

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

中医优势病种专刊

2025年 第4期

(总第143期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2025年9月30日

编者按 近年来，国家和多地医保管理部门相继出台相关政策，推动建立体现中医特色的支付机制。上海作为医保支付改革的先行者，2022年起在22家中医及中西医结合医院试点22个优势病种的按疗效价值付费，建立了基于DRG/DIP的支付标准与疗效考核机制。试点改革初步显示出提升中医药利用率、降低费用和减轻患者负担等积极成效。本期关注中医优势病种医保支付改革，总结中医优势病种医保支付改革的制度演进与路径，分析上海市中医优势病种医保支付改革的经济与效果、绩效考核与收治差异，评估上海市中医优势病种按疗效价值付费模式试点成效；测算研究基于ICD-11传统医学章节的消渴病伤残权重以及广州市中老年人消渴病疾病负担归因问题。政策资讯部分，分享3个关于中医优势病种按疗效价值付费的相关政策。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊

第18卷第4期(总第143期)

2025年9月30日

(内部交流)

主管

上海市卫生健康委员会

主办

上海市卫生和健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部

上海市北京西路1477号

邮编:200040

电话:021-33262061

传真:021-22121623

E-mail: phpr@shdrc.org

顾 问: 闻大翔
付 晨

主 编: 胡善联

副 主 编: 陈 霆
金春林(常务)
丁汉升
许明飞

编辑部主任: 信虹云

责 任 编 辑: 张 苹 信虹云

编辑组成员: 楚玉玲 周 娜
詹涵逸 王 琪
陈贤胜

校 对: 汪 丽 吴延梅

目 次

一、专题研究

- 中医优势病种医保支付改革的制度演进与路径比较 1
- 上海市中医优势病种医保支付改革的经济与效果分析 11
- 医保支付改革背景下上海市中医优势病种绩效考核与收治差异分析 20
- 上海市中医优势病种按疗效价值付费模式试点成效分析 30
- 基于ICD-11传统医学章节的消渴病伤残权重研究 42
- 基于ICD-11的广州市中老年人消渴病疾病负担归因于中医体质分析 49

二、政策资讯

- 关于印发按疗效价值付费试点 中医优势病种临床管理规范的通知 58
- 关于扩大中医优势病种按疗效价值付费试点范围的通知 61
- 关于开展中医优势病种按疗效价值付费试点工作的通知 64

三、征稿启事

..... 71

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量: 700本

中医优势病种医保支付改革的制度演进与路径比较

王瑾¹ 徐嘉婕¹ 管红叶² 吕大伟³ 刘章³ 金春林¹

【摘要】 文章采用政策文本分析与典型案例比较法，系统梳理近年来中医优势病种医保支付相关政策的演进路径，选取上海、福建、广东、四川、江苏五地典型改革实践，比较其在病种识别、支付标准制定与绩效联动机制等方面的制度安排与创新亮点。研究发现，中医技术价值逐步嵌入医保支付体系，改革初步实现控费目标与服务公平的双重导向。同时，当前政策仍面临中医技术识别、疗效评价标准缺乏、绩效反馈机制不健全等问题。建议进一步完善支付标准体系与中医绩效考核机制，推动医保制度与中医药服务体系的深度融合。

一、研究背景

近年来，随着我国医疗保障制度改革的不断深化，医保支付方式逐步从按项目付费转向以疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）、按病种分值付费（Diagnosis Intervention Packet, DIP）为代表的按病种付费模式。在总额预算与激励约束机制的共同驱动下，医保基金作为“战略购买方”在医疗服务体系中的引导作用日益凸显。支付方式改革不仅成为控制费用增长的重要抓手，也深刻影响了医疗服务体系的结构调整与资源配置。在这一背景下，中医药服务体系面临较大挑战。中医技术路径灵活、疗效评价主观性强，难以适配以标准化、量化为导向的主流支付逻辑，导致中医医疗服务在医保体系中长期处于“价值难

第一作者：王瑾，女，助理研究员

通信作者：金春林，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

作者单位：1.上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200040

2.上海市卫生健康委员会，上海 200125

3.上海市医疗保障局，上海 200443

识别、支付难落地”的边缘化状态。中医药特色服务“简、便、效、廉”的优势，在现行支付规则下难以获得合理体现和有效激励。

中医优势病种作为中医临床实践中疗效确切、路径清晰、技术成熟的代表性病种，被视为医保支付改革中最具突破性的切入点。近年来，国家和多地医保管理部门相继出台相关政策，推动建立体现中医特色的支付机制，并在部分省市探索将中医优势病种纳入按病种付费、路径管理和绩效挂钩的改革试点，逐步形成“按疗效价值付费”“中西医同病同效同价”等制度导向。已有研究多聚焦于中医医保支付方式的技术路径与政策表述，对制度演进过程、地方实施机制及改革逻辑的比较分析相对不足。特别是在支付标准制定、绩效联动机制、中医技术识别体系等方面，制度设计尚缺统一规范，试点路径呈现多样化特征，理论总结与经验提炼有待加强。为此，本文聚焦中医优势病种医保支付方式改革，采用政策文本分析与典型案例比较法，系统梳理政策演进脉络，选取五省市典型实践路径进行比较，分析不同地区制度设计的异同与适配机制，旨在为构建符合中医药服务特点的医保支付体系提供政策建议与理论支持。

二、中医优势病种医保支付政策演进

中医优势病种医保支付政策的发展，根植于我国医疗保障制度改革的大背景，同时也回应了中医药服务在现代医疗体系中“价值体现不足、制度匹配缺失”的现实困境。随着支付方式改革的持续推进，国家逐步明确了将中医药特色与医保制度深度融合的发展方向。整体来看，中医医保支付政策大致经历了“边缘化探索—机制酝酿—制度突破—试点深化”四个阶段。

（一）萌芽阶段：中医医保支付的边缘地位（2009年前后）

在新医改初期，医保支付制度以基本医疗保险为主，支付方式以按

项目付费为核心，中医药服务未能形成独立识别机制。中医服务价格偏低、收费项目体系不健全，尤其是传统中医技术手段在医保目录中存在“有项无价”“有价无效”的问题，严重影响了其服务能力的释放。此外，医保控费政策的滞后与“一刀切”式的通用标准，进一步弱化了中医的制度优势。

（二）探索阶段：支付方式改革背景下的制度适配（2015—2020年）

2015年起，国家层面启动多元复合医保支付方式改革，逐步试点按病种付费、按人头付费、按床日付费等方式，探索打破“以药养医”的路径依赖。随着DRG和DIP支付制度在部分地区率先试点，中医服务面临“标准化缺失”与“路径不清”双重挑战，引发政策制定层对中医医保支付机制独特性的重新审视。

此阶段，国家陆续出台政策推动中医药发展向医保领域延伸，如《中医药发展战略规划纲要（2016—2030年）》《关于深化医疗保障制度改革的意见》《关于促进中医药传承创新发展的意见》等，均明确提出要“健全符合中医药特点的医保支付机制”，为制度创新奠定政策基础。

（三）创新阶段：中医优势病种医保支付制度突破（2020年至今）

自2020年起，国家医保局明确将中医优势病种纳入医保支付方式改革的重点领域，提出以“按疗效价值付费”为导向，建立“同病同效同价”机制，探索体现中医药特色的支付标准体系。2021年起，多个省市启动中医优势病种支付方式改革试点，逐步形成了以病种为单位、以技术和疗效为支付核心的制度雏形。

上海市开展“22个中医优势病种”的医保支付试点，按统一病种打包付费标准实施支付，不区分医院等级，重点考核中医技术使用率、主要治疗方式、疗效结局等指标。福建、广东等地也围绕治疗路径、中药使用比例等要素，构建本地化的支付机制。2024年，国家医保局发

布《关于进一步推广三明医改经验持续推动医保工作创新发展的通知》（医保函〔2024〕25号）等指导意见，推动中医优势病种支付方式改革落地，湖北、陕西等地积极响应，开展按疗效价值付费试点。2025年，国家医保局进一步通过对人大建议的答复，强调深化试点并推广优秀经验，如动态调整病种目录和绩效指标，促进中医服务与医保制度的深度融合。这一阶段，标志着中医医保支付机制从“理念探索”向“制度建构”再到“经验推广”的系统性转型。

（四）小结：政策演进的制度逻辑

纵观整个政策演进过程，中医医保支付方式的改革呈现出由“被动适应”向“主动嵌入”、由“项目付费”向“疗效导向”的深层次变革，其制度逻辑主要体现为：从识别中医服务向量化中医价值转变，从模糊支付标准向病种路径化管理转变，从单一控费导向向绩效与激励并重转变。当前，国家在推进医保支付制度与中医药发展融合方面已形成顶层设计框架（见表1），未来改革将更多依赖地方实践经验的提炼与机制复制，推进中医医保支付制度向高质量、可持续、可评估方向迈进。

表1 2019—2025年国家试点与地方响应的中医优势病种医保支付改革政策时间线

时间	国家政策/事件	地方响应举措
2019年	《深化医疗保障制度改革的意见》提出中医医保机制探索	多地启动中医服务支付路径研究与病种识别试点
2020年	国家医保局推动中医诊疗项目纳入医保支付范围（如通过政协提案答复）	福建、上海、四川等地发布中医病种目录初稿
2021年	“十四五”医保规划明确提出“推动中医医保机制建设”	上海推出“按疗效价值付费”试点，福建构建分型路径
2022年	国家医保局部署中医优势病种医保支付试点	广东设立服务包，江苏嵌入DIP分值调整
2023年	发布中医病种DRG/DIP适配性指导意见	四川等地形成病种服务包，探索疗程制与路径包干
2024年	国家医保局发布相关指导意见，推动中医优势病种支付方式改革（如推广三明医改经验通知）	各地发布指导意见并开展试点，如湖北推行按疗效价值付费、陕西遴选中医优势病种
2025年	国家医保局发布对人大建议答复，强调深化中医优势病种支付试点并推广优秀经验	各地持续优化试点，如上海调整绩效指标、福建完善中医优先路径

三、典型地区制度路径比较

在国家政策引导下，不同地区结合本地医保基金运行压力、中医药发展基础与医疗服务供给能力，形成了多样化的中医优势病种医保支付改革路径。本文选取五个具有代表性的省市，围绕病种识别机制、支付方式设计、绩效联动机制与制度适配情况进行分类分析。

（一）上海：疗效价值导向 + 统一支付标准 + 绩效联动机制

上海作为医保支付方式改革的前沿地区，率先提出“按疗效价值付费”理念，并在中医优势病种支付制度中予以实践。其核心机制包括：**一是**建立专家遴选 + 临床路径相结合的病种识别方式，筛选出涵盖内、外、妇、儿等中医优势病种目录；**二是**制定统一的病种付费标准，突破“中西医价格差异”困境，实现同病同价基础上的疗效差异激励；**三是**在总额预算下设立病种绩效评价标准，绩效优秀者可享有结余留用、费用调增等激励机制。该路径以制度型嵌入为特色，推动中医价值的主流化表达。

（二）福建：路径分化支付 + 中医优先路径激励

福建省充分发挥中医药在本省基础牢固的资源优势，构建“中西医路径分化 + 中医路径优先”的医保支付机制。一方面，通过医保数据挖掘与临床专家遴选相结合，明确病种路径分型，分别制定中医、西医路径的支付标准与考核指标；另一方面，设置“中医优先”机制，如优先审核结算、费用结余留用比例更高、绩效指标权重偏向中医路径等，鼓励医疗机构优先采用中医路径。该模式强化了中医技术路线在医保支付中的制度地位，初步形成差异化激励导向。

（三）广东：中西医双轨运行 + 中药使用比重挂钩

广东省以“服务包整合”为切入点推进中医优势病种医保支付改革，在中西医并存体系下建立“双轨运行机制”。在病种识别方面，除专家

路径外，还鼓励医疗机构基于自身优势申报中医服务包，并设定明确的中药使用比例标准作为进入支付目录的重要条件。在支付方式上，以组套服务为单位进行打包定额支付，强调服务完整性与费用可控性。同时，实施中药处方占比与医保结算比例联动机制，提高医疗机构在路径执行中的中医技术应用比重。

（四）四川：组套服务 + 按疗程付费 + 病种服务包机制

四川省在 DRG/DIP 改革基础上开展中医医保适配性研究，提出“路径标准 + 疗程管理 + 服务包整合”的综合模式。该模式由省级医保部门牵头制定标准化中医优势病种服务包，明确治疗周期、服务内容、药物结构等内容，实行按疗程付费制度，避免因治疗周期差异导致的费用争议。同时，将中医药技术纳入 DIP 点值分配体系中，推动中医服务技术纳入核心医保绩效考核体系。

（五）江苏：医保绩效联动 + 中医服务分值调整机制

江苏省在 DIP 基础上创新引入“中医服务积分调节系数”，构建“分值引导 + 绩效反馈”机制。该模式通过建立中医病种技术难度指数与治疗效果指数模型，为中医服务设定相对合理的点值权重。在此基础上，引入医疗机构医保绩效联动机制，将中医路径执行率、中药使用结构、中医科室 DRG 成本控制等指标纳入年度医保考核，实现医保支付政策向中医特色服务的倾斜。

（六）小结：综合比较与归类分析

五地试点路径各具特色，在病种识别方式、支付方式选择、绩效联动机制与制度适配逻辑上均展现出一定共性与互补性。具体而言，上海模式强调疗效价值导向和制度标准化，以专家遴选与路径管理为基础，实施按疗效价值付费，并联动绩效结余分配机制，突出“同病同效同价”的制度目标。福建模式则创新引入中西医路径分型，在分路径定额基础

上设置“中医优先”激励，鼓励中医技术使用，强调路径分化与政策引导的结合。广东路径侧重服务包打包与药占比控制，通过中药占比挂钩绩效考核机制，推动中西医双轨运行与医院端自主调节。四川试点则以标准服务包和疗程管理为基础，结合DIP机制实现付费控制与质量反馈并重，体现路径过程管理的探索。江苏路径则将服务积分和绩效指标量化，匹配分值支付与点值调节机制，试图构建中医服务绩效的精细化调节模型。

归纳上述试点经验，可初步总结出中医医保支付改革中五种典型路径模式，即“疗效价值导向型”“路径差异激励型”“药占比控制型”“疗程包干复合型”“绩效量化调节型”。这些模式在病种识别精度、支付与绩效联动深度、制度嵌入能力等方面各有优势，也面临着可复制性、可持续性和标准化支撑不足等问题，亟需通过国家层级的制度框架引导与地方适配性融合，推动经验转化与模式集成。

为便于系统比较与归类，五地典型路径的制度特征可归纳为以下五类典型模式，见表2。

表2 各地中医优势病种医保支付试点典型路径比较

地区	病种识别	支付机制	激励方式	制度特点
上海	专家遴选 + 路径管理	按疗效价值定额支付	绩效联动 + 结余留用	强调制度嵌入与价值导向
福建	中西医分型识别	分路径定额付费	中医优先激励机制	差异化路径 + 定向激励
广东	医院申报 + 药占比控制	服务组套定额打包	中药占比挂钩绩效	控制药占比 + 路径包干
四川	标准服务包 + 疗程管理	按疗程付费 +DIP 兼容	点值纳入 + DIP 绩效挂钩	多机制融合 + 过程管理
江苏	服务积分 + 绩效考核	分值支付 + 点值调节	中医绩效指标联动	定量识别 + 差异补偿

