

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2024年第04期

(2024.01.22-2024.01.28)

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。）

### • 医保监管 •

▶ [梳理医保基金监管历程，医疗机构如何应对医保基金监管？](#)（来源：金豆数据）——第 7 页

【提要】医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，医保基金安全对实现公民医保权益具有根本性影响，“重拳”维护医保基金安全势在必行。

▶ [医保基金智能监管典型案例剖析——药品使用违规](#)（来源：越强文化）——第 16 页

【提要】目前，医保基金智能监管已成为常态化，在医保基金智能审核和严格监控下，医院人员办公进入了“监控”模式。为了让医院深入了解大数据稽核的开展和规避技巧，本文分享推出医保基金智能监管典型案例剖析：药品使用违规。

### • 分析解读 •

▶ [“进得了医保，进不了医院”？国谈创新药落地的上海解法](#)（来源：健康界）——第 20 页

【提要】2024 年 1 月 1 日起，新版国家医保药品目录在全国范围正式执行。此次国家医保药品目录调整共新增 126 种药品，涉抗肿瘤、

罕见病、慢性病、抗病毒等疾病领域用药，通过医保谈判平均降价 6 1.7%。换言之，老百姓能以更实惠的价格吃上这些经国家谈判纳入医保的新药、好药。国家医保目录谈判已走过五年，国谈药的落地情况到底如何、难点在哪、有何进展？

▣ [2024 药价整治背景下，差比价规则调整势在必行](#)（来源：药渡数据）——第 29 页

【提要】近日，国家四同药品价格专项治理，拉开了序幕。关于同一厂牌同一药品同一剂型同一规格的价格调整，其实是初始阶段，可以料想的是，第二阶段就会启动同品不同剂型不同规格的价格调整，话说到这里，有一件让企业至今比较犯难的事，迫切需要有关方面进行解决，那就是差比价规则。

### • 中医药服务 •

▣ [多方联动构建中医健康管理协作机制](#)（来源：中国中医药报）——第 31 页

【提要】中共中央、国务院印发的《“健康中国 2030”规划纲要》中指出，要“将中医药优势与健康管理结合”“立足全人群和全生命周期两个着力点，提供公平可及、系统连续的健康服务，实现更高水平的全民健康”。如何建立中医健康管理联动机制，推动医疗资源合理配置，确保优质服务持续可及，成为当今需要思考解决的重要民生问题。

▶ [推进中医药传承创新发展需要把握的几个关系](#)（来源：中国中医药报）——第 34 页

【提要】中医药文化是中华优秀传统文化的重要组成部分。推进中医药文化传承创新发展，是弘扬中华优秀传统文化、推进健康中国建设的实践要求，也是增强文化自信、提升国家文化软实力的重要内容。推进中医药文化传承创新发展，要坚持以习近平文化思想为指导，深入学习贯彻习近平总书记关于中医药工作的重要论述，深刻把握蕴含其中的辩证法思想，认真把握中华优秀传统文化与中医学、中医与西医、未病与已病、中医药传承与发展等方面的辩证关系。

### • 医院管理 •

▶ [医管大变革！主诊医师负责制「邵医模式」是如何打造的？](#)（来源：健康界）——第 40 页

【提要】目前，我国普遍实行三级医师查房制度，即主任医师(副主任医师)、主治医师、住院医师按等级开展诊疗活动。住院医师是诊疗患者的直接实施者，主治医师是诊疗患者的责任者，主任医师(副主任医师)是诊疗活动中的领导者。浙江大学医学院附属邵逸夫医院(以下简称「邵医」)是国内最早实施主诊医师负责制的大型综合医院。30 年来，邵医在实践中结合我国的医疗模式和医改政策要求，逐步完善改进，形成了独特的「邵医模式」。

▶ [省钱省事省人省心：医院如何通过指标中台建设赋能精益化管](#)

[理?](#) (来源: 福建省肿瘤医院) ——第 47 页

【提要】日前, 福建省肿瘤医院(复旦大学附属肿瘤医院福建医院)考核评价科主任张弓围绕医院指标中台建设和指标化管理进行了深入分享。针对公立医院高质量发展, 国家发布了一系列文件, 如《关于推动公立医院高质量发展的意见》、《公立医院高质量发展评价指标(试行)操作手册》(8项一级指标、27项二级指标), 专家表示, 这标志着公立医院进入「量化时代」。

### • 医疗信息化 •

▶ [国家卫健委: 财政要加大支持力度, 县域医共体要加强信息化建设](#) (来源: 大健康派) ——第 53 页

【提要】推进县域医共体建设是深化医改的一项重要举措。近日, 国家卫生健康委联合中央编办、国家发展改革委、财政部等 9 个部门印发了《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》, 围绕科学构建、规范内部运行管理、提升整体服务能力、完善支持政策等方面, 对全面推进建设紧密型县域医疗卫生共同体提出了具体的任务和工作要求。提出到 2025 年底, 力争 90% 以上的县市基本建成紧密型县域医共体; 到 2027 年底, 紧密型县域医共体能够基本实现全覆盖。

▶ [区域级医疗互联网医院: 推动“健康中国 3.0”的重要利器](#) (来源: 北创汇健康) ——第 59 页

**【提要】**在当今数字化时代，医疗行业正经历着前所未有的变革。随着互联网技术的飞速发展，区域级医疗互联网医院应运而生，为“健康中国 3.0”战略的实施提供了有力支持。本文将探讨区域级医疗互联网医院如何成为推动“健康中国 3.0”的重要利器。

## -----本期内容-----

### · 医保监管 ·

#### 梳理医保基金监管历程，医疗机构如何应对医保基金监管？

来源：金豆数据

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，医保基金安全对实现公民医保权益具有根本性影响，“重拳”维护医保基金安全势在必行。

#### 医保基金监管走过的历程

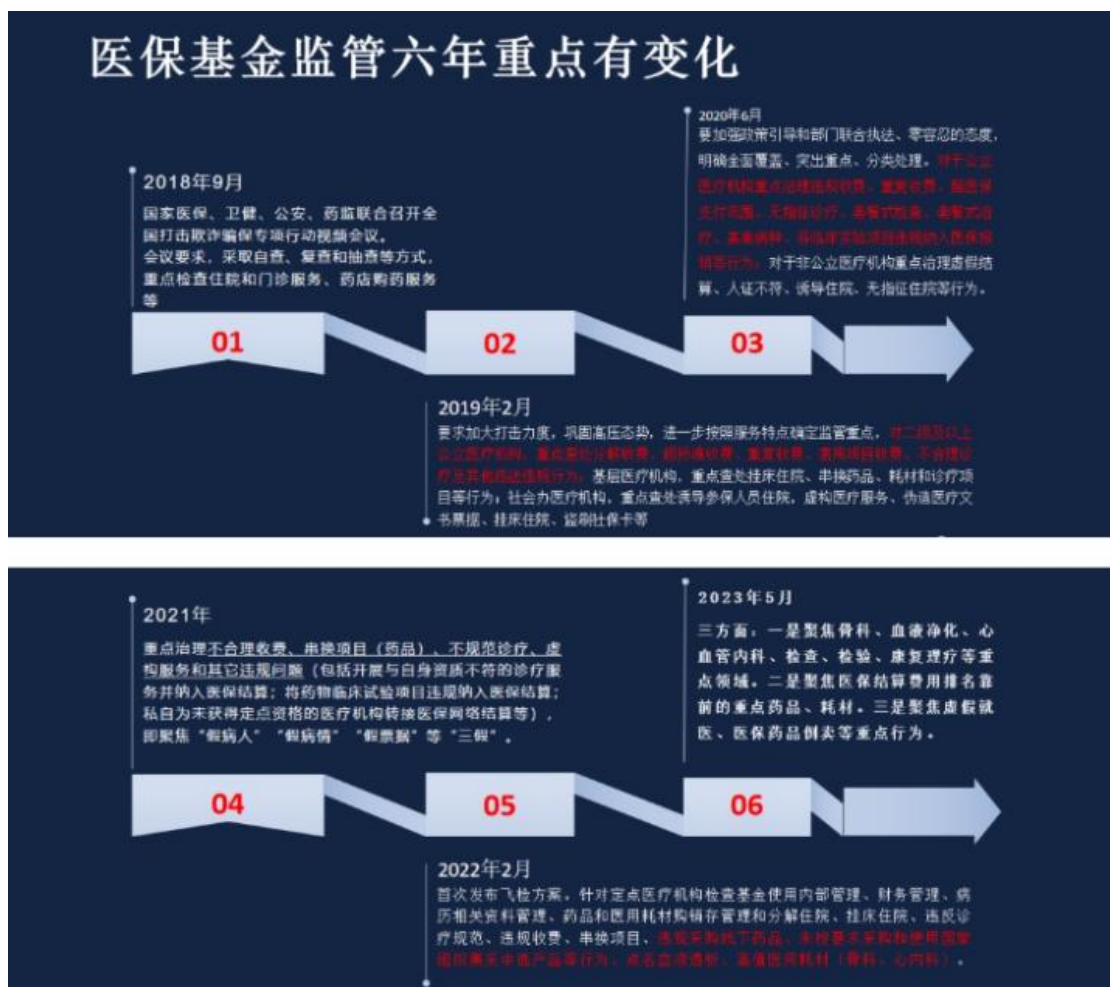
##### (一) 维护医保基金安全是医保局重要职责之一

城乡居民医疗保险分治给基金监管带来巨大风险，而整合道路极其艰难。2018年3月中央和国家机构改革组建了国家医保局之后，实现了三保合一，也使得医保基金监管走上了一条有力有序的新路。三定方案中，将拟订医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的法律法规草案、政策、规划和标准，制定部门规章并组织实施。组织制定并实施医疗保障基金监督管理办法，建立健全医疗保障基金安全防控机制，推进医疗保障基金支付方式改革赋予国家医保局，设立基金监管司，专司医保基金监管。

