

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2022.01.03-2022.01.09

——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 ·

▶ [国家医保局发文支持中医药传承创新发展 中医医院院迎来医保准入](#) (来源：国家医保局) ——第 9 页

【提要】十四五开局之年，国家医保局与国家中医药管理局联合发文，《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》挂网，《指导意见》的发布犹如及时雨，给中医药传承创新发展提供了医保政策的支持，主要有四大利好：将符合条件的中医医药机构纳入医保定点；新增和丰富并及时调整中医价格项目并纳入医保支付；中药饮片保留顺加25%和中药制剂自主定价；DRG\DIP 支付改革对中医药倾斜。

▶ [吉林医药强省明确中医药“新坐标”](#) (来源：中国中医药报) ——第 14 页

【提要】1月4日，吉林省医药强省建设大会以视频形式召开。吉林省委书记景俊海出席会议并强调，要深入贯彻习近平总书记关于健康中国建设的重要论述和视察吉林重要讲话重要指示精神，加快推动吉林省医药健康产业高质量发展，促进由医药大省向医药强省跨越。要筑牢产业根基，完善现代药材生产、研发、经营体系，促进人参等道地药材生产加工基础化、高级化、终端化、品牌化，打通商业流通体系，着力提升医药健康产业规模质量。《关于加快医药强省建设促进

医药健康产业高质量发展的实施意见》同期发布。

• 健康养老 •

▶ [关于养老，今年政府工作报告提到这些新举措](#)（来源：新京报）

——第 16 页

【提要】到 2025 年，全市老年人将达到 500 万人，北京将进入中度人口老龄化时期。关于养老问题，今年政府工作报告中做了专门工作部署，对养老服务提出了优质便利的要求，同时强调了政策供给的精准性、有效性，具体提出了建立街乡镇养老服务联合体运行机制、发展时间银行等互助养老模式、全面推行长期护理险等措施。

▶ [《中国城市养老服务需求报告》发布：未来人均养老消费预期超百万元](#)（来源：金台资讯）——第 22 页

【提要】日前，《中国城市养老服务需求报告(2021)》发布。报告聚焦城市居民家庭结构与健康状况、养老认知及养老规划、养老需求及养老机构选择、养老保险认知及消费动因、“保险+养老”趋势等方面，展开历时 7 个月的调查，覆盖全国 19 个省份 80 万城市居民。结果显示，随着中高收入老年人比例剧增，未来养老消费市场潜力巨大，未来人均养老消费预期超百万元。在社区养老和机构养老需求比例逐步提升的背景下，城心养老模式受到市场欢迎。

• 医院绩效管理 •

▶ [应用医疗大数据助力医院绩效考核管理的实践及探索](#)（来源：中

国数字医学) ——第 27 页

【提要】创建完善、科学、有效的医院绩效考核制度已成为当前各公立医院改革的重要内容。本研究对医院推动绩效改革的进程进行了总结，并将工作量确定为绩效改革方案的核心内容。当前我院通过利用大数据计算技术，创建了整套符合我院医疗战略的绩效考核系统，此系统是对员工服务质量、岗位工作量、患者满意度、行为规范、技术能力等因素予以考核，并将考核结果同医院医务人员的薪酬挂钩。

▶ [基于大数据平台的公立医院绩效管理系统建设](#) (来源：中国医院) ——第 35 页

【提要】医院绩效管理过程主要是制定计划、考核并评价、分析考核结果并进一步提出改进措施，从而实现组织绩效目标。在整个过程涉及的数据分散存储在各个业务系统中，虽然接口方式已经实现一部分的需求数据对接，但绩效管理的特殊性还是会产生大量需人机交互的数据需求。本研究基于四川大学华西医院建设医疗大数据集成与应用平台的经验，通过有效的数据整合治理所形成的数据资产，利用大数据技术实现绩效评价的智能化应用，最终通过绩效管理系统实现全院的绩效管理。

• 医保快讯 •

▶ [申报更便利、认定更透明，河北全面推行门诊慢（特）病认定新模式](#) (来源：河北省医疗保障局) ——第 43 页

【提要】根据国家医疗保障局《关于印发全国医疗保障经办政务服务

事项清单的通知》关于“鼓励将门诊慢特病病种待遇认定下沉到符合要求的定点医疗机构，由定点医疗机构“一站式”受理，经办机构对医疗机构认定情况进行有效监管”的要求，全面推进门诊慢(特)病网上自主申报、医疗机构评审认定、医保待遇即时享受的新模式，此项改革是河北省医疗保障局落实党史学习教育活动的生动实践，是维护广大参保群众切身利益的具体举措，体现了党和政府以人民为中心的执政理念。

► [提升参保数据质量应把握的 3 个问题](#)（来源：江西省医保局）——第 47 页

【提要】参保数据质量不仅会影响后续的医保服务供给质量，也会影响参保群众的权益保障和全民参保计划的有效推进，因此，提升参保数据质量是提升参保质量的重要基础前提之一，应当引起重视。

• 分析解读 •

► [一图读懂 | 8 部门联合印发规划，涉及医保目录和集采药品、耗材](#)（来源：国家药品监督管理局）——第 53 页

【提要】日前，国家药监局等 8 部门联合印发《“十四五”国家药品安全及促进高质量发展规划》，明确了我国“十四五”期间药品安全及促进高质量发展的指导思想，提出五个“坚持”总体原则和主要发展目标，并制定出 10 个方面主要任务，以保障“十四五”期间药品安全，促进药品高质量发展，推进药品监管体系和监管能力现代化，保护和促进公众健康。

▶ [集采未中选原研药使用情况变化——用量“两减一增” 价格“三价齐降”](#)（来源：中国医疗保险）——第 68 页

【提要】近期，中国医疗保险研究会于在北京召开的“集采推动仿制药替代”——集采未中选原研药使用情况变化新闻发布会。会上，中国医疗保险研究会柳雯馨介绍了集采未中选原研药使用情况变化。中国医疗保险研究会选取阿托伐他汀口服常释剂型、氨氯地平口服常释剂型等 9 种药品，对比集采结果实施前后一年全国采购量和价格变化情况，发现中选仿制药“放量效应”与“降价效应”显著，未中选药品价格随动下降，最终呈现采购量“两减一增”、价格“三价齐降”的趋势，群众用上了“质优价宜”的中选药品。

• 医院信息化 •

▶ [推进 HIS 系统高质量发展](#)（来源：CHIMA）——第 75 页

【提要】我国医疗信息化发展历经 30 多年历程，大体可分为三个阶段：第一阶段，解决从无到有问题，从手工模式向信息系统模式转变，单机系统居多，医院参与系统开发的程度比较深，甚至是主导信息的开发，以收费系统、医嘱处理系统为主；第二阶段，产业化阶段，HIT 公司主导 HIS 研发，HIS 步入产品化路线，基本实现了医疗业务的信息系统全线覆盖；第三阶段，规模化、外延扩展式发展阶段，基本实现了以医疗业务为主线的医院管理的基础支撑，多项医疗业务由线下扩展到线上，互联网医疗开始发展。

▶ [公立医院互联网医院服务体系如何建设？](#)（来源：中国医院）——

—第 79 页

【提要】互联网诊疗服务模式减少线下接触和人员聚集，降低医生、患者的感染风险，成为疫情防控的重要手段之一。随着疫情防控进入常态化，互联网诊疗服务已经作为医疗机构医疗服务的重要组成部分。本文针对公立医院互联网医院服务体系建设进行探讨，为公立医院如何构建互联网服务体系提供参考依据。

• 医疗改革 •

▣ [医改：让家庭医生掌握卫生经费分配权，是落实分级诊疗的关键](#)

（来源：医药慧）——第 88 页

【提要】分级诊疗重要性无须论证，“分级诊疗实现之日，就是我国医改成功之时”。我国的医疗体系呈头重脚轻的倒三角，与合理医疗体系呈金字塔型恰恰相反。我国医疗资源配置极不合理，人、财、物都高度集中于三级医院，结果必然是小病大治，过度医疗难以避免，医疗浪费严重，医疗系统呈现出个体（每个医院）高效假象下的整体（医疗系统）低效。具体表现为大医院人满为患，小医院门可罗雀，看病难与看病贵并存。

▣ [2022 年医保支付改革迈入“深水区”，三年行动计划正式启动](#)（来源：医库）——第 93 页

【提要】去年 12 月，第一届中国 CHS-DRG/DIP 支付方式改革大会在北京召开。此次大会系统回顾总结了 CHS-DRG/DIP 试点成效和经验。在大会现场正式启动了支付方式改革三年行动计划，并进行了全面部

署。据国家医保局出台的《医保支付方式改革三年行动计划》，支付方式改革将在三年内从 101 个试点城市推向全国。目前，全国 30 个城市开展 DRG 付费试点，71 个城市启动 DIP 付费试点。

-----本期内容-----

• 中医药动态 •

国家医保局发文支持中医药传承创新发展 中医医院院迎来医保准入

来源：国家医保局

十四五开局之年，在 2021 年 12 月 31 日最后一天，国家医保局与国家中医药管理局联合发文，《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》（医保函〔2021〕229 号）挂网，《指导意见》的发布犹如及时雨，给中医药传承创新发展提供了医保政策的支持，主要有四大利好。

1、党和政府高度重视中医药发展

2019 年 10 月 20 日，中共中央国务院《关于促进中医药传承创新发展的意见》发布。

明确指出，中医学是中华民族的伟大创造，是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙，为中华民族繁衍生息作出了巨大贡献，对世界文明进步产生了积极影响。党和政府高度重视中医药工作，特别是党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把中医药工作摆在更加突出的位置，中医药改革发展取得显著成绩。

明确强调，传承创新发展中医药是新时代中国特色社会主义事业的重要内容，是中华民族伟大复兴的大事，对于坚持中西医并重、打造中医药和西医药相互补充协调发展的中国特色卫生健康发展模式，

发挥中医药原创优势、推动我国生命科学实现创新突破，弘扬中华优秀传统文化、增强民族自信和文化自信，促进文明互鉴和民心相通、推动构建人类命运共同体具有重要意义。

明确提出，完善中医药价格和医保政策。以临床价值为导向，以中医优势服务、特色服务为重点，加大政策支持力度，完善医疗服务价格形成机制。医疗服务价格调整时重点考虑中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格。健全符合中医药特点的医保支付方式。完善与国际疾病分类相衔接的中医病证分类等编码体系。分批遴选中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的病种实施按病种付费，合理确定付费标准。通过对部分慢性病病种等实行按人头付费、完善相关技术规范等方式，鼓励引导基层医疗卫生机构提供适宜的中医药服务。及时将符合条件的中医医疗机构纳入医保定点医疗机构。积极将适宜的中医医疗服务项目和中药按规定纳入医保范围。鼓励商业保险机构开发中医治未病等保险产品。研究取消中药饮片加成相关工作。

2021年1月21日，国务院办公厅印发《关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》(国办发〔2021〕3号)下发。

明确提出，完善中医药服务价格政策。建立以临床价值和技术劳务价值为主要依据的中医医疗服务卫生技术评估体系，优化中医医疗服务价格政策。落实医疗服务价格动态调整机制，每年开展调价评估，符合启动条件的及时调整价格，充分考虑中医医疗服务特点，完善分级定价政策，重点将功能疗效明显、患者广泛接受、特色优势突出、

体现劳务价值、应用历史悠久的中医医疗服务项目纳入调价范围。医疗机构炮制使用的中药饮片、中药制剂实行自主定价，符合条件的按规定纳入医保支付范围。

明确要求，健全中医药医保管理措施。大力支持将疗效和成本有优势的中医医疗服务项目纳入基本医疗保险支付范围，综合考虑有效性、经济性等因素，按规定合理确定目录甲乙分类。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。一般中医药诊疗项目继续按项目付费。鼓励商业保险公司推出中医药特色健康保险产品，建立保险公司与中医药机构的信息对接机制。支持保险公司、中医药机构合作开展健康管理服务。加强纳入基本医疗保险支付范围的中医药服务和费用监管。

2、医保利好政策重锤落地支持中医药创新发展

《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》指出，各级医保部门、中医药主管部门要切实提高政治站位，将思想和行动统一到党中央、国务院决策部署，牢固树立以人民健康为中心的发展思想，以更大的力度和更强的决心，深化医疗保障制度改革，支持和促进中医药传承创新发展。

第一大利好：将符合条件的中医医药机构纳入医保定点

(1)及时将符合条件的中医(含中西医结合、少数民族医，下同)医疗机构、中药零售药店等纳入医保定点协议管理。按规定将符合条件的提供中医药服务的基层医疗卫生机构和康复医院、安宁疗护中

心、护理院以及养老机构内设中医医疗机构纳入医保定点管理。

(2)及时将符合条件的定点中医医疗机构纳入异地就医直接结算定点范围，提升中医医疗机构区域辐射力。

(3)开展互联网诊疗的定点中医医疗机构，按规定与统筹地区医保经办机构签订补充协议后，将其提供的“互联网+”中医药服务纳入医保支付范围。

第二大利好：新增和丰富及及时调整中医价格项目并纳入医保支付

建立目标导向的中医服务价格项目管理机制，优化现有中医价格项目，完善新增中医服务价格项目管理政策，丰富中医价格项目。对来源于古代经典、至今仍广泛应用、疗效确切的中医传统技术以及创新性、经济性优势突出的中医新技术，简化新增价格项目审核程序，开辟绿色通道。在医疗服务价格动态调整中重点考虑中医医疗服务项目，优先将功能疗效明显、患者广泛接受、特色优势突出、体现劳务价值、应用历史悠久，成本和价格明显偏离的中医医疗服务项目纳入调价范围。鼓励各地将疗效确切、体现中医特色优势的中医适宜技术纳入医保支付范围。规范使用中医医疗服务项目，医保支付不得设置不合理限制。

第三大利好：中药饮片保留顺加 25%和中药制剂自主定价

公立医疗机构从正规渠道采购中药饮片，严格按照实际购进价格顺加不超 25%销售。医疗机构炮制使用的中药饮片、配制的中药制剂

实行自主定价。

第四大利好：DRG\DIP 支付改革对中医药倾斜

推进中医医保支付方式改革。一般中医医疗服务项目可继续按项目付费。探索实施中医病种按病种分值付费，遴选中医病种，合理确定分值，实施动态调整。优先将国家发布的中医优势病种纳入按病种付费范围。

中医医疗机构可暂不实行按疾病诊断相关分组(DRG)付费，对已经实行 DRG 和按病种分值付费的地区，适当提高中医医疗机构、中医病种的系数和分值，充分体现中医药服务特点和优势。对康复医疗、安宁疗护等需长期住院治疗的中医优势病种，可按床日付费。探索对治疗周期长、风险可控、需持续治疗的中医病种，开展日间中医医疗服务，实施按病种付费，合理确定付费标准，国家统一制定日间病房的病种目录。

同时，国家医疗保障局办公室国家中医药管理局办公室《关于做好医保版中医病证分类与代码更新工作的通知》（医保办函〔2021〕19 号）下发，国家医疗保障局决定按照《中医病证分类与代码》(GB/T15657-2021)对医保疾病诊断和手术操作分类与代码中的中医病证分类与代码进行更新。中医病症分类增容到 1168 种，为医保支付向中医倾斜提供了支持，同时也为中医医院发展中医特色提供了经济基础。

[返回目录](#)

吉林医药强省明确中医药“新坐标”

来源：中国医药报

1月4日，吉林省医药强省建设大会以视频形式召开。吉林省委书记景俊海出席会议并强调，要深入贯彻习近平总书记关于健康中国建设的重要论述和视察吉林重要讲话重要指示精神，加快推动吉林省医药健康产业高质量发展，促进由医药大省向医药强省跨越。要筑牢产业根基，完善现代药材生产、研发、经营体系，促进人参等道地药材生产加工基础化、高级化、终端化、品牌化，打通商业流通体系，着力提升医药健康产业规模质量。省委副书记、省长韩俊主持会议。

