

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.11.29-2021.12.05

——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。)

· 医药专栏 ·

▶ [2021 年国家医保药品目录调整结果公布 新增 74 种药品 调出 11 种药品](#) (来源：央视新闻、财联社) ——第 8 页

【提要】12月3日，国家医疗保障局召开新闻发布会公布2021年国家医保药品目录调整结果。共计74种药品新增进入目录，11种药品被调出目录。2021年国家医保药品目录内药品总数2860种，将于2022年1月1日执行。调整后，国家医保药品目录内药品总数为2860种，其中西药1486种，中成药1374种。中药饮片仍为892种。在调整中，国家医疗保障局始终坚持“保基本”的功能定位，将基金可承受作为必须坚守的“底线”，着力满足广大参保人基本用药需求。

· 分析解读 ·

▶ [国家卫生健康委：紧密型县域医共体建设试点取得积极进展和成效](#) (来源：央视网) ——第 14 页

【提要】国家卫生健康委就紧密型县域医共体建设试点进展有关情况举行发布会。国家卫生健康委基层司司长聂春雷介绍，2019年，国家卫生健康委在全国启动紧密型县域医共体建设试点，确定山西、浙江2省，其他省份567个县(市、区，下同)共754个县为试点县，2021年，又增加新疆维吾尔自治区为试点省。两年来，试点地区立足“强

县域、强基层”，在医共体管理体制、运行机制、服务模式等方面深化改革、细化措施，取得积极进展和成效。

► [多维度视角，探析地方医保市级统筹的特点](#)（来源：海聊清谈）

——第 18 页

【提要】2020 年 2 月 25 日，中共中央、国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》。《意见》明确提出要巩固提高统筹层次，并按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实基本医疗保险市地级统筹，探索推进市地级以下医疗保障部门垂直管理。为贯彻落实党中央国务院的决策部署，各地按照《意见》规定，结合当地实际，突出工作重点，积极稳妥扎实开展工作，取得明显成效。本文以赣州、杭州、衢州三市为例，对各自的特色做法进行分析，目的是为市级统筹的工作开展提供参考。

· 药闻速递 ·

► [宁夏回族自治区开展口腔医用耗材历史采购数据填报工作](#)（来源：

宁夏回族自治区公共资源交易管理局）——第 26 页

【提要】12 月 1 日，宁夏回族自治区公共资源交易管理局发布《关于开展口腔医用耗材历史采购数据填报工作的通知》。《通知》称，根据四川省医疗保障局牵头组织开展口腔种植体系统集中带量采购工作安排，现开展口腔医用耗材历史采购数据填报工作。填报范围为口腔种植体系统：种植体、修复基台、种植修复配件(含愈合基台、覆盖螺丝、转移杆、扫描杆、替代体、修复基底、基合螺丝、基台保

护帽、临时基台)等。

▶ [公立医疗机构联盟带量采购最高降幅 92% 多类耗材价格大跳水](#)

(来源：河南省公立医疗机构联盟采购领导小组办公室) ——第 30 页

【提要】12月1日，河南省公立医疗机构联盟采购领导小组办公室发布《关于2021年河南省公立医疗机构联盟带量采购拟中选结果的公示》。《公示》公布了日前进行的止血材料、防粘连材料、硬脑(脊)膜医用耗材集中带量采购工作拟中选结果。据悉，此次带量采购是在河南省医疗保障局指导下，郑州大学第一附属医院牵头的河南省公立医疗机构联盟首次“抱团”进行集中采购，采用河南省135家公立医疗机构组成的联盟与数十家医用耗材企业通过线上与线下结合的方式。

• 医保快讯 •

▶ [可携带可转移是医疗保障制度成熟的重要标志](#) (来源：国家医疗保障局)

——第 33 页

【提要】最近，国家医疗保障局印发《基本医疗保险关系转移接续暂行办法》。《办法》以党的十九大精神和《中共中央国务院关于深化医疗保障制度的意见》要求为遵循，紧紧抓住医保制度中跨统筹地区转移接续这一难点，着力解决群众特别是越来越多的流动人员医疗保障权益保护的痛点、堵点和聚焦点，是落实党中央关于医疗保障制度改革的重要举措，更是呼应群众需要的重要医保政策。这是我国基本

医疗保险从制度全覆盖到人员全覆盖后医保制度改革完善的重大举措，标志着我国医疗保障制度更加成熟。

▶ [新国家医保信息平台即将上线运行](#)（来源：河北省医保局）——第 37 页

【提要】在医用耗材全国一盘棋之下，招标、采购、交易、结算、监督等工作正在由分散走向统一，建立全国统一耗材医保准入管理制度成为必须。随着地方迁移和筹备工作的陆续完成，这一工作已进入最后“冲刺”阶段，新国家医保信息平台即将上线运行。

· 地方精彩 ·

▶ [湖州借鉴三明医改经验，组建 2 个城市医联体和 8 个县域医共体](#)（来源：人民日报）——第 41 页

【提要】近年来，浙江湖州因地制宜借鉴三明医改经验，以浙江省“三医联动”“六医统筹”改革试点为契机，坚持党委政府“一把手”负责制，统筹推进医改。在建设优质高效的整合型医疗卫生服务体系、深化公立医院综合改革等方面取得积极进展，较好地缓解了群众看病就医难题。湖州医改有哪些好做法？近日，记者随国家卫健委来到湖州，采访调研当地推广三明医改经验的情况。

▶ [可借鉴的台湾医学教育制度与发展模式](#)（来源：联新医管）——第 46 页

【提要】台湾的医师养成教育始于 1897 年，迄今已有 120 年的历史，其中前 50 年是移植了日本医学教育制度，二战后引进美式医学教育

制度，在法令规定、医师执业方式及社会文化习俗的影响之下，形成了具有台湾特色的医师培育模式。早期培育出的医师多数从事台湾的基层医疗工作并逐步成为社会的领导人物。而投入医学研究及医学教育者，也都有优秀的表现，这些前期所培育的医疗人才在此之后，成为促进台湾现代医学进步的力量。同时，也奠定台湾菁英习医的传统。

• 医院管理 •

▶ [宣武医院李嘉：构建信息化医疗质量管理“宣武模式”](#)（来源：CDSreport）——第 55 页

【提要】宣武医院借力 AI 等信息技术构建医疗质量管理体系，为患者诊疗和安全提供强有力支撑和保障，并用九大举措助力质管体系切实落地。如何借力信息技术构建具有本院特色的医疗质量管理体系？首都医科大学宣武医院党委副书记李嘉在“医管必修课”上，从医疗质量管理驱动要素和管理理念说开去，分享了医院医疗质量管理体系构建经验和九大具体举措。

▶ [以绩效考核为抓手提升医院管理水平](#)（来源：健康界）——第 61 页

【提要】利益分配是医院持续发展的动力，是公立医院吸引人才、培养人才的核心问题。如何进行利益分配才能起到最大化的激励效果，需要通过科学的绩效考核来实现。各公立医院应如何建立健全绩效考核制度，值得关注。

• DRG 改革 •

▶ [医保重磅改革全面开始，药企应对办法来了](#)（来源：博源医药网）

——第 66 页

【提要】2019 年开始，国家医保局医保支付方式改革启动 DRG 费率法试点，同时区域总额预算下的点数付费法也获得推崇，2020 年 DIP 按病种分值付费也走上前台，原先施行的总额预付制下马，按项目收费逐步边缘化。目前国内形成了 DRG 费率法，DRG 点数法，DIP 分值法三种主流的改革方式，国家试点、省级试点、先行先试全国共 200 个城市参与其中，有模拟运行也有启动实行付费，新一轮的医保支付方式改革全面拉开帷幕。

▶ [DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划发布 AI 控费提质增效](#)（来源：惠每医疗）

——第 70 页

【提要】11 月 26 日，国家医疗保障局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，促进分期分批加快推进医保支付方式改革——从 2022 到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务，推动医保高质量发展。到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 付费方式改革工作；到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。医院要获得合理的医保结算，需要确保病例编码与分组的准确性，防止“低编”、“高编”、入组异常等问题。因此，医院编码准确、病案质量达标、诊疗过程规范、信息系统互联等是实施 DRG 的基本条件。

-----本期内容-----

· 医药专栏 ·

2021 年国家医保药品目录调整结果公布

新增 74 种药品 调出 11 种药品

来源：央视新闻、财联社

12月3日，国家医疗保障局召开新闻发布会公布2021年国家医保药品目录调整结果。共计74种药品新增进入目录，11种药品被调出目录。2021年国家医保药品目录内药品总数2860种，将于2022年1月1日执行。调整后，国家医保药品目录内药品总数为2860种，其中西药1486种，中成药1374种。中药饮片仍为892种。在调整中，国家医疗保障局始终坚持“保基本”的功能定位，将基金可承受作为必须坚守的“底线”，着力满足广大参保人基本用药需求。





7个直接新增药品

序号	药品名称	治疗领域
1	格隆溴铵注射液	抗胆碱能药物
2	布洛芬注射液	镇痛
3	注射用盐酸苯达莫司汀	抗肿瘤
4	胞磷胆碱钠氯化钠注射液	神经保护
5	胞磷胆碱钠葡萄糖注射液	神经保护
6	硝酸异山梨酯氯化钠注射液	心衰
7	硝酸异山梨酯葡萄糖注射液	心衰

67个谈判新增药品

序号	药品名称	治疗领域
1	玛巴洛沙韦片	流感
2	艾诺韦林片	艾滋病
3	拉米夫定多替拉韦片	艾滋病
4	比克恩丙诺片	艾滋病
5	索磷维伏片	丙肝
6	达诺瑞韦钠片	丙肝
7	盐酸拉维达韦片	丙肝
8	磷酸依米他韦胶囊	丙肝
9	苯环喹溴铵鼻喷雾剂	慢性鼻炎
10	康替唑胺片	抗感染
11	苹果酸奈诺沙星氯化钠注射液	抗感染

12	注射用两性霉素B胆固醇硫酸酯复合物	抗感染
13	注射用磷酸左奥硝唑酯二钠	抗感染
14	注射用全氟丙烷人血白蛋白微球	造影剂
15	注射用全氟丁烷微球	造影剂
16	环泊酚注射液	麻醉
17	注射用甲苯磺酸瑞马唑仑	麻醉
18	注射用苯磺酸瑞马唑仑	麻醉
19	水合氯醛/糖浆组合包装	麻醉
20	司美格鲁肽注射液	糖尿病
21	二甲双胍恩格列净片 (I)	糖尿病
22	艾米替诺福韦片	乙肝
23	恩替卡韦口服溶液	乙肝
24	人凝血因子IX	罕见病 (血友病)
25	醋酸艾替班特注射液	罕见病 (遗传性血管性水肿)
26	海曲泊帕乙醇胺片	血小板减少症/ 再生障碍性贫血

27	甲苯磺酸多纳非尼片	肿瘤 (肝癌)
28	盐酸恩沙替尼胶囊	肿瘤 (非小细胞肺癌)
29	甲磺酸伏美替尼片	肿瘤 (非小细胞肺癌)
30	达可替尼片	肿瘤 (非小细胞肺癌)
31	奥布替尼片	肿瘤 (淋巴瘤)
32	奥妥珠单抗注射液	肿瘤 (淋巴瘤)
33	阿齐沙坦片	高血压
34	氨氯地平叶酸片 (II)	高血压
35	氟唑帕利胶囊	肿瘤 (卵巢癌)
36	帕米帕利胶囊	肿瘤 (卵巢癌)
37	阿贝西利片	肿瘤 (乳腺癌)
38	甲磺酸艾立布林注射液	肿瘤 (乳腺癌)
39	马来酸奈拉替尼片	肿瘤 (乳腺癌)
40	索凡替尼胶囊	肿瘤 (神经内分泌瘤)
41	达雷妥尤单抗注射液	肿瘤 (骨髓瘤)

