

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第27期

(07.04-07.10)

医保

医疗

医药

——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。)

• 疫情防控 •

▶ [夜间门诊成潮流？国家卫健委：要综合考虑、兼顾医护人员感受](#)

(来源：华医网) ——第 8 页

【提要】近日，北京市卫健委发布《2022 年北京市改善医疗服务行动计划》，鼓励各医疗机构开设黄昏门诊、夜间门诊和周末门诊，优化号源供给结构，引导患者错峰就诊。方便患者就要延长医务人员的工作时长吗？这显然是个伪命题，业内人士指出，开设“特殊时段”门诊服务，更要兼顾医务人员利益，要考虑医院常规接诊量、患者需求、医务人员成本等诸多因素，有能力、有需求才能进一步推进，不能让开设“夜间门诊”成为一种“潮流”。

▶ [国内疫情将走向何方？](#) (来源：健康界) ——第 11 页

【提要】最近短暂平静的国内疫情，这两天再次警铃大作。其中，引发最大关注的，是西安疫情。据陕西省疾控中心对当地阳性感染者的核酸样本全基因组测序结果显示，其为奥密克戎 BA.5 变异株。这也是 BA.5 首次在中国大陆出现社区传播。值得注意的是，这一新毒株，与之前的奥密克戎亚种相比，有更强的传播力、更强的免疫逃逸能力。在更难阻断传播的同时，现有的疫苗对它作用也更小。此外，它导致的感染，症状不再主要在上呼吸道，侵入肺部的可能性更大，一定程

度上更接近 Alpha、Delta 毒株，而非初代奥密克戎。

• 远程医疗 •

▣ [远程医疗，医疗健康新“顶流”](#)（来源：中邮展览）——第 16 页

【提要】我国的远程医疗相较美国等发达国家，起步较迟，但得益于政策的支持和疫情的催化，目前在远程医疗覆盖面和互联网医院建设方面均取得了不小成就，处于快速发展阶段。近日，国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》，其中指出要推进远程医疗服务覆盖全国 95% 的区县，并逐步向基层延伸。

▣ [国家卫健委：2020 年八成以上三级公立医院建立远程医疗制度](#)（来源：国家卫健委）——第 20 页

【提要】近日，国家卫生健康委办公厅发布的《关于 2020 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况的通报》显示，截至 2020 年底，83.42% 的三级公立医院建立了远程医疗制度，70.53% 的三级公立医院建立了远程医疗中心，81.29% 的三级公立医院能够向医联体内成员单位提供至少一项远程医疗服务。三级公立医院积极利用信息化手段促进医疗资源纵向流动，为提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率提供技术支撑。

• 政务公开 •

▣ [2022 年基本公共卫生服务工作怎么干？国家卫健委明确！](#)（来源：国家卫健委）——第 22 页

【提要】2022 年基本公共卫生服务项目主要包括以下内容：一是各地要指导基层医疗卫生机构结合基本公共卫生服务项目中传染病及突发公共卫生事件报告和处理，切实做好疫情防控相关工作；二是限于基层医疗卫生机构实施的地方病防治、职业病防治、人禽流感 and SARS 防控、鼠疫防治、国家卫生应急队伍运维保障、农村妇女“两癌”检查、基本避孕服务、脱贫地区儿童营养改善、脱贫地区新生儿疾病筛查、增补叶酸预防神经管缺陷、国家免费孕前优生健康检查、地中海贫血防控、食品安全标准跟踪评价、健康素养促进、老年健康与医养结合服务、卫生健康项目监督等 16 项服务内容。

▶ [2020 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况公布!](#) (来源：国务院办公厅) ——第 31 页

【提要】根据《国家卫生健康统计调查制度》《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》等要求，完善绩效考核相关指标计算公式与统计规范，持续优化考核参照体系。升级手术操作分类代码版本和病案首页采集质量与接口标准，简化绩效考核管理平台数据上传流程，增加系统智能审核模式，辅助提升医院数据填报质量。

• 医院管理 •

▶ [在医疗支付方式改革的大趋势下，医院成本管理跟不上，将吃大亏!](#) (来源：杏医道勤) ——第 46 页

【提要】在医疗支付方式改革大趋势下，三级医院绩效考核和医保对医院的医疗费用控制和医疗服务行为及质量监管力度加大，医保战略

性购买作用凸显，倒逼医院需要进行“精打细算”。加强病种成本核算管控，成为医院的绕不去的“坎”，这必将促使医院转变成本管理思维，推进成本管理创新。

▶ [新形势下，如何以学科建设为抓手带动医院高质量发展](#)（来源：健康界）——第 49 页

【提要】目前，我国已经进入高质量发展新时代。大型公立医院需要在管理、医疗、护理、服务、科研、教学、防疫、人才引育、国际交流等方面，朝着高质量目标不断前进。医疗机构高质量发展不仅是自身发展的重要途径，也是社会大众的迫切需求。在医疗机构高质量发展过程中，学科建设是医院各项事业的基石，是医院实现内涵式发展的必然路径，是满足人民群众日益增长的医疗卫生服务需求的重要保障。

• 分析解读 •

▶ [老龄化加剧对医保带来哪些影响？](#)（来源：Latitude Health）——第 54 页

【提要】随着老龄化的加剧，尤其是劳动力总人口呈现减少的趋势下，现收现支的社保体系面临持续的挑战。如果仅从医保来看，一方面，随着职工退休比的持续下降，职工医保筹资压力逐渐增大，需要持续补充在职职工人数以减缓职工退休比下降速度。另一方面，老龄化加大了医疗开支，加速了医保资金的消耗，特别是随着人口出生高峰人群集中退休之后，如何在扩大统筹资金池的同时提高医保资金的使用

效率更为关键。

▶ [门诊费用结构调整的长期挑战](#)（来源：村夫日记）——第 59 页

【提要】随着门诊统筹和 DRG 的实施，住院和门诊费用结构将出现逆转，原先医疗费用以住院为主的趋势不再，而门诊费用将得到持续的增长。不过，随着门诊在医疗费用占比的上升，如何调整门诊的粗放式发展模式，以更精细化的管理手段引导门诊提高效率将是未来改革的重点。

• 集中采购 •

▶ [8 大趋势，详解医用耗材集采如何推动行业格局重构](#)（来源：中国医药报）——第 61 页

【提要】随着国家药品、医用耗材集中带量采购进入常态化、制度化实施阶段，医用耗材国家及地方集采持续探索推进，集采规则不断优化，集采范围进一步扩大，产品价格大幅下降。同时，医用耗材行业生态也在不断完善。

▶ [31 省全面落地！国家医保局多项举措保障胰岛素集采落地实施](#)（来源：上海医药阳光采购网）——第 65 页

【提要】7 月 4 日，上海医药阳光采购网发布《关于本市做好第六批国家组织药品集中采购(胰岛素专项)有关工作的通知》，宣布上海自即日起执行第六批国家集采(胰岛素专项)中选结果。至此，全国均已落地实施胰岛素集采。据悉，胰岛素专项集采于去年 11 月产生中选结果。此次集采首年采购需求量 2.1 亿支，涉及金额 170 亿，中选产

品价格平均降幅 48%，最高降幅 73%。据估算，集采之后每年能节省胰岛素费用约 90 亿元，将进一步为超过 1000 多万需要长期甚至终生注射胰岛素的患者减轻用药负担。

-----本期内容-----

• 疫情防控 •

夜间门诊成潮流？国家卫健委：要综合考虑、兼顾医护人员感受

来源：华医网

近日，北京市卫健委发布《2022年北京市改善医疗服务行动计划》，鼓励各医疗机构开设黄昏门诊、夜间门诊和周末门诊，优化号源供给结构，引导患者错峰就诊。

其实，类似时段的夜间门诊在多地都有开展，据华医网不完全统计，北京、上海、安徽、陕西等地均推进夜间门诊建设，此举是为了方便有特殊原因无法在工作日白天就诊的患者及时就医，而近几年，很多医院陆续推行了夜间门诊、晨光门诊、午间医疗、黄昏门诊、无假日门诊等，不同的名称之下的共同之处是医生的工作时间在原来的基础上一次次被拉长。

方便患者就要延长医务人员的工作时长吗？这显然是个伪命题，业内人士指出，开设”特殊时段“门诊服务，更要兼顾医务人员利益，要考虑医院常规接诊量、患者需求、医务人员成本等诸多因素，有能力、有需求才能进一步推进，不能让开设“夜间门诊”成为一种“潮流”。

01 夜间门诊背后的需求该被看见

夜间门诊的开设，可以实现上班看病两不误，确实非常人性化。

不需要请假误工，夜间人少就医过程也相对更快，这不仅为上班族带来了更多选择，也为上学的孩子、需要儿女陪伴就医的老人提供了方便，解除了不少人的烦恼。

夜间门诊的推进，让我们看到了各地医院、卫健委对患者的将心比心。这一医疗便民受到广大网友们关注，也体现了人民群众尤其是职场人在工作时间之外的就医需求。

当然，不能忽略的是，对接这一需求意味着医疗服务时间的延长，它带来的是医院人力资源成本的提高。不仅是医生护士，分诊导诊、药房、收费等各个部门和窗口都需要有工作人员。在疫情常态化防控的背景下，查验健康码、防聚集等工作同样需要与白天同质量地完成。

这也提示医疗机构，在推行延时服务的同时，兼顾医务人员的感受和利益。合理安排轮休和假期，通过排班、绩效等方式有效统筹，增设配套的后勤服务，提升医务人员的积极性，切实保障他们的权利。

02 别让夜诊医生做“无米之炊”，配套措施要跟上！

医生在夜间门诊能发挥的效力离不开医院提供的配套措施，夜间门诊检查、取药等环节的缺少都可能将医生置于「无米之炊」的状况。

对于门诊管理的要求，国家卫健委在今年6月发布了《医疗机构门诊质量管理暂行规定》，其中提到二级及以上医疗机构将门诊质量管理纳入医疗质量管理委员会工作体系。

这也表明门诊的运转应是规范且成体系化的。夜间门诊要做到和白天门诊同质，辅诊检查检验、挂号收费、药品保障、后勤保障、入

院管理等各个环节都需要做好准备。这也是对患者就诊或是医生看诊都更有效率的安排。

专业人士表示，如何让夜间门诊“转”起来，有待各级政府、相关部门和医疗机构的共同探讨、实践，要制定明晰的运营管理办法才能真正解放医务人员和患者。

03 如何开设夜间门诊?国家卫健委：要综合考虑多种因素

在开启夜间门诊之前，深夜“假急诊”问题一直困扰着医护人员，一些医院还需要接受周边转诊来的急诊患者，医生总是处于忙碌的阶段。

夜间门诊为缓解紧缺的急诊资源提供了一种思路。但离是否可以真正达到分流病人的效果，要根据当地情况合理开设科室进行优化。

而在是否需要开设夜间门诊，国家卫健委此前发布的《医疗机构门诊质量管理暂行规定》(以下简称《规定》)就已经给出了答案。

《规定》明确，医疗机构应当加强医务人员出诊管理，依照门诊患者病种分类和特点，合理安排各专业不同年资医师出诊；并针对地域、季节特点，结合号源使用情况，动态调整出诊单元数以及单元接诊人次，合理配置门诊人力资源。

由此可见，是否需要开设夜间门诊，需要结合多种因素，动态调整，并且要合理配备门诊人力资源，保证患者及时就医的同时，兼顾医护人员执业感受。

同时，《规定》指出，医疗机构应当按照不少于日均门诊量 0.2%

的比例配备门诊导医人数或智能引导设备数量。

[返回目录](#)

国内疫情将走向何方？

来源：健康界

最近短暂平静的国内疫情，这两天再次警铃大作。

其中，引发最大关注的，是西安疫情。

据陕西省疾控中心对当地阳性感染者的核酸样本全基因组测序结果显示，其为奥密克戎 BA.5 变异株。

这也是 BA.5 首次在中国大陆出现社区传播。

这两天，除了西安之外，安徽、北京、深圳、上海等地也出现了新一波的社区传播疫情，虽然具体的病毒分型还未披露出来，但考虑到和西安这波疫情同时出现，BA.5 的可能性不低。

值得注意的是，这一新毒株，与之前的奥密克戎亚种相比，有更强的传播力、更强的免疫逃逸能力。在更难阻断传播的同时，现有的疫苗对它作用也更小。

此外，它导致的感染，症状不再主要在上呼吸道，侵入肺部的可能性更大，一定程度上更接近 Alpha、Delta 毒株，而非初代奥密克戎。

-01-快速成为多国主流毒株，引发新一轮感染高峰

BA.5 是奥密克戎的新亚型变异株，2022 年 2 月在南非首次被发现。今年 4 月至 5 月间，BA.5 已在南非快速引发又一波疫情，不过

感染数量比之前一波要少，并且很快消退了。

然而，这一新变种迅速在全世界扩散开来，带来世界范围的又一波疫情——与几个月以来在全球大流行的 BA.2 相比，它的传染性更强。

如今，在美国和欧洲多个国家，它已取代 BA.2 变异株成为主流毒株。

根据美国疾控中心公布的最新数据，BA.5 已占全美新增新冠病毒感染病例的 53.6%。德国疫情主管机关罗伯特·科赫研究所统计，BA.5 如今已占德国确诊比例的 66%，而在一个月前还不到 10%。

