

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第39期

(2024.09.23-2024.09.29)

医保

医疗

医药

——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

• 医药专栏 •

▶ [回归理性，“双全”治理如何重塑药品价格？](#)（来源：医药经济报）——第 7 页

【提要】近日，国家医保局正式公布《2024 年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整通过形式审查的申报药品名单》。经审核，共有 445 个药品通过形式审查，其中 249 个药品属于医保目录外药品。通过形式审查，仅代表该药品符合相应的申报条件，获得了参加下一步评审的资格。只有通过评审、谈判等全部环节的药品，最终才能被纳入目录。

▶ [中试平台建设，药械行业创新的关键跃迁](#)（来源：中国卫生杂志）——第 13 页

【提要】近日，工业和信息化部印发《关于加快布局建设制造业中试平台的通知》，并发布《制造业中试平台重点方向建设要点(2024 版)》，其中涉及了药品和医疗器械的建设要点。在药品层面，主要围绕细胞和基因治疗、多肽药物、核酸药物、新型抗体药物、高端复杂制剂、创新中药等重点创新领域，布局建设智能化绿色化中试放大平台，积极发展合同研发外包(CRO)、合同研发生产外包(CDMO)等模式，提升龙头企业中试平台公共服务效能，鼓励采用合成生物学、连续流等新

型制备技术和人工智能等数智化技术提升平台质量效率。

• 一带一路 •

▶ [第七届“一带一路”中医药发展论坛特别报道之一共建传统医学交流合作“健康桥”](#)（来源：中国中医药网）—16 页

【提要】近日，第七届“一带一路”中医药发展论坛作为 2024 年中国国际服务贸易交易会主题论坛在北京举办。多位国际组织代表、驻华使节、有关国家和地区卫生主管部门负责人出席会议并致辞。中国香港、澳门相关部门负责人出席会议并致辞。与会嘉宾围绕“深化‘一带一路’中医药合作共建人类卫生健康共同体”主题，深入研讨展望未来。

▶ [挖掘传统医学智慧，助力“一带一路”高质量发展](#)（来源：人民政协网）——第 24 页

【提要】作为中医药学的重要传承力量，道教界如何深学细悟、一体领会“两把钥匙”论述的要义，助力“一带一路”高质量发展？专家认为关键在于以“健康”这门“世界语”，讲好“道医”这门“中文课”，减少跨文化传播的障碍与隔阂。其间，既要讲好中国式现代化的美美与共，也要向全世界讲好中国式古代化、中国式未来化的朴素逻辑。

• 分析解读 •

▶ [改革成效几何？——医疗服务价格试点阶段性成果展示](#)（来源：广西医科大学）——第 31 页

【提要】继国家医保局发布《医疗服务价格改革试点操作指导手册（暂行）》（医保价采函〔2022〕42号）之后，各试点城市积极响应，紧密围绕本地实际情况，采取创新举措，相继出台了地方性改革试点方案，明确规划与设计医疗服务价格动态调整、总量调控、分类形成、评估考核等四项机制。为有效实施改革，各试点城市还出台了配套的实施细则和操作指南，为改革的顺利推进提供了明确的指引，确保改革措施落到实处。

▶ [县域医共体统一药品储备的兰山举措](#)（来源：中国卫生杂志）——第 38 页

【提要】基层医疗卫生机构大多地处偏远、基础薄弱、分布散、规模小，由此带来基层药品配备品种不齐全、药品采购配送不及时、药学服务能力不足等“短板”。作为破解上述问题的一个创新模式，中心药房走入行业视野。2022年5月，山东省卫生健康委经过深入调查研究，结合当地紧密型县域医共体建设实践，决定在全省有条件的地区分步推进县域医共体中心药房工作。两年多过去了，山东省县域医共体中心药房工作进展如何？

• 医保快讯 •

▶ [DRG/DIP 付费下，医保结余=医院结余吗？](#)（来源：金豆数据）

——第 44 页

【提要】DIP/DRG 付费时代，大家一直追求的医保结余对医院来说，就真的是“结余”吗？其实，这是两个概念。本文就从医院结余的构成、重点关注指标、运营管理策略三个方面为大家拆解如何思考医院结余问题。

▶ [“驾照式记分”监管到人！医保支付资格管理制度三年内推开](#)（来源：医药经济报）

——第 49 页

【提要】国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局联合发布《关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》（以下简称《指导意见》），拟在三年内逐步将相关责任人员纳入记分管理，并探索将相关人员医保支付资格管理纳入医疗保障信用管理体系。

• 医院管理 •

▶ [医保支付和 DRG 支付背景下，院、科、组精细化管理](#)（来源：中科厚立）

——第 55 页

【提要】2023 年底的统计数据显示，全国超过九成的统筹地区已开展 DRG/DIP 付费。医院部分科室对 DRG 支付与医保支付存在一定程度的理解误差。那么，明晰 DRG 与医保支付之间的关系至关重要，

这不仅能帮助科室更好地理解 DRG 支付，还能助力全院实现精细化管理。

▶ [公立医院政府采购内部控制管理框架探析——以 X 医院为例](#)（来源：广西中医药大学第一附属医院）——第 60 页

【提要】针对公立医院政府采购制度建设薄弱、采购组织架构设置不完善、采购执行不规范等内部控制管理现状，文章以内部控制及政府采购相关法律法规的要求为基本点，探求保障政府采购项目合规性的前提下，构建公立医院政府采购内部控制框架，提高公立医院政府采购内部管理水平与内部控制的规范性和有效性。

-----本期内容-----

· 医药专栏 ·

回归理性，“双全”治理如何重塑药品价格？

来源：医药经济报

近日，国家医保局正式公布《2024 年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整通过形式审查的申报药品名单》。经审核，共有 445 个药品通过形式审查，其中 249 个药品属于医保目录外药品。通过形式审查，仅代表该药品符合相应的申报条件，获得了参加下一步评审的资格。只有通过评审、谈判等全部环节的药品，最终才能被纳入目录。

2018 年国家医保局成立以来，通过集中带量采购和医保准入谈判，分别探索仿制药和上市新药医保准入的价格形成机制；通过探索新药上市首发价格形成机制和集中开展挂网药品价格治理活动，已逐步形成中国特色的药品全生命周期和全渠道覆盖的价格治理体系。在新一轮医保谈判的脚步愈加临近之际，本文对药品价格治理体系进行介绍分析。

统一制度规则 and 标准规范

制定全国统一的医保药品目录管理制度，建立企业自主申请、全国统一准入和动态调整机制。2019-2023 年目录内西药和中成药数量

累计新增 575 种，达到 3088 种。全国统筹组织药品集中带量采购常态化、制度化开展，明确集采涉及药品企业、医疗机构的覆盖范围，不断完善高标准集中采购规则体系，针对不同品种特点，迭代优化中选规则，科学设置评价指标，确立了以国家集采、省级牵头的全国联盟集采为主体的集中带量采购新格局。

建设全国统一的国家医保信息系统，不断完善药品和医用耗材招采管理等 14 个子系统，全面提升医保信息平台功能和医保数据治理水平。全面制定药品、医用耗材、医疗服务项目等统一分类和编码规范，应用大数据支撑全国医药交易和集中采购跨区域、跨层级、跨业务、跨部门、跨系统的信息共享，持续丰富完善数据应用场景，实现全国信息共享联动的药品耗材统一编码、招采、配送和监管，促进公平竞争的统一医药大市场加速形成。

根据创新程度分策管理

对创新药的创新程度进行分级并差异化定价，是未来医保准入精细化管理的方向。

国家医保局 2019 年首次组织药物经济学测算专家组对药品临床应用价值进行评估，从此创新性成为药品审查与价格谈判的关键因素。

2023 年药品国家谈判首次引入创新药分类标准，基于安全性、有效性、创新性和公平性四个维度，将创新药分为四大类：突破、改

进、相当和不及，并结合药物经济学评价，采取价格分类管理的策略。2024年初公开征求意见的《关于建立新上市化学药品首发价格形成机制》提出从药学、临床价值和循证证据三方面对创新药价值进行评价，将新药按分值分为高、中、低三个类别，由企业自主填写自评量表，医保分类办理，将价格、挂网、采购等政策资源向真创新、高水平创新倾斜，引导企业以临床价值为中心布局新药研发，让诚信经营、以高质量研发为核心竞争力的企业，优先享受到政策红利，支持高质量创新药品获得与高投入、高风险相符的收益回报。

依所处生命周期阶段使用价格政策工具

创新药处于生命周期的早期阶段，关注可获得性，药品的价格管理相对宽松；当药品进入生命周期的中期，有了仿制药，更多关注可负担性。

一是新药上市挂网，探索集中受理并形成首发价格。

目前，我国已经建立公立医疗机构使用的所有药品（国家和省规定的除外）实行省级准入挂网采购制度。创新药或者独家通用名药品在申请挂网时，企业拥有自主定价权，普遍根据研发和生产成本、适应症人群、销售利润、税费、流通环节价差等因素，综合制定价格。国家医保局在探索新冠药品挂网价格形成机制基础上，拟对新上市化学药品试行以自主量化评价为基础的分类办理模式，简化新上市药品挂网流程，对新上市药品设置首发价格稳定期。最终建立以信息披露

为核心，企业自评和社会监督为支撑，集中挂网受理、价格全国通行的药品首发价格形成机制。

二是药品进入医保目录，采用国家谈判形成支付标准。

国家谈判是药品供需双方基于成本与价值之间的定价与付费的博弈机制。国家支持创新药通过谈判纳入医保报销范围，建立了覆盖申报评审谈判等完整准入流程的创新药倾斜机制，支持创新药优先进医保。

经过6轮国家谈判，从主观到客观，从定性到定量，从经验评审逐步走向客观评审，谈判规则和机制持续优化、准入路径清晰透明，一大批临床价值高、患者获益明显、经济性评价优良的创新药品及时按程序纳入医保支付范围。

制定简易续约规则，对于谈判药品协议期满4年的品种触发降价机制时降幅减半，满8年的品种自动纳入目录常规部分管理；允许创新药就价格降幅申请重新谈判；按照企业自愿原则对部分药品谈判价格保密，不主动公布药品实际价格。

2022年6月，国家医保局首次出台目录外新增非独家药品竞价规则，为非独家药品提供了医保目录准入的政策窗口，也为非独家药品支付标准的探索提供了创新思路。

强化谈判协议执行，2021年5月国家层面建立了医保谈判药品双通道管理机制，将定点药店纳入谈判药品供应保障体系，实行与定

点医院相同的支付政策，让医院暂时没有配备的谈判药品，通过药店加速创新药多元落地，解决谈判药品临床使用最后 1 公里问题。

三是成熟期仿制药上市，采用集采竞争机制形成药品价格。

集采是仿制药价格形成机制的成功实践，只要有仿制药上市就适合集采，做到应采尽采，集采品种将成为公立医疗机构采购使用的主流；加强区域协同，扩大联盟范围，将条件具备的省级联盟提升为全国联采，实现一地集采，全国跟进；聚焦重点领域，合理确定采购品种，到 2024 年底国家和省采药品总计达到 500 个以上；做好中选品种协议期满接续，指导上海、江苏、河南、广东牵头开展联盟接续，并统一采购周期；进一步加强政策管理，完善采购规则，规范投标企业行为，防范潜在不公平竞争风险，营造风清气正的采购环境；进一步完善执行机制，强化集采报量、采购、使用等精细化管理，加强“量”的执行。实行带量价格联动，医保支付标准协同，引导高价非中选产品价格回归合理水平。

