

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

*2021.02.08-2021.02.14*

## ——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。)

### · 政务动态 ·

▶ [重磅！2021 年全国医疗管理工作会议：部署五大工作重点](#)（来源：

中国卫生杂志）——第 10 页

【提要】2月8日，2021年全国医疗管理工作会议在京召开。国家卫生健康委主任、党组书记马晓伟在会上强调，要牢牢把握公立医院高质量发展的战略机遇期，以改革创新为动力推进公立医院高质量发展。他针对实现公立医院“三个转变、三个提高”、构建高质量发展的新体系、破除制约高质量发展的体制机制障碍等方面，提出了一系列指示要求。此外，马晓伟还特别强调要毫不松懈抓好常态化疫情防控，做好相关医疗服务的保障，提高核酸检测的能力、效率和质量，严格做好院感防控，认真落实疫苗接种的医疗保障工作。

▶ [8 大重点任务！2021 年卫生健康工作要这样做](#)（来源：健康县域

传媒）——第 22 页

【提要】日前，2021年全国卫生健康工作会议在京召开。会议回顾总结2020年工作，科学分析面临的新形势，安排部署2021年重点工作。会议要求严防死守，确保疫情不出现规模性输入和反弹、改革完善疾病预防控制体系、深化医药卫生体制改革、做好健康扶贫成果与乡村振兴有效衔接、持续推进健康中国行动、积极应对人口老龄化、强化事业发展保障和支持、一以贯之推进全面从严治党。据悉，2021

年全国卫生工作将会在“推动优质医疗资源扩容和均衡布局”“建立优质高效的整合型医疗卫生服务体系”“加快建立医防融合机制”等方面持续重点发力，为了落实今年国家卫生重点工作的落地，将会有系列的重要配套政策颁布，关系各级医疗卫生健康工作者。

### • 专家观点 •

▣ [观点 | 揭秘：DRG 与 DIP 权重 \(RW\) “奥秘”](#) (来源：秦永方 医疗卫生财务会计经济研究) ——第 29 页

【提要】DRG 与 DIP 都有一个关键核心，就是权重 (RW) 如何计算的问题，权重计算是否合理直接影响医保支付是否合理，进而影响医院的医保收益。DRG 组病例均费用数据来源推荐了两种方法，分别是历史数据法和作业成本法，由于医疗费用数据比医疗成本数据更易获取，目前大多数 DRG 方案均采用医疗费用历史数据法计算基础权重。病种分值 (RW) 依据全样本数据病例平均医药费用测算，是一个比价关系，按照历史现实平均医药费用法，不能解决医疗费用是否合理问题，以及造成的分值偏差。总之，DRG 也好，DIP 也罢，都是医保支付工具，医保支付制度改革大势所驱，医院需要研究和学习，顺应调整管理策略，加强 DRG 和 DIP 成本核算，为医保改革及协商提供决策参数才是真谛。

▣ [观点 | 耿鸿武：各地带量采购的八个不同](#) (来源：CHN 药招联盟) ——第 32 页

【提要】国家医疗保障局接受集中采购以来，虽然从宏观上明确了集

中带量采购的方向，但并未对省级集采提出明确的指导方案，目前 7 号文和 70 号文仍然是各地进行集中采购遵循的规则。也表现出了目前各地集中带量采购的不同：采购方法多种多样、评价规则各不相同、质量层次划分不同、“带量”方法不一样、采购目录品种差异较大，数量较少、带量价格“保密”、基金预付比例和对象不同、配送商选择的条件不一样。

### • 分析解读 •

▣ [门诊点数法改革对医疗市场的影响](#)（来源：LatitudeHealth）——  
第 35 页

【提要】随着住院领域的 DRG 改革的推进，尤其是在部分已经全面试点地区的改革，住院费用向门诊转移较为明显，为了应对门诊费用剧增带来的压力，对门诊服务进行改革势在必行。在中国市场推动门诊点数法主要的挑战为公立医疗机构的强势、医疗机构之间的竞争正被弱化和基层服务能力过于薄弱。因此，如果结合未来门诊统筹的推出和医联体尤其是医共体的实施来看，门诊点数法的实施将对医疗服务市场带来巨大的影响，尤其是对药品和检查形成明显的挑战。

▣ [带量采购应采尽采：血雨腥风下，谁动了谁的奶酪？](#)（来源：药智网）——第 40 页

【提要】日前，国务院印发《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》意见指出：重点将基本医保药品目录内用量大、采购金额高的药品纳入采购范围，做到应采尽采。一周后，迎来第四

批带量采购。与往年集采前夕的喧嚣不一样，今年的全国集采显得有些云淡风轻，集采“灵魂砍价”的一声惊雷在国家舞台搭建中悄无声息地进入了常态化阶段。

### • 中医药资讯 •

▶ [吉林省出台中药“三个标准” 助推中医药产业发展规范化](#)（来源：中国吉林网）——第 47 页

【提要】日前，吉林省药品监督管理局召开新闻通报会，发布《吉林省中药材标准》《吉林省中药饮片炮制规范》《吉林省中药配方颗粒标准》（简称“三个标准”）。记者从会上获悉，以上“三个标准”是指导吉林省中药生产、经营、使用、检验和监督管理的法定技术标准，标志着吉林省中医药产业向科学化、标准化、规范化方向又迈出了重要一步。

▶ [最新！中药价格普遍上涨 质量正在向好](#)（来源：药通网）——第 50 页

【提要】2020 年以来中药材价格普遍上涨，四季度后价格涨幅更是出现加速态势。根据药通网大数据监测，2021 年 1 月涨价的品种有 128 种。其中，涨幅较大的有王不留行，从 6.5 元涨至 12 元，涨幅达 84.6%；其次是天仙子(北)和水红花子，分别从 30 元涨至 50 元，15 元涨至 25 元；莲须(山东)从 140 元涨至 220 元，白药子从 18 元涨至 27 元。随着新版药典对中药材、中药饮片提出了更高的要求，将快速淘汰掉相当一部分不合格的中药材，企业也将更加重视对原料

来源的把控。业内人士普遍认为，短期来看，新药典的实施，可能会刺激中药材价格的上涨，但从长远来看，更严格的质量标准，无疑将规范整个中药材市场更加健康地发展。

## • 医院管理 •

▶ [信息量极大！全国卫生健康工作会议给医院管理者带来的启示](#)（来源：医学界智库）——第 54 页

【提要】2月5日，2021年全国卫生健康工作会议在京召开，会议包括两部分内容，第一部分是回顾总结2020年工作，第二部分是科学分析面临的新形势。从医院管理者角度来看，要深刻认识“十四五”时期卫生健康工作面临的新形势新任务新要求；深刻认识新冠肺炎疫情防控的长期性艰巨性，做好与病毒长期斗争的准备；深刻认识构建强大公共卫生体系面临的历史机遇，立足更精准更有效地防，推动公共卫生事业迈上新台阶；深刻认识高质量发展对卫生健康事业提出的新要求，推动公立医院“三转变、三提高”，增加优质服务供给；深刻认识实施积极应对人口老龄化国家战略的新任务，组织动员各方资源力量，共同做好应对人口老龄化工作；深刻认识党领导一切的指导方针在健康中国建设的引领地位。

▶ [唤醒“沉默”的患者，医院如何打通服务流量入口？](#)（来源：看健日报）——第 59 页

【提要】医疗服务不仅仅包含门急诊服务、住院服务，还包括医疗知识科普、健康宣教、社区义诊、专科病种诊疗协助等多项提高群众健

康意识的基础工作。协助患者选择正确的专科就诊，快捷高效地对接院内服务，是医院提升运营效率与效益的重要前提。门诊预约、挂号收费窗口是初诊患者与医院的第一次接触，也是医院业务量来源的入口。这个窗口的服务质量直接影响患者对医院的服务印象、流量规模、复诊选择、就诊效率等多项医院运营表现。医院应当给予充分关注，避免出现潦草应对或疲于应付而导致的患者满意度降低事件，不断挖掘流量入口的数据价值，清晰把握辐射区域细分市场的医疗需求，调整区域推广策略，差异化发展提升医院的区域地位。

### · 他山之石 ·

▣ [太平洋医疗健康的这三年，如何驱动行业创新？](#)（来源：vcbeat）

——第 68 页

**【提要】**近年来，AI、大数据、物联网、区块链等创新技术大范围落地，数字化浪潮冲击各行各业。受数字技术影响，保险行业也迎来巨大创新。作为中国太保旗下医疗健康领域专业子公司，太平洋医疗健康依托中国太保 20 多年服务医保所积累的丰富经验和数据资源、医学与数据科技交叉背景的专业人才、以及在全国范围内承办的 260 余个政府医保服务项目经验，在医保基金管理、商业健康险发展等方面做出了多项创新，全力探索未来。