更早一点，在葡萄牙，BA.5 于 6 月即已占有所有新感染病例的 80%。

在亚洲，这一变种也在快速扩散。日本国立传染病研究所估计，到 7 月下旬，该国新增确诊中的 BA.5 占比将超过一半。

在部分国家，BA.5 已带来新一轮感染高峰——在美国和法国，感染者再次日增超过了 10 万。

-02-更容易感染肺部，更多仍需观察，这一变种的毒性如何？

相关数据还并不多。一个公认的结论是：与几个月来全球流行的奥密克戎 BA.2 毒株相比，它更容易感染肺部细胞，而不只是上呼吸道。

东京大学病毒学家 KeiSato 发现，与 BA.2 相比，BA.5 在小鼠试验中更容易导致老鼠的肺泡、支气管严重发炎。

他得出结论：BA.5 与其他新亚种（如 BA.4、BA.2.12.1）一样，可

能更容易感染肺部细胞，而非上呼吸道组织，因此症状可能更严重。他指出，这与早期的变异株更为类似，如 Alpha 及 Delta。

因此，他认为，Omicron 亚变种，特别是 BA. 4、BA. 5，对全球的健康风险可能高于 BA. 2。

美国遗传与基因科学专家艾瑞克·托波尔(Eric Topol)最近发表文章称，多项研究发现：Ba. 5 及 BA. 4 是至目前为止对低水平中和抗体反应有最强免疫逃逸能力的变种。他认为，这两种亚种都有较强引发重症的能力，因为它们在肺细胞培养皿中复制传播速度比其他奥密戎变种快得多。

他还指出，感染者出现嗅觉或味觉丧失、恶心、呕吐和腹泻的可能性更高，症状持续时间更长，因此必须密切观察。

而真实世界的情况，仍然扑朔迷离。

有的让人稍可安心：在起源地南非，它只是掀起了一场小风浪，很快就平息了。有一些国家的数据表明，暂未观察到 BA. 5 引发重症的几率增大。

不过，也有一些国家观察到，住院率稍有升高。

更多信息，还需持续观察。

-03-进入社区传播，只是时间问题

其实，在这之前，BA. 5 已离我们十分近了。

虽然中国大陆和港澳台地区都仍然采取入境检测与隔离措施，但新毒株攻破边境防守、进入社区传播，似乎只是早晚问题。

2022年4月，香港和上海就曾在入境这一关各拦截下一名感染者。

而最近，香港的疫情重新抬头，正是由BA.5而起。甚至连续200多天无新增本地确诊病例的澳门，上个月也被它攻破，不得不采取封控措施，并组织数轮全民核酸检测。

刚刚离开BA.2爆发“高原期”的台湾，因疫情趋缓，近日将入境隔离天数由7+7缩减为3+4。

不过，尽管商业界呼声甚响，台湾疫情防控部门表示并不会在短期内取消入境核酸检测和隔离要求。原因之一，正是其面临以BA.5为主的奥密克戎新变种“兵临城下”的威胁——近日，当地疫情防控部门针对6月9日至6月26日的182名境外移入病例进行病毒基因定序，发现BA.5毒株已占约52%。

目前，台湾地区尚未发现这一毒株进入社区传播的证据。不过，当地多位专家已指出那只是早晚问题，并呼吁群众尽快打满疫苗。

-04-效果更好的疫苗何时出现？

7月5日，西安宣布，从次日0时起，在全市实行7天临时性管控措施，包括公共娱乐休闲场所暂停营业、餐厅暂停堂食，公共场所实施扫码、测温、规范佩戴口罩、通风消毒等措施。

这在当地引起了一定恐慌。当日晚，“西安发布”公众号发文称，不是“封城”，只是部分公共场所实施临时性管控。

从目前情况看，BA.5即将挑起一轮新的新冠全球大爆发。而能

彻底抗击疫情的，当数疫苗。

OmicronBA.4 和 BA.5 正在迅速席卷美国。不久后的新一轮大爆发，惊动了美国 FDA 的独立疫苗专家小组。他们第一次专门为一个新冠新毒株开会投票，正式提出建议：美国应该针对奥密克戎进行新的新冠疫苗接种。

坏消息是，目前全球已上市的疫苗，几乎都是针对原始毒株的。面对免疫逃逸更强的 BA.5，它们的作用大大削弱了。

不过，这一小组并没有具体建议疫苗应针对哪种亚型。

虽然全球疫苗企业已有不少在研发针对奥密克戎的疫苗，并且部分品牌预计将在今年秋天上市，不过这没有跟上病毒变异的脚步——例如，辉瑞和莫德纳的新款疫苗，还是针对 BA.1 毒株的。最近，两家公司提供了小型研究的数据，指出新款疫苗在抵抗 BA.4 和 BA.5 方面，效果并没那么好。

看起来，FDA 独立疫苗专家小组成员更偏向将 BA.4 或 BA.5 为目标。但即使是研发生产最快的 mRNA 疫苗，也需要大约三个月时间。这其中给监管提出了更高的要求。

显然，困扰我们大半年的 BA.2 不是新冠大流行的终结者，BA.4 和 BA.5 也不会是。新冠疫情还会持续多久？下一步走向何方？都是未知数。

可以肯定的只是，人类会一直以最大努力，不断升级疫苗、药物，最终与新冠病毒达到相对均衡的相处状态。

· 远程医疗 ·

远程医疗，医疗健康新“顶流”

来源：中邮展览

近日，国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》，其中指出要推进远程医疗服务覆盖全国 95% 的区县，并逐步向基层延伸。事实上，伴随着 5G 技术的不断发展，“远程医疗”近年来也成为了“顶流”，在各项政策中被频频提及，出镜率极高。这位“大明星”的生平履历，自是值得来好好探究一番。

远程医疗-现状

我国的远程医疗相较美国等发达国家，起步较迟，但得益于政策的支持和疫情的催化，目前在远程医疗覆盖面和互联网医院建设方面均取得了不小成就，处于快速发展阶段。

1. 政策支持

政策是促进远程医疗发展的重要驱动力，自 2014 年《关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》出台以来，国家陆续出台多项远程医疗配套政策，支持远程医疗的发展。新冠肺炎疫情发生以后，政策对远程医疗的关注和扶持力度显著提升，远程医疗的监管、定价、医保支付等政策体系逐渐完善，发展进入快车道。

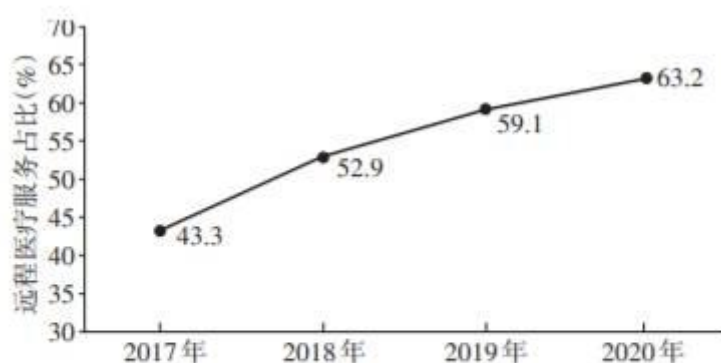
表1 2014—2021年国家层面远程医疗政策汇总

时间	名称	颁布部门
2014年	关于推进医疗机构远程医疗服务的意见	原国家卫生计生委员会
2014年	远程医疗信息系统建设技术指南	原国家卫生计生委员会
2015年	关于同意在宁夏、云南等五省区开展远程医疗政策试点工作的通知	国家发展改革委员会、原国家卫生计生委员会
2016年	远程信息系统基本功能规范	原国家卫生计生委员会
2018年	关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见	国务院办公厅
2018年	远程医疗服务管理规范(试行)	原国家卫生计生委员会、国家中医药管理局
2018年	互联网诊疗管理办法(试行)	原国家卫生计生委员会、国家中医药管理局
2018年	互联网医院管理办法(试行)	原国家卫生计生委员会、国家中医药管理局
2019年	关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见	国家医疗保障局
2020年	关于加强信息化支撑新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作的通知	国家卫生健康委员会
2020年	关于在疫情防控中做好互联网诊疗咨询服务工作的通知	国家卫生健康委员会
2020年	关于推进新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+”医保服务的指导意见	国家医疗保障局
2020年	关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见	国家医疗保障局
2020年	关于深入推进“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动的通知	国家卫生健康委员会、国家医疗保障局、国家中医药管理局
2021年	关于互联网诊疗监管细则(征求意见稿)公开征求意见的公告	国家卫生健康委员会

2. 疫情催化

新冠肺炎疫情加速医疗机构推进远程医疗服务。北京、湖北、江苏、浙江、广东等地利用已搭建的互联网平台推出在线医师咨询，发热门诊、常见病、慢性病复诊和在线处方服务，有效缓解实体医疗机构就诊压力。除此之外，疫情提高了民众对远程医疗的认知态度和使用意愿。仅疫情暴发的前3个月，国家卫生健康委员会委属管医院互联网诊疗比2019年同期增加了17倍。

3. 远程医疗协作网建设



数据来源于2017—2020年国家卫生健康事业发展统计公报。

图1 2017—2020年二级以上公立医疗机构开展远程医疗服务情况

2017—2020 年底，我国二级以上公立医疗机构开展远程医疗服务占比从 43.3% 上升至 63.2%，远程医疗协作网覆盖所有的地级市 2.4 万余家医疗机构，89.5% 的城市医疗集团和县域医共体，在内部实现远程医疗。

远程医疗-模范应用

在众多远程医疗解决方案中，保定市远程医疗中心是一个十分具有借鉴和推广价值的远程医疗项目。该项目作为典型案例刊登在国务院医改领导小组简报。在“改善医疗服务行动计划 2019 年全国医院擂台赛”中入围华北区决赛，荣获最具价值案例奖和最具人气奖两个奖项。在“ICT 中国(2021)案例征集与发布”活动中成功入选并收录于《ICT 中国(2021)优秀案例汇编》。

保定市委、市政府和市卫健委以保定市第一中心医院为依托和中心枢纽，坚持政府主导，借助中国移动通信集团的信息技术和通信网络优势，整合全市优质医疗资源，牵头构建覆盖全市区域内市、县(区)、乡、村四级医疗机构，“一网两中心”架构的“互联网+医疗服务”共享平台。保定市远程医疗中心覆盖全市 119 家医疗机构，以卫生专网做连接保障，市、县两级协同中心为支撑，分级授权管理，统一信息标准，破除信息化鼓捣，实现多功能远程医疗服务。同时，上连国家级，省级远程医疗协同平台，引进外部优质医疗资源，提高区域内的医疗水平。

保定市远程医疗中心平台包括六大功能：远程门户、远程教育、

远程会诊、远程影像、远程心电、远程病理。远程门户是平台对外公开的网站，主要包括健康门户和统一预约挂号系统；远程教育为上级医院对基层医院提供全方位的指导，提供有效途径；远程会诊为保定市各级医疗机构提供远程实时音频远程会诊服务和技术保障；远程影像为各级医院提供影像管理、影像归档及远程影像诊断等服务；远程心电是基层医院采集心电图，上级医院协助诊疗的主要手段；远程病理为各级医院提供实时远程诊断及数字切片讨论和学科会诊等服务。

远程医疗-问题

1. 法律法规不健全

目前我国对于远程医疗的规范多见于政策性文件，尚未上升为国家层面的法律法规，对医疗机构、从业人员、医保基金监管、医疗责任认定、数据安全等方面的规定多等同于线下诊疗，缺乏应有的权威性和科学性。具体表现为监管职能分散、医疗责任认定不明确和数据安全与隐私泄露风险高。

2. 服务定价与补偿机制不完善

现阶段，国家针对远程医疗沿用一般医疗服务的管理办法，没有制定相应的收费标准和明确的管理规定，更没有具体的激励政策。在供给侧，远程医疗的建设需投入大量资金，一般医疗机构难以承受。在需求侧，虽然各省市基于当地医保基金承受能力，将部分远程医疗服务纳入医保基金支付范围，但在支付方式、支付范围及支付标准上尚不统一，严重降低了患者使用远程医疗的积极性。

3. 专业技术人才缺乏

医疗机构内远程医疗管理工作分散，二级医院内 52.15% 的医院未建立独立管理部门，专业的远程医疗管理部门少。在人员配置上，由医务和信息人员兼职负责，专职远程医疗管理人员和技术维护人员缺乏，既懂远程医疗技术、又有一定医学背景的复合型人才更是少之又少。远程医疗专业人才培养，特别是复合型远程医疗专业人才培养刻不容缓。

[返回目录](#)

国家卫健委：2020 年八成以上三级公立医院建立远程医疗制度

来源：国家卫健委

近日，国家卫生健康委办公厅发布的《关于 2020 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况的通报》（以下简称《通报》）显示，截至 2020 年底，83.42% 的三级公立医院建立了远程医疗制度，70.53% 的三级公立医院建立了远程医疗中心，81.29% 的三级公立医院能够向医联体内成员单位提供至少一项远程医疗服务。三级公立医院积极利用信息化手段促进医疗资源纵向流动，为提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率提供技术支撑。

