

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第II期

(03.14-03.20)

——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。)

· 分析解读 ·

▶ [国内首个省级卫生健康信息化“十四五”规划发布!](#) (来源：人民网) ——第 9 页

【提要】日前，重庆市卫生健康委发布了《重庆市卫生健康信息化“十四五”发展规划》。据了解，这也是全国首个发布的省级卫生健康信息化“十四五”规划。当天，在重庆市卫生健康委召开的新闻发布会上，相关负责人对《规划》进行了解读。《规划》明确，全市将构建“卫生健康云”平台，打造健康医疗大数据资源池。在打造卫生健康数字新服务方面，突出了应用性，内容涉及强化突发公共卫生智能响应、提高智慧医疗服务管理质量、提升中医药信息化服务水平、优化数字健康生活服务方式、加强数字健康环境监测评价、创新数字健康协同治理模式、推动数字健康科教融合发展等 7 个方面。

▶ [两会过后，基层医疗最大机遇出现了!](#) (来源：新华社) ——第 14 页

【提要】今年两会，政府工作报告提出最新发展规划：推动优质医疗资源向市县延伸，提升基层防病治病能力，使群众就近得到更好医疗卫生服务。简明扼要的 38 个字，目标及指向非常明确。第一，未来市县将获得大量优势医疗资源。第二，基层诊防能力必须显著提高。在医

疗资源长期分布不均，乡镇、农村基层医疗服务能力相对滞后的现实背景下，怎么实现既定目标，让东部沿海城市及经济发达的大中城市的优质医疗资源向实力暂时薄弱的西部地区转移？随着数字技术在医疗领域的逐级渗透，互联网医疗的兴起为基层医疗迅速赋能提供了更多可能性。一场自上而下的技术改革让基层医疗机构搭上了数字时代的顺风车。

· 医保快讯 ·

▶ [医保“大一统”，如何激发地方改革活力？](#)（来源：第一财经）

—第 18 页

【提要】在今年的《政府工作报告》中，关于国家医保政策提出，推动基本医保省级统筹，完善跨省异地就医直接结算，实现全国医保用药范围基本统一。上述三项政策表述，无不指向“大一统”的医保治理格局。一是在资金使用方面，随着基本医保从县级、市级上升为省级统筹，医保作为保险产品调剂盈亏的“大数效应”将更充分发挥，一省之内的区域不均衡得到缓解；二是在报销规则方面，随着跨省异地就医直接结算从住院医疗延伸到门诊医疗，从急诊延伸到普通门诊，更多参保患者无须自行垫付医保费用就能得到报销；三是在目录规则方面，随着省级医保局 15%的“增补目录”在今年内被清理完毕，一些地方扶持本地药品的“土政策”退出历史舞台。

▶ [医保高质量发展需守牢“保基本”“可持续”底线](#)（来源：中国

医疗保险）——第 22 页

【提要】在中国共产党的坚强领导下，我国的医疗保障制度经过多年的发展，已经实现了“从无到有”的目标，正在向实现“从有到好”的高质量发展目标进军。特别是党的十八大以来，国家通过创新医疗保障管理体制、整合城乡居民基本医疗保险制度等一系列重大举措，推动医疗保障事业发展进入了快车道，建设高质量医保取得显著成效。一是基本医疗保险全民覆盖扎实推进。二是药品目录谈判准入、集中带量采购深入推进。三是打击欺诈骗保、维护基金安全持续推进。四是统筹疫情防控和医保发展向纵深推进。

• 医养服务 •

▣ [优化供给侧改革 构建健康老龄化服务体系](#)（来源：中国经济时报）

——第 29 页

【提要】健康，作为保障老年人独立自主经济社会活动的重要前提和基础，正受到全社会前所未有的高度关注。在刚刚闭幕的全国两会上，健康老龄化再度成为关注热词。今年的政府工作报告中新增“加快构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系”要求。这也让关注目光再度聚焦本月初印发的《“十四五”健康老龄化规划》上来，其为“十四五”期间促进健康老龄化建设明晰了一系列具体任务和指标。其中，除医养结合肩负积极应对人口老龄化重任外，亦不乏城乡区域老年健康服务均衡发展、老龄化科技和产业发展等亮点。

▣ [指导意见发布 家庭医生落到实处再进一步](#)（来源：Latitude

Health）——第 40 页

【提要】近日，国家卫生健康委、财政部、人力资源社会保障部、国家医保局、国家中医药局和国家疾控局近日联合印发《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》。《意见》明确了二三级医院的医生和社会办医机构都可加入家庭医生的签约，这有助于更好地吸引用户的参与。由于病人对基层缺乏信任度，因此对家庭医生所在的整个板块就缺乏认可，并不相信他们能够解决哪怕是基本的医疗问题。因此，吸引更多优质医生加入家庭医生签约会有助于做实服务。

• SPD 管理 •

► [医用耗材 SPD 模式对医院财务精细化管理影响](#)（来源：《行政事业资产与财务》2021 年 16 期）——第 45 页

【提要】医用耗材 SPD 模式伴随着医疗体制改革而产生，是医改大环境下医院进行管理现代化升级产生的新事物。SPD 模式运用物流信息技术，把医疗物资管理分为三个阶段：采购、供应阶段(Supply)；院内中心库的加工管理阶段(Processing)；由中心库向各消耗科室分配推送阶段(Distribution)，实现了由第三方流通企业集中管理医用耗材采购、到货验收、加工、仓储与分配等工作，使医用耗材的所有权在材料消耗科室使用后转移至医院。那么，医院实行 SPD 模式是否能改善运营管理上出现的诸多问题，推动医院财务精细化管理呢？

► [基于 SPD 的医用耗材精细化管理](#)（来源：医管新世界）——第 52 页

【提要】SPD 项目的实施，规范了医用耗材的全流程管控，提高了管

理的精度，减轻了管理人员的工作量，为医院提高会计信息质量、降低运行成本、堵塞收费漏洞、适时监控提供了信息化平台。但 SPD 项目只是一种医用耗材管理工具，它本身并不能直接降低耗占比，需要医院在综合分析 SPD 运营数据的基础上，在采购、使用等环节联合精准发力，才能保持耗占比处在一个比较合理的水平。在保障一线科室使用需求的前提下，随州市中心医院通过一系列组合措施来管控耗占比。如优化流程、优化耗材使用组合、大力倡导使用国产产品替代进口产品、降低耗材采购价格、对科室试剂耗材使用实行指标控制、严格奖惩兑现等。管控效果明显，我院耗占比逐年降低。

• 中医药动态 •

▶ [湖南启动中医药“服务提质”工程](#)（来源：湖南省人民政府）——第 58 页

【提要】3 月 16 日，省卫生健康委、省中医药局出台《湖南省中医药“服务提质”工程实施方案(2022—2025 年)》，将以建设国家中医药综合改革示范区为抓手，加快提高中医药供给质量和服务水平，提升中医药服务的可及性和人民群众的满意度，打造中部地区中医药服务高地，推进“中医药强省”建设。

▶ [上海市长龚正主持召开会议：部署加快建设国家中医药综合改革示范区](#)（来源：解放日报）——第 60 页

【提要】上海市委副书记、市长、市政府党组书记龚正日前主持召开市政府党组会议、常务会议，传达学习全国“两会”精神，强调按照

市委要求，切实抓好贯彻落实；研究加快推动上海数字经济发展规划；部署加快建设国家中医药综合改革示范区。会议指出，要全面贯彻落实全国“两会”精神，贯穿到上海工作的全过程、各方面；加快推动上海数字经济发展，要立足全球视野，发挥上海在场景和新基建等方面优势；会议原则同意《上海市国家中医药综合改革示范区建设方案》并指出，要以建设国家中医药综合改革示范区为契机，加快打造科创引领的“政产学研金服用”一体化发展新模式。

• 医院管理 •

▶ [新医改背景下医院运营管理模式创新](#)（来源：润华携雅）——第 62 页

【提要】在新医改的经济常态下，面对医疗市场竞争的大环境，创新经济管理体制是改变医院运营模式，促进健康发展的必由之路。管理模式创新包括医疗质量、服务规范、人力管理、财务管理、营销管理等。引进新技术、新服务、新市场是创新发展的最终结果。

▶ [DRG/DIP 支付方式改革如何赋能推动“临床路径”由被动变主动](#)（来源：金豆数据）——第 67 页

【提要】国家医疗保障局《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》公布，让 DRG/DIP 支付方式改革进入“深水区”，通过三年的时间实现“统筹地区、医疗机构、病种分组、医保基金”四个方面全面覆盖。积极开展 DRG/DIP 支付方式改革，推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变，可为临床路径创造最合适的推广环

境。临床路径作为保证医疗质量、规范医疗行为的管理工具，只有在 DRG/DIP 支付方式改革的前提下，才会引起医院高度重视，才会发挥最大的作用，才会从“被动”变“主动”。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

国内首个省级卫生健康信息化“十四五”规划发布!

来源：人民网

日前，重庆市卫生健康委发布了《重庆市卫生健康信息化“十四五”发展规划》。据了解，这也是全国首个发布的省级卫生健康信息化“十四五”规划。当天，在重庆市卫生健康委召开的新闻发布会上，相关负责人对《规划》进行了解读。

据重庆市卫生健康委副主任王卫介绍，该规划旨在推动新技术与医疗健康服务深度融合，支撑全市卫生健康事业高质量发展。规划共分为“发展基础、发展思路、主要任务、保障措施”四个部分。

2025年目标——建成国内领先的卫生健康数字化基础，打造成为国内重要的智慧医疗标杆城市，构建国内具有影响力的数字健康服务能力，推动重庆卫生健康数字化发展步入全国先进行列。

重庆市卫生健康委信息统计处处长梅政成介绍，《规划》明确，全市将构建“卫生健康云”平台，打造健康医疗大数据资源池。在打造卫生健康数字新服务方面，突出了应用性，内容涉及强化突发公共卫生智能响应、提高智慧医疗服务管理质量、提升中医药信息化服务水平、优化数字健康生活服务方式、加强数字健康环境监测评价、创新数字健康协同治理模式、推动数字健康科教融合发展等7个方面。

重庆市疾控中心副主任张华东介绍，“增强疫情早期监测预警能力”是‘十四五’期间重庆市疾控工作的核心目标之一。以“联防联控”推进卫生健康、公安、海关、交通、环保、教育等多部门涉疫信息的互联互通，形成“数据化”防控机制，并开展基于大数据和专业预警模型的风险研判综合预警。”

重庆市卫生健康统计信息中心主任汪应钦表示：为助推市卫生健康信息化“十四五”发展规划实施、落地，市卫生健康统计信息中心将重点提升“三大服务”能力。一是围绕卫生健康中心工作和重点工作，提升服务决策的能力；二是围绕完善公共卫生信息化服务体系，提升服务机构的能力；三是围绕服务市民健康，提升服务群众的能力。

重庆医科大学附属第一医院副院长肖明朝介绍，现代医院管理，要充分以数据为导向，用数据说话，用指标规范和调整管理。在此基础上，可以构建基于大数据技术的运营数据中心，围绕人力、财务、物资、基础运行、综合管理等5大领域，实现医院资源的全过程、全体量、透明式管理。

为提升市民就医体验，《规划》还提出，重庆将加快建立分级诊疗信息化支撑体系，提升面向基层的(5G)远程医疗服务能力，助力分级诊疗互联互通。未来，重庆市民看病就医的体验将变得越来越具科技感、获得感。

政策解读

一、规划出台的背景

“十四五”时期是卫生健康事业高质量发展的关键时期，长江经济带发展、西部大开发、成渝地区双城经济圈建设等重大战略带来新机遇，推动“一区两群”协调发展为创新卫生健康服务提出新命题，人口老龄化、慢性病风险持续上升等给服务供给侧改革带来新挑战，5G、大数据、人工智能等新技术、“互联网+医疗健康”服务等新业态给行业发展提供了新动力。为进一步贯彻落实《健康中国 2030 规划纲要》和重庆市《以大数据智能化为引领的创新驱动发展战略行动计划》，大力推进健康中国战略重庆行动，推动新技术与医疗健康服务深度融合，支撑全市卫生健康事业高质量发展，我委提前谋划，编制形成了《重庆市卫生健康信息化“十四五”发展规划》，成为全国首个发布的省级卫生健康信息化“十四五”规划。

二、规划的主要内容

《规划》共分为发展基础、发展思路、主要任务、保障措施四个部分。

（一）发展基础

“十三五”时期，全市卫生健康信息化迈出坚实的步伐：信息基础设施不断强化，安全保障体系持续完善。信息平台功能逐步健全，惠民利民效果显著提升。医院信息化建设稳步推进，智慧医疗服务体系更加健全。“互联网+医疗健康”加速发展，应用服务能力不断加强。

