

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2022年第44期

(10.31-11.06)

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，直接跳转具体文章内容。)

### · 养老健康 ·

#### ▶ [《中国全科医学》述评：老年人群共病问题现状挑战与应对策略](#)

(来源：中国全科医学) ——第 6 页

**【提要】**伴随我国公共卫生保健政策的不断健全与医疗水平的提高，2019 年人均期望寿命提升至 77.3 岁。因此共病人群比例升高、老年人口医疗保障需求持续增加等社会现象亟待引起关注。《“十四五”健康老龄化规划》表明，78%以上的老年人至少患有一种以上慢性病。因此，着眼国家卫生健康政策导向及人民群众基本医疗保健需求，本文从老年人群共病问题切入，总结梳理老年人群共病领域的研究内容，并分析探讨相应策略，以期为我国老年共病研究与临床实践提供思路。

#### ▶ [医养结合养老服务十八种模式](#) (来源：凤凰网) ——第 16 页

**【提要】**济南大学朱孔来教授做了一份“关于山东省推进医养结合养老服务现有的十八种模式”的精彩观点。这十八种模式分为三类：“机构养老”医养结合模式、“社区养老”医养结合模式、“居家养老”医养结合模式，虽然是以山东省为例，但具有一定的普适性，有助于我们更好的了解医养结合、了解行业的发展现状，也有助于帮助我们找到更适合自己的模式。

· 医药专栏 ·

▶ [洞察药品带量采购三大变革阶段!](#) (来源: 中国医疗保险) ——第 25 页

【提要】国家医保局数据显示,目前国采共计 294 个品种,占公立医院化药和生物药采购金额 35%。带量采购的效果显而易见。根据卫健委等数据显示,集中带量采购后,患者门诊次均费用及住院人均费用均有增长,2020 年次均门诊费用同比增长 11.30%,人均住院费用年度同比增长 8.4%。打开结构来看,带量采购的红利及空间迅速被检查费用和其他费用所取代,但这恰恰反映出带量采购的及时性与准确性。从 2018 年以来,带量采购正在经历三个过程,分别是“割除杂草”、“斧底抽薪”、“洗削更革”。

▶ [倒数两个月,全国医保药品目录将基本统一](#) (来源: 国家医保局) ——第 29 页

【提要】国家医保局指出,自 2020 年起各地开始按要求,陆续清退医保药品目录中的增补品种,预计到今年底全国基本医保、大病保险和医疗救助的药品保障范围就能“基本统一”。中国政法大学政治与公共管理学院副教授廖藏宜表示,实现全国医保用药范围基本统一,将有利于增强我国医疗保障制度的公平性、医疗保障待遇的平衡性和普惠性,同时通过形成全国统一的药品购买市场,更好发挥医保战略购买作用,提升群众异地就医便利性,改善医保服务体验,增进民生福祉,这是国家医保局推进的一项非常有魄力的改革举措。

## • 分析解读 •

▶ [浅谈医疗服务价格改革的重点和难点](#)（来源：DRG 改革）——第 34 页

【提要】2021 年开始的《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》通过由点到面的全国 DRG/DIP 支付方式改革实际结算为部分医疗服务项目价格带来了较大程度的动态调整；其改革逻辑是基于历史数据和各方协商进行调整。而本文关注的是确定医疗服务价格的内在机制。本文将集中阐明医疗服务价格项目的现实困境和亟待解决的重难点问题，尝试为深化医疗服务价格改革提供思路。

▶ [探讨 | DRG/DIP 改革如何实现“医保患企”四方共赢？](#)（来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究）——第 41 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明确提出时间表：从 2022 到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务，推动医保高质量发展。到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 付费方式改革工作，先期启动试点地区不断巩固改革成果；到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

## • 中医药动态 •

▶ [新时代赋予中医药新使命——从中国共产党全国代表大会看中医药发展](#)（来源：中国中医药报）——第 46 页

【提要】中医药是中华文明的瑰宝，在全民健康中发挥着至关重要的

作用。中国共产党高度重视中医药工作，把保护、传承和发展中医药作为社会主义事业的重要组成部分，坚持不懈地推动中医药与时俱进，保障人民群众的生命健康。纵览中医药近代发展，尤其是新中国成立以来发展历程，回顾中国共产党全国代表大会报告中的中医药内容，深入领会不同历史节点中国共产党关于中医药工作的重要论述，对于我们进一步坚定中医药自信，遵循中医药规律，推动中医药传承创新发展，更好服务于人民群众健康，具有重要意义。

▶ [加快构建中医药新发展格局](#)（来源：中国中医药报）——第 52 页

**【提要】**在党的二十大报告中，习近平总书记强调，加快构建新发展格局，着力推动高质量发展。《求是》杂志刊发的习近平总书记《新发展阶段贯彻新发展理念必然要求构建新发展格局》重要讲话指出，“构建新发展格局是事关全局的系统性、深层次变革，是立足当前、着眼长远的战略谋划”“从根本上说，构建新发展格局是适应我国发展新阶段要求、塑造国际合作和竞争新优势的必然选择”。

## -----本期内容-----

### · 养老健康 ·

#### 《中国全科医学》述评：老年人群共病问题现状挑战与应对策略

来源：中国全科医学

随着 1970 年 FEINSTEIN 教授首次提出共病概念，多病、终生共病等衍生概念也相继出现。2008 年，世界卫生组织(WHO)将共病定义为同时具有多种长期且需要持续性、多样化治疗的健康问题。英国医学杂志(BMJ)最新数据表明，世界高收入国家共病现象主要由年龄驱动，随着人口结构的变化，患有两种或两种以上疾病的人口比例正在稳步增加，且这一趋势将进一步持续。

伴随我国公共卫生保健政策的不断健全与医疗水平的提高，2019 年人均期望寿命提升至 77.3 岁。因此共病人群比例升高、老年人口医疗保障需求持续增加等社会现象亟待引起关注。《“十四五”健康老龄化规划》表明，78%以上的老年人至少患有一种以上慢性病。2018 年《中国老年疾病临床多中心报告》显示，近年来我国老年住院患者慢性病和共病现象尤为突出，人均患病 4.68 种，共病率高达 91.36%；共病模式方面，缺血性心脏病合并高血压居于首位。共病不仅使老年人的功能状态下降、生活质量下降，还会使失能、衰弱、死亡及多重用药风险明显增加，导致医疗保障需求不断增加，这对共病卫生健康管理提出了更高要求。

因此，着眼国家卫生健康政策导向及人民群众基本医疗保健需求，本文从老年人群共病问题切入，总结梳理老年人群共病领域的研究内容，并分析探讨相应策略，以期为我国老年共病研究与临床实践提供思路。

## 一、老年共病问题现状与挑战

### 1、老年共病医疗管理研究与实践尚需发展

与单一慢性病相比，共病除了会降低患者健康相关生命质量、增加患者医疗保健支出外，还增加了患者健康状况评估和管理难度，使医疗决策程序变得更加复杂困难。在共病管理政策和指南制订方面，我国尚处于起步阶段。目前，虽然多数单一病种具备了相应指南/专家共识规范临床实践活动，但仅依据各专病指南对共病进行管理则难免造成决策的偏颇，这就需要政府决策机构、医疗卫生人员、科学研究人员等进一步提高对共病政策制订和综合管理的重视程度。

此外，传统的医疗服务管理模式难以满足老年共病患者需求。目前，由于共病门诊科室及相关管理手段方法的欠缺，共病患者需多次辗转于不同科室。老年人行为能力较差，就诊困难；单一专科诊室的医嘱难以针对共病患者进行全面治疗。并且，因患者对自身共病情况所知甚少，向某专科诊室医生描述共患疾病时常出现偏差。因此，我国共病管理的研究与实践亟待加强，共病管理范围应当从单一病种管理向共病综合管理转变。

### 2、以单病为导向的临床诊疗模式亟须突破

Nature 杂志评论文章表明，现阶段临床实践和科学研究多数仍是围绕单一疾病或系统展开。然而，多种疾病相互影响而综合形成的人体累积效应，常并不是几种单一医疗决策简单叠加可以应对的。同时，临床研究常将患有共病的老年人排除在外。因此，依照单病种指南制订的针对特定疾病的诊断和治疗方案，可能并不适用于共病、高龄的老年人。

改善老年人的功能状态和生活质量是老年医学的宗旨，其对于共病的处理，不是将治疗疾病的方案简单叠加，而是需要根据老年人的具体情况综合评估，全面掌握老年患者的身体状况，随后进行全面管理、综合干预，增强老年人群的健康管理意识，最终提高健康期望寿命。

### 3、老年共病人群多重用药问题亟待解决

老年患者作为特殊群体之一，身体代谢能力下降的同时受多种疾病困扰。在服用不同种类及作用机制的药物后，更容易发生药物不良反应，不仅影响疗效，还会加重患者身体代谢负担，严重影响预后。

老年共病人群多重用药问题主要体现在以下方面：(1)多种药物同时治疗现象普遍，药物种类繁多、服用方式复杂，导致患者依从性较差。有研究表明，门诊、社区老年患者使用至少 5 种药物，65 岁以上社区老年人多重用药率为 37%；住院患者中 5 种以上多重用药比例占 43.8%。(2)剂量或疗程不当、重复治疗和潜在相互作用等情况普遍存在，增加了药物不良反应/不良事件的出现风险，进而导致患