▣ [“门诊版 DRG”即将来临？详解金华市门诊支付改革试点](#)（来源：动脉网）——第 76 页

**【提要】**日前，浙江省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，宣布由金华市医保局联合金华市财政局、金华市卫生健康委出台《金华市基本医疗保险门诊付费办法(试行)》，在金华市全域推行门诊“APG 点数法”付费改革。金华 APG 点数法属于门诊打包支付的一种。放眼全球，这种支付系统已经得到了广泛应用。其中，美国和德国的门诊支付系统具有代表性。不难看出，金华门诊支付在设计上基本借鉴了美德两国的门诊支付系统的设计和结构。但在具体设计上又有一些自己的特色，总体来说，更类似于德国门诊支付系统的设计。相比 DRG，APG 的实施难度更大。这需要医疗机构具有较高的诊疗效率、技术规范，较强的医疗水平以及完善的基础设施。同时，当地医保政策的支持也必不可少。基于全国多数地区尚在摸索 DRG 的现状，短期内开展 APG 难度较大。金华率先实施门诊 APG 试点也说明了当地较强的医疗服务能力和医保机构的大胆探索。

### • 最美妇幼人 •

▶ [最美妇幼人 | 拉萨市人民医院边巴卓玛同志](#)（来源：拉萨市人民医院）——第 97 页

**【提要】**2020 年元月，一场突如其来的疫情，打破了原本充满祥和欢乐的节日氛围，疫情每时每刻的变化都在牵动雪域高原每个人的心。疫情就是命令，防控就是责任。面对异常严峻的疫情形势，边巴卓玛同志坚守妇幼战线，不忘初心，带领着拉萨市人民医院妇产科所有医护人员，为保障西藏自治区母婴安全，降低孕产妇死亡率，践行

着高原妇幼人初心使命，用实际行动论释着医者仁心。

▶ [最美妇幼人 | 深圳市妇幼保健院钟巧同志](#)（来源：深圳市妇幼保健院）——第 100 页

**【提要】**钟巧同志 17 年如一日，奋战在质量管理与感染防控战场一线，是医院“医疗质量监督官”，是医院质量的“把门人”，是感染防控的“守护人”。此次新冠疫情期间，她不顾个人安危，奋勇担当，主动担当，承担全院防控牵头人重任，织密院内防控网络；主动作为，聚焦全市孕产妇和婴幼儿特殊群体，制定收治规范；主动出击，奔赴深圳市定点医院市三院抗疫前线，担任全市院感专家组组长，助力定点医院实现了医护“零感染”的优异战绩。

## -----本期内容-----

### · 政务动态 ·

#### 重磅！2021 年全国医疗管理工作会议：部署五大工作重点

来源：中国卫生杂志

2月8日，2021年全国医疗管理工作会议在京召开。国家卫生健康委主任、党组书记马晓伟在会上强调，要牢牢把握公立医院高质量发展的战略机遇期，以改革创新为动力推进公立医院高质量发展。他针对实现公立医院“三个转变、三个提高”、构建高质量发展的新体系、破除制约高质量发展的体制机制障碍等方面，提出了一系列指示要求。

此外，马晓伟还特别强调要毫不松懈抓好常态化疫情防控，做好相关医疗服务的保障，提高核酸检测的能力、效率和质量，严格做好院感防控，认真落实疫苗接种的医疗保障工作。

会上，国家卫生健康委副主任、党组成员王贺胜对2021年医疗管理工作做了具体部署。

#### 一、坚持疫情防控和日常服务相结合

发热门诊管理。务必2小时内报告病例，4—6小时内回报核酸检测结果，24小时内完成流行病学调查。

定点医院管理。指定综合力量强、管理水平高的医院作为定点医院，严格落实“专院区病区，专门收治”“专设施设备，专门使用”

要求，人流、物流、空气流实现物理隔离。

核酸检测能力。在保证二级以上综合医院、传染病专科医院和县域内 1 家医院具备核酸检测能力的基础上，分大区储备可移动的核酸检测实验室，充分发挥第三方实验室力量，确保局部疫情发生时能随时调用，并尽可能划大“包围圈”，将可能的无症状感染、密接、次密接“一网打尽”。

院感防控。坚持“零感染”目标，坚决防止院内感染事件发生。

医疗救治。坚持“四集中”、坚持中西医结合，坚持前期行之有效的做法，加强组织协调、医疗力量调配和医疗设备配备，确保“应收尽收”“应治尽治”。

疫苗接种医疗保障。严格落实二级以上医疗机构医护力量在接种点值守要求，切实做好接种后留观和随访服务，确保及时发现并有效处置疫苗接种异常反应。

疫情信息报告。强化疫情监测预警，确保疫情信息及时准确报送，任何单位和个人不得以任何理由瞒报、漏报、迟报疫情信息。

人员培训演练。要围绕病例发现、报告、隔离、规范化诊疗和核酸检测、院感防控、医务人员个人防护等开展全员培训，组织疫情防控和医疗救治模拟演练，提高基层诊疗能力和水平。

医疗服务保障。要做好假期值班值守，发热门诊、急诊、呼吸科等重点科室 24 小时值守。要切实维护医务人员身心健康。同时，组织做好日常医疗服务工作，特别是血液透析、放化疗、孕产妇、儿童

患者的就医需求。

## 二、坚持存量改革与增量发展相结合

一手抓存量改革，深挖现有资源潜能。一手抓增量发展，促进优质医疗资源扩容下延。

### 抓存量——

区域协同。加强慢性病分级诊疗管理，完善双向转诊机制和通道，制定区域医疗服务体系的绩效考核指标体系，逐步构建整合型服务体系。

机构协同。持续推动医联体建设，加强城市医疗集团和县域医共体网格化布局管理，落实“分区包段”要求，共享检查检验、消毒供应等资源，逐步建立医疗机构间资源共享、错位发展、分工协作模式。

专科协同。针对疑难复杂疾病、多系统多器官疾病推动多学科联合诊疗模式，开设多学科诊疗门诊，建立多学科联合诊疗和查房制度。探索心脏中心、神经中心、肿瘤中心等综合学科发展模式，促进专科协同发展。

人员协同。鼓励药学、护理等团队参与多学科联合诊疗，推进居家社区药学服务、居家护理服务，推动医、药、护、技四支队伍的协同发展。

### 抓增量——

国家医学中心和国家区域医疗中心建设。要制定“十四五”建设方案，推进委省共建试点，启动第二批区域医疗中心建设。

一院多区发展建设。研究出台引导大型公立医院一院多区发展的政策,既要控制单体机构规模扩展,又要引导优质医疗资源扩容倍增、区域布局协同发展。

临床重点专科建设。研究“十四五”期间的建设规划,推动临床重点专科群建设。探索标准化建设评估方法,建立以能力、质量、安全、效率为核心的评估体系。

### 三、坚持深化改革与改善服务相结合

重点从“三加强、三推广”入手,改善群众就医体验。

#### “三加强”——

加强诊疗行为管理。建立诊疗指南、技术规范和临床路径等数据信息库,推进临床路径管理、单病种质量管理,促进合理医疗检查。

加强合理用药管理。继续加强用药监测和合理用药考核,做好抗菌药物、抗肿瘤药物、重点监控药物等临床使用管理。加强药师队伍建设,完善药学服务相关规范。

加强医用耗材管理。结合行业作风建设、耗材集中招标采购,指导医疗机构提高临床应用规范化水平。同时,要巩固改善医疗服务行动计划的成果。

#### “三推广”——

推广新模式,将预约诊疗、日间手术、多学科诊疗、一站式服务等服务模式常态化制度化,继续推进胸痛中心、卒中中心、创伤中心等“五大中心”建设。

推广新技术，鼓励高水平医院联合高等院校、科研机构，研发、使用、推广新技术，促进和规范生物学新技术临床研究和转化。

推广新手段，以智慧医院建设为目标，加快信息系统整合集成，加快发展互联网医疗和远程医疗，促进优质医疗资源下沉基层，发挥人工智能在医疗领域提质增效作用。用医疗服务的新模式、新技术、新手段，为患者提供看病就医的新体验。

#### 四、坚持事前审批与事中事后监管相结合

事前——

一方面要完善四类政策。机构管理政策。修订医疗机构基本标准，明确办医新业态准入标准与流程，加强互联网医院管理，规范医疗机构命名、科室设置等，强化依法执业意识。专科管理政策。完善诊疗科目名录，加强登记管理，明确临床专科建设发展与能力标准。人员管理政策。做好《药师法》制定和《执业医师法》修订，加强队伍建设法律保障。技术管理政策。加快出台人体器官移植条例、生物学新技术临床研究和转化应用管理条例，启动基于安全性、有效性、经济性和伦理性四个维度的技术评估。

另一方面要把好准入。机构准入。要制定“十四五”医疗机构设置规划指导原则，严格落实医疗机构管理相关标准与要求。人员准入。稳步推进医师资格考试改革，继续组织好短线医学专业加试，全面实施计算机化考试、固定合格分数线、“一年两试”试点等，提高队伍整体素质。技术准入。以限制类技术临床应用管理为重点，动态调整

限制类技术目录，完善省级限制类技术质控平台建设。

#### 事中事后——

加强监管，重点要发挥好绩效考核、评审评价的“指挥棒”作用。一要继续推进绩效考核。二要继续推进医院评审评价。三要继续推进电子证照管理。大多数省份医疗机构医师、护士电子证照申领率超过了90%。下一步，要结合医师资格考试、定期考核等工作，推动信息化从准入环节向执业环节延伸，提升医疗行业综合治理能力。