全国共 2508 家三级公立医院参加 2020 年度绩效考核。其中，西医类医院 1923 家（综合医院 1342 家、专科医院 581 家），中医类医院 585 家。

《通报》显示，2020 年，97.09% 的三级公立医院参加了国家临

床检验中心组织的室间质量评价工作，覆盖范围较 2019 年提高 0.85 个百分点。全国范围内临床检验项目的参加率中位数为 89.41%，较 2019 年提高 15.54 个百分点，合格率中位数与 2019 年基本持平；全国三级公立医院抗菌药物使用强度为 36.28DDDs，较 2019 年下降 1.5DDDs，且明显优于 40DDDs 的国家要求；大型医用设备检查阳性率为 85.91%，较 2019 年提高 0.55 个百分点；建立大型医用设备管理台账、制定预防性维护维修计划和执行台账的医院比例有所提升，大型医用设备管理的规范化水平逐步提高。

2020 年，三级公立医院电子病历系统功能应用水平平均级别由 2019 年的 3.23 提高至 3.65。91.26% 的三级公立医院达到 3 级及以上水平，65.26% 的三级公立医院达到 4 级及以上水平，在医院内实现全院信息共享，并具备医疗决策支持功能，为创建线上线下一体化的医疗服务新模式打下较好基础。

《通报》显示，省异地就医患者数量减少，但基本格局并未改变。2020 年，受到疫情防控出行要求的限制，全国三级公立医院中跨省异地就医的住院患者 404 万例，较 2019 年减少 184.3 万例，跨省异地就医患者占比为 5.39%，较 2019 年下降 1.35 个百分点，省外就医的主要疾病与 2019 年基本一致。同时，跨省异地就医现象具有较为明显的地理相关性，并有向医疗资源相对丰富的区域聚集的趋势。

2020 年，全国三级公立医院门诊患者满意度和住院患者满意度分别为 86.51 分、91.68 分，较 2019 年提高 1.1 分、0.67 分。其中，

门诊患者满意度最高的 5 个省份依次为浙江、四川、福建、山东、湖南；住院患者满意度最高的 5 个省份为浙江、江苏、山东、福建、上海。

同时，全国三级公立医院卫生技术人员中具有高级职称的医务人员比例为 17.86%，较 2019 年提高 0.61 个百分点；医护比为 1:1.52，超过 2020 年全国医疗卫生服务体系资源要素配置要求(1:1.25)；中医、儿科医师占比与 2019 年基本持平，麻醉、重症、病理医师占比较 2019 年有所提高。

《通报》指出，患者对于就医环境、标识的清晰程度、就诊的便捷程度等提出更高要求，尤其是与其他年龄人群相比，60 岁以上的老年人对就医过程中挂号便捷程度、医院空间便利程度、服务设施配备、出入院手续办理的便捷程度等不满意的程度相对较高，表明在积极应对人口老龄化的战略背景下，公立医院要进一步提高医疗服务“适老化”程度，落实便捷老年人就医的相关举措。

[返回目录](#)

• 政务公开 •

2022 年基本公共卫生服务工作怎么干？国家卫健委明确！

来源：国家卫健委

为深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，落实 2022 年政府工作报告和《“十四五”国民健康规划》有关要求，统筹推进常态

化疫情防控和基本公共卫生服务工作，持续提升基本公共卫生服务均等化水平，不断增强人民群众获得感，以实际行动迎接党的二十大胜利召开，现就做好 2022 年基本公共卫生服务工作通知如下：

一、明确基本公共卫生服务项目主要任务和总体要求

(一)明确项目内容。2022 年基本公共卫生服务项目主要包括以下内容：一是各地要指导基层医疗卫生机构结合基本公共卫生服务项目中传染病及突发公共卫生事件报告和处理，切实做好疫情防控相关工作，统筹实施好居民健康档案管理，健康教育，预防接种，0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、高血压及 2 型糖尿病等慢性病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者健康管理，中医药健康管理，卫生监督协管等服务项目；二是限于基层医疗卫生机构实施的地方病防治、职业病防治、人禽流感 and SARS 防控、鼠疫防治、国家卫生应急队伍运维保障、农村妇女“两癌”检查、基本避孕服务、脱贫地区儿童营养改善、脱贫地区新生儿疾病筛查、增补叶酸预防神经管缺陷、国家免费孕前优生健康检查、地中海贫血防控、食品安全标准跟踪评价、健康素养促进、老年健康与医养结合服务、卫生健康项目监督等 16 项服务内容，相关工作按照原途径推动落实，确保服务对象及时获得相应的基本公共卫生服务。

根据财政部等 5 部门联合印发的《关于修订基本公共卫生服务等 5 项补助资金管理的通知》(财社〔2022〕31 号，以下简称《补助资金管理通知》)和有关工作调整安排，2022 年起，重大疾病及危

害因素监测、国家随机监督检查以及人口监测不再列入基本公共卫生服务，各地要做好工作衔接，确保相关工作的连续性。基本公共卫生服务项目中相应的补助资金可由各地结合本省份实际加强“一老一小”等重点人群服务。同时，为落实《中共中央、国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》（以下简称《决定》），新增优化生育政策相关服务内容（工作规范另发）。

（二）明确项目经费补助标准和资金管理使用。2022年，基本公共卫生服务经费人均财政补助标准为84元，其中2020年和2021年分别新增的5元经费按原渠道执行，2022年新增5元统筹用于基本公共卫生服务和基层医疗卫生机构疫情防控工作。各地要严格落实《补助资金管理办法》和《财政部国家卫生健康委关于下达2022年基本公共卫生服务补助资金预算的通知》（财社〔2022〕52号），明确年度绩效目标任务并及时分解下达，加快资金拨付和执行进度，加强资金监管，确保资金安全。对发现有存疑资金的，要按要求立刻上报，不得擅自分配处置。持续推动采取“先预拨、后结算”的方式，落实乡村医生基本公共卫生服务补助资金并做好政策培训，严禁克扣、挪用。各省（区、市）资金落实情况，由各省级财政部门会同同级卫生健康行政部门汇总并由财政部当地监管局审核后（具体表格见附件）于7月10日、10月10日、次年1月10日前分别报送国家卫生健康委基层司、财务司和财政部社会保障司。

（三）进一步加强项目绩效管理。各地要全面实施基本公共卫生服

务项目预算绩效管理，科学规范设置绩效目标，做好绩效运行监控和绩效评价，加强绩效结果应用，确保提高财政资源配置效率和资金使用效益。探索将国家复评与地方初评结果的一致性纳入绩效评价。试点通过“三评三查”将日常绩效评价与随机工作核查相结合，具体包括地方自评、交叉互评、国家复评和区域普查、随机抽查、重点核查，其中随机抽查和重点核查通过电话调查、飞行检查、远程抽查等形式开展，不增加基层工作负担。鼓励采用多种方式将居民满意度调查问卷和反馈结果嵌入服务流程。

(四)持续做好项目宣传。加大基本公共卫生服务项目宣传力度，通过广播、电视、宣传片以及各种新媒体途径广泛宣传基本公共卫生服务，扩大基本公共卫生服务的影响力，调动群众接受服务的积极性。鼓励突出重点，加强对0~6岁儿童、老年人、孕产妇、慢性病患者等重点人群健康服务的宣传和推广，突出实效，明确服务内容、服务机构和服务路径。对推动工作中发现的典型经验，请及时总结并报送国家卫生健康委基层司。

二、统筹做好疫情防控和基层公共卫生服务重点工作

在实施好以上基本公共卫生服务项目的同时，各地应全面做好基层公共卫生有关工作。

(一)从严从实抓好基层常态化疫情防控。各地要指导基层医疗卫生机构，按照要求规范开展新冠病毒抗原检测和核酸采样。统筹新冠病毒疫苗和免疫规划疫苗接种，优化接种空间布局和流程，强化疫苗

接种服务质量。加大乡镇卫生院、社区卫生服务中心公共卫生医师培养、配备力度，原则上达到“优质服务基层行”服务能力标准的机构要率先配齐公共卫生医师。各地要做好疫情防控相关物资储备，并保持动态更新，对未经历过聚集性疫情实战处置的乡镇卫生院和社区卫生服务中心，年内均要开展一次疫情防控的全流程和全要素演练。各地要制定具体工作措施，积极推进村(居)民委员会公共卫生委员会建设，提升村级疫情防控水平。

(二)切实做好“一老一小”健康管理服务。

1. 加强 65 岁及以上老年人健康管理。落实中共中央、国务院印发的《国家积极应对人口老龄化中长期规划》《关于加强新时代老龄工作的意见》等精神，积极推进老年人健康管理服务。各地要优化 65 岁及以上老年人健康体检项目，结合实际开展老年人认知功能初筛服务，对初筛结果异常的老年人，指导其到上级医疗卫生机构复查。各地要加强对医务人员的培训指导，规范组织开展健康体检，优化流程，加强质量控制。健康体检结果要及时反馈本人或其监护人，并根据体检结果做好健康管理，对结果异常的，要指导及时就诊并做好追踪随访。各地要指导医疗卫生机构，结合老年人健康管理和日常基本医疗卫生服务等，动态更新、完善老年人健康档案，结合老年人健康体检大数据分析，优化区域健康管理服务。

2. 强化 0~6 岁儿童健康管理服务。落实《决定》有关精神，根据《0~6 岁儿童健康管理服务规范》，为 0~6 岁儿童提供规范化、

有质量的健康管理服务。加强婴幼儿科学喂养、生长发育、疾病预防、口腔保健等健康指导。促进吃动平衡，预防和减少儿童超重和肥胖。强化儿童视力检查、眼保健和发育评估，对发现异常的，要指导到专业机构就诊。加强上级医疗机构和妇幼保健机构对基层医疗卫生机构的指导，鼓励通过家庭医生签约服务，加强儿童保健和基本医疗服务，提供家庭科学育儿指导服务。

（三）推进城乡社区医防融合能力提升。城乡社区医防融合能力提升工程已纳入《“十四五”国民健康规划》，各地要依托国家基本公共卫生服务项目，以高血压和2型糖尿病为切入点，以每个乡镇卫生院和社区卫生服务中心培养1~2名具备医、防、管等能力的复合型骨干人员为核心，持续加强对基层医务人员《国家基层高血压防治管理指南》和《国家基层糖尿病防治管理指南》等知识培训，推动提升城乡社区医防融合服务能力。探索建立以基层医生团队为绩效评价单元、以健康结果和居民满意度为导向的评价体系，提高对团队、个人的绩效激励力度。鼓励各地通过医共体等多种形式推动慢病管理服务紧密衔接、上下联动。鼓励基层医疗卫生机构依托数字化、智能化辅助诊疗和随访、信息采集等设备，优化服务方式，推进医防智能融合。

（四）全面推进电子健康档案普及应用。各地要有效发挥居民健康档案在家庭医生签约服务和居民全流程健康管理中的基础性支撑作用，推进电子健康档案管理平台与区域范围内医疗机构电子病历系统及妇幼保健、计划免疫、慢病管理、老年健康信息等重点公共卫生业

务系统的条块融合和信息共享，推动实现数据“一数一源”，确保数据质量可控、源头可溯，切实为基层减负。推进以“居民为中心”的个人健康档案数据跨机构、跨区域动态归集更新和便民服务，持续推进电子健康档案向居民个人开放。鼓励有条件的地方探索将可穿戴设备标准化信息导入健康档案，作为居民健康信息的参考数据。各地要依托居民健康档案管理量化医务人员服务数量、质量和效果，并与绩效评价结合，实现精细化、高效化管理。同时，各地要严格执行信息安全和健康医疗数据保密规定，加强数据应用服务的信息防护，确保信息安全。

政策解读

一、2022 年人均基本公共卫生服务经费补助标准是多少？新增经费如何使用？

2022 年，基本公共卫生服务经费人均财政补助标准为 84 元，其中 2020 年和 2021 年分别新增的 5 元经费按原渠道执行，2022 年新增 5 元统筹用于基本公共卫生服务和基层医疗卫生机构疫情防控工作。

二、2022 年基本公共卫生服务项目有哪些内容？

2022 年基本公共卫生服务项目主要包括以下内容：一是结合基本公共卫生服务项目中传染病及突发公共卫生事件报告和处理，切实做好疫情防控相关工作，统筹实施好居民健康档案管理，健康教育，预防接种，0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、高血压及 2 型糖尿病等

慢性病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者健康管理，中医药健康管理，卫生监督协管等服务项目；二是限于基层医疗卫生机构实施的地方病防治、职业病防治、人禽流感 and SARS 防控、鼠疫防治、国家卫生应急队伍运维保障、农村妇女“两癌”检查、基本避孕服务、脱贫地区儿童营养改善、脱贫地区新生儿疾病筛查、增补叶酸预防神经管缺陷、国家免费孕前优生健康检查、地中海贫血防控、食品安全标准跟踪评价、健康素养促进、老年健康与医养结合服务、卫生健康项目监督等 16 项服务内容，相关工作按照原途径推动落实，确保服务对象及时获得相应的基本公共卫生服务。同时，为落实《中共中央、国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》（以下简称《决定》），新增优化生育政策相关服务内容。