《关于加快医药强省建设促进医药健康产业高质量发展的实施意见》(以下简称《意见》)同期发布。

《意见》明确到2025年，吉林省医药健康产业实现总经营规模3000亿元，中药产业主要经济指标全国领先。

《意见》提出，要支持中药产业发展特色化。在“长辽梅通白延医药健康产业走廊”建设中，支持辽源以化学药和梅花鹿产业为特色，加快建设化学原料及合成药生产基地。支持梅河口大力发展化学药、中药、生物药产业，形成有示范和带动性的产业集群。支持白山以人参等长白山道地药材资源开发为特色，加快建设原料和健康产品生产基地。支持延边围绕朝医药特色、中俄朝区位优势，加快建设“一城一中心”(敦化国家医药城、延龙图一体化医药健康产业区域中心)现代中药产业带，支持敦化建设原料药生产基地。

《意见》明确，要推动中药材生产标准化。开展中药材种质资源及优良品种选育繁育、道地药材生态种植推广及配套技术体系研究，开展中药材产地趁鲜加工试点，探索产地加工与炮制一体化发展，完善地方标准建设，加快推进中药材质量追溯体系建设，从源头提升道地药材质量。

重点支持人参、鹿茸、蛤蟆油、五味子等道地药材科技示范基地建设。加强中药资源保护、开发和利用。大力支持“长白山人参”“吉林梅花鹿”等医药健康品牌建设，提升知名度和美誉度，打造“吉药”品牌。

《意见》明确，要推动中药现代化。加快开展中药材、中药饮片、配方颗粒、经典名方生产工艺及标准研究。支持古代经典名方、医疗机构院内制剂向新药转化。

围绕糖尿病、心脑血管疾病等中医药治疗优势病种，加快中药新药创制。强化以人参、梅花鹿、蛤蟆油等为原料的保健食品精深产品的开发与产业化。大力支持中药关键技术与装备的研究，提升中药智能化制造水平。对中成药、中药配方颗粒的研发和产业化项目最高给予 200 万元支持。

《意见》还提出，创新发展中药特色园区，立足通化、延边地区中药资源优势，加快修正医药产业园、吉港澳中医药健康产业合作区等园区建设。

[返回目录](#)

· 健康养老 ·

关于养老，今年政府工作报告提到这些新举措

来源：新京报

到 2025 年，全市老年人将达到 500 万人，北京将进入中度人口老龄化时期。关于养老问题，今年政府工作报告中做了专门工作部署，对养老服务提出了优质便利的要求，同时强调了政策供给的精准性、有效性，具体提出了建立街乡镇养老服务联合体运行机制、发展时间银行等互助养老模式、全面推行长期护理险等措施。

北京将全面推行长期护理保险

据北京市民政局数据，截至 2021 年 8 月，全市经评估的重度失能老年人约 14 万，而长期护理是失能老年人及家庭最突出的痛点和难点问题。今年政府工作报告首次明确提出，“全面推行长期护理保险”。

近年来，北京市陆续探索长期护理保险试点工作，2020 年石景山区被定为北京市的扩大试点区，已探索出一套可行模式。截至 2021 年 9 月底，长期护理保险扩大试点已有 42.19 万人参保缴费，3035 人享受待遇。

在已试点模式中，或许可以窥见全面推行时在参保缴费和待遇保障上的具体情况。参保缴费上，参保人员包括城镇职工和城乡居民（不含学生、儿童），筹资标准均为 180 元/人/年，城镇职工由单位和个人同比例分担，其中单位缴费部分由职工基本医保统筹基金划转，个

人缴费部分从其基本医保个人账户代扣代缴；城乡居民由财政和个人同比例分担。在待遇保障上，将符合条件的护理院、护理站、养老院和社区养老驿站等机构纳入长期护理保险定点护理服务机构，分为机构护理、机构上门护理和居家护理三种服务方式。失能人员每月提供人均 3000 元的护理服务。

在全市推行符合市情的长期护理保险制度，《北京市“十四五”时期老龄事业发展规划》中已明确下一步具体措施。包括建立失能评估、护理需求认定和护理服务等标准体系和管理办法。开展兜底性长期照护服务保障行动计划工程，保障特殊困难老年人的长期照护服务需求。探索将商业性长期护理险作为政策性长期护理保险的有效补充。支持商业保险机构参与政策性长期护理保险经办服务。

去年 11 月，北京市第十五届人大常委会第三十五次会议对《关于加快全市长期护理保险制度试点工作情况报告》开展专题询问时曾透露，从长远看城镇职工和城乡居民都应该纳入参保范围，从具体实施看，计划 2022 年先从城镇职工启动，条件成熟后，再将城乡居民纳入参保范围。

“由于长期护理保险作为一项全新的社会制度，涉及了实施流程的多方面内容，因此，长期护理保险的实施也是一项复杂的系统工程。”市政协委员、中国人民健康保险股份有限公司北京分公司党委书记、总经理王辉表示，目前长期护理保险的建立与实施仍面临八大核心问题，如保障对象与保障范围；费率测算和筹资额度；补偿方式和

结算支付; 鉴定标准和失能评定; 待遇享受和风险控制; 服务提供和利用; 系统运行与管理; 服务培训和能力提升。

对此, 王辉建议, 要发挥商业保险公司专业化、市场化的优势, 利用具有代表性的商保公司经办经验、信息技术之长, 为政府所用。同时, 要提早布局安排, 摸清全市相关底数, 如老龄人口结构、分布, 医疗护理机构、养老机构等。采用积极稳妥的方式推进, 选取成熟群体逐步推进, 如职工群体、中老年人群体等。

在具体的老年人长期照护管理上, 王辉也提出了一些创新探索建议。他认为可以应用创新技术手段, 依托移动智能系统, 强化护理服务过程管控; 引入健康管理模式丰富护理工作; 在开发健康和慢病管理服务平台上, 可以为参保人提供线上与线下相结合的健康和慢病管理服务; 依托物联网、移动互联技术手段, 升级健康管理系统, 为参保人及护理服务机构提供就医指导、疾病预防、健康促进、政策咨询、远程会诊、双向转诊等服务; 而在开展心理疏导服务方面, 可以对失能人员、失能人员家属、医护人员、护理人员 and 护理保险经办服务人员定期进行心理测评和心理疏导。

首提发展时间银行等互助养老模式

“时间银行”, 是指志愿者将参与公益服务的时间存进“时间银行”, 当自己有需要时就可以从中支取“被服务时间”, 兑换相应服务或者老年餐、老年用品。

事实上, “时间储蓄”概念已经被纳入相关条例。2021年3月1

日,《北京市志愿服务促进条例》正式实施,其中明确提出社区志愿者利用参加志愿服务的工时可以换取一定的社区服务,志愿服务组织可以通过服务积分、时间储蓄等方式激励志愿者。

自 2017 年起,西城区大栅栏街道开始进行“时间银行”养老志愿服务试点工作。“时间银行”养老志愿服务项目由北京市老年志愿者协会负责运行,北京市老年志愿者协会秘书长马乃麓介绍,目前“时间银行”平台已经搭建完毕,将所有资源综合为三个库,分别是志愿者和专家库、服务岗位库、链接资源库,形成志愿服务闭环。

马乃麓表示,人才库需要大量从事为老志愿服务的志愿者加入;岗位库将志愿服务落实到岗位上;而“时间银行”能够可持续运转,则需要社会资源的支撑。“从长远看,只有建立一个稳固的资源库,才能将时间储蓄和积分兑换的理念转化为现实。”

北京市人大代表、丰台区颐养康复养老照护中心院长施颖秀今年带来的,正是有关完善时间储蓄银行机制的相关建议。她认为,随着北京市老龄化程度的不断加深,“时间银行”“低龄帮高龄”等互助养老模式可以有效缓解养老服务压力,对健全社会养老保障体系具有十分重要的意义。

但从实际情况看,相关制度设计仍面临服务质量、标准等方面的问题,需在实践探索中进一步明确。施颖秀表示,目前“时间银行”运营模式不统一,一部分由社区自发建立,一部分则依托于第三方组织建立,还不能达到跨地域通存通兑。同时,提供服务的志愿者服务

能力参差不齐,服务保障和培训机制不太健全。在低龄帮高龄服务中,服务保障和保险机制不足。

因此她提出,建议在全市范围建立统一志愿服务时间储蓄银行的运营机制。可由街道牵头,引入第三方购买服务的方式,统一时间储蓄的标准,不断健全志愿服务体系。

同时,可通过邀请医院医护人员、专业社工、相关专业技能人员等方式,定期为志愿者培训,提升“时间银行”的整体服务水平。加强对志愿者服务保险机制的保障,由保险公司设计出台志愿服务保险,尤其针对低龄帮高龄服务中的风险问题,政府拿出专项资金为志愿者上保险。

激励机制方面,建议加强各部门之间的合作,推进信息共享,打通志愿服务激励体系与社会征信体系等其他领域激励体系之间的联系,对有良好的志愿服务记录的组织和个人依法给予信用激励,可获得教育、就业、创业和社保等方面的优待,在其本人需要志愿服务时予以优先安排。

提出建立街乡镇养老服务联合体运行机制

近年来,各区民政局已经在逐步推进搭建“区域养老联合体”。具体来说就是以行政辖区为单位,将养老照料中心、养老服务驿站、医疗服务机构、各类商户、公共服务商等碎片化的养老服务资源进行整合,形成立足社区、辐射居家的养老服务合力。

今年“街乡镇养老服务联合体运行机制”这一关键词,正式写入

政府工作报告。

“这种方式可以在区域内有效输出养老服务，既能解决街道社区在养老服务管理职能的短板，又能保证社区居家养老服务落地的最后一公里，非常值得推广。”人大代表施颖秀对这一制度十分推崇。

迄今，全市已经建成养老机构 567 家、社区日间养老照料中心 263 家、社区养老驿站 1087 家，“从一个侧面表明全市养老服务资源配置正在重心下沉到社区和基层。”北京市人大代表、北京大学社会学系教授陆杰华表示。

在运营养老照护中心的过程中，施颖秀注意到，受到场地、人员编制、专业服务缺乏等诸多因素影响，街道社区层面养老服务管理水平有限，精细化程度不高，不能深入对接老年人的养老多元化服务需求，缺乏整合资源和有效统筹的能力。

同时，陆杰华在研究中也发现，当前社区的养老服务主体中，企业的力量基本呈缺位状态。少数承接社区项目的专业机构，所提供的服务亦只局限于一些助餐、理发、上门聊天等基础工作，缺乏对老年人需求的细致评估与有效回应。同时，社区养老服务还存在专业人员供给不足，服务的质量和效率难以得到保障的问题。

对此，施颖秀建议，借助三社联动社会治理手段，街道社区提供平台，专业社工引领，社会组织参与的方式，整合街道范畴内的各类资源，充分调动社会化服务积极性，搭建养老服务的供需对接桥梁。陆杰华同时提出，要重视社会工作的专业能力，社会工作者协助社区

进行志愿者培训工作，设置相应的激励机制。

养老服务的供需对接上，施颖秀建议建立街道层面统一的养老服务统计和调查分析平台，利用民政、卫健、残联等掌握的有关老年人健康、大数据的运用和共享，精准找到老年人的需求，利用互联网+养老、互联网+医疗、互联网+护理等方式，通过集约化管理，订单式服务，实现资源输出和需求相匹配。

就市场参与来说，陆杰华建议政府可加大对老年服务产业的扶持力度，给予税收优惠，激发市场活力。同时，创新多种政企合作方式，实现政府兜底运行的“社会市场”与老年人自主选择的“经济市场”在社区中并存的模式，让困难老年人和中高收入老年人均可依照自己的实际情况得到适宜的服务。也要完善养老服务定价机制，经过充分的市场调研和多主体协商后，实施“以事定费”，避免出现因价格过低而影响服务质量的问题。

[返回目录](#)

《中国城市养老服务需求报告》发布

未来人均养老消费预期超百万元

来源：金台资讯

日前，中国老年学和老年医学学会老龄金融分会、清华大学银色经济与健康财富发展指数课题组、大家保险集团在京联合发布《中国城市养老服务需求报告(2021)》，对我国30-85岁城市居民养老服务需求进行大数据画像。

报告聚焦城市居民家庭结构与健康状况、养老认知及养老规划、养老需求及养老机构选择、养老保险认知及消费动因、“保险+养老”趋势等方面，展开历时 7 个月的调查，覆盖全国 19 个省份 80 万城市居民。结果显示，随着中高收入老年人比例剧增，未来养老消费市场潜力巨大，未来人均养老消费预期超百万元。在社区养老和机构养老需求比例逐步提升的背景下，城心养老模式受到市场欢迎。

“80 后”更关注家庭养老整体决策

调查显示，“70 后/80 后”教育水平总体较高，其中本科学历占比达到七成，呈现高知特征，养老观念较传统养老观念有很大变化，更能接受父母去养老机构养老。

30~49 岁群体父母平均年龄 66 岁，已存在健康隐忧，且自身亚健康情况严重，40 岁开始面临健康状态拐点，普遍关注健康管理。

“80 后”更加关注家庭整体养老决策。

与此同时，50 岁及以上群体的巨大养老消费潜力开始呈现。调查表示，“60 后”即将步入老年，老人的平均教育水平显著提升，老人自我健康测评良好，健康意识较强。

养老观念上，这届老人养老观念更加积极，养老选择多元化；老人养老靠自己，除了稳定的退休金，60 岁及以上群体还有相当数量的金融资产和房子等不动产收益作为养老金来源，不靠子女也有能力追求更有品质的老年生活。

调查指出，未来人均养老消费预期超百万元：60 岁及以上群体

人均养老支出 8341 元，家庭愿意为老人养老花钱，养老服务市场机遇较大。尤其未来 5~10 年，养老问题将会更加突出，养老服务市场机遇较大。老年人多为独立生活，在身体健康状况出现变化时，对专业养老机构服务或居家社区照料的需求增量是客观存在的。

未来机构养老需求将大幅增加

根据调研数据，从城市居民养老意愿看，未来养老服务模式或需优化。居家养老是基础且目前占据主要地位，社区养老和机构养老的需求比例将逐渐提升。

其中，过半数受访者愿意选择在家养老，希望由家人照顾，或希望将家里按照养老院的标准配置进行适老化改造，同时由专业机构提供上门服务。

在家养老相比社区养老和机构养老，有更熟悉的环境和人，生活更舒适，在支出方面也更具备优势，在家养老的“居家养老+上门+专业化”的服务需求趋势已经非常明确。

随着各地社区治理与建设日益完善，部分居民也愿意选择社区养老。根据自身健康状况，选择社区日托形式，即晚上住在自己家，白天在社区照料中心；或选择社区全托形式，即住到家附近的社区照料中心。在养老消费升级的时代背景下，社区养老要提升护理人员专业度，提高智能水平。

值得注意的是，越来越多居民愿意选择机构养老。调查显示，从代际差异看，年轻人群（“70 后/80 后”）对机构养老接受度更高，未

来机构养老需求必将大幅增加。机构养老在养老服务体系中发展相对成熟，现阶段人们选择机构养老的原因更多是出于刚需，机构可以提供更专业的照护和医疗服务。不选择机构养老的障碍点集中在“陌生的环境无法适应”，同时对养老机构服务有所担忧。对于中高端机构养老，平均每人预期花费超过 9000 元/月，老人在养老机构花费的心理预期对比过去有所提高。

城心养老模式市场接受度较高

报告发现，熟悉的环境对老年人非常重要，甚至达到依赖的程度。在此背景下，城心养老可以满足老人对自己“熟悉生活环境”的需求，可以吸引一部分选择“居家养老”或“社区养老”的老人。

医疗服务是用来延长生命、提高老年人生活质量的基本保障。调查显示，设备的完善与先进、医护人员的数量与专业度，都是老人非常看重的医疗需求。

对比郊区自建医院仅能满足基本医疗服务，老年人更喜欢城市里三甲综合医院让人放心、成熟的医疗服务。同时，城郊养老机构的地理位置，无形中为子女探望老人增加了难度，增加老人的“被抛弃感”。城心养老则较好地解决了子女探望的问题，老人周末可以回到子女家中享受天伦之乐。