### 五、坚持保证质量与提升效率相结合

#### 医疗质量与安全——

在建设好各专业国家级质控中心的基础上，要加强省级、地市级质控中心建设。持续完善医疗质量管理与控制指标体系，以单病种质控为抓手，充分利用信息化手段加强质量管理。需要特别强调的是，要持续加强“平安医院”建设。

#### 提升服务效率——

要落实“急慢分治”要求，推进日间手术、日间放化疗等服务模式，推进智慧医疗、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设，进一步提升优质医疗资源的服务效率。

### 2020 医疗管理“成绩单”

#### 1 推进分级诊疗制度建设

以分级诊疗试点工作考核评价标准十大类指标作为分级诊疗评估核心指标，对2019年各省分级诊疗制度建设的效果进行考核排名，

排名前五的省份为上海市、广东省(并列第一)、浙江省、江苏省、山东省、湖北省。

全国 118 个城市规划建设 607 个城市医联体网格,在 567 个县推进县域医共体建设试点。

## 2 提升县医院服务能力

全国整体县医院服务能力建设方面,85.8%的县级医院达到了医疗服务能力基本标准要求,29.8%的县级医院达到推荐标准。

全国贫困县县医院服务能力建设方面,78.8%的县级医院达到基本标准要求,较上年增长 6.5 个百分点,174 家贫困县县医院能够达到 60%以上推荐标准,超过 648 家贫困县医院获评二级甲等医院。

## 3 持续开展公立医院绩效考核

3000 余家二级公立医院和 2400 余家三级公立医院参加 2019 年度绩效考核。多个省份绩效考核工作组织较好,数据质量较高,并综合运用绩效考核结果作为财政拨款、等级评审、学科和区域医疗中心建设的重要依据。

## 4 不断改善医疗服务

目前,全国有 7734 家二级及以上医院建立预约诊疗制度,3077 家二级及以上医院提供门诊多学科联合诊疗服务,2409 家二级及以上医院开设日间病房或日间治疗中心。二级及以上医院门诊和住院患者满意度分别为 85 分和 90 分,连续 4 年稳定在较高水平。

## 5 加强互联网诊疗与互联网医院管理

截至 2020 年 12 月，全国 30 个省份均已建立省级互联网医疗服务监管平台，建成 1100 余家互联网医院，逐步建成线上线下相结合的医疗服务模式。远程医疗县(区、市)协作网覆盖率已达 88.46%。

## 6 完善院前医疗急救服务体系

要求各地针对性提升院前医疗急救转运新发突发传染病服务能力。申请中央财政补助，在公共卫生体系建设和重大疫情防控救治体系建设项目中设立院前医疗急救服务能力提升项目，支持中西部省份购置负压救护车及急救设备。开展多部门合作，联合工信部开展院前医疗急救呼救定位试点，联合公安部健全完善交通事故救援救治网络，会同交通运输部研究在交通运输场站建立应急救护机制。搭建全国院前医疗急救工作信息管理系统，起草院前急救相关技术标准和指南。

## 7 布局儿童医疗卫生服务体系

“十三五”期间，儿童医疗资源供给进一步优化，每千名儿童床位数从 2.05 张增加至 2.22 张，每千名儿童儿科执业(助理)医师数从 0.54 名增加至 0.78 名，完成 2020 年目标。

儿童医疗服务体系进一步健全。儿童医疗服务配套政策进一步完善，儿科医疗服务项目收费标准上调 10%~60%，儿科医务人员工资水平年均同比增长 7%左右。儿童季节性疾病和重大疾病诊疗能力进一步提升。

## 8 拓展麻醉医疗服务

2020 年全国麻醉医师数量已达到 10 万余人，提前完成《关于加强和完善麻醉医疗服务的意见》中 2020 年的目标。

于 2018 年启动分娩镇痛试点工作，并委托第三方从试点医院分娩镇痛率、专职分娩镇痛麻醉医师占比、分娩镇痛收费政策、医院推动开展分娩镇痛的激励政策等方面对试点工作进行评估。从评估情况看，北京、天津、河北等省份试点工作开展较好，尤其是天津、广西和新疆兵团所有试点医院椎管内分娩镇痛率已大于 40%。

### 9 推动医疗机构、医师、护士电子化注册

至 2020 年，各地医疗机构、医师和护士能够通过电子化注册系统申领电子证照，从而实现电子证照管理模式。截至 2020 年 12 月 31 日 8 时，全国电子化注册覆盖率已近 100%，电子证照申领同步推进，电子证照申领率超过 95%。

### 10 实施抗菌药物临床应用和细菌耐药情况监测

“十三五”期间，我国门诊患者抗菌药物使用率从 10.34% 下降到 7.38%，住院患者抗菌药物使用率从 41.70% 下降到 38.00%，住院患者抗菌药物使用强度从 45.60DDDs 下降到 41.48DDDs。

我国主要耐药菌的检出率多数呈缓慢下降趋势，整体耐药情况稳中向好，但碳青霉烯类耐药肺炎克雷伯菌检出率持续呈上升趋势，2020 年其上升态势得到缓解。

### 11 推动医疗机构废弃物综合治理和专项整治

国家卫生健康委等 10 部门联合印发《医疗机构废弃物综合治理

工作方案》(国卫医发〔2020〕3号),部署为期半年的医疗机构废弃物专项整治工作。

#### 12 推进新冠病毒核酸检测能力建设

截至2020年12月4日,河北等20个省份符合所有三级综合医院具备新冠病毒核酸检测能力的要求;仅西藏1个省份满足所有二级综合医院具备新冠病毒核酸检测能力的要求;仅16个省份的部分传染病专科医院具有新冠病毒核酸检测能力。

#### 13 开展第一批重点监控药品临床应用监测

2017~2019年,全国各省份的20种国家重点监控合理用药药品临床用药金额均呈现下降趋势,2017~2018年金额增长率为-24.0%,2018~2019年金额增长率为-22.2%,年均复合增长率为-23.1%。2017~2019年,全国20种国家重点监控合理用药药品临床用药金额占西药份额从9.0%下降到4.6%,各省份用药份额均呈现下降趋势。

#### 14 开展儿童重大疾病救治保障

将常见的儿童血液病恶性肿瘤10个病种纳入救治管理体系。截至2020年底,已将11.9万名儿童血液病恶性肿瘤患儿纳入到管理体系。

#### 15 推动疾病应急救助基金管理

国家卫生健康委制定《疾病应急救助工作指导规范(试行)》(国卫办医发〔2017〕15号),要求救助资金执行每年两次的核销制度。根据制度建立以来各地卫生健康委疾病应急救助已使用资金与财政

拨款的比值计算资金使用率，最高的是广东、重庆和北京。

#### 16 开展农村贫困人口大病救治

建立完善农村贫困大病患者医疗救治及保障的工作机制，持续加强农村贫困人口大病专项救治工作。截至 2020 年 12 月 22 日，全国农村贫困人口大病专项救治已入院或签约人数占确诊患者数的平均比例为 99.39%，全国农村贫困人口大病专项救治人均平均费用为 2.06 万元。

#### 17 推进医疗质量管理与控制

“十三五”期间，医疗质量管理与控制组织体系和指标体系不断完善，国家级质控中心数量增至 42 个，省级质控中心增至 1400 余个。

#### 18 评审评价引导医院科学发展

2018~2020 年，各省共制订发布 20 余份医院评审标准或评审细则，评审三级甲等医院 256 所，三级乙等医院 113 所。在各省工作的基础上，2020 年国家卫生健康委印发《三级医院评审标准(2020 年版)》，为进一步推动和发展医院评审工作奠定了基础。

#### 19 推动医疗技术临床应用管理规范

北京市、天津市、山西省、内蒙古自治区、上海市、浙江省、安徽省、福建省、江西省、山东省、河南省、湖北省、广东省、重庆市、四川省积极建设省级医疗技术临床应用信息化管理平台，已实现对限制类医疗技术临床应用进行信息化管理。

#### 20 持续推进平安医院建设

全国涉医刑事案件和医疗纠纷数量连续 8 年双下降。

#### 21 无偿献血工作稳步推进

“十三五”期间无偿献血总人次达 7361 万，采血总量达 1.247 亿单位，较“十二五”分别增长 17.0%和 18.1%。“十三五”时期(前四年)，血液采集人次和量年均增长率分别为 4.3%、4.5%，高于“十二五”期间(前四年)的 1.9%、2.4%。2020 年无偿献血人次达 1545 万，采血量达 2622 万单位，较 2015 年分别增长 17.9%和 18.8%，千人口献血率从 2015 年的 9.4 提升至 11.2。固定献血者比例由 2015 年的 35.73%增长到 2019 年的 40.64%。

#### 22 无偿献血者及亲属省内用血费用直接减免

目前，27 个省份实现无偿献血者及其亲属在省内医院用血费用直接减免，累计减免 16.5 万人次免金额 1.97 亿元，接入医院超 6400 家。

#### 23 推动落实《全国护理事业发展规划(2016-2020 年)》

2020 年是贯彻实施“十三五”全国护理事业发展规划的收官之年。北京市、天津市、山西省、河南省、广东省采取有效措施积极推动本地区“十三五”护理事业发展。注重加强护士队伍建设，加强临床护理管理，积极发展老年护理，有效推动护理事业健康持续发展。