三、2022 年基本公共卫生服务项目的重点工作有哪些？

2022 年，继续做好各项基本公共卫生服务工作，科学规范制定绩效目标，加强绩效评价和项目宣传，提升服务质量，改善群众感受度。同时要统筹好常态化疫情防控和基层公共卫生服务相关重点工作。一是从严从实抓好常态化疫情防控工作。二是切实做好“一老一小”健康管理服务工作。三是推进城乡社区医防融合能力提升。四是全面推进电子健康档案普及应用。

四、基层常态化疫情防控的重点工作是什么？

一是规范开展新冠病毒抗原检测和核酸采样。二是统筹新冠病毒疫苗和免疫规划疫苗接种，优化接种空间布局和流程，强化疫苗接种

服务质量。三是做好疫情防控相关物资储备，并保持动态更新，对未经历过聚集性疫情实战处置的乡镇卫生院和社区卫生服务中心，年内均要开展一次疫情防控的全流程和全要素演练。同时，为提升基层疫情防控能力和公共卫生服务能力，一方面要求各地加大乡镇卫生院、社区卫生服务中心公共卫生医师培养、配备力度，原则上达到“优质服务基层行”服务能力标准的机构要率先配齐公共卫生医师；另一方面，要制定具体工作措施，积极推进村(居)民委员会公共卫生委员会建设。

五、“一老一小”健康管理服务主要有哪些内容和要求？

在开展老年人健康管理方面，要落实中共中央、国务院印发的《国家积极应对人口老龄化中长期规划》《关于加强新时代老龄工作的意见》等精神，积极推进老年人健康管理服务，包括优化65岁及以上老年人健康体检项目，结合实际开展老年人认知功能初筛服务，优化流程，加强质量控制等。

在儿童健康管理服务方面，落实《中共中央国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》有关精神，根据《0~6岁儿童健康管理服务规范》，为0~6岁儿童提供规范化、有质量的健康管理服务。包括加强婴幼儿科学喂养、生长发育、疾病预防、口腔保健等健康指导；促进吃动平衡，预防和减少儿童超重和肥胖；强化儿童视力检查、眼保健和发育评估，对发现异常的，要指导到专业机构就诊等。

六、与往年相比，绩效评价有哪些变化？

2022年，为落实新修订的《基本公共卫生服务资金管理办法》，将进一步加强绩效管理，探索将国家复评与地方初评结果的一致性纳入绩效评价。试点通过“三评三查”将日常绩效评价与随机工作核查相结合，具体包括地方自评、交叉互评、国家复评和区域普查、随机抽查、重点核查，其中随机抽查和重点核查通过电话调查、飞行检查、远程抽查等形式开展，不增加基层工作负担。

[返回目录](#)

2020年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况公布！

来源：国务院办公厅

一、持续优化稳步推进绩效考核工作

(一)完善考核支撑体系，持续提升标尺精度。根据《国家卫生健康统计调查制度》《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》等要求，完善绩效考核相关指标计算公式与统计规范，持续优化考核参照体系。升级手术操作分类代码版本和病案首页采集质量与接口标准，简化绩效考核管理平台数据上传流程，增加系统智能审核模式，辅助提升医院数据填报质量。

(二)加强专业培训指导，持续提升数据质量。组织多领域专家采用线上线下相结合形式开展指标解读、填报指导、常见问题分析等培训共10场次。多渠道收集问题累计3000余个，更新发布答疑手册15版，推出系列宣传品1期。新增病历上传功能，按计划推进4轮

数据质控，持续加强病历内涵质控。运用天河二号超级计算机分析 3.89 亿份病案首页和其他 184.7 万项数据、3.25 万条佐证资料，应用大数据技术加速推进考核工作。

(三) 推动完善制度规范，持续提升工作效果。进一步规范公立医院绩效考核数据管理，加强网络安全防护，采用数字证书、虚拟专用网络等技术，有效提升数据采集、传输等全周期的信息安全水平。积极落实统计督查整改要求，探索公立医院病案首页数据共享机制，努力减轻基层数据填报负担。

二、2020 年度国家监测分析情况

根据参加考核的 1923 家西医类医院数据，对 2020 年三级公立医院绩效指标进行监测分析。结果显示，大部分指标持续向好，公立医院改革发展取得阶段性成效，三级公立医院向高质量发展方向持续迈进。受新冠肺炎疫情影响，相关业务工作和经济运行情况出现一定波动，但总体上三级公立医院经受住了考验，为满足人民群众看病就医需求提供了有力支撑。

(一) 三级公立医院向高质量发展方向持续迈进。

1. 诊疗支撑能力不断增强。一是临床检查检验可比性持续提升。2020 年，97.09% 的三级公立医院参加了国家临床检验中心组织的室间质量评价工作，覆盖范围较 2019 年提高 0.85 个百分点。全国范围内临床检验项目的参加率中位数为 89.41%，较 2019 年提高 15.54 个百分点，合格率中位数与 2019 年基本持平(见图 1)。



图1 三级公立医院室间质评项目参加率和合格率情况



图2 三级公立医院基本药物及辅助用药使用情况

其中，天津全部三级公立医院参加国家临检中心组织的室间质量评价工作，辖区内医院临床检验项目的参加率中位数(98.18%)与合格率中位数(97.90%)均位列全国第一；广东、吉林、海南和甘肃室间质评项目合格率提升较为明显。二是临床合理用药水平不断提高。2020年，全国三级公立医院抗菌药物使用强度为36.28DDDs，较2019年下降1.5DDDs，且明显优于40DDDs的国家要求。点评处方占处方总

数的比例和点评出院患者医嘱比例分别为 15.21%和 19.16%，门诊患者基本药物处方占比和住院患者基本药物使用率分别为 54.50%和 95.63%，均较 2019 年有所增长。辅助用药(依据第一批国家重点监控合理用药药品目录计算)收入占比为 1.72%，较 2019 年下降 2.70 个百分点(见图 2)。三是大型医用设备管理能力逐步加强。大型医用设备检查阳性率为 85.91%，较 2019 年提高 0.55 个百分点；建立大型医用设备管理台账、制定预防性维护维修计划和执行台账的医院比例有所提升，大型医用设备管理的规范化水平逐步提高。

2. 信息化建设和应用水平不断提升。2020 年，三级公立医院电子病历系统功能应用水平平均级别由 2019 年的 3.23 提高至 3.65。91.26%的三级公立医院达到 3 级及以上水平(占比较 2019 年提高 8.02 个百分点)，65.26%的三级公立医院达到 4 级及以上水平，在医院内实现全院信息共享，并具备医疗决策支持功能，为创建线上线下一体化的医疗服务新模式打下较好基础。上海、北京、浙江 3 个省份电子病历系统功能应用水平平均级别超过 4 级；山西、宁夏整体提升相对较快。截至 2020 年底，83.42%的三级公立医院建立了远程医疗制度，70.53%的三级公立医院建立了远程医疗中心，81.29%的三级公立医院能够向医联体内成员单位提供至少一项远程医疗服务。三级公立医院积极利用信息化手段促进医疗资源纵向流动，为提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率提供技术支撑。

3. 持续发展机制不断健全。在人员结构方面，2020 年，全国三

级公立医院卫生技术人员中具有高级职称的医务人员比例为 17.86%，较 2019 年提高 0.61 个百分点；医护比为 1:1.52，超过 2020 年全国医疗卫生服务体系资源要素配置要求(1:1.25)；中医、儿科医师占比与 2019 年基本持平，麻醉、重症、病理医师占比较 2019 年有所提高。在专业人才配备方面，设立总会计师的三级公立医院占比约为 72%，较 2019 年明显提升，宁夏、安徽、内蒙古、广东、甘肃等省份设置了总会计师的三级公立医院比例相对较高。在人才培养方面，2020 年，三级公立医院在当年总经费支出较 2019 年下降 18.01%的情况下，医学人才培养经费支出总额与 2019 年基本持平。接受省级及以上教育教学培训且取得培训合格证书的人数为 20.84 万，占比 33.63%，较 2019 年提高 4.08 个百分点。91.88%的医院有符合统计条件的考生首次参加医师资格考试，平均通过率为 73.89%，与 2019 年基本持平；其中，北京住院医师首次参加医师资格考试通过率为全国最高(87.25%)。住院医师规范化培训基地平均招录完成率，全科、儿科、精神科专业住院医师规范化培训招收完成率均较 2019 年有显著提升。在科研创新方面，与 2019 年相比，2020 年全国三级公立医院每百名卫生技术人员科研经费和每百名卫生技术人员科研成果转化金额均呈上升趋势，获得科研经费支持的三级公立医院比例进一步提升。被设置为国家医学中心的三级公立医院获得的科研项目数量和经费总量均位于全国领先水平，并能够积极推进将科研成果转化临床应用。科研经费总额位于前 5 位的三级公立医院科研项目经费平均为

56538.25 万元。广东、浙江、上海、北京、四川等省份对于省内医院科研工作投入经费支持力度较大。

4. 人民群众满意度进一步提升。2020 年，全国三级公立医院门诊患者满意度和住院患者满意度分别为 86.51 分、91.68 分，较 2019 年提高 1.10 分、0.67 分(见图 3-4)。门诊患者满意度最高的 5 个省份依次为浙江、四川、福建、山东、湖南；住院患者满意度最高的 5 个省份为浙江、江苏、山东、福建、上海。医务人员满意度 79.71 分，较 2019 年提高 0.95 分，在同级关系、发展晋升方面的满意度相对较高，在工作内容与环境、薪酬福利维度方面分数提升较快；医务人员满意度最高的 5 个省份依次为宁夏、湖南、浙江、福建、吉林。

