

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2020.11.30-12.06

——本期视点——

（阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。）

· 专家观点 ·

▶ [国家医保局黄华波司长谈异地就医：直接结算进展与风险防范](#)（来源：活粒）——第 12 页

【提要】在全国范围开展跨省就医直接结算的政策已推行三年有余，互联网医疗机构超过 3 万家，国家平台累计为超过 500 万人次进行了结算，医保支付 700 多亿元。异地就医直接结算在较大程度缓解群众异地就医跑腿报销与垫支等痛点问题的同时，也实现了医保基金运行总体平稳，达到预期效果。新形势下，我们有必要对异地就医直接结算工作的意义和风险防范再讨论、再认识，以增强行动自觉。

▶ [胡善联：建议优先将医保基金支出高的耗材纳入集采](#)（来源：中国医疗保险）——第 21 页

【提要】为了推进国家治理高值医用耗材的改革，国家医保局会同相关部门以冠脉支架为抓手，率先启动了高值医用耗材带量采购。11 月初，国家组织冠脉支架集中带量采购在天津开标，这是第一次高值医用耗材的全国集采，最终产生拟中选产品 10 个，产品平均价格从 1.3 万元左右下降至 700 元左右。复旦大学公共卫生学院教授胡善联表示医疗耗材品类繁多，下一步医保部门可以先对医保基金这耗材支出方面进行梳理，选出对医保费用影响较大的部分耗材作为重点，优

先逐步纳入集中采购。同时，有些耗材也要联合其他耗材进行使用，比如冠脉支架也要配合气囊、导管等耗材使用，才能够进行相应的手术。冠脉支架降价后，相应的手术系统中的其他耗材也应被纳入到集采范围进行考虑。另外，耗材费用降下来了，相应的医生的手术劳务费用应该有相应调整，变原先的灰色收入为白色收入，更好体现医生的劳务价值，让医疗市场更加规范。

▶ [焦雅辉：借力绩效考核，助推医院高质量发展](#)（来源：潇湘名医）

——第 25 页

【提要】党的十九届五中全会提出，“十四五”时期经济社会发展要以推动高质量发展为主题。在新时期、新阶段，公立医院应该如何推进高质量发展？高质量发展的内涵是什么？国家卫生健康委医政医管局监察专员焦雅辉认为，公立医院要实现高质量发展，关键在“质”，不在“量”。一直以来，我们强调公立医院要走内涵发展道路。在复杂的环境中，如何引导公立医院的行爲，是个难题。解决这一难题有很多办法，其中一项有效的策略就是绩效考核。在公立医院绩效考核成绩单中，对于分级诊疗功能定位的落实情况有几个指标：院内医疗资源调配和使用、医疗信息化、医院运营费用指标等。专家表示，现在的医改政策做加法很难，尤其是今年的新冠肺炎疫情对医疗机构的运行发展造成了巨大的影响。疫情防控常态化后，公立医院普遍面临着运营成本增加、收入下降、运行困难等问题。因此，在改革过程中，要尤其关注建立完善激励机制，医院内部要将更多结余用来调动医务

人员积极性。这是公立医院要高质量发展的关键举措。

· 他山之石 ·

▣ [英国、美国、日本等发达国家生物安全体系是如何建设的？](#)（来源：火石创造）——第 27 页

【提要】新冠疫情的爆发凸显了人类面临着重大的生物安全挑战，生物安全在我国已上升到国家安全的高度。随着《生物安全法》的出台，完善的立法体系建设也是亟待思考的问题。在生物安全体系的建设方面，美国、英国、澳大利亚、日本等国作为先行者，其经验和教训值得我国深入研究和借鉴。纵观各国的生物安全体系建设经验，可以得到以下启示：突出生物安全国家战略地位，全面构建生物安全体系。建立健全生物安全行政管理体系，增进跨部门的沟通协调。推动生物安全科技创新发展，规范前沿技术管理。注重生物风险管理，构筑风险防控体系。

▣ [从新加坡医疗服务看基层医疗对公立医院、高端医疗的启示](#)（来源：新浪医药新闻）——第 36 页

【提要】按 WHO 最新报告排名，综合考量医疗水平、接受医疗服务的难度和医药费负担公平性等方面，日本排名第一，新加坡位列第三。新加坡的公立和私立医疗机构并存，基础医疗门诊 80% 由私立医疗机构或是家庭医生诊所提供，另外 20% 则是由政府综合诊疗所提供。而综合医疗、专科和 24 小时急诊主要由公立医疗机构提供，占 80% 比例。借鉴新加坡公立、民营医疗服务的经验，姓公姓私在医疗卫生行

当里应没有本质差别。高端医疗区别于普通医疗，只在于自由定价和缩短等候时间等方面。在分级诊疗充分发展的情况下，我国公立、民营医疗服务分别能给予的薪酬水平比较相近，但在基层医疗领域，无论公立、民营基层医疗机构，谁能获得患者、医保认可，谁就能脱颖而出。我们相当看好公立基层医疗机构在改革中的发力，其优势是：存量庞大、公益印象好、参与医联体、综合医改。

• 医保监管 •

▣ [医保监管有“法眼”了！每个医疗行为都将被监控](#)（来源：看医界）——第 40 页

【提要】11 月底，国家医疗保障局办公室印发关于贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准的通知（医保办发〔2020〕51 号，下称《通知》），《通知》给出 15 项医疗保障信息业务编码标准贯彻执行的最后期限是 2021 年 3 月底。《通知》要求，省级医疗保障部门要加强编码标准培训工作，充分调动所辖统筹区医疗保障部门、定点医药机构和相关药械企业的积极性和主动性，尽快使相关单位的人员深入学习编码规则和方法，准确掌握标准内容 and 应用要求。与此同时，随着此项工作在明年 3 月底落地实施，各级医疗保障部门、定点医药机构和相关药械企业所有从事此项业务的工作人员、医务人员、药械从业人员医药代表都必须依法依规规范从业，因为，从此以后，每一个药品、每一个器械、每一家医药机构、每一个医疗行为都将打上个人“标记”，都逃不过医保监管的“法眼”。

▶ [从 DRG 到 DIP 精细化管理触发点在哪儿？](#)（来源：药智网）——

第 44 页

【提要】国家医保局启动新一轮支付方式改革试点，不久前颁发了《区域点数法总额预算和病种分值付费试点工作方案》，首批试点覆盖了 71 个城市。意味着针对住院费用的复合支付方式，基于大数据按病种付费方式，成为与 DRG 支付方式改革平行推进主要付费方式。区域点数法总额预算和按病种分值付费下的基金预拨，从精细化管理角度看，可做自然年度内的预拨动态调整：首先对明显可查的合规与否纳入考核，得分低者相应降低相邻拨付批次的比例；医院如果有若干批次拨付比例被减扣，不排除年终结算时受损失。在医生合作上，分组定价高的病种应重视对专家会诊的价值认可，引医院和医生做好服务重视和升级，这也算是医保待遇扩围。在医院合作上，应重视患者转诊的分值定价划分，引导医院之间在不同病种、病程服务上合理分工，以合理竞争为纲，以和为贵。

▶ [重要通知！河北将聘医保义务监督员，首批 30 名聘期 3 年，监督](#)

[范围和内容公布](#)（来源：河北青年报）——第 47 页

【提要】为进一步提高河北省医疗保障管理服务水平，近日，河北省医疗保障局发布公告，面向全省公开择优聘请第一批河北省医疗保障基金监管社会义务监督员，以共同规范医疗保障领域行为，维护医保基金安全，优化医保经办服务，首批将聘请 30 名，聘期 3 年。据了解，医疗保障社会义务监督员的监督范围和内容涉及对医疗保障部门

及经办机构工作人员的监督、对定点医疗机构及其工作人员的监督、对定点零售药店及其工作人员的监督等方面，以明察暗访的形式在监督职责范围内实施监督，可将监督意见采用书面、电话或电子邮件等形式向省医疗保障局反馈。

• 医院管理 •

▶ [从医疗移不动到医疗可移动，互联网医院未来已来](#)（来源：华夏医界网）——第 51 页

【提要】2020 年新冠疫情令线下诊疗渠道受阻、资源紧张，互联网医院迅速行动。在一线医院奋力救治患者的同时，互联网医院通过线上义诊复诊、医保支付、药品配送等，引导患者合理就医，满足慢病患者迫切需求，成为疫情防控的“第二战场”。尽管如今互联网医院已经成为我国医疗体系不可或缺的一部分，但医院主导型企业平台型两类互联网医院的发展路径却仍不明晰。从时间维度来看，企业平台型互联网医院的发展先于医院主导型互联网医院，它完成了患者在线就医和医生在线提供服务的市场教育，是行业引领者。以医疗服务供给来看，公立医院体系具备核心医疗资源——医生资源以及完备的科室、设备、医疗运营流程配置，但其对院外场景的医疗服务长期处于鞭长莫及的状态，比如国家一直倡导的家庭医生签约与服务。企业平台型互联网医院的发展也受到诸多限制，不是仅凭提高医疗服务供给的效率，以及优化医患体验就能做到，而是一项系统性的工程。一是需要相关配套政策的实质性落地。二是需要互联网医院有动力有足

够的动力来推动在线诊疗和健康管理的发展。从“移不动”到“可移动”，互联网医院的发展周期并不算很长，却也即将完成一轮产业周期的因果循环。如今，互联网医院开始被政策认可、逐渐被医院接受，并且开始成为患者咨询就医的重要方式。可以说，互联网医院将要，甚至已经成为医疗体系不可或缺的一部分。

▶ [新医改背景下医院成本控制](#)（来源：医管新世界）——第 58 页

【提要】在医药卫生体制改革的全新时期，我们必须认识到医院成本控制的重要性，更好地发挥医院在满足居民健康需求方面的作用，不断提升医院的服务水平。但现阶段医院的成本控制工作仍旧不尽人意，在预算管理、成本核算、内部考核等多方面均存在不足，为此各医院需要进一步深化新医改背景下的财务管理工作，特别是要做好医院的成本控制工作，从更加专业的角度剖析既往工作中的不足，有针对性地解决比较突出的问题，例如预算管理、成本核算、监督控制等几个重点方面。在实现成本控制精细化管理的同时，建设并完善相配套的规章制度和管理文化，以便更好地发挥医院成本控制在医疗体系建设、医疗质量提升和医疗条件改善等方面的优势，本着为人民服务的原则实现医院的可持续建设与发展。

▶ [医保改革来真的！医院、医生注意这 4 点](#)（来源：医药资讯）——第 63 页

【提要】自 2018 年国家医疗保障局组建以来，医保改革明显加速。最近，药品集采第三轮结束，耗材集采启动，心脏支架开标，骨科内

固定材料在路上。30 个城市 DRGs 试点即将启动实际付费，71 个城市的 DIP 试点脚跟脚又来了，从计划看，2021 年 3 月开启，年底前试点城市全部到位，推进速度飞快。而作为改革的主力，医院、医生的实际利益必将面临重大调整。作为医疗机构和医务人员只有与改革同心、同向、同力，积极主动参与改革、转变观念、规范诊疗，在政策正向激励和约束机制下谋求自身生存与发展，也许才是唯一正确的选择。

· 药闻资讯 ·

▶ [医院用药监测报告出炉！医保用药超九成](#)（来源：医药网）——
第 71 页

【提要】受医保药品目录“有进有出”动态调整的影响，以及伴随医保药品价格谈判、带量采购等政策的不断推进，医疗机构用药情况也在不断发生变化。11 月底，中国药学会在“第二十届中国药师周”上发布的《2020 年上半年中国药学会医院用药监测报告》显示，自 2018 年 17 版目录执行后，医保药品使用金额及使用频度占比显著提升，特别是 19 版医保目录执行后使用金额、使用频度占比略有继续小幅升高。另外，由于受新冠肺炎疫情影响，2020 年第一季度，全药使用金额和使用频度大幅下降。2020 年上半年，心血管系统用药使用频度占比继续升高，抗肿瘤和免疫调节剂使用频度占比则有所下降。总的来看，近 5 年医院用药结构处于总体稳定状态。

▶ [事关执业药师！国家医保局对于这项费用报销有最新回应](#)（来源：

医药经济报) ——第 81 页

【提要】国家医疗保障局日前在官网发布了《国家医疗保障局对十三届全国人大三次会议第 9472 号建议的答复》，对代表提出的进一步完善“互联网+”医疗服务纳入医保支付的建议，经过与国家卫生健康委、商务部、国家药品监督管理局等部门沟通后，就“互联网+”医疗服务、“互联网+”药品配送、“互联网+”药事服务等多个方面内容予以明确回应。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。另外，对“具有独立服务产出、患者可以选择的药学服务活动”国家医保局也还是留有余地，下一步或可“按照统一的编制规范，转化为边界清晰、要素完备的医疗服务价格项目，合理制定价格”。

· 分析解读 ·

► [政·解 | 高值耗材市场遭清洗 大批常用药降价 医药电商迎风口](#)

(来源：新浪医药新闻) ——第 84 页

【提要】11 月初，冠脉支架集中带量采购在天津开标。多家企业报出百元低价，再次刷新冠脉支架最低价，最终结果显示支架价格从均价 1.3 万元降至 700 元左右。另一边，药品的“团购砍价”也未停歇。山东省首批药品集采结果出炉，73 家企业的 160 个产品，平均降价 67.3%，最大降幅 98.6%。在新冠疫情等推动下，互联网+医疗也迎来实质性的突破，慢性病互联网复诊费纳入医保报销在即。同时，业内

争议多年的网售处方药也有望从“禁止”到“有条件”开放，千亿院外处方药市场空间将得以进一步释放，线上线下加速融合，医药电商再次迎来风口。

▶ [2020 医保谈判在即 药企如何做好战略变革?](#) (来源: 药智传媒)

——第 95 页

【提要】11 月底，国家医保局接收企业报送的谈判资料截止，2020 年医保目录调整谈判一触即发，医保谈判药品目录出炉时间或将有所推迟，预计 12 月中上旬出结果。11 月 19 日下午，国家医保局召开“十四五”全民医疗保障规划编制专家座谈会，专家从提升全民参保质量、建设多层次医疗保障体系、维护医保基金安全可持续、促进医保筹资待遇公平、发挥医保基金战略性购买作用、促进分级诊疗等方面积极建言献策，为编制“十四五”全民医疗保障规划和推进医疗保障高质量发展贡献智慧力量。从专家对“十四五”全民医疗保障规划建议中可以看出，全民参保，医保基金安全可持续运转，战略性购买以及分级诊疗可以从 NHS 体系中看到端倪。而应对国家医疗保障规划改革将会成为企业战略长期存在，企业应该继续强化政府事务部门的职责，促进政策部门参与企业战略规划，突出政策部门对企业战略的保驾护航作用，在准入层面，做好两个方面工作，一是政策前瞻性研究与预测，这是企业政府事务部门的基本工作；二是组织机构改革，从垂直的职能部门，向属地化过度，保证政策落地过程中企业可充分享受政策红利。

-----本期内容-----

· 专家观点 ·

国家医保局黄华波司长谈异地就医：直接结算进展与风险防范

来源：活粒

作者：黄华波国家医疗保障局基金监管司司长

但凡重大决策，都应权衡利弊得失、风险挑战。跨省异地就医医保直接结算，作为一项重大政策决策，基于价值判断与风险防控，至少符合三个重要条件，即群众需求迫切、条件基本成熟、风险基本可控。

在这项工作取得阶段性重大进展之际，基于运行实践检验工作启动之前的理论推演和经验判断，重新审视新形势下的风险挑战，更深层次推进改革创新，更好把握工作节奏，十分必要。

自2016年全国“两会”决定启动跨省异地就医医保直接结算工作，当年完成政策、标准、规程出台，系统开发上线；到2017年，已实现各外出就医群体、各医保险种、各统筹地区全覆盖；2018年实现每个县级区域至少有一家跨省定点医疗机构；2019年开通全国统一备案服务渠道，建立异地就医业务线上协同机制；在2020年，启动自助备案和跨省门诊费用直接结算两项试点。

医保定点医疗机构不断增加，直接结算率稳步上升，工作每年都有新突破。在分级诊疗秩序、医保基金运行总体平稳的情况下，群众

异地就医垫支压力大、跑腿报销难的痛点逐渐成为历史。

异地就医直接结算进展分析

异地就医直接结算进展快速，首先在于建立和完善了制度体系。

在中国这样一个人口、地域大国开展跨省异地就医直接结算，国内是首次，国际无先例。关键制约有三个：

一是，政策差异大。目前医保以地市级统筹为主，一些省份还有县级统筹，每个统筹区都有权根据当地实际制定具体的医保待遇和管理服务政策，包括报销标准、慢特病种及报销政策等。

