

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2024年第34期

(2024.08.19-2024.08.25)

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。)

### • 医院管理 •

▶ [基于 DRG/DIP 支付方式改革下的医用耗材管理应对策略分析](#) (来源：中国产经) ——第 7 页

【提要】随着医疗技术的快速发展和医疗保险制度的不断完善，医疗支付方式也发生了巨大的变化。本文介绍了 DRG/DIP 支付方式，分析 DRG/DIP 支付方式改革对医用耗材管理的影响，包括对医用耗材采购、库存、使用和结算等方面的影响，分析 DRG/DIP 支付方式改革下医用耗材管理的应对策略，以期为医疗机构提供参考。

▶ [一院多区模式下的绩效一体化管理](#) (来源：中国医院院长) ——第 17 页

【提要】在全面深化医改的背景下，一院多区成为当下医疗机构提质增效的有效发展模式。再加上近年来各地开发建设新城区，在新城区开设大型公立医院分院区是实现医疗资源均衡布局以及满足所在区域百姓的医疗卫生服务需求的关键一步。对医院来说，开设分院区可进一步扩大医院的品牌影响力，拓展患者来源，通过优化整合医疗资源，科学化战略化进行医疗市场布局，实现各院区差异化协同发展，通过整体规模扩增摊薄管理和运营成本，提高医疗资源使用效率。

## • 集中采购 •

▶ [第十批国采「将至」，集采持续扩围](#)（来源：国家医保局）——第 21 页

【提要】国家医保局在今年 5 月发布的《关于加强区域协同做好 2024 年医药集中采购提质扩面的通知》中提到，开展新批次国家组织药品集中采购，业内关注度持续提升。数据显示，2022 年在三大终端六大市场销售额近 1.8 万亿元，同比增长 1.1%。其中，公立医院终端、零售药店终端、公立基层医疗终端市场占比分别为 61.8%、29% 和 9.2%；若加上未统计的民营医院、私人诊所、村卫生室的市场，目前中国药品终端总销售额已超过 2 万亿元。不过，随着更多省份推进集采药品“三进”，在给零售药店带来客流量和增加销售的同时，也对药店的利润和经营模式提出了新的挑战。

▶ [打破品牌滤镜，拥抱质优价廉集采中标药](#)（来源：中国医疗保险）——第 25 页

【提要】众所周知，医保部门集采仿制药为家人们把药品价格打下来，让老百姓用得起药。单就今年 3 月份开始陆续落地的第九批国家组织药品集中采购，国家医保局表示预计每年可为患者节约药费 182 亿元，如治疗多发性骨髓瘤的来那度胺胶囊，治疗儿童多动症的盐酸托莫西汀等药品价格的降幅达到 90% 以上，来那度胺胶囊从原来在专利期里的价格 200 元一盒，到现在的价格只有 15 元。

## • 监察监管 •

▶ [欺诈骗保无处遁形，大数据如何助力医保基金安全](#)（来源：中国青年报）——第 29 页

【提要】近日，国家医保局通报，今年 6 月-7 月，该部门会同山西省医保局，运用大数据模型，对山西省部分城市医保基金使用数据进行了筛查，根据可疑线索指向，对忻州市保德县德馨医院、代县和平医院，朔州市应县东城医院、济民医院、夕阳红华康医院进行了专项检查，初步发现这 5 家医院涉嫌欺诈骗保问题。

▶ [穿透式监管！多地启动药品追溯码应用](#)（来源：国家医保局）——第 31 页

【提要】国务院办公厅印发的《深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务》提出要探索运用穿透式监管，且医保部门不断强化大数据筛查手段在医保基金监管中的应用，改进监管效果。随着药品耗材追溯码信息采集在更多地区铺开、大数据模型更加成熟，各部门间信息共享、协同监管和联合执法等手段的应用也将更加常态化。

## • 分析解读 •

▶ [聚焦新需求——医保赋能医药行业实现高质量发展的内涵与路径](#)（来源：中国社会科学院）——第 35 页

【提要】医疗保障赋能医药行业高质量发展的基本内涵可以理解为：推动医药产业的创新发展；推动医疗服务组织模式和管理模式变革，

建立健全能够充分发挥医务人员积极性、创造性的现代化医疗服务组织模式和管理模式；医疗保障公共政策紧扣居民需求，满足新发展阶段人民群众的新需求，为发展提供新的增长点。

▶ [支付方式改革发挥牵引作用，医保医疗改革相向而行](#)（来源：国新健康研究院）——第 47 页

【提要】随着 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的全面深入，到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 支付方式改革，到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式将覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。各地在促进支付方式改革过程中不断探索医保医疗协同，以期构建管用高效的医保支付机制。本文以南京和合肥为例，梳理医保医疗支付协同现状，并总结相关经验，为支付方式改革和“三医”协同发展治理提供参考借鉴。

### • 中医药服务 •

▶ [山东省中医药文化宣传教育基地新媒体平台建设现状及对策](#)（来源：中国中医药报）——第 57 页

【提要】中医药文化宣传教育基地是弘扬、传承和传播中医药文化的重要阵地。国家中医药管理局等八部门联合印发的《“十四五”中医药文化弘扬工程实施方案》指出，打造中医药文化传播平台。遴选建设中医药文化宣传教育基地和中医药文化体验场馆，全国中医药文化宣传教育基地增至 150 个，建设 50 个国家级中医药文化体验场馆，

推动网上场馆建设，实现“云游基地”“云观展”。

▶ [中国传统医药非遗保护、传承和传播的问题和建议](#)（来源：中国中医药报）——第 66 页

**【提要】**中国传统医药非物质文化遗产是中华民族在历史发展过程中流传下来的具有医药卫生功能、性质或形态，与人类健康生活、疾病防治密切相关的文化遗产。中医药、少数民族医药和民间医药三个以非物质形态存在的与人民生活息息相关、世代传承的传统文化表现形式，包含中医药文化、少数民族医药、针灸、正骨疗法、特色疗法、中药制剂、中药炮制、对生命和疾病认知等八类要素。

## -----本期内容-----

### • 医院管理 •

#### 基于 DRG/DIP 支付方式改革下的医用耗材管理应对策略分析

来源：中国产经

随着医疗技术的快速发展和医疗保险制度的不断完善，医疗支付方式也发生了巨大的变化。本文介绍了 DRG/DIP 支付方式，分析 DRG/DIP 支付方式改革对医用耗材管理的影响，包括对医用耗材采购、库存、使用和结算等方面的影响，分析 DRG/DIP 支付方式改革下医用耗材管理的应对策略，以期为医疗机构提供参考。

**【关键词】** DRG/DIP 支付方式；医用耗材管理；精细化管理；

#### 引言

DRG/DIP 支付方式改革对于医疗机构来说是一个重要的挑战，特别是近些年医用耗材在医疗成本构成中的占比越来越大，医疗机构必须加强医用耗材成本管控，这关系到医疗机构的医疗质量和运营效率，甚至是医疗机构的未来发展。

#### 一、DRG/DIP 支付方式

DRG/DIP 支付方式是一种基于疾病诊断相关性和治疗方式的医保支付方式。DRG 支付方式是依据患者的患病类型、病情严重程度、治疗方法等因素，把病人分入临床病症与资源消耗相似的诊断相关组，

以组为单位打包确定医保支付标准。而 DIP 支付方式则是利用大数据将疾病按照“疾病诊断+治疗方式”组合作为付费单位，医保部门根据每年应支付的医保基金总额确定每个病种的付费标准。

## 二、DRG/DIP 支付方式改革对医用耗材管理的影响

### (一) 采购环节

DRG/DIP 支付方式改革对医用耗材采购环节的影响主要体现在以下几个方面。

第一，预测采购需求。DRG/DIP 支付方式改革要求医疗机构按照 DRG/DIP 分组的要求进行采购，对于同一种疾病所需的医用耗材，需要按照分组进行集中采购。这有利于医疗机构对医用耗材的需求进行合理预测和管理，提高采购的效率和质量。

第二，对供应商的选择。DRG/DIP 支付方式改革要求医疗机构在采购医用耗材时，需要选择具有相应资质和信誉的供应商，确保所采购的医用耗材符合相关标准和要求。这有利于医疗机构选择优质的供应商，提高采购的质量和安全性。

第三，优化采购流程。DRG/DIP 支付方式改革要求医疗机构对医用耗材的采购流程进行优化和管理，确保采购的效率和透明度。这有利于医疗机构减少采购成本和时间，提高采购的效益和合理性。

第四，控制采购成本。DRG/DIP 支付方式改革要求医疗机构对医用耗材的采购成本进行合理控制和管理，确保采购成本在可承受范围



内。这有利于医疗机构提高成本控制能力，优化医疗资源的配置和使用。

## (二) 库存管理环节

DRG/DIP 支付方式改革对医用耗材库存管理环节的影响主要体现在以下几个方面。

第一，库存优化。在 DRG/DIP 支付方式下，医院需要更加精确地管理耗材库存，以满足临床需求同时避免浪费。这促使医院采用先进的库存管理技术，如实时库存跟踪、需求预测和精益库存管理，以优化库存水平，减少过剩或缺货的情况。

第二，减少库存积压。DRG/DIP 支付方式注重成本控制和资源利用效率，医院会倾向于减少库存积压，避免不必要的库存成本。通过定期审查和清理库存，医院可以及时处理过期、损坏或不再需要的耗材，保持库存的新鲜和有效性。

第三，提高库存周转率。为了提高库存使用效率，医院需要加快耗材的周转速度。通过优化采购计划、加强库存管理和提高库存使用率，医院可以减少库存滞留时间，确保耗材及时供应给临床使用，减少资金占用和浪费。

第四，强化库存监控与预警。DRG/DIP 支付方式要求医院对库存进行更加严格的监控。通过建立完善的库存监控和预警系统，医院可以实时掌握库存情况，及时发现库存不足或过剩的情况，并采取相应

措施进行调整，确保临床需求得到满足。

第五，供应链管理改善。DRG/DIP 支付方式改革，推动了医疗机构与供应商之间的合作和沟通。医疗机构通过与供应商建立更紧密的合作关系，共同应对库存管理中的挑战。优质的供应商可以提供更好的供应链管理和物流配送服务，从而满足医疗机构的需求。

第六，库存信息化管理。DRG/DIP 支付方式改革要求医疗机构加强库存的信息化管理，实现医疗信息的共享和交互。

这有利于医疗机构提高库存管理的效率和透明度，同时也可以促进医疗机构之间的信息共享和协同工作。

### **(三) 使用环节**

DRG/DIP 支付方式改革对医用耗材使用环节的影响主要体现在以下几个方面。

第一，规范医用耗材使用。DRG/DIP 支付方式改革要求医疗机构对医用耗材的使用进行规范和管理，对于超范围、超标准使用医用耗材的情况需要进行严格的监管和控制。这有利于医疗机构提高医疗质量和安全，减少医疗浪费和不良事件的发生。

第二，控制医疗成本。DRG/DIP 支付方式改革要求医疗机构对医用耗材的使用成本进行合理控制和管理，确保使用成本在可承受范围内。为了控制成本和提高资源利用效率，医疗机构需要对医用耗材的使用进行更为严格的监控，确保耗材的使用符合医疗需求和标准。这

包括对耗材的种类、数量、使用时机等进行规范，以确保耗材使用的合理性和经济性。

第三，评估医疗质量。DRG/DIP 支付方式改革可以将医用耗材的使用与医疗质量评估挂钩，通过对医用耗材使用的评估和分析，发现存在的问题和不足，提出改进措施和建议。这有利于医疗机构提高医疗质量和服务水平。

第四，医疗监督和问责。DRG/DIP 支付方式改革要求医疗机构对医用耗材的使用进行监督和问责，对于不合理、不规范的使用情况进行及时处理和纠正。这有利于医疗机构提高医疗监督和问责的力度，保障患者的权益和安全。

#### **(四) 结算环节**

DRG/DIP 支付方式改革对医用耗材结算环节的影响主要体现在以下几个方面。

第一，结算标准统一化。DRG/DIP 支付方式改革将医用耗材的结算标准进行了统一化和规范化，使得同一疾病或病种的医用耗材结算标准具有一致性。这有利于提高结算的效率和透明度，同时也有利于医疗机构之间的公平竞争。

第二，结算周期明确化。DRG/DIP 支付方式改革明确了医用耗材的结算周期，使得医疗机构能够及时与医保部门进行结算，加速了资金回笼的速度。同时，也有利于医疗机构对医用耗材的成本进行核算

