

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2024年第48期

(2024.11.25-2024.12.01)

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。)

### · 医药专栏 ·

▶ [2024 年版国家医保药品目录出炉，新增 91 种药品](#) (来源：人民日报) ——第 6 页

【提要】国家医保局、人力资源社会保障部 27 日印发通知，公布《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2024 年)》(以下简称“目录”)。在今年的调整中，有 91 种药品新增进入国家医保药品目录，药品总数增至 3159 种，目录自 2025 年 1 月 1 日起实施。91 种药品中，有 89 种以谈判/竞价方式纳入，2 种国家集采中选药品直接纳入，同时 43 种临床已被替代或长期未生产供应的药品被调出。叠加谈判降价和医保报销因素，预计 2025 年将为患者减负超 500 亿元。

▶ [医保目录连续 7 年更新有哪些亮点](#) (来源：中国青年报) ——第 1 1 页

【提要】2024 年国家医保药品目录公布，共新增 91 种药品。同时，调出 43 种临床已替代或长期未生产供应的药品。调整后，目录内药品总数将增至 3159 种，其中西药 1765 种、中成药 1394 种，肿瘤、慢性病、罕见病、儿童用药等领域的保障水平得到明显提升。自 2018 年以来，国家医保局已连续 7 年开展医保药品目录调整，老百姓的

用药可及性大大提高。

### • 分析解读 •

▶ [我国家用医疗器械市场发展现状分析](#)（来源：高端医械院）——第 15 页

【提要】随着心血管疾病、糖尿病等慢性疾病患病率上升和人口老龄化发展，慢性疾病监控和日常健康管理需求不断增加；监测与诊疗场景也逐步从医院端延伸向家庭端，带动了家用医疗器械市场的快速发展。此外，即时检测(POCT)与智能化技术的发展也不断推动传统家用医疗器械升级创新。目前，我国家用医疗器械市场呈现产业集聚、产品多元的发展态势。

▶ [改革完善基层药品联动管理机制有哪些着力点？](#)（来源：中国卫生杂志）——第 19 页

【提要】如其他民生领域一样，发展不平衡不充分的现象同样体现在药品供应保障领域。基层用药是构建高质量药品供应保障新格局、推进紧密型医联体建设、促进分级诊疗体系建设的重要组成部分。

### • 医院管理 •

▶ [公立医院发展路径研究现状](#)（来源：健康界）——第 25 页

【提要】公立医院发展路径研究，目的在于提高医院运行效率、充分发挥医院功能、构建和谐医患关系，通过公立医院自身的努力，营造

良好的内外发展环境，实现公立医院全面、协调、可持续的健康发展。

▶ [关注医院药品结余 | 结余药品资金使用，这条路走通了](#)（来源：中国卫生杂志）——第 54 页

【提要】药品结余是各家医疗机构难以避免的事实，因结余药品产生的资金该给一条怎样合理合法的出路，同样是医疗机构面临的难题。本报记者近日就结余药品资金使用途径的话题采访了相关专业人士，介绍其中的经验与困惑。

### • 专家观点 •

▶ [哈尔滨：以数字化技术提升卫生健康行业治理水平](#)（来源：中国卫生杂志）——第 60 页

【提要】作为黑龙江省省会、副省级城市，哈尔滨市的医疗机构数量较多，医疗资源分布相对集中，在医疗技术、设备和人才方面具有较强的实力。如何更有效地配置这些医疗资源，确保优质资源得到高效利用，已成为卫生健康行政部门迫切需要解决的问题。随着医疗资源的不断扩充，传统的管理模式已无法适应资源配置优化的需求。为此，哈尔滨市着手提升卫生健康信息化水平，通过引入数字化管理技术来提高行业治理能力，并取得显著成效。

▶ [李昂：加强区域联动，让检查检验结果互认辐射京津冀](#)（来源：北京日报）——第 66 页

【提要】在 11 月 27 日国家卫生健康委召开的新闻发布会上，北京市



卫生健康委副主任李昂介绍了北京市推进检查检验结果互认的做法和经验。如何推进检验检查结果互认工作?李昂介绍,一是加强区域联动。二是加强医疗质量管理。三是加强信息化建设,促进线上互认。

### • 中医药服务 •

▶ [进一步全面深化改革 推动中医药传承创新发展](#) (来源: 中国中医药报) ——第 69 页

【提要】北京市以服务首都“四个中心”功能建设和提高“四个服务”水平为统领,推动中医药事业产业融合发展,在全面推进“健康北京”建设中实现首都中医药全方位、创新性、高质量发展。

▶ [中医: 中伊文化交流的重要载体](#) (来源: 中国中医药报) ——第 82 页

【提要】今年是“一带一路”倡议提出的第 11 年。很多人都在思考一些问题,例如“一带一路”倡议对古丝绸之路沿线的国家有何意义?“一带一路”倡议的思想源头和历史背景是什么?哪些历史文化载体可以支撑“一带一路”倡议?这些问题无疑都是需要进行专门研究的重大课题,难以简单加以概括。但文化交流无疑需要寻找一些合适的载体,作为一名中国高校的伊朗籍教师,在研究中伊文化交流的过程中深刻地感受到,中医是中伊文化交流的见证,也是文化交流的重要载体。

## -----本期内容-----

### · 医药专栏 ·

#### 2024 年版国家医保药品目录出炉，新增 91 种药品

来源：人民日报

国家医保局、人力资源社会保障部 27 日印发通知，公布《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2024 年)》(以下简称“目录”)。在今年的调整中，有 91 种药品新增进入国家医保药品目录，药品总数增至 3159 种，目录自 2025 年 1 月 1 日起实施。91 种药品中，有 89 种以谈判/竞价方式纳入，2 种国家集采中选药品直接纳入，同时 43 种临床已被替代或长期未生产供应的药品被调出。叠加谈判降价和医保报销因素，预计 2025 年将为患者减负超 500 亿元。

目录调整遵循哪些原则?患者何时能用上新增的新药好药?28 日，国家医保局召开新闻发布会，就相关情况进行了说明。

#### 7 年累计将 835 种药品新增进入目录

国家医保局自成立以来，已连续 7 年开展药品目录调整工作，累计将 835 种药品新增进入国家医保药品目录，其中谈判新增 530 种、竞价新增 38 种。同时 438 种疗效不确切或易滥用、临床已被淘汰、长期未生产供应且可被其他品种替代的药品被调出目录。截至 2024 年 10 月底，医保基金为协议期内谈判药品支付累计超过 3500 亿元，

惠及患者 8.3 亿人次。

由于目录关乎新一年哪些药品可以报销，从申报、谈判到发布，目录调整工作的每个节点都备受关注。一方面，参保人期待更多价格适宜的新药好药纳入目录可以报销；另一方面，随着医疗资源供给的不断丰富、新药耗新技术的不断出现，以及老龄化、城镇化等因素的叠加影响，医保基金平稳运行面临不小的压力。

“坚持目录动态调整，及时把新药好药纳入目录范围，是医保部门坚持‘以人民为中心’思想的重要体现。”国家医保局医药服务管理司司长黄心宇告诉记者，调整过程把确保基金安全作为底线，平衡好短期获益和长远保障之间的关系。在评审阶段，组织专家对临床价值不高、纳入目录必要性不强的药品从严把握，防止“浑水摸鱼”；对部分已在目录内但费用偏高、基金支出量大、市场环境发生重大变化的品种进行再谈判，进一步降低价格，减轻患者和基金负担。在谈判底价测算阶段，研究确定合理的基金预算并将其作为目录调整的“硬约束”，对费用高、基金支出大的品种适当提高降幅，体现“以量换价”。

截至 2024 年 10 月底，医保谈判新增药品协议期内销售超 5100 亿元，医保基金支出超 3500 亿元，如此大规模的资金主要是在原有支出结构中进行优化调整，没有大幅增加群众缴费负担。如何做到这一点？

国家医保局医保中心副主任王国栋表示，一方面靠科学合理的测算，通过谈判准入确保药品“质价相符”“物有所值”，另一方面靠医保部门近年来的系统治理，针对存量支出结构优化调整。

“经过 7 年持续更新和完善，已初步形成了符合国情、与国际接轨、系统科学的医保谈判底价测算技术和方法。”目录调整药物经济学专家组组长陈文说。

### **“全球新”的创新药有 38 种，创历年新高**

在不显著增加基金支出的前提下，将更多填补目录保障短板或者提升疗效的品种纳入目录，能够提升保障水平，更好满足广大参保人对新药好药的期待和向往。7 轮调整，累计将 149 种创新药纳入医保目录。

每年目录调整期，都成为创新药的高光时刻。本土创新药企业康方生物的抗肿瘤双特异性抗体新药、迪哲医药新型肺癌靶向药、信达生物的降血脂原研药等，受到各方关注。

黄心宇介绍，国家医保局持续深化医保药品目录管理改革，在坚持保基本的基础上，以前所未有的力度支持创新药发展。“总体来看，在基金可承受的前提下，本次调整后目录保障水平进一步提升，将取得良好的社会效益。”他说，今年目录调整范围以新药为主，新增的 91 种药品中有 90 种为 5 年内新上市品种。目录调整将包括 1 类化药、1 类治疗用生物制品、1 类和 3 类中成药在内的“全球新”作为重点



支持对象，确保“好钢用在刀刃上”。新增 91 种药品中，38 种是“全球新”的创新药，无论是比例还是绝对数量都创历年新高。在谈判阶段，创新药的谈判成功率超过 90%，较总体成功率高 16 个百分点。

“近年来，我国医药创新蓬勃发展，在完全公平竞争的前提下，新增药品中，国内企业的有 65 种，占比超 70%，并且呈逐年上升之势，反映出我国医药创新持续发展和进步。”黄心宇表示，本次目录调整，在肿瘤、糖尿病、精神、抗感染等领域，都有疗效更佳、依从性更好的药品被纳入目录，保证了价格和费用基本相当。

今年目录调整中，一款重性精神病治疗用药让人印象深刻。一针可维持半年有效，与目录内原有每月注射一次的药品相比，能够大大提升患者依从性、减轻医疗体系负担，今年谈判纳入后疗程费用较原有月制剂低 30% 以上，实现了“提质不提价”。

测算的成果凝结成谈判时的“信封价”。在这个环节，如何体现对创新的支持？陈文表示，2024 年优化与完善测算技术和方法，从安全性、有效性、创新性、公平性等方面，对药品临床价值进行评估，以“患者健康获益”为核心对创新价值进行量化和分级，进一步诠释了“创新价值”与“理性价格”的有机结合，最终实现“支持真创新、真支持创新”的目标。陈文说：“测算时，针对创新程度高、患者获益大的药品会给予更高的经济性阈值。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。”

## 多措并举，让利好政策尽快落地见效

落地是决定目录调整工作成效的“最后一公里”，也是服务群众的“最后一公里”。与往年相比，今年《关于印发〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2024年)〉的通知》用较多篇幅对配备使用、新药推介、管理监督等提出了要求。比如指导定点医疗机构及时召开药事会、进一步强化“双通道”管理等，以确保目录真正落地见效，更好满足患者合理需求。通知还要求积极支持“惠民保”等商业健康保险根据目录设计新产品或者更新赔付范围，与基本医保补充结合，切实减轻患者医疗费用负担。

王国栋表示，目前距离正式实施还有1个多月时间。国家医保局将指导各地医保部门抓紧做好支付政策调整、药品采购平台挂网、信息系统改造、建立完善“医保药品云平台”等工作，指导和督促定点医药机构加强新增药品的配备，让目录调整的利好政策尽快落地见效，让参保群众尽快用上纳入目录的好药新药。

值得关注的是，今年有一种协议期内谈判药品因为没有供货调出医保目录。发布会上，王国栋提醒、呼吁相关药品企业积极配合医保部门，共同做好药品的供应保障。他表示，今年国家医保局完善了谈判协议，全部谈判药品应于2025年1月1日前完成在全国各省级药品集中采购平台的挂网，对谈判药品在定点医疗机构或定点零售药店的配备也提出了最低数量要求，相关企业应当建立药品调配机制，及

时响应患者用药需求。

此外，本次目录调整中还有个别谈判药品被调出，为保障用药连续性，通知提出给予其 6 个月的过渡期，2025 年 6 月底前医保基金可按原支付标准继续支付，过渡期内各统筹地区要采取有效措施做好衔接，指导定点医疗机构及时替换。

黄心宇表示，未来将进一步强化目录药品配备和供应情况监测，确保药品可及性得到提升。国家医保局还要求企业在目录落地前全部落实药品追溯码，实现全程可追溯，为加强监管、维护基金安全打好基础。

[返回目录](#)

## 医保目录连续 7 年更新有哪些亮点

来源：中国青年报

2024 年国家医保药品目录今天公布，共新增 91 种药品。同时，调出 43 种临床已替代或长期未生产供应的药品。

调整后，目录内药品总数将增至 3159 种，其中西药 1765 种、中成药 1394 种，肿瘤、慢性病、罕见病、儿童用药等领域的保障水平得到明显提升。

自 2018 年以来，国家医保局已连续 7 年开展医保药品目录调整，老百姓的用药可及性大大提高。

**真金白银支持创新药发展**

“今年目录调整范围以新药为主，新增的 91 种药品中有 90 种为 5 年内新上市品种。”在国家医保局今天召开的新闻发布会上，国家医保局医药管理司司长黄心宇说，“我们将包括 1 类化药(化学药品)、1 类治疗用生物制品、1 类和 3 类中成药在内的‘全球新’作为重点支持对象。新增 91 种药品中，38 种是‘全球新’创新药，无论是比例还是绝对数量都创历年新高。”

记者从发布会上获悉，经过 7 轮调整，累计将 149 种创新药纳入医保目录。监测表明，截至 2024 年 10 月，医保基金对协议期内药品支付累计超 3500 亿元，带动相关销售超过 5100 亿元。今年前 10 月医保基金对协议期内谈判药品支付约 920 亿元，按相同周期计算，是 2019 年的 21 倍。“可以说医保基金是‘真金白银’地支持创新药发展。”黄心宇说。

国家医保局对创新药的扶持还体现在对行业环境的净化。“过去我国医药企业‘重销售、轻研发’的现象非常突出，影响整体创新实力、行业健康发展，造成医患矛盾。”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在回答中青报·中青网记者提问时介绍，国家医保局成立以来，以目录准入谈判、集中带量采购为抓手，推动降低虚高药价，引领医药行业走上创新发展之路。有研究表明，自 2018 年至 2023 年，我国医药上市企业销售费用占比从 17%降至 13.7%，研发费用占比从 1.8%增至 4.7%，呈现逐年上升的

良好势头。

### 患者获益高的药品更容易进入谈判

底价测算是决定药品谈判结果的关键因素，陈文介绍，底价测算时，针对创新程度高、患者获益大的药品会给予更高的经济性阈值。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。

今年谈判成功了某款重型精神病治疗用药。该药物一针可维持半年有效，与目录内原有每月注射一次的药品相比，能够大大提升患者依从性、减轻医疗体系负担，谈判纳入目录后疗程费用较原有月制剂低 30%以上。

