

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

*2020.11.02-11.08*

## ——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 ·

▶ [深度解读 | 高值医用冠脉支架带量采购的 3 个必要逻辑](#)（来源：中国医疗保险）——第 11 页

【提要】由于人民群众降低医用耗材价格的诉求、政府推动医用耗材改革的坚定决心、医用耗材行业创新升级的迫切需要，急需政府组织开展集中带量采购降低价格。带量采购背后，是科学的经济学、管理学理论作为支撑。首先，招采主管部门委托代理对冠脉支架进行团购，形成买方市场。其次，通过拍卖理论，设计发现市场价格的竞价机制。再有，中选企业通过规模经济降低产品边际成本。最后，通过系列配套政策，最大可能降低交易成本。本次集中带量采购中选产品全部为临床常用品牌和知名企业、上市企业、医药百强企业所属产品。拟中选产品价格范围在 469 元-798 元，冠脉支架进入千元以内时代。广大患者、医疗机构、医务人员、中选企业各方都将受益于带量采购新模式。

▶ [黄华波：基金监管制度体系改革，这 3 问很关键！](#)（来源：中国医疗保险）——第 15 页

【提要】2020 年 4 月，中央深改委第十三次会议审议通过《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》，国务院办公厅公开

发布，此文件完善了医保制度的重要内容；维护了基金安全的迫切需要；适应经济新常态、应对人口老龄化，实践新进展、提升基金监管效能的迫切需要。《意见》立足未来五年的目标任务，把握总体要求、监管责任、监管制度、保障措施及工作要求。从工作层面促进 20 号文件落实，需以专项治理为着力点，强化基金监管高压态势；以试点示范为着力点，构建基金监管长效机制；以举报奖励为着力点，完善基金监管治理机制。

▶ [深度 | 从 DRG 到 DIP，你懂医保局下的这盘棋了吗？](#)（来源：财健道）——第 24 页

【提要】2020 年 3 月，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》发布，提到未来医疗服务将“以按病种付费”为主；10 月 19 日，国家医保局发布《区域点数总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》，基于大数据的病种分值付费(DIP)方法开启了迈向全国的步伐；11 月 4 日，国家医保局发布了 DIP 试点城市名单，包括上海、天津 2 个直辖市，厦门、广州、深圳 3 个副省级城市，以及 66 个地级市，共 71 个城市入围。其中，天津为 DRG/DIP 双重试点城市，三级医院试点 DRG，二级医院试点 DIP。无论是 DRG，还是 DIP，其本质都是为了控制医疗的支付形式，转变激励机制，促使整个医疗行业向良性的方向发展，让医改往更本质的地方推进。这是中国在付费机制改革中的一次颠覆性尝试。如果 DRG 和 DIP 能成功施行，它将扭转医疗付费体系的激励机制，让医院和医生转变成患者医疗费用的

“守门人”，而医保基金将摆脱既往被动的“出纳”角色，整体医疗费用将得到控制。

▶ [中国医疗生态圈正迎来 5 大巨变!](#) (来源: 看医界) ——第 41 页

【提要】中国的医疗生态圈不是一天形成的，与数十年来的政治、经济等诸多因素有关，随着新时代的到来，国家一系列政策的出台，中国医疗生态圈也正在迎来这 5 大巨变：超级医保局时代：医保成为强势改革部门；药械企业的“戏份”将被大幅度删减；医生与医院的关系将迎来巨变：医生社会人时代来了；严管+良币驱劣币：莆式办医正逐步退出历史舞台；分级诊疗时代：基层医疗将迎来巨变。

▶ [医保全面改革下的互联网医疗](#) (来源: 村夫日记) ——第 43 页

【提要】近日，国家医保局发布《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》。意见明确了“互联网+”医疗服务医保支付工作的三大原则：便民惠民、突出门慢特这一重点和线上线下一致。自从国家医保局成立以来，从全局出发进行立体化的医保制度改革是其发展核心。从医保的角度出发，作为一种线下服务模式的延伸，互联网医疗能够成为门诊统筹的一个组成部分是其发展的价值所在。不过，门诊统筹的核心在医疗机构，而不是第三方平台服务商，因此，从医保整体改革的角度出发，特别是门诊统筹即将全面推开，互联网医疗对医保的价值更集中在惠民便民，能否成为医保改革的助力工具将成为判断其未来能否在院内获得一定发展的关键。

▶ [十四五规划强调：坚持中西医并重，大力发展中医药事业](#)（来源：新华社）——第 47 页

【提要】11月3日，新华社授权发布了《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》，在“全面推进健康中国建设”这条中，首先强调要坚持中西医并重，大力发展中医药事业，这将进一步提高中医药在医疗体系中的价值和地位。其次要坚持基本医疗卫生事业公益属性，深化医药卫生体制改革，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局，加快建设分级诊疗体系，加强公立医院建设和管理考核。最后，规划明确，继续推进国家组织药品和耗材集中采购使用改革，发展高端医疗设备。

▶ [“三因制宜”强基层 共创中医药发展新格局](#)（来源：新华网）——第 51 页

【提要】从2019年10月《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》正式印发以及全国中医药大会召开至今已一年，截至今年9月底，全国各地结合中医药工作实际，“三因制宜”，固本强基，形成了诸多“亮点”：建体系——加强服务体系建设，积极发挥中医药作用；抓质量——推动中药质量提升和产业高质量发展；育人才——加强中医药人才队伍建设；强机制——完善有利于中医药提供使用的政策机制。

## • 医院管理 •

▶ [71个城市DIP试点驱动医院“5大PK”发力](#)（来源：华夏医界网）

——第 55 页

**【提要】**11月4日，国家医保局网站公布，《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知》，27个省(直辖市)71个城市纳入试点，按病种分值付费(以下简称《DIP》)试点地区医院迎来医疗服务能力、医疗效率、成本控制能力、患者满意度、绩效设计“五大PK”。总之，DIP疾风骤雨，时间紧任务重，对各级医院带来的冲击不相同，未雨绸缪，提前准备，研究分析学习理解政策，检视盘点自己医院的“长短板”，备好“雨伞和棉衣”，迎接DIP“暴风雨”冲击，在同场竞技中提升竞争力才是“真谛”。

▶ [基于内部控制的医院门诊收费管理工作探析](#) (来源：医管新世界)

——第 59 页

**【提要】**医院门诊收费窗口是医院经济来源的重要组成部分，更是医院门诊收入的主要来源。目前门诊收费管理工作中还存在门诊收费管理制度、门诊收费工作服务、门诊收费各环节资金、门诊信息系统结算这四个风险点。各医院应建立健全门诊收费规章制度、加强门诊收费人员素质教育和业务培训、加强门诊结算各环节资金安全的控制、以信息系统为依托提高门诊结算准确性。医院门诊收费内控工作的好坏直接决定着医院医疗服务水平的高低，加强对门诊收费风险点的内部控制，能够优化改进医院的门诊收费工作，提高门诊收费的工作效率，确保门诊收费资金的安全，对提升医院的综合服务能力有着十分

重要的意义。

▶ [挂号要交 2000 元服务费 黄牛垄断号源 医院斗智斗勇](#)（来源：健康界）——第 66 页

【提要】据报道，四川大学华西第二医院产科建档号难挂，黄牛收取高价「挂号」服务费成了当地不少待产女性热议的话题。不少患者呼吁，预约挂号加入人脸识别功能，精准匹配号源，杜绝黄牛抢号。其实三甲医院挂号系统加入人脸识别技术，并不能长久解决黄牛抢号高价卖给患者的问题。如果不能平衡有限的优质资源，那么催生出畸形需求就不足为奇。医院在技术层面跟「黄牛」斗智斗勇的过程中，也需要考虑提升挂号系统的管理能力。专家表示，可以把建档和普通号的入口分开。对于本院的一年建档的容量要精确计算，并动态分月公开；对于产科的内部管理要建立科学合理的诊疗分组制度，对于无基础病的普通产妇建档量及高危、疑难产妇建档量做出相应的资源分配及引导。以及提高医院产科在妊高、疑难、危重等方面解决问题的能力及效率，避免医院产科在分科或分组之间的低质化的互相竞争现象。另外，对于更多的三甲医院，通过分级诊疗和医共体，释放更多的资源，和网络内医共体建立良好的临床同质共管机制，让普通老百姓放心到下级医院去，同时也帮助下级医院提升业务量和技术能力。

### • 医药资讯 •

▶ [今年医药电商增速或超 90%，市场逼近两千亿！](#)（来源：医药经济报）——第 72 页

【提要】日前，国家发改委官网发布《关于印发〈近期扩内需促消费的工作方案〉的通知》（以下称《通知》）。其中，文件第一条就强调，要完善“互联网+”医保支付政策。并明确在保证医疗安全和质量前提下，将慢性病互联网复诊费用纳入医保支付范围。业内认为，该政策体现了对医药电商和互联网医疗的进一步支持，今年受疫情影响，医药电商热度上涨，预计今年医药电商交易规模将直逼 2000 亿大关，达 1876.4 亿元，增长 94.58%。疫情助推了医药电商行业的发展，资本也加速入局该领域，2019 年我国医药电商行业共发生 6 起融资事件，融资金额达 10.7 亿元，较 2018 年增长 81.49%。可以看出，无论是政策环境还是消费环境都为医药电商的快速发展带来了空前利好，在《通知》的推动下，医药电商行业渗透率有望进一步提升。

▣ [足不出户解决常见病症 中国互联网医疗势头强劲](#)（来源：人民日报海外版）——第 76 页

【提要】据美国《华尔街日报》网站近日报道，从 2019 年底到今夏，中国远程医疗提供商从不到 150 家猛增至近 600 家。在中国科技公司的努力下，数以百万计的人开始使用线上医疗。疫情期间，互联网医疗加速发展，一定程度上能加强人们对互联网医疗的了解和认可，建立对互联网医疗的信任与信心。同时，居民需求的提升也对互联网医疗提出了更高要求。其中，专业性是互联网医疗发展的立身之本，也是患者关心的核心问题。保证质量、维护形象和口碑，是当前互联网医疗发展的关键所在。此外，推动互联网医疗发展要依靠科技的不断

进步。在数字化时代，数据的重要性不言而喻。当前，互联网医疗还处于各自为战的阶段，数据共享方面还有待发展。同时，医疗信息往往涉及患者隐私，在信息共享的同时应注重保护个人隐私。这既需要国家层面加强引导和监管，也需要相关从业者和相关科技企业加强技术研发与合作力度。

▶ [多地试水网上看病报销 “互联网+医疗”破解看病难](#)（来源：中国新闻网）——第 79 页

【提要】11月初，国家医保局印发《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》，明确符合条件的互联网医疗机构可以通过其依托的实体医疗机构，自愿“签约”纳入医保定点范围，“互联网+”医保支付将采取线上、线下一致的报销政策。与此同时，青岛、北京、上海等地区已经提前“试水”网上看病报销。专家表示，这意味着“互联网+”医保支付已进入了实操层面。

▶ [中国约 2000 万人被罕见病困扰 36 种相关药品纳入医保](#)（来源：人民日报海外版）——第 84 页

【提要】罕见病是一类发病率和患病率极低的疾病，但由于中国人口基数大，罕见病在中国仍有较大群体，估计发病人数超过 2000 万。2018 年 5 月，国家卫健委、国家药品监督管理局会同其他部门发布了《中国第一批罕见病目录》，包括 121 种罕见病。并提出，目录今后会继续调整和扩充。之后，一系列与罕见病医疗保障相关的政策和措施相继出台。罕见病药物的上市也有了明确的绿色通道。自 2018

年以来，已经有 38 种急需的罕见病用药，因符合国家药品监督管理局快速简化审批的条件而被批准上市。整体来看，有 61 种可以治疗中国《第一批罕见病目录》内疾病的药物已经在国内上市，其中，有 36 种药品已纳入国家医保目录。专家表示，国家药监局建立了罕见病药品的优先审评审批程序，为符合要求的临床急需境外已上市罕见病药品建立了快速通道，60 天内完成审批。在满足临床急需方面，已经遴选发布了两批临床急需境外新药评审的名单，其中罕见病治疗药品超过总量的 50%。

## -----本期内容-----

### · 分析点评 ·

#### 深度解读 | 高值医用冠脉支架带量采购的 3 个必要逻辑

来源：中国医疗保险

#### 为什么要做？

首先是人民群众降低医用耗材价格的诉求。医用耗材价格虚高困扰业内久矣，是推高医药费用的主要原因之一。老百姓看病贵的问题当前还比较突出，叠加经济放缓、慢性病、老龄化、城镇化、新产品多因素交织，患者对降低耗材价格的诉求日益增加。

然后是政府推动医用耗材改革的坚定决心。《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划（建议）》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知》都明确要推进国家组织药品和耗材集中采购使用改革。韩正副总理于 9 月 10 日专门召开药品和高值医用耗材集中带量采购工作座谈会，要求抓紧做好心脏支架集中带量采购工作。

还有是医用耗材行业创新升级的迫切需要。中国医用耗材产业具有巨大发展潜力和空间，需要健康的行业生态环境。多年来的层层经销、带金销售不仅贻害了一些优秀的临床专家，还导致了不公平竞争的营商环境，多数企业叫苦不迭，迫切希望加大治理力度，创造创新

升级优良发展生态。

### 具体怎么做？

对于医用耗材，各医疗机构分散自主采购和零加成销售，议价能力有限且议价动力不足。耗材将成为巨大成本，迫切需要政府组织开展集中带量采购降低价格。

带量采购背后，是科学的经济学、管理学理论作为支撑。采购文件的各项规则是包括招采、临床、医保等在内的专家反复研讨协商确定，广泛征求医疗机构、生产企业、行业协会意见。

首先，招采主管部门通过委托代理理论组织全国 2000 多家医疗机构对冠脉支架进行团购，形成一定程度的买方市场。有了这一条，带量采购这种招采模式才有可能实施。

其次，通过拍卖理论，设计发现市场价格的竞价机制。价格的发现过程是拍卖方（联采办代表各医疗机构）就拍卖品（医疗机构自主选择品牌的拟采购 107 万个冠脉支架的供应量）向竞拍方（冠脉支架生产企业）发起拍卖竞价的过程。一是通过“不分组的分组”来解决主要矛盾。纳入集采范围的铬合金雷帕霉素及其衍生物冠状动脉药物洗脱支架，本身就是冠脉支架使用最广泛、临床认可度最高的一组产品，不包括裸支架和不锈钢支架，形成了“不分组的分组”。《中国经皮冠状动脉介入治疗指南》指出 2006 年后逐渐上市的新一代药物洗脱支架采用了与第一代不同的支架框架材料、新的抗增生药物、以及生物可降解材料做涂层，其生物相容性更好，支架梁更薄，因而药

物洗脱支架处管壁较早内皮化，降低了新生内膜过度增生、再狭窄率及晚期和极晚期支架内血栓形成的发生率。纳入本次集采范围的产品全是新一代药物支架。二是入围 10 张注册证，即竞价机制采用第 10 低密封价格。以社会福利最大化和价值采购为导向，采用第 10 价格密封竞拍，可以较大程度的降低价格，但又绝对不是唯低价论。三是防止中选产品价差过大，设置了最低产品申报价 1.8 倍的熔断价。1.8 倍熔断机制既借鉴了药品集采规则，也参考了国际国内已上市同类支架最低价与最高价的价差。四是保护合理报价，预防恶性竞争，促进合理报价。设置了申报价  $>$  最低产品申报价 1.8 倍，但低于 2850 元的仍入围。2850 元的限价参考了冠脉支架地方带量采购中选价以及国际同类产品价格，如巴西 2183 元、印度 2750 元。五是企业报价的最优策略是诚实报价且别无他法。根据拍卖理论的推论，在竞拍情境下，作为竞拍方的企业之间是非合作博弈竞争，基于产品成本的诚实报价是最优策略，别无他法。

