

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.01.25-2021.01.31

——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，直接跳转具体文章内容。）

· 两会声音 ·

▶ [两会“药”声！医药圈代表、委员如何建言中医药？](#)（来源：中国中医药网）——第 10 页

【提要】中药是中华民族的瑰宝，为造福人民健康作出巨大贡献，特别是新冠肺炎疫情爆发以来，中药彰显特色优势，在这次抗疫防控阻击战中发挥了重要作用，也为全球的疫情防控提供了“中国方案”。但中医药发展目前面临传承不足、创新不够的严峻挑战。如何窥见中医药发展的大势与困惑？如何把握中药发展机遇，乘势而上？重庆市人大代表白礼西：建立统一的中药材质量标准；游洪涛：地方配套跟上国家政策步伐；邹隆琼：出台鼓励经典名方制剂补助政策；刘玉琴：制定符合中医药发展的细则。重庆市政协委员徐晓玉：促进中医药尽快走向国际市场；胡昌华：做好中药种子资源的保护工作……

▶ [医保、就业、脱贫……各地省级两会亮民生成成绩单](#)（来源：中国新闻网）——第 14 页

【提要】连日来，各地省级地方两会陆续开启，刚过去的 2020 年是全面建成小康社会和“十三五”规划收官之年。在各地的政府工作报告中，过去一年和过去五年的发展成绩单占据了重要篇幅，这其中，广西、重庆等地药品价格持续下降，医保参保率不断上升；山西、上海等地保就业稳民生，居民人均可支配收入持续增长；西藏、河南等

地脱贫攻坚目标如期完成，历史性消除绝对贫困……各地的民生成绩单较为亮眼。

▶ [村医参照民办教师管理、设立公卫专员制度……这些两会提案亮了](#)（来源：基层医师公社）——第 17 页

【提要】村医参照民办教师转制、提高基层医院报销比例、设立基层公共卫生专员制度，今年提案亮点很多！对于如何“强基层”，各省人大代表们踊跃建言献策，提供了很多可以看得见、抓得住的突破点。福建陈桂林代表：参照民办教师转制的成功经验、让高水平的医生愿意下基层；江苏薛涛代表：提高基层医院报销比例，扩大服务规模；山西马艳珍代表：在制度、法律层面，为村医提供保证；北京田伟代表：看病药品统一配送到家；湖南省政协常委潘碧灵：强乡镇卫生院环境污染治理……从这些两会提案可以看出，医疗卫生服务体系发展应该是网格化、扁平化、一体化的。在医疗资源分布上，无论是大医院还是基层卫生服务机构，都要根据地区人群的居住区域进行合理设计和规划，要让群众在基层就能找到值得信任的医生。

• 专家观点 •

▶ [专家观点 | 当医保支付方式改革“遇上”医联体，应如何应对？](#)

（来源：中国医疗保险）——第 24 页

【提要】作为我国五项基本医疗卫生制度之一，分级诊疗制度建立完善备受关注。医疗联合体是现阶段助力我国分级诊疗实现的一种可行路径，国家已经全面启动多种形式的医疗联合体建设试点，以期能够

推动医疗资源下沉，改善优质医疗资源过度透支、基层医疗资源闲置问题，使患者能够有序就诊，缓解“看病难”问题。专家表示：医联体通常由三级医院、二级医院以及基层社区医院、村卫生室组成。目的是解决看病难问题，实现“小病在基层、大病到医院、康复回基层”的理想就医格局。目前我国正在推行的医联体有 4 种比较典型的模式：紧密医联体、县域医共体、跨区域专科联盟、远程医疗协作网。而医保对县域医共体建设的参与程度最高，在去年 9 月就和卫健委联合印发了关于县域医共体评判标准和监测指标体系的文件，这将是下一步的工作重点。

▣ [专家观点 | 互联网如何提升医疗服务能力？](#)（来源：新华社）—

—第 31 页

【提要】过去的 2020 年，在应对新冠肺炎疫情的过程中，鼓励各地深化“互联网+”医疗健康服务的政策不断出炉。当前，全国已建成 900 余家互联网医院，还有一部分正在建设中。但同时，从互联网医院分布来看，东部建成的互联网医院有 700 余家，占比近 80%，如何有效引导东部地区的互联网医院为中西部人民群众提供服务，发挥互联网在缩小区域医疗资源差异的积极作用，成为当前发展互联网医疗服务的重要任务。下一步将优化互联网医疗资源布局，统筹区域医疗资源和互联网医疗服务发展，分区域设置国家互联网医疗区域中心，充分发挥国家区域中心的辐射带动能力，进一步推动互联网医疗服务在各区域的均衡发展。同时，通过区域中心汇集各地互联网医院和医

疗服务的相关数据，运用大数据技术对提供互联网医疗服务的医疗机构、医务人员、服务内容、执业行为进行分析，有针对性地引导东部地区优质医疗资源通过互联网方式向中西部分布、向基层下沉，提升医疗服务可及性、均等化。

• 医药电商 •

▶ [缺乏 2B 市场空间：互联网医疗与医药电商日趋融合](#)（来源：Latitude Health）——第 39 页

【提要】从国外市场来看，尤其是实施了医药分开的国家和地区，互联网医疗和医药电商都无需通过扩大到对方的领域来获得发展。但由于医疗服务价格始终在低位且企业没有大规模支付的意愿，互联网医疗在中国无法仅靠服务来做出规模化收入，必须依赖卖药来做大。而医药电商由于在中国同样缺乏 2B 的入口，只能在 2C 端始终围绕着非药品来推动规模增长，但为了扩大规模，也通过互联网医疗来扩大自身在药品的营收，两者在中国日趋融合。

▶ [2020 年总额超 23.8 亿，中国医药电商行业发展现状、挑战及趋势分析](#)（来源：iimedia）——第 43 页

【提要】疫情之下，大健康行业深受资本青睐。根据已公开披露的数据显示，2020 年我国互联网大健康领域共发生 36 起融资，总金额超 131.2 亿元，平均融资额 5.7 亿元。其中，医药电商共发生 10 起融资，融资总额超 23.8 亿元。早在 2019 年，中国医药电商行业发展规模就继续增大，涌现出许多新型零售方式。越来越多医药企业涌入

B2B 主流市场，B2C 市场规模也随着消费者健康意识的提升以及网购消费习惯的固定而得到较大发展；越来越多药企也开始开展 O2O 业务。在 2020 年的疫情下，以药到医、“医+药”发展的模式也受到普遍认可。

• 医院管理 •

▶ [智慧医院这么重要，医院如何做好顶层规划？](#)（来源：筑医台）

——第 48 页

【提要】智慧医院，应该是具有的感知、知识、记忆、理解、联想、逻辑、辨别、计算、分析、文化、中庸、包容、判断、决定等多种能力的医院，通过智慧化建设达到具备能够感知医院各方需求并能够进行思考、分析、探求持续提升智能化服务能力的医院。智慧医院建设规划需要围绕使用者的需求开展。智慧医院的使用者主要包括：医院服务人群、医务技术人员、医院后勤人员、医院管理者、医院外部相关联机构和上级管理部门等 6 方面，因此智慧医院建设规划旨在围绕这 6 个方面的需求，利用人工智能、物联网、大数据和通讯技术等最新科学技术发展成果，帮助这 6 个方面的使用者达成需求目标，并尽可能的提升达成需求目标的效率、质量及获得感。相关科学技术不断的快速发展，智慧医院建设规划需要具有前瞻性，并根据需求变化和技术发展情况不断的调整，以更好的贴近使用者的需求。

▶ [战略先行，数据赋能——医保支付改革下的医院精益管理](#)（来源：

ViewHigh）——第 60 页

【提要】近年来，国家“十四五规划”、公立医院绩效“国考”、“经济管理年”、“DRG/DIP 支付改革”等一系列政策的出台，对公立医院运营管理产生了巨大且深远的影响。医院收入增长趋缓，成本持续刚性增长，运行压力不断攀升……面对新形势，医院需审时度势，积极应对改革新形势。首先要重视医院发展战略的制定，根据需求及时调整战略；其次，要建立医保支付改革下的医院精益管理体系，实现降本增效，提升核心竞争力，助力医院可持续发展。

• 地方动态 •

▶ [互联网诊疗监管平台怎么建？怎么接入？“北京模式”来了](#)（来源：数字医疗）——第 63 页

【提要】在疫情压力下，互联网医院建设速度空前，公立医院大量进场。互联网诊疗紧系民生，其发展需要市场机制作用，也需要完善的监管体制保障其合规性和安全性，各地区也都在积极开展互联网诊疗发展工作、不断完善互联网诊疗监管体系。基于北京地区互联网诊疗监管平台建设经验，首先应明确互联网诊疗监管平台定位，基层医疗卫生机构互联网诊疗的需求，为互联网诊疗提供有力的安全保障。专家表示，虽然目前我国在互联网诊疗建设工作上已经取得了较好成绩，但要想持续加速医疗服务升级、推动医疗健康行业前行，仍有很长的路要走、有很多的事要做。

▶ [持续释放改革红利，事关治病报销！邯郸城乡医保新政出台](#)（来源：邯郸市人力资源和社会保障局）——第 69 页

【提要】新年伊始，邯郸市医疗保障部门连续出台了《邯郸市城乡居民基本医疗保险实施办法(试行)》和《邯郸市城镇职工基本医疗保险实施办法》。在医疗保障基金市级统筹管理背景下，邯郸市着力提高医疗保障治理体系和治理能力建设水平，聚焦破解人民群众“看病难”“看病贵”问题，为保障人民群众健康权益提供政策支撑，初步形成了覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的医疗保障体系，实现了职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费挂钩。

▣ [金华市首创“APG 点数法”，开启医疗机构或医共体门诊医保付费时代](#)（来源：金华市政府新闻办）——第 73 页

【提要】为了进一步规范门诊医疗服务行为，提高医保基金的使用绩效，近期市医保局联合市财政局、市卫生健康委出台了《金华市基本医疗保险门诊付费办法(试行)》，在全域推行门诊“APG 点数法”付费改革。这项改革是 2020 年度金华市社会事业领域重大改革项目，同时也被列入省级试点。下一步，卫健部门将依托县域医共体及城市医联体建设，加强门诊“APG 点数法”付费改革的宣传。统一各医疗机构用药目录，保障医联体内医疗机构用药衔接，规范双向转诊工作流程，优化医疗机构收入结构，不断提升家庭医生签约服务的质量和满意度，提高医疗资源和医保基金使用绩效，加快构建分级诊疗制度体系，满足群众多层次健康需求。

• 医保资讯 •

▣ [2020 盘点：专家回顾 2020 医保政策 看懂 2021 年政策走向!](#)（来

源：药智网) ——第 83 页

【提要】2020 年整个医药行业政策在疫情防控和复工复产中展开，持续深化医药卫生体制改革，医保、医疗、医药三医联动进一步推进。2020 年的医保政策的重要关键词，则是医保支付，而建立管用高效的医保支付机制，DRG 和 DIP 两种支付方式则成为医保支付改革探索的关键。我国 DRG 与 DIP 付费方式改革更好的推进非常有必要。现阶段，国家一直在推动医疗机构机制的转换，从医生愿意多开药开大方药转变成更加愿意开有效的药物，从自身利益出发节省医保资金。2021 年十四五开局之年，新版医保目录实施元年，国家基药目录调整年，药品集中采购全面铺开、常态化机制实行，DRG 和 DIP 付费改革加速度..... 重重变局改革持续，2021 年医药人仍需砥砺前行。

▶ [定点药店与统筹结算 “擦出火花”](#) (来源：医药观察家网) ——第 91 页

【提要】定点药店纳入医保基金统筹结算，这一说法已经不再是天方夜谭。十三届全国人大三次会议第 9327 号建议，就将落实定点零售药店门慢门特医保统筹报销当做提案上报。而近日，国家医保局针对该提案进行了回复，表达了对于零售药店价值的肯定，发展的支持，也罕见地透露了对于零售定点药店纳入统筹结算这一想法的认真思考与尝试计划，让业内人士嗅到了一股不一样的信息，颇感振奋。零售定点药店的春天，真的将要来了吗？

-----本期内容-----

· 两会声音 ·

两会“药”声！医药圈代表、委员如何建言中医药？

来源：中国中医药网

中药是中华民族的瑰宝，为造福人民健康作出巨大贡献，特别是新冠肺炎疫情爆发以来，中药彰显特色优势，在这次疫情防控阻击战中发挥了重要作用，也为全球的疫情防控提供了“中国方案”。

但中医药发展目前面临传承不足、创新不够的严峻挑战。如何窥见中医药发展的大势与困惑？如何把握中药发展机遇，乘势而上？近日，特别邀请重庆医药圈人大代表、政协委员们，对中医药的发展畅所欲言，建言献策。

市人大代表白礼西：

建立统一的中药材质量标准

作为重庆市人大代表、重庆医药行业协会会长，白礼西一直关注重庆本地的特色中医药产业发展，“重庆是国家五大医药的工业基地之一，中药产业特色明显，在全中国的地道中药材里，重庆占据举足轻重的地位，建议重庆“十四五”规划一定要突出重庆的中药优势。”

白礼西认为，在发展特色中药的基础上，重庆的中医药研究单位一定要拿出切实有效的中医药疗效数据，建立统一的中药材质量标准、炮制规范等等。“中医药产业要苦练内功，研发质量上乘、功效

显著的好品种。”

市人大代表游洪涛：

地方配套跟上国家政策步伐

2020年初，新冠疫情爆发，3月初疫情最严重的时候，在荣昌交通还是中断的情况下，华森药业迅速派出了专家组到厂里进行排查，顺利通过复工复产的合规检查，如期提供了国家和人民所需要的抗疫药品和物资。

人大代表、重庆华森制药股份有限公司董事长游洪涛认为，中药在这次疫情阻击战中发挥了中药作用，特别是近年来，国家大力支持中医药的发展，不断出台相关政策保证行业健康有序发展，比如出台药品上市后变更管理办法、中药产品质量指南等政策，还有包括药品质量、生产工艺等方面，制定了很多切实有效的法规，游洪涛说，希望全国各个地方配套尽快跟上国家政策的步伐，达成生产经营一致性高速发展。

市人大代表邹隆琼：

出台鼓励经典名方制剂补助政策

邹隆琼来自于三峡库区腹心、坐落在全国最大的移民生态旅游文化县——云阳县，自小与中医药结下了不解之缘，她明白，要立足于库区中药材特色资源走出重庆，走向世界，还有很长一段路要走，其中就包括传承与创新中医药。

作为重庆市人大代表、重庆三峡云海药业股份有限公司总经理的

邹隆琼认为，必须要建立激励机制，鼓励企业传承精华，促进中药守正创新。比如，推动古代经典名方中药复方制剂研制，鼓励大品种二次开发，制定中药改良型新药研究相关技术要求，运用符合产品特点的新技术、新工艺以及体现临床应用优势和特点的新剂型改进已上市中药大品种。

二是对开展古代经典名方中药复方制剂研制和大品种二次开发的企业，加大补助政策的力度，充分发挥全市各级政府投资基金作用，加大对中医药产业发展的支持力度。

市人大代表刘玉琴：

制定符合中医药发展的细则

新冠疫情爆发以来，大健康产业发展越来越快，中医药更是被提到重要位置，作为人大代表、重庆天致药业股份有限公司总经理，刘玉琴深刻认识到，重庆中医药产业较多、基础雄厚，但还有一些重要的因素影响制约着中医药的发展。

为此，她建议有关部门可以不断收集医药企业的意见和建议，制定符合实际发展情况的细则，不断加强对医药行业的扶持。

市政协委员徐晓玉：

促进中医药尽快走向国际市场

近年来，通过对重庆中药市场的研究与走访，重庆市政协委员、西南大学中药研究所所长徐晓玉掌握了大量的一手资料，她认为中药的颗粒剂、复方制剂是走向国际市场的一项重要手段。

徐晓玉认为，重庆应该创造条件，扶持重庆市的医药企业，加大力度生产中药的颗粒剂、复方制剂。“这不仅仅是为了促使中医药更快走上国际舞台，对于广大患者而言，免煎中药配方颗粒具有现代化的方式，便于保管和储存，使用更加方便、快捷；其次，颗粒制剂更容易扩大生产规模，扶持医药企业形成合力，向更广阔的平台迈进。”

此外，关于川渝两地中药材的互认，徐晓玉认为应该搭乘成渝双城经济圈的政策东风，积极推动川渝两地卫生健康一体化发展，加强两地的中医药学术交流。

市政协委员胡昌华：

做好中药种子资源的保护工作

作为西南大学科技处处长，胡昌华近年来一直关注——如何加强重庆生物医药产业创新发展的创新要素挖掘，以及如何保护中药的种子资源工作，为此西南大学成立了金佛山野外科学观测研究站，研究中药源头保护问题。

