

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第43期

(2023.10.23-2023.10.29)

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，直接跳转具体文章内容。）

• 养老健康 •

▶ [2030 年我国老年人口将达 2.7 亿！养老难题如何破局？](#)（来源：新康界）——第 7 页

【提要】近期，《居家养老上门服务基本规范》国家标准(GB/T 43153-2023)正式发布，这是我国针对居家养老上门服务发布的首个国家标准。该标准是在全面总结各地实践做法基础上，适应居家养老服务发展需要编制而成的，具有现实指导意义。

▶ [2023 养老产业发展态势养老产业行业现状趋势分析](#)（来源：智慧养老产业研究会）——第 11 页

【提要】养老产业是以保障和改善老年人生活、健康、安全以及参与社会发展为目的，为社会公众提供各种养老及相关产品(货物和服务)的生产活动集合。随着我国人口老龄化程度的不断加深，养老产业的市场需求和发展潜力日益凸显，也成为了国家战略和社会关注的重点领域。本文将从市场规模、行业结构、行业特点和前景四个方面对 2023 年中国养老产业的发展态势和行业现状趋势进行分析。

• 结余留用 •

▶ [DRG/DIP 付费下，结余如何留、如何用？](#)（来源：中国卫生经济）——第 19 页

【提要】医保支付是医保管理和深化医改的关键环节，是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆。2020 年 2 月，中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5 号）提出“建立管用高效的医保支付机制”，对医疗资源配置总量及结构发挥杠杆作用，在促进医院主动控本降费中发挥“引擎”作用，为参保人购买有价值的医疗服务，提高医疗资源绩效及医保基金使用效率。

▶ [药品集采的“结余留用”，公立医院应该怎么用？](#)（来源：中国医疗保障）——第 29 页

【提要】在国家推动药品集中带量采购工作常态化制度化的大背景下，如何在提升药品集采管理工作效能的同时，将政策红利传导到医疗机构以激发医疗机构专业技术人员积极性，成为新时期医疗机构面临的考验。新疆医科大学第五附属医院（以下简称新医大五附院）以问题为导向，在药品集采改革方面进行了积极探索。在紧抓领导力的同时，扎实推动执行力，通过实践总结出一套灵活高效的药品集采与医保资金结余留用工作模式，实现药品集采全域可视化管理，有力地促进患者合理用药，降低了患者用药负担，提升了患者满意度。

• 专家观点 •

▶ [观点 | 何振喜：大力加强研究型医院建设，实现高水平医学科技自立自强](#)（来源：健康界）——第 39 页

【提要】近年，我国在医学创新上进步明显，新药品、新器械、新技术发展迅速，但在高端医疗装备、创新药物、疫苗研发方面“卡脖子”

问题依然存在；在医疗服务上成绩显著，人民群众的健康保障水平得到了极大提高，但是发展不平衡不充分、“大而不强”的问题依然存在。解决以上两个方面的问题，实现高水平医学科技自立自强，需要举国努力、多管齐下。本文着重围绕“大力加强研究型医院建设，实现高水平医学科技自立自强”讲四个方面意见。

▶ [观点 | 以创新为引领,用改革促发展 专访南方医科大学珠江医院院长 郭洪波](#)（来源：南方医科大学）——第 52 页

【提要】2023 年初南粤大地全面掀起高质量发展大潮，广东以粤发 1 号文出台《关于推进卫生健康高质量发展的意见》，珠江医院第一时间召开“早春第一会”，以挑战性的目标去激发全院全员“开局就是决战、起跑就要加速”的斗志，激荡起推动医院高质量发展的崭新气象。在绩效国考与高质量发展的双重导向下，这样一所医院的学科建设是怎么提质进阶，为医院高质量发展蓄能的呢？

• 医药专栏 •

▶ [“住院保障”转向“门诊共济”，零售药店机会来了？](#)（来源：21 世纪经济报道）——第 56 页

【提要】随着门诊共济保障等一系列医保改革的深入推进，取消医保个人账户部分使用限制管理已是大势所趋。而医保个人账户改革红利加快释放，参保人员线下购药需求将增多，竞争激烈的零售药店能否抓住机遇，实现增量发展？

▶ [统筹药店超 6 成药品需为医保产品，单体药店经营更难了！](#)（来

源：湖北省医保局）——59 页

【提要】日前，湖北省医保局下发了《关于规范职工医保门诊统筹定点零售药店医保服务协议管理的通知》，首次规定了医保目录内药品品种占零售药店药品配备比不低于 60%(不含中药饮片)。《通知》自 2023 年 12 月 1 日起执行。医保局出台限制的初衷是为了进一步提高参保人员购药的便利性和可及性，但出售 60%的医保产品将给零售药店的经营和盈利带来挑战。

• 医保动态 •

▶ [4 个方面，有序推进多层次医疗保障体系建设](#)（来源：学术研究）——第 62 页

【提要】基于中国式现代化和走向共同富裕的国家目标对健全医疗保障制度的迫切要求，现阶段无疑是最需要建立多层次医疗保障体系并充分发挥其作用的时期，只有加紧推进多层次保障体系建设，才能更好地满足不同社会阶层群体的保障需求，并助力全民走向共同富裕。总体的政策取向应当是加快优化法定医疗保险制度并使之定型，同时精准支持商业健康保险，有效对接慈善医疗，以法定医保制度主导的多层次医保体系来满足全体人民的多层次医保需要，进而向健康中国稳步迈进。具体的实践路径则应当是在有序协调的条件下，让不同层次的医疗保障分层推进，做到各循其道、各显其长、各尽其责。

▶ [重点关注 4 个问题 顺利开展医保支付资格管理工作](#)（来源：江西中医药大学）——第 66 页

【提要】近日，国家医保局在其官网上就《关于加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理的指导意见(征求意见稿)》(以下简称：《指导意见》)向社会公开征求意见，意味着具体到医务人员个人的、更加精准化和精细化的医保基金监管工作即将在全国范围内全面展开，无论是医保部门还是医药机构都将面临着新的挑战。因此，各地在全面准确理解并领会《指导意见》中的政策规定的基础上，结合当地实际，周密设计实施方案，精心部署工作安排，对于医保支付资格管理工作的顺利开展和有效实施就非常必要，也十分重要。

-----本期内容-----

• 养老健康 •

2030 年我国老年人口将达 2.7 亿！养老难题如何破局？

来源：新康界

近期，《居家养老上门服务基本规范》国家标准(GB/T 43153-2023)正式发布，这是我国针对居家养老上门服务发布的首个国家标准。该标准是在全面总结各地实践做法基础上，适应居家养老服务发展需要编制而成的，具有现实指导意义。

2030 年我国老年人口将达 2.7 亿 每 100 名劳动人口将负担 28 名老年人

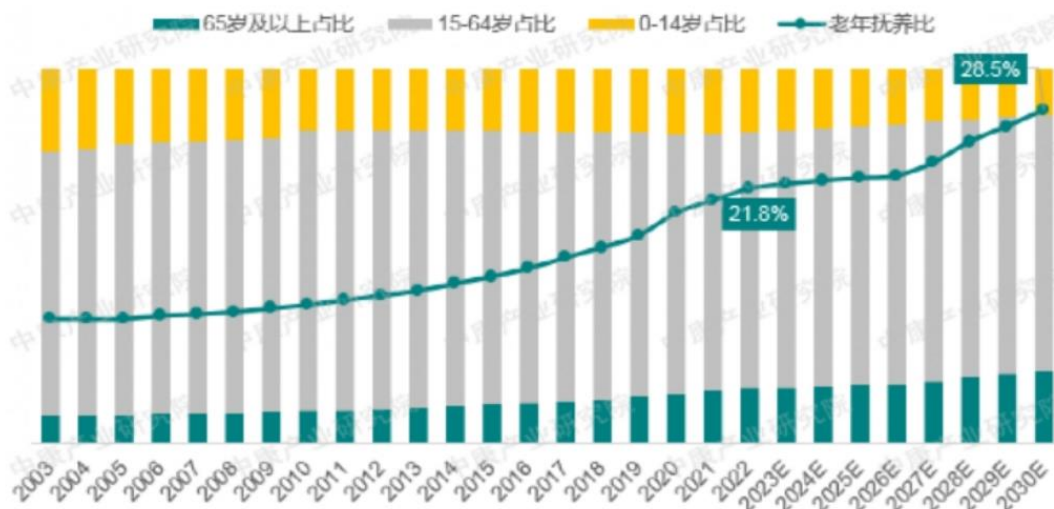
中国是世界上首个老年人口突破 2 亿的国家，老龄化趋势仍在持续加深。根据中康产业研究院预测，2030 年，老年人口将达 2.7 亿人，占比 19.4%；老年人口抚养比将达 28.5%，相当于每 100 名劳动人口将要负担 28 名老年人。

社会养老负担日趋繁重，政府部门抓紧顶层设计，为迫在眉睫的老龄化问题做准备。2022 年国务院制定了《“十四五”老龄事业与养老服务体系发展规划》，系统规划了“十四五”期间老龄工作的主要建设任务。今年以来，国家卫健委老龄相关工作陆续改由民政部代管，预示着未来老龄事业将获得更多跨部门跨领域协调支持。

我国人口老龄化严重，老龄事业刚刚起步，尤其是在养老服务、

健康保障、医药健康领域，现阶段存在众多痛点，社会养老压力巨大。

图 1：2003-2030E 我国历年人口年龄占比、抚养比



数据来源：中康产业研究院预测

医疗保障养老痛点：“缺钱”

在医疗保障方面，随着人口老龄化推进，退休人数持续增长，我国养老金结余即将耗尽，养老金制度的赡养负担越来越重。社科院世界社保研究中心《中国养老金精算报告 2019~2050》显示，如果维持目前企业缴费率（多为 18%），养老金结余会在 2031 年达到顶峰，于 2040 年耗尽。从 2011 年开始，退休人数增长速度就超过了在职参保人数增长率，国家养老金制度的赡养负担（离退休人员数量/在职参保人数）正越来越重，从 2019 年的 2.65 个在职员工养一个退休员工，上升到 2027 年 2 个在职员工养一个退休员工，2035 年将会上升到 1.22 个在职员工养一个退休员工。

此外，长护险仍处于试点阶段，未来保障缺口巨大。2016 年我国开始探索建立长期护理保险制度，截至 2022 年 3 月底，长期护理

保险制度已覆盖 49 个城市、1.45 亿人。《中国商业护理保险发展机遇——中国城镇地区长期护理服务保障研究》显示，随着人口结构变化和居民生活水平的提升，预计长期护理服务需求将在 2030 年达到 3.1 万亿元，在 2040 年达到近 6.6 万亿元，约相当于当前水平的 5 倍。在基准假设下，长期护理服务保障缺口将在 2030 年和 2040 年分别达 1.9 万亿元和 3.8 万亿元。这意味着未来试点结束后，全面铺开长护险制度将面临巨大的保障缺口。

医疗服务养老痛点：“缺资源”

在医疗服务方面，公立养老机构和养老服务床位数增长缓慢，难以匹配老龄化带来的巨大需求。国家统计局数据显示，截至 2022 年末，全国共有登记注册的养老机构 4.0 万个，较 2021 年零增长，较 2020 年增长 4.7%；养老服务床位数 822.3 万张，较 2021 年仅增长 0.16%。

家庭医生是最适合为老年人口提供医疗服务的专业人员，目前我国家庭医生签约率仍有待提升。国家卫健委要求，到 2035 年，我国家庭医生签约服务覆盖率要达到 75% 以上，基本实现家庭全覆盖。但实际情况是，以医疗资源和居民健康认知相对较好的江苏省为例，2022 年，江苏省常住人口家庭医生签约率仅 41.32%。

医药健康养老痛点：“不匹配”

在医药健康方面，老年疾病的治疗目的以维护功能和改善生活质量为主，对药品研发提出了新要求。老年疾病以机体衰老为核心，集

中在神经退行性疾病、“三高”等慢病、恶性肿瘤等领域，这些疾病治愈难度大，因此老年疾病的治疗目的需要以维护功能和改善生活质量为中心。现有已上市的药品大多数以治疗疾病为目的，改善临床症状主要交给保健品，考虑到保健品本身的保健属性，难以在维护功能和改善生活质量方面起到更大作用，这部分用药需求有待新的药品研发方向来满足。

此外，老年疾病的用药特点、老年人消费习惯等，也对现有药事服务、药品销售方式提出了挑战。老年疾病的用药周期长，副作用大，依赖专业处方，因此对专业药事服务提出了要求。在购买药品时，老年人往往习惯传统购药渠道，如当前热门的新零售方式，对老年人群来说使用难度就很大，这对现有药品销售方式提出了适老化改进的要求。

未来居家养老服务的产业链机遇

我国老年人口规模大，老龄化速度快，老年人需求结构正在从生存型向发展型转变。老年人对熟悉环境的信任度高，纵观全球各国养老模式，居家养老都是不可忽视的一个重要模式。在现阶段社会养老总体资源有限的背景下，通过社区照护、市场化专业运作等方式，居家养老能够满足很大一部分养老需求。

本次公布的标准中，居家养老上门服务范围涵盖了生活照料、基础照护服务、健康管理服务、探访关爱服务、精神慰藉服务、委托代办服务、家庭生活环境适老化改造服务七大方面，其中涉及医疗健康

