

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022 年第 21 期

(05.23-05.29)

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。)

· 医疗改革 ·

▶ [《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》出炉 都有哪些新变化？](#)（来源：央视新闻）——第 8 页

【提要】国务院办公厅近日印发《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》，今年将加快推进国家医学中心和国家区域医疗中心建设，持续推进分级诊疗，优化就医秩序。根据安排，今年内基本完成全国范围内国家区域医疗中心建设项目的规划布局。发挥省级高水平医院的辐射带动作用，建设一批省级区域医疗中心；完善体制机制，引导省会城市和超(特)大城市中心城区的医院支持资源薄弱地区，推动优质医疗资源向市县延伸。增强市县级医院服务能力，每个省份在 2~3 个设区的市开展紧密型城市医疗集团试点；支持社会办医持续健康发展，支持社会办医疗机构牵头组建或参加医疗联合体；深入推进紧密型县域医共体建设，推动在医共体内实行行政、人事、财务、业务、药品、信息系统等统筹管理。

▶ [“十四五”国民健康规划的通知，国家区域医疗中心建设项目再扩容](#)（来源：国务院办公厅）——第 13 页

【提要】日前，国务院办公厅发布关于印发“十四五”国民健康规划的通知。规划指出，深化医药卫生体制改革。加快建设分级诊疗体系，

加快推动县域综合医改，推进紧密型县域医共体建设，推进专科联盟和远程医疗协作网发展。推动公立医院高质量发展，全面开展公立医院绩效考核，持续优化绩效考核指标体系和方法。深化相关领域联动改革，健全医疗卫生综合监管制度。

• 中医药动态 •

▣ [陈云：从系统科学看中医药防治新冠肺炎的原理](#)（来源：第一健康报道）——第 16 页

【提要】新冠肺炎疫情暴发以来，中医药全面、深度参与中国疫情防控救治，效果显著。从系统科学来看，中医药防治新冠肺炎有效和成功的原理，关键在于认识和遵循了人的复杂性及人与病毒关系的复杂特性和规律，通过中医诊断体系分析理清病变机制，给出相应的方药技法调控遭受病毒侵袭的病变系统，最终恢复人的健康态。中医药的思维方式是系统论性质的，其几千年的实践如实地遵循和驾驭着人的生命及其健康与疾病的复杂性，而这正是现代系统科学正在研究和揭示的复杂特性和规律，因此，只有以系统科学解读中医药防治新冠肺炎的原理，才能如实地阐明和揭示中医药理论与实践的科学内涵。

▣ [人民日报海外版整版报道中医药：传承精华 守正创新 中医药加速振兴发展](#)（来源：人民日报海外版）——第 23 页

【提要】国务院办公厅日前印发《“十四五”中医药发展规划》，这是推动中医药振兴发展的纲领性文件。习近平总书记指出，“中医学包含着中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中华文明

的一个瑰宝。”近年来，中医药发展顶层设计不断完善，中医药服务体系进一步健全。截至2020年底，全国中医医院已达5482家。中医药传承发展能力不断增强，特别是新冠肺炎疫情发生以来，中国坚持中西医结合、中西药并用，中医药全面参与疫情防控救治，作出了重要贡献。中医药正加速走向世界，已传播至190多个国家和地区。

• DRG 改革 •

▶ [DRG/DIP 改革将颠覆用药结构](#)（来源：医药经济报）——第33页

【提要】此前，国家医保局发布《关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》。该通知要求，从2022年到2024年全面完成DRG/DIP付费方式改革任务。2022年、2023年、2024年以省(自治区、直辖市)为单位，分别启动不少于40%、30%、30%的统筹地区开展DRG/DIP支付方式改革并实际付费。统筹地区启动DRG/DIP付费改革工作后，按三年安排实现DRG/DIP付费医疗机构病种全面覆盖，每年进度应分别不低于70%、80%、90%，2024年启动地区须于两年内完成。鼓励入组率达到90%以上。

▶ [DRG 下如何把握优势病组，促进学科协同发展](#)（来源：今创医疗）——第35页

【提要】随着医保支付改革驶入“快车道”，对于医院而言，依靠扩床位、抢患者获得盈余的时代不复存在。DRG下错综复杂的医疗行为被“计量化、可比化”，医疗机构不可避免地“从规模”到“价值”

的过渡。为更好适应医保支付改革形势，医院应以质量和安全为前提，通过分析全院病组结构，筛选优势重点病组、优化学科建设，转变运营机制，促进医院效益提升。

• 分析解读 •

▶ [两大联盟采购量深度剖解，集采倒逼中药仿制理性入场](#)（来源：医药经济报）——第 39 页

【提要】湖北中药集采和广东中药集采规则目前还是利好于有市场规模的中药原研产品。从政策层面，中药仿制首先要确定参比制剂，预计大部分原研厂家都不愿意成为参比制剂。而没有足够的符合注册法规认可的临床数据支持，很有可能是不少原研企业的借口。对于仿制品种立项而言，集采政策无疑是最大的变量之一，中药也不例外。

▶ [数据看医保：药品集采在公立医院执行情况](#)（来源：中国医疗保险）——第 45 页

【提要】2019 年 11 月，湖北省医疗保障局下发《关于印发全面落实国家组织药品集中带量采购和使用试点扩围工作实施方案的通知》。同年 12 月，按照宜昌市医保局统一部署，各医疗机构开启药品带量采购工作。本文通过对宜昌市某三甲医院(以下简称“Y 医院”)第一批带量采购工作开展情况进行分析，为更多的医疗机构能更好地落实药品和耗材带量采购工作提供参考。

• 医院管理 •

▶ [绩效国考与 DRG/DI 医改新时代，公立医院绩效应该如何变革？](#)

（来源：医学界智库）——第 52 页

【提要】2021 年 11 月 26 日，国家医保局《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》明确指出，支付方式改革的主要目的，就是要引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制，转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。DGR/DIP 支付方式改革，从按照项目后付费向预付费转型，与项目后付费的“多收多得、多做项目多得”绩效模式面临“变革”转型，构建与 DRG/DIP 支付制度改革相适应的绩效模式大势所驱。

▶ [医保基金年度飞行检查情况公布！暴露医院的医保管理 3 大问题](#)

（来源：华夏医界网）——第 57 页

【提要】为深入贯彻落实党中央、国务院关于加强医保基金监管工作的决策部署，持续加大医保基金监管力度，严厉打击医保领域违法违规行为，2021 年国家医疗保障局联合国家卫生健康委和国家中医药管理局对全国 29 个省份的 68 家定点医疗机构（三级医院 29 家、二级医院 15 家、一级医院 22 家、医养结合机构 2 家）医保基金使用情况开展飞行检查工作。

• 医保快讯 •

▶ [内控机制+全面评估，构建医保经办管理“新防线”](#)（来源：襄阳市医疗保障服务中心）——第 61 页

【提要】加强内控机制建设，规范医疗保障服务行为，是医疗保障经办能力体系的重要组成部分。近年来，襄阳市医疗保障服务中心坚持以目标和问题为导向，聚焦内控管理难点，多措并举全力推进内控体制机制建设，为规范医保业务经办，防范和化解基金运行风险提供坚实的保障。

▶ [普及医保“普通话”，迈向医保信息化新时代](#)（来源：中国社会保障学会副秘书长）——第 64 页

【提要】国家医保局自成立之初，就以医保信息业务编码标准为突破口，顶层谋划医保信息化标准化建设，至今已三年有余，在这期间，从组建班子到研究制定编码标准，从前期搭建编码数据库维护，实现对编码标准数据库的动态维护，到如今在全国范围内贯彻实施，标志着医保“普通话”全面普及。医保信息业务编码标准化工作处处彰显了“中国加速度”，对提升医保治理能力、推进医保高质量发展、增强人民群众的获得感具有重要意义。

-----本期内容-----

• 医疗改革 •

《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》出炉 都有哪些新变化？

来源：央视新闻

国务院办公厅近日印发《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》，今年将加快推进国家医学中心和国家区域医疗中心建设，持续推进分级诊疗，优化就医秩序。

根据安排，今年内基本完成全国范围内国家区域医疗中心建设项目的规划布局。发挥省级高水平医院的辐射带动作用，建设一批省级区域医疗中心；完善体制机制，引导省会城市和超（特）大城市中心城区的医院支持资源薄弱地区，推动优质医疗资源向市县延伸。增强市县级医院服务能力，每个省份在 2~3 个设区的市开展紧密型城市医疗集团试点；支持社会办医持续健康规范发展，支持社会办医疗机构牵头组建或参加医疗联合体；深入推进紧密型县域医共体建设，推动在医共体内实行行政、人事、财务、业务、药品、信息系统等统筹管理。

提升基层医疗卫生服务水平。落实和完善村医待遇保障与激励政策。推进健康乡村建设，采取巡诊、派驻等方式确保村级医疗卫生服务全覆盖，有条件的地方可推进“县管乡用、乡聘村用”。加强基层医疗机构和家庭医生（团队）健康管理服务，推广长期处方服务并完善

相关医保支付政策。

推广三明医改经验深化“三医”联动改革

根据 2022 年医改重点工作任务安排，今年将加大力度推广三明医改经验，深化医疗、医保、医药联动改革。

今年将持续开展药品耗材集中带量采购工作。扩大采购范围，力争每个省份国家和地方采购药品通用名数合计超过 350 个。国家层面开展一批脊柱类高值医用耗材集中带量采购。对国家组织采购以外用量大、采购金额高的药品耗材，指导各省份至少各实施或参与联盟采购实施 1 次集中带量采购。落实药品耗材集中采购医保资金结余留用政策，激励合理优先使用中选产品。加强医用耗材价格监测。

推进医疗服务价格改革。推进医保支付方式改革。深化公立医院人事薪酬制度改革，对符合条件的现有编外聘用专业技术人员，可探索通过公开招聘等严格规范的程序择优聘用，纳入编制管理。实施以增加知识价值为导向的分配政策，指导符合条件的三级医院试点开展高级职称自主评审。

加强医药领域价格监管，严厉打击欺诈骗取医保基金行为。

实现全国医保用药范围基本统一

为方便百姓看病就医，今年将完善跨省异地就医直接结算办法，强化药品供应保障能力，实现全国医保用药范围基本统一。

今年将推动基本医保省级统筹。完善跨省异地就医直接结算办法，进一步扩大门诊费用跨省直接结算，每个县至少有一家定点医疗

机构能够提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务。逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。实现全国医保用药范围基本统一。深化长期护理保险制度试点，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，更好覆盖基本医保不予支付的费用。

强化药品供应保障能力。持续深化审评审批制度改革，加快有临床价值的创新药上市。鼓励城市医疗集团、县域医共体等建立药品联动管理机制，促进上下级医疗机构用药衔接。加强小品种药(短缺药)集中生产基地建设。加强罕见病用药保障。

推动中医药振兴发展，选择部分地区开展医保支持中医药发展试点，推动中医特色优势病种按病种付费。加强基层医疗卫生机构中医药服务能力建设，力争实现全部社区卫生服务中心和乡镇卫生院设置中医馆、配备中医医师。

着力增强公共卫生服务能力

根据任务安排，今年我国将深入实施健康中国行动，提升疾病预防控制能力，实施重大慢性病干预项目。

今年将着力健全疾病预防控制网络、管理体系和运行机制，加强公共卫生队伍建设，提高重大疫情监测预警、流调溯源和应急处置能力。

推进实施癌症、脑卒中、心血管病、慢阻肺等重大慢性病高危筛查干预项目。推进高血压、高血糖、高血脂“三高”共管试点。推进

公立医疗机构设立公共卫生科等直接从事疾病预防控制工作的科室，探索设立医疗卫生机构专兼职疾病预防控制监督员。

做好新冠肺炎疫情防控，持续做好新冠病毒疫苗接种工作，不断优化完善防控措施，坚决守住不出现疫情规模性反弹的底线，统筹疫情防控和社会经济发展，努力用最小的代价实现最大的防控效果。

深入实施健康中国行动。持续深入开展爱国卫生运动。推进医疗机构和医务人员开展健康教育和健康促进的绩效考核机制建设。

推进公立医院高质量发展 14 家医院试点

在公立医院高质量发展方面，《任务》明确选择 9 个省市的 14 家大型高水平公立医院开展公立医院高质量发展试点，通过委省共建方式，打造公立医院高质量发展的样板、建立现代医院管理制度的模板，带动全国公立医院上台阶、上水平。

今年国家卫健委将指导 14 家试点医院对标国际一流，加强学科建设和医学科技创新，推出一批业内叫得响、群众感受好的新技术。要求试点医院坚决维护公益性，充分调动医务人员积极性，深化薪酬分配制度改革，提高人员支出占比和稳定收入占比。推动试点医院所在城市建立医疗服务价格动态调整机制，提高技术服务收入占比，支持公立医院通过提供技术服务获得合理补偿。实施公立医院改革与高质量发展示范项目。

