

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第49期

(12.05-12.11)

医保

医疗

医药



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司 主办

——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。）

· 养老健康 ·

▶ [国际标准产业分类与养老产业](#)（来源：智库观点）——第 7 页

【提要】近些年来，各级政府部门相继出台了许多相关政策和文件，有力的应对了老龄化带来的挑战，推动了我国老年相关的制度体系的建设。由于我国的老龄化是在未富先老和未备先老的状态下到来的，特别是未备先老显得尤为突出，这包括社会福祉和照护理论的研究和普及；基于疾病医学的医学卫生体系依旧有悖于健康老龄化的国际趋势。同时近二十年来，不少养老产业的业者和专家积极出国考察海外的养老产业，更有好事者还在积极制定养老产业的国际标准。

▶ [80000 亿规模康养市场，张伯礼：康养是全链条的维护健康](#)（来源：人民日报）——第 16 页

【提要】我国居民健康素养水平不断提升，国民健康规划也不断完善。《“十四五”国民健康规划》提到：到 2025 年，卫生健康体系更加完善，中国特色基本医疗卫生制度逐步健全，重大疫情和突发公共卫生事件防控应对能力显著提升，中医药独特优势进一步发挥，健康科技创新能力明显增强，人均预期寿命在 2020 年基础上继续提高 1 岁左右，人均健康预期寿命同比例提高。

• 医院管理 •

▶ [DRG 支付方式下，医院如何实现结余？](#)（来源：中国医院杂志）

—第 20 页

【提要】公立医院积极探索高质量发展的可行性方案，通过提质、降本、增效，减轻医院内部经济运行压力和政府的民生负担，依靠医院自身结余管理，建立可持续发展的运营之路，实现社会效益和经济效益的有机统一。公立医院在全国医疗体系中具有规模优势，作为国家医疗卫生健康事业发展的主力军，其经营状况的好坏，直接影响整体改革步伐和发展方向。

▶ [从项目付费到 DRG 付费，医院发生了哪些变化？](#)（来源：数智 e

保）——第 30 页

【提要】传统的医保支付方式是按项目付费，根据诊疗过程中药品、医疗服务项目、医用耗材等的使用情况，患者和医保基金根据实际费用分别承担各自需要支付的部分。治疗中需要使用的新项目，只要获得相关部门批准，医保基金就会承担一定比例的费用。而在 DRG 支付方式下，每个病组都有相对应的医保支付标准。这意味着，医保为各病种设置了支付“天花板”，这也倒逼医院需要进行“精打细算”，加强病种成本核算管控，成为医院的绕不去的“坎”。这必将促使医院转变成本管理思维，推进成本管理创新。

• 健康中国 •

▶ [如何构建优质高效的卫生健康体系？梁万年教授解答](#)（来源：健

康中国研究院) ——第 34 页

【提要】2022 年 12 月 5 日，“健康中国大讲堂”系列讲座第一讲开课。首期讲座邀请到清华大学万科公共卫生与健康学院常务副院长、健康中国研究院院长梁万年教授作了题为“构建优质高效的整合型卫生健康体系”的报告。梁万年教授的讲座主要围绕优质高效的整合型卫生健康体系的内涵、现有体制如何打造优质高效的整合型卫生健康体系以及构建优质高效的整合型卫生健康体系所面临的挑战与思考这三个方面的问题展开。

▶ [传承创新祖国医学 共建共享健康中国](#)（来源：《健康中国观察》杂志） ——第 36 页

【提要】党的二十大是在全党全国各族人民迈上全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军的关键时刻召开的一次十分重要的大会。习近平总书记所作的二十大报告立意高远、思想深刻、内涵丰富，是指导党和国家各方面工作的纲领性文件，吹响了全面建设社会主义现代化国家、全面推进中华民族伟大复兴的新号角，振奋人心、催人奋进。报告指出，要“推进健康中国建设，把保障人民健康放在优先发展的战略位置”“促进中医药传承创新发展”，这为我国医药卫生事业的发展指明了前进的方向。中医药事业的顶层设计和战略部署在近十年的时间里日臻完善，这为中医药学的蓬勃发展提供了重要的成长沃土。

• 医保快讯 •

▶ [门诊医疗服务量快速增长，4项举措全面加强医疗保障](#)（来源：中国医疗保险）——第 39 页

【提要】近几年，我国门诊医疗服务量呈较快上涨趋势，门诊医疗保障需求也随之显著增长。强化门诊医疗保障，不仅是构建完善、统一的全民医疗保障体系的必备条件，更是织密医疗保障网，减轻参保人医疗费用负担的重要举措。国家医保局一直高度重视减轻广大参保人的门诊医疗费用负担，在做好住院医疗费用保障的基础上，全面提升门诊医疗费用，尤其是慢性病、特殊疾病门诊医疗费用的保障。

▶ [以医保惠民实践持续增进民生福祉](#)（来源：湖北省黄冈市医疗保障局）——第 44 页

【提要】党的二十大举旗定向、振奋人心、催人奋进，科学擘画了中国式现代化宏伟蓝图，意义重大深远。学习贯彻好党的二十大精神，必须全面贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，牢记初心使命，牢记江山就是人民、人民就是江山，牢记“国之大者”，坚持以人民为中心发展思想，以医保惠民实践，增进民生福祉，用心用力用情绘就黄冈革命老区人民美好生活新画卷。

• 医药专栏 •

▶ [12月起，大批医药新规执行！互联网售药、医保、加盟……](#)（来源：搜药）——第 47 页

【提要】12月起，大批医药新政开始实施：网络售药新规正式施行，

购处方药须实名；《药品出口销售证明》正式启用电子证明；关键项目不合格，化妆品企业直接停产/停业；多地启动医保门诊共济改革……

[▶ 国谈药落地的又一障碍即将清除 湖北 121 个双通道药物将单独支付](#)（来源：湖北省医保局）——第 53 页

【提要】12 月 5 日，湖北省医保局、卫健委联合下发通知，对该省《关于完善国家医保谈判药品“双通道”政策及建立“单独支付”药品保障机制》进行意见征求。此次意见征求的内容，主要是完善国谈药品双通道政策，并建立单独支付保障机制。湖北省将 2021 版国家医保药品目录中协议期内谈判药品全部纳入，按普通乙类管理，共有 275 个品种，其中单独支付的 121 个。（名单见文末表格）对协议期满后调出谈判药品目录的药品，同步调出双通道目录，每年根据国家目录调整一次。

-----本期内容-----

· 养老健康 ·

国际标准产业分类与养老产业

来源：智库观点

一、老龄化挑战和产业

进入二十一世纪，我国与其他发达国家一样快速进入老龄化社会，同样也面临着老龄化带来的各种挑战。”养老“自然成为街头巷尾热议的话题，特别是开放了二胎生育政策，再次勾起了几代人的”只生一个好，政府来养老“的集体记忆，“养老”一词从未像其他汉语词汇那样，令国人刻骨铭心。因此“养老”一个作为政府曾经的承诺，必然会作为政府制定社会保障政策的重点内容，也是政府必须做的民生工程。近些年来，各级政府部门相继出台了许多相关政策和文件，有力的应对了老龄化带来的挑战，推动了我国老年相关的制度体系的建设。由于我国的老龄化是在未富先老和未备先老的状态下到来的，特别是未备先老显得尤为突出，这包括社会福祉和照护理论的研究和普及；基于疾病医学的医学卫生体系依旧有悖于健康老龄化的国际趋势。这些多重的因素导致了出台的一些政策，用语概念定义不严，适用范围不清等不够严谨严肃的现象，给政策的理解和执行带来了巨大的混乱。特别是在各项产业政策文件中广泛使用了养老产业，老年产业等政策术语，社会也在这些政策驱动下出现了各种冠以养老产业

等名称的协会。2020 年国家统计局公布了《养老产业统计分类(2020)》。同时近二十年来，不少养老产业的业者和专家积极出国考察海外的养老产业，更有好事者还在积极制定养老产业的国际标准。

| 国际标准产业分类(ISIC)A表(2008年第4版) | | |
|----------------------------|------------------------------|--|
| 大分类 | 分类名称 | 英語 |
| A | 农业, 林业, 渔业 | Agriculture, forestry and fishing |
| B | 矿业, 采石业, 砂石采集 | Mining and quarrying |
| C | 制造业 | Manufacturing |
| D | 电气, 燃气, 蒸供给及空调供给 | Electricity, gas, steam and air conditioning supply |
| E | 水供给·下水处理及废弃物管理及净水处理 | Water supply; sewerage, waste management and remediation activities |
| F | 建设业 | Construction |
| G | 批发, 零售及自动车及摩托车修理业 | Wholesale and retail trade; repair of motor vehicles and motorcycles |
| H | 运输, 仓储 | Transportation and storage |
| I | 宿泊·饮食服务业 | Accommodation and food service activities |
| J | 信息, 通信业 | Information and communication |
| K | 金融, 保险业 | Financial and insurance activities |
| L | 不动产业 | Real estate activities |
| M | 专业, 科学, 技术服务业 | Professional, scientific and technical activities |
| N | 管理, 支撑服务业 | Administrative and support service activities |
| O | 公务和国防/强制性社会保障服务事业 | Public administration and defense, compulsory social security |
| P | 教育 | Education |
| Q | 保健卫生及社会事业 | Human health and social work activities |
| R | 艺术, 娱乐及休闲 | Arts, entertainment and recreation |
| S | 其他服务业 | Other service activities |
| T | 作为雇主的家庭活动和供家庭自用的有别于商品和服务生产活动 | Activities of households as employers; undifferentiated goods- and services producing activities of households for own use |
| U | 治外法权的机构及团体 | Activities of extra-territorial organizations and bodies |
| X | 不能分类的产业 | Not classifiable by economic activity |

图-1 国际标准产业分类(ISIC)A表(2008年第4版)

谈到产业自然会涉及到产业的分类，如涉及国际产业标准，在产业全球化和国际贸易的背景下更要与国际标准产业分类对标。同样我国的养老产业也必须面对能与国际标准产业分类或与发达国家的标准产业分类对应的问题。

二、国际标准产业分类 (ISIC)

国际标准产业分类 (ISIC) 按大分类, 中分类, 小分类, 细分类四级分类。其中大分类由 22 项从编码 A 的农业, 林业, 渔业到编码 X 的不能分类的产业 (图-1)。涉及老年相关内容的是编码为 Q 的保健卫生及社会事业。保健卫生及社会事业大分类名目下有中分类 3 个, 分别是保健卫生事业 (编码 86) 和居住型照护服务业 (编码 87) 以及非留宿施設型社会事业 (编码 88)。其中涉及老年服务的有两项 (图-2)。

