

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

*2021.10.18-2021.10.24*

## ——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。）

### • 带量采购 •

▶ [国家医保局：集中带量采购将成为公立医院采购的主导模式](#)（来源：人民网）——第 10 页

【提要】带量采购正成为全民医疗保障的关键一环。近日，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》，其中明确提到，常态化制度化实施国家组织药品集中带量采购，持续扩大国家组织高值医用耗材集中带量采购范围。淘汰落后产能，推动创新，惠民利民，“集采使药耗价格真正降下来，民生保障温度真正升上去”，在国务院政策例行吹风会上，国家医疗保障局规划财务和法规司司长王文君如此说道。

▶ [集中带量采购、压缩红包回扣，医药购销“中间商赚差价”时代正走向终结](#)（来源：中央纪委国家监委网站）——第 13 页

【提要】不久前，国家组织人工关节集中带量采购正式在天津开标。根据拟中选结果，髌关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右，平均降价 82%。人工关节是第二个进行国家集采的高值医用耗材产品。不止医用耗材，制度化和常态化的药品集采正推动医药市场全面洗牌。随着监管层一个又一个“重拳”政策出台，医药代表这个职业迎来了“转型或消失”

的特殊时刻，“中间商赚差价”的时代正走向终结。

### · 分析解读 ·

▣ [分析3年上市企业的数据指标 总结中国医药健康产业发展5大特征](#)（来源：火石创造）——第 20 页

【提要】根据火石创造数据库，截至 2021 年 8 月，我国医药健康领域 A 股上市企业 390 家（不包含新三板企业）。医药健康上市企业可分为化药企业、中药企业、生物制品企业、医疗器械企业、医疗服务企业和医药商业企业。透过对上市医药健康企业的分析，我们可以看清当下我国医药健康产业发展总体趋势：产业规模不断壮大，产业结构加快调整，研发创新成为共识，企业发展不断分化，区域格局持续调整。

▣ [《母婴安全行动提升计划（2021-2025 年）》有哪些新变化](#)（来源：国家卫健委）——第 34 页

【提要】日前，国家卫健委在总结 2018-2020 年母婴安全行动计划实施情况和地方有效经验做法的基础上，制订发布了《母婴安全行动提升计划(2021-2025 年)》，指导地方进一步加强母婴安全保障工作，切实保障孕产妇和新生儿生命安全和健康。《提升计划》强调：加强妇幼保健机构的区域组织协调，组建多学科专家组成的区域危重孕产妇和新生儿救治专家组，指导参与辖区医疗救治工作，并支持省级妇幼保健机构实施省域妇幼健康“大手拉小手”行动，加快推进“云上妇幼”平台建设，进一步做好帮扶帮带工作。

## · 医保速递 ·

▶ [以“科学控费”为核心，建立医保长效监管体系](#)（来源：环球时报）——第 36 页

【提要】为了杜绝欺诈骗保现象，控制不合理医疗费用增长，实现医疗服务内在激励，提高医疗服务质量，医保基金长效监管体系要以“科学控费”为核心，即以科学的手段和指标为支撑，“合情、合理、合法”地进行监管。围绕着这一核心，长效监管体系可以开展“八个建设”：一是全方位监管体系建设。二是监管制度体系建设。三是高效集成的数据和信息系统建设。四是智能监控体系建设。五是协同监管机制建设。六是信用体系建设。七是监管队伍建设。八是法律体系建设。

▶ [访谈 | 10 个问题，剖析我国医保法律体系建设进程](#)（来源：中国医疗保险）——第 39 页

【提要】国家医疗保障局近日公布《医疗保障法(征求意见稿)》，这意味着医疗保障正式步入法制化建设的实质进展阶段。医保法治化建设呼吁之声由来已久，在 2018 年国家医保局成立后，该项工作被迅速提上议程。建立以《医疗保障法》为统领，配套出台若干行政法规和部门规章，形成独立完备的医疗保障法律体系，我们还有多远？还要进行哪些工作？中国医疗保险访谈了中国药科大学丁锦希教授，希望从 10 个关键问题入手，来对这个宏大而复杂的问题进行梳理。

· 中医药动态 ·

▶ [海外本土化：中医药“走出去”有效路径](#)（来源：经济参考报）

——第 49 页

【提要】《经济参考报》记者近日从 2021 全球服务贸易大会“国际旅游与中医药服务贸易发展新趋势研讨会”上采访了解到，在全球共同抗击新冠肺炎疫情的背景下，随着国际合作的不断加强以及世界服务贸易的加速发展，我国中医药国际化有望步入快车道。业内专家分析认为，未来在国家政策和市场需求的双重支撑下，中医药产业有望加速打开国际化新局面。有专家建议，海外本土化可成为中医药“走出去”有效路径。

▶ [湖南七部门联合发文：实施中医药“文化弘扬”工程）力争 2025 年公民中医药健康文化素养水平达到 28%](#)（来源：湖南日报）——第

54 页

【提要】近日，省卫生健康委、省中医药管理局、省委宣传部、省教育厅、省科技厅、省文化和旅游厅、省科协联合印发《湖南省中医药“文化弘扬”工程实施方案(2021—2025 年)》。《方案》明确，到 2025 年，我省将创建 2—3 个国家级中医药文化宣传教育基地，建设 1—2 个国家级中医药文化体验场馆，开展 60—70 次中医中药系列宣讲活动，举办 3—5 次湖南省中医药健康科普大赛，公民中医药健康文化素养水平力争达到 28%。湖湘中医药文化弘扬机制初步建立，基础进一步夯实，“信中医、用中医、爱中医”氛围进一步浓郁。

## • DRG 管理 •

▶ [推进 DRG 是一项管理体制的改革，一文带你了解 DRG 实施全步骤](#)（来源：金豆数据）——第 57 页

【提要】DRG 是一种病例组合分类方案，根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将患者分入若干诊断组进行管理的体系。在 DRG 付费方式下，可能存在医疗机构选择轻病人住院、推诿重病人、升级诊断和服务不足等现象，这就需要医保机构制定配套的监管考核办法或者审核系统去规范 DRG 下存在的医疗违规行为的发生。通过组织管理和制度建设、病案质量、医疗服务能力、医疗行为、医疗质量、资源使用效率、费用控制等方面综合监管医疗机构。此外，还要进行阶段性改革效果的评估工作，以优化 DRG 建设实施成果。

▶ [这篇文章带您了解 DRGs/DIP 支付改革的发展及应对方法](#)（来源：HC3i 中数新医）——第 63 页

【提要】DRGs/DIP 各自特点及适合什么类型的医院和地区，两者发展的趋势又是什么？究竟会给医院带来什么样的影响和变化，现阶段要怎么应对？怎么做才能最大化利用有限的资源？如何科学确定医院优势病种？又如何进行病种结构的改变？这些问题是否似曾相识？这个是医保办的事情，与自己科室无关；医生积极研究入组规则，为获得较好的绩效；有些科室认为只要少做检查减少药耗，成本马上能控制降下来……这些现象就发生在我们身边。上述诸多问题，都是当下

医院管理者不得不去面对的现实挑战。

### · 县域先锋 ·

▣ [宁津县中医院：五维体系构建千年古县中医瑰宝](#)（来源：宁津县中医院）——第 71 页

【提要】今年以来，宁津县中医院坚持问题导向，积极探索“互联网+”在医疗健康领域的细分场景，在全市率先推出“智慧医护到家”“智慧中医药房”、开展县级“互联网+门诊慢病”建设试点，优质高效供给全链条智慧医疗服务，全力破解群众“看病难”“流程繁”。医院依托“医道 365”微信公众号，开通“医护到家”服务平台，为患者提供基础护理、母婴护理、专科护理、检验服务、中医项目、康复项目等 6 大类 70 项“线上预约、线下上门”延续服务。截至目前，医护人员总行程达 1.4 万余公里，服务范围覆盖全县，已成功服务 1200 单，实现服务零投诉、零纠纷，系统好评率和电话随访满意度均为 100%。

▣ [生存与发展考验，看县级医院高质量发展如何“以变迎变”](#)（来源：健康县域传媒）——第 79 页

【提要】日前，由中国医药卫生文化协会指导，健康界、《健康县域传媒》主办，改善医疗服务暨全国县级医院高质量发展联盟学术支持、飞利浦中国赞助支持的“2021 全国提升县级医院服务能力促进医共体建设高质量发展经验交流会”在山西太原举行。河南、河北县级医院书记/院长以及山西省 11 个地市的县域医疗集团主要负责人齐聚

一堂，以医共体建设、提升县域医院服务能力为主题，以示范医院为导向，交流分享。

### · 地方特色 ·

▶ [广东：婚前孕前检查合二为一，“一站式”婚孕健康服务为护航](#)

（来源：广东省妇女儿童工作委员会）——第 82 页

【提要】为预防出生缺陷、提高出生人口素质和妇女儿童健康水平。近日，广东省卫生健康委、省民政厅、省妇女儿童工作委员会办公室联合发布《统筹推进免费婚前孕前保健工作通知》。通知明确，广东将实现免费婚前孕前健康检查全覆盖，以适应信息化时代的服务需要，统筹免费婚前检查和孕前优生健康检查项目，实行“二检合一”进一步方便服务对象，打造“一站式”婚育健康服务，提升群众民生服务体验。

▶ [天津：“十四五”期间打造一批国家区域医疗中心](#)（来源：今晚报）

——第 85 页

【提要】“十三五”期间，天津围绕增加优质资源总量、重点调整三级医院布局结构、整体提升区级机构服务能力、全面强化基层服务功能的思路，提升医疗卫生服务体系。“十四五”期间，天津将构建整合型医疗服务体系，合理调控总量，优化配置结构，使医疗服务体系更加完善，实现优质资源配置的均等化。通过实施委市共建，打造区域医疗服务高地。期间将推动委市共建 12 个医院，分别建设综合类、呼吸、心血管、神经、肿瘤、妇产、儿童、传染病 8 个专业国家区域

医疗中心，努力创建血液病国家医学中心。合理设置市级医学中心和市级区域医疗中心(含综合和专科)，发挥市级医学中心和市级区域医疗中心的引领和辐射作用。

## -----本期内容-----

### • 带量采购 •

#### 国家医保局：集中带量采购将成为公立医院采购的主导模式

来源：人民网

带量采购正成为全民医疗保障的关键一环。近日，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》（以下简称《规划》），其中明确提到，常态化制度化实施国家组织药品集中带量采购，持续扩大国家组织高值医用耗材集中带量采购范围。淘汰落后产能，推动创新，惠民利民，“集采使药耗价格真正降下来，民生保障温度真正升上去”，在国务院政策例行吹风会上，国家医疗保障局规划财务和法规司司长王文君如此说道。

#### “5+”与“500+”

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。在改革完善医药价格形成机制方面，《规划》提到，要深化药品和医用耗材集中带量采购制度改革。其中就包括常态化制度化实施国家组织药品集中带量采购，持续扩大国家组织高值医用耗材集中带量采购范围。此外，还要完善药品和医用耗材价格治理机制。稳妥有序试点医疗服务价格改革。

目前国家组织药品集中采购已经进行了五批，第六批也将进行。数据显示，自2018年以来，国家组织药品集中带量采购已经超过了

200 多个品种，中选产品价格平均降幅也达到 54%。国家医疗保障局副局长施子海介绍，国家医保局成立以来，已经连续三年调整了医保药品目录，目前有 2800 种药品纳入到目录之中。

“在高值医用耗材带量采购方面已经破冰，取得了积极成效。”王文君称，在价格下降的同时，改革也进一步净化了市场环境，重塑了行业良好的竞争生态，斩断了带金销售。

值得注意的是，9 月中旬，国家组织人工关节集中带量采购刚刚在天津开标，而这也是继冠脉支架国家集采后，第二个进行国家集采的高值医用耗材产品。据悉，拟中选的髌关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右，平均降价 82%。而此前中选的冠脉支架价格降幅更是高达 93%。

放眼未来，《规划》明确提出，到“十四五”末期，每一个省份通过国家和省级的集中带量采购药品品种数量要达到 500 个以上，高值医用耗材的品种要达到 5 个大类以上，集中带量采购将成为公立医院采购的主导模式，惠及广大人民群众。

“药品集中带量采购常态化的好处主要是推动医保结构改革并推动药品创新和淘汰落后产能，同时最大的受益者是广大群众，得到性价比较高的药品。医保调出那些没有质量和医疗临床价值的药品，不让这类落后的药品占据医保的份额，从而能够吸纳更多创新药进入医保范围。这对于鼓励创新来说是件好事，对于居民来说，也能够让大家用上价格更低但更好的药品。”不少业内人士表示。

## 保障中选产品供应

事实上，带量采购实施近三年，也有逐渐步入深水区的趋势。不久前，先是华北制药违约放弃中选药品供应，紧接着又有传言“集采中选冠脉支架短缺”，一度引发热议。对于后者，国家组织高值医用耗材联合采购办公室(以下简称“联采办”)紧急辟谣，国家组织冠脉支架集采平稳实施，中选产品供应充足。

但在回应中，联采办也提到，集中带量采购改变了原有的流通模式，需要生产、配送、使用等各方加强协作，改变长期形成的习惯，适应新的机制，在磨合过程中也暴露出一些问题，有些问题因改革而受到格外关注。

联采办将进一步强化中选产品生产、配送能力，要求中选企业严格履约，适应需求调整产能，压实中选企业供应配送责任。同时要推动医疗机构提高内部管理精细化程度。会同相关部门指导医疗机构加强采购和库存管理能力建设，提升信息传递和采购运转效率。

王文君也表示，下一步将借鉴前期的集采成功经验，进一步加强组织实施，坚定不移地推进集中带量采购常态化、制度化。首先就是要完善规则，继续坚持“招采合一、量价挂钩”的价格形成机制，根据集采药品和医用耗材的特点，及时迭代优化采购规则和政策。

其次是要保障供应，通过压实中选企业的保供责任、指导医疗机构完善采购流程的方式来切实保障中选产品的供应。此外，要平稳接续，着眼于稳定市场、稳定价格水平、稳定临床使用，平稳开展采购

协议期满之后的接续工作。最后，配套落实，继续落实医保基金预付、结余留用等配套措施，进一步引导社会形成长期稳定的预期，推动集中带量采购改革行稳致远。

[返回目录](#)

## 集中带量采购、压缩红包回扣，医药购销“中间商赚差价”时代正走向终结

来源：中央纪委国家监委网站

不久前，国家组织人工关节集中带量采购正式在天津开标。根据拟中选结果，髋关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右，平均降价 82%。

人工关节是第二个进行国家集采的高值医用耗材产品。不止医用耗材，制度化和常态化的药品集采正推动医药市场全面洗牌。随着监管层一个又一个“重拳”政策出台，医药代表这个职业迎来了“转型或消失”的特殊时刻，“中间商赚差价”的时代正走向终结。

### 随着药品行业竞争日益激烈，医药代表一度偏离轨道，加剧医疗乱象

曾经风光无限的“医药代表”，正面临行业巨变。公开信息显示，知名药企恒瑞接连合并或剥离了几家销售公司，晖致、绿谷也传出了裁掉销售团队来实现成本压缩和转型升级的消息。

“对医药代表来说，转型还是失业，是许多人现在面临的问题。”一名医药代表告诉记者，随着集采、医保谈判的启动和执行，行业风

向和竞争格局正被加速改变。

医药代表，是指代表药品上市许可持有人在中华人民共和国境内从事药品信息传递、沟通、反馈的专业人员。上世纪八十年代，跨国药企进入中国市场，外企的医药代表随之活跃起来。

受访人告诉记者，医药代表主要负责向医院传递产品的核心信息，并收集医生对自己所负责品种的信息反馈。除此之外，医药代表还会跟医生沟通相关疾病领域的最新进展和研究，赞助组织各种专业领域的学术会议。

据业内人士介绍，这些跨国药企当年招聘医药代表的条件非常苛刻，要么是有临床经验的医生，要么是药学专业的从业人员，必须能无障碍阅读医学文献并和一线医生进行专业沟通，其中不少是取得主治医师资格的医生。“不可否认的是，出于竞争考虑，他们也希望医生更多地使用自己公司生产的药物。”

然而，随着药厂数量增加，药品竞争日益激烈，一些医药代表扭曲了职业本质，与不良医疗从业者“沆瀣一气”，结成“利益共同体”，助推药价越来越高，引发各界强烈关注，社会对医药代表的负面评价逐渐产生。

**医药代表送红包回扣等“潜规则”泛滥，“带金销售”助推药价虚高**

今年8月，中国检察网发布了一份河南省镇平县人民检察院的起诉书。起诉书显示，医药代表张某某为提高其销售药品的销售量，在

2012年至2019年期间，给予河南省社旗县人民医院、社旗县中医院、社旗县妇幼保健院共215名医生大量现金回扣。张某某因涉嫌对非国家工作人员行贿罪、非法经营罪被起诉。

2021年8月，中国检察网发布了一份河南省镇平县人民检察院的起诉书，医药代表张某某因涉嫌对非国家工作人员行贿罪、非法经营罪被起诉。

医药代表因行贿被追究法律责任，在行业中并不鲜见。随着各地整治医药购销领域腐败的持续深入，“带金销售”等“潜规则”浮出水面。

“带金销售”，是指医药企业通过给予处方医生、有进药决策权和影响力的人士回扣，以此谋取交易机会或竞争优势的不当行为。医药企业“带金销售”，是造成医药代表成为腐败助推者的根源之一。

