

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.06.28-2021.07.04

——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，直接跳转具体文章内容。）

• 百年辉煌 •

▶ [习近平：在庆祝中国共产党成立一百周年大会上的讲话](#)（来源：新华网）——第 12 页

【提要】立志千秋伟业，风雨兼程恰是风华正茂；迈向伟大复兴，击鼓催征再踏赶考之路。7月1日上午，庆祝中国共产党成立100周年大会在北京天安门广场隆重举行，习近平总书记重要讲话深情回望中国共产党团结带领中国人民开辟伟大道路、创造伟大事业、取得伟大成就，深刻揭示中国共产党的精神之源和政治品格，坚定表明前进征程上不断创造新的历史伟业、争取更大光荣的决心和信心。习近平总书记重要讲话引发亿万中华儿女的强烈共鸣，激励和鼓舞全党全军全国各族人民继往开来、奋勇前进，中国共产党初心不改、使命在肩，领导亿万人民在新时代创造新的历史辉煌。

▶ [医疗卫生：一切为了增进人民的健康福祉](#)（来源：光明日报）——第 25 页

【提要】在建党百年的恢宏历史进程中，中国共产党不忘初心，始终把人民群众的健康福祉摆在重要位置，在中国共产党的领导下，医疗卫生事业发生了翻天覆地的变化。1949年，我国仅有2600家医院。截至2019年末，全国医疗卫生机构总数达1007545个。2020年全国

基本医疗保险参保人数 136131 万人，参保率稳定在 95%以上。参加职工医保 34455 万人，政策范围内住院费用基金支付 85.2%；参加城乡居民医保 101676 万人，政策范围内住院费用基金支付达 70.0%。2020 年全国居民健康素养水平达到 23.15%，比 2019 年提升 3.98 个百分点，增长幅度为历年最大。百年历程，初心不变；知往鉴今，述往思来。为了 14 亿人民的健康福祉，全民健康作为全面建成小康社会的重要组成部分，正在铺就一条通向中华民族伟大复兴中国梦的“健康之路”。

▶ [献礼建党 100 周年 医改再深化！2021 年医改重点任务抢先看](#)（来源：CPhI 制药在线）——第 31 页

【提要】2021 年是中国共产党成立 100 周年，也是“十四五”规划实施、开启全面建设社会主义现代化国家新征程的第一年。为了认真落实党中央、国务院决策部署，2021 年 6 月 17 日，国务院办公厅官网正式发布《深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务》的通知，深入实施健康中国战略，进一步推广三明市医改经验，加快推进医疗、医保、医药联动改革；促进优质医疗资源均衡布局，完善分级诊疗体系；坚持预防为主，加强公共卫生体系建设；统筹推进相关重点改革，形成工作合力；继续着力推动把以治病为中心转变为以人民健康为中心，着力解决看病难、看病贵问题。

• 荣耀医者 •

▶ [“七一勋章”获得者 | 辛育龄：永远与党和人民在一起](#)（来源：

健康中国) ——第 35 页

【提要】党徽、五角星、旗帜、丰碑、山河、向日葵……一枚鲜红璀璨、凝结着中国共产党百年荣誉与褒奖的勋章，呈现在中日友好医院首任院长、我国著名胸外科专家辛育龄面前。从小战士到大专家，与党同龄的百岁医者辛育龄，始终践行着永远与党和人民在一起的赤子忠诚。期颐之年，辛育龄说自己最大的心愿就是替逝去的战友们看一看此刻的中国。此刻的祖国繁荣富强、人民幸福安康，这是比勋章更美好的慰藉。

▶ [“七一勋章”获得者 | 吴天一：险峰上的生命守望者](#)（来源：健康中国） ——第 40 页

【提要】他是野外调查的“特种兵”，是征服高峰的“攀登者”，他更是我国高原医学事业的“拓荒者”，他就是青海省心脑血管病专科医院原研究员、中国工程院院士吴天一。这位胸前佩戴着“七一勋章”的长者，曾经的风华正茂蜕变为如今的淡定从容。从医一甲子，吴天一始终践行着党和国家交付的重托。年过八旬的吴天一仍带着心脏起搏器在海拔 4500 米以上的高原开展科研工作。他直言，高原医学研究的“无限风光”在崇山峻岭之间，只要事业需要，他将随时背起行囊奔赴险峰。

• 分析解读 •

▶ [《2021 智慧医院创新白皮书》重磅发布 探寻智慧创新路径](#)（来源：动脉网） ——第 44 页

【提要】在数字化趋势下，信息技术与卫生健康领域深度融合发展，数字化、智慧化成为医院立足长远发展的必选项。与此同时，随着我国医疗市场的逐渐放开，新进入医疗行业的跨行业玩家也带来了新的发展思路。综合各方观点来看，专家认为智慧医院在未来会在以电子病历为核心的智慧医疗、以标准化高效为目标的智慧管理和以患者为中心的智慧服务三大方面继续发展，并呈现出六个趋势：电子病历的互联互通应用将进一步得到普及；数据驱动模式将推动更个性化、精准化的治疗方式兴起；智慧医院的在线化、移动化将带来全新的医疗服务模式；以患者为中心的流程扁平化、集中化再造将极大提升就医效率；智慧医院的外延化趋势将进一步凸显；智能技术赋能将成为医院未来全面提升服务的驱动力。

▶ [数字疗法：三个挑战和一个缺陷](#)（来源：Latitude Health）——第 57 页

【提要】数字疗法在疫情所催生的数字医疗热潮中再度回归，给这个经历了 20 年发展历史的细分领域注入了新的活力。不过，虽然投资人看好数字疗法未来的发展，但从其自身的特征来看，其面临来自医疗、人性和制度这三方面的挑战。正如其他数字医疗领域一样，数字疗法的规模化取决于支付方的报销。而数字医疗的支付报销明显受制于如上三个明确的挑战，这导致其市场规模始终无法做大，这是其核心缺陷。即使数字疗法被支付方覆盖后，也无法做到其他数字医疗服务那样快速规模化。因此，虽然目前市场上有不少创业公司试图进入

数字疗法，但事实上数字疗法在中国是很难获得成功的。

• 医保快讯 •

▣ [从“零”基础到世界最大医疗保障网——我国基本医保改革发展综述](#)（来源：新华社）——第 63 页

【提要】这是人类历史上的医疗奇迹——曾经，中国医疗资源极度匮乏，各地疫病肆意，人民缺医少药，医疗保障“零”基础；现在，中国基本医保参保人数 13.6 亿人，参保率稳定在 95% 以上，全国基本医疗保障制度全覆盖。一张世界上最大医疗保障网惠及全民，中国新型医疗保障制度体系的建设成就令世界瞩目。国家医保局有关负责人介绍，目前我国已经建立城乡统一的居民基本医疗保险和大病保险制度，正逐步形成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，其他保障措施共同发展的多层次医疗保障体系。

▣ [三医联动 推动医疗保障高质量发展](#)（来源：中国经营网）——第 66 页

【提要】十八大以来，我国坚持以大卫生大健康理念为统领，加强健康促进，坚持“三医联动”。在医保改革诸多突破中，药耗价格挤水分成效显著。目前，我国已初步建立药品目录动态调整机制，纳入更多新药、好药，显著提升癌症、慢性病、儿科疾病等用药保障能力，创新性实施谈判准入。而站在“两个一百年”历史交汇点，医保改革面临着新的挑战。“十四五”规划提出，“十四五”时期经济社会发展要以推动高质量发展为主题，医保作为经济社会重要组成部分，实

现高质量发展是题中之意。国家医保局党组书记胡静林表示，要更好地保障人民群众获得优质实惠的医药服务，坚持系统集成，充分发挥医保在“三医联动”改革中的基础作用。推进药品集中带量采购常态化、制度化，深入探索高值医用耗材集中采购制度改革等。

• 中医药动态 •

▶ [合作与创新齐头并进 加速中医药扬帆海外](#)（来源：火石创造）——第 75 页

【提要】中医药传统文化源远流长，然而在现代化冲击下却面临诸多质疑。在中国制造大肆出海的大背景下，中医药国际化发展却十分受限。近年来随着中医药改革的推进，在 market 需求的推动之下，中医药正通过标准化体系的建设、药品品质的提升、多元化业态的融合等方式，逐步打开国际市场。中医药或正处于海外扬帆大发展的启航期。在政策与市场的双重推动下，中医药现代化和国际化的发展将从规范：标准化体系加速建立，开放：搭建国际通道，合作：海外落子提速 3 个方面进行突破。对于地区政府而言，首当其冲是加速中医药产业的布局；对于企业而言，应加大对产品研发的投入，特别是对接国际化标准，提升产品品质和加速产品创新，同时加强与国际渠道的合作，抢占新兴国际市场。

▶ [破解“看病难看病贵” 我国乡镇中医馆建设加速推进](#)（来源：经济参考报）——第 85 页

【提要】我国脱贫地区乡镇卫生院中医馆建设正迎来政策利好。由国

家卫生健康委、国家中医药管理局、国家乡村振兴局等 13 个部委联合制定的《关于巩固拓展健康扶贫成果同乡村振兴有效衔接的实施意见》日前公布，明确提出要加强脱贫地区乡镇卫生院中医馆建设、大力推广中医药适宜技术等发挥中医药优势的相关内容。专家表示，上述《实施意见》是解决农村特别是脱贫地区基层群众“看病难看病贵”的一项有力措施，体现了我国社会主义医疗卫生制度的优势。《实施意见》将加速推进我国乡镇中医馆建设，但未来需要对中医人才资源下沉基层提供更多政策支持。

▶ [三部门：加强综合医院中医药工作 推动中西医协同发展](#)（来源：国家卫健委）——第 90 页

【提要】日前，国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局联合发布《关于进一步加强综合医院中医药工作推动中西医协同发展的意见》。其中提出，发挥示范带动作用，及时总结推广各地加强综合医院中医药工作，推动中西医协同发展的经验做法。适时组织遴选部分技术水平高、科研实力强、发展潜力足的综合医院，打造中西医协同“旗舰”医院、“旗舰”科室，辐射带动全国整体中西医结合医疗水平提升。进一步完善综合医院中西医协同相关制度，加强综合医院中医临床科室设置，在综合医院各临床科室加强中西医协作，强化综合医院中医药人才队伍建设。

• 医院管理 •

▶ [公立医院绩效考核中二级医院与三级医院医疗质量指标有何区别](#)

（来源：中国卫生质量管理杂志）——第 93 页

【提要】为推进健康中国战略实施，深化公立医院改革，国家先后于 2019 年 1 月、12 月发布了《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作意见》、《关于加强二级公立医院绩效考核工作的通知》。2019 年 4 月和 2020 年 1 月全国三级、二级公立医院绩效考核工作全面启动。如何提升绩效水平带动医院整体发展成为当下公立医院关注的焦点。2020 年 7 月，国家卫生健康委发布了《关于 2018 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析有关情况的通报》，首次用同一指标体系、同一数据平台对全国 2398 家医院进行综合评价。医疗质量是此次绩效考核指标体系中权重最大的部分，以三级公立医院为例，55 个分项指标中医疗质量相关指标达 24 项。

▶ [潘宏铭教授：DRG 支付改革下，如何开展医院精细化管理？](#)（来源：DRG 变量）——第 100 页

【提要】此前，《2021 DRG·中国医院精细化管理与发展论坛》上，浙江大学医学院附属邵逸夫医院副院长潘宏铭表示，目前正在推进的医院绩效国考和 DRG 支付改革，正是国家顶层设计上的探索。那 DRG 支付方式改革下又该如何开展医院精细化管理呢？他表示，一是做好制度建设保障医疗安全。二是建立医院指标库，开展持续改进。三是重视医院项目管理。四是高度重视病案首页质控。以 DRG 付费多元复合医保支付实现方式，标志着医院以成本为中心的时代到来，对医院人员的诊疗水平和管理水平都提出更高的要求，医院面临着向战略管

理精细化管理，数字化管理转型的挑战，DRG 不仅仅是医保支付的工具，更是驱动医院精益化管理的利器，加速医院管理质量的科学不断的改进和重构。

• 国际视野 •

▶ [在美国，中医药发展机遇与挑战并存](#)（来源：中国青年报）——第 105 页

【提要】截至 2018 年 1 月 1 日，美国已经有 47 个州及哥伦比亚特区通过了针灸法，确保了中医针灸在这些州的合法使用和发展。2018 年 10 月，时任美国总统特朗普签署 HR6 法案，同意针灸作为一种证据充分、行之有效的阿片药物替代疗法，这使针灸首次在美国联邦法律上得到承认。中国中医科学院中医临床基础医学研究所赵静教授表示，美国的中医教育已具有一定的规模和体系，应在此基础上加强中医教育国际交流，从而提高美国中医教育水平。应提升我国中医人才对外交流能力，从而促进中医国际医疗、教学、科研的一体化发展。同时，还应加强国内中医药专业学生英语水平的提升，促进中医国际交流人才培养。

▶ [医疗服务质量参差不齐，170 余年历史的美国商保遭遇滑铁卢？](#)

（来源：健康界）——第 108 页

【提要】《美国医学会杂志》(JAMA)6 月初发表的一项新研究显示，与美国联邦医疗保险 (Medicare) 等公共医保计划相比，商业医疗保险计划的投保人，其医疗服务的可及性更低、满意度也更低，医疗费用

却更高。研究人员总结认为，与公共医保的投保人相比，商业医保的投保人更难获得护理服务，护理成本更高，护理满意度更低。这些发现表明，公共医疗保险提供的医疗服务可能更具成本效益。清华大学医院管理研究院教授杨燕绥则认为，由于政府的公共医疗保险基金比较大，有着政府公权力的支撑，因此谈判力更强。而政府可以通过定点医疗机构、集中采购、打包定价如 DRG 和 DIP 等方式，让医院之间展开竞争，以此控制成本，从而提高医疗质量。相比之下，商保公司失去了这层优势，他们更多的精力和资金都用在广告营销和保险产品上，医疗质量相对更低，医疗费用反而更高些。

-----本期内容-----

• 百年辉煌 •

习近平：在庆祝中国共产党成立一百周年大会上的讲话

来源：新华网

在庆祝中国共产党成立一百周年大会上的讲话

(2021年7月1日)

习近平

同志们，朋友们：

今天，在中国共产党历史上，在中华民族历史上，都是一个十分重大而庄严的日子。我们在这里隆重集会，同全党全国各族人民一道，庆祝中国共产党成立一百周年，回顾中国共产党百年奋斗的光辉历程，展望中华民族伟大复兴的光明前景。

首先，我代表党中央，向全体中国共产党员致以节日的热烈祝贺！

在这里，我代表党和人民庄严宣告，经过全党全国各族人民持续奋斗，我们实现了第一个百年奋斗目标，在中华大地上全面建成了小康社会，历史性地解决了绝对贫困问题，正在意气风发向着全面建成社会主义现代化强国的第二个百年奋斗目标迈进。这是中华民族的伟大光荣！这是中国人民的伟大光荣！这是中国共产党的伟大光荣！

同志们、朋友们！

中华民族是世界上伟大的民族，有着 5000 多年源远流长的文明

历史，为人类文明进步作出了不可磨灭的贡献。1840年鸦片战争以后，中国逐步成为半殖民地半封建社会，国家蒙辱、人民蒙难、文明蒙尘，中华民族遭受了前所未有的劫难。从那时起，实现中华民族伟大复兴，就成为中国人民和中华民族最伟大的梦想。

为了拯救民族危亡，中国人民奋起反抗，仁人志士奔走呐喊，太平天国运动、戊戌变法、义和团运动、辛亥革命接连而起，各种救国方案轮番出台，但都以失败而告终。中国迫切需要新的思想引领救亡运动，迫切需要新的组织凝聚革命力量。

十月革命一声炮响，给中国送来了马克思列宁主义。在中国人民和中华民族的伟大觉醒中，在马克思列宁主义同中国工人运动的紧密结合中，中国共产党应运而生。中国产生了共产党，这是开天辟地的大事变，深刻改变了近代以后中华民族发展的方向和进程，深刻改变了中国人民和中华民族的前途和命运，深刻改变了世界发展的趋势和格局。

中国共产党一经诞生，就把为中国人民谋幸福、为中华民族谋复兴确立为自己的初心使命。一百年来，中国共产党团结带领中国人民进行的一切奋斗、一切牺牲、一切创造，归结起来就是一个主题：实现中华民族伟大复兴。

——为了实现中华民族伟大复兴，中国共产党团结带领中国人民，浴血奋战、百折不挠，创造了新民主主义革命的伟大成就。我们经过北伐战争、土地革命战争、抗日战争、解放战争，以武装的革命

反对武装的反革命，推翻帝国主义、封建主义、官僚资本主义三座大山，建立了人民当家作主的中华人民共和国，实现了民族独立、人民解放。新民主主义革命的胜利，彻底结束了旧中国半殖民地半封建社会的历史，彻底结束了旧中国一盘散沙的局面，彻底废除了列强强加给中国的不平等条约和帝国主义在中国的一切特权，为实现中华民族伟大复兴创造了根本社会条件。中国共产党和中国人民以英勇顽强的奋斗向世界庄严宣告，中国人民站起来了，中华民族任人宰割、饱受欺凌的时代一去不复返了！

——为了实现中华民族伟大复兴，中国共产党团结带领中国人民，自力更生、发愤图强，创造了社会主义革命和建设的伟大成就。我们进行社会主义革命，消灭在中国延续几千年的封建剥削压迫制度，确立社会主义基本制度，推进社会主义建设，战胜帝国主义、霸权主义的颠覆破坏和武装挑衅，实现了中华民族有史以来最为广泛而深刻的社会变革，实现了一穷二白、人口众多的东方大国大步迈进社会主义社会的伟大飞跃，为实现中华民族伟大复兴奠定了根本政治前提和制度基础。中国共产党和中国人民以英勇顽强的奋斗向世界庄严宣告，中国人民不但善于破坏一个旧世界、也善于建设一个新世界，只有社会主义才能救中国，只有中国特色社会主义才能发展中国！

——为了实现中华民族伟大复兴，中国共产党团结带领中国人民，解放思想、锐意进取，创造了改革开放和社会主义现代化建设的伟大成就。我们实现新中国成立以来党的历史上具有深远意义的伟大

转折，确立党在社会主义初级阶段的基本路线，坚定不移推进改革开放，战胜来自各方面的风险挑战，开创、坚持、捍卫、发展中国特色社会主义，实现了从高度集中的计划经济体制到充满活力的社会主义市场经济体制、从封闭半封闭到全方位开放的历史性转变，实现了从生产力相对落后的状况到经济总量跃居世界第二的历史性突破，实现了人民生活从温饱不足到总体小康、奔向全面小康的历史性跨越，为实现中华民族伟大复兴提供了充满新的活力的体制保证和快速发展的物质条件。中国共产党和中国人民以英勇顽强的奋斗向世界庄严宣告，改革开放是决定当代中国前途命运的关键一招，中国大踏步赶上了时代！

——为了实现中华民族伟大复兴，中国共产党团结带领中国人民，自信自强、守正创新，统揽伟大斗争、伟大工程、伟大事业、伟大梦想，创造了新时代中国特色社会主义的伟大成就。党的十八大以来，中国特色社会主义进入新时代，我们坚持和加强党的全面领导，统筹推进“五位一体”总体布局、协调推进“四个全面”战略布局，坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化，坚持依规治党、形成比较完善的党内法规体系，战胜一系列重大风险挑战，实现第一个百年奋斗目标，明确实现第二个百年奋斗目标的战略安排，党和国家事业取得历史性成就、发生历史性变革，为实现中华民族伟大复兴提供了更为完善的制度保证、更为坚实的物质基础、更为主动的精神力量。中国共产党和中国人民以英勇顽强的奋

斗向世界庄严宣告，中华民族迎来了从站起来、富起来到强起来的伟大飞跃，实现中华民族伟大复兴进入了不可逆转的历史进程！

一百年来，中国共产党团结带领中国人民，以“为有牺牲多壮志，敢教日月换新天”的大无畏气概，书写了中华民族几千年历史上最恢宏的史诗。这一百年来开辟的伟大道路、创造的伟大事业、取得的伟大成就，必将载入中华民族发展史册、人类文明发展史册！

同志们、朋友们！

一百年前，中国共产党的先驱们创建了中国共产党，形成了坚持真理、坚守理想，践行初心、担当使命，不怕牺牲、英勇斗争，对党忠诚、不负人民的伟大建党精神，这是中国共产党的精神之源。

一百年来，中国共产党弘扬伟大建党精神，在长期奋斗中构建起中国共产党人的精神谱系，锤炼出鲜明的政治品格。历史川流不息，精神代代相传。我们要继续弘扬光荣传统、赓续红色血脉，永远把伟大建党精神继承下去、发扬光大！

同志们、朋友们！

一百年来，我们取得的一切成就，是中国共产党人、中国人民、中华民族团结奋斗的结果。以毛泽东同志、邓小平同志、江泽民同志、胡锦涛同志为主要代表的中国共产党人，为中华民族伟大复兴建立了彪炳史册的伟大功勋！我们向他们表示崇高的敬意！

此时此刻，我们深切怀念为中国革命、建设、改革，为中国共产党建立、巩固、发展作出重大贡献的毛泽东、周恩来、刘少奇、朱德、

邓小平、陈云同志等老一辈革命家，深切怀念为建立、捍卫、建设新中国英勇牺牲的革命先烈，深切怀念为改革开放和社会主义现代化建设英勇献身的革命烈士，深切怀念近代以来为民族独立和人民解放顽强奋斗的所有仁人志士。他们为祖国和民族建立的丰功伟绩永载史册！他们的崇高精神永远铭记在人民心中！