四、问题与挑战分析

尽管各地在中医优势病种医保支付制度改革探索中取得一定成果，

但整体尚处于制度构建初期，改革面临疗效评价、项目识别、激励机制与政策统筹四方面核心挑战。

（一）中医疗效评价缺乏统一标准，影响支付逻辑构建

中医辨证施治强调个体差异与整体调节，疗效量化难度较大，难以支撑医保支付的标准化依据。以上海“22个中医优势病种”试点为例，虽形成专家共识方案，但尚未建立可推广的量化标准；福建的中西医分型路径也因缺少疗效评分体系，导致激励传导效果有限。《国家医疗保障局办公室关于开展真实世界医保综合价值评价试点工作的通知》（医保办发〔2025〕15号）提出，要探索建立以真实世界数据为基础的医保综合价值评价机制，形成以临床疗效、安全性和经济性为核心的多维度评价体系，为完善医保支付机制提供支撑。

（二）中医服务项目识别不足，医保目录覆盖面有限

中医结构性技术项目在医保目录中覆盖率低、识别困难、定价偏低，严重制约路径执行效率。2024年医保目录虽涵盖1394种中成药与892种中药饮片，但服务类项目长期处于立项试点阶段。四川按疗程付费试点中，综合调理类项目多数未纳入，执行率低于预期；江苏“中医服务积分”机制也需依靠点值补偿以应对项目缺失问题。结构性、整体性服务尚无法被医保系统完整识别，成为支付路径难以标准化的重要制约。

（三）支付机制尚未与绩效、疗效挂钩形成闭环

当前中医医保支付改革尚未构建“支付—服务—疗效—反馈”的系统性闭环。疗效结果未进入考核反馈路径，绩效联动难以形成正向激励。福建中医优先路径虽设置激励，但未形成质量回报机制；江苏虽引入分值调节制度，但仍以服务量为主，未对疗效形成刚性约束。医保信息系统亦难以追踪中医技术执行质量，缺乏闭环所需的数据支撑。

（四）地方试点路径多元，缺乏国家顶层设计统筹

各地探索路径差异显著，上海聚焦疗效价值、福建强调路径分型、广东试行服务包、四川采用疗程管理、江苏实施点值机制，体现出区域适配的改革探索。但目前尚未对不同路径在中医药基础、服务类型、绩效机制、支付方式等关键维度开展系统归类与标准接口设计，导致地方改革碎片化、经验难以沉淀上升。例如，上海的“按疗效价值付费”难以嵌入广东“双轨体系”，四川的服务包模式也难兼容江苏的DIP结构。

五、优化路径与政策建议

（一）健全中医医保支付标准体系

构建统一规范与地方弹性相结合的支付标准体系，是提升中医服务支付适配性的基础保障。建议由国家层面牵头制定中医优势病种目录和标准化临床路径模板，明确诊疗要素、治疗周期与费用参考区间，为地方制定支付政策提供基本框架与技术支撑。可参考国家中医药管理局2019年已发布的95个中医临床路径方案，并在此基础上进行更新与分层分类扩展。同时，应加快中医服务项目编码标准化进程，推动医保系统对中医结构性服务的有效识别与动态兼容，为路径执行与精细支付提供技术基础。

（二）推动中医价值识别与疗效评价机制建设

建立契合中医诊疗特点的综合价值评价机制，是实现“按疗效价值付费”的关键支点。建议构建覆盖结构性干预、临床疗效与患者获益等维度的中医治疗评价体系，鼓励利用真实世界数据、多中心临床研究与医保数据开展疗效量化研究，形成兼顾客观性与可推广性的指标工具。同时，推动医保与中医药主管部门、科研机构协同，提升中医技术从“经验型”向“可量化、可评价”的制度转化水平，为支付联动提供数据支持。

（三）构建“三医联动”机制，形成支付—绩效—质量闭环

推动医疗、医保、医药三方协同，是建立支付激励闭环的重要路径。建议以医保支付为抓手，将中医诊疗路径执行率、治疗有效率、药品结构优化等关键指标纳入医保绩效评价体系，探索点值调节、结余留用等正向激励机制。同时，医疗机构应提升中医路径依从性与规范化程度，强化疗效记录与服务质量管控。药品端应配合优化中药使用结构、推动中药疗效监测。通过医保智能监控系统集成三方数据，打通“路径执行—疗效反馈—绩效评价”闭环，实现基于临床价值的激励与约束机制。

（四）完善分层分类的中医医保支付路径设计

中医优势病种支付制度需兼顾机构能力差异与服务特征，推动形成分层分类的支付路径体系。建议在三级医院设立针对疑难复杂病种的差异化支付机制，强调疗效评估与技术价值导向；在基层医疗机构，推广结构明确、操作简便的服务包或按病种定额支付方式，提升中医适宜技术的可及性与医保落地率。通过强化路径分层与功能定位，推动支付模式从“按项目计付”向“按路径计值”转变，增强医保对中医体系的引导力与支撑力。

（责任编辑：张莘）

上海市中医优势病种医保支付改革的经济与效果分析

王瑾¹ 冯旅帆³ 徐嘉婕¹ 管红叶²

【摘要】 文章基于 2022—2023 年 22 个中医优势病种病案首页与医保结算数据,比较改革前后在费用、效率、疗效及中医药利用等方面的变化,并选取桡骨骨折、蛇串疮、丹毒、消渴、脱疽和心水病等代表性病种进行分析。研究发现,病种层面的按疗效价值付费改革有效发挥了中医药优势,提升服务效率,减轻患者负担,改善医保资金使用效率;但病种间差异显著,提示需完善风险校正和全周期考核机制,以实现中医药价值的可持续体现。

一、研究背景

医保支付方式改革是提升医疗服务质量和基金使用效率的重要举措。传统按项目付费存在费用上涨、效率不足等问题,按疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRG)、按病种分值付费(Diagnosis Intervention Packet, DIP)及按疗效价值付费等新型模式逐步推开。在此进程中,如何体现中医药价值成为关键。中医优势病种在疗效、安全性和经济性方面具有突出特色,国家自 2016 年以来持续提出要探索符合中医药特点的医保支付方式,2022 年《“十四五”中医药发展规划》更明确要求遴选优势病种并推进“同病同效同价”。上海作为医保支付改革的先行者,2022 年起在 22 家中医及中西医结合医院试点 22 个优势病种的按疗效价值付费,建立了基于 DRG/DIP 的支付标准与疗效考

第一作者:王瑾,女,助理研究员

通信作者:管红叶,女,上海市卫生健康委员会中医药服务监督管理处副处长

作者单位:1.上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所),上海 200040

2.上海市卫生健康委员会,上海 200125

3.上海申康医院发展研究中心,上海 200040

核机制。试点改革初步显示出提升中医药利用率、降低费用和减轻患者负担等积极成效。但现有研究多以机构为单位分析绩效，缺乏从病种维度系统比较不同疾病在经济与效果上的差异。

与整体或机构层面的研究不同，从病种维度切入，能够揭示支付改革在不同疾病领域的异质性成效。一方面，一些病种在中医药利用率和费用效率上表现突出，显示改革在强化中医特色和减轻经济负担方面的积极作用；另一方面，部分病种受限于病例量小或疗效波动大，支付激励效应尚未完全显现。这种差异提醒我们，支付模式的优化需要与病种遴选、疗效证据积累和风险校正机制紧密结合。因此，本文以病种层面为切入点，基于 2022—2023 年上海市 22 个中医优势病种数据，对试点前后医疗费用、效率、疗效及中医药利用进行系统分析，以揭示改革的实际效果并为支付政策优化提供实证依据。

二、研究方法

（一）研究对象

本研究基于上海市中医优势病种医保支付改革试点，选取 2022—2023 年 22 家试点医疗机构 22 个中医优势病种的病案首页与医保结算数据作为主要资料来源。研究以 2022 年 1—8 月为试点前，2022 年 9—12 月和 2023 年为试点后，构建前后对照研究框架。

（二）数据来源

首先对病案首页与医保结算数据进行清理与整合，形成覆盖患者人口学信息、诊疗过程和费用结构的数据库。随后，按照试点文件中的计算规则，提取并计算核心指标，包括：①中医药利用（中医药治疗费用占比、中药饮片使用率、中医综合治疗率等）；②服务效率（平均住院日、月均收治例数）；③医疗费用（例均费用、例均自付费用）；④医疗质量（出院好转率、再入院率）。

（三）统计方法

采用 t 检验和趋势比较分析，评估试点前后各病种在经济与效果方面的变化，并结合代表性病种（如桡骨骨折、蛇串疮、丹毒、消渴、脱疽、心水病）的典型病例，进一步揭示不同病种间的差异性表现。所有分析均在全市病种层面展开，未涉及机构间比较，以确保研究聚焦于病种维度的改革效果。

三、结果

（一）中医特色服务利用

在中医特色的视角下，桡骨骨折和蛇串疮在 2022 年和 2023 年试点后的诊疗过程中，展现出了显著的中医特色增强。中医药治疗费用占比显著上升，显示中医药在治疗成本中的重要性日益凸显。以中医药治疗为主的病例占比大幅提升，反映出越来越多的患者倾向于选择中医药治疗方案。中医技术例均使用种数的增加，表明中医治疗方法更加多样化。蛇串疮中药饮片使用率和中医外治技术使用率的增长，则进一步证明了中医药在治疗过程中的广泛应用。这些变化充分体现了改革的显著成效。见表 1。

表 1 2022—2023 年上海市中医药治疗在桡骨骨折和蛇串疮中的应用与效果比较

病种	指标	试点前			试点后	
		2022 年 1—8 月	2022 年 9—12 月	2023 年	2022 年 9—12 月	2023 年
桡骨骨折	例均中医药治疗费（元）	691.11	1 533.56	1 329.56		
	中医药治疗费用占比（%）	6.69	22.10	22.61		
	以中医药治疗为主的病例占比（%）	2.50	17.86	18.84		
	中医技术例均使用种数（例）	2.70	3.43	3.23		
	中药饮片使用率（%）	65.00	71.43	53.62		
	中医外治技术使用率（%）	52.50	57.14	46.38		
	中医综合治疗率（%）	45.00	57.14	66.67		

续表 1 2022—2023 年上海市中医药治疗在桡骨骨折和蛇串疮中的应用与效果比较

病种	指标	试点前		试点后	
		2022 年 1—8 月	2022 年 9—12 月	2023 年	
蛇串疮	例均中医药治疗费（元）	1 379.88	1 511.22	2 721.99	
	中医药治疗费用占比（%）	34.54	45.44	57.33	
	以中医药治疗为主的病例占比（%）	29.41	40.00	50.77	
	中医技术例均使用种数（例）	2.35	3.40	3.54	
	中药饮片使用率（%）	70.59	60.00	92.31	
	中医外治技术使用率（%）	47.06	80.00	92.31	
	中医综合治疗率（%）	29.41	80.00	87.69	

注：数据来源于上海市卫生健康统计中心。

（二）服务效率

在服务效率的视角下，2022 年和 2023 年试点后，丹毒和消渴这两种病种的收治能力与诊疗效率均显著提升。丹毒的月均收治例数显著增加，同时其平均住院日明显缩短，表明治疗效率得到了显著改善。而对于消渴，不仅月均收治例数出现了大幅度增长，反映出医疗机构对该病种的收治能力显著增强，而且平均住院日也大幅减少，进一步证明了治疗效率的提升。总体来说，这两种病种在试点后均实现了收治例数的增长和住院日的缩短，体现了改革措施的有效性。见表 2。

表 2 2022—2023 年上海市中医药治疗对丹毒和消渴的住院影响情况

病种	指标	试点前		试点后	
		2022 年 1—8 月	2022 年 9—12 月	2023 年	
丹毒	月均收治例数（例）	1.75	8.00	7.92	
	平均住院日（天）	7.50	5.78	5.36	
消渴	月均收治例数（例）	5.88	19.00	68.08	
	平均住院日（天）	12.00	8.49	8.49	

注：数据来源于上海市卫生健康统计中心。

（三）患者权益

在患者权益的视角下，脱疽和心水病在 2022 年和 2023 年试点后在降低患者自付比例、提升获得感和稳定疗效方面效果显著。脱疽的例均

自付费用显著降低，患者经济负担大幅减轻，同时出院好转率维持在较高水平，显示出治疗效果稳定且良好。心水病的例均自付费用在 2022 年和 2023 年试点后均有所下降，患者的经济压力得到缓解，其出院好转率在试点期虽一度下降至 75.00%，但在 2023 年已恢复至 93.33%，表明治疗成效逐步稳定。综合来看，这两种病种在改革措施后不仅减轻了患者的经济负担，还维持了良好的治疗效果。见表 3。

表 3 2022—2023 年上海市中医药治疗对脱疽和心水病的经济负担与治疗效果影响情况

病种	指标	试点前		试点后	
		2022 年 1—8 月	2022 年 9—12 月	2023 年	
脱疽	例均自付费用（元）	1 702.95	884.41	446.50	
	出院好转率（%）	99.25	100.00	99.67	
心水病	例均自付费用（元）	2 741.83	1 757.21	2 179.94	
	出院好转率（%）	100.00	75.00	93.33	

注：数据来源于上海市卫生健康统计中心。

四、讨论

（一）中医特色增强

本研究结果显示，桡骨骨折和蛇串疮在试点后中医药治疗费用占比、以中医药治疗为主的病例占比及中医技术使用率均有显著提升，反映出支付方式改革在引导医疗机构强化中医药应用方面发挥了积极作用。这表明在医保支付机制的激励下，中医药在病种诊疗中的临床价值进一步凸显。既有研究也指出，支付方式调整是促进中医药服务利用率提升的重要驱动力。然而，不同病种间的提升幅度存在差异，提示中医药优势发挥仍受制于医院资源储备和临床路径规范性。未来需结合病种特点和医院能力，进一步完善支付政策引导，以发挥中医药在更多病种中的独特优势。

（二）服务效率的提升

丹毒和消渴在试点后的月均收治例数明显增加，平均住院日缩短，表明改革不仅提升了收治能力，也改善了住院效率。这一发现说明，以疗效为导向的医保支付能够促进医疗机构在提高服务数量的同时兼顾效率，避免了因费用约束而导致的提前出院或服务不足。相关研究也表明，基于价值的支付方式有助于优化医疗资源配置，推动服务效率提升。不过，本研究也观察到部分病种在收治量大幅增长后，仍需确保医疗质量不受影响，这要求绩效考核体系既要考量数量和效率，也要兼顾疗效和质量。

（三）患者权益的改善

在脱疽和心水病的分析中，患者自付费用显著下降，经济负担得到减轻，出院好转率维持在较高水平，说明支付方式改革在减轻患者压力和保障疗效方面均取得了成效。这体现了医保支付方式改革不仅追求费用效率，也在患者权益方面发挥了积极作用。既有经验同样指出，支付制度的完善应同时兼顾效率与公平，以保障患者获得感。值得注意的是，部分病种自付费用和疗效指标存在阶段性波动，提示支付标准和政策执行仍需动态调整，以确保患者能够持续稳定地受益。

五、改革面临的挑战与优化建议

（一）面临的挑战

1. 疗效度量与风险校正不足，影响激励公平性

目前中医优势病种支付模式的绩效考核仍主要依赖院内即时指标，如例均费用、平均住院日和出院好转率。本研究发现，桡骨骨折和蛇串疮等病种在中医药应用方面成效显著，而风温病、心水病等病种效果波动较大。如果缺乏对病例复杂度、合并症负担和功能状态的风险调整，医院更容易倾向于选择“易达标”病例进行收治，导致风险选择和技术

替代问题。这种激励偏差不利于中医药在复杂病例中的价值发挥，也削弱了支付制度的公平性。

2. 病程全周期管理缺失，难以体现长期价值

结果显示，丹毒、消渴等病种的平均住院日缩短，住院效率明显改善。但现行支付模式仍集中于单次住院费用与疗效，缺乏出院后 30/90 天复诊、再入院、康复依从性等病程连续性指标。这使得支付激励局限在院内短期行为，难以有效覆盖病程全周期。部分成本压力可能被转移至院外环节，导致医疗服务效率和疗效改善的系统性不足。

