

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第17期

(2023.04.24-2023.04.30)

医保

医疗

医药

——本期视点——

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

· 分析解读 ·

▶ [探讨 | 定点零售药店纳入门诊统筹管理有“四难”](#) (来源：医路前行) ——第 7 页

【提要】当下，定点零售药店纳入职工门诊统筹管理是众多药品生产、流通行业高度关注的一个话题。尽管国家医保局 2 月份专门下发了关于进一步推进定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知，各地也进行了很多探索和实践，但据笔者了解，真正全面理顺、有序运转的地方还不是很多。这其中，药店的便民利民与医保的有效管理就如同一个跷跷板，如何找到其中的平衡点，既考验医保部门的智慧，也考验零售药店市场的规范性，突出的有四难。

▶ [中医 AI 时代，亟需关注的四大颠覆性变化](#) (来源：诊锁界) ——第 11 页

【提要】中医 AI 的中心化，必然带来连锁医馆的集中化和规模化，全国性连锁医馆品牌必将崛起，这就会对个体医馆和传统连锁医馆形成系统性竞争力。所以，对大部分传统连锁医馆来讲，在中医 AI 时代，核心不是自己去开发中医 AI (一是时间来不及，二是根本不具备这方面的基因和能力)，而是面对当下 3-5 年中医新发展风口，如何先人一步借助中医 AI 来打造差异化可复制的样板，然后进行模式输

出，抢占更多的市场份额。

· 医疗聚焦 ·

▶ [建立基于价值医疗的中医优势病种分值付费](#)（来源：暨南大学基础医学与公共卫生学院）——第 20 页

【提要】一直以来，中医药都在人类疾病防治、健康维护等方面发挥着至关重要的作用——重视整体论和防病理念，虽然技术含量极高，但在治疗方式上却具有“简、便、验、廉”等特点，诊断上不依赖精密的医疗设备，治疗时不使用昂贵的生物化学合成物。无论从中华文化传承创新发展的角度，还是从卫生经济学、生态学、预防学、重大传染性疾病的防治角度来看，中医药作为我国最独特的一项重要卫生资源，在提高医疗服务的公平性和可及性、节省医保基金支出、促进社会经济发展等方面都起到非常重要的作用。

▶ [建立罕见病用药综合保障机制，要解决好这 4 个问题](#)（来源：福建省医疗保障研究院）——第 28 页

【提要】我国医疗保障制度的改革发展目标是建立以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，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多层次医疗保障制度体系。这就意味着制度层面上已经确立了我国罕见病用药保障的基本原则、基本路径和基本框架，即建立罕见病费用综合保障制度。

• 医院管理 •

▶ [国家卫健委：强化这类科室建设，由分管院领导担任负责人](#)（来源：新康界）——第 35 页

【提要】康复外科(ERAS)是当今外科发展的方向之一，是一项多学科、多科室、多模式联动的综合项目，以减少手术患者的生理及心理的创伤应激，达到快速恢复。围绕手术期开展的康复需求不断提升，加速康复外科市场潜力可观。近日，国家卫健委办公厅发布《关于进一步推进加速康复外科有关工作的通知》(以下简称《通知》)，要求进一步推进加速康复外科有关工作。

▶ [新版医保目录执行，医院要做好这 3 方面准备](#)（来源：北京医院医疗保险管理处）——第 39 页

【提要】《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2022年)》(以下简称《药品目录》)自 2023 年 3 月 1 日起执行。这次目录调整，新增包括慢性病、抗肿瘤、罕见病、以及新冠治疗药等领域的药品，谈判和竞价的药品价格也大幅下降。为保障广大患者能够顺利用上，医疗机构作为《药品目录》落地实施的关键执行者，需要由医保管理部门牵头，及时组织相关职能处室开展准备工作，包括院内信息系统升级、医护人员宣传培训等，确保门诊和住院患者能够在预定时间按照新目录执行结算

• 专家观点 •

▶ [北京医院王建业教授：大力发展老年医学科建设 多措并举推动健](#)

[康老龄化](#)（来源：新华网）——第 42 页

【提要】健康是保障老年人独立自主和参与社会的基础，推进健康老龄化是积极应对人口老龄化的长久之计。近日，中华医学会老年医学分会主任委员、国家老年医学中心主任、北京医院王建国教授表示：健康老龄化是伴随老年人全生命周期的持续过程，推进健康老龄化需要全社会协同发力。要重视老年人健康预期寿命的延长，提高社会面临公共卫生突发事件时的应急能力，加强全社会层面的老龄化健康宣教，从而稳步提升老年人的健康水平，促进实现健康老龄化。

[坚持“人民至上、敢为人先” 奋力推进卫生健康事业高质量发展](#)

（来源：福建日报）——第 44 页

【提要】人民健康是社会主义现代化的重要标志。福建卫健系统坚持以人民为中心，聚焦人民群众看病就医保健的“急难愁盼”，扎实推动医改攻坚新突破，使得百姓健康获得感不断增强。当前如何通过实施“深学争优、敢为争先、实干争效”行动，加快推进卫生健康事业高质量发展？近日，本报记者专访了省卫健委党组书记、主任杨闽红。

• 医疗改革 •

[大医院强势发展下的支付改革趋势](#)（来源：Latitude Health）——

第 51 页

【提要】过去十年来，医疗服务的主要提供方从分布在各个层级的金字塔形变为以大医院为主体的漏斗形。随着大医院的服务量越来越大，供给短缺集中在顶部，基层医疗服务的过剩越发明显。在这一市

场趋势下，如果继续增加大医院的供给，只会加剧大医院的虹吸，从而引发进一步的短缺。但是，如果要扶植基层医疗体系，在缺乏强制转诊和医生可自由执业的前提下，由于技术能力的薄弱，基层根本无力吸引用户。因此，至少从中期来看，大医院强势发展的趋势不会停止，在这样的现状下，支付方的变革也仍将集中在与大医院的博弈上，整体医疗服务市场的变革也将集中在大医院的变革上。

[▶ 从服务量上看公立医院和民营医院的差距](#)（来源：村夫日记）——第 55 页

【提要】2021 年，全国共有公立医院 1.18 万家，民营医院 2.47 万家，民营医院占比达到 68%。虽然民营医院数量高速增长，但一直是一级医院占大多数，2021 年达到了 65%，比 2011 年下降了 20 个百分点，增加的主要是二级医院，占比从 2011 年的 14% 增加到 2021 年的 32%。但民营医院中的三级医院占比仍很低，2021 年为 3%。而公立医院机构数量分布中，占比增长的只有三级医院，2011 年占总体公立医院机构数量的 13%，2021 年增加到 26%。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

探讨 | 定点零售药店纳入门诊统筹管理有“四难”

来源：医路前行

当下，定点零售药店纳入职工门诊统筹管理是众多药品生产、流通行业高度关注的一个话题。尽管国家医保局2月份专门下发了关于进一步推进定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知，各地也进行了很多探索和实践，但据笔者了解，真正全面理顺、有序运转的地方还不是很多。这其中，药店的便民利民与医保的有效管理就如同一个跷跷板，如何找到其中的平衡点，既考验医保部门的智慧，也考验零售药店市场的规范性。突出的有四难。

一是药品处方获取难。凭处方销售处方药，是确保对症施治、确保用药安全的一个基础举措。但在过去定点零售药店实际运行中，如何解决处方的问题，可谓是你有张良计、我有过墙梯。因为在患者的认知里，我到药店就是买药的，可以由药师推荐，可以根据自己的经验购买，至于处方何来那是药店的事情，当然，药店也总是能够用合法或者貌似合法的途径予以开具和拿到。销售的药品纳入统筹基金支付后，处方何来就成为了一个医保和药店非常关心的问题：必须凭当地定点医疗机构处方，恐怕医院的处方很难流转出来，即使能够流转，患者对先到医院开方、后到药店购药的程序也恐怕会很不满意，客观

上也增重了很多老年患者、行动不便患者的负担，也增加了大家的时间成本。像过去一样只要有方就行，啥方都可以，恐怕管理和监管就成为了一句空话，需要的不需要的、买药给七大姑八大姨的恐怕都会出现，如果真的每个人都把额度用完，职工医保基金无疑将处在不可承受之重(当然这是最糟糕的假设)。因此，如何确保药店能够获得处方、如何确保药店获得处方的过程和来源能够得到一定程度的管理，是双方关注的第一个焦点。

二是支付标准确定难。药店普遍关注医保部门是否会限制销售药品的价格，实际上，医保部门关心的不是药品价格，而是支付标准。药店销售药品是一个完全市场行为，医保部门强制性用文件形式限制药品加成率，既做不到，也做不通，可能更多只能共同协商、协议约定。纳入门诊统筹后，销售的药品消耗的是医保统筹基金，以什么样的标准予以支付，既需要体现公平性，又需要尽可能节约化。截止目前，制定了或者说有了支付标准的药品数量不多，医疗机构的零加成客观规避了药品支付标准的问题。更何况，许多药品生产企业对于药店销售和医院销售走的是两条线，连产品的规格、包装都不一样，许多药店销售的产品连挂网都没有，药店也需要一定的成本去制定自己的价格策略以符合相关部门的管理要求。因此，这无论对于药店的自律还是对于医保部门的管理，都是一个客观现实的难题。

三是报销政策确定难。职工门诊统筹的报销政策尽管并不复杂，但是药店依据什么标准来报销也充分体现各地的政策意图。要不要设

置起付线，按年度设置还是按次设置起付线，按照什么比例报销，这些都是需要审慎研究的。有的地方按照开具处方的医疗机构相应政策结算，这最大的好处是有助于相应就医行为的管理，更好避免大处方问题。但是，最大的弊病是经办过程很复杂，药店需要采集和比对医疗机构相关信息，信息系统对接很困难，另外恐怕药店从吸引患者、稳固流量的角度也会引导患者将二级以上医疗机构处方变更为基层医疗机构处方，政策意图也十有八九要落空。有的地方按照最高等次的报销待遇，没有起付线，报销比例也很高，但这恐怕也会降低参保职工在药店变通使用门诊统筹的违规成本。要考虑患者的感受，要考虑违规的可能，要考虑基金的承受，真的不是一件能够随便拍脑袋决定的事情。

四是违规行为发现难。这么多年，医保基金监管的重点始终都放在占大头的住院行为上，现在看来无疑门诊行为比住院行为更难监管，药店比门诊又更难监管，过去觉得关注大头就行了，但现在门诊统筹的基金量完全不容懈怠，基金监管永远在路上，甚至只是出发不久。相比而言，一方面很难界定违规行为，比如某职工以本人名义为家人购药，根据家人的病症开具处方即可，此类违规行为几乎无法被发现、也无法被认定；另一方面药店分布更广、数量更多，信息系统的完整对接、全面覆盖还有差距，无论从靠人工稽核还是靠大数据筛查的办法都有一定的难度；再一方面药店违法成本更低，在巨大利益面前不排除串换药品、套取基金返现等违规违法行为可能加剧。