者生活质量降低。

随着《老年人多重用药安全管理专家共识》的发布，未来需进一步探索和发现更多提高老年共病多重用药安全性的有效措施，减少药物治疗不良反应及疾病不良临床结局风险，促进疾病好转与康复，提高老年人生活质量。

#### 4、老年共病医护团队规模与能力仍需提高

考虑到老年共病患者患有多种疾病且需长期护理的特点，全科医生成为共病诊疗管理中不可或缺的环节。然而，我国全科医生尚未完全担负起共病管理的职能角色，共病诊疗医护团队仍有待进一步建设。

研究报道，英国、美国等多个欧洲及北美国家已具备较为健全的全科医生团队体系，将全科医生作为共病诊疗管理的关键角色。全科医学概念 1989 年已引入我国，但目前全科医学教育资源依然短缺，职能定位仍欠清晰，全科医生专业素质仍有待加强。此外，基层医疗体系的建设仍需加强，分级诊疗制度尚未完全落实。这使得目前共病患者仍选择分别就诊于多个专科科室，医生依然按照单病种指南对老年共病患者某一疾病进行诊疗，全科医生难以在共病管理领域施展拳脚。

#### 5、老年共病人群健康管理服务体系建设有待推进

2016 年 12 月，英国国家健康与临床优化研究所发布了《共病：临床评估与管理》，该指南以共病管理为主题，重点提出共病人群管

理的基本原则和步骤。此外，为着力降低社会共病率，英国政府也推出了诸如社区首诊制度和共病人群自我管理等系列举措。其中，社区首诊制度的核心是以全科医护团队为主的慢病管理，而共病人群自我管理主要是促进共病人群间的主动沟通交流，内容包括但不限于疾病药物管理、饮食起居、日常锻炼等多方面疾病管理能力，以此降低共病发病率。

目前，我国老年共病的首诊主要集中在社区，社区卫生服务单元通过健康管理档案与老年共病患者建立长期、稳定、连续的服务关系。然而，现阶段医疗服务模式中仍旧缺乏老年病基层预防、诊治以及急性病后期的医疗服务，基层卫生部门共病管理亦显经验不足。因此，未来仍需推动建立具有中国特色的老年医疗服务体系建设，通过对重点人群的序贯健康管理降低共病发生率、提高目标人群生活质量。

## 二、老年共病问题的应对策略

### 1、推动建立以患者为中心的共病管理与研究方案

JAMA 刊文指出，医生仅关注单一疾病的治疗与管理对于共病患者是不适宜的，临床医生应尽可能熟悉掌握合适的共病评估工具，并基于恰当的循证医学证据，遵循“以患者为中心”的原则为共病患者选择和实施医疗决策。

英国《共病：临床评估与管理》指南提出，患者的身体状况、疾病不同治疗方案之间的影响等是医疗人员制订共病管理方案时需重点考虑的。此外，患者的个人需求、治疗偏好和目标、与健康相关的

生活质量等方面也需要临床医生重点考虑，进而减少治疗费用、不良反应和过度医疗以提高患者生活质量。此外，共病管理依旧需要遵循单一疾病指南治疗的收益和风险。

## 2、大力推广应用老年共病评估工具

推广应用老年共病评估工具对共病管理具有一定意义，查尔斯共病指数(CCI)因其获取便捷而被广泛应用。此外，Kaplan-Feinstein 共病指数、Elixhauser 共病指数和老年共病指数(GIC)等也是被广泛认可的评估工具。共病指数的临床应用及推广，有助于通过选择恰当的疾病治疗方案进一步提升我国老年人共病管理水平。此外，老年共病评估工具应用对我国共病模式的总结、后续共病治疗指南的制订以及"以患者为中心"的个性化诊疗的发展具有一定意义。

值得注意的是，评估工具开发过程中使用的不同方法，使不同共病指数工具具有特异性使用场景，有的共病指数是基于疾病开发，而有的基于患者使用药物情况开发。因此，在共病评估工具选择和使用过程中应重视研究目的、资料来源等因素。此外，不同工具所包括疾病种类及数量的不同也影响了其适用范围。

## 3、系统开展共病共有病因及机制研究

The Lancet 明确提出，共病研究是公共卫生领域的优先发展内容，而共有风险因素的识别与潜在机制的探索更是共病研究领域的首要目标。共病现象的普遍性使得共有机制研究的重要性逐步提升。前期研究提示，相似疾病表型的疾病是由功能相关的基因导致的，例如

有学者应用孟德尔随机化方法研究了多发性硬化症 (MS) 和炎症性肠病 (IBD) 共有致病基因。

除饮食情况、生活习惯、药物不良反应等因素导致疾病可能同时发生外，共病共有机制的识别也将有助于为疾病预防、治疗以及预后改善提供线索。然而，共病共有机制研究尚未在当前主流疾病研究中受到应有的重视，有关共病现象的生物机制研究更是少有涉及。随着大数据时代的到来，从繁杂且异构化的医疗数据中获取潜在的、有价值的信息已成为学术界和卫生管理部门关注的热点。从大量的医疗数据中，利用数据挖掘方法发现共病的潜在机制，进而为共病诊疗和管理提供理论支持是未来的研究发展方向之一。

#### 4、规范制订共病预防管理临床实践指南与专家共识

随着老年共病患者的数量不断增加，缓解共病带来的医疗、社会负担的需求日渐明显。老年共病患者多重用药等问题也使现有共病管理方式存在潜在用药风险。因此，制订针对共病的科学合理的临床治疗方案，同时加强共病研究，对进一步提高共病的综合防治水平具有重大意义。目前，已有国家将应对共病问题作为国家卫生健康工作的重点任务之一，制订了相应的共病预防和管理指南。2017 年英国国家卫生与临床优化研究所 (NICE) 以改善共病患者医疗服务、降低共病患者疾病负担 (多重用药和频繁就医)、减少共病患者非计划住院为目标，制订了共病临床综合管理指南。

共病管理规范性指南/共识的制订，首先需要考虑老年患者自身

的人群特点，老年患者与年轻人身体代谢能力差异较大，治疗方案的制订需考虑初始剂量、给药途径等方面。其次，应着力提高医护人员对共病的重视程度、加强医务人员对共病及多重用药知识学习。熟悉药物配伍禁忌、加强对患者的用药监管，紧密医护合作等方面也需要加强。目前，多学科整合团队(GIT)治疗模式得到重视，通过多学科合作，加强科室间互相沟通，为老年患者制订最佳的诊疗方案以保证治疗合理安全。随着我国首部《医养结合机构老年共病患者安全用药专家共识》和《老年人多重用药安全管理专家共识》等发布，老年共病患者安全用药水平及诊疗服务质量将稳步提升。

### 5、主动借鉴中医学"以证统病""整体观念"思想

"辨证论治""整体观念"等中医临床实践的重要特征。从"证候"角度切入选方用药，遵循中医理论"以证统病"，即将各种病归纳在证之下探讨证与病的诊断和疗效关系，可以实现多病种良好共同治疗管理，同时符合社会效益。《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》中明确提出要更好发挥中医药在治未病中的主导作用、在重大疾病治疗中的协同作用、在疾病康复中的核心作用，逐步实现中医药服务领域全覆盖。近年来，老年共病管理强调多学科团队参与，包括中医师的全程参与，目的是对老年患者进行老年综合评估，全面了解老年人在医学、精神、社会行为、环境等方面的情况，进行个体化干预。

中医综合调理理念可应用于共病管理领域，治疗的关键是找准各

个疾病的基本病机。当前，“病证结合”思路是中西医结合研究与发展的重要路径，但通常强调西医诊治疾病的主导地位，“以病统证”为主，“以证统病”为辅。在老年共病管理过程中，如果过度关注各种病的局部而忽略整体，长期服用大量药物、药物不良反应以及药物之间的相互作用将最终导致患者机体功能进一步下降。

因此，“以证统病”“整体观念”思想应融入老年共病管理中，精简药物、提高疗效、改善预后、节约成本。共病管理不是单一疾病管理范式的叠加，而是基于共同的病理环节的精准调控。中医整体观念与现代医学“共病管理”的理念相契合，基于多种疾病的共同基本病机实施统一的基础治法，再个体化随症加减，最终实现共病管理。

## 6、深度融合应用互联网+技术与智能可穿戴设备

顺应新时代“医疗大健康”的新需求，积极推动互联网、物联网、大数据、云计算、人工智能等为关键技术的信息技术与老年共病健康管理的深度融合是促进该领域管理与防控的重要途径。

在海量数据推陈出新的“数据爆炸”时代，结合医学专业优势，借助新媒体传播老年共病健康知识，打造医疗大健康舆论氛围，提升居民健康素养，是推进疾病防控关口前移，推动健康中国战略目标的有力手段。此外，借助智能可穿戴设备等新的技术设备，在数据收集、方式手段、健康信息监测等要素上达成数据化、在线化、智能化、移动化方式，或将有利于通过大数据精准定位老年共病重点人群，有针对性提供所需的健康知识，提高科学信息的传播效率；借助微信、微

博等媒体社交平台，制作系列微视频，编制健康科普歌曲，传播健康知识。

## 7、积极开展老年共病人群早期风险评估与管理

21 世纪以来，数据科学逐渐发展为独立学科。在医学领域中，伴随各种组学研究的推进、疾病登记和监测系统的完善以及大规模人口普查和流行病学调查的开展，人群电子健康档案等多源异构数据信息不断累积，也为疾病风险识别与预估、评测提供了必要条件。

