

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.10.11-2021.10.17

——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。)

· 中医药动态 ·

▶ [中医药按病种/病种分值付费来了！“临床价值”迎大考！](#)（来源：医药经济报）——第 10 页

【提要】广东省医疗保障局日前印发《广东省医疗保障局关于开展医保支付改革促进中医药传承创新发展的指导意见》，旨在深化医保支付制度改革，促进中医药高质量发展，满足人民群众对中医药服务需求，其中“对中医优势门诊病种实施按病种付费，对中医优势住院病种实施按病种分值付费。”引发行业关注。在此之前，广东省已经率先探索建立全省统一的中医优势住院病种分值库，如今正式发文在全省落地按病种付费，势必进一步巩固“以临床价值为导向”的支付端改革思路。

▶ [国家卫健委：鼓励开展药物镇痛分娩、发挥中医药在妇幼保健的作用](#)（来源：中青网）——第 14 页

【提要】10月14日，国家卫生健康委官网发布了关于印发母婴安全行动提升计划(2021-2025年)的通知。通知指出，到2025年，全国孕产妇死亡率下降到14.5/10万，全国婴儿死亡率下降到5.2%，为如期实现“健康中国2030”主要目标奠定坚实基础。进一步提升妇幼健康服务水平，完善危重孕产妇和新生儿救治体系，为妇女儿童提

供安全、有效、便捷、温馨的高质量妇幼健康服务。

• 院感防控 •

▣ [体系构建 | 基于结构—过程—结果模型的医院感染管理效果分析?](#)

(来源: 感控工作间) ——第 17 页

【提要】新型冠状病毒传播速度快, 易引起医院感染聚集, 甚至暴发公共卫生事件, 严重威胁全人类的生命安全。一些特殊人群, 如新生儿、孕产妇等, 处于特殊的免疫状态, 一旦发生院内感染, 病情进展相对普通人更重更快, 需要格外加强防护。因此, 医院感染管理就是预防和控制院内发生的交叉感染, 保护患者安全和医务人员安全, 保障医疗安全, 这具有极其重要的作用。本研究以结构—过程—结果模型为管理框架, 进行了某省级妇幼保健院在新冠肺炎疫情背景下应急状态的医院感染管理现状实践与对策研究。

▣ [体系构建 | 如何创新三级网络网底管理模式, 完善医院感染管理网络建设?](#) (来源: 感控工作间) ——第 26 页

【提要】医院感染管理是现代医院管理的一项重大课题, 是医疗质量管理的重要组成部分, 医院感染管理的成效已成为评价医院综合医疗质量的重要指标。医院感染工作涉及面广、环节多、跨多学科, 发生因素多, 并贯穿于患者诊疗的全过程, 单靠某一个部门很难完成, 极易出现风险。广东顺德新生儿感染事件, 江苏东台血液透析丙型肝炎病毒感染事件都再次证实, 建立一个完整的组织管理系统是首要的措施, 也是管理的基础和保证。三级网络是指医院感染管理委员会、医

院感染管理科、医院感染管理小组，作为三级网络中的网底组织，临床医院感染监控医生和护士能否充分发挥职责，是医院感染管理工作的组织保证。

• SPD 管理 •

▣ [SPD 管理模式如何管控医疗](#)（来源：医划）——第 36 页

【提要】随着我国医疗卫生改革政策的不断深化，医疗机构在为广大患者提供更加优质的医疗卫生服务的同时，也在负担着极大的管理和运营成本。SPD 管理模式作用于医院管理流程的优化，在管理效率、控制医院成本、降低患者医疗费用等方面也起到了积极的促进作用。SPD 管理模式在相关理论和技术的支持下，能够有效地链接过去传统医用耗材管理过程中流程环节，实现医用耗材的全程透明化追溯，同时助力医疗费用的管控，实现医院长期可持续发展的目标。

▣ [SPD 在中国医科大学航空总医院精细化管理中的应用](#)（来源：中国医科大学航空总医院）——第 37 页

【提要】SPD 在国内就是由医改“零加成”政策下应运而生，符合医改趋势，帮助医院深度响应医改要求。零加成是指从供应商到医院再到患者之间药品耗材要实现零差价。在 SPD 模式管理下，耗材管理部门就像商场，采用“代销”模式，使用后计费，一个月结一次账，数据全部在系统上准确记录。这样既满足了医院控制成本的需求，也满足了供应商结款流程复杂的需求。同时，这也是医院对医改，精细化管理要求的响应，“SPD 模式”显然是医院高质量发展的助力器。

· 分析解读 ·

▶ [一问一答，全面了解“十四五”全民医疗保障规划！](#)（来源：国家医疗保障局）——第 46 页

【提要】“十四五”时期，我国 60 岁以上老龄人口将超过 3 亿，社会进入中度老龄化阶段，劳动年龄人口减少，人口在职退休比进一步降低。而且，我国常住人口城镇化率已达 60%， “十四五”末期将达到 65%，人民群众对医疗保障范围和标准的要求不断提高。同时，疾病谱发生变化，传统传染病和新冠肺炎等新型传染病风险交织，医保基金支出刚需不断扩大，基金运行压力持续存在。从挑战看，一是发展不平衡不充分。地区间、人群间医疗保障水平存在差距，重大疾病保障机制需要完善。二是医保、医疗、医药改革不够协同。医保基金监管形势仍然严峻，欺诈骗取医保基金和侵害群众利益的现象普遍存在。三是发展基础相对薄弱。医保信息化、标准化、法治化建设及公共服务体系建设与新时期医疗保障改革的要求存在差距。

▶ [医药价格监测将推动药价持续稳定阶梯式下降](#)（来源：Latitude Health）——第 72 页

【提要】根据近日公布的《“十四五”全民医疗保障规划》，药价监测被正式纳入医保规划：“全面建立公立医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测机制、交易价格信息共享机制，提升对药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力。强化药品和医用耗材价格常态化监管，实施全国医药价格监测工程，全面落实医药价格和招采信用

评价制度，灵活运用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数、挂网规则等管理工具，遏制药品和医用耗材价格虚高，兼顾企业合理利润，促进医药行业高质量发展。”

• 医保速递 •

▶ [医保规划从顶层到基层，再看医院如何“强身健体”？](#)（来源：中国医疗保险）——第 78 页

【提要】医保 DRG 支付的到来，给医院带来更大的压力，更多的挑战。在实施过程中，针对新技术、新项目是否能够建立专门流程？如何以医院系数代替成本系数来避免“鞭打快牛”？这些问题都是需要逐步改进的，需要医院医保管理切实提高专业水平和工作实效，实现与医保行政部门的良性沟通，反映情况、分析原因、提出建议、合理协商。如有必要，未来可以探索建立医保行政部门与医院医保部门的定期会商沟通制度，从而减少医院运行过程中可能发生的政策性亏损，更能推动医保改革的不断完善，最终实现医保管理机构、医院和病患三方的共赢。

▶ [医保支付政策应如何协同医疗服务价格改革？](#)（来源：江西省医保局）——第 82 页

【提要】2021 年 8 月 25 日，国家医保局等八部门联合发布《深化医疗服务价格改革试点方案》，意味着新一轮医疗服务价格改革试点工作正式启动。医疗服务价格改革的目的是为了建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的

医疗服务价格形成机制，从而调动医务人员积极性、促进医疗服务创新发展、提高医疗卫生为人民服务的质量和水平。在我国已基本实现全民医保、医保部门成为最主要的医疗服务付费第三方的大背景下，如果没有医保支付政策相协同，医疗服务价格改革将很难真正取得成功。为此，《试点方案》明确要求，“做好医疗服务价格和支付政策协同，价格管理总量调控和医保总额预算管理、区域点数法协同”，这也无疑向实际工作者和理论研究者提出了一个务必作答且必须答好的新课题。

• 养老服务 •

▶ [实施“一窗受理”！郑州推动医养结合落实处](#)（来源：中国新闻网）——第 89 页

【提要】郑州市卫生健康委、郑州市发展改革委等 9 部门近日联合印发了《郑州市医疗健康与养老服务结合实施办法》(以下简称《办法》)，通过增加服务供给、重视人才队伍建设、鼓励上门医疗护理服务等，对新申请举办医养结合机构的，实施“一窗受理”，推动医养结合落在实处。《办法》明确，通过深化医疗和养老服务“放管服”改革，优化医养结合机构审批流程和环境，不断扩大医养结合服务供给。

▶ [养老保障不足、服务设施不健全！农村老人，如何养老？](#)（来源：央视新闻）——第 91 页

【提要】人口基数更大，老龄程度更深，困难老人更多，农村老人的晚年生活引人关注；家庭养老能力弱化，养老保障不足，养老服务设

施不健全，农村养老短板如何补齐？《新闻 1+1》对话北京大学社会学系教授、中国老年学和老年医学学会副会长陆杰华，共同关注：农村老人，如何养老？

· 关注疫情 ·

▶ [张伯礼：近期全球疫情趋缓 注射疫苗效果明显](#)（来源：央视新闻）

——第 94 页

【提要】日前，记者在宁夏银川专访了参加 2021 医生云大会的中医内科专家、中国工程院院士张伯礼。他表示，最近，全球疫情整体呈现趋缓态势，近一个月来，确诊病例下降近 30%。张伯礼院士分析认为，疫情出现趋缓态势是多方面原因造成的。首先是普遍接种疫苗；其次，最近病毒比较“老实”，没有出现变异。此外，人们也普遍加大了一些防护措施。尽管如此，他说，现在说疫情已经得到控制还为时过早。就我国而言，外防输入、内防反弹的压力仍然很大。冬季是病毒最活跃的时期。因此，他建议仍然要乘势而为，继续加强防护。

▶ [新冠疫苗加强针，8 个最新问题](#)（来源：医药网）——第 95 页

【提要】近期，多地已开启加强免疫工作，开打新冠疫苗接种加强针。截至目前，安徽、福建、河南、黑龙江、湖北等 10 余省份已明确启动加强针接种。但各省加强针政策有细微差别，接种医生应十分注意。具体来说，湖北、广西、福建等地都明确优先开展重点人群接种，而山东济南、安徽合肥、黑龙江绥化等部分地区则未明确划定重点人群的限制。相比此前的接种，在加强针方面，大家还有不少疑惑和误区。

经多方探查，将 10 月以来出现的新问题，为大家进行汇总解答。

-----本期内容-----

• 中医药动态 •

中医药按病种/病种分值付费来了！“临床价值”迎大考！

来源：医药经济报

广东省医疗保障局日前印发《广东省医疗保障局关于开展医保支付改革促进中医药传承创新发展的指导意见》（以下简称《意见》），旨在深化医保支付制度改革，促进中医药高质量发展，满足人民群众对中医药服务需求，其中“对中医优势门诊病种实施按病种付费。对中医优势住院病种实施按病种分值付费。”引发行业关注。



按病种付费是医保支付制度改革的重要举措，但由于中医药诊疗方式各异、效果评估标准不统一，对具体的诊疗项目以往难以标准化。在此之前，广东省已经率先探索建立全省统一的中医优势住院病种分值库，如今正式发文在全省落地按病种付费，势必进一步巩固“以临

床价值为导向”的支付端改革思路。

门诊住院“一揽子”方案

自10月1日起,《广东省中医药条例》(以下简称《条例》)正式施行,按照《条例》,完善中医药服务体系、加强中药保护和产业发展、加强中医药人才培养与科技创新、促进中医药传承和文化传播、完善保障措施与监督管理等方面将得到系统性的制度支撑。

广东省卫生健康委副主任、中医药局局长徐庆锋此前表示,作为中医药大省,广东中医服务量位居全国首位,并在中医药参与疫病防治、岭南中药材保护等方面取得良好成效,在中医药领域关键环节推进深化改革,有助于进一步提升中医药服务可及性。

按照《条例》,将符合条件的中医医疗机构纳入基本医疗保险定点医疗机构范围,将符合条件的中医诊疗项目、中药饮片、中成药和医疗机构中药制剂纳入基本医疗保险基金支付范围;医疗机构配置的中药制剂可以在一定范围内调剂使用,审批权进一步下放……一系列举措在全国范围内起到示范引领作用。

本次新发布的《意见》,正是在《条例》基础上打开了支付端政策的“天花板”。按照《意见》精神,开展中医药服务医保支付方式改革,以临床价值为导向,以中医优势服务、特色服务为重点。

《意见》提出,加大医保支付政策支持力度,建立健全符合中医药特点的医保支付体系,由省统一组织专家分批遴选中医优势病种,制订临床路径,开展支付制度改革:

对中医优势门诊病种实施按病种付费；

对中医优势住院病种实施按病种分值付费；

建立全省统一的中医优势住院病种分值库，合理确定分值，实施动态调整；

对安宁疗护、康复医疗、精神病等需长期住院治疗的中医优势病种，可按床日付费。

除此之外，《意见》强调中西医并重的门诊和住院病种，按现行支付方式付费，实行中医与对应的西医病种同病同治同价；以西医治疗为主的门诊和住院病种，增加特色中医治疗服务的，可适当提高该病种的门诊费用或住院分值。由省统一组织专家遴选病种，确定特色中医治疗服务内容和相应的门诊费用或住院分值。

行业观点认为，广东省此次针对中医药产业链政策的创新尝试，在很多方面正在逐步深化，其中最典型的一点是，啃下了中医药难以按病种付费这块“硬骨头”；同时，按病种付费的支付导向，也意味着医保作为大支付方将进一步加大品种管控力度，以“临床价值”为核心，势必加速细分市场的终端洗牌。

中医药支付端改革深入

近年来，为大力促进我国中医药传承创新发展，国家已经发布了一系列利好措施。今年1月，国务院办公厅印发了《关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》，重点提出要完善中医药服务价格政策，健全中医药医保管理措施。在国家大力推动下，目前各地也都在

不断出台相关法规、文件，开始加速推动中医药产业的发展。

就在前不久，上海市医疗保障局、上海市卫生健康委员会和上海市中医药管理局联合制定出台《上海市医保支持中医药传承创新发展的若干措施》（以下简称《措施》），明确中医医保支付方式改革的整体制度框架设计，逐步建立医保总额预算框架下的多元复合医保支付方式。

围绕“多元复合医保支付方式”，《措施》提出：分批遴选中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的中医优势病种，合理确定付费标准，引导中西医同病同效同价，推动中医优势病种单病种付费；推进符合中医药特点的支付方式改革，完善与国际疾病分类相衔接的中医病证分类等编码体系，深入推进中医药特色病种（组）在 DRG、DIP 等支付方式改革中的应用，支持具有同等疗效中医药特色病种（组）的合理支付补偿，探索建立医疗机构提供适宜中医药服务与医保支付挂钩的正向激励机制。

截至目前，辽宁、江苏、北京、福州、泰安、玉溪、临沂等地也陆续发布文件，大力支持中医药产业创新、传承发展，其方式也十分多样。为进一步支持中医诊疗技术的传承、创新和发展，充分发挥中医药在保障人民健康中的作用，今年以来，不少省市已把中医药服务项目纳入了医保报销。

10 月 11 日，国家药监局发布《关于政协第十三届全国委员会第四次会议第 4117 号（医疗体育类 455 号）提案答复的函》，根据《关

于结束中药配方颗粒试点工作的公告》要求，中药饮片品种已纳入医保支付范围的，各省级医保部门可综合考虑临床需要、基金支付能力和价格等因素，经专家评审后将与中药饮片对应的中药配方颗粒纳入支付范围，并参照乙类管理。



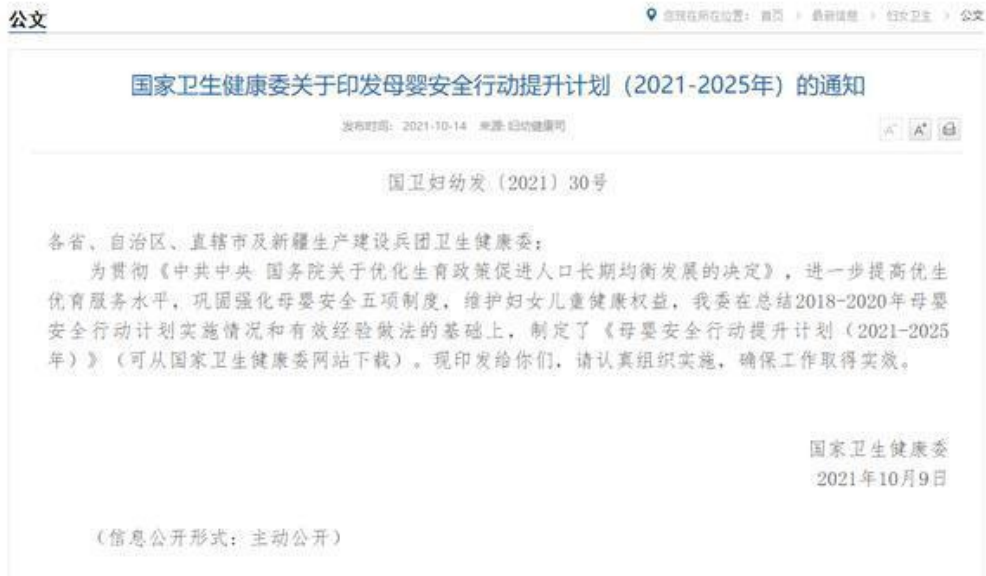
沿循中医医疗服务项目价格调整“小步走、不停步”“优先考虑、优先保障”等定位，探索按病种付费对桡骨远端骨折、腰椎间盘突出症、混合痔等系列中医单病种研究，再到试点建立“中医医院版”DRG、DIP 方案，以及国家对中药饮片、配方颗粒支付政策的放开，中医药医保支付制度改革的大幕正在拉开。