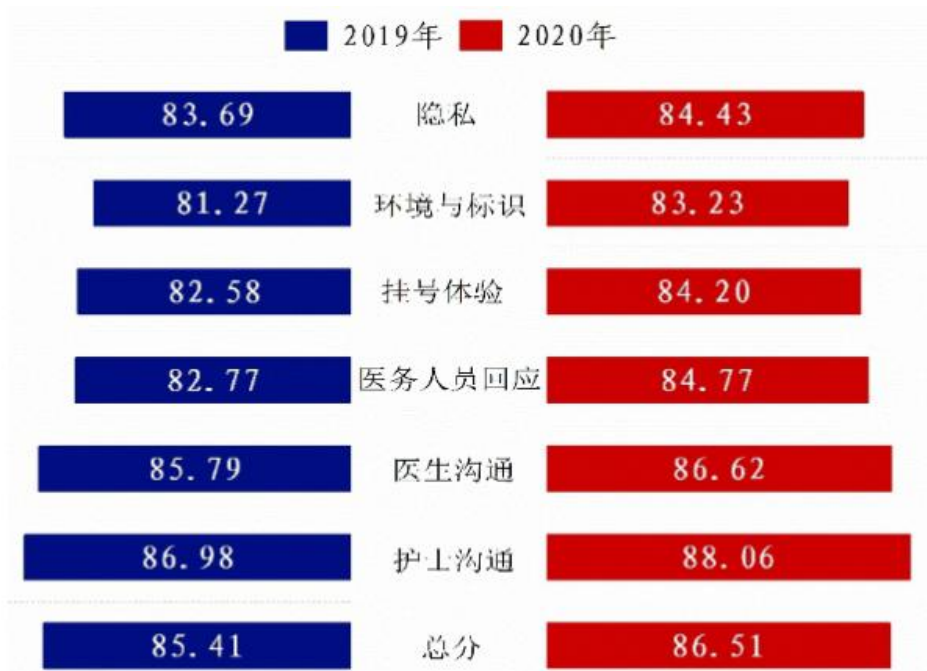


图3 2019-2020年门诊患者满意度比较

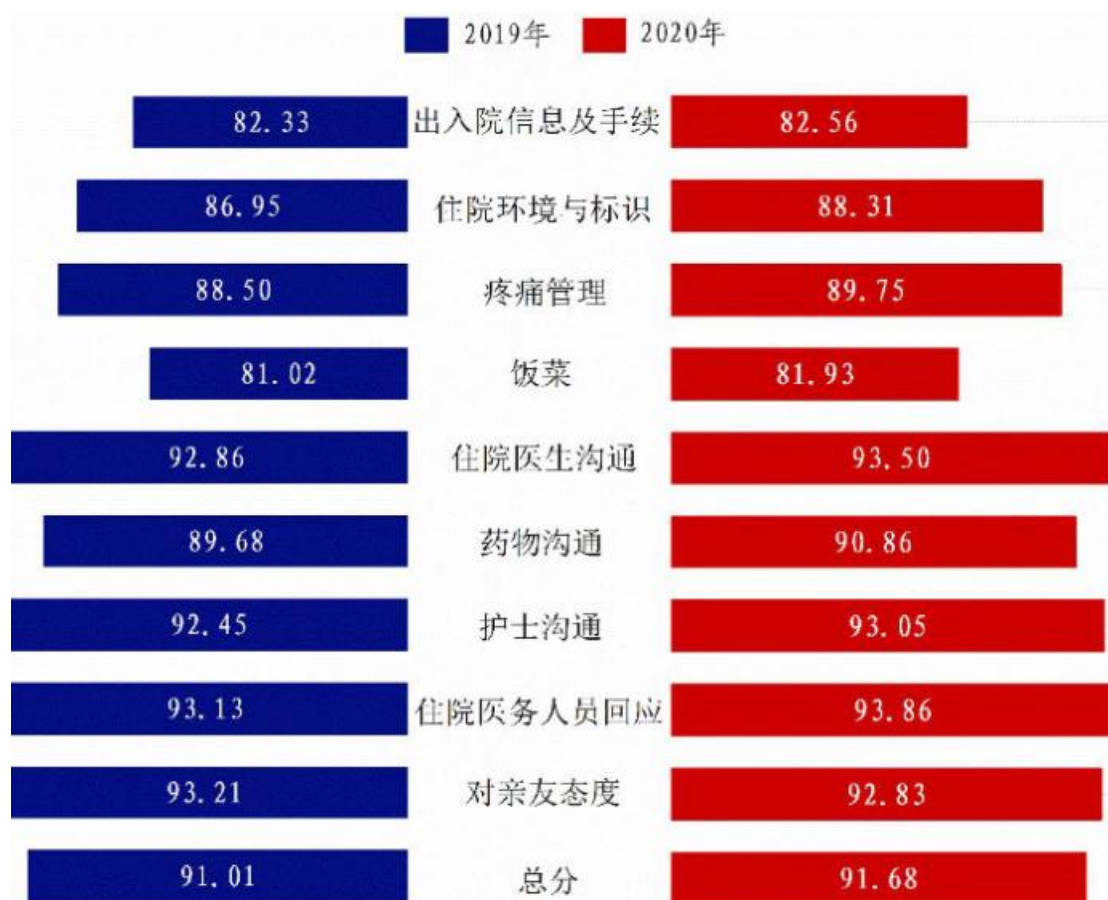


图4 2019-2020年住院患者满意度比较

5. 医联体建设和对口支援工作取得积极成效。一是三级公立医院持续落实加强基层卫生人才队伍建设的相关要求，帮扶和指导对口支援医院和医联体内成员单位，促进优质医疗资源下沉，不断提升基层医疗机构服务能力。73.24%的三级公立医院能够指导或培训医联体内基层医疗卫生机构开展护理延伸服务。部分三级公立医院通过信息化建设，实现医联体内成员单位间的诊疗信息共享，便于急性病恢复期患者、术后恢复期患者、危重症稳定期患者及时转诊至下级医疗机构。二是在接受其他医院对口帮扶的三级公立县医院中，大部分医院四级手术量相比2019年有所增长，国家临检中心组织的室间质量评价的

参加率和合格率、大型仪器设备检查阳性率持续提高，抗菌药物使用强度有不同程度下降且 75% 的医院满足综合医院不高于 40DDD_s 的要求，42.86% 的医院电子病历系统功能应用水平级别超过全国平均值，34.69% 的医院获得科研项目支持的经费总额较 2019 年有所提升。

(二) 三级公立医院经受住了疫情考验。2020 年，在新冠肺炎疫情背景下，为确保疫情防控、日常诊疗同步开展，各医院加大防控力度，运行成本增加，运营压力加大。但总体上三级公立医院仍经受住了考验，展现了“韧性”，为满足人民群众看病就医需求提供有力支撑。



图5 2016-2020年三级公立医院出院患者手术开展情况

1. 医疗服务方面。一是医疗服务数量整体减少，但疑难危重患者救治能力仍有提升。2020 年，为做好疫情防控工作，落实常态化疫情防控要求，防止交叉感染，确保有救治需要的患者能够有序接受治疗，各地均采取相应防控措施，在倡导减少人员跨区域流动的同时，各医疗机构根据实际情况调整服务模式和就医流程，采用单间收治、

预留隔离床位、控制病床使用率等措施，并通过延长门诊开药周期、推广互联网诊疗等方式，减少患者到医疗机构就诊次数，合理控制线下医疗服务量规模。在此背景下，各地三级公立医院就诊人次数、床位使用率及出院患者手术人数和微创手术人数均有相应下降，但出院患者中实施四级手术的人数稳中有增，出院患者手术占比、微创手术占比和四级手术占比均较 2019 年有所提升(见图 5)；全国三级公立医院总体病例组合指数(CMI 值)相当于 2019 年的 1.05 倍，反映出三级公立医院收治患者的疾病疑难复杂程度进一步提升。在切实做好疫情防控工作的基础上，三级公立医院更加重视医疗资源的合理配置，满足急难危重患者看病就医的刚性需求。二是在收治急难危重患者数量持续增长的同时，质量、安全和效率仍然得到有效保障。2020 年，全国三级公立医院手术患者并发症发生率、I 类切口手术部位感染率分别为 0.56%和 0.1%，均较 2019 年有所下降；低风险组病例死亡率中位数与 2019 年基本持平。部分医院积极发挥日间手术优势，缩短患者术前等待时间和在院时间，提高医疗服务效率。2020 年，三级公立医院日间手术人数较 2019 年增加 6.44%，日间手术占择期手术比例为 10.85%，较 2019 年提高 1.93 个百分点。三是预约诊疗制度与疫情防控要求同步落实。2020 年，三级公立医院门诊患者平均预约诊疗率达 56.60%，较 2019 年提高 9.34 个百分点。北京门诊患者预约诊疗率为 82.94%，为全国最高，广东(76.58%)、福建(75.21%)、宁夏(71.62%)的平均预约诊疗率明显高于其他省份。在门诊患者平均

预约诊疗率有较大幅度提高的情况下，门诊患者预约后平均等待时间仍稳定在 22 分钟。疫情期间，三级公立医院有效执行防控要求，推进非急诊全面预约和分时段预约，持续完善预约诊疗方式，为疫情期间避免人员聚集、防止院内交叉感染，保障患者有序就医提供了支撑。

2. 运营效率方面。一是医疗盈余普遍减少。2020 年，全国 20 个省份医疗盈余为负，占比 62.5%，较 2019 年增加 56.25 个百分点；753 家三级公立医院医疗盈余为负，占比 43.5%，较 2019 年增加 25.89 个百分点。全国三级公立医院医疗盈余率为-0.6%，较 2019 年下降 3.6 个百分点；医院资产负债率为 44.09%，与 2019 年基本持平。二是 2020 年，全国三级公立医院门诊次均费用增幅和住院次均费用增幅按可比价格计算，分别为 9.25%、5.79%（可比价格是指根据年度消费价格指数进行调整，扣除了价格变动因素后的价格）；门诊次均药品费用增幅和住院次均药品费用增幅按可比价格计算，分别为 4.84%、1.97%。次均费用增加主要受到诊疗成本提升的影响：一方面，通过病例组合指数（CMI）和四级手术占比的变化趋势可以看出，疑难危重患者数量和比例提升，次均诊疗所需费用相比以往有所增加；另一方面，由于疫情防控需要，针对住院病人和陪护人员开展了“1+3 检测”（“1”指的是核酸检测，“3”指的是肺部 CT 影像学检查、血常规和血清学新冠双抗体检测），增加了费用支出；此外，在常态化疫情防控形势下，为兼顾疫情防控要求和门诊慢性病患者诊疗需求，多数医院推行长期处方或延长开药周期，减少了患者就医次数。三是医疗服务

收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占比、人员支出占业务支出比重与2019年基本持平;万元收入能耗支出为90.06元,较2019年降低5.65元。四是政府财政投入力度加大。2020年,为满足疫情防控需要,各级政府加大了对公立医院的投入力度,全国三级公立医院的财政补助收入占总收入的比例为13.15%,较2019年提高5.21个百分点,提高的部分主要为疫情防控的专项补助。其中,财政基本拨款收入增加2.65%,财政基本拨款收入占医疗活动费用比重为4.05%,较2019年提高0.38个百分点。

3. 跨省异地就医方面。一是跨省异地就医患者数量减少,但基本格局并未改变。2020年,受到疫情防控出行要求的限制,全国三级公立医院中跨省异地就医的住院患者404万例(按照患者工作地和居住地判断患者是否为异地就医),较2019年减少184.3万例,跨省异地就医患者占比为5.39%,较2019年下降1.35个百分点,省外就医的主要疾病与2019年基本一致。向外省流出患者数量减少最多的前5个省份是广东、河北、浙江、安徽、江苏,在减少的全部跨省异地就医患者中约占40%;流入患者数量下降最多的前5个省份是北京、上海、四川、湖北、浙江;住院患者流入数量最多的前5个省份,以及流入患者占本省住院患者比例最多的前5个省份与2019年基本一致。二是跨省异地就医现象具有较为明显的地理相关性,并有向医疗资源相对丰富的区域聚集的趋势。如在跨省异地就医患者数量较多的省份中,流出安徽的患者中约85%流向江浙沪三地,流出河北的患者

中约 75%流向京津二地，河南跨省异地就医患者的主要流向为江浙沪京，江西跨省异地就医患者的主要流向为沪粤浙；在跨省异地就医患者比例较高的省份中，西藏外流患者中约 70%的患者流向四川，内蒙古的外流患者中流向京吉宁辽的比例约占 60%，黑龙江外流患者的主要流向为京津鲁辽沪等地。

三、通过绩效考核发现的主要问题

(一) 三级公立医院发展不平衡问题仍然存在。从绩效考核数据可看出，大部分医院在原有水平上均有不同程度的提升，区域间的差异在不断缩小，但差距仍然存在。区域间比较看，东北地区三级公立医院的信息化水平、人员配备水平和资金保障水平等相对较弱，如东北地区电子病历系统功能应用水平级别、每百张病床药师配备人数、紧缺医师配备人数、人员经费占比等明显低于其他地区，而资产负债率明显高于其他地区。西北地区和西南地区的医疗服务能力还需进一步提升，如上述两个地区出院患者四级手术占比均明显低于其他地区，相较四级手术占比较高的华北和华东地区低约 6 个百分点，手术患者并发症发生率、I 类切口手术部位感染率相对略高，室间质评项目合格率相对略低。相比较而言，华东和华北地区在各指标上明显优于其他地区，表现为硬件设施更加齐备，人力资源更加充足，功能定位落实更加有效，工作开展更加规范等；华东地区所拥有的三级医院的数量以及各医院的相对水平均位于全国前列。区域内比较看，各区域内同样存在省份和医院间的差异。例如，华北地区排名位于前列的优

质医疗资源主要集中在北京，西南地区排名位于前列的优质医疗资源主要集中在四川，东北地区的优质医疗资源主要集中在吉林和辽宁。省份间比较看，各省份在医疗服务技术与能力、科研创新、紧缺医师配备等方面呈现较为明显的两极分化趋势。例如，黑龙江和西藏的电子病历系统功能应用水平平均级别尚未达到3级，明显弱于其他省份。西藏的出院手术患者四级手术占比连续三年不足10%；西藏、新疆连续2年医护比未达目标值；每百名卫生技术人员科研项目经费最高的省份与最低的省份相差502.9万元，且差距相比往年进一步加大。

(二)精细化管理能力仍需进一步提高。一是在信息化建设方面，从整体情况看，全国电子病历系统功能应用水平平均级别尚未满足“2020年三级公立医院电子病历系统功能应用水平4级”的要求。从医院个体看，33.33%(641家)的三级公立医院电子病历系统功能应用水平级别未能达到4级，主要集中在辽宁、黑龙江、山东等地区。二是在合理用药方面，431家综合医院抗菌药物使用强度均高于40DDDs；三年来，上海、湖北、海南、西藏持续高于40DDDs，药物合理使用与管理仍需加强。三是在可持续发展方面，部分地区仍然存在紧缺医师配备不充足的情况，如内蒙古、甘肃、河南等省份重症医师占比较低，且明显低于全国平均水平。虽然大部分医院逐步重视大型医用设备的维修和养护的工作规范，但是对于大型医用设备的质量控制工作重视的程度还需要进一步加强。

(三)患者就医感受和医务人员获得感仍需进一步改善。一是患者对于就医环境、标识的清晰程度、就诊的便捷程度等提出更高要求,尤其是与其他年龄人群相比,60岁以上的老年人对就医过程中挂号便捷程度、医院空间便利程度、服务设施配备、出入院手续办理的便捷程度等不满意的程度相对较高,表明在积极应对人口老龄化的战略背景下,公立医院要进一步提高医疗服务“适老化”程度,落实便捷老年人就医的相关举措。二是医院员工中,反映劳动强度较高、工作负担重的比例相对较高。分群体看,护士和初级职称人员的满意度相对较低,上述两个群体中,认为薪酬待遇和福利保障与预期目标存在一定差距的比例较高。