在取得成果同时，“十四五”时期卫生健康信息化发展同样面临新形势、新问题、新挑战。“互联网+医疗健康”创新服务迎来新机遇，

健康医疗大数据应用发展面临新挑战，新时代数字健康服务治理明确新要求。

（二）发展思路和目标

一是明确以打造公平可及、系统连续的高质量数字健康服务为目标，以人民健康为中心，以大数据智能化为引领，以卫生健康数字基础设施为支撑，以构建全生命周期的数据管理服务为手段，推动健康医疗大数据跨行业、跨区域协同融合发展，不断催生新形势下“互联网+医疗健康”新业态、新模式、新生态的基本思想和路径。二是提出“政府主导，多方参与”、“统筹规划，融合共享”、“绿色发展，智慧赋能”、“数据驱动，场景示范”、“强化标准，保障安全”的基本原则。三是制定了到 2025 年的总体目标，即建成国内领先的卫生健康数字化基础，打造成为国内重要的智慧医疗标杆城市，构建国内具有影响力的数字健康服务能力，我市卫生健康数字化发展步入全国先进行列。

（三）主要任务

《规划》从基础、服务、生态三方面提出了 14 项主要任务。

基础方面，以建设统一“卫生健康云”支撑“市—区(县)”两级业务应用思路增强卫生健康数字化基础能力，以完善卫生健康基础和主题资源库建设健康医疗大数据资源体系，完善数字健康标准安全规范体系等 3 个任务整体夯实卫生健康数字化新基础。

服务方面，实施“强化突发公共卫生智能响应”、“提高智慧医疗

服务管理质量”、“提升中医药现代化服务水平”“优化数字健康生活服务方式”、“加强数字健康环境监测评价”、“创新数字健康协同治理模式”、“推动数字健康科教融合发展”7项任务打造卫生健康数字新服务。

生态方面，通过“构建重庆数字健康联盟”、“赋能数字健康产业”、“创新卫生健康信息化人才引育模式”和“深化卫生健康领域开放合作”4项任务营造卫生健康数字新生态。

三、规划的主要亮点

(一)紧跟国家战略方向。紧紧围绕近年来国家关于卫生健康领域的信息化建设重要任务，涵盖智能化提升疫情防控和医疗救治能力，信息互联互通创新医防融合，推动政府和社会健康医疗数据互联融合、开放共享，完善健康医疗大数据安全规范，积极营造创新应用发展环境，探索“互联网+”服务新模式、培育发展新业态等内容。同时为推动成渝地区双城经济圈建设、打造高质量发展重要增长极，在健康信息服务区域协同、共建共享方面也有阐述。

(二)强调本地规划设计。根据“十三五”事业发展基础，结合我市“数字经济”、“新型基础设施”等“十四五”发展规划，以及我市深化“云长制”和大数据资源体制改革等任务，突出建立符合重庆实际的政策、管理和技术体系，推动全民健康信息化标准规范落地，强调行业基础支撑能力、信息资源整合和服务水平提升，支撑全市卫生健康事业发展。

(三)注重目标任务落实。规划在目标任务设定上紧扣智能化发展和健康医疗大数据应用对卫生健康工作的创新引领和支撑作用,通过专栏分阶段提出了落地落细的任务目标。重大工程项目充分考虑现实需求,选取现有基础较好、业务需求明确的内容列为储备项目,确保有清单、有机构、有计划。注重将市政府各项工作要求融入规划,争取国家政策支持、市级项目支撑、工程资金保障。

[返回目录](#)

两会过后,基层医疗最大机遇出现了!

来源:新华社

今年两会,政府工作报告提出最新发展规划:推动优质医疗资源向市县延伸,提升基层防病治病能力,使群众就近得到更好医疗卫生服务。简明扼要的38个字,目标及指向非常明确。第一,未来市县将获得大量优势医疗资源。第二,基层诊防能力必须显著提高。在医疗资源长期分布不均,乡镇、农村基层医疗服务能力相对滞后的现实背景下,怎么实现既定目标,让东部沿海城市及经济发达的大中城市的优质医疗资源向实力暂时薄弱的西部地区转移?随着数字技术在医疗领域的逐级渗透,互联网医疗的兴起为基层医疗迅速赋能提供了更多可能性。一场自上而下的技术改革让基层医疗机构搭上了数字时代的顺风车。据了解,在疫情催化下,互联网医疗发展迅速。数据显示,全国互联网医院从2018年的100多家增长到目前的超1700家。在数字技术快速融合应用的背景下,互联网医疗已经成为促进优质医疗资源覆

盖基层的重要途径。

互联网医疗进驻农村，解决基层医疗 3 大痛点

阿里健康董事长兼 CEO 朱顺炎表示，县级以下居民就医问题有 3 大痛点最为突出，即人口基数大、医疗资源分布不均、数字化基础设施不足。当前县域人口占全国人口一半以上，有 7 亿多，但县域医生数只占全国医生数三分之一。尤其受疫情影响，基层公共卫生压力非常大，基层医疗工作的繁重程度超乎想象。互联网技术的引进可以突破地域限制，改善我国医疗资源不均衡的现状，提高基层医疗工作效率，缓解基层医生的现实压力，从而进一步改变县乡村一级居民看病难、看病贵的现状。

以湖南隆回县的一名 70 岁患者老吴为例。他家住距县城 100 多公里的偏远山区，长期患有慢病，曾因距离问题没有及时去县医院复诊落下了病根，只能靠服用省城才买得到的进口药控制病情。这是很多像老吴这样的农村患者必须面对的现实难题，直到今年春节女儿教会了他网上复诊和买药，这种情况终于得到解决。通过医生开出的电子处方，老吴买到了县城医院没有的救命药。互联网技术让农村的老百姓送去了家门口就医的便利，也给基层医疗服务能力带来了实实在在的价值。

互联网医疗做慢病管理，县域诊疗提速、慢病控制率提升

依靠互联网技术可以解决看病难、用药难的问题。同样的，对于需要长期从事慢病管理工作的基层而言，互联网医疗的介入，还能打通

县乡村健康管理网络，串联整个医共体，实现慢病人群的精准把控。2020年11月，浙江省天台县人民医院在阿里健康、熙牛医疗的技术支持下，上线全国首个县域“云上医共体”，覆盖全县120家医疗机构，实现了县、乡、村医疗资源一体化管理，把优质服务送到“田间地头”。上线一年，县域就诊率提高5.3%，家庭医生签约覆盖率显著增加，高血压、糖尿病等慢病控制达标率提升20.2%。在这个过程中，阿里健康平台承载的是医患之间的连接与医疗资源的提效作用：一二线城市三甲医院等医院的医生开启“云问诊”，通过互联网医院提供复诊服务，偏远地区的慢病患者无需出门即可解决慢病管理的“最后一公里”。互联网将医生和患者连接，跨越时间和空间的限制，让更优质的医疗资源流动起来，医生的服务半径持续扩大，越来越多的基层地区患者也可以通过互联网分享到更先进的医疗资源。

“三朵云”：互联网技术带来云医院、云药房、云服务

朱顺炎进一步表示，“互联网医疗的价值可以形象地归纳为“三朵云”：云医院、云药房、云服务，帮助解决基层医疗的痛点。”云医院包括智能导诊、远程问诊、用药指导、健康科普等全方位的医疗服务，让基层患者实现“一部手机管健康”，同时也帮助医生高效地管理和服务患者。云药房让偏远地区群众也可以便捷地上网买药品和家用器械，同时，利用安全用药AI、追溯码、智慧物流等技术，让老百姓“买对药”“买好药”，以及买到当地县城买不到的适宜药物。云服务则把慢病管理等一系列院外服务搬到云上，极大地丰富了用户

的健康方案。去年重阳节，淘宝上线了“拍药瓶买药”功能。手机打开“淘宝拍照”功能，将摄像头对准药盒，就能相对准确地完成药物识别，进入相应页面。事实上，慢病患者中有很多是老年人，而很多药品的中文通用名都存在名称长、生僻字较多等情况，给老年人买药找药增加了障碍。“拍药瓶买药”功能，正是在数字技术加持下，为老年慢病患者提供的便利。《中国互联网络发展状况统计报告》显示，截至 2021 年 12 月，在线医疗用户规模达 2.98 亿，同比增长 38.7%，是用户规模增长最快的一类应用。在阿里健康，一年的在线问诊服务量超上亿人次。其中，一半以上患者来自基层地区。

为基层医院分解压力，互联网诊疗技术有望入驻家庭

互联网医疗服务是为广大患者足不出户享受县内外顶尖医疗水平的一项民生工程，也是基层医院未来发展的重要方向。在资源下沉方面，互联网诊疗系统还能够为乡镇卫生院和其他医疗机构提供会诊支持，提升基层诊疗能力；在居民就诊体验上，因为服务流程、服务质量的改进，这种新型的诊疗服务被更多人民群众接受，也更愿意相信并留在基层看诊。近年来，云计算、AI、5G 等技术快速发展，使得医疗健康服务有了丰富的创新实践。以医疗 AI 为例，各种智能算法可以帮助提升医疗、药品及慢病管理等服务。基层医疗健康，是数字技术最有温度最有效率的一个应用场景。在朱顺炎看来，数字技术应用在医疗领域，最基础也最急需的一项是建设医学知识图谱，而这也是阿里健康正在下大力气去攻克堡垒。医学知识图谱是医疗 AI 的

基础技术，也是“三朵云”（云医院、云药房、云服务）的基础技术。通过动态数据的挖掘、关联、推理、融合，以及统一的专业术语和编码标准建设，形成标准化、高效率、高智能的医学知识库，从而提升在线诊疗、药品供给、慢病管理、医学科普等工作的水平。随着技术不断迭代，更多远程医疗服务不再难以企及。谈及行业未来，朱顺炎表示，最期待实现的一个场景是：医疗级的各种设备和应用能够在家庭落地，给用户提供一些适合到家的医疗级解决方案，也为医院分担压力。“国家一直大力支持互联网医疗行业在规范化的基础上快速发展。疫情发生以来，人们的健康意识也大大增强，也更习惯在线的医疗健康服务了。可以说，我们目前处在行业发展的好时代。”朱顺炎表示，通过同行携手、技术迭代，使得人们的医疗健康体验呈现全新的面貌，是很让人兴奋的，也是真正对社会有价值的事情。届时，基层医疗的互联网式发展将进入另一个崭新的赛道，基层医疗机构的综合实力也将得到跨越式提升。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

医保“大一统”，如何激发地方改革活力？

来源：第一财经

在今年的《政府工作报告》中，关于国家医保政策提出，推动基本医保省级统筹，完善跨省异地就医直接结算，实现全国医保用药范

围基本统一。

上述三项政策表述，无不指向“大一统”的医保治理格局。一是在资金使用方面，随着基本医保从县级、市级上升为省级统筹，医保作为保险产品调剂盈亏的“大数效应”将更充分发挥，一省之内的区域不均衡得到缓解；二是在报销规则方面，随着跨省异地就医直接结算从住院医疗延伸到门诊医疗，从急诊延伸到普通门诊，更多参保患者无须自行垫付医保费用就能得到报销；三是在目录规则方面，随着省级医保局 15%的“增补目录”在今年内被清理完毕，一些地方扶持本地药品的“土政策”退出历史舞台。

长期以来，我国有 300 多个医保统筹区，每个统筹区在资金使用、报销规则、目录规则等方面彼此独立，全民医保制度的碎片化十分严重，医药产品的医保准入面临严重的地方保护主义。2018 年，国家医保局尊重地方政府对本级医保局在人、财、物等方面的属地管理权，并进一步要求落实属地责任，与此同时，在中央授权下，将大部分管理权上收到国家医保局。

在医保央地治理层面，作为“健康治理现代化”研究者，笔者总结为三个规律：一是全覆盖事权，国家医保局获得了独立的外事权、部门立法权、向中央领导汇报权，上述权限使其对地方政府拥有更强的权力“议价能力”；二是类垂直管理，在维持属地管理的基础上，国家医保局通过全国统一的制度设计(如：待遇清单、集采平台、信息平台等)，实现了类似于上级医保局对下级医保局垂直管理的新机制；

三是穿透式监管，国家医保局借鉴央行监管 P2P(个人网贷)的经验，将医保资金从最初来源方到最终使用方的所有主体统统纳入监管范围，从而成为拥有实权的“超级医保局”。

展望“十四五”时期，医保“大一统”格局仍将延续并被强化，这将大幅降低医药企业开展医保准入的制度性交易成本，并为区域差距、城乡差距、收入差距较大的全体参保人营造公平、普惠的医保政策环境。然而，由于规则制定权逐步上收国家，但医保资金的收支责任仍在地方，医保央地治理承载着一个长期使命：实现“谁埋单，谁点菜”的权责对等关系。

