

学科建设

学科建设如打江山 靠的是一群人

▲首都医科大学附属北京朝阳医院呼吸与危重症学科主任 施焕中

如何搞好学科建设？在笔者看来，应该从以下几方面入手。

第一，在目前的现实条件下，要把某一个科室建设得有影响，第一绝招就是派出德才兼备、智勇双全的学术骨干出去担任医院领导职务，“受苦他一个，幸福全科室”，看看远处近处的例子，“学科建设做得好”的科室几乎未能摆脱这种模式。

第二，选择一个优秀的学科带头人，并给予他一定程度的发挥空间。

毫无疑问，一个优秀的科室只能从这样的一种氛围中产生：一个出色的带头人、一个奋进的团队、一个高品质的平台、一个或少数几个固定的工作方向。一个优秀学科的诞生必定需要在头脑正常的学科带头人带领下，经过整个团队长期不懈的努力才有可能；反过来说，一个本来有良好基础的科室如果遇到一个不太



来源/千库网

正常的主任，两三年便能够轻而易举地搞垮一个科室。在国外的大学或者研究机构，经常可以看到气走一个教授就等于关闭一个实验室的现象。

第三，如果要切实将一个临床科室搞好，让同行心服口服，不管你打算使用何种华丽的词藻来粉饰，但核心积累必定如此：维持日常工作运转，保证不出大事，定期在主流杂志发表经得起推敲的优秀科学论文。

例如，我们都知道是哪家单位组织全国同行进行慢性阻塞性肺疾病流行病学调查，研究结果于2007年发表在《美国呼吸和危重监护医学杂志》；都知道是哪家单位组织大型的随机对照试验观察羧甲司坦对慢性阻塞性肺疾病的疗效，研究结果于2008年发表在《柳叶刀》；都知道哪家单位探讨社区整群干预对于慢性阻塞性肺疾病管理的价值，研

究结果于2010年发表在《英国医学杂志》。这些实干成绩所带来的宣传效应远超举办100次会议。

第四，学科带头人在拥有开工条件之后无须忽悠、无须拔苗助长，只要按照客观规律保持事物发展的惯性就能坐享其成。

毫无疑问，带头人的工作能力至关重要，其中不贪、能帮人一把之时施以援手实际上是工作能力的重要体现。一个人打不下江山，一个人要指挥一群人才有出路。

以上四条以外的做法都不重要了，至多是上述基本步骤的补充和延伸。总的说来，没有什么比做好自己本职工作更重要。

勤奋工作肯定会有好结果，很多人的好结果叠加一起的时候，一个具有旺盛生命力的优秀学科也就在日月中稳步走来了。

绩效考核

四个维度都好 医院绩效才好

▲内蒙古自治区人民医院总会计师 刘宏伟

绩效考核正成为推动公立医院高质量发展的重要抓手。在发展方式上由规模扩张型转向质量效益型；在管理模式上，由粗放的行政化管理转向全方位的绩效管理。

四个维度指标都要好

公立医院要从医疗质量、运营效率、可持续发展与满意度四个维度进行绩效考核。一个维度的某些指标好而另一个维度的某些指标不好说明医院仍然存在一些问题。例如：医院医疗质量、运营效率、可持续发展和患者满意度指标都非常好，但是医务人员流失率特别高，一定是由于医院用人政策、绩效激励、文化缺失等因素造成。

提高医疗质量为核心

医疗服务质量取决于提供服务的医务人员、时间和医院，以及接受诊疗的患者，医生技术水平和态度的差异性，有的医生水平高、有的差强人意，有的对患者态度好、有的不好，这些因素影响着患者满意度和医院的口碑。一个信誉良好的品牌，代表着这家医院高水平的医疗质量和服务。

构建便捷就医流程

坚持以患者为中心，满足患者需要，努力改善医院服务流程和步骤，保证在患者希望的时间提供他们希望得到的医疗服务。医院要以流程再造为指导，满足患者的就医需求，从根本上对医院的业务流程进行反思和重新设计。医院业务流程的设计和完善的实现差异化的重要手段，按照其内部价值链划分为医疗质量改进、医疗服务流程、医疗服务随访。