[返回目录](#)

国家卫健委：鼓励开展药物镇痛分娩、发挥中医药在妇幼保健的作用

来源：中青网

10月14日，国家卫生健康委官网发布了关于印发母婴安全行动提升计划(2021-2025年)的通知。



通知指出，到 2025 年，全国孕产妇死亡率下降到 14.5/10 万，全国婴儿死亡率下降到 5.2‰，为如期实现“健康中国 2030”主要目标奠定坚实基础。进一步提升妇幼健康服务水平，完善危重孕产妇和新生儿救治体系，为妇女儿童提供安全、有效、便捷、温馨的高质量妇幼健康服务。

计划提出，要制订健康教育工作计划，开发针对性的健康教育材料，撰写科普文章，制作科普图画，拍摄科普视频。依托孕妇学校、生育咨询门诊、微信公众号、微博、短视频等平台，普及孕育健康知识，三级妇幼保健院新媒体平台每年发布不少于 50 篇科普作品，单篇科普作品平均阅读量力争达到 1 万。

鼓励使用信息系统对孕产妇进行分级分类管理。对患有疾病可能危及生命不宜继续妊娠的孕妇，由副主任以上任职资格的医师进行评估和确诊。

在提升危急重症救治水平方面，对妊娠风险分级为“橙色”、“红

色”和“紫色”的高危孕产妇严格实行专案管理，并明确由产科高年资医师负责管理，保证专人专案；针对产后出血、新生儿窒息等常见危重症，每季度至少开展 1 次专项技能培训和快速反应团队急救演练，紧急剖宫产自决定手术至胎儿娩出时间努力控制在 30 分钟以内并逐步缩短；每半年至少组织召开 1 次多科室联席会议，建立院内多学科危重孕产妇和新生儿救治小组，鼓励新生儿科医生进产房。

在提升妇幼专科服务能力方面，开展孕产多学科协作诊疗试点和产科亚专科建设试点，鼓励建立省市县三级妇幼专科联盟。综合性医院着力加强妊娠合并症处置、危重孕产妇多学科联合救治；分娩量较大的妇幼保健院、妇产医院着力加强产科亚专科、新生儿科建设，逐步建立产科重点专病医疗组。加强乡镇卫生院和社区卫生服务中心孕产期保健能力建设，提升孕产妇健康管理能力。

此外，要充分发挥中医药在妇女儿童预防保健和疾病诊疗中的独特作用，建立中西医协作诊疗制度。各级妇幼保健机构全面开展中医药服务，三级和二级妇幼保健院开展中医药专科服务的比例达到 90% 和 70%。

在提升群众就诊分娩满意度方面，优化产科诊室布局和服务流程，集中产科门诊、超声检查、胎心监护、采血、尿检、缴费等环节，努力提供“一站式”便捷服务；规范开展专业陪伴分娩等非药物镇痛服务，鼓励开展药物镇痛分娩服务，有条件的医疗机构可开展家属陪伴分娩；鼓励有条件的医疗机构产科病房以单人间和双人间为主，切

实改善产科住院条件。

[返回目录](#)

• 院感防控 •

体系构建 | 基于结构—过程—结果模型的医院感染管理效果分析?

来源：感控工作间

新型冠状病毒传播速度快，易引起医院感染聚集，甚至暴发公共卫生事件，严重威胁全人类的生命安全。一些特殊人群，如新生儿、孕产妇等，处于特殊的免疫状态，一旦发生院内感染，病情进展相对普通人更重更快，需要格外加强防护。因此，医院感染管理就是预防和控制院内发生的交叉感染，保护患者安全和医务人员安全，保障医疗安全，这具有极其重要的作用。本研究以结构—过程—结果模型为管理框架，进行了某省级妇幼保健院在新冠肺炎疫情背景下应急状态的医院感染管理现状实践与对策研究。

结构-过程-结果模型介绍

SPO 模型由美国医疗质量管理之父 Donabedian 在《医疗服务质量评价》中首次推出，并确定了可用于评估医疗服务质量的 3 个维度：结构 (Structure, S)、过程 (Process, P) 和结果 (Outcome, O)。S 是指医疗机构中组织机构、诊疗范围及项目、总床数、人力资源配置等；P 是医疗机构运行的效率质量，如各类制度流程、诊疗路径、措施督查、培训考核等；O 是医疗机构终末质量，包括门急诊病人量、手术

量、住院率、发病率、医院感染率、剖宫产率、死亡率等。SPO 模型是常用于全面评价管理对象医疗卫生服务质量的经典模型。

妇幼保健院医院感染管理现状

本研究选取某省级三甲妇幼保健院，其现有床位 800 余张，工作人员 1000 余人。住院患者中多为孕产妇、新生儿和儿童，处于特殊的免疫状态，抵抗力差，更容易发生医院感染。但是医院感染也是可以预防 and 控制的。医院感染管理主要是在医疗机构内进行患者和医护人员的院内感染预防和控制管理工作，保护患者安全和医护人员安全，保障医疗安全。该院感染管理办公室现有医院感染管理专职人员 3 名，符合每 250 张床位配备 1 名专职人员的要求。

专职人员均为临床和护理专业，有一定的临床知识和院感经验，但是管理知识和能力不足。院领导对医院感染的重视程度不足。医务人员院感知识和个人防护意识不强。医院感染管理的主要工作是全面综合性监测和目标监测，为回顾性调查，未能起到对临床存在问题及时干预和指导作用，培训后未考核，不能评价培训效果等。医院感染管理模式及工作方法有待转变，需要借鉴先进的管理模型进行医院感染管理实践。

基于 SPO 模型的省妇幼保健院医院感染管理实践

SPO 模型广泛应用于许多领域，医药卫生管理领域也有应用。但涉及医院感染管理的研究较少。本研究运用 SPO 模型为管理框架，在传染性突发公共卫生事件背景下，进行了妇幼保健院预防与控制医院

感染管理的实践。

结构：妇幼保健院医院感染管理结构设计

SPO 模型实施后在疫情背景下，该院立即启动应急预案，在医院感染管理三级网络(医院感染管理委员会、感染管理办公室、科室感染管理小组)基础上，院长为总指挥和负责人，各职能部门相关人员组成医疗救治组、门急诊预检分诊组、院感防控组、后勤保障组、安全保卫组、健康宣传组等，构建疫情流行期间医院感染管理的组织结构。多部门协作联防联控，明确职责和分工。

过程：妇幼保健院医院感染管理过程强化

1. 制定并优化医院感染管理制度和流程

根据国家政策、指南等，从医务人员管理、患者管理、物品管理、手卫生、个人防护、消毒隔离、环境监测、医疗废物、信息系统预警和传染病报告管理等方面，制定和修订各项制度和流程，规范行为，有效控制医院感染。

2. 强化预检分诊与发热门诊工作

强化预检分诊工作，分类引导就诊。设置 3 道防线：第一，在门急诊预检分诊，根据体温和流行病学史进行分诊；第二，在各专科门诊和病区入口处，继续监测体温，询问流行病学史；第三，由接诊医师再次询问流行病学史，患者签字确认。发热门诊是传染性疾病的特殊重点部门，严格区分三区两通道，减少患者和医务人员的院内交

又感染。

3. 进行全员多层次培训

以往常规培训模式培训形式较为单一，培训对象无法做到全员覆盖，为了减少上述弊端，SPO 模型实施后依据医疗、护理、工勤、管理等不同岗位分专业培训，针对重点部门重点环节分层次培训，进行宣传手册、现场操作、专题讲座、线上线下相结合等分形式培训。

4. 落实督导检查机制

制定考核标准，院感专职人员定期或不定期巡查医务人员各项制度流程落实情况。针对不规范行为现场反馈，指导整改，并追踪整改情况。培训前后对参加培训的医务人员通过问卷星进行医院感染知识考核，评价考核效果。

5. 分级调配物资

根据不同岗位不同风险等级制定相应防护标准和分配方案。将发热门诊、预检分诊点、急诊、CT 室作为一级保障，优先及时足量配置防护用品；将临床其他科室和医技科室作为二级保障，限量发放，供其备用；将行政管理、后勤总务等作为三级保障，发放普通医用口罩，合理应用有限资源。

6. 运用多形式健康教育

通过互联网、微信公众号、手机 App、视频、电话等方式进行健康宣教，提高公众防控意识。

7. 针对孕产妇和新生儿特殊人群采取专项防控措施

产前主要包括产科门诊防控、孕产妇和儿童居家防护宣教、孕期检查管理、孕产妇的转诊会诊、产时分娩过程中产房手术室防控、产后管理、新生儿院内感染防控。使用专用的新生儿转运车转运危重症新生儿，设置新生儿隔离病室，减少新生儿家长病房探视，改为视频探视。

结果：妇幼保健院医院感染管理结果导向

妇幼保健院医院感染管理结果主要从以下指标进行评价：发热门诊建设和医务人员情况、住院患者医院感染率和感染部位情况、工作人员手卫生依从性、培训考核成绩。选取 2020 年 1—6 月 SPO 模型实施后为观察组，2019 年 1—6 月 SPO 模型实施前为对照组，比较两组上述指标前后变化情况。医院感染的判断标准参照 2001 年卫生部印发的相关标准。

1. 发热门诊建设和医务人员情况

该院为新冠肺炎非定点收治医院，设有发热门诊，含 2 个诊室、2 个留观室，独立的收费、检验、药房、影像等功能室，诊室设置、布局流程符合要求。配备有临床经验、接受过传染病医院感染管理知识培训的医务人员，疫情流行期间配备 2 名医生、2 名护士、1 名工勤人员。实行 24 小时值班制。2020 年 1—6 月，该院发热门诊患者共 153 人，及时安排就诊。无新冠肺炎疑似患者和确诊患者。医护人员零感染。

2. 院患者医院感染率

SPO 模型实施后我院住院人数较实施前减少,总医院感染率下降,产科和新生儿病区医院感染率下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。具体情况见表 1。

表 1 两组住院患者医院感染率比较 %

项目	实施前(对照组)	实施后(观察组)
总医院感染率	0.533	0.505
产科医院感染率	0.314	0.251
新生儿医院感染率	1.636	1.110

注:独立样本 t 检验, $P<0.05$ 。

3. 住院患者医院感染部位分布

该院住院患者医院感染部位中,两组感染部位前五位均为呼吸系统感染、血液系统感染、尿管相关尿路感染、泌尿道感染、手术切口感染。具体情况见表 2。

表 2 两组住院患者医院感染部位比较

感染部位	实施前(对照组)			感染部位	实施后(观察组)		
	感染数量(例)	感染率(%)	构成比(%)		感染数量(例)	感染率(%)	构成比(%)
呼吸系统	37	0.199	37.374	血液系统	24	0.176	34.783
血液系统	25	0.134	25.253	呼吸系统	20	0.147	28.986
尿管相关泌尿道	9	0.048	9.091	尿管相关泌尿道	7	0.051	10.145
泌尿道	7	0.038	7.071	手术切口	5	0.037	7.246
手术切口	6	0.032	6.061	泌尿道	4	0.029	5.797
皮肤软组织	5	0.027	5.051	皮肤软组织	3	0.022	4.348
生殖系统	3	0.016	3.030	胃肠道	1	0.007	1.449
口腔	2	0.011	2.020	口腔	1	0.007	1.449
胃肠道	2	0.011	2.020	腹水	1	0.007	1.449
呼吸机相关肺部	1	0.01	1.010	生殖系统	1	0.007	1.449
无症状菌尿	1	0.005	1.010	呼吸机相关肺部	1	0.007	1.449
其他部位	1	0.005	1.010	其他部位	1	0.007	1.449

4. 工作人员手卫生依从性

实施 SPO 模型后观察组手卫生总依从性 85%,较实施前上升,医生、护士的手卫生依从性从 78%和 89%上升至 82%和 90%。护士的手卫生依从性明显高于医生。

5. 培训前后考核情况

使用问卷星对医护、医技、管理、工勤人员进行医院感染知识考核，培训后考核总成绩较培训前上升。各重点科室成绩均有上升，差异有统计学意义($P < 0.05$)。具体情况见表 3。

表 3 两组工作人员培训考核情况比较

项目	实施前(对照组)		实施后(观察组)	
	考核数量(人)	平均分(分)	考核数量(人)	平均分(分)
重点科室				
产科	113	85.58	145	93.18
儿科	62	82.18	128	90.55
新生儿	45	81.44	56	89.02
性别				
女	678	83.27	867	91.48
男	87	75	142	85.74
年龄				
18~29岁	347	82.94	413	90.46
30~39岁	281	82.39	401	91.06
40~49岁	79	80.71	114	90.31
≥50岁	59	80.59	81	90.31
专业				
医生	164	82.23	235	90.15
护士	460	85.34	567	92.61
医技	67	76.42	99	87.17
其他	74	69.04	108	84.81
职称				
初级	394	83.54	493	91.06
中级	210	82.87	285	91.58
副高级	64	83.36	90	90.17
正高级	47	80.85	71	90.00
其他	50	70.60	70	85.50

注：独立样本 t 检验， $P < 0.05$ 。

对策与建议

1. 结构：明确医院感染管理组织机构定位

在医院感染管理三级网络(感染管理委员会、感染管理办公室、科室感染管理小组)的基础上，还应建立各临床科室感控医生和感控护士队伍，医院感染管理的职责应该落实到每一名医护人员。临床医

务人员是执行医院感染防控措施的主体，各科室兼职的感控人员起着连接临床和感控的作用，在一定程度上可以提高临床医护人员医院感染防控的意识。

医疗机构是疫情感染防控的一线，钱东福等指出，需加强建设医疗机构疫情防控应急体系。某大型综合性医院党委部门充分发挥党组织的领导核心作用、先锋模范作用，形成分组领导协作机制等[7]。进一步健全相关法制体系，做到依法科学精准防控。加强对违反疫情防控行为的执法力度，为疫情防控工作提供有力的法律保障。

2. 过程：优化医院感染管理过程

医院感染管理过程从人员、环境、物品、技术多个角度制定并不断优化各项制度和流程。发热门诊合理的分区和分通道设置是实施一切医院感染防控措施的物理屏障基础，从而有效避免感染的发生。疫情期间，住院人数明显减少。但是由于产科的特殊性，孕产妇住院人数并未减少，医务人员同样繁忙。通过 SPO 模型的实施，住院患者医院感染率下降。手卫生是全球公认的有效预防和控制医院感染的方法之一。

SPO 模型实施后工作人员手卫生依从性有所提高。通过患者参与监督方式和电子监控方式等可进一步提高手卫生依从性。有研究表明，院感培训实施后，医务人员院感知识考核成绩普遍提高，重视度、积极性、执行力显著增加，医院感染率降低，证明医院感染培训具有降低医院感染率的作用。有学者在工作生活和微信交流中，随时观察

工作人员的心理“恐慌”，及时给予干预沟通，缓解其恐惧情绪，从而更好地执行各项防控措施。陈家应等指出，应及时关注弱势群体和重点人群的健康照护需求，使用远程医疗、电话、网络咨询等多重手段了解并解决公众的医疗需求，进行科学精准指导，减少感染的传播。

相较于传统的诊疗模式，互联网远程医疗在疫情期间更有优势，特别有利于孕产妇远程产检和胎心监护，使用网络视频开展孕妇学校健康教育，减少外出接触他人导致交叉感染的风险。做好公众健康教育是预防传染性疾病的关键，要进一步加强对居民公共卫生科普知识的宣教，防控关口前移。

3. 结果：细化医院感染管理评价体系

公众感控意识提高，戴口罩和手卫生等防护措施执行到位，特别是学校停课、公共场所关闭，呼吸道感染明显下降。在住院患者中实施 SPO 模型下的强化院感管理措施，包括单间安置、佩戴口罩等，同样可以减少院内交叉感染，切断呼吸道传播途径，降低呼吸系统感染率。本研究中仅使用了住院患者医院感染率、医务人员手卫生依从性和培训考核成绩等，通过使用 SPO 模型，上述指标均有所改善。可进一步增加调查医院感染管理其他指标，如手术部位感染率、多重耐药菌感染率、治疗性抗菌药物使用率、抗菌药物使用前微生物送检率等，有利于了解医院感染管理工作中存在的问题和不足，并及时加以解决。

进一步完善基于 SPO 模型的医院感染管理评价体系。加大绩效考

核中医院感染管理所占的权重比例，提高医院感染预警意识并及时上报，提高医院感染管理质量和管理水平，促进医院整体发展。

SPO 模型运用在新冠肺炎疫情背景下省妇幼保健院医院感染管理实践中，摸索出一套应急状态下的科学化、精准化的医院感染管理模式，对降低住院患者医院感染率、保护医务人员安全和患者特别是孕产妇和儿童安全、保障医疗安全有重要意义，值得在妇幼保健院医院感染管理工作领域实施和应用。

[返回目录](#)

体系构建 | 如何创新三级网络网底管理模式，完善医院感染管理网络建设？

来源：感控工作间

采用临床科室自查手卫生与感染管理科主观督查、第三方暗访督查等方式，每年集中调查医护人员手卫生依从率、正确率，医院感染监控队伍建立前后，医护人员手卫生依从率、正确率分别由 2014 年的 38.70%、67.52%提高至 2018 年的 58.25%、82.59%。

医院感染管理是现代医院管理的一项重大课题，是医疗质量管理的重要组成部分，医院感染管理的成效已成为评价医院综合医疗质量的重要指标。医院感染工作涉及面广、环节多、跨多学科，发生因素多，并贯穿于患者诊疗的全过程，单靠某一个部门很难完成，极易出现风险。

