

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.07.05-2021.07.11

——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，直接跳转具体内容。）

· 医改之路 ·

▶ [1921-2021：中国共产党领导下的百年医疗发展史](#)（来源：医学界智库）——第 11 页

【提要】衡量一个国家医疗健康体系的好坏，可以用人均预期寿命这项指标，它和人均 GDP 水平高度相关，也和医疗卫生体系高度相关。从这个角度来看，1949 年新中国成立以后，在健康医疗和提高人民的健康水平上取得了辉煌的成就。1949-1978：经济落后，但创造了人民健康水平大幅提升的世界奇迹。1978-2019：改革开放创造经济奇迹，医疗体系发生了改变。跟随笔者一起回顾总结红色医疗百年发展史，致敬中国共产党百年诞辰！

▶ [深化医改，用中国式办法解决世界性难题](#)（来源：光明日报）——第 35 页

【提要】改革是推进医药卫生健康事业发展的动力源泉。深化医药卫生体制改革是改革开放的重要组成部分，是保障和改善民生的重大举措，关系人民健康福祉，关系民族未来。新中国成立以来，特别是党的十八大以来，我们坚持用中国式办法解决医药卫生体制改革这个世界性难题，取得了举世瞩目的成就。在迎来建党 100 周年之际，回顾医药卫生体制改革的历程，有助于我们把握历史逻辑，增强改革信心，

增添改革动力。

▶ [中国为何推广三明医改经验？国家卫健委：突破难题的经验和启示](#)（来源：中国新闻网）——第 39 页

【提要】中共中央总书记、国家主席、中央军委主席习近平今年 3 月在福建三明视察时指出，三明医改经验值得各地因地制宜借鉴。国务院办公厅日前也印发《深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务》，第一条便是进一步推广三明市医改经验，加快推进医疗、医保、医药联动改革。国家卫生健康委员会体制改革司司长许树强表示，当前深化医改进入了深水区，改革面临新的形势和任务。一方面，要在系统总结前一个时期改革工作的基础上，把加强改革系统集成、推动改革落地见效摆在更加突出的位置。另一方面，中国已经进入高质量发展阶段，适应中国社会的主要矛盾变化，满足人民日益增长的对美好生活的需要，对深化医改也提出了新的要求和新的期待。与此同时，“十四五”时期，中国将进入中度老龄化阶段，为医疗服务、医疗保险、康复护理等都带来了新的挑战。

• 专家观点 •

▶ [观点 | 大浪淘沙——人工关节带量采购工作的思考](#)（来源：中国医疗保险）——第 41 页

【提要】2021 年 6 月，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》，完善高值医用耗材价格形成机制，治理价格虚高问题，国家医疗保障局协同国家发改委、国家卫健委等 8 部委发

布了 31 号文件《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》，从国家高度给出了带量采购的工作组织、实施原则以及相关配套措施的顶层设计，这将给整个耗材采购工作提供强有力的政治保障和方向指引作用。之后，国家组织人工关节带量采购方案公布并进入实施阶段，这标志着我国医用耗材集采工作将很快进入一个新的时期。值此关键时刻，中国医疗保险围绕医用耗材集采工作，与中国医学装备协会技术部兼教育培训部杨建龙主任展开了交流。他结合自身医疗器械领域多年的工作经历，从四个角度对医用耗材带量采购工作进行了回顾、对比分析。

▣ [观点 | 以新发展理念引领医保事业高质量发展](#)（来源：辽宁省医疗保障局）——第 51 页

【提要】在全党上下组织实施党史学习教育的重要节点，辽宁省医疗保障局把党史学习教育与贯彻落实习近平总书记关于医疗保障工作重要论述和指示批示精神结合起来，与贯彻落实省委、省政府中心工作和国家医保局部署结合起来，与加快推进全省医疗保障事业高质量发展结合起来，深入研究如何准确把握新发展阶段医保事业发展面临的新形势新任务，努力把党史学习教育中焕发出来的政治热情、激发出来的内生动力，持续转化为推动省医保事业高质量发展的强大支撑，确保“十四五”开好局、起好步，切实担负起新时代赋予的使命。

• 分析解读 •

▣ [一文读懂：人工关节国家带量采购政策有哪些要点与特点？](#)（来

源：北京大学公共政策研究中心）——第 57 页

【提要】随着老龄化的加剧及公众收入的提高，高值医用耗材的消费量逐年增加，为保障公众健康起到重大贡献。但与此同时，高耗价格虚高成为国家和社会各界关注的热点，带量采购是党中央国务院提出的整顿高值医用耗材的重大改革部署。在 2020 年 11 月国家冠脉支架带量采购和使用实践的基础上，按国家医保局等八部门《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》要求，以及国家组织、联盟采购、平台操作的总体思路，国家医保局组织第二批高耗(人工关节)带量采购工作。2021 年 6 月 21 日，国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布人工关节带量采购 1 号公告，在尊重临床习惯、保证供应、鼓励竞争、兼顾产业可持续发展等方面，均有不少创新和亮点，体现了决策者的精细设计和良苦用心。

▶ [医保法、集采、新药上市、三明经验……盘点 2021 年上半年三医领域值得关注的亮点](#)（来源：健康时报）——第 63 页

【提要】医保法治化进程推进、新一轮医保谈判启动，第五轮带量采购落地；16 款创新药批准上市，创下三年同期历史新高；推进疾控体系改革，全国推广三明医改经验……今年上半年，国家医保局：法治化进程推进，医保谈判前公示药品原价，第五批集采降价创新高。国家药监局：16 款创新药获批上市，创下三年同期历史新高。国家卫健委：推进疾控体系改革，推广三明医改经验。三医领域多重亮点值得关注。

• 医院管理 •

▶ [凭什么医保支付制度改变医院的管理逻辑？](#)（来源：葆德医管）

——第 68 页

【提要】医疗费用支付制度牵扯着医疗行为的变迁，支付方式的选择，支付范围、如何支付、支付对象等等这些问题，都影响医疗服务系统中各个组织和人体的行为。医疗支付制度是医疗服务交易中最重要制度。同时，医院管理中，从经济运行到质量管理，包括收入构成，核心制度执行情况、尤其是绩效制度设计，无一不与医疗支付制度相关。因此，探求医院管理的治理逻辑，必须从医疗支付制度研究开始。

▶ [重磅！公立医院薪酬改革即将公布，正在制定「学习三明经验」](#)

[考核指标](#)（来源：DRG 变量）——第 77 页

【提要】7月6日下午，国务院医改领导小组办公室、国家卫生健康委就推广三明医改经验举行新闻发布会。会上，透露了《公立医院薪酬制度改革指导意见》将很快公布的强烈信号，更重要的是，此次发布会是2021医改重点任务明确学习三明经验后的第一场，不仅详细回答了关于“三明医改精髓”的记者提问，还对各地在学习借鉴三明经验时学什么、怎么学、学习效果评价做了指导性的提示。发布会上也首次提到，国务院医改领导小组办公室正制定推广三明医改经验考核指标体系，将选取关键指标，对各省推进情况取得的成效进行定期评价。总之，深化医改，促进公立医院高质量发展，三明医改经验成为重要一环。

▶ [公立医院薪酬改革的政策驱动与院内绩效压力](#)（来源：华夏医界网）——第 84 页

【提要】随着李克强总理召开的国务院常务会议部署推进实施“十四五”规划《纲要》确定的重大工程项目中对于公立医院薪酬制度改革的精神出台，公立医院院内管理和绩效分配在新一轮的政策指引下，将面临新的压力：完善医院薪酬水平决定机制——动态调整公立医院的薪酬水平和薪酬总量；内部分配自主权的强化；内部分配的新压力。进而言之，从未来医院管理的趋势来看，传统的以收定支，大收减大支的粗放化管理将不足以应对变革，一个医院的收入不再是简单的创收激励就能有效解决的，对于收入的规划，定义将面临到更具体化、专业化。除了这些以外，对于以病种为基础的诊疗全流程的成本采集，也将考验着医院财务管理人员的认知和能力。

▶ [彭建明：从管理和技术角度加强医院信息网络安全建设](#)（来源：CHIMA）——第 88 页

【提要】互联网+医疗、智慧医院建设给医务人员、患者带来方便的同时，也对医院信息网络安全带来了极大挑战。新疆维吾尔自治区人民医院信息中心主任彭建明指出，医院在进行网络安全建设时，需注意以下七个方面：信息系统基础平台要安全、一定要进行安全可靠的异地备份、网络安全设备策略设定必须要严格、制定管理等级保护要求、操作系统和数据库都设置强密码、医院需要培养自己的网络安全人员、医院网络安全管理要有零信任网络安全思想。

· 医保快讯 ·

▶ [国家医保局：修改《社会保险法》、推进医疗保障单独立法势在必行](#)（来源：国家医保局）——第 91 页

【提要】近日，国家医保局发布了一系列关于十三届全国人大四次会议上相关建议的答复，其中对于医疗保障领域的法制建设，重点围绕医疗保障单独立法和《社会保险法》修订相关事宜进行了答复，明确表示：《社会保险法》是为了规范社会保险关系，维护公民参加社会保险和享受社会保险待遇的合法权益，使公民共享发展成果而制定的规范社会保险制度专门法律。目前，《社会保险法》中关于医疗保险（生育保险）的立法内容明显滞后于医疗保障改革发展形势，无法为医疗保障整体改革发展提供充分的法治保障，国家医保局支持修改《社会保险法》。

▶ [如何通过大数据赋能，提升医保支付方式改革效率？](#)（来源：福建省厦门市医保局）——第 93 页

【提要】医保支付机制是医保制度体系最核心的机制之一，2020 年 2 月印发的《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出要建立管用高效的医保支付机制。近年来，国家层面不断加快推进疾病诊断相关分组 (DRG) 及区域点数法总额预算和按病种分值 (DIP) 付费试点工作，各地也在医保支付方式改革上做了许多有益探索。结合厦门市在医保工作中开展“总额预算下的点数法”相关改革经验，笔者认为，大数据赋能是提升医保支付方式改革效率的关键密钥——

通过对数据进行挖掘、聚类及关联分析，我们可以将医保支付精细化与临床实际和患者就医体验更加有机地结合起来，从而为行政决策提供更加有力的参考和支持。

• 国际视野 •

▣ [英国卫生服务购买经验及启示](#)（来源：中国全科医学）——第 97 页

【提要】目前我国医疗服务存在严重的碎片化，不同医疗机构间甚至同一医疗机构内部不同科室间难以提供整合型服务。为了促进卫生服务整合，国家卫生健康委倡导实施县域医共体模式。各地在国家政策文件的引导下，探索了不同的医共体模式，有一些成效，但仍存在大医院借此“跑马圈地”、基层医疗卫生机构提供服务不断“萎缩”等问题。英国 CCGs 并不是 NHS 自上而下安排、规划形成的，而是由全科诊所自下而上聚集而成，各地根据地方的医疗服务需要和地方的特定情况，CCGs 有不同规模和运作形式。英国 CCGs 成立以来，作为采购组织，CCGs 购买了很多整合型服务，如多学科治疗小组、出院处理小组等，将全科医生、专科医生、社会组织等联合起来提供整合型服务，减少对住院服务的依赖。

▣ [美国国家科学工程院医学研究院发布 2021 年实施高质量基层卫生服务——重建卫生保健基础](#)（来源：美国国家科学工程院医学研究院）——第 116 页

【提要】高质量的基层卫生服务是医疗服务系统发挥强大功能的基

础，对于实现医疗服务的四重目标(改善患者体验，促进人群健康，降低医疗成本以及增加医疗团队经验)至关重要。高质量的基层卫生服务提供以人为本、基于关系的综合卫生服务，同时考虑到个人、家庭和社区的需求和偏好。基层卫生服务在医疗服务系统中是独一无二的，因为它为每个人量身定制，并且可使患者终生适用(包括从健康的儿童到患有多种合并症的老年人和残疾人)。拥有高质量基层卫生服务体系的国家以及卫生系统中的居民通常享有更好的健康结果和更高的健康公平性。

-----本期内容-----

· 医改之路 ·

1921-2021：中国共产党领导下的百年医疗发展史

来源：医学界智库





第一、二次 国内革命战争时期 1921-1937

土地革命战争时期全国苏维埃区域图



1922年，中国共产党第二次代表大会就明确提出“八小时工作制、工厂设立工人医院及其他卫生设备、工厂保险、保护女工和童工”等内容。1928年，毛泽东在《中国红色政权为什么能够生存》一文中提出巩固革命根据地的三项方法，其中之一就是“建设较好的红军医院”。尽管在第一次国内革命战争时期，中国共产党创办了“罢工医院”和“农民医院”，但全面建立人民医疗卫生机构是在创建工农红军、开辟农村革命根据地的过程中。

1931年，军委总军医处成立，专门领导红军的医疗卫生工作，一年后改为红军总卫生部，随后红军军团和师一级也设立了卫生部，团设卫生队，连设卫生员。**红军卫生行政管理管理体系初步建立**。同时，在苏区地方政权系统中，也形成了由内务部监管的卫生工作领导体系。



抗日战争时期 1937-1945

1936年10月，军委总卫生部到达陕北。1937年8月，主力红军改编为八路军，下辖的三个师分别设有军医处。1938年7月，军委总卫生部重组，成为中国共产党领导的抗日武装卫生工作的总领导，开始了全面抗战的人民军队卫生工作。



抗日战争时期，陕甘宁边区是中共中央和中央军委驻地，在一定程度上代表了这时期各革命根据地卫生建设的基本面貌。在陕甘宁边区，除了军委卫生系统外，还有中央总卫生处系统和边区政府卫生系统。与土地革命战争时期根据地的卫生组织状况相比，陕甘宁边区的卫生机构设置由了一定的发展，出现了制度化的倾向。

解放战争时期 1945-1949

解放战争时期，中国共产党的革命战争环境发生了很大的变化，从抗日战争时期以游击战为主转变为大兵团运动作战，军队卫生工作的制度化与规范化进一步提升。另一方面，随着解放区的不断扩大与全国民心的倾斜，解放区的地方卫生工作开始往专业化发展，建章立制愈发频繁，制度分工更加细化。



防疫
制度
科学
化



妇幼
保健
制度
专门
化



医疗
费用
制度
初步
建立



公营
工厂
工人
疾病
保障
制度
建立



民间
医生
组织
调动



食品
安全
与卫
生制
度建
立



医药
人才
培养
招生
条件
提高



城市
卫生
综合
治理
初步
推行



医疗卫生资源配置

恢复期 1949-1965

建国之初，新中国的医疗机构、医疗设施设备以及医疗技术人员都处于极度匮乏的状态。**1949**年全国医院数量仅为**2600**家，而当时中国人口已经超过五亿。在这样的现实背景下，中国共产党领导的新中国政府将一部分解放军野战医院转为地方医院，同时接收了一批国民政府、外国教会和慈善机构遗留下来的医院。



1951年，中国开始制定第一个五年计划，并于**1953**年开始实施，我国政府陆续投资建立了大批公立医院。除政府卫生部门所属医院外，还有工业及其他部门所属医院，呈现多部门办医格局。从**1956**年年初开始，在社会主义改造的背景下，部分民营医疗机构也转为公立医院。到**1965**年，中国县及县以上医院数量已经达到**5445**家，新中国城市公立医院体系基本构建完成。

调整期 1965-1978



赤脚医生遍山村 合作医疗气象新

1965年6月，毛泽东主席提出“把卫生工作重点放到农村去”的指示，农村合作医疗和“赤脚医生”的热潮出现。通过建立城市省、市、县三级公立医院网络和农村县、乡、村三级医疗卫生服务网络，初步形成了覆盖城乡的医疗卫生三级网，我国公立医院服务网络基本成形。当时我国对医院实行的是单纯福利性事业和计划经济的管理模式，即对全国医院“包起来、养下去”。



赤脚医生



县乡村
三级医疗体系



农村合作
医疗制度

这个时期中国以占世界2%的总卫生费用，解决了世界四分之一人口的健康问题。1978年在阿拉木图召开的国际初级卫生保健会议上，以“县乡村三级医疗体系、农村合作医疗制度、赤脚医生”为三大法宝的“中国模式”得到一致认可，被世卫组织作为典范向发展中国家推荐。

60年代至改革开放初，中国卫生事业经费和投入不足，以及三次大幅降低医疗收费标准，导致公立医院亏损严重，同时政策限制过严，公立医院吃“大锅饭”现象严重。

改革起步期 1978-1992

1979年1月，时任卫生部部长钱信忠接受新华社记者采访时提出：

“要运用经济手段管理卫生事业”



这个时期其实是在探索按经济规律开办和管理公立医院，例如：



定任务



定床位



定编制



定业务
技术指标



定经费
补助

改革发展期 1992-2012



医疗产业化



医疗商品化



医疗市场化

1992年，确立了建立社会主义市场经济体制的改革目标后，公立医疗也开始尝试现代企业制度的改革模式，在市场“无形的手”指挥下进行运作。

这个时期公立医疗的经济状况得到极大改善，综合实力加强，诊疗准确率有了极大提高，政府对医疗系统的态度是“给政策不给钱”，大型公立医院在“以工助医，以副补主”的政策影响下积极创收，公立医疗的发展也迎来了黄金期。但是医疗服务的市场满意度、公平性、公益性出现下降。



改革深化期 2012-2021



2009年新医改开始后，卫生总费用占GDP比重增速加快。2008年至2015年，公立医院院均收入保持了年均19.3%的增长，但是在2012年后增速明显放缓。2008年至2015年，公立医院院均结余年均增长24.6%，但是波动较大，并且在2015年出现了8年来首次下降，降幅达到25%。公立医疗进入到以成本为中心的精细化管理阶段。

习总书记在2020年两会期间提出：



整体谋划



完善公共卫生应急法律法规



改革疾病预防控制体系



系统重塑



健全重大疫情救治体系



提升疫情监测预警
和应急响应能力



全面提升



健全重大疾病医疗保险和救助
制度



健全统一的应急物质保障体系

数读新中国公立医院发展



注：1949年与1955年数据为全国医院总数

新中国成立到**2000**年之间，中国公立医院的数量基本呈上涨趋势，从**2000**年开始随着公立医院改制以及社会办医的放开，公立医院数量开始减少，**2015**年公立医院数量第一次被民营医院超越。**2019**年，中国公立医院数量为**12032**家，民营医院数量超过了**22000**家。

1949年新中国成立时，中国医院主要分布在大城市与沿海地区，其中江苏与广东占据了全国近一半的医疗资源。建国后“三线建设”等战略决策的实施，让医疗资源分布开始往中西部扩散。

