭医生签约、长期护理保险等提供经费保障的服务项目，不得重复收费。公立医疗卫生机构开展养老服务，收入单独核算或单列备查账管理，收费标准要综合考虑服务成本、供求关系、群众承受能力等因素，原则上由价格主管部门核定后执行，具备招标条件的，鼓励通过招标方式确定。（国家发展改革委、国家卫生健康委、

民政部、市场监管总局、国家医保局等按职责分工负责）

（八）加大保险支持。及时将符合条件的养老机构内设医疗卫生机构纳入医保定点管理。根据医养结合特点，合理确定养老机构内设医疗卫生机构医保总额控制指标，探索对安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病实行按床日付费，鼓励有条件的地方提供医养结合服务的定点医疗卫生机构预付部分医保资金。按程序将符合条件的治疗性医疗服务项目纳入医保支付范围，足额支付符合规定的基本医保费用。稳步推进长期护理保险制度试点，适应失能老年人基本护理保障需求。鼓励商业保险将老年人预防保健、健康管理、康复、护理等纳入保障范围。（国家医保局、国家卫生健康委、民政部、财政部、银保监会、国家中医药局等按职责分工负责）

（九）盘活土地资源。医疗卫生用地、社会福利用地可用于建设医养结合项目。允许盘活利用城镇现有空闲商业用房、厂房、校舍、办公用房、培训设施及其他设施提供医养结合服务，并适用过渡期政策，五年内继续按原用途和权利类型使用土地。完善土地支持政策，优先保障接收失能老年人的医养结合项目用地需求。允许和鼓励农村集体建设用地用于医养结合项目建设。（自然资源部、住房城乡建设部、农业农村部、国家发展改革委、国家卫生健康委、民政部等按职责分工负责）

（十）落实财税优惠。有条件的地方可通过相关产业投资基金支持医养结合发展。落实有关税收优惠政策，支持社会力量提供多层次、多样化医养结合服务。通过政府购

买服务等方式，统一开展老年人能力综合评估，支持符合条件的医疗卫生机构为老年人提供基本公共卫生、家庭医生签约等服务，支持符合条件的养老机构为老年人提供基本养老、家庭养老床位签约等服务。（财政部、人民银行、税务总局、银保监会、国家卫生健康委、民政部、国家医保局、国家疾控局等按职责分工负责）

五、多渠道引育才

（十一）加强人才培养培训。加快推进医疗卫生与养老服务紧缺人才培养，将老年医学、护理、康复、全科等医学人才，养老护理员、养老院院长、老年社会工作者等养老服务与管理人才纳入相关培养项目。鼓励普通高校、职业院校增设健康和养老相关专业和课程，扩大招生规模，适应行业需求。大力开展医养结合领域培训，发挥有关职业技能等级证书作用，进一步拓宽院校培养与机构培训相结合的人才培养培训路径。鼓励为相关院校教师实践和学生实习提供医养结合服务岗位。（教育部、人力资源社会保障部、国家卫生健康委、民政部、国家中医药局等按职责分工负责）

（十二）引导医务人员从事医养结合服务。基层卫生健康人才招聘、使用和培养等要向提供医养结合服务的医疗卫生机构倾斜。根据公立医疗卫生机构开展医养结合服务情况，合理核定绩效工资总量。公立医疗卫生机构在内部绩效分配时，对完成居家医疗服务、医养结合签约等服务较好的医务人员给予适当倾斜。支持医务人员特别是退休返聘且临床经验丰富的护士到提供医养结合服务的医疗卫生机构执业，以及到提供医养结合服务的养老服务机构开展服务。鼓励退休医

务人员到提供医养结合服务的医疗卫生机构和养老服务机构开展志愿服务。（国家卫生健康委、人力资源社会保障部、教育部、财政部、民政部等按职责分工负责）

（十三）壮大失能照护服务队伍。通过开展应急救助和照护技能培训等方式，提高失能老年人家庭照护者的照护能力和水平。加强对以护理失能老年人为主的医疗护理员、养老护理员的培训。鼓励志愿服务人员为照护居家失能老年人的家属提供喘息服务。（人力资源社会保障部、国家卫生健康委、民政部、国家中医药局、应急部、共青团中央等按职责分工负责）

六、强化服务监管

（十四）加强行业监管。将医养结合服务纳入医疗卫生行业、养老服务行业综合监管和质量工作考核内容，将养老机构内设医疗卫生机构纳入医疗卫生机构“双随机、一公开”监督检查范围，将医疗卫生机构开展养老服务纳入养老机构“双随机、一公开”监督检查范围，引导相关机构持续优化医养结合服务。各相关部门要强化信息共享，健全各司其职、各负其责、相互配合、齐抓共管的协同监管机制，着力推动解决影响服务质量的突出问题。（国家卫生健康委、民政部、市场监管总局、国家疾控局等按职责分工负责）

（十五）落实传染病防控和安全生产责任。养老机构内设医疗卫生机构要严格执行传染病防控和医疗机构感染防控各项要求，妥善安排对内和对外服务，坚决防范疾病传播。医疗卫生机构提供养老服务的场所要与医疗服务区域实行分区管理，做到物理隔离、独立设置。本地区发生重大传染病疫情期间，

医疗卫生机构提供养老服务的场所要根据疫情形势配备专职医务人员及其他必要工作人员，非紧急必须情况不与医疗服务区域交叉使用设施设备、物资等，确需使用的，要严格落实防控措施。有关部门要加强监督指导，推动责任落实，坚决防范疫情风险。各地要督促提供医养结合服务的相关机构严格落实安全生产和消防安全主体责任，及时消除安全隐患，维护老年人生命安全和合法权益。严禁利用易燃可燃彩钢板材料搭建有人员活动的场所。对不具备安全生产和消防安全条件、存在重大安全隐患的，依法依规予以处理。（各相关部门按职责分工负责）