#### 24 推动落实老年医疗护理

指导各地结合实际加快推进老年医疗护理服务发展，增加老年护理服务供给，精准对接老年人多样化、多层次的医疗护理服务需求。

## 25 推动全面眼健康

“十三五”期间，全国眼健康事业发展取得较快进展。儿童青少年近视防控纳入国家战略；白内障复明工作进入良性发展阶段，2020年我国百万人口白内障手术率(CSR)超过 3000；全国防盲治盲管理体系、技术指导体系和服务体系进一步完善。

## 26 提高发热门诊“哨点”敏感性

截至 2021 年 1 月 18 日，全国共有 7576 家医疗机构在系统中开通了账号，6890 家开设发热门诊的医疗机构上传有效数据，5660 家医疗机构持续上传数据，平均数据达标率 96.81%，平均数据持续传输率 74.68%。

## 27 开创行风建设工作新局面

国家卫生健康委印发《2020 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点》(国卫医函〔2020〕192 号)，从加强行风建设工作组织领导、严厉打击群众身边的不正之风行为、弘扬行业新风正气、改革完善制度等方面，就行风建设作出工作部署。

[返回目录](#)

## 8 大重点任务！2021 年卫生健康工作要这样做

来源：健康县域传媒

2 月 5 日，2021 年全国卫生健康工作会议在京召开。会议回顾总结 2020 年工作，科学分析面临的新形势，安排部署 2021 年重点工作。会议要求，全国医卫人必须紧盯形势变化，紧盯工作落实，以常态化

疫情防控为重点，全面推进健康中国建设。

### 展望“十四五”

1. 要深刻认识“十四五”时期卫生健康工作面临的新形势新任务新要求；
2. 深刻认识新冠肺炎疫情防控的长期性艰巨性；
3. 深刻认识构建强大公共卫生体系面临的历史机遇；
4. 深刻认识高质量发展对卫生健康事业提出的新要求，推动公立医院“三转变、三提高”；
5. 深刻认识实施积极应对人口老龄化国家战略的新任务。

相较于2020年全国卫生健康工作会议的八项重点要求，2021年的八项重点任务中，继续强调了“深化医药卫生体制改革”“持续推进健康中国行动”。

新的一年工作任务的侧重点有明显不同，尤其是在“深化医药卫生体制改革”方面，重点强调“推进公立医院高质量发展，加快构建分级诊疗体系。”2020年强调“扎实做好‘一老一小’照护服务和妇幼保健工作”，2021年则更加突出“积极应对人口老龄化”；2020年将“改革完善疾控体系”作为“深化医药卫生体制改革”的一个方面，2021年则将其作为一个重点任务来推进。

据悉，2021年全国卫生工作将会在“推动优质医疗资源扩容和均衡布局”“建立优质高效的整合型医疗卫生服务体系”“加快建立医防融合机制”等方面持续重点发力，为了落实今年国家卫生重点工

作的落地，将会有系列的重要配套政策颁布，关系各级医疗卫生健康工作者。多位关注基层医疗卫生发展的业内人士表示，通过深入学习本次大会内容，其中明确的传递了国家“要更加深入强基层”的讯号。

### 八项重点工作分别是：

#### 01 严防死守，确保疫情不出现规模性输入和反弹

严格落实人群聚集场所防控措施，突出抓好农村地区疫情防控，做好假期医疗服务保障，坚决防范春节期间疫情反弹。落实聚集性疫情处置指南要求，做到“早、快、准、实”，严防出现聚集性疫情，严防散发病例传播扩散。稳妥有序做好新冠病毒疫苗接种工作。

#### 02 改革完善疾病预防控制体系

完善传染病监测预警系统，加强疾控体系基础设施和能力建设，充分调动机构和人员积极性。

#### 03 深化医药卫生体制改革

推进公立医院高质量发展，加强国家医学中心和区域医疗中心建设，推动优质医疗资源扩容和均衡布局，强化医联体网格化建设布局和规范化管理，加快构建分级诊疗体系。

#### 04 做好健康扶贫成果与乡村振兴有效衔接

持续推进贫困地区乡村医疗卫生服务体系建设，继续实施县医院提标扩能工程，着力解决制约基层发展的人才问题。

#### 05 持续推进健康中国行动

深入开展爱国卫生运动，加强重大疾病防治，持续改善医疗服务，

实施中医药振兴发展重大工程。

#### 06 积极应对人口老龄化

强化人口监测和研判，巩固落实母婴安全五项制度，加强老年健康服务体系建设。

#### 07 强化事业发展保障和支持

加紧做好“十四五”规划编制工作，强化公共卫生法治保障，加快科技创新和人才培养，加强宣传教育和舆论引导，推动共筑人类卫生健康共同体。

#### 08 一以贯之推进全面从严治党

加强政治机关建设，深入推进模范机关创建，扎实做好中央巡视反馈意见的全面整改，推进党风廉政建设和反腐败斗争，以党建工作高质量保障卫生健康事业发展的质量。

## 图说全国卫生健康工作会

### 全力以赴的2020

### 中国卫生

### 聚焦主责主业，勇于担当作为， 实现新发展，取得新成效。

- + **全力以赴抗击新冠肺炎疫情，**  
推动武汉保卫战、湖北保卫战取得决定性成果，  
稳妥处置局部地区聚集性疫情，  
稳步开展新冠病毒疫苗接种工作，  
坚持多条战线协同作战，经受住了考验、发挥了重要作用。
- + **尽锐出战打好健康扶贫攻坚战，**  
坚决完成健康扶贫各项任务。



**+** 持之以恒推进全面从严治党，  
充分发挥政治引领保障作用。

**+** 统筹兼顾推进卫生健康各方面工作取得积极进展，



健康中国行动稳步推进，  
深化医改持续发力，  
疾病防治成效巩固拓展，  
医疗服务质量和水平继续提升，  
中医药独特优势充分发挥，  
重点人群健康保障扎实推进，  
科教、宣传、国际合作等工作不断强化。

## 全力保障的2021

牢牢把握卫生健康工作的政治属性和业务属性，  
紧盯国之大事，紧盯形势变化，  
紧盯工作落实，以常态化疫情防控为重点，  
全面推进健康中国建设，  
为开启全面建设社会主义现代化国家新征程  
提供有力保障。

**+** 一是严防死守，

**确保疫情不出现规模性输入和反弹。**

严格落实人群聚集场所防控措施，突出抓好农村地区疫情防控，  
做好假期医疗服务保障，坚决防范春节期间疫情反弹。  
落实聚集性疫情处置指南要求，做到“早、快、准、实”，  
严防出现聚集性疫情，严防散发病例传播扩散。  
稳妥有序做好新冠病毒疫苗接种工作。

**+** 二是改革完善疾病预防控制体系。

完善传染病监测预警系统，  
加强疾控体系基础设施和能力建设，  
充分调动机构和人员积极性。



**三是深化医药卫生体制改革。**

推进公立医院高质量发展，  
加强国家医学中心和区域医疗中心建设，  
推动优质医疗资源扩容和均衡布局，  
强化医联体网格化建设布局和规范化管理，  
加快构建分级诊疗体系。

**四是做好健康扶贫成果与乡村振兴有效衔接。**

持续推进贫困地区乡村医疗卫生服务体系建设，  
继续实施县医院提标扩能工程，  
着力解决制约基层发展的人才问题。

**五是持续推进健康中国行动。**



深入开展爱国卫生运动，  
加强重大疾病防治，  
持续改善医疗服务，  
实施中医药振兴发展重大工程。

**六是积极应对人口老龄化。**

强化人口监测和研判，  
巩固落实母婴安全五项制度，  
加强老年健康服务体系建设。

**七是强化事业发展保障和支持。**

加紧做好“十四五”规划编制工作，  
强化公共卫生法治保障，  
加快科技创新和人才培养，  
加强宣传教育和舆论引导，  
推动共筑人类卫生健康共同体。



**八是一以贯之推进全面从严治党。**

加强政治机关建设，  
深入推进模范机关创建，  
扎实做好中央巡视反馈意见的全面整改，  
推进党风廉政建设和反腐败斗争，  
以党建工作高质量保障卫生健康事业发展的质量。

## 回首“十三五”

### “十三五”时期卫生健康事业加速发展，

医疗卫生资源总量不断增加、结构持续改善、质量快速提升，卫生健康治理能力和水平显著提高，主要健康指标居于中高收入国家前列，人民群众获得更多健康实惠，健康中国建设实现良好开局。

## 展望“十四五”

### 深刻认识“十四五”时期卫生健康工作面临的新形势新任务新要求，

贯彻落实“全面推进健康中国建设”重大任务，扎实推进新发展阶段卫生健康事业高质量发展。

### 深刻认识新冠肺炎疫情防控的长期性艰巨性，

做好与病毒长期斗争的准备。

### 深刻认识构建强大公共卫生体系面临的历史机遇，

立足更精准更有效地防，推动公共卫生事业迈上新台阶。

### 深刻认识高质量发展对卫生健康事业提出的新要求，

推动公立医院“三转变、三提高”，增加优质服务供给。

### 深刻认识实施积极应对人口老龄化国家战略的新任务，

组织动员各方资源力量，共同做好应对人口老龄化工作。



内容根据2021年全国卫生健康工作会议报道整理。  
未经授权，请勿转载。  
制作：中小卫2号

[返回目录](#)