和管理。

第三，结算流程规范化。DRG/DIP 支付方式改革对医用耗材的结算流程进行了规范化和优化，使得结算流程更加科学、合理和高效。这有利于提高结算的准确性和及时性，减少了人为错误和延误。

第四，结算数据分析与应用。DRG/DIP 支付方式改革通过对结算数据的分析和应用，可以为医疗机构提供有价值的信息和建议。比如，通过对结算数据的分析，可以了解医用耗材的使用情况和趋势，为医疗机构优化医疗资源配置提供参考。

### 三、DRG/DIP 支付方式改革下医用耗材管理策略

#### (一)分类和编码管理

对医用耗材进行分类和编码管理是 DRG/DIP 支付方式改革下的重要应对策略之一，医疗机构应建立完善的分类和编码管理体系，实现对医用耗材的精细化管理，以提高管理效率和质量。

第一，确定分类原则和方法。根据 DRG/DIP 分组的要求，以及医用耗材的性质、用途、功能等特点，制定分类原则和方法。比如，可以根据疾病或病种、医用耗材的材质、使用部位等要素进行分类。

第二，建立编码体系。为每种医用耗材分配唯一的编码，并确保编码的唯一性和可识别性。编码可以由字母、数字等组成，可以根据医用耗材的分类、名称、型号等信息进行编码。

第三，实现编码信息化管理。将编码信息化管理纳入医用耗材信

息化管理系统中，实现编码信息的实时更新和维护。同时，要确保信息化管理系统的安全性和稳定性，避免信息泄露和错误。

第四，加强编码应用培训。加强对医护人员和采购人员的编码应用培训，让他们了解并掌握编码的原则和方法，确保在采购、使用等环节中能够正确使用编码进行医用耗材的管理。

## **(二) 信息化管理**

在 DRG/DIP 支付方式改革下，医用耗材信息化管理是实现医疗资源优化配置和提高管理效率的重要手段。

第一，建立信息化管理系统。建立完善的医用耗材信息化管理系统，将医用耗材的采购、库存、使用、结算等环节纳入系统中进行管理。同时，要确保信息化管理系统的稳定性和安全性，避免信息泄露和错误。

第二，实现数据共享和交互。将信息化管理系统与医院其他系统进行集成，实现数据共享和交互。比如，可以将信息化管理系统与 HRP、病案系统、物资管理、收费等系统进行对接，实现数据的实时传输和共享，提高管理效率和质量。

第三，加强数据分析应用。利用大数据技术对医用耗材使用数据进行深入分析，发现存在的问题和不足，提出改进措施和建议。比如，可以通过对医用耗材使用数据的分析，了解医生的治疗习惯和患者的病情特点，为医生制订更加合理的治疗方案提供参考。

第四，加强培训和宣传。加强对医护人员和采购人员的信息化管理培训，让他们了解并掌握信息化管理系统的操作和使用方法。同时，要加大宣传力度，提高医护人员对信息化管理的认识和参与度。

### **(三) 质量控制管理**

在 DRG/DIP 支付方式改革下，医用耗材的质量控制管理至关重要，是保证医疗质量和安全的重要手段。

第一，建立质量控制体系。建立完善的医用耗材质量控制体系，对医用耗材的采购、验收、存储、使用等环节进行严格的质量控制和管理，确保医用耗材的质量和有效。

第二，加强供应商管理。加强对医用耗材供应商的管理，选择具有资质和信誉的供应商，确保所采购的医用耗材符合相关标准和要求。同时，要定期对供应商进行评估和审计，确保供应商的质量可靠性和服务能力。

第三，加强验收和存储管理。对医用耗材进行严格的验收和存储管理，确保医用耗材的质量和有效。在验收时，要核对医用耗材的名称、规格、型号、数量等信息，确保与采购合同一致。在存储时，要确保医用耗材的存储环境符合相关要求，如温度、湿度等。

第四，实施精细化库存管理。通过采用先进的库存管理技术，如实时库存跟踪、需求预测和精益库存管理，实现耗材库存的优化。定期审查和清理库存，及时处理过期、损坏或不再需要的耗材，保持库

存的新鲜和有效性。

第五，加强使用过程中的质量控制。在医用耗材使用过程中，要加强质量控制和管理，确保医用耗材使用的安全和有效。具体措施为：建立健全医用耗材有效期管理制度，确保每一批耗材都有明确的入库、出库和使用期限记录；制定医用耗材使用操作规范，明确不同耗材的正确使用方法和注意事项；建立医用耗材不良事件报告和监测制度，对耗材使用过程中出现的不良反应和事故进行及时记录和报告。

#### **(四)加强临床科室的参与**

临床科室是医用耗材使用的主体，因此在 DRG/DIP 支付方式改革下，强化临床科室的参与对于医用耗材的管理具有重要意义。

第一，建立临床科室参与机制。建立临床科室参与医用耗材管理的机制，明确临床科室在医用耗材管理中的职责和权利。比如，可以建立医用耗材管理委员会，邀请临床科室的代表参与其中，共同商讨医用耗材的采购、使用、质量控制等问题。

第二，加强沟通与协作。加强与临床科室的沟通与协作，确保医用耗材管理与医疗工作的紧密结合。比如，可以定期组织医用耗材使用情况的交流会，让临床科室了解当前医用耗材的使用情况和使用中存在的问题，共同探讨解决方案。

第三，提供培训与支持。为临床科室提供有关医用耗材的培训与支持，让医护人员了解医用耗材的性能、使用方法、注意事项等方面

的知识。这有助于规范医护人员的使用行为，提高医用耗材使用的安全性和有效性。

第四，建立奖惩机制。建立奖惩机制，对积极参与医用耗材管理的临床科室给予一定的奖励和支持，同时对不遵守医用耗材管理规定或造成不良影响的临床科室进行相应的惩罚。这有助于提高临床科室参与医用耗材管理的积极性和责任心。

### **(五)加强培训和宣传**

DRG/DIP 支付方式改革对医用耗材管理提出了新的要求，因此，医疗机构需要加强对相关人员的培训和宣传，提高他们对 DRG/DIP 支付方式改革的理解和掌握能力，以及医用耗材管理的技能水平。

第一，培训内容。针对 DRG/DIP 支付方式改革下医用耗材管理的特点和要求，制定相应的培训内容，包括医用耗材的分类、编码、信息化管理、质量控制等方面的知识和技能。同时，要加强相关法律法规和政策文件的解读和培训，确保医用耗材管理人员和医护人员了解并遵守相关规定。

第二，培训形式。采取多种形式的培训方式，包括集中式培训、网络培训、专题讲座等。同时，针对不同层次的人员，要制订不同的培训计划和内容，确保培训的针对性和实效性。

第三，宣传途径。通过多种途径进行医用耗材管理的宣传，包括内部宣传栏、医院网站、微信公众号等。同时，可以组织专题宣传活



动，向医护人员和患者宣传医用耗材使用知识和注意事项，提高公众对医用耗材管理的认识和参与度。

#### 四、结束语

在 DRG/DIP 支付方式改革下，医疗机构需要加强对医用耗材管理，通过全面优化医用耗材管理流程，建立完善的信息化管理系统和质量控制体系，强化临床科室的参与和培训宣传力度，以更好地适应改革发展的需要。

[返回目录](#)

### 一院多区模式下的绩效一体化管理

来源：中国医院院长

在全面深化医改的背景下，一院多区成为当下医疗机构提质增效的有效发展模式。再加上近年来各地开发建设新城区，在新城区开设大型公立医院分院区是实现医疗资源均衡布局以及满足所在区域百姓的医疗卫生服务需求的关键一步。

对医院来说，开设分院区可进一步扩大医院的品牌影响力，拓展患者来源，通过优化整合医疗资源，科学化战略化进行医疗市场布局，实现各院区差异化协同发展，通过整体规模扩增摊薄管理和运营成本，提高医疗资源使用效率。

不过，新院区开诊运行初期，往往面临着院区周边居民不了解、病源不足、业务量少、位置偏僻、交通和生活不便等困难，严重影响

分院区工作人员的积极性。如何通过绩效一体化管理，调动各个院区人员的积极性，实现分院区的健康快速发展，是摆在医院管理运营者面前的一道难题。

## R 医院绩效管理实践

R 医院 1912 年建院，历史悠久，专业设置齐全，百余年薪火相传，在发展中形成了“严实勤和、仁爱敬廉、荣责自远、知行合一”的核心价值观，在全省范围内有着较高的知名度和影响力。R 医院的总院在老城区，发展规模受限，常年面临床位紧张的发展瓶颈。R 医院党委根据医院战略发展需要和城市发展规划，审时度势，提出了“管理一体化、服务同质化、保障联勤化、发展优质化”一院多区发展模式，以医院总部为业务核心，将医疗技术和管理理念复制到各院区。东院区 2018 年 4 月开诊，南院区 2020 年 1 月开诊，北院区 2021 年 11 月开诊，为各区域百姓提供优质的医疗卫生服务。分院区刚开诊时，周边医疗市场不成熟，业务量增长较慢。这样的背景下，分院区如果采用总院同样的绩效分配模式，会导致分院区员工绩效水平比总院同专业低很多的情况。因此，在绩效分配时要充分考虑到总院和分院区人员的绩效水平，避免因分院区开诊初期业务量少导致分院区人员绩效过低，影响分院区医务人员的积极性。绩效管理部门应结合资源现状和外部环境等情况，制定差异化的绩效分配方案，同时要加大力量对分院区医务人员绩效分配政策的讲解，消除他们的顾虑。为

避免人员重复配置，控制人力成本，提高工作效率，R 医院采用集权管理模式，各分院区不再单独设置多个职能部室，只设置一个综合办公室，按照精简优化的原则配置沟通协调统筹能力强的人员，与总院医务、护理、院感、门诊、信息、基建、安保、后勤等各职能部室对接，统一开展行政业务管理、调度保障和质量控制等工作，实现各院区一体化管理。行政人员的绩效标准和总院行政人员保持一致，同工同酬。同时，分院区行政人员在职称职务晋升、评优评先、荣誉表彰等方面优先考虑，在物质和精神方面双向激励。分院区各临床专业单独设置，任命科室主任负责科室学科发展和业务运营工作，医疗人员相对固定，可定期和总部人员交流，实现医疗技术均衡发展。鼓励医疗人员跨院区开展坐诊、手术、会诊工作，促进各院区医疗技术水平提高。业务量少的专业可以由总院对应专业一体化管理、派驻专业能力强的技术骨干到分院区开展业务，待业务量提升后再设置独立专业。医疗人员绩效核算方法和总院医疗人员保持一致，体现多劳多得、优劳优得。医疗人员跨院区开展坐诊、手术、会诊工作时，将个人名下的工作量统计到个人所属院区的临床科室进行绩效分配，调动医疗人员跨院区开展工作的积极性。分院区各专业设置单独护理单元，统一护理服务标准并强化培训，提供同质化的护理服务，加强护理质控管理，确保患者安全。绩效分配时，根据护理岗位、护理层级、工作班次、管床病人量、护理危重患者人次等量化指标进行绩效核算，体

现护理人员的劳动付出和岗位价值。

医技专业最大的投入是设备和人员，为充分利用医疗资源，该院只在总院设置各医技专业，各院区一体化管理。检验项目尽量在总院完成，标本转运到总院；影像专业在分院区配置技术人员完成检查，总院成立集中诊断报告中心出具诊断报告；超声专业在各院区完成超声检查并出具报告，但由总院组织开展质控评估，确保检查质量。医技专业绩效只核算到各专业，不细化到各分院区。各专业内部根据个人岗位和工作量将绩效分配到个人。

### **绩效管理要因地制宜**

分院区开诊初期，业务量少，和总院采用同一核算模式完全按工作量核算绩效会导致分院区绩效过低影响员工积极性。开诊初期可给予基础绩效保障，免除分院区员工后顾之忧，参照总院绩效水平利用基础绩效加工作量当量绩效进行核算。医院要结合分院区所在区域患者群体需求特点，明确重点打造的特色专业，鼓励发展创新，在人才引进、设备购置等资源配置方面给予重点考虑，通过特色专业提高分院区的整体影响力。比如东院区周边高知人群较多，根据医疗市场需求重点发展健康管理、家庭化产房、医学整形美容专业；北院区周边老企事业单位家属区老年人群较多，结合老年人群患病特点重点发展神经内科、心血管内科和康复医学科。在各院区绩效统一分配的基础上，分院区开诊初期应在确保医疗质量和安全的前提下加强门诊量、