“十四五”期间，中央财政加大投入力度，支持以地市为单位推广三明医改经验，持续深化公立医院综合改革。着力控制医疗费用不

合理增长，加强医院全面预算管理，促进资源有效分配和使用。开展公立医院高质量发展评价，推进公立医院高质量发展政策措施落地见效。

构建就医诊疗新格局国家有这些新举措

针对《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》，国家卫生健康委相关负责人做出解读，我国目前仍存在优质医疗资源总量不足、布局不均衡，医疗卫生机构间分工协作机制不健全等问题，今年国家要加快构建有序的就医和诊疗新格局。

首先是推进国家医学中心和国家区域医疗中心建设。目前，全国已布局十大类 17 个国家医学中心、在 8 个省份试点建设 26 个国家区域医疗中心。今年，将继续设置国家医学中心，打造临床医学高峰，并且围绕死亡率高、疾病负担重、转外就医集中、严重危害群众健康的病种，继续开展国家区域医疗中心建设项目，基本完成全国范围内的规划布局，减少群众跨区域就医。

二是发挥省、市、县各级医院作用。推进在省内建设区域医疗中心，引导省会城市和超(特)大城市中心城区的医院支持资源薄弱地区，推动优质医疗资源向市县延伸。每个省份选择 2~3 个设区的市开展紧密型城市医疗集团试点，实行网格化布局和规范化管理，为网格内居民提供预防、治疗、康复、健康促进等一体化连续性服务。

三是提升基层医疗卫生服务水平。今年，将继续发展社区医院，推动新增建成 500 家左右社区医院，强化基层健康管理，推广长期处

方服务并完善相关医保支付政策，优化基本公共卫生服务项目，今年的基本公共卫生服务经费人均财政补助标准再提高 5 元。

四是引导个人形成良好的健康行为，不断提高全民健康素养，发挥个人“健康第一责任人”作用。

[返回目录](#)

“十四五”国民健康规划的通知，国家区域医疗中心建设项目再扩容

来源：国务院办公厅

5 月 20 日，国务院办公厅发布关于印发“十四五”国民健康规划的通知。

规划指出，深化医药卫生体制改革。加快建设分级诊疗体系，加快推动县域综合医改，推进紧密型县域医共体建设，推进专科联盟和远程医疗协作网发展。推动公立医院高质量发展，全面开展公立医院绩效考核，持续优化绩效考核指标体系和方法。深化相关领域联动改革，健全医疗卫生综合监管制度。

规划指出，强化卫生健康人才队伍建设。强化医教协同，推进以胜任力为导向的教育教学改革，优化医学专业结构。完善毕业后医学教育制度，支持新进医疗岗位的本科及以上学历临床医师均接受住院医师规范化培训。健全继续医学教育制度。强化基层人才队伍建设，加强全科医生临床培养培训，深入实施全科医生特岗计划、农村订单定向医学生免费培养和助理全科医生培训，有条件的地区探索实施“县聘乡用、乡聘村用”。

规划提出，实施中医药振兴发展重大工程。实施中医药健康促进行动，推进中医治未病健康工程升级。提升地市级以上中医医院优势专科和县级中医医院特色专科服务能力，力争全部县级中医医院达到医疗服务能力基本标准。

国家区域医疗中心建设项目再扩容

近日，国家发展改革委会同国家卫生健康委、国家中医药局、国务院医改领导小组办公室联合公布《第三批国家区域医疗中心建设项目名单》，首都医科大学附属北京儿童医院保定医院、中日友好医院江西医院、中南大学湘雅二医院桂林医院等 24 家医院被纳入。

此次，在总结 8 个试点省份建设经验的基础上，国家发展改革委等部门制订了《有序扩大国家区域医疗中心建设工作方案》，将优质医疗资源相对薄弱的内蒙古等 12 个省份和新疆生产建设兵团纳入建设范围。地方申报的 59 个项目方案中，河北、内蒙古等省份所报的 24 个项目方案被确定为第三批国家区域医疗中心建设项目。

“十四五”期间我国将持续推进家庭医生签约服务

“十四五”期间，我国将持续推进家庭医生签约服务，到 2035 年，签约服务覆盖率达到 75% 以上。

国家卫健委要求，“十四五”期间，各地加强基层医疗卫生机构与二级以上医院用药目录衔接统一，进一步适应签约居民基本用药需求；为符合条件的签约慢性病患者优先提供 4~12 周长期处方服务。对行动不便、失能失智的老年人、残疾人等确有需求的人群，提供上门

治疗、康复、护理等服务。医联体牵头医院应将一定比例的专家号源等医疗资源交由家庭医生管理支配，方便经家庭医生转诊的患者优先就诊、检查、住院。

74 个统筹地区启动门诊慢特病诊疗费用跨省直接结算试点

据国家医保局最新消息，截至 2022 年 4 月底，全国已有 74 个统筹地区启动高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等 5 种门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点。

目前，住院费用与门诊费用跨省直接结算运行平稳，覆盖范围进一步扩大。截至 2022 年 4 月底，全国住院费用跨省直接结算已联网定点医疗机构 5.73 万家，门诊费用跨省直接结算已联网定点医疗机构 6.1 万家，定点零售药店 12.73 万家。

广东“四个一”推动医改工作落地

日前，2022 年广东省卫生健康体改工作电视电话会议召开。会上，广东省卫生健康委党组书记、主任，省医改办主任朱宏指出，广东省医改工作要围绕“四个一”（一个目标、一个重点、一个抓手、一揽子改革）推动卫生健康事业发展。

一个目标，即以分级诊疗体系建设为目标，加快构建有序就医和诊疗格局；持续加强五大国际医学中心、50 家高水平医院建设，力争再布局建设 1 至 2 家国际医学中心，推进 5 家省级区域医疗中心建设；引导优质医疗资源向粤东粤西粤北地区辐射；全面提升市域、县域服

务能力。

一个重点，即以推广三明医改经验为重点，持续强化“三医联动”改革；推动落实党政“一把手”抓医改，巩固完善药品耗材集中采购制度，深化医疗服务价格改革，各地年内至少要开展1次医疗服务价格调整评估；推进公立医院薪酬制度改革，深化医保支付方式改革。

一个抓手，即以公立医院高质量发展为抓手，推进完善医疗卫生服务体系；全面推动公立医院高质量发展，除两家国家试点医院，还将遴选若干个公立医院开展省级示范点；进一步完善医疗卫生服务体系，构建强大公共卫生体系，完善“一老一小”健康服务体系。

一揽子改革，即以改革协同集成为驱动，统筹推进相关重点领域改革。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

陈云：从系统科学看中医药防治新冠肺炎的原理

来源：第一健康报道

系统中医学是中医学与系统科学交叉于人的复杂性的现代研究和分支学科，着力于发掘和阐明传统中医学中的朴素系统论思想并进行现代化继承和创新研究，也是中医现代化的一个重要方向。

新冠肺炎疫情暴发以来，中医药全面、深度参与中国疫情防控救

治，效果显著。从系统科学来看，中医药防治新冠肺炎有效和成功的原理，关键在于认识和遵循了人的复杂性及人与病毒关系的复杂特性和规律，通过中医诊断体系分析理清病变机制，给出相应的方药技法调控遭受病毒侵袭的病变系统，最终恢复人的健康态。

中医药的思维方式是系统论性质的，其几千年的实践如实地遵循和驾驭着人的生命及其健康与疾病的复杂性，而这正是现代系统科学正在研究和揭示的复杂特性和规律，因此，只有以系统科学解读中医药防治新冠肺炎的原理，才能如实地阐明和揭示中医药理论与实践的科学内涵。

新冠肺炎的发生机制

人是典型的开放复杂巨系统，与天地自然母系统有着复杂的物质、能量、信息交换。“疫疠之毒”与外感六淫之邪相合，由口鼻或皮毛等“开放窗口”入侵人体，与人体内原有伏邪(正虚/邪实)结合，直接或者间接侵袭子系统及子系统之间相互影响相互作用，干扰破坏机体的稳态或者有序化，从而产生病症危害健康，这便是从系统的角度来看，新冠肺炎这类“疫病”的发病特点和机制。

根据新冠肺炎发生以来众多研究汇总，首发症状以发热为主，但也不局限于发热，伴有干咳、乏力、肌痛、胃脘部痞闷、腹泻便秘等症状，随着病情发展，可能引起肝肾等脏器损害，重者危及生命。按照中医的辨证体系分析其发展演变：根据卫气营血辨证，邪袭肺卫，酿热蕴毒；从卫分传入气分，由气分及营分，气营两燔，毒瘀互结(由

表及里的过程);根据脏腑辨证,肺藏通过口鼻与外界相通,当疫疠之毒侵袭损伤肺络,肺体受伤,肺失华盖之保护作用,毒邪结合痰湿淤,疾病传变损及脾胃肠、心、肝、肾等(由表及里、由浅入深的过程);根据三焦辨证,邪袭上位,首先是上焦肺系症状为主,继而发展和/或合并中焦脾胃系统,继而和/或合并下焦肾膀胱症状(由表及里的过程);根据六经辨证,起病为太阳、少阴表证,继而发展和/或合并半表半里之证,继而发展为和/或合并阳明/太阴里证(由表及里的过程)。

辨证论治是中医独到的关于“病机—病证—病候”的病变诊察系统,在保持系统整体性的基础之上,根据“司外揣内”“以象测藏”“以常衡变”“因发知受”等方法创立了多种辨证论治体系,从不同的维度和角度来辨别疾病的发展演变。从以上分析可知不管哪种辨证方法,均认为新冠病毒感染人是一个由表及里、由浅入深的过程,入体后出现连锁反应或者蝴蝶效应,最终出现多系统先后或者同时受损或者各个系统之间相互影响的复杂症状,导致人系统严重失序、失稳、失健。

从耗散结构理论看中医关于新冠肺炎发生、发展、调控原理

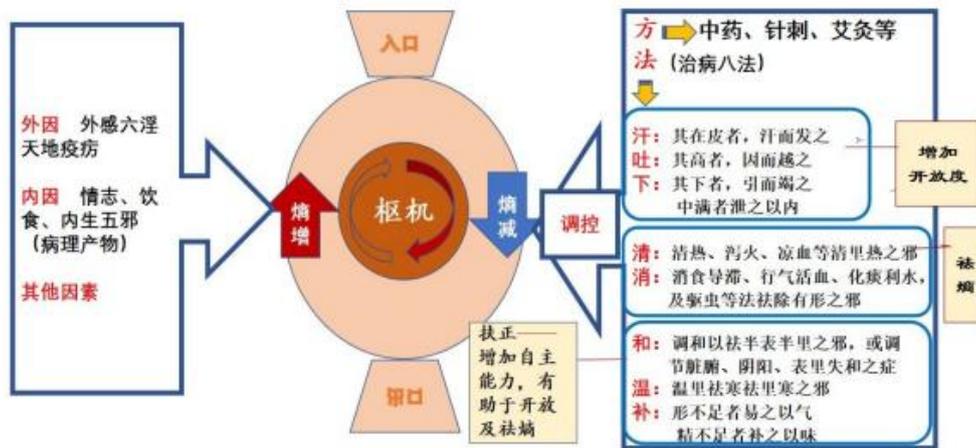
比利时物理学家普利高津 1969 年提出的耗散结构理论,提供了以物理学原理认识和解决生命与疾病问题的途径。即将一个远离平衡态的开放系统通过不断与外界交换物质和能量而形成的新的有序状态的结构称为“耗散结构”。人系统的特性:第一,存在着“生气通

天”的系统开放特性。第二，系统以“升降出入”“五行自稳”“阴阳自和”等自主调节机制保持自身远离“热力学平衡”。第三，系统内部诸多要素存在相互作用关系，如脏腑之间的“五行生克乘侮”关系、气血精津液之间的互化互生关系、阴阳之间存在着对立制约、互根互用、消长平衡和相互转化等关系、经络之间存在着表里、属络、交会、流注等非线性关系，以上满足了耗散结构的三条必备条件。

健康状态下的人通过自主耗散保持系统的有序稳定，疾病状态下，中医通过中药、针灸、艾灸、推拿等方药技法以强制医药力量调节以上这三方面条件，改善机体的耗散能力，增加“排熵”恢复系统的有序稳态。这里引用热力学概念“熵”来表证系统的无序化状态。在中医的理论体系中，创造出“邪”“毒”等概念用以表示致病因素。针对引起新冠肺炎的六淫之邪与疫疠之毒，在预防与初起阶段，中医通过“解表”即改变系统的开放条件以达到“祛邪”“祛毒”的目的。中医的解表之法众多，根据邪气性质不同，分为“祛风解表”“散寒解表”“祛湿解表”等；当邪气侵袭入里，引发体内一系列连锁反应，系统紊乱失序，并且产生众多病理产物如“内生五邪”“七情六郁”、痰饮、淤血等。此时的调理需要解表与通里、扶正与祛邪结合。中医总结创立出“治病八法”，包括“汗、吐、下、和、清、消、温、补”，即根据邪气在人体的不同部位及引起人的不同反应而设的处理方法。其中“汗、吐、下”均为从皮表、口、大小便排邪，“清、消”为杀伐邪气的对抗式治法，“和、温、补”是增

