

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2022年第12期

(03.21-03.27)

## ——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。）

### · 专家观点 ·

▶ [药品集采改革效果凸显，医药行业迎来高质量发展](#)（来源：中国医疗保险）——第 8 页

【提要】药品集中带量采购是党中央、国务院部署的重大改革任务。目前，我国已组织完成了 6 批、234 种药品的集采工作，平均降幅 53%。各省或省际联盟集采也呈现燎原之势，其中，山东省通过独立组织或牵头省际联盟的方式已开展了 2 批、87 种药品集采工作，平均降幅 56%。三年来，药品集采改革取得了突破性成效，进入了常态化、制度化新阶段。

▶ [从“量的积累”转向“质的提升” 公立医院高质量发展促进行动全面展开](#)（来源：央视新闻）——第 10 页

【提要】国家卫生健康委消息，公立医院高质量发展促进行动已在各地全面展开，到 2025 年，我国将初步建立上下联动、区域协同、医防融合、中西医并重、优质高效的公立医院体系。“十四五”期间，国家将建立高质量分级诊疗体系，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局，到 2025 年，形成国家级医学中心和国家级、省级区域医疗中心为骨干，高水平市级和县级医院为支点，紧密型城市医疗集团和县域医共体为载体的高水平公立医院网络。

## · 社会办医 ·

▶ [未来十年，社会办医都有哪些发展方向？](#)（来源：华夏医界网）

—第 14 页

【提要】过去十年的发展已经将社会办医推进到一个新的起点，再往后看十年，2030 年是“健康中国 2030”的收官之年，届时社会办医必将呈现全新风貌。未来十年，将是社会办医从量变到质变、从粗放到精细、从“拓疆域”到“练内功”的关键时期。社会办医将越来越重视为患者带来真正的价值，从经营产品到经营客户，服务患者的核心需求。在战略保障上，拓宽融资渠道、提升资本效率，高效规划医生资源、重点打造人才梯队。在发展模式上，打通产业链、实现险医一体化，促进互联网和医疗的深度融合、积极发展智慧医疗。

▶ [2022 年上海市基层卫生健康五大工作要点](#)（来源：上海市卫生健康委员会）——第 26 页

【提要】2022 年，上海市基层卫生健康工作以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，在国家卫生健康委和市委、市政府的领导下，确保社区疫情防控和基层卫生健康工作两手抓、两手赢，紧紧围绕“十四五”卫生健康规划任务，做实、做优、做强基层卫生健康服务，推进基层卫生健康工作高质量、同质化发展，全面推进社区卫生服务功能提升，与中医药服务融合，切实打造居民“家门口”的整合型卫生健康服务平台，以实际行动迎接党的二十大胜利召开。

## • 医院管理 •

▶ [DRG/DIP 支付改革赋能医院管理 10 大变革](#)（来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究）——第 33 页

【提要】伴随着全国各地 DRG/DIP 付费落地推行，赋能医院管理从“粗放式发展模式”向“内涵式发展模式”转变；从“数量型”向“质量型”转变；从“增收驱动”向“成本驱动”转变；从“次均费用控制”向“病种结构调整”转变；从“医保定额管理”向“无医保定额管理”转型；从“科室成本核算”向“DRG/DIP 病种成本核算”转型；从“财务会计制度思维”向“业财融合管理”转型；从“重病房轻门诊”向“门诊与病房并重”转型；从“激励项目和收入驱动”向“激励病种价值驱动”转变；从“信息孤岛”向“大数据智慧管理平台”转型等“十大”变革，实现医院高质量发展。

▶ [多院区及医联体同质化建设 要关注这些目标与手段](#)（来源：CDSreport）——第 37 页

【提要】作为医院管理者，如何理解“同质化”在多院区和医联体中的不同内涵？如何针对二者不同，进行同质化建设与管理？信息技术和信息化建设在其中发挥怎样的作用？三峡医院医务部刘勇副主任指出，多院区与医联体同质化建设的差异主要体现在建设目标和建设手段两个方面。

## • 中医药服务 •

▶ [乘势向上发展中医药服务贸易](#)（来源：中国中医药报）——第 42 页

【提要】随着服务经济时代的发展，服务贸易在全球贸易中的地位日益突出，中医药服务贸易成为中国服务贸易非常重要的组成部分。中医药服务贸易是我国具有自主知识产权、原始创新潜力巨大的民族健康产业，发展中医药服务贸易具有重要的战略意义。在党和国家的高度重视下，我国中医药事业发展迅速，中医药服务贸易乘势而上。

▶ [中医医养结合赋能东北地区养老服务](#)（来源：黑龙江中医药大学）——第 47 页

【提要】当前，我国人口老龄化进程不断加快。如何提供更加完备的健康养老服务这一话题再度升温。《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》明确提出，“坚持中西医并重，大力发展中医药事业”“培育养老新业态，构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系”，中医药和医养结合事业的高质量发展迎来了新的历史机遇。

## • 医院信息化 •

▶ [如何多举措规范门诊线上预约，缓解“看病难”？](#)（来源：《中国医院》杂志）——第 50 页

【提要】多年来，国家卫生健康委员会持续号召各级医院提高医疗服务满意度，其中完善执行预约诊疗制度首当其先。目前，全国各大医

院已普遍开展预约诊疗管理工作，其在改善看病“三长一短”候诊时间长问题的同时，开放的预约渠道和自助预约方式，也出现优质号源被“争抢式”预约的普遍现象，除了诊疗供需集约本身的情况，也给了“另有他意”的人倒买倒卖不法号源提供了可乘之机，让原本就“看病难”的问题更加雪上加霜。如何完善预约诊疗管理中的有效化输出，成为当前缓解“看病难”的又一新课题。本文主要介绍了复旦大学附属妇产科医院(以下简称“我院”)针对该管理项目采取的多项举措及其成效。

▶ [如何打造全流程智慧服务？且看苏北人民医院支招](#)（来源：健康界）——第 57 页

【提要】数字经济已经上升至国家战略的重要地位，互联网、大数据、人工智能等数字化技术与实体产业深度融合的图景愈渐清晰。如何利用趋于智能化的信息系统，结合大数据、互联网的技术构建多维、一体的智慧服务，进而提升医院核心竞争力、提高患者就医满意度？自 1997 年便着手探索信息化建设的苏北人民医院，历经 20 余年发展，在智慧医院建设在的跑道上不断提升“加速度”，成绩显赫。而针对上述趋势与问题，徐道亮书记作为苏北人民医院的“掌舵者”，将为业界带来值得学习参考的智慧医院建设“攻略”。

### • 医保快讯 •

▶ [2021 年医保重点政策法规回顾与评析](#)（来源：中国医药报）——第 61 页

【提要】2021 年是“十四五”开局之年，以医保、医疗、医药协同治理为核心的中国医改步入深水区。我国医疗保障制度改革已经进入系统集成、协同高效的阶段。医疗保障部门的角色定位也实现了从事后付费者向战略购买者的转变。本文梳理了 2021 年医保相关重点政策法规，并对医药相关行业受到的影响进行分析预测。

▶ [如何建立符合我国国情的长期护理保险制度？](#)（来源：对外经济贸易大学国家对外开放研究院）——第 70 页

【提要】随着人口老龄化程度的加深，我国失能、半失能老人数量和占比增加，对于长期护理的需求也进一步增强。2016 年 6 月，我国正式启动长期护理保险制度试点工作，选择广州、青岛、承德等 15 个城市和山东、吉林 2 个重点联系省份统一组织开展长期护理保险制度试点。具体实践中，试点地区初步建立了稳定的多渠道筹资机制，建立健全了基金管理、服务管理、经办管理运行机制等，长期护理保险制度框架基本建成，保障功能和外延功能初步显现，运行总体平稳。

## -----本期内容-----

### · 专家观点 ·

#### 药品集采改革效果凸显，医药行业迎来高质量发展

来源：中国医疗保险

药品集中带量采购是党中央、国务院部署的重大改革任务。目前，我国已组织完成了6批、234种药品的集采工作，平均降幅53%。各省或省际联盟集采也呈现燎原之势，其中，山东省通过独立组织或牵头省际联盟的方式已开展了2批、87种药品集采工作，平均降幅56%。三年来，药品集采改革取得了突破性成效，进入了常态化、制度化新阶段。

#### 集采政策重塑医药行业生态

集中带量采购紧盯药价虚高问题，以“带量”为抓手，挤掉药品流通过程中的灰色费用空间，根治带金销售积弊，从体制机制上净化医药流通的生态环境，塑造新的行业生态，用市场化机制引导医药企业转变营销模式，从原来的拼渠道、拼营销转化为阳光下的成本、质量和价格竞争，从重销售向重研发转变，有利于形成风清气正的药品流通和使用环境，有利于推动医药行业的高质量发展。

#### 带量采购赋能企业创新研发

带量采购让医药企业无需再为药品销售消耗更多资金和精力。此前企业设有专门的销售队伍跑医院、跑临床“带金销售”；如今医院



提前明确用量、带量采购，有效节省了企业的成本和精力，使其将更多的精力投入到创新研发当中。与此同时，企业回款有了保障。有数据统计，拖欠药款 1 个月，企业将减少近 1 个点的利润。2021 年，山东省建立医保基金与医药企业直接结算机制，运行 4 个多月，便在 30 天内支付企业 7.77 亿元药款，有效提高了企业的资金周转率，研发资金更加充裕。

### **集采改革倒逼企业创新发展**

集采改革最直接的效果和最根本的目标是减轻群众就医负担，为群众提供更高品质、更优价格的医药产品。从政策协同设计来看，药品集采能够推动企业走上创新升级的高质量发展之路，提高本土企业的国际竞争力。集采降低仿制药价格，一致性评价提高仿制药上市门槛，超过 3 家企业过评的药品不再采购未过评产品，集采实行适度淘汰机制……一系列组合政策，引导企业节约资源、集中精力创新研发。据统计，2020 年 A 股医药上市公司销售费用近五年来首次呈下降态势，同比减少 6%，研发费用同比增加 22%，药品集采改革效果已经显现。当然，随着改革的推进，不能适应改革的企业将被淘汰，医药企业多、小、散、乱的局面将得到改变。

### **节约资金支撑更多创新药进入医保**

从山东省的统计数据看，随着一大批用量大、费用占比高、群众负担重的药品纳入集采。截至目前，山东省集采药品的市场份额已占到 2019 年公立医院药品销售总规模的 47%，总体价格水平已下降近

20%。针对节省下来的医保资金，一方面，通过结余留用政策，50%奖励给医院，用于医务人员的薪酬分配，提高医院参与改革的积极性；另一方面，用于为群众提供更多、更优的医疗保障服务，进一步提高参保群众的待遇水平。如：节省的医保资金支撑了创新药通过谈判进入医保，不仅能够提高重特大疾病患者就医用药的可及性，也对医药企业的创新发展起到积极的促进作用。

[返回目录](#)

## 从“量的积累”转向“质的提升”

### 公立医院高质量发展促进行动全面展开

来源：央视新闻

国家卫生健康委消息，公立医院高质量发展促进行动已在各地全面展开，到2025年，我国将初步建立上下联动、区域协同、医防融合、中西医并重、优质高效的公立医院体系。

“十四五”期间，国家将建立高质量分级诊疗体系，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局，到2025年，形成国家级医学中心和国家级、省级区域医疗中心为骨干，高水平市级和县级医院为支点，紧密型城市医疗集团和县域医共体为载体的高水平公立医院网络。

国家卫生健康委医政医管局局长焦雅辉：要求我们的公立医院从粗放式的发展，要转向走内涵发展的道路，转向更加科学化、精细化、和规范化的管理。从注重物的要素，转向更加注重人的要素，就是调动人(医务人员)的积极性。

各地将加大儿科、重症、麻醉等紧缺人才培养;加强胸痛、卒中、危重孕产妇、危重儿童和新生儿等救治中心建设,构建快速、高效、广覆盖的急危重症医疗救治体系;建成一批国家级、省级和市县级临床重点专科。实施县医院综合能力提升“千县工程”,到2025年,全国至少1000家县医院达到三级医院水平。

国家卫生健康委医政医管局局长焦雅辉:围绕着心脑血管疾病肿瘤这些重大的疾病,提高我们的医疗服务的技术能力(水平),特别是在高水平的医院,我们要提高急危重症和疑难的这些复杂的手术、微创手术的占比。另外就是以信息化的手段,来助力我们公立医院高质量发展。

### 公立医院已到“质的提升”关键期

专家认为,经过改革开放40年来医疗服务体系建设、20年来医院能力建设、10多年来深化医改的实践探索,公立医院已经到了从“量的积累”转向“质的提升”关键期。

北京协和医学院教授、国务院医改专家咨询委员会委员刘远立指出,当前,我国卫生健康总体供给状况已从“缺医少药”转变为“有医有药”。然而百姓已经不再满足于“低水平、广覆盖”,公立医院发展还面临不充分、不平衡等问题。

北京协和医学院教授国务院医改专家咨询委员会委员刘远立:我们不同的等级医院之间的医疗技术差别是比较大的,特别是占到我们就医总量的70%的县级医院,我们的技术水平相对还是比较薄弱的,