当然，难点再多也一定会攻坚克难，问题再多也一定会勇毅前行。因为，药店纳入门诊统筹既是推进改革的配套所需，更是增强群众医保获得感的现实所需，这是一道各级医保部门的必答题，各级医保部门也都在充当行动派、不当摇头派。比如，有的地方推动医保系统与医疗机构全面接口对接，促进医生处方强制上传流转平台，由患者自由决定购药和报销地点；有的地方针对医生开具处方只能开具本院药品、难以覆盖药店相关药品的情况，在流转平台专门建立药品数据库，促进患者需要的药品能够及时开具；有的地方建立定期比对进销存的制度机制，研究制定规则全面筛查发现可疑问题；有的地方加大行刑结合治理欺诈骗保违法行为的力度，真的以身犯险的定点零售药店恐怕面临的不仅是被查处和罚款，切实抬高违法成本。一切的问题，可能本身也不是问题，只是制定政策时需要预想的问题；可能也不会成为问题，毕竟还能再发展中不断地纠治和改进；可能仅仅是想象中的问题，随着制度机制、信息系统的不断完善，随着观念意识、思维习惯的改变，不会有那么多问题。但愿所有的问题都是杞人忧天！

一项制度的出台殊为不易，医保部门最大的担心无疑就是存在漏洞、产生风险。面对可能的问题，更需要的是定点零售药店的正确看待和妥善应对，一定要有长期主义的视角，一定要有规范经营的理念，一定要有自律自强的决心。这项给药品零售行业带来巨大利好的政策，也需要其他部门、行业协会共同努力呵护。欺诈骗保的违规违法行为就是大家共同的敌人，只有同仇敌忾、共同努力，营造一个按

需就医、有序购药的良好秩序，营造一个天朗气清、规矩办事的氛围，才能共享政策红利、共图发展大计。

[返回目录](#)

中医 AI 时代，亟需关注的四大颠覆性变化

来源：诊锁界

近日看到张子谦老师讲中医在现代为什么后继乏力？他提到一个观点，大意是：“中医要发展，唯有科技与商业这两个引擎，他们是推动医疗发展的油门（不论中西），而文史哲社是刹车，无奈太多中医从业者，把刹车当油门。”

张子谦老师一针见血地指出了中医发展艰难的顽疾，也给出了具体的方向——科技和商业。

站在当下这个时间点上，我们也许能清晰的判断出，中医跟科技、商业的最佳结合点就是中医 AI。当然，如果不是 Chat GPT 在短时间内给大家带来连续震撼性冲击的话，估计大部分人还沉浸在科技不能实现中医“博大精深”的骄傲里，中医 AI 就是个“笑话”这样的认知里。

记得 2023 年 1 月中旬，笔者第一次提出 2023 年是中医 AI 普及元年，整个医馆行业将发生颠覆性改变的观点时，评论区一片质疑和不信。再看看过了不到 3 个月，越来越多的行业同仁过来交流中医 AI、了解中医 AI、应用中医 AI，甚至很多医馆投资人开始围绕中医 AI 来构建整个商业模式，更加让我确信：中医 AI 时代已经来了！

一、往智能化转型成为必然选择

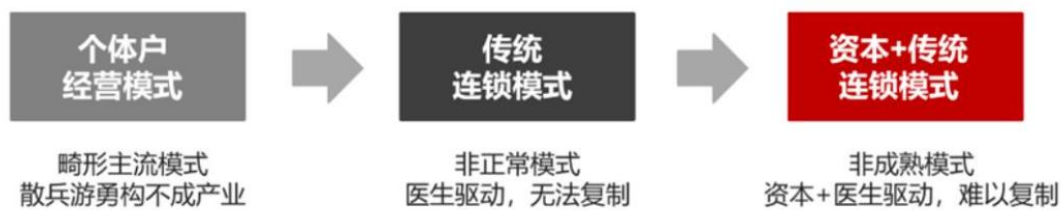
医馆行业领头羊固生堂创始人涂志亮总在 2023 年元旦新年贺词中就明确表示：快步往“智能化、产品化和平台化”的方向打造新中医医疗生态体系，某种意义上宣告了单纯依靠“医生驱动医馆发展”时代的结束。

因为过去 20 多年，医馆产业的三种模式发展到今天，疲惫尽显，无法推动行业继续前行。

1、个体户经营模式。是一种畸形的主流模式，虽然占了 85-90% 的医馆市场份额，但非常分散，缺乏组织力、凝聚力、创新力，在市场竞争中没有话语权，无力推动医馆产业往横向和纵深方向发展，如不加改良进化，个体户的一些观念、认知和做法上对整个中医行业的发展起着误导和阻碍作用。

2、传统连锁医馆模式。当前 99% 的连锁医馆都属于这种情况，主要特点是依靠“名医”和“明医”来驱动医馆发展，在区域有一定的影响力，跨区域发展艰难，根本没法复制，盈利也越来越难，发展天花板低，属于非正常的模式，到了转型求生的阶段。

3、资本+传统连锁医馆模式。这种模式的典型特征就是通过资本来圈优质医生资源和采取收购实现扩张做大规模，但还是依靠医生来驱动医馆发展，不具备复制性和可持续成长性，是一种不成熟的模式，也必须寻求转型才行。



通过对上面三种模式分析，可以得出，20 多年来，中医馆虽然在商业模式方面不断探索，但本质上换汤不换药，无法破除“医生驱动医馆发展”的死结。

二、中医 AI 的成功研发和应用成为事实

如果中医 AI 在一家医馆应用成功，也许并不能说明什么，但在 10 多家医馆成功，至少验证了“青年医生+中医 AI”模式的可行性，代表了中医行业发展的一种新趋势。

在进一步研究中医 AI 过程中发现，中医 AI 既是医生工具，也是医馆战略和模式，更是生态，他不仅让医馆进入到真正的产业时代，还会对整个行业格局带来颠覆性的变化。

三、中医 AI 带来的四大颠覆性变化

1、开启中医技术平权和中心化时代

以前，大家看中医，习惯找名老中医，但随着中医 AI 的普及和应用，年轻医生跟老中医在技术层面基本上没有差距。只要年轻医生在沟通能力、问诊技巧、服务态度、服务方式、知识结构等方面更能与时俱进，跟客户共情能力更强，必然会改变大家“看老中医”的认知和习惯。这对年轻医生的成长和成才起到极大的促进作用，再也不用像过去那样在常年冷板凳的煎熬中成长。

对行业来讲，青年医生在中医 AI 的辅助下，既不用担心病源，也不用担心技术能力和收入，自然会减少青年医生人才的流失，极大缓解医生资源稀缺的难题，促进中医行业振兴和发展。

更为重要的是中医 AI 在降低行业技术门槛的同时，能极大提升中医行业平均技术水平，让大家都能获得和享用好的中医技术，彻底开启中医技术平权时代。

过去，不管我们医生如何努力学习技术，最后真正能达到中高技术水平的中医医生不到 20%，80%的中医医生徘徊在及格及以下水平。但在中医 AI 的辅助下，80%的中医医生都能达到中上技术水平，这对整个中医行业的发展来讲价值非凡。

在技术学习和提升上，一个顶级中医医生一辈子的诊疗人次不过 100 万，更多是靠师父喂养点拨，及自身临床经验积累和悟性。中医 AI 走的是大数据和团队研发、迭代路径，中医 AI 一年的诊疗人次最少 10 万起，多则上百上千万。两者在临床数据量、技术研发模式和学习迭代方式上的不同，决定了中医 AI 的学习效率和进化迭代速度远超医生自学和师徒传承模式。

接下来，中医 AI 必将在“数据、技术、用户”三者间形成闭环。数据越多，必然带来技术越好，技术越好，用户自然越多；用户越多，必然带来数据越多，数据越多，技术自然越好。

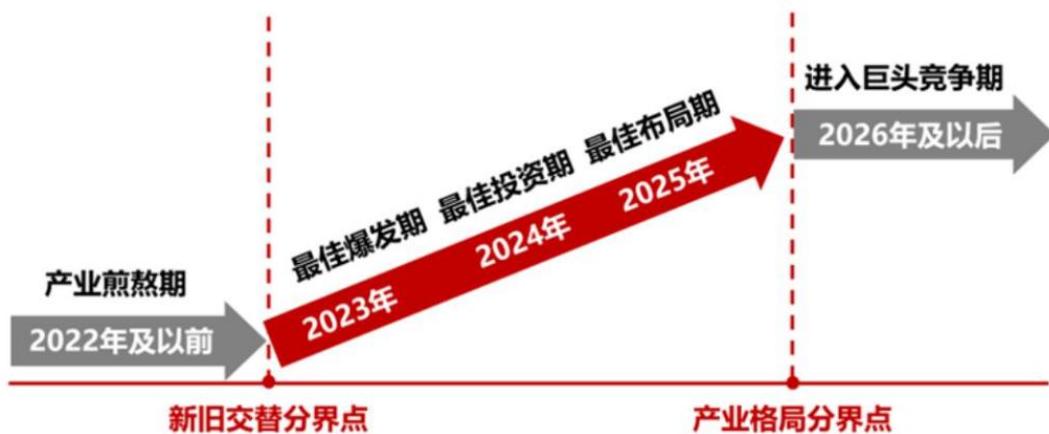
一个强大的中医 AI 就等于成千上万个不知疲倦进化和恒定输出的顶级中医医生的合体，加上中医 AI 是软件系统，边际成本几乎为

零，就决定了他的发展模式是不断中心化的。竞争到最后，也许只有2-3个中医 AI 品牌能存活下来，其中一家占据绝对垄断地位。

中医 AI 的中心化，必然带来连锁医馆的集中化和规模化，全国性连锁医馆品牌必将崛起，这就会对个体医馆和传统连锁医馆形成系统性竞争能力。

所以，对大部分传统连锁医馆来讲，在中医 AI 时代，核心不是自己去开发中医 AI(一是时间来不及，二是根本不具备这方面的基因和能力)，而是面对当下 3-5 年中医新发展风口，如何先人一步借助中医 AI 来打造差异化可复制的样板，然后进行模式输出，抢占更多的市场份额。

医馆产业发展趋势



2、开启医馆品牌驱动时代

当前，我们中医馆基本上都由医生驱动，几乎患者所有的事都是由医生来完成，包括流量驱动、初诊复诊、用药指导、诊后服务等，医馆运营管理服务很难执行到客户端。

但在中医 AI 时代，由于技术门槛的降低和平权化，你能获得的技术，我也能使用，大家在技术层面上的差距和差异化越来越少，这就必然要求医馆由医生驱动转型到以“医生+中医 AI+资本+模式+数据化运营管理”为核心的医馆品牌驱动上来。

