

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

*2020.12.21-12.27*

## ——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 •

▶ [研究 | 如何建立我国医保信用综合评价指标体系？](#)（来源：中国医疗保险）——第 11 页

【提要】我国建立了世界上最庞大的医疗保障网，如何保证这一体系有效、可及、高质量发展，并真正惠及群众，防范医保基金的欺诈风险，遏制各方参与主体违规“驱利”冲动，将是长期而艰难的工作。近期，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出“建立医疗保障信用体系，推行守信联合激励和失信联合惩戒”，建议建立医保信用综合评价指标体系、开发建立医保信用综合评价指标体系信息系统、建立从中央到地方的医保信用综合评价指标体系、接受公众和社会的监督，为医保信用体系建设进一步指明了方向。

▶ [专家：疫后互联网医院暴增至 1000 家，应建设公共服务平台](#)（来源：新浪财经）——第 20 页

【提要】在“第三届中国行业发展高峰论坛”上，上海交通大学行业研究院副院长陈宏民表示，疫情前全国的互联网医院仅有 100 多家，疫后至今不到一年时间就暴增至 1000 家，发展迅猛。但同时他也强调，由于互联网医院的数量多、规模小，缺乏规模经济，缺乏信息披露和整合的能力。陈宏民建议，可以参照零售业平台的思路，建设互

联网医院的公共服务平台，通过统一入口、统一界面整合中小型规模的互联网医院，让更多的医院和医生介入，并且统一的基础设施还可以更好地保护患者隐私安全。

### • 中医药动态 •

▶ [中医抗疫独特优势凸显，无限极助力推动中医药健康文化发展](#)（来源：上游新闻）——第 23 页

【提要】“中西医结合、中西医并重，不但是战胜疫情的法宝，也是助力健康中国建设的重要原则。在这次疫情救治中，我们看到中药的贡献——花钱少、作用大，并且防治结合、平战结合，对每个老百姓都可以发挥作用。因此，面对新发传染病可能的常态化，要加强中医疫病学研究，提升中药救治能力，充分发挥中药在健康中国中的作用。”天津中医药大学校长张伯礼在 2020 健康责任论坛中表示。在此次新冠肺炎疫情防控救治中，中医药发挥了独特价值，成为抗疫过程中的特色与亮点。在人们日常的健康养生中，中医同样起着至关重要的作用。但目前中医药的推广依然不够深入，因此进一步加强推广中医药健康文化势在必行。目前，云南、江苏等省都已出台文件促进中医药传承、创新、发展。在推动中医药健康文化发展过程中，不但要加强中医药健康文化基层科普宣传教育。中医药企业也要加强自律，承担起推动中医药发展、弘扬中华优秀养生文化的健康责任。

▶ [河北行动 | 以岭药业：中医药创新勇闯“无人区”](#)（来源：河北新闻网）——第 28 页

【提要】“现在以岭的临床研究人员有 100 多人，明年我打算把团队规模扩大到 200 人以上。”以岭医药研究院副院长高学东说。在今年的新冠肺炎疫情防控中，专家筛选出了“三药三方”等临床有效的中药和治疗办法。作为“三药三方”之一，以岭药业的连花清瘟胶囊/颗粒需求量大增。24 小时不间断收集数据，每天开会研究至深夜……一个多月的高强度工作，研究团队获取了有关连花清瘟胶囊疗效的循证研究证据。截至目前，连花清瘟胶囊已在印度尼西亚、加拿大等十多个国家和地区分别以中成药、药品、植物药、天然健康产品、现代植物药、天然药物等身份注册获得上市许可，为中医药国际影响力的提升作出了贡献。中医药的传承和创新，必须有人才支撑。在以岭药业，像高学东一样的专业人才越来越多。经过多年努力，以岭药业建立起以中医络病理论创新为指导的新药研发技术体系，凝聚了一批归国专家、外籍专家及博士为骨干的研发队伍，邀请我国近 30 位生物医药领域两院院士及多名医药专家组成学术委员会，建立起复方中药、组分中药、单体中药的高水平研发平台，形成中药创新药、化学一类新药、国际制剂的研发格局。

### • 分析解读 •

▶ [除了降低医疗支出，DRG 和 DIP 还将带来五大变化！](#)（来源：医药经济报）——第 32 页

【提要】与世界部分发达和发展中国家相比，近 20 年来，我国医疗支出增长惊人，与人均 GDP 增长不平行。同时，人口老年化、城镇化、

生活西化、医保全民覆盖化，成为“看病难”“看病贵”痛点的来源。在此背景下，11月20日，国家医保局公布了《国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范》《DIP病种目录库(1.0版)》。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，作为DRG落地的补充。DRG及DIP实施可作为医疗供应商的市场导向，或形成以下趋势：医保目录在一定程度上逐步淡化；DRG/DIP支付机制实施也会引导商业保险机制介入，弥补普通医保的不足；研发管线与产品线组合策略需要加强，DIP为按病种分值付费，对研发药物，鼓励真正有效的创新药、特药是利好的；DIP实施后，药企的销售模式再次改变；个人医保账户费用纳入地区“统筹池”，以限制外流处方，形成多方博弈的恶性循环。总体来看，我国医疗市场依然是一个欣欣向荣的热点市场，其基本需求是2030健康中国，医改将向深度和广度进军，但医疗需求的基本面不会改变，改变的是供应链的产品结构和竞争格局。

▣ [浅析我国中小企业现状 加快健康新势力形成](#)（来源：火石创造）

——第35页

**【提要】**在我国，中小企业贡献了50%以上的税收，60%以上的GDP，70%以上的技术创新，80%以上的城镇劳动就业，和90%以上的企业数量。中小创新企业的发展活力，关系着创新型国家建设目标的实现。目前，中小企业还面临着信息匹配能力弱、资源整合能力弱、自适应能力弱三大挑战，结合新的全球经济政治环境，在推动产业高质高效

发展过程中，产业链安全、产业精准管理和中小企业创新生态已日益成为关键因素。专家表示，针对当前日益复杂多变国际形势，必须要解决高新技术相对较少、发展质量不高的问题，健全关键技术生产链、供应链，改变受制于人的难局、困局、险局。企业间互利才能共赢，合作才能共同打造好中国产业链和供应链。从国家层面而言，需大力推动体制创新，突破从医疗角度抓健康体制局限。中国生物医药领域的创新正从少数大企业驱动向协同化发展模式转变，变为更多中小企业协同参与的开放性平台和开放性生态建设。期待中小企业在新技术、新模式加持下，加快形成中国健康新势力。

### • 医院管理 •

▣ [DIP 医院”迷茫”导航](#)（来源：华夏医界网）——第 40 页

【提要】随着国家医保局的成立，医保支付从“后付制”向“预付制”改革，在推进 30 个 DRG 付费试点的同时，11 月启动了 71 个试点城市，推行按病种分值付费(DIP)支付改革，11 月 20 日颁发了《国家医疗保障病种分值付费(DIP)技术规范(1.0 版)》。中共中央 国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确指出，持续推进医保支付方式改革。要求，促进医疗服务能力提升，加强医疗机构内部专业化、精细化管理，分类完善科学合理的考核评价体系，将考核结果与医保基金支付挂钩。医改政策要求医院改革绩效，医保支付改革赋能医院改革绩效，公立医院绩效考核倒逼医院绩效改革绩效，医院内部绩效考核需要顺应医改新时代“变革迭代”，围绕一切以人民健康为中心，

整合型绩效管理时代到来。

▶ [在线问诊量位列上海第一，互联网医院“华山速度”是如何练成的？](#)（来源：数字医疗）——第 46 页

【提要】2020 年，看病，真的可以“足不出户、在线问诊、送药上门”了。因新冠疫情的关系，非接触式经济形态异军突起，互联网医院跑出了“加速度”。目前，上海已获批上线 43 家互联网医院，有三甲医院，有社区医院。已运行 10 个月的华山医院互联网医院问诊量位列市级医院第一，并在互联网处方量、在线医生数等多项指标上名列前茅。互联网医院“华山速度”的背后，还不止“在线配药”这么简单。在华山医院，教会老人使用互联网医院的“课堂”已开课，这对医院来说也是一门新课题。技术跑再快，都不能忘了老人、忘了病人。专家表示，“‘空中医院’不能‘悬空空转’，必须‘落地’，没有脚、没有根不行。”互联网医院初期来看提供了一些便捷的服务，但长期发展必须结合线下，得有强大的医院体系作为支撑、做好引领，有学术内涵的保障，有专业的服务保障等，在此基础上，再围绕如何提升线下医疗服务效率、如何解决患者“痛点”不断开发新服务场景。

### • 医药资讯 •

▶ [国家医保局下发：耗材带量采购方案](#)（来源：国家医保局）——第 51 页

【提要】日前，国家医疗保障局发布《国家组织冠脉支架集中带量采购和使用配套措施的意见》，意见指出，各统筹地区医保部门在医保

基金总额预算管理基础上，建立预付机制。在医疗机构与中选企业签订采购协议后，医保基金按不低于年度约定采购金额的 30% 预付给医疗机构。要加强监督落实，确保参加冠脉支架集采的医疗机构按购销合同完成中选产品协议采购量。对采购周期内未按照合同约定完成中选产品采购量的，相应扣减其结余留用资金及下一年度医保费用额度。各地要深刻认识国家组织冠脉支架集中带量采购和使用的重要意义，进一步增强责任感、使命感，切实加强组织领导，落实好相关配套措施，平稳推进集采结果落地实施。执行中如遇重大问题，要及时向国家医疗保障局报告。

#### [▶ 创新药上市即准入医保？医药流通回款老大难，医保局这样做！](#)

（来源：药智网）——第 55 页

**【提要】**12 月 23 日，国家医保局公开对十三届全国人大三次会议政协委员、两会代表的 19 份提案与建议作出回复，涉及罕见病、肿瘤早筛、中医药发展、创新药扶持、医药流通回款难等问题一一给予回应；其中涉及最多是关于罕见病的话题。对于多名委员提出的“建立罕见病专项基金”的建议，国家医保局回应将加强研究，将积极会同有关部门，探索罕见病用药保障措施，尽力而为、量力而行，逐步提高罕见病患者的保障水平。针对张锋等 3 位委员提出的《关于解决医药流通企业回款老大难问题的提案》，国家医保局回复继续推进以降低药品和医疗器械综合采购成本为目标的国家谈判降价和 GPO 模式；“保证及时回款”是降低企业成本，从而降低药价的重要因素，各部

门均高度重视，制定实施了一系列政策措施。一方面明确医保部门向医疗机构预付药款。另一方面鼓励医保经办或采购机构与企业直接结算或预付药款。下一步，国家医保局将按照委员的建议，进一步高度重视医药流通企业回款问题，不断完善药品采购管理配套政策措施，切实减轻企业资金压力。

### · 医保资讯 ·

▣ [巧用“加减乘除”工作法 答好医保服务“应用题”](#)（来源：数说医保）——第 61 页

【提要】近年来，广西医保局巧用“加减乘除”工作法，抓重点、攻难点、聚焦点、补短板，为群众提供全方位、全程式、全覆盖的服务，进一步提升了人民群众的医疗保障获得感、幸福感、安全感。善用“加法”，提高待遇保障聚合力：一是加强协作，合力确保应保尽保。二是优化服务，创新贫困人口参保缴费。三是靶向施策，确保待遇保障落实到位。妙用“减法”，优化服务流程减环节：一是依托“互联网+”，力争办事“零上门”。二是创新便民举措，推进服务“零等待”。三是落实便民利民政策，服务群众“零距离”。巧用“乘法”，力推提质增效激活力：一是完善异地就医直接结算服务。二是扩大异地定点医疗机构覆盖范围。三是规范高效便民服务。敢用“除法”，打击欺诈骗保去阻力：一是专项启动“全参与”。二是扎实宣传“全方位”。三是检查推动“全覆盖”。四是从严处罚“零容忍”。五是全面监管“无死角”。