1) 编码 87 的居住型照护服务业名目下小分类的高龄老人·障碍者居住型照护服务业 (编码 873) 和细分类的高龄老人·障碍者居住型照护服务业 (编码 8730)。

2) 编码 88 非留宿施設型社会事业名目下小分类的面向高龄老人和残障者非留宿施設型社会事业 (编码 881) 和细分类的面向高龄老人和残障者非留宿施設型社会事业 (编码 8810)。

| 国际标准产业分类 (ISIC) A 表--保健卫生及社会事业 (Q 大分类) | | | | | |
|--|------------|-----|-------------------------|------|-------------------------|
| 中分类 | | 小分类 | | 细分类 | |
| 编码 | 业种 | 编码 | 业种 | 编码 | 业种 |
| 86 | 保健卫生事业 | 861 | 医院事业 | 8610 | 医院事业 |
| | | 862 | 医疗业及齿科业 | 8620 | 医疗业及齿科业 |
| | | 869 | 其他保健卫生事业 | 8690 | 其他保健卫生事业 |
| 87 | 居住型照护服务业 | 871 | 居住型照护设施 | 8710 | 居住型照护设施 |
| | | 872 | 认知障碍、精神问题及毒品乱用者居住型照护服务业 | 8720 | 认知障碍、精神问题及毒品乱用者居住型照护服务业 |
| | | 873 | 高龄老人·障碍者居住型照护服务业 | 8730 | 高龄老人·障碍者居住型照护服务业 |
| | | 879 | 其他居住型照护服务业 | 8790 | 其他居住型照护服务业 |
| 88 | 非留宿施設型社会事业 | 881 | 面向高龄老人和残障者非留宿施設型社会事业 | 8810 | 面向高龄老人和残障者非留宿施設型社会事业 |
| | | 889 | 非留宿施設型社会事业 | 8890 | 非留宿施設型社会事业 |

图-2 国际标准产业分类 (ISIC) A 表--保健卫生及社会事业 (Q 大分类)

综合对国际标准产业分类的分析, 在国际标准产业分类的大分类和中分类中都没有养老产业对应的分类。只是在国际标准产业分类中

的编码为 Q 的保健卫生及社会事业下的小分类和细分类中有少量分类涉及。

三、日本标准产业分类(JSIC)

日本标准产业分类(JSIC)按大分类,中分类,小分类,细分类四级分类。其中大分类由 20 项,从编码 A 的农业,林业到编码 T 的不能分类的产业(图-3)。在大分类中并没有养老产业一类,而涉及老年相关的是编码为 P 的医疗福祉(图-3)。医疗福祉大分类名目下有中分类 3 个,分别是医疗业(编码 83)和保健卫生(编码 84)以及社会保险社会福祉照护事业(编码 85)。

| 日本标准产业分类 (J S I C) (2013改定) | | | | |
|-------------------------------|------------------|-----|-----|-----|
| 大分类 | | 中分类 | 小分类 | 细分类 |
| A | 农业, 林业 | 2 | 11 | 33 |
| B | 渔业 | 2 | 6 | 21 |
| C | 矿业, 采石业, 砂石采集 | 1 | 7 | 32 |
| D | 建设业 | 3 | 23 | 55 |
| E | 制造业 | 24 | 177 | 595 |
| F | 电气, 燃气, 热供给, 水道业 | 4 | 10 | 17 |
| G | 情报通信业 | 5 | 20 | 45 |
| H | 运输, 邮政 | 8 | 33 | 62 |
| I | 批发, 零售 | 12 | 66 | 202 |
| J | 金融业, 保险业 | 6 | 24 | 72 |
| K | 不动产, 物业租赁业 | 3 | 15 | 28 |
| L | 学术研究, 专门技术服务业 | 4 | 23 | 42 |
| M | 旅宿, 饮食业 | 3 | 17 | 29 |
| N | 生活关联服务业 | 3 | 23 | 69 |
| O | 教育, 学习辅导业 | 2 | 16 | 35 |
| P | 医疗福祉 | 3 | 18 | 41 |
| Q | 综合服务业 | 2 | 6 | 10 |
| R | 其他服务业 | 9 | 34 | 66 |
| S | 公共服务(其他分类没涵盖) | 2 | 5 | 5 |
| T | 不能分类的产业 | 1 | 1 | 1 |

图-3 日本标准产业分类(JSIC) (2013 改定)

其中涉及老年服务的只有属于细分类的五项。编码为 85 中分类的
 的社会保险社会福祉照护事业名目下小分类的老人福祉·照护事业
 (编码 854) 下的 5 个细分类(图-4)：

| 日本标准产业分类 -- 医疗福祉(P大分类) | | | | | |
|------------------------|----------------------|-----|--------------------------------|------|-----------------------|
| 中分類 | | 小分類 | | 細分類 | |
| 编码 | 业类 | 编码 | 业类 | 编码 | 业类 |
| 83 | 医疗业 | 830 | 管理辅助性经济活动业(83医疗业) | 8301 | 行使主要管理业务的本部门 |
| | | | | 8309 | 行使其他管理辅助经济活动的事务所 |
| | | 831 | 医院 | 8311 | 一般医院院 |
| | | | | 8312 | 精神科医院 |
| | | 832 | 一般诊疗 | 8321 | 有床诊疗所 |
| | | | | 8322 | 无床诊疗所 |
| | | 833 | 齿科诊疗所 | 8331 | 齿科诊疗所 |
| | | 834 | 助产, 护理业 | 8341 | 助产所 |
| | | | | 8342 | 护理业 |
| | | 835 | 治疗技术业 | 8351 | 按摩, 指压, 针灸, 柔道康复诊所 |
| | | | | 8359 | 治疗技术业 |
| | | 836 | 医疗附属服务业 | 8361 | 齿科技术支持 |
| | | | | 8369 | 其他医疗附属服务业 |
| 84 | 保健卫生 | 840 | 管理辅助性经济活动事务所(84保健卫生) | 8400 | 行使主要管理业务的本部门 |
| | | | | 8409 | 行使其他管理辅助经济活动的研究所 |
| | | 841 | 保健所 | 8411 | 保健所 |
| | | | | 8421 | 结核结核病健康咨询设施 |
| | | 842 | 健康咨询设施 | 8422 | 精神保健咨询设施 |
| | | | | 8423 | 母子健康咨询设施 |
| | | | | 8429 | 其他健康咨询设施 |
| | | | | 8491 | 检疫所(动物检疫所, 除植物防疫所外) |
| | | 949 | 其他保健卫生 | 8492 | 检查业 |
| | | | | 8493 | 消毒业 |
| 8499 | 其他不能分类的保健卫生 | | | | |
| 8500 | 从事主要管理事务的本部主 | | | | |
| 85 | 社会保险 社会福祉 照护事业 | 850 | 管理辅助型经济活动事务所(85社会保险/社会福祉/照护事业) | 8509 | 管理辅助型经济活动事务所 |
| | | | | 8511 | 社会保险事业团体 |
| | | 851 | 社会保险事业团体 | 8521 | 福祉事务所 |
| | | 852 | 福祉事务所 | 8531 | 保育所 |
| | | | | 8531 | 其他儿童福祉事业 |
| | | 853 | 儿童福祉事业 | 8541 | 特别养护老人公寓(特养) |
| | | | | 8542 | 照护老人保健设施(老健) |
| | | | | 8543 | 非留宿和短期入住照护事业 |
| | | | | 8544 | 访问(上门)照护事业 |
| | | | | 8545 | 认知症老人集体公寓(居住型) |
| | | | | 8546 | 收费老人公寓(居住型) |
| | | | | 8549 | 其他老人福祉·照护事业 |
| | | 855 | 残障者福祉事业 | 8551 | 居住支援事业 |
| | | | | 8559 | 其他残障者福祉事业 |
| | | 859 | 其他社会保险·社会福祉·照护事业 | 8591 | 更生(回归社会)保护事业 |
| | | | | 8599 | 其他不能分类的社会保险·社会福祉·照护事业 |

图-4 日本标准产业分类--医疗福祉(P大分类)

- 1) 特别养护老人公寓(特养)(编码 8541)。
- 2) 照护老人保健设施(老健)(编码 8542)
- 3) 认知症老人集体公寓(居住型)(编码 8545)
- 4) 收费老人公寓(居住型)(编码 8546)
- 5) 其他老人福祉·照护事业(编码 8549)

综合日本标准产业分类的分析,在日本标准产业分类的大分类和中分类中都没有养老产业对应的分类。只是在国际标准产业分类中的编码为 P 的医疗福祉下级中分类的社会保险社会福祉照护事业名目下小分类和细分类中才有分类涉及。

四、中国养老产业统计分类

2019 年 12 月 27 日国家统计局公布了《养老产业统计分类(2020)》,养老产业分类将养老产业范围确定为:养老照护服务,老年医疗卫生服务,老年健康促进与社会参与,老年社会保障,养老教育培训和人力资源服务,养老金融服务,养老科技和智慧养老服务,养老公共管理,其他养老服务,老年用品及相关产品制造,老年用品及相关产品销售和租赁,养老设施建设等 12 个大类。养老产业统计分类并不是在《国民经济行业分类》中增加了一个新的行业分类,而是以《国民经济行业分类》(GB/T 4754-2017)为基础,反映我国应对人口老龄化的养老及相关产品供给为基础,充分考虑了提升养老服务质量等养老产业发展政策要求和养老产业新业态新模式,涵盖第二产业、第三产业中涉及养老产业的全部内容。

