

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第5期

(01.30-02.05)

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。)

· 分析解读 ·

▶ [9项举措，将支付方式改革融入医院管理全流程](#) (来源：中国医疗保险) ——第7页

【提要】上海市崇明区于2020年在本区范围内综合性公立医疗机构开展职工医保按病种分值付费试点，对区域内60周岁以上的城乡居民探索按人头付费试点。上海市第十人民医院崇明分院(以下简称崇明分院)是崇明区一家二级综合性公立医院，也是崇明区属医联体成员单位，担负着为崇明岛内中东部地区约40万人民群众提供就医服务的任务。从2020年下半年开始，崇明分院参与医保支付方式改革试点，并成为按病种分值付费和按人头付费“双试点”医院。

▶ [医保采购打开市场闸门 战略性购买促多方共赢](#) (来源：经济参考报) ——第15页

【提要】随着国家医保目录谈判结束，新版《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》将于3月1日执行。按规定全国参保人员在定点医院发生的符合医保目录的药品费用，由医保基金按比例支付。这次新版目录出台意味着，历经多年后全国医保用药目录实现基本统一，有利于形成全国统一的药品购买市场，能更好发挥医保战略购买作用，让患者得实惠，医保基金实现可持续发展，引导中国医药

产业实现更高质量发展。

• 医疗改革 •

▶ [盘点 | 31 省市 2023 年医改重点](#)（来源：金豆数据）——第 19 页

【提要】截止 2023 年 1 月 31 日，全国 31 个省(市、自治区)公布了 2023 年的《政府工作报告》。在医疗健康领域，防重症、国家和省级区域医疗中心建设、临床重点专科建设、医保支付方式改革、药品和耗材带量采购、县医院升级、慢性病健康管理等内容频频出现，同时也将成为 2023 年影响医疗机构发展的重要因素。

▶ [支付方式改革持续发力！医院 DRG/DIP 试点绩效考核多个省市开始推广](#)（来源：医有数）——第 35 页

【提要】自 2022 年以来，多地医保局发布针对定点医疗机构的 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价办法。2022 年 9 月，江苏省医疗保障局为深入推进 DRG、DIP 支付方式改革，促进医疗机构规范化、精细化管理，发布《定点医疗机构 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价办法(试行)》通知。据悉，2022 年度江苏省 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价共设置 22 项评价指标。江苏省定点医疗机构 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价结果纳入医保绩效综合评价，与预留的医保服务质量保证金挂钩，并将评价结果纳入年终清算指标依据。

• 医保快讯 •

▶ [医保、卫健联手，打通国谈药“最后一公里”](#)（来源：国家医

保局) ——第 39 页

【提要】国家医保局成立后，医保目录调整、国家谈判药品目录准入已经进入了常态化、制度化。春节前夕，2022 年医保目录调整完毕，121 个药品谈判或竞价成功，被纳入医保。国家医保局要求，各省将国谈药物 2 月底前挂网，3 月 1 日起新版目录正式实施。

▶ [以案说法 | 医保机构能否抵扣医疗机构违规报销费用？](#)（来源：中国劳动关系学院法学院） ——第 42 页

【提要】2016 年至 2019 年，某县医保中心与某医院按年签订了《基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》，将该医院作为职工医保和城乡居民医保定点医疗机构，并就医药费用结算、违约责任等作出具体规定。经监察机构、原卫生计生委、检察院调查确认，截至 2017 年 6 月，该医院违规开展医疗项目，并违规报销医疗费用，应追收余款 476 万余元。医保行政部门因此两次向该医院出具通知，要求该医院向医保中心退还违规报销费用。因该医院未主动退还违规报销费用，医保中心自 2017 年 10 月份开始扣留该医院垫付的医保费用。双方因此发生争议，医院以医保中心行政行为违法、应返还垫付医疗费并赔偿损失为由，提起行政诉讼。

• 医院管理 •

▶ [医疗数据中离群值对医院运营管理的影响分析](#)（来源：厚立医视野） ——第 47 页

【提要】医疗数据离群值无处不在，准确的统计分析结果基于优质的

数据源，因此识别离群点是重要的，通过对数据不断的挖掘、提炼才能获得高质量数据。DMIAES 系统可以在医院运营管理中做到精细、精准，底层有效的数据清洗算法功不可没。

▶ [2023 迎来复苏，民营医疗仍需直面的九大问题](#)（来源：诊锁界）

——第 53 页

【提要】社会办医政策经历了 2009 年新医改“鼓励和引导”、2019 年的“促进持续健康规范发展”到 2020 年民营医院管理年“规范促发展、质量提内涵”，再到 2022 年十四五健康规划“促进持续规范发展”。“规范”成为新的强调重点，加上央企办医的强势介入，社会办医野蛮生长的时代渐行渐远。尽管医疗市场政策略显收紧，但一系列的官方文件措辞可见，国家在“鼓励支持社会办医”的大方向上并没有巨大调整，作为“补充”的定位在许多细节上越发清晰。主要在保持鼓励特色、特需医疗服务、稀缺专科、多层次需求、高水平医疗的风向，鼓励社会办医向规模化、连锁化、集团化(类似新加坡、欧美等地的民营医疗集团)发展。

• 智慧医疗 •

▶ [物联网智慧医疗的基于和挑战](#)（来源：东胜物联）——第 59 页

【提要】“互联网++智慧医疗”使得先进的互联网+技术与医疗改革跨界融合，给健康产业带来生机。近年来，随着信息技术的发展，以互联网+为依托的健康教育、医疗信息查询、电子健康档案、电子处方等多种形式的医疗健康服务正在悄然改变着传统的医疗服务模式，

互联网++医疗开启的智慧模式，正在走进你我身边。而随着“互联网++”的落地实施，互联网+与各个行业的融合逐步加深。而“互联网++智慧医疗”使得先进的互联网+技术与医疗改革跨界融合，给健康产业带来生机、活力和新的发展机遇。

▶ [如何利用物联网实现智慧医疗](#)（来源：健康界）——第 62 页

【提要】智慧医疗已来，未来发展将何去何从？智慧医疗是未来医疗的发展趋势，是解决当前医疗问题的主要途径。作为智慧城市战略的重要组成部分，企业和个人都非常重视智慧医疗的建设，投入了大量的人力财力推动智慧医疗发展。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

9 项举措，将支付方式改革融入医院管理全流程

来源：中国医疗保险

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《“十四五”全民医疗保障规划》均明确提出，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。

上海市崇明区于 2020 年在本区范围内综合性公立医疗机构开展职工医保按病种分值付费试点，对区域内 60 周岁以上的城乡居民探索按人头付费试点。上海市第十人民医院崇明分院(以下简称崇明分院)是崇明区一家二级综合性公立医院，也是崇明区属医联体成员单位，担负着为崇明岛内中东部地区约 40 万人民群众提供就医服务的任务。从 2020 年下半年开始，崇明分院参与医保支付方式改革试点，并成为按病种分值付费和按人头付费“双试点”医院。

管理举措

崇明分院高度重视医保支付方式改革，要求全院将支付方式改革融入医院全流程管理中。

一是统一思想，制定完善工作方案。为保障支付方式改革顺利实施，崇明分院成立由党委书记、院长为组长，分管副院长为副组长的支付方式改革领导小组，负责统筹推进改革相关工作。医院党委发挥

党建引领作用，院长总揽全局，医疗副院长为院内 DIP 支付方式改革主要负责人，共同推进 DIP 付费改革的总体研究和协调推进工作，分析和处理实施过程中存在的问题，提出改进建议和措施。

为确保改革有序有效推进，医院党委制定《上海市第十人民医院崇明分院 DIP 支付改革工作方案》（以下简称《方案》）、《上海市第十人民医院崇明分院城乡居民医保按人头付费激励政策》（以下简称《激励政策》）、《上海市第十人民医院崇明分院临床发展能力激励方案》（以下简称《激励方案》）三项互为补充且较为完善的配套工作方案。

《方案》明确规定了医院党政“一把手”及各条线副院长的领导小组、多个职能部门互相配合的工作组的职责，形成多职能部门多条线共同推进的首页填写改进组、病种路径化诊疗推进组、收费合规标准化组、成本优化组，以下沉式办公与行政多部门例会相结合的工作方式，推进支付方式改革有效落地。

《激励政策》通过建立学科 CMI 指数（即病例组合指数）、病种支付率、药耗偏离度、门急诊服务人次、住院服务人次、总量指数、转诊率等指标，对学科技术能力、费用管理能力、服务人次及分级诊疗四个方面进行考核。

《激励方案》则对医院重点推进的医疗技术项目，如三四级手术、微创手术、新技术、中心化建设项目等进行增量及专项激励，鼓励技术开展，提升医疗服务能力，提高综合竞争能力，激励创新、凝聚和

培养人才，促进医疗水平的提高和可持续发展。

以上配套方案通过医院党委会及院长办公会推动落地执行，各职能部门落实考核责任，保障试点工作有计划、按步骤推进。

二是分层次培训，加强医务人员对医保支付方式改革内涵的理解。院长及业务副院长数次组织医院领导班子成员和职能部门负责人、临床科室主任参加 DIP 支付方式改革市级培训班和区级培训班，主要职能部门负责人前往上海市第十人民医院(以下简称总院)对接学习，移植总院试点经验，确保相关科室负责人掌握 DIP 支付方式改革的内涵和意义，为推进 DIP 医保支付方式改革奠定思想基础。同时，医院以学科办公会和下沉培训等形式，通报医保运营数据情况，做好医保运营数据沟通及医保结算清单问题反馈，通过完善院内病案首页质控流程，提高病案首页诊断及手术编码正确率。医院还建立了“医生组—学科—院级”三级网络，横向、纵向推行 DIP 付费考核。通过医保支付率、总量指数、中高病例数占比、指单偏离度、药耗偏离度等指标的考核，促进医院从粗放式规模扩张转向精细化提质增效方向发展。

三是以疾病诊疗为中心，优化服务流程。首先是依据总院专家考核方案，修订崇明分院专家考核方案，推进总院和分院的一体化建设，增加技术劳务动态调整标准，以促进三级医院技术在二级医院落地，并促进二级医院新技术的开展。其次是转变诊疗服务模式，整合医疗资源，以疾病诊疗为中心，建立卒中中心、创伤中心、结直肠中心、

日间手术中心等，实行“一门关”医疗服务模式，提高诊疗效率，便于患者来院后顺畅诊疗，降低医保患者住院费用负担。

四是推进病种路径化诊疗，规范临床诊疗行为。在现有临床路径的基础上，推进学科前十病种进入路径化模式诊疗，形成医生和诊疗组合理检查、用药和用耗的统一，调整病种内的费用结构，降低医疗成本，同时保证医疗质量与安全。

五是加强慢病管理，做好家庭延伸服务。建立癌痛延续管理群，及时指导病人及家属学会癌痛管理常用方法，为晚期肿瘤患者无偿提供咨询与帮助。推行慢病管理持续开展，建立糖尿病延续护理群、消化道疾病随访群、结石患者术后延续护理群等。通过门诊“一对一”教育、开办大讲课(定期邀请患者来院参加集中宣教活动)及电话、微信随访等综合措施，规范患者随访，降低感染发生率，减轻患者因疾病产生的次生负担。

六是以信息化为助力，保障DIP付费数据的运行通畅。通过对接医保结算清单端口、更换HIS系统和病案系统业务编码、翻新病案系统，搭载首页质控软件，全面审查每一份出院病史首页的完整性。2021年，医院搭建DIP付费分组运行平台，全部患者纳入分组器管理，实现了管理数据的可视化呈现，医院也可根据数据指标，及时引导学科对病种结构进行调整，优化费用结构。