老年共病人群本身病情复杂，日常诊疗过程中积累的医学数据信息大多呈现多源、异构、海量、高维的特征。基于该类人群的健康医疗大数据，可建立融合疾病、环境、社会等多方面因素的疾病危险因素识别，实现共病早期发病风险预测，这也将为改善共病患者群体的健康状况，加速实现《"健康中国 2030"规划纲要》要求提供更高效的研究对策与科学路径。

## 三、总结与展望

当前，我国人口老龄化问题逐渐受到重视，在建立"基层首诊、双向转诊"的分级诊疗道路上，发展"以患者为中心"的全科医生制度及老年多学科团队势在必行。卫生专业人员不仅应重视制订更好的战略来管理慢性疾病和预防并发症，还应加大保持或提高慢性病患者的健康监测与管理能力。此外，我国共病全流程管理的临床实践尚无统一的指导原则，更无针对性的临床实践指南。因此，相关部门更应重视并加速相关领域的实践研究。由于现有"单病种"健康管理单元的异

质性，目前针对共病人群的有效管理模式尚在探索阶段。

值得注意的是，2018 年中国老年保健医学研究会老龄健康服务与标准化分会正式发布《居家(养老)老年人共病综合评估和防控专家共识》，提示了我国共病领域进入新阶段，该共识对共病老年人进行了多项目、多维度的综合评估，制订并提出了保护老年人健康和功能状态为目的的治疗计划，以着力改善共病老年人躯体、功能、心理和社会等问题。然而，未来该领域的发展过程中，仍需清晰地认识到不同国家老年共病健康管理模式的制订，与不同国家的医疗服务体系与国情发展轨迹密切相关，在制度和组织建设方面不可盲目借鉴。

综上所述，深入研究并确定我国老年共病人群的患病情况及共病组合模式，阐明共病数量与疾病终点结局间的关系具有重要意义。提升医护人员对老年共病群体复杂性的理解，有助于进一步优化共病防控策略，确定具有针对性的防治目标和策略。特别是通过明确共同的风险因素，对共病人群实施针对性管理，降低死亡率和致残率，提高患者生存质量和健康期望寿命。此外，制订专注于共病的临床实践指南将对推动健康中国的建设具有重要战略意义。

[返回目录](#)

### 医养结合养老服务十八种模式

来源：凤凰网

济南大学朱孔来教授做了一份“关于山东省推进医养结合养老服务现有的十八种模式”的精彩观点。这十八种模式分为三类：“机构

养老”医养结合模式、“社区养老”医养结合模式、“居家养老”医养结合模式，虽然是以山东省为例，但具有一定的普适性，有助于我们更好的了解医养结合、了解行业的发展现状，也有助于帮助我们找到更适合自己的模式。

## 一、“机构养老”医养结合模式

### 1、“大养老+小医疗”型

该模式是在养老机构的基础上新建小型医疗机构、新增医疗服务，以养老为主、医疗为辅。

目前大部分养老机构采取这种模式开展医养结合服务。该模式存在明显缺点：内设医疗机构只能开展门诊业务，不能解决在养老机构直接住院问题；同时医疗机构运营成本高，仅医务人员的工资就给养老机构带来很大负担，养老机构难以长期支撑。

调研发现：许多已经申请办理了内设医疗机构的养老机构，医疗机构试运行一段时间内坚持不下去而“人走楼空”。

### 2、“医疗、养老并重”型

这种模式多为新建的医养结合机构或医院转型为养老机构或护理院，强调医和养并重发展。新建的大型养老机构，同步配套建设综合医院或护理院，实现医疗、养老并重发展；一些资源闲置的医疗机构将富余资源转型为养老服务，以开设老年专护病房或者直接转型为护理院、康复中心等方式提供医养结合型的医护服务。

调研发现：该模式将医疗与养老资源融为一体，形成以医促养、

以养助医的运营态势，能基本实现非危急重病老年人在机构内医养共享。

### 3、“大医疗+小养老”型

这种模式多数是规模较大的医疗机构新建小型养老机构，通过配备相关设施、增加护理人员等举措，在医疗机构内部又新建了一个医院下属的专业养老机构。

调研发现：此模式是利用高端医疗资源兴办养老机构，优点是养老环境条件好、医疗保障好，比较高端，但也存在明显缺点：一方面对现有医院资源的利用不经济甚至浪费，另一方面是养老费用较高，经济条件中下等的普通家庭难以承受。

### 4、“大医疗+小康复”型

这种模式多数是规模较大医疗机构新建小型康复机构，如老年科室或康复科、康复中心，以医疗为主、康复为辅，多数是在原有的医疗机构新增康复、养护功能，构建医疗、照护、康复等相互衔接的服务体系。

调研发现：该模式多数发展较好，但在“医、康、养一体化”体系中“养”的比重较小。

### 5、“两院一体”型

该模式多数是将地方政府建设的敬老院由当地乡镇卫生院托管运营，乡镇卫生院与敬老院实现“一体化”，或者由乡镇卫生院直接新建养老机构以实现医养结合。乡镇卫生院利用敬老院的资源除照顾

好“五保老人”外，还接纳一部分社会养老人员。此模式是对既有养老和医疗资源的有效整合，能够激活医养资源供给引力，就近服务农村老年人群，帮助他们实现就地养老。

调研发现：与“公建民营”养老服务相比，该模式容易保持原有敬老院国有资产的保值增值，是一种比较理想的医养结合模式。

## 6、“医康养一体”型

在 hospital 的基础上，新建护理院和养老院，实施医、康、养一体化运营。此模式优点是康复患者住院一段时间后，身体状况大为好转，许多患者由卧床不起到独立行走，社会效益极佳；康复患者在住院期间既得到康复治疗服务，同时又得到养老服务，康复出院后可能还会有一批人在养老机构长期住下，机构的经济效益将大为提高，是资源配置效率最高的医养结合模式。

## 7、“个体诊所+小型养老”型

此模式一般由个体诊所举办，前面门厅为诊所，后面为家庭式小型养老，诊所的医生、护士提供为老人医疗服务，另聘 1-2 位护理人员照顾老人。

调研发现：这个模式的优点是收费低、离家近、比较方便，资源利用充分、效果好；但缺点是医疗和护理设施相对简单，护理不规范，同时还存在规模不经济问题。

## 8、“养老机构+医疗服务整体外包”型

这种模式是指不具备设置医疗机构条件的养老机构，与就近的有

住院功能的医疗机构(多为医疗机构(多为一级综合医院)签订合作协议,将养老机构所需的医疗服务整体外包给医疗机构,养老机构为医疗机构提供场所和必要条件,医疗机构在养老机构设置分院等分支机构,医疗机构派医护人员到养老机构为其提供医疗整体外包服务,或称“整体托管养老机构的医疗服务”。这种模式的优点是医养双方责、权、利明确,双方均利用市场机制开展合作。

调研发现:这是医养开展专业化分工与合作、提高资源利用效率有效形式,特别适用于 100-300 人的养老机构开展医养结合服务(规模较小的养老机构采用这一模式,医疗机构可能会“赔本”造成服务不可持续,需要养老机构对医疗机构给予一定补贴)。

### 9、“养老机构+医疗服务绿色通道”型

这种模式是指养老机构与邻近医疗机构签订合作协议,医疗机构为养老机构患者就医提供“绿色通道”,优先提供住院、远程会诊、预约挂号等服务,这是我省目前开展医养结合最多的一种模式。该模式缺点是:医疗机构与养老机构合作基础是来自双方的信任和利益驱动,双方的合作缺乏有效约束和利益协调机制,一旦协议影响到了某一方利益,就容易出现终止协议的情形,很难保证合作的有效性、持续性。

调研发现:这种模式难以实现医养一体化,基本属于“搞形式”,医养之间很难开展实质性合作,基本上是各干各的(如养老机构有患者需要住院,虽协议要求优先到合作的医疗机构住院,但患者家属并

不一定同意，可能会到规模较大、更放心的医院)，久而久之，难以长期合作。

## 10、“大养老+小医疗+医疗服务绿色通道”型

这种模式是养老机构自身先建设一个小医疗机构，如卫生室或诊所，同时又另与其他较大规模的医疗机构签订合作协议，并由其为养老机构患者就医提供“绿色通道”。对一般的医疗问题，养老机构自行解决，当有较重患者立即转入合作的医疗机构进行诊治。

上述十种“机构养老”的医养结合服务模式，前七种为“一体化”模式，第八、第九种为“嵌入式”，第十种为“混合式”。前八种医与养结合得比较紧密，第九种为松散型的医养结合，第十种为半松半紧。

目前相关部门介绍成绩时所说的医养结合覆盖率达到多少多少时，往往以签订协议类的松散型模式居多。

调研发现：我们认为松散型模式基本属于“搞形式”，医疗机构和养老机构难以实质性合作，更难市场化运作；医养结合必须运用“一体化”发展模式。

## 二、“社区养老”医养结合模式

### 11、“社区卫生服务机构+老年人日间照料中心”型

日间照料中心的设施可以在养老、医疗、基本公共卫生服务等多方面得以共享使用，资源配置效率高；一般送到“老年人日间照料中心”的人，多数是“一体多病”，这些人更多需要医务人员提供服务，