在业内人士看来，“带金销售”屡禁不止，一方面是因为其带来的业绩显著，医药代表受到利益驱动，采取不正当手段为药品谋求医院“入场券”。另一方面，从医院角度来看，也有“以药养医”，通过各种药品回扣增收的需求。一些抵挡不住诱惑的医务人员为获取丰厚的回扣，很可能多开药、开贵药、开指定药。

隐藏在医药领域的利益网、关系网，不只是“代表送红包，医生吃回扣”。江苏省无锡市第二人民医院原党委副书记、院长易利华的腐败案件，揭开了一条更加完整的利益链——医院信息系统的医生将统方数据出售给医药代表，用以准确地对医生进行公关，实施贿赂。

无锡市人民医院信息处工作人员王伟，多年来也直接向多名医药代表出售统方，获利达 160 多万元。

“有些医院(信息科)是整个科室一起做，大家心里都知道，心里都有数，认为法不责众。”王伟说。

中国社会科学院公共政策研究中心副主任王震认为，“要让医药代表乃至整个医疗系统回归价值本位，需要完善综合全方位的严格监管体系，只有提高违法违规的成本，才能起到真正的震慑作用。”

**集中带量采购打破恶性循环，“中间商赚差价”的时代正走向终结**

医药代表处境转向，是医药行业风向和竞争格局改变的一个缩影，背后则是国家医药招采改革“组合拳”产生的实效。

带量采购、以量换价、价低质优者得——2018 年至今，国家组织药品集采已实施五批，共覆盖 218 种药品，中选药品平均降价 54%，集采药品价格从国际最低价的 2 至 3 倍下降到与之相当的水平，节约药品费用已达 1500 亿元；心脏支架、人工关节、眼科人工晶体等常用高值医用耗材也正被分批纳入集采，其中，国家首批组织“冠脉支架”集采后，中标产品平均降价 90%以上。降下来的是流通环节、层层代理的虚高空间。国家组织药品集中采购和使用联合采购办公室负责人曾提到，从绝对价格水平看，相当一部分药品价格长期存在虚高水分，一些仿制药价格水平高于国际价格 2 倍以上，流通环节费用占价格中的主要部分。水分渗透于流通环节的“灰色地带”，最终由患

者和医保资金买单。

随着更多药品、耗材被纳入集采范围，医疗回扣等违法违规行为的生存空间被大大压缩。“以前采购没有带量，虽然中标，但进入医院还有门槛，导致采购、服务行为发生异化。”北京大学医学部主任助理吴明分析，国家组织集中带量采购明确了巨大的全国用量，以公平公开的市场规则开展竞价采购，降下的价格空间是中间环节的水分，有利于倒逼行业规范发展。

“恶性循环被集采模式打破，‘中间商赚差价’的时代正走向终结。”江苏省常熟市纪委监委驻市卫健委纪检监察组组长陈建良告诉记者，由国家向药企直接招标，中标药企量价挂钩、薄利多销，相当于供需直接见面，厂家直销，中间省掉了巨额的销售费用，其中就包括药品回扣。

实际上，医药企业销售费用过高、研发投入不足一直是行业通病，而带量采购改革不仅释放了降价空间，还引领企业从传统的重销售理念转向成本和质量竞争。据统计，2020年A股医药上市公司销售费用近5年来首次呈下降态势，比2019年减少6%，研发费用比2019年增加22%，表明药企正从重销售向重研发转变。

**监管既要从供给端发力，也要紧盯需求端，切断医药购销领域灰色利益链**

“各医药从业人员请将相关信息在药学部备案”“即日起，不再接待未备案的医药代表”……去年12月1日起，《医药代表备案管

理办法(试行)》正式施行,各大医院陆续发布公告,此前医药代表主要承担的销售职能也被明令禁止。

在2015年发布的新版《中华人民共和国职业分类大典》中,“医药代表”分类在大类“专业技术人员”之下,这也从一个侧面对医药代表的专业技能提出要求。

“随着一系列政策出台,医药代表这一特殊群体正在向高标准蜕变。”王震认为,我国的医药代表一度偏离轨道,但规范的医药代表的存在仍有必要。在国际上,医药代表被广泛认可和接受,他们一方面给医师和医疗机构带来更多的药品相关信息,为临床提供更多的治疗选择,协助医师合理用药,另一方面收集药品上市后的使用情况,尤其包括不良反应信息等反馈给相关制药企业,提出改进措施及处理办法,患者也会受益。

规范医药代表行业、还原医药代表本质,根源是要规范管理医药行业,构建“亲清”医商关系。去年以来,国家医保局探索建立了医药价格和招采信用评价制度,将医药商业贿赂等行为列入失信事项清单,通过守信承诺、信用评级、分级处置等措施,有效约束医药企业销售行为。记者从国家医保局获悉,目前已有近70家企业因失信违约行为被采取约束措施。

“医药企业对于回扣个案的罚款往往不敏感,但给予回扣会导致其丧失进入集采市场的机会,就会产生强大的震慑效应。”国家医保局价格招采司有关负责人说。

监管既要从供给端发力，也要紧盯需求端。8月12日，国家卫健委发布针对医疗机构及其工作人员的廉洁从业行动计划——从今年开始的接下来3年，将集中开展整治“红包”、回扣专项行动。“互联网+监管”行风举报平台也正在搭建中，医药购销领域腐败问题线索直报渠道将更加畅通。

切断医药购销领域的灰色利益链，必须坚持系统治理、依法治理、综合治理、源头治理，多部门联动、综合施策，构建使医药企业“不敢、不能、不想”给回扣、医疗从业者“不敢、不能、不想”收回扣的治理体系。

深化医药招采改革，以集中带量采购挤压药品、耗材价格虚高空间；积极推行医药购销“两票制”改革，有效减少流通环节；推动医疗机构健全药品、耗材、设备院内准入机制，强化对医院、科室“一把手”的权力制约……中央纪委国家监委驻国家卫健委纪检监察组坚持一体推进不敢腐、不能腐、不想腐，以强有力监督推动国家卫健委、国家医保局、国家中医药局等部门切实履行行业监管职责，加强和完善医药购销领域腐败问题治理。

“医药购销领域腐败问题牵扯面广、涉及利益大、成因复杂、治理难度大，必须以更有力、有效的举措，驰而不息、综合施治，才能实现该领域的生态重塑。”驻国家卫健委纪检监察组相关负责人说，下一步将积极推动构建纪检监察机关、司法机关和行政执法机关协同联动、齐抓共管的联合惩戒机制，健全重大案件协商协作、联合执纪

执法、信息通报、线索移送等制度，实现党纪政务处分、行政处罚和刑事处罚的无缝衔接。

[返回目录](#)

## · 分析解读 ·

### 分析 3 年上市企业的数据指标 总结中国医药健康产业发展 5 大特征

来源：火石创造

上市公司是企业群体里的优秀代表，是经济发展的支柱力量，上市企业的数据可以一定程度上反映行业发展状况。

根据火石创造数据库，截至 2021 年 8 月，我国医药健康领域 A 股上市企业 390 家(不包含新三板企业)。医药健康上市企业可分为化药企业、中药企业、生物制品企业、医疗器械企业、医疗服务企业和医药商业企业。通过对医药健康上市企业近三年(2018-2020 年)的数据指标的分析，笔者总结了我国医药健康产业发展的 5 大特征。

#### 01 三十年催生“五波上市热潮”，科创板扎堆“专精特新”

我国医药健康企业上市的历程发端于 1991 年。30 年间，企业上市出现五波“热潮”，企业年度上市数量整体呈现大幅上升趋势。

第一波企业上市热潮在 1993-1997 年间，年度上市企业峰值达到 17 家，国有医药企业大规模上市，企业综合实力较强。上海医药、国药一致、中国医药等大型医药商业企业在此期间上市。此外，云南白药、华润双鹤、东阿阿胶、同仁堂、人福医药、辅仁药业等一批化

学药、中药龙头企业在此期间上市。

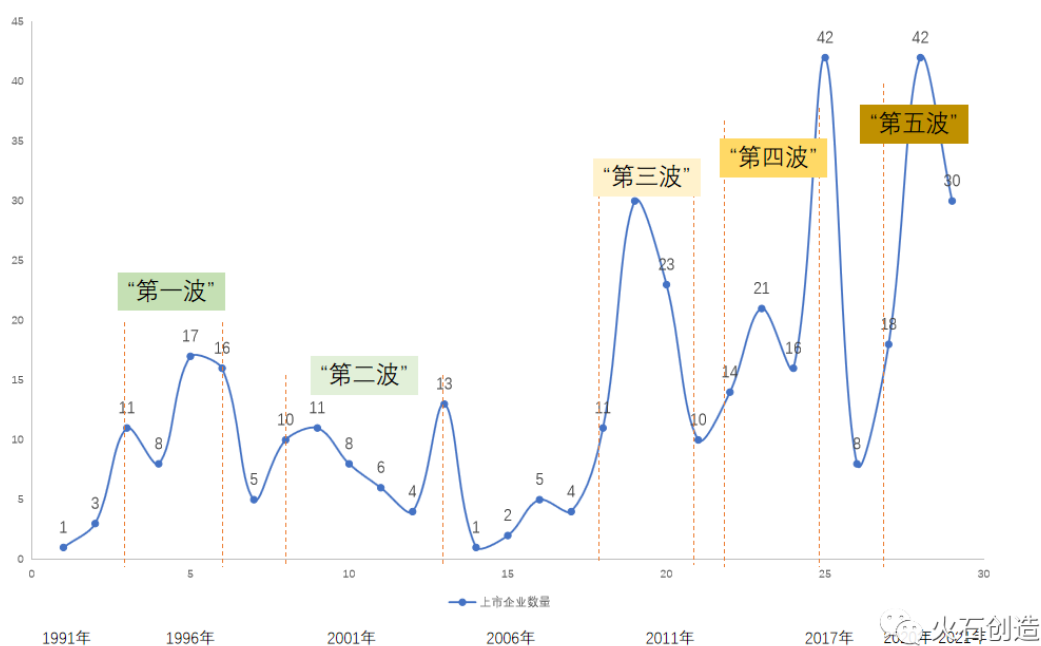


图 1：医药健康企业上市年度分布

来源：火石创造数据库

第二波企业上市热潮在 1999-2004 年间，上市企业数量低于第一波，年度上市企业峰值仅达到 13 家，企业注重特色原料药、创新中药的研发，一批企业日后成长为行业龙头。比如，医药商业领域的国药控股、重药控股等；化学创新药领域的恒瑞医药、华润三九等；化学原料药领域的海正药业、新和成等；中药创新药领域的天士力、白云山、片仔癀和康恩贝等。

第三波企业上市热潮在 2009-2012 年间，年度上市企业峰值达到 30 家，民营医药健康企业强势崛起，医疗器械和中药创新企业开始崭露头角。比如，医药商业领域的九州通、嘉事堂等；医疗器械领域的爱尔眼科、迪安诊断、乐普医疗等；化学原料药领域的海正药业、新和成等；中药领域的以岭药业、红日药业、贵州百灵和香雪制药等。

第四波企业上市热潮在 2014-2017 年间，年度上市企业峰值高达 42 家，连锁零售药企批量上市，体外诊断企业表现活跃，服务外包企业渐成规模。比如，连锁医药零售领域的大参林、老百姓、益丰药房等；体外诊断试剂盒开发与诊断服务领域的华大基因、金域医学、安图生物、基蛋生物等；医药研发与生产服务外包领域的博腾股份、昭衍新药、凯莱英等。

第五波企业上市热潮从 2019 年持续至今。科创板的设立为企业上市提供便利，截至 2021 年 8 月，科创板上市医药健康企业达到 67 家。企业普遍规模不大，聚焦“硬核”技术，围绕化学新药研发、生物药研发、医药研发服务和医疗器械细分赛道等领域，开发新产品、新服务。比如，生物药研发领域的君实生物、三生国健、康希诺等企业；化学新药开发领域的泽璟制药、前沿生物、微芯生物等；医药研发服务领域的成都先导、美迪西和康龙化成等；医疗器械细分赛道企业众多，典型的包括开发骨科植入材料的企业威高骨科，开发手术机器人的企业天智航，开发体外诊断试剂盒的企业热景生物，开发心脑血管支架的企业赛诺医疗等。

表 1：上海证券交易所科创板上市医药健康企业

证券代码	证券简称	上市日期	申万标签	省（市）
688356.SH	键凯科技	2020/8/26	化学原料药	北京市
688658.SH	悦康药业	2020/12/24	化学制剂	北京市
688687.SH	凯因科技	2021/2/8	生物制品	北京市
688520.SH	神州细胞	2020/6/22	生物制品	北京市
688315.SH	诺禾致源	2021/4/13	医疗服务	北京市

688621.SH	阳光诺和	2021/6/21	医疗服务	北京市
688068.SH	热景生物	2019/9/30	医疗器械	北京市
688468.SH	科美诊断	2021/4/9	医疗器械	北京市
688050.SH	爱博医疗	2020/7/29	医疗器械	北京市
688338.SH	赛科希德	2020/8/6	医疗器械	北京市
688613.SH	奥精医疗	2021/5/21	医疗器械	北京市
688198.SH	佰仁医疗	2019/12/9	医疗器械	北京市
688277.SH	天智航	2020/7/7	医疗器械	北京市
688278.SH	特宝生物	2020/1/17	生物制品	福建省
688321.SH	微芯生物	2019/8/12	化学制剂	广东省
688177.SH	百奥泰	2020/2/21	生物制品	广东省
688575.SH	亚辉龙	2021/5/17	医疗器械	广东省
688389.SH	普门科技	2019/11/5	医疗器械	广东省
688617.SH	惠泰医疗	2021/1/7	医疗器械	广东省
688393.SH	安必平	2020/8/20	医疗器械	广东省
688626.SH	翔宇医疗	2021/3/31	医疗器械	河南省
688189.SH	南新制药	2020/3/26	化学制剂	湖南省
688799.SH	华纳药厂	2021/7/13	化学制剂	湖南省
688289.SH	圣湘生物	2020/8/28	医疗器械	湖南省
688067.SH	爱威科技	2021/6/16	医疗器械	湖南省
688276.SH	百克生物	2021/6/25	生物制品	吉林省
688690.SH	纳微科技	2021/6/23	化学原料药	江苏省
688166.SH	博瑞医药	2019/11/8	化学制剂	江苏省
688566.SH	吉贝尔	2020/5/18	化学制剂	江苏省
688221.SH	前沿生物	2020/10/28	化学制剂	江苏省
688266.SH	泽璟制药	2020/1/23	化学制剂	江苏省
688670.SH	金迪克	2021/8/2	生物制品	江苏省
688488.SH	艾迪药业	2020/7/20	生物制品	江苏省
688076.SH	诺泰生物	2021/5/20	医疗服务	江苏省
688399.SH	硕世生物	2019/12/5	医疗器械	江苏省
688029.SH	南微医学	2019/7/22	医疗器械	江苏省
688580.SH	伟思医疗	2020/7/21	医疗器械	江苏省
688607.SH	康众医疗	2021/2/1	医疗器械	江苏省

688358.SH	祥生医疗	2019/12/3	医疗器械	江苏省
688656.SH	浩欧博	2021/1/13	医疗器械	江苏省
688013.SH	天臣医疗	2020/9/28	医疗器械	江苏省
688363.SH	华熙生物	2019/11/6	生物制品	山东省
688136.SH	科兴制药	2020/12/14	生物制品	山东省
688161.SH	威高骨科	2021/6/30	医疗器械	山东省
688139.SH	海尔生物	2019/10/25	医疗器械	山东省
688677.SH	海泰新光	2021/2/26	医疗器械	山东省
688314.SH	康拓医疗	2021/5/18	医疗器械	陕西省
688131.SH	皓元医药	2021/6/8	化学原料药	上海市
688505.SH	复旦张江	2020/6/19	化学制剂	上海市
688578.SH	艾力斯	2020/12/2	化学制剂	上海市
688180.SH	君实生物	2020/7/15	生物制品	上海市
688336.SH	三生国健	2020/7/22	生物制品	上海市
688202.SH	美迪西	2019/11/5	医疗服务	上海市
688317.SH	之江生物	2021/1/18	医疗器械	上海市
688366.SH	昊海生科	2019/10/30	医疗器械	上海市
688301.SH	奕瑞科技	2020/9/18	医疗器械	上海市
688016.SH	心脉医疗	2019/7/22	医疗器械	上海市
688085.SH	三友医疗	2020/4/9	医疗器械	上海市
688217.SH	睿昂基因	2021/5/17	医疗器械	上海市
688513.SH	苑东生物	2020/9/2	化学制剂	四川省
688117.SH	圣诺生物	2021/6/3	化学制剂	四川省
688319.SH	欧林生物	2021/6/8	生物制品	四川省
688222.SH	成都先导	2020/4/16	医疗服务	四川省
688185.SH	康希诺	2020/8/13	生物制品	天津市
688108.SH	赛诺医疗	2019/10/30	医疗器械	天津市
688298.SH	东方生物	2020/2/5	医疗器械	浙江省
688606.SH	奥泰生物	2021/3/25	医疗器械	浙江省

来源：火石创造数据库  
(数据截至 2021 年 8 月)