四是挂网药品价格治理。

2022 年 1 月，国家医保局明确强化医药价格监测，建立协同联动机制，充分发挥统一平台的作用，综合运用监测预警、分类标识、风险处置、价格联动、限价挂网、函询约谈、提醒告诫、成本调查、信用评价和信息披露等手段，建立健全市场条件下更好发挥政府作用的有效机制。针对少数企业部分药品滥用市场支配地位垄断控销、虚

增成本、以缺逼涨等问题，国家市场监督管理总局加大药品领域反垄断力度，正在研究制定《药品领域反垄断指南》(已公开征求意见)，2023年国家医保局累计约谈企业23家，涉及30个品种；对“四同药品”(同通用名、剂型、规格、厂家)发布监测价，由企业自纠省际间不公平高价、歧视性高价，推动价格公平诚信、透明均衡；对注射剂按最小制剂单位(支、瓶、袋)计价挂网，对挂网方式切换存在的价格风险实行红黄标提示管理；对集采中选药品在非主供地区按不高于1.5倍进行限价管理；对过评仿制药挂网进行比价和限价，挂网价不高于同通用名其他过评药品挂网监测价的中位数和原研药、参比制剂挂网监测价等。

对药品不同销售渠道实行统一比价监测

对线上线下、院内院外开展挂网价、带量中选价、“即送价”对比，通过价格监测、价格联动、价差管控、药价风险提示等方式，与医保支付标准协同，引导高价非中选产品价格回归合理水平。对定点零售药店药品价格提出“三不高于”原则：①实际销售价格不应明显高于监测结果(众数)；②同一定点药店的线下销售价格不应明显高于该药店通过网络销售平台展示的价格(各地可以根据本地实体药店线上销售、竞争程度、供给情况，按10%~20%左右掌握)；③纳入医保支付结算的药品售价不应高于非医保支付结算的药品售价。同时平台挂网价确保不高于定点药店售价的最大值，原则上向定点药店售价众

数靠近，督促企业主动下调平台挂网价格。

此外，加大医保支付标准政策协同，扩大医保支付标准覆盖范围，推动医保支付标准成为未来药品价格治理的重要政策工具。同时进一步完善药械招采信用评价制度，强化信用评价信息披露，向社会动态公告“特别严重”“严重”“中等”“一般”失信评定结果，把信用评价作为药品招采和挂网的“入场券”，构建药品价格治理的长效机制。

[返回目录](#)

中试平台建设，药械行业创新的关键跃迁

来源：中国卫生杂志

近日，工业和信息化部印发《关于加快布局建设制造业中试平台的通知》，并发布《制造业中试平台重点方向建设要点(2024版)》，其中涉及了药品和医疗器械的建设要点。在药品层面，主要围绕细胞和基因治疗、多肽药物、核酸药物、新型抗体药物、高端复杂制剂、创新中药等重点创新领域，布局建设智能化绿色化中试放大平台，积极发展合同研发外包(CRO)、合同研发生产外包(CDMO)等模式，提升龙头企业中试平台公共服务效能，鼓励采用合成生物学、连续流等新型制备技术和人工智能等数智化技术提升平台质量效率。在医疗器械层面，则围绕人工智能辅助诊断产品、康复及诊疗医疗器械产品、分子诊断产品、高端植介入产品、中医诊疗医疗器械等，布局建设高端

中试验证平台，鼓励应用人工智能、数字孪生等数智技术，结合产品稳定性和安全可靠性的工程技术，提升平台质量效益。

在制药领域，中试平台的主要作用是将处在试制阶段的新产品转化为产业化生产的过渡性试验，其能够帮助新药从实验室顺利过渡到生产线，确保产品的质量和可行性。通过中试验证平台，科研成果可以经过严格的测试和验证，从而降低产业化风险，提高成功率。这份文件为药品与医疗器械领域的创新提供了清晰的路线图，其背后蕴藏着中国制造业迈向未来的更深层次意图，即通过打造中试平台，促进创新资源集聚与效率优化，从而形成“技术共创”的生态体系。

值得一提的是，该文件不仅强调技术进步，还预示着我国要构建“平台生态”，将研发创新、商业化应用与跨行业合作紧密结合。

中试平台作为新技术从实验室走向产业化的关键环节，应成为一个开放的“创新加速器”。比如，文件提到的 CRO 和 CDMO 模式正是这种趋势的体现：它们推动企业、科研机构与创新者之间的高效协作，形成一个共享资源、共创价值的“技术飞轮”。这样，中国的药械制造业不再仅依赖个别头部企业的技术积累，而是通过平台建设，使中小企业也能平等参与创新，实现“群体突破”。

值得注意的是，该文件鼓励的技术并非割裂的创新点，而是一种系统性的集成。比如，人工智能在药物研发中的应用，不仅能够加速分子筛选的过程，还能通过深度学习模型优化整个研发流程，涵盖靶

点选择、药效预测，甚至临床试验设计等环节。

结合中试平台，这意味着研发企业可以在更短时间内，通过智能化决策，大幅提升创新药物的成功率。中试平台的智能化、绿色化不仅意味着单纯的生产效率提高，更将在资源优化和创新成果共享的基础上，推动中国制造业向全链条智能化的方向发展。

从另一个角度看，工信部的这份文件也显示出中国制造业从“自主创新”走向“协同创新”的趋势。政策鼓励跨学科、跨领域的技术整合和应用，既是因为中国在很多前沿技术上的积累已经足够深厚，又是因为通过合作创新能够快速实现产业化和规模化。

换句话说，除了企业的孤军奋战，政府期待更多“共生式创新”的出现。这种创新模式不仅仅是单个企业的技术突破，而是通过中试平台的搭建，实现整个产业链的提速升级。然而，这一切并不意味着中试平台的建设就是一蹴而就的。尽管技术应用的潜力巨大，但其背后也隐藏着一些风险。比如，技术的应用虽然能够加速创新，但如果过度依赖外部平台和技术，可能导致企业创新能力的“懒惰”，并可能引发供应链风险。尤其是 CRO 和 CDMO 模式的迅猛发展，容易让企业将核心技术的研发外包，而忽视了自身的技术积累。

如果没有足够的自主创新能力，中试平台可能成为技术外包的工具，甚至会出现被国际企业技术反噬的风险。总之，通过智能化、绿色化中试平台的建设，推动“技术共创”与“协同创新”，中国有望

在未来的全球医疗健康产业链中占据更为重要的一席之地。

[返回目录](#)

• 一带一路 •

第七届“一带一路”中医药发展论坛特别报道之一共建传统医学交流合作“健康桥”

来源：中国中医药网

近日，第七届“一带一路”中医药发展论坛作为2024年中国国际服务贸易交易会主题论坛在北京举办。多位国际组织代表、驻华使节、有关国家和地区卫生主管部门负责人出席会议并致辞。中国香港、澳门相关部门负责人出席会议并致辞。与会嘉宾围绕“深化‘一带一路’中医药合作共建人类卫生健康共同体”主题，深入研讨展望未来。本版分两期刊载嘉宾发言摘要，以飨读者。

推动中医药在全球发挥更大作用

世界贸易网点联盟主席 布鲁诺·麦斯尔

我们深知，健康产业是全球经济增长的重要引擎，中医药无疑是其中的一个关键领域。通过“一带一路”倡议，中医药的国际化进程得到了前所未有的加速。我们见证了中医药企业在东南亚、欧洲、非洲等地的迅速发展，这不仅为当地的健康产业带来了新机遇，也为全球中医药贸易的发展开辟了新的道路。

世界贸易网点联盟作为一个全球性的贸易平台，积极推动中医药产品和服务的国际化。我们致力于构建一个互信共赢的国际贸易网络，确保中医药不仅仅是在健康领域起到作用，还能通过公平的贸易体系，带动更多国家参与全球健康事业的建设。通过贸易节点，我们帮助中医药企业进入国际市场，支持他们与“一带一路”共建国家开展深度合作，促进产品流通和技术转移。

在全球健康体系面临巨大挑战的今天，跨境医疗合作变得愈加重要。我们相信，中医药可以通过“一带一路”这一重要途径，在全球范围内发挥更大的作用，特别是在增进人类健康福祉领域。

未来，世界贸易网点联盟将继续发挥自身优势，携手各国政府、相关机构及企业，为中医药的国际化 and 全球推广提供更多支持与保障。我们也将继续推动中医药在“一带一路”共建国家的应用，助其成为这些国家健康服务体系中的重要组成部分。

中医药是全球健康覆盖的重要力量

世界卫生组织驻华代表 马丁·泰勒

当前，全球卫生领域面临着前所未有的挑战，心脏病、癌症、糖尿病、慢性呼吸道疾病等非传染性疾病负担不断加重，同时人口结构的变化也加剧了医疗负担。我们要加强以人为中心的综合初级卫生保健，注重预防、早期发现和长期护理。这其中，中医药发挥着独特的优势。

中医强调整体方法，注重全身调节和疾病预防。其中，“预防性治疗(治未病)”的理念尤为重要。同时，中医还会根据个人情况采取差异化疗法，提供个性化的治疗，这种方法对患有多种慢性疾病的老年人来说特别有利。

中国在将中医药纳入其初级卫生保健体系方面取得了重大进展：绝大多数初级卫生保健机构能够提供中医药服务。中医药被纳入国家基本公共卫生服务体系。

世界卫生组织长期以来一直在推动传统和补充医学在身心健康方面发挥作用，并倡导将经验证的传统做法与国家卫生体系相结合，以改善初级保健的可及性。

中国在传统医学方面具有丰富经验和资源，可以发挥关键作用，促进“一带一路”共建国家之间传统医学知识和实践的交流。

通过利用庞大的网络和专业知识，中国可以支持“一带一路”共建国家将传统医学纳入国家医疗体系，同时加强监管，促进传统医疗实践标准化，优化传统医学的跨部门价值。

促进中医药在匈牙利的推广

匈牙利驻华大使 白思谛

中国在2013年提出的“一带一路”倡议，与匈牙利的“向东开放”政策完美契合，展示了双方加强联系与促进欧亚合作的共同承诺。

中医药是一个复杂的医学体系，在匈牙利广为人知。1963年，

匈牙利出版了第一本关于中医药的书籍。1997年，中医药在匈牙利被合法化，允许只有医生资格的人才能从事中医治疗。自2011年以来，塞梅维什大学通过黑龙江中医药大学的校外培训项目，开展了与中医药相关的教育。2015年，匈牙利政府通过了一项关于中医师在匈牙利行医的法令，根据该法令，具有高等教育学位的相关人员可以以规范的方式从事中医工作。2019年，塞梅维什大学与上海和哈尔滨的大学共同成立了中医药教育与研究中心。此举使得中医本科课程能够在匈牙利大学开设。该课程的学生前四年在布达佩斯学习中医学基础，最后一年在哈尔滨的大学学习。成功完成课程的学生将获得哈尔滨的大学的学士学位，该学位得到匈牙利的认可，学生可以在医疗卫生领域工作。

