

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.05.24-2021.05.30

——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。）

· 专家观点 ·

▶ [观点 | 如何在“三医联动”中，统筹兼顾 4 方利益？](#)（来源：河北省医疗保障局）——第 11 页

【提要】医疗保障是国家解除全体人民的疾病医疗后顾之忧，增进民生福祉的重大制度安排。2018 年医疗保障相关职能实现集中统一管理，为新时代医疗保障事业的改革发展提供了坚强的组织保障。随着改革的深入推进，如何在深化“三医联动”改革中统筹兼顾国家、患者、医疗机构和医务人员以及医药企业“四方利益”，是摆在我们面前的一个重大课题，也是医疗保障部门的职责和使命所在。河北医疗保障系统在深入推动医疗保障改革的实践中，充分发挥医保职能作用，聚焦多方共赢的目标，在统筹兼顾“四方利益”健全利益调控机制上迈出了创新步伐。

▶ [观点 | 健康管理市场逾万亿，创新企业如何抓住机遇？](#)（来源：动脉网）——第 22 页

【提要】近年来，有关健康管理的政策频出。2016 年，全生命周期健康被首次提升到国家战略高度。到了 2020 年，国家再次强调，要把全生命周期健康管理理念贯穿城市规划、建设、管理全过程各环节。从“看病治疗”到“健康预防”的理念，正随着经济社会的发展走进

千家万户。面对健康管理这一历史大机遇，无数的医疗创新企业和资本方正欲抢滩登陆。在这个趋势下，医疗创新企业有两点需要注意：一是重视行业的底层逻辑演变。二是多种业态的深度融合。无论是老牌参与者还是新进入者，围绕“互联网+健、医、药、险生态”闭环，结合自身优势、加长长板、深耕产业，才是建立起企业竞争壁垒的关键。

▣ [观点 | 刘新平：如何提高信息部门在医院的满意度？](#)（来源：CDSreport）——第 28 页

【提要】没有信息化就没有现代化，在国家着力建立现代化医院管理制度的征途上，信息管理部门已然成为医院“质量、效率、安全”生命线的守护者。为了突破医院信息部门发展的瓶颈，近年来我们努力尝试从管理、服务和技术三个维度进行改进和治理：以评促建，提升系统成熟度，提高医护人员使用系统的获得感；多措并举，提升信息服务临床意识，提高服务水平；与管理部门和临床医护建立有效的沟通协调机制；与软件合作伙伴建立良好的运维生态。在几年的共同“跋涉”中，运维工程师、信息管理部门、职能部门、医护信息骨干人员等共同形成了一支心心相印的信息化建设团队，润物细无声地推动并促进数字化医院的转型。

• 医保快讯 •

▣ [关注医保支付方式改革：“百城试点”按下快进键](#)（来源：健康报）——第 34 页

【提要】医保支付方式改革备受关注。根据国家医保局的工作要求，2021年年底前，全国101个DRG、DIP付费试点城市要进入实际付费，并在总结经验的基础上，于明年进一步向全国推广。“百城试点”按下快进键，广东省医保局副局长董炳光认为，DIP付费不再对定点医疗机构单独下达总额预算控制指标，医保部门按年度定点医疗机构服务总分值和每分值费用进行年终清算。基金预算从原来由医保部门“切蛋糕”，转变为按医疗机构提供的服务量来“分蛋糕”，同时通过评议组织和公开透明机制，营造医疗机构之间公平竞争、互相监督、互相约束的良好社会氛围，基金支付更加公平，有效提升医保治理能力。

► [DRG时代，中医的医保付费标准该如何制定？](#)（来源：清华医疗）

——第39页

【提要】广西柳州医保自2018年6月起，结合DRG付费标准，应用中西医同城同病同质同效同价的改革理念，支持中医事业传承创新发展。第一，体现中医特色，遴选适宜付费病种。第二，标化临床路径，科学确定病种准入标准。第三，基于疗效价值，合理制定同病同效同价付费标准。第四，确保医疗质量，建立严格的疗效监管考评机制。柳州的中医疗效价值付费改革充分体现了中医医务人员的技术劳务贡献，支持了中医药事业的发展，在提高医保基金使用效率的同时，也降低了参保人的看病负担，提高了参保人的就医获得感，实现了“患者少花钱、医院增收入、医保减支出、中医特色得体现”的多方共赢。

改革效果。同时也把传统中医住院治疗纳入到 DRG 付费改革范围，推进了中国 DRG 付费的纵深发展和本地创新。

▶ [不冒进、不跑偏，河北医保信息系统顺利落地有诀窍](#)（来源：中国医疗保险）——第 41 页

【提要】2021 年 1 月 1 日，跨年刚过，河北医保工作就有了新年的新气象——经过国家医保局的验收，河北省医疗保障信息平台正式投入运行并逐步在全省各地上线切换。在医保信息系统建设的过程中，河北省明确了“三个坚决不”原则，走出了一条符合河北实际的医保信息平台建设运行模式。为确保系统切换期间群众医保待遇不受影响，河北省医保局指导各统筹区采取有效措施，全方位做好业务衔接和舆情稳控工作，为系统切换营造良好的社会环境：一是提前公告，确保众所周知。二是多措并举，确保群众待遇不受影响。三是明确责任，共同做好系统切换工作。四是积极协调相关部门，把控舆情。以确保系统安全无风险切换，群众待遇全面落实。

· 他山之石 ·

▶ [挑战中寻发展，推进医院高质量发展的“黄梅腔调”](#)（来源：健康县域传媒）——第 48 页

【提要】“十四五”时期，医院发展如何实现高质量？智慧医院建设成为重要一环。黄梅县人民医院党委书记汪义雄表示，纵观发展全局，创新技术和宏观政策是推动各区域医院从信息化医院走向智慧医院的两大因素，而县级医院升级转型的关键在于不断强化远程诊疗和精

细化服务能力。黄梅县人民医院自 1998 年开始着手信息化建设，经努力，先后完成了医院信息系统(His)、实验室管理系统(Lis)、影像管理系统(Pacs)、电子病历、门诊一卡通、银医通自助服务系。现下又对医院信息系统做了进一步优化升级，门诊流程得到大范围优化，通过掌上医院系统让患者能一站式挂号、缴费、就诊，通过分时段预约挂号能让患者错开就诊高峰，降低患者在医院的无效流动和等待时间，降低患者交叉感染风险解决了患者挂号时间长、就诊等待时间长、缴费时间长、取药时间长、问诊时间短等“三长一短”的问题，大幅度提升患者就医体验。门诊设备上，自助机从原来的 5 台增加至 10 台，实现检查、检验报告一站式自助打印，增加微信检查检验、消费清单报告推送，实现患者就医“信息化多跑路，患者少跑路”。

▶ [海南省卫健委主任周长强调：融入新发展格局，加快建设医疗旅游消费中心](#)（来源：海南健康）——第 53 页

【提要】当前，以国内大循环为主体、国内国际双循环相互促进的新发展格局正加快构建，海南在积极融入新发展格局的过程中，要加快建设医疗旅游消费中心，推动国际医疗旅游消费回流，为广大人民群众提供更好的高水平医疗旅游服务。新发展格局不是封闭的国内循环，而是开放的国内国际双循环。而建设海南自贸港是彰显我国扩大对外开放、积极推动经济全球化的重大举措。融入新发展格局，建设具有世界影响力的医疗旅游消费中心，一定要抓住海南自贸港建设这一重大机遇，要立足于改善人民生活品质，积极探索医疗旅游消费新

路径,加快吸引境外医疗消费和服务回流,不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感,为繁荣海南经济和社会发展增添新动力。

• 医院管理 •

▶ [《深化医疗服务价格改革试点方案》对公立医院运行的影响](#) (来源: 惠宏医管) ——第 61 页

【提要】日前,中央全面深化改革委员会第十九次会议召开。会议审议通过了《深化医疗服务价格改革试点方案》。医疗服务价格是人民群众最关心最直接最现实的利益问题。近几年,党中央部署推动一系列改革,通过取消药品加成、带量集中招采和加强成本控制,药品耗材价格有所降低,百姓就医负担也明显降低,“腾笼换鸟”初见成效,为调整医疗服务价格创造了条件。同时我们也需要认识到,现行价格已经严重影响了公立医院的正常运行,医疗价格也到了非改不可的时候,不改则前功尽弃。医院管理者要认识到医疗服务价格改革的系统性和复杂性,更要认识到价格改革对公立医院绩效考核、学科结构和运营管理三方面的影响。

▶ [顺应 DRG/DIP 付费新趋势, 医院精细化管理有妙招](#) (来源: 健康界) ——第 67 页

【提要】近年来,我国 GDP 增长一直维持在 7%以下,而医疗支出的增长均在两位数以上,不断加大的医疗支出压力成为当前医疗领域发展无法回避的挑战之一。在这种情况下,尤其是随着三级公立医院绩效考核及 DRG/DIP 付费试点的推进,运用精益绩效评价驱动成本控制

和高质量发展，成为不少医院管理者的选择。国家卫生健康委医院管理研究所医疗质量管理研究部主任马丽平表示，不管是经济发展形势还是国家政策要求，精细化管理已成为医院管理无法回避的课题。一方面，我国医疗支出增速远高于经济发展增速，医疗保障筹资面临挑战；另一方面，国家医保局成立，集中带量采购、DRG/DIP 等医保支付方式改革等措施迅速推进；同时国家三级公立医院绩效考核出炉，引导医院从规模扩张转向质量效益提升。“这些都意味着医院必须调整发展策略，进行精细化管理，在保障医疗质量与患者安全的前提下，减少成本，提高效率与效益。”

• 医药速递 •

▣ [“医改先行军”福建发布新一轮文件，七大亮点值得关注！](#)（来源：福建省人民政府）——第 74 页

【提要】近日，中共福建省委、福建省人民政府为深入学习贯彻习近平总书记来闽考察重要讲话精神和进一步深化医药卫生体制改革的重要论述发布《关于进一步深化医药卫生体制改革的意见》。《意见》指出，坚持预防为主，推进疾病预防控制体系改革，组建省级疾病预防控制中心。同时优化防治策略，推动医疗卫生服务重心由后端治疗转向前端预防，力争孕产妇和婴儿死亡率分别控制在 12/10 万以下和 4%左右。强调要大力促进优质医疗资源扩容下沉、合理布局，加强区域医疗中心和临床学科建设，同步推进市县级医院标准化建设……

▣ [一省发布处方流转细则，院外市场迎利好](#)（来源：医药经济报）

——第 78 页

【提要】日前，湖南省卫健委联合湖南省中医药管理局、湖南省药品监督管理局发布《关于印发湖南省处方流转与监管工作方案(试行)的通知》，提出建立全省统一的处方流转与监管平台，实现各医疗机构处方数据流转，开展医院处方外延、智能线上审方、慢性病续方、合理用药监测等工作。湖南要求，可外延的药品应以慢性病、常见病的口服或外用制剂为主，注射剂(自用胰岛素针除外)、精神药品、麻醉药品、医疗用毒性药品、放射性药品和其他用药风险较高或需要特殊管理的药品不纳入处方流转范畴。

▣ [浙江医用耗材带量采购模式大变动](#) (来源：浙江省医疗保障局)

——第 82 页

【提要】为保障医用耗材集中带量采购常态化制度化开展，5 月 24 日，浙江省医保局发布了一则关于公开征求《浙江省药品医用耗材集中带量采购暂行办法(征求意见稿)》意见建议的通知，对耗材采购规则进行了多项变动。明确未来集中带量采购要坚持省级统筹、省市联动、市级联合，分为省级集中带量采购和市级联合集中带量采购两种形式，县级一般不得开展集中带量采购。省级集中带量采购和市级联合集中带量采购的政策、规则、程序保持相对统一。未来浙江省内的耗材带量采购，仅有省市联动和市级联合两种，国采涉及的品种以及已经开展过得品种一律不参与。

· 中医药动态 ·

▶ [江西出台 28 条措施！今后中医药将这样影响你我生活](#)（来源：江西省人民政府）——第 86 页

【提要】近日，江西印发《关于加快中医药特色发展若干措施的通知》，提出 28 条具体措施，着力破解当前江西省中医药发展存在的问题，更好地发挥中医药特色与优势，推动中西医相互补充、协调发展。28 条措施涵盖了中医药人才、中药产业、中医药发展、中西医结合等方面。

▶ [释放中医药魅力 传承中医药精华——我国中医药产业园区发展路径分析](#)（来源：中国医药报）——第 91 页

【提要】近年来，各地基于资源优势，因地制宜，形成了一批独具特色的中医药产业园区，承载区域中医药产业发展。据统计，我国 22 个省份布局有重点中医药产业园区，其中，河北、湖北、湖南、云南、四川等地基于生态资源、生产制造基础，具有较高的园区集聚度。结合中医药产业园发展模式，这几点发展经验值得借鉴：加强顶层设计，打造区域中医药品牌；精准施策，培育产业发展壮大；全方位构建科技创新体系，形成产业可持续发展动力源泉；把握产业跨界融合发展趋势，培育产业新业态；借助中医药正迈向世界主流医学体系的契机，建设中医药文化传播平台。

-----本期内容-----

· 专家观点 ·

观点 | 如何在“三医联动”中，统筹兼顾4方利益？

来源：河北省医疗保障局

作者 | 赵新喜 河北省医疗保障局党组书记、局长

医疗保障是国家解除全体人民的疾病医疗后顾之忧，增进民生福祉的重大制度安排。2018年医疗保障相关职能实现集中统一管理，为新时代医疗保障事业的改革发展提供了坚强的组织保障。随着改革的深入推进，如何在深化“三医联动”改革中统筹兼顾国家、患者、医疗机构和医务人员以及医药企业“四方利益”，是摆在我们面前的一个重大课题，也是医疗保障部门的职责和使命所在。河北医疗保障系统在深入推动医疗保障改革的实践中，充分发挥医保职能作用，聚焦多方共赢的目标，在统筹兼顾“四方利益”健全利益调控机制上迈出了创新步伐。

一、坚定不移维护国家利益，是确保医疗保障制度行稳致远的根本前提

众所周知，由政府补贴、用人单位和参保人员缴费等组成的医保基金，是医疗保障制度赖以运行的物质基础，它的安全直接关乎全体参保人员依法享受医保权益和医保制度的公平有效，没有医保基金的安全，就没有医疗保障制度的可持续。新时代推进医疗保障制度改革

工作，维护国家利益，就是要全力维护好医保基金的安全。

第一，实施全民参保计划，把医疗保障基金的盘子做大。由于职工医保为强制参加，居民医保为自愿参加，推进全民参保计划落实，重点在居民参保，难点也在居民参保。如何推进居民参保全覆盖，是我们做大医保基金盘子的一个难啃的“硬骨头”。这项工作的高质量完成，有赖于各地党委、政府的推动和各市、县(区)主体责任的落实。以河北为例，省委、省政府高度重视全民参保工作，省委主要领导在省委全面深化改革委员会会议上提出明确要求，省政府专题研究并专门召开全省参保工作会议安排部署，省医疗保障局会同省税务、财政等十部门联合出台工作实施意见，同时加大政策宣传力度，加强工作调度，定期向市政府主要领导通报当地参保情况，切实压实市县工作责任，多措并举强力推进参保扩面工作，确保应保尽保。截至 2021 年 3 月底，河北全省基本医疗保险参保人数 7017.61 万人，达到了历年最高水平，比 2020 年参保人数增加了 78.35 万人。

第二，把统筹层次做实，提高基金共济支撑和抗风险能力。医疗保险作为保险的一种，同样遵循“大数法则”，提高统筹层次，就可以提高风险统筹层次，把健康风险不同人群费用进行统筹，就能应对一些参保人员没有办法预计和一些不均衡的医疗费用。所以，统筹层次越高，抵御风险的能力越强。自 1998 年职工医保制度建立以来，我国各地大多数都是以市为统筹单位，实行“市级统筹”，但是，实际上基金收支都是在县(区)一级，个别实行市级统筹的市大多数也是

调剂金制度，真正实现医保基金市级统收统支也是在这一两年。按照国家医疗保障局部署，去年年底我省居民医保已经全面做实了市级统筹，今年年底将全面实现职工医保的市级统筹，进一步提高基金共济支撑和抗风险能力。

第三，加强医保基金监管，严厉打击欺诈骗保行为。管住医保基金的“跑、冒、滴、漏”，是维护基金安全的重中之重；严厉打击欺诈骗保，是加强医保基金监管的关键一招。国家医疗保障局组建成立后，以打击欺诈骗保破题开路，重拳出击，打响了打击欺诈骗保“遭遇战”，树立了医疗保障部门敢管、严管、善管的形象。2020年6月30日，国务院办公厅印发《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（以下简称《意见》），对医疗保障基金监管制度体系改革进行了顶层设计；2021年5月1日即将施行的《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》），对加强医保基金监督管理提供了法律保障。下一步，随着《意见》和《条例》的实施，医保基金监管高压态势将持续强化。河北医疗保障系统始终坚持把加强医保基金监管作为首要职责，与纪委监委同向发力，强监管、出重拳，堵漏洞、建机制，彻查骗保案件，坚决管好用好老百姓“看病钱”“救命钱”。

