

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第36期

(2023.09.04-2023.09.10)

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，直接跳转具体文章内容。）

• 社会办医 •

▶ [社会办医的困境与机遇](#)（来源：新浪新闻）——第 7 页

【提要】社会办医的未来发展之路，并不是与公立医疗分蛋糕，而是围绕健康需求、诊疗体检和患者心智去做蛋糕。定位好、预测好、开发好、满足好患者现有的、潜在的、未来的健康需求，夯实好学科和技术能力基础，善用好信息传播的新手段，形成特色、变成优势、建成壁垒，不断提升自我生存、独立繁殖的能力，这就是社会办医的未来之策。

▶ [加强社会办医人才培养环境建设的思考](#)（来源：中国社会科学院）——第 17 页

【提要】面对日益竞争激烈的医疗服务市场，社会办医如何应对不断变化的健康需求，如何通过培养优质人才、为发展注入强劲动力将凸显为战略核心，而社会办医人才培养环境建设显得尤为重要，直接决定社会办医的前途命运！本文以拥有全国最多的社会办医机构的西部某省为抽样调查对象，可以从已知的结论中可以窥见社会办医群体的全貌。

• 医疗改革 •

▶ [医改政策再掀风浪，集采与 DRG 将如何互补？](#)（来源：MedTech）

—第 29 页

【提要】9月5日，北京医保局发布了《关于公布第一批 DRG 付费和带量采购联动管理采购产品中选结果的通知》，标志着“集采+DRG”的政策体系正在逐渐走向实施，将为医疗行业带来哪些新的机遇和挑战呢？

▶ [从医疗改革的过往看医疗改革的未来](#)（来源：医学界）——第 32 页

【提要】未来的医疗改革一定与我国现有政治制度、经济基础相适应，以价值医疗为牵引，把疾病分类作为供给侧改革的坐标，向提升医保基金使用效率，回归医疗服务的福利属性，增强民众的幸福感等方面发展，从而建立起一套我国独有的、具有中国特色的医疗保障体系，这或许就是未来医疗改革的方向。

• 医保速递 •

▶ [《条例》出台，确立异地就医结算制度的法律地位](#)（来源：国家医保局）——第 37 页

【提要】异地就医是当今社会老百姓最关注的热点民生问题之一，也是经办事务中的痛点、难点和堵点问题之一，党中央、国务院高度重视异地就医住院费用直接结算工作，将其作为一项重要的民生工程，多次在政府报告中提出新的目标要求。《条例》首次正式确立异地就医医疗费用结算制度作为医疗保障领域的一项基本制度的法律地位，从制度定位、待遇支付、经办服务和管理措施等方面，对规范异地就

医经办工作，解决经办事务中具体问题提供了法律遵循，为今后异地就医工作的发展明确了方向。

▶ [国家医保局发文，医用耗材支付管理将带来哪些改变？](#)（来源：复旦大学社会发展与公共政策学院）——第 41 页

【提要】随着改革深化，医用耗材综合治理引起国家高度重视，医保层面，《国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知》、《基本医疗保险医用耗材管理暂行办法》等系列政策持续完善医用耗材准入和管理。为进一步夯实耗材管理、完善支付机制、提升医保效能，国家医保局印发《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知》（简称《通知》）。未来医用耗材支付适应“一个原则”，具有“两重意义”，通过“三类举措”，达成“四更发展”。

• 医院管理 •

▶ [DRG 付费下，医院应抓住这 4 大关键因素](#)（来源：医宝研究院）——第 47 页

【提要】DRG 支付改革是医保精准支付的方式之一，这与原来的按项目付费明显不同。根据疾病诊断和治疗方式以及复杂程度，将患者住院期间药品、耗材、诊疗服务等全部费用打成一个包，按事先明确好的标准收费与支付。医保基金主动购买，患者个人出多少事先做到心里有数。医保支付方式的改变，医院的经营发展也将发生巨大的变化。从原本的“多做多得”将变为“做精做专”。医院不仅需要研究 DRG 支付方式的核心公式，还需要结合医院实际情况进行多方位的调整。

▶ [取消公立医院“回款权”？医保直接结算此中有深意！](#)（来源：健康界）——第 51 页

【提要】2023 年 8 月 2 日，湖南省医保局、卫健委、财政厅在联合印发的《关于实施医保基金直接结算集中带量采购中选产品医药货款的通知》（湘医保发〔2023〕36 号）中规定，自 2023 年 10 月 1 日起，在全省范围内实施集中带量采购中选药品和医用耗材货款由医保基金直接结算工作。

• 互联网医疗 •

▶ [加速建设“三位一体”智慧医院](#)（来源：南方日报）——第 59 页

【提要】日前，国家卫健委医院管理研究所发布《关于公示 2022 年度电子病历系统功能应用水平分级评价新增高级别医疗机构结果的通知》，清远市人民医院榜上有名，成为通过电子病历系统功能应用水平五级评审的高级别医疗机构。近年来，清远市人民医院一直在推动以患者为中心的智慧服务、以电子病历为核心的智慧医疗、以智能化管控为导向的智慧管理，“三位一体”的智慧医院建设加速落地，并积极探索“互联网+”便民服务，通过信息化手段提高医疗服务效率，让人民群众能够更加便捷、高效地享受优质医疗服务。

▶ [关于推进“互联网+护理服务”的趋势解读与启示](#)（来源：医药慧）——第 65 页

【提要】随着人口老龄化和医疗资源不足的问题加剧，护理服务变得越来越重要。互联网+护理服务作为新兴的健康服务方式，突破了传

统医疗服务的局限,拓展了护理服务的形式,受到了越来越多的关注。日前,国家卫生健康委召开新闻发布会,介绍发展护士队伍、改善护理服务有关情况,并回答媒体提问,国家卫生健康委员会医政司副司长邢若齐指出,下一步将继续推进“互联网+护理服务”相关工作,强调在扩大试点覆盖面、增加供给和健全完善制度规范上不断推进。

-----本期内容-----

· 社会办医 ·

社会办医的困境与机遇

来源：新浪新闻

“轻轻的我走了，正如我轻轻的来”，这或许是人们对于三年来新冠感染疫情的感观认识。在实施新冠感染“乙类乙管”，全国范围内遭遇一次全面“放开”的冲击后，终于迎来了真正意义上的放开，一切都在朝着疫情前的样子快速恢复，且有了对未来更美好的期待。但新冠病毒已经在人类与流行病的斗争史里，留下浓墨重彩的一笔。它对政治经济、社会生活、产业发展、技术研究等方面的冲击已经显现，有些影响甚至是变革性、划时代的，其中不乏有对社会办医的制约和重塑。疫情后时代，社会办医的发展面临疫情前没有的困境，同时也要接受疫情后新增的挑战，进入中国社会办医发展的 2.0 时代。

一、疫情后时代社会办医遇到的新变化

后疫情时代和疫情后时代是两个不同概念，不同的时间指向。一般意义上，后疫情时代是疫情处于后期的时代，疫情并没有真正结束，几乎接近于结束，疫情对整个社会生产的影响仍然存在。疫情后时代则是指疫情过后的时代，疫情已经成为历史，成为过去式，社会层面的活动不再受到病毒流行的制约，如疫情防控期间，病毒感染者检测、隔离、管控等措施严重打乱了正常的工作生活，但疫情的过去并不能

抹掉疫情“遗产”，且有着一定的“惯性”，甚至已经形成了新的生产生活方式。对于社会办医领域来说，新冠病毒疫情让社会办医面临了新的变化。

(一) 政策支持的风向悄然发生改变。如果把时光倒留回疫情前，对比各类卫生领域的政策文件，不难发现从国家到省市，整个卫生政策层面是大力鼓励支持社会办医的发展。单从发布文件的层级和数量便可以见微者著。2019年6月，国家卫健委等10部门联合下发了《关于印发促进社会办医持续健康规范发展意见的通知》（国卫医发〔2019〕42号），通知中明确指出：“拓展社会办医空间，严格控制公立医院数量和规模，为社会办医留足发展空间。”紧接着各省市先后发布了本省促进社会办医规范发展的各项政策。以四川省为例，2019年12月，四川省卫健委、发改委等10部门联合下发了《关于进一步促进社会办医健康发展的实施意见》（川卫发〔2019〕52号）。同月，成都市政府办公厅颁发《关于印发促进成都市健康服务业高质量发展若干政策的通知》（成办发〔2019〕37号）。在成都市的政策中，明确提出：“鼓励社会办医积极参与医疗机构等级评审，对新获三级甲等资质的社会办医给予最高500万元的一次性奖励”，首开全国奖励社会办医晋级的先河。在随后2020年的三级甲等医院的评审中，四川省一次性通过了7家三级甲等专科、综合医院，迎来了社会办医的高光时刻。设想一下，如果没有突如其来新冠病毒疫情的影响，社会办医的发展会迎来政策的“红利”期，又将是另外一种现状。

新冠病毒疫情发生后，疫情防控成为头等、优先的社会大事件。在人类生命面前，其它的一切都要让步，疫苗研发、救治生命、病毒检测、隔离管控等疫情防控的主体是医疗服务业。而有着技术、人才、规模、组织优势的公立医疗机构当仁不让地成为疫情防控的主力，处于“儿童”期的社会办医只能成为疫情防控的补充。整个疫情防控期间，谁承担了主要任务、谁更能服从指挥调度一目了然，这也是我们战胜新冠病毒疫情的制度和体制优势。这时候，受到疫情防控经验的启示，医疗服务业的主导思想悄然发生着转变。单从党的十九大、二十大报告中也能发现这一趋势。在党的十九大报告中，明确提出“支持社会办医，发展健康产业”。党的二十大报告中重点是建立基本公共服务体系，公共卫生体系和健康中国建设。社会办医从疫情前的“支持鼓励”到疫情后“规范民营医院发展”。

虽然，在最新的卫生政策中并没有重复提及促进鼓励社会办医的发展，但并不是社会办医不重要了，如在2023年3月1日颁布实施的新版《四川省医疗机构管理条例》，明确提出：“鼓励和引导社会力量依法举办医疗机构”。可见，政府支持社会办医的基本策略和思想并没有改变，但政策、政府在卫生健康领域的重点方向、重点工作却在发生改变，需要社会办医用一种新的思维、新的理念去理解、支持和适应这种变化。

(二) 公立医院的规模扩张形成人才倒流。新冠病毒疫情暴露了基本医疗保障的薄弱环节和公共卫生体系的不足，健全公共卫生体系、

补强基本医疗服务成为卫生健康业的重点工作，随之而来的便是大型公立医院一院多区、异地多院的“扩张”计划加速获批，以及国家、省市区域医疗中心的建设，各类医院的新建、扩建和改建的破土动工。从供给侧改革层面，增加了公立医院在医疗服务业中的比重。本来已经全部市场化的国企医院也开始进行重组和扩张。如2022年12月，国资委、国家卫健委、国家发展改革委、医保局等13个部门联合制定了《支持国有企业办医疗机构高质量发展工作方案》。社会办医发展进入“沉默”期。

随着医疗服务能力总供给量的增加，医疗人才端的流动便出现新状况。“巨无霸”的资本医院、超大规模的“公立多院”，“扩张”后的基层医院共同产生了对人才的“虹吸效应”，不但稀释了患者就医的密度和频度，更重要的是“限流”了公立医院流向社会办医的人才通道，而且社会办医优质医疗资源“回流”到公立医院，一些患者“反流”回公立医疗机构，进一步挤压绝大多数社会办医的生存空间。

(三)新的质量管理要求抹平了社会办医的优势。在新冠病毒疫情防控期间，许多公立医疗机构营收下滑、支出陡增，医院处境艰难，只得采取减薪、限薪等措施。社会办医同样面临着患者就诊量、手术量、住院量的严重下滑，一些依赖于消费性医疗的社会办医更是经历“灭顶”之灾，加上疫情防控在人力、物资上的投入，整个社会办医面临更大的困境。

面对相同的困境，公立医疗机构与社会办医管理者的心境是完全

不同的。公立医疗机构由政府兜底，不担心机构的生存，只是日子过得好不好的问题。社会办医是个人或集体投资的，一旦没有了正常的利润，资金链迟早有一天会枯竭，是能不能够活下去的问题。