从客户就医选择效率来讲，客户选择医馆的效率远比选择医生的效率要高。

从客户服务质量来讲，医馆分工协作的方式，自然比医生服务客户在时间、精力、效率、细节上更占优势。

从疗效上来讲，医生结合客户运营管理服务体系，其疗效率是医生纯技术的 2-3 倍，更别说口碑转化率了。

从可靠性来讲，客户选择医馆品牌远比选择医生个人更有保障，风险更低。

从市场竞争角度来看，医馆之间的竞争不再是名医、明医数量的竞争，而是组织协同能力、战略能力、服务能力、品牌建设能力、数字化运营管理体系、青年医生资源等方面的综合性竞争。这就要求医馆在前端引流、中端医生诊断和服务、后端客户维护等要形成协同效应，进一步明确在客户价值创造过程中，医生越来越聚焦在中端发挥作用，而前端、后端必须由医馆其他组织部门来完成。

在中医 AI 时代，医馆如果仍停留在单纯依靠医生驱动发展阶段，其运营管理系统只会越来越封闭孤立，这种系统没有进化能力，无法走向有序发展，生命力越来越弱。所以，医馆经营者必须全力投入到

医馆品牌建设上来，不要把过多精力、资源放在名医、明医端，而是通过价值观、使命、愿景的输出吸引同频的年轻医生，借助中医 AI 这个全新的市场契机，朝着数智化方向不断探索，扩宽医馆边界，将人、事、物、流程、触点、内容、产品服务方案、客户、医生等进行数字化智能化，最后形成数字资产和科学驱动系统，实现客户价值最大化，成就医馆品牌。

3、开启争抢青年医生资源时代

当前，在医馆领域，我们可以看到三个场景：

一是大部分医馆越来越承受不起名老中医的高额成本，由于固有基因、认知问题及担心风险不敢轻易转型，只能在老路上继续折腾煎熬，最后结果无非两个：关门或者被迫转型求生。

二是一些新兴医馆开始大力启用青年医生，经营上取得了一定的成功。但在医生技术培养模式上，无法脱离传统方式，成才效率低，技术成长慢，自然导致医馆扩张速度慢。这种所谓的“明医”模式本质上跟使用名老中医一样，不具备复制性，无法做大做强。

三是部分先行者采取“中医 AI+青年医生”的模式，既解决了医馆技术缺失的难题，也能实现轻资产运营，快速做大做强。同时，“中医 AI+青年医生”模式让医馆把更多资源聚焦到客户价值创造和医馆品牌建设上来，竞争力自然越来越强。

从上面三个场景可以看出，无论是用名医还是挑选培养明医，只要停留在传统方式上，做小问题不大，做大都行不通，最后都要转型

到“中医 AI+青年医生”的道路上来，这必将加速行业争抢青年医生资源的到来。以当前中医 AI 的普及速度，争抢中青年医生资源预计在 2024 年全面展开。

所以，与其晚进场争抢，不如提前转型布局，在中青年医生资源处在红利阶段实现锁定和积累。

4、开启 S2B2C 轻资产运营模式时代

过去 20 多年，无论医馆选择做全科、专科模式，还是做专科+全科模式，都不具备复制性，只能采取重资产直营模式，加上医馆掌控不了核心技术，扩张缓慢不说，风险极高，更做不大。

但随着中医 AI 的出现，既解决了技术标准化、个性化的问题，还解决了医馆没法掌控核心技术的难题。这种情况下，就会有越来越多的医馆围绕中医 AI 来构建医馆商业模式，无论是做全科、专科还是做专科+全科模式，最后都导向 S2B2C 轻资产运营模式，以实现快速抢占市场做大规模的目标。

随着居民可支配收入的持续增加，迅速扩大的中等收入群体成为消费主力，消费者对医疗健康服务的需求也提出了更高的要求，从满足基础医疗需求到追求治未病、健康养生体验上来。加上中医本身具备的文化、哲学、宗教属性和政策驱动，中医馆必将成为健康生活方式引领下的社区健康价值枢纽站。

特别是随着中医 AI 的普及，医馆延伸出来的 O2O 场景更加丰富融合，离用户更近，线下医馆+互联网医院+内容，实现诊疗、健康服

务、健康产品的全场景串联和闭环，中医医疗+中医健康生活方式平台模式成为现实，最后只需借助 S2B2C 轻资产运营模式来加速实现。



就今天来讲，无论中医馆提供什么样医疗健康服务，采取什么样的模式，最后都必须聚焦到 S2B2C 轻资产运营模式上来，这既是市场竞争的要求，也是医馆做大做强的必然选择。

中医 AI 是中医发展史上跨时代的产品，集工具、战略、模式、生态于一体，不仅会颠覆整个行业格局，还会带来新一轮的中医发展红利，催生出更多全国性的超级连锁医馆品牌。

所以，我们除了先人一步围绕中医 AI 来打造自己的样板输出模式外，别无选择，而所有对中医 AI 的质疑、迟疑、拒绝，接下来的命运都可能是万丈深渊。

[返回目录](#)

· 医疗聚焦 ·

建立基于价值医疗的中医优势病种分值付费

来源：暨南大学基础医学与公共卫生学院

中医学是中华民族的伟大创造和中华文明的重要瑰宝，是数千年来华夏子孙在与各种疾病不断斗争中逐渐形成、日趋丰富并不断发展的一项医学科学。一直以来，中医药都在人类疾病防治、健康维护等方面发挥着至关重要的作用——重视整体论和防病理念，虽然技术含量极高，但在治疗方式上却具有“简、便、验、廉”等特点，诊断上不依赖精密的医疗设备，治疗时不使用昂贵的生物化学合成物。无论从中华文化遗产创新发展的角度，还是从卫生经济学、生态学、预防学、重大传染性疾病的防治角度来看，中医药作为我国最独特的一项重要卫生资源，在提高医疗服务的公平性和可及性、节省医保基金支出、促进社会经济发展等方面都起到非常重要的作用。

医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制。为了让医保支付方式更好地支持中医药的传承创新发展，国务院办公厅在 2017 年 6 月印发的《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》中，明确提出要探索符合中医药服务特点的支付方式，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。2019 年 10 月，中共中央、国务院在《关于促进中医药传承创新发展的意见》中提出，要健全符合中医药特点的医保支付方式。2021 年 11 月，国家医保局印发的《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》提出，要探索中医药按

病种支付的范围、标准和方式，支持和促进中医药传承创新发展。同年 12 月，国家医保局、国家中医药管理局印发《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》，要求完善适合中医药特点的支付政策，探索实施中医病种按病种分值付费，遴选中医病种，合理确定分值，实施动态调整。

找准问题症结，明确改革思路

总额控制下的按病种分值付费(DIP)是医保部门基于医疗大数据，根据各病种(诊断加操作)的花费与某固定值(基准病种)的花费比例关系确定相应的病种分值，依据辖区内各定点医疗机构的总分值和区域医保基金总额预算，结合年度分值单价、医疗机构系数、考核结果等综合指标，按约定规则对各个定点医疗机构进行住院费用结算的一种支付方式。

中医优势病种 DIP 付费就是在基于医疗大数据的按病种分值付费基础上，对部分中医优势病种按照疾病诊断分类，确定整个治疗过程医保统筹基金所付额度的一种付费方式。从现实情况来看，当前阻碍中医药医保支付方式改革的影响因素，归纳起来大致来自两个方面。

一是编码和入组问题。尽管国家市场监督管理总局和国家标准化管理委员会在 2021 年批准发布了被称为国家标准的《中医病证分类与代码》，国家医保局也按照此对医保疾病诊断和手术操作分类与代码中的中医病证分类与代码进行了更新，但中医诊断与国际疾病分类

(ICD) 编码并非绝对的一一对应关系，中医所特有的辨证论治方法在一定程度上具有不确定性和模糊性，因此还是会在相当程度上出现无法编码的情况，毕竟中医的病症难以做到像西医那样十分精确地分组/入组。

二是科学制定支付标准的问题。DIP 病种目录分值的制定，主要是基于历史的病案数据，根据不同病种的历史费用情况来测算不同病种的分值。因此，历史病案质量的好坏直接影响着病种分值的测算。由于过去各类医疗机构，特别是中医医疗机构对于病案质量不够重视，再加上临床医生和病案管理人员在填写病案时普遍存在不够规范等问题，导致历史病案质量较差，临床主要诊断错误率偏高，手术及操作编码填写不规范、不真实。此外，相较西医，中医药具有相当的灵活性，无论是临床路径还是诊疗规范都很难实行绝对的标准，而现有的按病种付费主要基于西医的诊疗模式，没有将中医药特点纳入考虑范围，缺乏中医诊断标准和中医治疗方式补偿，执行起来难免会对中医诊疗的服务质量评价造成一定的影响。

建立管用高效的医保支付机制，实现价值医保与价值医疗是全球医疗改革所追求的共同目标。为了更好地促进中医药传承创新发展，我们亟须按照科学步骤，建立起基于价值医疗的中医优势病种 DIP 付费改革。

定性定量分析，确定优势病种

中医优势病种指在促进患者由患病状态向健康状态转化的过程

中，相较西医，中医有突出临床疗效并兼具辨证论治优势的病种。因此，如何科学筛选出中医优势或特色病种，是中医优势病种按病种分值付费改革的首要问题。

在中医优势病种的遴选原则上，应以纯中医治疗或以中医特色治疗为主，中医特色优势明显，临床路径清晰，治疗费用低廉，疗效与西医相近或优于西医。从管理学角度来看，中医优势病种似乎应该是在中医医疗机构住院患者数量最多的病种，但这种统计显然存在一定的片面性。从循证医学角度来看，中医优势病种指那些有足够充分证据表明，中医治疗组在有效性、安全性和经济性各方面明显优于西医治疗组，或中西医结合治疗疗效肯定且中药毒副作用相对西医治疗更小的病种。

在具体实践中，可以首先采取专家论证法，综合考虑中医优势专科建设，彰显中医药在疾病治疗中的优势，做优做强骨伤、肛肠、儿科、皮科、妇科、针灸、推拿以及心脑血管病、肾病、周围血管病等专科专病。其次通过历史真实数据的挖掘，去伪存真，对比中医优势病种在疾病谱特征、患者特征、住院费用等方面的特征和异同，例如可以把中医诊疗费、中药费在医疗总费用中的占比超过一定比例作为中医优势病种。需要注意的是，中医优势病种的遴选一开始不宜太多，首选诊断明确、中西医诊断可以相互对应、中医特色优势凸显、临床路径成熟的病种。