所以我们整个公立医院高质量发展首先解决这个不平衡的问题。但与此同时，我们也要解决不充分发展的问题，特别是涉及到老百姓的一些重大的疑难病、重病这方面的突破。

目前，我国已经迈入中高收入国家行列，百姓医疗健康需求呈现多层次、多元化发展态势，一方面期盼医疗技术精益求精，另一方面期盼医疗服务更加周到。

北京协和医学院教授国务院医改专家咨询委员会委员刘远立：我曾经带团队在全国连续6年，开展改善医疗服务的第三方评估。人民群众应该说对于我们的整个医疗服务，在技术层面这个满意度还是比较高的。但是在一些非医疗非技术的层面，包括护工，包括我们医院的环境，包括我们就医的秩序，包括我们的医院的伙食等等这些方面的满意度，应该说相对的是比较低。所以整个高质量发展不光是一个技术活，也是一个服务活。

### **提高疑难重症救治能力方便百姓就医**

在推动公立医院高质量发展过程中，各地大型三甲医院重点发力临床重点专科建设，提高疑难重症救治能力，通过多种形式促进医疗资源下沉，方便百姓看病。

近年来，门急诊量平均每年接近500万人次的大型三甲医院——四川省人民医院，发展方式已从规模扩张转向提质增效，努力建设临床研究型医院，目前已建成7个国家临床重点专科，特别是视网膜疾病研究、产前筛查等临床分子诊断和疾病基因研究领域已达到国际领

先水平。

四川省人民医院院长中国科学院院士杨正林：作为一个大型公立医院，一定要追求高质量发展，就是对疑难病症的诊断治疗，那么研究就很重要。通过科学研究让我们的医生能够了解前沿的知识，提高我们诊疗的水平。

首都医科大学附属北京安贞医院是国家心血管病临床研究中心。“十四五”期间，医院将帮助吉林、安徽等省份建立国家心血管病区域医疗中心，并与 100 家医院建立心血管病专科联盟。

首都医科大学附属北京安贞医院党委书记纪智礼：100 家(医院)主要布在县域和地区级的，因为那个地方越是山区的地方，越是交通不发达的地方，越需要扶持这种技术。我们未来是想把心脏救命的这个技术，至少在中国这些不发达地区首先带起来。

地处四川、重庆、云南、贵州四省市结合部的西南医科大学附属医院，辐射周边近 6000 万人口。目前，医院正在建设省级区域医疗中心，并与 20 多家基层医院组建医联体和专科联盟，每年选派医务人员 300 多人次到基层“传帮带”。

西南医科大学附属医院党委书记徐勇：通过医联体形式和专科联盟的形式，跟基层形成上下贯通的关系，才能让基层的学科得到进步，使我们的病人在基层，尤其是在县级医院就可以得到治疗。

[返回目录](#)

## · 社会办医 ·

### 未来十年，社会办医都有哪些发展方向？

来源：华夏医界网

过去十年的发展已经将社会办医推进到一个新的起点，再往后看十年，2030年是“健康中国2030”的收官之年，届时社会办医必将呈现全新风貌。

未来十年，将是社会办医从量变到质变、从粗放到精细、从“拓疆域”到“练内功”的关键时期。社会办医将越来越重视为患者带来真正的价值，从经营产品到经营客户，服务患者的核心需求。

在战略保障上，拓宽融资渠道、提升资本效率，高效规划医生资源、重点打造人才梯队。在发展模式上，打通产业链、实现险医一体化，促进互联网和医疗的深度融合、积极发展智慧医疗。

#### 一、价值医疗受到青睐，多方合作模式显现

价值导向型医疗在全球已经是最重要的趋势之一。

中国医疗体系正面临着疾病负担成本不断攀升以及医疗效果有待提升的双重挑战，价值导向型医疗是帮助中国实现在可控的成本下提升民众健康和医疗效果的良方。2016年7月，由财政部、卫计委、人社部、世界银行、世界卫生组织“三方五家”联合发布的医改政策建议《深化中国医药卫生体制改革，建设基于价值的优质服务提供体系》中，明确提出建立“以人为本”、“平衡的、基于价值的卫生服务提供体系”。

国内一些领先的社会办医疗机构已经开始积极关注疗效和医疗价值，并积极参与国际组织的疗效标准制定。

价值医疗给中国社会办医疗机构带来了重要的差异化发展机会，通过重点关注特定疾病的疗效实现从“量变”到“质变”的真正转型。

价值导向型医疗对于追求可持续发展的全球医疗体系极具吸引力。很多医疗机构甚至医疗网络都在向价值医疗转型，然而只有当以患者为核心的医疗体系在区域、全国，乃至全球层面实施的时候，价值导向型医疗潜在的巨大力量才能真正地发挥出来。世界经济论坛与BCG联合启动的医疗价值项目组在“亚特兰大市心力衰竭试点项目”中通过医疗机构、支付方、患者组织、政府、学术机构、制药企业、设备厂商等各相关方的密切合作，取得了可观的成就。预计未来十年，中国也将出现各利益相关方更高层次的合作尝试。

## 二、资本市场持续活跃，优质标的广受青睐

自2012年以来，中国资本市场对社会办医疗机构和公立医疗机构的投资呈现出前所未有的井喷式增长(参阅图2)。风险/私募投资机构、医药集团和医药产业链企业、保险资金共同组成了多元化的资本结构，接踵涌入市场。尤其在2015—2016年期间，交易数量持续创下历史新高，仅2016年发生的并购交易就达到31笔，实现交易规模20亿美元。

优质社会办医标的在股市同样表现亮眼。

2009年以来，超过10家大陆社会办医疗机构在香港成功上市，

其中既有华润医疗这样的规模型医疗集团，也有新世纪医疗这样的高端专科连锁，还有锦欣生殖这样在资本牵线下跨国整合医疗资源的新模式。

下图：过去十年中国医院行业投资并购情况



未来十年，资本将继续成为社会办医疗机构持续发展的重要推动力。各类投资者对医疗行业的投资热情将持续高涨，并推动国内外业务的有机整合，预期将有更多的大宗交易和成功 IPO 浮出水面。

### 三、医生集团发展成熟，推动医生资源市场化

医生是社会办医所需的核心资源。2009 年国家开启“多点执业”试点，2012 年以后医生集团快速崛起，为社会办医疗机构提供了迅速发展的契机。中国现有的医生集团从医生资源的角度分为两大类。

第一类是由离开体制的医生组建的全职医生集团，第二类是仍然在公立医院工作的医生利用多点执业方式组建的医生集团。就数量而言，后者在中国现有医生集团中占据主流。无论哪类医生集团的崛起都将为医生资源的市场化开路，从而推动社会办医疗机构的发展。



参照美国医生集团发展以专科医生集团为主的趋势，我们预计未来中国更多聚焦专科导向的医生集团将会兴起。

预期未来十年，医生集团与社会办医疗机构的发展将起到相互促进的作用，并会有更多互利互助的合作。医疗机构为医生集团提供患者引流、医院管理能力、软硬件设施和护理团队，而医生集团为医疗机构保障优质的医生团队、科室管理能力和风险隔离机制，双方将形成真正的合作共赢。

#### 四、互联网医疗快速崛起，智慧医院趋势初现

“互联网+医疗”在市场和政策的合力推动下迅速发展。

一方面，中国是世界上移动互联网最发达的国家之一。移动互联网和数字技术正在改变中国居民的生活和消费习惯，也对医疗服务行业造成了深远的影响。另一方面，政府出台了一系列政策推进互联网和医疗行业的融合。

虽然民营互联网企业主导的互联网医院仍是市场主流，但随着产品和服务类别的丰富，与线下医疗机构的深度整合是不可避免的趋势。

未来十年，社会办医疗机构中将涌现出一批先行者，通过自建互联网医院或与外部互联网医院合作打造差异化的竞争优势。

这些先行者将会通过数字化和移动医疗手段重构医疗服务价值链，突破医院围墙，打通包括预防、诊断、治疗、康复和疾病管理在内的整个医疗价值链，实现以患者为中心的全流程健康管理。

2019年3月，国家卫健委发布《医院智慧服务分级评估标准体系(试行)》，将智慧医院建设提上日程。走在“互联网+医疗”前沿的社会办医先行者有望在大数据、人工智能、机器人技术的辅助下，以较低的成本、更精准的临床决策协助医生和患者提升医疗服务价值，从而在智慧医院领域实现对公立医院、甚至海外领先机构的弯道超车。

## 五、社会办医的制胜战略面对新时代、新格局

中国的社会办医需要在发挥已有资源和优势的同时，不断推动业务转型，迎合市场大趋势，实现新的突破。研究认为其中有六大关键制胜战略。

### (1) 明确业务定位，构建差异化优势

随着医疗机构总量的快速增加，市场竞争将会变得越来越激烈。社会办医要想在未来的竞争中立于不败之地，首先需要具有更加清晰的业务定位，形成与公立医院及其他社会办医竞争对手差异化的竞争优势。这需要社会办医具有非常明确的目标客群、产品和服务设计，以及发展规划，并围绕自身定位选择最适合的业务模式。从国内外经验来看，我们总结了三类具有竞争优势的业务模式：

#### 01 传统的规模领先者

这类机构基于现有医疗体系，着重捕捉公立医院供给不足的市场，通过新建或整合大量不同类型的医院或诊所，实现规模化、连锁化经营。其核心在于建立起广阔的医疗网络和足够大的患者基数，再

通过标准化的集中管理手段，提高运营效率，降低医疗成本。对标领先国家市场，最具代表性的案例是美国最大的医院集团 HCA，已成功在全美建立起拥有 174 家医院、116 家手术中心的医疗网络。国内“四巨头”医院集团、大型专科连锁以及正在扩展中的基层诊所连锁等都定位于这种模式。

下图：社会办医的三种差异化模式

差异化竞争模式	特点	国际案例	国内案例
传统的规模领先者	<ul style="list-style-type: none"> <li>通过新建或整合不同类型的医院和诊所，实现规模化经营</li> <li>网络覆盖广，患者基础大，以低廉的成本提供高质量的医疗服务</li> <li>通过集中管理，有效控制成本</li> </ul>	美国HCA医院集团  *Hospital Corporation of America	华润医疗
聚焦的专科领导者	<ul style="list-style-type: none"> <li>专注于需要高度专业能力的专科/专病，利用在临床实践的积淀，形成竞争对手无法企及的优势</li> <li>为患者创造更好的疗效，从而获得业务量的显著增长</li> </ul>	德国Martini-Klinik 医疗中心	武汉亚洲心脏病医院 三博脑科医院
全病程管理提供者	<ul style="list-style-type: none"> <li>打造涵盖预防、诊疗和康复的全病程服务体系，为患者管理健康风险，实现患者价值的最大化</li> <li>机构也会扮演中间人的角色，帮助患者寻找最佳的独立医疗机构</li> </ul>	美国凯撒医疗集团	尚无成熟案例

微信号: 华夏医界

## 02 聚焦的专科领导者

这类机构将自身业务专注在某个或多个需要高度专业能力的专科和专病上。通过在临床实践和科研上的深厚经验积淀，形成竞争对手无法企及的技术和质量优势，为患者创造更好的疗效和价值，从而获得业务量的显著增长。欧美典型的成功案例是位于德国汉堡的 Martini-Klinik 医疗中心。

Martini-Klinik 专注于前列腺癌治疗，在 10 位跨学科的资深医生带领下，每年的前列腺癌手术例数超过 2,200 例，已经成为欧洲乃至全球最大、最领先的前列腺癌专科医院。

国内也有武汉亚洲心脏病医院和三博脑科医院这样的案例，专注于定位于各自领域，成为国内社会办专科医院的典范。

### 03 全病程管理提供者

这类机构真正将患者放在了医疗服务的中心位置，围绕特定疾病，整合内科、外科、护理、药房、康复、营养、理疗等学科资源，为患者提供从疾病预防到诊疗和康复的全病程服务。整合医疗单元对与患者相关的所有医疗活动和决定承担全部责任。全病程管理模式往往需要结合保险公司和医疗服务机构，通过完整的医疗服务和健康管理更好地控制赔付风险。

在国外，美国的凯撒医疗集团通过整合医院、保险公司和医生集团，为患者提供全周期医疗健康服务，被公认为全病程一体化医疗的典范。全病程管理的理念在国内已经得到诸多领先医疗机构的认可，但全病程管理模式对医疗机构综合能力要求较高，目前为止还未出现真正的全病程管理提供者。

#### (2) 完善医生人才梯队，调动医生积极性

优秀的医生团队是社会办医的立身之本，也是目前制约社会办医发展的最大瓶颈。社会办医疗机构必须不断加强人力资源管理能力，注重打造学科带头人、技术骨干和后备力量三级医生梯队。逐步填补

人才断层，转变社会办医常见的“两头大、中间小”的人才结构。

首先，社会办医应拓宽医生资源的获取途径。短期来看，除了直接聘请医疗专业技术人员外，与公立医院、医生集团等多方合作也是获得医务人才的重要途径。中长期来看，社会办医应重视对自有医生团队的培养，提供更多的科研实践和医学继续教育机会，搭建从后备力量到技术骨干的职业上升路径，从内部填补中间层的断档。

