

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2023年第15期

(2023.04.10-2023.04.16)

医保

医疗

医药

## ——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

### · 健康中国 ·

[▶ 国家卫生健康委：持续推动国家医学中心、国家区域医疗中心项目建设](#) (来源：国家卫健委) ——第 8 页

**【提要】**近日，国家卫生健康委召开 2023 年全国卫生健康工作会议。会议提出，要把医疗卫生服务能力建设放在更加突出的位置，促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，这项工作也是党的二十大报告和政府工作报告强调的重点。围绕落实这项重点任务，我们将进一步推进国家医学中心和区域医疗中心建设，引领行业发展；增强农村卫生服务能力，兜住兜牢底线；全面加强基层卫生健康管理，提升服务水平；强化医疗质量管理和专科建设，增加优质服务供给。通过一系列举措，推动医疗服务重心下移、资源下沉，更好满足人民群众看病就医需求。

[▶ 建立中国特色的医疗卫生服务体系 保障人民健康——专访第十四届全国人大代表，中国工程院院士，温州医科大学党委副书记、校长李校堃](#) (来源：《健康中国观察》) ——第 23 页

**【提要】**当下，进一步推动优质医疗资源扩容下沉，持续满足人民群众的医疗健康需求，也是实现健康中国战略的客观需求。如何让“医”“药”优质服务在基层更方便触达，不断增强人民群众获得感、幸福

感、安全感呢?为了回应社会关切,《健康中国观察》记者专访了全国人大代表,中国工程院院士,温州医科大学党委副书记、校长李校堃。

## · 分析解读 ·

▶ [探讨 | DRG/DIP 付费改革下,医疗机构在不同阶段如何发展?](#) (来源:山东省医疗保险事业中心) ——第 29 页

【提要】DRG/DIP 付费改革是医保领域的深层次变革,也将对医疗领域产生深远影响。笔者认为,DRG/DIP 付费改革犹如一场马拉松比赛,医疗机构好比参赛选手,既要在起跑初期抢得先机,尽快适应比赛节奏;又要在漫长的比赛中优化战术,合理分配体能;更要做好整体规划布局,稳步实现赛前既定目标。DRG/DIP 付费下,医疗机构应当顺应形势,明确短期、中期、长期“三期”目标任务,实现高质量协同发展。

▶ [种植牙全面集采后,诊所、企业该如何调整?](#) (来源:第一财经) ——第 33 页

【提要】日前,四川省药械招标采购服务中心公示了《口腔牙冠竞价挂网拟入围结果》,结果显示,此次竞价挂网的产品单牙种植用全瓷牙冠拟入围价格每颗在 100 元至 655 元不等,平均为 327 元。同时,浙江、山东、甘肃等省份陆续发文进行该领域的联动。“通过集采将口腔高值耗材的价格降下来,减轻老百姓医疗负担,这一定是未来的大趋势。”中国非公立医疗机构协会口腔分会执行副会长袁学锋教授

表示，也因此，无论是公立口腔医院，还是民营口腔机构，需要进一步降低预期，不能再追求高客单价，而是要做经营方向和思路上的转变。口腔耗材价格治理，究竟会对相关诊所、企业，以及百姓的口腔医疗服务带来怎样的影响？

### • 医保速递 •

▶ [顶层政策支持，促进医保数据开放共享](#)（来源：未来智库）——第 40 页

【提要】新中国成立后，我国建立了公费医疗、劳保医疗和农村合作医疗。改革开放后，我国计划经济向市场经济转型，相应的医疗保障体系进行改革和完善。1998 年至 2008 年，为解决日益严重的医疗费用增长和医疗卫生浪费，建立医疗保障约束机制。2009 年，中共中央国务院提出了建立多层次医疗保障体系。2020 年，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中明确强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，促进各类医疗保障互补衔接。多层次医疗保障已经突破传统基于医疗费用补充型，向服务补充型和互补型发展。

▶ [发挥商业健康保险作用 助力多层次医疗保障衔接](#)（来源：中国医疗保险研究会）——第 45 页

【提要】如何更好地发挥商业健康保险的作用，有效减轻人民群众的医疗负担，提升人民群众的健康保障水平，已成为各界关注热点。《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《“健康中国 2030”

规划纲要》等纲领性文件均提出要加快发展商业健康保险、丰富商业健康保险产品供给。党的二十大报告也强调，促进多层次医疗保障有序衔接，积极发展商业医疗保险。这些顶层设计都对商业健康保险的下一步发展提出了更明确的目标和更高的要求。

## • 医院管理 •

▶ [大医院强势发展下的支付改革趋势](#)（来源：村夫日记）——第 51 页

【提要】过去十年来，医疗服务的主要提供方从分布在各个层级的金字塔形变为以大医院为主体的漏斗形。随着大医院的服务量越来越大，供给短缺集中在顶部，基层医疗服务的过剩越发明显。在这一市场趋势下，如果继续增加大医院的供给，只会加剧大医院的虹吸，从而引发进一步的短缺。但是，如果要扶植基层医疗体系，在缺乏强制转诊和医生可自由执业的前提下，由于技术能力的薄弱，基层根本无力吸引用户。因此，至少从中期来看，大医院强势发展的趋势不会停止，在这样的现状下，支付方的变革也仍将集中在与大医院的博弈上，整体医疗服务市场的变革也将集中在大医院的变革上。

▶ [高端医院与五星级酒店的融合，中国民营医院能否效仿？](#)（来源：华夏医界网）——第 55 页

【提要】新加坡斐瑞医院是一家以“酒店+医院”的概念打造的三级医疗机构，其经营模式有轻资产运营、专科专长发展和人性化服务创新等特点。本文分析了新加坡斐瑞医院的经营模式对中国民营医院经

营的启示，以及存在哪些挑战和局限性，为中国民营医院的发展提供一些参考和借鉴。

### • 中医药动态 •

▶ [曹启峰：浙江“九大领域”推进中医药综合改革](#)（来源：中国中医药报）——第 60 页

【提要】2022 年 9 月，浙江省政府办公厅印发《浙江省国家中医药综合改革示范区建设方案》。《方案》提出了“九大领域”30 条任务举措。分别是全面提升中医药综合治理能力、全面深化中医药数字化改革、全面优化中医药特色服务布局、全面促进中西医协同发展、全面提高中医药科技创新水平、全面加快中医药人才培养步伐、全面促进中医药高能级产业发展、全面强化中医药文化传承传播、全面探索中医药跨界融合。围绕这些领域，浙江省开启了全面推进中医药综合改革进程。

▶ [黎甲文：广西推动中医药+健康产业创新联动发展](#)（来源：中国中医药报）——第 63 页

【提要】近年来，广西壮族自治区以机构改革为契机，认真贯彻落实国家和自治区的决策部署，充分发挥中医药特色优势、资源优势 and 区位优势，突出创新联动，推动中医药工作高质量发展。具体工作可以总结为以下五个方面：第一，突出高位推动，着力推进中医药事业产业发展；第二，突出能力建设，着力提升中医医疗服务水平；第三，突出基础支撑，着力加强人才培养和科技创新；第四，突出特色优势，

着力构建产业融合发展新格局，聚焦深化改革；第五，突出共建共享，着力深化拓展国际交流合作平台。

## -----本期内容-----

### · 健康中国 ·

#### 国家卫生健康委：持续推动国家医学中心、

#### 国家区域医疗中心项目建设

来源：国家卫健委

国家卫生健康委 4 月 13 日在北京召开新闻发布会，介绍优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局有关情况。

近日，国家卫生健康委召开 2023 年全国卫生健康工作会议。会议强调，要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神，完整、准确、全面贯彻新发展理念，推进卫生健康事业高质量发展，进一步增强人民群众的健康获得感。

会议提出，要把医疗卫生服务能力建设放在更加突出的位置，促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，这项工作也是党的二十大报告和政府工作报告强调的重点。围绕落实这项重点任务，我们将进一步推进国家医学中心和区域医疗中心建设，引领行业发展；增强农村卫生服务能力，兜住兜牢底线；全面加强基层卫生健康管理，提升服务水平；强化医疗质量管理和专科建设，增加优质服务供给。通过一系列举措，推动医疗服务重心下移、资源下沉，更好满足人民群众看病就医需求。

今天的发布会将重点介绍“优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布



局”有关情况。

出席本次发布会的嘉宾有：

国家卫生健康委医政司副司长李大川先生；

国家心血管病中心副主任、中国医学科学院阜外医院副院长李志远先生；

我们将共同回答大家关心的问题。下面进入提问环节，提问前请先通报所在的新闻机构。

**总台央视新闻中心记者：**近年来，我国国家在开展国家医学中心和区域医疗中心建设，请问一下，这两项工作的进展如何？下一步有哪些规划布局？

**国家卫生健康委医政司副司长李大川：**

党中央、国务院高度重视国家医学中心和国家区域医疗中心设置和建设。工作。“十二五”以来，国务院在近3个卫生事业发展和医疗卫生体系五年规划中都作出设置“双中心”的工作安排。目前，“双中心”设置和建设已写入《基本医疗卫生与健康促进法》，以及《国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035远景目标纲要》，并纳入国务院出台的专项“十四五”规划。截至目前，我委已按程序设置13个专业类别国家医学中心和儿童类别的国家区域医疗中心。同时，我委会同国家发展改革委，在医疗资源薄弱的地区分四批批复了76个国家区域医疗中心建设项目。

经过多年努力，国家医学中心和国家区域医疗中心调动聚合地方

政府、高等院校、科研机构等多方面力量，深入开展核心技术攻关，着力解决影响人民健康的长期性、全局性医学问题，产出了一批具有开创性的临床研究成果，仅 2022 年，双中心就开展国际、国内首创和领先技术 372 项。国家区域医疗中心建设项目实施的以来，有 1400 余项诊疗技术平移至输入省份，填补了 300 多项省域医疗技术空白，相关省份跨省就医人数明显下降。

下一步，我们将持续做好双中心的设置建设工作。主要有以下几个方面：

一是坚持规划在前。以满足人民群众健康需求、解决影响人民群众的主要健康问题为导向，结合国家重大发展战略，研究制订未来 5 年国家医疗中心和国家区域医疗中心设置规划，带动优质医疗资源定向流动，推动解决区域间优质医疗资源不平衡的结构性矛盾。

二是坚持择优设置。依托基础条件好、医疗技术精湛、服务能力强、管理水平高的医院，根据规划，以达到国家医学中心和国家区域医疗中心设置标准的医院为主体，择优设置成为国家医学中心和国家区域医疗中心。

三是坚持跟踪问效。通过建立“揭榜挂帅”“赛马”等工作机制，引导已设置双中心落实功能定位，发挥双中心在推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局方面重要作用。组织对双中心的组织管理、运行发展、任务完成等情况进行考核评价，并根据考核结果进行动态调整。

同时，我们也将继续会同国家发展改革委等部门，持续推动国家医学中心、国家区域医疗中心项目建设，进一步提升区域间医疗服务同质化水平。谢谢。

中国日报记者：据了解，三级医院对口帮扶县医院，还有组团式帮扶工作已经开展了一段时间。请问，通过持续的帮扶，目前我国县医院能力建设基本情况如何？未来如何提高对口帮扶的实际效果，真正做到医疗资源下沉？谢谢。

国家卫生健康委医政司副司长李大川：

感谢您对县医院的关心。长期以来，我委通过开展三级医院对口帮扶县级医院、“组团式”帮扶国家乡村振兴重点帮扶县人民医院等工作，引导城市优质资源下沉，持续提升县级医院综合能力。截至2022年底，87.7%的县医院达到了二级医院能力，45.6%的县医院达到了三级医院能力，全国县医院医疗服务能力和管理能力进一步提升。

县医院是县级医疗卫生服务网络的龙头和城乡医疗卫生服务体系的纽带。我委将持续推动县医院综合能力，推动城市优质医疗资源更好地向县域下沉，不断满足县域居民基本医疗服务需求。

一是继续开展城乡对口支援，推动人才下沉。组织级医院对口帮扶县级医院，每年派驻至少5名医院管理和卫生专业技术人员，每人连续驻点帮扶不少于6个月，保证受援医院全年均有派驻人员驻点帮扶。组织医疗人才“组团式按”帮扶乡村振兴重点帮扶县人民医院，