▶ [医师定期考核要增加医保知识了!](#) (来源: 看医界) —— 第 65 页

【提要】最近,中国医师协会医保知识医师定期考核委员会在京成立。据“中国医师协会”官方消息,该委员会是“为更好的帮助医师及时了解国家相关政策,根据国家卫生健康委医政医管局要求,经协会批准”而成立的。此次增设“医保知识医师定期考核委员会”,增加医师定期考核内容,也反映出了在大医保局时代,医生掌握、理解并遵守医保规则变得越来越重要,关乎其是否合法执业。但值得注意的是,由于医保知识千变万化,各级各类医疗机构应该掌握的医保政策不一样,执行的医保政策有区别,医保政策也在实际运行过程中会不断调整,所以这一新成立的定期考核委员会将如何开展工作,可谓任务艰巨。

## -----本期内容-----

### · 专家观点 ·

#### 研究 | 如何建立我国医保信用综合评价指标体系？

来源：中国医疗保险

作者：谭中和 中国劳动和社会保障科学研究院研究员

我国建立了世界上最庞大的医疗保障网，如何保证这一体系有效、可及、高质量发展，并真正惠及群众，防范医保基金的欺诈风险，遏制各方参与主体违规“驱利”冲动，将是长期而艰难的工作。

近期，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出“建立医疗保障信用体系，推行守信联合激励和失信联合惩戒”，为医保信用体系建设进一步指明了方向。

保障基金安全除了健全医保法律体系之外，引入信用评价体系亦是医保治理的有效方法之一。医保信用综合评价指标是建立医保信用综合评价最基础、最重要的内容，也是构建医保信用综合评价体系的关键环节。

#### 01 背景与意义

诚信体系是中国特色社会主义市场经济成熟的重要标志，是社会主义核心价值观的重要内容，是加强和创新社会治理的重要手段和举措。党的十九届四中全会通过的《决定》指出，“完善诚信建设长效机制，健全覆盖全社会的征信体系，加强失信惩戒”。这标志着诚信

建设纳入国家治理体系和治理能力现代化建设的重要内容。2014 年国务院颁布《社会信用体系建设规划纲要(2014-2020 年)》，开启了社会信用体系建设新阶段。

医疗保障(简称医保)是政府提供的涉及全民的最大公共服务项目之一，医保管理和运行的最大特点是引入第三方支付机制。这一机制的加入，在有效保障参保人医疗保险权益基础上，也增加了诱导供给方(定点医疗机构或定点零售药店)和需求方(参保就医者)过度供给或过度消费的冲动，甚至增加了通过各种手段欺诈骗取医保基金的风险。医保基金监管工作面临越来越严峻的挑战，如何防范基金欺诈道德风险成为医保管理的重大课题。

2019 年，国家医疗保障局印发《关于做好 2019 年医疗保障基金监管工作的通知》(医保发〔2019〕14 号)，提出“推进诚信体系建设，促进行业自律”要求，目的是用具有中国特色的思路和办法，解决医保基金监管的世界难题。通过医保信用综合评价指标体系，褒扬诚信、惩戒失信，有效提高医保基金的安全，确保我国医疗保障体系健康、可持续和高质量发展。

## 02 医保信用综合评价指标体系的维度和结构内容

### 2.1 医保信用综合评价指标体系的维度

从医保运行实际分析，信用综合评价指标分为制度体系维度和运行管理维度两个方面。

在医疗保障制度体系维度方面，医保信用综合评价指标又可分为

四个行为主体：

一是医疗服务供给方，主要指与医保机构签订协议的定点医疗机构；

二是医疗服务需求方，主要指参保人或依法享受医疗保险待遇的个人(包括职工、退休人员和城乡居民)；

三是用人单位，按照社会保险法及有关医疗保险法规规章，用人单位必须依法为其职工参加医疗保险，并按时足额缴纳医疗保险费；

四是医疗保险管理机构，这里主要指提供医保经办管理服务的机构，不包括制定医疗保险法规、政策的行政管理机构。

因此，医保信用综合评价指标体系是一个系统的概念，并不仅仅针对某一或者几个主体，而是包含了围绕医保制度所涵盖的各个管理服务行为主体，既包括法人组织，也包括家庭和个体。这体现了医保信用综合评价的公平公正性。

从医保运行管理维度分析，笔者认为应又分为两个维度：

一是医保信用综合评价监测指标(以下简称监测指标)，设计该类指标的目的是为了刻画和表述医保信用情况的识别和结果的提取；

二是医保信用综合评价警情指标，警情指标是根据监测指标值，确定信用的级别或状态，并以此为依据确定信用主体信用积分的增减变动。

## 2.2 医保信用综合评价指标体系结构及内容

### 2.2.1 指标体系总体结构

医保信用综合评价指标体系从总体架构上分为四类，包括基础信息指标、功能指标、结果指标和维度指标(见图 1)。

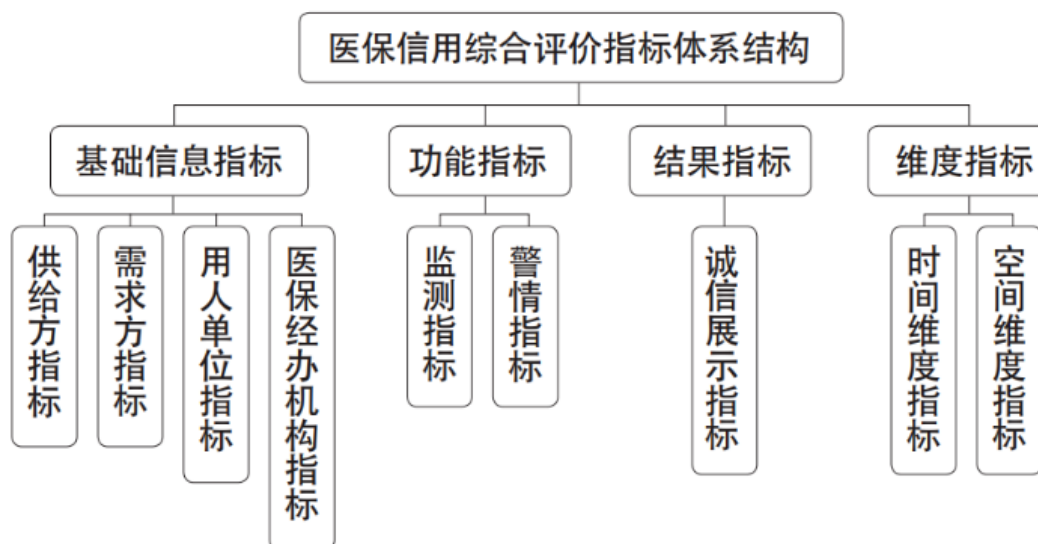


图1 医保信用综合评价指标体系总体框架结构图示

### ①基础信息指标

这是医保信用综合评价指标的基础。该类指标来自四个方面：一是医疗保险服务供给方(定点医疗机构)；二是医疗保险服务需求方，主要是参保个人或依法享受医保待遇的个人；三是用人单位方，主要承担依法为职工参加医疗保险及按时足额缴纳医疗保险费；四是医疗保险经办机构。

### ②功能指标

医保信用综合评价指标在功能上分为监测指标和警情指标。监测指标主要对确定的基础信息指标通过在线网络、非现场检查 and 现场检查等获取的数据信息进行分析比对和判断，发现可能影响基金安全的风险因素。警情指标则是在监测基础上，抽取汇总得到的为决策者提

出预警和警示风险的指标。功能指标结构和逻辑图示见图 2。

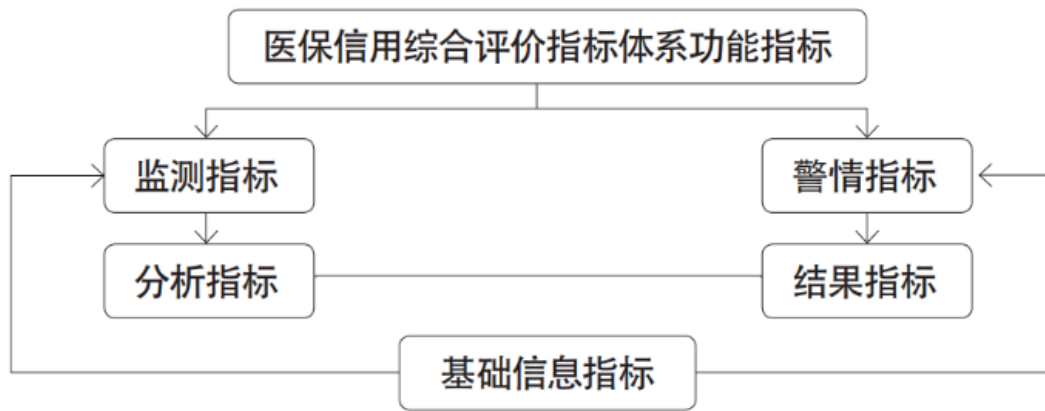


图2 医保信用综合评价指标体系功能指标结构图示

### ③结果指标

该指标是指根据警情指标的内容，按照相应规则和算法，用以表达和描述信用情况，并给予信用积分增减处理的指标。

### ④维度指标

根据我国基本医疗保险政策规定和运行现状，医保信用综合评价指标体系分为时间维度指标和空间维度指标。时间维度以统筹年度时间段(一般为自然年度)为宜；空间维度以统筹地区层级为基础，可以自下而上逐级聚合，形成更大范围的诚信情况。

如，目前除了北京、天津、上海、重庆外，大多数省份的基本医疗保险采取地市级统筹或县级统筹，地市级医保诚信是统筹地区内所属法人、职工和居民，及所属区县的机构和个人信用情况的聚合，省级的医保诚信则是所属各地市诚信情况和省本级情况的聚合。各个省市的诚信情况则综合反映了我国医疗保障体系的诚信情况。反之，也可以由上而下逐级分解。通过上层的诚信指标细化至统筹地区(地市

级或县级)的定点医疗机构。

### 2.2.2 指标体系基本内容

我国信用综合评价指标分为定点医疗机构信用指标、定点零售药店信用指标、药品和耗材生产流通企业信用指标、法人单位信用指标、医保经办机构信用指标和参保个人信用指标。

本文重点介绍定点医疗机构信用综合评价运行监测指标。定点医疗机构信用综合评价运行监测指标内容主要包括，反映医疗服务质量、效率及可及性的指标，包含医疗机构的基础性指标、医疗保险基础指标和医疗保险运行指标等；管理及内部控制指标，包括组织管理类指标、制度建设指标和信息管理类指标；行为态度类指标，包括医德医风情况指标、执行医保制度指标和医保风险管理类指标，以及遵规守纪指标、社会信誉和评价类指标等(见图3)。

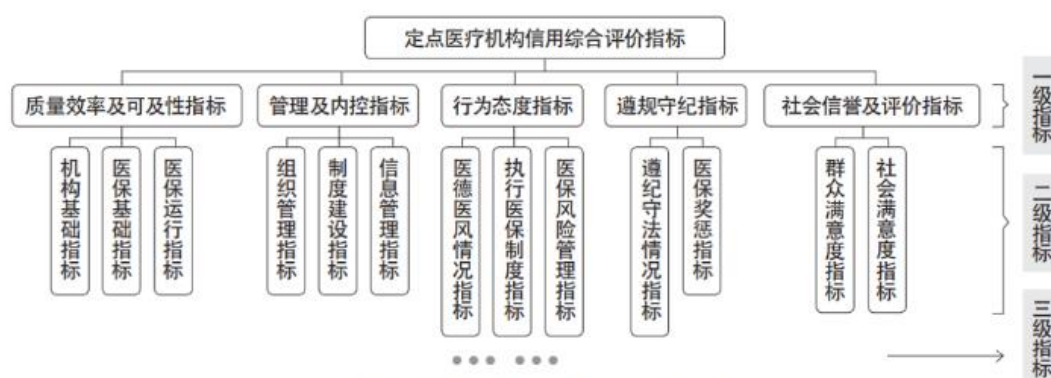


图3 定点医疗机构信用综合评价运行监测指标图示

## 03 指标和权重的确定方法

### 3.1 指标的确定方法

首先认真分析梳理本统筹地区医保运行中面临的各种风险，并对各地医保失信行为的种种表现及其原因进行梳理分析，根据主要风险

源及其表现形式等确定初步指标。然后通过德尔菲专家群法，选择医保管理、研究和医院管理等方面专家，对指标进行匿名筛选。最终确定具体细分指标。

### 3.2 指标权重的确定方法

可以采用层次分析法(AHP)原理确定各个指标的权重。首先把医保信用综合评价指标(主要是监测指标)按问题性质和目标分解成不同层次，构建多层次的分析结构模型，依次分为低层、相对高层，再根据其相对重要性进行相对优劣次序排序，结合德尔菲专家群法对全部指标两两比较的评分表，最后确定各个指标的权重。