二、全力以赴维护患者利益，是建立全民医保制度的本质要求

习近平总书记深刻指出，“我们建立全民医保制度的根本目的，就是要解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”。当好参保人利益维护者，

是医疗保障部门落实习近平总书记的重要指示精神，践行全心全意为人民服务宗旨，坚持人民至上、生命至上的实际行动。医疗保障部门自组建成立后，聚焦解决群众“看病难”“看病贵”这一世界性难题，大刀阔斧推进改革，坚持向创新要动力、向改革要红利、向管理要效益、向服务要满意，协调推进医药服务供给侧改革，归根结底就是为了让参保群众看好病、少花钱、少跑腿。

第一，开展药品耗材集中带量采购，减轻群众医药费用负担。药价虚高一直是我国医药领域存在的突出问题。在药品销售价格中，生产企业的生产成本和合理利润，仅占了较小的部分，药品回扣及垄断控销等原因导致了药价持高不下。在药品回扣等利益驱动下形成的医生“用药习惯”，并非都是真正科学合理的用药习惯，其中许多药品，有些是疾病治疗非必需的辅助用药，有些是有廉价药品可替代的产品，这种因私利驱动而形成的“用药习惯”，也可以称之为医生的“开药习惯”，严重损害了群众利益。充分发挥医保基金战略性购买作用，实施药品耗材集中带量采购，通过企业间的市场化竞价，起到以量换价的作用，同时，可以改变医生逐利的“开药习惯”，实现患者以较低的价格用上质量较好的药品。自“4+7”试点拉开药品集中带量采购序幕以来，国家先后组织了四批药品、一批医用耗材(冠脉支架)集中带量采购，药品和医用耗材价格大幅下降，特别是冠脉支架，平均价格从1.3万元降到700多元，有效减轻了群众医药费用负担。就河北而言，从2019年7月1日主动跟进国家“4+7”集中带量采购、

全国第一个落实第二批国家组织药品集中带量采购中选结果，到率先落实第三批中选结果以及冠脉支架中选结果，同时联合京津开展了人工晶体、新冠病毒检测试剂和抗体试剂集中带量采购，联合福建三明开展非一致性评价药品集中带量采购，自主开展了城乡居民高血压、糖尿病“两病”门诊用药集中带量采购，不到两年时间，就节约医药费用 70 多亿元，切实有效减轻了群众医疗负担。

第二，加强医保目录管理，将更多救命救急的好药纳入医保报销。老百姓的常用药、高价药医保能否报销，是发挥好医保支付作用的关键所在，直接关系到群众的医疗保障获得感。2018 年 10 月，国家医疗保障局将 17 种高价抗癌药纳入医保报销目录，既解决了患者药品可及性问题，也解决了用药医保报销问题，一时间引发了社会强烈反响，群众纷纷叫好。此后，国家每年动态调整医保目录，各地认真落实，越来越多的救命救急的新药、好药纳入了医保报销。2021 年 3 月 1 日，河北已全面落实国家 2020 版药品目录。征得国家医疗保障局同意，我们经过认真测算、多次调研、反复论证，去年我省先后将 573 种常用的中药配方颗粒以及 269 种医院制剂按程序纳入了医保支付范围，进一步减轻了群众用药负担。

第三，深化“放管服”改革，为参保人提供更加优质高效的医疗保障管理服务。便捷是医保公共服务的基本要素，减少群众就医等待时间，优化医保服务流程，推动传统服务与智能服务融合，提供更加便利化、智慧化、人性化的医保服务体验是落实“便捷”二字的关键。

老百姓看病就医、办理业务是否方便快捷，直接反映了我们是否真正坚持了以人民为中心的发展思想，是否真正勇于自我革命、主动自我革命，是否真正把群众医疗保障领域的难点、痛点、堵点问题作为向内开刀、向外发力的突破口和着力点。河北省医疗保障局成立 2 年多来，在优化医保管理服务方面取得了积极成效，我们先后将北京、天津各 15 家优质医疗机构纳入我省医保定点，我省 22 家医疗机构纳入天津医保定点，京津冀三地 520 家医疗机构实现了异地就医门诊费用直接结算，极大地方便了群众就医；在全国率先实现异地就医仅凭身份证号即可全年 365 天、全天 24 小时网上备案，国务院办公厅将我省做法收录《深化“放管服”改革优化营商环境典型经验 100 例》；创新慢性病管理方式，实现了慢性病网上申报认定。

三、切实有效维护医疗机构和医务人员利益，是实现医疗保障事业高质量发展的必然要求

医保基金购买到优质、高效、专业的医疗服务，是医疗保障事业高质量发展的重要内涵。医疗机构和医务人员是医疗服务供给方，患者能否及时得到有效救治，充分享受到专业、优质的医疗服务，主要取决于医疗机构和医务人员的水平和素质。在医疗保障改革的纵深推进中，维护好医疗机构和医务人员合法利益，充分调动医疗机构和医务人员积极性，鼓励其提高硬件设备以及疾病诊治水平，是医疗保障事业实现高质量发展的必要条件。

第一，建立公立医疗机构医疗服务价格动态调整机制，逐步理顺

医疗服务比价关系。“腾空间、调结构、保衔接”，是近年来公立医院改革探索出的一个重要途径。过去，医院药品和医用耗材收入占大头，而现在要把药品和医用耗材价格降下去，把技术劳务价格提上来，使医院和医务人员的收入结构随之改变，逐步破除“以药补医”机制。通过取消药品和医用耗材加成，实行药品和医用耗材集中带量采购，降低药品和医用耗材虚高价格腾出的空间，就可以用来调整医疗服务价格，体现医务人员的劳务价值。河北积极稳妥推进医疗服务价格改革，先后5批新增修订医疗服务价格700项，取消公立医疗机构医用耗材加成，医院收入结构得到进一步优化，医务人员工作积极性得到有效激发。下一步，我们拟探索试行差异化、个性化医疗服务价格政策，同时提高体现医务人员技术劳务价值的诊察费、护理费、肌肉注射收费标准，通过差异化价格政策调动医务人员积极性，让技高者多得、多劳者多得。

第二，落实医保基金结余奖励返还政策，支持医疗机构健康发展。

将药品和医用耗材集中带量采购和医疗机构通过谈判降价后的药品费用与医保支付的预算基金差额，按一定比例奖励返还给公立医疗机构，旨在进一步提升医疗机构和医务人员工作积极性，支持医疗机构发展。河北在省政府办公厅印发的《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》中，对医保基金结余奖励返还政策进行了分类细化，明确对实行集中带量采购的药品和医用耗材，结余医保资金医疗机构可留用50%。未实行集中带量采购的药品和医用耗材，鼓励医

疗机构通过谈判降低采购价格，采购价格比医保支付价格低 10%以内的，所节约医保资金的 50%返还医疗机构；采购价格比医保支付价格低 10%-20%的，所节约医保资金的 70%返还医疗机构；采购价格比医保支付价格低 20%以上的，所节约医保资金全部返还医疗机构。对实行人财物一体化管理的医联体，医保资金按人头打包支付，结余的医保资金留给医联体。结余留给医疗机构的医保资金，60%-70%用于医务人员的薪酬发放，30%-40%用于医疗机构发展。我省 2020 年底已完成国家第一批集采第一个采购周期结余返还工作，全省共返还医疗机构 2.8 亿元，实现了资尽其用，医患双赢的阶段性目标。

第三，建立医保预付周转金制度，减轻医疗机构垫资压力。参保患者持卡就医看病，出院只需要结算自负部分，但医保经办部门与医疗机构是按月结算，这样对于医疗机构特别是就诊患者多的医疗机构来说，垫资压力很大。如果医保经办部门在每年年初可以预付给定点医疗机构一个月的预付金，就能极大地缓解医疗机构垫资压力，支持医疗机构发展。正是出于这方面考虑，河北省医疗保障局会同省财政厅研究制定了基本医疗保险预付周转金制度，明确以上年度医疗保险基金支付该定点医疗机构门诊和住院总费用月平均金额为标准额度，每年一月份预拨付一个月标准额度的周转金，支持医疗机构发展。

四、统筹兼顾医药企业利益，是医疗保障制度优势转换为治理效能的应有之意

药品和医用耗材是人类同疾病斗争的“武器”，随着世界财富的

增长和人口的老龄化,以及人们对健康的重视程度和支付能力的不断提高,当前已有药物远远不能满足疾病治疗的需求,罕见病暂且不提,即使是癌症、白血病、阿尔茨海默症等常见病也仍然缺乏有效的治疗手段。由于国家支持药物研发的政策持续增强,我国在药物研发中取得了很大成绩,然而我们仍需要清醒地认识到,与一些发达国家相比,仍然存在差距。我们要充分发挥制度优势,在深化医疗保障改革进程中,特别是在常态化制度化开展药品耗材集中带量采购的大背景下,为医药生产企业创新研发以及公平竞争营造良好的环境。

第一,规范药品挂网,促进医药生产企业在同一个平台上公平竞争。一直以来,我国药品价格形成机制不够健全,表面上来看,貌似是市场调节药价形成,但深挖发现,其实决定药品价格的根本不是“市场”,而是药企与医院。“市场”强调供需双方,也就是买卖双方,虽然药企是药品卖方,但医院并不是真正的药品买方,谁出钱谁才是买方,药品真正的买方是医保和患者。企业药品挂网后,医疗机构才能采购使用,所以药品的用量和药品的价格“源头”控制,是药品挂网。我们要充分发挥好招采平台的“入口”作用,规范药品挂网,为药品生产企业特别是对通过一致性评价的仿制药与原研药提供更加公平的竞争机会,这既有利于药价回归合理水平,也能避免“劣币驱逐良币”,从而进一步激发医药企业研发的内生动力,引导其将工作重心转移到提升药品质量、促进药品研发的正确轨道上来,推动医药企业转型升级。在这方面,河北先行先试,进行了有益探索,通过修

订完善挂网政策，对同通用名同质量层次的化学药品、生物制剂和中成药挂网条件分类细化，规定同通用名同质量层次的化学药品最低与最高价之间一般不超过 1.8 倍，生物制剂和中成药一般不超过 3 倍，使药品生产企业在公平公正公开的平台充分竞争，实现优者胜、劣者汰，收到了良好效果。

第二，保证中选产品用量，确保医药生产企业赚取合理利润。国家组织实施药品和医用耗材集中带量采购，大大降低了中选产品进入医院的成本和推广成本，同时以市场换价格通过规模效应也大大降低了药品耗材的单位生产成本，使药品生产企业从“带金销售”的无序竞争中彻底解放出来，为医药企业心无旁骛搞研发创造了良好环境和有利契机。中选药品耗材价格虽然大幅下降，但挤掉的主要是医药产品销售环节的费用，只要我们保证好中选产品用量，生产企业仍然可以赚取正常的利润。河北不是“4+7”试点，在国家医疗保障局的大力支持指导下，我省主动跟进国家组织第一批药品集中带量采购和使用试点工作，2019 年 7 月 1 日落地，2020 年 6 月 30 日第一个采购周期满，完成了合同采购量的 341.22%；去年 4 月 1 日，我们克服疫情影响，在全国率先落实国家组织第二批药品集中采购中选结果，今年 3 月 31 日第一个采购周期满，完成了合同采购量的 134.98%，有效保障了中选企业的利益。

第三，确保及时回款，降低医药生产企业占款和融资成本。过去，许多医院回款周期很长，有的是因为资金周转困难，有的是由于打款

流程所致，当然也有部分医院将药款用作基建等其他方面，拖欠货款成为了习惯，相互影响形成了普遍的现象。回款不及时问题，严重影响了医药生产企业的经营效率，也一定程度上限制了企业研发创新。国家医疗保障局实施药品集中带量采购后，立即出台了配套措施文件，对医院按合同规定与企业及时结算、降低企业财务成本作出了明确规定，并鼓励医保经办或采购机构与企业直接结算或预付药款。河北认真落实国家医疗保障局部署要求，高度重视药品回款工作，每批次集中带量采购工作的配套措施均对及时向企业回款提出具体要求，规定采购主体从收货验收合格到付款不得超过 30 天。我省目前实行医疗机构或医保经办机构与药品生产企业或配送企业直接结算两种结算方式，对于医疗机构与药品生产企业或配送企业直接结算的，医保经办机构将按合同约定采购金额的一定比例预付给医疗机构医保基金，作为医疗机构向企业支付药品采购款的周转金，专款专用；对于医保经办机构与药品生产企业或配送企业直接结算的，医保经办机构将及时与企业结算，最大限度地支持企业发展。

今年是建党 100 周年，按照中央和中共河北省委部署要求，河北省医疗保障局把党史学习教育作为贯穿 2021 年全年的一项重要政治任务，学党史、悟思想、办实事、开新局，将党史学习教育活动成效转化为推动医疗保障高质量发展的动力，在统筹兼顾国家、患者、医疗机构和医务人员、医药企业“四方利益”，推动医疗保障制度优势转化为治理效能方面进一步探索创新，在构建新时代医疗保障事业发

展新格局中展现新作为。

[返回目录](#)

观点 | 健康管理市场逾万亿，创新企业如何抓住机遇？

来源：动脉网

从古至今，如何保持长期健康一直是一道困扰着人们的难题。

在我国古代，中医就有提出“治未病”的理论，意在强调防患于未然对于健康的重要性，《扁鹊见蔡桓公》的故事更是广为流传。到了当代，社会大力提倡“健康管理”也是这一理念的延续，旨在推动人们从透支健康、治疗为主的生活方式逐步转向为呵护健康、预防为主的新生活方式。

近年来，有关健康管理的政策频出。2016年，全生命周期健康被首次提升到国家战略高度。到了2020年，国家再次强调，要把全生命周期健康管理理念贯穿城市规划、建设、管理全过程各环节。从“看病治疗”到“健康预防”的理念，正随着经济社会的发展走进千家万户。

要知道，让人们改变不良的生活方式、行为习惯本身就是“反人性”的，且还需要长期坚持，尤其是主动式预防，在日常生活中十分不容易。这中间，无论是健康生活方式的养成，还是基本健康技能的习得，以及自身健康情况的感知，都是极难的事，需要一定的“外力”加持。

进入到21世纪以来，信息技术和生物技术的飞速发展，使得点

对点的数字健康管理模式正在成为现实，并在产业化的驱动下日趋成熟。可穿戴设备、家用监测设备等产品的普及，让随时随地获取连续动态的健康数据走向大众化，健康管理模式也不断推陈出新，落到实处。

顺着这股浪潮，健康管理市场迎来了属于它的黄金时代。相关数据显示，2020 年健康管理产业规模已经达到 6 万亿。契合时代的步伐，一个依靠技术就可实现“健康自立”的世界正在展开，并成为医疗健康领域创新企业纷纷想要把握的新机遇。

黄金时代序幕：技术驱动下，主动式健康管理成可能

我国健康管理的风最先刮起于 2001 年，彼时中国注册了第一家健康管理公司，随后便兴起了一波以健康体检为主营业务的健康管理机构。

但在实际的运行过程中，国内健康管理市场并未快速打开。根据《中国家庭健康大数据报告》，14 亿国人中理解、掌握健康基本知识和理念的群体不足 1/4，拥有健康生活方式、掌握基本健康技能的群体不到 1/5。这表明，居民的健康素养水平仍处于低位，有很大的提升空间。

背后的原因在于，传统健康管理服务主要是依靠医院或其他医疗健康机构的定期体检，以人管人，效率很低，依从性差。另外，患者数据很难获得共享，由于专业医疗机构保存的患者数据(包括电子病历、影像、诊断报告等)具有私密性，不对第三方健康管理平台开放。

幸运的是，一批新的技术手段的出现，正在解决以上问题。

首先，随着万物互联的 AIoT 时代来临，移动健康设备能够监测人们大部分的生命体征，并进行医学扫描，使得获取人体健康数据的路径正变得简单便捷。

例如，苹果的 AppleWatch 可以测量心率、记录月经周期、进行运动管理等，这使得用户能够随时随地观测自己的健康状况，但可惜的是，目前还缺少对接后续的医疗服务资源。

国内的创业公司也在积极布局这一块。华米科技 (NYSE: ZEPP) 基于手环、手表等智能穿戴设备，深入布局 AI 医疗健康引擎，从而实现心律不齐、睡眠状态、运动数据等方面的自动甄别等，希望未来能将这些能力开放给卫生部门和研究机构，构建良好的公共卫生体系。

再者，获取数据使得后续延伸的医疗健康服务以及可量化、可视化，及时反馈的数据为用户实现主动健康管理提供了重要支持。

比如，妙健康打造的物联网健康大数据平台“妙+”，通过打破数据孤岛，链接了超过市面上 90% 的可穿戴和智能设备，包括智能手环、血压计、血糖仪等 300 多款检测型设备。

