

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第23期
(06.03-06.09)

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。)

• 医保快讯 •

▶ [国家发布最新“任务单”！医保重点工作有6项](#)（来源：中国医疗保险）——第6页

【提要】近日，国务院办公厅印发了《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》(以下简称《任务》)。《任务》指出，要聚焦医保、医疗、医药协同发展和治理，推动卫生健康事业高质量发展，提高人民群众获得感幸福感安全感。《任务》明确了深化医药卫生体制改革今年各项重点工作，其中深化医疗服务价格改革、深化医保支付方式改革、健全基本医疗保障制度、发展商业健康保险等和医保有关。

▶ [探路8年，长护险成效几何？未来路在何方？](#)（来源：中国医疗保险）——第11页

【提要】长护险又被称为社保“第六险”，是为失能人群提供护理服务或资金保障的一项社会保险制度。在积极应对人口老龄化、保障失能群体方面，长护险被寄予厚望，且备受关注。那么这个特殊的险种现在发展如何？还存在哪些问题？

• 分析解读 •

▶ [来聊一聊，异地就医与分级诊疗存在矛盾吗？](#)（来源：医药经济

报) —第 17 页

【提要】2024 年一季度，跨省异地就医直接结算 5128.01 万人次，较 2023 年同期增长 162.35%。当人口流动不再受限，异地就医越来越方便。随着跨省异地就医直接结算人次飙升，有观点认为，患者外流，医院空转，不仅导致基层医疗资源的浪费，县级医院也无法成长起来，经营举步维艰。笔者认为，应透过现象看本质，辩证看待跨省异地就医直接结算与分级诊疗的关系。

▶ [探讨 | 更深层次、更高质量的“腾笼换鸟”：推广三明经验推动医保创新发展个人思考](#)（来源：医路前行 药您共享）——第 21 页

【提要】国家医保局发布的《关于进一步推广三明医改经验持续推动医保工作创新发展的通知》是新征程的“动员令”，是站在新起点上总结既往经验、进行规划布局，指向性、指导性都是比较明确的。本文开始逐个问题浅谈一点个人的思考和解读。

• 地方精彩 •

▶ [看四川·体系构建 | 聚力建设医学“高峰”“高原”“高地”](#)（来源：中国卫生杂志）——第 25 页

【提要】近年来，四川省全面贯彻习近平总书记“大病重病在本省解决、常见病多发病在市县解决、头疼脑热等小病在乡村解决”指示精神，认真落实《四川省推动公立医院高质量发展实施方案》《四川省“十四五”医疗卫生服务体系规划》等文件要求，构建主干有“高峰”、

区域有“高原”、市(州)有“高地”的医疗卫生服务体系，推动四川省公立医院高质量发展。

▶ [看四川·区域合作 | 川渝携手共建“健康圈”](#) (来源：中国卫生杂志) ——第 30 页

【提要】为进一步推动成渝地区双城经济圈建设，川渝两地携手推进一体化卫生健康服务体系建设。目前，双方正通过紧密合作，努力提升民众的健康获得感和幸福感，共同书写“双城记”新篇章。

• 医院管理 •

▶ [DRG/DIP 付费下，医院绩效变革“五步曲”路径](#) (来源：秦永方 医疗卫生财务会计经济研究) ——第 35 页

【提要】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》明确指出，DRG/DIP 的主要目的，就是要引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制，转向更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重体现医疗服务技术价值。DRG/DIP 支付方式改革对于引领医改的作用明显提升，旨在推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变，在促进医院精细化管理、高质量发展的同时，提高医保基金使用绩效。

▶ [完善财务管理制度促进医院内部控制](#) (来源：三智医管) ——第 40 页

【提要】本文旨在深入研究完善财务管理制度对于促进医院内部控制

的重要作用，并提出相应的策略和方法。通过本文的研究和分析，将为医院管理者及相关从业人员提供有益的参考和借鉴，促进医院内部控制水平的提升。

· 中医药服务 ·

▶ [马克思主义同中医药文化具有多维契合性](#)（来源：中国中医药报）

——第 49 页

【提要】习近平总书记在文化传承发展座谈会上指出，“马克思主义和中华优秀传统文化来源不同，但彼此存在高度的契合性。相互契合才能有机结合。”揭示了“两个结合”的深厚历史文化底蕴。中医学是在中国传统宇宙论、认识论与价值观影响下所形成的认识人类生命现象、规律的医学科学，中医药文化作为中华优秀传统文化的代表，其所蕴含的唯物精神、辩证思维精神、实践精神以及人本主义精神等，与马克思主义具有内在契合性。

▶ [宁光：中医药学理论与实践是宝贵的学术资源](#)（来源：中国中医药报）

——第 54 页

【提要】他坚持中西医并重诊疗，充分发扬中医药特色优势，积极开拓诊疗思维，不仅关注前沿科技，更融入中医“整体观念，辨证论治”的思维模式，一人一方，一证一方，让“四高”稳步降低，减少反弹，更防止或延缓并发症的发生。

-----本期内容-----

· 医保快讯 ·

国家发布最新“任务单”！医保重点工作有6项

来源：中国医疗保险

近日，国务院办公厅印发了《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》（以下简称《任务》）。《任务》指出，要聚焦医保、医疗、医药协同发展和治理，推动卫生健康事业高质量发展，提高人民群众获得感幸福感安全感。

《任务》明确了深化医药卫生体制改革今年各项重点工作，其中这些工作和医保相关——

1. 推进药品和医用耗材集中带量采购提质扩面

自2018年开展第一批“4+7”国家组织药品集采以来，目前国家医保局已累计开展九批国家组织药品集采，涉及374种药品，中选产品平均降价超过50%；开展三批国家组织高值医用耗材集采，平均降价超过80%；高血压、冠心病、糖尿病等门诊常见病、慢性病用药平均降价超过50%。

根据《任务》要求，国家医保局今年国家集采有以下几点工作：一是开展新批次国家集采，对协议期满批次及时开展接续工作；二是2024年各省份至少开展一批省级（含省际联盟）药品和医用耗材集采，

实现国家和省级集采药品数合计达到 500 个、医用耗材集采接续推进的目标；三是进一步加强集采执行工作，落实集采医保资金结余留用政策，完善激励约束机制，促进医疗机构如实填报采购量并合理优先使用中选产品；四是加强集采中选药品和医用耗材质量监管；五是完善提升医药集采平台功能，加强网上采购监督，提高药品和医用耗材网采率。

2. 深化医疗服务价格改革

今年 3 月份，国家医保局公布增加内蒙古、浙江、四川 3 个省份作为深化医疗服务价格改革试点省份，开展全省试点。此前，已在江苏苏州、福建厦门、江西赣州等 5 个城市进行试点。两年多来，试点城市已按新机制平稳实施 2 轮调价，分别涉及 1398 项和 5076 项医疗服务价格，一批价格处于低位、技术劳务价值“含金量”高的项目价格上调，包括护理、手术、治疗、中医等，同时设备物耗占比为主、费用影响大的检查检验类项目价格有所下降。从监测评估结果看，改革试点取得阶段性进展，符合预期目标。

下一步，国家医保局将直接指导 3 个省份、继续指导 5 个试点城市，实践形成可在全国复制推广的改革经验。

3. 深化医保支付方式改革

深化医保支付方式改革，是实现“三医”协同发展的重要途径，有助于激励医疗机构主动规范医疗服务行为，在节省成本的基础上，

提高诊治水平和服务质量，使有限的医保基金得到更高效使用，实现医保、医院和患者三方共赢。

近年来，国家医保局持续深化医保支付方式改革，截止 2023 年底，全国超九成统筹地区已经开展 DRG/DIP 支付方式改革，改革地区住院医保基金按项目付费占比下降到四分之一左右。今年，按照《任务》要求，全国所有统筹地区开展按疾病诊断相关分组(DRG)付费或按病种分值(DIP)付费改革，合理确定支付标准并建立动态调整机制。对紧密型医疗联合体实行医保总额付费，完善总额测算、结余留用和合理超支分担机制。开展中医优势病种付费试点。研究对创新药和先进医疗技术应用给予在 DRG/DIP 付费中除外支付等政策倾斜。

4. 健全基本医疗保障制度

党的十八大以来，医疗保障事业发展进入新阶段，全民医保改革向纵深推进，我国已建立起覆盖全民的基本医疗保障制度，建立了大病保险等补充医疗保险制度，全面实施重特大疾病医疗救助，发展多种形式商业健康保险，构建起多层次、宽领域、全民覆盖的医疗保障体系，人人享有基本医疗保障的目标初步实现，为人民群众病有所医奠定了制度基础。

根据国家医保局公布的数据显示，截至 2023 年底，全国基本医疗保险参保人数达 13.34 亿人，参保率保持在 95%以上，职工医保和城乡居民医保政策范围内住院费用报销比例分别达到 80%和 70%左右；

医保对全国近 8000 万低收入人口参保进行资助，农村低收入人口和脱贫人口参保率稳定在 99%以上，有效保障弱势群体利益，“基本医疗有保障”成果持续巩固。

下一步，国家医保局将在此基础上进一步健全基本医疗保障制度，按《任务》要求做好以下几项工作：一是健全基本医保筹资和待遇调整机制，居民医保人均财政补助标准提高 30 元；二是推进基本医保省级统筹；三是制定村卫生室纳入医保定点管理的政策；四是指导地方按规定落实分类资助参加基本医保的政策，推动做到应保尽保；五是建立基本医疗保险基金风险预警机制；六是加强职工医保门诊共济保障机制建设；七是鼓励有条件的地方探索参加职工医保的灵活就业人员同步参加生育保险。

5. 发展商业健康保险

社会保障体系是人民生活的安全网和社会运行的稳定器。建设多层次医疗保障体系是国家社会保障体系建设的一个既定目标。2020 年 2 月，中共中央、国务院颁布《关于深化医疗保障制度改革的意见》(以下简称《意见》)明确提出“促进各类医疗保障互补衔接;加快发展商业健康保险,丰富健康保险产品供给。”此次《任务》也明确指出,发展商业健康保险,并要求制定关于规范城市定制型商业医疗保险的指导性文件;推动商业健康保险产品扩大创新药支付范围;选择部分地区开展试点,探索推进商业健康保险就医费用线上快速结算。

在我国医疗保障体系中，不同层次的医疗保障发挥着不同的作用。其中，基本医疗保险起到“保基本”的功能，是保障全民“病有所医”的基础性制度安排；大病保险聚焦于减轻大病患者目录内大额的费用负担，给予患者较为充分的保障，在基本医疗保险的基础上实现的再次报销；而商业健康保则侧重为患者提供额外的健康医疗保障，以弥补基本医保目录外的保障空白。根据国家医保局公布信息显示，目前，170多家保险公司开展商业健康保险业务，在售产品超过5000个，涵盖疾病预防、医疗服务、生育保障、健康管理等各领域，已经从简单的费用报销和经济补偿，向病前、病中、病后的综合性健康保障管理发展，新产品类型不断出现。2022年，商业健康保险保费收入8653亿元，赔付支出3600亿元，同时积累了超过1.6万亿元的长期健康险责任准备金，减少参保群众后顾之忧。