谈判过程中的底价测算通过建立“以患者健康获益”为核心的多维价值评估体系，引导医药行业瞄准真创新，努力创造更高的临床价值，树立了支持创新的鲜明导向。

据监测数据，医保基金为协议期内谈判药品支付累计已超过 3500 亿元，惠及患者 8.3 亿人次，为患者减负超 8800 亿元。

### 医保基金“每一分钱都花在刀刃上”

“在对新药如此大规模资金支出的同时确保基金安全，一方面是靠科学合理的测算，通过谈判准入确保药品‘质价相符’‘物有所值’；另一方面靠的是医保部门近年来的深化改革和系统治理，针对存量支出结构优化调整，在降低参保群众负担的同时，确保了基金安全。”



国家医保局医保中心副主任王国栋说。

初步匡算，近年来国家推行的药品耗材集中带量采购为新药耗、新技术的准入以及医疗服务价格调整腾出了超 5000 亿元的医保基金空间。同时，通过强化基金监管、支付方式改革等措施，不断加强支付管理。王国栋表示，力争医保基金“每一分钱都花在刀刃上”。

此外，7 年来，共调出 438 种疗效不确切或易滥用、临床已被淘汰、长期未生产供应且可被其他品种替代的药品。

### **更注重医保目录的落地工作**

今年《关于印发国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2024 年)的通知》(以下简称《通知》)除了部署新版目录执行外，对配备使用、新药推介、管理监督等提出了要求，以确保目录真正落地见效。

《通知》明确，定点医疗机构原则上应于 2025 年 2 月底前召开药事会，根据《2024 年药品目录》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。

《通知》还要求，各省(区、市)医保部门应建立目录内药品配备情况监测机制，以《2024 年药品目录》为基础，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。对于临床价值不高，长期没有生产、使用，无法保障有效供应的药品，在今后目录调整中重点考虑调出。

[返回目录](#)

## • 分析解读 •

### 我国家用医疗器械市场发展现状分析

来源：高端医械院

随着心血管疾病、糖尿病等慢性疾病患病率上升和人口老龄化发展，慢性疾病监控和日常健康管理需求不断增加；监测与诊疗场景也逐步从医院端延伸向家庭端，带动了家用医疗器械市场的快速发展。此外，即时检测(POCT)与智能化技术的发展也不断推动传统家用医疗器械升级创新。目前，我国家用医疗器械市场呈现产业集聚、产品多元的发展态势。

#### 家用医疗器械产品——

#### 国产产品居多，以第一类和第二类医疗器械为主

根据美国食品药品监督管理局(FDA)指导文件的定义，家用医疗器械主要是指标明为在专业医疗场所之外的任何环境中使用的医疗器械。基于上述定义和 2023 年国家药监局发布的新版《医疗器械分类目录》，家用医疗器械在我国涉及“医用诊察和监护器械”“呼吸、麻醉和急救器械”“物理治疗器械”“注射、护理和防护器械”“患者承载器械

"眼科器械""妇产科、辅助生殖和避孕器械""医用康复器械""中医器械""临床检验器械""体外诊断试剂"等 11 个产品大类。

按照使用功能分类，家用医疗器械可分为治疗类，如远红外线治疗仪、磁疗仪、理疗仪、中频治疗仪等；检测类，如血压检测仪、血糖检测仪、电子体温计、听诊器等；康复类，如家用制氧机、颈椎腰椎牵引器、矫形器等。

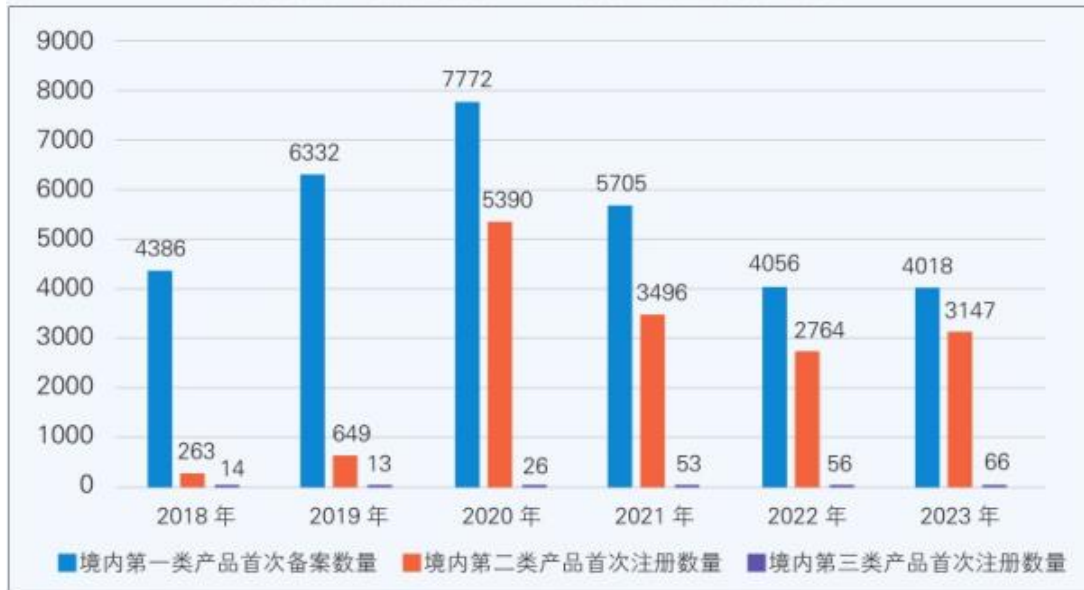
根据国家药监局医疗器械注册、备案信息统计(下同)显示，截至今年 7 月，我国已注册/备案家用医疗器械产品共计 66336 件，其中进口产品 1605 件、国产产品 64731 件。

从产品分类上看，第三类医疗器械 1168 件、第二类医疗器械 22602 件、第一类医疗器械 42566 件；涉及的 11 类医疗器械分类目录产品中，最多的是注输、护理和防护器械，共计 29795 件，占比 44.92%；其次是物理治疗器械、医用康复器械，分别为 18885 件(28.47%)、7709 件(11.62%)。

从使用功能方面看，主要为康复类器械及治疗类器械。

统计数据显示，境内家用医疗器械新增注册及备案数量在 2019 年和 2020 年均有较大提升，2021 年开始有所回落，2023 年相较于 2022 年又出现小幅增长。其中，2020 年受新冠疫情影响，家用医疗器械产品需求快速增长，境内第二类家用医疗器械产品首次注册数量大幅增长，达到 5390 件，同比增长 730.5%。(详见图)

图 2018—2023 年境内家用医疗器械新增注册 / 备案产品数量(单位:件)



数据来源:新型生物材料与高端医疗器械广东研究院数据中心,根据国家药监局医疗器械注册、备案信息统计

相比于第一类和第二类家用医疗器械,第三类家用医疗器械产品数量较少,但维持了较高的增长速度。2020年,境内第三类家用医疗器械产品首次注册数量为26件,同比增长100%;2021年同比增长103.85%,达到了53件。境内第三类医疗器械首次注册数量自2021年突破50件后,近两年一直维持在60件左右的水平。

### 家用医疗器械生产企业一

呈现聚集发展特征,主要分布在珠三角、京津冀、长三角等地区。相关统计显示,截至今年7月,境内家用医疗器械生产企业共计4684家,整体呈现出珠三角、京津冀环渤海、长三角地区产业聚集发展特征。其中,广东、山东、江苏、浙江四个省份家用医疗器械生产企业数量位列前四,合计占比超50%。

广东省家用医疗器械生产企业数量最多,达 1152 家,占比 24.59%;京津冀环渤海地区相关五个省份(北京、天津、河北、山东、辽宁),共有家用医疗器械生产企业 1077 家,占比 22.99%;长三角地区共计 995 家,占比 21.24%,三大区域占比超 68%,与我国医疗器械三大产业聚集区特征相符。

在企业数量方面,我国家用医疗器械企业新增数量在新冠疫情发生前整体呈现稳步增长趋势:2010-2013 年,每年境内家用医疗器械生产企业新增近 120 家;2014-2015 年每年新增数量突破 210 家;2016-2019 年每年新增数量突破 310 家。受新冠疫情影响,2020 年新增企业数量呈爆发式增长,达 856 家,同比增长 139.78%。其中,有 581 家企业生产产品类型主要为注输、护理和防护器械,占 2020 年新增企业数量的 67.87%;生产产品中外科口罩类产品占比高达 81.7%。2021 年起,家用医疗器械新增企业数量快速下降至 253 家;2023 年则降至 103 家。2023 年境内新增家用医疗器械生产企业中,生产产品类型 of 注输、护理和防护器械的有 27 家,占比 26.21%;产品类型 of 物理治疗器械的有 25 家,占比 24.27%;产品类型 of 医用康复器械及中医器械的各 23 家,分别占比 22.33%。

未来,在人口老龄化加快、社会消费水平提高、公众医疗保健意识逐渐增强、慢性疾病监控和日常健康管理需求增加等多重因素的驱动下,我国家用医疗器械生产企业数量、产品数量、市场规模预期将



保持长期稳定增长。

受市场需求和产业链完善程度影响，预计未来家用医疗器械生产产业的聚集发展特点将进一步放大。长三角、粤港澳大湾区、京津冀环渤海三大区域将在当地行业资源、创新能力支持下继续保持领先发展态势。

在监管方面，未来家用医疗器械监管仍会有序强化。建议注册人、生产企业切实履行产品质量安全主体责任，全面加强产品全生命周期质量管理，确保上市产品安全有效。

[返回目录](#)

### 改革完善基层药品联动管理机制有哪些着力点？

来源：中国卫生杂志

如其他民生领域一样，发展不平衡不充分的现象同样体现在药品供应保障领域。基层用药是构建高质量药品供应保障新格局、推进紧密型医联体(含紧密型县域医共体和紧密型城市医疗集团，下同)建设、促进分级诊疗体系建设的重要组成部分。2024年11月14日，国家卫生健康委等6部门联合印发《关于改革完善基层药品联动管理机制 扩大基层药品种类的意见》(以下简称《意见》)，从规范和优化基层用药种类、建立健全基层药品联动配备使用机制、完善基层药品集中供应配送机制、健全基层药品短缺预警处置机制等方面推出多项改革举措，为各地因地制宜推进高质量药品供应和药学服务下沉

提供了原则、方法和路径。

### 近期看，聚焦群众可感可及是各地改革的突破口

首先，推动紧密型医联体调整用药目录并建立动态优化机制，是当务之急。

长期以来，基层医疗卫生机构药品配备种类少，上级医院开具的药品在基层可及性差，上下转诊用药衔接不畅等，影响着群众在基层就医的获得感，造成这一现象的主要原因在于基层机构和上级医院用药目录差异较大、离散度较高。为此，《意见》从省、市、县级卫生健康委和紧密型医联体两个层面，部署了统一用药目录工作。

从省、市级卫生健康委层面看，应注重把握大的方向，组织开展基层医疗卫生机构用药需求评估，指导县级卫生健康行政部门和紧密型医联体牵头医院等组织制定县域用药遴选和调整规则。目前，河北、山东、重庆等省份已就县域用药遴选和调整规则制定了技术工具，让用药目录的遴选更加科学、同质、可操作。

从紧密型医联体层面看，应充分发挥药事管理委员会的作用，吸纳医联体内不同级别医疗卫生机构药师的意见，让用药目录真正体现各个成员单位的用药需求。当然，各地的发展基础不一样，所以应因地制宜实现上下用药衔接。比如，重庆统一紧密型县域医共体内慢性病上下用药衔接目录，实现“一区县一清单”；目前该市正在3个区县试点扩大目录范围，推动建立医共体内统一的覆盖全病种的用药衔

接目录。对于用药目录到底应该明确到通用名还是商品名，也应按照各地实际情况加以区分。但必须看到，用药目录明确到商品名并非不可实现的事情。例如，山东提出用药目录遴选原则上要明确到具体产品，目前该省开展中心药房建设的 200 余家紧密型县域医共体中，绝大部分的用药目录已经做到了统一到具体产品，并实现了各方利益的逐渐趋同。

需要特别注意的是，各地和各紧密型医联体必须高度重视增加一体化管理村卫生室的用药种类，尤其在高血压、糖尿病、慢阻肺病等用药方面增加好用、管用的化学药品，绝不能 1 个病种只配 1 个品种化学药品或只配中成药，并尽快实现与乡镇用药联动。

其次，建立区域处方集中审核制度，是快速提升基层药学服务能力的有效措施。

基层医疗卫生机构长期存在药学人员数量少、用药知识更新慢、药学服务能力不足等问题，有些机构甚至至今也没有配备专业的药学人员，不仅影响了基层合理用药水平，也导致基层对于一些适用药品不敢用、不敢配。近几年，国家和各地花大力气培养了大量的专业药学人员，但多集中于二级及以上医疗机构，基层药学人员短缺现象仍未得到有效缓解。

专业人才的培养需要周期，药学人员还需要经过大量实践的磨炼。短期内，依靠基层自主“造血”培养药学人员或者上级医院“输

血”进行药学帮扶，很难达到完成改革任务所需要的人员数量和质量。而诸如审方中心等信息化产品，恰恰能够弥补时间造成的遗憾，依托科技的力量快速提升基层药学服务能力。就实践经验而言，江苏东台、山东滨州、四川成都等地已经组织建立了区域审方中心，通过“基层医师开处方，县级医院药师来把关”，显著提高基层处方合格率；并通过建立常态化处方点评制度，持续提升基层药学人员和医务人员的合理用药水平。

然而，审方中心必须依靠真金白银的投入。记者了解的山东、四川、湖南几家紧密型县域医共体审方中心，初期投入都在 200 万元左右，资金来源包括当地财政部门、医共体牵头医院以及医保部门等。

为此，对于具备条件的地方，当然鼓励其建立审方中心，通过系统实体化的运行、牵头医院对成员单位药师的以培代训，借助“外脑”提升自身药学服务能力。对于不具备条件的地方，则鼓励其先建立区域处方集中审核制度，在明确处方前置审核规则并动态优化的前提下，从局部抽审逐步过渡到全量审核，从机制化措施逐步过渡到实体运行中心。

需要提醒的是，各地对于区域处方集中审核的结果必须加以梳理、总结、分析和应用，将其作为提升基层药学人员和医务人员合理用药水平、实施基层药学人员和医务人员专项培训的重要依据，针对性地提升基层药学服务能力。

再次,解决偏远地区药品配送难题、打通服务群众“最后一公里”,是当前必须啃下的“硬骨头”。

偏远地区药品之所以配送难,一是因为基层医疗卫生机构数量多、分布散、药品用量少、配送成本高;二是因为配送费用和采购价格、采购数量挂钩,在药品集中采购不断降低药品采购价格的同时,也降低了生产企业支付给经营企业的配送费用。各种因素叠加下,“油钱比药费还贵”,偏远地区基层药品供应不稳定、断供的现象时有发生。在市场机制失灵的情况下,必须依靠政府的制度优势加以解决。