3. 区域差距与中医药证据不足的双重制约

市级与区级医院在中医药技术储备、科研能力和信息化水平方面差距明显，区级医院在病种覆盖率和绩效考核达标率方面普遍落后。本研究发现，市级医院在多病种中表现优越，而部分区级医院难以充分体现中医药特色。与此同时，部分病种缺乏真实世界证据支撑，中医药诊疗路径标准化程度不高，限制了支付标准的科学化与精细化。这导致改革在不同层级医院之间的成效不均衡，也增加了中医药推广的制度难度。

（二）优化建议

1. 建立多维度的疗效与价值评价体系

在现有指标体系基础上，应引入风险校正机制和病例复杂度分层[如病例组合指数（Case Mix Index, CMI）或中国疾病诊断相关分组严重程度（China Diagnosis-Related Groups, C-DRG Severity）严重程度]，避免因病例结构差异造成的评价偏差。同时，评价维度应扩展至多元化，包括临床结局、安全性、再入院率和 30/90 天总成本，并逐步纳入患者报告结局指标（Patient-Reported Outcome Measures, PROMs）和患者报告体验指标（Patient-Reported Experience Measures, PREMs），突出中医药在症状改善、功能恢复和生活质量提升方面的优势。这种多维度的评价

体系能够更全面地反映改革效果，并为支付标准动态优化提供依据。

2. 推动病程全周期整合式支付模式

针对丹毒、消渴等病种，可在现有住院效率改善的基础上，探索病程整合式打包支付（episode-based bundles），将入院、出院及出院后30/90天相关费用与疗效纳入同一结算与考核单元。这将有效避免“院内优化、院外转移”的问题，推动医院加强出院后的随访和康复管理，提高中西医结合诊疗路径的连续性与系统性。

3. 强化中医药证据积累与支付联动

应以优势显著的病种（如桡骨骨折、蛇串疮）为突破口，开展真实世界研究和前瞻性注册，形成病种特异性中医药结局指标（如疼痛缓解时间、功能恢复评分、皮损转归），并将其与支付权重直接挂钩。对于证据不足的病种（如风温病、心水病），可设立“证据孵化期”支付机制，通过阶段性补偿、科研任务书和达标评估，将科研成果逐步转化为支付政策，从而推动中医药的临床应用与科研创新良性循环。

4. 推动中医药的多元化应用，特别是在风温病等病种中的推广

尽管中医药在许多病种中取得了显著疗效，但对于一些疾病如风温病、心水病等，现有的中医治疗方案仍未得到充分应用。为了进一步提升中医药在这些病种中的疗效，建议加大中医药治疗方案的研究与创新。可以通过设立专项基金，支持中医药在这些病种中的临床应用和研究，推动新的治疗方法和技术的研发。此外，政策应鼓励医院对中医药治疗方案进行评估和优化，通过临床反馈与科研相结合，提升中医药在不同疾病领域的治疗效果。

5. 缩小区域差距，构建协同发展机制

应通过医保协议明确中医适宜技术清单和能力基线，推动市级医院与区级医院形成医联体和结算共同体。通过“区域打包结算+共享指标”，

鼓励市级医院下沉带教与双向转诊，提升区级医院的中医药诊疗能力。同时，对实现能力提升的区级医院，给予支付系数上调和中医技术快速纳入的绿色通道，以打破“能力不足—难以达标—激励收益有限”的负循环。

（责任编辑：信虹云）

医保支付改革背景下上海市中医优势病种绩效考核与 收治差异分析

王 瑾¹ 袁雪丹¹ 徐嘉婕¹ 管红叶² 刘 章³ 吕大伟³

【摘要】 文章通过回顾性分析 2022 年和 2023 年上海市 22 家试点医院的相关数据,评估医院在绩效考核达标病种、病例收治、治疗效果和服务效率方面的差异。研究发现,试点初步成效明显,但市级医院与区级医院之间仍有差距。建议加强区级医院的病种覆盖和治疗能力,优化病种管理和激励机制,以提高整体服务质量。

一、研究背景

随着我国医疗保险改革的不断推进,医保支付方式的创新已成为提升医疗服务质量和医保资金使用效率的关键手段。中医优势病种医保支付改革作为中医药现代化的一部分,受到了广泛关注。上海市率先开展了中医优势病种按疗效价值付费的试点,旨在通过体现中医药的特色和优势,提升其在临床中的应用水平,并推动医保支付公平性。中医优势病种是指在某些特定疾病领域,中医相较西医具有显著疗效优势的病种,如中医肛肠治疗的混合痔和肛瘘、骨伤科的桡骨骨折等。为进一步推动中医药的特色发展,上海市自 2016 年提出中医药特色支付模式,并逐步推进按疗效价值付费的改革,以确保中医治疗价值的体现。

然而,在实际推进过程中,试点医院的绩效达标情况和病种收治存

第一作者:王瑾,女,助理研究员

通信作者:吕大伟,男,上海市医疗保障局医药服务管理处副处长

作者单位:1.上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所),上海 200040

2.上海市卫生健康委员会,上海 200125

3.上海市医疗保障局,上海 200443

在差异，这直接影响了医保支付方式改革的公平性与效果。中医优势病种的绩效考核涉及病例收治量、治疗效果、住院日和费用控制等多个方面，且这些指标受医院规模、技术力量和资源配置等多种因素的影响。因此，深入分析试点医院在绩效考核与病种收治结构上的差异，对于评估改革效果并为未来优化提供依据至关重要。本文旨在通过对上海市 22 家试点医院的绩效考核和收治情况进行分析，探讨各医院在收治差异上的表现及其对医疗服务利用的影响，为进一步优化医保支付方式、提高医疗服务质量提供理论支持。

二、研究方法

（一）研究对象

研究对象为上海市 22 家承担中医优势病种医保支付试点任务的医疗机构，涵盖三级甲等中西医结合医院、综合性三级医院以及部分区属中医院。病种选择依据国家中医药管理局 2019 年发布的《中医优势病种临床路径方案》中推荐的 95 个病种，经专家遴选并结合上海市疾病谱确定的 22 个中医优势病种，涉及心脑血管疾病、呼吸系统疾病、消化系统疾病、风湿病及部分手术类疾病。

（二）数据来源

数据来源主要包括：医保结算数据，用于分析费用结构、患者经济负担以及医保资金使用情况。

（三）研究设计

本研究采用横向对比分析与回顾性分析相结合的方法。具体来说，研究聚焦于上海市 22 家试点医院中各病种的绩效考核情况与收治情况，通过分析 2022 年和 2023 年各医院的收治病种数、病例数、绩效考核达标情况等，评估改革实施后的实际成效。通过数据比较，探讨医院规模、病种覆盖率、绩效达标情况等对医疗服务质量的影响。

(四) 统计方法

本研究采用描述性统计与相关性分析。使用描述性统计分析各病种收治例数、绩效考核达标情况的分布情况。

三、结果

(一) 各病种考核结果

试点机构的收治例数显著提高。2022年22家试点医院22个中医优势病种合计收治7472例，11个病种总例数在100例以下；2023年22家试点医院22个中医优势病种总数增至21461例，仅有3个病种的收治例数少于100例。肛痈、混合痔、腰痹、颈椎病4个病种的收治病例数较多，2022年和2023年收治的病例数超过当年病例总数的5%。肛痈、腰痹、颈椎病、慢性肾衰4个病种2023年的收治病例数占比较2022年有所提高，混合痔病例数占比明显下降，其余病种病例数占比基本保持稳定。见表1。

表1 2022—2023年上海市各试点医院中医优势病种住院患者例数和占比情况

病种	2022年		2023年		
	例数(例)	占比(%)	例数(例)	占比(%)	
中医肛肠技术 治疗为主	肛痈	439	5.90	1774	8.30
	混合痔	3768	50.40	7956	37.10
中医骨伤技术 治疗为主	桡骨骨折	36	0.40	56	0.30
	锁骨骨折	57	0.30	11	0.10
中医外治为主	脱疽	88	1.80	305	1.40
	疔疮	995	1.60	142	0.70
	丹毒	370	0.50	101	0.50
中医内科治疗 为主	休息痢	408	0.50	142	0.70
	腹痛	111	0.80	141	0.70
	泄泻病	31	1.20	324	1.50
	心水病	20	0.10	2	0.00
	慢性肾衰	6	3.00	1104	5.10
	热淋	226	2.00	644	3.00
	劳淋	301	1.00	267	1.20

续表 1 2022—2023 年上海市各试点医院中医优势病种住院患者例数和占比情况

病种	2022 年		2023 年	
	例数 (例)	占比 (%)	例数 (例)	占比 (%)
中医综合治疗				
腰痹	26	13.30	4 006	18.70
颈椎病	136	5.00	1 619	7.50
膝痹	121	5.50	1 099	5.10
漏肩风	34	1.50	411	1.90
消渴	33	4.00	995	4.60
风温病	151	0.30	119	0.60
蛇串疮	78	0.40	100	0.50
盆腔炎	37	0.50	143	0.70
合计	7 472	100.00	21 461	100.00

注：数据来源于上海市医保局清算数据。

纳入绩效考核的中医优势病种数量较少。2022 年有 17 个病种仅有 0～3 家机构纳入绩效考核（即例数达标），丹毒、桡骨骨折、风温病、锁骨骨折、心水病 5 个病种未纳入任何一家试点机构的绩效考核。许多病种仅有一家机构纳入绩效考核，如脱疽等 6 个病种。即便是热淋、肛痛这种被各机构广泛收治的病种，实际纳入绩效考核的机构数也很少（热淋 2 家，肛痛 4 家）。实际纳入绩效考核的机构数较多的病种为混合痔（14 家）、腰痹（9 家）和慢性肾衰（9 家）。

（二）各机构收治情况与绩效考核结果

各试点医疗机构的中医优势病种收治数量总体呈增长趋势。22 家试点机构收治的平均病种数量由 2022 年的 10.68 种增至 2023 年的 12.91 种。收治超过 10 种病种（含 10 种）的机构数量由 2022 年的 14 家增至 2023 年的 18 家。与 2022 年相比，2023 年收治病种数增加最多的医院是医院 A（4 种）、医院 B（3 种）、医院 C（3 种）、医院 D（3 种）。市级医院的病种覆盖数量明显高于区级医院，在 4 家市级医院中，医院 A、医院 B、医院 C、医院 D 分别覆盖 19、20、17、19 个病种；在 18 家区级医院中，有 14 家医院的病种覆盖数为 9～15 种。试点机构收治病例

总数从 2022 年的 7 472 例迅速增至 2023 年的 21 461 例，2023 年收治病例数最多的是医院 A（2 643 例）和医院 B（3 587 例），收治病例数最少的是医院 E（123 例）和医院 F（125 例）。与 2022 年相比，2023 年收治病例数增加最多的医院是医院 B（2 560 例）、医院 C（1 347 例）、医院 G（1 289 例）。见表 2。

表 2 2022—2023 年上海市各试点医院中医优势病种覆盖数量

试点机构	2022 年		2023 年	
	收治病种数（例）	收治病例数（例）	收治病种数（例）	收治病例数（例）
医院 A	19	1 868	19	2 643
医院 B	17	638	17	1 985
医院 C	19	1 027	20	3 587
医院 D	16	683	19	1 355
医院 E	5	17	8	123
医院 F	4	14	7	125

注：数据来源于上海市医保局清算数据。

医疗机构的病种达标率基本持平，但是达标病种数减少。2023 年，18 家医院的 17 个病种纳入绩效考核，总体达标率约 65%，与 2022 年基本持平。2022 年试点机构的达标病种总数为 39 种，2023 年仅为 35 种。2023 年医院 B 的达标病种最多（6 种），其次为医院 C（4 种）、医院 A（3 种）、医院 D（3 种），其他医院的达标病种数较少。

医疗机构达到激励性指标的病种数有所增加。2022 年，医院 D 和医院 B 分别有 1 种和 2 种病种达到激励性指标，而 2023 年，医院 F、医院 A、医院 D 等 6 家医院达到了激励性指标，达成激励性指标的病种总数增加了 4 种。见表 3。

表 3 2022—2023 年上海市各试点医院中医优势病种绩效考核达标情况

试点机构	2022 年				2023 年			
	绩效考核病种数（例）	达标病种数（例）	激励病种数（例）	不达标病种数（例）	绩效考核病种数（例）	达标病种数（例）	激励病种数（例）	不达标病种数（例）
医院 A	7	4	0	3	8	3	1	4

续表 3 2022—2023 年上海市各试点医院中医优势病种绩效考核达标情况

试点机构	2022 年				2023 年			
	绩效考核病种数(例)	达标病种数(例)	激励病种数(例)	不达标病种数(例)	绩效考核病种数(例)	达标病种数(例)	激励病种数(例)	不达标病种数(例)
医院 B	5	3	0	2	5	4	0	1
医院 C	10	8	0	2	14	6	0	8
医院 D	8	5	1	2	6	3	1	2
医院 E	3	2	0	1	4	3	1	0
医院 F	1	0	0	1	1	0	0	1

注：数据来源于上海市医保局清算数据。

四、讨论

(一) 绩效考核差异与医院资源配置

市级医院在病种覆盖和绩效考核达标方面明显优于区级医院。例如，医院 A、医院 B 等市级医院在 2023 年覆盖了更多的病种，并且达标病种数较多，这与其较高的医疗资源配置和技术力量密切相关。市级医院通常具备更先进的设备、更高水平的医疗团队和更多的科研力量，这使其在疾病治疗和绩效达标方面具有优势。然而，区级医院在病种覆盖和绩效考核达标方面的差距则反映了区域医疗资源分配的不均衡问题。这一现象在国内已有研究指出，城市与乡村、中心医院与基层医院之间的医疗资源差距依然较大。在今后的改革中，如何优化区域间的医疗资源配置，尤其是加强区级医院的支持，将是提高整体医疗服务质量的重要方向。

(二) 绩效考核的影响因素

绩效考核的达标情况受多个因素的影响，包括医院的管理水平、病种收治量、技术水平以及医保支付政策的执行效果。本研究显示，部分病种如混合痔、腰痹等，虽然在试点医院中被广泛收治，但由于考核标准的差异，部分医院未能达标。这一现象反映了绩效考核标准的设定及其执行过程中可能存在的制度性偏差。

部分研究表明，过于单一的考核指标可能导致医院过度关注某些特定指标，从而影响医疗服务的多元化和全面性。因此，未来的绩效考核体系应更加注重综合性指标的设定，充分考虑医院的实际情况和不同病种的特殊性

（三）中医药治疗的应用与效果

在试点医院中，使用中医药治疗的病例比例显著增加，尤其是在肛肠、混合痔等病种中，中医药治疗的应用广泛，并且疗效有所提高。这与中医药在这些病种治疗中的独特优势相吻合。相关文献表明，中医药在缓解症状、提高疗效以及减少副作用方面具有显著的优势。

然而，尽管中医药治疗在许多病种中表现出良好的效果，仍有一些病种未能充分体现中医药的优势。例如，部分病种如风湿病、心水病等，其中医药治疗效果的提升幅度较小。这可能与医院的技术储备、医生的专业水平以及医保支付政策的引导作用有关。未来，如何进一步发挥中医药特色，在更多病种中推广中医药治疗，将是提升中医药服务水平的重要任务。

五、改革面临的挑战与优化建议

（一）改革面临的挑战

1. 试点医院绩效考核与病种收治差异

首先，试点医院的绩效考核达标情况和病种收治存在明显差异。特别是在市级医院和区级医院之间，医疗资源和技术力量的不平衡导致了不同医院在病种收治和绩效达标情况上的显著差距。市级医院通常具备较为先进的设备、雄厚的医师团队和丰富的科研资源，这使得它们在治疗过程中能够取得较好的绩效和疗效，从而在绩效考核中表现更为突出。而区级医院则面临着技术力量、设备资源和病种覆盖率等方面的局限，导致其在某些病种的治疗中无法达到高水平的绩效。