42	泊马度胺胶囊	肿瘤 (骨髓瘤)
43	阿帕他胺片	肿瘤 (前列腺癌)
44	达罗他胺片	肿瘤 (前列腺癌)
45	注射用维迪西妥单抗	肿瘤 (胃癌)
46	咪达唑仑口服溶液	抗焦虑
47	诺西那生钠注射液	罕见病 (髓性肌萎缩症)
48	氨吡啶缓释片	罕见病 (多发性硬化)
49	阿加糖酶 α 注射用浓溶液	罕见病 (法布雷病)
50	甘露特钠胶囊	阿尔兹海默症
51	注射用利培酮微球(II)	精神分裂
52	注射用盐酸兰地洛尔	心律失常
53	海博麦布片	降血脂
54	依洛尤单抗注射液	罕见病 (降血脂)
55	阿利西尤单抗注射液	降血脂
56	环硅酸锆钠散	高血钾

57	氯苯唑酸软胶囊	罕见病 (甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病)
58	克霉唑阴道膨胀栓	妇科用药
59	环孢素滴眼液 (II)	眼科用药
60	注射用泰它西普	红斑狼疮
61	乌司奴单抗注射液	克罗恩/银屑病
62	乌司奴单抗注射液(静脉输注)	克罗恩
63	克立硼罗软膏	特应性皮炎
64	依奇珠单抗注射液	银屑病
65	化湿败毒颗粒	肺病
66	宣肺败毒颗粒	肺病
67	关黄母颗粒	妇科

[返回目录](#)

• 分析解读 •

国家卫生健康委：紧密型县域医共体建设试点取得积极进展和成效

来源：央视网

国家卫生健康委就紧密型县域医共体建设试点进展有关情况举

行发布会。国家卫生健康委基层司司长聂春雷介绍，2019年，国家卫生健康委在全国启动紧密型县域医共体建设试点，确定山西、浙江2省，其他省份567个县(市、区，下同)共754个县为试点县，2021年，又增加新疆维吾尔自治区为试点省。两年来，试点地区立足“强县域、强基层”，在医共体管理体制、运行机制、服务模式等方面深化改革、细化措施，取得积极进展和成效。

一、政策制度不断完善，医共体建设形成共识

一是加强顶层设计。

国家层面制订印发了紧密型县域医共体建设试点指导方案、评判标准和监测指标体系等，明确了13项重点任务、11条评判标准、26条监测评价指标。

二是强力组织推动。

召开推进会，安排部署重点工作。组织开展政策培训，讲解政策核心内容。组建专家组，建立监测平台，动态掌握各地工作进展。加强宣传引导，树立典型，总结推广先进经验。

三是试点地区先行先试。

29个省份制订了省级医共体建设文件，山西、浙江由省人大立法出台地方法规；安徽、江西等8个省份以党委政府名义印发；山东、河南等7个省份纳入对地方党政领导考核内容。2020年，754个试点县中，符合紧密型县域医共体标准的达到535个，占比71%。四是地方医共体建设提速扩面。在国家确定的试点基础上，安徽、河南、广

东、宁夏、新疆等省份已全面启动医共体建设工作；海南、西藏、云南、新疆生产建设兵团积极筹备全面推动。截至 2020 年底，全国共组建县域医共体 4028 个。县域医共体建设在大部分省份已经取得共识，呈现全面推开的趋势。

二、部门协同发力，“四个共同体”格局不断深化

一是夯实“责任共同体”。

93%的试点县成立了党委政府牵头的县域医共体管理委员会，党委政府领导作用进一步强化。87%的试点县医共体拥有自主决策权，责权利关系更加清晰。

二是落实“管理共同体”。

75%的试点县落实人员统一管理，72%的试点县开展了药品统一管理，县域卫生人力统筹使用力度增强，管理精细化水平提高，资源利用效能更加高效。

三是打造“服务共同体”。

87%的试点县落实双向转诊标准和规范，76%的试点县落实信息互联互通，分级诊疗基础更加夯实。四是形成“利益共同体”。65%的试点县落实收入统一管理和开展医保统筹管理改革探索，部门协同作用更加紧密。两年来，党委政府加强领导、卫生健康部门统筹协调、相关部门协同参与、医共体具体执行运作的县域医共体建设管理模式基本建立。

三、县域整体服务效能提高，促进分级诊疗效果明显

一是立足“强县域”，促进患者回流和资源下沉。

2020年，医共体牵头医院进一步做强专科，出院患者三四级手术比例达到42%，比2019年提高约3.5个百分点。试点地区县域内住院人次占比78%，县域内就诊率90%，分别比2019年提高了2.5个和6个百分点，与同期非试点县患者持续外流形成鲜明对比。

二是重点“强基层”，群众基本医疗卫生服务可及性提高。

2020年，医共体牵头医院平均帮助基层开展新技术、新项目11.4个，比2019年增加1.9项。试点地区基层机构诊疗人次占比下降趋势整体出现逆转，县域内基层医疗卫生机构门急诊占比、慢病患者基层管理率达到55%和77%，比2019年分别提高约2.3个和2.2个百分点。比同期非试点县和未达到“紧密型”标准的医共体基层业务量占比更加符合政策预期。

三是促进分级诊疗，医保资金使用效能提升、群众负担减轻。

随着医疗服务能力的提升，通过医保支付政策引导，医共体牵头医院和基层医疗卫生机构医疗服务收入占总医疗收入的比例逐步提高，分别从2019年的63.0%和64.5%提高到2020年的66.8%和70.7%。县域医保基金回流显著，县域内支出率从2019年的64.8%提升到2020年的65.8%。通过实行医保总额付费、结余留用激励机制，医共体将更多工作转向健康管理，试点地区参保居民住院率从2019年的24%下降至2020年的15%，医保实际报销比提高到61.2%，好于全国平均水平，群众医疗费用负担减轻。

多维度视角，探析地方医保市级统筹的特点

来源：海聊清谈

2020年2月25日，中共中央、国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号，以下简称：《意见》）。《意见》明确提出要巩固提高统筹层次，并按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实基本医疗保险市地级统筹，探索推进市地级以下医疗保障部门垂直管理。

为贯彻落实党中央国务院的决策部署，各地按照《意见》规定，结合当地实际，突出工作重点，积极稳妥扎实开展工作，取得明显成效。本文以赣州、杭州、衢州三市为例，对各自的特色做法进行分析，目的是为市级统筹的工作开展提供参考。

一、赣州：以垂直管理为抓手

赣州市在推进市级统筹工作中的最大特点就是实现了市县医保机构的垂直管理，从而为全面做实基本医疗保险市级统筹提供了坚强的组织保障。其具体做法：

一是统一全市医保部门人事管理以及机构级别、名称。

各县区医保部门人财物全部上收赣州市医保局统一管理，同时统一各县区医保部门及其经办机构的级别和名称。其中：赣州市医保局为正处级政府工作部门，其下属的医保基金管理中心为副处级参公管理事业单位；各县市区医保局属于赣州市医保局的派出机构，名称统

一为“××分局”，级别统一为正科级；各县市区医保经办机构属于赣州市医疗保障基金管理中心的分支机构，名称统一为“××分中心”，级别统一为副科级，同时其日常管理工作由各县市区医保分局负责。

二是核定上划经费收支基数。

以2020年各县(市、区)医疗保障部门收支数据为基础，核定各地医疗保障部门上划收支基数，并自2021年起列入固定基数，每年通过年终上下级结算办理。各县(市、区)要补齐、补足人员上划前欠缴的各类社会保险、住房公积金等费用。上划后的人员和工作经费由市级财政负担并纳入市级财政预算，按照市本级财政负担原则予以保障。

三是资产和债权债务随机构上收同步划转。

按照资产随机构走的原则，根据国有资产管理相关制度规定的程序和要求，做好资产划转和交接；按照债权债务随资产(机构)走的原则，明确债权债务责任人，做好债权债务划转和交接。各县(市、区)人民政府要通过后续年度财政资金或其他资金安排解决的债务问题，待其处理稳妥后再行划转。办公或业务用房为租赁、借用的，由所在地财政资产予以调剂解决。

四是明确各县市区政府责任。

赣州市每年将医疗保障扩面征缴和基金运行等管理指标分解下达至各县(市、区)，并纳入对各县(市、区)党风廉政建设、高质量发

展等考核范围；明确各县(市、区)党委、政府履行在医疗保障扩面征缴和基金运行等方面的主体责任。实行市级统收统支后，当年未完成市级下达的征缴收入预算部分，由当地政府安排资金补足。若市级层面出现基金收支缺口，将根据各县(市、区)医疗保障基金征缴和基金实际支出情况由相关县(市、区)财政安排资金予以分担补足。

赣州市通过实行医保部门垂直管理，真正实现了在全市范围内基金的统收统支和统一核算与管理，全市基本医疗保险实现“覆盖范围统一、筹资政策统一、待遇水平统一、基金管理统一、经办流程统一、信息系统统一”。

二、杭州：以政策统一促市级统筹

杭州市在推进基本医疗保险市级统筹工作中的特点是，在不改变现行管理体制的情况，实行全市基本医疗保险的政策统一，实现基金的统一预算和统收统支。具体做法：

一是统一参保缴费政策。

明确规定：

(1)对持有《最低生活保障边缘家庭证》人员按规定应由其个人缴纳的城乡居民医保费，统一调整为由政府全额补贴。

(2)用人单位职工工资总额统一按照单位参保职工缴费工资之和确定，在职职工缴费工资基数统一按照本人上一年度月平均工资确定。

二是统一待遇保障政策。

主要政策包括：

(1) 在职职工中断参保的，在重新办理参保缴费手续后，自缴费月起的第 3 个自然月开始享受职工医保待遇。用人单位未按时足额缴纳职工医保费的，其参保人员自第 2 个自然月起暂停享受职工医保待遇；税务机关应当责令用人单位限期缴纳补足，限期缴纳补足的期限，一般自作出决定之日起不超过 60 日。用人单位在限期内足额补缴职工医保费的，参保人员自足额补缴的第 2 个自然月起恢复享受职工医保待遇，在暂停至恢复职工医保待遇期间发生的医疗费用由基本医疗保险基金报销。用人单位逾期仍未缴纳补足职工医保费的，自欠缴保险费的第 2 个自然月起，其参保人员应当享受的职工医保待遇由用人单位承担。

(2) 灵活就业人员首次参加本市职工医保的，自办理参保登记的第 2 个自然月起享受职工医保待遇。灵活就业人员中断参保的，中断参保期间不享受职工医保待遇；恢复正常缴费的，自正常缴费月起的第 3 个自然月开始享受职工医保待遇。

(3) 城乡居民医保参保人员未在《办法》规定的时间内办理参(续)保缴费手续的，可以申请在当年补缴全年个人应缴的城乡居民医保费，并自缴费月起的第 3 个自然月起享受该结算年度剩余月份的城乡居民医保待遇。

(4) 除上述情形外，参保人员在转换医保险种或办理转移接续手续后，按照《办法》规定需承担待遇等待期的，统一调整为自新参保

缴费月起的第3个自然月开始享受新参保险种对应的医保待遇。

三是统一门诊待遇政策。

(1) 参保人员在一个结算年度内发生的慢性病门诊医疗费用中符合基本医疗保险基金支付范围、应由个人负担的部分，列入大病保险基金支付范围。慢性病种管理范围按省、市有关规定执行。

(2) 将患慢性肾功能衰竭须进行门诊透析治疗的参保人员纳入杭州市特殊医疗救助对象。对在透析定点医疗机构发生且符合规定的门诊透析费用，职工医保参保人员个人承担5%，城乡居民医保参保人员个人承担10%；其余按规定经基本医疗保险、大病保险结算后原应由个人负担部分的医疗费，由医疗救助资金予以支付。