每县每批次派驻 5-7 人，每人帮扶时间至少 1 年，鼓励表现优秀且有意愿的医疗人才延长帮扶时间或留在帮扶地工作。同时，采取“师傅带徒弟”“团队带团队”等方式，帮助受援医院培养综合管理人才和专业技术人才。

二是加强专科能力建设，推动技术下沉。要求支援医院根据受援医院情况，帮助受援医院拓展服务范围，增加诊疗科目，开展新技术新业务，提升外转率高、就医需求较大的常见病、多发病诊疗能力。加强卒中中心、胸痛中心、创伤中心、危重症儿童和新生儿救治中心、危重孕产妇救治中心建设，提升受援医院急症患者抢救等能力。

三是运用托管等方式，推动管理下沉。指导支援医院采取委托经营管理、组建医疗联合体等方式，由派驻人员担任受援县级医院院长或副院长、科室主任，建立紧密的上下联动机制。帮助受援医院优化管理架构，完善规章制度，健全绩效评价与薪酬分配体系，提高医院管理科学化、规范化、精细化水平。

通过以上举措，力争到 2025 年，对于常住人口超过 5 万人的县，至少有 1 所县级医院达到二级医院医疗服务能力，力争达到二级甲等医院医疗服务能力。对于常驻人口不足 5 万人的县，力争有 1 所县级医院达到二级医院医疗服务能力，或者通过城市三级医院对口帮扶、托管、医联体建设、远程医疗服务等多种方式，满足县域居民基本医疗卫生需求，为实现一般病在市县解决打下坚实基础。谢谢！

**新华社记者：**我们知道当前优质医疗资源供给与群众需求还有一

定的差距，尤其在患者流出多、医疗资源相对薄弱的地区表现更加明显，那么如何发挥国家区域医疗中心的引领辐射作用，真正带动基层防病治病能力的提升？

国家心血管病中心副主任、中国医学科学院阜外医院副院长李志远：

国家区域医疗中心建设重点在于发挥国家区域医疗中心的辐射引领作用，带动基层防病治病能力提升。根据《国家心血管健康与疾病报告(2021)》显示，中国心血管疾病死亡占城乡居民总死亡原因的首位，且我国心血管病发病率、死亡率仍处于上升态势，阜外医院作为“国家队”，在不同层面，积极发挥国家医学中心和区域医疗中心作用，推动优质医疗资源扩容下沉：

一是，同时支持三家区域医疗中心建设，探索建立了云南省阜外心血管病医院、阜外华中心血管病医院和中国医学科学院阜外医院深圳医院。通过信息系统同源化、医疗质量同质化、人才培养同育化、平台资源共享化等手段实现了总院学科体系、医疗质控体系、运营管理模式向区域医疗中心的整体平移。二是面向市、县基层医院，开展专科技术协作及医联体建设。以技术培训为抓手，重点抓好人才团队培养与技术普及。从心血管学科建设、人才培养、技术提升、科研合作等多方面，分级、分类开展帮扶工作，形式涵盖理论教学、病例讨论、手术指导、“阜外日”出诊、带教查房、来院进修等多种形式，帮助当地医生提升心血管治疗水平。借助互联网+健康医疗，优化整

合现有资源，搭建了“阜外医院心血管技术协作云平台”，进一步拓宽了帮扶维度、深化帮扶力度。三是，面向社区卫生服务中心、乡镇卫生院，以国家级政府委托项目为抓手，提升基层诊疗能力。举一个例子，我们将互联网+智慧医疗作为医疗资源配置的突破手段，将大医院、大专家的诊疗经验做成基层医生学得会、用得上的智能辅助工具，辅助与培训基层医生，以提高基层服务能力。

未来，我们将主要聚焦以下几项工作：

一是，坚定“同质化”发展方向，强化对三个建设项目年度规划制定的指导和参与，避免陷入“省内同质化”的惯性运转，这是指帮扶医院不仅仅能达到其所在省市的要求，还要达到国家医学中心的建设要求。二是，对标《国家心血管病区域医疗中心设置标准》、国家对云阜、华中、深圳阜外建设方案要点的要求、以及三级公立医院绩效考核，客观分析，理清差距，迎头赶上。三是，加强人才培养，关爱与激励人才，分批次、分类别地推进人才培养，提升软实力，切实提升所在区域的心血管病防治能力。谢谢。

健康报记者：我们关注到在“十四五”国家临床专科能力建设规划中提出，将实施临床重点专科的“百千万工程”，请问这项工作目前进展如何？下一步我们将有哪些安排？谢谢。

国家卫生健康委医政司副司长李大川：

临床专科能力建设是卫生健康事业发展的重要内容之一。国家卫健委结合既往的工作经验和当前我国的实际情况，制定了“十四五”

国家临床重点专科建设的规划，提出实施临床重点专科“百千万工程”。截至去年年底，中央财政已经累计投入资金 25.4 亿元，在全国支持了 508 个国家临床重点专科建设项目。此外，国家卫生健康委的委属(管)医院已经设定的国家医学中心和国家区域医疗中心自筹资金、自主申报了国家临床重点专科建设项目达到 102 个。同时，各地财政也积极投入，共投入 70 多亿元，支持了 4652 个省级临床重点专科建设项目和 10631 个市(县)级临床重点专科建设项目。相关项目目前都在有序建设中，有些项目已经产生了比较好的项目建设效果。

下一步，我们将继续推进临床重点专科“百千万”工程，指导各地按照“搭平台、建载体、促整合”的思路，聚焦影响人民健康的重大疾病和主要问题，重点支持各地加强心血管外科、产科、骨科、麻醉、儿科、精神、病理等群众就医需求较高的专科，补齐专科资源短板，完成预期建设任务。

同时，我们也将按照“过程考核和结果考核”并重的原则，进一步加强在建项目管理。

一是提升医疗技术能力。大力扶持包括传统内镜治疗、宫腹腔镜治疗、介入治疗、局部微创治疗等微创技术发展，加强临床诊疗技术创新、应用研究和成果转化，争取在再生医学、精准医疗、生物医学新技术等前沿热点领域取得突破。

二是优化医疗服务模式。针对肿瘤、心脑血管疾病等重大疾病建立专病联合诊治的有效模式，推广多学科诊疗、加速康复、中西医结

合等诊疗模式，争取在手术机器人、3D 打印、新医学材料应用、计算机智能辅助诊疗等方面取得积极进展。

三是提高医疗质量安全水平。将医疗质量安全作为专科能力建设的核心，以医疗质量安全情况为循证依据，采用科学管理工具开展针对性改进。

四是建设专科人才队伍。注重医学交叉领域、再生医学、中西医结合等复合型创新团队建设，在病理、儿科、精神等薄弱专业重点加强临床应用型人才培养。谢谢。

**凤凰卫视记者：**近期，国家卫健委发布了有关城市医疗集团的政策文件，请问城市医疗集团和之前的医联体建设是什么关系？我们也了解到，一些地区的城市医疗集团还相对松散，请问下一步会如何更好地来推进这方面的工作呢？谢谢。

**国家卫生健康委医政司副司长李大川：**

2015 年和 2017 年国务院分别对分级诊疗制度和医联体建设作出了顶层设计，当中提到医联体有四种模式，这四种模式针对不同的地域，分别针对城市地区、县域、跨区域以及边远地区，在城市建设城市医疗集团。你提到的城市医疗集团是医联体其中一个模式。在县域建立县域医疗共同体，跨区域建立专科联盟，在边远贫困地区建立远程医疗协作网。这四种模式都是医联体的一种方式。

我委认真贯彻落实各方面要求，2019 年在 118 个城市开展了城市医疗联合体的建设试点工作，2020 年在总结试点经验的基础上，



出台了医疗联合体管理办法，对城市医疗集团建设管理进行了规范。

目前，全国紧密型城市医疗集团建设已经具备一定的基础，我们正在全国遴选试点城市，今年将通过点上的突破，总结可推广、可复制的经验，要做好紧密型城市医疗集团建设，关键是要做好几个环节的工作，我们将继续发力。

一是构建城市网格化医疗服务新体系，统筹区域内医疗资源，科学合理网格化布局紧密型城市医疗集团，来推动医疗服务供给侧结构性改革。

二是形成紧密型城市医疗集团建设新模式，新模式的主要体现就是一体化管理，以一体化管理为基础，推动医疗、运营、信息管理一体化，提高医疗服务的连续性。

三是构建分级诊疗的新格局，通过整合医疗资源，建立优质医疗资源下沉的机制，推动优质医疗资源共享，提高医疗资源的配置和使用效率。

四是建立激励约束的新机制，进一步完善相关配套政策，充分发挥绩效考核的指挥棒作用，加强以结果为导向，形成可持续的运行机制。谢谢。

**澎湃新闻记者：**近年来，许多高水平的公立医院都发展了分院区，客观上可以给群众看病就医提供便利，但是如何避免无序扩张，国家有哪些措施规范公立医院的分院区发展？谢谢。

**国家卫生健康委医政司副司长李大川：**

公立医院发展“一院多区”是公立医院高质量发展的重要实施路径。2022年以来，国家卫生健康委对公立医院多院区发展进行了总体部署，引导高水平的公立医院在控制单体规模的基础上，适度发展多院区，促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，同时提升重大疫情救治能力。

一是在规划布局方面，我们指导各地综合考虑本地区的发展、群众需求和现有医疗情况等因素，统筹规划医疗资源布局，重点向医疗服务薄弱、群众医疗需求较大的地区发展分院区，就是明确在哪里可以办分院区，来提高整体的服务能力。同时，合理控制分院区的数量，避免重复建设和资源浪费。另外，我们要求各分院区要符合相应级别、类别医院的基本标准，提前做好人才的储备，保障分院区的专业技术力量，避免出现摊薄、稀释优质医疗资源问题。

二是在设立条件方面，在设立分院公立医院提出了相应的要求。主要有这样几个方面：第一，要求是三级甲等公立医院。第二，要求医院在病床使用持续超过90%这种高位运行下，平均住院日处于全国同类别医院的10%。也就是工作效率很高，但床位数量不能满足群众需求。第三，住院病人的疑难程度(CMI值)排名为所在省份同类别医院的前10%，就是医院要落实以收治疑难危重症为主的功能定位。第四，现有院区公立医院绩效考核等级连续三年要在A+以上，专科医院绩效考核等级要在A以上。最后，就是要求近三年来医院没有发生重大的医疗安全事件和严重的行风问题。只有符合这些条件的医院才

可以设置分院区。

三是在功能定位方面。明确以需求为导向，因地制宜发展。在医疗资源薄弱的地区、城市新区，主要发展综合性分院区，满足当地群众基本医疗服务需求。在医疗资源有一定基础的区域，主要发展具有特色的专病、专科中心等分院区，满足群众多层次、多样化就医需求。鼓励公立医院在分院区布局优势学科群，探索以重要系统、重点器官、重大疾病为核心的中心化建设发展模式，推动学科融合发展。

四是在平急结合方面。强调在分院区预留可拓展空间，加强呼吸、重症、感染性疾病等科室的建设，强化标准化发热门诊、独立设置感染性疾病病区建设，在出现重大疫情时，能够迅速进行功能转换。

五是管理机制方面。实行一体化、同质化管理。在行政管理上，将多个院区作为一个整体，实行人、财、物的统一管理和调配。在医疗质量管理上，建立内部质量控制管理制度，统一各院区的医疗服务流程和标准，推动服务质量同质化。谢谢。