为解决公立医疗机构的运营问题，政府多次出台相关文件，要求加强公立医疗机构的运营管理，以及二、三级公立医院的“绩效国考”，促进公立高质量发展等一系列文件的出台，一些公立医院寻求转型，包括特需服务、特殊服务、疑难复杂疾病的诊疗、康复诊疗等，开始注重服务质量建设、开始强调医院品牌、开始着手环境改造、开始优化就医流程。这些曾是社会办医区别于公立医疗机构的“标签”、生存的“法宝”、发展的“特色”，竞争的“核心”优势已经不再明显。社会办医与公立医院的“竞争”从过去的“错位”发展成今天的正面“冲突”，社会办医过去的、曾经的、引人为傲的优势被逐渐蚕食，经营的压力雪上加霜。

(四) 患者的就医观念发生了变化。新冠病毒疫情期间，各行各业几乎都受到冲击，但有一个行业却在疫情中得到极速发展，那就是互联网医疗。由于封控期间出行不方便，一些就医的需求就从线下转到线上，互联网医院的数量和在线咨询的数量快速增多，互联网的用户也从年轻人扩展到中老年人。线上流量的繁荣实际上削弱线下医疗的频率。虽然以平安好医生、微医、医联、丁香园、春雨医生、好大夫等社会资本投资的互联网医疗抢占了一部分的患者，但从医疗机构端扩展出互联网医院，却多数是公立医院。属于社会办医自己的互联网

医院却屈指可数，一定程度上削弱了部分患者对社会办医的粘性。

二、疫情后时代社会办医面临的老困境

如果把新冠疫情比作黑天鹅、灰犀牛事件，它确实给社会办医带来许多外在的变化，倒逼社会办医自身要进行调整和适应，但造成社会办医困境的主要原因并不是外在环境，社会办医自身内部长期困扰的问题没有彻底解决，理论上就不能完全摆脱困境，主要体现在以下三个方面：

（一）缺乏对人才培养的战略认识。从现有医学人才的教育体系来分析，几乎所有社会办医的医务人员几乎都是在公立医疗教育体系中成长起来的，他们接受的知识体系、管理技能、职业素养、品牌意识是为公立医疗机构服务的，一旦转行到社会办医领域，许多高端人才容易出现“水土不服”的现象。一方面是由于社会办医没能匹配上相应的平台，导致高端人才有力无处使。另一方面，高端人才自身放松对自己的要求，不愿意“辛苦”地去开拓新天地。最终伤害却是社会办医自己的发展。因而，社会办医的人才建设要从过去的“空降”慢慢变成本土培养，从“拿来主义”向“自我培育”转变，打造一支本土、本院培养的高素质人才队伍。

（二）缺乏对行业属性的统一认识。新建、收购、并购社会办医的初衷是什么？这是考验每个社会办医投资人的初心。这个初心决定后续社会办医的发展方向和前途命运。如果只是把社会办医作为投资的一个方向、商业的一个行当、谋生的一种手段等，一旦有了这样的“初

心”，就会重眼前利益、轻长远利益；重经济利益、轻社会效应；重投入回报、轻内涵质量，难以形成长远的战略规划、发展蓝图和实施路径，容易在大风大浪中“夭折”。反过来，如果树立了回报社会、微利运营、品牌打造、质量优先、服务先行的经营理念，再辅以长期坚持不动摇的人才兴院、技术办院、特色立院的特色战略，一步一个脚印就能走出发展的困境。客观的说，当前社会办医的众多投资者对行业本身没有形成统一的认识。

(三) 缺乏对行业内发展规律的清醒认识。分析今天社会办医的生存状况，可以用几家欢喜几家愁来比喻。有叫好又叫座的，如一些上市的，或者头部的专科、综合医院，已经有一定的行业知名度和患者流量；有叫好不叫座的，如一些上市公司、资本“大咖”花重金投资的大型民营医院，技术人才有保证，但距离“断奶”、独立生存还有较长距离；有不叫好叫座的，如一些越过盈亏平衡点，有稳定的利润输出，但发展踏步不前的民营医院；有不叫好不叫座的，如一些还在为生存发愁的医院。社会办医的发展呈现出一种不平衡、参差不齐的现状。究其根源，原因是多方面的，有人把它归结于政策市场的因素，有人把它归结于地理区域的因素，有人把它归结于人才引进培养的因素，有人把它归结于赛道选择的因素，有人把它归结于运营管理的因素等。核心问题是对社会办医成长发展规律认识不足，要么套用公立医疗机构的管理模式，要么借用市场经济的发展模式，要么想用资本运作的增殖模式。最后，使得社会办医的运营方式策略呈现一种“四

不象”的现象，看上去是灵活的表现，实际上是缺乏管理内核，缺乏社会办医自我的知识体系和管理理论。

三、疫情后社会办医采取的新策略

疫情后时代，社会办医的内外环境已经不随任何人的意志在发生变化，在迅猛的社会、经济、科技等发展面前，社会办医既要以不变应万变，又要以变化应对变化，在崎岖的道路上踏出一条适合自己发展的、独有的羊间小径。

(一) 坚守好社会办医发展中“不变”。作为我国医疗服务体系的重要组成部分，无论是从政府支持层面，还是从社会就业层面，又或者从患者需求层面，对社会办医的共同期望是满足人们日益增长的多样化医疗健康需求。这个多样化中必然含有基本医疗服务，但却不是社会办医的主导方向。在基本医疗服务方面，政府已经从卫生服务中心(乡镇卫生院)、县地级综合医院、妇儿医院、以及省会城市的大型医院构建了覆盖全社会各个层级的基本医疗服务体系，这个本身也不是社会办医能够完成的。对社会办医多样化要求是指在各个层级、各个区域中基本医疗服务没有完全满足、没有全部提供、没有时间完成的医疗服务部分，如增值性医疗、服务性医疗、消费性医疗、挖掘性医疗、延伸性医疗等部分。如3月23日，中共中央、国务院办公厅印发《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》中明确指出：“支持社会力量举办康复、护理、安宁疗护等专科医疗机构。”社会办医的多样化应包括三种类型：一是公立医疗机构想做但没精力去做的

“补充”型领域，如医养、养老、照护，此类领域需要大量人力，但不需要过硬技术；二是公立医疗机构想做但不提倡做的“刚需”型领域，如眼科、口腔、康复等偏重于医疗“副”方向。三是公立医院不想做但有群众需求的“满足”型领域，如医美、健康管理、疾病预防等方向。社会办医的生存法则便是“错位”和“差异化”，是用自己的优势与公立医疗机构相竞争，是“你无我有、你有我优”的发展战略，关注患者和家属体验感，开拓全流程、全链条服务项目，这应该是社会办医生存发展的不变法则。

（二）坚持用医疗的规律发展医疗。从当前的医疗市场竞争态势来看，社会办医已经被推到与公立医疗机构正面竞争的位置，生存的困境不是减少了，而是增大了。但新环境中也蕴藏着新的机遇，最简单的一点是社会办医整个群体在新冠病毒疫情的洗礼下，已经生存下来的社会办医具有一定的发展韧性和能力。社会办医在新冠肺炎疫情中的表现，挽回和纠正了过去对社会办医的不客观、不正确认识。人们开始重新接受和重新选择社会办医。新冠病毒疫情净化了社会办医的整个生态，以及巨量资本投资新建的特大型社会办医疗机构的出现，又从另一个角度证明社会办医自身的强大。这个时候恰恰是社会办医展现优势、锻炼内功、提升能力的良好契机。以真心服务患者、用服务感动患者、以质量留住患者应该是所有社会办医共同遵循的准则，这就需要社会办医的投资人、高层管理者、所有社会办医工作人员盯住医疗质量，关注患者体验，塑造机构品牌，坚决摒弃“投机取巧”、

“饮鸩止渴”、“拔苗助长”、“坑蒙拐骗”的发展方式，形成社会办医的普通共识，真正用医疗规律发展医疗。

(三)注重调整经营管理策略。需求是发展的第一要素，也是社会办医的发展方向。无论是有自己核心技术骨干团队“技术型”社会办医，还是依靠技术与服务双轮驱动的“能力型”社会办医，还是关注患者体检的“服务型”社会办医，都要围绕社会需求来做。满足患者需求并不是盲目跟风、复制粘贴的追随式发展路径。不是人们追求美丽就都来投资医美；人们需要美好就新建眼科、口腔医院；人们追求健康就涉足体检康复领域，需要结合当地的经济水平、医疗机构布局、人们健康理念、区域内疾病谱，以及社会办医自身的能力水平来确定。如果你在当地是依靠基本医疗起家的，并在所在区域有一定份额，发展策略应该是在确保基本医疗服务水平逐步提升基础上提供更多的服务；如果你也是依赖于基本医疗服务生存，但却没有形成一定影响力，应该迅速转向“健康管理”和“健康生活服务”市场，实现“靠医疗服务保底生存，向健康管理要盈利”的战略转型；如果你是依靠消费医疗起步的，就应该在加强优势病种的基础上，开发新的消费项目，延伸新的服务内容，拓宽某一方向的全过程服务。

(四)建立医疗声誉品牌。在这个信息海量和爆炸的时代，如果没有一定曝光度，酒香也怕巷子深，更何况社会办医这壶酒还不能香出巷子，更需要借新媒体的力量，把社会办医的新面貌、新能力、新服务传播出去。这就要求社会办医在经营过程中，除了打造医学专家队

伍、医疗管理队伍外，要注重引入了具有品牌思维、互联网思维、用户思维、产品思维、平台思维、技术思维的创新型人才，调整组织架构，改变医疗专家人才做管理的单一结构，把专家还给临床，充实运营队伍、吸纳跨领域跨专业的人才，在新媒体传播、医生 IP 打造、患者服务、社群构建等方面加大投入，从信息传播变成关系连接，构建分享网络和共享价值，关注患者体检，深入群众末端，打入目标群体，讲好社会办医好技术、好服务、好印象的故事，打造社会办医自身的 IP，让医疗服务和声誉传播协同发展，塑造区域健康品牌。

社会办医的未来发展之路，并不是与公立医疗分蛋糕，而是围绕健康需求、诊疗体检和患者心智去做蛋糕。定位好、预测好、开发好、满足好患者现有的、潜在的、未来的健康需求，夯实好学科和技术能力基础，善用好信息传播的新手段，形成特色、变成优势、建成壁垒，不断提升自我生存、独立繁殖的能力，这就是社会办医的未来之策。

[返回目录](#)

加强社会办医人才培养环境建设的思考

来源：中国社会科学院

党的二十大报告指出：“深入实施人才强国战略，坚持尊重劳动、尊重知识、尊重人才、尊重创造，完善人才战略布局，加快建设世界重要人才中心和创新高地。”人才是促进事物发展进步的核心力量，更是实现民族复兴和中国梦的中坚力量。同样，对于社会办医来说，人才也是决定社会办医能力、实力、潜力的重要指标，关乎着社会办

医的兴衰成败。但人才不是一蹴而就的，不是凭空而来的，不是唾手可得的，需要下功夫、下力气、花时间进行甄选、培养。面对日益竞争激烈的医疗服务市场，社会办医如何应对不断变化的健康需求，如何通过培养优质人才、为发展注入强劲动力将凸显为战略核心，而社会办医人才培养环境建设显得尤为重要，直接决定社会办医的前途命运！本文以拥有全国最多的社会办医机构的西部某省为抽样调查对象，可以从已知的结论中可以窥见社会办医群体的全貌。

一、对社会办医人才培养环境概念的粗浅认识

人才源于《易经》“三才之道”、“有天道焉，有人道焉，有地道焉。兼三才而两之，故六。六者非它也，三才之道也。”可见，人才是难得的、难寻的，需要德才兼备，并具备一定的专长。今天，人才泛指具有一定的专业知识和专业技能，并能把知识和技能创造性运用于社会发展中，特指各行各业的领军人物。人才与人力最大的区别在于两者对社会或企业的贡献不同，人才是社会生存发展的第一力量，而人力只是社会生存发展的保障力量。

人才的活力取决于机制和环境。有了好的机制和环境，人才就能茁壮成长、成批涌现。人才不是凭空产生的，人力在成为人才之前必须要依靠培养环节来实现。因而，人才培养环境是人才环境中最重要、最基础、最核心的一环。人才培养环境是指在人才的吸引、使用、管理等各环上的内部环境与外部环境，包括人才的管理机制、用人机制、情感环境、竞争环境和人文环境等。人才培养环境是一个由众多复杂