要求国家医疗保障局应完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，建立健全覆盖全民城乡统筹的多层次医疗保障体

系，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控，推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好保障人民群众就医需求、减轻医药费用负担，实现职能转变。同时明确要求国家卫生健康委员会、国家医疗保障局等部门在医疗、医保、医药等方面加强制度、政策衔接，建立沟通协商机制，协同推进改革，提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

## (二) 医保六年，医保基金监管越来越有力有效，基金监管更有针对性





### (三) 医保基金监管呈现法治化、智能化、协同化和常态化四大趋势

一是法治化。在综合性立法方面，《社会保险法》对社保基金的经办管理、立法监督、行政监督、财政监督、审计监督、社会监督、司法监督等作了原则性规范。《社会保险经办条例》(以下简称《经办条例》)对社保基金的经办管理、行政监督等作了规定，为社保基金的具体监管规范提供了规则指引。

在专门性立法方面，《医疗保障基金使用监督管理条例》对医保基金监管的监管主体、监管方式、监管程序、行政处罚等作了比较具体的规范。《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》(国办发〔2023〕17号)针对医保基金监管的飞行检查、专项整治、智能监控、日常监管、社会监督的常态化作了明确具体要求。国家医疗保障局先后制定了《基本医疗保险用药管理暂行办法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》等部颁规章，对医保基金的具体监管事项作了具体规定，为监管行为的实施提供了法律基础，有力推进了监管合规化。

最近，《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)》开始公开征求意见，而此举将实现医保基金监

管由机构到个人。

二是智能化。目前，全国统一的医疗保障信息平台已基本建成，智能监管迈向快速发展阶段。2023 年国家医保局在全国选取 11 个省市区和 53 个统筹区开展医保反欺诈大数据应用监管试点，鼓励各级医保部门创新运用大数据、人工智能等新技术，逐步构建起严密有力的大数据监管体系。2023 年上半年，全国智能审核和监控拒付、追回医保资金 9.8 亿元。

18 项医保信息业务编码和“两库”（知识库、规则库）建成使得基金监管智能化成为可能。在“两库”建设中，特别提出要注重把握好遵循医学规律与适当合理干预的关系，对于违法违规的诊疗行为，要加强监管和干预；对于涉及医疗合理类的规则，各地医保部门在论证和应用时要充分听取医药机构的意见建议。文件规定，违反政策限定类规则运行结果是“明确违规”，实现对违法违规行为的自动拦截；违反合理使用类规则，运行结果多是“可疑”，需要充分听取医药机构申诉意见后确定是否支付。

三是协同化。在监管方式方面，特别强调三医（医保、医疗、医药）协同治理与发展，十四五医保规划还提出，要建立基本医疗体系、基本医保制度相互适应的机制。一方面有序组织飞行检查并协同开展专项整治、智能监控、日常监管、社会监督的常态化，2022 年，国家医保局组织飞行检查 24 组次，检查 23 个省份的定点医疗机构 48

家、医保经办机构 23 家，查出涉嫌违法违规资金 9.8 亿元。充分发挥协议管理在基金监管的中坚作用。2022 年，在被检查医药机构中通过协议处理追回资金 138.7 亿元，其中拒付及追回资金 116.0 亿元，收取违约金 18.9 亿元，拒付或追回资金涉及定点医药机构 14.2 万家。另一方面，积极推进医保（支付制度改革“保衔接”）、医疗（医疗服务价格调整“调结构”）、医药（集采谈判采购“腾空间”）协同治理与发展。

四是常态化。目前基金监管基本实现了“三结合五常态”，即①点线面结合，推进飞行检查、专项整治和日常监管常态化。②现场和非现场相结合，推动智能监控常态化。2022 年，全国通过智能监控拒付和追回医保资金达到 38.5 亿元。③政府监管和社会监督相结合，推进社会监督（举报与曝光）常态化。2018 年以来，仅国家医保局接到的各类举报投诉线索就达到 3.6 万余件；全国根据线索核查，共追回资金约 17 亿元；全国累计兑现举报奖励资金约 703 万元。截至今年 4 月，全国累计曝光典型案例达到 25.5 万例，传递了以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保等违法行为的强烈信号，取得了很好的警示震慑作用。

通过“四化”，最终实现医保基金监管规范化，促进医保医疗“相向而行”，医保走上良性发展轨道，造福广大民众。

### 医保基金监管任重道远

国家医保局成立以来，坚决贯彻落实党中央、国务院决策部署，始终把加强医保基金监管作为首要任务，积极担当、主动作为，连续五年推进日常监管全覆盖，连续五年联合卫健、公安等部门开展打击欺诈骗保专项整治行动，持续开展国家医保飞行检查，积极曝光典型案例，落实举报奖励制度，初步构建起了打击欺诈骗保的高压态势，截至2023年4月，累计检查定点医药机构341.5万家次，处理162.9万家次，追回医保资金805亿元。

但基金监管形势依然严峻复杂。一是定点医药机构“明目张胆”的骗保行为有所遏制，但是“跑冒滴漏”现象依然比较普遍，骗保手段更趋隐蔽、更加专业，欺诈骗保和医疗腐败交织在一起，监管难度不断加大。

二是异地就医结算、DRG/DIP支付方式改革、互联网+医保服务、长期护理保险试点以及门诊共济保障等改革措施的推进和开展，对建立健全基金监管制度和办法提出了新要求。

三是医保监管的力量不足，监管执法体系不健全，各方监管责任也有待进一步落实。

2021年度医保基金飞行检查68家定点医疗机构(三级医院29家、二级医院15家、一级医院22家、医养结合机构2家)存在六方面违法违规问题，涉嫌基金5.03亿元。

2022年度医保基金飞行检查，国家医保局抽查了48家定点医疗

机构，其中：46家存在串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，检出率95.8%。43家存在将不属于医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算，检出率89.6%。39家存在违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、超量开药，检出率81.3%。受检的48家医疗机构都存在重复收费、超标准收费、分解项目收费的问题，检出率100%。

类目	医保基金使用违法违规问题	违规医院数量	违规金额	违规总金额占比
违规一	重复收费、超标准收费、分解项目收费	59	1.5亿	30%
违规二	串换药品、医用耗材、诊疗项目	50	9646万	19%
违规三	诊疗规范过度诊疗、过度检查、超量开药、重复开药	45	8531万	17%
违规四	将不属于医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算	52	7014万	14%
违规五	分解住院、挂床住院	14	270万	0.5%
违规六	其他违法违规问题（超医保支付限定用药、无资质开展诊疗服务、药品耗材进销存不符、虚记收费等）	54	9794万	19.5%

### 医疗机构必须积极主动应对

所谓积极主动应对，就不是消极被动应付甚至对抗。

一要打牢基础。通过学、思、践、悟，充分利用信息化和“两库”，不断提升管理能力，最终促进医疗服务行为合规合法合民意。所谓“学”，既包括学习诊疗规范，熟悉临床路径，还包括学习医保基金监管使用的政策，所谓“思”，就是结合单位、科室、自己工作实际，深入思考存在不足和问题，积极主动采取有效办法，所谓“践”，就是把问题整改、工作思路和方法纳入医院管理、绩效考核和日常医疗

服务行为过程中，所谓“悟”，就是切实把医保政策、基金监管、患者服务、医院发展与自己职业前途结合起来，去体会、去感悟，在监管压力中找到自己的舒适空间。

二是突出重点。即结合国家医保基金监管重点及本院实际，确定本院的基金管理重点。比如，2023年医保基金聚焦三方面：①聚焦骨科、血液净化、心血管内科、检查、检验、康复理疗等重点领域。②聚焦医保结算费用排名靠前的重点药品、耗材。③聚焦虚假就医、医保药品倒卖等重点行为。作为医院就应该将本院这些方面提前进行深入细致的自查自纠，国家明确列出了医保结算费用排名靠前的重点药品、耗材名单，医院就应该将这些药品、耗材作为日常重点监管内容，还有国家卫健委确定的合理用药药品目录，也是医院监管的重点。

三是持续改进。即针对医院日常监管发现问题、医保专项检查、常态化监管、飞行检查以及各级医保部门检查反馈问题，有则改之无则加勉，运用“系统思考”观念，扎实整改，同时要重视与医保部门沟通合作。

在规范医疗服务行为方面，主要要从规范诊疗、合理收费两方面下功夫。一是规范诊疗行为，包括实名就医管理、门诊就医管理、住院就医管理、合理用药管理。二是重视目录管理和合理收费，包括医保目录管理、合理收费、医疗文书书写、医保数据管理。

由于医保基金管理不是医保科一家的事，也不单纯是医生或财务

部门的事，在医疗机构中涉及医务、医保、财务、物价、物资、信息、绩效考核等多部门。

因此，在医院医保管理过程中，一要充分联合多个部门，加强院内多部门联动。特别是临床科室、医技科室，建立完善的部门协调机制，实现医院各职能部门、临床医技科室的分工协作，形成基金合理使用的合力。要将多部门联合协作贯穿于医院医保基金监督管理全过程，提高医院精细化管理水平，促进医院医保基金安全、高效、合理使用。

二要充分发挥“互联网+医保”作用。建立结构化病历系统，对诊断书写不规范行为采用诊断编码与病历内容进行核对。在收费管理过程中，可结合诊疗特点，将收费编码与医保支付编码进行匹配，对违规收费项目或超出医保支付范围的收费内容由系统实时给予提示。在医院诊疗过程中加强全场景、全环节、全时段的智能监控，提高医保基金监管效率，进一步促进医保基金在医疗机构的安全合理使用。

