

● 重点关注

不再强调全国“一条线”
事关上万家医院！三级评审迎来新标准

来源 / 千库网

医师报讯（融媒体记者 杨瑞静）作为三级医院评审的“指挥棒”和“风向标”，等级评审标准历来备受业界瞩目。12月15日，国家卫生健康委公布《三级医院评审标准（2022年版）》及其实施细则。这是时隔不到两年后，三级医院评审标准迎来的新一轮修订。而根据《2021年我国卫生健康事业发展统计公报》，2021年末，全国三级医院3275个，二级医院10848个。新标准的出台，将牵动这上万家医院的神经。

“相较来看，2022年版三级医院评审标准更显务实。”这是深圳某三甲医院副院长、资深评审专家陈忠的评价。

未来或将加快修订速度

医院等级评审是动态、循环且持续改进的过程，因此评审标准也一定是动态调整和改进的。

据陈忠介绍，国际上很多评审标准保持着每3~4年的修订速度，“而我国之前的修订速度就显得有些慢了。”

我国第一周期医院评审工作始于1989年止于1998年。

2011年4月，原卫生部发布《三级综合医院评审标准（2011年版）》，这是我国继第一周期医院等级评审结束之后开展的新

一轮医院等级评审工作。新一轮评审标准在全面总结过去医院评审经验教训的基础上，借鉴了国际上先进的医院评审理念与有效做法。

直到2020年12月28日，延续9年的2011年版三级医院评审标准迎来首次大修。2020年版标准最大变化就是“以数据说话”，使得日常监测数据的权重占比达到60%，引导医院重视日常质量管理和绩效，减少突击迎检冲动。

2020年版标准发布后，广东省卫生健康委率先启动新评审方案的细化标准工作，并于2021年4月30日印发《三级医院评审标准（2020年版）广东省实施细则》，成为自国家下发新评审标准后，第一个印发实施细则的省份。此后，湖北、新疆、海南、重庆、四川、安徽、江西、福建、山东等地先后出台实施细则。

“但截至目前，仍有个别省份尚未出台细则。”陈忠提到，此次时隔不到两年时间，三级医院评审标准再次调整，对等级评审进度慢的省份是一种鞭策，敦促各省份跟上全国等级评审的步伐。陈忠预估，未来的三级评审标准修订周期或也将和国际接轨，加快速度。

不强调“升标准、增内容”

以往三级医院评审标准中，有四条要遵循的基本原则：内容只增不减、要求只升不降、周期全程追踪、检查核查并重。

如《四川省三级医院评审标准实施细则（2021年版）》中，第一部分“前置要求”即是在国家标准基础上，增加了综合管理内容，主要包括公共卫生职责、不良执业行为记分、县级医院服务能力评估结果、三级公立医院

绩效考核、电子病历评级等。

按照这一评审规则，评审过程中任意一环节评价为“不合格”，则不进入下一环节，其中第一部分为“一票否决项”。

与之对比，2022版标准不再强调“各省级卫生健康行政部门要遵循‘标准只升不降，内容只增不减’的原则。”

“这说明国家卫生健康委考虑到了各地发展水平不一的现实情况。”陈忠提到，医疗资源的不均衡发展仍是困扰医疗行业的难题，“如果全国都按照一条线来划分，可能有的地区连一家合格三级医院都评不上。海南、云南、广西、新疆等地也不可能跟上广东等地按照一个标准去做。”

这也意味着，各地可以根据自身医疗发展情况优中选优，选择较好的医疗机构评定为三级医院，以承担更多医疗任务与责任。

● 医保改革

创新医保监管治理 护佑百姓“救命钱”

▲ 哈尔滨医科大学卫生管理学院 吴群红 康正

医疗保险基金是维系全体参保成员健康安危的“给养线”。在国家社会科学基金重点课题《国家医疗保障基金监管手段与创新模式研究》项目资助下，哈尔滨医科大学卫生管理学院课题组对2000余名来自医保、医疗及高校医保专业相关人员的调查显示，61.37%的受访者对前期医保基金监管改革行动表示认可，但普遍认为如何解决下列影响监管发挥效用的各种关键瓶颈和制约因素至关重要。

公众参与意愿低 违规主体众多

课题组调查结果表明，目前医保监管主体是医保及相关行政部门，公众主要通过举报方式参与监管但参与意愿不足20%。由于对医保违规现象认知较低导致其参与意识薄弱，仅通过举报奖励制度无法让公众积极参与到监管中。

课题组研究结果显示，违规主体多元，涉及定点医疗机构、参保人、医保经办机构、用人单位、医务人员等，既存在单一主体，也存在合谋主体。此外，违规行为多样化可达56种，且贯穿医保基金运行中的征收、管理、支付与服务提供等众多环节。