因素构成的生态系统，是一个完整的、有内在规律的体系，是人力资源管理中最重要的因素。由于医学人才成长规律的特殊性，以及医疗服务本身的福利、公益、惠民等多重属性，医疗领域的人才培养环境还包括政策环境、技术环境和社会环境。其中政策环境对医学人才的培养能够起到许多基础性的导向作用，如家庭医生、下乡扶贫、多点执业、规范化培养等政策，对医学人才的综合素质提出了不同的要求。

我国社会办医起源于改革开放初期，是在满足人们多样化的健康需求和促进卫生健康产业发展的前提下出现的，其人才的源头是公立医疗体系，也就决定其在人才培养环境建设方面存在“天然”的、与生俱来的劣势。从人才培养整个链条来说，社会办医一开始就没有自己的医学教育体系或者没有完整的医学教育体系，不能从“前段”开始遴选人才，只能负责人才“中后”段的培养。因而，人才环境建设同样是围绕人才培养的“中后”段开始的，同时与公立医疗机构形成弱势竞争关系，又受经济政策、卫生政策、人才政策的多重影响，人才培养环境建设的难度陡然上升，这是社会办医人才环境建设的基本特征和原始起点。

二、对社会办医人才环境建设现状的初步认识

1. 人才结构呈“正三角”。从医疗机构发展的共性规律来看，人才结构应该是“倒三角”或“橄榄形”的。既中间骨干以上人员占医疗机构的主体。但社会办医的人才结构却是相反的。抽样调查中发现人才结构呈现3个“正三角”现象。一是职称结构呈现“正三角”。

在医生系列中，初级职称占 57%，中级职称占 30%，高级职称仅占 13%，是标准的“正三角”形。二是学历层次呈现“正三角”。抽样调查的社会办医疗机构中，绝大多数为大、中专学历，中层管理者以本科为主，硕士及以上学历者较少。研究生仅占 0.78%，大学本科占 23.67%，大专占 40.63%，中专及中技占 34.92%，大专和中专成为学历结构的最大面。三是年龄层次呈现“正三角”。抽样调查的社会办医疗机构中，60 岁以上人员占比 10.2%，40-60 岁占比 18.1%，40 岁以下 71.7%，平均年龄约为 32.1 岁，从过去的“一老一少”变成了今天的“老少小多”。

2. 人才流失率偏高。社会办医先天性的不足，使得人员稳定性较差。从已调查了解的医院情况来看，西部某省社会办医现有从业人员离职率约为 15% 左右。其中护理人员流动性最大，其次是检验、影像等医技人员，行政人员和后勤人员的离职率也不低。尤其是专家型人才，稳定性更低，科主任或核心技术骨干离职率也达到 30% 左右。离职原因中，不满薪酬待遇为首要，事业发展受限为其次，家庭原因也占一部分比例，也有部分人员因选择参加规范化培训或学习深造而离职，还有少许人由于无法胜任岗位而离职。离职后去向多为公立医院和其他民营医院。

3. 人才晋升渠道狭窄。分析社会办医疗机构人员担任的学术职务，几乎没有一个人是完全从民营医院体系成长起来的。一些已担任学术职务的社会办医人员，几乎都是前期在公立医疗机构或医学院校

积累下来的“江山”，受益于过去“余温”的发散。在社会办医内部的中高层任命中，从内部提升为院级层面领导的仅占13%，职能部门领导21%，科室主任10%，护士长仅占38%。“外来的和尚会念经”的用人理念普遍存在于社会办医内部，让内部人员看不到希望。

4. 人才培养手段单一。由于社会办医机构内部主要靠引进少许知名专家做招牌，专家的平均年龄决定了其数量和精力都很有限，难以实现某一学科的持续发展。内部人才的不足，使得培训师资力量极为缺乏，培训能力参差不齐，培训手段单一无特色。从调查了解情况来看，仅有57%的员工认为目前医院的培训氛围好。参加过的培训排名前四的依次为岗前培训89%、在职培训64%、院外学术交流21%、脱产进修11%。最受欢迎的培训形式排名前四的依次为外院进修学习92%、参加学术会议79%、院内讲座58%、外聘讲师56%，科内业务学习43%。认为培训对自己有帮助的排名前五依次为：增加知识87%、提高技能78%、开拓视野65%、岗位工作需要61%、增加与同事沟通的机会59%。未能参加培训的原因中：认为与工作时间冲突91%、个人原因76%、课程无吸引力67%。喜欢的院部级培训方式依次为：课堂讲授86%、现场演练76%，在线学习56%、看视频43%。院部级培训内容需求排名前四名的依次为专业知识89%、医护人员心理减压78%、医患沟通及沟通艺术77%、医疗护理相关法律法规60%。院部级培训认为两月开展一次、每月开展一次、不定期开展分别为82%、81%、70%。仅有59%在科室业务学习过程中当过讲师。培训课程设计、师

资力量和内容缺乏吸引力，整个培训效果不佳。

三、对社会办医人才培养环境问题的原因分析

1. 人才培养缺人才。“十年树木、百年树人”。人才的培养是一项长期的系统工程，不仅需要有坚韧的决心，更需要有长期坚持的思维，短期内难见成效。人才的培养又需要人才去计划、去实施、去改进、去评价。社会办医普遍实行企业化管理方式，出于精简结构、最大化减少医院运营成本等因素的考虑，也就降低人才培养部门的人员数质量要求，导致人才培养能力和水平长期在低层次徘徊。从医院访谈情况来看，负责人才培养的人力资源部门、医务部门和护理部门，79%没有接受过正规的知识培训，对当前医学人才培养的前沿知识和具体策略不清晰，有86%认为人才培养是投资人和院长的事，听医院招呼就行。这样的队伍肯定提不出有前瞻性、操作性的人才培养措施和战略。一些社会办医投资人和管理者认为，社会办医是培养不出人才的，需要从外界引进、吸引，依靠拿来主义，忽略内部系统的人才培养，也就不会从源头能够培养出医学人才。

2. 人才培养缺方法。根据对医务人员的访谈得知，社会办医医院的人才培养方式在形式上主要有两种：一是院内高资历员工对低资历员工在工作中予以指导，但高资历员工少，且在工作过程中的指导也比较片面；二是邀请大医院的专家教授到医院开展专题讲座，可以帮助医务人员了解专业领域内的新动态和发展方向，也可以帮助其积累专业知识，但需要有雄厚的资金支持。从培训内容上来看，所调查的

医院为员工实际提供的培训内容与其期望获得的培训内容差距较大。医院主要是以新员工培训、专业理论知识、职业道德教育为主要培训内容,与之相比员工期望获得的培训内容是特殊技能、职业道德教育、管理技能等方面的培训,这说明医院缺乏培训前的需求分析和培训后的效果评估。医院只是一味地从医院角度出发组织培训活动,没有考虑员工的真正需求,致使员工无法获得期望的培训内容,使培训流于形式。许多医院还存在一种现象,就是医院有些岗位从来没有培训过,而有些岗位培训又过于频繁,不管内容是否相关都要参加,盲目组织培训,导致员工要么缺席,要么虽然在医院的强制要求下参加了培训,也只是应付了事,没有真正获得培训效果。人才培养走了过场和形式。

3. 人才培养缺文化。调研中发现,社会办医人才培养中还缺少文化的支持。一方面与很多社会医院的发展历史比较短暂,普遍面临着人员流动性大,员工稳定性较弱等客观事实,另一方面反映出对文化建设不重视的主观因素。已有调查显示,民营医院在岗工作人员中,超过半数员工想跳槽进入公立医院。重投资收益、轻职工利益,重使用、轻培养。员工普遍把医院作为工作驿站,作为跳板,作为谋生的岗位,没有对医院产生归属感,也就不可能对培训工作的重要性产生共鸣。工作中难以共担,使得员工之间协作不好、沟通不畅,关系疏远,加剧了人力资源流失。人力资源队伍流动性较大将直接遏制民营医院文化的发展和延续,反过来又加剧了人力资源队伍的不稳定性,造成人力资源管理的低效甚至无效。

4. 人才培养缺导向。由于资源的限制让社会办医不得不将有限的资源投放在更能短期见到成效的领域，而人才培养属于一个长期投资，短期见效慢。社会办医院以效益优先，希望招聘回来的人员可以立马上手，带来经济利润，对于人才培养所需要的长时间和高成本，往往是不愿付出的。在有限的经费和资源面前，往往会选择改进硬件设施、增加医疗设备、引进高端人才，而人才培养经费却少得可怜。调研中发现，社会办医真正用于人才培养的经费仅占总收入的5%左右。经费不足直接会导致培训意识薄弱、培训水平偏低，培训方式简单等问题，对员工的培训难以达到预期的效果，长此以往，培训在人力资源管理中的地位只会陷入作用越来越低的恶性循环之中。加上社会办医担心培养出来的人才素质提高后而跳槽，不愿意在培养人才上下足力气。这种培训导向肯定培养不出需要的人才。

5. 人才培养缺政策。人才培养需要平台，如规培基地、教学医院、实验平台等硬实力支撑，以及大学附属医院、研究生导师、科研课题等软条件支持。但调查中发现，社会办医没有一家有规培资格。一些获得三甲资质的医院，也会因为规培基地严格的标准，而望而却步。一些社会办医医院管理者认为，做好科研工作有利于医院的长效发展，却难以带来实质性的经济效益，所以无科研必要，再加上社会办医科研能力薄弱，政策支持也尚未落实，课题申请难度较大，因此也无科研条件。访谈中的社会办医均未专门设立科研经费，基本无科研支持，也就没有自己的实验室和研究团队。社会办医对科研和教学的

不重视，以及对员工职称晋升、专业培训和进修学习等方面的消极和被动，严重限制医院员工的职业发展空间。

6. 人才培养缺公正。相对于公立医院的发展而言，社会办医一直处于补充性的角色，获得的政府支持远远少于政府办的公立医院。同其他发达国家不同，我国的卫生人力资源并没有实现社会化，人员流动的自由度较低，医师执业注册相关法规的改革并没有全面推开和执行，导致社会办医不得不到处“挖人”，拼命“高薪”聘人，医院人力成本高昂，面临比公立医院更多的经济运营压力。由于没有政府强制的公益性要求，个别医院追求利润最大化，把医疗行为异化为一种商业行为，进而衍生出以非常手段参与行业竞争的医疗诚信问题，造成不良社会形象，严重损害了社会办医的社会公信度。一方面，卫生行政部门管理人员认为社会办医医疗水平的严重不足以及对经济效益的过度追求，不愿把一些培训机会分配给社会办医。另一方面，一些不良媒体带着有色眼镜看社会办医，对社会办医正面宣传较少，患者及家属有意放大正常的医疗并发症和合并症，加上受到类似于“魏则西”等不良事件的影响，社会公众无论是就医还是就业均对社会办医存在抵触，也给在从业人员带来了心理压力。

四、对社会办医人才培养环境建设的几点建议

社会办医人才培养是社会办医自己的事，社会办医自己要挑起大梁，从思维认识、规章制度、计划实施、激励措施等方面着手，但离不开政府、业务主管部门、行业协会、科研院所等支持和协助，尤其

需要重视解决以下几个问题：

（一）塑造良好的人才成长环境。社会办医的人才培养环境主要包括硬环境和软环境。“硬环境”泛指构成社会办医人才培养环境中所有有形实体的硬件条件，如工资、福利待遇，住房保障等。“软环境”泛指社会办医人才培养环境中一切无形的因素，如社会办医品牌效应，人才文化和激励机制等。社会办医人才“硬环境”可以复制和克隆，并不是制约人才成长的主要问题，但“软环境”建设需要长期不懈的坚持，是人才成长的土壤，是社会办医人才环境建设的中心。

首先，社会办医的投资人和医院管理高层要重视人才的作用，增加对人才环境建设的意识，有效整合医疗人才“小环境”建设的各种资源，为人尽其才、人尽其用、人尽其职、人尽其能和自我价值实现创造良好的条件。其次，社会办医职能机关要树立为人才服务的观念，真心实意地服务人才，尽可能解决人才遇到的、反映的各类问题，尤其要从学习、工作、生活的细微小事去关爱人才，增强人才对医疗机构的归属感，尊重人才自我个性、容忍人才各类“缺陷”，让人才发挥出最大的人才作用。第三，社会办医内部要形成尊重知识、尊重人才的环境，切不合引而不用、用而不培、培而不养，使各类人才有用武之地而无后顾之忧，有苦练“内功”的动力而无应付“内耗”的压力，有专心谋事的氛围而无分心防人的气氛，真正使各类人才心无旁骛地“创业”。