二是，信息孤岛突出。医保信息系统主要由各统筹区负责，自下而上建设，全国没有形成统一的医保系统，无论是重建还是对接，任务都极其繁重。

三是，编码标准不统一。全国医保药品、耗材、诊疗项目等没有统一的编码，诊疗项目名称也不一致，各地都是“方言”，互相听不懂。考虑到这些制约，基于一些地方开展省内异地就医直接结算的工作经验，国家确定了“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的制度并不断完善，有效解决了各地政策不统一、标准不统一的问题，最大限度减少了医保、医疗机构信息系统改造工作量。沿袭住院费用直接结算制度模式，跨省门诊费用直接结算试点进展顺利。

其次，建立和完善了信息系统。全国联网结算，信息系统建设是关键。2016年底上线试运行以来，跨省异地就医住院费用直接结算系统多次升级，功能不断完善，联网定点医疗机构数量稳步增加。

这表现为三个里程碑：一个是实现四个全覆盖，即全部统筹地区、全部医保险种、主要外出就医类型、重点外出工作人群全覆盖。在此基础上，2019年政府工作报告提出尽快实现定点医院全覆盖，2020年进一步提出门诊费用直接结算试点的新要求。目前这两项新任务正在加快推进；第二个是实现平台整合。适应新农合与城镇居民制度整合需要，2019年以来整合新农合与职工和城镇居民跨省异地就医结算两个平台，提高了效率，促进了公平。第三是实现系统切换。适应国家机构改革需要，2020年5月，实现国家平台与信息系统从原人社部向国家医保局的无感切换，同时进行系统大幅升级。

再有，建立和完善了运行机制。协调运行机制可以显著提高系统运行质量和效率。一是确定了先备案、选定点、持卡就医的工作流程，既简化优化了管理环节，又便于群众熟悉掌握；二是建立了线上协同机制，便于不同地区医保部门协调解决突出问题，极大提高了问题处置效率；三是改进管理服务方式。重点是改革备案管理制度，如一律取消需要就医地经办机构、医疗机构的证明盖章，开通线上备案服务渠道(包括电话服务、传真、邮箱、官方网站备案、手机APP、微信公众号等)；四是建立常态化宣传、发布机制，提高异地就医政策和办事流程、定点医疗机构接入情况的知晓率。

最终，结算量稳步上升。截至2020年9月底，国家平台备案人数700余万人，联网定点医疗机构数量3.6万家，其中二级及以下定点医疗机构3.3万家。自2017年1月启动以来，累计实现跨省异地

就医直接结算 620 万人次，医疗总费用 1500 亿元，医保基金支付 890 亿元，支付比例 59%。门诊直接结算量也稳步增加，已累计结算超过 200 万人次，医疗总费用 5 亿元，医保基金支付近 3 亿元，跨省异地就医直接结算住院、门诊一体化的局面正在形成。

异地就医直接结算价值分析

跨省异地就医直接结算，为什么必须做，必须尽快实现？

首先，是基于其基本的价值属性，是贯彻“以人民为中心”发展理念的必然要求。跨省异地就医直接结算是重大民生工程。长期以来，异地就医跑腿报销难、垫支压力大，一直是外出居住、工作、转诊群众的痛点问题。“民有所呼，我有所应”。2016 年以来，政府工作报告每年都对这项工作作出安排部署，提出新的更高要求。党的十九届四中全会要求加快落实异地就医结算制度。

新冠肺炎疫情发生后，国家医保局第一时间明确：新冠肺炎患者异地就医不降低医保支付比例。这给群众吃了定心丸，不仅有效减少了疫情期间人员流动带来的感染风险，提升疫情防控和应对能力；也使身在外地的患者能够在第一时间得到救治，方便了患者异地就医。

第二，促进人力资源流动的迫切需要。中国改革开放取得巨大成就，重要经验之一就是优化了生产要素配置，尤其是丰富的劳动力资源优势得到有效释放，大量劳动力从农村向城市转移，从不发达地区向发达地区转移。由于医保统筹层次较低、可携带性较弱，不适应大规模、长距离人口流动需要，无论是异地工作，还是异地居住，都亟

须解决医疗保障这一后顾之忧。

异地就医直接结算，在不改变参保人统筹地区前提下解决参保群众医保报销问题，适应了中国国情，在相对长时间内具有必要性和可行性。

第三，提升医保管理水平的重大举措。医保开通跨省联网结算，不仅利于极大提升参保群众医保获得感，便利人口流动，也利于促进医保在全国层面政策、系统、管理和服务的统一，推动医保提升管理服务水平。

首先，促进医保标准化，尤其是药品、耗材、诊疗服务项目等的标准化、编码统一。标准化是全国联网结算的现实需要，反过来进一步推进全国医保管理服务一体化。

其次，促进全国医保大数据的形成和使用。跨省联网结算将医保直接经办功能上升到国家层面，可以通过国家经办直接获取一手数据，并利用一手实时数据开展监测分析，提升运行监测和监管水平。

三是，促进全国管理服务均等化。全国联网结算将全国各地经办机构联结在一个国家平台上工作，可以将各地潜在的经办服务差异显现实化，促进相对落后地区提升管理服务水平。

四是，解决医保异地就医管理痛点。跨省异地就医手工报销时期，群众之所以跑腿报销时间长，主要原因在于就医发生在其他省份，参保地医保部门需赴外地医疗机构调查核实，审核难、成本高，即使耗费大量人力财力开展审核和异地取证，针对异地手工报销的欺诈骗保

案件还是层出不穷，这一直是医保部门管理的痛点。

五是，提升医保博弈能力。手工报销情况下，医疗机构将外地参保患者作为自费人员对待，不受医保预算管理和审核监督制约，客观上导致一些地区医疗机构故意不参加医保定点，拒绝为本地医保患者提供医疗服务，群众意见大。跨省异地就医直接结算明确规定，联网结算实行就医地统一管理，统一纳入当地医保的智能监管和稽核监管，有利于克制就医地医疗机构逆向选择风险。

异地就医直接结算风险分析

长期以来，学界、业界对跨省异地就医直接结算认识分歧较大。不少人担心直接结算因外出就医太过方便，会导致外出就医大量增加，从而破坏分级诊疗秩序，加大医保基金穿底风险；也有人担心主要受益者是相对富裕人群，穷人横竖出不去，导致穷帮富，影响社会公平。这些担心，感觉上有一定道理，目前并无充分的实证依据。

从运行情况看，跨省异地就医直接结算，群众出省就医更便捷、就医体验更好，但出省就医的增幅有限。近年来，医保跨省住院占比一直保持在约 3%，并未直接结算而出现较大幅度增长，直接结算产生的主要是手工报销的替代效应。虽然部分地区、一定时期跨省就医增加较多，基金支付增加，但总体可控。

然而，依然存在风险。首先，就医秩序风险，主要表现为可能对部分地区分级诊疗体系产生一定的冲击。群众跨省就医，尤其是转外就医，大多是转到优质医疗资源较为集中、医疗手段相对较多、医疗

技术相对先进的北上广地区，及中心城市的优质医院。

从运行情况看，直接结算条件下仍然有一些客观条件的制约。原因是，跨省就医的间接成本依然较高，尤其是跨省交通成本、大城市住宿费用以及家属陪同成本等，有时甚至高于医疗费用本身。而且，实行异地就医备案管理。为了确认参保人员身份，区分参保人员外出就医类型、相应确定医保待遇，也为了检验网络的稳定性，医保对外出就医人员实行备案管理，并非放任不管。更何况医疗服务供给的刚性约束也大，跨省异地就医往往集中于顶级医疗机构，一号难求、人满为患，异地就医患者普遍面临挂号难、住院难的供给限制。

其次，基金支付风险。基金支付风险来自两个方面：一是客观上，异地就医均次费用高；二是主观上，异地就医监管难。

不过，从几年来运行情况看，基金并未发生系统性支付风险。除跨省就医患者并未大幅增加外，原因是还有其他因素控制基金支付增长，如医治效率提高、床位周转加快，以及医保对跨省就医普遍有一定程度降低支付比例的限制，也抑制了部分非刚性异地就医需求。

总体上看，跨省异地就医可以保证患者第一时间得到合理救治，减少并发症及后续治疗，促进患者快速康复，从而有利于减少医疗费用。兼之，就医地优质医疗机构普遍床位紧张，为了加快病床周转，普遍倾向于尽可能减少外地患者住院床日，有利于减少医疗费用。

当然也要看到虽然有这些抑制因素，但在优质医疗机构集中地的周边省份，尤其是北京周边河北、山西、内蒙古、山东的一些地市，

以及一些异地安置退休人员占比相对较高的地区，如新疆兵团等，一定阶段医保基金支付还是有所增加，需要加强监测，采取有针对性措施，防范局部地区、一定时期的基金风险。

第三，存在待遇差异风险。由于全国联网结算实行就医地目录，线下手工报销执行参保地目录，各地目录政策又不一致，不可避免大部分患者联网结算和手工报销医保支付待遇有所不同。

从监测情况看，由于就医地普遍医疗技术水平高，目录范围大，因此大部分患者医保待遇联网结算要略高于手工报销。但也有一些联网结算待遇较低的个案，比如北京、上海等对一些高值医用耗材、高费用诊疗项目等实行定额结算，而一些参保地按比例报销，如果高值耗材使用较多、金额较大，按定额结算的患者就可能吃亏。

在群众可以自愿选择联网结算和手工报销双轨制的条件下，对于待遇偏低问题，需要相应的补充政策进行对冲，减少群众联网结算的经济损失，从而更好保证群众自愿、主动选择联网结算，而不是要求回参保地手工报销，切实将好事办好。

第四，存在管理服务风险。全国联网结算对参保地和就医地医保都提出新的更高的要求。对于参保地，主要在于能否为跨省就医人员提供方便快捷、风险可控的备案管理服务，既让需要外出就医者方便外出就医、方便联网结算，又要让不需要外出就医的群众尽可能留在本地就医，这样既可以减少群众不必要外出就医的间接损失，也可以减少医保基金的无效支出。

对于就医地，主要在于能否将外来就医的医保患者纳入本地医保统一管理，这不仅需要完善和提升智能监管系统的功能，也需要在协议管理、预算管理、稽核监管等方面承担更多责任，也涉及管理服务理念的转变、能力的提升。

异地就医直接结算新的可能风险与有效防范

由于人口跨地区频繁流动、医疗资源分布不均衡，以及统筹层次限制等原因，群众异地就医需求将在相当长时期存在。跨省就医，不仅需要密切监测上述分级诊疗、基金支付、待遇差距、管理服务风险，更需适应新形势新情况，加强风险分析和防控。

为了防范风险，首先要研判防控异地门诊直接结算风险。国务院明确要求 2021 年底前实现异地门诊直接结算。相对于住院医疗，门诊频次高、单次金额小，对信息系统保障、医保经办服务、医保基金监管等要求更高，需要在充分试点、认真总结经验教训的基础上，不断完善政策措施和管理服务手段，防范网络、管理、服务等多方面的风险。

还有，需研判防控备案管理改革风险。国家医保局已正式开展群众自助开通跨省异地就医直接结算服务试点，以取代目前的备案管理，并强化个人承诺作用。相对于长期习惯于严格备案管理的医保经办机构 and 人员，群众自助开通异地就医服务是一个新事物，需要密切跟踪、研判相关风险，及时发现问题，采取防范措施。

加强基金监管防范欺诈骗保风险，也不可或缺。对于医保部门，

无论是本地还是异地就医，加强基金监管都是一项长期任务。

直接结算有利于大幅缓解手工报销下，以虚假票据为主要手段的欺诈骗保风险，直接结算产生的医保大数据也为创新基金监管方式提供了可能。可以充分利用跨省直接结算大数据，开展省级乃至全国层面统一的智能监管工作，提高基金监管能力和水平。

下一步要加强经办服务，提升群众满意度。相关数据显示，纵向看，相对于手工报销跑腿垫支，异地就医直接结算极大提高了群众对医保的满意度。但横向看，相对于有些工作基础较好的公共服务领域，群众对异地就医工作的满意度还有较大提升空间。

目前，国务院在全国范围内加快推进“放管服”“好差评”改革等工作，一些地区医保工作人员服务意识不强、服务手段不多、服务渠道不畅、服务效率不高等，可能成为异地就医工作的新的风险点，需要及时跟进落实国务院相关要求，学习借鉴相关部门好的做法经验，结合医保工作实际，防范经办服务方面的风险。

[返回目录](#)

胡善联：建议优先将医保基金支出高的耗材纳入集采

来源：中国医疗保险

作者：胡善联复旦大学公共卫生学院教授

为了推进国家治理高值医用耗材的改革，国家医保局会同相关部门以冠脉支架为抓手，率先启动了高值医用耗材带量采购。11月5日，国家组织冠脉支架集中带量采购在天津开标，这是第一次高值医

用耗材的全国集采，最终产生拟中选产品 10 个，产品平均价格从 1.3 万元左右下降至 700 元左右，与 2019 年相比，相同企业的相同产品平均降价 93%，国内产品平均降价 92%，进口产品平均降价 95%，按意向采购量计算，预计节约 109 亿元。

近日，复旦大学公共卫生学院教授胡善联做客《中国医疗保险》杂志社接受专访，对本次冠脉支架集中采购中社会比较关心的话题进行了解读。

中国医疗保险：此次冠脉支架的国家带量采购，对加强我国高值医用耗材的治理、完善高值医用耗材的价格形成机制，有哪些重要的意义？

胡善联：

本次冠脉支架带量采购意义重大，它标志着我国集采从过去的单一的医保药品采购进入到了医保耗材采购的新阶段。国家医保药品集中采购自 2018 年末开始，已经进行了 3 次，给参保人带来了切实的红利；但是随着情况变化，现在在患者的医疗费用里，占比较大的往往是医疗耗材费用，甚至在髋关节置换、膝关节置换等治疗中，耗材的费用能够占据医疗费用的 80% 以上。如果能够降低耗材价格，特别是高值医疗耗材的价格，将大大增加患者的可及性，同时能够节约大量的医保基金。

耗材集采有其特殊性，比药品集采更难。一是难以出台统一的管理标准。耗材的更新换代很快，药品的生命周期可能从十几年到几十

年，但耗材的更新换代可能只需要两三年，这导致了耗材的管理标准难以出台。二是难以客观评价使用效果和安全性。药品可以通过一致性评价来评判效果和安全性，但是耗材全靠患者与医生的临床使用经验，是比较个人化的体验感受，因此难以建立客观统一的评价体系进行评判。

但不管怎样，本次冠脉支架耗材带量采购迈出了耗材集采的第一步，毫无疑问将有助于推动高值医用耗材的治理改革。

中国医疗保险：本次国家医保耗材集采，和之前各地开展的地方医保耗材集采相比，有哪些突破和亮点？

胡善联：

第一点，非常实际也非常显著的，是降幅非常非常高。地方进行耗材集采，是将本地区的耗材用量集合起来和企业进行以价换市的谈判；而国家谈判将全国的用量集合起来，市场更大，带量更多，企业降价空间自然也更大。因此也才能出现 1.3 万元的支架降价到 700 元的降幅，也将给参保人带来更大的实惠。

第二点，将影响整个医疗市场的运行，规范医疗行业运行。带量采购的效果不仅体现在耗材降价本身，政策影响还有很大的溢出效应。过去，耗材价格过高在很大程度上是因为中间流通环节消耗了大量资金，而通过耗材集采，耗材可以直接通过正规渠道进入医院，砍掉了大量的中间环节，节约了原来在中间环节上消耗的人力、物力和财力，让耗材市场更加规范，让整个医疗市场更加阳光、透明。

中国医疗保险：本次耗材集采的降价幅度很大，是否正常？降价后耗材供应的数量和质量是否能够保证？

胡善联：

本次冠脉支架集采是一次由企业自主报价的市场行为，没有政府的行政干预。这代表着企业自身认为其产品的价格是可以下降到报价空间的，报价包括了生产成本，也包含了正常的利润，因此不用担心低价是否异常。从近年的药品集采经验来看，集采的低价药品能够保质保量地供应，同理，集采的低价耗材也应能够保质保量地供应。

中国医疗保险：本次冠脉支架的谈判降价只是整个集采工作的第一步，下一步该如何落地实施，让参保人真正能够用到降价的耗材？

胡善联：

首先，需要出台一系列的政策保障，保证集采的冠脉支架能够落实到地区、落实到医院采购当中，让医生可以真正用得到。第二，要进行广泛宣传，让医生和患者对集采耗材有正确认识，打消其选择和使用的顾虑，能够自愿选择低价保质的冠脉支架。第三，加强质量监管，质量监管不是一次性检测，各相关部门在集采耗材落地的过程中，一定要对其进行动态监管，保证耗材质量，让医生和参保人用得放心。