人民是历史的创造者，是真正的英雄。我代表党中央，向全国广大工人、农民、知识分子，向各民主党派和无党派人士、各人民团体、各界爱国人士，向人民解放军指战员、武警部队官兵、公安干警和消防救援队伍指战员，向全体社会主义劳动者，向统一战线广大成员，致以崇高的敬意！向香港特别行政区同胞、澳门特别行政区同胞和台湾同胞以及广大侨胞，致以诚挚的问候！向一切同中国人民友好相处，关心和支持中国革命、建设、改革事业的各国人民和朋友，致以衷心的感谢！

同志们、朋友们！

初心易得，始终难守。以史为鉴，可以知兴替。我们要用历史映照现实、远观未来，从中国共产党的百年奋斗中看清楚过去我们为什么能够成功、弄明白未来我们怎样才能继续成功，从而在新的征程上更加坚定、更加自觉地牢记初心使命、开创美好未来。

——以史为鉴、开创未来，必须坚持中国共产党坚强领导。办好中国的事情，关键在党。中华民族近代以来 180 多年的历史、中国共产党成立以来 100 年的历史、中华人民共和国成立以来 70 多年的历

史都充分证明，没有中国共产党，就没有新中国，就没有中华民族伟大复兴。历史和人民选择了中国共产党。中国共产党领导是中国特色社会主义最本质的特征，是中国特色社会主义制度的最大优势，是党和国家的根本所在、命脉所在，是全国各族人民的利益所系、命运所系。

新的征程上，我们必须坚持党的全面领导，不断完善党的领导，增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，牢记“国之大者”，不断提高党科学执政、民主执政、依法执政水平，充分发挥党总揽全局、协调各方的领导核心作用！

——以史为鉴、开创未来，必须团结带领中国人民不断为美好生活而奋斗。江山就是人民、人民就是江山，打江山、守江山，守的是人民的心。中国共产党根基在人民、血脉在人民、力量在人民。中国共产党始终代表最广大人民根本利益，与人民休戚与共、生死相依，没有任何自己特殊的利益，从来不代表任何利益集团、任何权势团体、任何特权阶层的利益。任何想把中国共产党同中国人民分割开来、对立起来的企图，都是绝不会得逞的！9500多万中国共产党人不答应！14亿多中国人民也不答应！

新的征程上，我们必须紧紧依靠人民创造历史，坚持全心全意为人民服务的根本宗旨，站稳人民立场，贯彻党的群众路线，尊重人民首创精神，践行以人民为中心的发展思想，发展全过程人民民主，维护社会公平正义，着力解决发展不平衡不充分问题和人民群众急难愁

盼问题，推动人的全面发展、全体人民共同富裕取得更为明显的实质性进展！

——以史为鉴、开创未来，必须继续推进马克思主义中国化。马克思主义是我们立党立国的根本指导思想，是我们党的灵魂和旗帜。中国共产党坚持马克思主义基本原理，坚持实事求是，从中国实际出发，洞察时代大势，把握历史主动，进行艰辛探索，不断推进马克思主义中国化时代化，指导中国人民不断推进伟大社会革命。中国共产党为什么能，中国特色社会主义为什么好，归根到底是因为马克思主义行！

新的征程上，我们必须坚持马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观，全面贯彻新时代中国特色社会主义思想，坚持把马克思主义基本原理同中国具体实际相结合、同中华优秀传统文化相结合，用马克思主义观察时代、把握时代、引领时代，继续发展当代中国马克思主义、21世纪马克思主义！——以史为鉴、开创未来，必须坚持和发展中国特色社会主义。走自己的路，是党的全部理论和实践立足点，更是党百年奋斗得出的历史结论。中国特色社会主义是党和人民历经千辛万苦、付出巨大代价取得的根本成就，是实现中华民族伟大复兴的正确道路。我们坚持和发展中国特色社会主义，推动物质文明、政治文明、精神文明、社会文明、生态文明协调发展，创造了中国式现代化新道路，创造了人类文明新形态。新的征程上，我们必须坚持党的基本理论、基本路线、基本方略，

统筹推进“五位一体”总体布局、协调推进“四个全面”战略布局，全面深化改革开放，立足新发展阶段，完整、准确、全面贯彻新发展理念，构建新发展格局，推动高质量发展，推进科技自立自强，保证人民当家作主，坚持依法治国，坚持社会主义核心价值观体系，坚持在发展中保障和改善民生，坚持人与自然和谐共生，协同推进人民富裕、国家强盛、中国美丽。

中华民族拥有在 5000 多年历史演进中形成的灿烂文明，中国共产党拥有百年奋斗实践和 70 多年执政兴国经验，我们积极学习借鉴人类文明的一切有益成果，欢迎一切有益的建议和善意的批评，但我们绝不接受“教师爷”般颐指气使的说教！中国共产党和中国人民将在自己选择的道路上昂首阔步走下去，把中国发展进步的命运牢牢掌握在自己手中！

——以史为鉴、开创未来，必须加快国防和军队现代化。强国必须强军，军强才能国安。坚持党指挥枪、建设自己的人民军队，是党在血与火的斗争中得出的颠扑不破的真理。人民军队为党和人民建立了不朽功勋，是保卫红色江山、维护民族尊严的坚强柱石，也是维护地区和世界和平的强大力量。

新的征程上，我们必须全面贯彻新时代党的强军思想，贯彻新时代军事战略方针，坚持党对人民军队的绝对领导，坚持走中国特色强军之路，全面推进政治建军、改革强军、科技强军、人才强军、依法治军，把人民军队建设成为世界一流军队，以更强大的能力、更可靠

的手段捍卫国家主权、安全、发展利益！

——以史为鉴、开创未来，必须不断推动构建人类命运共同体。和平、和睦、和谐是中华民族 5000 多年来一直追求和传承的理念，中华民族的血液中没有侵略他人、称王称霸的基因。中国共产党关注人类前途命运，同世界上一切进步力量携手前进，中国始终是世界和平的建设者、全球发展的贡献者、国际秩序的维护者！

新的征程上，我们必须高举和平、发展、合作、共赢旗帜，奉行独立自主的和平外交政策，坚持走和平发展道路，推动建设新型国际关系，推动构建人类命运共同体，推动共建“一带一路”高质量发展，以中国的新发展为世界提供新机遇。中国共产党将继续同一切爱好和平的国家和人民一道，弘扬和平、发展、公平、正义、民主、自由的全人类共同价值，坚持合作、不搞对抗，坚持开放、不搞封闭，坚持互利共赢、不搞零和博弈，反对霸权主义和强权政治，推动历史车轮向着光明的目标前进！

中国人民是崇尚正义、不畏强暴的人民，中华民族是具有强烈民族自豪感和自信心的民族。中国人民从来没有欺负、压迫、奴役过其他国家人民，过去没有，现在没有，将来也不会有。同时，中国人民也绝不允许任何外来势力欺负、压迫、奴役我们，谁妄想这样干，必将在 14 亿多中国人民用血肉筑成的钢铁长城面前碰得头破血流！

——以史为鉴、开创未来，必须进行具有许多新的历史特点的伟大斗争。敢于斗争、敢于胜利，是中国共产党不可战胜的强大精神力

量。实现伟大梦想就要顽强拼搏、不懈奋斗。今天，我们比历史上任何时期都更接近、更有信心和能力实现中华民族伟大复兴的目标，同时必须准备付出更为艰巨、更为艰苦的努力。

新的征程上，我们必须增强忧患意识、始终居安思危，贯彻总体国家安全观，统筹发展和安全，统筹中华民族伟大复兴战略全局和世界百年未有之大变局，深刻认识我国社会主要矛盾变化带来的新特征新要求，深刻认识错综复杂的国际环境带来的新矛盾新挑战，敢于斗争，善于斗争，逢山开道、遇水架桥，勇于战胜一切风险挑战！

——以史为鉴、开创未来，必须加强中华儿女大团结。在百年奋斗历程中，中国共产党始终把统一战线摆在重要位置，不断巩固和发展最广泛的统一战线，团结一切可以团结的力量、调动一切可以调动的积极因素，最大限度凝聚起共同奋斗的力量。爱国统一战线是中国共产党团结海内外全体中华儿女实现中华民族伟大复兴的重要法宝。

新的征程上，我们必须坚持大团结大联合，坚持一致性和多样性统一，加强思想政治引领，广泛凝聚共识，广聚天下英才，努力寻求最大公约数、画出最大同心圆，形成海内外全体中华儿女心往一处想、劲往一处使的生动局面，汇聚起实现民族复兴的磅礴力量！

——以史为鉴、开创未来，必须不断推进党的建设新的伟大工程。勇于自我革命是中国共产党区别于其他政党的显著标志。我们党历经千锤百炼而朝气蓬勃，一个很重要的原因就是我们始终坚持党要管党、全面从严治党，不断应对好自身在各个历史时期面临的风险考验，

确保我们党在世界形势深刻变化的历史进程中始终走在时代前列，在应对国内外各种风险挑战的历史进程中始终成为全国人民的主心骨！

新的征程上，我们要牢记打铁必须自身硬的道理，增强全面从严治党永远在路上的政治自觉，以党的政治建设为统领，继续推进新时代党的建设新的伟大工程，不断严密党的组织体系，着力建设德才兼备的高素质干部队伍，坚定不移推进党风廉政建设和反腐败斗争，坚决清除一切损害党的先进性和纯洁性的因素，清除一切侵蚀党的健康肌体的病毒，确保党不变质、不变色、不变味，确保党在新时代坚持和发展中国特色社会主义的历史进程中始终成为坚强领导核心！

同志们、朋友们！

我们要全面准确贯彻“一国两制”、“港人治港”、“澳人治澳”、高度自治的方针，落实中央对香港、澳门特别行政区全面管治权，落实特别行政区维护国家安全的法律制度和执行机制，维护国家主权、安全、发展利益，维护特别行政区社会大局稳定，保持香港、澳门长期繁荣稳定。

解决台湾问题、实现祖国完全统一，是中国共产党矢志不渝的历史任务，是全体中华儿女的共同愿望。要坚持一个中国原则和“九二共识”，推进祖国和平统一进程。包括两岸同胞在内的所有中华儿女，要和衷共济、团结向前，坚决粉碎任何“台独”图谋，共创民族复兴美好未来。任何人都不要低估中国人民捍卫国家主权和领土完整的坚强决心、坚定意志、强大能力！

同志们、朋友们!

未来属于青年，希望寄予青年。一百年前，一群新青年高举马克思主义思想火炬，在风雨如晦的中国苦苦探寻民族复兴的前途。一百年来，在中国共产党的旗帜下，一代代中国青年把青春奋斗融入党和人民事业，成为实现中华民族伟大复兴的先锋力量。新时代的中国青年要以实现中华民族伟大复兴为己任，增强做中国人的志气、骨气、底气，不负时代，不负韶华，不负党和人民的殷切期望!

同志们、朋友们!

一百年前，中国共产党成立时只有 50 多名党员，今天已经成为拥有 9500 多万名党员、领导着 14 亿多人口大国、具有重大全球影响力的世界第一大执政党。

一百年前，中华民族呈现在世界面前的是一派衰败凋零的景象。今天，中华民族向世界展现的是一派欣欣向荣的气象，正以不可阻挡的步伐迈向伟大复兴。

过去一百年，中国共产党向人民、向历史交出了一份优异的答卷。现在，中国共产党团结带领中国人民又踏上了实现第二个百年奋斗目标新的赶考之路。

全体中国共产党员!党中央号召你们，牢记初心使命，坚定理想信念，践行党的宗旨，永远保持同人民群众的血肉联系，始终同人民想在一起、干在一起，风雨同舟、同甘共苦，继续为实现人民对美好生活的向往不懈努力，努力为党和人民争取更大光荣!

同志们、朋友们!

中国共产党立志于中华民族千秋伟业，百年恰是风华正茂!回首过去，展望未来，有中国共产党的坚强领导，有全国各族人民的紧密团结，全面建成社会主义现代化强国的目标一定能够实现，中华民族伟大复兴的中国梦一定能够实现!

伟大、光荣、正确的中国共产党万岁!

伟大、光荣、英雄的中国人民万岁!

[返回目录](#)

医疗卫生：一切为了增进人民的健康福祉

来源：光明日报

健康是民族昌盛和国家富强的重要标志，也是广大人民群众的共同追求。

一切为了人民，一切依靠人民。在建党百年的恢宏历史进程中，中国共产党不忘初心，始终把人民群众的健康福祉摆在重要位置，推动医疗卫生领域发生了翻天覆地的历史巨变，书写了一幅坚持人民至上、生命至上的时代画卷。

人均预期寿命从 35 岁增至 77.3 岁

主要健康指标总体优于中高收入国家水平

1921 年 7 月 23 日，中国共产党第一次全国代表大会在上海召开。从那一天起，党就把保障人民健康同争取民族独立、人民解放的事业紧紧联系在一起。1922 年 7 月，在党的第二次全国代表大会上，保

护劳动者健康和福利被写入党的纲领。

1949年10月1日，中华人民共和国成立，揭开了中国历史新的篇章。彼时，医疗机构、医疗设施设备以及医疗技术人员都处于极度匮乏的状态，天花、霍乱、鼠疫等多种传染病，严重危害着人民健康，当时的人均预期寿命只有35岁。

惟其艰难，才更显勇毅；惟其笃行，才弥足珍贵。1950年8月，第一届全国卫生会议召开，确定了“面向工农兵”“预防为主”“团结中西医”的三大卫生工作方针。

1952年，中国共产党发起爱国卫生运动。2017年，世卫组织颁发给中国政府“社会健康治理杰出典范奖”。颁奖词中写道，早在“健康融入所有政策”成为全球公共卫生界的口号前，中国就已经通过爱国卫生运动践行着这一原则，并为其他国家提供了可借鉴的模式。

历经70多年，在中国共产党的领导下，医疗卫生事业发生了翻天覆地的变化。1949年，我国仅有2600家医院。截至2019年末，全国医疗卫生机构总数达1007545个。

仅在“十三五”期间，从2015年到2019年年底，我国居民人均预期寿命从76.3岁提高到77.3岁，4年提高了1岁。孕产妇死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率分别从20.1/10万、8.1‰、10.7‰降至17.8/10万、5.6‰、7.8‰，主要健康指标总体上优于中高收入国家平均水平。

从35岁到77.3岁，这部人均预期寿命增长史，是中国共产党建

党百年来坚持人民至上、生命至上的最好见证。

医保参保率稳定在 95%以上

最大程度促进健康公平

新中国成立之初，我国就将医疗保障制度建设列上议事日程。健康优先，历来是党和国家谋求发展的战略基点。

为了百姓就医用药有保障，我国多年来加快健全全民医保体系。

《2020 年全国医疗保障事业发展统计公报》显示，2020 年全国基本医疗保险参保人数 136131 万人，参保率稳定在 95%以上。

与参保人数同时增加的，还有参保待遇水平的逐步提高。2020 年，参加职工医保 34455 万人，政策范围内住院费用基金支付 85.2%；参加城乡居民医保 101676 万人，政策范围内住院费用基金支付达 70.0%。

健康是幸福之基。只有人人健康，才能全民小康。党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央高度重视扶贫工作，实施健康扶贫工程是打赢脱贫攻坚战的一场关键战役。

聚焦贫困人口基本医疗有保障的任务目标，最大程度促进健康公平，我国建成了世界上规模最大的基本医疗保障网，发挥了最大范围的防贫减贫作用。2018 年以来，各项医保扶贫政策累计惠及贫困人口就医 5.3 亿人次，助力近 1000 万户因病致贫家庭精准脱贫；2020 年，全国农村建档立卡贫困人口参保率稳定在 99.9%以上。

在此基础上，我国还推进居民高血压、糖尿病的门诊用药保障机

制，同时实行大病保险倾斜，对贫困人口降低起付线、提高报销比例，逐步取消封顶线，还实施了托底的医疗救助保障。

2020年初，面对近百年来人类遭遇的影响范围最广的新冠肺炎疫情，中华民族又一次面临严峻考验。

坚持人民至上、生命至上。在以习近平同志为核心的党中央坚强领导下，我国不惜一切代价保护人民生命安全，上至年逾百岁的老人，下至出生不久的婴儿，没有一个患者被放弃。在基本医保、大病保险、医疗救助等按规定支付后，个人负担部分由财政给予补助。

全国卫生人员总数达 1292.8 万人

医疗质量和技术水平持续提升

健康是幸福之基。中国共产党始终把人民健康放在优先发展战略地位。缘于此，我国的医疗卫生水平和医疗技术能力持续提升。2018年，国际医学界权威刊物《柳叶刀》对全球 195 个国家的医疗质量和可及性情况做了梳理和排名——中国 2016 年平均得分 77.9 分，位列全球第 48 名，而这一排名在 2015 年是第 60 位。

能够取得上述成就，很大程度上得益于我国有一支优秀的卫生技术人员队伍。仅在 2000 年至 2017 年间，医学科研共获得 597 项国家自然科学基金、国家技术发明奖和国家科技进步奖等国家奖励，其中吴孟超、王忠诚、王振义、屠呦呦和侯云德荣获国家最高科学技术奖。

不仅如此，哪怕和肆虐的传染病正面交锋，这支队伍也是召之即来、来之能战、战之必胜。

白衣为甲，逆行出征。2020年初，面对来势汹汹的新冠肺炎疫情，346支国家医疗队、4万多名医务人员毅然奔赴前线，在“生死较量”中拼尽全力。他们中，既有钟南山、张伯礼、乔杰、陈薇等领衔的多支院士团队，也有北协和、南湘雅、东齐鲁、西华西倾力派出的“四大天团”……

中西医结合、中西药并用，是新冠肺炎疫情防控的一大特点，也是中医药传承精华、守正创新的生动实践。数据显示，中医药参与救治确诊病例的比例达到92%，湖北省确诊病例中医药使用率和总有效率超过90%。

在中国快速控制新冠肺炎疫情过程中，社区防控发挥了不可替代的作用。2021年5月28日，世卫组织授予中国基层防疫专家吴浩教授世川卫生奖。吴浩是成千上万奋战在抗疫一线的中国基层卫生工作者的优秀代表。他主编主审的《新冠肺炎病毒感染防治社区手册》已被译成英文，为其他国家提供了可以借鉴的社区防控样本。

名医大家，灿若星河。《2019年我国卫生健康事业发展统计公报》显示，截至2019年末，全国卫生人员总数达1292.8万人。每千人口执业(助理)医师2.77人，每千人口注册护士3.18人。

以治病为中心转为以预防为中心

全面推进健康中国建设

前进的脚步从未停止。

党的十八大以来，我国卫生健康工作重点逐渐由解决看病难、看

病贵，转向管健康、促健康，健康中国战略的制定和实施应运而生。

2016年8月19日，全国卫生与健康大会召开，习近平总书记发表重要讲话。这是新世纪以来我国召开的第一次卫生与健康大会，具有里程碑意义。

站在国家长远发展和民族伟大复兴的战略高度，习近平总书记深刻阐述了健康中国建设的重大意义。他指出，要坚持正确的卫生与健康工作方针，以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，将健康融入所有政策，人民共建共享。

自此，我国医疗卫生事业的战略方针，从以治病为中心开始向以预防为中心的转变。2016年10月，中共中央、国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》，描绘了健康中国建设的宏伟蓝图：到2030年，主要健康指标进入高收入国家行列，人均预期寿命达到79岁；到2050年，建成与社会主义现代化国家相适应的健康国家。

“共建共享、全民健康”，是建设健康中国的战略主题。预防为主、推行健康生活方式的理念深入人心。2020年全国居民健康素养水平达到23.15%，比2019年提升3.98个百分点，增长幅度为历年最大。

深化医药卫生体制改革是健康中国建设的重要组成部分。这既是一道重大民生课题，也是一道世界性难题。

医改进入深水区、攻坚期。习近平总书记强调，要着力推进基本医疗卫生制度建设，努力在分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民

医保制度、药品供应保障制度、综合监管制度 5 项基本医疗卫生制度建设上取得突破。

“人民健康水平总体达到中高收入国家平均水平，用较少投入取得较高健康绩效，赢得国际社会广泛赞誉。”如是评价，来自世界银行、世卫组织等研究机构联合发布的中国医改调研报告。

百年历程，初心不变；知往鉴今，述往思来。为了 14 亿人民的健康福祉，全民健康作为全面建成小康社会的重要组成部分，正在铺就一条通向中华民族伟大复兴中国梦的“健康之路”。

[返回目录](#)

献礼建党 100 周年 医改再深化！2021 年医改重点任务抢先看

来源：CPhI 制药在线

2021 年是中国共产党成立 100 周年，也是“十四五”规划实施、开启全面建设社会主义现代化国家新征程的第一年。为了认真落实党中央、国务院决策部署，2021 年 6 月 17 日，国务院办公厅官网正式发布《深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务》的通知，深入实施健康中国战略，推广三明市医改经验，强化改革系统联动，促进优质医疗资源均衡布局，统筹疫情防控与公共卫生体系建设，继续着力推动把以治病为中心转变为以人民健康为中心，着力解决看病难、看病贵问题。

一、2021 年医改重点工作任务亮点抢先看

《深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务》的提出四点二

十条具体工作，概况起来有 4 大项医改重点工作任务：

(1) 医改重点工作任务一：进一步推广三明市医改经验，加快推进医疗、医保、医药联动改革。

该大项下有 6 项子任务，按照“腾空间、调结构、保衔接”的路径，以降药价为突破口，推进药品耗材集中采购，深化医疗服务价格改革，深化人事薪酬制度改革，推进医保支付方式改革，推动公立医院高质量发展，6 项子任务及分工整理如下表：

