医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第14期

(2024.04.01-2024.04.07)

医保 医疗 医药

北京先锋寰宇网络信息有限责任公司 主办

——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，直接跳转具体文章内容。）

• 分析解读 •

▶ 飞行检查——中医康复类检查思路及实现路径（来源：江苏省太仓市医保中心）——第 6 页

【提要】随着基金监管走向深入，开始聚焦重点领域，中医康复类项目已成为全国飞检的重点领域。笔者结合多次参与专项检查及省飞行检查实践经验，将中医康复类检查思路及实现路径总结归纳如下。

▶ “DRG/DIP 费率/点值”贬值“十大”原因分析（来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究）——第 12 页

【提要】医保 DRG/DIP 费率/点值“贬值”也是导致医保亏损的重要因素之一，研究分析 DRG/DIP 费率/点值“贬值”的原因，总结起来有区域 DRG/DIP 总权重/分值增加较快、区域医保基金外转速度较快、区域参保人员下降、人口老龄化加速等十大方面。

• 地方动态 •

▶ 南京鼓楼医院牵手雨花台区卫生健康委——院府合作打造城市药联体（来源：中国卫生杂志）—第 18 页

【提要】江苏省县域经济长期处于全国领先地位，县级医院综合服务能力持续提升、领跑全国，基层医疗卫生机构改革更是创新亮点频现。药品是治疗疾病、保障健康的重要“武器”，药学服务是医疗服务不

可或缺的组成部分。江苏在不断完善县域医疗卫生服务体系的同时，紧紧抓住县域药学服务能力建设这一重点，充分发挥药师在参与临床治疗、促进合理用药、保障患者用药安全中的专业技术作用，在取消“以药补医”机制的大背景下，为基层药学服务转型发展探索了一条新路。近日，《中国卫生》杂志记者走进江苏，近距离感受县域场景下的药学服务新模式。

▶ 广西：打造特色“桂药膳”“桂制剂”品牌（来源：中国中医药报）——第 24 页

【提要】日前，广西壮族自治区中医药管理局印发《2024 年广西中医药工作要点》，围绕中医药内涵建设、服务水平、人才队伍、科技创新能力等方面提出 28 项工作要点，奋力推动广西中医药高质量发展。《工作要点》明确，加快实施广西中医药(壮瑶医药)发展“十四五”规划等政策文件;重点打造“名医、名药、名技法、名馆(阁)”“四名”品牌，形成具有广西特色的壮瑶医药品牌;加快推进各项中医药重大工程项目建设;开展自治区中医药传承创新发展示范试点项目建设，推进自治区中医药传承创新发展试验区建设。

• 医院管理 •

▶ 高质量发展下医院经济评价体系（来源：三智医管）——第 26 页

【提要】高质量展是新时代的主题，要求各行各业各领域均注重高质量发展。随着我国居民对医疗服务需求日益增加和医疗服务期望的显著增强，我国医药卫生改革持续深入推进，无论是医疗服务水平，还是

医疗服务环境，亦或是医疗服务质量，均取得了长足的进步。然而，信息化时代的数字化与数据化特征，给医院服务提出了新要求和新挑战，为了更好地应对信息化冲击，2021 年 5 月国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》，要求医院迎合信息化时代，加强改革变革，促进高质量发展。

▶ 从数据分析医疗精益管理的现状和未来（来源：中科厚立）——第 32 页

【提要】数据在精益管理中发挥着什么样的作用呢？数据是整个模式中的最重要的分析支撑点，无论是非增值活动的浪费分析，还是流程分析，都需要数据分析师的深度介入。因此，数据分析和应用已经成为支撑精益六西格玛的关键一环。

• 医药专栏 •

▶ 解决耐药菌危机需研发与合理使用并重（来源：中国卫生杂志）——第 35 页

【提要】抗菌药是 20 世纪最伟大的发明之一，也是现代医学的重要支柱。然而，产生于几十亿年前的细菌仍在进化之中，新的耐药菌不断出现。尤其近几年，我国乃至全球范围内的各种耐药菌检出率均大幅提高，远超过往同期增幅。近几年，呼吁抗菌药合理使用和加快研发的呼声越来越高，能够达成共识的是，想要再现抗菌药物研发的“行业繁荣”，还需社会各界一同发力。

▶ 国家医保局：经过 6 轮调整，累计 744 个药品新增进入目录（来

源：国家医保局）——第 41 页

【提要】“医保药品目录的药可以上哪儿买?”“报销有何调整?”国家医保局微信公众号开通目录查询和药品配备机构查询功能半年多来，一些参保人对哪些新药纳入 2023 年版国家医保药品目录、具体报销细则等情况还不是很了解。针对社会普遍关心的问题，国家医保局有关负责人日前作出详细解答。

• 智慧医疗 •

▶ 5G 智慧医院急救平台优势如何体现（来源：MyComm）——第 44 页

【提要】随着科技的飞速发展，5G 网络逐渐成为现代社会的核心技术之一。而在医疗领域，5G 技术也正逐渐改变着急救服务的方式。5G 智慧医院急救平台，正是这一变革的产物。

▶ 浅谈中国移动医疗产业链（来源：联信志诚）——第 46 页

【提要】中国移动医疗产业链是指利用移动互联网技术，为医疗行业提供一系列便捷、高效的服务。随着移动互联网的普及和医疗行业的快速发展，移动医疗产业链在中国得到了迅速的发展，成为医疗行业的重要组成部分。 中国移动医疗产业链主要包括医疗设备制造商、医疗服务提供商、移动医疗应用开发商、电信运营商和患者等几个方面。这些方面相互依存、相互促进，共同推动着移动医疗产业链的发展。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

飞行检查——中医康复类检查思路及实现路径

来源：江苏省太仓市医保中心

随着基金监管走向深入，开始聚焦重点领域，中医康复类项目已成为全国飞检的重点领域。笔者结合多次参与专项检查及省飞行检查实践经验，将中医康复类检查思路及实现路径总结归纳如下。

一、检查思路

(一)了解检查对象和检查项目

首先要对检查对象的概况有所了解，如机构规模，机构等级，综合医院/专科医院，基金使用量，医疗机构执业许可证范围;科室设置情况，是否有中医和康复科室;科室人员是否达到科室业务要求，医生、护士、医技人员是否具备相关资格;机构开展哪些中医康复类项目，有哪些康复理疗设备，设备主要功能和操作步骤，设备数量是否满足中医治疗、康复训练、物理治疗的工作量需求等。

其次要对检查项目有所掌握，如中医康复类项目有哪些?项目内涵、除外内容，计价单位，价格，说明、收费类别(甲、乙、丙)以及诊疗操作规范等内容要做到心中有数。目前中医类有中医外治、中医骨伤、针刺、灸法、推拿疗法、中医肛肠、中医特殊疗法、中医综合等八大类131个项目;康复类有64个项目,分为康复评定和康复治疗;

物理治疗类有 30 个项目，主要通过电、磁、光、超声波等物理学方法进行康复治疗。

(二)反向思维：由项目费用产生过程反向检查项目使用过程中是否存在违法违规

中医康复类项目费用产生过程为：中医医师/康复医师通过门诊治疗单/住院医嘱开具中医类/康复类项目，然后通过收费由中医医师/康复医师/康复治疗师/理疗技师按诊疗规范执行相关操作。

在检查时可以通过反向思维，由项目费产生结果反向检查项目使用过程中是否存在违法违规，进行反向追溯。

二、实现路径

(一)提取数据，统计机构项目使用量

根据检查时间段，提取机构端完整数据，包括结算主单、结算明细数据，然后进行项目汇总，列出中医类、康复类项目费用情况，并按科室、医生进行分类汇总，确定检查重点项目、重点科室、重点人员。

(二)检查机构执业许可证、科室设置、人员资质情况

中医(综合)医院、中西医结合医院，医疗机构执业许可证诊疗科目一般要备注到二级科目(如中医科：外科专业、骨伤科专业;肛肠科专业;针灸科专业;推拿科专业;康复医学专业);其他医疗机构许可证诊疗科目一般只备注到一级科目(如中医科)。