1978年公立医院分布



2020年公立医院分布

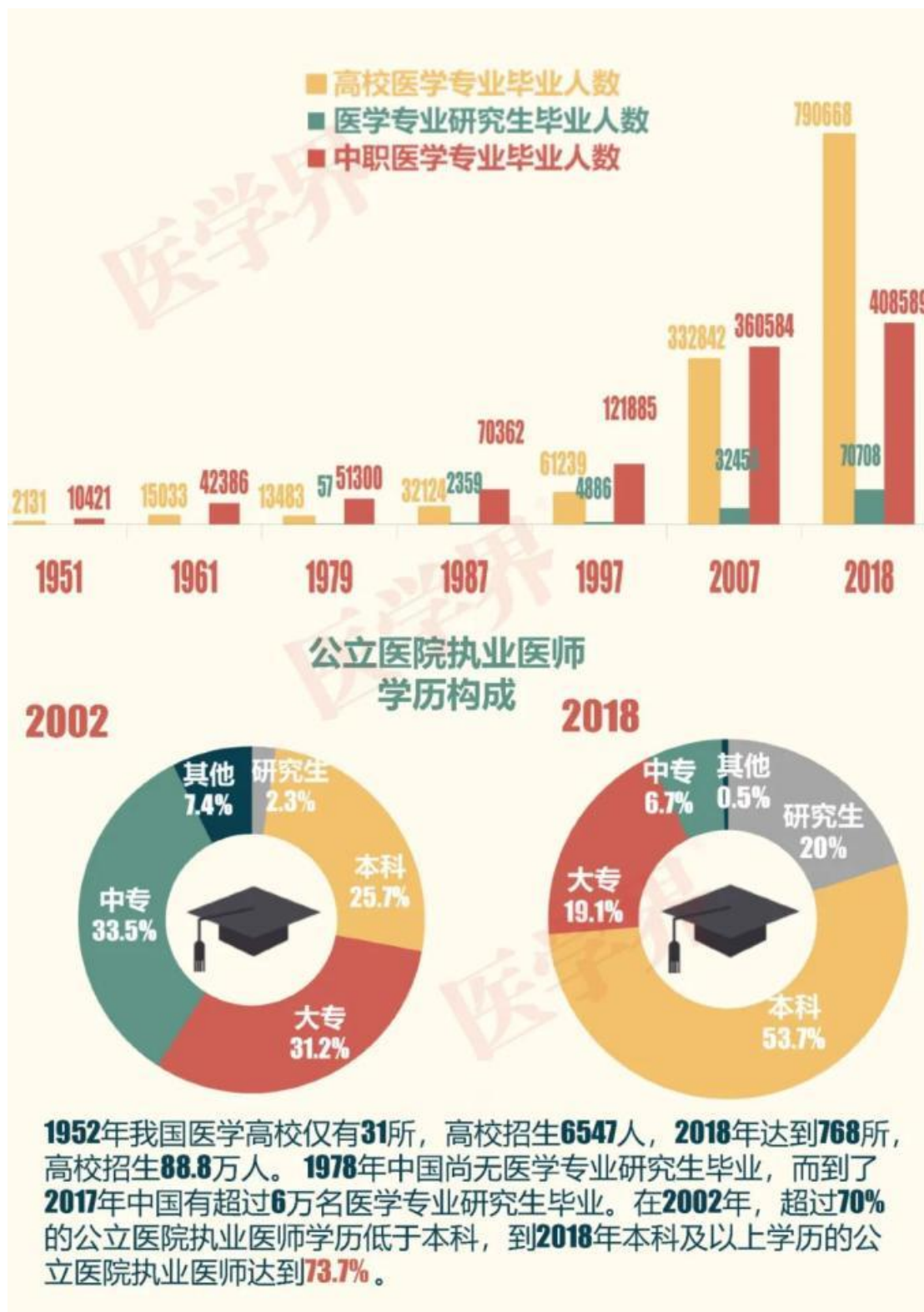


1978年，中国公立医院数量为**8841**家，数量前四的省份分别是**四川、贵州、湖南、河北**。到**2020**年中国公立医院主要集中在**山东、广东、河北、河南、四川**等地。近四十年公立医院分布的变化是改革开放后医疗资源重新分配和流动方向的体现。









中国共产党领导下百年医疗大事记

1922年 中国共产党 二大宣言



1922年，中国共产党二大宣言第一次明确提出“八小时工作制、工厂设立工人医院及其他卫生设备、工厂保险、保护女工和童工”等内容。

1927年10月，中国工农红军以卫生队为基础，在井冈山宁冈茅坪的攀龙书院，成立了茅坪医院，这是红军最早建立的医院。

1927年 第一所红军医院



1931年 总军医处成立



1931年总军医处成立，红军确立了独立专门的卫生管理机关，一方面实行了医疗卫生制度的专业化设计，另一方面使军队医疗卫生管理实现了初步的统一。

1931年11月，中国共产党创办的第一所军医学校——中国工农红军中央军委卫生学校在瑞金朱坊村宣告成立，贺诚兼任校长。建校伊始，毛泽东就为学校确立了“培养政治坚定、技术优良的红色医生”的办学方针。

1931年 第一所军医学校



1932年 军队卫生 防疫工作文件



1932年中国工农红军第一方面军第三次卫生会议通过了《卫生决议案》，这是中国工农红军建立以来第一次系统提出的关于军队卫生防疫工作的规范性文件。

1934年3月，中央防疫委员会成立，成为从总体上领导和协调根据地卫生防疫工作的重要机构。

1934年 中央防疫委员会成立



1936年 军委总卫生部 到达陕北



1936年10月，军委总卫生部经过长征抵达陕北，1938年7月，军委总卫生部重组，成为中国共产党领导的抗日武装卫生工作的总领导，开始了全面抗战的人民军队卫生工作。

1938年3月，诺尔曼·白求恩受加拿大共产党和美国共产党派遣，率领一个由加拿大人和美国人组成的医疗队来到延安。他致力于改进部队的医疗工作和战地救治，为敌后抗日军民服务，并培养了大批医务干部。1939年11月因手术中被细菌感染转为败血症不幸去世。

1938年 白求恩来到延安



1939年 延安中央医院成立



1939年11月，延安中央医院成立，它是中国共产党在抗日战争时期建立的第一所正规化综合性医院，代表了当时根据地医疗机构的最高水平。

1941年11月17日，陕甘宁边区第二届参议会第一次会议通过《陕甘宁边区施政纲领》，这是中国共产党领导的人民政权第一次在宪法性文件中直接规定医疗卫生。

1941年 陕甘宁边区 施政纲领



1946、1947年 完善部队 日常卫生防病制度



1946年冬季发布的《冬季部队卫生规条》和1947年夏季发布的《夏季部队卫生规条》，针对不同季节的气候特点，分别对部队的日常卫生行为规范和防病工作进行了具体的规定。

1948年2月，陕甘宁边区政府发出《切实组织好各地防疫治疗工作》的指示，确立了各级卫生机关的参与方式、预防具体措施与隔离收治的有效方法，初步形成了三位一体的疫病防治模式。

1948年 疫病防治模式 初步形成



1950年 确定三大方针



1950年8月，第一次全国卫生工作会议召开，确定“面向工农兵、预防为主、团结中西医”的卫生工作方针。

1951年，我国建立了城镇职工医疗保障制度。城镇医疗保障体系分两种：公费医疗与劳保医疗。由国家财政按人头拨付给各级卫生行政部门，实行专款专用、统筹使用原则。

1951年 城镇职工 医保体系建立



1951年 统收统支



1951年，《关于健全和发展全国卫生基层组织的决定》提出对公立医院实行“统收统支”管理。此后为调动公立医院的积极性，政策相继调整为“以收抵支、差额补助”、“全额管理、差额补助”，但公立医院经营自主权仍十分有限。

1952年12月31日，政务院发出《关于1953年开展爱国卫生运动的指示》，并将“中央防疫委员会”改名为“中央爱国卫生运动委员会”，各级爱国卫生机构统称“爱国卫生运动委员会”，爱国卫生运动在全国范围轰轰烈烈地开展起来。

1952年 爱国卫生运动 开展



1963年 预防接种卡片



1963年卫生部颁布《预防接种工作实施办法》，提出建立预防接种卡片，加强计划接种，中国预防接种逐步进入计划接种时代。

1965年6月，毛泽东主席提出“把卫生工作重点放到农村去”的指示，农村合作医疗和“赤脚医生”的热潮出现，农村县、乡、村三级医疗卫生服务网络开始建立。合作医疗鼎盛时期，全国有**180万**赤脚医生与**350万**卫生员，超过卫生部卫生人力总量。

1965年 赤脚医生



1977年 全面恢复高考



1977-1978年中国全面恢复高考，1985年中国公立医院迎来了改革开放后的第一批医学生。改革开放**40**年，中国高等医学院校共计培养了**781**万医学专业学生。

1980年8月，国务院批准原卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》，中国民营医院开始迈出第一步，中国公立医院在医疗卫生领域一统天下的局面被打破。

1980年 民营医院来了



1985年 医改元年



1985年，国务院批准原卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》，提出放权让利，扩大医疗卫生机构自主权，放开搞活，提高医疗卫生机构的效率和效益。

1992年，国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》，要求公立卫生机构在“以工助医”、“以副补主”等方面取得新成绩，公立卫生机构进入市场化阶段。

1992年 卫生机构 “市场化”



1996年 卫生方针调整



1991年我国卫生工作方针进行了调整，1996年根据实际情况修改为“以农村为重点，预防为主，中西医并重，依靠科技与教育，动员全社会参与，为人民健康服务，为社会主义现代化建设服务”。

1998年，国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，这标志着中国医保改革的开始，随着城镇居民医疗保险和新农合的实行，医疗保障体系基本建立。

1998年 新医保来了



2000年 公立医院改制



2000年，地方公立医院率先实行“完全市场化”医院改制，国务院发文《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》鼓励“各类医疗机构合作合并”，公立医院迎来改制高潮。

2003年，SARS疫情让中国开始反思公共卫生体系的漏洞。“政府主导派”学者认为近二十年来政府对卫生医疗事业的主导不足、拨款不足，公立医院成为了利润追逐者，国家应拨出更多资金支持公立医院，以坚持医疗卫生事业的公共品属性。

2003年 SARS



2005年 公立医院 管办分离



2005年9月，上海申康医院发展中心成立，中国公立医院开始探索管办分离的发展模式。

2009年，国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，新医改拉开了序幕，“推进公立医院改革”是新医改方案中的五项重点内容之一。

2009年 新医改来了



2009年 多点执业



2009年，原卫生部印发《关于医师多点执业有关问题的通知》，多点执业开始“合法化”。几十年来被公立医院几乎垄断的医生资源开始缓慢流通。

2012年，北京、深圳等地公立医院率先进行医药分开试点，力争到2017年试点城市公立医院药占比总体降到30%左右，医药分开旨在倒逼公立医院停止“以药养医”。实行近60年的药品加成政策开始退出历史舞台。

2012年 医药分开试点



2015年 分级诊疗



2015年，国务院发布《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，全国各级公立医院开始推行分级诊疗。大医院门诊量开始下降，社区医院门诊量上升，二级医院开始转型。

2016年提出的《“健康中国2030”规划纲要》，把建设健康中国上升为国家战略，提出了健康中国建设的目标和任务

2016年 健康中国2030



2020年 新冠疫情



新冠疫情对我国公共卫生体系提出了巨大挑战，在中国共产党的领导下，中国经受住了考验！

[返回目录](#)

深化医改，用中国式办法解决世界性难题

来源：光明日报

学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想

改革是推进医药卫生健康事业发展的动力源泉。深化医药卫生体制改革是改革开放的重要组成部分，是保障和改善民生的重大举措，关系人民健康福祉，关系民族未来。新中国成立以来，特别是党的十八大以来，我们坚持用中国式办法解决医药卫生体制改革这个世界性难题，取得了举世瞩目的成就。在迎来建党 100 周年之际，回顾医药卫生体制改革的历程，有助于我们把握历史逻辑，增强改革信心，增添改革动力。

推动以治病为中心向以人民健康为中心的战略转变

党和政府始终高度重视卫生健康工作。新中国成立伊始，百废待兴，卫生健康工作面临着传染病、寄生虫病和地方病流行，医疗卫生资源短缺、水平低下的严峻形势。按照“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作方针，经过不懈努力，到改革开放前，我国在城市建立了省、市、县三级公立医院网络，在农村建立了县、乡、村三级医疗卫生服务网络，初步形成了覆盖城乡的医疗卫生服务体系，基本建立了适合社会主义经济发展水平的医疗卫生制度，国民健康水平迅速提升。

改革开放后，在党和国家大力推进经济建设、发展社会主义市场经济的大环境下，针对医药卫生资源短缺、资源分配不均等问题，我

国在医药卫生体制改革方面持续探索，扩大医疗机构自主权，放开搞活，完善医疗机构经营机制，充分调动各方面的积极性，增加医疗卫生资源的供给。经过改革，医疗卫生机构的活力明显增强。2003 年非典疫情暴发，暴露出我国经济和社会发展不协调，卫生事业发展滞后于经济和其他社会事业，公共卫生体系薄弱等问题，促使社会各方高度重视深化医药卫生体制改革。

2009 年以来，特别是党的十八大以来，新一轮深化医改坚持把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供的基本理念，坚持保基本、强基层、建机制的基本原则，坚持统筹安排、突出重点、循序渐进的基本路径，体制机制改革不断取得新突破，推动形成以治病为中心向以人民健康为中心的战略转变，着力解决“看病难、看病贵”问题。

2016 年 8 月，全国卫生与健康大会将“以改革创新为动力”作为新时代卫生与健康工作方针的重要内容。围绕深化医改，习近平总书记多次主持中央全面深化改革领导小组和中央全面深化改革委员会会议审议医改重大政策文件，对重大改革事项进行决策部署，为深化医改工作提供了遵循。

居民主要健康指标总体优于中高收入国家平均水平

经过持续深化改革，覆盖城乡居民的中国特色基本医疗卫生制度建设完成了立柱架梁任务，改革成果广泛惠及群众，并经受住了新冠肺炎疫情考验，为推进健康中国建设奠定了坚实基础。

一是人民健康水平持续提升。人均期望寿命逐年提高，由 2012 年的 74.4 岁提高至 2019 年的 77.3 岁；孕产妇死亡率从 2012 年的 24.5/10 万降至 2020 年的 16.9/10 万，婴儿死亡率从 2012 年的 10.3‰ 降至 2020 年的 5.4‰，提前实现联合国可持续发展目标。我国居民主要健康指标总体已优于中高收入国家平均水平，接近发达国家水平，用较少的卫生投入取得了较高的健康绩效。

二是居民就医负担不断减轻。党的十八大以来，医院收入结构持续优化，医药费用过快增长的势头得到有效遏制，全国公立医院医疗费用增长率由 2012 年的 23.3% 降至 2019 年的 13.6%。居民个人卫生支出所占比重持续下降，由 2012 年的 34.34% 下降到 2019 年的 28.36%，为近 20 年来的最低水平。国家药品集中采购和使用试点的 25 个中选药品价格平均降幅 52%，显著降低相关疾病治疗费用。

三是卫生公平性和可及性不断改善。基本实现村村有卫生室、乡乡有卫生院、县县有达标县医院，近 95% 的居民 15 分钟内能够到达最近的医疗点，医疗卫生服务体系进一步健全。持续提升基层医疗卫生服务能力，加大对中西部地区转移支付力度，不断提高基本医疗卫生服务提供与利用公平性，城乡居民健康状况差异进一步缩小。完成城乡居民医保制度整合任务，促进城乡居民享受公平保障待遇。深入实施健康扶贫工程，建立贫困人口医疗兜底保障机制，确保贫困人口病有所医。

四是居民服务满意度不断提高。实行一系列便民惠民措施，优化

服务流程，改善就医体验，方便群众看病就医。医疗服务的质量和效率大幅改善，我国住院患者总死亡率逐步下降并稳定在较低水平，临床合理用药水平不断提升。推进基本医保全国联网，实现跨省就医即时结报、跨省异地安置退休人员住院医疗费用直接结算。

五是卫生全球影响力不断增强。发挥卫生健康在服务外交大局中的独特作用，加强我国医药卫生政策经验和理念的国际交流，推广传统中医药文化，积极参与全球健康治理，维护国际卫生安全，在全球卫生发展中起到日益重要的作用。尤其在阻击新冠肺炎疫情蔓延方面的努力和成效，充分彰显了我国维护全球公共卫生安全的责任感和使命感，向世界展现了大国担当。

为全球卫生治理树立典范

我国深化医药卫生体制改革立足实际，借鉴国际经验，为健康中国建设、全面深化改革积累了丰富经验，为全球卫生治理树立了典范。

一是坚持党的领导。党的领导是我们各项事业取得胜利的根本保证。新中国成立以来，党和政府高度重视医疗卫生事业，始终把卫生健康工作摆在经济社会发展全局的重要位置。特别是党的十八大以来，在以习近平同志为核心的党中央的坚强领导下，把人民健康放在优先发展的战略地位，把医药卫生体制改革纳入全面深化改革大局，充分发挥党的政治优势和组织优势，统筹谋划、全面推进，落实新时代卫生与健康工作方针，为健康中国建设注入强劲动力。

二是坚持以人民健康为中心。毫不动摇地把公益性写在医疗卫生

事业的旗帜上，聚焦人民群众的急难愁盼问题，持续从供给侧和需求侧发力，通过改革确保群众“看得上病、看得起病、看得好病”，不断增强人民群众看病就医的获得感、幸福感和安全感。

三是坚持改革创新。深化医改工作艰巨复杂，必须解放思想、敢于担当，越是进入深水区，越是到了啃硬骨头的攻坚期，越需要增强改革本领，勇于破除思想藩篱和体制机制壁垒，持续深化供给侧结构性改革。同时要不断深化对医改工作的认识，与时俱进、求真务实，全力推进理论创新、制度创新、管理创新、技术创新。

四是坚持联动改革。深化医改工作涉及复杂的社会主体和利益格局，始终坚持系统观念，改革、改善与发展并重，统筹安排、突出重点、划分阶段、循序渐进。正确处理政府、市场和社会的关系，实现中央地方上下协同、顶层设计与基层探索结合。将医疗、医保、医药联动作为关键举措，注重各项改革的相互促进、良性互动，强化改革的系统性、整体性、协同性，确保改革统筹推进、政策相互衔接、措施落地见效，形成共同推动深化医改工作的强大合力。

[返回目录](#)

中国为何推广三明医改经验？国家卫健委：突破难题的经验和启示

来源：中国新闻网

中共中央总书记、国家主席、中央军委主席习近平今年3月在福建三明视察时指出，三明医改经验值得各地因地制宜借鉴。国务院办公厅日前也印发《深化医药卫生体制改革2021年重点工作任务》，