强机体的自主调节能力，寓扶正于祛邪。在系统辨证论治中，中医同时会根据邪气当量来调整治疗方药技法的量比，这种辨证论治与钱学森先生处理开放复杂巨系统的“从定性到定量的综合集成法”的系统工程方法实际上是一致的。最终中医通多靶点的负熵化过程，帮助系统恢复有序稳定，实现健康。

基于耗散结构理论的新冠肺炎
中医发生—发展—调控原理模型图



从图示原理可见：

第一，中医治疗新冠肺炎，早期因势利导、解表祛邪，增加系统的开放度，可以将毒邪尽快驱离人体，因此可以降低轻型、普通型病例转为重症，缩短病毒清除时间和改善轻型和普通型新冠肺炎患者的临床预后。古人早有方略，如吴又可《温疫论》曰：“大凡客邪贵乎早逐。乘人气血未乱，肌肉未消，津液未耗，病人不至危殆，投剂不至掣肘，愈后亦易平复，欲为万全之策者，不过知邪之所在，早拔去病根为要耳。”

第二，直接“祛熵”的对抗病毒的方法仅仅是调控措施的一部分，所谓对抗病毒的精准治疗，中医有更深入的认识，一是体外病毒及病毒入体后不尽相同，致病方为邪，邪气袭人后，与体内伏邪相合或继发内邪，内外邪气胶着，即现代医学所见病毒导致了炎症、免疫的失调等，这导致单靶点抗病毒不能完全治愈新冠肺炎患者。而且新型冠状病毒侵袭人体后不断复制，过程中为了不断适应宿主，核苷酸结合位点会不断发生突变而产生变异。这导致抗病毒特效药研发滞后且困难。中医根据“外邪感人，受本难知，因发知受，发则可辨”，所攻之邪为通过辨证分析出的发病之邪，即侵犯人体后与人系统内邪相互作用之后的毒邪，因此治疗的针对性较好。二是中医药攻杀毒邪，始终有“排熵”贯穿始终，“汗法”“吐法”“下法”均是针对体内邪气而言的，将入侵外邪、继发内邪及内外胶着裹挟之毒清除体内，使毒邪无所依附，才是相对彻底的根除治疗。中医精准治疗的根本是系统化基础之上的个体化，注重的是个体全过程、全要素的系统性特征。三是在药效评价方面，以药方或者药方中某一味药进行体外病毒研究是目前主流的科研思路，但符合临床实际的评价要将药的个性与方的整体性区别认识，方剂的合群之妙并非各种单味药功效的加减。应遵循中医“方从法出，法随证立”的“方证对应”原则拟方用药，评价使用方药前后宿主体内病毒活性及含量，同时注重患者整体症状体征的改善情况，确保“以人为本”与“以病为本”相结合。

第三，中医药系统化治疗始终将扶正与祛邪紧密结合，“正气存

内、邪不可干”，扶正即是祛邪，有《孙子兵法》中的“不战而屈人之兵”的思想；“邪之所凑、其气必虚”，针对体质虚弱的人，扶正是增强其自主调节能力的先决条件；毒邪侵袭导致机体功能减弱或者过用攻伐药物破坏机体机能，均需要及时扶正才能减少重症恶化或者并发症、后遗症的出现，全程体现“以人为本”而非“杀敌一千，自毁八百”的系统化治疗。



从系统科学看 中医药防治新冠肺炎的原理

□ 陈云 山东中医药大学第二附属医院

系统科学是以复杂系统为研究对象,从系统和整体的角度,探讨复杂系统的一般机理与演化规律,发展出优化和调控系统的方法并指导应用的科学,其研究方向是各种系统的复杂性。系统中医学是中医学与系统科学交叉于人的复杂性的现代研究和分支学科,着力于发掘和阐明传统中医学中的朴素系统论思想并进行现代化继承和创新研究,也是

法,均认为新冠病毒感染是一个由表及里、由浅入深的过程,人体后出现连锁反应或者蝴蝶效应,最终出现多系统先后或者同时受损或者各个系统之间相互影响的复杂症状,导致人系统严重失序、失稳、失健。

从耗散结构理论看中医
关于新冠肺炎发生、发展、调控原理



识,方剂的合群之妙并非各效的加减。应遵循中医“方从证立”的“方证对应”原则,以使用方药前后宿主体内病量,同时注重患者整体症状情况,确保“以人为本”与“证”结合。

第三,中医药系统化治正与祛邪紧密结合,“正气者干”,扶正即是祛邪,有《孙子》“不战而屈人之兵”的思想;

中医药推动有序化以达抗疫目的

中医药学历经几千年磨砺,其理法方药体系流传至今仍可有效指导临床,原因在于这些理法方药体系在长周期、特大临床样本的实践检验中,正确地认识和掌握了健康与疾病的客观规律,且随着时代的进步、疾病谱系的变化、病毒的变异,仍然经得住检验和选择。

中药汤剂或者口服的中成药,中医的针灸、艾灸、按摩、刮痧、贴敷治法以及八段锦、易筋经、太极拳这些中医功法,方法虽然不同,

但从不同的方面切入，改善机体的耗散能力，增加机体的负熵化机制，从而推动系统内的各子系统协同地走向有序化这一“目的点”，均能帮助排除疫病毒邪，恢复健康。

中医药是由一系列的科学发现和技术发明形成的庞大的学术体系，其独有的理论体系、学术视野及实践范围和水平现代科学还有很多解释不了，以中医解读中医难以实现传统与现代的融合与有效翻译，但其朴素系统论思维与现代系统科学天然契合，因此在守正创新的基础上，以系统中医学理论来阐释中医药的理论和实践，将破解中医药与现代科学无轨可接的困局，有利于中国向世界民众分享中医药防控救治经验，为世界民众的健康贡献中医方案。

[返回目录](#)

人民日报海外版整版报道中医药：传承精华 守正创新 中医药加速振兴发展

来源：人民日报海外版

国务院办公厅日前印发《“十四五”中医药发展规划》（以下简称《规划》），这是推动中医药振兴发展的纲领性文件。

习近平总书记指出，“中医药学包含着中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中华文明的一个瑰宝。”近年来，中医药发展顶层设计不断完善，中医药服务体系进一步健全。截至2020年底，全国中医医院已达5482家。中医药传承发展能力不断增强，特别是新冠肺炎疫情发生以来，中国坚持中西医结合、中西药并用，中医药

全面参与疫情防控救治，作出了重要贡献。中医药正加速走向世界，已传播至 190 多个国家和地区。

“十四五”时期是中医药振兴发展的战略机遇期。《规划》部署了 10 方面重点任务，包括建设高水平中医药传承保护与科技创新体系、发展中医药健康服务业等。当前，各地加快传承精华、守正创新，推动本地中医药振兴发展。

青海

藏医医疗服务辐射全省

记者王梅

“在省藏医院尝试药浴治疗，明显感觉到腿部关节疼痛缓解了很多，藏医药比我想象中的更好！”家住青海省西宁市的吴玉芳患类风湿关节炎多年，跑过不少医院、试过很多方法都没有治好，一遇到阴天下雨，连行走都困难，苦不堪言。在青海省藏医院接受药浴治疗后，吴玉芳腿脚逐渐松快了。

据青海省藏医院药浴科主任关却才让介绍，青海为藏医药浴法的学术研究和成果推广作出了重要贡献。药浴科是青海省藏医院的特色专科，一年的门诊量达 5307 人次，青海省藏医院临床中开展的藏医传统诊疗技术达 200 余种。“现在，我们与全省 6 家州级藏医院和 6 家县级藏医院共同组成民族医药医联体，形成了基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的藏医诊疗新模式。”关却才让说。

2018 年，“藏医药浴法——中国藏族有关生命健康和疾病防治

的知识与实践”被联合国教科文组织列入人类非物质文化遗产代表作名录。青海是藏医药重要的发源地和传播地，为维护高原各族群众的身心健康发挥了重要作用。近年来，青海省委省政府高度重视中藏医药工作，印发《青海省促进中藏医药传承创新发展实施方案》《青海省扶持和促进中藏医药发展若干措施》等，各市州党委政府也出台扶持和促进中藏医药事业发展的政策措施，推进全省中藏医药事业向高质量发展。

目前，藏医医疗服务已经辐射青海全省，截至2021年底，青海省中藏医医院非药物疗法使用比例已达到20.57%，近300种中藏药制剂品种在省内238家医疗机构调剂使用。

同时，青海实施基层中藏医药服务能力提升工程，全省97.3%的社区卫生服务中心、97.1%的乡镇卫生院能够提供中藏医药服务；建立8个市州级中藏医药适宜技术推广基地，开展中藏医适宜技术培训，并指导中藏医馆推广应用中藏医适宜技术，不断提升基层中藏医药服务能力和水平；在全省开展中藏医药大讲堂活动，陆续举办“河湟杏林讲堂”“青海湖中藏医药大讲堂”“柴达木中蒙藏医药大讲堂”等活动，全面提升各级卫生健康行政部门和中藏医医疗机构管理能力和服务水平。

“青海依托优势资源，以创新驱动、人才驱动为引领，不断加大政策、资金引导支持力度，青海藏医医疗、科研、教育、产业等各项事业得到高质量发展。”青海省卫生健康委中藏医药管理局监察专员

李渊海说。

河南

培育“中医药+”健康产业

记者朱佩娴

药香扑鼻的仲景经方养生药浴、随时可供饮用的中医养生茶、古色古香的中药讲堂室……走进河南省南阳市康养旅游基地之一的龙湾温泉，很容易被这里浓厚的文化底蕴和中医元素所吸引。“这里的经方养生汤泉与中医药浴异曲同工，是传统中医外治疗法的精髓，它是用药液浸泡身体的某些部位或全身，利用药疗水疗热疗对皮肤、经络、穴位的刺激和药物的透皮吸收，达到治疗疾病养生保健的目的。”龙湾温泉研学部主任张朋介绍。近两年，已有近 1.7 万人次的市外游客慕名而来，体验中医康养项目。

中医学是中华民族的伟大创造和中国古代科学的瑰宝。河南是中医学的重要发祥地，中医药文化底蕴深厚。当前，河南正加快推进中医药强省工作，着力发展现代中医药产业，打造在全国有重要影响的中医药高地。

南阳是医圣张仲景的故里、中医祖庭医圣祠所在地。南阳已成功举办 15 届张仲景医药文化节和 9 届仲景论坛，张伯礼、石学敏、张大宁等中医界泰斗、国医大师、两院院士在此讲学论道、研学经方。同时，南阳积极参与中医药“一带一路”建设，其中医筋骨针法作为中医药特色服务项目，已推广到全球 70 多个国家和地区。

随着仲景文化被人们熟知，中医康养项目愈发受到社会广泛关注。近年来，南阳依托仲景文化优势，加快文旅产业融合发展，成为发展中医药康养健康发展的一剂“良方”。2021年底，南阳市出台行动方案，明确提出打造全国健康养生之都。包括培育“中医药+”健康产业新业态，发展“中医药+”健康旅游、养生养老、医养结合、健康食品等，创建全国中医药健康旅游示范区；依托老界岭、丹江大观苑、宝天曼等旅游资源禀赋，把南阳建设成为全国中医药健康旅游和养生养老首选目的地；鼓励支持南阳各旅游景区和星级以上宾馆提供中医药特色健康服务和产品，设立艾灸健康馆、中医养生馆、南阳中医药特色产品商店等，鼓励支持和引导发展中医药特色民宿；发展中医药食疗和药膳等健康产品，开发特色药膳产品、养生食品、药食两用配方饮片等功能食品；充分发挥中医药在健康调理和慢病防治等方面的优势，建设一批中医药医养结合示范基地。

四川

中医药强省重在强基层

记者宋豪新

今年“五一”劳动节假期，正在值班的侯天舒医生收到新消息，她驻点帮扶时接诊的彝族同胞吴萍顺利生产后向她报喜。

去年1月，来自四川省成都市中西医结合医院治未病中心的侯天舒医生响应省里号召，前往凉山彝族自治州雷波县中彝医院驻点帮扶。当地村民吴萍与爱人结婚多年，但一直未能受孕。怀着试一试的