因而这一模式能更多满足老年人医疗需求；同时，只有医务人员承担相应服务，老年人子女才能更放心、才能更多地把老年人送到老年人日间照料中心。

调研发现：社区卫生服务机构属于实体性机构，由其运营老年人日间照料中心，符合“能负责、能问责”的要求，且所有权与经营权相分离，既解决了由社区居委会对老年人日间照料中心管理运营带来的体制不顺、权属不清问题，又解决了老年人日间照料中心资产闲置问题，还化解了社区卫生服务机构用房紧张的矛盾，实现资源共享；既能收获“更好保障老年人保健、老年人子女更安心”等的社会效益，又能通过更多服务为社区卫生服务机构带来应有的经济效益，同时还能推进养老产业化，真正实现多方共赢，是社区层面实现医养结合的理想方式。

## 12、“社区医养设施共建共享”型

将养老服务设施同基层医疗卫生服务机构统一规划、统一建设，如农村幸福院与卫生室同步建设、城市社区日间照料中心与社区卫生服务机构同步建设。通过同步建设，一步到位实现社区层面的医养结合。

## 13、“专业养老运营机构+老年人日间照料中心”型

由大型专业化养老机构托管老年人日间照料中心，将老年人日间照料中心的闲置资源充分利用起来。调研发现，此模式由于老年人日间照料中心的规模较小(一般只有 10 张床位)，难以发挥规模效益；

同时，有些专业养老机构医疗服务跟不上，很难做实做优医养结合，一旦政府补贴减少或取消，很难维持下去。

#### 14、“社区综合养老服务机构与社区卫生服务机构签订协议”型

这种模式往往是社区建设了养老综合服务中心，为了开展医养结合与社区卫生服务机构签订合作协议，但所开展的服务主要是基本公共卫生服务，基本医疗服务相对较少。

#### 15、“村卫生室+农村幸福院”型

由村卫生室托管运营农村幸福院，实现农村社区层面的医养结合，但目前典型案例不多。

### 三、“居家养老”医养结合模式

#### 16、“互联网+可穿戴设备+实体性服务机构”型

这种模式需要为居家老人配备穿戴式设备，对老人的生活和身体状况进行远程监测，通过信息管理平台并利用互联网、物联网，对老年人在日常生活、健康和出行情况的相关数据及时传递给实体性医养结合型的养老机构或实体性社区机构(如护理站、社区卫生服务机构)及老年人子女；实体性服务机构根据对老年人身体监测数据作出服务方案，同时根据老年人及其子女的需求，及时为居家老人提供饮食起居、医疗医护、消防安保、休闲娱乐、报警呼救等的相关服务。

调研发现：目前看，许多企业热衷开发此模式，有的设计规模较大，但目前成功案例不多。

#### 17、“居家养老+家庭医生签约服务”型

这种模式是通过开展家庭医生签约服务活动，推广家庭医生服务，与有需求的老年居民签订服务协议，开展契约式服务，签约对象可以获得家庭医生提供的医疗保健咨询服务、优质诊疗服务、精准预约转诊服务、保健指导、疾病干预、家庭病床、健康管理等服务，让老人在家中就能享受到优质医疗资源所提供的医疗服务、基本公共卫生服务和个性化健康管理服务。

调研发现：这一模式主要解决居家老人的医疗服务问题，但社会化的生活服务得不到有效解决，我们认为此模式不是实质性的医养结合，仍属于基本公共卫生服务范畴。

### 18、“居家养老+长护险中的‘家护’服务”型

这种模式是为符合条件的失能老人提供居家养老服务，失能老人平时在家中由自家人提供生活照料，由长护险的定点医疗机构提供以康复为重点的“家护”服务，相关费用主要由医保资金提供。这一居家养老模式目前主要针对享受长护险的城镇职工，虽受居民欢迎，但社会成本很高，且医务人员往返医疗机构和居民家中时间成本也很高，与失能老人入住养老机构的“院护”相比资源配置效益不佳。

调研发现：另外，调研还发现，有些医养结合的大型机构在做好“机构养老”的同时向“社区养老”和“居家养老”提供延伸服务，在“机构养老”、“社区养老”、“居家养老”三个层面同步开展医养结合服务，形成了“机构、社区、居家三个层面融合发展的智慧型”医养结合模式，经济效益和社会效益都比较好。

## · 医药专栏 ·

### 洞察药品带量采购三大变革阶段！

来源：中国医疗保险

国家医保局数据显示，目前国采共计 294 个品种，占公立医院化药和生物药采购金额 35%。带量采购的效果显而易见。根据卫健委等数据显示，集中带量采购后，患者门诊次均费用及住院人均费用均有增长，2020 年次均门诊费用同比增长 11.30%，人均住院费用年度同比增长 8.4%。打开结构来看，带量采购的红利及空间迅速被检查费用和其他费用所取代，但这恰恰反映出带量采购的及时性与准确性。对每个人医药人来说，既要客观面对成绩也要冷静应对得失。正因如此，改革永远在路上，前进的方向一旦明确，便要坚定不移地持续推进下去，作为三医环节的重要一环，带量采购将在调整结构方面，发挥更加突出的作用。

从 2018 年以来，带量采购正在经历三个过程，分别是“割除杂草”、“斧底抽薪”、“洗削更革”。

#### 第一步：割除杂草

五千多年的中国传统文化，注定了我们中国人在做事布局方面注重兼收并蓄、谨慎持重。2018 年国家医保局成立后，频繁调研，多次前往三明、上海等地实地学习、获取经验，在比较短的时间内，“上

海的平台、福建的规则、三明的精神”，一个完整的带量采购轮廓悄然形成。

带量采购牵一发而动全身，如何将事关“医、患、企”等多方利益的事情办好，考验着上上下下正的智慧。打个形象比喻，在果园土壤中，不少果农对于草深恶痛绝，使用灭绝的办法，应用乙草胺、甲草胺、草甘膦等各种除草剂，草是灭了，可是树受伤了，土壤环境污染了。同样道理，带量采购不能急于求成，需要步步稳扎稳打：果园生草，应控制其长势，适时刈割，当年生草的果园，一般最多割 1~2 次，产草稳定后一般 1 年割 2~4 次。

药品带量采购也是如此，从 2018 年至 2019 年上半年，首先把政策想清楚想明白，把方向把握准不偏离，然后稳步进行试点。政策方面，先后聚焦国家带量采购出台了相关配套政策，覆盖范围方面，4+7 共计 11 个城市至全国扩围，步步为营，局部成熟，全面突破。品类方面，选择了快速上量效果明显的化药，数量方面，国采从 25 个起步，地采初步每个省以 30-50 个左右起步。在互相融合、借鉴配合、密切协作的步调下，2019-2020 这两年，国家带量采购边做边学、边学边调，规则持续优化。省级层面，鼓励模式创新、加快项目推进，涌现出了江西、福建等集采优秀典型省份。

从第一步来看，杂草基本上割除，只要有局部成长过盛露头就割，但没有完全剔根，招采组织层面还是希望让广大的企业接触“痛感”，在有限的过渡期内抓紧自我转型、自我调整。这一阶段，招采组织方

有定力、有能力，没有击鼓传花，也没有扬汤止沸，直接瞄准痛点一针见血，又快又稳。

## 第二步：釜底抽薪

割除杂草其实与扬汤止沸无异，操作起来容易，成本相对较低。但第二步最难走的就是釜底抽薪，尤其是将着了火的柴禾从灶台里抽出来就更加危险，尤其是还要把柴禾上的火灭掉更是难上加难。

但招采组织部门没有退却，2020年7月初步形成了500个全国范围内的带量采购建议清单，2021年1月，国务院办公厅下发了《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》，其中提及将带量采购常态化、制度化。带量采购明显挂档加速扩面，药品集采在化学药、中成药、生物药三大板块全方位开展，除了化药之外，国采胰岛素专项已经开展，降幅成效显著。中成药以湖北和广东两个联盟为突破口分别牵头开展了一批专项集采，并以湖北联盟为依托组织第二批联盟集采。国家组织与省际联盟相互融合格局基本趋于稳定，同时，药店在带量采购中的角色也由原来的“观察员”转变成为“参与者”，参与度越来越强，除了国采之外，像江苏、广东等地方集采，药店角色越来越重要。

作为民生大计，有效降低药品费用，促进医药产业健康持续发展是主旋律之一。从2020至2022这三年，带量采购从500到350、100，数量总体保持不变，变的是每年任务完成的目标值更加细化与精准，就像KPI指标，牢牢地锁定在地方医保局的档案卡上。给企业的影响

是，随着带量采购的加速推进，药企深刻感受到只有持续放大产品价值属性才是正道，削减费用、降低成本，药企只有在产品研发、质量上不断提升，适应产业转型升级的发展趋势，才能有更好的出路。

### 第三步：洗削更革

洗削更革，大道至简。带量采购在阶段性取得成效的基础上，继续大刀阔斧地进行改革，将是不可逆转的趋势，也是最难最艰苦的一公里。

如何快速将 500 目录任务清单在各省加速有效落实，是基础任务。在此基础上，面对众多生物制剂、中成药及部分化药，面对大量尚未集采的自费药、医保药，如何统一挂网指导原则，明确价格差异调节规则，如何形成动态开放的市场品种进出机制，同样也是必须要同步开展的工作。

同时，带量采购的严肃性需要进一步落实。总体来看，国采至地采，各地落实效果明显，但仍然有个别省份、地方集采落实差强人意，标内标外两张皮，院外院内两重天。从木桶理论角度来看，最短的那块木板要弥补，而如何弥补，恐怕还需要顶层设计方面进行强有力的制度约束与行政干预。

医保节余留用机制的运行，极大的激励了广大医疗机构一线从业人员的积极性与主动性，但各地进度不均衡，作为带量采购配套措施的重要一环，如何有效解决相关问题同样事关带量采购未来的纯度与硬度。

带量采购的实质是挖掘真实的医保支付标准，在带量采购取得阶段性成效的情况下，医保支付标准改革在地方的试点是否也可以进行启动?!