一般中医(综合)医院、中西医结合医院中医科室设置较多，细分

到中医内科、中医外科、中医妇科、中医儿科、针灸科、中医骨伤科、中医康复科、中医肛肠科等中医二级科室;其他医疗机构一般只设置中医科。

中医医师须持有医师资格证书和医师执业证书，才可以按照注册的执业类别和执业范围执业。全科医师和乡村医生应当具备中医药基本知识以及运用中医诊疗知识、技术，处理常见病和多发病的基本技能。

在检查时，若发现机构存在超执业许可证范围的诊疗项目以及医师超执业范围和无执业资质人员的违法费用，可以依法予以追回并作出相应的行政处罚。

(三)筛选重点项目、重点科室、重点医师病案进行检查

根据重点违规问题(负面清单)，结合《全国医疗服务项目技术规范》和医疗服务项目价格政策以及诊疗规范、临床路径、指导原则等有关规定，并结合诊疗项目结算量、使用科室特点等信息，制定有关筛查规则。按照数据初筛确定的问题，分类提取病案，检查重点项目、重点科室、重点医师病案。

病案提取后，由检查人员、医疗专家对抽取的病案进行查阅，重点核查是否存在过度诊疗、过度检查、不合理用药等违反诊疗规范的情况，结合费用清单对收费项目合理性和病案记载与收费一致性等问题进行审核，是否存在分解项目以及串换项目收费或虚构医疗服务项目的违法违规问题。

(四)现场检查

根据机构提供的固定资产表盘点定点医疗机构的中医治疗、物理治疗、康复训练设备，关注设备注册证、说明书和设备的使用年限，调取设备维修和报损记录。重点检查机构有哪些康复理疗设备，设备主要功能和操作步骤，设备数量是否满足中医治疗、康复训练、物理治疗的工作量的需求。

现场赴中医治疗室、康复理疗治疗室检查。检查康复、理疗、中医治疗的记录单，仔细察看治疗项目、治疗部位、次数、开始时间、结束时间、治疗时间、特殊反应、治疗师签名等相关要素是否齐全。随机抽取正在治疗的病人，比对治疗项目、治疗部位、次数是否与治疗计划(医嘱)、治疗记录单一致。重点关注治疗是否符合项目内涵、是否多记虚记治疗项目。检查治疗设备是否与固定资产表、维修记录、损坏记录等帐物相符。

三、典型案例

(一)不规范诊疗收费

违规情形：将红花泡在酒精中，给病人进行涂擦，预防压疮，按“中药涂擦治疗”(410000003)收费。未根据患者病情，辨证调配药物。

依据：《全国医疗服务项目技术规范》中药涂擦治疗项目内涵：根据患者病情，辨证调配药物，取合适体位，局部清洁、常规消毒，用力均匀轻柔地涂于患部。《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服

务设施范围及支付标准》中药涂擦治疗项目内涵含药物调配，除外内容为药物，计价单位 10%体表面积(创面)。

(二)超标准收费

违规情形：开展“中医定向透药疗法”(420000013)使用中医定向透药仪时所用电极片中无药物。未根据病情辨证调配药物进行透药治疗。

依据：《全国医疗服务项目技术规范》中医定向透药治疗项目内涵：指在超声、微波等药透仪的作用下，结合中医穴位等辨证理论，将药物直接从皮肤定向地送到病变部位的疗法。《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》中医定向透药疗法项目内涵含仪器使用，药物。

(三)重复收费

违规情形：开展“温针”(430000002)同时收取“普通针刺”(430000001)；开展“偏瘫肢体综合训练”(340200040)同时收取“平衡功能训练”(340200024)。

依据：《全国医疗服务项目技术规范》温针灸治疗项目内涵：在普通针刺基础上，再于针柄上放置艾绒或艾条段，点燃，可根据病情，更换数次艾绒或艾条段。密切注意灸处感觉，防止烫伤。计价说明：收取“温针灸治疗”费后不再收取“普通针刺”费。《全国医疗服务项目技术规范》偏瘫肢体综合训练项目内涵：通过徒手的方式，对患者进行身体关节活动度训练，调整异常肌张力训练，诱发患者主动活

动能力训练，协调性功能训练，平衡功能训练，日常生活动作能力综合训练。该项目内涵已包含“平衡功能训练”。

(四)串换诊疗项目收费

违规情形：将艾灸治疗(440000001)按“雷火灸”(440000008)进行收费。

依据：《全国医疗服务项目技术规范》雷火针灸治疗项目内涵：选用专用的雷火针灸条，将一端点燃，用多层棉布包裹其烧着的一端，立即紧按于穴位，进行灸熨，灸条冷后再燃再熨，反复灸熨 5-10 次为度。检查中发现机构虽使用名称为“雷火灸条”材料，但经询问笔录及现场操作演示，实为普通的“艾灸”操作，不能以所用的材料定性诊疗项目。

(五)过度诊疗收费

违规情形：心内科住院病人，常规开展耳穴埋籽(心、神门、肾上腺、脾)qd，穴位贴敷(双侧心俞、内关、足三里)qd，手指点穴/经穴推拿(双侧心俞、内关、足三里)qd。且无诊疗操作记录单，只在非手术科室护理记录单(病情观察及护理措施)档内予以记录，实际操作者为护师。

依据：目前过度诊疗无权威界定，一般通过病案检查并结合医学专家意见确定。该科室所有入院病人均常规开展此三项中医项目，未按诊疗规范根据病情制定不同的诊疗方案，机构方也未能给出合理性解释。

返回目录

“DRG/DIP 费率/点值”贬值“十大”原因分析

来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究

医保 DRG/DIP 费率/点值“贬值”也是导致医保亏损的重要因素之一，研究分析 DRG/DIP 费率/点值“贬值”的原因，总结起来有十大方面。

原因一：区域 DRG/DIP 总权重/分值增加较快原因

医保基金的有限性决定，为了提高医保基金的使用效率，医保部门实行区域总额预算管理，按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，并综合考虑各类支出风险的情况下，统筹考虑物价水平、参保人医疗消费行为、总额增长率等因素，建立健全医保经办机构与定点医药机构的协商谈判机制，合理确定医保总额预算指标。不再细化明确各医疗机构的总额控制指标，而是把项目、病种、床日等付费单元转换为一定权重/点数，年底根据各医疗机构所提供服务的总权重、总点数以及地区医保基金支出预算指标，得出每个权重、点的实际价值，按照各医疗机构实际点数付费。

医保部门平时给医院结算费率/点值是预结算价格，不是最终价格，而是年度结算后，结合医保区域预算总额，最后确定清算价格。

DRG/DIP 区域预结算费率/点值=DRG/DIP 区域总额预算÷区域预算 DRG/DIP 总权重/总分值

DRG/DIP 区域决算费率/点值=DRG/DIP 区域总额预算÷区域实际

DRG/DIP 总权重/总分值

由此可以看出，在 DRG/DIP 区域预算总额一定的前提下，如果区域实际 DRG/DIP 总权重/总分值增加较快，大于原来区域预算的 DRG/DIP 总权重/总分值，在区域医保预算有限的情况下，就会引发费率/点值贬值缩水现象。

目前情况下，由于医保和医院之间对医保总额预算信息不对称，就是医保部门公布了总额预算测算方式，医院也很难估算出来 DRG/DIP 实际结算费率/点值。还有，由于各家医院的内部竞争关系，DRG/DIP 实际权重/分值也不清楚。所以，就导致了医院对 DRG/DIP 费率/点值贬值不可控。

原因二：区域医保基金外转速度较快原因

区域医保基金有限性决定，区域医疗服务能力不足，或服务意识不强，导致外转速度较快，外转患者的医疗费用，相对于区域内的医疗费用来说，医保部门管控力下降，就会挤占区域内医保基金预算。

住院医保总额预算=区域内住院医保总额预算+外转住院总额预算

区域内住院医保总额预算=住院医保总额预算-外转住院总额预算

外转住院患者比例虽然很少，但是，确使用了大量的医保基金，外转住院患者越多，区域内住院医保总额预算就会相应减少，也会引发 DRG/DIP 费率/点值贬值缩水现象。

原因三：区域参保人员下降原因

区域医保总额预算的多少，与区域内缴费人口基数紧密联系。随着人口流动，人口流出地的群众到人口输出地缴纳医保，人口流出地医保缴费基数下降，影响人口输出地医保基金总额。还有，由于医保缴费基数逐年上涨，低收入群体缴费意愿下降导致缴费人员减少，都影响到区域医保基金总额。