第一条便是进一步推广三明市医改经验，加快推进医疗、医保、医药联动改革。

中国为何提出推广三明医改经验，并将其列为今年深化医改的第一项重点工作任务？

国务院医改领导小组秘书处、国家卫生健康委员会6日在福建省三明市举行新闻发布会，介绍三明医改经验有关情况。国家卫生健康委员会体制改革司司长许树强表示，三明医改走过来的路和各地在医改过程当中遇到的困难有很多都是相似的。“因此，三明医改的经验具有普遍推广的价值。”

许树强说，当前深化医改进入了深水区，改革面临新的形势和任务。一方面，要在系统总结前一个时期改革工作的基础上，把加强改革系统集成、推动改革落地见效摆在更加突出的位置，坚持系统观念，加强改革政策统筹、进度统筹、效果统筹，发挥改革的整体效应。

另一方面，中国已经进入高质量发展阶段，适应中国社会的主要矛盾变化，满足人民日益增长的对美好生活的需要，对深化医改也提出了新的要求和新的期待。与此同时，“十四五”时期，中国将进入中度老龄化阶段，为医疗服务、医疗保险、康复护理等都带来了新的挑战。

“立足新发展阶段，贯彻新发展理念，构建新发展格局，我们必须以更大的力度、更实的举措，突破医改中的难题，引领改革向纵深推进。三明医改给了我们十分重要的经验和启示。”许树强说。

谈及如何因地制宜借鉴三明医改经验，国家卫健委体改司一级巡视员朱洪彪表示，对于三明医改已经过实践证明的、具有普遍适用的经验，要全面学习和推广。比如，三明党政一把手亲自抓医改、落实政府对公立医院的投入责任、深化薪酬制度改革等好经验好做法，值得各地学习借鉴、复制推广。

在学习借鉴三明经验的具体措施及操作方法上，朱洪彪也指出，各地要结合实际情况实事求是，不要简单地照抄照搬。

比如，在医疗服务价格调整方面，要学习三明“小步快走不停步”，建立价格动态调整机制的经验。但是具体调整哪些项目、项目调整的幅度、项目调整的优先次序等，各地还要结合自己的实际情况来确定。

朱洪彪还表示，要立足省情、市情、县情，创造性地学习借鉴三明经验。要突出问题导向，抓住主要矛盾，探索创新、攻坚克难，大胆地试，大胆地改，走出一片新天地。

[返回目录](#)

• 专家观点 •

观点 | 大浪淘沙——人工关节带量采购工作的思考

来源：中国医疗保险

作者：杨建龙 中国医学装备协会技术部兼教育培训部主任

2021年6月，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》，完善高值医用耗材价格形成机制，治理价格虚高

问题，国家医疗保障局协同国家发改委、国家卫健委等 8 部委发布了 31 号文件《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》(以下简称“指导意见”)，从国家高度给出了带量采购的工作组织、实施原则以及相关配套措施的顶层设计，这将给整个耗材采购工作提供强有力的政治保障和方向指引作用。之后，国家组织人工关节带量采购方案公布并进入实施阶段，这标志着我国医用耗材集采工作将很快进入一个新的时期。

值此关键时刻，中国医疗保险围绕医用耗材集采工作，与中国医学装备协会技术部兼教育培训部杨建龙主任展开了交流。他结合自身医疗器械领域多年的工作经历，从四个角度对医用耗材带量采购工作进行了回顾、对比分析。

他山之石能否攻玉？

中国医疗保险：在招采工作中大家首先想到的是药品，现实工作中各地也经常是套用或借鉴药品采购模式和方法。您认为医用耗材的带量采购可以借鉴药品的哪些经验？

杨建龙：

两者有一定的相似性，都属于医疗机构用于患者诊疗活动的消耗性物资、流动资产。现实工作中，药品带量采购在前耗材在后，也为我们提供了有益的借鉴，比如报量、带量方式，代表品的选择。药品集采中首先选择了一致性过评药物，耗材产品虽然没有一致性评价借鉴，但国家冠脉支架集采中选择行业公认的性能先进的主流产品作为

带采对象，这个代表品的选择基本上就相当于获得了社会公认的“一致性评价”。

中国医疗保险：那么哪些方面需要单独考虑耗材的特殊属性？这些特殊之处会如何影响带量采购工作的开展？

杨建龙：

药品与耗材二者之间又有很大的差异，药品无论从剂型、疗效评价、使用形式、安全性、竞争成熟度等等领域明显优于耗材。集采药品大多数用于常见病、慢性病和多发病，且药品的使用在处方开出后和医生关系不大，患者可以自行服用。耗材则不同，尤其高值耗材多用于危急重症，绝大多数都是和手术、创伤、疑难病症相关，患者无法自己使用，必须由专业医生在团队和医疗装备配合下使用。实际使用中，除耗材本身外还常有配套耗材，或按系统固定搭配使用，其疗效的发挥除耗材本身性能外，与术者的技能密切相关，有的在使用过程中还需要厂家技术人员的跟台服务。不同的术者对不同厂家的耗材使用存在一定的偏好，各厂家产品由于技术路线不同，经常存在很多差异，难以说谁和谁的产品完全一样或疗效一致，加之耗材行业产品更新换代快，基本不存在一致性评价，如单纯从产品自身功用一致性来评判则招采工作就很难开展了。

此外，药品在使用中发挥疗效多是短暂的，但植入耗材其疗效和对患者生活的影响多是长期甚至伴随终生的。从外观上药品比如口服药品多是圆形的，而耗材特别手术耗材多数带尖的、带刺的、带棱

的、各种不规则形状的，如穿刺器、冠脉支架、人工关节等。

再有，同种用途产品药品在一致性过评情况下，选择价格最低的中标利多，当然节省费用，然而，高值耗材最低价格产品未必适合，有可能其治疗总过程中患者费用不降反升。还有，不同类别的耗材间产品特点和面对社会环境也有很大差异，如透析治疗与人工关节置换，关节置换手术对时间要求没那么紧迫，不治疗也不会危及生命，但透析不同，必须按时治疗，且患者群体敏感，对耗材产品存在一定的适用性。

总之，耗材产品有着复杂的、极强的、个性化的产品特点，与药品差异巨大，所以在相应的采购方式上亦有不同，要考虑更多的复杂因素，设定相应的价值标准，比如产品性能的先进性、安全性、对应手术的成熟度、用量、行业是否竞争充分、产品自身以外服务及供应保障等等。在这一点上，行业多年经验已经证明，耗材集采必须“一品一策”，不能“一刀切”，要量体裁衣，使用不一样的招采模式和方法。

关于人工关节国家集采

中国医疗保险：国家组织人工关节集中带量采购已经启动，您认为此次带量采购又有哪些值得关注的新亮点？

杨建龙：

随着国家耗材带量集采指导文件的出台，加之去年冠脉支架带采及政策落实经验，本次人工关节集采组织明显有了改进。

亮点一：加强供应保障。“明确供应区域，并承诺所有规格型号采购周期内满足区域采购需求”。去年冠脉支架集采并未有此描述，后续在政策执行中则出现了不同地区、不同厂家以及特殊型号产品供应紧张、缺货现象，在某种程度上对医院工作造成了影响。此次招采文件中特意强化了对企业供应要求，我认为非常好，很有必要。

亮点二：竞价单元分组。文件中根据关节产品材质、企业供应能力、医疗机构采购需求三个要素形成 A、B 两组，通俗将就是产品意向采购量大小组，将行业主流需求产品列为大组，保临床质量，保市场主流产品，满足医疗机构产品采购意愿。此外，在组内竞争规则和中标淘汰率方面也明显有改进，从拟中选规则上明显看出淘汰率低了很多，这样非常有利益保障市场供应和尽量减少产业经济影响。

亮点三：产品报价。首先骨科手术存在很强的个性，人工关节是由多个部件组成的系统产品，如髋关节的股骨柄、股骨头、髌臼内衬、髌臼杯等，配套使用，不同厂家产品不能通用，现实采购中通常按成套产品采购，需要厂家按套报价，但实际手术中也有用到单个部件情况，所以文件中既要求按套报价，又要求每个组件报价。再者，文件中充分尊重了骨科手术当前的行业特点——需要厂家伴随服务，因此明确了在产品报价中要包含伴随服务费用，并单独报价，避免了单纯压低产品价格而增加企业负担，影响后续临床工作，从政策上约束企业，保障耗材产品降价后伴随服务不缺失。

亮点四：注重先进材质价值。文件中对髋关节产品耐磨性能较好

的高交联聚乙烯材质进行了明确，避免了重要部件材质忽略导致优质产品竞争不够公平情况。

中国医疗保险：根据您对冠脉支架带量采购的过程和后续执行情况的了解，您认为人工关节开展带量采购应当注意哪些问题？

杨建龙：

医用耗材带量采购毕竟是个新事物，没有成功经验借鉴，在实践探索中难免有不足，人工关节带量采购工作推进中还是有些事项需要引起注意的，具体列举如下：

一是约定采购量与实际用量的关系。我们从冠脉支架带采后落地执行看，年 500 台 PCI 手术医疗机构基本是按上一年度用量 70%报量，企业也按约定备足了产品，然而，实际执行中，几乎所有医疗机构都参与的中标产品购买，而且，很多医院是按 100%用量执行，实际需求远远大于约定医疗机构范围和用量，导致了暂时性或局部性供应不足情况，同时非中标产品和未被带量产品没有市场，影响企业运营的情况。应该在政策执行中明确约定量内外关系，明确约定量完成后其他产品使用规则。

二是临床习惯和招采约定的关系。文件中对髋关节系统产品采购组成中明确了含 2 枚螺钉，但现实手术中不同术者对螺钉使用习惯不同，有关节专家反映很少用螺钉，甚至很多手术不用，有的病情或产品结构特殊螺钉使用多于两枚，如严格按采购约定供货，是否会造成螺钉使用浪费或不足问题？

三是 A、B 组划定指标问题。基于当前市场主流产品市场份额划定大小组有一定的科学性，但也要注意，相关产品的历史数据仅仅代表了历史，社会和行业是要向前发展的，此种划分对于新企业、新产品尤其是市场经济中的竞争者容易形成无形壁垒。二是重历史数据，这与市场配置资源的自由竞争法则有违背。特别是国产关节企业，近年来民族企业快速发展，取得了不错成绩，然而，历史原因很多大型医院，高水平医院国产关节产品份额较低，如果大小组划定指标设置不当是否会影响民族产业发展，这是需要特别注意的。

四是产品价格降幅问题。从冠脉支架产品看，降幅平均 92%，冠脉药物支架从最初进入中国的 3 万多一路降价到了 500 元左右。这也得益于民族产业的进步，经过多年发展，国产耗材达到了可与进口产品可以完全竞争的态势。但其他类别高值耗材是否也达到了此种阶段？行业中一个共识是高值耗材产品风险高，投入大，如果不能维持一定行业利润，长期使用超低价产品则企业很难后续投入研发更高性能产品，而国际企业除了中国市场还有更大的国际市场，新产品如不再进入我国市场，长久下去必定导致临床技术和国产产业发展滞后，要适当注意降价幅度太大影响产业发展和产品技术进步问题。

关于跨区联盟采购与地方集采

中国医疗保险：除了国家集采外，地方层面的医用耗材带量采购工作进展如何？

杨建龙：

环顾整个招采工作，我们不难发现，带量采购正在全面铺开，品种上除了国家带量采购品种，各省市也开展了多个品种的探索。粗略统计，截止 2021 年上半年，各省及联盟带量采购耗材已经超过 50 种，主要集中在血管介入、骨科和外科植入三大领域；开展项目最多的省份超过 10 个品目，除冠脉支架外，扩张球囊、人工晶体也基本完成了覆盖全国的带采，整个耗材行业市场价格大幅压低。

中国医疗保险：近一两年，医用耗材跨区域联合采购的数量和规模都在不断增大，您如何看待这种新格局的形成？有哪些建议？

杨建龙：

近两年行业出现了多个跨省的大联盟集采，主要有天津领衔的京津冀+N 联盟、陕西牵头的省际联盟、重庆联盟、内蒙联盟、四川联盟和广东联盟等。对于联盟集采，最早陕西省牵头组建西部集采联盟，原意在于西部各省高值耗材整体用量偏小，各自为战压价筹码不够大，而且费时费力，大家出于抱团取暖的目的组团集采、成果共享，既节省了费用和工作量，也给一些实力较弱省份带来实惠。此后更多联盟组建，个别联盟甚至达到了 16 个省，参与省份从祖国最北边的黑龙江到最南端的海南，东西也基本跨越了整个国土，这和国采的区别已经不大了。

但是这样的大联盟，如果都享受一个价格是否公平？比如一个厂家在新疆的供货成本肯定是要高于广东的，同等价格情况是到底是广东价格高了还是新疆价格低了，不好说。以往国家执行的市场决定价

格，不同地域产品价格是有差异的，但这种联盟集采统一了价格，市场机制改变很大。所以，对于联盟采购我们希望在组建机制和区域共性上能否有所考虑，更重要的是价格形成机制和市场作用的发挥，我们不光要看中短期效果，更要注意长远影响。

还有关于带采品种选择，国家开展高值医用耗材行业治理工作，很大程度上是该领域存在价格虚高情况，需要治理，但不少省份也开展了多个品目的低值耗材带量采购，比如胶片、留置针、输液器、注射器等。低值耗材确实不同于高耗，多数产品本身市场价格不高，技术含量也不够复杂，很难说存在价格虚高。虽然属于低耗品，但也存在临床安全隐患和医护人员适应性问题，不能简单以价格衡量。在我国现有社会经济水平下，多数国内低耗企业都是薄利多销模式，很多大型低耗企业甚至把工厂建在了一些较为偏僻的县城，尽力降低企业生产和运营成本，因此，很惧怕集采压价，如果操作不当会严重影响企业运营、生存和产品质量保证。国内很多的大型低耗企业还是当地经济支柱，在就业和税收方面贡献很大，甚至还出口世界多个国家，因此，希望各地在开展大规模带量采购的时候，对于低耗品谨慎选择，尽量给企业留有正常的发展空间，给民族产业以支持。

中国医疗保险：您认为从国家层面应如何完善医用耗材带量采购工作机制？

杨建龙：

带量采购是国家政策要求，方向是对的，社会各界拥护，但也是

新事物，在实施过程中难免有不足，就像一位重要领导对本项工作的总结：带量采购工作中遇到的问题既有行业还未解决的固有问题，也有新政策带来的新问题，还有利益集团故意制造的问题，我们不回避，遇到问题要解决问题。

《指导意见》对于整个耗材带量采购给了详细且明确的指示，包括集采覆盖范围、采购规则、保障措施、政策衔接、工作机制等等，各地集采管理部门应该认真学习和领会，然后细化，比如明确哪些品种耗材适合带量集采，集采的规模和范围控制在什么水平。再就是采购规则制定中如何兼顾企业产品创新价值、医疗个性需求。很多产品的进步不是一蹴而就的，需要一些微创新的不断积累，如果招采中都忽略这些技术改进，那医疗科技和器械产业如何发展？因此，建议未来带量采购工作中能够注意产品的技术价值，还有卫生经济价值，有些耗材产品虽然贵，但对于患者的整个治疗周期可能会更节省费用。作为手术高值耗材的应用最重要的不在于费用，而是疗效，有些耗材对患者是终身影响，事关生活质量和生存能力，更不能单以价格衡量产品选择。

中国医疗保险：对于地方开展的耗材集采，您认为应当如何进一步规范？

杨建龙：

关于地方集采，现实中也存在一些不足，比如一些省份很多地市也在组织带采，而且不够规范，问题较多。事实上，如果地市可以组

织，那为什么省级不能组织？地市项目多只会让企业负担更多，程序更麻烦。

因此，建议下一步从国家到省级层面，应该认真分析，并做好规定，哪些耗材品目省级招采，哪些可以地市招采，而且明确工作流程，阳光行政，有监督和协调，充分体现新时代的行政管理水平。此外，还应该加强地方集采部门人员培训，因为医保招采系统为新组建队伍，大多数人员对行业不熟悉，对产品和采购工作不够熟悉，应该加强学习，总结已有经验，至少那些已经证明不适宜的采购方式和方法、技术问题应该避免，然后再逐步提高。

总之，国家医用耗材带量采购工作对整个行业影响大，意义深远，称得上是一次行业革命，大浪淘沙石生金，事关企业的生存发展和医患共同利益，希望相关政策的制定和落实，能够尽可能的照顾好各方利益关切，尽最大努力实现各方最大公约数，核心目标是保障人民健康，用好救命钱，产业进步与经济繁荣和谐发展。

[返回目录](#)

观点 | 以新发展理念引领医保事业高质量发展

来源：辽宁省医疗保障局

作者：张秀坤 辽宁省医疗保障局党组书记、局长

在全党上下组织实施党史学习教育的重要节点，辽宁省医疗保障局把党史学习教育与贯彻落实习近平总书记关于医疗保障工作重要论述和指示批示精神结合起来，与贯彻落实省委、省政府中心工作和

国家医保局部署结合起来，与加快推进全省医疗保障事业高质量发展结合起来，深入研究如何准确把握新发展阶段医保事业发展面临的新形势新任务，努力把党史学习教育中焕发出来的政治热情、激发出来的内生动力，持续转化为推动省医保事业高质量发展的强大支撑，确保“十四五”开好局、起好步，切实担负起新时代赋予的使命。

一、深刻理解医保事业高质量发展的内涵要义

一是从国家战略层面深刻理解高质量发展内涵。习近平总书记强调，新时代新阶段的发展必须贯彻新发展理念，必须是高质量发展，经济、社会、文化、生态等各领域都要体现高质量发展的要求。我国转向高质量发展的本质，是要从“物质”生产体系转向“以人民为中心”的消费升级、生活质量跃升、获得感满足感提高的可持续发展轨道。实现医疗保障事业高质量发展既是贯彻新发展理念的必然要求，也是构建新发展格局的重要元素。

二是从医保改革发展层面深刻理解高质量发展内涵。国家医保局胡静林局长在 2021 年全国医疗保障工作会议上，将医保高质量发展的基本内涵概括为“五个更加”，即更加公平、更有效率、更可持续、更加安全、更加便捷。“五个更加”准确把握了新发展理念创新、协调、开放、共享等核心要义，使实现路径更加具体化，更具有指导性、针对性和可操作性，对各级医疗保障部门推动事业发展具有重要指导意义。

三是从辽宁振兴发展层面深刻理解高质量发展内涵。辽宁省委、

省政府就全面贯彻新发展理念提出了明确意见，要求各地区、各部门以推动高质量发展为主题，以深化供给侧结构性改革为主线，贯彻落实新发展理念，努力形成营商环境好、创新能力强、区域格局优、生态环境美、开放活力足、幸福指数高的振兴发展新局面。全省医保战线正以深化医疗保障制度改革为主线，全面贯彻新发展理念，推动全省医疗保障事业高质量发展，主动融入新时代辽宁全面振兴全方位振兴发展大局。