分类方法上对国民经济行业分类中符合养老产业特征相关活动的分类进行映射再分类(图-5)。

| 代码 | | | 名称 | 说明 | 国民经济行业分类 代码及名称(2017) |
|----|-----|------|-----------------|--|---|
| 大类 | 中类 | 小类 | | | |
| 01 | | | 养老照护服务 | | |
| | 011 | 0110 | 居家养老照护服务 | 指家庭成员或雇用人员对居家老年人进行生活照料、康复护理等服务的活动,以及养老服务机构或其他社会主体(企业,社会组织等)向居家老年人提供的上门服务活动,如助餐、助行、助急、助浴、助洁、助医、日常照料等,不包括社区上门服务 | 6242* 外卖送餐服务 8010* 家庭服务 8090* 其他居民服务业 8219* 其他清洁服务 8521* 社会看护与帮助服务 |
| | 012 | 0120 | 社区养老照护服务 | 指养老服务机构依托社区养老服务设施向社区老年人提供的日托、全托等服务;社区养老服务机构、社区嵌入式的养老服务设施和带护理型床位的社区日间照料中心等机构提供的照护服务;依托社区综合服务设施和社区公共服务综合信息平台、呼叫服务系统和应急救援服务机制为老年人提供的全托、月托、上门等为主的精准化专业化生活照料、助餐助行、助浴助洁、助医、紧急救援、精神慰藉等照护服务;社区邻里互助、助老食堂、助老餐桌、老年社区(全周期养老综合体)提供的社区养老照护服务 | 6210* 正餐服务 6220* 快餐服务 6241* 餐饮配送服务 6299* 其他未列明餐饮业 8090* 其他居民服务业 8514* 老年人、残疾人养护服务 8521* 社会看护与帮助服务 |

图-5 养老产业与国民经济行业分类的映射关系

如:养老照护服务(大分类:01)下级分类的居家养老照护服务(中分类:011,小分类:0110)映射对应《国民经济行业分类》(GB/T 4754-2017)的外卖送餐服务(6242);家庭服务(8010);其他居民服务业(8090);其他清洁服务(8219);社会看护与帮助服务(8521)。因为这种映射再分类的内容只是《国民经济行业分类》的分类项目的部分,而且在统计时很难量化的从映射项目中区分开来,养老产业不能象《国民经济行业分类》的行业中某个分类那样做国内生产总值 GDP 的

统计。同时就如前述的养老产业统计分类并不是《国民经济行业分类》中增加了一个新的行业分类，也失去了做统计的必要性。

分类采用线分类法和分层次编码方法，将养老产业划分为三层，分别用阿拉伯数字编码表示。第一层为大类，用 2 位数字表示，共有 12 个大类；第二层为中类，用 3 位数字表示，前两位为大类代码，共有 51 个中类；第三层为小类，用 4 位数字表示，前三位为中类代码，共有 79 个小类。

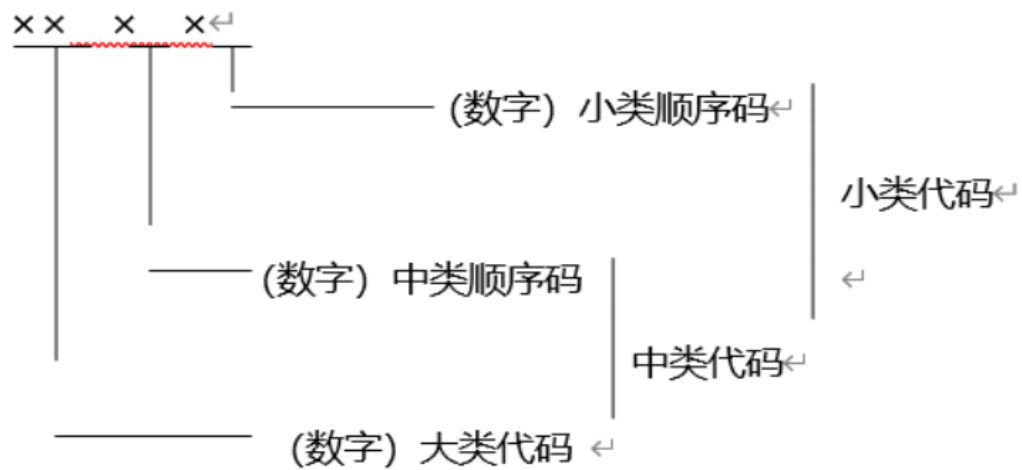


图-6 养老产业统计分类编码方法

五、标准产业分类的重要性和严肃性

标准产业分类涉及世界和各国经济发展的数据统计口径，对世界各国制定经济发展政策和策略具有重大意义。其严肃性和重要性可想而知。

5-1 标准产业分类是世界和各国经济发展按产业分类统计的依据。世界经济合作组织 (OECD) 每年都对各产业经济按大分类和中分类进行分类统计，例如：被称为健康保健产业的国际标准产业分类中

的保健卫生及社会事业(Q大分类)和日本标准产业分类的医疗福祉产业(P大分类),健康保健产业按中分类一般分为医疗和照护或医疗和福祉照护。其中 OECD 主要国家 2006 年照护费用支出约占 GDP 的 0.8%-1.0%(图-7)。

该统计中就包含老年照护服务的部分。

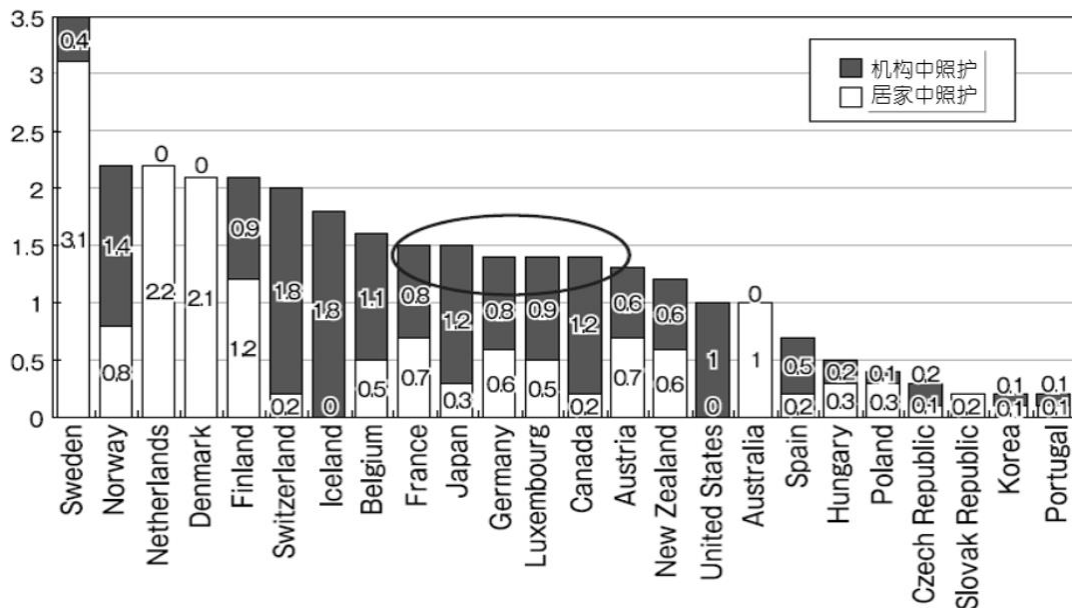


图-7 OECD 主要国家 2006 年照护费用支出占 GDP%
(来源:OECD Health Data 2009)

5-2 精准的产业分类可以将具有相同属性产业归类,有利于产业投资经营和政府监管

国际标准产业分类中的保健卫生及社会事业(Q大分类)和日本标准产业分类的医疗福祉(P大分类)俗称健康行业,都属于非盈利性的社会保障性行业,绝大多数收入来源是社会保险和商业保险。相反中国的养老产业统计分类不是一个符合国际标准产业分类规范的并且在中国《国民经济行业分类》中也并不存在的分类,在发展过程中极

不利进行产业投资经营和政府有效监管。

5-3 标准化产业分类更有利于国际产业交流和协同发展

各国产业的发展进程有前有后，发达国家可以利用在本国先行发展积累的经验投资后发国家取得市场竞争优势，后发国家也可通过去先行国家考察学习获取成功的经验和失败的教训。但是产业分类无法对标会导致国际间交流出现牛头不对马嘴的现象，产业的协同发展也会南辕北辙。和借鉴发达国家产业发展中成功的经验和失败的教训。例如；10 多年日本许多著名的照护企业，尽管在日本经营了多年的照护服务，在搞不清中国养老与日本照护的本质区别情况下盲目投资中国市场。结果浪费了金钱和时间铩羽而归。同样，中国的大部分养老企业搞不清日本照护产业的属性，一是个社会保障性质；二是由社会照护保险支撑；三是社会化非盈利行业的情况下，以固有的养老观念考察看待日本的照护行业，结果只能学到些养老院的时尚装修和先进的护理设施设备等皮毛。回到国内依葫芦画瓢投资发展养老产业失败率居高不下，勉强维持也很难持续。

[返回目录](#)

80000 亿规模康养市场，张伯礼：康养是全链条的维护健康

来源：人民日报

中国工程院院士张伯礼指出，大健康产业包括健康科技、健康服务、健康衍生的一系列大产业已经形成规模，目前总量已超过 8 万亿元，已成为支柱产业。同时，张伯礼表示，“我国到 2030 年进入超

老社会，社会负担将加重，将危机转化为动力，就能帮助我们度过这一阶段，大概需要 30 至 40 年时间。”

在党的二十大报告中，“增进民生福祉，提高生活品质”单列成章，内容丰富，包括完善分配制度、实施就业优先战略、健全社会保障体系、推进健康中国建设等方面。在“健全社会保障体系”里，提出“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。”在“推进健康中国建设”里，又提到“实施积极应对人口老龄化国家战略，发展养老事业和养老产业，优化孤寡老人服务，推动实现全体老年人享有基本养老的服务。”

我国居民健康素养水平不断提升，国民健康规划也不断完善。《“十四五”国民健康规划》提到：到 2025 年，卫生健康体系更加完善，中国特色基本医疗卫生制度逐步健全，重大疫情和突发公共卫生事件防控应对能力显著提升，中医药独特优势进一步发挥，健康科技创新能力明显增强，人均预期寿命在 2020 年基础上继续提高 1 岁左右，人均健康预期寿命同比例提高。

《“十四五”国民健康规划》中“全周期保障人群健康”部分首次提出“促进老年人健康”。在大健康产业结构链里，包括健康衍生、健康科技、健康服务的一系列大产业已经形成规模，目前总量已超过 8 万亿元，成为支柱产业。

在第七次全国人口普查中发现我国 65 岁以上的人口达 1.9 亿，比上一个 10 年提升了 5.44%。到了 2030 年，中国 65 岁以上的人口

将达到 20%，进入超级老龄社会。我国老年人口增加，慢性病发病率也显著增加，呈同步上升的趋势。

多样化的养老模式就是要分类指导。按照年龄分类，不同年龄阶段的人的需求不一样，需要的养老模式、健康的服务照护要求也不一样。65 至 75 周岁的年龄段，还可以参加多种社交活动；75 至 85 周岁的年龄阶段，体力、智力、精力都要量力而行，要以维护身体健康为主，维护了健康就是减少了社会资源的付出，同时也为提高生活质量提供了保障。