方面的服务细节包括助医服务、用药照护、健康咨询与健康检测等。

结合当前需求缺口和居家养老服务模式看，未来潜在的产业链机遇主要包括：专业养老照护机构、家用医疗器械、专业药事服务、中药、中医服务等。

[返回目录](#)

2023 养老产业发展态势养老产业行业现状趋势分析

来源：智慧养老产业研究会

养老产业是以保障和改善老年人生活、健康、安全以及参与社会发展为目的，为社会公众提供各种养老及相关产品(货物和服务)的生产活动集合。随着我国人口老龄化程度的不断加深，养老产业的市场需求和发展潜力日益凸显，也成为了国家战略和社会关注的重点领域。本文将从以下几个方面对 2023 年中国养老产业的发展态势和行业现状趋势进行分析：

一、市场规模：持续扩张，预计达到 12.8 万亿元

根据国家统计局发布的第七次全国人口普查数据，2020 年我国 60 岁及以上人口达到 2.6 亿，占总人口比重为 18.7%，其中 65 岁及以上人口达到 1.9 亿，占总人口比重为 13.5%。预计到 2030 年，我国 60 岁及以上人口将达到 3.6 亿，占总人口比重为 25%，其中 65 岁及以上人口将达到 2.6 亿，占总人口比重为 18%。这意味着我国每四个人中就有一个是老年人，而且老年人中有近一半是高龄老年人。这些数据表明我国已经进入了深度老龄化社会，面临着巨大的养老需求

和压力。

为了应对日益严峻的老龄化挑战，国家积极部署“十四五”期间的老龄事业和养老服务发展任务，提出了“实施积极应对人口老龄化国家战略”的重大决策部署，并出台了一系列政策措施，包括支持社区养老模式革新、推进医养结合深化、加快实现智慧化、信息化养老、完善多层次养老保障体系、促进养老金融市场开放等多个方向改革与开放，推动了养老产业全方位供给体系的形成。

在政策引导和市场需求的驱动下，我国养老产业规模逐渐扩大。根据中金普华网的数据，2020 年中国养老产业市场规模达到 10.5 万亿元，同比增长 19.2%；2021 年中国养老产业市场规模达到 12.8 万亿元，同比增长 21.9%。预计到 2025 年，中国养老产业市场规模将超过 20 万亿元。

二、行业结构：多元化、专业化、细致化

按照国家统计局发布的《养老产业统计分类(2020)》，中国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。这些大类又可以细分为数十个小类，涵盖了从生活照料到医疗保健，从文化娱乐到教育培训，从金融保障到科技创新等多个方面，形成了一个多元化、专业化、细致化的养老产业体系。

其中，养老服务是养老产业的核心和重点，也是老年人最直接和最迫切的需求。按照“9073”养老服务格局，主要包括居家养老、社区养老、机构养老等相关产业。居家养老是指老年人在自己的住所或与子女同住，通过家庭成员或社会组织提供的各种服务来满足自己的生活、健康、安全等需求。社区养老是指老年人在自己所属的社区范围内，通过社区组织或社会组织提供的各种服务来满足自己的生活、健康、安全等需求。机构养老是指老年人在专门为其提供住宿和服务的机构内生活，通过机构提供的各种服务来满足自己的生活、健康、安全等需求。

根据中国老龄协会发布的《需求侧视角下老年人消费及需求意愿研究报告》，2020 年我国居家养老占比为 96%，社区养老占比为 3%，机构养老占比为 1%。这一数据表明，我国目前仍以居家养老为主，社区养老和机构养老尚未得到广泛发展。然而，随着经济社会的发展和人口结构的变化，居家养老面临着空巢化、子女赡养能力下降、医疗资源不足等问题，社区养老和机构养老则具有更好的专业性、便利性和安全性，因此未来这两种模式将有更大的发展空间和潜力。

在养老服务中，医疗服务和护理服务是两个重要的方面。随着人口老龄化程度的提高，老年人患有慢性病和多种疾病的风险也随之增加。根据国家卫生健康委员会发布的《中国慢性病报告 2019》，2018 年我国 60 岁及以上人群中患有高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中等慢性病的比例分别为 50.7%、20.5%、11.6%和 9.5%。这些慢性病不仅

影响了老年人的生活质量，也增加了他们对医疗服务的需求。同时，由于生理功能退化和认知能力下降，部分老年人还需要长期或临时的护理服务来帮助他们完成日常生活活动。根据中国老龄科学研究中心发布的《中国失能失智老年人护理现状与政策建议》，2018 年我国失能失智老年人总数约为 4000 万，其中需要上门护理服务的约为 2000 万。

目前我国大多数养老机构仅能提供基础生活照顾服务，难以提供专业医疗服务和护理服务。而医疗服务和护理服务恰恰是整个养老产业的短板和痛点，也是老年人和家庭最为关注和期待的服务。因此，医养结合成为了养老产业的重要发展方向和创新点。医养结合是指在养老服务的基础上，增加医疗服务的内容，或者在医疗服务的基础上，增加养老服务的内容，实现医疗和养老的有机融合。医养结合的模式主要有以下几种：

- 医院+养老机构：即在医院内或附近设立养老机构，或者在养老机构内或附近设立医院，实现医疗资源和养老资源的共享和互通。这种模式可以为老年人提供及时、便捷、专业的医疗服务和护理服务，同时也可以为医院和养老机构带来经济效益和社会效益。

- 区域协同：即在一个区域内，建立医院、养老机构、社区组织、家庭等多方参与的协作网络，实现区域内医疗资源和养老资源的优化配置和有效利用。这种模式可以为老年人提供多层次、多渠道、多形式的医疗服务和护理服务，同时也可以提高区域内医疗保健水平和社

会治理水平。

-互联网+：即利用互联网、物联网、大数据、人工智能等现代信息技术，打造线上线下相结合的智慧化、信息化的医疗服务和护理服务平台，实现远程诊断、在线咨询、智能监测、预警预防等功能。这种模式可以为老年人提供个性化、定制化、智能化的医疗服务和护理服务，同时也可以提升医疗服务质量和效率。

三、行业特点：创新驱动，品质提升

随着我国经济社会的发展和人民生活水平的提高，老年人对养老产业不仅有数量上的需求，也有质量上的要求。他们不仅希望得到基本的生活保障和健康保护，也希望享受丰富多彩的文化和娱乐和精神满足。因此，养老产业必须不断创新发展，提升品质水平，满足老年人多元化、个性化、高品质的需求。

创新是养老产业发展的动力和灵魂。在当前形势下，养老产业需要从以下几个方面进行创新：

-产品创新：即开发出更符合老年人需求和喜好的产品(货物和服务)，包括功能性产品(如辅助器具、智能设备等)、休闲性产品(如旅游、健身等)、文化性产品(如教育、艺术等)等。

-模式创新：即探索出更适应市场变化和社会环境的运营模式和管理模式，包括公私合作模式(如政府购买服务、社会组织参与等)、跨界融合模式(如医养结合、金融兼容等)、共享经济模式(如共享空间、共享资源等)等。

-技术创新：即运用更先进的科学技术和工程技术，提高养老产业的效率和质量，包括信息技术(如互联网、物联网、大数据等)、生物技术(如基因、干细胞、器官再生等)、新材料技术(如纳米、生物降解、智能材料等)等。

品质是养老产业发展的目标和标准。在当前形势下，养老产业需从以下几个方面提升品质水平：

-安全品质：即保障老年人的生命安全和财产安全，防止发生意外伤害和经济损失，包括建立健全的安全管理制度、加强安全教育培训、完善安全监测预警等。

-服务品质：即提高老年人的服务满意度和忠诚度，增强服务的专业性和人性化，包括提升服务人员的素质和能力、优化服务流程和方式、增加服务内容和形式等。

-环境品质：即改善老年人的生活环境和社会环境，营造舒适和谐的氛围和文化，包括优化空间布局和设计、提升设施设备的功能和美观、丰富活动项目和主题等。

四、行业前景：广阔发展，无限可能

养老产业是一个涉及人类社会最基本的需求和价值的产业，也是一个具有巨大市场潜力和社会意义的产业。随着我国人口老龄化程度的不断加深，养老产业将面临更多的机遇和挑战，也将展现出更多的发展空间和可能性。

从市场需求来看，养老产业将呈现出以下几个特点：

-需求量大：由于我国老年人口数量庞大且持续增长，养老产业将面临着持续增长的市场需求。根据中国社会科学院发布的《中国人口与劳动问题报告 No. 22》，预计到 2050 年，我国 60 岁及以上人口将达到 4.9 亿，占总人口比重为 34.9%，其中 80 岁及以上人口将达到 1.2 亿，占总人口比重为 8.6%。这些数据表明，未来我国养老产业将有着巨大的用户基数和市场空间。

-需求层次高：由于我国经济社会的发展和人民生活水平的提高，养老产业将面临着更高层次的市场需求。根据马斯洛需求层次理论，人类的需求可以分为五个层次：生理需求、安全需求、社交需求、尊重需求、自我实现需求。随着基本的生理需求和安全需求得到满足，老年人将更加关注社交需求、尊重需求和自我实现需求，这些需求涉及到老年人的精神层面、情感层面、价值层面等方面，对养老产业提出了更高的要求。

-需求多样化：由于我国老年人群体的差异化和多元化，养老产业将面临着更多样化的市场需求。根据不同的年龄段、性别、地域、文化、收入等因素，老年人对养老的服务和产品有着不同的需求和喜好。例如，有的老年人喜欢传统的养老方式，有的老年人喜欢现代的养老方式；有的老年人喜欢安静的养老环境，有的老年人喜欢热闹的养老环境；有的老年人喜欢参与各种活动，有的老年人喜欢享受自由时间等。这些需求和喜好反映了老年人的个性化和多样化，对养老产业提出了更多的挑战和机遇。

从政策支持来看，养老产业将呈现出以下几个特点：

-支持力度大：由于养老产业是国家战略和社会关注的重点领域，国家将给予养老产业更多的政策支持和优惠措施。根据《中共中央国务院关于实施积极应对人口老龄化国家战略的意见》，国家将从加强顶层设计、完善法律法规、增加财政投入、优化税收政策、扩大社会资本参与等方面，为养老产业提供有力的政策保障和制度保障。

-支持范围广：由于养老产业是一个涉及多个部门和领域的综合性产业，国家将给予养老产业更广泛的政策支持和协调配合。根据《国务院办公厅关于促进养老服务发展的意见》，国家将从加强部门协作、推进区域协调、建立联动机制、完善评价体系等方面，为养老产业提供更有效的政策协同和资源整合。

-支持内容丰：由于养老产业是一个涉及多个层次和方面的多元化产业，国家将给予养老产业更丰富的政策支持和创新引导。根据《财政部国家发展改革委国家卫生健康委关于进一步做好医养结合发展有关工作的通知》，国家将从支持医疗机构开展医养结合服务、支持社会力量参与医养结合服务、支持医保支付方式改革、支持医养结合服务标准制定等方面，为养老产业提供更多元的政策激励和创新动力。

综上所述，2023 年中国养老产业发展态势良好，行业现状趋势明显，具有市场规模持续扩张、行业结构多元化专业化细致化、行业特点创新驱动品质提升、行业前景广阔发展无限可能等特征。未来，

随着我国经济社会的进一步发展和人口老龄化程度的进一步加深，养老产业将迎来更大的机遇和挑战，也将展现出更多的潜力和价值。

[返回目录](#)

• 结余留用 •

DRG/DIP 付费下，结余如何留、如何用？

来源：中国卫生经济

医保支付是医保管理和深化医改的关键环节，是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆。2020 年 2 月，中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5 号）提出“建立管用高效的医保支付机制”，对医疗资源配置总量及结构发挥杠杆作用，在促进医院主动控本降费中发挥“引擎”作用，为参保人购买有价值的医疗服务，提高医疗资源绩效及医保基金使用效率。

支付方式改革是医保改革中的“牛鼻子”，是撬动医疗保障和医疗服务高质量发展的重要支点，国家医保局成立后，支付方式改革全面提速，取得了积极进展。

DRG、DIP 付费改革进展

2021 年，30 个 DRG 国家试点城市和 71 个 DIP 国家试点城市全部进入实际付费阶段，初步显示出有效引导医疗服务优化、提高医疗质量和效率、降低群众看病负担、提高医保基金使用效率等积极效果。医疗机构从中受益，2021 年，杭州市的 DRG 试点医疗机构结余留用

金额达 3.54 亿元；武汉市有 619 个 DRG 病组产生结余，涉及 155 家医疗机构，最多的医疗机构结余留用 855 万元；无锡市职工医保有 17 家医疗机构、居民医保有 14 家医疗机构有结余，合计金额 2.24 亿元。国家医保局印发的《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》（医保发〔2021〕48 号）要求到 2025 年底，DRG、DIP 支付方式覆盖所有开展住院服务的医疗机构，实现病种、基金全覆盖，改革全面提速。

何谓“结余留用”政策

1、政策梳理

实行“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制是发挥 DRG、DIP 支付方式经济杠杆的关键政策。国务院办公厅在《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号）等一系列政策文件中多次强调支付方式改革中要落实“结余留用”这一关键政策。