体现价值医疗，调整病种分值

医保支付方式改革，无论是 DRG 还是 DIP，其支付和评价体系均是以西医诊断、西医手术操作为基础的。在医保支付方式改革的背景下，探索符合中医药特点的医保支付方式，其理论基础则是基于医疗价值的体现。

DIP 中的病种分值是依据每一个病种组合的资源消耗程度所赋予的权值，病种分值模糊病种的直接费用，重在体现疾病的严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度等，是医保统筹基金分配时的最主要依据。科学合理的病种分值库，是实施按病种分值付费支付方式改革的重要基础与支撑，它与医疗机构的合理补偿、费用控制、行为引导，以及参保住院患者的健康权益息息相关。

中医优势病种的医疗价值突出体现在两个方面。一是通过“同病异治、同效同价”，凸显纯中医治疗或以中医特色治疗为主的中医优势病种治疗价值。操作上可以根据真实历史病例数据分析，明确中医优势病种的疗效具有等效性甚至优效性后，在原有保守治疗的分值上较大幅度提高中医优势病种分值，具体调整幅度可以参照该病种剔除纯西医手术治疗费用并增加纯中医治疗费用或中医特色的治疗费用，最终可考虑将该病种分值调整到西医手术治疗组相近或者不低于 80% 的水平。二是通过“同病加治、增效增价”的方法，对于增加某些中医特色治疗后明显提高疗效的病种，适当增加该病种的分值。中医特色治疗离不开诊疗过程中的独特诊疗技术、特色疗法、中药方剂、院内中药制剂以及特色诊疗设备的应用。因此，在具体操作上，需要论

证具体增加了哪些中医特色治疗项目内容及其所需的费用，折算成相应的分值后叠加到原有病种分值当中。

促进分级诊疗，制定基层服务包

推进分级诊疗是深化医改的重要举措，因为具有一定的引导作用，医保支付方式改革可以在一定程度上影响供需行为，从而促进分级诊疗。广东省在全面启动按病种分值付费支付方式改革后，推出了基层病种。对于基层病种，因三级医疗机构和基层医疗机构所获得的医保支付基本一样或差别不大，从而通过经济杠杆的作用减少三级医疗机构对于基层的虹吸，并取得了一定成效。同理，通过制定医保差异化支付政策，对不同级别医疗机构制定不同的起付标准和报销比例，对于参保患者的就医行为也具有一定的调节辅助作用。

统计数据显示，截至 2022 年底，全国有 85.38% 的社区卫生服务中心、80.14% 的乡镇卫生院设置了中医馆。为促进分级诊疗，充分发挥中医治未病在疾病预防上的重要作用，可以采取专家论证法、专题小组访谈等方法，制定基层中医药服务包。具体操作上，主要结合统筹地区家庭医生签约内容和相应费用，整体打包，可以重点将具有地方特色、深受百姓欢迎的天灸、艾灸、刮痧、拔火罐等中医药服务纳入其中。

加强综合评价，病种动态调整

医改之所以成为全球性难题，因其涉及错综复杂的社会系统。国内外医保支付方式改革的实践早已证明，没有哪一种支付方式是十全

十美的，每一种支付方式都有其适用的条件和范围，同时也存在一定的局限或缺陷。中医优势病种分值付费更是我国独有的新鲜事物，既需要政策实施的外部环境支撑，也需要内部在实施过程进行综合评价并开展监督管理。

因中医药的“整体观念”“辨证论治”“同病异治、异病同治”等特点迥别于西医理论，再加上中医优势病种的判断和遴选很大一部分基于业内诊疗专家自身经验，因此需要构建基于中医特点、符合国际规范的临床疗效评价方法，利用现代科学综合评价中医优势病种的疗效。

在具体评价时，可以充分利用医保大数据，对中医优势病种的患者疗效进行评估，例如利用再次入院的病因分析、出院后再入院的间隔时间等指标。需要强调的是，中医优势病种具有相对变化性，在不同阶段应该重新评估并制定动态调整机制，以此提高医保基金的使用效率，真正实现基于价值的医保支付。

部门协同配合，共推机制改革

支付方式改革需要多部门的支持与配合，中医优势病种分值付费也不例外。中医优势病种的医保支付方式改革对于医保经办机构管理和定点医疗机构的医保精细化管理都是一项不小的挑战，要想确保改革效果，必须形成多方参与、相互协商、公开公平公正的医保治理新格局。

“三分政策、七分管理”。医保部门既做好医保支付方式改革的

政策宣传解读，更科学合理地筛选中医优势病种，在选择病种时优先以当地多发、操作性强、路径简单、费用变化小的中医优势病种为主，积累一定经验后再逐步扩大病种范围。在制定病种分值时，应充分体现中医优势病种的特点和疾病治疗的复杂程度以及资源消耗水平；医疗机构的等级系数应充分体现统筹地区不同定点医疗机构之间的功能定位、医疗水平和医疗资源消耗程度差异，激励引导定点医疗机构基于功能定位优化医疗资源配置，有条件的地区还可以在医疗机构等级系数上对优势中医学科进行一定的政策倾斜，从而促进当地中医专科医院或重点中医学科的发展。医保经办机构要升级信息化系统，利用智能化手段，通过医保大数据，针对中医优势病种特点制定合理可行的中医病种服务质量评价指标体系，实现动态化实时监管。在具体指标设置上，可以将中医优势病种的住院率、转诊转院率、次均费用、参保人自费率、病种变异率、重复住院率、外购药品、患者满意度等指标纳入考核体系，确保医保基金的使用安全。

任何医改政策要想顺利实施，都离不开医疗机构和广大医务工作者的支持与配合。医保支付方式改革是大势所趋，无论是 DRG 还是 DIP，都在制度设计上消除了医疗机构过度医疗服务的经济动因，实现了从关注单个或某些项目价格转向关注资源消耗的成本和总体价值，医疗机构与医保的关系也从博弈对立转向合作共赢，基金支出更具效率，购买服务更具价值，医保制度更加平稳。因此，定点医疗机构必须尽早顺应以按病种为主的多元复合式支付方式改革，首先要转

变医院管理理念，从过去长期以来的规模扩张转到注重质量效益，建立医院新的管理体制，如制定管控目标、强化成本控制、提升临床路径管理、提升绩效管理体系等。其次医疗机构要强化医保政策的学习，做到全员培训，全面参与。按病种分值付费下医院的合理盈利来自于精细化、科学化、信息化、智能化的管理——即通过全流程的医疗服务高效管理，减少不必要成本、缩短住院天数，在不断提高医疗服务质量和效率的前提下获得收益。不仅如此，医疗机构还要充分发挥医务人员的专业所长，组建不同领域的专家团队，协助医保经办和管理部门做好包括中医优势病种在内的病种目录库分值的动态调整，参与专项调研和检查，协助医保基金的监管工作，共同建设和营造医保、医疗协同发展治理的良好氛围。

[返回目录](#)

建立罕见病用药综合保障机制，要解决好这4个问题

来源：福建省医疗保障研究院

我国高度重视罕见病的保障工作。中共中央、国务院在《关于深化医疗保障制度改革的意见》中明确提出“探索罕见病用药保障机制”。国务院办公厅印发的《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》也进一步提出要根据经济社会发展水平和各方承受能力，探索建立罕见病用药保障机制，实施综合保障。

我国医疗保障制度的改革发展目标是建立以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医

疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系。这就意味着制度层面上已经确立了我国罕见病用药保障的基本原则、基本路径和基本框架，即建立罕见病费用综合保障制度。

罕见病用药保障不断完善

近年来，国家和地方多措并举探索罕见病用药保障机制，在罕见病筛查、诊断、治疗、用药和费用保障等多方面积极作为，成效显著，初步形成了政府为主导，基本医保为主体，大病保险、普惠型商业健康保险、慈善救助为补充的多层次罕见病用药保障体系。同时，地方也在积极探索多元筹资、多方共付的罕见病用药保障方式，为实现罕见病用药综合保障提供了实践基础和先行经验。

在罕见病病种认定和药品保障方面，国家先后出台多项政策。2016 年中共中央、国务院颁布《“健康中国 2030”规划纲要》，提出要完善罕见病用药保障政策。2018 年国家卫生健康委等五部门公布《第一批罕见病目录》，这是国家首次以目录形式界定罕见病。2019 年新修订的《中华人民共和国药品管理法》第九十六条提出，国家鼓励短缺药品的研制和生产，对临床急需的短缺药品、防治重大传染病和罕见病等疾病的新药予以优先审评审批；同年，国家卫生健康委发布涉及 121 种罕见病的概述、病因和流行病学、临床表现、诊疗流程图等详细内容的《罕见病诊疗指南(2019 年版)》，并建立了全国罕见病诊疗协作网。2020 年新修订的《药品注册管理办法》明确将具有明显临床价值的防治罕见病的创新药和改良型新药纳入优先审评

审批程序，对于临床急需的境外已上市境内未上市的罕见病药品在70日内审结。2022年5月，《中华人民共和国药品管理法实施条例(修订草案征求意见稿)》第二十九条专门设立罕见病条款，对批准上市的罕见病新药，在药品上市许可持有人承诺保障药品供应情况下，给予最长不超过7年的市场独占期。

与此同时，政府对罕见病费用保障的力度也在不断加大。首先，充分发挥基本医保在罕见病用药保障中的主体功能，各级财政持续加大对城乡居民医保的投入，并通过降低参保居民大病保险起付线，提高政策范围内支付比例，有效减轻大病患者费用负担。其次，国家医保局成立后，通过连续的药品价格国家谈判把价格高昂的罕见病用药逐步纳入基本医保目录。2022年版国家基本医疗保险药品目录调整，进一步优化了罕见病药品的申报范围，加大了政策倾斜。据了解，此次对罕见病用药测算工作已初步体现差异化测算思路，适当放宽其阈值范围，以平衡企业研发投入和上市后使用人群少的特点。2022年有7种罕见病用药通过国家医保谈判，涵盖了多发性硬化症、视神经脊髓炎等疾病。《2023 中国罕见病行业趋势观察报告》指出，截至2022版国家医保药品目录公布，共有199种罕见病药品在全球上市，涉及87种罕见病；其中，103种药品在中国上市，涉及47种罕见病；73种药品已经纳入医保，覆盖31种罕见病。我国首批121种罕见病目录中已在中国市场上市的罕见病用药，有超过70%被纳入了国家医保目录，显著增强了我国罕见病医疗保障的力度，患者经济负担明显下

降。

与此同时，地方层面也在积极探索通过大病保险、医疗救助、财政专项资金或者设立慈善项目等方式缓解区域内罕见病患者的医疗费用负担。浙江省设立专项资金对罕见病的疾病支出予以补助和报销，山东省青岛市每年由政府出资用于特药特材救助和大额医疗救助，上海市通过慈善捐助和患者缴费对特定罕见病进行保障，广东省佛山市将罕见病目录 121 种疾病全部纳入医保救助范围，并对被救助者实行资产限额规定。