四是统一异地就医政策。

省内异地就医实行免备案，就医待遇按杭州市区有关规定执行，其中未能直接结算的生育保险医疗费用由个人全额垫付后至医保经办机构按规定结算。省外异地就医待遇一般按杭州市区临时外出就医待遇政策执行，其中符合条件的参保人员按规定办理转诊备案、长住外地备案手续后，就医待遇按杭州市区有关规定执行。

五是基金的统一预算和统收统支。

统一编制职工医保和城乡居民医保基金预、决算草案，实行全市统一审核并按程序报批后执行，统一收入划转、基金使用和支付管理等规则，实行市级基金统收统支、统一核算、专户管理。

三、衢州：以基金统一收支、责任分级负责为手段

衢州市的特点是，按照“基金统一收支、责任分级负责、缺口合理分担”原则，建立权利与义务相对等、事权与财权相匹配、激励与约束相结合的市县两级政府责任分担机制，落实县级政府对本地医疗保险的主体责任。具体做法：

一是明确财政补助资金的分担责任。

按照国家、省、市医保基金相关规定应由各县(市、区)政府承担的缴费补贴、待遇补助等各项财政补助，由各县(市、区)政府按实承担。

二是明确当期收支结余基金的归属。

医保基金当期出现收支结余的，结余部分的 50%作为市级统筹基金、50%作为各县(市、区)滚存结余基金，滚存结余基金可用于结余地弥补其今后年度的基金缺口。

三是明确基金收支缺口的分担责任。

根据责任形成原因分为管理性责任和收支缺口责任，并实行不同的分担办法。管理性责任是指因各地未完成市年初下达的收入计划和违规少收多支等管理缺失产生的当年基金收入减少额和支出增加额，由各县(市、区)按照责任额全额承担。当年收支缺口责任是指剔除管理性责任后形成的当年基金收支缺口额，首先由缺口地滚存结余基金弥补；当缺口地滚存结余基金支付能力小于 3 个月或使用后小于 3 个月的，按分担责任分别由市、县按 50%、50%比例承担，其中市级承担部分可从市级统筹基金中支出；当市级统筹基金历年结余亦不足以

支付时，由市财政和缺口地财政按 20%、80%比例分担。

四是建立县级政府医保工作考核机制。

考核内容主要包括年度参保人数、参保率、征缴率、缴费基数、基金监管、药品耗材带量采购等各项责任落实情况。考核结果与分担比例挂钩，对考核达不到良好的分担比例上升 5 个百分点，对连续 2 年出现当期基金缺口的，从第 3 年起分担比例视情上升 5 至 10 个百分点。

五是明确相关部门医保基金收入征缴责任。

主要包括：

1. 职工医保、居民医保及其他医疗保险费由市、县(市、区)税务部门负责征收，按规定缴入国库。财政部门于每月底划转征缴入库的医疗保险费至市级社保基金财政专户，实行分账核算。

2. 中央和省级财政对居民医保的补助资金直接分配下达至市级，市财政部门按规定将资金及时拨入市财政专户。各县(市、区)财政对居民医保的补助资金，由市财政部门根据基金运行情况，在每年 3 月底前通知各县(市、区)按上年补助规模的一定比例(50%)划入市财政专户。

六是明确相关部门基金支出责任。

1. 市财政部门根据市医保经办机构申请，按上年医疗保险基金支出月均数额预拨 1 个月周转金，确保全市医疗保险基金待遇支付正常运行。

2. 每月末市医保经办机构根据当月各项医疗保险基金支出数和总额控费额度，制定下月基金用款计划，并向市财政部门申请拨款。

3. 在每月初5个工作日内，经市财政部门审核后，将基金划拨至市医保经办机构支出户，市医保经办机构在财政拨款到位后5个工作日内划至各县(市、区)医保经办机构支出户。

4. 定点医药机构于每月10日前向属地医保经办机构申报上月基金支付金额，经办机构于每月25日前完成结算拨付，并在年度结束后5个月内完成上年度清算工作。

5. 市级医保经办机构将清算后的全市上年度医疗保险基金支出情况报市财政部门。

四、结语

提高医保基金统筹层次是党中央国务院的重大决策部署，是提高基金抗风险能力、加强基金管理、保障人民群众医保权益、防止发生系统性风险、确保基本医保高质量可持续发展的重要举措。从实施情况来看，各地在推进基本医疗保险市级统筹的过程中，结合实际，开拓创新，有序推进，各有特色，尽管做法各异，但总体上遵循了“制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体”的标准，可谓是殊途同归。

[返回目录](#)

· 药闻速递 ·

宁夏回族自治区开展口腔医用耗材历史采购数据填报工作

来源：宁夏回族自治区公共资源交易管理局

口腔耗材领域最近可谓风声鹤唳，虽然目前还只是信息填报阶段，但集采的风足以让口腔行业的神经紧绷起来。

种植体作为集采呼声最高的耗材品类之一，集采是否真能达到整体降价的目的？未进医保的前提下，集采能否妥善落地？这一系列问题让种植牙集采如「薛定谔的猫」，充满未知与多重逻辑。

又一省开展口腔耗材集采

12月1日，宁夏回族自治区公共资源交易管理局发布《关于开展口腔医用耗材历史采购数据填报工作的通知》(以下简称《通知》)。

《通知》称，根据四川省医疗保障局牵头组织开展口腔种植体系统集中带量采购工作安排，现开展口腔医用耗材历史采购数据填报工作。

填报范围为口腔种植体系统：种植体、修复基台、种植修复配件(含愈合基台、覆盖螺丝、转移杆、扫描杆、替代体、修复基底、基合螺丝、基台保护帽、临时基台)等。

填报主体为所有开展口腔种植手术的公立医疗机构全部参加。填报时间为2021年11月26日至12月7日。

按照《通知》表述，日前四川省发布的部分口腔耗材带量采购工作通知，针对的不仅是四川省内，而是“牵头”组织。宁夏的口腔耗

材填报工作也是四川此次牵头组织带量采购的工作之一。

11月17日，四川省药械招标采购服务中心发布《川药招〔2021〕258号关于开展部分口腔类高值医用耗材产品信息采集工作的通知》，正式开启了维护口腔种植体、修复基台医用耗材产品的信息申报工作，目前申报已截止。

文件强调为贯彻落实国家关于常态化推进药械集中带量采购工作的要求，开展部分口腔类高值医用耗材信息申报相关事项工作。

申报产品范围为口腔种植体、修复基台、种植修复配件(含愈合基台、覆盖螺丝、转移杆、扫描杆、替代体、修复基底、基台螺丝、基台保护帽、临时基台)等组成口腔种植体系统的医用耗材。

可以看到，四川与宁夏此次带量采购品类是一致的。四川牵头，宁夏跟进，口腔耗材集采正在形成省级联盟之势。

难度在哪？

据天津日报报道，国家组织高值医用耗材联合采购办公室主任、市医保局副局长张铁军提到：“冠脉支架‘破冰’后成效显著，群众呼吁将更多的高值医用耗材纳入集中带量采购范围，其中，对骨科、牙科等耗材纳入集采的呼声最高。”

虽然呼声很高，但牙科的带量采购一直未形成如支架、骨科类的规模，到底难度在哪？

众所周知，带量采购的核心模式是以量换价，量是集采前提。而在种植牙方面，医院如何保证用量是个挠头的问题。

与其他高值耗材不同，种植牙耗材未被纳入医保，所以品牌的选择失去了医保的控制，而是在患者手里。患者会根据自身情况选择适合自己的品类，医生无法强行干涉。

据国海证券统计，2020年我国每万人种植牙的数量约28颗，平均每颗牙的消费金额7400元。奥齿泰、登腾等韩国品牌价格在5-6000元，高端的欧美系士卓曼、诺贝尔等在1.5万元以上，其他为部分国产品牌价格跟韩系接近。其中包含的耗材费用主要包括种植体、牙冠、口腔修复等。

其中公立医院和高端私立医院主流产品为价格高口碑好的欧美系，韩系、国产主要在民营医院。

在带量采购过程中，如果保证知名品牌能够参与进来，在用量上可能会得到更好保障。但地方支付能力也息息相关。在未进医保的情况下，无论是选品还是支付，都面临着难以应对的沟壑。

9月22日，国家医保局发布对代表“关于规范种植牙材料费用并将其治疗和服务费用纳入医保的建议”的答复函。答复函指出，目前，根据规定，各省(区、市)对眼镜、义齿、义眼等器具均不纳入基本医保支付范围。

也就是说，种植牙本身与医保“保基本”的功能定位不太相符，进医保并不现实。

再者，相比其他高值耗材，口腔耗材对于公立医院的依赖程度较低。相对于其他专科，口腔诊疗独立操作性较强，民营口腔诊所的市

场规模和服务水平并不亚于公立医院。

根据 SinoDental 数据显示，截至 2019 年，中国口腔医疗机构约有近 10 万所，这其中包括口腔诊所(连锁和个体)超 8 万所，综合医院口腔科约 1 万所，口腔专科医院约 1000 所，民营机构占整体市场的比重高达 90%。

这使得其对于口腔耗材的撬动力大大削弱。即使口腔耗材都纳入到集采，相对于其他必须进院的高值耗材集采相比，集采的话语权和砍价力或许都是比较有限的。

国家已有动作

在临床上，种植牙还面临品类替代上的难度。虽然不同品牌的种植体多数能够实现相互替代，但无论是患者个体的特殊性还是牙齿的舒适性、美观度上来说，如果使用特定品牌是难以保证理想效果的。

在品类替代方面，国家也已经有所动作。

11 月 23 日，国家药品监督管理局医疗器械技术审评中心发布“关于公开征求《牙科种植体系统同品种临床评价注册审查指导原则(征求意见稿)》意见的通知”，要求进一步规范牙科种植体系统的同品种临床评价，统一审评尺度。

文件提出，本指导原则适用于经外科手术后保留于口腔内的牙科种植体系统(不适用于定制式种植体系统)采用通过同品种医疗器械临床使用数据进行临床评价。

注册申请人通过同品种比对方式开展牙科种植体系统的临床评

价时，可选用一个或多个同品种产品进行比对，宜优先选择与申报产品适用范围相同、技术特征相同或尽可能相似的产品作为同品种产品。

简而言之，牙科种植体系统的一致性评价要来了。

可以看出，无论是带量采购、医保还是一致性评价，目的都是为了降低牙科耗材价格，压出口腔行业的水分，重塑合理的价格体系。而降价的步子已经迈出，这其中的难度或许只是降价结果的一点插曲。

[返回目录](#)

公立医疗机构联盟带量采购最高降幅 92% 多类耗材价格大跳水

来源：河南省公立医疗机构联盟采购领导小组办公室

高值耗材带量采购正在多地展开，与之并行的是低值耗材集采。对于单价较低但需求量巨大的低值耗材，带量采购呈现新的思路。

如何在尽量挤出价格水分的同时，保证临床选择的自主性，河南省作为联盟集采的牵头省，在低值耗材带量采购方面，做出进一步的尝试。

三类耗材中选结果公布，平均降幅 76.64%

12月1日，河南省公立医疗机构联盟采购领导小组办公室发布《关于2021年河南省公立医疗机构联盟带量采购拟中选结果的公示》（以下简称《公示》）。

《公示》公布了日前进行的止血材料、防粘连材料、硬脑（脊）

膜医用耗材集中带量采购工作拟中选结果。

据悉，此次带量采购是在河南省医疗保障局指导下，郑州大学第一附属医院牵头的河南省公立医疗机构联盟首次“抱团”进行集中采购，采用河南省 135 家公立医疗机构组成的联盟与数十家医用耗材企业通过线上与线下结合的方式。