其次，社会办医需要探索创新的绩效激励机制和临床组织管理模式。一方面，削弱医生收入与财务业绩的挂钩程度，把医生的关注重点转移到医疗质量和患者服务上。另一方面，推动跨学科协作，尝试围绕患者群体构建临床团队，进而打破科室壁垒，在有效控制整体医疗成本的基础上从患者角度出发寻找最佳的综合治疗方案。

另外，在具有市场竞争力的薪酬福利基础上，为医生提供可持续发展的职业发展空间。帮助医生团队在临床诊疗能力、学术能力和领导力三个方面获得提升。

一些领先的社会办医疗机构在这方面已经开展了大量工作，并取得了良好效果。例如，德达医疗举办医疗学术沙龙为医生提供参与高水平学术活动的平台，和睦家为医生提供带薪的游学假期，凤凰医疗为科室负责人提供定制化的管理教育培训。

### **(3) 提升营销策略，实现多渠道引流**

有效的营销获客是社会办医成功的关键。但当前社会办医在营销方面面临着三个主要的问题。首先，传统广告渠道效果下降。医疗机

构相关的广告受到越来越严格的管控，同时患者对广告的警觉性和抵触性越来越高。其次，未能建立阳光高效的医生医院端的转诊渠道。一方面，当前社会办医仍以医生端的私对公转诊为主，渠道费用上存在灰色地带；另一方面，医院端的公对公转诊渠道尚未发展成熟。另外，社会办医疗机构通常历史短、缺乏口碑积累，且患者对社会办医易存偏见。

为消除这些痛点，帮助社会办医疗机构实现市场营销角度的转型，我们从患者端引流、医生医院端转诊、第三方机构端合作和产品/服务端创新四个角度分析可能的解决方案。

①患者端：在特定领域建立技术优势，并开发网络软文、患者引荐、员工引荐等多样化方式积极宣传积累口碑。通过第三方问诊平台等网络渠道打造网红医生也是促进患者直接到院就诊的有效手段；

②医生医院端：建立医学拜访和医学教育机制，与医生建立阳光化的联系。专科能力较强的社会办医院还可以牵头成立或积极参与医联体和互联网医院建设，引导来自下级医院的公对公转诊；

③第三方机构端：与健康管理平台合作，为高端客户提供定制化的服务。一些重点专科也可以考虑与地方政府部门或社会组织合作，提升患者就诊积极性，如辅助生殖专科可以与妇联合作进行患者宣教；

④产品/服务端：基于市场调研设计有吸引力的特色产品或服务形式，如与保险公司合作设计专病保险产品或根据专科特色设计创新

的定价方式。

#### **(4) 优化运营管控，推动集团化管理**

在经过前一轮跑马圈地式的快速扩张后，部分社会办医疗机构已经形成一定规模，下一步的重点是如何对旗下新建或并购的医院进行有效管理，通过运营提升优化业绩，获得切实的经济效益。

在医院层面，只有通过推动运营改善，从临床流程、资源分配、采购管理、资产配置等多方面提高医院运营效率，才能够真正意义上提高这些医疗机构的核心价值。例如，凤凰医疗通过建立集中的供应链管理体系，已经实现了 95% 以上的集中采购，显著降低了采购成本。

集团层面的管控也需要尽快提上议事日程。依循分类管控原则，建立系统化的集团管控体系，从公司治理、组织架构、管理流程、激励机制等方面依次入手，如制定标准化的临床标准和管理流程以确保质量、搭建集团内部的共享服务中心以促进资源的集约利用、提升集中采购力度以降低成本等等。通过集团化管理，才能真正发挥多个医院的协同效应，形成统一的品牌价值和新的核心竞争力。

值得注意的是，任何实质性的变革都会触动现有的院内生态，很难完全避免来自各级员工的反对，尤其是一线临床医务人员的反对。为了减少变革遇到的阻力，医院管理层可以从相对“无痛”的举措入手，如促进病床在科室间的灵活调配，在改善举措初步见效后逐渐推动更深层次的变革。

#### **(5) 重视生态网络，开展多元化合作**

社会办医疗机构在向规模化、综合化、技术化转型的过程中，势必面临医疗资源、资本、创新能力上的瓶颈，通过多元化的合作弥补自身短板、实现业务突破，将成为社会办医越来越重要的发展路径。

第一类合作伙伴是医疗服务提供方，包括公立医院、海外医院等。过去社会办医与公立医院合作的主要模式是公立医院托管，近年来股权合作、特许经营、IOT(投资—运营—转移)、技术服务等合作模式陆续涌现。社会办医与公立医院合作成功的关键在于根据自身专科特点和资源条件，挑选最适合的合作伙伴和合作模式，并制定完备的利益共享机制。当前，很多领先的国际医疗机构正在积极寻找进入中国的机会，不少合作项目已经签订意向甚至投入运营。社会办医疗机构与海外医院的可能合作模式由浅到深分别为双向转诊、咨询服务、战略合作、品牌授权和合资参股(参阅表3)。虽然合资参股模式在国内尚未出现，但国际医疗机构对中国市场的热情持续高涨，相信不久的将来在中国社会办医疗机构证明自身的技术能力和质量管控能力的基础上，这种深度合作模式将会出现。

第二类合作伙伴是资本提供方，包括保险企业、政府引导基金、财务投资机构等。与资本方的合作可以减轻医院建设初期和转型阶段的资金压力，而医院项目将提供长期稳定的收益作为回报。

第三类合作伙伴是技术创新方，包括医药及器械企业、智慧医疗提供商、健康管理企业、高校与科研院所等。随着社会办医疗机构向技术化的方向转型，对科研创新能力的要求也越来越高。与技术企业



合作，建立转化医学平台，共同推动新产品、新技术的研发成为重要的发展方向。

下图：五种典型的合作模式

合作模式	特点	案例
双向转诊	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 疑难重症推荐到海外医院就诊</li> <li>• 海外诊疗后的患者到国内医院进行长期随访</li> </ul>	太平投资+美国加州大学旧金山分校医学中心（UCSF医学中心）
咨询服务	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 海外医院提供医院规划和运营的顾问服务</li> <li>• 提供现场和赴海外培训</li> <li>• 提供SOP和指导</li> </ul>	上海浦东医院+美国杜克大学医学中心
战略合作	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 海外专家在国内医院任管理职位</li> <li>• 海外团队提供远程诊疗和现场坐诊</li> <li>• 联合举办会议</li> </ul>	览海医疗+美国休斯敦卫理公会医院
品牌授权	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 国内医院可使用海外医院标识</li> <li>• 海外医院提供医疗质量审计</li> <li>• 可能签署排他性协议</li> </ul>	嘉会医疗+美国麻省总医院 恒大健康+美国布列根和妇女医院 绿叶医疗+美国克利夫兰医学中心
合资参股	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 海外医院投资获取国内医院的部分股权</li> </ul>	国内尚无

## (6) 探索医险结合，实现支付端创新

除了跨界直接整合外，社会办医与保险公司在产品、服务、数据等层面也开展了多元化的合作探索。未来支付和保险结合的医疗模式创新将在商业医疗保险市场上不断涌现，帮助社会办医更好地解决支付问题。定点支付是最简单的合作模式。在此基础上也可以开发针对特定医疗机构的保险，如永安保险与和睦家医疗推出的和睦家专属医疗保险。专病保险在市场上已经有一些尝试，如中国太平与瑞尔齿科合作推出的口腔保险，太平洋保险推出的含质子重离子治疗的防癌医疗保险。

中长期来看，类似于美国凯撒医疗集团的一体化医疗模式也可能出现。这方面的尝试有可能在某一特定专科领域率先出现。这就要求社会办医能够建立起一套分级的医疗服务网络，包括诊所、检验中心、专科医院、康复医院等，并能为患者提供涵盖首诊、检查、治疗、康复全病程管理的一体化解决方案。同时需要配合支付方的打包收费方式，尽可能地控制整体医疗成本，为客户创造更大的价值。

综上，在新时代、新格局下，社会办医行业的发展前景和业务模式日益清晰，正是关注该领域的投资机构和企业进一步布局的良好时机。当前全国很多城市都存在新建医院的项目机会，同时也已经出现了很多可供投资或并购的社会办医疗机构标的。无论以哪种方式进入市场，投资者都需要对前面讲述的六个关键制胜环节进行充分考量。此外，还要重点关注明确的投资战略、完善的商业尽调、高效的投后管理，方能助力社会办医疗机构真正实现外延式增长、跨越式发展。

[返回目录](#)

### 2022 年上海市基层卫生健康五大工作要点

来源：上海市卫生健康委员会

2022 年，上海市基层卫生健康工作以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，在国家卫生健康委和市委、市政府的领导下，确保社区疫情防控和基层卫生健康工作两手抓、两手赢，紧紧围绕“十四五”卫生健康规划任务，做实、做优、做强基层卫生健康服务，推进基层卫生健康工作高

质量、同质化发展，全面推进社区卫生服务功能提升，与中医药服务融合，切实打造居民“家门口”的整合型卫生健康服务平台，以实际行动迎接党的二十大胜利召开。

### 一、守牢网底，持续做好社区疫情防控

1. 加强社区发热诊疗管理。按照国家社区发热诊室标准，不断推进本市社区发热哨点规范建设。强化社区发热哨点诊室规范运行，组织开展哨点工作人员能力培训与实战演练，确保发热患者的排查、登记、管理、流调、隔离、转诊与消毒等全流程同质化运行管理水平。按照疾病预防控制部门要求，进一步做好发热病例信息采集报告工作，畅通与规范发热哨点诊室、发热门诊、上级医疗机构之间的信息闭环。加强对发热哨点诊室运行和制度落实的工作评估和督导，保持基层“哨点”敏锐性。

2. 扎实开展社区疫情防控。根据市、区防控办统筹部署，严格落实社区疫情防控各项任务，统筹做好重点人员社区排查、隔离健康观察、社区健康监测、社区健康宣教、新冠疫苗接种、核酸检测等工作，切实落实社区疫情常态化防控措施。加强对社区卫生服务中心医务人员关心关爱，落实对社区医务人员参与疫情防控工作的各项保障举措。

### 二、优化建设，夯实社区卫生服务平台

3. 推进高质量社区卫生服务中心发展。根据本市公立医院高质量发展总体部署，结合国家优质服务基层行与社区医院建设标准，印发

本市高质量社区卫生服务中心评价相关标准，组织遴选高质量社区卫生服务中心，全面夯实“全专结合、医防融合、医养结合”服务功能，探索与功能相匹配的运行保障机制，打造标杆社区卫生服务中心。

4. 推进郊区村卫生室规范发展。印发本市郊区村卫生室发展指导意见，进一步明确村卫生室功能定位与服务内容，夯实镇村一体化管理，提升村卫生室之间同质化服务水平。推动村卫生室服务内涵与社区卫生服务中心衔接，遴选一批规范化试点村卫生室，打造高质量村卫生室标杆。

5. 推进智慧健康驿站规范高效运行。根据居民需求，结合供给能力，增加智慧健康驿站服务功能，探索将社区内其他公共服务功能深入融合，将智慧健康驿站打造为互联网诊疗服务场景。加强智慧健康驿站采集的居民健康数据的分类应用，研究智慧健康驿站健康数据应用规范。依托市智慧健康驿站质控中心，完善运行质控标准，开展质控评价，落实各街镇主体责任，保障驿站规范运行。广泛宣传推广，提高居民知晓度、利用率与感受度。

### 三、立足优质，做实做优签约服务

6. 拓展签约渠道，稳步扩大签约覆盖。持续推进“1+1+1”组合签约，拓展家庭医生签约渠道，实现社区卫生服务机构诊间、社区事务中心、养老机构、校园、企业楼宇等签约渠道全覆盖。拓展市级家庭医生在线签约服务平台功能。研制在职、在校人群特定签约服务包，结合“功能社区”社区卫生服务试点工作，将签约服务覆盖更多在职、

在校群体,进一步推动就医下沉。印发以家庭为单位的签约工作规范,推动家庭医生签约覆盖更多家庭。

7. 试点健康评估,提升签约服务感受。从签约居民入手,基于电子健康档案信息,结合慢病风险评估,开展签约居民健康评估试点,结合社区健康管理中心试点,落实健康评估与后续管理工作要求。

8. 加强签约质控,提高签约服务质量。建立家庭医生质控信息管理系统,依托市家庭医生签约服务质控中心,开展月度质控报告、季度质控分析以及年度质控抽查,不断提高签约服务质量。发挥签约服务费激励作用,做好签约服务费的核定与拨付,开展签约服务费实施效果阶段性评估。

#### 四、多策并举,优化社区卫生服务功能

9. 打造第二批示范性社区康复中心。根据 2022 年上海市为民办实事项目要求,开展第二批 30 家示范性社区康复中心建设,进一步优化社区康复功能布局。加强对首批示范性社区康复中心运行服务指导,印发示范性社区康复中心信息化标准,加强业务服务质控,跟踪运行服务情况,确保服务到位。继续开展全市社区医务人员康复技能培训,提升社区康复服务人员的服务水平。以门诊和病房为起点,逐步探索站点、居家、功能社区等多种形式的现代化社区康复服务模式。