项目	负责分工情况
1) 大力推广三明市医改经验	国务院医改领导小组办公室、各相关部门按职责分工负责
2) 推进药品耗材集中采购	国家医保局、国家卫生健康委、财政部、人力资源社会保障部、国家药监局等按职责分工负责
3) 深化医疗服务价格改革	国家医保局、国家发展改革委、国家卫生健康委、国家中医药局等按职责分工负责
4) 深化人事薪酬制度改革	教育部、财政部、人力资源社会保障部、国家卫生健康委、国家中医药局等按职责分工负责
5) 推进医保支付方式改革	国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药局等按职责分工负责
6) 推动公立医院高质量发展	国家卫生健康委、国务院国资委、中央编办、国家发展改革委、教育部、财政部、人力资源社会保障部、国家医保局、国家中医药局等按职责分工负责

(2) 医改重点工作任务二：促进优质医疗资源均衡布局，完善分级诊疗体系。

该大项下有 5 项子任务，启动国家医学中心和第二批区域医疗中

心试点建设项目，规划推进临床专科能力建设，推进医疗联合体建设，推动省、市、县、乡、村等各级各类医疗机构落实功能定位，完善全民医保制度，推动中医药振兴发展，5项子任务及分工整理如下表：

项目	负责分工情况
1) 推动优质医疗资源扩容和均衡布局	国家发展改革委、国家卫生健康委、国务院国资委、国家中医药局等按职责分工负责
2) 推进医疗联合体建设	国家卫生健康委、国家医保局、国家发展改革委、国家中医药局等按职责分工负责
3) 加快推进分级诊疗体系建设	国家卫生健康委、国家发展改革委、教育部、人力资源社会保障部、国家医保局、国家中医药局等按职责分工负责
4) 完善全民医保制度	国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药局等按职责分工负责
5) 推动中医药振兴发展	国家中医药局、国家发展改革委、国家卫生健康委、国家医保局等按职责分工负责



(3) 医改重点工作任务三：坚持预防为主，加强公共卫生体系建设。

该大项下有4项子任务，加强新冠肺炎疫情防控，深化疾病预防控制体系改革，持续推进健康中国行动，创新医防协同机制，4项子任务及分工整理如下表：

1) 加强新冠肺炎疫情防控	国家卫生健康委、国家疾病预防控制局〔以下简称国家疾控局〕、外交部、国家发展改革委、工业和信息化部、财政部、海关总署、国家医保局、国家移民局、中国民航局、国家药监局等按职责分工负责
---------------	---

2) 深化疾病预防控制体系改革	国家卫生健康委、国家疾控局、国家发展改革委、教育部、科技部、财政部、人力资源社会保障部、海关总署、国家中医药局等按职责分工负责
3) 持续推进健康中国行动	国家卫生健康委、国家疾控局、中央宣传部、中央网信办、教育部、民政部、市场监管总局、体育总局、国家中医药局等按职责分工负责
4) 创新医防协同机制	国家卫生健康委、国家疾控局、国家发展改革委、教育部、财政部、国家中医药局等按职责分工负责



(4) 医改重点工作任务四：统筹推进相关重点改革，形成工作合力。

该大项下有 5 项子任务，国务院医改领导小组办公室要加强统筹谋划和跟踪监测，建立任务台账并按季度通报。要加强宣传引导，及时回应社会关切，凝聚改革共识，5 项子任务及分工整理如下表：

项目	负责分工情况
1) 推进全民健康信息化建设	工业和信息化部、国家卫生健康委、国家医保局、国家中医药局、国家疾控局、国家药监局等按职责分工负责
2) 改善群众服务体验	国家卫生健康委、国家发展改革委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局等按职责分工负责
3) 加强医学人才培养和使用	教育部、人力资源社会保障部、国家卫生健康委、国家中医药局等按职责分工负责
4) 增强药品供应保障能力	工业和信息化部、国家卫生健康委、国家药监局等按职责分工负责
5) 严格监督管理	国家卫生健康委、国家疾控局、市场监管总局、国家医保局、国家中医药局等按职责分工负责



(5) 4 个关键时间点

1) 2021 年 8 月底前，加大力度推进国谈药品落地使用，进一步完善相关政策措施。

2) 2021 年 9 月底前，推进深化医疗服务价格改革试点，印发政策文件。

3) 2021 年 9 月底前，制定实施促进中医治未病健康工程升级的意见。

4) 2021 年 10 月底前，优化支持国有企业办医疗机构发展，制定相关政策文件。

[返回目录](#)

· 荣耀医者 ·

“七一勋章”获得者 | 辛育龄：永远与党和人民在一起

来源：健康中国

党徽、五角星、旗帜、丰碑、山河、向日葵……一枚鲜红璀璨、凝结着中国共产党百年荣誉与褒奖的勋章，呈现在中日友好医院首任院长、我国著名胸外科专家辛育龄面前。从小战士到大专家，与党同龄的百岁医者辛育龄，始终践行着永远与党和人民在一起的赤子忠诚。

一生与党的事业同频共振

前不久刚刚度过百岁生日的辛育龄，已经不像年轻时那般博闻强

识。但投身党的卫生事业的那些热血时刻，他却记得分外清晰。

中国共产党诞生的 1921 年，辛育龄出生于河北省高阳县。16 岁，家乡抗战烽火四起，少年辛育龄弃笔从戎参加革命，成为冀中军区卫生部卫生员，并于 1939 年被派往白求恩医疗队担任司药。辛育龄印象中，白求恩总是不顾个人安危，带领手术队赴前沿阵地。他告诉辛育龄：“离阵地越近，就越能多救些伤员！”那年 7 月，辛育龄加入中国共产党；同年 11 月，白求恩光荣牺牲。辛育龄说，虽然跟随白求恩只有短短几个月，但白求恩精神却深深影响他一生。

在抗战最困难的日子里，部队缺粮少药，疟疾和疥疮流行。时任冀中制药厂厂长的辛育龄带领职工和老乡上山采药，提取有效成分制成药片，还研制了治疗疥疮的皮肤擦剂软膏，及时有效的治疗大大提升了部队的战斗力。1942 年，辛育龄被选派到延安，进入党创办的第一所医科大学——中国医科大学学习，毕业后留校任医务科科长。

1948 年，他又被任命为该校第三分校附属医院院长。朝鲜战争爆发后，辛育龄组织医疗队赴中朝边境支援中国人民志愿军，救治了大量伤员。战争年代，想方设法帮助老百姓、服务战士，是他的第一目标。

上世纪 50 年代，他作为新中国首批留学生，被选派赴苏联学习胸外科理论和技术。70 年代，他主导首例针刺麻醉下肺切除手术，1972 年时任美国总统尼克松访华时，访华团特别要求参观他的手术。为我国培养出 1000 余名胸外科技术骨干、指导 40 余家医院建立胸外

科……“党让我去学习科学技术，我将一辈子安心于科学技术工作，并要为党的科学技术事业奋斗终生。”辛育龄说。

改革开放时期，为了追赶世界医学发展的脚步，国家急需建一所现代化医院。技术过硬而又有医院管理经验的辛育龄成为建院院长的不二人选。

年逾花甲的他再次勇挑重担。3年后，一家医教研一体、中西医结合、实力雄厚、设备先进的大型国际性现代化综合医院——中日友好医院拔地而起。

进入新时代，他不辞辛劳救治患者，82岁还主刀做肺切除手术，90多岁还坚持工作，如今年过百岁仍关心医院发展建设。

始终以党员标准严格要求自己

中日友好医院胸外科80后医生马千里有份珍贵的收藏——一件辛育龄亲笔题字的手术服。“那是2012年底，我正好路过老院长办公室，看到挺晚了他还在工作，心头一热就上前提出了这个请求。”马千里回忆。辛育龄听后欣然答应，认认真真写下“做白求恩式好大夫”的期许。

“这正是我们对老院长的最深印象。”马千里说，就像为民服务的“孺子牛”，辛育龄85年的从医生涯，始终以人民为中心。每次开胸手术，他动作都极其轻柔，尽量避免患者脏器不必要的损伤。在他的教诲下，该院胸外科一直保持着这个好传统。70多岁时，为抢救一名呼吸心跳突然停止的患儿，他弯腰俯身，持续为患儿做人工呼

吸和心脏按压。孩子救回来了，他却累得直不起腰，多日难以恢复。年过八旬，他仍坚持每周出门诊，并参加科室查房。为了减轻病人负担，他长期坚持出诊不设特需专家号，只设普通专家号。遇到经济困难的病人，他不仅千方百计节约费用，还会拿出自己的积蓄帮助病人……“我同病人已建立了深厚感情，看病是我最大的乐趣。”辛育龄表示。

“他是创新发展的‘拓荒牛’，始终坚持锐意创新。”中日友好医院党委书记宋树立细数，作为医学家，只要人民需要，再险峻的科学高峰，辛育龄都会去攀登。他是新中国胸外科事业的重要开拓者和奠基人。他创新在双腔插管麻醉下施行肺切除手术；通过多年动物实验，成功实施我国首例人体肺移植手术，奠定我国在世界肺移植领域的领先地位；开展针灸理论研究并首创针刺麻醉下肺切除手术，推动针灸走向世界；创造性地开创电化学疗法治疗晚期肺癌和血管瘤，推动当今的放疗技术和消融技术的研究和发展……作为医学管理专家，他以高度的政治责任感和使命感，依靠丰富的科学管理经验，圆满完成中日友好医院筹建工作。功成不恋权，转身回归医生岗位继续服务患者。

辛育龄，更是那头艰苦奋斗、无私奉献的“老黄牛”。“辛院长生活非常简朴。出席各种场合、国内外开会讲学，他就是一套西服。大家劝他应该再买一套，教授笑了笑说，这一套很体面，不用换那么多套。他出差开会，别人请他，他要求饭菜一定要少。如果是他招待

客人，就在附近小店，他亲自点菜。有人说小店不够档次，他说吃饭不要浪费。”该院胸外科原主任刘德若回忆，在辛育龄身边学习工作了29年，从没见过他跟组织讲过条件。

对党无限忠诚，对事业不懈追求，对群众充满深情……辛育龄身上鲜明的党员印记，被一代代青年医护人员视为人生“坐标”。

对党和人民的深情不老

从战火中走出的“红小鬼”到无影灯下的“不老松”，时光可逝，而辛育龄对党和人民的深情不变。

2003年，中日友好医院被整体征用为非典定点收治医院。80多岁的辛育龄作为专家组组长，给每一个重症患者会诊、确定治疗方案。2008年汶川地震，辛育龄默默捐出2万元党费，理由只有四个字：“人民有难”。

在中日友好医院，专设的辛育龄青年奖如今已颁出三届，今年将启动第四届评选。一批批后来人，在他的感召下，献身这份充满辛劳、激情、创新和关爱的事业。

前不久，中日友好医院辛育龄小分队正式成立。这支强有力的医疗队伍，正传承和发扬战争年代“流动医疗站”的优良传统，沿着辛育龄的足迹，主动到老百姓身边，支援开展义诊咨询、健康宣教等服务。

期颐之年，辛育龄说自己最大的心愿就是替逝去的战友们看一看此刻的中国。此刻的祖国繁荣富强、人民幸福安康，这是比勋章更美

好的慰藉。

[返回目录](#)

“七一勋章”获得者 | 吴天一：险峰上的生命守望者

来源：健康中国

他是野外调查的“特种兵”，是征服高峰的“攀登者”，他更是我国高原医学事业的“拓荒者”，他就是青海省心脑血管病专科医院原研究员、中国工程院院士吴天一。这位胸前佩戴着“七一勋章”的长者，曾经的风华正茂蜕变为如今的淡定从容。从医一甲子，吴天一始终践行着党和国家交付的重托。

结缘雪域，泰然视生死

上世纪 50 年代末，响应祖国支边号召，大批青年扶老携幼举家西迁，满腔热血倾注西北建设，23 岁的吴天一就在此之列。碧空如洗的皑皑雪域令支边青年着迷，然而随着缺氧、乏力、头痛欲裂等高原反应接连出现，有的人患了严重疾病，甚至牺牲了生命。

作为一名内科军医，吴天一为此忧心忡忡。经长期研究，他认定这是一种高寒低氧环境的特发性疾病。要开发、建设世界屋脊，势必探明人体在如此极端气候下的生理适应规律，找寻到抵抗高原病的应对之策。自此，吴天一开启了数十年如一日的高原医学研究事业。

高原医学研究与一般的医学研究不同，它的实验室不仅在室内，更在风云多变、险象环生的万仞高山之中。吴天一一面克服头痛、胸闷、失眠、腹泻和呕吐等自身的高山反应，一面频繁出入高寒地带，

住帐篷、吃冰馍、吞雪水，他和战友们每次闯入“生命禁区”都成了“钻死神空子”的人。

其中有两次与死神擦肩而过。最惊险的一次是 1982 年开展大规模高原人群普查的途中，吴天一乘坐吉普车行至橡皮山时，因山体陡峭、路面湿滑，吉普车发生侧翻，跌落近 300 米，他和司机血流满面，幸而大难不死。“作为高原医学人，没有献身精神，哪能获取一线科研资料？”事后吴天一回忆说。

还有一次车祸，令他左肋四根肋骨骨折，其中一根险些戳入心脏。“骨折确是痛苦，但人的骨头再生能力很强，你看我站得多稳。”吴天一不以为然。

任凭风雨，难阻铿锵行

1984 年，青海省成立全国唯一的高原医学科学研究所，吴天一的才华在此充分施展。

牧民居住分散，又随季节变化游牧迁徙，有时数十公里才见一处帐篷，但吴天一告诉他的队员们，“为了准确掌握人群患病率和危险因素，群体调研时一家也不能落，可能出问题的就在这一家。”

高原气候变化剧烈，刚才晴空万里，转眼就大雨如注。但这些从未让吴天一退却，他总说“我是塔吉克的好骑手。”高远难走的地方都是吴天一和他的乘骑冲在最前面。

数次历险，数次转危为安，吴天一的研究数据越积越多，不同海拔、不同民族、不同职业的数据都在几十万份。1981 年，他光荣加

入中国共产党，曾感慨道：“我的成长和成功，都是国家给予我的，是党和人民给予我的。”

上世纪 90 年代，吴天一设计的大型高低压综合氧舱建成。舱体上升可至海拔 1.2 万米，下降可至水下 30 米，对高原医学研究至关重要。但人体实验有风险，第一次由谁进舱？“我设计的，肯定我进。”吴天一毫不含糊。

进入舱内，压力逐步攀升，吴天一感受着每一阶段的身体反应。由于当时缺乏经验，操作人员在减压时让压力下降速度过快。骤然间，他头痛难耐，只听耳鼓膜“嘣”的一声，再就陷入无声。吴天一的鼓膜被击穿了！即使如此，长好了，再实验，又穿了，又长好了，前后四次，致使他的听力受损严重。

氧舱实验结果后在青藏铁路建设中派上大用场。吴天一提议在青藏铁路沿线建供氧站、高压氧舱，后被证明是解救急性高原病患者的最佳方案，创造了 14 万筑路大军无一例因高原病致死的奇迹，被称为“生命的保护神”。

智勇双全，舍身求真知

队员们说，吴天一在高寒地带开展科研工作的拼搏精神和奉献精神，曾令外国专家钦佩不已。

那是 1990 年夏，中外科学家携手组建“阿尼玛卿雪山联合登山队”。海拔 6282 米的阿尼玛卿雪山位于青海南部，以其海拔高、地形复杂、气温低、风力大、紫外线照射强，气候多变等特点，为高山

环境生理研究提供了完备条件。此次登山目的之一就是考察人在徒步急进登山状态下的复合反应。

在海拔 5000 米进行高山生理实验 10 天后，外方医疗队员因为出现急性高原反应停下了脚步。

而同样出现高原反应的 12 名中方队员，在队长吴天一的率领下却一直攀登至 5600 米高度，并建立了实验站，完成了一周的科学考察。此次考察结果——《人在特高海拔的生理研究》论文在国际高原医学界引起轰动，为我国赢得一项特别贡献奖。

在高原医学研究中，吴天一不仅是勇者，更是一位智者。他极富语言天赋，精通英语、俄语，且与藏胞交谈不用翻译。陪同外宾访问时，他地道的英语令美国科技参赞惊诧不已。

掌握多种语言，赋予他登上世界舞台的阶梯。他第一个向世人介绍高原肺水肿和成人高原心脏病。他将险境中求得的数以万计的科学数据，撰写成 100 多篇论文。其中，《我国藏族在世界高原人群中获最佳高原适应性》一文，荣获世界高原医学界认可。《高原病命名与分型》等论文被国际低氧学术研讨会多次引用，并收录于国际科技资料数据库。

年过八旬的吴天一仍带着心脏起搏器在海拔 4500 米以上的高原开展科研工作。他直言，高原医学研究的“无限风光”在崇山峻岭之间，只要事业需要，他将随时背起行囊奔赴险峰。

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

《2021 智慧医院创新白皮书》重磅发布 探寻智慧创新路径

来源：动脉网

数字化浪潮正席卷各行各业，医疗健康领域也不例外。

在数字化趋势下，信息技术与卫生健康领域深度融合发展，数字化、智慧化成为医院立足长远发展的必选项。智慧医院既是服务于需求方(即患者)的主体，也是服务于供给方(即医护人员、医院管理者)的主体。与传统医院相比，智慧医院仍处于发展初期，医患双方的需求、思考、决策与行动，都会对智慧医院的建设与发展产生影响。

为了更加清晰地探察智慧医院的患者需求、建设要点与发展趋势，京东方科技集团股份有限公司与动脉网蛋壳研究院联合发布《2021 智慧医院创新白皮书》，白皮书访谈了 20 余位医院管理者和行业专家，并在 7 个城市调研了 7803 名就医用户，从不同角度思考医院智慧化建设，梳理智慧医院典型场景和案例，展现行业创新成果与发展趋势，以期为行业提供参考。

驱动与制约因素并存

当前，智慧医院的发展受到了政策、需求、技术等多重因素的驱动。

政策方面，顶层设计与落地建设衔接。国家着力推动新一轮医药卫生体制改革，从源头上解决看病难、看病贵等问题；启动健康中国战略，推动以治病为中心向以健康为中心转变。传统的医院运营体系

难以满足新阶段的政策要求，智慧化手段是优化资源配置、延伸医院服务链条的重要方式。

同时，数字化浪潮席卷各行各业，医疗体系抓住这一机遇，与智慧城市、人工智能创新应用等领域形成协同，开始大规模智慧化。国家卫健委、国家医保局等部门则在顶层设计的指导下，制定了智慧医院相应模块的要求和标准，使智慧医院建设有更确切的规则可依。



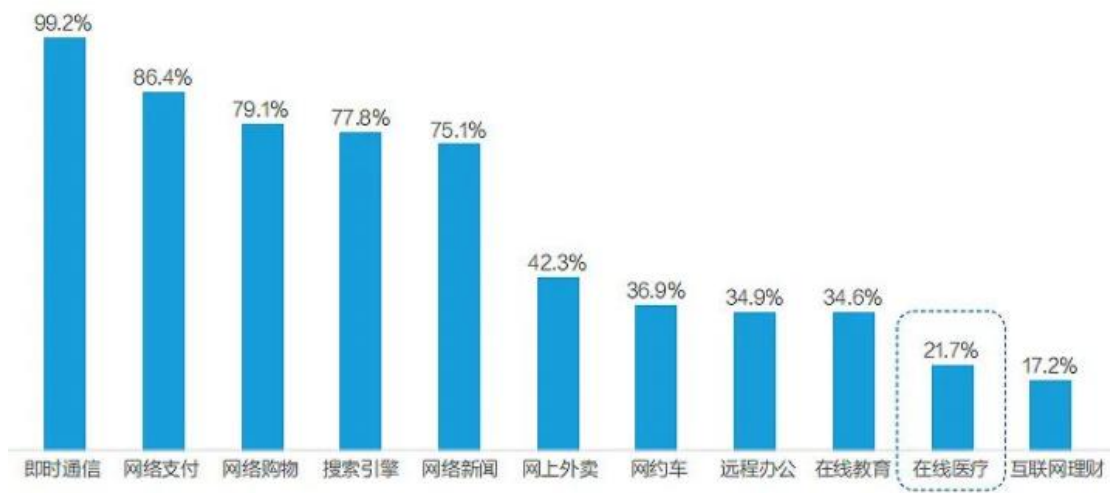
政策对智慧医院的驱动作用

需求方面，疾病谱变化、消费能力变化、消费习惯变化等带来新的需求。据《国务院关于实施健康中国行动的意见》统计，我国心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等慢性非传染性疾病导致的死亡人数占总死亡人数的 88%，造成的疾病经济负担占疾病总经济负担的 70%以上。未来，医院能依靠可穿戴设备、远程监测等方式对慢病患者进行全周期的管理，降低并发症发生率。

近年来，随着社会经济水平的快速发展，我国居民消费能力和健康消费意识比以往有了明显提升。居民对医疗服务产生了更高的要

求，不仅要“看好病”，还要“好看病”，以往“三长一短”的就医状态无法满足患者需求，医院需通过智慧服务改善患者就医体验。

同时，移动互联网极大程度上改变了居民的生活方式与习惯，基于移动终端的社交、购物、支付等早已渗透到社会生活，居民在其他领域享受到移动化带来的便利，培养了使用习惯，对医疗健康服务也产生了相应需求，倒逼在线医疗乃至智慧医院的建设与升级。