风物长宜放眼量，带量采购正在路上。带量采购三大变化阶段，与常态化、制度化的形成息息相关。实现降价降费、改善行业生态、助力公立医疗机构改革、提升医药价格治理现代化水平是开展带量采购的初心与目标，对企业来说，不但要低头拉车，更要仰望星空，了解政策，无论政策变幻风云，只要坚定信心，就没有克服不了的困难，就没有借不了的芭蕉扇，也就没有过不去的火焰山。

[返回目录](#)

### 倒数两个月，全国医保药品目录将基本统一

来源：国家医保局

自7月1日起，国家医保局启动2022年国家医保药品目录调整工作。目前，今年的目录调整工作按照既定程序已完成专家评审工作，接下来即将开展谈判、竞价工作。

近期，地方医保目录增补话题再受关注。国家医保局官网在连续公开的80项对全国人大代表或政协委员建议提案的答复中，再度提及地方医保目录增补问题。

国家医保局明确，地方的各自探索“既不符合改革发展方向，也容易引起参保群众攀比”，不利于各地区间的“公平性、协调性”。

国家医保局指出，自2020年起各地开始按要求，陆续清退医保

药品目录中的增补品种，预计到今年底全国基本医保、大病保险和医疗救助的药品保障范围就能“基本统一”。

中国政法大学政治与公共管理学院副教授廖藏宜表示，实现全国医保用药范围基本统一，将有利于增强我国医疗保障制度的公平性、医疗保障待遇的平衡性和普惠性，同时通过形成全国统一的药品购买市场，更好发挥医保战略购买作用，提升群众异地就医便利性，改善医保服务体验，增进民生福祉，这是国家医保局推进的一项非常有魄力的改革举措。

### 地方增补品种退出历史舞台

实际上，各省拥有的“15%医保目录调整权”并非秘密。早在 2000 年，首版《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》一经颁布，这一权限就已写入政策文件，并持续多年未变。

2009 年版《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》显示，对于乙类药品，各省(自治区、直辖市)可进行调整(含调入、调出和调整限定支付范围的药品品种)，“总数不得超过 243 个”。直到国家医保局 2018 年成立之前，2017 年版医保目录仍给地方留有 15% 的调整空间。

但地方医保目录自行增补药品只是针对当时医保环境的权宜之策。

近年来，我国医疗保障事业快速发展，国家医保药品目录实行每年动态调整，4 年间 500 多个新药好药被纳入目录，并且通过谈判后

药品价格大幅降低，地方增补药品基本都可被国家目录中的药品更好替代。

正因为此，继续保留地方增补药品反而会造成医保药品目录管理的碎片化，影响医保制度的统一性、公平性和平衡性。

廖藏宜指出，从整体上来看，实现全国医保用药范围基本统一，是解决长期以来我国医疗保障领域不平衡不充分问题的重要举措。自2000年城镇职工基本医保用药目录第一次调整，医保目录更新频率从之前的最长七年到现在的每年更新，可以看出国家医保局的决心和改革力度，解决了很多临床价值高、经济性优良、安全性好的创新药在患者中的可及性问题。

“但部分问题也相应随之而来，部分地区自2014年以来探索的高值药地方医保谈判准入模式，在提升当地患者待遇的同时，会导致待遇攀比，‘医保移民’现象时有发生；其次，异地就医政策的打通和逐年完善是党中央、国务院为群众谋福祉、办实事的一项重要举措，全国各省目录的不统一给异地就医患者和医生处方都带来很多麻烦，报销纠纷时有发生；此外，部分药品企业存在不规范市场准入问题，即便不能纳入国家医保目录，也可以纳入许多重点省份的医保目录，从而稀释和淡化了国家医保目录的权威性和改革成果。”廖藏宜如是说。

2020年2月印发的《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》便明确提出，要逐步实现全国医保用药范围基本统一。彼

时，国家医保局综合考虑各地医保基金承受能力、临床和群众用药习惯、药品更新换代周期等各种因素，研究制定了地方增补药品三年“消化”计划，即从2020年开始，按照第1年40%、第2年40%、第3年20%的比例逐步调出原省级药品目录内按规定调增的药品，到2022年底实现全国医保用药范围基本统一。

上述政策推动下，多地加快地方增补目录的清退工作。截至目前，全国所有省份均已完成增补目录“消化”工作，其中部分省份为方便患者用药，设置了报销过渡期，从2023年1月1日起，所有调出药品发生的费用不再纳入基本医保基金支付范围。

### 政策保障降低改革对患者影响

2022年6月1日，国务院常务会议指出，保持医保报销比例和药品品种稳定，发挥好基本医保、大病保险、医疗救助三重综合保障作用，对符合条件临时遇困无法缴纳基本医保费的给予临时参保资助。

“保持医保报销比例和药品品种稳定”是否意味着会减缓取消地方医保目录增补药品的改革步伐？在廖藏宜看来，“保持医保报销比例和药品品种稳定”正是加速推进地方医保目录改革的举措。

他认为，一方面，如果继续允许地方增补医保目录，会带来不同药品在各省目录中的参差不齐，不利于药品品种稳定；反之，国家医保局将目录调整权力收归中央，地方各省无特殊情况不得随意调整，才是维持药品品种稳定、落实党中央决策最有力的措施。另一方面，

现有医保筹资模式是“以收定支”，报销比例是参考各统筹区筹资水平、基金结余健康水平确定的，不同地区存在报销比例一定差异属于合理现象，对报销比例不宜过度解读，需要加大在参保人群中的宣传科普。

在消化地方增补品种的同时，国家医保局在医保药品目录调整过程中，逐步优化药品的限定支付范围。从维护患者用药公平、改善医患关系、便于临床合理施治的角度，将目录内药品支付范围逐步恢复至药监部门批准的药品说明书的范围，将用药选择权、决策权真正还给临床医生。比如在 2021 年目录调整中谈判成功的 94 个药品，支付范围已全部与说明书一致。

“此外，需要注意的是，实现全国医保用药范围基本统一并不是各省目录要全部一致，根据相关文件要求，《药品目录》中的中药饮片、各省(区、市)调整的民族药品、中药饮片和医院制剂的支付管理办法由省级医疗保障部门自行制定，给各省预留了合理的调整改革空间。”廖藏宜说。

根据国家医保目录评审原则，被调出目录的药品往往是取消药品批文不再生产、安全性方面存在重大问题，或者在临床疗效、安全性、经济性方面存在明显硬伤，不适合继续保留在医保目录中。

“我们如果仔细梳理的话，就可以看到，被调出省级目录的淘汰药品，大部分均属于古老品种，可以被现有目录中性价比更高的药品所取代，且替代后疗效更好，经济性更优，对患者影响较小。”廖藏

宜说。

[返回目录](#)

## · 分析解读 ·

### 浅谈医疗服务价格改革的重点和难点

来源：DRG 改革

2022 年 10 月 16 日，党的二十大在京隆重开幕。二十大报告中指出，要深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理，促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局。

十八大以来，按照党中央、国务院决策部署，医疗服务价格领域持续加大改革力度，特别是 2016 年开始，各地配合取消药品和医用耗材加成、控制公立医院药耗采购成本，稳妥有序地进行了多轮医疗服务价格调整和优化，对推动公立医院补偿机制转轨、促进医疗技术进步、支持医疗事业发展起到了积极作用。2016 年 7 月 1 日，国家发展改革委、国家卫生计生委、人力资源社会保障部、财政部制定了《推进医疗服务价格改革的意见》（以下简称《意见》），《意见》提出各地要按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，统筹考虑各方面承受能力，合理制定和调整医疗服务价格，逐步理顺医疗服务比价关系。2021 年 8 月 25 日，国家医保局等八部门联合印发《深化医疗服务价格改革试点方案》（以下简称《试点方案》），《试点方案》明确提出了“总量调控、分类形成、动态调整、规范项目、

监测考核”的五大机制。从两个纲领性的文件中可以看出，之前的医疗服务价格管理主要还是控制医药费用的总量，优化收入结构，包括优化价格结构，现在医疗服务价格改革的核心目标是探索医疗服务价格形成机制，基本的思路以前注重“腾笼换鸟”，现在更加强调完善价格制定的内在机制。

2021年开始的《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》通过由点到面的全国DRG/DIP支付方式改革实际结算为部分医疗服务项目价格带来了较大程度的动态调整；其改革逻辑是基于历史数据和各方协商进行调整。而本文关注的是确定医疗服务价格的内在机制。本文将集中阐明医疗服务价格项目的现实困境和亟待解决的重难点问题，尝试为深化医疗服务价格改革提供思路。

### 医疗服务价格改革的意义

医疗服务是指在一定时间、地点、条件下，综合利用药品、器械、卫生材料、人才技术、设备、场所等资源，实现满足患者的现实和潜在需求的交换关系的总和。医疗服务价格是指在医疗服务活动中，政府或医疗机构根据提供医疗服务消耗的成本与获得的收益而确定的单位收费标准。医疗服务价格调整是医药分开和药品零差价政策的关键配套措施，是医药、医疗和医保联动的典型体现，是公立医院综合改革的必然要求。

