

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2023年第40期

(2023.10.02-2023.10.08)

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 ·

▶ [《卫生经济研究》：武汉市医疗服务价格指数测算研究](#)（来源：卫生经济研究）——第 6 页

【提要】1996 年发表的“医疗价格指数的编制方法”（以下简称“编制方法”）为各类医疗价格指数的编制提供了基础理论和方法，此后国内研究大多以此为基础，根据各地实际情况，对不同种类、不同范围的医疗价格指数进行测算。武汉市于 2019 年对医疗服务项目价格进行调整。本研究基于此次价格调整前后的医疗服务项目定价及收费频次数据，参考“编制方法”的价格指数计算思路，测算武汉市医疗服务价格指数，探索价格指数优化及应用方法。

▶ [国内医药市场销售快速复苏 二季度医院和药店市场销售数据浅析](#)（来源：中国医药报）——第 15 页

【提要】2023 年第二季度，中国医院和零售药店市场医药销售额均呈正向增长。其中，医院市场强势复苏，二季度的 MAT 总销售额同比增长 2.4%，恢复正向增长；零售药店市场增速持续走高，MAT 同比增长率达到 8.9%。

### · 医保动态 ·

▶ [医保局：常态化飞检，深化专项整治，六大领域或迎大动荡？](#)（来

源：Eshare 医械汇）——第 19 页

【提要】国家医保局首次召开例行新闻发布会，内容涉及国采落地情况与医保金监管工作。会上，国家医疗保障局办公室副主任付超奇，率先就今年 1-8 月医保基金的整体运行情况以及医保局近期出台的重要政策情况进行通报。国家医保局正在稳妥有序做好医疗服务价格改革工作，加强对地方医疗服务价格管理工作的指导和监督。可以概括为九个字“推改革、建机制、强管理”。

▶ [4 点建议，破解全民参保数据整合共享难题](#)（来源：中国医疗保险）——第 23 页

【提要】党的二十大报告中提出了“健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系”的发展目标。当前，我国已建成全球最大的基本医疗保障网，参保覆盖率稳定在 95% 以上，为保障居民享有基本医保权益发挥了重要作用，但作为医疗保障的基础性工作，全民参保数据整合共享机制尚不健全，无法有效释放数据资源中蕴含的巨大价值，支撑医保精准扩面等工作。为此应积极借鉴国内外有效经验，加快推动全民参保数据资源的整合共享。

## • 医院管理 •

▶ [智慧医院建设潮来临，公立医院开启信息化争夺战](#)（来源：医学界智库）——第 29 页

【提要】目前，全国各地的公立医院都在加紧推进智慧化建设，招标采购智慧医院产品和服务，招标金额从数百万元到上亿元不等。毫无

疑问，智慧医院建设正在成为继医联体、国家双中心建设后，当前医改的新趋势。

▶ [DRG/DIP 付费下“医保盈亏”医生绩效如何考核？](#)（来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究）——第 35 页

【提要】DRG/DIP 付费下，医生的绩效“不增反降”引发了医务人员的高度关注，上海某医生回应李某某的言论突破“5 亿”，DRG 食道癌付费亏损被扣 14000 元绩效流量刷屏。本讲主要围绕 DRG/DIP 付费改革是否导致医生的绩效下降的主要原因？如何才能确保 DRG/DIP 付费下医生的绩效不下降？

### • 医药专栏 •

▶ [定点取消距离限制，乙类药按甲类支付……药店如何拥抱政策红利？](#)（来源：医药经济报）——第 40 页

【提要】随着医保支付政策对院外市场的支持力度逐渐加大，零售药店如何实现经营增量才是关键。业内人士表示，监管部门出专门政策，让药店加盟规范化发展，对整个行业来说是件好事。国家针对药店行业出台很多政策，我国药店数量不断在增加，但对增量的贡献主要来自大型连锁药店。有了资本的介入，大型连锁药店对市场的布局增速，促使药店数量增长。而对于中小型连锁药店尤其是单体药店而言，则面临更多的挑战。

▶ [新版医保目录实施半年，进展如何？](#)（来源：每日经济新闻）——第 47 页

【提要】目前“国谈药”均为医保乙类药品。基本医保参保人使用这类药品时，需要个人先行自付一定比例，然后再按规定比例报销。现行国家医保药品目录协议期内“国谈药”共计 346 种，涵盖肿瘤、罕见病、高血压、糖尿病用药等多个治疗领域。2022 年国家医保药品目录于今年 3 月份实施。半年过去了，公众对于实施情况十分关注。

### • 中医药服务 •

▶ [面向人民生命健康 提高中医药健康服务能力](#)（来源：中国中医药报）——第 51 页

【提要】习近平总书记指出，“人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志。”中医药是几千年来中华民族健康养生智慧的凝结，为中华民族繁衍生息作出了巨大贡献。当前，人民的健康需要呈现多样化、多层次化发展态势，健康成为群众越来越关心的重大民生福祉。新发展阶段，继承好、发展好、利用好中医药，就是要面向人民生命健康，与时俱进提高中医药的健康服务能力。

▶ [经方派中医智能辅诊系统让基层百姓享优质中医服务](#)（来源：中国中医药网）——第 56 页

【提要】当前，完善基层中医医疗保障体系，缩小区域中医诊疗水平差距，推进优质中医服务供给公平是当下需要思考解决的重要民生问题。经方派作为中医学学术流派之一，以经方为切入点，研发构建中医智能辅助诊疗系统，将会大幅提升基层青年中医开方水平，让基层百姓享受优质的中医药服务，使中医智能辅诊真正落在实处。

## -----本期内容-----

### • 分析解读 •

#### 《卫生经济研究》：武汉市医疗服务价格指数测算研究

来源：卫生经济研究

2022 年国家医疗保障局出台《关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》，明确指出要编好用好医疗服务价格指数(MedicalServicePriceIndex, MSPI)，并逐步将其纳入本地医疗服务价格调整和管理指标体系。价格指数是反映一定时期商品价格总水平相对变动程度的重要工具，能够直观反映商品价格的变化。1996 年发表的“医疗价格指数的编制方法”(以下简称“编制方法”)为各类医疗价格指数的编制提供了基础理论和方法，此后国内研究大多以此为基础，根据各地实际情况，对不同种类、不同范围的医疗价格指数进行测算。

武汉市于 2019 年对医疗服务项目价格进行调整。本研究基于此次价格调整前后的医疗服务项目定价及收费频次数据，参考“编制方法”的价格指数计算思路，测算武汉市医疗服务价格指数，探索价格指数优化及应用方法。

#### 1. 武汉市医疗服务价格指数的测算方法

“编制方法”将医疗服务价格指数的测算大致分为调查与数据采集、指数编制两个步骤。

##### 1.1 调查与数据采集

在测算城市范围内医疗服务价格指数时，一般需要确定空间范围，明确调查对象和内容，并完成抽样设计。本研究使用的数据是武汉市医疗服务项目的统一定价标准数据，且收费数据涵盖90%以上二、三级医疗机构的总收费频次，由于缺乏根据医疗机构进行统计的数据，因此省去了从机构层面进行调查的环节。利用现有数据，本研究主要反映统一定价层面医疗服务整体价格水平的变动。

计算价格指数还需确定基期，并定期收集之后期间的价格数据。本研究整理了2018年与2019年武汉市医疗服务项目的价格数据，以2018年为基期，构建两年价格同比指数，反映2019年的医疗服务项目价格变动情况。

由于目前可获得的仍是医疗服务项目的收费数据，即各医疗服务项目的定价与收费频次，因此本研究测算的价格指数本质上是反映公立医院向患者提供医疗服务(不含药品)的价格变动。

## 1.2 指数编制

(1) 基本思路。“编制方法”将医疗价格指数划分为四类：一是小类指数，如挂号收入，包括急诊、初诊、复诊；二是中类指数，包括医疗或药品的门诊、住院指数；三是大类指数，包括医疗指数、药品指数；四是总指数。武汉市2019年医疗服务项目定价是基于2001版的《全国医疗服务价格项目规范》(以下简称《规范》)，因此本研究按照《规范》的分类标准，将各医疗服务项目作为独立单元，将综合医疗服务类、医技诊疗类、临床诊疗类、中医民医类作为四个类指

数，在类指数上再设总指数。通过建立分层的价格指数，反映各类医疗服务及总体的价格变动情况。相关计算公式如下。

项目个体指数： $k_i = P_{2019} / P_{2018}$

项目个体权重： $w_i = \text{项目收费金额} / \text{类总收费金额}$ ；小类指数： $a_j = \sum k_i w_i$

类权重： $W_j = \text{各类收费金额} / \text{总收费金额}$ ；总指数： $A = \sum a_j W_j$

需要说明的是，由于本研究获得的医疗服务项目收费频次数据是武汉市绝大多数二、三级医疗机构 2019 年的总收费频次，无法对二级和三级医疗机构的收费频次进行区分，故在测算价格指数时也选取二、三级医疗机构医疗服务项目的平均价格。

(2) 纳入的项目内容。根据 2019 年医疗服务项目收费数据，测算包含全部定价及收费数据明确的项目价格总指数。但由于医疗服务项目繁多，各地项目内容及分类并未统一，考虑到价格指数的普适性，本研究选择不同医疗服务项目的组合，从中选出与整体医疗服务项目价格指数最接近的组合，以相对较少的医疗服务项目反映整体的医疗服务价格变动。

## 2. 结果

### 2.1 武汉市 2019 年医疗服务项目定价情况

武汉市 2019 年定价明确的医疗服务项目共 8990 项，其中三级医疗机构 4480 项、二级医疗机构 4510 项，定价在 500 元以下的项目占 60%左右，定价在 1500 元以下的项目占 80%左右，定价高于 3500 元

的项目不足 3%。二、三级医疗机构医疗服务项目的价格区间分布大致相同(见表 1)。

表1 医疗服务项目的价格区间分布

价格区间 /元	三级医疗机构 医疗服务项目		二级医疗机构 医疗服务项目	
	项目数/项	占比/%	项目数/项	占比/%
[0,500]	2710	60.49	2788	61.82
(500,1000]	366	8.17	459	10.18
(1000,1500]	398	8.88	445	9.87
(1500,2000]	319	7.12	291	6.45
(2000,2500]	199	4.44	193	4.28
(2500,3000]	180	4.02	123	2.73
(3000,3500]	84	1.88	65	1.44
(3500,4000]	69	1.54	51	1.13
(4000,4500]	38	0.85	28	0.62
(4500,5000]	36	0.80	13	0.29
(5000,5500]	17	0.38	19	0.42
(5500,6000]	11	0.25	12	0.27
大于6000	53	1.18	23	0.51
合计	4480	100	4510	100

