

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2020.09.14-09.20

## ——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。)

### · 分析点评 ·

▶ [职工医保个人账户钱少了 会对医疗机构产生什么影响?](#) (来源：看医界) ——第 9 页

【提要】自国家医疗保障局官宣，对建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见公开征求意见以来，社会各界反应强烈，有人认为门诊账户钱少了，诊所可用的钱并不必然减少；有人认为服务特殊慢病的能力决定诊所类机构的未来生存；有人认为盲人按摩费用可刷医保卡未必是好事。总之，建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制确实是一个必须尽快实施的改革，但怎么实施落实？目前征求意见稿只是个原则规定，很多细节待定，但总体来看，实施医保门诊统筹，不管是病种、报销比例、起付标准应该和住院支付项目标准有区别，既要注意与住院统筹保障做好衔接，也要注意发挥门诊统筹的积极作用，引导病人、医院和医保基金正确流动，最终取得多赢局面。

▶ [带量采购及目录调整背景下 医药市场书同文、车分轨](#) (来源：新浪医药新闻) ——第 13 页

【提要】第三批药品国采结果，吓到了不少医药从业者。目录调整正在进行中，又似乎给一些人以保住存量份额或进入存量生态的希望。

殊不知，带量采购以及目录调整都将步入存量改革阶段。在医药商业、零售药店、辅助用药、保健品这些带有快消概念的主体之间，医药电商为医药商业带来新竞争、新内涵、新效率，零售药店或将成为长期的香饽饽，因为零售药店在老龄社会、社区医疗方向上掌握着不小的现有流量，在带量采购、保健品遴选上将具备更高的效率、更多样性的战场。医药电商、医药商业的最大优势无非就是组织力、复制力。在零售药店不断展现自我个性、可用性、通用性的背景下，所有医药商业都值得担忧，因为内有新势力的横向竞争，外有上下游的利益博弈。包括医药电商在内，医药商业唯有向最终端提供服务、效率才值得尊重。

▶ [五方面深度理解医改下一步怎么走？](#)（来源：E 药经理人）——第 17 页

【提要】日前，“2020 全国深化医改经验推广会暨中国卫生发展高峰会议”在杭州市召开。专家指出，医改已从增量改革为主转向更多的存量调整，要在进一步扩大优质资源供给的基础上，加强医保、医疗、医药改革政策的有效衔接、系统集成；持续深化药品领域改革，减轻药品耗材费用负担；建立完善中国特色医疗保障制度，提高保障水平；坚持中西医并重，加快中医药改革发展。新形势下的三医联动由增量改革向存量调整，意味着这必然是一场打破原有利益格局的重要战役。医改三医联动引发的结构调整，就是要限制、重组原有的利益格局。改革真正的受益群体将会快速向广大患者、有志于健康持续发展的医

药流通企业、真正体现自身价值的普通医务人员倾斜。而新的存量调整，需要超越部门利益，引领医疗卫生产业供给侧存量改革向深海挺进，作为医药人，对此要有高度清醒的认识，顺势前行，方能从容应对。

▣ [门诊统筹将压缩药品零售市场增速 降低互联网医疗市场预期](#)（来源：村夫日记）——第 24 页

【提要】在门诊统筹改革启动之后，院外药品零售市场将会面临明显的下滑，依靠卖药为生的互联网医疗公司将面临未来市场预期明确下降的挑战。从东亚地区来看，处方流向院外的流出规模有限且耗时极长，整体效果不彰。这主要是由于三点：基层门诊和医院的诊疗费用总体控制较为成功，用户前往医疗机构就诊的频次较高，医院在药品的利益很难在短期内根除。从日本和中国台湾地区来看，只要医院仍能从药品获利，处方外流的挑战极大。因此，随着门诊统筹的展开，用户将更多的流入院内和基层医疗机构，医疗机构的处方不存在大规模外流的基础，甚至 OTC 会反向流向院内，以销售 OTC 和周边大健康产品为主的第三方互联网医疗平台在市场规模的预期上的需要更为现实。

▣ [互联网医疗将成为整合医疗的一部分](#)（来源：村夫日记）——第 28 页

【提要】随着大量医疗机构进入在线医疗服务，院内和院外的在线医疗融合将成为趋势，这也将逐步改变市场的格局。首先，院内将逐步蚕食院外的医疗服务用户，这将引发院外市场的完全碎片化。其次，

美国在线医疗的发展显示，在线医疗仍然是一个区域性的服务。最后，第三方平台在疫情期间已经透支了未来增长空间，随着疫情在几年内彻底退去，用户回归到线下后，在线医疗的增速将出现明显下滑。因此，随着疫情推动医疗机构全面进入，在线医疗原先的竞争格局将出现很大的变化。随着疫情在将来逐步的退去，很多用户将习惯于在自己经常就诊的医生或机构进行线上问诊，这将对第三方平台逐步形成制约。随着医疗机构自身的医疗服务平台获得发展，线上线下协同的发展模式将推动在线问诊嵌入医疗服务整体，从而有助于医疗服务机构自身的服务能力提升，也将逐步分流用户，造成市场的区域化和碎片化。

## • 医院管理 •

▶ [医院适应 DRG 医保支付方式下的绩效考核模式探索](#)（来源：华夏医界网）——第 32 页

【提要】随着我国医疗卫生体制改革的不断深入，按疾病诊断相关分组（DRG）医保支付方式改革试点工作也在快速推进。DRG 控费为第一宗旨，倒逼医院绩效作为指挥棒，需要与时俱进，从“粗放式扩张增收模式”转向“精细化内涵质量效益增长模式”，从增收转向增效，“工作量效能积分绩效模式”适应 DRG 医保支付制度的变革。新医改的医保时代，医院不再是单纯追求收入上升，而是追求效益的提升，通过增量绩效增加服务量，控制和消化成本。成本管控要精准，从传统的事后成本核算转向事前的成本预测、成本控制，降低成本消耗，

提高医疗服务能力达到增效的目标,实现社会效益和经济效益的双丰收。

▣ [医院退费环节内部控制存在的问题及对策](#) (来源: 医管新世界) ——第 37 页

【提要】医院收费是医院的一项日常工作,包括收费、退费等环节,其中退费在医院收费工作中频繁发生,但在实际工作中,很多医院只对收费环节加以重视,长期疏于退费的管理,工作人员贪污案件也多是管理不严的退费环节下手,暴露出医院在收费系统、退费流程、风险控制机制仍存在严重缺陷。医院应加强退费环节的管理,排查系统缺陷,堵住系统设计漏洞,改进退费流程,发挥内部审计的作用,制定和健全退费管理制度,加强医院收费人员职业道德教育,有利于防控退费风险行为的发生,杜绝财务管理的漏洞,确保医院资金的安全,同时也对工作人员的行为起到规范约束作用,减少医患纠纷的发生。

### • 医药资讯 •

▣ [中医药国际化: 前景广阔但任重道远](#) (来源: 经济参考报) ——第 44 页

【提要】战“疫”伟大历程,中医药功不可没。刚刚落幕的 2020 年中国国际服务贸易交易会上,中医药也成为大会的焦点。在场专家表示,由于在抗击新冠疫情中发挥的特色优势,中医药正受到国际社会越来越多的关注,现在是让世界认识中医药、受惠中医药的大好时机。

与此同时，中医药若想真正融入国际主流市场却并非易事，还有不少困局亟待解决。专家认为，中医药的海外发展是一项系统工程，既需要主要宣传，也需要充分考虑法律法规的现实问题。首先要在全球抗疫中主动宣传，系统整理国内中医药治疗新冠肺炎的临床数据，用科学事实说话，在主流的科学杂志发表有分量的文章，促进全球了解中医药抗击疫情的临床证据。专家还建议，由于各个国家的政策法规都不一样，需要系统研究各国法律法规，收集各个市场的具体信息，分区域形成汇编，知己知彼，中医药走出去的步伐才能更稳健。

▶ [首个国产曲妥珠单抗纳入上海医保 个人自付 670 元/瓶](#)（来源：医药经济报）——第 49 页

【提要】近日，复宏汉霖宣布其自主研发生产的曲妥珠单抗汉曲优获得国家药监局批准。此前，该药已获欧盟委员会批准上市登陆欧洲市场，由此成为了首个中欧双批的国产单抗生物类似药，是目前国际医学界一致推荐的 HER2 阳性乳腺癌和胃癌的标准治疗用药，于 1998 年在美国获批上市，商品名为赫赛汀 (Herceptin)，2002 年获批进入中国市场，2017 年被纳入国家医保目录，每瓶价格由 24500 元降至 7600 元，并通过持续降价成功续约 2019 年医保，最新支付价为 5500 元每瓶。2020 年 9 月 15 日，上海医保局发文，将复宏汉霖曲妥珠单抗注射液纳入本市医保，参保人员个人定额自付标准为 670 元/瓶 (150mg)。

▶ [重要医药政策将推开 影响所有药企](#)（来源：药店经理人）——第 52 页

【提要】截至目前，国家组织药品集中带量采购进行到第三批，集采常态化趋势显现。根据相关政府文件，下一阶段，医保支付方式改革或成为重点内容。7月15日，上海市卫健委发布《上海市深化医改重点行动计划(2020-2022年)》明确了一项工作——稳步实施大数据病种分值医保付费和按DRG付费试点，有序扩大试点范围。此前福建三明的C-DRG收付费改革也已进入正式运行阶段。总的来看，实行DRG能有效规范诊疗服务行为——破除以药养医、过度医疗行为，强化对药品和耗材的使用；强化“合理用药、合理检查、合理治疗”，督促医生规范诊疗行为；转变药品使用中医生乱“点菜”，费用他人“买单”(即患者和医保基金)的乱象，降低廉政廉医风险。在这一支付方式之下，是基于价值医疗，向价值买单，传统的“以药补医、以材补医、以检补医”时代一去不复返。

▶ [中成药限方 医药大省政策放宽!](#) (来源: 医药经济报) ——第 56 页

【提要】9月14日，江苏省卫健委发布《关于进一步明确非中医类别医师开具中药处方管理要求的通知》，相比国家层面的政策，江苏放宽了对非中医类别医师开具中药的要求，意在推进中医药事业快速发展，发挥中医药在治未病、疾病治疗和康复中的重要作用。值得关注的是，新冠肺炎疫情暴发期间，中医药发挥了重要作用，中医药产业或迎来新一轮的生长期。