想法，吴萍来到了侯天舒的中医门诊诊所。经过望闻问切并结合针灸等传统中医治疗手段，吴萍体质增强了不少，后来顺利“有喜”。

“一开始，彝族老乡们不太了解中医，吴萍成了‘活广告’，我的门诊量一下子就上来了。”回想驻点帮扶的经历，侯医生笑着说道。在雷波县的一年时间，侯天舒将自己多年积累的医疗技术、专业知识、临床经验毫无保留地传授给了雷波县中彝医院的医护人员，为当地培养了一支“带不走、留得住、能战斗”的中医医疗卫生人才队伍。

侯天舒是四川在建设中医药强省过程中，众多中医药工作者中的一位。中医药发展在四川有着深厚的历史文化土壤，四川始终坚持推动中医药振兴发展，持续开展中医强基层“百千万”行动，即省级“百个中医专家团队”指导巡诊、市级“千个中医专家团队”坐诊带教、县级“万名中医”联村帮扶，分别深入县、乡、村为群众提供优质医疗服务。成都市中西医结合医院为落实“百千万”行动，组建19支省市级中医专家团队，支持79个乡镇卫生院和社区卫生服务中心中医馆提升服务内涵。“社区每周都有中医专家坐诊，我们老年人看病方便了很多！”四川天府新区大岭社区居民刘大爷道出了许多老年人的心声。

四川不断推动中医药服务能力建设。以成都市第五人民医院为例，近3年来，医院通过中医医联体网络举行培训讲座50余次，积极开展中医药特色治疗技术和中医适宜技术10余项，内容涵盖穴位埋线、埋针、穴位贴敷等，帮助基层卫生院建起中医门诊和中医病房，

通过线上线下相结合的教学模式，全方位提升基层医疗卫生机构诊疗技术和服务水平。

以往患者身体有不适，只能前往医院看门诊。随着数字时代的到来，基层中医机构的信息化建设快速发展。如今，四川许多中医院提供“护理上门”“智慧中药房”等服务，慢性病或康复患者只需网上预约，便可享受中医药入户服务。新冠肺炎疫情发生后，四川 196 家县级以上中医医院全部接入网上问诊平台并开通网上问诊服务。

江西

院校与师承教育互补融合

记者周欢

最近，即将从江西中医药大学岐黄国医书院毕业的研究生汤紫薇收获感满满。经过 3 年学习，她对中医经典的理解更深刻了，也敢下手治病了。“教得好！3 年前选对了学校。”汤紫薇对岐黄国医书院赞不绝口。

岐黄国医书院组建的背后有一段故事。“现在很多院校软硬条件也越来越好，毕业学生越来越多，但是毕业后有多少学生能真正胜任中医临床岗位呢？”岐黄国医书院原副院长、教学督导刘英锋分析说，“最初，中医药教育是‘移植’西医模式，然而中西医的思维模式和育人方式并不一样，结果就出现了‘排异’反应。”

江西中医药大学先后对全国 200 余位名老中医的成才之路进行调查，得出 6 大“成才经”——熟经典、重临床、跟名师、信中医、

养悟性、善总结。2012年，在中国中医科学院中医临床基础医学研究所、江西中医药大学等单位的协同组织下，岐黄国医书院成立。书院借鉴古今名医成才的共性经验，遵循中医教育、人才培养的特殊规律，探索将现代院校教育与传统师承教育模式互补融合的中医育人成才之路。

半天跟师跟诊，半天上课读书。汤紫薇每天要跟着老师诊治10位左右患者，“我先接诊，并给出诊断，然后老师再审看，在对比中不断感悟提升。”汤紫薇说。

“对具体病例，不是拿证型和理论去套用，要学会从分析症状着手，进行辨证鉴别诊断。”汤紫薇感悟颇深。经典理论研修突出辨证论治方法，书院要求学生通过全文背诵经典，增强对《伤寒论》等名著的意境领悟；开设《中医辨证论治程式通论》《仲景疾病症候分类纲要》等特色课程，系统解析经典理论中的思维轨迹；要求学生熟记方剂300首，掌握300味常用中药的药性、药效等。“学习时间很紧张，经常要挑灯夜战。”汤紫薇笑着说。

“让学生在熟经典、跟名师中强信念、养悟性。”刘英锋说，10年探路，书院教学成果喜人，“每年限招30名左右硕士研究生，已培养毕业生149名。”

据了解，为更好地发挥中医药特色与优势，江西着力夯实中医药人才基础，发展中医药师承教育，不断扩大“师带徒”范围和数量，将师承教育纳入临床实践教学考核内容。

贵州

中药材质量全过程可溯源

记者黄娴

初夏时节，走进国药集团同济堂(贵州)制药有限公司，大棚种植的50亩淫羊藿生机勃勃。在不远处的生产加工车间，含淫羊藿的中成药被贴上溯源码，源源不断销往全国。

产品名称、种源信息、种植管理、采收加工……轻动手指扫描中药材外包装上的溯源码，就能详细了解该批次药材从种植到加工全过程的文字、图片、视频等信息。

“种植、管护、采摘、加工等关键环节信息均由专人上传至溯源平台，全程留痕，让消费者放心。”国药集团同济堂(贵州)制药有限公司中药材资源部副经理王新村告诉记者，溯源平台将监管触角延伸到田间地头，从源头保障了中药材质量稳定可控，有利于推动中医药产业良性发展。

贵州素有“天然药物宝库”之称，全省各类中药材资源多达5300余种，是全国四大道地药材主产区之一。为有效提升全省中药材质量安全保障水平，早在2016年，贵州就充分发挥和融合中医药(民族医药)资源大省优势和大数据高地优势，加快建设具有全国引领示范性的中药材质量追溯体系，规范中药材及以中药材为原料的产品质量全过程管理，促进全省中医药产业链科学发展。

2020年9月，贵州率先在全国制定出台中药材质量追溯体系建

设实施方案，全力推动中药材、中药饮片、中成药生产流通使用全过程追溯体系建设。

同年 10 月，贵州省中药材质量追溯服务平台正式上线。该平台紧紧围绕信息发布、电商交易、质量检测和质量可追溯四个方面的重点任务，形成覆盖种植、生产、加工、仓储、销售全过程的质量安全监管体系和中药材生产流通全过程追溯体系，做到来源可知、去向可追、质量可查、责任可究。

目前，已有 1017 家单位入驻贵州省中药材质量追溯服务平台，覆盖中药材种养殖、初加工、生产流通及医疗机构全产业链各环节企业和单位，共追溯药材品种 89 种，可追溯种植面积 72.31 万亩。

据了解，下一步，贵州省中医药管理局将积极打造基于质量追溯保证的中药材(大健康)交易系统，全力构建“上联农户、下达终端、线上交易、场厂对接、就地仓储、快捷配送”的中药材电子商务平台，通过商家上架可追溯、有质量保障的产品，全面提升“黔药”品牌影响力和竞争力，助力健康贵州和乡村振兴战略，促进中医药产业高质量发展。

[返回目录](#)

• DRG 改革 •

DRG/DIP 改革将颠覆用药结构

来源：医药经济报

说到 DRG/DIP，必须谈及国家医保局发布的《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48 号）。该通知要求，从 2022 年到 2024 年全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务。2022 年、2023 年、2024 年以省（自治区、直辖市）为单位，分别启动不少于 40%、30%、30% 的统筹地区开展 DRG/DIP 支付方式改革并实际付费。统筹地区启动 DRG/DIP 付费改革工作后，按三年安排实现 DRG/DIP 付费医疗机构病种全面覆盖，每年进度应分别不低于 70%、80%、90%，2024 年启动地区须于两年内完成。鼓励入组率达到 90% 以上。

由此可见，未来三年 DRG/DIP 付费改革大概率会影响公立医疗机构市场的用药结构。这种改革对创新药会否有不利影响呢？答案是未必。

“三医”政策联动支持

创新药是解决重大疾病、在临床治疗效果更好、且经过大量的临床试验与一线治疗药对比证明后有更好效果的药物。而我国医疗体制改革的目标是以人民利益为中心，突出药物临床价值，减轻患者负担和节省医保基金支出。也就是说，如果药物有较为突出的临床价值，不仅会优先审评审批，还有可能成为医保支付的重点品种。毕竟，政

府制定医改政策是把人民利益放在第一位的。

从这个角度看,无论医保支付如何改革,让人民用上最好的药物,以及挽救生命、延长患者生存期,将是我国未来医疗改革的重要方向。

比如新版基本药物目录,在遴选方面更加注重突出药品的临床价值,拟纳入基本药物目录的可以是新审批上市、价格较高、但效果较好的药品,以更好地满足人民群众临床疾病防治的需求。

随着医药体制改革的深入发展,我国“三医”政策呈现出更为密切的联动性,对纳入医保谈判目录的创新药实行全方位支持。在研发端,政府对治疗重大疾病和更好疗效的药物实行优先审评审批;在使用端,合理配备使用谈判药品与年度绩效挂钩,且将合理使用的谈判药品进行单列,不纳入药占比、次均费用等考核指标,确保进入医保谈判品种能够得到合理的临床使用;在支付端,将谈判药品纳入“双通道”管理,实行统一医保支付,扩大谈判使用范围。据不完全统计,目前浙江 275 个药品、江苏 100 个药品已纳入“双通道”。

发布时间	发布部门	政策名称	相关内容
2021.9.19	国家医疗保障局、国家卫生健康委	《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》(医保函[2021]182号)	医疗机构是谈判药品临床合理使用的第一责任人,各定点医疗机构建立院内药品配备与医保药品目录调整联动机制,做到谈判药品“应配尽配”;医保部门要加强协议管理,将定点医疗机构合理配备使用谈判药品情况纳入协议内容,并与年度考核挂钩;卫生健康部门要调整完善医疗机构药品使用考核机制,将合理使用的谈判药品单列,不纳入医疗机构药占比、次均费用等影响其落地的考核指标范围
2021.4.22	国家医保局、国家卫生健康委	《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》(医保发[2021]28号)	各地医保部门建立处方流转中心,并对纳入“双通道”管理的药品在定点零售药店和定点医疗机构施行统一的报销政策;具备条件的地区要积极探索完善谈判药品单独支付政策,逐步将更多谈判药品纳入单独支付范围

立项战略转变必行

另一方面,则需要关注 2021 年 7 月 2 日国家药品监督管理局药

品审评中心发布的4份征求意见稿。特别是《化学药品创新药上市申请前会议药学共性问题相关技术要求(征求意见稿)》和《以临床价值为导向的抗肿瘤药物临床研发指导原则(征求意见稿)》，要求新药上市申请前会议药学专业重点讨论支持新药上市申请药学相关的关键技术问题，强调关键临床试验批次样品与未来商业化产品的差异及相关支持性研究是药企需要阐明的内容。抗肿瘤药物研发要求药品进行上市申请，要与最新的、最佳的治疗方案进行对比研究，而不是与以往旧传统治疗方案对比。这对创新药研发提出了更高要求。

综上，DRG/DIP 付费改革目的是合理用药、确保人民健康。因此，对于临床价值较大、能够合理用药的谈判药品来说，未来临床使用的机会将越来越大。相反，不具备临床优势、安全性及有效性数据存疑的新药，未来会在审批、医保目录、临床使用等环节受到限制。

为适应我国医药体制改革的相关要求，建议国内药企在新药研发立项中，以临床价值为核心，实现“Me-too”到“Me-Better”，甚至“First-In-Class”和“Me-Only”的战略转变，减少临床资源和研发资金的浪费，满足人民日益增长的健康需求，将新药价格竞争转变为质量和疗效竞争。

[返回目录](#)

DRG 下如何把握优势病组，促进学科协同发展

来源：今创医疗

随着医保支付改革驶入“快车道”，对于医院而言，依靠扩床位、

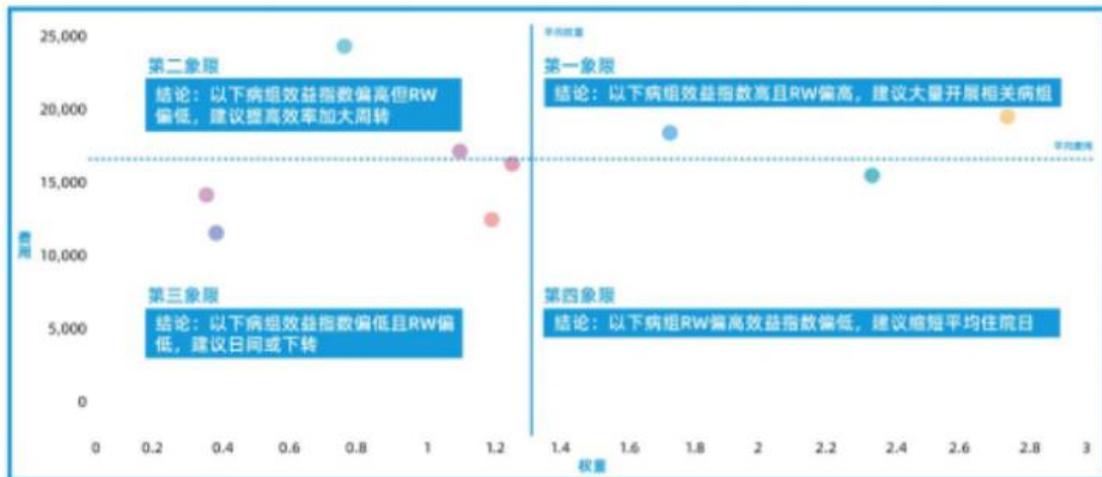
抢患者获得盈余的时代不复存在。DRG 下错综复杂的医疗行为被“计量化、可比化”，医疗机构不可避免地从“规模”到“价值”的过渡。