以三级医疗机构为例，分别统计四大类(综合医疗服务类、医技诊疗类、临床诊疗类、中医民医类)医疗服务项目价格的分布。综合医疗服务类项目价格主要集中在 100 元以下，大多为各类诊疗费、护理费、床位费、注射费等，种类有限，平均价格 41.86 元；医技诊疗类项目价格集中在 200 元以下，平均价格 104.68 元；临床诊疗类中 28%的项目价格在 150 元以下，其余在 2150~3000 元，平均价格 1421.84 元；中医民医类项目主要为中医外治、针刺、灸法、推拿等项目，价

格多数在 500 元以下，平均价格 161.04 元。

500 元以上的医疗服务项目主要是临床诊疗类，其中手术治疗类项目平均价格 2010.91 元(心脏及血管系统手术、神经系统手术的平均价格最高，分别为 4264.56 元、3426.32 元)。500 元以下的医疗服务项目主要是医技诊疗类，集中在医学影像、超声检查、检验类项目。

## 2.2 医疗服务价格指数测算结果

(1) 医疗服务项目价格总指数。数据清理后，共得到 3498 项具有明确定价和收费数据的医疗服务项目，据此计算得到武汉市 2019 年医疗服务项目价格指数为 126.67%，即医疗服务项目价格水平较调价前上涨了 26.67%。各大类医疗服务项目价格均有不同程度上调(见表 2)，其中，综合医疗服务类平均价格涨幅最大(57.64%)。临床诊疗类项目的单价往往较高，因此按照收费金额计算得到的权重较高，其价格变动对总指数的影响也最大。

表2 四大类医疗服务项目价格指数及权重

医疗服务大类	类价格指数/%	权重/%	总价格指数/%
综合医疗服务类	157.64	20.33	126.67
医技诊疗类	107.02	26.87	
临床诊疗类	124.72	48.73	
中医民医类	125.12	4.07	

在综合医疗服务类中，一般检查治疗、一般医疗服务的价格指数高于总指数，诊查费、护理费、抢救费、静脉输液费等明显上调(见表 3)。在医技诊疗类中，超声检查和检验类项目的价格整体下调，

价格指数小于 100%，两者的权重合计超过 50%；而权重较高的医学影像类价格指数为 139.62%，价格有所上调。对临床诊疗类项目整体价格影响最大的手术治疗价格指数为 134.56%，价格上调明显。其中眼部手术价格指数最高(181.64%)，麻醉类价格指数最低(112.12%)；男性生殖系统手术、内分泌系统手术、心脏及血管系统手术、泌尿系统手术、肌肉骨骼系统手术、造血及淋巴系统手术、体被系统手术、呼吸系统手术价格指数均高于 150%。中医民医类中，除中医外治类项目外，其他项目价格指数均高于 100%，整体定价上调。

**表3 四大类及亚类医疗服务项目价格指数及权重**

医疗服务 大类	亚类	亚类价格 指数/%	亚类权重 /%	大类价格 指数/%
综合医疗 服务类	一般医疗服务	131.99	40.83	157.64
	一般检查治疗	175.46	59.08	
	社区卫生服务及 预防保健项目	100.00	0.09	
医技诊疗类	医学影像	139.62	30.61	107.02
	超声检查	67.29	14.25	
	核医学	150.34	0.86	
	放射治疗	188.56	1.76	
	检验	87.31	45.03	
	血型与配血	105.18	2.15	
	病理检查	159.43	5.34	
临床诊疗类	临床各系统诊疗	110.09	28.12	124.72
	经血管介入诊疗	122.40	9.41	
	手术治疗	134.56	58.19	
	物理治疗与康复	92.13	4.28	

中医民医类	中医外治	78.27	19.21	125.12
	中医骨伤	144.78	16.16	
	针刺	124.53	25.23	
	灸法	132.74	2.38	
	推拿疗法	155.74	21.45	
	中医肛肠	122.80	7.88	
	中医特殊疗法	115.64	5.22	
	中医综合	121.38	2.47	

(2) 包含部分医疗服务项目的价格指数。按医疗服务项目收费金额由高到低，选择累计占比 90%、80%、70%直至 10%的医疗服务项目，依次计算价格指数，找出包含医疗服务项目少但价格指数与总指数最接近的项目数。结果显示，尽管具有明确定价的医疗服务项目数量众多，但实际高频使用项目不足 1000 项，占总项目数 16.87%的项目，其累计收费金额占总收费金额的 80%，以此计算的价格指数 (120.68%) 与使用全部项目计算的价格指数 (126.67%) 相差不大 (见表 4)。

**表4 包含部分医疗服务项目的价格指数**

项目累计收费 金额占比	项目数 /项	项目收费频次 累计占比/%	价格指数 /%
100%	3498	100	126.67
90%	924	99.53	122.85
80%	590	98.41	120.68
70%	339	95.33	117.58
60%	227	91.80	112.59
50%	143	80.29	117.11
40%	72	69.59	122.09
30%	39	60.65	123.37

20%	12	43.51	133.26
10%	2	13.87	113.11

### 3. 结论及讨论

本研究针对医疗服务价格指数的设计与测算是基于医疗服务项目的收费数据，即从政府对医疗服务项目定价角度，结合各医疗服务项目收费金额占比，评价医疗服务价格的变化情况。本研究显示，武汉市 2019 年的价格调整提高了医疗服务项目的整体定价，人力价值较高的项目(如一般医疗服务、一般检查治疗、手术治疗)定价均有明显提升，体现了对医务人员技术劳务价值的支持；而超声检查类与检验类项目价格明显下调。包含部分医疗服务项目的价格指数计算结果显示，随着项目数减少，对应的价格指数随之下降，但项目数减少到一定程度后，对应的价格指数又随之上升，可以推测武汉市收费金额位于前列的单项项目价格涨幅高于全部项目价格调整的平均水平。

医疗服务价格指数在国际上有较为广泛的实践应用。美国常见的有两种医疗服务价格指数，一是由美国医疗保险和医疗补助中心(CMS)计算的个人医疗保健平减指数(PhCdeflator)，二是由美国劳工统计局(BLS)计算的医疗保健指数(MCPI)。个人医疗保健平减指数依据BLS发布的行业特定生产者价格指数(PPI)估计值和部分特定行业CPI估计值计算。PPI估计值是根据生产者向消费者出售的商品和服务的销售价格计算的，反映个人自费和第三方支付的总体负担水平。与PhC平减指数不同，MCPI仅包含患者自费部分和个人对保费的支出，使

用消费者支出作为支出权重，只收集消费者自付的交易价格。

在此基础上，很多学者对医疗服务价格指数计算中的医疗服务项目选取规则进行了讨论。通常，选取特定一揽子医疗服务项目作为代表，衡量医疗服务整体价格的变化情况，一般分为固定篮子和不固定篮子两种情况，固定篮子即医疗服务项目组合和权重不随时间推移而发生变动，不固定篮子即根据医疗服务项目的实际提供情况计算。有研究认为，固定篮子无法反映价格变动导致的医疗服务项目使用转移情况，由此得出的价格增长情况可能被高估。关于医疗服务价格指数的一篮子项目具体应如何选择，在国际上缺乏统一的标准。根据本研究纳入部分项目的价格指数计算结果，随着项目数的减少，价格指数的代表性可能变弱；从可操作性和代表性方面综合考虑，计算医疗服务价格指数时纳入收费金额累计占比 60%~80% 的项目数，即可较好地反映整体价格情况。可见，将所选项目收费金额占比依次减少 10% 的方法，可以对选择合适的项目数进行较为粗略的判断。另外，也可将医疗服务项目按照收费金额从高到低排列后，从收费金额最少的项目开始，逐个减少纳入计算的项目并计算相应指数，直至找到项目减少一个，价格指数相较于使用所有项目计算的价格指数变化最大的项目数。需要注意的是，用此种方法筛选项目可能会忽略部分项目的临床价值。

## 4. 建议

### 4.1 动态调整医疗服务价格指数

价格指数是价格变动记录及评估的有效工具。要建立完善医疗服务项目价格制定、上报、评估、监测流程，实时监测、评估价格变动情况，做到“每变化有记录”“每周期有评估”，并选择部分典型项目动态计算、调整价格指数，适应医疗技术、医保政策等变化带来的影响。

#### 4.2 以成本为依据，合理调整医疗服务项目价格

理顺医疗服务项目的比价关系、体现医务人员的劳务价值是价格调整的关键目标。武汉市 2019 年的医疗服务项目价格调整已突出了技术劳务价值，但囿于目前数据的可获得性，本研究仅从定价角度评价武汉市医疗服务项目价格的变动情况，尚无法判断价格调整的合理性。判断医疗服务项目价格调整是否合理，需要从医疗服务价值、经济发展水平、医疗服务收费模式等方面进行综合考虑，其中医疗服务成本是首要考量因素。医疗服务成本一方面包含医务人员的劳务价值，需要体现医务人员的工作时长、技术难度以及潜在的风险；另一方面包含物耗成本，则需体现医疗服务提供过程中实际的资源消耗。因此，要将医疗机构的成本数据透明化，以医疗服务成本指数的变动为依据，合理调整医疗服务项目价格。

[返回目录](#)

### 国内医药市场销售快速复苏 二季度医院和药店市场销售数据浅析

来源：中国医药报

2023 年第二季度，中国医院和零售药店市场医药销售额均呈正

向增长。其中，医院市场强势复苏，第二季度的 MAT 总销售额同比增长 2.4%，恢复正向增长；零售药店市场增速持续走高，MAT 同比增长率 达到 8.9%。

### 医院市场强势复苏

《艾昆纬中国医院药品统计报告》显示，2023 年二季度，医院医药市场强势复苏，同比增速持续正向增长，总销售额(本文中销售额指百张床位以上医院的销售额，以医院采购价计算，下同)季度同比增长率为 11.0%。基于 12 个月 MAT 销售额(滚动全年数据——指定时间点往前追溯 12 个月的数据总和，此处指 2022 年第三季度到 2023 年第二季度的销售额)，第二季度的 MAT 总销售额同比增长 2.4%，相比一季度(-2.3%)恢复正向增长。

表 1 二季度医院用药十大治疗领域(按季度销售额排序)