三要与 DRG/DIP 支付方式改革协同联动。不管采取多少措施，开展多少培训，建立多少制度，出台多少办法，如果方向错了、措施未能触及灵魂，也都将无效，不起作用，而真正要把医保基金合理使用做实做好，一方面必须与 DRG/DIP 支付方式改革协同联动，另一方面绩效管理体系必须与 DRG/DIP 支付方式改革相协调，也就是医疗机构应主动适应医保付费方式改革的新形势，与医保改革形成同向互动格

局，在 DRG/DIP 改革过程中，不断完善药品/耗材合理使用、临床路径与收费相结合、医疗费用智能审核、医院绩效管理等，实现医疗费用合理增长与维护医保基金安全的双赢。

[返回目录](#)

## 医保基金智能监管典型案例剖析——药品使用违规

来源：越强文化

目前，医保基金智能监管已成为常态化，在医保基金智能审核和严格监控下，医院人员办公进入了“监控”模式。为了让医院深入了解大数据稽核的开展和规避技巧，本文分享推出医保基金智能监管典型案例剖析：药品使用违规。

智能监管过程中，通过往系统数据里输入简短字节进行筛选，很容易就发现违规，这些违规可能是有意也可能是无意，也可能是“假”违规(数据上传不全)，故医疗机构需在申诉时找到合理的申诉理由，避免造成医院的损失。

### 药品违规一：超医保限制用药范围

超医保限制范围用药是大数据监管下医疗机构最常见的违规行为。

#### 违规案例

案例一：医院将“双侧感音神经性听觉丧失”的门诊慢特病患者使用“银杏达莫注射液”的费用纳入医保报销。根据《《国家药品目



录(2022年)》规定,限缺血性心脑血管疾病急性期住院患者,支付不超过14天。“双侧感音神经性听觉丧失”的门诊慢特病患者使用不符合该药医保限定支付范围。

案例二:医院将成人使用“消风止痒颗粒”的费用纳入医保报销。根据《国家药品目录(2022年)》规定:限儿童。成人患者使用不符合该药医保限定支付范围。

案例三:医院院将门诊患者单独使用中药饮片“阿胶珠”的费用纳入医保报销。根据《国家药品目录(2022年)》规定:中药饮片中标注“□”的指单独使用不予医保基金支付,且全部由这些饮片组成的处方也不予支付。中药处方中仅有“阿胶珠”一味中药饮片,不符合该药医保限定支付范围。单开一味中药的门诊部注意啦!

### 违规原因

值得注意的是,超医保限定使用,并非临床不能使用,患者自费是可以使用的。临床常常会把这两个概念混淆。

临床医师不熟悉医保政策,开药时没有注意医保限定,只根据临床经验或药品说明书适应症开具药品。针对超医保限定用药,医疗机构可以加强对临床医师的医保用药知识培训,减少医师违规。医保大数据违规情况反馈至医院,医院也要及时与临床医师沟通违规问题,避免重复违规被扣款。

### 药品违规二:超适应症用药

## 典型案例

案例一：医院为仅诊断为“肌肉拉伤”的患者开具“阿卡波糖片”并纳入了医保报销。该药品说明书适应症：(1) I型糖尿病。(2) 降低糖耐量减低者的餐后血糖。”“肌肉拉伤”患者无糖尿病相关诊断，不符合药品适应症。

案例二：医院给女性患者开具“前列舒通胶囊”并纳入了医保报销。根据药品说明书，该药品用于慢性前列腺炎，前列腺增生属湿热淤阻症，证见：尿频，尿急，尿淋漓，会阴、下腹或腰骶部坠胀或疼痛，阴囊潮湿等。女性患者使用不符合药品适应症

案例三：医院给成年患者开具“安儿宁颗粒”并纳入了医保报销。根据药品说明书，该药品用于治疗小儿风热感冒，咳嗽有痰，发热咽痛，上呼吸道感染见上述证候者。该成人患者使用不符合药品法定适应症。

## 违规原因

超适应症用药违规，大多数原因是由于开药医师临床诊断上传不全导致，如患者因“肌肉拉伤”就诊，就诊过程中反映自身患有糖尿病，药已经吃完，要求接诊医生为自己开“阿卡波糖片”，如果医师没有增加糖尿病诊断，直接开药，导致结算数据没有与药物相匹配的诊断，就容易出现超适应症用药的违规问题。

代开药也是医院门诊常见的情况。患者家属带开药医院应规范患

者使用开药患者的信息进行挂号开药，医院做好相关登记。家属使用自己的身份信息挂号代开药，上传结算就容易出现用药与患者性别不符情况。

### 药品违规三：门诊慢病患者超量开药、重复开药

#### 典型案例

案例一：医院给门诊慢特病患者开具“雌二醇地屈孕酮片”336片。根据《长期处方管理规范(试行)》规定，评估患者诊疗需要，长期处方的处方量一般在四周内；根据慢性病特点，病情稳定的患者适当延长，最长不超过十二周。该药品处方，qd服用一次一片、一天一次，本次就诊用量可累计服用336天，属于超量开药。

案例二：医院给门诊患者同时开具“瑞舒伐他汀钙片”和“阿托伐他汀钙片”并纳入医保报销。根据《中国药典(2020年版)》记载，瑞舒伐他汀和阿托伐他汀都是他汀类药物，都是用于治疗高胆固醇血症、降低血脂。同一患者单次同时开具2种或2种以上药理作用相同或作用机制相似的药物属于重复用药。

#### 违规说明

门诊接诊医师在为患者开药时，注意核算用药天数，慢病患者用药须遵守当地政策规定，避免超量开药。

超量开药，重复开药大数据监管也是会被发现的，医疗机构要重视门诊诊疗的规范性。

• 分析解读 •

“进得了医保，进不了医院”？国谈创新药落地的上海解法

来源：健康界

步入 2024 年，1 月的上海，各大医院里，“一个月为限”的规定让召开药事会成了一件事。

2024 年 1 月 1 日起，新版国家医保药品目录在全国范围正式执行。此次国家医保药品目录调整共新增 126 种药品，涉抗肿瘤、罕见病、慢性病、抗病毒等疾病领域用药，通过医保谈判平均降价 61.7%。换言之，老百姓能以更实惠的价格吃上这些经国家谈判纳入医保的新药、好药。

也因此，各大药企进入“忙到飞起的 1 月”，跟进全国各地医保目录落地情况。“时间就是金钱！不然，转眼到 6 月，新一轮国家谈判开始，老目录药品要么进院、要么出局。”一名医药界人士对记者说。

如此紧迫？这些年，大众对国谈药“灵魂砍价”的场面很熟，而医药人关心的是“故事的下半篇”。当一个个创新药过五关斩六将，经历一分一角的价格谈判，千辛万苦进了医保时，这往往被认为是谈判胜利的“终点”、患者获益的“起点”。而现实是，国谈药进了医

保，还面临进医院的“最后一公里”。故此，曾有人感叹，国谈药“进得了医保，进不了医院”。

国家医保目录谈判已走过五年，国谈药的落地情况到底如何、难点在哪、有何进展？记者展开调查。

### “进院焦虑”：闯过谈判，却敲不开医院的门？

最近，国家医保谈判的一段视频在网上热传：一款国产糖尿病原创新药经多轮砍价，从原价每片 15 元降至 5.39 元，降幅达到 64%。这款国产新药名叫多格列艾汀片，已进入最新版国家医保药品目录。新目录自 2024 年 1 月 1 日起执行。

在上海，已有糖尿病患者吃上这款创新药。

“上海的环境比较给力。目前，各地落地情况还不好说，但这几年情况整体在好转。”一名药企市场准入负责人告诉记者，从新目录开始执行，到老百姓能用上，中间还有一个过程，并非 1 月 1 日零点一到，患者就能去各大医院配上药了。这就是国谈药落地“最后一公里”。

2018 年国家医保局成立以来，医保药品目录实现“一年一调”，到今年已开展五轮药品目录谈判。五年里，越来越多的新药、好药及时纳入医保目录。然而，中国药学会 2021 年对 1420 家样本医院的一项调研显示，2018 年至 2019 年纳入国家医保目录的肿瘤创新药，进入医院的仅 25%。

2023 年底公布的新版国家医保目录中，15 款罕见病药物谈判成功。也因此，2023 年被誉为罕见病药物“国谈大年”。“就怕看得见，用不上。”罕见病患者组织代表叶子(化名)对记者说。

2023 年，由罕见病公益组织寇德罕见病中心发布的《“破局最后一公里”——罕见病国谈药落地情况调研报告及政策建议》谈到，当高值罕见病药物通过国谈进入医保目录，让患者看到希望、可以畅想未来的同时，如何保障患者用药成为关键问题之一。

有人因此感叹，一个潜力新药闯过研发转化的“死亡谷”、闯过毫厘必争的谈判，最终，却敲不开医院的门……这种情况投射到医药人士的身上，构成了一种隐隐的“进院焦虑”。

**以“上新”促创新，政策暖风为何落地遇冷？**

**是药不好，医院不愿意进吗？**

国家医保部门相关负责人曾言，在进行谈判药品时，疗效和价格都会仔细权衡，“也是在一定程度上替大家选药，国谈药是性价比最高的。”这名负责人同时谈到，影响医院选择用药的因素很复杂。

近年，国家医保谈判向创新药的倾斜明显，纳入目录的药品多为两三年内上市的新药，国家以“上新”促创新的信号强烈。有医药专家更与记者谈到：近两年，“灵魂砍价”其实少了，“温和谈判”多了，就是更希望“让有价值的创新药得到与其价值相匹配的价格”，寻求价格与创新之间的“最大公约数”。