若把支付方式比作调节医疗服务行为和引导医疗资源配置的杠杆，那么“结余留用”政策就是这个杠杆的支点，是支付方式改革的核心逻辑，是撬动医疗机构主动管控资源消耗的核心。

2、“结余”如何确定

目前，结余主要来源于医共体医保总额包干结余，DRG、DIP 付费结余，药品集采结余。药品集采的“结余留用”政策可以认为是医保支付方式改革的逻辑延伸，而 DRG、DIP 付费结余是当前医疗机构，特别是非医共体医院的形成结余的最主要来源，详见图 1。



图1 医共体下“结余”资金形成示意

(1) 医共体医保总额包干结余。在医共体背景下，医保对医共体确定按人头包干额度为前提，再与各成员单位按 DRG、DIP、按项目、按床日、按人头等付费标准结算，所出现的包干总额与各成员单位结算后的差额，则为医共体包干结余或超支。

(2) DRG、DIP 付费结余。在 DRG、DIP 支付方式下，医疗机构与患者按照项目付费事先实际垫付金额(与医保待结算款项)低于医保基金按 DRG、DIP 付费标准与医疗机构结算金额的，该差额即为“结余”，超出时则属“超支”。在 DRG 付费模式下，医保基金不再按照患者实际住院费用支付给医疗机构，而是按照病例所进入的 DRG 组的付费标准进行支付。

(3) 药品集采中的结余。集采同通用名药品医保支出金额低于集采药品医保资金预算的部分，称为结余测算基数。鼓励医疗机构在相同条件下更多使用集采药品，在预算资金给定的条件下，越多使用集

采药品则结余越多，可以留用的资金也越多。

3、结余如何留、如何用

“结余”紧跟着是“留用”，“留”即“留下”、“用”即“使用”，资金得“留”得住，才谈得上“使用”。2021年6月，国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）提出：落实“允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励”要求，即“两个允许”。

2021年7月，人力资源社会保障部等五部门联合印发《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕52号）提出“公立医院应完善内部考核办法，根据考核结果分配医保结余留用资金，主要用于相关人员绩效”。通过降本减耗实现的医保结余将成为医疗机构的可分配收入，将主要用于促进医院发展和提高医务人员绩效待遇水平，尤其要注重对医务人员的激励。这些文件为结余留用资金用途提供了相对明确的方向。

“结余留用”如何发挥作用

1、涉及主体及其影响

医保支付方式改革的核心问题就是建立起一种有效的激励约束机制，薪酬制度需随支付方式改革一同变化，形成鼓励成本结余和服务结果优化的目标导向。医院管理者是医院的代理人，面临医院经营管理任务和公益性的任务，其决策行为是对医院收益和患者受益目标

的权衡，支付方式对医院管理者行为的影响决定了医院管理者对医生激励模式的选择。医生作为患者代理人，同时也要考虑个人收益，其决策是个人收入和患者受益之间的权衡，支付方式对薪酬制度影响程度决定了其对医生行为影响的程度。

“结余留用”政策将有效激发医疗机构“控成本、提质量”的内生动力，主动提供“优质低耗高效”医疗服务，形成反馈回路，实现螺旋式的自我改进和提升。

2、“约束-引导-激励”机制作用机理

(1)约束机制。促进以收入为中心向以成本为中心转变，回归价值医疗本质。DRG、DIP 是区域总额预算下的支付方式改革，事先确定病种(组)及对应支付标准，区域内实现“同病同治同价”，同时辅以监管考核评价、公立医院绩效评价等。

(2)引导机制。促进服务趋于同质、更加透明，推进管理竞争、成本竞争。规范医疗服务行为，提高病案管理、临床路径管理水平。促进医疗水平提升，提高 CMI 值、注重重点学科发展、调整收治病种结构。改革内部运行机制，基于病种数据开展精细化管理，主动控制成本和提高服务效率。引导资源合理配置，总量和结构趋于合理，设置基层病种、倾斜政策等。

(3)激励机制。改变以往医生收入与项目挂钩、由科室单独核算的薪酬分配方式。优化绩效薪酬分配制度，将绩效分配与 CMI 值、成本控制等关键指标挂钩，向临床一线及风险高、技术难度大的科室和

岗位倾斜，优劳多得、优绩优酬。

医疗机构需积极应对并实现双向变革

如图 2 所示，在总额预算的框架下，医共体为争取医保结余，应着力加强健康管理、分级诊疗、规范诊疗等方面的工作。医共体尤其是医共体内基层医疗卫生机构，要不断规范基本公共卫生和家庭医生签约服务，提升服务水平，形成防治结合的医疗卫生发展机制，发挥基层健康管理的重要作用。医共体内各级医疗机构需回归各自功能定位，让重症患者上转至牵头医院，轻症患者向基层分流，提高医疗卫生资源使用效率，节约医疗成本，从而实现结余。

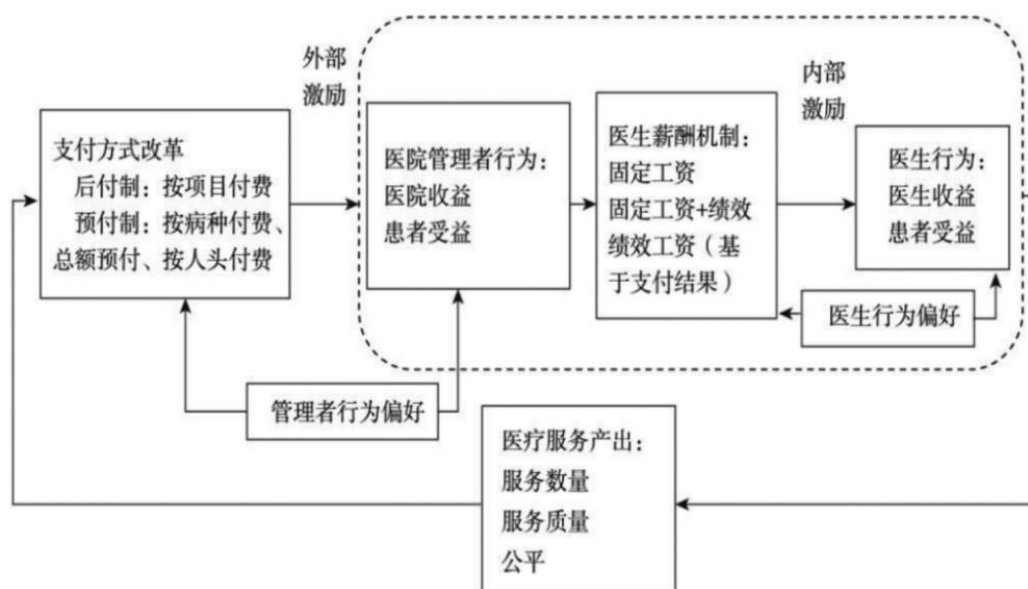


图 2 后付制向预付制改革对医疗服务行为影响的作用机制^[5]

在 DRG、DIP 付费改革下，医疗机构要将医保改革的目标内化为医务人员的动力，双向变革、同向变革，提高医疗机构自我管理的积极性，深刻理解“结余留用”政策逻辑，处理好 3 个问题：首先，要合理合规获取“结余”，引导医务人员主动优化临床路径，在看好病

的同时合理地获得结余。其次，结余留用必须与绩效考核相挂钩。最后，要分配好结余基金，激励改革，尤其是医务人员激励。具体来讲，可以从以下几个方面着手：

1、分析全病种 CMI 值及盈余情况

如图 3 所示，根据病种(组)盈余情况及 CMI 值对医疗机构学科进行分类分析并采取不同的发展策略。以 CMI 值为横坐标(原点为 CMI 均值)、例均超支及结余为纵坐标，将学科分为 4 个象限，医院可以据此优化调整医疗资源配置。

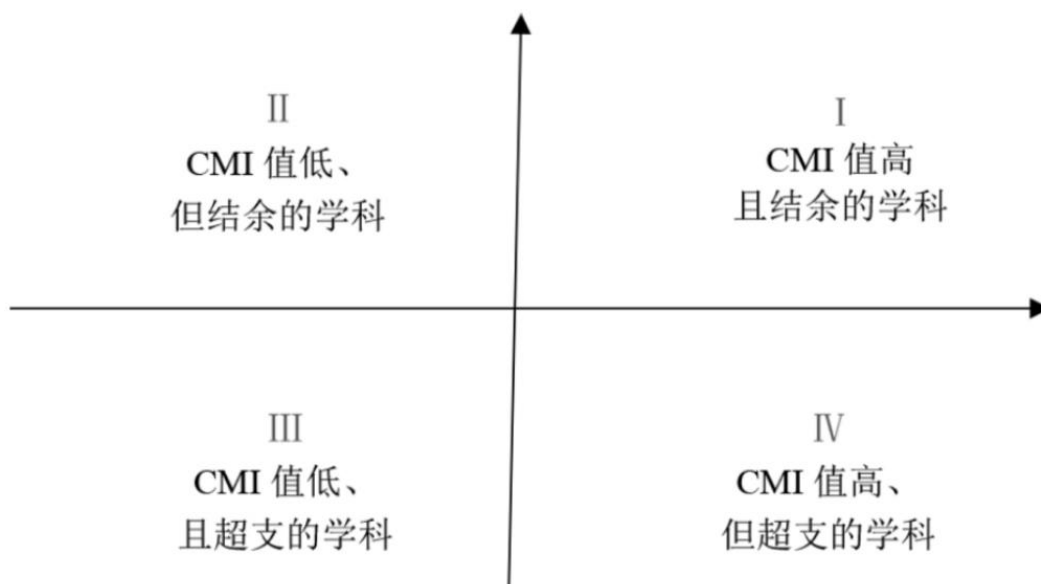


图 3 科室病种 CMI 值及盈余情况四象限图

第 I 象限是优势学科，这类病种所属学科 CMI 值高、且有结余；第 II 象限是一般学科，这类病种所属学科 CMI 值低，但有结余；第 III 象限是劣势学科，这类病种所属学科 CMI 值低，且出现超支；第 IV 象限是 CMI 值高，但超支的学科，可分两种情况。

一般来讲，优势学科、优势病种要大力发展，一般病种要稳定发

展，劣势病种则要优化结构，控制其发展。针对处在第 IV 象限的学科，需区别对待：对于经过科学、合理的费用管控，规范临床路径等，可能会上升到第 I 象限，成为优势学科；若在控费比较合理情况下仍然超支，则有可能是潜力“学科”，应通过引进技术、人才等方式扶持其发展。

在分析全院主要病种、优势病种、基础病种、劣势病种、权衡发展病种的同时，还应进行横向对比分析，通过差异寻找差距和不足，挖掘病种数据临床及管理价值。

2、提升内部运营管理水平 and 效率

打破部门建制，将运营管理嵌入管理环节，加强跨部门协同合作，统筹各部门融入 DRG、DIP 付费工作，完善运营管理机制，追求医疗服务单位成本效用最大化，用最优成本提供合理的医疗服务。协同预算、成本、资产等相关管理岗位，将预算规划、成本管理、资源配置融为一体，提升内部运营效率和降低运营成本。建立从科室成本、项目成本到病种成本的成本核算工作路径，实现业财融合，为决策提供真实、可靠、全量的成本、运行大数据口。

3、规范诊疗行为和优化临床路径

实施 DRG、DIP 促进医疗机构不断优化临床路径，严格因病施治，在保障质量安全前提下，提供临床治疗必需、诊疗更规范、费用更合理的服务，以获得更多的成本控制收益。对收治病种进行临床路径分析论证，分析医护人员临床习惯、工作流程、作业数量及相应成本，

通过流程改善、原因分析、追踪作业等方法进行持续改善，制定病种最优诊疗临床路径，推进病种诊疗规范化、标准化、同质化，减少不必要的资源消耗，提高医疗服务质效。

4、推动临床学科发展与多学科协作

对于给定疾病都有明确的付费标准，医院需研究更优的治疗方案，并提高医疗技术水平，以保证看好病的同时还能有较好的财务盈余。用更加重视优势学科发展，推动以病种诊疗为中心，推动多学科诊疗(MDT)模式发展，针对某一疾病，进行多学科协作，探索由相关学科或多学科联合执行最优诊治方案的诊疗模式，提升诊疗效率、节约时间成本和提高治疗效果。

5、建立“优绩优酬”绩效分配机制

DRG、DIP 直接影响医院收入进而与绩效考核及收入分配直接相关。DRG、DIP 除了用于付费，还可用于以病种、质量、疑难度、数量等进行临床绩效评估，进而进行绩效分配。基于 DRG、DIP 的建立多维度绩效分配评价指标体系，综合考量医疗质量、医疗技术难度、病种风险程度、成本控制、患者满意度等方面，降低影响诊疗服务行为的外部因素，建立医保支付与医生薪酬的正向激励，更加体现技术劳务价值、实现“优绩优酬”。

6、促进医药新技术合理使用

DRG、DIP 实施后，医院在引入新药新技术时需纳入科学的决策理念，引入科学的评价工具，综合考量能否降低住院床日、提高病床

使用率、降低诊疗成本、体现医疗服务技术含量等因素，决策医药新技术能否在临床得以应用。诊疗过程中对医药新技术的使用要重视必要性、考虑成本效益。筛选切实是临床亟需、能有效减轻诊疗成本、更加适宜、更加经济，具有更高“性价比”的新药新技术。