未来，希望双方进一步深化合作，促进中医药在匈牙利的推广与应用。

中医药在印尼早已深入人心

印度尼西亚驻华大使馆公使衔参赞 娜迪娅

中医和中药的疗效在印度尼西亚早已深入人心，印度尼西亚政府重视并支持中医药在印尼的发展，允许针灸进入印尼医疗机构，并成为现代医学的一部分。同时，印尼教育和文化部也支持成立中医学校和中草药研究所，并给予中医毕业生等同于西医专业毕业生的地位。

随着“中医热”在全球的不断兴起和中医疗效的凸显，有着深厚

印尼民众基础的中医药在两国政府和医师药师等人员的不懈努力下，在印尼的发展拥有强大的生命力。

马六甲海峡是海上丝绸之路的重要通道，传统医药是我们最关注的贸易产业之一。印度尼西亚拥有良好的中医药发展基础，中国和印度尼西亚两国之间可以通过学界、业界和政府三方合作，更好地促进中医药在海外落地生根。

传统医学获古巴民众青睐

古巴卫生部副部长 雷诺尔·加西亚

目前，我们国家有 11 种被监管的自然与传统医学疗法，包括针灸及相关技术、草药疗法、蜂疗法、顺势疗法、花卉疗法、臭氧疗法、传统运动疗法、医用水疗、阳光-海洋疗法、天然营养疗法以及最近引入的阿育吠陀疗法。

自然医学和传统医学是古巴政府的优先事项之一。农业部有 169 个药用植物农场，种植古巴草药；古巴分布有 77 个天然产品生产中心，确保高度需求药品的可及性；在医疗服务领域，每个初级保健级别的综合康复服务中心都有自然与传统医学的病房；在教育领域，自然与传统医学是本科生的必修课程，也是所有健康科学专业的课程策略之一。

截至 2023 年年底，我们将国家基本天然产品清单中的物品增加到 179 种，采用自然与传统医学疗法的医疗服务已达 6000 万次治疗，

其中 77.7% 在初级保健级别进行，应用最多的疗法是草药疗法和针灸。

我们将自然与传统医学整合到国家卫生系统中的经验已得到认可。

以传统医学为纽带促进交流互鉴

斯里兰卡卫生部国务部长 希塔·库马里·阿兰贝波拉

斯里兰卡和中国一样，有着悠久而杰出的传统医学历史，植根于数千年的实践。我们古老的治疗传统与自然紧密相连，我们的医疗系统基于这样一种理解，即健康和幸福源于身体、心灵和环境之间的和谐平衡。这些原则与中医药的核心原则产生了共鸣。

在斯里兰卡，我们的传统医学体系包括“阿育吠陀” (Ayurveda)、“悉达” (Siddha)、“尤纳尼” (Unani) 和“德希亚·奇基萨” (DeshiyaChikitsa)。这些传统医学体系虽然不同，但与中医药有一个共同的目标：通过与周围世界的自然元素保持一致来促进整体健康。

希望斯里兰卡和中国加强合作交流，进一步探索将传统医学融入现代医疗保健体系的生动实践，为全世界人民提供更容易获得的医疗保健铺平道路。

“一带一路”倡议强调合作与发展，为分享我们各自的医学传统提供了理想的平台。让我们共同努力，创造一个传统医学与现代医疗实践并驾齐驱的未来，促进全球对传统医学的理解和应用，从而建立

一个更健康、更和谐的世界。

推动中医药高质量发展

香港特别行政区政府卫生署助理署长 方浩澄

香港特区政府一直积极配合国家规划，推动中医药发展，全面参与和助力“一带一路”建设。

香港积极推动各类中医药高质量人才的培养项目。香港有三所本地大学开办全日制中医药高等教育课程，以培养中医药人才。另外，已有多所大学参与中医药相关科研。香港首家中医医院建设工程及开源筹备工作已经开展，将成为人才培养及科学研究的重要基地。

我们拥有蓬勃的中医药贸易市场，香港中医药业包括中药的制造、分销，例如进出口贸易、批发及零售。香港已经有超过 8000 种注册的中成药，持牌中药商业有 8000 多家。香港拥有世界级的基础交通、优质网络水平。这些有利条件均有助于扩大中医药产品贸易，加强区域协同对接。

香港具有连通内地与国际的优势。从 2012 年开始，世界卫生组织委任香港卫生署中医药事务部为传统医学合作中心。我们积极融入国家中医药发展大局，充分发挥香港优势及国际网络作用，利用香港作为国家国际窗口的重要角色，积极推动中医药走出去。

未来，香港会继续发挥背靠祖国联通世界的优势，培育中医药产业新质生产力，积极参与“一带一路”中医药发展，共建人类卫生健

康共同体。

为中医药走出去搭桥

澳门特别行政区政府药物监督管理局局长 蔡炳祥

“一带一路”跨越不同的国家地区，虽然各国有着不同的发展阶段、不同的风俗习惯和不同的文化宗教等，但让民众生活更美好是大家共同的目标。基于历史背景和地理位置，澳门发挥着独特的平台作用，是内地与葡语系国家、“一带一路”共建国家及东盟的桥梁，这对于宣扬中医药文化，推动中医药产品走向国际市场具有重要的意义。

澳门特区政府积极搭建国际交流平台，透过持续举办传统医药研修班，让更多国家认识和了解中医药文化及理念；粤澳合作中医药科技产业园协助业界拓展对葡语系国家的中医药服务贸易，目前产业园已协助将 22 款中药产品成功推广至葡语系国家，当中有 3 款产品是澳门的中成药。另外，今年有 1 款澳门制造的中成药也成功在一个东盟国家上市。中药产品在国际的认可度越来越高。我们积极协助本地药厂发展新质生产力，提升制药水平，建立国际对从澳门“走出去”的中药产品的信心。

澳门作为共建“一带一路”的参与者、贡献者及受益者，将继续发挥独特优势，持续参与区域和国际交流与合作，共同推动中医药高质量及现代化发展，为中医药国际化贡献澳门力量。

挖掘传统医学智慧，助力“一带一路”高质量发展

来源：人民政协网

今年是习近平总书记提出共建“一带一路”倡议第二个“金色十年”的开局之年，也是“一带一路”建设正式实施的第十个年头。

十年间，路相通，心相近，梦相连。“一带一路”宛如一条神奇的纽带，从亚欧大陆延伸到非洲和拉美，串起共建国家的共同命运，托起当地民众的发展梦想，铺就一条深化创新合作、书写共赢故事的康庄大道。

这是国际交流的向深。弘扬全人类的共同价值，也求解全球性发展难题。

这是文明形态的焕新。筑就有形的联通桥梁，也重塑无形的思维方式。

万物得其本者生，百事得其道者成。

作为中医药学的重要传承力量，道教界如何深学细悟、一体领会“两把钥匙”论述的要义，助力“一带一路”高质量发展？我认为关键在于以“健康”这门“世界语”，讲好“道医”这门“中文课”，减少跨文化传播的障碍与隔阂。其间，既要讲好中国式现代化的美美与共，也要向全世界讲好中国式古代化、中国式未来化的朴素逻辑。

一、固本培元，健康中国，认识“中国处方”的大智慧

在跨文化交流中，“排异反应”普遍存在。要解决这一世界性难题，一定要找准发力点，打好组合拳。而“健康”这一人类共同关心的话题，无疑是跨国、跨界、跨代交流的“橄榄枝”。

对此，《道德经》早有反问“名与身孰亲？身与货孰多”，把人民的生命和健康放在第一位。西方社会的医学界人士也撰文表示：不仅患者对媒体登载的健康信息如饥似渴，即便是正常人，对媒体上发布的医学信息也比其他内容感兴趣得多。

这些，均为我们在新时代用好“中医药学”这把钥匙，提供了广阔的舞台。

道医，作为中医药文化苑中的参天大树，根深叶茂，具有健康传播与实践的突出优势。

无论是我国最早的医学典籍《黄帝内经》，还是被达尔文誉为“中国古代百科全书”的《本草纲目》，抑或是“博通群书，潜乐道术”被誉为“医圣”的汉代名家张仲景、被誉为“药王”的唐代医学家孙思邈道长，等等，均与道家有着密切的关系。

中国首位获得诺贝尔生理学或医学奖的女科学家屠呦呦，也正是受东晋道长葛洪的《肘后备急方》启发，才分离出有效抗疟成分青蒿素。甚至，1928年获得诺贝尔奖的法国细菌学家查尔斯的成就——发现斑疹伤害的传染源是虱子，葛洪早在1600多年前便有记述。而葛洪道长更是世界上最早发现和诊治天花、恙虫病的医生。

可以说，在几千年的生动实践中，道医不仅凭实力、靠疗效，把治病救人作为力学笃行的善行追求，还在养生、药学、哲学等方面为中华文明和人类健康做出了不可磨灭的贡献。

自知者明。对于这样的文化富矿，我们首先要做的，便是珍视善待，进行抢救性地保护与挖掘，而不是妄自菲薄、有眼不识荆山玉，甚至任他人拿着哈哈镜对其妖魔化。当然，我们也不能孤芳自赏、沉迷于老祖宗的传家宝，拿着放大镜夸自己，而是要去芜存菁、与时俱进地将其继承好、研究好、发展好、利用好，助力我们的优秀传统文化在跨文化传播中打破“有理讲不出、讲了传不开、传开叫不响”的三大瓶颈。

这便要求我们固本培元，在奋力推进中国式现代化建设的同时，善于以事实说话，于“西强我弱”的国际传播格局中，摘掉西方敌对势力的有色眼镜，洗去“汉服唐装”上不应有的“西方体味”，摆脱“他塑”，力主“自塑”，正本清源地讲好“中国式古代化”，让被误读的中国历史文化“站起来”，冲破美国学者萨义德在《东方学》题记中强调的东方人“他们无法表述自己；他们必须被别人表述”的藩篱。

而这也正是我们深入挖掘人类健康的中国之道，以健康的“中国处方”助力“一带一路”高质量发展的历史逻辑与实践之基。

二、肝胆相照，健康朋友圈，唱响“中国处方”的交响乐

“一带一路”建设，不是中国的独奏曲，而是共建国家齐奏的交响乐。

“中国处方”的发展，也不是简单地走出去，更有美美与共地迎进来。

上善若水，善利万物。

十年间，共建“一带一路”成果丰硕，全面实现了从理念到行动、从愿景到现实的转化，朋友圈日益壮大，已有 150 多个国家和 30 多个国际组织加入共建“一带一路”大家庭，为推动构建人类命运共同体，守望相助、携手同行。