二、准确把握医保事业高质量发展面临的形势任务

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(下称《意见》)明确提出了未来 5~10 年医疗保障领域的改革发展目标。实现这些目标，“十四五”时期既是关键期，也是攻坚期。对于辽宁老工业基地而言，打基础、补短板、强弱项任务艰巨，机遇挑战并存。

从发展机遇来看，《意见》为推进医疗保障高质量发展提供了有力的政治保证。

人民群众对美好生活的追求激发了多层次、多样化的健康需求，为医疗保障事业发展创造了更为广阔的空间。医疗保障机构的组建和职能的整合，为实现医保治理体系和治理能力现代化提供了坚实的组织保障。推进新时代辽宁全面振兴全方位振兴，为加快建立多层次医疗保障体系奠定了经济基础和社会基础。医保制度体系持续完善，药品、医用耗材集中带量采购等改革有序推进，医保支付机制持续优化，医保基金监管机制逐步健全，为深化医疗保障制度改革夯实了实践基

础。人工智能、大数据、区块链等新一代信息技术的推广应用，为医疗保障精细化管理带来积极深远影响。

从面临挑战来看，辽宁是人口老龄化问题最严重的省份之一，已进入深度老龄化阶段，老年群体医疗需求的提高、医疗费用的增长与医保抚养比持续降低之间的矛盾日益突出。

医疗领域新设备、新技术、新药品应用，极大地刺激了医疗费用的增长，医保基金支出规模不断攀升，2016年以来基金支出规模平均增幅在10%以上。受国际国内多种复杂因素影响，经济增速明显放缓，基金筹集增长潜力有限，收支平衡压力进一步加大，个别地区已触及警戒线。

医疗保障工作涉及利益主体多，管理链条长，欺诈骗保、过度医疗等违法违规问题屡禁不止，基金监管形势仍然严峻复杂。此外，多层次医疗保障体系发展不充分，服务模式和管理方式还不够精细高效等问题，都在一定程度上制约了医保事业的高质量发展。

三、加快推进新发展阶段辽宁医保事业高质量发展

站在新的历史起点，要把践行新发展理念贯穿于全省医疗保障事业高质量发展的全过程，以深化改革、完善制度、创新机制、优化服务为重点，协同推进医保、医疗、医药领域联动改革，加快建成覆盖全民、城乡统筹、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系。结合辽宁实际，“十四五”时期乃至更长一个时期，将重点从以下“五个维度”推动医保事业高质量发展。

一是把改革创新作为推动高质量发展的根本动力。结合落实中央深改意见，我省在“十四五”时期将进一步理顺医保管理机制，全面推进市以下医疗保障部门垂直管理，为高质量发展夯实组织机构保障；进一步巩固住院保障水平，完善住院和异地就医支付政策，提高大额医疗费用补助年度限额，增强重特大疾病待遇保障能力；加快推广 DRG 和 DIP 等支付方式，充分发挥医保支付对医疗机构的激励约束作用，促进医疗保障和医疗服务协同发展；全面推进药品、医用耗材集中带量采购制度改革，有效治理价格虚高，持续减轻医保基金支出压力和群众医药费用负担。通过这些关键领域的改革，以点带面，打通关隘瓶颈，拓展发展空间。

二是把精细化管理作为推动高质量发展的实现路径。新发展阶段和新发展格局决定了通过增量投入来促进事业发展的空间越来越窄，对精细化管理的要求亦越来越高，支撑医保精细化管理的基础条件也越来越实。医保的精细化管理，既体现在管理服务上，还体现在制度设计上。要通过健全工作机制，增强医保工作人员的责任意识和职业素养，提高工作绩效；通过优化服务流程，简化不必要的办事环节，提高参保人的满意度；通过完善待遇支付政策，让有限的医保基金发挥更大效益，减轻参保人就医负担；通过加强信息化建设，打造智慧医保，让数据多跑路，群众少跑腿。

三是把防范风险作为推动高质量发展的基本底线。一方面，要坚决守住不发生系统性风险的底线，通过开展基金中长期精算分析，加

强基金运行风险评估和监测预警，健全与经济社会发展水平和基金承受能力相适应的待遇调整机制，确保基金中长期收支平衡。另一方面，要全力守护好广大参保人的“救命钱”“保命钱”，通过建立健全全领域、全流程的医疗保障基金监管体系，以零容忍态度严厉打击欺诈骗保行为，有效治理不合理诊疗、挤占挪用医保基金等违法违规问题，确保医保基金的安全完整。

四是把协同高效作为推动高质量发展的重要支撑。习近平总书记强调，我国社会保障制度改革已进入系统集成、协同高效的阶段，要准确把握社会保障各个方面之间、社会保障领域和其他相关领域之间改革的联系，提高统筹谋划和协调推进能力，确保各项改革形成整体合力。医保领域的改革不能单兵突进，需要与医疗、医药领域的改革形成协同联动的局面，需要卫生健康、财政、民政、公安等多部门的鼎力支持。未来一个时期，我省将以落实中央深改意见为契机，健全制度机制，充分发挥医保基金战略购买作用，通过集中带量采购和竞争性目录准入，对接供给侧结构性改革，净化医疗服务和医药产业生态，优化医药领域营商环境，形成医保医疗医药相辅相成、良性互动的格局。

五是把群众满意作为推动高质量发展的最终目标。习近平总书记指出，“高质量发展，是能够很好满足人民日益增长的美好生活需要的发展”，“要强化问题导向，紧盯老百姓在社会保障方面反映强烈的烦心事、操心事、揪心事，不断推进改革”。对于医保部门来说，

要聚焦医保领域不平衡不充分等问题和短板，坚持精准靶向施策，解决人民群众看病就医的后顾之忧，充分发挥维护社会和谐稳定的重要“压舱石”作用，推动实现医疗保障全民共享，助力健康中国战略深入实施。

立足新发展阶段，坚定新发展信心，矢志新发展征程，辽宁医保人将以更加饱满的热情、更加昂扬的斗志、更加务实的作风，凝心聚力、知重负重，在加快推进全省医保事业高质量发展实践中开拓创新、积极作为，为更好保障人民群众身体健康和生命安全，促进人的全面发展和全体人民共同富裕作出新的更大的贡献，以更加优异的成绩向建党 100 周年献礼！

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

一文读懂：人工关节国家带量采购政策有哪些要点与特点？

来源：北京大学公共政策研究中心

随着老龄化的加剧及公众收入的提高，高值医用耗材的消费量逐年增加，为保障公众健康起到重大贡献。但与此同时，高耗价格虚高成为国家和社会各界关注的热点，带量采购是党中央国务院提出的整顿高值医用耗材的重大改革部署。

在 2020 年 11 月国家冠脉支架带量采购和使用实践的基础上，按国家医保局等八部门《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购

和使用的指导意见》(医保发〔2021〕31号)要求,以及国家组织、联盟采购、平台操作的总体思路,国家医保局组织第二批高耗(人工关节)带量采购工作。

2021年6月21日,国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布人工关节带量采购1号公告,在尊重临床习惯、保证供应、鼓励竞争、兼顾产业可持续发展等方面,均有不少创新和亮点,体现了决策者的精细设计和良苦用心,本文进行梳理和总结。

一、政策要点

(一)覆盖范围

1. 采购品种

本次带采的关节产品包括初次置换人工全髋关节(下文简称髋关节)以及初次置换人工全膝关节(下文简称膝关节)。

髋关节以股骨头、股骨头、髋臼内衬、髋臼杯各1件,髋臼螺钉2枚组成产品系统。膝关节以股骨髁、胫骨垫片、胫骨平台、髌骨假体各1件组成产品系统,要求胫骨垫片材质为高交联或超高分子量聚乙烯,体现了带采政策的技术前瞻性和引导性。

以系统为单位比价报价。

2. 企业资质

有产品合法资质、明确供应区域并承诺满足采购需求的企业都可以参与投标,有平等竞争的机会。

3. 医疗机构范围

髌膝关节置换术合计达到一定数量的公立医院均需参加，其他的自愿参加。考虑到人口老龄化及带采后价格下降导致的关节置换术需求增加，放宽了对医疗机构的要求。

(二) 产品分组

带采的髌膝关节产品不分国产和进口。髌关节先按股骨头和髌臼内衬的材质组合分成陶瓷-陶瓷类、陶瓷-聚乙烯类以及合金-聚乙烯类髌关节三个产品系统类别。膝关节不分材质，只有一个产品系统类别。

同一产品系统类别下，再根据医疗机构采购需求、企业供应能力及髌臼内衬的材质(是否高交联聚乙烯)3个条件形成A、B大小两组，各为一个竞价单元分别竞价。

同时满足以下三个条件的申报企业进入A组，其他进入B组：(1) 累计意向采购量前85%所涵盖的申报企业；(2) 承诺满足所有联盟地区全部地市采购需求；(3) 聚乙烯内衬至少有一个产品系统具备高交联聚乙烯或高交联聚乙烯(含抗氧化剂)材质。

如进入A组申报企业数量不足7家，在满足上述2和3条件(全国供应、有高交联聚乙烯)的申报企业中，按医疗机构意向采购量从多到少依序递补，直至A组申报企业数量达到7家。如满足上述2和3条件的申报企业不足7家，则满足上述2和3条件的申报企业全部进入A组，不再递补。A组基本上是高技术等级、能全国供应的大品种。小企业或者低技术等级(普通聚乙烯内衬)企业在B组，竞争更剧

烈。

(三) 意向采购量

企业自行组建并申报产品系统后，医疗机构结合临床使用状况、医疗技术进步等因素，按厂牌报采购需求量。联采办汇总采购量后根据一定比例(大约是 80%)确定意向采购量。

(四) 报价规则

产品系统报价要明确各部件单价(包括配送费用、配套工具配送费用和使用费用)及伴随服务(协助组装工具、使用指导、操作培训等)费用，在不同类别和系统内需保持一致。同一类别所有产品系统只能报一个价格，不分规格型号。配套工具消毒费由医院承担。

未申报产品视为未中选，但其含有的中选部件需要执行中选价。

(五) 竞价入围

等额(1-2 家)或差额(3 家及以上)多家中选。竞价比价价格不高于最高有效申报价，价差控制在合理范围内。

A 组未中选品种如果报价低于 B 组或低技术类别品种最高中选价的，可以有复活机制避免出局，防止技术类别更高、价格更低的品种，或者供货量大于、价格低于 B 组的大品种被淘汰，更公平合理，也更有利于保证临床需求和产业健康发展。

(六) 分量规则

分两步确定医疗机构的协议采购量：最低价中选的产品系统获得全部采购需求量；其他的获得意向采购量；剩余采购量由医疗机构再

选择，但不得选择最高价品种。以医疗机构需求为核心，低价品种未必保证能获得大量市场。

(七) 时间安排

采购周期为期 2 年。企业于 6 月 22 日 9 时至 6 月 27 日 17 时申报产品系统和供应范围；然后医疗机构报量，大致 7 月底开标。

(八) 未确定事宜

最高有效申报价及熔断系数、报量医院条件及协议量比例、总价-各部件价格-伴随服务价格的比价方法等重要细节还需在后续的采购文件中明确。

二、政策特点

髌膝关节国家带采政策具有如下特点：

(一) 关节带采规则在尊重临床使用习惯、保证产品供应、促进竞争和兼顾产业可持续发展等四方面较好地实现了均衡。

1. 尊重临床习惯：产品系统的报量、选量、分量均完全由医疗机构按产品品牌自主确定，最大程度上尊重了临床选择和习惯。

2. 保证产品供应：多家中选、供应地区/全国供应承诺；明确了伴随服务的内涵及费用，将有助于中选品种的顺利供应。

3. 促进竞争：减少分组，不分国产进口品种，髌关节根据组件材质分三类、膝关节不分类；最低价中选品种获得全部采购量，价格最高的中选品种不能参与剩余采购量分配，均一定程度上鼓励了价格竞争。

4. 兼顾产业发展：根据临床需求量及企业产能分 A、B 组，相比于按国产进口、市场份额、产品价格等分组，更符合产业现状。此外采购量大、技术水平高的 A 组品种只要价格足够低可以避免出局。这些措施，给规模大、技术好、成本控制优良的企业更多的发展机会。

(二)明确产品价格项目，引导企业基于成本构成，规范定价、合理报价，特别是竞价比价价格，是规范企业报价的重要抓手；此外也有利于采购部门复核及掌握更多价格和成本信息。

(三)建立和未中选产品系统的价格关联机制：未中选产品系统组件含有的中选部件执行中选价，从而将降价效果延伸到其他含有中选组件的未中选系统，产生降价溢出效应。

医用耗材使用复杂，其临床疗效除了受产品质量影响，临床医生的习惯、技术和经验更是重要影响因素，因此尊重临床习惯是国家高值医用耗材带量采购政策决策的重要考量。其次要根据产品技术、材质、可替代性等特点，合理分组。第三，伴随服务不可或缺，要明确其内涵及费用。第四，入围比例是调节竞争程度的重要手段。

本次关节国家带采 1 号公告，针对高值医用耗材带量采购的这些特点，简化了关节类耗材的复杂性和不规范性，并针对患者、医疗机构和产业等各方诉求，创新性地提出良好的制度设计和安排。我们期待最高有效申报价及熔断系数等其他未确定的重要政策要素也同样精彩。

[返回目录](#)

医保法、集采、新药上市、三明经验……盘点 2021 年上半年

三医领域值得关注的亮点

来源：健康时报

医保法治化进程推进、新一轮医保谈判启动，第五轮带量采购落地；16 款创新药批准上市，创下三年同期历史新高；推进疾控体系改革，全国推广三明医改经验……今年上半年，我国医保局、药监局、卫健委都有哪些政策，三医领域都有哪些亮点？

医保局：法治化进程推进，医保谈判前公示药品原价，第五批集采降价创新高

《医疗保障法》征求意见

6 月 15 日，国家医保局官网发布公告，正式就《医疗保障法（征求意见稿）》向社会公开征求意见。征求意见稿的公布，意味着医疗保障正式步入法制化建设的实质进展阶段。

此次立法对从事医疗保障相关的筹资运行、待遇支付、基金管理、价格管理、招标采购、医药服务、公共管理服务、监督管理等活动进行规定，明确相关部门主体责任，规定六类医疗费用不纳入医保，明确了个人骗保处罚措施，规定不得已低于成本报价竞标，鼓励发展商业健康保险。这些规定直指医保改革热点，基本上全面回应了公众期盼。

《医疗保障基金使用监督管理条例》落地实施

《医疗保障基金使用监督管理条例》于 2020 年 12 月 9 日经国务

院第 117 次常务会议通过，这是我国医疗保障领域首部行政法规，意味着医保基金使用监督管理终于纳入法制化轨道，对提高医疗保障基金使用监督管理工作的科学化、规范化、制度化水平，保障基金安全、促进基金有效使用，维护公民医疗保障的合法权益有着重要意义。今年 5 月 1 日起，《条例》正式施行，各级医保部门在今后的基金监管过程中能够有法可依、有章可循。

首次要求企业在医保谈判前公示药品原价

6 月 9 日，国家医保局发布今年国家医保药品目录调整工作方案，启动新一轮医保目录药品调整工作，首次要求企业在医保谈判前就必须公示药品原价，外界能准确比较同类型药物的价格差异，对其降价幅度和谈判价格有大致的判断。

在面向社会征求意见完成后，国家医保局 6 月 30 日公布今年医保目录调整方案。2021 年药品目录将有四类药品被纳入：2016 年 1 月 1 日至 2021 年 6 月 30 日期间，经国家药监部门批准上市的新通用名药品；2016 年 1 月 1 日至 2021 年 6 月 30 日期间，经国家药监部门批准，适应症或功能主治发生重大变化的药品；与新冠肺炎相关的呼吸系统疾病治疗用药；纳入《国家基本药物目录(2018 年版)》的药品。

第五批集采平均降价幅度历次最高

6 月 28 日，我国第五批国家组织集中带量采购中选结果公布。61 种拟采购药品采购成功，共 148 家企业的 251 个产品获得中选。

此次采购金额达 550 亿元，也是历次集采中平均降价幅度最高的

一次，中选药品平均降价 56%。与前 4 次集采主要以口服剂型为主不同，本次集采注射剂占品种数量的一半，涉及金额占 70%。

药监局：16 款创新药获批上市，创下三年同期历史新高

今年截至 6 月 30 日，国家药监局已经批准 16 款创新药物(不包含疫苗和中药)上市。16 款药物均通过优先审评审批程序获批。

据药监局网站数据显示，2020 年全年获批新药有 14 款，2019 年全年获批新药 16 款。这意味着，今年上半年获批新药数量创下近三年来的同期历史新高。今年获批的 16 款新药中还不乏多个“首个”，临床意义重大。

首个红斑狼疮国产新药

3 月 12 日，国家药监局附条件批准荣昌生物注射用泰它西普上市，与常规治疗联合，适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮成年患者。泰它西普是 60 多年来首款在中国获批上市的、治疗系统性红斑狼疮的中国国产新药。

首个埃博霉素类抗肿瘤药物

3 月 15 日，国家药监局批准华昊中天药业 1 类创新药优替德隆注射液上市，联合卡培他滨，用于既往接受过至少一种化疗方案的复发或转移性乳腺癌患者。该药的获批，意味着中国迎来了首个埃博霉素类抗肿瘤药物。

首个获批的 RET 抑制剂

3月24日，国家药监局附条件批准 Blueprint Medicines 的 1 类创新药普拉替尼胶囊上市，用于既往接受过含铂化疗的转染重排 (RET) 基因融合阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者的治疗。普拉替尼的获批，不仅标志着中国迎来了首个获批的 RET 抑制剂，也标志着基石药业迎来了首个商业化产品。

首个自主研发的抗体偶联药物

6月9日，国家药监局附条件批准荣昌生物注射用维迪西妥单抗上市，适用于至少接受过 2 种系统化疗的 HER2 过表达局部晚期或转移性胃癌 (包括胃食管结合部腺癌) 患者的治疗。该药的获批，意味着中国迎来了首款由中国公司自主研发的抗体偶联药物 (ADC)。

首个获批的 CAR-T 疗法

6月23日，国家药监局批准阿基仑赛注射液上市，用于治疗既往接受二线或以上系统性治疗后复发或难治性大 B 细胞淋巴瘤成人患者，包括弥漫性大 B 细胞淋巴瘤 (DLBCL) 非特指型、原发纵隔大 B 细胞淋巴瘤、高级别 B 细胞淋巴瘤和滤泡性淋巴瘤转化的 DLBCL。这也是首个在中国获批的 CAR-T 疗法。

首个选择性 MET 抑制剂

6月23日，国家药监局附条件批准赛沃替尼上市，用于治疗接受全身性治疗后疾病进展或无法接受化疗的 MET 外显子 14 跳跃突变的非小细胞肺癌患者。这也是首款在中国获批的选择性 MET 抑制剂。