各地区各有关部门要加强组织领导，将推进医养结合发展纳入经济社会发展规划和国民健康、医疗卫生服务体系、老龄事业发展和养老服务体系等相关规划。建立完善多部门协同推进机制，动员社会力量广泛参与，以养老服务为基础，以医疗卫生服务为支撑，推动医养有机衔接，完善和落实各项政策措施。国家卫生健康委同民政部等部门加强对各地破除医养结合难点堵点问题的督促指导。加强政策培训和宣传引导，组织实施医养结合示范项目，及时总结推广典型经验，推动医养结合高质量发展。

国家卫生健康委	国家发展改革委
教育部	民政部
财政部	人力资源社会保障部
自然资源部	住房城乡建设部
应急部	市场监管总局
	国家医保局
	2022年7月18日

相关链接：[《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》解读问答](#)

一、《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》出台的背景是什么？

党中央、国务院高度重视医养结合工作。党的十九大报告明确要求，推进医养结合，加快老龄事业和产业发展。习近平总书记2021年5月在中共中央政治局会议上指示，要加快建设居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系和健康支撑体系，2021年10月对老龄工作作出重要指示，强调加快健全社会保障体系、养老服务体系、健康支撑体系。李克强总理多次就医养结合工作做出重要批示。孙春兰副总理多次部署推进医养结合工作。近年来，医养结合工作取得积极进展，但在政策支持、服务供给、队伍建设等方面仍存在一些难点堵点问题。为深入贯彻党中央、国务院决策部署，认真落实全国老龄工作会议精神，国家卫生健康委同相关部门研究起草了《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》（以下简称《指导意见》），推动各地破解难点堵点问题，促进医养结合发展。

二、如何发展居家社区医养结合服务？

聚焦提高老年人居家和社区医疗服务可及性，《指导意见》提出积极提供居家医疗服务、增强社区医养结合服务能力等2项措施。支持有条件的医疗卫生机构为居家失能（含失智，下同）、慢性病、高龄、残疾等行动不便或确有困难的老年人提供家庭病床、上门巡诊等居家医疗服务。实施社区医养结合能力提升行动，有条件的社区卫生服务机构、乡镇卫生院或社区养老服务机构、特困人员供养服务机构（敬老院）利用现有资源，

内部改扩建一批社区（乡镇）医养结合服务设施，重点为失能、慢性病、高龄、残疾等行动不便或确有困难的老年人提供医养结合服务。推进中医药进家庭、进社区、进机构。

三、如何支持医疗卫生机构开展医养结合服务？

《指导意见》提出，鼓励医疗卫生机构依法依规在养老服务机构设立医疗服务站点，提供嵌入式医疗卫生服务。推动医疗卫生机构将上门医疗服务向养老机构拓展，为符合条件的入住养老机构的老年人提供家庭病床、上门巡诊等服务。各地要优化医疗资源布局，通过新建、改扩建、转型发展等方式，加强康复医院、护理院（中心、站）和安宁疗护机构建设，支持老年医学科和安宁疗护科发展，支持医疗资源丰富地区的二级及以下医疗卫生机构转型，开展康复、护理以及医养结合服务。推动建设老年友善医疗卫生机构，方便老年人看病就医。同时，公立医疗卫生机构开展居家医疗服务、医养结合签约服务，以及医疗资源富余的二级及以下公立医疗卫生机构利用现有床位开展养老服务，要严格执行相关规范，收入纳入医疗卫生机构收入统一管理。

四、加强医疗养老资源共享有哪些举措？

聚焦统筹利用医疗、养老等服务资源，优化服务衔接，《指导意见》提出，各地要推动社区医疗卫生、养老服务、扶残助残等公共服务设施统筹布局、资源共享。推进社区卫生服务机构与社区养老服务机构、社区康复站，乡镇卫生院与特困人员供养服务机构（敬老院），村卫生室与农村幸福院、残疾人照护机构统筹规划、毗邻建设，采取多种有效方式，实现资源共享、服务衔接。将

养老机构内设的医疗卫生机构纳入医疗联合体管理，与医疗联合体内的牵头医院、康复医院、护理院（中心、站）等建立双向转诊机制，提供一体化、连续性服务，实现医疗、康复、护理、养老服务资源的高效协同。鼓励基层积极探索相关机构养老床位和医疗床位按需规范转换机制。

五、完善了哪些方面的支持政策？

针对医养结合机构建设和运营面临的实际困难，《指导意见》提出完善价格政策、加大保险支持、盘活土地资源、落实财税优惠等4项措施。公立医疗卫生机构为老年人等人群提供上门医疗服务，采取“医药服务价格上门服务费”的方式收费。提供的医疗服务、药品和医用耗材，适用本医疗卫生机构执行的医药价格政策。上门服务费可由公立医疗卫生机构综合考虑服务半径、人力成本、交通成本、供求关系等因素自主确定。及时将符合条件的养老机构内设医疗卫生机构纳入医保定点管理。合理确定养老机构内设医疗卫生机构医保总额控制指标。鼓励有条件的地方提供医养结合服务的定点医疗卫生机构预付部分医保资金。优先保障接收失能老年人的医养结合项目用地需求。允许和鼓励农村集体建设用地用于医养结合项目建设。

六、如何加强人员队伍建设？

聚焦扩大服务队伍，提高医务人员从事医养结合服务积极性，《指导意见》提出加强人才培养培训、引导医务人员从事医养结合服务、壮大失能照护服务队伍等3项措施。加快推进医疗卫生与养老服务紧缺人才培养，鼓励普通高校、职业院校增设健康和养老相关专业和课程，扩大招生规模。大力开展医

养结合领域培训，发挥有关职业技能等级证书作用。基层卫生健康人才招聘、使用和培养等要向提供医养结合服务的医疗卫生机构倾斜。根据公立医疗卫生机构开展医养结合服务情况，合理核定绩效工资总量。公立医疗卫生机构在内部绩效分配时，对完成居家医疗服务、医养结合签约等服务较好的医务人员给予适当倾斜。通过开展急救救助和照护技能培训等方式，提高失能老年人家庭照护者的照护能力和水平。加强对护理失能老年人为主的医疗护理员、养老护理员的培训。