基于城心养老机构提供的区位条件和医疗条件，选择非常愿意/比较愿意的人群达到 83.1%，相反选择非常不愿意/不愿意的仅有 2.4%，说明城心养老机构的产品形态符合居民养老核心诉求，符合未

来养老机构发展趋势。相比同等档位城郊养老机构，目标客群愿意为城心养老机构每个月支付一定比例溢价：基于“城心养老”机构的优势，平均可以溢价 13%，女性/高收入/一线城市人群可溢价比例更高，最高达 20%；按照一线城市机构养老费用 10000 元/月计算，最高溢价 2000 元/月。

保险成公众养老规划新趋势

调查发现，超七成受访者会为自己买保险产品，不但能够规避风险，有些产品还具有储蓄及分红功能，相当于一种投资。30~49 岁人群和 50 岁及以上人群均认为保险是养老财富储备的有效选择。

50~59 岁人群、二线城市、高收入人群、女性会为了养老服务买保险。不同特征的人群购买养老相关保险产品的动机存在一定差异，女性相比男性更看重养老服务，50~59 岁年龄段的受访者对即将需要的养老服务更加迫切，高收入人群也表现出对保险产品附加的养老服务的重视。

整体来看，受访者最喜欢就医绿色通道和定期体检服务这两项附赠权益；从城市级别来看，一线城市人群在意养老机构保证入住资格。从收入水平来看，普通收入人群更看重养老机构日费折扣。

调查发现，保单客户更认可保险公司推出的养老相关服务，这有利于保险公司打造保险和养老服务的闭环，实现从养老规划到服务落地以及打通支付环节的完整闭环。

[返回目录](#)

• 医院绩效管理 •

应用医疗大数据助力医院绩效考核管理的实践及探索

来源：中国数字医学

创建完善、科学、有效的医院绩效考核制度已成为当前各公立医院改革的重要内容。本研究对医院推动绩效改革的进程进行了总结，并将工作量确定为绩效改革方案的核心内容。

当前我院通过利用大数据计算技术，创建了整套符合我院医疗战略的绩效考核系统，此系统是对员工服务质量、岗位工作量、患者满意度、行为规范、技术能力等因素予以考核，并将考核结果同医院医务人员的薪酬挂钩。

大数据主要指的是从大数据系统进行捕捉、分析、管控海量的信息，以实现大数据的新认识，并营造新的价值。作为大数据的一类，医疗大数据能预计更新的诊疗方式产生的效果，更利于控制、分析医疗成本。对此，本研究在医院绩效考核管理中辅以医疗大数据管理，以求提升医院绩效考核管理效果及医疗服务能力。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

2019年1—12月这一时间段作为对照组，未应用医疗大数据进行绩效考核管理，2020年1—12月这一时间段作为干预组，应用医疗大数据进行医院绩效考核管理。此研究得到医院伦理委员会监督、审批。

1.2 方法

对照组未应用医疗大数据进行医院绩效考核管理。干预组应用医疗大数据助推医院绩效考核管理，干预措施如下。

第一，构建绩效考核工作组。主要成员包括：院长亲自担任组长，由两名副院长担任副组长，其中还包括信息管理中心、医保办、护理部、医务部、人力资源处、财务处及经管办 7 个不同职能的部门，各司其职。此外，还设定了医院及政策层面的相应目标。

绩效考核办法的核心内容为兼顾管理考核及工作量，主要依据为工作量，同时关注其他 5 个不同的方面：鼓励发展创新、优化流程设置、整合资源配置、岗位技能风险及水平、岗位工作强度。考核维度主要通过依据收支结余比例来对绩效进行计算，同时转变成以工作量为主要参考依据的分配绩效方法，同时与医院的实际医德医风、医保管理、成本控制及医疗服务质量等相关指标相结合，最终构建绩效考评体系。

绩效考核主要包括 3 个不同的时间段：年度、季度及月度。主要的考核部分：行政工勤、护理、医技及临床医师(医疗组)；主要的考核维度：财务指标、服务、医保管理、医疗质量及工作量。工作量的主要考核内容包括：基础为临床医师以疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRGs)；通过对电子单工作量系数进行核定作为基础；多项护理项目系数作为医院护理部核定护理单元的主要基础；考核工勤行政人员进行工勤岗位、行政岗位及管理干部分级。考核管理质量

的主要内容依据为院内内控、医疗质控、院长年薪制岗位目标及临床核心制度等，并对相应的管理指标进行制定。

第二，衡量体系。从风险难度、技术含量、劳动强度 3 个不同的方面，以资源为基础的相对价值系数(resourcebasedrelativevalue scale, RBRVS)对门诊医疗项目点数进行确定，实施权重化之后，对工作量进行计算。DRGs 依据患者的具体情况，如转归、并发症、疾病严重程度、手术、病症、临床诊断、住院天数、性别及年龄等，将其分入不同的相关诊断组，再决定需要给医院的补偿。通过 DRGs 总数及病例组合指数(casemixindex, CMI)来对医疗服务能力进行评定。从病案的首页来提取具体的医疗组长，并对各科室各医疗组的病例进行划分，对各组医师的工作量进行核算。

对电子单报告量进行权重系数化：各个临床科室依据收费标准、风险难度、操作流程复杂度、人员数、工作时长等相关因素来对权重系数进行设定。用“每工作量收入考核项”来避免工作量分解虚增。设定多个护理项目的工作量系数，在关注工作量的同时对满意度及护理质控等内容进行关注。

第三，建设系统。基于现有的医院大数据平台，充分地实现了汇集全院信息系统数据，通过对元数据的生命周期管理(数据库连接、指标模型、源表结构、分析模型、指标模型、图表、动态表格、交叉表格、复杂表格、仪表盘、故事板等)，元数据模型以 JSON 串保存在数据库字段，利用大数据平台对元数据可视化建模、设计、管理进行

统一管理。见图 1。

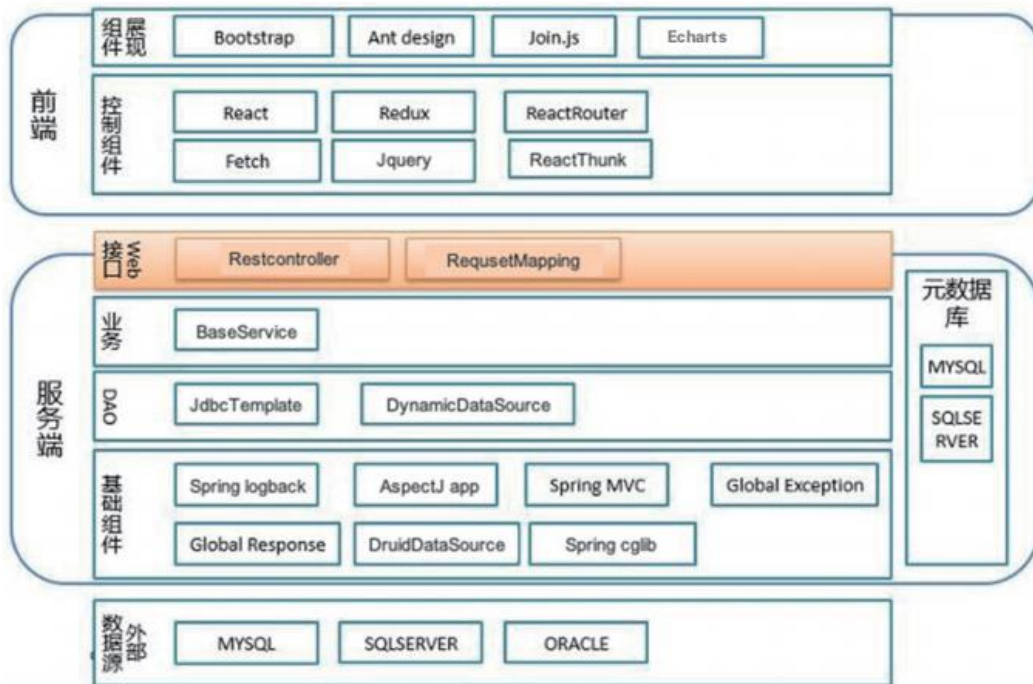


图1 大数据平台技术架构

基于流行的 ECharts 可视化控件进行可视化图表模型建模。基于 Echarts-for-React 的 ECharts 包装，提高软件扩展性，可以快速新增图表类型。加强大数据与移动端的结合，利用微信小程序、企业微信实现数据可视化呈现。采用 Taro 开源多端统一开发解决方案构建移动应用。后台 BI 配置，移动端动态解析、自动展现。见图 2。



图2 可视化图表模型

大数据平台也会借助数字医学技术、云计算、移动互联网、人机交互、人工智能等新兴技术，辅助实现无法通过人工合理时间内完成的数据采集、转换处理和统一管理等工作。所提取的可解读信息，从

中找到物与物、物与人、人与人之间的数据关联与规律，集成共享，交叉复用。形成医疗领域智力资源和知识服务能力，为医院管理者提供准确、可靠的决策依据，最终提升服务能力和管理决策水平。

1.3 观察指标

1.3.1 大数据应用前后医院绩效考核管理效果对比 2019 年应用大数据前及 2020 年应用大数据进行绩效考核后，医护安全、科研教学、医护质量、职业素养、医护服务 5 个维度，每个维度 20 个条目，评分为 0~5 分，满分为 100 分，评分越高越理想。

1.3.2 医院总体满意度及满意度排名对比对照组应用大数据前及干预组应用大数据进行绩效考核后，患者的总体满意度评分、省属医院排名及综合性医院排名。

1.3.3 两组医疗服务能力统计应用医疗大数据进行绩效考核管理前后，我院病床周转率较前一年增长、出院服务量较前一年增长、患者平均住院天数及 3、4 级手术占比状况。

1.4 统计学方法

使用 SPSS18.0 对数据进行统计分析，计量资料采用描述，组间比较采用 t 检验；计数资料采用频数或构成比描述，组间比较采用卡方检验，以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 大数据应用前后医院绩效考核管理效果对比干预组医护安全、科研教学、医护质量等各项管理效果指标评分均高于对照组

($P < 0.05$), 见表 1。

表1 大数据应用前后医院绩效考核管理效果对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	医护安全	科研教学	医护质量	职业素养	医护服务
对照组	92.63±1.12	91.03±1.18	89.56±1.10	89.69±1.02	90.36±1.33
干预组	95.32±1.20	97.03±1.04	94.55±1.63	96.63±1.06	96.52±1.00
t 值	12.326	13.002	14.102	13.659	13.201
P 值	0.012	0.023	0.017	0.028	0.031

2.2 医院总体满意度及满意度排名对比干预组在应用大数据进行绩效考核后, 患者的总体满意度评分、省属医院排名及综合性医院排名, 均比对照组理想 ($P < 0.05$), 见表 2。

表2 各时间段医院总体满意度及满意度排名

组别	患者总体满意度得分 (分)	调查医院数量 (家)	省属医院排名	综合性医院排名
对照组	80.69	186	12	68
干预组	93.62	191	2	13
χ^2 值	4.625	4.265	5.160	5.236
P 值	0.021	0.013	0.045	0.021

2.3 两组医疗服务能力对比在应用医疗大数据进行绩效考核管理后, 我院病床周转率较前一年增长, 出院服务量较前一年增长, 患者平均住院天数及 3、4 级手术占比状况均比应用医疗大数据前理想 ($P < 0.05$), 见表 3。

表3 两组医疗服务能力对比

组别	病床周转率较前一年增长 (%)	出院服务量较前一年增长 (人次)	患者平均住院天数 (d, $\bar{x} \pm s$)	3、4 级手术占比 (%)
对照组	5.26	3621	12.03±1.26	31.20
干预组	7.23	5263	8.30±1.20	65.52
t/χ^2 值	4.552	5.220	13.695	4.260
P 值	0.025	0.031	0.018	0.027

3. 讨论

考核是将多种明细表及清单作为前提，通过应用指定考核规定以及指标体制对来医院的运营状况进行整体全面考评。通过绩效考核体现出医院的业务流程、护患关系、财务效益等内容。且医院可依据考评结果制定一个能够满足医院长远发展的策略，在满足社会需求的前提下还能够考虑医院经济情况。通过医疗大数据可促使医院稳定发展，各科室重视相应指标，并与常见问题结合，及时采取积极措施，了解自身价值，医务人员重视自身业务能力，使患者得到更优质的医疗服务。

分析医疗大数据对于助推医院绩效考核管理的实践及效果发现，其在医院绩效管理中存在以下优点：①医疗机构绩效考核的应用，创建医疗机构绩效管理体系，是促进医院遵守市场经济的趋势所在，在确保社会效益的前提下从多角度考核、评估医院状况，以确定新的发展战略，实现经济收益更大化。医疗机构考核应用医疗大数据，不但促使考核内容更加全面，转变既往单调的考核模式；同时依靠大数据助推医疗机构的绩效考核，可使绩效考核的控制实效性增强。劳动量是绩效考评的基础，根据劳动效率的多少，可体现出医务人员的实际价值。绩效考评能促使考核流程完善，通过对医疗质量的考评、基础管理的考评等，以促进医疗机构实现精细化控制。②科室绩效考评。作为医院经营的主体，科室的绩效考评利于医院科学、规范管理体制的建立，经各科室绩效考核 KPI 评分，来掌握医院经营状况，进而创

建更具针对性的经营策略。在绩效考评中应用医疗大数据，可增大科室考评范畴，增强考评内容的针对性，利于考评结论的精准性及全面性。为保障考评的公平、公正，还应完善奖惩措施，年末评比时，奖励绩效优异的科室，对落后科室给予通报等。经绩效比较，凸显出科室存在的问题以及改进方向。③个人绩效考评。个人绩效的考核与每位医院职工之间存在着切身利益，公正平等的考核机制，能有效激发医院职工工作的积极性，更利于医疗机构的稳定团结。个人绩效考核是指医院职工月度、季度以及年度的整体考核。唯有平等、科学的考核举措，才能精准凸显医院职工的价值。在个人考评管理中应用医疗大数据，可通过完整的考核内容，来考核、评比职工，凸显医院职工在整体绩效方面起的作用，更有助于医院公平、公正、公开工作环境的建立，从而激发医院职工在工作中的积极性。通过考核，职工能及时发现和改进自身问题，利于个人专业能力及职业素质的提升，从而提升个人的整体素养。本研究中，干预组医护安全、科研教学、医护质量等各项管理效果指标评分均高于对照组 ($P < 0.05$)，进一步表明将医疗大数据应用至医院绩效管理考核中对提升管理效果具有积极作用。

本研究显示，干预组在应用大数据进行绩效考核后，患者的总体满意度评分、省属医院排名及综合性医院排名，均比对照组理想 ($P < 0.05$)，表明大数据的应用对提升患者满意度及医院排名的积极效果。这是因为该举措可激发员工工作的积极性及热情，在绩效考核体

系中，医疗大数据的运用，可使每位医院职工得到更加公正公平的评价，凸显其在医院中所能够体现的价值、作用。并依据其价值作用予以奖惩，使员工能以积极、热情的行为、心态参与到工作中，在良好绩效考核体系下，医务人员更会对医院产生深刻的情感。而医院的精神鼓励及物质奖励，会显著提升医院员工的积极情绪。对于专业能力欠佳的职工，在榜样的带动下，会积极奋起，不断完善自己。

本研究中，应用医疗大数据进行绩效考核管理后，我院病床周转率较前一年增长，出院服务量较前一年增长，患者平均住院天数及 3、4 级手术占比状况均比应用医疗大数据前理想 ($P < 0.05$)，进一步凸显出医疗大数据助推绩效考核管理的效果：实施新的绩效考核管理方法以来，我院绩效考核管理运行有序，受到同行的赞扬及支持。

综上所述，将医疗大数据应用于助推医院绩效考核管理，可有效提升医院管理效果及医疗服务能力，还可提升患者总体满意度及医院排名。

[返回目录](#)