常见功能类互联网应用的网民使用率，数据来源：中国互联网络信息中心

技术方面，新基建带来新机遇。在医疗资源有限的情况下，云计算、大数据、人工智能、物联网和 5G 等新一代信息技术在医疗健康领域的应用不断加深，人与人、人与物、物与物的连接效率更高，传统信息化时代积累起的海量数据将帮助有限的医疗资源发挥巨大潜能。目前，互联网在医疗服务流程优化方面已有显著成效。未来，新一代信息技术将深入医疗核心，在医院管理、临床和科研等领域发挥作用。

此外，作为黑天鹅因素，疫情加速了智慧医院发展进程。作为智

慧医院的重要组成部分，互联网医院突破了空间限制，其效率高、风险低的优势比以往更加明显，大量实体医院上线互联网诊疗服务；传染病预警、院感防控等环节的智慧化则对疫情防控的精准与高效形成有力支撑。疫情使医院管理者进一步意识到智慧医院建设的必要性，并付诸行动，进而加快智慧医院发展的整体进程。

当然，智慧医院在发展过程中也存在医疗信息化基础不均衡、信息孤岛、复合型人才不足等制约因素，需在建设与发展过程中持续突破。

需求指引建设方向

本次白皮书中，蛋壳研究院通过用户问卷调研和专家深度访谈，总结出智慧医院的六个建设要点、三个优化要点和一组创新要点。

建设要点：解决用户就医全流程痛点，兼顾细分群体差异化就医需求

一是诊前选择困难，需用 AI 加人工高效匹配医疗资源。用户尚未开始就医就产生了一系列苦恼，苦恼于现场挂号人太多的用户占比最高，达 55.7%，需通过多渠道的预约方式来解决。还有近三分之一的用户不知道选择哪位医生或挂什么科室。智慧医院可通过 AI 导诊工具解决偏模式化的问题，例如根据患者症状、发病部位等信息推荐科室；通过人工客服解决更灵活的问题，解答患者关于医院其他信息的疑惑。二者相结合，为用户高效匹配精准的医疗资源。

二是诊中多次无效折返耗时耗力，需优化就诊流程和空间布局。

多次折返带来的不便在本次调研中有充分体现，47.1%的用户认为看病流程复杂、需要医院上下跑。这需要医院在建设时对空间布局进行优化，比如，能在同一栋楼完成的流程，不设置在多栋楼；能在同一层楼完成的，不设置在多层楼。这对已经建成并运行多年的医院来说难度较大，但对于新建医院来说，空间布局应予以重点考虑。

三是院外医患沟通渠道少，需建立畅通渠道促进医患交流。43.5%的用户在看完病后还有问题想问医生；40.2%的用户在病情突然变化后不知该怎么办。沟通不便在特定人群中表现明显，例如，孕妇最大的困惑是小病痛不知道是否需要就医，老年人在看病结束后容易忘记医嘱。这些痛点可通过采用在线咨询、在线药事服务、互联网诊疗、健康科普等方式予以解决，对患者问题快速回应，辅助患者进行医疗行为决策。

四是老年人面临“数字鸿沟”，智慧服务需进行适老化改造。高达62.9%的用户经历过家中老人不会用手机挂号等服务的问题。医院保留线下传统窗口确实是应对“数字鸿沟”的方式之一，也可设计更符合老年人使用习惯的应用或产品，例如增加智能语音交互功能，减少手动输入的环节；设计符合老年人视力特征的交互界面，并尽可能减少操作步骤等。

五是特殊群体体验欠佳，医院设计需兼顾专业化和人性化。针对儿童就医问题，高达63.7%的家长认为医院人太多，孩子交叉感染风险高，也有家长反馈检查设备让孩子害怕、不配合。孕妇、老年人也

存在卫生间、候诊区设施不佳，体验不友好的问题。在谈论医院的“智慧化”时，不应只是高精尖技术的应用，基础设施、设备、环境等都需要给予关注。比如为避免交叉感染，可将儿童保健区域(多为健康儿童)、诊疗区域(多为患病儿童)加以区分隔离。

六是职场人士就医时间难协调，互联网医院发挥重要补位作用。57.2%的职场人士认为看一个病跑几趟、请几次假是最大难题，以互联网医院为载体的诊疗流程能为职场群体改善体验。尽管目前线上只能复诊，无法初诊，但互联网医院与实体医院结合，线上线下形成就诊闭环，可最大限度减少职场人士到院次数。

优化要点：智慧服务需以患者需求为中心，全流程、分布式提升

近年来，医院相继推出的智慧服务已经让患者有一定感知。本次白皮书梳理出了诊前、诊中和诊后环节部分常见的智慧服务项目，并调研各个项目在用户中的渗透率和满意度。

诊前环节风险智能评估“双低”，解决患者实质问题才是价值标准。本次调研数据显示，诊前智慧服务中，手机预约挂号、智能预诊或挂号已有较高的渗透率，分别达 76.7%、60.7%，两项服务的平均满意度也最高。这充分证明，为患者搭建便捷挂号渠道、及时解答挂号疑惑极其重要。

相反，疾病风险智能评估的渗透率和满意度都较低。疾病风险智能评估不能给出实质性的结果，也无法代替医生诊断。同时，疾病风险评估并非高频需求，无法像预约挂号那样每次都使用。因此，医院

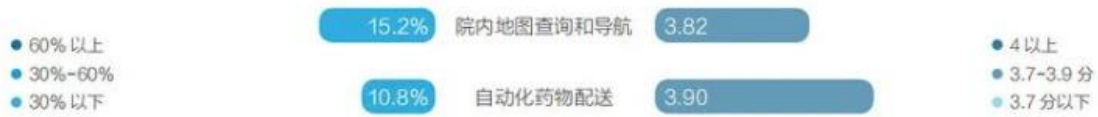
在开发类似系统时，需深入考虑患者的实质需求。



诊前智慧服务的用户渗透率和满意度，数据来源：用户调研

诊中整体满意度较高，完善便民服务有助于提升就医体验。本次调研中，诊中智慧服务项目的整体渗透率和满意度较高，尤其是自助缴费、查询或打印病历、报告等服务，已成为智慧医院标配，在解决“三长一短”的痛点中发挥了重要作用。不过，便民服务、院内地图与导航的渗透率和患者满意度均较低，仍需改进。便民服务在医院服务中属于外围项目，容易被忽略，但患者在医院的便利体验应该是完整的，便民项目也该受到重视。





诊中智慧服务的用户渗透率和满意度，数据来源：用户调研

诊后项目渗透率偏低，互联网医院、院外护理需重点加强。本次调研显示，诊后环节的手机提醒复诊、用药等注意事项的渗透率和满意度最高。这类服务中，医院扮演了更主动的角色，扭转了以往被动提供医疗服务的印象。但与诊前、诊中智慧项目的整体情况相比，诊后环节的渗透率和满意度相对更低，以互联网医院、院外护理为重点的智慧服务需进一步加强。



诊后智慧服务的用户渗透率和满意度，数据来源：用户调研

创新要点：具备优质、高效、健康、科技、人文关怀特征

在用户已有一定感知的基础上，我们调研了其对智慧医院的价值认知。结果显示，近一半的用户认为智慧医院能够使看病更加省时省力，能带来更人性化的就医体验，是科技进步的体现，是大势所趋。其余用户大多也对智慧医院价值给予了不同的正向评价。



用户对智慧医院的态度，数据来源：用户调研

此外，用户对于进一步改善就医体验也有所期待。希望优化看病流程，减少跑来跑去的患者最多，为 59.1%。希望增加周末节假日号源、诊后答疑和用药指导服务、看病流程指引与答疑服务等患者也达到了三分之一以上。结合前文的建设要点和优化要点，我们进一步总结出智慧医院的创新要点，即：优质、高效、科技、健康、人文关怀。

应用场景创新探索

目前，我国已基本形成“三位一体”的智慧医院建设体系。国内医院已经在医院建设过程中逐渐向面向医务人员的智慧医疗、面向患者的智慧服务及面向医院管理的智慧管理的体系靠拢；也有一些科技企业例如京东方入局医疗领域，利用自身的智能化技术实力和赋能场景化应用能力，在智慧医院应用场景方面进行了深入探索。

在智慧医疗方面，大集成与互联互通是目前建设的重点。一方面，患者就诊用药信息同步、就诊码一码通用、报告自助查询及下载等可提高就医体验，需依赖医院内部乃至跨医院各系统数据的互联互通及共享。另一方面的现状则是目前医院院内及院间互联互通实现难度大、数据质量低，造成了大量的“信息孤岛”。2019 年全国三级医院电子病历应用水平平均级别首次超过 3 级，获评 7 级的医院则仅有 4 家，还有很大提升空间。

因此，医院相比以往更加重视以电子病历应用为基础的智慧医疗建设，为下一阶段提升行业整体信息化水平营造了更加有利的条件。新建的医院多在建设之初就确立了“大集成”的目标，打造统一的云架构；并以电子病历为核心构建院内信息系统，从而实现各临床信息系统的互联互通；同时，在智慧急救解决方案、一体化手术室、移动护理管理方案、输液监护管理方案和医生移动工作站等应用场景上做出了诸多创新探索。

其中，医生移动工作站以其便捷高效在近年获得了医院高度重视。根据 CHIMA 在 2019-2020 年度对中国医院信息化状况调查，36% 的受访医院已经实现医生移动工作站的全面应用，13% 的受访医院实现医生移动工作站的部分应用。此外，31% 的受访医院计划建设医生移动工作站，在计划建设信息系统中占比最高。京东方医院的医生移动工作站是将企业内部开发能力与电子病历高度集成和互联互通结合的一大创新应用，医生可借助移动客户端跨越空间限制，方便地完

成包括影像报告在内的各种报告的签发。

在智慧服务方面，“以人为中心，重塑服务流程”被认为是目前智慧医院建设的核心准则。除了缺乏有效的分级诊疗制度，设计不合理导致的就医流程运行不畅也是造成“看病难”的重要原因，尤其表现在挂号预约难、就诊流程繁琐、等候时间长、就诊秩序混乱、医生交流时间太短等方面。

目前，越来越多的医院开始对就医流程进行思考，设计流程时也尝试从以医院为中心向以患者为中心转换，并灵活引入智慧服务以提升患者体验。近年来，新建医院尤其重视对就医流程的优化，引入“一体化诊区”和“中心制医院”等先进理念，在智慧服务上做出了不少创新。以京东方医院为例，其门诊各层均设计了可提供一站式就医服务的一体化诊区，诊区内设置诊间、药房、采血处等单元。患者从挂号缴费、生命体征测量、候诊就诊，再到心电检查、检验采血、领取报告及取药等全流程均可在一体化诊区完成，极大缩短了无效流动的距离。

此外，各类智慧服务如智能导诊分诊、电子地图导航、智能排队、智能候诊、全流程二维码“一码通行”等，也大幅提升了患者就医体验。

在智慧管理方面，越来越多的医院正在通过智慧手段实现精益管理。我国公立医院的管理水平与其他充分市场竞争的行业存在较大差距，为此，国家陆续推出了相关政策提升医院管理水平。2021年3

月实施的《智慧管理分级评估标准》便将智慧管理纳入到医院绩效考核体系中。医院智慧管理的实现除了需要引入先进的管理理念和手段，也需要建设自身的数字化、信息化能力。目前，部分医院也积极探索各类创新应用，包括移动物资管理、中央药房、设备生命周期管理、管理者驾驶舱及 CRM 客户管理等。



传统就医流程运行不畅，产生拥堵



一体化诊区对就医流程进行重新设计，大幅提升患者体验

以京东方医院自主开发的移动物资管理应用为例，只需手机扫描资产二维码，即可实现设备溯源、互借及移库等操作。系统上线至今，全院资产管理井然有序，也强化了医务人员的资产概念，使精益管理理念深入人心。

在院外健康管理方面，打造全生命周期管理服务正成为全社会关注的重点。随着我国居民的健康意识不断提升，对包括疾病预防和康复在内的院外医疗服务的需求越来越强烈。正因如此，国家在刚刚出台的“十四五”规划和 2035 年远景目标纲要中提出全面推进健康中国建设，坚持预防为主的方针，为人民提供全方位全周期健康服务。一些医院前瞻性地提出将院内医疗、上游疾病预防干预、下游慢病管理和智慧康养结合的“一体两翼”全生命周期健康管理服务；并在社区健康管理、居家健康管理、互联网医院、互联网+护理等应用场景做出了创新探索。

智慧医院呈现六大趋势

智慧医院的需求和落地在国内有着丰富的土壤。智慧医院的发展受到了政策、需求、技术等多重因素的驱动。与此同时，随着我国医疗市场的逐渐放开，新进入医疗行业的跨行业玩家也带来了新的发展思路。综合各方观点来看，蛋壳研究院认为智慧医院在未来会在以电子病历为核心的智慧医疗、以标准化高效为目标的智慧管理和以患者为中心的智慧服务三大方面继续发展，并呈现出下面六个趋势：

1. 电子病历的互联互通应用将进一步得到普及

2. 数据驱动模式将推动更个性化、精准化的治疗方式兴起
3. 智慧医院的在线化、移动化将带来全新的医疗服务模式
4. 以患者为中心的流程扁平化、集中化再造将极大提升就医效率
5. 智慧医院的外延化趋势将进一步凸显
6. 智能技术赋能将成为医院未来全面提升服务的驱动力

[返回目录](#)

数字疗法：三个挑战和一个缺陷

来源：Latitude Health

数字疗法在疫情所催生的数字医疗热潮中再度回归，给这个经历了 20 年发展历史的细分领域注入了新的活力。不过，虽然投资人看好数字疗法未来的发展，但从其自身的特征来看，其面临来自医疗、人性和制度这三方面的挑战。更为关键的是，由于上述的三个挑战，数字疗法的支付门槛被提高了。即使数字疗法被支付方覆盖后，也无法做到其他数字医疗服务那样快速规模化。

所谓的数字疗法(DigitalTherapeutics, DTx)是指由高质量软件程序驱动的，向患者提供循证治疗干预，以预防、管理或治疗疾病。这一定义是由数字疗法协会(DigitalTherapeuticsAlliance)提出的，明确了数字疗法的特点有三：必须基于软件程序、必须按照循证医学的要求对病人进行治疗干预、对某一种疾病可以是预防、管理也可以是治疗。

第一，数字疗法必须是基于软件程序，而不单纯是线上的，比如

在线问诊就不能列为数字疗法，因为其无需软件也可使用。

第二，必须按照循证医学来处理，这意味着其必须有医生来控制方向，结合医学的循证原理来指导并干预病人的具体行为。虽然数字疗法也可以主要依托健康管理师来指导病人，但与传统的慢病管理不同，数字疗法必须由医生主导，而不是像健康管理那样由健康管理师主导，医生只是辅助。

第三，与传统的健康管理不同，数字疗法不局限于预防和管理，治疗也包括在内，明确了其治疗属性也意味着其使用必须由医生掌控，在这点上与药品和医疗器械较为类似。但药物干预的效果已经有非常成熟的判断标准，而数字疗法的效果并不明确，这也是德国在批准数字疗法更多参照医疗器械的原因。

虽然数字疗法看上去要比传统的健康管理更具医学性，似乎也应该更有说服力，但其发展却非常缓慢，很多数字疗法公司已经存在了近 20 年，但依然处于行业发展的早期，这给人的印象是这个行业好像永远都不会成熟。其实，数字疗法难以成熟是有其多方面原因的，特别是看似更有医学性阻碍了其自身的发展。

首先，数字疗法是一种类似药品或器械的治疗方法，其必须要监管批准才能在市场上正式使用。而要监管批准，数字疗法公司就必须提供效果评估，但要做效果评估就需要有一定规模人群的临床试验。但从实际数据来看，大部分数字疗法产品的有效性存疑，因此能被批准使用的产品只是少数。如果未经监管批准，数字疗法产品无法上市，

公司很难活下来，而健康管理公司只要有销售能力就能存活。所以，数字疗法公司只能依靠融资续命并坚持新产品开发，直到能获得监管批准。

另一方面，作为一种处方，数字疗法需要接入电子病历，做到对用户准确及时的干预，且不论其对医生时间的占用，单就不同医疗机构之间的数据对话就是一个较大的难点。虽然部分发达国家的信息孤岛现象已经有所改善，但对一个病人在不同医疗机构电子病历的调取仍然是有一定挑战性的，在无法全面掌握病人的病历情况下，数字疗法的有效性也受到了阻碍。

其次，数字疗法面临医生开具与推广的悖论。即使能获得监管批准上市，数字疗法的发展异常缓慢，这是由于数字疗法必须由医生以处方形式开具并投入精力进行指导。因此，与其他直接由保险公司采购或企业付费的模式相比，数字疗法将大量精力和成本在说服医生使用上。如果不能找到拥有大批量医院资源的合作方，推进会非常慢。

由于数字疗法的收入取决于医生开处方的量，这一点与药品类似。而数字疗法的产品是软件，在证明效果上比药品更困难。除了软件提供的算法、虚拟端服务，有效性还取决于病人是否按照指示操作，医生的服务积极性的程度等软性因素，评判起来更为困难。因此要说服医生开具这一处方会有难度，医生会有自己的判断，也对自己的额外精力投入有自己的想法，因此开处方获得收入的不确定性很高，也就意味着数字疗法的收入很难稳定。比如，刚刚通过 SPAC 模式上市

的 PearTherapeutics 在 2017 年即获得了 FDA 对其产品的批准，但 4 年来只开出了 2 万张处方，即使在批准的三个适应症分别收费高达 899-1665 美元不等，但其预计 2021 年的收入也只有 400 万美元。

最后，数字疗法同样也面临逆人性的挑战。健康管理的逆人性是人尽皆知的。由于健康管理需要扭转个人之前历经数十年所养成的饮食和生活习惯，而这些习惯是病人长期所养成的，甚至本身就是导致疾病的原因，要用户去扭转几十年的习惯是非常困难的，只有非常自律的人才可能。所以健康管理必须配备健康管理师进行贴身干预，无论是线上还是线下，都需要重人手的投入。

但是，大部分数字疗法公司却是运用算法来通过虚拟教练来指导用户，这导致用户依从性的提高其实很难。

数字疗法的战略是通过经过临床证明的算法，提炼并分析用户疾病和健康信息，然后生成适合个人的治疗指导方案，在虚拟端进行自动化操作，比如用药提醒、随访提醒、设置并要求进行测试、运动和饮食数据采集等。

虚拟化的好处是可以突破地域限制。比如，相比用真人教练来干预的模式，数字疗法节省了人力，用系统化和自动化来代替了人员。但数字疗法产品的核心问题是仍然需要依赖用户自觉性，主动根据虚拟端的指示来输入检查数据和各项生活信息，对健康关注度比较高的病人依从性会更高，而一些自觉性较差的病人可能会难以完全按照指示操作，从而影响效果。即使数据自动采集可以解决主动传输参与率

低的问题，自动化如何改变用户习惯仍是无解。

正如其他数字医疗领域一样，数字疗法的规模化取决于支付方的报销。而数字医疗的支付报销明显受制于如上三个明确的挑战，这导致其市场规模始终无法做大，这是其核心缺陷。

无论是类似Teladoc这样的在线问诊公司还是类似Livongo这样的慢病管理公司，其收费模式是通过向保险公司和企业按照人头来收取一定的服务费用，提供标准化的服务和工具。无需医生开具，也无需FDA按照药品或器械的模式来进行批准。由于保险公司能够带来大批量的会员入口，根据会员数量收取一笔费用会比按照医生处方数量来获得收入更快更稳定。而且对保险公司和企业，尤其是对企业来说，数字医疗作为健康福利的一种主要组成部分，已经成为其固定开支，只是采购不同产品的区别。

但数字疗法需要大体量的地面队伍，去教育并说服医生接受并使用这项处方产品，因为开具这一处方的医生必须认同数字疗法的虚拟服务方式，并参与其中。说服的过程也意味着较高的销售成本。这与药企和器械公司的销售模式类似，所以数字疗法的投资人也以药企为主，因为药企可以借助自身的地面队伍去推动数字医疗企业的发展。但药企忽略了药品和数字疗法最大的不同，药品的疗效很容易明确，只要有效，用户很容易接受。但数字疗法的有效性不仅取决于软件本身，而是医生投入的精力、病人的依从性和医疗制度本身的完善性（比如接入电子病历的问题）这三点，只要一个环节没有跟上，整个产品

的疗效就很难体现，也就无法说服用户继续使用，支付方也就很难持续去覆盖这样的产品。

因此，虽然目前市场上有不少创业公司试图进入数字疗法，但事实上数字疗法在中国是很难获得成功的。

第一，中国的医生将处方与收入挂钩，而对于数字疗法这样不可能与药品利润相比的产品，根本没有能力去给予医生经济动力开具这一处方。

第二，医生需要在数字疗法的产品中扮演服务的角色，也就是参与其中与病人互动，但中国的医生很难有这样的时间和动力去做这些事情。这也是中国慢病管理公司原先失败的根源，以为医生会有动力去管好病人。

第三，数字疗法介入电子病历的做法在中国是走不通的，中国没有可以打通的电子病历体系，电子病历都在医院的信息孤岛里，无法互通，甚至很难被商业化运用，因此这一介入临床整合病历的做法也是走不通的。

第四，支付方医保已经压力很大，很难为效果不明确的服务买单。即使退一步来说，医保愿意报销也无法给这些服务定高价，没有高价是无法给医生经济动力的。

从这些因素来看，即使不考虑数字疗法模式本身的挑战和发展局限，数字疗法的模式在中国也没有真正的生存土壤。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