作为政协委员，在对中药的保护方面，胡昌华建议做好种子资源的保护工作。“对于医药健康来说，种子的质量，以及种植的环境有非常重要的影响。建议重庆有关部门成立专门的种子资源保护中心，包括一些濒危的药用植物等。”

谈到未来医药产业新业态，他表示，未来可能会通过合成生物学解决未来工厂在生产药品中的问题，这是一种新业态和形式。

结语：中医药的发展，离不开传承与创新，它更是中国走向世界

一种文化展示。一方面，国内制药企业要按照现代化的科技手段让中医药向前发展，要求中医药治疗靶点清楚、作用环节清晰、作用机理明确、药物成分明晰、疗效评价具体；另一方面，要积极推动中医药走向国际市场，在国际“药林”中，施展中国功夫。

[返回目录](#)

医保、就业、脱贫……各地省级两会亮民生成成绩单

来源：中国新闻网

连日来，各地省级地方两会陆续开启，刚过去的 2020 年是全面建成小康社会和“十三五”规划收官之年。在各地的政府工作报告中，过去一年和过去五年的发展成绩单占据了重要篇幅，这其中，就医用药更便宜了、贫困摘帽了、收入更高了……各地的民生成成绩单较为亮眼。

药品价格持续下降

医保参保率不断上升

作为民生领域的一项重要内容，看病难、看病贵问题一直受到民众高度关注。

“1787 种药品价格平均降幅 13.8%。”广西在总结去年保障和改善民生取得成效方面这样说。

此外，在整个“十三五”期间，广西各级卫生机构基础设施全面达标，村村有卫生室、乡乡有卫生院、县县有二级公立医院、市市有三甲医院。医保就医结算村级全覆盖，基本医保参保率 97% 以上。成

功消除疟疾。

河南的卫生体系补短板也在全面提速，儿童和心血管两个国家区域医疗中心正式挂牌，组建紧密型县域医共体 199 个。

而在重庆，社会事业也在全面进步。重庆基本养老、医疗保险参保率稳定在 95%以上，全市公立医疗机构取消药品和耗材加成，基本公共卫生服务人均补助标准提高 85%，人均预期寿命达到 78 岁。

在上海，过去一年，养老金、医保、低保等社保标准进一步提高，残疾人生活补贴、护理补贴制度进一步完善，向困难群众发放价格临时补贴 2.5 亿元。

保就业稳民生

居民人均可支配收入持续增长

就业是最大民生，处在“六稳”“六保”的首要位置，就业稳定，民生才能“托底”。

在山西，过去 5 年，“人人持证、技能社会”建设成效显著，累计培训 350 万人次，192 万农村劳动力实现转移就业，城乡居民人均可支配收入分别增长 8965 元和 4424 元。

“十三五”期间，重庆五年城镇新增就业 362 万人，城乡居民人均可支配收入分别达到 40006 元、16361 元。在受新冠疫情冲击的 2020 年，保居民就业是重庆的重点工作之一，高校毕业生、农民工、退役军人、退捕渔民等则是重点就业群体，全年城镇新增就业 65.6 万人。

面对疫情对就业带来的空前压力，河南帮助 1373 万农民工返岗

复工，多渠道促进重点群体就业，全省就业形势保持总体稳定，新增城镇就业 122.6 万人，农村劳动力转移就业 45.8 万人，高校毕业生实现就业 60.7 万人，新增返乡创业 16.4 万人，带动就业 74.7 万人。

2020 年，上海减税降费超过 2300 亿元，新增就业岗位 57 万个，“六稳”“六保”工作取得积极成效。

广西也在过去的一年里，帮助 8.6 万家企业稳定职工 295.7 万人、返岗复工农民工 1260.1 万人，城镇新增就业 36.52 万人，城镇登记失业率处于 2.77% 的较低水平。

脱贫攻坚目标如期完成

历史性消除绝对贫困

刚刚过去的 2020 年是决胜脱贫攻坚的收官之年，在去年年底，国务院扶贫办已经表示，中国现行标准下农村贫困人口全部脱贫，贫困县全部摘帽，贫困村全部退出，脱贫攻坚目标任务如期全面完成。在今年各省份的政府工作报告中，“脱贫摘帽”自然是各地民生成绩单中的标配。

“全国唯一省级集中连片特困地区整体脱贫”“贫困群众人均纯收入突破 1 万元”“西藏彻底摆脱了束缚千百年的绝对贫困问题！”……西藏的政府工作报告在回顾“十三五”和 2020 年的工作时如此总结。

在河南，去年全省剩余 35.7 万建档立卡贫困人口全部脱贫、贫困村全部出列，贫困地区农村居民人均可支配收入增速高于全省平均

水平 1 个百分点左右。

“十三五”期间，河南 718.6 万建档立卡贫困人口全部脱贫，53 个贫困县全部摘帽，9536 个贫困村全部出列，新时代脱贫攻坚目标任务如期完成。

“我们即将历史性消除绝对贫困和区域性整体贫困！”山西的政府工作报告这样总结，该省 58 个贫困县全部摘帽，7993 个贫困村全部退出，329 万贫困人口全部达到脱贫标准。

在广西，困扰壮乡千百年的绝对贫困问题也历史性地得到解决。广西全区剩余的 24.5 万建档立卡贫困人口、660 个贫困村、8 个贫困县如期脱贫摘帽。

[返回目录](#)

村医参照民办教师管理、设立公卫专员制度……这些两会提案亮了

来源：基层医师公社

村医参照民办教师转制、提高基层医院报销比例、设立基层公共卫生专员制度，今年提案亮点很多！

2021 年 1 月 24—25 日，全国各地纷纷进入万众瞩目的两会时间。对于如何“强基层”，各省人大代表们踊跃建言献策，提供了很多可以看得见、抓得住的突破点。

福建：村医参照民办教师转制

《2019 年我国卫生健康事业发展统计公报》显示，全国乡村医生数量为 84.2 万人。现有村医没有编制，无固定、稳定收入，留不

住年轻的医学毕业生。

对此，莆田市秀屿区南日镇小日村卫生所村医陈桂林提出两点建议：

一、参照民办教师转制的成功经验

一方面要实现乡村医生职业化，建议有关部门参照民办教师转制的成功经验，整合农村基层卫生资源，将乡村医疗机构列入国家正式医疗卫生机构队伍中，将乡村医生列入编制，享受国家规定的同等学力的工龄工资和福利待遇，消除“半农半医”。

二、让高水平的医生愿意下基层

年轻医生在评职称时，必须增加一个条件——拥有多年基层医疗经验，激励更多年轻医生愿意下基层。同时，对于到基层就业的大学生村医，政府部门应当在生活、个人晋升和工资待遇等多个方面给予关爱。

实施定向录取培养，每年确定一定数量的村镇卫生院编制，面向社会公开招录，作为乡镇卫生院的驻村医生，为乡镇医护队伍增添新鲜血液。

江苏：提高基层医院报销比例，扩大服务规模

引导群众就近在基层医院首诊，不能忽视医保报销的杠杆作用，全民医保巩固了医保在“三医联动”中的杠杆调节作用，医保需要合理调节才能给病患基层诊疗提供有力的经济保障。

东南大学附属中大医院胸心外科主任薛涛特别提到，“目前 10%

左右的两级报销差距并不能足够抑制参保人前往更高等级看病就医的需求，应该进一步提高基层医院报销比例，扩大基层医院服务规模。”

“分级治疗的第一环节是基层首诊，把病分成轻、重、急、缓、疑、难，让老百姓自主判断是很难的，就可以交由全科医生去做。促进分级诊疗的全方位落地，关键还是优化医疗资源配置、提升基层医疗水平，让更多人在家门口看得起病、看得好病。”薛涛表示。

山西：在制度、法律层面，为村医提供保证

乡村医生的存在独具中国特色。他们长期扎根农村，行走在田间地头，随着农村卫生体制改革的深入，公共卫生项目逐步增加，乡村医生的任务也越来越重，更不必说疫情之下，基层医疗机构面临着只多不多的任务局面。

对此，山西马艳珍代表发声：

1、要逐步提高乡村医生待遇，突破仅仅依靠上级拨付基本公共卫生服务经费和一般诊疗费的瓶颈。

2、要在制度和法律层面，对乡村医生待遇保障机制予以明确，完善养老保险机制、退岗生活补助、奖惩激励机制等。

对于马艳珍代表的提案，山东青岛对在岗乡村医生社会保障方面提供了实打实的办法。

山东省青岛市发布 2021 年市办实事 10 件 32 项，其中由青岛市卫生健康委承办的完善在岗乡村医生社会保障成为年度重点。

青岛市将进一步完善在岗乡村医生社会保障,在个人自愿的基础上,未达到法定退休年龄的在岗乡村医生可以同所在区市确定的基层医疗卫生机构或人事代理企业等单位签订用工劳动合同,参加企业职工社会保险。

财政对社会保险、公积金的单位缴纳部分进行补助。其中,社会保险费按缴费基数下限标准予以补助;公积金以所在区市上一年度月平均最低工资标准作为缴纳基数,单位和个人各缴纳 5%,单位缴纳部分由财政全额补助。

北京：看病药品统一配送到家

北京积水潭医院首席科学家田伟建议,北京的社区医疗机构要在目前配备全科医生的基础上,逐步推行专科医生进社区。

田伟认为,应该鼓励工作十年以上、自己有意愿分流的专科医生进社区开门诊或者开诊所。“这样既解决了社区看不到专家号的问题,也让大医院人才合理分流。”

社区看病药品统一配送到家

社区医疗机构受空间和医疗条件等因素限制,在备齐备足药品上存在一定困难。不妨建设全市统一的社区医疗机构药品快递中心,长期服药的慢病患者在社区开药后,由这个中心将药快递到家。此举不仅方便患者,而且可以解决社区医疗机构备药不全的问题。

广东：设立基层公共卫生专员制度

如何加强基层公共卫生应急能力?这个问题引起了民主党派的注

意。

这些民主党派指出，广东不少地市都存在专业队伍不足、疾控系统公卫医师配比不达标、传染病防控专业队伍力量严重不足等问题，并提出针对性建议。

在区级卫生部门独立设置应急科

致公党广东省委会在调研中发现，目前各镇街未成立专门的职能部门，统一组织开展基层各项公共卫生监督和服务工作。基层卫生行政管理机制不顺畅，公共卫生服务网络不健全。

致公党广东省委会建议，按国家、省、市卫生健康委应急管理机构设置，在区级卫生健康部门独立设置应急科，明确应急任务，配置专职应急管理工作人员。

在二级以上医院设立独立防保科，在住院床位总数在 100 张以上的医院设立独立具有行政管理职能的医院感染管理部门，通过政府购买服务形式，将以上科室纳入公共卫生服务体系进行统筹建设，规范管理，明确工作要求。

设立突发公共卫生事件应急处置预备资金

农工党广东省委会认为，基层社区应与小区物业、基层卫生医疗机构、派出所建立多方联动机制，并把家庭医生、居委会、民警和民政等各方面力量组织起来形成网格化工作体系，提高疫情追踪精细化程度。同时引导各种行业组织和社会组织与社区建立长期联系、稳定合作机制，整合社会资源对接社区服务。

农工党广东省委会建议，设立突发公共卫生事件应急处置预备资金，纳入财政预算。当辖区发生突发公共卫生事件时，可以及时用该资金支付防控工作费用。分片区建立卫生安全战略物资储备，包括达到万人级别的抗生素、疫苗、解毒剂、诊断试剂、抗流感药品、创伤处置用品、防护面具等。

设立基层公共卫生专员制度，基层公共卫生专员可以针对性地强化基层工作人员公共卫生知识储备和培训演练，提升社区工作人员的应急管理能力和对基层社区整体的疫情防控布置提供专业权威的参考意见。

乡镇医疗机构全部建设发热门诊

民进广东省委会调研发现，粤东粤西粤北的医疗资源过分向大型公立综合医院集中，乡镇卫生院均因各种原因没有设置发热门诊。乡镇卫生院、村卫生室等工作人员配备不足，骨干技术人才流失严重更是常态。

民进广东省委会建议，加大省财政对粤东粤西粤北农村公共卫生领域基础设施建设的投入，促进常态化院感控制和应急物资储备。已建设发热门诊的乡镇医疗机构，按照要求对标完善；未建设发热门诊的乡镇医疗机构，在条件许可的情况下尽快按照“设置要求”完成建设。建设完善具有独立诊室、药房、治疗室和观察室的村卫生室，配备必要的防控设施。

湖南：加强乡镇卫生院环境污染治理

25 日，国家七部委联合印发了《关于推动农村人居环境标准体系建设的指导意见》。文件中指出，卫生健康系统应积极完成分工，与其他有关部门联动配合，构筑新时期的农村人居环境标准体系。

湖南省政协常委、民进省委会主委、省生态环境厅副厅长潘碧灵指出，乡镇卫生院产生的医疗废水垃圾含有大量的细菌和病毒，如不经及时有效处理，将造成严重的环境污染，并有可能成为疫病流行的源头，严重威胁人民身体健康。”

为解决乡镇卫生院环境问题，潘碧灵建议：

1、开展镇卫生院医疗废水垃圾治理全覆盖的专项行动

要将乡镇卫生院医疗废水垃圾处置环保基础设施建设放在十分突出位置，切实加大财政资金投入，尽快完善相关设施，建议开展一次乡镇卫生院医疗废水垃圾治理全覆盖的专项行动，用 1 至 2 年时间解决历史遗留问题。

2、通过科研探寻持续发展的路径

议各相关部门加大对于科研创新的支持力度，寻找没有安全隐患、处理效果稳定、运行操作简单、运营成本低廉、符合乡镇卫生院特点和实际的新技术、新模式，进而有效、可持续地改变乡镇卫生院环境污染问题。

3、引进第三方力量，让专业团队进入

建议推行乡镇卫生院环境综合治理整县发包，财政购买第三方治理服务模式，吸引专业化的第三方环保公司参与建设和运营，提升监

管现代化能力和水平。

从这些两会提案可以看出，医疗卫生服务体系发展应该是网格化、扁平化、一体化的。在医疗资源分布上，无论是大医院还是基层卫生服务机构，都要根据地区人群的居住区域进行合理设计和规划，要让群众在基层就能找到值得信任的医生。

基层医生工作很辛苦，分级诊疗虽然持续推进，但仍面临一些阻碍。优化医疗资源配置，给基层医护人员应有的待遇，让他们安心踏实的完成本职工作，基层医疗机构的内生动力要从基层医护内部点燃。内力足了，外部帮扶才能真正成为“基层首诊”的助推器。

[返回目录](#)

· 专家观点 ·

专家观点 | 当医保支付方式改革“遇上”医联体，应如何应对？

来源：中国医疗保险

作者：国家卫健委卫生发展研究中心卫生政策评价与技术评估研究室
赵琨主任

作为我国五项基本医疗卫生制度之一，分级诊疗制度建立完善备受关注。医疗联合体(简称“医联体”)是现阶段助力我国分级诊疗实现的一种可行路径，国家已经全面启动多种形式的医疗联合体建设试点，以期能够推动医疗资源下沉，改善优质医疗资源过度透支、基层医疗资源闲置问题，使患者能够有序就诊，缓解“看病难”问题。

从国家 2017 年初全面启动多种形式的医联体建设试点以来，医联体建设工作已经开展了近四年。然而从各地实践情况来看，虽然各种形式的医联体试点大有遍地开花、百家争鸣之势，但实际上在分级诊疗方面发挥的作用十分有限：大医院的“虹吸”仍在持续，多数地方三级公立医院人满为患、一床难求的局面没有得到有效缓解，甚至社会依然存在对概念认识不清的情况。

那么，我国医联体建设的问题症结到底在哪里？医保在激发医联体在优化医疗资源配置方面又能发挥哪些作用？围绕这个问题，“中国医疗保险”对国家卫健委卫生发展研究中心卫生政策评价与技术评估研究室赵琨主任开展了一次深入访谈。

问：很多人知道医联体，但并不清楚各种医联体的本质和运行模式，您能否简单介绍一下。

答：单纯从定义上来看，医联体通常由三级医院、二级医院以及基层社区医院、村卫生室组成。目的是解决看病难问题，实现“小病在基层、大病到医院、康复回基层”的理想就医格局。目前我国正在推行的医联体有 4 种比较典型的模式：

第一种叫城市医疗集团或者叫紧密医联体，主要覆盖城市，即以 1 家三级医院为牵头单位，联合若干城市二级医院、康复医院、护理院以及社区卫生服务中心，构建“1+X”医联体。