讨论与思考

1、医保结余、医院结余在实施中面临的复杂性

因医疗服务价格偏低，通过提高运营效率带来的成本节约可能并不以为医院带来结余。现实中，医保结余是构成医院结余的主要来源之一，但此部分结余并不能简单等同于医院结余，医院结余是医院年度收入与支出相抵后的余额。因此，若医院通过成本控制产生的结余仅部分、或甚至无法用于增加医务人员绩效待遇水平，由此可能会影响医院节约非人力成本的积极性。DRG、DIP 付费改革需要医院创新管理体制并实现精细化管理，因而需进一步加大基础设施和信息化建设投入，短期内管理成本的增加可能会消蚀这部分结余。

2、支付方式改革与医疗服务价格改革需有机协同

支付方式改革的核心在于合理分组和确定支付标准。按常规，医疗服务价格改革应先于支付方式改革，为支付方式改革提供基本依据，但现实中二者并没有明显的先后次序，需做好两项改革的协同。辩证看待两项改革相互影响关系，将价格宏观管理下的总量调控和医保支付总额预算、区域总额预算点数法协同起来，从关注单个医疗机构效益转变到关注区域整体效益。医疗服务项目及价格水平变化会影

响 DRG、DIP 的权重或点数，DRG、DIP 病种(组)支付标准是否合理也会传导至项目动态调价。

“结余留用”是支付方式改革的核心要素，旨在建立预付制下的正向激励，去治该治的病、去治难治的病，让医疗机构产生控制成本、优化医疗质量的内在动力，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、提升技术水平提供必要保障，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

[返回目录](#)

药品集采的“结余留用”，公立医院应该怎么用？

来源：中国医疗保障

组织开展药品集中带量采购是党中央、国务院作出的重大决策部署，是协同推进医药服务供给侧改革的重要举措，在增进民生福祉、推动“三医”协同发展等方面发挥了重要作用。在国家推动药品集中带量采购工作常态化制度化的大背景下，如何在提升药品集采管理工作效能的同时，将政策红利传导到医疗机构以激发医疗机构专业技术人员积极性，成为新时期医疗机构面临的考验。新疆医科大学第五附属医院(以下简称新医大五附院)以问题为导向，在药品集采改革方面进行了积极探索。在紧抓领导力的同时，扎实推动执行力，通过实践总结出一套灵活高效的药品集采与医保资金结余留用工作模式，实现药品集采全域可视化管理，有力地促进患者合理用药，降低了患者用药负担，提升了患者满意度。

背景与问题

公立医院作为药品集中带量采购政策实施的主要终端，医务人员是医疗服务的直接提供方，也是医改的主力军。如何调动医务人员参与改革的积极性，是做好药品集采常态化工作的重要前提。对此，除了要建立科学确定、动态调整的医疗服务价格形成机制，更好地体现技术劳务价值外，也要加强管理和考核，通过结余留用等政策，激励医务工作者。而医保结余留用资金该如何发放、考核标准应如何制定，已成为医疗机构持续深化改革面临的重要挑战之一。

现阶段，药品集中采购工作有时在一些医院难以推进和有效实施，主要是存在下列五方面的问题。

一是集采工作虽然整合了医院各部门的力量，但仍缺少高效的联动机制，一些医疗机构内部关于集采落实、任务量分配等工作流程过于陈旧和冗杂，对于药品集采出现的同品种替代、集采药品替换阶段的供应不及时等问题无法快速有效解决。

二是部分医疗机构对于集采政策没有及时彻底消化，导致集采工作在落地时出现诸如缺失任务量分配和结余留用使用的有效依据，缺乏适合本单位的管理办法，缺少切实有效的考核体系作为坚实保障的问题。

三是管理方法缺乏创新性和实用性，管理策略缺少人性化，一些医疗机构对于集采政策宣传、有关任务量分配、集采过程监管、任务量完成情况沟通反馈、目标考核等环节没有形成适宜本单位的管理体

系。

四是对于药品集采数据的综合管理混乱，缺乏有效数据分析工具，无法实施药品集采的全程监管和动态监测。

五是医保结余资金使用缺乏规范的科学绩效考核与分配方案，医疗机构普遍存在“发不发”和“怎么发”的疑问，政策红利无法惠及个人，难以调动医疗机构专业技术人员的积极性。

有鉴于此，新医大五附院坚持以人民为中心、以改革促发展、以创新添动力的发展思想，通过边实践边总结，构建了一套灵活、高效、全面，具有流程可视化、数据可视化、目标可视化的药品集采与医保资金结余留用管理模式。在深入落实好药品集中采购工作的同时，建立健全医保结余留用资金激励机制，以持续激励策略全方位调动医务人员积极性，在促进合理用药的同时，更好地保障人民群众病有所医、医有所药、药有所用。

以领导力为牵引，推进管理可视化

一是构建九部门联动机制，强化管理效能。

新医大五附院党委牵头构建包括医保、医务、药学、临床等在内的九部门联动机制，组建联动组(见图 1)。各部门集中学习《国务院办公厅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》等政策。出台《新疆医科大学第五附属医院关于执行国家组织药品集中带量采购工作方案》，明确各部门工作职责并坚决执行，细化各科室考核指标并紧抓落实。通过实践磨合各部门的协作能力，提高各部门

决策水平和组织协调能力和应急处置能力，进一步深化集采工作。



图 1 新医大五附院成立九部门组成的药品集采联动组

二是依托药事会，发挥专家治院作用。

新医大五附院以问题为导向，借助根因分析和 PDCA 工作法，建立“金字塔式”管理、“三色”管理和专项管理“三管齐下”的创新管理模式。首先，依托本院药事管理与药物治疗学委员会对药品集采进行“金字塔式”管理，对于整体情况进行阶段性汇报；对于未完成情况采用聚类分析，找原因想办法；对于疑难问题，科学设计回顾性或前瞻性研究方案，群策群力解决问题。其次，采用“三色”管理模式监测具体品种的完成情况，对于集采促进临床合理用药，取得正向结果的标注为绿色；对于集采药品需要替换的、集采药品和现有品种包装规格不一致的、集采和国谈药品重叠等问题标注为黄色；对于集采药品或替代品种缺货等问题标注为红色。针对未完成集采计划的品种及时进行根因分析，并加强临床沟通反馈。最后，实施专项管理，集中临床药师优势力量，对使用频率高的抗菌药物、慢性病药物、既是集采又是国家基本药物等药品进行品种分析和追踪管理，形成系统

全面的专项点评和反馈，保障药品集采工作的顺利推进。

三是建立健全激励机制，提供支撑和保障。

积极学习贯彻国家、自治区、乌鲁木齐市有关政策精神，明确结余留用资金是对医疗机构积极参与集采改革、积极使用中选药品节约药品费用的奖励，合理使用结余留用资金对于体现药学人员服务价值和改革红利的传导至关重要。新医大五附院建立健全医保结余资金激励机制，做到医保结余资金分配方案有支撑、有源头、有依据。

以任务为导向，推进落地可视化

一是宣传培训点面结合。

新医大五附院联动组定期组织集中学习，深刻领会集采政策，并依据本院自身情况，及时出台药品集采与医保结余留用管理工作办法，为落实集采提供支撑和保障。同时，面向集采药品使用和管理人员组织多点、多面、多维度的宣传和培训，有效贯彻政策，进一步提升意识，助力完成集采药品任务量。

二是柔性分配集采任务。

充分发挥临床药师优势，采用网格化管理全新赋能，将全院 31 个临床科室划分为 9 大网格，药学部 9 名临床药师每人负责 1 个网格，每网格覆盖 3—4 个临床科室。临床药师在政策宣传、任务量分配、集采药品替代、工作实施、问题反馈沟通等方面为相应临床科室提供全方位的协调保障，确保问题在哪里药师就到哪里，切实做到科室化网格、管理进网格、服务在网格，专业化推进药品集采工作。从政策

背景、导向指引、细节监测、分配依据和奖励机制五个方面制定集采任务分配书，积极落实国家、自治区及省际联盟集采中选结果。在制定任务量时，遵循“帕累托定律”和“倾向专科原则”，将任务分解至各临床科室。一方面，统计全院各科室某药物既往实际使用量，将使用量较多的科室作为指标科室；另一方面，根据不同药物的专科使用特点，将专科用药情况与集采品种交叉对比，以确定各临床科室可完成任务量。

以质量为抓手，推进实施可视化

一是采集数据透视可见。

由于药品集采批次不断增加、涉及品种较多、缺少品种监测的有效工具，新医大五附院药学部通过实践总结出通过“一图”实现“两点”“三化”的数据管理模式。“一图”即基于 EXCEL 软件的数据透视图功能，实时动态监测集采药品数据；“两点”即透视图具备数据字典兼容性强的特点和易于基层推广普及的特点，能够破除信息孤岛；“三化”是通过透视图可以构建出可视化、经济化和标准化的药品集采数据管理模式，大幅提高集采工作效能。

二是加强中选药品的合理使用。

一方面，严格处方审核和处方点评，加强医师宣传培训，针对集采药品生产厂家、包装以及规格的变化，制作看似药品、听似药品、多规药品的宣传展板；另一方面，组织开展药品临床综合评价，监测药品不良反应并及时上报，促进科学合理用药，保障患者用药安全。

三是注重沟通溯源留痕。

在药品集中采购工作推进过程中，新医大五附院坚持以目标为导向，强化沟通意识，借助钉钉等信息工具，开展集采报量沟通、任务量沟通和未完成情况沟通，在每一个沟通环节都做到有痕迹、可溯源、能汇总，真正实现集采工作开展前、中、末三端的全程反馈沟通，切实保障药品集采工作的实施。

以激励为支撑，推进持续发展可视化

依托国家和自治区相关政策，新医大五附院探索出医保结余留用激励方案，科学分配结余资金。遵循“公平公正、多劳多得、优劳优得”的分配原则，根据各部门岗位职责及工作量确定考核标准，提出“权重赋分、双量并举、分效等额”的理念，设计完成科室分配绩效测算公式；同时设置“三因素三水平”，从岗位、考勤、任务完成情况三个因素和集采工作推进贡献、任务量达标责任及学科建设三个方面进行综合考核，最终出台院内医保资金结余留用使用办法，实现医保结余资金的专款专用，真正让政策红利惠及医疗机构和医务人员，激发医疗机构专业技术人员的积极性，更好地促进合理用药。

在分配结余留用资金时，新医大五附院按照 6:3:1 的比例，将资金分为三部分。

一是 60%的结余留用资金用于对集采药品处方使用人员(临床科室)的考核奖励。

各临床科室分配比例根据集采药品任务完成情况、合理用药情况

进行计算或赋分，分配相应医保资金结余；各科室可根据人员岗位、考勤、学科建设、药品集采工作完成质量进行综合考核分配，不建议直接与药品开具量挂钩，实现促进合理用药的目的。

二是 30%的结余留用资金用于对药学人员的考核奖励。

药学部作为药品集采工作主要牵头与管理部门，从药品报量、签订三方合同、采购、养护、事前审方、处方点评，到任务量完成情况监测、安全性监测等等，全程化参与药品集采执行及管理。在药学部内可根据岗位、考勤、学科建设、创新及解决关键问题贡献值、药品集采工作完成质量进行综合考核分配，体现药学人员价值，让改革的红利充分传导至药学人员。

三是 10%的结余留用资金用于医疗机构各行政职能部门的推进奖励。

包括医保办、医务部、财务科等参与部门，激励各部门相互配合，共同落实好药品集采工作。

为了体现公平公正，多劳多得，各临床科室奖励绩效=科室考核得分 \times 每分值绩效。科室考核分值和每分值绩效计算公式见图 2。

以某高血压用药为例，在一批集采中，某科室有 15 个品规的任务。在完成集采约定采购量方面，第一个品规任务量 8000，实际完成量 7545，第二个品规任务量 2346，实际完成量 3217，第三个品规任务量 11245，实际完成量 9827……第十五个品规任务量 3421，实际完成量 1876。在其余四方面，该科室均为满分。其科室考核分值=

$$[(7545/8000+2346/2346+9827/11245+\cdots+1876/3421) \times 40/15]+10+20+20+10=97。$$



图2 各临床科室奖励绩效构成公式

根据统计得出第一个品规全院总完成量 30000，医保结余留用绩效 12300 元，第二个品规全院总完成量 69827，医保结余留用绩效 45317 元，第三个品规全院总完成量 73209，医保结余留用绩效 24673 元……第十五个品规全院总完成量 95621，医保结余留用绩效 35467 元。该科室每分绩效值 $= (12300/30000 \times 7545 + 45317/69827 \times 2346 + 24673/73209 \times 9827 + \cdots + 35467/95621 \times 1876) / 100 = 632.13$ 元/分，故该科室完成该批次集采任务所获得医保结余留用总绩效为 $632.13 \times 97 = 61316.61$ 元。

通过本项工作的实施，促进了新医大五附院合理用药，更好地调动了医务人员积极性，促进集采工作在医院落地。同时，在实践中历练了药学队伍，强化了科室药师的责任感和凝聚力，进一步增强了药