基于大数据平台的公立医院绩效管理系统建设

来源：中国医院

国家高度重视现代医院管理转型，2017 年 7 月 25 日，国务院办公厅发布《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》。在指导意见中，明确提出到 2020 年基本形成公立医院运行新机制和治理机制，推动各级各类医院管理规范化、精细化、科学化，而绩效

管理是医院精细化管理的重要组成部分。因此对医院而言建立完整、先进、科学的公立医院绩效评价指标评价体系以全面支撑医院精细化管理变得尤为重要。近年来，医院绩效管理主要是按照设定指标和被评对象，建立激励和制约机制的方式进行。医院绩效管理过程主要是制定计划、考核并评价、分析考核结果并进一步提出改进措施，从而实现组织绩效目标。在整个过程涉及的数据分散存储在各个业务系统中，虽然接口方式已经实现一部分的需求数据对接，但绩效管理的特殊性还是会产生大量需人机交互的数据需求。人工配置维护数据不仅工作量巨大，而且容易产生错误。在三级公立医院组织架构复杂，管理流程繁多，各业务系统数据标准化程度低，指标体系庞大的情况下，迫切需要通过信息化的手段来实现全院级的绩效管理。本研究基于四川大学华西医院(以下简称“本院”)建设医疗大数据集成与应用平台的经验，通过有效的数据整合治理所形成的数据资产，利用大数据技术实现绩效评价的智能化应用，最终通过绩效管理系统实现全院的绩效管理。

1. 现状

传统的绩效管理系统与业务系统设计模式相似，由于数据来源分散且未成体系，数据标准不统一，要求不同部门管理人员参与，录入大量信息，且带来信息更新错误和不及时的问题。这种模式给管理者带来很大困扰，无法跟随管理策略的变化而变化。

随着医疗信息化建设的不断深入发展，越来越多的医院开始建设

数据仓库或大数据中心。其目的主要是将分散存储的数据“孤岛”和“烟囱”打通，形成一个统一管理的数据中心，并通过合理的数据治理，实现标准统一、元数据统一的数据服务环境。

有了统一的数据中心后，医院绩效管理系统在实现的过程中也需要统筹设计和规划。本院在精细化管理的工作中逐渐形成了一定体系的模式和方法，并已运用在本院及其他医联体医院的运营管理中。同时，针对精细化管理中的绩效管理也提出了基于平衡记分卡的绩效管理方案，在面对不同岗位人员、不同医疗业务时也设计并完善了相应的绩效管理方案，如在针对医疗护理人员的绩效管理时，提出了体现护理人员工作量的一、二级分配方案；针对日间手术绩效管理设计了基于质量管理体系的结构-过程-结果的绩效分配机制。

这些不同的绩效管理方案或机制都逐渐汇总成为绩效管理的核心指标。而这些不同的核心指标源于不同的业务，现如今通过大数据平台对接，将全量数据进行整合，从而绩效管理与业务解耦。例如绩效管理核心指标中的人力系数，为了满足精细化管理，需要从人力资源系统中人事、外派、离退休、技术职务变动等信息表中获取数据并计算处理，这种模式下绩效管理员就可以清晰了解指标计算过程以保证数据准确可靠。

本研究在这些基础上，以指标和对象双维度构建绩效考核的系统框架，以绩效考核和评分驱动为核心流程实现公立医院绩效管理系统的的设计。

2. 系统设计

2.1 系统架构设计

本研究的绩效管理系统采用 B/S 架构设计，Web 前端基于 vue3.0+vite、ant2xui 技术体系，兼容主流浏览器，展现层和数据层完全分离，通过跨域实现前后端数据通信。外部调用接口部分，采用 Restful 标准接口，对外提供数据服务。为简化依赖、配置、部署和监控，使得开发者能够更加专注于业务逻辑，后端采用 Springboot2.4.3 技术并结合 SwaggerUI2.9.2+Validationapi2.0.1.Final 来实现。安全框架采用 SpringSecurity，可以根据需要定制相关的角色身份和身份所具有的权限，完成黑名单、拦截无权限等操作。数据库采用 MySQL 数据，它具有简单易用、小巧、性能高效、响应速度快、可移植性高、安全性高等特点。绩效管理的核心指标数据通过大数据平台获取。在对外提供应用服务时集成了统一门户平台，实现了单点登录、用户管理、流程管理、组织管理、角色管理等。在整体系统的设计中，核心功能分为绩效考核指标管理、绩效考核对象管理、绩效考核体系设计、绩效考核数据处理、绩效考核评分审核管理和绩效考核结果查询 6 大模块。

2.1.1 绩效考核指标管理

绩效考核指标管理模块分为指标管理和指标授权两个部分。指标管理主要由系统管理员和绩效管理员共同维护，维护指标资源池所有指标的属性，属性包括指标名称、编码、类型、性质、导向、定义、

说明等。指标授权由高级的绩效管理员对其他绩效管理或助理进行指标授权，指标可按照等级逐级授权给不同的职能部门，也可根据指标归属部门快速自动授权，如运管部负责运营指标而医务部负责医疗质量指标，满足指标安全管理要求。

2.1.2 考核对象管理

考核对象管理模块包括科室管理、对象管理、对象授权和对象发布。科室管理是满足绩效管理的特殊需求，可对考核的组织进行进一步配置。对象管理即将被考核的对象进行树状结构配置，形成单独的版本，方便查询统计。对象授权是满足不同的绩效管理员或助理进行单独授权。对象发布是由高级绩效管理员确认正确性和完整性，进行发布或撤销发布。对象发布后，可供体系版本配置该对象版本。

2.1.3 考核体系设计

考核体系设计模块包含体系管理、体系版本管理、体系构建、体系规则配置、体系发布和体系浏览。体系管理和体系版本管理是维护体系的基础数据并确定考核对象。构建体系是由绩效管理员或助理根据绩效管理委员会决议，构建当期体系结构。体系规则配置则主要由助理对每一项指标进行采集、增幅、标化、权重和计算等规则配置，每一项指标均可快速查看指标属性，除基本属性外还包括指标负责部门、负责人、更新时间等信息。体系发布是由高级绩效管理员在体系构建和规则配置完成后，进行审核确认，审核无误后发布。发布后被考核的对象，如科室主任可通过体系浏览查看本期绩效考核要求和指

标规则，从而改善管理。

2.1.4 考核数据采集

考核数据采集模块包含数据采集和数据发布。数据采集分为系统采集和手工填报两部分，系统采集的部分从大数据平台中抽取所需绩效指标数据，绩效助理进行审核并导入体系；手工填报部分由助理收集数据批量导入体系中，导入后可查看往期值进行校验。数据发布由高级绩效管理员执行指标生成并完成数据审核和数据发布。生成数据过程依照指标体系的规则配置，从低向高依次计算，最终获得各考核对象的绩效得分数据。数据发布后，系统将通知被考核对象相关负责人，对本科室的数据进行审核。

2.1.5 考核评分审核

考核评分审核模块包含评分科室审核、评分审核和评分发布。评分科室审核由科室管理者审核本科室的绩效数据是否正确，有问题可申诉。评分审核由绩效管理员依照绩效权限分别审核各个考核对象的指标数据。评分发布由高级绩效管理员审核所有绩效指标，审核无误后进行评分发布，反之可针对审核不通过的指标标记打回重新配置。评分发布后相应的考核对象和绩效管理员将可查看评分结果。

2.1.6 考核结果查询

考核结果查询模块分为科室报表、绩效报表和综合查询。科室报表为科室管理者多维度查看本科室的本期考核的结果数据，并且能通过操作交互实现指标逐级下钻查询。绩效报表提供给各个职能部门绩

效管理者，依照权限查看全院绩效结果，可根据需求排序查看各个指标数据。综合查询供绩效管理员和科室用户查询每个指标具体数据，包括往期值、增幅情况等。

2.2 网络架构

本研究的绩效管理系统整体部署于医院内网环境，结合实际情况系统应用服务器和数据服务器可共用一台，通过 Webservice 方式获取大数据平台数据服务的指标数据。再通过大数据统一门户对接实现单点登录，对所有用户提供 PC 端和移动端的使用，由统一门户统一管理应用，保障医院的网络系统安全。

2.3 绩效管理系统核心流程

本研究的公立医院绩效管理系统在实现过程中，需要考虑不同角色的使用内容。主要的角色分为系统管理员、绩效管理员、绩效助理和科室负责人。

3. 应用效果

基于大数据平台的公立医院绩效管理系统于 2020 年在本院的运营管理部门上线。在 2020 年底开展医院年终科室绩效考评中，共计 314 项指标全部通过本系统实现，包括指标值和指标对应的明细数据检索查询时间均低于 1s。

与往年相比，每年年度绩效考核的工作，由原来的 20 名绩效助理通过 Excel 文件处理的方式共计耗费近 3000h，到目前仅需 5 名助理耗费 300h 即可完成；在每一个考核周期内，从采集数据到最后绩效

结果输出，由原来的 2 个月时间缩短到 2 周内完成。无论是从人力资源的投入上，还是绩效考核工作的执行效率上，甚至绩效考核过程和结果的数据质量上，都得到了比较大的改善和提升。

系统还提供了便利的复制功能，在创建对象结构和体系结构过程中，可以任意复制某一版本的结构、规则、授权，从而降低了配置工作量和风险。另外，本系统具备较完善的授权机制，除指标授权外还有对象授权，如某一助理只负责骨科和心脏内科的绩效，授权后只能配置使用两个科室对象的绩效数据。通过这种方式减少安全风险，方便操作使用。

本系统还存在可以优化改进的地方，如体系构建交互上目前不支持自由拖拽指标，快速构建体系树。目前绩效系统已通过大数据平台对接获取接口类指标 103 项，主要是运营类和人力资源类，还缺乏教学、科研、学科建设等类型指标，这部分指标暂时通过手工填报方式导入体系。

4. 讨论与建议

公立医院的绩效管理是一个长期的过程，医疗行业的特殊性，也需要在精细化管理中做到针对性的细化管理。无论是绩效管理指标的内容和数量，还是从绩效指标对应的明细数据采集和管理，甚至绩效的评价和分配管理，信息化系统的支撑越来越重要。随着绩效管理系统上线，更多绩效管理指标的需求和设计已经提上日程。虽然绩效管理系统已经解决了一部分问题，但在交互性、绩效指标的丰富程度

上还有提升空间。同时，针对已有绩效管理指标的知识沉淀，形成以知识库为核心驱动力的智能化绩效管理体系，也值得进一步完善。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

申报更便利、认定更透明，河北全面推行门诊慢（特）病认定新模式

来源：河北省医疗保障局

2021 年河北省医疗保障局深入开展党史学习教育活动，为使教育活动走深走实，把“我为群众办实事”实践活动作为党史学习教育的重要内容，以实际行动，为群众办实事、解难事。为解决参保人员门诊慢（特）病评审认定周期长、频次少、享受待遇不及时的问题，根据国家医疗保障局《关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（医保发〔2020〕18 号）关于“鼓励将门诊慢特病病种待遇认定下沉到符合要求的定点医疗机构，由定点医疗机构“一站式”受理，经办机构对医疗机构认定情况进行有效监管”的要求，全面推进门诊慢（特）病网上自主申报、医疗机构评审认定、医保待遇即时享受的新模式，此项改革是河北省医疗保障局落实党史学习教育活动的生动实践，是维护广大参保群众切身利益的具体举措，体现了党和政府以人民为中心的执政理念。

一、基本情况

河北省包括省本级共 15 个统筹区，以往门诊慢（特）病申报认定

形式普遍采取的是由参保人提供佐证病症的病史资料，交由所在单位医保专管人员集中报送医保经办机构，再由经办机构聘请专家集中时间进行评审，病史资料集中存档。有的统筹区是一年认定1次，有的是一年认定2次，认定通过后有的次月享受待遇，有的次年享受待遇，全省认定模式、认定频次和待遇享受时间不统一，存在申报流程繁琐、认定周期长、频次少、待遇享受不及时的问题。譬如：一名参保人1月份申报门诊慢性病，经收集报送申报资料、经办机构评审、认定结果公布，时间跨度可能到6、7月份才能结束，而相关待遇可能到年底，甚至次年才能享受。为此，2021年7月1日起，在全省全面推行门诊慢(特)病“网上自主申报、医疗机构评审认定、医保待遇即时享受”新模式。申报方式更加便利，认定流程更加透明，让参保群众感受到医保服务“新体验”。

二、主要做法

为把好事办好、把实事办实，河北省医疗保障局主要负责同志亲自主持方案制定，多次专题研究和现场调度，确定了“省级部署、全省推进、提前完成、务求实效”的工作思路，并将工作任务细化分解，明确完成时间节点。为确保工作落实，专门召开全省医疗保障系统会议进行动员部署，全省一盘棋统一推进，同时建立周报告、日调度机制，成立由信息技术、待遇审核等处室(单位)骨干力量组成的工作专班，集中力量完成系统的开发和测试，实行省级开发部署，市县应用；对各统筹区实行“一对一”包联督办，严格按照目标任务，责任压实

到每一个统筹地区、每一个县区，确保工作落实落细。在省医疗保障局组织指导和督促调度下，全省医疗保障系统积极行动，强化组织领导，形成主要领导负总责，分管同志亲自抓的工作格局，层层传导压力，全力以赴推动工作落实。6月30日，民生实事任务全面完成。各级医疗保障部门充分利用政府部门官网、报纸、电视、电台、网络、微信公众号等媒体和形式加强政策宣传，让广大群众感受到党委政府的关心关怀，知晓申报流程和操作规范，确保“我为群众办实事”实践活动取得扎实成效。8月5日，中央电视台新闻联播以“为群众办实事解难题”为题播报了我省门诊慢(特)病认定典型做法，《中国医疗保障》官网以“‘两个优化’‘两个实现’推动医保服务高效便民”为题刊发了我省的做法，人民网、凤凰网、中国健康报、河北日报等新闻媒体均进行了刊载报道。

三、发展成效

(一) 受益人群实现参保人员全覆盖。

新的认定模式将惠及全省所有参保人，认定系统正式运行后，全省参加基本医疗保险的城镇职工、城乡居民7226万人均可应用认定系统进行申报。自7月1日新模式上线以来，截至8月10日全省共有70706名参保人申报慢(特)病，有40946人通过评审认定享受待遇。

(二) 承办单位涵盖四级医疗机构。

全省各统筹区按照服务半径适宜、交通便利、布局合理、方便就医的原则，选定承办门诊慢(特)病资料受理和资格认定医疗机构。同

时为解决异地安置、年老或行动不便、运用智能技术困难、居住偏远等人员跑腿负担，将认定机构延伸到乡镇卫生院，全省认定机构纵向包含省、市、县、乡四级医疗机构。

(三) 认定模式更加便民利民。

一是申报形式更加便捷。依托国家医保信息平台开发门诊慢(特)病评审认定系统，申报人利用手机登录国家统一医保信息平台公共服务子系统，即可完成门诊慢(特)申报和资料提交，评审进度可随时查询，评审结果可及时知晓，病种申报便捷高效，认定流程更加透明，认定过程更具时效性，让参保群众感受到医保服务“新体验”。二是认定频次大幅增加。由原来一年只有1-2次申报调整为可全年365天、一天24小时随时随地进行申报，解决以往门诊慢(特)病评审认定周期长、频次少的问题。三是待遇享受更加及时。以往特点是申报评审环节多，参保人从申报、提交资料到享受待遇，历时少则一个月，多则一年，现在认定通过后，参保人可即时享受待遇，进一步增强人民群众的获得感、幸福感。四是门诊慢(特)病评审进度可随时查询。参保人对于评审进度可在公共服务子系统随时查询，及时知晓评审结果，了解未通过认定原因，认定流程更加透明，认定过程更具时效性。五是评审资料实行电子化存储。改变以往留存纸质资料的方式，全部实现病史资料网上传输、系统存储，无需留存纸质资料，随时可查询历史资料。