第二种是县域医共体，主要县级以下的区域，目标是实现“县医院为龙头，乡镇卫生院为枢纽，村卫生室为基础”的县乡一体化管理，

发挥县医院的城乡纽带作用和县域龙头作用。

第三种是跨区域专科联盟，这是一种横向盘活医疗资源的途径，主要是以一所医疗机构特色专科为主，联合其他医疗机构相同专科技术力量，形成区域内若干特色专科中心，提升解决专科重大疾病的救治能力，比如妇科、儿科、肿瘤等专科联盟。

第四种是远程医疗协作网，是由牵头单位与基层、偏远和欠发达地区医疗机构建立远程医疗服务网络，相当于利用信息化手段促进医疗资源纵向流动，提高优质医疗资源在更广范围内的可及性。

问：您认为医联体的本质是什么？

答：讨论医联体的本质，我们就要想一想建立医联体的初衷。其实就像我上面说的，我们是期望医联体能够成为分级诊疗的载体，帮助优化医疗资源的配置，推动实现“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”这样的格局。要实现这个目标，需要把医联体建设成责任共同体、管理共同体、服务共同体、利益共同体。

不过我认为“分级诊疗”这个表述还不够恰当，因为“分级”这个词会给大家留下一种上级、下级医疗机构的概念。我觉得“协同医疗”可能更能表述医联体的本质，实际上一个医联体内的不同医疗机构之间就是“协作”的关系，这种关系建立起来了，就可以像这次疫情防控一样分段包区、实行网格协作管理，把某一区域内人群的疾病预防、甚至是健康管理做好。

问：为什么在有些地方的实践中，医联体似乎并没有发挥其实际

作用，大医院“虹吸”现象仍然十分明显？

答：那是因为没有抓住医联体建设最核心的“利益”问题。

首先是没有做好医疗机构之间的利益关联，核心医院(也就是医联体内的大型综合性医疗机构)和成员医院根本不是同一个利益共同体。表面上看起来大家在一个医联体内了，但是相互之间财务独立、考核独立、医保基金管理独立，实际运行起来还是各干各的。在这种情况下形成的只是松散的医联体，彼此之间只是以医疗服务的互补性为纽带的一种医疗合作形式。

大医院还是只顾着自己做大做强，基层医疗机构怎么运转也和他没什么关系；基层也缺乏有效的考核机制，没有动力接转诊的病人，所以病人基本只会从基层往大医院转，转回基层的很少，“虹吸”问题也就解决不了。

其次是没有做好医疗机构内部的利益分配，医疗机构内部的薪酬分配体系没有跟上，而这也是公立医院改革中最难的一个环节。如果不能从根本上改变医生获取利益的方式，那即使通过建立医联体实现了整体上的医保基金结余，医生，尤其是基层医疗机构的医生也很难从结余中获得分配，这样也就会极大削弱医联体的实施效果。

问：那么如何才能解决这个问题？

答：要解决这种问题，我觉得的关键是要政府“发牌”，通过人事、财务、绩效考核把医联体内大医院和基层医疗机构之间绑定起来，让他们变成一个利益共同体，并且可以通过成立理事会等方式让医联

体内的所有成员能够“共建共享”，这个时候大医院和基层医院的关系就好像“大哥”和“小弟”一样，大家有了共同做大做强的动力。这是一方面。

另一方面是要通过理事会这类内部管理组织制定公平、合理的绩效考核制度，医联体内所有医疗机构应该一视同仁，不能出现因为医疗机构级别不同而导致的绩效分配上的“歧视”，而在这个过程中基层医疗机构的参与尤其重要，因为医联体最主要的目的就是充分发挥基层医疗机构的作用。

有人会质疑这种医联体会把大三甲医院越做越大，那么未来我们会更关注于发挥小的三级医院、二级医院在医联体中的作用。比如我们会重点推进县域医共体的建设，国家卫健委和国家医保局等三部门已经在2020年9月联合印发《关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系(试行)的通知》，共同推进这项工作。

而对于城市中大型的、综合性的三甲医院，会引导它们更多向高精尖的方向发展，搞科研、搞教学、搞研发，致力于罕见病、疑难重症等有医学价值的疾病，解决医学科学攻关的问题。最后这类医院会退出医联体建设，慢慢变成区域医学中心，起到一个区域的辐射作用。

还有一点，现在有人总是用信息化说事，把信息化水平低当成医联体推不动的一个重要阻碍。但我想说关键还在于政府的机制建设，机制打通了，观念一致了，哪怕是开电话会议都能把医联体这件事做起来。至于信息化的问题，慢慢通过市场手段就可以解决了。

问：在这个过程中，医保要做哪些应对和调整？

答：要形成我们所期望的“紧密型医联体”，医保支付方式改革的配合非常重要，既要防止医保基金“安全风险”，又要关注优化基金使用结构、提高使用效率，充分发挥医保基金“强基层”的作用。

医保支付方式里面有一种理念叫“打包支付”或者“捆绑支付”国际上把它叫做 BundledPayment，简单来说就是医保一次性把费用都支付给医疗机构，然后由他们自己来支出，这种支付方式从国际上起源就是为了把大医院和基层医疗单位按照区域捆绑在一起。

实践中，一般会通过一个机构来统筹运作一个区域内的医保基金，根据区域内的人头数量、既往医保基金支出情况等来测算这个区域下一年度的医保资金总量，然后具体的基金支出由医疗机构自己决定。他们要利用这些定额的医保结余完成对区域内人群的健康管理，要能够解决除了疑难重症以外的 90%的病种。如果管理好了，基金有结余就可以留作内部绩效分配；如果没有特殊情况反而超支了，那这部分超支就可能要自己担着。

这种支付方式背后也是有理论基础的，就是利用医保的“经济杠杆”调控医院和医生的医疗行为，因为大量的研究和基础研究，经济杠杆对行为的改变不仅对医疗行业，对各个行业都是最有效的。通过这种打包支付方式，让医联体内的医院共同来管理患者有限的医保资金，最终使老百姓真正受益。

问：那您认为医保支付方式改革应对医联体需要重点关注哪些要

点？

答：前面说的四种模式医联体里，目前医保对县域医共体建设的参与程度最高，在去年9月就和卫健委联合印发了关于县域医共体评判标准和监测指标体系的文件，这将是下一步的工作重点。我觉得医保支付最关键的是要做好两点：总额预算管理和绩效考核。

总额管理方面，要针对医联体的特性科学测算总额。毕竟如果医联体能够高效运行，对医疗资源的配置应该能够实现“1+1>2”的效果，所以理论上医保基金的整体支出也应该比单个医疗机构相加要低，这个金额可以根据实际运行情况不断调整，并可以通过“结余留用”的激励机制引导医联体最大化合理节约医保基金。

绩效考核方面，也有很多问题需要进一步考虑。首先是要明确绩效考核的手段和指标，也就是医保将通过什么方式对医联体的绩效进行评估。我认为这里的“绩效”可以分为“量”和“质”两方面：从“量”的角度，医联体要能够承诺把一定区域内人群的健康管理和疑难重症以外的90%的病种解决好，也就是要有明确的服务量；从“质”的角度，要能够保证医疗服务质量和医疗基金支出的合规，其中医保负责监管医保基金支出的合规性，医疗服务质量则主要由卫生部门负责，再反馈给医保。

医保可以综合这些数据来分析这个医联体究竟有没有起到优化医疗资源配置、提高医保资金使用效率的作用。然后是绩效考核结果的应用，即如何实现基于绩效考核结果的医保基金支付，比如医保要

预留多少资金用于绩效考核的再分配，再如不同级别医疗机构之间的分配比例确定是否需要医保部门参与，等等。

医保部门在这方面肯定要承担比较重要的职能，但具体如何和卫生部门划分权责，如何实现信息共享和协同治理，这些细节层面的问题需要通过试点不断探索其完善，正在试行中的县域医共体建设的评判标准和监测指标体系就可以作为一个很好的试点样本。

其实现在国家医保局已经开始探索区域点数法总额预算管理，我觉得这个导向是非常对的。下一步，希望地方政府要主动承担起责任，真正把一个区域内的医疗机构整合起来，如果全面推开有难度，也可以先在心血管、糖尿病、高血压等常见病上搞试点。再者，希望在试点过程中能够加强对数据的收集、分析和利用，现在我们只能通过历史数据来做试点阶段的测算，但是将来可以通过新产生的数据来不断提高这种支付方式的合理性。

[返回目录](#)

专家观点 | 互联网如何提升医疗服务能力？

来源：新华社

作者：国家卫生健康委医政医管局相关负责人

2020年12月10日，国家卫生健康委、国家医疗保障局、国家中医药管理局三部门联合发布《关于深入推进“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动的通知》，提出进一步聚焦人民群众看病就医的“急难愁盼”问题，持续推动“互联网+医疗健康”便民惠民服务向

纵深发展。

过去的 2020 年，在应对新冠肺炎疫情的过程中，鼓励各地深化“互联网+”医疗健康服务的政策不断出炉。国家卫生健康委协调联动国家有关部门制定出台相关配套政策，动作可谓密集，先后制定出台了互联网医疗规范管理、定价支付、个人信息保护等十余项配套政策。

接下来，如何巩固现有成果？互联网医疗服务有哪些部分还需优化？政策如何引导互联网技术加持下的医疗服务实现公平配置？《瞭望东方周刊》就以上问题专访了国家卫生健康委医政医管局相关负责人。

“云上看病”成现实

《瞭望东方周刊》：改善医疗服务是实施健康中国战略、深化医药卫生体制改革的重要工作内容。从疫情期间的探索来看，互联网技术与医疗服务融合发展助力医疗服务能力建设体现在何处？

答：按照实施健康中国战略的整体部署，针对医疗卫生新形势、新任务，经过深入调查研究，我委连续实施 2015-2017 年、2018-2020 年两个三年的改善医疗服务行动计划，解决人民群众看病就医“堵点、难点”问题，创新医疗服务举措，充分发挥互联网等信息技术在医疗领域的积极作用，及时印发配套文件，推动互联网医疗服务新业态健康发展。近年来，互联网医疗服务得到快速发展，取得了积极成效。

新冠肺炎疫情防控期间，互联网医疗、预约诊疗在应对疫情、满

足人民群众就医需求等方面发挥了积极作用。主要体现在几个方面：

一是流程更便捷。通过不断探索和发展，互联网技术等信息化手段已经成为提升医疗质量和效率，优化区域间医疗资源配置，改善人民就医感受的重要工具。疫情期间，通过不断完善预约诊疗制度，开展分时段精准预约，减少了患者在医院的等候时间，降低了门诊人员密度，成为防控医院感染的一项重要举措。

二是资源更可及。医疗机构通过应用移动医疗 App，让“指尖上的医疗服务”变成现实。通过发展互联网医疗服务，建设互联网医院，让医疗资源向中西部分布，向基层下沉，提升了优质医疗资源的可及性，越来越多的老百姓在“家门口”就能享受大医院的医疗服务，有效满足疫情期间隔离在家患者的医疗需求。

三是服务更智慧。近年来，各医院按照我委印发的智慧医院建设系列文件，不断加强智慧医院建设。疫情期间，定点医院通过患者可视化管理系统、重症患者远程监护系统等手段，更加有效地服务和管理的新冠肺炎患者。通过远程医疗服务手段，对危重患者进行多学科诊疗，有效提高了治愈率，降低了病亡率。

完善监管体系

《瞭望东方周刊》：2020 年上半年，互联网诊疗和互联网医院加速落地，政策体系进一步完善。医疗服务事关人民群众生命健康，政策上对互联网诊疗和互联网医院逐渐合理审慎放开，这一决策过程需要考虑哪些内容？将从哪些方面推动互联网诊疗和互联网医院发

展？

答：新冠肺炎疫情防控期间，互联网医疗服务得到高速发展，部分政策“堵点”也得到疏通。2020年3月，我委联合国家医保部门印发《关于推进新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+”医保服务的指导意见》，明确将“互联网+”医疗服务费用纳入医保支付范围，实现患者常见病、慢性病“互联网+”复诊服务在线医保报销。2020年4月，我委印发《国家卫生健康委办公厅关于进一步推动互联网医疗服务发展和规范管理的通知》，加快互联网医疗服务监管平台建设，对互联网医院实施准入。目前，30个省份建立了互联网医疗服务监管平台，实现了用新手段监管新业态的现代管理模式，为守好医疗质量和安全底线打好了基础。

由于互联网诊疗和互联网医院为线上医疗行为，打破了线下服务的时间、空间等限制，在医疗服务质量、患者信息安全、人员资质等方面存在风险隐患。下一步，我们将制定互联网医疗服务监管细则、服务规范等文件，在保障医疗质量和信息安全的前提下，指导互联网医院提供高质量的互联网医疗服务。在指导各地加快互联网诊疗和互联网医院服务准入的同时，加强对互联网医疗服务的监管，形成更加完善的互联网医疗服务监管体系，提高互联网医院服务的规范化水平。

《瞭望东方周刊》：互联网医疗服务监管的关键之处有哪些？监管标准如何制定？

答：《互联网诊疗管理办法(试行)》《互联网医院管理办法(试行)》，对互联网医疗服务的监管提出明确要求，规定各地开展互联网医院准入前必须建立省级互联网医疗服务监管平台，与互联网医院信息平台对接，实现实时监管。所有医疗机构开展互联网诊疗活动必须全程留痕、可追溯，并向监管部门开放数据接口。重点监管互联网医院的人员、处方、诊疗行为、患者隐私保护和信息安全等内容。将互联网医院纳入当地医疗质量控制体系，相关服务纳入行政部门对实体医疗机构的绩效考核和医疗机构评审，开展线上线下一体化监管，确保医疗质量和医疗安全。

目前，我们正在组织研究更加细化的互联网医疗服务监管文件，从服务人员、执业行为、监管平台基本功能、监管责任等方面，指导各地加强互联网医院监管，同时指导互联网医院规范自身行为，加强自我管理，做好患者隐私保护，保障医疗质量安全、网络安全、信息安全。

提升智慧化服务

《瞭望东方周刊》：目前我们对预约诊疗制度和流程设计有哪些探索，还需要哪些优化？

答：近年来，我们通过改善医疗服务，充分应用信息化技术，不断优化预约诊疗流程，加强门诊号源管理，增强人民群众就医获得感。5年来，三级医院预约诊疗率接近50%，开展精确到30分钟内的分时段预约医院达到3300余家，开展检查检验集中预约的医院数量超过

2600 家，7800 多家医院能够开展门诊移动支付、一站式结算，3680 多家医院提供了智能导医分诊、就诊提醒、检查检验结果推动等服务。通过积极的探索，我们也发现一些需要进一步优化的问题，如有的医院预约诊疗程序设计复杂，注册认证、支付方式等还不够便捷。

新冠肺炎疫情防控期间，智慧医院和互联网医院建设、预约诊疗等改善医疗服务成果，在应对疫情、满足人民群众就医需求等方面发挥了积极作用。为持续巩固疫情防控成果和改善医疗服务，加快推进线上线下一体化的医疗服务新模式，不断增强人民群众就医获得感，2020 年 5 月，我委印发《关于进一步完善预约诊疗制度加强智慧医院建设的通知》，明确二级及以上医院应当普遍建立预约诊疗制度，提供门诊分时段预约、住院预约和择期手术预约，其中分时段预约精确到 30 分钟。开展日间手术的医院应当提供日间手术预约。三级医院还应当提供检查检验集中预约、门诊治疗预约服务。各医院要不断优化预约诊疗流程，避免门诊二次预约导致重复排队的情况，缩短预约后在医院等候时间。加强门诊号源管理，推广实名制预约，推进技术升级避免出现“网络倒号”情况。有条件的医疗机构应当探索提供停放车等延伸服务的预约。

下一步，我们将出台医院智慧管理分级评估的文件，与《电子病历系统功能应用水平分级评价方法及标准(试行)》《医院智慧服务分级评估标准体系(试行)》共同组成“三位一体”的智慧医院建设指导体系，加快推进线上线下一体化的医疗服务新模式，不断增强人民群

众就医获得感。

优化医疗资源布局

《瞭望东方周刊》：2020年8月首届中国互联网医院大会上，国家卫健委发布消息，未来我国将分区域设置互联网医疗服务中心。请问其功能都将包括哪些？如何与不同区域的医疗资源相结合？

答：当前，全国已建成900余家互联网医院，还有一部分正在建设中。但同时，从互联网医院分布来看，东部建成的互联网医院有700余家，占比近80%，如何有效引导东部地区的互联网医院为中西部人民群众提供服务，发挥互联网在缩小区域医疗资源差异的积极作用，成为当前发展互联网医疗服务的重要任务。

