

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第03期

(2024.01.15-2024.01.21)

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。）

• 专家观点 •

▶ [观点 | 胡善联：中国医保药品价格谈判回顾和展望](#)（来源：卫生经济报）——第 7 页

【提要】2023 年是国家医疗保障局成立以来开展医保药品价格谈判的第 6 个年头，也是 6 年来新药评审和谈判数量最多的一年。对此，有必要从卫生经济学角度进行总结。本文根据文献、官方公布的数据和网络报道资料，对当前医保药品价格谈判政策进行分析，从理论和实践方面进行总结，对未来的工作提出一些看法和展望，以期进一步推动我国卫生健康事业高质量发展。

▶ [观点 | 徐毓才：将医保基金打包给牵头医院是建设紧密型县域医共体的关键点](#)（来源：基层医改思考者徐毓才）——第 18 页

【提要】以 2009 年 3 月 17 日中发 6 号文件为标志，我国新阶段医改工作已经进入了第 15 个年头。15 年来，围绕群众看病就医的难和贵两大问题，我们进行了不懈探索。在这一艰难探索过程中，以 2023 年三个重要文件的出台为标志，基本上已经找到了比较肯定的实施路径，而这一路径概括起来就是重塑医疗服务体系，在县域，就是建立紧密型医疗服务共同体。那么，这一“共识”是如何形成的？又怎么抓住其核心与关键？各有关部门应该履行什么样的职责？

• 研究报告 •

▶ [2023年全国中医药行业新媒体研究报告](#)（来源：中国中医药报）

—第 36 页

【提要】随着生活水平的提高，人民群众对中医药健康需求日益增加。在当前传媒格局向移动互联网新媒体转变的形势下，社会对中医药新闻宣传和科普提出了更高要求。本文基于清博指数平台监测数据，对中医药行业 2385 个微信公众号、400 个微博账号、257 个头条号、128 个抖音号进行分析。通过此次研究，希望可以为中医药行业新媒体发展提供大数据支持，增强中医药行业新媒体的传播力和影响力，为中医药发展营造良好社会氛围。

▶ [长三角地区 SPD 发展报告：医疗创新的特征、趋势与行业导航](#)（来源：国医科技）

——第 54 页

【提要】为医疗创新画像，为行业发展导航，本报告通过对长三角三省一市区域内二甲级医院、三级医院 SPD 建设情况的系统梳理，并通过政策环境、渗透率、模式选择、市场集中度、服务费率、百强医院引入率等维度的深入分析，探究长三角地区 SPD 发展特征和发展趋势，旨在描绘出长三角区域 SPD 市场格局，为全国其他地区 SPD 建设提供参考和借鉴。

• 医院管理 •

▶ [大型综合医院绩效管理现状、问题与改进思路](#)（来源：卫生经济

研究) ——第 74 页

【提要】近年来，公立医院发展面临着内外环境的不断变化，承受着巨大的运营压力。在高质量发展的新时代背景下，医院需要转变发展方式、运行模式和资源配置，更加注重人才技术要素，通过精细化管理实现提质增效。绩效管理是医院管理领域持续多年的热点话题。整体上看，现有研究大多聚焦于绩效考核和绩效评价环节，对绩效管理计划、实施、考核与反馈等环节的系统研究较为缺乏。本研究以某大型综合医院为例，分析医院绩效管理现状及存在的问题，探讨未来绩效管理改进的目标、原则与思路，以期引导医院进一步提升绩效管理水平，实现高质量发展。

▶ [这一「国考」新增指标如何提分？三甲医院详解集采落地实战！](#)

(来源：健康界) ——第 85 页

【提要】药学作为推动集采政策落地与执行牵头的部门，在平衡政策要求、临床治疗和患者需求之间关系，配合推动医务、医保来共同促进政策落地中，起着较为关键的作用。近日，新乡医学院第一附属医院（以下简称「新医一附院」）药学部副主任刘小红做客《大咖来了》栏目，分享该院落实集采政策的医院管理实战和其个人思考。

• 医院信息化 •

▶ [京东健康互联网医院：坚持长期主义，打造互联网诊疗服务“创新标杆”](#) (来源：健康界) ——第 92 页

【提要】作为优化医疗资源配置的一种重要途径，互联网医疗自诞生之日起，便被寄予厚望，但同时也面临着诸多质疑与挑战。互联网讲究以快制胜，要求快速出结果，医疗却是个“慢”行业，需要长期深耕和投入。当这二者融合，会碰撞出怎样的火花？

▶ [医院信息化建设的要点](#)（来源：联信志诚）——第 99 页

【提要】随着医疗技术的不断发展和患者需求的日益多样化，医院信息化建设已经成为提高医疗质量和效率的必要手段。医院信息化建设是指通过信息技术手段对医院日常运营、管理和服务进行数字化、智能化和网络化的改造，以提高医疗服务水平和管理效率。

• 分析解读 •

▶ [基于试点地区医疗服务价格调整机制的思考](#)（来源：卫生经济研究）——第 101 页

【提要】医疗服务价格动态调整不仅直接关系到群众的根本利益，还关系到公立医院和医疗保障事业的高质量发展。在医疗服务项目分类管理的要求下，用可量化的指标区分通用型项目和复杂型项目，是医疗服务价格改革的重心。合理的调价总量测算方法和调价触发机制，有助于对医疗服务项目价格调整的整体把控。在确定调价方案时，要充分考虑两类项目的差异，规范成本测算，实现医疗服务效益最大化。

▶ [低价值医疗服务风险评估研究](#)（来源：卫生经济研究）——第 110 页

【提要】现阶段，我国卫生资源分配不均衡，过度医疗与资源短缺现象并存；同时，医疗费用持续增加，居民的医疗服务需求无法得到有效满足，医疗服务体系承担着较大压力。因此，医疗服务必须降低高成本、低价值的风险。低价值医疗服务是指对患者健康好处很少甚至没有好处，或者危害或成本超过了潜在益处的医疗服务。

-----本期内容-----

• 专家观点 •

观点 | 胡善联：中国医保药品价格谈判回顾和展望

来源：卫生经济报

2023 年是国家医疗保障局成立以来开展医保药品价格谈判的第 6 个年头，也是 6 年来新药评审和谈判数量最多的一年。对此，有必要从卫生经济学角度进行总结。本文根据文献、官方公布的数据和网络报道资料，对当前医保药品价格谈判政策进行分析，从理论和实践方面进行总结，对未来的工作提出一些看法和展望，以期进一步推动我国卫生健康事业高质量发展。

01 医保药品价格谈判的经济学理论基础

1、第三方支付

经济学原理告诉我们，药品是一种特殊的商品，除了非处方药以外，大部分临床用处方药需要医师开具处方后在医疗机构内获得，或者处方流转社会药房后才能买到。因此，医生是患者的“代理人”，两者的关系是“主体—代理”的关系，医生根据患者病情施诊用药。在社会健康保险为主的国家，患者并非支付全部的药费，有保险覆盖的患者，除了需要自负一部分“共付”费用和自费购买没有列入医保基本药品目录的药品，大部分药费由社会健康(医疗)保险部门或者由

私立商业保险公司支付，也就是所谓的“第三方”（third party）付费，也可以将这些第三方组织统称为购买者（purchaser）或支付方（payer）。

2、战略购买和价值购买

医药企业是药品的生产提供方，而医院和患者是药品的需求方。患者可以根据个人支付意愿和药品销售价格，在药品市场上买到所需的药品。医疗保险部门可以代表广大患者，根据社会支付意愿（social willingness—to—pay）扮演购买者的角色，发挥战略性购买的作用。国家医疗保障局认为，“在医疗保险支付中，需要逐渐从被动给付走向战略性的购买，进而获得更低成本、更合理、更有价值的医疗保障服务，包括对药品、医疗机构、医疗服务质量的选择”。战略性购买（strategic procurement）是以近博远的系统性改善和趋势性优化；以量搏价，提升医保集团购买的基金绩效；以质取胜，引领医疗服务体系的价值导向。随着创新药的不断出现，为患者提供了更有性价比和更高临床价值的药品选择，战略购买进一步发展成价值购买。

3、买方垄断

创新的独家专利药品在专利到期前，是卖方的垄断定价（monopoly pricing）。医保行政部门代表投保者的利益，通过战略购买，发挥买方的垄断作用，利用买方垄断势力和市场竞争，有效地影响药品的价格。买方（医疗保险部门）可以在竞争市场中获得更加低廉

的药品价格;也可通过对医院、药店和药企实行议价或选择性签约的方式,购买药品、耗材、医疗器械、检验、疫苗和医疗服务。

4、价值谈判

近年来,医保谈判已从单纯降价的“战略购买”逐步转向“价值购买”。医保谈判的药价主要基于药品的临床价值,在全面科学评估的基础上确定社会意愿支付价格,与企业谈判协商。企业在“以量换价”的市场机制下,在不超出医保基金和广大参保人员经济承受能力的前提下,最终确定谈判药品的成交价格。

5、政府作用与市场竞争

独家药品的价格需要通过谈判,同时发挥政府干预的作用;而非独家的药品则可以发挥市场机制,通过多家竞价的方式来降低药品价格。在我国,药品定价经历过成本加成定价、制定最高零售价、流通环节两票制、医院零差率销售、带量采购、价格谈判等,多项措施在不同历史时期发挥了重要的作用。当前,带量采购和价格谈判是我国控制药品价格的主要手段。

02 我国医保药品价格谈判的现状

1、医保药品价格谈判的回顾

国家医疗保障局的基本任务是“保障基本、患者受益”,限于我国医保统筹基金的有限性和创新药物社会需求的无限性,需要“尽力而为、量力而行”,把药品保障水平的提升建立在医保基金财力可持

续的基础上。国家开展药品价格谈判的作用，就是解决三方的可负担性问题，即医疗保险部门首先要确保医保基金的可负担性，其次保障患者群体自费部分的可负担性，第三是医药企业对最终谈判达成的协议价格可以承受，既能满足生产成本又有一定的利润，促进再生产和保证对研发的进一步投入。通过医疗保障的高质量发展，促进医药工业高质量发展。

从 2018 年开始，国家医保药品目录已实现了“一年一调”的常态化调整。随着国家药品监管局加快新药审批，新药申报上市的速度也大大加快，从 2015 年(改革前)的 28 个月，缩短到 12~14 个月。另外，对一些临床急需药品可以通过纳入临床急需境外新药采购，近期在海南和北京分别建立药物先行区，探索未在国内注册上市的进口罕见病药物在特定医疗机构指导使用，加大对生物医药创新的支持力度。

自 2017 年初开始药品价格谈判，有 36 个新药被纳入医保目录，平均降价 44%。2018 年开展肿瘤药物专项谈判，有 17 个抗肿瘤药品通过谈判，平均降价 56.7%。近几年来，医保谈判药品的平均降价幅度基本在 50%~60%。谈判成功率则有逐年上升的趋势，2022 年超过 80%。

医保价格谈判工作经过 6 年的实践，其实施过程已基本定型，包括企业申报、形式审查、专家评审、谈判竞价、结果公布 5 个环节，

每一环节都力求科学规范、客观公正、提速增效、民主协商、不断优化。医药行业也形成并遵守申报、评审、保密、自律等各项原则，每年谈判药品的降价幅度明显上升。

2、药品价格谈判成绩斐然

2017 年至今，医保谈判后纳入国家基本医疗保险和生育保险药品报销目录的药品共有 744 个，大大提高了患者的药物可得性和可及性。近 5 年来，无论是形式审查的通过率、选择药品谈判率，还是最后的谈判成功率，均在不断提高。在药品企业申报药品中，谈判成功率大约在 15%~25%，在形式审查的药品目录中，谈判成功率大约在 30%~35%。2019 年的情况比较特殊，由于计划未来三年要统一全国各省的药品报销目录，不少省份欲将省级目录中的一些药物列入全国医保药品的谈判过程中，所以申报和通过形式审查的药品数量特别多。

3、谈判方式日趋科学

每年开展药品谈判工作前，国家医疗保障局均提出目录调整工作方案、申报指南以及各种谈判和竞价规则等征求意见稿，听取社会各界的意见。

在综合评审环节，运用了多维度评价的方法，特别注重临床价值、安全性、创新性、经济性和公平性 5 个方面的评价。临床价值方面的评价指标有安全性、有效性、用药依从性、临床治疗地位。创新性方面注重新机制、新靶点、新结构、中药新处方、新适应症。经济性方

面比较治疗费用，注重成本效果评估和预算影响分析。公平性方面考虑对公共健康的影响、符合“保基本”的原则、弥补目录短板以及临床管理难度等。通过指标评分值来判定遴选参加谈判的药品。

在药物经济学组测算价格时，阅读企业提交的药物申报材料，了解评审药物的有效性、安全性、经济性、创新性、公平性。成本效果分析和预算影响分析是价值评估的主要方法，特别是对肿瘤、糖尿病和免疫药物的模型评价，需要进行分区生存曲线的分析及外推长期的效果。计算增量成本效果的比值(ICER)，一般设定在0.5~1.5倍人均GDP费用水平区间内。关注未满足的临床需要(unmet needs)，以医保药品目录中的药品作为参照，比较评审药物的属性，国际参考价格信息，计算年治疗费用。大多数药品的年治疗费用控制在10万元以下或10万~30万元之间。罕见病药物则可放宽到每质量调整生命年(QALY)给予4倍人均GDP费用水平，相当于年治疗费用在30万元以内。

基金测算组会根据患者疾病负担、临床用药需求、药品临床价值、创新程度、市场竞争，确定医保基金可接受的药品价格范围；研究价值与价格的关系，比较新药与目录内药品的可替代性，将药品分成属于填补相关临床领域空白的新增型药物、具有升级替代效果的升级型、具有同类药品的补充改良型、具有较多同类产品的同质型。根据医保各类药品的费用数据，分析纳入医保目录对基金的影响，提出评

审药品价格的建议。

最后由药物经济测算专家组和医保基金测算专家组，对谈判价格进行背靠背独立测算。国家医疗保障局综合考虑两组测算的价格，根据医保基金投入总量，形成谈判的“信封价”。在谈判中企业方有两次机会报价，如能在医保方谈判底价的 115%以内，则进入双方磋商环节，双方最终达成一致的价格必须不高于医保谈判底价。谈判专家组会给予一些“信封价”的提示，企业根据提示及时调整价格。

4、尚未解决的挑战

从目前医保结余 4 万多亿元基金来看，尽管少数地区收支失衡，以价值为导向的战略购买仍有很大的潜力。

目前尚无公开数据报道医保基金支出中药品费用的比例，根据我国历年卫生总费用中药品费用占比来推测医保基金中的药品费用，包含医保定点医院和定点社会药房的药费补偿（不包括患者自负和自费的药品费用）。公式如下：医疗保险药品费用支出(亿元)=医疗保险总支出(亿元) \times 药费占卫生总费用(%)。2019 年有报道称当年 97 个谈判成功的药物总销售金额为 285 亿元，经测算，谈判后实际支付可降低到 99 亿元。

03 价值谈判的实施条件

1、国外药品谈判的经验

美国一直以来都对药品实行自由定价，对新药生命周期的不同时

期由药企自主定价。2022年美国制定了“通胀缩减法案”(IRA),授权赋能美国医保管理机构(CMS)在Medicare part D和part B药品目录中,根据2021—2022年销售量排序,遴选药品进行价格谈判。2023年已选出第一批上市8年以上的10个药品,这些药品已过专利期,而且尚无任何仿制药或生物类似物,谈判的降价幅度在25%~60%范围内。

美国的药品谈判与我国不同的是,对上市后的少数药品价格进行“回顾性谈判”,目的是降低市场销售金额最高的药品费用,平抑药费增长。尽管迄今尚无“最高公平价格”(Maximum Fair price,MFp)的谈判方法介绍,但已明确成本效果分析是决定价格的主要方法。同时将从药企的研发成本、单位成本、政府投入、专利独占期、在美国的销售额五大因素,以及药品本身的成本效果、疾病负担、临床效益的排序(clinical benefit ratings)、可负担性和药品价值四大因素来考虑,并成立独立协商委员会,听取患者、照护者、临床医师及不同利益相关部门的意见。

美国还将实行通胀回扣(inflation rebate),如果一个药品价格的年增长超过通胀率的话,药企需要向政府支付两者之间的差额。谈判价格的确定将基于研发成本、先前政府对企业研发的投入、市场销售的金额和治疗效果的比较。对不参加谈判的药企将采取强制手段,征收消费税,从产品销售额的65%开始,每季度增加10%,最高达95%。

全球不少国家对药品价格有立法规制。例如德国 2022 年对健康保险系统实行“财务稳定法案”，将药企上市后自由定价的时间由原来的 12 个月缩短到 7 个月；延长暂停价格和冻结价格至 2026 年底为止；药品回扣由 7% 暂时增加至 12%；德国联邦联合委员会 (G-BA) 列出新的联合治疗方案必须在销售价格上强制标上 20% 的标记；孤儿药部分享有特权，销售门槛将从每年 5000 万欧元降低到 3000 万欧元，如果孤儿药收入超过这个金额，需要接受全面的卫生技术评估。

法国采取稳定药品价格措施，对本国和欧盟国家生产的药品实行 5 年价格稳定。法国健康产品经济委员会 (CEpS) 对较窄适应症的药品提供折扣。

同时，保障条款明确规定，如果销售超过一定限额，药企就要向政府返还费用 (payback)。药企签订以结果为基础的合同，未能就价格达成协议的创新药物则终止谈判。此外，法国在应用国际参考价格方面，对临床改进效益分类 (ASMR) 中的 1-4 类药物，其价格可按欧盟主要 4 个国家的最高价格制定。

总之，药品价格控制措施除了价格谈判外，其他可以归纳为价格回扣、返还、价格冻结、以结果为基础支付方式、国际参考定价、缩短自由定价时间、价格稳定等。

2、如何确定药品价值

药品价值可以从临床价值、经济价值、病人价值和社会价值等多

方面来考虑，总的来说是考虑性价比和投入产出比。国外有多种价值评价框架，临床价值是药品谈判最需考虑的。

评价药品价值的方法有两大类，一类是评价新药增量成本效果的阈值；另一类是评价新药的附加治疗效益 (Added Therapeutic Benefit, ATB)，例如德国将新药分成重大、可观、次要、不可计量、很少、没有效益 6 个水平，法国分为重大、重要、中等、轻度、没有效益 5 个水平，加拿大则分为突破性或实质性、适度的、少量或没有效益 3 个水平。总的来说，各国对前两类高价值药品重点开展药品谈判，以减少谈判的工作量。

3、我国如何实现医保的价值购买

从药物评审标准来看，未满足的临床需要是重要的考量因素，与参照药品比较，可将药品价值分成“突破创新”（新增型）、“改进”（升级型）、“相当”（改良型）、“不及”（同质型）四类，与当前不少国家开展的附加效益评价的分类标准是一致的。在我国，药品价格谈判和带量采购是降低药品价格的主要措施，以患者为中心，“保基本”为原则，在有利于新药纳入与保障医保基金之间求得平衡。

04 对未来医保药品价格谈判的建议

未来国家医保谈判的趋势应坚持价值购买的理念。价格谈判要坚持保障基本为前提，在纳入创新药物和创新疗法方面做到“尽力而为，量力而行”，在支持药物创新和确保医保基金可持续发展之间取

得平衡。随着科学技术的发展,今后每年申报的新药数量会不断增加,因此在提高评审效率和质量的同时,还需进一步研究改进评价方法,创新医保支付方式。

一是建立价值谈判的组织体系。目前在药品谈判评审时,主要是临时随机抽取专家评审,今后应建立卫生技术评估的专业机构和队伍,组织较为广泛和固定的各类专家委员会进行定期评审,评审专家需要有一定的资质,并通过培训统一标准和方法。

二是建立价值谈判的标准和方法。具体包括谈判的药品分类标准、综合评审、药物经济学测算和基金测算的标准方法,研究适合中国国情的阈值标准、罕见病药物和细胞基因疗法的评审标准和支付方式,定期公布药物评审结果和专家建议。对临床价值不高但已列入医保目录的药品,需要开展定期的卫生技术再评估,确定是否从目录中调出。

三是建立价值谈判的立法和规制。医保药品价格的谈判和协商,不仅需要行政文件和政策指导,最终需要有立法规范框架的保障和赋权。对价格谈判,应制定相应的原则和规则,如公开透明、公平、诚实信用等;主体对象、谈判程序、结果履行和利益均衡等问题也应有立法依据并纳入法律轨道。如果出现商业贿赂、纠纷或不公现象,可开展维权或提起法律诉讼。

[返回目录](#)

观点 | 徐毓才：将医保基金打包给牵头医院是建设紧密型县域医共体的关键点

来源：基层医改思考者徐毓才

以 2009 年 3 月 17 日中发 6 号文件为标志，我国新阶段医改工作已经进入了第 15 个年头。15 年来，围绕群众看病就医的难和贵两大问题，我们进行了不懈探索。在这一艰难探索过程中，以 2023 年三个重要文件的出台为标志，基本上已经找到了比较肯定的实施路径，而这一路径概括起来就是重塑医疗服务体系，在县域，就是建立紧密型医疗服务共同体。那么，这一“共识”是如何形成的？又怎么抓住其核心与关键？各有关部门应该履行什么样的职责？本文笔者就与大家聊聊，以期对建设县域紧密型医共体有所帮助。

1. 全面推进县域紧密型医共体建设是医改的不二选择

为什么要开展新一轮医改？也就是我们当初为什么出发？简单来讲，就是群众看病存在“难”和“贵”两大问题。“难”主要表现在就近看病看不了，就近的医疗机构医疗服务能力不行，去大医院看不上，人满为患，于是出现了“黄牛号”；由于不能就近看得上病看得好病，于是必须舍近求远，既将钱花在了路上，又花在了医院，于是看病费用成倍增加，“贵”也就出现了。

关于这一点，新医改方案的认识是清醒的。方案一开始就提出，充分认识深化医药卫生体制改革的重要性、紧迫性和艰巨性。方案认

为，新中国成立以来，特别是改革开放以来，我国医药卫生事业取得了显著成就，同时，也应该看到，当前我国医药卫生事业发展水平与经济社会协调发展要求和人民群众健康需求不适应的矛盾还比较突出。城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡，资源配置不合理，公共卫生和农村、社区医疗卫生工作比较薄弱，医疗保障制度不健全，药品生产流通秩序不规范，医院管理体制和运行机制不完善，政府卫生投入不足，医药费用上涨过快，人民群众反映比较强烈。

2010年全国深化医药卫生体制改革工作会议提出，坚定信心，攻坚克难，突出工作重心，着力保基本、强基层、建机制。

会议认为，基层医疗卫生机构是基本医疗和公共卫生服务的重要载体，要突出强基层，把更多的财力、物力投向基层，把更多的人才、技术引向基层，切实增强基层的服务能力。要加大城乡基层医疗卫生机构改造和建设力度，加快推进以培养全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，使更多的城乡居民不出社区、不出乡村就能看上病，逐步使基层医疗卫生机构成为群众看病就医的首选之处。

此后多年，保基本、强基层、建机制就成为各级医改工作总结及工作部署的口头禅，然而真正做到位的并不多。

2015年，国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见（国办发〔2015〕70号）印发，这是我国开启分级诊疗制度的标志。文件指出，建立分级诊疗制度，是合理配置医疗资源、促进基本医疗

卫生服务均等化的重要举措，是深化医药卫生体制改革、建立中国特色基本医疗卫生制度的重要内容，对于促进医药卫生事业长远健康发展、提高人民健康水平、保障和改善民生具有重要意义。

文件指出，分级诊疗模式就是基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动。所谓基层首诊，就是坚持群众自愿、政策引导，鼓励并逐步规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊，对于超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的疾病，由基层医疗卫生机构为患者提供转诊服务。

所谓双向转诊就是坚持科学就医、方便群众、提高效率，完善双向转诊程序，建立健全转诊指导目录，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道，逐步实现不同级别、不同类别医疗机构之间的有序转诊。

所谓急慢分治就是明确和落实各级各类医疗机构急慢病诊疗服务功能，完善治疗—康复—长期护理服务链，为患者提供科学、适宜、连续性的诊疗服务。急危重症患者可以直接到二级以上医院就诊。

所谓上下联动就是引导不同级别、不同类别医疗机构建立目标明确、权责清晰的分工协作机制，以促进优质医疗资源下沉为重点，推动医疗资源合理配置和纵向流动。

而要实现分级诊疗，必须紧紧依靠两大抓手，一个是签约服务，一个是医联（共）体。

2016年全国卫生与健康大会进一步提出要建立五项基本医疗卫生制度，即分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管，分级诊疗被放在第一位，有领导就明确提出，分级诊疗制度建立之时，就是中国医改成功之日。随后，这五项制度就被写进了深化医药卫生体制改革2017年重点工作任务。

2017年4月，国务院办公厅印发了《关于推动医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号）。

2019年5月，国家卫生健康委、国家中医药局印发了《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》（国卫基层函〔2019〕121号）和《关于开展紧密型县域医疗卫生共同体建设试点的指导方案》（以下简称《指导方案》），在全国遴选一批工作基础好、改革创新意识强的县开展紧密型县域医疗卫生共同体试点，先后确定了山西、浙江、新疆三个省份以及其他省份828个县（市、区）开展试点。

2020年8月，国家卫健委办公厅、国家医保局办公室、国家中医药局办公室印发了紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系（试行）的通知（国卫办基层发〔2020〕12号），提出县域医共体建设评判标准由责任共同体、管理共同体、服务共同体、利益共同体4个维度构成。明确了四项11个评判标准和四方面（有序就医格局基本形成、县域医疗卫生服务能力提升、医疗卫生资源有效利用、医保资金使用效能提升）26个监测指标。

近年来，关于县域紧密型医共体建设，国家层面不断加强顶层设计，政策措施在逐步完善；相关部门的改革共识也在逐步凝聚，中央一号文件连续4年都对推进县域医共体建设提出要求。