从“零”基础到世界最大医疗保障网——我国基本医保改革发展综述

来源：新华社

这是人类历史上的医疗奇迹——曾经，中国医疗资源极度匮乏，各地疫病肆意，人民缺医少药，医疗保障“零”基础；现在，中国基本医保参保人数 13.6 亿人，参保率稳定在 95%以上，全国基本医疗保障制度全覆盖。

一张世界上最大医疗保障网惠及全民，中国新型医疗保障制度体系的建设成就令世界瞩目。

有限医疗资源“迎刃”人口大国

新中国成立初期，受限于近乎崩溃的国民经济与薄弱的财政基础，各地医疗卫生资源严重短缺，人民群众得不到基本的医疗卫生保障，就医需求难以满足。

为解决“看病难、看病贵”的问题，中国用有限的医疗资源“迎刃”人口大国的基本医疗卫生问题。

20 世纪 50 年代，中国建立劳保医疗制度和公费医疗制度，城镇职工获得基本医疗保障。与此同时，农村地区开始探索合作医疗制度。到 20 世纪 70 年代末，这三种医疗保障制度在我国实现广泛覆盖。

1998 年，城镇职工基本医疗保险制度正式建立，标志着我国医疗保障制度改革进入了建立新型医疗保障制度阶段。此后的 20 年，中国先后建立新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险，后又整合

为城乡居民基本医疗保险，逐步实现参保人全覆盖。

中国用短短 20 年的时间，建立较为完善的多层次医疗保障体系，实现医疗保障全民覆盖的目标，取得许多国家历经几十年甚至更长时间才能实现的医疗成就。

党的十八大以来，中国进一步释放医疗红利，从医疗保障基础入手，为人民群众减轻就医压力。

“小病靠扛、大病靠天”的历史一去不返

24 岁的白族姑娘和秀娟，来自云南省怒江傈僳族自治州兰坪白族普米族自治县，小时患上骨结核，腰椎处长出一个大包，由于贫困和医疗条件所限，她的病情逐渐严重。

“一人得病、全家受累”，疾病放慢了这个贫困家庭脱贫的步伐。

经兰坪县医疗保障局与医院协调，2019 年 8 月，和秀娟在昆明市第三人民医院接受了腰椎畸形矫正手术。

父亲和文辉算了一笔账：女儿在该院治疗的费用共 17 万余元，其中，基本医保报销近 11 万元，大病保险报销 4.2 万余元，医疗救助和兜底保障报销 1.6 万余元，家里自付仅 6000 余元。

初步统计，自 2018 年以来，医保扶贫政策累计资助贫困人口参保 2.3 亿人次，减轻个人缴费负担 403 亿元，惠及贫困人口就医 5 亿人次。

医保改革，让“小病靠扛、大病靠天”的历史一去不返。从建立劳保医疗制度和公费医疗制度，到正式建立城乡居民基本医疗保险，

中国医疗保障制度经历 70 年的探索与发展，医疗保障能力显著增强，医保基金收支规模不断扩大，群众就医需求得到有效满足。

中国医保改革“再出发”

2018 年 3 月，国家医疗保障局正式成立，统筹规划、资源整合、信息一体、集权管理，改变医保领域原有的“九龙治水”现象，开启全面建成中国特色医疗保障制度新征程：

——冠脉支架降价 93%，首批国家集中带量采购的冠脉支架均价进入“千元时代”；

——“团购”药品半价买，五批国家集采共 218 个药品，覆盖抗肿瘤、高血压、糖尿病等多个领域；

——医保目录动态调整，2018 年以来，国家连续 3 年调整药品目录，纳入 433 种新药、好药。

从常态化开展药品集中带量采购到医保药品目录动态调整机制，从推进医保支付方式改革到巩固医保基金监管高压状态，从推进医药服务供给侧改革到提高医保公共管理服务能力，中国医保改革正给人民群众带来强烈的获得感。

国家医保局有关负责人介绍，目前我国已经建立城乡统一的居民基本医疗保险和大病保险制度，正逐步形成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，其他保障措施共同发展的多层次医疗保障体系。

看似寻常最奇崛，成如容易却艰辛。中国医疗保障体系的建立与发展是一个从“有没有”到“好不好”的飞跃，通过不断健全医疗保

障体系，推动医保高质量发展，解决人民群众看病就医的后顾之忧，共享医保改革成果。

[返回目录](#)

三医联动 推动医疗保障高质量发展

来源：中国经营网

6月23日，期待已久的第五批国家集采开标，并产生了拟中选结果，被纳入的62种药品中，有61个品种集采成功，涉及金额550亿元，平均降价幅度达56%。

这只是我国医保领域改革成果的一个缩影。十八大以来，作为“三医联动”中起基础性作用的医保，改革成果丰硕：参保人员待遇水平稳步提高、兼顾公平和效益的城乡居民医保实现整合、门诊统筹稳步推进、大病保险和医疗救助已实现广覆盖等。

可以说，十八大以来，尤其是“十三五”时期，是医保改革推进力度最大、医保功能作用发挥最充分、群众获得感最强的几年，为全面建成小康社会夯实了基础。

目前，我国已建立起世界上规模最大的基本医疗保障网，医疗保障质量不断提高，正逐步形成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，其他保障措施共同发展的多层次医疗保障体系。

而2018年国家医保局的挂牌成立，标志着我国医疗保障事业翻开了新的历史篇章。在过去的3年多时间里，国家医保局破难点、找支点，以医保“小切口大改革”引领医改走向深入，成功破解了存在

多年的药耗价格虚高难题。

站在“两个一百年”历史交汇点，医保改革面临新挑战。国家医保局党组书记、局长胡静林不久前撰文表示，“十四五”时期，医保工作将以人民健康为中心，实现高质量发展，从粗放扩张型转为质量效益型发展。

多层次医保体系不断健全

国家医保局日前公布的《2020 年全国医疗保障事业发展统计公报》显示，2020 年全国基本医疗保险参保人数 136131 万人，参保率稳定在 95%以上，贫困人口参保率稳定在 99.9%以上。

相比 2012 年的参保人数 13 亿人，我国基本医保覆盖范围进一步扩大，已建立起世界上规模最大的基本医疗保障网。

不仅如此，参保人员待遇水平逐步提高。国家医保局的数据显示，职工医保、居民医保住院费用政策范围内报销比例稳步提高，分别达到 85.2%和 70%左右，贫困人口经基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障后，住院和门诊慢特病费用实际报销比例稳定在 80%左右。2018 年以来，医保扶贫政策已累计惠及贫困人口就医 5 亿人次，助力近 1000 万户因病致贫家庭精准脱贫，“基本医疗有保障”突出问题得到有效解决。

比照 2012 年参保人员的待遇水平发现，职工医保中，2020 年政策范围内住院医疗费用基金支付比例较 2012 年的 81%提高 4.2 个百分点；城乡居民医保中，2020 年政策范围内住院医疗费用基金支付比

例较 2012 年的城镇居民医保的 64%提高 6 个百分点。

而未来，随着门诊医疗费用逐步纳入医保，各类参保人员的医保待遇水平还将进一步提高。

按照今年 4 月印发的《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》，2021 年底前，各省要出台职工医保门诊统筹实施办法，可设置 3 年左右的过渡期，逐步实现改革目标。

据了解，北京、上海、浙江、广州、青岛、厦门等地已经开展了职工医保个人账户改革和门诊费用统筹的探索。

国家卫健委卫生发展研究中心健康经济与费用研究部副主任付晓光研究员告诉记者，简单说，职工医保门诊统筹改革即实行“3+2”模式：“3”是三项核心举措，包括增强门诊共济功能、改进个人账户计入办法、规范个人账户适用范围；“2”是指加强监管、完善付费方式等两项配套措施。该文件明确了对职工医保个人账户改革的基本方向和路径，即通过建立健全门诊共济保障，扩大门诊的互助共济能力，同时盘活医保基金，提高医保基金的使用效率。

职工医保之外，更大范围的门诊统筹也已经纳入政府规划。2021 年《政府工作报告》指出，2021 年要建立健全门诊共济保障机制，逐步将门诊费用纳入统筹基金报销。

“在医改总体框架之下，如果说医保还有深化空间的话，就是门诊统筹这一块。”清华大学五道口金融学院中国保险与养老金研究中心研究总监朱俊生接受采访时表示，未实施门诊统筹的情况下，门诊

报销主要来自于个人账户，导致报销额度有限，同时也没有实现共济的功能。近些年随着慢性病等费用走门诊，门诊统筹的迫切性越来越大，门诊统筹的步伐也在加快。

十八大以来，我国稳步推进医保制度的完善，提高保障质量，医保体系保基本、防大病、兜底线的能力进一步增强。

2012 年，中央部署在全国范围推广城乡居民大病保险，来解决因病致贫、因病返贫问题，在基本医疗保障的基础上，对大病患者发生的高额医疗费再给予报销，按照当时的要求，大病医保的实际支付比例不低于 50%。

据了解，到 2019 年底，全国 31 省份均已实施大病保险制度，目前，大病保险已覆盖 11.3 亿城乡居民。

银保监会人身险部主任陈映东近日表示，大病保险制度实施 9 年来，累计赔付 5535.88 万人，全国大病患者实际报销比例在基本医保的基础上平均提升了 10~15 个百分点，最高报销金额 111.6 万元，有效缓解了城乡居民因病致贫、因病返贫问题。

2016 年，为兼顾效率与公平，促进城乡经济社会协调发展，中央提出全面整合城镇居民医保和新农合两项制度，使城乡居民按照统一的政策参保缴费，享受待遇。到 2019 年底，全国均已实现了统一的城乡居民医疗保险。

“十三五”时期，中央进一步加强了医保工作的顶层设计。2020 年 2 月，中共中央、国务院印发的《关于深化医疗保障制度改革的意

见》，擘画了未来 5~10 年我国医保改革蓝图，其中诸多改革内容是为了补短板、消盲点，建立健全中国特色医疗保障制度体系。

胡静林今年 3 月曾撰文指出，目前，我国已建立城乡统一的居民基本医疗保险和大病保险制度。全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施。正逐步形成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，其他保障措施共同发展的多层次医疗保障体系。基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障，在满足人民群众基本医疗保障方面发挥了重要作用。

随着我国多层次医保体系不断健全，老百姓就医负担大幅减轻。据官方数据，个人卫生支出占卫生总费用的比例，由 2012 年的 34.8% 下降到 2019 年的 28.36%。

破解改革难点、痛点

十八大以来，我国坚持以大卫生大健康理念为统领，加强健康促进，坚持“三医联动”（即医疗、医保、医药改革联动）。

在医保改革诸多突破中，药耗价格挤水分成效显著。目前，我国已初步建立药品目录动态调整机制，纳入更多新药、好药，显著提升癌症、慢性病、儿科疾病等用药保障能力，创新性实施谈判准入。

国家医保局的数据显示，233 种谈判准入药品价格平均降幅超 50%，很多“贵族药”开出“平民价”。仅 2018 年和 2019 年谈判准入的 114 种药品，2020 年 1~11 月就为患者减负 721.9 亿元。3 年来共新纳入 433 种药品，目录内药品达 2800 种，基本满足临床用药需

求。

而开启于 2018 年底的国家组织药品集中采购(以下简称“国家集采”),不仅让多年虚高的药耗价格回归合理水平,改革带来的多维效应也已显现。

2018 年 11 月,中央全面深化改革委员会会议审议通过《国家组织药品集中采购试点方案》,药品集采改革随即启动,从“4+7”扩展到全国,到目前为止,国家药品集中带量采购已完成了五批。

2021 年 6 月 23 日,期待已久的第五批国家集采开标,并产生了拟中选结果,被纳入的 62 种药品中,有 61 个品种集采成功,涉及金额 550 亿元,平均降价幅度达 56%。此次集采品种覆盖高血压、冠心病、糖尿病、抗感染、消化道疾病等常见病、慢性病用药,以及肺癌、乳腺癌等重大疾病用药,集采规模、金额、参与企业数量创下历次集采之最。

国家集采降费效果显著,有效挤压了药耗水分、减轻群众负担、净化行业生态、规范医疗行为,群众的改革获得感增强。

国家医保局的数据显示,前三批国家集采共覆盖 112 个品种,平均降价 54%,每年节约费用 539 亿元,其中因降价节约 274 亿元,因优先使用中选药品产生的替代效应 265 亿元,显著降低患者费用负担。而几次集采中,降幅超过 90%的药品比比皆是。

2020 年底,国家医保局还开展了首次国家组织高值医用耗材集采,中选冠脉支架价格降幅 90%以上,预计每年节约医疗费用 117 亿

元。

两年多来，国家集采的产品范围逐步扩大，从口服药到高值耗材，再到注射剂、吸入剂，所采购的重点都是“医保目录内、临床必需、用药量大、金额高”的品种，患者受益面越来越广。

为何国家医保局主导下的国家集采能让药价虚高问题破解？国家医保局的制胜一招，是招采合一，量价挂钩。

所谓招采合一，就是医院要用多少药必须通过招采进行，各地根据医院的实际使用量来报量，然后把全国 60%~70%的量放在一个池子里，企业自主参加自主报价，量价挂钩，通过竞价机制筛选出中选企业，并以合同的形式确定每个中选产品的采购量，医院需要优先采购中选产品，让集采成果真正惠及老百姓。

随着国家集采工作企稳，集采工作也开始走向常态化、制度化。今年 1 月，国务院印发了《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》，按照要求，集采将逐步覆盖各类药品，重点将基本医保药品目录内用量大、采购金额高的药品纳入采购范围。为了保证群众用药可及性，所有公立医疗机构均应参与集中采购。而该项工作也将作为国家医保局 2021 年的工作重点之一。

随着高值医用耗材集采顶层设计新鲜出炉，高值耗材的治理，将迎来改革时刻。近日，《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》印发，提出逐步扩大高值医用耗材集中带量采购覆盖范围，促进高值医用耗材价格回归合理水平，减轻患者负担。

实际上，对整个医疗体制改革来说，集采的意义还不止于降费。近些年，无论是破除“以药养医”，还是带量集采，改革的一个很重要的逻辑，就是促进医疗机构收入结构“腾笼换鸟”，为理顺医疗服务价格体系、改革医务人员薪酬制度创造了空间。

据了解，深化医疗服务价格改革，逐步理顺医疗服务比价关系，已被纳入国家医保局 2021 年的工作重点。

集采的多维效应也在显现，在仿制药一致性评价不断加快的背景下，国内药企开始适应机遇与挑战并存的新局面，创新思辨，从高药价和原有的利益生态中走出，发力创新药研发。多家药企人士表示，实施带量采购降下来的支出，将投入到创新药、抗癌药等领域，提高医保资金使用效率，扩大医疗保障范围。

高质量发展

从不断完善多层次医保体系，到推动药品、耗材价格回归合理水平，再到集采常态化、制度化，成立仅 3 年之久的国家医保局在深化医改中正扮演着越来越重要的角色。

国家医保局成立于 2018 年 5 月 31 日，作为国务院直属机构，国家医保局整合了人社部、原国家卫计委、国家发改委等多个部委中与医保、药品和医疗服务价格管理等相关的职能，财政部原副部长、在财政部履职长达 20 年之久的胡静林出任首任局长。

胡静林曾于 2019 年撰文表示，国家医保局的组建，有利于从根本上理顺医保管理体制，从源头处加强医保基金监管，从关键环节加

快推进医药卫生体制改革。这是深化推进国家治理体系和治理能力现代化的重要举措，标志着我国医疗保障事业翻开了新的历史篇章。

今年2月，中央第十四巡视组组长高飞在向国家医保局党组反馈巡视情况时指出，国家医保局党组在推进重点改革任务、药品耗材降价等方面取得明显成效。

站在“两个一百年”历史交汇点，医保改革面临新挑战。“十四五”规划提出，“十四五”时期经济社会发展要以推动高质量发展为主题，医保作为经济社会重要组成部分，实现高质量发展是题中之意。

如何高质量发展？胡静林称，推动医保高质量发展是从粗放扩张型转为质量效益型发展的过程，他还用“五个更”阐述其内涵，即更加公平、更有效率、更可持续、更加安全以及更为便捷。

他进一步表示，要更好地确保人民群众基本医疗保障权益，包括建立医疗保障待遇清单制度，健全基本医保筹资和待遇调整机制，逐步将门诊医疗费用纳入基本医保统筹基金支付范围，建立国家医保耗材准入目录制度等。

更好地满足人民群众多元化保障需求，包括健全重大疾病医疗保险和救助制度，优化基本医保、大病保险与医疗救助三重保障制度，鼓励引导商业医疗保险发展等。

更好地守护人民群众“救命钱”，改革完善基金监管体制机制，创新监管方式，建立健全医保信用管理体系，加强基金中长期精算，健全运行风险评估、预警机制等。

更好地保障人民群众获得优质实惠的医药服务，坚持系统集成，充分发挥医保在“三医联动”改革中的基础作用。推进药品集中带量采购常态化、制度化，深入探索高值医用耗材集中采购制度改革等。

更好地为人民群众提供便捷高效的医保公共服务，加强经办能力建设，完善适应新业态新经济的参保服务，推进医保公共服务标准化、规范化等。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

合作与创新齐头并进 加速中医药扬帆海外

来源：火石创造

中医药传统文化源远流长，然而在现代化冲击下却面临诸多质疑。在中国制造大肆出海的大背景下，中医药国际化发展却十分受限。

近年来随着中医药改革的推进，在市场需求的推动之下，中医药正通过标准化体系的建设、药品品质的提升、多元化业态的融合等方式，逐步打开国际市场。中医药或正处于海外扬帆大发展的启航期。

01 布局：体系与保障

中医药国际化的过程也是现代化的过程。中医药在发展过程中不仅需要面对已构建现代医疗体系的国际市场的考验，还要面对国内市场受教育程度较高的年轻人群愈演愈烈的质疑，其中部分源于传统中医理论与现代医药体系的矛盾与冲突，但更多是统一标准和体系的缺

失导致中医药的效果难以获得准确评估。中医药产业亟需改革与创新，以匹配市场需求。

2016年，国务院印发《中医药发展战略规划纲要(2016-2030年)》(下称《纲要》)，提出了中医药的创新发展方向：一是健全中医药协同创新体系，加快形成自主知识产权，促进创新成果的知识产权化、商品化和产业化；二是加强中医药科学研究，特别提出“运用现代科学技术”和“建立概念明确、结构合理的理论框架体系”；三是完善中医药科研评价体系，开展中医临床疗效评价与转化应用研究，建立符合中医药特点的疗效评价体系。这几个方面正是中医药现代化的关键和瓶颈所在，也是中医药国际化的前提。同时，《纲要》也对中医药海外发展有了初步的研判，即加强交流合作和扩大国际贸易：一方面通过科研、教育、文化、卫生等方面的合作扩大中医药影响力，另一方面通过投资和贸易拓展中医药海外市场。

2017年，国家中医药管理局、国家发展和改革委员会发布《中医药“一带一路”发展规划(2016-2020年)》(下称《规划》)，明确了中医药“走出去”的布局思路：以多边合作为切入点，参与国际规则制定，构建中医药国际化环境；以创新为核心，对接国际标准，制定符合中医药特点的医药标准和规范，优化中医药知识产权服务和加强知识产权保护；以市场为导向，拓展中医药服务贸易市场，支持企业海外布局。

于顶层设计而言，《纲要》和《规划》形成了相对清晰的中医药

国内发展路径和海外布局思路，在十三五期间初见成效，但国际化程度仍略显滞后。2020 年中医药在新冠疫情防治中的表现，进一步推动中医药相关政策的出台。《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》提到，目前中医药高质量供给不够、人才总量不足、创新体系不完善、发展特色不突出，并从人才、管理、资源、机制、环境等方面为中医药的进一步发展提供了较为完善的建议。

从政策体系成形过程，不难看出中医药创新发展的整体思路为：首先建立现代化的中医药管理体系，逐步探索中医药在现代医疗体系中的应用，最终实现传统中医药与现代医疗方式的接轨。在清晰的思路指引下，十四五期间有望通过中医药现代化的推进，实现中医药国际化的加速。

02 市场：需求与创新

市场需求是创新发展的核心驱动力。根据火石对国家统计局、工信部数据的整理，在过去五年间，国内中成药市场规模从 6700 亿元上升至 7400 亿元，中药饮片市场规模从 1900 亿元上升至 2300 亿元，中医药在国内实现了市场规模稳定增长。然而，中医药进出口规模与国内相比仍然较小，亟需通过创新发展，实现由内向外的市场拉动。

