

我国计划到2029年建成约1万个中医优势专科

新华社北京12月11日电(记者田晓航)记者11日从国家中医药管理局获悉,我国将分层级推进中医优势专科建设,进一步提高中医临床疗效,到2029年,形成专业领域完整、地域覆盖面广、结构布局合理、中医特色明显的中医优势专科网络,全国中医优势专科总体规模达到1万个左右。中医优势专科是彰显中医药特色优势、体现中医临床疗效、保障人民健康

康的重要平台。据介绍,国家中医药管理局自“十五”以来支持建设了一批中医重点专科,今年5月遴选确定了1073个国家中医优势专科建设单位和85个国家中医优势专科培育单位。目前,大多数专科成为所在医院的优势专业、骨干科室,但仍存在整体发展不平衡等问题。为此,国家中医药管理局日前出台关于加快推进中医优势专科建设的意见,提出加强中医优势专科规划布局、推进中医优势专科集群建设等要求。

根据文件,国家层面将按专业组建30个左右国家中医优势专科联合体,重在制定诊疗标准规范,开展专科质量控制与能力评估,组织开展疑难病和危重症中西医协同攻关,引领专科学术发展;区域层面组建区域中医优势专科联盟,辐射带动区域内中医优势专科能力整体提升;省级层面分

专业组建省级中医优势专科联盟,由牵头单位带动省域内相关专科水平整体跃升。在加强中医优势专科内涵建设方面,文件提出系列具体举措。例如,鼓励设置专科门诊;发挥多学科联合诊疗优势,搭建以中医优势专科为主体、相关学科共同参与的“1+N”诊疗平台;探索集预防、治疗、康复、个人健康管理于一体的全链条服务模式。

破“一床难求”!我国多地试行“共享病床”

新华社记者 董瑞丰 李恒

一张小小的病床,可能只是大医院的“千分之一”,却会是住院患者的“百分之百”。

着眼患者“一床难求”之忧,我国多地医院探索试行“共享病床”——打通各科室,医院哪里有病床,患者就住在哪里,让全院床位成为流动的共享资源,减少患者入院等待时间。

为缓解住院难,我国已经持续扩容病床数量。最新统计显示,全国共有床位1017.4万张,每千人医疗卫生机构床位已超过部分发达国家水平。

调查显示,“一床难求”的一个主要症结是“忙闲不均”。

一方面是部分大医院病床供不应求,一面是基层医院病床时有闲置。即便在医院内部,不同科室的病床使用也不均衡,各有各的峰谷。

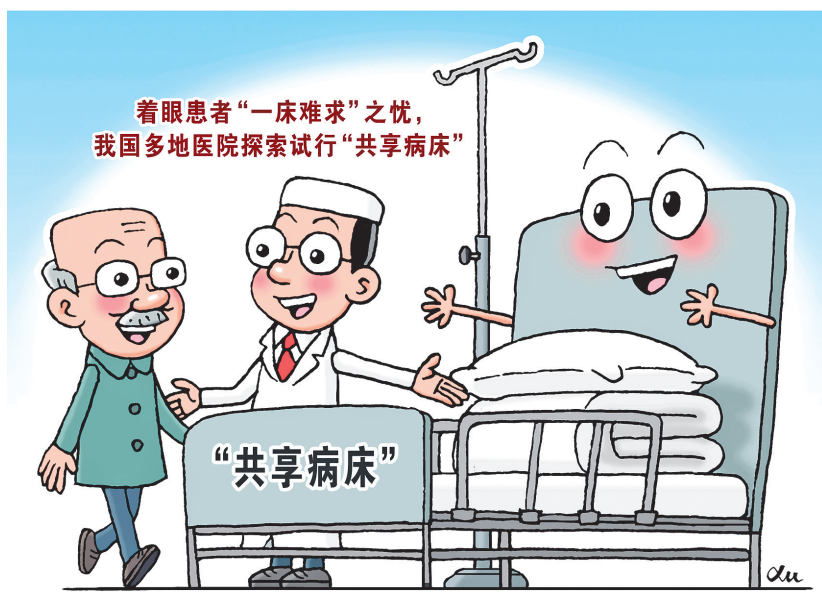
2023年全国医院病床使用率为79.4%,其中三级医院91.1%,二级医院74.3%,一级医院54.1%。

民之所盼,正是医改之所向。

“共享病床”怎么“共享”?