2023年3月，中办国办陆续印发了《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》和《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》，提出要加快构建紧密型县域医共体。

12月30日，国家卫健委、国家医保局等10部门联合印发了关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见（国卫基层发〔2023〕41号），从5个方面提出20条重点任务和要求，对县域医共体的外部管理、内部运行、完善服务、支持政策等方面作出了明确的规定。具体目标是，到2024年6月底前，以省为单位全面推开紧密型县域医共体建设；到2025年底，县域医共体建设取得明显进展，力争全国90%以上的县（市）基本建成布局合理、人财物统一管理、权责清晰、运行高效、分工协作、服务连续、信息共享的紧密型县域医共体；到2027年，紧密型县域医共体基本实现全覆盖。

1月12日，国家卫健委在2024年第一场新闻发布会就给了“全面推进紧密型县域医共体建设”，由此可见，在未来相当长一段时间内，全面推进县域紧密型医共体建设无疑是医改的不二选择。

2. 县域紧密型医共体建设是县域整合型医疗服务体系的有效抓手

从十几年新医改推进的经验看，我国医疗卫生服务体系存在的根本问题在于资源配置不合理，基层不强，急需进行体系重构与能力提升，因此进入 2023 年，国家陆续印发了三个重要文件都着眼于“体系建设”。特别是在县域，就出台了两个文件，即《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》和《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》。

文件认为，完善乡村医疗卫生体系，是全面推进健康中国建设的迫切要求，也是全面推进乡村振兴的应有之义。完善乡村医疗卫生体系，应以基层为重点，以体制机制改革为驱动，加快县域优质医疗卫生资源扩容和均衡布局，推动重心下移、资源下沉，健全适应乡村特点、优质高效的乡村医疗卫生体系，让广大农民群众能够就近获得更加公平可及、系统连续的医疗卫生服务。

文件提出，完善乡村医疗卫生体系，要坚持强化医疗卫生资源县域统筹。按照因地制宜、先立后破的要求，加强县域内资源整合和优化配置，改善基层基础设施条件，推进县域医共体建设，提高乡村医疗卫生体系综合服务、应急处置和疫情防控能力。

要坚持进一步深化体制机制改革。推进医疗、医保、医药、医教改革协同联动，创新完善乡村医疗卫生管理体制和运行机制，切实落实乡村医生多渠道补偿政策，统筹解决好乡村医生收入和待遇保障问题，健全多劳多得、优绩优酬的激励制度，防止给农民群众增加不应

有的负担，保持医保基金平稳运行，激发改革内生动力。

文件要求，到2025年，乡村医疗卫生体系改革发展取得明显进展。乡村医疗卫生机构功能布局更加均衡合理，基础设施条件明显改善，智能化、数字化应用逐步普及，中医药特色优势进一步发挥，防病治病和健康管理能力显著提升，乡村重大疫情和突发公共卫生事件应对处置能力不断增强。乡村医疗卫生人才队伍发展壮大，人员素质和结构明显优化，待遇水平得到提高，养老等社会保障问题有效解决。乡村医疗卫生体系运行机制进一步完善，投入机制基本健全，基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗格局初步形成。

文件还要求，要强化县域内医疗卫生资源统筹和布局优化。一是优化乡村医疗卫生机构布局。根据乡村形态变化和人口迁徙流动情况，因地制宜合理配置乡村两级医疗卫生资源，宜乡则乡、宜村则村，提升乡村医疗卫生机构单体规模和服务辐射能力，从注重机构全覆盖转向更加注重服务全覆盖。重点支持建设一批能力较强、具有一定辐射和带动作用的中心乡镇卫生院。常住人口较多、区域面积较大、县城不在县域中心、县级医院服务覆盖能力不足的县，可以在县城之外选建1至2个中心乡镇卫生院，使其基本达到县级医院服务水平。依托村党群服务中心建好用好村卫生室，增强卫生健康服务功能。鼓励服务半径小、交通便利地区相邻行政村合建卫生室。对于临近乡镇卫生院、人口较少等不适宜单设卫生室的行政村，可以通过乡镇卫生院

定期巡诊、派驻以及邻（联）村延伸服务等方式，保障基本医疗卫生服务供给。加强边远地区、民族地区以及山区（高原）、海岛、牧区、库区等特殊地区村卫生室建设。推进乡村医疗卫生机构一体化管理，有条件的地方可以逐步将符合条件的公办村卫生室转为乡镇卫生院延伸举办的村级医疗服务点。

二是强化和拓展县域医疗卫生体系服务功能。健全以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的乡村医疗卫生服务体系，推进县域内医疗卫生服务一体化。提高县级医院常见病、多发病、慢性病诊疗以及危急重症患者抢救和疑难复杂疾病向上转诊服务能力。支持县级医院设施和服务能力建设，力争常住人口超过5万人或服务半径大的县（市、旗）至少有1所县级医院（包含中医医院）达到二级甲等医院医疗服务能力。全面提升乡镇卫生院防病治病和健康管理能力，鼓励拓展康复医疗、医养结合、安宁疗护等服务功能。完善并提高乡镇卫生院建设和装备标准，健全急诊急救和巡诊服务体系，提升外科服务能力，使其可以按照相关诊疗规范开展常规手术。加强村卫生室能力建设，强化其基本医疗服务功能，允许具备条件的村卫生室拓展符合其功能定位的医疗服务。可以采取县域内医疗卫生机构整体参加医疗责任保险等方式，健全村卫生室医疗风险分担机制。坚持中西医并重，促进中医药传承创新发展，扩大乡村医疗卫生机构中医药服务供给。鼓励社会力量办诊所、门诊部、民营医院等，为农民群

众提供多元化医疗服务，并参与承接政府购买公共卫生服务。

三是加强乡村医疗卫生体系疾病预防控制能力建设。创新医防协同、医防融合机制，健全乡村公共卫生体系。制定完善乡村医疗卫生机构公共卫生责任清单。加强县级医院、乡镇卫生院公共卫生相关科室建设。在有条件的乡镇中心卫生院建立标准化的发热门诊，配备负压救护车，一般乡镇卫生院建立标准化的发热诊室（哨点）。强化村卫生室基本公共卫生服务功能，严格落实传染病疫情报告责任，提高风险隐患早期识别能力，筑牢农村疾病预防控制网底。加强县域传染病防控救治体系和应急处置能力建设。推进县级疾病预防控制中心标准化建设。加强医疗机构与疾病预防控制机构医防协同配合，逐步建立疾病预防控制监督员制度。

四是加快推进县域内医疗卫生服务信息化。完善区域全民健康信息标准化体系，推进人口信息、电子病历、电子健康档案和公共卫生信息互联互通共享，到2025年统筹建成县域卫生健康综合信息平台。大力推进“互联网+医疗健康”，构建乡村远程医疗服务体系，推广远程会诊、预约转诊、互联网复诊、远程检查，加快推动人工智能辅助诊断在乡村医疗卫生机构的配置应用。提升家庭医生签约和乡村医疗卫生服务数字化、智能化水平。

在《全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》中，更是对如何推进紧密型县域医共体建设做出了具体详细的安排。文件

认为，开展紧密型县域医疗卫生共同体建设，是提高县域医疗卫生资源配置和使用效率，促进医保、医疗、医药协同发展和治理，推动构建分级诊疗秩序的重要举措。

3. 医保基金打包给牵头医院是建设县域紧密型医共体的关键点

明确了全面推进县域紧密型医共体建设是医改的不二选择和县域紧密型医共体建设是县域整合型医疗服务体系的有效抓手两个问题之后，如何抓住县域紧密型医共体建设的关键就非常关键，因为在推进紧密型医共体建设指导意见中，提出了一系列举措和办法，不能否认的是每一条措施都很重要，都影响着县域医共体建设的成色和质量，但毫无疑问，医保基金是唯一可以撬动医共体建设的关键动力源。而如何利用好医保基金这个“金钥匙”打开“紧密型县域医共体”建设之门，笔者认为，必须将医保基金打包给县域医共体牵头医院。

在《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》中提出要推进县域医共体建设。怎么推进？意见提出，在农村地区以县域为单位发展医共体，由县级医院牵头，其他若干家县级医疗卫生机构及乡镇卫生院、社区卫生服务中心等为成员单位。推进紧密型县域医共体建设，实行县乡一体化管理，逐步实现行政、人事、财务、业务、用药目录、信息系统等统筹管理，建立责任、管理、服务、利益共同体。建立开放共享的影像、心电、病理诊断和医学检验等中心，推动基层检查、上级诊断和检查检验结果互认。加强医共体内部和医共体间床位、号

源、设备的统筹使用。持续推进医疗卫生乡村一体化管理。完善以医共体为单位的绩效考核，从就医和诊疗秩序、医疗卫生服务能力、医疗卫生资源利用、医保基金使用效能等方面考核医共体整体绩效。

在《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》中提出要加快构建紧密型县域医共体。如何构建？意见提出，推进紧密型县域医共体建设，在编制使用、人员招聘、人事安排、绩效考核、收入分配、职称评聘等方面赋予其更多自主权，推动实行人财物统一集中管理。对紧密型县域医共体实行医保基金总额付费，加强监督考核，建立结余留用、合理超支分担机制，落实医共体牵头医疗卫生机构对医共体内各成员医疗卫生机构规范合理使用医保基金的内部监督管理责任，强化激励约束。鼓励对医共体内各医疗卫生机构负责人实行年薪制。加强医共体绩效考核，引导资源和患者向乡村两级医疗卫生机构下沉。推动乡镇卫生院与县级医院用药目录衔接统一、处方自由流动。开展中医治未病服务。

在《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》提出，完善医保支付政策。对紧密型县域医共体实行医保基金总额付费，加强医疗费用增长率、医保报销比例、基层就诊率、县域内基金支出比例、县域内基层医疗卫生机构医保基金占比等方面的考核，完善结余留用机制，结余资金作为县域医共体业务收入，健全合理超支分担机制。稳步推进县级医院实行按疾病诊断相关分组（DRG）或按

病种分值（DIP）付费。对适宜基层开展的部分病种，逐步探索不同层级医疗机构同病同付。落实县域医共体医保基金使用内部监督管理责任。继续对不同层级医疗机构实行差别化支付政策，对符合规定的转诊住院患者连续计算起付线。对中医医疗机构牵头组建的紧密型县域医共体在总额预算上适当倾斜。

4. 如何打包也是关键

关于如何打包，我们首先从1月12日“全面推进紧密型县域医共体建设”新闻发布会谈起。

会上，中国网记者问：

根据《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，全国都在推行DRG/DIP支付方式改革，那么如何在紧密型县域医共体中开展支付方式改革以及如何对其进行医保付费呢？

国家医保局医药管理司司长黄心宇答：

谢谢你的提问。紧密型县域医共体的建设工作，是当前深化医药卫生体制改革的一项重要任务，对提升基层卫生服务能力，为群众提供更加优质、便利的医疗服务，具有很重要的意义。国家医保局也高度重视紧密型县域医共体的建设工作，按照“总额付费、加强监督考核、结余留用、合理超支分担”的要求，指导地方落实有关工作。主要有四个方面：

第一，对医共体实行总额付费，形成内部激励机制。对于紧密型

的县域医共体，医保基金以医共体的整体作为对象，购买更加高效的医疗服务，促进医共体内部不同级别、类型的医疗机构分工协作。具体来说，统筹地区是以年度基金支出预算为基础，结合医共体各医疗机构既往的历史费用数据，综合考虑医共体功能定位、服务数量和质量等因素，合理确定紧密型医共体的年度总额预算指标。

第二，加强监督考核，确保医保基金在医共体内部规范使用。各级医保部门切实履行好医保基金的使用监管责任，不是简单的一包了之。对于医共体的考核，不仅包括医疗服务的质量、医疗费用、参保人员满意度等常规方面，更要突出县域内就诊率、基层就诊率等体现分级诊疗的指标和成效，要细化考核评价的指标和评价标准，考核结果与年终医保费用清算相挂钩，切实管好用好医保基金。

第三，落实结余留用政策，充分调动医务人员积极性。结余留用是指医共体在完成既定任务目标的前提下，使用医保基金低于总额预算指标的情况，结余的部分可以作为医共体的收入。医共体的总额付费结余留用主要体现在两个层面。一个是按病组（DRG）或按病种分值（DIP）等具体支付方式时，病种的支付标准和实际发生的医疗成本之间的差值。第二个层面是年底清算的时候，医共体的总额预算指标与实际发生的医保费用之间的差值。对于符合医保规定的结余留用资金，年度清算后可以留给医共体内部统一调剂使用。

第四，明确合理超支分担的界限，保障医疗机构的合理诊疗。由

于医疗服务具有一定的不确定性或者不可预测性，医保部门在制定总额预算指标时，配套制定了相应的合理超支分担的管理机制。在保证医疗质量和安全的基础上，对于定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等情况产生的合理超支，给予合理补偿。各地医保部门要进一步细化明确合理超支的情形，并严格落实。既保证医疗机构提供合理的、必要的医疗服务能够得到补偿，又防止冲指标、做大盘子等情况的发生，体现激励与约束并重。

下一步，我们将进一步支持医保基金向县域内医共体和县域内基层医疗机构倾斜，提高县域内疑难重症诊治能力，促进基层医疗机构提供更多的医疗服务，提高医保基金的使用效率。

这是国家医保局就紧密型县域医共体中开展支付方式改革的权威回答，也可以作为我们窥视医保部门关于紧密型医共体内医保基金打包付费的基本思路。从这个记者答问可以看出，对于紧密型的县域医共体医保基金总额付费是“以医共体的整体作为对象”，统筹地区是以年度基金支出预算为基础，结合医共体各医疗机构既往的历史费用数据，综合考虑医共体功能定位、服务数量和质量等因素，合理确定紧密型医共体的年度总额预算指标。

笔者理解这段话，有这么几个意思（不知道理解的对不对）：一是打包给医共体牵头医院的不包括“转外就医”病人，因为“合理确定紧密型医共体的年度总额预算指标”是“统筹地区是以年度基金支

出预算为基础，结合医共体各医疗机构既往的历史费用数据，综合考虑医共体功能定位、服务数量和质量等因素”；二是“结合医共体各医疗机构既往的历史费用数据”这句话值得推敲。显然，这里的“历史数据”主要只能是“诊疗费用数据”，而这么做的结果无非两个，一个是强者更强，弱者更弱，可能会形成马太效应（Matthew Effect）（马太效应，名字来自圣经《新约·马太福音》一则寓言：“凡有的，还要加倍给他叫他多余；没有的，连他所有的也要夺过来”），不利于医疗机构努力提升自身医疗服务能力，也不利于医共体牵头医院努力提升成员单位的医疗服务能力，另一个是鼓励医疗机构只关注“医疗”，不关注“健康”，不利于医疗机构从以治疗为中心转变为以健康促进为中心。

笔者建议，医保基金打包应该以医共体辖区内参保居民的医保基金总额直接打包给医共体牵头医院。不限制医共体辖区居民就医，不管是去医共体牵头医院还是去医共体之外的医院甚至去省市或外省医疗机构就医，医保报销都由医共体牵头医院按照医保政策给予病人报销。如果某地县域医共体由一家医疗机构牵头，县域医保总额就打包给牵头这家医院；如果是两家或多家医疗机构牵头就按照所辖区域内参保居民人头打包，这样做，既有利于牵头医院努力提高诊疗水平，改善服务态度，尽最大可能留住或吸引病人到医共体内就医，避免更多病人外转，也有助于医共体牵头医院主动提高医共体成员单位的诊

疗能力，更有利于积极主动做好辖区居民的健康管理，促进由以诊疗为中心向以健康为中心转变，因为病人越健康就诊越少重病人越少医保基金结余越多，效益自然越好。

5. 在基金打包后，医保需要做些什么？

通常医保部门不太愿意将医保基金打包给牵头医院，总有一种“不舍”，然而，如果不打包给牵头医院，紧密型医共体就无从谈起，也不可能紧密起来，很多确定的美好的目标也实现不了，因此医保基金打包势在必行。那么，当医保基金打包后，医保部门是不是就“两手空空”没事了，事实上并不是这样。按照医保基金监督管理条例，医保部门至少有四大职能必须履行。

一是厘清责任。实行医共体打包付费后，对于基金合理使用，医保经办机构与牵头医疗机构必须厘清责任，将基金使用权、医共体内医疗机构的分配权划给牵头医院，对医保基金的监管权牢牢抓在医保部门手中，医保更多的承担基金安全、有效使用的裁判员角色。

二是做好协调。一方面做好辖区多个医共体牵头机构、医共体内各医疗机构之间的协调，医疗机构与各有关部门之间的协调，另一方面就是做好医疗机构与参保患者之间的协调。

三是监督指导。医保部门依法依规做好医疗机构、参保居民、医药企业合理合规使用医保基金的监督和指导，做好政策宣传。

四是组织评估。对医疗机构执行按病种付费进行科学的评估并依

据评估结果落实 DRG/DIP 及时结算。

6. 牵头医院必须做好全方位模式重塑

毫无疑问，将医保基金打包给牵头医院对于县域医共体牵头医院来讲无疑是千载难逢的机遇，同时也是一次千载难逢的挑战，作为牵头医院必须做好全方位的模式创新和再造。

首先要完成观念转变。一方面要由管一家医院向管医共体所有机构转变，要学会系统思考总体布局，充分利用更加丰富的资源实现资源有效整合，发挥整体绩效；另一方面要从治病为中心向健康促进为中心转变，因为省下的才是赚到的。

其次要提高管理水平。在坚持为群众提供基本医疗卫生服务功能定位的基础上，要完善内部的决策机制，整合优化资源配置，更好地体现共建共治共享，以推动“人员、技术、服务、管理”四个下沉为核心，实行人财物和行政业务等方面的统一管理，优化绩效分配，更好地调动医共体内各个成员单位和医务人员的积极性。要向乡镇常年派驻临床管理人员，协助解决好基层的问题，同时面向乡村开展巡回医疗。

第三是要提高服务能力。把县级强、乡镇活、村级稳、上下联、信息通作为体系重塑的重点，以千县工程为核心，努力提升县级医院服务能力，对外，要加强和城市医院的合作，通过专家派驻、专科共建、临床带教、远程协同等各种方式，来提升重点疾病治疗、重大疫

情应对、医疗应急处置等各方面的能力和水平，减少大病外转。对内，要积极拓展家庭医生签约服务，创新医防融合服务，加强信息化建设，更好地推动基层检查、上级诊断、结果互认，更好地方便群众，做到小病防治在基层。

第四要突出重点，切实把预防为主落实到具体工作中，特别是做好大病的早发现早治疗，糖尿病、高血压、慢阻肺等慢性病的一级、二级和三级预防，真正做实慢病管理，避免并发症发生。

这一点在今年全国卫生健康工作会议上也有安排。会议指出，2024年是中华人民共和国成立75周年，是实施“十四五”规划的关键一年，也是卫生健康事业改革创新、强基固本、全面提升的重要一年。要坚定不移推进深化医改各项任务。以人员下沉为核心深化医联（共）体建设，以落实功能定位为重点统筹“双中心”和临床专科建设，以“三个转变、三个提高”为方向持续推进公立医院高质量发展，以推广三明医改经验为抓手促进“三医”协同发展和治理。以基层为重点推进服务能力建设。持续增强基层防病治病和健康管理能力，稳步扩大农村订单定向免费医学生培养规模，乡镇卫生院和社区卫生服务中心达到国家能力标准的比例进一步提高。持续提升医疗服务质量，加强病房适老化、便利化改造。扩大专业护理人才招聘规模，持续改善医疗护理服务。

[返回目录](#)

• 研究报告 •

2023 年全国中医药行业新媒体研究报告

来源：中国中医药报

随着生活水平的提高，人民群众对中医药健康需求日益增加。在当前传媒格局向移动互联网新媒体转变的形势下，社会对中医药新闻宣传和科普提出了更高要求。本文基于清博指数平台监测数据，对中医药行业 2385 个微信公众号、400 个微博账号、257 个头条号、128 个抖音号进行分析。通过此次研究，希望可以为中医药行业新媒体发展提供大数据支持，增强中医药行业新媒体的传播力和影响力，为中医药发展营造良好社会氛围。

报告从中医药行业新媒体发展现状、中医药行业新媒体影响力、新媒体对中医药行业影响以及中医药行业新媒体发展建议四部分进行了整理和分析，较全面地反映了全国中医药行业在新媒体传播方面的探索情况。

1. 中医药行业新媒体发展现状

1.1 新媒体账号开通情况

《中国中医药报》社舆情监测研究中心监测到中医药政务、医院、院校、企业新媒体账号共 3170 个，其中微信公众号 2385 个（含订阅号和服务号），微博账号 400 个，头条号 257 个，抖音号 128 个。

新媒体账号开通情况

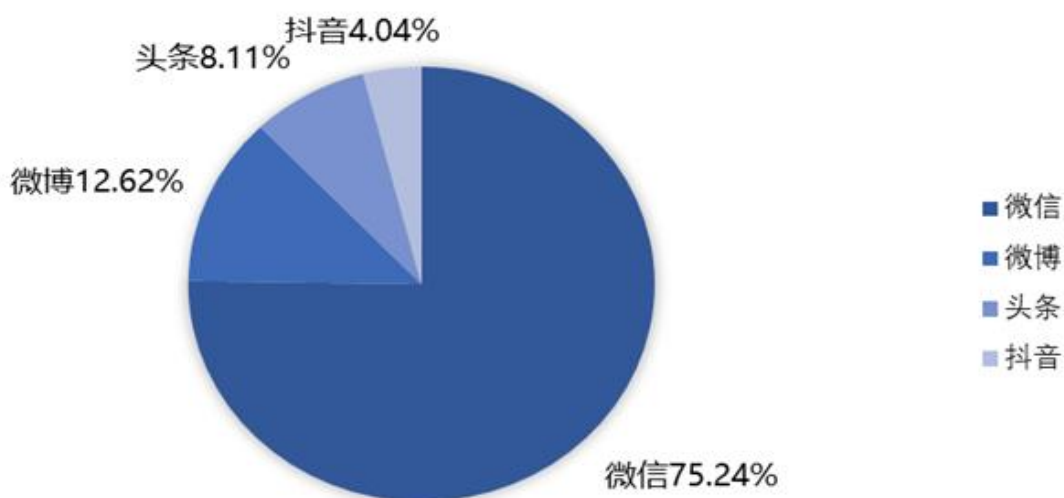


图 1 新媒体账号开通情况

由图 1 可知，中医药机构开通的新媒体账号中微信公众号的数量最多，占比为 75.24%。微信公众平台用户基础庞大且功能丰富，能够满足用户多样化的信息需求，因此成为多数中医药机构首选的宣传方式。

此外，随着互联网的普及和信息技术的快速发展，短视频已成为人们获取信息、学习知识、娱乐生活的重要方式之一。中医药行业也积极利用短视频平台，通过直观、生动、有趣的方式向大众传递中医药知识，提升行业影响力。然而，目前来看，中医药机构在短视频平台的信息传播和社交互动仍然有较大的发展空间。

由图 2 可知，中医医院在微信、微博、头条和抖音等新媒体平台上开通账号的数量最多，成为中医药行业新媒体领域发展的主要力量。中医医院利用其专业性、权威性和庞大用户群等优势，积极提升

传播力，加强自身品牌建设。相比之下，中医药政务和院校机构数量较少，但其在各类型新媒体平台上的账号开通数量相对均衡，开通率较高。

中医药机构开通新媒体类型对比

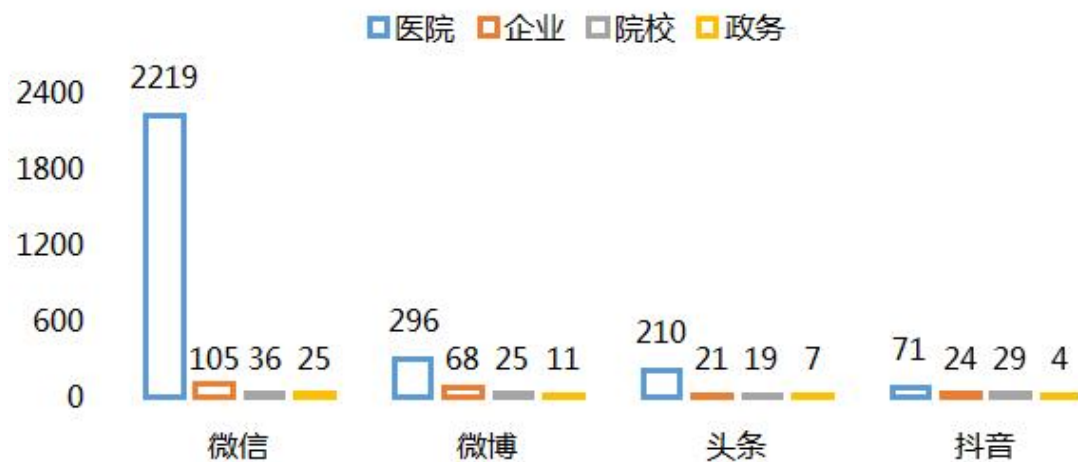


图 2 中医药机构开通新媒体类型对比

1.2 评价指标体系构建

本报告所评估的中医药行业传播力是指中医药行业通过微信、微博、头条号、抖音新媒体平台发布信息的传播能力，并对这些新媒体平台确立了相应的评价指标和量化方式。

1.2.1 指标选取

微信传播指数（WCI）从整体传播力、篇均传播力、头条传播力、峰值传播力四个维度进行评价；微博传播指数（BCI）通过微博的活跃度和传播度进行评价；头条号传播指数（TGI）通过对头条号账号的活跃指数、传播指数、互动指数进行评价；抖音号传播力指数（DCI）

通过对抖音账号发布的短视频在数量、互动状况、覆盖用户程度来综合体现其在短视频平台的传播影响力。

1.2.2 综合传播影响力榜

本报告主要依据清博指数平台监测数据，对全国中医药行业新媒体账号 2023 年全年数据进行统计分析。数据按指标量化公式计算综合指数 Z，得出综合传播影响力 TOP10（见表 1、表 2、表 3、表 4）。