6. 完善医保基金飞行检查工作机制

国家医保局等4部门日前印发《关于开展2024年医疗保障基金飞行检查工作的通知》（以下简称“通知”）。通知指出，2024年医保基金飞行检查工作首次开展“回头看”，将从往年已经飞行检查过的定点医疗机构中，抽取一定比例进行“回头看”。

目前我国医保飞检已经越来越成熟，正在加速走向法治化、规范化、智能化和常态化，同时也在倒逼医疗机构要更加积极地进行自检自纠。根据国家医保局数据显示，2019年建立飞行检查工作机制以

来，5年间陆续组织200多个检查组次，在全国范围抽查定点医药机构近500家。各省纷纷效仿建立起省级飞行检查工作机制，2022年以来已抽查定点医药机构5000多家。总体看，国家和省级飞行检查产出了打击欺诈骗保、纠正违法违规行为、挽回医保基金损失、强化高压震慑的积极效应，成为守护医保基金安全的“利剑”。

下一步，按照《任务》要求，国家医保局将持续完善医保基金飞行检查工作机制，不断加强医保基金监管力度，守好群众的“看病钱”“救命钱”。

[返回目录](#)

探路8年，长护险成效几何？未来路在何方？

来源：中国医疗保险

2016年，我国在15个城市和两个重点联系省份启动长护险试点工作；2020年，试点范围已经扩大到了49个城市。直至现在，长护险在我国已有8年的探索时间。

长护险又被称为社保“第六险”，是为失能人群提供护理服务或资金保障的一项社会保险制度。在积极应对人口老龄化、保障失能群体方面，长护险被寄予厚望，且备受关注。那么这个特殊的险种现在发展如何？还存在哪些问题？

5月27日，由上海市医疗保障局指导，复旦大学长三角医疗保障研究中心和上海市医疗保险协会联合举办了主题为“全球视野下

长护险制度的中国模式与新发展”上海长护险高峰论坛，旨在为建立中国特色长护险制度提供可借鉴的思路。

此次论坛邀请了国家医疗保障局、长三角三省一市医疗保障局和长护险各试点城市相关负责人，哈佛大学、纽约大学、复旦大学等高校和机构专家、学者，以及长护险行业从业代表等各界人士，围绕长护险制度建设的政策框架、资金筹集、服务供给、监管机制等核心议题展开深入讨论。

全局推进建立长护险制度，8年试点从无到有

放眼全球，人口老龄化已经成为一个不可逆转的趋势，长护险制度也成为各个国家保障体系当中不可或缺的一部分。

中经数据显示，世界范围内65岁及以上人口占比已于2002年超过7%，正式进入老龄化阶段，到2022年，全球65岁及以上老年人口达7.8亿，占总人口比重约为9.8%。从变化速度看，2002-2012年、2012-2022年世界老龄化率分别年均增加0.08%、0.20%，老龄化进程明显加快。

另根据第七次全国人口普查结果，我国60岁及以上的人口已经达到2.6亿，占总人口的18.7%，随着年龄的增长，失能概率逐渐增高，我国失能、半失能老年人已超过4000万人。

“这个数字是非常的庞大的。”复旦大学上海医学院副院长吴凡表示，今年的政府工作报告中提出“推进建立长期护理保险制度”，

这意味着，该制度发展再迈关键一步，开始从局部视野进入全局推进阶段。

不同的国家，基于不同的国情，其所推行的长护险的制度不尽相同。目前，全球长护险主要采用两种方式：社会保险和商业保险。

哈佛大学卫生政策和经济学教授、哈佛中国健康合作项目主任叶志敏认为，长期护理险最核心的问题是——由政府主导还是由市场主导？她认为国家的长期护理制度，追求的是全民保障、公平、高效、财务风险保护、公众满意度，以及财政可持续性。“那么，由政府主导的国家主要有两种筹资方式：一种是以社会医疗保险为主，也就是中国现在选择的路径，德国、日本、韩国、荷兰等国家也均选择了该路径；另一种以税收为主，主要有英国、澳大利亚、大部分北欧国家。美国则是由市场主导，它是一种混合模式，比如低收入、残疾人口需要由政府来负担，其他的便是依靠个人收入/储蓄或商业长护保险。”

目前，我国也在探索和试行适合我国国情的长护险模式。自 2016 年启动长护险制度试点以来，各试点城市在政策体系、标准体系、管理办法、运行机制等方面也均取得显著进展。

截至现在，全国长护险试点工作拉动投入社会资金超过 500 亿，覆盖约 1.8 亿人，累计超 230 万人享受到相关待遇，定点服务机构达 8000 家，护理服务人员从最初的 3 万提升到 30 万人。此外，近期国家医保局还在各部门的协同支持下新设置了“长期照护师”职业工

种，有关部门联合颁布了“长期照护师”的国家职业标准。

国家医保局待遇保障司长期护理保险处处长雷雯表示，为了制度更好在全国推进落地，此前国家医保局会同有关部门已相继印发全国统一的长期护理保险失能等级评估标准、失能等级评估管理办法等文件，下一步将在推动全国实施统一评估标准的基础上，推进评估结果的跨区域互认，为异地享受待遇打好基础。

市场引入、扩大队伍，多方协同推动长护可持续

如今长护险试点范围已扩大到了49个城市，各个试点城市探索的经验也逐渐走向成熟。上海、南通作为全国首批长护险试点城市之一，目前来看均已取得了不错的成绩。

利用好供给端市场资源优势，对于补充政府部门长护保障力量、推动长护险的长远发展意义重大。各试点城市充分利用这一点，探索与相应商业机构的合作，逐步提高长护险服务质量，完善长护险实施模式。

上海积极推进长护险服务的社会化、市场化运作，通过为养老服务行业发展注入稳定的资金，提供良好的市场预期，以制度试点引领带动服务供给侧同步改革发展。其建立服务第三方综合评价体系，通过第三方大数据分析，以纯数据客观评价长护险护理服务机构的服务管理能力和质量，每年评选发布“百佳优质服务机构”，助推企业不断提高服务质量，完善服务模式，提高专业化、品牌化、职业化，推

动行业自律发展，形成完善健康的长护发展生态体系。

同时，其发挥战略性购买对护理服务的支配作用，用支付来调节资源配置，加强有效供给。对居家、社区和机构采取梯度化待遇设计和支付标准，以此撬动服务供给能力和服务标准质量的双提升。其中，居家依据服务人员资质水平设定差异化支付标准，机构依据失能等级设定差异化支付标准，社区则参考机构的重度设定支付标准。

长护险的推行和落地涉及多方面的工作，需要集中多个行政部门的力量共同推进。上海坚持多部门协同，由医保牵头，发改、民政、卫健、人社、财政、金融监管各司其职，形成了七部门联席会议机制，共同研究、解决长护险推行过程中遇到的各类问题。

在对机构的监管方面，江苏南通秉承风险共担、保险事务共办、年度考核退出的原则，推行定点准入、协议管理、考核管理、信用管理等配套管理办法，对机构进行严格的监督和考核，确保商保机构的服务质量，保障照护对象的合法权益。

“中国医疗保险”采访南通医保局发现，南通在推行长护险时，注重首先做好供给端的建设。从推广辅助器具的租赁，到推动辅助器具的生产和研发，再到逐步形成规模的产业园建设，南通形成了辅助器具的产业链，既满足了长护服务的需求，又提升了市场活力，也降低了对医保基金的依赖。同时，其整合养老院、医养结合服务机构、评估机构、商业保险机构等市场主体资源，强化长护险服务端建设，

不断开发新的服务产品和项目，满足受险者的多元需求，覆盖更多层面的群众诉求。

立足优质、持续发展，筹资、供给侧等多方短板待补齐

长护险试点推行以来，缓解了众多家庭“一人失能，全家失衡”的局面，越来越多的人认同并参与长护险。但是，从各地区长护险的服务对象、筹资机制、监管过程、待遇保障等方面来看，仍存在一些问题。

探索建立与中国经济社会发展相适应的筹资体系，是关系长护险制度建设的核心之一。众所周知，我国各大试点城市长护险运作模式大多是以“医保基金+个人自缴+财政补贴”为主。

长护险制度的设计与政府角色、经济、文化、社会价值观息息相关，多渠道筹资是保证长护险资金来源稳定、收支可持续的“蓄水池”。江苏省医疗保障局副局长朱丽箐表示江苏省的多渠道筹资机制已初步建立，这主要得益于三个高起点设计：一是坚持长护险独立险种的基本定位。既不同于养老保险的普惠性补偿，也不同于基本医疗保险的医疗费用支出保障，独立险种设计更加符合长护险制度的目标定位。二是坚持统筹城乡的内在要求，推进制度统一覆盖全民。三是坚持筹资的稳健和可持续，建立单位、个人、财政、社会捐赠的多主体稳定筹资机制，丰富筹资来源。

从当前来看，除筹资体系外，长护险制度建设中主要存在的还是

供给侧方面的问题。吴凡坦言，长护险目前在实施过程中面临着两个尴尬：一个是供给侧到底是谁？另一个是市场的培育。

“中国医疗保险”了解到，关于供给侧的边界界定，中国劳动和社会保障科学研究院医保室副主任、副研究员王艳艳也有相似想法。她指出，供给侧面临服务之间的衔接问题，“这既有机构之间的衔接，还有服务性质的衔接。比如说医疗服务和护理服务之间的衔接，这其实是机构现状、供给现状、政策设置的问题。”

而在市场培育方面，王艳艳认为我国目前还存在着服务质量规范性不足、服务供给不足、服务素质不高等问题。

“目前在国家医保局的指导下正在编制长期照护师的培训包，培训包中很多涉及以人为本的理念灌输。比如加入了一些对长期照护服务对象失能的关注理解，失能状态下导致的心理变化需求，以及长期照护师职业发展的人文关怀……”面对上述问题王艳艳如是表示。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

来聊一聊，异地就医与分级诊疗存在矛盾吗？

来源：医药经济报

2024年一季度，跨省异地就医直接结算5128.01万人次，较2023年同期增长162.35%。当人口流动不再受限，异地就医越来越方便。

随着跨省异地就医直接结算人次飙升，有观点认为，患者外流，医院空转，不仅导致基层医疗资源的浪费，县级医院也无法成长起来，经营举步维艰。笔者认为，应透过现象看本质，辩证看待跨省异地就医直接结算与分级诊疗的关系。

01 就医更加便捷

2021年，跨省异地就医直接结算试点工作正式开始。2022年7月，《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》对跨省异地就医直接结算设置了明确的、定量的发展目标：2025年底前，住院费用跨省直接结算率提高到70%以上；普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻一番，达到50万家左右。

由于异地就医直接结算工作的开展，患者在异地就医不仅变得便捷，也能享受到同等的高质量医疗服务。不过，异地就医直接结算工作取得显著成效的同时，也出现了一些现象：一是大城市医院不断壮大，一些县级本地医院发展受阻；二是医保基金外流；三是患者不断外出就医，一些地区分级诊疗制度难以有效实施。