再有，中选企业通过规模经济降低产品边际成本。在采购周期内，医院采购量增加，中选企业额外多生产一个支架所需要付出的成本下降，即扩大产量规模可以降低平均成本，从而提高利润水平。中国很多知名企业受益于规模经济，生产的产品物美价廉，类似服装、家用电器、智能手机等，受到全世界的欢迎。

最后，通过系列配套政策，最大可能降低交易成本。通过制定落地执行阶段配套的结余留用、支付标准、30 日结算等系列措施，保

障使用，保证回款，大幅降低企业营销、财务、管理、运营等成本。

### 结果怎么样？

本次集中带量采购中选产品全部为临床常用品牌和知名企业、上市企业、医药百强企业所属产品。拟中选产品价格范围在 469 元-798 元，冠脉支架进入千元以内时代，从暴利走向合理利润，符合行业预期，也充分体现了所有参与集采企业的高度社会责任感。另外，医疗机构意向采购量中近四分之三中选，满足了医疗机构和医务人员自主选择权。

**对广大患者来说：**支架价格大幅降低有助于缓解看病贵的压力，提高冠状动脉粥样硬化性心脏病患者治疗率，扩大可及性，满足因贫该治疗但未治疗患者的需求，在建设健康中国的道路上，不让一个人掉队。

**对于中选企业：**保障采购量，减少推广营销费用，扩大市场覆盖率，提升品牌知名度，快速进入医疗机构。

**对于流通企业：**集采后，生产企业会更希望与全国大型配送企业合作，以降低流通成本。预计全国冠脉支架中间商将由上千家经销代理企业调整为百家以内配送企业，节约流通费用，提高规模化运营水平，保障产品在中间流通环节的质量。

**对于医院和医生：**使用中选产品，降低耗材进院准入工作难度，减少耗材支出，降本增效，获取结余留用资金，降低廉政风险。

**对于医保部门：**发挥了战略购买作用，提高了基本医疗保险基金

使用效率，为调整医疗服务价格提供一定空间，并引导医用耗材健康发展，构建行业清爽生态。

总之，广大患者患者、医疗机构、医务人员、中选企业各方都将受益于带量采购新模式。

[返回目录](#)

### **黄华波：基金监管制度体系改革，这3问很关键！**

来源：中国医疗保险

2020年4月，中央深改委第十三次会议审议通过《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》，国务院办公厅公开发布，以下简称20号文件。20号文件强调医保基金是人民群众的“救命钱”，一定要管好用好；明确基金监管制度体系改革的指导思想、基本原则、目标任务、主要内容、保障措施和基本要求。深入理解及贯彻落实20号文件内容，有必要就为什么、是什么、怎么做三个基本问题作深入探讨。

#### **为什么：必要性与可行性**

中央深改委专题研究、国务院专门下发文件，从党中央和国务院最高层面对基金监管制度体系改革作出部署，本身就表明这是一个重大的政治问题，需要高度重视、高位推动，加强顶层设计，推进取得突破。略作展开，可以从四个方面再作分析。

完善医保制度的重要内容。2019年10月召开的党的十九届四中全会通过了《关于坚持和完善中国特色社会主义制度推进国家治理体

系和治理能力现代化若干重大问题的决定》，提出推进国家治理体系和治理能力现代化的重大命题。决定明确提出，到我们党成立一百年时，在各方面制度更加成熟更加定型上取得明显成效；到2035年，各方面制度更加完善，基本实现国家治理体系和治理能力现代化。同年11月，中央深改委第十一次会议审议通过《关于深化我国医疗保障制度改革的意见》，以中共中央、国务院文件公开发布。意见明确，医疗保障基金是人民群众的“保命钱”，必须始终把维护基金安全作为首要任务；到2025年，医疗保障制度更加成熟定型，基本完成健全严密有力的基金监管机制等重要机制的改革任务。深入理解和准确把握基金监管制度体系改革要求，不妨从以人民健康为中心实施健康中国战略、推进国家治理体系和治理能力现代化、整体推进医疗保障制度改革等三大战略高度来再学习、再认识，从“保命钱”“首要任务”“严密有力”三个关键词来重点把握，从实现国家治理体系和治理能力现代化，整体深化我国医疗保障制度改革2021、2025、2035年三个重要时间节点来统筹推进工作。

维护基金安全的迫切需要。20号文件指出，受监管制度体系不健全、激励约束机制不完善等因素制约，医保基金使用效率不高，欺诈骗保问题普发、频发，基金监管形势较为严峻。医保基金监管体系不健全，既有中国医保发展历史短、认识深化和工作推进需要一个过程的客观原因，也有制度体系不健全、体制机制不完善的瓶颈制约加剧的制度因素，还有相关方面尤其是医疗服务供给侧结构性改革进展

不平衡的工作影响。为加强医保基金管理，更好保障群众医疗需求，党中央决策成立国家医疗保障局，统一归口管理医疗保障工作，缓解了医保基金监管的体制不顺压力，体制改革红利快速释放，直接效果就是两年来医保基金监管方面取得前所未有重大进展，大量的欺诈骗保行为被查处，初步形成了打击欺诈骗保的高压态势。体制改革取得突破后，制度不健全的问题就更加凸显出来，亟需加快推进制度体系改革，建立健全基金监管长效机制。加快健全医保基金监管制度体系，深度净化医保制度运行的社会环境，已成为切实维护医保基金安全，促使我国医保制度尽快走向成熟、定型的紧迫任务（郑功成，2020）。

适应经济新常态、应对人口老龄化的迫切需要。我国经济已从高速增长转入高质量发展的新阶段，经济增长速度下降导致医保缴费基数增长放缓，基金收入增长相应趋缓。近年来，职工医保基金收入一直保持两位数以上的增长速度，有些年份甚至超过 20%，但收入增幅总体呈下降趋势，预测职保基金收入今后继续保持两位数增长将比较困难。另外，人口老龄化对医保基金支出的影响也十分突出，近几年，全国职工医保退休人员人均医疗费用是在职人员的 4 倍左右，职工医保人数占比 26% 的退休职工使用了 60% 的职工医保基金，且部分统筹地区职工医保在职、退休比已接近甚至超过 1：1。预计到 2025 年，全国 60 岁及以上老年人口规模将从 2020 年的 2.66 亿人增长到 3.23 亿人，累计增长 5744 万人，届时人口老龄化对医保基金带来的冲击将更加严峻。受减收和增支双重影响，医保基金收支平衡压力陡然增

加。2019年，职工医保基金收入和支出同比增长10.7%、10.4%，居民医保则是9.3%、15.1%。加之群众医疗需求进一步释放、医疗技术进步、疾病谱变化等因素影响，医保基金收支压力将持续显现。2020年初新冠疫情发生，医保相继出台“两个确保”、减半征收医保基金等政策，基金收支压力更加严峻。

适应实践新进展、提升基金监管效能的迫切需要。国家医保局组建以来，坚决贯彻落实党中央、国务院决策部署，把加强基金监管、维护基金安全作为首要政治任务，指导全国医保部门做好医保范围内医疗服务行为和医疗费用的监督管理，严肃查处医保基金使用中的违法违规行爲，初步构建起打击欺诈骗保的高压态势。2019年，全国共检查医保定点医药机构（含村卫生室）81.5万家，占全部定点医药机构99.4%；处理26.4万家，占检查机构32.4%，追回资金115.56亿元，通过震慑效应间接扼制基金损失过千亿元。两年来，各级医保局探索开展飞行检查，开辟电话、微信、信件等举报渠道建立举报奖励制度，公开曝光违法违规典型案例，开展集中宣传等，取得明显成效。需要将这些证明行之有效的实践措施转化为稳定的、规范的制度安排，促进基金监管的制度化 and 规范化。

总之，加强基金监管、维护基金安全，既要治标，更要治本；当前加强治标的同时，就要着手治本工作。推进基金监管制度体系改革，实现基金监管工作的制度化、规范化，突出制度机制、突出系统协调、突出改革创新，既有当前的迫切需要，也有长远的重要意义；既是当

前加强基金监管、尽快扭转基金监管宽松软局面的迫切需要，更是着眼长远、建设长效机制、实现常抓不懈的必由之路。

### 是什么：主要内容与重点亮点

20号文件立足未来五年的目标任务，对基金监管制度体系进行系统设计、整体谋划，具有极强的针对性、整体性、可行性和前瞻性。不妨从以下几个方面重点把握。

把握总体要求。总体要求包括指导思想、基本原则和主要目标。指导思想明确以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，明确了构建全领域、全流程的基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为，维护社会公平正义，不断提高人民群众获得感的发展方向。四条基本原则突出了法治、共治、创新、信用四大治理理念，即完善法治、依法监管，政府主导、社会共治，改革创新、协同高效，惩戒失信、激励诚信。20号文件确定了建成两大体系、形成四个方面相统一全方位监管格局的五年建设目标，即到2025年，基本建成医保基金监管制度体系和执法体系，形成以法治为保障，信用管理为基础，多形式检查、大数据监管为依托，党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局，实现医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化。

把握监管责任。20号文件规定了党的领导、政府监管、行业自律三个方面的主要责任。一是党的全面领导责任。医疗保障部门、定点医药机构需加强基层党组织建设，充分发挥党组织战斗堡垒作用和

党员先锋模范作用。公立定点医药机构需履行政治责任，加强监督考核与执纪问责。二是政府监管责任。政府需开展基金监管法治建设、标准制定、行政执法、信息共享等工作，依法监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法查处违法违规行爲，加大处罚力度。需建立由医疗保障部门牵头、有关部门参加的基金监管工作机制，统筹协调基金监管重大行动、重大案件查处等工作。三是行业自律管理。医药卫生行业组织需在制定管理规范和技术标准、规范执业行为和管理服务、促进行业自律等方面更好发挥作用。定点医药机构需落实自我管理主体责任，建立健全内部管理机制，履行行业自律公约，自觉接受医保监管和社会监督。

把握监管制度。20号文件强调建立完善六方面重要制度。一是监督检查制度，包括日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等五种常用检查制度，“双随机一公开”、多部门联动、购买服务等三种重要检查机制。二是智能监控制度。充分利用大数据、云计算、视频监控、人工智能等最新信息化技术手段，加快建立省级乃至全国集中统一的智能监控系统，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。三是举报奖励制度。畅通投诉举报渠道，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，加强隐私保护，保障举报人信息安全。四是信用管理制度。重点建立定点医药机构信息报告制度，医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度和积分管理制度。五是综合监管制度。包括部门间相互配

合、协同监管的综合监管制度，网格化管理制度，行刑衔接工作机制等。六是社会监督制度。鼓励和支持社会各界参与医保基金监督，实现政府监管、社会监督和舆论监督良性互动。建立信息披露制度等。

把握保障措施。20号文件明确要加强五个方面的保障措施。一是法治及规范保障。要求制定医疗保障基金使用监督管理条例及其配套办法。完善定点医药机构协议管理制度，建立和完善定点医药机构动态管理和退出机制，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗服务绩效双控制。二是监督检查能力保障，建立健全基金监管执法体系，加强人员力量，强化技术手段。加强各级财政资金保障，通过政府购买服务加强基金监管力量。三是加大对欺诈骗保行为的惩处力度。综合运用司法、行政、协议、信用等手段，严惩重罚欺诈骗保的单位和个人。四是统筹推进相关医疗保障制度改革。深化医保支付方式改革，加强基金预算管理和风险预警，建立医疗保障待遇清单管理制度。五是协同推进医药服务体系改革。深化医药服务供给侧改革，加强医药行业会计信息质量监督检查，深入开展药品、高值医用耗材价格虚高专项治理。

把握工作要求。一是加强组织领导。地方各级人民政府加强领导、统一部署、协调推进；医疗保障行政部门肩负医保基金监管主要责任；公安、司法、财政、卫生健康等部门依法履行相应职责，协同推进改革。二是建立工作机制。各省级人民政府要建立激励问责机制，将打击欺诈骗保工作纳入相关工作考核。要强化责任担当，积极主动发现

问题，依法依规严肃查处问题，对欺诈骗保行为零容忍，公开曝光典型案件。切实落实监管职责，做好工作衔接，确保人员到位、责任到位、措施到位。三是做好宣传引导。加强舆论引导，积极回应社会关切，广泛宣传先进典型，努力营造改革的良好氛围。

### **怎么做：做在当下，谋划长远**

贯彻落实是关键。从工作层面促进 20 号文件落实，需要找准着力点，选准突破口，着眼长远谋划，立足当前发力，加快构建长效机制。

以专项治理为着力点，强化基金监管高压态势。加强基金监管，当务之急是要把普发、频发的欺诈骗保现象打压下去，营造“不敢骗”的高压态势，为打造“不能骗、不想骗”的制度约束争取时间和空间。2018 年 5 月国家医保局成立，9 月联合卫生健康、公安、药监等开展打击欺诈骗保专项行动，仅第四季度一个季度时间各地即查处违法违规定点医疗机构 3.4 万家、参保人员 2.4 万人，追回医保基金近 10 亿元。2019 年国家医保局开展打击欺诈骗保专项治理，实现现场检查全覆盖，收回基金 115.56 亿元。2020 年，国家医保局继续深入开展专项治理，首次将医保经办机构纳入专项治理范围，同时确定对定点医药机构开展两次全覆盖的监督检查。落实 20 号文件当前基金监管工作重点，就是要全力以赴完成专项治理任务，确保监督检查全覆盖、无死角、严查处、强震慑，进一步巩固打击欺诈骗保高压态势。

以试点示范为着力点，构建基金监管长效机制。打击欺诈骗保行

为，不仅要“斩草”，还要“除根”，更需“换土”，构建医保基金监管长效机制。长效机制建立需要时间，更需要大胆探索、改革创新、及时纠错。2019年起，围绕基金监管方式创新、信用制度建设和大数据智能监控体系建设，国家医保局在全国范围内选取75个试点地区开展“两试点一示范”工作。经过一年的试点示范，各地基本完成第一年度试点任务，达到了“向改革要红利、向管理要效益”的试点效果。同时，还需突出治理机制建设，充分发挥各相关方参与基金监管的主动性、积极性、能动性。需加快立法进程，推动医疗保障领域首个专门条例即“医疗保障基金使用监督管理条例”出台，深入开展医疗保障基金监管规范年建设，加快执法权限、执法依据、执法文书、执法程序、行政处罚等方面的规范化。

以举报奖励为着力点，完善基金监管治理机制。人民战争是中国革命成功的法宝。一是完善举报奖励机制，充分动员群众参与打击欺诈骗保的主动性，打赢反欺诈骗保人民战争。自2018年11月22日举报平台开通以来，截至2020年6月30日，国家医保局共接到各渠道举报线索近2万例，不少群众举报对发现骗保线索、锁定骗保证据起到关键作用。二是加强舆论宣传，利用每年4月全国医保基金监管集中宣传月扩大宣传效果，推动打击欺诈骗保宣传工作常态化、长效化。三是加强部门协调配合和工作衔接，完善综合监管机制，加强联合惩戒。四是加大公开曝光力度，从国家、省级、统筹区多个层级大量曝光欺诈骗保典型案例，增强打击欺诈骗保的舆论氛围。