师的职业归属感。

双管齐下，持续落实药品集采落地

下一步，新医大五附院将在总结现有工作经验的基础上从两方面着手，持续落实药品集采工作在医院落地。

一是持续引入更先进的方法和管理理念，搭建适合本院应用和发展的药品集中采购工作流，一方面以 6S 精益管理法加强国家集中采购药品的质量监督与管控，采用 5W2H 分析法寻找执行力细化实施的关键点，促进药品集采落实的力度和准度；同时，通过构建 EFQM 卓越质量模型，从战略和策划、合作关系与资源、患者满意度、药师满意度、医生护士满意度、社会影响等多方面不断推进自我评估和计划改进，强化集采任务实施的过程管理，以 EFQM 模型得分作为管理成效的体现。另一方面，借助 SWOT 矩阵分析法开展国家集中采购药品工作的阶段性总结，取长补短，已形成持续发展的良好趋势。

二是增强信息化建设，与院内信息科、信息公司等合作开发集采任务量实时监测系统，对各批次任务药品的消耗量和余量进行动态监测，确保及时掌握任务完成进度，便于做出灵活调整。同时，开发同品种替代管理监测模块，与医院药品采购、药库管理等系统实现串联，在完成集采任务的前提下减少对现有品种造成的影响。此外，开发短缺药品预警模块，与医院 HIS 系统和药品物流等系统联合，一旦出现药品短缺的情况，系统会向工作电脑和管理员移动终端上发送预警提示，帮助医院及时发现药品短缺问题，保障人民群众用药。

• 专家观点 •

观点 | 何振喜：大力加强研究型医院建设，实现高水平医学科技自立自强

来源：健康界

习近平总书记在党的二十大报告中提出：“要坚持面向世界科技前沿、面向经济主战场、面向国家重大需求、面向人民生命健康，加快实现高水平科技自立自强”。高水平科技自立自强当然包括高水平医学科技自立自强，它主要包括医学创新和医疗服务两个方面。这些年来，我国在医学创新上进步明显，新药品、新器械、新技术发展迅速，但在高端医疗装备、创新药物、疫苗研发方面“卡脖子”问题依然存在；在医疗服务上成绩显著，人民群众的健康保障水平得到了极大提高，但是发展不平衡不充分、“大而不强”的问题依然存在。解决以上两个方面的问题，实现高水平医学科技自立自强，需要举国努力、多管齐下。今天我着重围绕“大力加强研究型医院建设，实现高水平医学科技自立自强”讲四个方面意见。

一、深刻认识加强研究型医院建设的时代价值

什么是研究型医院？一言以蔽之，就是三个特征：难病诊治、医学创新、成果转化；换言之，就是难病诊治、医学创新、成果转化的高水平医院。研究型医院作为医院转型发展的新理念新模式，顺应了

医学科技发展大趋势、医疗卫生改革大方向、人民群众健康保障新需求，应该说是时代发展的需要和产物。

(一)加强研究型医院建设是实现高水平医学科技自立自强的必由之路。现代医学科技发展证明，凡是具有里程碑意义的重大医学进步，都是临床与科研融合发展的产物。20 世纪人类医学的三大成就——抗生素、疫苗、DNA，都是基于疾病诊疗需求，从临床中发现问题，通过医学研究取得的成果。我国近 30 年以腔镜技术、医疗机器人为代表的微创外科技术，从举步维艰到蓬勃发展，从亦步亦趋到引领世界，都与医学专家的临床发现、协作攻关密不可分。我国现在一些优秀的研究型医院，应该说都具有丰富的临床诊疗资源和高水平的临床研究能力，在医学科技发展、临床疾病诊治、药品器械研究等领域已经发挥出独特优势。现代医学创新的一般规律启示我们，把我国目前一批临床与科研兼优的大型公立医院建设好发展好利用好，使它们成为高水平的研究型医院，是破解医药技术领域“卡脖子”难题、加快实现高水平医学科技自立自强的必然选择。

(二)加强研究型医院建设是我国加速攻克重大疾病的现实需要。随着我国医疗卫生事业改革发展，常见病多发病的医疗服务能力正加速提升，但人民群众“看难病”的需求越来越凸显。统计表明，我国近年来重大疾病发生率呈持续上升趋势。2022 年全球癌症发病人数及死亡率中国均排在各国之首，两者数据均高于我国与全球人口占比。大力加强研究型医院建设，有利于引导我国临床与科研兼优的大

型公立医院聚焦疑难危重疾病诊治与研究,在其发病机理、诊断方法、治疗技术、临床方案等方面形成引领国内乃至国际的共识、指南、标准和规范;有利于基础医学与临床医学融合发展协同发力,聚焦基因组学、蛋白质组学、代谢组学、系统生物学、合成生物学、结构生物学、脑科学和脑机接口、人工智能、纳米医学等学科前沿,不断在细胞治疗、分子治疗、基因治疗、免疫治疗等生物治疗方面创新诊治技术,在个性化治疗、靶向治疗、微无创治疗、药物和器械组合、再生医学和数字医疗等新技术方面产出高水平成果;有利于充分发挥研究型医院“治一般医院治不了的病、做一般医院做不了的手术”的核心职能作用,最大限度满足人民群众“看难病”的健康需求。

(三)加强研究型医院建设是促进健康产业协调发展的客观要求。不断满足人民对健康生活需求层次的提升,构建预防、治疗、康复、健康促进一体化的“大健康”产业体系,为人民提供全方位全生命周期的医疗健康服务,已成为我国医疗卫生事业发展的重要任务。研究型医院具有优质医疗服务、科研平台资源和高端医学人才等多重优势,处于构建大健康产业体系的核心支撑地位,是健康产业繁荣发展的重要驱动力。大力加强研究型医院建设,有利于发展高水平的健康产业,不断推动医疗服务产业、医药器械产业、保健品产业、健康管理产业、养老养生产业、健康教育产业等转型升级,满足人民群众对更优质、更有效、更安全医疗服务和健康产品需求,提高我国医疗行业的整体水平和健康产业国际竞争力。

(四)加强研究型医院建设是推动新型诊疗制度落实的关键环节。分级诊疗不落实有多种因素，其中一个重要原因，就是医院职能任务不清，大医院没看大病，小医院没看小病。新时代，按照医院承担的功能任务进行分型分级管理，对我国目前医药卫生体制改革来讲是问题倒逼、形势所迫，是必须解决的时代课题。依据国家卫健委《医疗机构设置规划指导原则(2021-2025 年)》“要明确各级各类医疗机构功能定位”的要求，适应新时代我国医疗卫生事业发展的需要。我们认为，应该按照研究型医院、临床型医院、全科型医院三种类型、三个层级进行整体筹划，形成结构合理、定位清晰、任务明确的新时代新型医疗卫生服务体系。研究型医院处于医疗卫生服务体系的顶层位置，职能任务主要解决“看难病”问题，开展疑难危重疾病诊治，新技术新业务研发，临床研究和成果转化。临床型医院处于医疗卫生服务体系的承上启下位置，职能任务主要解决“看病难”问题，完成常见病多发病诊治、地方性疾病和专科疑难疾病的救治。全科型医院处于医疗卫生服务体系的基层位置。职能任务主要解决“首诊病”问题，进行健康宣教、预防保健、初级检诊、急诊急救、功能康复、心理咨询、健康照护等。按功能任务来对医疗机构进行分型分级管理，有利于构建紧密型城市医疗集团和县域医共体，合理配置医疗资源；有利于科学预防、早病早治；有利于难病诊治，提高多层次精准化服务水平，提升广大人民群众的幸福指数，更好地发挥我国医疗机构的整体服务效能。

(五)加强研究型医院建设是牵引公立医院高质量发展的重要举措。20年前探索建设研究型医院的初衷,就是引领大型公立医院“走质量建设与内涵发展之路,推动医院建设由规模扩张型向质量效益型转变”,力图改变医院过分依赖规模扩张、粗放发展的模式。研究型医院强调质量内涵发展、临床科研融合、创新转化协同,与推进公立医院高质量发展总体要求高度一致。大力加强研究型医院建设,可以为大型公立医院高质量发展树立标杆示范,在注重全面质量管理、质量建设同时,抓住高质量发展的核心要求,推动医学创新成果转化,不断提升自身医疗服务水平,为区域乃至我国整体医疗水平提升多做贡献。我查了一下,规划建设的国家医学中心、临床医学研究中心和区域医疗中心,基本上也都是依托研究型医院而建,加强研究型医院建设将对我国公立医院高质量发展起到极大的引领示范作用。

二、切实增强加强研究型医院建设的实践自信

研究型医院20年的探索实践筚路蓝缕,从寂寂无名到社会认同、从理念产生到理论完善、从模式探索到实践落地,一个崭新的医院建设模式实实在在地出现在祖国的大地上。随着实践的推进,我们对研究型医院建设越来越自信,这种自信源于以下五个方面。

(一)研究型医院理论体系越来越完善。编辑出版《创建研究型医院》《研究型医院管理学》等多部专著;创刊发行《中国研究型医院》杂志;撰写推出研究型医院时代、战略、哲学、政治、社会、国际、金融、智能、实践、使命等10个系列理论思考;公开发表上千篇研究

型医院、研究型学科、研究型人才建设的学术文章；系统阐明研究型医院的时代背景、主旨要义、建设目标、体系框架、发展方略和模式路径。特别是提出“研究型医院要以‘看难病’为核心职能，以医研融合为发展模式，以创新转化为主要特征，以为人类卫生健康多做贡献为价值追求”，鲜明地标定了研究型医院理论体系的“四梁八柱”和难病诊治、医学创新、成果转化等研究型医院三大目标指向。

（二）研究型医院建设共识越来越凝聚。随着时间的推移、实践的深入，研究型医院在医疗卫生系统逐步形成较为一致的认识，这种认识集中在四个“新”上：是临床与科研并举的医院发展新理念，是规模与内涵并重的医院建设新模式，是创新与转化并进的医院发展新动能，是能力与贡献并优的医院建设新水平。多位国家领导人对研究型医院给予充分肯定，指出“把医疗实践与医学研究结合起来，这是医院建设的正确方向”；“建设研究型医院的经验很好，促进了基础研究和应用研究的结合，有利于科技成果的转化应用，提高临床诊治技术水平，是创新型国家建设的重要组成部分”。人民日报、新华社、解放军报、中央电视台等全国主要媒体对研究型医院建设进行了广泛报道。2022 年，国家发改委《“十四五”生物经济发展规划》提出要“加快建设研究型医院”；2023 年，科技部等 12 部门《深入贯彻落实习近平总书记重要批示精神，加快推动北京国际科技创新中心建设的工作方案》提出要“推进高水平研究型医院建设”。研究型医院建设纳入了国家相关部委的规划部署。

(三)研究型医院建设行动越来越自觉。北京、上海、海南、广东、江苏、浙江、山东、安徽、深圳等省市纷纷将研究型医院建设列入发展规划并付诸实施，其中，上海早在“十三五”就部署建设5所研究型医院，“十四五”规划提出到2030年建成一批世界一流的研究型医院；北京市政府2020年投入1亿元资金启动研究型病房建设，2022年前建成30个示范研究型病房，并建设两所研究型医院；江苏2022年出台《研究型医院建设规范》并遴选了10所研究型医院、4所建设医院，拿出1亿元资金对遴选出的研究型医院给予配套资金支持；很多大型公立医院都将建设研究型医院作为奋斗目标。同时，上海、江西、山东、河南、陕西、江苏、吉林、黑龙江、河北等省市建立了研究型医院学(协)会。全国研究型医院建设发展呈现出勃勃生机。

(四)研究型医院建设支撑越来越坚实。研究型学科和研究型人才脱颖而出，2023年学会组织的研究型医院评价遴选，评选出110个研究型学科、216位研究型人才，涌现了一批临床专家、科学家、教育家和管理专家等“四家兼具”的研究型人才，这些人才临床技术精、科研能力强，既是医疗服务工作的领军人物，又是高层次科研成果的主要贡献者。2023年研究型医院评价遴选出的50家示范医院，平均每百名卫生技术人员科研项目经费831.93万元，高于申报医院总体水平67.1%；96%建有临床数据中心、88%建有生物样本中心等基本科研设施，配有基本的大型科研仪器设备。依靠高水平创新平台，大力推进基础研究、应用研究、产品研发、临床应用与市场推广，基本形

成“全链条”创新转化生态链。

(五)研究型医院建设成果越来越凸显。中关村发展集团知识产权管理机构 2021 年抽样统计表明, 占我国大型公立医院 5% 的中国研究型医院学会会员单位, 近 3 年度优秀级专利数占比达到全国大型医院的 31.4%。2023 年学会组织的研究型医院评价遴选活动, 遴选出的 50 家示范医院与 212 家参评医院相比: 发表“三高”论文数量高于 53.8%, 获得发明专利授权数量高于 65.6%, 2020—2022 年转化药品合同项目数、转化器械合同项目数高于 88.9%、85.4%, 主持国际合作科研项目、临床试验(通过 GCP 认证)项目和研究者发起的研究项目高于 55.3%、51.4%和 68.3%。根据学会 2021 年调查发现, 北京、上海、广州、成都等地践行研究型医院理念较好的医院, 创新转化收益在医院的收益中占比显著提升。近年来, 临床研究越来越受到关注和重视, 研究者发起的临床研究取得了显著成效。根据 2021 年《构建中国医药创新生态系统》报告, 我国对全球医药研发的贡献已稳居第二梯队之首, 仅次于美国。这里面, 研究型医院做出了突出贡献。