## -----本期内容-----

### · 分析点评 ·

#### 职工医保个人账户钱少了 会对医疗机构产生什么影响？

来源：看医界

自8月26日国家医疗保障局官宣，对建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见公开征求意见以来，社会各界反应强烈，有人认为这个改革好，有人认为门诊账户资金缩水了，过去“靠”刷门诊账户资金的药店、社会办诊所类门诊医疗机构会受损严重，那么到底怎么看这个问题呢？笔者今天就和大家聊聊。

#### 门诊账户钱少了，诊所可用的钱并不必然减少

诚然，如果按照征求意见稿实施了职工基本医疗保险门诊共济保障机制，尽管没有取消门诊个人账户，而且将门诊个人账户可使用范围扩大至家庭成员，除了本人还包括配偶、父母、子女在医保定点医疗机构就医或在定点零售药店购买药品、医用耗材发生的由个人负担的医疗费用，但由于个人账户只划入个人缴费的2%部分，不再将单位缴费中的一部分(约30%)划入，实际上现在个人账户“收入”明显减少，这是不争的事实。

如果仅仅从这个角度看，过去“靠”刷医保卡的药店、中医馆、诊所(包括齿科、儿科等)的医疗服务“收入”会有一定的影响。

但按照征求意见稿，这次职工医保门诊改革，最核心的是并不是

减少个人账户资金划入，而是增强门诊共济保障功能。具体思路是：建立完善普通门诊医疗费用统筹保障机制，从高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病入手，逐步将多发病、常见病的普通门诊医疗费纳入统筹基金支付范围。根据基金承受能力，各地可探索逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，将部分治疗周期长、对健康损害大、经济负担重的门诊慢性病、特殊疾病医疗费纳入统筹基金支付范围。对部分需要在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。随着门诊共济保障机制逐步健全，探索由病种保障向费用保障过渡。

也就是说门诊统筹并没有将社会办诊所、中医馆、口腔、儿科等专科诊所和药店排除在外，患者在这些机构看诊、购药的花费也在门诊统筹支付范围，因此诊所可用的钱并不局限于门诊账户，因此并不必然减少，甚至由于个人账户支付范围的扩大，更有利于过去沉淀资金的释放，诊所可用资金或许还会增加。

### **服务特殊慢病的能力决定诊所类机构的未来生存**

同时根据上述门诊共济保障机制的改革思路，首先从高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病入手，逐步将多发病、常见病的普通门诊医疗费纳入统筹基金支付范围。今后，将根据基金承受能力，各地可探索逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，将部分治疗周期长、对健康损害大、经济负担重的门诊慢性病、特殊疾病医疗费纳入统筹基金支付范围。这实际上告诉我们，诊所服务“特殊”

慢性病的能力将直接决定诊所获客能力与“吸金”能力。尽管我们目前尚未得知地方医保部门确定的“门诊统筹支付病种目录”、“诊疗目录”和“用药目录”，但这一政策方向已经明晰。

与此同时，征求意见稿还规定，对部分需要在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。显然这里可能会将门诊小手术、门诊放化疗、急慢性肾功能衰竭肾透析、妇产科诊疗、眼科、外科小手术等纳入门诊统筹支付范围。这实际上就给了“诊所”和医院门诊业务未来发展提供了更多机会。最终，随着门诊共济保障机制逐步健全，探索由病种保障向费用保障过渡。

当然，门诊统筹到底如何支付，征求意见稿也指出，普通门诊统筹覆盖全体职工医保参保人员，支付比例从 50%起步，随着基金承受能力增强逐步提高保障水平，待遇支付可适当向退休人员倾斜。针对门诊医疗服务特点，科学测算起付标准和最高支付限额，并做好与住院支付政策的衔接。这里的“起付标准”与“支付比例”二者就决定了患者是选择门诊统筹还是住院，也决定了门诊统筹制度能否发挥积极作用。

### **盲人按摩费用可刷医保卡未必是好事**

最近，从媒体上得知，福建泉州已经允许符合条件的盲人医疗保健按摩机构申请医保定点。据悉，目的是为进一步发挥基本医保个人账户作用，媒体评价是：这是继 2019 年泉州市出台《进一步加强盲人保健按摩机构的通知》以来，为盲按机构及其从业人员送上的又一

份政策红利。具体利好是：参保人员在定点盲人医疗保健按摩机构发生的医疗保健按摩费用刷社会保障卡进行结算，由参保人员基本医保个人账户支付，不纳入医保费用累计。

简单说，这实际上就是给已经“缩水”的职工医保个人账户又开了一个支出的口子。

再看，其申请医保定点的条件，让人觉得有点“高处不胜寒”的感觉。

按照泉州市医保基金管理中心近日出台的《泉州市盲人医疗保健按摩机构医保定点协议管理规定》，盲人医疗按摩机构、盲人保健按摩机构申请医保定点应具备 9 个条件。

其中，盲人医疗按摩机构须取得《医疗机构执业许可证》；拥有不少于 80 平方米(含 80 平方米，下同)的固定经营场地，按摩床位不少于 3 床；机构内从事医疗、预防、保健活动的人员均为盲人，从业的盲人医疗按摩人员不少于 3 人并持有盲人医疗按摩资格证书，其中中级及以上职称人员不少于 1 人等。

盲人保健按摩机构须正常经营满 1 年以上(含 1 年，下同)，拥有不少于 100 平方米的固定经营场地，按摩床位不少于 8 床；机构内从事保健按摩活动的人员均为盲人。从业的盲人按摩师应持有有效《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》，在法定劳动年龄段内，经过至少 6 个月的保健按摩专业学习、培训并取得合格(结业)证书(证明)；从业的盲人按摩师不低于在职员工总数的 60%

且不少于 5 人，其中从业满 3 年以上的盲人按摩师不少于 60%等。标准确实不低。

再者，这里明确将医疗保健按摩费用由参保人员基本医保个人账户支付是否符合征求意见稿规定也是一个问题。征求意见稿要求规范个人账户使用范围。明确：个人账户主要用于支付参保职工在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。注意这里是“政策范围内的自付费用”。征求意见稿还明确规定：个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的其他支出。而这里的“养生保健消费”而前面的“医疗保健按摩费用”又如何界定，确实是一个难题。

总之，建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制确实是一个必须尽快实施的改革，但怎么实施落实？目前征求意见稿只是个原则规定，很多细节待定，但总体来看，实施医保门诊统筹，不管是病种、报销比例、起付标准应该和住院支付项目标准有区别，既要注意与住院统筹保障做好衔接，也要注意发挥门诊统筹的积极作用，引导病人、医院和医保基金正确流动，最终取得多赢局面。

[返回目录](#)

### **带量采购及目录调整背景下 医药市场书同文、车分轨**

来源：新浪医药新闻

第三批药品国采结果，吓到了不少医药从业者。目录调整正在进行中，又似乎给一些人以保住存量份额或进入存量生态的希望。殊不

知，带量采购以及目录调整都将步入存量改革阶段。

本文，我们针对医药商业、零售药店、辅助用药、保健品等相关主体，谈一些冷酷无情的分析观点。可以肯定，这几个主体都将在大健康时代存活下来，但无一例外先经一番寒彻骨。

### 辅助用药该是什么价格?谁又是辅助用药?

以笔者吃早餐的经验来说，豆浆、油条、包子都对应售价，但咸菜、纸巾是不收费的。这样一类比，是不是冷酷无情?辅助用药就不该收费，这是理想情形，也可以有理论支持。

但是，有人提出：辅助用药一则有营养保健作用，二则有一定临床治疗作用。这样的声音把问题带向复杂了，也带向进一步辩证讨论的实质内容。首先，辅助用药与保健品是要有界限的，这直接决定了相关产品能不能、该不该在院内销售、使用，我们建议将保健品式的辅助用药“一刀切”地从院端清退，或者起码要列出重点监控清单，必要由医院医生向患者给予知情提示。其次，对于医院医生认为有一定临床治疗作用的辅助用药，当然不适合直接采用行政干预的强制措施予以清退。

但医改相对通透、彻底的一些地区、一些医院应该自发地有所作为。譬如围绕低价药、带量采购药，加强临床治疗路径和处方审评管控，去推荐标准、建立机制。一旦出现辅助用药明显价格虚高，存在比价关系矛盾，又明显具有不合理的使用量、使用场景时，不管是否具有有一定临床治疗作用的辅助用药就进入了监管部门及举报事件的

狙击范围。

### 保健品该是什么价格?哪里可充当渠道?

保健品的价格不存在虚高定义,假如以奢侈品的概念来看待,一些保健品价格完全可以推高到天价,这里面不是简单的成本审计问题,而是市值市价流通的问题。也不是价格监管部门的问题,而是消费愿者上钩的问题。

当然,相关行政监管部门及同行举报、群众举报仍十分有必要、有权利盯紧不法者作奸犯科,比如质量安全、经营资质、侵权侵占、经济贿赂等方面的问题。而保健品相关从业者因为相对宽松的从业环境,可以能动设计、自主发展,为自己的所有决策及行为负责、筹划。

乙类非处方药仍是药品范畴,但再往外扩展,则是保健品巨大、复杂的生存竞争业态。这既体现保健品与药品的不同轨,也体现为保健品内部的复杂分层、分类。

零售药店作为保健品的天然合作方,就必然要应对两种经营模式的保健品:一种是效率为先、敢于杀价进入市场争夺的保健品企业、产品,虽不适用药品带量采购,但相关企业、产品就在奉行“量价挂钩”,以量为零售药店带来丰沛客户;一种是概念为先、敢于保守制定较高售价的限量不限利润型企业、产品,药店在受到药品带量采购、医保个人账户改革、医保基本用药严格管理等多种政策打压下,完全有理由、有权利拥抱较高提成的后一类保健品代售,祝愿它们生意兴隆。

## 零售药店以及医药商业面临艰苦时期

假如零售药店把带量采购药耗引入经营，为了保证利润，做一些价格加成(目前一般为 15%)，将来可能围绕 15%或者在 15%以下浮动。因为有加成，带量采购药的用药患者选择去零售药店购买的人数又少了，但这种流量减少不关医保部门的事，药店的一切行为都要自生自灭。

在医保支付标准尚未确定的今天，我们又看到建立药店对带量采购药品加成标准的迫切性。15%其实是拍脑袋取过来的值，从逻辑上并不匹配药店利益诉求，从技术上也缺少细分类别和模型计算。随带量采购覆盖范围激烈扩大，我们预见院端药品的处方外流要适用这一标准。

医药商业在中国岂止配送药品那么简单，还涉及垫资、控销等复杂、负责的作用。带量采购机制既然已无视医院、药店的统治地盘，当然也不把医药商业视为一段不可攻破的堡垒。换句话说，医药商业作为商业堡垒的时代，已经随着大后方被釜底抽薪，而丧失了垄断优势。