区域医保基金总额=∑医保缴费人数×医保缴费标准

如果医保缴费人口基数下降，就会导致医保基金总额减少，同样也会引发 DRG/DIP 费率/点值缩水现象。

原因四：人口老龄化加速原因

随着人口老龄化加速，疾病谱发生变化，就医需求在逐步增加，医保基金的有限性，与人民群众就医需求的无限性的矛盾日益突出，虽然医保缴费基数及国家补助在逐年增加，但是，依然赶不上人口老龄化速度。

DRG/DIP 权重/分值=区域医保住院患者人次×DRG/DIP 入组权重/分值

老龄化加速导致住院患者人次增加，住院患者增长的速度超过了区域医保基金增长速度，推动区域 DRG/DIP 总权重/总分值增加，区域医保住院基金一定的情况下，必然引发 DRG/DIP 费率/点值贬值缩水。

原因五：异地直报原因

锁着异地直报政策的推出，许多区域内患者可以在异地住院直接报销，由于医保基金总额预算管理，异地直报患者人数增加，必然减少区域内住院医保基金金额。

区域住院医保基金总额=区域住院医保预算-异地直报预算

从公式可以看出，区域内住院医保基金总额的减少，也会引发区域内 DRG/DIP 费率/点值的贬值缩水。

原因六：医院抢权重/抢分值原因

DRG/DIP 支付方式改革，引入的是内部人市场竞争控制机制，与以往的按照医院“分蛋糕”机制不同，激励区域内各家医院，都要在区域住院医保总额预算的池子里“抢蛋糕”，医院抢不到“蛋糕”，就没有较好的医保收入，倒逼医院提高竞争力。

区域DRG/DIP住院医保基金分配=各家医院DRG/DIP总权重/总分值×DRG/DIP 费率/点值

医院为了获得较多的 DRG/DIP 总权重/总分值，就会千方百计增加住院患者，患者数量是增加 DRG/DIP 医保收入的基数，没有保有量的患者做基数支持，就很难获得较好的 DRG/DIP 医保收入。

各家医疗机构的激烈竞争，推动了住院率的上升，住院患者的增加，扩大了 DRG/DIP 总权重/总分值，受区域医保住院总额预算的制约，DRG/DIP 费率/点值编制缩水就在所难免。

原因七：医疗服务行为改变原因

传统的按照项目及医院医保总额预算管理模式下，只要不超过医

院医保总预算发生费用医保就买单，犹如“医生点餐、医保买单”，医保部门处于被动，而 DRG/DIP 付费不同，是按照标化后的 DRG/DIP 权重/分值结合费率/点值付费。

但是，DRG/DIP 权重/分值重点侧重疾病的风险疑难程度，结合历史费用的标化，有手术、治疗、操作的权重/分值就高，保守治疗的权重/分值就低。极大的推动了各家医院内科外科化、外科微创化，医疗服务能力得到了极大提高，但是面对人口老龄化现实，技术的进步就推动了 DRG/DIP 权重/分值结构发生了较大的变化，高权重/高分值的病种占比提升，相应的区域 DRG/DIP 总权重/分值增加较快，在区域医保基金有限的情况下，也就导致 DRG/DIP 费率/点值的贬值缩水。

原因八：病历质量升级原因

从前医院对病历首页质量关注度不够，主要侧重临床文书要求，DRG/DIP 付费下病历首页成为结算的主要依据，成为了医院的“数据资产”。由于,DRG/DIP 付费，是基于历史前 3 年的病历首页数据测算，开始付费后，医院的重视程度极大提高，诊断、编码质量大幅度提高，还有，一些高编、高套等现象，导致区域内 DRG/DIP 总权重/分值增加过快，在区域医保基金有限的情况下，也是导致 DRG/DIP 费率/点值的贬值缩水的一个主要原因。

原因九：医院达标上等原因

DRG/DIP 支付方式改革，突出病组(病种)、权重(分值)和系数三

个核心要素，由于机构系数大部分基于医院级别设计，由于医院达标上等，医院机构系数提升，导致区域医保预算分配的基础增加，也就导致了医保 DRG/DIP 费率/点值贬值缩水。

区域医保DRG/DIP费率/点值=区域医保DRG/DIP住院总额预算÷区域医院 DRG/DIP 总权重/总点值

区域医院 DRG/DIP 总权重/总点值=各家医院 DRG/DIP 权重/点值×机构系数

加入机构系数一般三甲 1,3 级 0.95，二甲 0.8，二级 0.75，一级 0.6，如果区域医疗机构达标上等后，就会导致区域医院 DRG/DIP 总权重/总点值增加，在区域医保基金有限的情况下，也是导致 DRG/DIP 费率/点值的贬值缩水的一个主要原因。

原因十：医疗供给过剩原因

许多地方医疗供给已经过剩，可新开医院犹如雨后春笋，特别是大医院跨区域分院建设，医院供给的过剩，促使医院之间恶性竞争更加激烈，对本来就紧张的区域医保基金来说提出了挑战，对当地医疗机构带来较大的影响和冲击。

区域医保DRG/DIP费率/点值=区域医保DRG/DIP住院总额预算÷区域各家医院 DRG/DIP 总权重/总点值

如果区域内医院过多供给过剩，病床使用率不高，医院为生存和发展就会出现恶性竞争，“低门槛收住病人”现象，进而增加各家医院 DRG/DIP 总权重/总点值，在区域医保基金有限的情况下，也是导

致 DRG/DIP 费率/点值的贬值缩水的一个主要原因。

返回目录

• 地方动态 •

南京鼓楼医院牵手雨花台区卫生健康委
——院府合作打造城市药联体

来源：中国卫生杂志

江苏省县域经济长期处于全国领先地位，县级医院综合服务能力持续提升、领跑全国，基层医疗卫生机构改革更是创新亮点频现。药品是治疗疾病、保障健康的重要“武器”，药学服务是医疗服务不可或缺的组成部分。江苏在不断完善县域医疗卫生服务体系的同时，紧紧抓住县域药学服务能力建设这一重点，充分发挥药师在参与临床治疗、促进合理用药、保障患者用药安全中的专业技术作用，在取消“以药补医”机制的大背景下，为基层药学服务转型发展探索了一条新路。近日，《中国卫生》杂志记者走进江苏，近距离感受县域场景下的药学服务新模式。

在县域，通过紧密型医共体的建设，县级医院和基层医疗卫生机构建立相对明确的牵头领办关系，进而带动基层药学服务能力的提升。在城区，尤其是超大城市的市区，基层医疗卫生机构所能接触到的优质医疗资源非常丰富。于是，根据自身特点，寻找适合的大型公立医院作为“合作伙伴”，逐渐成为城区基层医疗卫生机构提升药学

服务能力的重要形式。2020 年 12 月，南京市雨花台区卫生健康委和南京鼓楼医院(以下简称鼓楼医院)签订“药联体”建设协议，以“院府合作”的模式创新开展药学服务领域的深度合作，在大型公立医院直接帮扶基层医疗卫生机构方面探索出一些可供借鉴的经验。

双向奔赴开启合作之路

2018 年，鼓楼医院内分泌专业临床药师计成申请到了一项慢性病用药管理的课题。为了收集相关数据，经医院药学部主任葛卫红介绍，他来到了位于南京市雨花台区的西善桥社区卫生服务中心，一边收集基层慢性病用药数据，一边调研基层药学人员工作现状。一段时间后，他发现，基层患者的用药依从性很差，血糖、血压、血脂等的控制情况非常不乐观;基层药师则多忙于基础的药品调剂工作，药学服务的专业价值并没有发挥出来。