依托于“妙+”平台，妙健康对获取到的这些用户高频的多维度院外数据进行价值挖掘，能准确预测出疾病风险，帮助人们改善生活方式和不良习惯，在运动、营养、心理、睡眠等多方面持续追踪，还能提供体检、挂号绿通、在线问诊、精准医疗安排等多项医疗健康服

务。

妙健康的数据接口能力也可以嵌入到其他智能硬件，例如与百度合作，围绕小度智能音箱打造数据采集能力，结合了百度灵医智惠的慢病管理方案，为慢病患者提供互动式的管理服务。

最重要的是，数字化技术还可以通过强调医院、社区、家庭的三维互动，重视患者的自我管理，可以帮助实现从医生治疗到健康管理的心重心过渡，并帮助险企、药企沉淀用户数据。

院内数据与院外数据的融合，将进一步实现针对个人的精准治疗方案，并带动产业链升级，为药企、险企降低营销获客的难度，有效性的验证也能及时得到反馈，来改进新品的研发。

综上所述，正是在数字化技术的快速渗透下，健康管理的“质”与“效”取得了重要突破，并不断与产业链上下游紧密联系，持续找到不同的商业化场景，造福更多人。

掘金万亿健康管理市场：多元化商业模式的探索与创新

黄金时代的序幕已经拉开，面对万亿级的健康管理市场大趋势，创新企业应该如何应对呢？

从全球的经验来看，在数字技术加持下的“医、药、险”闭环打造是一条可资借鉴的道路。

以联合健康为例，作为美国当前最大的管理式医疗公司，其以大数据、健康信息、临床专业技术为核心竞争力，通过在保险主业基础上不断延伸产业链，打造了一站式整合服务。其中，健康保险和健康

服务两大模块是聚焦点，且这两个板块产生了强大协同。

国外环境毕竟与国内不大一样。健康管理需要大健康产业链各参与方深度合作，但国内部分产业链参与方(主要是公立医院)的诉求不强，传统的医+药+险全链路并未完全打通。

如何解决?通过观察国内的头部数字健康企业发展，破局的关键是互联网医疗生态圈的打造。

作为平安医疗健康生态圈的重要一员，拥有先天保险优势的平安健康，也不断地在用数字技术押注健康服务，致力于线上线下医疗健康服务的整合，以在线医疗服务为核心，借助线上流量入口，为医、药、险融合寻找创新合作模式，从而解决用户诊疗、购药、支付三大问题。

还有一个趋势值得注意，即通过“开放”的数字化健康管理平台联动多方，对接个体与服务资源方，助力险企、药企、公立医院等构建新的利益共同体。典型企业就是妙健康。

妙健康 CEO 孔飞在第五届未来医疗 100 强大会战略峰会上提到，妙健康以健康管理为纽带，串联医、药、险，与产业链上下游加强了合作，提供一站式的健康管理解决方案，能为用户提供从前期筛查到风险预警、健康评估、健康干预，再到寻医问药、保险保障的全场景服务。

例如，面向保险场景的合作，妙健康主要是帮助保险公司打造“保险+健康管理”数字化中台，旨在提升险企风控能力和代理人的健康

管理服务能力，通过提供创新保险产品设计、产品营销、智能核保核赔、个性化健康计划、布局健康管理线下门店等服务，赋能保险全流程。

可见，从健康管理出发，基于数据和算法和保险进行深度融合，做“保险+健康管理”数字化中台也是一条优质路径。对用户而言，只需要进入一个平台，就能根据动态的健康需求自主选择不同健康计划，获得精准推荐的医疗、保险、药品服务，这也极大地提高了用户体验。

综上所述，国外与国内不同的情况催生了不同的商业模式，不同企业之间也选择了不同的具体路径，但核心的逻辑没有变：即通过数字化手段让健康管理更可及和更便捷。

对医疗创新企业的启示

面对健康管理这一历史大机遇，无数的医疗创新企业和资本方正欲抢滩登陆。

动脉橙数据库数据显示，从2018年到2021年第一季度，健康管理领域一级市场共发生逾160起投融资事件，资金投入超75亿元，赛道异常火热。

在这个趋势下，医疗创新企业有两点需要注意。

一是重视行业的底层逻辑演变是每一个医疗创新企业的必修课。大数据是数字医疗基础设施，重视技术和数字化创新。对医疗健康大数据的技术挖掘和分析，在临床应用、医学研究和老百姓生活中起到

越来越重要的作用，数据潜能的发挥是指引大健康产业走向未来的关键。

二是从未来的发展看，多种业态的深度融合是趋势。无论是老牌参与者还是新进入者，围绕“互联网+健、医、药、险生态”闭环，结合自身优势、加长长板、深耕产业，才是建立起企业竞争壁垒的关键。

未来已来。相信随着更多企业踏进健康管理赛道，健康中国的梦想便继续向前推进一步。

[返回目录](#)

观点 | 刘新平：如何提高信息部门在医院的满意度？

来源：CDSreport

满意度是医院对信息部门的重要评价指标之一。根据笔者在信息部门的工作经验，满意度主要来自院领导、职能部门、临床医技科室和合作伙伴通过多种渠道反馈的评价。所以，满意度也是评价数字化医院生态水平的一个综合指数。

笔者于 2015 年初根据医院安排调到信息管理处任职，此后才了解到关于医院信息部门面临的种种尴尬。比如：医院满意度排名总是倒数几名；换 HIS 是“找死”、不换 HIS 是“等死”；信息管理部门是“火坑”等。根据这些从内部和外部了解到的负面情绪和负面评价来看，大家普遍认为，信息部门首先做事、做成事很难；其次，事情做得越多，越容易招致有关各方的不满意；第三，医院确实面临运行多

年的异构系统之间数据互联互通的壁垒。

医院信息化建设就这样陷入困境之中，信息部门的发展也就卡在这样一种恶性循环的瓶颈当中。

通过分析和思考，笔者认为，出现这些问题不外乎有以下原因。一是信息技术在医院是小众技术，对信息技术的认识和了解存在严重的“信息不对称”；二是由于医院各业务科室对信息化日益依赖，临床人员对信息部门的服务能力逐步产生了一些不切实际的要求；三是信息化建设需要管理和技术双线平行运行，未能很好地融合；四是信息系统运维后劲不足，孤岛未能打破，需求不能得到很好解决等。

为了突破医院信息部门发展的瓶颈，近年来我们努力尝试从管理、服务和技术三个维度进行改进和治理。

一、以评促建，提升系统成熟度，提高医护人员使用系统的获得感

通过研究信息化建设相关政策法规，如《三级综合医院评审标准实施细则》对信息化建设的要求，我们对全院信息系统运行和互联互通状况进行调研梳理，制定了“2016-2020年信息化建设中长期规划和分步实施计划”，以电子病历系统应用水平分级评价标准和医疗健康互联互通标准化成熟度测评为抓手，设定具体评级预期目标。经过努力，医院在2017年度通过了互联互通标准化成熟度四级甲等测评，2019年达到了电子病历系统应用水平分级评价6级水平。

信息的互联互通和闭环管理以及智能化应用，给临床医护人员带

来了获得感。例如，智慧护理系统建立了规范、丰富的知识库，并实现数据充分共享，能够自动生成大部分护理文书，大大减少了护理人员的工作量，护理文书质量也随之大幅度提升。门诊电子病历系统提供医嘱套餐、病历模板、门诊病历质控规则、合理用药知识库、门诊会诊、门诊危急值处理、医嘱和检查结果自动插入等智能化应用，使得门诊电子病历书写率达到 100%、合格率达到 95%以上。审方药师工作站的智能审方功能上线后，使得药品医嘱审核率达到 100%、处方合格率达到 99%以上。信息系统的应用使以往繁琐的医务工作变得轻巧，使管理变得简单，有效解决了智能化系统应用面临的质量和效率之间的矛盾。

二、多措并举，提升信息服务临床意识，提高服务水平

1. 改变信息服务模式，工程师一线现场提供服务。我们邀请临床一线医护人员到信息管理处“模拟”各种报修维修场景，充分倾听他们的诉求。要求工程师在三种情形下必须到达现场提供服务：硬件报修、反复出现的软件问题、复杂的问题。工程师由过去尽量远程服务解决问题的的工作习惯改为第一时间到达现场，与医护人员充分沟通，拉近了信息与临床的距离。

设立报修总调度岗位和值班电话热线，硬件维修维护服务团队提供充分的备机备件，24 小时提供及时服务，提高修复效率。开发商软件工程师驻场服务，随时接听报修电话。

医院信息管理处将维修服务效率定为科室重要的质量管控目标，

每日下班前一个小时召开维修闭环碰头会；建立临床表扬和投诉的科室奖惩绩效管理制度；定期对报修记录进行总结分析，系统性地解决共性问题；建立巡检制度，对自助机、门头屏、工作站和打印机等进行定期巡检维护等。经过多措并举，目前热线报修故障的解决时长，正常工作日均在 10 分钟之内，夜班和节假日均在 30 分钟之内，当日事必当日毕。通过持续改进系统性问题，热线报修件数呈大幅度下降趋势。

2. 建立一对一的精准服务机制。每个科室均配备了信息服务人员，制作“信息服务明白卡”，临床科室遇到信息方面的问题均可第一时间联系到对接人。信息服务人员每半年进行一次信息查房，到服务的科室与科主任、信息人员和医护人员进行座谈，收集系统的问题和建议、询问系统操作是否需要再培训、询问网络和手机信号方面的问题、宣讲网络安全知识、解答各种问题等。收集到的问题事事有着落、件件有回音，做到闭环管理。我们信息人真正做到走出办公室，告别被动式纯远程服务，做临床一线的贴心人。

3. 精准解决热点难点问题。通过信息查房，及时排查处理临床比较集中的问题。比如，自建无线环境 PDA 扫码成功率较低、移动查房车网络不稳定和运行速度较慢等。针对这两个问题，医院信息管理处申请技术改造立项，由自建无线环境改为 4G 网络支持，系统扫码率由原来的 80%成功率提升到接近 100%；将移动 DR 改装为 4G 网络支持图像实时上传 PACS，大大提高了影像共享效率，为缩短患者平均住

院日做出了积极的贡献；目前，移动查房车 5G 改造已经实验成功并签署改造协议，5G 网络已经铺设完毕，预计 8 月份正式投入运行。诸如此类的工作，都是为了及时有效解决医护人员工作的难点。

三、与管理部门和临床医护建立有效的沟通协调机制

1. **技术和管理有机融合，共同做管理项目的主人。**不管新系统建设、新需求实现，还是新流程调整均是一个项目。在项目管理中，有三个主角，一个是管理部门，一个是信息部门，一个是操作使用者。任何一个主角如果不参与到项目建设中来，均会造成对信息技术的理解不对称，必然导致项目实施结果的不满意。在项目开始实施之前，首先建立项目实施团队，共同制定项目实施计划，建立有效的沟通协调机制，凡事达成共识，共同管理项目。

2. **知己知彼，促进跨部门交流。**首先，有关信息化建设的学术会议，信息管理处会邀请医务、护理、药学部一同参会学习，博采众长。其次，我们会邀请信息化应用出色的医院管理部门负责人到医院，在高中层管理者范围内做培训和交流，知己知彼，学以致用。再者，我们也会派专业团队到样板医院参观体验并深度学习借鉴，领悟信息化在管理中发挥作用的机制和原理。

3. **建设和应用两手抓两手硬。**系统上线后的应用管理和持续改进是系统在管理中发挥作用的关键。基础数据动态管理和数据质量持续改进，可谓是信息化应用阶段的“车之双轮”和“鸟之两翼”。

(1) **夯实基础数据的根基。**我们建立了《基础数据管理办法》，

系统中所有的基础数据均明确了维护责任科室，专人管理，对基础数据的增删改查进行动态管理，对于关键基础数据的版本替换建立了审核审批制度，对于跨科室的基础数据建立沟通协调机制等，确保基础数据的准确。

(2) 抓牢数据质量的根本。我们建立了《数据质量评审管理制度》。每年下半年组织医务、护理、门诊、药学等部门对医疗流程的数据质量进行评审，从一致性、完整性、及时性、整合性四个维度进行评审，对于数据指数小于 1(满分)的项目展开分析，查找原因，在技术进行流程完善，在管理上不断加强，以提高数据质量为抓手，提高系统应用水平。

(3) 掌握项目管理的机制。信息管理部门每年在院内组织项目管理知识培训，共同学习项目管理知识，总结在项目管理中的经验和教训，进一步加深沟通，形成合力，促进项目管理的质量、效率和效果不断提升。

四、与软件合作伙伴建立良好的运维生态

系统运行要出成效，运维很关键。经过有效沟通，在院领导层面建立起系统持续运维的管理理念，信息管理处人员在 5 年间增加了 10 名，信息化持续性投入也得到保障。在医院领导的大力支持下，与软件开发商建立合理的系统运维长效机制，培养了熟悉医院系统的、稳定的运维工程师队伍，与信息管理部门形成合力，更好地为职能部门和医护人员服务，对政策性和改进型需求及时响应，及时

解决问题。

在几年的共同“跋涉”中，运维工程师、信息管理部门、职能管理部门、医护信息骨干人员等共同形成了一支心心相印的信息化建设团队，润物细无声地推动并促进数字化医院的转型。

经过几年的耕耘和治理，信息管理部门的工作得到了院领导和全院各部门的理解、支持、认同和赞誉，获得的满意度评价也不断提升，从初期的中下游水平，到中期的中上游水平，到近期的名列前茅，信息化建设和信息化管理取得了比较显著的效果。

没有信息化就没有现代化，在国家着力建立现代化医院管理制度的征途上，信息管理部门已然成为医院“质量、效率、安全”生命线的守护者。信息化建设不进则退，信息人时刻准备接受新的挑战，也有信心、有能力为医院的发展做出我们不可替代、不可磨灭的贡献。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

关注医保支付方式改革：“百城试点”按下快进键

来源：健康报

医保支付方式改革备受关注。根据国家医保局的工作要求，2021年年底前，全国101个DRG、DIP付费试点城市要进入实际付费，并在总结经验的基础上，于明年进一步向全国推广。“百城试点”按下快进键，不仅直接关系参保人员看病就医的获得感、医保制度长期可

持续发展，同样也与医疗机构高质量发展、调动医务人员积极性密切相关。付费机制调整就在眼前，有关各方也开始了全力准备。

发挥经济杠杆作用

管用高效的医保支付方式是保障群众获得优质医药服务、实现医院和医保相向而行的关键机制。

2017 年，国务院就发文要求，全面建立并不断完善符合我国国情和医疗服务特点的医保支付体系。通过健全医保支付机制和利益调控机制，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，是改革的指向。

2018 年年底，国家医保局启动 DRG 付费准备工作，并于 2019 年 5 月公布 30 个国家试点城市名单，明确试点工作按照“顶层设计、模拟测试、实际付费”的总体思路部署。

2020 年 10 月，国家医保局公布了区域点数法总额预算和病种分值付费(DIP)试点工作方案，试点覆盖 71 个城市，要求用 1 年~2 年的时间，将统筹地区医保总额预算与点数法相结合，实现住院以 DIP 为主的多元复合支付方式。

“无论 DRG 还是 DIP，医保支付方式改革的目标是一致的。二者在技术基础原理方面是相同的，只不过在分组方法上有所差异。”首都医科大学国家医疗保障研究院副院长应亚珍介绍，DRG 和 DIP 付费改革均以实现医、保、患三方共赢为目标，即以提高医保基金使用绩效，不断提升医保科学化、精细化、规范化管理服务水平，保证医保

基金安全可持续；发挥经济杠杆的作用，调节卫生资源配置总规模、结构，引导医疗机构管控成本，推进医疗费用和医疗质量“双控制”；让患者享受适宜的医疗服务，减轻疾病经济负担。

重劳务、技术、成本

一些先行地区，通过改革实践，较为具体地勾画出了医、保、患三方共赢的景象。

辽宁省沈阳市于 2018 年开始实施 DRG 付费，2019 年从 9 家试点医院扩展到 25 家，2020 年付费范围从城镇职工医保拓展到城乡居民医保。据沈阳市医保局统计，改革以来，成效显著：基金使用效率大幅提高，2018 年职工医保住院统筹基金支出同比增长 1%，较 2017 年增幅下降 2%，2019 年和 2020 年分别同比下降 5%和 12%；医疗服务质量显著提升，整体住院费用呈持续下降趋势，2018 年首次出现住院总费用同比下降 3%，2019 年和 2020 年分别同比下降 1%和 14%，试点医院收治危重症患者积极性显著提升；发挥 DRG 付费杠杆作用，引导各级各类医疗机构找准功能定位，还为推进公立医院绩效管理和薪酬制度改革提供了比较各类医疗服务直观量化工具。