在中日友好医院,前来治疗肺部恶性肿瘤的李女士,从预约挂号开始,不到一周就办理了入院手续。几年前她看同样的病,床位排了1个多月。住院更快,是因为李女士没有在胸外科病房“干等”,而是住进了住院部其他科室的病房。

医院医务处负责人介绍,医院内科和外科各为独立组,组内楼层相近的科室可以共享床位。以胸外科为例,现有47张床位,有了“共享病床”,



破解“一床难求”(漫画)

新华社发 徐骏作

收治能力相当于近70张床位,增长约50%。

冬季呼吸道疾病高发,湖南省儿童医院通过床位统筹,将患者收到其他内科病房;福建医科大学附属第一医院的患者由原先平均等候7至8天入院降为3天至4天;北京市卫生健康委在2024年改善医疗服务工作方案中提出,以市属三级医院为重点,启动试点“全院一张床”管理……

没增加病床、没增加医护人员,从

共享里“多”出的收治床位,可以让患者尽早住院。

“共享病床”是否就是“床位调配”?

最大程度“盘活”有限的床位,不少试点医院成立专门的管理中心统筹患者收治,通过信息化系统,及时跨科调配病床。

为简化患者办理入院、出院手续,减少院内奔波,有的医院还大力推行床旁自助结算工作。患者无需再到服

务大厅窗口排队等候,床位闲置的时间也进一步缩短。

“这是一项‘以患者为中心’的系统工程,体现了医院现代化治理能力的提升。”中日友好医院党委书记宋树立说,“共享病床”涉及医务、护理、财务、后勤等多部门的深度协作,是对医疗服务流程的重塑和优化。

——如何确保疗效“不打折”?

为方便跨科住院病人,重庆医科大学附属第二医院实行首诊医生负责制,从查房、查体到写病历、开医嘱,均由首诊医生负责到底。

专家介绍,“共享病床”要确保医疗质量不打折扣,“医生跟着患者走”是关键。患者调配到其他科室的病床,负责治疗的仍是原科室医生。护士经过针对性培训,也能够胜任护理工作,并朝着全科护理的方向发展。

部分医院还成立了紧急医疗救护快速反应小组,“共享病床”一旦出现危急重症病人,能确保及时、规范进行急救治疗。

缓解住院难,“共享病床”是一种答题方式,各方也在寻找更多解题思路。

加快建设分级诊疗体系,让术后康复、慢性病维持等患者“下沉”到更多基层医院;推动更多非必须住院的术前检查项目在门诊完成;提升“当天住院、当天手术、当天出院”的日间手术比例……

想方设法做,努力向前走,办好一件件就医“小事”,就是医改惠民的“大事”。(新华社北京12月10日电)

政策鼓励“无痛”分娩进医保,技术推广还存哪些难题

新华社记者 廖君 赵丹丹 闫睿

人们常说的“无痛”分娩,在医学上被称为分娩镇痛。国务院办公厅近期印发的《关于加快完善生育家庭政策体系推动建设生育友好型社会的若干措施》提出,加强生殖健康服务,指导各地将适宜的分娩镇痛以及辅助生殖技术项目纳入医保报销范围。