## 04 指标的应用及运行

确定了指标体系后，实际运行中需要解决如下问题：

4.1 采集相关的监测期内的数据信息需要从医保信息系统和统筹地区各定点医疗机构信息系统中采集相关的监测期内的数据信息，如为定性指标，则需要收集监测期内是否发生指标中的事件和行为；如为定量指标，则搜集整理相关数据值。然后按照相应算法计算相应指标值，并录入处理系统。

4.2 按规定算法形成警情指标按照规定的算法对监测指标值进行分析，形成警情指标，依次予以预警和根据警情形成信用积分。

4.3 起始年份给予所有评价客体一个医保综合信用基础分如在开始实施年份，对所有符合规定条件的定点医疗机构、定点零售药店分别给予医保综合信用基础分(如 1000 分)；之后定期(一般以一个统筹

年度)根据监测和警情情况按照算法分别予以增减信用综合积分。

4.4 建立医保信用褒扬和惩戒机制如可以规定,当定点医疗机构信用积分在 600 分以下时,自动丧失定点医疗机构资格,协议自动解除;如年度内达到 2000 分以上,则结合年度考核情况,给予定点机构相应的奖励表彰,如提高预分配基金额度、一定期限内的检查豁免等,让守信者降成本、无事不扰。

4.5 建立医保信用修复机制 2019 年,国务院办公厅印发《关于加快推进社会信用体系建设构建以信用为基础的新型监管机制的指导意见》,提出探索建立信用修复机制。

医保信用修复指的是失信主体在彻底纠正失信行为并承担相应法律责任或惩戒后果的前提下,接受诚信教育,主动做出守信承诺并按医疗保障规定履行相关责任的前提下,依法依规缩短或结束失信惩戒的过程。

医保信用修复不是简单的清除失信行为和修改失信数据,更不是洗白记录和简单的退出惩戒,而是对一些失信行为有限度整改过程的认可。

所谓有限度,是指医保信用修复主要是针对无主观故意的轻微或一般失信行为,在彻底纠正失信行为并满足信用修复条件下,通过信用积分的累计达到一定分数后,即可以申请缩短或结束失信信息公示、解除失信惩戒,但失信记录仍保留。涉及特别严重的违法违规失信行为,不能解除失信惩戒。

## 05 建议

### 5.1 建立医保信用综合评价指标体系

长效工作机制建议从国家医保局到省级、地市级医保局均建立专职医保信用工作人员，专司该项工作，形成从中央到地方的医保信用综合评价工作网络。每家定点医疗机构和定点零售药店也应把该项工作纳入医保常规工作之中，作为对机构考核考评的重要内容。

### 5.2 开发建立医保信用综合评价指标体系信息系统

包括医保综合信用评价计算机网络终端、医院药店网络终端、移动客户端 App 等，方便收集整理相关信息，及时将评价客体相关诚信指标内容纳入综合信用评价系统。

### 5.3 建立从中央到地方的医保信用综合评价指标体系

网络试点初期建议以医保统筹地区为评价单元，按统筹年度开展评价。同时，省级医保机构建立省级评价体系，国家医保局既可以评价统筹地区信用综合情况，也可以综合评价各省份的医保信用情况，形成全国医保信用综合评价网络。

### 5.4 接受公众和社会的监督

择机将定点医疗机构和定点零售药店信用积分向社会公开，并提供反映被评单位的诚信信息。同时，对于严重失信的机构或个人，择机纳入国家征信体系。

[返回目录](#)

## 专家：疫后互联网医院暴增至 1000 家，应建设公共服务平台

来源：新浪财经

作者：陈宏民 上海交通大学行业研究院副院长

12月22日消息，在“第三届中国行业发展高峰论坛”上，上海交通大学行业研究院副院长、上海交通大学安泰与经济管理学院教授、上海市人民政府参事陈宏民表示，疫情前全国的互联网医院仅有100多家，疫后至今不到一年时间就暴增至1000家，发展迅猛。但同时他也强调，由于互联网医院的数量多、规模小，缺乏规模经济，缺乏信息披露和整合的能力，亟需建设统一入口、统一界面的公共服务平台，让更多的医院和医生介入，并且更好地保护患者隐私安全。

近几年来，互联网医疗发展蓬勃，据陈宏民透露，按照2019年的相关数据统计，在线医疗规模约270亿元。不过他指出，相比于每年近2万亿元的医药销售和近2万亿元医疗服务及器材，在线医疗的规模仍然比较小。

陈宏民认为，2020年的新冠疫情给医疗行业、尤其是互联网医疗是带来很大的机遇，并从政策法规、技术环境、用户的偏好、主流企业的接受度以及行业的盈利模式等五个维度进行了阐释。

首先，在疫情出现之前，我国的政策法规管理十分严格，虽然已于2018年推出了互联网医院相关政策，但实际上准入门槛依然很高，而且相应的医保在线支付、线上配药等环节尚未打通，在线诊疗能力严重不足。而疫情出现之后，政策法规开始鼓励在线咨询问诊，互联

网医院的门槛一下子降低了很多。

第二，多年来各个行业的互联网已经拥有了不错的技术环境，但是专用型行业仍然较弱。疫情发生之后，远程医疗的界面在不断改进，尤其是医保电子处方等，使得在线诊疗形成了良好的闭环。

第三，疫情前，绝大部分的用户依然习惯于线下看病，加之实体医院普遍不接受在线业务的对外服务，商业模式较弱。而疫情的发生改变了用户偏好，许多患者在疫情期间体验到了远程咨询和医疗服务，从而满意度也在持续提高。

第四，主流企业的接受度是迎来变化最大的一个领域，医疗行业的主流企业即实体医院，原先几乎不接受在线服务模式，而疫情逼迫其全面接受。统计显示，疫情前，全国的互联网医院仅有 100 多家，疫后至今不到一年时间就暴增至 1000 家，目前主要分布在东南沿海地区，其中将近 50%分布在直辖市和省会城市等医疗资源比较充足的区域。

第五，行业盈利模式的变化相对滞后，无论是远程医疗的业务范围、收费的灵活性以及各类业务的融合均有待改善，但是已经产生了巨大的空间。

当然，尽管有疫情带来的巨大发展契机，互联网医疗仍然存在不少亟待解决问题。在陈宏民看来，首要困局是，现在的互联网医院带有浓厚的疫情色彩，与要常态化的患者需求端还存在着严重错位。

从患者角度出发，目前互联网医院的诊疗范围受到严格限制，只

能做慢性病、常见病的复诊，大部分疾病难以在线获得诊疗，同时客户端界面非常繁琐。

从医生角度出发，互联网医院的收入既不如互联网医疗机构收费灵活，也不如公立医院线下诊疗的多样性。

从医院角度出发，建立一个互联网医院平台，前期开发需要投入以百万计的巨额资金，后期的运维费用也很高，而与之相对应的现实情况则是，一家互联网医院一天仅能接诊十几单或几十单，且大部分是不收取费用的在线咨询。

陈宏民解释称，现有的医疗领域实际上分成双轨，一方面传统的公立医院受到很多传统政策制约，另一方面互联网医疗机构虽然拥有相对较大的空间，但很难进入到核心的治疗领域。“这种双轨制有很大的问题，很多行业的经验教训我们要借鉴。比如支付行业强行进行线上线下分离，后来被一个二维码就全部冲击掉了；再比如出行，打车平台原先有网约车和巡游车，我一直叫拉架式的规范，现在这种商业模式已经渐渐消失。”

对此，陈宏民提出了建议，互联网刚刚渗透到医疗的核心业务，因而可以更多地借鉴已经走在前面的领域的发展路径和模式，例如零售、金融、传媒等。

与此同时，由于互联网医院的数量众多，规模小，缺乏规模经济，缺乏信息披露和整合的能力，陈宏民建议，可以参照零售业平台的思路，建设互联网医院的公共服务平台，通过统一入口、统一界面整合

中小型规模的互联网医院，让更多的医院和医生介入，并且统一的基础设施还可以更好地保护患者隐私安全。

[返回目录](#)

## • 中医药动态 •

### 中医抗疫独特优势凸显，无限极助力推动中医药健康文化发展

来源：上游新闻

中医药在疫情救治以及日常健康养生中的作用越来越明显。“中西医结合、中西医并重，不但是战胜疫情的法宝，也是助力健康中国建设的重要原则。在这次疫情救治中，我们看到中药的贡献——花钱少、作用大，并且防治结合、平战结合，对每个老百姓都可以发挥作用。因此，面对新发传染病可能的常态化，要加强中医疫病学研究，提升中药救治能力，充分发挥中药在健康中国中的作用。”“人民英雄”国家荣誉称号获得者、中国工程院院士、天津中医药大学校长张伯礼在 2020 健康责任论坛中表示。

12 月 16 日，由人民健康、中华中医药学会主办，无限极协办的“2020 健康责任论坛暨 2020 年全民中医健康指数研究报告发布”活动在京举行，与会嘉宾共同为中医药传承发展创新建言献策。从《2020 年全民中医健康指数研究报告》来看，2020 年的健康指数基本持平，特别是对于老年群体的健康工作取得了丰硕成果。会上有专家建议，希望下一步健康指数的课题调研更加深入、更加细分。

## 中医药优势明显

中医药在新冠肺炎疫情的防控中发挥了重要作用。数据显示，中医药参与救治确诊病例所占的比例达到了 92%。此前的 7 月份，大连市卫生健康委副主任赵连也在新闻发布会上称，大连对确诊病例进行“一人一案一策”分析研判，每日调整治疗方案，缩短疾病病程。同时应用中西医结合的诊疗措施，中医专家每日参加会诊，中医药使用率达到 100%。

12 月 14 日，国家中医药管理局办公室发布通知表示，当前境外疫情加速蔓延，我国面临境外输入病例导致本地传播的风险增大，今冬明春仍将处于疫情零星散发状态，甚至局部地区可能发生聚集性疫情。为此，各省级中医药主管部门和各有关中医医院要布局建设国家中医疫病防治和紧急医学救援基地以及国家中医疫病防治队和国家中医紧急医学救援队，组建省级中医应急医疗专家组，切实提高中医药应急和救治能力特别是疫病防治能力，充分发挥中医药在新发突发传染病等重大公共卫生事件及重大自然灾害、事故的紧急医学救援中的独特作用。

“在新冠肺炎疫情防控中，我国充分发挥了中医药的特色和优势，全力救治患者，挽救生命。中医药治未病的理念更加深入人心，通过中医药进行健康养生的消费需求将得到更大的释放。”国家中医药管理局原副局长李大宁表示。

此外，中医药还在助力全球抗疫中发挥了重要作用。国家中医药

管理局国际合作司此前曾表示，该局根据国外需求，支持有关机构向十余个国家和地区捐赠了 15 批中医药物资，包括中成药、饮片、针灸针等，在当地得到广泛关注和欢迎。

“中医药是我们贡献给世界的中国方案，不仅可以用于治疗，更可以用于预防，具有独特的优势，符合重预防、重治未病的健康潮流。因此，要进一步发挥中医药在非医疗领域、健康养生领域的作用，进行创新和系统性的开发。”李大宁说。

### 中医养生比例提升

在论坛中，《2020 年全民中医健康指数研究报告》正式发布。

“全民中医健康指数研究报告”自 2015 年启动后，今年是第五次发布，旨在通过传播“养生固本，健康人生”的健康理念，普及养生知识，为社会大众提供简单、实用的养生方法，提升民众健康素养。用户可通过搜索“健康指数评估”小程序，科学评估健康状态及风险，提供专业化、个性化的养生方案。