· 专家观点 ·

观点 | 揭秘：DRG 与 DIP 权重 (RW) “奥秘”

来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究

DRG 与 DIP 都有一个关键核心，就是权重 (RW) 如何计算的问题，权重计算是否合理直接影响医保支付是否合理，进而影响医院的医保收益。研究分析一下 DRG 与 DIP “RW” 有啥差异？有哪些方面需要重点关注？

1、DRG 与 DIP 权重 (RW) 差异在哪里？

(1) DRG 权重 (RW)

DRG 相对权重 (RW) 是对每一个 DRG 依据其资源消耗程度所给予的权值，反映该 DRG 的资源消耗相对于其它疾病的程度。它是医保支付的基准，其根据各 DRG 组内例均住院费用与所有病例的例均住院费之比计算得出，数值越高，反映该病组的资源消耗越高，反之则越低。

CHS-DRG 基础权重的计算公式：

某 DRG 权重 (RW) = 该 DRG 中病例的例均费用 / 所有病例的例均费用

(2) DIP 权重 (RW)

病种分值 (RW) 依据全样本数据病例平均医药费用测算，是反映不同病种组合资源消耗程度的相对值，数值越高，反映该病种的资源消耗越高，反之则越低。是依据每一个病种组合的资源消耗程度所赋予的权值 (RW)，反映的是疾病的严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度。

病种分值是不同出院病例的标化单位，可以利用该分值实现医院

医疗服务产出的评价与比较，形成支付的基础。计算方法为：

(1) 计算每个病种组合的平均费用。一般而言，病种越严重、所采用的技术越先进，平均医药费用越高；

(2) 计算本地所有出院病例的平均费用；

(3) 计算病种分值，即某病种组合平均医药费用与所有出院病例平均医药费用的比值。具体计算公式为：

$$RW_i = m_i / M$$

M：全部病例平均住院费用。

$m_i$ ：第  $i$  类病种组合内病例的平均住院费用，为综合反映历年疾病及费用的发展趋势，以近 3 年的往期数据按照时间加权的形式计算该费用均值，如当前年度为 2019 年，则采用前三年历史数据，按照 2016 年:2017 年:2018 年=1:2:7 的比例进行测算

## 2、DRG 与 DIP 权重 (RW) 如何影响医保支付结算

(1) DRG 权重 (RW) 与医保支付结算

DRG 病人总费用 =  $\Sigma$  (某 DRG 入组病人数  $\times$  该 DRG 组付费标准)

各 DRG 付费标准 = 当年 DRG 费率  $\times$  各 DRG 调整后权重

当年 DRG 费率 = 当年预测住院总费用 / 预测 DRG 总权重

费率乘以每一 DRG 组权重即为每一 DRG 组付费标准。

各 DRG 付费标准 = 当年 DRG 费率  $\times$  各 DRG 调整后权重

(2) DIP 权重 (RW) 与医保支付结算

结算分值点值均值 = (当年医保基金可用于 DIP 付费总额 / 医保报

销比例)/ $\Sigma$  (DIP 分值\*对应病种病例数量)

病组支付标准=DIP 分值\*结算点值

### 3、DRG 与 DIP 权重(RW)有哪些事项需要关注?

从 DRG 与 DIP 权重(RW)差异及结算可以看出,“RW”计算是否合理直接影响医保支付的合理性,进而影响医院的医保收益。

#### (1)DRG 权重(RW)计算有哪些不足

DRG 组病例例均费用数据来源推荐了两种方法,分别是历史数据法和作业成本法,由于医疗费用数据比医疗成本数据更易获取,目前大多数 DRG 方案均采用医疗费用历史数据法计算基础权重。

按照医保报销医疗费用数据计算权重(RW),最大的不足是,将住院费用按“医疗”“护理”“医技”“药品耗材”“管理”分为 5 类,设定不同的比例进行测算,鉴于医疗收费价格不合理,医疗费用不能真实反映医疗、护理服务价值,过度医技检查及药品耗材价格虚高(包含医务人员社会回扣补偿价值),计算的权重(RW)也就存在不合理,由此计算 CMI 值的合理性也存在质疑。

#### (2)DIP 权重(RW)计算有哪些不足

病种分值(RW)依据全样本数据病例平均医药费用测算,是一个比价关系,按照历史现实平均医药费用法,不能解决医疗费用是否合理问题,以及造成的分值偏差。在医疗服务价格尚未理顺、医疗服务行为尚存在一定程度扭曲的情况下,以既往住院费用为基础计算的病种分值,离科学管理、合理诊疗下的病种分值,难免存在不同程度的偏

差，因此，如何建立病种分值校正机制，对于规范和优化 DIP 标准尤为重要。

### (3) DRG 与 DIP 权重 (RW) 改进建议

DRG 权重 (RW) 计算改进建议，一是选择相对稳定的 DRG 组，按照临床路径进行“标准成本”测算，人力成本参照社会平均水平的 3 倍测算，用标准成本占比模拟，测算 DRG 权重 (RW)；二是，按照 DRG 病种成本核算结果，降低医技及药品耗材占比，提高医疗、护理占比，测算 DRG 权重 (RW)；

DIP 权重 (RW) 计算改进建议，一是降低药品分值 (dRW)，二是，降低耗材分值 (cRW)，三是测算和降低医技分值 (dRW)，四是测算医疗分值 (eRW)，把降低的分值权重增加医疗到此分值，五是均衡测算每个病种的分值，促进 DIP 分值更加合理。

总之，DRG 也好，DIP 也罢，都是医保支付工具，医保支付制度改革大势所驱，医院需要研究和学习，顺应调整管理策略，加强 DRG 和 DIP 成本核算，为医保改革及协商提供决策参数才是真谛。

[返回目录](#)

## 观点 | 耿鸿武：各地带量采购的八个不同

来源：CHN 药招联盟

国家医疗保障局接受集中采购以来，虽然从宏观上明确了集中带量采购的方向，但并未对省级集采提出明确的指导方案，目前 7 号文和 70 号文仍然是各地进行集中采购遵循的规则。也表现出了目前各

地集中带量采购的以下不同。

一是，采购方法多种多样。

有全国联采、省际联盟采购、省集中采购、地市联盟集采、地市为单位的带量采购等；省际联盟数量从 3-12 个不等，地市联盟则更为复杂；

二是，评价规则各不相同。

包括：综合评议、双信封、三信封、直接竞价、谈判议价、规定降幅入选、专家评议等多种评价方式；

三是，质量层次划分不同。

分析 2019-2020 年度各地集采方案，如青海、江西、河北、福建、安徽等不做质量层次划分，湖北武汉、河南濮阳、浙江金华、江苏靖江、山东临沂菏泽枣庄等划分为二层；广西、海南划分三层；湖南划分为四层。

四是，“带量”方法不一样。

有明确具体数量的，有的地方明确的仅仅是比例。

五是，采购目录品种差异较大，数量较少。

分析 2019-2020 年各地带量采购试点的目录品种，重叠性较低，大部分地区目录数量在 100 个以内，部分地区仅十几个或几个品种；

六是，带量价格“保密”。

如广西、湖南(纠偏后价格)、靖江、金华、武汉、濮阳等地的带量采购均采用了“保密”价格的方式；

七是，基金预付比例和对象不同。

主要有三种比例，即 30%、40%、50%等；医保基金预付的对象大部分为医疗机构，个别为供货企业，如江西。

八是，配送商选择的条件不一样。

大部分地区采用由生产企业自由选择配送商的方式；个别地区对配送商的数量和范围作了限定。

2 号文针对上述问题，做出统一要求：

一是，对通过一致性评价的仿制药、原研药和参比制剂不设置质量分组，直接以通用名为竞争单元开展集中带量采购；

二是，对一致性评价尚未覆盖的药品品种，要明确采购质量要求，探索建立基于大数据的临床使用综合评价体系，同通用名药品分组原则上不超过 2 个；

三是，将临床功效类似的同通用名药品同一给药途径的不同剂型、规格、包装及其采购量合并；

四是，探索对适应症或功能主治相似的不同通用名药品合并开展集中带量采购等。

五是，加强药品集中采购平台规范化建设，统一基本操作规则、工作流程和药品挂网撤网标准，统一医保药品分类和代码，统一药品采购信息标准。

[返回目录](#)

## · 分析解读 ·

### 门诊点数法改革对医疗市场的影响

来源：LatitudeHealth

随着住院领域的 DRG 改革的推进，尤其是在部分已经全面试点地区的改革，住院费用向门诊转移较为明显，为了应对门诊费用剧增带来的压力，对门诊服务进行改革势在必行。从海外市场来看，门诊支付主要改革的方向是点数法。1 月 14 日，浙江省金华市发布了国内第一个点数法门诊支付改革意见《金华市基本医疗保险门诊付费办法(试行)》，在金华市推出了门诊“APG 点数法”。