中国医疗保险：您对高值医用耗材医保准入工作还有哪些建议呢？

胡善联：

医疗耗材品类繁多，下一步医保部门可以先对医保基金这耗材支

出方面进行梳理，选出对医保费用影响较大的部分耗材作为重点，优先逐步纳入集中采购。同时，有些耗材也要联合其他耗材进行使用，比如冠脉支架也要配合气囊、导管等耗材使用，才能够进行相应的手术。冠脉支架降价后，相应的手术系统中的其他耗材也应被纳入到集采范围进行考虑。另外，耗材费用降下来了，相应的医生的手术劳务费用应该有相应调整，变原先的灰色收入为白色收入，更好体现医生的劳务价值，让医疗市场更加规范。

[返回目录](#)

焦雅辉：借力绩效考核，助推医院高质量发展

来源：潇湘名医

作者：焦雅辉国家卫生健康委医政医管局监察专员

党的十九届五中全会提出，“十四五”时期经济社会发展要以推动高质量发展为主题。在新时期、新阶段，公立医院应该如何推进高质量发展？高质量发展的内涵是什么？笔者认为，公立医院要实现高质量发展，关键在“质”，不在“量”。

一直以来，我们强调公立医院要走内涵发展道路。在复杂的环境中，如何引导公立医院的行爲，是个难题。解决这一难题有很多办法，其中一项有效的策略就是绩效考核。通过设计和选择关键指标，把人民的需要、政府的政策有效传递给公立医院，绩效考核就像是“指挥棒”，最终引导医院加强内涵建设和管理。公立医院应该循着绩效考核的关键指标，找到高质量发展的着力点。

在公立医院绩效考核成绩单中，对于分级诊疗功能定位的落实情况有几个指标。比如，引导医疗机构把手术特别是四级手术、微创手术技术发展起来，同时缩短平均住院日。这些结果性指标是方向，要想达到指标的合理化，需要开展一系列工作。缩短平均住院日，需要医院提高效率，建立起完整的接续性医疗服务体系。同时，医院应将住院床位尽量留给四级手术，通过发展微创技术多开展日间手术。这要求医院大力开展学科建设，加强院内医疗资源调配和使用等。

信息化也是需要重点关注的指标。以往，医疗信息化主要服务于供给侧。现在，信息化更要服务于患者，就医感受和信息化的关联程度很大。不管从管理还是内涵建设角度，信息化都是提高公立医院高质量发展水平的重要基础和支撑手段。

在医院运营管理方面，主要关注费用指标。不是看医疗费用增长的绝对值，因为各个医院所在地区的经济社会发展水平不同，绝对值高低没有可比性。需要看的是增幅变化，要尽量把医疗费用的增长速度控制下来。

公立医院绩效考核不是为了让医院之间做比较，而是希望医院在纵向上看到自己的进步和不足，找出短板和差距，有的放矢，逐渐实现高质量发展。今年的成绩单采取的是逐一点对点反馈的形式，将来不排除会以适当的方式向行业内公布，并逐步向社会公布。

现在的医改政策做加法很难。比如，薪酬制度改革，这些年在推进过程中遇到了很多阻力。然而，不管是医药卫生体制改革、公共卫

生体系改制，还是公立医院高质量发展，很重要的一点都是调动人员的积极性，建立强有力的激励机制。

尤其是今年的新冠肺炎疫情对医疗机构的运行发展造成了巨大的影响。疫情防控常态化后，公立医院普遍面临着运营成本增加、收入下降、运行困难等问题。因此，在改革过程中，要尤其关注建立完善激励机制，医院内部要将更多结余用来调动医务人员积极性。这是公立医院要高质量发展的关键举措。

[返回目录](#)

· 他山之石 ·

英国、美国、日本等发达国家生物安全体系是如何建设的？

来源：火石创造

新冠疫情的爆发凸显了人类面临着重大的生物安全挑战，生物安全在我国已上升到国家安全的高度。随着《生物安全法》的出台，完善的立法体系建设也是亟待思考的问题，本文分析了美国、英国、澳大利亚、日本的国家生物安全体系建设情况，提出了完善我国生物安全治理体系的建议。

一、引言

生物安全主要是指由自然界生物、人类活动，特别是现代生物技术开发和应用对人体健康和生态环境产生的潜在威胁，以及对此采取的预防和控制措施。十三届全国人大常委会第二十二次会议于 10 月

17日表决通过了《中华人民共和国生物安全法》，界定了我国的生物安全主要包含八个方面的内容：重大新发突发传染病、动植物疫情，生物技术研究、开发与应用，病原微生物实验室生物安全，人类遗传资源和生物资源安全，防范外来物种入侵与保护生物多样性，微生物耐药，生物恐怖袭击和生物武器威胁。

作为生物安全领域的基础性、综合性、系统性、统领性法律，该法填补了我国生物安全领域法律空白。立法只是第一步，完善的生物安全体系还依赖于立法体系和配套措施的建设。在生物安全体系的建设方面，美国、英国、澳大利亚、日本等国作为先行者，其经验和教训值得我国深入研究和借鉴。

二、发达国家的生物安全体系建设

1. 美国

美国将生物安全战略作为《国家安全战略》的重要组成部分，在生物安全领域先后发布了《国家生物防御战略》、《国家卫生安全战略 2019-2022》、《美国卫生安全国家行动计划》以及《全球卫生安全战略》。

2018年9月出台的《国家生物防御战略》是美国首个全面解决各种生物威胁的系统性战略，代表了美国应对生物安全威胁的一个新方向。该策略由美国国防部、卫生和人类服务部（HHS）、国土安全部和农业部共同起草，由新成立的一个内阁级别生物防御指导委员会负责其总体实施，生物防御指导委员会的主席由卫生和公众服务部部

长担任，与生物防御相关的机构负责人也应加入生物防御指导委员会中。《国家生物防御战略》拟通过建立一个分层的风险管理方法来应对生物威胁和事件，并达成五大目标：落实风险意识；确保生物防御计划能力；做好生物防御准备工作；建立迅速响应机制和促进生物事件后恢复工作。国家生物防御战略的治理架构包括生物防御指导委员会和生物防御协调小组，生物防御指导委员会由美国卫生和公众服务部部长(HHS)部长主持，生物防御协调小组位于HHS内部，负责协助生物防御指导委员会履行其职责，由来自多个机构的生物防御责任人员组成，旨在协助生物防御指导委员会开展工作，监测和协调该战略的实施。

《国家卫生安全战略 2019-2022》提出了三大战略目标：组织协调政府各部门力量，应对突发公共卫生事件和灾害；保护国家免受新发、流行性传染病和化学、生物、辐射及核武器威胁的影响；调动私营部门的能力。

《美国卫生安全国家行动计划》是为支持上述战略实施制定的具体行动计划，它提供了一个意义重大的监测和评估机制，帮助跟踪相关活动，并为美国生物安全战略和其他国家战略的实施提供信息。该行动计划涉及 19 个专业领域的行动项目，其中采取优先措施的领域有 10 个，包括抗菌药物耐药性、人畜共患传染病、食品安全、生物安全和生物安保、实时监测、应急准备、应急响应处理、风险沟通、化学事件、紧急放射事件。以菌药物耐药性为例，提到的行动计划为：

提升现有公共卫生实验室的能力；监测并跟进抗菌药物耐药性发展趋势；推进多部门与跨学科协作；加强抗菌药物管理。

《全球卫生安全战略》(GHSS)确定了卫生主管部门在预防、检测和应对传染病威胁等方面可采取的具体措施，并希望通过加强国际合作和提高全球卫生安全能力，来保护美国及其合作伙伴免受传染病威胁。

除健全战略体系外，美国还投入巨额资金部署了一系列长期稳定的科技计划和项目，如减少生物威胁计划、生物监测计划、新发传染病威胁计划等，从生物安全监测、防止生物武器扩散、病原体鉴定和检测诊断、疫苗和药物研发各个环节为国家生物安全提供强大支撑和坚实保障。

2. 英国

英国长期起来关注生物安全问题，2015年英国《国家安全风险评估》中将人类健康危机(例如流行病和新发传染病)列为一级风险，将使用生物、化学、放射性和核武器的攻击列为二级风险。在2018年发布的《国家安全能力评估》中，将“影响英国的疾病和自然灾害”提升为未来10年可能推动国家安全优先事项的六大挑战之一。2018年7月，英国出台了《英国国家生物安全战略》，该战略首次汇总了英国政府致力于保护英国及其利益免受重大生物风险影响所开展的工作。该战略概述了4个方面的行动方案：加强信息的广泛收集、共享、评估以及国际合作，了解当前和未来可能面临的生物风险；加强

政府部门及国际协作、边境控制、开展负责任的生物科学研究，预防威胁到英国生物风险出现；完善监测系统、提高信息处理能力，来尽早且可靠地发现、检测和报告生物风险；通过制定高风险应对计划、应对重大国际疾病暴发的计划、建设灾难应对和恢复的能力、保障医疗储备、加速疫苗开发和应用等，积极应对生物风险。此外，两个主题贯穿所有四大方面：政府应对策略的所有要素必须以现在和将来的正确的科学能力为基础，必须利用生物技术为英国创造机会的同时考虑其潜在风险。

《英国国家生物安全战略》要求战略实施要融入现有政府机制，要建立一个跨部门的委员会，统筹生物风险防控工作，各部门通过行政规章及规范性文件对具体的生物安全事项进行监督管理。英国环境、食品和农村事务部负责生物技术相关政策的制定，包括转基因生物环境安全相关政策，动植物卫生部和农业、环境和农村事务部负责对引入动物健康威胁的可能性进行风险评估，并对动物重大疾病监测系统完善，以识别生物威胁；新成立国家卫生防护研究所以加强应对当前新冠疫情以及未来重大传染病的能力。

3. 澳大利亚

澳大利亚早在 1908 年就制定了《检疫法》，授权联邦政府采取有效保护及预防，阻止人畜疾病及害虫的侵入与扩散。随着贸易规模扩大、技术革新、农业扩张和其他新兴生物安全威胁的增加，2015 年制定的《生物安全法》为核心的生物安全体系，取代了早期的《检

疫法》。

在生物安全立法上，澳大利亚形成了包括联邦和州（领地）两个层面的较为完善的生物安全体系，涵盖了法律、法规及规范性文件。联邦立法层面，《生物安全法》成为澳大利亚生物安全领域的最高立法，规定了对进出澳大利亚的人员、货物、运载工具等可能存在的生物安全的风险分析与预警，生物安全事件的处理以及生物安全管理的行政体制与框架，联邦立法的次级立法体系包括农业、水资源和环境部制定的《生物安全规定》、《生物安全活动区决定》、《关于禁运和附条件不禁运货物的决定》，卫生部制定的《生物安全（人类健康）条例》、《生物安全（入境要求）规定》等，这些是《生物安全法》的具体实施细则；地方立法层面，各州（领地）政府根据澳大利亚《生物安全法》的基本精神，对应完善生物安全相关的立法和监督。如新南威尔士州的生物安全事务由初级工业部负责，制定了《生物安全法（NWS）》、《生物安全规定（NWS）》、《公共卫生法》等法规及规范性文件，西澳大利亚州、昆士兰州和塔斯马尼亚州政府也已经形成了本地区的综合性的生物安全法规。

在管理体制上，设立生物安全检察总长，由农业、水资源和环境部部长任命，农业、水资源和环境部下设生物安全主任，卫生部下设置人类生物安全主任，分别负责生物安全系统的总体控制及人类生物安全事务。检察总长通过独立的核查程序来保证澳大利亚生物安全风险管理体系的正常运行，审查生物安全主任及职能和权力履行情况。

部门之间通过签订备忘录的形式建立联系和合作。

基于风险的生物安全管理是澳大利亚生物体系改革的关键之处，澳大利亚形成了一套综合性的风险管理办法，通过风险评估和分级，将监管的重点放在高风险物质上，做到适当水平保护的目标。当某种疾病或虫害产生严重威胁时，可根据 2015 年通过的《生物安全法》宣布国家进入生物安全紧急状态。如为应对新冠肺炎病毒疫情，澳大利亚 2020 年 3 月 18 日宣布全国进入生物安全紧急状态，卫生部长和警方被赋予更大的权力，如果民众不服从命令，或将面临最高 5 年监禁等惩罚，这是澳大利亚首次动用《生物安全法》用以限制新冠病毒确诊患者或疑似感染者行动。

4. 日本

日本将生物技术视为对国家经济社会发展影响重大的战略新兴技术，于 2019 年 6 月出台《生物战略 2019——面向国际共鸣的生物社区的形成》，确认生物技术战略地位，重点发展高性能生物材料、生物塑料、生物药物、生物制造系统等 9 个领域，展望“到 2030 年建成世界最先进的生物经济社会”。

日本在生物安全领域创立了多部专门的法律规章。传染病防控为日本生物安全战略的首要关注点，日本制定有《传染病法》、《检疫法》、《新型流感等对策特别措施法》；动植物检疫方面，制定了《植物防疫法》、《家畜传染病预防法》；病原体管理方面，制定了《国立传染病研究所病原体等安全管理条例》、日本细菌学会《病原体等

安全处理管理指南》、《实验室生物安全指南》，以促进病原体处理的运营及实验室的日常安全管理；生物技术安全管理方面，制定了《管制转基因生物使用、保护和持续利用生物多样性法》、《重组 DNA 实验指南》等围绕前沿生物技术安全进行管理；生物武器防御方面，日本加入了《禁止生物武器公约》，并制定了《国民保护基本指南》以应对武装袭击和灾难。

在立法监管上，应对生物安全的主要机构集中在（首相官邸）和内阁，日本科学委员会、科学技术政策委员会、外务省生化武器禁止条约室、日本文部科学省、国立传染病研究所等分工协作。

三、经验借鉴与启示

纵观以上各国的生物安全体系建设经验，可以得到以下启示：

（1）突出生物安全国家战略地位，全面构建生物安全体系。发达国家在生物科技领域均已经过了较长的发展周期，十分重视生物安全体系建设，美、英等国均已将生物安全视为国家安全的重要组成部分。我国已发布了《生物安全法》，作为一部统筹性的生物安全领域内的法律，确定了我国生物安全的防控体制及防控内容，但对于具体事务的施行，还需要各部委各地区制定实际的行政规章来约束，同时要与现有的《传染病防治法》、《进出境动植物检疫法》、《环境保护法》做好衔接工作。

（2）建立健全生物安全行政管理体系，增进跨部门的沟通协调。生物安全涉及跨部门管理，国家卫生健康委负责人体健康相关的生物

安全，农业农村部负责农林领域的生物安全，科学技术部，国家市场监督管理总局、外交部及相关军事机构也会涉及到生物安全的相关工作。《生物安全法》已确立了生物安全工作协调机制并设立专家委员会，统筹协调国家生物安全重要工作。但还应加强各相关方参与，如参考澳大利亚通过签订备忘录或者联合立法的形式建立分部门协调机制，协商制定细化的风险防控预案。此外，可建立跨部门生物安全信息共享机制，增进信息透明与成果共享。

(3) 推动生物安全科技创新发展，规范前沿技术管理。美国、英国、日本在生物技术领域均居世界前列，在生物技术的人才、投入、产业方面均有明显优势，相比而言我国还有一定的差距，需增进传染病学、病原检测、疫苗及特效药物、微生物耐药等科技项目的研发投入，推动动植物疫病学、兽医学、微生物学等基础学科发展，资助生物安全领域内核心关键技术开发，以提高生物安全领域的创新水平。此外，在开展转基因、基因治疗等前沿技术研究的同时，应关注技术的安全性和伦理性，加强风险评估及应用管控。

(4) 注重生物风险管理，构筑风险防控体系。健全生物安全信息监控网络，掌握疾病数据并评估风险，及时发现安全隐患，通过生物安全进口禁止名录清单、重大风险的疾病清单、病原微生物分级等进行风险控制，提高生物风险防控效率。另外，逐步从被动型的风险控制升级到主动型风险预防，延长生物风险防控链条，如检疫时增加入境前、入境后的风险监控，生物安全科技创新时建立从实验室到产

业化、市场化全过程的风险防控体系，降低风险事件发生的概率。

[返回目录](#)

从新加坡医疗服务看基层医疗对公立医院、高端医疗的启示

来源：新浪医药新闻

按 WHO 最新报告排名，综合考量医疗水平、接受医疗服务的难度和医药费负担公平性等方面，日本排名第一，新加坡位列第三。新加坡的公立和私立医疗机构并存，基础医疗门诊 80% 由私立医疗机构或是家庭医生诊所提供，另外 20% 则是由政府综合诊疗所提供。而综合医疗、专科和 24 小时急诊主要由公立医疗机构提供，占 80% 比例。