（二）塑造良好的人才政策环境。社会办医的人才多数来自于公立

医学院校或公立医疗机构，而公立体系的医学人才能否“溢出”，社会办医内部的人才培养机制能否发挥出作用，政策引导和牵引是不可忽视的重要力量，应做好以下三件事：一是发挥好传帮带作用。需要政府有关部门像帮带边远艰苦地区医疗机构一样，借鉴“健康扶贫”的一些做法，按照“一盘棋”的原则，让社会办医能够进入医联体、医共体，有各个不同层级上对口支援清单和目录，从而让社会办医整体有强大的外部智力支持。二是协助培养好人才。由于多数社会办医机构不是医学院校的临床教学、实习基地，参加科研、教学条件不具备，影响到科研课题立项、科研论文撰写。在学术组织改选、举办各类学术活动时，考虑向社会办医倾斜，让社会办医内部形成竞争机制。有计划组织优秀的师资力量对社会办医投资人、医院高级管理人员，中层骨干等进行专题、专项培训，提升社会办医机构的综合管理能力。三是做好顶层设计。对于社会资本力量参办高水平医学教育机构提供政策扶持，向支持高新技术产业一样，提供人才、土地、资金、税收等各项优惠。对于有一定公信力的社会办医领头者，政府可考虑像鼓励当地明星企业一样，给予政府信用背书。鼓励医学院校与社会办医合作，鼓励部分公立医院专家参与社会办医医疗质量提升工作，指定公立医院与社会办医接成帮扶对子，鼓励医联体、医共体吸收社会办医机构，全方位提升社会办医的人才培养前后段的培养能力，把“生存型支持”变为“发展型支持”

(三) 塑造良好的人才培养环境。人才是育出来的、是培出来的，

不是高薪“买”来的。这就要求所有社会办医的管理者们静下心来培育人才、培养人才，而不是“东撬西挖”，就算挖来了有用的人才，如不注重人才培养环境的建设，最终也会竹篮打水一场空。因而，社会办医自身要围绕如何促进人才成长、如何发挥人才才干、如何扩大人才效应上下功夫。一是要对当前机构内部的人才政策进行修订完善，制定人才培养战略计划，明确目标任务和时间表，落实措施要求，把优秀的人才引进来。二是要进一步完善人才选拔、培养、考核、激励制度，构建协调有效的选才、育才、用才工作机制，把能干的人才留下来。三是要针对人才队伍现状，结合医疗机构发展规划，制定人才培养措施，主动为人才的能力的再提升创造有利条件，使其发挥更大的作用，实现人才的保值增值，把人才才干的提升作为战略工程，把人才辐射效应作为工作重点，努力营造尊重知识、尊重人才、尊重劳动、尊重创造的良好氛围。

社会办医的人才环境建设问题是一项系统性工程，需要系统内部各个要素协同发力，共同推动整个系统的变革。只有处理好了社会办医人才建设的问题，夯实社会办医发展的根基，社会办医的明天才会真正到来。

[返回目录](#)

• 医疗改革 •

医改政策再掀风浪，集采与 DRG 将如何互补？

来源：MedTech

9月5日，北京医保局发布了《关于公布第一批 DRG 付费和带量采购联动管理采购产品中选结果的通知》，标志着“集采+DRG”的政策体系正在逐渐走向实施，将为医疗行业带来哪些新的机遇和挑战呢？

2023年9月5日，北京医保局发布了备受关注的《关于公布第一批 DRG 付费和带量采购联动管理采购产品中选结果的通知》。这一举措是医疗改革领域的一次重要探索，旨在通过集采与 DRG 政策的融合，实现医院成本控制和企业价格合理竞争的双赢局面。



本次联动采购由北京市医疗机构组成医疗机构 DRG 联动采购集团牵头，围绕运动医学、神经介入和电生理类医用耗材展开，采购周期为 1 年。

耗材价格趋势：整体来看，耗材价格的降幅相对温和，部分产品降价幅度有限。以神经介入类为例，弹簧圈的中选产品价格区间为 3277 元到 8133 元，而电生理类耗材平均降幅达 49.35%，神经介入和外周介入平均降幅为 53.6%。这一趋势表明，在技术门槛高、竞争不充分的耗材领域，集采中温和降价逐渐成为趋势。

采购量分配机制变革：采购量分配方面，北京医保局实施了新的机制。对于申报企业确认供应的，即为中选产品，并形成相应的分包任务量。对于申报企业拒绝供应的，待分配量由采购主体重新分配给其他中选产品，原则上企业不可拒绝供应。这一举措旨在保障供应充足，满足患者需求。

DRG 与集采的联动互补机制

这次联动采购的最大特点就是集采政策与 DRG 政策进行了有机的结合。医院作为强有力的参与者，对未来市场走向有着巨大的影响力，这也是业内最大的好奇之一。

DRG 和集采政策都是医疗改革的重要举措，旨在降低医疗成本并提高效率。然而，在实际落地过程中，它们都面临一些挑战。

DRG 政策：DRG 政策旨在通过按病组付费来降低医疗成本。然而，一些医院在 DRG 模式下面临更大的控费压力，可能会影响到临床科室和医生对耗材的选择。高费用的创新诊疗项目也可能面临推广困难。

集采政策：集采政策需要在满足临床需求的同时挤出价格水分，这是一个难点。如何平衡多方利益，满足企业需求，以及提供创新空

间，是集采策略的挑战之一。

联动优势：北京医保局通过将 DRG 和集采政策联动，为医院和企业创造了更多机会。首先，根据《北京市医疗机构 DRG 付费和带量采购联动管理方案(第 1 号)》，首年不因产品降价而降低病组支付标准，鼓励医院积极参与，有望增加医疗机构的结余，从而提高积极性。

头部医院的重要作用：六家头部医院(首都医科大学附属北京安贞医院、北京积水潭医院、首都医科大学附属北京天坛医院、中国医学科学院阜外医院、北京大学第三医院、首都医科大学宣武医院)作为使用方，在临床和市场使用空间的把握上更为精准，能够在挤出价格水分的同时兼顾临床需求。北京选择的高值医用耗材在 DRG 模式下承受较大压力，因此头部医院更有动力积极参与“集采+DRG”联动改革，最终的成效将影响此政策的推广情况。

未来展望

这一联动政策为医院与企业之间的合作带来了新机遇。本次北京选择的高值耗材领域对 DRG 政策的压力较大，因此医院有望更积极地参与“集采+DRG”的改革。这一政策的成功落地将影响未来的推广情况。

“集采+DRG”政策的实施是医疗改革的重要一步，将为我国医疗体系带来更多的机会和挑战。我们期待在未来看到这一政策的积极成果，以及医院与企业在新的政策环境下的共同成长。

[返回目录](#)

从医疗改革的过往看医疗改革的未来

来源：医学界

医疗作为社会民生的三驾马车之一，作为与百姓生活息息相关的核心领域，其任何的变动或改革都会引起民众“蝴蝶效应”般的回应，成为万众的焦点，对于政策制定者来说，事关国家、社会的安全稳定和繁荣，不可不察也。

一、医疗改革的过往

生老病死是民生大事，却均与医疗有关。因而，医疗是最大的民生，医疗改革就是最大的民生改革。自新中国成立以来，我国一直在寻找一条适合中国特色的医疗服务道路，为此制定过不同的医疗保障制度和体系，主要分以下三个阶段：

1. 新中国成立之初的免费医疗。

我们仿照前苏联，建立了城镇职工、居民免费医疗，农村居民合作医疗的保障体系，依托计划经济体制下的“小社会、全体系”进行医疗服务，依靠广大的赤脚医生实施网格式、“点线面”式的区域保障，满足了老百姓初级的医疗需求，其中赤脚医生曾被联合卫生组织作为第三世界的典范向全世界推广。

2. 改革开放的保险医疗。

建国初期的“国有国医、厂有厂医、乡有乡医”的医疗服务模式确实能够覆盖到绝大部分人群，但带来的一个核心问题是服务质量的不均衡，这种以人群职业、居住地分类的医疗模式与以疾病类型的分

级诊疗是完全不同的，它的执行和运转依靠计划经济体制下的“计划”，一旦计划经济本身发生改革，医疗保障模式就必然受到波动。以吹响改革开放号角的十一届三中全会召开后，国家建设的重点转移到以经济建设为中心后，首先受到冲击的是国有、集体企业，企业的铁饭碗打破后，市场经济的洗礼让很多企业失去了利润空间，也无法承担起企业职工的医疗费用。在农村实行的土地联产责任承包制，让农村集体经济哺育的“赤脚医生”失去了经济来源，也活不下去了。当旧的医疗服务模式无法进行下去的时候，医疗改革便接踵而至。这一轮医疗改革的参照物变成了西方发达经济体医疗服务模式，从城镇职工开始入手，建立了医疗保险制度，设立了医疗保障基金，用新型农村合作医疗取代老的农村合作医疗，初步建立了医疗保障体系。

3. 新时期的全民医疗。

随着经济社会的发展和人们对健康需求的“渴望”，改革开放后建立的医疗服务体系虽然倡导以疾病严重程度作为在不同级别医疗机构就诊的依据，但却并没有从制度和政策层面进行强制。相反，任何患者都有选择就医场所的自由。为了获得更好的优质医疗服务，患者争相涌入大型医疗机构、城市医疗机构，不断拥挤的人群推升了医疗服务的价格，最终导致了“看病难、看病贵”。于是，另一场医疗改革便迫在眉睫。本轮医疗改革从两个方向入手，一个方向是改革医保基金的支付方式，从过去的以项目支付为主转变为以分值付费为主；另一方向是医疗机构内部的改革，从绩效分配方式，优质医疗资源均

衡，分级诊疗落实等方面用力。同时，把城镇居民和农村居民医保合并为居民医保，真正建成了符合中国特色的全民医保体系。

二、医疗改革方向中的未来

从马克思主义辩证唯物主义的观点来看，医疗改革没有终点，永远都在路上，需要结合时代的变化，持续不断进行调整，但制度设计、经济发展、人们需求等会约束医疗改革的总体方向和变革边界。可以预见，未来医疗改革将有以下几个特点：

1. 政治体系决定医疗改革的主要属性。

我国已建立了覆盖全社会所有人群的基本医疗保障体系，这一制度是开创性的，是与全球 213 个经济体完全不同的医疗服务体系。我们没有建立西欧等发达国家的免费医疗保障制度，也未照抄照搬美国的医疗保险制度，而是借鉴各个国家形成的医疗保险、大病统筹、医疗救助等一体化综合保障模式，其根源既有我国的具体国情，更重要的是社会主义国家制度决定的。这一制度把社会的公平公正和全社会所有人群放在最重要的位置；这一制度坚持以公立医院为主体的服务架构。因而，未来医疗改革坚持以公立医院为主体的结构特征是不会改变的，医疗服务的国家行为特征也是不会改变的，保障全社会所有人群享有的健康权利只会越来越好。医疗改革的方向就像消除绝对贫困一样，会聚集消除医疗服务领域的“贫富”差距，让所有人员享受政策的优越性和医疗进步的红利。

2. 经济基础决定医疗改革的主要特征。

任何的改革都不是凭空产生的。改革作为上层建筑，必须有经济基础来奠基，依靠经济发展来实现。回顾我国从新中国成立以来所有医疗保障的方式，以及推动医疗改革的动力，背后都有经济的影子。建国之初，我国实行以计划经济为主导的经济制度，伴随的是计划经济特点的计划医疗；改革开放后，引入市场经济。这一时期出现的医疗保险、社会办医是市场经济的产物。新时期，我国 GDP 总量跃居世界第二，将发挥市场在资源配置中的决定性作用，推动供给侧改革，实现内外两个循环。此时，医疗改革的方向同样是让医疗资源在医疗改革中发挥主导作用，把医疗资源的再分配作为供给侧医疗改革一个措施。从这一规律来预测，今后医疗改革方向一定与经济发展、经济基础、经济特征相互对应，相互适应，相互成就。