不仅如此，政府也在不断鼓励商业健康保险发挥对基本医保的补充作用，引导企业和个人通过参加商业保险及多种形式的补充保险，解决基本医保之外的需求。据统计，目前已有 160 多家保险公司开展了商业健康保险业务，开发相关产品超过 5000 个。从产品保障范围看，目前已有 200 多种重大疾病保险产品将罕见病患者医疗费用纳入保障范围。

在初步形成的多层次医疗保障体系中，国家不断健全和完善分层分类的医疗保障和社会救助综合保障格局。罕见病患者在公平普惠享有基本医疗保障的基础上，符合基本医疗保险药品、诊疗项目、医用耗材等规定的治疗费用可通过大病保险、职工大额医疗费用补助、企业补充医疗保险等补充保障措施得到进一步支付，个人费用负担有困难的还可按规定申请获得医疗救助。同时加大急难救助、慈善救助力度，将符合条件的罕见病患者及时纳入救助帮扶范围。政府鼓励公益

慈善平台开展为罕见病患者募捐和专项救助，为减轻罕见病患者负担发挥了积极作用。

罕见病用药保障面临四大矛盾

基本医保与罕见病高昂费用间的矛盾

根据《2021 年全国医疗保障事业发展统计公报》，截至 2021 年底，我国基本医保覆盖 13.63 亿人口，参保率稳定在 95%以上，但制度本身也面临着人口老龄化、疾病谱变化、新药品新技术层出不穷等带来医疗费用急剧增长的巨大压力。基本医保不可能满足所有人的所有医疗需求，从现阶段医保制度整体发展状况、群众疾病治疗需求以及医保基金支撑能力来看，当前基本医保主要满足人民群众基本医疗需求。国家医保局、财政部印发的《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》也明确要求各地严格执行基本医保支付范围和标准，实施公平适度保障。

但是，有些罕见病的治疗费用十分高昂，是普通疾病支出的 10 余倍之多。从医保基金承受能力和制度定位来看，为全体罕见病患者提供全部的资金保障尚不现实。限于经济社会发展水平和医保基金支撑能力，在“国内有药”的罕见病群体中，仍有 16 种罕见病的全部治疗药物均未纳入医保，其中 13 种药物属于年治疗费用在 40 万元到 280 余万元的高值药，对应的全国患者人数在 100 人左右到 12000 人左右不等。如治疗黏多糖贮积症的拉罗尼酶、治疗庞贝病的阿糖苷酶 α 、治疗戈谢病的伊米苷酶等多款年治疗费用超过百万的罕见病用药

仍与医保无缘；对已经纳入医保支付范围的药品，不少患者自付比例还很高。有统计数据显示，罕见病患者平均每年自费治疗费用超过 5 万元，近 15% 的患者因为无法承担医疗费用而被迫停止治疗。同时，地区之间的报销水平差异很大，保障情况存在公平性问题。

医疗救助的对象、支付范围与罕见病患者普惠要求间的矛盾

现行医疗救助的对象是低保家庭、特困人员、低保边缘家庭成员和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口等人群。现实中由于家庭资产和家庭收入等因素认定影响，罕见病家庭中真正符合医疗救助条件的对象很少。不仅如此，医疗救助的救助金额也较为有限，只有符合国家基本医保支付范围的药品、医用耗材和诊疗项目才能由医疗救助基金支付，另外基本医保、大病保险起付线以下的政策范围内个人自付费用也可按规定纳入救助保障。但是这些保障对罕见病家庭巨额的医疗费用开支来说只是杯水车薪，不能真正解决问题。

商业保险保障性质与罕见病疾病特点间的矛盾

根据临床统计，我国罕见病以先天性畸形、内分泌代谢疾病、神经系统疾病为主，80% 以上为遗传性疾病，50% 的罕见病发病于婴儿或儿童时期，其中 30% 在 5 岁前死亡，具有一定的家族性和地域性特点。由此可以看出，大量罕见病的发病风险有规律可循，有一定的可识别性，属于不可分散性风险，即每个参保人面临的出险概率呈不均等分布，罕见病疾病风险集中在少部分特定人群身上，导致保险的大数法则难以实现。因此，商业保险公司很难单独为罕见病患者设计商保产

品。目前在全国各地风行的所谓普惠型商业保险，都是依托基本医保，筛选部分特药和罕见病用药作为补充。《2011—2020 中国保险年鉴》显示，这十年间中国商业健康保险的保费收入始终为赔付支出的 2 倍以上。普惠型商业健康保险处于初级发展阶段，在产品设计、保障范围、保障力度、理赔方式、产品可持续性等方面还有大量尚待改善之处。大部分地区的普惠型商保产品医保目录外药品目录制定逻辑不够透明，地区间覆盖差异较大，医保目录外药品的保障范围和保障力度较为有限，纳入罕见病药物理赔的产品中，仅有约 1/3 的产品对患既往症的罕见病患者予以赔付，绝大多数产品既往症保障待遇低于非既往症一半左右。

多个支付主体与制度衔接、一站式结算间的矛盾

目前，多个保障主体制度之间缺乏衔接，基本医保、大病保险和商业保险都分别设有起付线；医疗救助要求患者在基本医疗保险、大病保险、商业保险等各层次保障之后才能申请救助。然而，各保障主体各自结算，医疗救助信息系统与其他层次的支付系统缺少有效衔接，这与罕见病患者就医购药和报销一站式结算要求存在矛盾。

由于存在上述问题，一些罕见病患者也会容易成为因病致贫返贫群体，造成家庭遭受灾难性医疗费用支出风险，这也是我们推进共同富裕要面对和解决的问题。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

国家卫健委：强化这类科室建设，由分管院领导担任负责人

来源：新康界

康复外科(ERAS)是当今外科发展的方向之一，是一项多学科、多科室、多模式联动的综合项目，以减少手术患者的生理及心理的创伤应激，达到快速恢复。围绕手术期开展的康复需求不断提升，加速康复外科市场潜力可观。近日，国家卫健委办公厅发布《关于进一步推进加速康复外科有关工作的通知》(以下简称《通知》)，要求进一步推进加速康复外科有关工作。

医政司

主站首页 | 首页 | 最新信息 | 政策文件 | 工作动态 | 专题专栏 | 关于我们

通知公告 您现在所在位置: 首页 > 最新信息 > 医疗与护理 > 通告

国家卫生健康委办公厅关于进一步推进加速康复外科有关工作的通知

发布时间: 2023-04-21 来源: 医政司

国卫办医政函〔2023〕107号

事实上，早在2019年11月，国家卫健委就发布《关于开展加速康复外科试点工作的通知》提出，于2019-2020年在全国范围内开展加速康复外科试点工作。只不过，在三年多后，这一试点工作才向全国范围铺开。

1、全国医院，建这类科室、配置器械

国家卫健委在文件解读中提到，加速康复外科是以优化医疗服务流程和围手术期医疗措施为主要方法，以减少术后并发症和应激反

应、缩短手术患者住院时间、降低手术风险、促进术后恢复为目的的诊疗理念，以及在该理念指导下的系统化诊疗模式。加速康复外科诊疗理念和模式是提高医疗服务效率，提升医疗资源利用率的有效手段，是推进医院精细化管理和医疗服务高质量发展的重要内容。

《通知》要求，加强相关科室能力建设。有关医疗机构要加强手术科室建设，强化相关科室设备设施配备和人才队伍建设，加强相关诊疗指南、技术操作规范宣贯培训，进一步提高临床诊断、治疗能力。同时加强精神(心理)科、麻醉科、手术室、药学部、康复医学科、医学影像科、检验科、病理科、输血科、临床营养科等建设，围绕外科手术患者诊疗需要，全面提升医疗服务能力。提高加速康复外科认识水平。各地卫生健康行政部门和有关医院要加大培训宣贯工作力度，提高医疗机构、医务人员对加速康复外科诊疗理念和诊疗模式的认识，促进医学模式和理念转变，将加速康复外科理念融入外科手术诊疗管理全过程。

鼓励二级以上综合医院、相关专科医院成立由分管院领导担任负责人、医务部门负责日常工作、各相关临床科室和职能部门共同参与的医院加速康复外科管理委员会，加强对加速康复外科相关工作的组织领导。

医院加速康复外科管理委员会负责制定相关工作计划并推动实施，审定加速康复外科病种和手术目录、医院加速康复外科相关制度、技术规范和实施方案等，制订完善监测评估指标体系并组织实施，协

调解决工作中存在的困难、问题。

其他级别、类别的医疗机构可以参照制订符合本机构实际的制度方案，将加速康复外科理念和模式融入日常诊疗工作。鼓励各有关外科科室成立科室加速康复外科管理小组，在本医院加速康复外科管理委员会指导下，落实医院有关要求，组织做好本科室加速康复外科实施管理工作。可选择本院诊疗水平较高、条件比较成熟的科室和病种先行实施加速康复外科诊疗模式。针对影响手术实施效果、患者康复进程和医疗服务效率的重点环节、重点问题，如术前准备、手术方案、并发症处理、输血管理、早期康复介入等，制定针对性解决方案。

2、构建“诊、治、管、康”全流程服务体系

在诊疗模式上，坚持以病人为中心，强化首诊医师负责、多学科协作医疗服务模式。推动开设相关病种多学科诊疗门诊，建立多学科联合诊疗和查房制度。探索建立专病临床诊疗中心。根据诊疗需要，由外科牵头，麻醉科、手术室、药学部、康复医学科、医学影像科、检验科、病理科、输血科、临床营养科等共同研究明确术前准备方案、手术时机、手术方案，强化用药指导，康复早期介入，保障输血安全，提供营养支持。此外，在医疗服务流程上，有关医疗机构要围绕患者诊疗需求合理配置医疗资源，以提高医疗服务效率、改善患者就医体验为目标实现医疗服务流程再造。推广实施预约诊疗、远程医疗、临床路径管理、检查检验结果互认、医务社工和志愿者服务、日间医疗服务、优质护理服务等。探索形成患者接诊、治疗、转诊、管理的科

学流程，构建“诊、治、管、康”全流程的高效医疗服务体系。

3、做好术前、术中、术后管理

一台手术就是一个系统工程。《通知》对加强关键环节管理，提高诊疗效果和医疗服务效率。对术前评估、术前准备、手术质量、术后管理、心理支持等提出要求。完善术前评估。实施相关手术前，要组织相关科室对患者病情和一般情况进行全面评估，依据有关诊疗指南、技术规范明确诊断、确定手术适应证，排除禁忌症。必要时可组织心内科、呼吸科、临床营养科、麻醉科、精神(心理)科等进行多学科会诊和集中讨论。要根据患者自身基础状态、心理健康状况、合并症情况等，合理确定手术方案、术后康复方案等，选择适宜的手术时机。做好术前准备。在患者病情允许的前提下，指导患者完善术前准备，调整到适宜手术的生理、心理状态，纠正影响手术正常进行或术后恢复的危险因素，增强患者免疫力和耐受手术能力，减少并发症发生。