《意见》提出,鼓励依托紧密型县域医共体建设县域中心药房(共享中药房),优化偏远地区药品配送方式,提高配送效率,降低供应成本。确实,山东、安徽、江苏等地中心药房的建设在发挥采购联盟效用、以医共体整体采购用量为“筹码”获得区域内统一打包配送承诺、提升配送效率等方面,取得了很大的成效。但是,在广西、云南、青海等地,可能县域医疗卫生机构的整体采购用量还不足以吸引配送企业,又或者配送企业也总有原因推脱不去送药。这个时候,寻求政府的支持成为最可靠的方法。据了解,中国邮政公司等有意向为基层提供配药服务,确有需要的地方不妨通过这一途径破解难题,切实打通服务群众“最后一公里”。

### **远期看,建立健全长效机制是实现高质量发展的基础保障**

党的二十届三中全会强调“推进紧密型医联体建设,强化基层医



疗卫生服务”，2024 年《政府工作报告》提出“扩大基层医疗卫生机构慢性病、常见病用药种类”，国家卫生健康委等 10 部门《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》要求紧密型县域医共体内实行统一用药目录、统一采购配送。

改革完善基层药品联动管理机制、扩大基层药品种类，根本目的就在于强化基层医疗卫生服务、推进分级诊疗体系建设、实现“日常疾病在基层解决”。因此，各地必须将这一工作与紧密型医联体建设、分级诊疗体系建设等的整体布局相协同，外部联合医保、工信、药监等部门，内部强化职能统筹，合力推进相关事项实施，畅通城乡、县乡之间用药衔接渠道，不断提升基层药品配备和使用能力。尤其应争取医保部门更多的支持，在实施紧密型医联体打包付费、完善药品集采和配送规则、提高基层用药报销比例、增加药学服务收费项目等方面，实现更大的突破。

上海对基层配备使用的医保目录内的乙类药品参照甲类药品支付，将延伸处方使用情况纳入医保部门对社区卫生服务中心医保额度超支补偿的核定因素；福建三明对已确诊的高血压、糖尿病、严重精神疾病、慢阻肺病、支气管哮喘、脑卒中及后遗症等六类慢性病患者在基层就诊的，提供 39 种基本药物干预保障，且医保基金全额报销……这些都是已有的积极实践。未来，各地可根据当地疾病谱、临床用药需求、医保基金结余情况等，探索更多基层用药采供用报联动

管理机制化措施。

综上，此次发布的《意见》作为今后一段时间基层用药领域政策的“集大成者”，将引领各地充分发挥体制机制优势解决基层用药难题，为补齐高质量药品供应保障新格局的基层短板、推进分级诊疗体系建设贡献更多的经验智慧，为中国式现代化奠定扎实的健康根基。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 公立医院发展路径研究现状

来源：健康界

发展路径是以发展战略为主导的措施、方法、技术、制度等的总称(陈绍福等，2003)。公立医院发展路径研究，目的在于提高医院运行效率、充分发挥医院功能、构建和谐医患关系，通过公立医院自身的努力，营造良好的内外发展环境，实现公立医院全面、协调、可持续的健康发展。

近年来，特别是2005年“医改不成功”报告出台、卫生部“医院管理年活动”开展以来，理论界、医院管理界对此进行了大量的研究和探索，也取得了许多成果。但，遗憾的是，这些成果并未能对公立医院的健康发展产生预期的推动和促进作用。这一点，也正是在公立医院发展研究方面应该特别反思之处。

经过文献检索、实地考察发现，公立医院发展路径研究的成果，主要涉及以下几个方面：

- 一是治理结构研究，主要有产权改革和管理体制、机制改革；
- 二是质量、安全管理研究，包括管理评价、管理标准和方法等；
- 三是服务创新研究，主要有服务模式、服务流程创新；
- 四是经济管理研究，主要有计费方式、成本管理研究；
- 五是人力资源管理研究，包括用人、分配和绩效考核；
- 六是管理技术研究；
- 七是医院文化建设研究。

下面，笔者将据相关文献予以简要评述。

## 1、公立医院治理结构研究

医院治理结构是有关医院控制权和剩余索取权分配的一整套法律、文化和制度安排，这些制度能够在医院的各个层面上发挥作用，从而对医院职工的积极性进行调整，对医院各个利益主体产生有效约束(许树强，何晋予，2003)。

在社会主义计划经济制度向市场经济制度的转轨时期，由于权力在政府和市场间的重新配置，导致了医药卫生体制的根本变革，必然引起医院治理模式的变革。在2002年的全国卫生工作会议上，卫生部表示将就“公立医院谁来办”的问题进行试点。一时间，如何配置医院的控制权，设计出有效率的医院法人治理结构模式，成为我国各

级医院体制改革的一个热点问题。

几年来，关于公立医院治理结构变革的研究和探索，主要集中在两个方面：一是“管办分离”，特别是产权改革；二是内部运行机制改革。实际运作中，管办分离和产权改革必然或多或少涉及内部运行机制改革。

然而，仅从医院治理结构入手，就能解决公立医院存在的公益性淡化、运行效率低下、医患矛盾突出等问题吗？笔者认为是不尽然的，甚至可能南辕北辙。赵亮等人研究产权改革对广东公立医院的影响发现，产权改革并不能解决国有医院运行效率低下的问题。有研究者认为产权制度改革是公立医院改革的前提和基础，这一观点笔者更是不敢苟同。从苏州、北京、上海、无锡、潍坊、江苏宿迁来看，单纯治理结构的变革，对公立医院健康发展的作用是非常有限的。进行产权制度改革，实际上是引入外力而加强了对医院的监管，有助于其决策和运行效率的提高，但其弊病也是显而易见的：不完全的产权改革强化了院长的责任和作用，难免增加了任用的风险；完全的产权改革，引进了多种经济成分，难免加重逐利化倾向。运行机制的改革，必然提高运行效率，但如果管理评价的导向不正确，则结果必然是加重对患者利益的伤害。有鉴于此，周丹在考察我国公立医院、西方企业化医院之后，借鉴企业治理结构的模式，提出公立医院治理结构模式由两个方面构成：一是股东大会、董事会、医院院长、监事会、职

工代表大会、医院党组织构成的内部监控机制；二是事业单位国有资产管理委员会、事业单位国家监事会，并且遵循缩短委托代理链原则，构成的外部监控机制。冯占春、熊占路撰文，将利益相关者理论引入公立医院治理结构改革，认为政府(包括相关部门)、医疗保险机构、患者、医院职工、医师协会等均是公立医院利益相关者，应该让他们都来参与公立医院的治理，以实现公立医院内外部的制衡，提高长远绩效，保证社会责任的实现(冯占春，熊占路，2007)。对于以上两种观点，笔者认为，其基本思路与当前关于管办分离和产权改革模式一致，虽有一定的启发意义，但理论探讨的价值远高于其实际操作的意义。

## 2、质量安全管理研究

质量是安全的保证，安全是质量的基础，质量与安全是一对孪生兄弟。质量和安全管理是医院永恒的主题，也是医院管理的热点和焦点。笔者在百度搜索“医院质量管理”，0.006秒即检索到相关信息470万条。

根据刘智勇等人的研究，近几年医疗服务质量管理研究的重点和热点主要集中于评价研究(包括病人满意度)、质量管理标准和方法等方面(刘智勇等，2007)。

在评价研究方面，现有文献主要是对评价指标体系、评价方式方法的研究探讨，以及评价经验的总结。国内医疗机构在质量评价方面



主要使用的方式有医院评审、综合评价、满意度评价等。目前，医疗质量综合评价是应用最广泛的质量评价方法，也是研究比较成熟的方法。在这一领域比较成功的例子有由第二军医大学建立的军队医院综合质量评价体系。顾客满意度(customer satisfaction index, CSI)是指医疗服务达到顾客期望值的程度，是衡量医疗服务质量的重要指标，能较为客观地反映医疗服务质量的好坏，已成为近年来研究的重点之一。最新的研究是将系统理论和模糊数学引入顾客满意度评价中，把满意度评价与综合评价结合起来。

在管理标准和方法方面，根据文献检索，医疗服务质量管理方面研究最多的管理标准和方法是PDCA循环、ISO 9000族标准以及JCI国际医院认证标准、六西格玛管理。戴明循环即PDCA循环的流程是P计划-D实施-C检查-A处理，其中“A处理”阶段是关键(李景娇，2007)。导入PDCA循环可以促进医院质量管理逐步达到制度化、规范化、标准化，同时提高医院医疗服务质量水平和管理效率。ISO 9000族标准与JCI国际认证标准均属管理体系的基础质量标准。ISO 9000族标准是近几年国内医疗服务质量管理研究比较成熟且比较重要的国际标准之一，但在某些科室应用还不成熟，有待进一步研究。相比之下，JCI国际医院认证标准则还处于起步阶段。ISO 9000族标准与JCI国际医院认证标准的落脚点都是质量和效益，但是两者在关注的侧重点、“产品”的内涵以及行业特征的突出性等方面都有所不同。

关于六西格玛管理，目前没有统一的定义。六西格玛管理不是单纯地将企业管理技术方法引用到医院管理中，而是一种全新的医院管理模式。它不是一种事后弥补的管理方法，而是一种前瞻性的管理方法，寻找潜在的、可能的问题预先处理，将问题扼杀于萌芽状态。

除了上述了管理标准和模式之外，近几年研究较多的还有医疗质量“零缺陷”管理模式，主要涉及了护理、手术科室以及医患关系等方面。有些医院还应用了一些具有自身特色的管理模式，比如以主治医师(或科主任)负责制为核心的医疗服务质量管理模式，强调基层管理；或是院长带头查房来提高医疗服务质量，等等。

以上论述，对近年医院服务质量管理研究的现状，做了一个概括性的描述。由此，可对未来医疗服务质量管理进行一个初步展望，医疗服务质量管理的研究方向可能会是：开展医疗质量实时监控，将终末质量评价与环节质量控制有效地结合；拓展医疗服务质量管理的内涵，重视以病人为中心的生物学—心理—社会医学模式，从而在多方面提高病人的满意度；通过 ISO 9000 质量体系认证，引进 JCI 国际医院认证标准，使医院管理趋于标准化；在强调全面质量基础上，坚持持续质量改进，更好的发展临床路径等利用全面质量管理的方法；推进医院质量管理手段的网络化，将现代化、信息化技术更多地引入管理之中，从而提高医院的医疗服务质量和竞争力。

医疗安全与医院质量密不可分。但随着形势的发展和研究的深

入，特别是近年来医疗安全管理也有了越来越明确的研究范畴。医院管理界一般将医疗安全管理的研究范畴分为以下几个方面：病人权利、医疗纠纷、医疗事故、医疗安全防范等。由于我国医疗法制体系不够完善，患者自我保护意识不断增强，再加上一些经济社会因素的影响，医患纠纷有明显增加的趋势，医患关系呈现紧张状态，“医闹”现象愈演愈烈，医疗职业环境恶化。中国医院协会适应新形势出台了《CHA2007 年患者安全目标暨主要措施》。其中，安全目标 87 条，安全措施 28 项，可以说是近年医院管理界在医疗安全管理研究方面的最新成果(中国医院协会，2007)。

在各方的共同关注和努力下，医疗质量、安全管理研究成果层出不穷，但问题也不容忽视：管理运行形式化，质量管理体系缺失，以质量认证体系来代替质量管理体系，新观念、新标准不断出台而落实不够。“质量无须惊人之举”，关键在于落实。我国医院质量、安全管理方面最大的弊端即落实不够，勿庸讳言，质量和安全必然大打折扣。

另一方面，质量、安全管理研究，对于公立医院健康发展的意义有多大呢？根据当前质量、安全管理研究的范畴，如果相关措施全部落实，并均达到理论上所设计的效果，其结果是医务人员服务态度改善，不会主动与病人发生直接冲突；医务人员诊疗行为规范，不会造成病人无谓伤害；医疗费用上涨在一定程度上得到控制，不会出现

明显的不正之风。我们知道，有投入才有产出，医疗质量和安全设施投入的增加，必然增加医院运行成本；医院购买原材料是市场经济，出售产品由国家定价，费用控制的空间也极其有限，而且都会降低医院经营绩效；由于各种综合因素的影响，医务人员尽心服务，不一定就没有医疗纠纷的发生。质量和安全管理的研究，不能有效解决公立医院存在的看病难看病贵、医患矛盾突出、医院绩效低下等问题，可见其对于公立医院健康发展的作用也是极其有限的。

### 3、服务创新研究

医疗服务属于第三产业，医院是服务产品的生产者和提供者，服务是医院工作的全部(舒春明，2002)。改革开放以来，随着市场压力的不断加大，医院对此认识越来越真切，因而在服务创新方面下了极大的功夫。

首先，随着生理-心理-社会医学模式的逐步明晰和确立，医院管理界、理论界在服务观念上实现了极大转变：改革开放初期，医院服务“以疾病为中心”。当时，病人就诊谓之“求医”，医务人员普遍见病不见人，服务态度较为粗暴，病人但求康复，而对于人格尊严、自我保护要求不强。上世纪80年代中后期，随着市场经济的发展，人们的就诊观念发展了很大变化，自我保护意识不断增强，医患纠纷也极大增多，在各方矛盾冲突和各界压力之下，医院服务观念发生转变，提出了“以病人为中心”，要求实现让病人满意。然而，这一时

期,医院考虑更多的还是疾病和与疾病有关的病人要求。十六大以来,中央提出了实现人的全面发展;十六届三中全会又把科学发展观定义为“以人为本,全面协调、可持续”的发展观。与之相适应,医院服务观念进一步完善,提出“以人为本”服务观,“以病人为中心”的诊疗观。在医疗界,以人为本的服务理念要求不仅要以病人为中心,满足病人的康复要求,还要考虑病人作为人的需要,要保护其隐私,尊重其人格和意愿,满足其多样化需要。

思想理念是用来指导人的行为的。随着服务理念的转变,各地进行了积极的探索,原有服务模式也随之发生着变化。在“以疾病为中心”的理念指导下,医院沿用的是座堂行医的服务模式,医生定期出门诊、上病房,门诊病人排队候诊,住院病人定时等候医生查房、护士治疗,医务人员处于主导地位,而病人以被动接受为主。在“以病人为中心”的服务观念指导下,实现了医务人员病人双向互动。如天津实施“病人选医生”模式,将医生的个人情况予以公示,由病人自主选择医。在“以人为本”理念指导下,医患互动更加充分,医院不仅考虑为病人治疗疾病,还尽可能地为病人在医院就诊提供各种便利,满足病人生理、心理、社会方面的需要。如荆门一医、荆门市妇幼保健医院在产科实施了全新模式,根据病房条件、服务项目、诊疗方案不同,确定不同收费标准,任由孕产妇选择,就是这方面的成功尝试。