加强内部管控

医院要构建一套成本核算模式支撑的绩效考核体系。有效产出和成本控制是公立医院绩效考核的资金来源，医院的有效产出与一定时间内接受治疗的患者数量、每个患者的医疗费用、药品占比和耗材占比相关。公立医院应将门（急）诊人次、人出院患者人数、住院患者人均费用、药占比、耗占比等作为绩效考核的重要指标。将有效产出、去库存、降低运营费用作为医院绩效考核的核心内容。

医保改革

医保改革四步走 让医院走向价值医疗

▲清华大学医院管理研究院 杨燕绥

系统集成、协同高效的工作要求是新时代医保、医疗和医药实现协同发展的必由之路。在笔者看来，目前的核心问题是如何在制度安排系统化和信息共享的前提下真正实现协同。

医疗服务绝非简单的商品交易，医保支付重在建立机制，应通过四方面举措，从原本鼓励医院多干多得的按数量付费逐步转向按结果付费，激励并引导医院走向健康管理、价值医疗，实现医保基金对三级医疗服务的正三角分布和支付。

普及完善病种分值付费

随着《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》的全面推进，目前我国正在形成以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。推动医保支付方式改革的目的是提高基金使用效率，引导医院通过精细化管理，提高诊疗水平，实现高质

量发展。但从深化医药卫生体制改革的全局来看，包括按病种付费在内的一些支付方式改革是一种局部性改革，不能指望通过它来改变大医院虹吸基层资源和通过增加服务实现盈利的动机。

实行总额预算管理

按区域和人口实行总额预算管理，建机制的具体操作可以分为四步走：

第一步按照身体情况和往期医药费用（含住院、门诊、康复等）对参保人进行分组，这为按照医疗风险配置医保资金奠定基础；

第二步设计人头加权指标（如年龄组）和权重，可以探索对家庭医生签约和代际同签实施奖励，而非直接支付签约费用，对紧密型医共体实行总额预算管理；

第三步完善复合型结算管

理，包括异地就医钱随人走（预算减额）、病种分值付费结余留用、复杂病组合理超支分担，探索康复医疗、门诊特病、社区慢病支付方式，激励门诊下社区；

第四步建立“患者康复、医药资源耗费、医保基金耗费”三维健康绩效评估模型，设置健康、轻症、中度重症、重症、严重症等分组，抓取来自临床的真实数据，按照参保患者进入健康组的结果进行奖励，引导医共体通过“减少患者、增加健康”实现盈余。

医药量价挂钩进系统

药品绝非普通商品，其定价和采购要纳入医保系统建设。医药、设施设备和耗材的研发依赖临床医疗数据，产品能否进入医保目录、以何种价格支付，需要同其治疗效果、临床使用频次挂钩。目前推进这一环节改革的难点主要来自三个方面：产业的上游（研发）、中游（定价与销售）、下游（使用）信息不对称；缺乏药物经

济评估和临床证据；定价与使用之间盲点多、断点多。我国自2018年成立国家医疗保障局以来，在药物保障、量价挂钩、规范流通等方面取得了突出成效，今后的改革重点在于建立信息共享平台、发展药物经济临床循证，通过总额预算管理和健康绩效评估，调动医共体规范用药与合理用药的积极性，完善量价集成机制。

统一信息化标准和接口

居民健康档案和病案是健康数据的重要来源，医疗机构作为健康数据的发源地，信息共享必须且只能从这里开始。目前，我国医疗机构数据信息资源碎片化情况十分严重，已成为推进医疗信息化和实现信息共享的体制性障碍，应通过三大具体措施推进改革：

首先，由有关政府部门构建居民健康大数据平台和多部门信息共享机制，将家庭医生签约情况（包括续约率、代际同签情况、

签约服务绩效等）实现信息共享；

其次，由国家进行顶层设计、多部门联合制定医疗机构信息标准，待医疗机构实现数据集成后，各部门再抓取相关信息实施管理、服务和监督，消除机构各自为政的局面；

最后，由国家制定法律法规，省级建立招采平台，建立第三方服务商准入和退出机制，抑制和禁止不正当竞争行为对医疗机构信息化造成的伤害，实现多方共赢。