在带量采购的战略购买服务中，医药商业巨头的服务也被相应集采了。这意味着：医药商业对一笔大宗药品的配送，不允许少提供服务量，也不允许私自增加服务内涵，需提供标准接口的优质服务。这意味着：医药商业巨头与医药商业的地方、中等规模企业有相似竞争地位。

## 医药市场或迎来重大洗牌，缓解外忧内患

在医药商业、零售药店、辅助用药、保健品这些带有快消概念的主体之间，医药电商是一个不可阻挡、不可逆的搅局者。医药电商为医药商业带来新竞争、新内涵、新效率，逼迫所有担当通道、渠道地位的医药商业要么扩大垄断链条，拥有纵深；要么迅速截短，做效率转型。

零售药店或将成为长期的香饽饽，因为零售药店在老龄社会、社区医疗方向上掌握着不小的现有流量，在带量采购、保健品遴选上将具备更高的效率、更多样性的战场。随着大家一边吐槽零售药店，一边发现零售药店不唯守成做出适应时代的改变，零售药店“船小好调头”。

医药电商、医药商业的最大优势无非就是组织力、复制力。在零售药店不断展现自我个性、可用性、通用性的背景下，所有医药商业都值得担忧，因为内有新势力的横向竞争，外有上下游的利益博弈。包括医药电商在内，医药商业唯有向最终端提供服务、效率才值得尊重。

[返回目录](#)

### 五方面深度理解医改下一步怎么走？

来源：E药经理人

9月12日，“2020全国深化医改经验推广会暨中国卫生发展高峰论坛会议”在杭州市召开。国家卫健委副主任、国务院医改领导小组秘

书处副主任王贺胜指出，医改已从增量改革为主转向更多的存量调整，要在进一步扩大优质资源供给的基础上，加强医保、医疗、医药改革政策的有效衔接、系统集成。持续深化药品领域改革，减轻药品耗材费用负担；建立完善中国特色医疗保障制度，提高保障水平；坚持中西医并重，加快中医药改革发展。

那么，如何理解三医联动要有效衔接、系统集成？如何正确理解医改从增量改革向存量调整？笔者从以下五个方面尝试浅析，供大家参考。

### 01 三医联动为何要求有效衔接、系统集成？

“三医”联动是深化医改的关键，实事求是的来看，“三医”联动在实施中，但仍然存在着“各说各话”、“只扫门前雪”的问题，“三医”在一些重要领域和关键环节的改革方向、改革重点、改革举措上并未真正“联动”、“配套”。这次要求加强医保、医疗、医药改革政策的有效衔接、系统集成，其中，特别提到了“系统集成”，系统集成的定义，是在系统工程科学方法的指导下，根据用户需求，优选各种技术和产品，将各个分离的子系统连接成为一个完整可靠经济和有效的整体，并使之能彼此协调工作，发挥整体效益，达到整体性能最优。说到底，还是要求相关各方要心往一处想、劲往一处使，真正形成“系统集成、协同高效”的目标。

### 02 增量改革与存量改革内涵

据 MBA 智库相关资料显示：增量改革是指改革发展一般是以不触

动现存的“存量”格局(包括其利益格局、功能角色等)、而是在“做大”的过程中通过新的增量成分来达到改善其整体上对于社会的适应度的一种办法。

与之相反,存量改革是以触动现存利益格局为前提期,盘活现有资源利益再分配的一种改革方式。增量改革优先,以增量改革带动存量改革,按此逻辑,存量利益群体在传统利益格局中举足轻重,任何改革都不能直接而迅速地损害他们的利益,而从增量改革入手,不断扩大和优化增量利益,一方面可以把改革的总盘子做大,不断巩固、强化改革的方向;另一方面,随着时间的推移,传统存量利益有一个“自然消退”的过程,其盘子会越来越小,同时增量利益的一部分“自然沉积”为新的存量利益,存量改革也将渐次展开,存量利益的品质将得到提升优化,最终形成增量改革和存量改革全面推进、增量利益和存量利益协同改善的局面。

### 03 过往的增量改革除了“红利”,还带来了什么

2009年3月,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》出台。努力让全社会更加公平正义地享有公共医疗卫生产品及服务是改革的核心价值追求;重新界定并履行政府在公共医疗卫生体系中的责任是改革的关键推力;借助财政资金、通过增量投入来化解公立医疗机构的营利性,同时减轻城乡居民的就医负担是改革的基本路径;切实缓解老百姓“看病难、看病贵”问题是衡量改革成败最朴素、最直观的标准。

2009年医改方案发布后，在国务院新闻办公室召开的新闻发布会上，时任财政部副部长表示，近期三年预计的8500亿元新增投入，三分之二是“补需方”，三分之一是“补供方”。然而，实际上，具体的投入结构，还需要通过逐年的预算程序来最终确定。新医改启动至今，取得的成绩十分显著。一是分级诊疗制度建设有序推进，二是现代医院管理制度逐步建立，三是全民医保制度逐步完善，四是药品供应保障制度日益完善，五是综合监管制度加快建立，六是优质高效医疗卫生服务体系正在建立。

新医改的成绩单相当亮眼，但对每一个医药行业从业者来讲，还是要深刻认识医疗卫生需求侧与供给侧存在的结构性问题。

现实是，我国医疗资源配置供给结构不平衡，包括城乡之间资源配置、东中西部地区之间资源配置、区域内资源配置、中西医之间资源配置、民营医院服务能力与医院数量之间均存在着大大小小的不平衡现象，在卫生体系的建设和资源配置过程中，各地存在着重医疗、轻公卫，重医院、轻基层，重城市、轻农村的现状，医疗资源配置中的“倒三角”依然没有得到根本扭转，甚至在一些地方进一步加剧。

经过本次新冠疫情，公共卫生和基层医疗机构力量薄弱的问题已暴露无遗。在需求端，虽然医保覆盖率和保障标准的提升带来医疗投入的不断增加，但“看病贵”问题因居民卫生支出的高速增长并未得到有效化解，同时地方医保基金“穿底”风险开始凸显；在供给侧，公立医院补偿机制改革虽然在一定程度上破解了“以药养医”的问题，

但引发了医院“以医补药”的新问题，取消“药品加成”政策，实行“零差率”、“腾笼换鸟”、提高医务人员技术服务酬劳等“新政”，却未相应建立科学合理的补偿机制，而将“改革成本”转嫁到医保埋单，将医保基金用于购买医疗服务的特定功用，演变成了对医疗机构的“补偿”机制。触目惊心的大量骗保和过度医疗现象仍然存在。大型公立医院继续垄断优质医疗人才、呈现趋利性，“看病难”问题在城乡还没有得到根本缓解。民营医疗机构在与公立医院公平发展、互利共赢的过程中，其灵活便民、大胆创新的优势并未得到充分发挥，一系列问题，都是必须要认真面对和引发思考。

笔者理解，虽然增量改革并不触动存量利益，但存量利益一旦坐大，很有可能将反噬增量改革，并尽收增量改革形成的红利。很有可能导致的局面是不但传统存量利益群体对改革的阻力未能消除，新兴增量利益群体由于已经成为既得利益者，无形中也转变成了阻碍进一步改革的力量。而过往的一些改革举措，虽然成效十分明显，实质上相当一部分都是依赖财政资金持续投入的增量改革。这种改革的逻辑是尽量不改变存量格局、不触动既得利益，但从长远看，已经到了非改不可的地步。以少数公立医院现状来看，一方面，由于医疗服务的价格与质量信息主要被医院控制，在信息不对称的背景下，只能在医院的诱导下购买医疗服务；另一方面，相关医疗卫生及医保监管机构，有心无力应对少数医院谋利行为。在一系列消费诱导下，相关患者只能选择配合医院进行过度医疗。至于结局，你懂的。

于是，在这样矛盾而又艰巨的背景下，始于 2009 年的新医改，在摸头石头过河的过程中，为了能够早一些到达彼岸，必须要在新形势、新背景、新的三医联动升级中，痛下决心将河底暗礁处的尖锐石块逐步剔除。

#### 04 存量调整的走向

存量调整如何调整？其实最近这两年，国家有关方面已经开始部署相关工作。2019 年 11 月国务院深化医药卫生体制改革领导小组专门发文——《关于进一步推广福建省和三明市深化医药卫生体制改革经验的通知》，要求各省份结合实际制定推广福建省和三明市医改经验、深化医改的工作方案，并明确了 7 个方面共 24 项医改任务目标。而三明医改实践的成功在于能够聚焦合力’。此同时，三明还有一套比较完整的考核体系，包括院长在内，实行全员年薪制，考核指标比较完善。

2020 年 7 月，国务院办公厅发布《关于印发深化医药卫生体制改革 2020 年下半年重点工作任务的通知》《通知》也基本上明确了存量结构如何调整的方向。限于篇幅，笔者简要梳理其中五个方面分析如下。

有序扩大国家集采药品范围(坚决打破通过医药合谋，医院通过加大药品用量、多做检查、提升手术级别等来做大分母，衍生出“以医补医”“以医补药”的新问题)。

推进按疾病诊断相关分组付费国家试点(基于 DRGs 和按病种付

费的医保支付方式，将根据不同的疾病与临床诊疗需求，科学的设定相应的支付标准，压缩不必要的诊疗项目和用药，医院也会更合理的使用药品并更注重药品的临床价值，从根本上纠正不合理的医疗行为)。

优先配备和使用国家基药(防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重、基本保障、临床首选和基层能够配备。基药，事关医药改革的基石)。

开展大数据医保监管(保障医保基金安全是存量改革的重要环节，售后医保基金的管理将更加精细化，欺诈骗保，透支医保基金的行为将面临更严厉打击)。

推进分级诊疗，深化县域医改(公立医院人事制度对医生的有效激励与合理流动的阻碍，从微观上制约了供给侧最核心资源的优化配置。通过分级诊疗，以深化县域医改为主体，无疑是见效最快的措施，但如何保障相关举措的落实是重中之重)。

## 05 总结

“三医联动”实施效果如何，只有通过医改目标实现的效果来检验和判定。著名业内专家王东进曾经撰文指出，医改有近期目标和远期目标。近期目标是，解决人民群众“看病贵、看病难”问题，有效防范因病致贫或因病返贫风险，保障人民的基本医疗需求，提高人民健康水平和生活质量。远期目标是，全面建成中国特色医疗保障体系，为实现健康中国战略目标和全面建成小康社会发挥基础性作用、提供