首个原研口服抗乙型肝炎病毒药物

6月23日，国家药监局批准艾米替诺福韦片上市，用于慢性乙型肝炎成人患者的治疗。这是首个中国原研口服抗乙型肝炎病毒(HBV)药物。

卫健委：推进疾控体系改革，推广三明医改经验

15个健康中国专项行动落实落地

4月2日，健康中国行动推进委员会办公室印发《健康中国行动2021年工作要点》，要求扎实推进15个专项行动落实落地，包括积极推动AED配置使用、食品标签完善、癌症早诊早治、居民超重肥胖等重点工作。

国家疾病预防控制局挂牌成立

5月13日，国家疾病预防控制局挂牌仪式举行并召开成立大会。会上强调，改革完善疾病预防控制体系，将按照系统重塑、预防为主、科学防控、协调高效的原则，理顺体制机制、明确功能定位、提升专业能力，形成从中央到基层领导有力、权威高效的疾控体系，为维护人民健康和国家安全提供保障。

全国推广三明医改经验

6月17日，国务院办公厅发布《深化医药卫生体制改革2021年重点工作任务》，第一条便是“进一步推广三明市医改经验，加快推进医疗、医保、医药联动改革”。在三明市建设全国深化医改经验推广基地，加大经验推广力度。按照“腾空间、调结构、保衔接”的路径，以降药价为突破口，同步推进医疗服务价格、薪酬、医保支付等

综合改革。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

凭什么医保支付制度改变医院的管理逻辑？

来源：葆德医管

医疗费用支付制度牵扯着医疗行为的变迁，支付方式的选择，支付范围、如何支付、支付对象等等这些问题，都影响医疗服务系统中各个组织和人体的行为。医疗支付制度是医疗服务交易中最重要制度。同时，医院管理中，从经济运行到质量管理，包括收入构成，核心制度执行情况、尤其是绩效制度设计，无一不与医疗支付制度相关。因此，探求医院管理的治理逻辑，必须从医疗支付制度研究开始。

1、医疗支付制度

学术界对如何判定好的卫生政策标准来源于 2004 年出版的《GettingHealthReformRight》，Robert 等认为良好的卫生政策体系需要调控五个方面的内容：筹资、支付、组织、规制和行为，也称之为五个控制柄，这五个控制柄相互关联，协同作用，直接影响卫生系统的效率、质量和可及性，进而又影响健康状态、居民满意度和风险抵御能力等绩效目标。

在医疗服务中，支付专指“向健康保险的服务提供者给付报酬的方法”，而这种支付报酬的方法则根据具有与支付方法相对应的激励

作用。因此，也形成了是国际通行对于 P4P (PayforPerformance) 的定义和研究。OECD 的报告指出，任何国家的卫生系统都是通过某种付费组合来向提供者支付费用，不同的支付方式的激励重点和激励强度都不一样，因此，P4P 的定义来了：通过调整医疗服务提供者的支付方式，明确具体的激励措施和指标，以促进医疗服务提供者对质量和其他卫生系统绩效目标的追求。

与其他国家不一样的是，在中国，医疗服务支付制度专指“医保支付制度”，支付方是国家医疗保障局(各省医疗保障局)，支付对象是医院。在美国等一些国家，P4P 不只是国家对医院的支付，往往是一些私营部门或机构开展 p4p 项目，支付对象还包括医生。比如，全美第一个大规模的私营部门 P4P 计划是由加州保健协会在 2003 年发起的，至今仍在进行。

2、不同支付方式

前面谈到，不同形式的付费机制可以对医疗机构产生不同的激励和制约作用。医疗付费的执行时间有三种方式，1) 医疗服务提供前就已经确定的支付，称之为预付费；2) 医疗服务提供后才能决定的支付，称之为后付费。

作为支付方来制定支付制度的目的就是为了医疗费用控制，其中，预付费方式被称之为医疗费用控制的主要手段。预付费强度大于后付费。

那么我们来拆解一下不同付费机制的激励和约束作用。

2.1 预付制

2.1.1 总额预付制

讨论预付制的前提，要搞清楚预支付的总额如何测定。在我们国家，总额预付制根据近年来本地区医疗保险基金支付情况和筹资情况，结合参保人数、年龄结构和疾病谱变化以及政策调整、待遇水平和综合各类支出风险等因素，科学编制年度基金支出预算。简单概括下来即是“以收定支，收支平衡，略有节余”。

具体到医院所签订的《医疗保险定点机构服务协议》中所签订的费用总额，则可用公式来表述：具体总额预付指标=基数 \diamond (1+增速)，其中，基数指的是上一年度统筹支付金额；增速则是按照医院级别、类别、服务范围、服务量等因素，包括一些全市范围总额指标及门诊、住院占比情况，具体点说就是结合医院近3年医保费用使用情况，发展趋势(费用增长情况)，新技术开展情况及床位增加等情况综合考虑预算基金额度。从这个角度来看，预算基金额度的考虑要素形成了一种新的激励：更高的投入固定资产以增加新技术的开展，更高的费用发展趋势和床位增加趋势，以期赢得更高的增速比率。从而形成以适量的亏损来博弈更高一些预算总额的份额的潜规则，也导致了医疗机构对于费用控制缺少积极动力，担心费用控制下来了，当年看上去受益，有可能部分节余留用(其实现场景中，医院不具备相信医保部门的充分信心，可能的结余留用对于医院来说，具有极大的不确定性)，从而带来下一年预算总额减少的风险。

2.1.2 按人头，按病种，按疾病诊断定额打包预付费制

除了总额预付制以外，预付制还包括定额付费“打包制”，定额付费是指医疗保险以人头、病种、诊断相关组、总额为对医疗机构采取固定付费，预付的定额打包逻辑下，医疗机构的获利逻辑就得从原来的“抬高收入线”变为“降低成本线”，以确保机构的利益最大化。

医疗机构降低成本首先要做的就是防范医务人员诱导需求提供不必要的服务；即抑制道德风险。预付制逻辑下，医疗机构选择自动减少不必要的医疗服务成为必然，不必要的医疗服务不再是“创收”，而是“成本”；因此，在医保管理过程中，医保机构对于医疗机构的支付监督从原来的“防止医疗机构以创收为目的提供不必要的医疗服务”从而变成“防止医疗机构以降低医疗成本为目的而减少必要性的医疗服务”；如果说，过度医疗表现为“小病大治”是一个极端的话，那么，“大病小治”则是预付制可能带来的另一个极端。医疗控费的底线是医疗质量，牺牲医疗质量为代价的控费则是预付制要高度防范的风险。

其中，按诊断组付费 (DiagnosisRelatedGroupsProspectivePaymentSystem)，即 DRGs—PPS 则是目前国内推行力度最大的一项医疗费用支付制度。简单的说，DRGs 是用统计控制理论的原理，将住院病人归类，以诊断相关组分组的确定付费定额。分组则是根据患者年龄、性别、住院天数，疾病诊断、手术、疾病严重程度、合并症、并

发症、疾病转归等因素将疾病分成若干组，每组测算出一个合理的定额标准。DRG 在国际上受认可度比较高。在现实执行层面遇到的挑战是：1) 诊断基础质量的问题；2) 信息化和数据标准化的问题；3) 物价方面的问题。

排除这些执行层面的挑战以外，标准诊断后的分组定额预付费模式，将给医院财务带来的风险。医疗付费机制中，预期性成分越多，支付机制向医院转移的经济风险就越大。回顾性成分高的后付费制，则支付机构的风险就越大，医院的财务风险就越低，如果再加上总额预付的支付模式时，医院财务面临的风险则达到最大。

DRGs-PPS 付费机制在国内受到追捧的原因是从理论上实现了支付机构和医院之间的均衡。医疗服务复杂程度极高，医疗费用支付机构虽然承担着费用支付权力，控制财务风险是其核心职能，而对于产生费用的医疗服务质量及过程很难建立起良好的监控和管理，以疾病诊断组付费的模式则实现了付费机构(医保)把控费责任转交给了医院，医院和医保之间建立的沟通机制则是在临床诊疗服务通过以医院为责任主体的分组标准化后以用统计学规则形成的定额定价，简单的说，就是医院和医保之间的沟通机制变成了多少个 DRG 组，每组例数是多少，结合各组的价格是多少，来实现医院和医保之间的信息对称，建立医保和医院之间的均衡。然而，现实场景中医院作为医疗服务的提供方，奖金回流的不确定性从而导致承担的财务风险加大。

2.2 后付制

后付制是指在医疗服务发生后,付费机构按回顾性的方式进行结算和支付。后付制基本上是出现在医疗费用第三方支付(也称之为医疗保险)启动初期,基础数据尚未掌握,采用按服务项目支付的方式,在这过程中逐步研究、探索其他的支付和结算方式。

和后付制相关的是按服务项目付费和按服务单元支付;按服务项目在中国实行了比较长时间,并且现在有些地方还保留按项目付费的结算模式,按项目付费即以医疗机构提供的服务项目和数量付费,虽然结算便捷,简单,但其形成的项目激励作用容易推动医疗费用过快上涨且难以控制,从而推高医保机构的财务风险。按服务单元支付指的是按预先规定的次均门诊费用或者住院费用标准支付,测算标准介于按项目付费和病种付费之间。平均支付标准通过抽查一定比例的门诊处方和住院病历,扣除不合理医疗费用支出后统计出来,虽然次均费用为标准的支付模式对医疗费用的控制有一定的效果,但定额标准制定过于简单,不科学;抽查的过程也缺少标准,无法保证抽查质量和数量。

按项目付费几乎没有预期性成分,即使在政府执行严格价格管制的地方,也只能是有服务项目的价格有是预期性成份,而医疗机构承担的经济风险基本为零,在缺少医疗质量监管和情况下,医疗机构无法避免诱导服务数量增加赢利。按服务单元支付中的预期性成分一般是门诊和住院的次均费用,医疗机构通过节约次均费用成本,增加服务次数就能赢利,然而这种支付模式,很容易引发医疗机构挑选病人,

推诿重症病人等，而医保机构的监督管理也无法带来医疗机构的内涵发展。因此，后付费制在实施过程中逐渐退出历史舞台成为必然，但仍然会在控制比例的前提下存在于少部分学科，和门诊医疗服务的结算和支付中。

3、院内绩效支付制度

医院的绩效支付包括两个层面，一是外部绩效支付，目前来说，在中国仅限于医保支付，由国家主持的公立医院绩效考核结果数据未纳入支付范畴；另一层是特指内部绩效支付，是指医院向科室支付绩效奖金，通常来说，医院的绩效核算分为院科两级，业务科室(临床医技等)的绩效支付以科室的业绩首付为核算基础，核算方式是科室的总收减去科室的总支出，所得的剩余中一部分进入医院总账户，剩下的部分进入科室，由科室(一般是科室)主任进行分配。总账户的奖金则一部分用来支付非业务科室，辅助科室(后勤科室和行政科室)的奖金分配，这部分的奖金分配通过以岗位、级别、职称作为分配依据，另一部分留在医院成为发展基金。院内绩效支付通常属于医院职工收入的奖金部分，除了奖金以外，还包括基本工资，岗位津贴；其中，奖金部分与医务人员的“产值”相关。而在公立医院，外部支付，即医保支付政策的变化则直接影响医务人员的“产值”有效性。其中，最大的风险就由医生产值构成的科室收入部分，并不能代表这部分“产值能获得医疗费用支付机构的认可并且全部支付，成为医院的收入。

因此，外部支付的付费制度与内部绩效支付的核算逻辑冲突将是医院内部管理转型所面临的挑战。

3.1 为什么“第三方力量”能影响医生的有效“产值”

讨论医生产值的原因是医生的产值的重要因素之一是与医院的收入相关。同时，医生产值也是医生绩效(奖金)的源头。

在医疗服务市场中，患者疾病时产生医疗需求时购买医疗服务以期实现恢复健康，按照经济学对“理性经济人”的假设的观点，患者在购买医疗服务时必然穷尽所能查阅信息，掌握信息，以期确保购买利益的最大化，然而因为医疗信息具有极高的知识壁垒，患者不容易获得足够充分的信息来支持自己对医疗服务选择的购买决策。因此，拥有医疗专业知识的医生出现，医生在替病人选择服务同时提供服务。

如果医生符合“理性经济人”的假设，他将自然选择边际效益大于边际成本的服务。作为医院组织中的员工，医院组织管理中的对于业绩的管理要求和医生的自然选择重叠时，医生根据自己和医院利益需要替病人选择服务的成为必然，这种行为也被称之为“供给诱导需求”。

医生角色的复杂性和专业壁垒性使得控制医生“诱导需求”变得十分困难。简单靠患者对医生的满意度无法实现，患者对医生的满意只能停留在表面服务态度等，在医疗专业层面形成判断基本不太可能。即使患者对于医生在医疗服务过程中存在诱导需求，并且表示不

满意时，缺乏有效的传播渠道，并且传播中为了确保传播的可靠性，患者则需要收集医生行医记录等等，具备以上条件，才可能形成“声誉机制”的博弈，从而让别人不再选择该医生的服务；整个过程充满了高成本、高度不确定性、信息不对称，从而要形成对于医生诱导需求的干预控制变得不太可能。

在中国，国家医疗保障局作为第三方支付进入到医疗费用的支付和医疗行为的监管机构，对于医疗费用支付的前提是对资金风险的高度防范及费用控制，从而成为的中国最重要的医疗服务强制权力机构之一。

第三方强制管制权力进入医疗市场具有很大的优势：1)通过对电子病历数据的采集，节省了病人收集医生行医记录的成本；2)强制权力则加大了医疗机构和医生诱导需求的机会成本，对诱导需求者给支付上的扣减或予额外处罚。即便这样，医疗服务的高度壁垒导致的“事后难以发现”的问题仍然没有得到完全解决，从而从另一方面解释了为什么支付制度改革对于医疗过程的管理越来越严苛，一步一步从项目付费，到按人头付费、按床日付费进而到按病种付费、按诊断相关组付费，以及中国实践的DIP付费，以进一步推进对医疗市场信息不对称性带来的问题。

因此，当认知到医保的第三方强制权力时的实质属性时，才可能建立基于医保监管逻辑之下的“医生产值”有效性的预判。

[返回目录](#)

重磅！公立医院薪酬改革即将公布，正在制定「学习三明经验」考核指标

来源：DRG 变量

这注定是一场影响甚广的新闻发布会，至少在 2021 年。

7 月 6 日下午，国务院医改领导小组办公室、国家卫生健康委就推广三明医改经验举行新闻发布会。

会上，除了透露「公立医院薪酬制度改革指导意见」将很快公布的强烈信号，更重要的是，此次发布会是 2021 医改重点任务明确学习三明经验后的第一场，不仅详细回答了关于「三明医改精髓」的记者提问，还对各地在学习借鉴三明经验时学什么、怎么学、学习效果评价做了指导性的提示。

发布会上也首次提到，国务院医改领导小组办公室正制定推广三明医改经验考核指标体系，将选取关键指标，对各省推进情况取得的成效进行定期评价。

总之，深化医改，促进公立医院高质量发展，三明医改经验成为重要一环。

1、再度总结三明医改「四大精髓」

出席本次发布会的相关人士有：国家卫生健康委体改司司长许树强；国家卫生健康委体改司一级巡视员朱洪彪；福建省卫生健康委党组书记、主任黄如欣；三明市政府副市长张元明；三明市沙县区总医院党委书记万小英。

发布会上，各出席成员就三明经验细节进行了阐述。

学习三明医改经验，对其精髓了解必不可少。国家卫生健康委体制改革司司长许树强针对「三明经验」总结回答其四大精髓。

一是改革整体联动。三明市党委政府高度重视医改工作，坚持人民至上、敢为人先，党政一把手亲自抓医改、一抓到底，由一位政府负责同志统一分管医疗、医保、医药工作，统筹协调“三医”联动改革，开展药品集中带量采购，降价腾出的空间主要用于调整医疗服务价格，并及时纳入医保支付，总体上不增加群众负担。

二是完善医改经济政策。全面落实政府对公立医院的投入责任，将基本建设等大额支出纳入政府预算管理。建立医疗服务价格动态调整机制。这几年改革以来，先后9次调整医疗服务价格，达数千项次，更好地体现了医务人员医疗技术劳动价值，也使公立医院收入结构得到了优化。实行按疾病诊断相关分组收付费改革，结余资金补偿给医院。

三是健全医院内部激励和约束机制。深化薪酬制度改革，实行全员目标薪酬制、年薪计算工分制，切断个人薪酬与科室收入之间的联系。三明医改，在这一点上做得非常有成效。实行党委书记、院长和总会计师年薪制，年薪由政府财政预算安排，根据考核的结果来发放。医务人员收入逐年增长，人员支出占公立医院业务支出的比例由改革前的25%提高到2020年的46%，公立医院运行中支出结构也得到了优化。同时，强化对医疗机构监督管理，每年对医院主要责任人和相关

的其他责任人进行考核，对医院运行情况进行监测、分析、评价。

四是推动医疗资源下沉。建立紧密型县域医共体，在每个县组建总医院，整合医疗卫生资源，健全健康绩效考核评价的机制，引导医疗卫生工作重心下移、资源下沉，促进医防协同，建立健康“守门人”制度。将医保基金、基本公共卫生服务经费和政府补助经费，打包给总医院，结余留用，合理超支分担，促进从“以治病为中心”转向“以健康为中心”。

2、再次问及：医生是否流失

此前，三明医改「操盘者」詹积富接受每日经济新闻时表示，「医生跑了」的表述并不真实，相反，通过改革，医务人员的薪酬收入大幅度提升，公立医院人员招聘实行编制备案制，医院有了更多的自主权，并且简化了招聘流程，提升了招聘效率。

此次发布会上，有记者再度提及相关问题：有媒体报道三明医改后很多医护人员因年薪制分配不公平、积极性降低而流失，不知是否属实？

对此，三明市政府副市长张元明作出回答。

他提到，在 2012—2020 年的九年时间里，三明全市医疗卫生单位调走 215 人，占全部 1.84 万卫生技术人员的 1.17%，其中 2/3 为主治医师、主管医师及以下级别医生。但这期间我们各家医院共招聘了 4906 人，是调走的 23 倍。这些医护人员调走属于人员的正常流转，并不存在医护人员“大量流失”。

张元明在本次发布会上也指出，目前认识到医务人员薪酬内部分配还有改进空间，已经专门组织了一个研究团队进行调研，计划年内出台关于完善医院内部薪酬分配的指导性意见，力争实现多劳多得、优绩优酬、兼顾公平与效率。