金华的点数法是在扣除了按人头付费的额度之后，将整个地区的门诊费用去除以整体的服务量来确定点数价值。根据金华的政策解读，“制定六大分组原则，通过点数法计量各医疗机构的基金支付额度。某 APG 点数等于该 APG 例均费用除以全部 APGs 例均费用再乘以 100；具体门诊病组点数为手术操作、内科服务、辅助服务 APGs 点数之和”。金华明确了门诊分为三个大类：手术操作、内科服务、辅助服务，每个大类再分为若干组，一共是 1391 组。

由于早期实施点数法对确定点数法价值的的能力还较弱，且需要推动区域内医疗机构的竞争，大都以浮动点数法为主要手段。这将导致医疗机构无法确切知道点数的实际价值，从而不得不继续扩大服务量以保证自身收入的扩张，导致点数的实际价值持续出现下降，最终推动医保实施固定点数法。但由于医保基金的增速有限，门诊量的增长

实际上远超医保基金增速，固定点数法必须对医疗服务量进行限制，从而就会出现合理门诊量的设定。

下面简单从德国日本和中国台湾地区实施门诊点数法的情况来看一下点数法实施后会带来什么样的变化。

点数法最早是在德国实施，1977 年，德国颁布了《医疗费用控制法案》，规定了每项医疗服务的相对价值点数，一开始使用的是浮动点数法，各州疾病基金协会和医师协会在往年医疗费用总额的基础上谈判协商确定支付总额，每点价值采用回溯性计价的方式，由预算总额除以点数总量来确定。由于服务量增长过快，点数价值在 20 世纪 90 年代下降较快。为了缓解点数价值的下降，1998 年，德国引入了单个医生“医保支付预算”，限定了一个医生在一个季度内的最大服务量也即点数量，超出部分将以一个较低的价格支付。

2007 年通过的《法定医疗保险加强竞争法案》规定医疗服务项目不再以浮动点值而是固定的欧元点值支付，但对限额之外的医疗服务项目打折支付。同时，德国将医保的统筹层次上升到全国，这有助于改变医疗支付分配不均的局面，解决部分地区医保资金入不敷出的问题，也有利于消除点数价值在不同区域的差异。

德国单个医师的限额分为基于实践的标准服务总额和基于质量的附加服务总额，前者限定的是常规医疗服务的预算总额，后者限定的是特定医疗服务的预算上限，比如急诊家庭服务等。这两个预算上限可以调剂使用，并在上限中还会留出 2% 的费用以支付预算外的医

疗费用。不过，疾病筛查和免疫接种等不在预算限制的行列。

很显然，日本实施点数法是明显吸取了德国的一些经验教训，采取固定点值并在全国层面进行统一，但在预算限制上更多的是在基本点数的基础上增减，通过“核算点数”这一工具来起到对医疗服务的正负向激励。

日本中央社会保险医疗协议会负责制定诊疗报酬基准，常规会议有六种，其中针对诊疗报酬的会议分别是“诊疗报酬修改结果验证会”和“诊疗报酬基本问题小委员会”。日本诊疗报酬使用点数法来定价，每一点对应 10 日元。同一医疗服务项目的点数包括“基本点数”和“核算点数”两部分。基本点数反映的是医疗服务项目的基础价格。“核算点数”则是在基础价格的基础上，结合医疗服务行为的表现进行增加或减少点数来调控医疗服务行为。

核算点数主要是为了控制医院的服务行为。正向激励主要分为对提高医疗质量和提高医疗机构效率两项，前者主要是针对技术和 Service 强度，后者主要是针对医疗机构提高服务效率，比如提高病历管理体制。负向激励则主要是控制不合理的医疗服务，比如过度医疗等。

点数法是一种精细化管理工具，从原先的通过浮动点数来控制费用逐渐改为通过固定点数法来控制服务量，这其中主要的原因是为了消除地区差异和保证医疗质量。但在不实施强制转诊的地区不利于基层全科的发展，更有利于大医院的扩张。这从台湾地区的发展可以看到其中的挑战。

台湾在全民健保实施之后，也开始实施混合支付模式，在总额预付的基础上，门诊按人头付费和住院按病种支付，精神病、慢性病住院和门诊手术按日付费。

其中，在门诊上开始实施按点数法付费。台湾对门诊费用的控制是以点数为核心，但以合理门诊量和部分负担为配套措施。点数的价值是按照每点一个新台币来计算，但在实际支付中，由于实施的是浮动点数法，医疗服务的增量要大于医保基金的增速，点数的价值往往是低于1新台币。为了避免医生为了获得更多点数持续扩大门诊量，台湾推出了合理门诊量的规定。

2006年健保制订了合理门诊量规定，对于诊所来说，按照不同门诊量范围支付每次的健保赔付金额，服务量越高的范围，健保的支付金额越低。而对于医院，则按照上一年门诊量为基数，通过公式来计算后一年门诊量的一定百分比。

合理门诊量的使用初衷有几方面。一是希望医生能够对每一位病人的服务保证一定的时间和精力，而不是用几分钟时间打发病人。二是希望通过门诊量来鼓励医生避免不必要的重复就诊，比如慢病长处方。

健保的实施以及合理门诊量的设立对基层的私立诊所来说，形成了发展门槛。健保对于超出合理门诊量的部分并不是不支付，只是支付较低，对于有一定规模的大医院来说，仍然可以通过不断扩张病人数量来跑量，并不太在意支付偏低的问题。

而对于门诊量整体较低的私立诊所来说，分档支付等于是在门诊量上升的时候，让他们的平均每人收入不断下降，因此整体来说，台湾的基层诊所面临大医院扩张的压力非常大。

此外，台湾并没有建立强制的转诊制度，缺乏这一制度导致基层在门诊上直接与大医院门诊部竞争。虽然，台湾对签约按人头支付的个人要求转诊后才能前往上级医院，否则将提高部分负担（自付比例）。但由于医疗服务价格总体不高，病人越级看病较为普遍，大医院的优势非常明显。从这个角度来看，通过提高自付比例来控制病人转诊的效果并不好。因此，台湾就诊率偏高，人均年就诊次数已经超过 15。

台湾的私立诊所一直是基础医疗的主力军，且台湾私立诊所的特征是单人执业远超过多人联合，也就是说诊所的规模较小，主要服务于家庭，定位家庭医学。联合执业的比例为 20%左右。但近年来基层诊所面临大医院扩张压力同样巨大。在私立诊所执业的医务人员占台湾所有医务人员的 30%不到，而这一比例在 80 年代的时候超过 50%。

从上述分析来看，在中国市场推动门诊点数法主要的挑战为公立医疗机构的强势、医疗机构之间的竞争正被弱化和基层服务能力过于薄弱。

第一，由于中国医疗服务的主体是公立医院，虽然医保也是公立的，但由于分属不同部门管理，支付方与服务方谈判的能力较为欠缺。日本和台湾地区的医疗服务主要是私立的，因此医保强势地位较容易

保证。

第二，在推动分级诊疗的过程中，医疗服务机构之间的竞争正在被弱化。随着大量医院被合并，一个地区内的竞争性医院大大减少，尤其在县域，竞争主体正在消失。在没有竞争主体的市场，很难推动点数法来约束医疗服务。

第三，基层服务能力过于薄弱，这导致病人更愿意去高级别医院就诊，实施点数法后，大医院将进一步挤压基层门诊，特别是如果实施合理门诊量等措施后，将会出现类似台湾那样的状况。

因此，如果结合未来门诊统筹的推出和医联体尤其是医共体的实施来看，门诊点数法的实施将对医疗服务市场带来巨大的影响，尤其是对药品和检查形成明显的挑战，我们将在之后的分析中对此作进一步的分析。

[返回目录](#)

### **带量采购应采尽采：血雨腥风下，谁动了谁的奶酪？**

来源：药智网

日前，国务院印发《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》意见指出：重点将基本医保药品目录内用量大、采购金额高的药品纳入采购范围，做到应采尽采。

一周后，迎来第四批带量采购。与往年集采前夕的喧嚣不一样，今年的全国集采显得有些云淡风轻，集采“灵魂砍价”的一声惊雷在国家舞台搭建中悄无声息地进入了常态化阶段。

## 一、价格分化：谁动了谁的奶酪？

据新华社报道，第四批带量采购开标价格中，本次集中采购共纳入 45 个品种 80 个品规，拟中选产品 158 个，拟中选价平均降幅 52%，最高降幅达到 96%，涉及产品开标前采购金额高达 254 亿元。初步测算，第四批药品集采预计 1 年节约药费 124 亿元。

敢于报出低价的大多数是百强企业：第四批带量采购降价幅度超过 50% 的多达 114 个品种，占据拟中标产品的 72%，其中，降幅超过 80% 的有 52 个品种，占比 33%。拟中选产品中，上市公司、百强企业等企业的产品占 62%。国内中标企业前三分别是齐鲁、扬子江、石药，均有 6 个产品中标，表现亮眼。除了带量采购规则完善因素影响之外，从降幅和中标产品中展现出国内大企业坚定地降价争夺市场的决心。