中医医院新媒体传播影响力TOP10

医院名称	微信订阅号 WCI	微信服务号 WCI	微博BCI	头条TGI	抖音DCI	综合指数Z	综合排名
广东省中医院	1105.20	985.61		412.53	101.23	783.16	1
广州中医药大学第一附属医院	893.95	868.15		399.03		656.64	2
江苏省中医院	769.34	889.41	327.80	269.38	151.85	655.47	3
佛山市中医院	590.00	891.10	323.42	291.98	413.31	621.26	4
西南医科大学附属中医医院	821.30	653.69	62.27	146.13	523.72	589.46	5
浙江省中医院	795.02	677.73	91.07		512.59	575.83	6
首都医科大学附属北京中医医院	501.94	742.11	394.63	179.15	521.35	544.93	7
山西省中医院	921.35	379.85		292.24	564.00	541.04	8
上海中医药大学附属龙华医院	739.85	712.16	32.90		100.06	521.50	9
中国中医科学院广安门医院	566.32	737.28	294.82	307.57		516.50	10

(图注：0代表此医院已开通账号但监测期内数据为0，空白行代表未开通)

表 1 中医医院新媒体传播影响力榜。

中医药政务新媒体传播影响力TOP10

政务名称	微信WCI	微博BCI	头条TGI	抖音DCI	综合指数Z	序号
广东省中医药局	1057.72		603.50		800.75	1
四川省中医药管理局	702.60	641.23	500.51	588.14	664.80	2
云南省中医药管理局	895.58		22.99	133.52	642.55	3
北京市中医管理局	700.63	761.27			566.56	4
河北省中医药管理局	585.72				410.01	5
湖南省中医药管理局	577.01				403.90	6
江苏省中医药局	556.51				389.56	7
安徽省中医药管理局	501.99				351.40	8
河南省中医管理局	486.95				340.87	9
贵州省中医药管理局	450.54	30.57			318.44	10

(图注：0代表此政务已开通账号但监测期内数据为0，空白行代表未开通)

表 2 中医药政务新媒体传播影响力榜。

中医药院校新媒体传播影响力TOP10

院校名称	微信WCI	微博BCI	头条TGI	抖音DCI	综合指数Z	序号
河南中医药大学	817.09	1362.15	0	752.751	783.45	1
陕西中医药大学	819.02	1195.33	0	733.898	766.24	2
广州中医药大学	861.86	524.13		114.542	667.17	3
成都中医药大学	711.30	813.44	0	798.568	659.11	4
北京中医药大学	826.41		229.016	551.574	656.54	5
山东中医药大学	794.85		253.06	400.146	621.71	6
湖南中医药大学	743.89	834.25		56.285	609.78	7
浙江中医药大学	777.49	126.87	0	413.576	598.28	8
安徽中医药大学	604.82	647.6	0	645.014	552.64	9
广西中医药大学	652.12	272.35		646.284	548.35	10

(图注：0代表此院校已开通账号但监测期内数据为0，空白行代表未开通)

表 3 中医药院校新媒体传播影响力榜。

中药企业新媒体传播影响力TOP10

企业名称	微信WCI	微博BCI	头条TGI	抖音DCI	综合指数Z	序号
鲁南制药集团	1091.24	1035.76	205.15	541.36	942.10	1
王老吉	809.88	1274.45	62.76	974.54	798.09	2
广药白云山	687.57	69.66	46.42	449.09	537.81	3
杭州胡庆余堂国药号	686.80	75.54		358.85	524.20	4
九芝堂	654.64	76.55	98.01	337.75	509.48	5
扬子江药业集团	549.36	667.67	72.96	362.58	494.87	6
京都念慈菴	444.24	1067.77	61.22	581.28	481.99	7
佛慈制药	563.33	239.39	44.27	319.22	454.62	8
片仔癀	565.46	59.44	0.00	496.84	451.45	9
仲景宛西制药	535.82	199.85	18.28	524.11	449.29	10

(图注：0代表此企业已开通账号但监测期内数据为0，空白行代表未开通)

表 4 中药企业新媒体传播影响力榜。

综合指数 $Z = WCI * 70\% + BCI * 10\% + TGI * 10\% + DCI * 10\%$ (注：各平台占比依据中医药行业新媒体平台账号开通比例而定)

2. 中医药行业新媒体影响力

2.1 中医医院篇

《中国中医药报》社舆情监测研究中心共监测到中医医院新媒体

账号 2796 个，其中微信公众号 2219 个，微博账号 296 个，头条号 210 个，抖音号 71 个。相比于 2019 年新媒体研究报告数据，新开通账号增长 14.50%，其中抖音号增长 1.2 倍。

广东、河北、河南、江苏、山东等地区的中医医院新媒体账号开通情况较好。相较于 2019 年，南方地区如广东、江苏、浙江、四川等地的中医医院新媒体账号数量稳步增长；北方地区如河北、河南、山东、北京等地增长较快，已进入占比前 10 的行列；而西部地区如新疆、西藏、青海等地仍需要提高新媒体宣传意识。总体来看，全国范围内的中医医院新媒体账号开通情况在 2019 年后有较大改善，并且地区之间的差别逐渐减小。

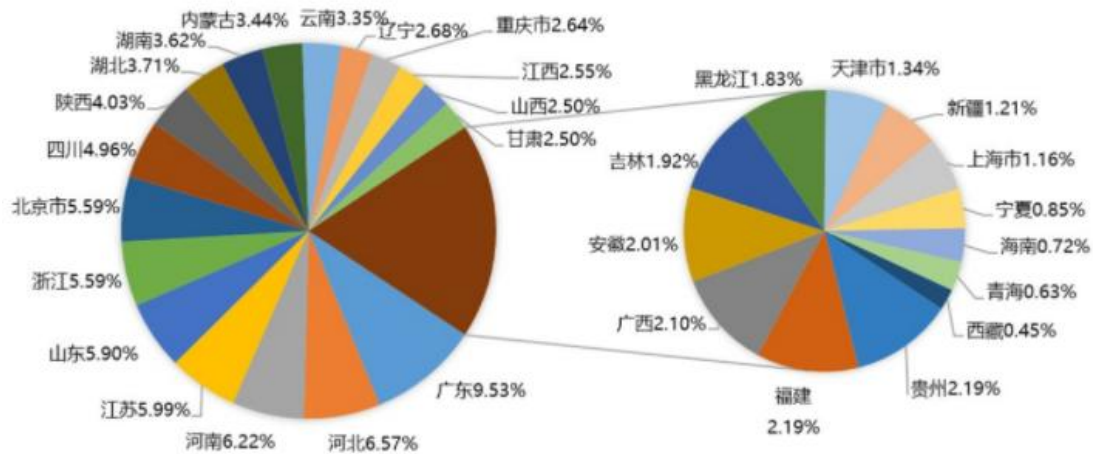


图 3 各地区中医医院新媒体账号开通占比情况。

2.1.1 微信

微信是 2011 年腾讯公司推出的社交产品，目前已是用户数最大的手机应用（2023 年第三季度微信及 WeChat 月活 13.36 亿）。微信

公众号在 2012 年上线后，迅速成为人们传递信息、传播知识的主要新媒体形式。目前共监测到中医医院微信号 2219 个，其中公立医院订阅号 1372 个，公立医院服务号 630 个，民营中医医疗机构 217 个。

2.1.1.1 订阅号

以公立中医医院订阅号 2023 年 11 月份发文情况为例，分析订阅号传播情况。

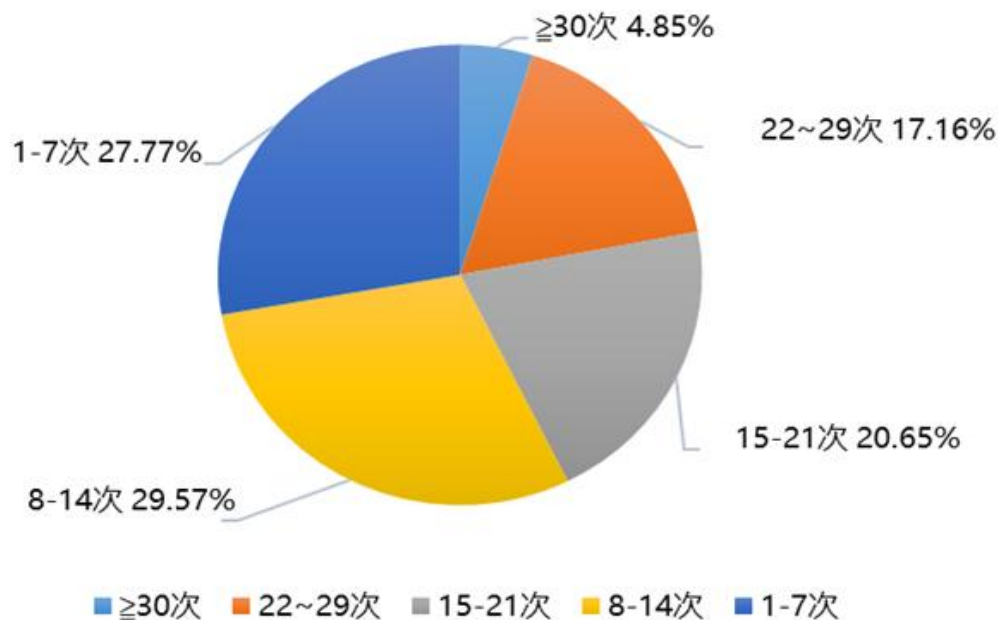


图 4 2023 年 11 月，活跃发文的公立中医医院订阅号推送次数。

在 1379 个订阅号中，2023 年 11 月份活跃发文的有 886 个，占比 64.25%，另 493 个账号在监测期内未发文。分析这 886 个订阅号发文情况可知：1 个月内有 4.85% 的订阅号保持在 30 次以上的频率上推送信息；17.16% 的订阅号推送了 22~29 次；20.65% 的订阅号推送了 15~21 次；29.57% 的订阅号推送了 8~14 次；27.77% 的订

阅号推送了 1~7 次。

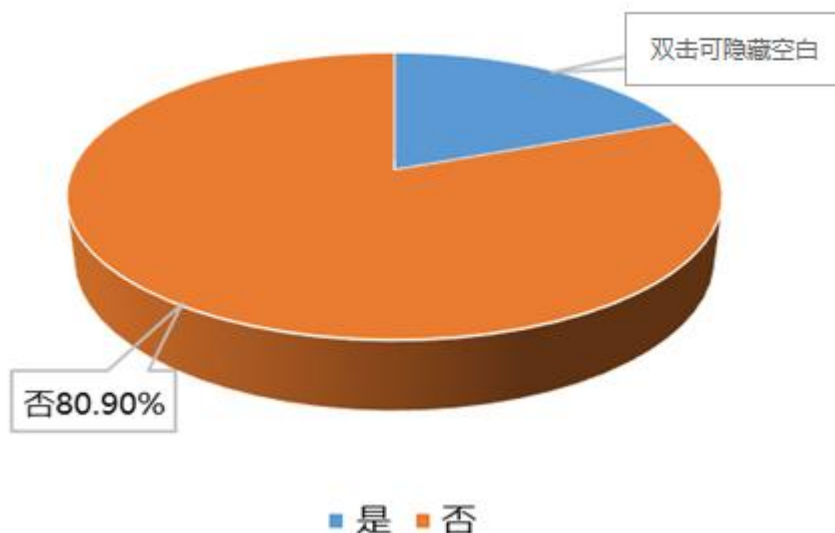


图 5 2023 年 11 月，公立中医医院订阅号发布原创文章占比。

根据统计，中医医院原创文章数并不高，添加标签原创文章占比仅为 19.10%。主要原因是部分中医医院原创意识不高，大部分养生科普文章为转载非原创，同时也存在部分账号原创内容未添加原创标签的情况。

2.1.1.2 服务号

以公立中医医院服务号 2023 年 1~12 月份文章阅读量前 100 为例，分析传播内容情况如下。

中医医院服务号发布内容以服务百姓为主，涉及科普常识、医院信息、医疗服务等方面。其中，科普常识内容高达 71.50%，包括食疗药膳、疾病预防、日常保健、节气养生等方面的内容，帮助用户了解健康知识，提高中医药文化素养。

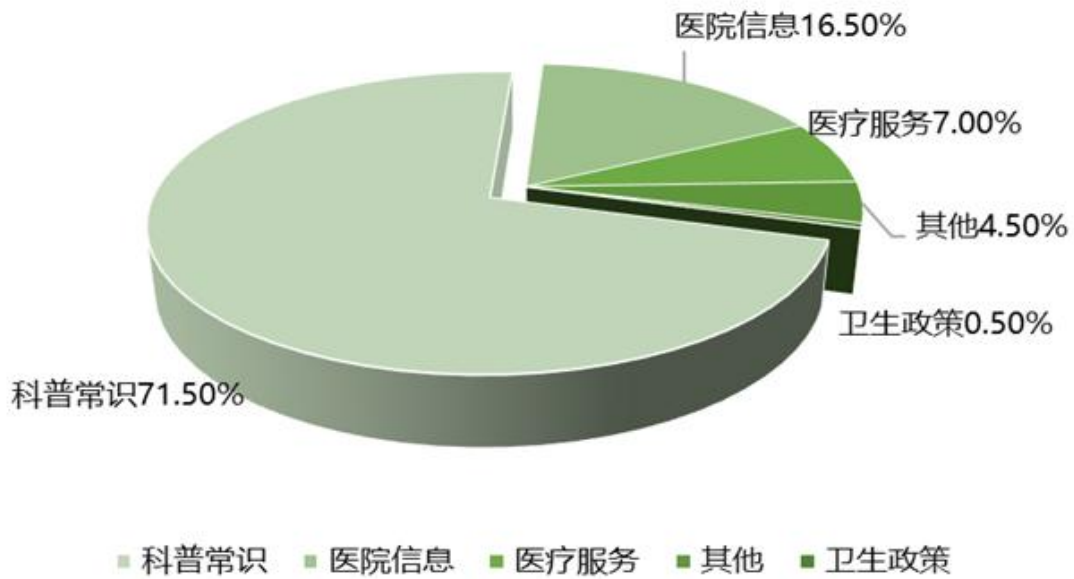


图 6 公立中医医院服务号传播内容分析。

2.1.1.3 民营中医医疗机构微信号

随着国家鼓励社会办医政策的推进，民营中医医疗机构成为中医药发展的一支重要力量。民营机构往往更加重视宣传，舍得投入，新媒体建设成效明显。

民营中医医疗机构原创文章较多，内容常常紧贴社会健康热点，标题上也更为灵活，极大地丰富了中医药科普新媒体文章类型。

新媒体平台的互动性为民营中医医疗机构提供了更多为患者服务的机会，可以通过精选留言、回复评论等形式，与患者进行互动，了解患者需求和反馈，及时调整服务策略。

2.1.2 微博

微博是一种具有信息发布、转发评论、私信、互粉等交流功能和文字、图片、视频、超链接等传播方式的社交工具。中医医院可以通

过微博发布最新的医疗信息、活动通知、专家讲座等内容，同时也可以与患者进行在线互动，解答疑问、提供健康建议等。

监测数据显示，全国中医医院开通微博账号共有 296 个，北京地区开设率较高。2023 年仍持续发文的有 69 个，各地区中医医院微博重视程度差异较大。

11月份微博发文情况					
微博号	发博数	评论数	原创微博数	总点赞数	BCI
北京市通州区中西医结合医院	271	34	16	46	467.03
北京中医药大学东方医院	85	2	81	35	406.61
北京中医医院1956	38	2	29	30	367.44
北京东直门医院	44	6	44	2	340.66
广安门医院官方微博	84	4	84	8	302.92
佛山市中医院	122	0	115	12	288.71
江苏省中医院	29	4	19	7	282.36
河北中医肝病医院官方版	44	5	44	1	273.82
河南中医药大学第一附属医院	5	5	5	3	241.57
遂宁市中医院	17	3	9	3	240.2

表 5 2023 年 11 月，中医医院微博号发布情况。

由表 5 可知，北京市通州区中西医结合医院和佛山市中医院发文频繁，活跃度高。佛山市中医院、广安门医院官方微博、北京中医药大学东方医院原创文章数量较多，且以医院动态、健康养生知识为主，与网民互动效果较好。从地区分布来看，北京地区中医医院微博活跃数量最多，微博传播影响力大。

但部分医院的微博内容同质化严重，缺乏个性和创新。随着社交媒体的快速发展，中医医院需要不断适应新的平台和传播方式，加强

与粉丝的互动和沟通，提高在社会公众中的形象和认可度。

2.1.3 今日头条

今日头条 App 是一款基于数据挖掘的推荐引擎产品，它利用海量数据智能分析热门资讯并向用户推荐有价值的、个性化的信息，提供连接人与信息的新型服务。其对创作者有较高的要求，个人需要资质验证，拥有丰富的专业知识。此外，发布的文章内容要表达得体简练，有专业知识分析和独到的见解。

监测数据显示，全国中医医院开通头条号共有 210 个，2023 年仍持续发文的有 35 个，这些中医医院以发布医院动态、健康养生知识为主。

综合发文量、总阅读数和总评论量数据，广东省中医院头条号运营最好；从地区分布来看，广东地区的中医医院入驻今日头条的数量最多，且发文活跃，网民互动性强。

相比其他新媒体平台，今日头条依赖算法，更加注重原创性，因此中医医院头条号运营者应提高创作能力与水平，增强原创性，同时要突显出医院专业水平。

2.1.4 抖音

随着互联网技术不断进步，移动短视频爆火。抖音以超 10 亿用户规模成为其中佼佼者，监测发现中医药行业开通抖音号的以临床医生为多，机构较少，中医医院抖音号仅有 71 个。选取 2023 年 11 月

的其中一周传播情况举例分析：

抖音名	作品数	粉丝总数	点赞数	转发数	评论数	DCI
首都医科大学附属北京中医医院	18	13W+	28741	39171	3392	921.27
襄阳市中医医院	2	28307	4627	2275	96	657.2
山东省中医院	8	15W+	3892	516	251	651.71
山东中医药大学第二附属医院	2	89353	2715	354	170	605.06
山东中医药大学附属眼科医院	9	10235	1584	572	116	596.98
山西省中医院	10	16551	5048	231	72	566.25
内蒙古自治区中医医院	18	14W+	824	114	74	551.31
浙江省中医院	14	62343	573	82	56	514.89
合江县中医医院	2	2948	315	265	54	498.42
西南医科大学附属中医医院	7	28460	549	73	43	490.69

表 6 2023 年 11 月其中一周，中医医院抖音号传播情况。

由表 6 可知，在监测周内，首都医科大学附属北京中医医院发文勤勉，粉丝数量也较大，整体活跃度最好；襄阳市中医医院粉丝数量较少，但网民点赞比和转发数占比相对较高，达到了较高的传播效果。

总体来看，中医医院短视频数量还较少，但从粉丝增量上看，中医药相关短视频正在改变公众获取中医药信息的方式，人们更愿意选择生动、有趣的视频了解中医药。

2.2 政务篇

近年来，国家持续推动全国一体化在线政务服务平台建设，对政务新媒体工作提出规范和要求，政务新媒体快速发展。2018 年 12 月国务院办公厅发布的《关于推进政务新媒体健康有序发展的意见》提出，全面提升政务新媒体传播力、引导力、影响力、公信力。随着国家中医药管理局官方微信“中国中医”的开通运营，各省中医药管理

部门政务新媒体也陆续亮相，并逐渐成为政策和新闻发布、与民众互动、信息咨询的重要窗口。

2.2.1 新媒体开通情况

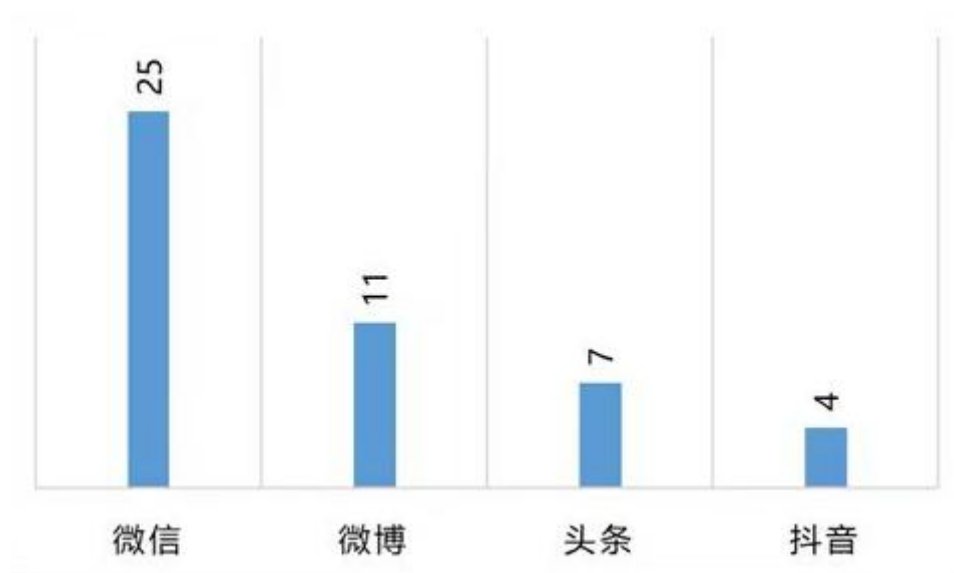


图7 中医药政务新媒体开通情况

微信是中医药政务新媒体的主要平台，但也有部分地方中医药管理部门开始试水头条、抖音等平台。监测显示，中医药政务新媒体共47个，较往年数量大增，但主要在省级层面，市级、县级开通数量仍较少。

2.2.2 政务新媒体发布内容分析

从文章类型来看，政务新媒体文章阅读量高的主要为养生类文章。此外，政策通知类文章也是读者最为关注的信息，政务新媒体应多发挥其权威性，及时公布中医药行业新政策、新变化，分析发展形势，为中医药行业做指导。（见表7）

11月份中医药政务文章阅读量TOP10

公众号	标题	阅读数	在看数	点赞数	文章序号	是否原创
广东中医药	你以为是休息，其实非常耗气血的5个行为	56993	162	410	1	否
陕西中医	陕西省2023年冬季儿童急性呼吸道感染性疾病中医药防治方案	52989	55	152	1	否
广东中医药	牛奶性寒但补钙，到底可以怎么喝？	44365	124	293	1	否
四川中医药	赶快收藏！儿童肺炎支原体肺炎中医药干预建议方案来了	32782	68	112	1	否
广东中医药	手脚冰凉的人，冬天如何养生？	19942	59	145	1	否
广东中医药	脾胃不好，这些健脾补脾的中成药，千万别用错	19769	90	284	1	否
广东中医药	如何分清感冒是风寒还是风热？如何正确选用中成药？	18992	78	174	1	否
广东中医药	冬季的餐桌上，不能错过这些“长寿食物”	17126	66	164	1	否
广东中医药	冬天要吃“根”，这几种常见根类菜不要错过	17059	59	141	1	否
广东中医药	红枣补血，试试这6种搭配	16852	70	140	1	否

表 7 政务新媒体发布内容分析。

2.3 院校篇

2.3.1 新媒体开通情况

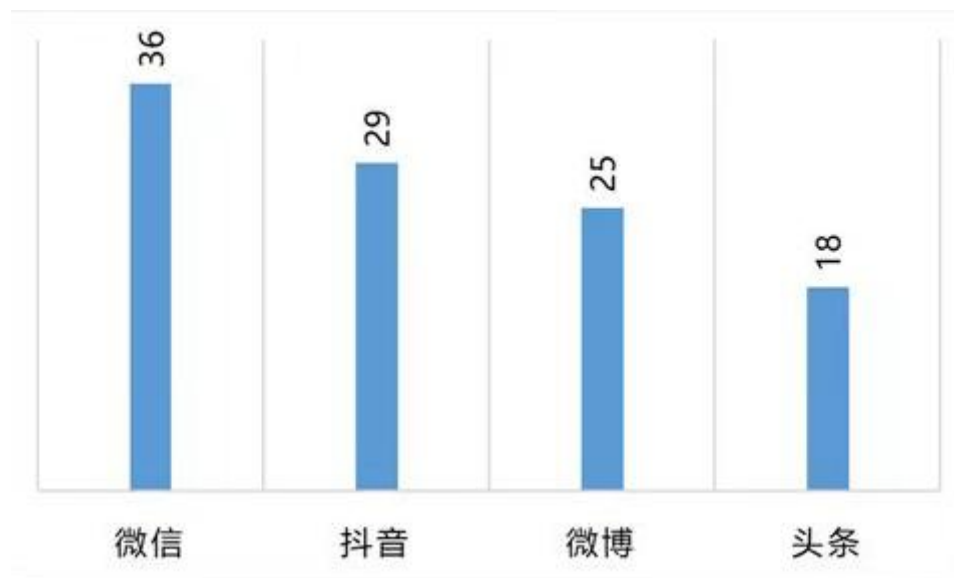


图 8 中医药院校新媒体开通情况

监测显示，中医药院校新媒体账号共 108 个（包含其他类院校开设中医药专业开通的账号，但不包含中医药院校学院、党委等账号），中医药大学均已开通微信公众号，并将其作为宣传和服务的主阵地。

2.3.2 院校新媒体发布内容分析

院校信息阅读量较高的推文与校园活动紧密相联，通过分析数据发现，在校庆、开学、毕业等时间节点的阅读量普遍高于日常推文。（见表 8）

11月份中医药院校文章阅读量TOP10

公众号	标题	阅读数	在看数	点赞数	文章序号	是否原创
广州中医药大学	亲爱的广中医，生日快乐！	100001	369	1008	1	否
成都中医药大学	喜报！热烈祝贺我校陈士林教授 当选中国工程院院士！	54842	113	702	1	否
山东中医药大学	诺奖获得者被我校聘为名誉教授	29172	62	362	1	否
北京中医药大学	北中医2024年教师岗招聘！80 个岗位等您来	25050	13	41	1	否
广州中医药大学	美翻了！广中医的OOTD	24486	40	316	1	否
北京中医药大学	马威望，你被记住了！	23709	127	661	1	否
北京中医药大学	赞！北中医这个宿舍全员保研！	21581	31	207	1	否
广州中医药大学	校园开放！即日起社会公众可预 约进校	21380	32	125	1	否
广州中医药大学	欢迎校友回家！强烈推荐广中医 美食文化节	19179	30	152	1	否
陕西中医药大学	今天你微笑了吗？	18330	130	253	1	是