对于政策的风向，企业不仅敏感，而且十分关注。

“中国建起了覆盖 14 亿人口的全民医保，如此成就、如此庞大的市场在世界上绝无仅有。而我们的药品涉及肿瘤、罕见病等，很多是高价药，可以说非常‘依赖医保’。要老百姓自费 10 万元、20 万元买药治病很难，他们很可能就不用这个药了。”跨国药企市场准入负责人西文(化名)告诉记者，该企业自 2017 年参与国谈，到今年，已有十多个药品进入国家目录，基本都降价 50%。

“我们‘以价换量’，就是为了进入这个全球最大的医疗保障体系，换取更大的市场份额。我想，国家花大力气争取到这个优惠，也希望老百姓能真正用得上。”西文说。

既然是新药、好药，怎会落地“遇冷”？千头万绪的问题，似乎聚拢到医院。

谈及国谈药“进院难”，上海市医疗保障局相关负责人分析，原因主要有三。第一，市场竞争原因。用当下时髦话说就是“赛道很卷”，比如，国内获批了十多种 PD-1 免疫抑制剂，医院选择余地很大，通常同类仅会选择一两种。第二，医疗角度原因。此前很长时期里，药品通过药监审批上市到进入医保目录往往需要五至八年，而如今，上市一两年就可以进入医保目录，有的甚至半年，而医生接受新药本身也有一个过程。第三，医院管理方面的原因。一些医疗机构以用药总品种数量限制、“药占比”以及“医保费用总额限制”等为

由，对国谈药进院态度复杂。

### 新的示范，为国谈药落地再推一把

正是在这样的背景下，“解法”对应而去。

根据《关于重申加快推动创新药械临床应用的通知》，上海市医保局会同上海市卫健委、上海申康医院发展中心进一步加大医院召开药事会和创新药入院的督查考核力度，要求定点医疗机构应在药品目录发布后1个月内，及时召开药事会议，做到“应配尽配”，对暂时无法纳入医院用药目录，但临床确有需求的新增药品，建立绿色通道纳入临时采购范围。

今年1月10日，新国家医保目录实施第10天，上海市医保局联合市卫健委、申康中心举行了一场医院与医药企业的“见面会”，32家市级医院分管院长、药剂科主任和部分区属医院分管院长，以及28家相关产品新纳入国家医保目录的上海医药企业负责人与会。“我们希望构筑一个多对多的平台，让医院了解企业的产品，加速国谈药进入临床让老百姓用上。”市医保局相关负责人对记者说，这样的“路演”是一次探索，更希望成为一种示范，在市区层面接力下去。

见面会上，相关主管部门负责人再度重申：创新药械临床应用纳入卫健部门相关专业质控考核，对各级医院的用药目录品种数不设数量限制，各级卫健、医保行政部门不将医院药品配备数量列为考核指标，医院不得以用药目录数量、“药/耗占比”等为理由限制创新药



械配备、使用；医保部门对新增谈判、竞价药品前三年实行单列预算，不纳入当年医院医保总额预算，第四年按前三年最高一年使用情况纳入总额预算测算基数；医保部门在 DRG/DIP 支付方面对创新药械予以倾斜，提高新技术应用病例支付标准，新技术应用高倍率病例不设控制比例，成规模新技术应用可独立成组……

“这都是希望解除医院引入国谈药的后顾之忧。”在场一名医药企业负责人对记者说，“在上海，我们感受到了多方为解决国谈药落地的诚意与决心。”

## 构建“双通道”模式，为打破医院顾虑出新招

### 医院还有什么顾虑？

适逢 1 月中旬，当记者问起药事会时，多名医院药剂科主任都不约而同地表示：“不太好说。”

医院的药事会——国谈药落地“最后一公里”上的最难关，到底是一个什么样的会？

药事会的全称是“药事管理与药物治疗学委员会”，会议承担的一项重要任务，就是投票决定医院的常备药物供应目录。

2018 年药品国谈制度常态化以来，国家医保目录年年更新。但一款国谈药的协议有效期仅两年，这就意味着，药企必须全力冲刺进院，药事会的地位也因此变得突出。

为保障国谈药进院，让患者尽快用上创新药，从中央到地方，政

策频频，方向大致为两类：一是医保督促医院必须及时召开药事会，一是卫健部门放开医院配备药品数量的隐性限制，力图减少医院引进新药必须剔除老药的顾虑。然而，医院对国谈新药的入院依然“不积极”。

“不少医生习惯用‘老药’。而且，这些金贵的创新药往往需要更好的物流、储藏条件，在院内药品零加成的背景下，这些对医院来说都是新增成本。另外，医院这些年要应对‘国考’等大小考核，在‘药占比’‘次均费用’方面都要顾及药品价格。”一名药剂科主任说，医院也体验着处在夹心层的困境。

面对医院的种种顾虑，国家医保部门联合卫健委印发文件，一条新通道出现。简言之，就是将零售药店纳入谈判药品的供应保障体系，与医疗机构实行相同报销政策，简称“双通道”模式。这也被视作打通国谈药落地“最后一公里”的新通道。

随着最新医保目录发布，地方医保局纷纷调整“双通道”管理药品名单。2023年12月29日，上海阳光医药采购网公布上海市纳入“双通道”管理的药品名单，共计503个品种。

### **“三医”联动，合力解题正在进行时**

在中国，长期以来，90%的药品处方由医院开出。因而在业内看来，“双通道”的开辟意义深远，为广大零售药店带来更多药品品种、客流量，带来更大的发展空间，也为医院药品储备、门诊开方减压。

可在实操层面，“双通道”并没有想象中那样顺畅。记者走访药房发现，药店为承接“双通道”职能，要配备药学专业人才、完善信息平台对接等，这并非朝夕可及。更紧要的是，医院的电子处方流转到医院药房也不容易。有医生直言：医生不太愿意让处方流转到医院药房，“发生用药安全问题算谁的?!”

“双通道”、药事会遇到的问题，似乎都是国谈药“落地难”进程上的表面现象，不是因，恰是果。有专家直陈：“当医院用药数量限制、对国谈药的药占比、医保总额限制等约束一一去掉，一些医院依然以此为理由回绝，这背后是思维上的惯性、惰性，还是有什么其他的隐形障碍?”

解决问题，需要一股韧劲。在上海，医疗、医保、医药三股力量合力解题，“下半篇的故事”还在继续。

临近1月下旬，申康中心传来消息：已有十多家市级医院召开了药事会。对西文来说，眼下就是紧跟自家药品的“上会”进程，因为“上会”只是开始，还得“过会”。

“上海的速度非常快，让我们可以腾出更多精力，跟进全国其他地方的情况。”西文的感受，在数据上有更直观的体现。上海医保局相关统计显示，2023年，上海医院采购国谈药金额已超过100亿元。

“国谈药使用从最初的10亿、15亿，到如今的百亿，从绝对数看，这个体量在全国领先，也说明政策的积极意义在显现，更多老百

姓用上了国谈新药、好药。”市医保局相关负责人告诉记者，看起来，医保基金多出了钱，但患者获益了，医生治疗水平提升了，企业发展了，经济好了，医保筹资水平进一步提升。这是“花小钱、算大账”的事。这个逻辑，也是上海推进国谈药落地的底气。

推进国谈药落地，是一个难题，看似症结在医院，但多名医药专家向记者强调，“这不只是医院的问题”。

来看一组业内最新数据：在我国，生物医药企业的资金来源正发生深刻变化，从此前多年由股权融资提供 90% 以上的资金，在短短一两年内，到 2023 年形成了由股权融资、资产交易、药品销售接近“三分天下”的格局。

“这实际上提示了药品销售在支持创新发展中的支撑作用，更说明这些年，包括国谈等在内的新政环境对创新的支持效应正在显现，让企业有更大的能力去投入创新研发、去‘出海’。”业内分析，往深看国谈药落地“最后一公里”问题，其中还涉及到对公立医院的重新认识，包括公立医院到底是公益性的还是营利性的，以及如何认识、评价公立医院在支持生物医药创新进程中的作用、价值。而这背后，需要医疗、医保、医药的“三医联动”，发挥政策的指挥棒效应。

三甲医院林立的上海，也是国内患者重要的就医目的地。国谈药落地“最后一公里”的上海解法，还在进行中。

[返回目录](#)

## 2024 药价整治背景下，差比价规则调整势在必行

来源：药渡数据

近日，国家四同药品价格专项治理，拉开了序幕。关于同一厂牌同一药品同一剂型同一规格的价格调整，其实是初始阶段，可以料想的是，第二阶段就会启动同品不同剂型不同规格的价格调整，话说到这里，有一件让企业至今比较犯难的事，迫切需要有关方面进行解决，那就是差比价规则。

2011年11月17日，《药品差比价规则》由国家发展改革委以发改价格〔2011〕2452号文件印发，差比价规则适用于当时的政府制定药品价格的行为，主要用于政府定价、政府指导价药品。而根据2015年“发改价格〔2015〕904号”文件，严格意义上，自2015年6月1日起，除麻醉药品和第一类精神药品外，原政府制定的药品价格已经取消了。可以这么说，作为衍生文件的2452号文件，早就应该送进档案库封存了。

2452号文件至今，仍然活跃在国采、省采、省级挂网的主要原因是，如果没有这份比价文件，从上到下，基本上就没有比价的依据。由于这份2452号文件已经“名不正言不顺”，所以，各地方“需要”它时，就轻轻拾起，“不需要”它时，就慢慢放下。这也就是已经快九年了，差比价在地方已经演变成花样繁多的比价“游戏”了。一个差比规则，各地特色明显，有乘除的、有差比的、有反差的、有正差