这一差异表明，当前的改革实施效果在不同医院之间存在不平衡，某些医院未能充分发挥中医药的优势，无法达到预期的医疗效果，进而影响到整体改革效果。因此，如何平衡不同医院间的资源配置，特别是如何在区级医院中提升病种覆盖率和治疗能力，成为当前改革中亟待解决的一个问题。

2. 激励性指标的达成困难

部分医院在激励性指标的达成上面临困难，尤其是区级医院。激励性指标的设置是为了鼓励医院在提高医疗质量和效率的同时，能够更好地发挥中医药的特色优势。然而，许多区级医院由于资源有限、技术水平较低，在激励性指标的达成上存在较大挑战。这一问题在试点医院的绩效考核中表现尤为突出，尤其是在一些病种的治疗效果和病种收治量上，激励性指标未能有效激发医院的积极性，导致改革的激励效果未能完全发挥。

激励性指标的缺失或不合理的激励措施可能导致医院未能全面关注到改革目标，进而影响整个医保支付方式改革的效果。例如，部分病种如风温病、心水病等，虽然存在中医药治疗的潜力，但由于缺乏合理的激励机制，医院在这些病种的治疗上投入不足，从而影响了整体治疗效果的提升。因此，如何完善激励机制，特别是在区级医院中通过合理的激励措施提升医院的绩效，是改革过程中需要重点关注的一个方面。

（三）优化建议

1. 加强区级医院的资源支持与能力提升

为了缩小市级医院和区级医院之间的差距，首先需要加强对区级医院的资源支持。政策应进一步加大财政投入，特别是在设备购置、技术培训和人才引进方面，提升区级医院的技术水平和治疗能力。具体来说，可以通过增加对区级医院的专项资金支持，帮助其提高中医药治疗的技

术储备，改善诊疗设施，并鼓励专业人才的流动和引进。此外，定期开展中医药相关培训，提升区级医院的管理水平和医务人员的专业能力，从而提高其在中医优势病种治疗中的整体表现。

2. 改进绩效考核指标体系，增强公平性与科学性

当前的绩效考核体系存在一定的单一性，主要集中在病例收治量和治疗效果等方面，而忽视了其他重要指标如患者满意度、服务质量和医疗资源的合理使用。为了提高绩效考核的科学性与公平性，建议引入更加综合性和多元化的考核指标体系。例如，在绩效考核中加入患者满意度、治疗质量、成本控制等方面的考核，确保医院在提升服务质量的同时，不仅仅关注某一项特定指标。此外，绩效考核标准应根据医院的不同类型和资源差异进行适当调整，避免过于僵化的标准影响医院的积极性。

3. 优化激励机制，增强医院参与改革的积极性

激励机制是推动医院提升绩效和服务质量的重要手段。针对当前区级医院在激励性指标达成上存在的困难，建议根据医院的实际情况，设定合理的激励目标，并与医院的财政奖励、人才引进和设备补助等直接挂钩。特别是对于区级医院，可以设定较为灵活和可达成的激励性指标，鼓励医院在提高治疗质量、控制医疗费用和优化资源配置方面发挥积极作用。与此同时，激励机制的设计应避免过于单一的考核，考虑到医院的实际情况，制定分层次、差异化的激励方案，以适应不同层次医院的需求。

4. 推动中医药的多元化应用，特别是在风湿病等病种中的推广

尽管中医药在许多病种中取得了显著疗效，但对于一些疾病如风湿病、心水病等，现有的中医治疗方案仍未得到充分应用。为了进一步提升中医药在这些病种中的疗效，建议加大中医药治疗方案的研究与创新。可以通过设立专项基金，支持中医药在这些病种中的临床应用和研究，

推动新的治疗方法和技术的研发。此外，政策应鼓励医院对中医药治疗方案进行评估和优化，通过临床反馈与科研相结合，提升中医药在不同疾病领域的治疗效果。

5. 加强医保支付政策的引导作用，推动全方位改革

医保支付方式的改革应注重引导医院优化资源配置、提高治疗效果和降低不合理医疗费用。因此，建议进一步优化医保支付政策，特别是在支付标准和支付方式的设计上。通过完善按疗效价值付费的支付标准，使其更加符合中医药的实际治疗情况，确保中医治疗的技术价值得到应有的体现。此外，可以通过调整医保支付结算模式，使其更加灵活并适应不同医院和病种的需求，从而促进医疗服务质量的全面提升。

（责任编辑：张苹）

上海市中医优势病种按疗效价值付费模式试点成效分析

金春林¹ 王 瑾¹ 徐嘉婕¹ 冯旅帆³

吕大伟⁴ 袁雪丹¹ 刘 章⁴ 管红叶²

【摘要】 文章基于上海市 22 家试点医疗机构、22 个中医优势病种的病案首页与医保结算数据，采用前后对照研究设计，比较医疗保障制度改革前后的中医技术使用、医疗结局及费用效率等指标，系统评估该支付模式的实施效果。研究发现，医疗保障制度改革有效促进了中医药服务的利用，优化了医疗过程并降低了患者负担。未来需完善疗效评价体系和绩效闭环机制，推动分层分类支付和“三医联动”机制。

一、研究背景

随着我国医疗保障制度改革的持续深化，医保支付方式创新已成为提升医疗服务质量和优化资源配置的重要手段。长期以来，按项目付费模式在一定程度上助长了过度医疗和费用不合理增长，而按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）、按病种分值付费（Diagnosis Intervention Packet, DIP）等新型支付方式虽在费用控制方面发挥了积极作用，但在突出中医药价值和促进医疗质量持续改善上仍有不足。如何在控制成本的同时兼顾质量提升与中医药特色发挥，成为亟需破解的难题。

第一作者：金春林，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

通信作者：管红叶，女，上海市卫生健康委员会中医药服务监督管理处副处长

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200040；

2. 上海市卫生健康委员会，上海 200125

3. 上海申康医院发展研究中心，上海 200040

4. 上海市医疗保障局，上海 200443

在此背景下，国家层面陆续出台了一系列政策文件，明确提出要坚持中西医并重，建立体现中医药特点的医保支付体系。2021年，国家医疗保障局与国家中医药管理局联合启动了中医优势病种按疗效价值付费改革试点。该改革旨在通过医保支付机制创新，强化中医药服务价值导向，推动形成符合中医药诊疗规律的医保支付和绩效评价体系。上海市作为全国医改的重要先行者，于2022年率先在22个中医优势病种中开展“中医疗效付费改革”实践，覆盖市级、区级中医医院及中西医结合医院。改革以“同病同效同价”为核心原则，在医保总额预算管理框架下，结合DRG/DIP付费机制，科学确定病种支付标准，并首次将疗效评价纳入医保绩效考核核心指标，形成了以疗效为导向、成本控制与质量提升并重的支付新模式。这一探索不仅体现了国家关于医保、医疗、医药“三医联动”的战略要求，也为中医药服务价值的量化评估和制度化体现提供了政策平台。

与以往仅关注费用控制的支付方式不同，上海的试点在制度设计上更加注重医疗过程的规范化、治疗结局的改善与资源利用效率的提升，力图通过支付机制的改革推动医疗质量的整体提升。然而，目前关于支付改革与医疗质量之间关系的实证研究仍然有限，尤其是在中医药领域鲜有系统性评价。本文拟以上海市中医优势病种试点为对象，从医疗过程、疗效结局和服务效率三个维度，系统分析按疗效价值付费对医疗质量的影响，旨在为进一步优化支付方式、提升医疗服务水平提供实证依据。

二、研究方法

（一）研究对象

研究对象包括上海市22家承担中医优势病种医保支付试点任务的医疗机构，涵盖三级甲等中西医结合医院、综合性三级医院以及部分区

属中医院。病种范围为国家中医药管理局 2019 年发布的《中医优势病种临床路径方案》中的 95 个病种，经专家遴选并结合上海疾病谱确定的 22 个中医优势病种，涉及心脑血管疾病、呼吸系统疾病、消化系统疾病、风湿病及部分手术类疾病。

（二）数据来源

数据来源主要包括：病案首页数据，用于提取患者基本信息、诊疗过程与医疗结局指标；医保结算数据，用于分析费用结构与患者经济负担；医保智能监控与绩效考核系统数据，用于反映支付执行情况与结余留用政策效果。

（三）研究设计

采用“改革前后对照”的准实验设计，以 2022 年 1-8 月试点前为基线，比较改革前后各病种在医疗过程、医疗结局与医疗效率方面的变化趋势。

（四）评价指标

医疗过程指标包括：中医综合治疗率（针灸、推拿、中药饮片及中成药使用）、抗菌药物使用率、临床路径执行率等。医疗结局指标包括：出院好转率、病死率、再入院率、再手术率、特异疗效指标（如风湿病关节功能改善、慢阻肺急性加重控制率）。医疗效率指标包括：平均住院日、例均费用、患者自付比例、医保基金支付效率等。

（五）统计方法

采用描述性统计与 t 检验、卡方检验分析改革前后差异，部分指标应用多元回归控制患者年龄、性别、合并症等混杂因素。结果以 $p < 0.05$ 为统计学显著差异。

三、结果

(一) 基于中医优势病种的整体分析

1. 提升了中医优势病种的医疗服务质量

按疗效价值付费的实施整体显著提升了中医优势病种的医疗服务质量。一是出院好转率保持高水平，试点前和试点后均保持在 99%。二是以中医药为主的病例占比大幅增长，试点前，以中医药为主的病例占比为 14.10%，在 2022 年试点后略增至 14.90%。到 2023 年这一比例显著上升至 25.50%，增长了 80.85%。三是中药饮片使用率稳中有升，试点前，中药饮片的使用率为 91%。虽然在 2022 年试点后略降至 87%，但 2023 年回升至 92%，略高于试点前水平。四是抗菌药物使用率显著下降，在试点前抗菌药物的使用率为 53%，2022 年试点后这一比例下降至 49%，减少了 7.55%，到 2023 年抗菌药物使用率进一步下降至 38%，总降幅达到 28.3%。五是中医技术例均使用种数略有减少，在试点前为 4.36 种，2022 年试点后减少到 4.14 种，下降了 4.82%；2023 年略有回升至 4.18 种，减少了 4.13%。六是中医骨伤技术使用率保持稳定，试点前为 64%，2022 年试点后下降至 59%，减少了 7.81%；2023 年恢复至 64%，没有变化。七是中医外治技术使用率保持高水平，试点前使用率为 92%，2022 年试点后下降至 85%，但 2023 年回升至 90%。虽然略低于试点前水平，但中医外治技术依然是中医治疗的重要方法之一。八是中医综合治疗率显著提高，试点前为 85.10%，2022 年试点后增加至 92.10%，在 2023 年仍保持在 91.20%。相关指标的变化均具有统计学显著性 ($p<0.05$)。见表 1。

表 1 2022—2023 年上海市 22 个中医优势病种医疗服务质量情况

指标类别	试点前		试点后	
	2022 年 1—8 月	2022 年 9—12 月	2023 年	
出院好转率 (%)	99	99	99	
以中医药治疗为主的病例占比 (%)	14.10	14.90	25.50	
中药饮片使用率 (%)	91	87	92	
抗菌药物使用率 (%)	53	49	38	
中医技术例均使用种数 (例)	4.36	4.14	4.18	
中医肛肠技术使用率 (%)	49	38	44	
中医骨伤技术使用率 (%)	64	59	64	
中医外治技术使用率 (%)	92	85	90	
中医综合治疗率 (%)	85.10	92.10	91.20	

注：数据来源于上海市卫生健康统计中心。

试点后病人管理、治疗方案的制定和后续跟进等安全方面存在一定挑战。在 2022 年试点后入院患者共 724 例，再入院 31 例且主要分布在 7 家医院、带状疱疹和热淋等 4 个病种，占总例数仅 4.28%。2023 年再入院率有所回升，入院患者共 2 251 例，再入院 157 例且主要分布在 15 家医院、带状疱疹和热淋等 6 个病种，占总例数仅 6.97%。

2. 保障了患者权益，减轻了经济负担

试点后患者权益得到保障、经济负担不断减轻。以患者例均自付费用为例，从试点前的 1 732.36 元降至 2022 年试点后的 1 609.37 元，下降了 7.10%，2023 年进一步降至 1 412.44 元，下降了 18.47%，这表明试点措施显著减轻了中医优势病种住院患者的经济负担。试点后 18 个病种的例均自付费用有所减少、4 个病种的例均自付费用增加，22 个优势病种的例均自付费用中位值在 1 800 元左右、病种间差异较大，中医骨伤技术为主的病种例均自付费用相对较高。

3. 有效优化了医疗资源配置，提高了资金的使用效率

一是月均例数持续增长，试点前月均例数为 1 591 例，2022 年试点后增加到 1 868 例，增长了 17.41%，2023 年月均例数略微减少但仍保

持在 1 788 例，较改革前增长了 12.41%。**二是**平均住院日保持缩短，从全市数据看，平均住院日从试点前的 7.71 天缩短到 2022 年试点后的 7.1 天，减少了 7.78%。虽然到 2023 年略微回升至 7.74 天，但总体上仍保持缩短趋势。此外，某些病种在 2023 年的平均住院日减少效果更加显著。大部分医院的平均住院日集中在 6 ~ 9 天之间。**三是**患者例均费用显著降低。从全市范围来看，例均费用从试点前的 17 331.35 元减少到 2022 年试点后的 16 757.23 元，降幅为 3.31%，2023 年进一步降至 14 687.43 元，减少了 15.26%。各中医优势病种的例均费用差异显著，中位值在 13 500 元左右，其中中医骨伤技术为主的病种在例均费用和例均自付费用上均相对较高。**四是**中医药治疗费用占比显著提升。试点前和 2022 年试点后均为 31%。然而到 2023 年这一比例大幅上升至 40%。见表 2。

表 2 2022—2023 年上海市 22 个中医优势病种医疗服务质量情况

指标类别	试点前		试点后
	2022 年 1—8 月	2022 年 9—12 月	2023 年
月均例数（例）	1 591	1 868	1 788
平均住院日（日）	7.71	7.1	7.74
例均费用（元）	17 331.35	16 757.23	14 687.43
例均中医药治疗费（元）	3 035.71	3 072.25	3 277.98
中医药治疗费用占比（%）	31	31	40

注：平均住院日、例均中医药治疗费、中医药治疗费用占比数据来源于上海市卫生健康统计中心；月均例数、例均费用来源于上海市医保局清算数据。

（二）不同病种与机构差异

1. 病种层面的差异

在病种层面，桡骨骨折的中医药治疗费用占比从 2022 年 1—8 月的 6.7%，上升至 2023 年的 22.6%，提升约 2.4 倍；蛇串疮的中医药治疗费用占比则由 2022 年 1—8 月的 34.5%，上升至 2023 年的 57.3%，提高约 22.8 个百分点，体现了中医综合治疗率显著提高，充分体现了中医

药在相关病种诊疗中的特色优势。与 2022 年 1—8 月相比，丹毒和消渴在 2023 年的月均收治例数分别增加了 4 倍和 10 倍以上，平均住院日缩短 2.1 ~ 3.5 天，显示出明显的服务效率改善。脱疽和心水病患者的例均自付费用分别下降约 74% 和 20%，经济负担显著减轻，同时出院好转率保持在较高水平，说明改革在提升疗效稳定性的同时有效减轻了患者负担。相关指标的变化均具有统计学显著性 ($p < 0.05$)。见表 3。