(四) 对认定行为实行有效监管。

坚持“放”“管”结合，门诊慢(特)认定工作下放，做到既要放到位也要管到位，评审流程规范有序、认定结果客观公正。一是系统功能设置严谨，评审认定更加公平。申报资料网上报送，系统存储，评审医师随机选择，有效避免了“人情评审”的风险。系统操作权限清楚、全程留痕，可追溯、可倒查，坚持“谁审核，谁签字，谁负责”，可有效避免弄虚作假、暗箱操作等违规行为。二是系统监管功能强大，可及时发现问题。利用系统存储信息大数据分析，可随时对认定结果进行复核，定期组织对认定结果实行“背靠背”的盲检，提高了监管效率。三是配套措施健全，严肃处理违规行为。将定点医疗机构和认定医师门诊慢(特)病认定工作纳入年度考核管理，未严格执行门诊慢(特)病认定程序、标准或存在徇私舞弊、伪造病历等把不符合标准的参保人认定为门诊慢(特)病患者的，将对相关单位和个人严肃处理。

下一步河北省医疗保障局将继续围绕人民群众所思所想所盼，不断改革创新医保管理，优化经办流程，为参保群众提供优质高效的服务。

[返回目录](#)

提升参保数据质量应把握的3个问题

来源：江西省医保局

对医保参保数据的管理是医保经办部门针对基本医保的业务流、数据流、基金流所进行的入口管控。常言道：源清则流洁。参保数据质量不仅会影响后续的医保服务供给质量，也会影响参保群众的权益

保障和全民参保计划的有效推进，因此，提升参保数据质量是提升参保质量的重要基础前提之一，应当引起重视。

一、准确把握参保数据质量的含义

所谓质量，按照 GB/T19000-2000 的定义，是指“客体的一组固有特性满足要求的程度”。据此，我们可以将医保的参保数据质量定义为：由医保部门针对参保单位和参保个人采集并生成的、与基本医保业务经办相关的数据信息满足医保经办要求的程度。

医保的参保数据主要包括：参保单位和参保个人的基础数据和业务数据两大类。其中，参保单位基础数据主要包括：单位名称、单位地址、组织机构代码、法人证书、法人代表姓名等；参保个人基础数据主要包括：姓名、性别、民族、居民身份证号等。

参保单位业务数据主要包括：参保人数、工资总额、缴费基数等；参保个人业务数据则主要包括：参保状态、工资收入情况、个人缴费额等。

所谓参保数据的质量：一是指参保单位和参保个人的基础数据和业务数据的真实性、准确性和完整性程度，最主要的标志就是业务数据和财务数据是否实现了“人账相符、账账相符、账实相符”；二是指与基础数据相对应的业务数据链的延展是否唯一，即：在同一个时点上，同一个参保单位或同一个参保者个人是否只有一个参保状态、一条缴费记录。

二、提升参保数据质量的具体举措

首先，全面掌握全量参保数据。

如果没有高参保率作保证，没有在一个统筹地区范围内实现应保尽保，所谓的参保高质量就缺少了基础和根基。因此，各级医保部门非常重要的一项任务就是通过努力实现全民参保，进而掌握完整、准确、有效的全量参保数据。为此，需要采取如下几条举措：一是实现全国参保数据的逻辑大集中，实时集中全国参保人员基础信息和参保登记信息，实现互联互通、动态更新。二是要求地方各级医保部门根据本地区常住人口、户籍人口、就业人口、城镇化率等指标，科学合理确定年度参保护面目标。其中，职工医保逐步以本地区劳动就业人口作为参保护面对象，居民医保逐步实现以本地区非就业居民为参保护面对象。同时，进一步落实持居住证参保政策。三是完善与本地区公安、民政等相关部门的数据共享交换机制，加强人员信息比对和共享，核实断保、停保人员情况，精准锁定未参保人群，形成本地区全民参保计划库，并实现参保信息动态更新。同时，完善新就业形态从业人员参保缴费方式。

其次，努力实现参保入口数据的唯一性。

具体举措：一是办理职工医保参保登记时，如存在其他地区有效参保状态，应中止原参保关系后再申请办理；二是办理本年度居民医保参保登记时，如存在其他地区职工医保有效参保状态，医保经办机构应告知参保人中止原参保关系后再申请办理。如存在其他地区居民医保有效参保状态，则本年度不予办理居民参保登记；三是在集中缴

费期办理下年度居民参保登记时,如存在其他地区职工医保有效参保状态,医保经办机构应告知参保人中止原参保关系后再申请办理;如存在其他地区本年度居民医保有效参保状态,医保经办机构在为参保人办理参保登记的同时将参保缴费信息同步至医保信息平台,本年度参保地不得为其重复缴纳或代扣下年度医保费;如存在其他地区下年度居民医保参保登记或有效参保状态,医保经办机构应告知参保人取消原参保登记或申请退费后再申请办理。在新参保地办理居民参保登记后,原参保地应通过医保信息平台停止其居民参保关系。

第三,做好重复参保数据的清洗和整理。

处理原则主要包括:①重复参加职工医保的,原则上保留现就业地参保关系;②重复参加居民医保的,原则上保留常住地参保关系,也可经由征求参保人意愿后,自行选择参保地;③学生重复参保,原则上保留学籍地参保关系。就业后形成的重复参保,由就业地医疗保障部门及时通知原学籍地医疗保障部门暂停参保关系;④跨制度重复参保且连续参加职工医保一年以上(含一年)的,原则上保留职工医保参保关系;⑤参保人在一地以一般居民参保、一地以政府资助人员重复参加居民医保或两地同时享受资助参保政策的,在征得参保人同意后,确定需要保留的参保关系,由本人作出书面承诺交医疗保障部门留存备案;⑥非全日制、临时性工作等灵活就业形式的跨制度重复参保,保留一个可享受待遇的参保关系,暂停重复的参保关系。

三、关系转接和重复参保人员的权益保障

关系转移人员的权益保障主要是医保待遇的衔接问题，重复参保人员的权益保障则涉及待遇保障和资金处理两个方面。

关于医保关系转移接续人员的待遇衔接问题。

总体要求就是实现关系转移人员医保待遇的无缝衔接。具体来说：一是对在职工医保和居民医保间切换参保关系的人员。参保人已连续2年(含2年)以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费时间不超过3个月的，缴费后即可正常享受待遇，确保参保人待遇无缝衔接。中断缴费时间超过3个月的，各统筹地区可根据自身情况设置不超过6个月的待遇享受等待期，待遇享受等待期满后暂停原参保关系。二是对跨统筹地区就业、户籍或常住地变动而办理关系转移的人员。在转入地完成接续前，转出地应保存参保人员信息、暂停基本医保关系，并为其依规参保缴费和享受待遇提供便利。转移接续完成后，转出地参保关系自动终止。三是对办理关系转移接续的职工医保参保人员。在转移接续前中断缴费3个月(含)以内的，可按转入地规定办理职工基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，基本医疗保险待遇按各统筹地区规定执行，原则上待遇享受等待期不超过6个月。

关于对多重医保关系进行清理后的参保人员待遇保障问题。

基本原则是对参保人存在的多重医保关系进行清理后，由清理后

保留医保关系的参保地医保部门提供待遇保障。我个人认为，特别是注意做好如下四类重复参保人员的待遇保障工作：一是资助参保救助对象在职工医保和居民医保之间切换参保、转移接续参保关系时，不设等待期，不受居民医保规定缴费时间限制，在参保缴费后，即可享受相应待遇，医保经办机构应及时暂停原参保关系。参保人在一地以一般居民参保、一地以政府资助人员重复参加居民医保或两地同时享受资助参保政策的，在征得参保人同意后，确定需要保留的参保关系，由本人作出书面承诺交医疗保障部门留存备案；二是对将大中专学生参加居民医保的参保缴费期从学年调整为自然年度的统筹地区，学生在入学当年学籍地如发生医疗费用，采用异地就医直接结算报销费用，报销比例不受转外就医调减比例规定限制。三是对已经参加居民医保的短期季节性务工人员或灵活就业人员，在居民医保待遇享受期内参加职工医保，医疗保障部门应保证参保人享受新参加的医保待遇，暂停原居民医保参保关系及待遇；参保人短期务工结束后，经本人申请，保留任意一个险种继续参保，并暂停其他险种参保关系及待遇，确保待遇有效衔接。参保人选择参加居民医保的，处于居民医保待遇享受期内的，医疗保障部门及时恢复原居民医保待遇；参保人选择以灵活就业人员身份参加职工医保的，医疗保障部门及时做好参保服务。四是被征地农民在政府代缴医保费期间就业并参加职工医保的，医疗保障部门应做好参保关系转移接续，并及时暂停原居民医保待遇。在政府代缴医保费期间，参保人员离职、辞退的，医疗保障部

门及时恢复原居民医保待遇，确保待遇有效衔接。

关于重复参保人员的资金处理问题。

一是参保人在居民医保缴费后，在相应待遇享受期未开始前因重复缴费、参加职工医保或其他统筹地区居民医保，可在终止相关居民医保参保关系的同时，依申请为个人办理退费。待遇享受期开始后，对暂停的居民医保参保关系，原则上个人缴费不再退回；二是已通过医疗救助渠道享受参保缴费补贴的救助对象，可根据其需要终止的参保关系所在地缴费渠道依申请完成退费；三是灵活就业人员按年度一次性缴纳职工医保费以后，中途就业随单位参加职工医保的，可依申请退回其就业后当年剩余月份以灵活就业人员身份缴纳的职工医保费；四是对其他情况，由省级医疗保障部门会同相关部门，结合各地实际，明确可以退费和不予退费的具体情形。

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

一图读懂 | 8 部门联合印发规划，涉及医保目录和集采药品、耗材

来源：国家药品监督管理局

日前，国家药监局等 8 部门联合印发《“十四五”国家药品安全及促进高质量发展规划》（以下简称《规划》），明确了我国“十四五”期间药品安全及促进高质量发展的指导思想，提出五个“坚持”总体原则和主要发展目标，并制定出 10 个方面主要任务，以保障“十四

五”期间药品安全，促进药品高质量发展，推进药品监管体系和监管能力现代化，保护和促进公众健康。

《规划》提出《药品安全风险排查行动计划》和《药品安全治理多部门协同政策工具箱》，对涉及医保目录和国家组织集中带量采购中选药品、医用耗材内容进行了以下规定。

药品安全风险排查。国家药品抽检每年遴选 130 至 150 个品种，在完成检验任务基础上，对重点品种开展有针对性的探索性研究。地方药品抽检每年完成对本行政区域内药品上市许可持有人(药品生产企业)生产的国家组织药品集中采购中选品种、国家基本药物制剂品种、通过仿制药质量和疗效一致性评价品种的生产环节全覆盖抽检，加大对医保目录产品、进口化学药品、儿童用药、中药饮片等品种的抽检力度。每年对疫苗、血液制品生产企业开展全覆盖巡查检查。

医疗器械安全风险排查。国家每年选取安全风险高、日常消费量大、社会关注度高的约 50 个品种开展抽检。地方抽检注重体现对重点监管产品、本地特色产品的覆盖。每年至少组织 1 次对辖区无菌、植入性医疗器械生产企业生产质量管理规范全项目检查。加大对国家组织集中采购中选医疗器械高值耗材的监督检查力度。

“三医联动”政策协同。支持创新产品、通过仿制药质量和疗效一致性评价产品以及信用良好企业的产品按规定开展医药集中采购。将医保目录和集中采购中选产品及企业列入重点监管对象。支持医疗、医药、医保领域信息化数据共享，推动建立“三医联动”大数据。

一图读懂

“十四五”国家药品安全 及促进高质量发展规划



为保障药品安全，促进药品高质量发展，推进药品监管体系和监管能力现代化，保护和促进公众健康，根据《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》，制定本规划。

一、现状和形势

(一) 取得的成绩

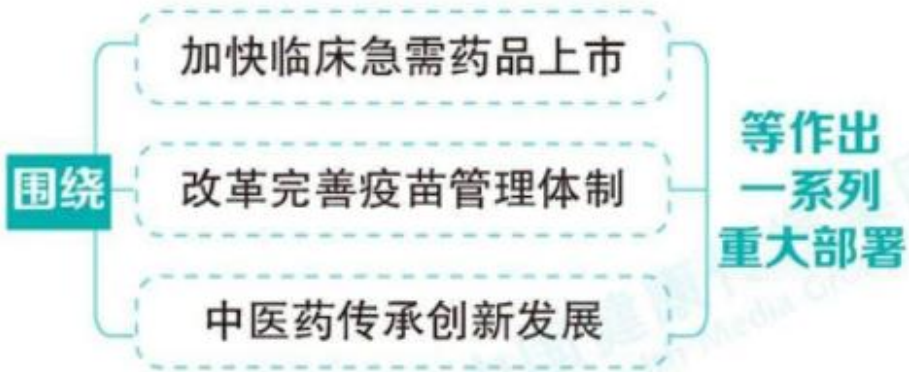
“十三五”时期，我国药品安全监管体制机制逐步完善，药品质量和品种数量稳步提升，创新能力和服务水平持续增强，《“十三五”国家药品安全规划》发展目标和各项任务顺利完成。

- 公众用药需求得到更好满足
- 全生命周期监管不断强化
- 审评审批制度改革持续深化
- 法规标准制度体系不断完善
- 药品监管能力得到全面提升
- 服务保障疫情防控成效显著

(二) 问题和形势

▶▶▶ 在肯定成绩的同时，必须清醒认识到我国医药产业发展不平衡不充分。

▶▶▶ 当前，党中央、国务院对药品安全提出了新的更高要求。



人民群众对药品质量和安全有更高期盼



医药行业对公平、有序、可预期的监管环境有强烈诉求

迫切需要监管部门：

- 进一步完善优化审评审批机制
- 提升服务水平和监管效能
- 进一步提高审评过程透明度
- 通过强有力的监管支持医药产业实现高质量发展

二、总体原则与发展目标

(一) 指导思想

- 高举中国特色社会主义伟大旗帜；
- 深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神；
- 坚持以马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观、习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的基本理论、基本路线、基本方略，统筹推进“五位一体”总体布局、协调推进“四个全面”战略布局；
- 认真落实习近平总书记“四个最严”要求，立足新发展阶段、贯彻新发展理念、构建新发展格局，坚持人民至上、生命至上，坚持稳中求进工作总基调，坚持科学化、法治化、国际化、现代化方向，坚定不移保安全守底线、促发展追高线；

- 持续深化监管改革，强化检查执法，创新监管方式，提升监管能力，加快推动我国从制药大国向制药强国跨越，更好满足人民群众的健康需求。

(二) 总体原则



坚持党的全面领导



坚持改革创新



坚持科学监管



坚持依法监管



坚持社会共治

(三) 2035年远景目标

▶▶▶ 展望2035年

- 我国科学、高效、权威的药品监管体系更加完善，药品监管能力达到国际先进水平。



- 药品安全风险管理能力明显提升，覆盖药品全生命周期的法规、标准、制度体系全面形成。



- 药品审评审批效率进一步提升，药品监管技术支撑能力达到国际先进水平。



- 药品安全性、有效性、可及性明显提高，有效促进重大传染病预防和难治疾病、罕见病治疗。



- 医药产业高质量发展取得明显进展，产业层次显著提高，药品创新研发能力达到国际先进水平，优秀龙头产业集群基本形成，中药传承创新发展进入新阶段，基本实现从制药大国向制药强国跨越。