的、有不差的、有全差的，差与不差，就是一差间的事，对企业价格体系维护的工作来说，则难上加难。

如果是一把尺子一套标准，相信大家都会心服口服，但标准不一，就算企业创下了全国最低价，也会因为东差西差，把价格螺旋式降到更低。记得当年 4+7 带量采购拟中选结果出炉后，某企业的恩替卡韦拟中选颇受争议。据悉，恩替卡韦还有一家报价 0.57 元/粒，却没有中选，正是由于分散片差比价要乘 1.2，某企业正是按照游戏规则中标的。

差比价规则至今已经将近十三年未有变化，距离撤消政府定价及衍生文件也有快九年了，国家医保局前几年也曾经在某份文件中提及差比价规则要及时完善，这又几年过去了，药品市场发生了翻天覆地的变化，集采、国谈、价格治理，红红火火，但，往往最小的细节里容易出现较大的问题，看似不起眼的比价规则沿用旧版本，是否太过简单了？当年政府定价、政府指导价的方法已经成为历史了，差比价各种比价系数的函数是否做过大样本回归分析？数据是否合理？！

当然，在现行的药品集中采购工作中，差比价是具有无可比拟的标准优势的，即可以防止极个别产品转换剂型规格，价格从而虚高，又能够从公平公开起见，防止不同质量层次产品价格产生倒挂。但是现在，从逻辑性角度来说，差比价存在的合理性又在哪里？现在的差比价给企业带来的一点一滴的价格体系的难以维继与损失又有谁来

承担?!在处方合理用药、四级药事会制度、药品带量采购、医保支付标准趋同的各种背景下，作为一项次生文件的差比价，首先合理性就会成疑，同时，现行的差比价在各省的带量采购中被理解得五花八门缺乏统一性与规范性，这种给生产经营企业所带来的有形和无形成本将极具扩大，造成很多资源的持续浪费。

差比价是价格制定、治理的依据之一，既然是依据、是规则，那么理应统一。据江湖传言，2024年，有关方面会将差比价规则进行重新理顺，进行修订完善，相信绝大多数的企业包括各地招采部门对此是表示欢迎支持的，既然今年价格治理已经成为趋势，那么治理的标准与尺度理应一致，请国家有关招采组织部门抓紧完善、统一差比价规则，不要让各省再“结合实际”各自理解，从而真正让新版本的差比价经得起市场的检验。

[返回目录](#)

## • 中医药服务 •

### 多方联动构建中医健康管理协作机制

来源：中国中医药报

中共中央、国务院印发的《“健康中国2030”规划纲要》中指出，要“将中医药优势与健康管理结合”“立足全人群和全生命周期两个着力点，提供公平可及、系统连续的健康服务，实现更高水平的

全民健康”。如何建立中医健康管理联动机制，推动医疗资源合理配置，确保优质服务持续可及，成为当今需要思考解决的重要民生问题。

中医健康管理是在中医学理论的指导下，以中医的健康管理理念、模式、技术及方法，以维护个体和群体健康为目的，通过中医的方式对患者进行全面的健康检测、分析、评估，提供中医健康咨询指导以及对健康危险因素进行中医干预。公立医院可在规范中药处方诊断术语的基础上，借助自然语言处理技术，针对常见疾病/证型，梳理“病证—摄养”知识图谱，规范摄养内容格式标准，构建关联关系知识模型，为患者智能高效推荐更加科学有效、独具中医特色的病证摄养指导，随同中药用药一并发放给患者，为健康管理机构家庭医生提供参考。

目前我国家庭医生主要由基层医疗卫生机构注册全科医生(含助理全科医生和中医类别全科医生)及具备能力的乡镇卫生院医师和乡村医生等组成。家庭医生以家庭为单位，以整体健康的维护与促进为方向，可为签约居民提供综合、连续、有效、及时以及个性化的责任制医疗保健服务，主要包括基本医疗服务、基本公共卫生服务以及个性化健康管理服务。其中个性化健康管理服务项目可综合考虑基层医疗机构服务能力、医保公共卫生基金承受能力以及社区居民个人支付能力等因素，分档制定个性签约服务包。例如家庭医生在为签约居民提供常规体格检查、中医体质辨识、健康状况评估服务的同时，可参考公



立医院为签约居民提供的病证摄养指导，从中医养生保健、日常生活方式等方面对患者进行健康宣教干预，帮助患者掌握正确摄养方法，培养科学养生观念，养成健康生活方式，促进机体痊愈康复。

国务院办公厅发布的《“十四五”国民健康规划》中明确，促进社会办医持续规范发展。鼓励社会力量在医疗资源薄弱区域和康复、护理、精神卫生等短缺领域举办非营利性医疗机构。引导促进医学检验中心、医学影像中心等独立设置机构规范发展，鼓励有经验的执业医师开办诊所。增加规范化健康管理服务供给，发展高危人群健康体检、健康风险评估、健康咨询和健康干预等服务。社会办医是我国医疗卫生服务体系的重要组成部分，鼓励引导社会办医，有利于化解群众日益增长的多元中医健康管理的需求与公立医院健康管理服务资源供给不足之间的矛盾。一方面，社会办医可充分发挥资金优势，加强多矩阵中药大健康产品研发应用，诸如中药保健食品、药食同源食品、食疗药膳茶饮、中药熏香药浴等；另一方面，可结合实际积极开展适宜的家庭医生签约服务，基于公立医院专业摄养指导，为患者量身定制养生产品组合，提供特色健康干预服务。

以家庭医生为核心，公立医院为依托，社会办医为补充，构建多方联动机制，有助于提升中医健康管理服务效率，满足群众多元健康管理需求，推动区域健康产业高质量发展。

[返回目录](#)

## 推进中医药传承创新发展需要把握的几个关系

来源：中国中医药报

中医药文化是中华优秀传统文化的重要组成部分。推进中医药文化传承创新发展，是弘扬中华优秀传统文化、推进健康中国建设的实践要求，也是增强文化自信、提升国家文化软实力的重要内容。推进中医药文化传承创新发展，要坚持以习近平文化思想为指导，深入学习贯彻习近平总书记关于中医药工作的重要论述，深刻把握蕴含其中的辩证法思想，认真把握中华优秀传统文化与中医学、中医与西医、未病与已病、中医药传承与发展等方面的辩证关系。

### 把握中华优秀传统文化与中医学之间整体和部分的关系

习近平总书记指出：“中医学包含着中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中华民族的伟大创造和中国古代科学的瑰宝。”“传统医药是优秀传统文化的重要载体，在促进文明互鉴、维护人民健康等方面发挥着重要作用。中医学是其中的杰出代表，以其在疾病预防、治疗、康复等方面的独特优势受到许多国家民众广泛认可。”可见，中华优秀传统文化与中医学存在着整体与部分的密切关系，中医学是中华优秀传统文化的重要组成部分。整体与部分是一种哲学和系统论的概念，用来描述事物的组成结构和相互关系。整体是指一个系统或事物的总体，关注的是系统的整体性质。部分是整体的组成成分，是构成整体的个体或元素。

中医药学的发展离不开中华优秀传统文化的孕育和滋养，中医药学的理论体系深深植根于中华优秀传统文化的哲学观念。正是在中华优秀传统文化的滋养下，形成了天人合一、顺应四时、形神兼顾、阴阳平衡等中医药文化理念。无疑，这些理念是中华优秀传统文化的重要组成部分。再比如，中医药学强调“药食同源”，体现了中医对食物和药物的整体性认识，是对中华文化饮食养生观念的反映，和中华优秀传统文化中讲究饮食调养的观念相契合。综上所述，中医药学与中华优秀传统文化是部分与整体且是一种相互依存的辩证关系。中华优秀传统文化作为整体，孕育和滋养了中医药学；没有中华优秀传统文化的孕育，就没有中医药学的传承和发展。中医药学作为中华优秀传统文化的重要组成部分，进一步丰富和扩展了中华传统文化的深刻内涵，成为中华传统文化传承的重要载体，更成为推动当代中华文化复兴的重要支撑。

### **把握中医与西医之间矛盾的同性与斗争性的关系**

习近平总书记强调，“坚持中西医并重，传承发展中医药事业”“新形势下，我国卫生与健康工作方针是：以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，把健康融入所有政策，人民共建共享。”与中医药理论相对应，西医是指现代医学，这种医学体系起源于欧洲，是通过使用各种现代医学仪器和技术进行病理学、影像学等方面的检查，以帮助确诊和治疗的医学体系。中西医学的对立与统

一是个复杂而深刻的问题。习近平总书记强调：“要着力推动中医药振兴发展，坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展。”中西医两种医学体系在理论观念、诊断治疗方法、疾病认知方面存在显著的差异，但在很多层面上也可以找到他们许多的融合点，针对一些疾病，中西医学可以进行综合治疗，充分发挥各自的优势。实现两者的共同发展，关键要以正确的心态对待中医和西医的关系，任何时候都不应该把中医与西医放在一个事物的对立面，中西医学在最终目标上都是追求患者的康复和健康，面临着共同的敌人——疾病。因此，在治病过程中，因病而异，因人制宜，一切以病人受益最大化为原则。

在新冠疫情时期，习近平总书记指出：“要加大重症患者救治力度，加快推广行之有效的诊疗方案，加强中西医结合，疗效明显的药物、先进管用的仪器设备都要优先用于救治重症患者。”中西医并重不仅体现在重要程度上，还体现在整合中医西医形成未来的医学方向，立足于健康中国和人民健康去把握和发展中西医学，形成未来医学发展的新趋势。只有以正确的心态对待中西医之间的关系，中医药文化才能更好地传承发展，中医药事业方能更好服务人民健康。