表 3 2022—2023 年上海市不同中医优势病种医疗质量与费用比较

病种	指标类别	试点前		试点后
		2022 年 1—8 月	2022 年 9—12 月	2023 年
桡骨骨折	月均例数 (例)	5	7	5.8
	平均住院日 (天)	7	6.7	6.4
	例均自付费用 (元)	2 324	4 289	6 036
	出院好转率 (%)	100	99.2	98.6
	中医药治疗费用占比 (%)	6.7	14.2	22.6
蛇串疮	月均例数 (例)	2.1	3.8	5.4
	平均住院日 (天)	12.8	11.8	11.2
	例均自付费用 (元)	1 054	1 412	1 730
	出院好转率 (%)	100	100	100
	中医药治疗费用占比 (%)	34.5	46.2	57.3
丹毒	月均例数 (例)	1.8	8	7.9
	平均住院日 (天)	7.5	5.8	5.4
	例均自付费用 (元)	1 178	1 204	1 207
	出院好转率 (%)	92.9	100	100
	中医药治疗费用占比 (%)	25.1	37.6	49.5
消渴	月均例数 (例)	5.9	19	68.1
	平均住院日 (天)	12	8.5	8.5
	例均自付费用 (元)	1 394	1 515	1 585
	出院好转率 (%)	100	99.9	99.9
	中医药治疗费用占比 (%)	38.8	39.9	40.5
脱疽	月均例数 (例)	16.8	34	24.9
	平均住院日 (天)	16.2	10.6	9.3
	例均自付费用 (元)	1 703	884	447
	出院好转率 (%)	99.3	100	99.7
	中医药治疗费用占比 (%)	31.7	30.2	28.5

续表3 2022—2023年上海市不同中医优势病种医疗质量与费用比较

病种	指标类别	试点前		试点后	
		2022年1—8月	2022年9—12月	2023年	
心水病	月均例数(例)	3.8	2	1.3	
	平均住院日(天)	8.3	4.3	6.5	
	例均自付费用(元)	2 742	1 757	2 180	
	出院好转率(%)	100	75	93.3	
	中医药治疗费用占比(%)	24.9	30.1	35	

注：数据来源于上海市卫生健康统计中心、上海市医保局清算数据。

2. 机构层面的差异

在机构层面，病例收治呈现明显的集中趋势。病例数主要集中于若干市级中医医院，其中A、B和C医院收治病例数最多，分别为4 614例（15.95%）、4 511例（15.59%）和2 623例（9.07%），三者合计占试点医院总收治量的约41%。相对而言，部分区级中医院病例数较少，如E和F医院仅分别收治199例（0.69%）和150例（0.52%），显示出中医优势病种在高水平医院的集聚效应明显。

不同机构在资源利用与费用控制方面存在较大差异。大多数试点医院的平均住院日集中在6~9天之间，其中B医院平均住院日最短（5.06天），体现出较高的诊疗效率；而E医院（13.24天）和F医院（18.92天）住院日相对较长，可能与病例复杂性或治疗路径差异有关。

在费用结构方面，试点医院的例均费用总体集中于1.1~1.7万元区间。D医院例均费用最高（23 747.96元），而F医院最低（10 304.32元）。例均自付费用普遍集中在1000~2000元之间，D医院最高（2 862.17元），而C医院最低（989.22元）。这些差异反映了不同机构在费用控制、医保报销比例及服务结构上的差异。

在中医药治疗方面，例均中医药治疗费用普遍集中于2000~7000元。D医院例均中医药治疗费用最高（6 824.13元），G医院最低（2

069.31 元)，显示不同机构在中医药资源配置上的显著差异。中医药治疗费用占比介于 24.09% ~ 69.99% 之间，H 医院最高（69.99%），I 医院最低（24.09%），反映出不同机构对中医药诊疗的依赖程度差异显著。见图 1。

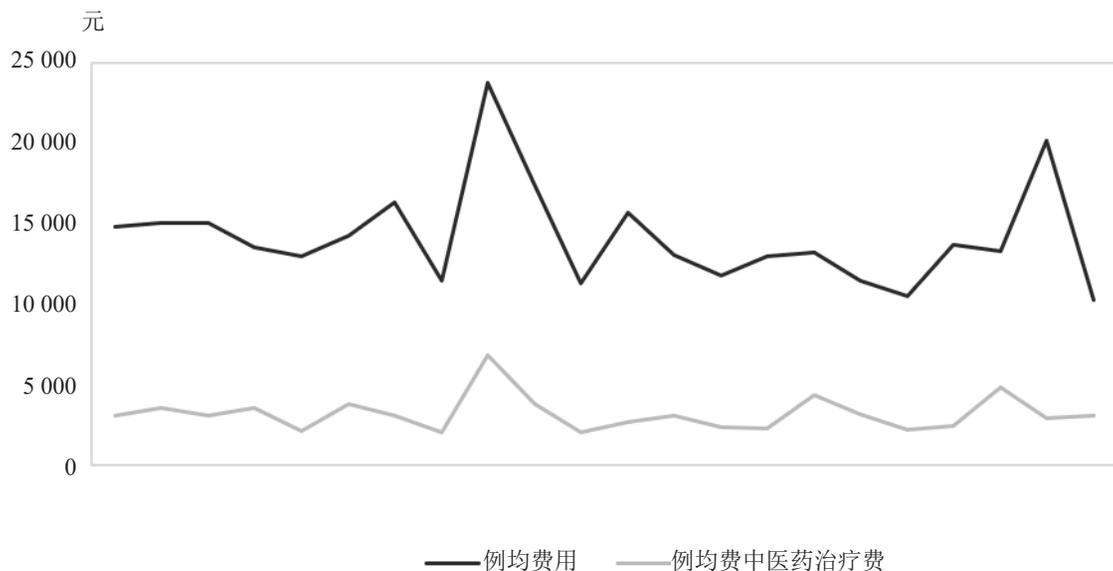


图1 2022—2023年上海市22家医院例均费用和例均中医药治疗费的变化趋势

在医疗质量方面，所有试点医院的出院好转率均保持在 95% 以上，其中 A、B、C 和 J 医院均接近 100%，体现出中医优势病种在市级中医医院中的疗效稳定性与安全性。然而，部分机构仍存在提升空间，如 E 医院的出院好转率为 86.33%，明显低于全市平均水平。

在中医技术使用方面，各机构间差距较大。K 医院在中医骨伤技术和中医外治技术上的使用率均达到 100%，表现出较强的综合技术应用能力；B 医院在中医肛肠技术上的使用率最高（99.91%）；而 E 医院在中医肛肠、骨伤及外治技术上的使用率为 0%，显示其中医特色服务能力仍需加强。总体来看，K 医院与 B 医院在中医技术推广与服务覆盖面上表现最为突出，体现了高水平中医机构在改革中的技术引领作用。

四、讨论

(一) 整体结果

从整体结果来看，上海市中医优势病种按疗效价值付费改革试点显著改善了中医药服务利用、费用结构及资源配置效率，呈现出“疗效稳定、成本下降、结构优化、特色增强”的综合趋势。

首先，在医疗质量与中医药服务利用方面，试点后中医综合治疗率提升，以中医药治疗为主的病例占比增长，显示中医药在临床诊疗体系中的核心地位得到强化。这一变化反映出改革机制对中医药服务的“价值识别”功能显著增强。传统 DRG/DIP 机制中中医药项目易被低估，而“按疗效价值付费”模式通过将疗效结果纳入支付考核，使得医院在服务供给上更加注重中医辨证论治、针推并举、药技结合等综合治疗手段，从而促进了中医药在病种治疗中的实际应用。

其次，在医疗过程与合理用药行为方面，抗菌药物使用率下降，说明支付机制调整有效遏制了过度用药与不合理医疗行为。通过将费用与疗效挂钩，医院更加重视临床路径管理和合理处方，中医药治疗成为控制抗生素依赖的重要替代方案。这种变化不仅优化了治疗结构，也反映出改革在促进医疗行为规范化、提升临床疗效安全性方面的积极作用。

第三，在患者经济负担与费用结构方面，例均费用下降、例均自付费用下降，中医药治疗费用占比上升。这种“总费用下降—中医占比提升”的结构变化，说明改革通过强化中医药低成本、高疗效的服务特征，提升了医保资金的使用效率与患者的经济可及性。中医药服务成本较低、疗效稳定，其在支付结构中的上升反映出医保支付机制对疗效与成本比的重新校正，体现了“价值导向支付”的核心理念。

第四，在医疗效率与资源配置方面，平均住院日缩短至 7.10 天，说明改革在优化资源配置、提升床位周转率方面取得实效。虽然 2023

年略有回升，但总体仍保持较高效率。月均收治例数保持在较高水平，也表明医院在支付激励下提高了收治能力和病种管理水平。通过将结余留用与绩效挂钩，医保支付机制推动医院在控制费用的同时提升质量与服务量，实现了效率与疗效的双向优化。

最后，在体系层面，改革实现了医疗质量稳定与费用控制并重的目标，体现出以疗效为导向的支付机制能够兼顾中医药发展与医保基金可持续性。中医药在疗效评估体系中的嵌入，使得传统以费用为中心的支付逻辑向“以疗效为中心”转变，推动了从“数量驱动”向“价值驱动”的医保支付改革方向。这不仅对中医药服务体系的现代化转型具有示范意义，也为全国范围内推广中医优势病种支付机制提供了可复制的经验。

（二）不同病种与机构间的差异

本研究显示，改革成效在不同病种和不同层级的医疗机构之间存在显著差异。在病种层面，桡骨骨折和蛇串疮等病种的中医药费用占比和治疗效果显著提升，而丹毒和消渴等病种则表现出明显的收治例数增加和住院效率的改善。中医优势病种的改革效果受病种特性和治疗难度的影响较大。在易于治愈或有显著中医药疗效的病种中，支付方式改革的促进作用尤为明显，而对于复杂病症，仍需更为细致的个性化治疗方案和中医技术的进一步研究。

在机构层面，市级中医医院受益最大，而基层医院在患者自付费用下降方面显示了显著的改善。在不同层级医疗机构间，支付改革的落地效果受服务能力、技术水平以及患者群体的影响较大。因此，未来的改革应更加关注基层医院的服务能力提升，推动“三医联动”实现资源的合理流动和分配，以减少区域间的医疗资源不均衡问题。

（三）启示与展望

本研究的结果为深化中医医保支付改革提供了宝贵的实证支持。未

来改革应注重建立更加符合中医药诊疗特点的疗效评价体系，推动真实世界数据在支付标准制定中的应用；加强医保、医疗、医药的“三医联动”机制，形成完善的绩效考核与激励机制；并在分层分类支付方面进行创新，充分调动基层中医院在常见病、多发病中的优势。通过这些措施，能够进一步提升支付方式改革的均衡性和可持续性，推动中医优势病种按疗效价值付费模式在全国范围内的广泛应用。

（责任编辑：信虹云）

基于 ICD-11 传统医学章节的消渴病伤残权重研究

赵兰慧¹ 高 婧² 周尚成²

【摘 要】 文章基于 ICD-11 传统医学章节，调查消渴病伤残权重，为中医疾病负担测算提供参考，为建立与国际标准相衔接并体现中医药卫生服务信息的统计网络奠定基础。研究发现，广州市消渴病伤残权重较重，应重视因伤残导致的消渴病健康寿命年的损失，提升患者的生命质量。

2019 年，第 72 届世界卫生大会审议通过了《国际疾病分类第十一次修订本（ICD-11）》，首次将包括中医药在内的传统医学纳入章节，有助于我国建立与国际标准相衔接并体现中医药卫生服务信息的统计网络。ICD-11 传统医学章节的诞生，为中医疾病的伤残权重确立和疾病负担的测算、统计奠定了基础，然而目前有关中医疾病伤残权重的研究较少。ICD-11 传统医学章节将其翻译为 Wasting thirst disorder，编码：SD71（TM1）。本研究基于 ICD-11 传统医学章节，参照全球疾病负担伤残权重确立方法，结合中医病证分类特色，测算广州市消渴病的伤残权重，在应用中对 ICD-11 传统医学章节及新版中医国家标准的临床适用性进行初步探讨，为消渴病临床防治和人群健康评估提供参考，为中医消渴病疾病负担测算奠定基础。

一、资料与方法

本研究于 2020.06.01—2021.06.01，分别在临床中医师、患者、健

第一作者：赵兰慧，女，博士研究生

通信作者：周尚成，男，教授

作者单位：1. 河南中医药大学管理学院，郑州 450046

2. 广州中医药大学公共卫生与管理学院，广州 510006

康人群中进行伤残权重调查，并对调查结果进行专家意向论证。

（一）对中医师的调查

运用视觉模拟法（Visual Analogue Scale, VAS）在广州市进行对中医师的 VAS 权重调查。调查对象为在广州市执业 2 年及以上的内分泌科中医师或在消渴病方向有专长的中医内科、中医科医师，共 65 名。首先对被调查的中医师进行伤残权重、VAS 法以及消渴病标准化下位类的介绍，然后请中医师根据临床经验填写消渴病伤残权重调查问卷。

（二）对消渴病患者的调查

被调查的消渴病患者来源于在广州地区随机抽样的 3 家三甲中医院。在每家三甲中医院内分泌科住院部，对消渴病患者进行三消和消渴厥的辨证，按照就诊入院的顺序纳入上消、中消、下消、消渴厥患者各 10 例，每家三甲中医院共纳入消渴病患者 40 例。3 家三甲中医院共纳入消渴病患者 120 例，其中上消、中消、下消、消渴厥患者各 30 例。

在患者 VAS 转换权重中，运用欧洲生命质量量表（EQ-5D-3L）；依据目前公认较好的英国时间均衡法（Time Trade-Off, TTO）换算表，将回收的量表结果从行动能力、自我照顾、日常活动、疼痛/不舒服、焦虑/抑郁 5 个方面进行换算，计算生存质量评分。伤残权重 = 1 - 生存质量评分。见表 1。

表 1 英国时间均衡法换算表

条目	水平 1	水平 2	水平 3
行动能力	0	0.07	0.31
自我照顾能力	0	0.10	0.21
日常活动能力	0	0.04	0.09
疼痛或不舒服	0	0.12	0.39
焦虑或抑郁	0	0.07	0.24

（三）对健康人群的调查

将《中医临床诊疗术语第1部分：疾病》消渴病下位类的描述采用更通俗易懂的语言制作成问卷。问卷包括简介伤残权重和生命质量概念的引导词、被调查者一般资料信息、消渴病各下位类的描述和VAS标尺。被调查的健康人，依据对消渴病各下位类的描述的感受，在刻度尺上标记其所认为的该下位类的生存质量。根据伤残权重 $=1-VAS/100$ 的公式计算消渴病各下位类伤残权重。

（四）专家意向论证

专家意向论证采用定性定量多重论证方法。在专家组成上，选择在广州市中医医疗机构执业的内分泌科临床专家，或在消渴病方向有专长的行业专家，共8名。在研究方法上，一种是使用会议论证形成定性或半定量的决策结果，最终达到解决问题的目的；另一种是以调查问卷形成定量的论证结果。

（五）统计分析

使用IBM SPSS Statistics 25.0 统计软件进行分析。符合正态分布的连续变量以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，不符合正态分布的连续变量使用M(P25, P75)表示。不同调查方式得到的伤残权重，多组之间的差异比较使用Kruskal-Wallis检验，两两比较采用Mann-Whitney U检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

（一）一般资料情况

被调查中医师一般资料：共收回有效问卷64份；其中，男31人、女33人；年龄中位数30岁；执业时间中位数5年；44人为执业医师，16人为主治医师，4人为副主任及以上医师。