排名	治疗领域	MAT 同比增长率
1	其他(中成药为主)	8.5%
2	抗肿瘤药和免疫调节剂	-1.3%
3	消化道和新陈代谢	-4.8%
4	全身用抗感染	6.7%
5	神经系统	1.3%
6	心血管系统	-0.6%
7	医用溶液	5.2%
8	血液和造血器官	2.8%
9	呼吸系统	9.5%
10	骨骼肌肉系统	-1.7%

从不同企业类型来看，跨国企业和本土企业第二季度的销售增长相比一季度均大幅回升。跨国企业二季度销售额同比增长 5.4%；本土企业同比增长 13.2%。跨国企业 MAT 年销售额同比下降 0.4%；本土企业 MAT 年销售额同比增长 3.6%。

纵观各大治疗领域，呼吸系统品类的季度销售额增速位列所有品

类第一，达到 24.0%，其 MAT 年销售额增长 9.5%。中成药在医院市场的销售额占比仍位列第一，但增速稍逊于呼吸系统品类，位列第二，季度销售额同比增长 21.0%，其 MAT 年销售额同比增长 8.5%。全身用抗感染品类销售额增速升至第三，季度销售额同比增长 11.6%，MAT 年销售额同比增长 6.7%。

表 2 二季度医院用药十大主要产品(按季度销售额排序)

排名	产品名称	MAT 同比增长率
1	舒普深	25.3%
2	恩必普	9.5%
3	加罗宁	-16.6%
4	特比澳	15.4%
5	宁可达	5.3%
6	贝林	5.9%
7	赫赛汀	-12.0%
8	安达唐	31.2%
9	泰瑞沙	2.7%
10	人血白蛋白	39.2%

数据来源:《艾昆纬中国医院药品统计报告》(≥ 100 张床位)

从产品的季度销售额来看，舒普深继续保持第一，恩必普和加罗宁仍分列第二、第三位。在排名前 10 的产品中，6 款产品来自跨国企业。

### 零售药店市场增速持续走高

二季度，全国零售药店医药市场销售额持续增长。根据《艾昆纬全国地级市市辖区零售药店统计报告》，二季度全国零售药店市场 MAT 同比增长率达到 8.9%，市场增速持续走高。OTC 和处方药仍占据零售药店市场销售份额的 91%，OTC 的销售额增速持续保持双位数。

从 IQVIA PharmaTrend™ 监测的 41 个重点城市医药市场表现来看，41 个重点城市医药产品销售额占据全国医药市场近六成的销售份额。按城市层级来看，各线城市医药销售额继续呈现正向增长。从

不同企业类型来看，本土企业依然占据 74% 的医药零售市场份额，份额及增速均高于跨国企业。

表 3 二季度零售药店非处方药和保健食品市场十大治疗领域(按二季度滚动年销售额排序)

排名	治疗领域	MAT 同比增长率
1	咳嗽、感冒和其他呼吸系统治疗药物	47.0%
2	维生素、矿物质和其他营养补充剂	-3.5%
3	消化系统和其他肠道药物	8.7%
4	镇痛类药物	9.9%
5	杂类	8.1%
6	皮肤用药	1.0%
7	滋补剂和其他刺激剂	-4.5%
8	泌尿生殖系统用药	-7.0%
9	眼部用药	5.6%
10	循环系统用药	1.2%

在零售非处方药和保健食品市场，中成药保持市场占比最大且带动市场整体增长，其 MAT 销售额同比增长率达 18.7%。西药 MAT 增长率为 12.9%。本土企业占销售总额的 86%，但增速略低于跨国企业。

纵观主要治疗领域，感冒咳嗽类、维生素矿物质类和消化系统品类销售额仍稳居非处方药和保健食品市场前 3 位置，其中感冒咳嗽类销售额增速最高，MAT 增长率达到 47%。

表 4 二季度零售药店处方药市场十大治疗领域(按二季度滚动年销售额排序)

排名	治疗领域	MAT 同比增长率
1	中成药	6.6%
2	心血管系统	-2.5%
3	消化道和新陈代谢	-9.5%
4	全身性抗感染药	27.4%
5	抗肿瘤和免疫调节剂	20.1%
6	泌尿生殖系统和性激素类	0.8%
7	呼吸系统	16.4%
8	血液和造血器官	-6.0%
9	中枢神经系统	-7.0%
10	骨骼肌肉系统	7.1%

数据来源:《艾昆纬中国零售药店统计报告》(IQVIA Pharma Trend National Audit) 全国数据

在零售处方药市场，西药仍占 77% 的市场份额，但 MAT 销售额增长率低于中成药。在处方药十大治疗领域中，中成药是最大的品类，

所占份额达到 23.5%；心血管系统用药、消化道和新陈代谢用药分列第二、第三位。全身性抗感染药销售额同比增速最高，达 27.4%。

[返回目录](#)

## · 医保动态 ·

### 医保局：常态化飞检，深化专项整治，六大领域或迎大动荡？

来源：Eshare 医械汇

国家医保局首次召开例行新闻发布会，内容涉及国采落地情况与医保金监管工作。

#### 01、通报医保金运行情况推进医疗服务价格改革

日前，国家医保局举行 2023 年下半年例行新闻发布会。

会上，国家医疗保障局办公室副主任付超奇，率先就今年 1-8 月医保基金的整体运行情况以及医保局近期出台的重要政策情况进行通报。

2023 年 1-8 月，基本医疗保险基金(含生育保险)总收入 20923.33 亿元。其中职工基本医疗保险基金(含生育保险)收入 14738.06 亿元。基本医疗保险基金(含生育保险)总支出 17864.77 亿元，职工基本医疗保险基金(含生育保险)支出 11257.30 亿元。

截至 8 月，全国 99%的职工医保统筹地区建立普通门诊统筹待遇，32.09 万家定点医疗机构开通普通门诊统筹结算服务，累计结算 13.14 亿人次，结算医保基金 1240.24 亿元；25 个省份的约 14.14 万

家定点零售药店开通了门诊统筹报销服务，累计结算 1.74 亿人次，结算医保基金 69.36 亿元。

此外，国家医保局价格招采司副司长王国栋，在会上还回答了记者对医疗服务价格改革工作的相关问题。

国家医保局正在稳妥有序做好医疗服务价格改革工作，加强对地方医疗服务价格管理工作的指导和监督。可以概括为九个字“推改革、建机制、强管理”。

目前唐山、苏州、厦门、赣州、乐山 5 个国家试点城市的调价方案已全部落地实施，总体运行平稳，医疗机构反映良好，新机制已初步建立。王国栋介绍，目前全国所有省份都建立了医疗服务价格动态调整机制。“我们重点向手术、中医等体现技术劳务价值的医疗服务价格项目倾斜，并推动检查、化验等以物耗为主的医疗服务价格的下降，实现有升有降。”据悉，目前全国所有省份都已完成 2022 年调价评估工作，大部分省份具备启动条件。

随着医疗服务价格改革成果的落地，高值医用耗材市场也迎来新格局。

## 02、第三批高值耗材国采落地情况

针对我国高值医用耗材价格虚高的问题，王国栋表示，国家医保局认真落实党中央、国务院决策部署，常态化制度化开展医用耗材集中带量采购。

第三批国家组织高值医用耗材集采中选结果已于 5 月份在全国

落地实施，共包括 14 个产品系统类别，覆盖颈椎固定融合术、胸腰椎固定融合术、椎体成形术、内窥镜下髓核摘除术、人工椎间盘置换术 5 种骨科脊柱类耗材。

中选产品平均降价 84%，预计每年可节约费用 260 亿元。当前，患者已经用上集采降价后的中选产品。

近期，医保局正积极推进第四批国家组织高值医用耗材集中带量采购工作，拟纳入人工晶体和运动医学两大类医用耗材。下一步，国家医保局将持续推进医药集中带量采购的扩面提质，坚持国家和地方上下联动、一体推进，加强集采执行过程精细化管理，真正让降价成效惠及广大患者。

9 月 14 日，国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布《国家组织人工晶体类及运动医学类医用耗材集中带量采购公告(第 1 号)》。

9 月 22 日，四川、内蒙古、山西三省已经率先发布了组织开展医疗机构报量的文件，其他省份也即将开展双品类耗材的带量采购工作。

### 03、常态化飞检，深入开展专项整治

此外，针对社会各界高度关注医保基金安全，国家医保局基金监管司副司长顾荣，详细介绍了近期基金监管工作进展。

今年上半年，全国医保部门共检查定点医药机构 39 万家，处理违法违规机构 16 万家，追回医保相关资金 63.4 亿元。2018 年以来

累计追回 835 亿元。近期医保局着重开展以下工作：

一是常态化开展飞行检查。

今年 8 月，2023 年度国家医保基金飞行检查正式开始。今年的国家飞检将覆盖全国 31 个省区市和新疆生产建设兵团，聚焦医学影像检查、临床检验、康复 3 个群众反映问题比较集中的领域。同时，首次将定点零售药店纳入检查对象。

截至目前，已先后赴贵州、陕西、四川、新疆、上海等 15 个省区市开展飞检工作。不少省份也参照国家模式开展了省级飞行检查，今年上半年省级飞检已覆盖 84 个地市的 488 家定点医疗机构、30 家医保经办机构，处理违法违规机构 298 家，追回医保相关资金 2.1 亿元。

二是深入开展专项整治。

国家医保局连续 5 年联合公安、卫健部门开展打击欺诈骗保专项整治，今年检察机关和财政部门也加入进来，联动惩戒优势更加突显。

今年的专项整治聚焦“骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗”等重点领域，聚焦医保结算费用排名靠前的重点药品耗材，聚焦虚假就医、医保药品倒卖等重点行为，力争做到查处一批重点案件、打击一批违法行为、规范若干专项领域。

三是积极推进大数据监管。

大数据监管是应对日益复杂监管形势、有效破解监管难题、不断提升监管效率和精准打击能力的重要举措。在去年工作的基础上，今

年我们在全国选取 11 个省区市和 53 个统筹区开展医保反欺诈大数据应用监管试点，鼓励各级医保部门创新运用大数据、人工智能等新技术，逐步构建起严密有力的大数据监管体系。同时，进一步积极推进智能审核和监控工作，力争尽快实现智能监管子系统在所有统筹地区全覆盖，形成全国智能监控“一张网”。

今年上半年，全国智能审核和监控拒付、追回医保资金 9.8 亿元。

四是持续强化社会监督。

今年上半年，全国医保部门收到举报投诉 2137 件，通过办理群众举报，追回医保基金 4233 万元，并处行政处罚 765 万元。同时，国家医保局曝光台及微信公众号公开曝光欺诈骗保典型案例 40 起，涉及违规资金超 6000 万元。五是加强长效机制建设。