仅在医疗卫生事业方面，一系列的跨国医疗合作便开展得如火如荼，让沿线国家的民众求医问药更有“医”靠，健康保障更加牢靠。

其间，我们道教界同仁也纷纷行动起来，积极走上国际舞台，让更多的华侨华人和国际友人见证了道医的博大精深。以海南省道教协会和海南玉蟾宫为例，我们不仅多次邀请“首批全国 500 名老中医、首届国医大师”之一的李济仁、“全国中医药杰出贡献奖”获得者张士卿等知名中医、道医，到海南开展大型义诊活动，举办道医文化高峰论坛等，还多次组织中医、道医专家，到老挝、缅甸等共建“一带一路”国家合作交流，进行义诊，开展培训，助力彼此之间加深了解、加强认同，让共建成果惠及民众。

实际上，中医药事业自古就注重“内外兼修”，是兼容并包、博

采众长，以开放创新的姿态不断发展，与世界其他医学相互借鉴、携手并进的。

即一方面，中医药学在古人长期的交往中，影响着世界，扩大了中国文化的国际影响。如原产我国、具有清热泻火，凉血解毒等功效的大黄等药材，早在东汉时期，就通过古丝绸之路销往西亚、欧洲，之后又销往非洲，当起了“健康使者”；中世纪时的阿拉伯名医阿维森纳，在其《医典》中不仅记录了不少中药材及使用方法，还介绍了一些与中医颇有渊源的诊疗方法，等等。

另一方面，印度、阿拉伯、东南亚等地的医药学知识和药材，也陆续传入我国，并为我所用，如大家熟知的我国四大南药中的槟榔，便是从马来西亚等地传入的。而大唐时期由印度传入我国的治疗白内障的手术，更引得诗豪刘禹锡吟诗称赞。这些药材和诊疗技术，不仅丰富了我国药材的品种、促进了医疗技术的创新发展，也给我国传统医学的理论体系注入了创新活力。

大道同行天地宽。正是在这样的“内外兼修”中，中华传统医学既帮助了他人，也升华了自我。

这种肝胆相照、美美与共，也向世界展示了“一带一路”建设和中国式现代化的“核心舱”，用民间外交的方式，彰显了我们的和平发展之道，夯实了民心民意的根基。

而这也正是我们深入挖掘传统医学智慧，以“夫治身与治国，一

理之术也”的“中国处方”，把我们的朋友圈做得和和睦睦、健健康康，助力“一带一路”高质量发展的内核逻辑与时代表达。

三、辩证论治，健康世界，开好“中国处方”的群英会

国际社会，不是哪个国家的一言堂，而是各国人民的群英会。

“中国处方”，也不仅仅关切现实，更以宏观视野关切未来。

今日之世界，百年未有之大变局加速演进；各国之人民，对于健康发展有着更为迫切的需求。

天地之大德曰生。中国传统医学自古就被认为是“生生之学”，有着丰富的医学文化和哲学内涵。“天地与我并生，而万物与我为一”等理念得到广泛认同。同时，“上医医国”“圣人不治已病、治未病”等观点也受到高度重视，中医药理论也在治国理政中广泛运用。

“修之于身，其德乃真；修之于家，其德乃余；修之于乡，其德乃长；修之于邦，其德乃丰；修之于天下，其德乃普。”对于常怀济世利人之心、常行护国爱民之举的道教而言，在世界进入新的动荡变革期的当下，更应以集成创新思维，深入挖掘道医智慧，通过文化交流，服务国家战略，献策全球治理。

得益于“一带一路”建设，我国已与40余个外国政府、地区主管机构和国际组织签订了专门的中医药合作协议，中医药也已在196个国家和地区得到传播，成为人类文明交流的传播者和践行者。我们

完全可以以此为基础，依托 6000 余万华侨华人的力量，以健康为“立交桥”，以央企为领跑者，在海外共商共建共享中医学院、中医院，并像带动非洲农民种植橡胶脱贫致富一样，把中药种植列入助推非洲农业现代化等项目，因地制宜地建设中医药制品加工生产基地，促进中国传统医药文化在当地开花结果，全方位提升“中国处方”的疗效与影响。

于我们南宗道教而言，就可以充分发挥在东南亚的“神缘”优势，在道医学院、道医院建设上先行先试，在变局中围绕大局开新局，为用“中国处方”服务世界，健之康之，打造出一片高质量的试验田；为“世界好，中国才能好；中国好，世界才更好”的“中国式未来化”，打开一扇展示窗。

而这也正是我们深入挖掘传统医学智慧，以中正平和的“中国处方”团结一切可以团结的力量，调动一切可以调动的积极因素，助力“一带一路”高质量发展的根本逻辑与朴素表达。

最后，我想以习近平主席在《永远做太平洋岛国人民的真诚朋友》一文中引用的《道德经》所述，“既以为人，己愈有；既以与人，己愈多”，来与道教界的同仁共勉。这既是久久为功的目标，也是风雨无阻的行动。

道阻且长，行则将至。让我们一起为健康之道勇毅前行！

[返回目录](#)

• 分析解读 •

改革成效几何？——医疗服务价格试点阶段性成果展示

来源：广西医科大学

医疗服务价格改革是国家深化医药卫生体制改革的重点任务，是国家建立健全医疗服务价格管理体系的关键之举。2021年8月31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》)，旨在通过建立五项机制、推进四个配套措施、完善三个支撑体系，探索形成可复制可推广的医疗服务价格改革经验。同年12月，国家医保局选定唐山、苏州、厦门、赣州、乐山五个城市作为改革试点城市。截至目前，第一批启动的五个试点城市均已围绕“调不调”“调多少”“调什么”“怎么调”等核心问题成功制定并实施了深化医疗服务价格改革的规范性文件，其中涵盖了总量测算及统筹分配、分类项目的定价与调价以及价格监测考核等关键内容。那么，五个试点城市医疗服务价格改革成效如何？在调价过程中有何改革经验？本文尝试提供解答。

各地根据实际出台系列政策文件

继国家医保局发布《医疗服务价格改革试点操作指导手册(暂行)》(医保价采函〔2022〕42号)之后，各试点城市积极响应，紧密围绕本地实际情况，采取创新举措，相继出台了地方性改革试点方案，明确规划与设计医疗服务价格动态调整、总量调控、分类形成、评估

考核等四项机制。为有效实施改革，各试点城市还出台了配套的实施细则和操作指南，为改革的顺利推进提供了明确的指引，确保改革措施落到实处。

试点城市探索实践具有地方特色的新举措

目前，五个试点城市已经按照新机制平稳执行两轮调价。各试点城市在遵循统一改革框架的基础上，积极探索并付诸实践了一系列具有地方特色的新方法和新举措。

1. 总量调控机制

在《试点方案》中，构建更为可持续的价格管理总量调控机制的核心在于科学确定价格调整总量，并统筹平衡总量的分配。各试点城市所制定的改革试点方案均对调价总量的确定和分配作出明确规定。

在调价总量的确定上，五个试点城市均依据历史基数与增长系数的乘积确定。历史基数是基于全市公立医疗机构上年度医疗服务性收入设定，乐山还综合考量了公立医疗机构医疗服务总费用、医保基金支付总额等其他相关指标。

值得注意的是，关于医疗服务性收入的界定，各试点城市存在细微差异。如唐山与赣州在定义医疗服务性收入时，采取了医疗收入扣除药品、卫生材料、检查检验收入后所剩余的金额作为标准；而苏州、厦门与乐山，则选择将医疗收入扣除药品和卫生材料收入后所剩余的金额作为标准。在增长系数的确定上，五个城市均是综合考虑地区经

济发展水平、人均可支配收入增长率、医药总费用规模和结构、公立医疗机构运行成本和管理绩效、患者跨区流动、新业态发展和医保基金筹资运行情况等指标来确定。在可调价总量上，五个试点城市因人口数量规模和经济发展水平不同而对可调价总量产生较大影响。

在总量分配上，大部分试点城市在调价初期均倾向于将调价总量优先分配于通用型项目(赣州例外)。赣州将约 30%的总量用于其他类型项目，为其他医疗服务价格的调整预留了充足空间。此外，仅乐山给出了以历史收入占比作为总量分配依据的方案；厦门和乐山设定“升降价绑定”规则，避免调价“只升不降”，促使医疗机构合理定价。

2. 分类形成机制

试点城市按照《试点方案》要求，对医疗服务项目进行了精细化的分类管理，实行不同的定价机制。

(1)通用型项目的确定、遴选和定价。在确定和遴选上，苏州根据当前医疗服务价格项目成熟程度和本市实际，确定诊察类、护理类和床位类等 70 个项目为第一批通用型医疗服务项目，厦门则率先采用量化评分法，从 5 个维度定量分析，根据得分高低确定调价的通用型项目。在定价上，各试点城市普遍采用政府定价模式，制定统一指导价和浮动标准，保持项目价格稳定。苏州市医保部门依托服务要素成本大数据分析，借鉴长三角地区经济和医疗水平相近城市的医疗服

务价格水平，综合确定通用型项目基准价格，并探索同城同价策略。

(2)复杂型项目的确定、遴选和定价。在确定和遴选上，苏州将未列入通用型项目范围的均作为复杂型项目，按“聚类、轮动、必要、会商”的原则遴选调价项目；厦门建立医疗服务价格临床专家库，给予双高(高难度、高风险)的项目政策加分，确保评审结果更贴合临床实际；乐山在“平均报价标准化、优化政策性加分条件、创新经济性赋分方案”三方面创新，使对占用总量影响较小、符合政策倾斜要求的项目优先进入调价行列。在促使医疗机构合理定价上，五个试点城市多次举办相关会议，加强医疗服务价格调整培训，引导专业的医务人员参与到定调价工作中，与医保部门相向而行。厦门创新性增设调控分，医院报价涨幅与调控分负相关，建立两轮报价规则，控制医疗机构的调价步伐，引导医院主动优化报价项目价格。赣州创新多轮次复核报价规则，给予医疗机构和相关部门一定的调整空间，以便更准确地反映服务成本和价值。

3. 动态调整机制

(1)通用型项目的动态调整机制。五个试点城市在基线调查的基础上，探索启动约束条件和触发熔断机制，分类设立调价启动评估指标及阈值，定期开展调价评估。通用型项目多为“条件式触发”，满足启动条件时开启调价，满足约束条件则不予调价。启动条件的设定主要依据上一年度的城镇单位就业人员平均工资增长率以及近三个

年度的城镇单位就业人员平均工资累计增长率中的 1—2 个指标确定，但各地触发标准因发展水平差异而不同。约束条件主要是本年度 CPI 预期值超过特定标准时，将不启动调价机制，而苏州与乐山两地还将其他因素纳入考量范畴。通用型项目的评估周期一般设定为 1—2 年。

(2) 复杂型项目的动态调整机制。各个试点城市探索并构建了一套综合考量患者费用变化、经济社会及卫生事业发展水平、医院运行情况、患者和医保承受能力等多维度因素的复杂型项目调整机制。相较于通用型项目，复杂型项目的价格调整周期相对较短，普遍为每年评估一次，以更好地适应复杂型项目均质化、高技术和高风险的特性。此外，苏州、赣州、乐山还实现了评估指标精细化、评估规则定量化，使调整机制更加科学合理。