表 8 院校新媒体发布内容分析。

2.4 企业篇

2.4.1 新媒体开通情况

随着微信、微博等形式多样的新媒体平台出现，给企业内容营销带来了机会。因新媒体推广的方式简便、成本低廉，中药企业用微信、微博等平台宣传已较为普遍。企业通过图文、漫画、视频等多

种推广形式对产品、服务以及品牌进行宣传，向消费者传递更形象、更直接的企业文化。

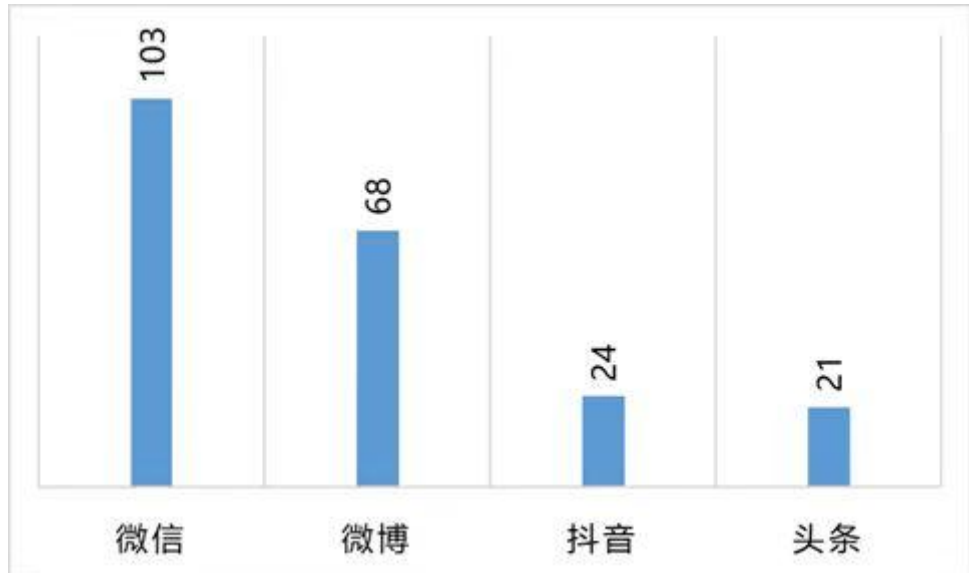


图 9 企业新媒体开通情况

2.4.2 企业新媒体发布内容分析

中药企业本身带有健康属性，公众认可其发布的养生文章准确性；同时中药企业通过新媒体宣传企业产品越来越成熟，传播效果不错。（见表 9）

11月份中药企业文章阅读量TOP10

公众号	标题	阅读数	在看数	点赞数	文章序号	是否原创
王老吉	王老吉推出霸气榴莲风味 网友推荐的新口味我们真的做出来了！	100001	231	271	1	否
鲁南制药集团	秋冬萝卜赛人参，怎样吃萝卜更健康？	50420	808	5172	3	是
鲁南制药集团	供暖了，“暖气病”来袭怎么办？一篇讲清！	45309	761	4715	3	否
鲁南制药集团	败毒散：咳门第一方	44034	638	4201	1	否
鲁南制药集团	“致命”加湿器？这些使用要点要格外注意	41833	680	4264	3	否
王老吉	吉时到！新婚大吉，喝王老吉	41255	261	325	2	否
鲁南制药集团	流感、合胞病毒、腺病毒……传染病进入大流行，如何多病共防？	37249	614	3837	3	否
鲁南制药集团	经方如何一用即效？古代抗疫“第一方”，为何成为四时感冒之神剂	29427	0	0	1	否

鲁南制药集团	启达力®荆防颗粒在吉尔吉斯斯坦、俄罗斯、哈萨克斯坦、白俄罗斯、亚美尼亚获批上市	28137	498	3218	1	否
鲁南制药集团	鲁南制药生物药再添生力军，LNF1802、LNF1901、F012临床试验获批	27218	492	3280	1	否

表 9 企业新媒体发布内容分析。

3. 中医药行业新媒体发展建议

随着互联网技术的不断发展和普及，新媒体已经成为中医药行业进行宣传和推广的重要渠道。综合研究报告数据，中医药行业在新媒体平台建设方面已经有了很大的进展，通过不断的探索和实践，提升传播能力、拓宽传播渠道，讲好新时代中医药故事，助力中医药知识和文化的普及，让中医药搭乘新媒体传播的东风更好地满足群众对中医药的需求。

3.1 中医医院新媒体注重受众需求，精准定位。

中医医院新媒体是中医健康科普宣传和医疗服务的重要渠道，它能够提高公众对中医的认识和了解，增强公众的健康意识和自我保健能力，同时也为医院提供了更广阔的服务平台和发展空间。中医医院新媒体的发展需要医院具备专业的媒体人才和运营团队，能够根据受众需求和反馈进行内容策划和制作，同时也需要不断更新和维护平台，保持与受众的沟通和互动。

3.2 政务新媒体要多一些年轻化的表达方式。

中医药政务新媒体是政府面向公众的一个重要宣传和沟通渠道，为了吸引更多的年轻人关注和使用，政府需要采取一些年轻化的表达

方式。如采用生动有趣的图文和视频形式、关注年轻人的需求和关注点、开展互动性强的活动和形式等，拉近与年轻人之间的距离，更好地将中医药文化融入年轻人群体。

3.3 院校新媒体注重创新内容形式，打造中医药爆款 IP。

为了更好地适应新媒体时代的发展趋势，提高中医药院校的影响力和竞争力，中医药院校新媒体发展一定要注重内容创新。首先是中医药院校应积极探索新的内容形式，如短视频、直播、音频等，以吸引更多的受众关注。其次，可以根据不同的平台特点，制作符合用户喜好的内容，提高内容的传播效果。最后，中医药院校还可以发布有关文化传承、人文关怀、校园生活等方面的内容，以满足不同受众的需求。同时，可以积极引入社会热点和时事新闻，提高内容的时效性和吸引力。

3.4 企业新媒体注重建立品牌形象，提升信誉。

为了更好地适应市场变化和消费者需求，中药企业新媒体发展要注重建立企业品牌形象和加强与消费者的沟通。一方面，通过新媒体平台宣传企业的文化、产品和服务，树立独特的价值观和使命感，增强消费者对企业的认知和信任。另一方面，中药企业可以通过增加互动环节，提高消费者对企业的关注度和参与度。例如，开展线上线下活动，鼓励消费者参与抽奖、答题等互动环节。同时，可以通过举办专家讲座、在线问答等形式，为消费者提供专业的中医药知识和健康

咨询服务。

[返回目录](#)

长三角地区 SPD 发展报告：医疗创新的特征、趋势与行业导航

来源：国医科技

第一部分 前言

SPD 起源于美国，成熟于日本，2009 年由南京鼓楼医院以药品业态率先引进国内，2013 年在中国科学技术大学附属第一医院落地实践并成功应用，成为国内第一个医用耗材 SPD 项目。此后，SPD 陆续在国内一线医院登场，进入以集配模式为主的萌芽阶段。2016 年开始，在“耗材零加成”等医改政策背景下，SPD 进入多种模式并行的快速发展时期。2019 年起，在政策和市场的双重驱动下，SPD 在我国渐趋成熟，进入以服务模式为主的规范化发展阶段。长三角地区是当前我国经济发展最活跃、开放程度最高、创新能力最强的区域之一，其 SPD 发展情况和趋势在全国具有示范和引领作用。2023 年是《公立医院高质量发展促进行动（2021—2025 年）》落地执行的关键之年，以长三角地区为例探析 SPD 市场发展格局具有现实意义。

为医疗创新画像，为行业发展导航，本报告通过对长三角三省一市区域内二甲级医院、三级医院 SPD 建设情况的系统梳理，并通过政策环境、渗透率、模式选择、市场集中度、服务费率、百强医院引入率等维度的深入分析，探究长三角地区 SPD 发展特征和发展趋势，旨

在描绘出长三角区域 SPD 市场格局，为全国其他地区 SPD 建设提供参考和借鉴。

基于政策环境、经济发展的先进性，作为医改先锋的长三角区域——“江浙沪皖”三省一市 SPD 发展势头持续向好。经实地走访调研，截至 2023 年 9 月，从医院数量维度统计，长三角地区 904 家二甲及以上医院中约 236 家引入 SPD 模式，渗透率达 26%；从医用物资流量视角来看，长三角地区三级医院医疗器械流通总额约 1255 亿元，其中引入 SPD 的医院流通总额约占 700 亿元，渗透率接近 56%。此外，综合整个长三角地区 SPD 实施情况，市场参与主体以国字号商业流通公司和头部第三方服务商为主。近三年来，长三角地区 SPD 密度不断加大，建设范围正从省市级大医院向县级医院蔓延，由卫健委主导的区域型项目势头兴起，长三角地区在推进 SPD 建设进程中走在全国前列。

第二部分 长三角地区 SPD 分析

根据《2022 年中国卫生健康统计年鉴》显示，长三角地区二甲及以上医院共计 904 家。据笔者实地走访调研，并结合招标投标网站数据统计，截至 2023 年 9 月，约 236 家医院已引入 SPD 模式。我们将基于医院数量及服务流量两个统计维度，对长三角地区的 SPD 整体情况进行分析。

一、长三角整体分析

1. SPD 渗透率

基于渗透率分析，长三角地区二甲及以上医院 SPD 渗透率约为 26%，其中上海最高，为 34%（详见图 1）。

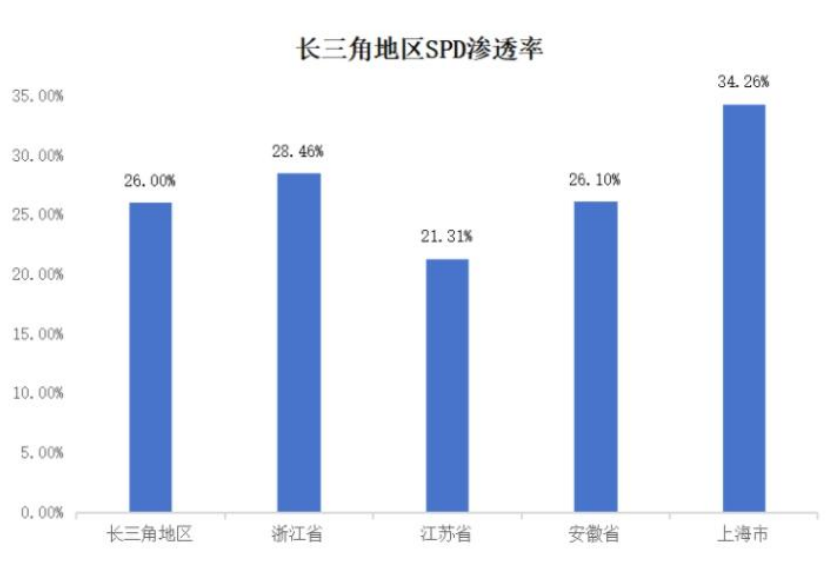


图 1 长三角地区 SPD 渗透率

2. 等级医院占比

长三角地区已开展 SPD 的二甲及以上医院中，三级医院占比 78%，其中，三级甲等医院占比 57%（详见图 2）。

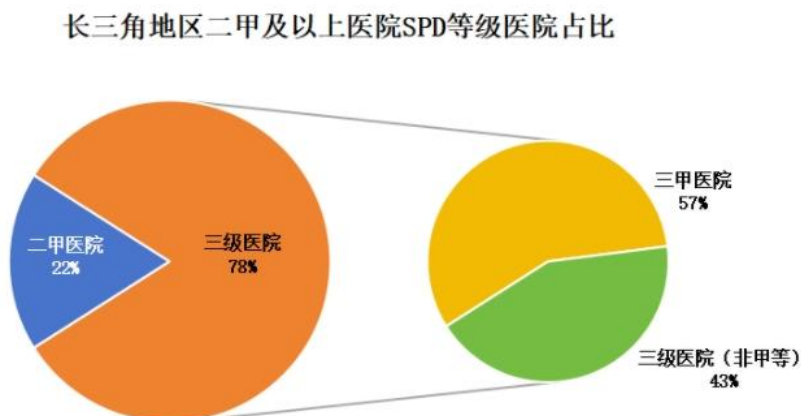


图 2 长三角地区二甲及以上医院 SPD 等级医院占比

3. 模式选择

长三角地区 SPD 模式以商业公司服务模式与第三方服务模式为主。商业公司服务模式包括集配、混合和服务三种形式，主要以院内业务为目的开展 SPD 服务；第三方服务模式独立于医院和供应商之外，不参与业务，以服务医院、供应商为目的提供 SPD 运营服务。据统计，长三角地区有近 65% 的医院选择委托专业的第三方服务商运营 SPD 项目（详见图 3）。

长三角地区SPD商业模式统计

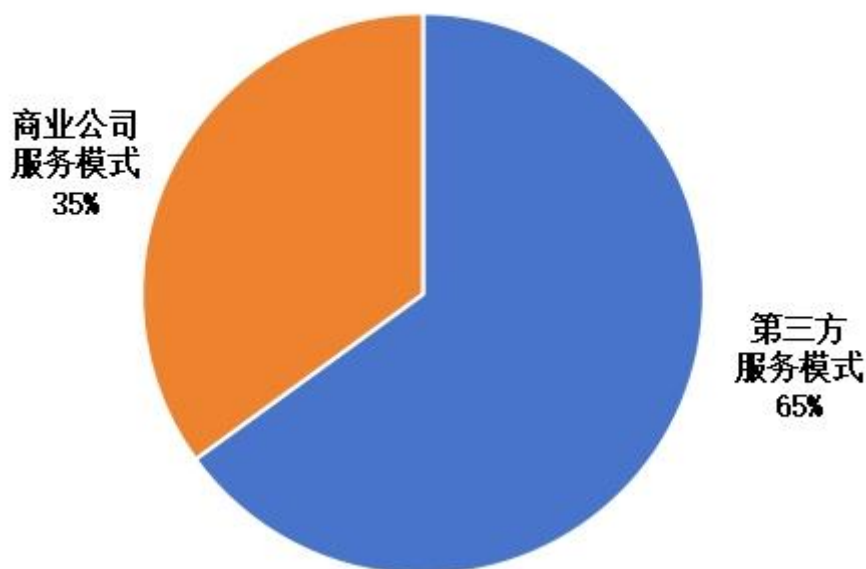


图 3 长三角地区 SPD 商业模式统计

4. 竞争格局

为方便统计，我们将国药控股、国药器械及其区域子公司合并统称为“国药系”，将江苏国衡医疗科技有限公司、中技国医（浙江）科技有限公司、合肥中技国医医疗科技有限公司以及安徽中技国医医

疗科技有限公司所有项目合并考虑，简称为“国医科技”，重药、华润、上药统计数据均包含其区域子公司（下同）。据统计，长三角地区 236 家引入 SPD 管理模式的二甲及以上医院中，国医科技以 32% 的市占率排名第一，国药系以近 14% 的市占率排名第二，浙江微萌排名第三，市占率约为 12%（市占率见图 4、图 5）。

长三角地区SPD市场占有率情况

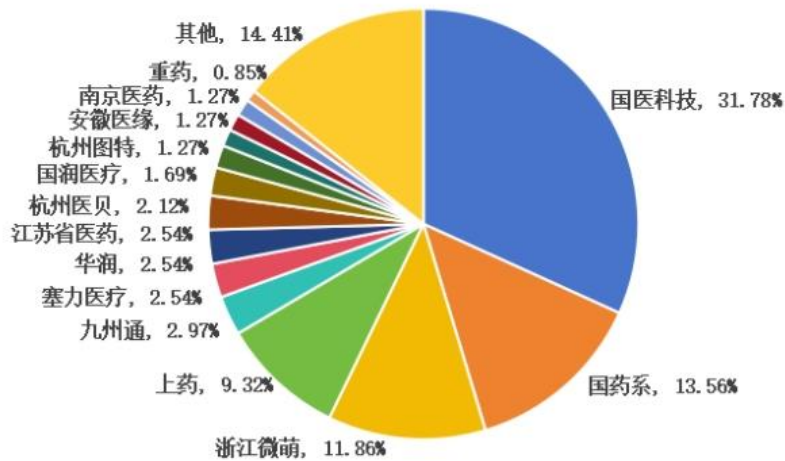


图 4 长三角地区 SPD 市场占有率情况

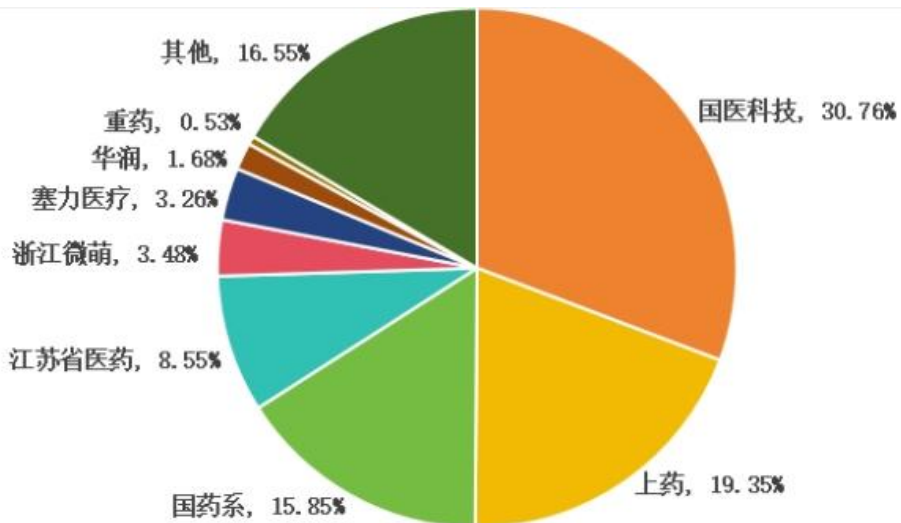


图 5 流量视角下的长三角地区 SPD 竞争格局

二、长三角“三省一市”具体情况

长三角 904 家二甲及以上医疗机构中，约 236 家引入 SPD 模式。基于 SPD 服务医院数量统计维度，分别对长三角三省一市 SPD 引入情况与竞争格局进行分析。

（一）浙江省

1. 各地市 SPD 引入情况

浙江共有 260 家二甲及以上医疗机构，其中约 74 家引入 SPD 管理，渗透率约为 28%。浙江省 11 个地市中，渗透率超过 30% 的有 5 个，其中绍兴市由卫健委统一招投标引入区域型 SPD，渗透率高达 86%；低于 10% 的地市仅有衢州市 1 个（详见图 6）。

浙江各地市SPD渗透率



图 6 浙江各地市 SPD 渗透率

2. 竞争格局

浙江省 SPD 参与主体众多，其中本地服务商浙江微萌市占率最高，达 37.84%，在浙东地区竞争优势明显。国医科技以超过 17% 的市占率位居第二，服务对象以大三甲为主，如浙大一院、浙大二院、温附一、温附二等。杭州医贝、国药系以 5% 的市占率排名第三，在地市级医院中各有千秋（详见图 7）。

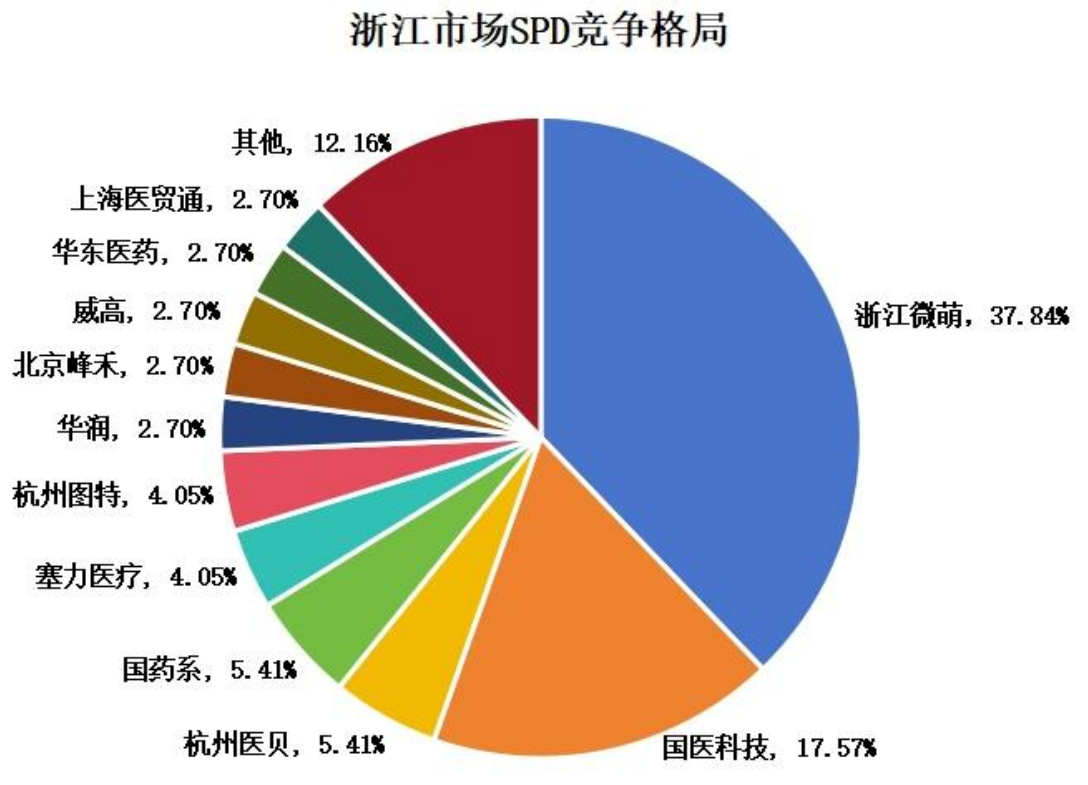


图 7 浙江市场 SPD 竞争格局

（二）江苏省

1. 各地市 SPD 引入情况

江苏共有 291 家二甲及以上医疗机构，约有 61 家引入 SPD 管理，

渗透率约为 21%。江苏省 13 个地市中，渗透率超过 30%的有 2 个，其中苏州市的主要医院中，除苏大一外基本已引入 SPD 管理；渗透率低于 10%的有 4 个，主要集中在苏北地区（详见图 8）。

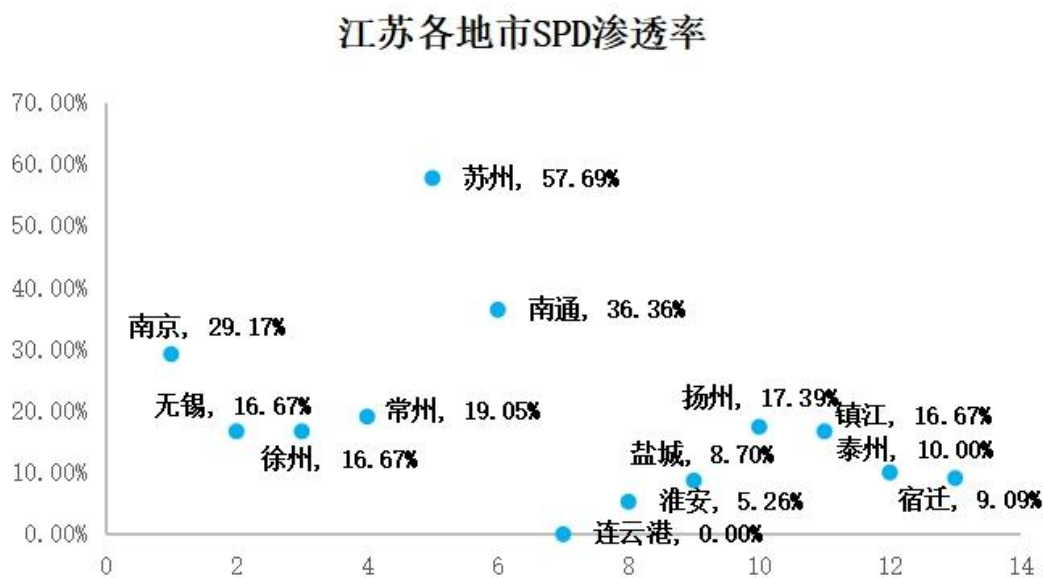


图 8 江苏各地市 SPD 渗透率

2. 竞争格局

江苏省 SPD 参与主体更加多样化，其中中国医科技以近 39%的市场占有率排名第一，区域子公司江苏国衡在苏州、常州等苏南地区占据较高市场份额。

国药系 SPD 处于全国领头羊位置，在江苏区域以较大优势排名第二，市占率约 21%。江苏省医药以近 10%的市占率排名第三，其承接了南京鼓楼医院、江苏省人民医院、东南大学附属中大医院三家百强医院 SPD 运营服务（详见图 9）。

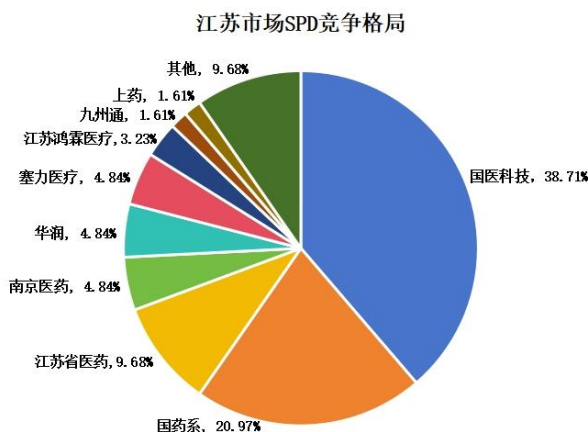


图 9 江苏市场 SPD 竞争格局

(三) 安徽省

1. 各地市 SPD 引入情况

安徽省 245 家二甲及以上医疗机构中，约有 64 家引入 SPD 管理，渗透率约为 26%。安徽省 16 个地市中，渗透率超过 30% 的有 7 个，其中阜阳市人口众多，基层医院体量较大，县级医院 SPD 渗透率全省第一；渗透率低于 10% 的地市有 4 个，城市规模较小，尚未引入 SPD（详见图 10）。