围绕异地就医、DRG/DIP 支付方式改革、门诊共济保障改革等新形势新任务，深入研究针对性的监管方式，着力破解各类监管挑战难题。同时，加快研究起草《医疗保障基金使用监督管理条例》实施细则，不断提升监管专业化、规范化、法治化水平。下一步，国家医保局将继续加大医保基金监管力度，持续构建全方位、多层次、立体化的基金监管体系，切实守护好人民群众的“看病钱”“救命钱”。

[返回目录](#)

#### 4 点建议，破解全民参保数据整合共享难题

来源：中国医疗保险

党的二十大报告中提出了“健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、

安全规范、可持续的多层次社会保障体系”的发展目标。当前,我国已建成全球最大的基本医疗保障网,参保覆盖率稳定在95%以上,为保障居民享有基本医保权益发挥了重要作用,但作为医疗保障的基础性工作,全民参保数据整合共享机制尚不健全,无法有效释放数据资源中蕴含的巨大价值,支撑医保精准扩面等工作。为此应积极借鉴国内外有效经验,加快推动全民参保数据资源的整合共享。

### 一、全民参保数据整合共享现状及存在的问题

目前全民参保数据在跨部门、跨地区整合共享过程中仍存在一定障碍,具体表现为:

一是跨部门数据共享机制不健全,数据整合方式落后。表现为未参保人群的跨部门信息比对和共享存在一定壁垒,医保与人社、税务、民政、教育等部门之间的数据共享交换较为困难,特别是公安系统的人口数据难以获取,无法对未参保人员身份进行精准定位。即使在少数建立数据跨部门对接机制的地区,也多采取一次一议、临时拷贝的手工导入模式,存在较大安全隐患,可持续性不强。

二是跨地区数据整合共享不足,数据质量有待提高。在跨省重复参保人群核查中,大部分地区已经能够实现统筹区内部的数据整合,但对于常住地居民跨省异地参保状态,以及新业态从业人员的参保信息掌握不足,解决跨省重复参保问题还缺少精准发力点。与此同时,参保数据质量有待提高。例如,部分统筹地区反映职工医保的参保人数与社保系统(如基本养老保险系统)数据比对差异大;“未参保”、

“断保”原因信息项填写不全、不准，只是简单以“人户分离联系不上”进行归类。

## 二、影响全民参保数据整合共享不足的原因分析

多种因素的相互作用，导致了目前跨部门、跨地区间数据整合共享“不敢共享”、“不愿共享”、“不能共享”的困境。

数据整合共享的法律法规不健全，不敢共享。数据整合共享涉及数据来源方、数据管理方和数据使用方三类主体，但目前尚没有法律法规明确背后的所有权、管理权、使用权和收益权等权责义务。此外，部门管理者担心共享可能导致的数据安全隐患，导致不同地区、不同部门不敢共享。

数据整合共享的统筹管理机制待完善，不愿共享。受限于固有的体制瓶颈，对于政务数据的整合共享缺乏统一的管理机构和顶层设计。不同部门在全民参保数据采集、录入、共享中的权责不明确，导致了各方参与数据整合共享的意愿较弱，组织管理和协同效率低下。

数据整合共享的技术保障能力待提升，不能共享。全民参保数据分属于不同地区和部门，使用的信息系统架构不同，数据处理和存储方式均不同，技术保障支撑能力参差不齐，而且缺乏规范数据融通、共享、汇聚流程的统一标准规范，导致无法共享。

## 三、国内外政府数据整合共享的经验分析

国内外在政府跨部门数据整合共享中探索形成了成功经验，为全民参保数据整合共享提供有益参考。

基础数据库建设模式。即创建一个中央数据库或数据仓库，存储广泛使用的核心数据，如个人身份信息、基本人口统计数据等，供其他政府部门或公共服务机构访问。该模式优点是数据集中存储，易于管理和维护，安全隐患少。典型应用如新加坡建设的“全国人口数据中心”，包含了个人身份号码、姓名、性别、种族等应用最广的 20 项数据，供 40 多家公共服务机构使用，并根据具体情况设置使用权限。

统一组织运营管理模式。由政府建立独立的数据资源管理机构，负责管理、协调和监督数据共享活动，通过提供技术支持和管理规范，确保各部门间信息共享合规顺畅。该模式优点是有助于推动各部门在数据共享上保持协同合作。典型应用如深圳市政务信息资源共享平台，为各部门的数据共享提供技术支持。截至 2022 年，深圳市政务信息资源共享平台已接入全市 86 家市属单位和 11 个区，实现省市区三级平台互联，累计发布资源 13012 类、共享数据总量达 73 亿条。

数据交换标准模式。政府部门之间建立数据交换平台，通过制定数据交换协议和技术标准，实现数据的实时或定期共享。平台可以促进部门间的数据交流，提高政府内部协同工作的效率。典型应用如英国政府构建知识管理系统，为跨部门协同工作提供基础。再如湖北省宜昌市在构建“智慧城市”中，采取网格综合采集、部门交换共享相结合方式，建立了比较完备的数据动态采集、共享交换、关联比对、核查修正、一数一源等工作机制和交换标准。

技术保障能力模式。采取区块链、电子签章等新技术为数据交换提供信任和安全机制保障。典型应用如韩国利用电子签名和电子印章技术，将政府各部门之间的信息系统互联互通，建立信任管理机制。再如北京市 2019 年上线的目录链，将各级政府部门之间的数据共享关系固化在区块链上，并记录数据访问、修改和共享的历史记录，确保数据的完整性和不可篡改。目录链管理目录信息 50 余万条、信息系统 2700 余个，支撑数据安全共享 1 万余类次、数百亿条。

#### 四、建立全民参保数据整合共享机制的建议

聚焦全民参保数据共享中的“不敢、不愿、不能”的难点痛点问题，借鉴国内外实践经验，从完善制度设计、加强数据管理、做好技术保障、强化管理协调等方面提出建议，促进全民参保数据规范、有序、高效的整合共享和有效利用。

完善制度设计。只有通过政策制度的约束，才能保证数据的有效共享。为此，需要从政策制度层面明确公安、教育、民政等部门与医保部门之间的数据共享责任，加强协同推进、形成工作合力，以确保全民参保的数据整合共享推进有依据，落实有责任。建立不同各部门之间的权责划分机制，对数据的归属、利用、价值等问题进行明确界定。明确数据归属权、使用权和管理权，明确各方的相互关系和职责权利，消除数据提供、管理和使用部门的后顾之忧，促进政府部门之间积极参与数据整合共享工作。

加强数据管理。一是编制数据目录。梳理数据整合共享流程，编

制全民参保数据目录系统。根据对象属性将数据分为业务数据源、基础数据源、辅助数据源，制定不同的共享策略，防止信息泄露。二是建立数据动态更新机制。在建成全民参保数据库基础上，打通内外部数据接口，实现不同部门之间双向数据定期推送机制，及时更新数据。三是建立数据反哺机制。通过人工智能等技术对整合后的数据进行深度挖掘，在保证数据安全前提下，开拓应用场景，释放数据资源价值，反哺各部门获得数据整合红利。

做好技术保障。积极利用区块链、云计算、微服务等新一代信息技术，为数据整合提供更优方案。利用云计算技术构建集中统一的政务数据整合共享平台，实现多部门数据资源的集中存储。利用区块链技术可信安全、防篡改等特性，屏蔽各政府部门底层技术框架的差异，在保护数据安全的前提下实现多方协作的数据处理，解决“数据垄断”和“数据孤岛”问题。利用微服务的软件架构，对应用程序和服务进行拆分，建立颗粒度到每个数据项的标准接口，解决系统接口不统一，维护复杂的问题。

强化管理协调。建立与业务需求相匹配的数据整合共享管理机制，建立部门间数据整合共享的监督考核机制，压实各部门的责任，建立激励机制，督促和引导各部门加强数据共享。根据电子政务服务的便捷性、用户数量、风险和收益等评估标准，将各部门的共享效果划分为不同等级。通过数据资源整合，便捷参保服务、优化流程等方式，如“打包办”，网上“快捷办”等措施，提高居民参保意愿，利

用大数据技术精准筛查定位未参保人员，将参保宣传扩展到新业态从业人员应用最广泛、最频繁的平台网站和手机应用程序(APP)上，进一步夯实数据资源基础。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 智慧医院建设潮来临，公立医院开启信息化争夺战

来源：医学界智库

目前，全国各地的公立医院都在加紧推进智慧化建设，招标采购智慧医院产品和服务，招标金额从数百万元到上亿元不等。毫无疑问，智慧医院建设正在成为继医联体、国家双中心建设后，当前医改的新趋势。

#### 疫情催生，有医院豪掷数亿元

“智慧医院”诞生于“智慧城市”建设热潮中，提出至今已有十年有余，近年来，国家层面将智慧医院的建设提上日程，与公立医院高质量发展相关联，并制定了相应的等级评定。

2021年6月，国务院发布《关于推动公立医院高质量发展的意见》(下称《意见》)，提出要推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设和医院信息标准化建设，探索公立医院处方信息与药品零售消费信息互联互通。

自此，智慧医院上升到了公立医院高质量发展的战略高度。艾力

彼医院管理研究中心主任庄一强博士告诉医学界智库，新冠疫情三年来，线下就医在一定程度上受限，互联网医院取得蓬勃发展，全国各地的医院纷纷投入到智慧化的建设中。一批经济实力强的大医院，已经走在前列。

5月8日，四川华西第二医院落地“全流程无感就医”模式，患者通过刷脸就能完成挂号预约、入院登记、医保结算等全流程业务，有效解决因忘记带卡、忘记密码、卡遗失等原因造成的不便。同时，在“智慧医保专区”，还可以查询、打印个人参保信息及凭证、医保服务指南、异地就医备案、灵活就业及个人参保办理等。

今年3月，有着76年历史的福建省福建医科大学孟超肝胆医院迎来新院区开业，该院投资2700万建设智慧医院，上线多个物联网应用系统，如“输液监控系统”“无线体温监护系统”“生命体征监护系统”“药柜冷链管理系统”“医院环境监控系统”“围术期管理系统”“手卫生依从管理系统”等，覆盖智慧管理、智慧后勤等多方面。