4. 监测考核机制

在监测考核机制上，五个试点城市都重点加强了对公立医疗机构医疗服务价格和成本的监测，促使医疗服务价格的总量调控、分类形成以及动态调整之间形成政策闭环，致力于寻找调价的最佳平衡点。苏州对医疗机构上报的监测指标数据实行年度报告制度，医疗服务价格监测指标体系包含 6 个一级、33 个二级和 62 个三级指标，多方面整体化进行价格监测。厦门设置了价格绩效考核分，对考核排名靠前和靠后的医疗机构所上报的调增项目予以不同加分和扣分，激发医疗

机构参与价格管理的积极性，进一步压实医疗机构主体责任。赣州医保局与研究机构等第三方深化合作，定期考核医疗机构的价格管理情况，全面掌握全市医疗服务价格总量调控和动态调整执行情况。乐山在区分政策“执行评估”和“效果评估”的基础上分别形成监测评估结果，并将其作为下一轮医疗机构申报项目、参与报价的考评条件。

试点城市医疗服务价格调整效果几何？

目前，五个试点城市均已完成首轮价格调整工作。在首轮调价中，乐山的调价项目数量位居首位，苏州的调价项目数量相对较少。值得注意的是，厦门和乐山在首轮调价中未对通用型项目进行调价（厦门在2020年已对普通门诊诊查费进行较大幅度调整，所以未开启通用型调价；乐山经评估调价未达到通用型项目启动条件，所以未开启通用型调价）。唐山和苏州在首轮调价中仅涉及调增项目，未涉及调减项目。这些举措说明五个试点城市在结合各自城市实际情况的基础上，严格按照项目启动条件，实施了有升有降的价格调整策略。

在医疗服务价格调整效果评估上，五个试点城市主要从价格调整对公立医疗机构运行、患者和医保基金负担等的影响进行评估。唐山市经过医疗服务价格调整后，2023年全市公立医疗机构医疗服务性收入提高1个百分点，药品收入降低1.95个百分点，卫生材料收入降低0.47个百分点，基本实现了群众负担不增加、医保基金可承受、公立医疗机构可持续发展的预期目标。厦门预计本轮调价方案升降相

抵后，每年增加本市公立医院医疗收入约 2693 万元。赣州首轮调价预计增加医疗机构收费 3897.46 万元，其中医保平均报销 70%，患者自负 30%左右；调价涉及的 424 项均纳入医保报销范围，预估医保基金支出就此增加 2728.98 万元，仅占全市医保基金年度支出 0.27%左右。乐山首轮调价 754 个项目，其中自费项目仅占 73 项，将 92.3% 的调增项目纳入医保报销，预估医保基金支出就此增加 1017 万元。综合来看，五个试点城市在此次医疗服务价格调整中，基本实现了“患者负担基本不增加、医保基金基本可承担”的预期目标，调价效果良好。

目前，试点城市的调价改革仍然处于探索与试验阶段，部分医疗机构处于观望状态，或是跟着其他医院盲目报价，主动参与改革报价的积极性尚显不足。建议各省市医疗服务价格改革相关部门深入医疗机构开展调研，通过组织医疗机构参与报价培训会议、价格座谈会以及实地宣讲政策等多种途径，消除医疗机构对改革存在的困惑，调动其参与定调价的积极性。此外，相关部门需引导医疗机构科学合理地测算医疗服务成本，有遵循地制定价格，同时鼓励积极上报调价项目，从而确保改革红利有效转移到医疗机构。同时，中医类项目定价偏低、手术类项目收费低和项目定价无法体现技术人员劳务价值等也成为价格改革的棘手问题。因此，各地区在分类形成项目价格时，需紧密结合临床实际需求，充分利用大数据和智能化手段收集和量化医疗服

务价格的各项关键指标，高位推进改革进程，创新遴选规则，突显技术劳务价值，在调价总盘子内腾出更多空间，让更多具有性价比的项目“中选”，从而进一步理顺医疗服务比价关系，推动医疗服务价格改革向纵深发展。

[返回目录](#)

县域医共体统一药品储备的兰山举措

来源：中国卫生杂志

基层医疗卫生机构大多地处偏远、基础薄弱、分布散、规模小，由此带来基层药品配备品种不齐全、药品采购配送不及时、药学服务能力不足等“短板”。作为破解上述问题的一个创新模式，中心药房走入行业视野。2022年5月，山东省卫生健康委经过深入调查研究，结合当地紧密型县域医共体建设实践，决定在全省有条件的地区分步推进县域医共体中心药房工作。两年多过去了，山东省县域医共体中心药房工作进展如何？

为响应山东省关于县域医共体中心药房建设部署要求，临沂市兰山区将中心药房建设列入重点推进事项，区卫生健康、医保、市场监管3部门联合制定《兰山区医共体中心药房试点工作方案》，并成立区医共体中心药房试点工作领导小组，高效推进中心药房试点建设工作。

2023年11月，以兰山区人民医院为牵头单位的兰山区医共体中

心药房在全市率先实体化运行，探索落实“一个中心引领、五项服务统一、多方利益共赢”的“1+5+N”运行模式，形成了区域内药品供应更高效、药事服务更规范、用药衔接有保障的良好局面。截至6月30日，中心药房药品目录包含药品1320种，累计完成药品采购订单20799个，采购金额达1.82亿元。近日，记者专门就“统一药品储备”这一主题，采访了相关负责人。

访谈嘉宾：

临沂市兰山区卫生健康局党组书记、局长 徐伟

临沂市兰山区人民医院党委书记 张伟

临沂市兰山区人民医院药剂科主任 王玉凤

中国卫生：请介绍对于统一药品储备这项工作的认识。

答：有备才能无患，常备方可无虞。药品短缺，尤其是基层医疗卫生机构必需、急需药品短缺，不仅会严重影响临床用药，危及居民健康，还制约重大疾病防控工作。中心药房各成员单位所需药品全部实现统一储备管理，就像建成了一个统一的药品供应“蓄水池”。各成员单位可以根据自身用药需求，随时发出订单。中心药房根据订单进行即时配送或调配。药品统一储备后，不仅降低成员单位在人员、库房空间、资金等方面的运营成本，还有效解决了基层医疗卫生机构药品不全、短缺问题，而且实现了区域内药品动态流转，药品调剂由“人等药”变为“药等人”，极大减少了药品损耗量，提高了药品利

用率。

中国卫生：统一药品储备开展情况如何?亮点有哪些?

答：兰山区医共体中心药房紧盯基层用药需求，不断延伸服务触角，将药品储备与前端药品采购、后端药品运输衔接，聚力推进药品库存信息化、药品储存专业化、药品分拣智能化、药品应急动态化，实现药品储备全生命周期管理、全流程质量追溯。具体来说，药品储备主要具备以下几方面亮点。

一是药品库存信息化。兰山区全力推进中心药房信息化建设，投资 287 万元，建成中心药房智慧管理系统，打破各成员单位间药库药房信息数据壁垒。目前，兰山区医共体中心药房已打通 16 家医院、312 家一体化村卫生室药库药房信息系统，实现了对药品储备、调配、冷链运输等的数字化管理，做到了即申领、即应答、即配送、即显示、即补齐。目前，各成员单位减少药品库存量 30%以上，累计降低各类运营成本 1670 万元。

二是药品储存专业化。立足各成员单位用药需求，中心药房建立常备库和应急库，2 座药品库累计面积达 3455 平方米。在基础建设方面，药品库严格遵循药品经营质量管理规范，设有防尘、防潮、防火、防污染、防虫蛀、防鼠、防霉变等设施。在储存条件方面，药品库严把药品质量关口，根据药品所需的储存条件，设置常温库(0~30℃)、阴凉库(≤20℃)、冷藏库(2~10℃)及常用少量药品分拣零货

区等。在运营队伍建设方面，中心药房抽调医共体各成员单位药学专业人员 11 名，组成常态化运营队伍，负责药品信息维护、采购平台业务处理和药品质量管理等日常运行工作。

三是药品分拣智能化。中心药房配套智能搬运机器人 4 台、智能货架 12 组，减少了拣货误差。中心药房还组建物流服务团队，配备物流人员 15 名、配送车 8 辆、冷链车 2 辆。每台冷链车装载远程数据传输系统及冷藏箱、保温箱等设备，全力确保药品在运输过程中的质量与安全，真正实现了“24 小时值守、15~30 分钟送达”药品配送服务圈。

四是药品应急动态化。中心药房统筹兼顾药品储备、应急保障，建立药品储备应急管理制度，药品储备库存金额保持在 2000 万元左右，可以满足全区 30 天的用药需求；创新建立库存下限预警机制，实行急救、短缺、临期、非常用等药品动态监管，凑零为整，按需配送，精准解决基层医疗卫生机构少、零、散、急的用药需求。截至目前，中心药房已累计向成员单位调拨应急药品 436 批次，价值金额达 257.21 万元。

中国卫生：中心药房运营取得哪些成绩？

答：兰山区医共体中心药房自 2023 年 11 月在全市率先实体化运行后，实现了多方面升级，有效提升了药事服务水平。

一是实现普惠共享。通过统一用药目录，兰山区医共体放大用药

范围，实现区、镇、村药品供应上下贯通。中心药房药品总目录有1320种，成员单位用药范围扩大2~6倍。

二是实现提速增效。通过制定医共体药品采购供应管理制度，中心药房规范采购流程、采购方式、下单和配送时间等重点环节，极大缩短了药品采购到货时限，保障患者用药需求。目前，中心药房药品采购订单3天到货率达92.55%，7天到货率达99.87%，采购到货时间总体缩短近30%。

三是实现精细管理。通过落实“五统一”运行机制，基层医疗卫生机构实现与二级医疗机构采购流程、储备等标准统一，规范提升基层医疗卫生机构药库、药房、病区药品的分类管理、药品养护水平，推动基层医疗卫生机构药事质控管理由粗放式向精细化转变。

四是实现基层优先。通过落实优先保障基层用药策略，13家镇街医疗卫生机构订单量占比达65%。中心药房实现区域内药品动态流转机制，有效满足患者便捷用药、及时用药需求。

五是实现专业提升。兰山区医共体通过定期组织药事管理、合理用药专题培训，有效提升药师队伍专业技术、药事服务能力和合理用药水平，累计组织培训15场，参训人员达800余人次。

六是实现可持续发展。兰山区医共体建立医疗单位、中心药房、医药企业一体化结算网络，打通成员单位与供货企业之间的信息流、业务流和资金流。中心药房按月汇总各成员单位出库金额，统一与各

药品供货企业结算，集采药品实现次月回款，非集采药品实现 90 天回款，极大缩短药品结算周期，有效降低市场主体成本，进一步优化医药企业发展环境。

中国卫生：中心药房还存在哪些问题？未来发展方向在哪？

答：目前各成员单位还存在药学专业技术人员配比差异大、药学服务能力水平差距大的问题。比如，兰山区人民医院的药学人员占比达 6.6%，专业技术资格高、中、初比例为 27：15：58，临床药师有 6 人；但新桥卫生院药学专业技术人员占比仅为 3.5%，且全部为初级专业技术人员，无临床药师。下一步，兰山区将统一制订人才引进和外送培训计划，紧抓医院药事管理和药学服务能力提升。中心药房将积极组织药学专业技术人员培训，共同提升专业水平，逐步达成药学服务同质化。