广东顺德新生儿感染事件，江苏东台血液透析丙型肝炎病毒感染

事件都再次证实，建立一个完整的组织管理系统是首要的措施，也是管理的基础和保证。三级网络是指医院感染管理委员会、医院感染管理科、医院感染管理小组，作为三级网络中的网底组织，临床医院感染监控医生和护士能否充分发挥职责，是医院感染管理工作的组织保证，国家卫生和计划生育委员会于 2016 年发布的《病区医院感染管理规范》WS/T510-2016 中也明确要求：应建立职责明确的病区医院感染管理小组，负责病区医院感染管理工作，小组人员职责明确，并落实。我院自 2014 年起，率先探索逐步完善医院感染管理网络建设，创新三级网络网底管理模式，实施一系列管理举措，取得一定成效，现报告如下。

01 对象与方法

1.1 研究对象

全院临床、医技等科室所有医院感染管理监控医护人员，且以 2014 年 1—12 月监控队伍建立前阶段作为对照组，以 2015 年 1 月—2018 年 12 月监控医护队伍建立并不断完善后对应阶段作为干预组。

1.2 方法

1.2.1 设立医院感染管理监控医生与护士

医院于 2014 年出台并实施《医院医院感染管理临床兼职人员管理办法》(以下简称“管理办法”)，通过自荐及科室推荐，每个科室(病区)选拔出医院感染监控医生、护士各 1 名，含有监护室的科室另增加监控护士 1 名，要求必须取得主治或高年资住院医师以及护师以

上职称且在本科室工作 1 年以上。人员报送后经人事处、医院感染科等部门对其进行任资质审核，系统化理论知识培训，统一规范化考核等程序确认。

1.2.2 明确监控医护人员职责与工作内容

医院感染管理委员会按照医院感染管理规范要求结合本院年度感染管理重点工作及实际情况，通过召开专题讨论会、采用头脑风暴法等设立医院感染质控指标体系，涵盖培训宣教、手卫生、多重耐药菌管理、微生物标本送检、医院感染监测等五大共性模块，重症监护病房(ICU)三管监测、外科手术部位感染(SSI)等个性模块，涉及手卫生依从率、手消毒剂床日消耗量、多重耐药菌感染发现率、医院感染发生率、医院感染漏报率、呼吸机相关肺炎(VAP)发病率、血管导管相关血流感染(CRBSI)发病率、导尿管相关泌尿道感染(CAUTI)发病率等 20 项三级指标，以及科室医院感染质量自查情况、科内医院感染监控知识培训、小组活动及会议记录等内容，作为医院感染监控医生、监控护士的基本岗位职责和工作内容。

1.2.3 系统开展感染管理专业知识培训

医院感染管理科采取集中授课为主，结合现场指导及相互观摩互动交流等多种培训方式，包括上岗前专项培训，如医院感染诊断标准、手卫生调查方法、耐药菌防控措施、SSI 防控、医疗废物管理等知识，集中培训后一周内医院感染管理小组需组织科室人员对相关知识进行科内再培训，医院感染管理科将在培训后一个月内对各科室相关感

控措施落实情况进行追踪，以准确评估培训效果；此外，每季度对医院感染监控医生和护士进行医院感染管理定期培训，针对本季度内督查存在的集中问题开展专项培训，如医院感染预警信息处理、特殊级抗菌药物使用前病原微生物标本送检等问题；同时，医院每年均选派重点部门及部分优秀医院感染管理小组成员参加全国、全省的医院感染管理培训，不断提高其医院感染专业知识及认知水平。见表 1、图 1。

表 1 医院感染监控人员质控考核体系
Table 1 Quality control assessment system of HAI monitoring staff

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	全院标准
医院感染控制指标	手卫生	知晓率	≥95%	90%
		遵从率、正确率	≥60%、75%	60%、90%
		手消毒剂床日消耗量	—	>12 mL
		手卫生设施和用品配置合格率	≥80%	80%
多重耐药菌	微生物标本送检率	多重耐药菌感染发现率和检出率	—	≤上年水平
		住院患者抗菌药物使用率	≤60%	60%
三大管路	相关监测	抗菌药物治疗前病原体检率(总体、限制、特殊)	≥30%、50%、80%	48%、60%、80%
		CRBSI 发病率	—	≤全省 P ₉₅
		VAP 发病率	—	≤全省 P ₉₅
相关监测	院感培训	CAUTI 发病率	—	≤全省 P ₉₅
		医院感染发病率	≤10%	≤10%
		医院感染漏报率	≤10%(A 级)	10%
		医院感染现患(例次)率	≤10%	≤10%
		手卫生标本合格率	—	98%
院感培训	手术切口	空气标本合格率	—	95%
		消毒剂染菌合格率	—	100%
手术切口		医院感染知识培训覆盖率	100%	100%
		考核合格率	—	≥95%
手术切口		I 类切口手术抗菌药物预防使用率	≤30%	30%
		I 类手术手术部位感染率	≤0.5%	<0.5%

注：—为项目指标每年随江苏省医院感染管理质控中心公布全省监测数据变动，故未列具体数值。



图 1 医院感染监控队伍培训构成图
Figure 1 Constituent of training of HAI monitoring team

1.2.4 实施多维度多层面考核奖惩

为发挥医院感染管理监控医护人员在医院感染管理中的作用，医院在医护日常考核、年度考核等方面均设有对其履职情况的管理考核指标，实施多层面多维度的管理考核。

自管理办法实施起，医院感染管理科指定专人负责，每月按照感控考核标准对各科室医院感染监控医护人员工作履职，以百分制考核并将考核结果报送人事、财务部门审核，根据考核得分对医院感染监控医生、护士发放最高金额为 200 元/月的管理津贴；每季度召开医院感染监控人员会议，将考核结果进行公示、反馈分析；年终按医院规定评选出优秀医院感染监控医生、护士给予表彰，对于累计 3 次被评为优秀医院感染监控人员者，医院在职称聘任时将在同等条件下优先聘任。

1.3 统计分析

应用 SPSS 统计软件对相关数据进行分析，计量资料为非正态分布，组间比较采用秩和检验；计数资料用率表示，比较采用 χ^2 检验， $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

02 结果

2.1 基本情况

全院临床、医技各科室共设立医院感染监控医护人员 118 名，其中医生 54 名，护士 64 名。职称构成方面，38.89% 的医院感染监控医生为主治医师，副高及正高共计 13 人，占 24.07%；医院感染监控护

士中，主管护师及副主任护师共 35 名，占 54.69%。见表 2。

表 2 医院感染监控医护人员职称构成[名(%)]

Table 2 Constituent of professional titles of HAI monitoring staff (No. of staff [%])

人员	初级职称	中级职称	副高职称	正高职称
医生(n=54)	20(37.04)	21(38.89)	8(14.81)	5(9.26)
护士(n=64)	29(45.31)	25(39.06)	10(15.63)	0(0.00)
合计(n=118)	49(41.53)	46(38.98)	18(15.25)	5(4.24)

2.2 医院感染客观监测指标情况

质控指标方面，对照组(2014 年)医院感染发生率、医院感染漏报率、多重耐药菌感染发现率、抗菌药物使用率、抗菌药物使用前病原体送检率(总体)以及 I 类手术切口感染率分别为 2.41%、20.67%、0.27%、37.83%、41.18%、0.34%，而干预组(2015—2018 年)相对应的则分别为 1.66%、10.25%、0.157%、32.44%、60.08%、0.24%，前后比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)，且随着医院感染监控队伍的建立和完善，2014—2018 年各监测指标呈现逐年下降趋势。见表 3。

表 3 医院感染监控队伍建立前后医院感染客观监测指标情况

Table 3 Objective monitoring indexes of HAI before and after the establishment of HAI monitoring team

分组	医院感染发生率(%)	医院感染漏报率(%)	多重耐药菌发现率(%)	抗菌药物使用率(%)	总体标本送检率(%)	I 类手术切口感染率(%)
对照期						
2014 年	2.41	20.67	0.27	37.83	41.18	0.34
干预期						
2015 年	2.05	13.44	0.24	35.48	44.44	0.24
2016 年	1.96	9.38	0.14	32.46	57.18	0.27
2017 年	1.65	10.04	0.14	31.61	61.67	0.25
2018 年	1.17	8.4	0.12	30.9	74.08	0.21
χ^2	382.77	79.75	54.96	883.36	6392.72	3.91
P	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	0.048#

注：*表示 2014 年与 2018 年、2014 年与 2015—2018 年监测数据比较，差异均有统计学意义；#表示仅 2014 年与 2018 年监测数据比较，差异有统计学意义，2014 年与 2015—2018 年监测数据比较，差异无统计学意义。

2.3 医务人员手卫生依从性

采用临床科室自查手卫生与感染管理科主观督查、第三方暗访督查等方式，每年集中调查医护人员手卫生依从率、正确率，医院感染监控队伍建立前后，医护人员手卫生依从率、正确率分别由 2014 年的 38.70%、67.52%提高至 2018 年的 58.25%、82.59%，前后比较差异均有统计学意义 (χ^2 值分别为 177.64、25.37，均 $P < 0.05$)；以手消毒剂床日消耗量作为客观对比指标，手消毒剂床日消耗量由 2014 年的 10.64mL/床日 (7169000mL/673593 床日) 提高至 2018 年的 14.93mL/床日 (12554920mL/841108 床日)，手卫生依从率提高与每床日手消毒剂使用量增加呈现高度正相关 ($r=0.99$ ， $P=0.01$)。

2.4 ICU 器械相关感染发生情况

2014 年 1 月—2018 年 12 月，综合 ICU 累计监测住院患者 2734 例，呼吸机、血管导管、导尿管使用率分别为 57.60%、61.28%、86.99%，VAP、CRBSI、CAUTI 发病率分别为 5.57‰、3.72‰、1.84‰。医院感染监控医护队伍建立前后器械相关感染率相比，VAP、CAUTI 发病率均下降，差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)，CRBSI 发病率亦有所下降，但差异无统计学意义。

2.5 医院感染监控人员得分情况

感染管理科对 43 个病区/科室的医院感染监控医护人员工作开展情况进行督导，同时，结合各个科室/病区医院感染质控指标的达标情况进行评分，综合得分 > 90 分者，可获得 200 元/每月的感控津

贴，每降低 10 分，津贴下降 10%，对于得分<60 分者，不发放当月感控津贴。结果显示，医院感染监控医生与护士 2015—2018 年得分分别呈现逐年增高趋势，且得分与医院感染漏报率 ($r=-0.96, P=0.038$)、多重耐药菌感染发现率 ($r=-0.94, P=0.049$)、抗菌药物使用率 ($r=-0.96, P=0.039$) 呈现负相关，与抗菌药物使用前病原体送检率(总体)呈现正相关 ($r=0.99, P=0.011$)，医院感染监控护士得分显著高于医院感染监控医生 ($P<0.05$)。见表 4、表 5。

表 4 医院感染监控医护队伍建立前后 ICU 器械使用及相关感染情况

Table 4 Application status of devices used in ICU and related infection before and after the establishment of HAI monitoring team

分组	住院总日数	呼吸机				血管导管				导尿管			
		使用日数(d)	使用率(%)	感染例数	VAP 发病率(%)	使用日数(d)	使用率(%)	感染例数	CRBSI 发病率(%)	使用日数(d)	使用率(%)	感染例数	CAUTI 发病率(%)
对照期													
2014 年	6 176	3 631	58.79	38	10.47	2 870	46.47	16	5.57	5 467	88.52	17	3.11
干预期													
2015 年	6 713	3 756	55.95	24	6.39	3 921	58.41	17	4.34	6 071	90.44	13	2.14
2016 年	6 302	3 799	60.28	19	5.00	4 322	68.58	13	3.01	5 765	91.48	8	1.39
2017 年	6 823	3 787	55.50	14	3.70	4 661	68.31	15	3.22	5 620	82.37	8	1.42
2018 年	6 433	3 715	57.75	9	2.42	4 108	63.86	13	3.16	5 304	82.45	6	1.13
χ^2			18.69				2.37				4.95		
<i>P</i>			<0.001*				0.124				0.026#		

注：使用率=使用日数/ICU 同期患者住院总日数×100%；发病率=相关感染发生例数/使用日数×1 000%；*表示 2014 年与 2018 年、2014 年与 2015—2018 年监测数据比较，差异均有统计学意义；#表示仅 2014 年与 2018 年监测数据比较，差异有统计学意义，2014 年与 2015—2018 年监测数据比较，差异无统计学意义。

表 5 医院感染监控医护人员督导得分情况(分)

Table 5 Supervision score of HAI monitoring staff (Points)

人员	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年
医生	76.24±5.45	82.45±6.72	83.75±5.95	85.47±9.77
护士	83.50±4.50	88.61±5.20	88.16±3.25	94.45±6.78

03 讨论

医院感染是一门涉及多学科交叉渗透的新兴学科，医院感染管理作为提高医院质量、保障医疗安全的重要组成部分，必须强化规范化

管理。医院感染的监控与管理需要依靠整个医院，上至领导，下至每个医生、护士共同参与的一项工作。

医院感染监控医生和护士是医院感染管理三级网络的网底组织，是医院感染管理的一线和前沿，本研究改变以往的“形式化”管理模式，通过引入月度专项津贴、职称聘任优先等激励机制，充分调动其工作积极性，真正发挥感染管理监控人员在医院感染管理中的作用，国内已有研究表明，临床护理人员在医院感染管理中发挥重要的作用，其参与医院感染防控措施的具体执行和落实程度，将直接影响感染管理工作质量，但鲜有关于医生参与的报道，本项工作在设置之初即考虑将医院感染监控医生作为主要力量，充分发挥临床医生主导感控的理念，尤其在质控指标体系中诸多内容均与医生密切相关。

在人员设置时充分考虑职称与工作时间要求，从而有效保障科室各项医院感染防控制度的规范落实，及时发现医院感染暴发和流行趋势，有效控制医院感染发生。医院感染监控医生中主治及以上职称占比 62.96%，高级职称比率达 24.07%，结果显示，随着医院感染监控医生督导得分的不断提升，医院感染发生率、漏报率等负向指标均显著下降，而抗菌药物使用前微生物标本送检率等正向指标显著提高（均 $P < 0.05$ ）。

但总体来说，医院感染监控护士得分仍然高于医院感染监控医生，与邓俊等研究结论一致。手卫生是控制医院感染最简单、最经济、最有效的手段之一，本研究中，随着医院感染监控医护人员的设立与

履职的不断改善，全院医护人员总体手卫生依从率和正确率分别由 38.70%、67.52%提高至 2018 年的 58.25%、82.59%，与此同时，医院感染发生率等监测指标均呈现逐年下降趋势，且其与手消毒剂的床日消耗量之间呈现正相关关系 ($r=0.99$, $P=0.01$)，进一步验证了手卫生依从性提高的真实性，也说明了医院感染监控人员发挥的作用，与董叶丽等研究结果一致。

手消毒剂的消耗量可有效避免如专职人员调查而带来的“霍桑效应”，从而使结果更为可靠。ICU 患者由于病情较重，各种侵入性操作和抗菌药物暴露较多等已经成为医院感染防控的重点，这其中尤以 VAP 等器械相关感染占比较大，开展 ICU 器械相关感染的目标性监测历来都是医院感染工作的重要内容。

本研究结果显示，随着医院感染监控医护人员的设立，VAP 以及 CAUTI 的发病率呈现出逐年下降趋势 ($P<0.05$)，与贾建侠等研究结果一致，且低于高晓东等调查结果，可能主要是因为医院感染监控医护人员的设立可以有效缓解专职人员不足而导致的监督不到位有关。综上所述，通过规范考核、量化绩效、奖惩并举等措施，充分调动了医院感染管理监控人员的工作积极性，可有效带动全院、全员、全面、全程地做好医院感染管理工作，有效提升医院感染管理质量。但管理过程中也发现尚存在医院感染监控医生与监控护士履职不平衡、临床科室与医技科室管理不平衡等问题有待持续改进。

[返回目录](#)

• SPD 管理 •

SPD 管理模式如何管控医疗

来源：医划

随着我国医疗卫生改革政策的不断深化，医疗机构在为广大患者提供更加优质的医疗卫生服务的同时，也在负担着极大的管理和运营成本。SPD 管理模式作用于医院管理流程的优化，在管理效率、控制医院成本、降低患者医疗费用等方面也起到了积极的促进作用。

SPD 管理模式在医疗费用控制方面所起的作用主要体现在四个方面之中：

一、有效节约医用耗材的支出，促进精准计费

医用耗材费用在患者诊疗费用中往往所占据的比重较多。SPD 管理模式通过优化医用耗材管理流程不但能够有效节约医院的耗材成本支出，还能够促进门诊和住院患者的计费精准化，有效杜绝过去多收费、漏收费等现象，促进患者的诊疗费用合理化。

二、筛选耗材目录，限制耗材使用

SPD 管理模式通过对医用耗材进行进一步的分类和对医院耗材供应商进行甄选，有效筛选出符合医保要求的耗材目录，促进临床诊疗活动中的医用耗材使用于医保管理的融合，使得临床医务人员可以参照医保耗材目录进行临床决策精确化，缓解因盲目使用不合理的耗材而间接导致医疗费用的上涨。

三、有效监管耗材使用，规范医疗行为

SPD 管理模式通过信息化的互联互通，能够实现医用耗材的全程追溯及透明化管理，及时规范医务人员的耗材使用行为，降低耗材的浪费、促进耗材使用规范化。医院通过对信息系统 HIS 的对接，能够结合临床路径，比对患者的病历系统和耗材检测系统中的耗材使用情况，为医用耗材的监督提供数据支撑。