消渴病患者一般资料：上消患者男17人、女13人，年龄中位数

59.5 岁；中消患者男 12 人、女 18 人，年龄中位数 57.5 岁；下消患者男 17 人、女 13 人，年龄中位数 55.50 岁；消渴厥患者男 19 人、女 11 人，年龄中位数 50.0 岁。

健康人群一般资料：共回收有效网络调查问卷 100 份；其中，男 59 人、女 41 人；年龄中位数 24 岁。

(二) 不同消渴病伤残权重调查结果比较

各调查方式得到的上消、中消、下消、消渴厥伤残权重不同，差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (下同)。各调查方式得到的中消、下消、消渴厥伤残权重均高于上消；下消、消渴厥伤残权重均高于中消；除调查员赋值权重外，其他调查方式的消渴厥伤残权重均高于下消，差异有统计学意义。对于上消，调查员赋值权重低于其他调查方式，差异有统计学意义。对于中消、下消、消渴厥，患者 VAS 转换权重、调查员赋值权重、对健康人群调查的 VAS 权重均低于对中医医师调查的 VAS 权重，中消调查员赋值权重低于患者 VAS 转换权重，对健康人群调查的 VAS 权重高于调查员赋值权重，差异有统计学意义。见表 2。

表 2 不同调查方式得到的伤残权重值 [M (P25, P75)]

下位类	对中医医师调查的 VAS 权重 (n=64)	患者 VAS 转换权重 (n=30)	调查员赋值权重 (n=30)	对健康人群调查的 VAS 权重 (n=100)	H 值	P 值
上消	0.300 (0.185, 0.380)	0.310 (0.225, 0.373)	0.152 (0, 0.311) ^d	0.210 (0.150, 0.390)	10.543	0.014
中消	0.430 (0.368, 0.568) ^a	0.395 (0.335, 0.453) ^{ad}	0.240 (0, 0.275) ^{de}	0.345 (0.260, 0.510) ^{adf}	35.692	<0.001
下消	0.585 (0.510, 0.738) ^{ab}	0.445 (0.360, 0.513) ^{abd}	0.380 (0.186, 0.622) ^{abd}	0.425 (0.313, 0.748) ^{abd}	19.924	<0.001
消渴厥	0.725 (0.660, 0.908) ^{abc}	0.590 (0.550, 0.698) ^{abcd}	0.484 (0.311, 0.814) ^{abd}	0.640 (0.380, 0.898) ^{abcd}	16.327	0.001
H 值	153.883	76.561	34.575	74.014		
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		

注：a 表示与上消比较 $P < 0.05$ ，b 表示与中消比较 $P < 0.05$ ，c 表示与下消比较 $P < 0.05$ ，d 表示与对中医医师调查的视觉模拟法 (VAS) 权重比较 $P < 0.05$ ，e 表示与患者 VAS 转换权重比较 $P < 0.05$ ，f 表示与调查员赋值权重比较 $P < 0.05$ 。

（三）专家意向论证

经过研讨会激烈讨论，专家达成一致意见，基本认同了消渴病在标准化框架下按照上消、中消、下消、消渴厥的分类进行伤残权重测算的方法。定性认同了上消、中消、下消、消渴厥伤残权重逐渐加重。

问卷结果显示 8 位专家基本认同了对中医师调查的伤残权重，其中有 6 位专家对伤残权重赋值持完全同意意见，另外 2 位专家主要对消渴厥的伤残权重提出不同意见。

三、讨论

（一）广州市消渴病伤残权重较重

目前，中医疾病的伤残权重研究仍在探索阶段。与糖尿病伤残权重相比，广州市消渴病伤残权重值大于一项对十堰市糖尿病伤残权重的研究结果，同时大于全球疾病负担 2019 公布的 2 型糖尿病的伤残权重。西医糖尿病虽然总属消渴病范畴，但两者有明显差异，且糖尿病的分类与中医消渴病的分类不同，使用中医的病证分类框架进行伤残权重调查，会更加精准并具有中医特色。临床中医师应发挥中医在慢病防治以及综合调理上的专长，注重广州市消渴病患者生命质量的提升、伤残状况的缓解。

（二）对不同人群伤残权重调查结果的比较

不同调查方式得到的伤残权重具有上、中、下三消逐渐增大的特点，表示消渴病随着病位由上到下，病情逐渐深笃，生命质量整体降低而伤残等级逐渐加重。这一结果与中医“久病及肾”的理论相符合。量化表明了下消、消渴厥是消渴病健康损失最严重的下位类，应该重点关注下消、消渴厥患者的生命质量提升。

对中医师、患者、健康人群的 VAS 法伤残权重调查比较结果显示，中医师评估的伤残权重最重，健康人评估的伤残权重较中医师轻。国外

调查研究认为健康人群较西医师对伤残权重的评估更为准确，但这是由于人们对西医症状有基础的认知。而中医的理论传播还没有达到非中医学背景人人皆知的程度，即使问卷对中医疾病症状做了通俗化的描述，非中医学背景的人群仍然存在理解上的偏差。

患者 VAS 权重也整体较中医师 VAS 权重轻，这可能是由于伤残权重较重的患者，生命质量低，可能影响了参与调查。调查员统计赋值的权重，整体较患者 VAS 权重轻，可能是由于西方国家与本土文化差异，导致同一疾病同一患者群体评估的伤残权重的差异。这也表明，需要开发本土化的伤残权重换算表，以更符合当地的实际情况。

（三）专家对基于 ICD-11 传统医学章节调查伤残权重的意向论证

研讨会环节，专家就中医标准化疾病分类尤其是消渴病的标准化下位类进行了激烈讨论。主要提出 ICD11 传统医学章节疾病名数量仍较少，疾病名较为古朴的疑问。以及消渴病三消加消渴厥的下位类并不是临床最直接使用的证型的问题。

本研究分析认为，国内中医医疗机构的中医师实际上同时做了中西医两方面的诊断和治疗，因此需要更符合中西医联合治疗临床实践的疾病分类。而国际中医师实际只做传统医学治疗的部分，且中医药在国际除了医学治疗，同时肩负文化意义。所以在国际中医师的实践中，更需要具有传承特点的疾病分类。因此，未来将《中医临床诊疗术语第 1 部分：疾病》和 ICD-11 传统医学章节两套标准将联合使用，互相补充，共同发挥其优势，引导中医药走向标准化、国际化新征程。

分析发现，中医标准化分类框架疾病的下位类有多种分类方式，如按照轻重、缓急、辨证方式、病因等。消渴病的下位类实则为三消分治辨证与消渴导致的急症合并的方式。多种辨证方式可以按病位分纳入三消，难以按病位纳入的亦可以从三消分治辨证角度重新辨证，故为在中

医药标准化框架下是合理且可行的。且 ICD-11 传统医学章节疾病分类除了有效疾病名，尚留有其他特指的、未特指的疾病的空间，仍然推荐未来将消渴病三消与消渴厥纳入 ICD-11 传统医学章节消渴病的下位类。

最终专家达成一致意见，认同了消渴病使用上消、中消、下消、消渴厥的疾病下位类的分类方式，确立伤残权重，并通过问卷提出对伤残权重赋值的建议。

（四）小结

广州市消渴病伤残权重较重，上、中、下三消及消渴厥伤残权重逐渐加重。应发挥中医对慢病的防治、调理专长，提升当地消渴病患者的生命质量，尤其要关注下消、消渴厥的患者。基于 ICD-11 传统医学章节以及中医国家标准来确立消渴病的伤残权重，得到了中医专家的认可，能够更精准地进行中医特色的疾病评估，为进一步研究中医消渴病疾病负担奠定了基础。本研究具有一定局限性，对中医师的调查结合病案的表现和中医师的临床经验，但病案均来自住院病案，可能在一定程度上影响了医师的判断。对患者的调查均来自广州市三甲医院的住院患者，尚未调查门诊以及其他级别医疗机构的患者，可能会造成结果的偏倚。未来将继续扩大样本量，进行更深入的研究。

本文转自《中国全科医学》，2024年第33期，第4190-4195页，并由本刊编辑部摘编。

（责任编辑：张革）

基于 ICD-11 的广州市中老年人消渴病疾病负担归因于中医体质分析

赵兰慧¹ 高 婧² 周尚成²

【摘要】 文章基于 ICD-11 传统医学章节及中医国家标准，测算广州市中老年人消渴病疾病负担，并归因于中医体质，评估中医体质监测在健康管理中的作用，为消渴病中医防治以及体质学说的应用提供参考。研究发现，广州市 ≥ 50 岁中老年人消渴病患病率较高，消渴病疾病负担沉重；阴虚质、痰湿质是导致中老年人消渴病的危险体质；建议进行中医体质监测与管理，以有效降低消渴病疾病负担。

2019 年，第 72 届世界卫生大会审议通过了《国际疾病分类第十一次修订本》(ICD-11)，首次将起源于中医药的传统医学纳入章节，国际疾病负担测算能够统计并计算疾病、伤残和过早死亡对整个社会健康的压力，ICD-11 纳入传统医学给中医疾病负担的统计、测算及归因奠定了基础。中医体质是指人体生命过程中，在先天禀赋和后天获得基础上所形成的形态结构、生理功能和心理状态方面综合的相对稳定的固有特质；众多研究显示，体质偏颇是中医疾病的危险因素。本研究基于 ICD-11 传统医学章节，使用全球疾病负担测算方法，结合中医病证分类特色，测算广州市中老年人消渴病的疾病负担，并归因于中医体质。评估中医体质监测在健康管理中的作用，为消渴病中医防治以及体质学说的应用提供参考，为中医“治未病”思想提供统计方面的证据。

第一作者：赵兰慧，女，博士研究生

通信作者：周尚成，男，教授

作者单位：1. 河南中医药大学管理学院，郑州 450046

2. 广州中医药大学公共卫生与管理学院，广州 510006

一、资料与方法

(一) 消渴病患病率及体质调查

在明确入组标准和排除标准后,对消渴病患进行样本量估算。消渴病没有既往发病率调查数据,本研究按照惯例,以糖尿病患病率作为调查基准,采用2010年全国慢病监测的糖尿病患病率数据测算预期发病率的百分比。

研究采用分层多级整群方法抽样。样本为2020年广州市下辖11个区,共有170个街道办事处(或镇)。根据各区市距城中心的距离及城镇化率,将其分为老城区、新城区、郊区3层,根据各层人口占广州市的比例,确定各层应查人数。依据ICD-11传统医学章节以及《中医临床诊疗术语第1部分:疾病GB/T1675.12021》对消渴病的描述,通过望闻问切,四诊合参辨病为消渴,即诊断为消渴病。

采用中医体质辨识量表进行中医体质辨识,量表包括个人基本资料(姓名、性别、年龄、联系方式、现病史、既往史等)以及《中医体质分类与判定:ZYYXH/T157-2009》体质辨识题目。题目由9个亚量表(平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质)构成,共包含60个条目的自我评价量表。各亚量表转化分为0~100分;平和体质转化得分 ≥ 60 且其他8种体质转化得分均 < 40 者判定为平和体质,其他8种体质转化得分 ≥ 40 者判定为该种类型偏颇体质。在此之后进行调查员的选择与培训、问卷填写、调查问卷回收与核查以及数据录入与核查。

(二) 消渴病疾病负担测算

使用伤残调整寿命年(DALY)指标测算广州市消渴疾病负担。消渴病DALY=早死寿命损失年(YLL)+伤残寿命损失年(YLD)。

YLL 计算公式为：
$$YLL = Ce^{(\beta\alpha)} \left\{ e^{-(\beta+\gamma)(L+\alpha)} [-(\beta+\gamma)(L+\alpha) - 1] - e^{-(\beta+\gamma)\alpha} [-(\beta+\gamma)\alpha - 1] \right\} / (\beta+\gamma)^2$$

公式中： γ 为贴现率，国际疾病负担分析中取值为 0.03， C 为年龄权数调节因子，国际疾病负担分析中取值为 0.1658， β 为年龄函数参数，国际疾病负担分析中取值为 0.04， α 为死亡发生年龄， L 为早死带来的寿命损失。

YLD 采用以患病率为基础的计算公式为： $YLD = P \times DW$

其中， P 为特定时期的患病人数， DW 为伤残权重。本研究中的 DW 及死亡数据资料来自课题组调查结果。

（三）疾病负担归因于中医体质

采用比较风险评估，计算归因于各危险体质的人群归因分值（PAF）。

$$PAF = \frac{\sum_{i=1}^n P_i(RR_i - 1)}{\sum_{i=1}^n P_i(RR_i - 1) + 1}$$

公式中 P 为危险因素暴露率，相对危险度（RR）为暴露与非暴露相比致疾病的危险性， $RR > 1$ 为危险体质。由于消渴病的中医体质尚缺乏长期队列研究的数据，本研究使用比值比（OR）对 RR 进行校正，设疾病在非暴露人群中的发病为 P_0 ， $RR = OR / [(1 - P_0) + (P_0 \times OR)]$ 。

多个危险体质对一个健康结果的联合归因分值公式为 $PAF = 1 - \prod_{i=1}^n (1 - PAF_i)$ ；归因疾病负担使用公式 $AB = PAF \times B$ 。式中 B 是疾病负担， AB 是归因于危险体质的疾病负担。

（四）统计学方法

采用 IBM SPSS 25.0 软件对数据进行统计。计数资料以相对数表示；符合正态分布的计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，不符合则用 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一) 消渴病患率及体质分布情况

共调查广州市 1 576 名中老年人，回收有效问卷 1 521 份，有效应答率为 96.51%。其中男 782 名，年龄中位数 62 岁；女 739 名，年龄中位数 62 岁。广州市中老年体质分布最多的是痰湿质、气虚质、湿热质；其中消渴病患者分布最多的是痰湿质、阴虚质、气虚质。见表 1。

表 1 2020 年广州市中老年人及消渴病患者体质分布

体质	中老年人群 (n=1521)		消渴病患者 (n=199)	
	人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)
平和质	45	2.96	4	2.01
气虚质	377	24.79	56	28.14
气郁质	73	4.80	9	4.52
湿热质	353	23.21	36	18.09
痰湿质	688	45.23	100	50.25
特禀质	22	1.45	2	1.01
血瘀质	200	13.15	20	10.05
阳虚质	256	16.83	29	14.57
阴虚质	304	19.99	60	30.15

(二) 中老年消渴病疾病负担

广州市中老年人消渴病 YLL 率为 4.86%，男性为 5.44%，女性为 4.31%。YLD 率为 81.60%，男性为 78.65%，女性为 84.35%。DALY 率为 86.46%，男性为 84.09%，女性为 88.67%。见表 2。

表 2 2020 年广州市中老年消渴病疾病负担 (%)

年龄段 (岁)	YLL 率			YLD 率			DALY 率		
	男性	女性	合计	男性	女性	合计	男性	女性	合计
50~59	3.81	2.15	2.98	58.27	46.51	52.42	62.08	48.66	55.40
60~69	4.11	3.45	3.77	81.87	83.93	82.93	85.97	87.38	86.70
70~79	8.65	7.64	8.11	100.82	129.42	116.04	109.46	137.06	124.15
≥80	13.57	9.94	11.44	133.09	158.25	147.91	146.66	168.20	159.34
合计	5.44	4.31	4.86	78.65	84.35	81.60	84.09	88.67	86.46

（三）中老年人危险体质及其导致的疾病负担

阴虚质是导致广州市中老年人消渴病的危险体质，阴虚质中老年人患消渴病的概率是非阴虚质的 1.73 倍 ($RR=1.73, P < 0.01$)。阴虚质导致了疾病负担 33 092 DALY，DALY 率为 10.98%；占消渴病中老年人疾病负担的 12.70%，见表 3、表 4。