管理界、理论界针对医患纠纷发生的可能原因,在医疗界倡导医



患沟通，要求对病情、诊断、治疗等方面，要充分尊重病人的知情同意权，作好说明解释工作，充分听取患者的意见，完善医疗过程，实现医患和谐。湖北省 2004 年召开了全省医患沟通现场会，南京王锦帆教授主编《医患沟通学》已列入高等教育“十一五”国家级规划教材。

医院对患者的医疗服务，是有既定流程的，就像工厂的生产线一样，有着固定的规律和要求。医疗服务流程的建立，多由一些硬性的规定所决定，比如医院科室布局、医院工作制度等。决定流程的这些“硬性”规定，取决于医院工作需要、诊治便捷、医院服务理念等因素。卫生部《医院评价指南》在“医院服务”一节，列出了服务流程考核内容，包括：门诊应当提供就诊咨询、导诊以及其他便民服务；服务环境和设施清洁、舒适、温馨，服务标识规范、清楚、醒目；入院与出院、诊断与治疗、转科与转院等连续性服务流程合理、便捷；优化流程，简化环节，挂号、划价、收费、取药、采血等服务窗口的数量、布局合理，缩短患者等候时间；采取有效措施，提高医技科室工作效率，缩短出具检验检、查报告时间；会诊医师按规定及时到位。优化流程，简化环节，已成为近年医院服务创新研究的一个重要内容。

服务创新，在一定程度上改善了医患关系，提高了病人的满意度。但服务创新不可能解决公立医院公益性质淡化问题，不可能解决看病贵问题，也不可能从根本上解决公立医院绩效相对低下的问题。由此

可知，服务创新，对于促进公立医院健康发展的作用，是十分有限的。

#### 4、经济管理研究

经过文献检索，近年关于医院经济管理研究的方面，最主要集中在两个方面：一是计费方式的变革，二是成本管理的加强。

1. 计费方式变革。源于各地卫生行政部门普遍推行医院服务信息公示的压力和医院在市场竞争中的需要，各医院在实际操作中普遍采用了限费或单病种费用包干的措施。限费即对某病种或病例采用下不保底而上封顶的费用结算方式。单病种费用包干，即通过成本核算，选取部分病种，确定医药总费用，医院为病人治好病，病人按包干费用付费。如浙江医院病理研究中心即实施了“按诊断相关病种费用研究”项目。

以上两种措施，其思路基本一致，均改变了当前医院服务按服务项目次计费的模式，避免了医药费用的不合理上升，而单病种包干则更为细致一些，往往同时要制定单病种治疗方案和流程，其做法与临床路径技术有相似之处。然而，这两种措施中费用计算仍非常粗放。

2. 成本管理变革。在成本管理方面，成本核算和投资效益分析是其热点。成本核算始于上世纪 80 年代，其主要目的在于适应社会变革，提高经济效益，同时为医院绩效管理提供依据。各级医院在实际工作中，均以半成本核算开始探索。当前，许多医院已在实施全成本核算。北京同仁医院从 2003 年 1 月即正式实施了全成本核算。医院

成本核算是一项系统而复杂的工程，是医院在经营领域的创新和拓展。许多医院通过成本核算，搞活了内部管理，调动了职工积极性，提高了经济效益，但也不可避免的加剧了医院科室和职工逐利倾向。投资效益分析的关键在于项目投资的可行性研究，即项目投资的必要性、技术设计上的可行性和经济上的合理性。如朝阳医院对磁共振的投资效益分析，就为医院提供了依据。然而，由于近年医院经营方向上的偏差，重经济效益、轻社会效益的现象十分突出，效益评价非常不全面。湖北省人民医院近年不断压缩中医科规模，直至现今撤销中医科病房，就是这种片面投资分析错误指导的结果。

医院是经营单位，必须加强经济管理。同时，医院也是公益性单位，加强经济管理目的应该在于提高资源、资金使用效率，在于节约，而不应该向逐利方向发展。逐利性的经济管理，是不可能实现公立医院健康发展的。

## 5、人力资源管理研究

人力资源是现代社会的时尚管理术语。一般定义上，人力资源的含义是在一定范围内能够作为生产要素投入到社会经济活动中的全部人口的总和。医院的人力资源管理即医院人力资源规划、录用、使用、开发、工资、保障等管理活动和过程的总和。通过文献检索，当前医院人力资源管理研究与探索，其热点有三个方面：一是院长培训，二是人员聘用改革，三是薪酬分配改革。

院长培训兴起于 1990 年代，是管理队伍职业化建设的重要措施，更是提高医院院长素质适应改革发展的需要。笔者本人就参加了 2005 年清华大学继续教育学院在武汉开办的“现代医院高级工商管理研修班”，并担任副班长。2005 年，或许可看作中国院长职业化进程的分水岭。因为 2004 年 4 月底，卫生部下发《卫生部关于贯彻落实〈中共中央国务院关于进一步加强人才工作的决定〉的意见》，对全国卫生人员岗前培训工作做出了诸多硬性规定。《卫生部关于开展卫生管理干部岗位培训的通知》（卫发[2004]114 号）明确卫生部人才交流服务中心开展全国医院管理干部岗位培训工作。然而，院长培训仅完成了医院管理干部走向职业化的第一步，即专业化。专家指出，衡量医院管理干部职业化有三个指标：专业化、专职化、制度化。专业化即要求经过专业培训，掌握专业理论和技能。专职化即全身投入，不从事第二职业。制度化即必须为医院管理干部的职业资格、职称、考核与福利等方面提供制度规范与法律保障。而我们当前的院长，对应于医院管理干部职业化的三项指标，其现状可概括为业余型、行政型、待定型。可以想见，我们院长队伍离职业化还很远，院长培训也还需要很多配套措施的支持。

人员聘用方面的改革，主要包括院长选聘、中层干部竞聘、职工聘用等方面。院长的选聘，在民营医院属常规运作方式，而在公立医院却并不太多，并且具体做法并不一样。中层干部的竞聘是当前各医

院普遍采用的形式，中层干部聘期届满，作为普通职工与其他竞聘者平等竞争，由医院择优聘任，提高了科室领导队伍整体素质，激发了人才活力。对于普通员工的聘用，空军总医院从 1988 年即开始了。到 2006 年 6 月，空军总医院仅护士就聘用了 600 多名。全国各公立医院在员工聘用方面，主要对象基本是护士，当然也有部分医院聘专业技术人员和管理、工勤人员。其原因主要在于护理人员配置普遍不足，流失严重，技术含量不太高。据笔者电话了解，近年湖北各三级医院聘用护士，其人事档案均由当地人才交流中心代理保管，在工资待遇方面则高低不一，也有实行同工同酬的。人员聘用制改革，打破了原有身份限制，引入了新的活力，促进了医院发展。然而，聘用之中也存在着很多问题，特别是与医院性质、特点相适应的绩效考核和人才评价体系尚未建立，加上一些社会因素的影响，公开、平等、公正的聘用原则，多难真正落实。

薪酬是指员工因在医院工作而获得的所有报酬的总和，包括经济报酬和非经济报酬两个方面。对医院绝大多数员工来说，几乎没有其他任何问题比金钱酬劳更为重要的了。薪酬是生活的来源、成功的标志、地位的象征和才能的体现。薪酬制度实质是医院价值分配的核心。建立有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的运行机制，充分发挥现代薪酬体系的激励作用，进一步提高医院的整体效能和核心竞争力，这是当前医院改革的目标。在这一目标的指引下，各医院结合自



身特点，对薪酬体系改革进行了理论上的研究和实践上的探索。可以说，薪酬体系的改革，才是医院工作中真正的热点、焦点和难点，哪怕仅仅一点细微的变动，都回牵动医院工作人员敏感的神经。

根据李在宝等的考察，公立医院现行薪酬分配的主要模式有：一是以岗位工资制和技能工资制为主的机构工资制度，占大多数；二是年薪制。结构工资制模式，即在岗位工资制和技能工资制的基础上，将奖金的合理分配作为薪酬改革的重点内容，主要分配方式有按科室收支结余进行分配、按工作量分配、按生产技术要素分配。2002年卫生部发布《关于卫生事业单位内部分配制度改革的指导意见》和《医疗卫生事业单位年薪制暂行办法》后，结合生产要素分配实行年薪制改革成为医疗单位的热点，主要实施的方式有：四川省雅安市人民医院在学术带头人和优秀医学专家中实行年薪制；江苏省洪泽县卫生局从2002年1月开始实行的党政正职和主持工作的行政副职领导年薪制；浙江省海宁市于2003年年初对医疗机构40名正职领导实行的年薪制；辽宁省辽阳市第三医院在科室主任和护士长中实行年薪制等。年薪制体现了危机意识，形成竞争激励机制，强化风险责任意识。但由于年薪制改革在医疗卫生事业单位刚开始实行，在运行中有许多问题需要解决。如年薪制标准的确定，必须与本地社会及单位的经济发展水平相吻合。

现阶段，我国公立医院薪酬设计与分配制度存在的主要问题集中

在六个方面，即对外缺乏竞争力，对内缺乏公平性，薪酬结构不合理，薪酬与绩效考核脱节，忽视了员工参与，缺乏配套的激励措施。

薪酬分配改革中，特别应该提及的还有绩效考评。绩效考评是薪酬分配的基础。在进行薪酬分配改革探索的同时，各医院也进行了绩效考评的研究，形成了目标导向模式、财务导向模式、以团队为基础和以战略为导向的绩效测评模式，国际医疗机构公认的平衡积分卡法等先进测评工具，在北京、上海、广州等地的医院得到试用，并取得初步成效。但是，同发达国家相比，我国的医院绩效评价还处于探索阶段，测评系统的开发和使用普遍存在着：缺乏行业规范和有效管理；系统开发的初始目的局限于职工奖金分配，而不是绩效管理；评测手段单一和落后；指标选择和权重分配缺乏科学的理论和依据；无法进行跨科室和病种的绩效评价；无法解决不同类型科室之间的公平性以及行政后勤部门的绩效评价；信息系统的滞后影响测评系统网络的形成问题(张丹阳等，2006)。

人力资源管理中，人员聘用与考核应是紧密联系的。考评的标准，必然对被聘人员的工作具有导向作用。当前，公立医院出台了很多考评、分配办法，但多回避不了逐利之嫌。可想而知，单纯依靠人力资源管理创新，不可能让公立医院走上健康发展之路。

## 6、管理技术研究

### 6.1 信息化技术

经过十几年的发展，我国医院信息化管理建设经历了从单机系统、局部网络系统、医院信息系统到远程医疗多个阶段，目前已经初具规模，并将以经济核算自动化、办公诊疗无纸化、病历病案电子化、图形图像数字化、综合信息网络化为原则，向统一的系统标准化方向发展。王定珠等撰文，认为从医院信息化系统的建设来看，医院信息化管理模式已实现由自管型、半自管型向托管型的转变。陈春涛等根据北大深圳医院数字化建设的实践，分析了数字化医院的五个基本特点，即信息化、智能化、网络化、标准化、集成化。王景明等根据解放军 251 医院的实践，总结了数字化医院建设的成效有 8 个方面：一是成为医院的品牌，二是提升诊疗水平，三是提供便捷就医条件，四是提供客观评价医院的平台，五是全面提升员工素质，六是提升医院两个效益，七是提高领导决策水平，八是促进医院全面发展。一些 IT 企业新产品的开发，为医院信息化和数字化建设提供了强大支撑，如惠普制订了全球一流 IT 基础设施解决方案，并已在解放军总医院、大连医科大学二附院实施。然而，医院信息化至今仍缺少一套通行的规范、标准和法律依据，导致院际数据交换难以开展，制约了信息化建设的快速发展。

## 6.2 平衡计分卡

平衡计分卡是美国著名的管理大师罗伯特·卡普兰 (Robert S. Kaplan) 和复兴方案国际咨询企业总裁戴维·诺顿 (David P. Norton)

在总结了 12 家大型企业的业绩评价体系成功经验的基础上，提出的一个具有划时代意义的战略管理和业绩评价工具，其显著的特点是注重企业可持续发展的四大要素，即财务指标、客户指标、业务流程指标、学习和成长指标(培养改进有限资源投资效益)。该理论甫一诞生，便以其独特的优势获得众多企业的青睐与追捧。对于医疗行业来说，平衡计分卡所具有的平衡经济效益和社会效益，注重组织均衡持续发展的优点应该具有很强的应用性(王宏热等，2007)。目前，在美国、新加坡、台湾等地，多数医疗组织都采用了平衡计分卡的管理体系，获得了很好的效果。

在我国，由于公立医院组织结构、内部流程不同于西方国家，平衡计分卡对于财务、管理和人员体制方面的严格要求给医院的实践带来了不小的挑战，因此，在国内真正实施平衡计分卡的并不多。据文献检索和实地考察，昆明市第一人民医院、上海曲阳医院、深圳蛇口联合医院、河北沧州人民医院等，均试行了平衡计分卡，虽取得一定成果，但并未如预期的那么多。考察其原因，一是考核人怕得罪人致使考核流于形式；二是公立医院内部管理不规范，一些指标的考核失去意义。

### 6.3 临床路径

临床路径的发展有近 20 年的时间，国外对临床路径的研究与应用基本处于成熟阶段，而在我国的应用还刚刚起步。所谓临床路径

(clinical pathway, CP)是医院为使服务对象(包括患者家属)能减少费用,同时有效地保证高质量医疗服务而实施的一种科学的服务和管理方法(袁剑云,英丽平,2002)。它是指对服务对象的健康负责的所有人员,包括临床医学专家、护理专家、药学专家、心理学专家、营养师、检验师以及行政管理人员等,联合为某一特定的诊断、治疗而制定的一套最佳的、标准的服务与管理模式。对患有特定疾病的患者,临床路径是一套以时间为顺序的、具体的、详细的医疗服务计划单或表格式程序和路径图,让患者从住院到出院均按计划逐项接受诊断和治疗。

临床路径的目标是为了真正达到病人和家庭期望的治疗与护理结果,促进专业化的协作配合,确保护理的连续性,保证资源合理及有效的使用,降低消费和缩短住院时间,为持续的质量改进提供多学科工作的基本框架。临床路径制定的理论依据即循证医学。临床路径管理模式完全符合全程质量管理(TQM)的理念,自1996年引入国内以来,在降低医疗成本和提高医疗服务质量方面都显示了重大的作用。然而,临床路径在国内的普及速度却是非常缓慢的。临床路径作为一个新的标准化医疗管理模式要在国内普遍应用还有很长一段路要走,这需要医院管理研究者和医护人员共同努力。

当然,近年关于医院管理技术的研究和实践成果,远不止以上三种,这里只是按理论较先进、国内应用较广且影响较为深远的标准,



在进行选介。笔者认为，无论如何先进的技术，都摆脱不了其工具性的本质。技术就是双刃剑，可杀人，也可活人，就看它掌握在什么人手中。管理技术对于公立医院发展的作用，完全取决于医院经营管理者的思想和理念。