这些中标的医用耗材新价格将在全省范围内统一执行，2022 年年初正式实施。

本次公立医疗机构联盟采购选取止血、防粘连、硬脑脊膜等价格较高、群众反映强烈的高值医用耗材，特别是止血材料、防粘连材料被列入重点治理医用耗材目录。

此次联盟采购 87 家企业参与报名，65 家生产企业参与竞价和议价，其中，国内企业 49 家，外资企业 16 家。通过竞价议价，41 家企业拟中选。三类医用耗材议价组平均降幅 62.88%，竞价组平均降幅 76.64%，其中，止血材料平均降幅 78.47%，最高降幅 92.94%；

防粘连材料平均降幅 72.21%，最高降幅 76.11%；硬脑脊膜平均降幅 87.02%，最高降幅 88.27%，集中采购结果执行后，预计河南省三类医用耗材采购金额将由每年 13.07 亿元降至 3.97 亿元，节约费用 9.1 亿元以上。

降价与需求并存

一味的低价从来不是带量采购的目的，而是合理挤出价格水分的同时，确保满足临床需求。

据河南省医保局官网显示，本次采购由公立医疗机构联盟采购工作由医疗机构主动发起、联合组织，临床常用的主流品牌均中选。医用耗材价格的大幅下降，不仅挤除了流通环节虚高水分，也为推进行业治理打下了基础。

根据产品特点和临床功效确定品种目录，统一基准价，各采购包内竞价，公平竞争。同时，由医疗机构提前上报各品牌需求量，并采取适度竞争、多家中选方式开展集中带量采购，在确保产品价格大幅度下降的基础上，保障了医疗机构的使用习惯和市场格局。

可以看出，无论是高值耗材还是低值耗材，带量采购正在摸索出一条更为科学合理的竞价方案。

对于政策和市场的平衡问题，日前，国家医保局发布对《十三届全国人大四次会议第 8374 号建议的答复》，对高值医用耗材政府集采进度和耗材降价情况，公布最新消息。

国家医保局指出，将持续推进医用耗材集中带量采购工作，按照党中央、国务院决策部署，我局会同卫生健康委、药监局等部门有序推进医用耗材集中带量采购，坚持招采合一、量价挂钩的基本原则。

重点将部分临床用量较大、采购金额较高的耗材纳入范围进行招采，改革已取得积极进展。集中带量采购坚持国家组织、联盟采购、平台操作的工作机制，着眼于完善以市场为主导的价格形成机制，政府仅负责采购的组织 and 政策制定，并非“政府集采”。

集采的前提是符合临床和患者需求，符合市场规律。随着耗材带

量采购的经验不断沉淀，临床和市场需求也将会成为与降价并行的原则之一。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

可携带可转移是医疗保障制度成熟的重要标志

来源：国家医疗保障局

最近，国家医疗保障局印发《基本医疗保险关系转移接续暂行办法》（下称《办法》）。《办法》以党的十九大精神和《中共中央国务院关于深化医疗保障制度的意见》要求为遵循，紧紧抓住医保制度中跨统筹地区转移接续这一难点，着力解决群众特别是越来越多的流动人员医疗保障权益保护的痛点、堵点和聚焦点，是落实党中央关于医疗保障制度改革等重大举措，更是呼应群众需要的重要医保政策。这是我国基本医疗保险从制度全覆盖到人员全覆盖后医保制度改革完善的重大举措，标志着我国医疗保障制度更加成熟。

一、《办法》的实施意义重大

一是健全完善医疗保障制度体系的需要。

医疗保障权益的可携带性，是医疗保障制度成熟定型的重要表现，也是国际劳工组织衡量一个社会保障制度可及和可持续的重要指标。为适应人力资源流动和新型城镇化、乡村振兴等社会经济发展的需要。《办法》的出台实施，标志着我国医疗保障制度更加成熟定型、

体系进一步健全完善，为实现制度高质量可持续发展奠定了更加坚实基础。

二是适应新形势下人力资源流动的需要。

根据全国第七次人口普查数据，全国流动人口为 3.7 亿人。流动人口中，跨省流动人口为 1.2 亿人，省内流动人口为 2.5 亿人。另据国家统计局《2020 年国民经济和社会事业发展公报》数据，2020 年全国农民工总量 2.8 亿人，其中，外出农民工 1.7 亿人。《办法》有效解决了跨统筹地区流动人员的医保衔接处理问题，是医疗保障制度适应社会经济发展需要的具体体现。

三是落实以人民为中心，实现医疗保障基本公共服务公平公正的需要。

医疗保障作为政府为公众提供的最大基本公共服务项目，公平是其最基本特征。如果部分人群因跨地区流动而损失部分保障权益，这不仅悖于党中央提出的要努力实现基本医疗保障公平的要求，也与我国所实施的社会保险型医疗保障制度相背离。《办法》的实施将有效撑起流动人员的医疗保障保护伞。

四是贯彻落实党中央国务院要求的需要。

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》要求“适应人口流动需要，做好各类人群参保和医保关系跨地区转移接续。”这是党中央对深化医疗保障制度改革提出的明确要求。同时，基本医保关系转移接续“跨省通办”也是《国务院办公厅关于加快推进政务

服务事项“跨省通办”的指导意见》2021 年底前要实现的工作任务之一。《办法》的出台实施是落实党中央国务院对医保改革要求的具体举措。

二、《办法》亮点突出

一是《办法》立足我国医保制度现实和改革发展需要，责任明确，可操作性强。

《办法》明确了不同层级经办机构管理经办基本医疗保险关系转移接续的职责。规定：基本医疗保险关系转移接续实行统一规范、跨省通办。国家医疗保障经办部门负责指导协调省际间基本医疗保险关系转移接续经办工作。省级医疗保障经办部门负责组织实施跨省和省内地跨统筹地区基本医疗保险关系转移接续经办工作。各统筹地区医疗保障经办机构按国家和省级要求做好基本医疗保险关系转移接续经办工作。

二是《办法》坚持了制度衔接、城乡统筹、适应人群全覆盖。

在转移接续对象范围方面，《办法》要求参保人员全覆盖、制度险种全覆盖，既包括职工医保和城乡居民医保制度内的转移接续，也包括两项制度间的转移接续。

三是《办法》经办流程规范、操作简便、转接顺畅。

《办法》明确规定了转移接续的发起点、处理方式和环节、所需要的信息、办理时限要求、办理中间结果和最终结果的跟踪查询，以及包括“线上”“线下”等多种形式，满足不同需求的经办模式，为

实现转移接续的“一窗受理”“一次办结”“跨省通办”等高效便捷的服务提供了规范和规程。同时转移接续经办中采用了“校验规则前置”，维护了医保转移接续政策的严肃性。

四是《办法》有利于加强参保人权益保护。

《办法》立足我国医保改革发展和就业形式多样化及经济体制改革的复杂性现实，针对参保人中断缴费的补缴、待遇的衔接等做出明确规定，更好地保障了参保人的权益。

三、实施中可能面临的问题和难点

1. 《办法》实现了转移接续全人群覆盖，可能给经办工作带来新的挑战。原执行的人社部文件主要保障流动就业人员医保关系转移接续，《办法》分别对职工医保制度内、居民医保制度内、职工医保和居民医保跨制度转移接续人员范围予以明确，人员范围更广、业务需求量增大。经调研，约90%的地区医保关系转移接续不办理“居民医保”间异地互转，在《办法》实施后办理居民医保制度内转移接续可能会出现新的经办需求和难点问题。

2. 信息系统开发滞后，可能对年底前实现“跨省通办”带来难度。根据《办法》规定，基本医保关系转移接续“跨省通办”主要依托全国统一的医保信息平台。目前，医保平台尚未完全建成，各地医保平台上线进程不一，2021年底前完成上线压力较大。

另外，随着《办法》的实施，可能存在部分人群参保地的逆向选择问题。如部分希望获得更好医疗资源的参保人、部分临近退休年龄

的参保人，有可能会将医保关系转入医疗资源更好的地区。

四、政策建议

为推动《办法》的实施，破解实施中可能的问题和矛盾，提出如下几点建议：

1. 加强医疗保险基础工作。加强医保经办能力建设，解决经办机构人力资源和财政保障不足问题。完善参保人员医保档案，逐步统一全国范围内参保人医保档案项目、内容、格式和标准，防范和化解可能的转移过程中编造材料、篡改参保信息等道德风险，并可做到转移接续可检查、可追溯、可考核。

2. 加强文件宣传解读。《办法》颁布后，要通过各种电视网络等多媒体平台及专题培训等形式，解读转移接续政策和经办流程。跟踪评估各地实施中的情况，并及时提出相应对策。确保政策经办落地顺畅、服务群众便捷高效，把好事办好。

3. 加快推进全国统一的医保信息平台建设，加快推进医保信息系统接口改造和业务需求等工作，推动各地开通转移接续业务线上办理渠道。

[返回目录](#)

新国家医保信息平台即将上线运行

来源：河北省医保局

在医用耗材全国一盘棋之下，招标、采购、交易、结算、监督等工作正在由分散走向统一，建立全国统一耗材医保准入管理制度成为

必须。随着地方迁移和筹备工作的陆续完成,这一工作已进入最后“冲刺”阶段,新国家医保信息平台即将上线运行。

近日,河北省医保局发布《河北省医疗保障局办公室关于启用、新增、停用部分医用耗材省级拼接码的通知》(以下简称《通知》)。

《通知》要求启用、新增、停用部分医用耗材省级拼接码。

对前期停用的 5490 条拼接码中,重新启用 261 条拼接码;新增 1060 条 2021 年 11 月 11 日 19 时前经定点医疗机构申报复审后的拼接码,请各统筹区医疗保障经办机构及定点医疗机构及时维护相关信息系统。

对 29 条不属于河北省另收费用一次性物品的拼接码进行停用,请定点医疗机构即日起停止对照,对已经对照并产生结算费用的,请务必于 12 月 14 日 24 时前上传。12 月 15 日 0 时起国家统一医疗保障信息平台将统一停用。

定点医疗机构要严格按照《河北省另收费用一次性物品管理目录(2021)版》(以下简称“《耗材目录》”)(具体见文末)规范使用医用耗材,对于临床必需且不可替代但不属于《耗材目录》中的另收费用一次性医用耗材,定点医疗机构可以先行使用,并使用“医保另收费用一次性医用耗材通用编码”进行对照上传,不得影响患者就医。

定点医疗机构使用临床必需且不可替代但不属于《耗材目录》中的另收费用一次性医用耗材的,须于使用后 3 日内形成书面说明材料,向同级医疗保障经办机构报告备查。

对工作中发现的错误省级拼接码，请各定点医疗机构及时通过“河北省医疗保障定点对接技术支持平台”中“耗材拼接码纠错”模块上传。

承办医疗机构对以下两种情况进行申报赋码工作：一是临床必需，国家医疗保障局医疗保障信息业务编码标准数据库已赋耗材代码（“C”码）、但无省级拼接码的医用耗材；二是国家医疗保障局医疗保障信息业务编码标准数据库已赋耗材代码（“C”码）且已赋省级拼接码、但省级拼接码存在明显错误的医用耗材。

旧平台停用，新医保信息平台上线

《通知》透露出一项明确信息，即12月15日0时起国家统一医疗保障信息平台将统一停用。这也证明了新医保信息平台的正式运行已进入到冲刺阶段。

不仅是河北，近日多地都在进行切换上线国家医疗保障信息平台（以下简称“新医保信息平台”）的工作。

近日，中国社会保障学会副秘书长兼医保专委会常务副主任严娟在接受中国医疗保险采访时表示，目前，各省编码映射、测试运行工作基本完成，贯标验收工作有序推进。全国已上线国家医疗保障信息平台的27个省（市、区）和新疆生产建设兵团均已进行了线上线下贯标查验，其中有13个省经国家验收合格，包括天津、安徽、海南、贵州、广东、兵团、山西、黑龙江、江苏、西藏、重庆、山东、辽宁等；还未提交国家验收的地区将在今年11月底前完成验收，为今年年