七是顺畅转诊通道，降低救护车离岛率。通过畅通下转通道、逆向转运专家、定期分析考核“三部曲”，最大程度地将岛内需要三级

手术的患者及部分四级手术患者留在院内诊疗，降低本院救护车离岛率。同时，打通上下转诊通道，由双向转诊办公室负责病人的转诊、对接等，并通过考核分级诊疗系统，将慢病稳定期配药患者下转至社区诊疗。

八是多部门配合，保障医保基金合理使用，维护基金安全。建章建制，管理先行。医院建立涵盖药品、耗材、诊疗行为监管的《十院崇明分院医保管理制度》，落实监管要求，为医保监督检查提供有力的管理依据。完善医师、服务设施、诊疗项目、一次性医用材料、药品等“五库”建设工作，规范国家平台上传信息。积极推进部门间合作，医保、医务、护理、病案、财务、信息等部门共同形成行政MDT(即行政多部门协作)工作组，实行联合督查，加大对不合理使用医保基金行为的监管力度。建立医保执业医师档案，鼓励执业医师加强自律规范，增强医保服务的诚信和规范意识。加强院内宣传，开展线上线下警示教育，防止欺诈骗保行为的发生，维护基金安全。

九是完善绩效激励机制，深化内涵建设，促进学科技术提升。崇明区城乡居民医保按人头付费试点实行“设定红线、超支分担、结余留用、分等激励”的原则，结合区内考核细则，引导资源配置，与二级医院“国考”指标相结合。崇明分院以此为依据，建立院内多元激励方案。同时结合《临床技术发展激励》《中心化建设激励》等补充绩效体系，促进学科新技术使用，开展三四级手术和微创手术，帮助学科向外科微创化、内科医技化、医技介入化转型。

管理成效

通过近两年的试点工作，医院医疗服务流程得到优化，运营管理能力实现提升，学科技术能力有所提高，分级诊疗落实有效，医院慢病管理得到规范，医疗费用的不合理增长得到有效控制。



说明：2020年数据在一定程度上受到疫情因素影响。

图1 2019年—2021年崇明分院运营指标变化

一是医保基金使用效率明显提升，参保人员就医负担降低。由图1可见，医院门诊服务人次增长8%，住院手术人次增长3%，平均住院日持续下降，医疗服务效率逐步提升。住院次均费用增幅可控，门

诊次均费用呈现负增长，医疗费用过快增长现象得到控制；药占比由2019年的36.7%下降至2021年的32.2%，因手术技术提升带来的可单独收费的耗占比增长幅度合理控制在2%，职工医保患者DIP支付入组率达到99.73%，每指数单价低于同级同类医院，城乡居民医保按人头付费额度在区域红线以内，医疗费用结构持续优化。



图2 2019年—2021年崇明分院手术指标变化

二是医疗技术水平提升，医疗服务能力持续增强，医保患者满意度提升。试点期间，医院手术占比由2019年的22%增长至2021年30%，三四级手术占比达到52%，微创手术占比达到51%(见图2)。医院每年新技术开展的数量持续增加，两年内新增限制类技术4项，非限制类技术108项。医院前50个病种结构出现变化，病种手术增加明显，外科占比提升，医院CMI指数由0.79增长至0.83，增幅为全市同级同类医院的第二名。

三是医疗技术提升和延续服务促进了分级诊疗的落实。通过资源下沉，逆转专家来院手术，医院技术能力得到提升，实现了参保患者常见病、多发病诊治在本院，急危重症救治不出岛。通畅的转诊通道使大病、疑难病患者能够快速转诊至总院进行治疗，且术后回岛康复治疗有保障。通过规范慢病管理，开展延续护理服务，医院将慢病稳定患者安排至社区随访，定期下沉指导、健康宣教。以上措施相结合，患者健康得到全流程管理。仅用两年，东半部8个社区糖尿病患者糖化血红蛋白达标率提升到55%，PCI(即经冠状动脉介入术)手术病人延续护理随访率100%，本院救护车离岛上转率下降18%。

四是患者就医负担减轻，社会效益提升。优化诊疗模式，诊疗流程重组，减少了患者就诊各环节等候时间，降低了医疗费用负担。以结直肠中心为例，发现阳性诊断患者，由内镜室吹哨人启动全流程诊疗，医技、临床等多学科医生围绕患者诊疗，缩短术前等候时间。2021年，医院结直肠中心诊治患者次均费用低于全市平均水平，平均住院

日较普通结直肠癌手术患者缩短 4.2 天，同时方便家属陪护，降低了患者离岛就医附加的交通、住宿等因疾病产生的间接负担。2021 年，医院结直肠肿瘤手术患者数量较 2019 年增长 117%，患者来源覆盖全岛。

五是强化监管，医保基金安全得到有效维护。医院部门间深化协作，加强医保基金使用监管的宽度和深度，医保医师执业违规行为明显减少，基金安全得到有效维护。

总之，近两年的医保支付方式改革试点使患者诊疗、医院管理和医保基金使用发生了可喜的变化。试点期间，参保患者人头费用低于红线标准，次均费用增幅降低，医院就诊人数增加，医保基金得到合理高效使用，医院发展方式向提质增效转变，结构得到优化，运营管理趋于精细化，向高质量发展迈步。接下来，医院还将进一步总结经验，持续探索开展支付方式改革的更优方案。

[返回目录](#)

医保采购打开市场闸门 战略性购买促多方共赢

来源：经济参考报

随着国家医保目录谈判结束，新版《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（简称国家医保目录）将于 3 月 1 日执行。按规定全国参保人员在定点医院发生的符合医保目录的药品费用，由医保基金按比例支付。这次新版目录出台意味着，历经多年后全国医保用药目录实现基本统一，有利于形成全国统一的药品购买市场，能更

好发挥医保战略购买作用，让患者得实惠，医保基金实现可持续发展，引导中国医药产业实现更高质量发展。

国家目录替代地方目录

全国医保用药基本统一

新版国家医保目录药品总数现已达到 2967 种，全面提高医保药品保障水平。“全国医保用药目录今年实现了基本统一。医保目录药品调整权收归中央后，随着新版国家医保目录的出台，地方基本医保目录基本取消了。”一位业内人士告诉记者。

我国基本医保制度建立之初，国家医保目录药品品种少、地区间用药习惯差异大，国家允许各省可自行增补部分药品，因此国家、地方基本医保目录同时存在。2018 年国家医保局成立后，国家医保目录从过去“七、八年不动”改为每年调整一次，同时通过谈判大幅降低药价，地方增补药品，基本都可被国家目录中药品更好替代。继续保留地方目录不仅意义不大，反而更易造成医保目录管理的碎片化，影响医保制度的统一性、公平性和平衡性。

东南大学医疗保险和社会保障研究中心主任张晓指出，过去每省都有目录，进目录过程中容易滋生利益输送；另外有些地方制药产业比较强，难免就会出现地方垄断和地方保护。还有一位专家告诉记者，全国医保目录不统一，导致异地就医患者医保报销药品不一致的情况，容易产生医保纠纷。

“实现医保用药范围基本统一，有利于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，为更多新药好药及时调进医保目录腾出空间，有利于提升群众异地就医便利性。”国家医保局相关人士指出。据悉，国家医保局从2019年开始统一全国医保用药目录，2022年底已基本完成。

医保战略性购买实现多方共赢

全国医保用药走向统一的过程中，我国统一的药品购买市场也基本形成，医保战略性购买的优势也展现出来了。相关数据显示，我国参保人数已达13.6亿人，全国基本医保基金支出2.4万亿元，全国卫生费用总支出约在6万亿元至7万亿元之间。医保基金已成当前医疗市场上最大支付方，医保战略性购买也被提到了日程上。

医保战略性购买是医保基金借助市场机制，对市场上的医药服务进行集中采购。通俗说就是，用同样的资金投入购买更好药品和服务。与普通商品不同，患者对医药服务几乎没有议价权和质量把控能力。因此需引入第三方医疗保险机构，通过医保基金支付为患者选择、购买质优价廉的服务。

在国家医保目录每年调整中，国家医保局引入了谈判机制。业内一位专家告诉记者，“以量换价”是医保谈判的核心之处，全国庞大的市场规模就是医保战略性购买的重要筹码。成功的国家医保药品谈判，能同时有效实现患者疾病治疗获益、医保基金可持续与发展、企业扩大产能并促进激励创新三个目标。

除此之外，医保战略性购买还应用到了药品和高值医用耗材带量

采购、医保支付方式等领域。据了解，近年来集中带量采购促进一大批药品和高值医用耗材价格回归合理水平，让更多患者使用上了平价药。而以按病种付费为主的医保支付方式改革，彻底扭转了医生“开大处方”“滥用药”等行为。

中国人民大学卫生技术评估与医药政策研究中心执行主任吕兰婷指出，战略性购买是中国医疗保障制度发展方向和战略定位，未来还将运用到更多的领域。

“保基本”更鼓励企业原研创新

“做新药研发就是希望能有更多患者用上。如果我们的药好不容易做出来，只有5%、10%的患者能用上，那没有多大的意义。政策导向和实际情况强调患者、医保和企业多赢的局面，这才是长期可持续发展。”一位医药企业负责人告诉我们。他认为，要支持创新，给创新药一定的利润空间，药企通过获益后可以支持更多的创新药研发和走向市场，惠及更多的患者，这样就是正向循环、良性的生态圈、三赢的局面，这才是未来高质量可持续发展的需求，“医保谈判的结果超预期给企业打了一针强心剂，让他们对中国创新药行业充满信心，有底气在未来去做更多九死一生的原始创新”。

国家医保政策正引导着医药产业朝着原始创新方向发展。据悉，本次医保目录调整共有111个药品增加进入，105个是近5年内上市的药品，其中20个是国产重大创新药。

北京大学教授刘国恩表示，国家医保目录调整始终在“保基本”

基础上对“促创新”给予更大力度的支持。近年来，大量新靶点药物被纳入目录，让创新药快速惠及患者。

业内专家指出，药品纳入国家医保目录后，并给予一定的市场份额保障，由此增加用药数量、企业产能扩大。药企产量提高效益增长，为企业的后续发展带来激励与创新动力和能量。

[返回目录](#)

· 医疗改革 ·

盘点 | 31 省市 2023 年医改重点

来源：金豆数据

截止 2023 年 1 月 31 日，全国 31 个省(市、自治区)公布了 2023 年的《政府工作报告》。在医疗健康领域，防重症、国家和省级区域医疗中心建设、临床重点专科建设、医保支付方式改革、药品和耗材带量采购、县医院升级、慢性病健康管理等内容频频出现，同时也将成为 2023 年影响医疗机构发展的重要因素。

北京

《北京市政府工作报告》指出，做好新阶段疫情防控。对新冠病毒感染实施“乙类乙管”，科学开展疫情监测评估，精准实施分级分类防控，着重做好老年人等重点群体防疫保障，全力加强重症防范救治，有效维护社会生产生活正常运转。

加快制定实施新一轮公共卫生应急管理体系建设行动计划，着力

优化医疗资源布局，提升医疗救护设施配备，完善分级诊疗机制，加大社区卫生服务投入和全科医生培养力度，加强乡村医疗队伍和公共卫生体系建设，发挥家庭医生作用，开展公立医院高质量发展试点，拓展互联网医疗应用，加强中医药传承和作用发挥，推动新型疫苗、新药等科研成果有效应用，广泛开展健康促进活动，深化爱国卫生运动。