制度性保障，不断增强人民群众的获得感、安全感和幸福感，满足人民群众日益增长的美好生活和健康福祉需要。

笔者认为，新形势下的三医联动由增量改革向存量调整，意味着这必然是一场打破原有利益格局的重要战役。现有格局下的大多数医药、耗材生产企业、商业公司、部分医院的利益将进行优化重组，正在开展的医保目录调整是如此，进一步优化药品审评审批制度是如此，加快推进仿制药质量和疗效一致性评价工作是如此，建立全国药品公共采购市场和多方联动采购格局也是如此。

医改三医联动引发的结构调整，就是要限制、重组原有的利益格局。改革真正的受益群体将会快速向广大患者、有志于健康持续发展的医药流通企业、真正体现自身价值的普通医务人员倾斜。而新的存量调整，需要超越部门利益，引领医疗卫生产业供给侧存量改革向深海挺进，作为医药人，对此要有高度清醒的认识，顺势前行，方能从容应对。

[返回目录](#)

### **门诊统筹将压缩药品零售市场增速 降低互联网医疗市场预期**

来源：村夫日记

在门诊统筹改革启动之后，院外药品零售市场将会面临明显的下滑，依靠卖药为生的互联网医疗公司将面临未来市场预期明确下降的挑战。

从东亚地区来看，处方向院外的流出规模有限且耗时极长，整体

效果不彰。这主要是由于三点：基层门诊和医院的诊疗费用总体控制较为成功，用户前往医疗机构就诊的频次较高，医院在药品的利益很难在短期内根除。

首先，从门诊费用来看，无论是日本、新加坡还是中国的香港和台湾地区，门诊费用控制在一个较低的水平，不仅是问诊费用、包含检验检查和药品等的均次费用也都控制在一个相对较低的价格。不过，中国大陆地区的门诊均次费用增速较快，尤其是三级医院的增速最快。2018年，公立三级医院的门诊均次费用为322.1元，远高于基层的200元以内的均次费用。在门诊统筹推出之后，有效控制门诊均次费用将是保证制度实施的关键要素之一。

其次，前往医疗机构就医的频次较高。由于门诊统筹，病人更愿意去医疗机构而非在药店自己买药。比如日本人均年就诊次数达到13，中国台湾地区更是超过15。中国大陆地区部分老龄化严重的城市人均就诊次数也已经超过了10。因此，随着医保个帐的缩水和门诊统筹的实施，这一趋势将越来越明显，甚至部分OTC药品将在院内获得更大销量。虽然，这一方面加大了医疗机构的负荷，另一方面也推动了医疗费用的整体上升。但是，由于在医保总额和对服务和药价的控制日趋成熟，整体医疗费用增速仍就在可控范围内。

最后，医疗机构在药品的利益很难在短期内根除。由于东亚地区医生的诊费被控制在一个较低水平，医疗服务附着在药品上的利益较为明确，要改变医疗机构的经济动力不是一朝一夕就能成功的，需要

持续的补贴和严格的监管来完成。

从日本和中国台湾地区来看，只要医院仍能从药品获利，处方外流的挑战极大。日本通过三管齐下的模式来推动处方外流，从 1974 年至今已达 45 年才达到 91%，日本的处方外流模式的前提是给予了医生大量的补贴。比如，2013 年，处方流出率是 67%，发行处方笺数量一年有 7.63 亿张，处方配药报酬额达 6 兆 6500 亿日元。中国医保显然无法承担如此高昂的补贴。

而台湾地区的医院并不愿意处方外流，即使给予药事服务费超量减半，医院仍然紧握处方不放。台湾医院的处方流出率只有 1% 不到，如果将基层包括在内，台湾地区的处方外流率是 34%，但即使这样，大部分处方还是流到了院边店或诊所边上的药店。由于院边店往往与医院有着明确的利益关系，这样的处方外流实际意义很小。

不过，即使在高诊费的美国，医疗机构依旧是以药养医，这不是简单的提高诊费就能达到目标的。随着美国医院收购诊所的趋势越来越强烈，医院更倾向于通过门诊来销售自己的药品而非通过药店。这是因为美国医院通过在门诊销售药品可以获得高额的利润。医院的门诊业务和商业保险的结算是按照医院收费的 67% 来折算的，由于医院收费高昂，通过门诊来销售药品对医院来说已经成为获利的新途径。

根据 AllianceBernstein 在 2019 年初发布的一份报告，通过对 34 个医疗集团的门诊药价的研究，发现医院的门诊药品售价是平均售价的 3-7 倍。无论是仿制药还是品牌药，研究型医院的药价是最高

的。比如，美国纽约长老会医院的肿瘤药 Neulasta 的售价是 5.5 万美元，是 Medicare 平均售价的 12.5 倍，而其他研究型医院的 Neulasta 的平均售价是 2 万美元，是 Medicare 平均售价的 4.5 倍。

因此，随着大医院和基层的持续整合，未来处方将越来越多的保留在医院集团内，而不是流向院外，这是一个全球化的趋势。

不过，中国的普药市场正在面临剧烈洗牌，特别是随着药品集采在院内的持续进行，已纳入集采的药品价格出现了断崖式的下跌，这迫使部分未能纳入集采或不愿意降价的药企去着力开拓院外的零售市场。特别是在医保支付价还未全面推开前，这类药品在零售市场还有一定的销售窗口期。但随着门诊统筹的展开和医保支付价逐步落地，病人获取药品的途径将向医疗机构集中。当然，药品零售市场仍会有部分自费用户留存，但这个规模体量极为有限，无法支撑任何一个品种在退出医保上的损失。

从日本对 OTC 药品减税政策并未收到成效来看，医保和税收政策对用户的正负向激励是完全不在一个等量级上的，更不要说完全是用户自费了。由于日本人均就诊频率太高，日本政府希望能减少轻微疾病去医院的次数，因此，在 2017 年开始实施了自我用药税收减免 (self-medication tax deduction)，用户一年购买 OTC 药品和周边健康产品超过 1.2 万日元即可抵扣个税。但减税还是比医保支付间接，整体效果并不好，用户还是持续去医疗机构就诊，而不是去药店买 OTC 药品。

而且,从处方药本身来看,由于不能直接面向个人进行推广宣传,而且受到前期带金销售的影响,医生和用户对品牌的忠诚度其实并不存在,一旦进入药品零售环节,除非转为 OTC 药品,很难将其打造成类似 OTC 药品那样具有强势品牌效应的产品,这也是处方药外流具备较大挑战的另一个因素。

因此,随着门诊统筹的展开,用户将更多的流入院内和基层医疗机构,医疗机构的处方不存在大规模外流的基础,甚至 OTC 会反向流向院内。而互联网医疗的医保额度又是完全基于线下医疗机构的,第三方平台很难获取可规模化的医保额度。这从两个方面约束了第三方互联网医疗平台未来的规模化,由于门诊统筹和医保个帐的缩减,病人将加速进入医疗机构,处方药和 OTC 产品将更多的在院内消化,这与平台公司希望的病人外流是完全相反的趋势。

从上述简单的分析来看,随着医保覆盖面的扩大,虽然自费仍然占开支一定的比例,但这主要是医保覆盖下的自付和自费部分,很难在医保之外独立创造出一个完全自费的市場。以销售 OTC 和周边大健康产品为主的第三方互联网医疗平台在市場规模的预期上需要更为现实,希冀于处方的大规模流出并由用户自费消化显然是不现实的。

[返回目录](#)

### 互联网医疗将成为整合医疗的一部分

来源: 村夫日记

从对美国市场的分析来看,在线医疗的发展主要受制于支付方的

政策，本质是 2B 的商业模式。此次疫情对在线医疗带了了很大的利好，但从已经发布的第三方平台公司的财报来看，B2B2C 模式的营收和用户数的增长虽然在同比和环比上都有很大提升，但并没有带来爆炸式的发展。这其中主要的原因是所有的医疗机构都在拓展自身的在线医疗服务，这分散了用户的体量。这也从另一个角度证明，一旦大量线下医疗机构进入线上，第三方的线上平台很难像原来那么容易获取客户。

随着大量医疗机构进入在线医疗服务，院内和院外的在线医疗融合将成为趋势，这也将逐步改变市场的格局。

首先，院内将逐步蚕食院外的医疗服务用户，这将引发院外市场的完全碎片化。原先院外市场虽然有大量小公司，但部分公司通过收购逐步做大，市场有集中的趋势。但随着医院尤其是拥有大体量门诊机构的医院进入，市场的集中度将明显减弱。

在线医疗必须有明确的 B 端支付方才能真正发展起来。原先，美国的商业保险将远程医疗纳入报销范围直接推动了远程医疗的发展，许多保险已经将 B2B 的远程医疗的报销比例等同于线下服务，这样一来就促进了专科 B2B 远程医疗的发展。而在 B2B2C 模式下，线上服务仍远低于线下服务。随着联邦医保在疫情下将在线问诊的收费等同于线下，原先动力较弱的医疗机构开始积极进场，无论是 B2B 还是 B2C，他们都开始进入并更容易吸引原有的用户。

另一方面，从专业领域切入改变了一些医疗治疗方面的困境，也

更能符合价值医疗的需求。比如中风远程急救就直接影响到偏远地区的治疗结果，也降低了病人因得不到及时合理治疗而产生巨大医疗费用的风险，对长期医疗控费有积极的影响。B2B 在专业领域如远程心电图、慢性病追踪等方面的应用也顺应了未来专科医生不足的趋势，可以让病人在离家近的地方获得专业医疗服务。

其次，美国在线医疗的发展显示，在线医疗仍然是一个区域性的服务。在线医疗在很多必要的情况下都必须结合线下医疗资源，比如中风急救之后的住院治疗、慢性病跟踪与线下治疗配合、小病从线上转到线下进行必要的治疗等，这也就意味着远程医疗仍然是区域性的，通过整个某个地区的医疗资源来服务患者是核心。

且不论 B2B 服务的区域性极为明显，单就 B2C 服务来看，用户更愿意与自身有长期就诊关系的全科医生开展在线诊疗，这说明在线医疗是线下医患关系的延伸而非替代。纯粹院外的陌生医患关系服务只能满足用户的很小一部分的缓解焦虑和获取药品的需求。

最后，第三方平台在疫情期间已经透支了未来增长空间，随着疫情在几年内彻底退去，用户回归到线下后，在线医疗的增速将出现明显下滑。当前美国第三方平台的增速和发展或将是未来 10 年的增长顶峰。