**中国青年报记者：**信息技术发展，给优质医疗资源下沉赋予了更多形式，其中包括了云计算、大数据等新技术。请问信息技术在医疗资源扩容中有哪些应用场景？能够发挥怎样的作用？谢谢。

**国家心血管病中心副主任、中国医学科学院阜外医院副院长李志远：**

非常感谢你的提问。信息化建设是优质医疗资源扩容和区域均衡发展的重要手段。从阜外经验看，我们注重从以下几个方面来推动信

息技术发挥作用：

一是推动智慧医院建设。我院致力于将医院管理的目标、理念、制度融入到信息系统，通过信息化技术进一步做实、做细、做快医院各项管理工作。例如在智慧医疗方面，我们医院建立了基于客观真实数据的医疗核心制度落实闭环监测平台，综合提升了医疗风险防范能力。从今年核心技术闭环监测平台上线以后，短短几个月的时间，通过采取重点时间节点的弹窗提醒、关键环节的系统强限等强化管理手段，医院抗菌药物分级使用符合率从 94.55% 提升至 99.96%；护士静脉采血操作的规范率提升到了 97.64%。在智慧服务方面，我们从诊前、诊中、诊后全链条服务入手，建成了一体化的服务体系，目前互联网诊疗服务量约占门诊量的 15%。其中有一部分长期在门诊开药的病人，借助信息化的手段，几乎可以不用到医院来。通过配送系统在家里上网开处方，药品就能直接配送到家，方便病人就医。在智慧管理方面，探索创建覆盖全部职能领域的客观数据成本效益评价体系，全面深化人、财、物信息化建设。

二是通过“互联网+医疗健康”模式，探索建立基层慢病防控新形式。目前我国基层医疗服务能力相对来说还比较薄弱，我院积极推进信息技术在提升基层服务能力方面的探索和应用，例如我们依托大数据+人工智能技术，建立了综合智能高血压管理平台，把专家共识和临床指南转化为指导医生的知识系统，为基层医生赋能，提供个性化、本地化的药物治疗方案智能推荐，在诊断、转诊、检查、生活方

式等方面给出指导性建议，打造成规范高效的慢病管理模式。从而提升基层医生用药推荐遵从率、提高高血压控制达标率。此外，我们还借助信息技术，在康复指导、健康教育、远程跟踪随访、用药监测、全周期生活方式行为管理以及线上问诊等方面持续构建疾病管理矩阵体系，进一步助推了优质医疗资源的均衡布局。

以后阜外医院在信息化建设方面，结合临床经验和信息化载体的现状，有以下几方面的考虑：

一是持续提升大数据、人工智能技术在临床中的应用，持续提升医疗质量，提高临床工作效率，增强智能化支持能力，完善医院的智慧化建设。二是持续拓展患者互联网服务范围，进一步完善互联网应用。三是持续加强网络安全建设，进一步完善网络与信息安全的体系，降低安全风险，持续加强安全管控。谢谢。

**中新社记者：**刚才发言人也介绍了，4月7日国家卫生健康委召开了全国卫生健康工作会议，请问今年卫生健康工作有没有哪些大的部署安排，这些工作又将如何落地落实？谢谢。

**主持人：**国家卫生健康委新闻发言人、宣传司副司长胡强强：

谢谢你的提问，这个问题非常重要，因为也关系着今年全国卫生健康工作的方向和目标。下面我作一个简要介绍。

今年，卫生健康工作将重点围绕八个方面展开。

一是科学、精准、高效做好新冠“乙类乙管”常态化防控工作。加强监测预警能力建设，强化重点人群健康服务，进一步健全分级分

层分流的救治体系, 继续加强医疗物资保障, 持续推进新冠疫苗接种。

二是突出医改重点领域和关键环节。深入实施公立医院高质量发展促进行动, 开展公立医院改革与高质量发展示范项目。推进完善国家区域医疗中心运行机制、紧密型医疗联合体运行机制、公益性为导向的公立医院运行机制、“三医”协同发展和治理机制。

三是着力提升医疗卫生服务水平。推进国家医学中心和区域医疗中心的设置和建设。完善医疗质量安全管理与控制体系, 开展“改善就医感受、提升患者体验”的主题活动。巩固健康扶贫成果, 促进乡村医疗卫生体系健康发展, 加强基层卫生的健康管理。完善平急结合、快速反应的医疗应急体系, 提升短缺药品的供应保障能力。

四是深入开展爱国卫生运动和健康中国行动。高质量推进卫生城镇创建和健康城镇建设, 持续开展城乡环境卫生整治。扎实推进健康中国行动, 促进慢性病防、治、康、管、保融合发展, 加强心理健康和精神卫生工作, 实施国民营养计划与合理膳食行动, 深化职业病危害专项治理。

五是筑牢公共卫生防护网。积极推进疾控体系改革发展, 着力提升疾病预防控制能力, 统筹重点传染病防控和公共卫生工作。

六是持续做好重点人群健康服务。完善积极生育支持政策体系, 大力发展普惠托育。实施老年心理关爱、口腔健康、营养改善、痴呆防治四项行动。深入实施母婴安全、健康儿童、出生缺陷防治能力提升等行动计划。

七是促进中医药传承创新发展。全面实施中医药振兴发展重大工程，持续提升中医药服务能力，加强中医药特色人才队伍建设。

八是强化卫生健康事业发展的支撑保障。加快推动重点法律的修订工作，系统推进卫生健康领域的科研攻关，加强基层和紧缺人才培养，加强平安医院建设和医疗行业综合监督，深化卫生健康领域国际交流与合作。

同时，我们将按照党中央部署，深入开展学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育，加强调查研究，着力解决群众看病就医急难愁盼问题，进一步增强人民群众的健康获得感。

关于其他更详细的内容，欢迎大家关注国家卫生健康委的官方网站。

现场提问环节就到这里，今天的发布会，我们聚焦了优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局的主题，从宏观政策和具体实践层面回答了大家关注的问题。接下来，我们还将继续围绕“贯彻落实党的二十大精神”主题召开新闻发布会，欢迎大家继续关注。

[返回目录](#)

**建立中国特色的医疗卫生服务体系 保障人民健康——专访第十四届全国人大代表，中国工程院院士，温州医科大学党委副书记、校长李**

**校堃**

来源：《健康中国观察》

悠悠万事，民生为大。一直以来，公共医疗资源均衡化是社会关

注的焦点，医疗健康也是历届两会的重要议题之一。在今年的政府工作报告中提到，促进优质医疗资源扩容下沉将是 2023 年医疗卫生领域发展的重点。

当下，进一步推动优质医疗资源扩容下沉，持续满足人民群众的医疗健康需求，也是实现健康中国战略的客观需求。如何让“医”“药”优质服务在基层更方便触达，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感呢？为了回应社会关切，本刊记者专访了全国人大代表，中国工程院院士，温州医科大学党委副书记、校长李校堃。

《健康中国观察》：每年全国两会上，公共医疗资源均衡化都是社会关注的焦点，我们也特别关注。推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局是构建优质高效医疗卫生服务体系的重要内容，是缓解老百姓“看病难”问题的重要举措。关于更好推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，守护老百姓健康问题，您有哪些思考和建议？

李校堃：优质医疗资源是满足人民日益增长的健康需求的基础，促进其均衡配置一直是我国医疗改革的重要关注点，也是“十四五”时期深化卫生体制改革的重点任务。此前，我国已有大量探索。比如在国家层面，我国设置有 13 个国家医学中心，布局建设 76 个国家区域医疗中心，有效推动优质医疗资源向群众身边延伸，减少跨省份、跨区域就医；在省级层面，各省通过医联体、“山海协作”“双下沉两提升”等各种举措，把优质医疗资源和医疗人才送下去，把基层医疗服务提上来；在县级层面，多地探索紧密型县域医共体；还有一些医



院通过“一院多区”方式让优质医疗资源下沉等等。这些都是很有效的举措。

下一步，建议要进一步优化政策和设计，强化医疗卫生服务体系优化行动，更加充分调动国内各个拥有优质医疗资源的单位参与到扩容下沉中来。比如国家医学中心和国家区域医疗中心的设置，虽然是为了均衡优质医疗资源，但本身仍存在布局不均衡的问题。以国家医学中心为例，近 85% 落户在北上广，而 76 个国家区域医疗中心输出医院几乎都是落在各省会城市。以浙江为例，浙江省与国家卫生健康委签署的第一批委省共建国家区域医疗中心合作协议中，国家区域医疗中心全部落户杭州。而作为浙江省医疗副中心的温州，医学教育优势明显、医疗水平区域领先、健康产业蓬勃发展，医疗资源稳居浙南闽北赣东地区第一，也是有能力参与建设的，但因为各种因素，尚未能实现零的突破。

建议要进一步开放申报通道，明确评审标准和评价指标，以国家重大需求、重要疾病为导向，让更多特色专业优势明显、具有重大科技攻关能力、能解决一些重大疾病难题的医疗单位有机会参与到医学中心和区域医疗中心建设的进程中来。

《健康中国观察》：优质医疗资源扩容下沉关键在人才，基层医疗卫生人才是提升基层医疗服务能力的重要保障。如何促进医疗卫生人才留在基层以及医学毕业生到基层就业，补足基层医疗力量方面，您有哪些建议？

李校堃：为满足人民群众不断增长的医疗健康需要，深化医改将提升基层医疗服务能力作为最基础、最根本的重要工作。而基层医疗卫生人才是基层医疗卫生服务的直接提供者，其力量直接决定着基层医疗卫生服务水平。

医改多年，我国基层医疗卫生服务能力、水平及人才队伍建设取得了长足发展。然而，医疗资源不均衡、不充分的矛盾依旧存在，基层卫生机构仍面临招募难、留用难、流失多等困境。如何促进基层医疗卫生人才安心工作和坚守基层，吸引更多医学毕业生到基层就业，是亟待解决的重要问题。

想要更多医疗卫生人才留在基层以及医学毕业生到基层就业，一方面，基层单位本身要有吸引力。相关部门要有更完善的政策保障基层医疗卫生人员待遇、职称晋升、职业发展等需求，要多从医生切身利益方面设计考虑。除了要保障基层医生有较为可观的收入以外，还要有更多的激励机制为基层医生、全科医生提供发展平台，为基层医生提供到上级医院学习进修和工作的机会，拓宽基层医生的发展空间，可以探索建立不同层级医疗机构之间医务人员上下流动、定期轮转、按岗调配的用人机制，盘活卫生系统人力资源。甚至在就业环境、职业荣誉方面应该尽可能地多为他们创造职业的荣誉感和自豪感，为他们今后的职业发展前景助力，使他们愿意沉到基层服务。

另一方面，还要围绕招生、就业等人才培养的关键堵点强化政策引导。一是要加大全科医生等基层医疗卫生人才招生政策支持力度。

通过实行单独招生、增加计划、提升专业生均拨款等，扩大基层卫生人才培养规模。我们国家实行的基层医疗卫生人才定向培养就是很好的政策。以我们温州医科大学为例，自 2010 年面向农村社区定向培养本科层次的全科医生开始，至今已定向培养 2956 名基层医生扎根海岛和基层，基层留任率达 85%左右，有效地充实了基层卫生人才队伍。而且我们还提出并实践“国标省统、县管乡用”在校教育和入职后管理一体化的全科医学人才培养模式，也是为了解决基层全科医学人才“下得去、用得上、留得住、发展好”的问题。二是加大培养过程的政策激励，通过学费减免、专项奖助学金、生活补助等，吸引学生报考就读相关专业。三是加大就业政策的创新，将相关专业毕业生纳入就业政策扶持范围，对从事该行业的毕业生给予补助和奖励，以就业带动招生，不断扩大基层医疗卫生人才培养规模。

此外，在医学生教育，尤其是职业规划方面，鼓励更多青年“到西部去，到基层去，到祖国和人民最需要的地方去”，用自己的医学专业特长服务祖国西部发展、基层发展，实现个人和国家发展的“双向奔赴”，让青春在党和人民最需要的地方绽放绚丽之花。

《健康中国观察》：“当前，我国已经进入老龄化社会。积极应对人口老龄化，加快高质量老年健康服务人才培养和队伍建设是推进老年健康服务体系建设和落实党的二十大精神的迫切需求。以此为导向，形成高质量老年健康服务人才培养的‘中国方案’是新时期我国全面推进健康中国建设的应有之义及重要命题。”是您的建言，关于

加快推进高质量老年健康服务人才培养和队伍建设，您有哪些思考？

李校堃：当前，我国已经进入老龄化社会。与此同时，我国老龄化社会具有人口老龄化规模大、速度快、“未富先老”等特点，与发达国家相比，我国人口老龄化所面临的挑战更为严峻。