新加坡为本国居民提供高质量、多层次的医疗服务同时，每年吸引近 100 万外国患者到新加坡接受治疗。新加坡的公立医院不接受直接上门就诊，就医环境最大特点是秩序井然。与挂号费相比，新加坡的药费相对便宜很多，普通的疾病大部分开支都用在医生的挂号费上，也就是用在医生的劳动报酬上，医生基本不必靠多开药来维持收入。

本文，我们从新加坡医疗服务中公立医院、民营医院的竞争、分工，探讨我国推进分级诊疗、家庭医生过程应可借鉴的一些经验，这对基层医疗领域下一步投资、经营、产出将有启示。

基层医疗将深刻地影响公立医院、民营医院

从 2019 年中国卫生统计年报反馈的消息看，基层医疗在这几年

虽有政策鼓励，但市场主体的保有量、活跃度正不断萎缩。这其中，还并行着一种矛盾现象：即以村卫生室、乡卫生院、社区卫生中心为代表的公立基层医疗或者继续下滑、或者不瘟不火，而在一些处于不同融资阶段的民营连锁诊所机构看来，形势正在越变越好。这种同时期内投资、经营的反差表现，很具有迷惑性，似乎在说明：民营基层医疗势在必行、一定行，而公立基层医疗一定不行。

果然如此么？随着一系列政策的演变、改革，我们看到：对公立医院取消事业单位人员编制的讨论已经开始；对公立医院薪酬分配制度改革探索逐步推进；总理对“基层医生评职称要交论文是花架子”名句一出，马上获得各方舆论认可。同时，因为《基本医疗卫生与健康促进法》已经定调“医疗卫生事业应当坚持公益性原则”，因为广大民营医院目前仍集中在与二级、三级公立医院竞合的赛道里，我们认为：我国基层医疗将迎来公立为主的存量改革。

具体来说，对那些志气不在科研的基层医生、医学生，对那些能力追不上科研的基层医疗卫生机构，恐怕唯一出路就在于：和较高等级医院抢一抢患者了。历史上的经验教训告诉我们：一是单个基层医疗卫生机构在患者流量吸引方面，有做成功的，但是往往自身难以持续，且对周边生态也几乎没有影响；二是通过非正规、合理手段吸引患者流量的，不仅有业务量能否稳定的问题，有执业资格被取缔的危险；三是做强基层医疗，必须集合形象、严明主张。

具体总结：一是患者有能力、有意愿为合理水平的医事服务费或

挂号费买单；二是患者希望无论在公立、民营的基层医疗机构，享受到临床合理治疗、用药；三是患者要求在基层医疗之上，如客观必要，被管用、高效地转诊到下一步治疗。这就要求：第一，要将薪酬分配制度改革、临床合理医疗服务、基层医疗救治患者质量和数量统筹起来；第二，要将患者从基层医疗到下一步治疗的总效率、总质量做约束；第三，要把治疗路径、诊疗方案持续规范。

具备以上认识后，我们感到：促进分级诊疗、家庭医生、社区医疗发挥更大作用的努力，不只在于医保提供向基层医疗倾斜支付的政策，更在于公立医疗卫生单位、紧密型医联体、医共体的自我求生，在于民营基层医疗力量自发地做强能力。所有这些基层医疗力量中的大多数，一无自然垄断，二无资本青睐，三无有效组织。可能的办法是：做到旗帜鲜明、与众不同；做到与过去的服务印象明显不同；做到对患者更加负责；做到从临床学习知识和服务。

基层医疗应极大地摆脱高端医疗、普通医疗

“新加坡诊所分两种，政府诊所和私人诊所，几乎每一个社区都有政府诊所，每一个组屋楼下都有私人全科医生，政府诊所和私人诊所都需要预约排队，但是政府诊所患者多，排队长，价格相对便宜。

新加坡 30 岁左右的年轻医生，很多都会考虑自己开诊所或去私立医疗机构执业，这并不是为了赚钱，而是在私立医疗机构也能获得完善的知识体系和技能网络，这本身就是医生成长的另一个空间。”

有人说，高端医院，其实就是未来的普通医疗。看来两者是没有

本质区别的，如果有所区别，恐怕就在于医院医生的服务状态好不好而已。在目前的高端医疗中，一般能够保证医生享有舒适的软硬件工作条件，由医院向患者提供医疗本源的服务。医改成功的标志是这种“标配”服务能做到价格适中，飞入寻常百姓家。医院医生成功的标志是这一目标实现并不妨碍医院正常发展，也不影响医生技术和劳动付出以后的应得回报。基层医疗变好，这些才能达到。

我们认为，较高等级医院医生哪怕从三医联动改革以后，都普遍变好，甚至建立了现代医院管理制度了，基层医疗可能还是一团乱糟糟。而只有基层医疗先变好，才可能使较高等级医院医生有强烈的危机感、求生欲。从前，都是基层医疗卫生单位的人员出去进修，然后回不回来、再干多久也不确定。今后，可能出现较高年资的医生主动下基层多点执业，甚至就专门移位到基层医疗执业。因为，哪里有患者、哪里就有需求，而非哪里有进修、哪里热闹。

教学医院的医生薪酬很可能不及基层医疗中的医生薪酬，这在国际比较中已经是一种经验。那么，基层医疗大发展会干涉到医疗技术进步么？会使基层医陷入到钱多事少的境地么？大概率不会。主要理由有两个：一是我国基层医疗虽在颓势中，但已经空前发展，一旦主要竞争从跨越医院等级的竞争转化到同级别竞争中，患者有很大自由选择，基层医疗的危机感可谓时时都在；二是若不改革，基层医疗目前的相对无为、无能状态就已是极大资源浪费。

在完善的分级诊疗运行状态下，基层医疗极大地摆脱了高端医

疗、普通医疗等标签，就只为广大患者担当健康守门人职责。鉴于分级诊疗尚不具备强制推行的合理性，目前也仅能通过公立为主、民营为辅的方式探索医联体、医共体，由现有基层医疗自愿、自主创新经营管理模式就显得十分迫切。有些公立医院建设得比高端医疗的私立医院还豪华，那是没用的；有些名不见经传的小小公立、民营基层医疗机构能照料好周围患者，及时取得认可才最可靠。

借鉴新加坡公立、民营医疗服务的经验，姓公姓私在医疗卫生行当里应没有本质差别。高端医疗区别于普通医疗，只在于自由定价和缩短等候时间等方面。在分级诊疗充分发展的情况下，我国公立、民营医疗服务分别能给予的薪酬水平比较相近，但在基层医疗领域，无论公立、民营基层医疗机构，谁能获得患者、医保认可，谁就能脱颖而出。我们相当看好公立基层医疗机构在改革中的发力，其优势是：存量庞大、公益印象好、参与医联体、综合医改。

[返回目录](#)

• 医保监管 •

医保监管有“法眼”了！每个医疗行为都将被监控

来源：看医界

11月27日，国家医疗保障局办公室印发关于贯彻执行15项医疗保障信息业务编码标准的通知（医保办发〔2020〕51号，下称《通知》），《通知》给出15项医疗保障信息业务编码标准贯彻执行的最

后期限是 2021 年 3 月底。

医保标准化加速：15 项信息业务编码标准落地

2019 年 6 月，国家医疗保障局印发了医疗保障标准化工作指导意见(医保发[2019]39 号)。指导意见提出的主要目标是：建立国家医疗保障局主导、相关部门认同、各地协同推进的标准化工作机制，形成与医疗保障改革发展相适应的标准化体系。到 2020 年，在全国统一医疗保障信息系统建设基础上，逐步实现疾病诊断和手术操作等 15 项信息业务编码标准的落地使用。

按照先试点完善、再推广普及的方式，稳妥推进各类医疗保障标准的贯彻实施。前期重点开展医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材 4 项信息业务编码标准的测试使用，及时总结经验做法，为其余 11 项信息业务编码标准的全面实施提供可行经验和示范引领。

2019 年 10 月，国家医疗保障局又印发了医疗保障定点医疗机构等信息业务编码规则和方法(医保发〔2019〕55 号)，对医保定点医疗机构等 10 项信息业务编码规则和方法与医疗保障基金结算清单进行了“统一”。

2020 年 3 月 5 日，中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见印发，意见对未来 10 年我国医疗保障制度改革指明了方向。

意见提出：高起点推进标准化和信息化建设。要求统一医疗保障业务标准和技术标准，建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医

疗保障信息系统，实现全国医疗保障信息互联互通，加强数据有序共享。规范数据管理和应用权限，依法保护参保人员基本信息和数据安全。加强大数据开发，突出应用导向，强化服务支撑功能，推进医疗保障公共服务均等可及。

四步推进落实，实现医保治理现代化

《通知》指出，高起点推进医疗保障标准化建设是落实国家标准化战略的重要内容，是推进深化医疗保障制度改革的重任任务，也是实现医保治理现代化的基础性工程。加快贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准，实现全国医疗保障信息业务一码通，是当前医保工作的一项紧迫任务。

各省级医疗保障部门要提高政治站位，强化使命担当，坚持目标导向，推动工作平稳实施，更好地发挥编码标准在异地就医、待遇保障、医药服务管理、医药价格和招标采购、基金监管和公共服务等方面的支撑作用，提升医疗保障治理能力和公共服务质量，不断提升人民群众获得感。

贯彻执行信息业务编码标准工作是一项系统工程，要坚持总体部署，分类施策，有序开展，稳妥推进。

一是做好本地区医保药品、医用耗材、医疗服务项目、门诊慢特病病种、按病种结算病种和日间手术病种等 6 项信息业务编码与国家编码标准数据库的映射校验工作，确保项项有码；组织所辖地市做好与省级映射数据库的编码对应和确认工作；按照职责权限做好省地两

级相关医保待遇政策标识，组织统筹地区医保经办机构与定点医药机构完成本地区编码匹配工作。

二是将医保疾病诊断和手术操作、医保系统单位、医保系统工作人员、定点医疗机构、医保医师、医保护士、定点零售药店、医保药师等 8 项信息业务编码全量完整维护，及时入库，动态调整，国家赋码后同步更新，实现编码标准“纵向全贯通、横向全覆盖”。

三是搭建医疗保障基金结算清单应用环境，确保 DRG、DIP 等医保支付方式改革试点地区率先应用。

四是要做好数据治理和质量控制工作，为加快建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统提供基础支撑。

医保监管“法眼”来了！

正如《通知》所言，各级医疗保障部门、定点医药机构和相关药械企业既是标准的参与者和维护者，也是标准的贯彻者和使用者。因此，《通知》要求，省级医疗保障部门要加强编码标准培训工作，充分调动所辖统筹区医疗保障部门、定点医药机构和相关药械企业的积极性和主动性，尽快使相关单位的人员深入学习编码规则和方法，准确掌握标准内容 and 应用要求。

与此同时，随着此项工作在明年 3 月底落地实施，各级医疗保障部门、定点医药机构和相关药械企业所有从事此项业务的工作人员、医务人员、药械从业人员医药代表都必须依法依规规范从业，因为，从此以后，每一个药品、每一个器械、每一家医药机构、每一个医疗

行为都将打上个人“标记”，都逃不过医保监管的“法眼”。

也许到那时，医疗机构、医务人员、医药器械，包括药品、耗材使用等医疗服务行为在医保系统里将成为“裸奔”的人，这将比目前的医保飞检更加透亮而严格，只要医保的眼睛盯上你，你就没有丝毫隐私可言。

[返回目录](#)

从 DRG 到 DIP 精细化管理触发点在哪儿？

来源：药智网

国家医保局启动新一轮支付方式改革试点，不久前颁发了《区域点数法总额预算和病种分值付费试点工作方案》，首批试点覆盖了 71 个城市。意味着针对住院费用的复合支付方式，基于大数据按病种付费方式(简称 DIP)，成为与 DRG 支付方式改革平行推进主要付费方式。

不可否认，区域点数法总额预算和按病种分值付费，是一个重要开始。虽然应用到大数据，但它与一般意义上的互联网化不同。它带给行业及社会的利好远大于弊端，起码在目前阶段可这样讲。

按病种分值付费，使医价总体平衡、平稳

不管是按病种分值付费或按病种分值收付费，都标志着分值时代、按病种时代的到来。一方面，医院之间、医院之内的医价比较保持相对平稳；另一方面，目前平稳却不能体现平衡的医疗比价将不可避免地顺势演变，最终仍达成较合理水平上的相对平稳。

在此过程，不同病种的医价、利用数量甚至更深刻的、可探究的内涵均上线进入数据统计，经机制内广泛的研究者、决策者作用，医疗端必然进一步规范诊疗、治疗路径，提升资源投入、管理效率，使患者更能直面医疗服务的金标准，使患者效益更直观。

按病种分值监管，从空间聚类到时间进步

按病种分值付费从分组、定价到监管，都应用了聚类思想。具体病例在接受医疗救治时，相当于从分组的金字塔式的分组逻辑模型顶端逐级向下，有被高靠分组的风险：

一方面，通过历史数据采集，可以“知兴替”，从中看到合理性、不合理性及调控办法。

另一方面，通过大生态里的数据异常指征，可以指导行政飞检、第三方专业力量、顾问医生等监督角色精准介入，或至少将此作为一种预先提醒或威慑，这属于“正衣冠”。最后，通过医保、医疗的深度互动，医保可匡正一些行为、导向，做到“明得失”。

大数据联网有无限研究的可能。从精准识别上，可看到医患合作的效率、效益水平与评价；从综合推理上，可以从主干因素扩展到分枝因素的合理性判断；从重点监控上，按病种的综合目录就专对“把病治复杂了、治糟糕了”的情形，引导医疗要清清爽爽。

有人说，分组越细，越容易发生高靠。也有人说，分组太细，一时用不了那么多。但是，目前从顶层设计上做细分组，各地在实际使用中做减法，比做加法容易。从而保证按病种分值付费全覆盖的原理

和优势得以最大发挥，使操作规范具有极强的指导作用。

做实组别高套的发现机制，是一项长期永续的工作，猫和老鼠都不会停滞。对“猫”来说，效率较优的做法是尽量减少直接干预，刺激发挥被监管生态对象之间的博弈。医院医生会主动对核心病种做项目管理、对综合病种做项目调剂，这些是统计研究素材。

按病种分值发展，从发现相异到利用差异

假如以同一位患者的某种疾病情形讲，不可避免，有的地方治得简单，效益并不一定好，有的地方治得复杂，效益也不一定好。效益好不好，目前很难专门抓和看；治得简单与否，还是能从费用、吐槽上看出一些。可以说，简单是效益的必要非充分条件。

笔者建议：为了引导医院有希望地发展，一是应从医保、医疗的发展造势上，宣传鼓励规范治疗、标准治疗；二是在按病种分值的分组定价上，应注重利用病例数统计的等分位，抓取主流、体现一定效率的定价来引导；三是在部分病种上，向分级诊疗倾斜。

澄清说明在按病种分值的分组定价上，要体现价值医疗导向。一是在任何病种分组定价上，不唯低价，而唯目前合理，兼顾发展需要；二是在不合理的病种分组比价上，逐步向回归合理比较关系上引导，尊重部分病种医疗服务供给现状，与服务端发展协进。

做好按病种分值精细化管理，是有希望的

有希望的试点地区，为做好DIP精细化管理，向有希望的医院要几张实施效果基线统计，或倡议医院方面都做此项业务统计，是有意

义的。医院提供的相关实施统计，不仅包括现状、演变；还包括因素、分析；还包括创新、诉求。这也正是医保乐见的内容。

因为实施 DIP，医保基金的区域总额目前不再留结余。那就需要不断新放入病种，并为病种进入或退出，附加专项监管和支持。这些病种对应着重点医院、定点医院，可能在一段运行观察期内独立建账核算，这是医保支付和待遇精细化，也是医保基金精算。

区域点数法总额预算和按病种分值付费下的基金预拨，从精细化管理角度看，可做自然年度内的预拨动态调整：首先对明显可查的合规与否纳入考核，得分低者相应降低相邻拨付批次的比例；医院如果有若干批次拨付比例被减扣，不排除年终结算时受损失。

在医生合作上，分组定价高的病种应重视对专家会诊的价值认可，引医院和医生做好服务重视和升级，这也算是医保待遇扩围。在医院合作上，应重视患者转诊的分值定价划分，引导医院之间在不同病种、病程服务上合理分工，以合理竞争为纲，以和为贵。

[返回目录](#)