### **把握未病与已病之间量变和质变的关系**

“上工治未病，不治已病。”“良医者，常治无病之病，故无病。”未病和已病是中医理论中的两个重要概念，反映了中医对健康和疾病

的不同阶段的认识。未病指的是人体没有明显的病症表现，但可能存在一些潜在的不平衡或亚健康的状态，可以通过调整生活方式来预防疾病的发生。已病则表示人体已经出现了明显的病症，需要通过辨证施治，根据患者的具体症状确定病症的具体病机，进行相应的治疗和调理。这和马克思主义量变和质变的辩证法高度契合。量变是指事物在数量上的增减，即某个属性的增加或减少，但其本质和性质并未发生根本性的变化。质变则是指事物在本质或性质上发生的变化，即经历了根本性的变革，不再是原来的状态。量变是质变的必要准备，质变是量变的必然结果。未病是已病的基础，已病是未病由量变到质变，由隐变到显变的结果，两者密不可分。

推进健康中国建设，其中非常重要的一环就是坚持“治未病”的思想。中医“治未病”理论包括三层含义：一是“未病先防”，二是“既病防变”，三是“瘥后防复”。所以，健康中国建设要实行“疾病关口前移，以预防为主，防治结合”。坚持预防为主的卫生健康工作方针，是对长期以来实践证明行之有效的做法的坚持、继承、发展。习近平总书记指出：“坚持预防为主，深入开展爱国卫生运动，倡导健康文明生活方式，预防控制重大疾病。”中医“治未病”理念为人们提供了更加全面、科学、健康的养生方式，为保障人类健康提供了新的思路，为全球卫生治理提供新的方案，在全面推进健康中国建设中发挥着独特作用。

## 把握中医药传承与发展之间守正与创新的关系

习近平总书记在致中国中医科学院成立 60 周年的贺信中指出：

“当前，中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机，希望广大中医药工作者增强民族自信，勇攀医学高峰，深入发掘中医药宝库中的精华，充分发挥中医药的独特优势，推进中医药现代化，推动中医药走向世界，切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好，在建设健康中国、实现中国梦的伟大征程中谱写新的篇章。”中医药经过数千年的发展，仍然保持着旺盛的生命力。传承和发展中医药，深入挖掘中医药精华，就要把握守正与创新的辩证关系。

一方面，要传承精华，即守正。守正守的是中医药文化之根本，守住中医药文化本身的民族特色和传承中医文化精髓。中医药学蕴含着博大精深的中华优秀传统文化精髓，拥有经络学说、阴阳五行理论、辨证施治为核心概念的强大精神内核，中医药的起源可以追溯到数千年前，历经多个历史时期的发展和完善，形成了独特的理论体系和诊疗方法，形成了《黄帝内经》《伤寒杂病论》等硕果累累的经典著作，形成了传统医学独特的宇宙观、生命观、健康观。所以，中医药文化传承，要坚守中医药核心价值观、认知思维模式和行为准则，发挥其引领作用。中医药文化传承意义重大，中医药文化传播和传承是进一步推动中华民族文化复兴的一个引擎，也是中医药服务全人类健康、

走向世界的内推力。

另一方面，要辩证否定，即创新。中医药文化具有时代性，需要根据时代的发展变化对传统中医药文化进行“创造性转化、创新性发展”。习近平总书记指出：“要遵循中医药发展规律，传承精华，守正创新，加快推进中医药现代化、产业化”。进入新时代，现代化科技呈现出飞速发展的态势，深刻地影响与改变着人们的生产、生活和思维方式。中医药文化要以现代化科技手段为依托，发展新的治疗方法，走中医药现代化发展道路，以不断创新的姿态适应人们不断增长的精神生活需求与健康需求。创新中医药文化传播手段，增强文化自信，丰富中医药文化国际传播的合作机制，加强中医药人才培养与交流，推动中医药文化走向世界。

因此，中医药发展必须坚持传承与创新的辩证统一。传承是创新的基础和前提，在传承精华的过程中要保持中医药的特色优势。创新是传承的突破和升华，要坚持马克思主义基本原理同中华优秀传统文化相结合，在马克思主义世界观、方法论指导下，深入挖掘中医药宝库中的精华，在中医药发展过程中要不断利用现代科技手段丰富自身，以提升中医药的疗效和适用性，推进中医药现代化，为健康中国和全民健康注入新动力，也为完善世界医学模式、服务全球人类健康贡献中国智慧。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 医管大变革！主诊医师负责制「邵医模式」是如何打造的？

来源：健康界

近年来，中国工程院副院长、中国医学科学院北京协和医学院院校长王辰院士在多个场合呼吁，我国应建立主诊医师制，以逐步取代三级医师查房制度。

他还曾大胆预测——主诊医师制有可能成为中国医院管理改革的主线性的变革之一。「需深刻体悟主诊医师负责制之先进性，进行系列制度改革以保障实施落地。」在1月12日举办的2024年中国呼吸学科发展大会上，王辰院士再次强调。

主诊医师负责制是国外医院广泛应用的一种医疗服务管理模式。Attending(主诊医师)可以与1名Fellow(专培医生)、1~2名Resident(住院医师)组成医疗组，负责患者从门诊到住院、手术、会诊和出院随访的全诊疗过程，以及科研、教学、社会服务等任务。

这个制度以医疗小组为运行单位，科室日常业务细分为若干单位，删减繁冗的管理层次，门诊、病区、手术实现一体化转归，诊疗流程实现无缝衔接。患者治疗可以得到全程控制，即使出院了仍然可以找到自己的主诊医生是谁。同时，住院医生可以得到系统的、连贯的培训。

目前，我国普遍实行三级医师查房制度，即主任医师(副主任医



师)、主治医师、住院医师按等级开展诊疗活动。住院医师是诊疗患者的直接实施者，主治医师是诊疗患者的责任者，主任医师(副主任医师)是诊疗活动中的领导者。

三级医师查房制度历史上发挥过「传帮带」作用，很大程度上保证了医疗质量安全，然而其弊端日趋凸显。王辰院士表示，高级医师不具体接触患者却承担决策，主治医师反而职责、角色不清，各层级医师工作量不切实际。此外，年轻医生、住专培结业学员职业路径不清，成长严重受限，高级医师临床经验、能力亦受严重影响。

王辰院士认为，推动实行主诊医师负责制，应当「先立后破」，在实施三级查房制基础上，紧跟国家统一号令，随着住培、专培制度的完善，逐渐过渡到主诊医师负责制。

浙江大学医学院附属邵逸夫医院(以下简称「邵医」)是国内最早实施主诊医师负责制的大型综合医院。30年来，邵医在实践中结合我国的医疗模式和医改政策要求，逐步完善改进，形成了独特的「邵医模式」。

### 核心原则是主诊医师

### 拥有最终的治疗决定权

浙江大学医学院附属邵逸夫医院从1994年建院开始，就在美国罗马琳达大学医学中心管理专家团队的帮助下，建立起了一整套与国际接轨的现代化的医院管理模式。其中，主诊医师负责制(Attending

制)最具代表性。

不生搬硬套，而是因地制宜，是主诊医师负责制在邵医成功的关键。据浙江大学医学院附属邵逸夫医院呼吸与危重症医学科学科带头人应可净教授介绍，在中国医疗体制的大环境下，邵医在实施主诊医师负责制的同时，保留了三级医师查房制度的要求，并将其融入到主诊医师负责制中，形成一个「院、科、组」三级医疗管理体系。

邵医实行的是科主任领导下的主任医师负责制，由各个临床科室执行科主任领导，科主任既是医疗组的主诊医师，同时要全面负责科室内的技术创新和内涵建设、相互协调等工作，将部分精力放在科室管理上。

在具体执行过程中，邵医以委员会管理制度为基础，具体划分为行政与医疗两大块。在行政方面，医院成立资格审查委员会，对于每一级别的医生，都须经过严格的考核考评，才可授予相应的医生权限，执行相应级别的医疗工作；在医疗方面，医院成立医疗执行委员会，下设医疗质量与安全委员会、病案管理委员会、医疗技术临床应用管理委员会等 10 多个委员会，确保主诊医师制的医疗质量。

科室主任定期开展科室医疗质量及人力、物力和财力等方面有效管理的事项讨论，每月开展至少一次下级医师业务讲座和死亡、疑难病例讨论会，按时完成人员培训计划等。

主诊医师小组成员根据科室的工作安排，承担本组门急诊和病房

患者的诊治工作，院内外会诊工作以及临时指令性院内外医疗活动，对于重大疑难危重患者的治疗、启动的新技术、新项目，必须主动及时向科主任汇报。

应可净教授指出，主诊医师负责制在每个医院的表现形式可以多样性，但核心原则是主诊医师拥有最终的治疗决定权，并对教学医疗中出现的所有问题把关。无论是教学医院、综合医院、专科医院还是社区医院，主诊医师负责制的意义均在于明确医学责任主体。

### 不唯职称

#### 采取「双轨制」人才发展通道

#### 优秀主治医生可以直接跳到主诊医师

主诊医师负责制打破了建立在职称体系之上的医生执业方式。应可净教授介绍道，在专业技术人员晋升基础上，邵医实行院内卫生专业技术人员职称聘任制，做到评聘分开，专业技术职称和院内职称相结合的发展通道。档案职称是传统意义上的住院医师、主治医师、副主任医师(副主任技师)、主任医师；院内职称则包含住院医师、专培医生、责任医师。

邵医每年年底组织一次考试，进行主诊医师的遴选。成为一名主诊医师的资格要求是副主任医师或者资深的主治医生。程序是通过资格认定审查委员会审核，报院务会通过。职责上，要求完成医疗任务、教学任务(包括医学院学生教学和本院年轻医生的培养)以及规定的

科研任务。

在此基础上,竞聘主诊医师要经过专家小组的考核,考核内容有:疑难病例分析能力、临床操作能力、辅助检查结果分析能力、掌握学科新进展情况、科研和带教能力、专业英语水平。