因此，在老龄化进程中，养老服务人才越来越成为业内所需。当前我国老年健康服务人才队伍建设中存在一些突出问题。一是人才供给与社会老龄化需求不匹配，老年健康相关专业人才匮乏。二是人才培养体系不完善，课程设置难以满足岗位需求。我国本科层次尚无老年医学等相关专业设置，目前全国仅有 11 所高校自设了老年学、老年护理学等二级学科，人才主要来自健康服务与管理、护理学、康复治疗学等专业，硕博层次培养规模小，内涵待完善。三是保障协同机制缺失，老年健康相关政策及资源配置不合理，导致人才队伍建设未能形成良性发展。

由此看来，加强顶层设计，实施老年健康促进行动，加快推进高质量老年健康服务人才培养需要提上日程。我认为要优化学科专业结构，创新人才一体化培养体系、加强政策引导，聚焦破解人才短缺的关键难题、推进政校协同，形成多部门协同保障机制等，将老年医学列入高等教育相关专业，高起点优化老年医学学科专业结构。比如可具体落实为：在本科阶段将老年医学列入一级学科专业招生，硕博阶段扩大老年医学专业招生规模，职业教育阶段提升学科等级。推进“5+3+X”人才贯通培养模式改革，强化毕业后培训和继续教育。

除此之外，还应提升专业人才的社会地位和职业认同，这样才能推动形成养老服务人才和产业发展的合力。

[返回目录](#)

## · 分析解读 ·

### 探讨 | DRG/DIP 付费改革下，医疗机构在不同阶段如何发展？

来源：山东省医疗保险事业中心

DRG/DIP 付费改革是医保领域的深层次变革，也将对医疗领域产生深远影响。笔者认为，DRG/DIP 付费改革犹如一场马拉松比赛，医疗机构好比参赛选手，既要在起跑初期抢得先机，尽快适应比赛节奏；又要在漫长的比赛中优化战术，合理分配体能；更要做好整体规划布局，稳步实现赛前既定目标。DRG/DIP 付费下，医疗机构应当顺应形势，明确短期、中期、长期“三期”目标任务，实现高质量协同发展。

#### 一、短期目标，加强数据质量

DRG/DIP 付费改革初期，数据质量是各医疗机构最为明显的短板，也是在短时间里容易取得突破和有明显改观的工作。

医保基金结算清单是医疗机构向医保部门申请费用结算的数据凭证，是决定病例 DRG/DIP 入组的根本数据源。医保基金结算清单主要数据源自病案首页，二者既有差异，又“同宗同源”。一直以来，病案首页在医疗机构内部重视程度不够、数据质量不高，这在一定程度上影响了付费标准的模拟测算和实际付费的正常开展，甚至还会造

成较大偏差。随着 DRG/DIP 改革的深入推进，在支付杠杆的作用下，结算清单数据质量有了跨越式进步，编码漏编、错编、多编情况有明显改观，但仍有较大提升空间。

医疗机构应当加强《医保基金结算清单填写规范》宣传培训，在数据上传效率和质量上下功夫，进一步明确医保、病案、临床等科室具体职责，医保办发挥好牵头带动作用；临床科室学习掌握编码基本规则与常识，尤其要确保主要诊断与手术操作编码的准确性；病案室对主要诊断、主要手术操作编码进行编写或调整时，需经临床主诊医师确认，确保编码符合临床实际情况。应借助信息化手段，在院内大力推行病案首页与医保基金结算清单“双标准、双质控”，根据资源消耗情况调整疾病及手术操作编码排序、既往病史的逻辑对应关系，无医疗资源消耗的既往病史不要在结算清单中上传。医疗机构还应当加强编码员队伍建设，建议与床位数配备比不低于 1:300，并根据实际情况继续增配。

## 二、中期目标，加强运营管理

医疗机构应当尽快适应 DRG/DIP 付费新常态，加强内部运营管理，由以收费为中心向以成本管控为中心转变。

(一)加强医疗成本核算。使成本管理理念深入人心，科学合理使用医保部门提供的入组结果、费用(时间)消耗指数、次均住院费用、平均住院日、个人负担等运行分析数据，定期开展院内绩效点评，相同科室不同医疗小组之间、不同科室之间、不同医疗机构之间横向对

比找差距，纵向分析知进退。充分发挥绩效考核的“激励约束作用”，对成本管控做得好的临床科室和一线医务人员予以正向激励，引导临床在确保疗效和安全的前提下，有效降低医疗成本，提高医疗服务能力和效率。同时还要避免将 DRG/DIP 付费标准与单个病例治疗“一对一”简单挂钩，杜绝高套分组、分解住院、转移费用、服务不足等违规行为。

(二)大力推广临床路径。临床路径是医疗成本与医疗效果双平衡的最佳选择，但一直以临床路径推广不佳，主要有 3 方面原因：一是临床医师不认可。每个医师都有自己的“临床路径”，认为临床路径限制了其医疗自主权；二是基础建设薄弱。临床路径依托于高效的信息系统，如果信息化不到位，临床医师会浪费过多精力，产生抵触情绪；三是主动意识不强。过去是按项目付费，项目收费越多收益越高，付费机制在一定程度上导致临床路径受阻。DRG/DIP 付费下，医疗机构既要控制医疗成本、又要维护和提升医疗品质，给临床路径提供了绝佳的推广环境，医疗机构应当在信息系统建设和临床观念培育上多下功夫，既充分尊重临床自主权、保障疑难危重症诊治和新技术的开展，又要使标准化治疗理念深入人心，提升临床路径的覆盖率和完成率。

(三)积极推广日间医疗。近年来日间医疗迅速发展，主要模式有日间手术、日间病房、择期手术预住院等，其基本内涵是将与本次住院密切相关的术前检查、术后处置等在住院前后解决，相关服务仍属

于住院服务的组成部分；参保人出院时，符合诊疗流程的“住院前后”费用，纳入住院费用一并结算。DRG/DIP 付费引导医疗机构既要提高效率又要控制成本，日间医疗与之高度契合，对医疗机构来讲，可以提高床位周转率，收治更多的病例数量；对参保群众来讲，可以减少术前等待时间，缩短住院时间，也可减轻经济负担（如减少一定的床位费、护理费等）。医疗机构应当大力推广日间医疗，完善医疗管理机制，健全病种遴选、流程再造、质量安全等措施；完善财务处理机制，使符合诊疗流程的“住院前后”费用能够并入住院费用；完善方案启动与退出机制，加强对患者的评估与沟通，保障知情同意权。

### 三、长期目标，加强战略规划

各医疗机构应明确自身功能定位。大型三级医疗机构不应追求收治病种“大而全”，应更加注重优势学科建设，支持创新性、前沿性技术开展和疑难危重病例收治；体现医疗技术难度的 CMI 值、四级手术占比逐步提升，高权重病例数量逐步增多，区域医疗中心的功能定位更加明确；基层医疗机构应注重诊治常见病和承接大医院下沉的基础病种。上下级医院间加强联动，通过“医联体”“医共体”“城市紧密医疗集团”等协作模式，使患者上得去、下得来，助推分级诊疗，优化医疗资源配置，提升医保基金使用效能。

DRG/DIP 付费也有相应的机制导向，一是医疗机构系数。对区域中心作用明显，CMI 值、四级手术占比较高的医疗机构，适当提高机构系数，充分兑付医疗技术价值并体现医保政策导向，引导医疗机构



竞相提高医疗服务能力；二是同城同病同价。对部分临床路径基本统一、入组标准明确、治疗难度较低的轻症病种，不再区分等级差异，以基层医疗机构为基准设定付费标准，引导大型三级医疗机构对轻症病例适当“松松手”。

短期、中期、长期“三期”目标既前后衔接，又交叉叠加，医疗机构应强化目标导向，更加注重内涵式发展、更加注重内部成本控制、更加注重体现医疗服务技术价值，在 DRG/DIP 付费下与医疗保障事业高质量发展相向而行，共同为人民群众提供优质高效的医药服务。

[返回目录](#)

### 种植牙全面集采后，诊所、企业该如何调整？

来源：第一财经

口腔治疗领域的高消费时代或将宣告结束。

日前，四川省药械招标采购服务中心公示了《口腔牙冠竞价挂网拟入围结果》，结果显示，此次竞价挂网的产品单牙种植用全瓷牙冠拟入围价格每颗在 100 元至 655 元不等，平均为 327 元。同时，浙江、山东、甘肃等省份陆续发文进行该领域的联动。

事实上，此次“牙冠”降价是继四川省于今年 1 月 11 日开展的“种植体”集采后的又一项口腔领域耗材价格治理。根据种植体集采结果，拟公布的集采价格平均降幅达 55% 左右，有进口一线品牌的价格降至 2000 元/颗以内。

“通过集采将口腔高值耗材的价格降下来，减轻老百姓医疗负担，

这一定是未来的大趋势。”中国非公立医疗机构协会口腔分会执行副会长袁学锋教授表示，也因此，无论是公立口腔医院，还是民营口腔机构，需要进一步降低预期，不能再追求高客单价，而是要做经营方向和思路上的转变。

口腔耗材价格治理，讲究会对相关诊所、企业，以及百姓的口腔医疗服务带来怎样的影响？

### “口腔科”具独立属性

一方面，口腔消费场景已逐步成熟，并有上升趋势。2020年，我国居民种植牙数量约为406万颗，2016年~2020年的复合增速为30%；正畸数量约为325万人，2016~2020年的复合增速为12.1%。

另一方面，业内人士分析认为，种植、修复、正畸三项的收入规模总和占比超六成，根管治疗、牙周保护的需求将逐步递增，当口腔高值耗材的降价、集采已成为必然，诊所、企业亟需进行战略调整。

中华口腔医学会民营口腔医疗分会副主委、青岛市民营口腔协会会长王聿明告诉记者，一次种植牙治疗由耗材费(种植体、牙冠)、医技费(医护人员的劳动技术)和综合检查费(化验、CT影像)这三部分组成，“耗材降价、集采后，居民的支出将大幅度减少。”

按照四川省已经公布的收费标准，如果居民选择最高中标价格的全瓷冠，口腔门诊可以收取989元(冠置入服务费)+655元(牙冠耗材费)=1644元/颗；如果居民选择最低中标价格的的全瓷冠，口腔门诊可收取989元(冠置入服务费)+100元(牙冠耗材费)=1089元，这和以

往 3000~6000 元/颗全瓷冠的收费相比，降价幅度超过七成。

一位口腔领域资深人士表示，随着作为口腔主要收入来源的种植体、牙冠收费标准的大幅下降，降价趋势或将向正畸延伸；这对一家以种植、修复为主要收入来源的口腔诊所将会产生巨大影响，而牙科医生在同一项目上单位时间内的收入也会明显减少。

口腔耗材的集采有何独特属性？王聿明向记者解释，从民营诊所来看，一方面，口腔科是一个较为特殊的领域，与其他科室相比，其专业度、独立性特别强；正因如此，开设开私人诊所最多的不是妇科、儿科、眼科，而是牙科医生。

另一方面，口腔科也不像内科（病人治疗需联动或辅助其他科室），其他如美容、耳鼻喉等领域也有这样的独立属性；进一步看，不论是种植、修复还是正畸，口腔科所需要的操作人员基本在 1~2 位牙科医生、加上 1~2 位助理就可以操作和营业了。

但从公立医院来看，王聿明进一步称，其性质决定了其经营上的“旱涝保收”，但公立医院在宣教、带教方面做得好些。口腔耗材的集采，对公立医院影响最大的可能就是种植牙医生，他们的收入、绩效都会降低。

记者多方了解到，除浙江、山东、甘肃等在一周内陆续发布了口腔种植体、牙冠的竞价联动文件外，上海各医疗机构也将从 4 月 20 日起执行此前发布的《关于规范调整本市口腔种植类医疗服务项目价格的通知》中的具体内容。

上海一家公立医疗机构口腔科室负责人告诉记者，口腔耗材领域的集采对种植科、修复科有较大影响，暂未受到集采政策调控的正畸领域可能会成为下一步的重点，因为正畸中的耗材占比也较高，“至于耗材占比较低、治疗费占比较高的牙体牙髓科和外科也可能会成为下一个重点，还没有定论。”

该负责人也同时表示，种植体、牙冠耗占比高，是长期以来种植治疗价格的重要原因，集采、降价后，总体治疗费也会大幅下降，“但后续，口腔医生的薪酬、激励也是价格治理的重要部分，这一部分的调控重点应该聚焦医疗服务的难度、创新技术开展等。”