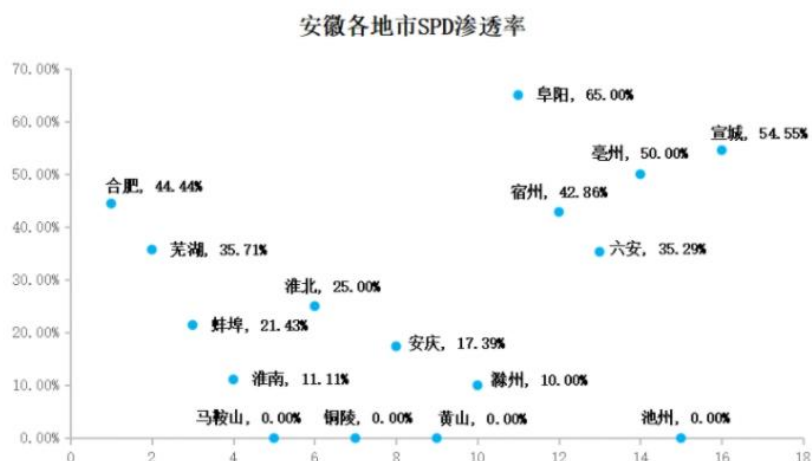


图 10 安徽各地市 SPD 渗透率

2. 竞争格局

安徽省呈现一超多强竞争格局，本地服务商国医科技市场占有率最高，达到 60%。国药系、九州通市占率约为 9%，并列第二。安徽医缘以近 5% 的市占率位居第三（详见图 11）。

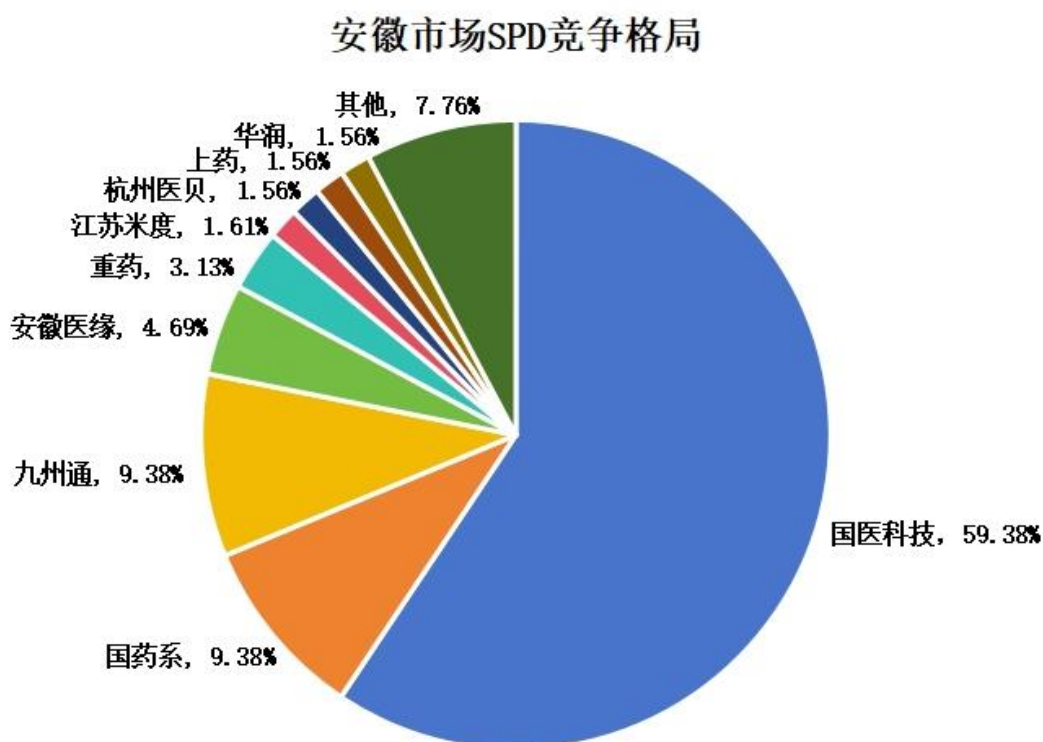


图 11 安徽市场 SPD 竞争格局

（四）上海市

1. SPD 引入情况

上海共有 108 家二甲及以上医疗机构，约有 37 家已引入 SPD 管理，渗透率约为 34%，为长三角三省一市最高。

2. 竞争格局

上海市场 SPD 呈现一超多强竞争格局。其中，本地服务商上药以

54%的市场占有率排名第一，服务上海市多家大型三甲医院。国药系市占率排名第二，约为 24%。国润医疗市占率约 10%，位居第三（详见图 12）。

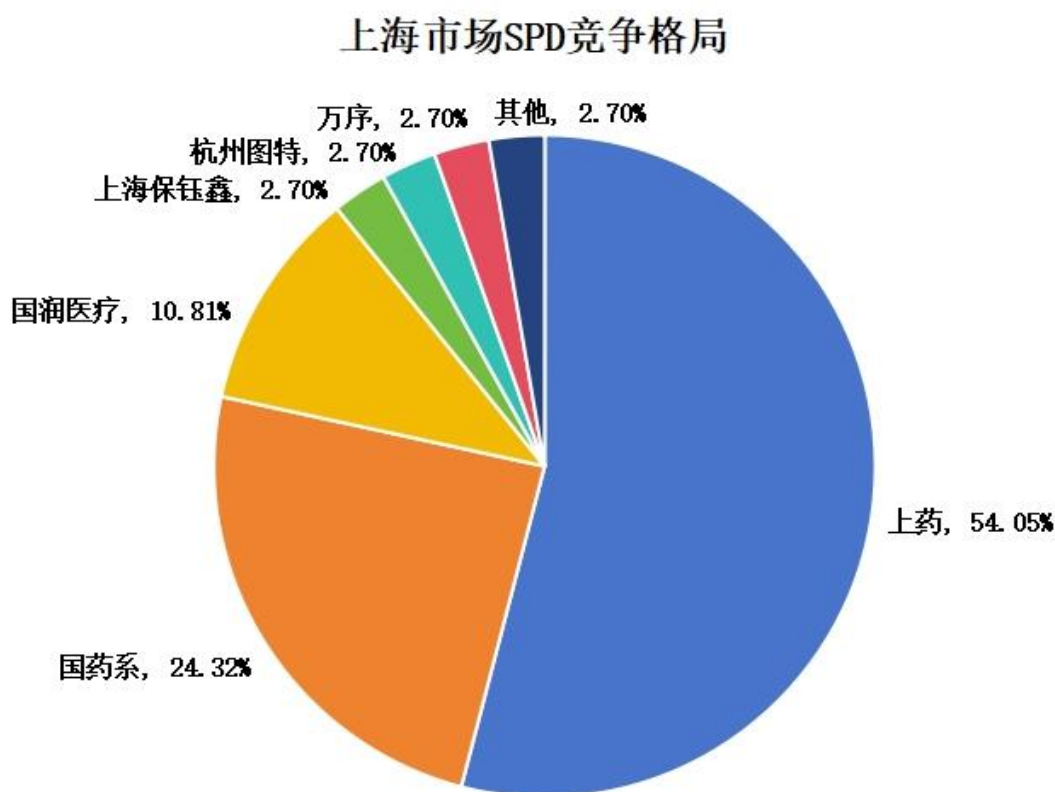


图 12 上海市场 SPD 竞争格局

三、流量视角下的 SPD 竞争格局分析

SPD 服务商的营收主要取决于客户医院每年药品、耗材采购额，简称为“流量”，因此笔者尝试基于三级医院流量视角分析长三角地区 SPD 竞争格局。通过统计三级医院 2023 年预算收入，按照大型医院 25%耗占比、中小型医院 20%耗占比进行统计，并由此作为 SPD 流量占比分析的数据来源。

据统计，长三角地区三级医院流量总额约 1255 亿元，其中引入 SPD 管理模式的医院流量约为 700 亿元。按流量视角统计，长三角地区三级医院渗透率接近 56%。

（一）浙江省

浙江省三级医院总流量约为 325 亿元，SPD 模式所覆盖的流量已超过 56%。SPD 服务商中，国医科技以 52% 的服务流量占比排名第一。本地服务商浙江微萌位列第二，占比约 13%。塞力医疗排名第三，占比约 9%（详见图 13）。

流量视角下的浙江市场SPD竞争格局

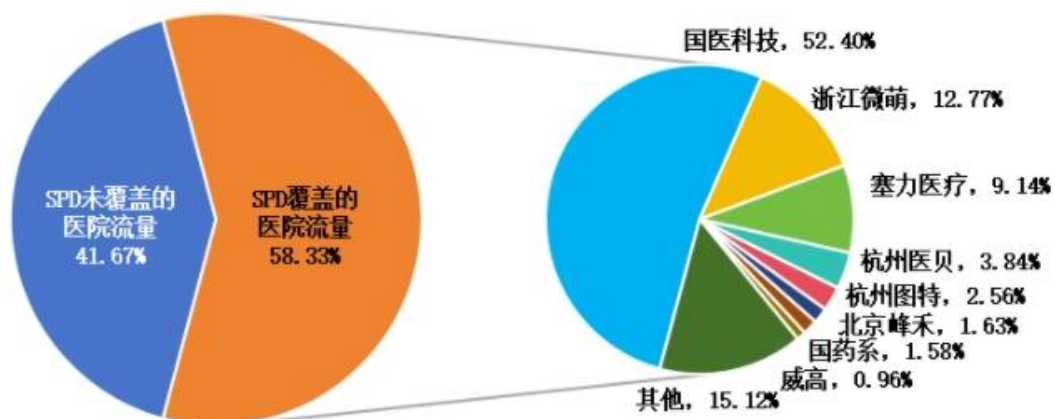


图 13 流量视角下的浙江市场 SPD 竞争格局

（二）江苏省

江苏省三级医院总流量约为 424 亿元，SPD 模式所覆盖的流量超过 62%。SPD 服务商中，本地服务商江苏省医药以超过 36% 的服务流量占比排名第一。国医科技位列第二，占比约 26%。国药系排名第三，

占比约 18%（详见图 14）。

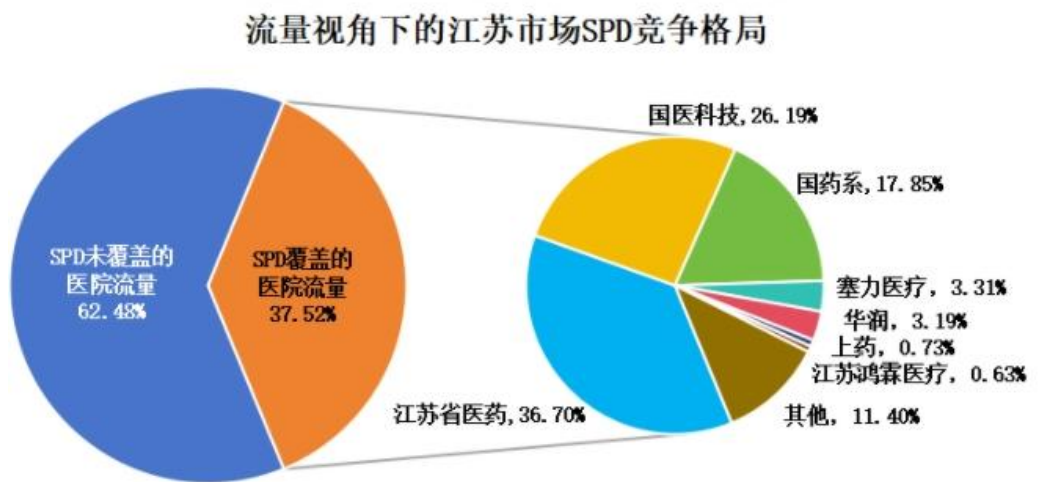


图 14 流量视角下的江苏市场 SPD 竞争格局

（三）安徽省

安徽省三级医院总流量约为 178 亿元，SPD 模式所覆盖的流量达到 58%。SPD 服务商中，国医科技服务流量占比约 70%，排名第一。国药系以超过 5% 的占比位列第二，其他的服务商占比均少于 5%（详见图 15）。

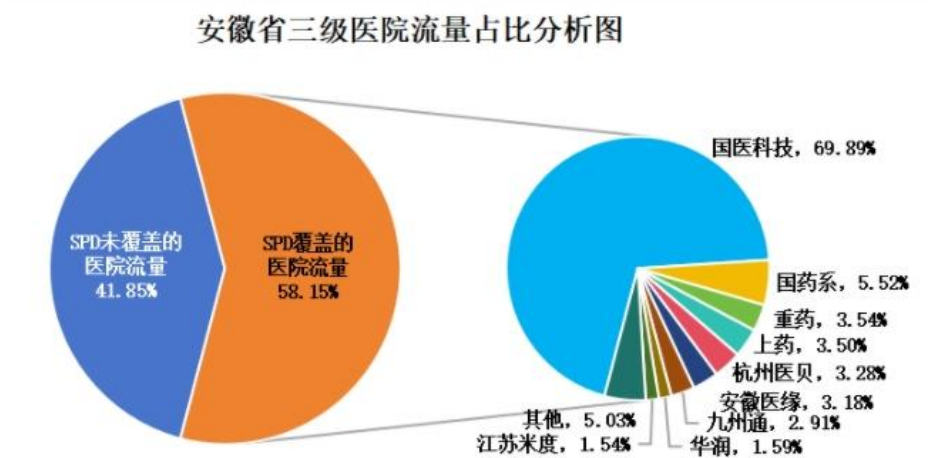


图 15 流量视角下的安徽市场 SPD 竞争格局

（四）上海市

上海市三级医院总流量约为 320 亿元，SPD 模式所覆盖的流量已超过 75%，为三省一市最高。SPD 服务商中，本地服务商上药以近 54% 的服务流量占比排名第一。国药系位列第二，占比约 30%。国润医疗占比接近 11%，位居第三（详见图 16）。

上海市三级医院流量占比分析图

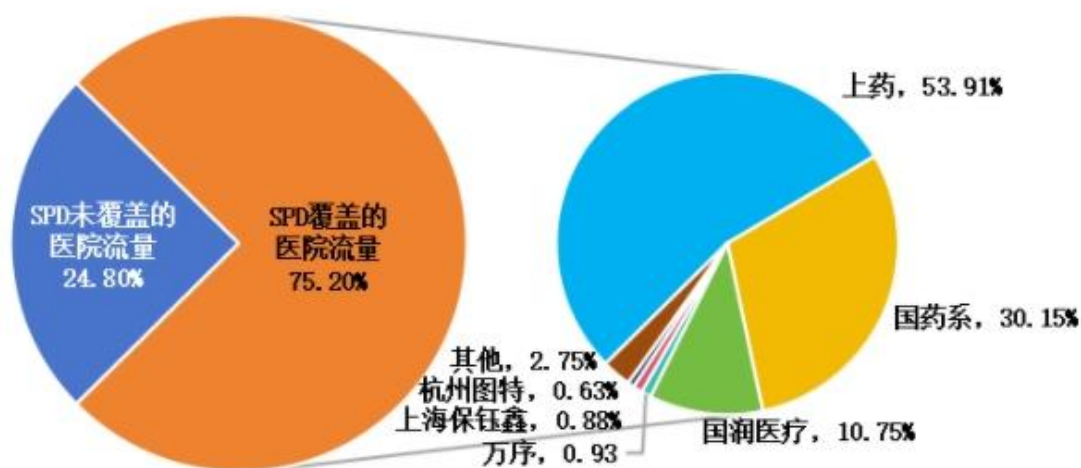


图 16 流量视角下的上海市场 SPD 竞争格局

第三部分 长三角地区 SPD 市场十大特征

基于长三角地区二甲及以上医疗机构 SPD 多维度数据分析，本报告围绕 SPD 渗透率、模式选择、SPD 收费费率、市场集中度、政策环境、百强医院引入率、到期转换、城市间差异、龙头医院特征以及增长态势等方面，从多个视角立体展现长三角地区 SPD 市场特征。

一、长三角地区 SPD 渗透率高于全国平均值

据开源证券研究所统计，截至 2022 年末，全国 SPD 渗透率约为

5.5%。而长三角地区三省一市二甲及以上医院 SPD 渗透率普遍在 20% 以上（详见图 1），其中浙江、安徽渗透率高于 25%，上海地区高于 30%，这与长三角地区医院，特别是三级医院对 SPD 理念接受较早有关，整体引入速度快于全国其他地区。

二、第三方纯服务模式接受度更高

除上海外，其他三省医院更倾向于第三方纯服务模式，商业公司服务项目较少，且医院较为顾忌商业公司参与 SPD 带来的不公平竞争问题，这在浙江与安徽尤为明显，两地 60% 以上的 SPD 项目均采用第三方服务模式（详见图 9、图 11）。

三、SPD 收费费率低于全国

长三角地区 SPD 收费费率明显低于全国其他地区。在可统计的 234 家医院样本中，除百强医院外，收费点数多数集中在 1.5%—2.5% 之间，超过 3% 的项目较少（详见图 17、表 1）。

长三角地区各收费点数区间占比

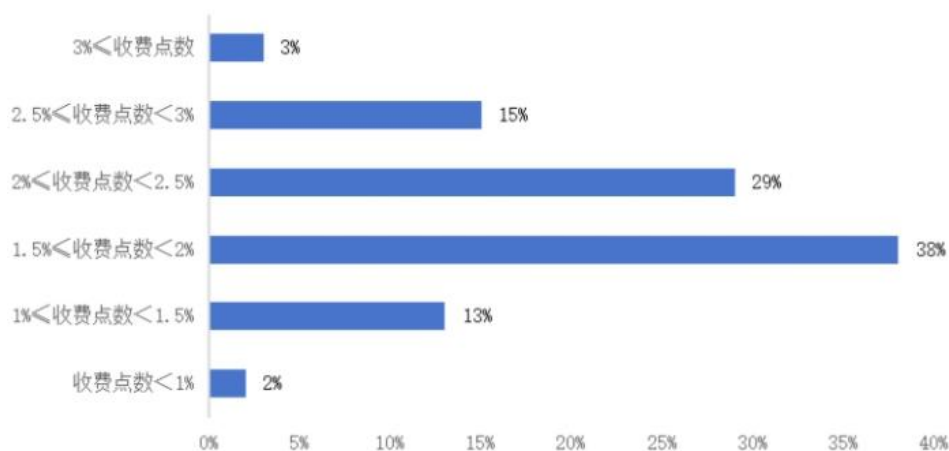


图 17 长三角地区各收费点数区间占比

有 SPD 招标项目的医院	中标企业	收费点数
临沂市人民医院	安徽中技国医医疗科技有限公司	1.50%
旺苍县人民医院	国药集团四川省川北医疗器械有限公司	3.00%
孝感市妇幼保健院	湖北鄂中国器械有限公司	3.80%
湖北民族大学附属民大医院	峰禾（北京）科技有限公司	2.98%
孝感县第一人民医院	国药控股湖北致润医疗器械有限公司	4.00%
盐城市大丰中医院	国药集团江苏鸿瑞医疗器械有限公司	带量耗材 1% 其他耗材 2%
湖南省肿瘤医院	国药集团湖南省医疗器械有限公司	1.10%
肇庆市第二人民医院	湖南德荣医疗器械物流配送服务有限公司	3.68%
大连市金州区中医医院	上药科园信海医药大连有限公司	7.96%
宜宾市第一人民医院	国药控股（四川）医疗供应链有限公司	3.00%
深圳大学附属华南医院	上海药控广东有限公司	2.00%
广州市白云区第三人民医院	广东柯尼兹医疗器械有限公司	4.20%

表 1 开源证券关于全国 SPD 收费点数的统计

四、市场集中度较高

基于流量视角下竞争格局分析，长三角三省一市 SPD 服务商呈现多强并立格局，往往本土企业更占据竞争优势。其中，浙江区域国医科技、浙江微萌合计市占率超过 60%（见图 13）；江苏区域国医科技与江苏省医药合计市占率超过 50%（见图 14）；安徽区域国医科技市占率超过 60%（见图 15）；上海地区以上药与国药系为主，合计市占

率超过 80%（见图 16）。

五、地方政策对 SPD 持支持或鼓励态度

长三角地区作为医改先锋区域，地方政府对于 SPD 多持支持或鼓励态度。2021 年，安徽省卫健委发布《安徽省三级医院评审标准细则》，浙江省卫健委发布《省级公立医院药品和医疗耗材采购管理及使用情况专项审计调查结果整改情况公告》，提出通过 SPD 管理模式加强对医用耗材的监管和追溯。政策上的支持或要求也是促进长三角地区医疗机构快速引进 SPD 的重要原因之一（详见表 2）。

省/市	年份	政策及具体内容
安徽省	2021 年	安徽省卫健委发布的《安徽省三级医院评审标准细则》中，3.5.6 条要求加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理，其中就将使用 SPD（医用耗材管理系统），对医用耗材实行全流程规范管理，作为 3.5.6.1 项的 A 级评价标准。
浙江省	2021 年	浙江省卫健委发布的《省级公立医院药品和医疗耗材采购管理及使用情况专项审计调查结果整改情况公告》中指出要“加强医疗耗材二级库和 SPD 供应链管理系统建设，实现医疗材料的计划、采购、领用、使用、收费全过程跟踪管理……”。
安徽省	2022 年	中国科学技术大学附属第一医院牵头制定《智慧医院医用耗材 SPD 建设指南》和《智慧医院医用耗材 SPD 验收规范》两项标准并发布。

表 2 长三角地区 SPD 相关政策

六、百强医院 SPD 引入比率高于全国

长三角地区聚集了众多实力较强的百强医院共计 31 家，其中 17 家已引入 SPD 管理模式，引入比率超过 50%。整体上长三角 SPD 这一指标领先于全国其他地区（详见表 3，数据采自 2022 年复旦百强榜）。

长三角地区百强医院榜单				
序号	省/市	医院名称	是否做 SPD	SPD 厂家
1	上海市	上海交通大学医学院附属瑞金医院	是	国药系
2	上海市	复旦大学附属华山医院	是	上药
3	浙江省	浙江大学医学院附属第一医院	是	国医科技
4	浙江省	浙江大学医学院附属第二医院	是	国医科技
5	上海市	上海交通大学医学院附属仁济医院	是	上药
6	江苏省	江苏省人民医院	是	江苏省医药
7	上海市	复旦大学附属肿瘤医院	是	国药系
8	上海市	上海市第六人民医院	是	上药
9	江苏省	南京大学医学院附属鼓楼医院	是	江苏省医药
10	江苏省	东南大学附属中大医院	是	江苏省医药
11	浙江省	浙江大学医学院附属邵逸夫医院	是	塞力医疗
12	上海市	复旦大学附属眼耳鼻喉科医院	是	国润医疗
13	上海市	上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心	是	国药系
14	安徽省	安徽医科大学第一附属医院	是	国医科技
15	上海市	上海市第一人民医院	是	上药
16	上海市	上海市胸科医院	是	上药
17	安徽省	中国科学技术大学附属第一医院	是	国医科技

表 3 长三角地区百强医院榜单

七、SPD 产品持续创新升级，引领全国发展

长三角地区作为我国最早引入医用物资 SPD 智慧管理模式的地区，得益于经济 and 政策的驱动与支持，SPD 软硬件产品持续迭代升级。2018 年，太仓市第一人民医院率先引入了医用耗材 SPD 三级库管理，开启了 SPD 精细化管理的崭新模式；2021 年，智能物流机器人在安徽医科大学第一附属医院全面应用，开启无人值守智慧供应链管理新模式；2022 年，湖州市中心医院上线 SPD 智廉监管应用，为公权力监管提供有力抓手。与此同时，发票线上化管理、资质证照管理、骨科耗材管理、数据三级库、移动护理计费等功能陆续开发，并在长三角医院尤其是大三甲医院落地应用，在推动院内物资精细化管理的同时，也推动了 SPD 产品的持续创新和升级，引领全国 SPD 发展。

八、城市间分化明显

在三省中，可以明显看到部分对 SPD 接受度高的地市渗透率高于 30%，而仍有部分地市的 SPD 渗透率低于 10%，例如江苏地区呈现南高北低的特征（详见图 7），而安徽地区则呈现北高南低的特征（详见图 10）。

九、龙头医院先行，带动区域内 SPD 渗透率快速提升

例如江苏省南京鼓楼医院在 2010 年启动药品 SPD 建设，安徽中科大附一院（原安徽省立医院）于 2014 年启动耗材 SPD 建设，均属于国内较早一批，龙头医院的标杆效应带动区域内医院 SPD 渗透率快

速提升。

十、近三年保持高增长态势

据统计，长三角地区自 2020 年以来，SPD 引入速度一直呈快速上升趋势（详见图 18），并且从招标主体来看，正在从省市级大医院向县级医院蔓延，并有卫健委参与的区域型项目招标。2021 年由绍兴市卫健委牵头将绍兴市 6 家主要医院组成的绍兴市级医院联合体的医用物资管理及物流配送进行打包外包，由浙江震元（国医科技合作企业）中标；2022 年宁波市镇海区卫健委招标发布镇海区医用耗材精细化管理服务项目，由浙江微萌中标；2023 年阜南县卫健委牵头招标，与沐阳药业（国医科技合作企业）合作，将阜南县 5 家主要医院以及乡镇卫生院的医用物资管理及物流配送进行打包外包。