据悉，该院“医院环境监控系统”“手卫生依从管理系统”上线后，可实时展示环境数据和记录手卫生依从情况，加强院内感控管理，从而避免因温湿度变化、新风不够而影响患者住院、医护人员工作的舒适度。此外，“围术期管理系统”可对患者围手术期全过程时间节点进行追溯管理，提高患者流转效率，提升手术室的利用率。该系统还能对手术室行为进行记录管理，为手术室精益化管理提供量化数

据。

开业仅一个月，孟超肝胆医院金山院区再度大手笔投入。4月11日，福州市发改委批复同意孟超肝胆医院金山院区斥资7.41亿用于后续能力提升，项目建设之一是医院信息化能力提升，资金由福州市财政与孟超肝胆医院统筹解决。

上亿元级别的投资可谓遍地开花。今年初，汕头市发改局连布了九大医疗项目智慧医院建设项目的建议书审批前公示，九大项目总投资超过14亿元。单汕头市中心医院的投资就达到了4亿元，包括汕大精神卫生中心、汕头国际眼科中心、汕大附属肿瘤医院在内的医院，项目的建设的上亿资金全由自筹解决。

### 地方政策助力

在智慧医院的建设上，四川走在前列。2019年，四川省卫健委发布第一版智慧医院评审标准，距今已有4年时间。该评审标准以原有《数字化医院评审标准》基础，共35项一级指标和143项二级指标，最高等级为五星。

根据《标准》规定，各级医院需要拿出不低于业务收入的2%作为信息化建设专项投入列入年度预算，保障智慧医院建设和发展。2020年，华西第二医院就通过了四星智慧医院评审，同时通过四星的还有华西医院。

2021年，华西天府医院开业，在建设之初就确定要按照电子病历评级7级和智慧医院5星的标准进行建设，分为智慧门诊、智慧病

房和智慧管理。智慧体现在全流程人脸识别就诊、机器自助发药和采血、床旁交互系统、智能输液系统和呼叫系统、病区远程探视系统、远程联合查房车，高清 4K 转播手术室等。

2022 年 4 月，四川省卫健委发布《公立医院高质量发展促进行动(2022-2025 年)》，提出到 2025 年，力争 60%的三级公立医疗机构建成三星级及以上智慧医院、20%的二级公立医疗机构建成二星级及以上智慧医院，市级及以上综合医院电子病历系统应用水平分级评价达到 5 级以上水平，县级公立综合医院达到 4 级水平。

各地纷纷以 2025 年作为时间线，电子病历和医疗信息互联互通水平是各地的重点行动方向。比如，湖北省提出，到 2025 年，全省二级以上公立医院电子病历应用功能水平分级达到 4 级以上；公立医院处方、药品追溯、医保结算、工伤医疗康复费用结算、医疗服务监管等信息互联互通；电子病历、电子健康档案、医学影像资料等信息共享；加快推进检查检验结果互认。

安徽省则提出，到 2025 年三级医院智慧医院覆盖率达 50%以上；2022 年建成安徽省影像云平台，覆盖全省二级以上公立医院，建成“安徽医疗健康云”。2023 年实现电子病历和电子健康档案居民授权调阅共享。

湖南省对电子病历的要求更高，提出电子病历系统应用水平达到 5 级及以上。

为提高公立医院建设智慧医院的积极性，2022 年 6 月，天津市

发布《公立医院高质量发展促进行动实施方案》，明确将电子病历系统应用水平纳入天津市三级医院评审标准实施细则。将电子病历系统应用水平达到3级和4级，分别纳入本市二级和三级医院评审标准实施细则前置条款。三级公立医院医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评应达到三级水平。到2025年，三级公立医院医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评应达到四级及以上水平。

### 建设仍在初级阶段

在行业人士看来，虽然近年来智慧医院发展取得了较大的进步，但整体处于初级阶段，且不同医院间的差距十分悬殊，仍有较大发展空间。

截止2021年底，全国共有1.18万家公立医院，三级医院超过3200家。2021年8月，国家卫健委医院管理研究所发布了《关于2019、2020年度医院智慧服务分级评估3级及以上医院结果公示的通知》（智慧服务最高5级），全国共有29家医院通过3级及以上评审，其中，中国医学科学院阜外医院是唯一一家通过医院智慧服务分级评估4级的医院。

2022年，国家卫健委发布《2021年度电子病历系统应用水平分级评价高级别医疗机构结果公示的通知》（电子病历最高8级），全国共有71家医疗机构在2021年通过了电子病历系统功能应用水平五级及以上评审，其中，北京清华长庚医院、北京天坛医院等11家医疗机构通过六级评审，当年无一家医院通过七级评审，既往通过七级评

审的医院只有 4 家，分别是北京的阜外医院、辽宁的盛京医院、上海的瑞金医院和广州的市妇女儿童中心。

2021 年全国二级公立医院“国考”成绩显示，电子病历平均级别仅为 2.59 级，有近三成医院电子病历系统功能应用水平级别为 2 级及以下水平，处于电子病历系统建设的起步阶段，有待实现部门间的数据共享；此外还有 6.75% 的医院电子病历系统功能应用水平分级为 0 级，即电子病历系统尚未建立，医院运行相关工作基本处于手工记录阶段。

2018 年发布的《电子病历应用等级评价管理办法及评价标准》提出，到 2020 年二级医院分级评价要达到 3 级以上，显然目前二级医院的电子病历水平不及预期。

庄一强告诉医学界智库，智慧化是当前医院发展的必经之路，也是未来医院能够变道超车的轨道。如果按照传统的医学发展路径，想要通过发展学科和提高医生能力来弯道超车非常难，“头部的教学大医院，不仅生源多，水平好，实验室又多，各种资源都不缺，普通的医院想要超越很难，路基本被堵死了。”医院的层级早已固定，而如果借助智慧医院的变道，原来的一些路径可能会被打破，第二梯队的医院如果在智慧化上做得好，可能会超越第一梯队。

在庄一强看来，医院发展智慧化“慢进则退”。不过，即使医院意识到智慧医院的重要性，如果没有实力，那也只是有心无力。智慧医院的投入相当“烧钱”，一些医院一年要投入数千万，几年累计下

来投入好几亿资金，这种级别的投资不是一般的医院能够负担得起，一些头部的大医院，本身有经济实力，管理者又有意识，那么智慧医院能够快速做起来。建设智慧医院，除非是有政府拨款，如果全靠医院自己投资，可能很多医院都只能达到低级别的智慧化。

庄一强表示，目前省市的医院做得比较好，智慧医院做得好不好，取决于两点，一是医院管理者要有战略眼观，“对于即将卸任的院长，可能就缺乏动力去做。”二是要有经济实力。目前有超过 4 成的公立医院都还处在亏损中，保生存才是这些医院首要任务，信息化才是后续考虑的事情。

[返回目录](#)

### DRG/DIP 付费下“医保盈亏”医生绩效如何考核？

来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究

DRG/DIP 付费下，医生的绩效“不增反降”引发了医务人员的高度关注，上海某医生回应李某某的言论突破“5 亿”，DRG 食道癌付费亏损被扣 14000 元绩效流量刷屏。本讲主要围绕 DRG/DIP 付费改革是否导致医生的绩效下降的主要原因？如何才能确保 DRG/DIP 付费下医生的绩效不下降？

上海某医生回应李某某的言论突破“5 亿”，DRG 食道癌付费亏损被扣 14000 元绩效流量刷屏，引发了社会各界的高度关注，对 DRG/DIP 付费地区的医生产生了较强的共鸣，抱怨和不理解情绪弥漫，到底是哪里出了问题？值得深入探究。

## DRG/DIP 付费为何影响到医生的绩效待遇？

我们都清楚 DRG/DIP 支付方式改革以前，医保部门是按照项目付费，医生处于主导地位，主要考虑的是医疗技术进步，犹如“医生点餐、医保买单”，对费用敏感度不高，与之相适应的绩效核算方式，主要是基于数量和价格激励导向为主，与项目多少 (RBRVS) 和收入相关联，多做项目和多收入绩效才能多得，不做项目医保不支付。

DRG/DIP 付费从后付费改为了事前预付制，犹如“医保先买单、医生自主餐”，给每个病种设定的收入“天花板”，超过预付费标准医院就要亏钱。分析一下 DRG/DIP 付费方式就会更加清楚。举例如下：

某病种医院实际医疗费用 3 万元，按照 DRG/DIP 归组后，医保结算标准为 2.5 万元。该病直接导致医院亏损额： $3-2=0.5$ (万元)

假如该病种医院实际医疗费用 2.2 万元，按照 DRG/DIP 归组后，医保结算标准为 2.5 万元。该病直接导致医院结余额： $2.5-2.2=0.3$ (万元)

按照传统绩效核算方式，实际医疗费用 3 万元，绩效高于 2 万元的，DRG/DIP 包干付费了，实际医疗费用 3 万元的医保亏损了 5 千元，不仅绩效不能高，而且还要承担亏损的责任，

按照目前的收支结余提成也好还是医疗项目 (RBRVS) 核算绩效，亏损的钱要么纳入成本扣除，要么直接扣医生个人，直接或间接就会影响医生绩效的下降。

## DRG/DIP 付费下医院绩效核算方案为何要调整？

2020年3月,《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确指出,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。

为何国家在关于深化医疗保障制度改革的意见中提出改革现行科室和个人核算方式,也是为了提示医院要顺应医保支付方式改革,不能在激励粗放式增长。如果医院不能顺应医保DRG/DIP支付方式改革,医院就会出现“增收不增效多亏”的局面。

仍以上例为参考,按照DRG/DIP归组后,医保结算标准为2.5万元。假如实际医疗费用为3万元,其中药品费用为1万元,耗材费用5千元,医技检查费用8千元,医疗服务项目费用7千元。算一下医院的医疗附加值(也就是通俗说的收入含金量)是多少?