## 7、医院文化建设研究

医院文化是医院作为一个特殊社会组织，在一定的民族文化传统中形成的具有本医院特色的基本信念、价值观念、道德规范、规章制度、生活方式、人文环境，以及与此相适应的思维方式和行为方式的总和。医院文化是医院行为的逻辑起点，是医院全部行为的综合反映，是医院深层性内化形态和表现形态的高度统一。医院文化体现在医院作用、医院精神、医院道德、医院民主、医院制度、医院公共关系等方面，具有导向和认知的作用，其核心和灵魂即医院的价值观念。

医院文化是亚文化，在内部具有共性，在外部又具有个性，不同的医院常常表现为不同的类型和模式。医院文化也是一种“合金文化”，不可避免受到环境和传统的影响。在我国，医院文化建设必须确立以优质服务为主要内容的价值观，具体表现为：全心全意为人民服务的宗旨，救死扶伤、实行革命人道主义的职业信念，廉洁行医、不谋私利的医德规范，团结协作、舍己为人的行为准则，严谨细致、文明礼貌的医疗作风，艰苦创业、开拓进取的医院精神。

20世纪80年代以来，各级医院均加强了文化建设，特别是近年，

许多医院提炼了自己的理念，塑造了自己的形象，制订了各种规范，在文化建设方面做了很多努力和尝试。卫生行政管理部门先后推行了医务公开、行风评议、医院管理年、商业贿赂专项治理等活动，对医院文化建设起到了很好的推动作用。

然而，综观各医院文化的情况，问题也明显存在，主要表现为：一是一些医院的文化建设、人力资源管理严重滞后于医院战略、结构、制度；二是医院价值观、医院精神过分强调社会性、政治性，雷同太多，缺乏特色；三是医院提出的适应市场经济的正确价值观、理念、道德规范，没有很好地在战略、制度、政策中体现出来，有些仅仅是贴在墙上的“标语”而已；四是医院在深化改革、结构调整、加强管理过程中，对员工尊重、关心不够，缺少应有的沟通，处理问题和解决矛盾的方式简单生硬、缺少人情味，从而导致干群关系紧张，员工心气不顺，队伍凝聚力下降。

其实，文化建设有软要素与硬要素之分，软要素应放在医院管理方式和管理系统的中心。上述问题的出现，其原因应在于没有处理好市场化改革所带来的功利性和医院本身所应具有公益性的矛盾，没有处理好长远发展与近期利益的矛盾，以至在医院管理中简单、粗暴、浮躁。

文献参考：

陈绍福,徐捷,胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥:安徽科学技术出

版社, 2003: 95

安健, 左毅. 公立卫生法人治理体系理论问题研究[J]. 中国医院管理, 2007, 27(2): 6-8

赵亮、王健、高广颖等. 产权改革对广东省医院运行状况影响研究 [J]. 中国医院管理, 2006, 26(3): 5-7.

许树强, 何晋予. 现代医院治理结构探索[J]. 中国卫生经济, 2003, 22(11): 42-43

施敏. 苏州、无锡、上海、北京海淀四地医院管办分离模式比较与分析[J]. 中国医院管理, 2007, 27(8): 13-16.

赵明, 马进. 潍坊市公立医院管理体制改革的剖析[J]. 中国医院管理, 2007, 27(8): 9-12.

中国青年报. 江苏宿迁卖光式医改调研: 看病贵问题未解决 [EB/OL]. (2006-06-22) . [2007-10-28].

<http://www.sina.com.cn>

周丹. 现代医院治理结构(下)[J]. 中国医院院长, 2006, 3: 53-56

王冬, 张罗曼. 医疗质量评价指标的回顾与分析[J]. 中华医院管理, 2001, 17(2): 90-92.

张波. 医疗服务中顾客满意度的模糊综合评价[J]. 中华医院管理, 2005, 21(7): 445-448.

王华, 黄伟, 欧阳波. ISO 9000:2000 族标准与 JCI 国际医院认

证标准比较[J]. 中国医院, 2003, 11

赵宁志, 郭爱勇, 陈飞. 浅谈临床路径与医院质量管理[J]. 华北国防医药, 2005, 17(4): 255-257.

陈绍福, 徐捷, 胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2003

董恒进. 医院管理学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2000

杜智. 对病人选医生中几个问题的看法[J]. 中华医院管理杂志, 2001, 11: 703-703

王锦帆. 医患沟通学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006 (2)

陈绍福, 徐捷, 胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2003: 244-247

卫生部. 医院管理评价指南(试行). 卫医发[2005]104号, 2005-03-17

余瑶. 对我国医疗卫生服务信息公开的建议[J]. 中国医院管理, 2006, 26(6): 7-10

杨善发, 王永莲. 论我国医疗信息公开政策与医疗服务监督[J]. 中国农村卫生事业管理, 2005(3): 3-5

吴敬祝. 宁夏公示医疗信息[N]. 健康报, 2002-10-11

阎德胜. 吉林公示医院评价结果[N]. 健康报, 2002-10-11

赵怀峰, 梁立强, 祁建伟. 按标准成本核算方法对诊疗项目进行成

本测算[J]. 中国医院, 2007, 11(3):10-17

臧素洁, 元伟. 医院科室成本核算的效应分析[J]. 中国卫生经济. 2005, 24(7):66-68

李信春, 苏元福, 王晓仲. 医院成本核算的思考与实践[J]. 中华医院管理杂志. 2000, 16:197-200.

黄光英. 现代医院企业化管理模式[M]. 北京: 新华出版社, 2000

刘志禹, 医院全成本核算解决方案探讨[J]. 中国卫生经济, 2005, 2: 57

许江滨, 孙强. 我国医院成本核算理论和实践问题探讨[J]. 中国卫生经济. 2005, 24(7):68-70

李静, 仲伟良, 孙燕燕. 北京同仁医院开展全成本核算工作的实践[J]. 中国卫生经济. 2005, 24(4):72-73

李信喜, 王晓钟. 医院成本核算[M]. 北京人民军医出版社, 2000

陈绍福, 徐捷, 胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2003: 499

刘燕瞿, 张健. 磁共振仪运行的成本效益分析[J]. 中国医院, 2006, 4: 28-31

陈绍福, 徐捷, 胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2003: 134

陈绍福, 徐捷, 胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥: 安徽科学技术

出版社, 2003: 135

尹爱田, 李峰, 董先雨等. 30 所医院院长胜任力研究[J]. 中华医院管理, 2006, 22(10): 670—672

李勇, 杨建. 科学合理的管理者群体结构[J]. 中华医院管理杂志, 2003, 19: 673—674

张鸣. MHA—可工借鉴的医院高级管理人员培养模式[J]. 中华医院管理杂志, 2002, 18: 210—212

李鲁, 姜敏敏, 梁万年等. 卫生管理干部职业化现状研究[J]. 中华医院管理杂志, 2004, 20: 524—526

肖先福, 刘援增, 崔晓东等. 试论医院领导者应有的眼光[J]. 中华医院管理杂志, 2002, 18: 388—390

卫生部卫生政策法规司. 中华人民共和国卫生法规编(2004-2005) [M]. 北京: 法律出版社, 2006

卫生部. 卫生部关于开展卫生管理干部岗位培训的通知 [EB/OL]. (2007-10-12). [2007-10-31]. [http:// www. cnwsjd. com](http://www.cnwsjd.com).

卫生部. 卫生部关于开展卫生管理干部岗位培训的通知 [EB/OL]. (2007-10-12). [2007-10-31]. [http:// www. cnwsjd. com](http://www.cnwsjd.com)

周建. 关于职业医院管理者的探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2003, 19(4): 197—199

潘习龙, 陈姝, 吴晓玲. 浅谈医院院长的“职业化”进程[J]. 中华



医院管理杂志, 2003, 19(8): 468—470

张鹭鹭. 军队医院可持续发展原理[J]. 解放军医院管理杂志, 2003, 10(1): 14—15

李平, 高艳红, 薛朝霞等. 规范聘用护士管理, 保证护理工作质量[J]. 中国医院管理 2006, 26(8): 62—63

陈绍福, 徐捷, 胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2003: 157—163

张本成, 王德洪. 大型综合性医院临床主诊组奖励分配制度改革初探[J]. 中华医院管理杂志, 2004, 20: 391—392

陈绍福, 徐捷, 胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2003: 157—162

许萍, 张鹭鹭, 周琳等. 谈医院核心竞争力[J]. 中华医院管理杂志. 2003, 19: 5—7

李在宝, 苗志敏, 田立启等. 城市大型公立医院薪酬改革的研究[J]. 中华医院管理杂志. 2007, 23(9): 591—592

张沁荣, 方治琴. 医院在学科带头人中实行年薪制初探[J]. 中国医药研究. 2004, 2: 65—66

许仙忠. 医院实行年薪制的实践与探讨[J]. 现代医院. 2004, 4: 48—49

李万国, 刘海波. 探索我县人事制度改革新思路[J]. 中华医院管

理杂志, 2003, 19: 656-658

林伟华. 科主任、护士长年薪制的实践探讨[J]. 卫生经济研究, 2005, 24:242

张丹阳, 苍柏, 樊立华. 对医院绩效评价的系统开发与研究的思考[J]. 中国医院管理杂志, 2006, 26(6): 32-33

张丹阳, 苍柏, 樊立华. 对医院绩效评价的系统开发与研究的思考[J]. 中国医院管理杂志, 2006, 26(6): 32-33

克利斯托弗·梅尔. 正确的绩效测评如何有助于团队的成功[M]. 李焰, 译. 北京: 中国人民大学出版社, 1999

罗伯特·卡普兰, 大卫·诺顿. 平衡积分卡——化战略为行动[M]. 刘俊勇, 译. 广州: 广东经济出版社, 2004

王定珠, 胡顺福, 刘晗. 医院信息化管理模式的转变[J], 中国医院, 2007, 11(2): 50-52

陈春涛, 卢祖绚, 孙传彬. 医院数字化建设的探索[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(1): 47-50

王景明. 依托数字化建设提升医院管理水平[J]. 中国医院管理, 2006, 26(8): 36-37

杜颢. 惠普企业解决方案, 全力助推中国医疗卫生信息化进程[J], 中国医院, 2007, 11(8): 37

董建成, 周董, 胡新平. 我国医学信息标准化建设存在的主要问题

及建设[J]. 中国医院管理, 2007, 27(2): 59-60

王骋, 王国兴, 黄先苹, 等. 浅析平衡计分卡在医院管理中的应用(J). 中华名医论坛, 2005(4): 28

翟树悦, 吴健, 陈恒年. 平衡计分卡在国外医院绩效管理中的应用(J). 中国医院管理, 2004, 24(4): 21-24

P. 德鲁克. 未来的管理(M). 成都: 四川人民出版社, 2000: 209

王宏热, 宋莉萍, 杨涛等. 平衡计分卡在医院战略管理的应用[J]. 中国医院, 2007, 11(8): 11-13

张英夫, 李萍. 平衡计分卡在医院的实施[J]. 中国医院, 2005, 9(10): 19-25

杨海人, 王阳, 孔晓妹. 浅谈平衡计分卡在医院绩效管理中的应用[J]. 中国医院管理, 2006, 26(10): 82-83

平昭, 朱黎, 曾小莹. 运用平衡计分卡建立合理的院长薪酬制[J]. 中国医院院长, 2006, 3: 57-60

信巍, 周汝森. 引入平衡计分卡拓展医院发展空间[J]. 中国医院院长, 2006, 3: 61-62

杨海人, 王阳, 孔晓妹. 浅谈平衡计分卡在医院绩效管理中的应用[J]. 中国医院管理, 2006, 26(10): 82-83

Grimaldi PL, Micheletti JA. Diagnosis Related Groups: a practitioner's guide. Press, 1982

White WD (Ditor). Compelled by data. Thompon JD. pART II. Department of Epidemiology and Public Health Yale School of Medicine. 2003

McKay NL, Deily ME. Comparing high-and low-performing hospitals using risk-adjusted excess mortality. Health Care Strategic Management, 2006, 24(1): 9-10

Barros PP. Random output and hospital performance. Healthcare Management Science, 2003, 11: 219-228

贾秀平, 刘晓梅. 临床路径在医疗费用管理中的应用[J]. 中国医院, 2006, 10(2): 37-39

袁剑云, 英丽平. 临床路径实施手册[M]. 北京: 北京医科大学出版社. 2002

武广华, 郑红, 刘国祥等. 论临床路径在医院实施“单病种限价”中的作用[J]. 中国医院管理, 2007, 27(9): 21-22

武广华, 郑红, 刘国祥等. 以循证医学为依据的小儿斜疝临床路径的制定[J]. 中国医院管理, 2007, 27(9): 29-30

曾波涛, 许婷婷, 陈晓阳等. 临床路径在单病种质量和费用管理中的应用[J]. 中国医院管理, 2006, 26(7): 40-42

陈绍福, 徐捷, 胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2003: 167-204

董恒进. 医院管理学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2000: 288-301

陈绍福, 徐捷, 胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2003: 173

陈绍福, 徐捷, 胡志. 医院管理学教程[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2003: 187

[返回目录](#)

## 关注医院药品结余 | 结余药品资金使用, 这条路走通了

来源: 中国卫生杂志

药品结余是各家医疗机构难以避免的事实, 因结余药品产生的资金该给一条怎样合理合法的出路, 同样是医疗机构面临的难题。本报记者近日就结余药品资金使用途径的话题采访了相关专业人士, 介绍其中的经验与困惑。

### 赖在账上的资金

目前, 在省级层面仅有 3 个省份出台了结余药品管理的相关文件, 分别为: 山西省于 2020 年 1 月出台《医疗机构结余药品管理办法(试行)》; 新疆维吾尔自治区于 2022 年 7 月出台《新疆维吾尔自治区医疗机构结余药品管理办法(试行)》, 后于 2024 年 8 月出台《新疆维吾尔自治区医疗机构结余药品管理办法(2024 年版)》; 湖北省于 2023 年 3 月出台《湖北省医疗机构结余药品管理暂行办法》。在市级层面, 2021 年 7 月 1 日, 广西壮族自治区柳州市也印发《关于加

强医疗机构结余药品管理的通知》。

通过梳理，记者发现，山西省、湖北省和柳州市的文件对结余药品资金使用的规定均为“限用于医疗机构救助贫困患者、‘三无病人’、义诊活动、紧急医疗救援等公益性项目支出”，新疆维吾尔自治区的文件则增加了医保政策宣传、安全用药、合理用药等公益性支出项目。

医疗机构药品结余在所难免，上述三省份文件也给出了其产生资金的出路。北京中医药大学法律系教授邓勇表示，这其实是明确了医疗机构不得从结余药品中获取额外经济利益，在法律上给了合法使用结余药品资金的身份。然而，记者在山西省、湖北省和新疆维吾尔自治区的采访过程中获悉，虽然实施了结余药品管理，但很多医疗机构的结余药品资金却赖在医院的账上，很少得到使用。

湖北省一家大型三甲医院药学部负责人告诉记者，虽然三省份文件都规定，结余药品资金限用于医疗机构救助贫困患者、“三无病人”、义诊活动、紧急医疗救援等公益性项目支出，但实际上财政部门对上述项目都有专项资金，导致结余药品资金几乎用不到此处。另外，目前各医疗机构救治的贫困患者、“三无病人”都非常少，进一步限制了结余药品资金的使用。