10. 开展社区护理中心与健康管理中心建设试点。印发本市社区护理中心、社区健康管理中心建设标准。遴选开展一批标准化社区护理中心、健康管理中心试点。研究本市社区护理能力提升工作方案,

开展社区紧缺护理技术培训，继续开展“一专多能”社区护士培训，推进一批适宜的社区护理服务推广，提升社区护理服务水平。结合健康管理中心试点，推进以签约居民为主要群体的标准化健康评估与针对性健康干预。

11. 推广社区特色服务项目。印发首批社区特色服务项目工作规范或实施指引，推广儿童社区健康服务、社区伤口护理、安宁疗护多专业协同、膝骨关节炎社区诊疗、骨质疏松社区诊治和转诊等多种类型的适宜技术，以点带面，推广品牌项目在更多社区卫生服务中心实施。协同做好为民办实事项目，开展首批中医药特色示范社区卫生服务站(村卫生室)建设，打造申城“最后一公里”中医特色服务品牌。

12. 开展“功能社区”服务模式推广。对首批“功能社区”社区卫生服务试点单位开展评估，提炼可全市推广的模式与做法，形成本市“功能社区”社区卫生服务标准模式，印发服务标准与规范，推动更多社区卫生服务中心将健康服务延伸至功能社区。进一步发挥社区卫生服务中心的资源整合平台功能，充实功能社区健康服务供给。继续配合市总工会做好“健康服务点”相关工作。

13. 提升社区常见病诊疗与检验服务能力。研制本市社区儿科规范化诊疗服务工作指引，不断提升社区儿科健康服务资源配置，2022年内实现所有社区卫生服务中心全部提供儿科诊疗服务。依托儿科医联体、区域医疗中心，通过儿科专项能力培训项目等方式，持续提升社区儿科诊疗服务能力。加强儿科诊疗与儿童保健整合，实现社区儿

童全程健康管理。围绕口腔等居民需求较大的专科专病，研究明确社区开展相关疾病防治的功能定位、服务内容与规范，并在全市社区卫生服务中心逐步推进实施。开展社区检验服务项目与规范研究，应用先进技术，推动社区检验服务能力持续提升。

14. 继续推广与做实安宁疗护服务。研究本市安宁疗护服务推广工作方案。依托市安宁疗护服务管理中心，健全安宁疗护质控制度，开展质控管理，规范社区卫生服务中心安宁疗护服务供给，促进各级医疗机构、养老机构融合安宁疗护服务理念，形成不同类型机构安宁疗护服务的基本模式。以安宁疗护社工为切入口，开展基层健康社区卫生工作者职能定位与服务规范研究。协同市医保、财政等部门，开展安宁疗护按单元支付方式试点，遴选试点单位，逐步推广实施。

15. 加强家庭病床等居家服务。持续调研和完善家庭病床质控标准，继续加强家庭病床与居家安宁疗护、居家康复、居家护理等服务的衔接。全面开展家庭病床临床营养规范化诊疗，研究将心理健康、健康宣教、用药安全等融合到家庭病床服务项目中。开展“互联网+家庭病床服务”试点，探索智能居家健康服务模式。

16. 推进“互联网+社区卫生服务”。基于互联网继续开展面向居民的家庭医生签约、健康咨询、健康评估、慢病随访、各类健康服务预约、线上诊疗及药品配送等智能化服务，引导更多社区卫生服务中心增加互联网诊疗服务方式。开展“互联网+社区卫生服务”分场景试点工作。

## 五、上下联动，加强支撑协同工作机制

17. 社区卫生队伍能力建设。制订本市社区能力提升基地工作方案，开展社区全科医生等医务人员能力评估。鼓励退休医务人员参与社区卫生服务中心工作试点。印发乡村医生能力培训大纲，继续开展乡村医生远程培训。继续开展企事业内设医疗机构医务人员全科转岗培训等项目。印发家庭医生助理工作规范，研究本市家庭医生团队能力提升工作方案，开展岗位能力培训，提升家庭医生团队服务能力与效率。做好第二届中国社区卫生协会科学技术奖申报推荐工作。

18. 社区卫生服务规范开展。继续开展社区卫生服务综合评价，提高指标信息化采集率，整合第三方满意度、专项临床能力评估等结果。继续开展企事业内设医疗机构能力提升评价，建立基于评价结果的企事业内设医疗机构分级分类管理机制。继续规范落实公共卫生服务社区健康管理规范要求。

19. 开展社区卫生服务宣传。继续开展“优质服务基层行”系列活动，实现全市更多社区卫生服务中心达到国家“推荐标准”。继续做好世界家庭医生日、安宁疗护日等宣传日主题活动，将社区卫生宣传延伸至社区事务受理中心等街镇公共服务载体，广泛传播社区卫生服务理念。继续与媒体合作，开展家庭医生团队技能竞赛与风采展示活动，加强与电视、广播、网络、新媒体等合作，开展“最美社区护士”“最美乡村医生”等推选活动，让社区卫生服务更为深入人心。

[返回目录](#)



## · 医院管理 ·

### DRG/DIP 支付改革赋能医院管理 10 大变革

来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究

国家医疗保障局《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48 号）明确指出，从 2022 到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务，推动医保高质量发展。特别强调，支付方式改革的主要目的，就是要引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制，转向更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重体现医疗服务技术价值。伴随着全国各地 DRG/DIP 付费落地推行，赋能医院管理“十大”变革，实现医院高质量发展。

#### 1. 从“粗放式发展模式”向“内涵式发展模式”转变

取消药品和耗材加成后，公立医院的收入来源由三变为两个（卖服务所得、政府补贴），疫情的影响和冲击，医院运行成本大增，DRG/DIP 支付方式改革，给医院“粗放式”增收带上了“笼头”，医院增收遇到“天花板”瓶颈，倒逼医院必须转向“内涵发展模式”转变，提高效率、提升质量、降低成本，向管理和服务要效益，走“精细化管理”之路。

医院管理者既是推进精细化管理的策划者，又是落实精细化管理的执行者和实施者，在很大程度上制约着精细化管理的成败结果和顺利推进。因此，管理干部必须首先从思想认识上完全转变传统“粗放式”思维模式，在贯彻精细化管理理念中发挥带头人作用。精细化管

理是一个全员参与的过程，也是全过程和全面的精细，全体员工都参与到精细化管理之中，精细化管理才能落到实处。

## 2. 从“数量型”向“质量型”转变

现行医保支付结算按照“项目后付费”制度，医院要靠多看病人和多做项目“数量”驱动，医院才能获得好的收益。而 DRG/DIP 支付方式则不同，结合不同病种的疑难风险程度，是基于“预付费”，等于给每个病种设置了最高收入线。医院要获得好的收益，不能在靠收住患者的数量和做项目多少，需要靠医疗服务技术能力水平提升，技术难度风险程度高的病种，医保支付结算水平高。倒逼医院从过分关注“数量型”驱动，向“质量型”转变。

## 3. 从“增收驱动”向“成本驱动”转变

传统的医保参照“项目付费”，作为给医院的结算方式，医院从收益最大化角度，追求收入的粗放式增长。医院管理与医保支付制度相契合，激励多收入，驱动收入的粗放式增长。DRG/DIP 给每个病种设定了收入的上限，病种增收驱动路径被切断，赋能医院必须关注成本控制的节省，在收入封顶的前提下，优化和降低成本，“控费降本”才能获得合理的效益。

## 4. 从“次均费用控制”向“病种结构调整”转变

传统的医保“按项目付费”，通过次均费用考核，作为医院支付结算的方式。导致医院为了降低“次均费用”水平，降低门槛收治轻微小患者住院“抵充”平衡，重大疾病不敢收治向上转诊，促使了大

医院虹吸效益，基层医疗机构由于外转的患者费用较高，挤占了大量的医保基金，反过来挤压基层医保预算，造成基层医疗机构发展困难重重。DRG/DIP 则不同，给病组支付的点数或分值，激励医院收住符合自己功能定位的病种，不在担心“次均费用”的考核，更加关注病种结构调整，加强学科建设，提高医疗服务能力。

### 5. 从“医保定额管理”向“无医保定额管理”转型

传统的医保基金管理，属于“分蛋糕”模式，给每个医疗机构设定了“医保定额”，医院为了防止下年“蛋糕”份额缩小，管理方式鼓励适度突破定额，挂账医保“欠”医院的钱。医保定额管理，等于给医院一个“保护伞”，无论医疗服务能力如何都有饭吃。DRG/DIP 则不同，不再明确各医院医保定额，实行区域医保预算管理，导入内部人竞争原理，在区域预算内各家医院“抢蛋糕”，医保基金按照 DRG/DIP 费率法/点数法/分值法，折合多少钱，医保永远不在“欠”医院的钱，医院就要靠本事吃饭，医院必须面对“无医保定额管理”，医院管理如何转变，原来挂账收益部分成为负债，对医院收支结余带来重大影响，医院真实的资产负债状况就会“显山漏水”。

### 6. 从“科室成本核算”向“DRG/DIP 病种成本核算”转型

传统的医院成本核算，以科室成本核算为主，属于“大收减大支”模式，核算比较粗放，追求的是粗放式规模增收驱动。DRG/DIP 医保支付方式改革，颗粒度到病种支付，赋能医院向病种成本核算转变，算清病种收入、支出、盈亏账，为病种结构调整、评价医疗服务行为

和医生绩效提供详实的数据支撑。誉方医管为了顺应 DRG/DIP 医保支付下，医院病种成本核算的需求，研发的《DRG/DIP 病种(组)成本核算系统》，为医院 DRG/DIP 病种精益管理赋能。

### 7. 从“财务会计制度思维”向“业财融合管理”转型

传统的医院经济财务管理，以制度思维为导向，“为算而算”，与业务管理“脱节”。DRG/DIP 支付改革，医院财务会计管理，需要向业财融合转型，需要延伸到病案首页管理，需要了解医疗服务过程，通过病种实际成本盈亏分析，与循证回归费用分析，用数据说话分析医院优势病种、适宜病种、劣势病种，寻求降低成本的途径。

### 8. 从“重病房轻门诊”向“门诊与病房并重”转型

传统的医保制度，居民医保住院才能报销，医院为了获得较好的收入，大力重视病房，绩效激励都向病房倾斜，为提高医疗服务能力和获得较好的经济效益功不可没。DRG/DIP 支付改革，把许多轻微慢病及小手术纳入门诊统筹，门诊可以报销，日间收入达到了 708 中，随着门诊统筹的实施，医院需要更加关注门诊医疗服务能力的提升，更加重视门诊对医院的经济贡献度。

### 9. 从“激励项目和收入驱动”向“激励病种价值驱动”转变

目前的医保“按照项目付费”结算制度，诱发医院过度检查、过度治疗、过度用药、过度用材，不做项目就没有医保收入，医院绩效激励驱动多做项目和多收入，引发“看病贵”，导致医保基金压力重重。DRG/DIP 给病组设定了封顶线，向“价值医疗买单”，向“无效

医疗、过度医疗说不”，为各家医院搭建公平竞争的环境，倒逼医院更加关注“医疗服务技术价值、成本优化价值、患者满意度”转型，提高医院的竞争优势。医院绩效也必然与时俱进，誉方医管探索出《整合型 DRG/DIP “价值驱动” 积分绩效管理新模式》，采取 DRG/DIP 两种激励模式，一种是点数积分法，一种是成本控制贡献度积分，分别优势病种、适宜病种、劣势病种，给予差异化的激励，促进病种结构调整，推动学科医疗服务能力提升。

## 10. 从“信息孤岛”向“大数据智慧管理平台”转型

目前医院信息化建设，都不同程度的存在“信息孤岛”，导致“互不互通”，运营管理数据获得困难。面对 DRG/DIP 支付改革，对医院数据治理能力提出了较大的挑战和冲击，医院需要加大力气进行大数据智慧管理平台建设转型，誉方医管十年如一日，持续探索研究医院精益运营大数据智慧管理平台，构建了医院管理“仓储”，功能涵盖全面预算管理、DRG 质控管理、DIP 分值管理、人力资源管理、物流管理、成本核算、绩效管理、运营管理、职能决策分析等，赋能医院精益管理运营。

[返回目录](#)

### 多院区及医联体同质化建设 要关注这些目标与手段

来源：CDSreport

“一院多区”模式是大型公立医院建设与发展的一种新趋势。而“医联体”建设是推进新医改分级诊疗制度的现实路径，让制度真正

落地。二者都具备优化医疗资源配置，缓解优质资源分布不均，提高资源利用效率的功能。

本质上讲，“多院区”和“医联体”在外延内涵、功能性质、运维管理上完全不同，但在二者的建设过程中，都面对同一个挑战——同质化，即如何在医疗、服务、运管、信息等各方面实现同质化建设与管理。

重庆大学附属三峡医院作为重庆市区域性医疗中心，承担着周边 23 个区县 2300 万人口的公共医疗救治任务，按照“一院多区”模式拥有一个主院区及各具诊疗特色的 4 大分院区；牵头组建的医疗集团先后吸纳 16 家医疗机构为成员单位。构建了直控型分院区和中心、紧密型医疗集团、松散型医院联盟有机结合的特色发展体系。