外企再现观望，多数降价意愿不高：本次共有 20 家外企参与了 41 个品种的报价，涉及产品包括艾司奥美拉唑镁肠溶剂型、盐酸氨溴索注射液等几个数十亿级别的市场大品种，最终 5 个中标，其中仅有氨磺必利片、丙泊酚中/长链脂肪乳注射液 2 个原研药品拟中选。

与第三批集采外资企业采用数倍“最高有效申报价”的无声控诉模式不一样，本次外资企业参与策略与态度有所缓和，多数品种报价基本限定在“最高有效申报价”降幅 10% 以内。还有两家不按常规套路出牌的原研企业，比如麻醉大品种丙泊酚中/长链脂肪乳注射液 (20ml:200mg)，原研厂家费森尤斯卡比报出了 9.86 元的最低价，仅为最高有效申报价 65.79 元的 15%。

## 二、带量采购政策动机与逻辑

很多人都觉得，带量采购来势汹汹，好像突然间就出来了，让人措手不及。带量采购出台的背景、政策动机与逻辑是什么？

第一个大背景：

医保资金支出压力增大，医保控费成为国家不得不面临的重要议题。随着我国医改政策往纵深推进，医保支付的比例持续提升。到了2018年，医保支付比例已经达到了43%。人口老龄化、劳动力减少，医保收支将进一步失衡，医保控费刻不容缓。医保局深入调查，发现医保收支失衡的主要原因有2个，一个是仿制药不合理定价机制，另外一个专利到期原研药的“超国民待遇”，专利到期后还享受着高定价。这就是国家三医联动改革过程中必须砍掉的部分。

第二个大背景：

公立医院深化改革到了深水区。我国正式启动新一轮医疗体制改革是2009年，十年过去了，容易改的基本都改掉了，剩下的都是硬骨头。在这些硬骨头里，医保局发现对医生处方的监督较弱，回扣-药价-医保支出容易形成正向循环，“带金销售”成为医保控费的拦路石。据平安证券研究报告，我国原料药的销售费用率是10%，而制剂类则到了35%，中间相差了两倍多，深层次的主要就是带金销售的问题。新一轮的医疗体制改革，瞄准的就是“以药养医”的机制，通过破除“以药养医”的机制，引导医疗机构规范用药、优化用药的结构。

第三个大背景：

国家希望培养世界级的制药企业。在 2020 年 6 月份，美国制药经理人杂志发布了全球制药 50 强，其中有 4 个中国企业上榜，但都是在 40 名开外。中国作为全球第二大的医药市场，可谓大而不强。国家希望倒逼企业转型，引导创新药企业与仿制药企业分离，创新药企业专心研发创新，赚取少量市场但是高利润，而仿制药企业专注生产，通过精益管理，提高质量，降低成本，赚取少量利润但是占领域大部分市场规模，通过培养世界级的制药企业，进而推进中国成为医药强国。

第四个大背景：

带量采购并不是我国特有的产物，美国、日本都医保控费的历史经验。美国从上世纪 80 年代初开始控费，主要通过政府改革医保支付体系以及商业医疗保险公司调整报销政策等，来防止医院、患者滥用医疗资源、鼓励仿制药使用等。美国通过 Hatch-Waxman 法案(《药品价格竞争与专利期补偿法》)建立了鼓励药物创新与仿制药竞争的双重机制，成为建立平衡审评模式的典范。

日本政府的控费开始于上世纪 70 年代后期，除了改革医保支付方式提高医院效率之外，还直接通过价格管制降低药价，出台政策促进仿制药替代原研药等。

行业洗牌使得日本的制药企业数量从 1700 减至 300 家，TOP5 制药巨头占据了近 50%的工业产值，TOP50 占据近 90%。唯一不同的是，

美国、日本的控费改革推进花了十几二十年的时间，而中国在短短的 2 年内，“三步走”（4+7 城市试点、25 地区加入集采、全面推开）已基本完成。从“4+7”采购基数金额 19 亿元，到第四批国采基数高达 254 亿元，比“4+7”增长近 13 倍。

### 三、带量采购对行业趋势的影响

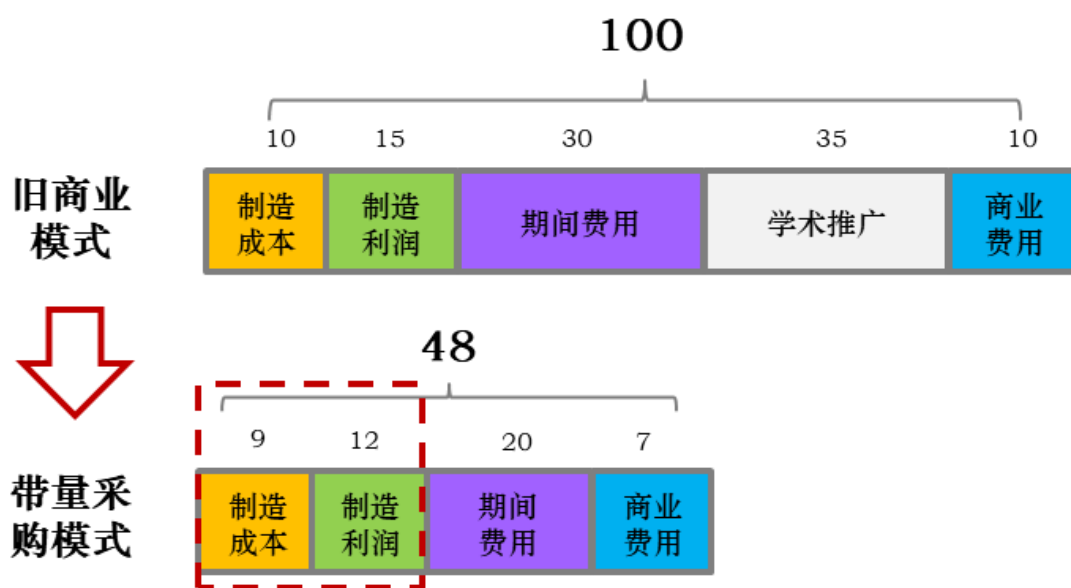
#### 1、产业链成本要素竞争成为焦点

带量采购的本质是价格竞争。对国产仿制药而言，成本要素将成为企业发展的分水岭。

尤其在带量采购扩面、常态化下，仿制药，尤其技术成熟的大宗仿制药将快速进入薄利时代，只有具有成本优势的龙头企业才具有持续参与带量采购的能力，第三批、第四批国采的亮点企业基本显现了该趋势的苗头。

集中招标采购使药价大幅度降低，压缩了流通、营销、进医院的费用，迫使制剂生产企业将重点放在原材料供应和成本上，原料药成为产业链关注焦点；随着产业升级和集中招标采购趋势，原料药将从产品为核心的成本优势，价格竞争转向产业链要素的抢占，布局产业链关键要素者方能得天下。

有规模优势的上游（原料药、中间体）企业实施前向一体化拓展、或者下游制剂企业实施后向一体化整合，打造稳定的、有成本竞争优势的供应链体系（即原料制剂一体化），是企业参与带量采购的重要基础。



带量采购商业模式的简要示意图  
(以第四批平均降幅为例)

## 2、仿制药将产生“二八现象”

仿制药的“大空间，强营销”的时代将落幕。带量采购是仿制药发展的必然阶段，带量采购的目标是实现医保的腾笼换鸟。据 IQVIA 数据显示，2018 年美国仿制药占处方量的 89.8%，但只占销售额的 20.8%。预计我国也将产生逐步产生(或迈向)“二八现象”：仿制药贡献 80%的处方量，但仅占到药品费用总金额的 20%左右，另外 80%的药费总额来源于自费、创新药品和中药。

“二八现象”的出现将加速我国创新药崛起，仿制药降价加速医药行业向创新转型。我国近年来鼓励创新药发展的政策频出，还包括优先审评、优化临床试验受理流程等激发新药研发动力。MAH 制度的出台使得上市许可与生产分离，在带量采购加速创新药价值凸显的背景下，未来创新型企业将更加专注创新和技术升级，将生产环节外包，带动大规模代工或 CDMO 企业的发展壮大。