从财务数据来看，第三方数字医疗公司最大的问题是：自身增长已经趋缓的前提下，盈利依然遥遥无期。这体现了数字医疗行业的两个发展悖论，第一、营销和运营成本高昂，远超营收，盈利仍是一个

长期挑战。第二、单体公司的成长天花板明确，不得不依靠收购其他同行业公司来完成规模增长，在自身规模还较小的情况下，债务压力凸显。

上述的两个悖论意味着数字医疗的内生增长是比较缓慢且具有一定挑战的，不得不依赖于巨额的渠道投入和收购来保证增速。比如 Teladoc 以高达 185 亿美元的价格收购 Livongo。

由于受到地域属性和 2B 特色的影响，在医疗行业用互联网模式烧钱来获取独占地位显然是不可能的。为了满足增速和最终投资人退出的需求，持续买收入是数字医疗企业发展的必经之路。在买收入的路径选择上，数字医疗企业成长期主要是通过加大营销和提供更好的线上体验来吸引客户，这加大了在销售和研发和 IT 等的成本投入。不过由于对 C 端客户端招募主要通过 B 端，目标客户相对精准，营销成本没有直接面向 C 端客户那么高，但从几家已上市的公司(比如 Livongo、Teladoc)来看，依然达到了营收的 50%左右。加上研发和 IT 等成本，数字医疗公司的成本已经超过 100%，这也代表了其盈利可能性一直较为渺茫。

因此，随着疫情推动医疗机构全面进入，在线医疗原先的竞争格局将出现很大的变化。随着疫情在将来逐步的退去，很多用户将习惯于在自己经常就诊的医生或机构进行线上问诊，这将对第三方平台逐步形成制约。随着医疗机构自身的医疗服务平台获得发展，线上线下协同的发展模式将推动在线问诊嵌入医疗服务整体，从而有助于医疗

服务机构自身的服务能力提升，也将逐步分流用户，造成市场的区域化和碎片化。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 医院适应 DRG 医保支付方式下的绩效考核模式探索

来源：华夏医界网

在简要介绍 DRG 支付方式及其优势的基础上，通过分析按 DRG 医保付费体系的发展趋势和我国公立医院目前的主要绩效模式，进而对 DRG 支付方式下的医院绩效模式进行了探索，希望对激励医院提高服务质量和促进医院均衡发展有所帮助。

随着我国医疗卫生体制改革的不断深入，按疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Group, DRG) 医保支付方式改革试点工作也在快速推进，而我国公立医院当前的绩效模式已经无法适应 DRG 支付方式，医院如果不进行绩效改革，那么只能被动的承担越来越沉重的成本压力。该如何设计出适合 DRG 医保支付方式的绩效考核模式才能适应医改新形势，并解决 DRG 医保支付方式带来的各种困惑，已经成为现代医院管理的一个难题。

所谓的 DRG 支付方式，即按诊断相关分类付费或按病种付费的方式，跟 DRG 按病种付费相对应的是“按项目付费”的方式。“按项目付费”的最大弊端是医生开“大处方”，从而导致医院提供过度医疗。

## 1、建立医保按 DRG 付费体系是医改的大趋势

《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）明确指出：探索建立按疾病诊断相关分组付费体系。按疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平等进行病种分组，坚持分组公开、分组逻辑公开和基础费率公开，结合实际确定和调整完善各组之间的相对比价关系。可以疾病诊断相关分组技术为支撑进行医疗机构诊疗成本与疗效测量评价，加强不同医疗机构同一病种组间的横向比较，利用评价结果完善医保付费机制，促进医疗机构提升绩效、控制费用。加快提升医保精细化管理水平，逐步将疾病诊断相关分组用于实际付费并扩大应用范围。疾病诊断相关分组收费、付费标准包括医保基金和个人付费在内的全部医疗费用。

此外，伴随我国日趋严重的人口老龄化、慢性疾病谱的改变，医保支付制度改革急需加速；而人们对医疗健康消费需求的无限性和医院对收入追求的无限性正需要 DRG 这样的控费工具。我国进入了老龄化时代，人口老龄化年均增长率为 3.2%，约为总人口增长速度的 5 倍，预计 2020 年我国老年人口达到 2.4 亿，占到总人口数的 17.17%，如此巨大的老龄群体，需要的医疗健康服务资源可想而知。目前我国疾病死亡前五位中，慢性病占前三位，这说明慢性病已经成为威胁人们健康的主要疾病，追求健康，延长生命都需要强大的医疗资源作为保障。解决医保支付资金缺口问题，改革迫在眉睫。

## 2、医院目前的主要绩效模式无法适应 DRG 支付方式

当前，我国公立医院的绩效模式主要包括收支结余提成模式和医疗项目点值模式(RBRVS)，当前医院绩效激励的增收但不增效以及收益变为成本的现状，无法适应医改新形势。

### 2.1 收支结余提成模式

收支结余提成模式(或称成本核算模式)主要体现的是粗放式增收，多收多得，没有充分考虑社会医疗负担，不符合医疗自然属性，关注公益性不强，这也是一系列改革活动中不允许与收入挂钩的重要因素。

计算公式：绩效工资=[致收入—支出(或成本)]×100%。

主要优点：一是刺激关注收入粗放式增加，推动了医院 GDP 产能提高；二是有利于医院成本的控制；三是对医院的经济贡献提高。

主要不足：一是医疗收费价格不合理，但差异不能体现；二是间接收入拆分困难；三是支出或成本匹配；四是提成比例人为因素过多；五是不能充分体现劳动强度、风险难度及技术含量。

### 2.2 医疗项目点值模式

RBRVS 是指以资源好用为基础的相对价值表的理论体系，以医疗项目的技术含量、风险度、个人教育与时间投入为评估标准，分别设定了医师、护理人员及医技人员三大系列人员执行的主要医疗项目的相对价值，称为“技术点数”，形成三大系列各自的医疗项目相对价值表，即技术点数表。再针对专职研究人员与行政后勤人员，以科室

和岗位为单位设定关键绩效指标(KPI),由此构建起一套包括医、教、研和管四个维度的全面绩效考核体系。

计算公式:绩效工资=医疗项目数×点值—成本。

主要优点:一是通过借鉴美国 RBRVS 概念,转换了与收入直接挂钩;二是通过医疗项目点值调节纠正了医疗项目收入价格的不合理;三是通过刺激多做项目增加了医院的收入;四是强化了医院成本节省。

主要不足:一是刺激多做项目多收入;二是不能充分体现医疗服务业务量;三是成本由于受市场因素影响变化大,影响绩效水平;四是过分控制成本影响医疗服务质量;五是绩效差异平衡困难,影响内部分配的公平程度,每月需要调整。

### 3、DRG 支付方式下的医院绩效模式探索

目前医院粗放式医疗收入增长模式,遇到医保付费改革的压力瓶颈,有可能导致增收不增效,医院为“医保打工”的窘境,还可能导致执行不力,约谈政治风险丛生。DRG 控费为第一宗旨,倒逼医院绩效作为指挥棒,需要与时俱进,从“粗放式扩张增收模式”转向“精细化内涵质量效益增长模式”,从增收转向增效,“工作量效能积分绩效模式”适应 DRG 医保支付制度的变革。

#### 3.1 目标管理是运营管理的出发点和落脚点

针对医院的均衡发展,按照平衡卡(BSC)最关键的“KPI”指标纳入目标考核管理,针对医院管理战略影响重大的指标,建立目标管理的指标体系。DRG 按诊断相关分类系统,是运用统计控制理论原理将

住院病人归类的方法。主要特点为：一是按照病人疾病种类、严重程度、治疗手段等特点对相关疾病进行分组；二是医疗保险按病人所属的疾病相关分组付账。这一付费模式转移了控制医疗费用的主体，医院和医师获得利润空间的方式只能是以低于固定价格的费用提供医疗服务。

### 3.2 积分管理适应 DRG 医保付费改革

主要围绕“工作量积分、医疗项目风险难度系数积分、病种风险难度系数积分、成本控制计分”，实现四轮驱动绩效激励机制，通过基于平衡积分卡(BSC)建立关键 KPI 绩效考核体系，与全面质量管理相结合，推行全方位服务满意度评价，建立绩效约束机制。通过积分管理设计，实现不与收入挂钩，规避了政策风险；与医保政策衔接，适应病种分值付费、DRG 医保预付费制度的改革。

DRG 病种绩效工资是按照病种成本核算为基础的病种工作量绩效，纳入工作量效能绩效管理体系，并作为重要内容。绩效工资核算公式为：

病种价值积分=(病种医保支付标准—科室病种成本)×病种风险系数

科室工作量效能绩效工资=[工作量积分×BSC(KPI)

绩效考核得分±日常缺陷管理考核得分]×积分单价

工作量积分=业务量积分+医疗项目价值积分+病种

价值积分+会诊价值积分+工作时间价值积分+科教价值积分

积分单价=标杆绩效预算/工作量效能绩效工资总额

#### 4、总结

新医改的医保时代，医院不再是单纯追求收入上升，而是追求效益的提升，通过增量绩效增加服务量，控制和消化成本。增量是基础，没有门诊量和出院人数的增加，何谈绩效！成本管控要精准，从传统的事后成本核算转向事前的成本预测、成本控制，降低成本消耗，提高医疗服务能力达到增效的目标，实现社会效益和经济效益的双丰收。

[返回目录](#)

### 医院退费环节内部控制存在的问题及对策

来源：医管新世界

医院收费是医院的一项日常工作，包括收费、退费等环节，其中退费在医院收费工作中频繁发生，但在实际工作中，很多医院只对收费环节加以重视，长期疏于退费的管理，工作人员贪污案件也多是管理不严的退费环节下手，暴露出医院在退费内部控制方面仍存在严重缺陷，急需进一步完善和加强退费管理。文章从医院退费系统、流程、风险防控机制方面对退费环节中可能存在的漏洞或隐患进行分析，并针对这些缺陷提出切实可行的控制措施，旨在加强退费管理，降低退费舞弊风险，进一步健全收费内部控制，确保医院和患者资金的安全。

收费处作为医院收费的窗口，管理的好坏直接影响医院收入资金的安全与完整。医院收费是医院的一项日常工作，包括收费、退费

等环节。其中日常退费在医院收费工作中频繁发生，且累计金额巨大。但在实际工作中，很多医院只对收费环节加以重视，长期疏于退费的管理，收费员贪污案件也多是从管理不严的退费环节下手。因此，加强退费管理，针对可能出现的漏洞或隐患，研究制定切实可行的控制方法，对完善收费内部控制，防范舞弊风险尤为重要。