85 周岁以上的重点在于“养”，体力、智力、精力都进入衰弱期，他们需要更好的全身心的照护。按照职业分类，每个老人有着自己与他人不同的职业、兴趣爱好和社会角色，以及身体状况，可以按照这些分类指导养老，让老人能够和自己年龄、社会背景类似的老人一起有“共同语言”，为老人提供“老有所养”、“老有所学”、“老有所乐”的晚年生活。

“医养结合”新型养老服务模式是将现在医疗服务技术与养老保障模式有效结合，实现“有病治病，无病养老”的创新型养老保障模式。其优势在于整合医疗与养老两种资源，提供持续性老年照顾服务，能够满足未来高龄、失能、空巢、患病老人的多重生活料理需求。

康养产业是一个涵盖养老、养生、医疗、文化、体育、旅游等多个业态的工业集群，也包括休闲、娱乐、旅行、休假等多个项目。康养产业可以有不同的形式，基于消费群体、基于市场需求、基于关联

产业、基于自然资源，甚至基于地形地貌，包括高原康养、山地康养、丘陵康养等等。还有候鸟式养老模式，例如有很多养老群体冬天到三亚、夏天到北极村，特别是有呼吸疾病的老年人会在三亚度过冬天。所以康养的内容非常丰富多彩。

康养产业的发展突飞猛进。不完全的数据统计，我国康养产业市场消费需求，2018 年达到 5 万亿元，2020 年达到 8 万亿元，2030 年估计达到 20 万亿元。在《全国林业“十三五”发展规划》里包括森林康养，《国家康养旅游示范基地标准》里提出旅游康养。同时养老产业初步形成的商业模式也多种多样，初步总结有八大类：首先是地产业类，拓宽了养老产业发展的空间，为地产业的发展开拓了新的方向；其次是中外资险企类，在资金方面提供了保障；第三是综合类；第四是地方国资类等。这些商业模式是我国康养的一支力量，它丰富了康养的内容，更多地提供了康养的基地，为老年人提供更多选择的服务。

在由全国老龄工作委员会、社会科学文献出版社和中山大学旅游学院联合发布的《中国康养产业发展报告》中，提到华南地区康养产业可持续发展能力占据全国首位，“康养+医疗”模式成为主流趋势，“康养+特色资源”模式百花齐放，康养产业将老龄社会危机转化为促进经济增长的动力。我国到 2030 年进入超老社会，社会负担将加重，将危机转化为动力，就能帮助我们度过这一阶段，大概需要 30 至 40 年时间。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG 支付方式下，医院如何实现结余？

来源：中国医院杂志

公立医院积极探索高质量发展的可行性方案，通过提质、降本、增效，减轻医院内部经济运行压力和政府的民生负担，依靠医院自身结余管理，建立可持续发展的运营之路，实现社会效益和经济效益的有机统一。

公立医院在全国医疗体系中具有规模优势，作为国家医疗卫生健康事业发展的主力军，其经营状况的好坏，直接影响整体改革步伐和发展方向。

2020 年 12 月，国家卫生健康委、国家中医药管理局出台《关于加强公立医院运营管理的指导意见》，为公立医院如何以公益性和医院发展战略为导向，加强内涵建设，向精细化管理要效益，以适当结余为医院维持稳定运营、积蓄发展潜能、促进医院可持续发展等指明了方向。

01、医院结余构成分析

在 DRG 付费政策下，将因住院诊疗产生的医院结余分为医疗结余和医保结余。

医疗结余指医疗收入与成本之差，医保结余指 DRG 支付标准与医疗收入之差，医院结余为医疗结余与医保结余之和。

医疗结余与医保结余的比较关系决定了医院结余的盈亏结果(表

1)。

| 情形 | 医疗结余 | 医保结余 | 比较关系 | 医院结余 |
|----|------|------|-------------|------|
| 1 | 盈余 | 盈余 | 医疗盈余 > 医保盈余 | 盈余 |
| 2 | 盈余 | 盈余 | 医疗盈余 < 医保盈余 | 盈余 |
| 3 | 盈余 | 亏损 | 医疗盈余 > 医保亏损 | 盈余 |
| 4 | 盈余 | 亏损 | 医疗盈余 < 医保亏损 | 亏损 |
| 5 | 亏损 | 盈余 | 医疗亏损 > 医保盈余 | 亏损 |
| 6 | 亏损 | 盈余 | 医疗亏损 < 医保盈余 | 盈余 |
| 7 | 亏损 | 亏损 | 医疗亏损 > 医保亏损 | 亏损 |
| 8 | 亏损 | 亏损 | 医疗亏损 < 医保亏损 | 亏损 |

对于一所医院而言，情形 1、2、3、6 下，医院结余有盈余，其中情形 1 和 2，一般出现在大型公立医院。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，实现了医疗结余和医保结余都盈余。

情形 4、5、7、8，医院结余亏损，其中情形 7 和 8，一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，而不收又会造成资源闲置的恶性循环中。

02、医院结余形成分析

医院结余推导的过程，是分析结余形成原因，找准管控着力点和相应运营对策的过程。在 DRG 付费政策之下，以某患者为例，将住院

医疗服务产生结余的过程拆解如下(暂不考虑超支合理分担的部分)。

1. 基本公式

公式(1): 医院结余=医疗结余+医保结余;

公式(2): 医疗结余=医疗收入-医疗成本;

医保亏损时, 公式(3): 医保结余=DRG 支付标准-医疗收入;

医保盈余时, 公式(4): 医保结余=(DRG 支付标准-医疗收入)×R,

其中 R 为医疗机构结余留用率。

2. 推导结果

当 $R=100\%$ 时, 推导出公式(5): 医院结余=DRG 支付标准-医疗成本。

当 $R < 100\%$, 且医疗收入 $>$ DRG 支付标准(即每权重医疗费用 $>$ 费率)时, 为医保亏损病例, 医院结余推导公式同公式(5)。

当 $R < 100\%$, 且医疗收入

3. 结果分析

(1) 医疗机构医保结余留用率为 100%。

此时, 医疗成本是医院可控的唯一变量, 提高医疗成本的管理水平和管控力度是获取医院结余的首要及主要措施。做好项目成本管理、DRG 病组成本管理和动态监管, 并将项目和 DRG 成本测算结果作为内部资源分配、新增项目定价、收费价格调整和 DRG 付费标准谈判的重要依据, 为医院内部精细化管理和争取外部支持打好基础。

(2) 医疗机构结余留用率低于 100%。

此时，医疗收入和医疗成本同为医院可控变量。一方面，医疗收入的高低直接决定了该病组医保结余的盈亏情况；另一方面，医疗收入和医疗成本相互关联，影响着医疗结余。

①若医疗收入高于 DRG 支付标准，即为医保亏损病例，医院结余的盈亏由耗费医疗成本的高低决定。

当医疗成本 $>$ DRG 支付标准时，医院结余为负，即医疗盈余不足以弥补医保亏损(表 1 中情形 4)或医疗结余和医保结余均呈亏损状态(表 1 中情形 7 和 8)；

当医疗成本

②若医疗收入低于 DRG 支付标准，即为医保盈余病例，此时医疗收入对医院结余的影响与医疗机构结余留用率呈负相关。

医疗机构结余留用率越大，医疗收入对医院结余的影响越小。

由公式(6)可得：医院结余/医疗收入 $=1-$ 医疗收入成本率 $+R\times$ (DRG 支付标准/医疗收入 -1)。

当 $0\leq$ 医疗收入成本率 ≤ 1 时，医疗结余为正，此时医院结余呈盈余状态(表 1 中情形 1、2)；

当 $1\leq$ 医疗收入成本率 $\leq 1+R\times$ (DRG 支付标准/医疗收入 -1) 时，医疗结余为负，医院结余呈盈余状态，即医保盈余足以弥补医疗亏损(表 1 中情形 6)；

当医疗收入成本率 $> 1+R\times$ (DRG 支付标准/医疗收入 -1) 时，医疗结余为负，医院结余呈亏损状态，即医保盈余不足以弥补医疗亏损

(表 1 中情形 5)。

4. 运营管理关注点分析

(1) 关注医疗收入成本率。

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。

(2) 关注各 DRG 病组的内部结构。

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 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。

(3) 关注亏损病组的数量和内涵。

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 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。

(4) 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或时间消耗指数异常患者的具体分析，查实病组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 付费方式下医院规模、医疗结余、医保结余的关系

在现行 DRG 付费方式下，形成医院结余的医疗结余和医保结余息息相关，紧密联系。要提高医保结余就要合理减少医疗行为，而减少医疗行为直接影响医院收入规模，进而影响医疗结余。

那么，公立医院如何在维护其公益性的前提下获取合理结余？

首先，应提高医疗服务收入占比，以知识创造价值，增加可支配收入，形成高质量的医疗结余。

其次，减少药品、耗材消耗，增加医保结余，促进医保资金的合理使用。

第三，减少非必要的检查、化验收入。这是一把双刃剑，在增加医保结余的同时也会影响医疗结余的形成。

随着医改的不断深入推进，医保政策从增量向存量优化转变，医院收入规模受到限制，结余空间不断减少，部分医院存在收不抵支的现象。政策的变革使医院获取合理结余的方式从追求收入增量转为以成本控制为核心，而获取结余方式的改变，倒逼医院转变运营管理理念和管理方式，从以床位数量和医疗收入作为医院发展目标的规模意识转向精细化管理和高质量发展，重视运营能力，完善评价体系，加强内涵建设，形成合理的收入结构和有效的成本控制，保持医疗结余和医保结余的动态平衡。

医院通过业务梳理、资源配置和流程再造，将医疗业务、经济运行和运营管理深度融合，不断充实精细核算、精益管理、精准施策的

管理理念，促进医院提质、降本、增效，争取社会效益和经济效益的双赢局面，以合理结余保障为人民提供公益性医疗服务的可持续性。

04、公立医院运营策略

1. 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 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 DRG 病组为管理单元，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、分析和管理的，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。

2. 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 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。

3. 加快智慧医院建设步伐，利用信息化手段提升管理效能

打造智慧医疗、智慧管理、智慧服务“三位一体”的智慧医院。建立知识驱动和数据驱动深度融合的智能化医疗管理体系，以大数据、云计算对临床进行业务指导、实时控制和智能预警，保障患者安全，提升医疗服务质量和资源使用效率。