基层用药管理的现状，让计成重新审视了鼓楼医院的药学服务模式和特点。鼓楼医院自 2006 年起就开始试行药师下临床制度，2010 年正式建立药学门诊，2016 年开展临床药师参与慢性病用药管理工作。经过十余年的发展，鼓楼医院在合理用药、慢性病用药管理以及药学门诊等方面积累了一定的经验。“何不借此机会，看看是否能将三级医院慢性病用药管理模式复制到基层呢?”很快，计成的想法就得到了医院的认可，形成了合作意向。

2018 年，对于雨花台区卫生健康系统也是非常关键的一年。当年，国家提出推动药学服务模式实现“两个转变”，即从“以药品为

中心”转变为“以病人为中心”，从“以保障药品供应为中心”转变为“在保障药品供应的基础上，以重点加强药学专业技术服务、参与临床用药为中心”。“当时，雨花台区基层医疗卫生机构的药学服务能力非常薄弱，药学服务更多地停留在药品采购与供应上。”雨花台区卫生健康委副主任戴国强说，“基层药学服务怎么转型?转到什么程度?基层药学人员的职业前景是什么?怎样稳住这支队伍?这些成为委里重点考虑的问题。”

计成的到来，给雨花台区卫生健康委带来了转型思路。“区里和鼓楼医院的接触多了起来。鼓楼医院很多的药学活动、药学项目都会喊区里的药师参加。我们的视野逐渐打开了。”戴国强告诉记者，雨花台区卫生健康委和鼓楼医院决定先做一个试点，“先看看到底有多少人需要基层药学服务。”

2019 年，西善桥社区卫生服务中心糖尿病药物治疗管理门诊开业了，计成作为外聘的药学专家，与中心药师们一起为附近居民提供药学服务。糖尿病药物治疗管理门诊很快受到了辖区居民的欢迎。很多患多种疾病、服多种药物的居民，在药师的指导下，吃的药少了，用药方式规范了，用药依从性提高了，血压、血糖、血脂的管理达标了。经过口口相传，主动到社区寻求药学服务的居民越来越多。

“基层药学服务能力不足是长期存在的问题，仅仅依靠一个‘计成’远远不够。”戴国强介绍，在前期试点的基础上，2020 年 12 月，雨花台区卫生健康委与鼓楼医院签订了药联体合作协议，将区内雨花

医院以及 6 家社区卫生服务中心全部纳入药联体管理。“我们希望依托药联体模式，将鼓楼医院的优质药学资源下沉到雨花台区基层机构，把鼓楼医院的临床药师‘请下来’，把基层机构的骨干药师‘送上去’，全面复制鼓楼医院慢性病用药管理模式，全面提升全区基层药学服务能力。”戴国强说。

院府合作提升基层能力

自成立之初，药联体一直都是雨花台区卫生健康委工作台账上的重点项目。为推动药联体建设取得实效，该区卫生健康委成立了药联体建设领导小组，由区卫生健康委主任担任组长，鼓楼医院药学部主任、区卫生健康委分管副主任共同担任副组长，鼓楼医院药学部副主任、区卫生健康委药事管理科科长以及基层医疗卫生机构负责人担任成员，统筹推进各项工作，协调解决重大困难与问题。同时，雨花台区每年拿出 50 万元左右的经费，用于药联体下沉专家补助、基层人员培训和绩效考核奖励等事项。

“药联体建设的第一件事，就是人才培养。鼓楼医院的目标是让基层药师学会技能，而不是代替他们。”葛卫红介绍，针对基层药师临床药学知识储备不足、临床药学服务经验欠缺等现状，在南京市卫生健康委的组织下，鼓楼医院与雨花台区卫生健康委协作开展了一系列专题培训、进修活动。

鼓楼医院组织多名经验丰富的临床药师组成师资队伍，针对雨花台区基层药学服务需求，以慢性病用药管理、处方审核、药学门诊开

设等为主要内容，总结提炼医院已有的临床药物治疗路径等模式和经验，个性化地设计课程，开展理论和实践培训。仅 2023 年 11 月，鼓楼医院就为药联体开设 20 场线上常见病用药讲座，邀请不同专业药师讲解冬季呼吸道传染病、心脑血管疾病等的用药选择、审方要点。戴国强说："因为授课内容非常专业、实用，不仅基层药师参与培训，很多基层医生也主动听课。每次讲座参与人数都超过 300 人，而全区卫生技术人员总数才 600 多人。"

为了让基层药学人员更直观、更全面、更深入地了解临床药学服务，鼓楼医院给予雨花台区基层药师优先参与临床药师规范化培训的绿色通道，培训内容包括跟随临床药师开展药学查房、上药学门诊、参与处方点评等。截至目前，鼓楼医院共为雨花台区基层医疗卫生机构培养 6 名临床药师，规培人员中有 14 人取得江苏省家庭药师合格证书。

为让药学服务更多地走近居民，鼓楼医院选派了多名经验丰富的临床药师前往雨花台区各个基层医疗卫生机构，协助开设药学门诊，并以"传帮带"的形式指导基层药师开展专业药学服务。目前，慢性病药学门诊建设已在雨花台区政府办基层医疗卫生机构中实现全覆盖。基层医疗卫生机构在药学门诊建设中也融入了自身特色，铁心桥、西善桥中心开设了糖尿病药物治疗管理门诊，雨花中心开设了心血管药物治疗管理门诊，岱山中心开设了咳喘药物治疗管理门诊，板桥、开发区中心开设了慢性病药物治疗管理门诊。与此同时，以药学门诊

为基础，鼓楼医院积极指导基层医疗卫生机构提供家庭药师服务，成立三级医院药师与基层药师联动的家庭药师团队，充实家庭医生签约服务，将优质药学服务向社区和家庭延伸。2023 年，药联体共提供慢性病精细化管理服务 402 人、药学门诊服务 682 人次;家庭药师共建立用药档案 248 份，整理过期药品 194 盒(瓶)，开展用药教育 215 人次、用药评估 113 人。

“在与鼓楼医院深度合作的过程中，我们发现鼓楼医院的审方系统做得特别好，从事后点评变成事前审核，患者用药安全性得到了更好保障。”戴国强介绍，在鼓楼医院的大力帮助下，2021 年 10 月，雨花台区合理用药审方系统在全区政府办医疗机构中上线运行。2022 年 7 月，雨花台区区域审方中心在雨花医院建成并投入运行，该中心以雨花医院药师为主体、社区卫生服务中心药师为补充，集中进行处方前置审核。2023 年，审方系统自动通过率上升为 96.61%，较 2022 年提高了 10 个百分点。

运行几年后，雨花台区药联体带动基层药学服务转型发展的效果充分显现：基层药学服务水平大幅提升，药学门诊和家庭药师工作室开办实现全覆盖，药学服务逐渐延伸至居家场景，药学人员职业荣誉感明显增强。“好多次到雨花台区社区卫生服务中心，我都被基层药学人员所感动，他们那种想做事、想把事情做好的精神面貌让我觉得非常欣慰。这就是大型公立医院应该履行的社会义务!”看到药联体给基层药学人员带来的巨大变化后，更坚定了葛卫红和她的团队继续

下沉基层、帮扶基层的决心。

2023 年 12 月，为期三年的药联体合作协议到期。雨花台区卫生健康委和鼓楼医院续签了协议，开启了新三年的合作。上下衔接统一的慢性病用药目录，覆盖病房和社区卫生服务站的审方系统，深入居家药学服务一线的家庭药师……对于未来的合作内容，雨花台区卫生健康委和鼓楼医院都是信心满满。

返回目录

广西：打造特色“桂药膳”“桂制剂”品牌

来源：中国中医药报

日前，广西壮族自治区中医药管理局印发《2024 年广西中医药工作要点》，围绕中医药内涵建设、服务水平、人才队伍、科技创新能力等方面提出 28 项工作要点，奋力推动广西中医药高质量发展。

《工作要点》明确，加快实施广西中医药(壮瑶医药)发展“十四五”规划等政策文件;重点打造“名医、名药、名技法、名馆(阁)”“四名”品牌，形成具有广西特色的壮瑶医药品牌;加快推进各项中医药重大工程项目建设;开展自治区中医药传承创新发展示范试点项目建设，推进自治区中医药传承创新发展试验区建设。