## 一、医院退费内部控制存在的问题

### 1.1 医院收费系统存在漏洞

1.1.1 费别转换随意目前医院的收费系统界面允许人为选择或变更患者身份即费别，费别不同，直接影响退费金额。这一过程如果没有操作日志，整个电脑都不会留下任何痕迹，从舞弊手段上看，存在收费员先以自费患者的身份结算医药费，后再改回医保患者身份重新结算，擅自退费的风险。

1.1.2 欠费到期自动清零，系统缺乏自动提醒由于执行科室疏忽，患者在做完检查项目时科室未插卡确认扣费，如果患者到窗口要求退卡，在卡内余额足够的情况下，收费员发现未扣费项目，会与科室确认后扣费再退卡。但一旦患者卡内余额不足，又没及时补交，1个月后，原系统将会对这部分已做检查欠费做自动清零处理，并且在下次患者要求退卡时，收费员无法从系统检索到该欠费，造成医院医疗收入损失。

### 1.2 退费流程存在缺陷

俗话说：千里之堤毁于蚁穴。在住院收费处退费金额大，为防范

舞弊风险，采取原路退回的方式，安全性高。而在门诊收费处由于退费金额相对小，反而容易疏忽，发生退费风险。主要表现在以下方面。

1.2.1 病历卡工本费未单独列示患者在收费窗口购买病历卡的工本费，未让患者签名确认。

1.2.2 就诊卡押金未单独列示在预交金单据上，就诊卡押金的收退与预交金混为一谈，未书面告知患者。

1.2.3 一人多岗，缺乏独立性为了提高工作效率并节约人工成本，在收费处一般设一人多岗。对审核的重视程度不够，审核岗位人员配置不全，退费业务未经他人审核或执行与审核由同一人操作。例如，在处理患者遗失卡补办与余额退费业务时，补办新卡与退费由同一名收费人员负责，存在舞弊风险。

### 1.3 缺乏风险控制机制

退费环节的风险点主要是收费人员出现舞弊、欺诈或虚报等行为，导致虚假退费，造成医院资产流失或患者财产损失。为防控可能出现的风险点，医院设置了相应的机构并制定了相关制度，但仍存在不足。

1.3.1 内部审计不到位内部审计部门是医院内部控制的免疫系统，内审人员在评价、维护单位内控系统有效性方面起着重要作用。医院内审部门应对收费系统所面临的威胁、存在的弱点、造成的影响，以及三者综合作用所带来风险的可能性进行持续性或独立性的评估。但在目前实际工作中，很多医院没有设置监察审计部门，即使有也只是进行一些常规的审计，且部门人员专业水平不高，在医院收费内部

控制上未能确实有效地发挥内部审计的作用。

1.3.2 退费制度不健全目前医院都有制定退费相关管理制度，但大多数只针对常规退费业务，没有涵盖医院发生的特殊退费业务事项，包括减免医药费及未结算账户欠费等情况。此外，随着医院收费信息化水平的不断提高和票据电子化改革的推行，使得原先的退费制度中的某些条款已不再适用，亟需进一步修订。

## 二、加强医院退费环节的管理

### 2.1 排查系统缺陷，堵住系统设计漏洞

2.1.1 加强对患者身份变更的审核对于初次就诊的患者，身份注册信息一经读取确认，不得随意更改，如要变更，需后台审核。增强系统对患者身份的自动识别功能，减少人为选择的权限。并在 HIS 系统中长期保存对患者身份变更、退费等操作日志以备跟踪、分析。

2.1.2 增加对大额退费业务的预警在收费系统中嵌入相关程序，便于自动识别大金额的退款交易或高频退款操作人员，并发出预警信号，及时跟踪、发现可疑的退费事件。

2.1.3 加强对已执行未确认项目的管理因工作人员疏忽，导致项目已执行未确认的情况，一方面建议医生工作站系统设置提示框，提醒医务人员及时确认。另一方面收费系统应延长对已做检查清零的时间并在患者下次就诊时提醒收费员补扣收欠费，避免医院漏收费现象，减少医院的损失。

### 2.2 改进退费流程

随着医院信息管理系统的应用，电子退费取代了传统的手工填制退费单退费方式，不仅减少了患者等待及往返的时间，也可避免恶意退费者假冒医生签字的问题，退费信息传递更加准确。医院退费方式及流程发生了变化，相应内控手段和方法也应及时更新和完善，才能避免在退费环节产生新的漏洞。

2.2.1 完善病历卡工本费收取及临时卡押金收退手续在门诊收费窗口，患者购买病历卡时，从其就诊卡里扣收 0.5 元，应严格执行退费手续，让患者签字确认；患者在初次使用临时卡就诊时，需缴交 10 元卡押金，在预交金充值单据上直接以扣除卡押金后的余额体现患者预交金收入数欠妥，建议在预交金单上分两行分别列示预交金充值数及卡押金扣除数，并注明“卡押金 10 元，就诊结束退卡可退还押金”的字样。

2.2.2 构建相互牵制的退费体系建立健全药品、检查、治疗等各项执行确认系统，与医生工作站及收费系统的数据交互使用，确保在相关检查治疗及取药确认执行后，不允许任何一个科室人员随意进行相关退费操作。所有患者退费必须由医生在电脑中点击“退费医嘱”同意确认，药房及检查治疗等相关科室也进行电脑确认取消，最后系统才授权收费员进行退费操作，形成各科室相互监督，相互制约的退费体系。

2.2.3 建议对不相容的退费岗位严格分离，加强退费的审核退费审批岗位与退费执行岗位分离、票据管理岗位与退费执行岗位分离，

退费票据审核与退费执行岗位分离。医院退费应实行三级审核控制制度，即收费员、收费处审核员、财务审核员。退费审核首先要核查退费的合理合规性，即退费程序是否符合医院退费流程；其次，复核退费金额的准确性。

### 2.3 发挥内部审计的作用

医院应单独设立审计部门，并在日常工作中加强对医院收费业务的监督，可联合财务部门对收费业务进行突击检查。在退费方面，具体包括现场盘存现金，检查退费票据资料是否齐全，退费患者姓名、退费金额是否一致，退费签字是否齐全，退费日结单与明细账目是否一致等内容，并随机进行电话回访。通过不定期的抽查，对门诊退费风险点进行全面排查和梳理，对退费内部控制的有效性做出评价，提出防范措施，降低舞弊风险。

### 2.4 制定和健全退费管理制度

2.4.1 健全退费制度完善医院《门诊收费退费管理制度》和《住院收费退费管理制度》。对特殊的退费业务的审批流程做补充规定，使退费制度更具可操作性。如减免医药费的情况，必须由被授权部门负责人审核，报医院主要领导批准后，由财务部门负责办理。

2.4.2 适时修订退费制度根据外部环境的变化及医院管理的需要，定期修订现行的退费管理制度。如纸质流转确认退费改为电脑传送审批；门诊收费专用票据由三联变为单联、住院收费专用票据从三联变为两联；纸质票据的限期保管变成电子票据的备份永久保存等变

化，要求我们与时俱进，重新修订退费管理制度，使其更符合工作实际。

### 2.5 加强医院收费人员职业道德教育

收费岗位最显著的特点就是每天与钱打交道，要求从业人员具备高度的自律性。医院应重视对新入职的收费人员进行爱岗敬业、诚实守信职业道德教育，并在后续工作中定期开展继续教育，让收费员及时了解 and 掌握最新财会法律法规、制度；制定书面行为规范，组织学习；传达和领会相关文件精神，特别是通过听取典型舞弊案例的通报，警钟长鸣，有利于收费人员在医院收费工作始终保持“常在河边走、永远不湿鞋”的工作态度。此外，平时可以通过患者满意度调查来达到外部监督，年底通过考核制度对收费人员进行考核和评价并实施奖励措施，以提高收费处人员的整体素质水平。

## 三、结语

医院退费是医院收费工作中的一个重要环节。因患者主观拒做检查、治疗或医院多收、错收等原因引起的退费现象频发且退费形式多样，存在现金、银行卡、微信、支付宝等各种退费方式，给退费工作带来了新的挑战。因此，做好医院退费环节内部控制是加强退费管理的关键。目前医院对退费风险识别的不到位、退费风险应对的疏忽或退费控制的不力是退费舞弊行为发生的潜在风险点，应高度重视退费环节风险防控。可借助医院信息化手段，充分运用 HIS 系统、医生工作站等医院管理信息系统，对退费的权限、痕迹进行全方位的管控，

形成财务、信息、临床医技等多部门共同参与、相互配合、互相牵制的退费管理体系。此外，还应加强退费制度和人员队伍建设，适时修订退费相关管理制度，并通过定期组织业务学习、考核和道德教育活动，提高工作人员专业素养和职业操守，杜绝人为虚假退费的发生。

医院退费管理是医院财务管理的重要组成部分，加强医院退费管理，从系统、流程、制度等方面进行改进和完善，有利于健全退费环节内部控制，防控退费风险行为的发生，杜绝财务管理的漏洞，确保医院资金的安全，同时也对工作人员的行为起到规范约束作用，减少医患纠纷的发生。

[返回目录](#)

## • 医药资讯 •

### 中医药国际化：前景广阔但任重道远

来源：经济参考报

战“疫”伟大历程，中医药功不可没。刚刚落幕的2020年中国国际服务贸易交易会上，中医药也成为大会的焦点。中医药专区参观者络绎不绝，“中医药健康产业国际智库论坛”“2020北京中医药国际发展论坛”以及“第五届海外华侨华人中医药大会”等以中医药为主题的活动现场也是场场爆满。在场专家表示，由于在抗击新冠疫情中发挥的特色优势，中医药正受到国际社会越来越多的关注，现在是让世界认识中医药、受惠中医药的大好时机。与此同时，中医药若

想真正融入国际主流市场却并非易事，还有不少困局亟待解决。

### 中医药抗疫效果显著

中西医结合、中西药并用是中国新冠肺炎疫情防控成功的一大特点，中医药在此次疫情中起到积极有效的治疗作用。国务院新闻办公室今年6月发布的《抗击新冠肺炎疫情的中国行动》白皮书提到，中医药参与救治确诊病例的占比达到92%，湖北省确诊病例中医药使用率和总有效率超过90%。

在北京市新冠病例临床治疗中，中医药也扮演着非常重要的角色。北京市卫生健康委员会主任雷海潮在服贸会期间介绍说，前不久北京收治了一位来自印尼的输入病例，因为病毒的不同变异特征，病人在治疗过程中表现有临床高热现象。前期使用了很多西医疗法成效不明显，后经中医专家的诊治，短时间内控制住了高热现象，并且延缓和阻止了病程的发生和进一步演变。目前这位印尼人士已治愈出院且状态良好。