### 厂家、诊所将迎巨大变革

口腔耗材的集采、降价下，对厂家、诊所带来哪些变革？

“我们自主研发的种植体进入了此次的集采，这对我们企业来说其实是很大的机遇，尽管有一些降价，但是未来市场的量会大很多。”广东某中选企业创始人陈贤帅告诉记者，而另一家外资厂家也向记者表示，“在国内的口腔耗材布局还是要跟着全球战略走，包括要去判断国内是否有该耗材相关的厂房、注册资源等去做支持。”

对于国产替代趋势，王聿明则表示，质量安全上，种植体(由于要植入体内)的产品上市观察周期在10~30年不等，目前国产厂家的种植体在性能、可控性上都很成熟了，国产、欧系的一线种植体之间差价也只有1000元~2000元/颗。

创新技术上，王聿明则认为，未来，微创种植将成为一个全新领

域，比如我们病人不需要像之前那样经历牙龈切开、取模等流程，而是可以在1天内完成种植和修复，包括进行定位、辅助扫描等，做到当天种植当天回家，“而这就需要一些精密的成像、导航等数字化设备来支持。”

上述公立医疗机构口腔科室负责人则表示，随着牙齿缺失后种植技术的普及，其实反向也会催生牙体保存的概念，以及牙周组织的保护等，“因此，相关领域的新技术值得探索，这包括：是牙周组织再生术(软硬组织增量)；微创根尖切除术；微创拔牙、无痛拔牙领域的创新医疗器械等。”

此外，据记者了解，在此前的疫情期间，部分民营口腔机构已经存在一定程度的亏损。而由于种植牙的收费占总营收的比例在40%~50%，种植体耗材50%~70%的降价将使得民营口腔诊所在整体收入上下降两成。

“种植体、牙冠降价后，实际上许多民营口腔机构的医生都很迷茫。这一方面由于(诊所)大家都处于营收相对平衡的状态，一旦口腔耗材全面集采的话，势必会带来亏损。”作为民营口腔机构的管理者，王聿明也建议，首先，民营诊所还是要从医疗专业的角度将服务、技术做好，以此来赢得更多病人的信任。其次，业务上向牙周和根管治疗方向去转型，“一些本身难度较大、风险较高且投入产出比也不高的项目诊所会更谨慎，回归到根管治疗、预防保健上去。”

另据记者发现，在种植牙、牙冠集采前，社会资本已经大量进入

口腔领域，一些连锁性的布局产生，口腔诊疗服务规模迅速扩张，但集采后，尤其是连锁性质的口腔机构存活概率会很低。

为此，业内人士称，民营口腔机构的扩张，因为这需要大量的门诊量来支撑，他们要做的事踏踏实实练好技术、做好服务，以此吸引更多的客户，作为牙科医生，还是要以医疗服务和技术为主。

### 价格、服务综合治理

事实上，在 2022 年 9 月发布的纲领性文件《国家医疗保障局关于开展口腔种植医疗服务收费和耗材价格专项治理的通知》的解读称，口腔种植收费贵，是因为涉及到种植体系统、种植牙牙冠，以及相应的检查设计、种植手术等一系列费用问题，需要针对各个环节、各类耗材和服务的使用特点分类施策、综合治理、全面覆盖。

“回归到口腔医疗的本质，最重要的是医疗服务而不是商业行为。”袁学锋曾是一名公立口腔医院的管理者，在他看来，口腔医疗的高质量发展主要体现在质量、服务、技术三个层面上，口腔高值耗材集采后价格、服务效能等需要综合治理、精细化管理。

为此，袁学锋认为，无论是公立口腔医院、还是民营口腔机构，随着医疗收费价格的调整，牙科医生的绩效就不能再是仅仅和收费挂钩，“我们要改变思路，建立起一套精细化的绩效管理方案，要综合考虑口外、种植、修复、正畸、牙周、牙体牙髓等不同专科领域牙科医生的权益，要和工作数量、医疗质量、技术难易度、患者满意度、科研创新能力等指标挂钩起来，综合体现牙科医生的绩效。”

袁学锋对记者举例，比如，洁牙、牙周治疗这类医疗服务，患者多、工作量大但收费不高，远不如种植、正畸，但长远看，临床意义和社会价值不可小视；再如，根管治疗这项医疗服务，复杂性根管的治疗难度都很高，因此，对牙科医生做根管治疗的技术要求也并不亚于种植牙。因此，对牙科医生的绩效考核，不能仅仅看收费多少。

“民营口腔机构面对国家政策调整，一方面，应该重视提供基础性医疗服务，包括洁牙，牙周病、牙体牙髓炎，龋病的防治等。这部分基础病人是大量的，将这部分病人服务好了，建立起了信任，他们中部分可能在后续转化为你的修复、种植、正畸等等病人。另一方面，还应该重视口腔预防与科普宣教，一些民营口腔机构也已经开始做这方面投入，比如通过免费洗牙、口腔宣教来引流，也有的在儿童龋病的预防。此外，对能保留的牙齿尽量不要拔，可以通过做根管治疗、套冠等方式保留患者自己的牙齿。”袁学锋说。

记者还了解到，上海已经在一些区的社区卫生服务中心设立标准化的口腔防治中心，口腔病防治或将进一步下沉基层。

“与以往口腔门诊追求高大上的概念不同的是，未来，社区口腔将成为口腔医疗服务的发力点。”袁学锋表示，从最基本的口腔健康观念来看，首先要学会如何正确刷牙(而不是无效刷牙)，做到每年2次口腔检查、洗牙，甚至全生命周期口腔健康管理，这些都很重要，“由口腔问题(如牙周病，细菌感染等)引起的心血管疾病、肾病、糖尿病等全身性疾病存在一定风险，口腔病预防的三级网络体系要真正

体现防治结合、医防融合，还需要进一步去完善、夯实。”

[返回目录](#)

## • 医保速递 •

### 顶层政策支持，促进医保数据开放共享

来源：未来智库

新中国成立后，我国建立了公费医疗、劳保医疗和农村合作医疗。改革开放后，我国计划经济向市场经济转型，相应的医疗保障体系进行改革和完善。1998年至2008年，为解决日益严重的医疗费用增长和医疗卫生浪费，建立医疗保障约束机制。2009年，中共中央国务院提出了建立多层次医疗保障体系。2020年，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中明确强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，促进各类医疗保障互补衔接。多层次医疗保障已经突破传统基于医疗费用补充型，向服务补充型和互补型发展。

#### 机构建立：国家医保局挂牌，资源整合联动顺畅

医保局的成立将消除资源分割格局，使医疗保险基金使用效率得到提升，统一的信息系统将大幅度降低制度运行成本。2018年5月31日，国家医保局正式挂牌，将人力资源和社会保障部的城镇职工和城镇居民基本医疗保险、生育保险职责，国家卫生和计划生育委员会的新型农村合作医疗职责，国家发展和改革委员会的药品和医疗服



务价格管理职责，民政部的医疗救助职责整合，组建国家医疗保障局，作为国务院直属机构。这将有利于促进公平，让每个人都在同一制度下享受保障，统一管理医保制度，有利于发挥医保对医疗行为的监管作用，减少医保资金的花费，控制医疗费用不合理增长。此外，医保局的设立有利于“三医”联动，推动公立医院转变运行机制，从而更有效实现医改目标，让老百姓从中受益。对老百姓来说，虽然目前城镇职工医保的保障水平较高，居民医保、新农合仍难与其整合，但是归属同一个部门管理，为制度整合打下基础。

### **系统完善：新医保系统快速推进，全国统一平台建设完成**

新医保平台及后续信息化建设快速推进。二十大报告提出“健全社会保障体系”，把保障人民群众病有所医作为国家医疗保障体系的核心目标。国家陆续发布《“十四五”全民医疗保障规划》、《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》、《国家医保监管条例》、《关于进一步深化推进医保信息化标准化工作的通知》、《关于进一步深化医保信息平台便民服务应用的通知》、《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法(试行)》及深化医保异地就医改革等相关政策，深入推进“公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保”建设，全面提高医疗保障政策规范化、管理精细化、服务便捷化、改革协同化水平，充分表明数智化、标准化、网络化在建设现代化医疗保障体系中的重要地位。

未来一段时间国家将持续加强优化医保领域便民服务。医保支付

改革(DRG/DIP)、门诊费用跨省直接结算、基金使用监督和定点管理等方面要求,具体体现包括优化三重保障制度,加大医疗救助托底功能;着力推进DRG/DIP支付方式改革,聚焦抓扩面、建机制、打基础、推协同,逐步推进统筹地区、医疗机构、病种、医保基金的全面覆盖;深化长护保险试点,减轻失能照护费用负担;支持医养结合发展,建立医防融合长效机制;建立应急救助机制,应对重大疾病救治风险。鼓励引导商保发展,发挥医商多元保障合力;健全网络安全和数据安全保护制度体系;加强医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理,实施智能监管,强化监管覆盖,完善举报奖励,促进全民监督,强化现场检查、飞行检查,以提升监管效能,促进基金有效使用;实行信用管理,引导诚实守信;加强经办能力建设,大力推进服务下沉;适应新业态的服务,巩固提升参保质量;持续系统行风建设;不断延伸医保信息平台服务的深度和广度,持续提升智能化服务水平,推进公共服务标准化,医保电子凭证和移动支付广泛应用,就医结算更加便捷,实现一站服务、一窗办理、一单结算。全面提升医保数据治理水平,加快推进医保大数据应用,充分发挥医保大数据为民服务作用,坚持传统与创新并行,加快推动智能化同时提高适老化水平;全面建立医保信息化运维管理体系。

2022年,全国统一的医保信息平台建成投用。医保信息平台涵盖支付方式、跨省份异地就医、公共服务、药品和医用耗材招采等14个子系统,目前已陆续落地应用,可满足几百个统筹区多样化的

业务需求。新平台已经在异地就医结算、支付方式改革、医保智能监管、药品集中采购、医药价格监测等领域发挥重要作用。新平台功能完备、响应高效、运行稳定，住院结算平均响应时间约 0.8 秒，比旧系统性能平均提升 3 至 5 倍。医保信息平台形成了标准全国统一、数据两级集中、平台分级部署、网络全面覆盖、项目建设规范、安全保障有力的平台格局，支撑医保跨区域、跨层级、跨业务、跨部门、跨系统的信息共享、业务协同和服务融通，实现医保业务“一网通办”“一窗办结”。医疗保障行业进入依托全国统一大平台，挖掘全国医保大数据新动能、打造全国医保大服务新格局的新阶段。平台建设的投入将继续保持增长，数据要素的价值将得以充分释放。国家将持续推进医保管理全领域、医保服务全流程、医保数据全周期应用，医保行业信息化投入将继续保持增长。

### **政策支持：顶层与行业政策促进医保数据开放共享**

政策不断落地支持医保改革，促进医保数据开放共享，鼓励商业保险有效补充医疗保险。中国已基本建立了以基本医疗保险为主体，医疗救助为底线，补充医疗保险为共同发展的多层次医疗保障体系。2019 年实施的新版《健康保险管理办法》进一步肯定了健康险在我国多层次医疗保障体系的重要地位，鼓励保险公司开发多样的健康保险产品，支持保险公司开展健康管理服务。2020 年 2 月颁布的《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确了促进多层次医疗保障体系发展，促进各类医疗保障互补衔接。国务院办公厅印发

《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》指出，2022 年，中国将继续支持商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，更好地覆盖基本医疗保险不支付的费用。全民医疗保障的“十四五”规划也鼓励商业健康保险的发展。它鼓励产品创新，支持商业保险机构在医疗、疾病、康复、护理和生育等多个领域提供综合性健康保险产品和服务。逐步将新医疗技术、新药物和新设备应用纳入商业健康保险保障范围。