20 年的建设历程、20 年的建设成就, 给我们的重要启示是: 建设研究型医院, 必须讲政治, 契合国家战略要求来推进; 必须讲科学, 遵循医学进步规律来推进; 必须讲事业, 作为崇高追求满腔热情、锲而不舍来推进。

三、充分认清制约高水平医学科技自立自强矛盾问题

当前, 我国实现高水平医学科技自立自强存在着医学创新不足和

医疗服务不强的问题，因素是多方面的，我这里主要从研究型医院建设的角度来分析，感到以下四个问题，需要引起大家的高度重视。

（一）研究型医院医学创新主体作用没有得到充分发挥。截止 2022 年底，我国有三级医院 3523 家，其中三甲医院 1716 家。这些医院都具备一定的研究型医院资源条件，应该成为临床医学创新的骨干力量。但由于功能定位不清，临床与科研关系处理不好，存在两个方面的倾向：一是重临床轻科研，把临床与科研割裂开来；二是大小病通治，无暇搞科研。临床研究缺乏统一规划、有序管理、有效激励，还沿袭着传统医院建设理念、发展路径和管理模式，在经费投入、人员编配、空间调整、绩效奖励的时候，首先考虑的是临床需要，医学创新和成果转化需要摆不上应有位置。导致有临床没项目、有项目没研究、有研究没成果、有成果没转化，影响了研究型医院整体优势形成和主体作用发挥。

（二）研究型医院病种病例海量优势没有得到充分利用。我国人口基数大，临床病例资源丰富，生物数据产量已占世界 1/3，但数据库、样本库、生物资源库等统筹管理和开发利用很不理想，主要存在四个方面的问题：一是散，散落在各个医院或各个科室；二是乱，缺乏科学统一的管理和使用标准；三是差，低层次建设，设施条件比较落后；四是废，没有结构化、数据化开发，处于闲置状态。究其原因：一是相当一部分研究型医院对临床病种病例规范管理与开发利用重视不够，导致医院内部难以迸发跨学科挖掘利用病种病例资源开展临床医

学研究的创新活力；二是全国范围内的病种病例资源规范管理、发掘利用相关标准政策不完备，加上医院权属不同形成的院际壁垒，严重限制了医院病种病例资源共享，进而制约了我国利用海量病种病例资源优势突破重大医学难题的速度效益，结果造成“病种病例资源大国、临床医学研究小国”的局面。

（三）研究型医院医学创新转化投入没有得到充分保障。从今年研究型医院评价遴选申报医院统计数据看，相当多的研究型医院创新转化投入不足，资金链、研发链、协同链、服务链、转化链存在短板弱项。参评医院中每百名卫生技术人员中专职科研人员数仅 4.4 人，50 家示范医院也只有 6.1 人，还有近 1% 的申报医院没有专职科研人员；参评医院有 17.9% 没有数据中心、11.3% 没有生物样本中心。无论是 212 家申报医院还是 50 家示范医院，虽然都有专用科研设备和场地，但是与医疗设施设备和场地相比，严重不成比例。这不可避免地导致研究型医院创新转化低效运行，造成创新苗头立项难、持续推进难、中试扩试难、转化推广难，大量临床科研最终只是发个论文、报个专利完事，创新转化效益大打折扣。

（四）研究型医院临床研究能力水平没有得到充分提升。我国临床研究水平较低，主要有两方面原因：一是临床研究专职人员太少，很多临床研究项目没人开展。美国麻省总医院病床 900 张，拥有 1400 多名临床科学家、专职科研人员 2300 人、研究支持人员 3600 人，总计 7300 人。二是临床医师的临床研究水平不高，临床研究的方法学

掌握不充分。临床研究的主要研究者(PI)应是临床科学家,我国现有临床科学家数量太少,是限制高质量临床研究的重要因素。大多数临床研究机构不具备设计和组织实施高质量、创新性的临床研究,能够牵头开展国际多中心临床研究的机构更是凤毛麟角,不仅严重制约着创新药物和医疗器械的研发,也严重影响我国在疾病诊疗上的技术创新和理论创新,以及对世界医学应有的贡献。相关资料表明,国际临床诊治指南中,引用来自我国人群的研究证据仅占约 3%。我国临床指南大多也因基于我国患者自身数据的循证医学证据严重不足,临床研究路径和方法不科学,只能被动接受和采纳国外的标准规范。临床研究能力不足是制约我国医药创新的最大“瓶颈”。

四、坚持不懈推动研究型医院高质量蓬勃发展

鉴于 20 年研究型医院建设的经验启示和当前推动高水平医学科技自立自强的时代要求,我认为,建设高水平研究型医院必须着眼于三个考量:要站在历史性和战略性的高度来定位,要站在时代性和前瞻性的高度来统筹,要站在人民性和社会性的高度来谋划。

(一)从战略层面明确研究型医院功能定位。功能定位决定发展地位,发展地位决定使命作为。研究型医院要在我国得到更大发展,发挥更大作用,必须得到国家层面的政策支持。今年全国“两会”提案、中国科协征询医改意见、国家卫健委来学会调研,我们就此问题已经多次提出建议。下一步我们还要围绕这一问题继续建言献策,加紧推动将研究型医院列入我国医疗卫生事业改革发展的总体规划,按照

“一个坚持三个统筹”的原则来推进。一是坚持“对标国际、中国特色”，既要放眼世界，又要紧密结合中国实际；二是统筹历史与现实、东部和西部、中央与地方的实际情况，部署建设一批研究型医院；三是统筹研究型医院与公立医院高质量发展，做到与国家医学中心、临床医学研究中心、区域医疗中心建设一体规划、协调发展；四是统筹研究型医院建设与深化医药卫生体制改革关系，把研究型医院建设纳入医药卫生体制改革总体部署，做到互相促进、整体进步。

(二)从体制层面强化研究型医院资源配置。研究型医院是一种新的医院建设理念，必须以极大的魄力，从硬件、有形的角度重构医院的体制框架和资源配置：一是要设立专门的研究型医院管理机构，既能确保难病诊治、医学创新、成果转化三个方面协调推进，又能有效指导创新转化的规范开展。二是要搭建专业的研究支撑平台，按照《研究型医院建设指南》要求，着力建设高水平的临床研究中心、多学科诊疗中心、医学大数据中心、生物样本中心、成果转化中心等五个中心，形成对研究型医院履行职责使命的有力支撑；三是要拥有专职的研究人才团队，既要加强对临床医生科研能力培养，造就高素质临床科学家(PI)，又要大幅度提高专职临床研究人员的编配比例，搞好医、研、技、药、护、工程、信息、统计、金融、产业等各类人员优化配置；四是要多渠道加大研究型医院的投入。过去我国自然科学基金基本以基础研究为主，临床研究资助很少。今年8月，国家自然科学基金委围绕加强临床医学研究提出了一系列政策改革思路，包括：加强

临床医学科学家资助力度；为愿意做科研的优秀医生单列一个赛道；增加临床研究领域杰青名额；在评委当中增加医生比例等等。我们要注意用足用好这些政策。同时，从医院的层面来讲，一定要舍得在经费、空间、设施设备、人力成本投入等方面给予临床研究有力保障。

（三）从机制层面增强研究型医院发展活力。推动研究型医院建设，既要注重硬件建设，也要注重从软件、无形的角度，建立有效激发内在活力的政策机制。一是要改革人才评价标准，建立一套既有利于提升难病诊治能力、又有利于促进医学创新和成果转化的绩效考评制度；二是对在医学创新和成果转化方面做出突出贡献者，既要进行精神激励，也要进行物质奖励，切实把国家相关激励政策落实到位；三是要设立“临床医学创新奖”和“临床医学科学家奖”，大力表彰重大临床研究成果和创造者，引导临床一线医务人员埋头临床实践，矢志临床研究，努力践行习近平总书记“把论文写在祖国大地上”的指示要求，为实现高水平医学科技自立自强建功立业。四是培养医院创新文化，营造积极进取、勇于创新、科学严谨、求真务实、团结协作、学术民主、环境宽松的文化氛围。

同志们，研究型医院 20 年建设、中国研究型医院学会 10 年发展，回顾成就，成果丰硕，我们充满昂扬自信；面对现实，任务艰巨，我们深感责任重大；展望未来，前景可期，我们必须踔厉奋发。让我们以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，守正创新，再接再厉，拼搏奉献，为实现我国高水平医学科技自立自强贡献力量！

观点 | 以创新为引领,用改革促发展 专访南方医科大学珠江医院院长 郭洪波

来源：南方医科大学

作为南方医科大学的第二附属医院、第二临床医学院、儿科学院，南方医科大珠江医院(以下简称“珠江医院”)近几年的发展成绩斐然：成为广东省公立医院改革与高质量发展示范医院、广东省高水平医院，首批广东省高水平临床医学院，广东省临床研究质量控制中心牵头单位；连续四年进入绩效“国考”A+前列，跻身复旦版中国医院综合排行榜、中国医院科技量值榜、中国医院创新转化排行榜等权威排行榜百强并持续攀升.....

2023 年初南粤大地全面掀起高质量发展大潮，广东以粤发 1 号文出台《关于推进卫生健康高质量发展的意见》，珠江医院第一时间召开“早春第一会”，以挑战性的目标去激发全院全员“开局就是决战、起跑就要加速”的斗志，激荡起推动医院高质量发展的崭新气象。在绩效国考与高质量发展的双重导向下，这样一所医院的学科建设是怎么提质进阶，为医院高质量发展蓄能的呢？

在院长郭洪波看来，学科建设是医院高质量发展的核心关键，创新是学科建设的强劲引擎。

以患者为中心，创新医疗服务模式

以患者为中心，优化流程、挖掘资源，提质增效，改善就医体验。

集成创新，打造客服“一站式”。整合门诊服务、床位调配、入院办理、预约检查等服务，实现信息化管理，减少患者往返时间，改善患者就医体验。比如，集住院预约、床位安排、入院登记、医保联网、押金预交“五合一”的一站式入院服务，实现住院办理“只跑一趟”，由原来平均耗时 26.37 分钟缩短至目前的 7.1 分钟。

优化流程，推行手术“一张台”。为实现院内手术室效率最大化，医院成立由院领导牵头的专项工作小组，着力改进准点开台、提效接台、规范停台，调优手术日，推行周末手术、试行当日入院手术、建立手术转运队伍等系列的举措加速落地。

调整布局，实现专病就诊“一体化”。按照系统疾病重新布局门诊场地，打破内外科壁垒，建立多学科诊疗的实体化专病中心，推动从单专科迈向多专科的交叉融合、紧密协同式发展，为患者提供疾病诊疗的一站式服务，让患者“足不出科”就可以享受到精准的多学科诊疗服务，从而全面的提升患者的诊疗效果。

紧扣专科能力提升，持续做实优特新技术培育

郭洪波认为，临床专科能力就是医院核心竞争力。在新的阶段，纵深推进专科能力建设就是要结合医院的优势特色，响应群众的健康需求，打出医院拳头专科、优势技术、品牌专病，也是医院专科发展的安身立命之本。

2023 年 7 月 17 日，国家卫生健康委发布《关于推动临床专科能力建设的指导意见》，意味着公立医院的学科建设将浸润在以临床专

科能力建设为核心的新的导向之中。在此之前，医院已经部署启动“珠江医院临床专科能力提升三年行动计划”，明确 2023-2025 年临床专科建设目标与重点任务、支持计划。同步建立珠江医院临床专科能力考评指标体系、“分类分层”的专科评估机制和“一科一策”为各临床专科量身打造实施路径。以专科平台推动亚专科发展，以亚专科方向推动诊疗组发展。

同时，医院以专病中心建设为抓手，加强专科病种结构的顶层设计。紧扣临床专科 3-5 年发展规划重点方向，深化“学科+专科+专病”发展体系，建设专病中心，提供内外一体化诊疗服务。设立专病中心首席专家，打造多学科交叉协作诊疗与创新团队，推动专病诊疗方案标准化，服务模式流程化、协作机制一体化。同步构建专病队列数据库和生物样本的全信息库，加快疾病诊疗指南、共识制定，高水平临床研究论著发表等标志性成果产出。

坚持创新驱动发展，建设一流高水平研究型医院

郭洪波强调，实现高水平研究型医院建设目标，临床研究与成果转化是硬支撑，更是强引擎。

珠江医院临床医学研究中心由院长郭洪波领衔，2017 年底成立，设立临床研究管理委员会，打造了集 I-IV 期临床研究病房、专病研究中心、生物样本库等为一体的创新型临床研究体系，建成临床研究全过程分级管理、全流程信息化管理、全链条培训的“珠江模式”。GCP 专业规模全省第一，“立项-伦理-合同-启动”（立项 3 天，合同