重要通知！河北将聘医保义务监督员，首批 30 名聘期 3 年，监督范围和内容公布

来源：河北青年报

为进一步提高河北省医疗保障管理服务水平，近日，河北省医疗保障局发布公告，面向全省公开择优聘请第一批河北省医疗保障基金监管社会义务监督员，以共同规范医疗保障领域行为，维护医保基金

安全，优化医保经办服务。

面向所有参保者，首批将聘 30 名聘期 3 年

按照河北省医疗保障局制定印发的《河北省医疗保障基金监管社会义务监督员管理办法》(以下简称《办法》)，此次公开聘请，面向全省范围内所有参加基本医疗保险的城镇职工和城乡居民。首批将聘请 30 名，聘期 3 年。

医疗保障社会义务监督员受省医疗保障局聘任，在省医疗保障局指导下开展工作。医疗保障社会义务监督员的监督职责主要为监督定点医疗机构、定点零售药店、参保人执行医保政策情况，向省医疗保障局反映有关违反医保政策、欺诈骗取医保基金等问题线索；协助宣传医疗保障政策法规、收集社会各界对医疗保障工作意见；监督定点医药机构、药品生产经营及配送企业执行药品、医用耗材招标采购政策情况，定点医药机构执行药品、医用耗材价格和医疗服务项目收费等政策情况，并向省医疗保障局反映有关政策执行不到位、违法违规等问题线索。

同时，对全省医疗保障系统及其委托的经办机构的医疗保障工作开展情况和政风行风情况进行监督，及时向省医疗保障局反映相关问题，提出意见建议，并承担省医疗保障局委托的其他相关工作。

要求实事求是，确保提供的线索真实可靠

据了解，医疗保障社会义务监督员的监督范围和内容包括对医疗保障部门及经办机构工作人员的监督、对定点医疗机构及其工作人员

的监督、对定点零售药店及其工作人员的监督等方面，以明察暗访的形式在监督职责范围内实施监督，可将监督意见采用书面、电话或电子邮件等形式向省医疗保障局反馈。

《办法》同时指出，医疗保障社会义务监督员不得从事与履行职责无关的活动；不得与被监督对象存在任何形式的利益关系，不得接受或者向被监督对象索取任何可能对工作的客观公正产生影响的财物；实事求是，确保提供的线索、资料真实可靠；维护被监督对象的合法权益，不得随意透露监督检查情况，不得泄露被监督对象的商业秘密和个人隐私。

据悉，本次聘请的报名时间自11月30日到12月20日，可通过邮寄报名和电子邮件报名两种方式，向省医保局提交《河北省医疗保障基金监管社会义务监督员报名表》、身份证复印件，申请办理报名手续。相关材料可通过河北省医疗保障局官方网站进行查询、下载。

监督范围和内容

一、涉及对医疗保障部门及经办机构工作人员的监督

1. 服务态度生硬，违反工作纪律，不履行服务承诺的；
2. 为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇手续的，违反规定支付医疗保障费用的；
3. 其他违反医保政策法规、欺诈骗保行为和政风行风建设问题。

二、涉及对定点医疗机构及其工作人员的监督

1. 通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假

住院、假就诊、挂名住院”等骗取医疗保障基金的；

2. 为非定点医疗机构、不具备医疗保障结算资格的新增执业地址(科室)、暂停医疗保障服务的医疗机构提供医疗费用结算，或将定点资格出租、转让给其他单位经营的；

3. 为参保人员提供虚假发票的，为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇的；

4. 使用医疗保障基金支付参保人员按规定应当自付的医疗费用，或将医疗保障支付范围外的药品、诊疗项目、医用材料、医疗服务设施串换为医疗保障支付范围内骗取医疗保障基金支出；

5. 以减免自付费用等不正当手段诱导参保人员住院的，或采用返还现金、礼券、赠品及医疗保障定点名义从事商业广告等促销手段诱导医疗消费的，或以住院变相体检的；

6. 被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》等证照的；

7. 串通参保人员兑换现金骗取医疗保障基金的；

8. 采取伪造、篡改申请资料等不正当手段成为定点医疗机构的。

三、涉及对定点零售药店及其工作人员的监督

1. 伪造虚假凭证或串通参保人员兑换现金骗取基金，或盗刷医疗保障身份凭证的；

2. 为非定点零售药店或其他机构提供医保费用结算，或将结算设备出借、转让给其他单位、个人使用或迁移到营业范围外的；

3. 为参保人员购买营养保健品、化妆品、生活用品等非医疗物品

提供医保结算服务的；

4. 被吊销《药品经营许可证》或《营业执照》，被撤销《药品经营质量管理规范认证证书》的；

5. 将医保目录范围之外的项目按照目录内项目申报医保结算的，为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医疗保障基金支出的；

6. 为参保人员虚开发票、提供虚假发票的；

7. 以医疗保障定点名义从事商业广告和促销活动的；

8. 以划卡后退付现金等手段，套取医疗保障基金或为个人骗取医疗保障基金提供便利条件的；

9. 通过出售假冒、伪劣、过期、失效药品骗取医疗保障基金的。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

从医疗移不动到医疗可移动，互联网医院未来已来

来源：华夏医界网

从“移不动”到“可移动”，互联网医院的发展周期并不算很长，却也即将完成一轮产业周期的因果循环。

互联网技术的发展为人类生活开辟了第二空间，推动着社会各个领域内的生产关系发生变革。以互联网为技术支持的应用逐渐渗透到社会生活的各个领域。互联网医疗，就是互联网在医疗行业的新应用。

其中，互联网医院作为互联网医疗的载体和平台之一，其诞生之

初就带着传统医疗不可比拟的优势。利用互联网、人工智能、大数据等技术，互联网医院构建了一种全新的医疗服务模式，赋予了传统医院、医疗服务机构、医生、医疗企业、患者新功能，重构了医疗健康价值网络，尝试着解决“医疗不可能三角”的难题。

2020年新冠疫情令线下诊疗渠道受阻、资源紧张，互联网医院迅速行动。在一线医院奋力救治患者的同时，互联网医院通过线上义诊复诊、医保支付、药品配送等，引导患者合理就医，满足慢病患者迫切需求，成为疫情防控的“第二战场”。

在经历了前期的浮沉后，互联网医院的发展进程已势不可挡。尽管如今互联网医院已经成为我国医疗体系不可或缺的一部分，但医院主导型企业平台型两类互联网医院的发展路径却仍不明晰。

从企业平台型互联网医院到医院主导型互联网医院，是协同还是竞争？各自又将面临怎样的运营挑战？

互联网医院发展进程势不可挡

根据国家相关政策的规定，互联网医院主要有两种模式：一类是医院主导型互联网医院，一类是企业平台型互联网医院。

医院主导型互联网医院主要以三甲医院为代表，利用本院的医师开展互联网诊疗活动；企业平台型互联网医院则以互联网医疗企业为代表，如微医、好大夫在线、春雨医生等，通过依托线下实体医疗机构，利用在本机构和其他医疗机构注册的医师开展互联网诊疗等活动。

不论是医院主导型互联网医院，还是企业平台型互联网医院，其发展都与政策强相关。随着政策的不断演进，互联网医院的发展进程也不断加快。

2014年8月，国家卫计委(卫健委前身)颁布《关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》，肯定了远程医疗的重要性，也正式开启了互联网医院的探索。2015年12月7日，微医与桐乡市人民政府联合成立的乌镇互联网医院开业，成为全国首家互联网医院。当然，在互联网医院的探索期，未出现与互联网医院明确相关的政策文件，互联网医院仅在部分地区出现。

在经历了三年的探索和试验后，2017年，银川作为国家互联网医院建设试点，先后出台了《关于印发银川互联网医院管理工作制度的通知》等数个文件，为银川成为互联网医院建设基地提供政策保障。

2017年3月，银川市政府与好大夫、丁香园、北大医信、春雨医生、医联等15家互联网医疗企业集中签约，15家互联网医院集体入驻银川智慧互联网医院基地，互联网医院由此出现了第一波建设高潮。

2018年4月26日，《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》正式对外发布。该文件鼓励支持互联网医院的发展，互联网医院终于迎来“定音锤”。随着地方政府开始拥抱互联网医院，互联网医院也因此迎来了第二波建设高潮。

2019年，随着互联网医院相关的细分政策出台，网售处方药解

禁以及医保支付被纳入互联网医院体系，成为推动互联网医院实现“医-药-险”生态闭环的重要力量。同一时间，获得牌照的互联网医院数量剧增，互联网医院建设出现第三波浪潮。

疫情令互联网医疗进一步发酵，不论是供给端还是需求端，都对互联网医院的认知度进一步提高。疫情期间，互联网医院呈现出“三多”状态，一是政策推动多，二是建设数量多，三是用户和业务量多。尽管互联网医院行业仍处于初期，但是，其作为“互联网+”医疗健康基础设施的作用已逐步显现。

究其原因，是因为相较于传统实体医院，互联网医院有着不可比拟的优势。互联网医院作为互联网技术下变革创新的新事物，通过数据和服务双重推动了医疗资源的流动，赋能基层医疗水平，提高了分级诊疗的实施效率，有望打破传统医疗体制下资源紧张、分配不公的难题。

首先，互联网医疗具有医疗资源配置高效性。互联网医院打破物理距离限制，天然具备优化医疗资源配置的能力。通过将诊疗从线下转至线上，拓展了医疗服务空间和业务范围。合理引流医生与患者，可以进行精准匹配，以促进优质医疗资源流动，扩大医院品牌效应。

其次，互联网医院具有医疗供给高效性。基于互联网医院，患者可选择图文问诊、电话问诊、视频问诊等多种方式。医生在基于互联网医院提供医疗服务的时候，可以通过碎片化时间和在线坐诊等方式结合，最大化医疗供给及效率。

最后，互联网医疗具有医疗服务高粘性。互联网连接的属性，方便了医疗机构之间、医患之间的长期绑定，具有开展远程医疗、随访、健康管理等工作的天然基因。

一条路径，不同远方

互联网医院的发展进程势不可挡，却并非一蹴而就。事实上，尽管如今互联网医院已经成为我国医疗体系不可或缺的一部分，但医院主导型企业平台型两类互联网医院的发展路径却仍不明晰。

从时间维度来看，企业平台型互联网医院的发展先于医院主导型互联网医院，它完成了患者在线就医和医生在线提供服务的市场教育，是行业引领者。然而，如今，在企业平台型互联网医院的引领下，手握医疗核心资源的传统线下医院纷纷开展互联网医院，医疗服务正式拉开了在线化升级序幕。

从企业平台型互联网医院到医院主导型互联网医院，是协同还是竞争，各自又将面临怎样的运营挑战？对于这个问题的回答，还需要从互联网医院对传统医疗的回应出发。

当前的医疗体制仍是以医疗机构（主要是二级以上公立医院）为核心，医生、患者、支付这三个参与方都围绕医疗机构，分别扮演着提供医疗服务、寻求医疗服务、提供支付服务的角色。然而，互联网医院的资源配置高效性、医疗供给高效性以及医疗服务高粘性，却为医疗行业提供了探索以患者为中心的医疗发展路径。

以医疗服务供给来看，公立医院体系具备核心医疗资源——医生

资源以及完备的科室、设备、医疗运营流程配置，但其对院外场景的医疗服务长期处于鞭长莫及的状态，比如国家一直倡导的家庭医生签约与服务。此外，健康管理是当前的传统医院无法很好解决的问题。

对于传统医院上线来说，当前的在线复诊、电子处方、和在线审方等服务，某种程度上仍然只是一种便民服务，对于医院业务增长的价值较为有限。而不同于医院主导型互联网医院的建设，企业平台型互联网医院的发展更多的是由市场需求牵引。

当前公立医院开始规模化建设互联网医院，意味着大部分企业平台型互联网医院的核心服务——在线复诊和续方，也将成为医院主导型互联网医院的标配，且公立医院具备绝对的医疗资源和患者流量优势。因此，差异化发展是企业平台型互联网医院的必然之路。

公立医疗体系的核心目标是保证医疗服务的可及性和公平性，因此很难兼顾到服务体验、个性化服务等方面的需求。而企业平台型互联网医院作为市场化服务力量，天然为满足市场需求而诞生，因此能够在公立医院很难顾及的领域发挥作用，比如健康管理，就是企业平台型互联网医院差异化发展的绝佳场景。

当然，企业平台型互联网医院的发展也受到诸多限制，不是仅凭提高医疗服务供给的效率，以及优化医患体验就能做到，而是一项系统性的工程。

一是需要相关配套政策的实质性落地。医保和商保将直接推动价值医疗的落地。医疗服务采购方能够对医疗服务供给实施效果评价和

过程监控，并基于此进行结算，推动医疗服务合理化发展。

二是需要互联网医院有足够的动力来推动在线诊疗和健康管理的发展。一方面需要结合医院绩效改革，引导三级医院重心放在高效高质量的医疗服务上，二级医院及基层医疗机构做好本地患者的常见病、慢性病等基础性疾病的诊疗和管理。

另一方面，则需要从政策层面推动公立医院与企业平台型互联网医院的合作。这是因为，公立医院的体制、机制、脑力，不足以支持一个真正的互联网医院。但如果互联网医院发展没有公立医院参与，可能就会出现“莆田系”那种没有底线的现象。

从“移不动”到“可移动”，互联网医院的发展周期并不算很长，却也即将完成一轮产业周期的因果循环。如今，互联网医院开始被政策认可、逐渐被医院接受，并且开始成为患者咨询就医的重要方式。可以说，互联网医院将要，甚至已经成为医疗体系不可或缺的一部分。

虽然价值初现，但是深度渗透和长期运转还需要更多的探索 and 更久的积淀。随着医院主导型互联网医院建设潮的持续推进，以及企业平台型互联网医院对自身定位和业务发展模式的不开拓，可以预见的是，互联网医院将在不断提升的渗透率和不断加码的政策支持力度中，砥砺前行。

[返回目录](#)

新医改背景下医院成本控制

来源：医管新世界

在医药卫生体制改革的全新时期，我们必须认识到医院成本控制的重要性，更好地发挥医院在满足居民健康需求方面的作用，不断提升医院的服务水平。但现阶段医院的成本控制工作仍旧不尽人意，在预算管理、成本核算、内部考核等多方面均存在不足，为此我们需要认真分析其中隐藏的风险隐患，推动医院财务管理创新与改革，促进新医改背景下医院的可持续发展。

一、新医改发展概述

医疗卫生体制改革是事关民生的重大工程，特别是在新时代背景下，新医改逐步进入改革的关键时期，各医院要进一步落实各项举措，把维护人民健康权益放在发展改革的第一位，即坚持以人为本的思想；其次，要立足国情、立足区域经济发展状况和人民基本健康状况，着力于解决群众反映强烈、突出的问题。在这一过程中，成本控制起到的是向上的促进作用，目的都在于为缓解看病难、看病贵提供解决方案，所以其也起着明确医院发展定位的关键作用，同样也为缓解医患紧张、解决医患信任危机创造可能。

二、医院成本控制原则

（一）坚持以人为本基本原则

医院开展各种改革的基本目标是为了顺应国家医药卫生体制改革潮流、满足人民日益增长的医疗需求，但由于其涉及面广、难度大，

所以在实施过程中较为困难。而成本控制工作在不同地区不同医院的基础、方法、模式等都有所不同，各医院只能各自为战，但以人为本的原则不能变、提高人民生活质量的目标不能变。

(二) 坚持信息化发展方向

信息化管理是医院财务管理的基本手段，自动和智能化处理是未来的发展方向，所以成本控制工作改革进程中要更多加入信息化元素，利用专业化的财务管理平台提高财务管理工作、特别是成本核算信息化和预算管理信息化程度，对于保障成本控制的整体性是尤为重要的。

(三) 强化全过程管理意识

成本控制涉及到物资信息收集、费用分摊与计算、成本分析与考核等步骤，是一项系统性较强的工作，对于流程化的管理工作必须要强化其全过程意识，而这种意识的强化则又必须是全员性的，全部门工作人员齐心协力才能更好地做好成本控制工作。

(四) 细化成本控制方法

对于成本控制的刚性约束-预算管理和具有指导意义的成本核算等多项工作，实际工作中需要针对医院的发展需求做出专业化安排，对各科室、各部门的预算都要细化到具体内容中，自上而下形成院级预算-科室预算等多级安排，结合医疗卫生服务的数据、HIS 收入数据等的整合处理，调整费用支出与偏差，细化并规范成本控制方法。

三、新医改背景下医院成本控制问题

（一）财务管理意识问题

财务管理方面、特别是成本控制意识不足是许多医院在经营运行过程中较常出现的问题，这一方面使得医院的资产设备与市场环境相脱离，不利于医院核心竞争力的提升；另一方面，管理资源分配不均、部门间业务壁垒等问题依旧存在，影响着新医改政策的落实和推进，尽管以往重医疗轻管理的局面得到了一定程度缓解，但现阶段的财务管理意识是远远不够的。