2019 年，广西壮族自治区专门成立了 DRG 付费改革工作小组，由政府分管领导任组长，医保、财政、卫生健康、中医药等部门联动，明确各部门职责，建立常态化的协调沟通机制。目前，全自治区 15 个统筹地区的 175 家三级及部分二级定点医疗机构实行 DRG 付费模拟运行，实现经办管理全流程贯通；6 个统筹地区实施 DRG 实际付费。

“按项目付费占比明显下降，实际付费的统筹地区住院医疗费用结算 DRG 付费覆盖达 95.15%，按项目付费只占住院医疗费用结算的 3.01%。”广西壮族自治区医保局副局长徐广保介绍，改革之后，医疗资源得到合理利用，定点医疗机构积极通过细化临床路径、加强医疗质量控制、加大集采药品(耗材)使用力度等措施，自主控制医疗成本，DRG 付费统筹地区平均住院天数下降 1.77 天，有效遏制大处方、乱检查等现象。

在推行 DIP 改革的福建省厦门市，该市医保局观察后得出结论，通过供给侧推行成本控制导向的支付制度改革，那些通过主动提升服务能力及质量的医疗机构，在患者“用脚投票”的选择中获得优势。

“改革扭转了按服务项目支付带来的供方成本价格膨胀倾向，行业内逐步形成‘重劳务、重技术、重成本’的发展共识，医疗机构主动深耕学科优势，向‘规模适度、特色突出’转变，实现机构收入和医疗服务水平相适应。”厦门市医保局副局长蒋更生说。

不是简单控制费用增长

国家医保局相关人士表示，医保支付方式改革的目的是不是简单控制费用增长，而是强调系统的集成、部门的联动、多方的共赢，激发定点医疗机构规范医疗服务行为、控制医疗成本的内生动力，引导医疗资源合理配置，从而进一步强化“三医联动”，促进分级诊疗。

DRG、DIP 付费改革作为一项基础性工程，铺开后将直接对应近 14 亿参保人员的看病保障。对此，国家医保局、国家卫生健康委、

国家中医药管理局等部门“盯得很紧”，建立了相关工作机制，制定并持续完善一系列顶层设计、标准规范和支持条件，组建了专家队伍以指导各地推进改革。

由于健康问题的多样性、医疗行为的复杂性，并非所有的疾病都能实行 DRG、DIP 付费。为此，付费改革在各地也根据实际情况给出了“弹性空间”。比如，沈阳市明确，对住院 60 天以上病例、新增 DRG 组病例、特殊病例以及超总额部分和其他支出，通过总量清算、补结清算、补偿清算等方式，合理补偿试点医院收治危重患者和开展高新技术的超额费用；厦门市将精神病、癌症晚期治疗、脑血管意外康复等 8 个日均费用稳定且需长期住院的病种，采用按床日分值付费；广州、深圳、汕头等地研究中医优势病种、中医特色治疗技术的医保支付方式，遴选中医优势病种实施按病种分值付费，将中医康复治疗纳入床日分值付费范围。

“在改革推进过程中医保与医疗间的谈判协商是关键。”蒋更生认为，医保蛋糕就这么大，怎么分配，医生最有发言权，拿出来评一评、比一比，医疗服务合不合理、有没有问题就显而易见了。同时，支付改革要与基金监管相并行，通过“支付+监管”两手抓，既保证支付的合理科学，又确保行业的有序竞争。

广东省医保局副局长董炳光认为，DIP 付费不再对定点医疗机构单独下达总额预算控制指标，医保部门按年度定点医疗机构服务总分值和每分值费用进行年终清算。基金预算从原来由医保部门“切蛋

糕”，转变为按医疗机构提供的服务量来“分蛋糕”，同时通过评议组织和公开透明机制，营造医疗机构之间公平竞争、互相监督、互相约束的良好社会氛围，基金支付更加公平，有效提升医保治理能力。

[返回目录](#)

DRG 时代，中医的医保付费标准该如何制定？

来源：清华医疗

实施 DRG-点数法的地区可以进一步结合西医没有并发症合并症病组的定价标准，实行同城同病同质同效同价的中医疗效价值付费，促进中医传统优势病种的传承、创新与发展，实现价值医疗与价值付费。

中医是中华民族的传统瑰宝，在中华民族繁衍生息过程中发挥了巨大的作用。在现行定价和补偿机制下，中医的技术劳务价值难以得到科学合理体现，中医医院或其他医院的中医学科难以取得符合中医服务特点的收入，甚至亏损经营。医疗机构为了获得发展，会倾向于对患者做更多检查、治疗，减少中医保守治疗，这种发展模式不利于传统中医学科的传统与创新，也不利于减轻参保群众个人负担和医保基金的支出压力。在当前推进住院医保 DRG 付费方式改革过程中，如何促进中医医疗服务的传承、创新与发展，考验着各地医保部门的智慧。

广西柳州医保自 2018 年 6 月起，结合 DRG 付费标准，应用中西医同城同病同质同效同价的改革理念，支持中医事业传承创新发展。

其改革理念为：对诊断明确、传统中医治疗方法(技术)成熟、疗效评估简易的病种，在确保疗效前提下，采用中医不做手术治疗，如果能够实现跟西医做手术一样的治疗效果，医保按西医做手术的 DRG 付费标准支付。柳州中医疗效价值付费的政策架构如下：

第一，体现中医特色，遴选适宜付费病种。

着眼于传承和促进中医特色优势学科发展，遴选标准为中医特色优势明显、治疗路径清晰、临床疗效突出、治愈标准明确的病种。在遴选程序上，首先，由医院提供待选中医优势学科的疗效价值优势数据及实施方案，包括临床路径、成本费用、疗效评估等；其次，由医保部门组织相关专科专家对相关数据和方案进行分析论证；最后，由医院代表对方案进行表决，表决通过即确定为疗效价值付费病种。

第二，标化临床路径，科学确定病种准入标准。

为防止实施中医疗效价值付费后，可能出现的低指征入院、医疗服务质量下降等问题，医保组织专家制定了每个疗效价值付费病种的临床路径，以此确定相应的准入标准，包括中医和西医诊断标准、收入院标准、住院基本治疗路径、住院天数、出院疗效判定标准等。

第三，基于疗效价值，合理制定同病同效同价付费标准。

采用中西医同病同质同效同价原则，对在按疗效价值付费病种范围内，收治符合相应诊断标准、住院治疗遵循中医药服务特点、不做手术达到西医做手术同等疗效的病种，医保按照病种所在 DRG 组外科不伴合并症、伴随症病组的基准点数的 80% 予以支付，同时根据医院

等级进行点数系数调整。其中，80%的基准点数付费标准由全市所有医疗机构自行协商，并达成一致的谈判结果。

第四，确保医疗质量，建立严格的疗效监管考评机制。

为了夯实中西医治疗同病同效的付费基础，保障医疗质量和参保人的就医获得感，建立了严格的疗效监管考评机制。每个中医病种的监管考核标准，都由医保专家委员会专家和医疗机构进行讨论、沟通、谈判，考核标准包括医疗护理质量、住院天数、基准点数、“保质期”等。如果评估达到预期治疗效果，支付相关费用，否则扣除点数。同一次住院期间如因治疗失败转为手术治疗，则按 DRG-点数法付费；因治疗失败再入院治疗的，则根据复发时长对拨付点数予以扣减。

柳州的中医疗效价值付费改革充分体现了中医医务人员的技术劳务贡献，支持了中医药事业的发展，在提高医保基金使用效率的同时，也降低了参保人的看病负担，提高了参保人的就医获得感，实现了“患者少花钱、医院增收入、医保减支出、中医特色得体现”的多方共赢改革效果。同时也把传统中医住院治疗纳入到 DRG 付费改革范围，推进了中国 DRG 付费的纵深发展和本地创新。

[返回目录](#)

不冒进、不跑偏，河北医保信息系统顺利落地有诀窍

来源：中国医疗保险

2021 年 1 月 1 日，跨年刚过，河北医保工作就有了新年的新气象——经过国家医保局的验收，河北省医疗保障信息平台正式投入运

行并逐步在全省各地上线切换。在医保信息系统建设的过程中，河北省明确了“三个坚决不”原则，走出了一条符合河北实际的医保信息平台建设运行模式。

一、领导重视高位推进

河北省委、省政府高度重视医保信息化建设，许勤省长专门听取汇报，并成立了以分管副省长为组长的全省医疗保障信息化建设领导小组，定期召开会议，研究调度工作，高位推进全省医保信息化建设。河北省医疗保障局也把加快推进全省统一医保信息平台切换应用，作为 2021 年重大工作任务，作为“一把手”工程，成立了以局主要负责同志任组长、其他班子成员任副组长、局属各单位和各市局主要负责同志为成员的河北省医疗保障信息平台系统切换工作领导小组，制定详细工作计划，并召开全省推进医保信息平台建设现场培训会进行动员部署，多次以视频会议形式调度全省医保信息平台切换工作，确保了全省系统思想统一、上下同心、步调一致，形成了推动工作的强大合力。

二、定准方向标准先行

坚决不用国家尚未发布的标准编码、坚决不搞违背国家统建的地方特色、坚决不建超出国家中台的冒进系统——这是河北省医保局党组认真学习领会国家医疗保障局胡静林局长关于医保信息化建设重要讲话精神，全面落实全国统一医保信息平台推进现场培训会议和全国医疗保障信息化、标准化建设培训会议工作部署，结合河北实际，

提出的“三个坚决不”建设原则，确保全省医保信息化建设不以自己的地方小特色，牺牲国家统一的大格局，确保系统建设不冒进、不跑偏，始终按照国家顶层设计进行。按照国家医疗保障局“数据省级集中、平台省级部署”的原则，河北省医保局研究确定了全省医保信息平台部署统一在省政务云，网络贯通统一用政务外网的建设模式，所需服务器、存储等按需申请，弹性扩容，为全省医保信息平台提供了充足的软硬件资源。

以统一医保信息平台部署实施为契机，河北省医保局还进一步统一医保政策、医保目录和待遇标准，规范全省医保经办服务流程，逐步消除地方个性化差异。

同时，河北省医保局坚持标准先行，积极推进国家医保标准化编码，为做好信息系统建设工作打好基础。河北省医保局成立了由局主要负责同志任组长的编码标准信息维护工作领导小组，将标准化工作摆上重要议事日程，科学合理制定工作规划，周密组织实施标准化工作，实行工作进度周通报制度，并建立微信群随时解答各地在标准化工作中遇到的问题。为推进标准化编码落地应用，河北省医保局专门从各地市医保局、三甲医院抽调业务骨干组建工作专班，开展全省医保业务标准编码落地实施工作，并印发《关于开展全国统一医保信息业务编码标准转换及全国统一定点医药机构接口改造工作的通知》（冀医保函〔2020〕170号），指导全省定点医药机构应用国家医保标准化编码，目前已基本完成各项编码维护工作。

三、自主研发核心自控

河北省原有医保系统是整体外包给第三方软件公司进行研发的，但在运行过程中，医保部门发现了完全外包的弊端：开发效率低、开发周期长、创新能力弱、投入产出比低、应急响应慢、保密性差、自我掌控程度低、受制于人等痛点，给医保部门的工作带来了困难。因此，在 2018 年 11 月，河北省医保局成立后，将原有“立项目、买系统”的信息化建设理念转变为“选人才、做系统”，通过政府购买服务的方式，组建一支技术水平高、研发能力强、政治素养高、创新意识强、结构合理、人员稳定的自有研发团队，自行研发全省统一的医保信息系统。

2019 年 6 月，根据《河北省事业单位公开招聘工作人员暂行办法》，河北省医疗保障局开始面向社会公开招聘聘用 20 名制技术人员，组建自己的技术团队，自主研发信息系统，后期又根据工作需要通过智联招聘等方式进行了补充。目前自建技术团队共有 30 余人，均有计算机、设计专业背景以及相关工作经验。同时加强人员管理，制定绩效考核办法，每月一考核，根据技术水平和贡献大小确定待遇。

除自建技术团队外，根据系统建设的工作量，河北省医保局还通过招标采购来购买第三方软件公司帮助进行信息平台的前期搭建工作。二者分工较为明确，自建技术团队处于核心地位，掌握主动权，保障产权自主、核心自控；第三方软件公司在自建技术团队的带领下，负责具体实施平台建设。建设完成后，软件公司人员将全部撤出，运

营与维护由自建技术团队完成。

研发团队先后开发建设全省统一的医保门户网站、异地就医网上备案、防挂床监管、两病用药保障、慢性病网上申报评审等 27 套信息系统，圆满完成了国家医保局赋予的国家医保信息平台示范地区建设、个人所得税改革信息共享系统、医保电子凭证、京津冀异地就医门诊直接结算模块、DRG 支付方式改革信息采集模块、待遇政策信息采集模块、省级医保网络横向联通等多项试点任务，充分保障了医保改革和重点任务需要，节约资金 1600 余万元。

2020 年 4 月，研发团队完成了省市县三级核心业务骨干网络建设，2020 年 10 月完成各统筹区横向到经办、定点、第三方机构的网络建设。同时，为保障平台安全，河北省完成了安全子系统建设，按照《信息安全技术网络安全等级保护基本要求》(GB/T22239-2019)开展等级保护(三级)备案与测评工作，为统一医保信息平台顺利切换奠定了坚实基础。

四、有序上线平稳切换

为推动平台有序上线，河北省医保局制定了市级平台上线实施指引手册，指导各统筹区开展包含 15 项标准编码贯标、数据迁移演练、内外部接口改造、系统差异功能改造等工作，严格落实已有功能“应用尽用”、差异功能“能配尽配”、特色功能“最小必须”的基本要求，保障全省统一医保信息平台顺利切换上线。根据各统筹区系统切换准备工作情况，制定了全省统筹区分批上线方案，明确省、市两级

系统切换工作推进时间安排，组织各统筹区对医保经办人员、两定机构人员开展新系统使用培训工作，保障医保信息平台上线之后的业务衔接。制定全省省数据迁移总体方案，指导各统筹区优先完成国家统一医保信息平台上线后影响业务办理的数据迁移，其他历史数据分批逐步完成迁移，缩短数据迁移时间，保障国家统一医保信息平台快速切换。

同时，完善应急预案，保障平台平稳切换。河北省医保局指导各统筹区在医保信息平台上线前制定完善应急处理预案，涵盖网络、安全、系统、数据等方面，明确应急事件种类及故障级别，建立健全预防和预警机制，完善系统切换应急处置流程，做好后期处置工作，系统迁移时 7x24 小时进行应急保障，提高应对医保信息平台在上线切换过程中出现的各种突发事件的应急处置能力，有效预防和最大程度地降低信息平台各类突发事件的危害和影响，确保医保信息平台平稳切换，安全运行。

五、加强宣传确保待遇

为确保系统切换期间群众医保待遇不受影响，河北省医保局指导各统筹区采取有效措施，全方位做好业务衔接和舆情稳控工作，为系统切换营造良好的社会环境。

一是提前公告，确保众所周知。通过网络、电台、电视台、新媒体等向社会公告系统切换的意义、切换时间、群众待遇落实保障措施等，并向社会公开了各级咨询电话，使群众都能第一时间了解系统

切换相关事宜。主要措施有四点：

二是多措并举，确保群众待遇不受影响。制定在途及特殊业务处理、风险防控、应急预案等实施方案，确保群众医保待遇不受影响。

三是明确责任，共同做好系统切换工作。对系统切换可能发生的问题做好提前预判和安排部署，要求经办部门、定点医药机构制定本机构的应对措施，积极主动向就医人员做好解释工作，对确有困难的人员采取先就医、做登记、系统上线后再结算。

四是积极协调相关部门，把控舆情。主动到网信、市长热线等部门说明情况，讲明可能发生的问题和应对措施，做到遇到问题有人管，发生故障不慌乱、信息数据不丢失、管理责任不推卸，确保系统安全无风险切换，群众待遇全面落实。

2020年4月5日，许勤省长专题听取了省医保信息化建设工作汇报，给予充分肯定。同年7月31日，国家医保局在河北省召开全国推进医保信息平台建设现场培训会，施子海副局长对省医保局的工作给予了充分肯定。

2020年8月，河北省正式启动全省系统切换工作，2020年12月31日，全省统一医保信息平台在辛集市率先上线试运行。截至目前，河北省已经陆续在衡水、承德、廊坊等市成功上线切换，2021年4月30日前，全省未切换的统筹地区已经完成原有系统停机，进入数据迁移环节，预计将于5月20日之前完成全省落地工作。

[返回目录](#)

· 他山之石 ·

挑战中寻发展，推进医院高质量发展的“黄梅腔调”

来源：健康县域传媒

对于黄梅县的第一认知，很多人或许如同记者一样，首先想到的是委婉清新的黄梅词调。如今，在医疗上黄梅县也有了自己独有的“唱腔”，其“腔调”淳朴浑厚深入人心。

在地理位置上，“显赫”一直是湖北省黄梅县贴身标签，隶属湖北黄冈，位于长江中游北岸，大别山尾南缘，南临长江黄金水道，扼八方之要衢，自古就有“七省通衢”、“鄂东门户”之称。“身处鄂皖赣三省交界，稍有不慎就会落下发展‘诟病’，用现下时髦的话术来说，医院看病就医的基础太差，是hold不住103万的群众的。”黄梅县人民医院党委书记汪义雄认为，不管从哪个层面讲，医院的自身发展是要和其区域人口条件相匹配的。现下的医疗圈，其发展可谓是势如破竹，丝毫松懈不得。