分级诊疗制度的一个重要特点就是基层首诊，能否做到基层首诊的关键在于基层医疗卫生服务水平。事实上，跨省异地就医直接结算与分级诊疗是可以融合发展的。

02 保障基金安全

首先，要正确认识跨省异地就医直接结算的本质。社会医疗保障

制度是社会保障体系中的一个重要组成部分，具有社会经济稳定器与减震器的功能。而跨省异地就医直接结算，本质上是社会医疗保障制度发展水平的重要体现。

具体表现在：一是让参保患者“少跑腿”。跨省异地就医直接结算的患者主要包括异地居住的人群、异地工作的职工、转诊患者、急诊患者、直接异地就医人群等。在没有跨省异地就医直接结算政策之前，这些人需要先自费再回参保地报销，费时、费力又费钱。跨省异地就医直接结算不但从源头上化解了报销周期长、往返奔波费用大等难题，还提高了这类人群的医保待遇。

二是有效防堵漏洞，保障基金安全。医保基金是老百姓的“救命钱”，保证医保基金的使用安全和高效率是医保制度的重要内容，而跨省异地就医直接结算政策正是其中的一个重要体现。把各地的定点医疗机构接入国家统一的结算平台，通过网上直接结算全国联网系统，可以让信息更加透明化、明确化。同时，医保异地直接结算大大方便流动人口异地就医，减轻其看病负担的同时，提高医保基金的使用效率。

03 共建共融共享

其次，跨省异地就医直接结算与分级诊疗融合发展，须做好以下几点：

一是正确认识异地就医行为。医保制度本身就是解决老百姓“看

病贵”“看病难”问题，真正异地就医的人群只占参保人群的一小部分。异地就医方便了，参保人数必定随之增加。而且，本地医院同样可以吸引外地人就医。

二是正确认识医保基金的用途。无论是医保待遇水平还是医保制度的可持续发展，都离不开充足的医保基金支持。对参保人来讲，医保基金的使用直接体现在医保待遇上，跨省异地就医直接结算就是这种待遇的表现之一。同时，医保基金本质上是始终为患者服务，而不是围着医院转。本地医院留不住患者，关键不在于跨省异地就医直接结算这一政策。

三是提高本地医院的医疗卫生服务水平才是留住患者的根本。医疗服务价格并不是医疗卫生服务需求的决定性因素，医疗服务质量才是决定患者去哪就医的首选。不过，提高基层医疗服务水平并非易事。要提高基层医疗机构发展的积极性，既要重视医保基金外流现象，也要持续优化区域医疗卫生资源配置和空间布局。基层医院的高水平发展需要分级诊疗制度的支持，方便县域人民群众就医。

出台跨省异地就医直接结算与分级诊疗制度融合发展的相关政策是重中之重。实践中，可以通过包括 DRG/DIP 支付方式改革在内的多种改革，既保证分级诊疗制度的实施，也可以充分释放异地就医直接结算的政策红利。

[返回目录](#)

探讨 | 更深层次、更高质量的“腾笼换鸟”：推广三明经验推动医保创新发展个人思考

来源：医路前行 药您共享

国家医保局发布的《关于进一步推广三明医改经验持续推动医保工作创新发展的通知》是新征程的“动员令”，是站在新起点上总结既往经验、进行规划布局，指向性、指导性都是比较明确的。本文开始逐个问题浅谈一点个人的思考和解读。按文件顺序，第一个就是关于药品耗材集中采购。

三明医改，非常重要的一个举措就是挤压药品耗材虚高水分；集中带量采购，也是医疗保障制度建设中为数不多的由国务院牵头发文、推进、督导的重要制度。文件将“加快药品耗材集中采购改革进度”作为应该持续巩固落实的第一个制度性成果”，对于药品耗材集中采购作出了更加完整、更加清晰的部署。笔者认为核心归结为文件中的一句话：“确保以集中采购为推动力实现更深层次、更高质量的腾笼换鸟。”

“腾笼换鸟”并不是一个新词汇，但在这一文件中更值得琢磨和研究。先说“腾笼”，即如何推进集中采购、降低药耗虚高价格的问题。第一个层面是国家组织药品和高值医用耗材集中采购，这可以简称为“国家组织集采”，众所周知，略过不表。第二个层面是省份牵头的全国联盟药品和高值医用耗材集中采购，这可以简称为“全国联

盟集采”。然而，从文件表述来看，如“加强区域协同”“支持和协调有意向有担当的省份牵头”“各省参与”，这些字眼无不显示出这项工作的重要性更加凸显，“有意向有担当的省份”，各省是不是应该踊跃行动？“支持和协调”“各省参与”，那就意味着这种过去的省际联盟集采变成了“全国”联盟集采，参与的广泛性不言而喻。同时，在国家的支持和协调下，过往可能存在的品种交叉重叠问题也将不复存在。第三个层面是省级集采，这应该更多是一种补充，是一种扩围，是各省针对自身特点、解决区域某些特殊问题的自选动作。这些组合拳下来，就是一种集中采购的新格局，即整体运行更加规范，品种覆盖更加广泛，履约管理更加严格，落地执行更加统一，更好体现“腾笼”的效果。

实际上，还有一个层面的“腾笼”在文件中没有明确表述，但隐含的重大意义同样呼之若出，那就是价格联动治理。文件明确“全面完善医保信息平台招采子系统”“提升医药集中采购平台服务能力和服务水平”“推动《医药集中采购平台服务规范(1.0版)落实见效》”，背后隐含的意义是发挥全国统一的医药集中采购平台对于价格监测、价格治理的重要作用，推进医药价格更加规范、透明、合理。再联系今年以来的“四同”药品价格治理，以及前不久的线上“即送价”作为对比价，总体的态势非常鲜明：推进治理不公平高价、歧视性高价，既尊重市场定价又引导合理定价，真正回应群众对于药品价格高企、

渠道价格差异大的意见和反映。

说完“腾笼”就到了“换鸟”。药耗价格水分挤出来，这个红利谁来享有？过往更多强调的是通过降低药耗价格，提升医疗服务性收入，继而提升医生薪酬水平。而更高层次、更高质量的“换鸟”，则将“红利”集中表述为三个部分：首先向人民群众释放改革红利，同时为促进体现新质生产力的新药、新诊疗项目进入临床应用腾出空间，为医疗服务价格调整创造条件。为什么做新的如此表述，笔者认为有几重原因：一是回归本义，药品耗材集中采购的首要目标和意义肯定是“解决全体人民疾病医疗后顾之忧”，即通过降低药耗价格，把看病就医的支出控制在可承受的合理水平，让群众有更多的获得感，这应该大张旗鼓地做出明确、进行宣传。二是着眼现实，近年来新药新技术更快更好进入临床呼声很高，也是更好提升群众医疗健康水平的客观要求。但是更现实的是，近年来整体医药费用增速居高不下，如 2022 年较 2021 年全国职工医药费用增长 9.2%，居民医药费用增长 7.7%，在整体经济社会发展由高速度转向高质量的阶段，医药费用持续高速增长显然不现实。如此，要想有更多新药新技术进入临床，就必须有相应的空间可以容纳，必须腾出这样的空间进行容纳。三是调整重心，过往医疗机构高度关注医疗服务价格调整，主要是其收益与医疗服务价格是直接挂钩的关系。但是在 DRG/DIP 付费全面落地的情况下，医院的整体收入与医疗服务价格的关联不再那么紧密，

医生绩效待遇也不应像过往一样与具体项目的医疗服务收入直接挂钩。因此，仍然需要加强价格监测，推进医疗服务价格优化，医疗服务价格调整仍然需要降低药耗费用来腾出空间，但其重要性可以相应降低等次，在 DRG/DIP 下降低药耗费用、提升治疗水平、优化服务效率等同样可以达到提升医疗机构可用收入、提升医护人员薪酬水平的目的。

一言以蔽之，药品耗材集中采购的意义仍然是腾笼换鸟，但将是更深层次、更高质量的腾笼换鸟。制度的整体性、规范性更加突出，工具、手段也更加完整，无论医疗机构还是医药企业都应该看到大趋势，真正相向而行、协同改革，过往逃逸、抵制、背向的一些行为都将行不通、走不远。其实，把以人民为中心的价值理念摆在突出位置，医疗保障的一切改革和改进都能看得更加明白，都是为了让供给侧提供更加优质高效的医药服务，让群众得到更加便捷有效的健康保障。看清“存量搏杀”的现实，坚持“患者至上”的理念，培塑“长期主义”的思维，让药品回归治病功能、医生回归看病角色、医院回归公益定位、医改回归健康价值，应该是大家共同的愿望、乐见的结局。

[返回目录](#)

· 地方精彩 ·

看四川·体系构建 | 聚力建设医学“高峰”“高原”“高地”

来源：中国卫生杂志

近年来，四川省全面贯彻习近平总书记“大病重病在本省解决、常见病多发病在市县解决、头疼脑热等小病在乡村解决”指示精神，认真落实《四川省推动公立医院高质量发展实施方案》《四川省“十四五”医疗卫生服务体系规划》等文件要求，构建主干有“高峰”、区域有“高原”、市(州)有“高地”的医疗卫生服务体系，推动四川省公立医院高质量发展。

高位推动构筑国家医学“高峰”

坚持政府主导。将支持国家医学中心和国家区域医疗中心的建设规划纳入四川省国民经济和社会发展“十四五”规划纲要，成立由省长任组长的推进国家医学中心和国家区域医疗中心建设专项工作组。制定出台《四川省支持国家医学中心建设政策清单》《四川省支持国家区域医疗中心建设政策清单》。

推进委省共建。与国家部委、省市部门、四川大学、四川大学华西医院建立沟通协调机制，召开工作推进会议，协同推进四川省支持国家医学中心和国家区域医疗中心建设各项重点任务落地见效。积极推动华西医院“辅导类”国家医学中心建设，支持华西口腔医院国家口腔医学中心、华西第二医院国家儿童区域(西南)医疗中心建设。

汇聚多方合力。支持华西第二医院天府医院(四川省儿童医院)、山东省立医院泸州医院、成都中医药大学附属医院德阳医院、首都医科大学附属北京安贞医院南充医院、重庆医科大学附属儿童医院宜宾医院第四、五批国家区域医疗中心项目建设。与此同时，均衡国家临床重点专科布局，实施“卓越、精品、支撑、培育”临床专科高质量发展工程。计划到2025年，分别建设国家、省、市、县级临床重点专科70个、300个、500个、1000个，形成以国家临床重点专科为引领、省级临床重点专科为核心、市(州)级临床重点专科为支撑、县级临床重点专科为基础的“顶天立地”临床专科体系。

着力均衡发展。近年来，随着国家政策调整，四川省统筹考虑省内不同层级、不同地域专科布局的建设要求，将国家临床重点专科创建逐步向省市级医疗机构倾斜。“十四五”期间，四川省争取中央财政资金1.7亿元，用于支持20家医疗机构建设国家临床重点专科50个。

统筹发力建设西部医学“高原”

坚持政策引领。印发《四川省“十四五”医学中心和区域医疗中心设置规划》及实施方案，聚焦区域内群众急需、医疗资源短缺、异地就医突出和重大疾病应急救治的需求，优化全省医疗卫生资源配置，到2025年规划设置3个省医学中心和50个省区域医疗中心。