住院量、手术量等运营效率指标考核，等分院区业务量提升稳定后再加大对四级手术占比、危重患者占比、平均住院日等内涵指标考核力度，符合先做大再做强由量到质的提升规律。通过监测发现在一院多区绩效一体化管理下分院区医务人员的满意度和稳定性均较高，分院区有的专业超过总院，出现病床一床难求的情况，在区域内有着较强的影响力，成为医院发展新的突破点。一院多区发展模式可以摊薄医院固定成本，提高医疗资源使用效率，是今后大型医院高质量发展的重要发展模式。但绩效管理不是万能的，只有加强分院区专业体系建设和文化内涵建设，才能保持分院区发展动力，实现分院区和医院整体持续高质量发展。如何将总院的品牌影响、技术实力和管理理念，成功应用到分院区高质量发展中，值得同行研究探索。

总院的管理模式不一定完全符合于分院区的发展实际，在协同发展的同时体现分院区差异化特点，要运用 SWOT 分析方法，充分分析分院区的优势、劣势、机遇和挑战，确定科学的发展策略。

[返回目录](#)

## • 集中采购 •

### 第十批国采「将至」，集采持续扩围

来源：国家医保局

国家医保局在今年 5 月发布的《关于加强区域协同 做好 2024 年

医药集中采购提质扩面的通知》中提到，开展新批次国家组织药品集中采购，业内关注度持续提升。

## 1、180 余个品种满足国采基本条件

### 集采参与机构持续扩围

截至 8 月 9 日，根据米内网数据，至少有 180 余个品种未被纳入国采且满足 5 家及以上的企业竞争格局，初步具备纳入第十批国采的条件，其中 53 个品种参与竞争企业数达 10 家及以上。在中国公立医疗机构终端，这 180 余个品种 2023 年的销售规模合计超过 1100 亿元。

今年来，国家医保局在多次地方调研中都提及到了“集采”。8 月 12 日-14 日，国家医保局党组书记、局长章轲赴广西壮族自治区北海市、钦州市调研时强调，深入推进药品和耗材集中带量采购，推动集采药品和耗材进基层、进药店。

7 月 4 日-5 日，国家医保局党组成员、副局长施子海带队赴贵州、广西调研药品集中带量采购有关工作时指出，要大力推进集采药品进基层，积极鼓励引导集采药品进药店，创新探索药店参加集采的有效方式，持续扩大集采覆盖面。

据不完全统计，截至目前，陕西、山东、河南、上海、江苏等多地陆续推进集采药品进基层医疗机构或药店，集采药品落地范围进一步扩大。

各地落实集采药品进基层医疗机构或药店的情况不尽相同，有的

省份集采药品已经延伸覆盖到不同市区的多家药店，有的还在推进中。

8月8日，陕西省发布一则《关于征求中选企业参加集采药品“三进”活动意向的通知》，其根据第九批国采和省级（省际联盟）药品集采情况，遴选了部分适宜在基层销售的品种。梳理发现，大批药品被纳入，包括阿托伐他汀钙片、瑞舒伐他汀钙片、厄贝沙坦片等。

“三进”即集采药品进零售药店、村卫生室、民营医院，总体的市场不容小觑。

米内网数据显示，2022年在三大终端六大市场销售额近1.8万亿元，同比增长1.1%。其中，公立医院终端、零售药店终端、公立基层医疗终端市场占比分别为61.8%、29%和9.2%；若加上未统计的民营医院、私人诊所、村卫生室的市场，目前中国药品终端总销售额已超过2万亿元。

不过，随着更多省份推进集采药品“三进”，在给零售药店带来客流量和增加销售的同时，也对药店的利润和经营模式提出了新的挑战。

## 2、大力推进集采中选药品及时结款

### 精准报量、强化执行

从国家医保局领导到各地调研的情况看，除了推进集采药品进基层医疗机构或药店外，集采中选药品及时结款也被多次强调。

7月15日-18日，国家医保局党组成员、副局长施子海带队赴福建、浙江实地考察医疗机构和医药企业，施子海指出，集采中选药品耗材的及时结款，对于改善医药采购环境、稳定生产配送企业预期、保障集采药品耗材供应具有积极作用。

在国家医保信息平台的信息化、一体化下，各地货款结算效率得到有效提升。近年来，内蒙古、江西、广西等地医保部门积极采取医保基金与医药企业直接结算的方式，提升资金使用效率。

医保部门通过医保基金预付(周转)金、受托结算等方式完成直接结算，把回款时间尽量统一压缩到药企可承受的期限内。从多地集采中选药品货款回款时间看，基本缩短到30天以内。

此外，集采报量、执行、挂网药品价格治理、服务规范也是被关注的重点。各地陆续推进“精准报量、强化执行”，集采报量并非完全以量取胜，医疗机构要及时跟进集采药品的采购、使用情况综合评估测算；在执行端，医院和医生要按约定采购和使用集采药品。

当报量不准、采购量未达标时，相关医疗机构可能会因此被通报。国采常态化下，监管制度逐步完善，前期报量、后期采购量的完成度都将会被纳入整个监管体系中。

集采细则正被不断完善，这些规则既对以往集采存在的问题做好总结，也对可能开始的新批次国采提供了参考。

[返回目录](#)



## 打破品牌滤镜，拥抱质优价廉集采中标药

来源：中国医疗保险

众所周知，医保部门集采仿制药为家人们把药品价格打下来，让老百姓用得起药。单就今年3月份开始陆续落地的第九批国家组织药品集中采购，国家医保局表示预计每年可为患者节约药费182亿元，如治疗多发性骨髓瘤的来那度胺胶囊，治疗儿童多动症的盐酸托莫西汀等药品价格的降幅达到90%以上，来那度胺胶囊从原来在专利期里的价格200元一盒，到现在的价格只有15元。

如此巨大降幅，老百姓不免担忧——仿制药为啥这么便宜？质量有保障吗？会不会是假药、劣质药？放心！医保局坚决不会拿老百姓的生命健康开玩笑——前有一致性评价作为采购门槛，后有真实世界研究，全链条中还有跨部门针对中选产品建立质量监管协同机制，对中选企业实施全覆盖的监督检查。

空口无凭难以服众，现在将学术界根据患者的真实数据得出的科学结论带给您。

2018年，在国家医保局的指导下，受北京市卫生健康委委托，宣武医院等20家全国顶级的医疗机构，针对4+7首批试点的重点品种中14个有代表性的——涉及心脑血管疾病治疗药物、神经精神疾病治疗药物、慢性肝治疗药物、抗肿瘤药物以及注射剂5大类——联合开展了集采中选、仿制药疗效和安全性评价的真实世界研究。经过

2年多时间的大量试验和论证,仿制药与原研药的一致性得到了验证。

急性冠脉综合征(ACS)就是冠心病(冠状动脉疾病)的一种急性表现。支架置入是治疗冠心病的重要手段,但是支架的置入可引起支架段内内皮细胞剥脱,干扰局部内皮修复过程和局部血管血流动力学,导致支架内再狭窄和血栓形成,PCI术后使用氯吡格雷联合阿司匹林的双重抗血小板治疗可减少ACS患者不良心血管事件的发生,已成为标准治疗方案。

带量采购中标药品仿制氯吡格雷(商品名:泰嘉)和进口原研药(商品名:波立维)是国内临床常用的氯吡格雷制剂,那么对仿制和原研氯吡格雷在支架置入术后的有效性和安全性如何,首都医科大学附属北京安贞医院的临床专家开展了真实世界研究,针对第一批集采——“4+7”集采政策——实施前后的3410例患者数据展开研究,其中原研药组1753例和仿制药组1657例,2组患者基线人口学及临床特征基本一致。

### **仿制药比原研药更便宜**

临床专家调取首都医科大学附属北京安贞医院信息管理系统的用药频度(DDDs)、日均费用(DDC),发现集采政策实施后原研药品与中标药品的药品使用成本均有一定程度的下降,其中中标药下降幅度明显,由9.77元降为3.50元。

### **原研药和仿制药的有效性一致**

支架置入手术后，医院对患者随访 12 个月期间，3410 例患者共有 170 例患者发生了 MACCE(定义是为包含心血管相关死亡、支架内血栓形成、卒中、心肌梗死和紧急冠状动脉血运重建的综合性事件)，其中原研药组 86 组(4.91%)、仿制药组 84 组(5.07%)，统计学上无差异( $P=0.83$ )。具体来看，全因死亡、心血管相关死亡、心肌梗死、卒中、血运重建及支架内血栓等各单独终点事件发生率均无显著性差异。

MACCE 累计发生率的 K-M 曲线和各终点事件累计发生率 K-M 曲线，2 组 MACCE 累计发生率无显著性差异(Log-rank  $P=0.82$ )，各个终点事件的累计发生率均无显著性差异。

### 原研药和仿制药的安全性一致

在 1 年的随访中，28 例患者出现了临床显著出血事件( $BARC \geq 2$ )，原研药组主要出血事件 13 例(发生率 0.74%)，与中标药组 15 例(发生率 0.91%)无显著性差异(Log-rank  $P=0.60$ )。

### 我们为什么不愿意相信仿制药？

不只是这一篇临床研究证明中标(国产)品种的氯吡格雷在有效性及安全性方面与原研品种氯吡格雷一致，很多来自不同医院的真实的患者数据的研究都证明了这个结论。此外，进口氯吡格雷价格昂贵，部分患者可能因经济无法承受而中断用药，导致心血管疾病残留风险增高，同样的临床疗效，进口氯吡格雷成本是国产药的 2.7 倍。

抛开学术界的真实世界患者数据的研究结论不谈，难道国产集采药的产品质量一定弱于进口原研药吗？答案当然不是。

药品的质量主要取决于生产过程中的多个因素，包括原料的质量、生产过程的控制、质量检测标准等。如果国产药企能够遵循严格的生产规范和质量控制流程，其生产的药品在理论上可以达到与进口原研药相同、甚至更优的质量水平。

实际上，许多国产药品已经通过了国际药品质量认证，并且在国内外市场上有着良好的声誉。此外，国家药品监督管理局等监管机构会对药品生产进行严格的监督和管理，以确保药品的安全性和有效性。

我们之所以更愿意信赖原研药，一方面是由于药品牵涉到生命健康，原研药首先进入市场，先入为主现象在药品领域非常明显，消费者粘性天然较高；另一方面，患者相信原研药的品牌，但是原研药严重的品牌溢价现象在医药市场中一直存在，“收割”着老百姓的救命钱。

那么试问这些钱是什么钱？究竟有多少钱？抛开别的不谈，我们单看心血管疾病。据《中国心血管病报告 2019》显示，我国心血管疾病的患病率持续上升，已达 2.9 亿人，其中脑卒中病例已达 1300 万人，其次是冠心病 1100 万人。心血管疾病的死亡率仍居首位，心绞痛、心肌梗死、心力衰竭 1 年复发加重率分别为 10%、10.6%、16.9%；

脑梗死、脑出血 1 年复发加重率分别为 17.7%、32.5%，农村、城市心血管疾病的死亡率分别为 309.33/10 万、265.11/10 万；分别占全因死亡率的 45.5%、43.16%，心肌梗死每年需要负担 190.85 亿元，脑出血为 254.19 亿元，脑梗死为 601.05 亿元。

我们既然有能力生产出有效、安全的药品，那么在专利保护期后，就要敢于拿出质量过硬的中国制造仿制药，去挑战原研药的品牌溢价、消除价格泡沫，逼迫原研药为了市场降价妥协的同时，将质优价廉的仿制药也送到有经济负担的老百姓家里，使得更多患者能够负担得起必需的药物。是时候打破品牌滤镜，拥抱质优价廉中国制造仿制药了！

[返回目录](#)

## • 监察监管 •

### 欺诈骗保无处遁形，大数据如何助力医保基金安全

来源：中国青年报

近日，国家医保局通报，今年 6 月-7 月，该部门会同山西省医保局，运用大数据模型，对山西省部分城市医保基金使用数据进行了筛查，根据可疑线索指向，对忻州市保德县德馨医院、代县和平医院，朔州市应县东城医院、济民医院、夕阳红华康医院进行了专项检查，初步发现这 5 家医院涉嫌欺诈骗保问题。