借力上级，挑战中寻发展

黄梅县现辖16个乡镇，总计人口103万，拥有公办医疗卫生机构23个，其中：县直医疗卫生机构6个；乡镇卫生院(含龙感湖医院)17个。下属村卫生室467个，另外还有民营医疗机构5个。

“对于我们黄梅县人民医院来说，想要从其他周边大医院‘口中’分食，就不得不面对‘与狼共舞’局面，这个时候拼的不仅是才智，更是敢于拼搏的狠劲。”汪义雄直言不讳道。常言道：看不见挑战，

摸不着发展。而找出发展之道，就意味着撕破“安逸”。作为书记的汪义雄，更是直截了当地说出了当下黄梅县人民医院在发展上所面临的四点挑战：

(1) 高级人才引进困难，临床科室梯队结构不够完善；

(2) 发展不足、发展不够，病种质量不高、业务体量偏小；

(3) 优势学科不多，品牌影响力不大；

(4) 医疗质量、精细化管理还需进一步提升。就当前县级医院医疗发展形势来看，如何解决人才培养，学科发展问题是萦绕在县级医院领导班子们当中的心头病，黄梅县人民医院自然也深谙其中，2018年黄梅县人民医院与武汉大学中南医院建立了紧密型医联体，打破了人才培养等各方面的发展“窘况”。

“高端人才引进，对于县级医院来说举步维艰。”汪义雄讲到，建立了紧密型医联体后，武汉大学中南医院不但派出了管理专家分别担任医院院长、质管办主任、护理总监，还派出了大量临床医疗专家长期或不定期来我院帮扶和指导，医院在行政管理、医疗质量、诊疗水平，特别是人才培养等各方面都取得了极大的提升。

“两年时间我们分别派送 200 余人赴中南医院等上级医院开展长期和短期进修、学习，提拔任用了 100 余名中青年骨干进入科主任、护士长甚至院领导岗位，当前，还为 400 余名聘用人员购买了住房公积金。”汪义雄感慨道，医院现有 4 个湖北省重点学科和 10 个黄冈市重点学科，16 个学科与中南医院缔结为专科联盟，肿瘤、眼科等

学科在省内县级医院处于靠前位置。如今的黄梅县人民医院，俨然跨过了一道又一道的“发展坎”。

2019年病案首页DRGS病种组数为704组，在全省148家县级医院中排第5名；2019年度全国县级医院500强排名212位；2020年12月18日顺利通过湖北省卫健委三级综合医院现场审查；2021年3月5日被湖北省卫健委核定为三级综合医院。

不留余力搞宣教

“医院现有本部和眼科分院两个院区，占地面积50472平方米（“一院两区”南区正在建设中，I期预计今年10月主体完工），定编病床889张，设置临床、医技科、行政科室40个，现有在职职工1038人。”汪义雄表示，医院全年门诊量33.70万人次、出院人次达2.69万，病床使用率96.1%，年手术量8020人次，业务收入3.5亿元。被问及医院升了三级后，首先要扭转的是什么？汪义雄毫不避讳的抛出了两个字“观念”：“县级医院面对的绝大部分患者是乡镇村民，对于疾病的治疗观念仍旧比较保守，而想要扭转这一现状，就需要投入百分之百的精力。”

“做好大量行之有效的健康科普工作是扭转此现状的关键。”汪义雄表示，我们黄梅县人民医院的主要做法有三方面。首先是加强教育培训，从自我变革抓起。医院先后成立了健康促进教育办公室、科教科、健康管理科，通过教育、培训，引导全院医护人员进一步提升主动服务意识，彻底改变传统“坐堂行医”的老观念、老思想。

其次是强化制度建设，将工作抓牢做实。医院的医务科、护理部、健康促进教育办公室等职能部门首先是出台健康宣教、患者回访等制度，通过将健康宣教工作纳入各临床、医技科室考核和督查指标，督促医护人员将健康宣教作为一项常规性工作落实。

“最为关键的是要学会积极采取举措，将被动变为主动。”汪义雄表示，近年来，医院客服部、健康管理科主动出击，年初制定工作计划，组织各临床科室专家积极下乡镇、村组、机关、企业、学习和厂矿，通过义诊、会诊、查房、手术、健康宣讲等形式，走出去为全县广大群众做好健康科普教育工作。经过多年来不懈努力，医院肾病患友俱乐部、糖尿病患友俱乐部、放化疗患友俱乐部、孕产妇课堂等组织深受群众欢迎，多名医护人员长期被县科协、县妇联、团县委、县老干局以及各机关、乡镇邀请讲授健康科普知识。

探索“智慧”医院，做无差别服务

“十四五”时期，医院发展如何实现高质量？智慧医院建设成为重要一环。汪义雄表示，纵观发展全局，创新技术和宏观政策是推动各区域医院从信息化医院走向智慧医院的两大因素，而县级医院升级转型的关键在于不断强化远程诊疗和精细化服务能力。

黄梅县人民医院自1998年开始着手信息化建设，经努力，先后完成了医院信息系统(His)、实验室管理系统(Lis)、影像管理系统(Pacs)、电子病历、门诊一卡通、银医通自助服务系。现下又对医院信息系统做了进一步优化升级，门诊流程得到大范围优化，通过掌上

医院系统让患者能一站式挂号、缴费、就诊，通过分时段预约挂号能让患者错开就诊高峰，降低患者在医院的无效流动和等待时间，降低患者交叉感染风险解决了患者挂号时间长、就诊等待时间长、缴费时间长、取药时间长、问诊时间短等“三长一短”的问题，大幅度提升患者就医体验。门诊设备上，自助机从原来的5台增加至10台，实现检查、检验报告一站式自助打印，增加微信检查检验、消费清单报告推送，实现患者就医“信息化多跑路，患者少跑路”。

“直白地讲，现阶段我院的信息化建设在医疗服务领域的应用中还处于初步阶段。”汪义雄表示，通过探索及经验总结，我们发现建设的关键是建立互通融合的线上线下服务体系。这意味着患者靠移动端就能在院内走完全部流程，同时，为了服务的同质化，线上线下门诊的区别需要弱化。而黄梅县人民医院在构建智慧医院的过程中，就充分重视这一点：

1. 数据出入口要统一，线上线下诊疗数据统一管理，形成统一的患者健康档案。在线下初诊的患者，复诊时通过智慧医院也能获取之前线下就医的病历数据，医生能够做出更完整的诊断。

2. 纸质和电子化医嘱要统一，无论是电子化医嘱还是纸质医嘱，在医嘱执行点都可以无差别服务，形成线上线下统一的医嘱执行通道。通过智慧医院复诊的患者能够在线开出“检验检查单”，到线下进行检验时，与线下就医无差别服务。

3. 界面的统一。无论是线上还是线下的患者，医生都能通过统一

的门诊医生工作站，开出电子处方。

“目前智慧医院的相关评审标准均已经发布，评审工作也在全国范围和部分省市开展起来。通过对标准的学习和实践，全国各级医院信息化建设均得到了长足发展。”汪义雄表示，但是从现实看，对县级医院智慧化转型路径的探讨还需要回到医疗的本质。其次，医疗服务的本质还有很多不确定和无法量化的部分。

智慧医院建设是一个高投入的领域已成为共识，由于设计理念不同，投入产出比有着巨大差异。“所有医院各部门的分级管理要发挥它的指挥棒作用，让医院能够把有限的资金真正发挥到最大的效益，把医院各个智慧的部分都能够互联互通，形成一个有机整体。”汪义雄如是说。

可见，黄梅县人民医院在发展上的突飞猛进，正是得益于其领导班子们的敢于建设与拼搏的狠劲，此举不仅得到了黄冈市政府的认可，还得到了当地百姓的称赞，这背后包含了黄梅人医每一位医护工作者的真抓实干。

[返回目录](#)

海南省卫健委主任周长强调：融入新发展格局

加快建设医疗旅游消费中心

来源：海南健康

2018年4月13日，习近平总书记在海南提出，未来，海南将着力打造全面深化改革开放试验区、国家生态文明试验区、国际旅游消

费中心、国家重大战略服务保障区。同年 12 月，国家发展改革委印发的《海南省建设国际旅游消费中心的实施方案》中明确提到，要将博鳌乐城国际医疗旅游先行区(下称“乐城先行区”)建成世界一流水平的国际医疗旅游目的地。当前，以国内大循环为主体、国内国际双循环相互促进的新发展格局正加快构建，海南在积极融入新发展格局的过程中，要加快建设医疗旅游消费中心，推动国际医疗旅游消费回流，为广大人民群众提供更好的高水平医疗旅游服务。

夯实医疗旅游消费中心建设的基础

“十三五”时期，在省委、省政府的坚强领导下，“健康中国”“健康海南”战略在海南全面实施，我省卫生健康事业取得长足发展，为医疗旅游消费中心建设提供了坚实的医疗卫生和公共卫生服务体系保障。体现在以下几个方面：

公共卫生服务和重大疾病防控能力明显提升。有效控制新冠肺炎疫情，传染病防控能力得到进一步加强。省疾控中心异地新建项目稳步推进，10 个市县疾控中心按照标准化要求新建或改扩建。基本公共卫生服务均等化稳步提升，在全国率先实现疫苗全程电子追溯全省全覆盖。创建 7 个国家级和 5 个省级慢性病综合防控示范区。国家卫生城市(县城)创建达到 84%。

医疗卫生服务体系不断完善。建设海口、三亚、儋州、琼海、五指山“五大区域医疗卫生中心”，实现全省“1 小时三级医院服务圈”。完成了 1274 个基层医疗卫生机构标准化建设，初步建成“15 分钟城

市健康圈、30分钟乡村健康圈”。全省国家级临床重点专科增至22个，省级临床重点专科217个，13个胸痛中心建设达标，初步形成布局合理、特色明显的专科群。建立49个省级质控中心，三级质控体系基本形成。优化护理服务，二级以上医院开展优质护理示范病房比例100%。深入开展“互联网+医疗健康”便民惠民活动，全省46家二级以上医院接入智慧医院。

中医药服务能力明显增强。全省中医院二甲以上占比达到70%，全省98%的社区卫生服务中心、94%的乡镇卫生院、75%的社区卫生服务站和55%的村卫生室提供中医药服务。以中医药健康旅游和服务贸易为主的中医药产业发展势头良好，海口、三亚、琼海市中医院被列为中医药健康旅游示范基地，三亚市中医院获评国家中医药服务出口基地。

特色健康产业发展良好。健康产业规模持续扩大，特色不断凸显，集聚格局初步形成。2020年，全省医疗健康产业增加值194.88亿元，占GDP比重上升至3.5%。以乐城先行区为核心的健康旅游业发展迅速。“共享医院新模式——博鳌超级医院”“乐城先行区医疗机构‘两证一批复’审批”成为海南改革和制度创新的成功范例。

科研和人才队伍建设稳步提升。筹建省部共建先进技术临床医学研究中心1个，培育国家级区域诊疗中心2个，省级临床医学研究中心6个。

持续开展“好院长、好医生”“妇幼双百”“京医老专家”等人

才项目，累计引进专家人才 659 人，建立省际人才合作培养机制，选派 500 多名专业骨干到浙江、天津等地学习。推进与上海健康医学院合作共建海南卫生健康职业学院。规范化培训住院医师 900 人，开展“县属乡用”“乡属村用”和基层卫生人才激励机制改革，改革完善基层卫生人才评价制度，村医、全科医生等基层卫生人员专业教育与岗位培养取得较好成果。

探索创新医疗旅游消费中心

医疗消费回流是海南建设医疗旅游消费中心的重要内容，省委书记沈晓明在乐城先行区调研时强调，要加快乐城先行区建设发展，吸引境外医疗消费和服务回流，将其打造成为融入新发展格局的样板工程。

从医疗旅游发展的趋势来看，国人海外医疗旅游消费集中于医美、肿瘤早筛，以及重症诊疗，就医目的地集中于日本、美国等医疗水平较高、医疗健康产业集群的国家。国内外顶级健康服务业集群的发展历程对海南医疗旅游消费中心建设的启示，是一流医疗旅游消费中心的构建离不开高标准、高品质的健康服务业集群，核心要点有三：一是医学生态构建是基础，二是医学科技创新是关键，三是服务理念及品牌树立是保障。

医学生态构建是基础。国内外顶级健康服务业集群汇聚了一流的医学教育、科研、临床机构。教育、科研机构是区域健康服务业可持续发展的原动力，一方面集聚专业人才，为区域健康服务业的发展提

供了智力保障；另一方面著名医学院校以及生物技术研究实验室提供了源源不断的创新成果，支撑健康服务业集聚区的医学科研水平和医疗水平不断发展。

医学科技创新是关键。全力营造医学科技创新发展的环境。一是以高效的法律及政策环境为新药械、新技术的转化应用保驾护航。二是以持续性的经费投入为科研提供资金保障。三是激发市场活力，集聚科研群体，推动医学科研成果的转化应用，促进健康服务业的业态多元化发展以及产业集聚和产业链的形成。

服务理念及品牌树立是保障。从服务来看，在环境营造上，国际病人就医的各个环节要有标准化管理和一站式服务，能为病人提供涵盖签证、交通、就医、住宿等方面无缝衔接的高品质就医体验。在部门设置上，开设国际医疗旅游业务的医疗机构要有专门的接待服务部门，全面负责国际病人的服务接待、医疗服务质量改善、与院外机构的关系协调、护士的规范化培训、院内服务过程的全程监督等工作。在服务理念上，强调高品质的医疗服务与全程优质的就医体验同等重要。

从品牌来看，一是高度重视医疗品质，精心呵护品牌形象。二是品牌营销上，避免在传统媒介投放广告的低端模式，必须以患者真实就医体验和持续改进为主。

加快建设医疗旅游消费中心

积极融入新发展格局，加快建设医疗旅游消费中心，是海南自贸

港建设的重要内容，对此，省卫建委采取的措施包括以下几点：

构建国际化公共卫生体系，筑牢安全防线。推动世界银行贷款“全健康”项目，建设国际全健康研究院，聚焦体制机制创新、跨学科联合研究、人才培养、国际合作等方面建立“全健康”体系，带动健康海南建设、生态文明建设、食品安全保障以及农业和畜牧业等领域发展；聚焦防控、救治、应急三个关键领域，坚持“平战结合、长短兼顾、防治协同”原则，加强国际合作，构建国际国内互动、海陆立体统筹、省市(县)镇(乡)村(居)协同的风险监测和防控网络；持续改善基础设施，提升专业水平，加强基本公共卫生服务与应急管理能力，筑牢织密公共卫生防护网，全力保障海南自贸港公共卫生安全，筑牢医疗旅游消费中心建设安全防线。

建设整合型优质高效医疗服务体系，打造健康岛、幸福岛。坚持促整合、强能力、优服务、广覆盖、增效能，有序推动优质医疗资源扩容和“全岛同城化”均衡布局，突出功能层级化、管理网格化、服务一体化，形成省级有高峰、市县有高原、基层有高地的全岛协调发展格局，实现整合、优质、连续、高效的医疗卫生服务供给，打造健康岛、幸福岛，为医疗旅游消费中心建设奠定坚实的健康基础。

一是以乐城先行区为核心，构建医疗旅游消费中心产业配套体系。发挥乐城先行区品牌效应，打造医疗旅游消费回流的核心平台。利用全岛环境禀赋以及政策优势，积极融入医疗健康消费内外双循环，开发高端医疗服务、专病康养、中医药康养、涉外医疗等健康旅

游产品，推动消费与服务回流，并逐渐向东南亚及全球健康旅游市场辐射。聚焦区位、气候、资源优势，培育气候康养产业新业态。着重打造气候康养产业高质量发展基础体系，争取气候医学基础研究取得突破，相关学科建设、人才队伍建设成效凸显，进一步推动气候资源、自然资源康养功效和潜力得到有效挖掘和科学利用。

二是以医学创新为路径，培育医疗旅游消费中心建设新动力。(一)构建完备的政策体系，发挥政策的叠加放大效应。加速新老“国九条”政策的细化落地，并依据国家发展改革委、商务部联合印发的《关于支持海南自由贸易港建设放宽市场准入若干特别措施的意见》，在“海南电子处方中心建设”“加大药品市场准入支持”“全面放宽合同研究组织(CRO)准入限制”“培育海南高端医美产业发展”“优化移植科学全领域准入和发展环境”等方面出实招、见实效，逐步建立健全医疗消费领域政策体系，推动政策叠加效应的持续释放。(二)积极开展临床真实世界数据应用试点。