该药学部负责人介绍，她所在的医院每年结余药品资金高达数千万元。面对数额巨大但利用率不高的资金，她建议，扩大资金使用范围，用于救助大病、罕见病患者等更广泛的公益事业。



山西省一家省属医院的相关人员向记者透露，由于该省将结余药品限制在病区药房单剂量摆药、静脉用药调配中心药品集中调配过程中产生的药品，所以该院自山西省文件出台以来产生的结余药品资金仅 700 多万元。这笔资金在该院仅以送医送药的形式用于对口帮扶乡镇卫生院，且金额不超过 3 万元，只占很小的一部分。

### 取之于民、用之于民的实践

针对结余药品资金使用不畅的问题，柳州市的经验或值得借鉴。

以柳州市人民医院为例，据该院药学部主任刘代华介绍，在柳州市卫生健康委出台《关于加强医疗机构结余药品管理的通知》以前，该院就已开展相关工作，于 2020 年制定《柳州市人民医院溢库药品管理规定(试行)》。在柳州市文件出台后，该院对《柳州市人民医院溢库药品管理规定(试行)》进行了修订，于 2021 年 8 月 31 日出台《柳州市人民医院结余药品管理规定(2021 年修订)》。

刘代华说：“由于那时还没有给结余药品一个准确的说法，我们就将其叫作溢库药品。在叫溢库药品的时候，我院就探索将溢库药品资金用于贫困救助项目了。”

刘代华介绍，《柳州市人民医院溢库药品管理规定(试行)》规定，根据柳州市红十字会困难救助精神，该院执行《柳州市人民医院困难救助基金管理办法》，将经审批后的溢库药品资金转入柳州市红十字会“柳州市人民医院困难救助基金”账户，用于指定贫困救助项目的

支出。《柳州市人民医院结余药品管理规定(2021 年修订)》又进一步明确,药品结余情况和“柳州市人民医院困难救助基金”的收支结余及预算提交院长办公会讨论、院党委会审议,按要求使用结余药品资金。

该院规定的指定贫困救助项目为四类,分别为:血液系统疾病贫困救助项目、重症患者贫困救助项目、小儿先天性心脏病救助项目和人工耳蜗植入救助项目。其救助范围限定为患者在该院发生的治疗费用中的自费部分。

刘代华对这四类救助项目进行了具体介绍:

血液系统疾病贫困救助项目用于救助恶性血液病(白血病、淋巴瘤、骨髓瘤、软组织肉瘤、母细胞瘤等)、地中海贫血等家庭经济困难的患者。年度自付治疗费用总金额超过 2 万元的患者可申请,每人每年最高不超过 5 万元。

重症患者贫困救助项目用于救助以青年或者壮年为主的可逆性危重症疾病(如急性重症胰腺炎、重症肺炎并呼吸衰竭、重型狼疮、危重孕产妇、严重术后并发症以及各种原因导致的多器官功能障碍综合征等)的家庭经济困难患者。年度自付治疗费用总金额超过 2 万元的患者可申请,每人每年最高不超过 8 万元。

小儿先天性心脏病救助项目用于救助在该院接受手术(开放和微创)的先天性心脏病患儿,每人最高不超过 3 万元。

人工耳蜗植入救助项目用于救助符合人工耳蜗植入标准并在该院进行人工耳蜗植入的家庭经济困难的失聪患者。自付治疗费用超过5万元的患者可申请，每人最高不超过5万元。

对于结余药品资金的使用流程，根据《柳州市人民医院结余药品管理规定(2021年修订)》，该院药学部每月统计各科室药品结余量，定期上报给医院财务科和审计科以完成结余药品金额核算，并经院长办公会、院党委会集体审议后提交给柳州市卫生健康委审批。审批通过后，该院按年度将结余药品资金转入柳州市红十字会“柳州市人民医院困难救助基金”。在遇到需要救助的患者时，该院经过一系列严格流程确认患者救助资格并进行公示后，将患者申请材料及相关审批表送至柳州市红十字会。柳州市红十字会核实情况后将救助金额转给患者。

“流程越严格，越能确保每一分结余药品资金都能合法合规地用到公益性事业上。”刘代华说。

### 柳州的经验有何启示

柳州市人民医院的实践给了结余药品资金使用一条可行的通路，也取得了一定成效。据该院统计，自2020年以来，共有116名患者接受了结余药品资金的救助。

谈起结余药品资金使用心得，刘代华表示，首先，一定不要忽视文件的初衷是尽可能减少结余药品的产生。《柳州市人民医院结余药

品管理规定(2021年修订)》就对不合理结余行为进行了约束。其次，才是怎样将产生的结余药品资金用到该用的地方。

“什么是该用的地方?柳州市的文件已明确说明，那就是用于公益性项目支出。”刘代华表示，柳州市的文件虽然列出了救助贫困患者、“三无病人”等条目，但在“公益性项目支出”前加了个“等”字。这就说明，上述列出的条目并非公益性项目的全部，各家医疗机构可以根据实际情况探索。

“总之，结余药品资金的使用一定要秉承取之于民、用之于民的宗旨。只有秉承这个宗旨，才能确保资金的使用既合理合法合规，又能让资金高效运转。”刘代华说。

此外，前文提到的山西省一家省属医院的相关人员也建议，财政部门应该出台规定，在医疗机构救助贫困患者、“三无病人”时优先启动结余药品资金，不够的部分再由财政部门补充。另外，各医疗机构开展的应急演练工作所需的药品，也最好由结余药品资金予以支出。

“根据《中华人民共和国药品管理法》，应急演练工作中未使用完的药品，是不能回收入库的，只能按照医疗废物处理，这就造成了药品浪费。因此，让结余药品资金用于这项支出，是减少药品资源浪费的可行路径之一。”该相关人员说。

[返回目录](#)

## • 专家观点 •

### 哈尔滨：以数字化技术提升卫生健康行业治理水平

来源：中国卫生杂志

作为黑龙江省省会、副省级城市，哈尔滨市的医疗机构数量较多，医疗资源分布相对集中，在医疗技术、设备和人才方面具有较强的实力。如何更有效地配置这些医疗资源，确保优质资源得到高效利用，已成为卫生健康行政部门迫切需要解决的问题。随着医疗资源的不断扩充，传统的管理模式已无法适应资源配置优化的需求。为此，哈尔滨市着手提升卫生健康信息化水平，通过引入数字化管理技术来提高行业治理能力，并取得显著成效。最近，《中国卫生》杂志记者就这一主题，对哈尔滨市卫生健康委党委书记、主任栾枫进行了专访。

**中国卫生：**随着医疗卫生与健康事业的发展，哈尔滨市在资源整合和配置方面面临哪些新挑战？又将采取什么应对策略？

栾枫：健康是民生福祉的关键所在。近年来，哈尔滨市致力于深化医疗卫生改革，以服务民众健康为宗旨。当前，哈尔滨在卫生健康资源整合和配置方面遭遇了一些亟待解决的问题。具体来说，一是如何更有效地实施和优化分级诊疗制度、进一步提升医疗服务效率，二是如何增强基层医疗卫生机构的服务能力、提升基层医生的专业技能水平，进一步完善转诊流程和信息共享机制等。

数据在优化资源配置方面可以发挥关键作用。数据作为新型的

产要素，对其潜能的充分释放和深入挖掘，能够显著提高卫生健康资源的使用效率，并优化资源配置的格局。目前，哈尔滨市已经建立了全民健康信息平台，覆盖了全市9区9县，连接了450家医疗和卫生管理机构。截至今年7月，已累计采集超过50亿条数据，初步实现了数据的集中。但数据的质量和效率仍需提升，数据采集的标准化、准确性和完整性亟待加强。此外，医疗机构之间的数据共享和协同工作尚未完全实现，对数据应用场景的开发还存在较大空间。

**中国卫生：哈尔滨市在卫生健康信息化建设方面开展了哪些工作？**

栾枫：自2019年起，哈尔滨市启动了智慧医疗项目的建设。项目总体规划为“1114工程”，即建设1个云数据中心、1张医疗卫生专网、1个全民健康信息平台，以及业务协同、惠民服务、综合管理和专项应用等4个服务体系。哈尔滨健康医疗云平台打造了便民、惠医、优政体系。

在便民方面，健康哈尔滨服务云平台以惠民服务为核心，创新特色智慧医疗应用，让市民足不出户，凭一部手机享受健康服务。通过关注“健康哈尔滨服务云平台”微信公众号，实现一键申领电子健康卡、查询居民电子健康档案、预约挂号、互联网医院问诊、享受家庭医生服务以及疫情防控应用等多项服务。目前，已有超过25万人关注“健康哈尔滨服务云平台”公众号，平台提供的共享健康档案和电



子病历，以及网络化的互联网服务应用，为市民提供了统一、及时、便捷、全方位的医疗与健康服务。

在惠医方面，哈尔滨市通过建立全民健康信息平台，实现了对居民辖区内医疗机构的检查/检验报告、医嘱诊断、治疗用药等信息的共享及调阅。平台通过区域协同应用服务，实现区域内社区医院与区属医院间的区域协同，包括双向转诊、区域影像、区域心电等，加强了区域内各医疗卫生机构之间的相互协作，使各级医疗卫生机构的分工与配合更加科学和合理，提升了服务质量，优化了工作模式。

在优政方面，全民健康信息平台为监管部门提供了自动化的监控数据，包括疾病监控、医疗费用监控、决策支持等服务，提高了政府应对突发公共卫生事件的反应速度和处置能力，提高了统一调度卫生资源的效率，从而提升了卫生行政整体管理水平。

**中国卫生：在推进卫生健康信息化建设过程中，哈尔滨市采取了哪些创新举措？这些举措是如何帮助提升市民就医的便利性和效率的？**

栾枫：医疗服务的便捷性直接关系到广大市民的健康福祉，因此我们致力于打造一个全面、高效的服务平台，以满足居民日益增长的健康需求。卫生健康便民地图和出生医学证明电子证照便是哈尔滨市响应国家“健康中国”战略、深耕健康数据应用的“代表作”。

卫生健康便民地图整合了全市的医疗资源，包括但不限于自动除

颤仪、胸痛中心、脑卒中中心等关键医疗服务点，不仅增强了医疗服务的可及性，而且极大地提升了紧急情况下的救治效率。同时，我们还特别关注了特殊人群的需求，比如，在地图上标注了危重孕产妇救治中心、危重新生儿救治中心、职业病鉴定和诊断服务机构等。为了鼓励无偿献血，我们还在地图上标注了无偿献血点，以方便市民参与这一崇高的社会活动。哈尔滨卫生健康便民地图的建立，是提升公共服务水平、优化市民就医体验的一个缩影。

2022年12月，哈尔滨市率先在全省上线以服务对象为中心、以“数据共享、一体化服务模式”为理念的妇幼健康全集成大平台，同时实现与哈尔滨市营商局电子证照平台数据对接，为“出生一件事”多部门联办智能服务创造了条件。今年6月，完成与省妇幼平台对接，实现了新生儿10个关联事项的一次办理，办理时限从34个工作日压缩到3个工作日，是惠及市民全生命周期的一项重要举措。

我们将继续努力，不断优化和完善健康医疗云平台，确保每一位市民都能享受到更加便捷、高效的医疗服务。

**中国卫生：在保障数据安全和患者隐私方面，哈尔滨市采取了哪些具体措施？**

栾枫：在推进医疗信息化建设的进程中，哈尔滨市始终将数据安全和患者隐私保护作为核心任务。我们采取了一系列措施，确保在实现信息互联互通的同时，有效保障数据安全和患者隐私。

首先是建立健全法规体系。哈尔滨市卫生健康委依据国家相关法律法规，结合本地实际，严格落实相应的政策要求和标准规范，为医疗数据的安全和隐私保护提供了法律依据。

其次是加强技术防护措施。在技术层面，我市投入资源建设了高标准的数据安全防护体系，采用包括数据加密、访问控制等技术手段，确保医疗数据在存储、传输和处理过程中的安全；在安全规范层面，系统建设满足国家信息安全等级保护三级标准。

再次是强化数据使用规范。我们制定了严格的数据使用规范，对医疗数据收集、使用、共享等环节进行规范管理，确保数据使用符合法律法规和伦理标准，防止数据滥用和泄露。

最后是提升公众意识。通过加强宣传教育，不断提高公众对个人健康信息保护的认识水平。同时，对医疗机构的工作人员定期开展培训，强化他们在数据安全和隐私保护方面的专业知识和技能。

通过上述措施，我市在推进医疗信息化的同时，有效保障了医疗数据的安全和患者隐私。下一步，我市还将继续努力，不断完善相关制度和技术手段，为市民提供更加安全、便捷的医疗服务。

**中国卫生：卫生健康信息化建设为老百姓的就医体验带来哪些影响？**

栾枫：卫生健康信息化的推进显著提升了公众的就医体验。目前，全市约有 1090.08 万居民已经建立了电子健康档案。哈尔滨市的互联

网医疗健康服务系统已在市内 5 家三级医院成功上线，注册用户达到 200817 人，患者通过平台发起的医疗图文咨询达 41639 次，预约挂号系统已与 18 家二级及以上医院实现对接。这些举措不仅显著改善了市民的就医体验，而且积极回应了社会广泛关注的看病难、看病贵问题。哈尔滨市通过这些实际行动，真正将便民惠民的理念贯彻到实处，使医疗服务更加贴近市民的生活，从而提升了市民的获得感和幸福感。

未来，哈尔滨市卫生信息化建设会围绕以下两个目标进行。

一是提升医院运营管理服务水平。通过信息化手段，实现对医疗资源的合理分配和优化配置，提高资源利用效率。建立医院绩效管理系统，通过数据分析，对医院运营效率、服务质量进行评估和监控，为医院管理层提供决策支持，帮助其制定更合理的发展战略。

二是加强哈尔滨市慢性病管理体系建立。随着国家基本公共卫生政策落地，基层医疗卫生机构的业务发生了显著变化，由过去的单纯提供医疗服务模式过渡到以提供全人口连续的健康管理服务模式，带来的改变是颠覆性的。根据自身工作的特点，在原有医疗和公卫服务基础上，以信息赋能慢性病防控，从家庭医生的工作视角，对辖区内慢性病人群进行全流程管理，包括慢性病筛查、慢性病防治、慢性病管理等，实现对重点人群的服务闭环，主动推动居民关注自身健康管理、提升基本公共卫生服务质量。

## 李昂：加强区域联动，让检查检验结果互认辐射京津冀

来源：北京日报

在 11 月 27 日国家卫生健康委召开的新闻发布会上，北京市卫生健康委副主任李昂介绍了北京市推进检查检验结果互认的做法和经验。

### 多措并举，推进检查检验结果互认

如何推进检验检查结果互认工作？李昂介绍，一是加强区域联动。北京市在质量评价合格的基础上，实现 181 项检验项目和 300 项影像检查项目在不同医疗机构间互通、互认。互认的项目覆盖了患者就诊时大部分常规检查项目。北京市、天津市、河北省、山东省卫生健康委联合开展互认工作。“目前，有 60 个检验项目，在京津冀鲁四个区域的 1118 家医疗机构能够实现互认。30 个影像检查项目，在京津冀 503 家医疗机构之间实现共享。帮助区域内有就医需求的患者，在能互认的医疗机构就医时，可以减少重复检查，优化就医流程，提高就医效率。”李昂说。