下一步，我们将进一步优化互联网医疗资源布局，统筹区域医疗资源和互联网医疗服务发展，分区域设置国家互联网医疗区域中心，充分发挥国家区域中心的辐射带动能力，进一步推动互联网医疗服务在各区域的均衡发展。

同时，通过区域中心汇集各地互联网医院和医疗服务的相关数据，运用大数据技术对提供互联网医疗服务的医疗机构、医务人员、服务内容、执业行为进行分析，有针对性地引导东部地区优质医疗资源通过互联网方式向中西部分布、向基层下沉，提升医疗服务可及性、均等化。

《瞭望东方周刊》：如何推动基层医疗服务与互联网技术的融合发展？

答：互联网技术的发展是提升基层医疗服务能力的重要举措。根据《“健康中国 2030”规划纲要》和《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》等文件，我委先后印发《关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》《远程医疗服务管理规范(试行)》《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》《关于进一步完善预约诊疗制度加强智慧医院建设的通知》等文件，通过运用互联网技术开展预约诊疗、双向转诊、远程医疗等服务，加快实现医疗资源上下贯通、信息互通共享、业务高效协同，积极推动构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗新格局，引导广大患者合理就医。

同时，按照《互联网诊疗管理办法(试行)》文件要求，医疗机构可以根据分级诊疗相关规定，通过互联网等技术开展与其功能定位相适应的互联网诊疗活动。鼓励三级医院在医联体内通过互联网诊疗信息系统向下转诊患者。三级医院应当优先发展与二级医院、基层医疗卫生机构之间的互联网医疗服务，为基层医疗卫生机构开展的互联网诊疗活动提供技术支持。

[返回目录](#)

· 医药电商 ·

缺乏 2B 市场空间：互联网医疗与医药电商日趋融合

来源：Latitude Health

从国外市场来看，尤其是实施了医药分开的国家和地区，互联网医疗和医药电商都无需通过扩大到对方的领域来获得发展。但由于医疗服务价格始终在低位且企业没有大规模支付的意愿，互联网医疗在中国无法仅靠服务来做出规模化收入，必须依赖卖药来做大。而医药电商由于在中国同样缺乏 2B 的入口，只能在 2C 端始终围绕着非药品来推动规模增长，但为了扩大规模，也通过互联网医疗来扩大自身在药品的营收。两者在中国日趋融合。

互联网医疗本质是 2B 的，其分为以医疗机构为核心的业务协同模式和以员工福利模式为核心的第三方平台模式。无论是哪种模式，核心的支付方来自医保、商保和企业，而非个人。而医药电商则较为复杂，主要分为基于医疗机构或药品福利机构 (PBM) 的 2B 模式，以及以 2C 为主的大健康产品销售模式 (非药品为主，药品占比较小)。

互联网医疗的商业模式核心是其可规模化的收入来源，由于医疗服务的主要支付方不是个人自费，而是医保和商保，这从收入来源决定了其本质是 2B。其次，在用户开发上，直接去获得用户还是通过团体来获客是两个完全不同的发展模式。在支付方决定支付限定范围的前提下，个人虽然可以自行采购服务，但用户极为分散且需求随机，无法保证稳定的客户需求，事实上仍然是通过类似企业、商保和医疗

机构等团体来获客。最后，在为用户提供服务的团队上，互联网医疗仍然不得不依靠医疗机构内的医护人员，这导致平台方与医疗机构的冲突，尤其在医生缺乏自由执业的市场环境下，这导致一旦医疗机构也开展类似服务，平台的竞争性处于明显的下风。当然，在医生自由执业的国家，平台方并未受到明显的冲击，但随着医疗机构发展互联网医疗，市场的竞争性大大提升了，这导致本可流入平台的用户更多进入医疗机构，这将在长期削弱平台的可扩展性。

如果从美国市场来看，2020年的疫情虽然大幅推高了TeladocHealth的营收，但如果考虑到其主要收入仍然来自企业的会员费而非实际问诊收入，其增长性将会出现短期向好而长期面临瓶颈。从2020年的数据来看，Teladoc的会员数已经越过5000万，问诊次数从2019年的410万次上升到2020年的1060万次，实际诊次占会员使用率也从2019年的11.3%上升到将近20%。2020年是2019年的2.5倍，这与之前50-100%的增速相比还是非常快的。不过，美国的在职员工数量总计在1.6亿人，Teladoc的会员数量已经占其1/3，由于这一市场还有其他竞争者，Teladoc的营收增长在未来将迎来明显的放缓。

但如果拿这个数据与医疗机构相比，其增长速度和绝对数值都并不高。作为美国最大的医院集团之一，CommonSpirit在2020年完成了超过100万次视频问诊，而在2019年，其视频问诊次数几乎可以忽略不计。而美国三大营利性医院集团的视频问诊数量在2020年也

分别获得了高速增长，仅在第二季度，HCA 就完成了 50 万次，Tenet 完成了 19 万次，CHS 则完成了 23 万次。

从美国市场来看，医疗机构的视频问诊主要来自联邦医保和商保的赔付，而平台方 Teladoc 的收入则主要来自企业和商保赔付。因此，除了员工福利之外，第三方平台主要的收入很难直接从医疗机构获取。而在中国市场，商保一直较小，且以住院赔付为主。医保虽然将互联网医疗纳入赔付，但由于线上医疗的医保额度必须来自线下，而线下医疗机构的医保额度本来就相对紧张，将其与第三方公司进行分配的难度较大，第三方平台来自医疗机构的收入规模较为有限。而且，由于中国线下医疗服务的价格较低，线上医疗服务的价格又不可能比线下更贵，来自服务的收入相对有限，更多的希望来自卖药。

这就迫使互联网医疗向医药电商靠拢。但自从集采之后，院内外药价已经倒挂，而且互联网医疗只能看复诊，主要面向慢病人群，他们对药价的敏感度较高，倾向于留在院内获取药品。未来随着医院自身的互联网医院获得发展，第三方平台的互联网医疗很难真正获得大规模的药品收入，只有去发展消费医疗类的药品和大健康产品才能做出收入规模。

而对于医药电商来说，门诊药品的销售主要场景依旧在院内。虽然，对于医药分开的国家来说，处方药品主要在院外的药店，特别是美国这样高度发达的商保地区，处方主要掌握在 PBM 手中，他们自己做药品邮寄业务，因此美国医药电商的本质还是 2B 的，这也是缺乏

PBM 的亚马逊在医药电商领域无法快速发展的主要原因。

不过，美国仍有 5%的人口没有保险覆盖，这导致其自费药品需求仍有一定市场，这推动了类似 GoodRx 这种模式的发展。但是，GoodRx 本质还是通过 PBM 来获取处方，这导致其处方入口其实还是被控制的，只能成为一个分销的渠道。另外，美国也出现了类似中国这样以大健康产品为核心的医药电商。近日，Hims&Hers 通过 SPAC 模式完成了 IPO，这家公司主要销售男性用药和治疗脱发和其他皮肤疾病的药品，增速较快，2020 年营收达到 1.38 亿美元。由于非处方药的电商早已被亚马逊垄断，Hims 的特色是销售自费的偏向消费医疗的处方药，这与中国市场非常类似，比如部分 2C 端的医药电商公司的真实药品收入中，只有男科是盈利的，其他都是亏损的。

在中国市场，由于医院处方外流的意愿度长期较低，且缺乏 2B 端的处方出口，医药电商的核心仍然是以非药品为主，OTC 也仅占很小的一部分，这导致其需要跨界进入互联网医疗，能为自身创造更多来自院内的药品收入。不过，正如上述分析的，互联网医疗很难通过真实的药品收入来获得规模化，医药电商的跨界发展的核心还是获取消费医疗类的处方，市场依然是以自费为主。当然，医药电商可以通过和药店的 O2O 合作来获取一部分医保收入，但随着门诊统筹的推开和个帐的缩减，线下药店获取医保收入的来源将会面临不确定性。虽然药店也将获得门诊统筹的医保资金，但与原先个帐的滥用相比，门诊统筹的监管将较为严厉，未来增长的主力还是自费。

在缺乏普适性的员工福利覆盖的基础上，互联网医疗很难通过与医院在医保收入上进行分成，更多的只能通过服务自费用户来获得发展。由于医疗服务单价过低，互联网医疗要想获得规模化发展只能去卖药，这与医药电商发生了很大的重合。而医药电商虽然目前仍以非药品为主，但为了扩大营收，也大力通过互联网医疗拓展药品收入，但遇到了与互联网医疗类似的问题，线上卖药很难获得医保报销，最后不得不去发展自费药品。

因此，由于缺乏 2B 的市场空间，互联网医疗与医药电商的界限日趋模糊，未来在 2C 的市场上，两者本质上是一致的，以自费的大健康产品销售为核心业务。

[返回目录](#)

2020 年总额超 23.8 亿，中国医药电商行业发展现状、 挑战及趋势分析

来源：iimedia

疫情之下，大健康行业深受资本青睐。根据已公开披露的数据显示，2020 年我国互联网大健康领域共发生 36 起融资，总金额超 131.2 亿元，平均融资额 5.7 亿元。

其中，医药电商共发生 10 起融资，融资总额超 23.8 亿元，融资方包括 1 药网、上药云健康、医百科技、泉源堂、一块医药、叮当快药、药帮手、药兜网、贝登医疗。

从融资轮次来看，B 轮融资最多，有 4 起；Pre 级、A 轮融资各 2

起;天使轮、C轮融资各1起;而从融资城市来看,北京有3起融资;长沙、南京各有2起融资;上海、广州、成都各有1起融资。

事实上,早在2019年,中国医药电商行业发展规模就继续增大,涌现出许多新型零售方式。越来越多医药企业涌入B2B主流市场,B2C市场规模也随着消费者健康意识的提升以及网购消费习惯的固定而得到较大发展;越来越多药企也开始开展O2O业务。在2020年的疫情下,以药到医、“医+药”发展的模式也受到普遍认可。

2019年中国医药电商发展现状：销售总额

中国医药电商直报企业销售总额(不含A证)自2015年开始迅速增长,2019年中国医药电商直报企业销售总额(不含A证)突破1000亿元。艾媒咨询分析师认为,中国医药电商直报企业销售额(不含A证)将以约17%的年均复合增长率保持增长,预计2021年将接近1400亿元。

2019年中国医药电商发展现状：销售总额 艾媒咨询 iiMedia Research



数据来源:中国商务部,艾媒数据中心 (data.iimedia.cn)

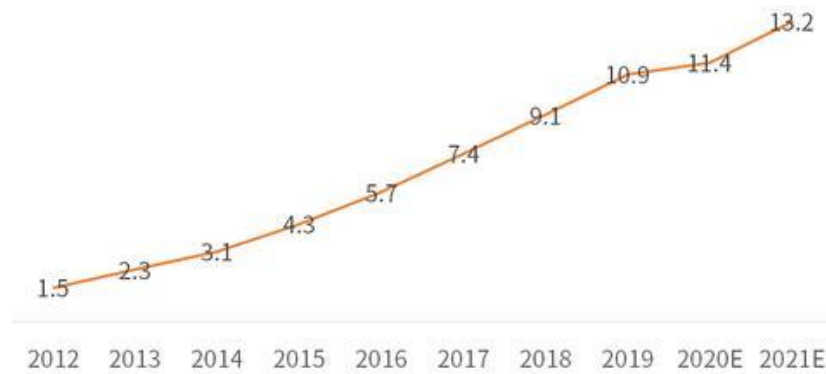
2019 年中国医药电商发展现状：规模占比

随着中国医药电商行业的不断发展，医药电商销售规模占全医药行业销售规模的比例也不断增加。2012 年，医药电商仅占据了 1.5% 的市场份额，到 2019 年占比已突破 10%。艾媒咨询分析师认为，随着消费者行为的改变、互联网医院继续发展，从医到药和从药到医的互相融合，医药电商将进一步展现活力。特别是受到 2020 年的疫情影响，预计 2020 年及 2021 年，中国医药电商销售规模比例会保持超过 10% 的增长率。

2019年中国医药电商发展现状：规模占比



图2-2 2012-2021年中国医药电商销售规模占全医药行业销售规模比例及预测 (%)
Figure2-2 The sales scale of Chinese pharmaceutical e-commerce accounts for the proportion of the whole pharmaceutical industry from 2012 to 2021



数据来源：中国商务部，艾媒数据中心 (data.iimedia.cn)

2020 年中国医药电商发展现状：疫情影响

本次疫情，线上全国覆盖、快速上量的医药电商销售模式再次展现了电商独有的优势与活力。一方面，医药电商满足了足不出户、全国不同地区各不相同的药品购物需求，另一方面，医药电商也大大促进了医药企业的产品动销。但同时，疫情也暴露了 B2B 发展模式的一

些问题，部分 B2B 电商平台效果有限。

2020年中国医药电商发展现状：疫情影响



B2B供应链电商平台效果受限，主要因为由物流在春节期间无法集中配送及大宗商品交易运输周期长。大宗商品交易面对B端企业，供需量大，重量沉，造成了物流运输长运距的特征，运输周期较长。

在疫情期间，消费者受影响均尽量减少出门，同时对疫情防控类药品、保健品等的需求有增无减，不少区域供不应求。跨区域B2C购药与O2O送药上门的优势在疫情期间便显得尤为突出。

随着每日确诊数量的增加，线上渠道订单增长迅速，部分电商企业一月下旬日订单数就增长到以往的近3倍。

在双黄连口服液爆量初期，某医药电商企业的双黄连口服液销售额在一分钟内就突破了五万单。

数据来源：iiMedia Research（艾媒咨询）

2020年中国医药电商发展现状：日活人数

2020 春节期间，受到疫情影响，医药电商日活跃人数较一般时期多，日活人数高峰达 148.21 万人，同比增长率最高达 10.11%，平均增长率 5.44%。艾媒咨询分析师认为，本次疫情在一定程度上刺激了医药电商行业的发展。


2020年中国医药电商发展现状：日活人数





注：统计区间：2020年1月23日-1月30日
数据来源：艾媒北极星统计分析平台

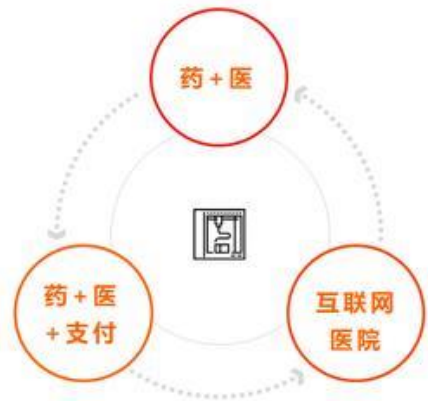
2020 年中国医药电商行业发展趋势：“药+医”模式

2020年中国医药电商行业发展趋势：“药+医”模式

 过去行业发展中，从药到医的发展模式出现，医药电商企业逐渐前溯到在线诊疗服务，打造“药+医”模式成为医药电商提高竞争力的重要模式。

 过去“药+医”模式中，互联网医院、远程诊疗已得到较大认可，2020年，随着网售处方药相关细则的明确，未来市场或在处方药领域展开激烈竞争，互联网医院仍是医药企业布局的重点。

 基于2019年国家医保局印发的《关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》，“互联网+”医疗服务价格将纳入现行医疗服务价格的政策体系统一管理，医+药+支付的闭环有望形成。



数据来源：iiMedia Research（艾媒咨询）

[返回目录](#)

• 医院管理 •

智慧医院这么重要，医院如何做好顶层规划？

来源：筑医台

智慧医院，应该是具有的感知(传感器、物联网)、知识(知识库)、记忆(大数据库)、理解、联想、逻辑、辨别、计算、分析(人工智能，AI)、文化、中庸、包容(容错容灾)、判断、决定(辅助决策)等多种能力的医院，通过智慧化建设达到具备能够感知医院各方需求并能够进行思考、分析、探求持续提升智能化服务能力的医院。主要内容包
括智慧服务、智慧临床、智慧后勤、智慧管理、智慧共享、智慧监管等。

新建医院什么时候开展智慧医院建设顶层规划合适?在一部分人的观念中,新建医院往往是到了内装阶段或更后面才需要开展智慧医院建设规划,但其实不是这样的,新建医院在建筑策划阶段就要开展智慧医院建设顶层规划。

新建大型医院建设项目在取得立项批复后,在开展项目可行性研究的同时,需要推进项目选址用地相关手续办理、概念方案设计(含设计任务书编制及招标)等工作。既往医院建设项目的概念方案设计任务书编制往往没有开展医疗工艺流程规划和功能布局规划,通常在完成概念方案设计后,进行初步设计的时候才考虑医疗工艺规划和功能布局规划。