（四）“十四五”时期主要发展目标

“十四五”期末，药品监管能力整体接近国际先进水平，药品安全保障水平持续提升，人民群众对药品质量和安全更加满意、更加放心。



支持产业高质量发展的监管环境更加优化



疫苗监管达到国际先进水平



中药传承创新发展迈出新步伐



专业人才培养取得较大进展



技术支撑能力明显增强

三、主要任务

（一）实施药品安全全过程监管



严格研制环节监管



严格生产环节监管



严格经营使用环节监管



严格网络销售行为监管



严格监督执法

(二) 支持产业升级发展

- 1 持续推进标准体系建设
- 2 开展促进高质量发展监管政策试点
- 3 进一步加快重点产品审批上市

(三) 完善药品安全治理体系



健全法律法规制度



健全各级药品监管体制机制



严格落实药品上市许可持有人和医疗器械注册人(备案人)主体责任



强化市场监管和药品监管协同



强化多部门治理协同

(四) 持续深化审评审批制度改革



进一步完善审评工作体系

进一步加大创新研发支持力度



继续推进仿制药质量和疗效一致性评价

(五) 严格疫苗监管

1

实施疫苗全生命周期管理



2

加强创新疫苗评价技术能力建设

3

全面提升疫苗监管水平

(六) 促进中药传承创新发展

- 健全符合中药特点的审评审批体系
- 加强中药监管技术支撑
- 强化中药质量安全监管

● 改革创新中药监管政策

(七) 加强技术支撑能力建设



加强药品审评能力建设



加强检查能力建设



建立健全药物警戒体系



提升化妆品风险监测能力



加强检验检测体系建设



深入实施中国药品监管科学行动计划

(八) 加强专业队伍建设

- 建设高水平审评员队伍，参考制药强国审评人才配比，科学配置审评职能的技术机构人员力量，加强审评人才队伍建设。



- 建设职业化专业化检查员队伍
- 建设强有力的检验检测队伍
- 建设业务精湛的监测评价队伍
- 全面提升监管队伍专业素质

（九）加强智慧监管体系和能力建设



建立健全药品信息化追溯体系



推进药品全生命周期数字化管理



建立健全药品监管信息化标准体系



提升“互联网+药品监管”应用服务水平

（十）加强应急体系和能力建设

持续做好新型冠状病毒肺炎
肺炎疫情常态化防控

培养提升应
急处置能力



健全应急管
理制度机制

四、保障措施

- 加强对药品安全工作的统筹协调领导
- 创新完善支持保障机制
- 积极参与全球药品安全治理
- 激励药品监管干部队伍履职尽责担当作为



集采未中选原研药使用情况变化——用量“两减一增” 价格“三价齐降”

来源：中国医疗保险

近期，中国医疗保险研究会于在北京召开的“集采推动仿制药替代”——集采未中选原研药使用情况变化新闻发布会。会上，中国医疗保险研究会柳雯馨介绍了集采未中选原研药使用情况变化。

中国医疗保险研究会选取阿托伐他汀口服常释剂型、氨氯地平口服常释剂型等9种药品，对比集采结果实施前后一年全国采购量和价格变化情况，发现中选仿制药“放量效应”与“降价效应”显著，未中选药品价格随动下降，最终呈现采购量“两减一增”、价格“三价齐降”的趋势，群众用上了“质优价宜”的中选药品。

药品采购量“两减一增”

在药品集采政策的影响下，未中选原研药、未中选仿制药和中选仿制药的采购呈现“两减一增”的态势，中选仿制药对未中选原研药和未中选仿制药的“替代效应”显著。

“两减一增”之一减：未中选原研药采购量大幅减少。集采结果实施后一年，未中选原研药全国年总采购量较实施前一年平均下降46%。其中，辛伐他汀口服常释剂降幅最大，达74.4%；其次是铝碳酸镁咀嚼片，降幅为60.3%；再次为缬沙坦口服常释剂型，降幅为55%；降幅最少的伊马替尼口服常释剂型，也达到了13.4%。

表 1 未中选原研药采购量变化情况

商品通用名	集采前一年采购量 (万)	集采后一年采购量 (万)	集采前后一年采购 量变化率 (%)
合计	468135.2	252655.9	-46.0
辛伐他汀口服常释剂型	8796.0	2249.3	-74.4
铝碳酸镁咀嚼片	32744.9	13004.8	-60.3
缬沙坦口服常释剂型	34796.7	15642.8	-55.0
阿托伐他汀口服常释剂 型	244370.1	135909.9	-44.4
瑞舒伐他汀口服常释剂 型	74463.9	41816.7	-43.8
氨氯地平口服常释剂型	64214.9	37601.5	-41.4
奥美拉唑口服常释剂型	3435.5	2208.5	-35.7
恩替卡韦口服常释剂型	4517.1	3533.3	-21.8
伊马替尼口服常释剂型	796.1	689.2	-13.4

“两减一增”之二减：未中选仿制药采购量降幅更高。未中选仿制药年总采购量降幅达 80.8%，9 种药品降幅都在 70% 以上，6 种更在 80% 以上。其中，阿托伐他汀口服常释剂型降幅最大，达 94.9%。

表 2 未中选仿制药采购量变化情况

商品通用名	集采前一年采购量 (万)	集采后一年采购量 (万)	集采前后一年采购 量变化率 (%)
合计	712541.8	136866.0	-80.8
阿托伐他汀口服常释剂型	65762.0	3348.3	-94.9
缬沙坦口服常释剂型	55743.2	7521.2	-86.5
铝碳酸镁咀嚼片	39700.3	6095.6	-84.6
辛伐他汀口服常释剂型	37837.9	7091.3	-81.3
恩替卡韦口服常释剂型	26255.9	5145.5	-80.4
奥美拉唑口服常释剂型	262287.7	51535.5	-80.4
瑞舒伐他汀口服常释剂型	84090.5	18326.1	-78.2
氨氯地平口服常释剂型	140748.6	37770.8	-73.2
伊马替尼口服常释剂型	115.6	31.8	-72.5

“两减一增”之“一增”：中选仿制药采购量大幅上升。中选仿制药年总采购量增加 265.2%，其中，奥美拉唑口服常释剂增幅最大，

达 522.6%;其次是氨氯地平口服常释剂,增幅为 506.5%;增幅最小的伊马替尼口服常释剂,也达到了 54.5%。

表 3 中选仿制药采购量变化情况

商品通用名	集采前一年采购量(万)	集采后一年采购量(万)	集采前后一年采购量变化率(%)
合计	438665.4	1601983.7	265.2
伊马替尼口服常释剂型	2565.4	3964.7	54.5
缬沙坦口服常释剂型	54824.3	120597.9	120.0
瑞舒伐他汀口服常释剂型	82116.6	231005.5	181.3
阿托伐他汀口服常释剂型	164245.6	498734.8	203.7
恩替卡韦口服常释剂型	27000.8	93967.0	248.0
辛伐他汀口服常释剂型	14184.9	78632.1	454.3
铝碳酸镁咀嚼片	9170.1	54767.8	497.2
氨氯地平口服常释剂型	38190.4	231624.3	506.5
奥美拉唑口服常释剂型	46367.3	288689.7	522.6

药品使用结构优化调整

集采政策促进药品使用结构优化。同通用名下,未中选原研药、未中选仿制药和中选仿制药年总采购量占同通用名药品年总采购量比例也分别呈现“两减一增”的态势。

“两减一增”之一减:未中选原研药采购量占比下降。从实施前一年的 28.9%下降至 12.7%。其中,阿托伐他汀口服常释剂降幅最大,未中选原研药占比从 51.5%下降至 21.3%,减少 30.2 个百分点。

“两减一增”之二减:未中选仿制药采购量占比下降。从实施前一年的 44%下降至 6.9%,减少 37.1 个百分点。其中,奥美拉唑口服常释剂型降幅最大,占比从 84%下降至 15%,减少 69 个百分点。

表 4 未中选原研药总采购量占比变化情况

商品通用名	集采前一年总采购量占同通用名药品年总采购量比例 (%)	集采后一年总采购量占同通用名药品年总采购量比例 (%)	集采前后一年总采购量占同通用名药品年总采购量比例变化情况 (%)
合计	28.9	12.7	-16.2
阿托伐他汀口服常释剂型	51.5	21.3	-30.2
铝碳酸镁咀嚼片	40.1	17.6	-22.5
瑞舒伐他汀口服常释剂型	30.9	14.4	-16.6
氨氯地平口服常释剂型	26.4	12.2	-14.2
缬沙坦口服常释剂型	23.9	10.9	-13.1
辛伐他汀口服常释剂型	14.5	2.6	-11.9
伊马替尼口服常释剂型	22.9	14.7	-8.2
恩替卡韦口服常释剂型	7.8	3.4	-4.4
奥美拉唑口服常释剂型	1.1	0.6	-0.5

表 5 未中选仿制药总采购量占比变化情况

商品通用名	集采前一年总采购量占同通用名药品年总采购量比例 (%)	集采后一年总采购量占同通用名药品年总采购量比例 (%)	集采前后一年总采购量占同通用名药品年总采购量比例变化情况 (%)
合计	44.0	6.9	-37.1
奥美拉唑口服常释剂型	84.0	15.0	-69.0
辛伐他汀口服常释剂型	62.2	8.1	-54.2
氨氯地平口服常释剂型	57.9	12.3	-45.6
恩替卡韦口服常释剂型	45.4	5.0	-40.4
铝碳酸镁咀嚼片	48.6	8.3	-40.4
缬沙坦口服常释剂型	38.3	5.2	-33.1
瑞舒伐他汀口服常释剂型	34.9	6.3	-28.6
阿托伐他汀口服常释剂型	13.9	0.5	-13.3
伊马替尼口服常释剂型	3.3	0.7	-2.6

“两减一增”之“一增”：中选仿制药采购量占比增加。动态看，中选仿制药采购量所占比例从实施前一年的 27.1%提高至 80.4%，提高 53.3 个百分点。其中，奥美拉唑口服常释剂型从 14.9%提高到 84.3%，提高 69.4 个百分点；辛伐他汀口服常释剂型从 23.3%提高到

89.4%，提高 66.1 个百分点；伊马替尼口服常释剂型增幅最小，也从 73.8%提高到 84.6%，提高 10.8 个百分点。静态看，中选仿制药采购量占比都在 70%以上，最低的也有 74.1%；5 种占比超过 80%，恩替卡韦口服常释剂型占比更是超过 90%、达到 91.5%。

表 6 中选仿制药总采购量占比变化情况

商品通用名	集采前一年总采购量 占同通用名药品年总 采购量比例 (%)	集采后一年总采购 量占同通用名药品 年总采购量比例 (%)	集采前后一年总采购量 占同通用名药品年总采 购量比例变化情况 (%)
合计	27.1	80.4	53.4
奥美拉唑口服常释剂型	14.9	84.3	69.4
辛伐他汀口服常释剂型	23.3	89.4	66.1
铝碳酸镁咀嚼片	11.2	74.1	62.9
氨氯地平口服常释剂型	15.7	75.4	59.7
缬沙坦口服常释剂型	37.7	83.9	46.2
瑞舒伐他汀口服常释剂型	34.1	79.3	45.2
恩替卡韦口服常释剂型	46.7	91.5	44.8
阿托伐他汀口服常释剂型	34.6	78.2	43.5
伊马替尼口服常释剂型	73.8	84.6	10.8

同通用名药品价格“三价齐降”

药品集采政策招采合一、以量换价，促使药品的价格显著下降。同通用名下，9 种药品平均价格显著降低，平均降幅达 67.1%。其中，恩替卡韦口服常释剂型降幅最大，达 83%；其次是辛伐他汀口服常释剂型，降幅达 81.9%；再次为阿托伐他汀口服常释剂型，降幅达 70%。降幅最少的伊马替尼口服常释剂，也达 35.7%。

“三价齐降”之一：中选仿制药价格下降最显著。集采“以量换价”效果明显，9 种中选仿制药价格平均降幅达 82.4%，其中，恩替卡韦口服常释剂型降幅最大，达 90.1%，其次是阿托伐他汀口服常释

剂型,降幅达 83.1%。降幅最少的伊马替尼口服常释剂型,也达 21.8%。

表 7 中选仿制药价格变化情况

药品通用名	集采前一年药品 平均价格(元)	集采后一年药品 平均价格(元)	集采后一年药品平均价格 较集采前一年变化情况 (%)
合计	1.4	0.3	-82.4
恩替卡韦口服常释剂型	4.7	0.5	-90.1
阿托伐他汀口服常释剂型	1.9	0.3	-83.1
瑞舒伐他汀口服常释剂型	1.0	0.2	-79.4
辛伐他汀口服常释剂型	0.5	0.1	-73.5
缬沙坦口服常释剂型	0.8	0.3	-62.7
氨氯地平口服常释剂型	0.2	0.1	-61.9
铝碳酸镁咀嚼片	0.4	0.3	-34.9
奥美拉唑口服常释剂型	0.1	0.1	-28.6
伊马替尼口服常释剂型	13.2	10.4	-21.8

“三价齐降”之二：未中选原研药价格随动下降。各地医保部门根据中选仿制药价格下降情况，纷纷联动下调相应未中选原研药价格，或锚定全国最低价，或锚定上海采购价格，引导未中选原研药价格下降。9种药品的未中选原研药平均降幅达 12.9%。其中，缬沙坦口服常释剂型降幅最大，达 20.8%；其次是阿托伐他汀口服常释剂型，降幅达 20.7%；再次为瑞舒伐他汀口服常释剂型，降幅达 19.0%。降幅最少的铝碳酸镁咀嚼片，也达 6.5%。

“三价齐降”之三：未中选仿制药价格随动下降。9种未中选仿制药平均降幅为 17.4%。其中，恩替卡韦口服常释剂型降幅最大，达 34.3%；其次是辛伐他汀口服常释剂型，降幅为 19.9%；再次为伊马替尼口服常释剂型，降幅为 18.3%。降幅最少的铝碳酸镁咀嚼片，也达 3.4%。

表 8 未中选原研药价格变化情况

药品通用名	集采前一年药品平均价格（元）	集采后一年药品平均价格（元）	集采后一年药品平均价格较集采前一年变化情况（%）
合计	4.2	3.6	-12.9
缬沙坦口服常释剂型	4.8	3.8	-20.8
阿托伐他汀口服常释剂型	4.0	3.2	-20.7
瑞舒伐他汀口服常释剂型	3.5	2.9	-19.0
辛伐他汀口服常释剂型	2.8	2.3	-18.7
恩替卡韦口服常释剂型	25.4	21.2	-16.6
氨氯地平口服常释剂型	4.2	3.5	-16.1
伊马替尼口服常释剂型	136.6	121.2	-11.3
奥美拉唑口服常释剂型	2.8	2.6	-8.2
铝碳酸镁咀嚼片	0.9	0.9	-6.5

表 9 未中选仿制药价格变化情况

药品通用名	集采前一年药品平均价格（元）	集采后一年药品平均价格（元）	集采后一年药品平均价格较集采前一年变化情况（%）
合计	1.6	1.3	-17.4
恩替卡韦口服常释剂型	10.1	6.6	-34.3
辛伐他汀口服常释剂型	1.7	1.3	-19.9
伊马替尼口服常释剂型	12.6	10.3	-18.3
氨氯地平口服常释剂型	1.3	1.1	-14.5
缬沙坦口服常释剂型	1.9	1.7	-12.2
阿托伐他汀口服常释剂型	3.1	2.8	-7.8
瑞舒伐他汀口服常释剂型	2.5	2.4	-5.6
铝碳酸镁咀嚼片	0.6	0.6	-3.4
奥美拉唑口服常释剂型	0.3	0.5	58.1

2021 年药品集采效应持续释放

2021 年，药品集采的“替代效应”和“降价效应”持续释放，进一步提升患者用药的幸福感和获得感。

药品“降价效应”持续释放。相较于集采结果实施后一年，2021 年药品平均价格下降 25.7%，其中，中选药品平均降幅 29.1%。

仿制药“替代效应”持续加强。中选仿制药持续替代未中选原研药和未中选仿制药，相较于集采结果实施后一年，2021年中选仿制药市场份额进一步增长到84.4%，提高5.2个百分点；未中选原研药市场份额进一步下降至11.7%，下降3.9个百分点。各个药品的中选仿制药市场占比都在80%以上，3个药品已经达到90%以上。

[返回目录](#)

• 医院信息化 •

推进 HIS 系统高质量发展

来源：CHIMA

作为医院的核心业务系统、基础平台，HIS系统从广义而言包含了挂号、收费、门诊管理、住院管理、医生站、护士站、EMR、LIS、RIS、PACS、耗材管理等信息系统；从狭义而言，HIS是医院信息系统的一部分，已成为基础信息系统、主干系统。