为更好适应医保支付改革形势，医院应以质量和安全为前提，通过分析全院病组结构，筛选优势重点病组、优化学科建设，转变运营机制，促进医院效益提升。

20%的病组决基本决定 80%的收入变动

同一 DRG 病组内的病人获取的医保收入是既定的，收治病人的多寡与亏损结余不成正比，优势重点病组才是关键，深入细致测算，会发现约 20%的病组是影响医院收入变化的关键变量。

基于此原理，医院可梳理科室收治患者 DRG 病组情况，根据 80/20 法则，筛选出重点病组-排名前 20%的病组。对其次均费用、平均住院日、权重进行分析，确定优势病组。



优势病组是医院住院医疗服务实现结余的主力，同时也是医院学科发展的核心病组，其 DRG 相关指标 CMI 值、例均收益、三四级手术占比明显高于其它病组，往往涉及新技术项目、中医特色病种，是学

科发展的重要抓手，有效推进医院优质高效发展。

DRG 下全面掌握全院病组结构

借助矩阵工具，理清分析思路，根据权重与费用指数之间的变化关系，建立坐标系，精准地评价 DRG 病组运行情况，为医院管理者实现科学决策提供有力的依据。

处于第一象限的病组费用指数高且 RW 偏高，属优势病组，为医院收益主要部分，建议大量开展相关病组，以此作为院内的标杆值，为其他病组设定改进目标；

处于第二象限的病组 RW 偏低但费用指数较偏高，对于提高效益方面具有较大潜力，建议加大周转，在持续做好分级诊疗和成本管控工作的基础上，持续培育扩大病源，增加诊疗数量；

处于第三象限的病组费用指数较偏低且 RW 较低，属于医院亏损部分，建议严重亏损病例要精准施策，梳理评估收治病组与分级诊疗政策是否相符，将常见病、简单病症向下级医院分诊；

处于第四象限的病组 RW 偏高费用指数偏低，对收益影响较大，建议重点控费并调整费用结构，梳理临床路径，规范诊疗过程并提高医疗效率缩短平均住院日。

把握趋势-对标促进学科协同建设发展

通过优化全院病组结构、进行重点病组梳理之后，医院可以了解全院及专科疾病谱，调整专科病组结构，同时可对专科进行定位，对标同级同类专科，进而找出差距。此外，使用 DRG 相关指标，包括

DRG 组数、CMI、总权重、时间消耗指数、费用消耗指数和低风险死亡率，可以对临床重点专科的住院服务绩效进行评价，助力专科建立提升医疗质量的措施。目前 DRG 已应用于资源配置、费用管控、学科建设、质量管理等领域，应用 DRG 优化病组结构也是适应医保支付改革形势下医院增益的方向趋势。用好 DRG 管理、控费工具，明确学科优势，调整病组结构，利于医院保持自身发展核心竞争力。通过科学研究、人才培养和基地建设，加快学科协同发展。

医院如何推进重点病组管理

为达到良好的的管理效果，可对优势重点实现每日监测、月度监测和阶段评估，及时反馈，协助科室及时调整。

1、每日监测：采集每日出院患者基本数据，分析平均住院日、次均费用和药占比，与同期标杆值对比，及时了解病组数据变化；

2、月度监测：根据病案首页信息汇总月度病组数据，图表形式展示病组指标达标情况和趋势；

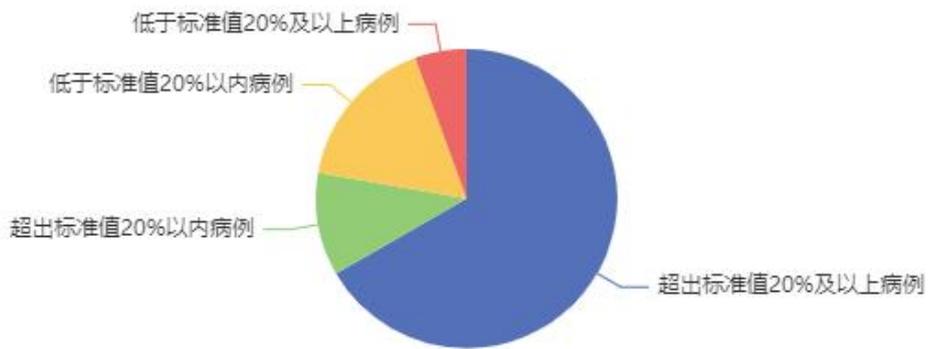
3、阶段评估：对连续数月病组效益不佳的科室，评估是否存在病组结构的改变，深度分析原因，反馈到具体部门。

今创 DRG 医疗服务运营管理系统从全院、科室、病组分析重点病组，支持按照医院要求按规则自定义重点病组目录，可按一级科室、二级科室或病区等条件展示病组出院人数排名、权重排名以及相关指标统计分析，支持病组钻取患者明细，并进一步查看患者病案首页信息。

指标趋势图-BR23 脑缺血性疾患，伴一般合并症或并发症



分布类别 病例费用分布 病例住院日分布 病例药占比分布



着眼医院自身，调整病组结构，打造优势学科，进一步合理配置医院资源，实现“学科发展适度、结构布局合理、竞争优势持续”的医疗机构发展目标。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

两大联盟采购量深度剖解，集采倒逼中药仿制理性入场

来源：医药经济报

湖北中药集采和广东中药集采规则目前还是利好于有市场规模

的中药原研产品。

从政策层面，中药仿制首先要确定参比制剂，预计大部分原研厂家都不愿意成为参比制剂。而没有足够的符合注册法规认可的临床数据支持，很有可能是不少原研企业的借口。

对于仿制品种立项而言，集采政策无疑是最大的变量之一，中药也不例外。

两大联盟采购量剖解

1、湖北：A 采购单中选率 35%

湖北发起的(鄂冀晋内蒙古辽闽赣豫湘琼渝川贵藏陕甘宁新新疆兵团)区域联盟中成药集采的采购量分配规则中，医药机构填报采购需求的产品若在中选范围，同竞争单元内降幅最高(以入围报价降幅计算)的中选产品按约定采购量分配给对应的医药机构；其他中选产品按 90%的约定采购量分配给对应的医药机构。

A 采购单同竞争单元内，按照符合“申报资格”的实际申报企业的综合得分由高到低排序，确定入围企业，3 家以上企业入围率 50%(四舍五入保留个位)，入围后还要和其余组比较，最终降价幅度在前 70%的企业中选。这意味着中选率约 35%。

医药机构填报采购需求但未在中选范围、未经企业申报、填报产能为“0”的产品约定采购量，以及中选产品未分配的约定采购量作为待分配量，由医药机构依照如下顺序分配：①将 30%的待分配量分配给同产品组内降幅最高的中选企业；②剩余 70%待分配量由医药机

构从所有中选企业产品中自主选择。

2、广东：拟备选产品有望获增量

广东区域联盟则规则更复杂。非独家产品“单位可比价”从低到高依次顺位排序，排名在前 50%(四舍五入保留个位)的企业纳入拟中选范围；独家产品与本企业最低日均费用/最低价格的降幅(或无本企业最低价格的：P2 与 P0 的降幅)从高到低依次顺位排序，排名前 70%(四舍五入保留个位)的企业纳入拟中选范围。拟中选企业获得本企业联盟地区采购期首年预采购量的比例为 100%，且获得增量的使用。

拟备选产品也有希望增量使用。非独家产品必须比本企业最低日均费用/最低价格的降幅 $\geq 15\%$ ，首年预采购量比例为 70%且获得增量的使用，每降幅 1%相应增加 5%的采购量；独家产品必须比本企业最低日均费用/最低价格的降幅每降幅 1%相应增加 5%的采购量，首年预采购量比例为 70%。

公立医疗机构填报属本次采购范围的品种，不符合申报条件、未报名、未报价、无效报价、已停产、未中选的品规和未被选择的备选产品，其采购期首年预采购量纳入待分配量。联盟地区由各省根据实际情况决定是否采购使用，广东省由公立医疗机构确定是否选择采购使用。若非独家拟备选产品未被广东省公立医疗机构选择的，其对应公立医疗机构填报的采购期首年预采购量纳入待分配量。

新进入者降价换市场

从湖北区域联盟和广东区域联盟集采的中成药集采规则可以看出，中药仿制品种如果想要争夺市场，刚开始很难获得医疗机构的采购量。这意味着，新进入市场者必须通过降价换市场。

如果仿制的是独家产品，中药仿制企业很有可能同时被纳入 A 采购单。无论是湖北区域还是广东区域，A 采购单的中选率普遍低于 50%，这意味着中药仿制企业只要价格比原研厂家有优势，即可像化学仿制药那般获得原研药的市场。

但是，如果同类产品已经上市多于 3 家，那么中药仿制品种企业就有可能进入 B 采购单。如湖北区域联盟的政策，B 采购单入围企业数量 >4 家的，入围企业直接获得拟中选资格；入围企业数量 ≤4 家的，入围企业报价降幅达到 17 个产品组，所有 A 竞争单元入围企业降幅排名前 70% 的最低降幅就有望获得拟中选资格。广东区域联盟还是要求 50% 的淘汰率。保守来看，B 采购单大趋势还是要降价获得市场的。

新进入市场者需要参考的原研产品对应的最高有效申报价，如果原研产品的价格已经很低，那么仿制品种获得的利润也不会很大。

热门类别跟进指南

1、中药注射剂：维价竞争激烈，质控很重要

中药注射剂是目前国内中成药市场规模最大的剂型。

湖北区域联盟本次降价率为 44%，但中药注射剂的单价普遍降到每支 30 元以下，生脉注射液更是降价到每支 7 元以下。广州区域联盟中，清开灵注射液 10ml 的中标价低至每支 1.74 元；血栓通注射液

基本低于每支 3 元，最低价为每支 0.78 元。每支 50 元以上中选的产品有益母草注射液和参芪扶正注射液。

除了价格，竞争激烈的产品将要面临丢标的风险。以血塞通/血栓通为例，广西梧州制药没有中标，昆药集团日服用价格最低为 13.83 元/天，这意味着昆药集团将有望抢得广西梧州制药所有的报量，以及哈尔滨珍宝 30%的报量合计 2067 万元的订单，远高于其 1165 万元的报量。但值得关注的是，B 采购单也可以抢 A 采购单的市场，从价格来看，B 采购单的价格日服用价格在每天 5 元以下，更符合优先选择日均费用/价格低的品种的原则。

由此可见，维价较好、且产品不容易和别的通用名组成一组的中药注射剂有仿制的市场价值。

但是，中药注射剂的仿制大概率需要启动验证性临床研究，仿制的质量要求也会很高，特别是杂质和组分控制研究方面，如果仿制品种企业能够在质量控制方面优于原有厂家，特别是有效成分部位的从 60%提升到 90%以上，且临床疗效相当，预计获批的可能性会较大。而一切需要等具体法规的发布。

2、中药特殊制剂：关注同适应症分组动态

湖北区域联盟没有纳入外用药，广东区域联盟纳入一些比较特殊的制剂，例如复方丹参喷雾剂、活血止痛膏、保妇康栓、保妇康凝胶和肾康栓。

复方丹参喷雾剂是和复方丹参丸一起分组招标的，鉴于中选规则

是按降价幅度，复方丹参喷雾剂以每支 61.62 元中标。

妇科外用栓剂和凝胶剂在同一组招标，但同功效的产品没有纳入同一组集采。保妇康栓和保妇康凝胶只有保妇康栓中标，降价幅度 11%。

特殊制剂的仿制难点，依然在于药效、质量、临床如何与原研一致。妇科栓剂和凝胶剂未来很有可能同适应症的一组集采，价格竞争较大。

3、中药口服药：同质化严重，立项需慎重

中药口服药同质化严重，想找差异化的产品非常难。

湖北区域联盟和广东区域联盟虽然已经创造性地将类似的产品作为同一组进行招标，但没有将同适应症的同类中药产品作为同一组招标。预计短期内也不会将同适应症的同类产品纳入大分组招标。