二是加强医疗质量管理。医疗质量是互认工作的重点，北京市着力提升检查检验结果同质化水平，积极发挥医学检验质控中心和影像质控中心的作用，建立覆盖市、区两级的质控网络，制定一系列的质控标准和方案，通过线上的监测分析和线下的检查指导等多种方式加

强质控管理。患者可以在北京市卫生健康委官网便民服务栏目和“京通”小程序健康服务模块中，查询医疗机构的质控结果，方便患者在有需求的时候，合理选择相应的医疗机构就诊。

三是加强信息化建设，促进线上互认。2024年，北京市将检查检验结果线上调阅互认工作纳入市政府重点研究的“三医”（医疗、医保、医药）信息化建设重点场景。“2024年底，北京市将完成140家二级以上医疗机构在线上实现检查检验结果共享互通。”李昂表示，未来，北京市将逐步联通包括社区卫生服务中心（站）在内的更多医疗机构。

### 明确互认规则，保障医患双方权益

“实施检查检验结果互认并不等于患者在就医的所有情况下都无需再次进行检查检验。”李昂表示，北京市在国家规定的可以复查的六种情形基础上，结合实际细化至十一种场景。通过明确规则，进一步保障医患双方的权益。

在实际工作中，出现检查检验结果无法互认的情况时，医疗机构和医生应当如何应对？“北京市在对全市医疗机构进行工作培训时，强调了对于互认项目是否需要复查的问题，医生首先要考虑患者安全，要根据患者病情，在保障医疗质量安全的前提下作出相应的判断。”李昂介绍，北京市互认平台将医生的操作都进行了记录，互认平台可以对医生选择不互认的原因进行监测分析，对存在的问题，医



院的管理者和行政管理部门可以及时跟进，进行调查改进。此外，北京市也要求医疗机构要指导医务人员在熟悉政策的基础上加强医患沟通，对于检查检验结果未予互认的，医生应对患者以及家属作详细的说明和解释，充分告知他们复检的目的和必要性，避免造成患者和家属的误解。

### 信息化建设提升患者就医体验

在传统的互认工作中，各医疗机构对于可以互认的检查检验结果项目，是通过在患者的化验单或者影像胶片上进行标注的方式进行互认，既可能会出现患者携带病例资料不完整导致无法互认的情况发生，也难以达到全过程的追溯和管理。举个例子，北京市的互认项目，在化验单、影像胶片上标记“北京 HR”（HR 为互认首字母缩写），京津冀地区可互认的项目，则标注“京津冀 HR”。在这种情况下，患者到医疗机构就医时，必须带着化验单或者胶片，医生拿化验单、胶片确认并进行互认。通过信息化建设，各医疗机构检查检验结果实现互联互通，有效避免了上述问题的发生。

李昂表示，目前，北京市多数三级医院都实现了线上的调阅互认。在信息化的支持下，医生在开出相应的检查检验项目时，信息系统对于可以互认的项目会自动进行提醒，医生借助信息系统可以调阅近期患者在其他医疗机构完成的检查检验结果和影像资料，无需患者携带纸质结果和影像胶片。“信息化建设不仅让患者就医更加便利，还能

够帮助医生更加准确了解患者既往的病情。”李昂说。

[返回目录](#)

## • 中医药服务 •

### 进一步全面深化改革 推动中医药传承创新发展

来源：中国中医药报

#### 以新作为书写中医药发展首都篇章

##### 北京市中医药管理局

北京市以服务首都“四个中心”功能建设和提高“四个服务”水平为统领，推动中医药事业产业融合发展，在全面推进“健康北京”建设中实现首都中医药全方位、创新性、高质量发展。

#### 首都中医药健康服务能力不断提升

一是加大中医药资源及服务供应量。截至 2023 年底，北京市中医医疗机构共 1340 家，占全市医疗机构总数的 11%。二是加强中医药优质专(学)科建设。全市拥有国家区域中医(专科)诊疗中心 32 个，国家临床重点专科 54 个。三是推进优质中医药资源下沉基层。开展健康乡村(社区)、健康养老工程、名中医身边工程、治未病健康促进工程。

#### 首都中医药教育科技人才支撑不断加强

一是建立分级分类师承机制。加强对名老中医学术经验、老药工

传统技艺等的活态传承，已开展七批全国和六批市级师承工作，指导开展区级师承工作。二是推进中医药科技创新和成果转化。建设 30 个中西医结合研究所和 40 个基层中医药学科团队基地。三是强化中医药人才队伍建设。制定《首都中医药人才队伍建设行动计划》，启动北京中医药新时代 125 工程，分级中青年中医师人才。

### **首都中医药治理水平不断提升**

一是中医药法治建设全面推进。制定实施《北京市中医药条例》，并印发“中医诊所不良执业行为记录暂行管理规定”“西医师学习中医管理办法”等配套文件。二是中医药政策保障体系进一步健全。先后以市委、市政府名义出台支持中医药振兴发展意见。三是中医药行业治理水平不断深化。强化部门协同，加大对非法行医、虚假宣传等打击力度，组织中医类别医师参与医药广告宣传清理工作，加强公立中医医疗机构执业医师在自媒体开设账号管理。

### **加快构建中医药高质量发展“制度链”**

#### **上海市中医药管理局**

上海市以国家中医药综合改革示范区建设为引领，聚焦破解高质量发展关键瓶颈问题，不断改革创新中医药传承创新发展机制，加快构建中医药高质量发展“制度链”。

### **改革创新保障机制，强化中医药发展顶层设计**

一是各级党委政府高度重视。出台《关于促进中医药传承创新发

展的实施意见》《上海市国家中医药综合改革示范区建设方案》，修订《上海市中医药条例》。今年9月，市政府通过第五轮中医药三年行动计划，部署6个方面建设任务，给予额外专项资金支持。

二是构建高质量发展的政策体系和财政投入长效机制。在医疗服务体系、医保支付、人才培养、科技创新等核心环节，多个委办局共同制定系列文件，放大政策支持与体制机制改革的协同效应。

### **改革创新医疗机构管理机制，完善中医药服务体系**

一是探索中医医院高质量发展路径。以中医药内涵建设为导向，以中医临床重点(优势)专科为引领，加强中医医院绩效考核和深度评价，建设高水平、智慧型、研究型中医医院。二是完善中西医结合制度。在全国率先探索中医从事康复服务、“西学中”人员开展中医药服务的执业分类管理，院士领衔，营造中西互学氛围。三是打造社区中医药服务主阵地。市委主要领导亲自部署，将“中医特色巡诊社区卫生服务站”和“社区中医药特色专病(专科)”纳入市委市政府“为民办实事”项目和“民心工程”重点工作清单，提升优质中医药服务的可及性。

### **改革创新特色优势发挥机制，夯实高质量发展基础**

一是完善中医药价格和医保政策。发挥“三医联动”机制，按照“中西医同病同效同价”原则，积极推进32个中医优势病种按疗效价值付费改革。二是推进中医药国际标准建设。成立“上海市中医药

国际标准化研究院”，有力推进中医药国际标准化建设，目前已发布的 ISO 中医药国际标准中，上海主导占比超 25%。三是着力布局有组织科研。印发中医临床重点专科(学科)建设与临床研究协同创新的文件，打造“政产学研用”一体化发展新模式。

## 深化改革推动中医药事业高质量发展

### 湖南省中医药管理局

湖南省坚持高位推动，突出传承创新，各项任务有序推进，取得了阶段性成效。

#### 综合施策，中医药改革举措不断深化

一是深化管理体制机制改革。积极争取新增内设处室 1 个(中西医结合与少数民族医药处)，推动全省 14 个市州和 122 个县市区均在卫生健康行政部门内设立了中医药管理机构。二是深化医保和服务价格管理改革。深入推进肛肠、骨伤等 22 个中医优势病种按疗效价值付费拓点扩面。三是深化中药管理创新改革。优化中药制剂申报程序，加强医保政策支持。四是深化中医药评价体系改革。建立和完善符合中医药特点的评价标准和体系，初步形成了公立中医医院医疗服务评价体系。

#### 扬长补短，中医药服务能力不断增强

加快推进“省级建高地、市级扬优势、县级强龙头、基层夯基础”的中医药服务体系，全省实现了省市两级三甲中医医院、县办二级以

上中医医院、基层医疗卫生机构中医馆、三级综合医院和妇幼保健院中医科室 4 个全覆盖。4 个国家中西医协同“旗舰”医院建设加快推进，28 个综合医院中医药科室入围建设国家中西医协同“旗舰”科室。

### **守正创新，中医药科教体系不断完善**

加快推进中医药科技创新与成果产出，围绕国家高水平中医药重点学科，持续推进建设 16 个中医药科技创新平台、10 个中医药工程技术研究中心。持续开展中医药人才培养壮大行动，遴选“十四五”中医药领军人才 11 名、学科带头人 96 名、骨干人才 197 名。

### **多措并举，中医药文化影响力不断增强**

实施中医药文化弘扬工程和海外传播行动，建设 2 个国家级、76 个省级中医药文化宣传教育基地和 350 个中医药健康文化知识角，打造长沙马王堆、郴州橘井泉等中医药文化地标，推出马王堆里的“活”医学、岐黄之路等纪录片和书籍，开办中医“夜市”，全省公民中医药健康文化素养水平达到 28.51%。

## **聚焦四个“建立健全”促进中医药高质量发展**

### **四川省中医药管理局**

四川省结合实际，全面落实“四个建立健全”，有力保障和促进了中医药高质量发展。

### **以法为纲，中医药法规不断健全**



依据《中华人民共和国中医药法》，修订出台第五版《四川省中医药条例》，从充分发挥中医药在经济社会发展中的独特作用、深化中医药事业产业文化“三位一体”发展模式、推动中医药走向世界等方面，作了一系列制度安排和创新设计，以法治手段为中医药发展创造良好环境。去年，省人大对全省贯彻落实中医药“一法一条例”开展专项检查，督促省市县政府更好履行发展中医药的法定职责。

### **综合施策，中医药发展的政策举措不断健全**

省委省政府密集出台《促进中医药传承创新发展的实施意见》《国家中医药综合改革示范区实施方案》《中医药强省建设行动方案》等政策文件，《“十四五”中医药高质量发展规划》纳入全省一般专项规划序列，一系列细化方案、行动计划等配套举措不断完善。

### **高位推动，中医药管理体系不断健全**

省委省政府将中医药作为发展新质生产力、构建现代化产业体系等重大部署的重要内容。省委书记对中医药强省建设、县域中医医共体建设等作出批示。省委成立省长任组长，省委常委、宣传部部长，副省长任副组长，24个省级部门主要负责同志为成员的中医药工作领导小组，办公室设在省中医药局，履行统筹协调、牵头抓总职能。

### **创新突破，适合中医药发展的评价体系、标准体系不断健全**

深化人才评价，分别制定省级和基层中医药高级职称评审标准，打破基层中医药队伍评高级职称难的瓶颈；增设专业技师类别职称和

中医药健康管理、中医康复治疗技术 2 个评审专业，建成包括医、药、护、技四类人员，涵盖 27 个评审专业的职称评价体系；在全省 9 个行业性人才计划中新增中医药人才专项，新设省岐黄学者、岐黄菁英人才培养项目。

## 加快推进省域中医药现代化建设

### 浙江省中医药管理局

#### 坚定初心、深化改革，全力打造“四大品牌”

自国家中医药综合改革示范区建设以来，我们紧扣“勇当先行者、谱写新篇章”新定位新使命，认真答好“六个必答题”和“两个特色卷”，积极打造“四大品牌”。

一是打造“浙里中医”服务品牌。建设好国家中医临床研究基地、中医药传承创新中心等重大项目。二是打造“浙产中药”产业品牌。省政府把中药材产业列入十大历史经典产业，打造“六大中药谷”和一批中医药特色街区、中医药特色小镇。三是打造“浙中医药+”创新品牌。全省有“十四五”国家高水平中医药重点学科 13 个(其中就有中医药信息学)，局省共建中医药重点实验室 12 家。四是打造“浙派中医”文化品牌。成立浙江中医药文化研究院，编撰出版《浙派中医》丛书 40 种。

#### 找准切口、建标塑模，逐步实现中医药数字化“四大功能”

一是以“互联网+”为引擎推动“智医”，实现中医药服务更便

捷。上线“浙派名医堂”。二是以数据要素为驱动推动“智研”，实现临床科研深度整合。三是以产业增值为导向推动“智药”，实现优质中药可追溯。

### **数字赋能，推动浙江中医药事业发展“四个新提升”**

一是坚持数字赋能机制创新，加快促进中医药综合治理能力“新提升”。二是坚持数字赋能优势发挥，不断推动中医药服务能力“新提升”。三是坚持数字赋能守正创新，持续推进教育科技人才一体发展水平“新提升”。四是坚持数字赋能产业发展，逐步实现浙产中药品牌影响力“新提升”。

### **真抓实干持续促进中医中药协调发展**

#### **江西省中医药管理局**

江西中医药系统围绕国家中医药综合改革示范区建设，坚持系统集成、强化部门协同、优化政策供给，坚持中医中药同部署同规划、同推进同落实，切实推动中医中药协调发展。

### **协力提升服务供给，共筑协调发展新基石**

今年，江西制定实施“中医药事业拓展牵引产业发展”专项行动，多举措强化中医药服务供给，促进中医药事业产业融合发展。健全中医服务体系，让群众“方便看中医”。积极推进国家(中医)区域医疗中心、国家中医药传承创新中心等重大项目建成，推进中医药服务提档升级。筑牢中医药服务网底，促进中医优质医疗资源扩容和均衡布

局。强化人才队伍建设，让群众“看好中医”。近两年，江西财政投入累计三千万元，培养中医药中青年骨干近 200 人。优化中医药发展环境，让群众“放心吃中药”。强化政策供给，营造中医药良好发展氛围。

### **协作推进服务创新，共建协调发展新格局**

坚持以提升中药质量为基础，加快打造中药材品牌建设，形成了中医药种植、制造、流通等完整的现代化产业体系。优化中药服务。充分利用中药企业现代化技术，积极推进“共享中药房”建设，有效整合中药材资源，提高中药药事服务效率。加强院内制剂转化。联合药监部门，支持医疗机构对确有疗效且符合条件的中药制剂进行注册备案并推广使用，支持医疗机构与中药加工企业进行产业化合作，加快医院中药制剂、协定处方方向新药转化。