四、加强成本管控，助力医疗改革

SPD 管理模式采取手术套包的方式管理手术所需耗材，按照单病种付费的要求将病种所需的医保目录中耗材打包赋码。其不但可以将手术耗材成本精确到个人，便于医院实行成本管控，还可规范手术耗材的使用，促使医务人员使用医保目录内的耗材，从而达到降低手术成本的作用。其也对医疗服务收费模式的改革起到了积极的作用。

SPD 管理模式在相关理论和技术的支持下，能够有效地链接过去传统医用耗材管理过程中流程环节，实现医用耗材的全程透明化追溯，同时助力医疗费用的管控，实现医院长期可持续发展的目标。

[返回目录](#)

SPD 在中国医科大学航空总医院精细化管理中的应用

来源：中国医科大学航空总医院

中国医科大学航空总医院成立于 1972 年，隶属于世界五百强企业——中国航空工业集团公司，历经近五十年发展，医院已成为集医疗、教学、科研、预防为一体的大型公立三级综合医院。医院拥有一个总部、四个门诊部和八个社区服务站，专业设置齐全，下设 47 个

临床、医技科室。医院在职员工 1600 余人。

医院建筑面积 5.4 平方米，南区建设将新增医疗用房 4.7 万平方米，建成后，医院建筑面积将达 10 万平方米。规划床位将达 1300 张。

中国医科大学航空总医院应用 6S 管理



➤ 6S管理



6s 管理理念

- ◆ 历经8年阵痛与素养形成
- ◆ 成为全国**首家**6S管理银牌医院
- ◆ 吸引全国**300**余家医疗机构竞相学习



6s 管理历程

精细化管理实施概况



2018年精细化管理措施**329**项，**SPD物资管理系统**是其中重要的一项，在2018年10月正式上线运行。

中国医科大学航空总医院 SPD 物流供应链应用

- 医院**
- 1.实现医用物资零库存资金占用
 - 2.提升精细化管理水平
 - 3.降低医院物资管理人工成本
 - 4.解放医护人员回归临床一线

- 供应商**
- 1.及时响应医院订单及结算信息
 - 2.降低物流及商务管理成本
 - 3.减低耗材院内过期、破损损耗

- 服务商**
- 1.承担医院SPD智慧物流建设
 - 2.派驻院内物流服务人员
 - 3.收取服务费



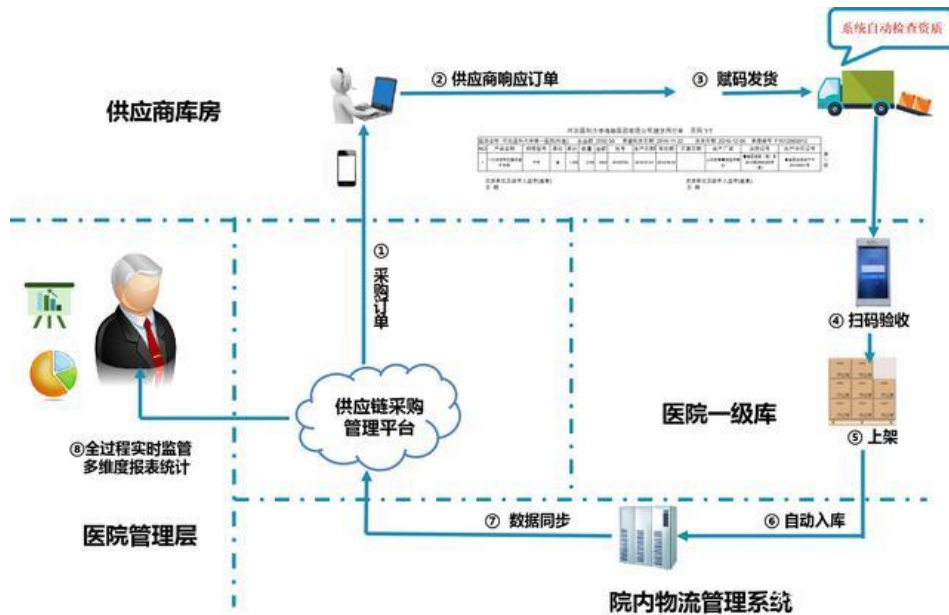
SPD 建设目标



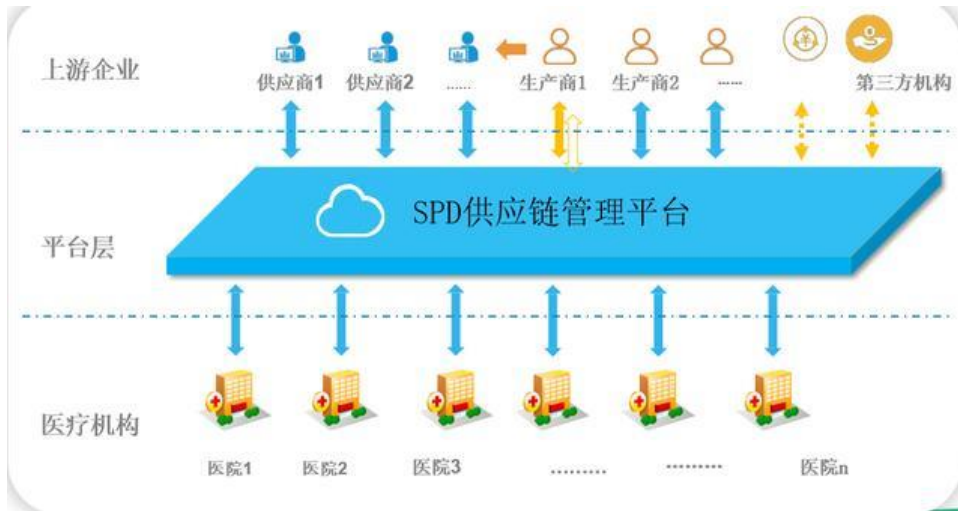
SPD 上线范围



SPD 服务



SPD 供应链采购流程



SPD 供应链平台示意图

中国医科大学航空总医院 SPD 物流供应链建设成果

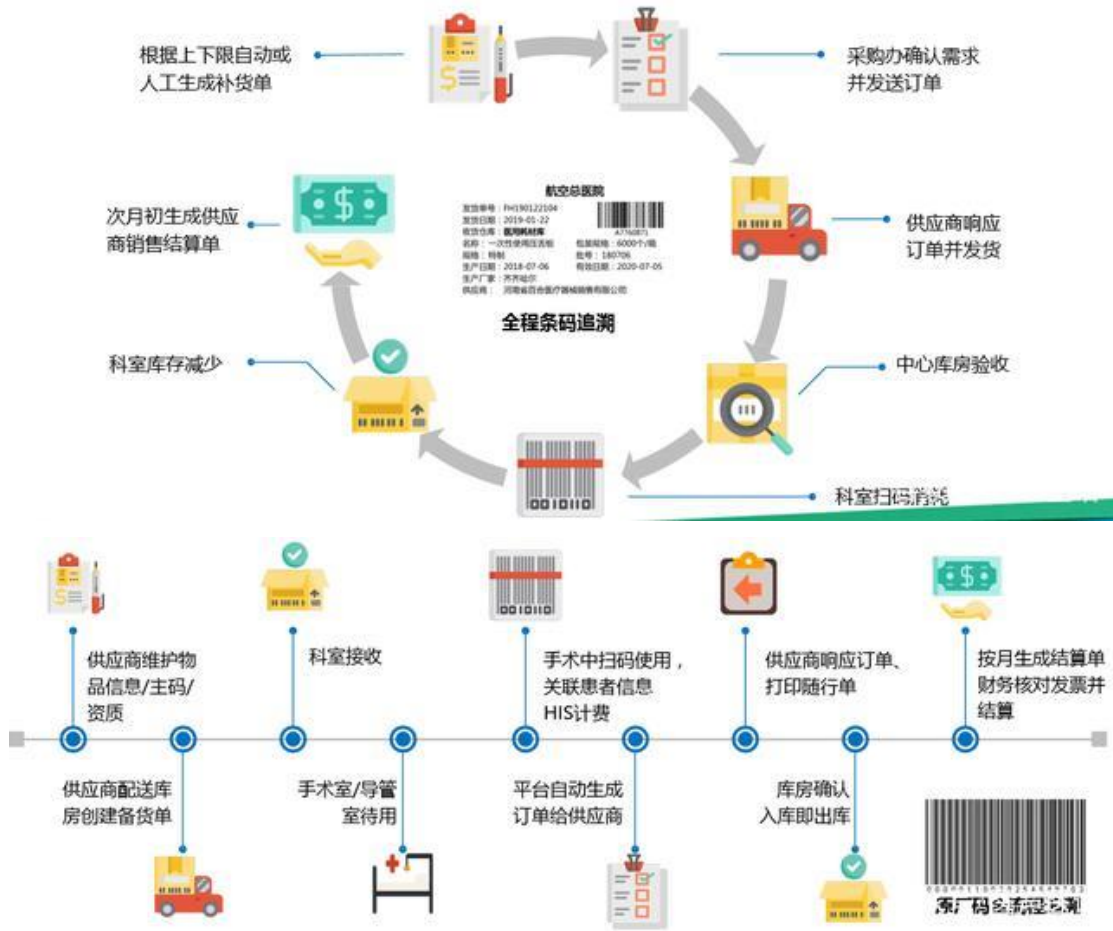


SPD 智慧物流整体建设成果



使用——成本精准

■ 平台自动生成补货单，审核后一键发送供应商，供应商进行响应发货。



供应—原厂码识别



供应—院内物流管理



■ 高值耗材原厂码和普耗平台唯一码相结合保证保证医用耗材一物一码，从采购、配送到使用消耗实现全程可监控可追溯。

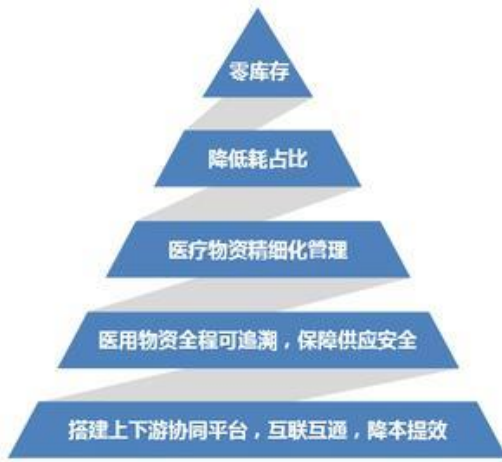
使用—监控追溯



使用—成本精准

类型	图示	模式	说明
不可收费		棉签 口罩 帽子 平台物联网标签 基数管理	扫码消耗 下限补货
可收费 (低值)		采血管 留置针 输液器 平台物联网标签 基数管理	扫码消耗 下限补货
可收费 (高值)		心脏导管 导丝 球囊 科室备货 HIS对接	原厂码识别 扫码收费 消耗备货
		骨科钉板 现场跟台 HIS对接	原厂码识别 扫码收费

使用—以消定采



实现“零库存”管理，提高医院物流运作的经济效益，库存占用资金减少，优化应付账款，加快资金周转，降低库存管理成本。

通过对供应链进行精细化管理，实现**科室预算/成本管理**，数据统计再分析，降低全院的**耗材总占比**。

通过SPD平台，实时监控全院物资在各个环节的采购、物流、库存和消耗情况；通过物资数据各个维度的BI分析，做到实时决策，**精细化管理**。

利用条码等物联网技术，实现医用物资的**全程可追溯**，通过科室消耗驱动补货计划以及资质证照效期的自动检查功能，保障全院物资的**供应安全**。

通过**SPD物资供应链平台**对物资全流程进行平台化管理，实现上下游**互联互通**，**降本提效**，有效缓解医院面临的经营压力。

改进过程



应用成效

中国医科大学航空总医院管理效果

“零”库存：通过先消耗后结算的方式，帮助医院实现医疗物资的零库存运营；

成本分担：通过医物通 SPD 平台的延伸服务，实现上下游高效协同，降低成本，从而实现供应链的成本分担，有效缓解医院面临的经营压力；

降耗占比：通过对供应链进行精细化管理，降低全院的耗材总占比；

管理高效：通过 SPD 对医院软件/硬件/人员的投入，实现对内承接全院医用物资，物流供应，让医护人员回归一线临床工作；对外实现对供应商的统一管理；产品溯源：利用物联网技术，实现医用物资的全程可追溯，杜绝跑冒滴漏及假冒伪劣过期浪费等现象；

控制风险：通过科室消耗自动补货计划以及资质证照的自动检查功能，保障全院物资的供应安全；

掌控运营：通过院长驾驶舱功能，实时监管全院物资在各个环节的采购/物流/库存和消耗情况；通过对科室预算/成本/效益管理/耗占比分析，做到实时决策，精细化管理；

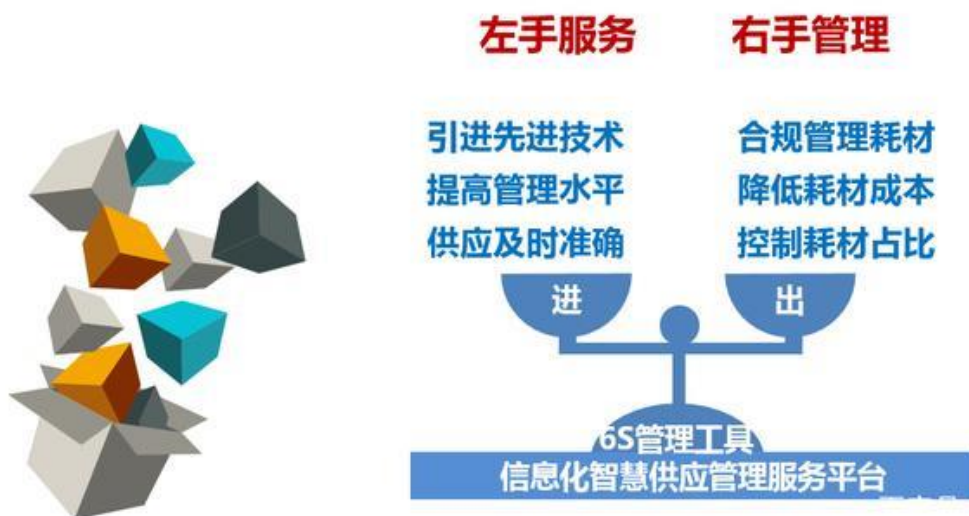
政策接轨：在不改变供应格局的前提下，有效管理所有供应商，有效连接政府招采平台以及第三方供应平台，保证信息交流的高效。

管理效果



SPD模式的应用效果

- > 医院在人、财、物、信息四方面的资源管理能力得到强化和提升
- > 效期提醒，降低失效浪费和漏费现象
- > 降低了科室人员的工作量，降低人员成本
- > 实现各类事务的规范化、流程化和精细化管理



[返回目录](#)

• 分析解读 •

一问一答，全面了解“十四五”全民医疗保障规划！

来源：国家医疗保障局

一、“十三五”时期医疗保障事业发展取得了哪些成效？

在以习近平同志为核心的党中央坚强领导下，“十三五”期间，我国医疗保障事业取得了长足进步，人民群众获得感、幸福感、安全感明显增强。

（一）制度体系更加完善。以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险等共同发展的多层次医疗保障制度框架基本形成。2020年，全国基本医疗保险参保136100万人，其中，职工医保参保34423万人，居民医保参保101677万人，参保覆盖率稳定在95%以上。医疗救助资助7837.2万贫困人口（含动态调出）参

加基本医疗保险，资助参保缴费支出 140.2 亿元，贫困人口参保面稳定在 99.9% 以上。商业健康保险快速发展，2020 年全国商业健康保险保费收入 8173 亿元，年均增长率达 20%。2020 年全国职工医疗互助参保 4625.3 万人，848.2 万人享受互助待遇。生育保险覆盖面持续扩大，2020 年末，生育保险参保人数 23567.3 万人，享受待遇 1166.9 万人次。长期护理保险开展试点，10835.3 万人参加长期护理保险。

(二) 体制机制更加健全。基本医疗保险统筹层次稳步提高，全国 300 多个地市实现市地级统筹，市地级范围内实现保障范围、筹资待遇、基金管理、支付方式、价格招采、经办服务、协议管理、信息系统统一。四个直辖市实现了统收统支模式的省级统筹，部分省份在职工医保或居民医保实现了调剂金模式的省级统筹。医保目录动态调整机制初步建立，印发《基本医疗保险用药管理暂行办法》，现行医保目录药品达 2800 种，此外还有中药饮片 892 种。经过三年调整，共纳入 433 种新药、好药，其中谈判新增准入药品 183 种，平均降幅超过 50%。印发《医疗机构医疗保障定点管理办法》《零售药店医疗保障定点管理办法》，规范定点医药机构管理。基金监管成效显著，2020 年共检查定点医药机构 62.7 万家，覆盖全国 99% 以上的定点医药机构，处理违法违规医药机构 40 万家，追回医保资金 223.1 亿元，举报奖励资金发放 214.2 万元。2018-2020 年，全国共查处违法违规定点医药机构 73 万家，解除医保协议 1.4 万家、移送司法 770 家，追回医保资金 348.7 亿元。

(三)重点改革卓有成效。城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗全面整合,形成统一的城乡居民基本医疗保险。生育保险和职工基本医疗保险合并实施。药品集中带量采购成为常态,高值医用耗材集采取得初步成效,医保基金战略购买作用逐步显现,2018年以来,共启动5批药品集采,覆盖218个品种,平均降价54%,节省费用超两千亿元;首批高值医用耗材集采中选冠脉支架价格从均价1.3万元降至700元左右,平均降幅93%。医保支付方式改革有序推进,全国30个城市开展按疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点工作,试点城市全部通过模拟运行前的评估考核,进入模拟运行阶段;71个城市启动区域点数法总额预算和病种分值(DIP)付费国家试点工作。实施紧密型县域医共体总额付费,医疗服务价格合理调整机制初步建立,“互联网+”医疗健康、“互联网+”医保支付等新模式蓬勃发展。