表 3 2020 年广州市中老年人及消渴病患者体质分布

体质类型	RR 值	95%CI	P 值
平和质	0.67	0.26 ~ 1.73	0.41
气虚质	1.19	0.89 ~ 1.58	0.24
气郁质	0.94	0.50 ~ 1.76	0.85
湿热质	0.73	0.52 ~ 1.03	0.07
痰湿质	1.22	0.94 ~ 1.58	0.13
特禀质	0.69	0.18 ~ 2.61	0.59
血瘀质	0.74	0.48 ~ 1.14	0.17
阳虚质	0.84	0.58 ~ 1.22	0.37
阴虚质	1.73	1.31 ~ 2.28	<0.01

表 4 2020 年广州市中老年人危险体质导致的疾病负担

项目	YLL (人年)	YLL 率 (%)	YLD (人年)	YLD 率 (%)	DALY (人年)	DALY 率 (%)	PAF (%)
消渴病中老年人疾病负担	14 636	4.86	245 931	81.60	260 567	86.46	
阴虚质导致的疾病负担	1 859	0.62	31 233	10.36	33 092	10.98	12.70

注：PAF= 人群归因分值。

（四）不同年龄段危险体质及其导致的疾病负担

将中老年人人群分为 50 ~ 59 岁、60 ~ 69 岁、70 ~ 79 岁、80 岁及以上 4 个年龄段，痰湿质和阴虚质是 60 ~ 69 岁年龄人群消渴病的危险体质 ($RR=1.62, P < 0.05$ ； $RR=1.80, P < 0.05$)。见表 5、表 6。

表 5 2020 年广州市中老年人及消渴病患者体质分布

体质类型	50 ~ 59 岁		60 ~ 69 岁		70 ~ 79 岁		≥80 岁	
	RR (95%CI)	P 值	RR (95%CI)	P 值	RR (95%CI)	P 值	RR (95%CI)	P 值
平和质	2.63 (0.15 ~ 45.98)	0.51	0.43 (0.06 ~ 2.86)	0.38	0.64 (0.19 ~ 2.16)	0.48	2.70 (0.52 ~ 14.19)	0.24
气虚质	0.73 (0.08 ~ 6.52)	0.78	1.12 (0.72 ~ 1.75)	0.61	1.23 (0.88 ~ 1.72)	0.23	1.31 (0.51 ~ 3.35)	0.58
气郁质	2.02 (0.12 ~ 35.66)	0.63	0.80 (0.32 ~ 2.05)	0.65	1.09 (0.55 ~ 2.18)	0.80	0.62 (0.04 ~ 9.09)	0.73
湿热质	2.10 (0.35 ~ 12.43)	0.42	0.61 (0.35 ~ 1.04)	0.07	0.75 (0.46 ~ 1.23)	0.25	2.13 (0.92 ~ 4.97)	0.08
痰湿质	0.31 (0.04 ~ 2.78)	0.30	1.62 (1.09 ~ 2.41)	0.02	1.02 (0.74 ~ 1.41)	0.91	0.94 (0.40 ~ 2.17)	0.88
特禀质	5.62 (0.33 ~ 94.90)	0.23	2.47 (0.83 ~ 7.37)	0.10	0.26 (0.02 ~ 3.57)	0.31	0.75 (0.05 ~ 10.72)	0.83
血瘀质	0.52 (0.03 ~ 9.26)	0.65	0.96 (0.53 ~ 1.77)	0.90	0.86 (0.48 ~ 1.55)	0.61	0.76 (0.19 ~ 3.04)	0.70
阳虚质	0.47 (0.03 ~ 8.41)	0.61	0.81 (0.47 ~ 1.41)	0.46	1.09 (0.70 ~ 1.69)	0.71	0.53 (0.13 ~ 2.17)	0.38
阴虚质	1.08 (0.12 ~ 9.54)	0.95	1.80 (1.18 ~ 2.74)	0.01	1.35 (0.96 ~ 1.87)	0.07	1.10 (0.40 ~ 3.08)	0.85

表 6 2020 年广州市分年龄段中老年危险体质导致的疾病负担

疾病负担	YLL (人年)	YLL 率 (%)	YLD (人年)	YLD 率 (%)	DALY (人年)	DALY 率 (%)	PAF (%)
消渴病 60 ~ 69 岁人群疾病负担	3 721	3.77	81 945	82.93	85 667	86.70	
60 ~ 69 岁痰湿质导致的疾病负担	805	0.82	17 725	17.94	18 530	18.75	21.63
60 ~ 69 岁阴虚质导致的疾病负担	457	0.46	10 063	10.18	10 520	10.65	12.28
两种体质联合导致的疾病负担	1 163	1.18	25 616	25.92	26 780	27.10	31.26

(五) 不同性别危险体质及其导致的疾病负担

将中老年人群分为男性和女性，痰湿质是导致中老年男性患消渴病的危险体质 (RR=2.29, $P<0.01$)，阴虚质导致中老年女性患消渴病的危险体质 (RR=2.27, $P<0.01$)。见表 7 ~ 9。

表 7 2020 年广州市不同性别中老年消渴病九型中医体质

体质	男性		女性	
	RR (95%CI)	P 值	RR (95%CI)	P 值
平和质	0.52 (0.08 ~ 3.56)	0.51	0.70 (0.24 ~ 3.05)	0.51
气虚质	1.24 (0.73 ~ 2.08)	0.43	1.18 (0.83 ~ 1.66)	0.36
气郁质	1.16 (0.39 ~ 3.45)	0.79	0.77 (0.36 ~ 1.65)	0.50

续表 7 2020 年广州市不同性别中老年消渴病九型中医体质

体质	男性		女性	
	RR (95%CI)	P 值	RR (95%CI)	P 值
湿热质	0.60 (0.36 ~ 1.03)	0.06	1.03 (0.67 ~ 1.60)	0.89
痰湿质	2.29 (1.47 ~ 3.57)	<0.01	0.85 (0.61 ~ 1.18)	0.33
特禀质	0.49 (0.03 ~ 7.41)	0.61	0.94 (0.26 ~ 3.39)	0.92
血瘀质	0.63 (0.30 ~ 1.33)	0.23	0.83 (0.49 ~ 1.41)	0.48
阳虚质	1.06 (0.59 ~ 1.89)	0.86	0.69 (0.43 ~ 1.12)	0.13
阴虚质	1.00 (0.58 ~ 1.70)	0.99	2.27 (1.64 ~ 3.13)	<0.01

表 8 2020 年广州市男性危险体质导致的疾病负担

疾病负担	YLL (人年)	YLL 率 (%)	YLD (人年)	YLD 率 (%)	DALY (人年)	DALY 率 (%)	PAF (%)
消渴病中老年男性疾病负担	7 910	5.44	114 353	78.65	122 263	84.09	
男性痰湿质导致的疾病负担	2 913	2.00	42 105	28.96	45 017	30.96	36.82

表 9 2020 年广州市女性危险体质导致的疾病负担

疾病负担	YLL (人年)	YLL 率 (%)	YLD (人年)	YLD 率 (%)	DALY (人年)	DALY 率 (%)	PAF (%)
消渴病中老年女性疾病负担	6 726	4.31	131 578	84.35	138 304	88.67	
女性阴虚质导致的疾病负担	1 398	0.90	27 355	17.54	28 753	18.43	20.79

三、讨论

(一) 广州市中老年消渴病疾病负担沉重

本研究显示广州市中老年消渴病患病率为 13.08%，标化患病率为 12.64%，DALY 率为 86.46‰，疾病负担沉重。中老年消渴病疾病负担高于同课题组对广州市糖尿病的疾病负担测算结果，表明使用 ICD-11 及中医国家标准进行中医疾病评估与检查的结果更符合中医情况。女性 DALY 率较男性大，不同年龄段中，高龄老人 DALY 率最大；表明女性、高龄老人是广州市消渴病的防治重点人群。消渴病 YLD 大于 YLL，表明对于消渴病而言，伤残带来的负担较死亡重，应充分发挥中医在慢病调理中的优势，提高患者的生命质量，降低伤残对患者健康与生活的影响。

（二）阴虚质、痰湿质是导致消渴的危险体质

广州市中老年人人群中复合体质占比多于单一体质，与既往研究成果一致。中老年消渴病患者的体质分布与健康中老年人不同，气虚质、痰湿质、阴虚质的构成比大于健康中老年人。中老年人总体的危险体质为阴虚质，验证了消渴病因病机理论。本研究从统计量化的角度，表明了中医消渴病禀赋因素的逻辑。这一结果也间接检验了王琦院士团队开发的中医体质量表的科学性，证实中医体质学说的适用性。

本研究统计发现在 60～69 岁年龄段、男性中老年人中，痰湿质也是消渴的危险因素。因此在消渴病“治未病”与中医健康管理中，中老年消渴病要特别注意阴虚质、痰湿质的纠偏及综合调理。阴虚质应安神定志，多食一些滋补肾阴的食物。痰湿质应忌食肥甘厚味生冷之物，戒烟酒，避免久居湿地，适当参加体育锻炼。

（三）不同年龄段、不同性别的消渴体质调理的侧重点不同

本研究结果显示，60～69 岁是消渴病痰湿质、阴虚质的重点调理年龄段。男性更需关注痰湿质，女性更需关注阴虚质。本研究结果提示，应关注男性痰湿质以及女性阴虚质人群，降低其 DALY 值，提示明确重点年龄段人群的健康管理特点，能提高中医健康管理效价。

（四）加强标准化框架下的中医体质监测与管理，能够有效降低消渴病负担

就消渴病中老年总体而言，中医体质（阴虚质）导致的消渴病负担为 33 092 DALY。表示由体质偏颇造成的患消渴伤残或死亡，对社会造成了 33 092 DALY 的健康损失。表明进行综合中医健康管理，对中老年人群进行中医体质监测，能够降低消渴病的疾病负担，因此应重视中医体质调理在疾病防治中的作用与价值。这一结果反映了进一步完善和推进 ICD-11 及中医国家标准的使用，提升中医规范化、标准化，是更好

地进行数据统计，有效监测中医危险因素的基础。

总之，广州市中老年消渴病疾病负担沉重，中老年女性、高龄老年人是重点关注人群，应充分发挥中医在慢病调理中的优势，对重点人群进行重点防治。中医体质监测与综合管理是中医慢病调理以及“治未病”的手段之一，也是能够干预和降低消渴病疾病负担的重要因素。基于 ICD-11 传统医学分类以及中医国家标准，计算中医疾病负担并归因中医的危险因素，能够进行更加符合中医情况的评估与监测，为中医健康管理提供参考。

本研究存在一定的局限性。由于目前中医体质缺乏长期队列研究的数据，无法直接计算其 RR 值，因此研究使用了公式进行 RR 值校正，未来将继续深化研究。本次研究未考虑不同体质间潜在的交互作用，可能会导致结果的偏差。

本文转自《中国全科医学》，2024年第6期，第751-757页，并由本刊编辑部摘编。

（责任编辑：张革）

关于印发按疗效价值付费试点 中医优势病种临床管理规范的通知

沪卫中管〔2024〕1号

各区卫生健康委、医保局，申康医院发展中心、有关大学，各试点医疗机构，上海市中医医疗质量控制中心：

为贯彻落实国家和本市医保支持中医药传承创新发展的有关部署，以医保支付方式改革促进中医药临床内涵能力提升，助力中医药事业高质量发展，根据《关于开展中医优势病种按疗效价值付费试点工作的通知》（沪医保医管发〔2022〕33号）《关于扩大中医优势病种按疗效价值付费试点范围的通知》（沪医保医管发〔2024〕1号）等要求，市卫生健康委、市中医药管理局会同市医保局组织专家研究制定了《试点中医优势病种临床管理规范（第一版）》（以下简称《管理规范》）。现将文件印发给你们，并提出如下要求：

一、认真组织学习和培训

《管理规范》明确了试点病种的中西医临床诊断标准、出入院标准、住院诊疗规范和中医药主要治疗技术和方法，是落实中医优势病种按疗效价值付费试点工作的基本要求和规范，为发挥中医药特色优势、维护医疗质量和安全，保障试点工作科学、规范开展提供了技术支撑。各试点医疗机构应组织对收治疗点病种的相关科室和医务、医保、病案、质控、信息等相关部门开展全员培训，确保相关人员准确掌握《管理规范》相关要求并正确实施。在此基础上，充分挖掘海派中医学术思想和名老中医优秀临床经验，规范中药人用经验采集，制定符合本单位实际的中

医诊疗方案或临床路径并不断优化，引导和鼓励中医药技术方法的应用，着力提高临床疗效，凸显中医临床价值。

二、规范信息采集和上传

各试点医疗机构要根据《管理规范》和试点工作绩效考核要求，将中医相关诊断、治疗信息和优势病种临床疗效评价表等功能模块纳入医院信息化建设，修订完善中医病历书写、住院病案首页填写等管理制度，确保采集的信息真实、准确反映患者住院期间中西医诊疗过程。要按照《中医病证分类与代码》《中医临床诊疗术语》（GB/T15657-2021）《疾病诊断分类与代码（ICD）》（临床 2.0 版）和《医保疾病诊断分类与代码》（医保 ICD-10），规范填报并上传试点中医优势病种诊疗信息，加强住院病案首页和医保结算清单质控，确保相关项目信息完整准确。

三、加强应用和评估

各试点医疗机构应注重内部协调联动，医务、医保、病案、质控、信息等多部门齐抓共管，与临床科室紧密合作，积极推进《管理规范》的应用和实施，强化内部质量控制和数据监测，规范临床诊断和治疗。同时，围绕试点中医优势病种中医药内涵、临床疗效和运行效率等重点内容，定期开展分析评估，及时总结经验和不足，加强中西医优秀人才培养，不断优化中医药诊疗方案，提升中医优势病种临床服务能力。

四、强化质控和督导

市中医医疗质量控制中心及相关专业质控组织要加强试点中医优势病种医疗质量管理，定期开展专项质控督导，并将试点医疗机构《管理规范》实施情况纳入质控重点。同时，重点聚焦中医药临床诊疗思维、中医药技术方法推广应用、临床疗效评价，以及在试点过程中存在的临床共性问题开展专题研究和培训，不断提升各试点医疗机构中医优势病

种中医药服务的内涵与质量。

特此通知。

上海市医疗保障局
上海市卫生健康委员会
上海市财政局
2024年2月18日

关于扩大中医优势病种按疗效价值付费试点范围的通知

沪医保医管发〔2024〕1号

各区医保局、卫生健康委、财政局，申康医院发展中心，各有关医疗机构：

为充分发挥医保支付方式改革对本市中医药传承创新发展的支持促进作用，服务国家中医药综合改革示范区建设，经研究，在前期试点工作基础上，进一步扩大中医优势病种按疗效价值付费试点机构和病种范围。现就有关事项通知如下：

一、有序扩大试点机构范围

根据国家和本市中西医协同工作部署，以及国家公立医院改革与高质量发展示范项目和中医药传承创新发展示范试点项目建设要求，考虑试点病种分布和各级各类医疗机构中医药服务特色，经综合评估，确定新增本市37家医院纳入试点范围（见附件1）。

二、持续新增完善试点病种

按照“优势突出、临床成熟、疗效确切、安全可控”的原则，在广泛征求医疗机构和专家意见基础上，将“眩晕”等10个中医优势病种纳入试点范围，并结合运行实际，对“慢性肾衰”等3个病种的对应西医病种内涵予以完善，同步对新增试点病种开展按疗效价值付费试点。

三、明确试点工作要求

1. 各试点医疗机构要积极主动推进试点工作，完善配套措施，制定具体实施方案，做好与DRG/DIP支付改革协同，保障试点工作顺利开展。

2. 各试点医疗机构要加强医保结算清单质控，完善试点病种中医药诊疗及评价的信息化建设，按照相关要求，规范上传中医病证分类与代

码（TCD）和医保疾病诊断分类与代码（医保版ICD），准确真实反映中医优势病种诊疗信息。

3. 各试点医疗机构要加强日常管理，加强医务人员业务培训，强化内部质量控制和数据监测，按照试点病种管理规范，引导中医科室积极发挥中医药特色优势，提供合理、规范、优质的中医药医疗服务。