在今年 1 月的全国医保工作会议上，国家医保局局长胡静林指出，要始终坚持改革和管理双轮驱动，确保改革力度不减、管理提质增效，最大程度发挥有限资金保障效能。

然而，由于权责不对等，一些地方开展深层次改革、精细化管理的积极性不足。可以预见的是，在权力侧，医保改革路线图已经绘就，医保制度框架基本成型，地方医保政策取得重大突破的空间非常有限；在责任侧，地方医保局面临“小马拉大车”（人财物配备不足，专业化能力不足）、“小鱼戏深潭”（存量改革触动巨大利益：公立医院、医药产业）、“滴水难穿石”（中长线改革超过干部任期、改革周期）这三个问题。

今年，《政府工作报告》提出，推进药品和高值医用耗材集中带量采购，深化医保支付方式改革，加强罕见病用药保障。上述工作均离

不开各地的先试先行、复制推广。在保证全国一统的政策刚性的前提下，如何激活各地的医保改革活力？

在带量集采领域，国家医保局已经将一些全国集采条件尚不成熟的品种(如：手术吻合器、中成药、种植牙体等)授权省级/省际联盟开展集采，相当于将集采细化规则的制定权下放给省级医保局(联采办所在地)。在医保支付方式改革领域，以医保按疾病诊断相关分组(CHS-DRG)付费为例，国家医保局只确保核心分组(A-DRG)全国统一、公开透明、免费可及，相当于将细分分组规则的制定权下放给省级、市级医保局(试点地区)。在罕见病保障机制层面，鉴于部分发达地区(如：浙江、江苏、青岛、成都等)已先行探索地区罕见病保障机制，但上述机制由于同国家医保局制定的医保待遇清单相冲突，面临被限期清理的风险。全国两会期间，全国政协委员孙洁也提出为省级罕见病保障机制“网开一面”，设置过渡期政策。

为此，笔者对医保央地治理提出以下建议：为防止地方滥权，特别是在部分品种的带量集采回归省级/省际联盟模式之后，国家医保局要充分发挥央地联动机制，通过窗口指导、业务督导、绩效考核、典型推广等方式，确保国家政策不走样、不变形，不发生寻租腐败。为激励地方改革创新，国家医保局要部署简政放权，立足于各地的经济社会发展水平，特别是尊重各地在资金结余水平、经办管理水平、信息化标准化水平等方面的差别，为各项医保政策设置不同方向、强度、周期，避免“一刀切”“一窝蜂”而损害地方治理能力。

医保高质量发展需守牢“保基本”“可持续”底线

来源：中国医疗保险

医疗保障的高质量发展与推进共同富裕有着怎样的联系，医疗保障在发展质量上取得了哪些新的进展和成效，在新发展阶段推进医疗保障高质量发展应把握哪些问题，从哪里出发、到哪里去？这是社会关注的问题，也是医保业界和学界必须研究回答的课题。

一、深刻领会国家促进共同富裕的顶层设计

推进共同富裕是在我国“决胜全面建成小康社会取得决定性成就”的背景下，以习近平同志为核心的党中央作出的科学决策。

《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》（以下简称《建议》），将共同富裕从以往的宏观目标转化为具体任务，在第十二部分突出强调了“扎实推动共同富裕”，在2035年远景目标中提出“全体人民共同富裕取得更为明显的实质性进展”。习近平同志在对《建议》稿的说明中强调，“促进全体人民共同富裕是一项长期任务，但随着我国全面建成小康社会、开启全面建设社会主义现代化强国新征程，我们必须把全体人民共同富裕摆到更加重要的位置，脚踏实地，久久为功，向着这个目标更加积极有为地进行努力”。习近平同志还进一步强调，“我们推动经济社会发展，归根结底是要实现全体人民共同富裕”。实现全体人民共同富裕，是习近平同志一以贯之的发展思想，充分彰显了坚持中

国共产党全心全意为人民服务这一根本宗旨的坚定性。

依据《建议》制定的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年(2021—2025年)规划和2035年远景目标纲要》，在“十四五”发展目标中提出“全体人民共同富裕迈出坚实步伐”，在2035年远景目标中提出“人民生活更加美好，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”。

从全面小康迈向共同富裕，既是国家发展目标的升级，更是民生发展目标升华，充分体现出国家发展的根本目的是不断增进民生福祉，是不断满足人民群众对美好生活的需要，反映的是社会主义的本质要求和人民群众的共同期盼。

二、不断总结医疗保障促进共同富裕的实践经验

在中国共产党的坚强领导下，我国的医疗保障制度经过多年的发展，已经实现了“从无到有”的目标，正在向实现“从有到好”的高质量发展目标进军。特别是党的十八大以来，国家通过创新医疗保障管理体制、整合城乡居民基本医疗保障制度等一系列重大举措，推动医疗保障事业发展进入了快车道，建设高质量医保取得显著成效。

一是基本医疗保险全民覆盖扎实推进。我国基本医保参保人数连年超过13.6亿人，参保率一直稳定在95%以上，建成举世公认的世界最大规模的基本医疗保障网，这为实现人人公平享有的制度目标、促进共同富裕奠定了坚实的基础。同时，也为加快构建以国内大循环为主体、国内国际双循环相互促进的新发展格局发挥了助力作用。促

进国内大循环、扩大内需的一个重要前提是提升城乡群众的消费意愿和消费能力，提升消费能力的关键前提则是就业、社保等基本民生的有力保障和不断改善。医疗保障实现了全民覆盖，而且，职工医保、居民医保住院费用政策范围内报销比例分别达到 80%和 70%左右，“病有所医”的目标基本实现，老百姓面对疾病风险的后顾之忧在很大程度上减轻了，消费能力也相应地得到提升。

二是药品目录谈判准入、集中带量采购深入推进。这方面的改革创新成效尤为显著，老百姓的获得感更加充实。据悉，到 2020 年底，通过药品目录谈判准入、集中带量采购，已累计为群众减负近 2100 亿元。2021 年又取得新成效，仅国谈药进入目录后就惠及患者 1.4 亿人次，减负 1500 亿元。2021 年先后开展三批药品集中带量采购，其中胰岛素专项集采破解了生物药集采难点，42 个中选产品平均降价 48%，为千万糖尿病患者带来福音，每年可减负 90 亿元；开展的人工髋关节、膝关节集采，平均降价 82%，惠及 80 万患者，每年减负 180 亿元。这些数据，直观地看是花钱多少的问题，实际上它揭示的是医保制度的内涵式发展、高质量发展，解决的是人民群众最关心最直接最现实的利益问题，亦是群众急难愁盼的问题，说到底是以人民为中心的发展思想结出的硕果。

三是打击欺诈骗保、维护基金安全持续推进。从 2018 年国家医保局成立到 2020 年，共查处违法违规定点医药机构 73 万家次，追回医保资金 348.7 亿元，2021 年又追回资金 206.3 亿元，有力地促进医

疗机构规范诊疗行为。这方面的经验和成效赢得了社会各界的赞誉，医保部门被群众称为医保资金“放心的守护人”。医保部门坚决维护基金安全的实际行动，激发了人民群众主动参与维护基金安全的自觉性，仅 2021 年国家医保局收到的举报线索就达 8200 多件，查实并追回资金 1.1 亿元。这一数据揭示了维护基金安全的社会氛围开始形成，共建共治共享的社会治理机制在医保领域开花结果。同时，医保部门还以卓有成效的行动助推了医保领域首部国家行政法规《医疗保障基金使用监督管理条例》的诞生，这不仅为基金监管提供了法制依据，而且对加快医保法治化建设具有里程碑意义。

四是统筹疫情防控和医保发展向纵深推进。自新冠疫情暴发以来，国家医保局第一时间推出创新性的“两个确保”政策举措、“五个办”经办服务举措、助力参保企业复工复产的基本医疗保险费阶段性减征缓缴等一系列举措。这些举措，不仅对实现疫情防控的早发现、早报告、早隔离、早治疗的“四早”和稳就业发挥了“及时雨”作用，而且还为应对重大突发公共卫生事件创造了成功经验。更值得肯定的是，国家医保局为打赢疫情防控阻击战持续发力，又会同财政部门创新性推出新冠疫苗和接种费用保障措施，为全国人民免费接种提供资金支持，而且做到了“钱等苗”。目前全国疫苗接种已突破 29 亿剂次，这与医保基金的大力支持密不可分。纵观上述举措，充分体现了人民情怀、大局意识，充分体现了我国社会主义制度的优越性。与此同时，巩固拓展医保脱贫攻坚战成果与乡村振兴战略衔接取得新进

展，原承担脱贫攻坚任务的 25 个省份全部出台配套措施，有 23 个省份部署开展因病致贫返贫预警监测；跨省异地就医直接结算稳中有进，2021 年惠及群众住院 440 多万人次，基金支付 624 亿多元；DRG 与 DIP 支付方式改革试点全部实现实际付费；长期护理保险制度试点稳步推进；医保信息化、标准化和法治化建设取得新突破，全国统一的医保信息平台已经建成，全国均已开通医保电子凭证激活应用服务，到 2021 年底累计用户超 10.5 亿，15 项编码标准全面贯标应用。

取得这些成效，都是医疗保障高质量发展的实际表现。发展的质量决定了医疗保障的成色。这几年，人民群众对医保的获得感和满意度持续提升，就是对医保高质量发展显著成效的充分肯定。我们坚信，随着医保高质量持续发展，必将为群众提供更高质量的保障，也必将为促进共同富裕提供更大助力。

三、准确把握医疗保障高质量发展的根本遵循和实现路径

2021 年 2 月 26 日，中共中央政治局就完善覆盖全民的社会保障体系进行集体学习，习近平同志在讲话中强调，社会保障是保障和改善民生、维护社会公平、增进人民福祉的基本制度保障，是促进经济社会发展、实现广大人民群众共享改革发展成果的重要制度安排，是治国安邦的大问题。要加大再分配力度，强化互助共济功能，把更多人纳入社会保障体系，为广大人民群众提供更可靠、更充分的保障，不断满足人民群众多层次多样化需求，健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次社会保障体系，进一步织密社会保障安全网，

促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展。习近平同志的这一科学论述，内容丰富，内涵深邃，既是对党的十八大以来我国社会保障改革发展成就和根本经验的科学总结，又为我国社会保障事业在新发展阶段推进高质量发展、可持续发展指明了方向，提供了根本遵循。医疗保障是我国目前覆盖人数最多的一项社会保障制度，是名副其实的全球最大的全民基本医疗保障网。我们要深刻领会和认真贯彻习近平同志的指示批示精神，按照中共中央、国务院决策部署，一以贯之地推动医疗保障高质量可持续发展。

一是要从“治国安邦”的政治高度持续深化对医保高质量发展的认识。一方面，要认清我国能在短短 20 年时间建成世界最大规模的全民医疗保障网，是发挥中国共产党集中统一领导和社会主义制度显著优势，实现经济社会持续发展的结果，城乡居民医保制度的建立和不断完善，其决定因素是财政资助参保年年增加，充分体现了中国共产党所坚持的发展为了人民、发展依靠人民、发展成果由人民共享的理念；另一方面，要认清治国安邦是有实际内容和具体行动的，医疗保障同就业和其他社保制度一样是民生之本，是治国安邦的重大制度安排，这就要求医保工作者，包括决策者、管理者、服务者、理论工作者要坚持以人民为中心的发展思想，使每一项实际工作都成为治国安邦的正能量。

二是要充分发挥好医疗保障作为社会再分配的政策调节作用。在国家层面，普惠式资助城乡居民参加基本医保，对特困人员、低收入群

体等的个人缴费部分实施差异化的参保补助政策，这就是发挥再分配功能的体现，这类再分配还应该在优化结构、精准施策的基础上继续坚持下去。在待遇保障环节，大病保险对特困群体中的重大疾病患者实施了倾斜政策，医疗救助在精准识别对象的基础上也实施了向因病致贫、因病返贫边缘户倾斜的政策，这也发挥了再分配的功能作用。在参保扩面环节，我们一直以实现应保尽保为目标，每年都开展一轮集中式参保扩面工作，更是强化了互助共济功能。要认清对困难群体的分类资助参保、对特困人群中的重大疾病患者实施倾斜保障政策、对城乡居民和新业态从业人员实施全民参保计划等工作，是医保高质量发展的内在要求，贯穿于建设高质量医保的全过程。因此，研究医疗保障加大再分配的力度、强化互助共济功能，需要根据经济社会发展和医保制度建设实际，长期坚持下去。