天津

《天津市人民政府工作报告》明确提出，加快建设第三中心医院东丽院区等项目，推进部市共建 8 个专业国家区域医疗中心，争取获批国家血液病医学中心、国家中医医学中心。推动基层医疗机构标准化建设，建成 100 家标准胸痛救治单元。建立药品耗材应急会商保障机制，推进城市医疗集团和区域医共体建设，推广“互联网+医疗健康”模式，深入实施重点人群健康提升和慢性病防治等行动。

河北

《河北省人民政府工作报告》明确提出，2023 年，推进疾控体系改革，加快国家区域医疗中心建设，壮大中医药产业集群。科学精准做好疫情防控。认真落实国家新阶段疫情防控政策，着力保健康、防重症，积极推进分级分类诊疗，加快医疗救治资源扩容和药品储备，重点抓好老年人和患基础性疾病群体的健康服务，强化全人群免疫接种，加大对农村地区医疗资源支持力度，加强健康知识科普宣传，保障群众就医用药，守护人民生命健康。

内蒙古

据《内蒙古政府工作报告》显示，2023年，内蒙古自治区将办好43件民生实事。其中包括，开展低保家庭适龄妇女免费“两癌”筛查，对确诊患者当年给予每人1万元救助。建设京蒙合作医院43家，打造紧密型医共体20个，推动优质医疗资源扩容和区域均衡布局。旗县二级综合医院建设互联网医院77个，三级综合医院建设互联网医院33个，三级中(蒙)医医院建设互联网医院30个，实现呼包鄂乌四市检查检验结果互认。增加家庭医生签约服务供给，重点人群覆盖率提高到78%以上。开展过敏性鼻炎综合防治。

山西

1月19日，《山西省人民政府工作报告》发布，其中提出，2023年山西将持续深化医改，促进医保、医疗、医药协同发展和治理，深化县域医疗卫生一体化改革，推动公立医院高质量发展，梯度推进区域医疗中心建设。推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，推动县级三类医疗机构能力提升。实施百县中医药服务能力提升计划。扎实推进爱国卫生运动。优化人口发展战略，完善生育支持政策体系，积极应对人口老龄化少子化，发展养老事业和养老产业。

辽宁

据《辽宁省政府工作报告》显示，加快医大一院国家肿瘤区域医疗中心、盛京医院国家儿童区域医疗中心建设，推动省级各类专科区域医疗中心建设，构建紧密型医联体、医共体，加快优质医疗资源扩

容下沉。深化公立医院改革，规范民营医院发展。创新医防协同、医防融合机制，建设国家级紧急医学救援基地。加强中医院智慧化建设，打造中西医结合旗舰医院，推动中医药强省建设。

吉林

据《吉林省政府工作报告》显示，2023年，将救助白内障、血友病、肿瘤、股骨头坏死等疾病困难患者1200名以上。争取国家区域医疗中心尽快获批，加快推动3个省级区域医疗中心建设项目，促进优质医疗资源扩容和向基层延伸。统筹推进公立医院高质量发展，推动多层次医联体建设和县域医共体建设，逐步提升基层医疗卫生服务能力。积极发展“互联网+医疗健康”。扎实推进“一村一名大学生村医”院校培养。

落实中央优化疫情防控政策，稳妥有序实施“乙类乙管”，统筹调度医疗救治资源，加强医疗物资供应保障，有序推进重点人群健康管理，全力以赴进行重症救治，切实做好农村疫情防控工作，开展老年人新冠病毒疫苗接种攻坚行动，着力保健康、防重症，确保平稳转段，顺利渡过流行期。

上海

据《上海政府工作报告》显示，上海将深入推进健康上海建设。深化公立医院高质量发展试点，推动国家医学中心建设，加快高水平医院“一院多区”建设，推进区域性医疗中心服务能力标准化工作，打造一批社区卫生服务标杆机构。优化医保支付与药品集中采购协同

机制。实施新一轮公共卫生体系建设行动计划，深入开展爱国卫生运动，创新医防协同、医防融合机制。加快打造国家中医药综合改革示范区。

浙江

《浙江省政府工作报告》指出，2023年，浙江将开工建设国家医学中心和省公共卫生临床中心；新建ICU床位3000张；新改扩建规范化村卫生室（社区卫生服务站）500个；长期护理保险、惠民保参保人数分别达1750万人、2500万人，惠民保赔付率达75%；为130万老年人免费接种流感疫苗，为110万高危人群筛查大肠癌。

安徽

《安徽省政府工作报告》明确提出，明年安徽将，加强优质高效医疗卫生体系建设。引入优质医疗资源开展合作办医，加快国家和省级区域医疗中心、临床重点专科建设。开展公立医院高质量发展省级试点，规范发展民营医院。推进基层医疗卫生服务能力建设，加大全科医生培养力度。促进医保、医疗、医药协同发展和治理，推动疾控体系改革。持续开展爱国卫生运动。精心实施新冠病毒感染“乙类乙管”，加强药物和疫苗研发应用，扩容升级医疗资源，提升救治能力，着力保健康、防重症。实施促进中医药传承创新发展专项行动，推进中医药跨学科科技攻关取得突破，推动“北华佗、南新安”传承创新，支持亳州打造世界中医药之都，成为中医药进入国际市场的“桥头堡”。

福建

《福建省政府报告》指出，加快健康福建建设。着力健全公共卫生体系，提升重大疫情防控、救治体系和应急能力建设水平，高度重视心理健康和精神卫生；深入开展爱国卫生运动，有效遏制重大传染性疾病的传播。着力促进优质医疗资源扩容和均衡布局，持续推进公立医院高质量发展，加快建设国家、省级区域医疗中心。着力提升基层医疗机构服务能力，把更多医疗资源向基层下沉，继续实施“千名医师下基层”活动，接续实施基层医疗卫生人才“三个一批”项目，稳定乡村医生队伍。

着力加快“三医一张网”建设，加强全民健康信息互联互通和业务协同，优化双向诊疗协同服务。着力推动中医药深度融入医改，加强闽派中医药特色方药挖掘、特色技术传承，培育壮大中医药特色专科，打响福建中医药品牌。着力降低生育、养育、教育成本，促进人口长期均衡发展。

广东

《广东省政府工作报告》提出，加快健康广东建设。加快创建卫生健康高质量发展示范省，深化医药卫生体制改革，组建人财物一体化管理的紧密型县域医疗共同体，推进药品和医用耗材集采提速扩面，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。

建设全国医疗卫生高地，谋划打造成规模、上水平的综合性医疗基地，推进公立医院高质量发展试点，争取中山大学附属第一医院、

省中医院获批建设国家医学中心，推进香港大学深圳医院等粤港澳医疗合作项目建设，打造国家中医药综合改革示范区。深入实施新一轮基层医疗卫生服务能力提升计划，有效增加农村和欠发达地区医疗资源。加强重大慢性病健康管理，完善妇幼健康、职业健康、老龄健康、心理健康和精神卫生服务体系。

广西

《广西壮族自治区政府工作报告》明确提出，推进健康广西建设。促进优质医疗资源更大程度扩容和下沉，加强卫生健康人才培养和引进，落实基层医疗卫生人才队伍保障机制。深化医保医疗医药协同发展和治理，推进药品和耗材集中带量采购改革，加大医疗服务价格动态调整力度。

推进公立医院薪酬制度改革，稳妥推进疾病预防控制体系改革。加强重大疫情防控救治体系和应急能力建设。加快建设3个国家级和4个自治区级区域医疗中心，推进国家(广西)公共卫生中心等项目，支持上思县建设国家基层卫生健康综合试验区。推动中医药壮瑶医药传承创新发展。开展公共设施适老化改造。

海南

《海南省政府工作报告》明确指出，推进健康海南行动暨人均预期寿命提升行动，全省人均预期寿命达80岁。开工建设省老年医疗中心一期、博鳌研究型医院二期、省残疾人康复中心等项目，建成省公共卫生中心、省妇产科医院，加快3个国家区域医疗中心项目建设。

启动实施全球“全健康”海南示范项目。推动优质医疗资源扩容下沉，实现城市医疗集团和县域医共体整合到位、正常运转。从软硬件、标准化方面系统谋划全省村级卫生室建设，弥补基层卫生短板。全省推广“2+3”健康服务包。推动中医药传承创新发展，建设黎医苗药体验区项目。

重庆

今年，《重庆市人民政府工作报告》明确提出，下一年重庆将，争创国家医学中心和国家区域医疗中心，支持“两群”地区创建三级医院。深入推动公立医院高质量发展，扩大药品、耗材集采范围。开展健康县区建设，深化医务人员“县聘乡用”改革。完善中医医疗服务体系，创建中医药传承创新中心。健全公共卫生体系，建设市级重大疾病防治中心，推进等级疾控中心和等级精神卫生中心建设，开展爱国卫生运动。

四川

《四川省人民政府工作报告》明确提出，深入推进健康四川建设。高标准建设国家医学中心、国家区域医疗中心、国家中医药传承创新中心、省级区域医疗中心和临床医学研究中心，建成100个县域医疗卫生次中心。争创国家区域公共卫生中心和重大传染病防治基地。在重点地区启动实施结核病防治专项行动，切实保障群众健康。深化“三医”联动改革，推进公立医院综合改革和高质量发展。推进国家中医药综合改革示范区和中医药强省建设。举办第七届中医药现代化

国际科技大会。完成 100 万农村适龄妇女“两癌”免费筛查。

云南

《云南省政府工作报告》指出，明年将加快健康云南建设。建好国家和省级区域医疗中心，实施“百县工程”持续提升县级医院综合能力，壮大农村和社区医疗卫生队伍，建设省优、县强、基层稳定的医疗卫生服务体系。深化医药卫生体制改革，促进“三医”协同发展和治理。加快中医药、民族医药传承创新发展。扎实抓好新阶段疫情防控各项工作，细化落实国家“乙类乙管”总体方案，保障群众就医用药需求，做好重点人群服务保障，着力保健康、防重症，确保平稳转段和社会稳定。加强重大疫情防控救治体系和应急能力建设，全面完成“双提升”工程。

陕西

《陕西省政府工作报告》指出，推进健康陕西建设。围绕“保健康、防重症”优化新冠病毒感染防治举措，认真落实“乙类乙管”实施方案，扩容提升、优化配置医疗资源，提高分级接诊救治能力和重点人群健康服务水平，全力守护人民群众生命安全和身体健康。加强重点传染病、地方病、慢性病防治，加快国家医学中心和区域医疗中心建设，促进优质医疗资源扩容和均衡布局。促进中医药传承创新发展，做大做强“秦药”品牌。全面落实积极应对人口老龄化国家战略，完善社区居家养老服务网络，建好乡镇(街道)区域综合养老服务中心，细化完善生育配套支持政策，发展多种形式的婴幼儿照护服务，

促进人口长期均衡发展。

甘肃

《甘肃省政府工作报告》指出，2023年甘肃将，优化提升医疗服务。加快国家区域医疗中心和省公共卫生医学中心建设。推进国家级重点专科、优势学科、疑难病诊治和省级区域医疗中心建设，提升省市县医院服务水平和急危重症救治能力。强化基层医疗卫生服务功能，加强老年人等重点人群慢性病健康管理。进一步发挥中医药优势，推进中医药事业产业融合发展。