七、加强行业监管有哪些要求？

聚焦落实行业监管责任，《指导意见》明确，将医养结合服务纳入医疗卫生行业、养老服务行业综合监管和质量工作考核内容，将养老机构内设医疗卫生机构纳入医疗卫生机构“双随机、一公开”监督检查范围，将医疗卫生机构开展养老服务纳入养老机构“双随机、一公开”监督检查范围，引导相

关机构持续优化医养结合服务。各相关部门要强化信息共享，健全各司其职、各负其责、相互配合、齐抓共管的协同监管机制，着力推动解决影响服务质量安全的突出问题。

八、如何推动各项政策措施落实到位？

《指导意见》要求，各地区各有关部门要加强组织领导，将推进医养结合发展纳入经济社会发展规划和国民健康、医疗卫生服务体系、老龄事业发展和养老服务体系等相关规划。建立完善多部门协同推进机制，动员社会力量广泛参与，以养老服务为基础，以医疗卫生服务为支撑，推动医养有机衔接，完善和落实各项政策措施。国家卫生健康委会同民政部等部门加强对各地破除医养结合难点堵点问题的督促指导。加强政策培训和宣传引导，组织实施医养结合示范项目，及时总结推广典型经验，推动医养结合高质量发展。



国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知

重要性：★★★

关注度：★★★★

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医保局、财政厅（局）：

为贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》精神和 2022 年《政府工作报告》部署要求，完善跨省异地就医直接结算办法，进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作，现就有关事项通知如下：

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，按照党中央、国务院决策部署，立足新发展阶段，完整、准确、全面贯彻新发展理念，构建新发展格局，坚持政策优化集成、管理规范统一、业务协同联动、服务高效便捷，深化基本医疗保险跨省异地就医直接结算改革，持续提升人民群众异地就医结算的获得感、幸福感和安全感。

（二）目标任务。2025 年底前，跨省异地就医直接结算制度体系和经办管理体系更加健全，全国统一的医保信息平台支撑作用持续强化，国家异地就医结算能力显著提升；住院费用跨省直接结算率提高到 70% 以上，普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻一番，群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病相关治疗费用逐步纳入跨省直接

结算范围，异地就医备案规范便捷，基本实现医保报销线上线下都能跨省通办。

二、完善跨省异地就医直接结算政策

（一）统一住院、普通门诊和门诊慢特病费用跨省直接结算基金支付政策。跨省异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

（二）明确异地就医备案人员范围。跨省异地长期居住或跨省临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受跨省异地就医直接结算服务。其中跨省异地长期居住人员包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保省、自治区、直辖市（以下统称省）以外工作、居住、生活的人员；跨省临时外出就医人员包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

（三）规范异地就医备案有效期限。跨省异地长期居住人员办理登记备案后，备案长期有效；参保地可设置变更或取消备案的时限，原则上不超过 6 个月。跨省临时外出就医人员备案有效期原则上不少于 6 个月，

有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

(四) 允许补办异地就医备案和无第三方责任外伤参保人员享受跨省异地就医直接结算服务。参保人员跨省出院结算前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用跨省直接结算。跨省异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按参保地规定申请医保手工报销。同时，符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入跨省异地就医直接结算范围，就医地经办机构应将相关费用一并纳入核查范围。

(五) 支持跨省异地长期居住人员可以在备案地和参保地双向享受医保待遇。跨省异地长期居住人员在备案地就医结算时，基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额原则上执行参保地规定的本地就医时的标准；备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，原则上不低于参保地跨省转诊转院待遇水平。其中参保人员以个人承诺方式办理跨省异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇。跨省异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行参保地跨省转诊转院待遇政策。

(六) 合理确定跨省临时外出就医人员报销政策。各统筹地区要根据经济社会发展水平、人民健康需求、医保基金支撑能力和分级诊疗要求，合理设定跨省临时外出就医人员直接结算报销政策。跨省临时外出就医人员可低于参保地相同级别医疗机构报销水平，原则上，异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例的降幅不超过 10 个百分点，

非急诊且未转诊的其他跨省临时外出就医人员支付比例的降幅不超过 20 个百分点。强化异地就医结算政策与分级诊疗制度的协同，合理确定异地就医人员在不同级别医疗机构的报销水平差异，引导参保人员有序就医。

三、规范跨省异地就医直接结算管理服务

(一) 规范异地就医备案流程。参保人员跨省异地就医前，可通过国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序或参保地经办机构窗口等线上线下途径办理异地就医备案手续。参保地经办机构要切实做好跨省异地就医结算政策宣传解读，简化办理流程，缩短办理时限，支持符合条件的参保人员补办异地就医备案手续。参保人员申请异地就医备案时，可直接备案到就医地市或直辖市等，并在备案地开通的所有跨省联网定点医疗机构享受住院费用跨省直接结算服务，门诊就医时按照参保地异地就医管理规定选择跨省联网定点医药机构就医购药。

(二) 方便符合条件的参保人员跨省转诊就医。参保人员应按分级诊疗的相关规定有序就医，确因病情需要跨省异地就医的，可通过参保地规定的定点医疗机构向省外医疗机构转诊。定点医疗机构应以患者病情为出发点制定合理的诊疗方案，需要转诊时可通过不同形式安排转诊，不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。参保人员因同种疾病确需在就医地继续治疗或再次转外就医的，参保地经办机构应简化异地就医备案手续，方便参保人员享受跨省异地就医直接结算服务。

(三) 规范参保人员持医保电子凭证、社会保障卡就医。参保人员跨省异地就医时，

应在就医地的跨省联网定点医药机构主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证。跨省联网定点医药机构应做好参保人员的参保身份验证工作，指引未办理备案人员及时办理备案手续，为符合就医地规定门（急）诊、住院患者，提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的跨省异地就医直接结算服务。

（四）规范跨省直接结算流程。跨省异地就医直接结算时，就医地应将住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，将门诊费用（含普通门诊和门诊慢特病）按照就医地支付范围及有关规定对每条费用明细进行费用分割，经国家、省级异地就医结算系统实时传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医药机构，用于定点医药机构与参保人员直接结算。参保人员因故无法直接结算的，跨省联网定点医药机构应根据医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证采集参保人员有关信息，并将医疗费用明细、诊断等就诊信息及时上传至国家医疗保障信息平台，支持全国开展跨省异地就医手工报销线上办理试点。