### 《“十四五”全民医疗保障规划》

2021 年 9 月 29 日，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》。规划特别提出了“建设智慧医保”的发展目标，并从管理、服务、基础设施等方面，提出了医保信息化建设的重点任务，包括加强信息基础设施建设、运用智慧医保加强管理、提升服务水平、推进数据共享等。从“蓝图”中不难看出，随着数字技术与医疗领域的深入融合，医保的数字化、智慧化发展亦成为重要趋势，其对于提升医疗保障的可及性、公平性具有重要价值。规划在“总体要求”中强调：“建设智慧医保。医疗保障信息化水平显著提升，全国统一的医疗保障信息平台全面建成，‘互联网+医疗健康’医保服务不断完善，医保大数据和智能监控全面应用，医保电子凭证普遍推广，就医结算更加便捷。”

在具体措施上，第一，是加强信息基础设施建设；第二，要运用智慧医保加强管理；第三，要提升医保便民服务水平；第四，也是与医

保数据要素最为相关的一点，即推进数据共享。通过全国一体化政务服务平台，实现跨地区、跨部门数据共享，做好医保数据分级分类管理，探索建立与卫生健康、药监等部门信息共享机制。按规定探索推进医疗保障信息平台与商业健康保险信息平台信息共享。如此，商业保险便能利用医保数据进行客户画像分析从而扩大商业保险服务渗透的程度，使得商业保险成为基本医疗保险的有力补充，也真正成为构建多层次医疗保障体系的重要组成部分。

[返回目录](#)

### 发挥商业健康保险作用 助力多层次医疗保障衔接

来源：中国医疗保险研究会

商业健康保险在多层次医疗保障体系中的定位、功能有待进一步明确，对于商业健康保险“保什么、怎么保、保多少”还需要有更明确的规范和指导。

如何更好地发挥商业健康保险的作用，有效减轻人民群众的医疗负担，提升人民群众的健康保障水平，已成为各界关注热点。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《“健康中国 2030”规划纲要》等纲领性文件均提出要加快发展商业健康保险、丰富商业健康保险产品供给。党的二十大报告也强调，促进多层次医疗保障有序衔接，积极发展商业医疗保险。这些顶层设计都对商业健康保险的下一步发展提出了更明确的目标和更高的要求。

近年来，在政策支持和监管引导下，伴随着人民群众收入水平的

提高和健康意识的增强，商业健康保险保持着较快的发展速度，产品种类日渐丰富，服务范围不断拓宽。2021年，我国商业健康保险保费收入超过8800亿元，较2017年增长了1倍多，赔付支出达4085亿元，较2017年增长了2倍多(见图1)。

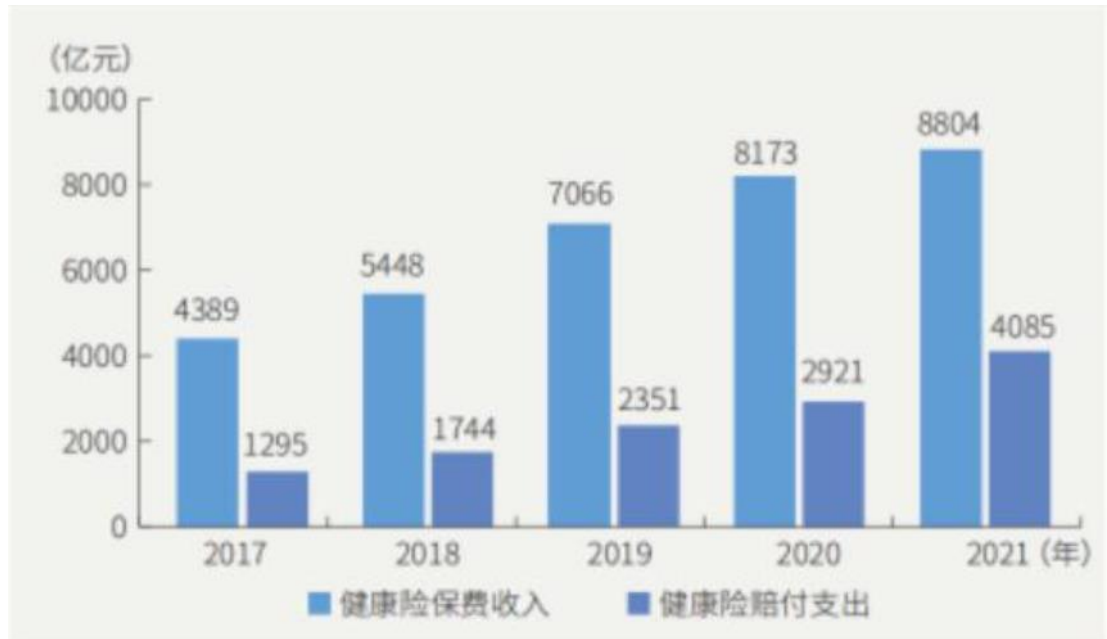


图1 2017年—2021年我国商业健康保险保费收入与赔付支出

特别是随着互联网行业与保险行业的不断融合，借助互联网渠道，保障群众自负医疗费用的商业医疗保险蓬勃发展。部分地区也在积极探索发展城市定制型的商业医疗保险，将既往症人群和老年人群纳入了保障范围。2021年商业健康保险赔付支出占当年卫生总费用的比例达5.4%，较2017年提升了近3个百分点(见图2)。

由此可以看出，商业健康保险的保障功能日益凸显，在满足人民群众多样化、多层次的健康保障需求方面发挥了积极作用。但和发达国家相比，还有较大差距，同我国人民群众日益增长的高质量的健康的

保障需求相比，也有很大的提升空间。

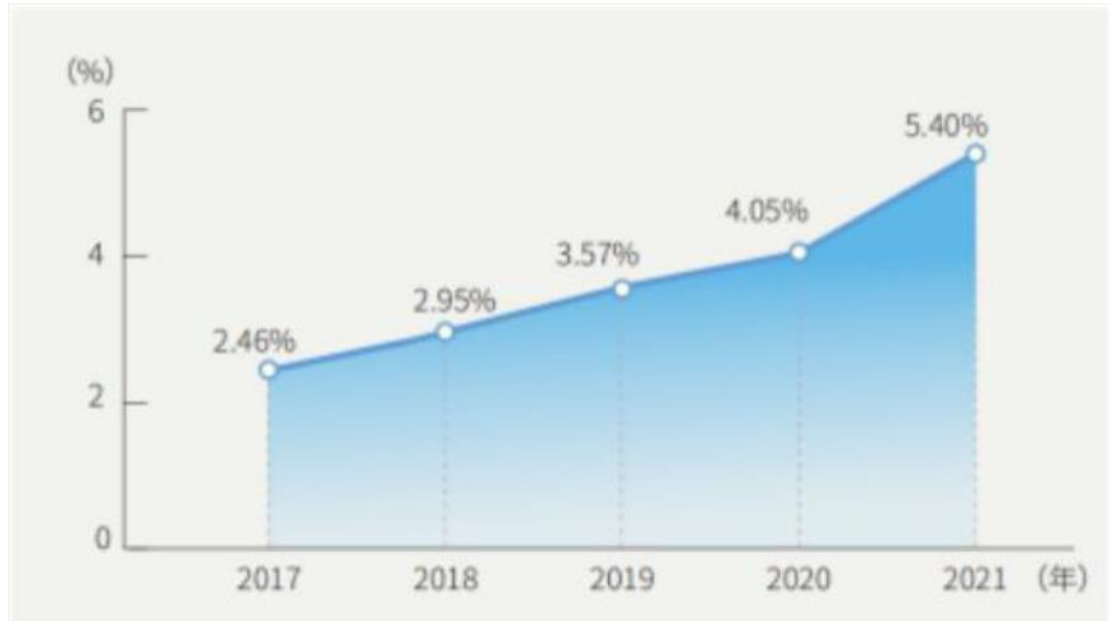


图 2 2017 年—2021 年我国商业健康保险赔付支出占卫生总费用比重变化趋势

当前，我国商业健康保险仍然有一些需要完善的地方，主要包括以下几方面。

### 商业健康保险产品的供需匹配尚有提升空间

从需求端来看，人民群众目前的保障诉求主要是减轻自负医疗费用负担，特别是医保目录外的自费医疗费用。2021 年，我国卫生总费用中个人卫生支出的比例达 27.7%，给商业健康保险留有很大发展空间。另外，随着我国老龄化加速，老年人群的护理服务需求持续增长，更加需要发展商业长期护理保险填补长期护理服务保障的缺口。

从供给端来看，目前商业健康保险的产品结构还是以疾病保险和医疗保险为主，商业长期护理保险仍处在刚起步的阶段，当前发展非常缓慢。其中，疾病保险以保障重大疾病为主，采取定额赔付的方式，兼具医疗费用补偿和收入损失补偿的双重功能。相比疾病保险，医疗

保险的价格相对低廉，但目前市场上的商业医疗保险产品以短期险居多，缺乏长期稳定的保障能力。此外，由于商业健康保险积累时间较短，一些产品设计的基础、数据不足，现有的商业健康保险产品难以满足老年群体、既往症患者等特殊人群差异化、个性化的需求。

对于商业健康保险来说，产品是最基本的载体。下一步，要继续丰富商业健康保险产品供给。通过政策引领、制度完善、部门间协同配合、信息互联互通等方面，增强商业健康保险产品的供给能力。加快商业健康保险产品创新，大力发展与基本医疗保险有机衔接的商业健康保险，更好覆盖基本医保不予支付的费用，满足人民群众日益增长的健康险保障需求。

### **商业健康保险专业化经营能力还需进一步强化**

我国的保险业复业迄今仅 40 多年，目前仍处在发展的初级阶段。从商业健康保险的角度来说，专业化经营能力还需更进一步。

在理念方面，从监管的角度一直在强调专业化经营，但监管要求目前没有完全落实到位，专业化经营所需要的人、财、物配置仍然不足。比如一些公司仅仅将前台销售纳入事业部管理，而对中后台的产品设计、客服等还是与其他的业务板块共享。商业健康保险是一项专业技术性强、管理难度大的业务，需要一支高素质的人才队伍。但目前相关专业的人才仍然匮乏，特别是缺乏有医学相关背景的复合型专业人才。从发挥专业作用的角度来说，我国的专业健康险公司尚未达到成立之初的预期和目标，未能真正形成市场的专业化竞争力，在这



些方面也有提升的空间。

从保险行业内部来看，经营基础不够扎实，一些基本行业标准仍然欠缺。经营商业健康保险也需要对医疗费用进行管控，而对医疗机构和医生医疗服务分级评级的标准目前尚缺，如何区分合理医疗费用的标准还未形成。以商业长期护理保险为例，这一市场刚刚起步，发展非常缓慢，各项标准也不健全，没有形成统一的给付标准，也没有对护理人员和护理机构的分级评价标准，在这些方面都需要进一步推进。

从承保方式来看，我国商业健康保险的承保方式还是以个人投保为主。而一些发达国家及市场的商业健康保险则是以团体投保为主，能够更好地平滑风险水平，将一些既往症人群和特殊人群、风险人群纳入保障范围。我国在这方面还需要相应的政策支持和引导，如更好地运用企业补充医疗保险资金支持团体健康保险发展。

因此，要持续提升商业健康保险的专业化经营能力。一是夯实商业健康保险发展基础，包括制定健康管理的经营标准、商业健康保险的目录，加快研究护理人员和护理机构服务评价标准和管理标准，探索研究医疗机构和医疗服务行为的分级评级标准等。二是落实监管要求，积极推进《健康保险管理办法》相关要求落地，为商业健康保险实现专业化发展形成制度支撑，同时强化商业健康保险独立核算，真正实现专业化经营。三是在风险可控的前提之下，鼓励保险公司在相关业务领域进行探索和创新。四是推进健康管理和健康保险真正达到

深度融合，充分发挥健康管理在疾病预防、慢病管理和康复护理等方面的作用，实现商业健康保险从“保疾病”向“保健康”的方向转变。

### 商业健康保险的顶层设计需更加清晰、细致

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《“健康中国 2030”规划纲要》等重要文件，都非常明确地提出加快发展商业健康保险，但在具体落地时，还需要对相关要求更进一步。包括商业健康保险的保障范围、保障水平，如何与基本医保衔接等方面，都需要有制度化的、更加清晰的设计，要形成鼓励商业健康保险发展的一整套的制度机制。