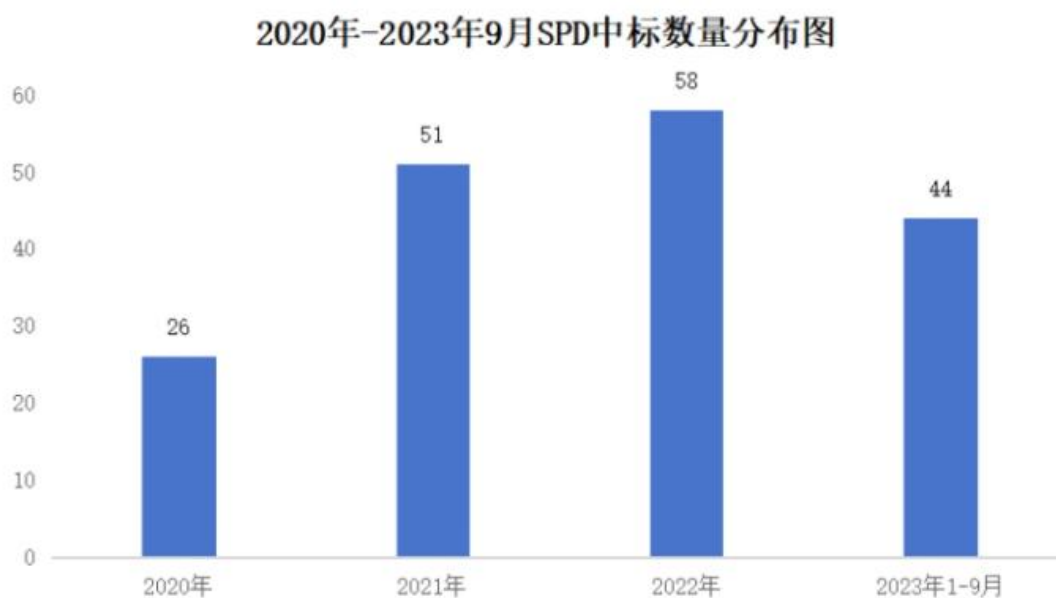


图 18 2020 年—2023 年 9 月 SPD 中标数量分布图

结语

近几年，我国 SPD 市场快速创新发展，呈百舸争流之势，尤以长三角地区最具代表性。在绩效国考、DRG 支付改革、医用耗材集采提速扩围等政策下，医院精细化管理、高质量发展需求空前高涨，SPD 也因此蓬勃发展。从长三角地区实际应用效果来看，引入 SPD 已经成为各级医疗机构的共识，对于合作主体的选择更倾向于独立专业的第三方服务商，而地方政策的鼓励加持则进一步推动了 SPD 持续发展。长三角地区 SPD 市场发展现状再次证明，SPD 在帮助医院精细化管理、推动医院高质量发展上大有可为。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

大型综合医院绩效管理现状、问题与改进思路

来源：卫生经济研究

近年来，公立医院发展面临着内外环境的不断变化，承受着巨大的运营压力。在高质量发展的新时代背景下，医院需要转变发展方式、运行模式和资源配置，更加注重人才技术要素，通过精细化管理实现提质增效。绩效管理是医院管理领域持续多年的热点话题。整体上看，现有研究大多聚焦于绩效考核和绩效评价环节，对绩效管理计划、实施、考核与反馈等环节的系统研究较为缺乏。本研究以某大型综合医院为例，分析医院绩效管理现状及存在的问题，探讨未来绩效管理改

进的目标、原则与思路，以期引导医院进一步提升绩效管理水平和实现高质量发展。

01 研究方法

本研究采取问卷调查与访谈相结合的方式，收集案例医院职工对医院发展和绩效管理的意见和建议。问卷调查面向医院全体员工，回收有效问卷 909 份（见表 1）。问卷共有 33 个问题，偏重于对现状与问题的阐述，以便形成下一步绩效管理的优化方向。采取分层随机抽样的方法，遴选出 27 名职工进行一对一访谈（见表 2）。访谈提纲共有 12 个问题，均为开放性问题，是基于问卷调研结果进行的针对性补充，侧重于原因分析和建议征询。

表1 问卷调查对象基本情况($n=909$)

	项目	人数 /人	占样本 人数/%	占全院 总人数/%
所在院区	总院(院本部)	530	58.31	57.71
	南区	224	24.64	22.96
	西区	143	15.73	16.00
	其他	12	1.32	3.34
所在绩效单元	有手术床位	339	37.29	-
	无手术床位	262	28.82	-
	其他及部分门诊	173	19.03	-
	医技科室	135	14.85	-
所在职系	护理	538	59.19	53.85
	医技科室医技师	118	12.98	9.08
	临床内科医师	107	11.77	10.64
	临床外科医师	68	7.48	11.47
	行政管理	46	5.06	9.32
	其他职系	78	8.58	5.65

表2 访谈对象基本情况(n=27)

所在职系	访谈对象	人数/人
护理	护士长、普通护士	8
医技科室医技师	高级、中级、初级	3
临床内科医师	高级、中级、初级	6
临床外科医师	高级、中级、初级	6
行政管理	科室负责人、普通职工	2
其他职系	学科主任、普通职工	2
合计		27

02 案例医院绩效管理现状

案例医院是一家大型三甲综合医院，自2011年7月起全面实施新版《医院财务制度》和《医院会计制度》，并制定了新的绩效分配方案。2013年，医院完成了绩效考核改革，形成了以预算为导向、岗位绩效为杠杆的综合考评与分配体系。2018年，医院再次升级绩效管理模式（以下简称“2018版”），以集团化和网络化为管理框架，医院总体目标和发展战略为指导方针，创新绩效考核机制，优化收入分配规则，将绩效考核分为有手术床位、无手术床位、其他及部分门诊、医技科室4个单元，按照岗位性质将全院员工分为医师（分内科与外科）、护理、医技、管理等9个职系，根据3类不同标准进行岗位系数核定，基于核定后的岗位系数，核算与发放岗位绩效奖金。通过2018版的绩效管理升级，医院逐步构建起“医院集团—各院区及托管医联体—学科（亚专科）—诊疗组—科主任、医师个人”五级一体化的绩效考核管理体系，将国家政策要求和人民群众需求目标有

机结合，层层分解，逐级落实，形成开放式、成长型的绩效考核管理模式。

调研发现，案例医院职工在整体上对医院绩效管理已有较好的认知基础，认为绩效管理的各环节均有相应的探索、尝试和实际举措，绩效考核结果没有停留在考评上，而是成为薪酬分配的必要输入，医院绩效管理在推动医院发展、激发职工积极性方面取得了一定成效。但同时，仍有部分职工对绩效管理存在疑虑和不满，特别是激励效果、公平合理性和收入满意度等方面。例如，近 1/5 的职工认为绩效管理没有起到激励他们提高医疗服务质量和效率、主动承担工作和责任的作用；在部分职系中约有 30% 的职工认为绩效管理体系不够公平合理；仍有 30% 的职工对近 3 年的收入不满意。

结合问卷调查与访谈结果，从绩效计划、绩效考核、绩效沟通与反馈，以及考核结果应用四个环节，分别对医院绩效管理存在的问题进行梳理，并探讨可能的原因。

2.1 绩效计划环节

医院绩效计划方案的设计与制定过程通常包括分解战略目标、界定关键成功要素、搭建绩效指标体系和确定指标权重等步骤。目前，案例医院的职工对战略目标和绩效管理制度的了解程度较高，也较为清楚医院、科室的绩效考核指标体系，但调研结果显示，1/3 左右的医技科室医技师和临床外科医师对绩效管理方案表示不满意（见图

1)。另外，各绩效单元对绩效考核维度的重要性评价与现行的权重排序并不一致，例如各绩效单元对“服务能力与水平”的重要性评价仅次于“医疗质量与安全”，但在现行绩效考核指标体系中，这一维度的权重排序相对靠后。这意味着某些重要的绩效考核维度可能没有得到应有的权重，影响绩效计划的科学性和公正性。

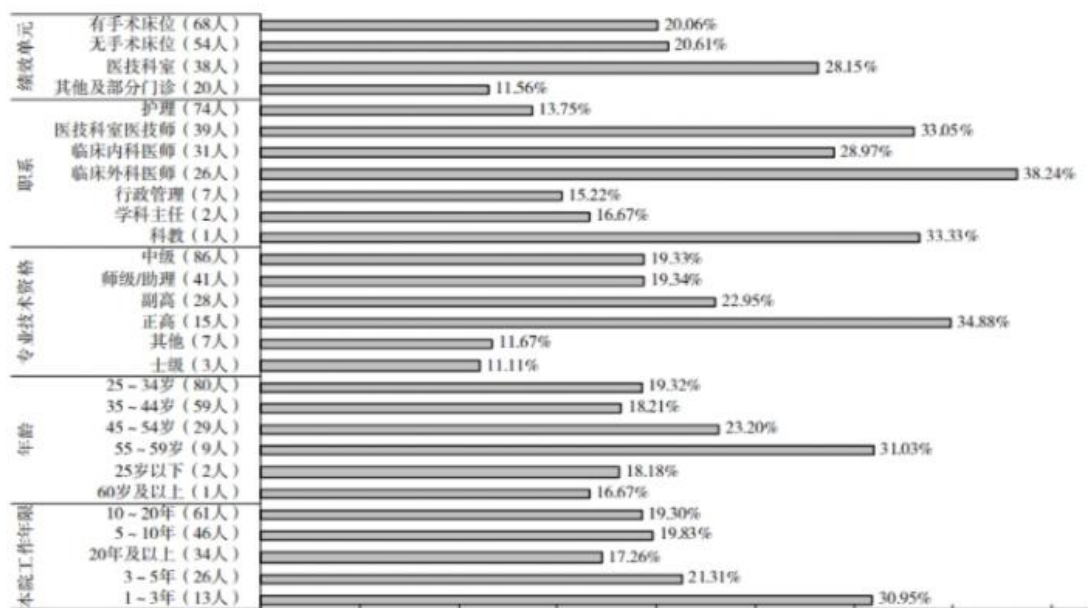


图1 认为医院现有绩效管理方案不够公平合理的职工人数及占比

医保支付方式改革、“国考”等对医院运营管理提出了更高的要求，而绩效计划作为管理工具，需要适应新的环境变化，在实施过程中难免存在不足之处。同时，政策要求难以科学转化为对个人行为的引导。以近年来国家重点强调的“医疗服务收入占医疗收入比例”的考核为例，该项指标旨在合理体现医务人员技术劳务价值，从本质上既是为了控制药品和耗材的不合理使用，也是为薪酬制度改革创造空间；而在实际中，虽然该项指标在院级和科室层面呈逐年改善的趋势，

但医护人员并未真正感受到政策利好的反馈。

2.2 绩效考核环节

在绩效考核中，医院对行为活动的效能进行科学测量和评定，其关键动作是“比较”，而“比较”的前提是考核指标的选取和考核标准的确定。调研发现，虽然目前医院月度、季度和年度绩效考核的逻辑一致，但能否充分体现个人岗位职责和劳务价值，仍存异议。近50%的职工对绩效考核是否体现个人价值表示不确定或否认，这一情况特别在医技科室医技师、临床内科医师和临床外科医师中较为严重（见图2）。另外，部分职工认为绩效体系缺乏科学的评估和反馈机制，虽然在确定指标体系前征询意见比较到位，但指标体系确定之后有待进一步加强评估方法和效果反馈机制的建设。

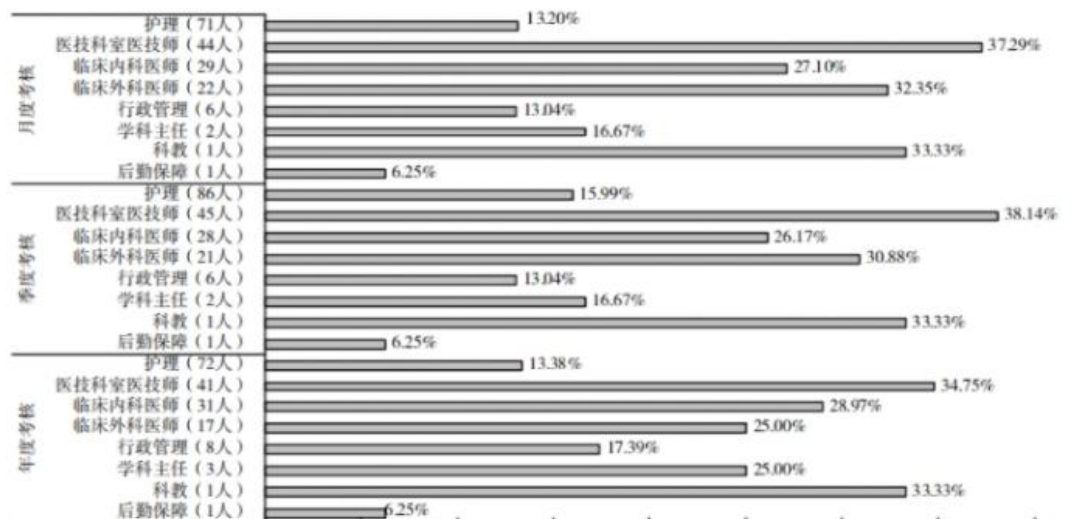


图2 认为医院绩效考核不能体现岗位职责和劳务价值的职工人数及占比

绩效考核的指标体系和权重分配往往是根据医院的战略目标和绩效管理要求制定的，但在实际中，由于岗位职责和职工工作特点的

差异，绩效考核指标体系和权重分配存在不够精准的情况，无法准确反映个人的工作量和难度，使部分职工认为绩效考核结果不能客观衡量劳务价值。同时，缺乏闭环的评估和反馈机制，职工难以及时了解自己的绩效表现，进而影响了工作积极性。

2.3 绩效沟通与反馈环节

绩效沟通与反馈贯穿绩效管理全过程，需要管理者与职工就绩效目标、衡量标准、绩效结果应用等进行持续不断的沟通交流。在实践中，绩效沟通和反馈往往只停留在绩效方案的编制和征求意见阶段，后期职工对绩效的反馈较难得到系统性整理。调查显示，案例医院近30%的职工不知道医院提供了绩效申诉的途径（见图3），29人不清楚除绩效结果申诉外医院还提供了哪些沟通与反馈的渠道。其次，绩效辅导分析工作有所缺失。5.50%的职工最近一年内就绩效考核结果提出过申诉，其中1.76%对处理结果不满意。

可见，虽然医院建立了绩效沟通和反馈的渠道，如调查问卷、邮件、OA反馈、座谈会等，并进行了相应的沟通和反馈工作，但宣传方面存在一定的问题，随着时间的推移，这一机制的知晓率和反馈率逐渐降低。对此，管理者需要认识到绩效沟通与反馈的重要性，增强宣贯并提供更为明确与开放的绩效沟通渠道。同时，职工也要勇于发现和直面问题，并通过反馈环节提出有价值的建议，使管理举措更具针对性和可操作性。

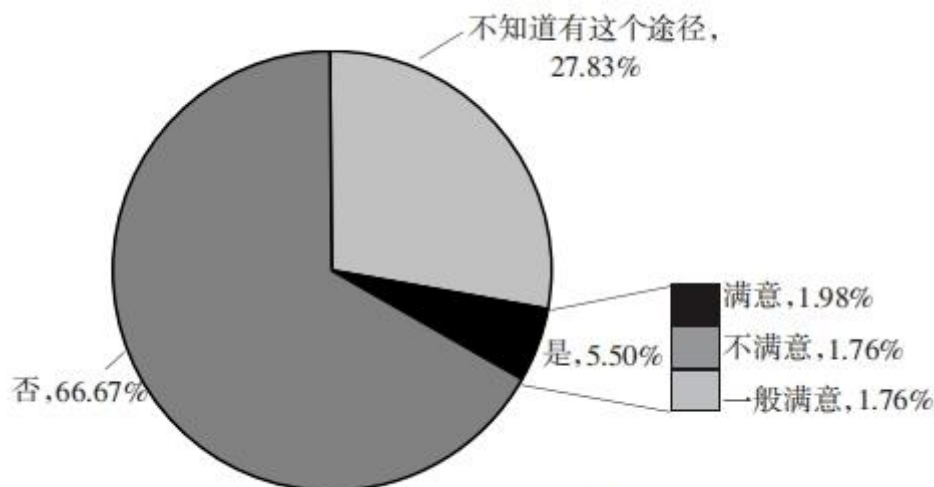


图3 是否使用过绩效考核结果申诉渠道

2.4 考核结果应用环节

首先，职工对绩效薪酬与固定薪资的认识不足。根据2022年7月《关于印发公立医院高质量发展评价指标（试行）的通知》（国卫办医发〔2022〕9号），在医院绩效考核中提出对“固定薪酬占比”的评价。调研结果显示，除了后勤保障和学科主任两个职系，其他职工更多选择了50%、40%甚至30%的固定工资比重。其次，职工对科室二级分配的满意度不高。调查发现，20.24%的职工明确表示不满意科室二级分配结果，主要集中在影像类医技科室、医技科室医技师和临床内科医师等。

从外部因素看，一方面是医改政策的影响，医务人员薪酬不再与药品、检查等业务收入挂钩，另一方面是严格控制过度诊疗，实行医疗机构检查检验结果互认等。从内部因素看，科室二次分配结合了检查人次、治疗人次等激励指标及考核指标，目前难以清晰判断不满意

的背后原因是否确实可以通过分配指标的设置和权重调整来解决。因此，未来还需结合信息化工具进一步分析和调优。此外，认为绩效考核结果影响个人薪酬与评优晋级的比例较低，表明现有的绩效考核结果应用场景有待丰富和完善。

03 思考与建议

3.1 医院绩效管理改进目标与原则

在新的历史时期，医院需要转变发展方式，不再简单追求规模扩张，而应积极探索立体发展方式，充分考虑多组织协同，平衡资源、规模、专科、科研、质量等多维因素的发展逻辑，并运用网状思维进行思考。当前，医院绩效管理需要改进的原因主要来自三个方面。首先，外部政策环境对医院的影响日益显著，对医院高质量发展提出了具体要求和监测指标。其次，医院近年来的快速发展，需要采用更为科学的管理模式和更为高效的管理手段，来满足不断更新的管理要求。最后，职工的诉求与满意度也是管理者需要考虑的。因此，医院绩效管理改进的目标是，通过完善医院考核评价与激励机制，更加合理体现各岗位人员的劳务价值，更加调动职工积极性，提升患者满意度，建立现代医院管理制度，助力实现医院战略目标。

医院绩效管理改进是一项复杂、全面、渐进式工程，需要遵循以下原则。一是以人为本、目标导向原则，持续优化绩效考核指标体系，结合收入分配杠杆作用，激发全体员工的积极性和创造性。二是统筹

兼顾、动态调整原则，充分落实《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）相关要求，统筹考虑公立医院和公共卫生机构、基层医疗卫生机构的收入分配关系，在确保医疗机构良性运行、基本医保支出可承受、群众整体负担不增加、医疗服务水平不断提高的基础上，动态调整公立医院薪酬水平，优化公立医院薪酬结构，与国民经济发展相协调、与社会进步相适应。三是公平合理、按劳分配原则，以知识价值为导向，将劳动、知识、技术、管理等要素按贡献参与分配，突出工作量、服务质量、医德医风等关键要素，体现多劳多得、优绩优酬。

3.2 医院绩效管理改进思路

医院绩效管理改进的整体思路是，从全局性的视角，对照多元支付方式改革对医院提出的新要求，找准医院绩效管理亟需解决的问题，并追溯及定位到绩效管理各环节中，如果涉及两个及以上其他环节，则统筹思考、协同解决。

（1）加强协同性，充分理解国家政策导向与具体要求。近年来，国家出台了医院财务管理、运营管理、内部控制等一系列政策措施，已形成政策合力。《关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）提出推动医院质量变革、效率变革等六大路径，并于2022年7月发布了相应的指标体系。多元支付方式改革使医院运营模式发生了巨大变化，既引导医生规范诊疗行为，控制不合理医疗

费用，也引导患者合理就医，促进医院尽可能收治该收治的患者。在多元支付方式改革的助推下，医院财务管理体系、运营管理体系、绩效薪酬体系等发生了一系列规范和调整，这也是对深化医改要求在医院业务逻辑上的响应。真正的管理效果显现不能仅靠职能部门的精细化管理，而要通过一系列的指导、要求和流程优化，提升全院的管理意识，影响临床科室的行为，从本质上调动、提升职工的积极性，促进医疗服务的创新发展。

(2) 着眼合理性，重点关注医院战略目标与规划达成。医院绩效管理是一个以人为核心的系统工程，科学、系统、规范的管理基础是根基和前提。医院战略规划是在充分兼顾社会效益和经济效益的前提下，基于医院不同发展时期的现状确定的，是对医院的准确定位和发展要求，因此，医院绩效管理改进方案应始于医院战略规划，借助绩效考核机制和奖金分配两个工具，着眼于促进学科发展，落脚于为患者提供更优质的医疗服务。医院绩效考核以治疗组为单元，奖金核算与分配以亚专科为单元，通过与绩效考核结果相关联的合理分配机制，引导、鼓励学科建设，提高医疗服务水平；同时，各学科可对本学科下属亚专科的奖金发放进行确认并进行二次统筹分配，从而更好地激励、提升学科凝聚力与工作动力。

(3) 体现科学性，人力资源与运营部门通力协作。医院绩效管理改进方案提出后，需在人力资源、财务与运营管理等部门的有效合

作下，继续对其系统性、科学性进行更深入的评估。人力资源部门主要负责医院人力资源规划及日常管理，着眼战略规划，完成全院高端人才、学术带头人及各类工作人员的引进、遴选、培养和考核工作。财务与运营管理部门基于人才洞见，助力人力资源部提高组织绩效，做好辅助、参谋工作，包括人力资源盘点、人力供需平衡分析、人力资源效率分析及医生画像等。

04 结论

本次调研发现，虽然案例医院的绩效管理在理论建设和实操设计方面已经走在了全国优秀队列，但仍存在需要持续改进的问题，如绩效计划环节的系统性建设不充分、绩效考核环节对个人岗位职责和劳务价值的体现不足、绩效沟通与反馈环节的辅导分析工作有所缺失、考核结果应用环节职工对绩效薪酬比重期待较高等。对此，医院应根据内外环境的变化，明确绩效管理改进的目标、原则和改进思路，提升医院绩效管理水平，推动医院高质量发展。

[返回目录](#)

这一「国考」新增指标如何提分？三甲医院详解集采落地实战！

来源：健康界

近日，三级公立医院「国考」放榜，本次揭晓的第五次国考成绩单，考核的是医院 2022 年度的工作。

而在 2022 版国家三级公立医院绩效考核操作手册中，在指标 21

原有内容之上，增设了国家组织药品集中采购中选药品完成比例的考核内容。

随着以「带量采购、以量换价、量价挂钩」为特征的集中带量采购工作进入常态化，集采药品的使用，成为公立医院的重大任务之一。也正因为如此，集采中选药品的使用被纳入了「国考」。

然而，在实际执行过程中，医院如何落实集采相关政策，促使临床科室合理使用中选药品，同时满足临床差异化的用药需求，存在不小的挑战。

药学作为推动集采政策落地与执行牵头的部门，在平衡政策要求、临床治疗和患者需求之间关系，配合推动医务、医保来共同促进政策落地中，起着较为关键的作用。

近日，新乡医学院第一附属医院（以下简称「新医一附院」）药学部副主任刘小红做客《大咖来了》栏目，分享该院落实集采政策的医院管理实战和其个人思考。

集采药品为科室带来更多的结余留用款

应发给临床医务人员

集采政策如何才能较为平稳、顺畅地在医院落地？刘小红对健康界表示，首先需要有合理的报量和任务分解。

这就需要医院分析本院患者构成，收集上一年度同品类药品使用量相关数据并开展分析。其中，要重点关注上一年度是否有使用量异

常的情况，进而分析该药物是治疗性使用，还是辅助性使用，并充分摸底使用量的真实性。

然后，按照上一年度的数据分析，在政策要求范围内合理上报集采药品数量，确保任务可以达成。

据介绍，每批次集采药品目录公布后，新医一附院会将院内用药目录进行优化，按照集采报量、药品年度临床使用量，等比例分配科室任务量。每批次集采药品进院后，对诸如胰岛素之类的专科用药，直接将任务量交由相关科室主任负责。

需要注意的是，报量前需要先征求临床科室的意见，询问数量是否合适。刘小红对健康界指出，在进行任务量分配的时候，也需要召集主要使用科室沟通，给他们打好「预防针」，让他们对任务量做到「心中有数」。

他举例，比如国家第七批集采药物目录公布后，医院会将分解到使用科室的任务量进行挂网，同时通过 OA 系统传达给科主任，让他们清楚任务量分配的下达。

「既要能够畅通集采药品的进院渠道，也有保障集采药品良好生存环境，引进同时还要有淘汰。」他表示，可采取价格与质量相结合的差异化管理，原则上价格高于中选品种的，仅允许原研/参比制剂，未通过一致性评价的仿制药，原则上剔除。如此，为集采药品铺路，保证它的生存空间。

在供应策略方面，药学部门应当结合中选药品任务完成情况和非中选药品的用量，制定个性化的供应策略，非中选药品并非立马全部停用，不搞一刀切。

保留一种中选的药品，同时也要保留一种非中选药品。他指出，可以是原研药、参比制剂，或是通过一致性评价的仿制药，让患者有多层次的选择。要做到即使遇到特殊病例，也能确保临床治疗有药可用的情况。

为了集采政策更好地落地，也要通过绩效考核导向，促进临床使用集采药品的积极性。

在刘小红看来，集采药品能够花更少的钱治好患者的病，同时在DRG/DIP政策背景下，可以为科室带来更多的结余留用款，使得科室整体效益收入增加。

因此，最终结余留用款不应仅仅停留在医院层面，而是要发到为集采政策做出贡献的临床医务人员手中。

不能仅仅为完成任务而完成任务

药品替换过程中

如何避免和处理矛盾？

集采药品都是通过一致性评价，药品质量是值得信赖的。但是即便如此，在集采政策落地、进行药品替换过程中，可能也会有矛盾产生，该如何妥善处理？

刘小红对健康界表示，很多集采药品可以直接把原研药替代掉，但是因为患者个体差异性大等原因，有的患者在使用集采药品过程中会出现血药浓度不达标等情况，需要结合机构中选药品使用情况，完善中选药品的临床用药指南，做好「一药一策」的对待。