(四)发展基础不断夯实。医保信息化、标准化取得突破,医疗保障信息国家平台建成并投入使用。截至2021年9月10日,24个省份和新疆生产建设兵团110多个地市上线应用国家医保信息平台;建立编码标准数据库和动态维护平台,15项全国统一的医保信息业务编码标准推广应用。医保电子凭证累计激活超过7.4亿人,全国31个省份和新疆生产建设兵团均开通医保电子凭证支付功能,覆盖超过21万家定点医疗机构、33万家定点零售药店,累计结算超3.3亿笔,医保服务迈入“码时代”。医保法治基础持续夯实,出台《医疗保障基金使用监督管理条例》。医疗保障政务服务事项实施清单管理,公

共服务不断优化。基金预算和绩效管理持续加强，2020 年基本医疗保险(含生育保险)总收入 2.48 万亿元，总支出 2.1 万亿元，年末累计结余 3.15 万亿元。

(五)决战决胜医保脱贫攻坚。持续加大对贫困人口政策支持，资助贫困人口参保缴费，实施基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障，梯次减轻医疗费用负担。2018-2020 年，医保扶贫累计资助贫困人口参保 2.3 亿人次，惠及贫困人口就医 5.3 亿人次，减轻贫困人口医疗费用负担 3600 多亿元，助力近 1000 万户因病致贫家庭精准脱贫。2018-2020 年，中央财政共投入居民医保财政补助资金 9597.02 亿元，其中约 85%投向中西部省份；投入医疗救助补助资金 740 亿元，其中 90%投向中西部。中央财政自 2018 年起连续三年累计投入 120 亿元补助资金，专项支持深度贫困地区提高农村贫困人口医疗保障水平。

(六)打赢疫情防控阻击战。实施确保患者不因费用问题影响就医、确保收治医院不因支付政策影响救治的“两个确保”政策，临时将新冠肺炎诊疗方案中的药品和诊疗项目纳入医保目录，及时结算新冠肺炎治疗费用。2020 年，医保累计支付新冠肺炎治疗费 16.3 亿元，预拨定点救治机构专项资金 194 亿元。全国推广“不见面办”“及时办”“便民办”“延期办”“放心办”等举措，有效减少人员聚集，方便群众办事。

(七)群众获得感持续增强。职工和居民医保政策范围内住院费用

报销比例稳定在 80%和 70%左右，城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制普遍建立。国家集采中选药品价格平均下降 53%，冠脉支架首次国家带量采购大幅降价不降质。跨省异地就医住院费用直接结算全面推开，截至 2020 年底，全国 4.44 万家定点医疗机构实现住院费跨省直接结算，累计直接结算 724.83 万人次，医保基金支付 1038.43 亿元；门诊费用直接结算试点工作稳妥推进，12 个试点省份开通联网定点医药机构 2.2 万家，门诊费用跨省累计结算 302 万人次，医保基金支付 4.29 亿元。全国 22 个省份 170 个统筹地区开通国家平台统一备案服务，参保人员异地就医备案实现“网上办”“掌上办”。2020 年，个人卫生支出占卫生总费用比例下降到 27.7%，医疗保障降低群众疾病医疗负担成效显著。

二、“十四五”医疗保障面临的发展形势是什么？

从机遇上看，一是党中央、国务院高度重视医疗保障工作。党的十九大以来，习近平总书记 5 次主持中央深改委会议，专题研究医保工作。2020 年，中央关于深化医疗保障制度改革的意见印发实施，明确了未来十年医保改革的顶层设计。二是经济基础雄厚。我国经济总量突破 100 万亿元，人均 GDP 突破 1 万美元，财政收入超过 20 万亿元，居民人均可支配收入超过 3 万元，中等收入群体将进一步扩大，内需潜力巨大，经济长期稳定向好，已转向高质量发展阶段，为医保改革发展提供了雄厚的物质基础。三是实践基础坚实。我国新型医保事业经历了 20 多年的改革发展，制度从无到有，体系逐步健全，特

别是“十三五”时期，药品、医用耗材集中带量采购改革和医保支付方式改革有序推进，医保药品目录和价格动态调整机制逐步建立，在打击欺诈骗保、信息化标准化方面探索了一系列行之有效的新做法，新时期医保工作实现从有到优具有坚实的实践基础。四是信息技术日新月异。以人工智能、大数据、区块链等新兴技术为支撑，推进建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，发布了15项全国统一的医保信息业务编码标准，建立了编码标准数据库和动态维护平台，实现了数据两级集中和标准统一，为医疗保障精细化管理和优质化服务提供重要的技术支撑。

同时，“十四五”时期，我国60岁以上老龄人口将超过3亿，社会进入中度老龄化阶段，劳动年龄人口减少，人口在职退休比进一步降低。而且，我国常住人口城镇化率已达60%，“十四五”末期将达到65%，人民群众对医疗保障范围和标准的要求不断提高。同时，疾病谱发生变化，传统传染病和新冠肺炎等新型传染病风险交织，医保基金支出刚需不断扩大，基金运行压力持续存在。从挑战看，一是发展不平衡不充分。地区间、人群间医疗保障水平存在差距，重大疾病保障机制需要完善。二是医保、医疗、医药改革不够协同。医保基金监管形势仍然严峻，欺诈骗取医保基金和侵害群众利益的现象普遍存在。三是发展基础相对薄弱。医保信息化、标准化、法治化建设及公共服务体系建设与新时期医疗保障改革的要求存在差距。

三、如何理解“十四五”规划提出的五个医保？

关于公平医保。《规划》针对医疗保障公平性方面的不足，从参保公平、筹资公平、待遇公平、服务公平等方面作出相应安排。比如，提出建立健全待遇清单制度，推进基本医疗保障规范统一，提高统筹层次，均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任，推动待遇保障范围和标准与经济发展水平相适应，逐步缩小制度间、人群间、区域间保障差距，促进医疗保障再分配功能有效发挥。

关于法治医保。建设法治医保，不仅要完善医保法律体系，而且要推动政策法定，同时要统筹做好医疗保障立法、司法、执法、普法、守法，完善多主体协商的共建共治共享机制，推动职工和居民依法参保，对定点医药机构依法管理，规范基金监管行政执法，全社会医疗保障法治理念明显增强，法治在医疗保障治理体系中的作用日益彰显。

关于安全医保。《规划》着眼落实总体国家安全观，统筹发展和安全，以更加安全的医疗保障促进更高质量的发展。保障基金安全，强化基金监测预警，构筑严密有效的基金安全防线。保障数据安全，加强医保内部管理，完善医保信息平台，保护好群众健康数据。保障参保群众个体健康安全，基本建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，有效衔接乡村振兴。

关于智慧医保。《规划》顺应数字经济发展趋势，明确提出全面加强医疗保障信息化、标准化建设，以建成全国统一的医疗保障信息平台为基础，普遍推广应用医保电子凭证，运用大数据、互联网、云

计算、区块链等新一代信息技术，提高医保管理和服务数字化、智能化水平，实现医保“决策数字化、管理精细化、服务智慧化”，为参保群众和定点医药机构提供更加便捷的医保服务。

关于协同医保。《规划》由医保部门和卫生健康部门联合编制，本身就体现了部门的协同。在具体措施上，提出在巩固基本医疗保障的同时，积极发展商业健康保险，鼓励职工医疗互助、慈善捐赠等多种形式的保障协同发展。《规划》还提出完善医药价格和采购机制，优化医疗服务价格结构，有效发挥医保基金战略性购买作用。同时，强化医保基金协同监管，医保、卫生健康、公安、市场监管等部门加强数据共享，协同发力，保护好人民群众的“治病钱”“救命钱”。

四、“十四五”规划提出参保率保持在95%以上，“十三五”参保率也在95%以上，内涵上有什么不同？

虽然两个五年参保率都是95%，但是“十四五”时期的质量更高。一是参保政策更加完善。推动更多职工和城乡居民能在常住地、就业地参保。健全包括新就业形态从业人员在内的灵活就业人员参保方式，稳步做实全民参保计划，巩固提高参保覆盖率。二是参保服务更优。通过医保与税务、商业银行等单位开展“线上+线下”合作，丰富参保缴费便民渠道，群众办理参保更加便利。三是参保管理更智慧。通过全国统一的医疗保障信息平台，实现全国参保信息互联互通，重复参保、漏保、断保将进一步减少。完善覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询。建立健全与公安、民政、人力资源社会保

障、卫生健康、市场监管、税务、教育、乡村振兴、残联等部门的数据共享交换机制，加强部门数据对比。四是基本医疗保险关系转移接续更加顺畅。适应人口流动和就业转换需要，畅通跨统筹地区基本医保关系转移接续渠道，推进基本医保关系转移接续跨省通办。

五、职工医保和居民医保住院费用政策范围内基金支付比例保持稳定的考虑是什么？

“十四五”期间，职工医保和居民医保住院费用政策范围内基金支付比例表述为保持稳定，内涵更加丰富，体现了保障质量的提升。一是这个稳定是在逐步扩大门诊统筹背景下的稳定，住院和门诊待遇更加均衡。二是这个稳定是在医保目录动态调整机制下的稳定，目录更加灵活，更多好药、管用药及时纳入目录。三是这个稳定是就医更加便捷的稳定，住院费用跨省直接结算率将由 50%提高到 70%。四是这个稳定是对重大疾病保障机制更加完善的稳定，有助于推动防范化解因病致贫返贫的长效机制建立。

六、个人卫生支出占卫生总费用比例下降到 27%对参保人意味着什么？

个人卫生支出占卫生总费用比例是反映医疗卫生费用中个人负担比例的重要指标，是全口径医疗卫生费用中的个人负担比例。根据卫生总费用支出法，卫生总费用由政府卫生支出、社会卫生支出、个人卫生支出三部分组成。“十三五”期间，有关部门通过加大财政投入、提高基本医疗保险报销比例、完善基本医保目录动态调整机制等

措施，我国个人卫生支出占卫生总费用比例已经从 29.27% 下降到 27.7%。“十四五”期间，我们将继续通过完善基本医保制度、加大政府投入等措施，持续降低个人卫生支出占比，不断减轻群众医疗费用负担。同时考虑到未来五年经济发展的外部环境不确定性因素仍然较多，财政对医疗保障投入的增速很难维持过去的增速，按照积极稳妥、留有余地的原则，将目标确定为 27%。

七、“十四五”时期，基本医疗保障如何实现更加公平的发展？

公平适度的待遇保障是增进人民健康福祉的内在要求。在待遇方面，一是巩固提高基本医疗保险统筹层次，基本统一全国基本医疗保险用药范围，规范医保支付政策确定办法。二是落实医疗保障待遇清单制度。建立健全医疗保障待遇清单制度，确定基本保障内涵，厘清待遇支付边界，明确政策调整权限，规范政策制定流程。三是坚持适度保障。根据经济发展水平和基金承受能力，稳定基本医疗保险住院待遇，稳步提高门诊待遇，做好门诊和住院待遇的统筹衔接。同时通过集中带量采购、目录谈判，逐步降低常用药、高值医用耗材价格，减轻群众负担。四是完善医疗救助制度。建立救助对象及时精准识别机制，实施分层分类救助。规范救助费用范围，合理确定救助标准。建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制。在筹资方面，一是稳步提高统筹层次。在全面做实市地级统筹的基础上，按照政策统一规范、基金调剂平衡、完善分级管理、强化预算考核、提升管理服务的方向，推动省级统筹，促进基本医疗保险公平和可持续运行。二是完善基本

医保筹资机制。优化职工医保基金结构，提高统筹基金所占比重。完善城乡居民基本医疗保险筹资政策，研究建立缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩的机制，优化个人缴费和财政补助结构。

八、“十四五”时期，如何加强医保法治建设？

一是加强立法。推进医疗保障法立法工作，深入实施《医疗保障基金使用监督管理条例》，制定药品价格管理办法等规章，做好相关释义及解释。加强行政规范性文件制定和监督管理。二是规范执法。完善权责清单、执法事项清单、服务清单，制定全国统一的医疗保障行政处罚程序规定，规范执法文书样式、行政执法指引，规范行政执法自由裁量权。规范执法行为，改进执法方式，加强执法监督，建立健全医疗保障执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核等制度。健全行政复议案件处理工作机制。三是做好普法宣传。开展多种形式的医保普法宣传活动，增强全社会医保法治意识，提高政策知晓度，营造医保、医疗、医药协同改革的良好氛围。

九、“十四五”时期，医疗保障如何实现安全发展？

安全是发展的前提，发展是安全的支撑。《规划》坚持总体国家安全观，统筹发展和安全，树立底线思维，强化基金管理、加强内部控制和数据安全的管理，护航医疗保障高质量发展。

一是维护基金安全。研究建立预算绩效管理体系，合理确定绩效目标，全面实施绩效运行监控，科学开展绩效评价，切实强化结果应

用，进一步提高基金管理水平。落实统筹地区管理责任，全面开展统筹地区基金运行评价。

二是确保数据安全。落实数据分级分类管理要求，制定医疗保障数据安全管理办法，规范数据管理和应用，维护医疗保障信息平台安全运行，依法保护参保人员基本信息和数据安全。

三是加强内部控制。梳理医疗保障内部管理和职权运行风险点，建立流程控制、风险评估、运行监控、内审监督等内部控制工作机制，及时发现并有效防范安全隐患，确保不发生重大安全问题。强化责任追究，促进内控机制有效运行。

四是增强人民群众医保安全感。通过健全重大疾病医疗保险和救助制度，建立健全防范和化解因病治贫返贫长效机制，不断提升医保服务，提升参保群众获得感、幸福感、安全感。

十、“十四五”时期，如何推动智慧医保发展？

信息技术是实现智慧医保的重要支撑。规划从管理、服务、基础设施建设等方面，提出了信息化建设的任务。

一是加强信息基础设施建设。全面建成全国统一的医疗保障信息平台，持续优化运行维护体系和安全管理体系，完善平台功能。推进数据迁移、清洗等工作，提高数据质量。建立健全物理安全、数据安全、网络安全等安全管理体系和云平台、业务系统、网络等运行维护体系。深化大数据、区块链等技术在宏观决策分析、医疗电子票据等工作中的应用。

二是运用智慧医保加强管理。全面建立智能监控制度。积极探索将按疾病诊断相关分组付费、按病种分值付费等新型支付方式以及“互联网+医疗健康”等新业态、长期护理保险等纳入智能监控范围。

三是提升服务水平。运用信息化技术，提升医保便民服务质量。鼓励发展诊间结算、床边结算、线上结算，推进医疗电子票据使用，支持重点区域拓展“跨省通办”政务服务范围。运用信息化技术，提高异地就医直接结算效率。继续优化网上办事流程，提供更多智能化适老服务。

四是推进数据共享。通过全国一体化政务服务平台，实现跨地区、跨部门数据共享，做好医保数据分级分类管理，探索建立与卫生健康、药监等部门信息共享机制。按规定探索推进医疗保障信息平台与商业健康保险信息平台信息共享。

十一、“十四五”时期，如何体现协同医保？

一是目录调整更加协同。在初步建立药品目录动态调整机制的基础上，建立完善医保药品目录调整规则及指标体系，动态调整优化医保药品目录。健全医保药品评价机制，加强医保药品目录落地情况监测和创新药评价，提高谈判药品可及性。

二是对定点医药机构预算分配更加协同。加强医保定点管理，全面实施医疗保障定点医疗机构、医疗保障定点零售药店管理办法，优化定点管理流程，完善定点医药机构绩效考核，制定针对不同支付方式的医疗服务行为监督管理办法。坚持“以收定支、收支平衡、略有

结余”的总额预算编制原则，统筹考虑住院与门诊保障、药品(医用耗材)与医疗服务支付、地区内就医与转外就医等情况，完善分项分类预算管理办法，健全预算和结算管理机制。支持有条件的地区医保经办机构按协议约定向医疗机构预付部分医保资金，提高医保资金使用绩效。

三是深化医药集采制度改革，医药服务价格形成机制更加科学合理。深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革，常态化制度化实施国家组织药品集中带量采购，持续扩大国家组织高值医用耗材集中带量采购范围。探索建立适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制。

四是持续深化医疗保障支付方式改革。在全国范围内普遍实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。推进区域医保基金总额预算点数法改革。制定医保基金总额预算管理、按床日付费、按人头付费等技术规范。完善紧密型医疗联合体医保支付政策。

五是强化协商共治机制。健全医疗保障部门、参保人代表、医院协会、医师协会、药师协会、护理学会、药品上市许可持有人、药品生产流通企业等参加的协商机制，构建多方利益协调的新格局。

十二、“十四五”时期，推进医疗保障标准化建设的任务是什么？

根据中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》要求，高起点高标准推进标准化和信息化建设，统一医疗保障业务标准和技术标准。

“十四五”期间，一是完善标准化工作基础。建立上下联动、部门合作、职责分明的标准化工作机制，推进医疗保障与人力资源社会保障、卫生健康、银保监会、药监等部门的工作衔接。推动医疗保障标准在规范执业行为和促进行业自律等方面更好发挥作用。强化标准实施与监督。向定点医药机构提供标准服务。

二是加强重点领域标准化工作。统一医疗保障业务标准和技术标准，制定基础共性标准清单、管理工作标准清单、公共服务标准清单、评价监督标准清单，组建各类标准咨询专家团队。

三是健全标准化工作体制机制。组建全国医疗保障标准化技术委员会，建立高水平医疗保障标准化智库。强化医疗保障标准日常管理维护，完善落地应用长效机制。健全医保编码信息维护、审核、公示、发布的常态化工作机制。