我国医疗信息化发展历经30多年历程，大体可分为三个阶段：第一阶段，解决从无到有问题，从手工模式向信息系统模式转变，单机系统居多，医院参与系统开发的程度比较深，甚至是主导信息的开发，以收费系统、医嘱处理系统为主；第二阶段，产业化阶段，HIT公司主导HIS研发，HIS步入产品化路线，基本实现了医疗业务的信息系统全线覆盖；第三阶段，规模化、外延扩展式发展阶段，基本实现了以医疗业务为主线的医院管理的基础支撑，多项医疗业务由线下

扩展到线上，互联网医疗开始发展。

从 2021 年开始，HIS 步入高质量发展阶段。在具体实践中，医疗机构信息化水平存在较大差异，因此在推动 HIS 高质量发展方面，“领头”医院应先行先试，起到示范作用。

四方面推动 HIS 高质量发展

HIS 的高质量发展从以下四方面入手。

1. 高质量发展要求医院必须有信息化顶层设计和规划能力。顶层设计或信息化规划要与国家总体发展目标相一致，发挥自身学科、专业特点。规划不是简单工作计划的堆叠，而是偏战略层面，重点在方向、方法、框架、目标等。医疗机构要主导信息化顶层设计与规划，咨询公司、HIT 厂家为辅。顶层设计或规划落地更重要，每年信息化工作围绕规划开展，从项目、系统、程序、功能模块、操作界面，逐层细化、落地。

2. 要具备自主研发能力。自主研发能力，即医院 IT 团队要具备写代码能力，用于支撑“自主研发”，为医院提供个性化的信息技术服务。理想状态下，医院自己开发、自己用，完全定制化，用户满意、舒心。采购产品系统，医院 IT 技术人员也需要对产品的技术路线了解清楚，采买系统也需要技术储备。

3. HIT 开发商具有超前发展理念。既立足于 IT 产业为用户提供产品及服务，更要符合现在大数据医疗产业发展的需求。开发更具前瞻性的产品，以及提供更加精准的服务。HIT 产品质量与服务质量并

重，HIT 系统本质上是技术服务，理想情况是产品免费、服务收费，医院是为 IT 技术服务买单。需要 HIT 厂商深耕细作，慢工出精品，系统设计人员要懂技术，更要懂相关医疗业务。为各类新技术、辅助支持系统使用创造条件，系统架构易于扩展，版本向下兼容。

4. 要注重数字资产的概念。注重数字资产的积累、开发和再利用，让数据资产服务于医、教、研，体现出数据资产的价值。数据即是矿，数据与系统同样重要，甚至比系统本身更有价值。系统可能在贬值，但是数据随着时间增长，经过不停地使用和不断地沉淀，数据资产在增值。

推动 HIS 落地思考建议

在推动 HIS 落地方面，共有以下几个建议。

1. 场景化思路。业务信息系统中几乎每一个操作 UI 都对应一个或几个具体的工作场景。好的系统功能及界面，一定是与其本身工作融合得非常好，重点突出，工作场景下所需信息完整，操作便捷。研发人员脑海里要有工作场景的画面感，可以想象出用户的操作顺序、操作方式。核心是主题突出、功能明确、直接，解决的是具体问题，或面向某个或某几个具体问题。

2. 闭环化思路。电子病历应用水平评测中，对几项医疗业务有明确的系统闭环要求，如检验、检查、输血、医嘱处理等。在信息化实践中，“闭环”的理念应该贯穿始终，应该“有始有终”，做到“事中”能监管、“事后”能审计、回溯、复盘，以“业务闭环”的标准

推进各个业务系统的建设。

3. 创新和微创新思路。重大创新经常是可遇不可求，但是微创新是可以做，而且是经常可以实践的。重视微创新，从小处着眼，可以是一个输入框、一个按钮的变化，可以是颜色的调整、窗口布局的调整、默认值的处理等。流程优化、系统优化、算法优化，皆是创新。

4. 专业化思路。人员专业，专业的人做专业的事，专业公司的系统处理医院专业业务：领域专业，业务信息系统一定是与它对应的医疗业务密切相关，尤其专业知识、理论体系，尤其领域专业性；业务专业，HIT 或医疗结构的系统或产品设计人员，除了熟悉 IT 技术外，更应该熟悉专业业务，且能从宏观、微观、抽象、具象等角度审视业务，成为领域专家。

5. 倡导开放的系统。医院对 HIT 产品或系统需求是多样化的，目前并没有厂家能做 HIT 产品生态链。封闭的系统，对用户来说就是黑盒子，给用户使用功能扩展带来不便。因此，系统要开放，主要是指数据结构要开放给用户，为用户客户化、定制开发的功能模块源代码放开给用户。

6. “小步快跑、快速迭代”与“颠覆式替换”。近几年，HIS 系统总体来看功能迭代较少，显得落伍。对于不能支撑临床业务需求的系统，要果断对其进行更新，以满足系统可使用 10 年以上这一基本目标。

当前，HIS 系统的高质量发展是一个不断改进的过程，符合 PDCA

循环管理理论。在此过程中，HIS 面临系统解构与重构的挑战，同时流程优化与再造并存。其中，HIS 系统的内涵建设是关键任务，丰富数据维度、提高数据质量是持续任务。只有采取行之有效的措施，才能保证 HIS 系统获得高质量发展，建立牢固的信息化保障体系，助力医院可持续发展。

[返回目录](#)

公立医院互联网医院服务体系如何建设？

来源：中国医院

2019 年 12 月，湖北省武汉市暴发新型冠状病毒肺炎疫情。随着疫情的发展，武汉市各大医院发热门诊不堪重负，发热患者无法得到及时就诊，同时交通阻断给慢病复诊患者就诊带来了新的挑战。为了满足发热患者的问诊需求和慢病患者迫切的复诊和用药需求，国家卫生健康委员会发文鼓励开展互联网诊疗进行疫情防控。华中科技大学同济医学院附属同济医院(以下简称“我院”)在疫情暴发后，迅速响应，利用“互联网+医疗”模式在全国率先开通“新冠肺炎线上发热门诊”，随后开辟儿童、心理、妇产等多个专区，在疫情最紧急的情况下开通了“视频问诊”及药品邮寄服务。互联网诊疗服务模式减少线下接触和人员聚集，降低医生、患者的感染风险，成为疫情防控的重要手段之一。随着疫情防控进入常态化，互联网诊疗服务已经作为医疗机构医疗服务的重要组成部分。本文针对公立医院互联网医院服务体系建设进行探讨，为公立医院如何构建互联网服务体系提供参考

依据。

1. 公立医院互联网医院概述

互联网医院是实体公立医疗机构增设的第二名称。据统计，我国目前有 1600 多家互联网医院，实体医院主导已经远远超过企业主导的互联网医院。

公立医院互联网医院的定位主要是将实体医疗机构的业务向互联网延伸，将传统的线下诊疗业务实现互联网化，有效打通线上医疗服务和线下医疗流程，建立覆盖诊前、诊中、诊后的线上线下一体化医疗服务模式。公立医院互联网医院建设的目的是利用公立医院线下医疗资源优势，以患者为中心优化服务流程、提供患者在线诊疗服务、节省患者就医时间成本；医生利用自己的碎片时间进行线上问诊、进一步增进医生和患者的沟通交流、释放医疗资源，提升医院服务价值与能力，扩大服务范围。

2. 公立医院互联网医院服务体系建设实践

2.1 公立医院互联网医院建设思路

公立医院互联网医院应该如何发展规划，如何拓展新的互联网诊疗业务才能更进一步增强医院的服务能力，是常态化发展时期互联网医院发展面临的新问题。

互联网医院主要业务内容包括各类医疗机构的医务人员通过互联网直接为患者提供诊疗服务，医疗机构的医务人员通过远程手段为其他医疗机构提供诊疗技术支持服务，提出了如下互联网医院服务体

系规划思路。

2.1.1 平台化。互联网医院要建设统一的医护端平台、患者端平台、管理端平台,保证互联网诊疗过程中医务人员与患者之间的文字、图片、语音、视频信息的交互沟通及医疗过程记录的存储。

2.1.2 一体化。互联网医院要建设覆盖诊前、诊中、诊后线上线下一体化医疗服务模式,公立医院互联网医院建设必须依托实体医院资源,提供线上线下一体化服务。

2.1.3 协同化。互联网医院建设要依托公立医院的中心辐射能力,支持医联体、社区医院等入驻互联网医院的协同服务模式,构建区域医疗的远程医疗、远程诊断等协同模式。

2.1.4 智慧化。互联网医院建设应充分应用新技术,AI 赋能,提升医疗服务和管理能力。

2.2 公立医院互联网医院服务体系规划

公立医院互联网医院服务体系的建设要立足公立医院的定位,首先要服务患者,并且在区域内发挥区域中心医疗机构的作用,同时推动国家分级诊疗政策的要求。我院提出了如图 1 所示的互联网医院服务体系规划。

(1) 构建互联网医院服务平台,面向患者提供医疗服务平台、患者管理平台、在线诊疗平台、第三方平台等,提供覆盖患者就诊全流程的智慧医疗服务、线上复诊、在线处方、云审方、药品邮寄、健康教育、智能随访等全流程服务体系,为患者提供线上线下一体化就医

的新模式。

(2) 构建区域协同平台，面向医联体医疗机构、区域内的社区医疗机构，提供远程会诊、远程联合门诊、双向转诊、医技协同、远程教学、远程诊断等服务，为医联体内的医疗机构提供远程协同服务模式。

(3) 构建区域服务平台，健康档案、慢病管理、健康监测、术后康复等，发挥公立医院区域中心的作用，基于“互联网+”面向区域内的患者提供连续性服务，实现对区域内患者的个性化医疗服务。

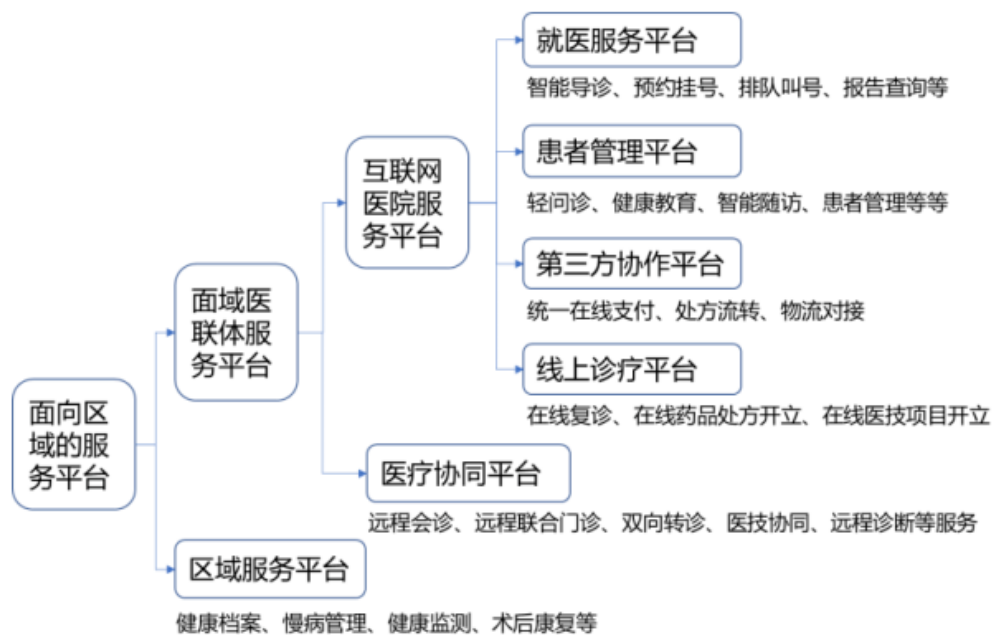


图 1 互联网医院服务平台建设实践

2.3 公立医院互联网医院服务体系建设实践

在医院信息化整体建设规划的基础上，坚持以患者为中心建设互联网医院服务体系，借助互联网延伸服务范围，建设了如图 2 所示的互联网医院服务体系框架。



图 2 互联网医院服务体系建设

2.3.1 优化便民惠民服务。智慧门诊基于患者手机移动端构建覆盖患者诊前、诊中、诊后的智慧医疗服务，实现在线建档、智能导诊、预约挂号、智能导航、智能问诊、智能分诊、在线结算、医技预约、报告查询、电子发票、自助入院等全流程智慧服务；线上门诊业务提供患者可随时通过手机进行图文、音频或视频问诊，医生利用碎片时间在线接诊患者，为患者提供线上门诊开立处方、检验、检查、治疗、入院证等业务；线上药房提供线上处方开立、云审方、邮寄服务，为患者提供无接触式药学服务。

2.3.2 提升智慧服务水平。慢病管理借助互联网对慢病患者、手术出院患者、孕产妇、脑卒中康复患者提供健康监测和管理，提供定期线上指导、评估综合医疗服务；健康管理面向患者全周期健康管理，从检测、评估、干预、监测四大方面对患者健康进行管理，实现数字健康管理闭环；健康宣教借助互联网建立医院、医生和患者之间的连

接，定期为患者推送健康宣教知识如出院指导、饮食宣教，为患者提供可信的健康教育服务。

2.3.3 创新分级诊疗模式。构建协同医疗、远程医疗业务模块。面向医疗及医疗机构服务，协同医疗借助互联网为医联体、社区医院开放预约挂号、预约检查、预约床位、双向转诊等开放平台，方便社区老龄患者就诊需求；远程医疗面向医联体医院提供远程会诊支持、远程MDT、远程影像诊断、远程病理诊断、远程心电诊断、远程检验等远程医疗服务。

公立医院互联网医院服务体系建设统一的患者入口、医护入口、管理入口，同时融合创新应用人工智能等技术开展业务。公立医院互联网医院医疗质量和医疗行为的监管是构建互联网医院业务长效运行机制的基石，保障患者互联网就诊安全是互联网医院服务体系最基本的要求。因此，公立医院互联网医院服务体系的建设不能脱离公立医院的本质职能，根据医院的实际情况，找准定位发挥公立医院线下资源优势更好地服务患者。

3. 公立医院互联网医院建设成效

我院 2019 年已经完全打通了覆盖患者预约、就诊、缴费、报告查看等患者就医服务的全过程。医院 2019 年 7 月开始探索互联网诊疗服务，主要提供线上图文咨询服务。随着疫情进入常态化防控期，我院互联网医院进入了新的发展阶段，实现了线上线下医嘱互通，打造集“云门诊”“线上线下融合互通”和“慢病管理”为一体的闭环

式互联网医疗服务。2021年1~7月，我院互联网医院工作量每月服务人次逐月增加，说明患者在逐步接受线上问诊咨询的模式；医院平均每月处方邮寄率为46%，还需要进一步提升；医院每个月的检验检查线上申请单在逐月增加，说明患者对线上就诊模式接受度在逐步增加。

4. 讨论

4.1 公立医院互联网建设对医院管理运营的影响

4.1.1 助力疫情防控。公立医院在面对突发重大公共卫生事件时，通过线上诊疗手段，以一种新兴的医疗服务模式，突破时间与地域限制、减少了线下接触、人员聚集，避免长时间的排队候诊，降低医生、患者降低交叉感染风险，提升了患者就诊效率和门诊医疗服务能力，是特殊时期线下医疗资源的重要补充。

4.1.2 补充线下医疗。随着疫情进入常态化防控，对于医院而言，线上医疗服务模式对于复诊患者形成一种全新的就诊流程：患者线上发起复诊，医生线上开立医嘱，药品邮寄到家，检查预约后到医院做检查，出报告后可以通过线上找医生看结果，并给出后续的治疗方案。有效缓解线下诊疗的压力，同时对复诊患者形成了连续性服务。