将分娩镇痛纳入医保,有利于进一步推广这一技术,让更多产妇免受生产之痛。记者调查发现,我国分娩镇痛普及率在逐步提高,但部分地区应用比例依然偏低。

多地加大力度推广“无痛”分娩

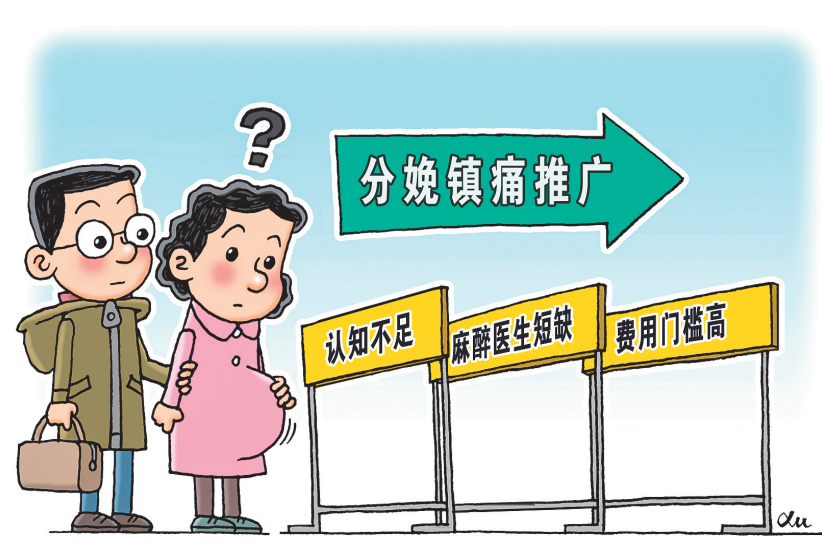
“用了‘无痛’分娩后,虽然还是能感受到一点疼痛,但生产过程中确实轻松多了。”不久前刚生完二胎的成都市民秦女士告诉记者,8年前生头胎时没用“无痛”分娩,疼了一天一夜。“这次感觉好多了,没那么受罪。”

“分娩镇痛是通过麻醉师在产妇腰椎脊髓的硬膜外注射麻药,缓解其生产疼痛,相当于起到神经阻滞的作用。”吉林省妇幼保健院麻醉科主任陈丽说,“这项技术十分成熟,其安全性和有效性已经经过大量实践验证。”

近年来,相关部门出台多个文件推广分娩镇痛。2018年,国家卫生健康委发布《关于开展分娩镇痛试点工作的通知》,之后确定了900多家医院作为第一批国家分娩镇痛试点医院;2022年,国家卫生健康委等17部门印发《关于进一步完善和落实积极生育支持措施的指导意见》,提出“扩大分娩镇痛试点,规范相关诊疗行为,提升分娩镇痛水平”。

四川大学华西妇产儿童医院产科医生夏伟说,从所在医院来看,通过大力宣传、完善配套,分娩镇痛接受度较高。“目前医院每年自然生产的孕妇平均约1万例,其中8000多例采用了分娩镇痛。”

根据国家卫健委发布的数据,与2015年相比,2022年900多家试点医院分娩镇痛率从27.5%提升到60.2%。但我国不同地区分娩镇痛的开展情况存在较大差异,部分地区尤其是西部地区和县级以下医疗机构分娩镇痛率较低。记者在中部地区某地级市采访发现,2023年,当地不同医疗机



技术推广存难题(漫画)

新华社发 徐骏作

构的分娩镇痛率从12%到47%不等,平均在30%左右。

中华医学会麻醉学分会原副主任委员、中国医师协会麻醉学医师分会原会长姚尚龙说,今年6月,根据湖北省333家二级以上公立医院统计,湖北省分娩镇痛率达60.4%;根据各地统计数据估算,目前全国分娩镇痛率约为50%。

推广仍面临三大难题

业内专家表示,分娩镇痛推广还面临认知不足、麻醉医生短缺、费用门槛高3个难题。

不久前,武汉市民李女士预产期在即,她决定选择“无痛”分娩,却遭到家里老人的反对,担心往身体里注射麻药会伤到孩子。“还好老公坚定地站在我这边,支持我的决定,不然还不知道得多受多少苦。”李女士说。

对分娩镇痛心存疑虑的人不在少数。“会不会对宝宝智力有影响”“会不会引发产后腰痛”“会不会增加产程”“用了真的一点都不疼吗”……多位医生表示,临床中经常有人询问此类问题。

“有些人习惯在网上找攻略,但网上有不少说法缺乏科学依据,容易误导人。”华中科技大学同济医学院附属同济医院麻醉科副主任周志强说,我国分娩镇痛技术已经十分成熟,最常用、最安全的是椎管内镇痛中的硬膜

外麻醉,能够帮助大多数产妇减轻60%至90%的疼痛。大量案例证实,使用的药物对产妇和新生儿几乎没有影响。

“通常分娩镇痛使用的药物浓度及剂量,是剖宫产麻醉的十分之一到五分之一,产妇生产后也可以进行母乳喂养。”吉林大学第二医院妇产科主任许天敏说。

多位基层妇产科医生表示,有的产妇害怕“自己生”;有的担心如果顺产不顺利,中途改剖腹产更麻烦;有的考虑孩子上学时间,刻意要求胎儿出生日期。这些因素导致目前医院剖宫产比例较高,分娩镇痛总体普及率较低。