“从这次的全民中医健康指数研究报告中看出，60 岁-80 岁人群的健康指数相对是很好的。说明这些年对于老年群体的健康工作取得了丰硕成果。而 20 岁-50 岁之间的人群是健康的弱势群体，需要加强。希望下一步健康指数的课题调研更加深入、更加细分，还要把成果进行梳理以后做纵深的研究和推广。”中国保健协会副理事长周邦勇称。

中华中医药学会副会长、福建中医药大学校长李灿东解读报告

称，从5年的指数变化来看，在条件基本一致的情况下，加上今年疫情影响，2020年的健康指数基本上是持平的。

“从影响健康的因素来看，焦虑情绪的比例有所增加，饮食规律上肉食比例多了一些，民众采取中医养生的比例有所提升，采取中医的方法进行疾病预防的比例显著提高，积极运动相对下降。从中医角度来看人体的体质状态，比例最高的是阴虚、热和血虚，这是一个提示。从人体脏腑的功能状态来说，脾、肾、胃这三个方面影响是最明显的。从中医证型分布来看，研究发现主要问题表现在脾胃湿热、肝肾阴虚、肝血虚。”针对这些现象和问题，李灿东建议大家从健康的生活方式、合理的饮食方法、适当的运动锻炼以及积极的心理状态这几方面来提升身体素质、提高免疫力。

“对于全民中医健康指数的研究，建议要让老百姓信得过、看得懂、学得会、做得来，引领民众提升中医药健康意识；要提升民众对指数报告的认知度，更要从用户体验角度，来丰富民众参与方式，突出中医药特色；要注重健康指数报告的创造性转化，突出健康指数报告的学术价值、经济价值和社会价值。”中华中医药学会副秘书长孙永章致辞指出。

### 推动中医药发展势在必行

在此次新冠肺炎疫情防控救治中，中医药发挥了独特价值，成为抗疫过程中的特色与亮点。在人们日常的健康养生中，中医同样起着至关重要的作用。但目前中医药的推广依然不够深入，因此进一步加

强推广中医药健康文化势在必行。目前，云南、江苏等省都已出台文件促进中医药传承、创新、发展。

在推动中医药健康文化发展过程中，不但要加强中医药健康文化基层科普宣传教育。中医药企业也要加强自律，承担起推动中医药发展、弘扬中华优秀养生文化的健康责任。

“对于企业来讲承担着一种推广和构建的作用。企业都要从各自的不同角度来实现自己的责任，包括企业的责任，对消费者的责任，对社会的责任和使命与担当放在自己每个企业的心理，扛在每个企业的肩上。”中国保健协会副理事长周邦勇表示。

“经历了这次疫情之后，我们更加意识到企业承担着推动中医药发展、弘扬中华优秀养生文化的健康责任。具体包括三个方面：一是发挥中草药免疫和预防的作用，提升人们的健康水平。二是加强科技创新，加强供给侧的改革，用现代的科学去武装古老的中华养生文化。三是倡导健康的生活方式，提升文化自信。”无限极(中国)有限公司行政总裁、中华中医药学会理事黄健龙在 2020 健康责任论坛中表示。

据了解，目前作为中草药健康产品企业，无限极拥有实力过硬的中草药健康产品研发团队，由多领域、多学科的博士、硕士及专业技术人员组成，也与国内外多个科研院所、高校进行合作。无限极已连续五年和中华中医药学会合作，参与到“全民中医健康指数研究报告”的工作当中，运用大数据、统计学等现代技术，从中医的角度评估全

民健康状态及影响因素，进行守正创新。

[返回目录](#)

## 河北行动 | 以岭药业：中医药创新勇闯“无人区”

来源：河北新闻网

最近几天，以岭医药研究院副院长高学东酝酿着给企业的临床研究团队扩编。“现在以岭的临床研究人员有 100 多人，明年我打算把团队规模扩大到 200 人以上。”高学东说。

高学东最初在医院临床一线工作，转到中药研发岗位已有 20 多年，他深切感到，药物临床研究在以岭药业的重要性愈发突出。最直接的体现就是，由于有越来越多的药物要做临床试验和上市后药物再评价，从事相关工作的科研人员也越来越多。

在今年的新冠肺炎疫情防控中，专家筛选出了“三药三方”等临床有效的中药和治疗办法。作为“三药三方”之一，以岭药业的连花清瘟胶囊/颗粒需求量大增。在生产车间开足马力生产的同时，高学东的研究团队奔赴疫情防控一线，进行紧张的临床研究工作。

来自武汉等地定点医院的患者临床资料，给研究团队验证连花清瘟胶囊功效提供了珍贵数据。事实上，不仅是这次疫情，甲型 H1N1 流感、乙型流感、禽流感等病毒性重大公共卫生事件，都给研究团队提供了非常宝贵的临床研究证据。

24 小时不间断收集数据，每天开会研究至深夜……一个多月的高强度工作，研究团队获取了有关连花清瘟胶囊疗效的循证研究证

据。4月12日，莲花清瘟胶囊/颗粒获得国家药监局批准在原批准适应症基础上，增加治疗“新型冠状病毒肺炎轻型、普通型”的新适应症。

循证研究，是以岭药业以中医络病理论创新为指导的新药研发创新技术体系中的重要一环。

今年1月10日，由以岭药业创始人、中国工程院院士吴以岭带领团队创建的“中医络病学说构建及其指导微血管病变防治”项目，获得国家科学技术进步奖一等奖，也是2019年度国家医药卫生界唯一的科学技术进步一等奖。

该项目首次系统构建中医络病学说，创立“理论+临床+新药+实验+循证”一体化的中医学学术创新与转化新模式。中医传统理论创新与现代科学技术相结合，产生重大原创成果，走出了一条传承精华、守正创新，促进中医药振兴发展的新路。

党的十九届五中全会提出，坚持创新在我国现代化建设全局中的核心地位，把科技自立自强作为国家发展的战略支撑。“强调科技自立自强，对中医药从业者来说，必须树立信心，要有从0开始的勇气，敢闯‘无人区’。”以岭医药研究院院长贾振华表示，长期以来，中医药发展存在创新不足、低水平重复等问题，许多中药缺乏系统的药理学基础、安全性研究，也缺乏高级别的循证医学证据，导致中药受到质疑，国际化进程缓慢。

相关资料显示，中国出口的中药产品在中药国际市场上的占有率

仅 3%左右，且以植物提取物和中药材及饮片为主，保健品和中成药占出口比重较小。

要解决中医药存在的问题，必须在继承的基础上进行创新，包括理论创新、研究方法创新等。吴以岭将中医整体思维与现代技术相结合，系统构建了络病研究三大理论框架——“络病证治”“脉络学说”和“气络学说”，属于重大理论原创。

以络病理论带动中医药产业化发展，以岭药业的成绩令人瞩目。在络病理论指导下，以岭药业研制出通心络胶囊、参松养心胶囊、芪苈强心胶囊、连花清瘟胶囊/颗粒等 10 余个创新专利中药，循证研究证实临床疗效确切。目前，连花清瘟胶囊、通心络胶囊、参松养心胶囊三个品种年销售额均突破 10 亿元。

疫情防控期间，开展连花清瘟胶囊抗病毒作用研究，与高学东一样忙碌的，还有负责临床前研究的以岭医药研究院副院长王宏涛。在他看来，GLP(药物非临床研究质量管理规范)是药物进行临床前研究必须遵循的基本准则。通过 GLP 规范化建设，提高中药研发管理水平，有助于充分发挥中医药防病治病的独特优势和作用。在王宏涛带领下，以岭药业的 GLP 平台已经较为完善，并在创新专利中药研发中发挥着重要作用。

中医药的传承和创新，必须有人才支撑。在以岭药业，像高学东和王宏涛一样的专业人才越来越多。经过多年努力，以岭药业建立起以中医络病理论创新为指导的新药研发技术体系，凝聚了一批归国专

家、外籍专家及博士为骨干的研发队伍，邀请我国近 30 位生物医药领域两院院士及多名医药专家组成学术委员会，建立起复方中药、组分中药、单体中药的高水平研发平台，形成中药创新药、化学一类新药、国际制剂的研发格局。

2019 年，以岭药业研发投入达 5.15 亿元，同比增长 44.34%，主要用于项目研究、平台打造和人才引进。今年前三季度，以岭药业经营活动产生的现金流量净额为 15.65 亿元，同比大幅增长 388.76%，为公司持续创新研发提供了坚实保障。

杰出的研发团队和持续的研发投入，让以岭药业创新之路越走越宽。截至今年 6 月底，以岭药业已累计获得专利 623 项，其中发明专利 378 项。企业有 11 个专利中药品种，形成了处于不同研发阶段的系列专利药物集群。

截至目前，莲花清瘟胶囊已在印度尼西亚、加拿大等十多个国家和地区分别以中成药、药品、植物药、天然健康产品、现代植物药、天然药物等身份注册获得上市许可，为中医药国际影响力的提升作出了贡献。

[返回目录](#)

## · 分析解读 ·

### 除了降低医疗支出，DRG 和 DIP 还将带来五大变化！

来源：医药经济报

与世界部分发达和发展中国家相比，近 20 年来，我国医疗支出增长惊人，与人均 GDP 增长不平行。同时，人口老年化、城镇化、生活西化、医保全民覆盖化，成为“看病难”“看病贵”痛点的来源。

2019 年 6 月，国家医保局、财政部、国家卫健委、国家中医药局联合印发《关于按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》，确定北京市、上海市、天津市等 30 个城市作为疾病诊断相关分组付费国家试点城市，要求各试点城市确保 2020 年模拟运行，2021 年启动实际付费。

#### 医保支付以入为出

模拟计算发现，中国地域广阔，经济发展极不平衡，表现在医保收入相差巨大，各级医院的医疗水平相距甚远，即使是同级别的医院对疾病治疗的理念、方法等也大相径庭，这对 DRG 明年全面铺开是一个挑战。

在此背景下，11 月 20 日，国家医保局公布了《国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范》《DIP 病种目录库(1.0 版)》。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，作为 DRG 落地的补充。

未来，医保支付会执行“以入为出”的原则，这就要求医疗机构

提高治疗性价比，将疾病的诊断、治疗(非药物)、药物治疗、住院费用等划入整体考虑。我国现行医疗价格体系下，治疗费用如手术费等、住院费用相对其他行业极低，一线城市同样位置的酒店费用比三甲医院床位费高几十倍。

因此，诊断耗材费用、医药费用必须较大幅度降低，尤其是药物费用将大大压缩，表现在安全无效的药物将出局，药物使用将更合理，药价将更低，集采等降价措施还会持续相当长的时间，为有治疗价值的创新药物腾出更多的医保支付空间。

DRG 和 DIP 的异同点		
比较列项	DRG	DIP
设计方法	基本按照疾病治疗路径	基于大数据按疾病治疗路径
	自上而下制定 (按路径,先规则后支付)	自下而上制定 (按真实世界实际发生再支付)
	1000 多个分组	14000 个以上
	人为因素干预较多(多系数矫正) 规则更新困难,与时俱进性难	分组更精细,人为系数干预少 更新及时(大数据支撑)
实施过程	相关性差,一个疾病可能被分拆几次看	相关性强(水平比较如相关患者;垂直比较如同病多次治疗)
	可能限制新技术应用和探索 对中医药应用有限制 社会公益性受限制	
	相对不利于刚刚兴起的分级诊疗(基层医院信息技术薄弱)	对医院级别无要求,但医院间的费用可比性弱
	疾病/患者	疑难杂症有被推诿的可能
医保	计算繁琐	需要大数据支撑 医保支出有水涨船高的可能
医疗产品	限制高价药(除非性价比超高)	一定程度上鼓励新技术产品使用
供应商	不合理治疗(尤其是过度用药)均受到严格管控	

## 供应商市场导向

DRG 及 DIP 实施可作为医疗供应商的市场导向,或形成以下趋势:

### 1、医保目录

医保目录在一定程度上逐步淡化,未来可能在国家用药目录和地方医药目录合并的基础上,再将甲类目录和乙类目录合并。这样可以真正用临床疗效及药物使用性价比的衡量导向决定医保目录,减少医保目录评审中的人为因素和评审过程的可能腐败因素,简化医保目录