（五）实行就医地统一管理。就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、费用审核、总额预算等方面提供与本地参保人员相同的 Service 和管理，并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确。鼓励地方探索 DRG/DIP 等医保支付方式改革在异地就医结算中的应用，引导定点医疗机构合理诊疗。

（六）强化异地就医业务协同管理。各级医保部门应逐步健全工作机制，形成分工明确、职责明晰、流程统一的跨省异地就医业务协同管理体系，在问题协同、线上报销、费用协查、信息共享等方面全面提升各级医保经办机构业务协同管理能力。国家级经办机构负责统一组织、指导监督、综合协调省级异地就医直接结算管理服务工作，省级经办机构负责在省域范围内统一组织、协调并实施跨省异地就医直接结算管理服务工作，各统筹地区经办机构按国家和省级要求做好跨省异地就医直接结算管理服务工作。

四、强化跨省异地就医资金管理

（一）跨省异地就医费用医保基金支付部分在地区间实行先预付后清算。每年 1 月底前，国家级经办机构原则上根据上年第四季度医保结算资金月平均值的两倍核定年度预付金额度，并确认当年预付金调整额度。各省可通过预收省内各统筹地区异地就医资金等方式实现资金的预付。预付金原则上来源于各统筹地区医疗保险基金。

（二）跨省异地就医费用清算按照国家统一清分，省、市两级清算的方式，按月全额清算。跨省异地就医清算资金由参保地省级财政专户与就医地省级财政专户进行划拨。各省级经办机构和财政部门应按照《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》（见附件）要求，协同做好清算资金划拨和收款工作。国家级经办机构负责协调和督促各省按规定及时拨付资金。

（三）跨省异地就医资金相关管理事项。划拨跨省异地就医资金过程中发生的银行手续费、银行票据工本费不得在基金中列支。预付金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。跨省异地就医医疗费用结算和清

算过程中形成的预付款项和暂收款项按相关会计制度规定进行核算。

五、提升医保信息化标准化支撑力度

(一) 持续深化全国统一的医保信息平台全业务全流程应用。扎实推进编码动态维护和深化应用，完善医保信息化运维管理体系，不断提升医保数据治理水平，为跨省异地就医直接结算提供强有力的系统支撑。按规定与有关部门共享数据，深化医保电子凭证、医保移动支付、医保电子处方流转、医保服务平台网厅、APP和小程序等推广应用，推进更多的跨省异地就医结算服务跨省通办。

(二) 推进系统优化完善。各省级医保部门要按照统一的接口标准规范，不断完善省级跨省异地就医管理子系统，并持续推进定点医药机构接口改造适配工作，加快推动医保电子凭证、居民身份证作为就医介质，优化系统性能，减少响应时间，切实改善参保人员跨省异地就医直接结算体验。各地医保系统停机切换时，应做好事前报备、事中验证、事后监测，确保数据迁移及时、完整、精准，解决个人编号等信息变更对在途业务的影响，确保业务平稳衔接和系统稳定运行。

(三) 加强系统运维管理和安全保障。各省级医保部门应打造专业可靠的运维管理团队，构建基础设施、网络安全、云平台、业务子系统等领域的运维管理流程，形成科学有效的运维管理制度体系。落实安全管理责任，提升系统安全运维能力，强化信息系统边界防护，严禁定点医药机构连接医保系统的信息系统接入互联网，规范跨省异地就医身份校验，保障数据安全。统一规范异常交易报错信息质控标准，做好问题分类，简明扼要、通俗易懂地描述错误原因，方便异常交易的问题定位，并及时响应处理。

六、加强跨省异地就医直接结算基金监管

健全跨省异地就医直接结算基金监管机制，完善区域协作、联合检查等工作制度，强化对跨省异地就医直接结算重点地区、重点区域的指导，加强监督考核。落实就医地和参保地监管责任，就医地医保部门要把跨省异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容，结合本地实际和跨省异地就医直接结算工作特点，严厉打击各类欺诈骗保行为，同时要配合参保地做好相关核查。参保地医保部门要定期开展跨省异地就医医保基金使用情况分析，精准锁定可疑问题线索，积极开展问题核查，确保医保基金安全合理使用。跨省异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回参保地账户，行政处罚、协议违约金等由就医地医保部门按规定处理。

七、工作要求

(一) 加强组织领导。各级医保部门要将跨省异地就医直接结算工作作为深化医疗保障制度改革的重要任务，加强领导、统筹谋划、协调推进，纳入目标任务考核管理。财政部门要按规定及时划拨跨省异地就医资金，合理安排经办机构工作经费，加强与经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

(二) 做好衔接过渡。各地医保部门要及时调整与本通知不相符的政策措施，确保2022年12月底前同国家政策相衔接；结合本地实际，进一步明确和细化政策管理规定，精简办理材料，简化办理流程，优化管理服务；同步调整信息系统与本通知相适应，保障跨省异地就医直接结算工作平稳过渡。

(三) 加强队伍建设。各省级医疗保障部门要加强省级跨省异地就医经办管理队伍

建设，应有专人专职负责异地就医直接结算工作。各统筹地区应根据管理服务的需要，积极协调相关部门，加强机构、人员和办公条件保障，合理配置专业工作人员，保证服务质量，提高工作效率。