3、薪酬改革制度指导意见即将发布

需要指出的是，薪酬制度改革是深化医药卫生体制改革的一项重要内容，也是公立医院综合改革的重要一环，同时也是调动广大医务人员积极性的一项重大举措。

关于三明医改的成功经验，已经被媒体多次报道的是，其很重要的一个方面——深化薪酬制度改革调动医务人员积极性。

发布会上，国家卫生健康委体改司一级巡视员朱洪彪提到，2017年以来，国家有关部门启动了公立医院薪酬制度改革试点，从优化薪酬结构、合理确定薪酬水平、完善考核评价机制、落实自主分配权等这些方面进行了积极的探索，取得了阶段性的成效，也形成了一批可复制、可推广的经验、做法。

其中，三明的全员目标年薪制，年薪计算工分制，这样的改革是树立的薪酬制度改革的典型。

他透露，按照整个深化医改工作的安排，在总结试点经验的基础上，国家有关部门起草了关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见，这个意见已于6月份国务院常务会议审议通过，最近很快就要正式印发。下一步将积极协调有关部门，支持指导各地全面推开薪酬制

度改革。

改革的重点包括：

一是按照“两个允许”的要求，合理确定并动态调整公立医院的薪酬水平，使医务人员的付出和薪酬能够相匹配，调动医务人员的积极性。

二是充分落实公立医院的分配自主权。医院在核定的薪酬总量内，可以采取多种方式自主分配，赋予了医院更大的改革空间，以激发改革的内生动力。所以公立医院要用好这个改革政策，探索建立适合医院实际的薪酬制度，包括薪酬的项目、薪酬的结构、岗位薪酬的差异、不同学科之间的平衡等等，来最大限度的体现岗位职责和知识价值，实行以岗定责，以岗定薪，责薪相适，考核兑现。

三是建立健全公立医院主要负责人的薪酬约束机制，公立医院主要负责人的薪酬水平和本单位的职工薪酬水平保持在一个合理关系，鼓励对主要负责人实行年薪制。

四是健全公立医院以公益性为导向的考核评价机制，并定期对公立医院职责履行、服务质量、运行绩效进行考核，考核结果和薪酬总量挂钩。

五是拓宽公立医院薪酬制度改革的经费渠道，深入推进“三医”联动改革，逐步提高诊疗、护理、手术等技术服务收入在医疗收入中的比例，增加医院的可支配收入，为薪酬制度改革提供资金保障。

4、是否冲击到医药生产企业？

张元明指出，三明的医药改革采用的是一种带量采购的模式，挤压的是药品流通环节的虚高价格水分，节省了大量的营销成本，对生产企业来说利润并没有减少，同时制定了医保代为结算、预付货款等支持企业发展的配套措施，解决了长期以来困扰药企的货款拖欠问题，降低了企业财务成本。

从国家集采执行的情况来看，从源头上遏制“带金销售”的问题，对医药产业产生了明显的正面促进作用：一方面，规范了流通秩序，提升了产品质量，引导行业有序竞争；另一方面，也促使企业转型升级，将更多精力投入产品研发，推动创新发展。

5、促进分级诊疗实现，沙县总医院有哪些经验可借鉴？

「分级诊疗制度实现之日就是医改成功之时」在深化医改的过程中，这一说法已被医疗行业所熟知。

在三明医改中，沙县总医院作为县域医共体内牵头医院，在促进实现分级诊疗方面做了哪些工作？

发布会上，三明市沙县区总医院党委书记万小英做了详细阐述。

她表示，2017年7月，沙县总医院挂牌成立，由2家县级医院、12个乡镇分院和128个延伸公办村卫生所组成，县乡村人财物事统一管理，总医院管分院，分院管村卫生所，是一个责任共担、利益共享的共同体，是全县人民健康的“守门人”。为了构建有序就医格局，我们重点做了四个方面工作：

一是推动资源下沉。建立高年资医师定期驻乡驻村制度，在医共

体内部多点执业，推动医疗资源、医学人才、疾病病种“三下沉”，让老百姓在家门口享受到优质医疗服务。去年共下乡村巡诊 97 批 265 人次，接诊 1813 人次；举办各类教学讲座和技能操作培训 165 场次，健康咨询与义诊 17 场次，医疗质量、院感、公共卫生等管理指导 91 场次；分院到卫生所巡诊 665 人次。

二是畅通转诊通道。将需要长期康复的住院患者下转分院，将病情控制不满意患者及时上转总院，去年共向上转诊 2430 人，下转随访管理 11676 人，全区基层门诊就诊率从 2017 年的 54.4% 提高到去年的 57.4%。

三是慢病分级管理。建设慢病一体化管理信息系统，对高血压、2 型糖尿病、肺结核和重度精神病患者实行“分级、分类、分标、分片”管理，努力降低并发症的发病率、致残率、致死率。去年，全区四种慢病的规范管理率分别为：高血压 86.3%、II 型糖尿病 85%、重度精神障碍 93.7%、肺结核患者 100%。

四是强化上下联动。按照全省统一部署，搭建“三大平台”，“六大中心”，开展远程视频会诊和集中服务，去年共安排县乡远程会诊 144 人次、接诊 1368 人次，为各分院同步影像诊断 10312 人次、心电诊断 9340 人次、集中消毒 1270 批次。

6、正制定考核指标体系

最后，尤为值得一提的是，各地学习借鉴三明经验，将定期评价和考核学习效果。

国家卫生健康委体改司司长许树强在发布会上提到，国务院医改领导小组办公室正制定推广三明医改经验考核指标体系，将选取关键指标，对各省份工作推进情况、取得成效，进行定期评价，并将通报结果通报地方党委政府。

他还表示，加大对三明医改经验的推广、培训力度，陆续在三明举办培训班，今年计划举办6期培训班，以后年度继续安排。

[返回目录](#)

公立医院薪酬改革的政策驱动与院内绩效压力

来源：华夏医界网

随着李克强总理召开的国务院常务会议部署推进实施“十四五”规划《纲要》确定的重大工程项目中对于公立医院薪酬制度改革的精神出台，公立医院院内管理和绩效分配在新一轮的政策指引下，将面临新的压力：

1. 完善医院薪酬水平决定机制——动态调整公立医院的薪酬水平和薪酬总量

讲话指出，有关部门在确保群众就医整体负担不增加等基础上，动态调整公立医院薪酬水平。也就是说，公立医院薪酬水平与群众就医费用的关系，这个逻辑是成立的。不增加整体负担的背后的管理逻辑应该是，通过医保支付制度改革，不断推动医疗行为规范化，以实现费用控制，通过药品、耗材等带量采购，挤出上游水分，腾出空间；腾出的部分，则通过医疗服务价格改革来进行补充。

医疗服务具有极强的外部性和高度复杂性，科目繁杂、牵扯面广，而其中需要加以权衡要素多，医疗服务的项目定价一方面承载着患者的费用，一方面包含着医务人员的劳务价值，而整体价改的进程中，是一个渐进的过程。

同时，对于公立医院来说，面临的挑战则是降价的部分真金白银降了，而调价上涨的部分姗姗来迟所带来的窗口期。

薪酬总量提升的存疑期待新的政策以解决资金来源疑问：是来自于政府的补偿，还是医院的自力更生？医保奖金补偿？地方财政还是中央专项经费？

2. 内部分配自主权的强化

从医院内部分配的视角来看，医院的绩效总量来自于医院的“剩余”，医院内部分配自主权为“剩余索取权”，宏观层面的政策压力：“有关部门在确保群众就医整体负担不增加等基础上，动态调整公立医院薪酬水平”，这其中的公立医院薪酬水平与群众就医费用的关系，这个逻辑是成立的。那么，不增加“群众就医整体负担”的背后除了宏观方面进一步趋动配套制度改革之外，更直接的往往是对公立医院检查、治理的直接压力，在“群众就医负担”的帽子之下，收支提成将持续成为巡视检查重点。

也就是说：对于公立医院来说，单纯基于费用关联提成的模式和开单提成的模式别再硬挺了，风险大于收益！另外，在医保支付制度改革背后支撑，对于药品、耗材水分的挤出，对于药事费、服务费

等价格调整机制将会逐步一点点释放，在价改未到位的前提下，非药物的疗法引入将更好的提高收含金量，而对于群众费用和医院收入的平衡点，则是通过医保控费制度和工具来实现相关平衡，对于管理来说，面临的重大挑战则是临床医疗行为将从以“个体差异为由”的不确定性变成“以诊断为依据的标准诊疗范式”以支撑的标准费用定价的管理挑战。

按病种付费因为适用范围窄一直没有生存空间，进而在从不确定性到确定性、标准化、以支撑费用标准定价的这条管理逻辑链的趋动下，按诊断组付费的推进，从 DRGs 到 DIP 只是实践过程中的具体调整而已，从而推动临床医疗行为的全流程信息化标识，不断完善和不断优化。

进而言之，从未来医院管理的趋势来看，传统的以收定支，大收减大支的粗放化管理将不足以应对变革，一个医院的收入不再是简单的创收激励就能有效解决的，对于收入的规划，定义将面临到更具体化、专业化。

而对于成本来说，科室的大成本概念将面临着按收治病种、及床日，不断挑战到科室日常领用消耗到具体的“每患者日均成本”，并且，最大的成本将从物的成本，到空间平效成本，进而到人力成本。除了这些以外，对于以病种为基础的诊疗全流程的成本采集，也将考验着医院财务管理人员的认知和能力。因为，只有更为精细化的成本压缩能力，才能换来更宽松的可支配节余。

3. 内部分配的新压力

讲话中直击痛点：继续完善岗位绩效工资制度，向关键和群众急需的岗位、业绩突出的医务人员等倾斜，推动更好解决大病重病等方面看病难问题；适当提高低年资医生薪酬水平，统筹考虑编内外人员薪酬待遇。

1) 岗位绩效工资的困境不在于如何建立临床岗位的定义，而在于行政职能科室的岗位定义，行政后勤类科室一直被称为机关科室，不进行行政后勤类机关科室的职能梳理、管理边界、级别规划的话，岗位无从谈起，而这方面梳理又缺少国家行政文件的为制度支撑，医院领导班子的组成如果缺乏责任担当力度的话，职能机关的梳理往往走不到最后的基于成本和职能需求的岗位配置，这方面即需要第三方的专业力量，更需要医院领导班子的高度一致力和掌控力。

2) 关键和群众急需的岗位：这个定义在具体实际场景中则会带来巨大困扰。业绩往往是定义临床一线绩效的标准，而其中，对于业绩的核算方法是一直是各医院在绩效改革中的不断尝试重点。如何定义关键和群众急需？这将需要在全院上下达成共识和院领导班子的统一决策，而不是拍脑袋或科室单边诉求。否则，很容易陷入新的大锅饭。

3) 业绩突出和大病重病的关系：从现行的医保支付制度来看，基于医疗结果和临床诊疗能力定义业绩成为必然。诊断的标准化到临床诊疗规范化将成为公立医院外部绩效和内部绩效的持续影响因素。

[返回目录](#)

彭建明：从管理和技术角度加强医院信息网络安全建设

来源：CHIMA

互联网+医疗、智慧医院建设给医务人员、患者带来方便的同时，也对医院信息网络安全带来了极大挑战。新疆维吾尔自治区人民医院信息中心主任彭建明一直致力于大型医院核心信息系统安全性、可靠性的研究。

“医院加强信息网络安全建设已是箭在弦上，不得不发。医院等级评审要求核心信息系统必须满足等级保护三级，如果没达到，说明管理和硬件设施还不达标。但是医院核心信息系统达到等级保护三级并不意味着信息系统一定安全，有些管理的细节还必须注意。”彭建明表示，做好信息安全是三分技术、七分管理。

他指出，医院在进行网络安全建设时，需注意以下七个方面。

第一，信息系统基础平台要安全，核心平台从理论上不应该存在单点故障。新疆维吾尔自治区人民医院的核心 HIS 系统是小型机集群的架构，坏一台小型机，系统不会瘫痪。另外，医院目前其他核心内网系统采用的是 14 节点的虚拟化平台，所有业务系统都在虚拟化平台上，如果 2-3 个节点坏了也不会造成医院业务瘫痪。医院目前互联网应用非常多，因此互联网应用采取的是 8 节点的超融合平台，保障互联网医院业务的正常运转。“目前，我院的网络安全建立了三区两道防线，包括互联网区、DMZ 区 (Demilitarized Zone, 也称隔离区) 和内网区，在 DMZ 区到内网区有一道安全防线，出互联网区也有一道

安全网线，同时也上了网闸、防火墙、态势感知等符合等保的安全设备。”彭建明强调，由此从设计上保证了系统是全冗余架构，没有单点故障。

第二，一定要进行安全可靠的异地备份。在信息系统对于业务的支撑日益重要的当下，信息安全的重要性不言而喻，但作为信息安全的重要内容——数据备份的重要性却往往被人们所忽视。数据库系统、存储控制器、软件、硬盘等任何一个方面的故障，就有可能产生数据丢失。这时，如果没有采取有效的数据备份和数据恢复手段，就会导致数据丢失。中了勒索病毒的单位，一般只有两个选择，一个是通过备份恢复数据，另外一个是通过比特币向黑客购买密钥。选择可靠的备份设备和技术，对任何企业级信息系统的稳定运行都是至关重要的。

第三，网络安全设备策略设定必须要严格。安全设备到位后，网络安全规则必须按照应用需求进行端口开放，须按照最小化的规则，不要开放太多端口，把一些暂时没用的端口先屏蔽掉，等信息系统逐步上线后根据业务需要慢慢开放。医院生产系统 7*24 小时高速运行，安全设备的策略增加既要保证业务连续运行，又要加固网络安全。网闸和防火墙等安全设备的策略的设定也是一个循序渐进的过程，欲速则不达。

第四，在管理方面，根据等级保护要求，制定安全制度，保证所有重要操作都是按照制度进行，医院系统管理人员包括公司开发和维

护人员，所有重要操作方式必须按照制度进行并且行为有日志审计。禁止随意从网上下载工具和软件用于生产环境，因为网络上的工具很多都有病毒。目前，新疆维吾尔自治区人民医院制定了系统管理员制度、服务工程师管理制度和数据使用制度等，从管理上为数据安全建立屏障。

第五，还有一点非常简单但非常重要，也最容易被忽略，就是操作系统和数据库都设置强密码，要有大小写、数字和字符和特殊符号等。

第六，医院需要培养自己的网络安全人员。医院信息系统是 7*24 小时运行的系统，并且牵扯到生命安全。保证信息系统安全，出现问题能第一时间解决，这是医院信息科重要职责。彭建明强调“医院信息安全，公司可以合作但一定不能依赖，信息安全一定要掌握在自己手中”。

第七，医院网络安全管理要有零信任网络安全思想。零信任网络安全将颠覆传统网络安全，共包括以下五个准则：网络无时无刻不处于危险的环境中；网络中自始至终存在外部或内部威胁；网络的位置不足以决定网络的可信程度；所有的设备、用户和网络流量都应当经过认证和授权；安全策略必须是动态的，并基于尽可能多的数据源计算而来。“医院信息化建设人员都要有零信任的思想，这有助于加强系统的安全保障。”彭建明强调，信息网络安全像人的身体健康一样，它是 1，后面都是 0，安全的重要性不言而喻。

· 医保快讯 ·

国家医保局：修改《社会保险法》、推进医疗保障单独立法势在必行

来源：国家医保局

近日，国家医保局发布了一系列关于十三届全国人大四次会议上相关建议的答复，其中对于医疗保障领域的法制建设，重点围绕医疗保障单独立法和《社会保险法》修订相关事宜进行了答复，其中明确：修改《社会保险法》、推进医疗保障单独立法势在必行。

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排，肩负着解除全体社会成员疾病医疗后顾之忧的重大责任。医疗保障制度体系不仅仅是医疗保险(生育保险)，而是以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障体系。

建立以《医疗保障法》为统领，配套出台若干行政法规和部门规章，形成独立完备的医疗保障法律体系，是回应人民群众期盼的现实需要，是深化医疗保障制度改革、推进医疗保障治理体系和治理能力现代化的必然要求。经过改革开放以来的长期努力，我国医疗保障制度改革已经进入系统集成、协同高效的阶段。现在制定《医疗保障法》有基础、有必要，条件已经成熟。

国家医保局自成立以来，在推进医疗保障立法方面，主要做了三

方面工作：一是积极谋划、主动作为。积极跟进，全力推动《医疗保障法》列入 2021 年全国人大常委会立法工作计划。二是立足实践、加强调研。会同全国人大社会委等有关部门赴上海、重庆、安徽、四川、陕西等地开展立法调研，并多次组织召开医疗保障立法工作座谈会，分别听取地方医保部门、专家学者、各相关主体的意见和建议，为加快推进医疗保障立法积累了充足实践经验。三是扎实推进、完善文本。开展相关课题研究，起草了《医疗保障法(初稿)》，并就初稿向各省级医疗保障部门征求意见。组织召开专家、行业协会及各相关主体代表立法集中研讨，综合各方意见建议，修改形成《医疗保障法(征求意见稿)》，为加快推进医疗保障立法奠定了坚实基础。

为加快形成与医疗保障改革相衔接、有利于制度定型完善的法律法规体系，国家医疗保障局近日公布《医疗保障法(征求意见稿)》，这意味着医疗保障正式步入法制化建设的实质进展阶段。下一步，国家医保局将结合社会公众及相关部门所提意见进一步修改完善，严格按照立法程序，集全局、全系统之力高效率高质量推动《医疗保障法》立法工作。

在《医疗保障法》相关立法工作快速推进的同时，我国基本医疗保险制度过去长期遵循的法律——《社会保险法》的修订工作也受到越来越多的关注。对此，国家医保局在相关答复中明确表示：《社会保险法》是为了规范社会保险关系，维护公民参加社会保险和享受社会保险待遇的合法权益，使公民共享发展成果而制定的规范社会保险

制度专门法律。目前，《社会保险法》中关于医疗保险(生育保险)的立法内容明显滞后于医疗保障改革发展形势,无法为医疗保障整体改革发展提供充分的法治保障,国家医保局支持修改《社会保险法》。

[返回目录](#)

如何通过大数据赋能，提升医保支付方式改革效率？

来源：福建省厦门市医保局

医保支付机制是医保制度体系最核心的机制之一，2020年2月印发的《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出要建立管用高效的医保支付机制。近年来，国家层面不断加快推进疾病诊断相关分组(DRG)及区域点数法总额预算和按病种分值(DIP)付费试点工作，各地也在医保支付方式改革上做了许多有益探索。结合厦门市在医保工作中开展“总额预算下的点数法”相关改革经验，笔者认为，大数据赋能是提升医保支付方式改革效率的关键密钥——通过对数据进行挖掘、聚类及关联分析，我们可以将医保支付精细化与临床实际和患者就医体验更加有机地结合起来，从而为行政决策提供更加有力的参考和支持。