甄选过程。

## 2、患者

DRG/DIP 支付机制实施也会引导商业保险机制介入，弥补普通医保的不足，支付面更广，多层次的医疗保险体系将更好地满足医疗个性化需求。

## 3、医药研发

所谓“独家产品”如果依然只是安全无效将很难进入市场，未来的独家产品一定是建立在疗效或安全性意义上的独家，新产品要求提高药物经济学指标，如疗效相同，但能减少用量，或安全性提高，可以减少处理副作用的额外费用等。避免药企盲目追求市场热点，防止研发资源重复浪费。

研发管线与产品线组合策略需要加强，DIP 为按病种分值付费，对研发药物，鼓励真正有效的创新药、特药是利好的，这将引导药企更关注疾病治疗领域的药品与治疗点，所谓研发贴近市场，研发贴近治疗需求，以终为始，研发的目的和意义就在于此。

## 4、营销

多年来，药企一直关注销售数据，DIP 实施后，药企的销售模式再次改变。由于 DIP 与医院绩效息息相关，医院会避免非必需药物和耗材的使用。未来，提高营销队伍的营运效益，需要匹配整个疾病领域的相关药物，为某一疾病提供一揽子有效解决方案，既能节约营销投入，亦能降低人力成本。同时，医药代表也有新要求。好的推广业

务人员首先必须具备良好的疾病与产品专业知识，陈旧的仿制品已经没有什么所谓的“推广润滑剂”，不但要推广产品知识，更要了解药物经济学价值，可能还要进行产品管线组合推广，重点是治疗理念和性价比。

## 5、零售渠道

当前，产品未纳入集采的企业都在想方设法地从医院渠道转入药店系统，采用所谓的“处方外流”策略。DRG/DIP 支付实施后，医院可能出现新的问题，尤其是住院治疗，部分医院让患者到药店购药，以降低住院总费用。针对这些情况，部分省市出台新规，将个人医保账户费用纳入该地区“统筹池”，以限制外流处方，形成多方博弈的恶性循环。上述 DRG 试点中可能出现的问题，有待 DIP 的补充并加以完善。

我国人口众多，进入小康社会后，人民健康已经成为优先发展的国家战略。总体来看，我国医疗市场依然是一个欣欣向荣的热点市场，其基本需求是 2030 健康中国，医改将向深度和广度进军，但医疗需求的基本面不会改变，改变的是供应链的产品结构和竞争格局。

[返回目录](#)

## 浅析我国中小企业现状 加快健康新势力形成

来源：火石创造

习近平总书记和李克强总理反复强调“小、微、活”，就业稳，经济就活。在我国，中小企业贡献了 50% 以上的税收，60% 以上的 GDP，

70%以上的技术创新，80%以上的城镇劳动就业，和90%以上的企业数量。十九大报告提出加快建设创新型国家，特别强调加强对中小企业创新的支持，促进科技成果转化。中小创新企业的发展活力，关系着创新型国家建设目标的实现。

人民健康是社会文明进步和经济社会发展的基础，也是民族昌盛和国家富强的标志。疫情不仅是对全球公共卫生体系和能力的一次大考，更给中国大健康领域带来了新的启示和任务。同时，在服务于园区与地方政府发展生物医药产业的历程中，我们看到整个行业的发展模式和产业生态正在变化，创新型中小企业日益成为影响产业格局的重要变量因子。

### 一、中小企业发展面临三大挑战

1. 中小企业信息匹配能力弱，影响企业触达资源的效率。中小企业规模相对较小，并且团队以研发人员为主，因此，企业在信息查找与收集方面的能力相对不足，缺少在精准匹配服务商、精准寻求政策支持方面的信息触达能力。

2. 中小企业资源整合能力弱，降本增效存在众多挑战。生物医药领域供应链商品及服务极为繁杂，企业在实际的研发生产中，需要花费大量的人力、物力及时间来寻找到合适的资源，且常常存在找到的资源与实际无法匹配的情况，导致其企业降本增效存在众多挑战。

3. 中小企业自适应能力弱，新环境下生存与发展面临外部挑战多。数字经济、生物经济正深刻改变社会经济的生产方式和生活方式，

企业经营需要不断适应快速变化的消费需求，适应新技术新业态新模式的快速迭代及创新变革，以便应对生存危机，并推动自身业务升级。

结合新的全球经济政治环境，在推动产业高质高效发展过程中，产业链安全、产业精准管理和中小企业创新生态已日益成为关键因素。在特殊的历史关口，如何实现中小企业的“保”和“促”相结合，让中小企业成为产业新势力，是当下政府和创业者不可回避的时代命题。

## 二、创新更容易，中小企业服务新实践

如何真正从中小企业经营价值链渗透和切入，形成自适应、自匹配的发展动力，提升企业运营能力，增强企业发展新势能？

大数据时代背景下，数据的流动性与高效性，为科技创新型中小企业提升创新供需的匹配效率、降低经营成本提供了新的解决路径，并在生物医药垂直场景下率先垂范。生物医药产业具有中小企业高度集聚的特征，产业正在由少数大企业驱动向大量中小创新型企业的协同转变，我国科创板上市企业中，生物医药领域企业数量排名第二。同时，生物医药产业具有“三高一长”（高技术、高投入、高风险、长周期）的特点，对于资源整合能力弱、资金实力弱的中小创新型企业，面临的瓶颈性制约尤其突出。

中小初创企业构建一条完整的供应链需要 2-3 年甚至更长的时间，进口一个试剂需要 2-3 个月甚至半年，也会遇到由于贸易战影响某些产品无法进口的情况，有些创业者费力、耗时去寻找供应商，最

终却发现合作机构就在一个园区里、甚至就在隔壁。经过分析原因有几点，虽然行业市场规模增长较快，但我国药械研发企业整体规模较小，企业议价能力弱，加上行业领域的创新服务在我国处于起步阶段，具备规模化、专业化服务能力的机构如 CRO、原材料及核心零部件供应商等处于发展阶段，服务能力弱且分布不集中，这样就为小微企业在创新服务资源链接、服务议价等方面带来很大难题，企业难以高效、低价地获取优质的资源服务。

### 三、合力共助，加快形成健康新势力

融合发展是关键。解放军总医院原院长、中国健康管理协会常务副会长任国荃认为，针对当前日益复杂多变国际形势，必须要解决高新技术相对较少、发展质量不高的问题，健全关键技术生产链、供应链，改变受制于人的难局、困局、险局。企业要结合实际，关键技术要掌握在自己手中，产品关键生产环节不能完全依赖于国外。医学科技是复杂的系统工程，培育新势力需要融合式发展。我国医疗企业数量庞大，各有优势，各有位置，不可能一枝独秀，企业间互利才能共赢，合作才能共同打造好中国产业链和供应链。培育新势力需要从多方面改变格局，如企业之间需自主联合，打破壁垒，取长补短，合理分工，协调发展；老新企业兼并，以调整产品布局为主要目的，企业资源共享共用，消除无谓的对立面和不良的市场竞争，在创立守护品牌上下功夫；跨界组合，大力倡导产学研一条龙，基础研究与产品的应用相结合等。

大力推动体制创新。第十二届全国政协社会和法制委员会副主任、中华全国总工会原副主席、书记处书记、中国健康管理协会专家指导委员会主任张世平认为：医疗健康企业是发展大健康产业实现全生命周期健康管理中间力量，需要立足新发展阶段，审时度势，重新自我定位，变革发展模式。探索优质高效、持续发展的新路径，突出特色打造品牌，推动现代医学成果的转化运用，形成自身的核心竞争力。绝不能单打独斗，一定要资源共享，优势互补。从国家层面而言，需大力推动体制创新，突破从医疗角度抓健康体制局限，积极构建效率更高、覆盖更广、空间更大、更符合民生和社会发展需求的新型健康服务体系，与现有医疗体系形成互补。

展示新场景做出新贡献。原国家卫计委党组成员、副主任、中国卫生信息与健康医疗大数据学会会长金小桃表示，新势力具有势能，也具有力量，为中国大健康产业所做出贡献会更大。大健康产业作为朝阳产业，拥有巨大发展空间，是新兴战略性产业，新势力进场将对中国健康产业的发展带来很大升级。其次，在对抗击疫情中科技力量、前沿技术及新兴信息技术的应用取得良好成效。其中包括互联网医疗、线上挂号、诊疗结算、配送物流以及远程服务中出现的一系列新技术、新业态、新模式。改革开放以来，医疗卫生健康事业取得长足进步的同时，也存在问题，只有在需求侧和供给侧的改革中才能解决；需要对新势力进场以后新场景的展示继续联合创新，从而为数字健康产业经济做出新贡献。

## 小结

中国生物医药领域的创新正从少数大企业驱动向协同化发展模式转变，变为更多中小企业协同参与的开放性平台和开放性生态建设。期待中小企业在新技术、新模式加持下，加快形成中国健康新势力，真正构建起中国医疗健康产业发展的第一阵营，成为中国健康产业转型升级、打造产业竞争力的主要力量。同时在产业各界的支持之下，这股力量可以勇立潮头，走深走实，彰显中国医药事业的振兴和崛起。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### DIP 医院”迷茫”导航

来源：华夏医界网

DIP“疾风骤雨”，明年3月启动实际付费，年底前71个试点地区全面实施。DRG还没搞清楚是怎么回事？现在又来个DIP，令医管者“迷茫”。通过“四象限”分析，让医管者清晰DIP对医院收入影响的28个因素，推动医院内涵质量管理能力提升。

#### 1、了解DIP

随着国家医保局的成立，医保支付从“后付制”向“预付制”改革，在推进30个DRG付费试点的同时，11月启动了71个试点城市，推行按病种分值付费(DIP)支付改革，11月20日颁发了《国家医疗

保障病种分值付费(DIP)技术规范(1.0版)》。

DIP(按病种分值付费;Diagnosis-InterventionPacket, DIP)是利用大数据优势所建立的完整管理体系,发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征,对病案数据进行客观分类,在一定区域范围的全样本病例数据中形成每一个疾病与治疗方式组合的标化定位,客观反映疾病严重程度、治疗复杂状态、资源消耗水平与临床行为规范,可应用于医保支付、基金监管、医院管理等领域。在总额预算机制下,根据年度医保支付总额、医保支付比例及各医疗机构病例的总分值计算分值单价。医保部门基于病种分值和分值单价形成支付标准,对医疗机构每一个病例实现标准化支付,不再以医疗服务项目费用支付。

DIP需要的基础数据包括疾病的编码系统、资源消耗、治疗方式、病情严重程度及医疗状态等多个维度的信息。收集试点地区各医疗机构病案首页数据收集时段内的编码库版,便于历史数据的编码转换,包括疾病诊断编码库、手术与操作编码库。收集各医疗机构医疗服务项目收费等级,分为一级、二级和三级,符合医疗机构收费票据管理规定向患者出具的医疗费用收费票据数据及费用明细清单。考虑到数据的准确性和可获得性,各个维度的数据均来自参保人出院时的医疗保障基金结算清单》

DIP是基于“随机”与“均值”的经济学原理和大数据的理论,通过真实世界的海量病案数据,发现疾病与治疗之间的内在规律与关联关系,提取数据特征进行组合,按疾病与治疗方式的共性特征客观

形成自然分组，并将区域内的每一病种疾病和治疗资源消耗的均值与全样本资源消耗均值进行对比，一般按照 1:2:7，形成 DIP 分值，集聚为 DIP 目录库。目前国家版主目录有核心病种 11553 组，综合病种 2499 组。

根据试点地区的地区医保基金支出预算指标与医保支付比例核定当年住院总费用，最终确定预算点值和结算点值。

DIP 预算点值均值=加权年度平均住院总费用/预测 DIP 总分值

当年 DIP 结算点值均值=当年住院总费用/当年 DIP 总分值

## 2、DIP 为何让医院“迷茫”

DIP 让医院“迷茫”，分析归纳起来有五大方面，主要还是医保支付改革加速，医院传统的惯性管理“转型变革”压力，加之宣导培训理解“障碍”所致。

迷茫一：DIP 与 DRG 怎么回事？

DRG，卫健主管部门较早的在医疗绩效评价中持续探索，由于医保部门推动 DRG 付费改革，医院有了“紧迫”意识，加速了学习和适应。正在推进 DRG 的同时，国家医保局又同时推荐 DIP 支付改革，一下子让医管者“如入云雾之中”。