提高手术质量。选择适宜的手术方式、手术路径、麻醉方式等，按照有关技术规范 and 精准、微创、高效的原则实施手术。密切监测患者生命体征和手术反应，综合施策预防并科学处置手术并发症。尽可能减少手术创伤应激。科学评估输血需求，在保障医疗质量安全的前提下，减少血液成分及血制品输注，控制输血并发症。严格落实医疗机构内感染防控基础措施，严格执行有关操作规范和技术标准，降低感染风险。加强术后管理。规范术后镇痛，合理应用抗感染药物。

提高护理质量，规范排痰操作、管路护理等。加强患者健康教育，防止跌倒、坠床、误吸、血栓形成、医疗机构内感染等发生。强化康复早期介入，将康复贯穿于疾病诊疗全过程，促进患者快速康复和功能恢复。

[返回目录](#)

新版医保目录执行，医院要做好这 3 方面准备

来源：北京医院医疗保险管理处

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2022年)》(以下简称《药品目录》)自2023年3月1日起执行。这次目录调整，新增包括慢性病、抗肿瘤、罕见病、以及新冠治疗药等领域的药品，谈判和竞价的药品价格也大幅下降。为保障广大患者能够顺利用上，医疗机构作为《药品目录》落地实施的关键执行者，需要由医保管理部门牵头，及时组织相关职能处室开展准备工作，包括院内信息系统升级、医护人员宣传培训等，确保门诊和住院患者能够在预定时间按照新目录执行结算，具体包括以下三个方面：

一是做好 HIS 系统药品信息库及时维护，确保与医保信息平台顺利结算。

HIS 系统药品信息库是药品信息的基础数据库，是与医保信息平台对接，实现门诊、住院医保结算的根本保障。《药品目录》调整，药学部完成新进药品采购、入库后通知医保处进行药品信息维护。目前各地已普遍实施全国统一的医疗保障信息业务编码，必须保证所维

护药品国家医保编码的唯一性、准确性。医院需要将每一厂商、规格药品的国家码与自家 HIS 信息数据库中编码一一映射，建立信息关联，确保及时上传医保信息平台成功，政策及时生效。

二是在医生工作站增加药品智能提示功能,让医生做到用药心中有数。

本次医保药品目录调整有一项重要特点,就是改变或缩小很多药品的支付限制,其中变化最明显的是取消了很多药品的适应症限制,改为与药品说明书保持一致。支付限制的调整,将影响临床合理用药的因素减到最低,增强了医生用药的选择权,对于医生来说可谓大大解绑、放开手脚,但同时也对临床合理用药带来一定隐患。医生们对常规用药的支付限制已经熟记于心,形成了用药习惯,反而平时没有更多地关注药品说明书,突然取消医保适应症限制,医生对于药品说明书适应症模糊不清,容易超说明书使用,造成医保拒付。为此,需要医院医保管理部门采取相关措施对医生工作站系统进行调整。

以北京医院为例,所涉及的药品既有长期在目录中的常规用药,也有新增谈判和竞价进入目录的,主要是抗肿瘤、营养剂和抗感染药品。医保处首先将此次目录调整所有涉及北京医院的药品名单在3月1日前整理出来并发给临床科室,让全院医生知晓,调整内容特殊颜色标记,以突出重点、一目了然。其次,主动联系临床科室,梳理出取消支付限制大家易犯错的药品名单,与信息中心合作,将其说明书中的适应症范围镶嵌在门诊和住院医生工作站程序中,起到智能提

示、预防犯错、减少拒付的作用。再者，利用医院医保专管员的管理群，提醒医生支付限制的调整其实是对合理用药提出了更高要求。并且，考虑到包括北京市在内的许多地区都已经开始正式实施 CHS-DRG 或 DIP 付费改革，要特别关注取消医保适应症后防止药占比的增高，提高医保基金的使用效率。

三是加强政策的宣传、培训，让患者和医生了解医保目录调整的目的和意义。

此次国家医保药品目录的调整，纳入了很多治疗肿瘤且 5 年内新上市的药品，既填补了原来目录里的保障短板，又给临床用药多了新的选择。另外 2 种新冠感染用药、7 个罕见病用药、22 种儿童用药，以及支付限制的改变、谈判价格的大幅下降，让患者用上创新药物、提高治疗效果，同时减轻医疗费用负担成为现实。这样利国利民的政策，医院作为直接面对广大患者的政策执行者，有责任和义务积极配合落地实施，医院医保管理部门在其中扮演的角色尤为重要。对外可以利用门诊咨询窗口向患者宣传、解读新政，使其真正理解感受到政策的福利；对内可以利用院内医保管理群进行宣传、培训，让医护人员既要保证患者用药的可及性，又要把握好政策确保医保基金的安全、合理使用。这些都真正实现了医院医保管理部门为患者服务、为临床一线服务的宗旨，起到了连接患者与临床科室的桥梁纽带作用。

近年来，国家医保药品目录已经实现了动态调整，“有出有入”已成常态，人民群众的用药医疗保障水平不断提高。医疗机构作为确

保新版医保药品目录顺利落地实施的关键角色，不仅要从思想上重视此项工作，按照要求积极响应，同时也要以此为契机不断完善院内药品管理体系，进一步提高制度化、规范化、智能化水平，追求多层次、多途径对医保政策的全面贯彻和落实。

[返回目录](#)

• 专家观点 •

北京医院王建业教授：大力发展老年医学科建设 多措并举推动健康老龄化

来源：新华网

健康是保障老年人独立自主和参与社会的基础，推进健康老龄化是积极应对人口老龄化的长久之计。近日，中华医学会老年医学分会主任委员、国家老年医学中心主任、北京医院王建业教授表示：健康老龄化是伴随老年人全生命周期的持续过程，推进健康老龄化需要全社会协同发力。要重视老年人健康预期寿命的延长，提高社会面临公共卫生突发事件时的应急能力，加强全社会层面的老龄化健康宣教，从而稳步提升老年人的健康水平，促进实现健康老龄化。

王建业介绍，在《“健康中国 2030”规划纲要》涉及的健康老龄化促进行动中，老年科的建设包括以下内容：一是人才培养，首先是提升老年科医生的能力水平；其次是在有条件的医学院校开设老年医学的专门课程，设立老年医学专业；再者是大力组织各类相关学会、

协会，搭建广泛学术交流平台，介绍国际上应对老年人健康问题的研究新进展，共享国内老年科医师在诊治过程中的新经验。二是在学科建设中提升中国老年医学的基础研究，在十三五、十四五期间，我国均把“主动健康和人口老龄化科技应对”重点专项列入国家重点的研发计划。三是提升临床诊治能力，重点强调综合评估的作用，采用多学科方法制订老年人健康和功能状态的防治计划，最大限度地提高老年人的功能水平和生活质量。

针对居家患有多种慢性病共存的老年人群，王建业表示，若发生突发的公共卫生事件，建议尽量减少与外界接触，做好居家通风，注意营养摄入，适当进行活动，保证睡眠和休息时间，保持良好心态。在必要出行时，尽量不要乘坐公共交通，做好个人防护，外出回家勤洗手。若感染流行疾病，老年人易增加营养不良的风险，重症化、死亡风险也随之升高，此时可以基于病情，选择合适的肠内营养制剂，定制个体化肠内营养治疗方案，应用于流行病老年感染者的危重期、急性期、康复期、居家稳定期的全病程治疗。

与此同时，老年人“长寿不健康”的问题值得关注。截至 2021 年，中国人均预期寿命已经达到 78.2 岁，但健康预期寿命仅有 69 岁，老年人群有近 8-9 年的时间带病生存。王建业指出，老年人“长寿不健康”不仅给个人生活质量带来负面影响，也会给家庭乃至社会带来较重的经济负担。因而健康老龄化的推进工作要着重放在延长我国人民的健康预期寿命上。

为了让更多老年人活得长、活得好，王建业建议，在个人和家庭层面，老年人要保证充足的能量和蛋白质营养摄入，并配合适当活动，保持心态平衡。老年慢病患者尤其需要关注自身营养状况，一旦出现营养风险或营养不良问题，要及时进行医学营养干预。家庭成员不仅要关注老年人的健康状况，提醒定期体检，也要重视老年人的感情需求。在社会层面，老年医学学会、协会可以通过宣传教育、开展义诊来提升老年人的健康管理和慢病管理。同时引导和支持各类社会力量和民间资本进入老龄产业，合力促进老年健康。在国家层面，通过媒体开展健康宣教，并加强老年福利待遇。同时，要在老年医学人才的培养方面倾注更多力量，培养医养结合人才，培训护理、中长期照护人员；加强综合性医院老年医学科建设，在中医医院设立老年病重点学科等。此外，建设老年友善型社区，开展智慧医疗、智慧健康管理、智慧养老的研发与监测，做到“康复进社区”，聚焦老年人的特殊需求，广泛惠及老年群体。

[返回目录](#)

坚持“人民至上、敢为人先” 奋力推进卫生健康事业高质量发展

来源：福建日报

——访省卫健委党组书记、主任杨闽红

人民健康是社会主义现代化的重要标志。福建卫健系统坚持以人民为中心，聚焦人民群众看病就医保健的“急难愁盼”，扎实推动医改攻坚新突破，使得百姓健康获得感不断增强。当前如何通过实施“深

学争优、敢为争先、实干争效”行动，加快推进卫生健康事业高质量发展?近日，本报记者专访了省卫健委党组书记、主任杨闽红。

记者：省委部署实施“深学争优、敢为争先、实干争效”行动，请您谈谈对行动的思考 and 体会。

杨闽红：2023年，是全面贯彻落实党的二十大精神、开局之年。年初，省委部署实施“深学争优、敢为争先、实干争效”行动，向全省上下发出了开局之年加油干的进军号角，以汇聚发展合力、激发创造活力、增添奋进动力，充分体现了深入贯彻落实党的二十大精神、奋力谱写全面建设社会主义现代化国家福建篇章的思想自觉、政治自觉与行动自觉，对立足新阶段，推动包括卫生健康在内的各项事业高质量发展发挥着重要作用。