在提高中医药医疗服务水平方面，《工作要点》提出，修订第一批中医非药物疗法，制定一批中医诊疗方案。提升中(壮瑶)医药服务能力，开展中医优势专科和重点专科建设，推进少数民族医医师资格考试标准化项目建设。开展中西医协同旗舰科室、重大疑难疾病中西

医临床协作项目建设。提升基层中医药服务能力，力争实现基层医疗卫生机构中医药服务全覆盖。

在建设高素质中医药人才队伍方面，《工作要点》提出，完善中医药人才培养体系，深入实施广西名中医、岐黄人才、薪火人才“三大工程”，支持建设 40 个桂派中医大师、广西名中医传承工作室，深入开展“名中医八桂行”活动;持续开展中医全科医师转岗、中医馆骨干等培训。深入推进中医药师承教育和继续教育。

在促进中医药科技创新发展方面，《工作要点》提出，推进国家中医药传承创新中心、西南濒危药材资源开发国家工程研究中心、国家基本中医药循证能力基地、国家中医临床研究基地等科研平台建设;协同实施“广西中药民族药产业集群协同攻关与优势产品提质增效研究”项目，围绕“桂十味”及区域特色药材开展关键技术应用研究;推进中医药古籍数字化工作，加强广西民间秘方验方挖掘整理和应用。

在加快中医药+健康产业融合发展方面，《工作要点》提出，开展“十大药膳”和区域特色民族药膳标准制定，推动药食同源相关成果及产品的转化，打造“桂药膳”品牌。推动医疗机构中药(少数民族药)制剂创新能力建设，打造汇聚广西中医药(壮瑶医药)特色的“桂制剂”品牌。深化中医药+健康产业融合发展，推动中药材产业由种植向加工、康养、休闲旅游等方面延伸，促进中药材种植、生产、流通、使用环节全产业链融合发展。

《工作要点》还明确，加快中医药文化传播，推动中医药对外开放发展。做好提高中医药法治化水平、加强中医药资金管理使用等方面工作，完善中医药发展支撑保障。

返回目录

• 医院管理 •

高质量发展下医院经济评价体系

来源：三智医管

一、引言

高质量展是新时代的主题，要求各行各业各领域均注重高质量发展。随着我国居民对医疗服务需求日益增加和医疗服务期望的显著增强，我国医药卫生改革持续深入推进，无论是医疗服务水平，还是医疗服务环境，亦或是医疗服务质量，均取得了长足的进步。然而，信息化时代的数字化与数据化特征，给医院服务提出了新要求和新挑战，为了更好地应对信息化冲击，2021 年 5 月国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》，要求医院迎合信息化时代，加强改革变革，促进高质量发展。

对标高质量发展，当前医院经济运行评价无法符合新要求，特别是评价指标体系不健全、不完善。一是指标筛选原则不适用，无法满足高质量发展新要求。医院经济运行评价指标的筛选主要遵循经济发展效益、业务运行效率、管理实践需要，围绕的是医院在运营与管理

中的实践需求,没有考虑到高质量发展的新需求，没有针对高质量发展内涵重新提炼评价要素,评价指标不仅不适用于高质量发展新命题，也缺乏足够的导向性。二是指标设计不合理，没有反映高质量发展新趋势。医院经济运行评价指标的设计主要以绩效考核为出发点，选择性地择取了部分经济指标,缺乏整体性经济评价,更没有考虑到高质量发展趋势下的业财融合指标，评价指标以财务指标为主,缺乏业财融合的代表性指标，指标设计不科学、不合理。

基于此，本研究以医院为对象，通过文献和政策文件梳理，以高质量发展为标的,尝试构建高质量视角下医院经济运行的评价指标体系。

二、高质量发展视角下医院经济运行评价指标构建原则

首先,高质量发展视角下医院经济运行评价体系的构建要遵循客观性的原则。客观性原则要求评价指标要体现客观事实，能够量化可测量，具体而言，就是医院经济运行的评价要符合医院的实际发展情况，评价指标要反映客观事实的各维度,不能融入过多的主观指标,也不能融入非必要的情感指标。

其次,高质量发展视角下医院经济运行评价体系的构建要遵循全面性的原则。全面原则要求评价指标要体现内部与外部双重结构，具体而言,就是医院经济运行的评价要全面反映医院的各方发展,不仅要考虑医院内部的结构与管理，比如医院的经济收益、成本效率、管理效益等，也要考虑医院外部的发展与控制，比如，医院的竞争优势、

社会效益、可持续发展力等。

最后，高质量发展视角下医院经济运行评价体系的构建要遵循联系性的原则。联系性原则要求评价指标要体现相互之间的关联性，具体而言，就是医院经济运行的评价要综合考虑各种因素，评价指标要注重相互之间的联系性，指标不能独立存在，也不能同等存在，而是在融合设定指标的基础上，注重指标之间的层次性。

三、高质量发展视角下医院经济运行评价指标构建框架

根据医院高质量发展的基本要求和主要内涵，立足医改政策的实践要求，遵循医院经济发展与运营管理、医院经济发展与业务发展、医院经济发展与内部管理、医院经济发展与外部环境、医院经济发展与长期发展的关系，构建高质量发展视角下医院经济运行评价指标体系的基本框架，包括运营效益、风险控制、收支结构、发展能力四个层面。

1. 运营效益。医院运营效益是实现高质量发展的基本前提。运营效益体现在运行效率和运行效应两个方面，运行效率和运行效应体现医院的精细化管理水平。高质量发展视角强调医院的运营效益维度，要求医院努力改变效率低下的现实问题，注重医院的可持续性绩效考核。其中，医院运行效率可采用总资产周转率、固定资产周转率、流动资产周转率、应收账款周转率等指标进行衡量，侧重于医院资产利用效率的提升，以及医疗账款回收周期的缩短，有效提高资产运作效率；运行效益可采用资产收益率、经费自给率、床位使用率、床位周

转次数、百元固定资产医疗收入等指标进行衡量，侧重于医院资源利用效益的提升,以及单位经济收益的提高，有效增强运营效益。

2.风险控制。医院风险控制是实现高质量发展的基本保障。风险控制体现在偿债风险控制和收支风险控制两个方面,偿债风险控制和收支风险控制体现医院的风险管理水平。高质量发展视角强调医院的风险应对与管控,要求医院应当努力防范经济风险或者是排查潜在的业务风险，注重医院经营风险的预警、监控、干预与处置。其中，医院偿债风险控制可采用资产负债率、流动比率、速动比率等指标进行监测,侧重于防范短期资金风险和长期负债压力,进而控制偿债风险;医院收支风险控制可采用医疗盈余、非财政拨款结转、财政性资金结转率等指标进行衡量,侧重于医院盈余指标的评估,以及非财政拨款结转指标的评价,进而控制收支风险。

3.收支结构。医院收支结构是实现高质量发展的关键因素。收支结构体现在收入结构和成本结构两个方面,收入结构和成本结构体现医院的结构稳定稳健。伴随医疗技术的日益进步，医疗患者就医多样化发展,以及患者病种的复杂化变化,医院收支结构发生了重大改变,卫生材料等收入在收入结构中的比重越来越高,诊疗服务等收入在收入结构中的比重越来越低,医用耗材等支出在支出结构中的比重越来越高。结合医院高质量发展和医院绩效考核要求，医院收支结构评价要体现科学的收入结构和合理的成本结构。其中，收入结构可采用医疗服务收入占医疗收入比例、药品收入比例、检查收入比率等指标进

行衡量,侧重于医院收入结构的优化配置;成本结构可采用百元医疗收入人员经费、百元医疗收入能耗消耗、百元医疗收入药品/材料、管理费用率、人员经费支出比例等关联性指标来反映,侧重于医院支出结构的合理分配。

4.发展能力。医院可持续发展能力是实现高质量发展的重要标志。发展能力体现在竞争能力和增长能力两个方面，竞争能力和增长能力体现医院未来发展的潜力与增力。伴随医疗制度改革的市场化推进，仍有医院不可避免地存在片面追求经济效益、超负荷使用医疗设备,牺牲长期收益为代价获得短期效益，严重影响了医院的可持续发展。结合医院高质量发展和医院绩效考核要求，医院发展评价要体现相对的竞争优势和可持续的增长能力。其中，竞争能力体现的是医院的市场竞争优势，可以采用总资产增长率、净资产增长率、固定资产净值率、收支结余增长率进行测量。增长能力体现的是医院的长期增长效益,可以采用投入产出率、资产利润率、业务收入增幅进行衡量。