自 2019 年底启动以来，已有艾尔建青光眼引流管、强生全视 Catalys 飞秒激光眼科治疗系统、普拉替尼胶囊等药械产品通过乐城真实世界数据获批在国内上市。下一步，将紧抓真实世界数据研究的机遇期和窗口期，把乐城先行区打造成为全球真实世界研究(RWS)的新高地。(三)稳步推进干细胞临床研究与转化应用工作。依据《海南自由贸易港博鳌乐城国际医疗旅游先行区条例》，制定《博鳌乐城国际医疗旅游先行区上市干细胞产品临床应用管理办法》，相关项目已

进入小样本临床研究阶段，正在稳妥有序推进。此外，依托“重大新药创制”科技重大专项成果转移转化试点示范基地建设，打造高水平药械研发生产体系，推动健康产业在新发展格局中成为重要经济增长点。

三是以制度集成创新为保障，确保医疗旅游消费中心建设的医疗安全。坚持以“强化监管与包容审慎有机结合”为原则，以“底线管住、中线管好、上线制度集成创新”为目标，准确把握监管与发展、安全与开放的关系，持续推进“卫生+药监”二合一的监管体制改革。当前，乐城先行区“卫生+药监”二合一监管模式已实现业务协同、资源共享、形成合力，既避免多头监管，又避免留下监管空白。下一步，将在总结乐城先行区经验的基础上适时推广，为全岛医疗旅游消费中心建设提供优质高效的监管护翼。

新发展格局不是封闭的国内循环，而是开放的国内国际双循环。而建设海南自贸港是彰显我国扩大对外开放、积极推动经济全球化的重大举措。

融入新发展格局，建设具有世界影响力的医疗旅游消费中心，一定要抓住海南自贸港建设这一重大机遇，要立足于改善人民生活品质，积极探索医疗旅游消费新路径，加快吸引境外医疗消费和服务回流，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感，为繁荣海南经济和社会发展增添新动力。

[返回目录](#)

· 医院管理 ·

《深化医疗服务价格改革试点方案》对公立医院运行的影响

来源：惠宏医管

5月21日，中央全面深化改革委员会第十九次会议召开。会议审议通过了《深化医疗服务价格改革试点方案》（以下简称《试点方案》）。医疗服务价格是人民群众最关心最直接最现实的利益问题。近几年，党中央部署推动一系列改革，通过取消药品加成、带量集中招采和加强成本控制，药品耗材价格有所降低，百姓就医负担也明显降低，“腾笼换鸟”初见成效，为调整医疗服务价格创造了条件。同时我们也需要认识到，现行价格已经严重影响了公立医院的正常运行，医疗价格也到了非改不可的时候，不改则前功尽弃。医院管理者要认识到医疗服务价格改革的系统性和复杂性，更要认识到价格改革对公立医院绩效考核、学科结构和运营管理三方面的影响。

一、背景

1、医疗服务价格改革是医改深入推进的需要

推进医疗服务价格改革，是深化价格机制改革和医药卫生体制改革的重要内容。中共中央、国务院印发的《关于推进价格机制改革的若干意见》（中发[2015]28号）将医疗服务价格改革列为价格改革重点任务，并明确了改革目标和实现路径。随后出台的《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》（发改价格[2016]1431号）是贯彻落实党中央、国务院决策部署的重要举措，也是推进药品价格改革的姊

妹篇，有利于逐步理顺医疗服务比价关系，进一步完善医药价格形成机制；有利于建立符合我国医疗卫生特点的医药价格管理体系，促进医药行业健康发展；有利于推动建立公立医院科学补偿机制，破除以药补医。

2、医疗服务价格改革具备高度复杂性

推进医疗服务价格改革是深化医药卫生体制改革的重要任务，对推动建立科学合理补偿机制，促进医药卫生事业健康发展具有重要作用。价格在市场经济中扮演着关键的角色，不仅可以有效调节供求关系，资源在价格引导下也可以实现有效配置，而且可以对人们行为进行有效的激励和约束。

由于医疗服务承担了更多责任，医疗服务价格制订时则需要平衡更多要素。调整医疗服务价格，既要科学核算医疗服务成本，逐步理顺医疗服务比价关系，体现医务人员技术劳务价格，确保医疗机构良性运行，鼓励医疗技术创新发展，也要考虑医保基金可承受，群众负担总体不增加。

3、医疗服务价格改革已具备一定基础

医疗服务价格调整工作是推进医疗服务价格改革的一项重要内容。医疗服务价格与群众切身利益相关，改革充分考虑到社会和群众承受能力，采取了分步实施、稳步推进的方式，逐步理顺医疗服务比价关系。一是围绕公立医院综合改革，取消公立医院药品加成，对于取消药品加成减少的合理收入，通过调整医疗服务价格弥补一部分，

并采取有升有降的结构性调整。二是逐步建立以成本和收入结构变化为基础的价格动态调整机制，动态调整医疗服务价格，最终实现医疗服务比价关系基本理顺的目标。调整医疗服务价格，重点是降低大型医用设备检查治疗和检验价格，提高诊疗、手术、康复、护理、中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格，不断优化医疗服务价格结构。比如，上海市坚持小步快走不停步，先后 5 次调整 1894 项医疗服务价格，优先调整应用范围广、比价关系偏离度大、与实际成本倒挂严重、价格低于周边及同类型城市、业内反响大的服务项目。建立医疗服务价格动态调整机制。山东、广东、福建等省份明确规定每年至少调整 1 次价格。福建省三明市先后 6 次调整 4318 项医疗服务价格，公立医院医疗服务收入(不含药品、耗材、检查、化验收入)占医疗收入的比重提高到 42%，最高的医院达到 68.6%，医院收入结构得到优化。29 个省份放开市场竞争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务价格，满足群众多层次多样化需求。19 个省份审批新增医疗服务价格项目，加快新技术、新装备在临床应用。26 个省份出台远程医疗服务收费标准，贵州等部分省份将远程医疗服务纳入医保报销范围。

二、改革内容

《关于推进价格机制改革的若干意见》(中发[2015]28 号)对医疗服务价格改革提出总体要求：围绕深化医药卫生体制改革目标，按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”原则，积极稳妥推

进医疗服务价格改革，合理调整医疗服务价格，同步强化价格、医保等相关政策衔接，确保医疗机构发展可持续、医保基金可承受、群众负担不增加。

2016年7月，经国务院同意，国家发展改革委会同卫生计生委、人力资源社会保障部、财政部联合印发了《推进医疗服务价格改革的意见》（发改价格[2016]1431号），标志着医疗服务价格改革的全面实施，提出了到2017年和到2020年的具体目标，明确了推进分类管理、理顺比价关系、改革项目管理、完善定价方式、加强监督管理五项改革任务；要求各地价格主管部门配合公立医院综合改革取消药品加成，按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，同步调整医疗服务价格，重点提高诊疗、手术、康复、护理、中医等体现医务人员技术劳务价值的项目价格，降低大型医用设备检查治疗和检验价格。

《试点方案》是对以上文件的进一步细化，更强调了如何“落地”，具体包括以下内容。

1. 要规范管理医疗服务价格项目，建立目标导向的价格项目管理机制，使医疗服务价格项目更好计价、更好执行、更好评价，更能适应临床诊疗和价格管理需要。

2. 要加强对医疗服务价格宏观管理，平衡好医疗事业发展需要和各方承受能力，在总量范围内突出重点、有升有降。

3. 要结合医疗服务特性加强分类管理，对普遍开展的通用项目，

政府要把价格基准管住管好；对于技术难度大的复杂项目，政府要发挥好作用，尊重医院和医生的专业性意见建议，更好体现技术劳务价值。

4. 要建立灵敏有度的价格动态调整机制，明确调价的启动条件和约束条件。

5. 要搞好价格监测评估和监督检查，确保价格机制稳定运行。

6. 要积极稳妥开展试点工作，统筹推进公立医院补偿机制、分级诊疗、医疗控费、医保支付等相关改革，形成综合效应。

公立医院作为我国医疗服务体系的主要供给力量和医疗费用的主要使用方，应该关注价格调整对公立医院运营所带来的影响。

三、对公立医院的影响及应对策略

1、对公立医院绩效考核的影响

三级公立医院绩效考核已经成为衡量三级公立医院高质量发展的标尺，而即将公布结果的二级公立医院绩效考核也将起到相同的作用。其中不少指标都与医疗服务价格调整有关。比如在运营维度中，医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入比例、人员支出占业务支出比重、万元收入能耗支出、收支结余、资产负债率、门诊次均费用增幅、门诊次均药品费用增幅、住院次均费用增幅、住院次均药品费用增幅，这些指标都会受到医疗服务价格调整的影响。诊疗、手术、康复、护理、中医等体现医务人员技术劳务价值的项目价格会有所提高。那么医疗服务收入的比重会自然提高，可分配资金

就会增加，人员支出占业务支出比重也会有所提升，收支结余会大幅改善。而且，随着带量采购等政策进一步深入，均次费用增幅也会逐步控制到合理范围。医院管理者应认识到这个向好的变化，但也要认识到学科结构和医院发展面临更严峻的考验。

2、对医院学科结构的影响

随着医疗服务价格逐步深入，医院的学科结构会对考核结果起到比较大的影响。学科结构中手术科室资源占用大、业务比重高的，在价格改革中就会受益更大。2017 年上海取消药品加成后进行了一次价格调整，医院的补偿率平均在 80%，而不少手术科室规模比较大、学科实力强的医院的补偿率在 100%以上。医疗服务价格改革对不同医院的影响是不同的，尤其是学科结构不符合价格调整导向的，将会面对补偿率不足的问题，这是医院管理者需要高度重视的，需要通过提高运营管理水平予以弥补。

3、对医院运营管理的影响

如何在政策允许下，更合理的增加医疗服务收入，降低成本支出是每个医院管理者都在思考的问题。学科结构调整并非一朝一夕可以完成，是医院所在地区经济水平、医院传统、医疗资源、医院文化等因素决定的。相比之下，运营管理则成为应对价格改革冲击更为有效的方式。在 2020 年底，国家连续发文对公立医院运营管理提出明确要求，包括了预算、成本、内控等方面。这些管理工具不是孤立的，其有效发挥作用都有赖于正确的战略目标，合理的业务模式，以及在

此基础上进行的资源配置，每一个环节都包含了运营、预算、成本，以及如何有效的风险控制。有些学科结构不好的医院，尤其是医疗服务收入本身占比低，药品费用高的医院，为了在“国考”中拿高分，会采取影响医院长远发展的措施。比如，为了降低药品费用增幅，就一刀切的停止高价药品使用和限制药品使用数量，并要求科室多开检查和化验。从医疗服务价格改革后的短期看，效果明显，指标会有所改善，但从长期看，无异于饮鸩止渴。治疗简单化的情况下，科室收治病种也会变得简单，科室的可持续发展能力在这种恶性循环中会逐步消失。医院应该在管理实行分类分层管理，有所侧重，将资源用在利益最大化的关键点，而非补弱项，实现平均化。

从上面论述我们不难看出，医疗服务价格改革到了可以改，也是必须改的时候，医疗服务价格改革最大的难点是公立医院，而受影响最大的也是公立医院，医院管理者要高度重视，立足学科建设，从精细化管理入手，应对医疗服务价格改革带来的冲击。

[返回目录](#)

顺应 DRG/DIP 付费新趋势，医院精细化管理有妙招

来源：健康界

近年来，我国 GDP 增长一直维持在 7%以下，而医疗支出的增长均在两位数以上，不断加大的医疗支出压力成为当前医疗领域发展无法回避的挑战之一。

在这种情况下，尤其是随着三级公立医院绩效考核及 DRG/DIP 付

费试点的推进，运用精益绩效评价驱动成本控制和高质量发展，成为不少医院管理者的选择。2021年5月22日，医保精细化管理论坛正式召开，来自相关领域的专家围绕“整合RBRVS和DRGs构建精益绩效”主题分享了精细化管理的实战方法和心路历程。

本场论坛由国家卫生健康委医院管理研究所医疗质量管理研究部主任马丽平致辞，首都医科大学附属北京安贞医院党委书记纪智礼主持。

在致辞中，马丽平指出，不管是经济发展形势还是国家政策要求，精细化管理已成为医院管理无法回避的课题。一方面，我国医疗支出增速远高于经济发展增速，医疗保障筹资面临挑战；另一方面，国家医保局成立，集中带量采购、DRG/DIP等医保支付方式改革等措施迅速推进；同时国家三级公立医院绩效考核出炉，引导医院从规模扩张转向质量效益提升。“这些都意味着医院必须调整发展策略，进行精细化管理，在保障医疗质量与患者安全的前提下，减少成本，提高效率与效益。”

上海三级医院绩效评价怎么做？

随后，上海健康医学院党委书记郭永瑾通过线上发表主题演讲，介绍了上海三级医院绩效评价最新进展。

据她介绍，上海三级医院绩效考核既有外部绩效考核，比如院长绩效、专科绩效、病种绩效、诊疗难度绩效、成本绩效等，也有内部绩效考核，比如人员绩效等。

院长绩效考核方面，2019 年主要突出两方面导向，一是积极落实市委市政府重点推进的医改工作任务；二是全面加强临床研究，提升医院核心竞争力和科技成果转化能力。同时增设了两大考核指标：临床研究(权重 3)与科研成果及转化(权重 4)。“这样做主要是进一步引导三级医院将业务量优势转化为临床研究优势，然后把临床研究优势转化为在国际指南上发出中国声音。”郭永瑾说。

诊疗难度考核方面，历年上海市级医院病种难度考核显示，高难度病例数及占总病例数的比例呈增长趋势，尤其是近年来上升较快。这些优势病种其中主要集中在大型综合类医院和特色明显的专科医院。

成本考核方面，分析显示，上海三级医院运营成本中，90.4%为医疗成本、7.2%为管理成本、2.4%为资产折旧成本。郭永瑾详细介绍了各医院手术室、设备维护、物业费等费用情况，指出随着药品零加成、DRG 等支付方式改革的推进，加强成本管控，已经成为今后较长时期医院管理的重点。

“绩效管理是医院精细化、专业化管理的重要方式，对医院的发展产生着深远影响。”郭永瑾指出，信息化正成为绩效管理的重要基础，未来大数据挖掘分析技术将发挥越来越重要的作用。

病案首页管理与质量控制之道

北京协和医院病案科主任王怡分享了新形势下医院如何加强病案管理与数据质量控制。

在三级公立医院绩效考核、三级医院评审标准、DRG 等医保支付方式改革等重要文件中，病案首页数据这一名字大量出现。“病案首页已经不再是过往用以统计发病率的数据，而是反映临床过程的重要体现。”王怡说，病历质量与首页数据质量已经成新时代医院管理的重中之重。

王怡指出，病案首页主要取决于四方面因素：一是教学质量；二是诊断能力；三是术语是否标准；四是信息化程度；五是医院的管理水平与重视程度。

新形势下，病案管理面临着挑战，包括病历管理、病历书写、数据标准、信息化管理等等。

具体来说，在病历管理及流程方面，病案及编码完成的及时性非常必要，但现实情况中，医院普遍存在未在规定时限完成病历与首页书写。“2020 年全国医疗质量数据网络抽样调查显示，出院患者病历 2 日归档率仅为 24.54%。”王怡指出。

在病历书写及内涵质量方面，调查显示，三级公立医院的病历质量普遍存在着病历内容不符合规范要求的情况，无法支撑患者住院期间的诊断和治疗信息。

RBRVS/DRGs 绩效评价体系助力运营效率提升

秦皇岛市第一医院院长尹福在分享了 RBRVS/DRGs 绩效评价体系的构建与使用心得。

为顺应医改政策要求，改进医院运营现状，提升医院的竞争力，

绩效改革成为 2019 年秦皇岛市第一医院的六大重点项目之一。

通过近半年多的考察、学习，最终在上海蓬海涑讯数据技术有限公司的帮助下确定了“基于 RBRVS/DRGS 方式”的绩效考核方案。“这一方案主要目标是通过提高效率、调整结构、谋求发展、技术内涵导向等手段来提高医院综合实力。”尹福在说。

RBRVS，即 Resourcebasedrelativevaluescale，基于资源消耗的相对价值尺度，以资源消耗为基础的相对价值系数。该系统被美国用于支付医师服务费用、医师诊所及医院门诊费用，用于替代传统的“按惯例付费系统 1992 年用于 Medicare;DRGs，是根据国际疾病分类 (ICD)，以病例诊断或操作为主要依据，进一步考虑病例个体特征，如年龄、主要疾病、并发症和伴随病、出院状况等进行分类方式。

整体来看，该方案基于科学性、客观性、公平性、精准性，将全员划分为医疗、护理、医技、医辅、行政后勤五个系列，医生、护士两个类别，各系列、各类别分别制定相应的奖励性绩效考核办法。

核算方式则由原来的“收-支+工作量”转变为“以工作量为主”，并且每月拿出 10%左右的绩效增量，用于临床一线医护人员的奖励，额外增加的绩效奖励部分，主要奖励给工作量有增长的科室。同时整合取消了多种渠道分散发放的各种单项绩效奖，进行了打包发放，加大了月绩效的奖励力度，如职务职称系数奖、特殊保健补贴、重症转出双计费奖、其他各补贴等。