## 深度 | 从 DRG 到 DIP，你看懂医保局下的这盘棋了吗？

来源：财健道

1984 年，美国老年和残障健康保险基金（Medicare）走到了破产的边缘。该基金是美国两大社会医疗保险板块的组成部分之一，主要面向 65 岁以上老年人和残障群体。在此前的 17 年间，美国医疗费年均增速高达 17%，总规模一度从 1967 年的 34 亿美元增长到 1983 年的 370 亿美元。

医疗保健费用飞涨，很大程度上可以追溯到美国最初的医疗保险立法中的两项缺陷，即基于活动的支付结构和联邦政府不干预医疗决策。这意味着，如果医生能够为医疗活动提供正当理由，那么医疗保险、医疗补助以及商业健康保险公司必须为这些治疗支付费用，等于承认按项目付费的规则。

多服务、多用药就能多营收，在医院创收机制的驱动下，患者经常接受不必要的医疗检查、治疗和护理。作为买单方，以 Medicare 为例，需在医院提供的医疗成本基础上顺价加成一定的比例向其付账。各类医疗补助、健康保险基金逐渐吃紧，Medicare 只是其中之一。

资金压力下，如何控制医疗费规模及增速成为了 Medicare 要解决的核心问题。

1984 年，Medicare 推出了一种针对医院住院病人的支付方式—

—基于诊断相关分组的前瞻性付费体系（DiagnosisRelatedGroups-prospectivepaymentsystem, DRGs-PPS）。所谓前瞻，即预先定费，而支付在后，即病人出院之后，医院把 DRG 报给 CMS（美国医疗保险和医疗补助服务中心），CMS 按照事先讲好的价格付给医院。

费用既定而款项未付，医院唯有节省成本方可盈利，医院们纷纷考虑起如何降低住院患者的治疗成本。考量到高昂的医疗运营和人力资源成本，减少病人住院天数无疑是最直接的路径。数据显示，1984 至 1986 的两年间，美国住院病人的住院时间下降了约 17%。而控费效果也立竿见影。到 1990 年，美国 Medicare 住院费比 1983 年的预期减少了约 20%。

在看到 DRG 给美国医院带来的变化和冲击后，中国学者自 20 世纪 80 年代末也开始关注起这种医疗付费模式。此时，以药养医的体制也开始逐渐形成。和 1984 年之前的美国一样，医疗服务按项目收费，而 DRG 在长达 20 年的时间内未获重视。在“看病贵”、医疗卫生费用大幅上涨等矛盾愈发尖锐之后，近十余年，全民医保逐渐建成，医保取代个人变为主要埋单方，相关研究方始起步，央地政府启动试点，DRG 控费方才渐渐为中国医疗体系接受。

2020 年 3 月，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》发布，提到未来医疗服务将“以按病种付费”为主；10 月 19 日，国家医保局发布《区域点数总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》，基于大数据的病种分值付费（DIP）方法开启了迈向

全国的步伐；11月4日，国家医保局发布了DIP试点城市名单，包括上海、天津2个直辖市，厦门、广州、深圳3个副省级城市，以及66个地级市，共71个城市入围。其中，天津为DRG/DIP双重试点城市，三级医院试点DRG，二级医院试点DIP。

这是中国在付费机制改革中的一次颠覆性尝试。如果DRG和DIP能成功施行，它将扭转医疗付费体系的激励机制，让医院和医生转变成患者医疗费用的“守门人”，而医保基金将摆脱既往被动的“出纳”角色，整体医疗费用将得到控制。

不过，一切没那么简单。就像当年中关村曾经竖起过的巨大广告牌，上面写着：“中国人离信息高速公路还有多远——向北1500米。”

我们离DRG也还有好几公里。

## 01 天价医疗费背后的医疗困境

2005年6月，一位翁姓老人因恶性淋巴瘤化疗引起多脏器功能衰竭，被送进哈尔滨医科大学第二附属医院的重症监护室。

在救治期间，翁姓老人享受到了数量惊人的医疗服务项目。老人长子在接受媒体采访时透露，老人在住院期间共产生了3025份化验单，做过588次血糖分析，299次肾功能检查，379次血气分析，1692次化验血糖输液，968次输血，有两天的“名义”输液量合计竟达近一吨。

那么多的项目，花费的费用也很惊人。在住院的66天内，翁姓老人的住院费用为139.7万元，平均每天2万多元。他的家属称，自

己还曾在医生的建议下，自行花钱购买了 400 多万元的药品交给医院作为抢救急用，合计耗资多达 550 万元。

66 天后，翁姓老人因医治无效，在医院离世。这便是当年惊动全国的“哈尔滨 550 万天价医疗费”事件。

这一事件暴露出医院管理许多方面的重大弊病，同时也指向更为深刻的制度背景，即当时普遍的医疗付费机制是“按项目付费”。

“按项目付费”是指医院根据患者在就医过程中发生的检查、治疗、住院、手术、用药等服务项目、价格及提供数量分别计费，所有项目的累计总和即为患者所花费的医疗费用。在按项目付费的体系下，医院就像会计，而医保就像出纳，“会计”列出医疗项目的账单，而“出纳”将钱划拨下发。

在国家财力不足、对医疗机构投入尚为有限的年代，为缓解医疗投入不足的问题，中国政府曾明确“以药养医”政策，允许医院从药品和诊疗中获得适当利润，以弥补投资缺口。而这种“只给政策不给钱”的做法，与 1984 年之前的美国一样，给了医院足够的动力，通过给患者开更多的检查项目和更多药品的方式，提高医疗费以获得更高的经济利益。同时，医患在医疗知识方面的信息不对等，“患者不是医生对手”，也使得医院和医生有巨大的空间进行患者检查项目和处方数量上的操作。

检查项目和用药处方越多，医院的利润就越高，且上不封顶。如此“大检查大处方”现象的出现，是“以药养医”政策的最大弊端。

同时，“按项目付费”机制的推波助澜，使得“大检查大处方”的现象一度盛行。

在这样的情况下，医药费不可避免地被越抬越高，直至攀升至天文数字。对于翁姓老人这样的富裕家庭而言，天价医药费尚且难以接受，普通家庭则更是举步维艰。令广大患者苦不堪言的“看病贵”问题，就是这样产生的。

“小病拖，大病挨，快死才往医院抬”，“脱贫三五年，一病回从前”，“一人得病，几代受穷”……这些一度十分流行的顺口溜看似打趣，实则却是多少因病致穷的人们在面对疾病时无处排解的无奈。

医疗关乎国计民生，行业里的这种“弊病”早已被很多人注意到了。

“医改之难，难在管住医生开药的笔”。想要终结这样的医疗乱象，靠行政手段无异于缘木求鱼。知名医改学者、浙江大学教授顾昕认为，正确的办法是以全民医保为杠杆，通过付费机制的改革来终结“以药养医”。

监管方从医改到 2009 年之后的“新医改”，确实频频发力，但却越改越难。对破解这种困境的研究和尝试，民间贡献的力量不小。

早在 1988 年的时候，时任北京医院研究所所长的黄慧英，就带领协和、天坛等 10 家大医院开展 DRGs 研究（DRGs，即诊断相关分组系统，较之 Drg 多出了“系统”二字），研究的主要结论是：美国

DRGs 的理念适用于中国，但必须本土化。

2004 年前后，时任北医三院医保处主任的胡牧开始了他的破局尝试。他曾在 2002 年出访澳洲，对澳洲的 DRGs 运作机制有直观而细致的了解。

在传统的模式下，畸形的激励机制使得医院有足够动力抬高人们就医看病的成本，从而导致医疗费畸高或节节攀升。如果激励机制反过来，使得医院和医生会努力去节省人们的医疗费用，那会怎样呢？

这就是 DRG 的魅力。

大概是在北京的某个雾霾天里，胡牧与时任北京劳动局医疗保险处处长张大发在街道上勉强看清对方后，一拍即合，未来对中国医改影响深远的“北京版 DRGs”模式由此登场。

## 02 东渡而来，DRG 的诱惑

DRG 诞生之初，是为了方便医院管理，使医院的行为可以被测量和评估。

1969 年，耶鲁大学开始尝试按照病人分组来测量医院产出，由此开发出一套完整的病例分组系统——按疾病诊断相关分组 (diagnosis related group, DRG)。DRG 能够对医疗服务领域的产出进行清晰界定和测量。

连年上涨的医疗费用使美国的 Medicare 体系即将走向破产之时，DRG 开始施行。为了给医院留出调整和适应的时间，减小改革阻力，美国 DRG 付费制度采用了按医院财政年度逐步引入的方式，用 4

年时间实现了付费方式的完全转变。

DRG 根据病人的年龄、性别、住院天数、主要诊断、病症、手术处置、疾病严重程度及合并症、并发症等因素，将临床特征与医疗资源消耗相近的病人分入一组，以组为单位打包确定价格、收费和医保支付标准。DRG 分组测算所需的数据主要来自于医生录入的病案，包括患者病情、临床诊疗、指导干预过程等信息。这些信息形成患者的电子病历（EMR, ElectronicMedicalRecord），造就了 DRG。

关于分组，作为体育迷的浙江大学教授顾昕打了个比方：运动可以分为几大类，比如田径、球类、水上等。但如果是需要分出高下的竞技，就需要做更细致的分组，水上运动显然太笼统，赛艇这一分组仍然不够细，需要分为单人单桨、双人双桨……竞技才能进行。这里的单人单桨，等同于 DRG 众多分组中的一组。

DRG 最根本的价值在于它从顶层设计上一定程度解决了过度医疗的情况，能激发医院的内生力量控制医疗成本，进而降低患者的医疗费用。此后，DRG 在世界上 40 多个国家和地区应用，是目前国际上较为有效的控制医疗费用的管理方法。

不过，DRG 在各地的落地情况不同，世界各国根据自身实际，建立了更加适合本土情况的 DRG 付费体系，在分组数和分组依据等方面有一定不同，但其本质逻辑一样，都是以疾病组为单位进行打包支付。

胡牧与张大发一拍即合的，即是这种付费体系。

2001 年，《北京市基本医疗保险规定》印发，随着医保制度框

架的建立，医保基金的管理和支付问题搬至台前。“按项目付费”和“以药养医”的模式带来医疗费用的水涨船高，而费用的审查也成了麻烦事。当时，一家医院一年几十万乃至上百万的单据，只能靠社保部门以人海战术进驻医院，一个处方一个处方地审核，不仅医院和医生深受其扰，社保部门也是苦不堪言。

2004年，胡牧受北京市发改委委托，承接了《北京市医疗服务成本测算及价格调整方案》的研究项目。在采集大量数据、引用先进算法，完成了3966个诊疗项目的成本测算后，胡牧却被告知，医疗服务价格不能动，要动只能动费用结构。胡牧直觉此路不通——在价格预先管制的前提下，DRG做了也白做。

与物价部门的合作难有进展，胡牧转而与医保部门合作，他去找了张大发。时任北京劳动局医疗保险处处长的张大发，也一直想寻找一种合理控费的支付模式，能免去一一对账审核之苦。

如果应用DRG，很多现实的问题的就能得到解决。DRG按疾病诊断分组，对每种类别的诊疗设定“一口价”的医保支付金额。在DRG体系下，医院能够自主调整治疗模式，唯有压低非人力成本（药品、诊疗设备、耗材），才能实现人力成本最大化（医生获利），而医保也能省去耗费巨大的诊断审核之苦，实现精准控费。

两人当即在DRG上达成了共识，并推动了DRG的施行。

2008年，北京版DRG研制出了654个病种的分组器，涵盖了临床路径中2万种诊断、2000种手术方案。2011年，DRG正式应用于

北京市部分医院的医保支付，将 DRG 在中国的发展推进了一大步。

几乎在同一时期，全民医保体系搭建完成，城镇职工、城镇居民、新农合三大医保以及公费医疗体系几乎覆盖了全体国民。DRG 的改革在部分地方自行启动，如上海、浙江金华、广西柳州等地都有 DRG 付费的尝试。

中国是医疗大国，医疗健康支出规模不断扩大且稳步增长。2018 年，中国医疗支出 59122 亿元，占 GDP6.57%，而在 5 年前，这一比重为 5.32%，10 年前这一比重仅为 4.55%。连连上涨的医疗费用，作为最大支付方的医保首当其冲。当医保基金亏空风险临近的时候，“出纳”这活便干不下去了。

于是，非常有诱惑的 DRG 便在愈来愈多的地方施行开来，DRG 的价值也从民间而自下而上的传导到了“顶层”。监管方在做顶层设计的时候将 DRG 纳入了考量。

2019 年 6 月，国家医保局发布通知，确定了 30 个城市作为 DRG 付费国家试点城市，意味着 DRG 试点正式在全国铺开；4 个月后，国家医保局公布了国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范，以及国家医疗保障 DRG（CHS-DRG）分组方案。

不过，东渡而来的 DRG，遭遇到了它的敌人。

### 03 DRG 的敌人

DRG 控费的关键，在于鼓励医疗机构自主调整诊疗结构，此消彼长，压低非人力成本，提高人力报酬。然而，占每家医院非人力成本

大头的药品和耗材，长期由政府集中采购、统一定价。在非人力成本无法自定的情况下，按病种付费的“一口价”，此消彼也消，反倒进一步限制了医院的自主性，降低了合理利润空间。

比如，在 DRG 试点中出现过的情况是，部分医院到年底时往往会面临预付额度不足的资金困境。尤其在二三线欠发达地区，经济基础薄弱，医疗管理水平较低，医保基金超支带来了严峻的问题。

据媒体报道，2019 年中部省份某县县人民医院医保超支 600 万元，其中 300 万元需要医院自行垫付。分管医疗的副县长表示，今年医保预付额不增反降，医院因担心会亏损更多，拒绝与县医保局签订预付合同。“两家谈不下来，都快成仇人了，作为分管领导，两边反复协调，搞得很累心。”

橘生淮南则为橘，生于淮北则为枳。医疗生态体系的不同，这是 DRG 的第一个敌人。

此外，受限于国内医疗信息化建设起步晚，区域间发展不平衡，舶来的 DRG 体系推行也受到了阻力。根据国际经验，DRG 支付成功的必要条件是高质量的临床诊疗和资金花费数据。而作为数据信息最重要基础的电子病历体系，在国内的不完善一度成为医保支付改革的核心痛点。

在美国，奥巴马医改期间强力推进美国全国范围电子病历系统（EMR）建设，相关政策出台 7 年间砸下 379 亿美元。截至 2018 年，美国 EMR 模块渗透率由原先的 12% 提升至 95%。而根据中国医院协会

信息管理专业委员会的统计数据，2017-2018 年度，国内电子病历渗透率只有 39%。

诊疗数据不准确，病历编码不规范，临床和成本数据难以得到准确测算，这直接影响到病种分组的科学性，这是 DRG 的第二个敌人。

DRG 现实落地之难，在广西柳州市的 DRG 试点中反映得淋漓尽致。当地医保和医院，经历了一轮又一轮的较量和博弈。

2015 年，广西柳州市社保局决定，将开始探索 DRG 支付模式。他们请来了以往有过合作的中公网。2016 年，双方签订了 DRG 项目的合作协议。中公网的方案，是先将各类疾病诊断分入“伴重要合并症与伴随病”、“伴合并症与伴随病”两个大组。与之并行，每个病组再分为“有并发症”和“无并发症”两类。