1. 出口：壁垒之下增长缓慢

2019 年中药出口规模达 40.2 亿美元，经过 2016 年的下滑后，2017-2019 年均保持增长，五年间复合增长率 1.3%，总体增长较为缓慢。

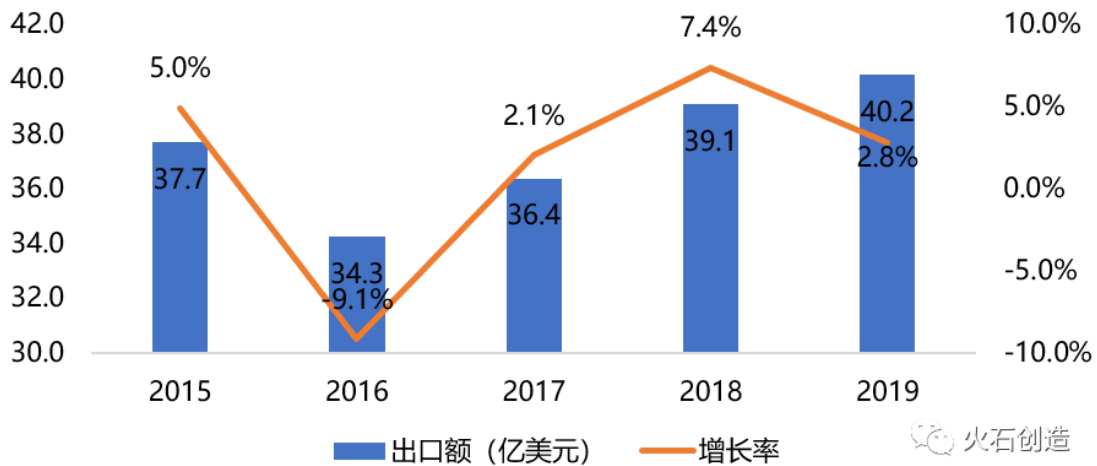


图 1：2015-2019 年中药类商品出口情况
来源：中国医药保健品进出口商会、海关统计数据

从出口商品结构看，植物提取物占比最高，主要出口美国，用于膳食补充剂和食品添加剂生产，受到贸易摩擦的影响有所波动；中药材与饮片次之，对日韩等主要市场出口持续稳定增长；最后是中成药和保健品，出口增长较为缓慢。总体呈现附加值偏低的特点。

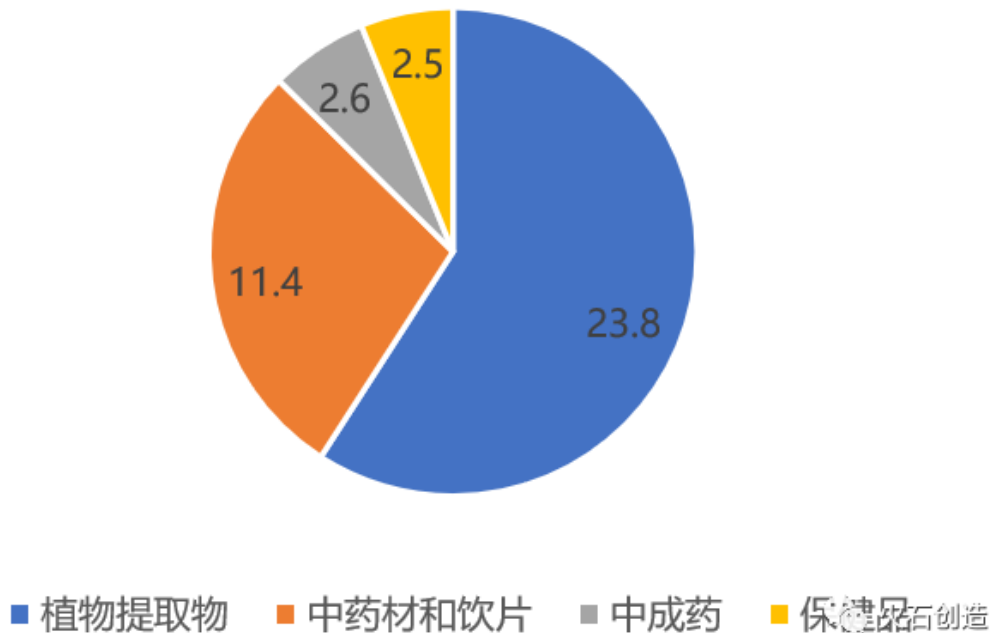


图 2：2019 年中药类商品出口额结构 (亿美元)
来源：中国医药保健品进出口商会

中成药出口占比偏低，其难以匹配西药临床检测体系是最核心的

因素，此外应用场景少、药效评定和检测方式不明确等也阻碍了其出口。

和中成药相比，中药资源产业的初级原料型产品出口遭遇的技术性贸易壁垒相对较少，因此成为中药产品出口的主体，但由于中草药种植的标准化和质量检测体系尚不完善，农残重金属超标等问题也制约了出口规模的进一步扩大。

2. 进口：“洋中药”热度不减

2019年中药进口规模为21.55亿美元，五年间复合增长率达16%，实现快速增长。

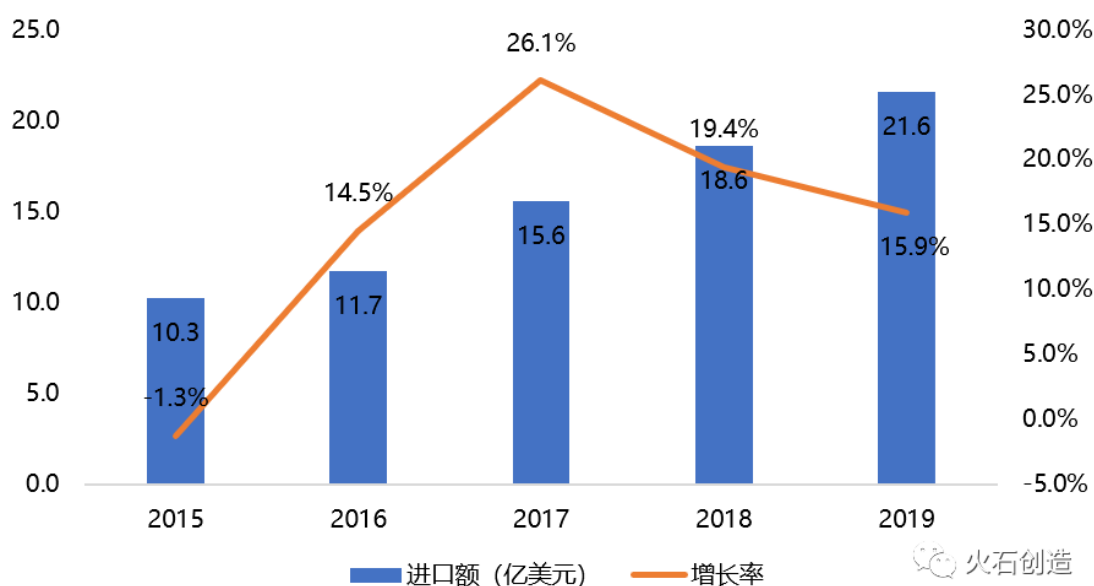


图3：2015-2019年中药类商品进口情况
来源：中国医药保健品进出口商会、海关统计数据

从进口商品结构来看，植物提取物占比最高，多为从日本、欧洲、澳大利亚等进口的薄荷醇、精油等；保健品占比次之，主要为来自东盟国家的燕窝、美国的鱼油等；中药材和饮片增长迅速，2019年同比上涨25.82%，由国内对原材料的高品质要求拉动，份额较大的品种

主要有龙眼、西洋参、鹿茸、乳香、没药、血竭等，主要从泰国、加拿大和新西兰进口。

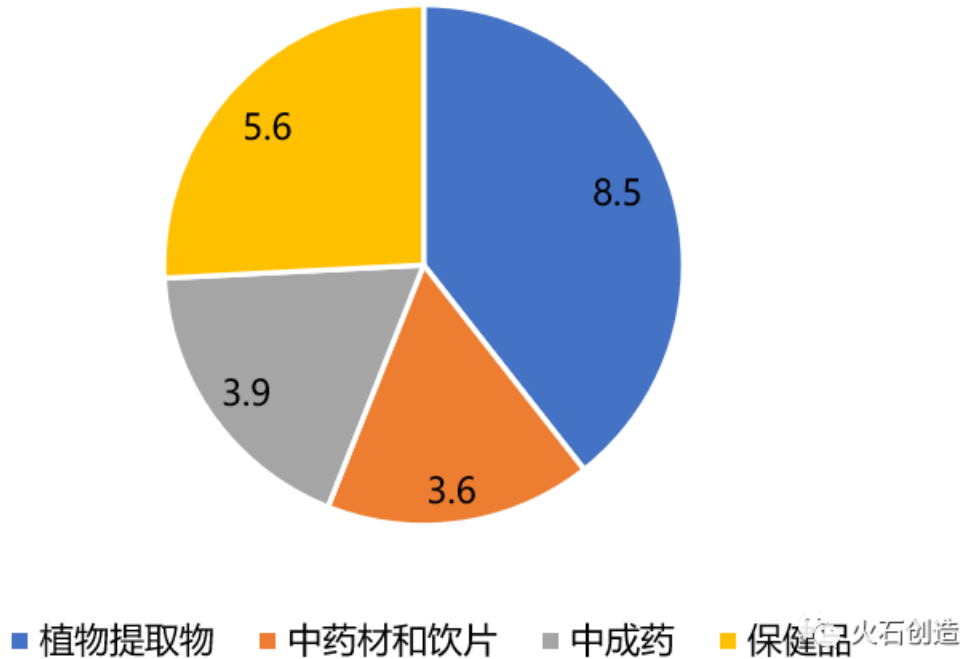


图 4：2019 年中药类商品进口结构(亿美元)

来源：中国医药保健品进出口商会

值得一提的是，“洋中药”的热度高涨，2019 年中成药进口额 3.9 亿美元，高于中成药出口额(2.6 亿美元)，主要为日本、韩国等国家通过进口中药材经深加工后返销国内，由于质量标准把控到位，临床用药安全有效性良好，受到了国内市场的普遍欢迎。“洋中药”的发展路径或给国内产业发展以警醒，推动相关规范体系的加速形成。

3. 趋势：结构与路径优化

在结构方面，从中药材原料出口转向中医药服务贸易。市场增长仍然存在不稳定的预期，一方面由于疫情对全球供应链的影响，逼迫各国在国内建设生产基地，以应对供应链短缺的风险，日本、印度等

中国的中药材原料主要出口国家均已出台相关应对措施；另一方面，全球贸易摩擦的风险也加剧了不稳定性，例如，美国已出现限制中国原料药在美国药品中所占比例的法案提案，此类贸易保护措施同样将对中药材原料的出口造成影响。

因此中医药出口结构的优化势在必行，目前在产业政策和出口政策方面，一致的导向是减少对中药材原料的依赖，提高中成药、保健品等所占比例，配合中医药海外合作交流的深化，逐步形成以中医药服务贸易为主的发展策略。

在路径方面，保持亚洲基本盘的同时，拓展一带一路沿线国家市场。按出口额计算，2020年1-6月我国中药材出口的前10大市场为日本、越南、中国香港、中国台湾、韩国、马来西亚、美国、新加坡、德国、泰国，亚洲国家和地区仍然是中医药最大的出口市场。但亚洲市场内部结构有所变化，香港作为中医药转口贸易中心的地位日渐式微，东盟国家市场增长迅速，随着中国-东盟贸易合作的深化，预计中医药出口主要市场将从东亚国家和地区为主逐步转向东亚和东盟并重。

而随着中医药“一带一路”交流合作的展开，在“十四五”期间逐步兑现成果，贸易合作进一步深化，沿线国家的中医药出口市场份额将出现显著提升。

03 突破：规范、开放与合作

在政策与市场的双重推动下，中医药现代化和国际化的发展将从

规范、开放、合作 3 个方面进行突破。

1. 规范：标准化体系加速建立

标准化是中医药产品进入国际市场的基础。尽管中医药国际化的探索从 20 世纪 50 年代已经开始，但直到 2009 年才正式建立国际标准化组织/中医药技术委员会 (ISO/TC249)，启动中医药国际标准体系化的建设。

根据 ISO 官方网站数据，时至今日，ISO/TC249 的参与成员已达 23 个，包括新加坡、日本、韩国、泰国、越南等亚洲国家和美国、加拿大等北美国家，以及德国、意大利、西班牙、瑞士等欧洲国家，基本覆盖中药的海外主要市场；目前已发布标准 68 项，在研标准 32 项。

2019 年，ISO/TC249 秘书处设于上海中医药大学。2020 年末，上海中医药大学中医药国际化研究中心项目启动，国际化进入提速发展时期，预计在 2030 年前可完成中医药国际标准体系框架的初步建设。

2. 开放：搭建国际通道

以特殊经济功能区为支点提供创新渠道和服务，通过构建国际通道，推动政府、市场主体和相关科研机构、院校、服务组织等建设“国家中医药服务出口基地”，重点开展中药产品国际注册和专利申请、国际质量标准对接、国际医疗服务质量认证、国外中医药服务贸易信息咨询等服务，为中医药企业扬帆海外提供更畅通、便捷的渠道。目

前已有 17 家国家中医药服务出口基地获得认证。

2021 年 5 月，国家出台系列措施，在包括向境外人士提供中医医疗服务按特需医疗服务管理、提供金融支持、建设境外患者便捷通道、纳入国际经贸合作机制等多方面提供支持。

与此同时，自贸区和自贸港等作为重要的对外开放合作平台，其政策制度优势也吸引中医药服务贸易企业落地，通过中医药融合创新业态的发展，将中医药与旅游、康养、医美等结合，提供面向国内外市场的特色服务。

3. 合作：海外落子提速

在政策方面，为推动中医药对外交流与合作，《规划》提出，到 2020 年与沿线国家合作建设 30 个中医药海外中心，颁布 20 项中医药国际标准，注册 100 种中药产品，建设 50 家中医药对外交流合作示范基地。

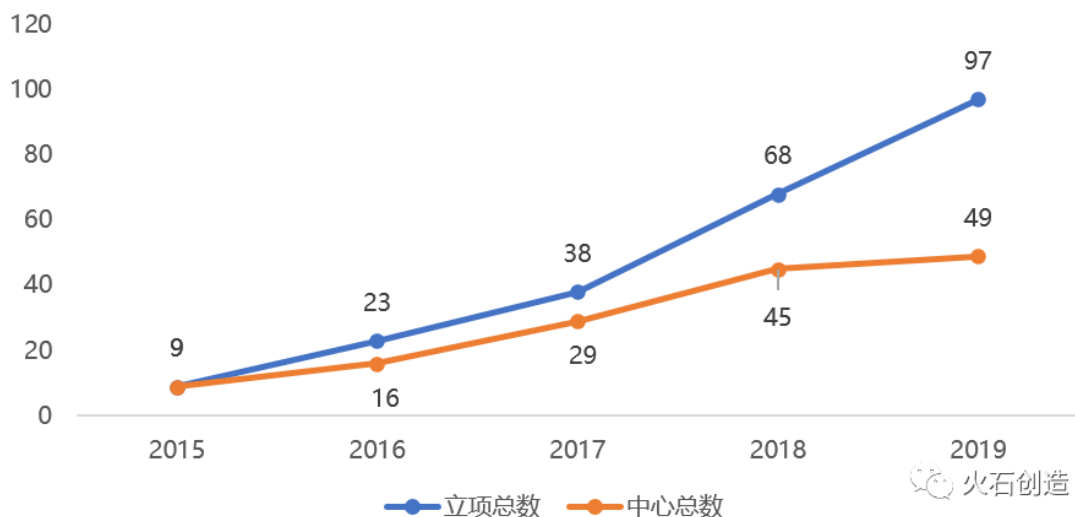


图 5：2015-2019 年海外中医药中心数量(个)

来源：《“一带一路”倡议下海外中医药中心建设现况与启示》，张子隽等

从实际建设情况来看，2019 年共与 88 个国家开展了合作，海外

中医药中心数量已达 49 家，中医药对外交流合作示范基地 59 家；从立项情况来看，海外中医药中心的建设仍在提速，预计在十四五期间会有更广泛的布局。在国际标准方面，至 2019 年末，中国推动在 ISO 成立的 ISO/TC249 已发布 45 个中医药国际标准，中医药正快步融入国际医药体系。

在企业方面，同样呈现加速布局国际市场的趋势。例如，昆药通过青蒿素系列产品打入国际市场，并带动三七系列产品进军非洲和北美：非洲地区，昆药已在肯尼亚、坦桑尼亚、尼日利亚和乌干达投资设立了子公司，从事青蒿素抗疟药、化药和医疗器械产品的销售，并在乌干达落地医疗中心项目，开展药品或医疗器械的本地化生产；北美地区，昆药先后投资美国 Rani、CPI、RiMO 等国际创新药物研发平台，逐步实现从产品国际化到产业国际化的布局。此外，渠道合作或成为企业进军海外市场的快捷选项。以岭药业与顺腾国际合作，借助顺腾国际的渠道优势，在港澳及海外进行产品销售，并通过电商平台共同推广，未来将共同打造海内外的中医门诊网络与中医药保健品国际标准中心。

04 结语：加速启航

在政策和市场的双重推动之下，合作和创新是中医药国际化未来五至十年的主旋律，地区政府和相关企业应重视这一战略机遇窗口期。

对于地区政府而言，首当其冲是加速中医药产业的布局，在正确

理解区域的产业环境和发展优势的基础上，选取相匹配的细分领域，积极搭建中医药国际化平台，扩大海外和区域间交流与合作，加快形成特色化路径；对于企业而言，应加大对产品研发的投入，特别是对接国际化标准，提升产品品质和加速产品创新，同时加强与国际渠道的合作，抢占新兴国际市场。

[返回目录](#)

破解“看病难看病贵” 我国乡镇中医馆建设加速推进

来源：经济参考报

我国脱贫地区乡镇卫生院中医馆建设正迎来政策利好。据中国政府网消息，由国家卫生健康委、国家中医药管理局、国家乡村振兴局等 13 个部委联合制定的《关于巩固拓展健康扶贫成果同乡村振兴有效衔接的实施意见》（以下简称《实施意见》）日前公布，明确提出要加强脱贫地区乡镇卫生院中医馆建设、大力推广中医药适宜技术等发挥中医药优势的相关内容。

在我国中医药事业发展不断获得政策支持背景下，未来中医馆医疗服务能力的提升，必将助力我国健康乡村建设。

有专家向《经济参考报》记者表示，上述《实施意见》是解决农村特别是脱贫地区基层群众“看病难看病贵”的一项有力措施，体现了我国社会主义医疗卫生制度的优势。《实施意见》将加速推进我国乡镇中医馆建设，但未来需要对中医人才资源下沉基层提供更多政策支持。

中医馆助力健康乡村建设

《实施意见》明确提出，要加强和优化政策供给，提升脱贫地区卫生健康服务水平。其中包括进一步完善医疗卫生服务体系。加强脱贫地区乡镇卫生院中医馆建设，配备中医医师，加强脱贫地区村卫生室中医药设备配置和乡村医生中医药知识与技能培训，大力推广中医药适宜技术。

此次《实施意见》旨在贯彻落实党中央、国务院关于巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的决策部署，巩固基本医疗有保障成果，推进健康乡村建设，防止因病致贫返贫。《实施意见》提出了未来五年内的工作目标。到 2025 年，农村低收入人口基本医疗卫生保障水平明显提升，全生命周期健康服务逐步完善；脱贫地区县乡村三级医疗卫生服务体系进一步完善，设施条件进一步改善，服务能力和可及性进一步提升；重大疾病危害得到控制和消除，卫生环境进一步改善，居民健康素养明显提升；城乡、区域间卫生资源配置逐步均衡，居民健康水平差距进一步缩小；基本医疗有保障成果持续巩固，乡村医疗卫生机构和人员“空白点”持续实现动态清零，健康乡村建设取得明显成效。

与此同时，《实施意见》还对组织实施提出了要求。明确要加强部门协作，中医药管理部门负责中医药系统三级医院对口帮扶工作和中医药服务体系、服务能力建设。

在此政策背景下，未来我国健康乡村建设将进一步获得中医馆助

力。有业内人士向记者表示，因病返贫是扶贫工作中的难点所在。而中医要发展，农村将是一片广阔天地，应该可以大有作为。十三部委此次发文，有着很强的指导意义，为远景规划落到实处起到了积极作用。

中医药“简便验廉”优势将更有效发挥

业内人士指出，《实施意见》的落地推进将更有效发挥中医药“简便验廉”优势，提升乡村地区包括边远地区的医疗健康服务水平。

湖南中医药大学教授、医史文化学者、知名中医临床专家彭坚在接受《经济参考报》记者采访时表示，我国在上个世纪五六十年代，曾经有过遍布全国农村的“赤脚医生”队伍，他们凭“一根针，一把草，一个药箱走乡镇”，为保障基层农民群众的健康，起到了重要作用，当时在国内外影响很大。

这次国家十三部委联合推出的《实施意见》，是解决农村特别是脱贫地区基层群众“看病难看病贵”的一项有力措施，体现了我国社会主义医疗卫生制度的优势。

还有业内专家向记者表示，中医在基层并不需要太复杂的医疗器具。农村是广阔天地，中医应该可以大有作为。

湖南中医药大学教授、国家中医药管理局首届青年岐黄学者孙贵香认为，中医药来源于中国劳动人民生产生活实践的智慧，其生命力也主要在基层。公益性的中医馆是基层中医药服务资源中的重要组成部分，弥补了基层中医药医疗机构覆盖的死角和空白。

基层中医药人才短板仍待破局

未来如何加强脱贫地区乡镇卫生院中医馆建设？

北京同仁堂中医医院医务部质控高级专员、内科主治医师庄扬名向《经济参考报》记者表示，乡镇卫生院中医馆建设最关键的两个点在于，一是要符合脱贫地区需求，发挥中医药“简便验廉”的优势开展治疗，而不是推名医名药做产业化高消费引导；二是当地人才的培养，即使有三级医院支撑，也不是长久之计。未来需要真正落地持续发展还要有人才梯队建设，能把技术扎根才行。

孙贵香建议，首先是配备中医医师，加强脱贫地区村卫生室中医药设备配置和乡村医生中医药知识与技能培训，大力推广中医药适宜技术；其次，未来需要更多的对中医人才资源下沉的政策支持。