与过去打击欺诈骗保主要靠群众举报、飞行检查、在日常监督中发现线索等不同，这次行动运用了大数据模型，并根据模型指向来办案。也就是说，大数据模型成为这次打击欺诈骗保的“开路先锋”，而人工核查等传统方式成为辅助手段。

当前一些欺诈骗保行为十分隐蔽，在信息碎片化时代，人为发现这类行为的难度较大。比如，医生为住院患者频繁更换药品，在住院病历上应该对这样做的理由进行分析，当电子处方和电子病历没有纳入同一平台时，虽然内容无法一一对应，但仅从表面上看两者都没有问题，且很难让人怀疑其中存在骗保行为。此外，现在大量处方从医院流到药店，这些处方若不走电子处方流转平台这个数字化路径，药店售药的合理性就无法与医院的诊疗思路进行比对，因此很难发现隐藏的猫腻。

在这方面，医疗大数据可以发挥越来越重要的作用。将电子处方和电子病历进行智能对比，可以发现医生在住院病历上对处方用药没有进行分析，或者进行了遮掩，不符合诊疗逻辑的行为就会浮出水面。全面普及电子处方流转平台，并确保医院的处方都要经过这一平台流转，则能将患者在医院和药店之间的所有用药都一并纳入监管，患者很难钻信息不通的空子欺诈骗保。

这5家医院欺诈骗保的一些做法，很难通过传统的监督方式发现线索。比如无资质人员通过模板编写病历并伪造医师签名，病历内容

相似度 90%以上，这是人工较难发现的，但智能模型反而容易做到。伪造 CT、X 射线影像报告、串换收费、重复收费、进销存不符等欺诈行为虽然可将相关账册做得天衣无缝，却无法将所有医疗电子信息进行修改。只要大数据模式将医疗电子数据信息尽量纳入，总结规律、形成模型，并拿模型与实际信息进行比对，再隐蔽的欺诈骗保行为都会浮出水面。还要看到，互联网诊疗和跨省异地就医对医疗数据的依赖度更高，大数据在医疗行为监督方面的作用只会越来越强。现在医疗系统正在大力推进医疗信息化建设，医疗机构应该强化信息基础设施建设，积极培养相关领域的人才。其实，医疗信息化建设不仅涉及到技术与管理，还关系到打击欺诈骗保和医疗行风建设等其他重要内容，因此各地应该采取更加积极的态度，推动大数据在医疗监管方面的应用尽快落地。

这次执法创新具有很强的示范意义，也意味着“大数据模型+人工核查”模式已经基本成型，有望进入全面推广阶段。无论是医疗机构还是个人，都应该对这种新的监督模式心存敬畏，更加珍惜每一分“救命钱”，确保每一次医疗行为都经得起质疑。

[返回目录](#)

### **穿透式监管！多地启动药品追溯码应用**

来源：国家医保局

国务院办公厅印发的《深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作

任务》提出要探索运用穿透式监管，且医保部门不断强化大数据筛查手段在医保基金监管中的应用，改进监管效果。

## 01 多地启动药品追溯码信息采集

### 医药领域面临“穿透式监管”

8月20日，国家医保局转发文章，围绕湖北武汉医保药品耗材追溯码信息采集启动再谈药品全生命周期精准监管。

8月中旬，国家医保局局长章轲先后赴广西、吉林调研，调研内容均覆盖当地的药品追溯码应用情况等。章轲强调，要加强医保基金监管，深入推进药品追溯码应用，维护医保基金安全。

据不完全统计，8月以来，广东广州、河南郑州、江苏常州、四川成都、安徽六安、贵州贵阳、海南琼中、内蒙古鄂尔多斯等多地展开了医保药品追溯码扫码应用调研或推进工作。

今年6月由国务院办公厅印发的《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》提出，要探索运用穿透式监管，改进监管效果。

据“中国医疗保险”近期发布的《运用穿透式监管，切实维护医保基金安全》一文，“穿透式监管”在医药卫生领域还是一个相对较新的概念，其源于金融领域，旨在透过金融产品的表面形态，按照“实质重于形式”的原则深入剖析和甄别金融业务和行为的实质，据此明确监管主体和适用规则，对金融机构实施全流程监管。

目前穿透式监管已经在食品安全、国资监管等领域得到了应用和



发展，包括贯穿食品产业全链条、全环节、全要素，对问题食品及其相关产品进行溯源查处；通过大数据、云计算等技术手段实现对企业经营状况的实时、准确感知，绘制企业“监管画像”等。

在医药卫生领域，医保、卫健联合审计、公安等部门，聚焦骨科、血透科、心内科等重点领域和重点药品耗材、虚假就医、医保药品倒卖等重点行为，靶向监督，也是穿透式监管的形式之一。

今年7月底召开的全国深入整治骗取医保基金工作部署会明确提出，要完善工作机制，引导定点医药机构扎实开展自查自纠，充分发挥智能监控系统作用，加快推进药品追溯码“应扫尽扫”。

统一的药品耗材追溯码将为穿透式监管提供实施基础。

不过值得注意的是，“穿透”不是目的，“穿透”的核心功能在于“事实发现”，而非基于所发现的事实施加新的监管。在改善营商环境的大背景下，医保监管过程中需要合理界定监管边界范围，确保监管的适度性和有效性，避免过度监管和不当干预。

随着药品耗材追溯码信息采集在更多地区铺开、大数据模型更加成熟，各部门间信息共享、协同监管和联合执法等手段的应用也将更加常态化。

## 02 点名定点医疗机构、约谈定点零售药店

### 九月底前完成现场检查

今年以来，各级医保部门强化大数据筛查手段在医保基金监管中

的应用，除了对存在欺诈骗保的医院进行通报外，也开始对存在医保基金使用问题的大型定点零售药店进行约谈。

8月17日，国家医保局发布《山西省严厉打击五家医院涉嫌欺诈骗保问题》一文指出，国家医保局会同山西省医保局，运用大数据模型，对山西省部分城市医保基金使用数据作了筛查，根据可疑线索指向，对忻州市保德县德馨医院、代县和平医院，朔州市应县东城医院、济民医院、夕阳红华康医院进行了专项检查，初步发现涉嫌欺诈骗保问题。

此前，国家医保局已经对河南和辽宁两省共四家医院涉嫌欺诈骗保进行点名。

国家医保局基金监管司监管事务处负责人徐友龙表示，其从去年开始就对各个地市的定点零售药店的医保基金使用情况进行了大规模数据筛查，对其中风险比较大的药店进行了现场检查，目前这一工作还在持续进行中。

依托全国统一的医保信息平台，探索在定点医药机构端采集药品追溯码信息，归集已结算医保药品信息，通过医保信息系统全流程、全过程监控医保药品使用信息。国家医保局对部分定点零售药店检查过程中，发现一些定点零售药店存在虚假开药、串换药品、超量开药等问题。

7月，国家医保局曝光医院违规使用医保基金典型问题中，就包

括串换药品一项。此外还有分解收费、超标准收费、重复收费、过度检查、虚构医药服务项目、将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算六类问题。

约谈是国务院办公厅关于加强医保基金使用常态化监管实施意见中明确规定的一种方式。国家医保局利用大数据的先进监管办法，强化智能审核的运用，确保可以及时监管数据、及时溯源到违规的主体。

据统计，截至目前，国家飞检组已接连落地陕西、河北、青海、广西、内蒙古、西藏、安徽、山西、云南、湖南、四川、山东、浙江、吉林、辽宁、海南、河南 17 省。各地开展国家医保基金飞行检查的同时，梳理发现，福建、江苏、四川、甘肃、黑龙江等省份也公布了大批被列入待检名单的医院。从基层到大三甲，大批医院或将开始巡查。按照国家医保局对医保基金飞行检查的安排，接下来的时间里，其余省份将陆续开展现场检查(9 月底前完成)。

[返回目录](#)

## • 分析解读 •

### 聚焦新需求——医保赋能医药行业实现高质量发展的内涵与路径

来源：中国社会科学院

医疗保障赋能医药行业高质量发展的基本内涵可以理解为：推动

医药产业的创新发展；推动医疗服务组织模式和管理模式变革，建立健全能够充分发挥医务人员积极性、创造性的现代化医疗服务组织模式和管理模式；医疗保障公共政策紧扣居民需求，满足新发展阶段人民群众的新需求，为发展提供新的增长点。

党的二十大报告提出“促进医保、医疗、医药协同发展与治理”的论述，既是对国家医保局成立以来的政策措施以及成效的充分肯定，也提出了医保在“三医”协同发展与治理中的重要任务，即通过战略购买引导资源配置，提升医药卫生服务体系的整体运行效率，赋能行业高质量发展。

### 医疗保障赋能行业高质量发展的政策内涵

《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》对发挥医保战略购买作用提出了明确的要求，即“发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，促进健康中国战略实施，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。”

从现代社会医疗保险功能的演变历程看，我国医保发挥引导资源配置、赋能行业发展顺应了医保功能演变的大趋势。社会医疗保险诞生之初，其应对的主要风险是因病失去收入的风险，主要保障内容是为因病失去收入的参保人提供收入补贴。因此，在德国等一些国家，社会医疗保险也被称为“疾病保险”。但是随着现代医学技术的发展以及医疗资源组织形式的变革，现代医院成为主要的医疗资源的组织

形式，医疗费用快速上涨，重大疾病引起的高额医疗费用成为主要的社会风险，医疗保险的功能也演变为对高额医疗费用进行保障。与此同时，医保资金也成为推动医药行业快速发展的主要财务支撑。第二次世界大战后，主要工业化国家都建立了覆盖全民的医疗保障计划，在为参保人提供保障的同时，也推动了医疗费用的快速增长。为应对医疗费用快速增长，自 20 世纪 70 年代到 80 年代，医保演变出了通过战略购买引导资源配置的功能。这其中的标志就是 DRG 支付方式的出现。除了支付方式的变革外，其他包括集团采购、创新药谈判等方式也逐渐成为医保战略购买的主要模式。

我国在 20 世纪 90 年代末建立起职工医保制度，而后通过整合形成居民基本医疗保险，实现了医保的全覆盖，不仅有效降低了参保人的医疗费用负担，也推动了我国医药产业的快速发展，在较短时期内解决了缺医少药的问题。但与此同时，也面临着医疗费用不合理上涨的问题。导致该问题的一个重要原因是医保作为最大的医药产品和服务的付费方，处于被动支付的状况，没有发挥战略购买、引导资源配置的作用。

国家医保局成立以来，根据中央的要求，采取了多种措施，包括集中带量采购、药品准入谈判、支付方式改革、基金使用监管机制建设等，来引导医药领域的资源配置，取得了明显成效。党的二十大报告中关于医保、医疗、医药协同发展治理的论述对此进行了充分肯

定。

目前，我国已进入高质量发展时期。党的二十大报告提出“高质量发展是全面建设社会主义现代化国家的首要任务”。就推动医疗保障高质量发展而言，在发挥战略购买作用、引导资源配置的基础上，医保赋能医药领域新质生产力的形成与发展也成为一个新的战略任务。马克思主义的一个基本原理是生产关系要适应生产力的发展，反过来生产关系又影响生产力的发展。医疗保障及其各项公共政策作为生产关系的一环，一方面要适应新质生产力的发展，另一方面又反过来影响新质生产力的发展。

习近平总书记指出，新质生产力“具有高科技、高效能、高质量特征”，“它由技术革命性突破、生产要素创新性配置、产业深度转型升级而催生，以劳动者、劳动资料、劳动对象及其优化组合的跃升为基本内涵，以全要素生产率大幅提升为核心标志，特点是创新，关键在质优，本质是先进生产力。”医疗保障及其相应的公共政策不仅要适应而且要赋能行业发展，从而推动乃至引领医药领域新质生产力的形成。

从这个角度，医疗保障赋能医药行业高质量发展的基本内涵可以理解为如下三点：一是推动医药产业的创新发展；二是推动医疗服务组织模式和管理模式变革，建立健全能够充分发挥医务人员积极性、创造性的现代化医疗服务组织模式；三是医疗保障公共政策紧扣居民