除了主观因素外,还有部分产妇想“无痛”却遭遇现实难题。一名网友说,去年国庆期间生产,由于值班麻醉医生去了急诊室,没有其他麻醉医生为她实施分娩镇痛,她疼了18个小时。

不少医护人员坦言,分娩镇痛的麻醉过程需要麻醉师陪伴,但我国麻醉师人数偏少,尤其是综合医院手术量很大,麻醉师往往分身乏术。有的县级医院因为麻醉医生数量少,也较少向产妇推广分娩镇痛。

成都市第一人民医院妇产科医生陈妍告诉记者,孕妇生产的时间很难固定,经常是半夜突然要生产,医院需要配备专门麻醉师进行保障,基层医院确实存在困难。在一些孕产专科医院,剖宫产、人工流产等手术量相对较

大,麻醉师常常只能在两台手术の間隙为产妇进行分娩镇痛的麻醉操作。

另外,费用也是阻碍一些家庭选择分娩镇痛的原因。选择分娩镇痛比普通自然生产多出上千元麻醉费用。“在一些偏远的县市、乡镇,产妇是否选择分娩镇痛,费用也是主要考量因素,不少人舍不得。”湖北省荆门市人民医院产科主任罗志平说。

加快政策落地 加大推广力度

今年,国家医保局印发《产科类医疗服务价格项目立项指南(试行)》,将“分娩镇痛”“导乐分娩”“亲情陪产”等项目单独立项,鼓励医疗机构积极开展分娩镇痛等服务。部分地区已将分娩镇痛相关费用纳入医保报销范围。

国办发文指导各地将适宜的分娩镇痛以及辅助生殖技术项目纳入医保报销范围。“这对于推广分娩镇痛是一个重大的利好消息,希望各地能加快落地、细化完善、宣传推广。”陈丽说。

姚尚龙说,目前,全国没有统一的分娩镇痛收费标准。“医生陪伴在产妇身边实施镇痛并保障其安全,往往需要数小时。若收费标准过低,付出与回报难以匹配,会影响麻醉师的积极性。”姚尚龙呼吁,应该使麻醉医生的工作得到相应的价值体现,推动分娩镇痛的进一步普及。

华中科技大学同济医学院附属同济医院产科常务副主任马剑利等人建议,通过系统化培训,提升麻醉医生技术水平,如组织一些医院进行麻醉经验分享,重点讲解急难危重情况的处理,打消基层医院对开展分娩镇痛的顾虑和胆怯。

陈丽建议,除了国家相关主管部门官方的宣传手段外,可以在适龄人群中利用新媒体手段,加大宣传推广力度,特别是在孕检人群中增加相关科普内容的推送讲解,提升知晓度。

多位基层医生建议,国家要加大麻醉师培养力度,为基层医疗机构配备更多的麻醉师。同时,加强对医院现有医生的培训,让更多医生了解麻醉学。

(新华社北京12月3日电)

近日公布的新版医保药品目录新增91种药品,目录内药品总数增至3159种,参保人的“药篮子”再次升级。医保目录是如何诞生的?哪些药能进医保?谈判“信封底价”怎么定?国家医保局及有关专家进行解读。

医保“药篮子”怎么选? 支持新药、重点药

医保药品目录调整分为准备、申报、专家评审、谈判、竞价、公布结果5个阶段。

哪些药品可以申报进入国家医保药品目录?国家医保局医药管理司司长黄心宇表示,国家医保药品目录的调整,一是面向新药,即5年内经国家药监部门批准上市的新通用名药品,或经国家药监部门批准,适应症或功能主治发生重大变化的药品;二是面向重点药,即纳入《国家基本药物目录(2018年版)》、鼓励仿制药品目录或鼓励研发申报儿童药品清单的药品,以及罕见病治疗药品。

据悉,今年共有249种目录外药品通过形式审查,进入专家评审阶段,其中121种药品通过评审,通过率近50%。

黄心宇介绍,未通过的药品中,有的属于“擦边球”,比如一些老药通过减少说明书上的适应症,或对适应症做一些描述上的改变,从而以“适应症发生变化”为由进行申报;有的属于“新瓶装旧酒”,比如将老药微调一下成分配比,或者变化剂型,并没有改变临床价值,就作为新药进行申报;还有一些药价格过高,超出了基本医保的支付范围。