她指出,在这样的制度下,一些副主任医师未必能成为主诊医师,而如果有的主治医生足够优秀,完成了各项考核任务,同时医院也需要,就可以直接跳到主诊医师。

据应可净教授介绍,主诊医师有5种角色:

一是医疗决策者。

不论是门诊患者还是住院患者,其诊疗方案的制订和决策均由主诊医师负责。

二是服务推动者。

不管是在哪个科室,不论医技科室,还是护理人员,都是执行主诊医师的诊疗思路和医嘱。

三是关键责任人。

主诊医师的知识、技术、能力和领导力直接关系到疗效和质量。

四是服务总导演。

以患者为中心,实现从门诊、住院、手术、出院、随访等服务的连续性;并且在医疗数据标准化程度和共享机制不完善情况下,主诊医师负责制能够保证患者数据的一致性、连贯性和完整性。

五是医患关系缔造者。

虽然主诊医师不是陪伴患者时间最长的人，但主诊医师是医患关系缔造者，也是与患者建立信任的最关键因素。

目前，国家强调规范临床诊疗行为，合理使用药耗。她指出，邵医明确科主任为科室合理用药第一责任人，并细化管理目标到主诊医师组，明确奖惩措施，「假如 Attending 组相关数据不达标，医院会直接找这个组的 Attending，而不是找具体某个医生。」

动态监测耗材指数，引导临床合理耗材使用。邵医设定耗占比为主诊医师绩效考核指标之一，进行动态监控，规范控制耗材合理使用。严格把控临时采购耗材使用指征和对应开展的医疗技术，特别对于新技术新项目施用的耗材临时采购，需经过严格的新技术新项目审核批准后，才允许采购施用。

### 主诊医师岗位工资制的差别

#### 远远超过副高、正高间的工资差别

实施主诊医师负责制，不仅会改变了原有诊疗模式，也将触发医院内部与之相关的一系列改革，需要一整套配套制度。

应可净教授介绍，邵医实行全员聘用制人事管理制度。全员聘用制要求所有员工不受原有身份的影响，经过考核后被聘任到相应的主诊医师小组岗位。对不符合要求和不遵守规定的员工，均可辞退或不予续聘。「这种合同形式的聘用关系，有利于医院人事管理的规范化

和制度化，使每个 Attending 小组都能保持旺盛的活力。」她表示。

与全员聘用制相辅相成的是岗位工资制。岗位工资的基本特点是根据员工所在岗位、技术要求高低、责任大小、劳动强度和风险程度等因素来确定工资额度，而不仅仅是以小组为单位整体核算。

应可净表示，岗位工资制不是传统的档案工资制。且按照主诊医师制度，岗位工资制差别远远超过副高、正高之间的差别，如此，有利于提升员工的积极性。

和主诊医师制配套的，还有「入院准备中心」。邵医自 1994 年开业以来便设立了床位协调处，实施全院床位统一管理，统筹安排，将有限的床位利用最大化，床位不由科室或科主任掌握，打破科室掌握床位、各科室床位利用率不均等的传统局面，避免因床位而产生的不合理的竞争。

此外，邵医采取多举措人才培养培养，为员工提供形式多样、不同层次的培训项目。比如，护理人员的垂直管理、各级护理培训计划、潜力医生培训计划、不同级别(A\F\R)聘用培训计划、国外医学院校交流培训计划等。

同时，设立「资深主诊医师」，由工作 5 年以上、没有医疗纠纷、患者满意度高的主任医师担任，来加强「传帮带」。为了避免年轻医生跟一个主诊医师时间太久，出现思路不够开阔、知识结构断层等问题，邵医要求年轻的住院医师每 6 个月调整一次主诊医师小组，提高

人才培养的质量和综合技能。

王辰院士曾颇为乐观地指出，主诊医师制改变了医院人力资源结构，将在很大程度上提高中国医生人力资源的利用效率。通过建立新的生产关系，产生新的生产方式，中国医疗体系将焕发出新的更大的生产力。

[返回目录](#)

### **省钱省事省人省心：医院如何通过指标中台建设赋能精益化管理？**

来源：福建省肿瘤医院

日前，福建省肿瘤医院(复旦大学附属肿瘤医院福建医院)考核评价科主任张弓围绕医院指标中台建设和指标化管理进行了深入分享。

针对公立医院高质量发展，国家发布了一系列文件，如《关于推动公立医院高质量发展的意见》、《公立医院高质量发展评价指标(试行)操作手册》(8项一级指标、27项二级指标)，张弓表示，这标志着公立医院进入「量化时代」。

由此，建立全院级统一的指标管理体系已成必然趋势。「指标化管理」是保证公立医院高质量发展的关键要素之一，医院理应有一套成熟的系统来制定医院运作时需要的各项指标，这有助于医院的品牌建设、学科建设和内涵建设，也能对职工起到激励作用。

近年来，福建省肿瘤医院三级公立医院绩效考核(下文简称「国考」)成绩都在全国前十。张弓指出，国考共有56个三级指标，其中

定量指标高达 51 个，占据 90%的比例。

国考是结果，国考导向通过指标进行管理，如何运用国考指标并将其融入到医院的管理中，是医院管理者需要思考的问题。

### 信息化建设重复、成本增加、数据打架

#### 如何资源复用、避免浪费？

那么，如何查找数据背后的问题，理解指标背后的内涵？「工作指标是一种结果管理方式，每个指标后面都包含许多医疗行为与管理行为，只有全面读懂指标背后的深意，理解并掌握每个指标背后的内涵，建立完善针对某一个指标的精细化过程管理体系，乃至高于国家考核标准，才能真正实现指标的管理意义。」张弓表示。

医院指标化管理容易产生什么问题？张弓归纳出有五类问题不可忽视：

1. 准确性：数据获取、口径来源不一；
2. 数据多头建设：在过去，前台对应后台，新建前台就要新搭后台，导致重复建设与成本增加；
3. 指标分散管理：部门墙、业务墙、数据墙，好比是「烟囱式架构」；
4. 指标分析碎片化：无法精准画像；
5. 数据无法转化价值：难以驱动决策和行动。

福建省肿瘤医院基于指标中台理念提出了解决方案。指标中台是



一个将医院各类数据进行整合、分析和展示的平台，它能够帮助医院更好地了解医院的运营情况，发现问题并及时解决。中台的定义有很多，在医院可以被认为是院级能力复用平台。

建立中台之后，中台将工作中的重复环节抽取出来，通过统一平台和标准集合整个组织能力，将资源复用，避免浪费。指标中台还可以统一指标分类、口径、计算，提供统一的指标服务，让前台可以方便调用指标服务获取指标能力。如此一来，前台变「轻」，后台化「简」，降本提效。

在团队分工中，总负责人是院长，执行团队是考核评价科。医务科、质控办、信息科、财务科、人事科、科教科等作为协同管理的部门，与执行团队配合工作。

据张弓介绍，在管理过程中还有一个关键的细节，就是医院每年年初要求科主任签订的目标责任书，会直接对标指标体系。

在全流程指标管理方面，每年福建省肿瘤医院都会制定、完善各类考核文件和清单，如每年年初出台当年度学科能力建设考核方案，每年修订。2019年，医院成立独立的指标管理部门；2020年，统计室合并至指标管理部门，核心工作指标体系正式启用；2021年，出台第五周期主诊医师组评价指标体系。

**打破隔阂数出一门**

**开启数据归口管理时代**

在海量数据背景下，如何实现数据的统一出口与归口，打破数据墙、业务墙，解决重复建设问题，是当前医院面临的挑战。张弓着重介绍了指标优化和解决数据孤岛的问题。

首先，医院进行组织架构的优化，从多层级升级为集中扁平，将分散在各部门的数据全部都归口到了指标中台来，并设立专职部门负责院级数据的收集和指标的汇总。在职能分工上，将分散在各部门的院级综合类数据，进行相应的归口管理。

随后，医院对相应的工作流程进行规整，医务数据、质控数据、财务数据、人事数据、科教数据等全部归口到指标中台上来进行沉淀。

这意味着，指标数据分散在各科室且数据收集困难、准确性不高、口径不统一、无法重复利用的情形已经成为历史，取而代之的是由指标中台提供指标，统一数据、统一口径、统一填报。由此打破部门墙、业务墙、数据墙之后，解决重复建设、数据打架等问题。

其中带来最直接的便利是院级填报项目全部由指标中台提供，这其中包括国家卫生系统信息网络直报系统卫统报表、HQMS 医院质量监测数据上报系统、NCIS 医疗质量管理控制情况调查表、三级公立医院绩效考核、院长绩效考核、等级医院评审等。

此外，院级数据及各部门跨系统指标需求也全部由指标中台提供。

### 三分治理七分运营

## 加速指标数据实现价值变现

在指标中台建设中，面对海量的数据和指标，怎样对指标进行有效管理？什么指标才是医院需要提高的核心能力？

张弓提到，指标体系的构建需要有足够的广度，尽量做到临床、医技、职能部门全覆盖。同时，指标体系也要在服务能力、运营效率、质量安全、人才科教、满意度等方面做到全覆盖。

源于学科建设的重要性，福建省肿瘤医院对学科建设能力考核体系进行较大的改版。临床、医技学科能力建设考核指标体系由一级指标、二级指标和三级指标构成。

具体来看，在服务能力方面，主要对被考核科室的工作负荷、疾病诊治、医疗技术、科室管理进行分析和评价；在质量安全方面，对被考核科室的医疗质量、医疗安全进行综合分析和评价；运营效率方面，对被考核科室的工作效率、运营管理、DRG 管理进行综合考核；持续发展方面，主要对被考核科室的人才培养、专业影响、科研能力、教学能力进行分析和评价；满意度评价则是对被考核科室的门诊患者满意度、住院患者满意度进行分析和评价。