底前实现全国统一医保信息平台投入使用做好准备。

全国统一耗材医保准入管理制度将建立

全国统一医保信息平台的投入和正式使用，标志着我国耗材医保信息管理正式接入了“全国一张网”，医疗保障系统信息化建设进入了新阶段。在这一趋势下，耗材医保准入制度也将走向全国一体化。

11月19日，国家医保局发布“《基本医疗保险医用耗材支付管理暂行办法(征求意见稿)》和《医保医用耗材“医保通用名”命名规范(征求意见稿)》公开征求意见的公告”(以下简称《公告》)。

国务院医疗保障行政部门对医保支付范围内的耗材统一实行准入管理，制定国家基本医保医用耗材目录。

国务院医疗保障行政部门负责建立健全全国统一的医用耗材医保准入管理制度。制定医保医用耗材编码规则、耗材通用名分类标准、评价规则及指标体系、医保准入流程、医保支付标准的确定规则等，对各省落实国家医保医用耗材目录及医保支付标准确定等工作实施监督管理。

国家医疗保障经办机构受国务院医疗保障行政部门委托承担国家医保医用耗材目录调整的具体实施工作。

省级医疗保障行政部门执行国家统一的医保医用耗材目录，按照医保支付标准的确定规则制定本行政区域内的支付标准。省级医疗保障行政部门负责指导、监督辖域内各统筹地区贯彻执行国家医保医用耗材目录和省级支付标准等。

统筹地区医疗保障部门负责落实国家医保医用耗材目录和省级支付标准，按照医保协议加强对定点医药机构医保医用耗材使用的审核、监督和支付管理等，按规定及时结算和支付医保费用，并承担具体的统计监测、信息报送等工作。

同时，国家基本医用耗材支付将实行医保通用名管理。在依照国务院医疗保障行政部门医用耗材编码规则进行分类的基础上，按照以学科、用途、功能为核心，兼顾材质和特征，充分考虑不同学科分类的差异性，依据功能和效果相近、支付标准管理趋同的原则，将具有医保耗材编码的耗材进行分类合并，形成医保通用名。

建立“医保通用名”目录，关联相关数据库，统一适用于医保、准入、采购、支付、监管等应用场景，实现多职能通用，多部门共享。

[返回目录](#)

· 地方精彩 ·

湖州借鉴三明医改经验，组建2个城市医联体和8个县域医共体

来源：人民日报

为更好地解决群众就医难题，浙江湖州近年来积极统筹推进医疗改革：组建城市医联体和县域医共体，让居民在家门口就能享受到优质医疗服务；通过调整服务价格、创新诊疗模式等方式，促进公立医院发展，优化就医体验。

今年3月，习近平总书记在福建三明考察时强调：“三明医改体

现了人民至上、敢为人先，其经验值得各地因地制宜借鉴。”

近年来，浙江湖州因地制宜借鉴三明医改经验，以浙江省“三医联动”“六医统筹”改革试点为契机，坚持党委政府“一把手”负责制，统筹推进医改。在建设优质高效的整合型医疗卫生服务体系、深化公立医院综合改革等方面取得积极进展，较好地缓解了群众看病就医难题。

湖州医改有哪些好做法?近日，记者随国家卫健委来到湖州，采访调研当地推广三明医改经验的情况。

推动医疗资源下沉

提高基层服务能力

“孙奶奶，最近血压怎么样?”在湖州市吴兴区八里店镇卫生院专家门诊室内，全科医生费岚拿着手机与远在湖州市第一人民医院的3名专家一起给孙奶奶会诊。记者看到，手机屏幕上显示湖州市第一人民医院的药剂科、内分泌科和心血管内科专家同时在线。他们从各自的专业角度，给孙奶奶提供诊疗意见。

家住八里店镇的孙奶奶今年85岁，患有高血压、糖尿病等多种疾病，腿脚不方便。在孙子小章的陪同下定期到卫生院看病。“家就在附近，走路就能过来。”小章说，过去只能去市区的大医院，来回都折腾，很不方便。医联体建立后，在卫生院就能看病，方便了许多。

八里店镇卫生院院长叶青介绍，湖州市第一人民医院每周会派出不同科室的专家来卫生院专家门诊室坐诊。如果专家碰巧没空，就通

过手机登录移动多方视频会议系统“云视讯”，在全科医生协助下给患者进行远程诊疗。如果卫生院的全科医生遇到疑难病症，也可以通过“云视讯”咨询湖州市第一人民医院的有关专家。

2019年3月，八里店镇卫生院被纳入湖州市第一人民医院医疗保健集团统一管理，成为医院八里店院区。医院通过派遣专家名医、远程诊疗等手段，对卫生院的业务学习、制度建设、设备投入等给予帮助和指导。“通过城市医联体建设，卫生院的专业科室不断健全，医疗服务能力和水平得到进一步提升，辖区居民在家门口就能享受到优质的医疗服务。”叶青说。

湖州市委书记王纲介绍，为了让城乡居民看得起病、看得好病，湖州市整合医疗资源，按照“一家人、一盘棋、一本账”原则，将全市划分为10个网格，组建2个城市医联体和8个县域医共体，将优质医疗资源“沉”到基层，不断提高基层医疗卫生服务能力。2020年，全市基层就诊率和县域就诊率分别达到73.1%和90.5%。

促进公立医院发展

改善患者就医体验

走进湖州市中心医院门诊大厅，优美的钢琴曲飘入耳中。一名女士正在一架白色的钢琴前弹奏，吸引了不少人驻足欣赏。

漫步在湖州市中心医院，墙上挂着书法、摄影作品；“健康号”“春风号”两辆电动车招手即停，免费接驳患者；不会使用智能手机的老人可以到人工窗口，还有志愿者陪伴就诊……湖州市中心医院党

委书记马建明说，医院通过打造公共区域艺术景观，提供多种便民服务，给患者带来更好的就医体验。

近年来，湖州市采取有力措施，促进公立医院高质量发展。全面落实公立医院党委领导下的院长负责制，市级医院和县域医共体牵头医院全部开展现代医院管理制度试点。各市县医院通过全面合作、重点合作、专科合作等形式与上海、杭州等大城市的 13 家高水平医院建立了良好的合作关系。目前，湖州市 5 家市级医院全部建成三级甲等医院。

调整服务价格，优化公立医院运行机制。湖州市落实国家组织的“4+7”药品集中采购中选结果，扩大试点范围。开展以日均费用为主要评价指标的抗微生物药品集中采购工作，一年节省药品费用约 1 亿元。完成第三轮全市域公立医院医疗服务价格调整，腾出调价空间 2.5 亿元，节约患者支出约 5000 万元。目前，全市公立医院医疗服务收入占比达到 35.1%，药占比降为 21.7%。

创新诊疗模式，改善患者就医体验。湖州市公立医院围绕智能化、一体化、便捷化，探索出“诊间全记账、诊后一次付”的“医后付”模式，有效缓解患者看病反复排队、反复付费的堵点。全市搭建“影像云”系统，检查拍片全部电子化，取消胶片收费，累计节约患者胶片费用支出达 3.3 亿元。

推进公立医院薪酬改革，调动医务人员积极性。湖州市科学核定薪酬总量，建立以书记院长年薪制、业务骨干年薪制、特定岗位津补

贴和重大贡献激励等为重点的全员岗位工资制。2020 年全市公立医院人员工资支出占比达 46.6%，人均工资性收入达 19.23 万元，较 2015 年的 13.19 万元增长约 46%。

注重疾病预防筛查

提升慢病管理水平

“金山银山，健康身体才是最好的靠山。”在湖州市安吉县灵峰街道大竹园村卫生服务站健康宣教室内，这句话非常醒目。健康宣教室安装有一台网络电视，电视前设有 20 多个座位。平时，村民就诊之余可以收看健康生活知识视频。

健康宣教室的一角还设有健康小站，安装了两台智能检测仪器。村民可以进行血压、血氧浓度、身高体重、体温体脂等测量。安吉县中医院上墅院区执行院长朱军娜介绍，村民只需刷身份证，测量的健康指标就能实时上传到健康账户。家庭医生可以通过手机 APP 查看村民的健康指标。如果出现异常就会进行干预。

成立于 2006 年的大竹园村卫生服务站，与其他 134 家村级卫生服务站一起纳入安吉县中医院医共体管理。在站内轮岗的安吉县中医院上墅院区医生蔡静微，将许多精力投入丰富大竹园村的“健康地图”，比如哪些老人需要重点关注，哪些慢病患者需要定时上门随访检查等。到了每年免费体检时间，她会带领医务人员上门告知村民体检时间和注意事项。体检结束后，还会帮助解读体检报告，提醒相关健康注意事项。

近年来，安吉县对各级医疗机构实行医保资金总额包干制度。具体做法是，根据 3 家医共体各辖区居民人数，按比例分配每家医共体的医保资金总额，每家医共体再根据同样的方式分配给下辖乡镇卫生院各自的医保资金总额。各级医疗机构均按照“总额预付、结余留用、超支合理分担”的方式使用医保资金。如果群众少生病，医共体成员单位就有医保资金结余，可以对结余资金进行自主支配，从而提高了进行健康管理的积极性。

安吉县人民医院院长宁建文介绍，医保资金总额包干制度施行后，安吉县人民医院更加注重“治未病”。医院定期安排专家到村里进行科普讲座，定期组织力量帮助乡镇卫生院和卫生服务站对群众进行健康筛查。近年来，共筛查发现高血压患者 4000 余人，糖尿病患者 1300 多人。今年以来，医院医护人员共下沉 2100 多人次到所辖的 6 个分院进行帮扶，有效提升基层慢病管理水平。

[返回目录](#)

可借鉴的台湾医学教育制度与发展模式

来源：联新医管

台湾的医师养成教育始于 1897 年(台湾的现代医学肇始於当年台北医院所设立的“医学讲习所”，也是台大医学院最早的前身)，迄今已有 120 年的历史，其中前 50 年是移植了日本医学教育制度，二战后引进美式医学教育制度，在法令规定、医师执业方式及社会文化习俗的影响之下，形成了具有台湾特色的医师培育模式。

早期培育出的医师多数从事台湾的基层医疗工作並逐步成为社会的领导人物。而投入医学研究及医学教育者，也都有优秀的表现，这些前期所培育的医疗人才在此之后，成为促进台湾现代医学进步的力量。同时，也奠定台湾菁英习医的传统。

在学制的演变中，台湾最初的学制为 5 年制医科，招收高中毕业生，1947 年台大医学院改为 6 年制，包括 1 年预科、4 年本科及 1 年实习。在 1949 年后又改为 7 年制，包括 2 年预科、4 年本科以及 1 年临床实习，毕业后授予医学学士学位，並具医师资格。7 年制医师培育模式，最初 2 年称为“医预科，修习通识及一般科学课程，由文学院、理学院、法学院相关教师授课；第 3、4 年修习基础医学，由医学院基础学科教师讲授；第 5、6 年的临床教学及第 7 年的临床实习则均在医院进行。在 1982-1991 年，有 5 所大学院校参考美国的学制，先后试办了招收大学毕业生的 5 年制学士后医学系，但目前仅存高雄医学大学一所学校仍然继续设有 5 年制学士后医学系。其停办的理由主要是未达到设立的目标（培育从事偏远地区医疗服务基层照护之医师，以及培育担任基础医学教学与研究的医师科学家）。

01 医学教育的蓬勃发展

在 1949 年之前，台大医学院是台湾唯一的医学教育机构，1949 年国防医学院迁到台北市，学生主要在军医院实习。1950 年代开始，台湾社会趨於稳定，经济发展，生活水平提升，公私立医学院校相继设立。这些新设立的医学院，大致采取类似台大医学院的模式，但课