3. 健康需求决定医疗改革的主要任务。

医疗的服务对象是人民群众，守护的是人民群众的健康，这是医疗服务的终点与起点，更是医疗改革的立足点和着力点。建国之初的前苏联式计划医疗，是建立在经济基础相对薄弱、西方医疗服务体系尚未完整建立的基础上，采用了免费医疗、职工医疗、乡村医疗的服务模式。然而，这一模式是建立在计划经济的基础上，它本身限制了人民群众自由选择医疗资源的权利，也等于制约了人们向往更好健康的追求，尤其当改革开放后，各类资源可以全社会流动后，人们更希望获得最好的医疗资源。这时，医疗改革便朝着允许患者自由流动、自由选择、自由就医，以市场经济和市场服务的模式，为人民群众提

供多样性的医疗服务。然而，患者未加辨别、一味地追求优势医疗资源。导致了大量患者涌入大型医院，推高了服务价格，造成了看病难看病贵的问题。此时医疗改革的任务便是分级诊疗和优质资源的再分配，这也是当前医疗改革正在进行的事。未来，当我们实现中华民族伟大复兴，以及 2035 年远景目标后，医疗改革的任务仍然围绕人民群众的健康需求，把按需治疗和按级治疗融合起来，更好地保障人民群众不断增长的健康需求。

4. 提升效率决定医疗改革的主要手段。

如果把医疗改革分为宏观和微观两个维度来看。那么，国家层面的医保改革、三医联动、公共卫生体系的建立则是宏观环境方向的改革，是结合政治、经济制度和人民群众需求来推动的。而医疗机构内部改革则是内环境和微观环境的变革。医疗服务的本质是服务，这与其它服务业的发展规律是一样的，同样遵循效率优先、效益第一的原则。因而，围绕如何提升医疗服务的效率和效益同样是医疗改革之身要努力实现的方向。如果分析当前正在执行的集中采购、取消公立医院“回款权”、实行新绩效改革等具体改革措施，均是在提升医疗服务的效率、医保基金利用的效率、百姓享受价值医疗的效率，相信未来的改革仍然会在这一基础上进行，这是医疗服务行业的经济属性、市场特征决定的。

5. 民众焦点决定医疗改革的主要方向。

人民群众的健康需求是医疗改革的主要参考物，但任何好的制度

需要好的执行和落地。人们需要干净整洁的环境，胸怀仁心的医务人员，舒心安心的诊疗体验，这是民众关心的焦点，更是医疗机构内部本身应努力的方向，但如果在服务理念上发生偏移，尤其是医疗服务中的支点：医务人员，其自身出现职业道德问题，那将严重侵蚀人们的期望，出现不正常、畸形的医患关系，最终损害的是国家公信力，产生社会信任危机，引发社会问题。如当前正在进行的医疗反腐，实际上也是医疗改革的一个部分，起到净化医疗行业内部的风气，树立正确的服务理念和价值观，更是对应民众关注的焦点，损害的是极少数人的利益，获益的却是整个医疗服务群体和患者的利益。可见，老百姓未来关注什么，医疗改革就会向什么方向前进。

未来的医疗改革一定与我国现有政治制度、经济基础相适应，以价值医疗为牵引，把疾病分类作为供给侧改革的坐标，向提升医保基金使用效率，回归医疗服务的福利属性，增强民众的幸福感等方面发展，从而建立起一套我国独有的、具有中国特色的医疗保障体系，这或许就是未来医疗改革的方向。

[返回目录](#)

• 医保速递 •

《条例》出台，确立异地就医结算制度的法律地位

来源：国家医保局

随着经济社会的发展，人民生活水平不断提高，人民群众对社会

保障领域的需求也在日益增长，国家不断调整制度政策以适应社会的发展和人民群众的需要。《社会保险经办条例》是继《社会保险法》专章对社会保险经办作了规定后的一部专门针对社会保险经办领域着力保障和改善民生的法规性文件。《条例》站在社会发展的角度，坚持问题导向，聚焦解决社会保障领域中“最后一公里”以及群众在社会保险经办事务中的痛点、难点和堵点问题，以维护公民参加社会保险和享受社会保险待遇的合法权益，使公民共享发展成果为目标，从法律层面规范了社会保险经办工作，明确了社会保险经办机构以及相关责任人之间的权利和义务，为今后社会保险经办工作提供了遵循，对于提高社会保险经办服务水平，促进社会主义和谐社会建设具有重要意义，对于我国社会保险经办工作向法治化发展具有里程碑的意义。

异地就医是当今社会老百姓最关注的热点民生问题之一，也是经办事务中的痛点、难点和堵点问题之一，党中央、国务院高度重视异地就医住院费用直接结算工作，将其作为一项重要的民生工程，多次在政府报告中提出新的目标要求。《条例》首次正式确立异地就医医疗费用结算制度作为医疗保障领域的一项基本制度的法律地位，从制度定位、待遇支付、经办服务和管理措施等方面，对规范异地就医经办工作，解决经办事务中具体问题提供了法律遵循，为今后异地就医工作的发展明确了方向。

《条例》确立了异地就医结算制度的法律地位。

目前，全国所有省级异地就医结算系统、所有统筹地区均已实现与国家异地就医结算系统的对接，系统运行平稳有序，异地就医直接结算人数快速增加，越来越多的群众已享受到这项政策带来的便利。异地就医经过多年发展已经逐步走向成熟，基本的规则流程得到了社会大众的认可并趋于稳定。以往异地就医相关的制度规定都是主管部门以政策性文件发布实施，本次《条例》中规定“建立健全异地就医医疗费用结算制度”，实现了异地就医制度的政策立法，将政策性规定从行政法规层面予以明确，赋予了异地就医制度相应的法律效力和国家强制力的保障，标志着异地就医制度迈向成熟。《条例》也明确了社会保险经办机构“应当要做好异地就医医疗费用结算工作”的异地就医工作职能。

《条例》明确了异地就医待遇给付的关键环节。

《条例》出台的根本宗旨是贯彻落实以人民为中心的发展思想，解决群众在社会保险经办事务中的痛点、难点和堵点问题。从异地就医方面，国家去年印发了《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》，对异地就医结算制度进行了全面性的整合和规范，异地就医在待遇程度上跟随当地经济以及基金使用的发展规律而变化，新时期的异地就医面临的主要问题集中在服务便捷性和手工报销的环节。在办理过程中，虽然有事项清单的要求，但是在实际中可能会因为参保人提供材料不全或经办机构办理效率等因素，办理结果仍然参差不齐，群众的获得感和体验感亟待进一步提升。《条例》

在第三章《社会保险待遇核定和支付》中，针对手工报销方面，明确了具体的办理材料和办理时限，一方面限定了全国的医保经办机构在材料和时限要求方面，不能够超出《条例》明确的范围，一方面也限定了老百姓相关方面的义务，给与经办机构以法律遵循。

《条例》明确了异地就医经办服务发展的基础。

国家医保局、财政部等部门明确，进一步完善异地就医备案政策、进一步明确定点医疗机构直接结算服务范围、进一步规范经办机构跨区域协同流程，破解了跨省异地就医结算中的不少新老难题，让群众在异乡更有“医靠”。从吉林省医保咨询问题统计分析来看，异地就医问题咨询量仍占据群众咨询问题的首位，这充分说明异地就医的服务可及性方面还有一定差距，下阶段的异地就医经办服务发展应在此方面加大力度。《条例》的第四章《社会保险经办服务和管理》明确经办管理服务的跨部门、跨统筹经办、一站式管理服务、省市县乡村全覆盖等经办服务模式，这为推进医保服务事项下沉，服务事项通接通办提供了更高的依据，也是国家大力加强基层治理，提升资源使用效率，增强基层服务能力，为老百姓提供更加便利的公共服务的重要体现。异地就医备案和手工报销等作为首批的服务事项向基层推进，切实从根本上把服务送到老百姓身边。

《条例》明确了异地就医管理提升的管理措施。

《条例》从经办机构内部管理以及医保经办各方的法律责任，明确了经办机构应承担的职能以及相应法律责任，鼓励和支持社会各方

面对社会保险经办进行监督，对于“给社会保险基金、用人单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任”。有研究表明，随着人门口流动的增加以及服务便利性的不断释放，异地就医费用持每年增长态势。随着异地就医次均住院费用的快速增长，医保部门应加速提升医保费用监管效率，以适应异地就医的发展。异地就医跨地域协同监管一直是医保基金管理的难题，应该将其纳入医保经办机构的内部管理控制以及对服务机构的监督管理的重要内容。

[返回目录](#)

国家医保局发文，医用耗材支付管理将带来哪些改变？

来源：复旦大学社会发展与公共政策学院

医用耗材涉及医疗机构内 95%以上诊疗业务活动，其支出占大型综合医疗机构总收入的 15%-20%，且逐年增长。而更新迭代迅速的高值医用耗材年市场增长率更是达到 26%，远高于国内 6%的年 GDP 增幅和 15%的年医疗费用增长率。但因为医用耗材市场起步晚、发展快、管理杂，导致其收费、定价、支付管理一直是打补丁式“发现问题、解决问题”，缺乏系统性和规范性，成为医保支付管理和综合医疗改革中的难点区。

随着改革深化，医用耗材综合治理引起国家高度重视，医保层面，《国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知》、《基本医疗保险医用耗材管理暂行办法》等系列政策持续完善医用耗材准入和管理。为进一步夯实耗材管理、完善支付机制、提升医保效能，

国家医保局印发《关于做好基本医疗保险医用耗材支付管理有关工作的通知》(简称《通知》)。未来医用耗材支付适应“一个原则”，具有“两重意义”，通过“三类举措”，达成“四更发展”。

一、原则：医疗服务价格改革“技耗分离”

二十大报告指出，深化医药卫生体制改革，要促进医保、医疗、医药协同发展和治理。在上世纪医疗、医保制度形成初期，医疗技术发展有限、医疗服务项目较少、药品治疗占据主流，为数不多的医用耗材合并医疗服务项目中打包收费，只有少数一次性使用的、价格高昂的医用耗材被“排除法”单独收费。这种“技耗不分”的收费模式导致医护人员劳务价值和医用耗材材料价值混杂，结合“以药养医”的社会背景，形成医用耗材暴利补劳务价值补偿不足的实践，激励扭曲，腐败丛生，物议沸然，亟待改革。

为医保、医疗、医药协同发展和治理，《通知》明确，医疗保险医用耗材支付要促进“技术劳务与物耗分开”，适应“技耗分离”原则给予医用耗材和医疗服务公允支付，帮助医药、医疗领域价格充分回归价值。既“技耗分离”原则下，医疗保险逐步将未被纳入医疗服务项目价格构成的一次性医用耗材按规定纳入医保支付管理范围。除了极少数不应或不必要与医疗服务项目分割的易耗品列入“负面清单”不另行收费外，其它医用耗材均可单独收费，符合临床必须、安全有效、价格合理的医用耗材纳入医保支付范围。

二、意义：着力提高保障公平性和参保群众获得感

在当前印发《通知》具有提高保障公平性、提高参保群众获得感两重重要意义。

现有医保医用耗材支付中，国家层面实行排除法，只有少数高治理水平省市实行准入管理。使得各地在规则程序、支付范围、报销方式和报销比例存在较大差异，导致医保支付范围、报销水平等差异较大，与广大参保人的保障需求还有差距。《通知》的实行，是从国家层面加强医疗保险医用耗材支付机制顶层设计，实现保障范围、待遇水平的相对统一，维护保障公平性。强化管理，提升效率，维护公平性。

而《通知》实行后，加强医用耗材医保支付管理让医用耗材医保分类更加规范，支付管理更加科学高效。确有临床价值的经济适宜医用耗材无论绝对价格都能纳入保障，从而提高综合治疗效果，降低全生命周期内总治疗费用，节约医保和患者支出，给所有参保患者获得感。

三、举措：规范码名基础、加强准入管理、完善支付政策

《通知》明确，医疗保险医用耗材支付要从夯实基础、强化准入、科学支付着手，三措并举，做好全流程、全方位管理。

规范医用耗材代码、通用名管理基础：以往医用耗材管理难的根本原因在于命名不规范。“同名不同物、同物不同名”现象并存，导致医用耗材难识别、难区分，地区间医保支付范围、口径也存在较大差异，只能笼统管理、大而化之。自2019年国家医疗保障局上线应