作为医院管理者，如何理解“同质化”在多院区和医联体中的不同内涵？如何针对二者不同，进行同质化建设与管理？信息技术和信息化建设在其中发挥怎样的作用？三峡医院医务部刘勇副主任接受 CDSreport “专家访谈”栏目采访时指出，多院区与医联体同质化建设的差异主要体现在建设目标和建设手段两个方面。

### 一、多院区同质化建设：制定制度、优化结构、强化执行

国务院办公厅去年 6 月印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》明确指出，支持部分实力强的公立医院适度建设发展多院区，发生重大疫情时迅速转换功能。国家卫健委今年 1 月印发的《医疗机构设置规划指导原则》则首次提出公立医院分院区概念，标志着“一院

多区”正式进入规范管理和稳步发展时代。

事实上，多院区模式的价值不仅体现在迅速转换功能，在国家持续推进分级诊疗背景下，大型公立医院以“多院区”模式发展，更有利于统筹优化医疗资源布局，缓解区域内优质医疗资源分布不均衡的现状。

刘勇认为，多院区模式下，各分院区为非独立法人，其人、财、物等资产全部归主院区所有。多院区同质化建设是为了最大限度的形成发展合力，加快推动医院高质量发展。

他介绍，在多院区同质化建设手段方面，医院主要有以下两点经验：

一是根据公立医院高质量发展相关文件要求，制定本院《规范一院多区推动高质量发展实施意见》，从制度上对各院区的发展目标、日常管理等方面作出统一要求与规范。

二是调整优化各院区组织结构，重新整合人力资源，职能部门实行垂直管理，直接将各项制度要求落实到各院区、各科室，强化执行力并提高各项工作效率。

## 二、医联体同质化建设：重“造血”，医教管水平全面提升

医联体是以政府主导统筹规划为原则，按照网格化，根据不同医疗机构的功能、定位、级别组建的联合体。组建医联体是实现分级诊疗制度的重要路径，也是新医改的必然趋势。

如何为医联体内患者提供同质化、优质高效的医疗服务是关乎医

联体建设的重要问题之一。对此，刘勇指出，医联体内同质化建设是以强基层为重心，提升基层医疗机构服务能力，助力分级诊疗制度全面落地为目标开展各项工作。

在医院集团同质化建设方面，刘勇介绍，三峡医院坚持免费、全面、精准的帮扶总原则，以落实帮扶团队、落实帮扶制度、落实帮扶技术、落实帮扶平台、落实帮扶配置、落实帮扶管理“六个落实”为具体工作机制，以实现运行机制、管理模式、医疗服务、考核评价“四个一体化”为帮扶总目标，重在提升成员单位“造血”功能。具体措施包括：

一是创新“一共赢四免费”五大举措。以合作共赢为目标，开展专科联盟，为成员单位免费提供信息终端、免费开展进修培训、免费派驻专家和巡回医疗队、免费提供急救车及车载终端。

二是率先在全国实施医疗集团导师制度，组建 26 个联合病房、3 个专科联盟，实施“院包科(科包科)”、驻点帮扶、暑期帮扶等多种帮扶模式，全面提升基层医疗服务能力。

三是统一制作 66 个基本病种和“五大中心”疾病诊疗课件，以联合病房为依托，开展医疗集团内部同质化培训。

四是免费为成员单位安装远程放射、心电、超声设备，提供远程诊断、远程培训服务，实现“基层检查，上级诊断”。同时，牵头打造区域医学检验中心，提供检验服务，促进检查检验结果互认。

五是以等级创建为导向，质控、医务、感染管理、护理等专家不



定期到成员单位开展质量检查，聚焦问题，开展个性化指导，促进医疗服务和质量同质提升。

### 三、信息化建设是推动同质化发展的重要支撑

刘勇说，不论是在多院区还是在医院集团的同质化建设与发展过程中，信息技术、信息化建设都发挥着不可或缺的作用。具体表现在：

第一，信息技术能实现自动抓取并治理产出标准化数据，为医院医疗、教学、科研等方面同质化建设提供“数据说话”的依据和保障。

第二，信息化建设能实现数据联通、信息共享。通过信息一体化建设，可以实现多院区间电子病历、医疗资源、科教科研等多个维度的共享；在医疗集团内部，可以实现检验检查互认、指标互查、上下转诊、检查预约等，让患者上下流动不再无序。

第三，信息化建设能助力基层医疗水平提升。通过建立远程信息平台，开展远程诊疗、教学培训、咨询指导等，可以让基层患者在“家门口”享受三甲医院优质资源，同时可以为基层医护人员提供更便捷的学习交流途径，帮助提升基层医疗机构“健康守门人”能力。

他强调，信息化技术是医院高质量发展和实现分级诊疗的重要条件，是推动同质化建设的重要支撑，需要不断推进信息平台建设，实现信息共建共享、互联互通，以提高医疗协同效率。

[返回目录](#)

## · 中医药服务 ·

### 乘势向上发展中医药服务贸易

来源：中国中医药报

随着服务经济时代的发展，服务贸易在全球贸易中的地位日益突出，中医药服务贸易成为中国服务贸易非常重要的组成部分。中医药服务贸易是我国具有自主知识产权、原始创新潜力巨大的民族健康产业，发展中医药服务贸易具有重要的战略意义。在党和国家的高度重视下，我国中医药事业发展迅速，中医药服务贸易乘势而上。

#### 高度重视中医药服务贸易发展

中医药服务贸易是指一个国家或地区与另一个国家或地区进行的以中医药服务为内容的国际贸易。根据《服务贸易总协定》对服务贸易的界定，我国中医药服务贸易分为跨境交付、境外消费、商业存在和自然人移动等四种模式。作为我国服务贸易的重要支撑，中医药服务贸易是促进我国中医药服务市场化和国际化的内在要求，也是传播中华优秀传统文化、提升中国软实力的重要载体。近年来，为加快推进中医药服务贸易，国家颁布了一系列政策，中医药服务贸易迎来历史性机遇。

2008年1月，国家中医药管理局召开中医药服务贸易试点工作研讨会。同年4月，国家中医药管理局组织召开了中医药服务贸易试点工作座谈会。2009年4月，《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》明确了新时期发展中医药事业的主要任务和政策措施

施，强调要完善相关政策，积极拓展中医药服务贸易。2012年4月，《商务部等十四部门关于促进中医药服务贸易发展的若干意见》确定了发展中医药服务贸易的重点任务，成为第一份关于指导国家中医药服务贸易全面综合发展的指导性文件。2013年5月，《关于开展中医药服务贸易重点项目、骨干企业(机构)和重点区域建设工作的通知》正式发布，同年8月，首批中医药服务贸易重点项目、骨干企业(机构)和重点区域申报工作正式启动。2019年1月，《关于开展中医药服务贸易统计试点工作的通知》印发，决定开展中医药服务贸易统计试点工作。《中医药战略发展规划纲要(2016—2030年)》提出，通过加强中医药对外交流合作、扩大中医药国际贸易，积极推动中医药海外发展。《推进中医药高质量融入共建“一带一路”发展规划(2021—2025年)》进一步明确并细化了中医药国际服务贸易的任务和措施。为推动服务贸易高质量发展，商务部等24个部门于2021年发布了《“十四五”服务贸易发展规划》，阐明了“十四五”时期我国服务贸易发展的目标，并对2035年远景目标进行了展望，其中明确要促进中医药服务贸易健康发展，提出鼓励中药产品开展海外注册，做大做强中医药服务出口基地等具体举措。

### 中药材出口贸易额屡创新高

随着服务业的跨国转移成为经济全球化的新趋势，服务贸易成为推动世界经济增长的新动力。在中医药服务贸易中，中药材占据不可或缺的一席。

《推进中医药高质量融入共建“一带一路”发展规划(2021—2025年)》提出,“十三五”期间,中医药参与共建“一带一路”取得积极进展,贸易畅通卓有成效。据统计,我国加入世贸组织后,中药材价格上涨明显加快。统计数据显示,2017年中药材市场规模为1018亿元,2018年达到近1246亿元,预计2022年有望达到1708亿元,中药材市场规模增长强劲。

随着中医药海外商业模式的推广,中医药海外基地的建设,中医药国际化全球资源配置的成熟,我国的中医药对外服务贸易体系将进一步完善。在国家的大力支持下,国内多地积极应对,充分发挥资源、产业、人才等优势,制定相应措施,加快建设国家中医药服务出口基地,拓展中医药服务贸易,形成一批中医药服务世界知名品牌。

### 加快建设中医药服务出口基地

在共建“一带一路”背景下,国家中医药服务出口基地的建设工作,对于进一步强化中医药服务贸易对中医药事业发展的促进作用,加快中医药服务与其他产业的深度融合,不断提高中医药服务出口的质量与效益,全面提升“中国服务”品牌国际影响力和竞争力,具有关键作用。

2019年3月,商务部办公厅、国家中医药管理局办公室联合发布了《关于开展国家中医药服务出口基地建设工作的通知》,主要目标是到2025年,基本完成中医药服务出口基地的全国布局。2019年9月,经综合评审,商务部初步认定中国中医科学院广安门医院、中

国北京同仁堂(集团)有限责任公司、天津中医药大学等 17 家机构为国家中医药服务出口基地。

2021 年 4 月，商务部、国家中医药管理局等 7 部门联合印发了《关于支持国家中医药服务出口基地高质量发展若干措施的通知》，进一步从完善体制机制、创新支持政策、提升便利化水平、拓展国际合作空间、加强人才培养和激励五个方面提出 18 条具体政策措施，支持国家中医药服务出口基地大力发展中医药服务贸易，推动中医药服务走向世界。

2022 年 2 月，商务部公示第二批特色服务出口基地(中医药)入围名单，中国中医科学院西苑医院、天津中医药大学第一附属医院、石家庄以岭药业股份有限公司等 14 家单位成功入围。

入围的基地单位充分发挥创新机制、关键技术、高级人才、特色资源等优势，进一步优化中医药服务出口模式，打造国家级中医药服务出口基地，提升中医药国际影响力。

《北京市推进“一带一路”高质量发展行动计划(2021—2025 年)》提出，支持中医药服务贸易试点、中医药服务出口基地建设。《上海市中医药发展“十四五”规划》提出，在“五个新城”打造高水平中医药特色技术转化中心，建设一批代表国家水平的中医药研究和科技成果转化孵化转化基地。河北省《关于加快推进中医药服务贸易发展的通知》明确了提升河北省中医药服务贸易水平的 5 项重点内容，包括积极开展中医医疗服务、大力推进中医药教育服务、鼓励支持中医药企

业拓展海外市场、探索中医药文化海外传播的有益方式、加快涉外中医药服务人才培养等。作为中西部唯一入选全国服务业扩大开放综合试点的省市，重庆发布了《重庆市服务业扩大开放综合试点首批重点任务清单》和《重庆市服务业扩大开放综合试点首批重点项目清单》，部署 27 项重点任务和 24 个重点项目，涉及科技、教育、商贸文旅、医疗健康、金融、人才、数据、法治保障、投资便利与物流通关等九大领域，着力打造内陆现代服务业发展先行区，加快建设中医药服务贸易出口基地。

除了政府创办主导的中医药服务出口基地以外，还出现了许多企业化运用的专业中医药服务贸易平台。这些平台能够在政府与行业、企业间建立一个相互协调、配套的运作枢纽，从而实现跨体制的资源整合，提高中医药行业国际拓展专业化运作能力。例如，2013 年，由商务部、国家中医药管理局与上海市合作推进的重点项目——上海中医药国际服务贸易促进中心成立，为中医药国际贸易提供包括教育培训、医疗服务、健康旅游、技术服务等支持。该中心成为上海中医药国际服务贸易平台的示范窗口，同时也是全国首家中医药国际服务贸易服务机构。近年来，该中心已在德国、意大利、瑞士、迪拜、日本等国家开展了业务。

全球范围迅速发展的中医药服务贸易，有利于快速提升中医药服务能力和中医药服务产品国际竞争力，扩大中医药服务应用范围，提高中医药服务的认可度，进一步促进中医药国际传播和发展。有利于

展示并传播中医药科学理论和文化内涵，推广在中医药理论指导下的健康生活方式和生活理念，促进中医药文化和中华民族优秀传统文化的国际传播，提升我国软实力和国际影响力。有利于创新中医药对外交流与合作模式，吸收借鉴国际先进科研成果、管理理念和营销模式，通过以外强内，激发国内中医药机构发展潜能和活力。有利于提高中医药服务的规模和质量，促进中医药领域的国际资金、技术和信息互动及共享，推动中医药行业的科学发展。

[返回目录](#)

### 中医医养结合赋能东北地区养老服务

来源：黑龙江中医药大学

当前，我国人口老龄化进程不断加快。如何提供更加完备的健康养老服务这一话题再度升温。《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》明确提出，“坚持中西医并重，大力发展中医药事业”“培育养老新业态，构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系”，中医药和医养结合事业的高质量发展迎来了新的历史机遇。