四、高质量发展视角下医院经济运行评价指标构建结果

本研究主要通过文献和政策文件的梳理与统计,挖掘文献和政策文件中提及的医院经济运行评价指标,最后构建高质量发展视角下医院经济运行评价指标体系。

实践层面,筛选 2010 年以来关于医院运行评价的相关政策文件,共得到 7 份精准政策文件,包括:《财政部、卫生部关于印发〈医院财务制度〉的通知》(财社〔2010〕306 号)、《国家卫生计生委、人力

资源社会保障部、财政部、国家中医药管理局关于加强公立医疗卫生机构绩效评价的指导意见》(国卫人发[2015]94 号)、《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》(国办发〔2017〕67 号)、《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》(国办发[2019]4 号)、《国家卫健委关于加强二级公立医院绩效考核工作的通知》(国卫办医发[2019]23 号)、《关于加强公立医院运营管理的指导意见》(国卫财务发〔2020〕27 号)、《关于推动公立医院高质量发展的意见》(国办发〔2021〕18 号)。

运营效益层面，删除总频次低于 10 次的 2 个指标，得到总资产周转率、固定资产周转率、应收账款周转率、资产收益率、床位使用率、床位周转次数、百元固定资产医疗收入共 7 个评价指标。风险控制层面，删除总频次低于 10 次的 1 个指标，得到资产负债率、流动比率、速动比率、医疗盈余、财政性资金结转率共 5 个评价指标。收支结构层面，删除总频次低于 10 次的 2 个指标，得到医疗服务收入占医疗收入比例、药品收入比例、管理费用率、百元医疗收入人员经费、百元医疗收入能耗消耗、百元医疗收入药品/材料共 6 个指标。发展能力层面，删除总频次低于 10 次的 2 个指标，得到总资产增长率、净资产增长率、固定资产净值率、资产利润率、业务收入增幅共 5 个指标。

五、结束语

高质量发展已经成为医院可持续发展的重要要求，医院经济运行

评价指标体系应当符合高质量发展要求。高质量发展视角下，遵循客观性、全面性和联系性的指标构建原则，立足运营效益、风险控制、收支结构、发展能力的指标构建框架，构建经济运行评价指标体系，包括:运营效益(总资产周转率、固定资产周转率、应收账款周转率、资产收益率、床位使用率、床位周转次数、百元固定资产医疗收入)；风险控制(资产负债率、流动比率、速动比率、医疗盈余、财政性资金结转率)；收支结构(医疗服务收入占医疗收入比例、药品收入比例、管理费用率、百元医疗收入人员经费、百元医疗收入能耗消耗、百元医疗收入药品/材料)；发展能力(总资产增长率、净资产增长率、固定资产净值率、资产利润率、业务收入增幅)。

返回目录

从数据分析医疗精益管理的现状和未来

来源：中科厚立

01 医疗精益管理的现状和未来

尽管国内个别医院早已引进各种精益管理模式，但是总体情况应该说是非常不乐观，虽然在各种管理大会上，精细化管理的口号被叫得邦邦响，可实际的应用却是南辕北辙。深究问题的源头，至少有以下几个方面的原因：

■认知：很多医院管理者把管理文化和管理软件混为一谈。由于市场上信息公司的误导，加之其中的隐形利益链和急功近利的思想作祟等诸多原因，不断夸大软件的作用：好像引进了某个管理软件，医

院立马就可以实现了精益管理。的确，随着新技术的不断应用，科技赋能管理，可以大大提升工作效率。但是，精益管理的本质却是一种组织结构的变革和全员的管理思想改造，软件始终都是辅助支撑工具。不能深刻认识到这点，并付之于行动，精益管理只能永远只能停留在喊口号上。

■任期：为了防止医疗腐败，目前医院院长必须在不同医院的交叉任职的任命机制，和最多两届的任期制度也是建立精益管理文化中的拦路虎。要改造员工的思想和认知谈何容易，最需要的是时间和勇气。一个新到医院的雄心勃勃领导，至少需要 2-3 年的时间才能摸清楚医院情况，之后才开始着手改革。然而，随时的一纸调令可能让他的工作戛然而止，之前所做的努力变成他人嫁衣。没有二十年的砥砺前行和石应康院长的坚持，华西医院可能至今仍然是盘踞西南一隅的一家普通大医院而已，它永远都不可能涅槃成为仅次于协和的全国医院双雄。所以，非常悲观地说，在现有体制下，将很难再现第二个华西。

■动力：

◇首先是高层领导的任命机制，由于体制问题，“自上至下”的医院领导职位的任命从来都不是基于他/她有做出过什么样的管理成就，而是能否更强调协调、维稳和“摆平”问题的能力，才能让上级领导放心。

◇其次是医院的定位，一方面把医院定位成为公益性，不能做出

过多的利润，否则违背公益性原则。同时在医疗反腐的大背景下，拿着这么多的结余，自己却拿不到多余一分钱的好处。另外一方面，面对不足的预算，医院又不得不自己去找出路，真的是两头都难，谁还有沉下心做事的心思呢?得过且过也不妨是一种生存方式。

◇最后是中基层管理人员的动力，无论是改革还是改进，都要改变人们过去习以为常的习惯，是一件费力不讨好的苦差事。缺乏高层的鼎力支持和强力的绩效挂钩的制度，反而很容易会成为众矢之的。

总之，由于各种潜在的限制因素，精益管理在国内大多数医院的推广还主要停留在口号和想法上，真正付之行动并产生成效的并不多。即使像品管圈运动，前几年也在国内很多医院推广很好，由于没有绩效机制的强力支撑和没有临床医生的认可和共同参与，难以形成可持续的管理模式。

但是，随着医改支付改革的落地和医院高质量发展的要求，医院收入的锐减和经营成本的不断升高，加强运营管理正在引起医院高层管理的重视，很多医院也相继成立了运管管理科或者经营管理办公室等部门。运管的目标就是“精(减)”投入和浪费，增加“(收)益”，为此，我相信落地到实处的精益管理未来将会逐步在更多医院中推广开来。

02 数据分析在精益管理中的作用

数据在精益管理中发挥着什么样的作用呢?数据是整个模式中的最重要的分析支撑点，无论是非增值活动的浪费分析，还是流程分析，

都需要数据分析师的深度介入。因此，数据分析和应用已经成为支撑精益六西格玛的关键一环。

作为品管圈的核心，PDCA 中的数据分析也是分析环节中的重要部分，虽然数据量不大，应该说都是些小样本数据，但仍然需要借助品管七大手法的统计学分析工具的帮助，才能找到问题的所在，也需要专业的分析师来完成。

03 小结

减少和消除非增值活动的浪费始终是任何一个企业持续追求的目标，医院也不例外。在医疗支付改革之前，国家和患者承担了医疗过程中浪费导致的成本，但是，在国内外政经环境恶化和国内经济下行的双重压力之下，医院过去“躺赚”的好日子不会再有，在未来很长的时间中，医院都要准备好“过紧日子”。为此，旨在以病人为中心，减少浪费，提升服务质量和医疗效率的精益管理模式将会逐步成为医院管理的核心议题，才能让医院在逐渐白热化的市场中取得竞争优势。

返回目录

• 医药专栏 •

解决耐药菌危机需研发与合理使用并重

来源：中国卫生杂志

如果你出生于 1928 年以前，普通的发烧或外伤就可能是“不治

之症”。在历史上第一个抗菌药物青霉素被发现以前，人类面对细菌感染只能依靠自身抵抗力与其对抗。

“20 世纪 40 年代，青霉素刚刚量产且被临床广泛使用时正值二战时期，它的应用拯救了无数伤员。1944 年美国《时代周刊》封面曾写到‘感谢青霉素能让我们的士兵回家’。”复旦大学附属华山医院抗生素研究所杨帆主任告诉记者。