对于临床用药中的「特殊情况」，尤其要谨慎对待。

比如，危急重症疾病患者在危急抢救时所需的药物，治疗窗窄、高变异的药物，精神病、癫痫、血液病、心脑血管病、严重感染等不易控制的患者，老年人、儿童和孕妇等换药风险高的高危患者群体等，要重视药品供应的多样性在保障临床用药安全、合理、经济中的作用，充分发挥仿制与原药品种在临床中「协调配合、优势互补」的作用。

对于慢性病人、老年人、精神疾病患者等换药风险较高的特殊人群，要以「患者健康」为中心制定治疗方案，如因使用中选药品而出现需要换药的情形，应当有详细的替换方案和风险评估、控制措施，规范医师用药行为，逐步放量使用中选药品。

还要做好用药风险评估和不良反应的监测。他表示，因为药学部经常接到临床反映，一些药物特别是抗肿瘤药，用药后相应不良反应发生率要高，或者发生程度比用以前的药更严重的情况。

「即使有替代的条件，我们仍然承认仿制药和原研药之间差异性的问题」，刘小红对健康界坦言，因为仿制药大部分情况下，只仿标准，仿不了工艺、流程及晶型。这就使得仿制药稳定性、生物利用度、

治疗效果、安全性，包括不良反应的发生频度、强度方面，和原研药是存在差别的。

与此同时，他表示，「不能仅听临床科室口头说，也要用大数据来发现、分析此类情况，看是否真正存在异议。」

患者换药的解释说明工作也很重要。他指出，很多慢病患者长期使用某种药物，忽然被告知需要换一种药，可能会存在疑问，也可能存在比如药品价格降低以后，对药品质量的担心，这就需要临床对患者做好沟通，引导用药习惯的平稳调整。

大多数病情稳定的患者，可在保障医疗质量前提下考虑替代，从而降低费用负担。而对急危重患者试错成本过高，比如急性肺栓塞、急重症合并 VTE、急性卒中合并房颤的患者，应当谨慎替代或者不替代。

另外，对于一些特殊患者，如合并多种疾病正在接受多种药物治疗的患者，不建议替代，也要为部分患者保留他所需要使用的一批药品。

刘小红提出一个问题：特别是在抗菌药物集采后，有些中选药品刚开始是国家指南一线推荐药，第二年该药被从指南的一线推荐方案中调到了二线甚至三线，这时任务量就存在着完成困难的问题，是否仍要强制要求使用中选药品？

对此，他给出的答案是——不能仅仅为完成任务而完成任务，任

任何时候都要以保障临床合理用药，遵循临床指南进行规范诊疗为前提，开展医疗行为、完成政策要求。

如何有效监管

避免按下葫芦浮起瓢？

对于集采药品的使用，如何进行有效监管？根据集采文件要求，监管内容不仅包含中选药品的使用情况，还要监管非中选药品以及同类可替代药品的使用。

「在集采政策实施过程中，往往会出现‘按下葫芦浮起瓢’的情况」，刘小红对健康界解释道，也就是一个药品中选以后，另一个非中选的同类可替代药品反而出现了大量使用情况，这就需要进行监管。同时他指出，仅凭药学部门进行监管，力量是非常单薄的。

他表示，医务处在监督医生的处方行为方面较为有力，药学部门需要和其做好协同配合。

医保部门也可通过强力措施助力集采药品的完成。比如医保审核过程中，如果发现医生没有合理理由地使用同类可替代品种，可拒绝医保支付。此外，也要和临床科室加强沟通，多了解他们在执行过程中的反馈。

医院可根据每个月进度监测情况，判断是否启动相应的控制措施。如果非集采品种明显用的多，就要及时进行干预，比如选择性对非中选原研药品处方权进行管控，必要时限制同品类可替代药品使

用。也可以通过通过比较分析，及时找到每个科室使用中存在的问题，及时和临床科室进行反馈。

保障临床合理用药的同时，需要把控中选非中选药品使用比例。他指出，对于中选品种任务量完成进度比较差的，会启动相应的管控措施。把非中选的药品处方权仅仅授予主要使用科室，或者限制低级职称医生使用该类药物处方权的方式，来限制一些非中选药品的使用。

刘小红对健康界介绍，他们会定期监测，找到某些品种使用进度差的科室。药学部会以书面的形式反馈给临床科室主任，也会进行面对面沟通，督促指导他们积极完成集采约定任务量。

总而言之，对于集采这项国家政策，医疗机构需要科学研判执行过程中遇到问题，平衡好集采、临床治疗和患者需求之间的关系，实现集采药品采购与使用全流程精细化管理，促进临床科学合理用药。

[返回目录](#)

• 医院信息化 •

京东健康互联网医院：坚持长期主义，打造互联网诊疗服务“创新标杆”

来源：健康界

作为优化医疗资源配置的一种重要途径，互联网医疗自诞生之日

起，便被寄予厚望，但同时也面临着诸多质疑与挑战。

互联网讲究以快制胜，要求快速出结果，医疗却是个“慢”行业，需要长期深耕和投入。当这二者融合，会碰撞出怎样的火花？

从面向C端、积累流量的1.0时代，到拓展B端、流量上升的2.0时代，再到“线上+线下”“药+医+险+养”一体化闭环发展的3.0时代，这些年来互联网医疗经历了几番升级转型的大洗礼，业态模式、产业格局不断演变，发展路径日渐清晰。

作为国内首批取得互联网医院牌照的平台型互联网医院之一，京东健康互联网医院自成立以来，不断拓展业务边界，围绕“将互联网医疗做专、做深、做重”持续发力。

据了解，过去几年，京东健康互联网医院在技术研发、质量建设、运营管理等领域的投入已累计超20亿元，获得超过800项优质专利，覆盖医疗大模型、数字疗法、医学科研、疾病预测等诸多前沿课题领域。

2022年，京东健康互联网医院年问诊量过亿，成为“在线诊疗第一入口”；2023年，京东健康互联网医院全年诊疗人次超过1.6亿，其中，“极速问诊30秒”接诊率达到90.4%，患者好评率高达98.1%，“互联网医疗第一入口”的优势得到进一步夯实。

1月13日，“2024京东健康年度医生盛典”在北京举行。京东健康CEO金恩林表示，互联网医疗业务从2017年至今，已经成为驱

动京东健康拓展增长空间、升级服务模式、孵化创新技术的强劲引擎和重要基地。“京东健康将始终牢记医疗本质，一如既往地持续、长期深耕互联网医疗领域，始终致力于为用户提供专业、便捷、可信赖的医疗健康服务，为医生提供安全合规的执业平台和高效智能的执业工具，为用户和医生两端创造更大价值。”

做专、做深、做重，打造互联网诊疗服务“创新标杆”

近年来，我国互联网诊疗规模迅速扩大。依据第 51 次《中国互联网络发展状况统计报告》，互联网医疗已成为 2022 年用户规模增长最快的应用。

如何提升医疗服务供给能力，助力实现就医场景的延伸和医疗资源的扩容，是互联网医疗行业现阶段的探索方向。

京东健康将目光瞄准了专科，组建了由顶级专家担任学科带头人的 27 个专科中心；并在 2023 年以皮肤病、心理服务为重点，打造专科服务闭环全新模式。

2023 年 4 月，京东健康上线国内首个皮肤专科互联网医院，目前已有超过 3000 名来自三甲医院的皮肤专科医生入驻，累计服务数百万名各类皮肤疾病患者。

2023 年 10 月，京东健康心理服务中心全面升级，依托由 6000 余位来自北京大学第六医院、中南大学湘雅二院等知名精神专科医院的医生，以及 1000 多位专业认证心理咨询师、心理治疗师和督导师

组成的专业团队，为不同种类心理问题的用户，匹配适合的心理咨询师或精神科医生，衔接心理测试、心理评估、心理咨询、精神和心理疾病诊疗服务，通过双向转诊和整合治疗模式更好地帮助用户。截至2023年年底，京东健康心理服务中心累计服务用户已超过数十万人次。

“做专”之外，京东健康还致力于将互联网医疗服务“做深”。2023年，京东健康旗下战略级服务产品“京东家医”全新升级，已具备针对老年人、妇儿等特定健康管理需求的人群，进行长期随访和主动式管理的服务能力，并打通“健康管理+医疗服务+智能硬件+药品/保健品”的服务闭环。数据显示，京东健康互联网医院承接了京东家医超过一半用户的诊疗服务需求，服务生态协同价值已显现。

此外，加速构建线上线下一体化的医疗服务，将互联网医疗“做重”，亦是京东健康的一大战略方向。2023年，京东健康体检中心北京亦庄店和江苏宿迁店相继开业；与宿迁市宿豫区政府、宿豫区卫健局联合打造的宿豫医院正式开始运营。至此，京东健康成为业内唯一同时开设了线下自营药店和线下自营医疗服务机构的互联网医疗企业。

依托医疗大模型，推动行业数智化转型

2023年是生成式AI元年，以大模型为代表的前沿技术与医疗行业加速融合。作为行业先行者，京东健康率先实现了赛道卡位。

2023年7月，京东健康首次发布了面向医疗健康行业的大模型“京医千询”，这是行业内首个实物与服务相联通、知识与数据相融合的百万级大规模健康知识图谱，沉淀了超过亿级的覆盖线上、线下医患场景的高质量健康档案，并拥有海量的医药全域流通大数据。也正是基于此，京东健康具备行业内领先的医疗大模型“基础性”资源。

目前，京东健康正将“京医千询”作为新一代医疗健康服务生态建设的“技术底座”，推动全行业解决方案和产品的智能化升级。

中国医科大学第一附属医院皮肤科副主任医师郭昊表示，AI可以帮助医生360度识别患者情况、拟定治疗方案，从根本上提升医疗效率。医生借助AI去判断患者的病情变化，就延伸了诊后管理的规模和质量，真正实现线上诊疗闭环。

在“京医千询”支撑下，京东健康打造了全病程智能辅诊平台，在诊前，实现精准医患匹配和疾病筛查；在诊中，智能辅诊平台能够帮助医生实现诊疗效率和患者体验的双提升；在诊后，能够覆盖全疾病周期全场景，实现精细化患者管理和数据沉淀。全病程智能辅诊平台上“生成”的全生命周期健康档案还能有效整合线上线下全域数据，通过大数据技术提升精准诊断和治疗水平。

全流程合规，全方位安全，全体系质控

医疗质量与安全是医院发展的生命线，互联网医院也不例外。区

别在于，实体医疗机构的诊疗规范早已有章可循，临床路径管理驾轻就熟，但在此领域，互联网医院尚处于探索阶段。

2023年，京东健康通过持续聚焦互联网医院质控体系建设、探索不同疾病的标准化诊疗路径，进一步保障线上用户服务质量和医生线上执业安全。

据了解，京东健康互联网医院通过组建医疗质量管理委员会，持续打磨和落实《京东健康互联网医院医疗质量控制核心制度》和《京东健康互联网医院标准化诊疗路径》。截至目前，京东健康互联网医院医疗质量管理委员会共聘请了8名首席医学专家、33名特聘医疗专家，达成关于各专科线上高频疾病标准化诊疗共识，发布标准化诊疗路径223个，以及12项医疗质量安全管理制度的。

作为京东健康互联网医院医疗质量管理委员会首席医学专家中的一员，首都医科大学附属北京儿童医院主任医师申昆玲表示，标准化诊疗路径制定出来之后，并非一成不变。随着互联网技术的不断发展，互联网医院的服务模式和诊疗手段也在不断更新和完善。同时，新的医学知识和技术可能会对原有的诊疗规范产生影响，因此需要针对新的医学知识和技术制定相应的诊疗规范，以确保互联网医院的诊疗服务能够跟上医学发展的步伐。

目前，京东健康正将标准化诊疗路径中的智能辅诊技术嵌入到互联网医疗诊前、诊中、诊后、康复的全流程中，帮助医生充分确保线

上场景的诊疗质量和安全。标准化诊疗路径还被纳入平台医生培训资料，为新入驻医生提供参考指导。12项医疗质量安全管理也已经贯穿于京东健康互联网医院日常管理之中。

从医生入驻资质审核、到诊疗开方，京东健康通过依法执业规范管理，严格落实入驻备案要求，实现全流程合规。在执业安全方面，京东健康围绕用户隐私、诊疗数据和基础设施的三大数据安全体系，建立管理流程，配备7*24小时服务和医责险，达到全方位安全。另外，京东健康还通过完善质控三级体系，升级质控大模型数据、扩大医疗质量管理委员会专家规模，通过AI与人工结合，让全体系质控覆盖更广、时效更快、控制更有效。

这些流程、系统、信息安全的合规升级有效提升了医生线上医疗服务的规范化水平，同时也为行业标准化建设树立了全新标杆。

从快速生长，到逐渐规范，互联网医疗在中国已经走过了十多年的发展历程。根据国家互联网信息办公室发布的《数字中国发展报告（2022年）》，截至2022年10月，全国互联网医院已超过2700家。

在京东健康CEO金恩林看来，直到今天，互联网医疗行业还是不够成熟，也不够壮大，商业模式还需要更进一步的市场教育。但他同时也表示，能够真切地感受到，大到政策环境的助力，小到从业者个人的努力，都在让互联网医疗行业变得越来越好。

“我一直对互联网医疗行业充满信心。站在国内医疗健康事业高

质量发展的新起点上，京东健康期待与更多优秀医生同仁一道，为共同的事业携手共进。”金恩林说。

[返回目录](#)

医院信息化建设的要点

来源：联信志诚

随着医疗技术的不断发展和患者需求的日益多样化，医院信息化建设已经成为提高医疗质量和效率的必要手段。医院信息化建设是指通过信息技术手段对医院日常运营、管理和服务进行数字化、智能化和网络化的改造，以提高医疗服务水平和管理效率。在实施医院信息化建设的过程中，需要注意以下几个方面：

一、需求分析

需要对医院的需求进行深入分析，明确医院信息化建设的目的和目标。这包括了解医院的业务特点、管理流程、服务模式以及患者的需求等，从而确定医院信息化建设的关键点和优先级。同时，需要进行医院信息化建设的需求调研，收集各方的意见和建议，确保信息化建设符合医院的实际需求。

二、系统规划

需要进行医院信息化建设的系统规划，制定具体的实施方案和计划。这包括医院信息化建设的总体架构、系统组成、功能模块、技术路线、实施步骤等方面的规划。在制定系统规划时，需要充分考虑医

院的实际情况和未来发展需求，确保系统规划的科学性和可行性。

三、系统选型

需要进行医院信息化建设的系统选型工作，选择合适的软件和硬件产品。在选择软件和硬件产品时，需要考虑产品的功能、性能、稳定性、兼容性、可扩展性以及价格等方面因素。同时，需要进行市场调研和技术评估，了解相关产品的市场占有率和用户口碑，确保所选产品的可靠性和适用性。

四、实施与部署

需要进行医院信息化建设的实施与部署工作，将所选的软件和硬件产品安装、配置和调试到位。在实施与部署过程中，需要注意数据迁移、系统集成、用户培训等方面的工作，确保信息化建设的顺利进行。同时，需要加强项目管理和进度控制，及时解决实施过程中出现的问题和困难，确保信息化建设的按时完成。

五、维护与升级

完成医院信息化建设后，需要定期进行系统的维护和升级工作，保证系统的稳定性和持续性。这包括数据备份、故障排除、系统优化等方面的工作。同时，需要根据医院业务的发展和变化以及信息技术的发展趋势，及时进行系统的升级和改造工作，以满足医院不断发展的需求。

六、培训与推广

为了提高医院员工对信息化系统的使用熟练度和应用效果，需要进行系统的培训与推广工作。这包括对医院员工进行信息化系统的操作培训、使用技巧培训等方面的内容。同时，需要通过宣传推广等方式，提高医院员工对信息化建设的认识和理解，激发员工使用信息化系统的积极性和主动性。

医院信息化建设是提高医疗质量和效率的重要手段之一。在实施医院信息化建设的过程中，需要注意需求分析、系统规划、系统选型、实施与部署、维护与升级以及培训与推广等方面的工作。只有全面考虑这些因素，才能确保医院信息化建设取得良好的效果和效益。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

基于试点地区医疗服务价格调整机制的思考

来源：卫生经济研究

01 医疗服务价格调整现状

1.1 医疗服务项目分类缺乏具体量化指标

随着医疗服务价格改革的深入推进，医疗服务项目分类管理已成必然趋势。《指导手册》将诊察、护理、床位、注射、换药、导尿、清创缝合、采血 8 类 42 个项目列为通用型项目。五个试点地区以《指导手册》为依据，结合实际情况，筛选出通用型项目，其中苏州纳入

70个，赣州纳入67个，乐山纳入63个，厦门纳入128个，唐山纳入92个，均多于《指导手册》建议数量；未列入通用型项目目录的，可考虑作为复杂型项目管理。

需要指出的是，检查化验类项目虽然通用性特征非常典型，但由于物耗、设备占比高，并不适用与人力支出变化相关的价格增长机制，未来在实现专用试剂耗材设备成本与医疗服务项目价格分离后，可考虑列入通用型项目管理，现阶段宜降低价格为主，稳定价格为辅。同时，《指导手册》及试点地区操作手册均只对通用型项目特征进行描述，且相关指标属于定性指标，缺乏可具体量化的指标。

1.2 医疗服务项目调价触发机制不够完善

目前，通用型项目调价触发机制采用启停条件，指标相对简单，为使价格在较长周期内保持稳定，一般2~5年评估一次。《指导手册》中，调价触发指标主要考虑城镇非私营单位就业人员平均工资、居民消费价格指数（CPI）、医疗服务价格指数和医保统筹基金累计结余。在此基础上，五个试点城市根据自身实际情况调整部分指标，如厦门增加居民人均可支配收入，苏州增加是否重大灾害、重大公共卫生事件。另外，各地即使选择相同指标，触发标准也可能不同。

复杂型项目种类繁多且技术难度较高，一般每年开展一次调价评估。相较于通用型项目，复杂型项目调价评估指标复杂，涉及患者费用变化、经济发展、医院运行及各方承受能力四个方面，采用综合评

分模式对评估指标体系进行打分，根据最终分数是否超过阈值确定是否调价。《指导手册》中，复杂型评估体系共有 64 项指标：患者费用变化指标（12 项），经济社会及卫生事业发展水平指标（14 项），医院运行情况指标（24 项），医保和患者承受能力指标（14 项）。五个试点城市的调价评估指标体系均包含四大维度，但指标数量设置差距较大：苏州 40 项、厦门 33 项、赣州 16 项、乐山 47 项、唐山 43 项，均在《指导手册》基础上进行了不同程度的精简；同时，各地在相同指标的阈值及分值设置上也有所区别。

整体来看，通用型项目选取指标较少，且调价触发指标未考虑医院方面的因素；复杂型项目指标体系过于庞杂，部分指标意义重叠或可获得性不高。

1.3 医疗服务项目调价总量指标仍需优化

医疗服务价格改革使调价总量由原来的医药费用腾出空间转变为经济发展产生的医疗服务收入自然增长部分。《指导手册》将上一年度医疗服务收入作为历史基数，要求从地区经济发展水平、医药总费用规模和结构、医保基金筹资、公立医疗机构运行成本和管理绩效、患者跨区域流动、新业态发展 6 个方面综合确定增长系数。增长系数由基础指标、调节指标、综合平衡指标共同构成。其中，基础指标用 6 个指标衡量，包括 GDP 增速，人口城镇化率，人均可支配收入增速，公立医疗机构控费效果，公立医疗机构药品、卫生材料和检查化验费

用的降幅，城镇非私营单位就业人员平均工资增长率；调节指标用新增医疗服务价格项目数量增幅、公立医疗机构市场调节价项目占比、异地就医净增长率、医保筹资降幅、医保统筹基金可支付月数 5 个指标衡量。

各试点地区在计算增长系数时，选取的具体指标与《指导手册》略有不同。从基础指标来看，只有唐山选取了人口城镇化率这一指标；苏州将居民消费价格涨幅纳入基础指标计算，并将公立医疗机构药品、卫生材料和检查化验费用的降幅剔除；厦门和赣州增加一般公共预算收入增速。相较于《指导手册》推荐取最大值的方法，苏州和厦门选择给每个指标赋予权重计算。从调节指标来看，赣州、乐山和唐山将《指导手册》推荐的 5 个指标纳入计算，苏州增加了医疗服务收入占比和检查检验收入占比，厦门增加了城乡居民/城镇职工医保统筹基金当期结余率。从综合平衡指标来看，各地的主流做法是考虑医保基金的承受能力，使调价总量稳定在合理区间。综合来看，部分地市在计算增长系数时，对纳入指标进行了一定的调整，对调价总量的计算，建议各地结合实际情况进一步优化。

1.4 医疗服务项目分类定价机制仍需明晰

《指导手册》中，通用型项目调价，由省级医疗保障部门制定价格基准，各地按照经济、医疗水平、患者负担、医保承受能力等，制定差异化浮动幅度。同时，《指导手册》将 31 个省（区、市）划分

为4个价区，要求各地按照价区划分制定通用型项目价格，使价格保持合理梯度。

复杂型项目调价，首先由医院报价，医保部门审核并剔除部分无效报价后，以各医院项目服务量为权重计算平均报价。然后按照调价总量排名和政策导向进行经济性和政策性赋分。具体可将经济性总分设定为60分、70分或80分，将各项目按照占用的调价总量由低到高排序，对占用调价总量最低（Tmin）和最高（Tmax）的项目分别给予经济性评分——70分和0分，其他项目得分按照 $[1 - (Ti - Tmin) / (Tmax - Tmin)] \times 70$ 计算；政策性赋分的总评分=100-经济性赋分总评分，按照国家对中医、儿科等薄弱学科的政策支持适当加分。

值得注意的是，通用型项目由各地根据自身实际确定调价浮动幅度，但由于患者对通用型项目的价格比较敏感，如果各地价格差异过大可能会产生较多的社会问题。复杂型项目采取经济性评分遴选调价项目，不利于占用调价总量大但价格亟待调整的项目，可能会导致其长期无法进入调价目录。

02 医疗服务价格调整机制优化

2.1 通用型项目遴选标准优化

在医疗服务项目分类管理中，未纳入通用型项目的均可作为复杂型项目管理，因此如何遴选通用型项目是关键。《指导手册》规定通用型项目应具备医疗机构普遍开展、患者认知度高、服务均质化高等

特点,因此设计5个维度的指标对医疗服务项目进行打分:是否为《指导手册》推荐、价格排名是否属于前1/3(升序)、使用量排名是否属于前1/3(降序)、开展的医疗机构占比是否大于60%、三个等级医疗机构是否普遍开展(同时满足一级和未定级医疗机构开展比例达到60%,二级医疗机构开展比例达到80%,三级医疗机构开展比例达到90%)。若评估结果为“是”,则计1分,否则计0分。将得分为4分和5分的项目纳入通用型项目目录,剔除物耗、设备占比高的检查化验类项目后,论证确定最终的通用型项目目录。5个维度的指标,不仅将通用型项目的定性特征转化为可量化的指标,而且数据简便易得,便于对大量的项目进行筛选。

2.2 调价触发机制优化

多位学者认为,地区经济情况、价格指数、居民承受能力是触发医疗服务项目调价的重要影响因素。无论是通用型还是复杂型项目调价触发指标的选择,最终衡量的标准都应归于群众负担总体稳定、医保基金可承受、公立医疗机构健康发展三方面。因此,应从数据可获得性和患者、医保、医院角度出发,优化医疗服务项目调价触发指标。

(1) 通用型项目。

由于《指导手册》未考虑医院运行情况对通用性项目调价触发机制的影响,因此宜增加指标:“医疗服务性收入(不含检查化验、药品及卫生材料)占医疗收入比例 \geq 40%,可启动”,用启停条件来

衡量是否触发调价。

(2) 复杂性项目。

调价触发指标分为经济社会发展、医院运行情况、患者承受能力、医保承受能力 4 个维度，对其启动、中性和约束区间分别赋分，所有指标得分之和大于 60 分则启动调价；“★”为熔断指标，在实际值处于约束区间时发挥熔断作用，所有指标得分归零（见表 1）。

表1 复杂性项目调价触发指标

一级指标	二级指标	数据来源	计算公式	启动区间	中性区间	约束区间	备注
经济社会发展 (25分)	上年度GDP增长率	统计局	$(\text{本年度}-\text{上年度})\div\text{上年度}\times 100\%$	$\geq 6\%$ (12.5分)	0-6%(6.25分)	≤ 0 (-12.5分)	
	CPI年度控制目标	地方政府	-	< 3.0 (12.5分)	3.0-3.5(6.25分)	> 3.5 (0分)	★
医院运行情况 (25分)	医务人员薪酬与社会平均工资比值	医院填报和统计局数据	$\text{医务人员薪酬工资}\div\text{城镇单位就业人员平均工资}$	2-5(12.5分)	-	< 2 或 > 5 (-12.5分)	
	新增债务占医疗收入比例	医院填报	$\text{上年度新增债务}\div\text{上年度医疗收入}\times 100\%$	$< 2.5\%$ (12.5分)	2.5%-5%(6.25分)	$> 5\%$ (0分)	★
患者承受能力 (25分)	居民人均可支配收入增长率	统计局	$(\text{本年度}-\text{上年度})\div\text{上年度}\times 100\%$	$> 10\%$ (12.5分)	0-10%(6.25分)	< 0 (-12.5分)	
	城镇非私营单位就业人员平均工资增长率	统计局	$(\text{本年度}-\text{上年度})\div\text{上年度}\times 100\%$	$> 10\%$ (12.5分)	0-10%(6.25分)	< 0 (-12.5分)	
医保承受能力 (25分)	职工医保统筹基金累计结余可支付月数	医疗保障统计年鉴	$\text{职工医保统筹基金累计结余总金额}\div\text{本年度职工医保统筹基金月平均支出金额}$	> 12 个月(12.5分)	3-12个月(6.25分)	3个月(0分)	★
	居民医保基金累计结余可支付月数	医疗保障统计年鉴	$\text{居民医保统筹基金累计结余总金额}\div\text{本年度居民医保统筹基金月平均支出金额}$	> 6 个月(12.5分)	3-6个月(6.25分)	< 3 个月(0分)	★