分批分类实施，有序推动“双中心”设置。四川省人民医院、西

南医科大学附属医院、川北医学院附属医院分别设置省级医学中心，在客观、公平、公正、公开的原则下，分五大片区设置首批3个专业14个省区域医疗中心，推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。

推进建章立制，建立跟踪问效机制。将“双中心”设置工作与省级重大基础设施建设和重大战略相结合，与医疗资源规划布局、分级诊疗制度建立、医联体建设、临床重点专科建设、医学人才培养等工作挂钩，探索与医改重点工作任务有效衔接、相互影响的考核机制，将分级诊疗、医联体建设、医疗辐射带动、“互联网+医疗健康”等改革措施纳入监督考核范畴。

在建设“双中心”的基础上，着力建强建优省级临床重点专科。首先，在强化顶层设计方面，聚焦重大疾病救治、群众急需、“一老一幼”以及异地就医占比较高的专科，统筹规划全省五大片区省级临床重点专科数量和建设方向，从专科规模、医疗技术、诊疗模式等不同角度，重点开展“普惠10个+特色5个”专科建设，让患者不出片区就能享受更加优质的医疗服务。

其次，在强化推动落实方面，在全省范围内大力开展“临床重点专科扩容惠民行动”。出台《临床重点专科扩容惠民行动实施方案》，由省卫生健康委领导带队到部分项目单位开展实地调研指导，推动临床重点专科各项工作部署落地见效。“十四五”以来，共争取省级财政、市级财政和医疗卫生机构配套资金共6.75亿元，先后支持49家

医院建设省级临床重点专科 236 个，覆盖 26 个专业，实现全省 21 个市(州)省级临床重点专科全覆盖，全省五大片区专科类别设置均衡建设。

同时，持续推行精细化管理，制定出台临床重点专科管理办法，建立“省卫生健康委统筹、市(州)卫生健康行政部门主管、项目单位实施、项目管理办公室推进”的四方管理体系。打造 1 个信息管理平台，建设四川省临床重点专科管理系统，实现专科数据高度集中化、结构化、运算化。制定 29 个省级临床重点专科建设项目遴选评估标准，探索分类评估考核机制。建立月(周)报和年度绩效报告监管机制，进一步督促临床重点专科财政补助资金高效有序执行，专科管理进一步科学化、流程化、标准化。

均衡发展打造全域医学“高地”

一方面，持续推动市域医疗综合服务能力提升。

强化统筹推进。立足市(州)级公立医院提标创等发展目标，引导医院加强人才培养和基础设施设备投入，提升医疗技术和科研能力水平，全力构建以市级医院为引领的区域急危重症和疑难复杂疾病诊疗服务体系，支持市办医院以转诊、会诊、学科建设等为纽带加强与县办医院的分工协作。引导省内高水平医院向医疗服务能力薄弱和边远地区发展分院区，推动全省区域医疗资源均衡布局。强化指导监管。四川省卫生健康委指导各市(州)将临床重点专科建设纳入地方规划，

立足地方实际，研究确定区域内市级和县级建设项目年度建设计划；指导各市(州)立足本地居民健康需求和医疗服务供给状况，重点围绕肿瘤科、心内科、胸外科、普外科、呼吸科、产科等基础专科，建设发展市县级临床重点专科。引导各市(州)和项目单位树立“结果”意识，高效规范推进临床专科能力建设。“十四五”以来，全省共创建市(州)级临床重点专科 544 个，覆盖儿科、妇产科、呼吸内科、消化内科、普通外科等近 40 个专科类别。同时，为补齐民族地区专科能力短板，先后争取省级财政投入 1400 万元，支持阿坝、甘孜、凉山等 3 州 8 家医院建设市(州)级临床重点专科 11 个。

另一方面，深入推进县域医疗卫生服务能力建设。

围绕“提升核心专科、夯实支撑专科、补齐短板专科、打造优势专科”的目标，持续推动县级医院发挥“龙头”作用，实施县域医疗卫生机构能力建设项目并印发实施方案，持续推动省市优质医疗资源向县域下沉，促进县域医疗资源整合共享。“十四五”以来，全省共创建县级临床重点专科 939 个；2021 年以来，争取中央财政资金 4.2 亿元，用于支持全省 25 个国家乡村振兴重点帮扶县、41 个脱贫县和 1 个中西部医疗服务能力薄弱县人民医院开展重点科室建设。在此基础上，持续加强县级医院诊疗能力提升。不断拓展县医院疾病诊疗范围，提升诊疗技术难度，加快推广适宜技术、内镜及介入治疗等微创技术的应用，加强病理、医学检验、医学影像和消毒供应等中心建设。

2020年至2022年，全省县级医院重点科室及专业组开设数量不断增长，超过95%的县医院能够掌握呼吸内科、消化内科、妇科、骨科、儿科、心血管内科等科室常见病、多发病的规范化诊疗。

[返回目录](#)

看四川·区域合作 | 川渝携手共建“健康圈”

来源：中国卫生杂志

为进一步推动成渝地区双城经济圈建设，川渝两地携手推进一体化卫生健康服务体系建设。目前，双方正通过紧密合作，努力提升民众的健康获得感和幸福感，共同书写“双城记”新篇章。

坚持协同推进机制一体化

完善协同推进机制。建立“10+2+N”工作运行模式，联合成立由川渝两省市卫生健康委主要领导任组长的工作领导小组和10个专项工作组，每年固定召开2次联席会议。联合印发《推动成渝地区双城经济圈建设联合办公室医疗卫生专项组工作机制》。联合制定推动成渝地区双城经济圈建设卫生健康一体化发展年度工作要点、任务分工等文件，建立工作台账，挂图作战、打表推进，坚持周、月、季、年调度推进各项工作。指导“万达开”川渝统筹发展示范区等毗邻地区制定卫生健康一体化发展工作要点，协同推动重点区域卫生健康一体化发展。

完善调度落实机制。坚持月对接、季交流、主要领导半年联合调

度的沟通协调机制，定期研究年度重点工作落实措施，协调推动重点任务。联合签署《川渝卫生健康一体化发展合作协议》《推动成渝地区双城经济圈建设川渝疾病预防控制一体化发展合作协议》等文件，全方位对接、全领域合作、全系统联动。聚焦成渝地区“两中心、两高地”战略目标，以主题教育为契机，共同开展调查研究，联合编制《成渝地区双城经济圈建设卫生健康高质量一体化发展实施方案》。

完善人才保障机制。推动两地职称互认，加强人才选拔培养、高级职称评审等领域合作共享，连续3年互派优秀年轻干部挂职。在智慧医院建设、医学科学研究等方面，共建共享、共同评审。联合举办西部医药卫生人才网络招聘会，收到求职简历2300余份。联合开展川渝卫生专业技术人才“双百”培养项目，培训两地卫生技术人员60名。组织四川省人民医院、西南医科大学附属医院、重庆医科大学附属第一医院、重庆医科大学附属第二医院等4家医院，每年互派20名业务骨干开展结对交流。加快产业发展领域人才培养，联合举办5期川渝中药材生产技术骨干培训班。

坚持优质服务供给一体化

共建医疗服务供给共同体。持续推进国家医学、医疗“双中心”建设，推动成渝地区高水平医院建设心血管、呼吸、肿瘤、创伤等重点病种国家医学中心。目前，四川大学华西第二医院联合重庆医科大学附属儿童医院成功获批国家儿童区域医疗中心(西南)，四川省人民

医院与重庆医科大学附属第一医院联合申报国家检验医学中心，四川大学华西第四医院和重庆市职业病防治院完成国家职业健康医学中心标准编制工作。两省市获批的9个国家区域医疗中心项目，均已全部开工。持续推动川渝两地医联体、专科联盟、医学科技创新联盟建设，累计成立跨区域专科联盟147个。2023年6月，重庆市渝北区人民医院与四川省邻水县高滩镇中心卫生院签订医共体协议，标志着川渝首个跨省市医共体成立。涪江流域11地卫生健康委签署推动医学科技创新发展、检查检验结果互认等合作协议。

共建公共卫生服务“聚能环”。加强传染病等重大疫情联防联控及公共卫生应急处置工作。联合签署疾病防控一体化发展合作协议，深化鼠疫、人感染禽流感、艾滋病、结核病等传染病监测预警、应对处置，联动共享预警信息50余次。联合印发《高标准预防接种门诊标准》，邻水县高滩镇中心卫生院预防接种数字化门诊已建成并投入使用。联合举办2023年川渝首届预防接种技能竞赛。重庆、成都、绵阳三地统一适龄女孩补贴接种人乳头瘤病毒(HPV)疫苗优惠政策，共为25.17万名在校适龄女孩接种HPV疫苗。协同加强公共卫生监督执法，共建川渝卫生健康监督执法专家库，2023年举办首届川渝卫生健康综合行政执法技能竞赛。

共建老年健康服务圈。国家老年疾病临床医学研究中心(四川大学华西医院)在重庆医科大学附属第一医院设立分中心。建立“1+N”

老年医疗协同研究网络，打造辐射中西部地区的老年健康服务高地。组建成渝老年医疗护理联盟、川南渝西老年医学联盟，开展老年医学人才培养、学术交流等活动，提升川渝地区老年健康服务能力水平。

共建医疗卫生信息协作网。提升远程医疗服务能力，提供远程会诊、远程影像、远程心电等远程医疗服务，建立远程医疗协作网 255 个。推进川渝电子健康卡互认，完成 675 家二级及以上公立医疗机构“扫码就医”功能改造，1800 余家医疗机构实现川渝电子健康卡“扫码就医”，累计跨省市扫码互认 100 万余次。

共建中医药发展“推进器”。将川渝中医药一体化发展融入四川省委、省政府《关于促进中医药传承创新发展的实施意见》以及《四川省建设国家中医药综合改革示范区实施方案》等重大规划之中，高位统筹推进。联合签署《川渝中医药一体化发展合作协议》。四川达州、广元、南充、广安、巴中和重庆万州、开州等 7 个市(区)共同成立“秦巴山·万达开”中医药发展联盟，打造成渝地区双城经济圈中医药协同发展新平台。西南医科大学附属中医医院与重庆市北碚中医院共建国家中医临床基地。依托四川省 4 个国家区域中医(专科)诊疗中心，组建覆盖省内、辐射周边、特色突出的专科联盟。落实两地政府《推动川渝共建重点实验室建设的实施意见》文件精神，制定《中药新药创制与质量评价川渝共建重点实验室组建方案》。

坚持共建治理体系一体化

深化标准协同。检查检验结果互认提质扩面至川渝 291 家二级及以上公立医院的 112 个项目，共实现互认 197.32 万例次，节约就医费用约 1.93 亿元。推出 2 批次 11 项“川渝通办”政府服务事项，累计服务 61 万次，在两地实现“无差别受理、同标准办理”。统一社区医院评价标准，共享四川省县域医疗卫生次中心和重庆市区县域医疗次中心建设指南。共同制定铁皮石斛、天麻 2 项食品安全地方标准，推动火锅底料食品安全国家标准立项。协同推进重点实验室建设。四川省中医药科学院、重庆市中药研究院成立川渝中医药大健康产业科技创新中心，开展川牛膝、白芷、姜黄等药材核心技术攻关和绿色生态种植技术推广。共建感染性疾病中西医结合诊治重点实验室，联合申报 2024 年度四川省科技厅项目 4 项。开展中医药标准化建设，立项起草黄连(味连)、川贝母(太白贝母)等道地药材生产技术规程，合力推进川渝道地药材地方标准研制，促进中医药成果转化。深化质量协同。联合开展川渝危重孕产妇救治体系建设和评估，共建妇幼健康领域等级评审、专科评审等专家库，推进川渝妇幼健康评价同质化。