即使招标没有纳入同一组，但是招标后，同适应症的产品必然会产生相互替代，这意味着原研产品的市场规模也在动态变化。

鉴于中药口服药大概率要做 BE 研究，如果标的产品的竞争环境处于可以随时被替换的状态，通用名独家的产品实际上并不是“独家”的，因此，这类中药仿制立项选择产品就必须非常慎重。一个具备市场价值的中药口服药，除了考虑市场潜力，还要考虑产品定位的差异化。

专利状态也是中药仿制品种需要考虑的。对于中药产品而言，专利挑战的门槛在哪里？如何挑战指纹图谱等一系列的专利？成功案例

过往鲜有报道。

[返回目录](#)

数据看医保：药品集采在公立医院执行情况

来源：中国医疗保险

2019年11月，湖北省医疗保障局下发《关于印发全面落实国家组织药品集中带量采购和使用试点扩围工作实施方案的通知》（鄂医保发〔2019〕63号）。同年12月，按照宜昌市医保局统一部署，各医疗机构开启药品带量采购工作。本文通过对宜昌市某三甲医院（以下简称“Y医院”）第一批带量采购工作开展情况进行分析，为更多的医疗机构能更好地落实药品和耗材带量采购工作提供参考。

一、第一批药品集采执行情况

1. 签约情况

Y医院第一批签约中选药品22个品种26个品规，其中心血管系统疾病用药9种13规，抗病毒药2种2规，精神与中枢神经系统疾病用药5种5规，消化系统疾病用药1种1规，抗肿瘤药3种3规，呼吸系统疾病用药1种1规，解热镇痛抗炎抗风湿用药1种1规（见表1）。

2. 采购情况

药学部根据近两年Y医院使用情况申报带量采购计划111.56万元，全年实际完成采购298.63万元，计划完成率267.67%。其中注射用培美曲塞二钠采购金额最大（68.94万元），富马酸替诺福韦二吡呋

酯片完成率最高(1876.05%)，阿托伐他汀钙片实际采购数量最多(810320片)(见表1)。

表1 Y医院第一批国家组织药品集采药品签约和采购情况

品种名称	规格	单价 (元)	签约金额 (万元)	采购金额 (万元)	完成率 (%)
阿托伐他汀钙片	10mg x14片	1.68	2.11	5.07	239.89
阿托伐他汀钙片	20mg x14片	2.86	1.28	7.92	618.81
瑞舒伐他汀钙片	10mg x28片	5.6	2.2	5.41	245.48
瑞舒伐他汀钙片	5mg x28片	3.29	1.06	2.41	227.48
硫酸氢氯吡格雷片	25mg x20片	24.72	8.03	14.46	180.11
硫酸氢氯吡格雷片	75mg x7片	20.85	7.36	28.15	382.71
厄贝沙坦片	75mg x12片	2.3	0.14	0.47	341.67
厄贝沙坦片	0.15g x12片	3.91	4.37	10.32	236.24
苯磺酸氨氯地平片	5mg x14片	0.96	0.27	0.95	348.44
恩替卡韦分散片	0.5mg x21片	3.83	0.27	1.48	553.8
草酸艾司西酞普兰片	10mg x7片	28	9.45	35.28	373.44
盐酸帕罗西汀片	20mg x20片	31.18	0.28	1.68	600
奥氮平片	10mg x14片	34.72	1.56	4.37	280.62
利培酮片	1mg x30片	3.6	0.68	0.69	102.12
吉非替尼片	0.25g x10片	257	2.67	22.08	825.96
厄贝沙坦氢氯噻嗪片	0.15g:12.5mg x7片	7.6	1.28	6.82	534.52
赖诺普利片	10mg x28片	6.45	0.33	0.89	267.44
富马酸替诺福韦二吡呋酯片	0.3g x30片	11.37	0.01	0.19	1876.05
氯沙坦钾片	50mg x14片	14.7	0.35	1.01	292.37
马来酸依那普利片	10mg x16片	8.93	0.47	1.41	300.95
甲磺酸伊马替尼片	0.1g x60片	623	6.85	11.95	174.44
孟鲁司特钠片	10mg x5片	19.38	3.77	5.41	143.52
蒙脱石散	3g x12袋	3.95	0.48	0.8	165.71
注射用培美曲塞二钠	500mg	2735.83	32.56	68.94	211.76
氟比洛芬酯注射液	5ml:50mg	21.88	5.12	8.25	161.07
右美托咪定注射剂	2ml:0.2mg	133	18.62	52.19	280.29
合计			111.56	298.63	267.67

3. 院内使用情况

第一批带量采购药品第一个周期内，医院采购同品种药品总费用

为 322.13 万元，其中中选药品 265.54 万元，中选药品使用金额占比 82.43%。医院采购同品种药品总数量为 220.96 万，中选药品使用数量 215.04 万，中选药品使用数量占比 97.32%。由于第一批带量采购的药品多为高血压等慢病患者使用，加上 Y 医院接诊的门慢患者在宜昌市所占份额较大，所以 Y 医院第一批中选药品大多都是在门诊使用。通过数据统计，年门诊使用数量占 91.82%，住院使用数量占 8.18%。除阿托伐他汀钙片(20mg)、吉非替尼片两个药品的中选药品使用数量占比低于 90%，其他品种使用数量占比都在 90%以上(见表 2)。

表2 Y医院第一批国家组织药品集采药品使用情况

品种名称	规格	中选药品使用金额(元)	中选药品使用数量(n)	非中选药品使用金额(元)	非中选药品使用数量(n)	中选药品使用数量占比(%)
阿托伐他汀钙片	10mg x14片	47890.56	399088	/	/	100.00%
阿托伐他汀钙片	20mg x14片	65852.73	322356	287414.40	47040	87.27%
瑞舒伐他汀钙片	10mg x28片	52296.20	261481	34144.00	6160	97.70%
瑞舒伐他汀钙片	5mg x28片	22129.13	188333	/	/	100.00%
硫酸氢氯吡格雷片	25mg x20片	126494.71	102342	/	/	100.00%
硫酸氢氯吡格雷片	75mg x7片	249485.14	83760	496.00	140	99.83%
厄贝沙坦片	75mg x12片	4021.36	20981	/	/	100.00%
厄贝沙坦片	0.15g x12片	95161.25	292055	/	/	100.00%
苯磺酸氨氯地平片	5mg x14片	4654.01	67871	360.15	105	99.85%
恩替卡韦分散片	0.5mg x21片	13104.98	71855	/	/	100.00%
草酸艾司西酞普兰片	10mg x7片	329764.00	82441	/	/	100.00%
盐酸帕罗西汀片	20mg x20片	13758.18	8825	/	/	100.00%
奥氮平片	10mg x14片	38918.64	15693	/	/	100.00%
利培酮片	1mg x30片	6182.88	51524	9050.50	4600	91.80%
吉非替尼片	0.25g x10片	199175.00	7750	208620.00	1110	87.47%
厄贝沙坦氢氯噻嗪片	0.15g :12.5mg x7片	63666.29	58640	/	/	100.00%
赖诺普利片	10mg x28片	7436.85	32284	/	/	100.00%
富马酸替诺福韦二吡呋酯片	0.3g x30片	1671.39	4410	/	/	100.00%
氯沙坦钾片	50mg x14片	9061.50	8630	/	/	100.00%
马来酸依那普利片	10mg x16片	11325.47	20292	/	/	100.00%
甲磺酸伊马替尼片	0.1g x60片	77252.00	7440	/	/	100.00%
孟鲁司特钠片	10mg x5片	49760.09	12838	/	/	100.00%
蒙脱石散	3g x12袋	7252.20	22032	/	/	100.00%
注射用培美曲塞二钠	500mg	607354.26	222	25904.00	20	91.74%
氟比洛芬酯注射液	5ml:50mg	80999.76	3702	/	/	100.00%
右美托咪定注射剂	2ml:0.2mg	470687.00	3539	/	/	100.00%
合计		2655355.58	2150384	565989.05	59175	97.32%

4. 院内实施要点

一是加强组织管理。Y 医院制定了《全面落实国家组织药品集中带量采购和使用试点扩围暂行工作方案》，成立医院集采工作办公室。二是多部门齐抓共管。医务科负责医师培训、临床风险评估、预案制定、风险防范，制定采购任务每月绩效考核；药剂科负责召开药事管理委员会，确定中选品种和药品清单，落实药品供应和用药情况监测；医保办负责医保支付标准的宣传和解释；临床科室负责科内培训，合理使用；信息科负责信息提示和数据报表；财务科负责落实 30 天内款项支付；监察室负责违规约谈。三是任务分解到人。药剂科根据集采品种筛选医院在用同通用名品种，提取 2018 年各药品使用量，按照 2018 年使用量的 70% 申报医院计划采购量。医务科将计划采购量分解到临床科室，科室再分解到主诊组。四是多渠道政策宣传。医务科和药剂科组织了多场培训，印制宣传折页，在微信公众号开设宣讲专栏等。五是优化信息系统。通过 HIS 改造，将中选药品进行标示并自动靠前，减少医生查询时间。六是严格考核兑现。将带量采购工作执行情况纳入医院大质控考核，考核结果与月度绩效和年终评先评优挂钩。药剂科每月会对药品的采购和使用情况进行分析，通过目标值和完成率直观地展现各科带量采购工作执行情况，分析原因并制定整改措施。对执行不好的科室召开专题会议，对非中选药品使用量异常增长的科室会由监察室进行约谈。

二、药品集采落地成效

1. 医保基金获益情况

截至目前，宜昌市 168 家医疗机构积极参与药品和耗材集中带量采购，其中社会办医疗机构 9 家。现已落地 7 批次国家和省组织药品带量采购 260 个品种，临床实际执行情况远超预期。据宜昌市医疗保障局数据，带量采购每年节约医疗费用约 2 亿元，节约医保基金约 8000 万元，极大地缓解了宜昌市医保基金的压力。通过对第一周期中选药品集采前的单价和集采后的采购数量进行分析，Y 医院使用中选药品后可节约医保基金 995.80 万元。

2. 医疗机构获益情况

医保资金预付，付款压力减轻。宜昌市医保部门在 2021 年 10 月发文，明确规定医疗机构任务合同签订后五个工作日内即可申请 90% 预付款，实际采购量达到 150% 后可按超额采购的 90% 再次申请进行预付，进一步减轻了医疗机构的付款压力。带量采购药品预付金在年度考核后在当月医保回款中抵扣，截至 2021 年 12 月，Y 医院共收到药品带量采购预付金 863.16 万元，医院已拨付药品供应企业 861.95 万元。第一批和第二批带量采购周期结束，医保局已扣回该周期的预付资金 599.67 万元，医保预付还余 263.49 万元。

结余资金留用，医护积极性提高。2021 年上半年，宜昌市医保局聘请第三方对第一批国家组织药品集采的医疗机构进行年度考核，88 家医疗机构中有 55 家符合结余留用条件，第一周期市医保局共拨付结余留用资金 504 万元，其中城区三级医院结余留用 477 万元，占整个结余留用资金的 94.64%。2021 年 8 月，Y 医院收到结余留用资

金 56.50 万元，主要用于相关人员绩效奖励，鼓励医务人员合理用药，优先使用中选产品，鼓励带量采购管理人员积极开展相关工作。

考核指标向好，患者满意度更高。Y 医院第一批药品带量采购周期内门急诊人次 432594 人次，次均药品费用下降 20.82 元；住院人次 25389 人次，次均药品费用下降 37.39 元。随着药品价格的降低，患者满意度提升，依从性也更好。公立医院绩效考核指标中，国家组织药品集采中标药品使用比例、次均药品费用等指标进一步优化。

3. 患者获益情况

药品带量采购工作的目标是降低药品价格、减轻患者医药负担，患者是最大的受益方。以阿托伐他汀钙片为例，该药在 Y 医院使用的份额最大，两种规格的单片药价集采后分别降低了 3.2 元和 8.5 元，集采前使用该药每月总费用分别为 102.92 元和 263.50 元，集采后分别降为 52.08 元和 88.66 元，按照医保报销比例，职工医保患者每月自费金额分别减少 12.71 元和 43.71 元，居民医保患者每月自费金额分别减少 25.42 元和 87.42 元。

4. 医药企业获益情况

通过仿制药与原研药质量疗效“一致性”评价，促进了药企研发，推动医药产业高质量发展。医疗保障部门要求医疗机构落实 30 天内支付供应商货款的要求，回款时间是医疗机构年度考核的重要内容之一，因此供应商回款有保障。中选企业通过以量换价，占有了大部分市场份额。同时，带量采购促进了药品流通体制改革，改善营商