2016 年，当柳州市的几十家医院将过往 3 年的数据上传到中公网的系统，跑出了初步结果时，医院们的第一反应是：太不准了！许多病组的费用低得吓人。一位三甲医院的院长说：“当时看到数据，觉得搞不下去了。按照这种支付标准，医院要亏死。”

此后，围绕着第一轮的 DRG 病组分组和系数测算，双方讨论了四五个来回整整一年的时间。在 2017 年 7 月，柳州市的 10 家医疗机构（9 家三甲医院加柳钢医院）开始正式实行 DRG。

虽然从数据来看，DRG 取得了不错的成绩。全市除 2 家一级医院因实施 DRG 较晚、病例数较少导致略有亏损之外，其余医院均有结余。平均结余率指标，三级医院达 10.6%，二级医院达 21.6%，一级医院

达 23.4%。

然而，整个 DRG 的推行过程中，双方仍然会为费用的制定标准、分组的合理性等问题不断地吵下去。因为 DRG 分组器的设置是一个高难度的持续过程，必须了解真实的临床治疗路径，并根据医疗实践的发展不断修正，才能趋向合理。

此外，DRG 在中国各地施行的过程中，还出现了一个让人哭笑不得的现象：官方有官方的，各地有各地的 DRG，“CHS-DRG”、“C-DRG”、“CN-DRG”……DRG 的版本多达上百种。

一位研究 DRG 多年的专家，在试图解释中国模式众多的中国 DRG 改革时说：“一千个读者，就有一千个哈姆雷特。这句话同样适用于现在中国的 DRGs 实践。”

DRG 付费改革涉及医疗、卫生、保障等多个领域，会影响医疗服务提供、医疗价格、医疗保险的方方面面，涉及病人、医院、医生乃至医药产业等众多利益相关者。在中国医疗定价机制和医疗信息建设的不完善下，如果强行推行 DRG，或者强行推行哪个版本的 DRG，医院、医保局等相关方之间的利益冲突将进一步加剧。

于是，一种折衷式的方案来了。

国家医保局下了一步新的棋。

#### 04 DIP, DRG 的变体

在 DRG 分组与付费技术规范发布的一个月后，国家医保局在一份对全国政协委员提案的回复中透露，医保局正积极组织相关专家在研

究分析相关地区开展按病种分值付费工作的基础上，探索基于大数据的方法，推动按病种分值付费方式进一步往前发展。

今年3月，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》发布，提到未来中国医改将“以按病种付费”为主；7月12日，由国家医保局指导、国家医保研究院主办的基于大数据的病种分值付费专家论坛在北京举行；9月，国家医保局在对全国人大代表建议的回复中提到，将“重点推进按病种付费，研究制定基于大数据的按病种分值付费办法”。

这一切迹象，都指向DIP的登场。

DIP(BigDataDiagnosis-InterventionPacket)又称病种分值法，是一种基于大数据的DRG付费方式。DIP的英文直译是“大数据诊断——干预包”，看不出“分值”的意思，而DRG亦是大数据诊断，因此，这是“中国版DRG”。

按病种分值，是指医疗系统按照“疾病分组+治疗方式”的方式，将患者的电子病历组合成病种，以各病种的均次住院费用形成病种间的价格分值，再考虑年龄、并发症和伴随病因素对病种付费进行校正，从而实现精细化、个性化支付。同时，医保局对所辖区域内所有定点医疗机构进行总医保额度的预算，按每家医院提供各病种医疗服务的总分值，计算形成每家医疗机构最终获得的医保基金支付额度，而不再限制单价医疗机构的总额指标。

但是，DIP与DRG，都包括了按病种分值付费和区域总额预算管

理，他们之间的差异是分组方法，而非分值付费和区域预算。

顾昕表示，无论 DIP 和 DRG，两者的本质都是相似的，都是对医疗费用进行打包支付，只是，前者的包，分得更细。DIP 包含了所有细分的运动项目，但 DRG 好比奥运会，只有部分项目方能入围。台球、围棋、橄榄球等项目，在 DIP 的范围内，却没有入 DRG 的法眼。

放在医疗付费体系来看，限于各种因素，DIP 可说是更为接近中国医疗情况的一场“比赛”。相较于 DRG，作为“选手”的中国各大医院目前对“DIP”的比赛规则下取得的成绩认可程度可能会更高。

DIP 的雏形，源于 2002 年的黑龙江省牡丹江市，江苏省淮安市在调研之后，于 2003 年区启动、2004 年结合总额预算开始、运用“工分制”原理在市直医保开始施行。量入为出之后，淮安的试点效果显著：2004 年—2013 年，定点医疗机构次均住院费用年均增幅仅为 2.88%，化解了改革之初的医保基金穿底风险。

再后来，广东省、尤其是广州市在 DIP 上开始发力，医保控费效果更为明显。

广州将全市的病历全样本归类为 1688 个相似的疾病分组，再与不同的治疗方式结合，共形成了约 12000 个病种及其次均住院费用。在广州医保局控制医保总额的前提下，每一病种按照其次均费用在全部病种费用中的比例被给予了一定的分值，每家医院通过给患者提供各病种的医疗服务获得的总分值乘以费率的结果，即是每年医保支付给医院的费用。

具体实践是：每年年初基于往年数据和模型，预估一个预算，以月度为周期，按 95%进行预拨付。年终或第二年年初进行清算，用当年实际发生的年度总费用除以总点数，可以得出每个点数的单价，再乘以每个机构的点数，就是最终的结算金额。

在“结余留用、合理超支分担”的机制下，结算金额在预算的 80%-110%之间的按 100%支付；在 100%-110%之间的由调节金按 70%进行补偿；小于 80%的据实支付，超出 110%的不予支付。

一个显而易见的道理浮现：医院如果想要得到更多的医保支付，就必须获得更多的分值。更多的分值从哪里来？从患者来。患者“用脚投票”的结果对于医院来说就尤为重要，哪家医院的“票数”高，其它医院相应地便会落后。在区域医保支付总额限定的情况下，“此厚”则意味着“彼薄”。

于是，没有硝烟的战争在各大医院之间打响。为避免患者流失导致医保支付份额萎缩，医院使出浑身解数吸引患者，手段不乏各种举措降低医疗费用、提升医疗服务质量和效率等，竞争局势激烈。

这便透出了 DIP 的玄机奥义所在：在预算控制的前提下，医院之间既是“命运共同体”，又是“厮杀”的竞争对手，“内部人”控制机制悄然产生，医院之间“自相残杀”，其结果就能促使医疗费用降低。

11 月 4 日，国家医保局发布的 DIP 初期试点名单上，共包括 71 个城市。从试点城市名单分布来看，除个别城市外，多数城市的医院

信息化水平并非国内一流，这与 DIP 对医院信息化相对较低的要求较为符合。另外，DIP 的试点城市数量一上来就超过了 DRG，这显示出了 DIP 在现在中国的医疗环境里更接地气。

此后，DRG 和 DIP 将在中国一并施行，“两条腿走路”。

相对于 DRG 付费是从西方传入的舶来品，DIP 分值付费是中国原生原创的医保付费方式，具有鲜明的中国特色。中国社会科学院经济研究所副所长朱恒鹏撰文表示，DIP 和 DRG 可以并存，但由于 DRG 的技术含量和推进难度较高，因此在看得见的将来，为适合于中国的国情，DIP 的比重将会高于 DRG。

朱恒鹏说，DIP 的实施还可能促进医院之间的专业分工和良性竞争。“在低水平的重复竞争下，各方处于“囚徒困境”的博弈中，技术水平一致、服务趋同，则做得越多，单病种的分值越低。此时，若有医院提供差异化的医疗服务，例如提供疑难杂症、危急重症或某专科疾病的高质量诊疗服务，便可以凭借高分值的优质服务形成优势，从而获得更多的医保支付。”

但是，DRG 和 DIP 的原理都是数学的统计分布，分组数过低会显得分类的精细化程度不够，分组数过高可能又不能实现打包支付的目的。顾昕举例说，如果在一座百万人口的城市，DIP 分组过细，可能导致某种疾病的患者只有寥寥三五人，打包付费也就无从谈起，“美团也好，拼多多也罢，都不会认这种‘团购’的”。

站在科学的角度，DRG 的分组基于医学逻辑，只要医学诊断相同，

费用就趋同；而 DIP 分组与医学逻辑无关，只要诊断和费用相同，即可分组。顾昕表示，这会造成不同地区、不同人群，在同一诊断下的收费不一，甚至天差地别。

“一个阑尾炎，诊断、并发症、化脓与否、手术还是保守治疗，费用都不一样，甚至手术刀用进口的还是国产的，也会导致费用不同。富人和穷人得阑尾炎，费用甚至会有很大差别”。顾昕表示。

也就是说，如果按项目付费是 1，DRG 是 2，那么，DIP 就是位居其中的 1.5，既有 DRG 的分组特征，又有按项目付费的“穷富差别”。“DIP 是一个妥协的产物”。接近国家医保局的人士说。

### 结语

无论是 DRG，还是 DIP，其本质都是为了控制医疗的支付形式，转变激励机制，促使整个医疗行业向良性的方向发展，让医改往更本质的地方推进。DRG 和 DIP 的施行，是一着好棋。

不过，在推行医疗付费模式转变之外，更加还值得注意的是，医保的“风控”仍然面临着较大难题。因为医保基金的筹资水平低于国内 GDP 的增速，而 GDP 的增速又低于整体医疗费用的增速，两者显得渐行渐远。

医改是一个世界性难题。

就算在施行 DRG 的美国，其 Medicare 每年的预算已达到了 5000 亿美元左右，其医疗费用占 GDP 的比例为 18%。而在中国，去年的医保基金支出已达到了近 2 万亿元，医疗卫生总费用占 GDP 的比例为

6.6%。此外，在中国、美国等很多个国家和地区，医疗费用的年化增速都还正以超过 GDP 的增速而上涨。

医疗还仍将长期处于某种困境中。

[返回目录](#)

## 中国医疗生态圈正迎来 5 大巨变！

来源：看医界

随着新时代的到来，国家一系列政策的出台，中国医疗生态圈也正在迎来诸多巨变。

中国的医疗生态圈不是一天形成的，与数十年来的政治、经济等诸多因素有关，随着新时代的到来，国家一系列政策的出台，中国医疗生态圈也正在迎来诸多巨变，《看医界》为您带来独家盘点：

### 一、超级医保局时代：医保成为强势改革部门

众所周知，长期以来中国医保管理部门的权限和管理水平都不太令人满意，医保基金大面积穿底，甚至连医保基金管理权都长期不能够集中到一个部门。这一切都随着国家医保局的成立迎来巨变：三保管理权合一，医保局被赋予集中管理药品和医疗服务的价格管理和采购职能，以及指定医疗机构的支付和成本管理职能。

在经济新常态的大背景下，财政已经不太可能大包大揽兜底医保黑洞，“有钱、有权”的医保局成立，可以说极大地改变了原本公立医院强势、医保部门弱势的生态，虽然医保和大型公立医院的冲突短时间内还将继续上演，但结局已经注定，医保将成为新生态圈的游戏

规则制定者和强势管理者，医院的经营及诊疗行为都将受到医保指挥棒的引导和严格管控。

## 二、药械企业的“戏份”将被大幅度删减

说句公道话，中国医疗事业的发展进程中，药企功不可没。但在“以药养医”的旧医疗生态下，药企几乎成为了医疗圈的主角，不但负责研发生产药品，还要经营维持整个药品灰色利益链条，公关招标部门、医院院长、药剂科长、科主任、医生……几乎整个皮影戏的舞台上，都是其牵来扯去的木偶。

然而随着医保局的成立，药品耗材水分将逐步被挤压殆尽，用于药械企业腾挪的空间将越来越小，原本幕后主角的戏份将被大幅度删减，数百万医药代表及药械经销商也将面临转型。

据《看医界》了解，不少已经看明白大势的药品及器械经销商都积极谋求转型，办诊所、医院、医生集团等。

## 三、医生与医院的关系将迎来巨变：医生社会人时代来了

长期以来，医生受雇于医院成为了常态，甚至大多是有编制的单位人，事实上医生作为社会人可以说是国际惯例，成为自由执业者，与医疗机构成为合作关系。

随着国家一系列促进社会办医和解放医生政策的出炉，医生去编制化、医生的社会化管理已是大趋势，医生合作成立医生集团多点、自由执业正批量涌现，医院与医生及医生集团合作关系将成为新趋势。

#### 四、严管+良币驱劣币：莆式办医正逐步退出历史舞台

长期以来，在公立医疗垄断态势下，再加上管理部门的监管缺失，中国民营医疗可谓声名狼藉，莆式办医横行江湖。

据《看医界》观察，随着医生群体正在成为第二次办医潮的主角，大批良币正在进入市场驱逐劣币，卫生主管部门也正在恢复严管职能，在双方夹击下，传统莆式办医步履维艰，关门的关门，卖掉的卖掉，转型的转型，莆式办医正在逐步退出历史舞台，中国民营医疗的声誉恢复已经在路上。

#### 五、分级诊疗时代：基层医疗将迎来巨变！

长期以来，基层医疗几乎被大医院虹吸殆尽，不少乡镇卫生院医疗功能严重退化，搞搞公卫，县医院也严重匮乏优质医生资源，医疗水平低下，患者和优质医生资源涌向大城市大医院。

在分级诊疗改革的大趋势下，一方面国家正在大力建设县医院，并恢复乡镇卫生院的激励机制和医疗功能，一方面大幅开放医生办诊所，允许医生到基层医疗机构多点执业。

政府+市场两条腿走路，基层医疗机构及医生迎来了非常好的发展机遇，基层“撑起医疗服务半边天”将不再仅仅是国际经验。

[返回目录](#)

### 医保全面改革下的互联网医疗

来源：村夫日记

近日，国家医保局发布《关于积极推进“互联网+”医疗服务医

保支付工作的指导意见》（以下简称《意见》）。意见明确了“互联网+”医疗服务医保支付工作的三大原则：便民惠民、突出门慢特这一重点和线上线下一致。

与美国商保推进更低价的互联网医疗的出发点不同，中国医保覆盖互联网医疗服务的动力并不是控费，而是需从医保自身的关切点出发来理解政策的走向。

自从国家医保局成立以来，从全局出发进行立体化的医保制度改革是其发展核心。第一，通过集采来为药品和耗材寻找市场化的定价模式，从而为医保支付价的推出建立有效的价格基准。第二，通过DRG改革，对住院这一占据医保主要支出的部门进行精细化管理，从而推动医院真正关注自身的成本，有效降低不合理医疗和医疗浪费。第三，通过门诊统筹和个帐改革，推动医保保障回归到共济的本质属性上。在这其中，通过进行医保编码统一和信息系统的建设，为医保全面铺设底层架构。

由于中国线下问诊的费用已经很低，发展线上问诊并不能带来有效的费用下降。从这个角度来看，医保发展互联网医疗的动力明显不足。但如果从医保的整体化改革来看，将互联网医疗作为整体改革的一部分，来达到最终的改革目标则是符合监管的预期。