三是要坚持实事求是，既尽力而为、又量力而行的原则。实事求是，就是要把保障和改善医保待遇建立在经济发展和财力可持续增长的基础之上，不脱离实际、超越阶段，在高质量发展中持续提高保障质量。尽力而为，体现了中国共产党的初心使命和以人民为中心的发展理念。量力而行，则体现了尊重国情、尊重规律、从实际出发的理念。坚持实事求是，既尽力而为、又量力而行的原则，是我国建成全民医保制度的成功经验总结，是适应我国仍处于并将长期处于社会主义初级阶段基本国情的科学发展原则，应当成为新发展阶段推动医疗保障高质量可持续发展的科学原则。坚持这一原则，就应当坚定不移地遵

循习近平同志指引的发展目标和根本路径，“坚持制度引领，围绕全覆盖、保基本、多层次、可持续等目标加强社会保障体系建设”。旗帜鲜明地反对泛福利化和“免费医疗”，守牢“保基本”“可持续”底线。同时，要不断提高医保基金使用效率，持续深化改革、持续完善管理、持续改进服务，最大程度提升参保群众获得感、幸福感、安全感。

[返回目录](#)

• 医养服务 •

优化供给侧改革 构建健康老龄化服务体系

来源：中国经济时报

力促“十四五”健康老龄化

健康，作为保障老年人独立自主经济社会活动的重要前提和基础，正受到全社会前所未有的高度关注。在刚刚闭幕的全国两会上，健康老龄化再度成为关注热词。今年的政府工作报告中新增“加快构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系”要求。这也让关注目光再度聚焦本月初印发的《“十四五”健康老龄化规划》上来，其为“十四五”期间促进健康老龄化建设明晰了一系列具体任务和指标。其中，除医养结合肩负积极应对人口老龄化重任外，亦不乏城乡区域老年健康服务均衡发展、老龄化科技和产业发展等亮点。

为响应各界对健康老龄化的高度关注，今年的政府工作报告中新增

“加快构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系”要求，这在彰显政府社会责任之余，再次释放了积极应对人口老龄化带来的巨大发展机遇。

健康，是保障老年人独立自主参与经济社会活动的重要前提和基础，推进健康老龄化是我国积极应对人口老龄化的必然选择。促进健康老龄化不仅对经济社会发展大有裨益，更对实现健康中国战略意义深远。国家卫生健康委等 15 部门近日联合印发《“十四五”健康老龄化规划》(以下简称《规划》)为“十四五”促进健康老龄化建设清晰勾勒出实施路径和重点，到 2025 年，老年人健康需求、健康水平、健康预期寿命都将依次获得提升和改善。

健康老龄化本质是“健康至上”

我国是世界上老年人口规模最大的国家，也是世界上老龄化速度最快的国家之一。“十四五”时期，我国人口老龄化程度将进一步加深，60 岁及以上人口占总人口比例将超过 20%，进入中度老龄化社会。

“随着人口老龄化趋势的形成，确保老年群体健康正在成为老龄化社会面临的挑战之一。”北京大学医学部公共卫生学院教授陈育德在接受本报记者采访时表示，老龄化导致卫生保健服务需要在量上迅速增加，同时也促成我国医疗卫生服务的模式和内容从单一的医院治疗转变到综合的、以社区为基础的卫生服务模式，尤其是确保老年群体健康须综合着眼，从基础卫生服务做起。

这样的客观现实背后，正是老年人对健康本身日益提升的需求。因

此，促成健康老龄化必须围绕“健康”做足、做好文章。“坚持健康至上，以老年人健康为中心，以老年人健康需求为导向优化供给侧改革，推动老年健康服务高质量发展，增量与提质并重。”《规划》提出的内容，包括健康教育、预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护、安宁疗护等在内的老年健康服务。

与此同时，这也让强化与健康老龄化相关的机构、队伍、服务和政策支持，促使其匹配好快速上升的老年人健康需求更显迫切。

医养结合是实现健康老龄化必由之路

近年来，养老需求和老年人口医疗需求共同催生出医疗养老的结合。所谓医养结合，就是将医疗资源和养老资源有机地结合起来，把生活照料和康复关怀融为一体。

如何通过提高医疗服务能力让老年群体实现“老有尊严”是中国式养老必须正面解决的重点。

“面对巨大规模的老年人口健康需求，医疗服务供给势必需要提供和覆盖到从健康管理到疾病预防再到诊疗服务的全过程当中。”中国人民大学发展中国家经济研究中心主任彭刚在接受中国经济时报记者采访时表示，老龄化社会背景下巨大的养老服务需求正在凸显对医疗需求的倾斜特征，适时适当引入配合养老需求的医疗服务已经是大势所趋。解决好老年人口的养老服务需求，需要高质量的养老服务供给，其中，能够辅以等量和必要的医疗服务是养老服务的必要组成，更是促成健康老龄化社会形成必然关键。

显然，医养结合已经展现出趋势性特征，且已被各界视为实现健康老龄化的必由之路。然而，“医养结合服务供给不足，居家、社区医养结合发展不充分”也是不争的事实，已被《规划》明确列为“十四五”时期推进健康老龄化的挑战之一。

应对挑战，增加高质量医养结合服务供给势在必行，而这也是《规划》重点着墨的内容之一。

须让社会资本共分养老市场“大蛋糕”

对于该如何增加医养结合服务供给，《规划》提出以需求为导向，合理规划、建设和改建医养结合机构。支持规模较大的养老机构设置医疗卫生机构，并按规定纳入医保定点范围。激发市场活力，引导社会资本举办医养结合机构，推动建设一批百姓住得起、质量有保证的集团化、连锁化医养结合机构。

一直以来，我国养老服务提供始终面临着“大政府小社会”的难题，这也导致养老服务需求和供给长期存在错位，为此，《规划》提出要发挥政府在促进健康老龄化工作中的主导作用，鼓励社会资本参与，构建多层次、多样化的老年健康服务体系。

在长期致力于推进医养结合的投资人王于眼中，更愿意将此次《规划》明确的一系列有关内容，解读为向市场和社会资本吹响“推进医养结合”集结号。他对本报记者表示，确保未来医疗服务和养老服务的高效对接，才是解决养老市场发展问题的关键所在。

养老服务市场一再向社会资本抛出橄榄枝，在投资人眼中就意味无

限的商业蓝海。“尽管市场热度不减，但医养结合仍是如今养老服务市场的短板。”王于认为，政策的准入和支持以及具体如何操作医养结合项目等实际问题，需要有关部门真正拿出解决问题的方案。

为提升医养结合服务质量，《规划》也提出要健全医养结合标准规范体系。持续开展医养结合机构服务质量提升行动，推动医养结合机构规范开展医疗卫生服务和养老服务。

在彭刚看来，养老服务市场结合医疗需求，并引入社会资本符合国家层面的政策方向。在遵循市场化原则的基础上，社会资本也应在一定程度上收敛其逐利本性，将短视目光瞄准长远。毕竟，应对老龄化是一项长期且艰巨的任务，它更需要可持续的资本运营，这也客观左右着能否真正在我国形成“小政府大社会”的养老服务供给模式。

重视医养结合让老年人健康有“医”靠

——访国务院发展研究中心社会发展研究部研究员冯文猛

继《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》之后，《“十四五”健康老龄化规划》(以下简称《规划》)又于近期出炉，明确提出要建立综合连续、覆盖城乡的老年健康服务体系，健全老年健康保障制度，这与政府工作报告提出的“加快构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系”不谋而合。

要推动城乡、区域老年健康服务均衡发展，确保老年健康服务公平可及应该如何行动?为此，中国经济时报记者专访了国务院发展研究中心社会发展研究部研究员冯文猛。

中国经济时报：《规划》的发布有何深意？我国老年健康服务发展现状如何？

冯文猛：《规划》的发布是对目前城乡领域的老年健康服务如何进一步发展所作出的针对性回应。“十三五”时期，我国在推进养老服务体系顶层设计中引入了“医养相结合”。此后，整个“十三五”期间，医和养的结合成为应对人口老龄化和构建完善养老服务体系中的重点内容。

当下，随着在多个地区试点落地，不论城镇地区还是农村地区，医养结合都有着非常显著的进展，各地也探索出了三类医养结合的主要模式。第一类是医疗办养老，即医疗机构在医疗基础上发展养老。第二类是养老办医疗，即在养老机构内部和养老服务体系的内容设计上，加入医疗服务。第三类是在社区层面进行的医和养的结合，主要为居家老人提供更好的照料服务。

在推进医养结合的同时，国家相关部门还积极推动了老年健康服务体系建设，并先后出台了《关于建立完善老年健康服务体系的指导意见》等多个老年健康领域的基础性文件，各地也据此推动了有关实践，老年健康服务体系建设取得明显进步。

不过，从实际情况看，城镇地区因其医疗资源相对丰富，各类养老机构对医疗服务的引入更加顺畅，发展更加充实迅速。农村地区虽然有所起步，但由于其主要依赖乡镇卫生院和乡镇敬老院提供医养服务，医疗卫生资源和医疗卫生服务的能力水平欠缺，导致医养结合发

展相对滞后。在老年健康服务体系的建设上，城乡之间也存在较为明显的差异。

中国经济时报：在推进老年健康服务发展的过程中，城镇和乡村分别面临哪些问题？

冯文猛：医养结合是老年健康服务中的重点内容。从全国范围来看，医养服务内容还需要进一步充实和完善，其中既包括机构层面的医养结合契合度、提供服务的模式、费用分担机制等内容，也包括居家老人的医养服务保障问题。值得一提的是，上门医疗服务在居家老人中有着庞大需求，但目前该领域的进展并不快，或是进展仅限于小部分地区，还有待进一步推动发展。

同时，由于城乡之间存在差异，其在老年健康服务体系的建设中面临的问题也各有偏重。对农村地区而言，医疗和养老两类设施的服务能力相对较弱，问题主要集中在人才资源匮乏、专业能力不足、医养服务设施不健全等方面。不过，得益于农村居民的行为习惯，相较城市而言，其在上门医疗方面会发展得更加迅速，也更为普遍。

对城镇地区而言，虽然资源相对丰富，但也存在一些问题。例如，一些核心老城区老人多，老龄化率更高，但缺乏合适的地方建造养老和医疗服务设施。如何在这些区域满足居家老人的医养需求，并在新的生活设施建设中把医和养充实进去，都是亟待解决的问题。同时，一些城镇郊区虽然有足够的空间修建养老服务设施，但往往位置较偏，周边设施不完备，容易面临医疗服务供给不足的问题。此外，由

于行为习惯影响，即便推行分级诊疗制度，基于基层医疗卫生机构的上门医疗服务施行起来也会较农村更为缓慢。在城镇地区，如何在落实分级诊疗的同时，让基层医疗卫生服务机构更好发挥作用，为居家老人提供所需要的老年健康服务，也是亟须解决的问题。

中国经济时报：您认为，要推动城乡、区域老年健康服务均衡发展，确保老年健康服务公平可及，应该如何行动？

冯文猛：首先，要及时转变养老理念。“健康老龄化、积极老龄观”将贯穿我国今后相当长的一段时期内应对老龄化的全过程，也包括养老服务体系建设的整个过程。所以，更需要各相关部门在全社会进一步推广，形成广泛共识。

其次，要高度重视医养结合以及老年健康支撑体系的建设。目前，我们的老年健康支撑体系在设计上已经有了一个闭环，从前期的健康教育到干预，从疾病的诊断筛查到后期的康复护理，直至最后的安宁疗护，是一个完整的链条，但每个环节的发展当前都存在一些短板。因此，需要进一步充实老年健康支撑体系的各个关键环节，力争让设计好的内容有效落地。

同时，对于医养结合的推进，一方面，要进一步完善医疗办养老、养老办医疗的机构运营模式；另一方面，要高度重视居家社区层面的医养结合服务，让更多老年人能在家里解决自己的医疗和养老需求，这是解决中国大部分老年人医养结合服务需求的主要渠道。在近期，针对行动不便、失能或半失能的老年人，可考虑通过家庭医生签约等

方式积极拓展上门医疗服务，让上门医疗尽快成为一个制度化，覆盖全人群、全区域的医养服务手段。

在推进老年健康支撑体系建设和医养结合的相关实践过程中，还要注意进一步发挥科技的作用，让科技助力养老和医疗更好地落地结合。目前来看，智慧医疗、智慧养老手段在农村和城市都有应用，借助智能化的方式，能够打通不同层级、不同区域，在为传统养老和传统医疗提供新模式的同时，也将助力城乡、区域老年健康服务均衡发展，使其更加公平可及。