02 上市企业总营收逼近 2 万亿元，利润率和研发投入强度稳步提高

我国医药健康领域上市企业整体发展向好。

企业营收规模稳步扩大。2020 年上市企业总营收达到 1.94 万亿元，较 2019 年增长 8%。按照此趋势，2021 年总营收将突破 2 万亿元大关。

企业盈利能力不断增强。2020 年上市企业总利润接近 1500 亿元，较 2019 年增长 33.5%。2020 年企业利润率较 2019 年提升 1.4 个百分点，达到 7.7%，为近三年新高。

企业研发投入大幅提升。2020 年上市企业总研发投入达到 620 亿元，较 2019 年增长 22.2%。2020 年企业研发投入强度达到 3.2%，较 2019 年提升 0.4 个百分点，为近三年新高。

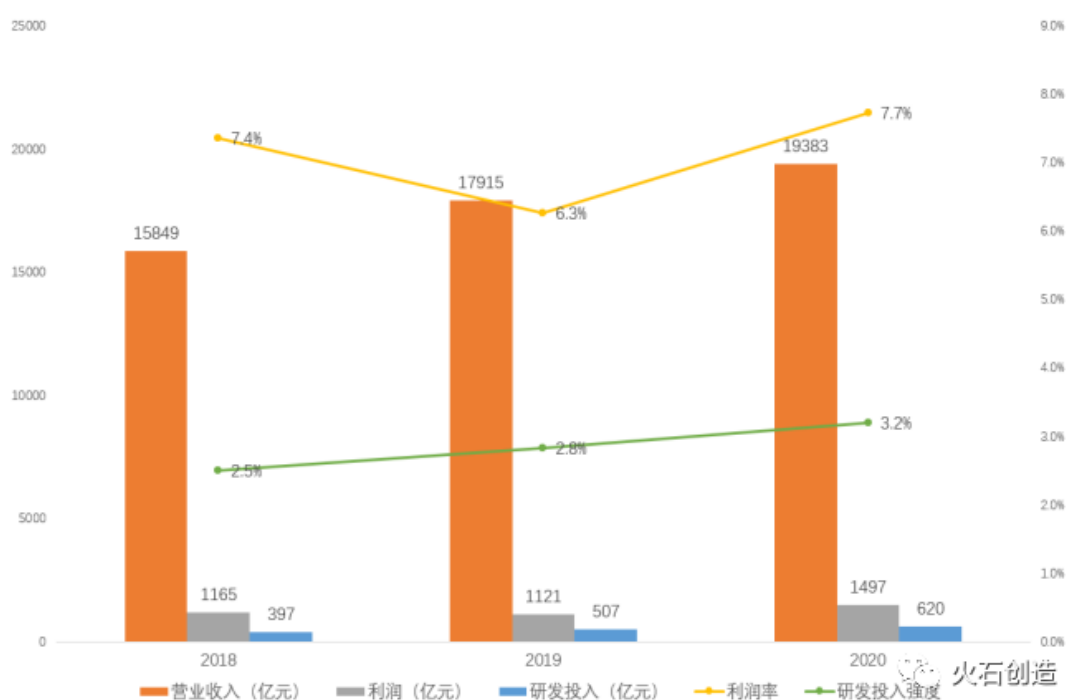


图 2：医药健康企业上市年度分布

来源：火石创造数据库

注：研发投入强度=研发投入费用/企业总营收×100%

### 03 产业结构呈现“8332111”的格局，医疗器械强势崛起

我国医药健康领域上市企业可分为医药健康工业和产业服务 2 大板块。医药健康工业板块包括化学原料药、化学制剂、中药、生物制品和医疗器械 5 大门类；产业服务板块包括医药商业(流通服务等)和产业服务(研发外包、医学检测服务等)2 大门类。

截至 2021 年 8 月，390 家 A 股上市企业中，医疗器械企业 94 家，化学制剂企业 86 家，中药企业 70 家，生物制品企业 49 家，化学原料药企业 35 家，医药商业企业 29 家，医疗服务企业 27 家。

在上市企业近 2 万亿元的营收构成中，呈现出“8332111”的格局。在营收规模上，医药商业 8 千亿元，化学制剂和中药均为 3 千亿元，医疗器械 2 千亿元，生物制品、化学原料药和医疗服务均在 1 千亿元。从营收规模增长态势来看，医药商业和医疗器械领域增长最为迅猛，生物制品、化学原料药和医疗服务稳步增长，化学制剂和中药则出现一定程度下降。

医疗器械领域营收增长短期靠疫情拉动，长期靠“国产化替代”。受疫情防控物资(检测试剂盒、呼吸机、口罩等)需求激增的拉动，2020 年医疗器械领域上市企业总营收突破 2000 亿元关口，较 2019 年增长 62%。随着全球疫情逐步得到控制，未来，医疗器械企业总营收很难保持如此高的增长率；但随着我国医疗器械产品技术水平以及质量的提高，“国产化替代”的范围逐步扩大，医疗器械行业仍将保持不错的增长态势，预计可以维持 2000 亿元的营收规模。

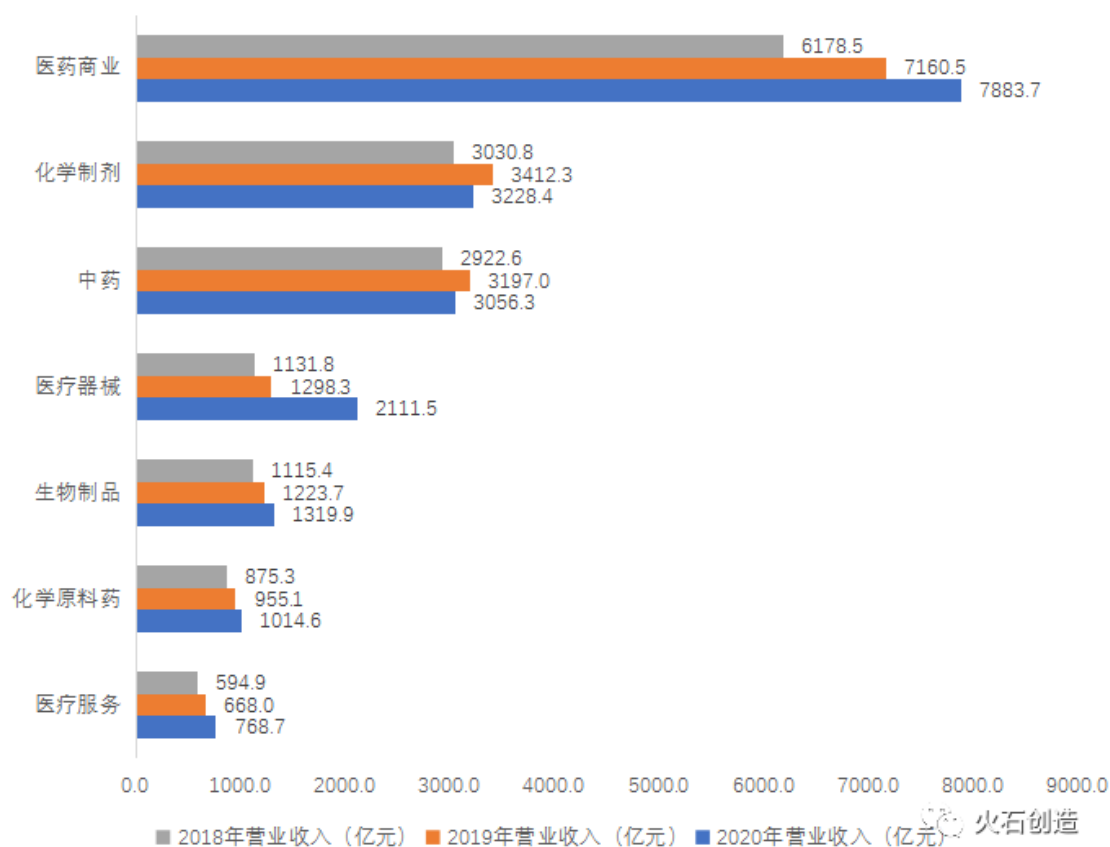


图 3：2018-2020 年各产业领域营收规模统计

来源：火石创造数据库

生物制品、医疗服务潜力巨大，将和医疗器械一道成为我国医药健康产业增长的“三驾马车”。2020 年生物制品领域上市企业总营收规模在 1300 亿左右，增速为 7.8%。说实话，这个增长不够亮眼，尤其是考虑到近几年生物制品行业巨大的投入。但是，生物制品行业多是前沿技术领域，抗体药物刚刚迈入产业化早期阶段，细胞治疗、基因治疗等技术尚不成熟，短期难以大规模产业化应用。未来，随着更多抗体药物、细胞治疗、新型疫苗等产品的上市，生物制品领域将迎来迸发期，预估营收规模在未来 5 年内突破 2000 亿元大关。2020 年医疗服务(研发外包、医学检测服务等)领域上市企业总营收接近 800 亿元，增速为 15%，增长势头强劲。随着我国从仿制药大国向创

新药强国转变，研发外包服务需求激增；我国健康理念正从“以治病为中心”向“以健康为中心”进行转变，健康管理愈发受到大家的关注，医学检测行业的市场仍有很大增长潜力。各种利好预期的叠加下，医疗服务领域将保持快速增长态势，预估营收规模在未来 5 年内突破 2000 亿元大关。

化学制剂和中药领域处于“转型阵痛期”，正通过提高产品质量和产品创新来夯实我国医药健康产业的“基本盘”。2020 年化学制剂领域、中药领域上市企业总营收均在 3000 亿元规模，受疫情、政策等一系列因素影响，这两个领域营收规模均出现一定程度下滑，增速分别是-5.3%、-4.3%。化学药和中药在我国医药工业中一直是最主要的组成部分，二者占比近 80%。

近年来，国家出台的一系列措施，对这两个领域产生较大的影响，比如“限抗令”“仿制药一致性评价”“中药注射剂限用”“辅助用药目录”“药品集中采购”等。旧有的粗放仿制化的发展模式难以为继，很多企业开始向高端剂型、首仿药、儿童用药、罕见病用药、创新药等高附加值领域布局。中药产业的发展也迎来新的契机，国务院出台专项政策支持中药“守正创新”，通过挖掘经典名方、开展真实世界研究、借助大数据技术等手段，开发现代化中药是当下企业发展的普遍共识。随着逐渐渡过“转型阵痛期”，这两个领域的营收将保持缓慢增长的状态，预估营收规模在未来 5 年内稳定在 3500 亿元大关。

#### 04 不同领域企业平均营收规模层级明显、盈利能力持续分化、研发投入快速增长

不同领域企业平均营收体量分层明显。根据 2020 年医药健康上市企业(不计入医药商业企业)营收数据,中药、化学制剂领域企业平均营收规模在 40 亿元层级;化学原料药、医疗服务和生物制品领域企业平均营收在 30 亿元层级;医疗器械领域企业平均营收在 20 亿元层级。

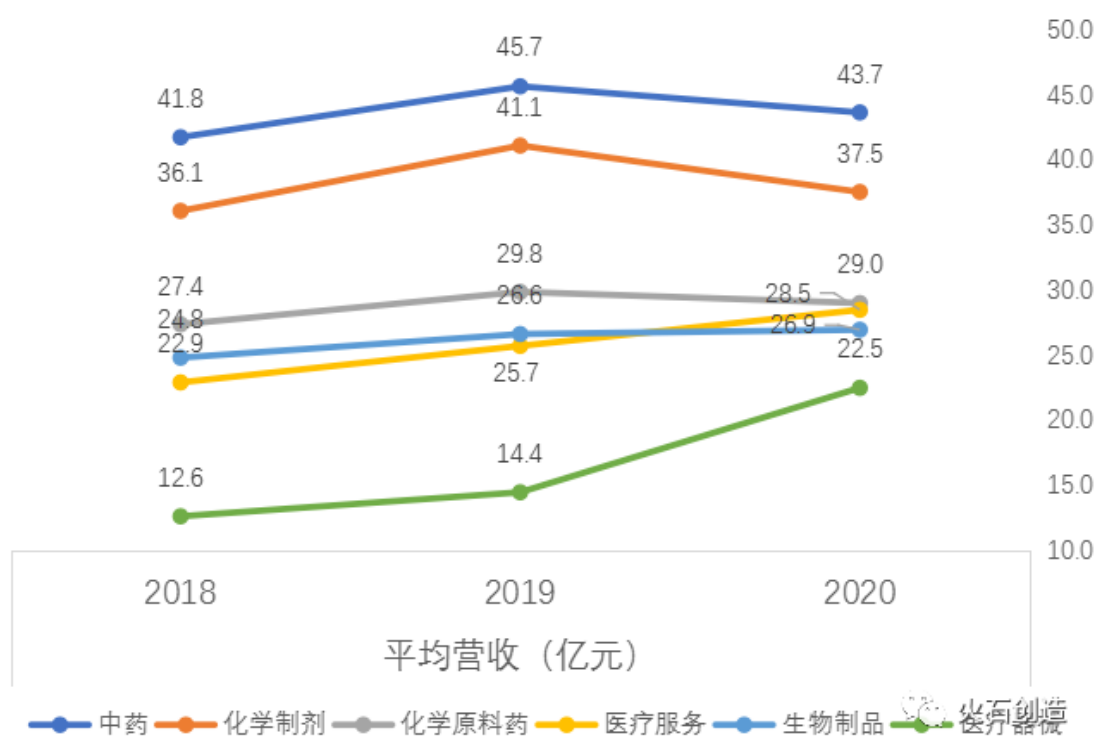


图 4: 2018-2020 年各领域平均营收变化  
来源: 火石创造数据库

不同领域企业平均营收增长趋势出现较大分化。根据近三年数据,中药、化学制剂、化学原料药领域企业平均营收规模在回调;而医疗服务、生物制品、医疗器械领域企业平均营收规模在增长,尤其是医疗器械领域,短短一年时间,企业平均营收规模从 15 亿元层级

跃升至 20 亿元层级。

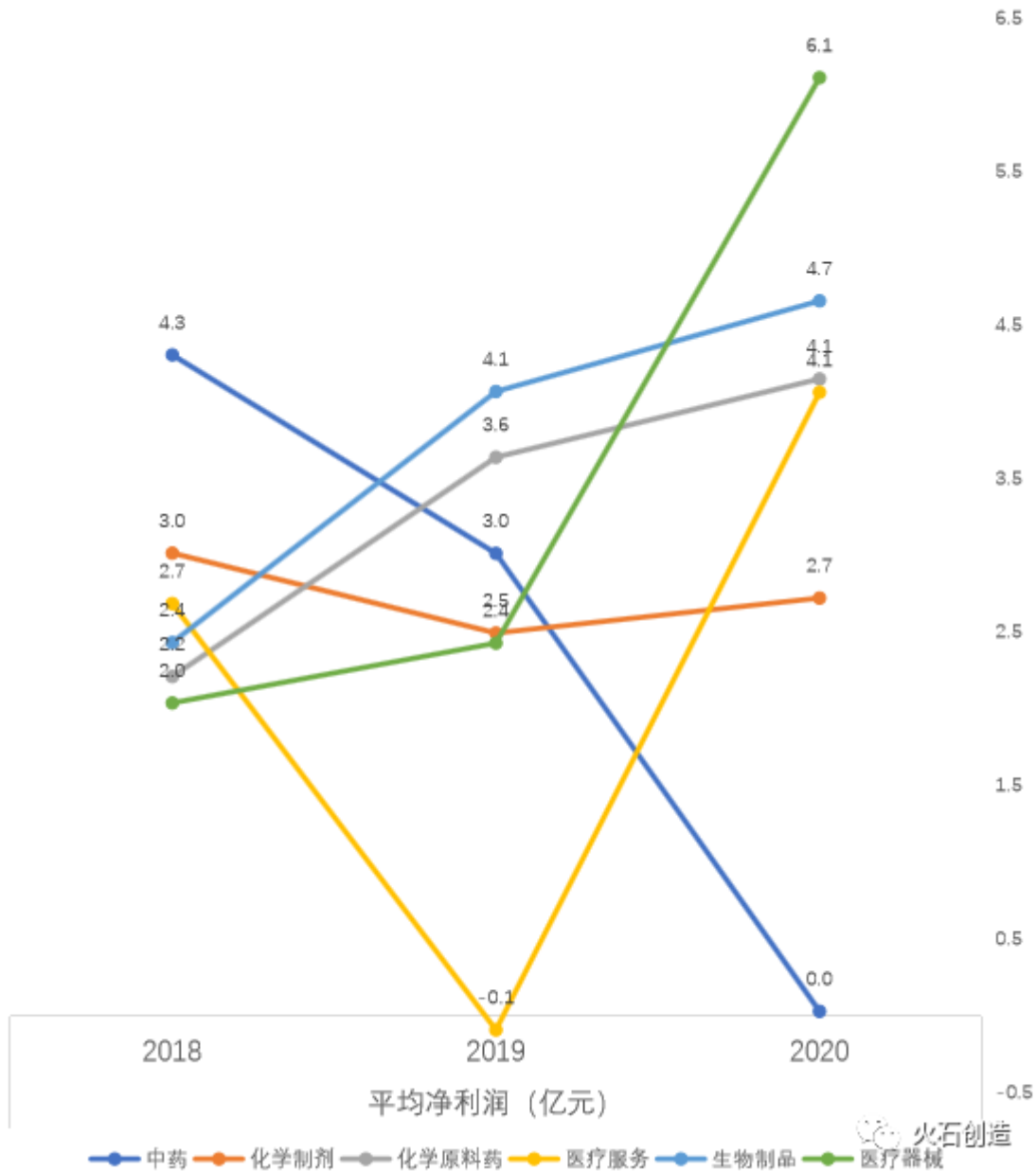


图 5：2018-2020 年各领域平均净利润变化

来源：火石创造数据库

不同领域企业盈利能力持续分化。从近三年不同领域企业(不计入医药商业企业)平均净利润来看，企业平均净利润整体保持增长态势。2018 年各领域企业平均净利润较为接近，大部分在 2 亿-3 亿元之间;2019 年开始分化，2020 年分化的程度进一步加深。从近三年不