另外，兰山区医共体中心药房积极探索引入药品处方前置审核系统。区人民医院将整合医共体内药师资源，成立审方中心，实现医共体内所有处方医嘱审核全方位覆盖，提高处方审核效率，推动区域内药学服务同质化、规范化，提升医共体合理用药水平，保障居民用药安全。目前，中心药房已累计组织临床药师技术下沉 56 批次，抽取点评成员单位医嘱和处方 8580 份，基层医疗卫生机构用药不规范现象大幅减少。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

DRG/DIP 付费下，医保结余=医院结余吗？

来源：金豆数据

DIP/DRG 付费时代，大家一直追求的医保结余对医院来说，就真的是“结余”吗？其实，这是两个概念。本文就从医院结余的构成、重点关注指标、运营管理策略三个方面为大家拆解如何思考医院结余问题。

01 医院结余问题拆解

一般来说，医院结余分为医疗结余和医保结余两部分。医保结余比较好理解，也就是实际费用小于 DIP/DRG 支付标准的情况；但是医疗结余，是医疗收入和成本的差。

当医保亏损时， $\text{医保结余} = \text{DRG/DIP 支付标准} - \text{医疗收入}$ ；

当医保盈余时， $\text{医保结余} = (\text{DRG/DIP 支付标准} - \text{医疗收入}) * R$ ，其中 R 为医疗机构结余留用率。

在上图，我们发现医院盈余可以分为以下三种情况：情况一：医疗结余、医保结余均为盈余时候，一般为大型公立医院，这类医院医疗技术和运营管理水平领先，成本管控到位，资源利用充分，临床路径标准化程度高；情况二：医疗结余 > 医保亏损时，说明这类病种院内成本控制地较好，可能有规范的临床路径或管理方法；情况三：医疗亏损 < 医保盈余时，说明这类病种虽成本控制有问题，但是和全区域

相比，仍有一定优势。

而医院亏损，也可以分为以下三种情况：情况一：医疗结余、医保结余均为亏损，一般出现在中小型或基层医院，这类医院接收和救治患者的能力有限，患者资源不足，选择余地较小，医院运行成本长期处于高位，相对容易进入收治并发症较多的患者会导致资源消耗过度，而不收叉会造成资源闲置的恶性循环中；情况二：医疗盈余 $<$ 医保亏损时，说明这类病种院内成本控制不好，需要规范临床路径，优化管理流程。情况三：医疗亏损 $>$ 医保盈余时，说明这类病种成本控制有问题。

02 DRG/DIP 结余重点关注指标

医疗收入成本率

当医保基金紧张，医保盈余不能完全归医院留用时，还要关注医疗收入成本率对医院结余的影响，厘清医疗收入和医疗成本的因果关系，避免资源配置不当导致收支失衡。

DRG/DIP 病种的内部结构

当合理结余仅部分归医疗机构留用时，会出现每权重费用虽低于费率，但由于医保亏损金额 $>$ 医保盈余归医院留用的部分，导致病组整体呈现亏损态势的情况，所以无论开展全院层面还是科室层面的DRG/DIP盈亏分析，都需将各病组内的盈余病例和亏损病例分开来看，找准盈亏原因，为决策提供正确依据。

亏损病种/病组的数量和内涵

关注医疗内涵，深入剖析亏损原因，分清是医疗成本过高导致的亏损，还是自费材料收入纳入 DRG/DIP 支付导致的亏损。建立起问题解决机制，为医院内部加强医疗管理和外部医保谈判做好充分准备。

重视特异性分析

特异性分析是及时发现问题、解决问题的重要手段。通过对费用消耗指数和时间消耗指数异常患者的具体分析，查出病组/病种中是否存在医疗不足、不符合住院指征或存在大量非必要检查检验项目的情况，不断优化临床路径，提升医疗服务质量和效率，保障患者安全。

03 DRG/DIP 下运营管理策略

转变运营管理理念和管理模式

医院应明确战略发展目标，建立适应 DIP/DRG 支付方式的新型运营管理体系。

收入方面，以 DRG 评价指标为指引，通过资源配置式的全面预算管理和精细化成本核算，引导病种结构和收入结构调整，促进适应医院战略目标的学科体系建设和发展，依靠人才、技术获取更多数量的高权重患者，实现可支配收入增长。

质量方面，以病组/病种为管理单元，通过转变绩效考核方向，引导临床一线聚焦标准临床路径下的诊疗规范、医疗安全和治疗效果，重视质量管理和过程管理，实现医院内涵提升和高质量发展。

成本方面，设置专科运营助理，通过业财融合下的精细化核算、分析和管理工作，提高资源配置的合理性和使用的高效性，减少非必要消耗，以合理的成本费用获取适宜的运营效率。

在收入、质量、成本等措施的合力下，实现医疗结余有盈余，保障可持续发展。

建立科学的评价指标体系，对医院内部运营进行动态管理

在依靠规模产生效益的时代，医院大多以单一指标评价进行粗放式管理。而在DIP/DRG支付下，医院运营管理模式发生改变，评价方式也应随之变化。

公立医院绩效考核中的单一指标可以作为医院对外的主要成果展示，却无法对学科发展步伐、资源利用效率、病种结构调整、经济运行状况等进行客观、准确、综合的评价及动态管理，于是指标组合评价和评价结果修正思想迅速受到重视。

CMI和DRG组数相结合，可用于评价科室业务范围和医疗技术难度；出院均次费用和每权重医疗费用相结合，可用于考核医疗服务效率和资源使用效益，以及患者接受医疗服务的性价比；病组权重和结余相结合，可用于指导病种结构调整，促进分级诊疗；科室发展能力和成本控制能力相结合，可用于决策运营管理方向和资源配置倾向。

多种指标组合方式为医院提供了不同视角的管理思路，横向、纵向和与标杆比较等评价方式为医院提供了不同维度的管理视角，有利

于医院提升管理效能，扩大合理结余的获取方式和途径，促进社会效益和经济效益双丰收。

提升流程管理能力，实现提质降本增效

流程管理的能力影响着医院的管理竞争力。在医院运营管理模式转型进程中，管理竞争力逐渐成为医院的核心竞争力，是医院能否实现管理出效益，完成高质量发展、可持续运营的重要因素。

流程管理能够促进医院战略目标实现和价值链整合，而流程优化的过程则是转变发展方向、优化资源配置、规范医疗行为、提升管理效能和运行效率的过程。

服务患者方面，梳理医疗业务流程，建立临床路径等标准管理体系，根据治疗效果动态调整资源投入，减少过度医疗，实现医疗安全、治疗效果和诊疗效率的有序提升；梳理医疗服务流程，减少患者在诊室、检查室、手术室等服务过程中的等待时间，提升服务效率，缩短平均住院日；行政管理方面，梳理行政审批、科研管理、费用报销、物资申领和配送等流程中的内部控制风险点，降低风险成本，减少职能交叉重叠造成的管理冗余，提高工作效率。

流程优化在保障医疗质量和安全的前提下，一方面要提高资源转化率，重视每份资源获得收益的能力；另一方面，应减少非增值作业导致的资源浪费，降低获取每份收入付出的成本。医院通过加强流程的合理性、收入的合规性和支出的必要性管理，从而获得合理结余，

促进医疗事业稳步向前。

[返回目录](#)

“驾照式记分”监管到人！医保支付资格管理制度三年内推开

来源：医药经济报

国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局联合发布《关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》（以下简称《指导意见》），拟在三年内逐步将相关责任人员纳入记分管理，并探索将相关人员医保支付资格管理纳入医疗保障信用管理体系。

国家医保局副局长颜清辉在今日召开的新闻发布会上表示，近年来，医保基金监管力度不断加大，但定点医药机构违法违规使用医保基金行为依然屡查屡犯、屡禁不止，传统监管模式只能处罚医药机构、无法“监管到人”“处罚到人”是重要原因。这种传统监管模式既让少部分违法违规人员有恃无恐，对遵规守法者也不公平。通过建立医保支付资格管理制度，将监管触角延伸至具体责任人，对违规责任人进行记分管理，突出了监管的精准性，让违规者付出应有的代价，能有效遏制医保基金滥用现象，同时也是对遵规守法的医务等相关人员的保护。

两类相关人员将纳入驾照式记分监管

《指导意见》明确了管理目标、基本原则、计分标准、惩戒措施等关键环节。其中，管理对象主要包括两类：一是定点医疗机构为参

保人提供使用基金结算的医疗类、药学类、护理类、技术类等卫生专业技术人员,以及定点医疗机构负责医疗费用和医保结算审核的相关工作人员;二是定点零售药店为参保人提供使用基金结算的医药服务的主要负责人(即药品经营许可证上的主要负责人)。相关人员按照其执业(就业)的定点医药机构与医疗保障经办机构签订的服务协议,即获得医保支付资格,为参保人提供医药服务,并纳入医保监管范围。据悉,今后在医保部门监管工作中,如果发现相关人员违法违规行为,将按照问题的严重程度对其予以记分,一个自然年度内记分达到9分,将暂停其医保支付资格1-6个月,暂停期内提供服务发生的医保费用不予结算(急救、抢救除外)。一个自然年度内记分达到12分,登记备案状态将为终止,且终止之日起1年内不得再次登记备案。一次性记满12分的,终止之日起3年内不得再次登记备案。且信息全国联动,在一家定点医药机构登记备案状态为暂停或终止的多点执业医师,在其他定点医药机构的登记备案状态也同时为暂停或终止。

三年内逐步全国推开

《指导意见》明确,各省级、地市、县级医疗保障行政部门负责统筹推进并规范本行政区域相关人员医保支付资格管理工作,加强对医疗保障经办机构落实支付资格管理工作的监督检查。各省级医疗保障部门应根据实际情况组织制定实施细则,进一步细化记分依据、记分细则、暂停期限、修复机制等,在压实定点医疗机构责任基础上,

分步骤稳妥实施，三年内逐步将相关责任人员纳入记分管理，确保平稳落地。探索将相关人员医保支付资格管理纳入医疗保障信用管理体系。据悉，近年来，天津、河北、上海、安徽、海南等地省级医保部门在医保支付资格管理方面进行了积极探索和实践，形成了一定的管理经验。部分地区以地方政府规章的形式明确通过积分和协议形式对相关人员违规使用医保基金行为进行积分，对严重违法违规的采取暂停或取消医保服务的措施，以此规范相关人员涉及医保基金的使用，取得良好效果。上海市于2020年对《上海市基本医疗保险监督管理办法》进行了修订，此后又出台《关于本市试行开展医保定点零售药店医保药师违规行为记分管理的通知》，探索开展定点医药机构相关人员违规行为记分管理。2023年，上海医保部门对严重违法的4名定点医疗机构医师和2名定点零售药店人员暂停医保支付结算，对违法违规行为起到了较好的威慑作用。上海市医保局副局长张超表示，上海对相关人员违规行为记分管理，注重对相关违规人员及时约谈、提醒、告诫，防止其由小错酿成大错，由一般违规演变成违纪违法，在对违规人员予以处理的同时，也对机构内其他人员起到警示教育作用。颜清辉表示，国家医保局充分借鉴吸收近20年来各地建立健全医保支付资格管理工作的经验，借鉴“驾照扣分”的方式，对定点医药机构相关责任人进行记分，警示教育医务人员自觉遵守诊疗规范，主动约束手中的“一支笔”。为进一步推动这一管理办法的落地实施，