(四) 做好宣传引导。各地要加大政策宣传力度，采用社会公众喜闻乐见的形式做好政策解读工作，充分利用现有 12345 或

12393 咨询服务电话、医疗保障门户网站和 APP，拓展多种信息化服务渠道，及时回应群众关切，合理引导社会预期。

附件：[基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程](#)（见附件）

国家医保局 财政部
2022 年 6 月 30 日

关于印发乡镇卫生院服务能力标准（2022 版）等 3 项服务能力标准的通知

重要性：★★★

关注度：★★★

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药局：

为深入开展“优质服务基层行”活动，持续加强基层医疗卫生机构能力建设，适应当前疫情防控新形势和积极应对人口老龄化战略及乡村振兴战略新要求，我们对《乡镇卫生院服务能力标准（2018 版）》和《社区卫生服务中心服务能力标准（2018 版）》进行了修订，优化调整了部分指标，对加强儿科建设，提高合理用药水平，提升家庭医生签约服务、老年人服务、儿童服务、中医药服务能力以及加强安全生产等提出新的要求，形成了《乡镇卫生院服务能力标准（2022 版）》和《社区卫生服务中心服务能力标准（2022 版）》。同时，我们还研究制定了《村卫生

室服务能力标准（2022 版）》。现将 3 项服务能力标准印发给你们（可从国家卫生健康委网站下载），供参照执行。

附件：乡镇卫生院服务能力标准（2022 版）

社区卫生服务中心服务能力标准（2022 版）

村卫生室服务能力标准（2022 版）

附件下载链接：

<http://www.nhc.gov.cn/jws/s7874/202207/03f2e43540384209b67cce25a6cd9ae2.shtml>

国家卫生健康委 国家中医药局
2022 年 7 月 16 日

药物信息

国家药监局应急附条件批准河南真实生物科技有限公司阿兹夫定片增加新冠肺炎治疗适应症注册申请

7月25日，国家药监局根据《药品管理法》相关规定，按照药品特别审批程序，进行应急审评审批，附条件批准河南真实生物科技有限公司阿兹夫定片增加治疗新冠病毒肺炎适应症注册申请。

本品是我国自主研发的口服小分子新冠病毒肺炎治疗药物。2021年7月20日，国家药监局已附条件批准本品与其他逆转录酶抑制剂联用治疗高病毒载量的成年HIV-1感

染患者。此次为附条件批准新增适应症，用于治疗普通型新型冠状病毒肺炎（COVID-19）成年患者。患者应在医师指导下严格按说明书用药。

国家药监局要求上市许可持有人继续开展相关研究工作，限期完成附条件的要求，及时提交后续研究结果。

基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程

第一章 总 则

第一条 为加强跨省异地就医直接结算经办业务管理，规范经办业务流程，推动业务协同联动，提高服务水平，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》等文件要求，制定本规程。

第二条 本规程所称跨省异地就医是指基本医疗保险参保人员在参保关系所在省、自治区、直辖市（以下统称省）以外的定点医药机构发生的就医、购药行为。跨省异地就医直接结算是指参保人员跨省异地就医时只需支付按规定由个人负担的医疗费用，其他费用由就医地经办机构与跨省联网定点医药机构按医疗保障服务协议（以下简称医保服务协议）约定审核后支付。

第三条 本规程适用于基本医疗保险参保人员跨省异地就医直接结算经办管理服务。其中基本医疗保险包括职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。

第四条 跨省异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。国家级经办机构承担制定并实施全国异地就医结算业务流程、标准规范，全国异地就医数据管理与应用，跨省异地就医资金预付和结算管理、对账费用清分、智能监控、运行监测，跨省业务协同和争议处理等职能。省级经办机构承担全国异地就医结算业务流程、标准规范在本辖区内的组织实施，建设和完善省级异地就医结算系统，辖区内跨省异地就医直接结算业务协同、资金管理和争议处理等职能。各统筹地

区应按照国家 and 省级跨省异地就医结算政策规定，及时出台本地配套政策，做好跨省异地就医备案管理、问题协同处理和资金结算清算等工作。

地方各级财政部门会同医疗保障部门按规定及时划拨跨省异地就医预付金和清算资金，合理安排医疗保障经办机构的工作经费，加强与医疗保障经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

第五条 跨省异地就医直接结算费用医保基金支付部分实行先预付后清算，预付资金原则上来源于参保人员所属统筹地区的医疗保险基金。

第六条 优化经办流程，支持医保电子凭证、社会保障卡等作为有效凭证，按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的要求，提供便捷高效的跨省异地就医直接结算服务。具备条件的，可按规定将符合补充医疗保险、医疗救助等支付政策的医疗费用纳入跨省异地就医直接结算范围。

第二章 范围对象

第七条 参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理跨省异地就医直接结算。

(一) 跨省异地长期居住人员，包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保省外工作、居住、生活的人员。

(二) 跨省临时外出就医人员，包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

第三章 登记备案

第八条 参保地经办机构按规定为参保人员办理登记备案手续。

(一) 异地安置退休人员需提供以下材料：

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
2. 《___省（区、市）跨省异地就医登记备案表》（以下简称备案表，见附件1）；
3. 异地安置认定材料（“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”，或个人承诺书，见附件2）。

(二) 异地长期居住人员需提供以下材料：

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
2. 备案表；
3. 长期居住认定材料（居住证明或个人承诺书）。

(三) 常驻异地工作人员需提供以下材料：

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
2. 备案表；

3.异地工作证明材料(参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一或个人承诺书)。

(四) 异地转诊人员需提供以下材料:

- 1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡;
- 2.备案表;
- 3.参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

(五) 异地急诊抢救人员视同已备案。

(六) 其他跨省临时外出就医人员备案, 需提供医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡, 以及备案表。

第九条 参保人员可在参保地经办机构窗口、指定的线上办理渠道或国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序等多种渠道申请办理登记备案手续。通过全国统一的线上备案渠道申请办理登记备案的, 原则上参保地经办机构应在两个工作日内办结。鼓励有条件的地区, 可为参保人员提供即时办理、即时生效的自助备案服务。

第十条 跨省异地长期居住人员登记备案后, 未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的, 备案长期有效; 参保地设置变更或取消备案时限的, 按参保地规定执行。跨省临时外出就医人员备案后, 有效期原则上不少于 6 个月。

第十一条 参保地经办机构在为参保人员办理备案时原则上直接备案到就医地市或直辖市等，参保人员到海南、西藏等省级统筹地区和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。参保人员可在备案地开通的所有跨省联网定点医疗机构享受住院费用跨省直接结算服务，门诊就医时按照参保地异地就医管理规定选择跨省联网定点医药机构就医购药。