同领域企业平均净利润来看，化学制剂缓慢下跌，中药大幅下跌，生物制品和化学原料药稳步增长，医疗器械大幅增长。

我国医药健康产业发展正由数量增长向质量提升和产品创新转变。各领域企业普遍向研发创新转型，不断加大研发投入。除化学原料药领域外，2020 年各领域企业(不计入医药商业企业)平均研发投入均较 2018 年增长 50%以上。

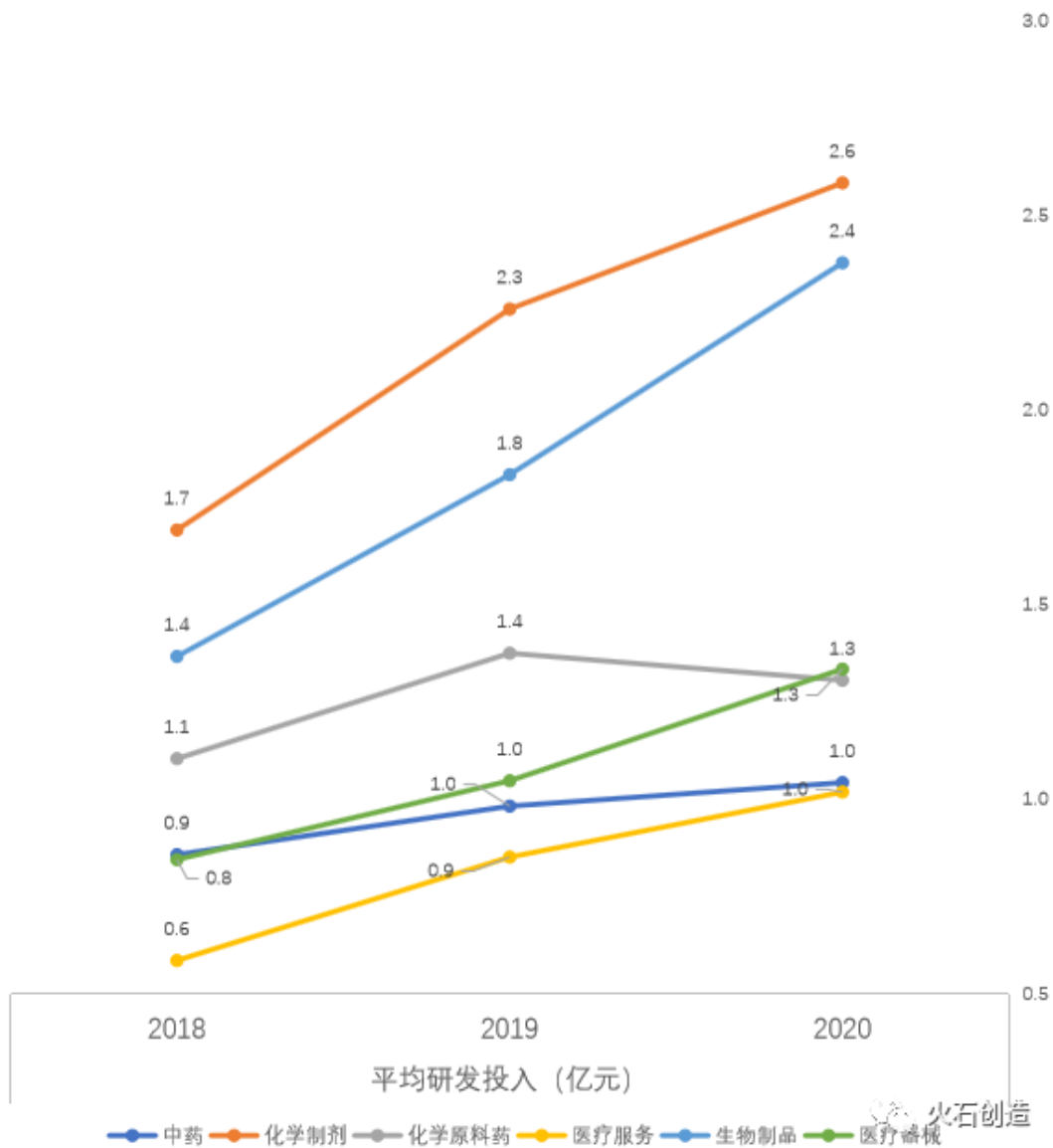


图 6：2018-2020 年各领域平均研发投入变化  
来源：火石创造数据库

## 05 上市企业主要分布在沿海地区，区域产业发展“三种模式”并存

通过对中国大陆各省(市)医药健康上市企业(不含医药商业企业)2020年营收、净利润和研发投入的总量进行分析，上市企业主要分布在广东、浙江、江苏、上海、北京、山东等地，除北京外均为沿海省(市)。上述6个地区上市企业数量占总数量的57%。其中，广东省上市企业数量达到49家，位居榜首；浙江省、江苏省分列二三位，上市企业数量分别为44家、36家。上述6个地区上市企业总营收占总体的61%。其中，广东省营收超过2100亿元，位居首位；浙江省、江苏省分列二三位，上市企业总营收分别为1600亿元、1000亿元左右。

根据各省(市)上市企业营收、利润和研发投入指标的离散程度，可将区域产业发展归纳为“三种模式”。

浙江、江苏、北京、上海、山东、湖南等省(市)，营收、利润和研发投入均处于榜单前列，各指标均衡分布、互相促进，产业发展水平较高，称为“正循环模式”；

四川、海南、陕西、贵州等省份，上市企业营收和利润排名较为靠后，但研发投入排名相对靠前，企业通过加大研发的方式来激发产业发展的潜力，称为“研发突破模式”；

云南、辽宁、河北等医药产业传统大省，上市企业营收和利润排名较为靠前，但研发投入排名相对靠后，与地区产业发展不相匹配，

称为“研发短缺模式”。

长远来看，“研发短缺模式”因为后续发展动力缺失，高营收、高盈利难以为继。“研发突破模式”从研发这一产业核心要素出发，培育产业核心竞争力，将成为广大欠发达地区医药健康产业跨越式发展的优选路径之一；但这一模式需要付出较长的时间和大量的资金，极为考验领导者的忍耐力。“正循环模式”是理想的产业发展节奏，区域产业处于腾飞的前夜，但这一模式并非永远高枕无忧，黑天鹅事件往往会打乱区域产业发展的良好势头。比如，营收和研发投入位居榜首的广东省，因为“康美药业”事件，导致上市企业总利润排名滑落到第19。

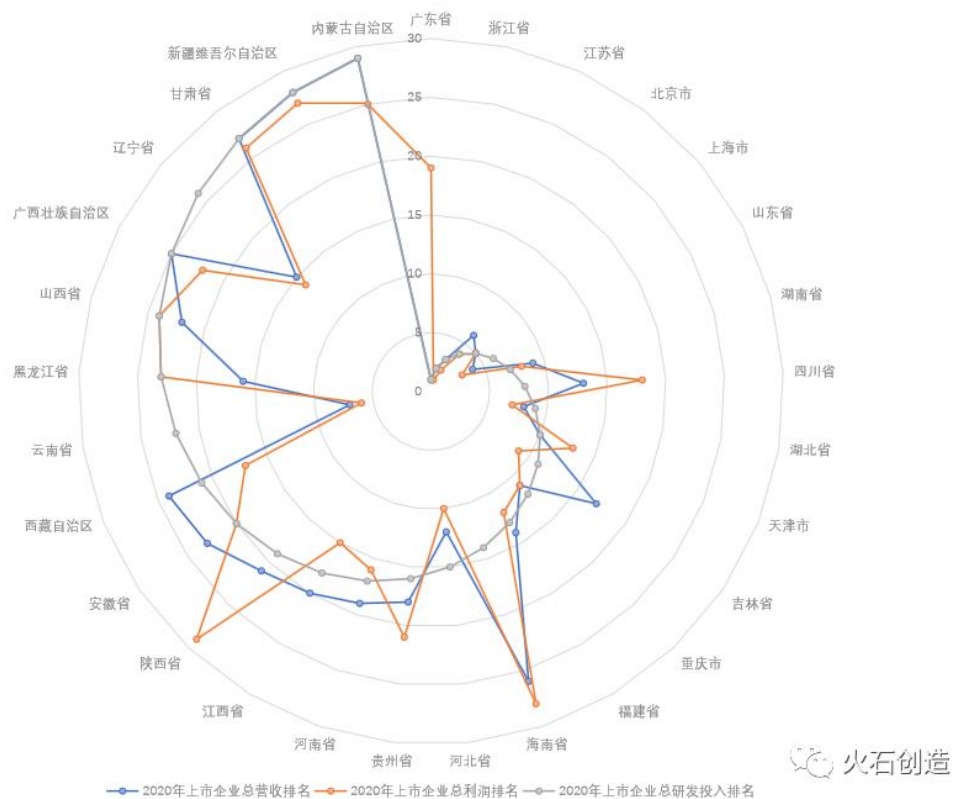


图 7：中国大陆各省(区、市)医药健康产业发展排名  
来源：火石创造数据库

## 06 结语

透过对上市医药健康企业的分析，我们可以看清当下我国医药健康产业发展总体趋势：产业规模不断壮大，产业结构加快调整，研发创新成为共识，企业发展不断分化，区域格局持续调整。

在产业大变革、大突破的时代，我们用数据廓清产业变迁的轨迹，用数据记录产业发展的脉搏。

[返回目录](#)

### 《母婴安全行动提升计划（2021-2025年）》有哪些新变化

来源：国家卫健委

面对“十四五”时期广大妇女儿童对美好生活的新期待，实施三孩生育政策的新形势，保障母婴安全是亿万家庭的殷切期盼，也是推动落实健康中国行动和《中共中央国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》的重要举措，对增强人民群众的幸福感、获得感、安全感具有重要意义。

2021年10月09日，国家卫健委在总结2018-2020年母婴安全行动计划实施情况和地方有效经验做法的基础上，制订发布了《母婴安全行动提升计划(2021-2025年)》(以下简称《提升计划》)，指导地方进一步加强母婴安全保障工作，切实保障孕产妇和新生儿生命安全和健康。下一个五年《提升计划》，又有哪些新变化?跟着我们速速了解吧!

**总体要求更精细**

从预防和减少孕产妇和婴儿死亡为核心，以提升医疗机构服务能力为抓手，以强化质量安全管理为保障，为群众提供安全、有效、便捷、温馨的妇幼健康服务，全力维护妇女儿童健康。

到以高质量发展为主题，以深入落实母婴安全五项制度为主线，聚焦服务质量提升、专科能力提升和群众满意度提升，持续强化质量安全管理，提高医疗机构服务能力，预防减少孕产妇和婴儿死亡。总体要求更加细项化，注重专科能力、医疗机构服务能力的综合提升。

### 行动目标再提高

较 2018-2020 年的目标全国孕产妇死亡率下降到 18/10 万，全国婴儿死亡率下降到 7.5%。，《提升计划》明确，到 2025 年，全国孕产妇死亡率下降到 14.5/10 万，全国婴儿死亡率下降到 5.2%，降低孕产妇死亡率和婴儿死亡率，促进母婴安全高质量发展。

### 行动范围有拓展

原有《提升计划》针对开展助产技术服务的医疗机构，重点落在二级及以上综合性医院、妇幼保健院和妇产医院。如今新增中医医院，重视中医与妇幼健康的融合建设，同时还要求各级危重孕产妇和新生儿救治中心一同加入到组织实施中。

### 行动内容得强化

《提升计划》在明确了妊娠风险防范水平提升、危急重症救治水平提升、质量安全管理水平提升、妇幼专科服务能力提升、群众就诊分娩满意度提升等行动内容，较以往的发展需求有了更高层面的强

化，例如：对风险防范意识延展至生育服务链条的各环节；在落实妊娠风险评估中，鼓励使用信息系统对孕产妇进行分级分类管理；从建立协调到完善提升危重救治水平等。此外，《提升计划》还与之前《推进妇幼健康领域中医药工作实施方案(2021-2025年)》相呼应，提出妇产科、儿科积极应用中医药适宜技术，充分发挥中医药在妇女儿童预防保健和疾病诊疗中的独特作用。

### 行动要求新改变

《提升计划》对细化落实行动措施、加强区域组织协调、加大支持指导力度、发挥典型示范作用等提出了明确要求。《提升计划》强调：加强妇幼机构的区域组织协调，组建多学科专家组成的区域危重孕产妇和新生儿救治专家组，指导参与辖区医疗救治工作，并支持省级妇幼保健机构实施省域妇幼健康“大手拉小手”行动，加快推进“云上妇幼”平台建设，进一步做好帮扶帮带工作。

[返回目录](#)

## · 医保速递 ·

### 以“科学控费”为核心，建立医保长效监管体系

来源：环球时报

医疗保障基金是人民群众的“保命钱”，基金的有效使用和安全管理工作十分重要。近期，村医盗刷多名村民医保账户等欺诈骗保事件再一次引发社会对医保基金安全问题的关注。事实上，由于种种原因，

长期以来，一些医疗机构和个人常常将医保基金当作“唐僧肉”，通过各种方式骗取医保基金或违规使用基金的事件时有发生。

应该说，对于医保基金欺诈骗保问题，有关部门一直高度警惕，努力从多方面采取防控措施。特别是近年来，国家医保部门加快推进医保基金监管体系建设，连续开展打击欺诈骗保专项行动，加强打击力度，并重点开展医保基金监管“两试点一示范”工作，在部分地区推进医保基金监管方式与手段创新，取得了明显的成效。今年2月，国务院还出台了《医疗保障基金使用监督管理条例》，这对于规范医保基金使用，加强医保基金监督管理，提升医保基金使用效率和监管水平，优化医保中的各种关系，具有重要的意义。

然而，由于医保基金规模巨大，且支出快速增长，而欺诈骗保手段隐秘，甚至常常出现集团作案，再加上相关法制规范不健全，医疗机构规模大而监管力量有限，监管工作的推进面临着实际困难。总体上看，目前医保基金监管仍然处于粗放式、应急式、碎片化的阶段，监管手段有限，效率不高。为更好地保障医保基金的安全，不仅需要进一步加强监督检查，加大打击力度，更需要从长计议，总结和推广医保基金“两试点一示范”所形成的经验，着眼于医保和医疗卫生工作发展的全局，建立基金长效监管体系。

为了杜绝欺诈骗保现象，控制不合理医疗费用增长，实现医疗服务内在激励，提高医疗服务质量，医保基金长效监管体系要以“科学控费”为核心，即以科学的手段和指标为支撑，“合情、合理、合法”

地进行监管。

围绕着这一核心，长效监管体系可以开展“八个建设”：

一是全方位监管体系建设。长期以来，医保基金监管难以建立长效机制，根本原因在于监管工作缺乏体系化思维，存在临时性、经验性、片面化的问题，不能形成全面协同的监管体系。全方位监管体系要求监管对象全面覆盖、事前事中事后全流程覆盖，还要包含完善的综合监管制度和监督检查制度体系。

二是监管制度体系建设。监管制度建设是基金长效监管工作有序推进的关键保障，应当包括医保医师制度、“随机公开”制度、经办机构内控制度等一系列制度。

三是高效集成的数据和信息系统建设。随着大数据技术和信息技术的不断成熟，要充分利用数据信息、发挥数据效能，有效提高医保基金监管效率。具体而言，可依监管对象分类建立子系统，包括定点医疗机构监管系统、定点药店监管系统和医保经办机构内控系统，其中两定点机构的监管系统内部包含对医保医师、药师、参保患者和药品耗材生产配送企业进行监管的内容。

四是智能监控体系建设。以新技术应用提高医保基金监管智能化水平，应当成为医保基金监管创新的突出特点。新技术应用和智能化的深度结合主要体现在智能监控技术和大数据分析等新技术的应用以及监控规则 and 标准与医保支付规则相结合两方面上。

五是协同监管机制建设。目前的医保基金监管工作存在缺乏统一

部署和明确职责分工等问题，不同区域之间的联合监管开展很少。为此，应着力建立部门、区域、多层次全面协同的监管机制，形成监管合力。

六是信用体系建设。信用体系建设是长效监管的重要举措，包括信用管理体制、信用信息系统、信用评价指标体系、信用管理工作体系建设。

七是监管队伍建设。切实加强监管力量建设是提高监管工作效率的基础性举措，要促进行政执法队伍和专家队伍建设，大力引入社会监督和第三方社会机构力量参与基金监管工作。

八是法律体系建设。目前医保对医疗机构的协议管理是一种过渡性办法，难以替代立法监管，尤其对于医保欺诈、虚假申报、回扣等不合法行为，要通过立法增强威慑力。应加快医保基金监管的法制化建设，最终实现立法长效监管。

[返回目录](#)

### 访谈 | 10 个问题，剖析我国医保法律体系建设进程

来源：中国医疗保险

国家医疗保障局近日公布《医疗保障法(征求意见稿)》，这意味着医疗保障正式步入法制化建设的实质进展阶段。医保法治化建设呼吁之声由来已久，在 2018 年国家医保局成立后，该项工作被迅速提上议程。建立以《医疗保障法》为统领，配套出台若干行政法规和部门规章，形成独立完备的医疗保障法律体系，我们还有多远？还要进

行哪些工作?中国医疗保险访谈了中国药科大学丁锦希教授, 希望从 10 个关键问题入手, 来对这个宏大而复杂的问题进行梳理。以下为访谈实录:

**中国医疗保险:**我国原来关于基本医保的法律包涵在《社会保险法》之内, 而 2018 年国家医保局成立以来, 开始进行医保单独的法制化工作, 在出台了《医疗保障基金使用监督管理条例》之后, 又公布了《医疗保险法(征求意见稿)》, 您怎样看待这样的转变?我国医保法制化的总体进程如何?