青海

《青海省政府工作报告》提出，2023年青海，全方位推进健康青海建设。健全公共卫生、传染病监测防控、应急响应体系，完善疾病预防控制体系，创新医防协同、医防融合机制。深化“五医”联动改革，加快推进高原医学研究中心、国家区域医疗中心建设，推进县域医共体建设提质增效，持续实施青南和环湖支医行动，促进中藏医药传承创新，推动优质医疗资源扩容和区域均衡布局，增加农村和边远地区医疗资源，完善大病保险和医疗救助制度。

宁夏

《宁夏回族自治区政府工作报告》指出，实施医疗健康保障工程。深化医药卫生体制改革，深入推进分级诊疗，促进中医药传承创新，启动国家中医区域医疗中心和省级区域医疗中心建设，实施银川市人民医院扩建、中卫市公立医院高质量发展示范项目，推动8家城市医

疗集团和 14 家县域医共体一体化运行，县内就诊率达到 90%以上，年内实现急诊急救“五大中心”县域全覆盖，两年内实现三甲医院市级全覆盖。健全重特大疾病医疗保险和救助制度，住院费用跨省直接结算率提高到 60%，将贫困患者大病保险起付线由平均 9000 元降低到 3000 元、年度最高救助金额统一提高到 16 万元，将低保边缘人口和因病致贫重病患者救助起付标准分别由 2 万元、3 万元降低到 3000 元、7000 元。

湖南

《湖南省政府工作报告》明确，提升基层医疗水平，持续推动优质医疗资源下沉，推进医联体建设扩面提质，建设一批县域医疗次中心，发展壮大农村和社区医疗卫生队伍。提升区域医疗水平，建设国家医学中心和区域医疗中心，打造一批国家级临床重点专科，不断满足重大疾病防治需要。提升公共卫生服务水平，创新医防协同、医防融合机制，补齐检验检测、应急处置等短板，加强重大疫情防控救治体系和应急能力建设。

推进国家中医药综合改革示范区建设。深化医保支付方式、医药供给、医疗服务价格改革，促进公立医院高质量发展。健全生育支持政策和配套措施，降低生育养育教育成本。坚持医养康养结合，发展居家和社区养老服务。提高食品药品全过程全链条监管能力，确保人民群众“舌尖上的安全”。深入开展爱国卫生运动。统筹城乡医疗资源，重点解决好农村地区就医用药保障问题，加强基层医务人员培训，

实现乡镇卫生院发热诊室全覆盖。

河南

《河南省政府工作报告》提到，做好新冠病毒感染“乙类乙管”各项工作，强化医疗物资和救治力量保障，加强基层防疫能力建设，确保人民群众安全健康。加快建设省公共卫生医疗中心。创建国家医学中心。加快10个国家区域医疗中心、15个省医学中心建设。推动各县市综合医院、中医院、妇幼保健院全部达到二级医院标准。加强紧密型县域医共体建设。提升中医药服务能力，建强重大传染病检测国家工程研究中心、国家中医药传承创新中心、国家中医疫病防治基地。深入开展爱国卫生运动，倡导文明健康生活方式。广泛开展全民健身活动，建设体育河南。

山东

《山东省政府工作报告》明确，创建12个国家临床重点专科，深化中医药优势专科集群建设，建好国家中医药综合改革示范区。健全重大疫情防控救治体系，扩大疾控中心改革试点，优化基层公共卫生服务。建设“互联网+医疗健康”示范市，推动线上复诊、医保支付、药品配送一体化发展。完成残疾托养服务2.4万人以上，建设“如康家园”300处。

抓好新冠病毒感染医疗救治。着力保健康、防重症，强化医疗救治服务，保障医疗物资生产供应，推进涉疫药品和医疗用品稳价保质专项行动，切实保障群众就医用药。加强农村地区防疫能力建设。完

善重症救治工作机制，重点做好老年人和患有基础性疾病群体的健康管理，加强疫苗接种，确保顺利度过流行期，坚决守护人民群众生命安全和身体健康。

贵州

《贵州省政府工作报告》指出，加快提升医疗卫生水平。确保疫情防控转段平稳有序。严格落实“乙类乙管”要求，保障药品、医疗设备供应，提高医疗物资储备规模，提升救治能力，全力做好急危重症患者医疗救治，加强农村地区疫情防控，确保见医、见药、见干部，确保新阶段疫情防控工作平稳有序。

推动优质医疗资源扩容和区域均衡布局。争取新增获批 2 个国家区域医疗中心，开工建设 2 个省级区域医疗中心，启动建设 50 个县域医疗次中心。“黔医人才计划”培训骨干人才 300 人，持续开展基层骨干医师培训和村医轮训。深化医药卫生体制改革。推进公立医院高质量发展，稳步提高门诊待遇保障水平，持续开展医用耗材带量采购，加快推进医疗服务价格改革，推进“互联网+医疗健康”便民服务。完善疾病预防控制体系。加快各市(州)传染病医院和综合医院传染病区建设，全面推进院前医疗急救体系管理标准化建设，加强居民健康管理和服

江苏

改革完善疾病预防控制体系，加强重大疾病防控。实施高水平医院建设专项行动，加快创建国家医学中心、国家和省区域医疗中心。

推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，全面提升县级医院、基层医疗卫生机构服务能力。完善分级诊疗体系，规范紧密型医联体和县域医共体发展，提高基层首诊率。强化儿科、传染、精神等薄弱专科建设，加强重大慢性病健康管理，实施中医药传承创新行动。

西藏

《西藏自治区政府工作报告》指出，将落实新阶段疫情防控各项举措。加快提升医疗救治能力，全力保障群众就医用药，重点抓好老年人、儿童和患基础性疾病群体的防控，着力保健康、防重症、降病亡，顺利渡过流行期，确保平稳转段和社会秩序稳定。推动公立医院改革和高质量发展。加快优质医疗资源扩容下沉，推进国家区域医疗中心建设，加大边境县医院建设力度。加强基层医疗卫生服务和全人群健康保障。

黑龙江

《黑龙江省政府工作报告》提出，推进健康龙江行动提档升级，用心用力办好民生实事。扩大慢特病门诊异地直接结算病种范围，门诊费用异地直接结算定点医疗机构数量翻一番。扩大“龙江惠民保”覆盖面，优化保障功能。实施学生体质健康促进行动，建设视力防控工作试点县 17 个。推进全民健康大数据信息化基础、卫生健康政务服务等项目建设及应用。健全完善积极生育支持措施，推动托育服务健康发展，3 岁以下婴幼儿托位总数达 6.43 万个。

持续推动优质医疗资源扩容和区域均衡布局，加快建设 3 个国家

区域医疗中心、4个省级区域医疗中心和国家紧急医学救援基地，推动省疾控中心异地新建项目二期工程。推进北科生物国家工程研究中心分中心等创新平台和生物信息融合、细胞与再生医学等产学研联盟建设。

湖北

全面落实基本养老保险全国统筹、失业保险省级统筹、医疗保险市级统筹，提高全民参保水平。推进职工医保门诊共济改革，落实异地就医直接结算，让群众看病就医更省钱更省心。更大力度加强“一老一小”保障，健全养老服务体系，新增养老床位1万张，完成适老化改造2.5万户，让老年人颐养天年、安享晚年；完善三孩生育政策配套措施，新增婴幼儿托位4万个，降低生育养育教育成本，提高优生优育服务水平。

深化“三医”联动改革，扎实推进“双百县”三甲医院创建、万名大学生乡村医生配备行动计划，让广大群众享受更加优质便利的医疗服务。关心关爱医护人员，落实激励保障政策。推动中医药传承创新发展，支持黄冈创建国家中医药综合改革试验区。

江西

《江西省政府工作报告》中明确，2023年将为适龄女生免费接种人乳头瘤病毒疫苗，为孕产妇免费提供出生缺陷防控服务。推进救助管理机构创新转型。开展养老服务提质升级三年行动，改造提升乡镇敬老院200所，新增家庭养老床位1.3万张，继续为1.2万户以上

困难老年人家庭进行居家适老化改造。

深入实施“15+3”健康江西专项行动，启动卫生健康服务能力全面提升三年行动，推进区域医疗中心建设、紧密型城市医疗集团试点和紧密型县域医共体建设，健全分级诊疗制度，促进医保、医疗、医药协同发展和治理，常态化制度化开展药品和医用耗材集采，提高基本药物使用占比。推进国家中医药综合改革示范区建设，实施“樟树药都振兴工程”“盱江医学复兴工程”“热敏灸推广工程”。

新疆

《新疆维吾尔自治区政府工作报告》提出，扎实推进健康新疆建设。持续实施全民健康工程，常态化开展全民健康体检工作，推动基本公共卫生服务和家庭医生签约服务提质增效，扩大“先诊疗、后付费”一站式结算试点范围，加快医保支付方式改革。推进国家和自治区级区域医疗中心、县级医院建设，继续开展基层医疗卫生服务能力提升三年行动，加大医疗全科人才的培养力度，推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。促进维吾尔医学等中医药传承创新发展。大力开展爱国卫生运动，引导各族群众践行文明健康生活方式。稳步推进疾控体系改革，强化传染病防控工作，加强医疗资源和公共卫生应急能力建设，不断提升疾病预防控制能力。坚持人民至上、生命至上，因时因势优化新冠疫情防控措施，加快构筑全民免疫屏障，多措并举为老年人疫苗接种提供便利，保障好各族群众的就医用药，全力保健康、防重症，最大程度保护人民群众生命安全和身体健康！

总体来看，2023 医改重点聚焦在集采扩围、新基建、支付方式改革之上。医改专家徐毓才表示，在医保监管与药品耗材集采常态化的形势下，医疗机构积极主动适应并做好 DRG/DIP 医保支付制度改革，形成以保证质量、控制成本、规范诊疗、提高医务人员积极性为核心的按病种分值付费和绩效管理体系。

[返回目录](#)

支付方式改革持续发力！

医院 DRG/DIP 试点绩效考核多个省市开始推广

来源：医有数

自 2022 年以来，多地医保局发布针对定点医疗机构的 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价办法。

2022 年 9 月，江苏省医疗保障局为深入推进 DRG、DIP 支付方式改革，促进医疗机构规范化、精细化管理，发布《定点医疗机构 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价办法(试行)》通知。

据悉，2022 年度江苏省 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价共设置 22 项评价指标。其中，围绕改革推进要求及政策导向，设置核心指标 5 个方面 19 项，共 100 分。负面清单 3 项，共 20 分；另有地方性指标，共 20 分。江苏省定点医疗机构 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价结果纳入医保绩效综合评价，与预留的医保服务质量保证金挂钩，并将评价结果纳入年终清算指标依据。

除了江苏省，早在 2021 年 12 月，安徽省安庆市就发布《基本医

疗保险 DIP 绩效考核办法》，考核办法针对医疗机构的组织管理、基金监督、DIP 指标、病案质量、医疗行为以及日常评比等共 23 项考核指标共计 100 分进行考核，并设置两项加分项，最终考核结果与定点医疗机构年度费用决算相关联。

宁夏回族自治区中卫市医疗保障局也印发了《中卫市 DIP 考核管理办法(试行)》的通知，中卫市 DIP 试点定点医疗机构的考核管理内容包括：组织管理和制度建设、运行分析、结算清单质量、医疗服务能力和效率、医疗行为和医疗质量、病案管理、费用控制、患者满意度等。DIP 考核管理以日常管理为基础，结合数据分析、现场检查及各级相关部门开展的专项检查，实行动态考核。并以月度预结算额度的 10% 作为服务质量保证金考核，考核结束后进行年度清算。