从医保的角度出发，作为一种线下服务模式的延伸，互联网医疗能够成为门诊统筹的一个组成部分是其发展的价值所在。这能够一方面促进门诊统筹的推进，以其便捷性吸引更多用户来使用；另一方面，

在个帐日渐缩小的情况下，也为时间较为紧张的工作人群提供获取处方的一个合规渠道。

“（四）根据地方医保政策和提供“互联网+”医疗服务的定点医疗机构的服务内容确定支付范围。参保人在本统筹地区“互联网+”医疗服务定点医疗机构复诊并开具处方发生的诊察费和药品费，可以按照统筹地区医保规定支付。其中个人负担的费用，可按规定由职工医保个人账户支付。提供药品配送服务的费用不纳入医保支付范围。各地可从门诊慢特病开始，逐步扩大医保对常见病、慢性病“互联网+”医疗服务支付的范围”。

第四点明确了线上支付分为统筹和个帐分别支付，强调了优先发展门慢特的在线医疗，但明确了药品配送费用不纳入医保，由个人自费。

而第五点则明确了线上和线下的价格一致，服务和药品费用也不可高于线下。“定点医疗机构提供符合规定的“互联网+”医疗复诊服务，按照公立医院普通门诊诊察类项目价格收费和支付。发生的药品费用比照线下医保规定的支付标准和政策支持”。

不过，门诊统筹的核心在医疗机构，而不是第三方平台服务商。因此，线上线下一致的赔付原则是医保覆盖互联网医疗赔付的核心，这也意味着医保在门诊赔付结算的对象只能是医疗机构和药店，而不是单纯的互联网公司。

“（七）明确医保结算对象。统筹地区内符合规定的“互联网+”

医疗服务诊察费以及在提供“互联网+”医疗服务的机构或其指定的第三方机构发生的药品费，按规定应由医保基金支付的部分，由统筹地区医保经办机构直接与实体定点医疗机构结算。“互联网+”医疗复诊处方流转至本统筹地区定点零售药店发生的药品费用，按规定应由医保基金支付的部分，由统筹地区医保经办机构与定点零售药店结算”。

由于只面向医疗机构和药店进行支付，线上和线下是受制于一个总额预算：（八）完善总额预算管理办法。提供“互联网+”医疗服务的定点医疗机构，其总额预算纳入实体定点医疗机构统一管理。总额预算的计算因素应考虑“互联网+”医疗服务发生的医疗费用和药品费用。

由于只有一个总额，医疗机构的动力其实并不强，因为线上发展起来之后，线下的总额就受到了制约。不过第八点也强调了总额预算要考虑到互联网医疗的费用问题。但由于医保收入的增长是较为固定的，在以收定支的现状下，即使考虑医疗机构的线上服务需要更多总额，也需要考虑到当地医保的可用额度。如果所有医疗机构都大力发展互联网医疗，医保额度的调配不会出现明显变化。而且，随着门诊支付制度的改革，特别是门诊统筹的持续扩容，医保额度只会向吸引更多病人的医疗机构倾斜，在其中仍然是大医院更占优势。

由于门诊统筹之后，部分药店也将获得统筹资金以支付医院外流的处方，医保对方外流的监管将基于全国统一的医保信息平台，这

一方面方便病人的实时结算，另一方面也有助于医保对方剂进行全流程监管。不过，由于门诊统筹后病人将向医疗机构集中，处方外流的规模可能不增反减，对市场整体的影响不大。

因此，从医保整体改革的角度出发，特别是门诊统筹即将全面推开，互联网医疗对医保的价值更集中在惠民便民，能否成为医保改革的助力工具将成为判断其未来能否在院内获得一定发展的关键。至于院外的互联网医疗，则仍然将是自费和企业健康福利市场，与医保的关系并不大。虽然药店拥有一定的医保额度，2019 年个帐在医保的开支为 2000 亿元，但随着个帐的缩减和门诊统筹的推开，院外的药店市场医保份额将受到明显影响，基于其上的互联网医疗要想获得医保支持则更具挑战。

[返回目录](#)

## • 中医药动态 •

### 十四五规划强调：坚持中西医并重，大力发展中医药事业

来源：新华社

11 月 3 日，新华社受权发布了《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》，共 60 条，全文超过 2 万字，其中有两处涉及医药健康领域，分别是第 46 条全面推进健康中国建设和第 47 条实施积极应对人口老龄化国家战略。

在“全面推进健康中国建设”这条中，部分与医药行业有紧密的联系，要重点关注以下信息：

### 大力发展中医药事业

规划强调：坚持中西医并重，大力发展中医药事业。

近些年来，大力发展中医药已经成为业界的共识。尤其是在抗击新冠肺炎疫情中，中医药参与的广度和深度很高，效果也很显著。可以从各省公布的中西医结合治疗参与率、有效率看出：

宁夏中医药新冠肺炎治疗参与率 98.6%；陕西省中医药参与新冠肺炎治疗率达 93.1%；广东省中医药参与治疗确诊病例占 93.54%，有效率达 89%；北京市中医药参与治疗率超过 87%；福建省中医药参与率为 96.2%；山东中医药参与新冠肺炎治疗率达 94.4%，危重型全部应用；四川全省新冠肺炎确诊病例中医药治疗参与率达 90%……

在此影响下，中药材及中式成药出口增长显著。据统计，今年前 4 个月，甘肃省出口中药材 332 吨、货值 1402 万元，同比分别增长 2.8 倍和 2.2 倍；出口中式成药 120 吨、货值 2108 万元，同比分别增长 86.2%和 89.7%。

此外，在 2020 政府工作报告中，“促进中医药振兴发展”已被明确为 2020 年的重点工作，再次强调了中医药对于民生的重要地位，也为今年的中医药工作指明了方向。

而本次“大力发展中医药事业”进入十四五规划，这将进一步提高中医药在医疗体系中的价值和地位。

## 分级诊疗

文件显示，要坚持基本医疗卫生事业公益属性，深化医药卫生体制改革，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局，加快建设分级诊疗体系，加强公立医院建设和管理考核。

资料显示，实现合理的分级诊疗秩序，是新医改以来中央着重要解决的医改难题，正如国家卫生健康委主任马晓伟而言，“分级诊疗制度实现之日，乃是我国医疗体制改革成功之时”。

国家卫健委统计信息中心数据显示，2018年1~9月，全国医疗卫生机构总诊疗人次达61.4亿，同比提高3.1%。医院（包括三级二级）26.3亿人次，同比提高5.1%。基层医疗卫生机构32.8亿人次，同比提高1.5%。基层的增幅远小于医院的增幅。

一定程度上，因为“缺医少药”、“基础设施不完善”等硬伤，基层医疗机构和龙头医院之间的医疗水平还存在较大差异，患者依然会首诊选择龙头医院。随着机制理顺，分级诊疗的进一步落地，医药企业药品耗材的采购方式、支付、用药、管理方式都会迎来改变。

## 继续推进全国集采

十四五规划明确，推进国家组织药品和耗材集中采购使用改革，发展高端医疗设备。

第三批国家带量采购于本月正式执行，55种药品、191个产品中选，涉及高血压、糖尿病、恶性肿瘤等药品品种，平均降价53%。以化疗用药卡培他滨为例，药品由原来的每片15元降至3元多。

对此，国家医疗保障局医药价格和招标采购司司长钟东波对央视新闻表示：通过两年的摸索，现在已经形成了一套行之有效的，包括集采规则、配套政策、工作机制的一整套完整的体系。我们现在也正在巩固完善这套政策体系，尽快形成全国可推广的制度体系。有了这个制度体系后，下一步可以加快集采的进程。

据悉，在国家层面，一方面要常态化开展国家集采药品，按照一定数量和金额来设定标准，达到标准的话，就启动新一批的集采，大概一年两批左右。随后还会进一步拓宽集采范围和条件，加快推进集采步伐。

在地方层面，会指导各省，包括一些较大的城市，积极按照国家形成的这套政策规范来开展集中带量采购。希望到 2022 年底，这些临床采购金额占比较大，适合集采的重点药品都能够纳入集采范围。

从三批集采的品种和最终实施情况来看，全国集中采购的最大目的是探索药价的形成机制，最终形成统一的医保支付标准，从而优化医保支付结构，降低医疗机构的药占比，为公立医疗机构改革腾出空间。

对相关药企来说，带量采购可以显著降低药品进入医院的成本，以量换价，用规模效应降低了药品的单位生产成本；与此同时，由于药企经过激烈杀价才能中标，在价格断崖下降后，相应品种的市场规模会急剧缩减。

但毋庸置疑的是，无论中选还是未中选，在之后药品的采购环节

中，带量采购中标价将成为重要参考价格，形成强势的价格联动，这对整个医药行业的产品市场格局带来较大的洗牌效应。

[返回目录](#)

## “三因制宜”强基层 共创中医药发展新格局

来源：新华网

“三因制宜”是中医学理论的特色和精华之一，只有在因时、因地、因人制宜的基础上，才能充分有效发挥中医药辨证论治的优势。

从2019年10月《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》正式印发以及全国中医药大会召开至今已一年，全国各地中医药传承创新发展情况如何，提出了哪些特色举措？新华网在采访中了解到，截至今年9月底，各地结合中医药工作实际，“三因制宜”，固本强基，形成了许多“亮点”。

### 建体系 加强服务体系建设，积极发挥中医药作用

北京、重庆等地针对中医急诊急救能力不强等问题，支持中医医疗机构按照传染病防控流程进行改扩建及功能布局调整，加强急诊科和感染疾病科建设，全面提升中医医院急诊急救能力和水平。

河北出台促进社会办医持续健康规范发展的政策措施，明确提出对社会办医区域总量和空间布局不作规划限制。

上海积极推进中医医联体建设，开展中医优质品牌社区行；成立“中医西医汇聚创新研究院”，开展中西医汇聚创新。

江苏将加强中医院建设纳入《关于排查解决医疗卫生领域突出民

生问题推进方案》，实施公立中医医院基础设施达标建设。

浙江支持县级中医院牵头组建县域医共体，构建县域中医整合型服务体系，实现县乡一体化中医药服务。

湖北积极探索各种方式发展中医养生保健服务，开展中医药健康旅游区创建。

广西积极推动中医药健康旅游示范基地、中医药医养结合示范基地建设。贵州开展全省7家三级甲等中医医院康复科建设。

甘肃积极推动中医药健康扶贫工作。青海启动实施贫困地区县级中藏医医院服务能力提升推动县域医共体建设项目，并遴选建设40所示范中藏医馆。

### **抓质量 推动中药质量提升和产业高质量发展**

北京在朝阳区试点开展中药饮片质量责任师制度，开展医疗机构中药饮片验收岗位人员强化培训，开展“中药饮片护堤工程”，推进医疗机构中药饮片再加工管理。

上海依托行业协会开展中药饮片追溯体系研究，开展11种中药饮片的追溯体系试点。

黑龙江推进中药材产业扶贫示范基地和定制药园建设工作，进一步扩大定制药园种植地区，助力中药材产业精准扶贫。

江西推进鄱阳、兴国、安远、吉安、永新五个县的中药材示范基地建设。

河南成立中医医院药事质控中心，开展中医医疗机构中药饮片采

购验收专项检查。

湖北制定了道地药材“一县一品”建设实施方案，打造荆楚药材品牌。西藏抓紧研究制定现代化藏药产业发展规划、藏药材规模化种植规划和藏药资源基地建设实施方案。

宁夏研究制定中药材产业发展规划，加快中草药加工、中药材种植基地、流通体系建设等，全面提升产业发展水平。

### 育人才 加强中医药人才队伍建设

在加强中医药人才队伍建设方面，各地积极推进全国名老中医药专家学术经验继承工作室、全国名老中医工作室、全国中医学学术流派传承工作室、基层名老中医工作室建设和优秀临床人才、中医临床特色技术传承骨干人才等培养。

北京将名中医评定制度纳入地方中医药法规调整范畴，明确名中医评选的长效机制。河北实施“名医入冀计划”，引进院士和全国名中医 18 人，在河北建立工作站。

山西省卫健委等 4 部门联合印发了《中医药人才培养工程方案》。

江苏开展中医经典巡讲活动，组织高水平师资，以中医经典理论和国医大师学术思想与诊疗经验为主要内容，重点培训中级以上中医医师。

河南与外省市联合举办仲景书院，培养仲景国医传人。

北京、湖北、湖南、贵州等地实施省级中医大师、名师评选培育，大力培养高层次人才。

重庆开工建设中医药学院，填补了没有独立设置中医药类大学的空白。在医学专业技术人员职称评审中单设中医药评委会，单独设置中医药专业技术人员二级岗标准。

青海在卫生高级专业技术资格评审中，适当放宽中藏医药专业师带徒人员的职称评价标准。

新疆启动“西医学习中医”培训项目，采用“一年制、二年制”培养周期，每年培养总人数为 2400 人。

### **强机制 完善有利于中医药提供使用的政策机制**

福建遴选一批中医优势病种纳入按病种收付费改革范围，推动出台一批中医医疗服务项目价格调整政策。

浙江研究制定改革完善医疗机构中药制剂管理的政策措施，优化中药制剂注册、备案和调剂管理。

山东积极推动中药制剂调剂使用，全省调剂使用品种达到 180 种。

广东积极推进建设国家中医药综合改革示范区，全力破解中医药发展体制机制障碍，推进中医药高质量发展。

广西推动壮医经筋针刺等 17 项壮瑶医诊疗技术纳入基本医疗保险支付范围，按甲类项目管理。重庆推进中医医院薪酬制度改革。

贵州加快推进中医医疗服务支付方式改革。在遵义市开展中医药适宜技术和优势病种支付方式改革试点。

青海积极争取藏药纳入国家医保药品目录，28 种民族药纳入国

家医保目录，55种藏药纳入省医保药品目录。出台扩大中藏药制剂调剂使用范围和延长调剂使用时限等政策，共有485个中藏药制剂品种调剂到省内69家医疗机构使用。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 71个城市DIP试点驱动医院“5大PK”发力

来源：华夏医界网

11月4日，国家医保局网站公布，《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知》（医保办发〔2020〕49号，以下简称《通知》），27个省（直辖市）71个城市纳入试点，按病种分值付费（以下简称《DIP》）试点地区医院迎来“五大PK”。

#### 国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知

日期：2020-11-04 访问次数：24304 字号：[大中小]

国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和

按病种分值付费试点城市名单的通知

医保办发〔2020〕49号

### 1、DIP放开单体医院医保总额控制

《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发〔2020〕45号），明确提出，不再细化明确各医疗机构的总额控制指标。明确要求，2020年

12月，各试点城市使用实时数据和本地化的分组方案实行预分组，做好付费技术准备工作。自2021年3月起，根据试点地区技术准备和配套政策制订情况，具备条件的地区备案后可以先行启动实际付费；2021年年底前，全部试点地区进入实际付费阶段。

DIP为何敢于放开单体医院医保总额预算控制？DIP是对辖区内医疗机构全覆盖；实行区域总额预算管理；不再细化明确各医疗机构的总额控制指标，而是把项目、病种、床日等付费单元转换为一定点数，年底根据各医疗机构所提供服务的总点数以及地区医保基金支出预算指标，得出每个点的实际价值，按照各医疗机构实际点数付费。认真研究和学习DIP相关政策，清楚付费机理就可得知，主要机理有“三”。