环境、净化行业生态。

三、问题及建议

1. 带量采购工作仍有提升空间

Y 医院在宜昌市第一轮带量采购年度考核中排名靠前，但第一批带量采购药品金额仅占全院药品采购金额的 1.8%。2021 年 12 月底，160 个品种 168 个品规的采购占比已提升到 3.2%，但和大多数医疗机构一样，仍有进一步提升的空间。

建议从以下方面进行提升：建立考核激励机制，顶层设计激励集采药品的使用；优化信息系统，方便临床医师使用；加强流程管理，做好短缺药品预警监测，保障药品供应；制定逐步减少同种药品配置计划；指定专人负责带量药品监测和管理，临床药师要对临床合理选择中选药品进行指导和点评。

2. 药品范围和供给有待扩大和保障

采购环节仍会出现供不应求和推动不积极的现象，建议相关部门稳步推进带量采购工作，扩大中选品种的同时，对集采主体建立激励约束机制和三医联动机制；药品监管部门对集采中选药品要重点监控，保证药品质量；医疗保障部门要及时维护医保信息平台，同时增加结余留用拨付比例，最大限度地让医疗机构分享节约医保基金的红利，更有动力去做好带量采购工作；建立中标企业应急储备和报告制度，尽量避免因突发意外或自身原因出现断供现象。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

绩效国考与 DRG/DI 医改新时代，公立医院绩效应该如何变革？

来源：医学界智库

绩效国考与 DRG/DI 医改新时代，公立医院绩效应该如何变革？

“多收多得、多做项目多得”绩效模式面临“变革”。

DRG/DIP 来了，公立医院绩效改革也面临着新变化！

2021 年 11 月 26 日，国家医保局《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》明确指出，支付方式改革的主要目的，就是要引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制，转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。

DRG/DIP 支付方式改革，从按照项目后付费向预付费转型，与项目后付费的“多收多得、多做项目多得”绩效模式面临“变革”转型，构建与 DRG/DIP 支付制度改革相适应的绩效模式大势所驱。

为什么现行绩效考核会造成“诱导医疗、医保穿底”？

项目后付费医保支付方式下，医院通过多看病人、多开展和多做医疗项目、多收入才可能获得较好的医保支付，与之相适应，绩效导向主要体现的是“量的粗放式增长”激励，主要方式一般包括 2 种：

第一种：成本核算方式

科室绩效工资核算=医疗收入(各医院对医技检查收入适合核算或分成比例不同)-科室成本(各医院扣除不同)

此种方法比较简单，通俗易懂，只要增加收入，就可以多得绩效。激励导向是追求粗放式收入增长，容易推动医疗费用上涨过快，加重看病贵，引发医保基金穿底风险，也容易被误解与收入挂钩导致政策风险。

第二种：项目点值核算方式

科室绩效工资核算=医疗项目数量×项目点值-成本(扣除方式不同)

此种方法，借用美国 RBRVS 理论，对医疗收费项目收入进行点值转换，形式上不与收入挂钩，能部分弥补医疗项目定价不合理问题，成本扣除方式作为调整。激励导向是追求多做项目量的增长，一样容易推动医疗费用上涨过快，加重看病贵，引发医保基金穿底风险，也容易出现医护算不清账，由于项目分割不合理导致的分配矛盾，容易导致医患纠纷和质量安全风险增加。

综合评价，在医保按照项目付费的前提下，由于医疗服务收费价格定价偏低，不能体现医疗价值，不做医疗项目医院就不能获得医保支付，为此，医院绩效“指挥棒”发挥重要的引导，激励“多做项目、多收入”粗放式发展。

为什么 DRG/DIP 付费与现行绩效模式不匹配？

2020 年 3 月 5 日，中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确要求，促进医疗服务能力提升。规范医疗机构和医务人员诊疗行为，推行处方点评制度，促进合理用药。加强医疗机构内

部专业化、精细化管理，分类完善科学合理的考核评价体系，将考核结果与医保基金支付挂钩。改革现行科室和个人核算方式，完善激励相容、灵活高效、符合医疗行业特点的人事薪酬制度，健全绩效考核分配制度。

DRG/DIP 支付方式改革从按照项目后付费，向按照病种组预付费转型，采取的是“病组包干付费、超支不补、结余留用”的办法，现行的绩效激励增加收入未来就可能变成成本，所以说目前的绩效管理方式不能适应 DRG/DIP 支付改革。主要表现在 5 个方面：

第一，激励多做项目多收入不能带来收益

DRG/DIP 支付方式改革，不是按照项目多少、收入多少作为支付依据，而是基于病案首页病种入组后的预付费支付标准计算医保支付的依据，收入确认依据发生重大变革，不是按照多做多少项目和收入多少确定收益的。提醒医院绩效不能按照项目多少或收入多少作为绩效核算指标。

第二，激励多做项目多收入医院成本消耗较高

由于 DRG/DIP 付费是基于区域内次均费用作为支付标准计算参考，在病组收入封顶的情况下，医院成本费用消耗指数越高，表明医院成本付出越大，医院收益就会减少。提醒医院绩效不能按照项目多少或收入多少，而要参考费用效率指数作为绩效考核参考。

第三，激励多做项目多收入医保不支付还要支付科室绩效

DRG/DIP 付费给病种收入设置的天花板，绩效激励多做的项目或

多增加的收入，超过了区域次均预控标准医保不结算买单，医院还要支付科室的绩效工资，就会出现“双亏”的局面。

第四，激励成本管控考核效果乏力

传统的绩效核算模式，成本作为绩效核算的被抵项，通过增加项目或增加收入容易消耗成本，在 DRG/DIP 预付费控费的方式下，收入包干，成本控制就显得更关键，绩效就需要加大成本控制考核激励。

第五，激励病种结构调整不精准

传统按项目付费，医保部门按照医保定额和次均费用考核，医院收治轻微患者经济上更合算，绩效绩效没有充分精准向病种激励，对于学科建设及病种结构调整，不能很好发挥绩效指挥棒作用。

DRG/DIP 医改新时代，医院绩效如何“变革”？

基于 DRG/DIP 医改新时代，赋能医院绩效“更新迭代”，从与项目后付费相适应的绩效模式，与 DRG/DIP 预付费相适应“变革”转型，驱动医院精益运营管理助力医院高质量发展。至此《DRG/DIP 病种(组)精益运营管理实操手册》，由中国协和出版社出版发行之际，简要介绍临床科室“基于 DRG/DIP 下整合型价值驱动积分绩效管理模式”。

第一，整合型。基于 DRG/DIP 付费驱动，整合绩效国考和医院等级评审及规范医疗服务行为合理医技检查等政策要求，推动医院精益运营管理和高质量可持续发展。

第二，价值驱动。围绕医改新时代，围绕“三度”价值医疗内涵激励驱动引导，一是，医疗技术服务能力和学科建设贡献度(CMI)；

二是，成本控制提高经济贡献度；三是，患者满意度。

第三，多维度积分制。打破一切向“钱”看的“拜金主义”绩效模式，采取“多维度积分”模式，均衡评价医务人员的价值，推动回归公立医院公益性和医疗自然属性。

第四，绩效核算积分指标。绩效核算积分指标指标涵盖“工作量指标、DRG/DIP 指标(CMI 值、经济贡献度)、医疗技术服务项目指标、病种结构指标、成本控制指标、医德医风指标”等。

第五，绩效考核 KPI 积分指标。参照绩效国考和医院等级评审及规范医疗服务行为合理医技检查等，围绕公立医院高质量发展选择关键 KPI 指标，包括出院患者手术占比、三四级手术占比、医疗服务收入占比、DRG/DIP 入组广度、CMI 值、时间/费用效率指数、成本率、患者自付率、患者满意度等指标进行积分设计。

第六，管理绩效。设计科主任及护士长管理绩效，由医院考核发放，标准参考科室绩效水平，通过与综合目标管理相结合，与科室 KPI 月度考核关键，规避绩效分配中既当“运动员”又当“裁判员”的焦点和难点，有利于科室工作的开展。

第七，构建四级分配制度。构建院、科室、医疗组、主诊医师四级绩效分配制度，在发挥团队协作的前提下，充分调动主诊医师个体积极性，减少绩效分配不公引发的矛盾叠加。

第八，“控费、提质、降本、增效”梯度激励。在 DRG/DIP 付费及绩效国考的大趋势下，走精细化可持续高质量发展之路，绩效激励

围绕“控费、提质、降本、增效”，采取梯度激励方式，加大倾斜激励，发挥绩效“指挥棒”魅力。

总之，DRG/DIP 医改新时代，激励导向粗放式量效发展模式面临挑战，“变革”转型激励导向，实现内涵、质量、效益型发展是大势所驱。

[返回目录](#)

医保基金年度飞行检查情况公布！暴露医院的医保管理 3 大问题

来源：华夏医界网

国家医疗保障局发布了 2021 年度医保基金飞行检查情况公告，暴露医院在医保管理上的 3 大问题！

为深入贯彻落实党中央、国务院关于加强医保基金监管工作的决策部署，持续加大医保基金监管力度，严厉打击医保领域违法违规行为，2021 年国家医疗保障局联合国家卫生健康委和国家中医药管理局对全国 29 个省份的 68 家定点医疗机构(三级医院 29 家、二级医院 15 家、一级医院 22 家、医养结合机构 2 家)医保基金使用情况开展飞行检查工作。北京市、内蒙古自治区和新疆生产建设兵团因新冠肺炎疫情等影响未完成现场检查。现将有关情况公告如下：

一、飞行检查发现的主要问题

国家飞行检查组在检查中发现，被检定点医疗机构存在医保管理问题和重复收费、超标准收费、分解项目收费、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、超医保支付限定用药、串换诊疗项目和将不属于医保

基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算等违法违规问题，涉嫌违法违规使用医保基金 5.03 亿元。具体如下：

（一）定点医疗机构医保管理问题。一是住院管理不规范。主要表现为医保卡管理混乱，如住院处存放已出院病人医保卡；住院处医保患者信息更新不及时等。二是制度管理落实不到位。主要表现为医疗机构对依法依规使用医保基金认识不足，或者没有专门机构及人员负责医疗保障基金使用管理工作，内部管理制度不健全、不严密、常态化自查自纠不深入，违规使用医保基金时有发生。三是病案管理不规范。主要表现为医院为参保人员建立的治疗档案不完整，无临时医嘱单，部分记录单没有医师签名等。

（二）医保基金使用违法违规问题。一是重复收费、超标准收费、分解项目收费。被检查的 68 家定点医疗机构中 59 家存在此类问题，涉嫌违法违规金额 1.5 亿余元，占涉嫌违法违规总金额的 30%。二是串换药品、医用耗材、诊疗项目。被检查的 68 家定点医疗机构中 50 家存在此类问题，涉嫌违法违规金额 9646 万元，占涉嫌违法违规总金额的 19%。三是违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、超量开药、重复开药。被检查的 68 家定点医疗机构中 45 家存在此类问题，涉嫌违法违规金额 8531 万元，占涉嫌违法违规总金额的 17%。四是将不属于医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算。被检查的 68 家定点医疗机构中 52 家存在此类问题，涉嫌违法违规金额 7014 万元，占涉嫌违法违规总金额的 14%。五是分解住院、挂床住院。被检查的

68家定点医疗机构中14家存在此类问题，涉嫌违法违规金额270万元，占涉嫌违法违规总金额的0.5%。六是其他违法违规问题。被检查的68家定点医疗机构中54家存在超医保支付限定用药、无资质开展诊疗服务、药品耗材进销存不符、虚记收费以及其他不合理收费等问题，涉嫌违法违规金额9794万元，占涉嫌违法违规总金额的19.5%。

二、飞行检查整改落实情况

国家医保局飞检组飞行检查后，各被检地方医保局认真落实国家飞检组的要求，迅速组织力量开展核实，通过数据比对、病历复核，逐条逐项核实国家飞检组反馈的问题，逐一建立复核台账，依法依规处理违法违规行为，并积极落实整改要求。

(一)后续核查整改情况。一是依法依规追回医保基金。其中，宁夏、上海等8省份的医保部门全数追回国家飞检组移交的问题金额。二是作出行政处罚。上海、江西医保部门分别对违规使用医保基金的上海市同济大学附属同济医院和江西省九江市都昌县人民医院作出了行政处罚，黑龙江、吉林、湖南医保部门对违法违规定点医疗机构正在履行行政处罚程序。三是依协议作出其他处理。吉林医保部门依据协议解除了涉嫌虚记收费等违法违规行为的德惠民康医院医保服务协议。重庆、福建、四川医保部门扣除违规定点医疗机构违约金。河北医保部门对违规定点医疗机构进行考核扣分，并于年末根据考核结果作扣减质量保证金处理。贵州、安徽医保部门依据协议对违规定点医疗机构涉及的医师作出扣除医师积分、暂停医师医保服务资格的