（二）预算管理不到位，成本控制系统性差

预算管理和成本核算是成本控制中的重要组成部分。从这两个角度看，新医改背景下医院财务工作缺乏对二者的科学认识，这进一步引发了财务意识淡薄的问题，使得各部门在执行相关工作时常处于被动参与，而忽视了该项工作本身的意义，影响了预算管理和成本核算工作，此两项工作也通常需要调动较大的院内资源开展，执行过程对人事调整、设备购置等情形是较为敏感的。

（三）医院内部缺乏有效的监督管理

对人员、工作等开展有效的监管能够更好地提升成本控制效率、强化成本控制的精细化管理，同时对于促进医院形成规范化的财务管理体系也是有积极作用的，而监督管理制度落实不到位、成本考核体系不完善等也是当前财务管理中比较突出的问题。财务部门需要进一步界定成本控制的具体事项，将以往较为模糊的概念、工作理顺，而不是以消极的态度对待成本控制工作。

(四) 成本控制信息化、专业化程度低

在知识经济时代、新医改背景下，医院缺乏改革旧设备、旧部门、旧管理章程的精神，粗放式的成本控制工作不再适用于当前市场环境，特别是缺乏信息化和专业化的管理人才、管理技术，这对医院财务管理工作也是不利的。同时，医院也缺乏对人才引进和人才培养工作的重视，影响了相关工作的开展。

四、新医改背景下医院成本控制改进对策

(一) 强化财务成本管理意识

财务管理中成本意识的强化对于整个系统工作是基础性的，在财务内部形成全员参与的管理意识，统一规划、统一组织、统一考核，各参与人都要意识到其工作在成本控制中所占的地位以及该项工作的重要性，主动地参与到团队工作中。

(二) 加强制度建设和队伍建设

为更好促进新医改背景下成本控制工作的改革，必须要协调好医院内各部门的日常职责，界定好各项工作的责任归属问题，精简财务部门、分工明确；另外还要加强财务管理的队伍建设，通过业务培训、跨院交流、组织学习和考试等形式提高工作人员的专业化素养，以更高的水准开展成本控制工作。

(三) 精细化成本控制方法与流程

开展成本控制工作应先“化整为零”，再“化零为整”。化整为零，即需要按照不同层级将成本核算工作细化到最小单元，保证核算

过程没有遗漏，从而达到降低成本、提高效率的目的。化零为整，即将不同部门和科室的具体工作统筹起来，做好对成本控制的方向指导和流程控制，做好物资物料支出控制工作、成本核算和预算工作等，将同类型工作统一部署和安排。

(四) 利用技术优势提升成本控制效率

医疗服务涵盖面广，以往核算和处理工作耗费了巨大的人工资源，所以要加快信息化系统的普及应用，利用网络化和数字化的财务管理系统实现成本控制工作的自动化处理，医院可以多与科研院校、科技企业进行合作，研制开发适合于不同医院和不同应用场景的成本控制软件或系统，在同一的核算标准下科学开展相关工作。

五、结束语

随着新医改逐步进入“深水区”，各医院要进一步深化新医改背景下的财务管理工作，特别是要做好医院的成本控制工作，从更加专业的角度剖析既往工作中的不足，有针对性地解决比较突出的问题，例如预算管理、成本核算、监督控制等几个重点方面。在实现成本控制精细化管理的同时，建设并完善相配套的规章制度和管理文化，以便更好地发挥医院成本控制在医疗体系建设、医疗质量提升和医疗条件改善等方面的优势，本着为人民服务的原则实现医院的可持续建设与发展。

[返回目录](#)

医保改革来真的！医院、医生注意这 4 点

来源：医药资讯

自 2018 年国家医疗保障局组建以来，医保改革明显加速。最近，药品集采第三轮结束，耗材集采启动，心脏支架开标，骨科内固定材料在路上。30 个城市 DRGs 试点即将启动实际付费，71 个城市的 DIP 试点脚跟脚又来了，从计划看，2021 年 3 月开启，年底前试点城市全部到位，推进速度那是相当的快。

作为改革的主力，医院、医生的实际利益必将面临重大调整，是积极主动变革还是消极等待观望，这是一个不得不直面的重大问题。

据听说，还有医生认为“DRGS 和 DIP 就是一个笑话”。基于此，笔者今天就和大家聊聊药品耗材带量采购与医保支付制度改革到底是不是“笑话”。

为什么要搞医改？

11 年前，中发 6 号文件印发了新医改方案。方案提出，我国医药卫生事业发展水平与经济社会协调发展要求和人民群众健康需求不适应的矛盾还比较突出。城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡，资源配置不合理，公共卫生和农村、社区医疗卫生工作比较薄弱，医疗保障制度不健全，药品生产流通秩序不规范，医院管理体制和运行机制不完善，政府卫生投入不足，医药费用上涨过快，群众反映比较强烈。因此确立新医改的基本目标就是强基层、保基本、建机制，解决群众看病就医问题。

然而，解决问题总得找到一个突破口。

医改之初，提出了五项近期目标任务，希望能够在短期内有所“成就”给改革注入信心和动力。

2016年8月，全国卫生健康大会提出建立五项基本医疗卫生制度，即分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民医保制度、药品供应保障制度和综合监管制度。

2019年6月国家主管医改的领导指出，当前整个医改立柱架梁的任务已基本完善，目前要在体制机制上发力突破，在巩固改革成果上抓落实、下功夫，在推进宣传上加大力度，在提升群众获得感上出实招。

由此可见，医改10年结果并不很令群众满意。

从三明到全国的“三医联动”

说起三明，他们最开始并不是国家确定的医改试点地区，所以按理说并没有吃螃蟹的责任、义务和压力。说起他们的医改，确实也是由于城镇职工医保基金面临入不敷出的崩盘风险，财政无力兜底，2012年基金欠付全市22家公立医院医药费达1748.64万元，不得已而为之，是被逼出来的医改。

他们的做法就四步：一是建机制，二是降药价，三是提服务，四是改薪酬。所谓建机制，就是打破部门利益藩篱，将医疗服务、医疗保障、医药供给三医职责整合到市医改领导小组，党委充分授权，由一位市领导主管。

同时，成立了市医疗保障基金管理中心，实现“三保合一”，将全市所有医保定点医疗机构的药品均由该中心负责采购与费用结算，医院只管“点菜”，不管“买单”，彻底切断医院与药品(耗材)供应商之间的资金往来。

所谓降药价，就是在省级药品集中采购的基础上实行二次议价，进一步压缩药品的利益空间，将腾出来的空间用于调整医疗服务价格，按照小步快跑的办法，一有空间就调整，顺利实现了医院收入结构的调整，与此同时，通过该中心实施重点药品监控，规范医疗行为，抑制过度医疗，使医保在“三医联动”中发挥了关键的杠杆作用。

所谓改薪酬，就是在此基础上，打出“改革医务人员人事薪酬制度、建立现代医院管理体系、优化医疗资源合理配置”等组合拳。最终实现了医保基金扭亏为盈，药品招采趋于合理，过度医疗受到遏制。

三明医改这些探索被总结为“三医联动”，用国字号文件的说法就是：三明市按照腾笼换鸟的思路和腾空间、调结构、保衔接的路径，深化“三医”联动改革，实行药品耗材联合限价采购，按照总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位的原则，将腾出的空间在确保群众受益的基础上，重点用于及时相应调整医疗服务价格，建立动态调整机制，优化医院收入结构，建立公益性运行新机制。

2015年4月29日，全国深化医药卫生体制改革工作电视电话会议召开，中共中央政治局常委、国务院总理李克强作出重要批示，批示指出：2015年，面对艰巨繁重的改革任务，要牢牢把握保基本、

强基层、建机制的基本原则，以公平可及、群众受益为出发点和立足点，坚持医保、医药、医疗“三医联动”，用改革的办法在破除以药养医、完善医保支付制度、发展社会办医、开展分级诊疗等方面迈出更大步伐，在县级公立医院综合改革、实施城乡居民大病保险制度等方面实现更大突破，在方便群众就医、减轻看病用药负担上取得更大实效，不断提高医疗卫生水平，满足人民群众的健康需求。

这是国家层面上第一次正式提出医保、医药、医疗“三医联动”。

说是“三医联动”，其核心还在于医保，因为医保对医疗、医药资源合理配置与科学使用具有核心杠杆作用。“医改就是改医保”，既是世界发达国家医疗卫生改革的主要经验，也是当下我国全面深化医改急需解决的症结。而医保改革的核心就是支付制度改革，这一点也是三明医改给予中国医改的最大贡献。

2019年11月，国务院医改办印发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，对福建省和三明市深化医改的主要经验总结为六条，其中第二条就是深化医疗、医保、医药“三医”联动改革。

为什么要成立国家医保局？

按照国务院机构改革方案，国家医保局就是为了统筹推进医疗、医保、医药“三医联动”改革而诞生的。其官网明确指出：为完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控，统筹推进医疗、医保、医

药“三医联动”改革，更好保障病有所医，国务院机构改革方案提出，将人力资源和社会保障部的城镇职工和城镇居民基本医疗保险、生育保险职责，国家卫生和计划生育委员会的新型农村合作医疗职责，国家发展和改革委员会的药品和医疗服务价格管理职责，民政部的医疗救助职责整合，组建国家医疗保障局，作为国务院直属机构。

而这一步棋与三明医改的实践何其相似？这也印证了为什么三明医改操盘手詹积富在就任福建省医疗保障局首任局长不久就辞去职务转回三明的原因，他曾说，国家医保局的设立，标志着他的使命就完成了。

带量采购要解决什么问题？

表面看是降低药价，挤干药品耗材中间的水分，深层次的目标是改变医疗服务行为实现“三个回归”。

带量采购，就是在招标公告中，公示所需的采购量，投标过程中，除了要考虑价格，还要考虑你能否承担起相应的生产能量。

2018年11月14日，中央全面深化改革委员会第五次会议审议通过《国家组织药品集中采购试点方案》，明确了国家组织、联盟采购、平台操作的总体思路。

2018年11月15日，经中央全面深化改革委员会同意，国家组织药品集中采购试点，试点地区范围为北京、天津、上海、重庆和沈阳、大连、厦门、广州、深圳、成都、西安11个城市，这就是引起业界地震的4+7带量采购。

2019年12月10日，国家医保局印发《关于做好当前药品价格管理工作的意见》，明确深化药品集中带量采购制度改革，坚持“带量采购、量价挂钩、招采合一”的方向，促使药品价格回归合理水平。

2020年3月3日，上海市医药集中招标采购事务管理所正式发布《关于开展第二批全国药品集中采购上海地区中选药品挂网工作的通知》，开启我国第二批国家带量采购中选药品落地执行的序幕。

按照官方正式的说法，国家集采即带量采购试点取得了预期成效，总体概括起来就是探索“两个机制”、实现“四个效应”。

探索两个机制即：一是充分发挥市场作用，加强政府引导，完善药价形成机制；二是通过带量采购、量价挂钩，实现原研药和仿制药充分竞争，完善药品集中采购机制。

实现四个效应，即：一是药品降价提质。通过促进竞争，推动药品降价和仿制药替代，通过量价挂钩、及时回款降低医药企业销售费用和财务成本，进一步降低药品价格。通过设定质量门槛，带量采购，扩大市场份额，提升群众用药整体层次。两者相结合，实现让人民群众用更低廉的价格用上质量高效的药品。

二是药品行业转型升级。通过设定质量标准和带量采购，推动医药企业结构和产品结构升级；通过量价挂钩、保证使用、及时回款，规范了流通秩序、净化了行业生态；通过区域联动，推动药品配送企业规模化、集约化和现代化；允许通过一致性评价的仿制药与原研药公平竞争，促进一致性评价工作。

三是公立医院深化改革。通过挤掉药品销售费用、改变“带金销售”模式，净化医务人员行医环境，促进合理用药；通过降价和替代效应，降低药品费用，腾挪费用空间，为深化公立医院改革创造条件。

四是医疗保障减负增效。通过上述效应，减轻群众医药费用负担，提高了医保资金使用效率，同时也为扩大医疗保障范围、提升老百姓的保障水平创造了条件。

医保重拳：一手降药耗价格，一手改支付方式

为了改变旧有的体制机制，医改进行了 10 多年的探索。实践得出的经验是“三医联动”是关键，医保是杠杆，药品耗材集采是抓手是突破口，但能不能真正发挥作用最终取决于带量采购降低的药品耗材价格能不能惠及医务人员，最终惠及患者。而要实现这一目标，集采降价并不是目的，因此医保支付制度改革才是核心是关键。

2017 年 6 月，国务院办公厅印发《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》，要求全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。指导意见同时认为，医保支付是基本医保管理和深化医改的重要环节，是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆。新一轮医改以来，医保对医疗服务供需双方特别是对供方的引导制约作用尚未得到有效发挥。

指导意见还要求，健全医保对医疗行为的激励约束机制以及对医疗费用的控制机制。建立健全医保经办机构与医疗机构间公开平等的谈判协商机制、“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制，

提高医疗机构自我管理的积极性，促进医疗机构从规模扩张向内涵式发展转变。

根据文件精神，国家医保局于 2018 年 12 月发文开展按疾病诊断相关分组 (DiagnosisRelatedGroups, DRG) 试点城市申报，2019 年 5 月确定在 30 个统筹地区开展 DRG 试点。2020 年 10 月 19 日，国家医保局印发区域点数法总额预算和按病种分值付费 (Diagnosis-InterventionPacket, DIP) 试点工作方案。11 月 4 日，国家医保局在各地申报基础上确定 71 个统筹地区开展区域点数法总额预算和按病种分值付费试点。

2020 年 10 月 29 日，中国共产党第十九届中央委员会第五次全体会议审议通过的《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》明确指出，重点领域关键环节改革任务仍然艰巨，在深化医改方明确指出，要继续推进国家组织药品和耗材集中采购使用改革。

医疗机构、医务人员要与医保同心

由此可见，医保支付制度改革目标是明确而坚定的，方向是清晰而不会改变的。也许当下医保改革所采取的这些看似“激进”实则“管用”的重拳，也许才是有可能起到打破僵局的务实之举，才是真正能够实现取消以药养医，拨乱反正，让中国医疗界真正走上以医疗服务获取高收入之路的有力举措。

作为医疗机构和医务人员只有与改革同心、同向、同力，积极主

动参与改革、转变观念、规范诊疗，在政策正向激励和约束机制下谋求自身生存与发展，也许才是唯一正确的选择。

最后，提醒医疗圈的朋友们几句话：

1. 灰色收入不合法，集采就是要断了这个念想，凡仍有这种想法的人，趁早收拾起；

2. 医保支付制度改革，是早改改好早受益，最明智的做法是积极主动求变，在大政策下设计出新的薪酬体系；

3. 取得阳光合法收入，在公立医院做医生可能会随着改革的深入而明显提高并缓慢增加，但要达到理想的目标或之前包括灰色收入的水平几乎不可能，不要想太多；

4. 要取得理想的收入、要有尊严的从医，首先要练就绝技和把病人当病人，让病人愿意为你的服务埋单，一个不承认医疗是服务的人估计就别想获得理想的高收入了，国家不会给，病人更不会给。

[返回目录](#)

• 药闻资讯 •

医院用药监测报告出炉！医保用药超九成

来源：医药网

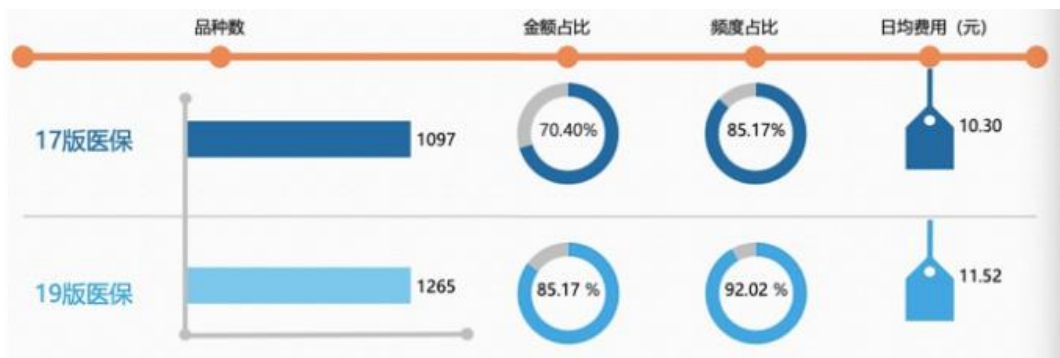
受医保药品目录“有进有出”动态调整的影响，以及伴随医保药品价格谈判、带量采购等政策的不断推进，医疗机构用药情况也在不断发生变化。