按照DRG/DIP付费核算:

该病种医疗附加值= $2.5 - (3 - 1.5) = 1$ (万元)

该病种医疗附加值率= $1 / 2.5 * 100\% = 40\%$

按照传统的算法核算:

该病种医疗附加值= $3 - 1.5 = 1.5$ (万元)

该病种医疗附加值= $1.5 / 3 * 100\% = 50\%$

从中可以看出,如果医院绩效依然按照项目激励方式,致虽然看来医院医疗附加值多收了5千元收入,其实医保不支付,成为了医院的成本。按照项目和收入激励的绩效方案,如果医院不调整,医院不仅得不到5千的医保补偿,还要支付科室绩效1千元(按照20%测算),

其实医院亏了多少？

该病种医院亏损=0.5+0.1=0.6(万元)

按照项目和收入激励的绩效方案，不仅要亏损6千元，而且容易诱导科室乱减产和多治疗，最后在医保“飞检”中认定违规，还要被罚款，出现“多亏”局面。

### DRG/DIP 付费下医院绩效核算方案如何调整？

从以上的分析可以看出，医院绩效核算方案必然要与时俱进，激励导向从“多做项目多收入多得”，转型到“控费降本提质增效”才能多得的价值医疗轨道上来，实行绩效置换，精准激励努力减低药占比、耗材比、医技检查占比、提高医疗服务项目收入占比。仍以上例说明绩效核算方案调整思路。

第一，降低药占比提高绩效激励。激励使用性价比较高的药品，提高基药、集采药品使用比例，降低药品费用。

降低药占比绩效核算=(该病种药品实际费用-该病种药品历史费用)×基药/集采药品目标占比×绩效系数

第二，降低耗占比提高绩效激励。激励使用性价比较高的耗材，提高集采好词啊使用比例，降低耗材费用。

降低耗占比绩效核算=(该病种耗材实际费用-该病种耗材历史费用)×集采耗材目标占比×绩效系数

第三，合理医技检查提高绩效激励。激励合理医技检查，抑制防御型医技检查(防范医疗纠纷、防止药占比超标、防止收入减少等多

做的医技检查), 过度防御型检查在 DRG/DIP 付费下从收入转化为成本。

降低医技检查占比绩效核算=(该病种医技检查实际费用-该病种医技检查历史费用)×该病种医技检查占 DRG/DIP 权重/分值目标比×绩效系数

第四, 提高医疗服务收入占比绩效激励。激励提高医疗服务能力, 增加医疗服务收入占比激励。

提高医疗服务占比绩效核算=该病种医疗服务项目收入实际费用/该病种实际医疗服务项目收入占 DRG/DIP 权重/分值×绩效系数

第五, 增加 DRG/DIP 医保盈亏绩效考核。为了扭转科室医生的粗放式增收惯性运转的观念, 需要加强医保盈亏的绩效考核, 更多选择正向引导, 努力提高医疗质量, 降低院感及手术并发症。

DRG/DIP 医保盈亏绩效考核需要与科室整体及病种绩效考核相关联, 不建议与每个患者关联。

DRG/DIP 医保盈余绩效核算=(DRG/DIP 病种医保结算标准-DRG/DIP 病种实际医疗费用)≥0×20%

DRG/DIP 医保盈余绩效核算=(DRG/DIP 病种医保结算标准-DRG/DIP 病种实际医疗费用)≤0×5-10%

或者把医保盈亏部分纳入科室核算之中, 不适宜完全把医保 DRG/DIP 亏损部分扣罚医生绩效, 要充分考虑医保 DRG/DIP 对每个病种支付标准不完全合理, 是基于大数据概率测算政策的盈亏。

总之，DRG/DIP 医保付费，对医院绩效激励带来了较大的影响和冲击，医院绩效核算不能因循守旧必然要“变法”，与时俱进才能推动医院高质量发展。

[返回目录](#)

## • 医药专栏 •

### 定点取消距离限制，乙类药按甲类支付……药店如何拥抱政策红利？

来源：医药经济报

如今，院外市场医保定点、统筹、支付等制度体系调整，正在向院外市场全面倾斜，政策“红包”频发引起行业热点关注。

日前，河北省药监局、医保局、政务服务管理办公室联合印发《关于推进药品零售连锁化发展的若干政策措施》（以下简称《措施》），旨在促进药品零售行业规模化、规范化发展，保障人民群众用药安全。值得关注的是，此次河北省发布政策，取消零售药店医保定点协议中关于服务人口和距离限制。

无独有偶，上海发布《本市医保进一步支持社区卫生服务能力提升的若干举措》，对医保目录药品的支付比例做出调整。按照最新要求，医保目录内的乙类药品报销比例提高至与甲类药品一致，这无疑有利于院外基层终端进一步提升服务能力和医保定点覆盖水平。

随着医保支付政策对院外市场的支持力度逐渐加大，零售药店如何实现经营增量才是关键。业内人士表示，监管部门出专门政策，让

药店加盟规范化发展，对整个行业来说是件好事。国家针对药店行业出台很多政策，我国药店数量不断在增加，但对增量的贡献主要来自大型连锁药店。有了资本的介入，大型连锁药店对市场的布局增速，促使药店数量增长。而对于中小型连锁药店尤其是单体药店而言，则面临更多的挑战。

## “限距”渐成过去式

### 医药定点覆盖范围扩大？

近年来，国家、省陆续制定出台一些药品监管新法律规范，对药品零售企业行政许可提出新的指导意见，具体到地级市，监管部门通过多举措引导药品零售行业实现高质量发展。

本次河北发布《措施》政策，强调支持药品零售连锁企业利用参股、重组、兼并、合作等方式整合其他药品零售企业(单体零售药店)，积极引进全国排名靠前的大型药品零售连锁企业入冀发展。如此一来，政策将明显利好外来连锁，有望打破地方保护主义，鼓励更多大型连锁进入河北。

此外，医保局参与此次政策制定，取消零售药店医保定点协议中关于服务人口和距离限制。原零售药店医保定点协议中要求“主城区服务 3000 人口和周边 500 米范围内无医保定点协议药店，非主城区或非人群密集区半径 1 公里范围内无同类定点零售药店”，修改后变为：“按照区域布局情况，合理规划、因地制宜，参考人群密集程度、地区边远程度等进行定点申报。”

事实上，对于医保药店“限距”，早在 2015 年国务院印发《关于第一批取消 62 项中央指定地方实施行政审批事项的决定》，决定第一批取消 62 项中央指定地方实施的行政审批事项，其中包括医保定点药店审批。此后，各地纷纷取消医保定点药店“限距”。

2020 年，国务院办公厅印发的《全国深化“放管服”改革优化营商环境电视电话会议重点任务分工方案》，政策明确优化药店开设审批，在全国范围内对申请开办只经营乙类非处方药的零售企业审批实行告知承诺制，推动取消药品零售企业筹建审批，督促地方清理对开办药店设定的间距限制等不合理条件，并同步加强事中事后监管。

多地此前已明确取消零售药店筹建审批、药店间距限制等。

2021 年，北京药监局发布《关于药品零售经营许可审批改革有关工作的通知》，通知中提出在全市范围内取消药品零售企业之间 350 米以上可行进距离限制的要求，与已有药品零售企业之间的距离不再作为许可审查条件。

同年，江苏省人民政府办公厅发布《2021 年江苏省深化“放管服”改革优化营商环境工作要点》，《要点》指出，对申请开办只经营乙类非处方药的零售企业简化审批程序、实行告知承诺制，取消药品零售企业筹建审批，取消对开办药店设定的间距限制，支持药品零售连锁企业跨区域开设门店，促进零售企业提升药学服务能力，并同步加强事中事后监管。

在过去，为防止药店扎堆经营，包括北京、上海、天津等在内的

多地曾对药店的选址间距提出要求，从 50 米—350 米不等。事实上，限制越多，市场竞争可能越不够充分。一方面，开办药店距离限制导致了群众购药不便；另一方面，开办限制阻碍了药店之间的竞争，不利于药品零售企业连锁率的提高，还容易形成地域垄断。

有业内人士提出，距离限制曾经是阻碍零售连锁率提升的障碍，也在一定程度上限制了医保定点药店优化服务能力。新政出台将有利于激发医药零售覆盖范围的进一步扩大，让市场要素重新优化配置，激发新的市场活力预计将成为药店行业的头等大事。

## 医保支付进一步开放

### 客流和销售如何增量？

如果说，加大医保定点零售药店数量和覆盖，有利于进一步引导参保患者引入基层、社区、院外，那么提高医保在这些基层渠道终端的支付水平，提升医保支付在基层终端的服务能力，才是将参保患者留在基层、社区、院外的核心。

在医保支付制度层面，加大医保支付力度的尝试从未停止。近日，上海市医保局发布《本市医保进一步支持社区卫生服务能力提升的若干举措》，旨在进一步推动基层医疗机构提高防病治病和健康管理能力。

本次新政策的发布，涉及药店医保报销政策调整，引发院外市场强烈关注。按照新的政策要求，从 10 月 1 日起，凭社区卫生服务中心电子处方，市民在本地定点药店(已纳入门诊统筹)购买医保乙类

药，可按甲类药品支付。甲类药品按照报销比例的 100% 报销。这无疑进一步释放此前上海市早前已经初步放开了医保定点零售药店开通门诊统筹服务的政策利好。

今年 4 月，上海市医保局发布实施《关于进一步加强定点零售药店管理规范基本医疗保险用药服务的通知》，自 2023 年 7 月 1 日起，医保定点零售药店开通门诊统筹服务，参保人员凭社区卫生服务中心电子处方，在定点零售药店购买医保目录内药品的费用，纳入门诊统筹报销范围。此前，在基层医疗机构配备使用的医保目录内的乙类药品（定额标准自负药品除外），已经可以参照甲类药品支付（报销比例 100%）。

除了上海，深圳也在强化院外医保统筹工作方面进展迅速。日前，《深圳市医疗保障办法》做出内容更新，医保个人账户使用将更加灵活，取消了医保个人账户在定点零售药店购买非处方药、家庭成员共济使用等方面的“门槛”，参保人医保个人账户只要有余额，即可按国家、广东省及本市规定的范围使用。

据悉，本次深圳的政策调整，医保个账政策调整，药店支付“门槛”限制取消，将个人账户的使用进一步开放，这将给零售门店带来更多的客流。在更好提供零售服务的同时，创造更多个性化用药的销售机会。

行业普遍认为，定点零售药店纳入门诊统筹管理已是大势所趋，推进取消参保人员使用个人账户资金购买非处方药品限制，实际上推

动了消费者使用个人账户在药店进行消费，对活跃零售市场有积极意义。落实到具体的产品上，则对于 OTC 药，器械等类别商品起到积极的拉动作用。

无论是深圳取消个人账户“门槛线”，还是上海不再设置金额限制，都给药店创造了更加宽松的营商环境，也给参保人员购药提供了更大的自由，让医保销售获得进一步的增量机会。

### 各项利好政策落地

### 药店依旧面临挑战

医保政策逐渐宽松固然利好药店，支付体系改革深入推进，伴随着门诊统筹政策不断落地，以及各项政策的不断优化，对于定点零售药店的患者引流无疑是一个利好。不过，零售终端若要真正将客流转化成为销售业绩的增量，也并非一桩易事。