不难看出，福建省肿瘤医院的考核指标是以国家三级公立医院绩效考核指标为基石，融合各类考核指标设立而成。考核结果作为临床、医技科室负责人年终综合考核、科室评优、重点学科建设评估的主要参考依据。

张弓表示，医院每年需根据外部情况变化及医院战略需求对指标进行调整和修订，使指标体系更契合实际。而加速指标数据转化为业务价值，是将数据和指标反哺到运营和辅助决策的过程，即基于指标中台，通过全方位指标体系考核，实现价值变现。

医院通过制作日报、运行周报、月报、季报、年报，及时地全方位覆盖重点指标，形成了全周期闭环。每个季度将重点指标反馈至各科室，关键指标设有专题分析；每年年底反馈科室本年度指标完成情况，并作年度全方位分析报告。

考核过程中，医院会专门将临床医技科室分为外科、非外科及医技三个片区，分别进行考核、排名；医院对三个片区分数排名前 30% 的科室进行表彰，评为本年度先进科室；每个先进科室获得奖励基金 5 万元；医院对各片区末位学科进行负责人约谈。

全方位指标体系的构建，强调了过程管理和跟踪，加强了对指标内涵的管理，推进医院精细化管理进程。张弓提到，医院在精细化管理的实践中，还需要从多点发力，促进指标体系落地，从而充分发挥作用。

张弓在总结中表示，指标中台建设是组织体系创新，打破部门壁垒，破解「谷仓效应」（组织内部由于缺乏有效的沟通和信息共享，导致不同部门之间各自为政，形成了类似谷仓那样的独立系统，这些系统之间虽然有各自的进出系统，但却缺乏必要的交流和互动，从而

使得整个组织难以达到和谐运作的状态);构建及时高效的管理数据库,是精细化管理的催化剂;完善考核体系是医院精细化管理的重要抓手。

「指标中台作为新型管理方式,加速数据价值转化,实现了四省:‘省事’、‘省钱’、‘省人’、‘省心’。」张弓讲出了自己的感悟。

[返回目录](#)

## • 医疗信息化 •

**国家卫健委：财政要加大支持力度，县域医共体要加强信息化建设**

来源：大健康派

日前,国家卫生健康委召开新闻发布会,介绍全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设有关情况。

推进县域医共体建设是深化医改的一项重要举措。近日,国家卫生健康委联合中央编办、国家发展改革委、财政部等9个部门印发了《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》,围绕科学构建、规范内部运行管理、提升整体服务能力、完善支持政策等方面,对全面推进建设紧密型县域医疗卫生共同体提出了具体的任务和工作要求。提出到2025年底,力争90%以上的县市基本建成紧密型县域医共体;到2027年底,紧密型县域医共体能够基本实现全覆

盖。

国家卫生健康委基层司司长傅卫介绍，从2019年开始，国家卫健委启动了紧密型县域医疗卫生共同体建设的试点工作，先后也确定了山西、浙江、新疆三个试点省份，以及其他省份的县(市、区)，一共828个试点县。

5年以来，国家层面不断加强顶层设计，省级层面也加快铺开，目前有18个省份已经先后印发了全面推进县域医共体的政策文件。各个试点取得了积极的进展和成效，也涌现出了一批典型的地区，积累了相对成熟的经验，为全面推进紧密型县域医共体建设奠定了坚实的基础。

### 优化调整医疗服务价格

#### 开展支付方式改革

国家医保局医药管理司司长黄心宇介绍，国家医保局指导各省全面建立了医疗服务价格动态调整机制，持续加大医疗服务价格优化调整力度，在总体不增加群众看病负担的情况下，指导各地动态调整偏低的门急诊诊查、护理等技术劳务类项目价格，指导有关省市规范基层医疗机构一般诊疗费价格，均质化程度高的医疗服务项目同城同价，推进优质医疗资源下沉，统筹支持乡村医疗机构发展。同时，还指导各省制定“互联网+”医疗服务价格政策文件，规范互联网复诊、远程会诊、远程监测等医疗服务项目收费，促进互联网诊疗向基层延

伸，满足群众使用互联网医疗服务的需求。

黄心宇介绍，在紧密型县域医共体建设中开展支付方式改革，具体有四个方面：

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。二是年底清算的时候，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，国家医保局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。

## **提升基层卫生服务能力**

### **引导患者在基层就近就医**

黄心宇表示，医保部门在健全完善基本医疗保障制度的过程中，一直非常重视发挥基层医疗机构的服务功能，采取多种措施支持基层医疗机构健康发展，引导患者在基层就近就医。主要体现在三个方面：

一是织密基层服务网络。按照基层医疗机构、专科医院和综合医



院兼顾的原则合理确定医保定点医疗机构的范围。在申请定点医疗机构的条件上向基层医疗机构进一步倾斜，积极通过乡村一体化管理等方式实现村卫生室医保结算。

二是支持基层医疗服务利用。在门诊方面，建立健全职工医保普遍门诊统筹，把多发病、常见病等这些普通的门诊费用纳入到医保统筹基金支付范围。在报销比例上对基层医疗机构给予倾斜。

居民医保门诊统筹主要依托基层医疗机构开展，设立了居民医保高血压、糖尿病“两病”专项保障，主要支付二级及以下基层医疗机构发生的“两病”药品用。在住院方面，对不同级别的医疗机构实行差别化的医保支付政策，医疗机构的级别越低，报销比例越高、起付线越低。2022年政策范围内职工和居民医保平均住院报销比例基层医疗机构比二三级医院分别要高10个百分点和17个百分点。

三是支付方式改革过程中，激励基层提供合理的医疗服务。各地在年度新增医保基金总额预算时，重点向基层医疗机构给予倾斜，支持基层医疗机构为平台开展家庭医生签约服务。在按病组(DRG)或按病种分值(DIP)支付方式改革中，推进常见病、多发病“同城同病同价”，充分调动基层医疗机构服务的积极性。

下一步，结合当前基层医疗机构服务能力和医保制度功能，考虑以推动常见病、多发病在基层诊疗为突破口，支持参保人优先利用基层医疗服务，持续发力、久久为功，在保证医保基金平稳运行的基础

上不断提高参保患者的就医便利性。

## 发挥各方合力

### 促进紧密型县域医共体良性发展

傅卫表示，更好发挥各方合力，对建设好县域医共体是非常重要的。

对于政府部门来说，一是要压实监管责任，协调推动医共体规划建设、投入保障、人事安排、绩效考核、运行监督等重大事项。二是完善支持政策，中央财政通过基本公共卫生服务项目、基本药物制度补助资金等对乡村医疗卫生服务和机构予以支持。

中央预算内投资对县域医共体内符合条件的项目要加大支持力度，地方政府新增财政卫生健康支出要向县域医共体内基层医疗卫生机构适当倾斜。还要优化人事编制和薪酬管理。另外要加强医保和价格政策的支持和协同。

对于县域医共体来讲，一是要提高管理水平，二是要提高服务能力。对外要加强和城市医院的合作，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，牵头医院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。更好地方便群众，促进紧密型县域医共体的良性发展。

[返回目录](#)

## 区域级医疗互联网医院：推动“健康中国 3.0”的重要利器

来源：北创汇健康

在当今数字化时代，医疗行业正经历着前所未有的变革。随着互联网技术的飞速发展，区域级医疗互联网医院应运而生，为“健康中国 3.0”战略的实施提供了有力支持。本文将探讨区域级医疗互联网医院如何成为推动“健康中国 3.0”的重要利器。

### 一、区域级医疗互联网医院的崛起

区域级医疗互联网医院通过互联网技术，将优质医疗资源下沉至基层，提高了基层医疗服务水平。这种新型的医疗服务模式，使得患者在家门口就能享受到高质量的医疗服务，有效缓解了看病难、看病贵的问题。

### 二、区域级医疗互联网医院的价值

1. 优化医疗资源配置：区域级医疗互联网医院能够将优质医疗资源进行整合，提高资源利用效率，使得基层医疗机构也能获得先进的诊疗技术和设备。

2. 提升医疗服务效率：通过在线问诊、远程会诊等方式，区域级医疗互联网医院能够快速诊断病情，缩短患者等待时间，提高医疗服务效率。

3. 降低医疗成本：区域级医疗互联网医院通过减少中间环节、优化诊疗流程等方式降低医疗成本，使得患者能够获得更加实惠的医疗

服务。

### 三、区域级医疗互联网医院的挑战与机遇

虽然区域级医疗互联网医院具有诸多优势，但仍然面临一些挑战，如数据安全、隐私保护、技术标准等问题。然而，随着政策的逐步完善和技术的不断创新，区域级医疗互联网医院的发展机遇也越来越多。例如，国家政策的支持、医疗技术的进步、市场需求增加等都为区域级医疗互联网医院的发展提供了有力保障。

### 四、未来展望

区域级医疗互联网医院的发展是未来医疗行业的重要趋势。随着技术的不断进步和政策的不断完善，区域级医疗互联网医院将会更好地服务于广大患者，为患者带来更加便捷、高效的医疗服务。同时，区域级医疗互联网医院的发展也将促进医疗行业的转型升级和高质量发展，为建设“健康中国 3.0”战略目标贡献力量。在未来的发展中，区域级医疗互联网医院将继续发挥其优势，为解决看病难、看病贵问题提供更多创新解决方案。同时，随着 5G、人工智能等新技术的广泛应用，区域级医疗互联网医院将进一步拓展服务范围，提升服务水平，为患者带来更加智能、高效的医疗服务。让我们共同期待一个更加美好的未来，一个让每个人都能够享受到优质医疗服务的美好时代。

[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