让银发人群乐享信息技术红利

“带娃倒没啥，但是到哪都得扫码，连吃饭都要用手机扫码点餐，我眼花看不清楚，再加上不太会操作手机，出个门啊，都犯难。”家住北京朝阳的刘大妈告诉中国经济时报记者，她今年年过六旬，去年从老家到北京照看不到两岁的孙子，时常带孙子外出吃饭、游玩，但由于不太会用智能手机，让她的日常生活多了一份苦恼。

不止刘大妈，不少老年人由于不会使用或不能熟练使用智能手机和手机上的各种应用，导致在出行、就医、消费等日常生活中遇到诸多问题，无法充分享受科技进步给生活带来的种种便利。让老年人拥有幸福的晚年也是政府工作报告所关注的内容。报告提出，推动老龄事业和产业高质量发展。而且，不久前，国家卫生健康委等 15 个部门联合印发的《“十四五”健康老龄化规划》提出要促进健康老龄化的科技和产业发展。可以说，养老作为重要的民生议题，受到各界广泛

关注。

全国政协委员，中国联通云南省分公司党委书记、总经理张云勇在接受中国经济时报记者采访时表示，促进健康老龄化的科技和产业发展，应鼓励通过新一代信息技术推动产品及服务的适老化设计和改造，推动养老产业数字化发展。

数据显示，目前我国 60 岁及以上人口为 2.64 亿人，其中，65 岁及以上人口为 1.9 亿人，占总人口比重 13.50%，老龄化进程明显加快。但与此同时，针对银发族人群的产品存在无法切实满足用户需求、产品供给缺乏体系化、社会资源缺乏统筹协调等问题。

如何有效满足人民群众日益迫切的健康养老需求，破解老年人面临的“数字鸿沟”问题，使银发族人群也能够乐享移动互联网、5G、人工智能、大数据等信息技术带来的红利？张云勇认为应从以下三方面下功夫。

一是充分发挥通信运营商资源禀赋，加强电信业适老化改造。

一方面，给予适当政策支持，鼓励运营商智慧家庭工程师为银发族提供电信业务上门指导、上门办理、上门服务。另一方面，积极倡导终端行业、互联网行业中众多厂商协同支持，针对银发族的需求特点，真正为银发族人群提供能感知、有温度、更便利的电信产品和服务。

二是协同各方资源，加强创新实现智慧养老目标。

银发族的养老需求除了医疗、健康、护理以外，还包括饮食、陪

伴、娱乐等生活的方方面面，这需要社会各方资源的参与。他建议，鼓励电信运营商作为智慧社会建设的主力军，联合产业链协同好各方资源，共同推动数字技术网络化、平台化、智能化能力优势与助老养老应用场景融合创新，以医疗、健康、护理为切入点，规模化普及服务银发族人群的异常行为监测、跌倒防护、一键呼救、实时健康监测等场景化应用；并基于此，进一步打造智慧健康养老平台，将银发族人群的医护健康、紧急求助、生活消费、情感陪伴、精神文娱等多种服务进行有机整合，通过协同社区、医院、餐厅、药店等各方资源进行跨界合作，打造全新线上线下一体化的智慧健康养老生态圈，为用户提供“食、医、健、护、乐”一站式的优质养老服务。

三是加强政策指引，普及通信能力夯实数字化基座。

服务老年人远程看护的家庭摄像头、异常情形下使用的一键呼叫报警器等设备，都需要网络连接才能发挥作用，基础网络通信能力是数字化养老服务的接口，但还是有很多老人，尤其是一些贫困老人家里没有安装网络，也就无法使用基于网络提供的种种智慧健康养老服务。因此，张云勇建议，将针对此特殊群体的基础通信能力普及作为一项普惠型服务增加到国家养老政策中，通过适当的引导或财政补助，使他们也能够接入网络，能够使用网络和数字化带来的智慧健康养老服务。

[返回目录](#)

指导意见发布 家庭医生落到实处再进一步

来源：Latitude Health

近日，国家卫生健康委、财政部、人力资源社会保障部、国家医保局、国家中医药局和国家疾控局近日联合印发《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》（以下简称《意见》）。从《意见》来看，政策对家庭医生的推动向更为贴近中国医疗体系模式发展，有助于夯实基层医疗。

长期以来，由于基层医疗服务能力薄弱，病患更多追逐大医院，这导致大医院大病和小病通吃，医院越来越大。因此，以基层为主角的家庭医生服务在中国市场难以获得实质性的发展。其实这不仅是中国的挑战，也是其他没有守门人制度医疗服务体系的长期困扰。

在欧美国家，守门人制度的发展前提是医生教育水平的均一化、自由执业和薪酬体系的低差异系数，这是经过上百年演化形成的，难以在没有守门人制度的国家短期建立，尤其是大小医院医生薪酬水平差异不大这一点。由于各层级医院的医生收入差距过大，大医院医生并没有动力进入基层执业，而且因为缺乏自由执业制度，大医院医生也没有意愿进入基层。

因此，在没有守门人制度的医疗体系下，家庭医生制度的推行尽管经历了较长时间的推广，但效果却差强人意。从海外其他地区的实践来看，要将家庭医生制度落到实处，做到对市场真正有价值需要推行更适合自身医疗体系的模式，这主要包括扩大服务供给、建设符合自身能力定位的服务内容和建立精细化考核体系。

首先，从供给的扩大来看，《意见》明确了二三级医院的医生和社会办医机构都可加入家庭医生的签约，这有助于更好地吸引用户的参与。由于病人对基层缺乏信任度，因此对家庭医生所在的整个板块就缺乏认可，并不相信他们能够解决哪怕是基本的医疗问题。因此，吸引更多优质医生加入家庭医生签约会有助于做实服务。

从文件来看，“家庭医生既可以是全科医生，又可以是在医疗卫生机构执业的其他类别临床医师(含中医类别)、乡村医生及退休临床医师”。这意味着各类别在基层的医生都可以加入家庭医生签约队伍。除了“积极引导符合条件的二、三级医院医师加入家庭医生队伍，以基层医疗卫生机构为平台开展签约服务，家庭医生既可以个人为签约主体，也可组建团队提供签约服务”，这意味着家庭医生可以团队形式存在，这与原来的模式相比是有了明显的推动。由于原先单个医生的能力有限，用户不愿意签约，但如果基层医生和上级医院的医生形成团队，用户的意愿度会有明显的上升。

而在社会办医机构进入家庭医生领域方面，主要是从服务能力和满意度来着眼。社会办医机构虽然在技术能力上远低于公立医疗机构，但其服务意识更高，加入到签约服务有助于提升整体的满意度。

当然，《意见》也强调了进一步培训来推动乡村全科医生的供给，同时对现有家庭医生进行持续强化培训，这有助于家庭医生能力的提升，也是为了吸引用户的一个重要手段。

其次，从服务内容来看，提升服务能力和质量是重点，这包含两个

点，一是提高基层软硬件能力，二是扩大服务项目。随着财政在过去10年的持续投入，基层的硬件获得了较大提升，但技术能力仍然较为欠缺，吸引更多优质医生加入是一个方面，拓宽服务面则是另一个方面。“康复、医养结合、安宁疗护、智能辅助诊疗等服务功能”对技术能力要求不高，但不适合在医院提供相关服务，基层是最好的载体，这也是家庭医生未来发展的重点。当然，这些服务的提供也需要持续的培训和实践才能得到提高，未来基层医疗将更多以提供急性期后的全链条服务为主。

不过，虽然强调了对公卫和慢病的服务，也提出了开放电子健康档案和健康教育及健康管理服务，但对医疗质量的提升并没有列出量化的指标，这无助于真实提高家庭医生的实际效果，未来将会出台哪些具体的奖惩指标将值得持续关注。当然，现阶段家庭医生在各地都有一定的考核指标，但还没有国标。一旦国标推出，家庭医生的发展将会迎来一个快速发展时期。

除了能力和质量，其他服务内容还包括提供长处方、上门服务、转诊和强化中医等服务。其中，如果结合转诊和全专结合以及组合签约来看，未来以医疗集团和医共体的形式来提供家庭医生服务的模式将初步得到发展，这也是是否能做实家庭医生制度的关键。

由于目前真正的全科医生较为匮乏，大部分全科医生的服务能力主要限于公卫，需要专科医生来补充，全专结合有助于为签约用户提供便捷高效的服务，“通过专科医生直接参与签约服务、家庭医生经绿

色通道优先转诊专科医生等形式，为签约居民提供‘一站式’全专结合服务，加强全科和专科医生的协作，促进基层医防融合，增强签约服务的连续性、协同性和综合性”。《意见》在这里明确了专科医生直接加入签约，其实是形成了服务团队。由于专科医生主要集中在各级医院，这也意味着上级医院会与基层共同来提供服务。

因此，全专结合下的组合签约也就是水到渠成了。“鼓励各地按照城市医疗集团、县域医共体建设的网格化布局，引导三级医院采取‘包干分片’方式，通过对口支援、科室共建、人才下沉、多点执业等多种途径，促进优质医疗资源下沉，与辖区基层医疗卫生机构一起壮大签约服务力量，共同做好家庭医生签约服务。”这里明确了两点，第一，家庭医生签约必须按照网格，由医联体的牵头三级医院来包干管理。第二，主要通过医疗资源下沉来壮大服务供给，推动家庭医生的签约量。

再次，在优化服务方式上，除了全专结合以及组合签约，值得关注的是，《意见》强调了突出重点人群。无论是保障和提升健康水平，还是说有效降低医疗费用增速，服务以慢病为重点人群是家庭医生制度的实施关键。对于健康人群来说，家庭医生并不是必须的，但对于慢病、失智或失能人群，家庭医生的作用能得到很明确的体现。

“要将老年人、孕产妇、儿童、残疾人、脱贫人口、计划生育特殊家庭成员以及高血压、糖尿病、结核病和严重精神障碍患者等作为签约服务重点人群，优先签约、优先服务。”《意见》列出了主要的重

点人群，提出优先保障这类人群的服务。从海外其他地区的实践来看，优先服务重点人群都取得了较好的效果，尤其是对慢病和罹患多种慢病的老年人起到了较好的管理效果。

最后，《意见》明确了保障机制。第一，在激励机制上，明确了签约服务费的来源，主要是医保、公卫和个人自费来形成一个基金池。基金池中的70%要用于家庭医生团队的薪酬分配，二级以上医疗机构要对参与签约的医师在绩效分配上进行倾斜。

第二，在医保引导上，除了强调通过报销比例引导基层就医之外，也提出了探索将签约居民的门诊基金交给家庭医生团队来管理。这是一种按人头付费的模式，医保会强化监管，通过绩效评价来制定奖惩，特别是结余留用对基层的吸引力比较大。但考虑到目前的全面评价体系还未建立，未来在部分试点地区的发展情况值得关注。

第三，在考核机制上，明确了“将签约服务人数、重点人群占比、续签率、健康管理效果、服务质量以及签约居民满意度等作为评价指标，利用信息化手段和居民回访等方式，定期对基层医疗卫生机构和家庭医生开展监督评价，考核结果同经费拨付、绩效分配等挂钩”。在评价指标上，健康管理效果和服务质量将是量化指标的主要权重，如果未来会有统一的标准，对家庭医生制度会有很大的促进作用。

总之，《意见》的推出对家庭医生制度的做实起到了明确的推进，尤其是在扩大服务供给和内容上，但对精细化考核只是列出了主要标准，但缺乏具体量化指标。因此，要做实家庭医生并得到有效推进，

需要建立一套精细化考核标准，特别是明确的奖惩措施，比如家庭医生服务团队的打分机制和退出机制。通过精细化考核，家庭医生服务质量和效果不再具有模糊性，可以激发服务主体的积极性以吸引更多病患的参与。

[返回目录](#)

• SPD 管理 •

医用耗材 SPD 模式对医院财务精细化管理影响

来源：《行政事业资产与财务》2021 年 16 期

根据《国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知》（国办发〔2019〕37 号）要求，2019 年底前实现全部公立医疗机构医用耗材“零差率”销售，高值耗材销售价格按采购价格执行。在此基础上，鼓励各地结合实际，通过实行“两票制”等方式减少高值医用耗材流通环节。随着“耗材零加成”“两票制”等医改措施的深入施行，以及医用耗材在类型、功能上日趋复杂化，公立医院的经济运营亟需更加精细化的管理。然而，当前公立医院的运营管理在物资供应链效率、财经业务一体化、人力资源绩效与责任细分、管理流程闭环和追溯、成本核算精度等方面还存在诸多问题，以致现代医院管理出现了人摸不清、物管不住、财核不准的管理瓶颈。

医用耗材 SPD(Supply, Processing and Distribution)模式(以下简称“SPD 模式”)伴随着医疗体制改革而产生，是医改大环境下医院