### **机理一：辖区内医疗机构全覆盖**

DIP付费范围，是对辖区内所有医疗机构全部覆盖，把每家医院都纳入付费体系，在统一的付费规则下，导入“内部人竞争机制”，鼓励各医院之间的竞争，激励医院加强自我管理，在竞争中获得上风。

DIP覆盖范围=Σ(三级医院×权重系数+二级医院×权重系数+一级医疗机构×权重系数)

### **机理二：区域点数法总额预算**

DIP付费，有个前提就是区域点数法有总额预算，是指对区域医保用于住院费用的额度进行测算，确定区域点数法总额预算。

按病组分值付费总额预算=年度基本医疗保险统筹基金住院费用

可支出的预算额度-调剂金-按项目付费额度-按床日付费额度-按单病种付费额度-其他

### 机理三：按照 DIP 实际点值结算

DIP 付费，通过辖区医疗机构全覆盖，作为付费结算的对象，通过区域点数法总额预算的确定，按照区域内实际 DIP 的数量，调整病种分值结算价，DIP 数量越多，结算价贬值降低，DIP 数量越少，结算价升值提升，确保医保基金永不穿底“风险可控”。

DIP 医保分值结算价=按病组分值付费总额预算/ $\Sigma$ (三级医院 DIP 总分值 $\times$ 权重系数+二级医院 DIP 总分值 $\times$ 权重系数+一级医疗机构 DIP 总分值 $\times$ 权重系数)

## 2、DIP 赋能医院“5 大 PK”

DIP 付费，对医院最大的冲击不在于付费，更在于各家医疗机构的竞争。DIP 付费设计最重要的机理就是鼓励内部人竞争与约束控制，一家医院做的好，DIP 付费获得医保支付额度多，意味着其他医院获得医保支付额度就要少，获得少的医院需要加强自我管理，向好的医疗机构看齐，同时也会监督不规范的医院，起到内部控制约束作用。DIP 付费的冲击，赋能各家医院“5 大 PK”。

### (1) 第一大 PK: 医疗服务能力大 PK

虽然各级医院有患者自付门槛及自付比例，在面对个人生命安全，以及对医疗知识不足的情况下，患者最为关注的是医疗技术和质量，都希望获得优质的医疗服务，各家医院更应关注提高医疗服务能

力，提升技术水平，保障医疗质量安全，是医院提高竞争力的第一要素。也是医院之间 PK 核心。

### **(2) 第二大 PK：医疗效率大 PK**

面对 DIP 付费，是基于预付费，病种收入相对稳定，这就需要医院努力缩短住院日，提高床位周转率，降低次均住院费用等措施提高医疗效率，才能获得较好的收益。DIP 付费必然引发各家医院重视医疗效率提升大 PK。

### **(3) 第三大 PK：成本控制能力大 PK**

DIP 支付医院的收入遇到天花板，医院如何获得较好的收益，成本控制面临较大的挑战，如何在保证医疗质量的前提下，面对病种收入的总控，控制减低病种成本，对各家医院挑战大增，成本控制不好有可能亏损严重。卫生经济规律使然，医院如何面对 DIP 付费获得较好的收益，赋能医院成本控制能力大 PK。

### **(4) 第四大 PK：患者满意度大 PK**

DIP 支付，医院要获得较好收益的前提，需要有一定患者数量的保证支持，医院服务的方便快捷，患者满意度高，可以带动更多的患者来院就医。所以，DIP 驱动医院加强精益运营管理，通过提高患者满意度扩大口碑效益，提升医院品牌竞争力，赋能医院“以患者为中心”创新大 PK。

### **(5) 第五大 PK：绩效设计大 PK**

项目后付费体系下，医院绩效激励主要方式，采取收支结余提成

或项目点值方式，激励多收入、多做项目多得绩效，面对 DIP 预付费，驱动绩效设计迭代转型，发挥绩效指挥棒作用，顺应 DIP 的绩效激励方式医院进大 PK。

总之，DIP 疾风骤雨，时间紧任务重，对各级医院带来的冲击不相同，未雨绸缪，提前准备，研究分析学习理解政策，检视盘点自己医院的“长短板”，备好“雨伞和棉衣”，迎接 DIP “暴风雨”冲击，在同场竞技中提升竞争力才是“真谛”。

[返回目录](#)

### 基于内部控制的医院门诊收费管理工作探析

来源：医管新世界

医院门诊收费窗口是医院门诊收入的主要来源，也是展现医院对外形象的窗口。本文基于内部控制理论，对医院门诊收费内部控制环节的风险点加以分析，并根据实际工作经验提出较为科学合理的风险防控对策，希望有效提高门诊收费管理工作水平。

医院门诊收费窗口是医院经济来源的重要组成部分，更是医院门诊收入的主要来源。门诊收费窗口是患者整个就医流程的起点，门诊收费服务的水平直接关系到患者对医院的整体印象，影响着医院整体医疗服务水平的高低。通过分析门诊收费业务各环节的风险点，制定相应的内部控制措施，一方面能够有效降低医疗纠纷，提升医院的整体服务水平；另一方面有助于提升门诊收费管理水平和风险防控能力，将各方面风险控制可在承受范围内，从而保证医院经营目标的实

现。

## 一、门诊收费管理工作中存在的风险点

### (一) 门诊收费管理制度风险

门诊收费管理的首要前提是建立健全完善的门诊收费规章制度，这也是门诊结算流程能够有效执行的必要保证。在实际工作中，不仅要有完善的岗位职责、印章和票据管理制度、退费、资金管理制度等，还需要按照内控制度的要求，加强对各岗位职责的划分，做到不相容职务相互分离的原则和授权审批制度，同时建立一定的绩效及奖励制度，激励工作人员的积极性。

门诊收费内部管理制度不健全，职责划分不清，门诊收费人员无法做到有章可循，收费工作效率低，就会造成患者就诊秩序混乱，也会给一些别有用心的人员可乘之机，严重的造成医院资金的流失。

### (二) 门诊收费工作服务风险

随着科技的发展及医疗体制改革的不断深入，新形势下的门诊收费人员必须具有全面的专业技能、知识层次及职业道德素养。门诊收费人员承担着门诊就诊患者的办卡、充值、结算等业务，工作内容相对枯燥且业务量繁重，长期高强度单一的工作压力下，工作人员难免会缺乏敬业精神、工作热情，窗口服务意识逐渐淡薄；工作中有失严谨，不能规范性的完成收费业务，不利于有效的提高工作效率和提升服务质量，对医院的经济效益和社会效益产生负面影响。

### (三) 门诊收费各环节资金风险

门诊收费人员代替医院行使收费职责，收取的款项是患者在门诊就诊期间的诊疗及医药费用，这些均属于医院的资产。如在门诊收费的各环节不加以防控，极易造成差错、贪污及挪用公款现象的发生。如退费环节，未严格遵守医院的退费制度办理退费，将已执行的检查治疗费用办理退费；退预交金时，未按照相关制度核实患者信息，或私自补卡退出患者卡内预交金行为等等。违规违纪操作直接导致了医院资金的流失。

#### (四) 门诊信息系统结算风险

随着信息系统的迅猛发展和全民医保政策的推行，一方面电子发票、自助设备结算、第三方支付等大量新的信息技术逐步应用于门诊结算工作中，使得患者就诊更加快捷及便利。上述所有业务都离不开信息技术的支持，实际工作中也经常遇到因网络故障、系统原因造成的结算支付困难、报表数据不准确等问题；另一方面医保结算离不开医疗保险系统与医院 HIS 系统数据的衔接，接口方式不同、操作的复杂性、数据结算接口系统运行的不稳定性，都影响了门诊结算的效率。

## 二、门诊收费管理风险的防控措施

### (一) 建立健全门诊收费规章制度

门诊收费规章制度是医院用于规范所有收费人员的标准和规定，也是门诊结算流程能够有效执行的必要保证。

#### 1、建立各项岗位职责及制度

不仅要建立针对各岗位人员的职责，如：门诊收费主任岗位职责、

收费人员职责、出纳人员职责、复核人员岗位职责等；还要建立资金、票据及物资管理相关职责制度，如退费管理制度、印章管理制度、票据管理制度等。

## 2、落实不相容岗位职责划分及审核制度

加强对各岗位职责的划分，做到不相容职务相互分离的原则和授权审批制度。如收费结算岗位和票据复核岗位、现金出纳及收费结算岗位不能同一人担当等。同时建立收费业务的逐层复核制度，如出纳人员对收费人员的业务收入进行审核，票据审核人员对收费人员的票据存根进行审核，上级财务处审核人员对收费报表及票据进行再次审核。

## 3、完善绩效考评和奖罚机制

医院应该根据实际工作，建立一套科学有效的绩效考核、奖罚机制。每月对收费人员的岗位职责执行情况、业务完成情况进行考评，绩效考核办法应该充分体现收费人员的工作量、职责履行情况。同时建立奖罚制度，对制度执行、职责履行和服务质量进行进一步的考评。通过绩效考评和奖罚机制，充分调动收费人员的工作积极性，提高医院收费结算的工作效率，提升医院的服务质量。

### (二)加强门诊收费人员素质教育和业务培训

门诊收费工作人员个人综合素质的高低，直接影响了医院门诊收费内控制度执行的效果。为加强收费管理内部控制，将各项规章制度落实到位，同时提高窗口的服务质量和效率，树立良好的窗口服

务形象，医院需要不定期的对收费人员进行业务培训和职业道德教育，不断提升收费人员的综合素质。

### 1、加强素质教育

一是加强收费人员职业道德教育，引导收费人员自觉遵守职业道德规范和医院的各项规章制度，工作中认真负责，言行规范，时刻树立“以患者为中心、以质量为核心”的服务意识，为患者提供优质满意的服务；

二是加强对收费人员的法治教育，引导收费人员能够知法守法不犯法，增强遵纪守法意识。医院可以定期外聘导师对收费人员进行培训，不断提升收费人员的道德素质和法律意识，严防监守自盗等违法乱纪行为发生。

### 2、完善薪酬制度

医院应制定合理的工资薪金制度，根据不同的学历、工龄等制定收费人员基本工资标准；根据工作量、服务态度等各项考核情况制定绩效考核制度，有效体现收费人员的工作能力；对服务态度好的、业务能力强的制定奖励措施。通过上述措施，逐步增强门诊收费人员的责任意识和主人翁意识。

### 3、开展业务学习

门诊收费人员基本都是财会专业人员，对医学知识缺乏了解，为了更好的引导患者，提升服务的质量，需要对收费人员进行定期的业务培训。一是邀请医学专家对基本医学知识、基本医学法律法规进行

培训，增进收费人员对医学专业知识和相关法规的了解；二是定期总结分析，对收费结算过程中出现的问题及时讨论分析，查找原因制定对策，不断提高工作效率；三是积极参与会计人员继续教育，不断提升收费人员的会计专业素质。

### (三) 加强门诊结算各环节资金安全的控制

#### 1、加强退费的管理

现实工作中，医院往往因经济利益驱使更加注重收费环节，而对退费业务疏于管理。加强退费业务的管理，针对退费各环节漏洞和隐患，制定有效的内部控制措施，对于防范风险尤为重要。

首先，建立健全门诊收费退费管理制度，根据门诊业务流程的不断改进和医院财务管理的需要，定期修订退费管理制度，使其更能符合实际工作需要；其次，增加对大额退费业务的预警，HIS系统中能够识别大额退费交易及高频率退费操作人员，及时提醒审核及监管人员，同时建立退费层层审核签字制度，定期对退费业务进行排查，及时追踪可疑退费业务；最后，严格按照制衡性原则构建相互制约、相互监督的退费流程，同时建立健全药品、检查、治疗等退费业务的申请、执行、确认系统，建立分级审核控制制度，确保各退费环节相对独立、相互制约。

#### 2、加强预交金退费的管理

预交金收费模式已被广泛应用于医疗行业，该模式对患者和医院双方都是有利的。对于患者来说，不需要再反复排队充值结算，节点

扣费增加了收费的准确率，患者就诊效率提高；对于医院来说，避免了各业务窗口排队拥挤的问题，流程重新进行梳理，医院工作效率也提高了。但患者预存的款项长期来说成为医院的沉淀资金，这部分资金疏于管理同样会引发违法违纪事件的发生。

首先，制定相应的规章制度加大医卡通补卡业务管理。收费人员对外加强对补卡人员身份识别，防止冒名补卡行为；对内加大对补卡业务的后台审核监督，通过信息化技术加大补卡流程的证件识别，对无证件补卡人员要做好登记，防止内部工作人员违规补卡，保证患者账户资金安全。

其次，随着互联网信息技术的发展，微信、支付宝等支付方式的普及，门诊就诊人员的支付形式更加多样化。为了减少舞弊行为，医院应制定相关规定，对预交金充值实行原路退回的原则，使用银联卡、微信、支付宝充值，在有效时间内选择自动原路退回，防止患者套现，也减少收费人员接收现金的机会，杜绝资金管理上的漏洞和隐患。

#### (四) 以信息系统为依托提高门诊结算准确性

##### 1、制定应急预案

在患者收费结算过程中，难免遇到网络传输延迟、系统故障等情况，因而造成 HIS 系统显示缴费不成功，但患者银行账户已扣款成功等情况，需要医院建立各种应急预案和流程，针对不同的支付模式进行实时核对，将资金尽快退回患者账户，保证患者的正当权益。

##### 2、建立综合对账系统

为提高工作效率和预防资金风险，建立医院综合对账系统。实现医院 HIS 系统与银行业务系统之间、HIS 系统与第三方支付平台之间、HIS 系统与医保结算系统数据的自动对账功能，通过系统数据对比及时查找单边账，解决多方数据核对难，效率低的问题，大大提高财务部门的对账效率。

### 3、建立报表审核制度

随着医院信息管理系统的广泛应用，网络、自助结算模式逐步替代了原来的人工结算模式，同时每日的结账模式也由信息系统代替人工完成。为保证各终端结账的统一，医院需安排专门的岗位人员对报表进行核对，特别是易出现单边账的银行日结报表、第三方支付平台报表及医保日结报表，出现未达账项要及时处理，防范风险发生。门诊收费窗口是医院服务的前沿，也是医院经济收入的重要来源。医院门诊收费内控工作的好坏决定着医院医疗服务水平的高低，加强对门诊收费风险点的内部控制，能够优化改进医院的门诊收费工作，提高门诊收费的工作效率，确保门诊收费资金的安全，对提升医院的综合服务能力有着十分重要的意义。

[返回目录](#)

## **挂号要交 2000 元服务费 黄牛垄断号源 医院斗智斗勇**

来源：健康界

三甲医院挂号系统加入人脸识别技术，并不能长久解决黄牛抢号高价卖给患者的问题。如果不能平衡有限的优质资源，那么催生出畸

形需求就不足为奇。医院在技术层面跟黄牛斗智斗勇的过程中，也需要考虑提升挂号系统的管理能力。

### 号源垄断，患者呼吁挂号加入人脸识别技术

近日，据健康时报报道，四川大学华西第二医院产科建档号难挂，黄牛收取高价挂号服务费成了当地不少待产女性热议的话题。有人直言在华西附二院挂个建档号，可比春运抢票难多了！