国医大师、中国工程院院士王琦认为，中医药在一次次与疫病的斗争中积累了丰富经验和有效方剂。中医药在手足口病、甲型H1N1流感防治方面发挥了积极的作用。在2003年抗击非典疫情时，中医药诊疗的介入，对提高治愈率发挥了重要作用。在此次抗击新冠肺炎疫情的过程中，中医药在降低死亡率、提高治愈率方面，展现出医疗救治中的特色和优势。

“中医药在这次疫情防控中做到了全面、全程介入。在疫情集中

暴发、没有特效药物和疫苗、医疗资源严重缺乏、大量高风险人群无法得到及时诊治的危急情况下，让中医药第一时间介入，通过望闻问切迅速摸清疾病的共性规律，找到核心病机，确定通治处方，向社区广泛发放。抗疫成果彰显出中医药的特色和优势，临床研究数据充分展现了中医药的作用。”中国科学院院士、中国中医科学院首席研究员仝小林说。

仝小林认为，现在是让世界认识中医药、受惠中医药的大好时机。希望通过此次抗疫，进一步深化中西医之间的了解和融合，走出中国自己的医学发展之路，建立中国独特的医学发展体系。同时中医药可以为国际抗击疫情提供宝贵经验，建议在国外大力提倡中医早期介入。

### 疫情加速中医药走出去

中药产品在海外也备受关注。中国海关统计数据显示，今年上半年我国中药产品出口额同比增长 6.18%，达到 21.44 亿美元，中药材及饮片的出口额同比增长近 20%，达到了 6.18 亿美元。

中国医药保健品进出口商会副会长谈圣采在服贸会期间表示，在这场席卷全球的疫情中，很多国家把目光投向了中医药，不少中药产品在英国、荷兰、匈牙利等西方国家销售额大幅增长。与此同时，越来越多的欧美人士开始关注并了解中医药，网络咨询邮购成为新风尚。

中东欧中医药学会联合会主席于福年介绍说，疫情中许多匈牙利民众和政府高层都愿意尝试中医药防疫方法。3月初，匈牙利副总理兼内务部长平特在出访中接触了新冠感染者，回国后被隔离。他第一

时间选择使用中药作为预防手段并取得效果，因此盛赞中医药抗疫功不可没。

此外，服贸会期间石家庄以岭药业常务副总经理张蕴龄告诉记者，近日公司生产的连花清瘟胶囊收到科威特卫生部核准签发的药品注册批准文件，用于治疗新冠肺炎轻型和普通型患者，这标志着公司已具备在科威特市场以药品身份销售该产品的资格，对公司拓展中东市场带来积极影响。

据她介绍，作为中医药抗疫的代表药物，连花清瘟在疫情发生以来先后被国家及 20 余个省市新冠肺炎诊疗方案进行推荐，在海外多个国家已经获准上市。在海内外，以岭药业还累计捐赠了价值超过 2000 万元的防疫物资，用实际行动为全球抗疫贡献力量。

为了推动中医药走出去，以岭药业专门成立国际贸易中心，致力于打造中医药国际品牌，专注于海外贸易拓展，不仅“走出去”——将高品质中医药推向全球，还将“引进来”——把海外优秀技术和产品引入国内。

国家中医药管理局国际合作司副司长朱海东表示，随着一系列意见、法规的发布，中医药发展被提到了前所未有的高度。截至目前，中医药已传播到全球 183 个国家和地区。未来，国家中医药管理局将继续推进远程医疗教育、远程医疗活动等项目，进一步带动国内外服务的发展，营造良好的环境。

### 国际化之路任重道远

服贸会期间，中医药相关人士一直认为，新冠肺炎疫情为中医药海外发展带来了机遇，但中医药走出去之路不会一蹴而就，还需要下深功夫。以疫情期间海外民众对中医药的需求为突破口，加快中医药国际化步伐还有不少困局亟待解决。

仝小林表示，国际上对中医药的质疑声不少，在此次新冠肺炎疫情防控中，中药对控制疫情发挥了重要作用，但要让国际上接受，还需要有进一步的科学证据、疗效证据，还要做大量工作。

谈圣采介绍说，中医药在海外抗疫中有几个特点：第一，目前中医药的消费群体仍以华人为主，主流群体使用较少；第二，销售的中药仍以中药材及饮片为主，中成药未经注册仍然无法合法进入国外市场；第三，中医药主要用作新冠肺炎预防、提高免疫力和改善呼吸道相关症状，很少用于新冠肺炎的直接治疗。

与此同时，海外中医药立法的国家仍然屈指可数，中药在海外销售身份仍以膳食补充剂为主。谈圣采表示，截至目前中成药在欧盟以传统药销售的品种仅有地奥心血康、安神胶囊、板蓝根颗粒以及愈风宁心片，中成药真正进入欧盟市场还有很长的路要走。

他分析指出，在欧盟国家，传统药的治疗领域仅适用于减轻疼痛、减缓头痛等非处方药用途，不适用于心脑血管、肿瘤甚至是抗病毒治疗等重大疾病。中药注册成本非常高，通常以千万人民币来计算，每个药材从种植到成药各个环节均需满足欧盟标准，需要高昂的费用。此外，营销环节和渠道的短板也是中药海外销售的重要障碍。

专家认为，中医药的海外发展是一项系统工程，既需要主要宣传，也需要充分考虑法律法规的现实问题。首先要在全球抗疫中主动宣传，系统整理国内中医药治疗新冠肺炎的临床数据，用科学事实说话，在主流的科学杂志发表有分量的文章，促进全球了解中医药抗击疫情的临床证据。

专家还建议，由于各个国家的政策法规都不一样，需要系统研究各国法律法规，收集各个市场的具体信息，分区域形成汇编，知己知彼，中医药走出去的步伐才能更稳健。

[返回目录](#)

### 首个国产曲妥珠单抗纳入上海医保 个人自付 670 元/瓶

来源：医谷

近日，上海医保局发文，将复宏汉霖曲妥珠单抗注射液纳入本市医保，参保人员个人定额自付标准为 670 元/瓶(150mg)。

**关于公布新增曲妥珠单抗纳入本市医保支付后个人定额自负标准的通知**  
沪医保中心〔2020〕72号

发布时间：2020-09-15

各区医疗保险事务中心，各医保定点医疗机构：

根据《关于印发<上海市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2019年版）>的通知》（沪医保医管〔2019〕110号）和《关于落实人社部谈判药品仿制药纳入<上海市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017年版）>有关事项的通知》（沪人社医〔2018〕90号）文件规定，经市医疗保障局审定，现公布新增曲妥珠单抗纳入本市医保支付药品参保人员个人定额自负标准（见附件）。

序号	调整类型	药品名称	剂型	规格包装	个人定额 自负标准（元）	备注
1	新增	曲妥珠单抗	注射剂	150mg/瓶	670	上海复宏汉霖生物制药有限公司

8月14日，复宏汉霖宣布其自主研发生产的曲妥珠单抗汉曲优(HLX02，欧盟商品名：Zercepac)获得国家药监局批准，在加上此前7月27日，该药已获欧盟委员会批准上市登陆欧洲市场，由此成为了首个中欧双批的国产单抗生物类似药。截止目前，汉曲优已获得原研在中国获准的所有适应症，包括HER2阳性早期乳腺癌、HER2阳性转移性乳腺癌、HER2阳性转移性胃癌。

据了解，曲妥珠单抗原研药是由罗氏研发的一款靶向HER2的人源化单克隆抗体，其是目前国际医学界一致推荐的HER2阳性乳腺癌和胃癌的标准治疗用药，其于1998年在美国获批上市，商品名为赫赛汀(Herceptin)，2002年获批进入中国市场，2017年被纳入国家医保目录，每瓶价格由24500元降至7600元，并通过持续降价成功续约2019年医保，最新支付价为5500元每瓶。

在业内，曲妥珠单抗被很多乳腺癌患者称为“救命药”，此前，一些医生也表示，曲妥珠单抗对于部分癌症患者来说是必需药，对于手术后降低复发率很有效果，国内暂时没有可替代的药品。因此，赫赛汀获批上市后，迅速成为了罗氏旗下的王牌药品，其2010年以来的全球销售额一直在50亿瑞士法郎(相当于50亿美元)以上，且持续走高，2018年全球销售额近70亿美元，可谓是罗氏的“印钞机”，但随着专利期的到来，仿制药和生物类似药的竞争，赫赛汀在世界内的市场份额开始被瓜分，根据罗氏2019年年度业绩报告显示，赫赛汀在2019年取得了60.39亿瑞士法郎的收入，相较于2018年业

绩下滑 14%，也是该年度中罗氏旗下重磅产品线下降幅度最大的产品。

为了应对赫赛汀生物类似物的冲击，罗氏相继推出了 Perjeta(帕妥珠单抗)和 Kadcylla(恩美曲妥珠单抗)，其中 Perjeta 虽然与曲妥珠单抗靶点相同，但两者与 HER2 的结合位点不同，联合使用可以起到协同作用，从而阻止癌细胞的生长和存活。而 Kadcylla 是一款抗体偶联药物，其由赫赛汀活性药物成分与 ImmunoGen 公司细胞毒制剂 DM1 通过一种稳定的链接子二联而成，将 DM1 递送至 HER2 阳性乳腺癌细胞。Kadcyla 具有 2 种抗癌属性，曲妥珠单抗的 HER2 抑制作用和 DM1 的细胞毒性。截止目前，Perjeta 和 Kadcylla 均已相继在国内获批上市。

虽然有了 Perjeta 和 Kadcylla 的全面布局，赫赛汀也不得不面临更多竞争对手的窘况。

在国外市场，去年 7 月，安进联手艾尔在美国市场联手推出 Kanjinti，在价格方面也给出了一定的诚意，Kanjinti 以每 420 毫克多剂量小瓶 3697.26 美元的定价提供给市场，比赫赛汀定价低了 15%。去年 12 月，迈兰和印度药企 Biocon 联手在美国成功推出赫赛汀的生物仿制药 Ogivri，Ogivri 包括 420mg 多剂量小瓶和 150mg 单剂量小瓶，可为患者提供剂量和治疗灵活性。

对应的中国市场，2017 年 11 月，国家药监局药审中心曾发布《注射用曲妥珠单抗生物类似药临床研究设计及审评考虑要点》公开征求意见，结合该品种特点细化仿制策略，鼓励更多中国本土企业积极研