目前的监管多为事中、事后监管，事前监管的薄弱使得监管主体难以有效治理违规乱象。

亟待多部门协同推进医保监管

医保基金监管涉及医保管理部门、经办机构、相关行政部门、医疗机构、社会组织和群众等众多利益相关方，目前存在的监管主体单一化、监管碎片化的监管模式将

难以为继。

受访者针对已有多部门参与的医保协同监管网络的协同效率和效能展开了评价，对医保行政系统内部的协同效率评价最高；其次认可医保行政管理部门和经办机构在基金监管的协同效果；但认为医保与卫生健康部门、医疗机构、社会第三方组织和公众在监管方面的协同效率较弱。

提升协同管理效能的策略与路径

针对上述问题，吴群红团队提出以“主体联动—机制触发—手段协同”多路径治理逻辑来探索并落实推进监管协同创新的具体策略。具体实施策略如下：

加强部门联动 横向共享衔接
不断完善和优化多部门参与的协同治理政策和组织网络、建立多部门高效协同机制是解决上述问题的重要措施。应加快建立由医保部门作为牵头人，联合卫健、公安、审计和药监等部门共同参与监管的宏观—中观—微观协同行动机制；鼓励多部门联席会议制度的探索；明确各部门的职责与分工，保证信息共享和互联互通；不断完善医保基金监管联合惩戒机制，严格落实“一案多查、一案多处”的工作机制，推进齐抓共管、多部门联合执法与联合惩戒高效协同机制的落实。

多元主体参与 系统协同监管
一是建立由医学、药学、医保、审计、财务、信息等领域专家组成的专家库；二是大力推进政府购买服务制度，不断吸纳信息技术服务机构、商业保险机构、社会服务机构、会

计师事务所等第三方专业化力量参与到行动中；三是鼓励社会公众积极参与，充实监管队伍。

数据信息赋能 高效智能监管
在全面统一医保部门内部、医药机构间、不同省市区间的“车同轨、书同文、行同伦”标准化规范基础上，聚焦医保关键靶点问题，运用人脸识别等新技术精准识别，定向检查定点机构诊疗信息；推动监管信息化和智能化建设，增强事中事前监管，逐步实施全过程监控，推动建立全方位、一体化、联动式的医保基金监管新格局。

建设人才队伍 提升专业能力
智能化手段的兴起与高素质人才短缺的矛盾已然成为医保基金监管“短板”。提升医保基金监管队伍能力可从三方面着手：首先，壮大医保基金监管队伍规模，除了引进临床医学、医疗保险、财会等专业人才外，还可引进计算机管理、数据分析等专业人才；其次，定期对监管人员进行专业化、系统化的培训；最后，建立监管人员考核奖惩机制，加强对监管执法人员的考核监督。

加强信用管理 行业个人自律
不断推进和完善医保信用管理制度探索工作。第一，探索构建完备、高效的医保基金监管信用评价体系；第二，严格按标准对定点医药机构综合考核并根据考核结果进行分级和动态管理；第三，推行医保医师（药师）积分管理制度，将监管从机构延伸到个人；第四，建立并不断完善守信联合激励和失信联合惩戒制度。

● 疫情防控

北京协和医院精准战“疫”
医疗救治与疫情防控双统筹

▲ 北京协和医院 陈明雁



来源 / 北京协和医院

在协和人心中，人民的生命重于泰山。11月以来，协和人因时因势利导，全面加强医疗救治与疫情防控双统筹，精准科学把握战“疫”主动权。

“新冠互联网门诊”支持首诊

12月19日，协和医院“新冠互联网门诊”上线。该模块支持线上进行新冠首诊，在线为11类症状的新冠患者进行诊疗，提供就医及心理咨询、用药指导、药品配送到家等服务。医院鼓励全院医师自主安排休息时间提供线上诊疗。

支持急诊和发热门诊

医院采取“全急诊支持发热门诊、全院支持急诊”策略，全力缓解急诊和发热门诊负荷。11月25日启动发热门诊方舱建设项目，27日建成并投入使用；12月9日启动急诊发热门诊改造项目，19日投入使用。各科室分批次安排医师到发热门诊工作。

急诊收得进来还要分得出

去。一方面向下转诊，两位医师加入医联体新冠肺炎核心医院专家组，提供远程会诊；另一方面院内转诊，医院相继启用多个隔离病房，并由各专科分别收治本专科新冠患者。

搭建生命支持平台

12月12日北京迎来感染高峰，15日迎来发热门诊高峰。一是组建重症救治预备梯队，成立重症救治专家组进行会诊，建立分片包干责任制，强化重症救治指导；二是做好设备、物资和药品保障，牢牢抓住重点人群和关键环节；三是推动各临床专科病房向重症病房转化。

引导患者科学就医

与科普专家联系，“囤积”一批优质科普内容；回应公众关注焦点，采访医学专家或预约专家写稿；预制一批科普短视频；加强媒体互动，采纳媒体问题并作出科学解释，共同形成强大的科普传播矩阵。