程、科目及教学内容各有特色。至目前为止，台湾的医师培育人数采取总额管制，每年以培育 1,300 位医师为上限。

02 专科医学的发展

1951 年，台大医学院聘请杜克大学医学院院长 Davison 及病理科主任 Forbus 教授来台，协助修订课程，引进“区段式”的基础医学教学制度，临床领域的教学训练也学习美国制度。台大附设医院 1954 年开始建立“住院医师训练制度”。最初，各科的住院医师训练为期 3 年，第 4 年为总住院医师。1980 年以后，为了配合细专科的发展，各科住院医师的训练年限逐渐延长，例如，内科住院医师训练由 3 年改为 5 年，外科住院医师训练改为 5-6 年，小儿外科、神经外科、整形外科、泌尿外科之训练期均改为 6 年。

台湾专科医师制度可追溯至 1986 年出台的《医疗法》，其中规定专科医院、专科诊所之负责医师必须具有专科医师资格。另《医疗机构设置标准》规定，医院各诊疗科必须至少有一位医师具有专科医师资格。同时，1986 年增订之医师法第 7 条之 1 规定：“医师经完成专科医师训练，并经中央卫生主管机关甄审合格者，得请领专科医师证书”。同法第 7 条之 2(第 2 项)规定：“非领有专科医师证书者，不得使用专科医师名称”。自此，专科医师成为法定制度。

台湾各专科医师分科均分订有专科医师甄审原则、专科医师训练医院认定标准及专科医师训练课程基准，规范医师进行住院医师训练及参加甄审考试相关程序。专科医师制度实施 30 年来，的确有效提

升部分专科别人力(如精神科、复健科)之成长,也达到强化医师临床训练质量之目标,惟尚有部分专科别人力缺乏,为强化专科医师训练环境,提升训练质量,均衡专科别人力发展,自2001年起,专科医师制度全面实施训练容额管制计划,订定各专科医师训练容额,执行迄今,麻醉科、核子医学科、病理科(解剖病理)等人才罗致困难科别反映,专科医师容额管制对于促使医师分流至该等冷门科别受训,确有帮助。

台湾卫生福利部所定的专科医师,是由各专科医学会负责甄审,再报请卫生福利部颁发专科医师证书。依据台湾卫福部的数据显示,截至2015年底,专科医师领证人数已达49,016名,占医师人数之78%。另外,专科医师制度也附有强制继续教育之规定,医师为维持“专科医师”资格,每六年必须进修至少180学分方能“换证”,医界“强制继续教育”制度,也扩大至所有的医疗专业人员。

03 台湾医学教育的改革

1950年代以后设立的医学院校,虽采取美式教育模式,但是教师的员额编制普遍不足,临床学科教师的诊疗负荷太重,大多数教师未曾参与教育研习,教师教学时多以教完所负责课程之预定内容为目标,而无法顾及学生真正学到什么,而教学医院则重视医疗服务功能,忽视教学功能。在80年代的后期,台湾开始关注医学教育的改革。1992年,台大谢博生教授参考哈佛大学医学院“新途径”(New Pathway)制度,拟定了为期5年的教育改革计划,主要的内容包括:推展整合

课程及启发式小班教学，让学生能够适应现代医学的快速进展；强化伦理、人文教育，让学生能够适应生理-心理-社会取向的医疗保健模式；改进临床教育，实施以“一般医学”为基础的临床训练，强调全人医疗技能的养成。

自 1990 年代起，台湾许多医学院开始持续进行课程改革，重点包括：

改善招生面谈，例如加强面谈委员的训练、预先规划考题与评分表以减少不公平的问题、采用多站迷你面谈(MMI)等；

强调全人教育，重视人文、伦理与服务学习；

整合基础医学与临床医学课程；

减少大课堂讲课，采用以问题为基础的学习或问题导向学习(PBL)、团队导向学习(TBL)等强调小组讨论与主动学习的教学法；

加强临床技能训练，使用模型、仿真人、标准化病人(SP)等模拟教学，让学生在照顾病人之前能先熟练技术；

采用多元化的评量方法，包括客观结构式临床测验(OSCE)、迷你临床演练评量(mini-CEX)等，并且在 2011 年与 2012 年试办全台医学系毕业生的 OSCE 联考，自 2013 年起，通过 OSCE 是参加医师执照考核的必要条件之一。

医学教育最新、最重大的改变是从 2013 年开始，医学系将改为 6 年制(2015 年开始学士后医学系改为 4 年制)，学生毕业后需接受为期两年的一般医学训练(PGY 训练)。医学系学制从 7 年改为 6 年的原

因之一，是七年级学生在医院实习时的角色定位不明，一方面他们不具医师身分(虽然是在指导医师监督下执行医疗行为)，另一方面他们有时被视为学生，有时又被视为员工，因此不时会有学习与工作相冲突的时候。学制改成 6 年制，届时实习发生于毕业后，而实习医师都已取得医师证书与限制性执业执照，这一方面可以解决实习医师角色不明的情况，并且与国际接轨，另一方面若医学生毕业后不想行医或想先追求其他梦想，也可以不必花一年时间当实习医师。

学制改变，课程也必须跟着调整。台湾医学教育界针对招生到 PGY 训练做了整体的规划，学制改革与课程规划小组成立了 4 个任务编组，分别为：

良医挑选与多元化医生研究人才培育；

人文、基础与临床课程整合；

临床教学与评估；

毕业后第一年训练。而每一组皆有各校教师、医学生代表、教育部、考选部、卫生署(后改制为卫生福利部)与医策会官员参加。

04 家庭医学教育与家庭医学科专科发展

台湾家庭医学的发展可追溯到 1970 年代阳明医学院招收公费医学生开始。相较于其他专科的成立与发展，台湾的家庭医学科算是起步较晚。1980 年代前后，由于医学进步快速，医疗次专科化，民众看病多涌向大医院，使得多数年轻医师也随着挤向大医院工作，造成基层医疗人力大量减少，各地基层卫生单位普遍缺乏医师，偏远地区

更是严重，大多数民众的健康照护面临严峻的挑战。鉴於此，政府开始重视家庭医师的角色。

1977 年台湾卫生处委托台大医院办理“全科医师养成训练计划”。1979 年台大医院办理 2 年制之“一般科(全科)住院医师训练”。同年，台湾第一个实验性社区医疗保健站在台北县贡寮乡澳底社区设立。1980 年代前后，台湾几家医学院的院长组成考察团赴美考察美国的医学制度，返台后开始发展台湾的家庭医学教育並培养家庭医师，以及未来家庭医师制度之发展。1983 年，台湾卫生署推动“基层医疗保健计划”，成立 12 所群体医疗执业中心。1985 年，卫生署订定补助教学医院办理家庭医学训练的办法。1986 年家庭医师医学会成立，並第一次办理了“家庭医学住院医师训练计划”评鉴。1987 年起，家庭医师医学会办理家庭医学科专科医师甄审及家庭医学科专科医师训练医院认定工作，是台湾第一个受卫生福利部委托办理甄审业务之专科医学会。

家庭医学科是以提供连贯性及整合性照顾之科别，服务对象不限年龄与性别，服务内容不仅只是治疗疾病，更涵盖生病前的预防保健与疾病造成残疾后的照顾。照护的特质除了生理问题外，也会考虑到病人心理、社会及心灵问题对健康的影响。从全人延伸至全家、全程的照顾。

05 家庭医学科专科医师训练宗旨

依据台湾卫生福利部公布的《家庭医学科专科医师训练计划认定

基準》，家庭医学科专科医师的训练宗旨为：家庭医学科专科医师训练具有多元化的特质，鉴於医院层级与属性容有殊異，个别医院的训练宗旨与目标，允宜兼顾求同与存異。

训练计划共通之宗旨为：培育具备 ACGME 六大核心能力(包括病人照顾、医学知识、临床工作中的学习与改善、人际关系与沟通技巧、医疗专业以及制度下的临床工作)，且以从事基层保健医疗为职责的家庭医学专科医师。

06 训练计划、课程及执行方式

台湾各医院家庭医学科或各有各的特色，然专科训练项目、训练时间都以家庭医学会所订之“家庭医学科专科医师训练课程基準”为依归。在执行细节上，各院可实务上依各医院的特性或考虑学习的效益，来排定教学计划。

但是，所有训练项目、计划及组织须经过台湾卫生福利部专科医师训练计划认定会(以下称 RRC)的评估程序。

学科的核心课程需按照 RRC 的规定来制定，並符合“家庭医学科专科医师训练课程基準”。临床训练课程必须依照“家庭医学科专科医师训练课程基準”来设计，课程训练完成所需时间为 3 年，且其中包含各科的轮调训练。

临床训练项目必须能够呈现：

包括住院、门诊及急诊病人的实际直接诊疗照顾、临床讨论会及病历写作；

训练学科要有足够的病人及各种不同的病况以作充足的住院医师临床教学。且住院医师有延续及完整性的病人照顾责任，此责任应随住院医师的年资而提升。

07 训练的评核

家庭医学科专科训练要求住院医师必须有学习档案或学习纪录，让学习的历程能清晰呈现。每一个学习的活动也必须包括适当的评核，相关要求与规定包括：

必须定期(至少於每阶段训练结束时)评估住院医师之专科知识、能力、学习态度以及服务质量，並存有纪录；

定期双向评估(含住院医师自我评估)各项教学、服务活动之推广並列有纪录；

居家照护训练至少照护 5 位居家病人 3 个月以上；

第三年住院医师每周一个半天督导资浅住院医师(或学生)至少 3 个月；

以具体临床能力评估，来评核住院医师六大核心能力，如 Mini-CEX、OSCE、DOPs、CbD、360 度评估、笔试或口试等其他客观与多元的评估方式；

评核需符合 PDCA 精神(具体问题回馈及改进追踪)。

[返回目录](#)

· 医院管理 ·

宣武医院李嘉：构建信息化医疗质量管理“宣武模式”

来源：CDSreport

宣武医院借力 AI 等信息技术构建医疗质量管理体系，为患者诊疗和安全提供强有力支撑和保障，并用九大举措助力质管体系切实落地。医疗质量是医院运行发展的根本，也是公立医院高质量发展的重要内涵之一。国家卫健委等部门 10 月发布《公立医院高质量发展促进行动(2021-2025)》提出，充分利用信息化手段开展医疗质量管理与控制。

如何借力信息技术构建具有本院特色的医疗质量管理体系？首都医科大学宣武医院党委副书记李嘉在“医管必修课”上，从医疗质量管理驱动要素和管理理念说开去，分享了医院医疗质量管理体系构建经验和九大具体举措。

一、5 大理念贯彻医疗质量管理体系构建

“构建医疗质量管理体系过程中，坚持绩效考核引领非常重要。”李嘉介绍，在国家三级公立医院绩效考核中，2018 年宣武医院排名全国第 17，2019 年上升至第 13。在北京市医管中心对市属医院的绩效考核中，医院也处在第一方阵。

之所以能够在各项考核中取得不错的成绩，是因为宣武医院重视以绩效考核为导向，开展日常工作。他介绍，医院全年工作可以概括为 1 次总部署+2 种考核周期+3 项奖惩机制。年初进行全院范围的总

体工作部署，把绩效考核的指标、要点融入实际工作；具体落实则分为上半年和下半年两个考核周期，督促相关部门、科室实现所负责绩效考核指标。同时，设立三项奖惩机制，激励员工。

李嘉指出，独具“宣武特色”的质量管理理念，包括4个方面：

一是组织体系清晰，制度流程完备。包括：依托质量管理委员会，明确职责分工；形成院科两级管理结构，明确责任人；制度流程作保障，提高可执行性。

二是注重核心质量，提升诊疗规范。包括：核心制度的执行监管；临床路径的推广；绩效考核为抓手，提升整体质量安全。

三是运用管理工具，创新管理模式。包括：优化诊疗流程；改善医疗服务；提升医疗效率。

四是加强信息化建设，实现精细化管理。依托先进技术，帮助医院实现关口前移、风险预警、闭环管理，以及充足详细的数据支撑。

此外，医疗质量管理还要遵循一些理念和原则——结合医院实际情况；紧扣国家治理脉搏，比如医院高质量发展、“三个转变、三个提高”等；严守政府规章制度，如《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》等。