“未来加强脱贫地区中医馆建设的最主要短板是基层中医药人才队伍建设。”孙贵香说，“目前，农村订单定向中医学专业人才培养规模的扩大为解决这一短板奠定了一定基础。但如何进一步完善相关制度，使这些基层中医药人才能够下得去，留得住，是今后工作的重点。”

成都颐清堂中医创始人兼 CEO 刘子源在接受《经济参考报》记者采访时也认为，未来有待在贫困地区更进一步发挥中医药的“简便验廉”优势，但加强脱贫地区乡镇卫生院中医馆的建设，核心和短板都是人才队伍建设。

刘子源说，现状是，乡镇卫生院的中医大夫普遍年龄偏大，而且

出现了很多青黄不接的情况，刚毕业的大学生不愿意或者没有机会进入乡镇卫生院，很大程度上是因为乡镇卫生院预留的编制名额偏少。

注重中西医结合和公益性定位

《经济参考报》记者了解到，近几年，社会办中医馆的数量大幅增长。随着中医备案制诊所增多，医馆的倒闭潮也在业内频频被提及，尤其在新冠肺炎疫情发生以来，一些大型医馆也撑不过成本压力，要么收缩，要么倒闭。接受记者采访的多位业内人士认为，中医馆的长久持续发展，一方面要不断提高中医馆医生的业务水平，注重中西医结合；另一方面还应坚持中医馆发展的公益性定位。

彭坚介绍说，基层中医馆的医务人员，隶属于乡镇卫生院，主要由出生于当地的中医药学校毕业生、考试合格的中医带徒学生，以及经过严格培训的优秀青年担任。对于一些农村常见病，特别是高血压、糖尿病、结核病、严重精神障碍这四种脱贫地区常见的慢性病，他们除了能够运用针灸、草药、外治、养生等中医的传统方法防治之外，还要掌握现代医学常用的诊断知识和常规药物，实行初级中西医结合的诊疗方式。

彭坚建议，与私人开办的中医馆不同，国家应该给予他们当地小学教师的同等待遇，使他们的基本生活有保障。同时，除了看病不收挂号费之外，他们还有责任和义务，宣传和普及国家有关卫生方面的政策，介绍中西医养生保健知识。各省市的中医院校，以及县医院、中医院，应当积极支持国家的这一项政策，定期培训和指导，提高卫

生院中医馆医生的业务水平。

与此同时，刘子源还认为，三甲医院支持帮扶应该更多采用“传、帮、带”，乡镇卫生院采用各种政策吸引更多的青年人才，自建中医队伍，把人才留在乡镇卫生院首当其冲。也就是说，要让新人“进得来、留得住、养得好”，其中重在“养得好”。“养得好”才能留得住。对于这些中青年大夫，在乡镇卫生院一定要有足够的晋升空间和专业学习的机会。而这次十三部委的联合文件也能够看得出，重点也在于人才队伍建设。

此外，孙贵香说，中医馆在发展过程中还有待不断完善基础设施建设，强化用房和设备配套，但应当注重其公益性。“要坚持公益性定位，可以从预防、治疗、康复、健康这四个方面为人民群众提供全方位全周期健康服务。”

孙贵香还建议，推广中医适宜技术，真正让不同职业、不同年龄、不同地域的人群皆可享受中医养生防病服务。

[返回目录](#)

三部门：加强综合医院中医药工作 推动中西医协同发展

来源：国家卫健委

据国家卫健委网站消息，国家卫生健康委、国家中医药局、中央军委后勤保障部卫生局近日联合发布《关于进一步加强综合医院中医药工作推动中西医协同发展的意见》（下称意见）。

其中提出，发挥示范带动作用，及时总结推广各地加强综合医院

中医药工作，推动中西医协同发展的经验做法。适时组织遴选部分技术水平高、科研实力强、发展潜力足的综合医院，打造中西医协同“旗舰”医院、“旗舰”科室，辐射带动全国整体中西医结合医疗水平提升。

意见提出，进一步完善综合医院中西医协同相关制度。卫生健康行政部门要将中西医结合工作纳入医院评审和公立医院绩效考核，推动综合医院中医药发展。设中医临床科室(中医科、中西医结合科、民族医学科，下同)的公立综合医院要把建立中西医协同发展机制和多学科诊疗体系纳入医院章程，将中西医联合查房、会诊纳入医院管理制度，结合中医药特点和规律，统筹优化并差异化实施中医临床科室绩效考核，鼓励和引导提供中医药服务。

意见明确，加强综合医院中医临床科室设置。国家卫生健康委、国家中医药局和中央军委后勤保障部卫生局联合修订《综合医院中医药工作指南》，进一步促进综合医院中医临床科室建设和发展，发挥中西医协作优势。三级综合医院应当按照《医疗机构基本标准(试行)》《综合医院中医临床科室基本标准》和《综合医院中医药工作指南》全部设置中医临床科室，设立中医门诊和中医病床，有条件的可设立中医病区 and 中医综合治疗区。

鼓励有条件的三级综合医院设置中医二级学科或专业组，诊疗科目设置中医二级科目，支持三级综合医院中医临床科室推动中西医协同有关工作，发挥示范引领作用。鼓励和支持二级公立综合医院设置

中医临床科室。有条件的综合医院可以探索开展中医治未病服务，在全院推广中医治未病理念和方法，发挥好中医药“未病先防、既病防变、瘥后防复”的优势和作用。鼓励综合医院中医临床科室开展中医药文化建设，营造中医药文化氛围。

意见指出，在综合医院各临床科室加强中西医协作。根据临床需求，强化综合医院临床科室中医类别医师配备，与临床类别医师共同打造中西医结合团队，按照综合医院登记注册的中医科、中西医结合科、民族医学科等诊疗科目，开展中西医联合诊疗。鼓励针对中西医结合优势病种专门组建中西医结合专科专病科室。

意见提到，强化综合医院中医药人才队伍建设。综合医院要加大中医药专业技术人员配备力度，制定完善培养计划。通过临床跟师、优秀中医临床人才研修、名老中医药专家传承工作室建设等方式，积极开展老中医药专家学术经验传承工作，加强优秀人才梯队建设和人才储备，形成结构合理的人才队伍。加强综合医院中医药科室临床教学能力建设。支持有条件的综合医院探索开展中医医师规范化培训工作。加强中医科室护理人员培训，提高辨证施护和中医特色护理能力水平，提供中医药特色护理和健康指导。

意见称，各地卫生健康行政部门、中医药主管部门和军队卫生主管部门要加强督促指导，推动相关政策要求落实到位。要及时总结、宣传、推广先进经验和典型做法。

[返回目录](#)

· 医院管理 ·

公立医院绩效考核中二级医院与三级医院医疗质量指标有何区别

来源：中国卫生质量管理杂志

为推进健康中国战略实施，深化公立医院改革，国家先后于 2019 年 1 月、12 月发布了《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作意见》（国办发〔2019〕4 号）、《关于加强二级公立医院绩效考核工作的通知》（国卫办医发〔2019〕23 号）。2019 年 4 月和 2020 年 1 月全国三级、二级公立医院绩效考核工作全面启动。如何提升绩效水平带动医院整体发展成为当下公立医院关注的焦点。

2020 年 7 月，国家卫生健康委发布了《关于 2018 年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析有关情况的通报》，首次用同一指标体系、同一数据平台对全国 2398 家医院进行综合评价。医疗质量是此次绩效考核指标体系中权重最大的部分，以三级公立医院为例，55 个分项指标中医疗质量相关指标达 24 项。本研究对比和分析了《国家二级公立医院绩效考核操作手册(2020 版)》和《国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020 版)》中医疗质量指标的异同，旨在为推进绩效考核工作提供参考。

1、二级、三级医院医疗质量指标比较

二级医院医疗质量指标版块共有二级指标 4 个、三级指标 13 个（国家监测指标 8 个），13 个指标均为定量指标；三级医院医疗质量指标版块共有二级指标 4 个、三级指标 24 个（国家监测指标 10 个），其

中定量指标 22 个、定性指标 2 个。具体对比分析见表 1。

	二级医院考核点	三级医院考核点
功能定位	1. 出院患者手术占比▲ (定量)	1. 门诊人次与出院人次比 (定量)
	2. 出院患者微创手术占比▲ (定量)	2. 下转患者人次 (门急诊、住院) (定量)
	3. 出院患者三级手术占比▲ (定量)	3. 日间手术占择期手术比例 (定量)
		4. 出院患者手术占比▲ (定量)
		5. 出院患者微创手术占比▲ (定量)
		6. 出院患者四级手术占比▲ (定量)
		7. 特需医疗服务占比 (定量)
质量安全	4. 手术患者并发症发生率▲ (定量)	8. 手术患者并发症发生率▲ (定量)
	5. 低风险组病例死亡率▲ (定量)	9. I 类切口手术部位感染率▲ (定量)
		10. 单病种质量控制▲ (定量)
		11. 大型医用设备检查阳性率 (定量)
		12. 大型医用设备维修保养及质量控制管理 (定性)
		13. 通过国家室间质量评价的临床检验项目数▲ (定量)
		14. 低风险组死亡率▲ (定量)
合理用药	6. 抗菌药物使用强度 (DDDs) ▲ (定量)	16. 点评处方占处方总数的比例 (定量)
	7. 基本药物采购金额占比 (定量)	17. 抗菌药物使用强度 (DDDS) ▲ (定量)
	8. 国家组织药品集中采购中标药品金额占比 (定量)	18. 门诊患者基本药物处方占比 (定量)
	9. 重点监控药品收入占比 (定量)	19. 住院患者基本药物使用率 (定量)
	10. 重点监控高值医用耗材收入占比 (定量)	20. 基本药物采购品种数占比 (定量)
		21. 国家组织药品集中采购中标药品使用比例 (定量)
医疗服务	11. 电子病历应用功能水平分级▲ (定量)	
	12. 省级室间质量评价临床检验项目参加率与合格率 (定量)	
	13. 平均住院日▲ (定量)	
服务流程		22. 门诊患者平均预约诊疗率 (定量)
		23. 门诊患者预约后平均等待时间 (定量)
		24. 电子病历应用功能水平分级▲ (定性)

注：“▲”为国家监测指标

表 1 二级医院和三级医院医疗质量指标对比

功能定位

三级医院涵盖二级医院所有考核点，差别体现在医院的功能定位上。例如，三级医院要体现医改分级诊疗的导向作用，收治疑难复杂和危急重症患者，逐步下转常见病、多发病和疾病稳定期、恢复期患者(考核点 2);要开展日间手术，提高医疗服务效率，缓解“住院难”“手术难”问题(考核点 3);还要体现公益性，特需服务比不超过全

国医疗服务的 10%，但也鼓励在市场竞争中实现市场调价作用，引导资源有效配置(考核点 7)。

质量安全

三级医院涵盖二级医院所有考核点。差别在于三级医院对涉及全面质量管理的人、机、料、法、环均有涉及。例如，“I 类切口手术部位感染率”涉及医院感控措施的落实、环境卫生学监测、人员培训考核等；“单病种质量控制”涉及诊断、检查、治疗、疗效及医疗资源利用情况的全过程质量管理，反映医院的诊疗能力、技术水平和费用等差异；大型医用设备指标(考核点 11 和 12)关系到影像设备人员的放射防护、机器使用效率、使用效能、信息安全防护等；“通过国家室间质量评价的临床检验项目数”主要为推进国家医疗质量管理评价体系中质控中心建设，确保实验室检验结果的可比性和同质性，为结果互认提供科学依据；“优质护理服务病房覆盖率”是对质量安全中人员保证、服务效果保证的考核。

合理用药

打破既往的“药占比”单一考核模式，二级医院和三级医院仅在抗菌药物使用强度考核指标上相同，其余侧重点在于：二级医院对基本药物及国家组织集中采购药品注重金额占比(考核点 7 和 8)，三级医院强化了基本药物采购品种、使用率及国家集中采购药品使用比例考核(考核点 18、19、20、21)。它们的主要目的均是按照医院功能定位和实际用药特点落实基本药物使用制度，确保国家“带量采购”

落实，降低医保支出。此外，三级医院设置“点评处方占处方总数比例”是为了充分发挥临床药师职能，促进药学服务模式转变，对超常用药和不合理用药进行监督。二级医院绩效考核还重点监控药品收入占比(考核点 9)和重点监控高值医用耗材收入占比(考核点 10)，明确了第一批国家重点监控合理用药 20 种药品目录和第一批国家高值医用耗材重点治理清单，而三级医院暂未纳入此分项考核指标。

分项指标

对二级医院主要考核医疗服务，对三级医院主要考核服务流程。涉及的相同指标为“电子病历应用功能水平分级”，目的是促进医院信息化建设，完善基础资源数据库。对二级医院设置了“平均住院日”指标，以衡量医院医疗资源利用情况和医疗服务能力；而三级医院功能定位为收治疑难杂症、急危重症患者比例，所以未纳入此项指标。三级医院重点考核门诊患者预约情况(考核点 22 和 23)，以凸显医院管理水平及流程优化能力，目的是解决患者挂号时间长、付费时间长、等候时间长、就诊时间短的“三长一短”问题。

2、对落实医疗质量绩效考核工作的几点思考

加强信息支撑

数据定义、采集、传输、交汇、处理、质控、分析、呈现、上报等各环节均会影响数据的准确性。以病案首页数据为例，医疗质量板块中 7 项指标均来源于病案首页 146 项内容，这些指标名称、数据元标识、属性定义及字段描述是否规范，ICD-10 疾病编码和 ICD-9-CM-3

手术操作代码库映射质量如何，数据采集标准和接口传输规则是否一致，数据存储能否共享联动等均会影响质量评价结果。对此，单病种质控指标、多个手术指标可围绕标准化临床术语库，从根源上保证数据客观准确；可应用基于人工智能的电子病历实时质控系统，强化病历时效性、完整性和病历内涵质量的审核；可依托合理用药监测、分析及决策管理体系，改进合理用药质量。

强化全面质量管理

医疗质量是医院的核心竞争力，是医院效率和发展的基石。首先，要从结构上进行人员、技术、设备、物资、信息基础质量管理，从源头上加强准入管理、强化感控和不良事件报告等，以提升技术水平推动学科发展，以行为规范保证医疗安全。其次，要在疾病诊疗入院、诊断、治疗、出院、随访全过程进行质量管控，可从以下两方面努力：

一是严格落实核心制度和诊疗规范，关注重点部门、重点环节、关键指标管理；

二是加强临床路径和单病种管理，推进质量管理同质化和标准化。

再次，进行以数据和结果为依据的终末效果评价，医院可建立绩效考核医疗指标监测数据库，每季度评估分析结果类指标，并参考三级医院医疗质量管控指标不断完善。

扩大绩效考核范围

医院应成立绩效考核工作领导小组办公室，进行工作统筹规划部

署。

首先，考核任务分解到各部门后，应强化人员培训。

其次，绩效考核办公室要组织督导考核，如可将病历及首页书写质量、病案归档等纳入医院月、年度考核，建立个人问题档案，责任问题予以通报，并与科室、医疗组、医师个人绩效及评优评先关联。

再次，建立激励机制，促进人人参与质量管理。长效激励机制应与薪酬待遇、职称晋升、岗位聘任等挂钩。医院可结合 RBRVS 和 DRGs，对科室、医疗组、医师的医疗质量、安全、效率、服务等不同维度数据进行评价。如将医疗服务广度(DRG 总组数)、医疗服务结构(各 DRG 组比重)、医疗服务难度(CMI 病历组合指数)、医疗服务数量(各 DRG 出院人数)、医疗服务成本(各 DRG 平均费用、成本结构)、医疗服务质量(特别是质量控制核心指标与国家中位数的 O/E 比值、风险调整死亡率、负性事件发生率)等纳入考核指标，建立奖罚机制，促进质量改进。

3、问题及未来改进方向

通过对《国家二级公立医院绩效考核操作手册(2020 版)》和《国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020 版)》的医疗质量指标进行比较分析，能够清晰地了解到目前国家对公立医院医疗质量绩效考核的重心。但在考核中也发现了一些问题：

一是考核项目逻辑架构存在交叉和重合。例如，室间质控项目考核对于二级医院设置在医疗服务指标下(考核点 12)，而对三级医院则

设置在质量安全指标下(考核点13);二级医院医疗质量指标板块下的医疗服务从定义上涵盖了服务流程、服务效果中的质量安全指标和满意度评价内容。这在今后需进一步厘清并明确;

二是未列出的考核点不代表不考核。例如,考核二级医院的“平均住院日”指标未在三级医院列出,但考核“日间手术占择期手术比例”时会强化医院关注日间手术开展 a 后带来的平均住院日下降。此外,二级医院考核了“重点监控高值医用耗材收入占比”,三级医院虽 2019 版暂未列入,但 2020 版作为增 1 指标纳入;

三是质量考核内容有待完善。国家《三级综合医院医疗质量管理与控制指标(2011 年版)》构建了医院质控 7 大类 51 小类指标,对比绩效考核中医疗质量指标板块内容可以发现,2020 年公立医院绩效考核指标中缺乏患者安全类指标。今后可考虑增加医疗不良事件(如住院压疮发生率、医源性意外刺伤或撕裂伤发生率、输血输液反应发生率等)患者安全类指标;

四是考核项目和实际管理有差别。例如,针对单病种管理,国家自 2009 年开始此项工作,前后下发了 3 批 11 个病种 111 项质量控制指标,此次绩效考核的 10 个病种均为国家直接从住院病案首页中抓取,仅涉及病种例数、平均住院日、次均费用、病死率等质控指标,而对就诊环节指标尚未涉及。从实际管理要求来看,每一单病种都有纳入和排除条件,实际考核中仅按 ICD 编码条件纳入,和实际单病种数量会有出入。对此,国家虽已逐步推进此考核指标的配套管理,但

如何使考核项目与实际管理完全吻合，有待进一步研究。

[返回目录](#)

潘宏铭教授：DRG 支付改革下，如何开展医院精细化管理？

来源：DRG 变量

从古至今，浙江一直是我国公认的富庶之地，改革、开放与创新是深深刻在骨子里的基因，在每一次改革大潮中，都能看到浙江创造出的“浙江模式”。在医疗改革中，我们也可以看到该省同样敢为天下先。

早在 2016 年，浙江省就在全中国率先探索 DRG 支付试点。2020 年，该省又全力打造全省域推行 DRG 改革“浙江样板”，为全国推行 DRG 付费提供浙江经验。可以说，在 DRG 支付改革的大潮中，浙江省是当之无愧的先行者。

为什么浙江省可以在医保支付改革中站到改革前沿呢？DRG 支付时代下，该省又是如何开展医院精细化管理的呢？《DRG 变量》总结并整理了浙江大学医学院附属邵逸夫医院副院长潘宏铭在“2021DRG·中国医院精细化管理与发展论坛”上的相关观点，希望能为贵院的精细化管理带来启示。

1、公立医院高质量发展要求

公立医院高质量发展事关人民健康和人民幸福，其重要性和紧迫性日益凸显。国家也多次强调，要以改革创新为动力，强化体系创新、技术创新、模式创新、管理创新，努力实现公立医院发展方式从规模

扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物资要素转向更加注重人力资源发展，推动公立医院进入高质量发展的新阶段。

那具体又该怎样推进公立医院高质量发展呢？潘宏铭教授提到，目前正在推进的医院绩效国考和 DRG 支付改革，正是国家顶层设计上的探索。

国考关系到医院的声誉、资源的配置、领导的任免等。政府推进绩效国考的态度坚决，从多维度采集医院数据，掌握医院内部管理的基本情况，并进行排名，今年 3 月，国家卫健委公立医院绩效考核平台公布了 2019 年度三级公立医院绩效考核国家监测指标考核结果，就引起了业界广泛关注。短短数年间，医院绩效国考从理念到落地，快速推进。

而 DRG 支付改革则关系到医院的收入，甚至是生存问题。在项目付费时代，医保三大目录和定价目录，成千上万条，令人眼花缭乱。DRG 支付能将原有的项目付费分门别类划分，分组测量，分组付费。正因为如此，DRG 支付工具一进入国内就被业界赋予巨大期待，希望其能成为服务测量、科学管理的抓手。

该形势下，医院必须左手绩效国考，右手 DRG 支付，并驾齐驱做好医院精细化管理。而对于如何做好医院精细化管理的具体措施，潘宏铭教授也结合浙江大学医学院附属邵逸夫医院的实际情况进行了经验分享。

2、医院精细化管理举措

潘宏铭教授在会上介绍到，浙江省在 2016 年就已经开始 DRG 支付的模拟工作，主要涉及学科、重点病种的排名等，2020 年则第一个在全省域推行住院 DRG 点数法付费改革，且今年 5 月已将去年以前的医院 DRG 支付数据进行清算。

值得注意的是，他还重点提到对各医院的抽查工作，其中，有 14 家医院因为分解收费、重复收费、超标准收费等受到惩罚。虽然在改革过程中仍有问题存在，他也坦言，基本上医院还是能够有盈余，但与原来的按项目收费相比，盈余减少不可避免。

那 DRG 支付方式改革下又该如何开展医院精细化管理呢？潘宏铭教授分享了浙江大学医学院附属邵逸夫医院的四点经验：

一是做好制度建设保障医疗安全。这要求医院遵循医疗制度落实的四大基本原则，即：患者满意、全员参与、系统管理、持续质量改进原则，做到这四项原则才能避免医院的制度建设成为“空花瓶”。

此外，还需落实 18 项核心制度，践行患者安全的十大目标等。目前，邵逸夫医院历经十三载，最新第五版，建立了现代医院最完善且高标准的管理制度体系，涵盖 11 个类别的 312 项医院制度。

二是建立医院指标库，开展持续改进。根据医院实际情况分为国家（如：HQMS 系统和国家卫统报表、国家三级公立医院绩效考核指标等）、省级（如：省医疗质量控制与评价、DRGs 等）、医院（院内设定的有限监测指标和重点监测指标，如：非计划二次手术、临床路径管

理率等)、科室(如:科室及 Attending 绩效数据、临床路径、单病种等)四大数据管理层级体系。每年对这些重点指标进行调整,并要求相应人员进行持续质量改进。

三是重视医院项目管理。医院并不会每年都进行等级评审,没有等级评审的时候就需要推进一些其它项目来保持团队的活力。如通过日间手术流程优化,提升医院运营效率;通过实地和远程的方式进行MDT 临床决策指导,同时通过人工智能辅助加强医院人员培训,对于VIP 和疑难病症通过国际会诊,建立院内—院际—国际MDT 新模式,为患者带来更高诊疗质量等。

当然,这里提到的项目管理并不止这些,其它还包括 RRT、BLS& ACLS、APS、ERAS、DRG、MDT、VTE、国际日间手术论证、QHA 生殖中心论证、卒中中心、胸痛中心、心衰中心、癌痛规范化示范病房、GPS 营养指导中心推进团队建设.....