用医保医用耗材代码，以码定物，极大提高了医用耗材识别准确性和管理规范性。当前所有在用医用耗材用途、品目、(应用)部位、功能、品种、材质、特征清晰准确，可以实现带码采购、带码使用、带码结算、带码监管，使得医用耗材医保目录化准入并支付成为可能。在一物一码、规范编码的基础上，再推行与医保支付管理相适宜的医保通用名，利用真实大数据形成各类命名规则，将医保医用耗材数据库注册备案信息的三级分类的共性要素(学科、品类、功能)和产品特性差异性要素(材质、特征)进行提炼，根据准入管理需要选取粗细合适的必要元素，形成各类命名规则，为医保医用耗材准入目录身份识别提供有效“介质”。这样的赋码和通用名命名后，所有未被纳入医疗服务项目价格构成的一次性医用耗材都可以准确识别，在支付中应纳尽纳、高效管理。

以“准入法”确定医疗保险医用耗材目录，并动态调整：《通知》在政策层面明确“准入法”，既国家基本医用耗材支付实行医保通用名管理下的医保支付准入管理。各省市纳入《基本医疗保险医用耗材目录》的医用耗材，必须具备临床必需、价格合理、安全有效等特点，且综合考虑医用耗材的功能作用、临床价值、费用水平、医保基金和参保人的承受能力等因素动态调整。“准入法”推动实践中医用耗材支付由粗放式管理向精细化治理转变。原多数省市对医用耗材按照使用科室和单件金额粗分为几个大的类目，类目下所有医用耗材均可以支付。这种无门槛式准入使得部分成本效益差的医用耗材浑水摸鱼也

获得高比例支付，进而被滥用。通知要求各省市在十四五期间健全医用耗材医保准入制度，改统管为精管，只有确有价值的使用耗材经过论证审批才能纳保，从源头提高医保支付效能。

统筹管理，科学化、精细化完善支付政策：《通知》提出各省市依据真实世界实践数据测算确定医用耗材保障水平，谈判定价、同类同(支付)价，并逐步全省统一。并与 DRG、DIP 支付方式改革等政策协同，形成正向叠加效应。这样医用耗材市场价格由传统卖方主导变为新时期买方主导，医保基金能够真正发挥战略性购买作用。

四、发展：更规范、更科学、更统一、更创新

《通知》实行后，通过支付治理的更规范、更科学、更统一，最终促进我国医用耗材产业更创新，实现长远发展。

更规范：《通知》强调推进医用耗材分类和代码统一，逐步实行医保通用名管理，实现“同物同名同码(类)同待遇”。这将彻底破解临床医用耗材定价的乱局，比出功能和用途相同、材质和特征相似、临床可相互替代的医用耗材，进行同批采购，以无形的手推动市场实现“同质同价”乃至“价略高质极优”，并结合集中采购、谈判议价等成果，完善医保管理，实现管理趋同，最终在趋同的管理基础上制定统一支付标准。全品类、全过程、动态化规范管理。

更科学：当前各省医用耗材的医保支付主要包括按额度支付、按固定比例支付、按不同价位不同比例支付和按医疗项目比例支付四种，均未考虑医用耗材的技术特性和功能不同，且各省市(或统筹区)

的标准存在极大差异，政策粗放。《通知》落实后，医保医用耗材支付将精准化，同国际接轨，基于卫生经济评估，结合医用耗材技术特性、安全性、有效性、经济性、适宜性、创新性，兼顾考虑社会价值、公平性与可及性、综合服务质量水平，统筹医保基金承受能力和参保人负担，合理确定支付标准。这样的标准是“大锅饭”变“小炒灶”，尽管转换初期测算成本高、定标任务重、解释工作量大，但只要度过阵痛期，就会产生巨大经济效益并长期稳定运行。

更统一：一是，实现目录范围与待遇标准的省级统筹，同省市不同人群间待遇统一、保障水平平衡；二是，鼓励省级医疗保障部门之间采取区域联盟或协作等形式，探索建立联盟或区域内统一的耗材目录和支付标准，实现经济发展水平相近区域医疗保障待遇水平相同，更有利于新时代高流动社会经济形态；三是，统筹药品、医疗服务项目、医用耗材三大目录管理，实现医保对医药、医疗的协同推进，药械使用和诊疗服务都获得合理偿付。

通过更规范、更科学、更统一的医保医用耗材支付，推动医用耗材产业以“高质量、优功能”为导向创新发展，良性竞争，行稳致远。

《通知》提出，在医保医用耗材支付管理优化后，不仅仅是患者医用耗材负担不增加，还要费用结构合理化，待遇水平不降低，总体负担不增加。医用耗材使用后全治疗周期的总成本被医保关注并监测，并由医保基于真实数据结论，采购、支付、监管多政策协同，把最契合国内医疗技术水平和社会经济发展水平的医用耗材迎进来。这种选择

传导至产业，促进医用耗材产业生态改变，带金销售的高价产品失去市场，技术低劣的淘汰期产品失去市场，只有好用、耐用的医用耗材才有持续的生命力，具有高成本效益的创新技术也能够快速落地，再提升医疗技术水平，提升医保基金效能。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG 付费下，医院应抓住这 4 大关键因素

来源：医宝研究院

DRG 支付改革是医保精准支付的方式之一，这与原来的按项目付费明显不同。根据疾病诊断和治疗方式以及复杂程度，将患者住院期间药品、耗材、诊疗服务等全部费用打成一个包，按事先明确好的标准收费与支付。医保基金主动购买，患者个人出多少事先做到心里有数。

医保支付方式的改变，医院的经营发展也将发生巨大的变化。从原本的“多做多得”将变为“做精做专”。医院不仅需要研究 DRG 支付方式的核心公式，还需要结合医院实际情况进行多方位的调整。

01、影响医院钱袋子的四大关键因素

以 DRG 点数法为例，我们根据 DRG 医保支付的公式来分析，医保支付标准=(DRG 病组基准点数×医院系数×调整系数)×点值。核心要素包含了以下四点，DRG 病组基准点数、医院系数、调整系数、点

值。换句话说，这些都是直接影响医院医保收入多与少的关键因素。

基准点数：在基本医疗保险统筹基金支付的住院医疗费总额预算内，根据各病组均次费用与所有病例的例均费用的比例关系确定相应的病组基准点数。

医院系数：按照医疗机构服务能力和水平确定医院系数。

调整系数：考虑标杆倍率(结算总费用/标准费用)等因素，对基准点数进行校正，确定调整系数，确定支付总点数。

点值：医保局根据周期总预算及期内发生总点数，波动调整点值。

在支付标准中，也要分城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险两种。而 DRG 基准点数是对每一个 DRG 依据其资源消耗程度所给予的权值，反映该 DRG 的资源消耗相对于其它疾病的程度。

比如说，某病组基准点数=该病组次均住院费用÷全部病例次均住院费用×1000。算法是采用前三年数据，历年比例按照 1：2：7 测算，稳定组采用各病组住院费用次均住院费用，非稳定组采用各病组住院费用中位数。

02、案例解析：以 DRG 试点城市为例

以某地级市的 DRG 分组为例，医院第一步需要先拆解 DRG 分组，并将院内的疾病打包对应到以下这些组：分级诊疗组、激励病组、目标总控组、重点监控组。

1. 住院目标性总控组是指高人次、低权重、轻症总额控制 DRG 组；通过设置目标性总 DRG 组并测算当年度试点医疗机构权重总量，进而

对人次总量进行控制。若当年度目标总量控制 DRG 组实际发生权重总量超出目标控制总量，年终清算时将重新调整相应 DRG 组付费权重，保持目标性总控 DRG 组年度实际付费权重总量与目标控制总量保持不变。若当年度目标性总控 DRG 组实际发生权重总量小于目标性控制总量，按实际付费权重进行结算支付；

2. 住院重点监控组是指与目标性总控组相关的病组，对象为目标性总控组同一 ADRG 内的其他病组。通过增加设置目标性总量控制组与重点监控组的一个权重总量之和，目的在于进行目标性总控组管理的同时，对同一 ADRG 内与之相关联的其他病组进行重点监控，并根据实际情况参与年终清算，保证基金安全；

3. 激励病组是为体现医保政策导向，鼓励、引导三级医院积极收治疑难杂症，提高医疗服务能力，推动实现激励原则。设定激励病组，通过提升三级医疗机构激励病组的权重，引导就诊流向；

4. 分级诊疗组是为体现医保政策导向，引导三级医院主动将常见病、多发病转诊至二级或社区医院诊治，推动分级诊疗实现。设定分级诊疗病组，测算确定分级诊疗调整系数，以二级医疗机构病例权重为基准，降低三级医疗机构部分轻症 DRG 组的病例权重，引导就诊流向。

第二步是为了明确所属医院的医疗机构等级系数。

医疗机构等级系数法主要是综合考虑各定点医疗机构级别、类型、病种次均基本医疗费用的客观差异以及医保部门对医疗机构进行

绩效考核情况等综合因素确定不同医疗机构系数。如将三级医疗机构系数设为 1，把其他医疗机构病种费用与三级医疗机构比较，按“约束最优化方法”测算并综合考虑将其他医疗机构分为不同的档次。

换句话说按照同等级医疗机构“同病同价”的原则，参考全市城镇职工、城乡居民两个险种的医保基金收支情况，分别设置二级医院、三级医院两个档次四种年度点值：即城镇职工三级、城镇职工二级、城乡居民三级、城乡居民二级四种点值。

第三步是明确点数调整系数。其点数调整计算公式：病案实际总费用/DRG 病组支付标准费用。

正常入组病例。单个参保人住院过程完整且不归类于特殊结算类型的病例，每月按照该 DRG 病组支付标准正常结算。

费用极高病例。对于费用极高病例采用阶梯高倍界值认定，分档规则如下：

①基准点数小于等于 1000 的 DRG 组中，高倍界值设为该 DRG 例均费用的 3 倍。

②基准点数大于 1000 且小于等于 2000 的 DRG 组中，高倍界值设为该 DRG 例均费用的 2.5 倍。

③基准点数大于 2000 的 DRG 组中，高倍界值设为该 DRG 例均费用的 2 倍。

④费用极高病例在月度结算时，按 DRG 正常入组支付标准进行结算，年终清算遵从费用极高病例清算规则执行。

费用极低病例。参保人住院病例能够正常入组，但住院总费用低于 DRG 组例均费用 0.4 倍以下的，定义为费用极低病例。为保证医保基金的使用效率，该类病例进行月度结算及年终清算时均按项目付费。

[返回目录](#)

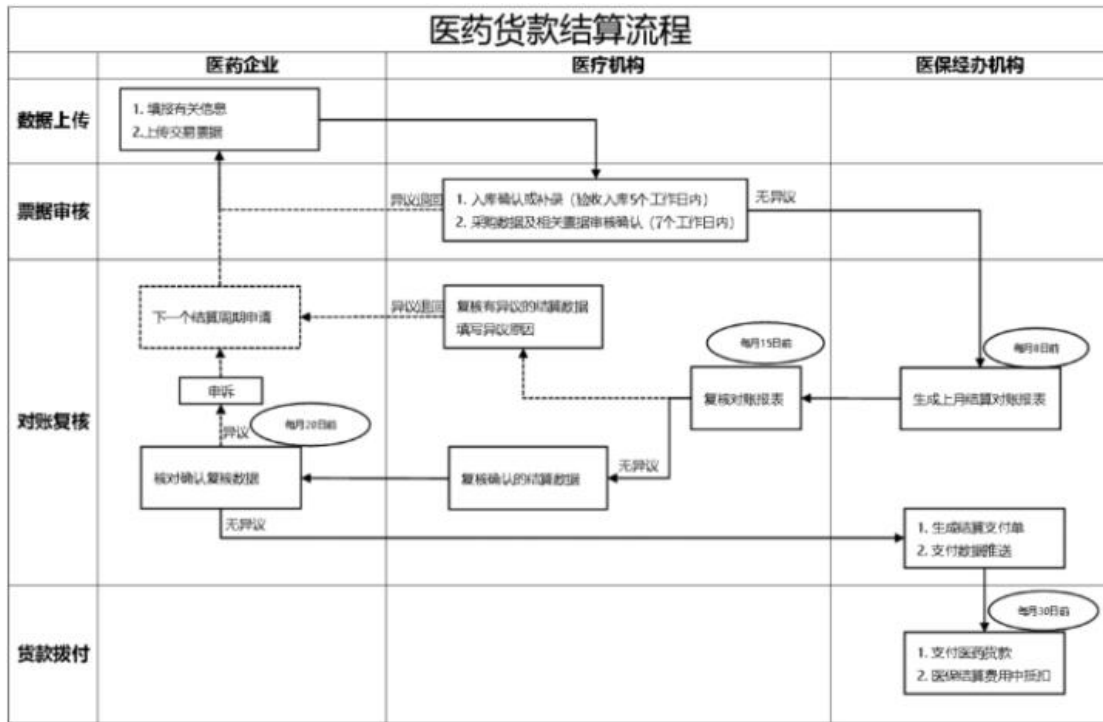
取消公立医院“回款权”？医保直接结算此中有深意！

来源：健康界

2023 年 8 月 2 日，湖南省医保局、卫健委、财政厅在联合印发的《关于实施医保基金直接结算集中带量采购中选产品医药货款的通知》（湘医保发〔2023〕36 号）中规定，自 2023 年 10 月 1 日起，在全省范围内实施集中带量采购中选药品和医用耗材货款由医保基金直接结算工作。