4 天)全流程 30 天的“珠江速度”获得业内的一致好评。2022 度新增 GCP 项目数全省第五，器械类和组长单位数均居全省第一，IIT 项目总数全省第五。作为新赛道队长，珠江医院 2022 年成为广东省临研质控中心牵头单位，持续优化五级质量管理模式，拓展“点-线-面-网”培训，建成了“管理-培训-质控-转化”四大体系，对全省 50 家高水平医院的临研管理评估也将在 2023 年底完成。

珠江医院转化医学中心由党委书记王前领衔，2023 年 2 月成立，聚焦精准诊疗、微生态医学、干细胞研究与生物治疗、质谱检测应用等方向，致力于将创新成果转化为人民群众的获得感，实施医院科技成果转化能力提升“九大行动”，建立创新转化项目库，打造“基础研究-技术攻关-成果转化”生态链。珠江医院先后完成抗原诊断试剂盒和生物人工肝等项目成果转化，其中车小燕团队研发的 SARS 抗原诊断试剂盒及系列成果转化产品累计销售额已超过 1.5 亿元，近 3 年新冠抗原检测试剂、组合型人工肝支持系统等产品累计成果转化金额超 5500 万。

关注青年人才成长，持续完善人才培育体系

医院历来高度重视人才建设，创新人才制度，先后出台了高层次人才全职引进和柔性引进、流动 PI、博后管理、出国留学等十余项政策，有力促进了队伍结构优化，带动了学科高速发展。

2022 年，医院推出涵盖“珠江新苗”优秀生源引进、青年学术成长孵化、“珠江菁英”骨干人才汇聚、优秀员工聘用、“珠江领军”

人才提升激励的 18 项重磅支撑举措，覆盖不同层级、贯通成长路径的珠江人才全周期引进培养支持体系。该体系建设，医院每年将至少新增 6000 万元投入，特别是在当时疫情严峻形势的冲击下，充分体现了珠江医院抓人才工作的决心，也向全社会释放了加快推进人才兴院战略的鲜明信号。

医院尤其重视青年人才成长的综合素质培养。“新苗-菁英-领军”人才全周期引进培养支持体系，为青年提供清晰的成才路径。实施“定岗博士后”政策，打通“博士-博士后-高层次人才”全链条培养。设立教师教学发展中心持续提升青年教师专业能力。开展高层次科研人才到临床专科挂职，与临床专科紧密协助，示范人才成长路径。推进科室主任后备人才到职能部门挂职，促进管理部门和一线科室之间的融合，加快培养和选拔优秀年轻干部等。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

“住院保障”转向“门诊共济”，零售药店机会来了？

来源：21 世纪经济报道

近日，深圳市医保局发布消息称，新版《深圳市医疗保障办法》（以下简称《办法》）已于 10 月 1 日起正式实施，深圳全市参保人医疗保障待遇稳中有升。

值得注意的是，此次《办法》取消了医保个人账户在定点零售药

店购买非处方药、家庭成员共济使用等方面“门槛”。《办法》实施后，个人账户使用的灵活性将大大提升，只要参保人的医保个人账户内留有余额，即可按所在地区规定使用。

此外，今年上半年上海也取消了参保人员用个账资金买医保药品金额、次数等限制，方便参保人员在定点零售药店购药。

随着门诊共济保障等一系列医保改革的深入推进，取消医保个人账户部分使用限制管理已是大势所趋。而医保个人账户改革红利加快释放，参保人员线下购药需求将增多，竞争激烈的零售药店能否抓住机遇，实现增量发展？

1. “住院保障”转向“门诊共济”

按照此前规定，参保人个人账户积累额必须超过本市上年度在岗职工平均工资 5%，也就是 7778 元，才能在定点零售药店刷医保卡购药。本次《办法》调整后，只要参保人医保个人账户留有余额，即可按国家、广东省及本市的规定范围使用。如果参保人和亲人申请家庭关联的绑定成功，也可以供家庭成员共济使用，使用时直接扣除参保人医保卡内个人账户余额。

目前，各地医保支付政策调整的脚步进一步加快。去年 12 月，深圳市印发了《关于实施〈广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法〉有关事项的通知》。其中，可以在定点零售药店购买医用棉签、口罩、消毒液、血压计等医疗器械、医用耗材等举措可被看做是本次《办法》的预热。

而今年4月，上海同样发布了医保支付政策改革，放宽了全市定点药店的医保购药限制，取消非处方药购药数量与次数、金额限制，降低了参保人在定点零售药店购药的门槛。个账改革全面推进深化，福祉有望在未来覆盖全国。

此前市场通常认为，相对于住院保障，门诊保障方面比较薄弱。本次支付政策改革一方面提高了门诊共济保障的水平，另一方面也提升了基本医疗保险基金的使用效率。取消参保人员使用个人账户资金购买非处方药品的限制，进一步加快了把零售药店纳入门诊统筹管理的脚步，极大方便了参保人尤其是老年慢病患者在定点零售药店购药，利于医疗资源向有需要的人群倾斜。

2. 零售药店机会到来？

当前，我国药店数量持续增长，连锁化率显著提升，市场集中度持续提升加速了医药零售市场的终端整合，医药零售企业内卷愈发严重。电商、互联网药房崛起，门诊统筹患者回流大大增多了患者的购药途径。规模、价格、配送能力都没有显著优势的线下药房，如今面对着客流和利润同步缩水的问题。在此背景下，零售药店发展进入瓶颈期。取消医保个人账户在定点零售药店消费的“门槛”，无疑让实体定点零售药店，特别是连锁零售药店，获得了进一步的市场增量机会。首先，取消参保人在药店购药的门槛，理论上让消费者更多地使用个人账户上的资金在药店进行消费，对活跃零售市场有一定的积极作用。其次，零售药店与传统医疗机构相比，具有数量多、分散广、

辐射范围大、便捷性强等优势，方便了行动不便的老年人群的购药需求，是一项重大利好。另外，零售药店承接部分门诊回流人群，减轻了医疗机构的负担，有利于医疗资源被更好地利用。随着各地新规的落地，院外零售药店在推动医保支付业务进一步规范化经营的同时，将更有利于为消费者购药时提供更多样化、个性化的药学选择。

零售药店要重新突围，不能只依赖政府调整医保支付政策，同样要从自身着手发力。为了更好地向患者提供服务，零售药店可结合购药人群的特征、痛点，结合医保可报销的产品范围，调整产品的品类及服务，提升客单及复购率。此外，随着购药量的增加，定点药店应当提升自身专业服务能力，按照行业主管部门对相关药品配售服务规范，配备执业药师，在向患者提供非处方药品配售服务时，遵循因病施治、合理用药原则，指导患者合理购买药品。

[返回目录](#)

统筹药店超6成药品需为医保产品，单体药店经营更难了！

来源：湖北省医保局



10月17日，湖北省医保局下发了《关于规范职工医保门诊统筹定点零售药店医保服务协议管理的通知》，首次规定了医保目录内药品品种占零售药店药品配备比不低于60%(不含中药饮片)。《通知》自2023年12月1日起执行。医保局出台限制的初衷是为了进一步提高参保人员购药的便利性和可及性，但出售60%的医保产品将给零售药店的经营和盈利带来挑战。

另一方面，湖北省医保局还对零售药店销售医保药品的价格做出了规定：门诊统筹出售的医保目录内(不含国家谈判药品)，在湖北省药械集中采购服务平台有挂网价格的药品，药品销售价格参照挂网价格确定。这也就意味着湖北所有统筹门店将按照几乎统一的价格销售医保药品，而这明显会利好拥有规模优势的头部连锁。

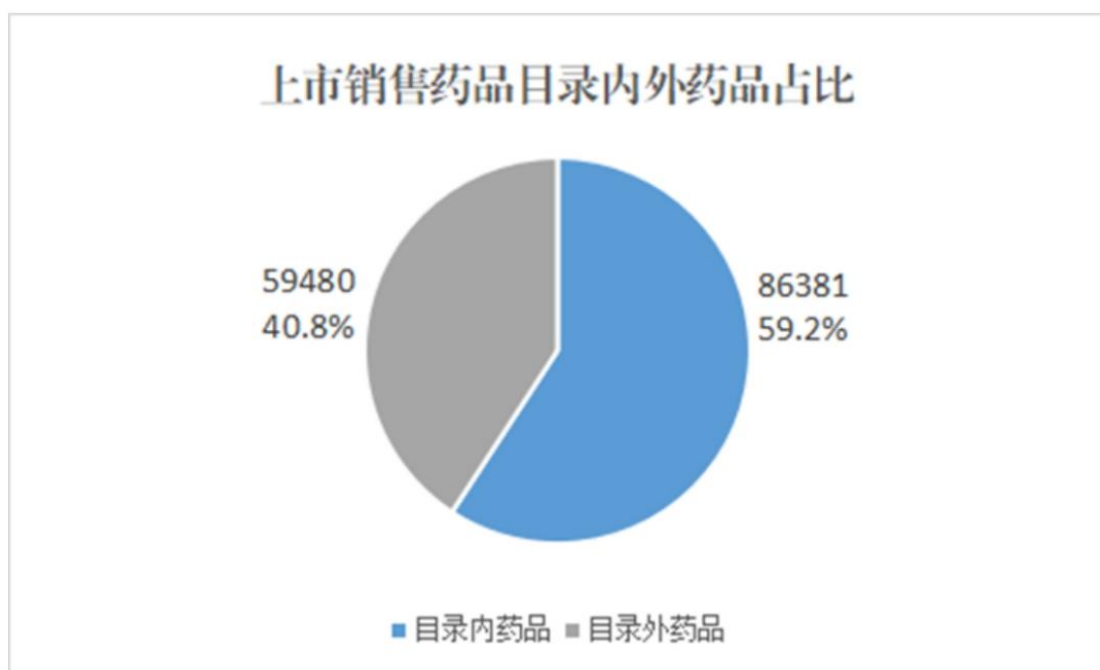
1. 超六成医保药品的销售会冲击统筹药店盈利能力吗？

从价格方面来看，湖北医保局对于门诊统筹药店销售医保药品的定价相对宽松。新康界通过访谈湖北知名连锁负责人了解到，目前湖北医保局是鼓励门诊统筹药店按照挂网价销售医保产品，所谓的“参照”允许有一定比例上涨的空间，一般不超过15%，具体实施细则还在制定中。

而有些地区例如海南，对于门诊统筹药店销售医保药品的定价相对严格：在海南省药品集中采购平台有挂网的药品，门诊统筹药店需要按不高于省药品集中采购平台挂网价格销售。但海南相对来说还是个例，很多地方医保局对于门诊统筹药店销售医保产品价格的规定是

“参照”、“鼓励”和“倡导”按照挂网价。

其实，门诊统筹药店即使是按照挂网价销售医保药品，并不意味着和医院零差率销售药品等同，完全没有利润。医保药品和集采药品在院内外价格存在较大差异：集采药品由国家医保局统一集中带量采购，所以院内的价格一般要低于院外价格；而医保药品市场程度相对较高，院内医保药品的价格不一定就低于大连锁采购的成本价。大型连锁企业凭借规模优势，医保药品的采购可能会低于药品在省集中采购平台的挂网价。所以当门诊统筹药店销售药品中有 60%是医保产品时，也不会对药店的运营产生较大影响。



另一方面，门诊统筹药店销售产品中 60%是医保药品会对药店现有的商品结构产生很大冲击？答案是否定的。根据《中国医疗保险》数据，2022 版医保药品目录共收录了 2967 个品种，包括西药 1586 种，中成药 1381 种，如果按剂型规格(不包含包装)计算的话，涉及

近 9 万个品规，目录内药品数占目前上市销售药品批件数量的 59%，由此可见此项规定对于门诊统筹药店经营药品结构的影响有限。

2. 门诊统筹渠道成为连锁药店和医药工业新的增长极

医保局推动零售药店纳入门诊统筹一方面是为保民生，提高医保药品的可及性，方便患者购药复购；另一方面也是探索试点医药分家的可行性，为未来处方外流铺路。

对于药店端，单体药店在面临院内外价格一致的情况下将处于竞争劣势，很可能不加入门诊统筹定点。以武汉为例，在发布的武汉第三批门诊统筹定点零售药店名单中，就有 261 门店解除门诊统筹协议。不加入也意味着未来客流可能会被周边门诊统筹药店分流，单体药店将直面出现转型或者被整合；而连锁药店因规模优势仍能获得利润空间，未来将借助这个机会进一步提升规模优势和药事服务能力，从而获得更多的外流处方。对于医药工业端，原来在医院端准入不理想的情况下，门诊统筹药店成为了一个新的渠道。另外，对于患者教育方面，门诊统筹药店也成为了一个新的战场。

[返回目录](#)

• 医保动态 •

4 个方面，有序推进多层次医疗保障体系建设

来源：学术研究

党的二十大已经吹响了全面建设社会主义现代化强国的号角，中

国式现代化进程在全面提速，国家推进共同富裕的步伐也在明显加快。从现在起到本世纪中叶，中国社会将从金字塔型结构逐步走向橄榄型结构，中等收入群体规模会持续壮大，但社会成员的收入差距与消费差距仍会存在，不同人群处于不同阶层仍将是一个客观事实。基于中国式现代化和走向共同富裕的国家目标对健全医疗保障制度的迫切要求，现阶段无疑是最需要建立多层次医疗保障体系并充分发挥其作用的时期，只有加紧推进多层次保障体系建设，才能更好地满足不同社会阶层群体的保障需求，并助力全民走向共同富裕。