第十二条 参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第十三条 参保地经办机构要及时为参保人员办理异地就医备案登记、变更和取消业务，并将异地就医备案、门诊慢特病认定资格等信息实时上传至国家跨省异地就医管理子系统，方便就医地经办机构和定点医疗机构查询。

第十四条 参保人员未按规定申请办理登记备案手续或在就医地非跨省定点医药机构发生的医疗费用，按参保地规定执行。

第四章 就医管理

第十五条 省级经办机构负责指导各统筹地区将本地符合条件的定点医药机构纳入跨省联网结算范围，就医地经办机构按要求在国家跨省异地就医管理子系统中做好跨省联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态等信息动态维护工作。不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构均可申请开通跨省联网结算服务，享受同样医保政策、管理和服

第十六条 跨省联网定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，为符合就医地规定的门（急）诊、住院异地患者提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的跨省异地就医直接结算服务，实时上传就医和结算信息。提供门诊慢特病跨省直接结算服务时，应专病专治，合理用药。参保人员未办理异地就医备案的，可在定点医药机构指引下申请办理登记备案手续，出院结算前完成登记备案的，跨省联网定点医疗机构应提供跨省异地就医直接结算服务。

第十七条 参保人员在就医地跨省联网定点医药机构就医购药时，应主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，遵守就医地就医、购药有关流程和规范。

第五章 预付金管理

第十八条 预付金是参保地省级经办机构预付给就医地省级经办机构用于支付参保地异地就医人员医疗费用的资金，资金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。原则上根据上年第四季度医保结算资金月平均值的两倍核定年度预付金额度，按年清算。就医地可调剂使用各参保地的预付金。

第十九条 预付金初始额度由各省级经办机构上报，国家级经办机构核定生成《___省（区、市）跨省异地就医预付金付款通知书》（见附件 3）、《___省（区、市）跨省异地就医预付金收款通知书》（见附件 4），各省级经办机构在国家跨省异地就医管理子系统下载后按规定通知同级财政部门付款和收款。

第二十条 每年 1 月底前，国家级经办机构根据上一年度各省跨省异地就医直接结算资金支出情况，核定各省级经办机构本年度应付、应收预付金，核定生

成《全国跨省异地就医预付金额度调整明细表》(见附件 5), 出具《___省(区、市)跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》(见附件 6)、《___省(区、市)跨省异地就医预付金额度调整收款通知书》(见附件 7), 通过国家跨省异地就医管理子系统进行发布。

第二十一条 省级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载预付金额度调整付款通知书, 应于 5 个工作日内提交同级财政部门。参保地省级财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户, 对省级经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后, 在 10 个工作日内进行划款。省级财政部门划拨预付金时, 注明业务类型(预付金或清算资金), 完成划拨后 5 个工作日内将划拨信息反馈到省级经办机构。

第二十二条 省级经办机构完成付款确认时, 应在国家跨省异地就医管理子系统内输入付款银行名称、交易流水号和交易日期等信息, 确保信息真实、准确, 原则上各省应于每年 2 月底前完成年度预付金调整额度的收付款工作。

第二十三条 建立预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标, 是指异地就医月度清算资金占预付金的比例。预付金使用率达到 70%, 为黄色预警。预付金使用率达到 90%及以上时, 为红色预警, 就医省可启动预付金紧急调增流程。

第二十四条 当预付金使用率出现红色预警时, 就医地省级经办机构可在当期清算签章之日起 3 个工作日内登录国家跨省异地就医管理子系统向国家级经办机构报送预付金额度调增申请。国家级经办机构收到申请后, 对就医地省级经

办机构提出调增的额度进行审核确认并向参保地和就医地省级经办机构分别下发《___省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书》（见附件8）、《___省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急调增收款通知书》（见附件9）。

第二十五条 参保地省级经办机构接到国家级经办机构下发的预付金额度紧急调增通知书后，应于5个工作日内提交同级财政部门。省级财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户，对省级经办机构提交的预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内完成预付金紧急调增资金的拨付。原则上预付金紧急调增额度应于下期清算前完成拨付。

第二十六条 省级财政部门在完成预付金额度及调增资金的付款和收款后，5个工作日内将划拨及收款信息反馈到省级经办机构，省级经办机构同时向国家级经办机构反馈到账信息。

第二十七条 就医省返还参保省的资金列入当期就医省跨省异地就医预付金额度调整付款通知书，并在对应参保省名称前加注“*”。参保省应收就医省返还的资金列入当期参保省跨省异地就医预付金额度调整收款通知书，并在对应就医省名称前加注“*”。

第二十八条 各省级经办机构在省级财政收款专户信息发生变更时，要及时在国家跨省异地就医管理子系统变更相关信息；省级经办机构向省级财政部门提交预付单和清算单时，需同步提交《跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表》（见附件10），并将专户信息变更情况告知财政部门。

第二十九条 国家级经办机构负责协调和督促各省按规定及时拨付资金。各省级经办机构负责协调和督促统筹地区及时上缴跨省异地就医预付及清算资金。

第六章 医疗费用结算

第三十条 医疗费用结算是指就医地经办机构与本地定点医药机构对异地就医医疗费用对账确认后，按协议或有关规定向定点医药机构支付费用的行为。医疗费用对账是指就医地经办机构与定点医药机构就门诊就医、购药以及住院医疗费用确认医保基金支付金额的行为。

第三十一条 参保人员跨省异地就医直接结算住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用时，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

参保人员因门诊慢特病异地就医时，就医地有相应门诊慢特病病种及限定支付范围的，执行就医地规定；没有相应门诊慢特病病种的，定点医药机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。参保人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地根据本地规定确定报销规则。

第三十二条 参保人员跨省异地就医出院结算时，就医地经办机构将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家、省级异地就医结算系统传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。

第三十三条 参保人员门诊费用跨省异地就医直接结算时，就医地经办机构按照就医地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割，经国家、省级异地就医结算系统实时传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医药机构，用于定点医药机构与参保人员直接结算。