(四)相关部门责任仍需进一步落实。在未设立总会计师的三级公立医院中,有68%的三级公立医院由于岗位设置和编制问题等,导致未能按照要求设立总会计师;在设立总会计师的医院中,约30%的总会计师未能进入领导班子,总会计师职能尚未完全发挥。此外,在积极承担新冠疫情防控工作的同时,虽然针对公立医院财政投入的力度有所增长,但与医疗收入减少的幅度(7.54%)相比,仍难以有效弥补相应缺口。

四、工作要求

(一)进一步推动优质医疗资源均衡布局。各省级卫生健康行政部门要将绩效考核工作与公立医院高质量发展相结合,加快国家医学中心、国家区域医疗中心和包括省级区域医疗中心在内的省级医疗高地

建设，有序促进医疗资源整合共享，全面提高省域诊疗水平，持续提高县域医疗服务能力。巩固医联体建设和对口支援工作成效，持续推进医联体内管理和技术同质化发展，坚持“输血”与“造血”相结合，推动远程医疗服务常态化，有序促进优质医疗资源扩容下沉，提升基层医疗机构服务能力。

(二)进一步优化三级公立医院发展环境。各省级卫生健康行政部门要联合有关部门以绩效考核为抓手，提高政策衔接和系统集成能力，落实相关部门主体责任，在“十四五”时期发挥绩效考核与高质量发展促进行动的协同作用，尤其要研究建立在新冠肺炎疫情常态化防控要求下，对公立医院应对突发公共卫生事件的科学合理补偿机制，为公立医院高质量发展营造良好的政策环境。

(三)进一步提升三级公立医院管理水平。各省级卫生健康行政部门和各医院要以问题和需求为导向，及时总结经验，明确阶段目标，不断提升医院管理和医疗服务能力。紧密围绕人才队伍、医疗质量、专科建设、临床科研、医院文化等工作，加强信息化手段应用，持续推进医院管理的规范化、精细化、科学化。关心关爱医务人员，改善患者就医体验，尤其注意提升老年人就医全过程的便捷程度。

(四)加强宣传引导。各省级卫生健康行政部门、各有关医院要正确看待绩效考核工作，充分认识绩效考核助推公立医院高质量发展的重要意义，为公立医院发展营造良好的社会舆论环境。要及时总结工作经验，加强对工作成效的宣传，发挥示范引领作用，带动公立医院

整体实现高质量发展。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

在医疗支付方式改革的大趋势下，医院成本管理跟不上，将吃大亏！

来源：杏医道勤

在医疗支付方式改革大趋势下，三级医院绩效考核和医保对医院的医疗费用控制和医疗服务行为及质量监管力度加大，医保战略性购买作用凸显，倒逼医院需要进行“精打细算”。

加强病种成本核算管控，成为医院的绕不去的“坎”，这必将促使医院转变成本管理思维，推进成本管理创新。

医保支付改革的到来，关乎医院的生存与发展。接受它并学习好它，对于广大医务工作者，也是势在必行！

支付改革对医院产生 4 大影响

1、最大的影响是医院收入

医院支付方式改革后，医保对医院补偿方式发生变化，主要影响因素有：

1) 医生病历首页填写错误或不规范，DRG 入组错误，病种 RW 值降低或部分病例不能入组，导致医保减少支付或拒付；

2) 部分疾病组实际发生医疗费用高于医保 DRG 分组支付费用，实施 DRG 分组付费后，导致该部分疾病组住院收入减少。

2、对医院成本核算和管控能力的要求提高

支付方式改革已成为医改的一个重点，包括医院绩效考核、三级医院评审标准等一系列医改政策措施，都明确提出要扩大按病种收费的病种数量，以医疗服务合理成本为基础，逐步建立收费标准动态调整机制。

在成本核算和管控能力上，病种成本核算也因其科学合理的操作性、较强的推广性，开始走向“舞台”。加强病种成本核算的精细化管理是实现医院未来良好发展的重要举措，有利于医院的高质量发展。

3、给医院病案质量和信息化管理带来挑战

随着支付改革的推进，很多医院薄弱的病案管理信息应用系统，不能满足改革的需求，无法支撑病种组数、病种编码、病历医嘱术语、出院诊断码、操作码、病案首页、费用成本信息等大数据技术。

若医院提供给医保错误的病案信息、错误编码、错误诊断和操作等信息，将有提供的医疗服务得不到医保补偿的风险。

4、对医院管理提出了更高的要求

为应对支付改革给医院带来的影响和巨大挑战，医院需要通过顶层设计建立一套完整的管理体系。各管理部门要进行相应的职能调整，改革原有按项目付费条件下的激励机制、质量考核指标等，将医院运营管理推向更规范的台阶。

更规范的运营，也将促进医院医疗技术发展和诊疗能力进一步提

升。

医院可采取的应对措施

1、加强信息支撑

以病案首页数据为例，医疗质量板块中 7 项指标均来源于病案首页 146 项内容，这些指标名称、数据元标识、属性定义及字段描述是否规范，ICD-10 疾病编码和 ICD-9-CM-3 手术操作代码库映射质量如何，数据采集标准和接口传输规则是否一致，数据存储能否共享联动等均会影响质量评价结果。

单病种质控指标、多个手术指标可围绕标准化临床术语库，可以从根源上保证数据客观准确。

2、强化全面质量管理

首先，要从结构上进行人员、技术、设备、物资、信息基础质量管理，从源头上加强准入管理、强化感控和不良事件报告等，以提升技术水平推动学科发展，以行为规范保证医疗安全。

其次，全过程进行质量管控，可从以下两方面努力：

1) 严格落实核心制度和诊疗规范，关注重点部门、重点环节、关键指标管理；

2) 加强临床路径和单病种管理，推进质量管理同质化和标准化。

再次，进行以数据和结果为依据的终末效果评价，医院可建立绩效考核医疗指标监测数据库，每季度评估分析结果类指标，并参考三级医院医疗质量管控指标不断完善。

3、开展成本精细化管理

付费改革对医院的成本核算和管理提出了更高要求，病种成本核算是大势所趋。

医院需要提前准备，做好病种成本核算的基础工作，结合各自的实际情况和不同需求，加强全成本核算与管理，更加精细、精准和精益地进行病种成本核算，提升医院的综合绩效水平。

4、加强培训，提升个人能力

对于一线医疗工作者来说，在初始运用阶段可能会产生诸多的问题，因为如果产生病案首页填写错误，会对医院的医保收入有影响，从而进一步影响医务工作者的绩效，影响医院的收益与发展。其中涉及临床医师、质控科、病案科、医保相关人员。

院方应该周期性地开展针对性培训，提升医生，病案，医保等相关人员对支付过程中问题的处理能力。

众人拾柴火焰高，应对支付改革，一定是从院领导到一线工作者，各科室协调，共同调整、创新、进步的一个过程。

[返回目录](#)

新形势下，如何以学科建设为抓手带动医院高质量发展

来源：健康界

目前，我国已经进入高质量发展新时代。大型公立医院需要在管理、医疗、护理、服务、科研、教学、防疫、人才引育、国际交流等方面，朝着高质量目标不断前进。医疗机构高质量发展不仅是自身发

展的重要途径，也是社会大众的迫切需求。在医疗机构高质量发展过程中，学科建设是医院各项事业的基石，是医院实现内涵式发展的必然路径，是满足人民群众日益增长的医疗卫生服务需求的重要保障。近年来，医院学科群建设优势凸显，分层建设思路在整合学科资源、精进学科能力、打造医院品牌上发挥了重要作用。但学科群也面临着发展不均衡、融合程度有待提升，学科能力下沉有限等问题。在当前的医院学科体系布局中，如何用好优势学科、突破普通学科、实现协调发展成为大型医院学科建设必须思考的课题。

2021年，国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》指出，学科建设和运营管理是实现公立医院高质量发展的关键路径。为进一步提升医疗服务质量、改善患者就医体验，国家卫生健康委和国家中医药管理局联合印发《公立医院高质量发展促进行动（2021—2025年）》（国卫医发〔2021〕27号），从服务体系、专科建设、服务模式、精细管理4个方面指明了公立医院学科高质量发展的路径。

事实上，大多数医院在学科建设过程中常常面临着一些困难，具体包括四个方面：（1）将学科和医疗技术、项目划等号，在学科建设中过于强调技术应用，人才培养、教学和科研缺位。（2）学科合作有待改善。随着医疗可及性、可负担性的改善，医疗服务市场竞争越发激烈。当前，优势学科在资源上对普通学科和弱势学科存在差异化，学科合作面临既往建设模式的阻力；MDT诊疗为学科合作提供了平台，

但常态化、长效的工作机制有待完善，医教研融合广度和深度也需提升。(3)学科运营能力有待加强。部分医院通过规模扩张构建了功能齐全的学科布局，市场导向的变化和后续的粗放管理导致部分学科运营效益不佳，面临合并与重组。(4)科研转化的反哺作用不充分。大部分医院通过申请教学基地与研究平台构建了产学研的基本链条，相应研究的转化成果在增加，但成果的场景和市场化应用基本依赖于第三方机构，科研转化的市场效益不明显，在转化成果用于临床方面还有很长的路要走。

所以，面对这几方面的难题，必须整体考虑，逐一解决，已实现医院高质量发展下的学科高水平发展。

首先，学科实力是影响各类资源流向的指挥棒，学科实力的提升伴随资源的积累。在学科体系朝着均衡、协调发展的路上，应重视资源对学科建设基础作用，资源分配导向暗含了对不同学科的价值取向和战略部署。优先集中发展基础较好的学科，实现医院品牌影响力。随着诊治思维和手段的变化，以往的集中战略和方式已不能满足患者的健康需要和医院的发展需要，学科建设从单一学科逐步转向学科群和学科体系建设。一方面，医院积极探索多学科融合和诊治合作，增加了优质医疗资源总量。另一方面，将部分资源用于新兴学科、亚专业的探索性建设，为医院创新储备力量。

其次，围绕学科进行的一系列计划、组织、领导、协调、控制活动。学科间的专业壁垒、疾病的复杂性、患者的治疗期望，各科医务

人员的发展期望都是影响学科建设的重要因素，也是管理的关键对象。专业管理是解决上述问题的基础，运营管理是协调建设的手段。专业管理要重视多学科交叉融合、多学科诊疗、中心化发展等诊治思维和手段的变化，围绕技术标准、服务模式、人才培养、平台管理、科研转化加强专业管理，畅顺医教研衔接机制，提升技术水平和服务能力。同时树立市场定位、学科业务、运营策略相结合的管理目标意识，制定学科、科室、专业组的不同分工，既要关注学科带头人的引领作用，也要重视科主任以及学科负责人的运营职能。在管理方式上，要进一步加强临床系列医(技)师与医院学科主管部门的协作沟通。共同参与到制度流程设计、医疗业务数据分析以及学科运营协调决策中来；相应的职能科室也应深入临床，加强学科评估，使管理方式和手段更加适应临床实际。

另外，在具体的运行机制上，重点加强学科评估机制和利益分配机制建设。借助 DRG 和 DIP 对学科专业技术水平、经济效益、投入产出效率进行评估，同时加强对市场份额占比和社会形象的评估。考虑学科融合模式及特点，在评估的基础上对绩效进行合理分配，使学科发展有“法”可依；通过动态、多方位考核及时发现和解决问题，促进学科体系的持续发展。尤其是对大型公立医院而言，加强面向国家战略需求和医药卫生健康领域重大科学问题的基础和临床研究，推动原创性疾病预防诊断治疗新技术、新产品、新方案和新策略等的产出，是其必须承担的责任。《“健康中国 2030”规划纲要》提出的“健

康入万策”为健康产业发展提供了支撑，大型医院作为服务供给侧最重要的一员，更应重视学科产业链的建设布局。一是培育临床人员与科研人员对“有用科技”“创新科技”的市场意识，结合学科特点逐步建立适宜的运营模式。二是逐步探索“校—院”“院—企”“院—所”以及自建在内的多模式转化推广平台，将新技术、产品从医院应用拓展至更加广阔的医疗服务市场，在标准制订和定价机制上提供参考，实现关键技术和经济效益的双回流。

最后，由于我国不同地区不同医院的学科发展不平衡，偏远地区、县级地区的医院学科建设较为落后。学科以临床实践为基础、以临床问题为重点，上述类型的医院与三级医院、面临的病例类型和临床问题，在数量和复杂性上存在较大差距。学科发展最终为全民健康服务，因此三级医院要发挥辐射引领作用，加快参与到区域内医疗联合体、对口帮扶、专科联盟等建设中来，通过培训、进修、人员派驻多方式促进学科能力下沉。同时，加强行业交流，分享先进诊治技术和方案，将以往的“诊防治”经验进行总结，推广面向基层的适宜技术。通过提升行业区域的整体水平，为医院的高质量协调发展提供更好的外部环境。

值得一提的是，建立更加完善的学科评价机制可以更好地促进医学学科发展。建立评价信息和评价结果共享机制，将评价结果作为公立医院发展规划、重大项目立项、经费核拨、绩效工资总量核定、医疗保险政策调整的重要依据，推动公立医院改革发展进程。公立医院