在既定的概念设计方案里做功能布局规划和医疗工艺规划,这就造成削足适履的情况,往往导致诸多功能缺陷和医疗工艺流程缺陷。



近年来，随着医院医疗工艺规划设计越来越受到重视，以及相关研究工作不断的深入推进，逐渐认识到要真正做好医院方案设计，需要在设计任务书编制的建筑策划阶段，就要开展医疗工艺规划和功能布局规划的初步研究，用比较完善的设计任务书去指导概念方案设计工作，具有十分重要的意义。

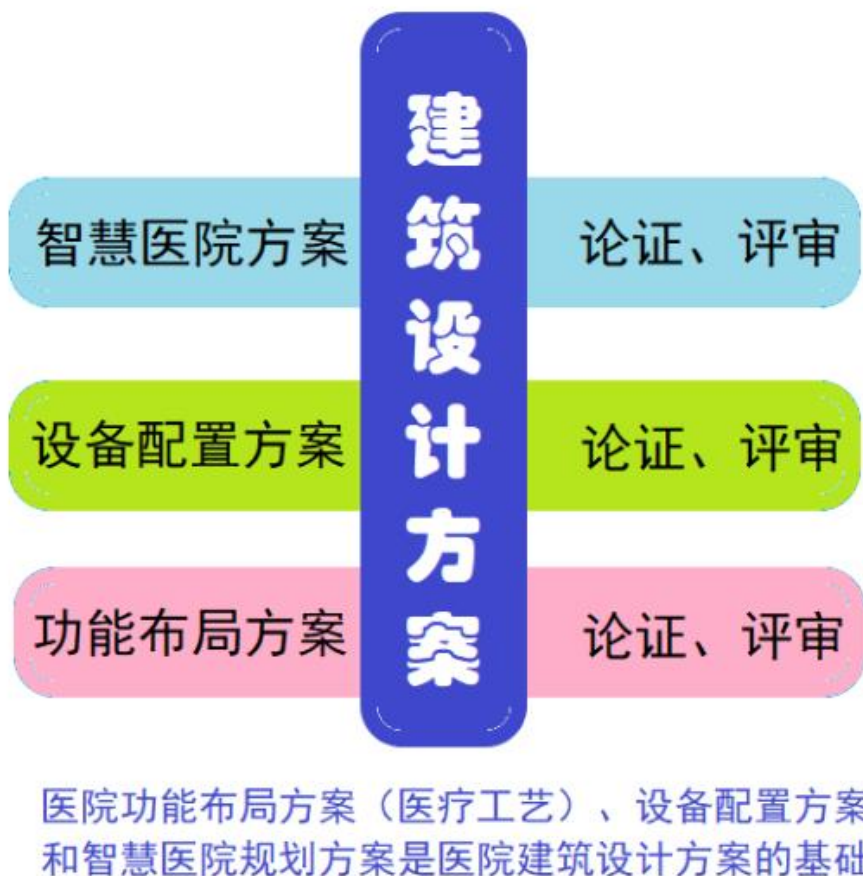
然而大型医院医疗工艺流程规划和功能布局规划，是离不开智慧医院建设顶层规划的，因为智慧医院顶层规划方案会深刻影响医疗工艺流程规划和功能布局规划，甚至带来颠覆性的改变。

例如，传统的医院医疗工艺流程规划和功能布局规划，往往需要考虑较大空间的挂号收费大厅和候诊大厅，以满足大量门诊患者排队等候的需求，但智慧医院建设打造精准预约挂号和线上无现金支付功能后，甚至互联网远程就诊服务进一步推广成熟后，未来的智慧医院门诊患者将减少到医院的次数，大量减少在医院的等候时间，智慧医院将不再需要规划建设较大空间的挂号收费大厅和候诊大厅，甚至不再需要建设挂号收费大厅。

医院功能布局规划方案、设备配置方案和智慧医院建设方案共同构成了医院建筑设计方案的设计基础，并且环环相扣。经调研发现以往诸多医院建筑才竣工就要做很多的改造，究其原因，主要是医院建设项目往往建设周期比较长，往往5年左右，甚至更长，但是医院信息化技术、医学装备和医疗服务业务发展确非常迅速，竣工后发现医院建筑及当初的医疗工艺规划和功能布局规划方案已经不符合现时

的医院业务运营需求了，只能进行改造或留下遗憾。

因此，为了医院建筑能符合 5 年后或更长远的实际需求，需要在建筑策划阶段就要开展智慧医院建设顶层规划，并且智慧医院顶层规划需要具有较长远的前瞻性，需要考虑 5-10 年后的技术发展趋势。



01 整体架构

综合考虑智慧医院建设技术发展的态势，新建医院的智慧医院建设顶层规划方案，在构建一个智慧医院核心集成平台和人工智能运算核心的基础上，根据服务对象的不同可以划分为 6 大功能需求板块，包括：

面向群众的智慧服务、面向医护的智慧医疗、面向后勤的智慧后

勤、面向行政管理的智慧管理、面向行业的智慧共享和面向政府的智慧数据(或智慧监管)。



这6大功能需求板块不是截然分开的，而是相互紧密关联的，甚至是相互交叉的。例如科研管理服务系统，既面向行政，也面向医护，教学培训系统，既包含在智慧医疗中，也包括在智慧管理中。

02 智慧医院核心集成平台

我国医院信息化建设经历了逐步完善的发展过程，过程中经常遇到后建软件系统和既往软件系统数据标准不一致导致难以集成，经常形成信息孤岛，而每个医院间的数据标准造成了难以互联互通，一度成为医院信息化建设过程中的常见难题。

建设统一数据标准的集成平台和提升各个医院信息系统数据的

互联互通成为很多医院信息化建设的重点内容，耗费了大量的资源。

因此，新建医院的智慧医院建设规划最关键的就是从一开始就规划构建标准化的智慧医院核心集成平台，将智慧服务、智慧医疗、智慧后勤、智慧管理等等医院内众多业务应用系统通过服务总线进行流程和数据的整合，构建完整统一的数据中心，通过统一的门户进行实时汇总，成为医院不同业务系统之间实现统一集成、资源整合、高效运转的平台载体，实现医院内所有系统全面互联互通、数据信息统一标准化、无障碍交换共享和检索查询功能，成为医院与外部实现数据共享和互联互通的基础。

智慧医院集成平台必须满足以下要求：满足国家相关标准化评审和互联互通测评等级认证的要求；可实现一体化的系统管理；满足医院快速配置个性化服务的需求；方便各类业务系统快速接入的兼容性和可拓展性。

03 人工智能处理核心

人工智能的三大核心是大数据、算法和超级计算。

大数据：大数据是让计算机获得智能的钥匙，大数据有三大特征：体量大、多维度、全面性，海量的数据有赖于基于各种智能算法的软件系统进行智能采集。

算法：医院大量的软件系统的基础就是各种算法模型。当前机器学习算法是搜索引擎、语音识别技术、自然语言处理、图像识别、推荐系统、专家系统和无人驾驶技术等人工智能应用领域的基础算法。

超级计算：有了大数据和先进的算法，还得有处理大数据和执行先进算法的能力，每个聪明的人工智能系统背后都有一套强大的硬件系统。云计算作为一种基于因特网的超级计算模式，可将成千上万台电脑和服务器连接成一片电脑云，计算能力堪比超级计算机。

大数据、算法、超级计算三者相辅相成、相互依赖、相互促进，共同推动人工智能向前发展，引领智慧医院建设的未来！因此智慧医院建设规划必须构建具备大数据存储、先进算法和超级计算能力的人工智能处理核心。

04 面向群众的智慧服务板块

面向群众的智慧服务板块，需要充分利用人工智能、物联网、大数据和通信技术发展的最新成果，搭建高度智能化的覆盖全生命周期的诊前、诊中、诊后及门诊、住院、保健全过程服务和线上线下一体化服务的智慧医疗健康服务系统板块。建设要点如下图：



医家之言 面向群众（智慧服务）建设要点



05 面向医护的智慧医疗板块

面向医护等医院技术人员的智慧服务板块，充分发挥人工智能、物联网、大数据和通信技术的作用，搭建高度智能化的医疗、教学培训和科研服务系统板块，帮助医护等医院技术人员提升工作效率，替代部分工作量，提升医疗服务质量和安全水平，提升学术技术和科研能力水平。

医家之言 面向医护（智慧医疗）建设要点



06 面向后勤的智慧后勤板块

经过对医院后勤服务工作的全面梳理，可以划分为采购供应、膳食生活服务、环境卫生、临床支持、安全管理和运维修缮施工等6个工作板块(详见：调研+实战|医院后勤一体化、社会化和智慧化综合改革改什么?如何改?)。因此，医院的智慧后勤系统板块规划方案主要对于6个工作板块建设的6大功能系统和一个在BIM基础构建的医院后勤一体化智能化管理平台系统。6大功能系统不是截然分开的而是相互紧密关联的甚至是相互交叉、环环相扣。



07 面向行政和运营管理的智慧管理板块

智慧行政管理，包括医疗管理系统、智慧办公系统、人力资源管理、财务和绩效管理、教学培训、科研管理等方面的数字化智慧化管理系统。最重要的是智慧医院医疗管理系统和运营管理系统。

医疗管理系统主要是对医疗服务、医疗质量、医疗安全和院内感染控制等实现全面、全程的智慧化管理的各种软件模块，实现医疗核

心制度执行落实情况的在线实时监控和智能化管理。

智慧运营管理系统主要包括医院运行数据智能监测系统、智能辅助决策系统、智能绩效管理系统、智能人事管理系统等等。

面向行政（智慧管理）建设要点



AI 时代，可使用人工智能学习和运算技术，对智慧医院门户、智慧医疗系统、智慧后勤的各种运营数据进行实时的智能化监测和深度挖掘分析，让管理者可以及时快捷地获得精确的数据信息及科学的智能分析报告，以辅助管理决策，全面提升医院的医疗质量和经济社会效益。

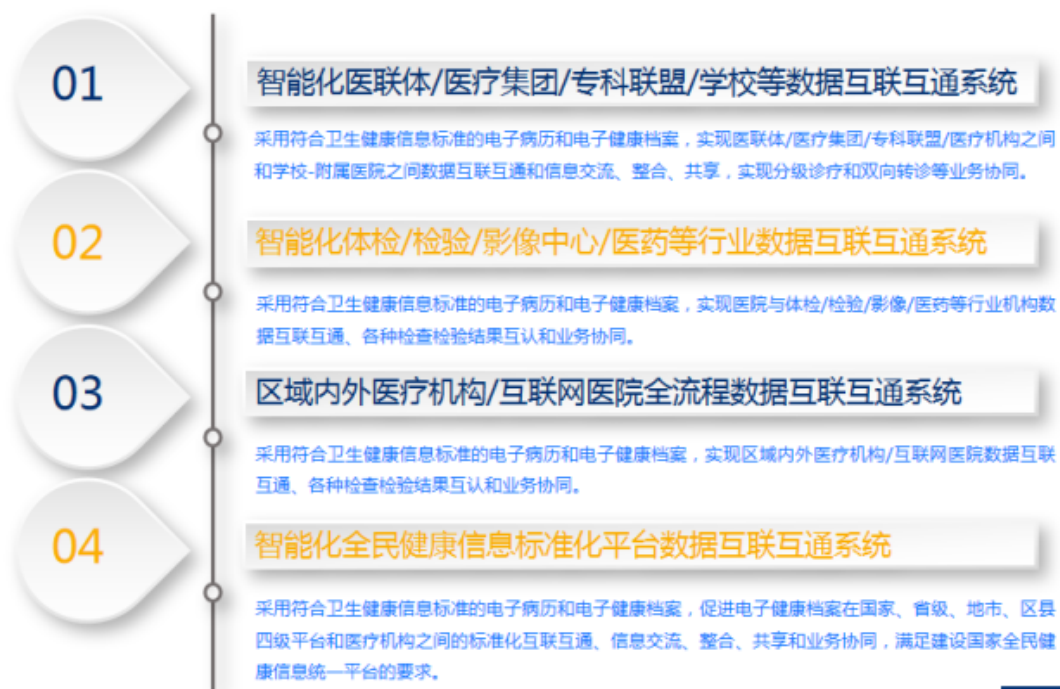
此外，可以通过医疗信息系统大数据挖掘，开展医学研究和循证医学研究，提升医院的科研学术水平。

08 面向医疗卫生行业的智慧共享板块

2018 年起，国家卫健委先后发布《关于进一步推进以电子病历

为核心的医疗机构信息化建设的通知》（国卫办医发〔2018〕20号）、《区域全民健康信息互联互通标准化成熟度测评方案(2020年版)》和《病院信息互联互通标准化成熟度测评方案(2020年版)》等相关政策文件，持续推进卫生健康信息标准的制定和实施，提高跨机构、跨地域健康诊疗信息交互共享和医疗服务协同水平。

面向行业（智慧共享）建设要点



智慧医院建设规划需要根据国家要求规划建设以符合卫生健康信息统一标准的电子病历和电子健康档案，实现电子健康档案在医疗机构之间的信息交换、整合、共享和业务协同，实现国家、省级、地市、区县四级区域全民健康信息标准化平台互联互通，并通过平台实现区域全民健康信息资源整合，提供切实有效且更加丰富的协同就医、智能监管、决策分析、惠民利民等标准互联互通应用服务。

09 面向政府及公共卫生管理的智慧数据板块

通过建设卫生健康信息标准化的智慧医院集成平台，能够智能化的按政府及卫生主管部门、公共卫生机构和医疗保险等相关部门智慧监管、疫情防控、卫生健康和社会保障政策制定等所需，智能化报送标准化的数据信息，提供智能化的大数据服务。

面向政府（智慧数据）建设要点



例如实现医疗卫生机构疫情相关核心信息快速智能化自动推送，协助政府和公共卫生机构构建完善的智能化传染病监测体系。可以为政府提供及时全面的医疗资源配置运行数据，为政府及时准确作出决策及制定卫生相关政策，甚至调整国家发展战略提供翔实的依据。

任何事物只有迎合使用者的需求才能得到更快速的发展，智慧医院建设规划需要围绕使用者的需求开展。智慧医院的使用者主要包括：医院服务人群、医务技术人员、医院后勤人员、医院管理者、医院外部相关机构和上级管理部门等 6 方面，因此智慧医院建设规划旨在围绕这 6 个方面的需求，利用人工智能、物联网、大数据和通讯技术等最新科学技术发展成果，帮助这 6 个方面的使用者达成需求目标，并尽可能的提升达成需求目标的效率、质量及获得感。相关科学技术不断的快速发展，智慧医院建设规划需要具有前瞻性，并根据需求变化和技术发展情况不断的调整，以更好的贴近使用者的需求。

[返回目录](#)

战略先行，数据赋能——医保支付改革下的医院精益管理

来源：ViewHigh

近年来，国家“十四五规划”、公立医院绩效“国考”、“经济管理年”、“DRG/DIP 支付改革”等一系列政策的出台，对公立医院运营管理产生了巨大且深远的影响。医院收入增长趋缓，成本持续刚性增长，运行压力不断攀升……面对新形势，医院需审时度势，积极应对改革新形势。首先要重视医院发展战略的制定，根据需求及时调整战略；其次，要建立医保支付改革下的医院精益管理体系，实现降本增效，提升核心竞争力，助力医院可持续发展。

医保支付改革下的医院精益管理

支付改革的价值引导下，医院应从医疗服务品质和医院运营效率

两个维度发力，提升八大关键运营能力，以实现治疗效率和运行效率的平衡。与此同时，支付改革下的精益管理要着重病案质控、精益成本管理、专病精益管理等层面的管理。

在病案质控层面，要确保其核心——ICD 编码的真实和准确。支付改革下，病案已经从单纯记录医疗行为的资料变成绩效管理依据、病种能力依据、医生能力排名依据和从医保结算的资金依据。因此要充分发挥病案价值，将病案质量控制重要性提升到新的高度。而智能编码能够提升编码准确性和效率，助力病案质控。

在医院成本管理层面，要以“算清楚、定标准、控制好、合理化”为精益成本管理核心思想，实现专科运营发展、病种结构优化、支付方式改革等价值创造。“算清楚”即算清 DRG 成本，清晰 DRG 病组的真实资源消耗；“定标准”指降低成本需要有合理的标准，即要有量的标准也要有钱的标准；“控制好”是通过制度、沟通、培训、审批考核等管理手段控制好执行过程；“合理化”即降低成本要同时保证医疗服务质量，而提高效率是降低成本有效手段。