启动“川渝协同危重孕产妇一体化救治体系建设及示范应用”项目，2023 年转介流动孕产妇 860 例。四川达州和重庆万州、开州三地成立首批 12 个“万达开”区域医疗质量控制中心。深化应急协同。统筹川渝毗邻地区“120”应急救援服务，川南与渝西地区开展“120”一体化服务，川东北与渝东北建立“万达开 120”2 小时医疗

急救圈，四川广安与重庆合川“120”信息系统成功对接，常态化实施毗邻地区院前急救信息共享。启动“川渝无偿献血深度合作暨高竹新区献血屋”建设，在全国率先建立跨区域献血机制，实现信息高效互联、资源高效共享。两地中医疫病防治队联合组织开展中医应急演练，建立区域联动响应、快速反应机制，打造高水平中医应急医疗队伍。

深化健康协同。打造“健康中国川渝号”系列健康列车，为沿线居民提供便捷的健康科普服务。落实《“健康中国2030”规划纲要》，促进健康中国四川行动、重庆行动广泛合作，推动健康领域治理能力现代化。目前，两省市健康环境显著改善，健康产业繁荣发展，健康水平持续提升。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG/DIP 付费下，医院绩效变革“五步曲”路径

来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究

DRG/DIP 支付方式改革，赋能价值医保与价值医疗协同，倒逼医院改革绩效核算方式，走精益管理高质量可持续发展之路。探索 DRG/DIP 付费下医院绩效变革“五步曲”路径。

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》(医保发〔2021〕48号)明确指出, DRG/DIP 的主要目的, 就是要引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制, 转向更加注重内涵式发展, 更加注重内部成本控制, 更加注重体现医疗服务技术价值。党的二十大报告提出, 深化医药卫生体制改革, 促进医保、医疗、医药协同发展和治理。DRG/DIP 支付方式改革对于引领医改的作用明显提升, 旨在推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变, 在促进医院精细化管理、高质量发展的同时, 提高医保基金使用绩效。

国家为何要求医院改革“绩效核算方式”

中共中央 国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》(2020-03-05)强调, 加强医疗机构内部专业化、精细化管理, 分类完善科学合理的考核评价体系, 将考核结果与医保基金支付挂钩。要求, 改革现行科室和个人核算方式, 完善激励相容、灵活高效、符合医疗行业特点的人事薪酬制度, 健全绩效考核分配制度。

现行的科室和个人绩效核算方式, 主要方式有“收支结余提成(成本核算)”或“项目点数(RBRVS)”, 与原来的按照项目后付费相适应, 不做项目或少做项目医保没法支付, 倒逼医院绩效激励“多做项目、多收入、才能多得”, 绩效导向是粗放式量的增长。

按照现行的收支结余或 RBRVS 绩效核算方式, 举个例子, 同一病种, 甲医生病种医务性收入 1.5 万元--绩效多得, 乙医生病种医务性收入 1.0 万元--绩效差, 甲医生多收入(多做项目)绩效就可以多得。

DRG/DIP 付费下，还是这个病种，甲医生病种医务性收入 1.5 万元，乙医生病种医务性收入 1.0 万元，医保预付费 1.3 万元，按照现行的绩效核算方式，甲医生多得，假如按照 20%提取，医院支付科室绩效 3 千元，但是超支的 2 千元亏损医保不补偿，还要支付甲医生的绩效 400 元，医院就要亏损 2.4 千元。

反而，乙医生节约了 2 千元，如果按原来 20%提成的算法绩效为 2.6 千元，比甲医生少了 400 元绩效。乙医生对医院的经济贡献度为 $= (1.3 - 1.0) + 1.3 = 1.6$ (万元)，经济贡献率为 160%，乙医生绩效占经济贡献比为 16.25%；甲医生对医院经济贡献度 $= (1.3 - 1.5) + 1.3 = 1.1$ (万元)，经济贡献率为 70.06%，反而甲医生绩效占经济贡献比为 27.27%。

在 DRG/DIP 付费下如果医院不改变现行的绩效核算方式，不仅超支部分医院要亏损，还要支付科室绩效，甚至不规范医疗收费还要面对罚款，出现“多亏”局面。因此，改革现行绩效核算方式大势所驱所逼。

DRG/DIP 下医院绩效变革“五步曲”路径

DRG/DIP 预付制与按照项目后付制不同而语，绩效激励导向是“价值医疗”，医院更加更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重体现医疗服务技术价值。因此，医院要围绕“价值医疗”激励才能与“价值医保”协同。

第一步，组织保证，学习先行。绩效敏感度高政策性强，涉及每个员工的切身利益。绩效改革首先要成立绩效管理委员会或绩效改革领导小组，理解公立医院薪酬制度改革精神，认真学习当地“DRG/DIP支付方式改革”政策文件，吃透改革目的及要义，有的放矢进行绩效顺应变革。

第二步，绩效激励，多维模型。绩效没有“一招鲜”，人力资源社会保障部《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕52号）明确指出，健全以公益性为导向的考核评价机制。公立医院要在主管部门的指导下按照国家有关政策制定内部考核评价办法，综合考虑岗位工作量、服务质量、行为规范、技术能力、医德医风和患者满意度等，考核结果与医务人员薪酬挂钩。充分说明医院绩效激励要以“公益性”为导向，绩效指标不能仅仅从一个方面，应该是多维度。誉方“多维价值驱动绩效模式”，主要包括科岗价值评价、个人资历价值评价、人力资源合理性配置为基础，合理规划绩效预算及公平性分配，基于绩效国考和DRG/DIP付费制度改革，构建“岗位工作量价值、医疗项目技术难度价值、DRG/DIP病种疑难价值、成本控制价值、关键KPI考核价值、高质量发展价值”等，与医院协同搭建医院绩效模型，开展绩效压力测试工作。

第三步，积分管理，价值界定。多维价值指标面临不同的单位，通过积分管理标化，统一计量单位，基于管理目标下的绩效预算管理，

分别赋予积分指标不同的积分，充分体现管理意图。绩效预算管理，主要参照核定的医院薪酬总量，合理搭配“固变结构比例”，扣除基本工资后绩效工资总额，细化到“岗位工作量价值、医疗项目技术难度价值、DRG/DIP 病种疑难价值、成本控制价值、关键 KPI 考核价值、高质量发展价值”绩效预算权重，然后按照各版块绩效预算权重测算价值积分，实行绩效预算积分点值浮动或固定方法，核算科室绩效工资，既充分调动了医务人员的积极性，又确保绩效预算风险可控。

第四步，二次分配，细化精准。在院科两级管理的基础上，加强科室二次分配管理，设置科主任综合目标管理绩效，不参与科室绩效二次分配，科内按照医疗组、主治医师细化分配颗粒度，为科室二次分配提供分配参考数据。

第五步，数据治理，信息支撑。DRG/DIP 基于大数据技术分析统计，因此，医院顺应 DRG/DIP 绩效变革，不仅需要绩效软件支持，更需要 DRG/DIP 绩效评价软件支持，目前许多 DRG/DIP 管理软件，主要基于规范和质控对外医保局服务侧重，对内绩效评价及运营成本核算管理功能不足，基于此，誉方医管研发《DRG/DIP 精益运营成本绩效管理信息系统》，实现了预算成本绩效一体化，体现了高低“业财融合”，为医院顺应 DRG/DIP 医保付费绩效变革提供了有利的工具和抓手。

[返回目录](#)

完善财务管理制度促进医院内部控制

来源：三智医管

在当今医疗行业，医院的财务管理和内部控制显得尤为重要。随着医院规模的不断扩大和医疗服务的日益复杂化，良好的财务管理制度成为确保医院经营健康、财务稳定的基石。同时，内部控制的有效性也关系到医院资源的合理配置和风险的有效控制。因此，完善财务管理制度以促进医院内部控制的发展成为当务之急。本文旨在深入研究完善财务管理制度对于促进医院内部控制的重要作用，并提出相应的策略和方法。通过本文的研究和分析，将为医院管理者和相关从业人员提供有益的参考和借鉴，促进医院内部控制水平的提升。

一、内部控制的概念和意义

（一）内部控制的定义

内部控制是指组织为了达到其目标，制定并实施的一系列措施和程序，旨在保护资产、提高工作效率和业务运作的准确性、可靠性以及合规性。简而言之，内部控制是组织为管理和监督其运营活动而采取的一种体系，包括了各种策略、方法和控制手段。

（二）内部控制的目标

内部控制的目标可以归纳为以下几个方面：

1. 资产保护：内部控制旨在保护组织的资产免受盗窃、损失、浪费和滥用。通过确立适当的授权程序、安全措施和风险评估，组织

能够有效地管理和保护其资产。

2. 业务运作的准确性和可靠性：内部控制旨在确保组织的业务活动能够准确、可靠地进行。通过明确的工作流程、记录和报告要求，内部控制可以提高信息的准确性和可靠性，降低错误和失误的风险。

3. 合规性：内部控制有助于确保组织的运作符合适用的法律、法规和规章制度。通过建立合规性检查和监控机制，组织能够遵守法律法规的要求，减少法律风险和罚款的可能性。

(三) 内部控制的重要性

内部控制在组织管理中具有重要的意义：

1. 风险管理：内部控制帮助组织识别和评估各种风险，并采取相应的控制措施来降低风险的发生概率和影响程度。通过风险评估和风险管理措施的实施，组织能够更好地应对不确定性和挑战。

2. 资源优化：内部控制有助于优化资源的配置和利用。通过制定准确的预算和预测，组织可以更好地规划和控制支出，确保资源的最优化利用。同时，内部控制也可以帮助识别低效和浪费的领域，并采取改进措施。

3. 提高工作效率：内部控制通过明确的职责分工、流程规范和信息系统的运用，提高工作效率和运营的效果。有效的内部控制可以减少重复劳动、避免错误和失误，并加强沟通和协作，提高整体工作效率。

二、医院财务管理制度的基本框架

(一) 财务管理制度的定义和目标

财务管理制度是指医院为了有效管理和控制财务活动而建立的一套规范和程序。它旨在确保财务信息的准确性、合规性和可靠性，以支持医院的财务决策和资金运营。财务管理制度的目标主要包括以下几个方面：

1. 财务信息的准确性和可靠性：财务管理制度的首要目标是确保财务信息的准确性和可靠性。通过明确的会计政策和准则，确保财务报表的编制符合相关规定，并采取适当的内部控制措施来验证和核实财务数据的准确性。

2. 合规性和法律遵循：财务管理制度要求医院在财务管理中严格遵守适用的法律法规和规章制度。它确保财务活动的合规性，避免违反法律法规，降低法律风险，并建立适当的合规检查机制。