处理。四是约谈违法违规定点医疗机构负责人，责令违法违规定点医疗机构限期改正等。浙江、山东医保部门分别约谈了违规使用医保基金的宁波大学附属人民医院、淄博崑山万杰医院的主要负责人，并责令医院全面整改。贵州医保部门联合卫健部门约谈违法违规定点医疗机构领导班子，陕西医保部门停止涉嫌欺诈骗取医保基金的咸阳彩虹医院配镜中心医保刷卡结算并责令配镜中心整改。

(二)对定点医疗机构违规行为的其他处理情况。一是黑龙江、贵州等省卫健部门依职权作出处理。如黑龙江省齐齐哈尔市富裕县卫健局对富裕县塔哈镇卫生院无资质开展诊疗的中医康复科下达了停止服务的通知，对医疗机构负责人作出停职半年的行政处理；贵州黔南州卫健局责成定点医疗机构问责违规科室负责人，通报批评相关科室及违规医师，取消违规医师评先评优资格、限制年内职称晋升。二是一些省份在国家飞检基础上开展延伸检查并组织全面整改。陕西、宁夏等 14 省份医保部门在国家飞检结束后，对国家飞检组已提取疑点数据但未实施现场检查的医疗机构进行了延伸核查，追回违法违规使用医保基金 3714 万元。黑龙江省富裕县、山西省武乡县政府召开专项会议，对违法违规定点医疗机构负责人谈话提醒，组织县域内有关机构开展专项排查整改。江苏省苏州市、广东省佛山市医保部门组织召开全市医疗机构专题会议，在飞检基础上开展全面整改。

总体看，2021 年飞行检查要求立行立改的问题基本整改到位，要求分阶段整改和持续整改的问题进展顺利。国家医保局将持续加强

对飞行检查整改的跟踪督促检查，确保整改合规、扎实有效，并在全国范围内持续开展严厉打击医保领域违法违规、欺诈骗取医保基金的行为，坚决守护好人民群众的“看病钱”、“救命钱”。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

内控机制+全面评估，构建医保经办管理“新防线”

来源：襄阳市医疗保障服务中心

加强内控机制建设，规范医疗保障服务行为，是医疗保障经办能力体系的重要组成部分。近年来，襄阳市医疗保障服务中心坚持以目标和问题为导向，聚焦内控管理难点，多措并举全力推进内控体制机制建设，为规范医保业务经办，防范和化解基金运行风险提供坚实的保障。

推进机构建设，构建内控管理“新平台”

秉持“强基固本”的思路，针对因缺乏专门的内控稽核机构，导致全国社保基金审计发现的“我市医保经办医疗费用审核把关不严，死亡人员享受医保待遇问题较为普遍”的问题，襄阳市医疗保障服务中心将机构设置作为核心事项，多次与市编办进行沟通，争取部门支持，申请增设内控稽核机构。3月中旬市编办批复同意市医疗保障服务中心增加内控稽核科室，使得内控管理有了专门的机构，为高质量做好内控管理筑牢坚实基础。

加强制度建设，构建业务经办“新模式”

围绕长效机制建设，襄阳市医疗保障服务中心讨论制定《医保经办内控工作机制》，从组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息控制等方面加强内控管理，开展风险防范。

(一)完善业务内控制度。对基金核定、医疗管理、生育保险、离休干部医药费统筹、基金结算五大类业务经办流程进行了梳理，制定并发布《襄阳市医疗保障服务中心经办流程汇编》，规范了经办流程。按照内部机构业务设置，科学确定岗位职责，建立起前台受理、后台复核的经办体系，形成岗位之间、科室之间互相监督、相互制约的内控体系。

(二)完善财务内控制度。出台了《基金结算内控制度》，明确了会计、复核、出纳等财务岗位职责，实行财务分级授权，严把医保基金支付审核关口，保障基金财务安全。

(三)完善窗口内控制度。制定《驻市民中心窗口工作考核管理办法》，逐月对工作人员的出勤率、服务量、办事效率、群众满意度进行量化考核，并将平时考核结果与年终考核、评先评优、职级晋升、绩效工资相挂钩，兑现奖惩，提升服务窗口精细化管理水平。

(四)完善信息内控制度。制定医保信息系统管理制度，从问题响应、数据处理、业务需求、权限管理等方面明确安全和内控的要求，对于频繁登录、非工作时间登录等异常操作进行跟踪监控，确保数据安全、经办安全。

开展内控评估，构建内部管理“新防线”

坚持精细化管理的要求，将内控评估融入日常工作，推动各项工作规范运行。

(一)开展基金评估。制定年度内控工作计划，抽调各科室业务骨干组成内审专班，每年对本年度经办业务进行抽查，不定期邀请第三方审计机构对医保基金进行审计，防控医保基金运行风险。

(二)开展自查评估。坚持问题导向，针对2021年枣阳市国家飞行检查反馈的“医疗费用抽审覆盖面不够”等问题，结合自身实际，主动开展自查，在医疗费用专项审核、政务服务事项清单管理、基金管理等方面查摆问题，立行立改，做到举一反三、防微杜渐。

(三)开展权限评估。国家医保信息平台上线后，开展经办操作人员信息账户权限评估，按照“个人申报、科室审核、信息赋权”的方式，实行分级负责，逐项审核、精准授权，着力减少信息系统权限风险。

(四)开展注入评估。开展对个人账户注入风险评估，制定了《个人账户注入实施方案》，对个人账户上账工作明确操作流程，将登记录入与上账处理分离，实行了两岗分设。计划定期组织内控专班对上账情况进行审查评估，确保基金安全准确。

强化队伍建设，展示医保经办“新形象”

(一)强化内控思维。邀请党校教授、签约律师等专家，从专业角度为干部集中授课，讲授法律法规知识。以举办专题讲座形式增强法

治意识，强化内控思维。依托执法资格考试等载体，倒逼干部主动学习政策法规，2021年13名工作人员全部通过考试，顺利取得执法资格证，其中35岁以下的年轻干部有8名，内控稽核队伍储备进一步增强。

(二)加强经办培训。按照“缺什么补什么，差什么练什么”的原则，建立“周末课堂”制度。制定年度培训计划，制作PPT培训课件，利用每月周末时间，围绕参保核定、慢性病申报、门诊住院结算、生育报销和公文处理等内容，采用体验式教学模式，开展现场培训10期。今年2月，针对国家信息平台上线后群众关注的高频事项，开展知识竞赛，通过寓学于乐，激发学习热情，引导干部比学赶超，提升经办能力。

[返回目录](#)

普及医保“普通话”，迈向医保信息化新时代

来源：中国社会保障学会副秘书长

《“十四五”全民医疗保障规划》明确指出，动态维护15项医保信息业务编码，全面推进医保信息业务编码贯彻应用是全面建成全国统一的医疗保障信息平台的重点工作之一，医保信息业务编码亦是医保标准化体系的重要内容，是推进医保信息化建设的基础支撑。

国家医保局自成立之初，就以医保信息业务编码标准为突破口，顶层谋划医保信息化标准化建设，至今已三年有余，在这期间，从组建班子到研究制定编码标准，从前期搭建编码数据库维护，实现对编

码标准数据库的动态维护，到如今在全国范围内贯彻实施，标志着医保“普通话”全面普及。医保信息业务编码标准化工作处处彰显了“中国加速度”，对提升医保治理能力、推进医保高质量发展、增强人民群众的获得感具有重要意义。

一、立标、建库“两手发力”，鼎力打造全国统一的医保信息业务编码标准数据库

2019年6月和9月，国家医保局先后发布了医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材15项编码标准，并同步搭建了国家、省、市三级联通的动态维护平台，“7×24”全天候支持46类维护角色，50多万维护人员进行相关操作，每一编码标准都有完整的数据画像，以小码大库、库码结合的方式提供应用。

目前，已发布疾病诊断代码3.3万条、手术操作代码1.3万条、医疗服务项目代码1.4万项、药品代码20.2万个、医用耗材代码6.1万个(涉及单件产品8万个、规格型号数686.7万条)，全国门诊慢特病病种已赋码899种，全国定点医药机构及医师、护士、药师，医保系统单位及工作人员全部维护赋码，有了医保服务的唯一身份标识。

构筑了全国统一的医保信息业务标准编码体系和数据库，彻底结束了过去数据不互认、信息不共享的历史，迈入“书同文、车同轨”的全新时代，为推动医保信息化平台建设、提高数据质量、提升医保治理能力打下了坚实的数据基础。

二、学标、对标、达标“三管齐下”，全面推进医保信息业务编

码落地

2019年9月至2020年11月，国家选择北京等8个地区开展业务编码标准测试应用，验证了编码标准和数据库的兼容性和适用性，形成了可借鉴可推广的经验和模式。2020年11月，国家医保局印发通知，建立有效工作机制，有效推进15项信息业务编码标准全面贯彻执行。

一是实践“学标”，做到“学以致用”。全国医疗保障系统利用各种宣传媒介，全方位、多角度宣传解读医疗保障15项编码标准，指导相关单位提高认识，准确掌握标准内容、理解标准要求。逐级分类开展线上贯标培训与现场实操演示，融会贯通于各应用终端，做到应培尽培、愿培则培，形成了横向到边、纵向到底的全员学标准、懂标准、用标准的新格局。确保学用结合，知行合一。

二是常态“对标”，突出“量质并举”。全国各级医保部门及两定医药单位将此次贯标工作，不仅看作是医保体系数据治理的一次统一行动，也将其作为建立数据质量管理机制的全新起点。成立了工作专班，形成贯标合力，以刀刃向内，自我革命的精神，对底层数据先梳理、后治理、再映射，将长期以来沉积在医院和医保系统中的旧数据、脏数据全部进行了吐故纳新，以对码带动对标，以贯标助力管理，医保数据全覆盖、编码全转换、系统全贯通，用新标准轻装上阵，实现前端数据可追溯，后端数据可应用，应用环节可识读。

三是围绕“达标”，建立“评价机制”。制定科学合理的考核指

标和评估办法，建立“地市自评、省级初评、国家验收”的验收评估机制。并开发规范、便捷的编码验收智能小工具，支持各评估小组实时跟踪验收、对点督导。在组织验收工作中，确保贯标要求不打折，验收指标不缩水。做到项项有码、条条有数、对应准确，群众看病结算不影响，待遇享受无差错。

三、用标“笃行不怠”，充分发挥医保高质量发展“基石”作用

编码本身没有特定含义，它的生命价值在于码段中携带的识别信息及数据库中每一数据的画像在各场景的应用。流水不腐、户枢不蠹，停滞不用的数据只能是一潭死水。要让编码标准的生命价值持续焕发，就要让标准“贯下去，用起来”，在使用中常用常新，时用时新。当前，医保“普通话”在全国31个省(区、市)和兵团全面普及，覆盖定点医疗机构约40万家、定点药店约40万家，实现了全国医保系统和各业务环节的“一码通”。

随着标准的深度应用，标准辐射效果显现，在医保政策规范化、公共服务便捷化、医保管理精细化等多个方面发挥了巨大作用。通过梳理全国现行近33万条医疗服务收费项目，形成了全国医疗服务项目14688项，确保医院治病收费清楚，群众看病付费明白。

门诊慢特病编码的统一，为开展高血压、糖尿病等五个门诊慢特病费用跨省直接结算试点工作疏通了堵点，切实解决了人民群众在跨省异地就医就医结算过程中的“急难愁盼”问题。

“医保基金结算清单”标准的应用，通过全国统一的标准接口直

接抓取医院交易数据自动生成明细项目，可以说是装上了自带智能功能的总阀门，数据的合规性，合理性一览无余，尤其是 DRG/DIP 支付方式改革试点城市中的应用，有力促进了医保和医院的管理效率。

耗材编码的应用走出了医用耗材管理中“一品多证、一证多件、一件多规”的困境。药品耗材编码真正打通了药械生产、流通、配送、使用、结算全流程，真正做到“带码招采、带码入库、带码使用、带码支付”，实现了信息数据的全链条管理。

未来展望

下一步，将继续坚持国家顶层设计，全国一盘棋，持续推进医保信息业务编码标准的落地应用工作，不仅要“用起来”，还要“用得好”。做好编码动态维护工作，确保编码全量完整维护、及时入库、动态调整、同步更新。健全编码标准常态化应用机制，提高标准代码和数据库信息应用的准确性和规范性，有效支撑医保跨区域、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。深化编码标准在医保信息系统和各业务环节的应用，助推医保领域各项改革。拓宽应用路径，丰富应用场景，促进数据汇集，形成真正的大数据管理，进一步提升医疗保障标准化工作实效，为医保事业高质量发展持续增势蓄能。

[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