事实上，“双通道”政策对药店最直接的好处是能引流，借助处方流转，带动处方药销售，提升药店营业水平。当前，正是“双通道”药店、门诊统筹药店等政策落地阶段，“门诊统筹药店”落地后，不仅加速处方外流，定点药店可承接更多的院外处方市场，也或将改变药店传统运营策略。

有业内观点认为，成为门诊统筹药店后，好的方面是医保客流和服务需求有所增加，但对于终端门店的整体运营能力也会带来更大考验。医保统筹药店必须严格遵循合规性、信息化要求(申请开通门诊统筹服务的定点零售药店应当符合医保部门规定的医保药品管理、财

务管理、人员管理、信息管理以及医保费用结算等方面的要求), 中小药店面临的挑战较大。

未来全国存量医保门店面临规范化洗牌, 单纯依靠地域和固有医保资源的中小连锁经营压力加大, 行业集中度有望加速提升, 有能力和资格对接门诊统筹的门店将持续向头部企业集中。

为了更好地经营门诊统筹药店, 中小药店企业将要投入更高的运营成本, 其中就包括升级门店信息化系统和相关硬件。除此之外, 中小药店也或将加盟当地龙头连锁企业, 从而获得更好的信息技术、处方品种以及门店运营优势。

今年 2 月, 国家医疗保障局办公室发布《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》, 明确依托全国统一的医保信息平台加快医保电子处方中心落地应用, 实现定点医疗机构电子处方顺畅流转至定点零售药店。定点医药机构可为符合条件的患者开具长期处方, 最长可开具 12 周。

在此背景下, 多地医保部门快速铺开“门诊统筹药店”政策, 加快电子处方中心的落地。不过, 据多位行业人士反馈, 医院处方流到本地药店依然存在一定难度, 门诊统筹政策推进力度很大, 但是本地医院的电子处方很难流入到药店, 主要是医院顾虑到本地药店的承接能力, 以及院内人员和药店的利益输送风险。

另一方面, 即使省级电子处方中心成功落地, 但由于多地处“门诊统筹药店”政策的初期施行阶段, 执行层面的相关规定制度还需完

善和优化。与之对应的是，同省不同市的门诊统筹政策或会呈现差异性，其中就包括电子处方流转环节。所以，这种政策的“差异性”与药店处方系统的“统一性”是相互矛盾的，并不利于处方外流。

进一步而言，受集采、医保等政策影响，药品的毛利一直持续走低，再加上门诊统筹药店政策的大面积推广，定点药店依然会陷入“内卷”竞争中，相应的利润自然越来越少。这样一来，许多中小药店未来将面临“处方流入难”重大挑战。

有药店人士表示，加入门诊统筹后，药店的客流量会相对稳定和增加，然而整体利润率并没有明显增加。有些连锁企业在旗下统筹药店运行几天后，便迅速叫停了其他门店的资格申请。

业内人士指出，目前医保统筹对零售药店来看，市场端的反馈还是相对滞后，部分药店对于医保统筹、处方获取、产品销售额增量空间、引流角度来说，上量较慢，效果并不明显；对于药店运营，管理的考验还是比较大。在短期内，零售药店所面对的竞争压力，以及医保带来的支持存在一定的滞后性。

[返回目录](#)

### 新版医保目录实施半年，进展如何？

来源：每日经济新闻

“国谈药”通常是指协议期内国家医保谈判药品。通过集合 13.5 亿参保人的用药需求，在不超出医保基金和广大参保人的承受能力前提下，医保部门与药品生产企业进行价格谈判，确定支付标准后，纳

入医保目录报销并处于协议期内的药品，往往被称为“国谈药”。“国谈药”通常具有近年来新批准上市、独家生产、市场上缺少竞争等特点。

目前“国谈药”均为医保乙类药品。基本医保参保人使用这类药品时，需要个人先行自付一定比例，然后再按规定比例报销。现行国家医保药品目录协议期内“国谈药”共计 346 种，涵盖肿瘤、罕见病、高血压、糖尿病用药等多个治疗领域。2022 年国家医保药品目录于今年 3 月份实施。半年过去了，公众对于实施情况十分关注。

### 今年 3 至 8 月谈判药品已为患者减负 1097 亿元

近日，在国家医保局召开的例行发布会上，国家医保局医药管理司司长黄心宇表示，2022 年版的医保药品目录新增了 111 种药品，涉及肿瘤、免疫、罕见病、抗病毒等多个治疗领域，协议期内的谈判药品合计达到了 346 种。

截至今年 8 月底，全国已经有 23.4 万家定点医药机构配备协议期内的谈判药品，其中，定点医疗机构 6.5 万家，定点零售药店 16.9 万家，去年新增的 91 种谈判药已经在 5.5 万家定点医药机构配备。

“3~8 月，据统计，346 个协议期内的谈判药品累计报销 1.23 亿人次，医保基金支出 491.7 亿元，平均的实际报销比例达到 69.7%，叠加降价和医保报销的双重因素，3 月到 8 月大概半年左右的时间，这 346 种谈判药品已经为患者累计减负 1097 亿元。”黄心宇说。

### 国谈药落地有妙招：让大医院与院边店进行深入“配对”

自国家医保局推行国谈药“双通道”政策以来，各地积极落实，同时在国家政策的基础上结合地方实际进一步优化。例如，北京市医保局近日发布《北京市医疗保障局关于进一步做好国家医保谈判药品落地试点工作的通知》，推出了确保国谈药“双通道”政策落地的4项举措：

一是，直接点名23家医院参加国谈药落地的试点管理工作。并且这些医院大都是非常知名三级医院，其中就有协和医院、北京医院、北大医院、积水潭医院、北京肿瘤医院等等。并且据医保局的说法，选取这23家医院的标准就是，门诊量大但国谈药采购数量少的定点医疗机构。

二是，医保局在每家试点医院的周边，至少指定1家定点零售药店(院边店)为医院供应国谈药。因为很多医院存在一院多址的情况，所以需要按实际的需求进行认定，也就是如果某家医院有多个不同地址的院区，那每个地址都可以指定一家院边店进行国谈药专供合作。

并且，医保局明确要求试点医院对临床确有需求暂时无法配备的国谈药应向协议药店及时反馈，由协议药店根据试点医疗机构需要及时配备。其中的利好就是签约药店的国谈药配备信息会与医院的HIS系统打通，更加方便医生根据治疗需要开具外配处方，方便患者去院边店直接用处方购药和报销。

三是，在医保支付方面打消医院方面的顾虑，明确提出在这些医院的总额预算管理中，对试点医院在协议药店发生的国谈药增量费用

在医疗机构总额外由医保单独清算，对符合 DRG 除外政策的国谈药执行除外政策。这将有助于减轻医院配备和使用国谈药可能带来的费用管理方面的压力，进一步减少国谈药入院的阻碍。

四是，明确了这些试点合作零售药店的遴选条件，并按照连锁药店、距离远近、经营国谈药经验等因素进行挑选。

### **2023 年国家医保药品目录谈判结果将于 12 月初公布**

2023 年国家医保药品目录调整工作已经于 7 月正式启动，各项工作正有序推进。对此，黄心宇表示，今年目录调整工作还将继续坚持把握保基本的定位，坚持尽力而为，量力而行，把药品保障水平的提升建立在经济和财力可持续增长的基础上，在保持品种总体稳定、准入条件和工作流程基本不变的前提下，今年目录调整的评审方式，具体规则作了进一步的优化和改进，充分体现医保的价值购买，体现对医药创新的支持，目录调整的科学化、规范化、精细化的水平将得到进一步的提升。

“7 月 1 日，我们已经正式启动了今年的药品申报的工作，本月初，国家医保局官网公布了通过形式审查的申报药品名单，包括 224 个目录外药品，164 个目录内药品在内，总计有 388 个药品通过了形式审查，我们将按照计划开展评审、测算和谈判等工作，预计将在今年的 12 月初能够公布目录今年的调整结果，计划从明年的 1 月 1 日起正式执行该版的医保药品目录。”黄心宇介绍。

[返回目录](#)

## · 中医药服务 ·

### 面向人民生命健康 提高中医药健康服务能力

来源：中国中医药报

习近平总书记指出，“人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志。”中医药是几千年来中华民族健康养生智慧的凝结，为中华民族繁衍生息作出了巨大贡献。当前，人民的健康需要呈现多样化、多层次化发展态势，健康成为群众越来越关心的重大民生福祉。新发展阶段，继承好、发展好、利用好中医药，就是要面向人民生命健康，与时俱进提高中医药的健康服务能力。

#### 坚持以人民健康为中心的中医药发展理念

中医药源于民间，造福人民，具有显著的人民性。在几千年的发展中，中医药始终坚持以人为本的健康观。以人为本，不仅强调在诊治中把健康与疾病的根本定位于人，而且强调在中医药事业发展中，人是目的和归宿，一切都要围绕增进人的健康展开。满足人民对更加优质的中医药健康服务的需要是新时代中医药工作的出发点和落脚点。其服务对象不仅有已病者，还有规模更加庞大的亚健康者。因此，中医药不能仅仅以病人为中心，而应当以人民健康为中心，提供全方位的健康照护。

其一，始终把人民生命健康放在中医药事业发展的首位。在中医药事业发展中，要正确处理好经济效益与社会效益、效率与公平的关系，恪守人民至上、健康至上的理念，优先满足人民急需的和基本的

健康需要，在此基础上循序渐进，逐步扩大普惠性非基本中医药服务供给，不断满足人民日益增长的美好健康需要。

其二，以充实的人才队伍提高中医药健康服务能力。当前中医药人才尤其是高层次人才短缺的问题尚未根本解决，提高中医药健康服务能力亟须加大人才培养力度，充实人才储备。一方面提高高等中医药院校人才培养质量，探索院校教育与师承教育相结合的中医药后备人才培养模式，通过早跟师、早临床学习提高医学生临床技能，培养践行“仁、和、精、诚”的中医药后备人才；另一方面畅通中医药人才成长通道，通过重大科研平台建设、重大项目实施等渠道助力中医药创新型领军人才成长，业绩考核和职称晋升重视工作业绩和业务能力，人才选拔探索中医药人才单列，为中医药人才成长提供体制机制保障。

其三，加强中医药高水平科技自立自强。当前，中医药原创优势发挥还不够充分，中药新药研发、中医药装备等关键核心技术还存在不少短板和弱项，中医药高水平科技在服务人民健康中的价值还未完全展现。加强中医药高水平科技自立自强，要发挥我国举国体制的制度优势和超大市场规模的经济优势，动员相关企业参与，建立公平的利益分配机制与风险分摊机制，激发企业参与中医药科研攻关的积极性；在中医药研发中对标世界科技前沿，开展中医药关键核心技术攻关；面向健康中国建设和人民健康需求，破解中医药自身发展难题，以中医药原创理论的系统化阐释和创新应对社会发展层出不穷的