十三、如何实现巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接？

一是坚持共同富裕方向，坚持共享发展成果，实现由集中资源支持脱贫攻坚向基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。二是优化调整脱贫人口医疗救助资助参保政策，分类调整医疗保障综合帮扶政策，坚决治理过度保障政策，确保政策有效衔接，待遇平稳过渡，制度可持续。三是综合施策降低农村低收入人口看病就医成本，引导合理诊疗，促进有序就医，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。

十四、“十四五”期间完善生育保险政策的举措有哪些？

贯彻积极应对人口老龄化国家战略要求，未来五年将持续完善生育保险政策。一是继续做好生育保险对参保女职工生育医疗费用、生育津贴等待遇的保障。二是规范生育医疗费用支付管理，推进生育医疗费用支付方式改革，住院分娩按病种支付，产前检查按人头支付，控制生育医疗费用不合理增长，降低生育成本，提高生育保险与职工基本医疗保险合并实施成效。三是继续做好城乡居民基本医疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障。

十五、如何健全重特大疾病医疗保障和救助制度？

一是建立救助对象及时精准识别机制。加强部门协同，做好各类困难群众身份信息共享，及时将符合条件的困难群众纳入医疗救助范围。二是建立健全防范化解因病致贫返贫长效机制。强化高额医疗费用支出预警监测，依申请落实综合保障政策。三是规范就医服务管理。引导合理诊疗，促进有序就医，严控不合理医疗费用。四是完善基本医疗保险政策，夯实医疗救助托底保障，发展商业健康保险，健全引导社会力量参与机制，促进慈善医疗救助发展，规范发展医疗互助，稳步提高重大疾病患者保障水平，合力防范因病致贫返贫风险。

十六、“十四五”时期如何促进商业健康保险发展？

商业健康保险对于满足群众多样化健康需求发挥着重要作用。促进商业健康保险发展，要在产品创新、政策创新、机制创新、监管创新上共同发力。一是鼓励商业保险产品创新，提供包括医疗、疾病、

康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品和服务,支持保险公司、中医药机构合作开展健康管理服务,开发中医治未病等保险产品,鼓励将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。更加注重发挥商业医疗保险的作用,引导保险机构创新完善保障内容,提高保障水平和服务能力。二是加强基本医保与商业保险合作。鼓励商业保险机构等社会力量参与医保经办管理服务,引入社会力量参与长期护理保险经办服务。鼓励商业保险公司开发商业长期护理保险产品。三是完善支持政策。支持商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品,更好覆盖基本医保不予支付的费用,满足人民群众多样化保障需求。按规定探索推进国家医疗保障信息平台与商业健康保险信息平台信息共享。四是落实行业监管部门责任,加强市场行为监管,突出健康保险产品的设计、销售、赔付等关键环节监管。

十七、如何支持医疗互助有序发展?

一是明确各类医疗互助的定位性质,强化制度建设,加强监督管理,规范医疗互助发展,更好满足人民群众对医疗互助保障的新需求。二是鼓励职工医疗互助发展,坚持职工医疗互助的互济性和非营利性,发挥低成本、低缴费、广覆盖、广受益的优势,加强职工医疗互助与职工基本医疗保险的衔接,推动工会医疗互助科学设计、规范运营,更好减轻职工医疗费用负担。三是依托医疗保障信息平台,推动医疗互助信息共享,充分发挥保险、互助的协同效应。

十八、“十四五”时期，如何推动长期护理保险发展？

建立长期护理保险制度是医疗保障领域深入贯彻积极应对人口老龄化国家战略的战略举措，是补齐社会保障体系的重要制度安排。主要围绕以下四个方面指导地方推进试点，探索形成可复制可推广的经验，稳步建立长期护理保险制度。

一是合理确定参保对象和保障范围。试点阶段从职工基本医保参保人群起步，重点解决重度失能人员基本护理保障需求。

二是探索完善筹资机制。探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，形成与经济社会发展和保障水平相适应的筹资动态调整机制。

三是建立公平适度的待遇保障机制。着眼于政策统一、待遇均衡，明确制定全国统一的长期护理保险失能等级评估标准，建立完善长期护理保险需求认定、等级评定等标准体系和管理办法。着眼于保障适度、边界清晰，提出长期护理保险基本保障项目。着眼于提高资金使用效率，形成政策合力，提出做好与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接。

四是健全长期护理保险经办服务体系。着力推进公共管理创新，激发市场活力，提出完善管理服务机制，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。

十九、“十四五”期间，医保目录动态调整机制有哪些内容？

未来五年，将按照药品、医用耗材、医疗服务三个项目目录，建

立健全动态调整机制。

在医保药品目录方面，一是统一化。持续推进省级增补药品消化，确保到 2022 年实现全国基本医保用药范围基本统一。二是规范化。建立完善医保药品目录调整规则及指标体系，及时将临床价值高、患者获益明显、经济性评价优良的药品按程序纳入药品支付范围，支持药品创新。将符合条件的中药按规定纳入医保支付范围。健全医疗保障药品评价机制，加强药品目录落地情况监测和创新药评价。三是标准化。建立健全医保药品支付标准，以谈判药品、集中带量采购药品和“两病”用药支付标准为切入，逐步推动药品目录管理和支付标准相衔接。

在医保医用耗材管理方面，建立医用耗材医保准入制度，制定医保医用耗材目录。探索制定医用耗材医保支付标准，引导规范医疗服务行为，促进医用耗材合理使用。

在医疗服务项目管理方面，完善医保医疗服务项目范围管理，明确医疗服务项目医保准入、支付、监管政策，规范医疗服务行为。在规范明细、统一内涵的基础上，逐步建立科学、公正、透明的医疗服务项目准入和动态调整机制，促进医疗服务新技术有序发展。

二十、“十四五”时期，医保支付方式将有何变化？

医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制。《规划》提出，“十四五”时期，要推进医保支付方式改革，基本建成管用高效的医保支付制度。

一是加强医保总额预算管理。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，加强医保基金收支预算管理，合理确定统筹地区总额控制目标，探索推进区域医保基金总额预算点数法。根据分级医疗服务体系功能划分及基层医疗卫生机构与医院双向转诊要求，将总额控制目标细化分解到各级各类定点医疗机构。支持有条件的地区医保经办机构按协议向定点医疗机构预付部分医保资金。

二是完善多元复合支付方式。普遍实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，制定按床日付费、按人头付费等技术规范，提高支付方式标准化、规范化程度。开展支付方式绩效考核和监管。完善紧密型医疗联合体医保支付政策。探索符合中医药特点的医保支付方式。配合门诊共济改革，总结推广家庭医生签约服务与按人头付费有效做法，促进基层首诊。

二十一、“十四五”时期，医保定点管理有哪些新变化？

一是推动医疗保障定点医疗机构、医疗保障定点零售药店管理办法有效实施。二是完善协议内容，优化流程，扩大定点覆盖面，将更多符合条件的基层医疗机构纳入医保定点范围。三是加强考核监督，完善定点医疗机构绩效考核，建立针对不同支付方式的医疗服务行为监督管理办法，健全与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩机制。

二十二、“十四五”时期医保如何支持中医药发展？

《规划》在目录管理、支付管理等任务中提出了支持中医药发展的举措。一是将符合条件的中药按规定纳入医保支付范围。二是支持

符合条件的中医医疗服务项目按规定纳入医保支付范围。三是探索符合中医药特点的医保支付方式，发布中医优势病种，鼓励实行中西医同病同效同价，引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务。四是支持中医药传承创新发展，强化中医药在疾病预防治疗中的作用，推广中医治未病干预方案。支持商业保险机构与中医药机构合作开展健康管理服务，开发中医治未病等保险产品。

二十三、“十四五”时期如何完善药品和医用耗材集中带量采购改革？

一是加大药品、医用耗材集中带量采购力度。推动集中带量采购成为主导模式，常态化、制度化开展药品国家集中带量采购，持续扩大高值医用耗材集中带量采购范围。二是完善工作格局。强化对集中采购机构的统一指导，规范地方开展集中带量采购，形成国家、省级、跨地区联盟采购相互配合、协同推进的工作格局。三是建立以医保支付为基础，招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级集中采购平台。四是推进并规范医保基金与医药企业直接结算，完善与集中采购配套的激励约束机制，落实医保资金结余留用政策，推动集中带量采购成为公立医疗机构医药采购的主导模式，鼓励社会办医疗机构、药店参与集中招标采购。

二十四、“十四五”时期如何完善药品及医用耗材价格治理机制？

一是加强价格监测。全面建立公立医疗机构药品和医用耗材的采购价格信息监测机制、交易价格信息共享机制，提升药品和医用耗材

价格异常变动的分析预警应对能力。强化药品和医用耗材价格常态化监管，推动实施全国医药价格监测工程，全面落实医药价格和招采信用评价制度。二是加强价格监管。灵活运用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数、挂网规则等管理工具，精准施策，有效传导，遏制药品、医用耗材价格虚高，兼顾企业合理利润，促进医药行业高质量发展。

二十五、“十四五”时期如何深化医疗服务价格改革？

一是明确总体思路。加强医疗服务价格宏观管理，完善定调价规则，改革优化定调价程序，探索适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制。二是促进价格管理规范化。制定完善医疗服务价格项目编制规范，分类整合现行价格项目，健全医疗服务价格项目进入和退出机制，简化新增医疗服务价格申报流程，加快受理审核进程，促进医疗技术创新发展和临床应用。比如，将探索完善药学类医疗服务价格项目，健全上门提供服务的医疗价格政策。三是稳妥开展试点。开展深化医疗服务价格改革试点，形成可复制的改革经验，并有序推广。四是加强价格监测。完善公立医疗机构价格监测，编制医疗服务价格指数，探索建立灵敏有度的动态调整机制，发挥价格合理补偿功能，稳定调价预期。五是强化日常管理。加强总量调控、分类管理、考核激励、综合配套，提高医疗服务价格治理的社会化、标准化、智能化水平。

二十六、“十四五”时期如何加强医保基金监管？

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，基金的使用安全涉及广大群众的切身利益，关系医疗保障制度的健康持续发展。国家医保局成立以来，将加强基金监管作为重点工作推进落实，在全国范围内开展专项检查、飞行检查、“打击欺诈骗保”集中宣传月活动，推动出台《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》《医疗保障基金使用监督管理条例》，为基金监管奠定了坚实的实践基础、法治基础。《规划》明确，“十四五”时期，要构建全领域、全流程的基金安全防控机制，基本建成医保基金监管制度体系和执法体系。主要提出了5个方面的具体任务。

一是建立健全监督检查制度。建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度；健全“双随机、一公开”检查机制。完善部门联动机制，开展联合检查。建立和完善第三方参与机制，引入信息技术服务机构、会计事务所、商业保险机构等参与医保基金监管，提升监管专业性、精准性、效益性。

《规划》还提出实施医保基金监督管理全覆盖工程，实现系统监控全覆盖、现场检查全覆盖、飞行检查全覆盖、社会监督全覆盖、监管责任全覆盖。

二是全面建立智能监控制度。主要是通过加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，加大稽查审核力度，实现本地异地、门诊住院医疗费用审核全覆盖。全面推进医疗费用智能审核，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。

三是建立医疗保障信用管理体系。完善医疗保障信用管理制度，形成信用承诺、信用评价、信息共享、结果公开、结果应用、信用修复等全链条闭环式信用监管，推动实施分级分类管理。依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。

四是健全综合监管制度。适应医疗保障管理服务特点，建立并完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度。大力推进部门间联合执法、信息共享和互联互通，促进监管结果协同运用。对查实的欺诈骗保行为，各相关部门按照职责权限对有关单位和个人依规依纪依法严肃处理。建立健全打击欺诈骗保行政执法与刑事司法衔接工作机制。

五是完善社会监督制度。广泛动员社会各界参与医疗保障基金监管，协同构建基金安全防线，促进形成社会监督的良好态势。健全欺诈骗保举报投诉奖励机制，完善奖励政策和奖励标准。健全完善要情报告制度，用好基金监管曝光台，做好医保基金监管典型案例的收集遴选和公开通报。医疗保障经办机构定期向社会公告基金收入、支出、结余和收益情况。

二十七、“十四五”时期如何推动医药服务体系高质量发展？

医药服务供给体系是医疗保障的依托，要以高质量发展为目标，优化医药服务资源配置，健全医疗卫生服务体系，提高药品供应和安全保障能力，不断激发医药服务供给侧活力。

在医疗卫生服务体系方面，完善区域卫生规划，健全城市三级医

院、县级医院和基层医疗机构分工协作的现代服务体系，支持整合型医疗卫生服务体系建设，加强分级诊疗体系建设，推进基层医疗卫生机构发展，促进基层医疗卫生服务有效利用和有序就医。

在医疗服务方面，支持儿科、老年医学科、精神心理科和康复、护理等紧缺医疗服务发展，鼓励日间手术、多学科诊疗、无痛诊疗等医疗服务发展。提高门诊检查、手术、治疗保障水平，推进医疗机构检查检验结果互认。支持远程医疗服务、互联网诊疗服务、上门医疗服务等新模式新业态有序发展，促进智能技术合理运用。

在药品供应方面，深化审评审批制度改革，鼓励药品创新发展，加快新药好药上市，促进群众急需的新药和医疗器械研发使用。稳步推进仿制药质量和疗效一致性评价。分布实施医疗器械唯一标识制度，拓展医疗器械唯一标识在卫生健康、医疗保障领域的衔接应用。严格药品监管，有序推进药品追溯监管体系建设。健全短缺药品监测预警和分级应对体系，加大对原料药垄断等违法行为的执法力度，进一步做好短缺药保供稳价。

在药品流通方面，逐步建立集中采购中标企业应急储备、库存和产能报告制度，保障集中采购药品供应。支持药店连锁化、专业化、数字化发展，更好发挥药店的独特优势和药师作用。依托全国统一的医疗保障信息平台，支持电子处方流转。

二十八、“十四五”期间，医疗保障将给人民群众带来哪些变化？

《规划》立足于保障人民健康，从健全多层次医疗保障制度体系、

优化医疗保障协同治理体系、构筑坚实的医疗保障服务支撑体系三个维度推进医保事业高质量发展。通过未来五年的努力，群众至少可以从以下四个方面获益：

一是新药好药更加可及。国家医疗保障局成立以来，连续三年调整医保药品目录，调整规则和指标体系在实践中进一步完善。“十四五”期间，将继续立足基金承受能力，适应基本医疗需求、临床技术进步需要，动态调整优化药品目录，及时将临床价值高、患者获益明显、经济评价优良的药品以及符合条件的中药纳入支付范围。同时，自2018年以来已开展五批药品集采，患者个人负担水平明显降低，大量原来用不起高价药的患者用上了高质量药品。在高值医用耗材集采方面，中选冠脉支架价格降幅达93%，近期实施的人工关节集中带量采购，髋关节和膝关节的平均价格分别从3.5万元和3.2万元下降至7000元和5000元左右，平均降价82%。“十四五”时期，将进一步扩大药品和高值医用耗材集采范围，让参保群众用上更多新药好药。

二是重大疾病保障更加有力。核心是建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制。首先，建立医疗救助对象及时精准识别机制，加强部门协同，做好各类困难群众身份信息共享，及时将符合条件的困难群众纳入医疗救助范围。其次，针对不同困难类型，实施分层分类救助。第三，规范救助费用范围，合理确定救助标准。同时，积极引导社会力量参与救助保障，稳步提高重大疾病患者的保障水平，减轻参

保人员医疗负担，防范因病致贫返贫风险。

三是住院和门诊保障水平更加均衡。未来五年将立足经济社会发展水平和医保基金承受能力，统筹发挥三重制度综合保障功能，在巩固稳定住院保障水平的基础上，推动提高门诊待遇保障水平。建立健全职工门诊共济保障机制，改革职工医保个人账户，开展职工医保普通门诊统筹。完善城乡居民医保门诊保障政策，提升城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障水平。

四是医保公共服务更加便利。《规划》提出，要为参保群众和单位提供更加便捷、优质、高效、精细的服务。“十四五”期间，医保服务网更为完善，建立省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)五级医保服务网络，合理布局服务网点，大力推进服务入镇进村，为群众提供家门口的医保服务。在完善服务网络的基础上，推动传统服务和新型服务共同发展，在积极推广经办大厅现场“一站式”服务的同时，加快构建互联网、医保电子凭证等智能化医保公共服务平台，推动医保公共服务“网上办”“码上办”“视频办”。以更加智慧便捷的网络为支撑，进一步扩大跨省异地就医直接结算范围，逐步实现住院门诊费用线上线下一体化的异地就医结算服务。

[返回目录](#)

医药价格监测将推动药价持续稳定阶梯式下降

来源：Latitude Health

如果说集采和高价药谈判建立了一套药价形成机制，从而对中国

医药产业带来了巨大的市场变革，那么全国医药价格监测则是这个机制不可或缺的抓手，能推动医保更精细化的管控药价。

根据近日公布的《“十四五”全民医疗保障规划》(以下简称《规划》)，药价监测被正式纳入医保规划：“全面建立公立医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测机制、交易价格信息共享机制，提升对药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力。强化药品和医用耗材价格常态化监管，实施全国医药价格监测工程，全面落实医药价格和招采信用评价制度，灵活运用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数、挂网规则等管理工具，遏制药品和医用耗材价格虚高，兼顾企业合理利润，促进医药行业高质量发展。”