3. 资金的有效管理和控制：财务管理制度致力于实现医院资金的有效管理和控制。通过制定预算和预测，医院可以合理规划和分配资金，确保资金的充分利用和优化。此外，资金管理制度还包括建立适当的资金监控机制，确保资金流动的可控性和合理性。

4. 资产的有效管理和保护：财务管理制度涵盖了医院资产的管理和保护。它确保医院对资产进行合理的登记、分类和管理，建立资产管理制度和流程，防止资产的丢失、损坏和浪费，并加强对重要资

产的保护措施。

(二) 财务管理制度的要素

1. 会计政策与准则

会计政策与准则是财务管理制度的基础,用于规范和指导财务信息的编制和披露。医院需要根据国家和行业的会计准则,确定适用的会计政策,并确保在财务报表中正确应用这些准则。这包括确定计价原则、收入确认原则、费用计提原则等,以确保财务信息的准确性和可比性。

2. 预算与预测

预算和预测是财务管理制度中的重要要素,用于规划和控制医院的财务活动。通过制定预算,医院可以设定财务目标和指标,并根据预算进行资金的分配和支出控制。预测则是根据过去和当前的财务数据,预测未来的财务状况和业绩,为决策提供参考依据。

3. 资金管理与控制

资金管理与控制是财务管理制度中关键的要素之一。它涉及到医院对现金流量的监控、资金的筹集和运用,以及风险的管理。医院需要建立适当的资金管理制度,确保资金的充分利用和合理配置,同时采取措施保证资金的安全性和流动性。

4. 资产管理与保护

资产管理与保护是财务管理制度中重要的方面。医院需要建立资

产管理制度，确保资产的登记、分类和管理规范。这包括对固定资产的折旧核算和资产清查，以及对重要资产的保护措施，如设备的维护保养和保险的购买。

(三) 财务管理制度的制定与执行

财务管理制度的制定与执行需要医院建立一套明确的程序和流程。首先，医院应该明确财务管理制度的责任和权限，确保制度的执行和落实。其次，制定合适的内部控制措施，如审计和监控机制，以确保制度的有效执行和监督。此外，医院还应该定期审查和评估财务管理制度的有效性，并根据实际情况进行调整和改进。

三、完善财务管理制度的策略和方法

(一) 内部控制评价与改进

1. 风险评估与控制

完善财务管理制度的第一步是进行风险评估。医院可以识别潜在的财务风险，如财务欺诈、错误报告和资产损失等，并采取相应的控制措施来降低这些风险的发生概率和影响程度。通过建立风险管理框架、明确风险担当者和制定风险应对计划，医院可以更好地预防和应对财务风险。

2. 流程优化与标准化

医院应对财务流程进行优化和标准化，以提高工作效率和内部控制的一致性。通过制定明确的流程和标准操作规程，确保财务活动按

照统一的规范进行，减少错误和失误的可能性。同时，医院还可以利用信息化技术支持，自动化财务流程，提高处理速度和准确性。

3. 内部审计与监控

建立健全的内部审计机制对于完善财务管理制度至关重要。内部审计部门可以定期对财务管理制度的执行情况进行审计和评估，发现潜在问题并提出改进建议。此外，医院还可以加强内部监控措施，如设立审批制度、实施双重核算、加强日常监督等，以确保财务活动的合规性和准确性。

(二) 信息系统的建设与应用

1. 财务管理信息系统

医院可以建立财务管理信息系统来支持财务管理制度的实施。该系统应涵盖财务报告、会计核算、预算管理、资金管理等方面，提供准确、及时的财务信息和报告。通过信息系统的应用，医院可以提高数据的可靠性和一致性，减少人工错误，并提高财务决策的效率和准确性。

2. 数据安全与保护

在建设财务管理信息系统的过程中，医院需要重视数据的安全和保护。制定严格的数据访问权限和保密措施，采用加密技术和安全存储设备，确保财务数据的机密性和完整性。此外，定期进行数据备份和恢复测试，以应对意外情况和数据丢失的风险。

3. 数据分析与决策支持

财务管理信息系统可以提供丰富的数据和报告，医院可以利用数据分析工具和技术进行数据挖掘和决策支持。通过对财务数据的分析和解读，医院可以发现业务趋势、识别问题和机会，并基于数据进行决策和优化财务管理策略。

四、财务管理制度完善的效益与挑战

（一）效益

1. 提高财务管理效率

完善财务管理制度可以提高财务管理的效率。通过明确的流程和标准操作规程，财务活动可以更加规范和高效地进行。自动化的财务管理信息系统可以减少人工处理，提高数据的准确性和及时性。这将节省时间和精力，使财务部门能够更好地集中精力于战略性的财务决策和分析。

2. 加强风险防范和控制

完善的财务管理制度有助于加强风险防范和控制。通过风险评估和控制措施的实施，医院可以识别和应对潜在的财务风险，如财务欺诈、错误报告和资产损失。这将降低风险的发生概率和影响程度，保护医院的财务利益和声誉。

3. 优化资源配置

财务管理制度的完善可以优化资源的配置。通过预算管理和资金

控制，医院可以更好地分配和管理资金和资源。合理的预算和预测可以帮助医院规划和控制支出，确保资源的最优化利用。同时，财务管理制度的完善还可以帮助医院识别低效和浪费的领域，并采取相应的措施进行改进。

(二) 挑战

1. 技术和人员培训

完善财务管理制度需要依赖合适的技术工具和系统支持。医院需要投入资源来建设和维护财务管理信息系统，并提供相应的培训和支持，以确保人员能够正确使用和操作系统。此外，医院还需要不断更新和提升人员的专业知识和技能，以适应财务管理制度的变化和发展。

2. 组织文化和变革管理

财务管理制度的完善需要医院建立积极的组织文化和有效的变革管理。组织文化应鼓励诚信、合规和高效的财务管理理念，促使员工积极参与制度的执行和改进。同时，变革管理需要正确引导和管理变革过程，确保财务管理制度的改变能够得到员工的支持和顺利实施。

3. 法规和合规要求

医院在完善财务管理制度时需要考虑到法规和合规要求的影响。财务管理制度必须符合相关的法律法规和规章制度，遵守财务报告和

披露的要求。医院需要与相关部门保持密切沟通，并及时更新制度以满足变化的法规和合规要求。同时，医院还需要加强内部审计和监控，确保制度的合规性和有效性。

结论

经过对财务管理制度的完善和内部控制的加强，医院可以获得多方面的效益。首先，完善财务管理制度能够提高财务管理效率，优化资源配置，加强风险防范和控制。明确的流程和标准操作规程使财务活动更加规范和高效，财务管理信息系统的建设和应用提供了准确、及时的财务信息和报告，有助于支持决策。同时，通过风险评估和控制措施的实施，医院能够降低财务风险的发生概率和影响程度，保护医院的财务利益和声誉。然而，在完善财务管理制度的过程中，也面临一些挑战。综上所述，完善财务管理制度对于医院内部控制和财务管理具有重要意义。通过评估和改进内部控制，建立财务管理信息系统，医院可以提高财务管理效率，加强风险防范和控制，优化资源配置。然而，完善财务管理制度也面临技术、人员、组织文化和法规等方面的挑战。因此，医院应重视这些挑战，并采取适当的措施来应对，确保财务管理制度的有效实施和持续改进。

[返回目录](#)

• 中医药服务 •

马克思主义同中医药文化具有多维契合性

来源：中国中医药报

党的二十大报告指出：“中国共产党人深刻认识到，只有把马克思主义基本原理同中国具体实际相结合、同中华优秀传统文化相结合，坚持运用辩证唯物主义和历史唯物主义，才能正确回答时代和实践提出的重大问题，才能始终保持马克思主义的蓬勃生机和旺盛活力。”习近平总书记在文化传承发展座谈会上指出，“马克思主义和中华优秀传统文化来源不同，但彼此存在高度的契合性。相互契合才能有机结合。”揭示了“两个结合”的深厚历史文化底蕴。中医学是在中国传统宇宙论、认识论与价值观影响下所形成的认识人类生命现象、规律的医学科学，中医药文化作为中华优秀传统文化的代表，其所蕴含的唯物精神、辩证思维精神、实践精神以及人本主义精神等，与马克思主义具有内在契合性。

唯物精神：中医气化生命观与形神一体观

气化宇宙论是中国古代朴素唯物主义哲学发展的重要环节，它以物质之“气”作为万物之源，由此发展成为中医气化生命观与形神一体观。中医学强调“气”的本源性，提出“气始而生化，气散而有形，气布而蕃育，气终而象变”，认为无形而实存的“气”是构成和维持人体生命活动的精微物质，生命的形成、发育与发展变化都是气

之聚散“动而不息”的结果，从而以聚散变化的动态之“气”构建起中国传统宇宙生命观。马克思主义立足现实，吸收与借鉴人类文明的一切优秀成果，发展出辩证唯物主义，揭示世界的“物质”本原性与恒动性，从时间而言，中国传统宇宙生命观是其形成的前阶段；从内容而言，马克思主义唯物论与中医气化生命观所体现的唯物精神更具契合性，二者皆具有反形而上学的倾向。

中医药形神一体观是中国传统哲学对哲学基本问题的最佳回答。“形”即有形之躯，所谓“气合而有形”，其本质是物质性的气。“神”即精神生命活动之全体，所谓“两精相搏谓之神”，其基础是构成生命的精微物质。二者的关系被表述为“形者生之舍也”“神者生之制也”“无神则形不可活，无形则神无以生”，形体是生命的物质载体，精神是生命的活动主宰，形神一体不可分离。马克思主义哲学坚持物质第一性，精神意识活动依赖于物质并反映物质。形体是精神的物质基础，精神是形体的功能体现，二者从根本上是体用关系，这从中医哲学角度具体而形象地回应了哲学基本问题，与马克思主义哲学物质与意识的辩证关系具有高度契合性。

辩证思维精神：天人合一的大生命观

中医药学受中国传统哲学“天人合一”理念的影响，将人体生命置于宇宙天地的大系统中，通过仰观俯察发现人体生命运动与自然界运行周期、人类社会各项活动等的内在关联性，阐发“人身小宇宙，

天地大宇宙”之理，由此建构起人与天地万物相互联系、同感共知的天人合一大生命观。中医学认为人因天地之气合和而生，人体内之气能够与天地气化息息相通、协同联系，《黄帝内经》曰“春者，天气始开，地气始泄，冻解冰释，水行经通，故人气在脉……”，天地之冬春寒暑、晨昏昼夜发生变化，人体之气也会推动和调节着脏腑机能，从而与不同时节的自然之气相适应，因而中医注重“因时养生”。饮食水谷也是由不同性质的自然之气所化生，通过“食气入胃”的具体过程，可以将自然之气的能量和信息带入人体，从而对身体生命产生影响，因而中医有“以食养生”说。人不仅是自然存在物，人的身份地位、社会环境以及心理情绪等社会性因素对身体的影响也被中医纳入关联体系中，提出“居处安静，无为惧惧，无为欣欣，婉然从物，或与不争”的生命修养论，以求达到生活上的无纷扰与精神上的无杂念，因而中医又有“情志养生”论。养生是中医“治未病”观念的生活化体现，它以发展的态势看待人体生命，提倡可持续的健康生活方式。唯物辩证法以普遍联系与永恒发展为基本特征，注重客观联系及其变化发展。中医学立足于自然社会之大系统，将“天人合一”观念显化为人体身心与自然社会、天地万物同体同构、互相联系且有序发展的有机统一体，这与辩证法的基本精神完全契合。