一、应让大数据成为医保支付的重要载体，实现医疗服务行为可量化、基金分配去行政化。

确保医保基金运行稳定可持续是医保基金管理的安全底线，因此，推行医保基金总额预算也就成为确保医保基金收支平衡的必然。要切好医保这块“蛋糕”，支付基准及参数设置科学合理是关键；大

数据的分析和运用这时就可以发挥出非常关键的作用——通过对客观数据的归集、整理，充分挖掘本地区历史医疗服务规律，进而对发展趋势进行客观研判。具体做法包括：

一是通过建立“总额预算+点数法”的分配规则，强化基于区域实际的大数据管理，双管齐下，主动把控基金运行风险，有效遏制医疗费用快速增长趋势，并通过数学建模，分析预估费用走向，指导政策调整。

二是通过分析近年全量医疗服务数据，结合行业意见，测算构建分值系统，推行“以病分类”，确定病种支付基准，实现对具体医疗服务行为的合理标准量化。

三是综合考量机构定位、疾病难易、病人构成等因素设定调节系数和难易指数，在实现对服务能力进行价值调整的同时，构成更加客观的医保支付链条。改革使数据成为行政决策和医保支付的重要载体。医保部门将过去的单家机构确定总控指标转变为实行区域总额预算，这就从源头上解决了切分医保总额和行政干预支付等不合理、不客观的问题，最大限度降低了因权力集中而可能存在的寻租风险，成功实现去行政化。

二、应让大数据成为过程管理的重要抓手，实现医疗服务行为可追溯、智能审核链条化。

日常审核监管是实现医保有效支付的重要前提。推行区域总额预算后，统筹区内所有定点医疗机构既是“命运共同体”，也是“充分

竞争体”，医保和医院的管理模式也都逐步由以总控指标为导向的“结果管理”转向以价值医疗为导向的“过程管理”。在管理理念、管理模式的过渡转换过程中，医保部门需要强化对医疗服务全过程的审核监管，而大数据则能够为这一阶段充分赋能。具体的实现方法包括：

一是搭建智慧医保管理平台，根据政策文件及行业规范标准，设置系统化的管理规则并不断丰富更新，依托大数据智能 AI 技术，建立智能管理模块，实现对医保全量数据筛查和全流程线上审核，形成医保事前提醒、事中审核、事后审查的“智能+人工”分析审核监控体系，有效提高管理的精准度。

二是利用“互联网+人脸识别”和视频云监控系统，减少冒名行医、假就医、假住院等现象，确保“实名、实人、实地”诊疗；同时还可以将其应用到支付结算系统。

三是强化专家库应用，汇集临床、编码、医保等行业专家，通过线上随机指派汇总的方式高效处理医疗服务争议，对“诊断升级”“高套分值”、不合理住院等行为予以规范处置、及时纠偏，调整结算分值及修正结算系数；超高费用病例等情况则可以通过单议形式，经专家审核后，于预算总额内优先保障。这样一来，就能在保障医疗服务有效供给的前提下，有效突出医疗服务运行的绩效管理，导向性分配医疗资源消耗，倒逼医疗机构强化自我管理、自我约束，促进医疗机构提质增效。

三、应让大数据成为合理偿付的重要保障，实现医疗服务行为可

比较、激励约束精准化。

在支付方式改革从“后付制”向“预算制”转换的过程中，科学合理、公开透明的风险分担机制是支付体系最后一环。现阶段医保支付方式改革主要以病种作为切入点，以标准化方式平均医疗服务费用和医疗服务成本；而如何在“标准化”的基础上，对医疗机构的合理消耗予以“精准化”补偿，实现支付及偿付机制的相互耦合，是推动改革实现“帕累托改进”的关键点之一。科学的激励约束机制，既要有效减少过度诊疗，又要实现对医疗机构的合理消耗予以补偿；大数据的运用则可以为医保工作提供必要的政策输出手段。具体方法包括：

一是建立基于大数据的质量评价体系，将疾病危重程度的病例组合指数(CMI)、时间消耗指数、费用消耗指数等作为调节机构系数的重要指标，结合病种结构、病人年龄构成等因素科学合理确定医院系数，使医疗行为和投入产出透明化、可比较，实现医保对医疗机构多维度、全方位、客观性的综合评价。

二是逐步探索差异化的补偿机制，改变超支补偿比例“一刀切”的简单做法，对容易滥用的检查、化验适当调低超支补偿比例，这样既能确保机构超支可得到相应偿付，也能在与国家政策有效衔接的同时体现“重技术、重劳务、轻设备”的管理导向。

最后需要特别强调的是，我们在改革推进过程中还需进一步加强医保与医疗之间的协同，不能让部门间的信息壁垒成为高效行政的

“绊脚石”。要想真正建立起管用高效的医保支付机制，必须将改革的思路理念细化、贯穿到医疗服务的各个环节，不断加强数据治理、深入挖掘医疗规律，更好地发挥医保基金战略性购买作用，进而实现共享共管共治的良好局面。

[返回目录](#)

· 国际视野 ·

英国卫生服务购买经验及启示

来源：中国全科医学

当前，已经有越来越多的共识：如果要实现全民健康覆盖，卫生服务的购买必须更加积极和更具战略性。购买服务是筹集资金和高效提供高质量卫生服务之间的关键联系。2020年2月，中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（以下简称《意见》）也提出“发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展”。要实现战略性购买，作为最大购买方的医疗保障部门也面临更多的挑战。《意见》中也明确要求“推进医保治理创新”。由于医疗服务市场的特殊性，传统医保治理主体作为患者的代理人购买医疗服务过程中，难以与医疗服务的提供方直接对话，也难以解决医疗服务市场中存在的信息不对称问题并代替患者购买服务。临床医生的加入能够有效解决这一问题。全科医生是居民健康的“守门人”，也是控制医疗费用支出的“守门人”。全科医生参与购买有四大好处：一是全

科医生与患者直接接触，了解患者；二是全科医生在一线工作，对可获取的服务非常了解；三是全科医生的临床经验使得其有能力跟其他医生对话，能够对其他医生的服务提出挑战和疑问，有利于改进购买；四是临床医生和管理者的共生关系使得全科医生和管理者的工作效率远远超过各自独立工作。本文就全科医生参与购买卫生服务的经验详细全面地介绍英国临床委托服务组织(CCGs)的构成、功能和筹资模式等，可以为我国全科医生参与实施战略性购买提供借鉴。敬请关注。

卫生服务筹资方式主要包括俾斯麦模式(社会医疗保险)和贝弗里奇模式(国民卫生服务)两种，而英国是后者的创始者和代表。一直以来英国国家医疗服务体系(National Health Service, NHS)面临缺乏竞争、效率低下的问题，为了解决这个问题，20世纪90年代英国在NHS内部引入了购买制度，形成内部市场，以促进竞争。购买组织的形式不断发展变化，直到临床委托服务组织(Clinical Commissioning Groups, CCGs)成立。

我国虽然实行社会医疗保险制度，但要提高医保基金的利用效率，实施战略性购买是关键。我国政府近年来一直在探索医保支付方式改革，试图改进医疗服务利用结构，实现分级诊疗和控制医疗费用过快增长，尽管局部的改革取得了一定成效，但整体来看战略性购买有很大的改进空间。英国的CCGs是全科医生参与购买的创新和探索，能为我国实施战略性购买提供一定借鉴。

1. 什么是 CCGs?

1.1 CCGs 的定义

Commissioning 代表了一些专业技术人员所做的一系列活动：评估需要、规划和采购服务(procurement)，监测服务质量。而 ClinicalCommissioning 就是让临床医生在这些活动中承担主要角色。CCGs 最早在 2010 年提出，但一直以较隐蔽的方式运行，直到 2012 年作为英国健康和社会保健法案(theHealthandSocialCareAct)的一部分被建立，并于 2013 年 4 月取代初级保健基金会(PrimaryCareTrusts, PCTs)，成为英国 NHS 大多数服务的代理人。CCGs 是英国政府卫生保健系统改革的重要组成部分，是 NHS 的法定机构，负责规划和采购卫生保健服务。CCGs 的支柱是全科诊所成员，作为成员，每一个诊所都要任命代表参加会议，代表可以是全科医生也可以是其他人员，比如诊所的经理。

1.2 CCGs 的发展

早在 20 世纪 90 年代，英国将卫生服务的购买和提供区分开来以形成内部市场时，购买的概念就已经引入 NHS，但是大多都没能成功为患者带来预期的益处。自此，因为缺少成功的临床参与和周期性的结构性重组，购买的组织形式不断变化。但当时已经有广泛的共识，即临床医生的积极参与对于有效的购买是必不可少的，否则购买方不能有效地质疑提供方，也没有足够的力量改变服务。

CCGs 是英国增加临床医生参与当地服务规划和采购的第 4 次尝试，在此次尝试中全科医生处在购买过程的最前线。将购买和规划地

方卫生服务的责任交给当地全科医生的逻辑在于全科医生日常工作跟患者接触，能够深度了解患者，因此其有能力设计卫生服务以最好地满足患者需要。CCGs 跟全科医生的密切联系也使得 CCGs 有能力转变医院外服务的提供方式，这也是 NHS 未来几年改革的关键。

CCGs 成立后，初级卫生保健基金会的购买功能分解给了 3 个组织：CCGs、地方行政部门(管理公共卫生预算)和 NHS 的 27 个区域团队(负责初级保健和专科服务，确保 CCGs 行使责任并为其提供支持)。CCGs 有很多法定责任，有些责任原先不属于 PCTs，如：以患者为中心，确保服务质量的持续改进，减少不公平，保障选择权和患者参与，促进整合、创新和研究。

1.3 CCGs 的规模

英国 NHS 采购组织的结构和覆盖人口的变化反映了规模采购和考虑地方需要的平衡。大规模采购能够减少采购成本并分散经济风险；而考虑地方性需要则依靠临床医生的专业知识，而且可能需要采购组织覆盖较小的人群。采购组织没有确定的理想规模，基于不同的目的需要覆盖不同的人口。如某些罕见病或者花费非常高的疾病需要较大人群覆盖来分担小部分高费用患者的支出，而某些当地的服务，采购组织需要足够的地方化，以便充分了解地方背景和利益相关者的信息。基于服务的类型和经济风险，采购组织能够在不同人群规模间合作，因此采购组织需要一定的弹性安排。

2012 年 CCGs 成立之初，一些全科诊所联合在一起申请 CCGs 授

权。这些不同的小团体受到很多因素的影响：患者流、地方人口的差异、专业关系，以及基于人口的筹资和运行费用限制。这种自下而上的聚集过程造成了 CCGs 的规模差异很大。最小的 CCGs 覆盖 78000 人口，最大的覆盖 130 万人口。每个 CCGs 负责为成员诊所的签约人群购买服务。CCGs 经历数次正式的合并，数量从 211 个减少到 2019 年 4 月的 191 个。

1.4 CCGs 的治理

CCGs 有很多复杂的治理安排，而且差异较大。有些 CCGs 会跟其他的 CCGs 合作和形成联盟，其会联合购买或分担风险或共享管理人员。如有些 CCGs，尤其是覆盖人口较少的 CCGs，经常会跟其他 CCGs 合作；在有些地区，一个 CCGs 被指派为主要采购者，以减少购买负担，并跟提供者的管理相协调；在有些地区，CCGs 会共享高级管理职位或者共担经济风险。至少，相邻的 CCGs 都会互相沟通活动信息。大多数 CCGs 会有一些地方性机构来支持全科医生加入，并有地区优先性。

CCGs 内部治理安排主要有 3 种：治理机构、成员理事会和执行团队。CCGs 的治理机构负责主要的决策，由选举的全科医生担任主席，还包括全科诊所成员代表，执行团队成员，医院的医生、护士、业外人士(可能来自志愿部门)和其他当地合作方成员。CCGs 的治理机构必须包括除全科医生之外的临床医生，但是法律层面对此要求很低，只要求每个 CCGs 有一个护士和一个二级医疗机构的医生，而且不能跟 CCGs 的责任有利益冲突。治理机构的具体组成有差别，有些

CCGs 允许非全科医生担任代表，但有些 CCGs 要求必须是卫生技术人员担任代表。某些成员会关注 CCGs 某个具体领域，如业外人士主要负责患者公众参与。

大多数 CCGs 都有成员理事会，具体职能有所不同，但一般都代表了成员，同时跟治理机构和执行团队保持联络。成员理事会需要同意 CCGs 的价值观，并且支持 CCGs 的计划和任何变更。较大规模的 CCGs 成员理事会包括所有的诊所代表，较小规模的 CCGs 仅包括地方性代表。

执行团队是 CCGs 的雇员，负责管理 CCGs 的日常活动。执行团队的规模取决于 CCGs 有多少活动已经外包。执行团队由一个法律上负责 CCGs 活动的官员领导，官员可能是医生，但实际上更可能是专业经理。

1.5 CCGs 与其他购买组织的比较

CCGs 有很多独特之处：一是英国所有全科诊所都必须成为 CCGs 的成员，其可以选择加入哪一个 CCGs，但英国 NHS 最终决定一个诊所是否可以加入某个 CCGs 或者是否可以改变成员单位。每一个诊所都必须任命一个全科医生代表诊所跟 CCGs 讨论，这些诊所代表将全地区的全科医生和 CCGs 紧密联系起来。二是 CCGs 作为法定机构，必须承担一定的法律职责，并有一些结构上的要求来确保管理好和对公众负责。三是 CCGs 控制真正的预算而不是名义预算。在英国以前的购买模式中，法律责任都在临床医生之上的管理层面，比如卫生行政

部门或者 PCTs，这些组织提供一个安全网，防止临床医生不能很好地控制费用或不能恰当地完成责任。而 CCGs 是自治组织，面对全部的经济风险。四是跟其他法定机构不同，CCGs 是会员制机构。作为会员制单位，CCGs 除了对英国 NHS、患者和其他人负责外，还要对会员诊所负责，反过来也是如此。

2. CCGs 做什么及怎么做

2.1 CCGs 的功能

为了便于理解 CCGs 的功能，采用图 1 展示英国卫生服务购买和筹资的整体结构。卫生和社会保障部负责卫生筹资，对议会负责。NHS 对卫生和社会保障部负责，确保采购系统恰当运行，并采购专科服务（如罕见病的治疗）和初级保健服务、军人和司法部门健康服务，其可以独立完成也可以跟 CCGs 合作。NHS 也是负责监督 CCGs 的法定机构：其一方面需要让 CCGs 承担责任，并对 CCGs 的绩效进行年度评估；另一方面需要支持 CCGs 来改进健康结果。

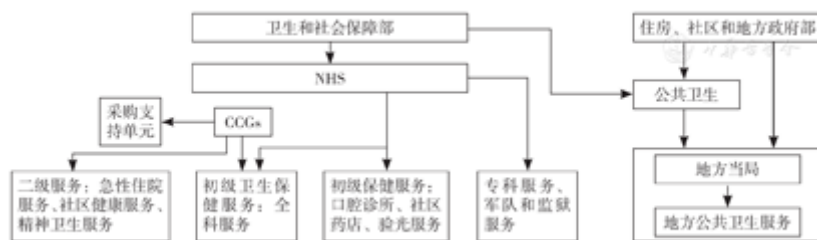


图 1 英国卫生服务的购买和筹资结构

CCGs 对 NHS 负责，主要是计划和采购二级服务，并配合 NHS 采购全科服务。目前 CCGs 控制了约三分之二的 NHS 预算。2018—2019 年度，NHS 经费共计 1138 亿英镑，其中 844 亿英镑由 CCGs 负责购买。

CCGs 的代表也是地方健康和福利局 (the Local Health and Wellbeing Board, HWB) 的法定成员。HWB 负责战略需要评估和健康与福利战略, CCGs 在制定采购计划时必须考虑这些因素。

2013 年成立之初, CCGs 管理除初级卫生保健和专科服务外的绝大多数卫生服务 (二级和社区卫生保健服务)。采购初级卫生保健服务的责任由 NHS 负责, 以避免 CCGs 的全科医生小组采购其自己诊所的服务时存在利益冲突问题。2015 年 4 月开始, NHS 将购买初级卫生保健服务的责任也移交给 CCGs。这主要是考虑到 CCGs 掌握当地人口健康的需要, 而且其承担采购整合性服务的责任, 因此好处是大于利益冲突的。改革的目的是鼓励临床医生在规划当地卫生服务和决定 NHS 基金如何支付方面发挥更大的作用。因此 CCGs 承担初级卫生保健服务的采购, 包括设计、监督、谈判和终止合同, 设计当地的激励机制, 建立新诊所的决策, 负责诊所合并的批准。到 2018 年 4 月, 178 个 CCGs (占 91%) 已经承担了采购全科服务的全部责任, 其他的要么跟 NHS 联合采购, 要么跟 NHS 团队合作更加紧密。新的责任使得 CCGs 有机会改变全科诊所, 但也使得决策更频繁地面临利益冲突的风险。目前有些 CCGs 还承担了购买专科服务的责任。将购买责任从 NHS 转移给 CCGs 使得 2012 年时存在的购买碎片化减少, 但是额外的责任并没有获得额外的资金支持, 很多 CCGs 都在用更少的资源提供更多的服务。

2.2 CCGs 购买初级卫生保健服务

CCGs 了解初级卫生保健和当地的需要，让 CCGs 采购初级卫生保健及其他服务，有助于服务改进策略的发展、初级卫生保健的创新及初级卫生保健的新投资，最终改进服务质量，使得初级卫生保健更有吸引力，促进卫生人员招募和留住人才。如 CCGs 跟 NHS 共同采购初级卫生保健服务被认为有助于减少初级、社区和二级服务之间的传统界限，能够促进整合和以人为中心的卫生服务提供，并符合战略性购买的概念。

CCGs 在执行购买初级卫生保健服务的职责时必须咨询其成员，有些 CCGs 采取投票的方式。目前主要有三种采购模式：一是更广泛的参与，即 CCGs 会影响当地全科服务采购，但不会发挥主导作用，没有正式的过程；二是联合采购，CCGs 跟 NHS 地区团队建立联合委员会，保持参与购买初级卫生保健的决策过程，但是分配资金仍然是 NHS 的责任；三是采购权下放，CCGs 领导初级卫生保健的采购并为预算负责。2014 年初级卫生保健采购转移给 CCGs 时，大多数都选择了联合采购模式，因为不确定在没有额外资源投入的情况下，会转给其多少责任。2018 年 4 月，209 个 CCGs 中的 178 个选择了采购权下放的安排。

2.3 CCGs 购买功能的实现

为了完成法定责任，CCGs 需要实施一系列活动：跟其他地方组织，包括卫生服务提供者和地方当局，评估和规划当地的健康需要；从各种卫生服务提供者采购服务，包括急诊住院基金、精神卫生基金、