打造功能实用、信息共享、服务智能的智慧服务体系，改善患者就医体验，提高人民群众就医获得感。建立行政管理服务平台，第一时间获取有效的信息资源，降低管理的滞后性，同时将内部控制标准

融入到系统中，降低管理风险，促进医疗业务规范有序运行。

管理信息发布的系统化、智能化、无纸化和审批流程的信息化、可视化，能够解决人力传输低效率、低质量问题，提升决策效率。智慧医疗、智慧管理、智慧服务“三位一体”的智慧医院建设方案可有效促进医院实现资源共享，提升管理水平和效率，降低运营成本，增加合理结余空间。

4. 建立数据质量管理制度，实现数据资产化管理，持续提升信息化产能

随着信息化、数字化、智能化、智慧化的 IT 技术在医院建设中的广泛使用，数据已从原来单纯的存储备份转变成为分析、决策、目标制定提供依据的基本要素，与人财物技并重，成为医院精细化管理和可持续发展的重要战略资源。

2021 年，国家中医药管理局、国家卫生健康委联合印发《公立医院内部控制管理办法》，要求医院建立信息数据质量管理制度。医院应根据文件要求，建章立制，加强数据质量管理。

一方面，通过不断修正改进以提高数据质量，形成数据治理和数据挖掘新思路，实现从数据收集到数据资源整合、再到数据资产管理的逐步升级，持续提升医院信息化产能。

另一方面，在管理制度化信息化的同时，将制度指标化、指标数据化、数据标准化，提高制度的可执行性和执行的可衡量性，秉持“用数据说话，用数据管理，用数据决策”的理念，将数据循证的管理思

想运用到医教研防和运营管理的方方面面，促进医疗资源转化和医疗价值增值。

5. 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。

信息化系统上线的过程是将“管理制度化、制度流程化、流程表单化、表单信息化”的过程，也是流程梳理再造、数据互联共享的过程。医院应以总体战略为指引、以运营管理为抓手、以问题和结果为导向、以信息系统为辅助支撑，围绕医疗业务和管理业务的运转情况和资源配置情况，建立业务执行标准和动态调整机制，不断优化业务流程，形成 PDCA 螺旋上升的管理模式，实现提质降本增效、获取合理结余、保障可持续发展的总体目标。

05、结语

在我国健康医疗服务体系中，公立医院承担着满足人民群众基本医疗需求的主要责任和疫情防控的重要使命，其诊疗技术和救治能力深刻影响着全民健康管理水平。在新冠肺炎疫情防控常态化、财政资金紧张、医保基金压力大的环境下，公立医院依靠外部力量获得发展动力的空间变小。此时，医院必须通过精细化管理和高质量发展获取适当结余，为优化服务环境、促进人才培养、提升医疗技术提供必要保障。无论是医疗结余还是医保结余，公立医院应始终肩负社会责任，秉承取之于民、用之于民的公益性服务理念，为患者提供高质量、高性价比、高获得感的医疗服务，为医疗事业发展做出应有的贡献。

[返回目录](#)

从项目付费到 DRG 付费，医院发生了哪些变化？

来源：数智 e 保

传统的医保支付方式是按项目付费，根据诊疗过程中药品、医疗

服务项目、医用耗材等的使用情况，患者和医保基金根据实际费用分别承担各自需要支付的部分。治疗中需要使用的新项目，只要获得相关部门批准，医保基金就会承担一定比例的费用。

而在 DRG 支付方式下，每个病组都有相对应的医保支付标准。这意味着，医保为各病种设置了支付“天花板”，这也倒逼医院需要进行“精打细算”，加强病种成本核算管控，成为医院的绕不去的“坎”。这必将促使医院转变成本管理思维，推进成本管理创新。

DRG 支付下，引入新技术的举措

北京大学肿瘤医院医疗保险服务处处长冷家骅表示，医院在引入新技术和新项目的时候需要纳入科学的决策理念。费用和效果之间不是简单的线性关系，费用高并不一定效果就好，费用低也不代表应被广泛应用。这说起来容易，转化为科学的管理理念并非易事，需要引入科学的评价工具，并建立符合实际的指标。行业管理者要组织专家，对新项目带来的费用增长与医疗结局之间的变化进行客观准确地评估。如果以 ICER 为标准决定医保支付项目，那么 ICER 标准的设定则很大程度上取决于医保筹资水平和基金运营状态。

临床技术创新针对的往往是具有高选择性的适应证患者群，并非全部患者都能从中受益。因此，创新效果很大程度上依赖于适应证的选择和医疗管理水平。对于医院来说，这绝不是引入一项新技术就能提高医疗水平。“举例来说，一家医院引入某项微创技术，如果管理不到位，缺乏对耗材使用的监督，不具备具有相应资质的人员，新技

术学习掌握进展缓慢，技术成熟时间非常长，治疗结局缺乏必要的评估和总结，那么这项新技术带来的负面影响可能更大，甚至危害患者的生命安全。”冷家骅说。

新技术的引入往往伴随新型耗材的应用，这对医保耗材管理提出了新要求。医保医用耗材管理应有所侧重，实现差异化管理。我们可以参考医保药品管理理念和方法，重点管理高值医用耗材。对高值医用耗材的高度关注和监管并不代表限制临床使用，而是要对其安全风险、增量成本、增量效果等进行动态监测和评价，以促进临床合理使用。

医保支付方式改革的时间表和路线图已经清晰，各方的责任正在逐级压实，HTA技术应用也日趋成熟，学科和诊疗规范化程度越来越高，越来越多的医院在信息化建设方面取得长足进步，可为医保改革提供可靠的数据支撑。当前，医保支付方式改革的关键条件都已基本具备，作为医保支付方式改革终端的公立医院，应该在哪些方面发力？冷家骅也亮出了自己的观点。

公立医院的激励制度的变化

首先，公立医院应积极创新绩效管理机制，充分调动医务人员的积极性。激励机制可以通过绩效奖金的方式体现，也可以探索非薪酬激励手段，引导医务人员主动优化临床路径、审视医疗流程、调整诊疗费用结构，把医保改革的目标内化为医务人员的动力。

其次，公立医院要加强医生医疗行为的监管，提高医保基金使用

效率。医保基金监管不仅是医保管理部门的职责，也是医院高质量发展的内在需要。“有人认为，实施 DRG 付费政策后，医保只需关注医保基金使用结果，但越来越多的事实告诉我们并非如此。”冷家骅说，除此之外，DRG 改革还赋予医保监管新的内涵：既要防范欺诈骗保，也要遏制过度医疗，更要不断提高医疗服务的性价比，杜绝医疗资源浪费，不断提高医保资金的使用效率。

最后，医院要积极参与 DRG 改革，主动为政策的完善和优化提供支撑，实现改革的共建和成果的共享。冷家骅表示，在 DRG 改革政策中，无论是分组标准，还是支付标准，以及配套政策中的各项技术指标都并非一成不变。医保管理部门要不断优化指标，使其更加符合临床成本消耗和诊疗实际情况。同时，随着新技术的应用和新药的不断问世，临床路径的结构和成本也处于动态变化之中。

“让支付标准跟上医疗技术的进步、适应成本的变化，临床更应积极地应用医保的管理与服务功能。同时，结合医院的实际情况，医院医保管理部门应积极与医保经办机构互动，以高质量的信息和数据进行沟通，提出临床诉求，不断引导 DRG 支付制度改革政策的优化和调整。”冷家骅说道。

[返回目录](#)

· 健康中国 ·

如何构建优质高效的卫生健康体系？梁万年教授解答

来源：健康中国研究院

2022年12月5日，“健康中国大讲堂”系列讲座第一讲开课。首期讲座邀请到清华大学万科公共卫生与健康学院常务副院长、健康中国研究院院长梁万年教授作了题为“构建优质高效的整合型卫生健康体系”的报告。

梁万年教授的讲座主要围绕优质高效的整合型卫生健康体系的内涵、现有体制如何打造优质高效的整合型卫生健康体系以及构建优质高效的整合型卫生健康体系所面临的挑战与思考这三个方面的问题展开。

首先，梁万年教授认为，优质高效的整合型卫生健康体系的内涵包括：第一，这个体系是以健康为中心的。第二，这个体系是急慢分诊、上下联动、防治结合的。第三，这个体系是公立医疗卫生机构和社会力量办医协同发展的。它最终目的是为老百姓提供全方位的、全周期的卫生健康服务。

其次，梁万年教授提出，构建优质高效的整合型卫生健康体系关键要实现七方面的转变。第一，在服务体系方面，要真正的从以疾病为中心转向以健康为中心。第二，在服务理念方面，要从现在主导的治愈医学转向照顾医学。第三，在个体服务决策方面，要从过去供方（医务人员）主导的决策转向供方、需方（病人及其家属）共同参与式决

策。第四，在医患关系方面，要从短暂的、不连续的、非责任制的模式，转向长期的、连续的、责任制的医患关系。第五，在服务模式方面，要从单向的干预或治疗，走向综合式的健康管理。第六，在支付机制方面，要从传统的按项目付费的后付制，转变为按人头、按病种付费的打包预付制。第七，在监管考核方面，由根据过程来进行考核和评价转向以健康结果、健康水平为考核导向。

再次，梁万年教授创新性地归纳了构建优质高效的整合型卫生健康体系的三大关键词：强体、延伸、融合。

第一个关键词是强体，即强化已有的卫生健康服务体系，主要包括医疗卫生体系和公共卫生体系。在医疗卫生体系强体方面，要深化公立医院的改革，维护公立医院的公益性，构建现代医院管理制度，强化党的全面领导，不断推进公立医院的高质量发展，打造上下联动、急慢分诊的医联体，促进优质资源合理分配。

他强调，高质量发展的核心是发展得高质量，高质量并不是一刀切式地要求所有医院在技术水平上都是统一高标准，而是要满足三个“符合”：第一要符合医院自身发展的功能定位；第二要符合所服务区域老百姓的卫生健康需求；第三要符合当地的社会经济发展水平。

公立医院高质量发展要促进“三转变”，实现“三提高”。由规模扩张型转变为内涵集约型，提高已有资源的有效利用率。由经验化管理转变为科学化管理，提高管理与发展效率。由硬件投入为主转变为科研投入、人才培养为导向，全面提高医务人员与患者满意度。