第三十四条 参保人员因急诊抢救就医的，医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”的，参保人员未办理异地就医备案的，参保地应视同已备案，允许参保人员按参保地异地急诊抢救相关待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

第三十五条 定点医疗机构应加强外伤人员身份认证，对于符合就医地基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》（见附件 11），为参保人员办理异地就医直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医情况。

第三十六条 跨省联网定点医疗机构对于异地就医患者住院期间确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或到定点药店购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》（见附件 12），加盖定点医疗机构医疗保险办公室章，相关费用纳入本次住院费用跨省直接结算。

第三十七条 参保人员在就医地跨省联网定点医药机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等有效凭证就医购药，根据《___省（区、市）跨省异地就医住院结算单》（见附件 13）、医疗收费票据等，结清应由个人负担的费用，就医地经办机构与定点医药机构按医保服务协议结算医保基金支付的费用。

第三十八条 国家跨省异地就医管理子系统每日自动生成日对账信息，实现参保地、就医地省级异地就医结算系统和国家跨省异地就医管理子系统的三方对账，做到数据相符。原则上，参保省应每日完成当日结算信息对账，每月 3 日前完成上月所有结算费用的对账。如出现对账信息不符的情况，省级经办机构应及时查明原因，必要时提请国家级经办机构协调处理。

第三十九条 就医地经办机构在参保人员发生住院费用跨省直接结算后 3 日内将医疗费用明细上传国家跨省异地就医管理子系统，参保地经办机构可查询和下载医药费用及其明细项目。

第四十条 就医地经办机构在次月 20 日前完成与定点医药机构对账确认工作，并按医保服务协议约定，按时将确认的费用拨付给定点医药机构。

第四十一条 就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应以出院结算日期为结算时点，按一笔费用整体结算，并将医疗费用信息传回参保地。参保地根据本地跨年度费用结算办法，可以按一笔费用整体结算；也可以计算日均费用后，根据跨年度前后的住院天数，将住院医疗费用分割到两个年度，确定基金和个人费用分担额度。

第四十二条 各地要支持参保人员普通门诊费用跨省直接结算后合理的退费需求，提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。

第四十三条 跨省异地就医发生的医疗费用由就医地经办机构按照就医地的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围进行费用审核，对发生的不符合规定的医疗费用按就医地医保服务协议约定予以扣除。

第四十四条 参保人员异地就医备案后，因结算网络系统、就诊凭证等故障导致无法直接结算的，相关医疗费用可回参保地手工报销，参保地经办机构按参保地规定为参保人员报销相关医疗费用。

第七章 费用清算

第四十五条 跨省异地就医费用清算是指省级经办机构之间、省级经办机构与辖区内经办机构之间确认有关跨省异地就医医疗费用的应收或应付金额，据实划拨的过程。

第四十六条 国家级经办机构根据就医地经办机构与定点医药机构对账确认后的医疗费用，于每月 21 日生成《全国跨省异地就医费用清算表》(见附件 14)、《___省(区、市)跨省异地就医应付医疗费用清算表》(见附件 14-1)、《___省(区、市)跨省异地就医职工医保基金应付明细表》(见附件 14-2)、《___省(区、市)跨省异地就医居民医保基金应付明细表》(见附件 14-3)、《___省(区、市)跨省异地就医医保基金审核扣款明细表》(见附件 14-4)、《___省(区、市)跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表》(见附件 14-5)、《___省(区、市)跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表》(见附件 14-6)、

《___省（区、市）跨省异地就医应收医疗费用清算表》（见附件 14-7），各省级经办机构可通过国家跨省异地就医管理子系统精确查询本省内各统筹地区的上述清算信息，于每月 25 日前确认上述内容。

第四十七条 国家级经办机构于每月底前根据确认后的《全国跨省异地就医费用清算表》，生成《___省（区、市）跨省异地就医费用付款通知书》（见附件 15）、《___省（区、市）跨省异地就医费用收款通知书》（见附件 16），在国家跨省异地就医管理子系统发布。

第四十八条 各省级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载《___省（区、市）跨省异地就医费用付款通知书》《___省（区、市）跨省异地就医费用收款通知书》后，于 5 个工作日内提交同级财政部门，财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户，对经办机构提交的清算单和用款申请计划审核无误后 10 个工作日内向就医地省级财政部门划拨资金。省级财政部门在完成清算资金拨付、收款后，在 5 个工作日内将划拨及收款信息反馈到省级经办机构，省级经办机构向国家级经办机构反馈到账信息。原则上，当期清算资金应于下期清算前完成拨付。

第四十九条 国家级经办机构发布跨省异地就医费用收付款通知书后的 5 个工作日内，省级经办机构做好辖区内各统筹地区跨省异地就医资金的上解或下拨工作。

第五十条 原则上, 当月跨省异地就医直接结算费用应于次月 20 日前完成申报并纳入清算, 清算延期最长不超过 2 个月。当年跨省异地就医直接结算费用, 最晚应于次年第一季度清算完毕。

第五十一条 就医省需返还参保省资金列入当期就医省跨省异地就医费用付款通知书中, 并在对应参保省名称旁加注“*”。参保省应收就医省返还资金列入当期参保省跨省异地就医费用收款通知书中, 并在对应就医省名称旁加注“*”。

第八章 审核检查

第五十二条 跨省异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地经办机构要将跨省异地就医直接结算工作纳入定点医药机构协议管理范围, 细化和完善协议条款, 保障参保人员权益。

第五十三条 就医地经办机构应当对查实的违法违规行为按医保服务协议相关约定执行, 涉及欺诈骗保等重大违法违规行为应按程序报请医保行政部门处理, 并逐级上报国家级经办机构。

第五十四条 就医地经办机构对定点医药机构违规行为涉及的医药费用不予支付, 已支付的违规费用予以扣除, 用于冲减参保地跨省异地就医直接结算费用。对定点医药机构违反医保服务协议约定并处以违约金的, 由就医地经办机构按规定处理。