需求，满足新发展阶段人民群众的新需求，为发展提供新的增长点。

### 医疗保障推动医药产业发展模式转型：走向创新驱动

医药产业是知识、技术和资金密集型产业，在带动经济增长、形成现代化产业体系以及满足人民群众美好生活向往中发挥重要作用，是当代国际产业竞争中的战略性产业。改革开放以来，我国医药产业经过了一个迅速发展的过程，在很短的一个时期内解决了缺医少药的状况。数据显示，截至 2021 年，我国已成为仅次于美国的全球第二大医药市场，销售额已从 2017 年的 16118 亿元增长至 2021 年的 17748 亿元，占全球市场份额的 11.9%。《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》中提到的七个科技前沿领域攻关项目中，有两个与医药相关，即基因与生物技术以及临床医学与健康。同时，该纲要也将高端医疗装备与创新药纳入制造业核心竞争力的八个项目中。

但是，我国医药产业在发展过程中也存在严重的问题：产业发展质量不高，“销售驱动”“带金销售”等导致产业经营模式扭曲。20 世纪 80 年代至 90 年代，为了鼓励医药产业大发展，各地重复上马了大量以“散、乱、小、差”为特征的制药企业，出现了“百业经药”的格局。这种发展格局固然可以在短期内刺激医药产量快速增长，但药品质量差、销售推广费用高的粗放型行业发展特征显著。该特征与我国医疗服务体制的一些弊端相结合，导致药品成为“以药养医”的

载体，药物滥用等扭曲行为突出。在医药产业的成本结构中，销售费用常年高企。2019年《中国统计年鉴》显示，2018年，医药制造业主营业务成本中销售成本占比高达33.9%，同期所有行业销售成本占比的平均值只有3.51%。以“带金销售”带动增长的模式严重破坏了医药行业风气，导致“劣币逐良效应”：那些真正依靠研发驱动、创新驱动的企业往往由于没有“带金销售”而进不了医院、没有市场，进入医院并占有市场的反而是那些有返点、回扣，价格虚高的药品。

药品价格的虚高导致大量医保资金被动用于对“带金销售”成本的支付上。2018年国家医保局成立后开展的药品集中带量采购政策的主旨，就是要通过集中带量采购，使虚高费用回归真实水平，扭转过分依赖“带金销售”的行业发展格局，推动医药产业实现高质量发展。从政策效果看，2023年《中国统计年鉴》显示，宏观统计上，医药制造业营业成本中销售费用占比近几年出现了下降趋势，从2018年(33.9%)到2022年(29.9%)下降了4个百分点。有学者使用微观企业数据的研究也发现，药品集中带量采购降低了企业的营销支出，企业保持了一定的利润水平，同时企业的药品研发投入显著增加。

在使药品虚高费用回归真实水平的同时，医保还从政策上拉动了医药产业走向创新驱动。创新是新质生产力的主要特征之一。医疗和医药行业作为知识和技术密集型行业，对创新的要求更高。如果说集中带量采购政策是“推动”或“倒逼”医药企业走向创新，那么国家



医保药品目录准入谈判(以下简称国谈)则是从“拉力”上带动医药企业走向创新。

国谈通过“以量换价”的方式，在降低创新药品价格、提高参保人新药可及性的同时，也为创新药品快速打开市场、扩大市场占有率提供了条件，为企业的创新提供了稳定的、可预期的市场前景。从近几年的数据看，医药制造业对研发的投入也出现了明显的增长，医药制造业营业成本中的研发投入占比从2018年的4.1%上升到了2022年的7.07%。

当然，从目前行业发展的整体情况看，真正实现创新驱动的行业发展仍然有一定的距离。

首先，医药制造业的销售成本占比仍然远高于全部行业的销售成本占比。这表明在医药生产、流通及销售环节上仍然存在“虚高”，一些比较隐蔽的“带金销售”问题仍然存在。从这个角度，药品集中带量采购政策需要继续坚持，同时要更多关注带量采购的实施效果，并将其与支付方式改革等其他医保政策进行衔接与协同，以提高带量采购的政策效果。

其次，我国的创新药物研发存在严重的“同质性创新”问题，一些研发热点聚集了大量企业投资，成熟的“靶点”即使面临市场饱和，但仍有部分企业进行同质性投入。从医疗保障引导资源配置、赋能产业实现创新发展的角度，医保准入要从价值医疗的角度出发，从临床

价值以及患者获益的角度来审慎评估新药的创新价值。

## 医保支付方式改革推动医疗服务组织模式和管理模式转型：实现战略管理

新质生产力的形成除了技术革命性突破外，另一个重要来源是生产要素的创新配置。具体而言，就是生产要素的组织及管理模式要实现转型，让各类先进优质生产要素向发展新质生产力顺畅流动。这又具体表现为两个方面：一是推进体制机制改革与创新，二是要深化人才工作机制创新。医药行业，特别是医疗服务领域，是知识、技术、人才密集领域，也是推动医学、临床技术以及药物创新的主要阵地。医疗服务的组织模式和管理模式要适应医务人员的特征，充分激发医务人员的积极性。习近平总书记在关于新质生产力的讲话中专门提出，要“激发劳动、知识、技术、管理、资本和数据等生产要素活力，更好体现知识、技术、人才的市场价值”。

医院是现代医疗服务资源组织的主要模式，也是医疗服务的主要供给方。实现医院的高质量发展是推动医药领域新质生产力形成与发展的关键。医疗保障基金已经成为我国医院发展的主要财务支撑。但在之前按项目付费的机制下，医院形成了“分解式”的管理模式：医院将财务目标简单分解至各个科室，各个科室再分解到不同的医生。在这个“分解”过程中，科室成为一个核算单位，乃至每个医生也都成为一个核算单位。这种“分解式”管理存在严重的弊端，即：科室

乃至医生在临床工作之外承担了大量经济核算工作，导致医生成为“账房先生”；同时由于不同的科室、不同的医生提供的医疗服务类别、成本消耗、价格等的差异，即使提供了相同或相似价值的医疗服务，收入却存在较大差别。这种“分解式”管理还助长了“以药养医”，一些用药量和药品金额较大的服务项目被滥用。这也是导致医疗费用不合理上涨的重要原因。“分解式”管理的一个实际后果是医保支付直接与科室、医生的收入挂钩，这是导致医生陷入财务核算困境中的制度根源。

为了解决按项目付费下的弊端，国际上对住院服务出现了按诊疗路径进行前瞻性付费(DRG-PPS)的支付方式。国家医保局成立后也着手开始推行DRG/DIP支付方式，并制定了三年行动计划，要求到2024年底所有统筹地区全部开展DRG/DIP支付方式改革。这是医保管理模式的重大变革，同时也是医保引导医疗资源配置的重要举措。

DRG/DIP按病组/病种进行支付，改变了按项目进行支付的模式，对医院的组织模式和管理模式提出了新的要求，促使医院进行管理模式的现代化转型。按照DRG/DIP支付方式的内在要求，医保是向作为一个整体组织的医院进行支付，而不是直接向科室和医生进行支付；医生的薪酬按照医院的管理原则来进行分配，而不是直接与医保的支付挂钩。在战略管理模式下，医保通过与医院之间的市场交易购买服务，以保证基金使用的整体效率；医院按照各项要素、不同医务人员

对医院战略目标的贡献进行分配，而不是根据医保对某个项目的支付进行分配，从而将医务人员从“账房先生”的烦琐的财务核算中解脱出来，专注于临床工作。战略管理的核心是薪酬制度，要按照新质生产力“更好体现知识、技术、人才的市场价值”的要求改革医院薪酬制度，实现根据对战略目标、价值医疗的贡献对医务人员进行分配。

从这个角度，DRG/DIP支付方式改革通过促使医疗服务组织模式和管理模式的现代化转型，赋能医疗机构高质量发展，推动了医疗服务领域资源的创新性配置，激发了医务人员等人力资源的积极性，提高了医药领域的全要素生产率。这是医疗保障推动医药领域新质生产力形成的又一重要内容。

### **医疗保障公共政策紧扣居民需求：培育新的增长点**

发展新质生产力是高质量发展的内在要求和重要着力点；而实现高质量发展的最终目标是更好满足人民群众对美好生活的需要。我国已进入到加快构建新发展格局的阶段。新发展格局以实现内部大循环为主，而这主要取决于供给和需求两端是否动力强劲、总体匹配，动态平衡、良性互动。新质生产力既是供给侧的技术和机制创新，同时也需要与需求侧相匹配，紧扣人民群众的现实需求，培育新的增长点。

健康中国战略要求实现全生命周期的健康服务，相应地，也要构建全生命周期的医疗保障服务。随着居民收入水平的提升，居民的需求结构正在发生变化，对医疗、健康的需求不断增长，对服务品质的

要求也在不断提高。医疗保障推动医药领域新质生产力的形成与发展，也要充分发挥引导资源配置的作用，将更多资源引入到人民群众的现实需求上，提高资源的使用效率。

从当前我国经济社会发展特别是人口结构的变化看，全生命周期的健康服务重点是“一老一小”。我国已进入深度老龄化社会，与老龄化相伴随的还有少子化，即人口出生率的下降。在这种情况下，中央提出了积极应对人口老龄化以及建设生育友好型社会的战略部署。医药领域作为直接服务于人的行业，在这两个方面担负着重要责任。而医保赋能医药行业高质量发展的重要路径就是引导资源更好满足这两个方面的需求。

党的二十大报告专门对优化人口发展战略，建立生育支持政策体系，降低生育、养育成本进行了安排。从医疗保障的角度，一方面，我国已经建立了覆盖城镇就业职工的生育保险制度，并与职工医保合并实施；另一方面，婴幼儿以及儿童也已经纳入基本医疗保险的覆盖中。近年来，为了更好推动医药行业满足生育友好型社会建设，医疗保障也采取了一系列的措施，比如：将辅助生殖技术纳入医保范围，以满足部分人民群众的生育需求；扩大生育保险的覆盖范围，将灵活就业人员纳入生育保险；出台新生儿“出生即参保”政策等。这些措施不仅满足了居民对全生命周期健康服务的需求，而且也推动了医药相关领域的发展。

人口老龄化伴随着失能人口的快速增加。在老年照料领域，人民群众需求最大的是对失能人员的长期护理服务。“一人失能、全家失衡”，在家庭照护功能不断弱化的情况下，人民群众对社会化的长期护理服务需求不断提高。2016年和2019年，我国开展了两批长期护理保险国家试点，共有49个试点城市建立了长期护理保险制度。党的二十大报告也要求建立长期护理保险制度。长期护理服务是主要为失能人员提供基本生活照料和与之密切相关的医疗护理服务。长期护理保险作为一项独立的社会保险制度不仅为失能人员提供相应的保障，而且更为重要的是赋能和支撑长期护理行业的发展。这主要体现在两个方面：一是为长期护理服务行业提供稳定的财务支撑，并通过长期护理保险的资金撬动社会资本进入长期护理行业；二是通过市场化的服务购买建立长期护理服务行业的发展标准，引导形成有序竞争的供给格局，提高行业发展质量。

医疗保障是国家治理体系的重要内容，现代医保功能的演变使医疗保障具有了引导资源配置、赋能行业发展的功能。新质生产力是高质量发展的内在要求和重要着力点，医疗保障赋能医药行业高质量发展要落脚到促进医药行业新质生产力的形成上。对此，一是要聚焦居民全生命周期的健康需求，引导资源进入居民需求度高的领域；二是促进实现创新驱动的发展；三是推动医院管理的现代化转型。赋能医药行业的高质量发展最终的目标是提高医疗保障的制度运行效能，更

好为人民群众提供服务。这也是落实党的二十大报告“三医”协同发展与治理的本来要求。

[返回目录](#)

## 支付方式改革发挥牵引作用，医保医疗改革相向而行

来源：国新健康研究院

随着 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的全面深入，到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 支付方式改革，到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式将覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。各地在促进支付方式改革过程中不断探索医保医疗协同，以期构建管用高效的医保支付机制。本文以南京和合肥为例，梳理医保医疗支付协同现状，并总结相关经验，为支付方式改革和“三医”协同发展与治理提供参考借鉴。

### 一、改革背景

#### (一) 支付方式改革下医保医疗协同发展的重要性

医保支付是保障广大人民群众获得优质医药服务、引导医疗资源配置和提高基金使用效率的有力机制。随着我国医药卫生体制改革的不断推进，医疗质量管理进一步提升，医保基金精细化管理不断深入，医保支付方式作为引导、约束和激励医药服务供给侧改革、发挥医保战略购买作用的重要工具，是深化医保改革的核心。支付方式改革要