医保绩效考核：

发挥医保支付“牛鼻子”作用

此次江苏省发布的《定点医疗机构 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价办法(试行)》通知，是为了响应 2021 年国家医保局《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》建立完善四个工作机制中“健全绩效管理与运行监测机制”的要求。旨在建立医保基金使用绩效评价与考核机制，实现医疗服务行为的纵向分析与横向比较，充分利用考核评价成果建立激励约束机制，发挥医保支付“牛鼻子”作用。

分析江苏省定点医疗机构 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价指标，我们不难发现指标的考核方向大致在控费、质量、合规性这三个方面：

一方面，考核维度涉及组织建设、医疗服务质量及效率、控费水平、医院医保管理质量以及任务完成情况，促使医疗机构保质保量推进医保支付方式改革任务，同时提升医院内部医保管理水平以及医保基金控费水平。

核心指标

(一) 组织建设 (20分)

内部管理制度、绩效分配制度、培训制度、专职人员配备

(二) 医疗服务 (20分)

费用消耗指数、时间消耗指数、覆盖 DRG 病组数 (DIP 病种数)、病例组合指数

(三) 费用控制 (30分)

参保患者住院、费用自费率、参保患者均次、住院费用、人次人头比、住院人次、门诊医保基金、使用占比

(四) 管理质量 (20分)

结算清单完整率、结算清单准确率、特殊结算病例占比

(五) 任务完成 (10分)

病种覆盖率、入组结算率、医保基金覆盖率

定点医疗机构 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价指标-核心指标

另一方面，设置负面清单，对低标入院、分解住院、不合理收费、分解费用、高编低靠、推诿病人等情况进行监控，在保证医疗服务质量的同时，还能进一步打击医保基金违规问题。



1、低标入院、分解住院、不合理收费

定性指标 反向指标 抽检、设区市医保部门统计

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	备注
三、负面清单 (20分)					
1、低标入院、分解住院、不合理收费 (5分)		病案抽检、病历单据核查过程中发现的低标入院、分解住院、不合理收费情况	每家医疗机构抽检50份病例及群众举报反映线索中，发现存在低标入院、分解住院或不合理收费情况的，每发现1例，扣5分。	定性	

评价标准：不存在低标入院、分解住院（48小时内非急诊因同一 DRG 细分组重复入院）或不合理收费情况

数据来源：每家医疗机构抽检50份病例及群众举报反映线索



2、高编低靠、分解费用

定性指标 反向指标 抽检、设区市医保部门统计

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	备注
三、负面清单（20分）					
	2、高编低靠、分解费用（10分）	病案抽检、信访举报核查过程中发现的高靠诊断及高编低靠、分解病组（病种）费用等情况。	每家医疗机构抽检50份病例及群众举报反映线索中，发现存在（1）高靠诊断及高编低靠病组（病种），（2）将目录内项目转为自费项目，将病组（病种）内费用转移至病组（病种）外进行收费，或指定住院患者去特定的药店、其他医疗机构购药（检查），（3）医疗机构对国谈药“二次议价”等情况，以上行为每发现1例，扣10分。	定性	

评价标准：不存在高靠诊断及高编低靠病组（病种），将目录内项目转为自费项目，将病组（病种）内费用转移至病组（病种）外进行收费、指定住院患者去特定的药店、其他医疗机构购药（检查）或医疗机构对国谈药“二次议价”等情况

数据来源：每家医疗机构抽检50份病例及群众举报反映线索



3、推诿病人

定性指标 反向指标 抽检、设区市医保部门统计

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	备注
三、负面清单（20分）					
	3、推诿病人（5分）	信访举报问题中反映的推诿病人的情况	信访件、举报件中核实存在推诿病人情况的，每发现1例，扣5分。	定性	

评价标准：不存在推诿病人情况

数据来源：信访件、举报件中反映问题

利用医保支付方式改革绩效考核评价成果建立激励约束机制，充分发挥医保支付“牛鼻子”作用，这一点是毋庸置疑的。但针对各省市“百花齐放”的医保绩效考核指标，要积极发现绩效考核指标中不合理之处，取消医保不合理限制，同时笔者还望国家层面研究出更加均衡有效的考核模型，在全国推广。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

医保、卫健联手，打通国谈药“最后一公里”

来源：国家医保局

国家医保局成立后，医保目录调整、国家谈判药品目录准入已经进入了常态化、制度化。春节前夕，2022年医保目录调整完毕，121个药品谈判或竞价成功，被纳入医保。国家医保局要求，各省将国谈药物2月底前挂网，3月1日起新版目录正式实施。

近年来，国谈药品的落地难问题成为社会关注的重点，尤其是进了目录之后如何进入医疗机构，成为了国谈药品落地的“最后一公里”问题。对此，国家医保局联合相关部门做了大量努力。

在1月17日国家医保局官网公开的对于两会代表提案答复的函中，我们看到了医保局对于打通“最后一公里”的决心和方法。

国家医疗保障局关于政协十三届全国委员会第五次会议第00769号（医疗卫生类068号）提案答复的函

日期：2023-01-17 访问次数：328 字号：[大中小]

医保函〔2022〕203号

国家医疗保障局关于政协十三届全国委员会
第五次会议第00769号（医疗卫生类068号）
提案答复的函

农工党中央：

据该函件显示，国家医保局主要通过三方面的措施来实现目标，分别是：一是指导地方建立“双通道”管理机制，二是调整完善医疗

机构药品使用考核机制，三是充分调动医疗机构配备谈判药品主动性、积极性。

国家医保局要求，综合考虑临床价值、患者合理的用药需求等因素，对谈判药品施行分类管理，建立国家谈判药品“双通道”管理机制，明确可通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足谈判药品供应保障、临床使用等方面的合理需求，并同步纳入医保支付。各地根据基金承受能力、住院补偿水平等情况，确定适宜的保障水平。

值得注意的是，“双通道”面向的是部分临床价格高、患者急需的产品，并非所有谈判药品。与此同时，被纳入双通道产品监管也被提上了日程，国家医保局表示，将加强对参保患者用药全流程的监管，防范和打击利用谈判药品“双通道”管理机制套骗取医保基金的行为，维护基金安全。

各地也在督促医疗机构尽快统筹召开药事会研究国谈药物的配备问题。

这些措施不仅仅是医保一个部门在努力，而是联手卫健部门，各司其职。医保部门解决医保支付问题，卫健部门解决药事管理和各项考核机制，通力合作，在各项政策上该推动的推动，该松绑的松绑。

该函件显示，在双通道管理方面，建立定点医院、药店两个通道，满足国谈药品的保障供应，并同步纳入医保支付。各地根据基金承受能力、住院补偿水平等情况，确定适宜的保障水平。

自双通道政策实施2年多以来，各省均制定了落地政策，有些省

份，例如广东、山东、河北、湖北省地将所有国谈药品都纳入双通道管理；而江苏、湖南、江西等地则是分批次纳入，对实施双通道的医疗机构及药店的遴选也是分批次开展。

在调整完善医疗机构药品使用考核机制方面，该函件显示：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；医疗机构不得以医保总额控制、医疗机构用药目录数量限制、药占比等为由影响谈判药品配备、使用。

此外，在公立三级医院考核中，也将涉及国谈药品有关的考核项目进行了优化，尤其是将医疗收入增幅这个指标细化到住院及门诊，国谈药物几乎是赦免了这这些指标的考核，消除了医疗机构用药鼓励，为推动国谈药品落地创造了良好条件。

国家卫生健康委在《国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020版)》中，在指标 37"医疗收入增幅"中，增加延伸指标，即剔除有关项目后的医疗收入增幅，国谈药品和中药饮片费用不纳入医疗收入增幅考核指标。近期发布的《操作手册(2022年版)》，继续将剔除国谈药品收入项目纳入指标 37“医疗收入增幅”的延伸指标中，并应用于指标 38"门诊次均费用增幅"、指标 39"门诊次均药品费用增幅"、指标 40"住院次均费用增幅"、指标 41"住院次均药品费用增幅"等多个指标。

在充分调动医疗机构配备谈判药品主动性、积极性方面，该函件显示：

一方面，指导各地加强协议管理，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；科学设定医保总额，综合考虑新版目录药品增减、结构调整、支付标准变化以及实际用药量等因素，对医疗机构年度医保总额做出合理调整，对实行单独支付的谈判药品，可不纳入定点医疗机构总额控制范围；对实行 DRG 等支付方式改革的病种，及时根据谈判药品实际使用情况合理调整该病种的权重。

医保部门将国谈药品的配备纳入医保协议并与考核挂钩的话，势必取消医疗机构用药的顾虑；此外，部分高值谈判药品进入单独支付之后，不受医保总额控制，并在实施 DRG/DIP 时，将系数和分值提高，都是在医保政策上推动医疗机构及时配备国谈药品。

[返回目录](#)

以案说法 | 医保机构能否抵扣医疗机构违规报销费用？

来源：中国劳动关系学院法学院

案例

2016 年至 2019 年，某县医保中心与某医院按年签订了《基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》，将该医院作为职工医保和城乡居民医保定点医疗机构，并就医药费用结算、违约责任等作出具体规定。经监察机构、原卫生计生委、检察院调查确认，截至 2017 年 6 月，该医院违规开展医疗项目，并违规报销医疗费用，应追收余款 476 万余元。医保行政部门因此两次向该医院出具通知，要求该医院

向医保中心退还违规报销费用。因该医院未主动退还违规报销费用，医保中心自 2017 年 10 月份开始扣留该医院垫付的医保费用。双方因此发生争议，医院以医保中心行政行为违法、应返还垫付医疗费并赔偿损失为由，提起行政诉讼。

审判

一审法院认为，根据《社会保险法》第三十一条，医保中心与医院签订的医疗服务协议是以实现基本医疗公益性为目的，通过平等协商签署，以协议方式设立、变更或者消灭某种行政法上的权利义务的行为，属于行政协议，因此发生的争议属于行政诉讼受案范围。行政相对人与行政机关并非完全平等的法律关系，法律允许行政机关享有一定的行政优益权，由于协议相对人违规，行政机关可以根据实现公共利益的需要作出相应的处理决定。根据有关机关的认定，医保中心上级主管部门对原告发出两次追收通知，原告收到追收通知后既未提出异议又不履行通知内容，被告医保中心行使行政优益权，在违规款已报销给原告且目前双方仍存在医疗服务关系的情况下，通过扣留原告 2017 年 10 月份后应报销医疗费的方式进行追回有事实依据，亦不违反法律、法规的禁止性规定，且已扣留的款项尚未超过应追回的款项。判决驳回原告诉讼请求。该医院不服，提起上诉。

二审法院认为，依据监察建议、检察建议以及医疗服务协议，有关职能部门以通知的形式要求原告将违规报销款予以退还，而原告未提出异议又不履行，对此，医保中心通过扣留应报销医疗费的方式

追回应扣的款项，既有事实依据，也不违反相关法律、法规的禁止性规定，切合实际的操作方式，体现了行政机关的行政优益权。更为重要的是，此种“扣除方式”未对原告的合法权益造成侵害，因此，原告的诉讼请求不能成立。判决驳回上诉，维持原判。该医院仍不服，申请再审。

再审法院支持了一、二审法院意见，裁定驳回医院的再审申请。

评析

打击医疗机构违规使用医保基金、欺诈骗保行为，是保障基金安全、促进基金有效使用、维护公民医疗保障合法权益的必然要求，是加强医保基金使用监督管理的主要内容之一。在医疗机构已经违规报销医疗费的情形下，如何有效追回该医保基金，是医保执法的难点之一，本案的处理提供了一种可行的解决方案，可以予以借鉴。