对此，笔者有如下建议。

一是需要明确商业健康保险在多层次医疗保障体系中的定位、功能。厘清基本医保和商业健康保险各自的保障范围和保障水平，对于商业健康保险“保什么、怎么保、保多少”还需要有更明确的规范和指导，从而进一步发挥市场机制的作用和商业健康保险的风险保障功能，促进各类医疗保障互补衔接，有效降低人民群众的医疗费用负担。

二是发挥基本医保和商业健康保险的协同作用。实现商业健康保险的稳健可持续发展，要控制不合理的、乃至虚假的医疗费用支出。在对不合理医疗费用审核方面，应该加强协同管理。

三是规范商业健康产品设计。目前，市场上的商业健康保险产品大都是公司自行探索，有的侧重于保障目录内的自付费用，有的侧重于目录外的药品和服务，有的保障住院医疗费用，有的保障门诊医疗

费用。如果要真正发挥出商业健康保险的专业作用，还需在保险产品  
设计等关键环节突出引导和监管。

四是加强部门之间的协同配合。推动保险行业与医保部门、卫生  
健康部门积极沟通、密切配合，探索推进各主体间有关信息互联、数  
据共通，为发展商业健康保险营造良好的外部环境。通过构建良好的  
协同机制，在健全多层次医疗保障体系上同向发力，从而有效解决老  
百姓多层次、多样化的保障需求，为老百姓提供更好的健康保障服务。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 大医院强势发展下的支付改革趋势

来源：村夫日记

过去十年来，医疗服务的主要提供方从分布在各个层级的金字塔  
形变为以大医院为主体的漏斗形。随着大医院的服务量越来越大，供  
给短缺集中在顶部，基层医疗服务的过剩越发明显。在这一市场趋势  
下，如果继续增加大医院的供给，只会加剧大医院的虹吸，从而引发  
进一步的短缺。但是，如果要扶植基层医疗体系，在缺乏强制转诊和  
医生可自由执业的前提下，由于技术能力的薄弱，基层根本无力吸引  
用户。因此，至少从中期来看，大医院强势发展的趋势不会停止，在  
这样的现状下，支付方的变革也仍将集中在与大医院的博弈上，整体  
医疗服务市场的变革也将集中在大医院的变革上。

首先，从供方的现状来看，2021年，全部基层的门诊量为42.5亿次，占全部门诊量的52.3%；而三级医院的门诊量为22.31亿次，虽然只占全部门诊量的27.4%，但由于三级医院的均次费用已经达到370元，是基层门诊均次费用的3倍。三级医院的门诊实际收入规模已经远超基层，成为门诊费用的主要开支流向。

住院的情况更加向大医院偏重，2021年，三级医院的住院量为1.12亿次，已经占到全部住院量的45.48%，而2020年的住院量占比还只有40.73%，按照这一趋势，2-3年即会突破50%。三级医院的住院量占比在2015年仅为33.82%，这代表三级医院在住院占比在过去6年从1/3上升到近1/2，在如此短时间内的大幅增长是非常罕见的。

三级医院的逆势扩张也得益于其机构数量的大规模扩张。2021年，三级医院的机构数量为3275家，增速为9.31%，而2020年为8.99%，保持持续的逆势扩张，而同期机构数量扩张的总增长只有5.28%和4.91%。从机构数量占比来看，三级医院只占9%，但在短短6年内，三级医院将门诊体量从占1/5推高到超1/4强，住院体量从1/3推高到近1/2。随着病人向头部集中，在医联体和医共体的推动下，三级医院在地区的垄断地位将日趋明显。

不过，虽然机构数量增长以非公为主力，但三级医院始终以公立为主，这意味着公立三级医院将是未来市场的最大份额持有者。

在2010年到2020年之间，公立医院数量除了2013年增加了0.1%之外，其余年份机构数量都是减少的。不过，这主要是因为公立二级

医院和一级医院机构数量减少所致，而公立三级医院的数量则是持续上升的。2020 年一共有 2588 家公立三级医院，2010 年只有 1258 家，这 10 年间一共增长了一倍。而二级公立医院则从 6104 家减少到 5833 家，一级医院从 3081 家减少到了 2267 家。

从已定级的公立医院机构数量分布结构来看，三级公立医院占比持续上升，从 2010 年的 12% 上升到 2020 年的 24%。而二级和一级公立医院则分别从 58% 和 30% 下降到 55% 和 21%。由此可见，公立医院从机构数量上供给虽然持续减少，但减少的是公立的二级和一级医院，三级医院是持续增加的。

随着逆势成功扩张，三级医院依靠自身巨大的体量在整个医疗体系中的作用日趋重要，将成为左右医疗服务市场发展的关键。而公立医院又是三级医院的主体，占比超过 85%，结合其获得的医联体和医共体的触角，公立三级医院将获得地区垄断性的绝对优势。

其次，从需方来看，随着医保筹资速度的放缓和退休潮下的开支增速加快，医保面临的挑战加大，节流的意愿获得强化，对医疗开支的精细化管理将作为节流的主要工具。

2022 年，全国职工医保参保人数为 3.62 亿人，同比增长 2.3%，比 2021 年的 3% 和 2020 年的 4.6% 进一步放缓。在 2012 年到 2021 年之间，职工医保参保人数增速基本维持在 3% 上下，2018 年后上升到 4% 以上，主要是因为更多符合职工医保要求的人被要求参保，这从职工医保参保人数中灵活就业人员占比从 2012 年的 10% 增加到 2021 年

的 14% 可以看出来。

但这一增幅在疫情开始后回落明显，主要因为在岗职工人数增速放缓。2021 年职工基本医保参保人数中，在岗职工参保人数 2.61 亿人，退休职工参保人数 9324 万人，分别同比上升 2.7% 和 3.3%，增幅相比 2020 年的 5% 和 3.7% 都有所收窄。而在岗职工增幅下降趋势在 2022 年进一步加速，退休职工的人数则仍保持在一定增速，在岗职工参保人数 2.66 亿人，退休职工参保人数 9636 万人，分别同比上升 1.9% 和 3.3%，

同时，在经历 2018 年到 2020 年连续 3 年扩大职工医保覆盖面，由此带来连续 3 年职工医保参保人数增速高于退休职工增速之后，2021 年又再一次回到了 2018 年之前的趋势，退休人员参保人数增速超过了职工医保。在 2013 年到 2021 年这 9 年中，退休职工参保人数的增速有 6 年超过职工参保人数的增速，只有在 2018 和 2020 年低于职工参保人员增速，在 2019 年持平，这一趋势在 2022 年加速，而且两者的差距进一步拉大。

居民医保的开支上，控费问题比职工医保更严重。最明显的特征是在 2012 年到 2021 年这 10 年中，有 8 年期开支增速超过收入增速。从居民医保基金可支付月数来看，从 2012 年以来总体呈下降趋势，2012 年可支付 13.5 个月，而 2021 年下降到 8.7 个月。随着居民医保开支增速持续高于收入增速，基金当期结存率也有所下降，2021 年仅为 4%，而 2012 年的时候高达 23%。

因此，医保在节流的方向上，如何有效降低医保的住院率将成为未来政策关注的重点。中国职工医保退休人员超高住院率一直是一个长期难以缓解的挑战。2021 年职工医疗费用开支中，住院占 59%，退休人员住院率明显超过在职员工 (40%V. 10%)。这一问题将伴随着 60 后人群退休潮的到来加大住院费用的压力。

居民医保的住院费用中，2021 年有 53% 流向三级医院，这一比例虽然低于职工医保 (高达 74%)，但三级医院仍占住院费用的一半以上，且居民医保和职工医保的趋势一样，流向三级医院的住院费用占比有所提升，2019 年为 49%

在面临医保可持续性挑战和大医院持续扩张这一内在的发展矛盾下，未来的市场焦点在医保和大医院的博弈。目前推出的药价改革、DRG 和门诊统筹是主要的支付方工具，而大医院通过推出医联体等举措来对冲对自身的影响。随着在医保压力的加大，其他精细化管理工具也将陆续出台，大医院的应对举措也将逐步浮现。

总体来看，随着精细化监管的深入，医保和医院将遵循共同的规则来进行博弈，这对市场寻求确定性发展是至关重要的，也有助于稳定各个利益主体的发展预期。

[返回目录](#)

### 高端医院与五星级酒店的融合，中国民营医院能否效仿？

来源：华夏医界网

新加坡斐瑞医院是一家以“酒店+医院”的概念打造的三级医疗

机构，其经营模式有轻资产运营、专科专长发展和人性化服务创新等特点。本文分析了新加坡斐瑞医院的经营模式对中国民营医院经营的启示，以及存在哪些挑战和局限性，为中国民营医院的发展提供一些参考和借鉴。

## 一、引言

随着我国医疗改革的深入推进，民营医院作为医疗市场的重要组成部分，发挥着越来越重要的作用。民营医院不仅为人民群众提供了更多的就医选择，也为国家医疗卫生事业发展做出了积极贡献。

然而，中国民营医院在发展过程中也面临着诸多困难和挑战，如资金、人才、管理、信任等方面的问题。如何提高民营医院的竞争力和服务质量，是一个亟待解决的问题。因此，有必要借鉴国外先进的医院经营模式，为中国民营医院的发展提供一些参考和借鉴。

据了解，新加坡斐瑞医院(Singapore Farrer Park Hospital)是一所医疗设施完善，服务一流的综合医疗机构，位于花拉公园附近占地 1.36 公顷、耗资 8 亿新元建设的 Connexion 大厦内，集合斐瑞医院、斐瑞医疗中心(Farrer Park Medical Centre)和五星级华乐酒店(One Farrer Hotel&Spa)，成为新加坡首个顶级医院和星级酒店的综合服务中心。整个项目主要投资者是印度尼西亚煤炭大亨刘德光，他是印尼煤矿综合集团(PT Bayan Resources)创办人。

## 二、新加坡斐瑞医院的经营模式分析

新加坡斐瑞医院的经营模式有以下几个特点：



## 1、轻资产运营

这家医院的所有资产都是与五星级宾馆共同占有的。因此在入院前与入院后的医疗中，五星级宾馆是他强有力的支撑。况且这家医院的餐饮服务和后勤保障服务都是由五星级宾馆来承担的。因此，他的标准也是五星级的。并且医院在整个保障服务方面都是委托五星级宾馆来经营的。不求所有，只求所用，是一个全新的管理理念。

## 2、专科专长发展

这家医院以体检和日间手术与专家专科门诊为主。普通的住院服务与特殊住院服务都要求高效运营。这家医院的所有医生几乎都是多点执业的或是由医生集团提供的。没有自己专养的医生。因此，这也是在新加坡唯一的一个医院，医生都是外来的团队。

## 3、人性化服务创新

这家医院在打造医院环境的过程中，秉持着“HEAL”的理念打造让患者感到舒心的环境。在医院专门负责健康体检的中心，我们可以看到非常宽敞明亮的大厅，并在16楼就有一个富有禅意空中花园供人们在等待体检报告时能够散散心，观赏新加坡市中心的美景。

## 三、新加坡斐瑞医院对中国民营医院经营的启示

新加坡斐瑞医院的经营模式对中国民营医院经营有以下几方面的启示：

轻资产运营可以降低成本，提高效率。中国民营医院可以借鉴新加坡斐瑞医院的轻资产运营模式，与其他行业或机构合作共享资源，

减少不必要的投入，提高资产利用率和回报率。例如，民营医院可以与酒店、养老院、康复中心等合作，提供一站式的医疗服务，满足不同患者的需求。

专科专长发展可以提升竞争力，增加市场份额。中国民营医院可以借鉴新加坡斐瑞医院的专科专长发展模式，根据自身的优势和特色，选择适合自己的专业领域，提高医疗技术和服务水平，打造品牌效应，吸引更多的患者。例如，民营医院可以专注于体检、日间手术、美容整形、中医药等领域，形成差异化竞争优势。

人性化服务创新可以增强患者满意度，提升口碑。中国民营医院可以借鉴新加坡斐瑞医院的人性化服务创新模式，注重患者的感受和 demand，提供舒适、温馨、便捷的就诊环境和体验，增强患者的信任和忠诚度。例如，民营医院可以改善硬件设施，增加休闲娱乐空间，提供个性化定制服务，利用信息技术提高服务效率等。