丁锦希:

主要体现为两个转变:

一是立法进程加快。《社会保险法》1994 年开始起草, 2010 年颁布, 历经十六年才制定完成。而《医疗保障基金使用监督管理条例》从制定到颁布仅用了两年时间(2019-2021), 及时响应了医保基金监管需求。《医疗保障法》也已被列入全国人大常委会 2021 年度立法工作计划预备审议项目, 有望于近几年正式颁布, 为医疗保障事业高质量发展提供法律支持。

二是法律层级提升。在国家医保局成立之前, 基本医保包含在《社会保险法》之中, 法律层级中缺少独立法律文件。国家医保局成立后, 大力推动医保法制化建设, 组织起草论证《医疗保障基金使用监督管理条例(草案)》并由国务院颁布。《医疗保障法》系我国医疗保障制度的顶层设计, 将由全国人大审议通过, 法律效力层级得到了明显提

升，这将加大医保制度社会影响力和执法推动力，给我国医保管理带来深远的影响。

同时，其配套系列下位法如医保筹资待遇、采购、基金管理和公共服务都将继续修订和完善，以构建更加完善的医保法律体系。

中国医疗保险：今年五月，《医疗保障基金使用监督管理条例》正式开始施行，这是我国第一部医保方面的专门法规，随后国家医保局又公布了《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》。该办法将制定行政处罚裁量基准的权利和行使行政处罚裁量权赋予了省级医疗保障行政部门。您认为在制定裁量基准的时候应该注意什么？怎样公平、公正、公开地制定裁量基准？如何避免同一地区之内、不同地区之间的裁量差异过大？需要引入专业的第三方机构吗？

丁锦希：

自由裁量权的规范使用是制定裁量基准时应要注意的核心问题。自由裁量权是国家赋予行政机关在法律法规规定的幅度和范围内所享有的一定选择余地的处置权力，在执法中地方行政机关可依据实际情况做出具体处罚，若自由裁量权过大，则可能出现滥用权力导致畸轻畸重的情况，损害法律的公平公正性。因此需设定裁量基准，明确处罚上下限。

裁量基准作为执法的基本原则，既要使法官判案时能充分发挥主观能动性，又要保证公平性。因此，制定过程应遵循严格立法程序，做到事前公开与事后公开，同时根据全国应用实际情况，每 3-5 年对

基准进行动态调整，以确保公平、公正、公开。例如骗保立案标准已从 1996 年的 1 万元量刑起点调整至现今的 3000 元，顺应加强医保基金监管的改革方向。

不同地区经济发展水平、基金及医保管理水平存在差异，因而裁量基准存在一定差异属正常现象，但差异不能过大。这无需引入第三方机构，可由司法机关积累实际判例经验，最终由最高人民法院出具司法解释，统一全国裁量基准。

**中国医疗保险：**您认为医保行政部门在进行行政处罚的时候，需要注意哪些方面？我们了解到，目前很多地方在执行处罚的时候还没有按照行政处罚来进行，究其原因，一方面是执行成本较高，另一方面是法律风险较高。如何解决相应的问题？

丁锦希：

先说要注意的问题。

医保部门在行政处罚时应注重以下几点：一是程序合法，行政处罚立案调查、充分取证、事先告知、听证程序等流程具有完整性，不得省略执法程序，确保程序合法。二是法律适用准确，行政处罚在证据充分、事实清楚的前提下，优先适用基本法《行政处罚法》，若案情复杂也应在具有总则性质的《行政处罚法》规范下适用分则规范与特殊法。三是注意边界，既不能因推诿拖延履职，导致该罚不罚，也不能以罚代刑，当违法事实达到刑事追诉标准、涉嫌犯罪、依法需要追究刑事责任的，应及时移送公安机关移送予以量刑。

再来谈一谈解决建议。

为控制法律风险，医保行政部门一方面可通过强化群众举报投诉渠道建设来加强社会监督，另一方面可通过建立包含内外部律师的专门法律顾问团，研判行政处罚风险，加强执法部门内部风险控制。必要时医保行政部门可与公安机关、检察机关建立协作机制（如行刑衔接联席会议等），提高行政执法效率和准确度，降低执法成本。

**中国医疗保险：您认为目前出台的《医疗保障基金使用监督管理条例》《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》与《医疗保障行政处罚程序暂行规定》有哪些需要完善的地方？**

丁锦希：

主要有两处需补充完善：

(1) 引入第三方鉴定机构

对于临床诊疗、处方和用药行为等关键证据合规性的认定，由于其涉及临床医学、药学等专业技术知识，医保部门还缺乏相应的技术标准，无法确保证据认定的准确性和合法性。因此，建议引入第三方鉴定机构鉴定，确保鉴定结果的准确性和公正性。

(2) 明确教育意义

行政处罚并非最终目的，应着重于教育，不能“只罚不教育，重罚轻教”。目前《医疗保障行政处罚程序暂行规定》要求“坚持处罚与教育相结合”，但未明确教育意义。教育有两层意义，一是通过教育违法主体本人，引导其纠正自身违法行为；二是发挥警示作用，教

育公民、法人或者其他组织自觉守法。

中国医疗保险：《医疗保障法》目前已经进入到征求意见阶段，您认为该法律出台后会产生怎样的影响？

丁锦希：

主要为三个方面影响：

(1)独立化：在单独立法之前，医疗保险与养老、工伤保险一同包含于《社会保险法》中，而医保有其殊异之处。一是它与老百姓生命健康直接相关，可助力缓解因病致贫问题，提高患者生活质量；二是从保险风险控制来讲，养老保险属于当下筹资、未来受益的确定性保险，而医保范围内的疾病发生具有不确定性，医疗保险风险不确定，故医保筹资和待遇模式不同于养老保险。

因此医保单独立法更加强调了医疗保障的社会公共管理财务管理属性，体现出国家对老百姓生命健康的高度重视，是建设健康中国的关键措施。

(2)体系化：《医疗保障法》健全完善了基本医疗保险为主体、大病保险为补充、医疗救助为托底的多层次医疗保障体系，统一规范了从筹资待遇到基金管理、目录调整、药品耗材采购的完整医保管理运行体系。医保体系化构建将使得各环节管理更加清晰、协调，从而更好发挥整个医疗保障系统的功能。

(3)前瞻化：医保与医疗、医药紧密联系，而现代医学各领域技术迭代发展很快，管理模式更新变化大，将有更多的新治疗模式、新

卫生医保管理模式产生，这对医保法律体系提出很大挑战。《医疗保障法》作为顶层设计，须具备前瞻性，符合医保管理、医疗与医药发展趋势。

**中国医疗保险：医保与医疗和医药有着密切联系，《医疗保障法》的制定该如何更好体现“三医联动”？**

丁锦希：

“三医联动”是全面建成医疗保障体系的关键，是我国医改核心思想，需要通过立法明确实施路径。

一是发挥对医疗、医药的引导作用。近几年医保支付方式和采购模式改革对医疗、医药带来很大影响。随着医保谈判、集采的深入，药企资本投入结构发生改变，研发重心逐渐由 Me-too、Mebetter 转移至 Firstinclass 新药，研发路径也从国内局部研发发展到全球多中心试验，创新药研发进入快车道，进一步推进国家药品监管部门建立附条件批准、优先审评等多条绿色通道，出台各项审评审查指南。

目前医保对于医院改革的引导作用还需深化，特别是通过推进医院薪酬体系体制改革，引导规范医生诊疗行为。对此，《医疗保障法》应提出全面实行按病种、按人头付费为主的多元复合支付方式，并落实“两个允许”，将医生绩效考核与医保支付方式结合，促进医生规范诊疗、合理用药。

二是要与医疗、医药改革紧密衔接。近年来，医药、医疗领域改革发展取得较大进展。在医药领域，已探索实施 MAH 制度、附条件批

准、一致性评价等多项改革，创新激励的政策导向明显。相应地，医保谈判、支付标准制度等也应适时调整，实现“激励相容”。医疗领域正在加速建设医联体医共体、分级诊疗和家庭医生签约制度，医保也应作出协同改革措施，例如通过在基层门诊实行按人头付费，将医保支付方式改革与家庭医生绩效考核相结合，促进分级诊疗的落实，促进医疗体制改革的推进。

**中国医疗保险：在《医疗保障法》相关立法工作推进的同时，您认为《社会保险法》有必要做出哪些修改？**

丁锦希：

《社会保险法》颁布时间早，其中关于医疗保险的内容相对滞后于医保改革发展形势，可能无法为医保改革发展提供相匹配的法治保障。因此首先应厘清二者的关系，即《社会保险法》与《医疗保障法》是上下层级的包含关系，还是同一层级的并列关系？进而作针对性修改。

若两者属于包含关系，《社会保险法》在顶层设计时需要根据《医疗保障法》相关条款做较大幅度的修订，条款内容不能有所冲突，保证兼容性。以不予支付情形的认定为例，《社会保险法》中仅规定了四种情形，《医疗保障法》则在此基础上延伸了两条，即①体育健身、养生保健消费、健康体检；②国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。对此，《社会保险法》也应进一步补充，保证一致性。

若两者属于并列关系，即《医疗保障法》独立于《社会保险法》，

则《社会保险法》仅需做一些小修订，只要保证基本理念不冲突即可。例如对于医保基金(含生育保险)和其他社会保险基金的核算方式、保值增值途径等，都应遵循国家统一规定，不得将基金用于国家规定的禁止途径。

**中国医疗保险：**《医疗保障法(征求意见稿)》中，对于医保基金不予支付的范围里，有一条“应当由第三人负担的”，这条规定与《社会保险法》一脉相承，同时也写入了医疗保障待遇清单当中。但在医保工作人员的实践当中，“第三人”往往不能够清晰定义。请问您觉得“第三人”该如何定义?还有对于第三人追偿的规定，这么多年落实情况不容乐观，针对此您有哪些建议?

丁锦希：

医保中的“第三人”可定义为除保险人和参保人以外，对参保人造成人身伤害、应对参保人承担赔偿责任的责任人。

在法理层面，由第三人造成的伤害，医保基金应不予支付，但可根据《社会保险法》第四十二条规定进行垫付。垫付应按照程序进行，垫付后医保经办机构应向第三人追偿。但在实践中，因为第三人下落不明或无能力赔偿，导致追偿成功率不高。对此建议建立专门追偿机构或实施债权转让制度，赋予受让方代位追偿权(通常是专业律师事务所)，开展代位追偿。

**中国医疗保险：**地方在制定自身医保法规的时候，应该注意哪些问题?比如目前有地方规定，意外事故伤害医保不予报销，或者是单

独列了个意外险来进行报销，您认为是否合理？还有一些地区规定，吸毒、酗酒、自杀等自身原因导致的就医，医疗费用不予报销，您认为是否合理？

丁锦希：

地方在制定自身医保法规时，应当重点关注两个问题：一是注重与上位法的衔接性，不能与上位法有冲突，例如在国家医疗保障待遇清单中的报销范围，地方不能规避，国家明确规定不能报销的，地方也不得报销；二是给予地方一定自主立法权，在上位法规定的政策框架内，地方可根据本地医保基金能力，对某些伤害情况给予一定报销。

那么基于该两点，对于国家层面规定不予支付的意外事故，地方不支付是合理的，且通过商业健康保险进行报销是一种选择。但对于国家层面规定的可报销的意外事故，如参保人在无责任人情况下发生的，地方不予报销则不合理。

**中国医疗保险：对于医保的法制化进程，您还有什么意见和建议？**

丁锦希：

为加快医疗保险制度覆盖全民和多层次医疗保障体系建设，在立法进程中可从以下三点进行优化：

第一，注意前瞻性。医保改革推进迅速，而法律施行时间通常较长，《医疗保障法》须具备前瞻性，在满足当前规范医疗保障领域需要的同时，又能符合医保领域的未来发展趋势，给予未来改革一定引领与发展空间。

第二，提高协同性。为尽快完善医保法治化体系，全方位规范医保领域行为，上位法在制定时应考虑下位法起草进程，在内容上具有一定包容性，赋予下位法一定自主权；而下位法应基于上位法纲领性原则，尽快开展起草工作，并做好与同位法、上下法之间的衔接，各法之间要避免内容冲突，确保一致性。

第三，强化风险控制。一是权责风险，如商业健康保险是构成多层次保障的重要组成部分，但医保局仅是商业保险的业务指导部门。要处理好银监会、保监会和医保部门之间，就商业健康保险管理的权责划分问题；二是舆情风险，在保证基金可持续的前提下，须充分保障医疗服务质量，提高公众健康福祉；三是环境风险，要注重基金监管风险和基金共济再分配问题，逐步提高统筹层级，减弱地区间的不平衡发展，共同推进全国医疗保障事业发展。

[返回目录](#)

## • 中医药动态 •

### 海外本土化：中医药“走出去”有效路径

来源：经济参考报

《经济参考报》记者近日从 2021 全球服务贸易大会“国际旅游与中医药服务贸易发展新趋势研讨会”上采访了解到，在全球共同抗击新冠肺炎疫情的背景下，随着国际合作的不断加强以及世界服务贸易的加速发展，我国中医药国际化有望步入快车道。

业内专家分析认为，未来在国家政策和市场需求的双重支撑下，中医药产业有望加速打开国际化新局面。有专家建议，海外本土化可成为中医药“走出去”有效路径。

### 海外注册与专利已形成竞争力

10月13日，基于对全球177家企业19470条数据进行分析，上海中医药大学中医药国际化发展研究中心与商务部国际贸易经济合作研究院国际服务贸易研究所在上述研讨会上发布《“传统医药国际化”全球企业排名》和《中药“走出去”企业指数》两份报告，从多个维度分析了我国中医药企业海外发展的现状。数据显示，海外资产前30的中医药企业中，中国内地企业20家，占据优势地位。

报告显示，除了资产优势外，中国产品海外注册与海外专利也已具备一定竞争力。其中，在“产品海外注册数”排名前30名里，共有17家中国内地企业，占比约为57%；在“海外专利数”排名前30名里有14家中国内地企业，占比约为47%。

对此，有分析认为，这些数据反映出，我国中医药国际化程度日益提高，在全球共同抗击新冠肺炎疫情的背景下，随着国际合作的不断加强以及世界服务贸易的加速发展，我国中医药国际化有望步入快车道。

中国中医药信息学会中医药智库分会常务理事郑培永提出，在共建“一带一路”大背景下，中医药成为国家层面交流合作的重要领域，其国际化进程中取得了一系列重要成果。目前，中医药已经传播到

183 个国家和地区，与外国政府、地区组织签订了 86 个专门的中医药合作协议，其中绝大多数分布在“一带一路”沿线国家。

中医药的国际化，还离不开专业服务的配合。商务部副部长王炳南在 2021 年中国国际服务贸易交易会上提出，中医药在抗击疫情中的出色表现得到了国际社会的广泛关注和积极评价。同时，数字化赋能线上诊疗等新业态新模式，为中医药服务贸易注入了新的动力，中医药服务贸易发展迎来了窗口期。

### 政策发力补足“走出去”短板

不容忽视的是，中医药企业海外发展依然面临诸多短板和挑战。上述报告提出，中国中医药企业海外收入占总收入比值总体偏低；中国品牌海外热度也偏低，从“品牌海外热度”排名来看，前 30 名里包括 6 家中国内地企业，占比只有约 20%，前列名次几乎均被海外企业占据。

业内人士指出，海外法律法规仍是中医药“走出去”的一大障碍。中国医药保健品进出口商会中药部主任于志斌提出，海外国家传统医药的法规制度各不相同，为我国中医药国际化发展带来了一定的障碍。

中医药“走出去”面临的短板也成为政策的发力点。

今年初，国务院办公厅印发《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》提出，实施中医药开放发展工程。制定“十四五”中医药“一带一路”发展规划。鼓励和支持社会力量采取市场化方式，与有合作

潜力和意愿的国家共同建设一批友好中医医院、中医药产业园。发展“互联网+中医药贸易”，为来华接受中医药服务人员提供签证便利。协调制定国际传统医药标准和监管规则，支持国际传统医药科技合作等。

相关部门也在加快部署。王炳南表示，商务部将继续和国家中医药管理局指导好国家中医药服务出口基地建设，推动中医药服务走向世界。希望各基地切实承担起拓展中医药服务贸易国际市场、探索中医药传承创新发展道路的重要使命。