报道中，根据受访者提供的信息，华西附二院的产科建档号是在早上八点开始在该院的微信公众号上放号，患者需要提前绑定好自己的健康就诊卡，等放号后，点击页面上产科医生的头像进去挂号，输入图片验证码，如果弹出支付挂号费的界面，就代表挂号成功。

然而，当患者在点击医生头像进入挂号、输入图片验证码后，却长时间没有响应。再刷新页面，则显示已无号可挂。

事实上，已经放出的号是被黄牛抢走了。患者想要顺利挂上号，必须找黄牛上交一定金额的挂号服务费才行。否则，就只能看运气、拼手速。

黄牛收取服务费也分等级。报道称，根据医生等级、院区、是否需要特需号等，黄牛收取的服务费从1200元—2000元不等。医生等级越高、或指定要挂特定医生，收费往往越高。

黄牛的挂号操作堪称眼花缭乱，不仅要代替登陆患者的微信，还要求近期微信转账不超过2000元、微信钱包留下200元余额，保证一周内一定可以挂到号，而且是建档号。

至于黄牛是如何能抢到建档号、是否借助了特殊软件，不得而知。

目前，华西附二院在线上挂号预约时只需要输入图片验证码即可，无其他验证识别流程。

不少患者呼吁，预约挂号加入人脸识别功能，精准匹配号源，杜绝黄牛抢号。

### 抢号手段，黄牛甚至会联手黑客

事实上，医院号源被黄牛大量抢走的现象绝不止上述一家医院。有人可能会疑问，移动互联网改造并冲击了这么多行业，按理说黄牛这种灰色职业早应该被互联网医疗革命掉，他们不可能再有生存空间。

但实际上，黄牛们不仅没有受到根本性的冲击，反而利用移动互联网的发展出了新的模式。

移动互联网被广泛应用之前，黄牛靠的是人力通宵排队、医院内部人士来获取号源，当挂号从线下升级到线上之后，黄牛们无需排队和内部资源也能轻松完成抢号。他们的第一利器便是抢号软件+高性能网络。

具体来说就是，黄牛们在高性能电脑设备上登陆抢号软件，利用万兆光纤网络（网速是普通家用网络的数十倍），大大提高抢号成功率。此前有媒体报道，一位专家上午开放 12 个号，分在公众健康平台、医院的微信预约平台、12580 和现场挂号四个渠道，同时开放预约。

一位黄牛很轻松的抢到3张，并称你们怎么可能抢得到？我们要不是有专业人士用抢号软件抢，也抢不到的。

抢号软件的开发者的确是靠出售软件来赚钱。

在2018年的一起案件中，四名被告在广东揭阳市制作针对京医通挂号平台的抢号软件，后将软件以6000元的价格出售给号贩子高某、以5000元的价格出售给号贩子郭某，同时还为郭某专门制作针对空军总医院的抢号软件。

更甚的是，除了常规的抢号软件，还会有少数黄牛和网络黑客合作，入侵到相关医院的挂号系统，锁定号源，然后再精准发放给相应的黄牛或者患者，以此来赚取高额利益。这些已经涉及刑事犯罪。

黄牛们不仅借助互联网发展出新模式，甚至还提高了收入。

虎嗅网此前报道，有黄牛表示，黄牛们都是在利用医患之间的信息不对称来赚钱，互联网医疗对他们有所冲击，但是整体收入并没有变化。

以前一天十几个病人要挂号，现在只有一半，但是单价高了，整体收入还是没有受影响。一个专家号是800，如果特别难搞的专家，会加价到1000元甚至是3000元。他称互联网提高了他们刷票的效率。

### **斗智斗勇，人脸识别不能长久解决黄牛**

既然只需要输入验证码的在线预约挂号容易被黄牛攻击？那么加入人脸识别技术的挂号系统能解决问题吗？

正如健康时报在报道中所指出的，目前全国范围内的医院实现了

预约挂号人脸识别的并不多，只有重庆中医院和重庆第三军医大新桥医院部分实现人脸识别功能，其余的大部分挂号平台尚未实现。

在重庆中医院信息科主任彭梦晶看来，人脸识别技术也只能阶段性的解决黄牛抢号源的问题，医院和黄牛们处于一个斗智斗勇的过程中。

彭梦晶介绍，重庆中医院为解决黄牛的问题，在挂号系统中加入人脸识别技术，类似于很多银行 app 认证时的人脸识别，需要做出眨眼、点头等动作。

加入这一技术后，黄牛消停下来三个月。但三个月后，就被破解了。

我们医院的专家医生会反馈给我们患者是否挂到高价号的消息，他们很在乎患者挂号的问题，毕竟患者花高价挂号，很不值得。彭梦晶说，加入人脸识别技术三个月后，老专家们反馈说又有患者挂了高价号，医院的挂号系统又被黄牛攻击了。

黄牛会让患者先录一段视频，然后在页面录制和回滚，通过跑脚本的方式劫持挂号页面，获取号源。

为了解决这一问题，医院的挂号系统只能继续升级技术。重庆中医院的做法是，联合公安部门做人脸的双向认证，增加挂号页面被劫持的难度。

目前，这样的升级已经有三个月，还没有听到医院专家医生们的反馈。但彭梦晶认为，即使增加了技术难度，却不能保证它能够长期抵挡黄牛的攻击，黄牛们也在琢磨新的套路。

双方的斗智斗勇，也是在促进医院的技术升级。从技术层面讲，我们还是要感谢这些黄牛，不是他们的话，也不会倒逼我们不断在技术上升级。彭梦晶虽然厌恶黄牛抬高挂号价格，增加患者负担，但也意识到黄牛的破解技术也在倒逼医院进行信息系统安全维护和升级。

目前，重庆中医院并没有对所有的科室挂号加入人脸识别技术，而是通过大数据的分析，找出那些一两秒钟就被抢光的号源，加入技术。至于那些没有秒抢的号源，黄牛也不会去关注。这样以来也为医院节省了不必要的成本。

目前，华西附二院也在昨晚发布公告表示，医院将升级微信挂号的人脸识别功能，对部分紧俏号源采用人脸验证无误后才可进行预约挂号。

### **资源失衡，医院要提升系统管理能力**

有观点认为，黄牛滋生的本质原因在于医疗供需失衡以及信息不对称。这一现象在医院挂号上和每年的春运抢票上体现的淋漓尽致。

对于医院挂号而言，可以说只要有对专家号的强烈需求，就会有黄牛。八点健闻在此前的报道中指出，三甲医院门庭若市，基层医院门可罗雀的状况不改变，黄牛就不会消失。

在葆德医管创始人周嫫看来，优质资源总是有限，在这背后，需要关注的是优质资源的合理使用和效率优化的问题。

周嫫指出，单一的医疗资源稀缺，并不能从根本上解决问题。大家拥挤到三甲医院就医，从根本上反映出的是对医疗的整体不信任。

在管理上，体现的是挂号系统的管理能力提升的问题。

周嫫据此提出一些可能的解决办法。比如，可以把建档和普通号的入口分开。

对于本院的一年建档的容量要精确计算，并动态分月公开；对于产科的内部管理要建立科学合理的诊疗分组制度，对于无基础病的普通产妇建档量及高危、疑难产妇建档量做出相应的资源分配及引导。以及提高医院产科在妊高、疑难、危重等方面解决问题的能力及效率，避免医院产科在分科或分组之间的低质化的互相竞争现象。

另外，对于更多的三甲医院，通过分级诊疗和医共体，释放更多的资源，和网络内医共体建立良好的临床同质共管机制，让普通老百姓放心到下级医院去，同时也帮助下级医院提升业务量和技术能力。

[返回目录](#)

### • 医药资讯 •

**今年医药电商增速或超 90%，市场逼近两千亿！**

来源：医药经济报



The screenshot shows the official website of the National Development and Reform Commission. At the top left is the logo and name of the commission in Chinese and English. To the right is a search bar with the text '热门搜索：油价 债' and a placeholder '请输入关键字'. Below this is a dark blue navigation bar with icons and text for '首页', '机构设置', '新闻动态', '政务公开', and '政务服务'. Underneath the navigation bar is a breadcrumb trail: '首页 > 政务公开 > 政策 > 通知'. The main content area features a large title: '关于印发《近期扩内需促消费的工作方案》的通知', followed by the document number '发改综合〔2020〕1565号'.

10月29日，国家发改委官网发布《关于印发〈近期扩内需促消费的工作方案〉的通知》（以下称《通知》）。为抓好“六稳”工作、落实“六保”任务，进一步扩大内需特别是有效促进消费，推动经济供需循环畅通，促进形成强大国内市场，包括国家发改委在内的14个部门共同研究制定了该方案。

其中，文件第一条就强调，要完善“互联网+”医保支付政策。并明确在保证医疗安全和质量前提下，将慢性病互联网复诊费用纳入医保支付范围。该项工作将由医保局、卫生健康委按职责分工负责。业内认为，该政策体现了对医药电商和互联网医疗的进一步支持，今年结合各方面数据，医药电商和互联网医疗市场的整体增速或高于90%。同时，资本竞相入场，医药电商发展势能空前。

### 医药电商增速空前强势

在2018年国务院办公厅印发《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》后，相关部门就陆续出台多个配套政策。截至2019年，已有11个省份建设“互联网+医疗健康”示范省，全国设立530多家互联网医院，5500多家二级以上医院提供线上服务，9100多家医院开展远程医疗。

今年新冠疫情更是加速了“互联网+医疗健康”相关政策的出台。今年7月十三部门联合发布的《关于支持新业态新模式健康发展激活消费市场带动扩大就业的意见》提出，重点扶持线上服务新模式，积极推动发展互联网医疗，鼓励在线购药模式。9月21日，中国政府

网发布国务院办公厅印发的《关于以新业态新模式引领新型消费加快发展的意见》提出，建立健全“互联网+服务”、电子商务公共服务平台，加快社会服务在线对接、线上线下深度融合；积极发展互联网健康医疗服务，大力推进分时段预约诊疗、互联网诊疗、电子处方流转、药品网络销售等服务。

而根据网经社电子商务研究中心发布的《2019年度中国医药电商市场数据报告》，去年我国医药电商交易规模达到964.3亿元，同比增长46.68%。受疫情影响，医药电商热度上涨，预计今年医药电商交易规模将直逼2000亿大关，达1876.4亿元，增长94.58%。

当前，医药销售在线上渠道的增速大大高于线下。根据国内四大药店上市公司的财报，一心堂去年全年营收105亿元，同比增长14.2%；今年上半年营收为60亿元，增幅为19%。老百姓大药房去年实现营收117亿元，同比增长23%；今年上半年营收为60亿元，同比增长将近21%。益丰药房去年营收103亿元，同比增长48.66%；今年上半年营收63亿元，同比增长将近25%。大参林去年营收111亿元，同比增长26%；今年上半年营收69亿元，同比增幅为32%。

其中除了益丰药房去年因为并购了几百家药房带来营收大幅增长外，其他药店的增速均远低于医药电商。今年上半年，由于疫情，线下药店与医药电商的增速差距再一次扩大。

而随着两票制、带量采购等新政的推出，医药流通行业市场走向零售化，分销渠道进一步扁平化。在这种状况下，高效的互联网化的

电商渠道得到了药企的空前关注和支持，整个医药工业的互联网化方向都非常被业界看好。《通知》也指出，将推动线下服务消费加速“触网”，充分释放线上经济潜力。

### 资本红利期到来

疫情助推了医药电商行业的发展，资本也加速入局该领域。2019年我国医药电商行业共发生6起融资事件，融资金额达10.7亿元，较2018年增长81.49%，药帮手、世销网、药便利、国药在线、七乐康、泉源堂等医药电商相继获得融资。可见行业投融资有所回暖，行业增长潜力巨大。

而在今年8月，京东健康获得高瓴资本B轮8.3亿美元的投资；9月，向港交所提交招股说明书，赴港IPO的步伐越来越快。按照目前互联网医疗上市公司的市销率（PS）粗略估算，京东健康的估值超过300亿美元，如此高的估值赴港上市，给医药电商行业做了一次无比吸睛的广告。

京东健康的招股说明书显示，今年上半年，京东健康的收入达到88亿元，同比增长76%。而2018、2019年，京东健康的收入年增幅分别为46%和32%。很显然，今年上半年其收入增速大大高过前两年。和京东健康体量相对的阿里健康今年上半年也增势强劲，根据阿里健康的财报，今年一季度，公司营业额同比增长81%。

而在10月20日，药物上门配送平台叮当快药被曝完成10亿元的B+轮融资。在此前一天，苏宁易购注册创立了江苏苏宁大药房有

限公司，经营范围包含药品零售、药品互联网信息服务、第三类医疗器械经营、保健食品销售等。这是继上个月京东健康赴港上市之后，在医药电商领域掀起的又一阵波澜。

可以看出，无论是政策环境还是消费环境都为医药电商的快速发展带来了空前利好，在《通知》的推动下，医药电商行业渗透率有望进一步提升。也有数据预测，2023年医药线上零售的规模将大概率超过线下零售。

[返回目录](#)

### **足不出户解决常见病症 中国互联网医疗势头强劲**

来源：人民日报海外版

“中国科技巨头在重塑医疗产业方面大显身手。”彭博社一篇报道描述了在一家中国互联网医疗平台看到的场景：在北京市中心一座新办公楼的二楼，一群戴着耳机的人并排坐着，快速敲击着键盘。如果不是印有“内科”“儿科”“妇科”等字样的标牌，他们很容易被误认为是电话客服人员。

据美国《华尔街日报》网站近日报道，在中国科技公司的努力下，数以百万计的人开始使用线上医疗。业内分析人士称，这标志着在这个拥有十几亿人口的国家，提供医疗服务的方式迎来了一个分水岭，可以作为全球远程医疗发展的一个榜样。专家指出，中国已经拥有世界最先进的数字医疗系统。该报道还援引相关数据称，从2019年底到今夏，中国远程医疗提供商从不到150家猛增至近600家。报道指

出，中国近年来已经采取措施，促进远程医疗的发展，希望加强初级医疗体系，缓解大医院的拥挤状况。

互联网医疗已经在中国发展多年，服务内容逐渐从挂号问诊为主向更加多元化的方向发展，在专科慢性病、医药电商、医疗资讯平台等细分领域出现了大批代表性企业。目前，中国互联网医疗进入平稳发展阶段，主要应用于在线挂号、在线咨询和问医、查询个人检查报告、医生信息查询等，在长期医疗方面的帮助相对较少。因此，互联网医疗更多是线下医疗的一种辅助，在分层就医上发挥一定作用。

新冠肺炎疫情期间，互联网医疗加速发展。从供给端来看，疫情使得线下医疗资源被大量使用，医护人员相对平时出现紧缺。线下问诊模式搬到线上，能够有效缓解医疗资源及人员的紧张，避免出现“无处问医”的局面。从需求端来看，出于疫情防控的需要，人们在疫情期间尽量减少外出，到医院就医的意愿大大降低，一定程度上催生了患者对线上就医的需求，一些常见小病症有了更方便的问诊途径。

互联网医疗的广泛应用大大提高了居民看病问诊的效率。线上挂号节省时间，又能保障公平；线上问诊让人们足不出户解决常见病症，也使医疗资源得到更合理分配。从广义上来讲，数字技术还能在诸多方面赋能传统医疗行业。各种便携仪器能够持续监测病人的各项体征，及时进行相关指标预警，帮助患者和医生更好掌握病情变化，更有效地进行疾病治疗。