一、违规报销医保基金追回的强制力不足

《医疗保障基金使用监督管理条例》第十三条规定，定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议的，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用。第三十八条规定，定点医药机构有“将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算”等情形的，由医疗保障行政部门责令改正。

《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条规定，经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取“暂停或不予拨付费用”“不予支付或追回已支付的医保费用”等处

理方式。上述规则的共同点在于，医保机构尚未支付医保费用时，其对医疗机构有较强的制约力；但如果已经支付医保费用，且医疗机构拒绝配合时，医保机构如何向医疗机构追回已付医保费用，存在难点。由于医保机构属于行政主体，难以作为原告通过诉讼方式解决，由医疗保障行政部门处理，亦存在同样的问题。

二、行政决定及其强制执行

医保服务协议的法律性质通常被定性为行政协议，针对上述难点，根据《最高人民法院关于审理行政协议案件若干问题的规定》第二十四条规定，医保机构可以对医疗机构作出退费催告，经催告后医疗机构仍不履行的，医保机构或者医疗保障行政部门可以作出限期履行的书面决定，并告知医疗机构申请行政复议或者提起行政诉讼的权利，医疗机构收到书面决定后在法定期限内未申请行政复议或者提起行政诉讼，且仍不履行的，医保机构或者医疗保障行政部门可以向人民法院申请强制执行该决定。该程序的主要问题在于，是否同意进行强制执行，决定权在法院；如果法院拒绝实施强制执行，行政主体将难以进一步处理。此外，即便法院同意实施强制执行，对行政主体的法律文书质量、送达程序也会提出较高的要求，占用较多的行政资源和司法资源，并非高效率的处置方案。

三、抵销能否作为公法之债的消灭方式

在本案中，医保机构从其应当支付给医疗机构的医保基金中扣减医疗机构应当返还给医保机构的资金，具有高效追回医疗机构违规报

销的医疗费用的优势，但严格来说，这一做法并无明确的医保法律依据。那么，医保机构的这一做法是否具有合法性？

医疗机构应当返还其从医保机构违规报销的医疗费用，即医保机构有要求医疗机构返还一定金额的金钱的权力(权利)；同时，医疗机构对其垫付的被保险人就诊发生的医疗费用，有要求医保机构予以报销，即医疗机构有要求医保机构支付一定金额的金钱的权利。此种一方当事人要求另一方当事人为或不为一定行为的权利，在民事法律中被称为债权，即债。从债权的特性来看，其在医疗费用给付(报销)中同样可以适用。医疗机构可以对患者享有债权，如要求患者给付自付的医疗费用；患者也可能对医疗机构享有债权，如要求医疗机构返还多收的医疗费用。将上述医疗机构要求医保机构给付金钱(报销医疗费用)的权利以及医保机构要求医疗机构返还违规报销资金的权利称为债权，在理论上是可行的。只是在我国法律体系中，基本医疗保险法律法规更多属于公法规范，因而此种债权应属于公法之债。

我国《民法典》第五百五十七条规定，“债务相互抵销”的，债权债务终止。即抵销是债终止的法定方式之一。其第五百六十八条规定：“当事人互负债务，该债务的标的物种类、品质相同的，任何一方可以将自己的债务与对方的到期债务抵销；但是，根据债务性质、按照当事人约定或者依照法律规定不得抵销的除外。”在本案中，医保机构与医疗机构对对方所负的债务，标的物为金钱，因此种类、品质相同，且均已到期，亦不属于不得抵销的情形，因此从理论上来说，

医保机构可以单方主张其对医疗机构的债务与医疗机构对自己的债务进行抵销。前述司法解释第二十七条第二款规定：“人民法院审理行政协议案件，可以参照适用民事法律规范关于民事合同的相关规定。”据此，也应当认为，基于行政协议而产生的债务，可以适用民法的抵销制度。

[返回目录](#)

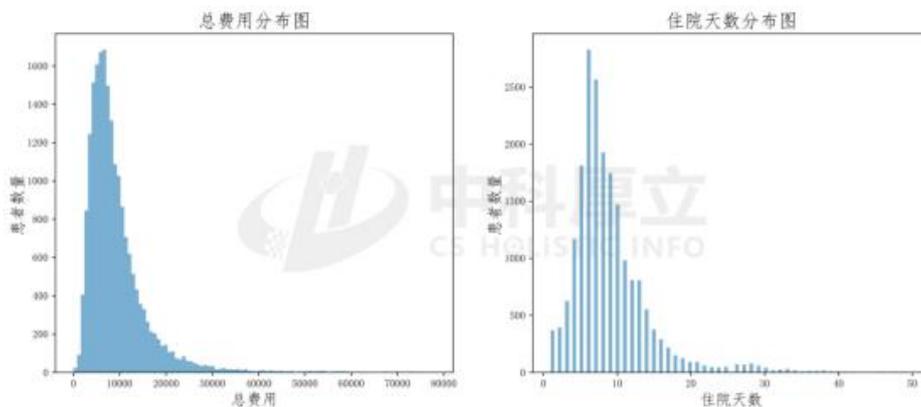
• 医院管理 •

医疗数据中离群值对医院运营管理的影响分析

来源：厚立医视野

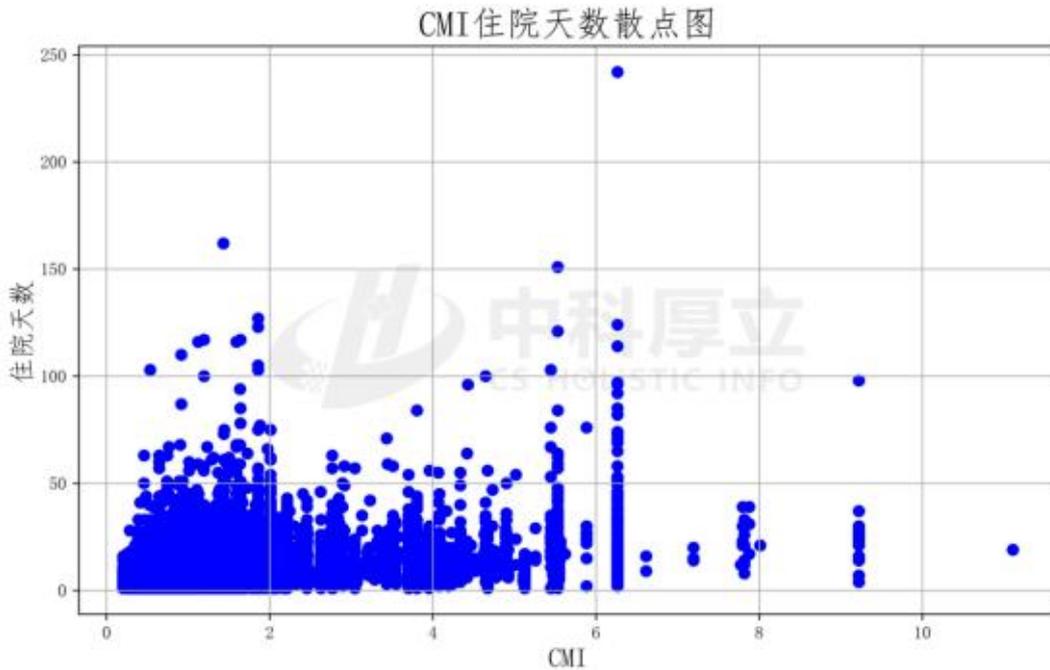
1、医疗数据中的假象

医疗数据分析中，数据分布通常呈长尾现象(右偏分布)，例如总费用、药品费、耗材费、住院天数等；多维分析发现小部分数据不在群体中，它们远离群体，成离散或者小群体。数据的这种特征导致在统计指标中出现较好或者较差的假象。



图源：中科厚立

例如 O/E 值、均值、方差、相关系数等，给医院的运营管理带来麻烦。这些小部分远离群体的数据在统计学中称为离群值(或者离群点、离群数据)。

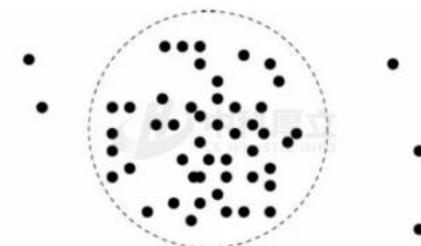


图源：中科厚立

什么是离群值?

离群值(outliers): 被称为歧异值, 在某个数据集中与绝大部分数据存在明显差异的数值。

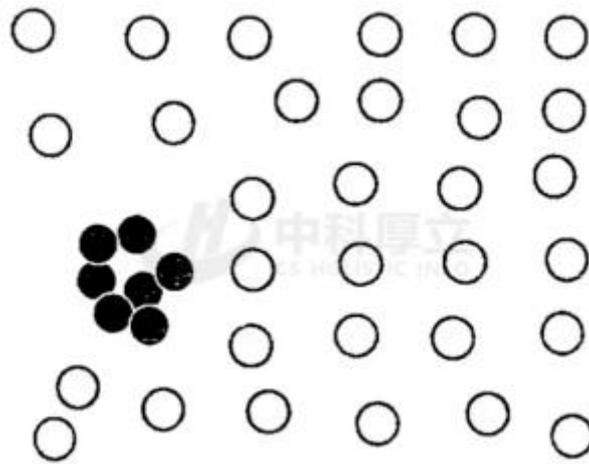
按照数据的表现形式, 离群值可分为全局离群值、集体离群值、情景离群值。



图源：中科厚立

全局离群点：是整个数据集中表现最为异常的数据点，它和其他数据的表现行为有着显著的差异。

集体离群点：这类离群点一般通过聚类的方法将一些点划分为一簇，与同数据集中的其它数据点或者数据簇相比，均存在明显差异，那么此类簇被称为离群簇。



图源：中科厚立

情境离群点：又称条件离群点，顾名思义需要在特定的环境下，参照给定的条件来判断是否为离群点。例如姚明的身高在普通人中可算作离群点，但是在 NBA 球员则不是离群点。

离群数据如何产生？

客体异常行为导致，例如，患者不按规定的时间出院，患者要求使用高质耗材、药瓶等。

数据收集过程中产生误差，例如，患者年龄填报错误。

数据内在机制造成，例如，全院患者资源消耗统计，某些病种患者资源消耗本身远高于群体。

2、医疗数据中离群值的影响

医疗数据中离群值的影响体现在很多方面，例如对患者资源消耗统计、医生绩效评价、科室成本分析、模型训练、医院决策等，下面举两个简单例子。

①资源消耗评价

选择某个MSDRG下的患者数据，统计各医院去离群值前后总费用O/E值差异，绘制柱状图，如下所示，可以看出去离群值前后总费用O/E值差异显著，去离群值后O/E值略小是合理的(实际值长尾现象消失)，体现真实的医疗管理水平。