DRG 与 DIP 到底是怎么回事？

其实 DRG 与 DIP 都是医保从项目后付费，向预付费改革的两种不同的方式而已。在同一区域同一家医院，只能采取一种支付方式，不会同时应用两种方式。

## 迷茫二：DIP 付费对医院收入的影响和冲击

DIP 医保支付方式改革，对医院住院医保收入带来一定的影响和冲击，DIP 是基于“随机”与“均值”的经济学原理和大数据的理论，影响的因素有很多，最主要的影响三大方面，第一，医院的医疗服务能力的高低，决定医院能不能看高分值的病种；第二，还有住院医保患者多少，决定医保收入的产出；第三，成本控制水平的高低，医院成本费用高于均值就吃亏，低于均值就有利。

关键要关注，DIP 是基于医保结算情况作为结算的依据，医保结算清单的主要内容是病案首页数据，病案首页是医疗记载凭据。

## 迷茫三：DIP 医院成本如何控制

DIP 支付，病种收入相对锁定，病种成本如何管控？医院传统的成本核算，是科室成本核算为基础，现在按照病种分值付费，需要精细化到病种成本效益核算，哪类病种有结余？哪些病种亏损？哪些病种符合医院功能定位与学科建设，对医院精细化病种核算分析提出调整较大。

## 迷茫四：DIP 付费医院绩效如何发力

DIP 对医院现行绩效激励带来更大的影响和冲击，现行的医院绩效激励，一般采取收支结余提成或按照项目 (RBRVS) 点值核算办法，激励以治疗为中心的增收驱动导向，体现的多收入和多做项目多得绩效。DIP 付费病种包干预算，绩效激励做项目越多收入越多，医院成本付出就多，医院亏损就越大。

## 迷茫五：DIP 付费信息化如何建设

医院正在忙于搞 DRG 信息化建设，现在 DIP 来了，医院信息化建设如何搞？是重复投资？还是整合？令医管者“不知所措”。

### 3、影响医院住院医保收入”四象限”分析

认知研究 DIP，探析影响医院住院医保收入的 23 大因素，按照“四象限”法分析，分为第一象限，“影响度高的因素”；第二象限，“影响度较高的因素”；第三象限，“影响度一般的因素”，第三象限，“影响度较弱的因素”。

第一象限，“影响度高的因素”。包括区域内区域住院医保总额预算、竞争对手数量、区域 DIP 数量、区域 DIP 病种分值、区域 DIP 预算点值、区域 DIP 结算点值等六大因素。这些因素导入的内部人竞争机制原理，相对医院来说医保预算基金和 DIP 点值是不可控，相对于竞争者数量也是医院不可控，但是都影响到医院住院医保的收入含金量。

第二象限，“影响度较高的因素”。包括，医院机构系数、医院内部 DIP 数量产出、医院 DIP 病种结构调整、医院 DIP 药品指数、医院 DIP 耗材指数、DIP 医疗收入结构、DIP 成本控制等七个因素。这些医院属于医院可以控制的，通过努力可以实现的，例如医院机构系数，可以通过达标升级实现，通过扩大增量提高 DIP 数量产出，通过精准控制可以降低药占比和材占比，通过医疗服务能力提升优化病种结构和收入结构，提高收入含金量，通过精细化管理降低成本消耗，

提高成本效益。

第三象限，“影响度一般的因素”。包括，CCI 指数、疾病严重程度分型、肿瘤严重程度分型、次要诊断病种、年龄特征病种等五大因素。这些因素是医院通过努力是可以提升的，病种风险 CCI 指数越高，医院收益相对较好，病种严重程度、肿瘤严重程度越高，次要诊断病种越多、年龄特征病种小年和老年人越多，医院住院医保收入相对就多。

第三象限，“影响度较弱的因素”。包括，费用超低(高)病例、异常费用调校、智能监管、考核评价指标等五大因素。这些因素主要是医保部门监管考核，相对于医院住院医保收入总量来说，影响度较弱，但是前提是需要了解规则遵章守规，适应规则才能获得较好的奖励，否则处罚力度也不可忽视。

#### 4、整合型绩效管理时代到来

DIP 医保支付改革,打破项目收入驱动的绩效模式大势所趋所逼,赋能整合型绩效管理时代到来。

中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确指出,持续推进医保支付方式改革:大力推进大数据应用,推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式,推广按疾病诊断相关分组付费,医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费,门诊特殊慢性病按人头付费。要求,促进医疗服务能力提升。规范医疗机构和医务人员诊疗行为,推行处方点评制度,促进合理用药。加强医疗机构内部专

业化、精细化管理，分类完善科学合理的考核评价体系，将考核结果与医保基金支付挂钩。改革现行科室和个人核算方式，完善激励相容、灵活高效、符合医疗行业特点的人事薪酬制度，健全绩效考核分配制度。

医改政策要求医院改革绩效，医保支付改革赋能医院改革绩效，公立医院绩效考核倒逼医院绩效改革绩效，医院内部绩效考核需要顺应医改新时代“变革迭代”，围绕一切以人民健康为中心，整合型绩效管理时代到来。

参照工作量效能积分绩效管理模式，围绕“效率、效益、效用、效果”四轮，实行积分制管理，实现医保患共赢的目标，推动医院可持续发展。

[返回目录](#)

## 在线问诊量位列上海第一，互联网医院“华山速度”是如何练成的？

来源：数字医疗

2020年，看病，真的可以“足不出户、在线问诊、送药上门”了。因新冠疫情的关系，非接触式经济形态异军突起，互联网医院跑出了“加速度”。目前，上海已获批上线43家互联网医院，有三甲医院，有社区医院。

医院纷纷开辟“网络第二战线”，运行大半年到底给患者带来什么？复旦大学附属华山医院的互联网医院颇有看点。

自今年2月作为上海市首批互联网医院“上线”，目前已运行

10个月的华山医院互联网医院问诊量位列市级医院第一，并在互联网处方量、在线医生数等多项指标上名列前茅。互联网医院“华山速度”的背后，还不止“在线配药”这么简单。

### 14000多张处方背后的等待与焦虑

运行10个月，华山医院互联网医院的就诊量稳步攀升，在线问诊数为全市第一，突破16000人次；互联网处方量突破14000张，为成人综合医院第一。

16000多在线问诊人次、14000多张电子处方的背后，正是对患者方焦虑等待的“应答”。朵儿(化名)正在读大学二年级，与普通女学生不同，夏天即便再热，她也不穿短袖、不穿裙子——自打记事起，她就被一个名为特应性皮炎的皮肤病“包裹着”，过得小心翼翼。这是一种尚难根治的疾病，现有手段治疗在于缓解症状、尽量预防复发。此前，在华山医院，通过规范治疗，朵儿的病情得以控制，但年初的这场疫情让身在老家的她突然要面临艰难的复诊路。

“疫情暴发，我也不敢冒险出门；不复诊，担心旧病复发。”华山医院互联网医院给朵儿解了困，申请线上复诊后，接诊医师根据她的病情给了她“定心丸”——按原治疗方案开具电子处方，完成在线缴费，药品快递上门。

朵儿不是个案。疫情之初，应对传染病的“阻断”“隔离”要求，让普通患者的就医路变得有点难。以华山医院为例，每年门诊量超360万人次，其中包括本市的慢性病患者逾50万人次。对这群人而

言，新冠的威胁是一种可能性，而慢病“失控”的风险近在眼前。

互联网“解了围”。今年2月27日，华山医院获得首批上海市互联网医院许可，并在3月2日就完成信息系统研发、与医保端口对接等工作，成为上海市首家实现医保在线支付的三级综合互联网医院。由此，只要3个月内有过华山医院的就诊记录、符合慢病相关诊断，就能通过微信公众号“华山医院空中医院”或“复旦大学附属华山医院门诊服务号”，在线选择慢病复诊配药对应科室。医院端经医师、药师双重审核后生成支付、取药订单，患者在线完成医保支付，确认配送地址，即可坐等药品快递到家。

### 更“聪明”的医院，更好服务患者

如今，华山医院有188名医生在日常诊疗任务之外，还有一个新角色——“互联网医院医生”。华山医院的互联网在线医生数在全市排名靠前，规模投入不小。

在互联网上的华山医院，给予大众的体验场景也日益丰富，包括复诊(支持文字、图片等上传交互功能)、配药(复诊配药支持全国配送)、免费的新冠疫情咨询等。在线上预约挂号、在线缴费、在线查询报告等常规服务外，随着复工复产脚步加快，大众还可在线申请核酸付费到检功能，即不用到华山医院挂号开单付费，在线预约申请、在线支付，实现“在家完成预约、到院采样即走、在线查询结果”。今年7月，华山医院还在全市统一规划下实现“无感信用支付”，就医者不用再去窗口排队支付，进一步减少在院逗留时间。

“在线”场景日益丰富，林林总总的服务，到底什么是患者“最渴求的”？华山医院“互联网日报”可窥一斑：在华山医院互联网医院在线问诊总量里，前十名依次是皮肤科、感染科、消化科、神经内科、神经内科运动神经元疾病、内分泌科、心内科、肾病科、神经内科中风专病、神经内科癫痫专病。其中，皮肤科遥遥领先，占据 90% 以上的在线问诊量。

华山医院院长、神经外科专家毛颖教授，每天会在手机上查阅这份“互联网日报”。当下，华山医院的年门急诊量已突破 480 万人次，明年或要突破 500 万人次。在上海，大型三甲医院几乎都在这个数量级。与之相比，线上 1 万多的问诊量为何会引发这名院长的关注？与线下不可同日而语的线上问诊量，看点何在？

“作为医生，起初对互联网医院有抗拒——没看到病人，怎么看病？可疫情来了，一个极为特殊的情况出现，大家没法出门，老人的药断了，互联网医院出现了。目前，它部分解决了问题，即医患先见面，而后复诊，复诊可以摆到互联网医院。等发展到一定程度，互联网医院恐怕不仅仅是慢病复诊，不然仅是‘互联网药房’，而非‘互联网医院’。”在毛颖看来，线上的意义不是看当下的诊疗量，而是看发展空间，互联网医院打破了医院围墙之内的闭环模式，实现线上“突围”，发展空间的翻倍。

“当下，医院动辄每年百万级的门急诊量，老百姓的就医体验如何呢？一个专家不吃不喝不上厕所，很努力地看门诊，半天也就 40-50

个病人，能力就这些，对于上千数量级的患者需求如何对接？”毛颖更喜欢称互联网医院为“智慧医院”，在这个新空间里，打造更“聪明”的医疗体系——医生、患者甚至不用在一个地方，实现跨越千里的远程手术；医生借助手机 App 等工具，实现对慢性病患者的精准管理、远程指导；多院区的医院实现智慧化一体化管理……这并非畅想，均已在华山医院有落地样本。

“这叫数字赋能，应该让患者享受到这个科技红利。”毛颖直陈：更聪明的医院，为的是更好服务患者。

### 技术跑再快，都不能忘了老人忘了病人

“体验度，决定使用率！”互联网势不可挡，毛颖始终关注另一个问题：老人怎么办？看病大部分是老年人，如何教会他们“在线问诊”？

从全市互联网医院的“数据报表”，到华山医院的“互联网日报”，都撕开了一个值得思考的细节。从全市层面看，儿科类在线问诊量遥遥领先，在华山医院，皮肤科在线诊疗量“傲视群科”。这不是偶然，两者联系起来看，有看点。

“多问一个为什么？为什么会有这种情况？相比其他学科，皮肤科是非常适合在线问诊的，上传皮肤图片清晰、自述表达清楚，可以给医生很多信息量；其次很重要的一点是，皮肤科的就医群体很多是年轻人，是互联网一代。同样地，全市儿科类在线问诊量大，是因为家长也多为互联网一代。”毛颖分析。

在华山医院，教会老人使用互联网医院的“课堂”已开课，这对医院来说也是一门新课题。技术跑再快，都不能忘了老人、忘了病人。记者了解到，华山医院互联网医院还在申请二期项目，包括外科的术前检查、术后随访。患者手术前的一些检查预约、科普宣教放在线上，有利于缩短手术等待时间，让患者明白要经历什么样的治疗，也有助于缓解开刀前的焦虑；出院后，伤口疼痛、发痒，可以找谁问？术后随访搬到线上，让患者能与医生团队取得联系。