此外，建立从科室成本到项目成本再到 DRG/DIP 成本的成本核算工作路径。以会计核算的数据为基础，按成本控制对象归集分配各项成本和费用，实现财务核算与成本核算的并轨，保证了财务核算与成本核算结果的一致性，通过院级、科室级、作业级、项目级等多级成本恒等关系，保证了成本数据的准确性，形成了完整的成本核算体系。

在专病精益管理层面，DRG 作为医疗标准化管理工具，能够促进

医疗各方协同控制医疗费用的合理使用，有效控制费用的过快增长。支付方式改革下，专病精益管理就是要匹配不同情况患者医疗效果与费率需求，达成优化资源消耗和提高临床效率的目标。首先，实现诊前评估、过程医疗资源优化、诊后评价的病例全生命周期运营管理；其次，以 DRG 病组或病种为维度，将临床管理与运营管理进行结合，能够实现医疗质量和成本效益平衡。临床路径原来由专家制定，而现在 DRG 用数据驱动临床路径的形成，能够管理医疗行为，也意味着用数据驱动临床路径的优化，同时也是保障医疗安全和医疗质量的重要手段。

深度整合信息资源，赋能医疗精益管理

随着国家、主管部门考核的深入，对于医院管理者的精益管理要求越来越严格。精益管理的根本是成本管理，市场化竞争的核心是成本竞争。因此，合理控制成本成为新时期医院生存和发展的关键。与此同时，大数据已经成为医院发展的重要战略资源，是医院控制成本、提升精益管理能力和水平，实现“价值医疗”的关键性资源。

医院运营数据中心(ODR)的建立，可以有效地解决当前医院信息孤岛问题，连通财务管理、物资管理、人力资源管理 etc 系统中的成本运营数据，并实现前端临床数据、后端运营数据的全面打通。

医院运营数据中心的最大价值是将所有的医疗数据、运营数据、库存数据、资金数据等都放到一个数据中心，实现信息资源的深度整合，并通过建模实现运营指标分析与评价，为医院管理者的科学决策

提供依据，从而强化医院实现精益化管理水平，实现运营效率和质量
的提升，助力医院可持续发展和“价值医疗”的实现。

[返回目录](#)

· 地方动态 ·

互联网诊疗监管平台怎么建？怎么接入？“北京模式”来了

来源：数字医疗

在疫情压力下，互联网医院建设速度空前，公立医院大量进场。
据统计，2020年互联网医院领域总共出台56条政策，为推动互联网
医疗发展提供了有力推动。互联网诊疗紧系民生，其发展需要市场机
制作用，也需要完善的监管体制保障其合规性和安全性，各地区也都在
积极开展互联网诊疗发展工作、不断完善互联网诊疗监管体系。

在北京地区开展互联网诊疗服务方式准入审核即将满一年之际，北
京市卫生健康委信息中心信息化建设部主任单既桢围绕“北京地区互
联网诊疗监管平台建设思路与进展”主题，在“2020科技兴医转型
与发展研讨会”上发表了精彩演讲，为互联网医院发展与监管工作的
开展提供了极具参考价值的宝贵借鉴。

推动互联网诊疗发展，高效监管是关键

政策的大力推动无疑为互联网诊疗的发展注入了一针强心剂，同
时也为互联网诊疗这种新兴医疗模式的发展指明了方向。单既桢主任
在演讲中列举了《互联网医院管理办法(试行)》中的两项重要内容：

第六条：实施互联网医院准入前，省级卫生健康行政部门应当建立省级互联网医疗服务监管平台，与互联网医院信息平台对接，实现实时监管；

第二十四条：医疗机构应当加强互联网诊疗活动管理，建立完善相关管理制度、服务流程，保证互联网诊疗活动全程留痕、可追溯，并向监管部门开放数据接口。在国家发布该文件之后，北京地区对其中“开展互联网诊疗管理服务的所需要提交的审批文件”内容进一步细化并进行了转发，同时要求前期已经开展过互联网诊疗服务的医院在该文件发布的 30 天之内重新提交审批登记。单既桢主任表示，北京地区细化、转发文件时，互联网诊疗监管平台尚在筹备立项阶段，目前该监管平台技术上已建设完成，基本情况如下，互联网医院准入的具体要求以实际印发文件为准。

“北京模式”下的互联网诊疗监管平台建设

北京的监管平台是如何建设的？单既桢主任从建设内容、平台功能、总体架构、接入方式、数据来源、监管方式等多个方面进行了详尽介绍。

01 建设内容

按照国家委托及试点要求，升级已建的医政医管电子化注册平台，实现机构、医师、护士电子证照、救护车及医疗广告等医疗资源的管理；建设医疗服务与执业监管平台。实现互联网医院审批及互联网诊疗的实时动态监管；建设医疗服务与执业监管平台。建设医疗服

务、诊疗行为等信息的采集系统及数据展示系统。实现对实体医疗机构医疗资源与医疗服务的监管。

02 平台主要功能

单既桢主任介绍说，北京市互联网医疗服务监管是北京市医疗服务管理与执业监管平台的功能之一，其主要功能包括：

建立医疗服务管理和执业监管核心指标体系，通过医疗服务监管平台实现监管指标数据的汇总、展示和监测，实现对互联网诊疗、实体医疗机构医疗资源与医疗服务的监管；

建立互联网医院标准数据采集接口，通过对互联网医院、互联网诊疗的诊疗信息以及医疗资源等信息的实时采集，实现互联网医疗服务有关数据的展现、监测和统计报表，实现对互联网医疗服务的实时监管。

03 平台架构

北京市医疗服务与执业监管平台总体技术架构组成可抽象的分为五层，分别为用户层、业务应用层、数据资源层、网络层和系统支撑层；

从逻辑关系来看，平台架构分为四层，其中基础数据库为监管平台提供数据支撑，经过处理和分析的数据归集到医疗服务与执业监管数据库中，通过数据提供服务为大数据展示平台提供数据。

平台建起来后，怎么接入？如何监管？

平台建设完成后，互联网医院的接入方式和监管模式是让平台发

挥最大效用的关键。对此，单既桢主任进行了详尽介绍。

01 怎么接入

互联网医院接入的流程可以分为互联网医院设置、信息系统对接、互联网医院注册三步，具体流程如下：

■STEP1：若医疗机构具备申请互联网医院的资质，可以在平台发起申请设置，系统会下发一个 ID 作为信息系统接入的令牌；

■STEP2：互联网机构凭借上述令牌，按接入平台的工作流程完成机构、人员和医疗数据三方面信息的采集对接。对接成功后经审查通过，进入下一注册环节；

■STEP3：完成信息系统对接后，互联网医院可以按相关要求提交材料进行正式注册审批。

单既桢主任强调说，在接入过程中，应注意两点：第一方面要注意网络的选择。按照卫健委和经信局的要求，北京地区公立医疗机构申请互联网诊疗服务或互联网医院，推荐首选政务网，对于民办医疗机构没有上述条件的，可通过互联网+VPN的方式接入进来；第二方面则要注意指标的对照和程序的开发。数据上传程序应实现“当一次互联网诊疗结束时，将诊疗数据通过调用接口实时上传至监管平台”的功能。至于如何定义“一次互联网治疗结束”，考虑到不同医院情况不同，经前期与业务部门及专家一系列的研究和讨论，我们决定将定义“一次互联网诊疗服务结束”的权限放到医院，由医疗机构来自主决定。

02 如何监管

互联网医院接入平台后，按照国家要求，医疗服务与执业监管平台对于医疗机构的数据监管可以分为两个类别。其中，互联网医院数据监管包含诊疗信息、人力信息和机构信息三部分；实体医院数据监管则包括统计平台上的统计信息、机构信息、人员信息，电子病历系统上的住院信息和门诊信息，以及绩效平台上的绩效信息几部分。

演讲中，单既桢主任还对监管指标体系进行了介绍。她表示，“互联网医院不良积分规则及分类”可以分为资质类、运行类和监管类三部分，其中，资质类包括了对互联网医院资质及医师资质的监管；运行类包含了对诊疗行为、风险提示和上报延迟的监管；监管类包括对处方和毒麻药品的监管。

据悉，目前通过互联网诊疗审批的 8 家医院已经完成了试点接入，试点上传的数据包括：医院信息、患者基本信息、患者互联网诊疗就诊信息(就诊的基本信息、就诊原因、医嘱明细、费用明细等)。目前全市共有 82 家(不完全统计)医院互联网诊疗服务已通过审核，并正在陆续开展监管平台的接入工作。

监管平台建设需“明定位、懂需求、保安全”

基于北京地区互联网诊疗监管平台建设经验，单既桢主任分享了三点思考：

01 明确互联网诊疗监管平台定位

互联网诊疗服务监管应以医院为主体，市区两级卫健委不应越俎

代庖；

系统设计了医院端入口，院方可自主登录对本院互联网诊疗服务开展情况进行查看；

互联网监管平台未来的发展是否可考虑除监管外，适当提供一些服务，这样一来，发展条件好的医院可以自行接入，而条件较差的医院则可以“拎包入住”。

02 基层医疗卫生机构互联网诊疗的需求

据悉，目前开展互联网诊疗的机构多为三级医疗机构或医院，而对于互联网诊疗服务支持的复诊服务，恰恰是社区卫生服务中心等基层医疗机构所日常提供的服务。因此，未来是否应考虑基层医疗卫生机构在互联网诊疗服务方面的需求。

03 为互联网诊疗提供有力的安全保障

长期以来，安全保障一直是医疗服务发展的前提。互联网诊疗服务的开展，打破了医院系统的围墙，安全风险急剧上升，因此，在发展互联网诊疗这项新型医疗服务模式的同时，如何大力推动等保、电子签名等工作的实施，加强对患者隐私信息的保护，切实保障医疗数据的安全，也是重中之重。单既桢主任表示，虽然目前我国在互联网诊疗建设工作上已经取得了较好成绩，但要想持续加速医疗服务升级、推动医疗健康行业前行，仍有很长的路要走、有很多的事要做。

[返回目录](#)

持续释放改革红利，事关治病报销！邯郸城乡医保新政出台

来源：邯郸市人力资源和社会保障局

新年伊始，邯郸市医疗保障部门连续出台了《邯郸市城乡居民基本医疗保险实施办法(试行)》和《邯郸市城镇职工基本医疗保险实施办法》。在医疗保障基金市级统筹管理背景下，邯郸市着力提高医疗保障治理体系和治理能力建设水平，聚焦破解人民群众“看病难”“看病贵”问题，为保障人民群众健康权益提供政策支撑，初步形成了覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的医疗保障体系，实现了职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费挂钩。

城乡参保居民在医疗保障待遇方面变化？

一是调整了定点医疗机构住院起付线和报销比例。

各级定点医疗机构住院起付线为：乡镇卫生院、社区卫生服务中心 100 元；一级定点医疗机构 400 元；县级二级定点医疗机构起付线 500 元，主城区二级定点医疗机构起付线 800 元。一级中医(中西医)定点医疗机构起付线 100 元，二级中医(中西医)定点医疗机构 400 元，县级三级中医(中西医)定点医疗机构 500 元，市级中医(中西医)定点医疗机构 800 元。

参保人员住院发生的医保目录内医疗费用，统筹基金支付比例为：一级及以下定点医疗机构 90%；二级定点医疗机构 80%；三级定点医疗机构 65%。

参保人员年度内第一次住院执行以上起付标准，第二次及以后住

院起付标准降低 50%。

二是建立门诊统筹制度。

参保人员在乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)等基层定点医疗机构发生的门诊合规医疗费用，不设起付线，居民医保基金按 50%比例支付，每人每年支付限额为 75 元，超出年度最高支付限额的医疗费用由参保居民个人负担。连续参保的居民年度内未达到最高支付限额的剩余部分，逐年累计使用，中断参保缴费的累计限额清零。门诊统筹支付额不计入居民医保基金年度最高支付限额。门诊统筹实行社会保障卡(医保电子凭证)直接结算。

三是明确糖尿病、高血压门诊用药保障待遇。

未达到城乡居民门诊慢性病鉴定标准的糖尿病、高血压患者，“两病”门诊用药保障对象范围的参保居民，按照河北省统一政策享受医疗保障待遇。

四是调整了异地就医报销标准。

异地就医人员分为异地长期居住人员(包括外出务工农民、外来就业创业人员等长期在参保地以外工作、居住、生活半年及以上的人员)和临时外出就医人员(主要是指异地转诊转院就医人员或因工作、旅游等需急诊就医人员)。异地就医住院直接结算实行就医前登记备案管理，参保人员可在手机 APP、邯郸市医疗保障局微信公众号，或通过参保地医保经办机构备案，备案后在异地住院可通过社会保障卡或医保电子凭证直接结算。

长期异地居住人员在居住地住院发生的符合政策规定的医疗费用执行就医地医保目录，需回我市手工报销的，执行我市医保目录，统筹基金起付标准和支付比例按我市同等级定点医疗机构标准执行。

临时外出就医起付标准为：一级及以下定点医疗机构 2000 元，二级定点医疗机构 2500 元，三级定点医疗机构 3000 元。统筹基金支付比例为：一级及以下定点医疗机构 45%；二级定点医疗机构 48%；三级定点医疗机构 50%。

参保人员因特殊情况(如病情紧急)需在异地就医的可先行住院，10 日内补办备案手续。未经备案在异地医保定点医疗机构住院的，各级别定点医疗机构住院支付比例在正常临时外出就医待遇基础上分别降低 15 个百分点。

五是将符合急诊抢救目录的病种纳入报销范围，按住院待遇标准支付。

六是提高生育医保待遇。

参保居民住院自然分娩的医保定额支付标准由 800 元提高为 1200 元，剖腹产定额支付 2500 元。妊娠及分娩期间因并发症、合并症病理性产科所发生的医疗费用按照住院待遇保障。

七是调整了住院床位费医保支付标准。

参保居民住院床位费支付标准，按照一级(含一级以下)定点医疗机构床位费 22 元/日、二级定点医疗机构床位费 30 元/日、三级定点医疗机构床位费 40 元/日。低于规定标准的，据实结算；高于规定标

准以上的部分，由个人自付。

新政在医疗管理服务方面有哪些新变化？

一是参保居民跨年度住院的，无需办理年终结算，住院医疗费用纳入出院日期所在年度支付限额，起付标准按住院日期所在年度执行，个人自付费用累计到出院日期所在年度，和大病保险接轨。未参保年度的医疗费用不予支付。

二是意外伤害纳入居民医保管理，不再由商业保险机构承保，参保居民因遭受意外伤害无责任人事故发生的住院医疗费用纳入居民医保基金支付范围。

三是推行经办管理精细化。按照《邯郸市医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南》（邯医保发〔2020〕44号）等有关规定，推进全市医疗保障服务管理精细化、规范化。

四是建立全市统一的医保基金结算平台，结算管理实行“统一标准、属地原则、两级结算、分别记账”。市直管医保定点医药机构全部由市医疗保障部门进行结算，各县（市、区）医保定点医药机构分别由所属县级医疗保障部门结算。各县（市、区）之间不再互相结算，定期互相清算。

五是规范出院带药标准。参保患者出院带药量为：一般性疾病不得超过7日量，慢性病不得超过15日量，中草药不得超过7剂量，且不得带注射剂（胰岛素除外）。出院超量带药以及出院时开出的治疗、检查项目费用，统筹基金不予支付。

金华市首创“APG 点数法”，开启医疗机构 或医共体门诊医保付费时代

来源：金华市政府新闻办

日前，金华市政府新闻办举行金华市深化医疗保障改革暨医保门诊全域推行“APG 点数法”付费新闻发布会。

为了进一步规范门诊医疗服务行为，提高医保基金的使用绩效，近期市医保局联合市财政局、市卫生健康委出台了《金华市基本医疗保险门诊付费办法(试行)》(金医保发〔2020〕86号)，在全域推行门诊“APG 点数法”付费改革。这项改革是2020年度金华市社会事业领域重大改革项目，同时也被列入省级试点。

新闻发布会上，市医保局局长张少华向大家介绍金华市深化医疗保障改革和医保门诊全域推行“APG 点数法”付费相关情况。

一、深化医疗保障改革成绩：为群众减负超过1亿元

近年来，我市聚焦解决民生短板，持续深化医疗保障改革，构建了以基本医疗保险为主体，“选缴保费法”大病保险为补充，医疗救助为托底的“三位一体”全民医保体系，先后获批6项国家、省级试点，使金华医保改革成为我市打造“重要窗口”中的最精彩板块之一。目前，金华参保群众突破了500万人，户籍人口参保率达99.97%，居全省第一；住院综合报销水平达85%以上，大幅提升了参保群众“幸福指数”。主要体现在四个方面：