注:括号内为赋分。

2.3 增长系数优化

医疗服务项目调价总量其实就是“调多少”的问题，本质还是追求患者、医保、医院三方利益的平衡。基于此，对增长系数的测算，建议将指标简化为三个方面：基础系数 M 代表患者，用人均可支配收入增速和居民消费价格涨幅衡量，选取两者的较大值；调节指标 N 代表医院，用医疗服务收入占比增幅和新增医疗服务价格项目数量增幅

衡量，用两者之和对基础指标进行修正；综合平衡指标 K 用医保统筹基金可支付月数和是否发生社会公共重大事件共同衡量，对调价总量进行整体控制。

本文以 X 市为例，按照优化指标计算得出增长系数为 7.8%，按照《指导手册》计算得出的增长系数为 7.24%（见表 2）。可见，两者差异不大，因此各地在设计指标时，可以对《指导手册》推荐的指标进行适当简化。

表2 增长系数优化

指标类别	具体指标	含义	计算方式	X 市实证
基础指标 M (患者)	M1 人均可支配收入增速	反映经济水平、人民生活水平和购买力的增长	Max(M1, M2)	14.74%
	M2 居民消费价格涨幅	分析消费品的零售价格和服务项目价格变动对居民实际生活支出的影响程度		1.5%
调节指标 N (医院)	N1 医疗服务收入占比增幅	每增加 1%，在基础指标确定后增加 1%；每减少 1%，在基础指标确定后减少 1%	N1+N2	-6.03%
	N2 新增医疗服务价格项目数量增幅	上一个调价周期内，省级医保部门新增项目累计数量，每达到或超过本地区项目总数的 1 个百分点，在基础指标确定后额外增加 0.1 个百分点		0
综合平衡指标 K (医保)	K1 区域内医保统筹基金可支付月数	职工医保统筹基金可支付月数系数×权重 1	K1×K2	0.58
	K2 社会公共重大事件	居民医保统筹基金可支付月数系数×权重 2 公共重大事件和价格历史矛盾		0.42
增长系数 R	(基础指标 M+调节指标 N)×综合平衡指标 K			7.8%

注：K1中的权重=职工(居民)医保基金累计结余÷累计总结余，各地可结合实际情况按照职工(居民)可支付月数所处的不同区间合理设置可支付月数系数，取值范围(0, 1)；K2各地可根据当年是否发生重大灾害、重大公共卫生事件合理设置，取值范围(0, 1)。

2.4 定价方式优化

目前，我国医疗服务项目定价权限主要有四种情形：一是实行省级管理，如云南；二是实行省、市两级管理，如吉林、黑龙江、江苏、福建、山东、湖北、四川、贵州、陕西、内蒙古；三是实行省、市、县三级管理，如河北、海南、广东；四是实行市级管理，如湖南。医疗服务项目价格管理未区分通用型、复杂型项目，且管理权限过度下沉，定价较为混乱。应根据项目特点，对通用型和复杂型项目采取不

同的管理方法。

通用型项目涉及金额大，群众敏感，调整价格应更加谨慎。建议国家或者省级层面对通用型项目价格进行总体把控，按照价区统一制定价基准，各地市不再浮动，从而提高患者满意度。

复杂型项目均质化程度低，价格与当地经济、医疗水平等相关度较低，应形成政府发挥主导作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格。建议将复杂型项目的调价权限下放到地市，由各地市根据患者负担、医保基金平衡以及医院运行情况决定是否调价，并报省级备案。同时，应提高医疗机构的参与度及填报成本数据的规范性。

03 思考

医疗服务价格动态调整不仅直接关系到群众的根本利益，还关系到公立医院和医疗保障事业的高质量发展。在医疗服务项目分类管理的要求下，用可量化的指标区分通用型项目和复杂型项目，是医疗服务价格改革的重心。合理的调价总量测算方法和调价触发机制，有助于对医疗服务项目价格调整的整体把控。在确定调价方案时，要充分考虑两类项目的差异，规范成本测算，实现医疗服务效益最大化。

但是医疗服务价格改革仍面临诸多问题。例如，公立医疗机构和非公立医疗机构价格管理的差别，到底由政府定价还是市场定价，是从两类医疗机构属性的差别去考虑，还是从医疗服务本身的差异去考

虑；价格管理总量调控和医保总额预算之间的关系，医保总额预算是否应提前留出部分基金用于医疗服务价格调整；医疗服务价格改革与医保支付方式的衔接，DRG/DIP 是以近三年历史费用来衡量病组的支付标准，医疗服务价格调整是否也要有一定的过渡期，在此期间相应病组的点数/权重是否应及时调整，等等。这些都值得我们进一步探索和完善。

[返回目录](#)

低价值医疗服务风险评估研究

来源：卫生经济研究

现阶段，我国卫生资源分配不均衡，过度医疗与资源短缺现象并存；同时，医疗费用持续增加，居民的医疗服务需求无法得到有效满足，医疗服务体系承担着较大压力。因此，医疗服务必须降低高成本、低价值的风险。低价值医疗服务（Low-value care, LVC）是指对患者健康好处很少甚至没有好处，或者危害或成本超过了潜在益处的医疗服务。据估计，2019 年美国低价值医疗服务的流行率为 1.2%~46.5%，其医疗费用占全部医疗支出的 25.0%。

减少低价值医疗服务一直是国内外学者研究的重点，以期控制医疗成本，提升医疗服务质量。我国相关研究尚处于起步阶段，主要集中在对国际经验的总结方面。2023 年，蓝天骄等首次对我国低价值医疗服务进行了识别，制定了 11 种低价值外科手术的测量方法。国

际上，研究热点集中于如何识别低价值医疗服务的证据，具体做法是通过专家共识形成以临床专业协会为主导的“负面清单”，例如常用的“Choosing Wisely”建议清单，提出了 700 多项低价值医疗服务。识别过程基于临床证据和经济证据，即低价值医疗服务会产生健康和经济两个方面的风险。现阶段，两种证据在证明低价值医疗服务合理性方面的贡献尚不清楚，大多数证据指向低价值医疗服务的健康风险，对经济风险的考虑较少。纳入经济证据评估低价值医疗服务的经济风险，有助于完善低价值医疗服务的定义，反映干预策略在成本上是否可行，从而减少低价值医疗服务，提高医疗服务质量，保护患者健康。

低价值子宫切除术作为常见的低价值医疗服务之一，其高利用率和较差的临床效果，给医疗服务系统带来了巨大挑战。本研究以子宫切除术为例，构建低价值医疗服务风险评估的主要指标并输出相应参数，对低价值医疗服务及其替代服务进行成本-效果分析，评估低价值医疗服务的风险，为制定卫生政策、控制医疗成本、优化资源配置提供参考。

01 资料与方法

1.1 资料来源

本研究数据来源于：（1）四川省 2016—2020 年第四季度（10 月 1 日至 12 月 31 日）病案首页，主要获取患者基本信息、疾病信息

以及成本等数据；（2）四川省 2017—2021 年统计年鉴和卫生健康统计年鉴，主要获取医疗机构、地区经济以及居民工资数据；（3）检索文献，主要获取患者临床结局等数据。

1.2 研究对象

本研究选取因良性指征入院行子宫切除术的患者，包含行低价值子宫切除术及其替代服务的患者。纳入标准：18 岁以上因良性指征行子宫切除术的住院患者。排除标准：（1）总费用低于 100 元或住院时间不足 1 天；（2）研究期间，样本医院记录的子宫切除手术少于 5 例；（3）基本信息缺失以及省外就医患者。

1.3 研究方法

（1）低价值子宫切除术的定义及识别。

潜在低价值子宫切除术是指针对 18 岁及以上的女性患者，因良性疾病入院，行子宫切除术。低价值子宫切除术是在前者基础上，行经腹子宫切除术。为应对不同的临床情境，国际上对低价值医疗服务的定义有狭义和广义之分，本研究使用了特异度更高的狭义定义，以减少错误分类。识别过程依赖于病案首页的特定指标，包括年龄、性别、ICD-9-CM3 和 ICD-10 等，具体方法和编码参考已有研究。临床指南推荐微创子宫切除术替代经腹子宫切除术（包含低价值术式），故本研究选用使用率较高的腹腔镜子宫切除术作为替代服务。

（2）指标选取及参数测算。

通过文献回顾，构建低价值子宫切除术风险评估主要指标及参数。其中，指标维度划分参照《中国药物经济学评价指南 2020》和疾病负担量化方法，涵盖了低价值医疗服务识别的证据范围（患者临床疗效和经济成本），具体指标选取参照文献研究。

（3）成本-效果分析。

基于指标构建及参数输出结果，从全社会、患者、卫生体系和支付方四个角度分别构建决策树模型并进行成本-效果分析，判断低价值子宫切除术及其替代服务的服务类型。对高成本、高效果和低成本、低效果服务，进一步计算增量成本-效果并进行敏感性分析，以判断在意愿支付阈值（WTP）下，低价值子宫切除术面临的经济风险。参考指南建议，WTP 设定为 2021 年我国人均 GDP（80976.00 元）。敏感性分析包括单因素敏感性分析和概率敏感性分析，后者根据不确定性因素参数进行蒙特卡洛模拟，模型模拟 1000 次，医疗服务的有效率和并发症发生率均服从 Beta 分布，质量调整生命年服从均匀分布，成本服从对数正态分布。

（4）统计学方法。

采用均值（标准差）描述计量资料，频数（构成比）描述分类资料，运用 R4.2.0、Microsoft 2019 和 TreeAgepro 2011 软件进行统计学分析，检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

02 结果

2.1 低价值子宫切除术的一般特征

本研究共纳入潜在子宫切除术 38865 次，包括 6901 次低价值子宫切除术（17.8%）和 31964 次非低价值子宫切除术（82.2%），来源于三级医院的分别占 57.4%和 73.5%，来源于城市医院的分别占 51.1%和 70.6%（见表 1，略）。

2.2 低价值子宫切除术风险评估指标

基于已有文献，本研究确定健康临床风险、健康人文风险和健康经济风险三个维度的主要指标 21 个，发现低价值子宫切除术的风险均高于替代服务，直接成本（11986.90 元）低于替代服务，间接成本（13289.00 元）和总成本（25275.90 元）高于替代服务（见表 2）。

表2 低价值子宫切除术风险评估主要指标及参数

维度	指标	低价值子宫切除术	替代服务
健康临床 风险	手术时间/分钟	110.50	104.09
	术中出血量/毫升	122.52	105.95
	并发症发生率/%	11.28	3.16
	膀胱损伤发生率/%	28.19	0
	输尿管损伤发生率/%	6.00	1.60
	肠道损伤发生率/%	4	2
	出血事件发生率/%	2.73	1
	感染事件发生率/%	2.50	0
	术后镇痛率/%	75.32	31.91
	住院天数/天	11	10
	复工天数/天	54	38
	有效率/%	81.40	95.35
健康人文 风险	质量调整生命年	0.892	0.897
	患者满意度/%	18.33	85.67

健康经济 风险	直接成本/元	11 986.90	14 667.90
	直接医疗成本/元	11 745.70	14 379.80
	直接非医疗成本/元	241.20	288.10
	间接成本/元	13 289.00	9 800.10
	患者因病误工损失收入/元	11 028.70	7 766.00
	家属陪护误工损失收入/元	2 260.30	2 034.10
	总成本/元	25 275.90	24 468.00

注:患者因病误工损失收入=患者复工天数×人均日工资,家属陪护误工损失收入=患者住院天数×人均日工资。

2.3 低价值子宫切除术成本-效果分析

从全社会和患者角度,提供1次低价值子宫切除术比使用替代服务的成本支出更多,从卫生体系和支付方角度则相反。低价值子宫切除术的全国年均成本支出从高到低依次是全社会角度(125.67亿元)、患者角度(80.23亿元)、卫生体系角度(58.40亿元)、支付方角度(45.44亿元)(见表3)。

表3 低价值子宫切除术成本测算

项目	全社会	患者	卫生体系	支付方
低价值子宫切除术成本/(元/次)	25 275.90	16 136.40	11 745.70	9 139.50
替代服务成本/(元/次)	24 468.00	12 882.40	14 379.80	11 585.60
增量成本/(元/次)	807.90	3 254.00	-2 634.10	-2 446.10
四川省年均成本/万元	13 954	8 909	6 485	5 046
全国年均成本/亿元	125.67	80.23	58.40	45.44

注:增量成本=低价值子宫切除术成本-替代服务成本。

从全社会和患者角度,低价值子宫切除术属于高成本、低效果服务,为绝对劣势服务;从卫生体系和支付方角度,属于低成本、低效

果服务。成本效果分析显示，与低价值子宫切除术相比，替代服务增加 1 次有效服务和减少 1 次手术并发症的增量成本均小于 WTP 设定值，低价值子宫切除术的经济风险可能更高；增加 1 个质量调整生命年（QALY）的增量成本大于 WTP 设定值，替代服务的经济风险可能更高（见表 4）。考虑到药品、手术、耗材价格的变动趋势，本研究将成本分别上下调节 10% 进行单因素敏感性分析（见表 5）。

表4 低价值子宫切除术成本-效果比较

角度	组别	以有效率产出		以并发症发生率为产出		以质量调整生命年为产出	
		CER	ICER	CER	ICER	CER	ICER
全社会	低价值子宫切除术	31 051.47	-	224 077.13	-	28 336.21	-
	替代服务	25 661.25	-	774 303.80	-	27 277.59	-
患者	低价值子宫切除术	19 823.59	-	143 053.19	-	18 090.13	-
	替代服务	13 510.64	-	407 670.89	-	14 361.65	-
卫生体系	低价值子宫切除术	14 429.61	18 882.44	104 128.55	-32 439.66	13 167.83	526 820
	替代服务	15 081.07	0	455 056.96	0	16 030.99	0
支付方	低价值子宫切除术	11 227.89	17 534.77	81 023.94	-30 124.38	10 246.08	489 220
	替代服务	12 150.60	0	366 632.91	0	12 915.94	0

注：CER为成本-效果比；ICER为增量成本效果比。

表5 低价值子宫切除术单因素敏感性分析

角度	ICER(有效率)		ICER(并发症发生率)		ICER(质量调整生命年)	
	成本下调 10%	成本上调 10%	成本下调 10%	成本上调 10%	成本下调 10%	成本上调 10%
卫生体系	16 994.20	20 770.68	-29 195.69	-35 683.63	474 138	579 502
支付方	15 781.29	19 288.25	-27 111.94	-33 136.82	440 298	538 142

概率敏感性分析中，成本-效果散点图显示（见图 1~3），以有效率和并发症为产出，ICER 值大多数位于 WTP 上方，表示低价值子宫切除术的经济性较差；以质量调整生命年为产出，ICER 值大多数位于 WTP 下方，表示替代服务的经济性较差。

成本-效果可接受曲线显示（见图 4~6），当 WTP 大于设定值时，以有效率和并发症发生率为产出，低价值子宫切除术的经济性较差；以质量调整生命年为产出，当 WTP 大于设定值时，替代服务的经济性较差。

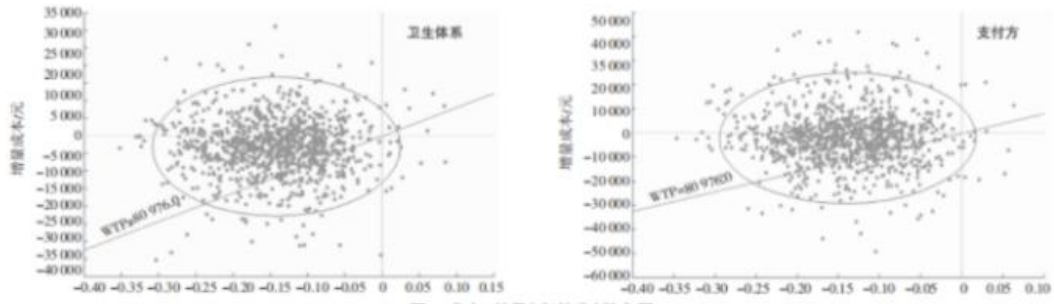


图1 成本-效果(有效率)散点图

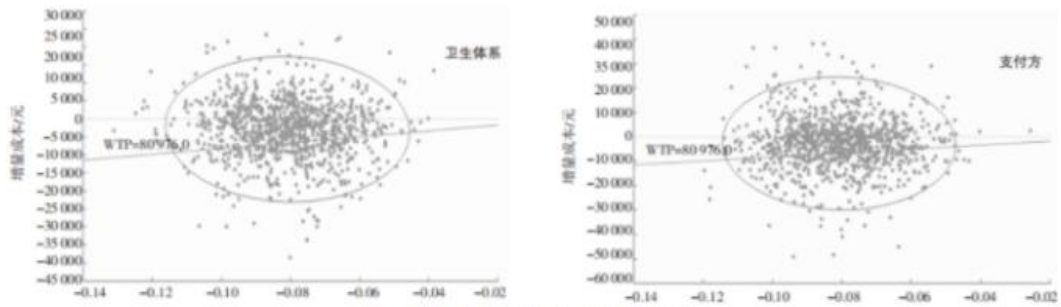


图2 成本-效果(并发症发生情况)散点图

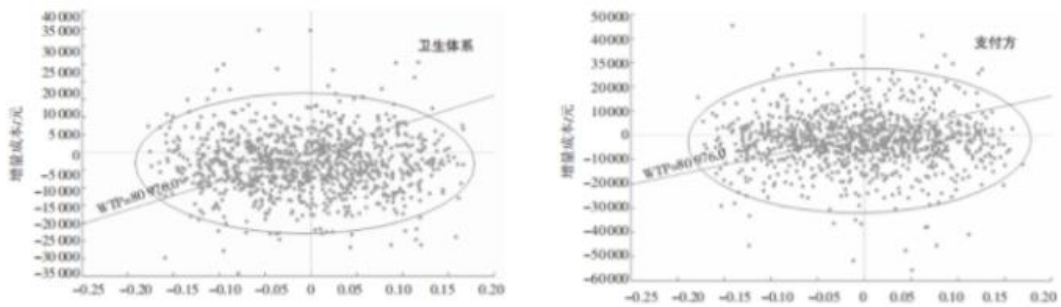


图3 成本-效果(质量调整生命年)散点图

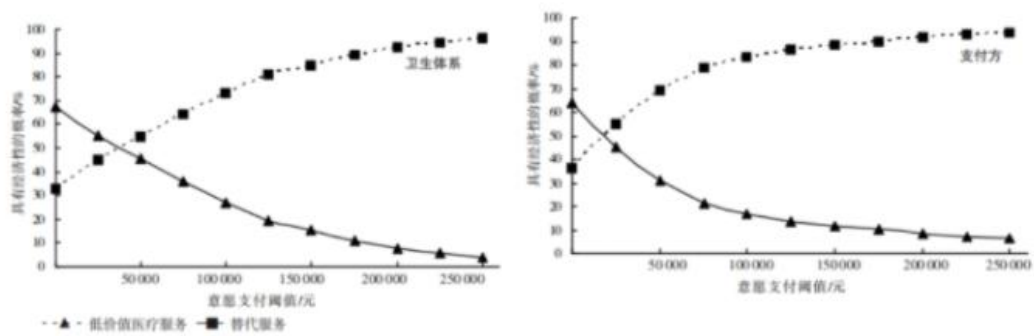
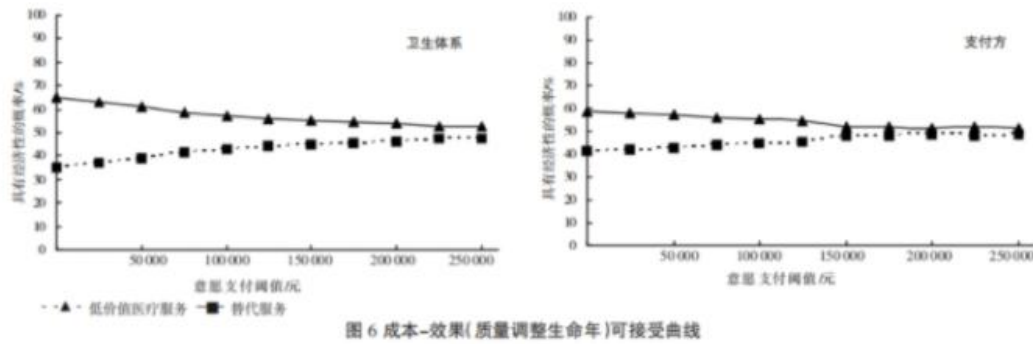
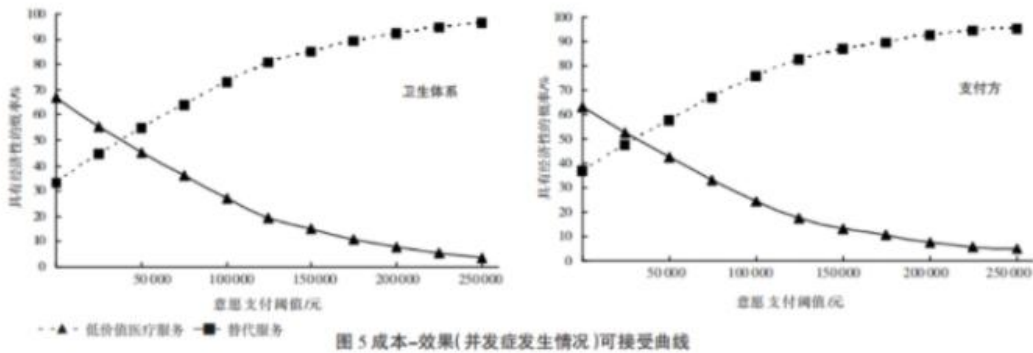


图4 成本-效果(有效率)可接受曲线



综上，单因素和概率敏感性分析结果与基础分析结果一致。

03 讨论

3.1 低价值医疗服务与非低价值医疗服务的来源存在差异

研究发现，低价值子宫切除术与非低价值服务来源在患者和医院层面存在差异。相较于非低价值服务，行低价值子宫切除术的患者参加居民医保或新农合的占比较高，来源于三级医院和城市医院的患者占比较少。可见，我国接受低价值子宫切除术的患者参保类型不同，接受两种服务的患者可能具有不同的受教育水平，对医疗信息的了解程度存在差异，健康教育有待加强。低价值子宫切除术供给医院等级和医院位置的差异表明，我国卫生资源分配不均衡现象长期存在，低价值子宫切除术供给医院的医疗技术、医疗设施和服务能力有待提

高。

3.2 低价值医疗服务整体存在较高风险

研究发现，低价值子宫切除术在患者临床结局方面，如并发症和手术失血的风险更高，与之前研究结论一致。低价值子宫切除术也会造成患者经济方面的风险，其直接成本低于替代服务，但间接成本较高，替代服务较高的直接成本可以在一定程度上被较低的间接成本所抵消。因此，相较于非低价值服务，低价值子宫切除术整体存在较高风险。在我国，低价值医疗服务的研究尚处于起步阶段，临床医生对其风险感知处于较弱水平，患者对其概念和危害有待了解。对因良性指征行子宫切除术的患者，临床指南并未推荐经腹术式（低价值术式），但经腹术式仍在广泛使用，可能是因为替代服务对医生能力和操作水平的要求较高，部分医院，尤其是等级较低或经济发展水平较低地区的医院无法提供。

3.3 低价值医疗服务的证据来源有待完善

成本-效果分析发现，从全社会和患者视角，低价值子宫切除术的风险较高，为绝对劣势服务，补充了低价值子宫切除术识别的经济证据，进一步辅助判断其“低价值”。从卫生体系和支付方视角，相较于替代服务，以有效率和并发症发生率为产出，低价值子宫切除术风险较高，但以质量调整生命年为产出，低价值子宫切除术风险较低，更具经济性。原因可能是子宫切除术为短期手术，不同术式的质量调

整生命年差别并不明显。可见，从不同视角和不同产出来衡量子宫切除术是否低价值，可能会得出不同的结论，因此在制定低价值医疗服务目录时，需要全面纳入不同临床情景下的相关证据，辅以多角度卫生费用分析，才能更加准确。

04 建议

4.1 加强医疗教育和培训

政府应加强对医疗从业者的继续教育，确保其了解最新的临床实践和医学进展，提升技术水平，避免提供不必要的低价值医疗服务；同时推广医学教育和远程培训，利用信息技术和在线资源，扩展医疗教育和培训的覆盖范围，使更多医疗从业者，尤其是基层医院从业者，能够获得高质量的培训，加深对低价值医疗服务的了解。

4.2 提高医疗信息透明度，支持共享医疗决策

政府应鼓励医疗机构和医生提供更多关于诊疗的信息，使患者能够更好地理解医疗选择面临的风险和预期的效益，让患者参与决策，讨论不同的治疗选择，加强医患合作，从而减少不必要的医患纠纷。同时，政府和医院应加强健康教育，提高患者对低价值医疗服务及其风险的认知，支持患者积极和医生沟通，共享医疗决策。

4.3 明确临床指南标准，强化监督管理

政府层面应制定并推广临床指南，明确区分特定病症的必要服务和低价值医疗服务，推动医院规范医疗服务、医疗实践，减少不必要

的检查和治疗，控制医疗开支，提高整体服务质量；同时，强化政策监管，建立有效的监管机制，对医院的低价值医疗服务进行监管，确保医院遵循临床指南和政策。

[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



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药城: <http://www.yaochengwang.com>

 地址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电话: 010-68489858