本通知自2024年1月1日起正式实施。其他事项仍按照《关于开展中医优势病种按疗效价值付费试点工作的通知》（沪医保医管发〔2022〕33号）执行。

上海市医疗保障局
上海市卫生健康委员会
上海市财政局
上海市中医药管理局
2024年1月5日

（此件主动公开）

附件 1

表 1 新增试点医疗机构名单

序号	机构名称	序号	机构名称
1	复旦大学附属中山医院	20	上海市杨浦区中心医院
2	上海交通大学医学院附属瑞金医院	21	上海市第五人民医院
3	复旦大学附属华山医院	22	上海市闵行区中心医院
4	上海市第一人民医院	23	上海合川莱茵中医医院
5	上海市第六人民医院	24	上海市宝山区罗店医院
6	上海交通大学医学院附属新华医院	25	上海市嘉定区中心医院
7	上海市第十人民医院	26	上海市嘉定区南翔医院
8	复旦大学附属妇产科医院	27	上海市嘉定区安亭医院
9	复旦大学附属肿瘤医院	28	上海市奉贤区中心医院
10	上海市皮肤病医院	29	上海市松江区泗泾医院
11	上海市浦东新区人民医院	30	上海市金山区亭林医院
12	上海市浦东新区周浦医院	31	复旦大学附属中山医院青浦分院
13	上海市浦东新区肺科医院	32	上海健康医学院附属崇明医院

续表 1 新增试点医疗机构名单

序号	机构名称	序号	机构名称
14	上海交通大学医学院附属第九人民医院黄浦分院	33	上海市浦东新区南汇新城镇社区卫生服务中心
15	上海市徐汇区大华医院	34	上海市嘉定区安亭镇社区卫生服务中心
16	上海市同仁医院	35	上海市嘉定区江桥镇社区卫生服务中心 (嘉定区金沙新城社区卫生服务中心)
17	上海市静安区中心医院	36	上海市嘉定区马陆镇社区卫生服务中心
18	上海市普陀区中心医院	37	上海市松江区九亭镇社区卫生服务中心
19	上海市第四人民医院		

关于开展中医优势病种按疗效价值付费试点工作的通知

沪医保医管发〔2022〕33号

各区医保局、卫生健康委、财政局，申康医院发展中心，上海中医药大学，各有关医疗机构，各有关单位：

为深入贯彻落实《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》《中共上海市委 上海市人民政府关于促进中医药传承创新发展的实施意见》《国家医疗保障局 国家中医药管理局关于促进中医药传承创新发展的意见》《上海市医保支持中医药传承创新发展若干措施》等文件要求，服务健康上海建设，充分发挥医保支付方式改革对本市中医药传承创新发展的支持促进作用，现就开展本市中医优势病种按疗效价值付费试点工作的有关事项通知如下。

一、试点目标

建立完善符合中医药特点的医保支付机制，探索开展中医优势病种按疗效价值付费，坚持中西医同病同效同价原则，遴选中医优势病种，合理确定支付标准，实施动态优化调整，开展疗效价值评价。积极支持本市中医药传承创新高质量发展，鼓励医疗机构发挥中医药特色优势，推动中医特色专科专病可持续发展，提高医保基金使用绩效，更好地满足人民群众对中医药服务的需求。

二、试点范围

（一）试点病种

按照“优势突出、临床成熟、疗效确切、安全可控”的原则，在国家发布病种基础上，结合本市实际和按疗效价值付费特点，广泛征求医疗机构和专家意见，分批遴选本市适宜中医优势病种，首批确定“肛肠”

等 22 个中医优势病种开展按疗效价值付费试点（见附件 1）。

（二）试点机构

结合国家中医药综合改革示范区建设任务，考虑中医优势病种分布和各类医疗机构中医药服务特色，经综合评估，确定本市 22 家二、三级中医、中西医结合医院为首批试点医疗机构（见附件 2）。

（三）试点进度

本市医保、卫生健康（中医）及财政等部门加强试点评价评估，视试点工作进展和成效，逐步扩大试点病种和试点机构范围。

试点起步阶段，中医优势病种付费病例范围为本市职工基本医疗保险参保人员（以下简称“参保人员”）在试点医疗机构住院所发生的适宜病例。中医优势病种付费病例涉及的医保范围内费用，由市医保部门与试点医疗机构按中医优势病种付费方式进行结算。参保人员基本医疗保险待遇不受中医优势病种付费的影响。

三、试点任务

（一）明确试点病种管理规范

对试点中医优势病种，纳入病种规范统一管理。由市卫生健康（中医）部门会同医保部门，制定试点中医优势病种临床管理规范，明确试点病种的中西医诊断标准、出入院标准、住院诊疗规范、中医主要治疗技术等。试点医疗机构应严格执行，并在实施过程中不断完善。

（二）确定试点病种支付标准

市医保会同市卫生健康（中医）部门，在本市医保总额预算管理框架下，参照 DRG/DIP 结算管理，以试点中医优势病种所在 DRG/DIP 病组的支付标准为基准，合理确定病种支付标准。病种支付标准实施动态调整，合理体现中医药技术劳务价值和医保基金使用效率。

（三）开展按疗效价值付费

积极发挥医保支付对中医价值医疗的导向作用，探索以绩效评价为核心的医保支付方式改革，同步对试点中医优势病种开展按疗效价值付费试点。由市卫生健康（中医）、医保部门牵头制定试点中医优势病种按疗效价值付费考核办法，明确试点病种按疗效价值考核的指标评价规则、数据采集及绩效支付办法等，定期予以考核，并在实施过程中不断完善。

四、配套措施

（一）加强组织领导

各级医保、卫生健康（中医）及财政部门共同推进本市中医优势病种按疗效价值付费试点工作，通过完善政策、细化管理措施，把推进试点与发挥中医药特色优势、理顺医疗服务价格、深化医保支付方式改革等公立医院高质量发展重点任务相衔接，认真研究并协调落实好推进试点工作的具体措施，切实把试点工作抓紧抓实抓出成效。试点医疗机构要积极主动推进试点工作，建立相应的组织管理架构，确定牵头职能部门，完善配套措施，制定具体实施方案，保障试点工作顺利开展。

（二）做好信息上传

病案首页等信息规范上传是试点工作的重要基础，各试点医疗机构要加强中西医住院病案首页质控，相关项目信息填写完整，准确真实反映住院期间中西医诊疗信息；要按照医保、卫生健康（中医）部门相关要求，规范上传中医病证分类与代码（TCD）和医保疾病诊断分类与代码（医保版ICD），做好试点中医优势病种的信息填报。医保、卫生健康（中医）部门应建立与医疗机构信息交流反馈平台，加强全流程管理，做好分析反馈。

（三）加强评估监管

各级卫生健康（中医）、医保部门要强化对试点医疗机构监管，积极发挥中医、医保相关质控组织作用，及时掌握试点医疗机构诊疗项目、药品使用、医疗费用等信息变化，做好实时监测，定期开展评估，及时发现问题，完善措施。各试点医疗机构要加强日常管理，加强医务人员业务培训，强化内部质量控制和数据监测，建立科学合理的激励和分配机制，引导相关科室积极发挥中医药特色优势，充分体现改革的导向作用。

（四）积极宣传引导

各级卫生健康（中医）、医保部门及各试点医疗机构要加强中医药特色诊疗技术和方法的宣传和推广力度，提高群众知晓率，积极营造群众信中医、用中医的良好社会氛围。要及时总结并大力宣传试点工作在发挥中医药特色优势，保障临床疗效、减轻群众负担、规范诊疗行为、促进公立医院高质量发展和提高医保资金使用效率等方面的成效，争取各方理解和支持。

试点工作自发文之日起开展模拟运行，2022年9月1日起正式实施。

上海市医疗保障局
上海市卫生健康委员会
上海市财政局
2022年7月28日

（此件主动公开）

附件 1

首批试点中医优势病种名单

序号	中医优势病种名称	中医 TCD 编码	对应病种名称 (医保 ICD-10 名称)	医保 ICD-10 编码	中医主要治疗技术	备注
1	肛痈	A08.03.04	肛周脓肿	K61.001	中医肛肠技术 治疗为主	
2	混合痔	A08.03.01.03	混合痔	K64.811	中医肛肠技术 治疗为主	
3	休息痢	A01.03.19.05	溃疡性结肠炎, 中度 溃疡性结肠炎, 重度 溃疡性全结肠炎, 中度 溃疡性全结肠炎, 重度 溃疡性直肠乙状结肠 炎, 中度 溃疡性直肠乙状结肠 炎, 重度	K51.902 K51.903 K51.002 K51.003 K51.302 K51.303	中医内科治疗 为主	
4	腹痛	A17.36	克罗恩病 小肠克罗恩病 十二指肠克罗恩病 空肠克罗恩病 大肠和小肠克罗恩病 回肠克罗恩病 结肠克罗恩病	K50.900 K50.000 K50.000x005 K50.001 K50.800x001 K50.002 K50.102	中医内科治疗 为主	
5	泄泻病	A04.03.07	克罗恩病 小肠克罗恩病 十二指肠克罗恩病 空肠克罗恩病 大肠和小肠克罗恩病 回肠克罗恩病 结肠克罗恩病	K50.900 K50.000 K50.000x005 K50.001 K50.800x001 K50.002 K50.102	中医内科治疗 为主	
6	腰痹	A07.06.17	腰椎间盘突出 腰椎间盘突出伴坐骨神 经痛	M51.202 M51.101+G55.1*	中医综合治疗 中医综合治疗	
7	颈椎病	A03.06.04.05	神经根型颈椎病 混合型颈椎病	M47.201 M47.802	中医综合治疗	
8	膝痹	A07.06.19	多关节炎 单关节炎 关节炎 膝关节病 膝关节退行性病变 双侧膝关节骨性关节炎 单侧膝关节骨性关节炎	M13.000 M13.100 M13.900 M17.900 M17.900x002 M17.900x003 M17.900x004	中医综合治疗	
9	漏肩风	A03.06.04.03	粘连性肩关节囊炎 冻结肩 肩关节粘连	M75.000 M75.000x001 M24.802	中医综合治疗	

续 首批试点中医优势病种名单

序号	中医优势病种名称	中医 TCD 编码	对应病种名称 (医保 ICD-10 名称)	医保 ICD-10 编码	中医主要治疗技术	备注
10	桡骨骨折	A03.06.01.07	桡骨远端骨折 科雷骨折 史密斯骨折 屈曲型桡骨下端骨折 伸直型桡骨下端骨折	S52.500x001 S52.500x011 S52.500x022 S52.501 S52.502	中医骨伤技术 治疗为主	
11	锁骨骨折	A03.06.01.03	锁骨骨折 锁骨干骨折	S42.000 S42.000x021	中医骨伤技术 治疗为主	
12	心水病	A04.01.08	扩张型心肌病	I42.001	中医内科治疗 为主	次诊里需 选择充血 性心力衰 竭 I50.000
13	慢性肾衰	A04.05.13.02	慢性肾脏病 4 期	N18.400	中医内科治疗 为主	
14	消渴(消渴病痹症)	A06.09	2 型糖尿病性周围神经病	E11.401+G63.2*	中医综合治疗	
15	风温病	A01.03.03	脓毒症 脓毒性休克 内毒素血症 D 组链球菌和肠球菌疾病作为其他章节疾病分类的原因 肺炎链球菌性脓毒症 链球菌性脓毒症 金黄色葡萄球菌性脓毒症 表皮葡萄球菌脓毒症 凝固酶阴性葡萄球菌脓毒症 葡萄球菌性脓毒症 流感嗜血杆菌性脓毒症 厌氧菌性脓毒症 革兰阴性杆菌脓毒症 粘球菌脓毒症 大肠杆菌脓毒症 铜绿假单胞菌脓毒症 克雷伯杆菌脓毒症 阴沟肠杆菌脓毒症 变形杆菌脓毒症 不动杆菌属性脓毒症 肠球菌性脓毒症 JK 组棒状杆菌脓毒症 真菌脓毒症 革兰阳性菌脓毒症	A41.900 R57.200 A41.900x004 A40.200 A40.300 A40.900 A41.000 A41.100x002 A41.101 A41.200 A41.300 A41.400 A41.500x083 A41.500x087 A41.501 A41.502 A41.503 A41.504 A41.505 A41.506 A41.807 A41.800x002 A41.804 A41.805	中医综合治疗	
16	脱疽	A08.02.14	2 型糖尿病性足坏疽	E11.500x044	中医外治技术 治疗为主	
17	臁疮	A08.02.12	下肢静脉曲张伴有溃疡 大隐静脉曲张伴有溃疡	I83.000 I83.001	中医外治技术 治疗为主	

续 首批试点中医优势病种名单

序号	中医优势病种名称	中医 TCD 编码	对应病种名称 (医保 ICD-10 名称)	医保 ICD-10 编码	中医主要治疗技术	备注
18	丹毒	A08.01.56	急性下肢淋巴管炎	L03.102	中医外治技术 治疗为主	
19	蛇串疮	A08.01.02	带状疱疹 不全性带状疱疹 顿挫性带状疱疹	B02.900x001 B02.900x002 B02.900x003	中医综合治疗	
20	盆腔炎	A09.02.07.03	慢性女性盆腔炎	N73.101	中医综合治疗	
21	热淋	A04.05.01.02	泌尿道感染	N39.000	中医内科治疗 为主	
22	劳淋	A04.05.01.05	泌尿道感染	N39.000	中医内科治疗 为主	

附件 2

首批试点医疗机构名单

序号	机构名称
1	上海中医药大学附属龙华医院
2	上海中医药大学附属曙光医院
3	上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院
4	上海市中医医院
5	上海市宝山区中西医结合医院
6	上海市中西医结合医院
7	上海市第七人民医院
8	上海市光华中西医结合医院
9	上海市黄浦区香山中医医院
10	上海市黄浦区中西医结合医院
11	上海市静安区中医医院
12	上海市长宁区天山中医医院
13	上海市普陀区中医医院
14	上海市杨浦区中医医院
15	上海市闵行区中西医结合医院
16	上海市浦东新区中医医院
17	上海市浦东新区光明中医医院
18	上海市松江区方塔中医医院
19	上海市嘉定区中医医院
20	上海市青浦区中医医院
21	上海市金山区中西医结合医院
22	上海市奉贤区中医医院

征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证（K）第0649号）2008年11月正式创刊发行，每年发行8期，主要设有医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫生健康委员会相关司局，国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、国家卫生健康委员会统计信息中心；各省市卫生健康委员会规划发展处、财务处、政策法规处；上海市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫生健康委员会领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有4~5篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成

刊。每篇文章 5000 ~ 8000 字为宜。

2. 来稿应结构完整论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：phpr@shdrc.org。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 1 本。本刊不收取任何版面费。

五、联系方式

地 址：上海市静安区北京西路 1477 号 邮 编：200040

网 址：www.shdrc.org

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从公众号查阅）

联系人：张 苹 信虹云

电 话：021-33262062 021-33262061

邮 箱：phpr@shdrc.org

发送对象：

中华医学基金北京代表处

国家卫生健康委员会相关司局、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、
国家卫生健康委员会统计信息中心

中国医学科学院医学信息研究所

美国中华医学基金会合作项目单位

上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门

各省市卫生健康委员会政策法规处、财务处

上海市卫生健康委员会领导及有关处室

上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会

相关医疗卫生单位

全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

Shanghai Health Development Research Center

(Shanghai Medical Information Center)

中国 上海

Shanghai China