(一) 医保政策越来越惠民

在基本医疗保险方面，针对统筹层次低，医保待遇不平衡情况，我们实施“分档统筹法”全民医保制度，打破了群体限制，不再区分职工和城乡居民，统一设立三个缴费档次(一档、二档、三档)，三级医院住院待遇报销水平达 85%~90%。在大病保险方面，我们首创了“选缴保费法”，在统一缴纳大病保险基本保费的基础上，增加“选缴模块”，通过参保群众自主选缴，提高筹资水平、保障待遇，有效化解“因病致贫、因病返贫”难题，自 2018 年实施以来，已为 31.1 万名大病患者减轻医疗负担 36.4 亿元。在医疗救助方面，我们实现困难人员资助参保率和享受医疗救助率两个 100%。

2019 年以来，我们在全省率先开展两批次药品带量采购，113 个中选药品，采购金额 3.6 亿元，平均降幅 25.7%，单个药品最高降幅 73.6%，直接为群众减负 9200 万元。2020 年，我们还出台了特殊药品保障制度，全域实现了 97 个国家谈判药品有效落地，确保患者用上药、少跑腿、少负担，目前已为患者减负 1 亿元。

(二) 医保付费越来越精细

我们以建立管用高效的医保付费机制为目标，在全国先行先试。一是全域首推“病组点数法”(DRG)付费改革。通过对住院医保基金进行总额预算管理，以点数来体现病组、床日、项目等医疗服务价值，提高医保基金使用绩效。目前，我市住院医保基金支出增长率从改革前的 14%下降至当前的 7%，累计节约医保基金 5.68 亿元。这项改革

已上升为全省顶层设计并全省推广，国内近 300 个城市来金学习。二是全国首创门诊“APG 点数法”付费改革。

简单地说就是对门诊基金进行总额预算，按人头进行包干管理，采用 APG(门诊病例分组)点数计量支付，待会我们将详细进行介绍。三是积极探索特定领域医保支付研究。2020 年，我们与清华大学合作成立全国首个医保治理实验室，与北京协和医学院合作开展长期慢性病、康复病人按床日付费研究，准备今年 6 月底前出台办法，进一步适应人口老龄化带来的医疗服务需求。

(三) 医保服务越来越便捷

深化“最多跑一次”改革，运用“互联网+”手段，提高群众办事体验。一是全市医保刷卡实现了互联互通。建成全市统一的医保结算平台，截至目前已结算 8000 万次，金额 281 亿元。二是长三角门诊实现直接刷卡结算。在 2019 年开通赴上海门诊直接刷卡结算的基础上，2020 年把结算范围从上海扩展到江苏、安徽，我市可刷卡定点医疗机构增至 261 家。三是医保服务全部实现“掌上办”。在“浙里办”开设医疗保障专区，所有事项实现“网上办”“掌上办”。

加快推进医保电子凭证试点，全市有 158 万参保人员激活了医保电子凭证，1756 家定点医药机构可使用医保电子凭证进行医保结算，累计结算达 83 万笔，居全省第一。

(四) 医保监管越来越智能

以获批医保智能监控国家示范点为契机，初步建成医保智能审

核、药品追溯码、人脸识别、DRG 大数据监管、智慧医保数据分析 5 大监管系统。特别是在全国率先开发建设了 DRG 大数据基金监管平台，实现了监管范围从合规性向合理性转变，获医保智能监控示范点中期评估“优秀”等次。2020 年，在五大智能监管平台的支撑下，全市追回医保基金 9624 万元，有效维护了医保基金安全。

二、解读门诊“APG 点数法”付费改革概括

APG 是门诊病例分组的英文缩写，主要根据疾病类型、治疗方式、费用消耗对门诊医疗服务进行分类。比如我们平时常见的感冒、高血压病会分到不同的病组。通过对不同类别的病组计算其平均医疗费用，形成相应的病组点数，来反映门诊服务量，门诊基金按照服务量进行分配。门诊“APG 点数法”付费改革用一句话来说，就是在门诊付费方面推行门诊点数(APG)与基层签约人头预算和包干使用相结合的付费政策改革。具体来说此项改革有以下三个特色亮点：

(一) 建立三项机制，让基金支出安全可控

简单地说，就是通过建立门诊总额预算协商谈判机制、门诊“结余留用、超支分担”机制及医保基金总额预算调整机制，激发医药机构内生动力，实现医保基金可控、医疗质量提升、参保人员满意的目标。“结余留

用超支分担”机制就是统筹区门诊基金年度决算出现结余和超支的，由医疗机构和医保基金按一定比例留用和分担，2020 年确定为 5%，即基金预算结余部分的 95%，由各医疗机构按点数比例分享结余

留用带来的超额收益，反之医疗机构对超出预算部分按 95%比例承担损失。

(二) 实行人头包干，让就医秩序更加合理

把医保门诊统筹基金总额以人头基金额度的形式分类包干。一是科学确定人头基金额度。我们根据前两年全市参保人员的门诊就诊情况，运用大数据分析，确定参保人的门诊人头基金额度。二是分类划分包干类型。也就是说，签约过的参保人门诊人头基金包干给签约医疗机构(或医共体)统筹使用，推动医保基金向签约服务和基层倾斜；没有签约过的参保人门诊人头基金不进行包干，由符合条件的医疗机构一起统筹使用，按照门诊病例分组(APG)的方法共享。

(三) 确定支付标准，让医保付费精准高效

为了提高付费效率，我们根据临床过程、资源消耗等相似程度，充分考虑门诊诊查费、国家谈判药等因素，将全市门诊病例分为手术操作、内科服务、辅助服务三类 APGs，确定分组 1391 组。同时，我们利用大数据手段分析历史门诊病例数，合理测算各个病组的平均历史费用，形成医保、医院、患者三方认同的支付标准。未签约参保人的人头基金额度不细分到医疗机构，通过门诊病组点数来计算各医疗机构的服务量。

三、权威回应：发布人就大家关心的问题进行了解答

Q：刚才前面提到了金华市构建了“三位一体”全民医保体系，尤其是“选缴保费法”大病保险制度有效缓解了因病致贫、因病返贫

难题，能否给我们具体讲讲？

A: 好的，为了破解原有大病保险筹资能力和保障水平不足问题，2018年1月，金华全市统一实施了“选缴保费法”大病保险制度，参保群众在全部缴纳大病基本保费的基础上，增加“选缴保费”模块，通过群众自主选缴，提高报销待遇，每份100元，最高可选缴3份，这一做法在全国来说是首创。

金华“选缴保费法”大病保险是一项面向全体老百姓的普惠型制度，不区分病种，统一按费用额度实施保障，主要通过扩大报销范围、降低起付线、提高报销比例、取消封顶线等举措，实现了大病保障待遇水平大幅提升，全市职工大病综合保障水平最高可从70%提高到95%以上，城乡居民从60%提高到90%以上。同时，我们对困难人员实行“兜底保障”，对于特困、低保、低边人员，由财政全额补助缴纳大病保险选缴保费3份，其他特殊困难人员全额补助缴纳大病保险选缴保费至少1份，2020年度全市累计资助参加大病保险选缴71730人，资助金额2017万元。

自2018年1月实施以来，金华“选缴保费法”大病保险已为31.1万名大病患者减轻负担36.4亿元，有效缓解了因病致贫、因病返贫难题。大病保险报销金额20万元以上的大病患者782人，人均报销35.2万元。如金华市区血友病患者相某某，三年医疗费用总报销金额为243.84万元(其中基本医保68.4万元+大病保险164.09万元+医疗救助11.35万元)，报销比例达92.75%，极大地化解了群众因患

重特大疾病家庭灾难性支出风险。

前不久，市医保局联合市财政局公布了全市 2021 年大病保险起付标准及基本保费政府、单位筹资标准，决定 2021 年标准维持 2020 年不变，也就是说大病保险最低起付线还是 6000 元，让大病保险惠及更多的患者。2020 年 10 月—12 月，市医保局联合税务部门开展了医保征缴“百日攻坚”行动，目前已顺利完成年度征缴任务，基本医保参保率达 99.97%，大病保险选缴率 88.93%。

“选缴保费法”大病保险得到了全市参保群众的广泛欢迎和高度认可，大病保险选缴率从 2018 年的 70% 上升到 2021 年的 88.93%，基金筹集总额从首年的 12.1 亿元提高到 2021 年的 15.8 亿元。这项制度还入围了“2020 年浙江省改革创新最佳实践案例”网络评选，在全省 61 个案例中获评第四名，可以说为打造“全民安心医保城市”奠定了坚实的基础。

Q：实施门诊“APG 点数法”付费改革后，会对老百姓就医报销待遇带来什么影响？市医保局对下一步实施 APG 点数法付费重点有哪些举措？

A：门诊“APG 点数法”付费改革主要涉及医保部门与定点医院、药店的费用结算，对定点医院开展的门诊医疗服务（含外配电子处方）、定点药店开展的慢性病种药品购药服务，实施在总额预算下按人头包干结合“APG 点数法”付费。可以明确地告诉大家，实施门诊“APG 点数法”付费改革后，参保人员的医保报销待遇不变，不会受

到改革的影响。

这项改革通过引入 APG 技术方法，完善门诊付费政策和激励机制，有利于规范医疗机构和医务人员门诊行为，抑制不必要检查和治疗，减少浪费，从源头上改善参保患者的就医体验和减轻就医负担。从长远看，通过实施住院“病组点数法”（DRG）付费和门诊“APG 点数法”付费改革，将进一步完善医保基金长效平衡机制，提高医保基金使用效率，实现医疗、医保、医药高质量协同发展。

下一步，我们将重点围绕以下三方面做好门诊“APG 点数法”付费改革的实施工作。一是全面开展政策培训。《办法》印发实施后，市医保局组织全市医保部门、定点医院、药店开展多形式政策培训，提高政策的理解和执行水平，培育一支“APG 点数法”付费的专业队伍，把金华打造成门诊付费改革的先行地、标杆市，为全省推广提供金华样板。

二是开展门诊基金清算工作。此项改革的关键是 2020 年门诊基金清算工作，全市将组成市、县清算专班，严格按照办法规定对年度预付情况进行清算，确保准确无误。三是全面开展绩效评估。完成清算工作后，市医保局将委托第三方团队开展政策绩效情况评估，根据评估情况进一步完善政策措施，推动医保治理能力现代化。

Q：金华全市实施门诊“APG 点数法”付费改革后，医保门诊基金预算管理与改革前会有什么样的变化，对医保管理会带来什么影响？

A：“APG 点数法”门诊付费改革实施前，我市门诊医疗费用未实施总额预算，采用按实结算方式，也就是按定点医院、药店实际发生费用结算，管理较为粗放。近几年，我市门诊费用支出增长迅猛，年医保基金支出增长率在20%左右，远高于住院医保基金支出增长率，不利于医疗保障制度健康可持续发展。改革后，我市门诊医保基金实行总额预算管理，根据“以收定支、收支平衡、略有结余”原则合理编制预算，门诊医保基金年度支出增长率一般控制在10%以内，与住院“病组点数”付费形成闭环管理。

付费改革对医保管理有三方面的促进作用，一是有利于构建科学合理的医保基金责任分担机制，明晰医保部门和定点医院、药店的责任，协同做好医保基金管理，提高医保基金使用效率；二是有利于医保经办机构优化服务，进一步规范协议管理，加强费用监控，提高医保精细化治理能力；三是有利于规范医生的诊疗服务行为，合理开具处方，提高参保患者的满意度。

前期，清华大学杨燕绥教授团队对我市“APG 点数法”付费政策进行了前期评估。评估结果显示金华市门诊付费改革政策目标明确，具有前瞻性、创新性和系统性，符合党中央总体要求和健康中国行动计划，风险在可控范围之内。下一步市医保局将根据评估建议，不断完善门诊和住院预算管理，总结提高医保基金使用效率的经验，创造金华特色的整合型医疗服务体系模式。

Q：请介绍下门诊“APG 点数法”付费改革推出后，对我市分级

诊疗制度建设、家庭医生签约服务等方面会起到一个什么样的作用？

A：推行门诊“APG 点数法”付费改革，建立了签约人员人头包干基金分配、“结余留用、超支分担”的责任共担机制，利用经济杠杆，将进一步激发基层医疗机构做好家庭医生签约服务的内生动力，促使基层医疗机构更加积极主动开展家庭医生签约服务，对辖区内居民提供慢病管理和全程优质健康服务，更好地发挥家庭医生健康守门人的作用。

同时门诊付费方式改革将进一步提升医院管理水平，规范医疗服务行为，从源头上减轻参保人员医疗费用负担，引导居民常见病、多发病在基层医疗机构就近治疗，疑难病、危重病通过转诊到大医院治疗，康复回到基层，基本建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗就医制度，从而有效缓解群众“看病难、看病贵”的问题。

下一步，卫健部门将依托县域医共体及城市医联体建设，加强门诊“APG 点数法”付费改革的宣传。统一各医疗机构用药目录，保障医联体内医疗机构用药衔接，规范双向转诊工作流程，优化医疗机构收入结构，不断提升家庭医生签约服务的质量和满意度，提高医疗资源和医保基金使用绩效，加快构建分级诊疗制度体系，满足群众多层次健康需求。

[返回目录](#)

• 医保资讯 •

2020 盘点：专家回顾 2020 医保政策 看懂 2021 年政策走向！

来源：药智网

2020 年是十三五收官之年，十四五即将开启之年，是众志成城共同抗疫砥砺前行之年；整个医药行业政策在疫情防控和复工复产中展开，持续深化医药卫生体制改革，医保、医疗、医药三医联动进一步推进。知既往，见未来，回顾 2020 年医药行业政策，探新机遇，找新出路。今日一起回顾 2020 医保政策，探讨 2021 年发展趋势。

2020 年医保政策主要定调于医保目录的调整、集中采购、医保支付三个方面。

医保目录调整，创新药的机遇

2020 年 3 月 5 日，国务院正式发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出调整优化医保目录，将临床价值高、经济性评价优良的药品、诊疗项目、医用耗材纳入医保支付范围，规范医疗服务设施支付范围。健全医保目录动态调整机制，完善医保准入谈判制度。

2020 年 7 月 31 日，国家医保局发布《基本医疗保险用药管理暂行办法》，明确了医保基金支付范围与办法，药品调入、调出《医保目录》标准及范围等。

2020 年 8 月 17 日，国际医保局正式发布《2020 年国家医保目录调整工作方案》，并同步下发《2020 年国家医保药品目录调整申报指南》，2020 年医保目录调整工作正式启动。

2020年12月28日，2020年版医保目录发布，将于今年3月1日起正式实施。目录共对162种药品进行了谈判，119种谈判成功，其中包括96个独家药品，谈判成功率高达73.46%。国家医保谈判是医保目录准入的方式之一，截止目前医保谈判共开展了4次及一次试点。

医保谈判历年概况表

谈判时间	入围谈判药品数量 (单位：个)	谈判成功数量 (单位：个)	平均降幅	协议有效期
2015年 (试点)	5 (1个国产4个进口)	3	50%以上	2016年至2017年 采购期内
2017年	44 (临床需求高)	36	39%	2018年1月1日至 2019年12月31日
2018年	18 (抗癌药)	17	56.70%	2019年1月1日至 2020年12月31日
2019年	119+31 (临床价值高的新药； 31为续约品种个数)	70+27	60.7%+26.4%	2020年1月1日至 2021年12月31日
2020年	162	119	50.64%	2021年3月1日至 2022年12月31日

而2020年医保调整最引人关注的点是创新药，尤其是单抗PD-(L)1，国内已上市的产品全部参与谈判，原研未谈判成功，国产PD-(L)1全部纳入(信达药业的达伯舒®2018年谈判纳入医保)。事实上，近年来医保目录调整突出鼓励创新，创新药一直是谈判热点话题，因创新药纳入医保支付体系是最直接最有效的拓展市场提高使用率的方式。随着医保目录调整常态化的落地实行，未来将会有越来越多的创新药纳入目录之内，同时对于创新研发企业而言是机遇也是挑战。

四川普锐特药业总经理侯曙光博士表示，创新药纳入医保利好国家、药企、百姓，药物的本质是治病救人。创新药纳入医保，对于制药企业而言，药品销路得到了保证，对于患者而言，用药得到了实惠；对于国家而言，能有效控制药物价格，能让患者吃上药，吃得起好药。事实上，任何一款新药面世后，都有很长一段爬坡期，需要收回研发成本，往往新药的价格是比较高昂的，现创新药上市后不久就能通过医保谈判纳入医保目录，国家对其进行采购，快速高效地保证了创新药物销路，同时鼓励制药企业对于创新药的研发。