其中对手术科室的医师主要侧重对手术量和手术难度系统的激

励；非手术科室的医师侧重对专项治理项目、收治疑难危重患者的激励；护理侧重对住院床日数、护理服务人次、护理操作项目的激励；医技侧重对服务人次、操作项目数量、项目难度的激励，鼓励其优化效率，缩短预约时间；医辅则采用单项工作量和目标管理相结合的方式。

该方案实施后，医院的收入与结构与病种结构均得到明显改善，提升了手术率，门诊量下降幅度明显缩小，显示医院诊疗技术及服务质量得到了提升。

“医院精细化管理的道路永无止境，目前绩效方案仍有进一步完善的空间，例如医护项目的划分、方案宣讲不深入等。”尹福在说，未来针对具体问题，不断改进，在医院精细化管理的道路上持续精进。

提升手术室效率有妙招

吉林大学第一医院运营办主任宿小满分析了医院手术室效率提升的具体路径。

2019年，吉林大学第一医院正式上线基于RBRVS和DRG的整合绩效体系，致力于调整病种结构、提升资源利用率。

基于该体系，从手术量、人员/手术间、换台时间、手术时长、首台开台时间等维度测算了手术间效率。显示手术室效率低下，存在麻醉医生负荷高，护理人员负荷低，手术间效率低；平均换台时间过长；麻醉医生配比不高等问题。

究其原因主要有四方面：患者方面，主要有术前检查不全，结果异常导致停台、多提手术，占台后停台等；麻醉医生方面，主要是患者等待麻醉时间长；手术室方面，主要是患者入室晚、换台时间长；医务部与运营中心方面，主要是缺乏配套手术管理规定，监管不到位，缺乏配套的绩效约束。

据宿小满介绍，为提升手术室效率，吉林大学第一医院采取了行政干预加绩效引导的办法。其中，医务部门要持续监控手术节点，使用行为管理系统控制手术患者进入手术室的时间，优化麻醉医生签字流程；运营管理中心则要加强数据分析和绩效引导，同时利用运营助理的优势，加强手术室、麻醉科与临床科室间的沟通，及时发现问题，提出解决方案，还要细分节点责任科室、医疗组和个人，绩效引导提高效率。

基于 DRGs 与 DIP 设计绩效方案

上海蓬海涑讯数据技术有限公司创始人王志刚主要分享了 DIP 付费后的绩效方案。

王志刚指出，按项目付费时期，只要没有超过医院医保总额，除药品和材料所有诊疗项目都是医院的收入，但实施 DRG/DIP 付费之后，超出医疗质量需求的任何诊疗项目，都变成浪费的成本。“在这种情况下，医院的绩效方案与成本控制方案都要同步升级。”

DRG/DIP 付费前，对医生的绩效导向室开源为主，DRG/DIP 付费后，医生需要精准开源、高效节流。因此要按照岗位要求，设计

具体的绩效评价、成本控制、质量控制方法。

其中，医师的绩效方案设计须重视以下问题：一要向技术难度、工作强度和风险高的项目、病种倾斜；二要保护高效率的科室，尤其是那些床均配置医生少，服务总量大、业务收入高的科室；要强化关键指标管控，重点关注国考 56 条相关的定位、质量、效率指标，支付方式中的时间消耗指数(病组加权平均住院日)；三要鼓励专业分工，鼓励有条件的科室按亚专科分组。

此外，还需要根据不同的临床业务和业态进行绩效评价。例如体检中心、口腔科等需以市场因素为主要评价依据和激励目标；麻醉科、妇保科、中医科等则需依据专业特点设计评价要素和激励目标。

[返回目录](#)

· 医药速递 ·

“医改先行军”福建发布新一轮文件，七大亮点值得关注！

来源：福建省人民政府

福建三明以医改闻名全国，发源于这里的“三医联动”“两票制”等举措，先后上升为国家医改的顶层方案。3月22日至25日，习近平总书记对福建进行了为期四天的考察，再次为三明医改点赞：三明医改体现了人民至上、敢为人先，其经验值得各地因地制宜借鉴。

深化医药卫生体制组建省级疾病预防控制中心

近日，中共福建省委、福建省人民政府为深入学习贯彻习近平总

书记来闽考察重要讲话精神和进一步深化医药卫生体制改革的重要论述发布《关于进一步深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称《意见》)。

1. 组建省级疾病预防控制局

《意见》指出,坚持预防为主,推进疾病预防控制体系改革,组建省级疾病预防控制局。同时优化防治策略,推动医疗卫生服务重心由后端治疗转向前端预防,力争孕产妇和婴儿死亡率分别控制在12/10万以下和4‰左右。

2. 大力促进优质医疗资源扩容下沉、合理布局

《意见》强调,要大力促进优质医疗资源扩容下沉、合理布局,加强区域医疗中心和临床学科建设,同步推进市县级医院标准化建设,常住人口30万以上的县(市)至少建成1家达到国家推荐标准的县级医院,无区属公立医院的市辖区至少建成1个达到二级医院标准的社区医院,实现常见病多发病在市县解决。

3. 优化药品耗材采购使用机制

《意见》明确,要建立健全药品耗材集中带量采购使用常态化机制,分批分类推进省级集中带量采购,鼓励开展区域性联盟采购。按规定将不高于50%医保结余资金及时拨付医疗机构。

健全重点药品动态监控及结果公布机制,加强临床必需且易短缺药品的动态监测和保供稳价工作。完善医疗机构与零售药店处方流转机制。

4. 动态调整医疗服务价格

《意见》提出，各设区市原则上每年上半年要完成调价评估，达到启动条件的稳妥有序实施调价，并在年底前将调价结果及时报送省医保局和省医改领导小组办公室。

完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策，应保持线上线下同类服务合理比价，线上线下服务价格应与必要成本的差异相匹配，体现医疗服务的共性成本和“互联网+”的额外成本。

5. 建设国字号中医临床研究基地

《意见》称，要完善中医药发展政策和服务体系，建设一批国字号中医临床研究基地、诊疗中心和中医院，促进中医药守正创新、传承发展。

6. 推进信息化建设促进信息共享

《意见》提到，要加强智慧医院和互联网医院建设，实施区域全民健康信息平台升级改造，尽快实现省域内电子病历、检查检验结果、医学影像资料等共建共享互认，实现居民健康档案“一人一档”。

7. 加强人才队伍建设

《意见》要求，加强高层次人才队伍建设，合理扩大省内医学院校招生规模，加大基层医疗人才培养力度，力争到2025年每万常住人口拥有全科医生3名。并要求同步实施为基本财力保障县培养临床本科学历定向生、为乡镇卫生院培养高职高专学历定向生项目，力争三年内共培养1500名左右。

基层诊疗量达 57.36% 小病在村机制将形成

如果说“健康中国”是做正确的事，那么，三明医改最可贵的是，在实践中回答了“如何把事情做正确”的问题。由此，三明市被国务院医改领导小组办公室认定为全国深化医药卫生体制改革经验推广基地。

三明作为医改中备受瞩目的样本，十八大以来，国家领导人曾 4 次对三明医改给予充分肯定，国务院 5 次对三明公立医院改革成效给予通报表扬。

2012 年，三明医改的第一枪瞄准了“虚高的药价”，对重点监控药品使用行为，实行药品进行零差率销售。2013 年以来，全市县级以上公立医院医务性收入从 18.37% 上升为 40.59%。

时至今日，三明医改经历了三个阶段：整治以赚钱为中心，推进以治病为中心、探索以健康为中心。并同步实现了“三个回归”：让公立医院回归公益性质；让医生回归看病角色；让药品回归治病功能。

“对于当时的三明市而言，推进医改并不是为了国家探索经验，而是为了解决自己面临的现实问题。”有医疗卫生领域人士表示，对深层次问题进行大刀阔斧改革，并重塑利益格局。

“让广大白衣天使拿着干净而又体面的收入，专注于治病救人的使命，受到全社会的尊重。”三明市尤溪县总医院党委书记杨孝灯曾接受《健康县域传媒》采访时一语道破了医疗改革的初心。

谈起近年来医院的变化，福建三明将乐县总医院外科医生李国贵

体会深刻：”新的体制下，不仅让医生的价值得到了体现，医患关系得到明显好转，而且，还让医院的综合救治能力明显提升。”

现下，三明医改正以“燎原”之势，向全国各地递进。从 2013 年至 2020 年，全国各地共有 1400 多批次、近 2 万人次来三明学习交流医改经验。目前，基层诊疗量已达到 57.36%， “小病在村(社区)，康复回村(社区)” 的诊疗机制正在渐渐形成。

[返回目录](#)

一省发布处方流转细则，院外市场迎利好

来源：医药经济报

5 月 24 日，湖南省卫健委联合湖南省中医药管理局、湖南省药品监督管理局发布《关于印发湖南省处方流转与监管工作方案(试行)的通知》(下称《试行方案》)，提出建立全省统一的处方流转与监管平台，实现各医疗机构处方数据流转，开展医院处方外延、智能线上审方、慢性病续方、合理用药监测等工作。

据了解，首批试点医院包括中南大学湘雅三医院、湖南省肿瘤医院、湖南省中医药研究院附属医院、长沙市中心医院、长沙市第一医院、长沙市第三医院和石门县人民医院。试点后再逐步向全省二、三级医疗机构进行推广。

湖南要求，可外延的药品应以慢性病、常见病的口服或外用制剂为主，注射剂(自用胰岛素针除外)、精神药品、麻醉药品、医疗用毒性药品、放射性药品和其他用药风险较高或需要特殊管理的药品不纳

入处方流转范畴。

明确药店接入条件与退出机制

严禁违规统方

为进一步深化公立医院改革，改善居民就医购药体验，提升医疗健康便民服务水平，根据国办《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》等文件精神，湖南省制定了该《试行方案》。

《试行方案》提出，建立全省统一的处方流转与监管平台，实现各医疗机构处方数据流转，开展医院处方外延(包括医院 HIS 系统、互联网医疗服务系统等)、智能线上审方、慢性病续方、合理用药监测等工作，实现省、市、县三级卫生健康行政部门对处方流转工作的线上监管。

同时，开展处方服务体系建设。基于湖南省处方流转与监管平台，创新传统配药发药服务模式，建立处方服务系统，连通患者端、医师端、药店端和管理端，为广大患者提供处方外延、预约购药、用药咨询等“互联网+医疗健康”服务。患者可凭医院开具的常见病、慢性病为主的电子处方，经药师审核后，自主选择在医疗机构或者零售药店购买药品。

从具体实施来看，试点医院要结合实际，明确本机构可开展处方流转工作的医师、药师以及可外延的药品目录。零售药店可依据药店接入条件自愿参与流转与监管平台，连接零售药店管理信息系统。

对于零售药店接入条件和退出机制，湖南要求，零售药店自愿申

请接入，采取承诺制申请，且应具备以下条件：近一年内未因重大违法违规问题受到监管部门的行政处罚，且具备向处方共享平台即时上传各门店储备药品编码、价格等信息的基本条件；营业时间内，零售药店执业药师在岗或零售连锁药店符合《湖南省执业药师远程审方设置规范》确定的远程审方条件，并可实时开展处方审核、指导合理用药；未开展远程审方的零售药店应配备执业药师，经营中药饮片的还应配备执业中药师（具有执业药师和执业中药师双证资格的配备 1 名即可），实时指导用药；营业场所有标识明显的药学服务区域；提供与医院流转处方相符的药品等。

湖南也对接入处方流转平台的药店提出严格要求，若存在：拒绝开放处方流转涉及的信息数据；擅自更改调剂医院流转处方所列药品；存在药品储备不足导致患者无法到店取药情况，经调查核实年度累计达 10 次及以上；违规统方；未按规定进行处方药审核；存在严重违反《药品经营质量管理规范》及其它违反法律法规等情形的，将承担相应的法律责任，并取消参与资格，同时两年内不得提出申请。

处方外流提速

院外市场迎利好

近年来，类似湖南的处方流转平台模式陆续在部分地区上线，山东、江西、甘肃、广东等多个省市都在积极探索建立在政府监管下的处方流转模式。

3 月 25 日，由国家发展改革委、中央网信办、教育部、工业和

信息化部、国家卫健委、国家药监局和国家医保局等 28 个部门研究制定的《加快培育新型消费实施方案》提出将出台电子处方流转指导性文件，完善技术路线设计，强化线上线下一体化监管。随着未来指导性文件政策的出台，电子处方流转模式落地或将提速。

在业界看来，处方流转平台也将成为处方外流的主要载体。随着覆盖省级的处方流转平台落地，将对区域市场的处方药流动产生巨大影响，也给承接的零售药店带来更多的流量机会。

处方流转是深化医药卫生体制改革，推动“互联网+医疗健康”服务发展的具体措施。

随着药占比、零差率、分级诊疗、一致性评价、医保控费、带量采购等一系列医改措施实施，以及“互联网+”模式不断创新，互联网+“医疗、医药、医保”三医联动模式逐步形成。从 2020 年以来，叠加疫情影响，医药分开、医院处方外流明显提速，院外市场持续扩容。

有调研机构报告称，到 2028 年，处方外流的市场规模将超过 7200 亿元，连锁药房将承接 5000 亿元。随着“医药分开”政策的进一步推行，未来处方外流将直接惠及医保门店、院边店及 DTP 药房。也有观点认为，随着医改政策推进，未来医院门诊药房或将取消。

值得关注的是，在很多医保谈判药品无法进入医院渠道下，创新药的处方外流成为大趋势。根据华中科技大学同济医学院提供的一项数据，近两年上市的创新药，其销售渠道主要是在 DTP 药房(销售占

比可达 90%)而非医院。米内网数据显示,2020年,在城市实体药店中,抗肿瘤用药以高价、多种新药加入等特点呈高增长态势,以高达 60.8%的复合增长速度进入药品亚类的第一名。

基于此,日前国家医保局、卫健委发布《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》,对于临床价值高、患者急需、替代性不高的品种,及时纳入“双通道”管理。这也被业界视为院外市场迎来新的起点。“双通道”管理机制同样提到,将依托全国统一的医保信息平台,部署处方流转中心,连通医保经办机构、定点医疗机构、定点零售药店,保证电子处方顺畅流转。

对于企业来说,院内、院外市场亦面临新的布局策略。以跨国药企为代表的工业企业,尤其针对国采未中标品种,纷纷加大院外零售市场的投入。越来越多医药工业企业、创新药企也宣布启动处方药新零售战略。与此同时,国控、上药、华润等医药流通巨头,大型连锁药店作为承接处方外流的重要力量,持续积极布局,做足承接处方外流的准备。

[返回目录](#)

浙江医用耗材带量采购模式大变动

来源:浙江省医疗保障局

为保障医用耗材集中带量采购常态化制度化开展,5月24日,浙江省医保局发布了一则关于公开征求《浙江省药品医用耗材集中带量采购暂行办法(征求意见稿)》意见建议的通知(以下简称《通知》),

对耗材采购规则进行了多项变动。

省市两级联动，国采品种不参与市级“杀价”

《通知》明确，未来集中带量采购要坚持省级统筹、省市联动、市级联合，分为省级集中带量采购和市级联合集中带量采购两种形式，县级一般不得开展集中带量采购。省级集中带量采购和市级联合集中带量采购的政策、规则、程序保持相对统一。

在组织形式上，省级集中带量采购由省级组织，在全省范围内开展。市级联合集中带量采购由省级统筹开展，牵头市组织，其他市和省级公立医疗机构原则上都需参加。牵头市负责制定采购文件、组织评审、发布信息等。

在品种遴选上，仍侧重采购用量较大、临床使用较成熟、分类目录清晰的品种。另外值得注意的是，国家、省级已开展的品种，市级联合集中带量采购不得重复；已有市牵头开展的品种，其他市不得重复。

也就是说，未来浙江省内的耗材带量采购，仅有省市联动和市级联合两种，国采涉及的品种以及已经开展过得品种一律不参与。

入围企业最多 8 个，中选企业不超 4 个

在具体的评价议价规则上，《通知》规定：参与者应该是已取得集中带量采购范围内医用耗材注册证书的上市许可持有人（上市许可持有人为境外企业的，由其依照有关法律指定履行上市许可持有人义务的中国境内的企业法人）。

采购机构范围包括所有公立医疗机构(含军队医疗机构,下同);医保定点社会办医疗机构和定点药店按照定点协议管理的要求参照执行。

在耗材的评选标准上,未来浙江省将采取技术评审和价格评审相结合的方式。

其中,技术评审中每个品种按照同一分组内所有产品得分从高到低排名,根据申报企业数确定进入价格评审产品数,一般最多不超过8个。

中选产品允许同一分组多个产品中选,价格评审中报价最低的确定为拟必选产品,其他产品根据中选名额按价格从低到高依次确定为拟中选产品。中选产品最多不超过4个。

价格评审中如遇同一分组中有2个及以上企业报价(降幅)相同时,按照技术评审得分高低、上年度在浙江省药械采购平台采购量、企业规模等因素确定。

此外,耗材约定采购量一般按照医疗机构报送的需求量的60~80%比例确定。

在中选产品的约定采购量分配上,浙江省要求必选产品的约定采购量不得低于50%,并按比例分配给所有医疗机构;其他中选产品约定采购量由医疗机构和申报企业通过省医用耗材集中采购系统进行双向选择,相互匹配成功后,确定1个中选产品。