习近平总书记在党的二十大报告中强调，人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志，要把保障人民健康放在优先发展的战略位置，并对推进健康中国建设作出新的战略部署、赋予新的任务使命。省委十一届三次全会和今年省两会对推进健康福建建设提出明确要求，将其作为提高人民生活品质、实现人民对美好生活向往的重要任务。新时代担当新使命、新征程谱写新篇章，全省卫生健康系统守护人民健康、增进民生福祉的责任更加重大、任务更加艰巨，需要以更加昂扬姿态走好新的赶考之路。省卫健委作为全省卫生健康工作的主管部门，积极响应省委“深学争优、敢为争先、实干争效”行动的号召，及时制定了实施方案，将“争优、争先、争效”意识贯穿卫生健康工

作的全过程各环节。

习近平总书记始终重视福建的发展，多次作出重要指示，包括对我省深化医药卫生体制改革工作，2021年3月在福建考察时指出，三明医改体现了“人民至上、敢为人先”，强调健康是1、其他都是后面的0，要求要继续深化医药卫生体制改革，均衡布局优质医疗资源，改善基层基础设施条件，为人民健康提供可靠保障；这是我们“争优、争先、争效”的独特优势与宝贵资源。我们牢记嘱托、感恩奋进，高效统筹疫情防控与卫生健康工作，持续深化“三医联动”改革，着力推动公立医院高质量发展，健康福建建设取得了积极成效，居民主要健康指标、综合医改成效评估均位居全国前列，这为我们“争优、争先、争效”奠定了基础。但我省优质医疗卫生资源尤其是医学人才仍然不足，群众看病就医还有不少堵点难点问题亟待破解，优质高效的医疗卫生服务体系有待健全完善。这就要求我们保持谦虚谨慎、不骄不躁的作风，与时俱进再“争优”；切实发扬斗争精神、锤炼斗争本领，守正创新勇“争先”；始终牢记初心使命、厚植为民情怀，务实有为力“争效”。通过“三争”活动开展，巩固提升卫生健康工作的改革发展成果，不断增进人民群众改革获得感、就医安全感和健康幸福感，切实将党的二十大精神落到实处。

记者：在推动“三争”行动落地见效方面，省卫健委如何结合具体工作实施该行动？

杨闽红：深学、敢为、实干，是有机统一的“一体三环”，体现

干部干事创业的凝聚力、创新力与执行力，最终要以实践成果来检验“三争”行动成效。

在“深学争优”方面，结合开展学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育，把学习贯彻新思想、新理论和党的二十大精神作为首要政治任务。在学深悟透上下功夫，通过感悟思想伟力来提升政治能力，深刻认识“两个确立”的重大历史意义，从而进一步增强“四个意识”、坚定“四个自信”、坚决做到“两个维护”；在深学知行上花力气，通过科学理论指引，进一步加强医疗卫生系统党的建设，传承一切为了人民健康的“红医”精神，提振党员干部干事创业精气神，打造新时代“展仁德风范、护百姓健康”的福建“名片”。

在“敢为争先”方面，增强斗争意识，勇于面对风险挑战，以“时时放心不下”的责任感，积极担当作为。重点做好新冠“乙类乙管”常态化防控工作，坚决巩固住来之不易的防控成果；牢牢把握卫生健康事业发展机遇期和关键期，不断提升推广三明医改经验，进一步在夯实和强化“敢为人先”的政策机制上下功夫，在赋能改革更大、更多的专业、科学和技术含金量上做文章，在统筹高质量需求、供给、保障以及治理上想办法，通过努力，力争持续保持福建医改的全国领先地位；牢记“发展是第一要务”，推动健康福建建设与乡村振兴、科教兴省、人才强省、闽东北闽西南协同发展等有机结合，助力将健康融入所有政策，在创造性贯彻落实上奋力争先。

在“实干争效”方面，要在改进工作作风上取得成效。坚持问题

导向，大兴调查研究，深入基层一线，尤其是要多到困难多、情况复杂、矛盾突出地方去开展调研，切实将调查研究作为谋划工作、制定政策、科学决策的重要手段。要在解决群众看病就医的“急难愁盼”问题上取得实效。坚持需求导向，明确卫生健康工作重点难点任务清单，以人民健康为中心，以高质量发展为主线，以改革创新为动力，不断深化“三医联动”改革。对于如三明市实施国家公立医院改革与高质量发展示范项目等试点任务，要努力变试点为亮点；对于分级诊疗等尚需探索突破的难点问题，要积极变难题为主题；对于医疗支撑与保障等改革路径明确、需要持续协同发力的关键环节，要努力变改革红利为百姓福利。总之，借力“三争”活动载体，踔厉奋发，全力完成好护佑人民健康的答卷。

记者：当前，福建医改正在从成功实践“三医”联动改革向“三医”协同发展和治理的新阶段迈进，请问福建将如何巩固提升医改成果？

杨闽红：新一轮医改以来，我省深入贯彻落实党中央、国务院决策部署，围绕医改重点领域和关键环节，积极探索、不断深化，成功实践了医疗、医保、医药“三医”联动改革。当前，进入高质量发展新阶段，深化医改工作要致力于推动以治病为中心向以健康为中心转变，强化“大卫生、大健康”理念，注重医改的协同配套和系统集成，建立完善“三医”协同发展和治理机制，进一步巩固提升医改成果。重点要突出抓好以下三点：

一是协同构建优质高效的医疗卫生服务体系。深入贯彻落实中办国办印发的《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》两个文件，立足当前、着眼长远，推动医疗卫生发展方式转向更加注重内涵式发展、服务模式转向更加注重系统连续、管理手段转向更加注重科学化治理。加快国家、省级区域医疗中心建设，健全运营管理机制，助力大病重病在本省解决；加强市县级医院服务能力建设，强化和拓展县域医疗卫生体系服务功能，力争常见病多发病在市县解决；健全基层医疗卫生服务体系，实现头疼脑热等小病在乡村解决；支持中医药传承创新发展，发挥中医药在治未病、重大疾病治疗和康复等方面的重要作用。完善公共卫生体系，发挥疾控机构的骨干作用，提高重大疫情防控救治能力。推进紧密型城市医疗集团和县域医共体建设，统筹区域内医疗卫生资源整合和优化配置，探索一体化运营管理机制和同质化服务模式，促进连续通畅的双向转诊服务路径。做实做细家庭医生签约服务，扩大开展“无陪护”病房、家庭病床等试点，不断改善患者就医体验。

二是协同完善公平普惠的基本医疗保障制度。坚持尽力而为、量力而行，逐步提高基本医保筹资水平，合理确定个人、单位和政府的责任；完善职工医保省级统筹调剂机制，适当均衡地区间基金负担，提高农村地区医疗保障水平。积极发展商业健康保险，探索建立长期护理保险制度。完善医疗服务价格动态调整机制，合理调控医疗服务

价格总体水平，统筹兼顾医疗发展需要和各方承受能力；优化“互联网+”医疗、中医药等服务价格，健全新增医疗服务价格管理，支持医学科技进步和适宜技术推广。完善按病种、按疾病诊断分组(DRG)、按病种分值(DIP)等支付方式改革，探索对基层门诊服务按人头付费，提高医保基金使用效益。

三是协同建立安全可靠的健康支撑保障机制。建立完善稳定可持续的卫生投入机制，落实财政对公立医院的六项投入政策，强化对专业公共卫生机构的投入保障责任，加大对基层医疗卫生机构的投入倾斜力度。优化调整医学人才培养和使用机制，坚持以需定招、以岗定教，提升人才培养培训质量；基层医务人员招聘标准和程序，深化卫生专业技术人员职称制度改革；落实“两个允许”的要求，建立完善符合行业特点的薪酬分配制度。推动形成“三医”信息互通共享机制，加快打造“三医一张网”；推进分级诊疗信息平台、智慧医院等建设，推行预约诊疗、扫码就医、线上查询、远程医疗等服务。支持社会力量举办医疗、康复、护理、安宁疗护等机构，深化闽台医疗保健、健康照护等合作，打造一批高端医疗园区，更好满足群众多元化健康服务需求。

[返回目录](#)

· 医疗改革 ·

大医院强势发展下的支付改革趋势

来源：Latitude Health

过去十年来，医疗服务的主要提供方从分布在各个层级的金字塔形变为以大医院为主体的漏斗形。随着大医院的服务量越来越大，供给短缺集中在顶部，基层医疗服务的过剩越发明显。在这一市场趋势下，如果继续增加大医院的供给，只会加剧大医院的虹吸，从而引发进一步的短缺。但是，如果要扶植基层医疗体系，在缺乏强制转诊和医生可自由执业的前提下，由于技术能力的薄弱，基层根本无力吸引用户。因此，至少从中期来看，大医院强势发展的趋势不会停止，在这样的现状下，支付方的变革也仍将集中在与大医院的博弈上，整体医疗服务市场的变革也将集中在大医院的变革上。

首先，从供方的现状来看，2021年，全部基层的门诊量为42.5亿次，占全部门诊量的52.3%；而三级医院的门诊量为22.31亿次，虽然只占全部门诊量的27.4%，但由于三级医院的均次费用已经达到370元，是基层门诊均次费用的3倍。三级医院的门诊实际收入规模已经远超基层，成为门诊费用的主要开支流向。

住院的情况更加向大医院偏重，2021年，三级医院的住院量为1.12亿次，已经占到全部住院量的45.48%，而2020年的住院量占比还只有40.73%，按照这一趋势，2-3年即会突破50%。三级医院的住院量占比在2015年仅为33.82%，这代表三级医院在住院占比在过去

6 年从 1/3 上升到近 1/2，在如此短时间内的大幅增长是非常罕见的。

三级医院的逆势扩张也得益于其机构数量的大规模扩张。2021 年，三级医院的机构数量为 3275 家，增速为 9.31%，而 2020 年为 8.99%，保持持续的逆势扩张，而同期机构数量扩张的总增长只有 5.28%和 4.91%。从机构数量占比来看，三级医院只占 9%，但在短短 6 年内，三级医院将门诊体量从占 1/5 推高到超 1/4 强，住院体量从 1/3 推高到近 1/2。随着病人向头部集中，在医联体和医共体的推动下，三级医院在地区的垄断地位将日趋明显。

不过，虽然机构数量增长以非公为主力，但三级医院始终以公立为主，这意味着公立三级医院将是未来市场的最大份额持有者。

在 2010 年到 2020 年之间，公立医院数量除了 2013 年增加了 0.1% 之外，其余年份机构数量都是减少的。不过，这主要是因为公立二级医院和一级医院机构数量减少所致，而公立三级医院的数量则是持续上升的。2020 年一共有 2588 家公立三级医院，2010 年只有 1258 家，这 10 年间一共增长了一倍。而二级公立医院则从 6104 家减少到 5833 家，一级医院从 3081 家减少到了 2267 家。