文件一出，引起行业普遍关注和热议，观点不一，莫衷一是。甚至有自媒体宣称“国家医保局发布通知，2023 年 10 月 1 日起，在全国范围内实施医院回款权取消工作”，如此以讹传讹、刻意扭曲，引发医疗机构焦虑。





近日，湖南省医保局通过华声在线辟谣，医保基金与医药企业实施集中带量采购产品直接结算，并非医保部门取消医疗机构货款“支付权”或“回款权”，而是在医疗机构授权的前提下、对集中带量采购药品耗材履行“代购权”的理念，为缩短医药货款结算周期，降低医药流通成本实行的医药货款代付抵扣，不应误读扭曲和过度炒作。

为何行业对医保直接结算充满误解?在此，有必要全面梳理一下国家医保局成立以来开展药耗集采的基本思路和行为逻辑，从而对医保直接结算有一个比较理性的认识和客观的判断。

医疗机构的结算主体责任

一直未曾改变

2018年11月14日，中央深改委第五次会议审议通过《国家组织药品集中采购试点方案》(下文简称《试点方案》)。第二天，11

月 15 日，新成立的国家医保局正式启动药品集采试点工作。

《试点方案》的总体思路是“国家组织、联盟采购、平台操作”，即：国家拟定基本政策、范围和要求，组织试点地区形成联盟，以联盟地区公立医疗机构为集中采购主体，探索跨区域联盟集中带量采购。

随着试点工作的不断推进，无论是扩大试点范围，还是集采工作的常态化开展，“国家(政府)组织、联盟采购、平台操作”这一总体思路一直没有改变；无论是政策规定，还是实际操作，都明确坚持医疗机构及其组成的采购联盟是药品和医用耗材的集采主体。

首先，药耗采购量根据医疗机构申报提交的既往药耗使用量来确定；

其次，集采招投标结束后由医疗机构作为甲方就具体的药耗采购量、供应保障、费用结算等问题与中选企业签署采购合同；

第三，政策明确，医疗机构是药耗采购结算的第一责任人，有责任和义务按采购合同与企业及时结清货款，并明确要求结清时间不得超过交货验收合格后的次月底；

第四，政府在其中扮演的是组织者和引导者角色，主要负责政策制定、组织引导医疗机构形成采购联盟、对集采工作进行监督管理等。

过去的集采实践一再提示我们，医疗机构足额完成确定的协议采购量，并且按规定及时全额进行货款结算，是保证集采工作平稳、有序、可持续开展的前提和基础。

否则，无论其中哪一个环节出现问题，都会引发药耗生产企业对医疗机构兑现“约定采购量”的可靠性和可信度产生疑惑，从而直接影响以量换价工作的正常开展，甚至有可能重蹈既往招采“量价分离”、药品“降价死”等覆辙。

为此，国家采取了一系列举措，包括：带量采购，以量换价，招采合一，保证回款等等，目的就是为了确保集采工作顺利进行，引导社会形成长期稳定预期。

从当前的现实情况来看，由于国家采取了一系列激励约束措施来保证医疗机构使用集采药品和医用耗材，一般来说，如果没有其他特殊情况，足额甚至超额完成“约定采购量”几乎已成常态。

不能将医保直接结算

理解为取消医疗机构的回款权

目前存在的主要问题是，许多医疗机构因为各种原因出现现金流紧张，以致不能按规定及时与药耗生产企业结算货款，使得集中带量采购的质效大打折扣。

一些地方公布了医院欠款情况。如广州公共资源交易中心于2023年4月发布《关于广州市医疗机构新增超期未结算排行榜功能的通知》表示，自2023年4月10日起，广州药品集团采购平台新交易子系统的统计管理菜单中新增广州地市医院欠款情况排行榜功能。

2023年5月，清廉海南网发布《中共海南省人民医院委员会关于巡视整改工作进展情况的通报》，其中显示，海南八届省委第一轮

第八巡视组对中共海南省人民医院委员会开展了巡视，指出其拖欠中小企业账款问题。

因此，为了尽量规避上述情况的发生，避免对集采工作的可持续和高质量发展带来冲击，《试点方案》提出：有条件的城市可试点医保直接结算。2020年2月，中共中央、国务院在《关于深化医疗保障制度改革的意见》中更是明确要求：推进医保基金与医药企业直接结算。国务院办公厅在2021年1月印发的《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》（国办发〔2021〕2号）中提出，在落实医疗机构采购结算主体责任的前提下，探索通过在省级药品集中采购机构设立药品电子结算中心等方式，推进医保基金与医药企业直接结算。

文件在推进医保直接结算的同时，再次强调医疗机构是结算的责任主体，而非医保部门。因此，不能将医保直接结算简单地理解为取消了医疗机构的回款权。

从此前已制定出台医保直接结算文件的山东省和福建省的政策规定来看，医疗机构的结算主体责任一直未曾改变。

山东省医保局等4部门于2021年8月联合印发的《医保定点公立医疗机构药品和医用耗材货款医保基金与医药企业直接结算实施方案》（鲁医保发〔2021〕41号）明确规定：医保基金直接结算应付的药品耗材货款从医疗机构应收的每月医保基金结算款中扣除，剩余部分由医保经办机构支付给定点医疗机构；医保基金支付给医药企业

的药品耗材货款原则上不高于相关医疗机构应收医保基金额度，应付给医疗机构的医保基金结算款不足以抵扣支付药品耗材货款的，不足部分由医疗机构缴纳至医保经办机构结算账户，医疗机构应在收到医保经办机构收款通知的5个工作日内予以支付。

上述方案计划在2025年全面推行医保基金与医药企业直接结算工作，成为了全国首个明确全面推进直接结算的省份。

2022年5月，南京市医保局发布文件，提出力争在2025年前使医保基金的直接结算率达到50%。

福建省医保局、财政厅于2022年12月联合印发的《福建省医疗保障药械货款统一结算支付管理暂行办法》（闽医保〔2022〕125号），也对医保直接结算作出了类似规定：结算部门（注：系指药械货款结算经办机构或部门）代医疗机构向药械配送（供应）企业结算药械货款，相关费用从医保结算款中扣除，剩余部分由结算部门支付给医疗机构，应付医保结算款不足以抵扣已代付药械货款的，不足部分向医疗机构收回。

山东省、福建省两个文件本质上是对国办发〔2021〕2号文件的贯彻落实，主要目的是为了解决医疗机构回款不及时的问题而采取的由医保基金代为结算的办法，并且坚持了医疗机构的结算主体责任。

2023年8月16日，内蒙古自治区人民政府官网发布《我区三类医用耗材纳入医保基金直接结算范围》一文，更是直观地展现了政策的初衷和成效。文中显示，内蒙古自治区将省际联盟集中带量采购的

心脏起搏器、弹簧圈和冠脉导引导管三类医用耗材纳入医保基金直接结算范围，有效解决医疗机构结算货款不及时问题。



据了解，2020 年至今，内蒙古已累计为 2000 余家参与集采的医疗机构预拨医保基金 38 亿元，向 200 余家药品耗材配送企业结算货款 30 亿元。通过“医银企直联”业财一体化全程在线直接结算系统，集采药品、耗材分别从交货验收合格之日实现 30 天内和次月底前回款。

湖南省医保局等 3 部门联合印发的《通知》之所以会引起医药行业的普遍关注和遐想热议，在笔者看来，很重要的一个原因是，文件对于药耗货款结算流程描述稍显粗糙，只是简单地规定为一句话：医保经办机构根据医保招采系统生成的医药货款结算支付单，每月底前通过医保基金支出户及时向医药企业支付医药货款，并从对应医疗机构下月的医保结算费用中抵扣。

一言以蔽之，由于文件并没有其他补充性说明，很容易让人产生

“取消医疗机构回款权”的错觉，以致以讹传讹。

据统计，福建、山东、陕西、安徽、湖南、江西、广东、内蒙古、河北等省均跟进了医保基金与企业直接结算。需要说明的是，目前实施医保直接结算的，针对的只是集中带量采购药品和医用耗材，而处在积极探索阶段的也只是一部分省市，并不像某些自媒体宣称的那样已由国家医保局发文、在全国范围内推行。

实行直接结算的地区可能进一步扩大

医院如何应对？

笔者认为，我国由政府组织、由医疗机构组成采购联盟所开展的药品和医用耗材集中带量采购是极具中国特色的市场交易行为，医疗机构作为药耗集采非常重要的交易一方，其结算的主体责任地位必须坚持，不可能取消。

对于医疗机构来说，目前亟需要解决的一个问题是，统筹安排好资金预算，保证集采药耗货款的及时足额结算。否则，在相当长的一段时间内，由医保基金直接代为结算的工作仍会继续，甚至会不断加强，实行直接结算的地区也有可能进一步扩大。

当然，这也是助推医疗机构不断加强内部精细化管理，不断提升资金使用质效，实现医疗机构高质量发展的重要举措。

需要注意的是，相关政策趋势对医疗机构的制度管理和入库验收等方面的能力建设提出了更高要求。按照《关于实施医保基金直接结算集中带量采购中选产品医药货款的通知》规定，要求医疗机构设立

专门机构和人员,及时核对,要求各医疗机构应严格落实岗位责任制,制定医药采购货款管理制度,明确计划采购、验收入库、票据核对等岗位职责,确保流程清晰,责任明确。医疗机构要根据实际采购清单,认真核对产品入库数量、采购价格和应付货款等信息。

《通知》对医疗机构在验收入库之后的5个工作日内、7个工作日内、每月15号之前这几个时间节点都有相应要求。可见,医疗机构应尽快落实岗位职责、明确任务分工,及时验收入库、完成票据审核及医药货款拨付数据复核确认工作,将医保基金结算款不足以抵扣医药货款的部分按要求及时足额补齐,并及时分析和解决政策执行中存在的问题,确保结算工作精准高效。

[返回目录](#)

• 互联网医疗 •

加速建设“三位一体”智慧医院

来源:南方日报

智能导诊让病人找对专家,院内导航指引就医方向,检查结果从“云端”查询……从治疗到“智”疗,正成为越来越多清远市民就诊的新常态。

日前,国家卫健委医院管理研究所发布《关于公示2022年度电子病历系统功能应用水平分级评价新增高级别医疗机构结果的通知》,清远市人民医院榜上有名,成为通过电子病历系统功能应用水

平五级评审的高级别医疗机构。

电子病历作为核心医疗数据的重要载体，是智慧医院建设的核心基础，对于智慧医院的建设具有基础支持作用。当前，我国医疗服务发展正处在从“信息化”向“智慧化”发展的关键阶段。

近年来，清远市人民医院一直在推动以患者为中心的智慧服务、以电子病历为核心的智慧医疗、以智能化管控为导向的智慧管理，“三位一体”的智慧医院建设加速落地，并积极探索“互联网+”便民服务，通过信息化手段提高医疗服务效率，让人民群众能够更加便捷、高效地享受优质医疗服务。

智慧服务护航

立体导航系统精确到米

最近几天，市民老张的腱鞘炎犯了，但是他没有像往常那样专门请一天假去看病。这次，他看病只用了一个小时就返回单位继续工作了。

“通过手机预约挂号，按就诊提示时间前来医院候诊。之后的取药、缴费，不用反复跑，也不用排长队。”说起这些便民服务，老张赞不绝口，他感受到的就医便利，正是清远市人民医院智慧医院建设的智慧服务。