抗菌药是 20 世纪最伟大的发明之一，也是现代医学的重要支柱。然而，产生于几十亿年前的细菌仍在进化之中，新的耐药菌不断出现。尤其近几年，我国乃至全球范围内的各种耐药菌检出率均大幅提高，远超过往同期增幅。

岌岌可危的是，近 20 年来，全球研发出的新抗菌药越来越少。根据统计，1983 年至 1987 年，美国五年间批准了 16 种抗菌药，而 2008 年至 2012 年，仅有 3 种抗菌药获批上市。

近几年，呼吁抗菌药合理使用和加快研发的呼声越来越高，能够达成共识的是，想要再现抗菌药物研发的“行业繁荣”，还需社会各界一同发力。

为新药研发争取时间

杨帆将抗菌药与细菌的关系比喻为“军备竞赛”。“抗菌药对细菌发起‘攻击’抑制其生长，细菌则不断进化、适应，以求‘对抗’抗菌药获得生路。”这种“军备竞赛”使得一类药物使用得越多，细菌对其耐药性也就越严重。以青霉素为例，刚进入中国时，几百单位

的青霉素即可起效，而现在，这个数字已经翻了数百千倍。

更糟糕的是，抗菌药物的耐药性不仅可以由细菌遗传而来，还可通过质粒等遗传元件在不同细菌之间传播开来，使得耐药性可以在细菌群体中扩散，进一步增加治疗难度。

“我们能做的，是通过合理应用抗菌药物和加强感染防控来延缓细菌耐药的上升速度。在新的‘武器’研发出之前，保持现有药物的有效性，为新药研发争取更多时间。”杨帆说。

作为临床诊疗中最常用的药物，抗菌药得到规范应用、有效控制感染、延缓耐药性的产生至关重要。我国是最早发布和实施遏制细菌耐药国家行动计划的国家之一。2004 年，卫生部发布《抗菌药物临床应用指导原则》，为国内持续了十数年的抗菌药合理应用整治工作拉开序幕。自 2011 年起，几乎每年都有相应文件出台，督促行业加强抗菌药物使用的监管工作。

2012 年出台的《抗菌药物临床应用管理办法》进一步确立了抗菌药物管理的核心政策——抗菌药物分级管理，即将抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级进行管理，从而减少抗菌药物的过度使用，降低抗菌药物选择性压力，阻挡细菌耐药性上升趋势。

随着各项抗菌药物管理制度的落地，监管成果日益浮现。全国抗菌药物临床应用监测网数据显示，与 2014 年相比，三代头孢菌素耐药大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌的检出率分别下降了 11.1 和 9.2 个百分点，其他重要耐药细菌的检出率也呈缓慢下降趋势。部分省份已达

到或接近国家要求控制指标。

但碳青霉烯类耐药革兰阴性杆菌的检出率仍保持高位，与 2014 年相比，肠杆菌属细菌对亚胺培南和美罗培南的耐药率分别提升了 5.8%和 6.1%，肺炎克雷伯菌对亚胺培南和美罗培南的耐药率分别提升了 13.8%和 11.9%。面对部分耐药菌高发的现状，除合理使用现有药物延缓耐药的上升外，还急需加强创新药的研发和准入。

直面高投入成本现实

人类与耐药菌的“军备竞赛”仍在继续，但抗菌药研发似乎已进入瓶颈期。

“一方面，我们目前已知的最佳靶点都已经用掉了，寻找新的靶点比较困难。另一方面，与其他种类药物相比，由于以往的抗菌药在安全性上有出色表现，业内对抗菌药的期望也就更高，对不良反应的容忍度更低，这也给研发提出了更高的要求。”杨帆说。

杨帆还指出了影响企业研发的经济原因：由于抗菌药的可替代性比较强，几十、上百种抗菌药听起来多，但每种药物的使用份额都不会太大，且用药时间相对慢病药物较短，这就意味着企业研发的巨大投入，可能无法得到足够回报，极大降低了药企对抗菌药物的研发热情。

这一情况在数据中得到体现。据美国波士顿 2017 年的一份调研显示，该报告发布前三年内，所有抗菌药物的研发项目均没有达到正收益的预期净现值。

与此同时，动辄 10 年研发时间和 10 亿美元以上的成本投入，让企业的现金压力或许比想象中更甚。据了解，此前业内已出现过“死在黎明之前”的破产案例。一家已研发出新一代氨基糖苷类抗菌药物的药企，在获得美国上市许可后不久申请破产。

“这几年不是最低谷时期，陆续也有一些抗菌药宣布上市，但依然没有给我们足够的安全感。”杨帆说。超级耐药菌始终是悬在临床医生与患者头顶的达摩克利斯之剑。

多方合力寻找破局之法

为推动抗菌药研发，在发达国家，部分政府选择成立专项基金以缓解企业压力，民间亦有类似机构筹措研发资金，将药物研发变为社会共同责任。目前，业内呼声包括呼吁相关部门出台政策，给予抗菌药上市前的研发资金支持与上市后的政策奖励，为行业注入强心剂。

杨帆呼吁：“新药的准入仍有一些慢。同时药物专利期比较短，等到真正在市场上广泛应用时，又面对众多仿制品竞争，会导致企业可获利的时间窗口短。长此以往，原研药企业很难有动力、有资源投入到新药研发中去。”

杨帆指出，限制医院采购抗菌药物的品种品规数，是为了引导医院对抗菌药物的优胜劣汰。对于确有临床价值的创新品种，可以依据 2012 年卫生部令第 84 号抗菌药物临床应用管理办法，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门详细说明原因和理由，备案增加品种，确保临床合理需求。

另外，加速创新抗菌药物的研发固然重要，但保护现有已上市的创新抗菌药物在临床的合理使用、延缓耐药菌的出现更为迫切，这是行业当下亟需做好的重要功课。如何帮助抗菌药这一特殊药品在集采、国谈等多元政策之下谋得平衡发展，还需进一步优化相关政策细则。

《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》中指出，要研究完善对抗菌药物等具有特殊性的药品集采规则和使用方案。有关部门在制定集采规则时也充分考虑了抗菌药物的特殊性，分别下调了不同等级抗菌药物约定采购的基数。通过政策规则和具体措施的优化完善，从而引导医疗机构科学采购和合理使用抗菌药物。

对于抗菌药物合理使用的管理，推动了抗菌药物的优胜劣汰，有专家表示，医疗机构应建立院内药品配备与医保目录调整联动机制，依据临床用药需求，对于确有临床价值的创新品种，及时统筹召开药事会，可尽快备案增加品种，做到“应配尽配”，确保临床合理需求。

从一项 2016-2021 年国家医保谈判药品可及性研究中可以看到，全身用抗感染药配备率排名靠后，仅为 11.3%，位列倒数第二。如何积极主动做好谈判药品落地的统筹协调和组织实施工作，保障国谈抗菌新药能更顺利进入临床，帮助医疗机构应对新型耐药菌及其他致病菌，切实提高谈判药品的可及性，增进人民健康福祉，是多部门关切的重点。

2022 年 10 月，国家卫生健康委等 13 个部门联合印发《遏制微

生物耐药国家行动计划(2022—2025 年)》，将目标从遏制细菌耐药扩大到了遏制微生物耐药。未来，我国仍需进一步强化对该类药品的合理应用管理，提高医疗卫生行业的耐药防控能力，更要同时提升社会对微生物耐药的整体认知水平。

返回目录

国家医保局：经过 6 轮调整，累计 744 个药品新增进入目录

来源：国家医保局

“医保药品目录的药可以上哪儿买?”“报销有何调整?”国家医保局微信公众号开通目录查询和药品配备机构查询功能半年多来，一些参保人对哪些新药纳入 2023 年版国家医保药品目录、具体报销细则等情况还不是很了解。针对社会普遍关心的问题，国家医保局有关负责人日前作出详细解答。

目录内药品总数达 3088 种

问：什么是国家医保药品目录?