这里明确了三个要点，首先是对所有公立医疗机构的药耗采购价格进行监测、交易价格信息全国共享。这延续并扩大了之前的监测模式，主要是扩展到全部公立医疗机构。其次，明确了要实施全国医药价格监测工程，这是对未来整个市场最具影响力的工具之一。最后，全面落实医药价格和招采信用评价制度，继续使用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数、挂网规则等多种管理工具。

事实上，国家医保局从 2019 年就开始了药价监测，但那时主要是针对部分品种，尤其是短缺药、集采和谈判药品，并没有建立覆盖所有医疗机构和药店的监测体系。

2019 年底，国家医保局印发《关于做好当前药品价格管理工作的意见》，其中对药价监测有明确的规定，“在尊重市场规律、尊重

经营者自主定价权的基础上，综合运用监测预警、函询约谈、提醒告诫、成本调查、信用评价、信息披露等手段，建立健全药品价格常态化监管机制，促进经营者加强价格自律。”

2019 年虽然还未出台招采信用评价制度，但上述多种管理工具在 2019-2020 年都进行了推进。根据国家医保局在 2020 年 10 月披露的信息：“依托医药价格与招标采购指导中心推进平台药品供应异常监测，对 2019 年-2020 年 70 多种急(抢)救药品、易短缺药品开展重点监测监管。截至目前，已对数十家企业的药品价格问题开展调查，对 20 多家企业进行了约谈告诫，并且将掌握的线索及时移交相关部门。”

下面根据《关于做好当前药品价格管理工作的意见》来简要分析一下这些管理工具，第一，监测预警。分为两部分，一是国家医保局依托多种渠道开展国内外价格信息监测工作，预警药价和供应异常。二是省级医保部门依托省级药品招采机构，一方面对供应和采购信息进行完善和共享，另一方面也要监测药价和供应变化，对异常情况进行调查和应对并报送国家医保局，国家医保局汇总分析后向有关部门和地方进行重点监管品种预警。从这里可以看出，《规划》出台前，药品招采平台还是主要价格监测的路径，参与集采的主要药企和医院的价格都落入了监测的范围，但由于部分公立医院、大部分基层医疗机构和社会办医机构都不参与，之前的监测是不全面的。

第二，函询约谈。对监测异常的药品，各级医保部门通过函询来

获取书面说明，对问题突出的，进行约谈或跨区域约谈并提供成本构成的生产、经营、财务和产品流向等资料。如被认定涨价理由不充分、不合理，需书面承诺调整价格，否则将面临提醒告诫、警示、降低信用评价和暂停挂网等多项惩罚措施。从函询约谈来看，主要是在药价监测预警之后根据警示品种来跟进查询、调整和处罚。函询是监测的延伸，而约谈则是根据监测结果对药价采取调整。

第三，完善药价成本调查机制。药价成本调查由国家和省这两级医保部门实施或委托实施，调查范围仍以警示和竞争不充分的品种为主，但不限于此，可扩展到其他品种。经营者必须提供成本、财务和其他信息，“成本调查结果可以作为判定经营者是否以不公平价格销售药品的依据”。成本调查是药价监测的重要组成部分，从这里可以看出，《规划》出台前，限于医保部门自身的能力和范围，仍以重点警示品种为核心，但随着全国药价监测系统的建立，未来扩展到全品类将是理所当然的。

第四，信用评价制度的建立。这部分在 2020 年通过《关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》建立了面向医药企业的信用制度并已经在市场上实践和取得了有效的成果。信用评价制度主要基于招采合同，评价以法院判决和部门行政处罚为基础，其目标主要是预防引导，特别是“事前划定价格和营销红线、明示失信风险，引导医药企业主动加强合规建设，诚信守法经营”。

第五，信息披露主要为强化社会监督，这里主要强调将前四个部

分——调查、约谈、成本和信用评价的信息向社会公开，鼓励社会各方监督。

从上述对管理工具的分析来看，监测主要还是面向药品价格异常的品种，既没有对所有药品价格进行覆盖，也没有覆盖所有医疗机构和零售药店。而《规划》所明确的全国药价监测工程则明确了不仅要覆盖大部分药品，也会从公立机构延伸到社会办医机构和零售药店，监测内容除了药价，还向服务收费和要素成本延伸。为了满足监测覆盖的广度和深度的升级，势必要升级监测平台和增加监测哨点，这不仅仅会影响到全国的药企和医院，所有的流通商和代理商和零售渠道都会受到持续强化的监测。这意味着原先不规范和灰色的交易模式会受到明显的冲击，这对市场的影响将是长远而持续的。

虽然目前没有明确广覆盖之后药价监测的具体细化内容，但如果从同处东亚地区的日本和中国台湾来看，药价监测要求所有抽样机构按照规定申报指定药品品类的进销存和其他内容，内容是非常细化的。

以日本为例，2019年，日本要求全部药品批发经销商都需要参加药价监测，其他机构则是按照分层随机抽样参与，其中医院抽样率为1/40，诊所抽样率为1/400，零售药店的抽样率为1/120。抽样调查以医保定点机构为主，但药品并不局限于医保目录内，目录外一样需要申报。通过药价监测，日本政府会计算出药价偏差率（当前药价和实际销售药价的偏差）、仿制药数量比例、替代仿制药的适当医疗

费用效果、成交量和总体药价基数比例等指标，作为新一年药价调整的主要参考。其中药价差是最核心指标之一，因为这将决定新一年药价的总体降幅，其目标主要是消灭药价差。

而从中国台湾地区来看，对所有药品批发经销商和医院以及药店都要求申报，不仅包括进销存数据，也包括很多更为细化的数据，比如药企和药商给予的折扣，折扣不仅包括直接的折扣，也包括赠药、捐赠设备或管理费和研究费、药企或药商支付给医生的讲课费用等与药品交易相关的所有附带利益，这些都需要如实申报。对于没有如实申报的，不仅追求其信用责任，也会被追究行政和刑事责任。

当然，如果发现药价异常波动尤其是药企以低于医保支付价 50% 向医疗机构出售药品，台湾地区一样会启动临时调查并对相关机构进行处罚并直接调降药价。而紧随药品监测的就是药价调整，目标与日本较为类似，主要是消灭药价差，频率是仿制药每年调整一次，而专利药每两年调整一次。

从日本和中国台湾来看，药价监测的主要目标是获得真实的药品价格和成本信息，从而找到当前市场各类药品品种的真实交易价格，从而将其作为医保支付价调整的依据。药价在这些地区总体呈现出持续稳定的阶梯式下降。

因此，随着药价监测从重点品种向全品类扩充，从部分公立医疗机构向所有医疗机构、批发经销商和药店扩张，医保部门将借助药价监测的触角并依托多样化的管理工具对药价进行更为全面的分析，从

而在药品集采和药价谈判上推行更为精细化的管理。从东亚其他地区的模式来看，由于药品交易始终存在医保支付价和实际交易价格的偏差，这将最终推动药价持续稳定阶梯式的下降。

[返回目录](#)

• 医保速递 •

医保规划从顶层到基层，再看医院如何“强身健体”？

来源：中国医疗保险

近日，中国政府网全文公布《“十四五”全民医疗保障规划》。《规划》由国务院办公厅印发，明确到 2025 年，医疗保障制度更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务，医疗保障政策规范化、管理精细化、服务便捷化、改革协同化程度明显提升。《规划》从顶层设计上为“十四五”期间全民医疗保障工作指明了方向，也在落地基层的举措中体现出了很多改革的思路。

从顶层设计来看，“三医联动”是全面建成医疗保障体系的关键一招。2021 年 2 月，中共中央总书记习近平在主持第二十八次中央政治局集体学习时强调，要坚持不懈、协同推进“三医联动”，推进国家组织药品和耗材集中带量采购改革，深化医保支付方式改革，提高医保基金使用效能。我们看到此次《规划》由国家医保局和国家卫生健康委联合编制，这是从顶层设计的层面推动“三医联动”的一次

有益的实践。《规划》提出，发挥医保支付、价格管理、基金监管综合功能，促进医疗保障与医疗服务体系良性互动，使人民群众享有高质量、有效率、能负担的医药服务和更加优质便捷的医疗保障。顶层设计上的“联动”对整个行业的影响深远，未来国家医保局和国家卫健委将加强统筹谋划和协调推进，形成整体合力，让改革为老百姓带来最大的效益。

在落地基层的探索中，针对广大群众关心的看病就医难题，《规划》提出在稳定基本医保住院待遇的基础上，稳步提高门诊待遇，深化药品和高值医用耗材集中带量采购改革，动态调整优化医保药品目录，进一步减轻人民群众的用药负担，建立覆盖省、市、县、乡、村的五级医疗保障服务网络，提升全流程数字化服务水平，提高跨省异地就医直接结算率，为群众提供更加优质的服务。过去一段时间，带量采购政策效果已经彰显出来，药品耗材的价格水平大幅度下降，改革让老百姓的获得感越来越真切。未来会有一系列围绕《规划》的具体举措，这些举措的制定实施应当更加凸显出问题导向、民生至上、靶向施策的改革新思维，实现补短板、解疾苦、释红利的目标。对全国 13.6 亿基本医保参保人而言，《规划》目标要让广大人民群众不断提升的获得感得到实实在在的体现。

从顶层走向基层，《规划》对医保政策的执行层——医保机构，也提出了一系列规范管理措施：坚持依法依规分类参保，推动全国基本医保用药范围基本统一，加强医保医用耗材管理，提升医疗服务项

目管理水平；加强医保基金管理，守好群众“救命钱”；加强医保机构自身管理，建立统一规范的医保公共服务和稽核监管标准体系，推进信息化、标准化建设，提升依法治理能力，不断增强服务效能。医院是医改政策的核心，也是医保规划最重要的落地环节。下一步，医院要按照党中央、国务院的部署，加强组织保障，做好政策解读，思考如何“强身健体”，进一步推动《规划》落地实施。

首先是在运营理念上要积极适应医保新时代和《规划》新政。对医院和广大医务工作者而言，基本医保基金是收入和劳动报酬的主要来源，在维持医院正常运营中有着举足轻重的作用，随着全民医保制度的建立和完善，医保基金支出基本占到了公立医院收入的50%以上。过去很多大医院对于医保是不是定点无所谓，但在今天，所有医院都改变了这一观念，大医院意识到了医保的重要性，医保管控合理了，医院收入的结构也就合理了。因此医院在运营理念上必须适应医保政策，把医保管理工作作为医院整个运营管理体系的重要部分，从粗放管理转向精细化管理，要通过降低平均住院日、提高单位技术价值、抓设备耗材使用降低整体成本等，同时关注服务数量、服务效率、服务质量、合理控费等等，实现提质增效目标。这也与目前公立医院建立现代医院管理制度，推动高质量发展的要求高度一致。

其次是在信息化建设上不仅要做好对接，还要走在前面。《规划》明确提出要加快医保信息化建设，包括建成全国统一的医疗保障信息平台，持续优化运行维护体系和安全管理体系。而《规划》中医保总

额预算编制、按病种付费等重要改革措施，以及维护医保基金安全等监管措施，无一不与信息化建设息息相关。国家医保局的信息平台已经建立得相当完善，如果医院没有很好地对接，很可能就要连问题在哪都找不到。信息化建设有助于医院医保管控的精准化，例如对诊疗行为和医疗费用的实时监管、智能审核和风险预警等等，医院信息化建设走得越快，意味着医务人员的医保决策越科学规范。随着数据挖掘不断深入，自主分析不断衍进，医院有望将信息化临床路径建设成医院诊疗质量的管理工具、精细化管理工具，用于提高医院核心竞争力。同时，通过医保支付、疾病负担、医保和商保服务等数据计算，实现对病患的全周期健康管理，在增强病患的高度粘性上占得先机。

最后是以更专业的医保管理工作，实现与行政部门的良性沟通。医保 DRG 支付的到来，给医院带来更大的压力，更多的挑战。在实施过程中，针对新技术、新项目是否能够建立专门流程？如何以医院系数代替成本系数来避免“鞭打快牛”？

这些问题都是需要逐步改进的，需要医院医保管理切实提高专业水平和工作实效，实现与医保行政部门的良性沟通，反映情况、分析原因、提出建议、合理协商。如有必要，未来可以探索建立医保行政部门与医院医保部门的定期会商沟通制度，从而减少医院运行过程中可能发生的政策性亏损，更能推动医保改革的不断完善，最终实现医保管理机构、医院和病患三方的共赢。

[返回目录](#)

医保支付政策应如何协同医疗服务价格改革？

来源：江西省医保局

2021年8月25日，国家医保局等八部门联合发布《深化医疗服务价格改革试点方案》(医保发〔2021〕41号，以下简称《试点方案》)，意味着新一轮医疗服务价格改革试点工作正式启动。医疗服务价格改革的目的是为了建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制，从而调动医务人员积极性、促进医疗服务创新发展、提高医疗卫生为人民服务的质量和水平。在我国已基本实现全民医保、医保部门成为最主要的医疗服务付费第三方的大背景下，如果没有医保支付政策相协同，医疗服务价格改革将很难真正取得成功。为此，《试点方案》明确要求，“做好医疗服务价格和支付政策协同，价格管理总量调控和医保总额预算管理、区域点数法协同”，这也无疑向实际工作者和理论研究者提出了一个务必作答且必须答好的新课题。

一、医保是如何支付医疗技术劳务费用的？

目前，我国医保支付方式大体可分为总额预付、按疾病付费(包括：按病种付费、按DRGs付费、按DIP付费)、按人头付费、按定额付费(包括：按床日定额付费、按人次定额付费)、按项目付费等几种。在具体实践中，各级医保部门基本上都是按照国家要求，结合当地实际，在医保基金总额预算基础上，实行不同支付方式的优化组合，推行以按病种(包括DRGs、DIP)付费为主的多元复合式医保支付方式，

最大程度发挥医保基金以价值为导向的战略性购买医疗服务的作用。

医疗服务价格是医疗机构或医务人员向患者提供医疗技术劳务服务(包括检查、诊断、治疗、护理等,但不包括药品和按政策规定从医疗服务价格项目中分离出来的耗材使用)后的计费标准或依据。而医保部门与医疗机构进行医疗费用结算时,一般都是在医疗机构按规定收取参保患者的自付和自费费用后,再由医保部门与医疗机构按照医保协议规定的支付方式进行费用结算或清算。

医保支付方式除了按项目付费外,按其他医保支付方式所结算的医疗费用加上患者个人的自付和自费费用,在扣除药品费用和按政策规定从医疗服务价格项目中分离出来的耗材费用后的余额部分,极有可能并不等于(大于或小于)医疗机构按医疗服务价格项目累加计算的医疗技术劳务费用。用公式表示,即: 医保实际支付费用+个人自付费用+个人自费费用-药品费用-按规定从医疗服务价格项目中分离出来的耗材费用 \neq 按医疗服务价格项目累加计算的医疗技术劳务费用。也就是说,除了按项目付费外,其他支付方式并不与医疗服务价格项目一一对应,医疗技术劳务费用并没有以医疗服务项目价格累加的形式体现,而是在按医保协议规定的支付方式所进行的总结算费用中以扣除药品、医用耗材等费用后的余额形式体现。举例说明:

假定某统筹地区的医保患者在二级医院住院实施某外科手术,此手术在该地区实行按病种付费,且医院按项目计算的住院费用为8000元。费用构成大致如下:甲类药品1500元,自费药品1000元,甲类

耗材 1500 元,其他费用(包括检查、诊断、手术、护理、床位费等)4000 元。也就是说,如果按医疗服务价格项目计费,其医疗技术劳务费用为 4000 元。

假定当地医保政策规定,参保患者在二级医院住院的起付线为 600 元,政策范围内个人自付比例为 20%。同时,根据医保协议,该手术实行按病种付费、由医保统筹基金支付 6000 元。据此计算,实际体现在医疗机构账面上的医疗技术劳务费用为 5000 元(统筹基金 6000 元+起付线 600 元+个人自费 1000 元+按个人自付比例 20%计算的 个人共担部分 1400 元 - 甲类药品 1500 元 - 自费药品 1000 元 - 甲类 耗材 1500 元),而不是按医疗服务项目计算的 4000 元。

当然,不同的医保支付方式体现医疗服务技术劳务价值的形式和内容各不相同,在此不一一列举。但相同的一点是,除了按项目付费是将医疗技术劳务费用直接对应医疗服务价格项目加总计算外,其他支付方式都是按照医保协议约定将医疗技术劳务费用内含在打包结算的总医疗费用之中的。

二、制定医疗服务项目价格的必要性分析

医疗机构在提供医疗服务时,一般都是按具体的医疗项目所对应的价格标准进行计费,并作为其应收款项。而实际上,医保机构在与医疗机构进行医疗费用结算时,都是按照医保协议所确定的支付方式来计算并支付参保人员在医保定点医疗机构所发生的医疗费用。由于两者之间往往存在差异,因而也容易引起争议。如果医保的实际支付

额高于按价格项目累加计算的数额，医疗机构往往会默认这一结果而不作声；反之，就认为医保机构扣了他们的费用，用他们的话来说，就是医保欠了他们的钱。

在过去相当长的一段时间里，医疗服务价格一直保持在一个较低水平上，没有充分体现医务人员的技术劳务价值，严重挫伤了医务人员提升业务技术水平的积极性，遏制了他们以技术立身的工作热情，也是引发以药(耗材)养医、过度检查、过度医疗等行为的原因之一，同时也在不断地恶化着医患关系。而如果只是实行单一的按项目付费的医保支付方式，无异于是对上述行为的鼓励甚至诱导，医保部门就真正成为了只是一个单纯且被动的医疗付费方，对医疗机构及其医务人员的医疗行为毫无制约能力，其最终结果就只能是医保基金的收不抵支和医保制度的不可持续，广大人民群众的健康权益也最终难以得到有效保障。所以，为维持医保基金的收支平衡、实现医保制度的可持续发展，就必须实行在医保费用总额预算基础上的、以打包付费为主要特征的医保支付方式，这也是基于我国客观现实的一种选择。目前，我国主要是实行以按病种(包括 DRGs、DIP)付费为主的、多元复合式医保支付方式。