第五十五条 国家级经办机构适时组织各省级经办机构通过巡查抽查、交叉互查、第三方评审等方式, 开展跨省异地就医联审互查工作, 将就医地落实跨省

异地就医费用审核管理责任情况纳入经办机构规范建设考评指标,结合国家医保局飞行检查、第三方行风评价等工作进行考核评价。国家级经办机构负责协调处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

第五十六条 各级经办机构应加强跨省异地就医费用审核,建立跨省异地就医直接结算运行监控制度,健全医保基金运行风险评估预警机制,对跨省异地就医次均费用水平、医疗费用涨幅、报销比例等重点指标进行跟踪监测,定期编报跨省异地就医直接结算运行分析报告。

第九章 业务协同

第五十七条 跨省异地就医业务协同管理工作实行统一管理,分级负责。国家级经办机构负责统一组织、协调省际业务协同管理工作,省级医保部门负责统一组织、协调并实施跨省异地就医结算业务协同管理工作,各统筹地区医保部门按国家和省级要求做好业务协同工作。各级经办机构可依托国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块等多种渠道发起问题协同,并按要求做好问题响应和处理。

第五十八条 参保地医保部门对一次性跨省住院医疗总费用超过3万元(含3万元)的疑似违规费用,可以通过国家跨省异地就医管理子系统提出费用协查申请。申请费用协查时,需提交待协查参保人员身份证号码、姓名、性别、医疗服务机构名称、住院号、发票号码、入院日期、出院日期、费用总额等必要信息,以确保待协查信息准确。

国家跨省异地就医管理子系统每月 26 日零时生成上月 26 日至当月 25 日全国跨省异地就医结算费用协查申请汇总表, 就医省组织各统筹地区医保部门通过国家跨省异地就医管理子系统下载当期汇总表, 并通过本地医保信息系统进行核查, 已生成申请汇总表的费用协查申请原则上不予修改或删除。

就医地医保部门接到本期汇总表后, 原则上需于次月 26 日前完成本期费用协查工作, 并及时上传费用协查结果至国家跨省异地就医管理子系统。遇有特殊情况确需延期办理的, 自动记录至下一期, 并记入本期完成情况统计监测。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”两类, 如协查信息与实际信息不符, 需填写“核查有误”的具体原因方能上传结果。

参保地医保部门收到就医地医保部门返回的协查结果后, 5 个工作日内在国家跨省异地就医管理子系统上进行确认。对协查结果存在异议的, 应及时与就医地医保部门进行沟通处理。

第五十九条 各级医保部门可根据跨省异地就医结算业务协同问题的紧急程度, 通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请, 明确待协同机构、主要协同事项、问题类型等, 针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息, 其中备案类问题需在 2 个工作日内回复, 系统故障类问题需在 1 个工作日内回复, 其他类问题回复时间最长不超过 10 个工作日。

问题协同遵循第一响应人责任制, 各级医保部门在接收协同申请后即作为第一响应人, 需在规定时限内完成问题处理, 根据实际情况标注问题类型, 并在国家跨省异地就医管理子系统上进行问题处理登记, 确需其他机构协助的, 可在问

题处理登记时详细列出其他协同机构。如不能按期完成需及时与申请地沟通延长处理时限。

各级医保部门需在收到协同地区处理结果后进行“处理结果确认”，明确问题处理结果。超过 10 个工作日未确认的，国家跨省异地就医管理子系统默认结果确认。对问题处理结果有异议的或尚未解决的，可重新发起问题协同，申请上一级医保部门进行协调处理。

第六十条 各级医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统发布停机公告、医保政策等信息，实现医保经办信息共享。

第六十一条 探索跨省异地就医手工报销线上办理，参保人员因故无法直接结算回参保地手工报销的，参保地经办机构可依托跨省联网定点医药机构上传至国家医疗保障信息平台的医疗费用明细、诊断等就诊信息实现线上报销。

第十章 附 则

第六十二条 跨省异地就医医疗费用结算和清算过程中形成的预付款项和暂收款项按相关会计制度规定进行核算。

第六十三条 异地就医业务档案由参保地经办机构和就医地经办机构按其办理的业务分别保管。

第六十四条 各省级医保部门可根据本规程，制定本地区异地就医直接结算实施细则。

第六十五条 本规程由国家医疗保障局负责解释。

第六十六条 本规程自 2023 年 1 月 1 日起实施。

附件 1: [省（区、市）跨省异地就医登记备案表](#)

附件 2: [基本医疗保险跨省异地就医备案个人承诺书](#)

附件 3: [省（区、市）跨省异地就医预付金付款通知书](#)

附件 4: [省（区、市）跨省异地就医预付金收款通知书](#)

附件 5: [全国跨省异地就医预付金额度调整明细表](#)

附件 6: [省（区、市）跨省异地就医预付金额度调整付款通知书](#)

附件 7: [省（区、市）跨省异地就医预付金额度调整收款通知书](#)

附件 8: [省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书](#)

附件 9: [省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急调增收款通知书](#)

附件 10: [跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表](#)

附件 11: [外伤无第三方责任承诺书](#)

附件 12: [住院期间外院检查治疗或定点药店购药单](#)

附件 13: [省（区、市）跨省异地就医住院结算单](#)

附件 14: [全国跨省异地就医费用清算表](#)

[省（区、市）跨省异地就医应付医疗费用清算表](#)

[省（区、市）跨省异地就医职工医保基金应付明细表](#)

[省（区、市）跨省异地就医居民医保基金应付明细表](#)

[省（区、市）跨省异地就医医保基金审核扣款明细表](#)

[省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表](#)

[省（区、市）跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表](#)

[省（区、市）跨省异地就医应收医疗费用清算表](#)

附件 15: [省（区、市）跨省异地就医费用付款通知书](#)

附件 16: [省（区、市）跨省异地就医费用收款通知书](#)

附件 17: [跨省异地就医备案、预付金、结算、清算流程图](#)



中国药学会科技开发中心
地址：北京市朝阳区恋日国际403A室
网站：WWW.CMEI.ORG.CN
电话：010-65661728
传真：010-65661338