经济运行监测评价不仅要考虑涉及公立医院运营发展的指标，同时还需要考虑对医改政策实施成效的科学评估。要尽可能地采取量化方式及定量指标，最大程度地避免主观因素的影响。绩效考核和成本管理的实践，提高监测评估的科学性，充分利用已有的基线数据和趋势数据，监测评价体系是否发挥了影响以及影响大小，以利于制定合理的目标，稳步推进医院学科建设，从而推动医院高质量发展。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

老龄化加剧对医保带来哪些影响？

来源：Latitude Health

随着老龄化的加剧，尤其是劳动力总人口呈现减少的趋势下，现收现支的社保体系面临持续的挑战。如果仅从医保来看，一方面，随着职工退休比的持续下降，职工医保筹资压力逐渐增大，需要持续补充在职职工人数以减缓职工退休比下降速度。另一方面，老龄化加大了医疗开支，加速了医保资金的消耗，特别是随着人口出生高峰人群集中退休之后，如何在扩大统筹资金池的同时提高医保资金的使用效率更为关键。

从国家医保局历年发布的《全国医疗保障事业发展统计公报》来看，全国医保参保人数一直稳定在95%以上，但与职工医保参保人数持续增长相比，居民医保参保人数出现持续下降。随着城镇居民医保

和新农合合并之后，2018年，城乡居民医保的参保人数达到巅峰，为10.28亿人，此后逐年下滑，2021年为10.09亿人，3年间减少了1900万人。而同期，职工医保参保人数从不到3.2亿上升到超过3.5亿，增加了超过3700万人。

从趋势上来看，职工医保参保人数的增加有助于医保的可持续性。由于职工医保的缴费水平较高，能够依靠自身去覆盖医疗开支，不需要财政补贴投入，也有助于降低政府的财政压力。不过，职工退休比持续处于下降中，从2012年的3下降到2021年的2.8，如果剔除农民工，职工退休比从2.29下降到2.18。当然，职工退休比近年来有所反弹，从2016年的2.78回到2.8左右，这主要是得力于更严格的医保管理政策，更多符合职工医保要求的人群被纳入到保障当中，比如从职工医保参保者按照单位类型上来看，灵活就业人员占参保人数的比例已经从2012年的10%增加到了2021年的13.7%。

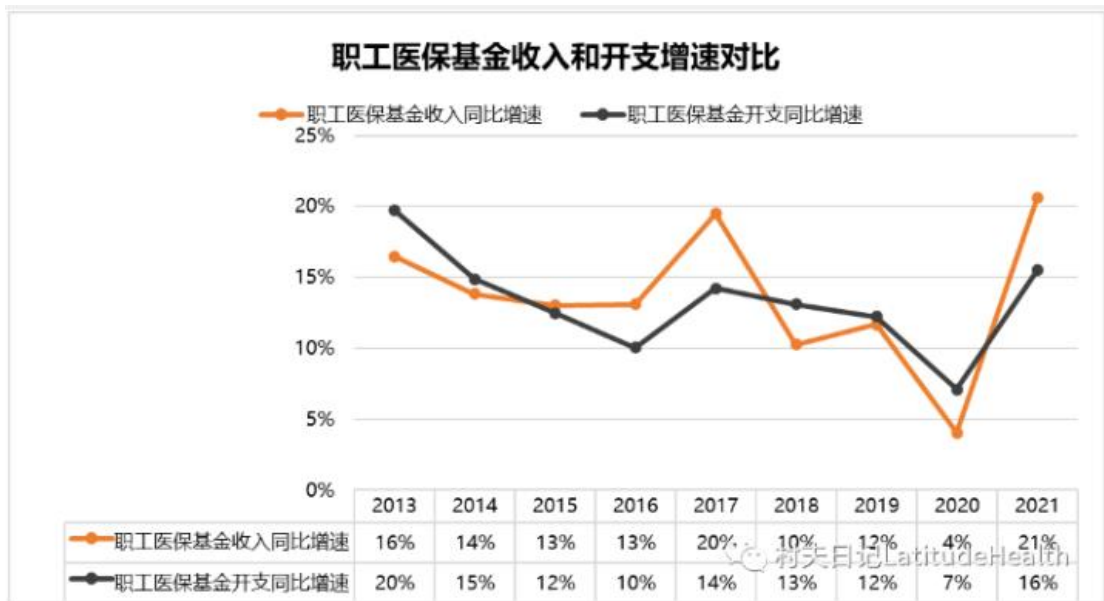
而居民医保的缴费水平仍有待提高，由于居民医保中高达2/3左右的缴费来自财政补贴，总体待遇水平提高主要依靠政府的支付能力。但从缴费比例来看，强化个人缴费责任是居民医保的长期趋势。2019年财政补助占居民医保缴费的比例为70%，而在2015年之前这一比例高达79%，未来居民医保筹资个人缴费的比重应该会持续增加。

如果从基金收入和开支增速对比来看，职工医保在2021年扭转了自从2018年以来的不利局面，在连续3年的开支增速超过收入增速之后，变为收入增速超过开支增速。但居民医保仅是在2020年出

现了收入增速超过开支增速，2021年延续之前的趋势，开支增速大幅超过收入增速。这说明职工医保开源能力加强，尤其是通过持续纳入类似灵活就业的参保人员方面。

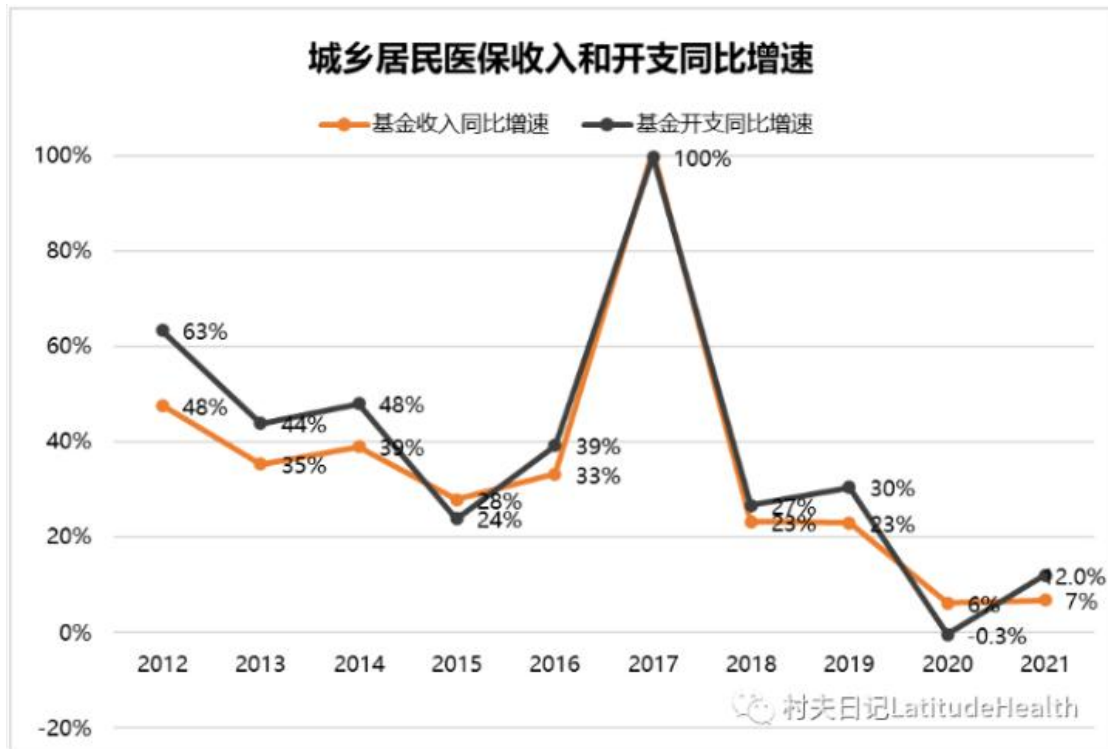
但是，居民医保参保的开支增速再次出现高增长，这对基金的可持续性提出了明显的挑战。在2012年到2021年这9年当中，居民医保有6个年份的开支收入增速高于收入增速。居民医保的当年结余率近年来下降也比较明显，虽然2020年疫情期间因为就诊减少导致增长到10%，但2021年又下跌到6%。基金可支付月数也是持续下降，2020年只有9个月，而2012年还有14个月。

图 1：职工医保基金收入和开支增速对比



数据来源：2021年全国医疗保障事业发展统计公报，LatitudeHealth分析

图 2：居民医保基金收入和开支增速对比



数据来源：2021 年全国医疗保障事业发展统计公报，LatitudeHealth 分析

另一方面，如果仅从医保支付待遇来看，2021 年，职工医保年均就诊人次和住院率恢复迅速，均次医疗费用增速明显放缓，但医保资金主要流向住院尤其是三级医院住院的趋势没有改变，其中退休人员又占据了医保消耗的主力，随着老龄化的加深，这一总体的趋势将加速。

职工医保 2020 年享受待遇共 17.9 亿人次，同比下跌 16%，主要因疫情影响导致就诊量减少所致。随着 2021 年疫情趋于平稳，享受待遇人次回升到 20.4 亿，同比上升 20.8%，但仍未回升到 2019 年的 21.2 亿人次这一水平。不过，如果分项来看，门慢特和住院都已经接近 2019 年的水平，只有普通门急诊还未恢复到疫情前的水平。

职工医保的住院率常年高企，从2012年的14%上升到2019年的19%，经历了2020年的回落到16%，2021年再度回升到17.7%。2021年的回升主要集中在退休人员的住院率，达到39.5%，虽未达到2019年的43%的水平，但仍然在高位运行，在职职工则相对平稳，从2020年的8.6%回升到9.9%，接近2019年10%的水平。

由于退休人员的住院率高企，医保资金主要流向退休人员。2021年，“医疗机构发生费用中，退休人员医疗费用7461.37亿元，比上年增长11.6%；在职职工医疗费用5475.08亿元，比上年增长19.0%”。职工医保的医疗总费用中，退休人员已经占到58%。与此同时，退休人员在费用的结构上往住院倾斜的趋势越来越明显。2020年，退休人员的费用结构中，64%是住院费用，而在职员工的住院费用只占52%。退休人员的门诊慢特病占比也更高，达到了14%，在职员工只有9%。在职员工的普通门急诊费用占比比较高，占到39%，退休人员只有22%。

当然，与2020年相比，2021年均次医疗费用尤其是住院费用上升的速度明显放缓，只有2%，为12,948元。这改变了2019和2020这两年都是6%高增长的态势，均次医疗费用的增速得到明显的控制。从2020年的数据来看，住院费用中，72%流向三级医院，流向二级医院和一级医院的分别只有23%和5%。由于医保用户在三级医院就诊的占比越来越高，抑制三级医院的住院费用增速是关键。2021年，三级医院的均次住院费用的增速为-0.5%，虽然一级医院的均次住院费

用出现了两位数的增长，达到 12.6%，但由于一级医院住院比例较低，对整体指数的影响较小，从整体上抑制了住院费用的增速。

随着老龄化的持续深入，尤其是在在筹资增速有限、退休人员住院率高企和三级医院成为住院费用主要流向的现状下，如何有效合理地使用医保资金成为维系医保可持续性发展的重要路径。无论是高价药和耗材的集采和谈判，还是 DRG 改革对住院的影响，抑或是通过门诊统筹来降低住院率等举措，都是有效降低医保开支增速的重要手段。未来在医保筹资改革上仍有进一步探索的空间，财政补贴持续提升也难以避免。因此，医保在筹资和支付的创新将是未来持续发展的主线，也将带动整个医疗服务市场的改革。

[返回目录](#)

门诊费用结构调整的长期挑战

来源：村夫日记

台湾地区的健保部门对门诊费用的控制是以点数为核心，但以合理门诊量和大医院门诊减量为配套措施。为了避免医生为了获得更多点数持续扩大门诊量，健保推出了合理门诊量的规定。

合理门诊量的设立对基层的诊所来说，形成了发展门槛。健保对于超出合理门诊量的部分并不是不支付，只是支付较低，对于有一定规模的大医院来说，由于合理门诊量的计算公式包含病人数量、病床数量和医生数量，通过不断扩张是可以降低合理门诊量对其的冲击。比如并购下级医院，大中型医院可以将下级医院变为自己的分院，从

而抬升被并购医院的合理门诊量上限，有效地规避了政策的限制。

而对于门诊量整体较低的基层诊所来说，分档支付等于是在门诊量上升的时候，让他们的平均每个问诊的收入不断下降，因此整体来说，台湾地区的基层诊所面临大医院扩张的压力非常大。

因此，在一个强弱分化较为明显的医疗服务市场，政策虽然对弱势一方进行了大幅倾斜，但强势一方仍可通过其他手段来规避政策并做大自身。

在合理门诊量无法达到对大医院的制约之后，健保直接采用大医院门诊减量的举措，直接降低了大医院门诊的数量。

2018 年，健保开始推动医院门诊减量，目标是 5 年削减大中型医院的门诊量的 10%，2018 年的要求是削减 2%。从 2018 年 7 月 1 日起，所有医院都开始执行这一目标，如果医院不达标就直接按照 2% 的幅度扣减门诊总额。