健康难题，充分发挥中医药疗效优势。

### 提供覆盖全民的全生命周期中医药健康保障

新时代，中医药事业的工作重心也要与时俱进地调整，从以治病为中心向以健康为中心转变，为全民提供全生命周期的健康服务，将服务内容从诊疗扩展到提升全生命周期的健康保障，增强守护人民健康的能力。

其一，增强基层医疗卫生机构中医药服务能力。覆盖全民的中医药健康保障，基层中医药供给能力薄弱是瓶颈。当前，各地乡镇卫生院、社区卫生服务中心都在推进中医科、中医馆建设，为居民享受家门口的中医药健康服务提供便利。当然，提高基层医疗卫生机构中医药服务能力关键在人，在于中医师、中药师的健康供给能力。要借助医联体、医共体等制度化的合作平台，一方面为基层医疗卫生机构中医药从业者提供跟诊、进修机会，提升他们的业务素质；另一方面建立专家轮班坐诊基层制度，减少基层群众享受高质量中医药健康服务的舟车劳顿和经济开支。

其二，构建保健、治疗与康复一体化中医药服务体系。中医药具有整体医学和健康医学的优势，在提供全生命周期健康管理中要凸显其在预防保健和愈后康复方面的特长，构建集保健、治疗与康复于一体的服务体系。首先要彰显中医药预防保健功能。中医医院要加强治未病科建设，继续完善推广中医治未病干预方案，因地制宜开展膏方和三伏灸、三九天灸，增强治未病能力；开展多种形式的慢性病中医

药防治活动，重点提供脑卒中、高血压、糖尿病等高发慢性病中医药门诊服务，在诊疗的同时，为慢性病患者开具中医药健康处方，从中医健康理念、中医传统功法、情志调养等方面引导慢性病患者开展自我健康维护。其次要增强中医药疾病治疗功能。深入研究中医典籍，传承创新中医药理论，在夯实中医师理论功底的基础上强化辨证论治能力，发挥中医药诊疗的针对性和个性化优势；以包容的心态积极吸纳现代医学优势，中西医结合实现优势互补，协同发展；以开放的态度接纳现代医学技术，不仅要用现代科学话语将中医药的疗效和作用机制讲明、讲透，更要通过现代化医学技术提高中医药原研创新、临床救治、“老药”筛选等方面的作用，借力科技创新更好发挥中医药诊疗疾病的优势。再次要施展中医药的康复功能。在中医药理论指导下，积极探索中医药与现代康复技术的融合之道，整合中医药、康复、传统体育、现代医学等学科资源，提供综合化的中医康复服务，在确定中医康复模式的基础上，研究制定并推广肿瘤、骨伤等重大疾病的中医康复方案；积极利用互联网等信息技术，拓展中医康复服务空间，减少人们享受中医康复服务的空间阻隔。

其三，提供全生命周期的中医药健康服务。中医药服务全民的全生命周期健康，要根据不同年龄段提供差异化的健康服务。对孕妇，推广“逐月养胎法”，注重饮食有节、均衡、营养、寒温适度，起居避寒暑，劳逸适度，保持心情舒畅，调畅气血确保生产顺利。对儿童，向家长推广易于操作的小儿推拿方法，通过中药内服、膏药贴敷、针

灸推拿、艾灸等方法以健脾和胃、阳气生发，达到强身健体、促进生长的目的。对青壮年，面对工作压力、人际交往等带来的颈腰椎劳损、睡眠质量不佳、易怒、焦虑等亚健康症状，推广食疗、穴位按摩、中药热敷、科学作息，增强身体素质。对老年人，有条件的中医医院设置老年科，加强中医特色老年病科建设，发挥中医药在治疗老年性痴呆、白内障、骨质疏松、更年期综合征、便秘等老年人常见病的防治优势，探索养老机构与中医院合作协作的医养结合服务模式，满足老年人养生保健和就医看病等健康需要。

### 构建多元主体参与的中医药健康协同促进机制

单纯依赖医疗卫生机构的单一健康供给模式难以满足群众日益升级的健康需要。要充分调动相关主体参与中医药健康治理的积极性，以有为政府和有效市场相结合建立高效的中医药健康协同促进机制。

其一，推广健康生活方式，引导每个人成为自己健康的第一责任人。每个人都是自己健康的第一责任人，在自身健康促进中发挥着最重要的作用。借助公益讲座、医师宣教等渠道传播顺其自然、平心静气、平衡膳食、劳逸适度的中医健康理念，让每个人意识到自己的生活习惯和行为习惯对健康具有显著影响，通过教育、引导、示范等形式，让更多人以适合中国人生活习俗的养生原则和养生智慧调适自己的生活 and 行为，增强自身的健康促进能力。

其二，压实医疗卫生机构职责，提高中医药健康服务品质。当前，

医疗卫生机构的中医药健康服务面临着从“有没有”到“好不好”升级的考验，只有提高服务品质，才能更好满足人民日益升级的健康需要。提高中医药健康服务品质，要围绕更高质量、更有效率、更加公平、更可持续、更为安全的方向发展，在中医药资源投入、医疗卫生机构运营管理、中医药服务配置、中医药服务定价、中药质量监管等方面推进改革，使医疗卫生机构从重视发展速度转向关注服务质量，更加重视内涵式建设。

其三，动员市场主体参与，扩大普惠性非基本中医药健康服务供给。随着人们对健康要求的提高，普惠性非基本中医药健康服务的需求与日俱增。政府要通过制度保障、税收优惠、购买服务等方式动员市场主体提供普惠性非基本中医药健康服务，以满足巨大的健康需求缺口。释放普惠性非基本中医药健康服务供给活力，有效的监管同样必不可少。要严厉打击超范围营业、无证行医等损害人民健康权益和经济利益的行为，通过有力支持和科学监管相结合，提高普惠性非基本中医药健康服务质量。

[返回目录](#)

### **经方派中医智能辅诊系统让基层百姓享优质中医服务**

来源：中国中医药网

当前，完善基层中医医疗保障体系，缩小区域中医诊疗水平差距，推进优质中医服务供给公平是当下需要思考解决的重要民生问题。

### **速成教育衷西参中无法培养中医应用型人才**

2023年3月，国务院办公厅发布的《中医药振兴发展重大工程实施方案》中明确，要推动优质医疗资源扩容和均衡布局，更好满足群众就近享有高质量中医医疗服务需求。《“十四五”中医药发展规划》中也提出，做实基层中医药服务网络。实施基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划，全面提升基层中医药在治未病、疾病治疗、康复、公共卫生、健康宣教等领域的服务能力。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，100%的社区卫生服务站和80%以上的村卫生室能够提供中医药服务。

近年来，各地纷纷响应国家号召，从省市三级医院遴选骨干医生派驻基层结对帮扶提高基层中医诊疗服务水平，取得一定成效。但由于中医学科的特殊性，中医临床人才培养存在学习门槛高，成长周期长的特点。实践证明，实行朝学夕用的速成教育模式，或秉持衷西参中的中西融合理念对于培养应用型中医人才而言并不可行。即便效法方证对应，药症相合的经方路线，亦是易学难精。正如徐灵胎所云：“若夫按病用药，药虽切中，而立方无法，谓之有药无方；或守一方以治病，方虽良善，而其药有一二味与病不相关者，谓之有方无药。”可见执方舍药，持药弃方，囿于一隅，势必难奏善效；方药共守，灵机妙用，知常达变，方可覆杯即愈。世言医无老少，明理为上，然明理之前提在于具备悟性，抛除先天潜质，后天悟性又与临证经验、理论积累、人生阅历、人文素养及哲学思维紧密相关。当代中医界虽不乏青年翘楚，但总体来看，年长中医的造诣水平是多数青年中医难以

企及的。

### 青年中医或将成为基层中医医疗服务主力军

医术精湛的在职老中医日常门诊应接不暇，亦需承担本部中青年医师管理、教学、传承、指导工作，退休后受限于个人、家庭等多方面因素，驻扎基层也会面临很多现实问题。《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》中明确，扩大基层中医药人才有效供给。根据需求合理确定本科层次中医专业农村订单定向免费医学生培养规模，持续开展中医类别全科医生规范化培训、助理全科医生培训、转岗培训等，鼓励开展专科层次农村订单定向免费医学生培养，为基层培养一批高素质中医药人才。畅通基层中医药人才使用途径，完善基层中医药人才配置和岗位标准，优化基层中医药人才招聘、使用机制，推广“县管乡用”“乡管村用”等人才管理模式，建立完善县域内中医药人才流动机制。同时要改善基层中医药人员发展环境，在职称晋升、薪酬待遇、进修学习等方面给予优惠政策，提升基层中医药岗位吸引力。由此可见，随着县、乡、村老一辈中医人退休离岗，势必需要青年中医挑起重担，从基层干起，到基层磨炼，成为基层中医医疗服务主力军。

### 经方路线让基层中医智能辅助诊疗切实可行

青年中医大多科班出身，虽然具备基本诊疗能力，但临床经验相对不足，临证容易自乱阵脚，如有一套权威便捷，高效实用的辅助工具，则如名师在侧，时时受益。《“十四五”中医药信息化发展规划》

中明确提出，加强中医医院智慧化建设。鼓励各地研发应用中医电子病历、名老中医传承信息系统、中医智能辅助诊疗系统等中医药特色系统，推广智慧中药房等服务模式。持续完善中医药知识库和视频课程内容，增强中医适宜技术、中药处方的智能推荐。

经方派作为中医学学术流派之一，宗仲景之法，师仲景之方，具有“简、便、效”的用药特点，“简”即应用简单，有是证用是方；“便”即药材易得，并非稀有之品；“效”即疗效显著，组方效专力宏。经方方证内容规范，配伍法度严谨，配比严丝合缝，相较时方更易于用电脑程序语言表达。正确使用经方，不仅有利于提高治疗疗效，也有利于规范诊疗行为。若能基于经方派学术思想开发中医辅助诊疗系统，对于缺医少药，经济困难的偏远地区百姓来说将是一大福音。

以经方为切入点，研发构建中医智能辅助诊疗系统，将会大幅提升基层青年中医开方水平，让基层百姓享受优质的中医药服务，使中医智能辅诊真正落在实处。

[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