在公共卫生体系强体方面，要树立全社会每个人都参与的大公卫概念，进一步强化公共卫生监测、预警、响应、评价、研判等职能。

第二个关键词是延伸。向上延伸，满足老百姓多层次、多样化的健康服务需求。向下延伸，满足康复护理、长期护理、安宁疗护等急需性的医疗服务需求。

第三个关键词是融合。一方面要推动医疗服务体系和公共卫生服务体系有效融合，真正做到人员通、信息通、资源通。另一方面，要促进卫生健康服务体系和环保、体育、文化、旅游、残联等各方面实行有效融合，使资源有效联动。

谈到在构建优质高效的整合型卫生健康体系过程中面临的挑战时，梁万年指出，要特别注意两点：一是要强调管理体制的变革，任何改革的推进与落地，没有配套的管理体制做支撑，就无法高效有序开展。二是要充分利用信息化手段，为卫生健康服务系统赋能，不断提高优质医疗资源的可及性，提高卫生健康服务体系的运行效率。

最后，梁万年总结道：“构建优质高效的整合型卫生健康体系的本质目的是尽力满足老百姓全方位的健康需求，建立一个合理有序的就医格局，最终使健康中国建设有强大的卫生健康系统支撑。”

[返回目录](#)

传承创新祖国医学 共建共享健康中国

来源：《健康中国观察》杂志

党的二十大是在全党全国各族人民迈上全面建设社会主义现代化

化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军的关键时刻召开的一次十分重要的大会。习近平总书记所作的二十大报告立意高远、思想深刻、内涵丰富，是指导党和国家各方面工作的纲领性文件，吹响了全面建设社会主义现代化国家、全面推进中华民族伟大复兴的新号角，振奋人心、催人奋进。报告指出，要“推进健康中国建设，把保障人民健康放在优先发展的战略位置”“促进中医药传承创新发展”，这为我国医药卫生事业的发展指明了前进的方向。中医药事业的顶层设计和战略部署在近十年的时间里日臻完善，这为中医药学的蓬勃发展提供了重要的成长沃土。

一是守正创新，融合现代科技创新促进中医药发展

中医药创新发展是一个兼收并蓄，不断吸收先进技术的过程。守正创新，要坚持传承不弥古，创新不离宗。“疗效是硬道理，评价是道理硬”，我们应充分运用现代科学技术来继承、挖掘、创新中医学，传承老祖宗留下的宝贵财富，融会贯通多学科知识解决中医学学科问题，不断创新中医学理论体系和评价体系，为中医药发展插上科技的翅膀，打造融合中西医学思想为一体的二十一世纪新医学，为人类的健康事业作出贡献。

二是以人为本，立足中医药特色优势推动健康中国建设

习近平总书记深刻指出，坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，是我国卫生与健康事业的显著优势。步入新发展阶段，广大人民群众对健康的需求，有了新变化。我们要发挥中医

药在“治未病”和预防医学方面的优势，将传统医学运用到关系民生的关键战略领域。针对儿童青少年近视防控这一重大公共卫生问题，山东省以中医“治未病”为理念，创新提出“节点前移，中西并用，以防为主，防控结合”指导原则，创建的科学有效、中西医结合特色突出的综合防控技术体系为解决儿童青少年近视提供了“中国方案”。

三是勇毅前行，打通科技成果转化链条“最后一公里”

中医药的生命线被群众普遍了解、认知、接受和应用。加快中医药科技成果转化，需要创新发展思路，深化产学研用结合，践行习近平总书记“把论文写在祖国大地上”的号召，尽快将适宜技术普及惠及广大群众。将信息化、智能化、可穿戴等技术与传统中医理论相结合，加快成果转化并形成产业集群，优化中医药资源配置，为患者提供可复制可推广的中医药适宜技术和产品，使人民群众的幸福感和获得感、安全感和获得感更加充实、更有保障、更加持续。

四是作育人材，重视人才培养聚力中医药高质量发展

我国中医药发展进入跃升期。推进中医药振兴发展关键在人才。中医药高质量发展需要的是一大批能够提出和解决全局性、根本性、前瞻性的科学问题，能够攻克中医药科技研发的重大难关，能够提出中医药未来发展方向、思路、重点的高质量战略人才；需要的是一大批综合素质高、德才兼备，能扎根基层服务人民，提供优质健康服务，增强人民幸福感的高素质中医药人才；需要的是一大批能够走向国际，在海外开展中医药对外援助，开展中医药服务，传播中医药文化，

提升中医药影响力的国际中医药人才。党的二十大的召开，开启了中医药事业发展的新篇章。相信在以习近平同志为核心的党中央坚强领导下，在党的二十大精神的指引下，在众多中医药从业者同心协力下，中医药一定可以阔步走向国际舞台，为世界人民的健康贡献“中国智慧”。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

门诊医疗服务量快速增长，4项举措全面加强医疗保障

来源：中国医疗保险

近几年，我国门诊医疗服务量呈较快上涨趋势，门诊医疗保障需求也随之显著增长。强化门诊医疗保障，不仅是构建完善、统一的全民医疗保障体系的必备条件，更是织密医疗保障网，减轻参保人医疗费用负担的重要举措。

国家医保局一直高度重视减轻广大参保人的门诊医疗费用负担，在做好住院医疗费用保障的基础上，全面提升门诊医疗费用，尤其是慢性病、特殊疾病门诊医疗费用的保障。

门诊医疗服务量快速上涨医疗保障需求显著增加

近几年，我国门诊医疗服务量呈较快上涨趋势。根据全国医疗保障统计数据，在2020年新冠肺炎疫情暴发前，无论是职工医保还是居民医保，参保人员的门急诊待遇享受人次都呈现快速增长，且增速

整体高于住院待遇享受人次。其中，门诊慢特病待遇享受人次增长尤为显著(表 1、表 2)。2020 年虽然受疫情影响数据均有所下滑，但 2021 年随着疫情防控趋于稳定，门急诊待遇享受人次也基本恢复到疫情前水平。



表 1 2018 年至 2021 年我国普通门急诊待遇享受人次

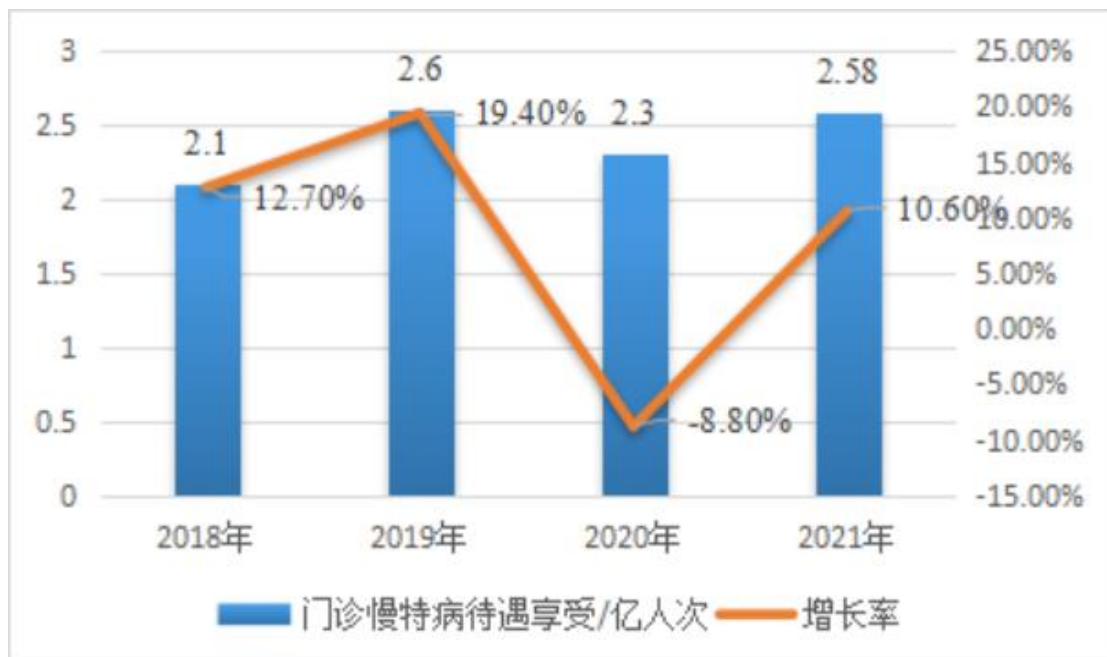


表 2 2018 年至 2021 年我国门诊慢特病待遇享受人次

门诊医疗服务量的不断增长随之带来的是门诊医疗保障需求的显著增长。事实上，门诊医疗保障作为保障参保人小病、慢病治疗的重要手段，其制度完善不仅是构建完善、统一的中国特色医疗保障体系的必备条件，更是织密医疗保障网，减轻参保人医疗费用负担的重要举措。其关键意义在于：一是能够为居民参保人提供更加优质、公平的门诊医疗保障，促进小病“早发现、早治疗”，提高医保基金使用效率的同时，降低参保人得大病、重病的风险；二是能够将费用负担较重的常见病、多发病纳入门诊保障范围，有效为参保人减轻高额的门诊医疗费用负担，防止门诊挤住院、小病大治；三是能够通过基层定点就医、医保支付管理，促进门诊基本医疗和疾病预防、健康管理更好的融合，更有效地服务于促进人民健康，助力健康中国建设。

从常见小病到特殊大病，4项举措全面加强门诊医疗保障

国家医保局一直高度重视减轻广大参保人的门诊医疗费用负担，在做好住院医疗费用保障的基础上，全面提升门诊医疗费用，尤其是慢性病、特殊疾病门诊医疗费用的保障。

一是健全和完善普通门诊统筹，随着医保基金承受能力增强逐步提高保障水平。目前居民医保已经普遍开展普通门诊统筹，把参保人在基层医疗卫生机构发生的门诊医疗费用纳入保障范围，有条件的地区也正在逐步扩大纳入门诊统筹的医疗机构范围。职工医保方面，则按照《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》有关要求，推动各地建立健全职工医保普通门诊统筹，把多发病、

常见病的普通门诊医疗费用纳入统筹基金报销，政策范围内支付比例从 50%起步。

二是普遍开展门诊慢特病保障，减轻患者大额门诊医疗费用负担。目前国家层面已经针对最常见的慢性病——高血压、糖尿病(简称“两病”)建立了城乡居民门诊用药专项保障机制。在此基础上，指导各地根据医保基金收支情况，把一些部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的慢特病及相关特殊治疗的门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围；并且，对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，考虑参照住院待遇进行管理。目前，各地已经普遍把恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核、日间手术等纳入门诊慢特病保障范围。