#### 四、新加坡斐瑞医院的经营模式存在的挑战和局限性

事实上，新加坡斐瑞医院的经营模式也存在一些挑战和局限性，不一定完全适用于中国民营医院。中国民营医院在借鉴新加坡斐瑞医院的经验时，也需要注意以下几个方面：

##### 1、资金问题

新加坡斐瑞医院是由一群资深医生投资兴办的，拥有充足的资金支持。而中国民营医院大多依靠自有资金或贷款投入，资金来源相对较为单一和紧张。因此，在实施轻资产运营或专科专长发展时，可能

会面临融资难、融资贵等问题。

## 2、人才问题

新加坡斐瑞医院拥有一批高水平、高素质、多点执业的医生团队。而中国民营医院在人才引进和培养方面还存在一些困难和不足。因此,在实现专科专长发展或人性化服务创新时,可能会面临人才缺乏、流失、培训等问题。

## 3、管理问题

新加坡斐瑞医院采用了一种灵活的管理模式,将医院分为不同的业务单元,由不同的团队负责运营和管理。而中国民营医院在管理方面还存在一些不规范、不透明、不高效等问题。因此,在实现轻资产运营或人性化服务创新时,可能会面临管理协调、监督、评价等问题。

## 4、文化问题

新加坡斐瑞医院以“HEAL”的理念为指导,强调患者为中心、健康为目标、环境为载体、爱心为动力的服务理念。而中国民营医院在文化方面还存在一些差异和障碍。因此,在实现人性化服务创新时,可能会面临文化认同、沟通、融合等问题。

## 五、结论

新加坡斐瑞医院是一家以“酒店+医院”的概念打造的三级医疗机构,其经营模式有轻资产运营、专科专长发展和人性化服务创新等特点。这些特点对中国民营医院经营有一定的启示,可以帮助中国民营医院降低成本,提高效率,提升竞争力,增加市场份额,增强患者

满意度，提升口碑。

但是，新加坡斐瑞医院的经营模式也存在一些挑战和局限性，不一定完全适用于中国民营医院。中国民营医院在借鉴新加坡斐瑞医院的经验时，也需要注意资金、人才、管理、文化等方面的问题，根据自身的实际情况，选择适合自己的发展路径。

[返回目录](#)

## • 中医药动态 •

### 曹启峰：浙江“九大领域”推进中医药综合改革

来源：中国中医药报

2022年9月，浙江省政府办公厅印发《浙江省国家中医药综合改革示范区建设方案》。《方案》提出了“九大领域”30条任务举措。分别是全面提升中医药综合治理能力、全面深化中医药数字化改革、全面优化中医药特色服务布局、全面促进中西医协同发展、全面提高中医药科技创新水平、全面加快中医药人才培养步伐、全面促进中医药高能级产业发展、全面强化中医药文化传承传播、全面探索中医药跨界融合。围绕这些领域，浙江省开启了全面推进中医药综合改革进程。

完善政策体系，强化组织领导。推动形成“1+1+X”的中医药政策支撑体系，其中，“1+1”即省委省政府《关于促进中医药传承创新发展的实施意见》和《浙江省中药条例》，“X”即围绕《实施意

见》和《条例》出台若干个配套文件。各级政府加强对中医药工作的领导，推动建立分工明确、配合密切的部门联动工作机制。

完善服务体系，强化服务能力。把握 1 个主题，围绕国家中医药综合改革示范区建设，在“卫生健康现代化”与“振兴发展重大工程”上下功夫，打造中医药强省。突出 2 项建设，突出中医药高峰建设和数字中医建设。建立健全抓落实工作机制，提高中医药服务工作效能和执行力。坚持 3 条主线，聚力名院名医名科、基层中医化中医特色化、中西医协同发展三条主线，扩大中医药传承创新的集成度、支撑度和可及度，努力打造中医药策源地。在中医药服务高峰高地建设方面，浙江省依托综合实力强、管理水平高的省级中医医院，积极争创国家中医医学中心和区域医疗中心，在市级以上中医医院布局建设省级中医医学中心、区域医疗中心和特色重点医院。在县域层面，围绕“6+4+1”强化县域中医药优质资源均衡配置，即每家县级中医医院建成 6 个以上特色专科、4 个以上重点专科和 1 个中医药适宜技术推广基地，提升县域中医服务能力。

完善医保协同，强化三医联动。浙江省出台了许多医保支持中医药传承创新发展的创新举措。即鼓励将中医药机构纳入医保定点，鼓励将中医医疗服务纳入医保支付范围，建立符合中医药特点的总额预付制，建立符合中医药特点的疾病诊断相关分组(DRG)、按病种分值付费(DIP)支付制度，建立符合中医药特点的按人头与按床日付费制度，合理确定中医药服务价格，建立引导中医药特色发挥的医保考核

机制。

完善培养模式，强化人才先行。在发展一流中医药教育方面，浙江省支持浙江中医药大学建设一流中医药大学，建好国家中医住院医师规范化培训基地和省级中医住院医师规范化培训质量控制中心，建立健全“西学中”人员培养机制。在中医住培教育改革方面，围绕高质量人才培养，建立中医住培质控中心，按照“专业化、宽领域、重质量、强师资”的要求，成立了10个中医住院医师规范化培训专业质量控制中心。在“西学中”教育改革方面，形成了基地化管理、模块化学习、学分制评价、标准化考核的新特点。

完善科研创新，强化核心竞争。在打造国家级的科技创新平台的基础上，开展省内相应的学科建设。在省级创新平台方面，形成了1个中医重大疫病临床医学研究中心，1个浙江省临床医学研究中心，14个浙江省重点实验室，12个浙江省工程研究中心。这项工作对本省中医药多学科融合建设起到了可观的促进作用。

完善评价机制，强化区域统筹。建立健全中医药区域发展指数评价体系，同时探索完善中医药人才评价指标体系，把中医药工作、中医药区域发展水平纳入健康浙江建设考核内容。目前形成了5个1级指标，13个2级指标，46个3级指标，围绕“发展指数”和“均衡指数”两大指数，对全省11个市89个县(市、区)2018~2021年中医药发展情况和均衡情况进行分析评价。

完善数字运用，强化集成便民。浙江省高位推动中医药数字化改

革。在体系重塑方面，以数字化改革为牵引，找准卫生健康重点领域和关键环节。推出“中医处方一件事”“国民学国医”等一批重大改革应用。在数字赋能方面，搭建“浙里中医”综合监管平台，全面发展远程医疗和互联网诊疗，进行量化评价，连续三年发布省域中医药发展指数和均衡指数。在共建共享方面，打造中医数字化标准体系、应用体系和监管体系，制订中医药处方病历等行业标准5项，连续推出“中医药为民大健康服务活动”“中西医结合传承创新双周论坛”等活动，实施“千方百剂”项目。

接下来，浙江省将继续围绕国家中医药综合改革示范区建设要求，围绕着高能级平台、高水平合作、高效能协同、高质量发展四条主线，在“九大领域”改革方面持续发力，全面实施中医药振兴发展重大工程。

[返回目录](#)

### 黎甲文：广西推动中医药+健康产业创新联动发展

来源：中国中医药报

近年来，广西壮族自治区以机构改革为契机，认真贯彻落实国家和自治区的决策部署，充分发挥中医药特色优势、资源优势和区位优势，突出创新联动，推动中医药工作高质量发展。具体工作可以总结为以下五个方面。

第一，突出高位推动，着力推进中医药事业产业发展。

自治区党委、政府始终把中医药壮瑶医药与全区经济发展摆在统

筹谋划的位置。自治区层面先后印发有关中医药政策和规划的多个文件，明确中医药产业发展路径和重点任务，健全完善广西特色的中医药发展政策体系。充分发挥自治区中医药民族医药发展领导小组办公室的作用，加强部门联动，主动对接自治区发展改革委、工业和信息化厅等部门，联合出台一系列文件，将中医药发展融入大健康产业发展的范畴，引导产业链条向现代中药、养生保健、健康旅游、健康养老等领域延伸，推进一、二、三产业融合发展。

第二，突出能力建设，着力提升中医医疗服务水平。

目前，广西壮族自治区拥有中医类医院 132 家，其中公立中医类医院 103 所，每千人口中医床位数 0.69 张，每千常住人口中医执业医师 0.39 人，全区乡镇卫生院、社区卫生服务中心、中医馆覆盖率 97.53%，基本实现了全覆盖。此外，推动自治区 7 家中医特色重点医院、1 家国家中医疫病防治基地、1 家中西医协同旗舰医院和 2 家国家中医药传承创新中心建设，制定了广西少数民族药认定程序和认定标准，组织认定公布第一批广西少数民族药 218 个，为广西少数民族药纳入医保目录打下基础。

第三，突出基础支撑，着力加强人才培养和科技创新。

目前自治区拥有国医大师 3 名，全国名中医 4 名，全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师 76 人，广西名中医 196 人，广西乡村名中医 109 名，构建了涵盖自治区、市、县、乡村的中医药人才骨干网络，建设各层级名医工作室 209 个，国家级、自治区级重点学科



112 个。实施广西名中医、岐黄人才、薪火人才“三大培养工程”，遴选培养中医大师、广西岐黄学者、广西青年岐黄学者 93 人。建有西南濒危药材资源开发国家工程研究中心、国家中医临床研究基地、国家中医药高层次人才培养基地等国家级平台。

第四，突出特色优势，着力构建产业融合发展新格局，聚焦以下 5 个方面深化改革。

聚焦中药材道地性。第四次全国中药资源普查广西工作圆满收官，全区中药资源物种 7506 种，比第三次普查增加 2883 种，位居全国前列。出版了《中国中药资源大典·广西卷》和《广西民族药志》，构建广西中药材预警分析系统，联合多部门遴选发布“桂十味”和 31 味区域特色道地药材，编制了广西道地药材目录，指导道地药材的种植。

聚焦中药产业基地示范性。2019 年至今，联合自治区农业农村厅、文化和旅游厅、民政厅等多部门，共遴选了 50 家中药材示范基地，26 家中医药健康旅游示范基地，22 家中医药特色医养结合示范基地和 19 家定制药园。

聚焦康养产业融合性。坚持全产业链发展，持续实施康养人才的赋能活动，常态化开展中医药壮瑶医药康养人才培训工作，目前累计开展了 9 期培训班，培训了 870 余名学员，强化基地发展后端的链条。

聚焦药膳产业民族性。明确药食同源产业发展的作为，推动中医药加健康产业发展，积极打造桂药膳特色品牌，举办广西第一届中药

壮瑶药药膳大赛，组织培训讲座，制作宣传推介视频，展示推介自治区传统民族特色药膳产品，打造“养生看广西，品鉴在药膳”的产业发展模式。

聚焦金融支持服务性。与广西农村信用合作社签订战略合作协议，获得不低于 100 亿元的信贷支持。截至 2022 年末，中医药领域贷款余额 40 多亿元，与广西融资担保集团有限公司开展战略合作，截至 2023 年 1 月底，已经为 8 家中药材示范基地开展融资担保服务，贷款金额 3000 多万元，助力中药材产业发展。

第五，突出共建共享，着力深化拓展国际交流合作平台。

一方面，发挥中国-东盟博览会永久举办地优势，成功举办了 7 届中国-东盟传统医药论坛，4 届中国-东盟传统医药健康旅游国际论坛和 12 届中国(玉林)中医药博览会，形成以东盟国家和港澳台地区为主，覆盖 40 多个国家和地区的中医药领域的对外开放格局。另一方面，加强与粤港澳大湾区的产业合作，与广东省深圳市和顺堂医药有限公司签订战略合作协议，服务广西经济新发展格局。筹划与深圳市卫生健康委以及多个省局共同签订中药道地溯源饮片全产业链联盟战略合作协议，推动中药道地溯源共商、共建、共享和共赢，为中医药产业注入新的活力。

下一步，广西壮族自治区将在中国-东盟博览会的举办地广西南宁举办首届广西中医药产业交流大会，继续推动中医药+健康产业创新联动发展，全面提升中医医疗服务水平与供给能力，为开创新时代

壮美广西建设新局面贡献中医药力量。

[返回目录](#)



扫一扫  
关注药城公众号



扫一扫  
关注医药梦网公众号



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号  
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858