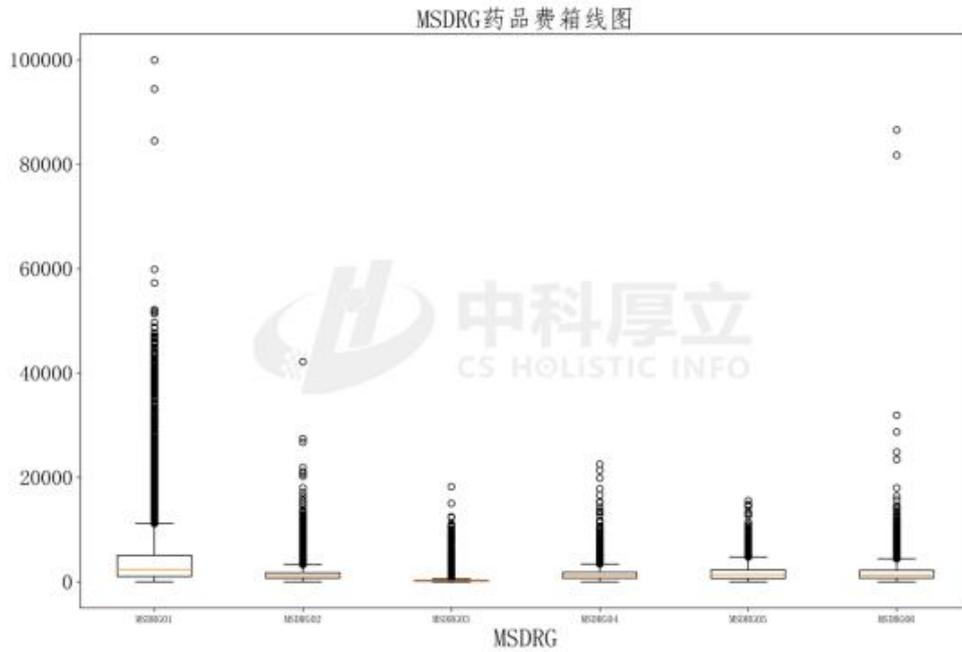
图源：中科厚立

医院名称	患者数量	O/E	O/E_去离群点	浮动
医院035	1330	1.98	1.44	27%
医院043	639	1.30	1.07	18%
医院051	51	1.79	1.48	17%
医院001	11647	1.33	1.15	14%
医院027	1988	1.21	1.08	11%
医院002	11082	1.37	1.23	10%
医院017	3088	1.28	1.17	9%
医院025	2026	1.30	1.19	9%
医院040	1117	1.41	1.32	7%
医院032	1446	1.50	1.41	6%
医院023	2666	1.14	1.07	6%
医院033	1429	1.48	1.40	6%

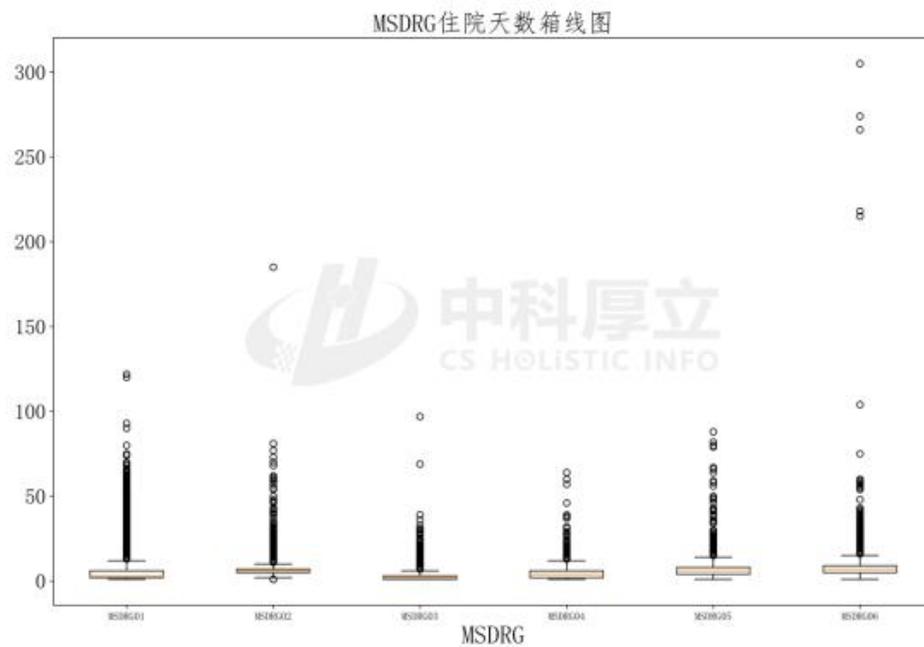
图源：中科厚立

②常用指标影响

区域数据按照 MSDRG 绘制药品费、住院天数箱线图，如下图所示。可以看出数据存在小部分极大值，部分患者住院天数超过 100 天，这些离群数据会影响总体均值统计。



图源：中科厚立



图源：中科厚立

MSDRG	患者数量	药品费均值	药品费均值_去离群点	浮动	住院天数均值	住院天数均值_去离群点	浮动
MSDRG01	79844	3581.27	3073.65	14.17%	4.63	3.86	16.56%
MSDRG02	68192	1429.36	1274.57	10.83%	6.56	6.27	4.35%
MSDRG03	62345	328.69	238.06	27.57%	2.27	1.97	13.51%
MSDRG04	37435	1394.58	1271.99	8.79%	4.65	4.22	9.25%
MSDRG05	34583	1629.72	1489.03	8.63%	6.16	5.64	8.42%
MSDRG06	33507	1661.59	1490.18	10.32%	7.50	6.87	8.40%

图源：中科厚立

离群值对医疗数据的影响严重，甚至可能会误导医院运营管理方案，因此在医院的数据统计分析中，离群点检测是必要的步骤。

3、离群点检测

离群点的检测方法很多，下面介绍三种常用的检测方法：

①基于统计算法

设置离群点标准检测法，例如：分位数(箱线图)、(3倍标准差)、正态分布、F分布等。了解数据背景知识的条件下可选择该方法。

②聚类分析算法

密度聚类法(DBSCAN、K-means)，假设正常数据是聚集在一起的、稠密的，通过聚类算法识别离群点。该方法需要设置合适的聚类参数，不同的参数检测结果存在差异。

③分类算法

将正常数据、离群数看做不同类别，通过分类方式识别离群点，常用分类方法有逻辑回归、K近邻、决策树、神经网络。该方法需要提前知道哪些数据是离群数据，给数据打标签(分类)，然后训练模型建立分类器，新数据可通过分类器识别离群点。

4、结语

医疗数据离群值无处不在，准确的统计分析结果基于优质的数据

源，因此识别离群点是重要的，通过对数据不断的挖掘、提炼才能获得高质量数据。DMIAES 系统可以在医院运营管理中做到精细、精准，底层有效的数据清洗算法功不可没。

[返回目录](#)

2023 迎来复苏，民营医疗仍需直面的九大问题

来源：诊锁界

2022 年是魔幻与现实交织的一年，是社会办医行业壮士断腕的一年，在疫情管控措施放开，大力复苏经济的 2023 年，诊锁界观察到以下一些趋势，仍然将摆在各位社会办医从业者的面前，开元之势已现，仍需警惕“乍暖还寒”。

01 | 政策指向“规范发展”，社会办医分层明显、洗牌加剧

社会办医政策经历了 2009 年新医改“鼓励和引导”、2019 年的“促进持续健康规范发展”到 2020 年民营医院管理年“规范促发展、质量提内涵”，再到 2022 年十四五健康规划“促进持续规范发展”。“规范”成为新的强调重点，加上央企办医的强势介入，社会办医野蛮生长的时代渐行渐远。

尽管医疗市场策略显收紧，但一系列的官方文件措辞可见，国家在“鼓励支持社会办医”的大方向上并没有巨大调整，作为“补充”的定位在许多细节上越发清晰。主要在保持鼓励特色、特需医疗服务、稀缺专科、多层次需求、高水平医疗的风向，鼓励社会办医向规模化、连锁化、集团化(类似新加坡、欧美等地的民营医疗集团)发展。

经过近 10 年的市场运作成熟和政策方针鼓励，社区全科、儿科、中医领域出现了一批处于发展早期的新兴医疗机构，在妇产、眼科、口腔、医美等领域已经出现了一大批集团化、连锁化的社会办医机构，同样在心血管、肿瘤、脑科、精神等复杂专科，社会办医也出现了一些运营优秀的头部医疗集团。

同样我们看到，经过疫情洗礼、多轮监管、医保飞检、药品耗材集采等因素多重作用，社会办医、非公医疗圈中层次分化加剧，疫情三年，国内有不少于 2000 家民营医院倒闭、转让，整体亏损金额接近 1300 亿，许多社会办医被大集团、公立医疗体系收购，更有甚者难以出手只能倒卖设备回血。

02 | 差异化、集团化、基层化保持主基调

社会办医的生存之道，主旋律是围绕着定位“差异化”开展，从技术、特需、质量、服务、效率、价格、便捷、供应链、资本等多个优势维度去切入。展望 2023 年，民营医疗从业者仍能感受到差异化、集团化、基层化的宏大趋势。

“差异化、补充发展”依旧是民营医疗形态的发展核心。经历了疫情三年的诊疗量下降和存量客户竞争，公立医疗服务在体量、资金、人才上的优势持续膨胀，特需门诊与就医流程的持续优化，非公医疗在专科专病、特色需求、区位便捷度、诊前中后服务关怀、家庭式健康管理、保险支付平台成为更明显的差异化方向。

拥有巨大医疗服务网络的大型医疗集团正加快形成。随着更多私

立上市医疗集团的组建和筹备(如爱尔眼科、海吉亚、锦欣医疗等),加上中央企业同政府办医同等待遇等“第二国家队”的整合趋势明显,华润系、通用系、国药系有机会发挥供应链和医联体的协同优势,更强势地布局,但当前阶段重点仍在基层医疗和县域综合医疗、常见重症医疗中。

全面诊所备案制的推行,是为了更快扩大社会办医在基层的力量,一方面扩大基础型、常见型的社区医疗服务供给,如山西卫健委发布的“支持社会办医疗机构向基层延伸设置门诊部或诊所”。另一方面也强调基层医疗聚焦优势专科,“推动基层医疗卫生机构提供特色化的社区专科诊疗服务”。基层尤其是县域市场缺医少药仍然亟待解决。

03|存量客户共享：抱团取暖、业务聚焦、战略延伸

基础型、综合型的医疗服务供应正在被越发完善的公立医疗网络覆盖,越来越多的公卫社区卫生中心、投入加码的乡镇卫生院,越发强劲的县域医院、三甲医院、地方龙头医院落成,并开始组建医联体。

在一二线城市优质医疗资源逐渐趋于饱和,但在三线以下城市和广大县域地区,在政府财政支出难以覆盖的专业医疗领域内,综合型医疗机构,更需要依靠客户信任度、医疗性价比以及综合服务效率取胜。

在社会办医活跃领域中,已经出现了大规模存量客户群共享、不同服务类型机构的异业合作,在成都的社会办医圈中,第三方影像中

心、脊柱诊所、中医诊所、儿童医院之间可互相转诊客户，共享核心资源。

基于业务发展协同和核心客户圈的共享，许多医疗机构在不同程度上开展了资源和形态的合作共建、并购重组。如唯儿诺儿科联合美和眼科、企鹅杏仁收购正夫口腔、固生堂中医收购养老院和护理院、希玛眼科并购爱康健口腔、诺亚医疗在广深地区收购口腔门诊等。

04|新型医疗机构集中爆发，百花齐放、开元之年

妇儿门诊是新型医疗连锁机构的先锋，近年来新型机构的崛起风潮扩大至产后康复、运动康复、轻医美、眼视光、植发养发、辅助生殖、新中医等领域，医疗服务行业迎来“百花齐放”的新纪元。