国家中医药管理局副局长、党组成员黄璐琦表示，中医药服务出口基地要发挥中医药的疗效优势，为国际社会民众提供优质中医药服务，帮助国际社会民众抗击新冠疫情，助力构建人类卫生健康共同体。

王炳南还透露，今年年底前，商务部还将会同国家中医药管理局开展第一批国家中医药服务出口基地扶持工作，同时启动第二批基地的扩围。

与此同时，多地也将国际化作为推动中医药发展的重要着力点。北京近日提出，支持国家中医药服务出口基地和中医药服务贸易机构开拓国际市场，提升中医药国际医疗服务能力。

近日，辽宁也提出，拓展中医药对外贸易和文化传播渠道。创新中医药服务贸易业态、体制和功能，高质量建设2个国家中医药服务出口基地、1个中医药海外中心和3个国际合作基地。

### 业界共谋增强产业竞争力

业内人士提醒，中医药国际化是一项长期复杂的工程，由于受到中西方文化差异的制约，中医药国际化缺乏法律和制度保障，国内标准与国际接轨存在一定难度，需要多方发力，增强产业竞争力。也有专家建议，中医药海外本土化可成为推动中医药“走出去”的有效路径。

中国北京同仁堂(集团)有限责任公司副总经理丁永玲说：“中医药服务贸易发展的新趋势，核心在于中医药将成为服务人类健康的必然选择之一。未来，中医药需要在更多维度——如突发公共卫生事件、标准规则体系、传播舆论体系中掌握话语权。特别是在后疫情时代，中医药服务贸易的行稳致远，需要以深沉的文化自信、道路自信冲破困局，展示出中医药理论和实践的双重优势。”

天士力集团国际事业群总经理戴标提出，中医药国际化需要获得国外主流医学(西医)的参与认可。因此，搭建沟通合作平台，让中西医之间实现互补、互鉴、互通十分重要。

以岭药业国际贸易中心总经理孙学非表示，中医药国际化最大的问题在于，如何讲解清楚中医药的内涵以及明确真正的竞争对手。国内相关企业要有合作共赢的思路，互相借鉴，并且资源共享。

在应对海外法律法规带来的发展障碍上，于志斌建议，企业可以通过海外投资，产业落地，采取与当地传统医药融合发展等方式，实现中医药海外本土化。

此外，于志斌还呼吁，中药产品“走出去”，应重点创新海外销

售渠道。“中药海外发展，不仅限于药品销售渠道，应根据目标市场及产品自身特性，灵活确定产品的应用范围，包括传统植物药、保健食品、膳食补充剂等类别，先行占领市场，进而向高端严格的植物药市场靠近。”他说。

[返回目录](#)

## 湖南七部门联合发文：实施中医药“文化弘扬”工程）力争 2025 年 公民中医药健康文化素养水平达到 28%

来源：湖南日报

近日，省卫生健康委、省中医药管理局、省委宣传部、省教育厅、省科技厅、省文化和旅游厅、省科协联合印发《湖南省中医药“文化弘扬”工程实施方案(2021—2025 年)》。

《方案》明确，到 2025 年，我省将创建 2—3 个国家级中医药文化宣传教育基地，建设 1—2 个国家级中医药文化体验场馆，开展 60—70 次中医中药系列宣讲活动，举办 3—5 次湖南省中医药健康科普大赛，公民中医药健康文化素养水平力争达到 28%。湖湘中医药文化弘扬机制初步建立，基础进一步夯实，“信中医、用中医、爱中医”氛围进一步浓郁。中医药文化源流更加清晰、内涵更加丰富、成果更加丰硕，中医药对湖湘文化传承发展的贡献度明显提高。中医药文化供给和群众性活动更加多样，中医药文化产业对全省文化产业贡献度进一步提高。

打造长沙马王堆等一批湖湘中医药文化地标

《方案》提出，丰富中医药文化内涵。梳理中医药文化资源，系统梳理湖湘中医药发展源流与脉络，充分利用可移动及不可移动文物普查结果，厘清湖湘中医药文化资源现状，推出一批具有湖湘中医药特色和浓厚底蕴的中医药典故和名家故事。深化中医药文化研究，力争有 3—5 项中医药传统文化和诊疗方法入选国家级非物质文化遗产名录，形成 10—15 个具有湖湘特色的中医药文化研究成果。推广中医药文化标识，打造长沙马王堆、株洲炎帝陵、长沙仲景祠、娄底药王殿、郴州橘井泉、湘西老司城等一批湖湘中医药文化地标并加以推广。

### 中医药文化建设纳入中医医院等级评审

《方案》要求，推进中医药文化传播。加强中医医院中医药文化建设，研究制定中医医院中医药文化建设指南，推广统一的中医药文化建设标准，引导全省中医医院在培育医院价值观念体系、完善医院行为规范体系、优化医院环境形象体系等工作中充分体现中医药文化，并将其纳入中医医院等级评审具体内容。

构建中医药文化传播平台。创建 2—3 个国家级中医药文化宣传教育基地、1—2 个国家级中医药文化体验场馆。建设 70—80 个省级中医药文化宣传教育基地，探索建立 1—5 个中医药文化网络传播平台，在社区卫生服务中心、乡镇卫生院的中医馆和村卫生室的中医阁建设 70—100 个中医药健康文化知识角。

举办中医药文化传播科普活动。举办 60—70 场中医药文化科普

巡讲、展览展示、健康咨询等活动；遴选 50—60 所中小学校开展中医药文化进校园活动，推动中医药文化贯穿国民教育始终；举办 3—5 期湖南省中医药健康科普知识大赛，帮助群众更便捷地接触到规范的中医药养生保健知识。

### 实施海外中医药文化传播行动

《方案》提出，推动中医药文化产业发展。活跃中医药题材文艺创作，以中医药名医名家、古籍精华、传统技艺、非遗项目等经典元素为内容载体，组织编写 3—5 种针对不同受众的中医药文化读物，创作 10—15 个中医药文化和湖湘文化相融合的科普作品，推动中医药文化与传统文化创作主动结合，与广播影视、新闻出版、动漫游戏等有效融合。

引导中医药文化服务消费。将中医药文化建设融入创建国家中医药健康旅游示范区、推进中医药特色小镇建设、打造中医药精品旅游线路、建设中医药特色的省级森林康养基地等工作中统筹考虑。

拓展中医药文化对外贸易。实施海外中医药文化传播行动，积极拓展传播渠道，利用中医药海外中心、孔子学院和海外中国文化中心等平台，在 6—8 个国家开展形式多样的中医药文化传播活动。

### 建立“名中医讲科普”工作机制

《方案》指出，完善中医药文化传播机制。构建中医药文化传播人才培养机制，在全省中医药系统遴选一批政治素质好、业务水平高、表达能力强、热爱中医药传统文化的人员，构建中医药文化传播人才

库。培养 50—100 名中医药文化科普巡讲专家和 150—200 名基层中医药文化传播骨干人才，构建能力突出、结构合理、梯次分明的中医药文化传播人才体系。

构建中医药文化科普宣传活动机制。结合实际构建周密齐全、科学合理的中医药文化科普宣传活动机制，引导各级各类中医医院、企业、院校、研究机构、社会组织积极开展中医药文化传播工作，建立“名中医讲科普”工作机制，开展国家、省、市级名中医等专家学者参与的中医药文化科普宣传活动。

构建中医药健康文化素养监测机制。持续开展中医药健康文化素养调查，按照国家中医药局的统一部署，组织各市县区开展公民中医药健康文化素养监测，及时掌握全省乡村、社区家庭中医药健康文化知识普及情况基础信息和全省素养水平，切实为全省中医药健康文化的传播推广提供数据支撑。

[返回目录](#)

## • DRG 管理 •

**推进 DRG 是一项管理体制的改革，一文带你了解 DRG 实施全步骤**

来源：金豆数据

开展 DRG 只是为了控费吗？你们地区有条件开展 DRG 吗？如果要开展 DRG，不同角色需要做哪些准备工作呢？做 DRG 又可以分为哪些步骤进行呢？今天，小编就用通俗易懂的语言带大家了解 DRG 建设全过

程。

DRG 是一种病例组合分类方案，根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将患者分入若干诊断组进行管理的体系。医保局依据患者所患病种、病情的严重程度、住院时间等因素将参保病患归入相应病组，医保所支付给医院的费用随即确定。

我们有幸能够聆听到国内顶尖学者和一把手领导的心得与体会。我们概括出了三点重要的感悟：

第一，DRG 不仅仅是控费工具。DRG 本质上是医疗管理工具，根本目的是达到医-保-患三方平衡。为了持续发展，必须做到“质”和“价”双控。医保局的成立改变了我国历史上医疗体系多头管理的局面，医保局利用支付权这个经济杠杆，以 DRG 为管理抓手，首次将管理的触角深入到了医疗行为本身。这就需要建立一套以 DRG 分组为核心，医疗质量监管平台、医保智能审核强强联手的解决方案。

第二，推行 DRG 不是一蹴而就的。它是一个动态调整与监测的过程。《关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》就要求，各试点城市及所在省份按照“顶层设计、模拟测试、实际付费”三步走的思路，确保完成各阶段的工作任务，确保 2020 年模拟运行，2021 年启动实际付费。随着地区对 DRG 了解的加深和有效医疗数据的积累，信息系统服务商不仅需要通过出具关键数据的分析报告供管理者决策使用，还需要服务商将管理者的管理思想无缝转变内

化为系统或数据分析服务，不断对产品更新换代以服务管理者的需要。金豆公司既能够在短时间内部署，更能够持续服务。

第三、推进 DRG 是一项管理体制的改革。DRG 的改革是一项涉及多个部门的综合改革工程。DRG 建设也不仅仅是购置一套分组器这么简单，更需要有专业服务能力强的公司去长期建设和维护。

DRG 建设由多个步骤组成(如下图所示)，医保局需要多种的服务，包括咨询服务、面向多种角色的培训服务、基础工具的维护服务等等，单纯的信息化公司是无法支撑完成的。



接下来,我们顺着 DRG 建设的步骤来具体说说 DRG 到底要几步走。

### 1 采集分组所需要的数据

DRG 分组的数据来源是住院病案首页，需要使用到的字段包括主要诊断、次要诊断、主要操作、次要操作、年龄、住院天数等。医保局既要采集历史三年的数据，也要采集实时上传的病案首页数据。

历史三年的数据：进行 DRG 组细分组、权重、费率等测算工作的

基础数据库。

实时上传的病案首页数据：DRG 实际运行后，医疗机构需要在一定时间内（一般是 7 天内）上传病案首页信息并进行实时分组，便于医保局的月度结算工作的开展。

在这个过程中，存在两个重点和难点。

一是编码统一化。不同地区、不同医院、甚至是同一个医院都存在多种编码的情况，这对实现 DRG 分组的数据统一造成了极大的困难。

二是数据质控。在实行 DRG 之前，病案首页不与医院的“钱袋子”挂钩，医院对首页质量重要性认识不足、重视不够，导致我国各级医院的病案首页填报质量完整性、规范性和标准性都亟待提高。

想要知道金豆怎样帮助医保局和医疗机构攻克这两个难关吗？一定不要错过我们后续的内容哦。

## 2 进行分组、权重和费率的测算

这个环节术语繁多、门槛较高。但是没有关系，豆博士把 DRG 拆开了、揉碎了，再讲给你听。

根据《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》，CHS-DRG 按照“DRG 分组采用病例组合 (Case-mix) 思想，疾病类型不同，应该通过诊断区分开；同类病例但治疗方式不同，亦应通过操作区分开；同类病例同类治疗方式，但病例个体特征不同，还应该通过年龄、并发症与合并症、出生体重等因素区分开，最终形成 DRG 组。”也就是咱们经

常说到的分了三层，第一层是基于 26 个疾病诊断大类(MDC)分组，第二层基于治疗方式不同分为 376 个基本组(ADRG)，第三层国家规范仍未统一，需要各地根据当地实际情况进行细分组(一般可细分 600-1000 组不等)。(如下图所示)

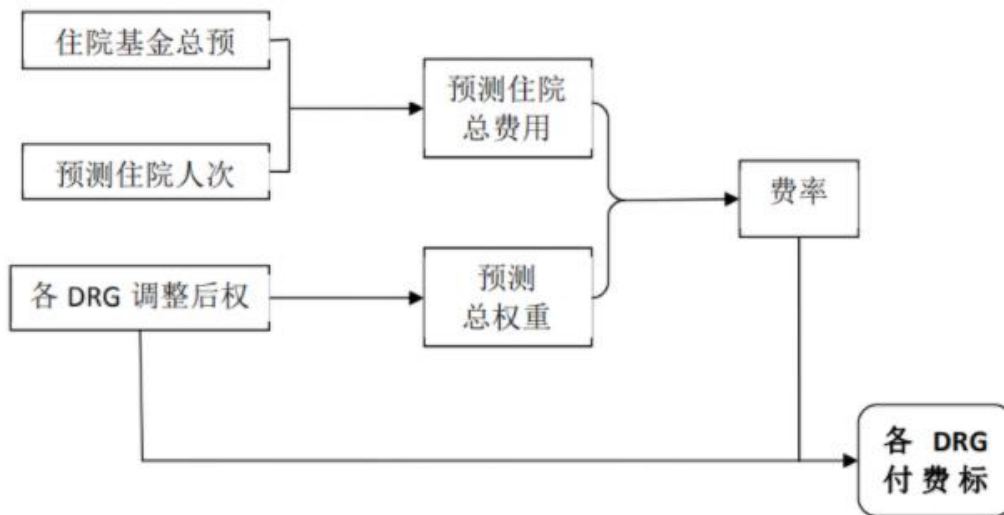


用拿到的历史数据分完组后，要进行分组效能的评价，也就是验证分组是否科学，组内差异是否足够小，一般通过入组率、变异系数等指标进行评价，评价结果将直接用于对细分组的修正。

分组结束后，就要计算每个 DRG 组的相对权重。它是对每一个 DRG 组依据其资源消耗程度所给予的权值，反映该 DRG 组的资源消耗相对于其它疾病的程度，例如某阑尾炎细分组权重可能为 1.2，某冠心病细分组权重则为 3.8。当然，计算各 DRG 组权重也不能完全按照历史医疗费用来计算，还要考虑去除特殊数据点、剔除不合理费用、采用作业成本法校正等方法，对初步权重结果进行调整。

此外，在调整权重时，还要考虑医保政策导向，例如提高医保当前重点保障的重大疾病和急危重症的权重，同时相对降低技术难度较低疾病的权重，以体现基本医保重点保障、合理分流等政策目标。

每个 DRG 组的权重调整完毕后，就要进行该区域费率的计算了(可以简单理解为每个权重的单价)。它是通过年度医保基金推算出医保病人年度住院总费用，再根据历史数据测算各类试点医院预计 DRG 出院病人数和总权重，再以总权重为系数将年度病人总费用分配到每一权重上，即计算出各类医院的费率。



那么每个 DRG 组的定额就是该组权重与费率的乘积。

### 3 如何与医疗机构进行结算并监管考核是 DRG 中的重要一环

由于目前 DRG 只用于 DRG 付费，即医保基金与医疗机构的结算，DRG 组定额包含了包括目录外费用、起付线等在内的医疗总费用，因此要通过结算细则去规定医保机构如何与医疗机构进行结算，对于特殊病例也需要另行规定结算方法。

一份病例要支付的费用需要由病案首页中的诊断和操作去决定，这就要求医疗机构及时并真实地完成病案首页的填写并上传，这对时效性和支付的准确性上有较高要求，因而医保机构也需要制定相应的病案考核办法来规范医疗机构的病案填写行为。

在 DRG 付费方式下，可能存在医疗机构选择轻病人住院、推诿重病人、升级诊断和服务不足等现象，这就需要医保机构制定配套的监管考核办法或者审核系统去规范 DRG 下存在的医疗违规行为的发生。通过组织管理和制度建设、病案质量、医疗服务能力、医疗行为、医疗质量、资源使用效率、费用控制等方面综合监管医疗机构。此外，还要进行阶段性改革效果的评估工作，以优化 DRG 建设实施成果。

[返回目录](#)

### **这篇文章带您了解 DRGs/DIP 支付改革的发展及应对方法**

来源：HC3i 中数新医

DRGs/DIP 各自特点及适合什么类型的医院和地区，两者发展的趋势又是什么？

究竟会给医院带来什么样的影响和变化，现阶段要怎么应对？

怎么做才能最大化利用有限的资源？如何科学确定医院优势病种？

又如何进行病种结构的改变？这些问题是否似曾相识？

这个是医保办的事情，与自己科室无关；

医生积极研究入组规则，为获得较好的绩效；

有些科室认为只要少做检查减少药耗，成本马上能控制降下来.....