11月28日，中国药学会在“第二十届中国药师周”上发布的《2020

年上半年中国药学会医院用药监测报告》(以下简称《报告》)显示,自2018年17版目录执行后,医保药品使用金额及使用频度占比显著提升,特别是19版医保目录执行后使用金额、使用频度占比略有继续小幅升高。

2020年上半年数据显示,2019版医保药品使用金额占比为85.17%,使用频度占比为92.02%;日均费用为11.52元。

图 2020 年上半年 17 版医保目录与 19 版医保目录比较



以2020年上半年数据为基础,对比17版与19版医保药品目录,整体品种数增幅12.77%,其中肿瘤免疫调节药品品种增幅达64.44%,心血管系统药物品种增幅达20.18%,肌肉-骨骼肌系统药物品种增幅达15.91%,全身用激素类制剂品种增幅达15.39%。

ATC大类简称	17版医保	19版医保	品规增幅 (%)
抗肿瘤和免疫调节剂	90	148	64.44
杂类	55	71	29.09
心血管系统药物	114	137	20.18
肌肉-骨骼肌系统药物	44	51	15.91
全身用激素类制剂	26	30	15.39
消化系统及代谢药	154	177	14.94
血液和造血系统药物	98	110	12.25
全身用抗感染药物	146	158	8.22

感觉系统药物	54	55	1.85
神经系统药物	160	160	0
呼吸类系统药物	82	81	-1.22
生殖泌尿系统和性激素药物	57	56	-1.75
皮肤用药	74	70	-5.41
抗寄生虫药、杀虫剂和驱虫剂	13	12	-7.69

说明：本表中，各ATC大类采用简称表示

17版和19版医保目录药品使用金额占比及绝对值变化情况

ATC大类简称	17版医保	19版医保	使用金额增幅 (%)
抗肿瘤和免疫调节剂	9.93%	18.08%	82.09
感觉系统药物	0.45%	0.76%	70.24
肌肉-骨骼系统药物	1.87%	2.57%	37.04
心血管系统药物	5.92%	7.14%	20.69
消化系统及代谢药	10.54%	12.34%	17.06
全身用激素类制剂(不含性激素)	1.52%	1.67%	9.77
皮肤病用药	0.47%	0.52%	9.44
血液和造血系统药物	11.57%	12.48%	7.86
杂类	3.54%	3.77%	6.55
全身用抗感染药物	12.78%	13.45%	5.23
神经系统药物	7.95%	8.34%	4.89
呼吸系统药物	2.76%	2.86%	3.55
抗寄生虫药、杀虫剂和驱虫剂	0.17%	0.17%	-0.03
生殖泌尿系统和性激素类药物	0.93%	0.92%	-1.21

说明：本表中，各ATC大类采用简称表示

17版和19版医保目录药品使用频度占比及绝对值变化情况

ATC大类简称	17版医保	19版医保	使用频度增幅 (%)
肌肉-骨骼系统药物	1.49%	2.08%	39.15
感觉系统药物	0.29%	0.39%	33.33
心血管系统药物	22.71%	25.29%	11.36
消化系统及代谢药	17.43%	19.33%	10.94
全身用抗感染药物	4.47%	4.91%	9.88
抗肿瘤和免疫调节剂	2.56%	2.76%	8.03
呼吸系统药物	4.12%	4.37%	6.1
生殖泌尿系统和性激素类药物	1.90%	2.02%	6
血液和造血系统药物	12.34%	12.76%	3.41
皮肤病用药	0.32%	0.33%	2.29
神经系统药物	12.50%	12.71%	1.68
全身用激素类制剂(不含性激素)	3.80%	3.82%	0.44
杂类	0.99%	1.00%	0.99
抗寄生虫药、杀虫剂和驱虫剂	0.26%	0.26%	-0.02

说明：本表中，各ATC大类采用简称表示

在国家集中带量采购政策实施评价方面，《报告》对第一批集采

25 个品种在全国 25 个联盟地区的使用情况进行了分析。数据显示，依那普利、福辛普利钠、氟比洛芬等 16 个品种的中选企业在 2020 年上半年供应量已达到该品种采购量的 70% 以上。

另外，各品种中选企业的供应量占比在 2020 年上半年有明显增幅，其中蒙脱石同比增幅 80.06%、右美托咪定同比增幅 75.88%，恩替卡韦同比增幅 73.89%，阿托伐他汀钙同比增幅 65.34%，厄贝沙坦同比增幅 64.85%，头孢呋辛酯同比增幅 64.77%。可以看出，各省份带量采购政策实施效果显著。



品种前四大类占比近半

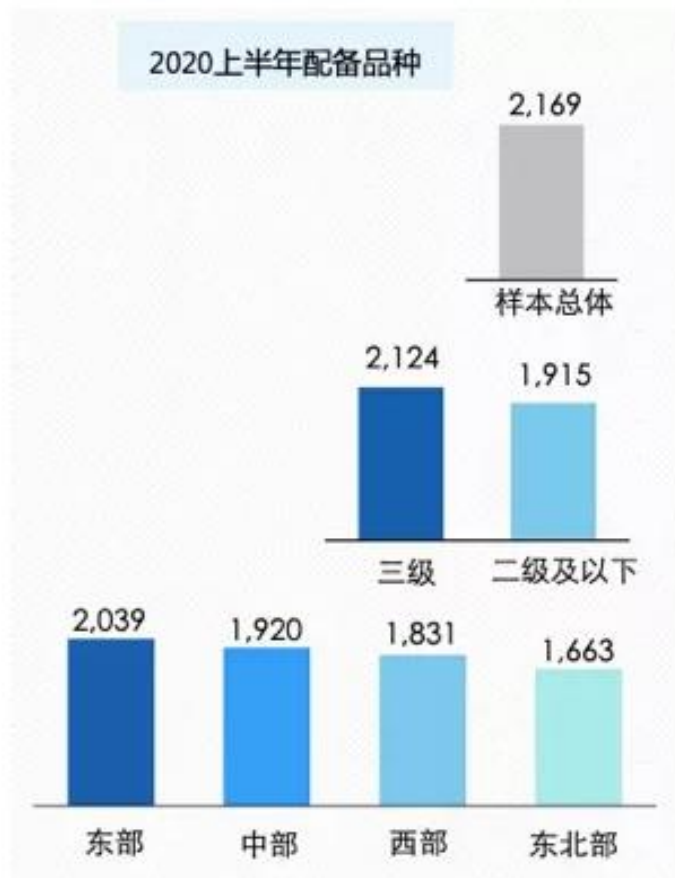
采访中，记者了解到，《报告》基于是全国医药经济信息网网员医院报送的药品使用数据样本。目前，该网覆盖 22 个省、3 个自治区、4 个直辖市，270 余个地级市或县级市，网员单位 1500 余家，以三级和二级医院为主，占全国二级医院总数的 13%，三级甲等样本医院占全国三甲医院的半数以上。

在全药方面，从 ATC 大类来看，2020 年上半年样本医院配备的通用名层面品种总数为 2169 种，品种数量结构总体相对稳定。其中，增幅最高的为抗肿瘤和免疫调节剂，高达 19.05%。品种数前 4 位的大类(消化系统用药、神经系统用药、抗感染药、抗肿瘤和免疫调节剂)占总品种数的近 50%。

从医院级别看，三级医院使用全药总品种数为 2124 种，二级及以下医院为 1915 种。三级医院全药院均使用金额是二级及以下医院的 4.66 倍，使用频度是二级及以下医院的近 3 倍。

从地区来看，东部地区医院全药使用品种数最多，为 2039 种，院均使用金额和频度最高。东北部地区使用全药品种数最少，为 1663 种，院均使用金额和频度也最低。

总的来看，近 5 年医院用药结构处于总体稳定状态。



使用金额增速 2019 年创 5 年新高

《报告》显示，样本医院全药使用金额、使用频度增速在 2019 年创出 5 年内新高，分别为 11.62%和 8.94%。

在全药 5 年内不同 ATC 分类中，使用金额增长幅度最大的为抗肿瘤和免疫调节剂。采访中，记者也了解到，自 2018 年起抗肿瘤和免疫调节剂就一直居于首位，占金额增长部分的 32.3%。其次频度增长幅度最大的为心血管系统药物，自 2017 年以来持续位居第一，占频度增长部分的 23.6%。



另外，由于受新冠肺炎疫情影响，2020 年第一季度，全药使用金额和使用频度大幅下降。其中，使用金额同比下降 24.83%，使用频度同比下降 18.19%；第二季度稍有缓解，使用金额同比下降 17.31%，使用频度同比下降 11.54%，但仍未恢复去年同期水平。

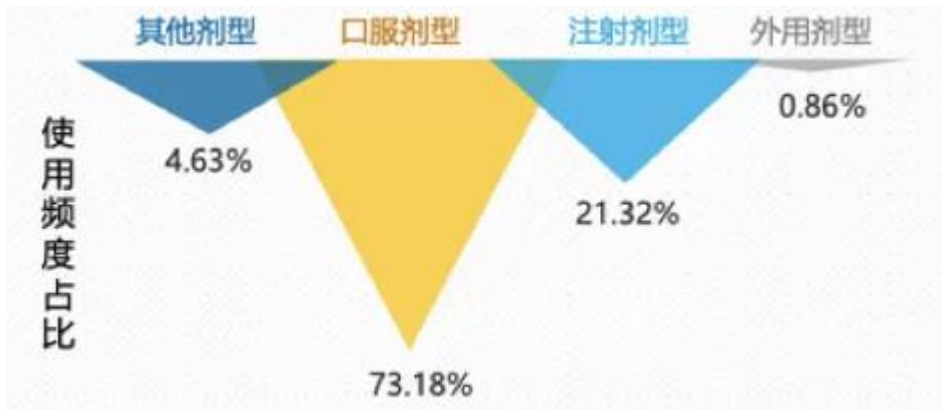


注射剂使用金额仍占比最高

2020年上半年，心血管系统用药使用频度占比继续升高，抗肿瘤和免疫调节剂使用频度占比则有所下降。

《报告》指出，2020年上半年，全药不同剂型中，注射剂型使用金额占比最高，达61.28%；口服剂型使用频度占比最高，达73.18%。





从5年趋势来看，全药中的口服剂型在使用金额和频度占比方面略有上升，注射剂型略有下降。遵循“能口服就不注射，能肌肉注射的就不静脉注射”的用药原则，总体来说，用药结构在剂型层面趋于合理。

另外，自2018年目录调整后，各级医院基本药物使用金额、频度占比均有所上升。《报告》显示，2020年上半年，基本药物使用品规数为1119种，使用金额占比为27.63%，使用频度占比为51.58%。其中，二级医院使用金额、频度占比分别达到33.90%和56.09%，三级医院分别达到27.11%和50.90%。

国家基本药物目录是各级医疗卫生机构配备使用药品的依据，基本药物配备使用是实施国家基本药物制度的核心环节。二级医院在基本药物的使用金额、频度占比方面均超过三级医院，我国基本药物保障水平大幅提升。



药品监管走向科学化

中国药师周是“全国安全用药月”的一项重点活动。国家药品监督管理局副局长颜江瑛提出，希望药学工作者积极投身“健康中国”建设，深入学习贯彻十九届五中全会精神，积极推进药学服务模式的转变；积极融入药学服务新体系，促进药学工作贴近临床、服务患者，推动药学服务质量新提升；积极参与前沿学术交流，不断提高药学理论和实践技能水平，向公众提供更为优质、安全、人性化的服务；积极开展药学科普工作，推广科学健康理念，普及合理用药知识，不断提高公众的健康素养。

中国药学会理事长、全国政协教科卫体委员会副主任孙咸泽指出，全国医药经济信息网是中国药学会重要的决策支持、技术研发、信息服务和科技传播平台，是深化医药卫生体制改革和促进医药产业发展不可或缺的重要力量。近年来，全网上下齐心协力、砥砺前行，突出信息技术和科技创新研究，开展高质量的学术交流活动，服务国

家、行业和网员医院，服务公众健康素养提升，在建设新型医药科技智库的道路上阔步前行。

目前，全国医药经济信息网网员医院来自全国 35 个分网，样本医院级别以二、三级医院为主。近年来，基于样本医院数据形成的《中国药学会医院用药监测报告》已经成为备受业界关注的权威用药研究报告。

[返回目录](#)

事关执业药师！国家医保局对于这项费用报销有最新回应

来源：医药经济报

国家医疗保障局日前在官网发布了《国家医疗保障局对十三届全国人大三次会议第 9472 号建议的答复》，对代表提出的进一步完善“互联网+”医疗服务纳入医保支付的建议，经过与国家卫生健康委、商务部、国家药品监督管理局等部门沟通后，就“互联网+”医疗服务、“互联网+”药品配送、“互联网+”药事服务等多个方面内容予以明确回应。

常见病、慢性病线上复诊服务，YES

对于“互联网+”医保支付大方向的支持，在 11 月初国家医疗保障局印发的《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》中就已相当明确。该文件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。

率先推进的，毫无疑问是疫情期间发挥了重要作用的常见病、慢性病线上复诊服务。据透露，疫情期间，江苏、上海等地部分医院已经实现医保在线结算，医保患者在家问诊，线上脱卡支付，药品配送到家。

以江苏为例，支持全省 105 家互联网医院为常见病、慢性病复诊病人提供“互联网+”门诊医疗服务，并将相关费用纳入医保支付范围，“互联网+”医疗服务项目与线下医疗服务执行相同的目录、医保支付类别和支付标准。而 2 月底就试行将“互联网+”医疗服务纳入医保支付的上海，截至 6 月底，有 12 家医疗机构实现医保在线实时结算，结算人次超过 1.78 万人，涉及总费用 259.82 万元；在北京，截至 7 月 13 日，6 区 15 家医院实现与医保信息系统接口对接，通过互联网诊疗共接诊人次 5122 人，共发生费用 168.6 万元，其中医保支付 97 万元。

不过，医保局方面也重申，要求各地坚守医疗质量和患者安全底线，不得突破现有法律法规和《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》有关规定，不断规范互联网诊疗和互联网医院的准入和执业管理，加强监管。

按人头收费的药事服务，NO

与在《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》中已明确不纳入医保支付范围的药品配送服务费用相比，业界对于为“互联网+”医疗服务提供的药事服务费用，仍然有所期待。

如今预计要提供药事服务的也不仅限于“互联网+”医疗服务领域，在药品零售方面同样有所要求——刚刚结束公开征求意见的《药品网络销售监督管理办法(征求意见稿)》，在对网络销售者义务一条中就提及，“向个人销售药品的，还应当建立在线药学服务制度，配备执业药师，指导合理用药；执业药师的数量应当与经营规模相适应”。

尽管多位关注执业药师发展的行业人士呼吁药事服务费能单独落地，但从此次医保局的回复中看，并不乐观。对于代表提出的，为“互联网+”医疗服务提供的药事服务费用纳入医保统筹支付范围，国家医保局明确表示从各地反馈情况看，大部分地区对设立药事服务费分歧较大。具体而言，主要是反对在药师及药学技术人员到处方的审核管理不完善的情况下按人头收费，存在患者被动消费无法选择、处方审核效果无法评价、重复补偿的问题，同时对医药费用总支出及医保总支出的影响较大。

有分析人士指出，这一方向可以说与线下医保范围相吻合。其实回头深究“药事服务费”这一概念在政策文件中的提出，可以追溯到2009年中共中央、国务院印发《关于深化医药卫生体制改革的意见》。

但从相关文件内容分析不难看出，当时是作为药品加成政策的一种过渡形式，推动按比例加成改为按固定额度加成，使医院加成收入与用药价格、数量脱钩。然而，这一目标随着医改的不断深化，已调整为“取消药品加成+结构性调整医疗服务价格”。对此，上述分析

人士坦言，虽然药事服务费对于支持药师享有合理薪酬待遇、保障药师合理的收入水平、增强药师职业吸引力有很大帮助，但结合医保控费、推行多元复合式支付方式的大背景看，单独纳入报销并不现实。

当然，医保部门也看到了科学的药事服务对促进合理用药、服务大众健康和提高医疗资源使用效率具有重要作用。今年2月发布的《关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》明确提出合理体现药学服务价值，即“在医疗服务价格中统筹考虑药学服务的成本和价值，支持药学服务发展，激励药学人员在促进合理用药、减少资源浪费等方面发挥积极作用。”

另外，对“具有独立服务产出、患者可以选择的药学服务活动”国家医保局也还是留有余地，下一步或可“按照统一的编制规范，转化为边界清晰、要素完备的医疗服务价格项目，合理制定价格”。

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

政·解 | 高值耗材市场遭清洗 大批常用药降价 医药电商迎风口

来源：新浪医药新闻

11月，冰霜雪雨都涌来。魔幻又真实的2020年，开始进入倒计时。

11月初，冠脉支架集中带量采购在天津开标。多家企业报出百元低价，再次刷新冠脉支架最低价，最终结果显示支架价格从均价

1.3 万元降至 700 元左右。长期以来心脏支架都是医疗贪腐的重灾区，中间流通环节层层加价，企业带金销售现象普遍，医保局以量换价，相关产品的虚高价格势必受到挤压，流通环境得以净化。在冠脉支架开标不久，本月里第二批高值耗材也开始对 6 类耗材采集数据，其中骨科耗材的进入备受关注，同冠脉支架一样，骨科耗材也是临床用量大、价格高昂的医用耗材，在带量采购机制下，这些产品都难逃降价的命运。

另一边，药品的“团购砍价”也未停歇。山东省首批药品集采结果出炉，73 家企业的 160 个产品，平均降价 67.3%，最大降幅 98.6%。注射用兰索拉唑、阿司匹林、奥美拉唑、泮托拉唑等惊现“地板价”，部分产品降幅甚至赶超全国集采，令业界哗然；湖北省发布开展首批药品集中带量采购工作通知，33 个注射剂品种赫然在列，注射剂生产企业的日子越来越不好过了；另外陕西联盟未过评药品带量采购也开始填报采购数据... 地方集采“殊途同归”，药企近身肉搏，实力强大者才能夺得市场。

在新冠疫情等推动下，互联网+医疗也迎来实质性的突破，慢性病互联网复诊费纳入医保报销在即。同时，业内争议多年的网售处方药也有望从“禁止”到“有条件”开放，千亿院外处方药市场空间将得以进一步释放，线上线下加速融合，医药电商再次迎来风口。

本月重磅看点还有：基药目录调整消息传出，一批药品有望进入；国家医保局发文，药企行贿 1 万、接受虚开 10 万发票等将进黑名

单;DIP 技术规范和目录库公布...