基于医、保、患三方形成共识，建立医、保、患三方价值利益相一致的支付机制，才能取得实实在在效果。而医保和医疗的高度协同能加快医保支付方式改革顺利推进，提高改革系统性、整体性、协同性，促进医保医疗充分发挥积极性作用。对医保而言，DRG/DIP支付方式改革可以发挥经济杠杆调节作用，调节医疗卫生资源合理配置、使医疗服务进一步规范优化、分级诊疗制度进一步落实，为参保人购买更优质的医疗服务，保障水平得以提高；对医疗机构而言，DRG/DIP支付方式可以促进医疗机构主动转变传统运行方式和管理模式，加强成本控制和绩效管理，促使医院整体的精细化管理水平进一步提升。

## （二）支付方式改革政策要求

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。党的二十大报告首次将医保置于“三医”首位，体现了党中央、国务院高度重视此项改革，赋予医保引导“三医”协同治理上的重要责任。《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）提出，建立管用高效的医保支付机制，持续推进医保支付方式改革，更好保障参保人员权益，增强医保对医药服务领域的激励约束作用，协同推动医药服务供给侧改革。2021年11月，国家医疗保障局印发《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》，要求协同推进与医疗机构配套改革，促进医疗机构推进编码管理、信息传输、病案质控、内部运营机制建设，形成多方参与、



相互协商、公开公平公正的医保治理新格局。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）指出要深化医保支付方式改革，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，激活公立医院高质量发展新动力。

### （三）医保医疗支付协同改革现状

国家医疗保障局成立以来，持续深入推进医保支付方式改革，建立了全国统一、上下联动、内外协同、标准规范、管用高效的医保支付新机制，并依托全国医保信息化平台，完成 DRG/DIP 功能模块的上线工作。目前，大部分地区与改革方向保持高度一致，形成医保医疗协同的共识，加强机制建设，建立了协商机制、评价机制、协同机制、共赢机制等，全面推动医保医疗支付协同改革。

## 二、医保医疗支付协同的主要路径

### （一）改革政策引领

各地根据实际情况，通过建立 DRG 分组动态调整机制，不断完善本地化 DRG 付费实施方案，促进医保支付方式从数量付费向质量付费、价值付费转变，确保 DRG 支付方式改革顺利实施。在政策制定时，各地医保部门积极与医疗机构、临床专家共商共议，让医疗机构从“被动接受改革”变为“主动参与改革”，规范医疗服务行为，促进分级诊疗制度落地，提高医疗资源利用效率和整体效益。

### （二）数据联通共享

随着全国统一的医保信息平台落地应用，各地医保部门着力加强对医保数据的采集、统计、分析和整合，推动医保部门与当地医疗机构数据的快速汇集和上下联通，从而实现对医保基金的运行趋势、风险监测、辅助决策与精准稽核，部分地区探索建立可视化数据分析平台，将统筹地区医疗机构 DRG 数据统一归集展示并进行智能化分析，提高医保治理能力。

### **(三) 反馈沟通机制**

医保部门通过多种方式，畅通日常与医疗机构的反馈沟通机制，及时了解政策执行情况，理清下一步改革思路，推动医保医疗协同改革。建立定期沟通机制，定期组织召开政策座谈会、运行分析会等，邀请医疗机构共同研究分析改革进展及运行情况，充分听取医疗机构意见，明确改革下一阶段的重点任务。注重调查研究，针对改革中遇到的突出性困难和问题加以讨论研究，及时提出解决措施。

### **(四) 协同合力推动**

通过公开竞争的方式，选拔专业化服务机构承担医保支付改革服务，确保改革各项工作有效落地。服务机构发挥专业和技术专长，主要承担基于疾病诊断分组信息化建设及运维、病案信息管理、基金结算管理、基金智能审核、综合评估等专业化服务，以及提供政策普及宣导、专家支撑、业务培训等工作，推动经验交流学习，提供专业化分析报告和方案。

### 三、医保医疗支付协同实践分析

#### (一) 基本情况

1. 南京市。南京市常住人口 954.7 万人，截至 2022 年底，基本医疗保险参保人员 856.4 万人。目前共有 117 家二级以上医疗机构，31 家三级医疗机构。2022 年 1 月起，南京市 98 家符合条件的二级以上医疗机构正式实施 DRG 支付方式改革；2023 年，DRG 支付方式改革机构覆盖率、病例覆盖率、入组结算率、医保基金覆盖率分别达到 100%、95.47%、99.96%、96.72%，均高于省定目标。承担改革任务的医疗机构积极响应，将 DRG 改革列为“一把手”工程，南京大学医学院附属鼓楼医院、东南大学附属中大医院、南京医科大学第二附属医院、江苏省肿瘤医院等纷纷建立院内 DRG 一体化运营体系，促进医院精细化管理。

2. 合肥市。合肥市常住人口 985.3 万人，截至 2023 年底，基本医疗保险参保人员 845.73 万人。目前共有 120 家二级以上医疗机构，32 家三级医疗机构。2021 年 1 月，合肥市正式启动首批 17 家医疗机构住院费用按 DRG 实际付费，2023 年，合肥市 DRG 付费改革提前实现医疗机构、病种、医保基金全面覆盖，DRG 付费医疗机构由 95 家扩大到 207 家，实现改革路径、技术分组和政策框架全市“一盘棋”。

#### (二) 主要做法

1. 高度重视改革工作。南京市医保局成立工作专班，联合市财政、

市卫健委出台多份相关文件，重点引导医疗机构队伍专业化建设、医保费用控制、绩效平衡调剂等运行机制，进行配套改革。合肥市将DRG改革列入市委深化改革年度工作要点，建立“1+3”工作推进机制，成立以市政府分管市长为组长的领导小组，成立3个专项工作组，包括专业协作组、第三方督导组 and 医保经办机构内部DRG付费推进小组，全过程参与指导DRG付费工作，推动改革顺利落地。

2. 加强政策引导。南京市医保局和合肥市医保局与当地医疗机构充分沟通，结合地方实际形成整体改革方案，围绕本地化付费、分组、清算、监管考核等出台相关政策文件，在实施过程中关注医疗机构意见并不断优化，确保DRG支付方式改革顺利实施。除共性做法外，南京市医保局侧重点数、点值和系数调节，制定并优化DRG调节系数，确定医疗机构级别系数、中医系数、专科系数、学术系数、高新技术运用系数、价值医疗系数等，对医疗技术发展和学科发展提供支持。合肥市医保局创新实行区域总额预算与医疗机构控制指标相结合，通过基数和增幅控制合理确定预算；设立病组调节系数，通过病组差异系数校正并合理补偿医疗机构资源消耗，利用倾斜支付系数鼓励重点学科、儿科、传染病科及中医药发展。

3. 建立激励约束机制。除一般激励约束措施外，南京市医保局和合肥市医保局根据当地情况采取特色做法，完善激励约束机制。南京市医保局对于测算基准点数下降的病组，考虑合理因素，多降多补，

少降少补,推动医院主动压减医疗成本费用;对长期住院病例当月 DRG 预结算超支的予以适当补偿,确保医疗机构针对此类科室情况进行合理化分配;优化危重病例付费机制,对合理费用按时结算,并将推诿病人等不良行为与医保支付挂钩,减少医疗机构选择轻症患者、推诿急危重症病例等不规范行为。合肥市医保局对符合条件的特殊病例按实际费用折算点数付费,鼓励医疗机构收治疑难杂症病例;针对长期住院病例按床日费用折算点数付费,确保长期住院患者得到及时治疗;建立高值医用耗材分开支付机制,防止医院推诿病人或强制使用低价耗材。

4. 加强数据联通。南京市医保局依托“医保高铁”打造 DRG 专区,包括 DRG 政策指南、医保 DRG、DRG 指数大厅、DRG 病组等 7 个模块,涵盖 DRG 核心数据,全天候、多维度、多层次、精细化地呈现南京市 DRG 的运行效能和质量,面向“三医”提供全天候、智能化动态指引,实现全流程闭环管理。展示全市 DRG 运行概况、点值变化、病组点值、医院点值、医生点值等情况,实现医疗机构在不同维度的量化对比,激发医疗机构提高医疗质量、规范管理的内在动力。从疑似分解住院、自费费用异常、检查费用超 70%单据角度进行风险提示,辅助医疗机构内部质控管理。合肥市医保局加大数据分析比对,对医疗机构盈余变化、病例数量、次均费用、倍率区间等数据变化,开展多维度统计分析;对使用医保基金、人次人头比、次均费用、个人负担以及病例

数增长异常的医疗机构进行点对点分析、精准画像；通过对数据的分析建立医疗服务行为评价机制，依靠评价系统实时推送医疗服务评价信息，推进医疗机构加强内部管理，完善医疗服务质量管理体系，促进医疗服务的规范化和专业化。

5. 强化协同改革。南京市医保局和合肥市医保局组建医保专家库，对医疗机构反映集中的意见开展专家论证，不断优化相关政策；定期召开业务培训，提升工作人员业务能力、医疗机构对 DRG 付费政策的理解和认识。两市部分医疗机构在第三方服务机构支持下，围绕病种单元加强运营管理，持续加强病案质控，提高病案质量，保证医院数据真实性、规范性和准确性；同时基于 DRG/DIP 实施，加强全成本管理、绩效管理，探索推动支付方式下的临床路径、药品/耗材合理用药管理等，全面推进公立医院高质量发展。此外，南京市医保研究协会作为南京医保工作“智囊团”，负责全方位开展医保工作研究，通过多种形式与医疗机构进行充分沟通，并针对 DRG 改革进行研究拓展。

### **(三) 取得成效**

一是推动形成支付方式改革长效机制。自实施 DRG 改革以来，改革成效明显，基础病组趋向基层，分级诊疗逐步形成。南京市参与改革医疗机构自改革以来住院费用、患者次均费用、医保统筹(大病救助)基金支出实现“三下降”；按照近年来住院费用增长趋势，2023

年预测总费用约为 194 亿元，实际总费用 163 亿元，减少 31 亿元，控费效果持续显现；全市二级及以上医疗机构中三甲医疗机构基础病组病例占比 50.36%，同比下降 4.25 个百分点；三级医疗机构基础病组病例占比 14.44%，同比下降 18.79 个百分点。合肥市 2023 年住院医保基金支出 65.55 亿元，年均增长 13.75%，低于医保基金筹资增长幅度；居民医保在执行全国最低筹资标准的前提下，医保基金从 2019 年的亏损 9.23 亿元到 2022 年实现了收支基本平衡；与 2021 年相比，2023 年县级及以下医疗机构收治病例数基础病组病例占比 55.09%，提高 2.87%，县级及以下医疗机构使用基金占比 51.43%，提高 9.08%。

二是增强参保人就医满意度。群众就医负担不断减轻，住院费用和个人负担费用均有所下降，就医成本降低，过度诊疗和不合理支出减少，参保人获得感提升。2023 年南京市二级及以上医疗机构参保患者住院次均费用 13,859.59 元，同比下降 3.63%，次均费用个人负担同比下降 156.53 元。合肥市 2023 年次均住院费用 9708 元，同比下降 7.42%，次均费用个人负担为 3163 元，同比下降 5.8%。

三是促进提高医疗机构内部精细化管理水平。医疗机构内控管理水平不断提升，病案管理显著提质，主动控制成本意愿逐步增强，病种收治结构调整优化，服务质量有所提高。以当地医院为例，南京市鼓楼医院与支付方式改革前对比，2023 年 CMI 值由 1.47 上升到 1.54，

医院病案质量、医疗服务收入占比、费用结余等指标均有所增加，费用消耗指数由 1.03 下降至 0.94，时间消耗指数由 0.86 下降至 0.72。合肥市第一人民医院与 2022 年相比，2023 年 CMI 值由 0.98 上升到 0.99，费用消耗指数由 1.11 下降至 0.99，时间消耗指数由 1.13 下降至 1.05，平均住院日由 8.82 天下降至 8.14 天，次均住院费用由 1.09 万元下降至 0.93 万元。

### 三、经验启示

#### (一) 充分发挥政策引导作用

进一步强化政策引领，针对改革中可能出现的问题和情况，在基金总额预算下不断完善特殊病例评议、协商谈判和绩效评价制度配套改革，优化分组、系数调节机制和技术标准，建立健全合理的激励约束机制，推动医疗机构精细化管理，激发医疗机构和医务工作人员内生动力，增强参与改革的积极性，确保支付方式改革顺利有效进行。