简单来说,本次带量采购方案落地后,价格最低的首选产品将独

占此次采购量的5成以上。对于医疗器械企业和经销商而言，价格和市场无疑将无法兼得。

最低价挂网采购，医保支付改革全面推进

2021年以来，浙江省医保局已出台多个文件对医用耗材带量采购进行全面改革。

2月，浙江省发布《浙江省医用耗材集中采购产品动态调整改革方案》，创新性引入集中采购产品准入机制，替换、增补机制，退出机制，探索公立医疗机构自行采购制度。

《方案》规定：“与已在线交易同二级目录产品（区分进口和国产，含组套）相比价格有明显优势的产品”，需不高于同二级目录产品上年度加权平均价的70%/56%/88%，不高于二级目录产品最低价，且不高于全国最低价挂网。

按这一规则，有新产品挂网后，再挂网的产品价格不高于前一批次挂网产品的最低价。

其次，同一企业的新规格型号产品与现交易产品为同一注册证，或在功能、适用范围、结构性能组成上等同或优于现交易产品的，可按不高于现交易产品价格、且不高于全国最低价的原则换代、增补挂网。

《方案》通过开展带量采购、实行同类医保编码医用耗材竞价等多种方式，对平台内在线交易产品建立市场化退出机制。对因各种原因导致无法供应并1年以上无交易、有其他医用耗材可替代的产品，

经企业申请、省药械采购中心评估审核，不影响临床使用的，予以退出。退出后 2 年内，不接受该产品再次挂网。

此外，《方案》还探索公立医疗机构自行采购制度。对于临床需要而平台内无集中采购产品的，允许公立医疗机构在上年度医用耗材结算金额 5% 限额（儿童专科医院可扩大至 10%）内，与企业按照公平原则协商确定采购价格，通过省药械采购平台自行采购。

这一方案在保护集采成果的同时，加强中选产品动态竞争，建立在线交易产品进退渠道，进一步完善医用耗材价格形成机制，可以更大程度减轻人民群众医疗费用负担。

随着常态化、集约化的医用耗材带量采购的推进，耗材以量换价玩法层出不穷。集采政策不只局限于量价置换关系，同时也在采购分配、中选产品灵活采购、新产品替代准入等方面不断探索，寻求医疗器械供应链改革的最优解。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

江西出台 28 条措施！今后中医药将这样影响你我生活

来源：江西省人民政府

28 条措施涵盖了

中医药人才、中药产业、中医药发展、

中西医结合等方面

给我们生活带来了不小的影响。

具体都有哪些?一起来看看吧↓

@医学生、中医药研究者

1. 重点支持江西中医药大学建设 1-2 个国家一流学科、3-4 个国家一流本科专业，支持南昌医学院做大做强中医药类学科和专业，建设中西医结合特色大学。

2. 2021 级起，将中医药课程列为本科临床医学类专业必修课和毕业实习内容，增加课程学时。在高职临床医学专业中开设中医基础与适宜技术必修课程。

3. 到 2035 年，培养高层次中西医结合人才 500 名和能够提供中西医结合服务的全科医生 2000 名。完善非中医类别医师系统学习中医药知识和技能培训(“西学中”)结业考核后的中医执业机制。

4. 用 10 年左右时间，培养 20 名省国医名师，200 名省级中医药中青年骨干人才;培养一批中医药产业骨干、技能工匠。支持建设 10 个左右中医适宜技术基层培训基地。

5. 到 2025 年，在中医理论、中药资源、中药创新、中医药疗效评价等重点领域，支持组建 10-15 个国家级和省级重点实验室、技术创新中心、工程研究中心和企业技术中心，15-20 个省级中医基础类、中医临床类、中药类重点研究室，5-10 个临床研究基地。

@中医

1. 扩大师带徒范围和数量，将师承教育纳入临床实践教学考核内

容。推动绩效工资分配对承担带徒任务的中医医师适当倾斜。

2. 将中医药学才能、医德医风作为中医医师职称评定、绩效考核、薪酬奖励、职务晋升的主要依据。在职称评定中对中医药人才给予倾斜，探索中医药人才职称晋升单独分组、单独评审、单设比例。

3. 到 2025 年，打造 1-2 个中西医协同“旗舰”医院和一批“旗舰”科室、“旗舰”基层医疗卫生机构。遴选一批医院开展中西医结合医疗模式试点，在风湿、免疫、肿瘤、血液、血管病、胃肠肝胆外科等科室探索建立中西医多学科诊疗体系。

4. 推动中医药防治举措全面融入应急预案和技术方案，确保中医药机构、人员第一时间全面参与公共卫生应急处置。

5. 力争在中西医结合治疗心脑血管病、肿瘤等重大疑难疾病上有突破。对中西医结合临床疗效评价研究予以倾斜，用 5 年时间形成 3-5 个中西医结合诊疗方案。

6. 专长医师到村卫生室执业，享受乡村医生补助政策。

7. 发挥海外中医中心和岐黄国医政要体验中心带动作用，力争建设 10 个融中医医疗、养生、康复、养老、文化传播、商务会展于一体的中医药对外交流合作基地。以建设中国—乌兹别克斯坦中医药海外中心等为重点，选派一批优秀中医赴海外中心交流，建设中医药专家工作室，利用海外媒体、社交平台、网站加强江西中医名医名家名药宣传推介。

@中医药企业

1. 建设 2-3 家承担中医药技术评估工作的第三方中医药研究平台，1-2 家第三方中药新药注册检验机构。
2. 力争注册 3-5 个古代经典名方中药复方制剂。
3. 鼓励各级政府依法依规支持融资担保机构加大对中医药领域中小企业银行贷款的担保力度。
4. 支持社会资本建设一批药膳食养食疗馆。打造“樟树帮”“建昌帮”精品中药饮片品牌以满足特需服务需求。
5. 重点围绕中国(南昌)中医药科创城建设，推进产业链配套衔接，推动重点领域关键核心技术攻关。
6. 以“赣十味”“赣食十味”为重点，制定野生抚育、生态种植、仿野生栽培及中药材采收、产地初加工、储运等全生产过程的生产技术标准，打造一批道地药材良种繁育、野生和仿野生基地和生产基地，建设一批中药材种植专业合作社和联合社，集聚形成赣中道地药材、赣东特色药材、环鄱阳湖药食同源药材等优势产区，引导资源要素汇集。
7. 到 2025 年，力争全省艾草种植面积达到 10 万亩。创建 10 个灸养结合的热敏灸小镇。
8. 积极推动我省中药饮片纳入保护条例，力争将“樟树帮”“建昌帮”特色饮片纳入保护范围。
9. 依法建立不良执业记录制度和失信惩戒制度，将提供中医药健康服务的机构及其人员诚信经营和执业情况纳入统一信用信息平台，

并将相关企业行政许可、行政处罚等信息通过“信用中国(江西)”网站、国家企业信用信息公示系统(江西)依法公示。

@老百姓

1. 在卫生健康投入中统筹安排中医事业发展经费并加大支持力度。

2. 鼓励有条件的中医诊所组建团队开展家庭医生签约服务,按规定收取签约服务费。支持街道社区为提供家庭医生服务的中医诊所无偿提供诊疗场所试点。

3. 打造一批中医优势特色鲜明的中医医院,力争“十四五”期间中医床位数达4万张。

4. 鼓励中医医疗机构在机场、高速公路服务区、旅游景区等地设置医疗保健延伸点,提供中医特色非基本医疗服务。探索“互联网+中医药”的特色服务模式。

5. 重点将骨折正骨手法、小针刀、热敏灸(艾灸)、推拿、穴位敷贴等功能疗效明显、患者广泛接受、特色优势突出、体现劳务价值的中医医疗服务项目纳入调价范围。

6. 医疗机构炮制使用的中药饮片、中药制剂实行自主定价,符合条件的按规定纳入医保支付范围。

7. 将中医药文化传播列入文化强省建设的重要内容。将中医药知识纳入基础教育。鼓励发展中医药康养旅游。

[返回目录](#)

释放中医药魅力 传承中医药精华

——我国中医药产业园区发展路径分析

来源：中国医药报

近年来，各地基于资源优势，因地制宜，形成了一批独具特色的中医药产业园区，承载区域中医药产业发展。

园区主要类型

据统计，我国 22 个省份布局有重点中医药产业园区，其中，河北、湖北、湖南、云南、四川等地基于生态资源、生产制造基础，具有较高的园区集聚度。部分园区由中医药龙头企业投资建设，如 2020 年国内中医药上市企业市值排名前五的企业，均建设了 GAP 药材基地和中医药产业专业园区。

国内主要中医药产业园区产业发展模式和路径大致分为资源驱动、科研驱动、三产联动及政策驱动四大类。

资源驱动型园区依托丰富的药材种植资源及良好的生态环境，充分发挥自然资源优势，构建集养生、旅游、文化等于一体的中医药健康产业链。代表性园区主要包括浙江省武义县寿仙谷有机国药养生园、江苏句容茅山康缘中华养生谷等。

科研驱动型园区依托龙头企业、重大品种，通过加大研发创新投入、开发名医验方、构建生产质控标准体系等，打造从研发、产业化生产到物流等的全产业链生态。代表性园区主要包括江中药谷、扬子江龙凤堂中药产业园等。

三产联动型园区依托自然资源与龙头企业，构建从中药材生产种植到加工贸易、从产品研发到商贸流通、从中医药产品到康养大健康产品的联动模式。代表性园区主要包括四川彭州天府中药城、天津天士力大健康城、康缘现代中药健康产业园等。

政策驱动型园区依托国家战略与先行先试政策优势，搭建国际交流与中医药文化对外输出窗口。代表性园区主要包括江西赣江新区中医药科创城、海南博鳌乐城国际医疗旅游先行区、粤澳合作中医药科技产业园等。

典型发展模式

中医药产业园区发展模式多种多样，比较典型的园区发展模式如下。

武义县寿仙谷有机国药养生园(资源驱动型园区)

政府战略支持，推动国药养生文化传承。从 2009 年起，武义县每年举办“中国武义国际养生博览会”，把国药养生作为“养生武义”的重要内容，并制定一系列产业规范和鼓励政策。园区紧抓战略机遇，率先申报成为浙江省中医药文化养生旅游示范基地，并整合区域旅游产品线路，传承国药养生文化。

利用资源优势，挖掘文化内涵，从单一的药材种植加工向养生旅游发展。在发展主业的同时，寿仙谷围绕“国药基地游览—国药生产线参观—养生项目体验—养生成品选购”的思路，规划将原先的中药材种植、中药炮制加工基地，逐步转化为集中医药文化养生体验、中

医药科普、有机国药仿野生种植和精深加工观光、药膳养生、生态休闲等为一体的旅游接待及中医药养生园区。

此外，寿仙谷还以科技为支撑，激发发展原动力，参与“中医药—灵芝”及“中医药—铁皮石斛”两个中药国际标准的制定工作。武义寿仙谷中药炮制技艺被第四批国家级非物质文化遗产代表性项目名录扩展项目名录收录。

扬子江龙凤堂中药产业园(科技驱动型园区)

探索形成全产业链解决方案。打造中药整体集成物流系统、机器人投料系统、生产执行系统，致力形成一整套完备的从中药材前期处理到提取的现代化解决方案。

把握供给侧结构性改革，布局大健康产业。如开发新的保健食品、研制特殊医学用途配方食品、开发中医药相关衍生产品等。

开展中药标准化和国际化探索。如建立中医药生产流程标准，参与制定《中国药典》和国际主流药典中相关中药质量标准等。

传承创新，持续探索新药研发。如注重国医大师、名老中医经验方与中医医疗机构制剂的开发等。

四川彭州天府中药城(三产联动型园区)

政府主导，省、市、区合力，为园区建设运营保驾护航。一是成立天府中药城管委会，负责园区建设运营；二是开展顶层设计，借力专业服务机构，研究和制定天府中药城总体产业规划；三是出台产业政策，鼓励企业落地；四是争取省、市级资源支持。

全域发展，依托产业基础，创新成都市产业功能区建设。天府中药城依托全域中药材种植和龙门山山地旅游集聚区产业基础，打造覆盖彭州全域的“一城三区”（天府中药城，全域中药材种植区、医药制造贸易区、龙门山中医药康养旅游区）空间布局。

三产联动，构建中医药大健康全产业链。天府中药城打造集中药材种植、中医药研发制造、医药贸易及康养产业于一体的产业集群，着力发展中药创新药、中药改良型新药、经典名方药等细分产业。

开放协作，搭建以人才和技术为核心的协同创新平台。一方面加强与国内科研院所的合作，创建国家、省、市级技术创新中心；另一方面与美国、澳大利亚、日本、韩国等国家和地区知名专家团队开展项目共建。

布局重大项目，支撑产业定位落地。如布局成都国际医药港、建设9大现代化功能中心等。

粤澳合作中医药科技产业园(政策驱动型园区)

承接国家战略，推动中医药海外发展。2011年，广东省人民政府和澳门特别行政区政府签署《粤澳合作框架协议》，粤澳合作中医药科技产业园于当年正式落地横琴。2019年2月，中共中央、国务院印发《粤港澳大湾区发展规划纲要》，将粤澳合作中医药科技产业园定位于大湾区重大创新载体，并明确支持产业园开展中医药产品海外注册公共服务平台建设，推动中医药产业海外发展。

整合资源，粤港澳联手打造中医药高地。一是加强政策支持，粤

港澳三地政府主管部门共同签署《粤港澳大湾区中医药合作备忘录》，推动三地中医药重点实验室、科研机构资源共享等；二是推进产学研合作，如珠海市中西医结合医院与澳门科技大学共建临床教研中心等。

搭建创新载体，激发创新活力。一方面集聚高端人才资源，提供优质科研服务；另一方面，建设符合中国及欧盟认证双标准 GMP 中试生产平台，形成在中药产品提取、小试、中试等方面设施齐全的专业化公共服务平台。

以点带面，以医带药，开展中医药海外推广。利用澳门特区政府与葡萄牙语系国家和地区友好合作的优势资源，优先将中医药产品推广到全球葡语系国家和地区，然后通过葡语系国家和地区辐射周边国家和地区，实现以点带面，促进中医药产业国际化发展。

发展经验解析

结合中医药产业园发展模式，以下发展经验值得借鉴：

加强顶层设计，打造区域中医药品牌

结合本地实际，承接国家战略，将中医药发展纳入区域经济战略，利用大数据手段，系统采集中医药产业数据，准确摸清区域中医药产业底数，充分发挥区域资源优势，明确区域中医药产业发展定位，合理制定区域中医药产业发展的实施路径，打造区域中医药品牌，积极引导和统筹推进区域中医药产业发展。

精准施策，培育产业发展壮大

基于区域中医药产业战略规划实施路径，结合企业实际需求，出台支持中医药产业发展政策，从专项资金扶持、构建产业标准、鼓励研发创新、培育产业主体、鼓励成果转化、人才引进、国际化发展等层面，开展针对性扶持工作。同时，充分发挥资本对产业的驱动作用，建立中医药产业专项基金，多层次、多渠道、多形式支持和服务区域中医药产业成长壮大。

全方位构建科技创新体系，形成产业可持续发展动力源泉

围绕创新平台建设、人才引进与培育、新药研发等建立中医药科技创新体系。在创新平台建设层面，提高基础研究能力，布局临床研究基地，建设创新孵化载体，完善专业公共服务平台建设。在人才引进与培育层面，与国内具有较高影响力的中医药大学、科研院所开展合作，搭建人才引进培育平台。在新药研发层面，鼓励企业发掘中医药宝库，开发名医验方，形成大品种。

把握产业跨界融合发展趋势，培育产业新业态

把握“互联网+中医药”融合趋势，培育中医互联网医院、中医药人工智能、数字药房等新业态。把握中医药与养生、旅游等产业融合趋势，培育医养融合的产业新业态，如建设中医药文化养生旅游示范基地、设计旅游线路、开发中医药健康旅游项目等。

借助中医药正迈向世界主流医学体系的契机，建设中医药文化传播平台

一是充分利用并发挥国医大师的影响力，通过建设国医馆、国医

讲堂或高端论坛等，推动中医药文化传承，提升区域中医药产业品牌影响力；二是利用“一带一路”倡议的实施机遇，鼓励中医药企业积极开拓国际市场，打造中医药海外推广平台，推动中医药话语权体系建设的同时，提升区域中医药产业国际化水平。

[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



地 址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司
电 话：010-68489858