4.1.3 优化资源配置。互联网医院的建设将大大扩展医院的医疗服务能力，避免医疗资源闲置，将院内有限的资源集中在重点人群的治疗护理上，提高医疗资源的配置效率，提高医院的收入，使得医院的收入结构发生变化，通过推动互联网医院的建设来控制运营成本、

提升资源利用率，发展互联网医院将作为降低医疗成本的一种手段。

4.1.4 推动分级诊疗。公立医院在区域内要发挥中心的辐射作用，在区域内形成分级诊疗制度，通过互联网网医院，扩大了医院的服务范围，同时为患者提供诊后连续性服务，患者需要来医院就诊时，通过线上可以提前和医生沟通，然后确定病情后是否需要来大医院，实际上是推动了公立医院分级诊疗的开展。

4.2 公立医院互联网服务体系建设存在的问题

4.2.1 如何调动医生的积极性。疫情期间，由于特殊时期医生的积极性非常高，随着线下医疗服务的恢复，医生提供互联网医疗服务的积极性有所降低，主要是线下患者增多，医生没有更多的时间；其次，互联网医院的挂号费、咨询费、诊查费等收费标准较低；最后需要有合理的绩效考核机制有效调动医生的积极性。

4.2.2 互联网医院的价格体系。疫情期间国家发布了相关互联网医院的价格政策，主要集中在复诊诊查费、远程会诊、远程监测、远程诊断 4 个方面，而复诊诊查费用各地具有明确的价格体系。目前主要是三类：明确的互联网诊疗项目价格、实行线上线下一致价格、实行线上参照普通门诊诊查价格。各地执行政策落地的进度不一样，造成了各地互联网医院价格体系不统一。

4.2.3 互联网医院的医保结算。通过互联网医院的处方执行数据分析发现，线上处方医嘱执行率为 50%左右，大部分的处方外流，线上检验检查申请执行率最高也只能到 80%，分析后发现主要是互联网

医院线上医保支付的便捷性仍有待提高。

4.2.4 扩展新业务存在困难。互联网医院的运营涉及到市场的开拓，如何吸纳患者，仅靠医院自身来运营存在各种困难。互联网医院能否和第三方运营公司合作运营并没有明确政策规定，能否加快出台方案，指导地方加快推进。

4.3 公立医院互联网服务体系建设的建议

4.3.1 健全公立医院互联网医院运营管理机制。医院应认识到互联网医院是医院医疗服务的重要补充，医院应该建立健全的互联网医院管理组织架构，负责互联网医院的运营管理、流程制度建设、质量控制、业务拓展等，在健全的运营管理机制和系统建设团队的支撑保障下，不断提升患者的使用体验，同时提高医疗资源的使用效率和医疗服务质量，构建全方位、全流程的医疗服务体系。

4.3.2 创新公立医院互联网医院医疗服务模式。基于互联网为患者提供健康咨询、预约转诊、疾病随访、双向转诊、居家随访、复诊管理等全程管理服务，实现对患者全程、持续的健康管理和全流程关怀，有效提升工作效率和服务品质，构建了医疗全程闭环管理的新模式；基于互联网探索区域协同发展新模式，优化资源配置，着力打造区域协同医疗服务体系，让基层群众真正得到实惠；最后基于互联网开展远程会诊、远程病理等远程服务，服务医联体医院，节约了患者大量的时间成本和经济成本。

[返回目录](#)

· 医疗改革 ·

医改：让家庭医生掌握卫生经费分配权，是落实分级诊疗的关键

来源：医药慧

分级诊疗重要性无须论证，“分级诊疗实现之日，就是我国医改成功之时”。我国的医疗体系呈头重脚轻的倒三角，与合理医疗体系呈金字塔型恰恰相反。

我国医疗资源配置极不合理，人、财、物都高度集中于三级医院，结果必然是小病大治，过度医疗难以避免，医疗浪费严重，医疗系统呈现出个体(每个医院)高效假象下的整体(医疗系统)低效。具体表现为大医院人满为患，小医院门可罗雀，看病难与看病贵并存。

一、中国的分级诊疗体系崩塌的历史渊源

1、从费用支付角度来看

中国的医疗保障制度由公费医疗和劳保医疗向医疗保险转型时，没有对转诊做出强制性规定，只是以不同等级医疗机构医保支付比例级差作为推动分级诊疗杠杆，一般患者去上一级医院就诊，医保支付比例会下降约 10%至 20%。随着老百姓收入水平越来越高，这种报销比例的差距已不足以分流患者按序就诊，在公费医疗和劳保医疗阶段因定点医疗自然形成的分级诊疗格局逐渐被打破。

2、从医院定位角度来看

国外为推行分级诊疗，规定大医院不设普通门诊，只接受急诊或下级医院转诊，使各级医疗机构之间形成良好的分工协作关系，这是

推行分级诊疗的制度保障。而中国大医院都可自设门诊，成为虹吸基层病源的窗口。恶果已经酿成，当前有专家也在呼吁大医院关闭普通门诊，但是在整个医疗体系内卷如此激烈的今天，谁关门诊谁先死是必然，而且患者用脚投票选医院的习惯已经养成，盲目关闭大医院门诊必然引发患者强烈反对，已不太现实。

3、从患者就医角度来看

去大医院看病主要还是缘于对基层医疗机构技术实力信不过。事实也确实如此，大医院对基层的虹吸效应不但包括病源，更包括医疗人才。基层医疗机构面临优秀人才招不来，现有人才留不住的困局，加上大型检查设备匮乏，基层医疗业务萎缩难以避免。

二、提高家庭医生待遇增强职业吸引力

疾病谱中 85%都是常见病，都能在基层首诊解决，问题在于基层医疗如何重获老百姓信任？关键还是在人才，唯有让更多好医生下沉社区，来到老百姓身边提供服务，才能真正让患者愿意留在基层。

为了让好医生下沉基层，各地各部门出了很多招，有的地区与医生晋升挂钩，规定晋升高级职称必须下乡一定期限；有的地区通过推行医联体，让牵头医院的专家去基层坐诊，但是效果都不甚理想。原因很简单，行政命令只会导致形式主义，而形成长效激励机制吸引人才自愿下沉基层才是上上策。

像英国、德国等推行家庭医生制度较早、较成熟的国家，都明确规定家庭医生的收入不低于医院专科医生水平，并通过将卫生经费使

用权和患者就医转诊权授予家庭医生，作为提高家庭医生收入待遇与社会地位的手段，从而吸引更多医学人才投身全科医疗。

中国要推行分级诊疗必须要借鉴英德等国的先进经验，将医保资金与公共卫生服务经费打包交由家庭医生来支配，实行“结余留用、超支自负”的激励约束机制，引导家庭医生切实履行起“守门人”职责，服务好签约居民，通过有效控制转诊和管好居民健康来节约医疗支出，进而提高自身收入，最终实现人群健康水平提升与家庭医生薪酬收入提高的共赢。

当前我国公共卫生服务经费支出连年增长，但是公共卫生服务质量堪忧，重量轻质形式主义居多，最主要的原因还是考核和激励机制不健全，公卫考核多注重服务量而较少关注服务成效，即居民健康水平提升。

当然，这其中也有不得已苦衷，那就是考核居民健康水平的指标如：人均预期寿命、重大疾病发生率、居民健康素养水平等，短期内很难大幅提升，作为家庭医生签约服务健康绩效考核的指标不够灵敏。

居民整体医疗支出，作为反映居民健康水平的一个间接指标，直观且灵敏。让家庭医生掌控卫生经费使用权，建立“结余留用、超支自负”的激励与约束机制，可对家庭医生的健康服务产生强烈的正向引导作用，最终实现由“治病为中心”向以“健康为中心”的医疗模式转变。

三、让家庭医生履行好“守门人”职能的做法

1、医保支付方式改革

将紧密型医联体建设与家庭医生签约服务结合起来，在医保资金总额打包预付给医联体(一次打包)的基础上，测算出上一年度人均医疗支出，按签约人头数打包预付给家庭医生(二次打包)，实行“结余留用，超支自负”的激励约束机制，鼓励家庭医生履行好签约居民的“健康代理人”角色，为签约居民提供或者向专科医生购买“最具性价比”的医疗服务，从而节约医保资金，作为对家庭医生服务成效的奖励，最终提高家庭医生的收入水平，最终实现医生利益诉求(提高收入)与居民健康需求(少得病)同向。

当前紧密型医联体建设虽然如火如荼，但是成效尚不明显，一是因为很多地区连最基本的“医保基金总额打包预付”都没有做到，二是因为医联体内部医疗机构尚没有真正成为利益共同体，医保资金总额虽然打包给了医联体，但是因为没有“二次打包”，导致医联体内部医疗机构之间争抢“医保蛋糕”份额的恶性竞争依然存在。

2、家庭医生薪酬改革

当前家庭医生主要是分布在乡镇卫生院(社区卫生服务中心)和村卫生室(社区卫生服务站)的全科医生。

乡镇卫生院(社区卫生服务中心)的医生薪酬，分为基本工资与绩效工资两部分，前者由财政提供，而后者主要来自于医疗业务，导致医生对公共卫生服务积极性不高，参与度不大。公卫任务往往由专职

人员提供，大多是护士或医技专业出身，这造成“医”与“防”的严重脱节。

村卫生室(社区卫生服务站)的医生，虽然身兼基本医疗与公共卫生服务双重职能，但是因为公共卫生服务考核机制不健全，重量轻质、形式主义，服务质量堪忧，闭门造车现象很普遍。

既然对公共卫生服务的直接成效(质量)的考核很困难，那就应该彻底打破家庭医生以服务量为基础的绩效工资制度，转而实行以人头费为基础的薪酬制度。

具体做法是将按服务人头数测算的公共卫生服务经费作为家庭医生的基础工资，将签约居民的医保资金总额打包预付后的结余(超支)资金作为家庭医生的绩效工资(超支为负数)，从而引导家庭医生将公共卫生服务与基本医疗作为服务提供给签约对象，真正将公共卫生服务做真、做实，真正实现“医防融合”。

3、转诊权限下放

由家庭医生控制医疗支出，必须授予家庭医生绝对的转诊权。在“结余留用”的激励机制之下，家庭医生有足够的动力去主动为签约居民提供转诊服务，以控制医疗支出。

在紧密型医联体框架之下，家庭医生与牵头医院之间通过建立紧密的转诊合作关系，建设畅通的上下转诊通道，由家庭医生为签约居民的医疗服务来“点单”，以克服医患之间信息绝对不对称的弊端，充分发挥家庭医生卫生经费的“守门人”职能，最大限度发挥医保资

金的健康效用。

4、医保支付范畴延伸

预防的价值远大于医疗，这是共识。通过上述措施，当家庭医生与签约居民建立起紧密的服务关系后，医保资金支付范畴应由只支付基本医疗，延伸为支付基本医疗与健康促进，真正实行医疗保险向健康保险的转变。

具体的做法是，医保资金总额打包给医联体后，医保局要“二次放权”，将医保资金的使用权彻底下放给医联体与家庭医生，允许将医保资金用于健康体检、健康教育、疫苗接种等健康服务，进而发挥更大的效用。

[返回目录](#)

2022 年医保支付改革迈入“深水区”，三年行动计划正式启动

来源：医库

去年 12 月，第一届中国 CHS-DRG/DIP 支付方式改革大会在北京召开。此次大会系统回顾总结了 CHS-DRG/DIP 试点成效和经验。在大会现场正式启动了支付方式改革三年行动计划，并进行了全面部署。

据国家医保局出台的《医保支付方式改革三年行动计划》，支付方式改革将在三年内从 101 个试点城市推向全国。目前，全国 30 个城市开展 DRG 付费试点，71 个城市启动 DIP 付费试点。

根据国家医保局 2021 年 11 月 26 日印发的《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》显示，加快推进 DRG/DIP 付费方式改革。到 2024

年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 支付方式改革工作，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。

《通知》显示，按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出的“建立管用高效的医保支付机制”的要求，总结推广 2019-2021 年 DRG/DIP 付费国家试点的有效做法，推动医保高质量发展，促进供给侧结构性改革，维护参保人权益，国家医疗保障局制定了《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》。

这也就是说，2021 年是 DRG 和 DIP 两项医疗保险支付方式改革试点工作的收官之年，也是试点经验总结推广的关键之年。

DRG/DIP 支付方式改革的“历史渊源”

深化医保支付方式改革是党中央、国务院作出的重大战略部署，也是医疗保障制度自身发展完善、不断提高医保基金使用效率的必然要求。关于医保支付方式改革，近几年至少有三个重要的时间节点：

第一次是 2017 年 6 月，国务院办公厅印发《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》，要求全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。

第二次是 2020 年 3 月，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，要求建立管用高效的医保支付机制。

第三次是今年的 11 月底，国家医疗保障局《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》，以加快建立管用高效的医保支

付机制为目标，分期分批加快推进，提出从 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。

医保支付改革早在 2016 年 10 月，国务院印发的《“健康中国 2030”规划纲要》便明确的提出了：“积极推进按病种付费、按人头付费，积极探索按疾病诊断相关分组付费(DRGs)、按服务绩效付费，形成总额预算管理下的复合式付费方式。”

公立医院面对 DRG/DIP 支付方式改革应该精细化

过去公立医院可能存在粗放式发展的情况，存在一些医院管理者比拼医院床位数、手术量、年营收等维度的情况。现在已经进入以社会效益兼顾经济效益的现代化运营管理时代，所以医院管理者要扭转思维，想做好管理，就要专注经济效率，尤其是资源配置效率和质量的优化。

以 DIP 为例(DIP 即按病种分值付费，根据年度医保支付总额、医保支付比例及各医疗机构病例的总分值计算分值点值，形成支付标准)，以大数据的方法为基础，其实建立的是一种组合标准体系，考虑的因素包括形成疾病的严重程度，每一个病种在医疗资源消耗的量化标准，药品标准、耗材标准等。过去没有标准，不好比较，但现在作为医院管理者，尤其是公立医院的管理者，管理思维都应该从标准出发，这就是“标准先行”，管理必须进行精细化、科学化的改革。

过去很多人认为，公立医院最小的管理单位是科室。放到如今的背景下，这是错误的观念。公立医院应该进入到最小功能单位管理本

身没错。现在我们认为医院最小功能单位是病种。在大数据时代，所有数据的颗粒度都应该精确到最小的功能单位。公立医院的管理要基于数据的客观性，进行精准的判断分析，以此形成针对性的对策。

DRG/DIP 支付方式改革，为民营医院创造更公平的生态环境

尽管 DIP 试行分值浮动机制，引入医疗机构等级系数，区分不同级别医疗机构分值，并动态调整，但同时也明确规定，对适合基层医疗机构诊治且基层具备诊治能力的病种，制定的病种分值标准在不同等级医疗机构应保持一致。因此，对于医疗技术水平目前整体上不如公立医院的民营医院来讲也是一个公平的“待遇”。

同时，由于 DRG/DIP 支付方式从根本上废除了按项目收费，使得之前所有医疗服务、药品、耗材按照服务提供量来计费的这种办法彻底废除，也不会再被医保部门检查时以不合理收费、不合理检查对民营医院做出处罚变得不再是问题，而且更有利于促进民营医院自主确定医疗服务价格政策变成现实。

正是基于此，一旦实现了 DRG/DIP 支付方式改革，民营医院的生态环境将会变得更好，也是民营医院真正获得公平对待的一次机会。

以总额控费形式倒逼压缩医保不合理支出

DRGs/DIP 导入后，医保部门可更好地控制医保支付总额，而医院则需控制单次住院费用，迫使医院提升效率降低服务成本，抑制过度检查、过度治疗，同时提高诊疗质量以期获取更高的点数。

因此，随着 DRG/DIP 付费改革进程加速，药品和检查等都将成为

医疗机构的成本中心,对治疗效果影响甚微的产品在量上将被加速出清,有利于更具性价比的创新产品的放量,加速创新品种的研发上市,院内用药结构调整不可逆转,拥有更强适应和变革能力的药企才能把握住精细化控费下催生的新机遇。同时在公立医院控费压力之下也有利于第三方医学检验室、民营医疗机构的发展。

[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