老年人群心脑血管病等慢性病患病率较高。东北地区气候寒冷，冬长夏短，呼吸系统疾病、风湿痹病等疾病患病比例偏高，特别是失能、半失能和高龄老年人的养老问题亟待解决。

医养结合的养老模式可以充分发挥中医药在治疗老年常见病以及养生保健方面的优势，提高老年人生命质量，符合东北地区老年人

的健康需求实际。东北地区应善于发挥中医药优势，立足寒地区位特色，推动医养康养产业大发展，培育地区民政和卫生事业发展新引擎，最大限度释放政策红利，促进养老事业与健康产业高度融合，实现中医医养结合模式在东北地区大放异彩的产业发展愿景。

### **厘清地区寒地绿色康养优势，奠定产业发展基础。**

东北地区自然和人文资源丰富，具备中医医养结合产业发展的良好基础。一是夏季凉爽宜人，大小兴安岭挺起绿色屋脊，长白山脉横亘千里，空气富含负氧离子，绿色森林氧吧储备巨大，能够促进人体脏腑平衡并起到冬病夏治的中医养生之效，吸引南方“候鸟”老人前来休闲避暑。二是长白山麓盛产人参和鹿茸等名贵中药材，黑土地沃野千里盛产五味子、刺五加、火麻仁、板蓝根等道地药材，东北有“中国北药园”的称号，中药资源的集群效应初显。三是东北地区独特的冰雪旅游风光吸引着国内外游客，诸如镜泊湖地下森林、大庆林甸温泉、五大连池温泉、鲅鱼圈温泉区等养生项目深受消费者青睐。四是东北几所中医药大学和相关中医药研究院所历史悠久，科研成果丰硕，在地区乃至全国久负盛名，甚至吸引了部分日韩和俄罗斯患者前来探寻养生治病良方，如“龙江医派”治疗和康复技艺精湛，已经成为北国知名中医药人文标识。地区应善于利用自然和人文两方面优势，加强政策完善和行业协同机制，进一步保护和开发相关资源，把绿水青山转化为金山银山，利用独特的中药资源奠定医养结合的物质基础。



### 活跃医养结合文化氛围，厚植产业发展环境。

东北地区应守正创新，充分发挥中医天人合一优势，与绿色康养旅游相结合，挖掘医养结合产业发展潜力。一是着力打造寒地绿色医养结合品牌，形成依附寒地旅游特色、开展南北“候鸟”老人互动、开发药食同源消费市场、疗愈地区老年多发疾病的医养结合产业发展思路，全力打造冬病夏治中心、“候鸟”养生栖息中心、东北老人体质康复中心、寒地文旅康养中心。二是厚植中医药文化氛围，多措并举沁润东北医养舆论场。要强化地区内部的医养结合文化认同，东北三省以及内蒙古东北部地区应充分发挥医疗协会、政府机关、科研院所、医联体等层面的交流互动，由国家相关部门牵头组织中医医养结合发展论坛。三是多方筹集资金，立体化宣传寒地医养结合优势。形成点线面结合的宣传策略，重点建设微信公众号、微博等线上宣传链条，同时促进高校和医院的文化建设落地，在装潢布局和理论研究等层面凸显中医医养结合元素和内涵，形成线下宣传阵地。

### 重视培育中医医养结合人力资源，保障产业发展。

中医医养结合型专业人才是产业发展的根本所在。一是注重老年基础医学、老年临床医学、老年康复医学、老年社会医学、老年心理学、老年预防医学等六大门类的课程开发。侧重应用型人才的专业技能教育，突出中医特色养生优势，加强教学内容的中医要素导入，有针对性地设计学历教育和继续教育的人才培养方案。二是强化专业化师资队伍的建设工作。设计合理的院内绩效指标，引导临床带教老师

参与老年护理，鼓励全院医护人员在《黄帝内经》等中医典籍中汲取养生之道。教师是教育教学的源动力，需要在资格遴选过程中强调临床一线工作经历，大力招选副高级以上职称的医护人员参与专业教学，强化实战经验分享和案例分析教学效果。三是提升临床技能实习质量。鼓励有条件的院校开办医养结合专业，规划中长期医养结合人才储备方案，强化实习学生的中医技术培训、老年护理技巧指导、心理健康教育和医养结合理论教育。建立医养结合临床教育基地监督评价机制。制定合理的医养结合临床基地统一评价标准、监督准入及淘汰机制，以此规范教育教学行为，促使各层次专业人才得到多维度的教育管理和服

[返回目录](#)

## • 医院信息化 •

### 如何多举措规范门诊线上预约，缓解“看病难”？

来源：《中国医院》杂志

多年来，国家卫生健康委员会持续号召各级医院提高医疗服务满意度，其中完善执行预约诊疗制度首当其先。目前，全国各大医院已普遍开展预约诊疗管理工作，其在改善看病“三长一短”候诊时长问题的同时，开放的预约渠道和自助预约方式，也出现优质号源被“争抢式”预约的普遍现象，除了诊疗供需集约本身的情况，也给了“另有他意”的人倒买倒卖不法号源提供了可乘之机，让原本就“看病难”

的问题更加雪上加霜。如何完善预约诊疗管理中的有效化输出，成为当前缓解“看病难”的又一新课题。本文主要介绍了复旦大学附属妇产科医院(以下简称“我院”)针对该管理项目采取的多项举措及其成效。

## 1. 目前线上预约诊疗存在的问题

国家卫生健康委连续7年向全国医院号召发起“进一步改善医疗服务行动计划”，提出“推进预约诊疗服务，有效分流就诊患者”。为加强医院感染控制，缩短患者在医院等待时间，减少交叉感染的风险，严格落实疫情防控措施，保障人民群众的健康安全，越来越多的医院均停止现场挂号，全院实行非急诊全面预约诊疗服务。

医院利用“互联网+”技术不断优化医疗服务流程，围绕患者医疗服务需求，为患者提供预约诊疗等便捷服务。但是，网上预约挂号系统在实际运行中也暴露一些问题，如有些号源被号贩垄断，导致有需求的患者挂不到号，部分专家预约挂号的就诊成功率低。如何科学应对预约挂号爽约、怎样有效遏制非法抢号等，这些现象成为现阶段加重老百姓“看病难”现象的主要原因之一。

笔者希望以一线医务工作者的视角重新审视当前预约挂号及其所存在的问题，为建设和完善预约挂号系统提供一个新的解决方案。在已普遍实行预约实名制和额度限制等基本管控手段基础上，通过对数据、行为的积累、监测和持续的科学分析与回溯，形成从规则、系统、流程、成本投入等方面对门诊线上预约的管理“组合拳”，最大

程度切断恶意刷号、贩号等不实号源的占用、错配及浪费问题，为广大群众创造优质的门诊预约诊疗环境。

## 2. 全方位管理的实施过程

### 2.1 内外联动，多学科团队协作

该项目由我院门诊办公室牵头，全院普通专家、特需等各类门诊、信息科、财务科等相关科室及相关企业等技术支持团队协作参与，从不同角度共同梳理线上预约号源存在的相关问题，研究讨论提出初步解决方案，经多方评估后立即投入落实，全面提升号源有效使用率。

### 2.2 项目所需内容

“看病难”既是一个医患问题也是一个社会问题，除了与各大医院本身的医疗资源投放和社会供需等因素相关，与号源本身的投放管理更密不可分，号源的分配、投放，预约渠道、预约方式等都需要统计，且具有很高的分析价值，也是进一步讨论优化的基础。

2.2.1 收集门诊现场各部门对于号源预约及爽约相关问题。根据项目内容，于门诊现场各部门收集关于门诊号源预约及爽约相关问题，由专职小组统计分类后将问题按主次顺序排列，得出主要问题。

2.2.2 关于门诊号源预约问题相关参数数据统计分析。选定参数、参照组、时间段范围，建立对比、监测基础，对比采取多举措前后的变化，进行统计分析。

2.2.3 集思广益，讨论并梳理出“看病难”的关键原因及改进方案。根据数据分析，聚焦主要问题，梳理管控举措，制定方案日常落

实、管控流程。

### 2.3 举措落实

2.3.1 人工电话随访预约患者后回顾性分析。以社会关注度高的热门门诊号源为例。根据一个季度门诊医生工作量统计排名，选出个别热门专家，由门诊工作小组(5人)每周对其患者进行电话随访记录，再由门诊工作小组对随访记录进行回顾性分析，摸排疑似特殊人员名单经后台对其进行管理。

2.3.2 信息化手段约束预约行为，提升号源有效预约。对操作行为进行后台监控，第一步对患者爽约次数进行限制，设置管理卡点，专科门诊及专家门诊爽约1次或普通门诊爽约累计5次及以上即暂停其线上预约服务30天；第二步预约后取消累计5次及以上即取消其线上预约服务30天；如监控后分析其疑似刷号则暂时封闭其账号，待本人至现场核实身份及说明原因后填写承诺书给予恢复预约资格，大幅度增加了恶意刷号的难度。对于身份信息资源充足的黄牛采取账号捆绑限制，对于捆绑人数和解绑进行次数和时限的限制，即一个账号只能捆绑3张就诊卡，解绑需24小时，在时限和次数上增加了黄牛挂号的难度。

2.3.3 取消号源的随机投放使用。为提高号源的使用效率，对于取消号源进行随机再投放，降低“高科技”秒抢号源的几率。爽约号源的顺延投放对于号源的有效使用也有显著改善，缓解了小部分患者“一号难求”的传统观念。

2.3.4 增加倒号成本，开启预约挂号预付费。鉴于对取消及爽约患者采取约束措施的效果，为更有效打击黄牛，门诊办公室牵头财务科、信息科，讨论并上线门诊挂号预付费，对于黄牛而言，在承受号源限制、信息紧缺的情况下，同时增加了抢号成本。反之于患者，不用再到院后至人工窗口排队付费，大大便捷就诊流程。

2.3.5 提高诊间预约率，使患者预约方式更便捷。利用信息技术，优化复诊预约方式，通过诊间预约直接将号源给到患者本人。

2.3.6 上线智能应用，提高诊疗效率。患者通过微信公众号“红房子医院患者移动服务平台”患者中心完成挂号预约后，进入预问诊系统。系统预采集患者基础信息，减少医生重复性提问，提高医生的问诊效率。AI 模拟医生的问诊思维，向患者提问，让患者回答问题，最终可根据问答内容形成标准化、结构化的电子病历，供医生使用。

在常规预约挂号已经满的情况下，医院为有紧急特殊需求或严重情况的患者提供绿色通道，将要推出“精准预约”，经过筛选审核后，为这部分患者加号。

### 3. 效果评估

#### 3.1 多举措干预预约患者降低爽约率，还号源于患者

爽约率一直都是反映门诊预约号源使用效率情况的一个重要指标。人工干预措施于 2018 年由工作小组(5 人)执行并统计，取 1 个月的爽约率为参数。统计显示，按照原先预约就诊的模式，专家门诊爽约率高达 19.98%，特需门诊爽约率高达 16.21%；按照原先预约就诊

的模式，专家门诊预约就诊率为 80.02%，特需门诊预约就诊率为 83.79%，皆低于 90%。采取干预措施后，患者爽约趋势明显下降，总爽约率基本平缓，维持在 4%——5%的水平；预约就诊率总体维持在高于 95%。可见多举措干预的显著成效，实实在在还号源于患者。

### 3.2 多举措制约，提升号源使用效率

号源饱和度，即可用号源的使用率，是体现门诊号源使用效率的又一重要指标。黑名单规则约束了患者反复预约反复取消的行为，也增加了黄牛倒号的难度。取热门专家 1 个月的饱和度为参数，统计显示，采取多举措干预后，专家号源的平均饱和度明显上升，由 81.95% 升至 90.21%，有效提升了患者预约专家的概率。另外，对取消号源采取随机再投放等措施，有效降低了取消号源 30 分钟内被预约率，增加了黄牛用技术秒号的成本和难度。

号源有效使用率的另一个重要参数是退号率，退号即预约患者无需就诊或未能就诊。统计显示，原先特需门诊退号率为 2.05%，采用举措后降至 1.82%；原先专家门诊退号率为 2.02%，采取举措后降至 1.70%，有效提升了门诊号源的使用率。

## 4. 讨论

规范门诊号源的线上预约，首先要梳理清不规范行为的特点和薄弱环节，从医院门诊管理的角度进行介入和干预。号源未能“脱手”造成的爽约率居高不下，可以从人工随访的角度把存疑的数据进行暂时性“封存”，直到核实身份并说明情况后再解封，既能设定规则高

效处理，又能体现人性化服务。

部分线上预约的不规范行为影响了号源的有效使用率，尤其是投机者用的是自身或他人信息进行预约。因此抓住其从中获利的关键环节就是重要的管控措施，唯有“先取消再预约”这一途径，对取消的号源进行不定时的随机发放，让“下家”无法在过程中顺利预约也是有效阻断这一环节的举措。

与此同时，对那些在高压管控下仍为图利不惜以身试法的人员，医院又提高其运行成本。预约号源的同时须结清挂号费，这样既能让真正的患者在就诊当天免去人工窗口排队挂号的环节，又能大幅增加不规范预约行为的早期投入，数额将会是数千至数万元，对线上不规范的预约行为又是一个严厉的控制。