数字化转型是当前所有行业发展的必由之路。疫情下，互联网医

疗实现较快发展，一定程度上能加强人们对互联网医疗的了解和认可，建立对互联网医疗的信任与信心。同时，居民需求的提升也对互联网医疗提出了更高要求。其中，专业性是互联网医疗发展的立身之本，也是患者关心的核心问题。保证质量、维护形象和口碑，是当前互联网医疗发展的关键所在。

当前，中国互联网医疗的发展还有很大潜力。从国家层面来看，要做好互联网医疗的顶层设计，完善相关医疗保障制度，加速推动医保融入互联网医疗体系，进一步完善医疗服务结算体系等。同时，加强对互联网医疗的监管，防止不法分子利用非法技术手段在该领域牟利。鼓励医院与科技企业加强合作，加大研发力度，促进医疗与5G、大数据、人工智能的加速融合，开发更多互联网医疗应用场景，为人们的健康生活提供更多便利。从行业从业者层面来看，要不断加强医疗新知识学习，不断丰富实践经验，在此基础上培养互联网思维，学会运用相关互联网技术对患者提供最大程度的帮助。

此外，推动互联网医疗发展要依靠科技的不断进步。在数字化时代，数据的重要性不言而喻。当前，互联网医疗还处于各自为战的阶段，数据共享方面还有待发展。同时，医疗信息往往涉及患者隐私，在信息共享的同时应注重保护个人隐私。这既需要国家层面加强引导和监管，也需要相关从业者和相关科技企业加强技术研发与合作力度。

[返回目录](#)

## 多地试水网上看病报销 “互联网+医疗” 破解看病难

来源：中国新闻网

“互联网+” 医保支付将采取线上、线下一致的报销政策，网上看病报销从门诊慢特病开始……近日，国家医保局印发的一份指导意见明确了“互联网+” 医保支付范围。与此同时，目前多地已经开始积极试水网上看病报销。

在业内专家看来，这意味着“互联网+” 医保支付已进入了实操层面。

### “互联网+” 医保支付范围确定互联网医疗迎“爆发元年”？

今年，在疫情的特殊背景下，民众对互联网诊疗的需求井喷，也有人将 2020 年称为互联网医疗的“爆发元年”。

国家卫健委今年 3 月透露的数据显示，在疫情期间，国家卫健委的委属管医院互联网诊疗比去年同期增加了 17 倍。同时，一些第三方互联网服务平台的诊疗咨询量也比同期增长了 20 多倍，处方量增长了近 10 倍。

今年 10 月 28 日，在国新办举行的新闻发布会上，国家卫健委透露了一组最新的数字：目前，中国已经有 900 家互联网医院，远程医疗协作网覆盖所有的地级市 2.4 万余家医疗机构，5500 多家二级以上医院可以提供线上服务。

当越来越多的医疗机构拥抱互联网，“互联网+” 医疗的配套措施也在加紧跟上。今年下半年以来，国家层面就有多份涉及互联网医

疗的重磅文件出台。

7月，国家发改委等13部门联合印发《关于支持新业态新模式健康发展激活消费市场带动扩大就业的意见》，提出要将符合条件的“互联网+”医疗服务费用纳入医保支付范围。

此后，国务院办公厅又印发了《关于进一步优化营商环境更好服务市场主体的实施意见》，再次提及医保政策“松绑”的问题。

本月初，国家医保局印发《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》，明确符合条件的互联网医疗机构可以通过其依托的实体医疗机构，自愿“签约”纳入医保定点范围，“互联网+”医保支付将采取线上、线下一致的报销政策。

值得一提的是，《指导意见》还将新冠肺炎疫情期间解决慢性病患者复诊取药的有关经验做法，纳入常态化工作，明确了“互联网+”医保支付的范围和方式。

例如，“互联网+”医保支付的范围是门诊慢特病等复诊续方需求，参保人在本统筹地区“互联网+”定点医疗机构复诊并开具处方发生的诊察费和药品费，可以按照当地医保规定支付。医保负担部分由当地医保经办机构与实体定点医疗机构、定点零售药店直接结算。

中国医药商业协会副秘书长、易复诊总经理马光磊接受记者采访时表示，这一新政策提出医保要加强互联网诊疗的支持力度，进一步清晰了互联网诊疗这种新型医疗行为的报销范围，包括诊疗行为、复诊购药以及外延处方等方面，是一个非常完善的指导文件。

“可以说‘互联网+’医保支付已进入了实操层面，对医保支付改革有着非常大的指导意义。”马光磊说。

### 多地试水网上看病报销就诊不必跑医院

国家层面释放积极政策信号的同时，不少地方已经提前“试水”。

今年4月，青岛市医保局探索在实体医院互联网医院进行医保支付的创新服务。

复诊患者可通过微信公众号“青岛医保”，选择市立医院互联网医院，通过视频或图文的方式与医生进行在线咨询。

线上医生在核验患者复诊身份后，开出复诊处方，经第三方处方流转服务平台将处方送给患者，患者收到短信即可选择医保定点药房，药房收到订单后，将药品连同统筹报销结算单、药事服务单送药上门，患者收到药品后，可选择医保支付，真正实现患者足不出户即可问诊、续方、购药、医保支付报销的一站式诊疗服务闭环，破除“因药就医”难题。

在北京，一些医院的“云诊室”挂号也可医保实时结算。今年10月，首都儿科研究所通过“互联网+”医保资质审核，成为北京市第一家医事服务费实时结算，药品、检查检验线下医保结算的儿科医院。这次互联网诊疗系统升级，还开通了检验检查申请单、住院证开具和线上预约线下号源等功能。

首都儿科研究所发布的数据显示，截至10月23日，该院通过“京医通”平台完成互联网诊疗的患者人数为4022人，9月份就诊量环

比增长 59.1%，外地患者占比 73.1%，本地患者占比 26.9%，其中，皮肤科、消化内科、保健科、内分泌科接诊量最高。

在上海，目前，长三角生态绿色一体化发展示范区的互联网医院已开通医保异地在线结算，示范区三地参保人员可以通过互联网医院，使用手机完成复诊配药和在线支付。

随着地方试点展开，关于互联网诊疗的医保政策也在不断规范完善。

例如，本月起，《天津市“互联网+”医疗服务医保支付管理办法（试行）》开始正式执行。

依照管理办法，定点医疗机构为参保患者提供的互联网诊疗服务，应在其线下实体医疗机构诊疗科目范围内，不得超出其互联网诊疗科目范围，仅限能够在线独立完成的常见病、慢性病复诊。定点医疗机构为参保患者提供的互联网诊疗服务限定医保支付病种，符合医保支付病种范围的，医保基金按规定支付。

### **互联网医疗怎么监管？专家：实现信息可追溯**

官方公布的数据显示，2015 年至 2019 年，全国医疗卫生机构总诊疗量由 76.9 亿人次增长到 87.2 亿人次，居民平均就诊次数由 5.6 次提高到 6.2 次，入院人数由 21053 万人次增长到 26596 万人次。

民众对优质医疗资源的需求与日俱增，而“看病难”“大医院人满为患”的问题也随之而来。“互联网+”医疗服务无疑将是解决这些问题的一个突破口。

近日，《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》正式公布，其中也明确提出“支持社会办医，推广远程医疗”。

不过，作为新生事物，随着“互联网+”医疗支付的推进，医保基金的监管压力是否会增加？如何提升监管效率？不同类型平台今后面临怎样的发展路径？这些成为外界最关心的问题。

马光磊在采访中分析称，最近的医保新政策反复强调了协议管理的重要性，其中在申请“互联网+”医疗服务医保补充协议基本条件中，明确提出要保留参保人诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息，实现诊疗、处方、配药等全程可追溯，因此会促使医保、医院、处方流转平台或者药店共同签署流转协议，这里面需要各司其职，多方共同监管。

他强调，多方共同监管首先需要实现信息的互联互通、实时共享。要打破医疗、医药、医保之间信息孤岛，建立起“三医联动”的监管机制，在保障患者用药安全的同时，实现诊疗、处方、配药等全程可追溯，保障医保基金的安全使用。

北京大学公共卫生学院副研究员傅虹桥分析称，国家医保局最近印发的“互联网+”医保新规并非将医院和第三方平台区别对待，明确了依托实体医疗机构的第三方互联网医疗平台的医保支付实现路径。

傅虹桥表示，这体现了只要是符合规定的互联网医疗机构，医保

部门将一视同仁，促进线上、线下公平竞争，进一步推动“互联网+”医疗服务业态发展。

“整个行业还处于初始阶段，很多相关的政策还在探索中，老百姓的认可度还需要培养的过程，随着时间的推移，短板会逐渐弥补。”傅虹桥说。

[返回目录](#)

## 中国约 2000 万人被罕见病困扰 36 种相关药品纳入医保

来源：人民日报海外版

罕见病是一类发病率和患病率极低的疾病，但由于中国人口基数大，罕见病在中国仍有较大群体，估计发病人数超过 2000 万。罕见病是医学问题，也是社会问题。

党的十八大以来，在党中央、国务院的坚强领导下，国家卫健委、国家药品监督管理局、国家医疗保障局等有关部门在罕见病的诊疗、药品准入及医疗保障方面推出了一系列政策措施，无不揭示着中国在推进罕见病防治事业和推行全民健康国家战略目标上的决心。

“在罕见病的诊疗方面，中国做的工作真的非常惊人，贡献也是很惊人的。”国际罕见病联盟主席杜汉在日前举办的“2020 年中国罕见病大会”上如此表述。

此次大会由国家卫健委、国家药监局指导，中国罕见病联盟主办。与会人士就中国这些年应对罕见病的成效和经验，进行了深入探讨。

北京协和医院院长、中国罕见病联盟理事长赵玉沛院士表示，近

年来，在健康中国战略的指导下，罕见病防治工作得到了党和国家的高度重视，各项推动罕见病防治工作发展的政策密集出台，中国罕见病相关工作迈向了新的阶段。

### 中国约 2000 万人被罕见病困扰

据国家卫健委罕见病诊疗与保障专家委员会主任委员、北京协和医院副院长张抒扬介绍，罕见病是指“在一般人群中很少或很少发生”的疾病，通常是慢性的、退行性的、危及生命的，往往严重影响人们的身体、感觉、精神或智力能力。

在已经制定罕见疾病政策的国家中，美国将“罕见”定义为受影响人口少于 20 万人。欧盟设定的门槛是每 1 万名公民中有 5 人。日本和韩国规定，罕见疾病患病率为 0.4%。

世界上有超过 7000 种罕见疾病，而且数量在不断增加，每年大约有 250 种新疾病加入名单中。据估算，全球受罕见病影响的人群有 2.63 亿—4.46 亿人，中国约有 2000 万人。

张抒扬表示，罕见病是一个日益显现的社会问题，不仅影响到人们的生命健康和生活质量，也使得受其影响的个人与家庭在医疗、教育、就业、社会融入和社会保障等诸多方面遇到重重阻碍，甚至陷入生活的绝境。疾病所造成的社会不平等严重剥夺了人们有尊严地生存和发展的权利。

应对罕见病，面临缺医少药的困境。“能看罕见病的医生比罕见病病人还要少。”四川大学华西医院神经内科副主任商慧芳说，“很

多罕见病没有纳入到医学院校的课程，需要在工作中去积累经验。但如果毕业后进入的并不是非常大的医院，几年都没有见过这种病，如何从中学到诊疗经验？”

据张抒扬介绍，目前几乎没有罕见病可以被治愈，只有 5%—10% 的已知罕见疾病有药物可治疗。

### 病罕见，爱常在

病罕见，爱常在。各界对罕见病人的关爱，首先体现国家的重视上，其次体现在各种组织机构的建立上。

2018 年 5 月，国家卫健委、国家药品监督管理局会同其他部门发布了《中国第一批罕见病目录》，包括 121 种罕见病。并提出，目录今后会继续调整和扩充。之后，一系列与罕见病医疗保障相关的政策和措施相继出台。

2018 年 10 月，中国罕见病联盟成立。联盟由超过 50 家医疗机构、大学、科研机构和企业等共同组成，自成立以来，在聚集研究人才、融合学科优势、强化协同创新、连接各界推动中国罕见病事业发展方面，开展了卓有成效的工作。推动多学科诊疗，开展罕见病诊疗培训，开展罕见病注册登记和推动罕见病直报；开展理论及政策研究，探索中国特色的罕见病药物和医疗保障方案。

2019 年 2 月，国家卫健委发文宣告建立全国罕见病诊疗协作网，首批医院包括全国各省份的 324 家医院。

中国还建立了中国国家罕见病注册系统，以期形成统一的罕见病

注册统计的技术规范和标准，从而联合全国罕见病研究的优势单位，形成协作网络。

“中国建立了全国罕见病网络，我觉得这是非常出色的工作。”世界卫生组织罕见病全球协作网顾问马特说，“这些医院可以联合起来，形成全球罕见病网络的枢纽，形成医院和患者组织的联系纽带，能够相互合作，去支持罕见病患者。这些枢纽应该最终成为国际范围内的罕见病研究、教育、技术发展的灯塔。”

在中国罕见病联盟和北京协和医院等单位的大力推动下，一系列具有重大临床意义的医学指南相继出版，包括2018年的《中国第一批罕见病目录释义》和《罕见病诊疗指南（2019年版）》。

### 36种药品纳入国家医保目录

罕见病之所以难以诊断，因为很多情况下涉及多学科。“有时候这个病人并不只是一个系统受累，如果医生的知识面很局限，那就会造成延误诊断，所以多学科合作在罕见病诊疗过程中非常重要，这也是为什么很多家医院都建立了多学科的合作门诊、转诊团队，共同为罕见病人服务，这也是提高诊疗能力的一个方面。”商慧芳说。

药物方面，据张抒扬介绍，罕见病药物的上市有了明确的绿色通道。2019年，新修订的《中华人民共和国药品管理法》明确规定，国家鼓励研究和创制新药，对临床急需的罕见病新药、儿童用药开设绿色通道，优先审评审批；对于治疗严重危及生命且尚无有效治疗手段的疾病的新药，在临床试验已有数据显示疗效，并且能够预测临床

价值的条件下可以附条件审批，以提高临床急需药品的可及性。

“这缩短了临床试验的研制时间，使那些急需治疗的患者能第一时间用上新药。对于罕见病患者而言，无疑是极为有利的政策。”张抒扬说，自 2018 年以来，已经有 38 种急需的罕见病用药，因符合国家药品监督管理局快速简化审批的条件而被批准上市。整体来看，有 61 种可以治疗中国《第一批罕见病目录》内疾病的药物已经在国内上市，其中，有 36 种药品已纳入国家医保目录。

国家药监局副局长陈时飞指出，国家药监局建立了罕见病药品的优先审评审批程序，为符合要求的临床急需境外已上市罕见病药品建立了快速通道，60 天内完成审批。在满足临床急需方面，已经遴选发布了两批临床急需境外新药评审的名单，其中罕见病治疗药品超过总量的 50%。

工信部副部长王江平指出，工信部印发的蛋白类生物药和疫苗重大创新发展实施方案和医药工业发展规划指南中，均将罕见病药物列为重点支持对象。并将罕见病药物产业化项目纳入产业转型和技术改造专项支持范围，将临床急需的罕见病药品纳入工程化攻关重点任务。

[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