进行管理现代化升级产生的新事物。SPD 模式运用物流信息技术，把医疗物资管理分为三个阶段：采购、供应阶段(Supply);院内中心库的加工管理阶段(Processing);由中心库向各消耗科室分配推送阶段(Distribution)，实现了由第三方流通企业集中管理医用耗材采购、到货验收、加工、仓储与分配等工作，使医用耗材的所有权在材料消耗科室使用后转移至医院。那么，医院实行 SPD 模式是否能改善运营管理上出现的诸多问题，推动医院财务精细化管理呢？

一、医用耗材 SPD 模式全流程

SPD 模式以公立医院物流中心为主导，借助信息系统平台、先进设备与物联网技术，系统整合内外供应链上的核心成员，充分利用供应链效率的协同优化功能，有效组织、实施与管理医用耗材的采购、库存、分配、使用、追溯与检测等全过程。该模式不仅涉及供应商、第三方流通企业、医院物流中心、材料消耗科室及财务部门之间的协作与信息交互；还涉及电子商务平台、SPD 物流信息系统、收费系统及医院运营管理系统四者之间的系统衔接与数据传输。

1. SPD 模式运作流程

在采购、申领与配送环节，第三方流通企业根据医用耗材存量与各科室消耗情况制定采购计划，在电子商务平台上发出采购订单。供应商确认订单后及时向第三方流通企业配送。第三方流通企业根据配送单和采购订单等文件验收实物，物流中心审核确认验收结果。对于验收无误的医用耗材，张贴条形码，利用手持扫码枪扫码入库，医用耗

材信息自动录入 SPD 物流信息系统。针对普通耗材，材料消耗科室根据库存与科室使用情况预估需求量，在 SPD 物流信息系统中制定申领计划。第三方流通企业确认申领单后，使用手持扫码枪扫描医用耗材所附条形码，系统自动生成配送单。对高值耗材实行高值柜管理，第三方流通企业根据高值柜点高值耗材存量，安排专门人员不定期地进行备货、配送与入柜。

在使用环节，第三方流通企业采取“定数包”形式配送普通不可收费医用耗材。待消耗科室拆包验收、确认收货后，SPD 物流信息系统自动将确认的配送信息生成消耗清单。第三方流通企业将配送单的一联交至物流中心。对于普通可收费医用耗材与高值耗材，医用耗材均以“寄放”形式存放在科室库房与高值柜。材料消耗科室根据医嘱，使用移动智能柜或高值柜出库，SPD 物流信息系统自动生成清单。其中，对于高值耗材，材料消耗科室使用扫码枪扫描病人的腕带标签与医用耗材唯一标识条形码后，收费系统生成收费信息，SPD 物流信息系统接收收费系统反馈的收费信息，生成带有病人信息的消耗清单。

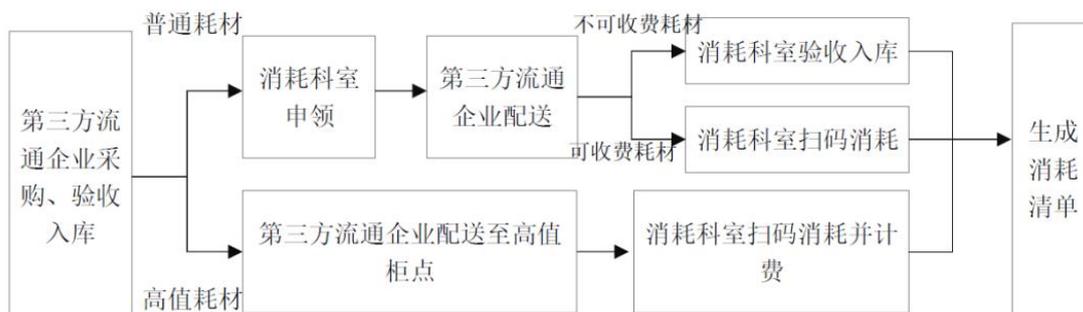


图 1SPD 模式运行流程

2. SPD 模式结算流程

每月 SPD 物流信息系统定期向医院运营管理系统发送消耗数据。对

于普通不可收费医用耗材(普通可收费医用耗材),库管人员核对接受的消耗数据与消耗科室签字确认的配送单(消耗清单);针对高值耗材,库管人员以收费信息为消耗源头,核对收费信息、消耗清单及接受的消耗数据。核对无误后,在医院运营管理系统中确认入出库,生成医院医用耗材采购入库单与出库单。医用耗材的所有权在实际消耗后转移至医院。

SPD 物流信息系统定期汇总医用耗材消耗数据,生成月结算清单,并将月结算清单通过电子商务平台发送至供应商。供应商根据月结算清单开具发票并及时交至库管人员。库管人员核对发票信息、月结算清单与入库单,核对无误后将发票、月结算清单与入库单交至医院会计人员。每月,资产会计根据发票、月结算清单与入库单在医院运营管理系统中办理请款手续,经资金会计审核无误后,在规定的付款周期内,按照请付款流程将医用耗材采购款支付给供应商。

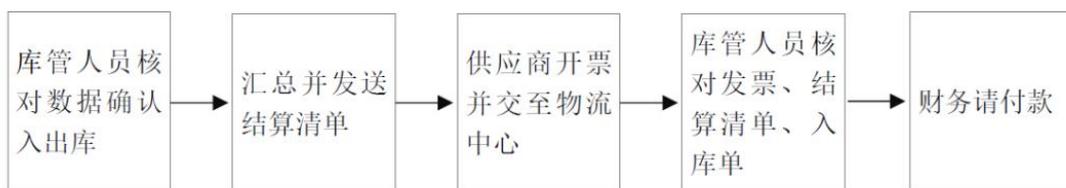


图 2SPD 模式结算流程

二、SPD 模式对财务精细化管理的影响

1. 改变结算节点,减少资金占用,提高资金管控精度

SPD 模式中,第三方流通企业按照采购计划进行医用耗材采购备货。第三方流通企业采用“定数包”形式配送普通不可收费医用耗材,实现“出库即消耗”在实际使用普通可收费医用耗材与高值耗材时,消

耗科室分别使用移动智能柜与高值柜扫码消耗，实现了“以耗代销”每月，SPD 物流信息系统将消耗数据生成结算清单，供应商根据结算清单开具发票与医院结算，实现了医用耗材的“用后结算”传统物流管理模式实行“带票入库”导致当期结算金额远远大于科室实际消耗金额，占用了大量的资金。“用后结算”使医用耗材结算节点由医院采购入库时点延后至消耗科室实际消耗后，形成了“费量同步”的开票规则。不仅通过延后结算时点延长了医用耗材的实际付款周期，而且实现了结算金额与消耗数额的“零差率”减少了医院的资金占用量，缓解了医院的资金负担，提高了医院的资金管控精度。另外，根据本期资金周转率=本期业务收入/本期占用资金平均额*100%，相同业务收入水平，通过降低本期资金占用额，提高了医院的资金周转率和资金使用效率。

2. 层层对账机制，确保资金安全

在使用环节，材料消耗科室核对实物与消耗明细是否一致，保证账物相符；在入库环节，库管人员核对消耗科室签字确认的配送单(消耗清单)与医院运营管理系统接受的消耗数据，实现医院采购入库数与消耗科室实际消耗数的“零差率”其中，高值耗材严格执行“一物一码”原则，库管人员以收费信息为消耗源头，一一比对医院运营管理系统接受的医用耗材品种、规格、采购价格、收费、住院号等信息，做到计费信息、消耗信息与医院入库信息的一致性，实现账账相符。在结算环节，库管人员核对发票、结算清单与入库单后，交至会计进

入请付款流程。从使用、入库到结算环节的层层对账，保证消耗计费、采购入库及发票结算的一致性，做到账物相符与账账相符，确保了医院的资金安全与财务核算的准确性。

3. 改变物权转移节点，规范收费，精确化科室成本核算

实现财务精细化管理主要在于“细”即需要医院特定部门明确记录与核算医院的各项收支，保证财务信息的准确度。传统物流管理模式实行“以领代销”直接将消耗科室领用量计入科室成本。然而，消耗科室经常出现领用与使用不匹配的情况，导致收支比例失衡，甚至出现本期支出大于本期收入的情况。同时，如果高值耗材未能按时入库，那么财务核算的权责发生制原则将无法得到保证，降低了科室成本核算的准确度。

通过实行 SPD 模式，可收费医用耗材与不可收费医用耗材分别在消耗科室实际消耗与确认收货后由库管人员及时办理入出库，医用耗材的所有权在实际消耗后转移至医院。医院入库数与出库数均等于消耗科室本期实际消耗数，属于真实的业务支出，使消耗科室本期业务收支占比符合实际情况。因此，相比传统的物流管理模式，SPD 模式及时、真实、准确、完整地反映了消耗科室的医用耗材成本支出，保证了财务核算符合权责发生制原则，使科室成本核算更加精确化。另外，消耗科室通过扫描医用可收费耗材的唯一标识条形码与病人的腕带标签进行计费，改变了以往采用直接拼音码录入收费医嘱而导致的错收、多收、漏收情况，为科室绩效考核评估提供了更加准确的数据支

撑。

4. 医用耗材实现“零库存”，降低医院与科室运营管理成本

对于医院整体而言，SPD 模式对医用耗材实施全流程管理与监测，实现了医用耗材“零库存”，不再需要定期盘点医用耗材，节约了医用耗材的储存与管理成本。同时，该模式利用附码扫码功能，实现了智能验收与分配，解决了手工验收与分配带来的一系列问题，缓解了库管人员验货、配货压力，释放了人力资源，降低了医院的人力资源成本。

对于消耗科室而言，可收费医用耗材实现“零库存”，仅有医用不可收费耗材占用了科室的有限存量份额，改变了传统物流管理模式造成的科室库存积压，释放了可用库房空间，降低了科室的医用耗材损耗率与储存成本，从而降低了科室的运营管理成本。

三、结语

SPD 模式以其规范化与系统化的流程，对医用耗材实行闭环与追溯管理，联通了物流中心、材料消耗科室、财务部门关于医用耗材采购、申领、使用、结算与核算等方面的实物流、信息流与资金流，不仅有效地提升供应链效率、提高管理精度、降低医院成本，而且有力突破了“财核不准”的瓶颈，提高了成本核算与。然而，在实际运营中也出现了诸如系统间数据传输失败以致无法自动扫码消耗与计费的情况。因此，在 SPD 实际运营中，亟须提高数据传输的精准性与成功率，真正实现医用耗材全流程追溯管理，推动财务精细化管理。

基于 SPD 的医用耗材精细化管理

来源：医管新世界

一、医院介绍

随州市中心医院位于炎帝神农故里，编钟古乐之乡，巍巍大洪山下，悠悠涑水河畔。始建于 1904 年，最初是英国牧师建立的教会医院，经过 117 年的蜕变和成长，现已成为随州地区唯一一所集医疗、教学、科研、救护、预防、保健于一体的国家三级甲等综合医院，2013 年成为湖北医药学院的附属医院。医院下辖三个直属院区和三个非直属院区，总占地面积 35 万平方米，现有职工 2449 名，开放床位 2380 张，年门急诊服务 97 万人次，出院病人 7.30 万人次，手术 5 万台次。医院注重学科建设，拥有 11 个省级临床重点专科，47 个市级临床重点专科，成功创建国家标准版胸痛中心、高级卒中中心。在近年三级公立医院考核中，不断取得优异成绩，跻身全省 83 家三级综合医院第一方阵；其倡导的“鄂西生态旅游圈三级医院联盟”及“汉江经济带三级医院联盟”，市场知名度和影响力不断提高。因其在抗击新冠疫情中的突出表现，先后被授予全国抗击新冠肺炎疫情先进集体、全国先进基层党组织、荣获全国文明单位称号。

二、项目介绍

为积极响应国家“取消公立医疗机构医用耗材加成”的医改精神，提高医保资金的使用效率，实现我院医用耗材的精细化管理，医院领

导层高瞻远瞩、提前布局，2018 年决定在湖北省医院率先引进 SPD 管理系统。医院提供办公场地，保留耗材品种遴选和采购权，将院内耗材物流及运营管理工作委托给第三方专业公司，由其承担运营中各项硬件和软件投入，并按上游配送商或供应商销售额收取一定比例的运营服务费作为补偿。SPD 项目实现了医用耗材的“遴选与准入、存储与发放、使用与结算、监测与评价”的全流程管理、全过程追溯，提高了医用耗材管理的精度和效率。