二、内行人干专门事，保障数据采集、调取规范

要实现医疗质量精细化管理，所需数据的采集非常重要。针对这一环节，李嘉认为，应当组建包括管理人员、IT人员/数据工程师、数据统计分析人员在内的复合型团队，分工协作，做好数据采集工作。

在宣武医院，医疗质量管理需求相关的所有数据采集、调取主要依托 BI 平台，但是让管理人员根据统计要求调取数据，相对比较繁琐。所以，组建团队很有必要。

团队中，管理人员(包括职能部门和临床科室管理人员)主要负责提需求——想看什么时候的什么数据。IT 人员/数据工程师负责根据需求从 BI 平台调取数据。统计分析人员则负责对调取的数据进行统计分析，总结出相应的趋势和问题。最后再由管理人员依据统计结论来进行管理方面的决策。

“由内行的人来干专门的事，才能使管理效率得到进一步提升。”李嘉说，同样的，专门的岗位还必须有专门的制度，医疗质量管理工作需要制定详尽的制度，包括岗位工作职责、技术准入制度、监督管理制度、工作核心制度等，并根据上级部门的规章制度，定期更换和更新，保障相关工作顺利规范开展。

此外，医疗质量管理工作需要依托完善的管理体系。李嘉介绍，宣武医院医疗质量管理体系建设包括 4 个层面：4 级管理体系、4 级执行体系、监督体系、培训体系。各层级各部门各责任人职责明确，各司其职。

三、九大举措实现医疗质量高质管理

在执行层面，宣武医院则是用 9 个具体举措助力医疗质量管理体系落地。

举措一，病历质量管理。依托病案委员会、医务处质控办、科室

的病案质量管理小组三级监管体系完成，着重抓“运行病历、终末病历、重点病历”三个环节，并积极运用信息化手段。

医院管理过去单纯依靠人工，对运行病历监控有一定难度；而现在，借助先进的病历质控系统，实现了病历的完整性、及时性和重内涵质控。完整性即覆盖所有病历；及时性指实时对运行病历、终末病历进行检查；重内涵指系统遵循内涵质控规则，注重逻辑性和一致性，对病历中信息缺失或逻辑上不完整/前后矛盾等问题实时监测提醒，动态预警并干预。

在公立医院绩效考核中，单病种质控是一项单独的指标。宣武医院是以神经系统疾病和老年疾病诊疗为特色的综合医院，脑梗死既是单病种也是特色病种。医院应用单病种质控系统，通过引入不同评价体系，对医疗质量的把控有了很好的提升。如果临床医生在诊疗过程中没有做相应的诊疗项目，病历记载过程中也没有相应内容，系统会实时提醒临床医生及时完成。

举措二，纳入临床路径。医务处和信息中心应用信息技术，根据临床路径要求，不断实时更新、维护和定义临床路径，查看各科室入径率等情况，并对变异因素进行完整分析。通过路径管理系统，严格落实临床路径管理办法，实现临床路径信息化管理，通过将临床路径管理要求纳入绩效考核管理，提升临床路径入径率和覆盖率。

举措三，合理用药管理。首先强化药事委员会的作用，把控好药品采购环节；其次设计药事管理绩效考核体系；第三，应用信息系统进

行药品费用精细化管控，助力合理用药管理。

目前，宣武医院已搭建较完整的智慧药学体系，引入不断更新、内容详尽的药学知识图谱作为合理用药和处方点评的规则依据，并对处方内容把关。同时，专岗药师在线审核，并与临床医生实时沟通，提出用药建议。

举措四，做好院感防控。院感系统与影像、电子病历、检验、手麻、医嘱等所有系统连接，实时调取临床患者所有数据，若出现具有院感风险的检验结果，系统会给出提示，并发出预警信息至院感系统监控终端和电子病历提醒，相关人员进行临床处理、智能拦截、统计反馈等措施，对异常数据进行干预改进，并上报信息。

举措五，医技质量管理。依据 HIS 系统的大量数据，对每一台大型设备、每个检查室的工作进行详细分析，得出的数据有利于提升临床检查科室、医技科室的设备使用效率。

举措六，提升护理质量。护理是医疗质量的重要组成部分，提升护理质量需要做到：学标贯标，学习并贯彻国家护理专业医疗质量控制指标。重点改善，以患者需求为导向开展护理质量项目管理，取得急救、服务、技术等 5 个维度全方位收效。完善评价，以现有护理质量评价体系为基础，根据临床护理工作重点，不断调整质量评价标准。精准质控，以护理信息系统闭环管理、智能拦截、同步写入实现决策支持；研发护理病历智能化质量控制。

举措七，专项手术管理。手术室管理是医院管理中比较难的专项。

做好手术室管理需要：1. 对标国家手术操作目录，整理手术字典库。2. 依据公立医院绩效考核标准，提升重点监测指标权重。3. 组建多部门手术室高效运行工作组，定期召开专项工作会议。4. 制定宣武医院《关于进一步加强手术质量与效率管理规定》。5. 借助信息系统对手术室实行精益化管理。

举措八，强化绩效管理。绩效管理体系中，第一层级是医院绩效管理委员会，主要负责制定总体发展战略目标，审批科室绩效考核结果等。第二层级是绩效考核领导小组，主要负责绩效考核工作的整体指导和管理，对科室绩效考核实施过程进行监督检查，设定考核指标并对考核结果进行评价、处理申诉。第三层级是绩效办公室，主要负责绩效平台开发、绩效反馈、组织实施等具体工作支持。医院会根据科室绩效完成情况，在每个季度和年底之前，对科室的绩效考核指标完成情况进行点评。从医院整体来说，也是借助绩效的强大指向性作用，帮助提升医院运行效率。

举措九，特色系统应用。静脉血栓栓塞症(VTE)是院内非预期死亡的主要原因，但其实可防可控，前提是对住院患者进行及时评估，筛选出风险人群并及时干预。然而，如果单靠人力来做VTE防控，一方面时效性得不到保证，另一方面本就面临繁重工作的医护人员很难分出时间和精力来做这件事。

为此，宣武医院构建了VTE智能防治系统。系统自动采集患者病历中VTE相关危险因素，完成风险等级评估，并实时提醒临床医生：

患者处于哪种风险等级，需要哪些干预措施。若与医生评估结果不一致，系统会提供对比与依据(病历原文追溯)。此外，系统评估覆盖了患者整个医疗流程，在入院、术后、出院、病情变化等关键节点，自动抓取数据进行风险评估，并不断更新风险状态，同时对临床医生进行预警。而且，应用 VTE 智能防治系统来做风险评估和决策支持，保证了评估工作的高质量、同质化。

“目前，宣武医院整体 VTE 评估率已接近 90%，并得到上级领导单位的认可。”他介绍，在刚刚结束的“2021 中国 VTE 防治大会”上，宣武医院获评“全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目血栓防治中心优秀单位”。

李嘉总结，在进行医疗质量管理的过程中，一定要重视借力大数据、AI 等信息技术，为患者的诊疗和安全提供强有力的支撑和保障。此外，还有 16 字医疗质量管理经验供大家参考“领导重视、中层理解、基层执行、全员参与”。

[返回目录](#)

以绩效考核为抓手提升医院管理水平

来源：健康界

利益分配是医院持续发展的动力，是公立医院吸引人才、培养人才的核心问题。如何进行利益分配才能起到最大化的激励效果，需要通过科学的绩效考核来实现。各公立医院应如何建立健全绩效考核制度，值得关注。

推动医院精细化管理

绩效考核是公立医院的核心竞争力，是加强医疗质量安全和经济运行监管、转变公立医院治理机制的一项重要工作。

“医院构建一套成本核算模式支撑的绩效考核体系，既能为绩效考核提供数据支持，又能以绩效考核为助推器，推动医院精细化管理，加强医院内部控制。”全国高端会计人才、内蒙古自治区人民医院总会计师刘宏伟表示。

刘宏伟分析说，绩效考核是医院精细化管理的一个工具，是医院管理的重要组成部分，不能取代医院管理，也不是医护人员唯一的激励因素，需与医院的其他管理制度相配合。由于实行量化管理医务人员多开检查单的现象可能存在，需要质量管理部门进行质量考核，国家对公立医院药占比、耗占比、检查检验占比、技术服务类占比等都有明确规定。所以，医院应根据各科室的实际情况进行测算并确定目标值，对大型检查阳性率进行考核。

有效产出和成本控制是公立医院绩效考核的资金来源。刘宏伟认为，医院的有效产出与一定时间内接受治疗的患者数量、每个患者的医疗费用、药品占比和耗材占比相关。公立医院应将门(急)诊人次、入出院患者人数、住院患者人均费用、药占比、耗占比等作为绩效考核的重要指标。而控制成本主要体现在控制可变成本，在医疗服务过程中，药品和耗材是唯一可以控制的可变成本。

刘宏伟进一步表示，公立医院开展绩效考核应坚持成本效益原

则，在绩效考核中最重要的是成本核算。一方面医院要以成本核算为中心和基础，通过绩效考核加强成本管理，实现成本控制。另一方面是绩效考核本身也要考虑成本，不能将大量的人力、物力、时间成本放在绩效考核中而忽略医院管理。

对此，医院进行绩效考核时不宜使用单一的成本核算指标，应既有财务指标，又有非财务指标；既有质量管理指标，又有成本核算指标。但如果过多关注非成本核算指标，反而无法帮助医院判断局部决策对医院整体财务绩效的影响。既要有量化指标，又要有定性指标；既包括医疗服务数量，又包括医疗服务质量，需针对某一目的制定。

“通过将成本核算纳入绩效考核，可以极大的控制医院成本，提高医院收入的含金量。”刘宏伟认为。

他举例说，即使在 2020 年新冠肺炎疫情暴发，医疗收入锐减的情况下，内蒙古自治区人民医院仍然保持了高效运营，医院职工工资、绩效、福利待遇仍保持着原有的水平，同时偿还了大量的基建、维修工程、药品、耗材、设备等往年欠款，赢得了良好的社会信誉。

强化绩效考核降成本

为加强绩效考核，内蒙古自治区人民医院建立了以约束理论为基础的绩效考核实施方案。将约束理论三大核心要素有效产出、去库存、降低运营费用作为医院绩效考核的核心内容。

“方案主要强调了以下内容。”刘宏伟表示，考核要客观公正，而量化考核是客观公正的评判机制，因此指标需要量化。

方案以成本控制为基础。绩效考核需要关注成本，不与成本挂钩的绩效考核无法实现，将百元医疗收入成本作为绩效考核的重要指标，实现成本控制。

此外，方案以质量控制为中心，提高医疗服务质量、降低成本。提高医疗技术水平和医疗服务质量是患者满意的有效保障，将患者和医务人员的满意度作为医院重要的绩效考核指标。

“内蒙古自治区人民医院不仅注重加强与各个科室之间的沟通、药学部门的绩效考核，还注重加强内部控制。”刘宏伟向记者介绍说。

一是加强绩效沟通，深入一线促进业财融合。

总会计师应深入到临床医技科室进行绩效沟通，了解科室人员对医院一次绩效和二次绩效的意见和建议，逐步完善绩效考核方案。同时，讲解医疗行为与增加有效产出、提高科室绩效和个人绩效的关系，将有效产出会计理念运用到医务人员的医疗行为中。还要向各科室进行有效产出分析，通过简洁易懂的医疗收入、成本结构分析，揭示医院和科室经济运营的实质。

二是加强药学部门的绩效考核。

如果按照收入发放奖金，药学部门占比越低，奖金越少，越不利于控制，负激励。若从职业忠诚度讲，销售越多工作越好。内蒙古自治区人民医院对药学部门开展绩效考核时加入了药占比指标。药占比是全院的药占比，全院药占比与药学部门绩效呈反比，全院药占比下降药学部门绩效增加，全院药占比提高药学部门绩效下降，进而充分