总体的政策取向应当是加快优化法定医疗保险制度并使之定型，同时精准支持商业健康保险，有效对接慈善医疗，以法定医保制度主导的多层次医保体系来满足全体人民的多层次医保需要，进而向健康中国稳步迈进。具体的实践路径则应当是在有序协调的条件下，让不同层次的医疗保障分层推进，做到各循其道、各显其长、各尽其责。

首先，法定医疗保障制度需要尽快走向成熟、定型，并快速提升其统筹保障能力，为解除全体人民疾病医疗后顾之忧提供清晰、稳定的安全预期。为此，必须在目标明确、路径清晰的前提下全面深化改革。一方面，法定医疗保障制度应从根本上解除人民群众疾病医疗后顾之忧，确保任何人不因疾病医疗而陷入贫困或灾难性生活境地。需要通过立法强制实施全民医保，同时通过均衡医保筹资责任负担和优化居民医保筹资机制，将“以收定支”的政策取向逐步调整为“以支定收”，同时推进统一的待遇清单，真正实现筹资公平与待遇公平，

在不断缩小职工医保与居民医保差距的条件下，稳步迈向一个统一的基本医疗保险制度覆盖全民的目标。另一方面，必须尽快矫正现行医疗保障的制度性缺陷。具体包括取消职工医保个人账户以直接增强互助共济和统筹保障功能、出台退休人员缴费政策以增加医保基金来源并促进制度公平、出台居民在常住地参保并根据可支配收入一定比例缴费政策以消除筹资不公和逆向调节现象、积极稳妥地将统筹层次提升到省一级并建立国家层级的基金调剂制度等。上述改革均涉及深刻的利益格局调整，特别需要凝聚改革共识、坚定改革意志并形成理性务实的推进方案。需要特别指出的是，中国现阶段应当坚持完善基本医疗保险制度，但伴随中国式现代化建设的全面推进，在基本实现国家现代化、财富积累到相当规模的条件下，面向全体国民提供免费医疗服务将是可以考虑的方案。

其次，着力促进商业健康保险发展，让其真正满足中高收入阶层对更高水平医疗保障与健康提升的需要。国家应当制定相关政策，精准发力，促使商业性健康保险得到应有的发展，而不是让法定的大病保险吸引保险公司的注意力，也不是通过不断提高疾病医疗费用的报销水准与医疗服务等级制来误导高收入阶层的医疗保障期望。当务之急是需要真正厘清政府与市场主体的责任、厘清社会保险与商业保险的关系，让社会保险性质的大病保险回归基本医疗保险（社归社），让“惠民保”真正遵循市场法则而成为商业保险（商归商），并通过激发市场主体的内生动力，让其聚焦有能力付费的中高收入群体，开发出

受欢迎的健康保险产品，通过高附加值的保险服务将亿万潜在客户变成现实消费者。国家应当出台将职工大额医疗费用补助、公职人员医疗补助、企业补充医疗保险统一转向商业健康保险的促进政策，同时在医疗保障部门与国家金融监督管理总局的联合推动下，建立法定医疗保障与商业健康保险之间的信息共享机制，这将是促使商业健康保险快速发展的合理举措。

再次，将慈善医疗真正纳入多层次医疗保障体系建设范畴，与法定医疗保障实现有机衔接。国家应当出台鼓励社会慈善捐赠、统筹协调慈善医疗救助力量、支持医疗互助有序发展的促进政策，给予这类慈善捐赠全额免税的优惠。与此同时，医疗保障部门、民政部门应当与慈善医疗组织有效对接，特别是要建立相关信息共享的机制，以便降低慈善医疗运行成本并避免其行为失范，真正让爱心善意更加有效地运用到有需要的贫困患者身上。对广受关注并事实上为缓解困难患者大病医治负担作出独特贡献的网络大病筹款平台，应将其纳入中国特色慈善范畴。慈善医疗的健康发展，将成为多层次医疗保障体系的有益补充。

此外，还应当为多层次医疗保障体系建设创造良好的环境。关键在于真正切断医疗服务收费与医院自身利益、医生个人收益之间的链条，让公立医院真正成为“治病救人”的公益性医疗服务机构；完善药品、医用耗材价格谈判与集中带量采购政策，让药品价格、医用耗材价格回归到正常、合理区间。同时，基于“人民健康需求的多样化、

多元化、复杂化，推动着医疗保障从治疗端向前端预防后端康复延伸，并与公共卫生、医疗、医药融合发展”，还应当增加公共卫生投入并提升其效能，为减少疾病、增进健康奠定更加坚实的基础。

中国式现代化建设在全面提速，走向共同富裕的步伐明显加快，在疾病特别是重大疾病仍是城乡居民面临的重大生活风险的条件下，加快推进多层次医疗保障体系建设已经刻不容缓。疾病不等人、健康不等人，现实之忧需要健全的多层次医疗保障体系才能解除。

伴随国家如期基本实现现代化直至全面实现现代化，法定医疗保障制度必定能够从根本上解除全体人民疾病医疗后顾之忧，多层次医疗保障体系也必定从解决医疗费用升华为促进和维护全民健康的健康保障体系。到那个时候，商业健康保险的主攻方向必将从医疗费用补偿升华为健康管理服务，慈善医疗也将从救助贫困患者升华到促进健康普惠、医药攻关，最终在政府主导下形成建设健康中国的合力，奠定中华民族永续发展的健康基石。

[返回目录](#)

重点关注 4 个问题 顺利开展医保支付资格管理工作

来源：江西中医药大学

近日，国家医保局在其官网上就《关于加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理的指导意见(征求意见稿)》(以下简称：《指导意见》)向社会公开征求意见，意味着具体到医务人员个人的、更加精准化和精细化的医保基金监管工作即将在全国范围内全面展开，无

论是医保部门还是医药机构都将面临着新的挑战。因此，各地在全面准确理解并领会《指导意见》中的政策规定的基础上，结合当地实际，周密设计实施方案，精心部署工作安排，对于医保支付资格管理工作的顺利开展和有效实施就非常必要，也十分重要。在笔者看来，其中的关键是要重点关注并着力解决好如下 4 个问题：

一、数据顺畅传送

医保部门能够及时、准确、完整地获得定点医药机构相关人员的医药服务行为数据，并能够将相关人员医药服务行为数据的分析处理结果及时回传给定点医药机构及其相关人员，这是高质效开展医保支付资格管理工作的基础和前提。因此，必须着力解决相关数据的顺畅传送问题。

首先，医保信息系统要能够对具备医保支付资格的定点医药机构相关人员实现精准定位，并实现全员覆盖，确保不漏一人、不多一个。为此，第一步工作就是要对定点医药机构相关人员进行登记备案，具体来说，就是定点医药机构在全国医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护窗口维护本机构相关人员信息，进行登记备案，并取得定点医药机构相关人员的国家医保代码。从目前的情况来看，这项工作在线上运行全国医保信息系统的“贯标”过程中已基本完成。在日常工作中，定点医药机构需要做的是，及时对定点医药机构新增人员或者登记备案信息发生变化的人员进行信息维护更新，确保登记备案状态正常的相关人员在为参保人提供医药服务后所产生的医药服务费用

能够获得医保基金的及时支付和结算。

其次，要及时开发完善信息系统相关功能模块，为医保支付资格管理提供强有力的技术支撑。医药机构方面，从目前所了解到的情况来看，二级及以上医疗机构通过其自主开发的 his 系统基本实现了对相关医务人员医疗服务行为的全流程信息化管理，从而为医疗机构及时适应医保支付资格管理工作奠定了必要的信息化基础。但是，还是有相当一部分基层定点医疗机构和定点零售药店信息化建设相对滞后，尚未实现对其相关人员的医药服务行为的全流程信息化管理，如果不及时开发完善相应的信息系统功能模块，将对即将开展的医保支付资格管理工作带来不利影响。医保部门方面，随着全国统一的医保信息平台的全面上线运行以及系统功能的不断完善，医保经办管理的能力水平和服务质效都有了质的提升，为了顺应医保支付资格管理工作的全面开展，目前各地需要做的前期工作就是按照《指导意见》要求，尽早开发建设定点医药机构相关人员医保支付资格管理模块，完善相关管理要求、工作标准以及信息化管理手段。

第三，统一医保信息系统和医药机构信息系统之间的数据传送接口标准。统一的数据传送接口标准不仅可以有效提高相关数据在医保部门和医药机构之间的传送效率，确保定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作的顺利开展，而且可以有效降低系统运维成本。因此，应尽可能统一传送数据中涉及的字段定义、字段范围、字段格式等系统接口标准。

二、细化记分规则

为实现对定点医药机构相关人员医保支付资格的有效管理,《指导意见》所采取的举措之一就是,由医保经办机构对定点医药机构相关人员违反服务协议、违背服务承诺的行为,实行量化记分制。当年度内记分累计达到一定分值后,按照服务协议约定,中止或终止相关责任人员支付资格和医保费用结算。为此,《指导意见》以附件的形式向各地推荐了针对定点医药机构相关人员违反服务协议、违背服务承诺行为的记分规则。由于推荐的记分规则相对比较原则,因此,《指导意见》要求各地根据实际情况,进一步细化记分依据和中止期限等,确保落地实施。

《指导意见》在推荐的记分规则中分别规定了计 1—3 分、4—6 分、7—9 分的负面情形适用范围。同时,以“其他情形”的条款规定,给予了地方医保部门创新开展医保支付资格管理工作的自由发挥空间,体现了政策规定中的原则性和灵活性的有机结合,地方医保部门完全可以在遵循《指导意见》所推荐的记分规则的基本原则和整体框架内,结合当地实际以及定点医药机构相关人员违法违规违约的行为性质,细化完善具体的记分规则,实现对定点医药机构相关人员医保支付资格的精细化和精准化管理。

在记分结果应用方面,《指导意见》在推荐的记分规则中规定,“一个自然年度内记分超过 9 分,或连续两个自然年度分别记分超过 6 分的,登记备案状态应当维护为中止,期限为 1 个月以上 6 个月以

下”。地方医保部门可以根据上述规定、结合具体的记分情况，对定点医药机构相关人员做出更加客观公正、更具操作性的中止期限规定。

三、建立并完善管理规程

实行定点医药机构相关人员医保支付资格管理是在我国公立医疗机构主导医疗服务市场的现实情况下，在既要有效保证参保患者的医疗服务需求、又要切实维护医保基金安全的客观要求下所作出的现实选择，本质上是对医药服务人员与其所在的定点医药服务机构之间进行了一定程度的区隔，是一种更加精准化的靶向监管，从而可以保证即使定点医药机构的个别医药服务人员因为行为违规而受到医保部门中止或终止医保支付资格的惩处，也不会影响其他医药服务人员为参保患者继续提供可以由医保基金支付费用的医药服务。因此，客观上就要求实际操作不但要精准，更要标准，以防止“误伤”情况的发生。基于此，建立完善统一的医保支付资格管理规程，实行标准化操作就尤为必要。

首先，统一医保支付资格管理流程。《指导意见》对管理流程给出了基本规定，主要包括：登记备案、服务承诺、记分管理、登记备案状态维护、医保结算等。各地可在此基础上，进一步细化完善相关业务环节，实现全流程、闭环式管理。

其次，明确每一个管理环节的操作规范。具体来说，就是要明确每一个环节的内涵规定、工作内容、操作标准、校验规则等，以确保

医保支付资格管理工作的客观公正，并通过不断强化信息化支撑，实现管理工作的优质高效。

四、健全保障措施

相关责任主体、特别是医保经办机构和定点医药机构的主动作为和积极履责要确保医保支付资格管理取得预期效果，实现预期目标的关键之所在。因此，必须压实相关主体的管理责任，不断健全保障措施，推动医保支付资格管理工作顺利开展并有效实施。

虽然说，国家医保局在《指导意见》中作出了原则性规定，但从有效开展工作的角度出发，尚需要地方医保部门结合实际进一步细化完善，以确保相关责任主体责任明确，边界清晰，从而为开展绩效考核和监督管理工作奠定制度基础。

其次，是强化措施保障。一方面，医保经办机构要不断强化并细化内部管理，同时医保行政部门也要加强对医保经办机构的政策指导和监督管理，确保医保经办机构更好地履行对定点医药机构相关人员的医保支付资格管理职责。另一方面，应当进一步细化对定点医药机构的管理规定。对此，《指导意见》规定，要“将定点医药机构相关人员医保支付资格管理情况纳入服务协议管理、年度考核范围及医药机构诚信管理体系，对一个自然年度内登记备案状态为中止或终止的人次超过一定比例的定点医药机构，视情况采取相应惩处措施”，能够督促定点医药机构切实履行对相关人员的教育培训和行为管理职责；此外，要求“推动定点医药机构将相关人员医保支付资格管理与

年度考核等内部激励管理制度挂钩”，可以有效提升定点医药机构相关人员遵纪守法的自觉性和主动性。因此下一步的工作重点之一，就是医保部门应该采取什么样的举措来推动并督促定点医药机构建立相应的内部管理制度。

[返回目录](#)



扫一扫

关注 **药城** 公众号



扫一扫

关注 **医药梦网** 公众号



📍 地 址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电 话：010-68489858