制生物类似药。目前在国内，曲妥珠单抗生物类似药已获批上市的除了复宏汉霖的汉曲优，还有三生国健的赛普汀(伊尼妥单抗)，同时，还包括上海生物制品研究所、嘉和生物、正大天晴、华兰基因工程、海正药业、安科生物等多家国内药企已进入 III 期临床，万乐药业、齐鲁制药等处于 I 期临床。

[返回目录](#)

### 重要医药政策将推开 影响所有药企

来源：药店经理人

截至目前，国家组织药品集中带量采购进行到第三批，集采常态化趋势显现。根据相关政府文件，下一阶段，医保支付方式改革或成为重点内容。

3月5日晚，中共中央、国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》已经明确，将持续推进医保支付方式改革。

“大力推进大数据应用，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推广按疾病诊断相关分组付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费”。

有行业专家表示，国家组织药品集采的效应主要是仿制药大幅降价，实现原研药替代，提高医药行业集中度，挤出药品带金销售空间，推动企业转型升级，节约医保资金等。

以按病种付费为主的医保支付方式改革则主要是从后付制改为预付制，通过按病种打包预付的方式，根据不同病种确定的不同的支

付标准，实行节余留用，超支合理分担的政策，倒逼医院、医生合理用药、合理诊疗，节约医疗资源，提高医疗服务质量等。

### 按病种付费，逐步全面推开

7月15日，上海市卫健委发布《上海市深化医改重点行动计划(2020-2022年)》规划了上海未来两年的医改重点。

作为承办国家组织药品集中带量采购工作的城市，上海表示，之后将鼓励公立医疗机构以医疗联合体、单体或自愿组成采购联盟等形式对未纳入集中带量采购的药品等，开展带量、带预算的药品集中议价采购。

《行动计划》明确的另一项工作就是——稳步实施大数据病种分值医保付费和按DRG付费试点，有序扩大试点范围。到2022年，在上海市试点基础上全面推开，实现在总额预算框架下“四位一体”(DRG、大数据病种、按床日付费、按人头包干)的多元复合医保支付模式。

日前，河北卫健委在一份深化医改的通知中也明确，将大力推行按病种付费，积极推进按床日付费，2020年启动模拟运行，2021年启动实际付费。

根据DRG付费国家试点工作“三步走”的步骤安排：2019年是DRG顶层设计阶段，2020年是模拟运行阶段，2021年是实际付费阶段。

总的来看，不远的2021年和2022年两年，将是医保支付方式改革全面推开的重要时段，对于医药企业来说，对于医保支付方式改革

会产生的影响，也要有所预期。

### 大处方、乱用药或成为历史

福建三明作为全国医改明星示范城市，从2016年至今，开始以实施医保打包支付为切入点，构建区域健康管护组织，努力为群众提供全方位全过程全周期的卫生与健康服务。

在医保支付方式改革之前，三明走过了治混乱、堵浪费(2012.2-2013.1)和建章程、立制度(2013.2-2016.8)两个阶段。

在第一个阶段，三明实行了重点药品监控、治理流通领域药价虚高、规范医疗行为等措施；在第二个阶段，三明开始打破条条框框，理顺政府管理体制，确立起“三医联动”、“两票制”、“年薪制”、“三保合一”等改革的“四梁八柱”。

2017年6月，原国家卫计委办公厅下发《关于开展按疾病诊断相关分组收付费改革试点工作的通知》宣布，在深圳、三明、克拉玛依，正式启动C-DRG收付费改革试点工作。

三明的C-DRG收付费改革2018年1月1日起进入正式运行阶段。截至目前，三明的医保支付方式改革成效明显。

三明市医改领导小组秘书处副主任、三明市卫健委四级调研员周显葆表示，不同于原先的按项目付费，将收入与服务数量挂钩，医院为追求经济效益，容易造成医疗服务过度使用，在总额控费，并以按病种付费为主的多元医保支付方式改革之后，医药费用明显下降，医院收益增加，不合理的用药和诊疗明显减少。

上述人士表示，三明实行医保支付方式改革有较好的改革基础——首先，通过整合“三保”、联合限价采购等系列措施，将药品(耗材)价格下降到一定水平；其次是通过“三目录”的统一，逐步实现“同病同价”；第三点是进行了医院薪酬制度改革。

在医改政策的实施过程中，降低药品价格等政策的有效开展是以按病种付费为主的医保支付方式改革开展的重要前提。

此外，在开展按病种付费之前，需要确定重大病种的付费标准；转变从领导到医务人员的观念；培训医务人员掌握相关知识；对于药品耗材、医疗服务项目进行编码；重建医院病案首页、医保支付系统、电子病历系统等，为正式实行 DRG 提供信息系统的支撑。

在实行按病种付费的过程中，需要将住院诊治病人使用的检查、检验、药品和卫生材料(含高值耗材和低值耗材)都纳入按病种组定价，在这一过程中，不符合临床路径，不具有明确临床价值和疗效的药品无疑将被排除出打包范围之外。

实践表明，实行 DRG 有利于让上级医院主动将常见病下转基层，实现分级诊疗；定额付费对于相关学科的相互渗透有促进作用，有利于医生实现协同治疗；实行 DRG 有利于病人实现明白看病，一口价打包收费，不需要担心多用药多收费问题；实行 DRG 有利于控制医疗费用不合理增长，实现医保精准化、效益化。

进一步来看，实行 DRG 能有效规范诊疗服务行为——破除以药养医、过度医疗行为，强化对药品和耗材的使用；强化“合理用药、合

理检查、合理治疗”，督促医生规范诊疗行为；转变药品使用中医生乱“点菜”，费用他人“买单”（即患者和医保基金）的乱象，降低廉政廉医风险。

总的来看，在这一支付方式之下，是基于价值医疗，向价值买单，传统的“以药补医、以材补医、以检补医”时代一去不复返。

[返回目录](#)

### 中成药限方 医药大省政策放宽！

来源：医药经济报



9月14日，江苏省卫健委发布《关于进一步明确非中医类别医师开具中药处方管理要求的通知》，相比国家层面的政策，江苏放宽了对非中医类别医师开具中药的要求，意在推进中医药事业快速发展，发挥中医药在治未病、疾病治疗和康复中的重要作用。

#### 各地政策放宽

根据江苏最新规定，非中医类别医师如果想开具中药处方需满足

以下条件：

一、非中医类别医师，取得中医类别执业助理医师资格，或取得教育部门认可的中等专科及以上中医、中西医结合、民族医医学专业学历或学位，或取得省中医药管理局颁发的《传统医学师承出师证书》，或参加省级中医药主管部门认可的2年以上西医学习中医培训并取得相应证书，可开具中成药、医疗机构中药制剂、中药饮片处方(含长期处方)，并可开展中医药适宜技术。

二、非中医类别医师经过不少于1年系统学习中医药专业知识并考核合格后，可开具中成药、医疗机构中药制剂处方(含长期处方)。

三、在基层医疗卫生机构执业的非中医类别医师或乡村医生，可以开具常见病、多发病的常用中成药处方(含长期处方)，也可以延续使用中医师开具的中成药长期处方。

四、《关于印发第一批国家重点监控合理用药药品目录(化药及生物制品)的通知》发布前，已取得非中医类别医师资格并注册执业的，且在院校教育和毕业后教育中接受过中医学课程学习并成绩合格的，可以开具中成药处方，也可开具慢性病常用中成药长期处方。

从以上条件来看，基层医疗机构的西医将不受“限方”影响，而第一批重点监控合理用药药品目录发布前的西医，只要接受过中医学课程且成绩合格即可“开方”。

按照国家卫健委要求，非中医类医师，没有中医药相关学历、中医药培训经验，不可以开具中成药处方。需经过不少于1年系统学习

中医药专业知识并考核合格后，遵照中医临床基本的辨证施治原则，可以开具中成药处方。

不过，随后国家卫健委相关负责人解释称，政策制定的目的是鼓励西医学习中医药理论，合理使用中成药，而非禁止和限制西医开具中成药处方。实施范围主要用于三级公立医院绩效考核工作，对于县级(二级)医院暂不做硬性要求。

对此，很多省份发文表示，三级医院执业的非中医类别医师，应严格执行中成药处方管理有关规定，县级(二级)医院暂时不做硬性规定。

### 市场承压

据观察，自该政策发布以来，有部分地区的医院，尤其是大型三甲医院表示，仅中医、中西医结合类别的医师才可以开具中药饮片及中成药，非中医类别医师不能开具中药饮片及中成药。

不过，今年以来，各地在落地该政策的同时均呈现出鼓励中医药发展的态度。8月25日，广西卫健委发布《广西壮族自治区非中医类别医师等人员中医药专业知识系统学习培训考核方案(试行)》明确：2019年6月13日前，已经取得非中医类别医师执业证书的，可以继续开具中成药处方；已经开具过中药饮片处方的，可以继续开具中药饮片处方。此类人员无需参加本方案培训考核。而2019年6月13日后，取得非中医类别医师执业证书、需要开具中成药处方的医师，以及已经进入住院医师规范化培训阶段的非中医类别人员进行培训，培

训采用网络学习和线上考核方式进行，学制一年。考核通过后即可开具中成药处方。

近年来，中药发展受到了较大压力，在部分中成药被清出医保目录、独家品种降价、中成药有可能进行带量采购等多项政策叠加影响下，中成药市场情况并不乐观。

根据米内网数据，2019年中国城市公立医院、县级公立医院、城市社区中心以及乡镇卫生院终端中成药销售额为2830.18亿元，同比下滑1.7%。其中，口服中成药市场增速持续放缓，中药注射剂市场下滑明显，整个中成药市场在2019年首次出现负增长。

根据今年上半年医药行业发布的业绩数据显示，中成药呈现负增长，中药饮片负增长情况更加严峻。有业内人士认为，即使没有新冠肺炎疫情，在消费下降、国内中药材、饮片质量受到质疑的大环境下，中药行业依然会发生负增长，行业洗牌加速。

有行业人士坦言，因为医院药品品种不少，现在很多三甲医院都在踢品种出院，中成药首当其冲。与此同时，中成药市场也在下沉，在诊所、民营医院的表现还不错。

在业界看来，随着各地放宽西医开具中药处方的条件，这一政策的影响或有所缓解。值得关注的是，新冠肺炎疫情暴发期间，中医药发挥了重要作用，中医药产业或迎来新一轮的生长期。

[返回目录](#)

扫一扫  
关注药城公众号



扫一扫  
关注医药梦网公众号



地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号  
中国妇幼保健协会大厦一层  
电话：010-68489858