对于大多数没有严格管控的医院线上预约管理，可以通过共享“黑名单”信息库来甄别线上不规范预约行为。这样的系统工程仅仅若干家医院的联合行为很可能达不到理想效果，唯有采用专项大数据的搜集、排查、分类和备案才能使该工作的效果普及更多医院，同时也能惠及更多对号源有需求的百姓。

为了帮助一部分特殊患者提高预约挂号的精准性，避免盲目挂号，在预约挂号模块，我院将要增加精准预约功能。精准预约是为有紧急特殊需求或严重情况的患者提供的绿色通道(常规预约不在精准预约范围内)。患者先在预约挂号系统里填写申请，确认精准预约申请加号的科室和医生。审核人员筛选审核通过后，将名单转至专员进



行加号操作，加号完成后专员操作通知患者。

总而言之，规范门诊号源的线上预约行为是一个长期工程，绝不是通过有限、简单的回顾性分析或多部门联合严打就能杜绝或彻底解决的问题。要与时俱进地更新管控举措、适应性运用并不断校正，唯有如此，医院的诊疗环境和现代化管理才能显现出更多的优势并满足百姓的就医需求。

[返回目录](#)

### 如何打造全流程智慧服务？且看苏北人民医院支招

来源：健康界

数字经济已经上升至国家战略的重要地位，互联网、大数据、人工智能等数字化技术与实体产业深度融合的图景愈渐清晰。

对于公立医院而言，在国家一系列深化医药卫生体制改革政策等指引下，构建“智慧医院”、实现“智慧医疗”早已成为发展新趋势。2021年，《关于推动公立医院高质量发展的意见》进一步对智慧医院提出明确要求，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；强化患者需求导向，推行分时段预约诊疗和检查检验集中预约服务……数字化、信息化赋能医疗服务的深度及广度得以延伸，这对于新时期下的公立医院改革创新而言，既是机遇，也有挑战。

如何利用趋于智能化的信息系统，结合大数据、互联网的技术构建多维、一体的智慧服务，进而提升医院核心竞争力、提高患者就医

满意度？

自 1997 年便着手探索信息化建设的苏北人民医院，历经 20 余年发展，在智慧医院建设在的跑道上不断提升“加速度”，成绩显赫。而针对上述趋势与问题，徐道亮书记作为苏北人民医院的“掌舵者”，将为业界带来值得学习参考的智慧医院建设“攻略”。

方便患者是智慧化流程再造的“第一要义”



“如何评价医院智慧化建设是否取得良好成效？患者满意度是核心，如果患者满意度不高，证明工作还需要改进。”徐书记介绍到，旨在提升医院便民服务效能，充分满足患者个性化诊疗需求，苏北人民医院先后建立了入院服务中心、检查服务中心、病员服务中心、围手术期管理中心、门诊诊疗服务中心。

五大中心建设后，医院充分践行“线上线下一体化服务”，在门诊服务中心化、线上预约检查、入院服务管理、手术流程优化等方面为患者带来便捷的医疗服务。

## 线上线下一体化服务重在“连续”



在智慧服务创新方面，徐书记介绍到，苏北人民医院重点打造了院前、院中、院后全流程连续服务，充分整合“五大中心”的功能作用，从诊疗预约信息整合，到拓展患者“自助”服务，再到创新院内急危重症救治体系均实现了闭环管理。

此外，基于患者实名制，苏北人民医院构建起患者就诊全流程精准推送模式，帮助患者从预约挂号、缴费、预约检查、用药、住院、手术进程、预约出院、出院带药等全流程获取线上提醒服务。

“让医疗服务连贯，让患者真正享受到线上线下一体化服务，也将使得患者在医院里停留的时间变短。”徐书记说到，苏北人民医院尽可能将符合条件的线下服务转移至线上，基于此，通过就诊全流程线上消息提醒，患者能够更加清楚诊疗时间、地点、形式，将有效提升患者满意度。

### 智慧化手术全流程闭环管理



苏北人民医院高度重视关键诊疗环节全流程智慧化闭环管理，通过不断优化任务闭环管理、开展关键节点数据分析，从而不断优化诊疗服务流程、助力临床有序开展诊疗工作、提升诊疗效率等。

“有了手术全流程中的时间点、质控点的精准信息，将使整个过程可追溯，对于提升质量管理与服务效能有很大的作用。”徐书记以手术全流程闭环管理举例：术前管理中，重点关注麻醉访视及评估关口前移；手术申请智能化核查；智能化手术排程。术中管理中，设置手术安全核查闭环；手术、麻醉全面室间收费；手术确认单精准统计手术源头数据。术后管理中，开展精准健康宣教。

在手术全程管理中，苏北人民医院创新推出“手术‘非常准’”系统，有效连接手术医生、病房医护以及患者家属，通过全城扫码精准记录手术各环节，采集手术全流程从手术申请到患者返回病房的16个时间点(质控点)，有效实现精准闭环管理。

[返回目录](#)

## · 医保快讯 ·

### 2021 年医保重点政策法规回顾与评析

来源：中国医药报

2021 年是“十四五”开局之年，以医保、医疗、医药协同治理为核心的中国医改步入深水区。我国医疗保障制度改革已经进入系统集成、协同高效的阶段。医疗保障部门的角色定位也实现了从事后付费者向战略购买者的转变。本文梳理了 2021 年医保相关重点政策法规，并对医药相关行业受到的影响进行分析预测。

#### 一、“一条例两办法”颁布实施，《医疗保障法(征求意见稿)》公开征求意见

建立独立完备的医疗保障法律体系，是深化医疗保障制度改革、推进医疗保障治理体系和治理能力现代化的必然要求。2021 年 2 月 19 日，医保领域内第一部行政法规《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》)发布，2021 年 5 月 1 日起施行。两部部门规章《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(以下统称两定办法)于 2021 年 1 月 8 日发布，2021 年 2 月 1 日起施行。医疗保障法是医保制度迈向成熟定型的重要一步。国家医疗保障局起草的《医疗保障法(征求意见稿)》，于 2021 年 6 月 15 日向社会公开征求意见。

《条例》使得医疗保障基金使用监督管理有法可依，扩充细化了法律责任。《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意

见》(人社部发〔2015〕98号),全面取消“两定”资格审查。两定办法中具体规定了申请定点的医药机构范围、条件、材料要求,组织评估、谈判协商,以及不予受理的情形;明确了“正式运营至少3个月即可申请,评估时间不超过3个月”等要求,简化申办环节和评估程序,缩短医药机构等待时间,有助于扩大医疗资源供给。两定办法规定,互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议,其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用,由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品,即允许符合规定的电子处方流转至实体药店取药或由实体药店配送,但处方流转与网售处方药并不等同。2020年11月国家药监局综合司曾就《药品网络销售监督管理办法(征求意见稿)》公开征求意见,目前尚未出台。药品经营企业在把握处方外流商机的同时,需关注经营模式的合规性问题。

此外,《条例》、“两定办法”及《医疗保障法(征求意见稿)》均延续了《最高人民法院行政审判庭关于国家医疗保障局〈关于将医保管理服务协议统一纳入行政协议管理的函〉的回复函》中医保管理服务协议为行政协议的定性。近日,备受关注的永嘉江南医院诉永嘉县医疗保险服务中心的行政诉讼一审落下帷幕。未来因医保管理服务协议争议引发的行政复议、行政诉讼将会逐渐增多。

## 二、药品集中带量采购常态化制度化开展

国务院办公厅2021年1月28日发布《关于推动药品集中带量采

购工作常态化制度化开展的意见》，国家医保局等八部门 2021 年 6 月 4 日印发《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》，标志着经过近几年的努力，集中带量采购(以下简称“集采”)改革已经进入常态化制度化新阶段。集采竞价规制、质量、供应、配送、使用的保障机制和配套政策也日趋完善和优化。截至目前，国家共开展了 6 批药品带量采购，采购药品 234 种，涉及金额约占公立医疗机构年药品采购总额的 30%，药价平均降幅 53%。2021 年针对骨科高值耗材开展了集采，并开展胰岛素专项采购，首次将集采拓展到生物药领域。此外，地方在参与国家组织集采的同时也开展了不同形式的省级和省际联盟集采。从采购品种看，地方在化学药、中成药、生物药三大类药品板块均有涉及，冠脉球囊、眼科人工晶体两个品种也已经实现了省份全覆盖。

集采提速扩面已成为必然趋势，到 2022 年底，通过国家组织和省级联盟采购，目标实现平均每个省份覆盖 350 个以上药品品种，5 个以上高值医用耗材品种。集采对药企营销体系和营销策略产生了深远影响，中选企业相应品种销售人员裁撤、分流的消息不断传出，甚至与集采品种同质化的产品管线销售也面临冲击。集采与医药价格与招采信用评价等制度将逐渐形成合力，从根本上对传统带金销售模式带来冲击，净化市场环境。

集采常态化制度化也直接影响药企发展战略的选择。从中选品种数据看，集采加速了国产仿制药替代原研药，原研专利过期药的市场

份额面临萎缩。低层次同质化的竞争亦非生存之道，中国仿制药市场进入“以价换量”的时代。是积极拥抱集采，还是聚焦集采份额以外的市场机会和院外市场，或是加大创新力度，抑或是发展受政策影响较小的 OTC 药品，恐怕是药品生产企业亟需结合自身优势决策或平衡的问题。

此外，在集采新常态下，中选企业如何保证中选药品供应和适应集采药品监管新环境也是需要重视的问题。2021 年多家集采中选药企出现断供或配送率低等供应问题。拟参与集采的药企应从中吸取经验教训，为药品上市后变更事项预留充足时间，对供应链异常、原辅料断供等情况有相应预案。中选药企也要为适应属地药监部门全覆盖监督检查、中选产品全覆盖抽检的严格监管做好准备。

### 三、建立完善国家医保谈判药品落地政策

为提高国家医保谈判药品(以下简称国谈药品)可及性，国家医疗保障局、国家卫生健康委 2021 年 5 月 10 日发布《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》(以下简称《指导意见》)。国家医疗保障局、国家卫生健康委 2021 年 9 月 10 日发布《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》(以下简称《通知》)。

国谈药品落地政策对国谈药品生产企业，特别是纳入“双通道”管理和施行单独支付政策的药品无疑是利好消息。一方面，《指导意见》明确“施行单独支付政策的药品，可不纳入定点医疗机构医保总



额控制范围”。《通知》指出，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。对实行单独支付的谈判药品，不纳入定点医疗机构总额范围。这消除了医疗机构的顾虑，为破解国谈药品“进院难”扫清部分障碍。另一方面，“双通道”的管理机制将定点零售药店纳入国谈药品供应保障范围，扩大了药品销售渠道。

国谈药品落地政策也为有实力的药品经营企业带来机遇。零售药店承接处方流转所带来的国谈药品，需要满足医保“双通道”政策所要求的软件、硬件、人员和管理制度要求等门槛，一般零售药店很难满足条件。医药零售龙头企业的 DTP 药房或将成为承接国谈药品的主力，“双通道”政策下 DTP 药房或将迎来发展机会。

#### 四、医疗服务价格改革试点

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》。该方案要求坚持以人民健康为中心、以临床价值为导向、以医疗事业发展规律为遵循，建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制。目标通过 3 至 5 年的试点，探索形成可复制可推广的医疗服务价格改革经验。到 2025 年，将试点经验向全国推广。

医疗服务价格改革是决定我国医药卫生事业可持续健康发展的重要一环。公立医院全面实施药品耗材“零加成”后，各地以公立医院补偿机制转轨为导向，提高了技术劳务为主的服务价格。集采挤压

价格水分，客观上为医疗服务价格改革创造了时机。此次医疗服务价格改革的核心是建立健全价格项目管理、价格管理总量调控、价格分类形成、价格动态调整、价格监测考核等一系列机制。改革的理想结果是群众负担总体稳定、医保基金可承受、公立医疗机构健康发展可持续。

从改革趋势看，诊查、手术、护理、中医等体现医务人员技术劳务价值的项目价格仍有提高空间，医疗服务价格也会向儿科、老年医学科、精神心理科和康复等医疗供给不足的学科项目倾斜。而设备折旧占比高的检查治疗项目则会进一步降价。收入结构中手术科室业务占比高的医院，在价格改革中会受益更大。而收入结构不科学的医院，尤其是医疗服务收入占比低，药品、耗材、检查检验收入占比高的医院，发展将面临严峻考验。另外，简化新增价格项目申报流程，加快受理审核进度，也有望破解目前医疗机构申请新增项目节奏慢、程序长、中西医项目比例失衡的难题，客观上起到促进医疗技术创新和临床应用的作用。

## 五、“十四五”全民医疗保障规划发布

2021年9月29日，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》(以下简称“十四五”医保规划)，总结了“十三五”时期医疗保障事业发展取得的成效，明确了未来五年医疗保障制度体系、协同治理体系、服务支撑体系建设的路线图。此后，各省市也陆续发布了当地“十四五”医疗保障发展规划。