实践精神：观物取象之法与实践经验之理

中医学的理论与实践以“观物取象”为主要方法，通过对处在

开放的自然运化过程中的动态之物象的整体观，以把握其运动变化之本质与规律，并以此指导中医四诊及临床实践。“观物取象”取自《周易》，“物”即建基于人的生活世界的一切生命存在，通过对人的生活实践与感性经验的直观感知与抽象总结，以“象”这种抽象感性的方式将其固定下来，即“观物取象”的过程。中医阴阳学说、五行理论、中医四诊、中医脏腑形态以及养生功法中的五禽戏等，均属于“观物取象”的范畴，其理论基础是现实的人的实践生活。此外，由于中医学所产生的特定的历史文化背景，其理论体系与诊疗方法的形成高度依赖于历代中医学临床实践经验的积累，体现了中医学鲜明的实践精神。马克思主义哲学突出实践的本体性，认为实践是人的存在方式，即人通过有意识、有目的的实践活动改变自然物的存在形态，并由此创造出一个人类世界。中医学用实践的方式保养生命，并构建、完善与传承医学理论，由此形成中医药文化的世界，与马克思主义的实践精神相契合。

人本精神：身心一体与自由解放

中医以人的生命整体为研究对象，既包括人的身心统一体，也包括生长壮老已的整个生命过程；它不仅注重疾病诊疗，更关注生命质量的提升，在这个意义上，中医是以人为本的生命医学。中医强调人的健康状态应包含身体上的无病痛与精神上的无纷扰，倡导“恬淡无为”的养生观念，在外培植正气元气，在内涵养精气神，达到身体与

精神的保全。同时，中医指导人应顺应天地运化之规律与四时寒暑，注重生、长、化、收、藏不同的生命发展过程，在生命的不同阶段采取不同的养生方式，以合乎外在自然规律与内在生命周期规律，获得人生的自由与幸福。

马克思主义把自己的价值理想定位为人类的解放，而人类的解放最终表现为每个人自由而全面的发展，人要获得自由而全面的发展，就需要以合乎规律的方式认识与改造世界。中医的身心一体性是对生命规律的正确把握，注重人体自身的完整性及人与自然、社会环境之间的统一性，从而获得人的自由与幸福，这与马克思主义的价值追求相契合。

综上所述，马克思主义与中医药文化虽根植于不同的历史文化传统，但二者在基本精神上存在多维契合性。马克思主义是科学的认识方法，中医药文化有一定的历史性与局限性，在当代需要传承与创新，需要马克思主义科学理论的指引与助推。

同时，中医药文化在注重整体性与动态性、辩证性与合和性、实践性与人文性等层面彰显出中华优秀传统文化的光芒，能够为马克思主义中国化、时代化贡献中医药智慧。因此，深入剖析中医药文化精神与马克思主义的多维契合性，对于推进中医药文化的创造性转化、创新性发展具有重要意义。

[返回目录](#)

宁光：中医药学理论与实践是宝贵的学术资源

来源：中国中医药报

宁光，1963年6月生，山东滨州人，内分泌代谢病学专家，中国工程院院士，上海交通大学医学院附属瑞金医院院长、教授、博士研究生导师，上海市内分泌代谢病研究所所长、上海市内分泌代谢病临床医学中心主任和国家代谢性疾病临床医学研究中心主任，兼任中国医师协会内分泌代谢医师分会会长。

他坚持中西医并重诊疗，充分发扬中医药特色优势，积极开拓诊疗思维，不仅关注前沿科技，更融入中医“整体观念，辨证论治”的思维模式，一人一方，一证一方，让“四高”稳步降低，减少反弹，更防止或延缓并发症的发生。

“瑞金”求学结缘中西医结合

访谈人：宁院士，非常高兴您能够在百忙中抽出时间接受项目组访谈，首先想请您给我们介绍一下您是如何与中医药结缘的？

宁光：谢谢，很高兴接受你们的采访，也正好借助这个机会，借助你们这个平台介绍一下我们瑞金医院70多年的中西医结合工作，上海交通大学医学院附属瑞金医院始终坚持中西医共同发展的原则，建立了中西医结合治疗疾病的优良传统。具体到我个人与中医药的结缘，我想从瑞金医院内分泌学科中西医结合工作的历史说起。

邝安堃先生是我国著名的内科学家、医学教育家、国家一级教授、

我国中西医结合研究的先驱者，是瑞金医院内科的奠基人。邝老 1919 年留学法国，1929 年即任法国(巴黎)国立医院住院医师，成为考取这一职务的第一个中国人，1933 年又获医学博士学位。在法国老师“中国历史悠久的传统医学丰富多彩，学习内科来研究它比较合适”这一观点的启发下，邝安堃教授选定了内科作为终身专业，并立下雄心壮志，毅然回国，报效中国医学事业和人民健康事业。

众所周知，从 20 世纪 50 年代起，我国即号召西医学习中医，开展中西医结合研究，继承发扬中医药学。邝安堃教授是“西学中”的楷模和典范。邝老在已成为一位造诣高深的西医内科专家、已在高等医学院校从事西医临床和教学工作数十年的时候，为了学好中医、研究中医，年近 60 岁的他依旧拜著名老中医陈道隆先生为师，听陈道隆老师讲解中医理论，跟随陈老师临证实践，虚心向陈老师学习。他还向姜春华、张镜人、张志英、丁济南、程门雪、黄文东、丁济民、顾瑶荪等著名中医学专家虚心请教，跟随中医专家、教授学习中医理论，进行临床实践，达到“乐而忘返”之境地。邝老在陈道隆老师指导下，更是努力自学、刻苦研读中医著作，如顾松园的《医镜》、严西亭的《得配本草》及《王旭高医书六种》《吴门治验录》等。邝老对中医药学认真学习、刻苦钻研的治学精神，一直为人所称道。

同时，邝老用现代科学方法研究中医药学理论，成为世界上第一个“阳虚”动物模型研制成功者，从而开辟了中医药学现代动物实验

研究方法。他是我国最早开展中医“阴阳学说”的现代实验研究的学者之一，第一个提出从内分泌角度进行中医“阴阳学说”研究的学者，首先开展性激素水平与“肾虚”关系的研究。邝老以毕生精力和科学研究成果，实践了“闯出一条前人没走过的道路”的诺言，为中医现代化研究与发展，以及促进中西医结合，作出了创新性科学贡献。

在邝安堃教授的带领下和许曼音教授、陈家伦教授等几代人的共同努力下，我们医院内分泌学科于20世纪60年代成立上海第二医科大学内分泌研究室，并于70年代末建立上海市内分泌代谢病研究所，成为国家第一批博士学位点，设内分泌学和中西医结合内分泌学两个专业，后又确定为临床医学博士后流动站学科点。

我在瑞金医院求学时，跟随许曼音教授、陈家伦教授学习，受他们的影响，也系统地接触并学习了老师们的中西医结合思想与方法，并认识到中医药是我们发展新药物的巨大宝库。

进入21世纪后，中国已经成为全世界糖尿病患者最多的国家之一，为了寻找质优价廉的糖尿病治疗药物，我在工作中也开始尝试中药治疗糖尿病的研究。2002年我申请了上海科委“糖尿病的中医治疗”“大规模高通量筛选降糖中药”两个课题，在研究中，我关注到了小檗碱这个药物，经过两年的努力，证实了小檗碱的降糖作用，相关论文得到国际同行的高度关注。

2020年7月，瑞金医院与上海中医药大学携手成立“中医西医

汇聚创新研究院”，中医药工作纳入医院年度重点工作，医院已经形成以传承为特点的标准化中医学学科建设、中西医融合创新的特色中医学学科建设，与临近的香山中医医院形成中西医并重的紧密型医联体模式，成功打造中西医结合区域示范，探索出了具有瑞金特色的综合医院标准化中医学学科建设路径。

中医药与中国人的生活息息相关，在日常生活中有一些中医药的传统，比如说感冒了喝点生姜红糖水，出出汗，能够缓解感冒之后的发烧怕冷、肢体酸痛症状。总之，这是我从学习、工作、生活中与中医药结下的缘分。

中西医结合防治糖尿病

访谈人：关于糖尿病，中医将其归于“消渴”，认为由于“气阴两虚”“脾胃热盛”“肝肾亏虚”等原因引起，并有诸多传世名方，中医药治疗糖尿病的思路和方法对您的临床有哪些启发？

宁光：进入新世纪以后，随着我国经济、社会的发展，城市化、老龄化的进展加速，我国糖尿病发病率逐渐增高。当前糖尿病 10% 的发病率意味着平均每 10 个人中就有 1 个糖尿病患者，需要引起重视，这给老百姓与国家都带来了沉重的负担。控制糖尿病的发病率仍面临很多困难，应该让中医药在糖尿病诊疗领域有更多应用。目前工作的重点，是尽量能够在糖尿病发展前期开展系列防治工作，将关口前移。以解决肥胖问题为抓手，会对糖尿病防治起到积极作用。经过我们的

研究，肥胖是可以预防的，可以从心理方面进行干预调节，养成健康的生活方式，调节激素分泌，进一步预防糖尿病的发生。

在这个角度上，中医药是我们推进糖尿病防治工作的巨大资源宝库，要进一步推动中医药传承创新发展，加大中医药在糖尿病诊疗领域的应用，就可以进一步提高糖尿病防治水平。我当年为了寻找质优价廉的糖尿病治疗药物，关注到了小檗碱这个药。在我们这一代人的认识中，小檗碱，这个非常普通的治疗腹泻的药物，是中药黄连分离出的一种生物碱，是黄连抗菌的主要有效成分。而黄连应用于消渴的治疗在中医的历代典籍中多有记载，早在魏晋时的《名医别录》中就记载了黄连治疗消渴的经验。那么小檗碱能否降糖？小檗碱降糖机制是什么？这些都是我关注的科学问题。经过努力，我们在临床研究证实小檗碱具有降低体重和改善糖脂代谢作用，为我们用小檗碱控制体重提供了理论研究支持。

访谈人：中西医学对于疾病的认知，虽有不同，亦有相同，如何在中西医学各自的发展中求同存异？在治疗中您如何用中西医双重思维来处理此类疾病？

宁光：其实内分泌系统的疾病是一个全身性的疾病。以糖尿病为例，糖尿病是一个全身系统性疾病，在疾病发展过程中可累及很多器官，包括心脏、肾脏、神经系统及脑血管系统等，这一学科特点跟中医学的“整体观”具有相似之处。

为使患者获得更好的个体化综合治疗，我们在10年前就率先建立了“内分泌代谢病学科群”，将心血管科、神经外科、泌尿外科、病理科、放射医学科等各科专家汇聚在一起，每周共同研究疑难杂症的对策，瑞金医院内分泌科也成为国内“疑难杂症终极汇聚地”。