对这个新生事物，毛颖有期待、更有要求。“‘空中医院’不能‘悬空空转’，必须‘落地’，没有脚、没有根不行。”在他看来，互联网医院初期来看提供了一些便捷的服务，但长期发展必须结合线下，得有强大的医院体系作为支撑、做好引领，有学术内涵的保障，有专业的服务保障等，在此基础上，再围绕如何提升线下医疗服务效率、如何解决患者“痛点”不断开发新服务场景。

[返回目录](#)

## • 医药资讯 •

### 国家医保局下发：耗材带量采购方案

来源：国家医保局

#### 建立预付机制，不低于 30%

12月17日，国家医疗保障局发布《国家组织冠脉支架集中带量采购和使用配套措施的意见》，意见指出，各统筹地区医保部门在医

保基金总额预算管理基础上，建立预付机制。

在医疗机构与中选企业签订采购协议后，医保基金按不低于年度约定采购金额的 30% 预付给医疗机构。

国家将全面实行医用耗材集中带量采购和治理高值医用耗材的决策，积极主动发挥医疗保障部门作用，完善支持、引导、保障措施，推动国家组织冠脉支架集中带量采购(以下简称“冠脉支架集采”)中选结果平稳落地实施，制定本意见。

### **集中采购，患者按中选价格使用**

国家医保局强调：规范平台挂网和配送工作。

冠脉支架集采中选产品按中选价格在各省级医药集中采购平台挂网，医疗机构按中选价格采购，患者按中选价格使用。

对于中选产品以外的冠脉支架，要按照性能与价格相匹配的原则，考虑与中选产品的合理比价关系，引导和鼓励相关企业将价格调整到合理水平。

各省级医保部门要严格落实由中选企业自主选择中选产品配送企业的要求。要加强供需双方对接，确保中选企业与所有协议采购医疗机构建立配送关系，及时配送到位，保障使用。

### **必须按规定回款，全省监控**

国家医保局强调：落实医保基金预付政策。

各统筹地区医保部门要根据中选产品的中选价格、各医疗机构与企业约定的采购产品及数量，测算各中选产品约定采购金额。

在医保基金总额预算管理基础上，建立预付机制，在医疗机构与中选企业签订采购协议后，医保基金按不低于年度约定采购金额的30%预付给医疗机构，并要求医疗机构与企业及时结清货款，结清时间不得超过交货验收合格后次月底。

在落实医疗机构货款支付主体责任的前提下，鼓励医保经办机构或采购机构与企业直接结算。省级医保部门要对预付政策落实和医疗机构回款情况开展监测和督导。

### **以中选价为支付标准，全额纳入医保支付**

国家医保局强调：做好医保支付政策衔接。

冠脉支架集采中选产品以中选价为支付标准，全额纳入医保支付范围，医保基金按规定比例支付。

中选产品以外的冠脉支架属于医保基金支付范围的，各地可根据实际交易价格合理设定医保支付标准高限，患者使用价格超出医保支付标准高限的产品，原则上超出部分由患者自付。

各地应采取措施，两年时间内，逐步调整支付标准，使其不超过最高中选价。应统筹考虑挂网价、患者自付比例和医保支付标准高限的设定，避免患者费用负担增加。

### **医保资金结余部分，医疗机构留用**

国家医保局强调：完善对医疗机构的激励约束机制。

参照国家组织药品集中采购医保资金结余留用有关规定，各省级医保部门要指导统筹地区对冠脉支架集采范围内品种实施医保资金

单列预算管理，医保资金节约部分，经考核按不高于国家组织药品集中采购结余留用的比例由医疗机构结余留用。

开展按病种(病组)等方式付费的地区，在确保患者自付部分完全享受集采降价效果的前提下，首年可不下调相应病种(病组)医保支付标准，以后按规则定期调整病种(病组)医保支付标准。

各种激励方式应做好衔接，避免重复。

### **特殊情况，可按实际调整手术价格**

接受冠脉支架植入手术的外地患者占比大、相关医疗服务项目现行价格明显低于全国中位价格和周边省份价格的省份，可结合当地实际，适当调整冠脉支架植入手术价格。

其他省份按照国家医保局等4部门印发的《关于做好当前医疗服务价格动态调整工作的意见》(医保发〔2019〕79号)要求，加快建立动态调整机制，统筹优化医疗服务价格。

各地医保部门应指导医疗机构完善内部考核办法，将激励政策传导至医务人员，鼓励合理、优先使用中选产品。

### **监督落实，确保完成采购量**

要加强监督落实，确保参加冠脉支架集采的医疗机构按购销合同完成中选产品协议采购量。

协议采购量完成后，仍应优先使用中选品种。各地集中采购机构要加大对线上采购的监控力度，杜绝医疗机构线下采购等不规范采购现象。各地医保部门要按照“每月监测、年度考核”的要求，密切监

测定点医疗机构执行集中采购结果情况，并纳入定点医疗机构协议管理考核。

对采购周期内未按照合同约定完成中选产品采购量的，相应扣减其结余留用资金及下一年度医保费用额度。

各地要深刻认识国家组织冠脉支架集中带量采购和使用的重要意义，进一步增强责任感、使命感，切实加强组织领导，落实好相关配套措施，平稳推进集采结果落地实施。执行中如遇重大问题，要及时向国家医疗保障局报告。

[返回目录](#)

## **创新药上市即准入医保？医药流通回款老大难，医保局这样做！**

来源：药智网

12月23日，国家医保局公开对十三届全国人大三次会议政协委员、两会代表的19份提案与建议作出回复，涉及罕见病、肿瘤早筛、中医药发展、创新药扶持、医药流通回款难等问题一一给予回应；其中涉及最多是关于罕见病的话题。

### **提高罕见病患者用药可及性和负担性，设立专项基金？**

针对罕见病政协委员或两会代表主要提出的问题是加强加快推进罕见病医疗保障、进一步提高罕见病患者用药可及性和负担性。

国家医保局回复，自基本医疗保险制度建立以来，医保部门高度重视罕见病的医疗保障工作，国家层面先后发布了5版医保药品目录，目录内药品数量从1535个增加到2709个。通过调整医保目录，

实现了用药保障范围不断扩大和目录结构的优化，目录中包括了如重组人凝血因子、利鲁唑等罕见病药物和大多数对症治疗的药物。在 2019 年国家医保药品目录调整过程中，新增治疗儿童患者的原发性肉碱缺乏症的左卡尼汀口服溶液，并通过准入谈判将多发性硬化症的特立氟胺片、治疗 C 型尼曼匹克病的麦格司他胶囊以及治疗肺动脉高压的司来帕格片、波生坦片、马昔腾坦片和利奥西呱片等 10 余个罕见病药品纳入了国家医保药品目录，价格明显下降，罕见病患者保障水平明显提升。同时，对于部分价格特别昂贵的特殊罕见病用药，由于远超基金和患者承受能力等原因，无法被纳入基本医保支付范围。

总的来说，符合条件的罕见病药品已基本纳入了基本医疗保险支付范围，并为贫困罕见病患者提供了医疗救助方面的解决渠道。但从基本医保基金承受能力来看，2019 年城乡居民医保人均筹资仅 800 元左右，基本医保难以承受一些特别昂贵的罕见病用药费用。

另外，为做好包括部分罕见病药物在内的谈判药品的配备使用工作，2018 年、2019 年，我局会同人力资源和社会保障部、卫生健康委印发了文件，明确要求医疗机构不得以费用总控、“药占比”和药品品种数量限制等为由影响谈判药品的供应保障。

同时国家鼓励商业保险机构开发与罕见病相关保险产品，提高罕见病患者的健康保障水平，完善罕见病医疗保障体系。目前，有 160 多家保险公司开展了健康保险业务，开发了涵盖疾病保险、医疗保险、护理保险、失能收入损失、医疗意外保险 5 大类、超过 5000 个产品。

在疾病保险方面，目前已有 200 多种重大疾病保险产品将一些罕见病纳入保障范围；在医疗保险方面，多数商业医疗保险产品将罕见病患者医疗费用纳入保障范围，为罕见病患者提供就医费用保障。

对于多名委员提出的“建立罕见病专项基金”的建议，国家医保局回应将加强研究，将积极会同有关部门，探索罕见病用药保障措施，尽力而为、量力而行，逐步提高罕见病患者的保障水平。据了解，一些社会组织已经开展了针对某种特定罕见病的专项慈善活动，如红十字会设立我国首个 0-14 周岁贫困重型再生障碍贫血儿童的专项基金——东方天使基金，截至目前共救助患儿近 300 人，资助总额 700 余万元。

下一步，国家医保局将立足基本医保“保基本”的定位，结合参保人用药需求、医保筹资能力等因素，通过严格的专家评审，逐步将疗效确切、医保基金能够承担的罕见病药物纳入医保支付范围。在此基础上，进一步健全多层次医保体系，发挥慈善组织社会力量在罕见病医疗保障领域的作用，大力推动发展商业健康保险，加强各项保障制度间的衔接，发挥保障合力，切实减轻罕见病患者用药负担，多层次提高参保患者医疗保障水平。

### **创新药获批即无缝对接进入医保？**

全国政协委员、苏州大学附属第一医院血液科主任吴德沛提交了《关于加强对中国“自主知识产权”创新药扶持的提案》，值得提及的是吴德沛在提案中建议，国家医保局应建立“药品获批与医保准入

无缝对接，上市即准入”的政策试点机制，优化医保准入机制，促进创新药品快速可及等创新药进入医保的建议。

国家医保局回复称，医保部门始终高度重视创新药的医保准入工作。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出要立足“保基本”的定位，适应群众基本医疗需求、临床技术进步，调整优化医保目录，将临床价值高、经济性评价优良的药品纳入医保支付范围。为适应临床医药科技的进步和参保人员用药需求的变化，2020年7月国家医保局发布了《基本医疗保险用药管理暂行办法》，对基本医疗保险药品目录的制定、调整、使用、支付等作出了明确规定，国家医保药品目录原则上每年调整一次。国家层面先后发布了5版医保药品目录，目录内药品数量从1535个增加到2709个，并通过谈判将部分近年来上市的临床必需的药品降价纳入目录。目前，“重大新药创制”科技重大专项支持的药品绝大多数已纳入国家药品目录中。

按照党中央、国务院决策部署，国家医保局近期启动了新一轮的医保目录调整工作。根据《2020年国家医保药品目录调整工作方案》(以下简称工作方案)，今年药品目录调整的范围是2020年8月17日(含)前获批上市的药品，明显缩短了创新药进入医保目录的等待周期，同时也让参保人能够尽早用上有更好临床价值的创新药，尽快受益。

另外，国家支持保险业大力发展商业健康保险，目前多数团体补充医疗保险、百万医疗险和防癌险类产品已将部分基本医保目录外的

创新药费用纳入保障范围,还有一些保险公司在研究开发针对特定创新药的保险产品,为人民群众使用创新药提供了便利。

下一步,国家医保局将综合考虑参保人用药需求、负担能力、医保筹资能力等因素,通过严格的专家评审,逐步将疗效确切、医保基金能够承担的创新药纳入医保支付范围。在此基础上,进一步健全多层次医保体系,大力推动发展商业健康保险,充分发挥商业保险风险管理和保障功能的作用,提高参保患者医疗保障水平。

### 促进和保护中医药技术创新发展

中医药发展近年一直是讨论的重点,尤其是在今年新冠疫情期间,中医药在抗疫中发挥了重要的抗疫效果。

国家医保局回复,在制定完善各项基本医疗保险政策的过程中,国家医保局十分注重支持和保护传统中医药。医保部门在制定基本医疗保险药品目录时,始终坚持“中西药并重”的基本原则。按通用名计算,现行国家医保药品目录共收载药品 2709 个,其中西药 1370 种、中成药 1339 种(含民族药 93 个),中成药占比由 2000 年的 40.52% 提高到 2019 年的 49.43%,中西药品种数基本持平。2019 年国家基本医疗保险药品目录调整时,将中药饮片由排除法改为准入法管理,共 892 个有国家标准的中药饮片纳入了医保基金支付范围。此外,地方可按规定增补其他有国家或地方标准的中药饮片。