鉴于带量采购的开展，药品和医用耗材价格有所下降，医疗服务价格成为影响医药费用的关键因素。同时，医疗服务价格本身作为一

种信号机制，有着接续医疗服务提供方、患者方以及政策方等多个利益主体，撬动医疗服务市场的杠杆功能。厘清医疗服务价格的功能定位，坚持以人民健康为中心、以临床价值为导向、以医疗事业发展规律为遵循，有利于优化和调整医疗机构的收入结构、有利于对医务人员的技术劳务价值进行合理补偿、有利于保持医疗价格水平总体稳定的同时，合理控制患者负担，实现人民健康水平的不断提升。

## 医疗服务价格改革的问题

### 1. 项目规范更新脱离实践需求

我国医疗服务项目规范更新速度相对现实发展要慢，并且现行《项目规范》中对医疗服务项目拆分的颗粒度过细、临床兼容性不足。自 2001 年国家发改委、卫生部、国家中医药管理局颁布第一版《全国医疗服务价格项目规范》（以下简称《项目规范》）以来，我国《项目规范》仅调整了两次。2006 年 10 月，国家发展改革委、卫生部、国家中医药管理局对 2001 版《项目规范》进行了增补和修订，在原有 3966 项基础上新增 204 项，修订 141 项。2012 年进行了第二次修订，将医疗服务项目扩展到 9360 项。总体来说，与新医疗技术的快速发展相比，我国医疗服务项目规范的更新速度过慢，严重阻碍了创新性医疗服务的发展和推广。同时，现行《项目规范》中对医疗服务项目拆分的颗粒度过细，与临床项目的兼容性不足。此外，因医疗服务项目的创新性难以评估，新增项目评审时间过长，审批后可在医疗机构开展并进行收费的新增医疗服务项目在运行一段时间后的医保

准入比例往往还是低于医院预期，评审不通过或者医保准入不通过的决策理由也不透明，几方面原因造成医院极大不满。

## 2. 医疗服务价格水平不合理

医疗服务价格水平不合理体现在三个方面，一是现行价格对应体现医务人员的技术劳务机制、技术难度和风险程度上还是有所欠缺；二是调价频率相对发展还是跟不上，导致医疗服务价格与社会经济发展、医保支付能力、人均收入等出现脱节；三是新增医疗服务项目定价基础薄弱，如方案不统一或不完善等造成的定价管理混乱、价格水平不合理问题。第一，现行价格难以有效度量医疗服务的技术劳务价值和风险程度是当前医疗服务项目存在的一大主要难题。长期以来，与药品、医疗器械和耗材的定价方式一致，医疗服务项目也主要采用成本定价法。成本定价法主要考虑医院开展医疗服务的投入水平，包括项目作业过程中所发生的直接成本和间接成本，如人员支出、材料消耗支出、药品及试剂支出、水电能耗支出、固定资产折旧费以及管理费用等，但未充分考虑医务人员的技术成本，导致医务人员专业技术价值被严重低估，与现行医疗服务价格要充分体现医务人员技术劳务价值的导向严重不符。第二，从规模较大的项目价格调整来说，我国省级医疗服务项目调价每 7~8 年开展 1 次，以北京市为例，近 10 年大面上仅调整了 2 次，分别为 2017 年取消药品加成和 2019 年取消耗材加成配套调整。因多年来未得到及时调整，与现行物价水平相比，我国医疗服务价格水平远跟不上医疗机构劳动力成本、管理成本、运

营成本的上涨速度，医疗服务价格与社会经济发展、医保支付能力、人均收入等严重脱节，导致一些医疗机构在提供相应服务时，一方面不得不基于成本考虑而降低服务质量与水平，另一方面存在一些虚设名目收费问题。第三，我国新增项目管理中存在新增项目内涵界定不清晰、与《全国医疗服务价格项目规范》的衔接未理顺、审批流程不完善、评估办法不统一、相关成本统计办法缺失、定价基础薄弱、转归制度有待强化等一系列问题，导致新增医疗服务价格项目定价机制有争议，价格水平无法反映项目价值，建议尽快出台并贯彻执行统一的全国医疗服务价格项目规范和新增项目管理的指导意见，推进新增项目管理与医疗服务价格动态调整机制的衔接，加强新增项目管理的制度建设。

### 3. 医保准入缺乏合理有效证据

新增医疗服务项目试行 1~2 年后，由相关部门邀请专家对试期限内服务项目的安全性、临床有效性、试行价格等进行评审后决定是否进入医保。但目前我国大多数省市新增医疗服务项目的医保准入方式仍按照人力资源和社会保障部有关规定采用“排除法”或“准入法”，主要由受邀专家集体评审的方式给出推荐意见，最终由医保部门决定是否纳入。专家评审主要采取专家会议讨论的形式，由专家根据自己在本领域的知识、经验等对项目的临床疗效、安全性等方面进行判断，缺乏综合、全面、最优和最新的证据，也缺乏基于最优证据进行决策的文化和循证决策机制。

#### 4. 价格调整与医保准入的接续问题

关于医疗服务项目价格调整与医保准入的接续问题，可以分为新增和原有项目两个维度来看。

针对新增医疗服务项目的医保准入而言，从申请技术准入、价格项目准入到医保支付准入，存在全过程审批周期长、尚未出台规范化的申请材料模板、新项目立项和医保准入之间的转换率低等问题，打击了医疗服务机构开展新增医疗服务项目申报工作的积极性，不利于医学的发展与进步，不利于形成良性循环的医疗市场。

针对原有医疗服务项目的价格调整而言，多数试点使用医保报销提升的诊疗费，导致不少地方诊疗费的患者自付部分与基层医疗卫生机构相差不大甚至低于基层，刺激了患者上行就医，不利于建立分级诊疗格局。也有的城市价格调整上升部分医保纳入报销有限或者考虑不周，导致部分患者负担明显加重。

#### 医疗服务价格改革的重难点

##### 1. 缺乏精准的医疗服务项目价格功能定位

随着医改不断深化，我国医疗服务价格改革的理念和实践不断优化，医疗服务价格的功能定位从补偿功能逐渐过渡到战略性购买功能。由于医疗服务具有公益性、异质性、需求弹性低、第三方付费等特征，医疗服务价格的制定需要政府根据其功能定位进行指导价调控。作为引导医疗服务改革的重要支点和抓手，医疗服务价格即为一种信号机制，可以起到优化医疗资源配置、调整医疗机构收支结构、

规范医疗服务行为的作用。而我国目前尚未厘清医疗服务项目价格的功能定位，重新轻旧、重物轻技、重微观定价轻宏观管理，未能真正起到促进分级诊疗、发展薄弱学科、均衡区域发展、引导资源配置的优化调节作用。

## 2. 缺乏形成合理价格的理论模型和技术工具

由于缺乏形成合理价格的理论模型和技术工具，在实践中，成本测算、医院运营和价格制定各环节间出现了脱节，存在作为定价基础的成本测算不扎实，缺乏规范化标准化的统计口径，价格形成方法不明确，价格水平和地区、项目之间比价关系不合理等问题。

我国的医疗服务项目成本测算主要以历史费用为基础，参考专家咨询意见以及地区之间、不同级别医院之间的比价来进行医疗服务价格的制定。由于历史原因，我国长期以来存在着医疗服务价格与人力技术价值脱钩，公立医院通过“大检查”“大处方”等形式对医务人员的技术劳务价值形成逆向补偿的机制。而在这样的背景下，用于测算的成本信息本身就难以反映真实的情况和信息。此外，对于真实成本的测算是衡量医疗服务项目价值的基础，而确定合理的价格则需要统筹各方利益主体诉求，综合考量包括真实成本、医保基金承受能力、患者经济负担、患者健康水平、激励导向等多种因素。

## 3. 缺乏基于最优证据的循证决策机制

尽管医疗服务价格调整的政策已经明确，但我国尚未形成基于最优证据的循证决策机制和文化，尚未充分发挥循证方法在医疗服务价

格调整中的作用，尚未建立基于客观证据与不同利益主体之间求同协商的动态调整机制。

我国医疗卫生行业正在寻求建立一个以价值为导向的医疗服务定价体系，如何衡量医疗价值并体现价格和价值间的关系成为各方关注的重点。卫生技术评估(health technology assessment,HTA)是进行价值衡量的可选工具，它能够对一项医疗服务的临床价值、创新价值、经济价值、社会价值等进行综合评估以支持价值定价。此外，卫生技术评估还能对新增医疗服务项目的技术难度、风险度、劳动强度、医务人员技术学派要求、科研、培训等要素进行科学界定和评判，以更为科学、准确地计算出医疗服务项目中医务人员技术劳务价值，进一步理顺医疗服务价格形成的内在机制提供一种方法和技术支持。如何应用卫生技术评估方法学优化实际医疗服务项目合理定价值得探索研究。

[返回目录](#)

### **探讨 | DRG/DIP 改革如何实现“医保患企”四方共赢？**

来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究

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(医保发〔2021〕48号)明确提出时间表：从2022到2024年，全面完成DRG/DIP付费方式改革任务，推动医保高质量发展。到2024年底，全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP付费方式改革工作，先期启动试点地区不断巩固改革成果；到2025年底，DRG/DIP支付方式覆

盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

### 1、医改利益相关方分析

按照项目后付费模式，有人形象的比喻成四个人“打麻将”，最主要利益相关方主要指“医院、患者、医保和药企”四方。

患者：对生命的追求是无限性的，对健康医疗需求也是无限性的，患者希望少花钱享受高质量医疗服务看好病。

医保部门：代表患者购买医疗服务，医保基金是有限性的决定，期望用较少的成本获得较多和优质的医疗服务，提高有效的医保基金使用效率。

医院：创造医疗服务及追求收入是驱动性的。

医药：多卖药和多卖耗材，获得利润是“趋利性”的。

### 2、DRG/DIP 支付目标实现“医保患企”四方和谐共赢

四方利益诉求是不同的，是矛盾的统一体，四方利益最大“公约数”长期处于博弈中，DRG/DIP 价值购买，促使四方和谐共赢。

医院：围绕价值医疗，提供较好的医疗服务和确保医疗质量安全，获得患者的信赖提高市场竞争力，获得较好的 DRG/DIP 医保支付补偿，实现医院社会效益与经济效益的双丰收。

医保：通过战略性价值购买，药品集采挤压了虚高的药品定价，为推动 DRG/DIP 支付制度改革腾出了空间，倒逼医院加强内涵质量建设，更加关注成本控制，更加关注医疗服务能力提升，实现了医保的

可持续。

患者：通过 DRG/DIP 支付制度改革，实现了患者自付和自费负担的可控性，提高了医院就医价值的获得感。

医药：通过 DRG/DIP 支付制度改革，减少了虚高定价的空间，提高了中标药企的市场占有率，实现了药品价值的回归，推动了药品的研发与质量的提升。

### 3、DRG/DIP 支付防止利益失衡

医保：DRG/DIP 付费，医保部门通过行政力量加上技术管理，不仅管用高效，而且提高了医保基金使用效率，医保部门积极推动。

医院：DRG/DIP 付费对于医院来说，给无序高速增长的医疗费用设置了天花板，医院收入增幅受到了限制，对于次均费用较高的医院来说是损失，对于次均医疗费用较低的医院是利好，对于医疗服务能力强的医院是利好，对于医疗服务能力低的医疗是挑战。

患者：DRG/DIP 付费给医疗费用设置封顶线，有利于降低患者自付和自费负担。如果想法设法增加患者额外负担，例如住院费用转移门诊、院外取药等，必然遭到患者的不满，从而影响到患者满意度，进而影响医院的口碑和市场竞争力。

医药：DRG/DIP 付费给医疗费用设置封顶线，在有限的医保基金资源下，医院会选择质优价廉效果好的药品。药企提供的药品单单靠集采的价廉，如果没有较好的质量保证，也会被医院淘汰出局。

### 4、DRG/DIP 支付下四方动态合作性博弈

按照项目后付费，医院和药企双方是最大“获益”者，患者和医保是较小“获益或受损”者，犹如打麻将“二比二平”。DRG/DIP 付费下，促使四方动态合作性博弈。

医保：具有一定强势地位，采取战略性药品耗材集采、医疗服务价格定价、DRG/DIP 付费，通过行政体制和市场机制推动医疗卫生改革，作为“庄家”促使各方动态合作性博弈，通过谈判达成协议，其结果对各方均有利，犹如“打麻将”动态过程中“有输有赢”，但始终可以成局可以持续。二十大报告“推进健康中国建设”提出“深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理”，必将推动“三医联动”改革升级转型。医保通过 DRG/DIP 支付方式改革，通过区域总额预算管理，对病种采取权重/分值进行标化管理，采取费率/点值浮动调整，确保了医保基金风险可控，全民医保制度可持续，为动态合作性博弈奠定了经济基础。

医疗：公立医院破除“趋利性”，回归“公益性”绩效考核倒逼，强基层建立分级诊疗制度大势所趋。DRG/DIP 支付方式改革，促使公立医院按照功能定位，犹如打麻将不要“点炮就赢”，大小病通吃，要选择与自身功能定位适宜的学科病种，加速病种结构调整，提高“价值医疗”含金量。

患者：患者由于信息不对称，相对于其他三方虽然处于弱势，单会会用脚投票。DRG/DIP 付费下，医保部门更加重视患者满意度，医院和要求更加重视患者资源，没有患者的参与，“四方麻将局”将不会

成局，所以患者是不可或缺的。如果多争取患者对 DRG/DIP 政策的理解和支持，参与游戏规则的制定，具有重要的意义。

医药：DRG/DIP 预算包干付费，所有的药品耗材都成为医院的成本，促使医院更加关注药品耗材的采购成本。因此，药企要取缔回扣规避“反腐”风险，促使药品耗材价格合理回归，才能提高市场占有率，没有市场占有率，没有医保和医院的支持，药品质量和疗效不让患者满意，就会另有药企“入局”，未来就很难再“入局”。

### 5、如何确保 DRG/DIP 付费下四方动态博弈的可持续？

DRG/DIP 付费下，面对医保资金的有限性，与患者对健康医疗需求的无限性以及医院和药企对“增收”驱动性之间的矛盾，具有动态博弈的持续性。在动态博弈过程中，如何解决利益失衡，防止进入“零和博弈”，导致的最终结局是一个“纳什均衡”，形成对各方都不利的结局。

DRG/DIP 付费典型特征是宏观管控下发挥市场机制作用，在区域预算总额管理基础上，形成区域医保预算支付“基金池”，通过市场机制原理，促使区域医疗机构“抢蛋糕”，激励各家医疗机构提高竞争力，极大的提高了医保基金使用效率。“抢蛋糕”的“优者越优、弱者越弱”机制，会加速大医院的虹吸效应会进一步放大。机构系数作为支付因子，会促使医院追求“达标升级”，容易导致医院规模性扩张。

为防止“四方动态博弈”进入零和博弈，卫生健康主管部门即是

医疗机构的管理部门，又是医疗卫生改革重要的推动者和参与者。不仅决定着区域卫生规划，影响着医疗服务能力产出，还影响着政府对公立医院的财政投入，负责医患纠纷和矛盾的处理，还影响着公立医院的改革推进。

公立医院绩效考核影响医院的“面子”，医院等级评审影响医院的“路子”，DRG/DIP 付费影响医院的“票子”，医院的高质量发展影响领导的“帽子”。要确保“四方动态博弈”可持续，卫生健康主管部门是重要的影响因素。

[返回目录](#)

## • 中医药动态 •

### 新时代赋予中医药新使命——从中国共产党全国代表大会看中医药发展

来源：中国中医药报

从 1921 年 7 月中国共产党第一次全国代表大会在嘉兴南湖红船播下革命火种，到 2022 年 10 月党的二十大昂首阔步迈上全面建设社会主义现代化国家新征程，中国共产党已走过百年光辉历程，又将向着第二个百年奋斗目标进军。2022 年 10 月 16 日，中国共产党第二十次全国代表大会在北京人民大会堂开幕，习近平代表第十九届中央委员会向大会作报告。报告在全国乃至世界范围内引发强烈反响。

中医药是中华文明的瑰宝，在全民健康中发挥着至关重要的作

用。中国共产党高度重视中医药工作，把保护、传承和发展中医药作为社会主义事业的重要组成部分，坚持不懈地推动中医药与时俱进，保障人民群众的生命健康。

纵览中医药近代发展，尤其是新中国成立以来发展历程，回顾中国共产党全国代表大会报告中的中医药内容，深入领会不同历史节点中国共产党关于中医药工作的重要论述，对于我们进一步坚定中医药自信，遵循中医药规律，推动中医药传承创新发展，更好服务于人民群众健康，具有重要意义。

### 追随拥护探索救国之路

一湖烟波了无声，“红船”摇橹天地惊。1921年7月，中国共产党第一次全国代表大会召开，宣告中国共产党正式成立。从1921年到1945年，时光的巨轮缓缓驶过，从上海、嘉兴、广州、武汉、莫斯科到延安，一座座城市铭刻着历史的痕迹，中国共产党在新民主主义革命时期共召开七次代表大会，从中共一大到七大形成的报告对不同时期政治任务作出了判断和论述。中国共产党的政治主张，赢得了全国人民的广泛认同。众多中医从业者被感召，积极支持中国共产党并涌现了大批的优秀共产党员，他们为革命事业的成功而奋斗。如抗日战争爆发后，中医李鼎铭拥护中国共产党抗日民族统一战线政策和团结抗日的政治主张，并投身到革命事业中。当代著名中医临床家、教育家刘惠民也是其中代表。

党的一大到党的七大报告中有大量内容与中医药有着紧密联系。

1945年4月23日~6月11日，中国共产党第七次全国代表大会在延安召开。毛泽东在党的七大上作了《论联合政府》的政治报告，其中指出：“为着扫除民族压迫和封建压迫，为着建立新民主主义的国家，需要大批的人民的教育家和教师，人民的科学家、工程师、技师、医生、新闻工作者、作家、文学家、艺术家和普通文化工作者。他们必须具有为人民服务的精神，从事艰苦的工作。”“应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。”全心全意为人民服务是中国共产党的根本宗旨，为中医药事业的发展明确了方向，中医药的大医精诚有了新的时代内涵。

### 砥砺前行融入新中国建设

历史的车轮滚滚向前，时代的脚步一刻不歇。1949年，中华人民共和国成立。在党中央正确领导和大力支持下，中医药这一伟大宝库的价值被进一步挖掘。中医药事业的发展与中国共产党的谋篇布局紧密结合，在中国共产党的支持下，中医药的优势和活力得到释放，不断凸显其在社会主义建设中的价值。1987年10月25日，中国共产党第十三次全国代表大会召开。党的十三大报告历数从十一届三中全会开始，经过十二大，到十三大的九年中取得的成绩，指出：“教育、科学、文化、艺术、新闻、出版、卫生、体育事业欣欣向荣。”1992年10月12日，中国共产党第十四次全国代表大会召开。党的十四大报告指出：“文化生活更加丰富，体育、卫生事业进一步发展，人民健康水平继续提高。”党的十五大报告提出：“重视科学、历史、