#### (二) 协同推动 DRG/DIP 下的医院运营管理

加强医保医疗贯通协作，医疗机构建立以病组精细化管理为切入点的医院精益管理服务体系，以病组/病种费用和成本数据为基础，将数据治理和应用贯穿医院临床诊疗和管理决策的各个环节，推动实现业财融合和质效融合，协助医院利用有限的医疗资源提升运行效率与服务质量，为患者创造最大的价值。

#### (三) 数据驱动三医协同



在保证数据安全前提下，加大医保医疗数据共享开放力度，进一步强化数据支撑和赋能作用，推动打通“三医”领域数据全链条，实现数据互联互通和资源大循环，充分发挥数据要素价值，提升数据应用效能，拓展数据应用场景，促进医保医疗高质量协同发展。

#### **(四) 发挥第三方协同优势**

发挥第三方专业和技术优势，提高医保分组付费效能，开展基金运行风险监测，为医保改革管理提供决策支撑，同时促进医院推进编码管理、信息传输、病案质控、成本和预算管理、内部运营机制建设等，充分发挥第三方协同赋能作用。

[返回目录](#)

### **• 中医药服务 •**

#### **山东省中医药文化宣传教育基地新媒体平台建设现状及对策**

来源：中国中医药报

•坚持内容为王，以高质量内容供给作为立身之本。内容生产是主流媒体生存发展之本。无论媒介形态、用户群体、传播渠道如何变化，优质内容始终是中医药文化传播的根基所在、命脉所在。

•传承古今医家精神，讲好中医药故事。深入挖掘历代医家的高尚医德、精湛医术，大力弘扬他们大医精诚、仁心仁术的济世情怀，孜孜不倦、穷经皓首的治学精神，救死扶伤、大爱无疆的奉献精神。

- 及时更新平台内容，拓宽传播渠道。聚焦中医药文化活动、科普知识、藏品展示等主题，增加内容供给，提高文章、视频等内容的更新频率，提升账号活跃度。

中医药文化宣传教育基地是弘扬、传承和传播中医药文化的重要阵地。国家中医药管理局等八部门联合印发的《“十四五”中医药文化弘扬工程实施方案》指出，打造中医药文化传播平台。遴选建设中医药文化宣传教育基地和中医药文化体验场馆，全国中医药文化宣传教育基地增至 150 个，建设 50 个国家级中医药文化体验场馆，推动网上场馆建设，实现“云游基地”“云观展”。这对中医药文化宣传教育基地加强场馆数字化建设，强化中医药文化传播和文化服务功能提出明确要求。本课题组通过访谈、网络检索、问卷调查等方式，对山东省中医药文化宣传教育基地(以下简称基地)新媒体平台建设情况进行深入调研，了解各基地新媒体平台建设现状，分析存在问题，对基地新媒体平台建设提出对策建议。

### **基地新媒体平台建设基本情况**

各基地充分利用线下实体场馆设施，组织群众参观、中小學生研学、健康宣讲等中医药文化宣传教育活动，同时将网络作为宣传中医药文化重要阵地，加强新媒体平台建设。目前，各基地共设立新媒体平台账号 89 个，其中网站 24 个，微信公众号 37 个，微博 6 个，抖音等短视频平台 19 个，手机 APP 客户端 3 个。各新媒体平台一般都

开设新闻中心、中医药故事、科普专栏、藏品展示、医史人物、齐鲁医家、节气与养生、参观预约等栏目，围绕基地类型和职能定位，重点介绍场馆设施、发展成就、馆藏文物、宣传教育活动开展情况，通过文字、图片、视频等形式，宣传健康养生知识，讲述中医药故事，传播中医药文化，使群众能够足不出户就可通过网络了解健康养生知识、中医养生理念，对于弘扬中医药文化起到重要作用，为推进健康山东、健康中国建设作出积极贡献。

### 基地新媒体平台建设存在问题

各基地围绕传播中医药文化、履行中医药文化宣传教育职能建立了不同类型的新媒体平台，但是这些新媒体平台仍然存在一些问题，主要体现在以下五个方面。

从传播主体来看，当前各基地虽然搭建起新媒体平台，但是仍存在诸多困难。从调研来看，数字化技术、经费和人员等困难因素排在前三位，占比分别为 81.08%、78.38%、62.16%。这说明各基地在推进数字化场馆建设、藏品数字化、管理数字化等方面面临数字化技术瓶颈，需要重点加强数字化建设，开展数字化培训，加强数字化技术创新应用。

从传播内容来看，各基地新媒体平台内容质量有待提升。当前网络成为人们获取信息的主渠道，各基地在利用新媒体平台传播中医药文化方面做得还不够，无法满足人们通过网络了解、学习中医药文化

的需要。虽然新媒体平台内容大部分为原创，但网站与微信公众号等媒体内容存在较多重复，微信公众号推文往往直接复制官网内容，与官网之间的差异化宣传做得不够到位，导致各平台之间存在内容重复、缺少广度和深度的问题，用户在浏览过程中容易产生审美疲劳、兴趣降低，没有充分发挥微信、抖音等新媒体平台各自优势。同时，新媒体平台内容质量有待提升，调查显示，62.16%的基地在传播内容上“转载其他刊物、平台内容”，51.35%的基地认为新媒体平台应该“增加原创内容”，18.92%的基地新媒体平台没有开设专刊、专栏来传播中医药文化，40.54%的基地认为应该在“开辟文化专栏”上加以改进。

从传播渠道来看，新媒体平台类型不够丰富、更新不够及时。各基地新媒体平台以微信公众号和网站为主，全部基地都开设了微信公众号，64.86%的基地上线了官方网站，51.35%的基地开发了抖音、快手等短视频平台，仅有8.11%的基地开发上线了专门用来宣传中医药文化的手机APP，能够同时开发两种以上新媒体平台的基地非常少。各新媒体平台发布内容不多，账号不够活跃，内容更新不够及时，有24.32%的基地更新时间在1个月以上，能够每周更新的基地占32.43%，能够每日更新、每3~5天更新的基地只有43.25%。对于网站来说，除新闻中心更新比较及时外，其他栏目更新较慢，一般每月更新1次，文章数量不多。个别网站缺少有效的运营维护，一些栏目

以建站内容为主。

从传播方式看，内容表现形式相对单一。总体来看，各基地新媒体平台主要采用文字、图片、视频等形式来发布文章、展示藏品图片或者提供讲座及活动视频，传播方式较为单一，缺少用户参与体验，与用户的互动性较低，趣味性不高。在数字化技术应用方面，目前鲜有基地尝试利用全景影像技术、VR等数字化技术建设虚拟博物馆或智慧博物馆等数字化场馆，无法给参观者提供沉浸式体验，带来身临其境的感觉，与其他发达省份的全国中医药文化宣传教育基地新媒体平台数字化技术应用差距较大。

从传播效果来看，各基地新媒体平台知名度不高、影响力不大，平台内容缺少吸引力，用户黏性不大。一些基地新媒体平台侧重机构动态、政策解读等内容，中医药文化宣传教育功能不强、推广力度不大，如一些地市中医院、中医药企业的官网、微信公众号突出便民服务功能，内容发布上偏重就医服务，就诊信息、产品信息较多，中医药文化科普宣传等内容较少。各新媒体平台吸引力不高，影响力不大。如网站单篇文章浏览量不高，一般在100左右。微信公众号粉丝不多，推文点击量、点赞量和转发量不大，缺少粉丝互动。有的基地虽然开通短视频平台，但仅是搭建起了平台框架，实际发布内容很少。

### **加强基地新媒体平台建设的对策建议**

加强新媒体平台建设是一项系统工程，要从省级卫生管理机构和

基地两个层面出发，针对传播主体、传播内容、传播渠道、传播方式、传播效果等方面实施有效措施，提升新媒体平台建设质量。

### **省级卫生管理机构要加强行政管理，从宏观角度制定保障措施**

加大政策、人员和经费保障力度。各基地普遍缺少专项资金支持新媒体平台建设，缺少专业人员和团队进行平台日常运营和维护。为提高基地新媒体平台建设积极性，拓宽中医药文化传播网络渠道，构建线上线下立体化开展中医药文化宣传教育模式，建议省级卫生管理机构在基地新媒体平台建设的政策、人员和经费方面加大支持力度。采取试点方式逐步推进，遴选新媒体平台建设基础较好、中医药文化资源丰富的基地作为试点，定向加大经费投入，汇聚更多资源，打造平台样板，在中医药文化宣传教育基地新媒体平台建设中发挥示范作用。

在基地考核中强化新媒体平台指标要求。健全基地考核及奖惩机制，细化、完善基地考核指标体系，加大新媒体平台建设在基地考核中的比重，发挥考核指挥棒作用。实施差异化分类考核，可根据人员配置、经费划拨情况适当放宽基层中医药文化宣传教育基地新媒体平台建设要求；对同类型、同层次的基地构建多元激励机制，将文章、视频的点击量、点赞量、转发量等作为重要考核标准，充分激发基地的积极性、创造性，不断提升新媒体平台建设水平。

各基地要强化数字技术应用，在内容资源、场馆数字化和队伍建

设上持续发力

各基地要重视新媒体平台建设和场馆数字化建设，深入研究互联网传播规律，坚持移动优先，深入推进运营理念、宣教内容、呈现方式等方面创新，围绕媒介融合、数字化运营布局人才、资金、设备等要素，做到线上线下协同发力。

加强内容资源建设。习近平总书记指出，内容永远是根本，融合发展必须坚持内容为王，以内容优势赢得发展优势。

一是坚持内容为王，以高质量内容供给作为立身之本。内容生产是主流媒体生存发展之本。无论媒介形态、用户群体、传播渠道如何变化，优质内容始终是中医药文化传播的根基所在、命脉所在。要坚持内容为王，强化精品意识、服务意识，提高内容生产能力，增加原创内容，结合 AR、VR、人工智能、大数据等技术的应用，以多样化的内容呈现增强用户兴趣和互动意愿，用高质量的作品和接地气的话语方式丰富新媒体平台内容供给。设立中医药文化专门网站、栏目、频道，邀请中医药专家撰写专栏文章、拍摄科普视频，把抽象复杂的中医理论、药材特性等内容用简单生动的语言表达出来，让更多的人认识中医、相信中医、热爱中医。二是传承古今医家精神，讲好中医药故事。深入挖掘历代医家的高尚医德、精湛医术，大力弘扬他们大医精诚、仁心仁术的济世情怀，孜孜不倦、穷经皓首的治学精神，救死扶伤、大爱无疆的奉献精神。坚定文化自信，弘扬中医药文化，讲

好中医药故事，让中医药真正走进百姓生活。三是及时更新平台内容，拓宽传播渠道。聚焦中医药文化活动、科普知识、藏品展示等主题，增加内容供给，提高文章、视频等内容的更新频率，提升账号活跃度。积极拓宽传播渠道，广泛应用微信公众号、微博、抖音、快手等媒介，根据不同媒体的优势和特点，加强个性化分众传播和精准传播，着力提升全网传播力、社交传播力、圈层传播力。

提升数字化技术应用程度。利用数字化技术，打造虚拟展馆、5G+XR 博物馆、云上博物馆、数字文创产品、智能导览等一系列数字化产品，推动数字化与博物馆等场馆融合发展，使文物“活”起来，推动文化广泛传播。一是强化新媒体产品技术应用。创新作品形式，丰富融媒方式，加大图片、动漫、短视频、微电影、音频、直播、H5、VR/AR 等手段的使用力度，持续推出新媒体创意产品、“爆款”产品，实现内容产品从可读到可视、静态到动态的转变。从内容生产、传播，到与用户的联系、沟通，发挥新媒体技术和渠道优势，以多样化的表达方式吸引用户。二是构建数字化场馆。数字化博物馆等展陈方式，“采用 VR、AR、智能导览、3D 虚拟漫游等技术重新塑造博物馆观展模式，给参观者一种人性化、智能化、生动形象的体验，使文物真正活起来”。如上海中医药博物馆和广州陈李济中药博物馆充分发挥全国中医药文化宣传教育基地优势，利用微信公众号开设云展厅、VR 展厅，全方位展示馆内布局、文物藏品，讲解中药制作工艺，讲述中