针对 2020 年医保谈判国产 PD-(L)1 全部纳入医保，而原研企业未进入，他表示，从某种程度上，对于国内企业而言是一种鼓励、一种支持、一种认可，对国家也是一种保护，能够促使本土药企研发药品的成本快速收回，进而更多的资金和信心自主投入到更多的创新药物研发中去；对于外资企业而言，则是一种刺激鞭策作用，无形中提高了外资药企创新药进入中国市场的“门槛”：一是迫使外资原研企业调整策略，降低原研产品的价格，以“价”搏“市”，二是促使外资企业将更多具有其他自身独特性、创新的靶点药物，而国内又没有的新药引入中国。

此外，侯曙光博士表示，通过国家药品集采，医保资金负担压力得到了明显的释放和降低，有更多资金负担起更多进入医保目录内的药品，未来，医保目录将进一步的放开，让更多过去老百姓望尘莫及的药物进入医保，进一步丰富目录内容，同时连锁刺激，促进更多的

企业仿制新药出现，进一步使得药品价格降低，利国利民；此外，在保证国内外靶点相同、作用机理相同的情况下，会优先考虑将本土药企药品纳入医保。

医保控费，集中采购全面铺开

第四批集采降幅不会低于 50%

若说 2019 年是药品集中采购创新关键年，2020 年则是药品集中采购全面铺开的一年。注射剂一致性评价正式开始，截止目前数十种注射剂已过评；配套政策还有《医药价格和招采信用评价体制制度的指导意见》等的出台，为医保控费，集中采购深入推进保驾护航。

2020 年 1 月 17 日，第二批国家组织药品集中采购工作拟中选结果公布 33 个品种 122 家企业参选，最终 32 个品种 77 家企业拟中选，与联盟地区 2018 年最低采购价相比，拟中选价平均降幅 53%；且第二批集采不再试点，直接全国范围推广，目前已经全国各地落地实施；随之而出的集采常态化成为关键词。

2020 年 7 月 29 日，上海阳光医药采购网公布了全国药品集中采购正式文件，第三批全国集采就此正式开始。8 月 20 日，全国第三轮药品集中采购申报信息公开大会在上海召开，同日深夜上海联采办发布第三批全国集采拟中选结果，55 个品种中标，中选药企达 128 家，品规平均降价 53%，最高降价幅度超 95%。

全国药品集中采购概况

集采批次	开始时间	品种数	平均降幅	最高降幅
4+7带量采购	2018年11月15日	25	52% (与全国省级最低价相比)	96%
4+7带量采购扩围 (联盟地区采购, 第一批国家集采)	2019年9月1日	25	59% (与联盟地区2018年最低采购价相比)	--
第二批集中采购	2019年12月29日	32	53%	93%
第三批集中采购	2020年7月29日	55	53%	95%

药品集采常态化机制逐步显现，集采品种数量增加，药品适用范围扩大，并延伸至医药耗材，去年11月8个厂家107万个冠脉支架中选获得国家集采，降幅高达94%。随后，2020年12月25日，上海阳光医药采购网，联合采购办公室发布《关于开展第四批国家组织药品集中采购相关药品信息收集工作的通知》，90个品种入围，为历次集采数量之最，注射剂加入集采之列。

1月12日，全国医疗保障工作会议以视频形式在北京召开，2021年重点工作之一为持续制度化常态化实施药品耗材集中招标采购。1月15日，央视新闻联播播发国务院常务会议重点内容，进一步推进药品集中带量采购改革，以常态化制度化措施减轻群众就医负担，同时上海阳光医药采购网公布第四批集采文件及采购目录。

针对集采常态化制度，行业专家风云药谈张廷杰表示，不管是国采还是地方带量采，年年都有省省都有，事实上已经是常态化了；企

业需要做好的是关注集采规则、进度、国家精神，以及自己产品的进度，竞品的进度，掌握并利用好规则，不在规则解读上受损失；同时指出，综合前几批集采集采降幅，第四批集采降价预计与第二批差不多。

医药行业资深观察员风轻表示，面对集采常态化发展，企业只有做好自己的内功，别无他法，现第四批集采开始，企业需做好产品布局，包括自身产品原料，预计平均降幅不会低于 50%。此外，第四批集采首次纳入了临床常用的多种注射剂，在集采常态化机制下，他表示，注射剂将是 2021 年省级带量采购重点考虑品种。

医保支付，DRG 和 DIP 并行发展

有效治疗基础节约成本是原则

2020 年的医保政策第三个重要的关键词，则是医保支付，而建立管用高效的医保支付机制，DRG 和 DIP 两种支付方式则成为医保支付改革探索的关键。

2019 年国家医保局制定了 DRG 顶层规划及分组方案，按照“顶层设计、模拟测试、实际付费”三年三步走的思路推进改革；2020 年进入三步走的至关重要的中间“模拟测试”环节，30 个试点城市进入模拟运行 DRG(按疾病诊断相关分组付费)阶段。

除 DRG，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试点工作方案》，明确用 1-2 年的时间，将统筹地区医保总额预算与点数法相结合，实现住院以按病种分值付费为

主的多元复合支付方式，到 2021 年年底前，全部试点地区进入实际付费阶段。2020 年 11 月 3 日，国家药监局公布 27 个省 71 个城市列入 DIP(按病种分值付费)试点，并公布 200 名 DIP 专家名单。

从试点城市数量上看，DIP 试点远远超过了 DRGs 试点城市，可见国家对于推行 DIP 的决心。那么二者最大的联系与区别是什么呢？我们国家现阶段该怎样高效推进两种付费方式的改革？如何融合发展？

战略管理专家、传事达中国 CEO 教练杜臣介绍，DIP 实际上可以看做 DRG 的一个升级版，欧美国家以及日本等很早就实行了按病种付费的方式，现中国也正在尝试试点中。DIP 基于大数据，与计算机、新 IT 技术等网络技术发展直接相关，应当是在新的 IT 技术下的一种按病种付费方式。DRG 与 DIP 两种付费方式本身底部构架是一样的，最大的区别在于，DIP 因大数据的引进，更加准确更加及时。

杜臣表示，我国 DRG 与 DIP 付费方式改革更好的推进非常有必要，现阶段，国家一直在推动医疗机构机制的转换，从医生愿意多开药开大方药转变成更加愿意开有效的药物，从自身利益出发节省医保资金。

如何积极推进付费方式改革？杜臣表示：

首先我们应该客观总结最近三年多各地在付费方式，支付方式改革上取得的经验和教训，将取得的成就与存在的问题剖析清楚，才能有效准确地推进制度改革；

第二，付费方式的改革，看着是一件很简单的事情，实际上涉及面非常广，除直接涉及医院外，还牵涉医保系统与制药企业，应当积极推进跨部门与跨专业的体系合作；

第三，应用最新的大数据网络技术和 IT 技术武装付费方式改革，将会带来更多的便捷；随着网络数据技术的进步，数据算法的改进，付费方式的改革应当在最短的时间逐步实现，也就是 DIP 付费方式的逐步推行，而且全国尽可能推行一种模式，尽管不同的医院有不同的付费方式，但是应保持总体的格式和框架一致，标准统一。

另，他指出，付费方式的改革，实际上涉及医疗机构内部机制的转换，现医疗机构也在改革，包括医生数量调整，职业定点等一系列方式，故而，付费方式的改革与医疗机构内部机制改革应当是一种协调和系统的改革，如果医疗机构内部改革没有系统地推进，那么付费方式改革也是不可能完成的。

此外，他强调 DRG 与 DIP 两种付费方式应当有一个明确的目标，关键核心是能够有效地治疗患者疾病，起到救死扶伤解决患者看病贵的实际问题，一旦走偏，可能就只是医疗机构为节省成本而节省成本，因此，应当将在更有效地治疗基础上去节约成本作为医疗付费改革的基本原则。

知既往，见未来。2021 年十四五开局之年，新版医保目录实施元年，国家基药目录调整年，药品集中采购全面铺开、常态化机制实行，DRG 和 DIP 付费改革加速度.....重重变局改革持续，2021 年医

药人仍需砥砺前行。

[返回目录](#)

定点药店与统筹结算 “擦出火花”

来源：医药观察家网

定点药店纳入医保基金统筹结算，这一说法已经不再是天方夜谭。十三届全国人大三次会议第 9327 号建议，就将落实定点零售药店门慢门特医保统筹报销当做提案上报。而近日，国家医保局针对该提案进行了回复，表达了对于零售药店价值的肯定，发展的支持，也罕见地透露了对于零售定点药店纳入统筹结算这一想法的认真思考与尝试计划，让业内人士嗅到了一股不一样的信息，颇感振奋。

零售定点药店的春天，真的将要来了吗？

药店价值愈发凸显

纳入统筹面临难点

近日，国家医保局官网发布《对十三届全国人大三次会议第 9327 号建议的答复》(以下简称《答复》)针对“落实定点零售药店门慢门特医保统筹报销问题”的建议，明确提出将“进一步完善医疗保障政策措施，指导地方规范门诊慢特病相关政策和基金结算管理措施，加强医保信息系统建设，提高经办管理服务水平，更好保障参保人权益，支持定点零售药店发展。”

医保局在回复中强调，相较于医疗机构，药品零售企业具有数量多、服务人数广、便利性强等诸多方面优势，在保障药品供应、提供

药品咨询、指导合理用药、普及健康知识等方面发挥重要作用。从实际情况看，今年新冠肺炎疫情防控工作中，零售药店在保障药品供应、强化防控科普宣传、为防控部门提供数据支持等方面的作用凸显。

国家医保局统计公报显示，截至 2019 年底，全国定点零售药店 38.9 万家，比上年增加 4.8 万家，增长 13.9%。2019 年职工医保个人账户在药店购药支出 2029 亿元，占当期个人账户支出的 43%，对比 2018 年的 39%，职工医保个人账户在药店购药支出呈现增高趋势。

医保局本次虽然只是以一个回复人大代表意见的方式发布，但意义重大，可以说是一个根本性的大改革。

但改革难点也显然存在，预判会在落地政策、具体支付结算上以及外配处方获取三个节点上出现。

在落地政策节点上，我国基本医保实行省级行政区域属地化管理，全国除了港澳台外的 31 个省级行政区各自经济社会发展水平、财政及医保基金支撑能力、区域性疾病谱等方面的事实上客观差异很大，地区间医保筹资和待遇政策设置也存在差异，不同统筹地区的门诊慢特病保障病种范围和具体政策也有相应不同，这势必在实施初期完全可能在不同省市甚至同一省市的不同地区、不同县都出现执行政策的异同偏差，处理不好还会造成偏见甚至负面影响。

对于实施中的结算支付节点，医保局在回复中尚未明确结算的执行价格，而在实际操作层面若非定点药店参与集采或者要求必须执行集采价格结算，或者在信息系统同步中有了信息平台的督导性支持，

否则，医院与定点药店之间、定点与竞争环境下同一区域其他非定点药店之间的同类药品价格差异，有可能会使医保结算价格形成难点甚至混乱现象。当然还包括启动全国性流转中 A 地医保人员在 B 地定点药店外配处方购买 A 地没有列为医保报销的药品如何处理？如何看待 A 地点统筹基金事实上在 B 地使用等等必须明确梳理的问题。

最后，在实际操作层面上还必须高度重视因医疗机构自身处方医生管控下的医本位思维，在诊疗中严谨的看病开药负责态度导致需要外配处方的前置性要求条件，在当下恐难得到积极的支持配合，完全有可能出现因外配处方获得性差而望药兴叹。毕竟一个触及各方利益的改革实施必然会导致利益的重新分配。因此，要想将医保局这个回复性的精神平稳有效落地执行，上述三个难点必须重视并得到妥善应对。

利益阻碍处方流转

因地制宜建设平台

《答复》中介绍，广东省医保部门 2019 年底制定了慢性病用药保障相关政策，支持慢性病患者凭外配处方在定点零售药店购药，医保统筹基金按规定支付。

由于该省相关部门尚未统一推进处方流转平台建设，该省正在指导各市结合自身实际扎实推进定点零售药店慢性病用药保障。

广东省的试点为什么陷入泥潭？一言以蔽之，各地方政府之间，地方政府财政、医保、卫健委、市场监督管理局等等各职能机构之间，行

使处方权的医疗机构与定点药店之间必然存在的本位主义利益冲突，这是制约或者阻碍处方流转平台建设的症结所在。

关于做好门诊慢特病保障方面，我国基本医保实行属地管理，受地方经济社会发展、基金支撑能力、疾病谱等方面的客观差异影响，地区间医保筹资和待遇政策设置存在差异，不同统筹地区的门诊慢特病保障病种范围和具体政策也有相应不同。

大地域范围内实现处方流转规范统一，应该渐进式地先易后难推进，不能搞一刀切。我国很多政策的实施均是在中央大政精神指导下以省为平台展开实施的，一个省级区域各种属性相对比较统一，能够更好统一实施规范性政策，如药品的招投标集采等。所以省级层面统一制定处方流转平台相对科学可行。

根据《答复》可知，目前，国家正在加快推进全国统一的医疗保障信息平台建设。全国统一的医疗保障信息平台将涵盖医保经办、结算、支付、公共服务等多重功能，由国家平台和省级平台两部分组成，各地各类定点医药机构可通过全国统一的医保信息平台实现信息实时共享和实时结算信息的进一步互联互通，将为支持定点零售药店外配处方流转和医保基金结算更好的支撑。

笔者认为，建立一个全国统一的医疗保障信息平台在强大的计算机互联网技术上支持下应该不难，同时智慧大数据的威力采集数据也非常快捷精准。因此在全国性定点医保药店体系中实现信息共享和事实结算在技术层面不是问题。但必须解决以省为单位的医保目录差

别、省级招投标价格差异以及具体定点药店有可能的价格差异、外配处方互认等等问题，譬如分不分处方级别？是只要是医疗机构医生的处方即可还是必须是医保所有人所在地事先确定的医保定点医院开出的外配处方才行？若规定必须是锁定的医保卡本人医保定点医院那么使用范围拓宽后共济保障下其他亲属怎么办？

当然，还有地方医保基金利益因流转造成的不平衡问题也需要国家制定好“游戏规则”。

所以预判这个完成过程有可能漫长且艰难。毕竟在我们这个经济发达水平、财政收入水平、人口基数、疾病谱等等在不同省区发展差异极大的国家，实现高度集中统一将会面临很多有待解决的问题。或许在中央基本国策框架内，在基本原则之下因地制宜根据各个区域不同实情，先以省直辖市自治区为一个医保信息平台来实施更具可操作性。

医保定点决生死

医药分家抢机遇

对于零售药店而言，医保部门更大的支持力度还在于推动将定点零售药店纳入统筹基金结算范围。

据了解，目前，北京、天津和江苏、浙江部分地市均已探索开展相关工作，参保患者到定点零售药店购药，凭借医疗机构开具的有效外配处方即可按规定享受统筹基金报销。广西柳州、山西太原等地方也支持享受门诊慢性病或和特殊疾病待遇的患者在定点零售药店持

外配处方购药，患者只需承担个人自付部分，医保结算部分由统筹基金支付。地方在医保谈判药品落地时，也把定点零售药店作为参保患者购药和享受待遇的有效渠道。

国家医保局数据表明，零售渠道目前就有近 50% 的销售收入来自医保药品。

若进一步实施定点药店慢特病用药正式纳入到医保统筹基金结算，在医保基金中占大头的统筹基金的进入对医保定点药店肯定又是一巨大利好的叠加，当然在总体上对医药零售行业起到积极的发展促进，让零售业提振信心的同时，由于改革的利好点在医保定点药店，所以势必会加快医药零售业的分化重组，没有取得医保定点的药店竞争力绝对会因政府的有形之手而大幅度减弱，会被加速淘汰出局。

另外也在客观上对第一终端即等级医疗机构的药物销量带来较大冲击。医保药品愈来愈重的招标集采以及零差率已经让等级医疗机构药品收入大受影响。若再外配处方进入定点药店进行医保统筹基金结算，势必加重第一终端的收入流失，自然加速医药分家、消减以药养医的格局形成。

当然，客观上也肯定会引发第一终端为了捍卫自身利益而采取一系列措施反制。此外，在实施过程中，针对必须要到医疗机构进行注射等方式给药的注射针剂等医保药品如何实施，若实施如何保证过程的药物质量安全都是需要制定规范性条例解决的事项。

对于慢特病药品相关生产企业而言，意味着扩大了市场，政策促

使他们有了一个新兴市场、新的大商机，对他们而言要做的就是及时抓住这个政策大机遇，积极响应，及时规划零售市场营销策略，部署成立 OTC 推广营销队伍，协助配合并利用自身实力优势加强对定点医保药店的药事服务能力提高，迅速的抢占市场份额。

[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