三、案例材料

(一) 案例概要

医院原有的医用耗材管理模式粗放，一系列问题凸显无法得到解决。高值耗材先使用后入库造成当期收费耗材收入与耗材成本严重不配比，影响绩效的核算；缺乏信息化监管手段，耗材多收、少收、漏收、重复收费时有发生；患者缺乏安全感，植入的是进口的还是国产的耗材无法考证；耗材繁多的品规给管理人员带来入出库和盘存的诸多困扰。经过近 6 个月的紧张筹建，2019 年 7 月医院决定在三个院区同时上线 SPD 项目，涉及 110 多个核算单元。新的管理模式下，医院所有医用耗材全部纳入 SPD 项目管理。低值耗材定数管理，计费低值耗材扫码计费、高值耗材一物一码，实现全部耗材的闭环追溯。

(二) 关键技术或产品描述

1、统一耗材名称，建立商品字典

以耗材注册证上的商品名为唯一名称，设置编码，建立商品字典库，

打破了先前商品名和通用名交叉的混乱，实现了医保、物价、耗材管理、耗材使用等各个部门耗材名称的统一，为耗材信息管理标准化奠定了坚实的基础。

2、供应商资质证照的采集

根据耗材使用的相关管理规定，对供应商资质重新进行审核，将先前的品种证照录入 SPD 管理系统，设置有效期限的自动预警，实现电子化、智能化管理，保障医用耗材的使用安全。

3、运用物联网技术，实现数据互联互通

与医院 HIS 系统对接，关联收费系统。对所有耗材赋码管理，临床使用扫码时自动计费，从而杜绝跑冒滴漏现象的发生。与临床电子病历系统信息打通，实现耗材使用后的效果监测与评价，不断提高医疗服务水平和能力。

4、建立二级库房，实施“零库存”管理

高值耗材设置手术室、介入室两个二级库房，实行智能柜管理，一物一码，扫码计费，且 SPD 运营方派驻专人管理，及时补货。低值耗材实行各科室二级库管理，库房设有门禁和监控，每个科室配备手持枪 (PDA) 且和其工号绑定，护士长或主班人员领用扫码时关联计费。SPD 运营方根据每个科室平均用量每周主动差额补货，如临时急用，科室可在 SPD 关联系统直接下单，SPD 运营方实时配送，保障科室供应。医用耗材备货时仅在 SPD 运营方库房办理入库，实际使用消耗后才在医院物资管理系统办理入出库，实现医院耗材“零库存”管理。

5、标签码管理，实现全流程追踪

所有的耗材进入 SPD 运营方库房前，其管理人员会对注册证上的商品码扫描重新生成一张标签码。标签码的左边主要是相关商品信息，如品名、品规、生产厂家、产地、批号、生产日期、有效期；标签码的右边是生成的二维码和条形码。耗材使用时临床管理人员通过扫码，标签码又被注入新的信息，如耗材使用时间、患者姓名、手术时间、手术医生等，SPD 系统通过接口将这些信息进行交换整合，标签码上的二维码和条形码等相关信息同步更新。耗材使用后二维码贴在病历上，条形码贴在手术单上，通过扫码轻松实现耗材的全流程追踪。

6、建立 SPD 运营监管中心，适时提供耗材运营数据

SPD 运营方根据医院管理需要，建立内部局域网，为医院领导层和监管部门安装内网软件，适时提供耗材运营数据。如供应商证照和耗材效期、近期配送情况、SPD 仓库备货情况、本期耗材使用情况(按品种、供应商、使用科室多维度排名)，为耗材管理的精准施策提供了可靠依据。内审部门根据管理需要生成三张汇总报表：供应商结算汇总报表，反映当期医用耗材实际消耗情况；高值耗材追溯汇总报表，宏观反映耗材整体消耗情况；高值耗材追溯明细报表，可以重点查看相关耗材的全流程信息。

(三)应用效果

1、改变耗材核算方式，提高了会计信息质量

项目实施前高值耗材通常使用后开票入库，发票与入库单同步流

转，财务核算跨期现象严重，低值耗材“以领作支”，造成当期收费耗材收入与支出严重不配比。项目实施后财务核算实行发票和入库单分离，耗材入库时只需 SPD 提供入库单及供货明细，发票在结算往来耗材款项时提交，保证了每月 SPD 信息流与财务核算的会计凭证的实物流一致。财务核算“以耗作支”，实行了可收费耗材收支配比，提高了会计信息质量。

2、降低耗材管理工作强度，提供更多价值创造空间

项目实施前实行高值铁皮柜存储，手工记账主管护士每天盘点、申领、上货。现在是主动送货、主动上架、扫码消耗，智能柜存储，自动记数，扫码计费。实现真正将时间还给护士，将护士还给病人。试剂耗材管理科的功能在项目实施前主要是审核、采购、收货、发放，现在负责品种准入证照审核，采购监管、质量抽查、消耗确认、计费结算、考核标准合理性分析等。大量的人力从基础工作解放出来，为医院价值创造提供了更大空间。

3、“零库存”管理模式，释放部分运营流动资金

项目实施前购买耗材入库后使用，无法及时掌握库存量及科室使用量，积压了医院流动资金。现在是科室有使用需求、SPD 耗材管理库配送、根据科室实际使用量结算。医院实行耗材“零库存”管理，大幅降低了库存和损耗成本，释放医院运营流动资金在千万元以上。

4、信息化助力，提高了医用耗材管理的精度

通过信息化管理手段管理证照，杜绝了过期耗材在库，保证了医疗

安全;和收费系统关联,杜绝了错收、漏收、多收费的情况发生;管理颗粒度由商品级和批次到标签级和最小使用单位,提高了管理的精度;耗材向前可追踪,向后可追溯,真正实现了耗材全流程管理,满足了国家对耗材的信息化管理要求。

5、运营大数据分析,提高了决策速度

通过 SPD 运营监控中心,可生成多维度、可视化的数据信息,轻松进行耗材运行的全程监控。若发现耗材使用异常,可直接进行数据追踪分析,对相关品种直接采取限用、停用等措施,提高耗材管理的精准和速度。

四、总结

SPD 项目的实施,规范了医用耗材的全流程管控,提高了管理的精度,减轻了管理人员的工作量,为医院提高会计信息质量、降低运行成本、堵塞收费漏洞、适时监控提供了信息化平台。但 SPD 项目只是一种医用耗材管理工具,它本身并不能直接降低耗占比,需要医院在综合分析 SPD 运营数据的基础上,在采购、使用等环节联合精准发力,才能保持耗占比处在一个比较合理的水平。在保障一线科室使用需求的前提下,我院通过一系列组合措施来管控耗占比。如优化流程、优化耗材使用组合、大力倡导使用国产产品替代进口产品、降低耗材采购价格、对科室试剂耗材使用实行指标控制、严格奖惩兑现等。管控效果明显,我院耗占比逐年降低。

[返回目录](#)

· 中医药动态 ·

湖南启动中医药“服务提质”工程

来源：湖南省人民政府

未来5年，全省建成心脑血管病、肿瘤、老年病、骨伤、肛肠、针灸、妇科、儿科等10大中医专科医疗中心；三级综合医院全部设置有中医药临床科室和中药房，能够提供中药饮片、中成药和中药饮片煎煮服务；县级以上中医医院治未病科和康复科设置全覆盖……

3月16日，省卫生健康委、省中医药局出台《湖南省中医药“服务提质”工程实施方案(2022—2025年)》(以下简称《方案》)，将以建设国家中医药综合改革示范区为抓手，加快提高中医药供给质量和服务水平，提升中医药服务的可及性和人民群众的满意度，打造中部地区中医药服务高地，推进“中医药强省”建设。

让百姓在家门口就能看中医

《方案》提出，高标准建设湖南中医药大学第一附属医院国家中医药传承创新中心，使其综合医疗水平力争迈入全国中医医院前15位；加快湖南中医药大学第二附属医院“高铁西城”中医疫病防治基地建设，将其建成中医药特色领先、专科聚集、管理卓越的中医名院和全省中医疫病防治中心；确立湖南省中医药研究院附属医院“以中为主，中西医结合”的办院方向，高起点建设国家中西医结合“旗舰医院”。

在市级中医药特色优势建设方面，将加快完成岳阳、衡阳等市级中医医院中医药传承创新中心建设，加快建设益阳、张家界、湘西、郴

州、永州、邵阳、娄底等市级中医医院国家中医特色重点医院，建设 3 至 4 家省级区域中医医疗中心，以名医、名科、名药带动特色发展；在市级中医医院建设“4 专科 5 中心”（4 个中医重点专科和治未病中心、康复中心、制剂中心及适宜技术推广中心、中医药特色诊疗中心）和“1 馆 1 室”（即名医馆、名老中医传承工作室）。

基层中医药服务能力也将不断加强。《方案》指出，实施县级中医医院提标扩能项目，建设县级基层中医药服务“龙头”。每个县建有政府举办的公立中医医院，并纳入县域 120 急诊急救体系。基本实现县办二级甲等中医医院全覆盖，35% 县级中医医院达到三级水平。在县级中医医院全面建设“2 专科 2 中心”，即 2 个重点专科和适宜技术推广中心、中医药特色诊疗中心。在有条件的县级中医医院建立基层智慧中医诊疗中心和中药共享调剂配送中心，让群众看中医、拿中药更加方便。

优化预防保健、疾病治疗、康复养生的服务能力

建设“中医药强省”，离不开特色优势明显的中医药专(学)科体系。《方案》提出，到 2025 年，全省建成心脑血管病、肿瘤、老年病、骨伤、肛肠、针灸、妇科、儿科等 10 大中医专科诊疗中心。争创 2 至 3 个国家中医医学中心、区域医疗中心、中医药传承创新中心和中西医结合“旗舰医院”。建设 8 至 10 家国家中医特色重点医院和省级区域中医医疗中心。大力推广中医综合诊疗模式、多专业一体化诊疗模式、全链条服务模式，满足人民群众多层次多样化医疗服务需求。

《方案》要求，未来5年，要深化拓展中医药健康服务领域。三级综合医院全部设置有中医药临床科室和中药房，能够提供中药饮片、中成药和中药饮片煎煮服务。70%以上的二级综合医院设置有中医药临床科室。三级和二级妇幼保健院开展中医药专科服务的比例达到90%和70%。建立中西医协同省级生殖医学诊疗中心。

同时，充分发挥中医药“治未病”的主导作用。聚焦重点人群和慢性疾病患者的“未病先防”和“既病防变”，推广20至30个中医治未病干预方案。针对心脑血管病、糖尿病等慢性病和伤残等，制定推广20至30个中医康复方案。发挥中医药在重大疫情防控救治中的独特作用，组建中医疫病防治队伍，建立省市县中医药重大疫情防控体系。

[返回目录](#)

上海市长龚正主持召开会议

部署加快建设国家中医药综合改革示范区

来源：解放日报

上海市委副书记、市长、市政府党组书记龚正3月14日主持召开市政府党组会议、常务会议，传达学习全国“两会”精神，强调按照市委要求，切实抓好贯彻落实；研究加快推动上海数字经济发展规划；部署加快建设国家中医药综合改革示范区。

会议指出，要全面贯彻落实全国“两会”精神，贯穿到上海工作的全过程、各方面。要守住不出现疫情规模性反弹的底线，以最短的时

间、最果断的行动坚决阻断传播链，尽早实现社会面动态清零。要持续优化常态化疫情防控措施，织密织牢疫情防控安全网，聚焦问题短板，进一步完善防控规范。要营造平稳健康的经济环境，把稳增长放在更加突出的位置，做好政策加力、靠前发力，助企减负、轻装上阵，激活创新、乘数带动，防范风险、消除隐患四方面工作。要营造国泰民安的社会环境，加强就业服务和社会保障，做好民心工程和民生实事，切实维护社会稳定。要营造风清气正的政治环境，推进政府系统全面从严治党向纵深发展，推动党史学习教育常态化长效化。

会议指出，加快推动上海数字经济发展，要立足全球视野，发挥上海在场景和新基建等方面优势，牢牢牵住关键核心技术自主创新这个“牛鼻子”。要激发市场活力，培育领军企业，切实帮助企业解决困难，形成让企业家发现市场需求、让市场验证赛道价值的良性循环。要加强数据治理，统筹发展和规范，加强对新业态新模式的研究，建立健全监管体系，维护国家安全、市场秩序和群众利益。

会议原则同意《上海市国家中医药综合改革示范区建设方案》并指出，要以建设国家中医药综合改革示范区为契机，加快打造科创引领的“政产学研金服用”一体化发展新模式，以重大临床问题为导引和切入点，高水平开展临床研究，并加强中西医资源整合，强化跨学科协同。要充分发挥上海中医药基础优势，牢牢掌握中医药国际标准制定的主导权，持续推进成果转化和产业化。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