大批传统整形美容医院开始布局轻医美连锁诊所；大量眼科医院集团加码眼视光中心、眼科诊所的门店投入；以AI 中医突破口的问止中医、慈脉中医等，以美业转型的轻连锁加盟式新中医榕树家，以智慧糖尿病健康管理模型快速布局的优唐健康、以专科产品切入的问兰烧伤专科连锁；以传统药业上游为代表的有中达控股旗下的“友倍亲中医诊所”、云南白药旗下“瑞云臻”医美门诊等，此外还有一批心理门诊、儿童康复门诊、睡眠门诊、肥胖内分泌门诊、糖尿病门诊市场也在初步萌发中。

05|中高端外资医疗分化、本土深化

社会办医早期代表之一是外资医疗，但近年疫情和国际形势的变化，让部分海外基金收缩了战略投资布局，一方面面临水土不服或运

作不善，如新加坡富乐医疗、鹰阁医疗等已退出中国内地市场，内地首个上市全科诊所具有新加坡医疗背景的新宁医疗退出新三板挂牌交易，将门店收缩控制在江苏地区；另一方面，老牌中高端医疗代表开始深化国内市场调性，在医疗服务价格和重点科室策略上做出调整，如和睦家医疗、嘉会医疗等已经接入医保定点服务，开启医保商保并行时代。

06|消费复苏，基层医疗市场面临养生保健业态挑战

疫情加速了国民的健康意识教育，更加关注个人的日常健康保健，尤其是疼痛管理和健康体征监测领域，而国民的医疗健康消费占比升至 8.60%。

而大健康产业中保健机构、健康管理机构、医药零售机构在快速铺设线上渠道和线下门店，广大基层医疗机构因自身高成本、高门槛、重投入、难营销的属性难以实现快速连锁，存在被快速扩张的非医疗级理疗馆、养生馆、美容院、月子中心、健康管理中心、营养中心等传统保健机构瓜分客群的风险，在 2023 年这种趋势将加剧，并对基层医疗机构形成挑战。

07|居家医疗、养老护理、妇儿健康仍处市场潜伏期

2023 年初国家统计局数据显示，中国首次出现人口负增长。一方面老龄化加剧，国内 9073 格局尚未实现，聚焦在家庭场景的医疗服务仍然处于早期蓝海阶段。国内部分头部全科医疗机构和民营社区卫生服务中心开始探索居家医疗、居家护理业务，在长护险等地方政

策的加持下，居家医疗、医养结合、护理站等形态将得到市场和政策的双向验证。

妇儿健康仍是需求端重点，女性拥有较大家庭就医抉择权，儿科医疗供需矛盾尖锐，妇女和儿童的健康都直接决定了家庭幸福感。在生育率和新生儿人口下降的当前，政府将出台相关利好政策和补贴等综合举措稳定生育率。

居家医疗、养老护理、妇儿健康都存在多个年龄阶段、多层次需求，市场还未及爆发期，2023 仍然将是社会办医市场布局和验证之年。

08|上游整合趋势加强，产业资本成“香饽饽”

传统从事医药流通、制药工业、医疗器械研发、医用耗材、生化检验等领域的上游企业，开始直接布局下游，具备集中采购、降低成本、渠道广阔、资金充足的供应链优势。

如欧姆龙健康与社区合作铺设健康驿站、依视路陆逊梯卡在中国开设首家 LensCrafters 眼视光中心、OK 镜龙头欧普康视新建眼科诊所&视光中心、平安集团从上游险企全面转型以医疗核心驱动、泰康集团大力布局独立泰康口腔品牌，太平洋保险集团直推“申源康复”品牌……

09|公立医疗贯彻高质量发展，民营医疗在窗口期匍匐

多方释放积极信号，多位医疗管理人员预测，2023 年医疗服务行业诊疗量有望恢复至 2019 年水平，但在解除就医流动限制后，省

会和中心城市的传统三甲医院将恢复诊疗和就医秩序，2023年初多地宣布大型院区开始院区合并、迁址、增效、专科建设等贯彻高质量发展举措，释放了强势信号。

在疫情三年间树立了客户信任基础和公信力的民营医疗机构，发挥自身优势培育了就医习惯转变迭代的优质客户，在2023年的复苏期中，“强者恒强”的马太效应初步显现，开启对区域内优质机构的赋能与并购。而未能树立良好患者信任度和口碑的医疗机构，在流动秩序恢复和公信力强的公立医疗机构就医选择中，在民营医疗同行的竞争中会逐渐被淘汰。

整体而言，广大民营医疗机构仍然处在大环境变动之下的动态窗口期间匍匐进退，疫情阴霾将散，曙光即现，开元之势已现，仍需警惕“乍暖还寒”。

[返回目录](#)

• 智慧医疗 •

物联网智慧医疗的基于和挑战

来源：东胜物联

“互联网++智慧医疗”使得先进的互联网+技术与医疗改革跨界融合，给健康产业带来生机。近年来，随着信息技术的发展，以互联网+为依托的健康教育、医疗信息查询、电子健康档案、电子处方等多种形式的医疗健康服务正在悄然改变着传统的医疗服务模式，互联

网++医疗开启的智慧模式，正在走进你我身边。而随着“互联网++”的落地实施，互联网+与各个行业的融合逐步加深。而“互联网++智慧医疗”使得先进的互联网+技术与医疗改革跨界融合，给健康产业带来生机、活力和新的发展机遇。

国内智慧医疗正在实践取得有效进展

关于智慧医疗的讨论很多，它是通过高端物联网、传统和移动互联网+、大数据及云计算技术，基于健康档案区域医疗信息平台，有效实现以患者为中心，患者、医务人员、医疗机构、医疗设备四方联动的医疗服务模式。

从阶段运行角度，智慧医疗分为数据获取、知识发现、远程服务三个阶段。三个阶段循环往复，且分别由物联网技术、大数据技术以及云计算技术作为核心支撑；从组成部分角度，智慧医疗分为智慧医院系统、区域卫生系统、家庭健康系统三部分；从管理对象角度，智慧医疗分为患者/普通人管理、医护人员管理、医疗器械/医药用品管理；从受众诉求角度，智慧医疗于公众而言是更便捷、优质的服务体验；于医疗机构而言是更高效、低成本的运营模式；于医务人员而言是优化自身价值的职业提升；于监管机构而言是更科学、可靠的决策支持；于投资商而言是获得正当的利益反馈。

智慧医疗的市场潜力巨大

据前瞻产业研究院报告预测，到2020年，我国智慧医疗建设规模将超过1000亿元。借助互联网+发展趋势，智慧医疗也在飞速发展，

市场潜力巨大。第一，庞大的人口基数和市场缺口奠定了我国智慧医疗的巨大发展潜力。中国人口占世界人口的 22%，拥有 98 万家医疗卫生机构，每年 73 亿人次的诊疗量。然而，我国医疗卫生资源仅占世界的 2%。第二，我国大数据及互联网+技术与全球同步，特别是医疗领域拥有较有力的技术支撑。第三，智慧医疗能够智能响应各方需求，缓解我国紧迫的医疗问题，如医疗资源分配不均、医疗系统间信息共享性差、居民就诊不便或费用高昂、医患冲突频发、医保制度不够完善等，易获国家政策支持。

智慧医疗也存在诸多问题

(一) 互联网+及数据安全存在隐患

智慧医疗的建设过程中会产生海量数据，包括个人健康信息、医护人员工作信息、药品设备信息等，存在较大的安全隐患。然而，目前国家层面的相关法律和政策还不尽完善，如有关病历资料保护的律或文件（《刑法》《侵权责任法》《医疗机构病历管理规定》等）中多为宣示性条款，可操作性较差。

(二) 高新技术有待突破

智慧医疗由物联网、大数据、云计算等众多高新技术作为运作核心，因此任何相关技术方面的突破都将对智慧医疗的发展起到举足轻重的作用，包括 FRID 等智能感知技术、3G/4G 等信息互通技术、云计算等信息处理技术。具体问题，例如如何能够长期精准地采集数据；网络传输如何实现安全稳定；如何实现身份认证、责任可溯；如何建成

高拓展性、高容错性、满足不同存取访问需求的数据平台以适应高速增长医疗数据规模等。

[返回目录](#)

如何利用物联网实现智慧医疗

来源：健康界

智慧医疗已来，未来发展将何去何从？智慧医疗是未来医疗的发展趋势，是解决当前医疗问题的主要途径。作为智慧城市战略的重要组成部分，企业和个人都非常重视智慧医疗的建设，投入了大量的人力财力推动智慧医疗发展。

智慧医疗是什么？

智慧医疗是利用先进的物联网技术、计算机技术及信息技术等实现医疗信息的智能化采集、转换、存储、传输和后处理，及各项医疗业务流程的数字化运作，从而实现患者与医务人员、医疗机构、医疗设备之间的互动，逐步达到医疗信息化。

智慧医疗由远程医疗、智慧医院、移动医疗设备等多个方面构成，我国智慧医疗发展较晚，多数还处在试点和起步阶段。不过在远程医疗方面，我国的发展比较快，比如可实现病历信息、病人信息、病情信息等的实时记录、传输与处理利用。不过整体而言，我国智慧医疗发展还有很大的发展空间可挖掘。

发展智慧医疗的原因

发展智慧医疗是由我国医疗行业现状以及国情决定的，现阶段我

国看病难看病贵、医疗资源分布不均、医院管理混乱、医患关系紧张等问题并没有得到有效解决。往往很多时候都是大医院人满为患，排队半天还不一定可以就诊，而小医院却门可罗雀、无人问津，整体的医疗水平还有待提高。

智慧医疗的发展可以优化医疗资源，提升患者就医体验，促进我国医疗行业健康稳定发展。通过智慧医疗，患者只需一个手机即可完成挂号、看病、拿药的所有流程；工作繁忙时，手机会准时提醒患者吃药；戴上智能健康手环，专属医生会马上知道你的健康信息，并为你提供治疗建议；随时随地即可享受贴心的医疗服务。

智慧医疗发展的重点在哪？

发展智慧医疗的重点是什么？有人说是医院，也有人说是患者，还有人说是医生。其实智慧医疗作为一个整体的网络，三者都非常重要。智慧医疗的重点是将医疗服务对象、手段、过程、管理等数字化，而且能够实现医疗信息资源的交换、共享，实现服务的互联互通，同时实现智能化的技术创新。

发展智慧医疗应该以患者为中心，缩短患者候诊时间，提升患者就医体验；注重医生培养，在提升医生专业能力的同时，加强对道德素质的培养，改善医患关系；全面优化医院资源，建设智慧医院，通过物联网平台实现对医疗设备和药品的管理和监控。

发展智慧医疗的方向

智慧医疗发展与物联网技术的应用密切相关。物联网将医院、医

生和患者有效连接起来了，形成了一个巨大的网络，实现了医疗信息的采集、传输和处理。因此发展智慧医疗我们应该在物联网以及物联网卡上多下功夫，主要有以下几个方面：

1. 实现全面感知。通过 RFID 技术、物联网卡、条码技术、医用传感器技术对医患、医疗器械、医药等进行标识与智能识别，实现对信息的快速采集。

2. 确保稳定传输。采用优质的物联网卡，将采集而来的信息通过物联网进行安全稳定的传递，并在物联网云平台实现有效交互。

3. 科学处理信息。运用云计算、大数据等先进技术对医疗信息进行分析处理，挖掘出其中有价值的信息，制定科学的治疗方针。

4. 连接物联云平台。智慧医疗不仅是单个医院信息的采集处理，还包括物联网内医院之间信息的共享，以及技术的交流合作。

物联网时代，智慧医疗可以通过物联网技术的应用推广实现快速发展。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



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

☎ 电话：010-68489858