### **协同强化科技人才支撑，共焕协调发展新活力**

推进平台建设，加强科技布局攻关。进一步发挥赣江中药创新中心等单位攻关优势。全省现已建成 9 个中医药领域的国家级科技创新平台、103 个省部级中医药科技支撑平台。壮大产业阵地，加速科研成果转化。大力培育引进中医药龙头企业，推进数字化转型升级，加快打造特色中医药产业链，促进产学研融通创新发展，加快科技成果向现实生产力转化。

### **创新体制机制畅通痛点堵点**

## 山东省青岛市中医药管理局

山东省青岛市以中医药传承创新发展示范试点项目建设为契机，聚焦中医药发展中的深层次矛盾和结构性问题，全力探索构建推动中医药高质量发展的长效机制和有效模式，成效初显。

### 构建中医药管理新机制，打造符合中医药特点的管理模式和政策措施

一是配齐配强中医药管理力量，解决基层中医药管理痛点。二是强化中医药政策供给，打通政策落实堵点。。三是加强非中医机构项目引导，破解中西医协同难点。

### 创新中医药技术传承机制，探寻中医药技术挖掘路径

一是弥补基层师承教育缺失，探寻名老中医临床经验和学术流派活态传承载体。二是探索民间医药捐献政策措施，畅通挖掘整理推广渠道。

### 探索中医药人才成长新模式，夯实中医药根脉

一是加强校地合作，搭建高端人才培养平台。引进山东中医药大学青岛中医药科学院。二是注重实用型中医药人才培养，提升基层人才服务水平。建立市、区市两级中医药适宜技术培训推广中心。三是创新岗位设置。试点开设2个中医特色护理门诊、1个中医技师门诊、3个中药师门诊。四是创新优化中医药人才服务模式和评价机制。对急需紧缺专业，允许通过面谈、考察等方式招聘。

开创中医药服务模式发展新局面，提升中医药服务体系和能力

一是强化以中医药为主的中医医院办院模式。二是以数字化支撑助推中医药高质量发展。三是推动优质中医医疗资源扩容、均衡布局。四是创新中医药文化传播模式，积极推动中医生活化、生活中医化。

## 打造链条完备的现代中医药产业体系

### 安徽省亳州市中医药管理局

中医药是安徽省亳州市的首位度产业。亳州市以推进国家中医药传承创新发展试验区和中医药传承创新发展示范试点项目建设为抓手，以建设“世界中医药之都”为重点，形成了涵盖中药材种植、中药饮片加工、中成药制造、中药颗粒剂生产、中药流通、中医药科研和文化传播等链条完备的现代中医药产业体系。

### 坚持“以药立市”，推动“旧产业”集聚“新业态”

聚焦“产业链”扩规模。现有药品生产许可企业 251 家，73 家全国知名或医药百强企业落户亳州，其中产值超 10 亿元企业 4 家、亿元以上企业 126 家，培育了一批以协和成、沪谯药业为代表的中药饮片出口企业，以宏方、九州方圆为代表的配方颗粒生产企业，以济人、雷允上为代表的中成药制药企业。聚焦“竞争力”引品种。累计引进药品品种 61 个，10 个中成药品种销售额超亿元，中药配方颗粒上市备案品种超 1300 个。聚焦“中药+”富业态。加强中医药与绿色食品、白酒、日化等产业融合，拓展养生大健康产业链。



## 坚持“创新发展”，推动“特长生”激活“新动能”

平台筑基打造“创新高地”。加强高水平研发平台建设，建成中药提取、中药饮片2个国家地方联合工程研究中心、中医药类院士工作站2个，各类省级创新研发平台44个。市场升级构建“标准体系”。推动中药材市场标准化提质、规范化提升，开展信用评级，上线“亳药安”程序、实行“一户一码”。

## 坚持“文化塑魂”，推动“老传统”焕发“新光彩”

传承传统文化。挂牌运行华佗中医药研究院，加强对华佗医学研究挖掘。发展健康文旅。实施中医药健康旅游示范区推进工程，建成亳药花海休闲观光大世界、神农谷智慧药市等一批康养旅游项目，打造中医药康养之旅等精品旅游线路，亳州市成功获评“中国康养旅游城市”。点亮“养生亳州”。华佗五禽戏入选国家公共文化服务体系示范项目，亳州获批省级中医药文化生态保护区，华佗百草园、华佗永安里中医药养生特色街区等重点项目投入运营。

## 建设中医药产业和文化为两翼的发展体系

### 广东省中山市卫生健康局

2023年以来，广东省中山市以建设国家中医药传承创新发展示范试点项目和试验区为重大契机，创新“三医联动”及多元投入管理模式，建设以中医药服务为主体、产业和文化为两翼的高质量发展体系。

## 以传承为基石，夯实中医药创新基础

一是传承中医药技术。建成中医类国家级重点专科(含优势专科)5个、省级重点专科24个、市级中医优势专科37个。二是传承中医药队伍。启动“中医类别医师扩增计划”，2023年同比扩招超400人。

## 以创新为抓手，增强中医药发展动力

一是中医科研创新。开展粤港澳校企校地合作，与广州中医药大学合作共建4大产学研创新平台。二是服务模式创新。印发《中山市中医药“防治康”一体化健康服务模式建设实施方案》，遴选中风、胸痹、骨痿等发病率高、中医诊疗优势明显的病种作为首期试点病种，设立“防治康”项目管理和技术服务中心。三是文化传播创新。率先启动中医药进乡村、进社区、进家庭、进学校、进机关、进企业、中医药健康夜市“六进一市”活动，中医药夜市围绕传统文化24节气做足特色，人气持续爆棚。

## 以发展为导向，提升服务群众获得感

一是服务体系持续优化。成立中山市中医药局，将中医药发展纳入考核。市中医院与5家基层二级医院组建紧密型中医医联体。二是诊疗能力稳步提升。全市有中医类别三甲医院2家。市中医院2022年国考排名提升19位次。三是中医药合作扩面提级。加强与港澳及国际中医药交流合作，成功举办世界针灸学会联合会中医针灸科研学

术研讨会等高规格大会。与香港理工大学、澳门科技大学开展谱宜评分临床转化、杜仲多糖创伤外用敷料转化等科研合作。

[返回目录](#)

## 中医：中伊文化交流的重要载体

来源：中国中医药报

今年是“一带一路”倡议提出的第 11 年。很多人都在思考一些问题，例如“一带一路”倡议对古丝绸之路沿线的国家有何意义？“一带一路”倡议的思想源头和历史背景是什么？哪些历史文化载体可以支撑“一带一路”倡议？这些问题无疑都是需要进行专门研究的重大课题，难以简单加以概括。但文化交流无疑需要寻找一些合适的载体，作为一名中国高校的伊朗籍教师，在研究中伊文化交流的过程中深刻地感受到，中医是中伊文化交流的见证，也是文化交流的重要载体。

### 中伊医药交流有深厚的历史渊源

2009 年，我带着对中医浓厚的兴趣，首次踏上了中国的土地。尽管我来中国前学习的是计算机专业，然而，我一位朋友一次突如其来的车祸改变了我生活的轨迹。我见证了他通过针灸治疗受伤的手，针灸让他重新找回了希望，也让我下定了决心转向中医的学习。在山东省中医医院实习期间，我幸运地亲眼见证了中医药的显著疗效。特别是在针灸科室，我看到了许多半身不遂的患者在中医的治疗下逐渐恢复健康，摆脱了病痛的困扰。

在深入学习中医的过程中，我惊奇地发现，伊朗和中国的医药交流竟然有着如此深厚的历史渊源。公元前 2 世纪末，西汉武帝刘彻统治时期，张骞出使西域，两国建立起联系，丝绸之路由此开通。中国史籍中最早提到伊朗的是司马迁的《史记》，书中称伊朗为安息，即波斯帕提亚王朝《史记·大宛列传》记载了中国和伊朗的首次正式外交活动，同时描述了安息的地理位置、国情和物产。据记载，安息王派了两万骑兵到东界迎接。在东汉汉和帝永元九年(公元 97 年)，甘英奉西域都护班超之命出使大秦，抵达条支国之海滨，即今天的波斯湾。据《后汉书·西域传》记载，安息王满屈献狮子及条支大鸟，时谓之安息之雀。中国曾两次派使团到安息，显示了安息的重要性。在萨珊王朝时期，伊朗与中国通过陆地和海上丝绸之路在经济和文化上的交往日益增多。萨珊帝国与中国的外交关系紧密，据史书记载，萨珊大使访华十余次，双方也互赠礼品。

从北魏时期开始，中国史籍不再使用安息的旧称，而称其为“波斯国”。在隋唐时期，随着丝绸之路的交通日益发达，中国与波斯国的交往更加频繁，并有波斯人来到中国定居。除了贸易，中国与伊朗在医药方面的交流较为频繁。两国在医药等方面互相学习、互相影响，包括药物输入和输出、翻译中医药典籍以及医师人员交流等。例如，许多国家在进口水果、草药等产品时，会使用输出国的名字来命名这些产品，例如，桂皮在波斯语称中国树，大黄在波斯语称中国大黄等。

许多伊朗传统医学代表著作中都记载了来自于中国的草药，例如阿维森纳的《医典》第二卷中记载有 16 种药物的产地为中国，在拉齐的《医学集成》、麦萨莉的《医学百科》、麦具思的《医学艺术全书》等著作中也记载了发源地为中国的药物。《魏书·西域传》《周书·异域传》亦记载多种波斯国出产的药物包括罽石、珊瑚、琥珀、朱砂、郁金、苏合、胡椒、香附子、盐绿、雌黄等。唐代段公路《北户录》载：“恙弭花、白茉莉花，皆波斯移植夏中。”《新修本草》中记载的 17 种药物，《酉阳杂俎》中记载的 22 种药物，《本草纲目》记载 59 种药物都是来自波斯特产。

元朝时期，伊朗处于伊利汗时期，伊利汗王朝有一位杰出的政治家、史学家，医学家叫拉施德丁。他曾担任阿八哈汗的御医，后被委任为丞相。为推广中医药和中医药典籍，他在伊利汗国首都大不里士附近创建了名为“拉施迪四方城”的科学城，拥有医院、图书馆、药店、学院、制药厂、造纸厂、抄书房等设施 and 机构。拉施德丁四方城不仅提供医疗服务，还承担培养医学生的责任。2019 年，《拉施德丁四方城捐赠书》被列入联合国教科文组织的“世界记忆目录”。在拉施德丁四方城医院中，除了波斯医生外，还有来自其他国家的医生，其中包括中国医生。拉施德丁曾在写给儿子的信中提到：“医院聘请了 50 名来自中国、埃及、印度等国家的高明医生，他们受到隆重礼遇，并在医院中巡视，每人身边配备两名出众的学生，向他们学习这

门崇高的技艺。”拉施德丁四方城的医院使用中药并从中国进口药材。拉施德丁认为中医是一门先进的科学，因此组织了伊朗翻译团队翻译中医典籍，编订了《伊利汗中国科技珍宝书》。该书分为四卷，第一卷至第四卷分别介绍中医脉学、中医针灸、中药和中国人的典章礼仪。遗憾的是，除了第一卷外，其他卷都已遗失。

### 翻译典籍为伊朗读者打开通往中医药的窗

了解到我们两国在历史上有着如此密切的医药交流，我更有信心地踏上了我的中医翻译之旅。中医药是中国科技的珍宝，也是人类传统医学里的珍宝。中医药典籍丰富多样，涵盖了多个领域和学科，包括中医基础理论、中药学、针灸学、推拿学、脉学等。这些典籍不仅记录了中医药的理论和实践经验，也反映了中国古代人民对生命、健康和疾病的认知和理解。同时，对于现代中医药的发展和应用也有着重要的指导作用。例如，《黄帝内经》作为中医药理论和文化的重要基石，是全球研究中国医学历史的关键文献。然而，令人遗憾的是，该书至今还没有波斯语的译本。为了弥补这一缺憾，我自2015年起，投入了5年的时间，致力于将《黄帝内经·素问》翻译成波斯语。《黄帝内经》内容极为丰富且理论深奥，涵盖了中医的诸多方面，从生理到病理，从诊断到治疗，无不体现出古人的智慧和深刻洞见。因此，在对其进行翻译的过程中，我面临着巨大的挑战。为了确保译文的准确性和完整性，我参考了历代不同学者对这本书的多种解读和分析，



以便更深入地理解原文的含义和精髓。在翻译的过程中，我经常发现某些字词的译法并非一目了然。有时，为了找到一个字的准确译法，我可能会花费一整天的时间，查阅大量的资料，比对不同的译文，甚至与同行进行深入的讨论和交流。中医的经典著作中包含大量专业术语，这些术语是中医理论体系的独特组成部分，并且在外文中往往难以找到直接对应的表达。在《黄帝内经·素问》中，诸如“干支甲子”“运气同化”“同岁会”“司天”“在泉”等中医特有的术语层出不穷，它们在波斯语中并没有现成的对应词汇。因此，为了确保这些中医概念的准确传达和理解，我们需要通过大量的注释来解释它们的内涵和用法，并附上相应的拼音标注。

此外，为了深化伊朗民众对中医药的理解和认知，笔者投入大量精力编著了两本中医书籍，《中医脉学》和《中医舌诊》。同时，自2016年开始，我持续在中国国际广播电台波斯语部发表了共计9篇中医药科普文章，用浅显易懂的波斯语语言，向广大伊朗民众普及中医药知识。此外，我还有幸参与了世界中医药学会联合会推出的“中医基本名词术语中波对照国际标准”的翻译工作，并于2021年圆满完成了这项任务。近年来，我更是致力于中医药经典典籍的翻译工作，先后参与了《神农本草经》《金匱要略》和《灵枢》等著作的翻译，力求将这些中医智慧的瑰宝准确地呈现给伊朗读者，推动中医药文化在伊朗的深入传播与发展。我深信，一个全面而完整的中医药体系若

想真正融入伊朗的医药体系中，离不开对中医药典籍的精准翻译。这些典籍不仅是中医药学的理论基石，更是传承千年的智慧结晶。只有通过将中医药典籍翻译成波斯语，我们才能为伊朗的读者打开一扇通往中医药世界的窗户，让他们能够深入其中，全面领略中医的博大精深。

### 中医学在伊朗得到官方认可和推广

如今，中医在伊朗出现了转折性的发展，中医不仅进入了伊朗的医疗体系中，伊朗卫生和医疗教育部制定和颁布了 10 项有关中医的临床指南与操作规范，针灸博士专业于 2020 年首次获准加入伊朗全国医学博士入学考试，并且一大批中国医科大学也被列入伊朗卫生和医疗部批准的国际知名大学名单。这表明中医学和中国的医学教育在伊朗得到了官方的认可和推广。

中医药得到国际认可的原因主要是其卓越的临床疗效。中医药在预防医学、养生保健、康复等领域均具有显著而特有的优势，能够满足现代人的健康需求。正如习近平总书记指出：“中医药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。”笔者相信随着“一带一路”倡议的实施和推进，中伊两国在传统医学领域的合作将不断深入，中医在伊朗会得到更广泛的应用，并为伊朗人民的健康事业作出更大贡献。

[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