社区健康提供者、急诊基金、全科诊所、NHS111 个提供者、患者转运提供者和其他的公共和私立的部门；通过合同管理监测服务质量，CCGs 管理的合同书可以达到数百个，合同的大小和复杂性差异很大；促进系统的整合及不同提供者和部门的整合；其他的活动，包括为儿童和成人提供保护，实施持续的卫生保健评估和改进药物的处方。

CCGs 可以选择不同的方式实现购买功能，或者自己完成，或者以小组的形式(某个 CCGs 主导)跟其他地方机构合作，或利用外部的采购支持，但 CCGs 的法定责任不能分配给其他组织。很多 CCGs 成立之初就建立联合工作安排，比如共享一个资深管理团队。CCGs 可以自己采购一些服务，也可以在一个 CCGs 小组内采购其他服务，由一个 CCGs 承担管理合同的责任，比如急诊服务通常就是通过 CCGs 小组形式采购。

CCGs 相比 PCTs 要小得多，因此需要依赖外部资源。提供外部支持的主要是采购支持单元(CommissioningSupportUnits)。大多数采购支持单元保留了一些 PCTs 的成员和经验，并且提供当地的、实用的采购支持，比如采购信息、合同管理、商务智能、服务重新设计、交流、公众与患者参与。英国有很多登记的采购支持单元，每个 CCGs 可自主选择跟任何一个采购支持单元签约，或者所有服务都自己提供，不利用外部资源。

2.4 CCGs 的运行成本

CCGs 对 NHS 负责，后者每年对 CCGs 进行评估。CCGs 的运行费用

仅占总支出的很小一部分。而且 CCGs 每年的实际运行支出都小于预算支出。2014—2015 年度，运行费用预算为 13.5 亿英镑(25 英镑/人)，2015—2016 年度减少 10%，为 12.1 亿英镑(21 英镑/人)，2018 年 11 月，NHS 确认 2020—2021 年运行经费再减少 20%，见表 1。

表 1 CCGs 运行经费预算和实际支出
Table 1 CCGs operating budget and actual expenditure

年度	预算运行成本 (×10亿英镑)	实际运行成本 (×10亿英镑)	比预算少支出 (%)
2014—2015	1.35	1.23	9
2015—2016	1.21	1.15	5
2016—2017	1.21	1.13	6
2017—2018	1.21	1.13	7

注：CCGs=临床委托服务组织；数据来源于英格兰国家审计局分析 CCGs 年度报告和会计数据

表 1 CCGs 运行经费预算和实际支出

3. CCGs 和整合型服务

3.1 英国整合型服务的规划

整合型服务是国际上普遍追求的目标。不同卫生服务提供者之间卫生服务的碎片化是很多国家都存在的问题。初级卫生保健和二级服务、治疗和预防及不同专科服务之间一直在寻求整合。初级卫生保健作为卫生系统的基石被认为在整合卫生系统中发挥重要作用。英国全科医生充当“守门人”的模式，被认为是促进整合的有效机制。2014 年 NHS 发布五年规划(NHSFiveYearForwardView)，提出要改变卫生服务来满足人群的需要，要求跨组织边界整合服务，强调预防，以及患者、社区能够更多地控制自己的健康。2015 年 12 月，NHS 规划指南宣布建立可持续和转变规划(SustainabilityandTransformationPlans, STPs)，作为促进实现五年规划的动力。2019 年 1 月英国发布 N

HS 长期规划，到 2021 年整合的保健系统将覆盖整个国家。

另外，2016 年 NHS 引入了属地规划 (place-based planning) 的概念，即在按机构规划的同时要有针对当地居民的整体规划。多年以来，NHS 一直强调每个机构的独立和自主性，但这对于其服务的居民和患者是不合理的。基于属地规划，NHS 提供者和购买机构联合编写 STPs，用来处理经济上面临的挑战。2016 年英格兰建立 44 个可持续和转变伙伴关系，2018 年，其中 3 个合并，现在还有 42 个。每一个 STPs 平均包括 5 个 CCGs，但是实际上 1~12 个。CCGs 在发展和执行这些 STPs 中发挥了主要作用。这种新的规划过程表示 CCGs 独自购买服务，但是一些高层次的决定如何实现转变，将会跟当地其他 CCGs 和提供者一起讨论。这也是走向基于属地规划卫生服务提供的一步，而提供者和购买者之间不仅仅是竞争，更多的是超越组织边界合作为患者提供服务。这种合作进一步混淆了购买者和提供者之间的界限，提供者在决定卫生服务如何提供方面发挥更重要的作用。

3.2 整合型服务的典型做法

英国整合型服务是让各组织作为整合的系统更紧密地合作承担综合性的责任来改进人群健康。但英国并没有单一的整合型模式，每一个地区根据当地的情况发展不同的模式。英国有很多联合购买的例子，如 NHS 购买者和社会服务购买者联合；CCGs 购买很多新型的服务，如多学科的社区提供方 (Multispeciality Community Provider)、初级保健和急诊服务系统 (Primary and Acute Care System)、初级保健之家

(PrimaryCareHome)等。再如伦敦东部地区成立了社区治疗团队，提供完全整合的服务，包括社会服务和卫生保健服务；CCGs 负责购买社区治疗团队的服务，但 CCGs 并非单打独斗，跟地方当局、医院都有紧密的合作。社区治疗团队服务使得患者能够在家里接受服务，减少了患者对住院治疗的依赖。

CCGs 购买整合服务的合同有很多种，如主合同模式 (a prime contract) 和联盟合同模式 (an alliance contract)，前者又包括主承包商模式 (prime contractor model)、主提供者模式 (prime provider model)。主承包商模式是指 CCGs 跟一个组织签约，这个组织负责其他提供者根据合同规定提供服务的日常管理。而主提供者模式除了管理提供者外，也直接提供服务。联盟合同模式是一些独立的提供者跟 CCGs 签订同一个合同提供服务，合同内的所有提供者和购买方一起承担风险和责任。实际上，这些合同在实践中如何激励提供方紧密合作并没有清晰的分界线，而以合同的具体条款作为合作的杠杆。合同的目标是让提供者对结果负责，让提供者优化不同服务提供者之间的空隙，转变资金在提供者之间的流动。这两种模式均是关注某一个特定人群(如老年人)或者某种疾病(如骨骼肌肉保健)。

4. CCGs 的筹资

NHS 的资金分配是按照一定的公式将中央的资金分配给地方。2019—2020 年度，NHS 的人头资金平均为 1318 英镑，最高的是 Knowsley CCG，为 1742 英镑，最低的是 Oxfordshire CCG，为 1091 英

镑。人头经费最高的 10 个 CCGs 都在东北和西北地区。资源分配的核心原则是分配最终要保障这个国家所有有同样需要的人有同样的机会获得服务。如果每个地区的人群都有相同的需要，并且满足这些需要的成本相同，那么筹资分配的公式就很简单，只需要按人头分配即可。但是成本(人员、土地、建筑成本)和需要(年龄、健康状况和贫穷水平)是不同的，因此就需要按一定的权重来分配。

从 1971 年开始，资金的分配考虑人口、性别、年龄 3 个因素，20 世纪 90 年代增加了贫穷程度这一因素。资金分配的具体原则周期性调整，因此每个指标的权重也会变化。当前权重计算公式基于：年龄相关的需要(更年老的人群需要更多服务，其他人需要相同)，高于年龄相关的需要(如健康状况)，没有满足的需要和健康不平等的调整，不可避免的提供卫生服务的高成本。这些权重因素表明，覆盖更年长的人群、在城市地区或者在更贫穷地区的 CCGs 应该有更多的资金分配。没有满足的需要用 75 岁以下人群的标化死亡率来反映。不可避免的成本主要由 3 个因素反映：市场压力因素(如伦敦的人工、土地和建筑成本高于其他地区)、急诊费用调整、贫乏(sparity)调整。市场压力因素主要包括四部分：临床和口腔医生人力成本、其他人员、土地和建筑。在 NHS 内部，支付率由国家决定，因此差异相对较小，但是间接支付成本的差异很大，如职位空缺比率、员工流动率和代理员工的使用。急诊费用调整主要是不同地区提供急诊服务的成本，尤其是人口较少地区和大都市。贫乏调整主要是偏远地区医院不可避免

的高成本，因为这些医院的活动水平很低，很难高效运行。

5. CCGs 面临的挑战和对策

5.1 全科医生实际参与 CCGs 的程度参差不齐

全科医生参与 CCGs 的水平差异很大，但是一般来说，CCGs 的临床参与水平要远远大于以前其他形式的购买组织。虽然很难实现所有的全科医生都愿意参加 CCGs，但是要确保 CCGs 能够创新和执行新的服务提供模式，促进参与或者至少减少不参与是至关重要的。实际上，虽然全科诊所是 CCGs 会员，但是大多数全科医生跟 CCGs 直接接触很少。有些有领导职位的，如治理机构的成员、临床领导或者全科诊所代表，对于确保购买决定能够接受临床观点和全科医生关于当地居民需要的认知非常重要。

要确保购买由临床医生领导，CCGs 需要招募那些愿意承担额外责任的医生并且确保这些人能够获得恰当的支持来完成其工作，而且其时间能有效利用。因为全科医生时间紧张，而 CCGs 领导岗位需要花费大量时间，因此很难找到全科医生担任领导岗位。

尽管总体的参与水平保持稳定，但是没有正式职位（在 CCGs 内部治理中有正式职位）的全科医生感到其对购买决定的影响很小（2016 年只有 20% 觉得自己能影响 CCGs 的决定），其不能充分了解 CCGs 的意图，或者不能感觉到 CCGs 的决定反映了其观点，大多数并未感到 CCGs 归成员所有（23% 感到 CCGs 归成员所有或者感到 CCGs 是全科医生的组织），而且情况在恶化。原因可能有两个：一是 CCGs 经理对购

买决定的影响要大于全科医生对治理机构的影响；二是 CCGs 的领导没有足够的时间和资源去充分咨询其成员。

有证据显示领导层面临临床参与的可持续性有一定风险，因为尽管大多数领导人表示想继续留在其岗位，但是随着较大规模全科诊所数量的增加，越来越多的全科医生有竞争领导职位的热情，竞争越来越激烈。另外，有全科医生认为，CCGs 并没有改进全科服务的质量和患者体验。

5.2 利益冲突问题

临床参与采购可能会导致采购决定受到全科医生个人利益的影响，尤其是采购全科服务时。有研究发现，除全科医生自己诊所存在利益关系外，1/3 的全科医生治理机构成员跟其他的提供者存在利益关系。

委托代理理论能很好地解释 CCGs 采购初级卫生保健服务存在的利益冲突问题。委托人以合同的形式将一些任务委托给代理人执行，如果代理人和委托人的目标一致或者委托人有充足信息就没有任何问题。否则，如果委托人和代理人都寻求自身利益的最大化，委托人和代理人之间就会发生利益冲突。委托人可以通过恰当的激励限制代理人按照自己的利益行动，也可以监测代理人的活动。如在一个企业，公司股东可以看作委托人，将公司的管理委托给董事会，监测管理活动很难，而且所有的股东都可以从一个股东的监测中获益，这就导致了股东的“搭便车”思想，反过来就会减少某个股东采取监督活动的可

能性。因为缺少监督，再加上管理人员和所有者之间的利益分歧，就会导致管理者牺牲股东的利益、追求自身的利益而带来利益冲突。CCGs 可以看作 NHS 的代理人，而 NHS 是纳税人的代理人，承担支出公共资金的责任。全科医生承担这些资金的管理功能，可以直接获得经济和非经济利益，或者非直接利益，由于缺少充足的监督，全科医生有追求跟 NHS 矛盾的自身利益的潜在利益冲突。

6. 对我国的启示

6.1 全科医生参与采购对于实现战略性购买至关重要

近几年我国一直强调发挥医保的战略性和购买功能，强调医保在三医联动中的杠杆作用。医保作为第三方支付机构，掌握了大量资金，能够通过医保政策来引导医疗服务高效率提供。但医保基金管理机构人员较少，且大多是非临床专业人员，对医疗服务购买的专业知识掌握有限，难以实现战略性购买的目标。英国在形成医疗服务内部市场时，一直强调临床医生参与购买过程，CCGs 是由全科医生参与并领导的机构，负责医疗服务的购买。全科医生参与购买有四大好处：一是全科医生与患者直接接触，了解患者。全科医生参与 CCGs 代表签约人群购买服务，全科医生很容易发现问题，如哪些服务没有提供，哪种服务方式不合适，而且能够解决这些问题。我国当前大力发展全科医生制度，国务院办公厅发布《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》（国办发〔2018〕3号），提到全科医生在基本医疗卫生服务中发挥着重要作用，要求加强全科医生的培养，让全科医生

和家庭医生团队做好医保控费方面的“守门人”。按照顶层设计的预期，全科医生将成为改变医疗资源“倒三角”结构的关键，而且通过全科医生首诊把关，把患者下沉社区后，能切实促进基层医疗卫生服务的公平可及，同时还能避免医疗服务的过度消费，对医保控费亦有益处，但是全科医生代表患者去购买患者需要的各种服务还有很长的路。二是全科医生在一线工作，对可获取的服务非常了解，跟各种各样的提供者都有联系，包括社会服务和其他政府机构。三是医生和医生的对话。全科医生的临床经验使得其有能力跟其他医生对话，能够对其他医生的服务提出挑战和疑问，这有利于改进购买，而这些显然是非临床专业的管理者做不到的。我国医保部门作为购买方，在无临床医生参与的情况下，难以在购买过程中与医疗服务提供方直接对话。四是临床医生和管理者的共生关系。全科医生和管理者的共生关系是一加一大于二的，其共生关系使得工作效率远远超过各自独立工作。全科医生和管理者彼此需要，而且绩效明显改善。管理者可能关注于形成政策和策略，比如政策形成过程中引导方向，撰写政策文稿、计划及跟外部的联络；而全科医生可以专注于临床相关的事情。

6.2 CCGs 发挥战略性购买功能，减少住院服务利用，控制卫生费用过快增长

我国三大基本医保制度以“保大病”为主，医保支付倾向于保障住院服务，对门诊服务的覆盖程度轻，存在一定程度的门诊转住院，住院服务需求不断增长，刺激我国各级医院床位不断增加，床位供给的

增加又反过来进一步诱导需求，最终导致我国住院率不断攀升，从2010年的10.59%增长到2018年的18.27%，住院率的快速攀升带来医疗费用的飞速增长，医保基金面临赤字风险，患者个人负担难以下降。英国预算和采购责任整合到CCGs一个采购方，为一个地区的人口采购初级保健、社区服务和二级服务，使得资源在不同部门间转移，促进服务提供的进一步整合，而且可以创造条件支持能够提供新型整合服务的组织，最终更多的服务在医院外提供。而且从患者角度来说，服务更加整合、更有效率、更有效、更便宜。CCGs采购强调人群的需要，在一定的地理范围内，利用固定的预算和关注结果导向的采购。这跟国际上强调的战略性购买十分一致，也进一步证明购买在刺激形成新的整合服务模式方面有很重要的作用。我国三大医保已经归于医保局管理，医保局作为强大的购买方可以借鉴CCGs的做法，发挥战略性购买功能，减少住院服务利用。

6.3 CCGs由全科诊所自下而上主动聚集而成，并根据各地实际情况采取不同形式的整合服务

目前我国医疗服务存在严重的碎片化，不同医疗机构间甚至同一医疗机构内部不同科室间难以提供整合型服务。为了促进卫生服务整合，国家卫生健康委倡导实施县域医共体模式。各地在国家政策文件的引导下，探索了不同的医共体模式，有一些成效，但仍存在大医院借此“跑马圈地”、基层医疗卫生机构提供服务不断“萎缩”等问题。英国CCGs并不是NHS自上而下安排、规划形成的，而是由全科诊所自

下而上聚集而成，各地根据地方的医疗服务需要和地方的特定情况，CCGs 有不同规模和运作形式。英国 CCGs 成立以来，作为采购组织，CCGs 购买了很多整合型服务，如多学科治疗小组、出院处理小组等，将全科医生、专科医生、社会组织等联合起来提供整合型服务，减少对住院服务的依赖。

[返回目录](#)

美国国家科学工程院医学研究院 发布 2021 年实施高质量基层卫生服务——重建卫生保健基础

来源：美国国家科学工程院医学研究院

高质量的基层卫生服务是医疗服务系统发挥强大功能的基础，对于实现医疗服务的四重目标(改善患者体验，促进人群健康，降低医疗成本以及增加医疗团队经验)至关重要。高质量的基层卫生服务提供以人为本、基于关系的综合卫生服务，同时考虑到个人、家庭和社区的需求和偏好。基层卫生服务在医疗服务系统中是独一无二的，因为它为每个人量身定制，并且可使患者终生适用(包括从健康的儿童到患有多种合并症的老年人和残疾人)。拥有高质量基层卫生服务体系的国家以及卫生系统中的居民通常享有更好的健康结果和更高的健康公平性。

1996 年，医学研究所(IOM)发布了《基层卫生服务：新时代的美国国民健康》，该报告为改善基层卫生服务提出诸多建议，但其中大多数建议并未得到实施。因此，为实现高质量卫生服务，美国国家科

学工程院医学研究院的职责是在 1996 年报告的建议的基础上，制定美国高质量基层卫生服务的实施计划。

实现该计划应以基层卫生服务利益相关者为目标，平衡国家对可扩展解决方案的需求，同时平衡当地情况。计划包括五个目标，使美国全体公民都能获得高质量的基层卫生服务：

1. 支付基层卫生团队为病人提供卫生服务，而不是让医生提供卫生服务。

2. 确保每个社区中的每个家庭和个人都能获得高质量的卫生服务。

3. 在患者生活和工作的地点培训基层卫生团队。

4. 设计出可用于为患者、家庭和跨专业卫生服务团队提供服务的信息技术。

5. 确保在美国实施高质量的基层卫生服务。

实施计划(包含每个实施目标下的建议措施)基于三个要素进行：

1. 对一个实施框架进行三个层次的修订，这也说明了美国医疗卫生系统及其公共部门和私营部门参与者成员的复杂性。

2. 建立用于评估实施活动充分性和完整性的问责框架。

3. 制定公共政策框架，优先考虑由政府部门制定相关政策以实施高质量的基层卫生服务，与其作为共同利益的地位相一致。

实施计划要求来自公共和私营部门的参与者在宏观、中观和微观系统层面采取适当规模的行动，并制定问责框架以确保工作完成。基

层卫生服务的价值是无可争议的,通过广泛的研究确定了可以促进高质量基层卫生的政策制定和临床卫生服务。该计划中的建议措施将促进并有效扩展这些政策和临床卫生服务。

国家应该为所有人提供高质量的基层卫生服务,但创建这样一个系统需要领导力、问责制以及完成这项工作的明确前进道路。美国国家科学工程院医学研究院希望本报告中的工作计划能够早日实施。

[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



地 址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司
电 话：010-68489858