国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局联合印发了《指导意见》，明确了管理目标、基本原则、记分标准、惩戒措施及监督管理等关键环节。这是医保基金监管长效机制建设的一项标志性成果。《指导意见》明确，2024年以政策宣传、培训等准备工作为主，2025年正式实施。已开展支付资格管理的地区，要按照本意见完善政策，2年内过渡到本意见的框架内。医疗医保医药协同治理据介绍，今年的医保基金监管工作跑出了“加速度”。国家医保局更加注重监管的系统性、整体性、协同性，积极探索创新监管方式，着力建立健全医保基金监管长效机制。持续加大飞行检查力度，通过年度例行飞检和“四不两直”专项飞检相结合的方式，充分发挥飞行检查“利剑”作用。

今年以来，国家飞检已覆盖全国所有省份，检查定点医药机构500家，查出涉嫌违规金额22.1亿元。其中，根据大数据模型线索，以“四不两直”（即不发通知、不打招呼、不听汇报、不用陪同接待，直奔基层、直插现场）开展专项飞检的定点医药机构就达到185家，查出涉嫌违规金额8.1亿元，查实欺诈骗保机构111家。今年1至8月份，全国各级医保部门共追回医保资金136.6亿元。国家卫生健康委医政医管司副司长邢若齐表示，国家卫生健康委从两方面进一步规范医疗服务行为，促进医疗医保医药协同发展和治理。一方面，将持续加强正向引导，进一步完善国家、省、市三级医疗质量控制组织建设，强化医疗质量安全核心制度的落实，提升医疗质量安全管理水平。

持续开展“公立医院经济管理年”活动，指导各地加强医疗机构内部精细化管理。指导地方做好医院评审，引导医院进一步提升服务质量，规范医疗服务行为。同时，持续加强医保普法教育和医保相关规定的培训，提高医疗机构和医务人员合理使用医保基金的意识。持续推进“三医联动”改革，协同配合有关部门加大公立医院投入保障力度，深化医疗服务价格和支付方式改革，完善薪酬制度，激励医务人员提高医保基金使用效益。另一方面，将进一步加大监管力度，把规范医疗机构行为、维护医保基金安全作为《2024年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点》的重要内容，着重加强监督检查。将组织开展高额异常住院费用病例核查工作，建立分级分层监控、追溯和穿透式监管、持续监管的长效机制，规范诊疗和收费等行为。将以依法依规使用医保基金为重点，组织开展大型医院巡查工作，督促医疗机构完善内部管理。在前期配合国家医保局共同制定了本年度飞检工作方案和典型问题清单的基础上，继续配合国家医保局组织做好违法违规使用医保基金典型案例通报和警示教育工作，坚持以案释法，提高医疗机构和医务人员对相关法规制度的知晓率，促进依法依规使用医保基金。国家药监局药品监管司副司长周乐表示，党的二十届三中全会再次提出“要促进医疗、医保、医药协同发展和治理”，强调“完善食品药品安全责任体系”。药品是治病救人的特殊商品，是“三医联动”的重要载体，保障药品质量安全格外重要。国家药监局多措

并举，全力确保药品质量安全。一是完善法规制度，夯实药品监管基础。法治是保障药品安全最有力的武器。近年来，国家药监局已经完成了《中华人民共和国药品管理法》修订和《中华人民共和国疫苗管理法》制定，完成了《药品注册管理办法》《药品生产监督管理办法》《生物制品批签发管理办法》《药品经营和使用质量监督管理办法》《药品网络销售监督管理办法》等多部核心规章的制修订，打造了新时代药品监管法律法规体系的升级版，确保药品监管各项工作在法治轨道上运行。二是强化生产环节监管，从源头保障药品质量安全。近年来，国家药监局围绕“防范风险、查办案件、提升能力”三个重点，深入开展药品安全巩固提升行动，全方位筑牢药品安全底线。全力服务国家药品集中采购工作大局，对中选企业监督检查全覆盖、对中选品种监督抽检全覆盖，确保中选产品“降价不降质”。今年1至8月，国家药品抽检共计20696批次，合格率为99.43%，药品安全形势保持总体稳定。三是强化经营环节监管，督促企业保障药品质量安全。今年，国家药监局针对性部署开展药品经营环节的监督检查，要求各级药品监管部门将药品购进渠道、存储条件、处方药销售等内容作为重点，深入开展检查，督促企业持续合规、规范经营，引导企业提升药学服务能力。国家药监局还加大对药品网络销售的监测力度，坚持线上线下一体监管，通过信息化手段提升监管效能，压实第三方平台管理责任。对发现的违法违规行为，坚决依法查处、对外公

示，形成震慑效应。下一步，国家药监局将立足本职、强化监管，加强部门联动，推动形成“三医”衔接贯通、相互配合的工作格局，为中国式现代化筑牢健康根基。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

医保支付和 DRG 支付背景下，院、科、组精细化管理

来源：中科厚立

2023 年底的统计数据显示，全国超过九成的统筹地区已开展 DRG/DIP 付费。中科厚立陪跑赋能线上会议中发现，医院部分科室对 DRG 支付与医保支付存在一定程度的理解误差。

那么，明晰 DRG 与医保支付之间的关系至关重要，这不仅能够帮助科室更好地理解 DRG 支付，还能助力全院实现精细化管理。

医院进入“提质控本”时代，精细化管理势在必行

2018 年之前，我国医保支付采用的是按项目付费的传统方式，这种方式如同温床一般，滋生出“大处方”“大检查”等过度医疗行为。随着医疗费用的节节攀升，医保基金承受着巨大的重压。在此情形下，对医保支付方式进行改革已迫在眉睫，这不仅是为了有效遏制医疗费用的不合理上涨，更是为了提高医疗效率与质量。DRG 在我国的发展历程可回溯至 20 世纪 80 年代。

截至 2023 年底，全国有九成以上的统筹地区积极开展了 DRG/DIP 付费工作，其中开展 DRG 付费的统筹地区达 190 个，开展 DIP 付费的统筹地区有 192 个。从改革成效来看，已初步显现出积极的一面：医疗机构的诊疗行为更加规范，平均住院日明显缩短，患者在就医费用和时间成本上都有所降低。与此同时，医疗机构的收入结构也在持续优化，医保基金支出的增速保持稳定。

科室对 DRG 与医保支付关系，存在一定的偏差

DRG 付费测算方案中权重费率法解读

DRG 费率法是指参照各疾病诊断相关分组权重标准，根据预测的住院总费用和 DRG 总权重计算出分级费率，将年度医保住院统筹基金进行分配的方式。其计算逻辑为：在完成 DRG 分组后，首先根据各 DRG 组例均住院费用与所有病例的例均住院费用之比计算并调整得出各 DRG 组权重；然后以调整后的 DRG 组权重为基础，根据历史数据测算各级别医院预计 DRG 出院病人数和总权重，并根据医保年度预算基金额度和预期支付比例推算出年度医保病人总费用，再以总权重为系数将年度病人总费用分配到每一权重上，即计算出各级别医院的基础费率；最后根据各 DRG 组的权重和所属级别医院的基础费率即可计算出各个医院某 DRG 组的付费标准。

DRG 付费数点值法解读

DRG 点数法是参照各疾病诊断相关分组权重标准，运用工分制原

理，建立不同疾病组医疗费用与权重之间的相对比价关系，换算出每个 DRG 组的点数，并以病组点数来分配区域内医保基金的付费方式。

其计算逻辑为：在完成 DRG 分组后，首先根据过去两年或三年的各 DRG 组例均住院费用除以所有病例的例均住院费用再乘以 100 或 1000 得出各 DRG 组的基准点数；然后根据过去两年或三年各级别医院例均住院费用除以统筹区所有医院的住院例均费用得到成本调整系数，各 DRG 组的基准点数乘以成本调整系数即得到各级别医院各 DRG 组的病例点数；最后根据医保月度预算除以所有医院月度实际入组病例的总点数，确定每个月的浮动点值作为月度预付依据，根据医保年终决算除以所有医院年度实际入组病例的总点数，确定最终的清算点值，病例点数乘以点值即为各个医院某 DRG 组的付费标准。

DRG 付费如何实现科室结余

在实际运行中，已经有许多成功案例值得我们借鉴。比如在某大型三甲医院，在“急性阑尾炎”这一 DRG 分组中，医保支付标准为 8000 元左右。医院通过优化管理流程，从术前检查到术后护理都进行了精心的规划。术前将一些重复的检查项目合并，术中规范手术操作流程和器械使用，术后加强护理并及时安排患者出院。通过这些措施，将该类手术的平均成本控制在了 7000 元以内，在保障患者治疗效果的同时，医院实现了每例手术约 1000 元的盈余。

DRG 付费如何体现特色医疗

在区域 DRG 付费中，多地有积极探索。像长沙、株洲、湘潭、衡阳区域对部分中医优势病种按疗效价值付费，在中西医治疗方法由医生选择且保证临床疗效一致的情况下，发挥中医药特色优势。

雅安市在 DRG 付费分组中增设中医特色病组，将符合条件的中医医疗机构纳入支付范围且实现全覆盖，还支持提高中医药“中治率”，中医治疗费用占比大于等于 60% 的正常入组病例付费点数调高 10%。

“三明市第二医院分管医保的林松副院长表示该亏还是的亏，医院细节精细化管理实现合理检查、合理治疗、合理收费”在医保 DRG 支付方式下，医院要实现结余并非易事。这要求医院严格遵循合理检查、治疗与收费原则，在诊疗时合理配置医疗资源，在提升医疗质量的同时降低医疗成本。

对于医生来说，DRG 同样意义深远

引导医生从单纯的疾病治疗思维转向更加注重整体医疗资源合理利用的思维。比如在治疗“冠状动脉粥样硬化性心脏病”患者时，某医院的心脏科医生团队，在选择治疗手段时，摒弃了一些高成本但效果并非最优的治疗方案。他们结合临床经验与 DRG 支付框架，采用了更加经济且有效的治疗组合。不仅考虑疗效，还要考虑该治疗方式在 DRG 支付框架下的成本效益。这并不意味着降低医疗质量，而

是在保证质量的前提下，实现医疗资源的高效利用。

对于医疗组而言，这既是机遇也是挑战

在 DRG 模式下，医院必须重新审视内部管理流程。以效率提升为例，当面对某一 DRG 分组，如常见的“肺炎”分组，组建了多学科团队，优化了检查流程，减少了不必要的抗生素使用。使肺炎患者的平均住院日为 12 天，缩短到了 9 天，医疗成本也从原来超出医保支付标准变为低于支付标准，医院在提升医疗效率的同时也提高了经济效益。