我们注意到中医药治疗糖尿病非常注重脾胃功能这个思路，也与我们开展的肠道菌群与糖尿病的机制研究不谋而合。2017年，《自然医学》杂志发表了我们医院王卫庆和洪洁教授所带领的瑞金内分泌肥胖团队的研究成果：肠道益生菌能调控体重。

据我所知，近年来在糖尿病防治的全周期、全过程中，中医药防治糖尿病取得了显著的成效，在替代、补充、增效和减毒等各领域都有所成就，彰显了中医药在糖尿病防治中的特色优势。中医药在多部糖尿病指南中单独列章节，是对中医药治疗糖尿病实力的认可，也是循证证据越来越翔实的必然结果。今后应当在现代西医主导的糖尿病防治体系下，建立中西医优势互补的临床诊疗体系。

访谈人：您一直强调代谢性疾病是一种生活方式病，尤其要重视生活方式的作用。那么，如何构建健康的生活方式？中医学所倡导的生活方式对当今预防和治疗代谢性疾病的作用如何？

宁光：控制糖尿病的发病率仍面临很多困难。首先，生活方式、生活因素都是糖尿病的危险因素，随着生活水平的提高，人们吃得更多、更好，但是动得少了。运动、饮食及抽烟等都和糖尿病患病率之

间存在着一定的联系。其次，老龄化也为糖尿病的预防工作增加了难度。但是怎么样的生活方式是健康的，是有助于防治糖尿病等代谢性疾病？这个需要基于严谨、科学的研究证据才能说清楚。

我们团队曾对全国约 20 万人口进行了为期 3 年的随访，将各种危险因素进行了比对，根据体重、年龄、血压等计算出一项代谢指数，如果代谢指数升高，发生糖尿病的可能性就会增大。此外，据全国流行病学调查数据显示，我国糖尿病前期患病率高达 50.1%。糖尿病前期并非一种“临床疾病”，而是一种介于正常血糖与糖尿病之间的状态，通常被认为是糖尿病的必经阶段，是糖尿病的危险信号。对于糖尿病前期人群，若及时发现，进行早期的干预与生活方式改变，可以逆转血糖异常，能让更多高风险人群回归健康，最终实现糖尿病患病率的降低。但是我国 18 岁及以上人群的糖尿病知晓率仅为 30.1%，其中城市居民知晓率为 38.7%，农村居民知晓率为 24.6%，我国糖尿病知晓率尚有很大提升空间。

中医学重在预防，并且有“上工治未病”的理念，注重健康与生活方式的关联，“天人相应”“起居有节”“饮食有常”的理论体系与实践经验，可以为代谢性疾病的生活方式调整与糖尿病前期的“非疾病”状态改善提供思路与解决方案，而且这些与中国人的文化生活传统密切相关，非常期待有更多这方面的研究证据。

代谢性疾病患者的新冠防治建议

访谈人：伴随着新冠疫情管控放开之后的新常态，感染新冠病毒的概率大大增加。接下来我们应该如何应对新冠病毒感染，保护老年基础病患者的健康？

宁光：对于老年人，尤其是伴随代谢性疾病的老年患者的新冠疫情防控，大家首先要做好预防，坚持“三件套、五还要”。这不仅是为了防疫，也是一种良好的生活习惯，比如戴口罩、勤通风、讲卫生、重消毒、常运动、增营养、多交流、少聚集、测体温等，日常要增强免疫力，食疗更好。

即便感染了新冠病毒，也完全不必恐慌，有条件的尽量居家隔离。居家期间应注重营养摄入，规律作息，做好自我健康管理，日常通风，与同住人做好“相对隔离”。

适度备药，合理用药。大部分新冠感染者还是以对症治疗为主，此外也可适当备些中成药，如清热解毒类中成药。对感冒及新冠病毒感染的预防，还应以增强自身免疫力为主，多喝水。

盲目囤药不必要，同类药品最好吃一种，吃多了容易诱发不良反应。大剂量服用对症药物，有时会掩盖新冠病毒感染症状。因为新冠病毒感染和常见肺炎有区别，病毒不仅感染上呼吸道，还会感染下呼吸道，甚至是肺的末梢。如果掩盖其症状，有时会延误治疗。

访谈人：在疫情期间，您作为国务院联防联控机制外事组成立的中国红十字会志愿专家组组长，一直奔波在我国乃至海外的疫情防控

第一线，那么对于未来新冠病毒的防控您有哪些新的思考和认知？

宁光：新冠疫情防控进入新常态以后，给我们带来的思考还是很多的。面向未来的话，无论是以新冠为代表的急性传染性疾病，还是以糖尿病为代表的代谢性疾病，即“四高”之类的非传染性慢性病，我还是倡议大家要学会做自己健康的第一责任人，从生活方式入手，建立良好的生活习惯，才能真正预防疾病的发生、延缓疾病及其并发症的发展变化。

代谢性疾病是严重危害国人健康的慢性疾病，加强对代谢性疾病的防控工作刻不容缓。代谢综合征包含糖尿病、糖耐量异常、肥胖、高脂血症、高血压五大疾病。这些疾病的共同患病因素是生活方式的改变及胰岛素抵抗等，会引发包括心肌梗死和脑卒中在内的心脑血管疾病。我国18岁及以上人群的糖尿病知晓率仅为30.1%，尚有很大提升空间。对于糖尿病前期人群，若及时发现，进行早期的干预与生活方式改变，可以逆转血糖异常，能让更多高风险人群回归健康，最终实现糖尿病患病率的降低。

促进中西医高水平融合发展

访谈人：中医学需要被看见、被理解，在世界百年未有之大变局及新格局建立的过程中，您认为中医药应如何走向世界？如何向世界讲好中国故事、中医药故事？

宁光：这个问题，我觉得应该从医生的“医”讲起。在中国首先

是医生，其次才是中医或者西医，医生的“医”是“醫”的简体字，这是1956年简化汉字文字改革的结果。“醫”是由3个字组成的，除“医”外，“殳”则是一种由竹片制成的锐利兵器，而“酉”则为古时泡药的酒。远掷武器(矢)加手握利器(殳)，两字并列代表战争，两字之下置一“酉”字，代表疗伤的药品，从而组成了“醫”的基本含义：救治战伤也。在醫之后加一“生”字则代表从事“醫”这一行当的人即醫生，就是职业了。医+殳+酉=救治战伤也，也就是救死扶伤之意了。凡为医者应记住孙思邈之语：“凡大医治病……先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦。若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富……普同一等，皆若至亲之想。”而西方医学也有希波克拉底誓言。当静静地凝望由“医”和“生”组成的“医生”这个词时，更会感悟到为医者的境界：“医”乃三面围墙中央置一箭，只能射向一个方向，那就是“生命”。若是丘比特的爱箭则为医者仁心，治病救人，普济众生；但稍有闪失，则遗憾终身。因此，医生必须要求自己不能有任何疏忽、差错，因为医生所面对的是生命！这就是医生的责任：健康相系，生命相托，重若千钧。

中医医学注重师承，其实我们西医也是非常注重学科传承的。我们瑞金医院内分泌学科正是靠着邝安堃、许曼音、陈家伦教授等一代内分泌人的努力，才铸就了瑞金内分泌学科国内领先、国际知名的学术地位。传承与创新，始终是我们奋斗拼搏的主旋律。

所以从这个角度来讲，仅仅区分中医、西医是没有意义的，应该从中国的医学文化、生命文化入手讲中国医生的故事、信仰、传承与精神，促进中西医在中国高水平融合发展，为人类健康和疾病防控事业，为人类健康共同体，提供更为普适化的中国经验、中国智慧。

访谈人：宁院士，2020年9月，国家卫生健康委党组成员、国家中医药管理局党组书记余艳红一行到瑞金医院调研中西医结合学科建设及“中西医汇聚创新研究院”建设情况，听说当时您代表医院介绍了瑞金医院的中医及中西医结合学科历史与建设工作？

宁光：是的，我们瑞金医院具有悠久而光辉的中西医结合传统。2020年7月，上海交通大学医学院与上海中医药大学携手成立了“中医西医汇聚创新研究院”。研究院以中西医结合防治疑难重大疾病、中西医结合关键科学问题、中医传统理论的现代科学基础研究为突破方向，瞄准科技前沿和国家重大战略需求，着眼于中西医交叉优势学科发展方向，推进中西医交叉创新临床和基础研究。

瑞金医院中医科成立于1954年，经数代人的传承发扬，已形成以魏氏伤科为代表、海派中医荟萃的中西医结合学科。中医药工作纳入医院年度重点工作，医院已经形成以传承为特点的标准化中医学学科建设、中西医融合创新的特色中医学学科建设，以及与香山中医医院形成中西医并重的紧密型医联体模式，成功打造中西医结合区域示范，探索出了具有瑞金特色的综合医院标准化中医建设路径。

访谈人：宁院士，作为一位西医大家，您眼中的中医学是一门怎样的学科？您认为中医药对于中国文化的传承及未来医学模式的构建具有怎样的价值和意义？

宁光：谢谢。您这个问题，我只能说是谈谈我自己的一些不成熟的见解，不一定正确。首先中医学是一个严谨的学科，有着自身独特的理论体系，而且具有大量丰富多样的实践经验，对于中国的生物医药创新来说是一个独有的宝藏。对于临床科研来讲，我认为中医药是解决临床与科研问题可借鉴的医学理论与实践经验的源泉，最终受益的还是老百姓。中医学重在预防，并且有“上工治未病”的理念，注重健康疾病与生活方式的关联。其自身具有的“天人相应”“起居有常”“饮食有节”的理论体系与实践经验，可以为代谢性疾病的生活方式调整与糖尿病前期的“非疾病”状态的改善提供思路与解决方案，而且与中国人的文化生活传统密切相关，确实非常期待更多这方面的研究证据。

从目前来看，在传统的生物医学模式向社会、生理和心理医学模式转变后，随着社会和医学的发展，现在已经进入大数据和智慧医疗时代。在这样一个背景下，无论是循证医学、转化医学、精准医学，还是智慧医疗或大数据医疗，医学发展的核心驱动力始终是科学研究，即揭示生命本质的基础医学研究和解决人类健康问题的临床研究。必须建立基础与临床研究相互对应的组织框架，以创新的思路不

断突破，从而开创医学研究的新局面。这个时候中医药学的理论与实践经验就是一个宝贵的学术资源，乃至科研灵感的来源。

在这样一个背景下，每个临床医生都应该思考如何进行临床研究。临床科研的出发点是提出科学问题，要有新概念，并通过精巧的科研设计，以新技术、新方法提供准确回答。要把疾病诊断的疑难点作为临床研究的起点，注意和发现与常规思维相异却习以为常的现象，刨根问底，寻找答案，指导临床，提高诊治水平。从疾病出发，寻觅到产生机制，并且给出一个普适性的解决方案，最后推动临床进步。

还是回到那句话，医者仁心，精勤不倦。博极医源，仅仅区分中医、西医是没有意义的，应该立足于中国医学文化、生命文化，继承中国医生的故事、信仰、传承与精神，促进中西医在中国高水平融合发展，探索形成新医学，为人类健康、疾病防控，为人类健康共同体建设，提供更为普适化的中国经验、中国智慧！

[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



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药城: <http://www.yaochengwang.com>

 地址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电话: 010-68489858