答：为保障参保人员基本医疗需求，规范基本医疗保险用药管理，国家制定了医保药品目录。参保人员在定点医药机构发生的符合医保药品目录的相关医疗费用，医保基金按照规定予以支付。

国家医保局建立完善了医保药品目录动态调整机制。医保药品目录原则上每年调整一次，将符合临床必需、安全有效、价格合理等基本条件的药品纳入医保药品目录。

经过 6 轮调整，已累计将 744 个药品新增进入医保药品目录，其

中谈判新增 446 个，覆盖了目录全部 31 个治疗领域。谈判准入的药品中，肿瘤用药 100 个，高血压、糖尿病、精神病等慢性病用药 93 个。通过谈判纳入目录的药品，大部分都是近年来新上市、临床价值高的药品，大量新机制、新靶点药物被纳入目录。2017 年以前，医保目录内没有 1 个肿瘤靶向药，2023 年版目录中已经有 74 个肿瘤靶向药，其中很多治疗领域实现了不同代际靶向药的多样化选择。同时，6 年累计调出了 395 个疗效不确切、易滥用以及临床被淘汰，或者即将退市的药品。目前，国家医保药品目录内药品总数达到 3088 种，其中西药 1698 种、中成药 1390 种；中药饮片为 892 种。

国家医保谈判药品信息多渠道可查

问：哪里能查到医保药品的具体信息?如果患者在三甲医院首诊，开了需要长期服用的国家医保谈判药品，一个疗程后想去社区医院开，又不知道社区医院有没有，这些信息从哪能查到呢?

答：医保药品目录药品信息可以通过国家医保局官网国家医保服务平台、国家医保服务平台 APP、国家医保局微信公众号查询。举例来看，如使用国家医保局微信公众号查询，先进入公众号，点击“微服务”，找到“国家医保药品目录查询”，进入查询页面。输入具体药品名称，点击搜索，即可了解该药品是否在目录内、所属药品分类以及具体报销类别等详细信息。也可以根据自己的需求，选择“药品分类”或“医保报销类别”进行筛选。

至于哪些医药机构配备国家医保谈判药品，可以在国家医保局微

信公众号“微服务”中的“协议期内国家医保谈判药品配备机构查询”、国家医保局官网国家医保服务平台“国家医保谈判药品配备机构查询”中获取信息，也可以在国家医保服务平台APP“国家医保谈判药品配备机构名单查询”模块中查询。

滋补、保健、预防性等类别不能报销

问：就医买药的缴费单据上，“自付一”“自付二”是什么意思呢?

答：单据上，有的药只有“自付一”，有的药“自付一”“自付二”都有，区别在于药品药效的类别不同：在医保报销范围内，只有“自付一”的是甲类药，“自付一”“自付二”都有的是乙类药。

医保药品目录里，西药和中成药分为甲、乙两类。“甲类药品”是指临床治疗必需、使用广泛、疗效确切、同类药品中价格或治疗费用较低的药品。参保人使用这类药品时，可以全额纳入报销范围，之后按规定比例报销。“乙类药品”是指可供临床治疗选择使用、疗效确切、同类药品中比“甲类药品”价格或治疗费用略高的药品。参保人使用这类药品时，需要个人自付一定比例，剩下的部分纳入报销范围，再按规定比例报销。

2023年版国家医保药品目录3088种药品中，西药甲类药品395个，中成药甲类药品246个，其余为乙类药品。协议期内谈判药品按照乙类支付。

滋补、保健、预防性等类别的药品未被纳入国家医保药品目录，

需要自费。

返回目录

·智慧医疗·

5G 智慧医院急救平台优势如何体现

来源：MyComm

随着科技的飞速发展，5G 网络逐渐成为现代社会的核心技术之一。而在医疗领域，5G 技术也正逐渐改变着急救服务的方式。5G 智慧医院急救平台，正是这一变革的产物。

一、5G 智慧医院急救平台的优势与传统急救模式相比，5G 智慧医院急救平台具有显著的优势。

1.5G 网络的高速传输和低延迟特性，使得急救过程中的数据传输更加迅速、准确。医生可以通过急救平台实时获取患者的生命体征数据、医疗影像等信息，为抢救工作提供更加精准的决策依据。

2.5G 智慧医院急救平台可以实现跨地域的医疗资源共享。在急救过程中，患者可以获得来自不同地区、不同医院的专家医生的远程会诊，大大提高了抢救的成功率。

3.5G 智慧医院急救平台还可以实现急救车辆与医院的实时信息交互。通过 5G 网络，急救车辆可以实时传输患者的病情数据，医院可以提前做好抢救准备，缩短抢救时间。

二、5G 智慧医院急救平台的实现方式要实现 5G 智慧医院急救平

台，需要从以下几个方面入手：

1.建立完善的5G网络覆盖体系。政府和企业需要合作建设5G基站，扩大5G网络覆盖范围，确保急救过程中网络的稳定性和连续性。

2.研发先进的医疗设备。利用5G技术，研发出能够实时传输患者生命体征数据、医疗影像等信息的医疗设备，为急救平台提供数据支持。

3.构建云计算平台。通过云计算技术，将来自不同地区、不同医院的医疗资源进行整合，实现资源共享。同时，云计算平台还可以对急救过程中的数据进行存储、分析和处理，为医生提供决策支持。

4.加强医疗人员的培训。提高医疗人员对5G智慧医院急救平台的认知和使用能力，确保在急救过程中能够充分利用平台资源，提高抢救成功率。

三、5G智慧医院急救平台的未来展望随着5G技术的不断发展和完善，未来5G智慧医院急救平台将会实现更多的功能和优化。例如，利用AI技术对急救数据进行智能分析，提高抢救效率;利用VR技术实现远程手术指导等。同时，随着物联网、大数据等技术的融合应用，未来急救平台将会更加智能化、个性化，更好地满足患者的急救需求。

总之，5G智慧医院急救平台是未来医疗领域的重要发展方向之一。通过不断完善和优化平台功能，提高抢救成功率，为患者带来更好的救治体验和健康保障。

返回目录

浅谈中国移动医疗产业链

来源：联信志诚

中国移动医疗产业链是指利用移动互联网技术，为医疗行业提供一系列便捷、高效的服务。随着移动互联网的普及和医疗行业的快速发展，移动医疗产业链在中国得到了迅速的发展，成为医疗行业的重要组成部分。中国移动医疗产业链主要包括医疗设备制造商、医疗服务提供商、移动医疗应用开发商、电信运营商和患者等几个方面。这些方面相互依存、相互促进，共同推动着移动医疗产业链的发展。

1、医疗设备制造商是移动医疗产业链的重要环节。随着医疗技术的不断进步，各种医疗设备的功能和性能不断提升，为移动医疗提供了更加可靠的技术支持。例如，移动医疗检测设备可以实时监测患者的生命体征，为医生提供更加准确的诊断依据。同时，医疗设备的智能化、小型化、便携化也为移动医疗提供了更加便利的条件。

2、医疗服务提供商是移动医疗产业链的核心。他们通过移动医疗应用平台，为患者提供线上问诊、远程医疗、健康咨询等服务。这些服务不仅方便了患者，也提高了医生的工作效率。同时，医疗服务提供商还可以通过数据分析，为医疗机构提供更加精准的医疗服务建议，推动医疗行业的数字化转型。

3、移动医疗应用开发商是移动医疗产业链的重要组成部分。他们根据医疗行业的需求和患者的需求，开发出各种移动医疗应用，如健康管理、医疗咨询、在线购药等。这些应用不仅为患者提供了更加

便捷的服务，也为医疗服务提供商提供了更加广阔的市场空间。

4、电信运营商是移动医疗产业链的基础设施提供者。他们提供了稳定、高速的网络服务，为移动医疗提供了必要的通信保障。同时，电信运营商还通过合作、创新等方式，推动移动医疗产业链的发展。患者是移动医疗产业链的最终受益者。他们可以通过移动医疗应用，随时随地获取医疗服务，了解自己的健康状况，提高自我管理能力。同时，移动医疗也为患者提供了更加便捷、高效的医疗服务体验。

中国移动医疗产业链的发展，不仅推动了医疗行业的数字化转型，也为患者提供了更加便捷、高效的医疗服务。未来，随着技术的不断进步和市场的不断扩大，中国移动医疗产业链将会迎来更加广阔的发展空间。同时，也需要各方共同努力，加强合作、创新，推动移动医疗产业链的健康、可持续发展。

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
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司
电 话：010-68489858