新医改背景下医院运营管理模式创新

来源：润华携雅

在新医改的经济常态下，面对医疗市场竞争的大环境，创新经济管理体制是改变医院运营模式，促进健康发展的必由之路。管理模式创新包括医疗质量、服务规范、人力管理、财务管理、营销管理等。引进新技术、新服务、新市场是创新发展的最终结果。

一、医院运营管理模式创新途径

(一) 规范科室精细化个性管理

实施“条”“块”管理，严格“条线”管理。实行院、科两级主要领导责任制，建立院、科两级管理责任制工作机制，强化行政科室、临床医疗、单元护理、财务账务、后勤保障等职能部门共性管理，实施绩效考评与奖惩。监督内部审计制度是否严格执行，医院管理评审是否达到一定效果，对工作中发现的问题是否持续改进。实施临床科室“板块”管理，拓展个性管理，同样实施绩效考评与奖惩。

(二) 明确科室精细化创新思路

1、夯实基础管理，深化运营创新。基础管理，遵循政策、法规、行业规范。明确管理模式，运行机制，作业规则。保障质量与安全，防范缺陷与风险。运营创新，围绕“质量、效率、成本”。服务创新，管理创新。形成特色，突出优势，增强核心竞争力。试点推广，成熟后纳入长效基础管理。

2、创新组织架构，改进管理模式。从科室管理层着手，首先明确科室管理体制，实行“科主任负责制下的管理小组决策机制”的管理模式。确立院、部、科、医疗小组四级负责制。管理重心前移，实行科主任“无任期制”。加强执行力，将医护治疗组组长作为医疗质量与医疗安全的重要责任人。

3、健全工作规范，建立长效机制。以标杆科室带动全院科室实施，规范科室管理行为。权责并重，强化执行力，切实建立长效机制。明确科室管理小组成员、相关岗位职责，明确管理分工与协作机制。建立健全科室综合管理制度，完善、规范一线医护人员的医、教、研业务工作制度。“条”“块”紧密结合，职能部门实时跟进。收集实施反馈意见，发现问题和研究改进措施，修订、补充和完善相关制度，遵循“共性管理和拓展个性管理”原则。真正把“以病人为中心，提高医疗服务质量”落到实处。明确精细化管理模式下的科主任“一把手”首席负责制，医院与科室的责、权、利对等，管理组成员的责、权、利对等，真正落实管理规范、标准化、常态化。

二、精细化运营管理助推医院健康快速发展

精准规划，重视学科分类发展。体现以人为本的精神，建立医患利益共同体，改善医患关系，解决“看病难、看病贵”问题，实现高能低耗的医疗效果。医院管理模式以结果为导向的粗放式管理向基于临床过程的精细化管理转变。开展基于 DRG 的学科规划与业务治理体系。重视分类学科规划，大数据分析预测病种、患者来源及需求偏好，

测算规模，扬长避短，差异化发展。在人力资源、资金预算、病床资源、设备资源、空间资源、信息资源上落实精细化分类资源配置。

信息化支撑，建立多院区精细化联动运营管理体系。建立分科经营体制，健全成本会计核算制度，做好基础设定与合理分摊成本。开展经营分析，落实绩效管理、人事管理(基于员工)、物料管理、设备管理、后勤管理、医疗管理、项目管理、环境安全管理。经营管理公正透明，公开薪酬激励制度，提高劳动生产率，提高运营质效。

开源节流，提升运营质效。开源方面：争取政府投入。包括人员费用、基建、技改、项目、专项。优化业务结构，提升技术服务收益、运营含金量。加大特需医疗，充分用好不超过 10%服务量的政策。拓展慢病服务，做大产业平台，转化医学平台，用好存量资源。节流方面：严格成本控制，降低可控成本。规范药品、耗材选用，提高病种收益。开展节能降耗、节能减排，持续绿色运营。

以人为本、不断完善富有激励性的薪酬绩效制度。实行分类“岗位酬金+绩效酬金”，高端人才年薪制。完善体面收入、职业年金、退休保障措施。优化资源配置与绩效管理体系。全员薪酬绩效严格按人员费用预算执行。完善医护、行政、后勤岗位设置与绩效方案。实践教学专职教学岗、医疗病历质量监控管理岗、加岗绩效。分科分项完善绩效制度。

三、流程再造和流程优化是运营管理创新的重要方式

构建以病人和一线员工为中心的服务型文化。把管理的内涵变为服

务和流程优化的核心。提高病人满意度(外部顾客),站在病人的角度审视我们的流程;审视我们的质效;审视我们的服务。提高员工满意度(内部顾客)。站在医教研一线的岗位审视我们的流程;审视我们的质效;审视我们的服务。医院文化、领导力、员工与战略目标应协调一致。医院员工所拥有的技能、才智与知识,能够应对流程变革带来的挑战。医院的数据库、信息系统、网络和技术基础设施的流程改善很大程度上依赖 HIS 系统,员工必须要熟练运用。

同时,利用 QCC 之提升员工多元能力。开展“品管圈”活动是医疗质量管理中一道靓丽的风景线。以自动自发的精神,结合群体智慧,通过团队力量,运用各种品管手法,解决医疗工作中的实际问题。既有不二法门也有不拘一格,既有刚性指标也有柔性尺度。创建尊重人性组织环境,管理活动由点到面,有效促进医疗护理质量持续改进。总之,流程改善需要有绩效跟进,以绩效为支撑。流程再造和流程优化是运营创新的重要方式。

四、精细化绩效考核是运营管理创新的重要手段

科室绩效考核的优化与完善,除运营效率与效益指标外,重点增加体现医疗质量、医疗安全与院感、护理、门诊的综合评价指标体系,使其更为科学合理。持续优化指标、方法、程序。以年度规划指标(目标)为纲,遴选导向性强、客观、量化、数据易获取的指标进行月、季、半年或年考核,将规划指标与考核指标有机统一,月(季)考核与年(半年)考核有效结合。月(季)考核以医疗指标为主,通过月考核的

综合指标评价，体现质量、安全、效率、费用、服务等要素在绩效考核中的导向作用。年(半年)考核以学科、医、教、研、综合管理目标相结合，与年终奖、综合评优、干部考评挂钩。医疗主要为抽样考核，数据提取特殊，可以同时用于月、年考核。

五、管理体制与服务模式多元化运营管理创新格局

实施分院、全托管医院一体化绩效考核与薪酬管理，统一绩效考核，统一薪酬标准，分医院、分账户发放各项待遇。实施多元化运营，完善移动 APP 服务，预约挂号，医生信息查询，手机支付，院内电子导航，为病人提供健康信息。完善“互联网+”服务，网络门诊，检查结果查询，慢病随访管理，人工智能 AI，绩效导向，引领学科建设。

总之，“为患者提供无与伦比的最值得信赖的医疗服务”是新医改背景下医院运营管理模式创新的关键因素。因此，需要我们不断提供高质量的医疗服务，充分尊重和关怀病人，满足病人需要。用最有效的体系和技术，支持临床治疗护理。通过研究和教育，提高医学水平。只有运营管理做得好，医院才能生存和发展，才可持续发展。也只有加强了医院运营能力，有一流的运营，支撑一流学科，包括人才、技术、病种、运营，能力、质量、效率、费用等将成为医院创新发展的固定模式，是优化医院运营管理不可逆转的趋势。

[返回目录](#)

DRG/DIP 支付方式改革如何赋能推动“临床路径”由被动变主动

来源：金豆数据

临床路径(Clinical pathway)是指针对某一疾病建立一套标准化治疗模式与治疗程序,是一个有关临床治疗的综合模式,以循证医学证据和指南为指导来促进治疗组织和疾病管理的方法,最终起到规范医疗行为、减少变异、降低成本、提高质量的作用。

医院推行临床路径的阻力

实行临床路径的初衷是在削减不必要的服务、降低医疗成本的同时,维持并促进医疗服务的质量。2009年,公立医院最早落实的新医改政策是“绩效考核”和“质量管理”,临床路径则作为重要的管理切入点。源于此业务需求,席卷全国的电子病历系统需求爆发。

前期,外部环境为按项目付费,犹如“医生点餐医保买单”,医院要获得较好的收益,就需要做更多的项目,从而增加了很多不必要的医疗服务,诱导“看病贵”,造成有限医保基金支付“压力重重”。医保采取“机构总额预算和次均费用考核”,各家医院为了争取“医保总额预算”不下降,防止下年医保总额预算“蛋糕”份额缩小,会相应地采取“超额预算”策略。

因此,规范的临床路径,会影响到医保支付结算水平,从而直接影响医院的收益;影响医生的医疗决策行为,进而影响医生的收入待遇。要医院用临床路径“削减不必要的服务”,阻力可想而知。

支付方式	临床路径开展的影响	可能结局
按项目付费	临床路径阻力大，医院为求得最大利益而增加服务项目	临床接受程度低
按床日付费	可能会出现分解住院或延长患者住院天数	患者依从性差
按总额付费	可能会涉及低质量的临床路径，如改用廉价药物、减少检查	临床路径质量受损
按病种付费	医保目录与临床路径目录的交集范围成为控制患方变异因素的关键之一	目录不配套会导致患者依从性差

医保支付方式改革赋能医院“临床路径”

临床路径的推广与支付方式息息相关。

国家医疗保障局《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》公布，让 DRG/DIP 支付方式改革进入“深水区”，通过三年的时间实现“统筹地区、医疗机构、病种分组、医保基金”四个方面全面覆盖。

DRG/DIP 支付方式，广义上都属于病种打包支付范畴，与按项目付费不同，是基于按病种预付费支付方式，等于给每个病种定了支付结算的最高价，倒逼医院在有限的医保支付范围内，保证医疗质量安全的前提下，优化和降低成本，获得合理的病种盈余。犹如医保“先买单”医生“配餐”，医院医疗收入与医保支付结算形成的差额，医保不再“欠”医院。

积极开展 DRG/DIP 支付方式改革，推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变，可为临床路径创造最合适的推广环境。临床路径作为保证医疗质量、规范医疗行为的管理工具，只有在 DRG/DIP 支付方式改革的前提下，才会引起医院高度重视，才会发挥最大的作用，才会从“被动”变“主动”。

实行临床路径的意义

◆提高医疗质量，减少医疗差错，节约成本

临床路径经过多学科专家依据循证医学研究制定，使医务人员工作有章可循，提醒医务人员什么时间该做什么，怎样做，避免制定治疗方案时的随意性，规范了医疗行为，减少了过度用药、过度检查、过度治疗，提高了病种的收益。

◆提高工作效率，降低平均住院日

通过明确医疗职责，减少治疗环节间瓶颈，提高工作效率；使临床过程程序化，明确规定患者检查与治疗的时间安排，避免了各种原因造成的时间浪费，有效降低住院病人的平均住院日。对于防范感染、合并症、质量事故、医疗纠纷等，都具有重要的作用，间接降低了病种质量成本，提高了效益。

◆激励医院进行病种结构调整，加强人才和学科建设

“临床路径”促进病种结构调整，通过临床路径管理，在 DRG/DIP 病种成本核算的前提下，激励医院进行病种结构调整，加强人才和学科建设。

大部分病例纳入临床路径集中管理，医生有更多的时间和精力研究疑难复杂病症；住院医师可以得到临床训练，更快地掌握诊疗流程和规范；护理人员可预先得知对患者应提供的护理及愈后服务，使护理活动更具规范性。

◆促进院内药物合理使用

在医保支付方式改革下，药品、药事变为成本部门，要在药品集采、医药分开的形式下，积极转变药事管理模式，进行内部革新。临床路径在用药方面有严格的把控，在抗菌药物的选择上，要以《国家基本药物临床使用原则》和《抗生素临床应用指导原则》为判断基础，建立临床路径管理的药品监督机制来规范医师用药行为，促进合理用药。

◆满足患者知情权，增加患者满意度

通过临床路径减少医疗成本而不影响治疗效果，使患者少花钱，看好病，一定程度上满足了患者的知情权。

医院运营绩效管理如何配套“协同”临床路径的推行

推行临床路径，需要医院运营绩效管理改革配套“协同”，才能更好地发挥临床路径的最大作用。绩效激励引导主要方法和措施包括：

1. 筛选各科集中度较高的前 5-10 种的优势病种，进行临床路径管理。
2. 对筛选的优势病种，按照前 3 年费用数据，进行循证回归分析，测算费用均值和中位值，为制定临床路径费用管理提供决策参考。
3. 预测 DRG/DIP 医保支付水平，与临床路径病种循证回归分析费用对比比较，探索合理费用水平。
4. 设定绩效系数，按照临床路径病种医保 DRG/DIP 医保支付水平，盈余贡献情况及病种疑难风险程度 (CMI) 等，设定绩效系数。
5. 绩效核算到临床路径病种到主诊医师，对于临床路径变异的病

种，绩效打折计算。

[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