用智慧服务改善医疗服务质量，是清远市人民医院一大鲜明特色。以患者为中心，清远市人民医院通过信息化手段，包括自助机、微信公众号等不断完善和实现智能化服务。患者可以通过手机预约挂

号，按就诊提示时间前来医院候诊。在门诊，患者只需要带一部手机，就能完成预约、就诊、查看检查结果、取药、缴费等全过程，不用楼上楼下反复跑，也不用排长队。同时，依托信息化手段先后推行“先诊疗后付费”和“全院一张床”服务模式。

此外，医院门诊大楼内几乎每走几步就有一个的银医自助机，更让患者享受到无处不在的自助服务。可以说，除了问诊、检查、治疗等必须患者“亲自上”的环节之外，其他的流程几乎都实行了电子化操作。

初次到来的患者大多不熟悉医院布局，容易走冤枉路。为避免这种情况，今年6月，清远市人民医院推出了精确到米的立体导航系统，不仅有院内地图导航，还具备就诊签到功能，帮助患者节约就诊时间。

“患者或家属只要关注院方的微信公众号，点击‘院内导航’，或扫描微信小程序二维码进入，再搜索需要前往的目的地，系统就会自动规划路线，指引到达需要的地方。”该院改善就医体验服务部组长戴燕平介绍说，医院在自助服务区、门诊大厅安排了大量的志愿者，为不熟悉使用电子设备的人群提供人工服务。

全院数据互联

提升电子病历应用水平

服务是外部延展，医疗则是业务基础。面向医务人员的智慧医疗是智慧医院“三驾马车”之一，它是以电子病历为核心的信息化建设。

“在建立以电子病历为核心的医疗业务信息系统建设之前，由于

系统之间没有实现互联互通，关于患者的医嘱、检验、检查、费用和病历信息往往散落于各个系统中。”该院信息科副科长邓联丙介绍，各个系统的供应商和设计模式也不一样，医护人员往往需要辗转几个系统才能获取患者的详细信息，不仅降低效率，还不利于医护人员对患者情况进行多角度综合分析。

建立和完善以电子病历为核心的医院信息系统，是实现现代医院管理目标、促进智慧医院建设的重要举措。长期以来，清远市人民医院高度重视信息化建设，于2013年成立信息化建设领导小组，推进医院信息化建设工作；2018年以来，将电子病历应用水平评级、互联互通标准化成熟度测评列入信息化建设的首要任务，统筹规划、协调推进智慧医院建设工作。

2021年，医院通过国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度四甲测评，形成统一的数据中心，实现了数据互通。目前，医院已实现院内各业务系统间互联互通和全院数据的共享，有效提升数据质量，进一步提升医院信息化的服务能力。

在解决了医疗流程各环节的数据采集、信息共享功能后，医院又将关注的重点转向智能化应用，辅助医务人员提高临床医疗安全与质量。

清远市人民医院通过一系列系统升级，建立了包括临床数据中心(CDR)、临床决策支持系统(CDSS)、基于AI的VTE防管治系统、临床路径管理、合理用药、移动查房与移动护理等系统，不断打破信息孤

岛，从而提高医疗质量，赋能医疗工作。

邓联丙以临床决策支持系统举例。医护人员通过决策支持系统的帮助来快速多维度分析病历资料，做出最为恰当的诊疗决策。该系统的应用，在医院的医疗质量控制中发挥着重要作用，确保了患者诊疗更精准、更科学、更规范。

2023年，清远市人民医院顺利通过国家电子病历系统应用水平分级评价五级评审，标志着向智慧医院建设又迈进了一大步。医院将运用智能化信息技术，进一步促进医疗质量安全、完善就诊全流程、提高医疗服务能力，让群众充分感受到信息化建设带来的服务提升。

“互联网+医疗”

远程医疗平台便利就诊

“一台一体机就能测体温、血压、血糖、心电图，看病比以前方便多了。”连山壮族瑶族自治县永和镇永和圩村医丁俊英，一边操作着公卫一体机为患者测量血压，一边将数据通过电脑上传到“智医助理”系统。

互联网医疗为市民健康信息化建设插上了腾飞的翅膀，其触角已经延伸到乡镇乃至村级卫生室，一幅智慧医院的美好蓝图，正在清远缓缓展开。清远市人民医院将智慧医院建设范围进一步扩大。

2020年6月，清远市获批全国首批医疗卫生基本公共服务标准化专项试点。清远市人民医院作为该项目的承建单位，以连山壮族瑶族自治县为试点推动智慧公共卫生服务体系建设。作为“AI+互联网

医疗”的创新成果之一，目前，“智医助理”系统在连山壮族瑶族自治县内基本实现全覆盖。

经过三年的建设，该专项试点项目以 98 分(总分 110 分)的高分顺利通过考核评估。项目建立了医疗卫生基本公共服务数据库，构建了医疗卫生基本公共服务标准体系，编制了医疗卫生基本公共服务标准规范，推动了市、县、镇、村医疗卫生基本公共服务落地见效。

推动新一代信息技术与医疗服务深度融合，大力发展远程医疗和互联网诊疗，是公立医院高质量发展的重点任务之一。

早在 2016 年，清远市人民医院就启动了建设以本院为依托的清远市远程医疗中心，围绕远程心电诊断中心和远程影像诊断中心建设，以临床为核心，从信息化逐步向智能化转变。

目前医院已与 34 家基层医院签订远程医疗合作协议，并开通 27 家远程医疗平台。至今已完成 71 万人次的远程影像、病理诊断及会诊诊疗量，让基层群众不出县，就可以享受到三甲医疗的影像和病理诊断服务。

随着信息化技术的发展，“互联网+医疗”释放出巨大潜力，医疗服务新模式不断涌现。2019 年，清远市人民医院上线互联网医院，慢病患者在家就可以完成复诊、续方、用药、医保支付等服务。该院还是清远市首家实现“互联网+”医疗服务医保支付的医院，可以提供医保移动统筹支付和线上“两病”（高血压、糖尿病）门诊复诊处方流转、药品配送等服务。线上医保重构了就医新空间，提供了更智能

化、多样化的医疗服务，有助于促进区域医疗资源整合共享和优质医疗资源下沉。

经过几年的发展，医院在推动“互联网+医疗健康”发展方面取得了明显成效。2022年，清远市人民医院被确定为广东省第二批20家“互联网+医疗健康”示范医院建设单位之一。

院方表示，医院将围绕“十四五”规划目标，立足现有信息化建设基础，以电子病历应用水平六级、互联互通成熟度五乙为目标，围绕智慧医院标准框架，结合新兴技术，推进智慧医院建设和医院信息标准化建设。

[返回目录](#)

关于推进“互联网+护理服务”的趋势解读与启示

来源：医药慧

随着人口老龄化和医疗资源不足的问题加剧，护理服务变得越来越重要。互联网+护理服务作为新兴的健康服务方式，突破了传统医疗服务的局限，拓展了护理服务的形式，受到了越来越多的关注。日前，国家卫生健康委召开新闻发布会，介绍发展护士队伍、改善护理服务有关情况，并回答媒体提问，国家卫生健康委员会医政司副司长邢若齐指出，下一步将继续推进“互联网+护理服务”相关工作，强调在扩大试点覆盖面、增加供给和健全完善制度规范上不断推进。

一、扩大试点覆盖面，加强服务项

首先，“互联网+护理服务”的发展趋势之一是扩大试点范围。

国家卫生健康委员会副司长邢若齐强调，要指导各地结合实际，进一步扩大“互联网+护理服务”的覆盖面，增加“互联网+护理服务”项目，扩大服务范围，精准对接群众多样化、差异化的护理服务需求。现在，互联网+护理服务的试点已经涉及了诸如康复、慢性病管理、疾病预防等方面，未来还将加强对基层医疗机构的支持，拓展服务的范围和对象。

其次，未来“互联网+护理服务”的试点将会涌现更多创新的服务模式。可以预见的是，在互联网+护理服务试点项目中，将会更加侧重老龄化护理服务模式创新，推进延续性护理服务模式。推动线上咨询和预约上门服务，为老年出院患者提供在线护理咨询、护理随访、居家护理指导等延续性护理服务；推进居家护理服务模式，为老年患者特别是失能老年患者提供疾病预防、医疗护理、慢性病管理、康复护理、安宁疗护等一体化服务。推进老年人全程医疗护理服务模式，入院前提供在线咨询与预约诊疗、线上预约检查检验、线上住院预约等服务，就诊时提供“一站式”就诊陪诊、陪护、床旁结算等服务，离院后提供延续性护理服务，打通老年人护理服务全流程、各环节。

二、持续增加“互联网+护理服务”供给

“互联网+护理服务”的发展趋势之二是持续增加供给。国家卫生健康委员会副司长邢若齐指出，要聚焦群众需求，统筹区域医疗资源，将“互联网+护理服务”与家庭医生签约、家庭病床、延续性护理等服务有机结合起来，鼓励有条件的医疗机构按照分级诊疗的要

求，结合功能定位和实际情况，积极开展“互联网+护理服务”试点工作。支持基层医疗机构在“互联网+护理服务”中发挥更大的作用。

对于供给侧将会产生以下主要影响：

1、政策的宗旨是鼓励基层医疗机构在“互联网+护理服务”中发挥更大的作用。这将促进基层医疗机构的服务能力不断提升，尤其是在护理服务方面。预计未来几年，基层医疗机构会得到政策的更多扶持和鼓励。如探索分层分类的服务，建立以县域为单位的“互联网+护理服务”共同体，整合区域护理资源，完善分工协作机制，将群众的就诊、住院信息和健康信息相结合，分层分类推进“互联网+护理服务”。

2、“互联网+护理服务”将进一步与基层公共卫生服务相结合，与现有家庭医生服务包结合，充分调动基层医疗机构的积极性、统筹出这些机构的医疗护理资源，来扩大供给资源，盘活网底闲置护理资源。在支付方式方面，有会出推行相应的保险制度，如已在山东试点的长期护理保险，将这类供给项目纳入医疗保障统筹范围。支付制度的催化，有利于催生更多、更好的供给侧护理服务。

3、基于此，相关医疗机构与技术服务商，应加强对相关业务场景与技术应用研究，以满足日益增长的需求。可在已有互联网医疗平台、互联网医院平台基础之上，设计出适应各种不同情况的“互联网+护理服务”产品，包括服务项目的发布、服务订阅、服务执行与支付、评价等闭环管理，并结合医疗物联网等技术，实现生命体征监测，

以及基于大数据技术，实现精准的健康评估等。通过双方共同推进“互联网+护理服务”的应用探索，能够更好地提高护理服务的质量和效率。

三、完善制度规范，提供可持续服务

“互联网+护理服务”的发展趋势之三是健全制度规范。在不断总结试点经验的基础上，国家卫生健康委员会将研究完善“互联网+护理服务”制度规范，健全应急处置机制、纠纷投诉处理机制等，促进“互联网+护理服务”有序规范开展。重点是完善“互联网+护理服务”的内容标准，制定完善相应的服务内容、服务流程和技术标准等，并且与长期护理保险支付标准有机衔接，建立更加完善的制度与规范，提供可持续的“互联网+护理服务”。

未来将会建立完善的法律法规、政策体系和行业标准，形成规范的护理市场，使行业更加透明、规范、安全、高效。通过建立统一授权机构与监管机构，对服务项目所包含的饮食、起居、护理、药品等方面进行全方位监管。同时，建立技术标准体系，对“互联网+护理服务”平台的技术水平进行监管，并规定医护人员能力和品质的升级和优化机制。例如将“互联网+护理服务”纳入全面健康监管平台，推进服务价格分析、满意度测评、不良事件上报等云统计分析和监督管理，确保服务质量与医疗安全。

四、结语

“互联网+护理服务”的发展趋势对于信息化产品具有广泛而丰

富的启示。在进行产品研发和提供服务的同时，需要以服务需求为导向，明确服务对象，并量身定制产品形态，以满足用户需求。同时，在产品设计和提供服务方面，需要充分考虑新兴技术的应用，不断提升用户体验。

未来“互联网+护理服务”在发展的过程中，需要加强政策引导，促进各方参与，优化护理服务机制，达到市场的长期稳定发展。针对具体情况，护理服务机构和相关企业需切实推进协作关系，提供优质护理服务和丰富的内配置，与监管部门形成有效的合作，实现双赢。

[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