在医保报销比例方面,从 2008 年卫生统计有关数据看,中医类临床科室(不含中医专科医院)诊疗人次中,58% 发生在基层医疗卫生

机构，多数中医药服务已经享受了报销比例的倾斜政策。有的地区降低中医医院报销起付线，提高中医药服务报销比例；有的地区遴选中医优势病种开展收付费方式改革试点，探索中西医治疗同病同费。

对于部分代表提出的“逐步扩大中药配方颗粒医保覆盖范围”，医保局表示考虑到中药配方颗粒目前处于试点阶段，在管理属性、临床效果等方面，学界和临床实践中还存在一定争议，因而将认真研究意见建议，科学稳妥确定相关支付政策。

下一步，国家医保局将贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》，会同有关部门进一步研究完善对中医药的扶持与促进政策，共同营造支持中医药健康发展的良好环境。

### **解决医药流通企业回款老大难问题**

针对张锋等3位委员提出的《关于解决医药流通企业回款老大难问题的提案》，国家医保局回复继续推进以降低药品和医疗器械综合采购成本为目标的国家谈判降价和GPO模式；“保证及时回款”是降低企业成本，从而降低药价的重要因素，各部门均高度重视，制定实施了一系列政策措施。各省份也相继出台了落实政策的相关细化规定，不断加大对医疗机构货款结算的监督力度，有效保证回款速度。

一方面明确医保部门向医疗机构预付药款。《qi 国家医疗保障局关于国家组织药品集中采购和使用试点医保配套措施的意见》（医保发〔2019〕18号）中明确要求“落实医保基金预付政策。医保经办

机构在试点工作正式启动前，按照不低于专项采购预算的 30%提前预付医疗机构，并要求医疗机构按合同规定与企业及时结算，降低企业财务成本”。

另一方面鼓励医保经办或采购机构与企业直接结算或预付药款。从“4+7”试点实际运行情况来看，“4+7”试点中选产品的 30 天结清率达到 90%以上，医疗机构拖欠药款的问题得到有效缓解。其中，上海、沈阳、大连、成都由医保部门预付货款给生产或者配送企业，厦门由医保部门与配送企业直接结算，其余 6 个试点城市医保基金向医疗机构预付货款。大部分试点城市预付货款比例达到 50%，个别达到 60%。

下一步，国家医保局将按照委员的建议，进一步高度重视医药流通企业回款问题，不断完善药品采购管理配套政策措施，切实减轻企业资金压力。

[返回目录](#)

### • 医保资讯 •

#### 巧用“加减乘除”工作法 答好医保服务“应用题”

来源：数说医保

近年来，广西医保局巧用“加减乘除”工作法，抓重点、攻难点、聚焦点、补短板，为群众提供全方位、全程式、全覆盖的服务，进一步提升了人民群众的医疗保障获得感、幸福感、安全感。

## 一、善用“加法”，提高待遇保障合力

一是加强协作，合力确保应保尽保。会同扶贫部门弄清弄准建档立卡贫困人口底数，做好参保信息标识的及时录入，每月与扶贫部门进行一至二次数据对比，确保人员身份、参保状态等信息同步；税务部门会同医保、扶贫部门做好建档立卡贫困人口保费的征缴入库，做好新增建档立卡贫困人口缴费、缴费错误人员退费重缴等工作，确保完成参保缴费“一个也不能少”的工作任务目标。二是优化服务，创新贫困人口参保缴费。依托各地党委、政府，发挥好驻村工作队和村两委作用，逐一排查建档立卡贫困人口参保、缴费状态；对外出未返乡的建档立卡贫困人口，充分利用“电话办”、“网上办”、“邮寄办”等方式，做好建档立卡贫困人口参保登记、缴费和参保排查工作。三是靶向施策，确保待遇保障落实到位。对政府全额资助参保的建档立卡贫困人口，全部结转纳入到新年度，及时纳入参保人员信息库，并从新年度的1月1日起享受相关医保扶贫待遇，确保不因补助资金未到位而影响待遇享受；对已完成参保缴费的建档立卡贫困人口，确保不因部门间数据传递滞后影响待遇享受；对新增建档立卡贫困人口，确保按规定享受待遇。

## 二、妙用“减法”，优化服务流程减环节

一是依托“互联网+”，力争办事“零上门”。加强信息系统支撑，开通“村医通”设备、网上服务大厅、微信公众号和自助一体机等办理渠道，实现服务事项“网上办、掌上办、即时办”。目前，全

区已有 12884 个行政村安装使用“村医通”设备，占总数的 90.3%，村民“足不出村”即可结算医保费用，享受医保待遇。二是创新便民举措，推进服务“零等待”。新系统实现医保领域政务服务事项全覆盖，实现医疗保障业务独立办理，支持定点医疗机构本地、异地联网刷卡结算，集成“一门受理、后台审核、全险通办”功能，达成医保业务“一门式”服务目标。三是落实便民利民政策，服务群众“零距离”。将医保电子凭证签发与新系统的切换上线同步推进，群众可通过“广西医保”微信公众号、支付宝、微信等渠道申领激活医保电子凭证，可在医院、药店进行扫码结算，并可查询医保个人账户余额、消费记录等信息。目前，全区已有 221 万参保群众激活了医保电子凭证，4362 家定点医疗机构和 6963 家定点药店实现了扫码结算。

### 三、巧用“乘法”，力推提质增效激活力

一是完善异地就医直接结算服务。当前，广西区内异地就医直接结算服务覆盖五大项目、四个医疗服务类别和三类人群；自治区外实现了城镇职工和城乡居民基本医疗保险跨省住院医疗费用直接结算。2015 年、2019 年广西异地就医直接结算人次分别为 2.85 万人次、644.33 万人次，同比增长 226 倍，有效促进了人员的流动和经济社会发展。二是扩大异地定点医疗机构覆盖范围。截至 2020 年 6 月底，全区 12163 家定点医药机构开通异地就医直接结算服务，包括定点医疗机构 2999 家（其中开通跨省直接结算 1840 家）、定点零售药店 9164 家。全区构建异地就医直接结算服务“一张网”，实现自治区-市-

县-乡(镇)-村(社区)五级异地就医直接结算“一卡通”。三是规范高效便民服务。以证明材料最少、办事流程最简、办理时限最短、服务质量最优的“四最”为目标,对服务事项进行了全面梳理和流程再造,打造事项名称、事项编码、办理材料、办理时限、办理环节、服务标准的“六统一”医保服务品牌。编制全区统一的服务事项清单,并录入广西政务服务一体化平台,实现自治区-市-县三级医疗保障经办政务服务事项无差别办理。

#### 四、敢用“除法”,打击欺诈骗保去阻力

一是专项启动“全参与”。4月,广西开展“2020年医保基金监管集中宣传月”活动,充分发挥互联网传播优势,大力营造群众广泛参与的打击欺诈骗保高压舆论氛围。二是扎实宣传“全方位”。线上,通过组织线上有奖知识竞答,把医保基金监管政策设计成群众通俗易懂的小问题,向群众宣传医保基金监管政策,平均每日参与答题超过7000人。线下,同步在发行量较大的纸媒《南国早报》整版宣传医疗保障基金监管政策法规及监管知识,公布了广西各级打击欺诈骗保举报电话,预估纸媒阅读量约为30万人次。三是检查推动“全覆盖”。聚焦各类欺诈骗保行为,通过查过程、查台账、查广度、查深度,对所有定点医药机构和统筹区内查实的违法违规案例进行专项治理检查、交叉抽查和复查,实现了对各类对象的监督检查全覆盖。四是从严处罚“零容忍”。整合医保、卫健、公安、药监等部门相关职能,建立医保联合监管机制,从超标准收费、虚假结算、超医保支付政策

范围、基金稽核等违规行为开展打击欺诈骗保专项行动，维护基金安全。五是全面监管“无死角”。通过设立专项行动投诉举报电话和电子举报信箱，主动开门接受群众监督和举报，鼓励群众积极参与，凡是有举报必严查必落实；依托信息管理系统进行智能化监管，对不同类别医药机构进行数据分析，重点突出以点带面、全面铺开，切实补齐监管短板。

[返回目录](#)

### 医师定期考核要增加医保知识了！

来源：看医界

最近，中国医师协会医保知识医师定期考核委员会在京成立。据“中国医师协会”官方消息，该委员会是“为更好的帮助医师及时了解国家相关政策，根据国家卫生健康委医政医管局要求，经协会批准”而成立的。

有分析称，这一委员会的成立，或许释放一个信号，即：临床医师定期考核内容中将要增加医保知识了！

#### 医保知识医师定期考核委员会的“职责”是什么？

据“中国医师协会”介绍，医保知识医师定期考核委员会成立后将作为国家医疗保障行政部门和卫生健康行政部门与医院、医师之间的桥梁和纽带，及时推进国家最新医保政策及卫生健康相关政策的宣传教育，更好地指导和规范医师临床服务行为和医保经办业务，加强行业自律，提升医保基金的使用效能，从而使医保基金能够惠及更多

的人民群众，促进我国医疗保障制度健康持续发展。

### 医师定期考核的前世今生

1998年6月26日，中华人民共和国第九届全国人民代表大会常务委员会第三次会议修订通过了《中华人民共和国执业医师法》，并决定自1999年5月1日起施行。该法第三十一条规定，受县级以上人民政府卫生行政部门委托的机构或者组织应当按照医师执业标准，对医师的业务水平、工作成绩和职业道德状况进行定期考核。对医师的考核结果，考核机构应当报告准予注册的卫生行政部门备案。对考核不合格的医师，县级以上人民政府卫生行政部门可以责令其暂停执业活动三个月至六个月，并接受培训和继续医学教育。暂停执业活动期满，再次进行考核，对考核合格的，允许其继续执业；对考核不合格的，由县级以上人民政府卫生行政部门注销注册，收回医师执业证书。

由此可见，医师定期考核既是执业医师法赋予卫生行政部门的法定职责，也是避免执业医师“一考定终身”后“不学无术不求进步”的重要手段。

2007年3月，原卫生部制定了《医师定期考核管理办法》。办法规定，医师定期考核每两年为一个周期。卫生部主管全国医师定期考核管理工作。县级以上地方人民政府卫生行政部门主管其负责注册的医师定期考核管理工作。医师定期考核分为执业医师考核和执业助理医师考核。考核类别分为临床、中医(包括中医、民族医、中西医

结合)、口腔和公共卫生。定期考核应当坚持客观、科学、公平、公正、公开原则。

业务水平测评由考核机构负责;工作成绩、职业道德评定由医师所在医疗、预防、保健机构负责,考核机构复核。业务水平测评可以采用以下一种或几种形式:

(一)个人述职;

(二)有关法律、法规、专业知识的考核或考试以及技术操作的考核或考试;

(三)对其本人书写的医学文书的检查;

(四)患者评价和同行评议;

(五)省级卫生行政部门规定的其他形式。

医师定期考核程序分为一般程序与简宜程序。简宜程序为本人书写述职报告,执业注册所在机构签署意见,报考核机构审核。符合下列条件的医师定期考核执行简易程序:

(一)具有5年以上执业经历,考核周期内有良好行为记录的;

(二)具有12年以上执业经历,在考核周期内无不良行为记录的;

(三)省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

其他医师定期考核按照一般程序进行。

此次增设“医保知识医师定期考核委员会”,增加医师定期考核内容,也反映出了在大医保局时代,医生掌握、理解并遵守医保规则变得越来越重要,关乎其是否合法执业。

但值得注意的是，由于医保知识千变万化，各级各类医疗机构应该掌握的医保政策不一样，执行的医保政策有区别，医保政策也在实际运行过程中会不断调整，所以这一新成立的定期考核委员会将如何开展工作，可谓任务艰巨。

同时，也建议探索将医保新政策和各地医保管理规定纳入定点医疗机构准入的前置条件和年度评价，并且与医保医师及相关医疗保险管理人员上岗准入资格挂钩，或许对医生吃透医保知识也会起到更好的促进作用。

[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  
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司  
电话：010-68489858