医药故事，将博物馆搬到了线上，使参观者获得沉浸式体验。

加强新媒体平台队伍建设。习近平总书记指出，宣传思想干部要不断掌握新知识、熟悉新领域、开拓新视野，增强本领能力，加强调查研究，不断增强脚力、眼力、脑力、笔力，努力打造一支政治过硬、本领高强、求实创新、能打胜仗的宣传思想工作队伍。《“十四五”中医药文化弘扬工程实施方案》也明确提出，到2025年，中医药文化产品和服务供给更为优质丰富，中医药博物馆事业加快发展，中医药文化传播体系趋于健全，打造一批中医药文化品牌活动、精品力作、传播平台，中医药文化传播队伍不断壮大。这就要求各基地必须组建壮大中医药文化传播队伍，不断加强新媒体平台队伍建设，有效提高团队的工作水平，提高团队工作人员的素养和能力。各基地工作者作为宣传思想战线的一员，要顺势而为，不断提升思想政治、媒介素养和中医药文化底蕴。各基地要定期开展业务培训、技能比赛等活动，通过请进来、走出去等方式，全面提升队伍在基地管理、宣教经验等的履职能力。

中医药文化宣传教育基地新媒体平台在弘扬、传播中医药文化中发挥重要作用。加强基地新媒体平台建设，要着力解决在传播主体、传播内容、传播渠道、传播方式、传播效果等方面存在的问题，加大新媒体平台政策和经费支持，注重内容资源建设，强化数字技术应用，加强平台队伍建设，提升新媒体平台建设质量。

## 中国传统医药非遗保护、传承和传播的问题和建议

来源：中国中医药报

- 引导传承人积极申报非遗项目，对各级非遗传承人进行培训，对于已立项的非遗项目，各级文化和旅游部门要加强管理，定期进行考核、评估。

- 传统医药非遗保护的核心是传承人，要因势利导，因材施教，加强传承人科研能力培养，建立体系完备、梯次合理的传承人队伍。

- 应全面普查各地传统医药非遗资源，挖掘能够代表不同地域的传统医药项目，筛选出其中最具价值的部分加以保护与传承。

中国传统医药非物质文化遗产是中华民族在历史发展过程中流传下来的具有医药卫生功能、性质或形态，与人类健康生活、疾病防治密切相关的文化遗产。中医药、少数民族医药和民间医药三个以非物质形态存在的与人民生活息息相关、世代传承的传统文化表现形式，包含中医药文化、少数民族医药、针灸、正骨疗法、特色疗法、中药制剂、中药炮制、对生命和疾病认知等八类要素。

### 中国传统医药非遗保护取得的成效

联合国非物质文化遗产名录(名册)。截至2023年，中国共有43个非遗项目被列入联合国教科文组织非物质文化遗产名录(名册)，排名居世界第一。其中中国传统医药非遗项目有2项，即中医针灸和藏

医药浴法;与健康养生、传统医药相关的非遗项目有3项,即二十四节气——中国人通过观察太阳周年运动而形成的时间知识体系及其实践、太极拳、中国传统制茶技艺及其相关习俗,这3项又先后被列入联合国教科文组织人类非物质文化遗产代表作名录。《本草纲目》《黄帝内经》和《四部医典》等传统医药相关典籍也先后入选世界记忆名录。这为世界文化多样性贡献了“中国色彩”,推动了以中医药为代表的中国传统文化与世界文明交流互鉴。

国家级非遗代表性项目名录。截至2023年12月,国务院先后公布了5批国家级传统医药非遗代表性项目名录:2006年13项,2008年40项,2011年36项,2014年48项,2022年45项,共有182项入选其中。2006年(第1批)与2008年(第2批)传统医药类国家级非遗项目排名第10,2011年(第3批)排名第8,2014年(第4批)排名第5,2021年(第5批)排名第4,国家级传统医药非遗项目排名呈明显上升趋势。

上述182个国家级传统医药非遗代表性项目又分为以下子项目:少数民族医药45个(藏医药17个、蒙医药6个、维吾尔医药6个、苗医药5个、畲族医药2个、瑶族医药1个、侗医药1个、壮医药1个、彝医药2个、傣医药2个、布依族医药1个、哈萨克族医药1个),中医传统制剂方法43个,中医诊(疗)法35个,中医正骨疗法20个,中药炮制技术(艺)11个,针灸9个,传统中医药文化13个,中医养

生 5 个，中医生命与疾病认知方法 1 个。可以看出，国家对少数民族医药非遗项目高度重视，传承与保护有力。

其他方面。全国各地设立了众多中医药博物馆，如江苏省中医药博物馆、中国中医科学院医史博物馆、北京同仁堂博物馆等；全国每年举办“文化和自然遗产日”主题活动，深化非遗保护理念，2023 年“文化和自然遗产日”非遗宣传展示活动主题“加强非遗系统性保护，促进可持续发展”；出版了多部传统医药非遗专著，如王凤兰《传统医药非物质文化遗产保护理论与实践》（2020 年），朱德明《嘉兴传统医药》（2021 年）、《胡庆余堂》（2022 年）、《张氏骨伤疗法》（2024 年），李济仁《安徽非物质文化遗产丛书（传统医药卷）》等；创设数字传播平台，如中国非物质文化遗产保护协会中医药委员会设立中医药非物质文化遗产网、中医药非物质文化遗产公众号，浙江中医药文化研究院建有浙江中医药文化研究院网、公众号等。

### 中国传统医药非遗保护存在的问题

党的十八大以来，国家高度重视传统医药非遗的保护工作，取得了可圈可点的成绩，实现了从“抢救保护、建章立制”的基础阶段转入“巩固抢救保护成果，提高保护传承水平”纵深发展阶段的一次大跨步。相关政策法规逐步建立，工作机制不断完善，项目保护持续加强，传承人管理更加规范，传播活动丰富多彩，国际影响力不断提升。通过向社会普及传统医药非遗知识，传统医药非遗保护理念已深入人

心。中央财政逐年投入大量资金预算用于传统医药非遗的保护设施建设，使传统医药非遗文化传承活力大幅提升。目前国家已明确了传统医药非遗的保护目标，构建了文化保护生态圈，拓宽了保护的方向和路径。传统医药非遗已形成了科学化保护体系，进入到常态化、专业化保护的“后半段”，但目前依然存在一些问题与不足。

首先，传统医药列入国家级非遗代表性项目名录数目偏少且分类不清。以中医药为代表的传统医药深刻体现了中华民族的认知方式和价值取向，蕴含着丰富的中华民族文化精髓，是我国文化软实力的重要体现。而目前对一些非遗项目的分类有待商榷，国家级非遗中一些明显具有医药属性的项目，如药香制作技艺、中药炮制、中药制剂等被误划至传统技艺类。另外，传统医药非遗在整个国家级非遗代表性项目名录中占比较低，为 5.04%，排名倒数第二，这与中医药在我国传统文化中的优势地位不相对应。

其次，单位和个人对传统医药非遗保护与传承乏力。有不少可申报的传统医药非遗项目遗落民间，而传承人或忙于临床，或忙于经营，忽视项目的保护与传承，不愿在申报工作上投入时间和精力。有一些申报单位及申报人虽然在申报过程中投入了大量人力、物力和财力，但在申报成功后却只是利用该项目为自己企业的经济活动服务，过于强调非遗经济效益，忽视非遗的传承与保护，不利于中医药文化的传承与传播。且随着科学技术的发展，许多传统医药技艺逐渐被现代化

生产工艺代替，个别地区对传统医药非遗传承工作的支持和投入不足，导致一批传统医药非遗项目逐渐流失，传统技艺面临失传，进一步发展更是举步维艰。

再次，传统医药非遗人才较为匮乏。当今传统医药非遗人才的培养较为滞后，不少传统医药非遗传承人来自民间，主要是以师徒、父子、朋友等方式相传，陷入非主流教育的困境。一些青年学徒学历低，中医理论知识欠缺，很难通过医师资格考试，无法获取医师执业资格，行医资质不被中医药管理部门和市场管理监督部门认可，虽有一技之长，但无法光明正大为社会服务，陷入地下、半地下式的困境，长此以往，难以坚持。此外，一些民间中医药从业人员得不到资金资助，没有合适的传承场所，致使一些民间技艺无法得到有效传承。虽然国家近年来为此相继出台了一些传统医药非遗人才培养的政策及激励机制，但各地执行程度不一，尚未取得显著效果。

最后，软硬传播平台和数字化建设不力。目前我国在非遗文化传播平台的建设方面发展还不均衡，部分省市走在全国前列，兴建了各类非遗馆、文化馆和中医药博物馆，并配套建设了相应的数字化宣传平台，但还有些省市在实体宣传平台和数字化建设方面有所欠缺，辖区内非遗资源挖掘不够，尚未精确掌握相关数据，分级保护体系还有待完善。

## 中国传统医药非遗保护发展建议

## 强化政策支持

习近平总书记指出：“中医学包含着中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中华文明的一个瑰宝，凝聚着中国人民和中华民族的博大智慧。”充分肯定了中医药的价值与地位。中医药关乎中华传统文化的传承，关系着人民群众的健康。因此，在传统医药非遗国家级代表性项目的挖掘与申报上，应该在政策上给予一定的倾斜，根据实际情况，制定传统医药非遗保护的法律法规，并全面落实相关政策。

## 重视考核、评估与培训

引导传承人积极申报非遗项目。对各级非遗传承人进行培训，讲解非遗项目保护与传承的历史意义、文化意义及对后代的影响，使其高度重视并积极申报。各省的文化广电和旅游厅在项目的考核、评估、检查之余，还要对非遗工作坊、建设基地予以关注和指导。

全国各级文化和旅游部门，对于已立项的非遗项目要加强管理，定期进行考核、评估，建议至少三年进行一次周期性评估。根据申报时提出的发展规划和任务目标进行考核，对已完成的项目，每年给予经费支持。考核不及格未达标者，予以批评，并给予一年整改期；如整改复查仍不合格者，则降低该项目的级别。

传统医药非遗的管理、评审、评估以及学术研究要充分发挥专家们的作用，发挥中国非物质文化遗产保护协会中医药委员会及各省非

遗保护协会和专业委员会在发掘、管理、决策、监督方面的作用。相关机构和组织要加强学术研究和交流，提高对非遗工作的管理水平，促进其高质量发展，使项目走向海内外。

### **加强传承人队伍建设**

推进传统医药非遗全方位、高质量发展，应坚持以人为本的核心理念。传统医药非遗保护的核心是传承人，要因势利导，因材施教，加强传承人科研能力培养，建立体系完备、梯次合理的传承人队伍。要充分发挥非遗传承人的传承作用，构建丰富、多元的传统医药文化体系，发挥传统医药非遗文化对民众的示范引领作用。

### **加强软硬传播平台和数字化建设**

全国各省应积极响应、落实国家中医药管理局等5部门印发的《中医药文化传播行动实施方案(2021—2025年)》，鼓励社会力量建设中医药博物馆、陈列馆、展示馆、文化馆、非遗馆等公益设施，弘扬传统医药非遗文化。

应全面普查各地传统医药非遗资源，掌握其分布情况，挖掘能够代表不同地域的传统医药项目，对其技艺、疗效以及传承等情况进行深入调研，筛选出其中最具价值的部分加以保护与传承。加强对传统医药非遗项目的记录，建设传统医药非遗传承体验设施，扩大宣传，拓展传统医药非遗传承的人群和传播渠道。要对传统医药非遗项目进行真实、系统和全面的记录，建立档案，并基于知识分类建设数据库，



实现传统医药非遗的源头保护和整体保护。对于留存民间、濒于失传的有价值项目，应重点进行普查建档，根据其易受侵害的程度，建立分级保护名录体系，构建分级保护名录制度。

我国传统医药非遗承载着中华民族的文化基因、精神特质，是解读中华民族繁衍生息的活密码，是中华优秀传统文化的重要组成部分，是中华文明多元一体、绵延传承的生动见证。守正，知所来；创新，明所往。我们要为传统医药非遗搭建好平台，坚持创新，推动传统医药非遗创造性转化和创新性发展。要进一步开展传统医药非遗保护、传承与传播工作，提高传统医药非遗的传承水平，让更多民众走近传统医药非遗、体验传统医药非遗文化。充分发挥传统医药非遗在健康中国、文化强国建设中的独特优势和作用，满足人民日益增长的康养需求，增强民众文化自信，增强中华民族的凝聚力，为全面推进中华民族伟大复兴贡献智慧和力量。

[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



北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司  
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