从门诊减量的政策制定来看，由于分级诊疗长期效果不彰，健保采用直接卡流量的方式来推动，虽然在数字上会好看一点，但推行阻力较大，医院会采取多种途径来规避政策的影响。更合适的方法仍然是通过 RBRVS 向诊前诊后倾斜，从而推动医生和医院更重视院外服务，以此带动院外的门诊发展。同时，在拆分向医生单独支付存在较大难度的前提下，如何通过建立其他激励手段来进行引导仍是一个巨大的挑战。

从上述几个不同地区的经验来看，从浮动点数法向固定点数法转

型是大势所趋，但医保自身额度有限，无法支撑固定点数法带来的门诊费用高速上升，只能对医疗机构和医生的门诊进行限额管理。从台湾地区来看，虽然合理门诊量对大医院扩张门诊收入产生了压力，但大医院更看重的是扩大门诊量所带来的住院病人，这促进了其持续扩张门诊量。因为收入全部来自门诊，合理门诊量对基层则产生了明显的压力。为了解决分级诊疗逆向发展的问题，监管不得不直接干预，对大医院进行门诊减量，但实际效果并不理想。

因此，由于缺乏类似 DRG 那样对住院有着强大的制约工具，门诊费用进行结构性调整的工具将以点数法为基础配套一系列其他政策工具，精细化是核心但对医疗基础设施的要求较高，其实际效果仍有待长期持续观察。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

8 大趋势，详解医用耗材集采如何推动行业格局重构

来源：中国医药报

随着国家药品、医用耗材集中带量采购进入常态化、制度化实施阶段，医用耗材国家及地方集采持续探索推进，集采规则不断优化，集采范围进一步扩大，产品价格大幅下降。同时，医用耗材行业生态也在不断完善。

大力推进集采常态化

2021年6月，国家医保局等八部门联合印发《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》。此后，一系列配套文件相继制定出台，为高值医用耗材集中带量采购提出了新规范和新方向。

同年10月，国务院深化医药卫生体制改革领导小组发布的《关于深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》指出，鼓励各省份和省际联盟每年至少开展或参加药品、耗材集中带量采购各1次。

今年1月，国务院常务会议决定常态化制度化开展高值医用耗材集中带量采购，持续降低医药价格并提速扩面；鼓励各地开展省级或跨省联盟采购，对骨科耗材、药物球囊、种植牙等群众关注的产品，分别在国家层面和省级层面开展集采。随后，国务院政策例行吹风会针对这一制度安排进行了说明。在吹风会上，国家医保局副局长陈金甫表示，力争到2022年底，通过国家组织和省级联盟采购，实现平均每个省（区、市）覆盖350个以上药品品种，高值医用耗材品种达到5个以上。

2021年9月，针对人工关节的第二批国家组织高值医用耗材集采拉开大幕。按照“一品一策”的原则，此次集采在报量方式、采购量约定、中选规则、分量规则、伴随服务等方面均进行了创新性探索。国家医保局数据显示，共有48家企业参与此次集采，其中44家中选，中选率为92%，平均降价82%。

同时，地方也在积极开展试点工作。据统计，2021年1月至今年2月28日，全国共执行医用耗材(含试剂)集采项目389个，其中国家级项目4个、省级项目231个、市级项目145个、其他项目9个，新增项目共113个(涉及医用耗材专项88个、试剂专项7个、医用耗材+试剂专项18个)，其中国家级项目3个、省级项目67个、市级项目38个、其他项目5个。

由此可见，2021年既是医用耗材集中带量采购政策完善和制度制定之年，又是相关政策和制度的落地实施之年。

品种范围进一步扩大

2021年，医用耗材集采品种较上年相比新增24个，其中高值医用耗材18个、低值医用耗材6个。从国家集采品种来看，冠脉支架、人工关节等已实现全国覆盖；从省级集采品种来看，冠脉扩张球囊、人工晶体、心脏起搏器、吻合器、冠脉导引导丝、留置针、超声刀头等目前已覆盖较多省份。

2021年，部分省份还探索开展了临床检验试剂集中带量采购，如安徽、河南等；山东、江西已将临床检验试剂纳入挂网范围。值得一提的是，安徽省选择了免疫诊断领域市场规模较大的细分领域——化学发光试剂，开展集中带量采购，共包括5大类23小类145个产品。其中，13家企业的88个产品中选，相关产品价格平均降幅达47.02%。此外，广东等11个省份开展了对新型冠状病毒(2019-nCoV)检测试剂的联盟采购。其中，核酸检测试剂、核酸快速检测试剂、

IgM/IgG 抗体检测试剂、总抗检测试剂、抗原检测试剂价格平均降幅分别约为 37%、34.8%、41%、29%、44%。此后，有 10 余个省份启动价格联动。

值得关注的是，尽管各省份医用耗材和试剂集中带量采购开展较为频繁，但涉及的品种数量与临床需求相比目前仍不足。按照国务院办公厅发布的《“十四五”全民医疗保障规划》要求，未来国家和省级高值医用耗材集中带量采购品种应进一步增长。

联盟采购日趋多样

2021 年，省际联盟集采共产生 18 个采购项目，覆盖 31 个省(区、市)和新疆生产建设兵团。其中，规模较大的有京津冀“3+N”联盟(其成员数量最多，已达 23 个)，由内蒙古自治区牵头的 13 省份联盟，由河南、江苏两省牵头的 12 省份联盟，由江西省牵头的 9 省份联盟；此外，还有渝贵云豫联盟、鲁晋冀豫联盟、渝贵琼联盟、浙鄂联盟、长三角联盟等。

从各省份参加省际联盟的情况来看，2021 年，贵州省参加的联盟数量最多，达 9 个；山西省、重庆市紧跟其后，参加联盟数均为 8 个；宁夏回族自治区、河南省参加联盟数均为 7 个。

此外，市际联盟集采也取得较好进展。2021 年，全国共产生 18 个市际联盟采购项目，主要集中在江苏、山西、湖南、广东、河南、辽宁等省份。值得关注的是，省、市跨级别合作形式首次出现：2021 年 11 月，安徽省黄山市加入由广东省牵头的 16 个地区组成的联盟，

开展超声刀头集中带量采购。

可以预见，在政策的驱动下，2022 年地方联盟带量采购方式将更加多样，招采品种也将越来越多，这是必然趋势也是主流趋势。

[返回目录](#)

31 省全面落地！国家医保局多项举措保障胰岛素集采落地实施

来源：上海医药阳光采购网

7 月 4 日，上海医药阳光采购网发布《关于本市做好第六批国家组织药品集中采购(胰岛素专项)有关工作的通知》，宣布上海自即日起执行第六批国家集采(胰岛素专项)中选结果。至此，全国均已落地实施胰岛素集采。

据悉，胰岛素专项集采于去年 11 月产生中选结果。此次集采首年采购需求量 2.1 亿支，涉及金额 170 亿，中选产品价格平均降幅 48%，最高降幅 73%。据估算，集采之后每年能节省胰岛素费用约 90 亿元，将进一步为超过 1000 多万需要长期甚至终生注射胰岛素的患者减轻用药负担。

为进一步保障胰岛素集采中选结果在全国顺利落地，国家医保局采取了哪些举措?而随着我国医疗保障制度改革脚步不断向前，还有哪些其他改革举措能够为药品集采提供更多支撑?为此，中国医疗保险进行了以下梳理——

为了落实好国家集采，医保有哪些配套措施?

医保配套措施是保障国家组织药品集采顺利落地实施的关键。从

“4+7”试点以来，国家医保局就及时出台了医保配套措施相关政策文件（《国家医疗保障局关于国家组织药品集中采购和使用试点医保配套措施的意见》），从医保基金预付、医保支付标准、建立集采考核机制等多个层面，指导地方做好中选结果落地实施。

加强医保基金预付。首先，要求医保部门根据集中采购中选药品的采购价格、各医疗机构与企业约定的采购品种及采购数量测算带量采购药费金额，并在医保基金预算中明确该专项采购预算。其次，要求医保经办机构按照不低于专项采购预算的30%提前预付医疗机构。最后，要求医保经办机构与医疗机构之间、医疗机构与企业之间及时结算，而根据国家医保局2020年5月发布的《关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》，医疗机构与企业之间的结算时限要求应为30个工作日。此外，在落实医疗机构采购结算主体责任的前提下，鼓励有条件的地区探索通过在省级药品集中采购机构设立药品电子结算中心等方式，推进医保基金与医药企业直接结算。这一要求在2021年发布的《“十四五”全民医疗保障规划》也有明确提及。

促进医保支付标准与采购价协同。首先，明确了中选品种采购价格即为医保支付标准，原则上同一通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药均按此标准进行结算。其次，明确了患者使用价格与支付标准有差额的药品时，差价部分的处理方式（具体见下表）；使用价格低于支付标准的药品，按实际价格支付。最后，明确了非中

选品种价格与支付标准差距较大时，应当采取渐进式调整方式，在2-3年内调整到位，但未通过一致性评价的仿制药不设置过渡期。

表非中选品种价格高于、低于支付标准时的医保基金和患者分担方式

	患者支付部分	医保基金支付部分
集采中标品种	按支付标准进行结算	
价格高于集采价/ 支付标准	超出部分由患者自付，再按比例分担支付标准以内部分	按支付标准进行结算
价格低于集采价/ 支付标准	按实际价格支付	按支付标准进行结算

完善对医疗机构的激励机制。首先，对因集中带量采购节约的医保资金，给予医疗机构结余留用激励。其次，在集中带量采购覆盖的药品品种多、金额大、涉及医疗机构多的情况下，要开展医疗服务价格动态调整评估，符合条件的及时调整医疗服务价格。这一措施在2021年8月国家医保局等八部委发布的《深化医疗服务价格改革试点方案》中也有明确提及，即“建立医疗服务价格专项调整制度”，根据实际需要启动医疗服务价格专项调整工作，以推动落实药品和医用耗材集中带量采购等重大改革任务。完善医保支付方式。一是完善“结余留用、超支合理分担”的激励约束机制和风险分担机制，鼓励医疗机构使用中选药品。二是医保部门制定年度医保基金总额控制指标时，对合理使用中选品种、履行购销合同、完成集中采购药品用量的定点医疗机构，不因集中采购品种药品费用下降而降低总额控制指标。三是在推进DRG、DIP付费等“打包式”支付方式改革时，对使

用集中采购药品的治疗，首年不因药品费用下降而降低病种(病组)支付标准。

建立医院集中采购考核机制。医保部门应针对医疗机构使用中选品种建立考核机制，按照“按月监测、年度考核”的方式，监测定点医疗机构执行情况，并将其纳入医保定点医疗机构协议管理和医保费用考核。对采购结果执行周期内未正常完成中选品种采购量的医疗机构，相应扣减下一年度医保费用额度；对中选品种处方量下降明显的医生，进行专项约谈。

胰岛素专项集采落地的配套政策，有哪些特殊之处？

相比于化学药品，胰岛素产品具有用药黏性更强、生产准入壁垒较高、质量和疗效评价体系尚不完善、存在给药装置差异等特殊性和特殊性。因此在整个带量采购的实施过程中，不仅要在采购规则的设置上需要进行调整，其落地实施的配套政策也在化药产品的基础上，针对胰岛素产品的特殊性做了一些补充。今年4月，国家医保局、国家卫健委联合发布的《关于完善国家组织药品(胰岛素专项)集中带量采购和使用配套措施的通知》，对相关政策进行了明确。

其一是考虑到了胰岛素的给药装置差异。即要求中选产品按中选价格在各省级医药集中采购平台挂网的同时，允许预填充、特充、畅充型胰岛素产品在同企业同品种笔芯型胰岛素产品中选价格基础上每支可增加3元。同时，在落实中选企业的产品供应责任时，也要确保其按协议供应注射用具，保障临床使用。

其二是考虑到了胰岛素临床疗效的稳定性。在加强中选胰岛素合理使用管理的基础上,进一步加强医务人员培训,规范临床用药行为,提升用药水平。一方面,要求区域内糖尿病诊疗能力强的医疗机构,要会同相关学术团体加强对区域内胰岛素的用药指导、教育培训和质量控制;另一方面,对在上级医疗机构开具处方、基层医疗机构用药的,上级医疗机构要加强指导和用药衔接。

其三是考虑到了患者用药黏性。糖尿病患者的长期用药需求会使得其对不同厂家产品的品牌转换态度倾向于保守,因此对患者加强科学用药指导和中选胰岛素产品使用宣教,也是确保胰岛素集采落地的配套举措之一。

《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》提出:要继续开展药品集中带量采购工作,扩大采购范围,力争每个省份国家和地方采购药品通用名数合计超过 350 个。截至目前,国家组织药品集采已开展 6 批、共采购 234 种药品。而随着第六批胰岛素专项集采的中选品种陆续在各地落地实施,下一步,相关部门的工作重点就将转移到第七批 58 个品种国家集采的筹备中。而上述配套保障政策,也将持续发挥对集采中选品种落地实施的保障作用,确保广大参保人能够用上更多质优、价廉的好药。

[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