对于医院而言，建立可溯源的病例查询系统

为了实现精细化管理，医院可以建立可溯源的病例查询系统。医院管理人员可以随时查询每一个病例的诊疗过程、检查项目、治疗方案和收费情况。这样，出现问题，可以迅速追溯到具体环节，找出问题所在并及时进行整改。

DRG 与医保的未来展望

DRG 与医保协同发展需完善政策法规，加强对医疗机构监管，确保医保支付标准合理。同时要加强信息化建设，建立平台共享信息，利用大数据监管。DRG 付费促使医院提升服务质量，加强临床路径管理，引导资源合理配置，促进分级诊疗，虽有挑战，但为医疗保障体系带来积极变化，值得期待。

[返回目录](#)

公立医院政府采购内部控制管理框架探析—以 X 医院为例

来源：广西中医药大学第一附属医院

针对公立医院政府采购制度建设薄弱、采购组织架构设置不完善、采购执行不规范等内部控制管理现状，文章以内部控制及政府采购相关法律法规的要求为基本点，探求保障政府采购项目合规性的前提下，构建公立医院政府采购内部控制框架，提高公立医院政府采购内部管理水平与内部控制的规范性和有效性。

[关键词] 公立医院；政府采购；内部控制；管理框架

引言 采购人对单位内部的政府采购活动负有主体责任。《政府采购法实施条例》规定采购人在政府采购活动中应当维护国家利益和社会公共利益，公正廉洁，诚实守信，执行政府采购政策，建立政府采购内部管理制度。《关于进一步加强财会监督工作的意见》指出，健全财会监督体系需要进一步加强单位内部监督，加强经济业务日常监督，要结合单位自身实际建立权责清晰、约束有力的内部财会监督机制和内部控制体系。

在医疗卫生领域，根据《公立医院内部控制管理办法》，政府采购管理情况是业务层面的风险评估重点关注的内容之一，在公立医院内部控制建设中要强化政府采购业务的内部控制，建立健全采购管理制度、加强工作流程及规范等。

一、公立医院政府采购内部控制管理现状

现阶段，公立医院政府采购业务内部控制建设呈现多样性、复杂性的特点，目前大多数医院在政府采购内部控制方面存在采购内控制度建设薄弱、采购组织架构设置不完善、采购执行不规范等情况。

（一）公立医院政府采购制度建设现状

公立医院政府采购管理制度不健全、不完整。政府采购管理涵盖了确定采购需求、确定组织形式、确定采购方式、组织采购活动、采购合同履行、采购合同验收及支付等，在公立医院内部控制中嵌入多个业务环节，实际中往往出现管理制度不完善或滞后于业务现状的情况，如制度未及时根据政府采购项目分散采购限额和公开招标数额标准等政府采购政策进行修订完善、政府采购资金与预算管理制度缺乏有效衔接、对采购方式表述不准确、未建立完善的代理机构遴选机制、采购管理制度确定的流程不规范或缺乏可操作性、对政府采购项目的监督及评价制度不明确等。

（二）公立医院政府采购组织架构现状

公立医院采购机构设置不全或履行采购管理职能的工作组职责不清晰。公立医院政府采购活动多个部门与环节的联动，既需权责对等也要分工制衡，既需效率也要管控风险，才能实现内部控制的优化。部分公立医院暂未成立专门负责政府采购管理的部门或履行政府采购管理职能的采购工作组，采购项目按类别分别由项目主管部门各自实施采购，不利于管采分离；部分医院关于采购事项的分级授权不清

晰或流于形式、关键岗位及其职责设置未能严格遵循不相容职务分离的原则，使整体架构设计未形成相互制约与监督。

（三）公立医院政府采购执行情况现状

公立医院采购执行存在薄弱环节。公立医院作为采购人履行和落实主体责任，如果实际执行不到位，政府采购管理内部控制的效果将大大减弱。在不同阶段，公立医院往往容易存在以下薄弱环节：采购前期采购需求市场调查不够充分，进行市场调查及询价不够公开透明；采购活动中，政府集中采购执行不力，对于集中采购目录内的品目采购未严格执行集中采购而采取自行采购方式采购，未严格按照国家卫健委的规定开展招标文件复核论证，招标与评标未分离；采购后期验收与结算未分离，未履行验收程序，未按合同条款约定进行验收即支付全部款项，未开展政府采购业务的内部控制评价工作。

二、公立医院政府采购内部控制管理存在风险

对政府采购实施风险管理的前提是进行政府采购业务的风险识别，针对不同阶段，有学者认为政府采购前的风险主要在政府采购组织架构、采购项目立项论证方面；政府采购中的风险主要为采购环节风险，大部分与法律法规相关的合法合规问题；政府采购后的风险则包含验收、资产控制、服务合同履行不严等。

（一）采购违规风险

政府采购项目由各职能部门分散管理，由各部门制定自己负责领

域的采购管理制度，不同业务部门之间采购内部控制制度与流程执行标准不统一，可能导致管理内部制度与政府采购法律法规不相符情况，存在采购违规风险。

（二）无效制衡风险

多个方面的原因都可能导致内部控制的制衡失效：负责政府采购业务工作人员同时兼顾采购管理工作与执行工作，未能实现管理与执行职能分开；对政府采购系统操作不熟悉，岗位设置和权限配置不合理，导致采购申请和采购审批为同一人；未能实现不相容岗位分离，如招标采购与评标为同一人，验收与结算为同一人；采购业务、流程和岗位之间监督与制约机制较弱。

（三）执行偏离风险

政府采购业务执行过程中，由于缺乏规范的管理、有效的监督以及履职不到位，都可能导致执行偏离，如超过分散采购限额的项目出现顺延续签、不进行备案采购，或分解为多各标段分别招标，降低采购预算，规避政府采购；采购参数论证走形式、走过场，违规设置排他性、唯一性和指向性技术参数和指标，评标过程不公正；未落实政府采购政策功能，搞“量身定制”式招标。

三、公立医院政府采购内部控制管理框架设计

（一）管理框架及制度设计

X 医院实行政府采购“集体决策、统一管理、各部门协同配合”

的管理体制，申购部门、招标采购管理部门、项目主管部门、资产管理部门、财务部门、监督部门等履行参与政府采购工作的职能和岗位职责，通过制定《医院物资采购管理办法》，对组织机构与管理职责、采购组织形式和采购方式、采购申请与授权审批、采购文件编制与公告、项目开标评标定标、质疑和投诉处理、合同签订与履行、验收与支付、监督检查等进行细化，使政府采购业务内部控制管理形成各自分工、相互制衡、联动衔接的基础，确保采购计划、组织实施、评价与监督等管理活动有序开展。

（二）执行设计

以内部控制及政府采购相关法律法规的要求为基本点，保障政府采购项目合规性的前提下，对 X 医院政府采购内部控制管理的内部控制关键点及业务流程进行梳理，结合医院具体的制度体系及管理流程，从政府采购预算与计划管理、政府采购活动管理、验收管理与资金支付管理三个方面把握政府采购内部控制关键业务环节，梳理出 13 个内部控制关键风险点对应的 22 个业务控制流程表单及 10 个信息系统，基于控制流程中的表单及信息系统，构建公立医院政府采购业务执行层面内部控制管理框架。

1. 政府采购预算与计划管理内部控制流程

医院在政府采购预算及计划管理层面的内部控制关键点主要包含确定采购需求、预算编制及计划、意向公开。X 医院运用医院办公

OA 系统、财务预算管理系统结合政府政采云平台系统，设计了购置申请表、市场询价汇总表、预算审批表、院长办公会议议题申请表、党委会议议题申请表以及政府采购意向信息公开共 6 个控制流程表单。申请科室提交购置申请表，经申请科室负责人、项目主管部门、分管院领导以及主管院领导审批。购置审批通过后项目主管部门按照医院内控制度组织相关科室进行市场询价。经过市场询价后确定采购预算以及采购需求，并提交院长办公会或党委会会议议题申请，待院长办公会或党委会决策审批后，项目主管部门关联审批的预算条目在政采云平台上报政府采购计划并提交财务部门审批，与此同时发布政府采购意向信息公开，完成政府采购项目确定预算与申报计划业务的内部控制流程。

2. 政府采购活动管理内部控制流程

在政府采购活动管理层面，医院内部控制关键点则主要包含政府采购代理机构确定、审核确认采购文件、落实政府采购政策功能、现场组织评审活动、确认采购结果、政府采购质疑与投诉处理、合同签订与执行。X 医院运用代理机构抽取系统、医院办公 OA 系统、政府政采云平台系统及政府采购信息统计系统贯穿政府采购活动管理内部控制流程，使用招标采购管理流程表、政府采购代理机构抽取表、一般性审查意见书、招标文件审核表、重点性审查意见书、招标文件专家论证报告、内部监督业务管理流程表、委托招标医院代表抽取表、

采购结果确认函、政府采购质疑与投诉处理记录表、合同、协议审核表、政府采购信息统计上报申请单共 12 个政府采购内部控制流程表单来实现政府采购活动的内部控制管理。

由各项目主管部门发起项目招标采购管理流程表至招标采购管理部门，招标采购管理部门组织项目主管部门在监督部门、财务部门的监督下使用代理机构抽取系统抽取招标代理机构。根据采购项目特点对项目采购需求与采购实施计划进行调查、确定、编制和审查。招标采购管理部门根据采购需求委托招标代理机构制定招标文件，招标文件经招标采购管理部门和项目主管部门确定后进行医院内部招标文件审核流程，重大项目组织院外专家进行招标文件复核论证。审核确认采购文件后可按规定发布采购公告，在评审活动开始前确定委托招标医院代表，招标采购管理部门向监督部门提交内部监督业务管理流程表，由监督部门记录政府采购项目的监督情况。评审活动结束后，单位内部采购结果确认后再完成政采云平台系统操作。制定政府采购合同，合同经申购部门、项目主管部门、财务部门、招标采购管理部门、法务部门等多部门进行审核后签订。合同签订后由各项目主管部门根据政府采购预算与计划、政府采购合同等信息填报政府采购信息统计系统，招标管理部门审核汇总后上报。

3. 验收管理与资金支付管理内部控制流程

履约验收、合同付款、政府采购档案管理和绩效评价是验收管理

与资金支付管理层面的内部控制关键点。除了政府政采云平台系统以外，X 医院还运用了资产管理系统、库存管理系统、网报系统、账务系统、档案管理系统对项目验收与资金支付进行管理，控制流程表单包含政府采购项目合同验收书、款项支付审核表、付款、转账通知单、项目档案管理表共 4 个。项目主管部门组织申购部门、资产管理等部门对采购物资进行验收，验收通过后按流程向财务部门申请款项支付，并按规定办理资产入库、档案管理和绩效评价。

四、结语

基于目前 X 医院政府采购内部控制的管理现状，精准定位医院政府采购内部控制各个关键风险点，构建了公立医院政府采购内部控制管理框架，形成依法合规、运转高效、风险可控、权责清晰的公立医院政府采购内部运转和管控机制，提高公立医院政府采购内部管理水平，发挥政府采购业务内部控制的积极作用，提高采购效率和资金使用效益。

[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



北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药城: <http://www.yaochengwang.com>

 地址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电话: 010-68489858