“十四五”医保规划中多次提及商业保险，主要可以归纳为三个方面：一是国家将商业保险作为多层次医疗保障体系的重要组成部分，通过厘清基本医疗保险责任边界，支持商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，更好覆盖基本医保不予支付的费用。二是鼓励商业保险机构产品创新，提供医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品和服务，逐步将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。鼓励开发商业长期护理保险产品。支持商业保险机构与中医药机构合作开展健康管理服务，开发中医治未病等保险产品。三是通过引入商业保险提升监管专业性、精准性、效益性。规范商业保险机构承办大病保险业务，引入商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管，鼓励商业保险机构等社会力量参与经办管理服务。商业保险机构应加强与医疗保障部门的沟通，抓住与政策契合的发展机遇。

将医保管理服务延伸到“互联网+医疗健康”，形成比较完善的“互联网+医疗健康”医保政策体系、服务体系和评价体系，也是“十四五”医保规划的关注点。“十四五”医保规划中明确提出，支持远程医疗服务、互联网诊疗服务、互联网药品配送、上门护理服务等医疗卫生服务新模式新业态有序发展，促进人工智能等新技术的合理运用。完善“互联网+医疗健康”医保服务定点协议管理，健全“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策。药品监管部门也正在制定诸如药品网络销售监督管理办法等有关“互联网+医疗健康”的监管法规。

有理由相信“十四五”期间“互联网+医疗健康”在医保的加持下，将会走上发展的快车道。

## 六、DRG/DIP 支付方式改革进入实际付费

2021年3月26日，国家医保局办公室发布《关于做好2021年医保支付方式改革试点工作的通知》，部署疾病诊断相关分组(DRG)付费、区域点数法总额预算和按病种分值(DIP)付费两个试点年度重点工作。30个DRG试点城市和71个DIP试点城市2021年内分批进入实际付费，2021年底前全部试点城市实现实际付费。为此，国家医疗保障局办公室于2021年4月16日、7月15日先后发布《按疾病诊断相关分组(DRG)付费医疗保障经办管理规程(试行)》《病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)》。国家医疗保障局2021年11月26日发布《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，目标从2022到2024年全面完成DRG/DIP付费方式改革任务，到2024年底，全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP付费方式改革，到2025年底，DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

目前，在国家级试点基础上，几乎所有省份都开展了省级试点。医保支付方式是医保实现对供需双方激励约束的主要抓手，也是监督和规范医疗机构行为的基本政策工具。住院服务是传统医疗服务体系主要的费用支出，因此对于住院费用的控制是医保政策的主要着力点之一。医保支付方式改革通过建立对供需双方的激励约束机制，规范

供需双方的服务行为和就医行为，促进分级诊疗，控制医疗费用。病组(病种)、权重(分值)和系数是支付方式改革的三个核心要素，病案管理是 DRG/DIP 分组的关键。定点医疗机构应结合本院主要病种，加强对医保支付规则的研究，强化内部病案管理，特别是规范病案首页的填写。根据 DRG、DIP 的支付原理，医院盈利的方式简单说来就是多、快、好、省，即病人多、周转快、疗效好、费用省。医保支付方式改革的影响力很快将由医院端逐渐向药品销售端、生产端传导。临床价值高、患者获益明显、经济评价优良的药品，会优先进入到医院药品目录，相反临床价值低、经济性差的药品将被医院逐步淘汰。

## 七、2021 年国家医保药品目录调整

2021 年 12 月 3 日，国家医疗保障局、人力资源社会保障部印发《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2021 年)》。国家医保局成立以来，建立健全了医保药品目录动态调整机制，目录调整周期从原来的最长 8 年缩短至每年 1 次，至今已连续 4 年更新。近三年来药品谈判的品种相较以往明显增多，谈判成功率也逐渐上升。2019 年至 2021 年的谈判总体成功率分别为 64.7%、73.5%、80.3%。2021 年医保药品目录调整自 5 月份启动，至 11 月底结束，历时大半年。本次调整，目录外 85 个独家药品谈成 67 个，成功率 78.82%，平均降价 61.71%。

药品纳入医保目录后，市场渗透率会快速提高。纵观近几年医保目录调整和创新药上市名单，所有国产小分子抗肿瘤创新药物均在上

市两年内被纳入国家医保目录。药企应关注国家医保药品目录调整动向，选择适合的研发管线。

按照国家医保局的规定，省级医保部门应确保 2022 年 6 月 30 日之前完成全部原自行增补的乙类药品品种的消化工作。近期各省级医保局陆续发文，紧锣密鼓在规定时间点前完成消化清理工作。一批靠省级增补拓展市场的药企销售受到冲击。今后通过省级医保目录增补只有一个途径，即根据《基本医疗保险用药管理暂行办法》第六条第二款规定，各省(自治区、直辖市)仅有权限以国家《基本医疗保险药品目录》为基础，将符合条件的民族药、医疗机构制剂、中药饮片纳入省级医保支付范围。这是在国家支持中医药传承创新发展大背景下的政策红利。目前公立医疗机构从正规渠道采购中药饮片，依然可以按照进价顺加不超 25% 销售。国务院办公厅《关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》也明确医疗机构炮制使用的中药饮片、中药制剂实行自主定价。具有中医特色的医疗机构和中药饮片生产企业应抓住发展机遇期，争取将具有疗效和成本优势的院内制剂、中药饮片增补入省级医保支付范围。

[返回目录](#)

### 如何建立符合我国国情的长期护理保险制度？

来源：对外经济贸易大学国家对外开放研究院

随着人口老龄化程度的加深，我国失能、半失能老人数量和占比增加，对于长期护理的需求也进一步增强。长期护理保险制度作为我

国长期护理保障制度的重要组成部分，是积极应对老龄化、建设健康中国的重大举措。2016年6月，我国正式启动长期护理保险制度试点工作，选择广州、青岛、承德等15个城市和山东、吉林2个重点联系省份统一组织开展长期护理保险制度试点。试点地区重点围绕长期护理保险制度政策体系、标准体系、管理办法和运行机制等四个方面，探索建立以社会互助共济方式筹集资金、为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障的社会保险制度。具体实践中，试点地区初步建立了稳定的多渠道筹资机制，建立健全了基金管理、服务管理、经办管理运行机制等，长期护理保险制度框架基本建成，保障功能和外延功能初步显现，运行总体平稳。

为进一步完善顶层设计，在更大范围检验试点成效，2020年9月，我国新增14个试点城市，进一步深入推进长期护理保险制度试点工作。此次试点工作明确了参保对象和保障范围、资金筹集、待遇支付、优化管理服务等基本政策，各试点城市高度重视、认真部署、迅速行动，积极稳步推进试点工作，试点工作总体顺利。数据显示，截至2021年6月底，14个新增试点城市长期护理保险制度参保人数达1797万人，享受待遇人数为1.61万。

与此同时，在长期护理保险制度扩大试点的过程中，还需要进一步完善顶层制度设计，厘清保障范围及界限，规范资金统筹和待遇支付标准，加快护理服务供给能力建设，明确保险公司参与试点的服务

方式，加快建立符合我国国情的长期护理保险制度。

### **第一，建立健全覆盖全民的独立制度。**

我国长期护理保险应是社会保障制度框架中的一个独立险种。一是要扩大保障覆盖面。坚持社会保险互助共济原则，个人、单位和政府均应承担筹资责任，实现长期护理保险城镇职工全覆盖，同时加快覆盖城乡居民。二是要建立独立、稳定、可持续的基金来源渠道，完善筹资机制。在筹资渠道方面，可通过调整城镇职工基本医保账户结构，从用人单位缴费中划转 0.2%左右的资金作为长期护理保险基金，并将个人账户资金的一定比例乃至全部作为长期护理保险基金，减轻医保基金压力；可制定优惠政策，吸引社会资金，鼓励社会组织广泛参与，进一步拓宽筹资渠道，提升长期护理保险的服务能力。此外，建议探索长期护理保险的家庭账户模式，突破原有以个人为单元、家庭成员之间保障隔离的现状，构建以“家庭”为单元的保障模式，也可探索将现行基本医疗保险个人账户转型为家庭账户，实现长期护理保险基金家庭成员共济使用。

### **第二，建立统一的制度标准和管理规范。**

在前期各试点城市保障范围、相关标准及管理办法的基础上，建立全国层面统一的基本保障范围。一要形成全国统一的评估标准体系。优化失能等级评定、护理需求评估、护理保障项目等方面的标准，按失能程度或护理等级进行支付。不论是机构养老还是家庭养老，同等失能程度或护理等级均实行统一的支付标准，引导失能、失智老人



更多地接受居家护理，减少保险费用的不合理支出。二要建立国家层面的基本护理保障需求清单。各地区可根据资金筹集情况，按照可持续发展、保基本的要求来确定当地的需求清单，并坚持以生活照料保障为主。三要建立全国统一的待遇支付政策框架体系。在支付范围方面，要根据长期护理保险的保障范围制定统一的基础支付范围，厘清不同制度支付边界。各地可根据自身的筹资水平和经济发展水平，充分考虑制度的可持续性，适度调整支付范围。在支付形式方面，应以服务给付为主、现金给付为辅，使潜在的护理需求转化为有效需求，促进护理服务市场的发展，规避现金给付带来的道德风险。在支付标准方面，可适度向居家和社区倾斜，引导保障对象优先利用居家和社区护理服务。同时规定个人支付比例，体现社会保险的个人责任。

### **第三，提高护理服务的供给能力和水平。**

一要提升医疗机构开展护理服务的积极性。深入推进基层医疗卫生机构综合改革，规范护理服务价格标准，加快薪酬制度改革，引导和鼓励更多基层医疗卫生机构提供护理服务。二要运用市场机制引导带动相关产业发展。政府应引导社会各方力量参与长期护理保险制度建设，运用市场化机制拉动社会资本投入。在前期试点的基础上，进一步探索政府主导、社商合作、市场培育的经办模式，发挥商业保险机构参与经办管理的专业优势。通过长期护理保险制度搭建的资源共享平台，有效释放照护服务市场的潜在需求，拉动社会资本投资设立照护服务机构，在失能评估、业务经办、照护服务、职业技能培训等

方面提供大量就业岗位，有效吸收城镇化进程中需要就业的人员和产业结构调整中需要再就业的人员，并加强护理人员队伍建设，促进医养机构相互协作，紧密配合。

#### **第四，完善不同部门涉老资金的政策衔接。**

要探索优化各类涉老资金政策之间的衔接，既要避免重复享受，又要使相关人群得到相应的政策保障。一是与基本医疗保险制度的衔接，需要进一步研究医疗保险和长期护理保险均可覆盖的老年护理床位的支付政策；二是与现有的养老服务补贴标准的衔接，需处理好社会保险与面向低保、低收入老人的福利政策之间的关系；三是做好与现有的重残人员护理补贴、工伤人员生活护理费等政策的衔接。

#### **第五，进一步鼓励商业保险公司进入长期护理保险领域。**

一是要加快商业护理保险供给侧改革，推进身故给付、养老年金等责任与护理保险责任相互转换机制研究，推进商业护理保险纳入商业税优健康保险研究，制定相关政策，支持、促进商业护理保险产品的市场发展，引导保险业积极探索将保险产品与护理、医疗、养老等功能相结合的方式方法，满足群众综合性、多元化的养老需求。二是要通过税收优惠等支持鼓励政策推动商业长期护理保险产品开发，发挥商业保险机构的优势，满足群众自愿购买、多元化的需求，并促进保险公司与相关医疗、护理机构合作，降低护理成本，与社会保险形成互补。三是要加强行业自律，鼓励保险行业协会研究制定保险公司参与试点服务的自律规范，推动行业自律准则建设，加强事前、事中、

事后管控，引导保险公司依法、合规开展长期护理保险服务。鼓励和支持保险行业协会加强同业监督，按照公开透明的工作原则，探索建立长期护理保险定点护理服务机构的服务评价体系，定期公布评价结果，引导定点护理服务机构提升服务质量、降低服务成本，为被保险人提供适宜、适度的护理服务。四是要建立行业经营情况及数据交流分享平台机制，实现资源共享，提升行业服务效能。五是要加强长期护理保险相关知识的宣传和教育，尤其是针对自身失能风险持有乐观态度的年轻人，需通过宣传和教育增加其对护理的需求意识，以便其完善个人规划。

#### **第六，建设信息系统、发展智能服务平台。**

要建立独立运行的长期护理保险信息管理系统。加快信息网络系统建设，完善信息化管理系统，通过信息化手段加强对制度全流程的监督管理，实现管理、评估、经办、护理等不同机构间信息平台的互联互通，实现信息共享，实现从参保到结算的一体化服务。依托“互联网+移动应用”，建立适宜居家上门服务的信息化监管系统。

总之，我国要明确长期护理保险独立险种的地位、财政补助在长期护理保险筹资中的作用以及社会力量、市场机制的功能与定位等与健全完善长期护理保险制度相关的重要问题，加强顶层设计，推动加快建立符合国情的长期护理保障制度。

[返回目录](#)

扫一扫  
关注药城公众号



扫一扫  
关注医药梦网公众号



地 址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号  
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司  
电 话：010-68489858