这些现象就发生在我们身边。

上述诸多问题，都是当下医院管理者不得不去面对的现实挑战。

### DRGs/DIP 的前生今世

DRGs (Diagnosis Related Groups)，是一种病例组合分类方案，即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将患者分入若干诊断组进行管理的体系。

DIP (Diagnosis-Intervention Packet)，是利用大数据优势所建立的完整管理体系，发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征对病案数据进行客观分类，在一定区域范围内，形成组合的标化定位，在总额预算机制下计算分值点值，并实现标准化支付。

DRGs 最初起源于上世纪 60 年代的美国。现在各国结合本国不同阶段的现实特点，制定了相对应的符合国情的版本。美国 2015 版 MS-DRG 有 753 组；澳大利亚 2017 版 AR-DRG 有 803 组；德国 G-DRG 2015 版有 1152 组；我国 2020 版 CHS-DRG 有 618 组，DIP 1.0 版本有 11553 个核心组，2499 个综合组。

1988 年 8 月，北京市成立医院管理研究所，将 DRGs 作为研究目标。1994 年形成《DRGs 在北京地区医院管理可行性研究论文集》，这是首批 DRG 研究成果。进入 21 世纪，国内的 DRG 研究迎来了大飞跃，在 2008 年产生国内第一个 DRG 分组方案 BJ-DRG，之后经历多年

模拟测试，积累了宝贵经验。2019 年之前，DRG 版本全国有十余个，例如 BJ-DRG、CN-DRG、CR-DRG、C-DRG 等，很难形成全国性的统一实践。CHS-DRG 的发布使得付费标准正式从分散走向统一。但如何解决跨越区域差异、建立完善的管理机制还有一段路要走。2019 年 10 月 16 日，正式公布《DRG 分组与付费技术规范》和《DRG (CHS-DRG) 分组方案》，标志着国家试点顶层设计的完成；2020 年模拟运行；2021 年启动实际收费，迈入收官之年。

早在 2002 年牡丹江市就开始试行点数法付费改革，广州市从 2018 年起经过探索实践，形成了适合本地实际又可复制借鉴的 DIP 支付方式。2020 年 10 月 14 日，国家医保局印发《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》，启动 DIP 试点；接着全国 71 个试点城市、DIP 技术规范 and 病种目录库(1.0 版)、DIP 专家、经办管理规程等相继出世，试点工作稳步推进。

### 现状及难点，相处不易

2020 年 11 月举行的“DRG 付费国家试点城市支付改革论坛”上，评估结果显示试点城市还是存在有数据质量达不到要求、编码版本不统一、医保结算清单未全面使用、信息系统对接与招标等存在问题、医保部门人员专业能力与精力不能满足试点工作等共性问题。

#### 一、DRGs/DIP 之间如何相处？

DRGs 和 DIP 作为深化支付方式改革的重要工具，是推动公立医院改革和实现高质量发展的重要抓手。DRGs 对临床路径作了设定，

但如果有了新技术，可能需要等市场充分验证、积累两三年病例数据，才能进入 DRGs 分组，这在一定程度上对促进医疗水平的快速发展可能有一定影响。治疗疾病的新技术不断出现，医疗在不断发展进步，DIP 就具有包容性。某种意义上讲，DIP 是向现实妥协的结果，同时又是更符合实际的选择。但使用 DIP，分组原理是一病一操作，分组非常细，而且从临床思路出发，医生很清楚收费高低，就可能有意识去用高收费的病种。但不论是 DRGs 还是 DIP，临床都可能存在高靠分值的行为。DIP 与 DRGs 是互补关系，DIP 应该借助 DRGs 的临床路径优势，防止医生把简单问题复杂化。所以充分利用 DRGs 的路径优势，结合 DIP 包容性的特点来进行精细化管理，更符合医学的复杂性特点及其内在发展规律。

## 二、DRGs 与医院如何相处？

DRGs 付费运行初期，在这种打包付费方式下医院运营目标应该发生很大变化，医院要怎么生存发展呢？

1、支付改革会带来一些非预期的行为，如：医院挑选病人；成本压缩导致医疗服务不足；分解住院、费用转移门诊；过度诊断；低码高编等。此部分病例是医保基金监管的重点，需重点审查。医保制定了规则来认定标准、程序和具体结算办法。

2、如果来的患者①病情复杂并且严重；②住院期间做治疗发生并发症；③人为错误等原因，造成患者治疗费用极高的病例（入组且住院总费用高于 DRG 支付标准规定倍数的）。第一种情况为了保证急重症

病人得到及时有效地治疗，鼓励医院收治危重患者，医保允许申述，此类患者按项目付费方式进行结算。但要控制比例和金额。如果入院病情为(在住院期间新发生的，入院时无此诊断)，并且是可以避免的，不能进行补偿。如果有人为故意骗保更是不能允许。

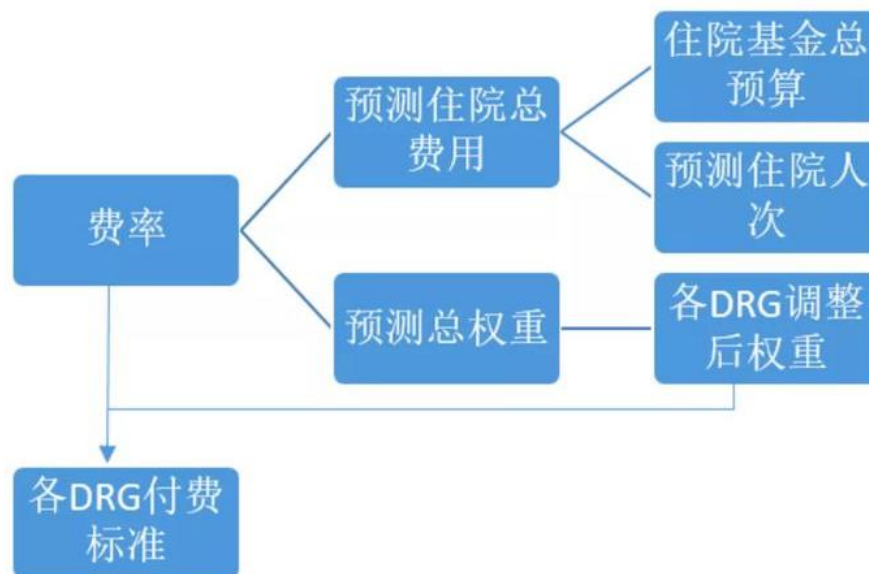
3、如果来的患者①病情很轻；②未完成整个疗程治疗；③入错组、人为造成等，导致的费用极低的病例。这类病历会是重点检查病历，要么需要修改，要么按项目付费，发现高套是不允许的。为保证医保基金的使用效率，费用极低病例按项目付费方式结算。这样来医院是亏的。

4、如果医院①减少一些必要的费用而出现大量盈利；②因为耗材、药品集采和降价等政策引起的；③更换了治疗方式引起的等产生大量盈利，看似这一年医院是赚了，但每组的标准是按平均值计算的，如果大部分医院都盈利多，第二年标准有下调的可能，医院盈利空间将逐步缩小。

正常运行以后，DRG 费用和付费标准需要在下一年度开始前进行常规调整，根据下面的测算方法，利用前 3 年 DRG 分组器中的实际出院结算数据和当年可用住院统筹基金的数量进行测算。调整方式是依据当地所有医疗机构该病组的平均价格，如果普遍都上涨了在全市医疗平均住院费用不变的情况下明年该病组的权重会上升，反之则下调。

5、医保支付改革促进了分级诊疗。以上海情况举例，DIP 试点

规定,三甲医院的 CMI 值有一个标准值,医院如果简单病种收得多,低于标准值则会被处罚,医保局会约谈院长,因为这些病种本该更多流向下级医院。高于该值的医院可以拿到奖励。



因此支付制度改革是为把资源合理分配出去,而不是越省越好,是一个真正的建立机制引导资源向优势的服务去集中的过程。科室负责人和临床医生主要需要考虑的事情,就是提升收治高难度患者能力和服务水平。支付改革目标是合理有效的利用好医保资金,是实现医-保-患三方共赢。

### 解决办法, 相互磨合

DRGs 和 DIP 改革考验了公立医院的各方面能力, 加大压力的同时也带来挑战。为应对以上的转变, 医疗机构可以从薪酬, 质量, 运营等方面加强管理。

#### 一、薪酬制度改革:

理想的薪酬制度改革应该在补偿和支付制度变革时随之启动。支付方式的变化意味着医院重新设置运营目标，医生激励方式要发生变革，只有两者一同变化，才能促进医疗行为向预期的方向和目标转变。

目前医院绩效方案模式主要有以下三种：①收支结余(或成本核算)，此种绩效激励模式主要体现多收多得，医疗费用会提升。②项目点数点值(RBRVS)，医护对公平的满意度得到提升，主要体现的还是多做项目多得。③工作量效能积分，业务量积分+医疗项目技术难度积分+DRG病种风险程度积分+成本控制积分，采取积分制，兼顾了多维度。

因此，建议在设计公立医院薪酬制度之前，应该先做好定岗定编工作，根据战略发展和标准工作负荷来合理地配置医生资源。在符合国家医疗薪酬制度改革的前提下，结合地区医生平均薪酬水平，依照医院年度人力成本预算和编制数，确定不同专科不同岗位医生的总薪资，同时依照医院实际情况，确定固定薪以及变动薪的比例，以医疗服务质量、效率(医疗价值导向)、成本(可以考虑以病种患者人均总费用来进行考核)等指标为考核维度，设计医生变动薪绩效考核办法。在取得医生理解的基础上达成充分共识，同时也是医生对医院发展和提升患者满意度达成共识的过程。

## 二、医疗质量管理：

DRGs/DIP 给临床科室带来很大的影响，分组的每一步是对临床循证的有效检验，两者支付的主要依据都有主要诊断和手术操作。

1、数据质量管理：医院良好的数据质量是 DRGs/DIP 实施的保障。其中病案首页的编码质量直接影响分组、付费标准测算和国考结果，也能反映医疗机构诊疗规范情况，因此，需对编码质量持续改进，例如主要诊断、其他诊断和手术操作的名称及编码需填写规范完整；入院病情填写准确；首页诊断、出院诊断和确定诊断(包括补充诊断)的一致性。使医务处、病案室、医保办、临床科室等相关部门人员共同参与，全方位、全过程进行住院病案首页的质量管理。

2、国考绩效指标和 DRGs/DIP 指标的管理。是根据国考的绩效指标，例如：三四级手术比例、疑难危重病例占比、低风险死亡率，CMI 值、RW 值等建立符合科室病种特征的分类考核机制，是医疗质量管理的重要依据和方向。

3、建立和优化的临床路径。可参考 2020 印发的《有关病种临床路径(2019 年版)》，结合科室、医生和患者的情况制定符合自己医院的标准化路径。临床路径作为医疗质量的管理工具，可以给支付改革的成功推广提供重要保障。

### 三、精细化运营管理：

支付改革是一项系统工程，它使得医院管理方式从结果管理变为了过程管理。在粗放式管理向精细化管理过渡的过程中，对管理人员的知识和能力提出更高要求。DRGs/DIP 的实施促使医疗机构从传统经验型向科学管理，从外延规模扩张到成本内涵式发展。

1、分析科室病种结构，确定优势病种，优化改进方向。引导资

源合理倾斜，促进本院重点学科发展，制定差异化建设方案。从依靠工作量的增加，导向研究病种结构转型。

2、医院运营管理的三驾马车(成本核算、预算管理、奖金分配)，原来管理相对来讲比较分散，现在让它们融合创新联动起来尤为重要。

3、加大成本控制力度，采取有效措施，降低成本。测算病种成本，不论是科室运营分析、预算还是薪酬制度都可以此为基础。主要病种的质量可代表医院质量水平。

4、需要医保、医疗、病案、绩效、信息、财务等多部门协作，各司其责，建立有效的沟通机制。特别医保办要严格监管不合理诊断带来实现盈利的行为。

后续按照试点工作要求，在前期模拟运行基础上，将开展全病组实际付费。加强日常监管，不断循环改进。不论是推行 DRGs 还是 DIP，都是围绕着提高医疗服务质量和效率，促进公立医院高质量发展为目标。

[返回目录](#)

## • 县域先锋 •

### 宁津县中医院：五维体系构建千年古县中医瑰宝

来源：宁津县中医院

战国时期建县的宁津县位于山东省西北部冀鲁交界处，与河北省

的吴桥、东光、南皮三县隔河相望。

区划面积 833 平方公里，人口 48 万，已有 2270 年历史的宁津县也收获了“中国五金机械产业城”“中国实木家具之乡”“中国桌椅之乡”“中国民间艺术杂技之乡”和“中华蟋蟀第一县”等美誉。

在这座千年古县的大地上曾有一座清朝百年名医馆“泰和堂”。因拥有深厚中医底蕴的宁津县中医院，近年来在在关注技术优势的同时，不断提升服务理念，从历史文化、价值文化、团队文化、人本文化、榜样文化等五方面，多维度打造医院文化。

2020 年 12 月 24 日，宁津县中医院分别荣获“山东省中医药文化宣传教育基地”和“山东省中医药文化建设示范单位”。

## 外化与形

### 借力“互联网+”打造高效智慧服务

1978 年建院的宁津县中医院，占地面积 110 亩，建筑面积 3.1 万平米，拥有开放床位 420 张。年门诊量近 15 万人次，年收治住院病人 1 万人次。

建院 43 年来，宁津县中医院的历任领导非常重视中医药文化建设。在宁津县中医院党总支书记、院长李志刚看来，中医文化对医院品牌塑造和医院持续发展的影响好像无声细雨，润物无声但却水滴石穿。

李志刚指着医院的院徽向记者介绍道，院徽图案外围的同心圆环表示医院上下同心协力、同舟共济；中心的针灸针体现医院的中医特

色;药葫芦象征着医院悬壶济世的精神……

## 01 “智慧医护到家”，服务范围覆盖全县

李志刚认为，无论时代如何变化，患者就医始终是刚需，医院的人文建设好不好，一定是患者说了算，便捷流畅的就医体验，就显得尤为重要。

今年以来，宁津县中医院坚持问题导向，积极探索“互联网+”在医疗健康领域的细分场景，在全市率先推出“智慧医护到家”“智慧中医药房”、开展县级“互联网+门诊慢病”建设试点，优质高效供给全链条智慧医疗服务，全力破解群众“看病难”“流程繁”。



医院依托“医道365”微信公众号，开通“医护到家”服务平台，为患者提供基础护理、母婴护理、专科护理、检验服务、中医项目、康复项目等6大类70项“线上预约、线下上门”延续服务。

“我们通过平台汇集数据、反馈信息，根据群众点单服务项目数据、医护人员服务数据以及患者年龄等，进行精准分析，并对平台进行完善。”李志刚举例道，比如，坚持每月通报订单完成及用户满意

度评价情况，并纳入对医护人员的绩效考核管理。

截至目前，医护人员总行程达 1.4 万余公里，服务范围覆盖全县，已成功服务 1200 单，实现服务零投诉、零纠纷，系统好评率和电话随访满意度均为 100%。

## 02 “智慧中药房”，缩短诊疗流程，质量可追溯

熟悉中医药就诊流程的患者都知道，中医门诊传统服务模式面临着“等药难”“煎药难”“品质保障难”三难问题，为此，宁津县中医院创新推出“智慧中医药房”系统，汤剂品质煎服效率大幅提升。

记者注意到，宁津县中医院的“智慧中医药房”兼有中西药加工和配送功能，规范设置中药房、中药库、煎药室等三个工作区，配有煎药机、膏方机、恒温冷藏库等设备 32 台(套)，医生像工人一样“流水线”作业……

“我们依托‘泰和堂’中医药房，导入‘智慧中医药房’平台，通过互联网与医院门诊系统对接。”李志刚举例道，对于医联体内开展合作的基层医疗机构，既可以通过远程系统，由县中医院为群众开展线上诊疗服务，出具电子处方，又可以独自开具处方上传后由县中医院专家审核把关。

“电子处方开出后，随即生成唯一条形码，可实现全过程实时记录、随时追溯。”李志刚强调，由专业药师完成调剂、煎煮分包，然后交快递送货上门，为患者省去排队缴费、排队拿药和煎药三个环节，实现中医药一日内送达，让看病取药就像收快递样方便。

目前已引入 486 种中药饮片、近 900 种西药，基本覆盖日常用药品类。平台运行以来，诊疗流程由原来的 120 分钟缩短至 30 分钟，累计服务患者 14523 人次，中医药治疗费 273 万元，分别同比增长 28.3%、31.5%。

### 03 “互联网+门诊慢病”，助力管理精细化

针对慢病患者科学用药管理难题，依托“互联网+门诊慢病建设试点，探索开创了覆盖复诊、取药、结算的慢病管理模式。

与省内企业合作，建设了德州市首家慢病管理服务中心，设立慢病诊室、慢病药房、慢病结算窗口、慢病管理区、医保政策宣教区等功能于一体的慢病专区，通过“线上+线下”院内+院外”数字化慢病管理，为患者提供诊疗、购药、配送“一条龙”服务。

针对老年患者线上支付难题，宁津县中医院坚持从群众需求侧考量，慢病中心设置了现场取药、药店专柜取药、手机平台沟通后快递上门 3 种方式，特别是通过拨打电话即可实现复诊购药、医保统筹账户和个人账户在线实时结算，满足了农村偏远地区患者和老年患者需求。

同时，创新“互联网+医疗+医保+医药”慢病管理模式，推动医保经办机构、定点医疗机构、药品经营企业“三医联动”，患者就诊、开具处方和配药等各环节，在慢病中心全部实现一站式办理。