发挥临床药师的药事点评作用。

三是加强内部控制。

绩效考核是内部控制实施效果的验证，是对内部控制执行结果的考核。内部控制是绩效考核的基础和保证。

通过规范医务人员的医疗行为，梳理医疗流程，加强医疗设备、医用耗材的预算控制，强化医用耗材的付款控制与绩效考核的有机结合。例如，将设备折旧作为成本纳入科室成本进行绩效考核，约束临床医技科室购买医疗设备的冲动，为医院控制设备购置预算提升理念，培养员工成本意识。

此外，充分利用绩效考核强化医用耗材的收费与付款控制，防止临床医技科室漏费或私收费。供应商向医院销售医用耗材后，公立医院需从契约精神和保护供应商利益的情况下加快付款进度、加强付款控制。对医用耗材进行管理时，要强化入出库等相关记录，确保医用耗材管理全过程的风险得到有效控制。在加强一级库管理的同时，强化二级库的管理。

“内蒙古自治区人民医院采用约束理论指导下的绩效考核方案，实施第二年就取得了显著效果。与前一年相比，医疗收入提高了7.86%，不包括药品和耗材消耗的医疗收入增长22.51%，人员支出增长10.29%，药品占比也由原来的49%下降到27%，耗材占比从29%下降到23%。医疗设备的购置预算得到了有效控制，整合了资源配置，提高了资产使用效率。”刘宏伟高兴地说。

• DRG 改革 •

医保重磅改革全面开始，药企应对办法来了

来源：博源医药网

DRG 促进了精细化管理，同时医院也需要抢病源。

01 医保支付方式改革全面拉开帷幕

2019 年开始，国家医保局医保支付方式改革启动 DRG 费率法试点，同时区域总额预算下的点数付费法也获得推崇，2020 年 DIP 按病种分值付费也走上前台，原先施行的总额预付制下马，按项目收费逐步边缘化。

目前国内形成了 DRG 费率法，DRG 点数法，DIP 分值法三种主流的改革方式，国家试点、省级试点、先行先试全国共 200 个城市参与其中，有模拟运行也有启动实行付费，新一轮的医保支付方式改革全面拉开帷幕。

DRG(包含 DIP，为方便以下统称)是将医保基金定额从原来分配到医院，现在分配到病种或病组(几个疾病类型相近资源消耗相近的病种集合)，将原来病人按项目收费的后付制变成了病种总额包干的预付制；区域总额预算下的费率、点数或分值结算方式，也取消了单个医院总额的限制，鼓励区域内医院之间相互竞争，由原来医保分蛋糕变为医院抢蛋糕。

那么跟我们生产厂家和渠道经销商直接接触的医院会有哪些改变呢?苦练内功通过精细化管理控成本;合纵连横通过多渠道营销抢病源。

02 医院加强成本管理，药企市场分化

DRG 促进了精细化管理，促使医院对单个住院病人主动控费，一般的方法有缩短病人平均住院日，减少不必要的检查检验，使用性价比高的药品耗材，减少辅助治疗设备的使用，利用临床路径管理手段。

1、缩短病人平均住院日，高等级医院会将术前诊断期、术中手术期本院处置，而将术后恢复期、出院带药推至低等级医院，病人分两次住院。

高等级医院缩短平均住院日也会导致本院病床空置，会虹吸原先在低等级医院需要手术的病人，造成低等级医院手术量大量减少；未来会形成术前、术中病人集中在高等级医院，术后及出院带药的病人在低等级医院。

如果我们的产品在术前、术中使用，营销重点在高等级医院，而如果我们的产品在术后恢复期、出院带药时使用，营销重点应重视低等级医院或目前大量兴起的护理医院，包括周边药店。

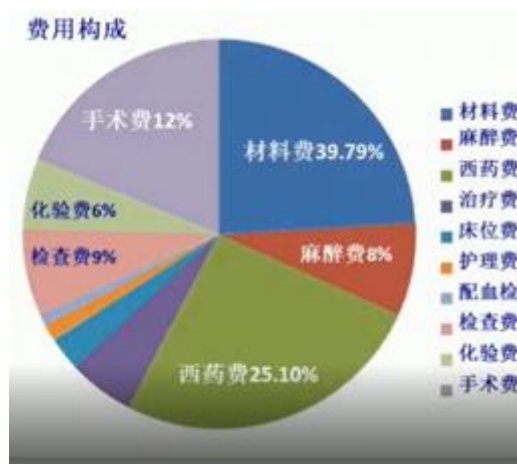
2、减少不必要的检查检验，会对检查设备、检验试剂的销售产生很大影响。

检查设备在低等级医院市场会明显萎缩，检验试剂也是如此，应将营销重点放在高等级医院。常规检查检验影响不大，可做可不做的

会有非常大的影响。

3、使用性价比高的药品耗材，这是医院控成本的重点。

下图是脑动脉瘤介入手术的费用构成，耗占比 40%，药占比 25%，总合计 65%，医院将在这两块大幅控制，总合计的目标差不多在 30% 左右，如何控?选择性价比高的药耗、减少用量、将临床价值不高的产品停用。



选择性价比高的药耗需要我们厂家经销商转变思路，不要再去追求高价高空间，DRG 实施后医院会将产品重新洗牌重新谈价，新厂家是个绝好的市场切入机会，通过低价去抢夺市场，如果产品进入临床路径也会有量的保障，反之老厂家如果固步自封就会痛失市场。

由于“医保基金支付的住院费用=(DRG 支付标准-全自费费用-先自付费用-起付线-进入大额范围费用)*综合报销比率”的计算方法，医生会选用医保报销比率高或全报销的产品，我们药械经销商也应注意到这种变化。

还有一点，不能进入医院使用的产品，由于医生薪资改革尚未到位或部分药耗治疗时确有需要但医院不提供，可以考虑布局院边药店

或互联网终端。

4、减少辅助治疗设备的使用，也是医院一大改变。

原先医院为了控制药占比、耗占比，科室大量采购辅助治疗设备，如红光治疗仪来促进伤口愈合，脉冲治疗仪来止痛，臭氧治疗仪治疗妇科病等，以后这类产品因不能向病人收费而作为科室一次性采购成本并且消耗科室人力成本，未来基本会打入冷宫，除非病种临床路径有规定使用。

5、利用临床路径管理手段，是医院适应 DRG 实施的一个重要举措。

为防止医疗质量的降低和不同医生治疗成本差异化过大，科室将病种治疗标准化，通过临床路径来规定该病种怎么检查治疗、用什么药耗、用多少等等，医院科室的临床路径的制定会参照临床诊疗指南、标杆医院临床路径，临床路径往往由科主任、治疗组长、质控科共同制定，科主任在其中会起关键作用，一旦产品进入临床路径，不需要做医生工作也能正常使用，所以临床路径和科主任才是我们未来的营销重点。

03 医院竞争加剧，药企如何介入

DRG 促进精细化管理同时医院也需要抢病源。

原先高等级医院人满为患，根本不需要抢病源，因总额预付抢了也没用；现在开放了医院间竞争及医院病床周转率的提高，病人来源成了医院工作的新重点：

一、搭建医共体或医联体，将病人双向转诊分解住院；

二、广告营销抢夺病源。

那这些与我们做药械营销的会产生什么关联？

我们医药营销人核心资源就是医院、科室、医生，我们可以通过为他们吸引病源来交换产品在临床路径里的使用，帮助医院、科室、医生的三级品牌宣传，积累病人口碑和忠实粉丝，快速获取新病源，如抖音吸粉、微信圈粉、医生或科室经纪人之类的做法，而这些往往是他们所不擅长的。

DRG 的早期实施对医院和医生来说是个不小的挑战，医生也迫切需要了解相关的知识，现在有不少先知先觉的厂家，学术宣传也借船出海，借为临床科室提供 DRG 培训同时来宣讲产品，是一个妙招，特别对于三乙以下的医院需求更为强烈，值得更多厂家效仿。

综上所述，DRG 下我们药械营销人要顺应时局、转变思路、提前切入，方能立于不败之地。

[返回目录](#)

DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划发布 AI 控费提质增效

来源：惠每医疗

11 月 26 日，国家医疗保障局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，促进分期分批加快推进医保支付方式改革——从 2022 到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务，推动医保高质量发展。到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 付费方式

改革工作；到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

医院要获得合理的医保结算，需要确保病例编码与分组的准确性，防止“低编”、“高编”、入组异常等问题。因此，医院编码准确、病案质量达标、诊疗过程规范、信息系统互联等是实施 DRG 的基本条件。

然而，在传统的医院管理模式下，对主诊选择、编码的监控方式主要依靠事后抽查，难以监控诊疗过程中的不规范行为和医疗费用超支情况；既有系统也难以解决 DRG/DIP 分组、绩效管理所需数据能力。有研究显示，某 DRGs 试点城市的三级医院病案首页数据摸底发现，一些医院入组率不到 60%，且已入组诊断存在错误。病案质量与 DRG 分组管理亟待加强。

针对 DRG/DIP 支付方式改革和医院控费管理需求，惠每科技构建了基于 AI 的惠每 DRG/DIP 医保控费系统。系统以数据质量、数据分析为核心，费用管理为重点，通过事中分组预测、费用预测、风险预警等，将费用控制前移到医生端；通过事后的盈亏分析、绩效分析等，帮忙管理者快速了解医院绩效及费用情况，协助医院从诊疗规范、病案质量等多个层面控制费用不合理增长因素，最终达到合理控费与医疗质量的平衡。

此外，惠每 DRG/DIP 医保控费系统建立起的大数据平台，从 DRG 分组、例均费用、医保结算情况等指标出发，面向医院管理部门提供

覆盖全院、科室、病组等多维度的控费服务；并对医疗服务能力、效率等 DRG 指标进行统计分析，为医院、科室、医生内部绩效评价、奖金分配等提供客观数据，助力医院精细化绩效管理。



同时，要完成 DRG/DIP 支付方式改革任务，也要促进医疗机构推进相关配套改革，保证付费改革在医疗机构顺利落地。通知指出，病案质控是需要重点推进的医疗机构协同改革任务之一，要做到病案质控到位。病案管理是 DRG/DIP 分组的核心。要引导医疗机构切实加强院内病案管理，提高病案管理质量，提高医疗机构病案首页以及医保结算清单报送的完整度、合格率、准确性。



病案首页是医保赔付和医疗质量评价的重要依据。惠每 AI 病案

首页质控系统通过集成患者全部治疗信息，对医师首页填写，如主诊断、手术/操作、诊疗信息、其他诊断选择等的完整性、一致性、及时性、合规性进行智能校验，为 DRG/DIP 支付方式提供客观、准确的数据支撑。

病案首页主要诊断编码错误问题一直影响着医院首页数据真实性及可靠性，按照国际疾病分类(ICD-10)编码的规则及要求，正确填写病案首页中主要诊断的相关内容，是医疗机构病案管理的重中之重。

惠每 AI 病案首页质控系统自动执行医学逻辑解析，判断首页主诊断编码正确性以及其与诊疗路径是否匹配。解决因编码员不熟悉各类疾病诊断且无法通过病历阅读判断医师诊断填写的准确性，进而导致无法正确判断主要诊断编码的逻辑冲突问题。

同时，系统准确理解并执行 ICD10 编码规则，对编码错误编写、漏编以及合并编码错误进行自动判断。解决因编码员工作疏漏、合并编码原则应用意识薄弱等引起的编码错漏问题。

随着《公立医院高质量发展促进行动(2021-2025)》提出，以大数据方法对医院病种组合指数、成本产出、医生绩效等进行从定性到定量评价;以及“优化病案首页数据质量全流程治理”近期列入“首批卫健统计工作高质量发展揭榜任务”，医院对病案首页数据质量的治理和管理也必将上升至新高度。

[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