“我们支持合理的改良型新药,但成分不改、适应症不改、给药途径不改、临床价值不改的药品,在评审中很难得到青睐。”黄心宇说,国家医保药品目录调整,是要支持有临床价值的“真创新”。

数据显示,此次医保药品目录调整新增的91种药品中,90种为5年内上市品种。其中,38种是“全球新”的创新药,无论比例还是绝对数量,都创历史新高。

医保谈判怎么“讲价”? “信封底价”是标尺

在医保谈判桌上,医保方手中的一个信封,往往成为关注的焦点。这个信封里放着专家通过测算,给出的药品底价,而企业方最终的报价,必须小于等于“信封底价”,才能谈判成功。

这个神秘底价是如何算出的?复旦大学教授、2024年国家医保药品目录调整药物经济学专家组组长陈文介绍,药物经济学组专家通过药物经济学评价证据、国内挂网价格、国际价格、同类竞品价格比较等多种方法,综合测算确定基准支付标准。基金测算则更加关注对基金支出的影响,进一步强化了基金影响的刚性约束。

此外,今年的测算中还特别考虑了传统中药的特点与优势,有针对性地优化了评价维度和测算指标。

曾担任药物经济学测算组组长的天津大学药物科学与技术学院副书记吴晶说,底价测算的基石是坚持以价值为基础定价。对于创新价值高、能填补空白的药品,会高度重视企业递交的药物经济学评价证据,合理确定溢价。

医保药品怎么落地? 加强监测、确保供应

药品进了目录并非终点,能够真正进入医院、药店,让参保人买得到、能报销,才是最终目的。

今年,国家医保局、人力资源社会保障部提出新要求:定点医疗机构原则上应于2025年2月底前召开药事会,根据新版国家医保药品目录及时调整本机构用药目录,保障临床诊疗需求和参保患者合理用药权益。不得以医保总额限制、医疗机构用药目录数量、药占比为由影响药品进院。

此外,各省份要及时更新纳入“双通道”和单独支付的药品范围,与新版目录同步实施,并借助国家医保信息平台、药品追溯码、医保药品云平台等渠道,收集、完善、维护本行政区域内医保药品配备、流通、使用信息,加强对辖区内医保药品配备使用情况的精细化管理。

“落地是决定目录调整工作成效的‘最后一公里’。让医保药品真正惠及群众、惠及患者,需要医保部门、医疗机构、医药企业的共同努力。”黄心宇说。

(新华社北京12月11日电)

医药集采新规来了! 优化考核方式不搞“一刀切”

新华社北京12月10日电(记者徐鹤航)两部部门10日发布《国家医保局 国家卫生健康委员会关于完善医药集中带量采购和执行工作机制的通知》,在原有政策基础上进一步完善医药集中带量采购和执行工作机制,确保中选药品和耗材执行,同时明确优化考核方式,不搞“一刀切”。

通知明确,医疗机构完成约定采购量后,仍应按要求优先采购使用中选药品和耗材。未完成约定采购量或非中选药品和耗材采购比例超过规定要求的,相关品种视为考核不合格;同时,针对临床需求发生重大变化的药品、短缺药、急救药和季节性用药等特殊品种优化考核,不搞“一刀切”。

比如,因纳入国家和本省份重点监控合理用药药品目录、发生公共卫生事件、临床指南药物推荐级别变化等,导致临床需求发生重大变化、医疗机构未完成中选药品约定采购量的,可不考核相关中选药品约定采购量完成情况。

●本人刘中昱(身份证号:142701199805050653)不慎将购买的恒大·悦龙台8-2-704房的购房协议和地下二层E138停车位协议(日期:2023年9月1日)丢失,声明作废。

●不慎将孟兴龙残疾证(证号:14270119711224301562)丢失,声明作废。

通告

山西省风陵渡黄河公路大桥经有关专家论证测评,结论为限载30吨以上大型货车通行。为确保安全,已设置限载标志,从2025年1月1日起至2025年6月30日期间,过往荷载30吨以上的大货车禁通行。请往返陕西、河南方向车辆绕行省道平风线或运风高速-运宝高速公路黄河大桥-连霍高速公路。

运城市公安局
2024年12月10日