1. 国家医保局推进“互联网+” 医疗服务医保支付

11月2日，国家医保局发布《国家医疗保障局关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》。意见指出，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付。

简评

该文件的发布，意味着线上医疗服务医保支付迈入实操阶段。值得关注的是，新政中明确提出，支持互联网+医疗复诊处方流转；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。院外处方药市场迎来春天，同时也利好零售药店O2O模式。

2. 冠脉支架国采结果出炉！ 中选均价700元

11月5日，国家组织冠脉支架集中带量采购中选结果公示。8家企业的10个产品拟中选。中选企业包括山东吉威、易生科技、微创医疗、乐普医疗、美敦力、深圳金瑞凯利、波士顿科学、万瑞飞鸿。冠脉支架均价从约1.3万元降至约700元，相比2019年，平均降幅93%，按意向采购量计算，预计节约109亿元。

简评

由于此次冠脉支架招标采购报价低于市场预期，微创、乐普等股价出现波动。耗材集采会缩减中间环节费用，中间流通商步入生死存亡关头。短期来看，带量采购会对植入支架产品造成一定的冲击，企业利润缩水。但长期来看，对临床用量大、产能充足的耗材进行集采将促进行业加速创新，利于产业结构优化，减少低水平的重复生产开发。

3. 网售处方药有望“开闸” 线上线下加速融合

11月12日，根据新修订的《药品管理法》，国家药监局综合司对《药品网络销售监督管理办法（征求意见稿）》作了修改并再次公开征求意见，从药品网络销售者、销售范围、销售处方药条件和销售者义务等方面明晰了网售处方药的监管细则。

简评

自2014年起至今，网售处方药已争论多年。《意见稿》中明确，药品网络销售者应是药品上市许可持有人或者药品经营企业，允许药品网络销售者通过自建网站、网络客户端应用程序、第三方平台或者以其他形式依托相关网络服务商自建网上店铺开展药品网络销售。如今，网售处方药有望从“禁止”到“有条件放开”。该意见将促进线下药店和互联网医疗的相互补充，有利于线下龙头以O2O的方式打开线上市场，医药电商迎来风口。

4. 湖北省集中带量采购 33种注射剂

11月13日，湖北省医保局发布《关于开展湖北省首批药品集中带量采购工作的通知》，公布首批湖北省集采目录，涉及33个注射剂品种，多索茶碱、氟罗沙星、环丙沙星、加替沙星、帕珠沙星、培氟沙星等多个临床热门大品种在列。从方案上可以看出，下一轮集采目标将是中成药。

简评

湖北此轮集采品种涉及石药、科伦、哈药、上海信宜等知名药企。今年5月，山西省在国内首先试点注射剂专项带量采购，最高降幅接近90%。业内人士预测，该轮注射剂集采竞价将更加激烈，上述品种不仅迎来新一轮降价，未来相关剂型的市场规模走势也会受到影响，注射剂生产企业的日子越来越不好过了。

5. 七市联盟 耗材带量采购议价结果公示

11月14日，淄博市医保局发布的《淄博-青岛-东营-烟台-威海-滨州-德州七市采购联盟关于部分医用耗材集中带量采购现场议价结果的公示》结果显示，骨科创伤类耗材最高降幅达94%，平均降幅67.3%；血液透析类最高降幅66%，平均降幅35.2%。

简评

此次山东七市联盟集采的骨科创伤类产品属于骨科植入耗材，涉及厂商较多、品规繁多，同冠脉支架一样，都是临床用量大、价格相对高昂的医用耗材，目前尚未有省份或是市级联盟进行集中带量采购。有了全国第一次联盟采购体的试水，骨科耗材的全国带量采购也不远了。

6. 基药目录调整消息传出 这些药品有望进入

11月16日，国家基药管理办法征求意见讨论会议纪要在业内流传。明年基药调整重点考虑方向也由此传出：1、传染病方面用药；2、慢病以及癌症、肿瘤转慢病用药；3、常见疾病用药；4、以疾病为主导方向，确实患者无药可用，需要对症治疗的，要选择最合适的范围；5、主要看产品价值，临床终点指标的改善，能够使患者的长期生命质量提高，以能治愈为标准。

简评

今年有关基药目录调整的消息不断。我国从2009年开始实施基药目录制度，此后覆盖的药品数量在不断扩增，2009版仅有307种，到2013版扩增到了520种，2018版再次扩增到685种。值得关注的是，与会代表建议基药目录扩容数量希望能够达到90%、80%、60%医院配备比例要求，并且基药数量900个才能满足政策要求。另有消息称临床价值高价药也有可能被纳入基药目录。

7. 国家医保局：药企行贿、虚开发票等进入黑名单

11月20日，国家医保局连发两份重磅文件，分别就药品招采中的信用评级方法和具体评分标准做了规范。从细则来看，药企只要存在行贿1万或者接受虚开发票超过10万元都将进入“黑名单”规定的失信行为中。

简评

今年以来，中央纪委国家监委网站多次发文，直指医疗腐败案件中医药贿赂禁而不绝。“黑名单”制度的建立不仅是打击药企商业贿赂、带金销售，在招采制度的完善下，医药产品价格将逐步回归合理，行业内的合规环境得以重塑。

8. DIP技术规范 和目录库公布了!

11月20日，国家医保局下发《关于印发国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范和DIP病种目录库（1.0版）的通知》。此次DIP技术规范与目录库的出台，为试点城市提供了重要的技术指导与支撑。不难预计，DIP试点工作也将按计划快速推进。

简评

业内人士指出，这是继11月3日公布71个试点城市后，国家医保局推动DIP按病种分值付费工作的又一实质性举措。基于国情的DIP技术落地后将倒逼医院合理利用医疗资源，限制过度医疗，是医保进一步探索多元化的医保结算方式，对医药行业影响深远。

9 骨科进场！ 第二批高值耗材开始采集数据

11月24日，一份国家医保局《关于开展高值医用耗材第二批集中采购数据快速采集与价格监测的通知》在圈内流传，第一批的冠脉支架集采刚落地，第二批就来势汹汹。该红头文件表示，本次第二批集中采购数据快速采集涉及6大类：人工髋关节、人工膝关节、除颤器、封堵器、骨科材料、吻合器六种高值耗材。同时对第一批血管介入类、非血管介入类、起搏器类、眼科类产品进行增补。

简评

作为高值医用耗材细分领域的两大板块，骨科耗材和心血管耗材类似，都是医疗贪腐的重灾区。我国骨科耗材市场主要由强生、美敦力等国外厂家主导，国产品牌并不突出。全国集采将加速市场格局变化，国产骨科耗材品牌市占率有望提升。随着耗材编码、地方试点等开展，高值耗材整体将迈向创新升级轨道，进口替代明显，一批实力弱的中小型生产企业将被淘汰。

10. 山东省首批药品集采结果出炉 最高降幅98.6%

11月25日，山东省药品集中带量采购正式开标，参与山东集采的企业有368家，涉及产品1075个（品规）。山东是目前全国各省份单次组织带量采购药品品种最多、涉及金额最大的省份。山东集中带量采购报价结果显示，投标产品平均降价幅度达60%以上，最高降幅达98.58%。

简评

山东省首批药品集采再次上演“灵魂砍价”，部分产品降幅甚至赶超国采。从中选结果来看，很多产品中标价格都创了新低，如阿司匹林6厘一片、注射用兰索拉唑无菌粉末本次中选价低至1.36元、重组人促红素注射液由原来782.4元/支降至237.7元/支...这次集采对其他企业在山东省乃至其他省份的价格都将造成不小的影响。

[返回目录](#)

2020 医保谈判在即 药企如何做好战略变革？

来源：药智传媒

据最新消息，11月27日，国家医保局接收企业报送的谈判资料截止，2020年医保目录调整谈判一触即发，医保谈判药品目录出炉时间或将有所推迟，预计12月中上旬才能出结果。医保年年评，年

年有何不同？

2017 年：需求旺盛，积攒七年的能量，蓄势待发

史上关注度最高，需求最旺的医保目录调整，莫过于 2017 年。距上一版医保目录调整整整等了七年，期间诸多创新药在等待中错过了黄金成长期，等医保评估时已经成为昨日黄花。

例如辉瑞多达一(氨氯地平阿托伐他汀钙片)，早早上市却无缘医保，多个产品经理蹉跎了岁月，一直在自费推广中挣扎，至始至终未能超越“父母”，立普妥与络活喜已经年过百亿，她却一直在 1-2 亿徘徊，在“父母”的阴影下讨生活。

2019 年：摸索中创新前行

在 2017 版基础上，全国性调整具备一定经验。除了常规流程外，地方不再增补；地方目录与全国目录并轨；全国医保目录动态调整；增加医保谈判准入路径成为创新点。

2020 年：先进制度下的医保评审

《基本医疗保险用药管理暂行办法》正式发布后，预示医保评审制度化，促进医保评审水平进一步提升，建立明确、科学、清晰的评审机制，同时也具有一定创新。

这也逐步体现中国医保优势，与欧美发达国家接轨，且更具有制度性优势。

中外差异，药企将面临怎样的医保应对战略挑战？

世界卫生组织 2010 年公布的数据显示，美国人均寿命为 78.2 岁，

德国为 79.4 岁，英国则是 80.5 岁。与此同时，这三个国家公共医疗支出与私人医疗开支的总和占其国内生产总值的比例(根据 OECD 的 2009 年数据)则是美国 17.4%，德国 11.6%，英国 9.8%。

由此可见，英国的全民免费医疗制度不仅总成本远小于美国和德国，且效果也更为显著。

英国主要依赖于国家医疗服务体系(NHS)的健全。其优势鲜明：

一是高水平的全科医生群体

英国全科医生培训是基础，需要通过 8 年学习并通过考评，最终只有 50%医生进入专科领域。

二是层次明晰、执行严格的分级诊疗服务体系

英国分级诊疗分为普通门诊、急诊及住院两类，患者必须在所属社区首诊，获得转诊推荐后才能进入专科医生诊疗，才能享受 NHS 提供的免费医疗服务。

三是良好的医患关系

社区医生担任首诊，对患者的疾病信息了如指掌，除了就诊之外，还能提供健康管理，因此，患者对医生信赖度增加。这一点在中国很难达到。

四是强大的健康管理信息系统

NHS 信息全国一体化系统，患者就诊信息接诊医生一目了然，由 NHS 统一拨付预算，同时对患者就诊进行预算管理。

但不尽人意之处屡屡可见，全科医生经常拒绝患者，理由是预约

已满，或者直接转诊至上级医疗机构。排队候诊是家常便饭，矛盾尤其在手术治疗，平均 4 个半月，甚至更久。具有优越性的 NHS 系统患者满意与就诊矛盾突出。

11 月 19 日下午，国家医保局召开“十四五”全民医疗保障规划编制专家座谈会，专家从提升全民参保质量、建设多层次医疗保障体系、维护医保基金安全可持续、促进医保筹资待遇公平、发挥医保基金战略性购买作用、促进分级诊疗等方面积极献言献策，为编制“十四五”全民医疗保障规划和推进医疗保障高质量发展贡献智慧力量。

从专家对“十四五”全民医疗保障规划建议中可以看出，全民参保，医保基金安全可持续运转，战略性购买以及分级诊疗可以从 NHS 体系中看到端倪。

既然“十四五”全民医疗保障规划将继续巩固医疗保障改革成果，为此医药企业将面临怎样的医保应对战略挑战？

保证政策红利，做好三方面战略规划

应对国家医疗保障规划改革将会成为企业战略长期存在，企业该继续强化政府事务部门的职责，促进政策部门参与企业战略规划，突出政策部门对企业战略的保驾护航作用，在准入层面，做好两个方面工作，一是政策前瞻性研究与预测，这是企业政府事务部门的基本工作；二是组织机构改革，从垂直的职能部门，向属地化过度，保证政策落地过程中企业可充分享受政策红利。

药企需要从以下三个方面进行战略规划：

1. 医保基金可持续安全运行

医保基金可持续运行就是医保基金够不够用，可用多久的问题。

从 2019 年医保结余的数据看，虽然已经进行医保支付改革，但是效果并不明显，医保基金并未呈现显著上涨。

可能与疫情“黑天鹅”事件相关，但是从结果上看，更激进的医保基金运维手段即将启动，如 2020 年医保目录议价准入就是措施之一。

2020 年医保与以往不同，进入医保目录都存在降价风险，故品种进入国家医保目录将不能 100% 视为机会，亦可能成为一种威胁，医保目录执行将面临销量大幅下滑。背后玄机就是一个速度问题，是需要多久可以覆盖足够多医院及患者，以弥补降价损失的销售额。

2. 医保基金的战略性购买

欧洲各国实施医保基金的战略性购买颇有经验，增加生物仿制药用以改善 TOP10 药物使用量，尤其是实施全民医疗保障的国家英国表现突出，在 2017-2018 年度，NHS 通过使用生物仿制药取代原研药获得了超过 2 亿英镑的费用节省，到 2021 年设定每年节省 3 亿英镑的目标。

国家组织集采集采从 4+7 试点 25 个品种，到 2020 年第三次集采公布 55 个品种，有咨询公司预测未来三年内集采仿制药将达到 400 个左右。

而三次集采目录公布基本上降价都在 64% 以上，平均降价最高

74%出现在第二批集中采购目录，低价值的仿制药按照 30%-40%价格售卖将成为共识。

企业在首仿、次仿药定价环节就需要考虑集采因素，同时依托战略团队对集采品种进行预估，以延缓仿制药上市就入集采的命运。

3. 医保与分级诊疗对接

目前国内分级诊疗还在实施中，并未向集采“一刀切”，快速推进，而是采取相对温和的路径，从医院层面考核机制入手。

《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》第六点提出，要完善保障政策。建立医联体绩效考核制度，将三级医院医疗资源下沉、对基层医疗卫生机构帮扶以及基层诊疗量占比、双向转诊比例、居民健康改善等纳入考核指标，引导各级各类医疗机构落实功能定位。

时代在变，变得更好了，获益者则一直在歌颂，而利益既得者却哀叹没有未来。这个时代永远歌颂与时俱进创造者，而非坐享其成者。

药企政府事务部门已经不再是一个职能部门，而成为战略部门、业务部门。而大外企均有专门团队研究政策分析，预测政策走向，而参与到 BD、研发新药上市环节，在市场准入环节，将准入目标与绩效挂钩，这无疑不再顺应改革。

为什么 MNC 能成为百年企业，不是因为其有创新药，而是其创新、及快速应变的基因。国企高管们，动起来吧！

[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