四是高度重视病案首页质控。公立医院绩效考核 26 个监测指标 7 个提取于病案首页信息,其重要性不言而喻,但日常工作中,很多医院对病案首页质控的重视仍然不够,因此,强化病案首页质控,提升病历内涵质量,很有必要。

潘宏铭教授强调,在医院病案首页质控的过程中,主要诊断的选择尤其重要,能直接影响 DRG 分组。所以,他也提醒到,主要诊断选择最好遵循“三最原则”,即:本次住院对患者健康危害最大、消耗医疗资源最多、住院时间最长的疾病诊断。

以上就是浙江大学医学院附属邵逸夫医院的四点经验介绍，虽然每个医院的实际情况不尽相同，但仍具有一定的借鉴意义。

3、总结：主动适应 DRG 支付改革

回过头来看，时间已进入十四五期间，国家提出医院要向高质量发展、精细化管理迈进，医疗保障制度改革与发展在十四五期间逐渐成熟和定型。以 DRG 付费为主的多元医保支付方式改革，是深化医保支付方式改革的重要举措，也是实现医院治理现代化的科学路径选择，具有重要的现实意义和深远的战略意义。

以 DRG 付费多元复合医保支付实现方式，标志着医院以成本为中心的时代到来，对医院人员的诊疗水平和管理水平都提出更高的要求，医院面临着向战略管理精细化管理，数字化管理转型的挑战，DRG 不仅仅是医保支付的工具，更是驱动医院精益化管理的利器，加速医院管理质量的科学不断的改进和重构。

在当下的医保支付改革大背景下，潘宏铭教授强调要重视 DRG 支付改革，并将其与医院的发展相结合，即：

把 DRG 支付改革与提高医疗质量安全结合起来！把 DRG 支付改革与提升医疗运行效率结合起来！把 DRG 支付改革与提升学科能力建设结合起来！把 DRG 支付改革与公立医院绩效考核结合起来！

做好上述四点，相信医院开展精细化管理将会更加顺利！但不可否认的是，公立医院高质量发展仍在路上！

[返回目录](#)

· 国际视野 ·

在美国，中医药发展机遇与挑战并存

来源：中国青年报

截至 2018 年 1 月 1 日，美国已经有 47 个州及哥伦比亚特区通过了针灸法，确保了中医针灸在这些州的合法使用和发展。2018 年 10 月，时任美国总统特朗普签署 HR6 法案，同意针灸作为一种证据充分、行之有效的阿片药物替代疗法，这使针灸首次在美国联邦法律上得到承认。

针灸立法确保中医针灸在美国多个州的合法使用和发展

在科技部国际培训项目“中医药临床实践与研究进展高级研讨项目”的支持下，中国中医科学院中医临床基础医学研究所赵静教授等人就中医药在海外的传播和发展进行研究。据赵静教授等人所著论文《美国中医药发展现状与分析》（以下简称“论文”）中论述，在 20 世纪 70 年代中医首次引起美国社会广泛关注之前，针灸在美国经历了较长时间的怀疑甚至否定。面对中医针灸事业在美国发展的曲折与困难，在美中医人团结合作，凝聚力量，经过近半个世纪的不懈努力，让针灸在美国得到了较好的发展。1973 年，内华达州成为美国第一个针灸、草药和其他中医疗法合法化的州，这为之后将针灸纳入劳工受伤医疗保险制度、承认针灸师的医师地位等立法奠定了基础。

20 世纪 80 年代初，美国针灸师的考试认证制度和中医院校教育制度就已起步，现已日臻完善。随着针灸在临床的广泛应用，美国国

立临床诊疗指南数据库(NationalGuidelineClearinghouse, NGC)将针灸疗法纳入指南的推荐意见中。截至2017年9月1日,NGC中有38条推荐针灸疗法意见。

据赵静介绍,美国各州的针灸立法确保了中医针灸在这些州的合法使用和发展,联邦针灸立法也随着HR6法案的签署渐渐出现曙光。然而,中医针灸在当前发展中仍面临新的挑战,如针灸出现在HR6法案中也并不是真正意义上的“针灸法”,而是针灸可能被纳入美国医保的立法行动,另外,针灸的治疗范围局限在疼痛治疗中,而真正的中医针灸治疗范围不仅于此。

造成中药在海外发展缓慢的原因

中药作为中医的另一个重要组成部分,与针灸相比,发展比较缓慢。在美国,药品监管法规十分严格,我国中药难以以药品形式在美国食品药品监督管理局(FDA)注册,目前多归在食品添加剂的类别。同时,相较于针灸,中药的正确使用需要中医医生具备更系统与深入的中医理论支持,才能确保其安全、有效。而目前,国外的中医药教育难以达到这样的水平,这也成为中药误用和滥用并因之产生负面影响、阻碍中医药发展的主要原因。

尽管中药医用发展缓慢,但近年来,药食同源的中药作为膳食补充剂的总体使用量显著增加。随着高质量中药研究结果不断发表,中药在治疗疟疾、流感等传染病,以及慢性病中的作用逐渐被接受,很多美国学者也加入到对中药的研究中。此外,随着针灸及中药的推

广，太极、气功等非药物疗法也得到美国医学界的接受与推广。

论文分析认为，造成中药在海外发展缓慢的原因主要包括：药材种植和炮制的有待规范及草药质量监管不到位；非中医药专业背景使用而导致的滥用和误用；缺乏大量科学、循证的研究证据。此外，中药本身的煎煮方法较复杂、服用不便等也是其使用受限的原因之一。

美国的中医教育相对系统、成熟但仍存在问题

在中医教育方面，1993年，加州大学洛杉矶分校(University of California at Los Angeles, UCLA)东西医学中心(Center for East-West Medicine, CEWM)成立，针对医学院学生及专科医生开设中医学课程，成为美国第一个在医学院中开展中西医结合教育的机构。近年来，随着针灸等中医中药应用与研究的增多，越来越多的执业医师参加中医继续教育。目前，教学形式主要包括：中医学院教育、综合医学院的中医教育、美国国立卫生研究院博士后教育、中医执业者和西医师中医继续教育等。目前，美国的中医教育已具有一定规模和体系，考试制度、学校论证、执照颁发均已较为成熟。

和其他国家与地区的中医教育相比，美国的中医教育相对系统、成熟，尤其是针灸方面，但仍存在一些问题。据赵静介绍，首先教学质量参差不齐，有待进一步规范。美国中医学院较多，其中来自中国、经过系统中医教育的教师占一定比例，这在一定程度上确保了教学质量，但除中医学院外，还有小规模短期培训学校，中医教学质量堪忧。

其次，教学重技能轻理论。中医学具有完整的理论体系，不论是

针灸还是中药的使用，只有在中医理论指导下才能确保其安全、有效，仅重视针灸等技能及局限病种的短期疗效，不仅浪费了中医学的宝贵资源，也降低了患者在复杂疾病中的受益。

第三，缺乏高质量的临床实践机会与指导，高质量中医经典与书籍的翻译等问题都影响了美国中医教育的规范与提高。

赵静建议，美国的中医教育已具有一定的规模和体系，应在此基础上加强中医教育国际交流，从而提高美国中医教育水平。应提升我国中医人才对外交流能力，从而促进中医国际医疗、教学、科研的一体化发展。同时，还应加强国内中医药专业学生英语水平的提升，促进中医国际交流人才培养。可通过短期交换和联合培养等方式进行中美双方医学生的学习交流，美国学生既可通过申请参加中国中医院校的培训和医院实习，以弥补美国中医临床机会的不足；中国学生亦可通过访问和交流提升自身医学科研等能力，从而促进中美双方医学生培养模式的多元化，以提升学生综合素质，为医学发展储备优秀人才。

[返回目录](#)

医疗服务质量参差不齐，170 余年历史的美国商保遭遇滑铁卢？

来源：健康界

《美国医学会杂志》(JAMA)6月初发表的一项新研究显示，与美国联邦医疗保险(Medicare)等公共医保计划相比，商业医疗保险计划的投保人，其医疗服务的可及性更低、满意度也更低，医疗费用却更高。

该研究认为，这说明，公共医疗保险计划能提供更具有成本效益的医疗服务。这似乎与美国以商业医疗保险为主所能带来的预期效果相左。

根据美国国家卫生统计中心(NationalCenterforHealthStatistics)的数据，2019年，美国61.3%的人口拥有商业医疗保险，拥有公共医保的人口比例仅为37.4%。不论是从人口比例，还是保险市场的竞争情况来看，商业医疗保险下的医疗服务口碑本应更好，但为何会出现这种现象？这在美国是不是一种趋势？美国也要“主攻”公共医疗保险了吗？

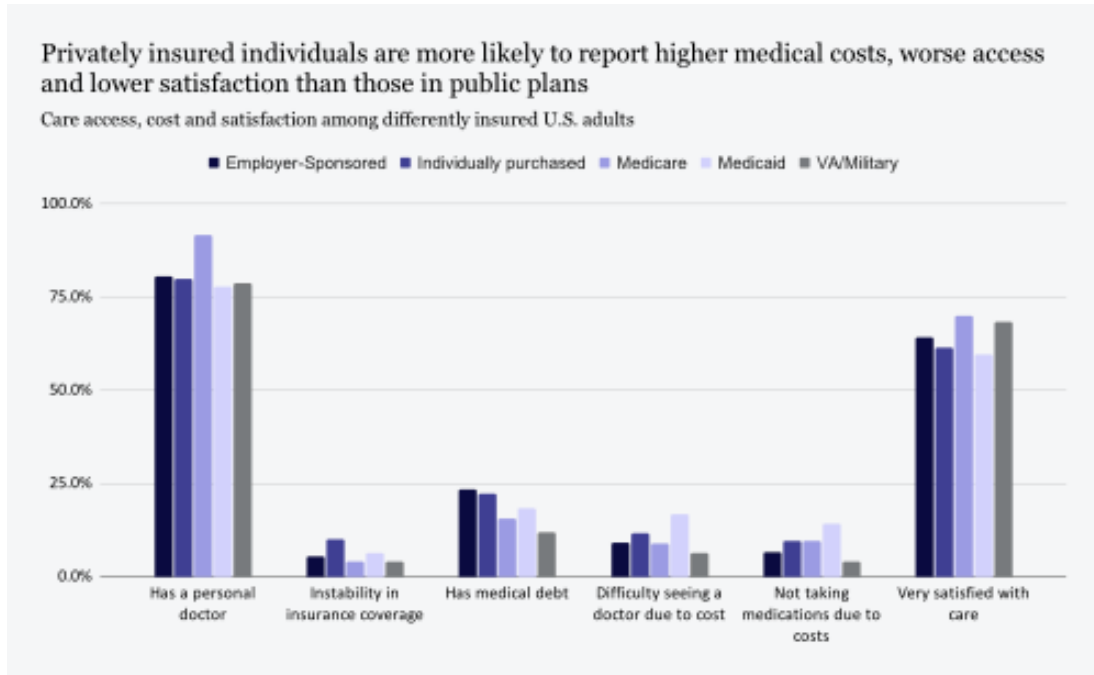
公共医保下的医疗服务更得民心

发表在JAMA上的这项研究由旧金山退伍军人事务医学中心(San FranciscoVeteransAffairsMedicalCenter)和加州大学旧金山分校(UniversityofCalifornia,SanFrancisco)研究人员联合开展。

研究人员比较了联邦医疗保险、联邦医疗补助(Medicaid)、退伍军人医疗保险、雇主商业医疗保险和个人商业医疗保险等五种保险的覆盖范围、医疗服务满意度等各方面的不同，涉及约15万来自美国17个州和华盛顿特区的成年人，其中约64%的人拥有商业医保。在商业医保参保人中，约80%有雇主购买的医保计划；在公共医保参保人中，三分之二参保于联邦医疗保险，约四分之一享受联邦医疗补助。

研究结果显示，与联邦医疗保险的参保人相比，通过雇主购买医保的人拥有私人医生的可能性较小，且医保覆盖范围更不稳定，因费

用问题看医生困难、不服药的情况更多，且更可能有医疗费用方面的债务。他们对医疗服务的满意度也更低。与联邦医疗补助的受保人相比，通过雇主购买医保的人同样也更可能出现医疗费用债务。



图片来源: HealthcareDive

研究人员总结认为，与公共医保的受保人相比，商业医保的受保人更难获得护理服务，护理成本更高，护理满意度更低。这些发现表明，公共医疗保险提供的医疗服务可能更具成本效益。

对于导致该研究结果的原因，约翰·霍普金斯大学布隆伯格公共卫生学院 (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health) 健康政策与管理教授杰拉德·安德森 (Gerard Anderson) 告诉健康界 (CN-Healthcare)，美国拥有商业医疗保险的个人往往倾向于经常更换保险公司，而这可能意味着他们的医生也跟着不停地变换，而政府的公共医保每年为受保人提供的医生几乎是相同的。

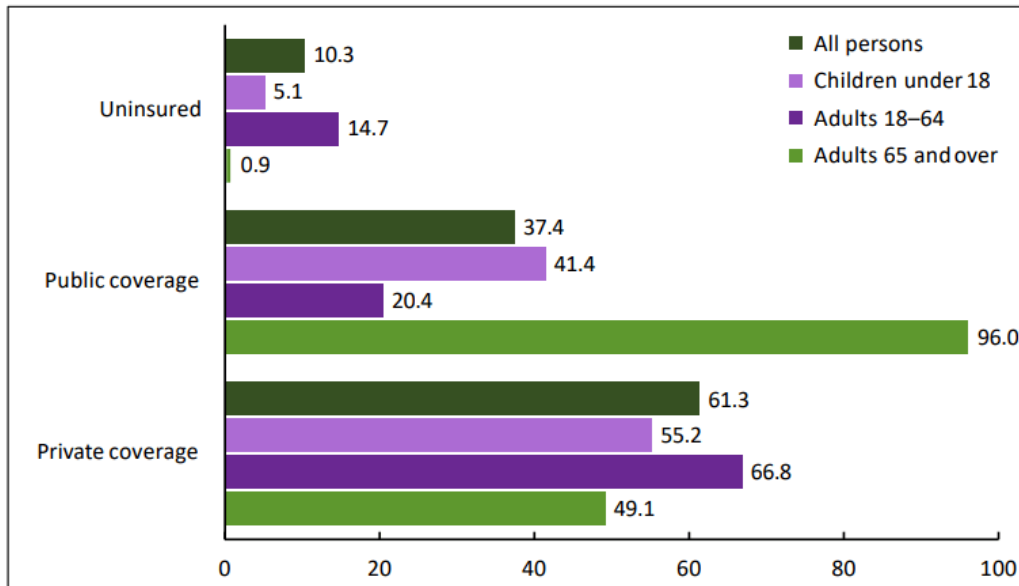
也就是说，看病医生的不同可能导致医疗质量和患者满意度参差不齐。

清华大学医院管理研究院教授杨燕绥则认为，由于政府的公共医疗保险基金比较大，有着政府公权力的支撑，因此谈判力更强。而政府可以通过定点医疗机构、集中采购、打包定价如 DRG 和 DIP 等方式，让医院之间展开竞争，以此控制成本，从而提高医疗质量。相比之下，商保公司失去了这层优势，他们更多的精力和资金都用在广告营销和保险产品上，医疗质量相对更低，医疗费用反而更高些。

撇开这项研究结果，纵观美国两大主要公共医保计划——联邦医疗保险和联邦医疗补助，其覆盖人群数量呈上升趋势。

越来越多人被纳入公共医保

Figure 1. Percentages of persons who were uninsured or had public or private coverage at the time of interview, by age group: United States, 2019



截至 2019 年美国各类医保覆盖示意图(图片来源：美国国家卫生统计中心报告)

美国国家卫生统计中心的一份调查报告显示，截至 2019 年，美

国没有医保的人口数量为 3320 万人，占总人口 10.3%。该数字较美国人口普查局公布的 2018 年 2750 万未投保人数(占总人口 8.5%)有所增加。

未参保人数在增加的同时，美国联邦医疗保险和联邦医疗补助的参保人数也在一直上升。

根据凯撒家庭基金会(KHN)今年 6 月发布的一份对美国联邦数据的分析报告，由于新冠疫情引起的经济衰退，加上联邦政府要求各州在国家紧急状态结束之前，保留联邦医疗补助计划原有的受保人，在过去一年中，联邦医疗补助计划的受保人增加了 900 多万人(从 2020 年 2 月的 7130 万人上升至今年 1 月的 8050 万人)。

一般情况下，联邦医疗补助受保人数激增带来的一个直接影响是州政府预算大大减少，但由于疫情，美国国会去年将联邦政府对联邦医疗补助的报销资金份额提高了 6.2%。

美国卫生专家预测，拜登政府至少会在今年底之前不会撤销国家的卫生紧急状态。因此，更多人在更长时间里会受益于联邦医疗补助计划。

杰拉德·安德森表示，疫情期间，美国政府允许经济贫困者免费加入联邦医疗补助计划也是该计划受保人持续上升的原因。

联邦医疗保险呈现同样的趋势。根据美国退休人员协会公共政策研究所(AARPPublicPolicyInstitute)的报告，美国联邦医疗保险计划现有受保人 4400 万人，占美国总人口的 15%，预计到 2030 年这一

数字将上升至 7900 万人。

安德森认为，这其中的根本原因是美国老龄化问题持续加剧。随着美国婴儿潮一代(1946 年初至 1964 年底出生的人)逐渐达到 65 岁，加入美国联邦医疗保险的人自然会增加。

不论是疫情原因还是自然的人口老龄化，实际上，美国民意也逐渐倾向于选择公共医保计划。

根据 MorningConsult/Politico 今年 3 月的一项新调查，高达 68%的民众支持公共医保计划，高于去年 3 月份的 63%，上升了 5 个百分点。

而美国政府也正有此意扩大公共医保计划覆盖范围，推行新公共医保计划。

新公共医保计划难以落地

早在《平价医疗法案》(ACA)形成过程中，其草案里就包含了一个公众医保计划，但在当时，该计划只是政策制定者的一个初步想法，且仅限于没有雇主医保计划的民众。

作为 ACA 的“死忠粉”，美国新任总统拜登在竞选时就宣布了一系列医疗卫生计划，其中一项就是设立新的公共医保计划，期望覆盖 97%的美国人。

据悉，该计划面向的是全美国人，不像联邦医疗保险和联邦医疗补助对年龄、经济能力等有限制，任何人均可购买，即使是有雇主医保的人。与之相比，该新计划向医疗机构支付的服务费率不仅高于其

他公共医保计划，也高于典型的商保计划。

该计划一宣布，既有支持声，也有反对声。

凯撒家庭基金会副总裁辛西娅·考克斯(CynthiaCox)表示，该医保计划是规范美国医疗价格更直接的方法，

可能会从根本上改变美国医疗的定价方式。

反对者则认为，新冠疫情仍在美国肆虐，在这种时候推行该计划显然不合适。商业保险公司和部分医疗机构等利益有损方也反对该计划落地。

外媒评论称，这仅是一个选择性的公共医保计划，不是全民医保计划，后者将为民众提供一种单一的医保计划，随着时间的推移可能挤压商保市场，将商保挤出主市场。

安德森认为，这是个关于选择可用性的辩论题。

“美国崇尚个人主义和自由文化，因此，美国人喜欢有选择，有些人甚至愿意为获得更多选择而付出更多。正因为这样，提供多种医保计划的商保往往更被民众接受，如果是单一的公共医保计划反而限制了他们的选择。就目前而言，商保公司每年的参保人数比例仍相同，未出现下降现象，而政府的公共医保计划尚未有实质性的动作。”

杨燕绥表示，美国的商保发展得比较早，已经有 170 多年的历史了，而美国政府公共医保计划是 1964 年各方妥协下的产物。“所以商保在美国发展的时间比较长，当达成共识要建立社会医疗保险的时候，你能让商业保险退出吗？这是不太可能的。”

杨燕绥同时也提到，商保公司竞争力大，其更多费用都投入到产品营销和招募客户上，加上商保公司不能掌握病案信息，谈判能力较弱，其下的医疗服务质量实则不如公共医保。也就是说从控费和医疗质量角度而言，显然公共医保更有优势。

所以，美国全面实行公共医保或只是时间问题？

[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