三是加强门诊用药保障，切实解决患者用药需求。一方面，通过“长处方”制度提高门诊慢性病患者用药便利，进而提高用药依从性。根据《长期处方管理规范(试行)》，目前对于临床诊断明确、用药方案稳定、依从性良好、病情控制平稳、需长期药物治疗的疾病可开具“长处方”，处方量一般在 4 周内，最长可达 12 周。同时，鼓励优先选择国家基本药物、国家集采中选药品以及国家医保目录药品，进一步降低患者用药负担。另一方面，通过“双通道”政策，对于一些临床价值高、患者急需、替代性不高的国家医保目录谈判药品，开通定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，并将其同步纳入医保支付。

目前，“双通道”政策已经落地实施，各地在实践中普遍结合地方实际情况制定了纳入“双通道”管理的药品范围，部分地区还在谈判药品的基础上增加了一些门诊慢特病用药，并将其纳入普通门诊统筹或门诊慢特病待遇保障范围内。

四是持续推进门诊异地就医直接结算，提高门诊异地就医便利性。随着近年来我国流动人口规模持续扩大，加快推进异地就医尤其是异地门诊的医保直接结算，对于解决参保人员异地就医需要垫资、并往返两地手工报销的问题，提高异地就医便利性至关重要。国家医保局成立后，重点推进门诊费用跨省异地就医直接结算，从2018年在长三角地区的试点开始，到逐步扩大试点范围、发布系列政策文件，截至目前已经取得了显著成效：普通门诊方面，跨省直接结算覆盖范围进一步扩大，截至2022年9月底，全国已有门诊费用跨省直接结算联网定点医疗机构7.61万家，定点零售药店21.02万家，原本预期于2022年底前完成的“每个县至少有1家定点医疗机构能够提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务”，已经在今年5月提前达成；门诊慢特病方面，选取高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5个群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病，积极推进相关治疗费用跨省直接结算，目前全国86.9%的统筹地区(344个)已启动相关工作，预计今年年底前基本实现统筹地区全覆盖，并推进其他门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算或线上零星报销。

结语

随着我国医疗保障制度改革不断深入，门诊医疗保障体系将进一步完善，更好地满足广大参保人的门诊医疗服务需求。在此基础上，需要进一步加强门诊层面的医保支付方式改革、医保基金监管、医保经办服务等改革举措的探索实践，推动健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次医疗保障体系。

[返回目录](#)

以医保惠民实践持续增进民生福祉

来源：湖北省黄冈市医疗保障局

党的二十大举旗定向、振奋人心、催人奋进，科学擘画了中国式现代化宏伟蓝图，意义重大深远。学习贯彻好党的二十大精神，必须全面贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，牢记初心使命，牢记江山就是人民、人民就是江山，牢记“国之大者”，坚持以人民为中心发展思想，以医保惠民实践，增进民生福祉，用心用力用情绘就黄冈革命老区人民美好生活新画卷。

健全完善医疗保障体系，筑牢人民生活安全网。统一全市基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度，落实医疗保障待遇清单，消除城乡之间、县域之间政策差异，完善城乡居民医保门诊保障政策，建立职工门诊共济制度，推进医保待遇公平统一。建立以三重保障为主体，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系，促进多层次医疗保障有序衔接。建立生育支持

政策体系，保持参保女职工生育医疗费用、生育津贴等保障与国家生育政策相适应。积极申请长期护理保险试点，建立“第六险”制度，提高失能人员生活品质。

深化“三医联动”改革，为人民就医减负降压。促进医保、医疗、医药协同发展和治理，助推健康事业高质量发展。深化DIP支付方式改革，研究具有黄冈本地特色的中医支付政策，促进医保结算更加科学精准，提高医保基金使用效率。完善药品供应保障体系，畅通国家谈判药进院渠道，健全国家医保谈判药品“双通道”管理机制。扩大公立医疗机构设立特殊药品输注中心试点，将肿瘤患者高值药物在门诊解决并纳入医保统筹结算。扩大日间手术报销病种，缩短患者等待手术时间，加快医院床位周转率。深化医疗服务价格改革，完善价格调整机制，及时在总量范围内有升有降调整医疗服务价格，合理价格比差、促进分级诊疗，支持公立医疗机构高质量发展。发挥医保战略购买作用，落实药品医药耗材集中带量采购，扩大医保与药企直接结算范围，减轻人民群众看病就医负担。

加强医保基金监督管理，守好用好百姓“救命钱”。稳住“收”、强化“管”、守好“支”，积极应对人口老龄化趋势等带来的医疗费用快速增长和医保基金较大支出增加难题。落实全民参保计划，完善医保筹资机制，加强医保政策在农村地区的宣传，强化与税务部门和金融机构基层网点的缴费合作，推进医疗保障覆盖全民。落实医保基金市级统筹，逐步推动医保基金省级统筹，强化医保基金收支预算管

理，控制医疗费用不合理增长，增强医保基金抗风险能力和可持续运行能力。建立健全医保基金监管制度和信用体系，完善部门联动监管机制，提升数字化稽核和打击欺诈骗保能力，对全市 5681 家定点医药机构监管全覆盖，守好人民群众的“救命钱”。

提供更多惠民暖心服务，不断解决群众急难愁盼。持续对标国内一流标准，紧盯“高效办成一件事”，进一步“减环节、减审批、减时限、减跑路”，推动 11 个县级医保窗口服务事项实现“一网通办、一窗通办、一事联办、一次办好”。落实异地就医结算，加大医保经办事项“跨省(市)通办”协作，增加医保“跨省(市)通办”事项，全力推进武汉都市圈民生同保，深化与江西九江市医保服务“跨江合作”。完善市、县、乡、村四级经办务体系，推动医保服务下沉，将 28 个医保经办事项下放至村(社区)平台受理，打造医保十分钟服务圈，增强医保公共服务规范性、均衡性和可及性，不断提升便民利民服务水平。

立足中医药产业资源禀赋，建设中国中医药健康城。围绕黄冈建设中国中医药健康城目标，推出医疗保障支持中医药发展措施。及时将符合条件的中医药机构纳入医保定点范围，积极推荐中药颗粒、制剂纳入医保目录，制定艾灸等具有黄冈特色的中医诊疗服务项目价格，加快新增中医医疗服务价格项目立项，建立完善中医优势病种按疗效价值付费等多元复合式医保支付方式，推动黄冈中医药事业和产业融合高质量发展，促进中医药传承创新发展，为稳住黄冈经济大盘

贡献医保力量。

筑牢病有所医保障底线，夯实共同富裕健康基础。巩固脱贫攻坚成果与乡村振兴有效衔接，健全重特大疾病医疗保险和救助制度，合理确定救助水平和救助额度，按规定做好易返贫致贫人口医疗保障帮扶措施。扩大普惠型商业补充医疗保险“黄惠保”覆盖面，着力减轻人民群众重特大疾病负担，切实增强人民群众的医保获得感。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

12月起，大批医药新规执行！互联网售药、医保、加盟……

来源：搜药

12月起，大批医药新政开始实施。

网络售药新规正式施行，购处方药须实名

12月1日，《药品网络销售监督管理办法》（以下简称《办法》）正式施行。规范管理网络销售处方药是此次新规的一个重点内容，《办法》共6章42条，对药品网络销售管理、平台责任履行、监督检查措施及法律责任作出了规定。

此后，处方药网络销售实行实名制，处方药与非处方药应当区分展示，处方药销售首页不得展示包装、标签等信息……《办法》将进一步规范药品网络销售。

抗癌药品、罕见病药品可享增值税优惠

近期，财政部、海关总署、税务总局、国家药监局发布公告，公布第三批适用增值税政策的抗癌药品和罕见病药品清单。

根据《公告》，自 2022 年 12 月 1 日起，第三批抗癌药品和罕见病药品清单中的抗癌药品和罕见病药品，按照《财政部海关总署税务总局国家药品监督管理局关于抗癌药品增值税政策的通知》（财税〔2018〕47 号）、《财政部海关总署税务总局药监局关于罕见病药品增值税政策的通知》（财税〔2019〕24 号）规定执行相关增值税政策：

增值税一般纳税人生产销售和批发、零售抗癌药品和罕见病药品，可选择按照简易办法依照 3%征收率计算缴纳增值税；对进口抗癌药品和罕见病药品，减按 3%征收进口环节增值税。

各批清单中的抗癌药品和罕见病药品制剂需已获准上市，对应剂型以国家药品监督管理部门实际批准上市剂型为准。

《药品出口销售证明》正式启用电子证明

国家药监局发布公告，自 2022 年 12 月 1 日起，对签发的《出口欧盟原料药证明文件》和《药品出口销售证明》启用电子证明。电子证明与纸质证明具有同等效力。结合我国药品出口工作实践和世卫组织相关最新指南，启用《药品出口销售证明》新模板。

关键项目不合格，化妆品企业直接停产/停业

国家药监局印发的《化妆品生产质量管理规范检查要点及判定原则》将于 2022 年 12 月 1 日起施行。

《原则》指出，对检查判定为“生产质量管理体系存在缺陷”的

企业，负责药品监督管理的部门应当督促其在规定时间内完成整改并提交整改报告，必要时可以组织现场复查。对检查判定为“生产质量管理体系存在严重缺陷”的企业，负责药品监督管理的部门应当依据《化妆品监督管理条例》第五十四条的规定，采取责令暂停生产、经营等紧急控制措施，及时控制产品风险。企业应当在规定的时间内完成整改，并向负责药品监督管理的部门提交整改报告。负责药品监督管理的部门应当对企业进行现场复查，确认整改符合要求后，方可恢复其生产、经营。

多地启动医保门诊共济改革

北京从2022年12月1日起，职工医保个人账户资金家庭成员可共济使用。12月1日起，在医保个账完成共济对象备案后，可以享受北京市基本医保待遇的配偶、父母及子女投保“北京普惠健康保”。

珠海珠海人民政府办公室印发《珠海市基本医疗保险门诊共济保障实施细则》（以下称《珠海细则》），详细解读了市民关心的问题。

据了解，《珠海细则》将统筹完善门诊共济保障机制，改革个人账户计入方法，进一步增强珠海门诊保障能力，提高医保资金使用效率，进一步提高门诊医疗费用报销待遇，减轻参保患者医疗负担，更好保障人民群众“病有所医”。《实施细则》于2022年12月1日实施。