自 5 月 9 日上线运营以来，累计为慢病患者线上医保支付 1150 人次，结算医疗费用 454828.79 万元。

内化于心

### 用软件铸造医院人文品牌

在努力提升患者就医体验的同时，如何提升干部职工人文素养，是医院人文品牌建设另一只无形的手”，为此，医院经过多方考察学习，决定在全院实行 6S 精益管理。

“无论是临床科室，还是医生值班室、或者是行政后勤，每个部门都呈现了出完全不同的整洁氛围，物品的摆放合规合理。”在李志刚看来，对于患者来说，直观的感受就是清爽的就医环境、清晰的标识、有序的流程以及精神抖擞的面貌，对于医护人员来说，直接的受益就是工作的效率比以前有了质的飞跃。

膏方是中医传统的冬补法，历史悠久，在《黄帝内经》中就有关于它的记载。宁津县中医院自 2011 年起，已连续十年成功举办中医膏方文化节。

“去年 11 月 12 日，我们的第十届膏方节如期举行，与往年不同的是，借助‘膏方节’平台突出‘中医药文化’特色，弘扬‘治未病’养生理念。”李志刚说，医院特别邀请了第三届国医大师山西中医药大学王世民先生参加开幕式，并举行了一场隆重的拜师仪式，我们医院司书凯、薛立宏两位中医师，正式拜王世民为老师。

为了让医院职工、就诊患者和社会大众有更多渠道了解、学习中草药知识，宁津县中医院建设了中医本草文化园，采用栽种的方式，共栽培近百种中草药植物。自 2020 年 5 月创建以来，该园已接待省

市级领导、中小學生及中醫同道等社會各界人士參觀共計 100 餘人次。

與此同時，醫院還舉辦“5.12 護士節”健步行、七一”表彰會、“中國醫師節”五禽戲、八段錦演出，春節慰問困難職工等一系列活動，提升醫院全體幹部職工向歸屬感和凝聚力。

## 責任擔當

### 普及生活處處有中醫的理念

2020 年，一場新冠肺炎疫情，讓老百姓意識到增強免疫力的重要性，中醫文化的博大精深更是引起了世人們的關注。寧津縣中醫院全體幹部職工更是迎難而上，主動作為。

13 天建成全市中醫系統第一個標準化發熱門診；

“發熱和高危入境人群轉運組”行程 14 萬多公里，實施安全轉運 1310 人次，成為全市“第一拆彈先鋒”；

率先使用中藥預防制劑參與疫情防治，為一線醫務人員、高速路口執勤干警、密切接觸人群免費發放 4205 劑中藥湯劑，煎制中藥飲片 2.18 萬余劑。

2020 年 2 月 9 日，新冠肺炎疫情暴發後，內一科主任韓麗隨山東第八批醫療隊正式出征武漢，醫院及時組織歡送儀式，並在當天趕制視頻+圖文的新媒體產品，在全縣廣大群眾中產生轟動效應，潤物細無聲地將醫院人文品牌深入千家萬戶。

“魯渝協作扶貧秀山是山東省委、省政府為貫徹落實黨中央打好

脱贫攻坚战，做好东西扶贫协作的重要举措。2021年5月9日，内一科副主任郝书锋医生前往重庆市秀山县石耶镇中心卫生院进行为期6个月的扶贫协作“组团式”支医工作；6月14日，康复科医生董俊峰又前往重庆市秀山土家族苗族自治县官庄街道社区卫生服务中心进行为期6个月扶贫工作。

“这种省级之间的帮扶写作，展示了全院干部职工创新、创造活力，以人文服务点亮文化品牌，不断打造有温度的人文医院，树立了我们的宁津县医疗队伍的良好形象。”李志刚如是说。

为了让广大群众切实体验到中医药特色技术简、便、验、廉的优势，宁津县中医院线上、线下多措并举，形成宣传合力。

医院坚持每周开展1次以上中医义诊志愿服务活动，并将活动扩大到多村、校园、工厂，使义诊活动常态化。

同时，医院与当地电视台合作，连续12年开办《医道》栏目，每周一期播放关于中医药养生知识及健康科普专题片，与《德州日报》《德州晚报》、《齐鲁晚报》、《学习强国》等多家媒体合作，向大众科普节气养生、饮食养生、疾病防治等内容，帮助群众提高养生保健意识。今年的3月31日，宁津县中医院还面向社会中医养生爱好者进行健康养生培训，为他们免费培训中医刮痧、拔罐、艾灸、五行及十二经络养生常识，能够运用中医常用方法解决常见病症。

“今天的宁津县中医院，人文品牌建设已初规模，全院上下也充满了与患者和谐相处的人文味道。”李志刚表示，下一步医院要不断

加大中医中药人才的培养力度，加强中医领域的学术交流，传承和助力中医文化的不断前行。

[返回目录](#)

## 生存与发展考验，看县级医院高质量发展如何“以变迎变”

来源：健康县域传媒

日前，由中国医药卫生文化协会指导，健康界、《健康县域传媒》主办，改善医疗服务暨全国县级医院高质量发展联盟学术支持、飞利浦中国赞助支持的“2021 全国提升县级医院服务能力促进医共体建设高质量发展经验交流会”在山西太原举行。

河南、河北县级医院书记/院长以及山西省 11 个地市的县域医疗集团主要负责人齐聚一堂，以医共体建设、提升县域医院服务能力为主题，以示范医院为导向，交流分享。

### 创新技术助力医疗服务能力提升

山西省作为国家医疗体制改革的核心重镇，尤其是在县域医疗一体化改革方面，为全国县域基层改革积累了优秀的宝贵经验。

山西省卫健委体改处处长原效国在会议开场中指出，山西省县域医疗卫生一体化改革与国家推行的县域综合医改是一脉相承的。今年在国家卫健委指导下，山西省开展“县域医疗卫生一体化改革提质增效年”活动，重点从强化政府投入、强化创新突破、强化体质增效三个方面进一步巩固成效，实实在在的提升百姓医改获得感。

飞利浦大中华区北区高级销售总监刘允南也做了精彩致辞，作为

一家拥有 130 年历史且始终立于时代潮头的老牌企业，下一步将凭借丰富的临床经验、深刻的用户洞察和先进的数字化、AI 等技术，不断推出整合的创新解决方案，深入融入到新医改中。

### 以医共体为抓手，构建新型县域卫生服务体系

国家卫生健康委卫生发展研究中心卫生服务体系研究部副主任苗艳青在主题分享环节，针对如何推动数字医共体建设，她表示，信息化、数字化是医共体建设的重要支撑手段，而难以解决业务和组织管理问题的一切问题，必须加强顶层设计，注重整体发展，而顶层设计的标准一定是基于开展县域内人群流行病学研究，以实际需求为导向的。同时，建立数字医共体标准体系，完善法律法规，开展医共体内数字技术应用评估，完善资金、人才和技术的持续投入机制；加强网络安全防护体系建设，保障数据和网络安全、以及个人隐私。

山西省作为全国首部关于“紧密型”县域医共体建设的地方性法规的省份，对于医共体建设省委省政府全力高位推动。山西省卫健委体改处调研员王萍在主题分享环节从三个阶段、五个坚持、立法保障三个方面介绍了山西医共体的做法。谈及经验体会，她总结道，党政领导高位推动是前提，整合医疗卫生资源是核心，医保支付方式改革是关键，一体化信息系统建设是支撑，科学绩效考核评价是保障。

作为山西医共体改革的排头兵，介休市医疗集团坚持整体谋划，创新县、乡、村三级医防融合机制，构建生物—心理—社会现代医疗模式，解决疾“前不防、后不管”问题。据院长樊金荣介绍，介休市

医疗集团通过“过程+结果”的公共卫生考核模式，用“平均寿命”和“慢性病平均死亡年龄”两个指标(平均寿命由 2017 年的 69.92 岁提高到 2019 年的 70.23 岁，慢性病平均死亡年龄由 2017 年的 72.02 岁提高到 2019 年的 72.27 岁)，让所有关心公共卫生服务工作成效的人“一目了然”，让慢性病管理效果有“据”可查。

### 借力政策东风，探路县域医疗中心建设

10 月 14 日，两部门联合发布《公立医院高质量发展促进行动(2021-2025 年)》，针对该文件，国家卫生健康委医政医管局相关负责人带来了相关主题的思考。

医改 12 年来，我们整个服务体系建设发展是非常快的，县级医院的综合实力不断提升背后，给我们带来的难题不是医疗资源不足而是发展不均衡的问题，因此在“十四五”高质量发展的新时期，要实现优质资源扩充，通过建设国家医学中心、国家区域医疗中心、省级区域医疗中心，实施“千县工程”县医院能力建设项目，同时探索探索多学科交叉融合，促使区域专科医疗服务同质化水平显著提升。

国家有高峰、省域有高地、县域有中心，医疗服务新体系的构建对县域医疗机构来说是机遇，也是挑战。河南省作为全国首个提出县域医疗中心建设的省份，积累了一定经验。

滑县人民医院作为河南省率先晋级三级医院的代表，“县级医院的发展一定要以等级评审为抓手，通过创建给医院发展带来的是一个‘脱胎换骨’的过程。”院长李凤奎表示，滑县成立了县委常委、县

政府常务副县长任组长，卫健委、财政局、发改委、人社局、医保局、市场监管局、县人民医院负责人为成员的推进县域医疗中心建设工作领导小组，他透露，在 10 月 12 日河南省县域医疗中心提质升级研讨会上，进一步明确把强化专科能力建设、高质量人才队伍建设、危急重症救治能力建设、医疗服务能力建设、医疗质量建设作为 2022 年县域医疗中心提质升级工作重点。

大会同期举行了“智慧服务助力县域医疗卫生服务提升”圆桌对话，围绕县市级信息化建设、学科软硬件建设等痛点难题，飞利浦图像引导治疗事业部北区销售经理程艺表示，近年来，飞利浦全面助力应对医疗痛点，从设备的硬件生产商，逐步转变成了一个围绕疾病周期解决方案的提供者，结合前沿创新技术和丰富临床经验，聚焦心脑血管、肿瘤、危重症等各大领域，提供整体解决方案。

“未来随着 5G 的发展，动态图像可以实时传输，专家可以远程进行指导，这样基层医生也会更有信心，对于介入领域的发展也会有非常大的推动。”程艺如是说。

[返回目录](#)

## • 地方特色 •

**广东：婚前孕前检查合二为一，“一站式”婚孕健康服务为爱护航**

来源：广东省妇女儿童工作委员会

在中国，每年新增约 100 万出生缺陷儿，出生缺陷发生率约 5.6%。

出生缺陷现已成为世界性严重的公共卫生和社会问题，也逐渐成为婴幼儿死亡的主要原因，给社会和家庭带来极大的经济压力。随着“十三五”以来我国妇幼健康服务取得积极进展，妇幼健康核心指标、服务能力等均有明显进步。

目前，北京、河北、山西等 22 个省份已经在全省范围内推行免费婚检服务，全国婚检率由 2004 年的 2.7%，到现在已经提高到了 62.4%。在国家出台的《全国出生缺陷综合防治方案》中要求，到 2022 年，出生缺陷防治知识知晓率达到 80%，婚前医学检查率达到 65%，孕前优生健康检查率达到 80%，产前筛查率达到 70%。

婚前医学检查、孕前优生检查作为出生缺陷干预的第一道防线，婚前医学检查有助于为即将步入婚姻殿堂的双方了解彼此的生殖健康状况，为今后的和谐家庭生活及孕育健康后代打下基础；而孕前优生健康检查则是婚前医学检查的延续，在保护母婴安全、预防出生缺陷方面起着至关重要的作用。

为预防出生缺陷、提高出生人口素质和妇女儿童健康水平。近日，广东省卫生健康委、省民政厅、省妇女儿童工作委员会办公室联合发布《统筹推进免费婚前孕前保健工作通知》。通知明确，广东将实现免费婚前孕前健康检查全覆盖，以适应信息化时代的服务需要，统筹免费婚前检查和孕前优生健康检查项目，实行“二检合一”进一步方便服务对象，打造“一站式”婚育健康服务，提升群众民生服务体验。

具体内容如下：

## 婚前孕前健康检查“二检合一”，免费检查项目共 22 项

“二检合一”检查项目包括优生健康教育、病史询问、体格检查、实验室检查、病毒筛查、影像检查、地中海贫血和 G-6PD 缺乏症筛查、艾滋病检查等共 22 项，涵盖婚前检查和孕前优生健康检查规定项目内容。

一方或双方为广东省户籍或持有效《广东省居住证》的登记结婚人员，可在预约结婚登记后至怀孕 3 个月内享受一次免费婚前孕前健康检查，符合再生育政策的，按规定每孩次可以继续享受一次免费孕前优生健康检查服务。

## “一站式”婚育健康医学检查场所，提供 5 项婚前孕前“健康礼包”

“一站式”婚育健康医学检查场所由县(市、区)政府协调提供场地，卫生健康部门与民政部门协调信息共享等工作，县级卫生健康部门指定县级妇幼保健院或其他具有婚前医学检查资质的医疗机构负责具体建设、管理，原则上应当设置建档处(信息快速采集处)、男体检室、女体检室、抽血室、叶酸增补剂及避孕药具发放室、宣教咨询室等。

婚育健康医学检查场所为群众提供 5 项婚前孕前便民利民“健康礼包”，包括科学婚育和出生缺陷防治知识宣传、婚前孕前健康检查、婚前孕前风险评估和咨询指导、叶酸增补剂发放、避孕药具发放。

## 婚前孕前保健工作，纳入健康广东建设重要内容

卫生健康部门要及时跟进做好新婚人员的婚前孕前保健服务，安排足够人员在“一站式”婚育健康医学检查场所和婚姻登记处协助提供服务，确保群众安全、快捷获得婚前孕前保健服务。

同时，各地要以婚前孕前保健人群为重点人群，运用广播电视、海报、互联网、微信公众号、健康讲座等宣传手段，使用广东母子健康 e 手册微信小程序、“互联网+妇幼健康”等传播媒介，大力开展婚前孕前保健知识和出生缺陷防治知识宣传教育。

[返回目录](#)

### 天津：“十四五”期间打造一批国家区域医疗中心

来源：今晚报

“十四五”期间，天津市将进一步加强医疗卫生服务体系建设，打造一批国家区域医疗中心，创新医疗服务供给模式，为市民提供更优质高效的医疗服务。

“十三五”期间，天津围绕增加优质资源总量、重点调整三级医院布局结构、整体提升区级机构服务能力、全面强化基层服务功能的思路，提升医疗卫生服务体系。天津医院改扩建、环湖医院新址扩建、朱宪彝纪念医院、儿童医院马场院区等 13 个项目竣工，有 12 个项目投入使用，14 个项目还在建设。

此外，大力推进基层医疗机构标准化建设，全市共布设 267 家社区卫生服务中心和乡镇卫生院，全市各涉农区全面实行镇村卫生服务一体化，15 分钟健康服务圈基本建成。全市基本形成以 5 个医学中

心为龙头，9 个区域医疗中心、9 个专科诊疗中心和远郊外围区属医院为主体，基层医疗机构为基础，较为完备的医疗卫生服务体系。

“十四五”期间，天津将构建整合型医疗服务体系，合理调控总量，优化配置结构，使医疗服务体系更加完善，实现优质资源配置的均等化。通过实施委市共建，打造区域医疗服务高地。期间将推动委市共建 12 个医院，分别建设综合类、呼吸、心血管、神经、肿瘤、妇产、儿童、传染病 8 个专业国家区域医疗中心，努力创建血液病国家医学中心。合理设置市级医学中心和市级区域医疗中心(含综合和专科)，发挥市级医学中心和市级区域医疗中心的引领和辐射作用。

加强优势学科和重点专科建设，推进国家级专项工程项目、国家科技重大项目、临床重点专科、重点实验室等建设。加大对国家医学中心和区域医疗中心以及市级医学中心、市级区域医疗中心建设单位支持力度。整合驻津和天津市区域内高等学校与医院资源，推进资源共享、优势互补。

助力“津滨双城”发展，推动优质资源均衡布局。优化全市医疗卫生资源布局，推动优质医疗资源扩容下沉、均衡布局。开展区域医疗中心建设试点，突出疾病诊疗专业特色。加强中医药服务机构建设。推进市第五中心医院建设市级医学中心。推动天津中医药大学与滨海新区人民政府合作共建滨海新区中医医院。推动高水平医疗机构向滨城倾斜助力，支持合作共建大港医院，推动中心妇产科医院滨海院区建设，推进市肿瘤医院滨海医院(滨海新区肿瘤医院)建设等。推动滨

城相关医疗机构与北京大学附属医院、中国医学科学院血液病医院等国家级优势资源对接，推进临床科研工作，支持开展干细胞临床研究机构及项目备案工作，推进“细胞谷”建设。

全面推动基层医疗机构标准化建设，明确基层医疗机构功能定位。发展社区医院，提升门诊医疗服务能力，有针对性地加强本地区常见病、慢性病、多发病的咨询、诊断和治疗能力。提升急诊急救能力建设，加强门诊和住院能力建设，开展与机构人员资质、技术准入、设施设备相适应的住院、手术等服务。提升中医药和康复服务能力，加强中医科、中药房建设，按照要求开展国医堂建设，突出中医药文化特色；提高检验检查服务能力，合理配置和更新必要的设施设备，开展常规检验检查服务。高质量、高水平提供基本公共卫生服务，提高孕产妇、儿童、老年人、慢性病患者等重点人群健康管理质量。

[返回目录](#)

扫一扫  
关注药城公众号



扫一扫  
关注医药梦网公众号



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