既如此，那么医疗服务价格改革的意义又何在呢？或者说，为什么还要专门制定医疗服务项目价格呢？这是因为：

一方面，不同支付方式的具体支付标准的确定，本质上依然要以医疗项目价格(包括医疗服务项目价格)标准作为测算的基础。比如

说，按病种付费，我们通常都是将同一疾病组按照诊疗路径制定病种付费标准，而所谓的诊疗路径实质上不过就是医疗项目标准的组合。当然，在制定医疗项目价格时，必须考虑各医疗项目的成本因素，否则，不仅仅会导致疾病诊疗费用的价格构成不合理，也会使得医疗行为发生扭曲。这也是为什么一定要改革医疗服务项目价格的重要原因之一。

另一方面，在医保的实际支付结算中，也需要有包括医疗服务项目价格标准在内的医疗项目价格标准提供医疗费用计算上的支持。我们不妨对住院医疗费用、普通门诊医疗费用和门诊慢特病医疗费用分别进行分析。

关于住院医疗费用结算。为了提高参保患者自我控费意识，我国现行的基本医疗保险制度对住院医疗费用的支付实行的是由基本医疗保险基金和个人共同分担的模式。个人具体承担的基本医疗费用主要有：①起付线以下的费用；②医保药品和诊疗项目目录外的自费费用；③在医保药品和诊疗项目目录内，但按规定需要个人按一定比例先行自付的费用；④起付线以下、封顶线以下费用由个人按一定比例分担的费用；⑤封顶线以上需要由个人承担的费用。由上可见，为了准确计算需要个人自付和自费的费用，客观上需要有明确的包括药品、医用耗材和医疗服务项目在内的价格标准，这是其一。其二，在现实中毕竟还是有一些疑难杂症等特殊病例因无法纳入打包付费的范围，客观上需要按项目付费。第三，对一些基本医保未覆盖人群（如：

在我国境内非长期工作或居住的外籍人士、因各种原因未参保的群众等)提供了一个住院医疗费用的结算依据和办法。

关于普通门诊医疗费用结算。大致可分为两种情况。一是目前尚没有实行医疗费用门诊统筹的地区。参保患者在门诊发生的医疗费用通常都是按医疗机构或医务人员所提供的服务项目和服务内容进行计价,并由个人以自付或自费的形式进行结算。二是已实现医疗费用门诊统筹的地区。医保部门与医疗机构进行的医疗费用结算一般都是实行按人头付费的支付方式,当然,个人也要承担一定比例的医疗费用,但对医保目录外的药品和诊疗项目以及超过年度限额的医疗费用则需要个人自费。因此,也需要具体的药品、耗材和医疗服务项目价格提供政策支持。

关于门诊慢特病医疗费用结算。医保门诊慢特病一般分为 I、II 两类。其中, I 类门诊慢特病的费用报销参照住院的报销办法,对此上面已进行了分析,在此不再赘述。II 类门诊慢特病通常实行年度限额,其医疗总费用的大部分是药品费用,与门诊慢特病治疗相关的检查费用在全年总费用中的占比其实很少,医生的技术劳务费用主要以挂号费的形式体现。

三、医保支付政策应当如何协同医疗服务价格改革?

过去的医疗服务价格改革之所以没有取得预期效果,非常重要的一个原因,就是药品和耗材的价格虚高问题一直没有得到有效遏制,发生在医疗机构和医务人员身上的违法违规违约医疗行为也一直屡

禁不止，套取及至骗取医疗保险基金的各种手段五花八门、花样翻新，以致于每一次医疗服务价格改革演变成了单边涨价，增加的是医保基金的支付压力和老百姓的个人负担，而与虚高的药品(耗材)价格和过度的医疗用药(医疗检查)相比，医务人员的技术劳务价值依然没有得到客观、真实、有效的体现，并且还引发了一系列社会不良反应。

国家医保局成立后，迅速组织开展打击欺诈骗取医疗保险基金专项行动，并且按照“政府组织、联盟采购、平台操作”的思路启动药品和医用耗材集中带量采购工作，从而使得医疗机构和医务人员的医疗服务行为不断规范，药品和医用耗材的价格也不断回归理性，客观上也就为实现“群众负担总体稳定、医保基金可承受、公立医疗机构健康发展可持续”的医疗服务价格改革目标争取到了十分难得的工作基础和腾挪空间。

新一轮医疗服务价格改革试点工作的顺利开展乃至最终成功，离不开各方面的配套改革和支持，更离不开医保支付政策的协同推进。具体到医保支付政策的协同方面，我认为主要是做好如下几方面工作：

一是在不断完善药品和医用耗材集中带量采购工作的同时，制定科学合理的药品和医用耗材医保支付标准。在稳步推进仿制药质量和疗效一致性评价工作基础上，不断扩大集中带量采购范围，努力实现“应采尽采”，充分发挥并不断利用市场力量，努力将药品和医用耗材的价格稳定在合理的市场价格区间内。同时，明确科学合理的医保

支付标准,加强药品和医用耗材监管,积极推进药品和医用耗材追溯体系建设,确保药品和医用耗材的供给质量。

二是在不断强化制度化、常态化医保基金监管工作的同时,将医疗机构考评情况与医保基金支付相挂钩。在健全医保基金监管体制机制、完善医保基金监管办法、提升信息化应用水平的基础上,加强对医保定点机构的协议管理,将定点医药机构的绩效评估结果、协议履行情况、医疗质量评价与医保基金支付相挂钩,协同卫健部门全面规范医疗机构和医务人员的医疗服务供给行为,助推价值医疗目标的实现,努力为人民群众提供适宜、优质、合理的诊疗服务。

三是持续深入推进医保支付方式改革完善。在平抑药品和耗材价格、以及不断规范医疗服务行为的基础上,基于精算平衡原则,在与医疗机构协议确定医疗费用的医保支付方式时,充分考虑医疗服务价格改革调整因素,确保医务人员的技术劳务价值能够在医疗费用结算当中得到充分体现。

[返回目录](#)

• 养老服务 •

实施“一窗受理”！郑州推动医养结合落实处

来源：中国新闻网

郑州市卫生健康委、郑州市发展改革委等9部门近日联合印发了《郑州市医疗健康与养老服务结合实施办法》(以下简称《办法》),

通过增加服务供给、重视人才队伍建设、鼓励上门医疗护理服务等，对新申请举办医养结合机构的，实施“一窗受理”，推动医养结合落在实处。

医养结合的本质在深度融合，难点在如何走深、走实。

《办法》明确，通过深化医疗和养老服务“放管服”改革，优化医养结合机构审批流程和环境，不断扩大医养结合服务供给。如对新申请举办医养结合机构的，实施“一窗受理”；医疗卫生机构利用现有资源提供养老服务的，涉及建设、消防、食品安全、卫生防疫等有关条件，可依据医疗卫生机构已具备的上述相应资质简化手续，直接进行登记备案；政府对社会办医养结合机构的区域总量不作规划限制等。

基层医疗机构可以通过家庭病床、上门巡诊、家庭医生签约等方式提供居家医疗服务；探索把家庭病床费用纳入医保基金支付范围；积极开展“互联网+护理”，为居家或入住养老机构的失能老年人提供健康指导、医疗护理、安宁疗护等上门护理服务；推进智慧医养结合服务；将“老年医疗健康管理信息系统”纳入“城市大脑”统筹建设，主要包括老年健康信息、失能半失能老年人评估信息、老年医疗机构和医养结合机构以及家庭病床等相关信息的收集、使用与管理等。

此外，参加医疗护理员等职业技能培训和职业技能鉴定符合条件的，按规定给予补贴和职业技能等级认定。实施医师执业地点区域注

册制度，支持医务人员到医养结合机构执业。将符合相关规定的居家老年人医疗保健、康复护理等内容列入各级政府购买养老服务目录。对于新增设安宁疗护和老年医疗护理型床位的医疗机构，由市、区县(市)两级财政按照 1:1 的比例给予每张床位 9000 元的建设补贴。医疗机构设置的老年医学科、康复科、安宁疗护等床位不列入平均住院日统计指标等。

《办法》强调，加强基层医疗卫生机构康复、护理科室和病区(床位)建设，到 2022 年，基层医疗卫生机构护理床位占比达到 30%；全面落实老年人医疗服务优待政策，医疗机构普遍建立老年人挂号、就医绿色通道，优化老年人就医流程，为老年人看病就医提供便利服务；开展老年友善医疗卫生机构创建活动，推动医疗卫生机构适老化改造，开展老年友善服务，到 2022 年，80%以上的综合性医院、康复医院、护理院和基层医疗卫生机构成为老年友善医疗卫生机构；各区县(市)至少有 1 家医院和 20%以上基层医疗卫生机构开展医疗护理和安宁疗护服务等。

[返回目录](#)

养老保障不足、服务设施不健全！农村老人，如何养老？

来源：央视新闻

人口基数更大，老龄程度更深，困难老人更多，农村老人的晚年生活引人关注；家庭养老能力弱化，养老保障不足，养老服务设施不健全，农村养老短板如何补齐？《新闻 1+1》对话北京大学社会学系

教授、中国老年学和老年医学学会副会长陆杰华，共同关注：农村老人，如何养老？

农村老龄化目前有哪些特点？

北京大学社会学系教授陆杰华：农村老龄化目前呈现以下特点：

(1)人口基数大，生活在农村的60岁及以上人口有1.2亿人。

(2)农村老龄化速度快。按照第七次人口普查的数据，农村60岁以上人口占比达到23.81%，比城镇高7.9%，比全国平均水平18.7%也高出许多。

23.81%意味着农村已经进入中度老龄化，它的影响是深远的，将会对农村整个老龄化的体系形成一个很重要的挑战。因为毕竟以往城乡的养老服务体系是有差距的，农村处于滞后于城镇的状态。

空巢化严重，农村养老靠什么？

北京大学社会学系教授陆杰华：农村老龄化的空巢化、独居化、高龄化，更凸显了我们必须要关注农村的养老服务体系建设。农村养老靠居家，孩子不在，靠什么？很重要的是要靠社会化的养老，因为农村的社会化养老服务体系是滞后于城市的，通过一些社会化养老服务体系建设，给空巢老人提供必要的助餐、助医、助乐、助浴，在一定程度上能够提高农村老年人的养老服务需求，也需要全社会去关注农村养老服务体系建设迫切性、重要性。

农村养老机构重量更要重质

北京大学社会学系教授陆杰华：在养老服务机构数量方面，农村

多于城市，我们不仅要看到养老服务体系在城乡的数量差异，更多的是要看它的质量差异。农村养老机构和城市相比，在质量上存在着明显差距。农村养老服务机构数量虽然多，它的空置率也比较高。前几年的数据，差不多 48% 的农村养老机构是空置的。一方面有很多农村老年人需要照料，另一方面养老机构数量比较多，但还是空置，供需的不平衡的问题需要加大去解决。

城乡养老金相差约 22 倍需提高农村老年人基本养老保障

北京大学社会学系教授陆杰华：在养老金方面，城乡的对比上差距是比较明显的。几年前我们通过研究发现，城乡养老金的差距差不多是 22 倍，城市远远高于农村。这个短板我觉得短时间是很难补齐的，但是我们可以缩小它，使农村的老年人能够逐步地提高他的生活质量，满足他的需求。

我认同要提高农村的养老金，要在他一定的年龄，比如 60 岁，或者这个男女有不同的年龄，能够实行退休的制度。但是退休制度我觉得很重要，要大幅度提高他的退休金，这是一个最重要的条件。

土地能成为农村老人养老的保障吗？

北京大学社会学系教授陆杰华：土地也是养老保障的一个重要组成部分，其实在全国来说，有些地区利用土地流转，特别是把土地能够盘活起来，给他一定的经营，然后给老人一些福利。但是如果从全国来看，全部按照靠土地来养老也不是特别现实，因为这些做得好的地区，大部分都是在郊区，城镇化相对比较近的。但是在西部，在贫

困地区，这个就不是特别现实。所以土地流转，还要根据国情，根据不同地区，“一村一策”，才能够真正使土地保障起到它的养老作用。

如何让农村老人更健康的老去？

北京大学社会学系教授陆杰华：健康中国应该说是每个中国人的梦，也是农村老人的梦。农村是一个弱势，整体健康状况比城市要差。在医保、在医疗条件上也是相对比较差的。有这样一句话，有了健康，高龄不是问题，没有健康，低龄也是问题。对于农村老人来说，要抓住这三个词，基本、基础和基层。

①要提高农村老人的健康素养，从生命周期方面去提高。

②加强农村慢性病的管理，公共卫生也要跟得上，基层公共卫生更要跟得上。

③农村的卫生服务体系也要着眼于老年人的慢性病，着眼于整个的康复治疗，这样才真正使农村的老年人有一个幸福的晚年。

[返回目录](#)

• 关注疫情 •

张伯礼：近期全球疫情趋缓 注射疫苗效果明显

来源：央视新闻

10月13日，记者在宁夏银川专访了参加2021医生云大会的中医内科专家、中国工程院院士张伯礼。他表示，最近，全球疫情整体呈现趋缓态势，近一个月来，确诊病例下降近30%。

张伯礼院士分析认为，疫情出现趋缓态势是多方面原因造成的。首先是普遍接种疫苗；其次，最近病毒比较“老实”，没有出现变异。此外，人们也普遍加大了一些防护措施。尽管如此，他说，现在说疫情已经得到控制还为时过早。就我国而言，外防输入、内防反弹的压力仍然很大。冬季是病毒最活跃的时期。因此，他建议仍然要乘势而为，继续加强防护。冬季户外活动少，户内活动多。室内要加强通风，外出一定要戴口罩、勤洗手。过去有效的措施仍然要继续坚持；另外，公众要注意维护好自己的身体状况，不要熬夜，不要吃一些垃圾食品，对人体的免疫功能不好，要多喝水。“少外出、少聚集”仍旧是张伯礼重点强调的注意事项。他表示，我们和病毒这场持久战现在还处于相持阶段，不能有丝毫松懈，特别是疫苗还要抓紧打，特别是要强化疫苗，打过两针已经超过半年的，再打一针加强剂，可以唤醒人体免疫力。对于有人质疑疫苗对变异病毒的作用，他表示，这个不容置疑，疫苗对确诊病例防止转重和死亡都是很有有效的。所以，一定要积极注射疫苗。

张伯礼表示，如果这些措施都实施，乐观估计到明年初，整个疫情有望趋于平缓。

[返回目录](#)

新冠疫苗加强针，8个最新问题

来源：医药网

近期，多地已开启加强免疫工作，开打新冠疫苗接种加强针。截

至目前，安徽、福建、河南、黑龙江、湖北等 10 余省份已明确启动加强针接种。

但各省加强针政策有细微差别，接种医生应十分注意。具体来说，湖北、广西、福建等地都明确优先开展重点人群接种，而山东济南、安徽合肥、黑龙江绥化等部分地区则未明确划定重点人群的限制。

相比此前的接种，在加强针方面，大家还有不少疑惑和误区。经多方探查，将 10 月以来出现的新问题，为大家进行汇总解答。

1. 加强针和三针剂疫苗有区别吗？

有区别。加强针是针对已经产生了保护力，但由于时间交替，体内抗体逐渐衰减，需要再加强接种一针维持疾病保护力的人。

三针剂疫苗全程打三针的疫苗，如果只打两针的话，并没有完成接种，通常不能产生足够高的保护性抗体。

2. 加强针与变异株“二代针”先打哪个？

针对变异毒株的“二代针”尚未获批上市，上市后仍建议优先接种原疫苗加强针。

目前各方数据来看，抗击变异毒株现有疫苗依然有效。如果未来应对变异株的“二代针”面世，老百姓也应先选择接种加强针。

3. 任意疫苗都可以打加强针吗？

不可以，腺病毒疫苗不建议以同一种疫苗进行加强。

目前在国内上市的天津康希诺公司生产的 5 型腺病毒载体疫苗只需要打一针。

4. 如何选择合适的加强针？

1. 使用同一种灭活疫苗完成 2 剂次接种的人群，原则上使用原灭活疫苗进行 1 剂次加强免疫。

2. 使用不同灭活疫苗完成 2 剂次接种的人群，原则上优先使用与第二剂次灭活疫苗相同的疫苗进行 1 剂次加强免疫。

3. 如遇第二剂次相同疫苗无法继续供应等情况，可使用与第一剂次灭活疫苗相同的疫苗进行 1 剂次加强免疫。

5. 间隔多久加强免疫？

加强免疫与全程免疫间隔时间为至少 6 个月。即在全程免疫后至少需要 6 个月，才能再进行加强免疫剂次的接种。

灭活疫苗如果要加强免疫的话，至少在第二剂次接种之后，间隔至少 6 个月进行。

6. 加强针如何组织接种？

职业风险高的人群：以单位或行业为主组织集体接种，由各单位与之前接种点联系统一接种。优先接种新冠肺炎感染高风险人群和保障社会基本运行的关键岗位人员。

其他人群：前往新冠病毒疫苗接种点接种。

7. 加强免疫后，健康码会变化吗？

以黑龙江省为例，完成加强免疫的人群健康码将由金码升级为钻石码，作为后续加强针查验凭证。

8. 加强针的不良反应和之前有什么不同？

根据以往经验,只要是成分和制造工艺相同,加强针的不良反应和初次接种时应该类似,不会有明显差别。

[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