永州《永州市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》（以

下称《永州细则》), 该《永州细则》于 2022 年 12 月 1 日起正式实施。

发布会主要介绍了《细则》中个人账户计入办法改革、个人账户实施共济、建立职工医保门诊统筹、门诊统筹不予支付情形等六方面。

《细则》的实施将进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险制度, 更好解决职工医保参保人员门诊保障问题, 切实减轻医疗费用负担。

湘西《湘西自治州职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》(以下称《湘西细则》)于近日印发, 规定自 2022 年 12 月 1 日起, 湘西州将实施职工医保门诊共济保障制度。

《湘西细则》改进了职工医保个人账户计入办法、规范个人账户使用范围, 以提高医保基金使用效率, 进一步减轻参保人员医疗费用负担。

威海 11 月 18 日上午, 威海市政府新闻办举行新闻发布会, 为进一步提高参保群众的医保待遇, 根据国家和省的部署, 威海市建立了基本医保门诊共济保障机制, 于 2022 年 12 月 1 日正式实施。

新疆 12 月 1 日, 新疆博州将正式实施职工医保门诊共济保障, 个人账户可由配偶、子女、父母共济使用。

山东: 支持连锁药店兼并、收购、加盟

近日, 山东省药监局等六部门联合制定了《关于创新监管促进药品流通行业高质量发展的若干措施》(以下称《措施》)。《措施》自

2022年12月1日起施行，有效期至2027年11月30日。

《措施》共计八部分、二十八条，聚焦破解药品流通产业发展遇到的痛点、难点和堵点问题，促进山东省药品流通行业高质量发展。

《措施》支持药品零售连锁企业通过兼并、重组、收购、加盟等方式创新发展，全面提升药品零售连锁率和规范化管理水平。引导大型药品零售连锁企业通过多种形式整合农村地区单体药店。鼓励批发零售一体化经营。

鼓励药品现代物流企业建设全国性、区域性的药品物流园区和配送中心，接受省内外药品生产经营企业的委托储存配送。

支持药品流通企业与电子商务平台融合发展，发展智慧供应链、智慧物流、智慧药房等新形态，在坚持“线上线下一致”前提下，鼓励药品零售企业实行“网订店取”“网订店送”等新型配送方式零售药品。

鼓励药品零售连锁总部设立远程药学服务(审方)中心，允许药品零售连锁企业利用第三方远程审方平台，开展远程药学服务和审方工作，作为执业药师不在岗或者非工作时段补充服务。

山西：药店轻微违法不予行政处罚

日前，山西省药监局发布《药品监管领域轻微违法行为不予处罚规定(试行)》(以下简称《规定》)，2022年12月1日起施行。

根据《规定》显示，山西省所辖区域内所有药店，违法行为轻微并及时改正，没有造成危害后果的，不予行政处罚。初次违法且危害

后果轻微并及时改正的，可以不予行政处罚。当事人有证据足以证明没有主观过错的，不予行政处罚。

安徽：举报涉药品安全违法行为有奖

《安徽省市场监管领域重大违法行为举报奖励实施细则(试行)》(以下称《细则》)，于 2022 年 12 月 1 日起施行。

《细则》主要解决奖励范围、奖励条件、奖励标准等问题，并对奖励程序予以严格规范。

奖励范围限定为违反食品、药品(医疗器械、化妆品)、特种设备、工业产品质量安全相关法律法规规定的重大违法行为;具有区域性、系统性风险的重大违法行为;市场监管领域具有较大社会影响，严重危害人民群众人身财产安全的重大违法行为;涉嫌犯罪移送司法机关被追究刑事责任的违法行为。

《实施细则》规定了奖励的 3 个等级分类及条件。市场监管部门将综合考虑涉案货值、社会影响程度等因素，对举报人实施奖励。每起案件的举报奖励金额上限为 100 万元。根据举报的 3 个等级，凡是产生罚没款的案件，以罚没款为计算基数，奖励标准分别为 5%、3% 和 1%;没有产生罚没款的案件，举报奖励金额分别不低于 5000 元、3000 元和 1000 元。其中内部举报人举报的，按照奖励标准的 2 倍计算奖励金额，举报奖励金额上限仍为 100 万元。

厦门：国内首部医务人员职业暴露防护法规正式实施

10 月 28 日，《厦门经济特区医疗卫生人员职业暴露防护若干规

定》经厦门市第十六届人大常委会第七次会议通过，自 2022 年 12 月 1 日起施行。

该法规为全国首部针对医务人员职业暴露的专项法规，在职业暴露培训、职工体检、应急处置等方面作出详细规定，意在建立健全职业暴露的预防和处置工作体系。

[返回目录](#)

国谈药落地的又一障碍即将清除 湖北 121 个双通道药物将单独支付

来源：湖北省医保局

12 月 5 日，湖北省医保局、卫健委联合下发通知，对该省《关于完善国家医保谈判药品“双通道”政策及建立“单独支付”药品保障机制》进行意见征求。

通知显示，该文件将于 12 月底前出台，因此意见征求截止于 12 月 11 日。此次意见征求的内容，主要是完善国谈药品双通道政策，并建立单独支付保障机制。

湖北省将 2021 版国家医保药品目录中协议期内谈判药品全部纳入，按普通乙类管理，共有 275 个品种，其中单独支付的 121 个。(名单见文末表格)对协议期满后调出谈判药品目录的药品，同步调出双通道目录，每年根据国家目录调整一次。

湖北发布的这个文件，关键内容在于单独支付政策。

由于双通道药品都是来自于国谈创新药部分，这些品种虽然经过国家谈判降价不少，但价格绝对值还是很高，如果此类药品不进行单

独支付的话，医疗机构不愿意开处方，患者在院外拿药还有起付线，都会阻碍国谈药物的获得和支付结算。

因此，双通道政策要落地，除了给予国谈药物“应配尽配”的进院支持、不占用医保总额、不考核药占比、畅通处方流转之外，通过单独支付政策来降低患者的负担、消除医药定点机构的顾虑也是加速双通道政策落地的重要一环。

按湖北通知，明确“单独支付”药品支付政策，不设起付线，按乙类药品管理，按比例支付，其中职工医保不低于 65%，城乡居民医保不低于 50%。具体如下规定：

参保患者在定点医疗机构住院使用“单独支付”药品发生的医疗费用，按各地现行医保住院待遇政策执行。在定点医疗机构门诊使用或定点零售药店按规定购买“单独支付”药品发生的费用，不设起付线，按统筹地区乙类药品管理，由统筹基金按统筹地区三级医疗机构职工和城乡居民住院统筹基金支付比例支付，其中职工医保不低于 65%，城乡居民医保不低于 50%，药品不单独设定年度支付限额，一并计入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额累计计算。

对纳入“单独支付”的药品实行“三定管理”

各地医保经办机构对纳入“单独支付”的药品实行“三定管理”，即：定定点医疗机构、定责任医师、定定点药店，建立用药资格备案和定期复查评估等管理机制，督促定点医疗机构严格落实处方流转相关规定，督促定点医药机构严格执行谈判药品限定支付范围和医保支

付标准，实现患者用药行为管理全过程监管。

那么，如果没有纳入单独支付的双通道药品怎么办呢？湖北要求：

各地通过建立职工医保门诊共济保障机制、完善门诊特殊慢性病等办法做好待遇衔接，保障谈判药品落地。其中对各地原参照“双通道”政策给予单独支付的谈判转乙类药品等，各地可结合实际，逐步予以取消单独支付政策，过渡时间可根据基金承受能力自行确定。参保患者在门诊使用‘单独支付’药品目录内的药品时，享受‘单独支付’药品待遇，不重复享受门诊其他待遇。

此外，对定点医药机构合理使用的“单独支付”药品费用可增加权重或分值

做好与 DRG/DIP 支付方式改革衔接。要及时根据谈判药品实际使用情况合理调整该病种的权重，要科学设定医保总额，提升精细化管理能力和水平，对定点医药机构合理使用的“单独支付”药品费用可增加权重或分值。

事实上，早在 2021 年 9 月，对于国谈药物双通道的单独支付政策就有安排，当时，国家医保、国家卫健委联合发布《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》（医保函〔2021〕182 号）其中第五条：

扎实推进“双通道”管理

具备条件的地区要积极探索完善谈判药品单独支付政策，逐步将更多谈判药品纳入单独支付范围。要细化完善定点药店遴选准入、患

者认定、处方流转、直接结算和基金监管等措施，切实提升谈判药品的供应保障水平。

各省也在之后陆续推进，比如，江苏省截至 2021 年底，创新建立“国谈药”双通道管理机制，167 个“国谈药”纳入双通道管理，118 个实行单独支付，惠及群众 1455 万人次。

对于国谈药物价格较高问题，除了双通道单独支付政策支持外，在医保支付方式上，也有地方进行单独计算点数或暂不纳入 DRG 支付。

比如湖南于 2022 年 11 月出台《湖南省区域 DRG 付费管理暂行办法》，其中规定：

恶性肿瘤门诊放化疗费用逐步纳入 DRG 结算；住院期间使用“双通道”单行支付管理药品，相关药品费用暂不纳入 DRG 结算，探索建立区域内统一的新技术项目单行支付目录库；

江苏也对药品、耗材的集采，以及国谈药物使用在 DIP 付费政策下做了规定：

因药品、耗材集中采购或者医疗服务项目价格调整、国谈药使用等，当年不调整相应病组的权重，下一年调整要统筹考虑成本变化，依据前三年数据，可按 1：2：7 的比重，并结合实际情况科学合理测算调整。

同月，广东省佛山也发文，对双通道范围的药品进行单独计算点数：

将符合医保限定支付范围的药品、耗材予以单独计算点数，药品以广东省“双通道”药品范围中费用较高、对 DRG 病组稳定性影响较大的药品为主，优先选择急救、抢救、罕见病、恶性肿瘤相关用药。

此次湖北省计划进行单独支付的药品共有 121 个，一些单克隆抗体属于单独支付，如：西妥昔单抗、尼妥珠单抗、伊尼妥单抗、帕妥珠单抗、信迪利单抗、替雷利珠单抗、特瑞普利单抗、卡瑞利珠单抗等。

也有一些小分子靶向抗肿瘤药物，如：甲磺酸氟马替尼片、甲磺酸奥希替尼片、甲磺酸阿美替尼片、盐酸安罗替尼胶囊等。

[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