文化的遗产和革命文物的保护。积极推进卫生体育事业的改革和发展。”党的十六大报告确立了全面建设小康社会的目标要求，提出：“形成比较完善的现代国民教育体系、科技和文化创新体系、全民健身和医疗卫生体系。”这一时期，中医药作为中国特色医药卫生事业的重要组成部分，得到快速发展。中西医互相补充，为人民群众提供了更为完善有效的医疗保健服务。

### 明确方向焕发时代新活力

在变革中谋求发展，在挑战中抓住机遇。在新的历史节点，中医药的发展迎来了新高度。2003年，面对非典疫情，科技部发布了中药防治非典研究取得的阶段性成果，初步筛选出可在非典治疗中发挥一定作用的中成药，引起国际社会关注。同年，《中华人民共和国中医药条例》出台，明确指出国家保护、扶持、发展中医药事业，实行中西医并重的方针，鼓励中西医相互学习、相互补充、共同提高，推动中医、西医两种医学体系的有机结合，全面发展我国中医药事业。2007年，“中西医并重”及“扶持中医药和民族医药事业发展”写入党的十七大报告。这是中医药发展史上具有重要意义和深远影响的大事，标志着发展中医药已经成为党工作的重要内容。2012年11月8日，党的十八大报告对于中医药事业的发展延续了十七大报告的内容，坚持“中西医并重”及“扶持中医药和民族医药事业发展”，党和政府继续把发展中医药事业摆在突出位置。在中国共产党的指引下，中医药发展政策机制体制日益完善，中医药发展质量稳步提升，

中医药事业步入发展的快车道。

### 高度重视彰显全新战略地位

志之所趋，无远勿届，穷山距海，不能限也。中国共产党长期以来高度重视中医药工作，特别是党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把中医药工作摆在更加突出的位置，中医药发展的顶层设计和战略部署日臻完善，中医药传承创新发展取得显著成绩。党的十八大以后，中医药事业迎来了开创性的新发展。2015年，国务院办公厅印发《中医药健康服务发展规划(2015—2020年)》，成为国家层面制定的首个中医药健康服务领域专项发展规划。同年，《中药材保护和发展规划(2015—2020年)》印发，这是我国第一个关于中药材保护和发展的国家级专项规划。2016年2月，国务院印发《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》，中医药发展上升为国家战略，同年10月，《“健康中国2030”规划纲要》印发，“充分发挥中医药独特优势”为专门篇章。在中国共产党的领导下，中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机，中医药在人民群众健康需求和经济社会发展中发挥着越来越显著的作用。2017年10月18日，习近平总书记在中国共产党第十九次全国代表大会报告中指出：“坚持中西医并重，传承发展中医药事业。”中医药事业被提升到新的高度，发展中医药成为健康中国行动的核心内容之一。2017年，《中华人民共和国中医药法》实施，为继承和弘扬中医药，推动和促进中医药事业发展确立了法律依据。2019年10月，《中共中央国务院关

于促进中医药传承创新发展的意见》印发，明确了中医药传承创新发展的目标方向和具体举措，彰显了中国共产党对于“坚持中西医并重，传承发展中医药事业”的决心和信心，为新时期中医药事业发展提供了有力保障。

成就彪炳史册，蓝图催人奋进，从党的十八大以后新时代十年的伟大变革，在中华民族发展史上具有里程碑式意义。习近平总书记在党的二十大报告中总结新时代十年的伟大变革时指出，“建成世界上规模最大的教育体系、社会保障体系、医疗卫生体系”“人民群众获得感、幸福感、安全感更加充实、更有保障、更可持续，共同富裕取得新成效”。传承创新发展中医药事业，事关健康中国建设，事关中华民族伟大复兴的中国梦，在中华民族伟大征程的史册中，凝聚着无数中医药人的汗水，中医药在我国医疗卫生体系、社会保障体系的建设中发挥了重要的作用。党的二十大报告中提出：“促进中医药传承创新发展。”在中国共产党的长期有力支持和高度重视下，中医药发展迎来新的历史机遇期，中医药在谋求增进民生福祉，提高人民生活品质方面将发挥越来越显著的作用。从党的十九大报告“坚持中西医并重，传承发展中医药事业。”到党的二十大报告“促进中医药传承创新发展”，中医药工作被赋予了新的历史意义，将迸发新的活力。在开启全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军的关键时刻，中医药也被赋予了新的使命和责任，在推进健康中国建设、增进民生福祉和提高人民生活品质中发挥关键的作用。

党用伟大奋斗创造了百年伟业，也一定能用新的伟大奋斗创造新的伟业。广大中医药人要紧密团结在以习近平同志为核心的党中央周围，坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，贯彻落实党的二十大精神，在全面建设社会主义现代化国家、全面推进中华民族伟大复兴的历史征程中画上绚烂多彩的一笔。

[返回目录](#)

### 加快构建中医药新发展格局

来源：中国中医药报

在党的二十大报告中，习近平总书记强调，加快构建新发展格局，着力推动高质量发展。《求是》杂志刊发的习近平总书记《新发展阶段贯彻新发展理念必然要求构建新发展格局》重要讲话指出，“构建新发展格局是事关全局的系统性、深层次变革，是立足当前、着眼长远的战略谋划”“从根本上说，构建新发展格局是适应我国发展新阶段要求、塑造国际合作和竞争新优势的必然选择”。

构建新发展格局是新发展阶段要着力推动完成的重大历史任务，是应对新发展阶段机遇和挑战、贯彻新发展理念的战略选择，具有深刻的历史必然性和强烈的现实针对性。中医药是中华民族的伟大创造，凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，为中华民族繁衍昌盛作出巨大贡献，对世界文明进步产生积极影响。进入新发展阶段，必须加快构建中医药新发展格局，才能更加充分发挥中医药独特优势，谱写中医药事业新华章，也是中医药高

质量发展的必然要求。

加快构建中医药新发展格局为全面建设社会主义现代化国家贡献力量。习近平总书记指出：“中医学是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙。”中医药在经济社会发展中发挥着日益重要的作用。中医学具有科学人文双重属性，是具有中国特色的生命科学。其独特的理论和技术方法体系及对生命与疾病的认知方法，可为世界医学发展开辟出新境界、指引出新方向。“天人合一”“阴阳五行”等蕴含了中华文化深邃的哲学智慧，“三因制宜”“辨证论治”等反映了中华民族特有的思维方式，“大医精诚”“仁心仁术”体现了中华民族深厚的人文精神。进入新发展阶段，我们必须加快构建中医药新发展格局，不断满足人民对美好生活的向往，为全面建设社会主义现代化国家作出新贡献。

加快构建中医药新发展格局为全人类健康提供“中国方案”。中医药作为中华民族原创的一门科学，注重时间演进、整体认知，从宏观、系统角度深入揭示人的健康和疾病的发生发展规律，构建起覆盖人们“生长壮老已”全生命周期的特色健康服务体系。目前，中医药已传播至 196 个国家和地区，成为中国与东盟、欧盟、非盟以及上合组织、金砖国家等地区和组织重要的合作领域，开展了 30 个较高质量的中医药海外中心、75 个中医药国际合作基地、31 个国家中医药服务出口基地建设。中医药内容纳入 16 个自由贸易协定。“十三五”期间中医药类产品出口贸易总额达 260 亿美元。当前，全球新

新冠肺炎疫情仍处于大流行状态，新发传染病不断出现，全球慢性病发病率总体呈上升趋势，传统传染病防控形势仍然严峻。中医药的独特价值和作用正不断得到世界各国的关注和接受，加快构建中医药新发展格局，持续推动中医药走向世界，为构建人类卫生健康共同体、增进人类健康福祉提供“中国方案”。

加快构建中医药新发展格局要以新发展理念为重要指引。党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把中医药工作摆在更加突出的位置，中医药改革发展取得显著成绩。进入新发展阶段，必须在党的全面领导和党中央集中统一领导下，坚持创新发展、协调发展、绿色发展、开放发展、共享发展；坚持发展为了人民、发展依靠人民、发展成果由人民共享；既要以新发展理念指导引领全面深化改革，又要通过深化改革为完整、准确、全面贯彻新发展理念提供体制机制保障；统筹国内国际两个大局，统筹“五位一体”总体布局和“四个全面”战略布局，加强前瞻性思考、全局性谋划、战略性布局、整体性推进。在新发展理念的指引下，遵循中医药发展规律，传承精华、守正创新，补短板、强弱项、扬优势、激活力，进一步健全中医药服务体系，推进中医药综合改革，推进中医药和现代科学相结合。

“踔厉奋发，勇毅前行，团结奋斗”，在全面建设社会主义现代化国家新征程中，必须正确认识和把握新发展阶段，完整、准确、全面贯彻新发展理念，加快构建中医药新发展格局，推动中医药高质量发展，让中医药在新时代焕发新的生命力，融入和服务国家战略，为

全面建成社会主义现代化强国、实现第二个百年奋斗目标进军，以中国式现代化全面推进中华民族伟大复兴作出新的更大的贡献。

[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