从已定级的公立医院机构数量分布结构来看，三级公立医院占比持续上升，从 2010 年的 12%上升到 2020 年的 24%。而二级和一级公立医院则分别从 58%和 30%下降到 55%和 21%。由此可见，公立医院从机构数量上供给虽然持续减少，但减少的是公立的二级和一级医院，三级医院是持续增加的。

随着逆势成功扩张，三级医院依靠自身巨大的体量在整个医疗体系中的作用日趋重要，将成为左右医疗服务市场发展的关键。而公立医院又是三级医院的主体，占比超过 85%，结合其获得的医联体和医共体的触角，公立三级医院将获得地区垄断性的绝对优势。

其次，从需方来看，随着医保筹资速度的放缓和退休潮下的开支增速加快，医保面临的挑战加大，节流的意愿获得强化，对医疗开支的精细化管理将作为节流的主要工具。

2022 年，全国职工医保参保人数为 3.62 亿人，同比增长 2.3%，比 2021 年的 3%和 2020 年的 4.6%进一步放缓。在 2012 年到 2021 年之间，职工医保参保人数增速基本维持在 3%上下，2018 年后上升到 4%以上，主要是因为更多符合职工医保要求的人被要求参保，这从职工医保参保人数中灵活就业人员占比从 2012 年的 10%增加到 2021 年的 14%可以看出来。

但这一增幅在疫情开始后回落明显，主要因为在岗职工人数增速放缓。2021 年职工基本医保参保人数中，在岗职工参保人数 2.61 亿人，退休职工参保人数 9324 万人，分别同比上升 2.7%和 3.3%，增幅相比 2020 年的 5%和 3.7%都有所收窄。而在岗职工增幅下降趋势在 2022 年进一步加速，退休职工的人数则仍保持在一定增速，在岗职工参保人数 2.66 亿人，退休职工参保人数 9636 万人，分别同比上升 1.9%和 3.3%，

同时，在经历 2018 年到 2020 年连续 3 年扩大职工医保覆盖面，

由此带来连续 3 年职工医保参保人数增速高于退休职工增速之后，2021 年又再一次回到了 2018 年之前的趋势，退休人员参保人数增速超过了职工医保。在 2013 年到 2021 年这 9 年中，退休职工参保人数的增速有 6 年超过职工参保人数的增速，只有在 2018 和 2020 年低于职工参保人员增速，在 2019 年持平，这一趋势在 2022 年加速，而且两者的差距进一步拉大。

居民医保的开支上，控费问题比职工医保更严重。最明显的特征是在 2012 年到 2021 年这 10 年中，有 8 年期开支增速超过收入增速。从居民医保基金可支付月数来看，从 2012 年以来总体呈下降趋势，2012 年可支付 13.5 个月，而 2021 年下降到 8.7 个月。随着居民医保开支增速持续高于收入增速，基金当期结存率也有所下降，2021 年仅为 4%，而 2012 年的时候高达 23%。

因此，医保在节流的方向上，如何有效降低医保的住院率将成为未来政策关注的重点。中国职工医保退休人员超高住院率一直是一个长期难以缓解的挑战。2021 年职工医疗费用开支中，住院占 59%，退休人员住院率明显超过在职员工 (40%V. 10%)。这一问题将伴随着 60 后人群退休潮的到来加大住院费用的压力。

居民医保的住院费用中，2021 年有 53% 流向三级医院，这一比例虽然低于职工医保 (高达 74%)，但三级医院仍占住院费用的一半以上，且居民医保和职工医保的趋势一样，流向三级医院的住院费用占比有所提升，2019 年为 49%

在面临医保可持续性挑战和大医院持续扩张这一内在的发展矛盾下,未来的市场焦点在医保和大医院的博弈。目前推出的药价改革、DRG 和门诊统筹是主要的支付方工具,而大医院通过推出医联体等举措来对冲对自身的影响。随着在医保压力的加大,其他精细化管理工具也将陆续出台,大医院的应对举措也将逐步浮现。

总体来看,随着精细化监管的深入,医保和医院将遵循共同的规则来进行博弈,这对市场寻求确定性发展是至关重要的,也有助于稳定各个利益主体的发展预期。

[返回目录](#)

从服务量上看公立医院和民营医院的差距

来源: 村夫日记

长期以来,民营医院的机构数量虽然获得了高增长,但仍以中小机构为主,即使在总数上远超公立医院,其服务量上与公立医院的差距仍然非常巨大。

2021 年,全国共有公立医院 1.18 万家,民营医院 2.47 万家,民营医院占比达到 68%。虽然民营医院数量高增长,但一直是一级医院占最多数,2021 年达到了 65%,比 2011 年下降了 20 个百分点,增加的主要是二级医院,占比从 2011 年的 14%增加到 2021 年的 32%。但民营医院中的三级医院占比仍很低,2021 年为 3%。而公立医院机构数量分布中,占比增长的只有三级医院,2011 年占总体公立医院机构数量的 13%,2021 年增加到 26%。

民营医院 2021 年诊疗人次为 6.1 亿人次，公立医院为 32.7 亿人次。民营医院占全国医院诊疗人次的 16%，公立医院占 84%。民营医院诊疗人次占比与 2013 年相比上升了 5 个百分点，但公立医院仍是绝对主力。2021 年，民营医院和公立医院的诊疗人次均反弹，扭转了 2020 年的下跌趋势。公立医院 2020 年诊疗人次下跌了 15%，2021 年上升 17%，民营医院 2020 年下跌 7%，2021 年上升 15%。民营医院由于基数小，诊疗人次的增速在 2020 年前一直是高于公立医院的，但两者之间增速差距逐渐缩小，而到了疫情开始之后，虽然 2020 年公立医院诊疗人次下跌幅度大于民营医院，但 2021 年反弹也更猛。

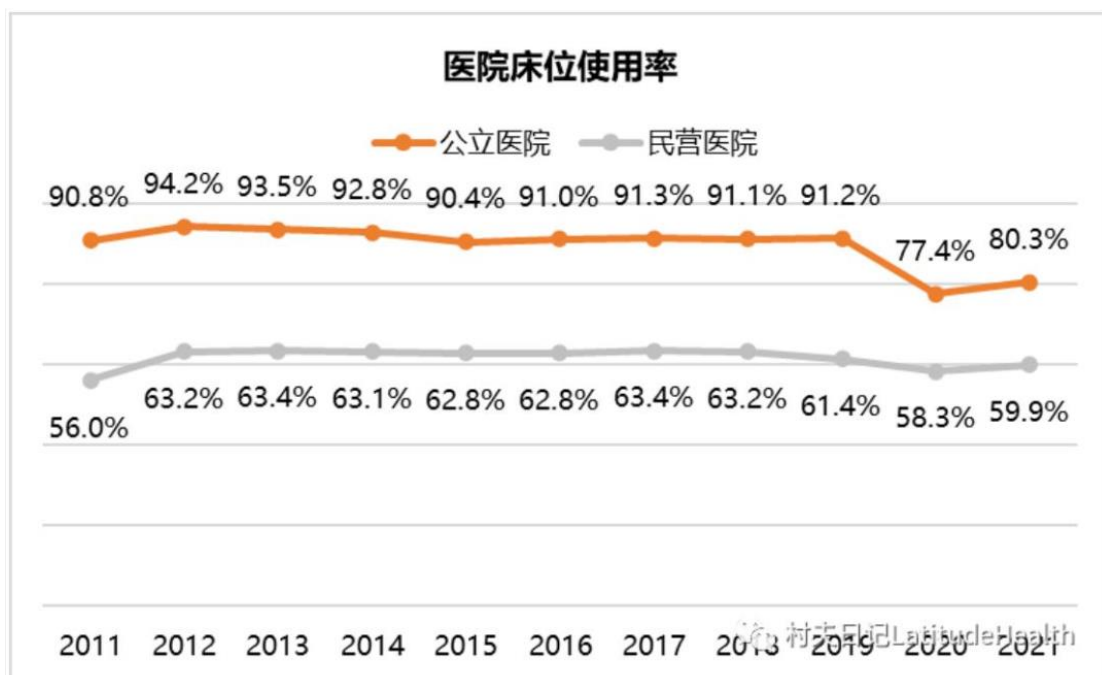
民营医院 2021 年入院人数为 3745 万人，公立医院则为 1.64 亿人。2021 年公立医院占全国入院人数的 81%，民营医院占 19%。民营医院的占比相对 2013 年上升了 7 个百分点。和门诊的情况类似，2020 年公立医院的入院人数下跌幅度更大，达到了 15%，民营医院下跌了 5%。但 2021 年公立医院的入院人数反弹幅度也更大，达到 11%，民营医院为 7%。

民营医院 2021 年住院病人手术次数为 1025 万台，公立医院则为 6550 万台，是民营医院的 6.39 倍。公立医院占全国医院手术量的比例在 2021 年为 86%，比 2013 年下跌 2 个百分点。不过，无论是民营医院还是公立医院，2020 年的手术量下降幅度都不如门诊量和入院人数大，分别只有 3%和 4%，2021 年民营医院住院病人手术次数反弹增加了 16%，公立医院则增加了 20%。

民营医院和公立医院在服务量上的差别还在于住院天数，公立医院呈现持续下降趋势，从 2013 年的 10 天一直保持下降，2021 年为 9 天。而民营医院则相反，住院天数是上升的，尤其在疫情期间上升更明显，从 2019 年的 9.4 天增加到 2021 年的 10.5 天。

另一方面，公立医院在疫情开始后床位利用率下滑非常明显，2019 年达到 91.2%，而 2020 年下跌到 77.4%，2021 年则反弹到 80.3%，但和疫情前仍有较大差距。民营医院则本来的床位使用率就要比公立医院低 30 个百分点左右，为 60%出头，疫情后虽然略有下降但下降不明显。2021 年回升后仍有 60%。

图表：医院床位使用率，公立医院 Vs 民营医院



数据来源：历年卫健委统计年鉴，Latitude Health 分析

由此可见民营医院在住院上的三个特征。第一，可能通过拉长住院时间来保证床位使用。第二，从侧面提示民营医院在入院人数处于

劣势，以及 2021 年反弹势头不如公立医院。第三，虽然民营医院入院人数占比在 2013 年到 2021 年之间增加了 7 个百分点，但住院手术量占比只增加了 2 个百分点，可见其增加的住院病人大都并不是需要手术的病人，其复杂医疗能力仍未获得提升。

从以上民营医院和公立医院在服务量上的对比可以总结出三点：

民营医院和公立医院都经过了 2020 年的门诊和入院人数下滑后，2021 年反弹上升，但公立医院升幅明显高于民营医院。

民营医院在各方面服务量上仍是冰山一角，公立医院无论在门诊、住院人数还是手术数量上都超过八成。

公立医院住院天数下降而民营医院住院天数持续上升，提示可能通过拉长住院时间保证病床使用率，但技术实力未获提升。

[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