### 3、处方外流加速，药店渠道受重视

带量采购在全国推广后，原研、非中标产品在公立医院市场压力骤增，此时药店零售市场或将成为原研企业关注重点。

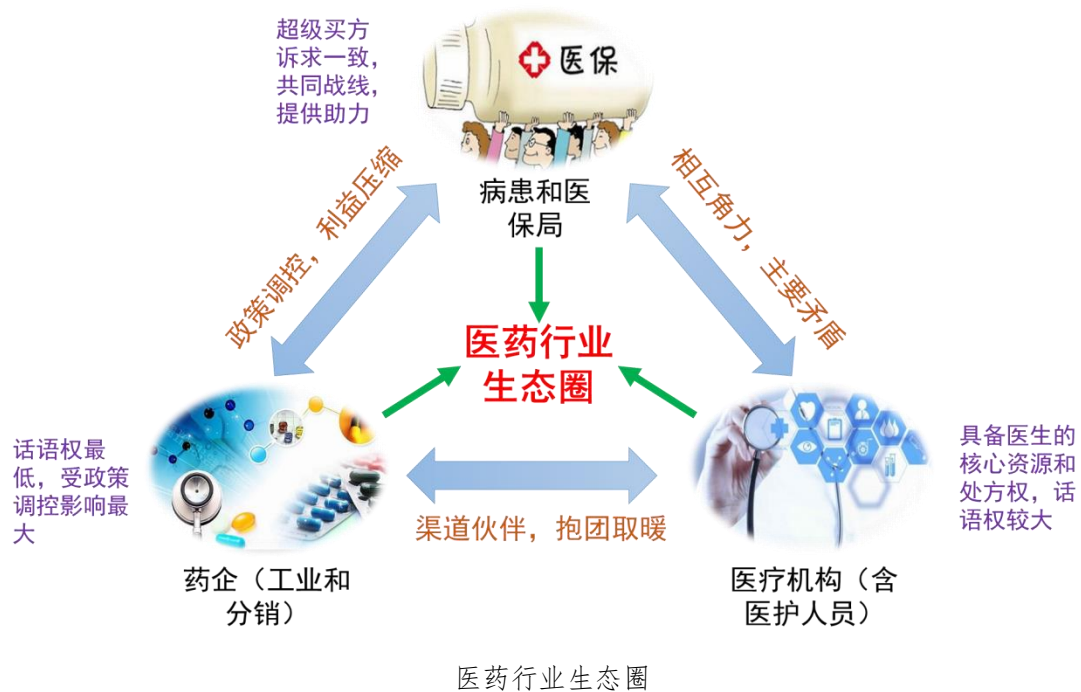
一方面，药店不受带量采购影响，药品可以自主定价，原研产品在药店仍可以保持相对高于仿制药的价格，以满足对价格不敏感，习惯用原研药品和有产品品牌情结的患者；另一方面，药店也乐于增加产品储备，以满足不同消费者的需求。同时，药店对生产厂家议价能力增强，有利于压低进货价格。短期内，药店销售额可能受带量采购仿制药价格下降影响，但长期看，处方外流将加快，专业服务能力、议价能力更强的大型连锁药店将显著受益。

### 4、医改潜在的突破口：医生

医疗医药行业和其他公共事业相比有一个很大的不同是，这个行业严重依赖体系里面的核心人物：医生。医生是整个医药行业生态里面核心的资源，而这个资源不像矿山、土地等直接受政府部门宏观调配，因此也难以像管理其他公共事业一样的行政手段来强制执行。

医疗机构的经营本身也非常依赖医生，同时，绝大部分病人对于病痛是没有自我判断和治疗的能力，病患对医生已经形成一种依赖，尤其优质的医生在大型公立医已经成为其招牌所在，这就共同导致了医生的处方权起到核心作用，而药企也会因为这个原因而通过各种方式想方设法地和医生的利益紧紧捆绑在一起，和病患、医保形成了一种博弈的势力。可以预见，三医联动改革的未来，医生将成为医改潜

在的突破口。



立春时节，集采开标、磨刀霍霍，但时代列车轰轰向前，中国医药行业不变的是以适应症及临床论证为重点的实情以及鼓励创新、凝聚核心竞争力医药强国的趋势将长期存在。我们依旧要相信，带量采购那对双蝴蝶翅膀，既引来了医药圈的飓风，也引来了医药圈光明的未来。

[返回目录](#)

• 中医药资讯 •

吉林省出台中药“三个标准” 助推中医药产业发展规范化

来源：中国吉林网

2月3日，吉林省药品监督管理局召开新闻通报会，发布《吉林省中药材标准》《吉林省中药饮片炮制规范》《吉林省中药配方颗粒

标准》(简称“三个标准”)。记者从会上获悉,以上“三个标准”是指导吉林省中药生产、经营、使用、检验和监督管理的法定技术标准,标志着吉林省中医药产业向科学化、标准化、规范化方向又迈出了重要一步。

### 贯通产业链条,强有力推进标准制修订工作

吉林省是中医药资源大省,也是中医药生产大省,此前一直沿用《吉林省药品标准》(1977年版)和《吉林省中药炮制标准》(1986年版),中药配方颗粒标准则是空白。

吉林省药监局充分发挥职能作用,从中医药产业链源头切入,强有力推进中药材、中药饮片、中药配方颗粒的地方标准制修订工作,着力解决制约中医药产业发展的瓶颈问题。在编制过程中,积极组织药检机构、高等院校、科研院所、医疗机构及药品生产企业等单位的专家和技术人员广泛参与、通力合作,紧密围绕近年来吉林省中医临床使用情况、中药炮制实践经验,切实考虑药品质量监管的实际要求,从全面提高全省中药材质量源头出发,衔接中药饮片炮制加工及配方颗粒生产。

“制修订中药材、中药饮片、中药配方颗粒地方标准是从源头上保证中药质量的重要措施。”吉林省药监局党组成员、副局长姜国明在通报会上介绍,本次出台的“三个标准”覆盖了吉林省中药材、中药饮片及配方颗粒的生产、经营、使用、检验和监督管理等多个环节,贯通了中药产业发展上下游全链条。

经过反复推敲和深入研讨，此次集中颁布出台“三个标准”中，《吉林省中药配方颗粒标准》（第一册）已于2021年2月1日起实施，《吉林省中药材标准》（第二册）和《吉林省中药饮片炮制规范》（第一册）将于2021年5月1日起实施。

“三个标准”的出台，将有利于继承和弘扬中医药传统文化，促进吉林省中医药资源可持续开发利用与科学保护，并将带动中医药科技创新，壮大产业发展规模，对打造我省道地药材品牌、满足人民群众用药需求具有重要的现实意义。

### **收载品种繁多，进一步扩大资源利用范围**

吉林省制修订的中药地方标准是对国家标准必要的补充。在“三个标准”制修订的过程中，吉林省药监局坚持践行“传承精华，守正创新”的中医药工作指示精神，深入挖掘中医药精华，注重与国家标准衔接，注重体现技术创新，注重突出地方民族医药特色，注重科学性和严谨性。

在《吉林省中药材标准》（第二册）中，共收载吉林省常用的中药材品种60个，其中新增品种36个，修订品种24个，均为国家标准未收载品种，包括植物的根及根茎类、皮类、叶类、果实及种子类、全草类和动物类及矿物类药材等。

在《吉林省中药饮片炮制规范》（第一册）中，共收载吉林省临床常用的中药饮片品种94个，其中新增品种63个、修订品种31个，包括植物药饮片86种、动物药饮片7种、矿物药饮片1种，涉及20

种炮制方法(包括不同辅料)。

在《吉林省中药配方颗粒标准》(第一册)中,共收载 163 个品种,均为中医临床处方常用品种,是吉林省首部中药配方颗粒地方标准,填补了吉林省在中药配方颗粒科研、生产和临床使用上的技术空白。

“‘三个标准’的颁布实施,使更多药用资源的应用有法可依,进一步扩大了吉林省中药资源的合理开发利用范围。”长春中医药大学副校长邱智东在通报会上表示。

据了解,为进一步优化营商环境,服务产业发展大局,减轻企业负担,吉林省药监局将“三个标准”书籍无偿发放给全省中药饮片和中成药生产企业及相关科研单位、检验机构、执法部门等,并重点抓好“三个标准”的宣传培训和贯彻实施,为促进吉林省中医药产业高质量发展提供有力支撑。

[返回目录](#)

## 最新! 中药价格普遍上涨 质量正在向好

来源: 药通网

近期,中药价格问题又备受关注起来

### 中药材价格普遍上涨

2020 年以来中药材价格普遍上涨,四季度后价格涨幅更是出现加速态势。

根据药通网大数据监测,2021 年 1 月涨价的品种有 128 种。其中,涨幅较大的有王不留行,从 6.5 元涨至 12 元,涨幅达 84.6%;其

次是天仙子(北)和水红花子, 分别从 30 元涨至 50 元, 15 元涨至 25 元; 莲须(山东)从 140 元涨至 220 元, 白药子从 18 元涨至 27 元。



(数据来源: 药通网)

此外, 涨幅在山银花、紫霄花、莲须(无硫)和血竭也是价格涨幅较高的品种。山银花从 100 元涨至 140 元, 紫霄花从 1000 元涨至 1400 元, 莲须从 150 元涨至 220 元, 血竭从 270 元涨至 400 元。



(数据来源: 药通网)

其实早在去年 12 月份，央视财经频道就曾报道过中药材涨价问题。据报道，在广州市清平中药材市场，有中药材批发商表示其经营的药材当中，2020 年四季度几乎所有品种都在涨价。对于中药材价格上涨的原因，不少商家认为，雨水偏多是价格上涨的重要原因之一。

据央视财经报道，广东肇庆的一家中药材加工企业负责人也表示，由于 2020 年降水偏多，中药材普遍收成不如往年，从而导致货源紧张，价格自然水涨船高。该企业生产的广藿香干品的价格已由 2019 年底的 15000 元左右/吨，到 2020 年底涨到了 38000 元左右/吨，翻了足足一倍有多。

此外，业内普遍认为，新冠疫情使得部分中药材进口受阻，无形中推高了相关中药材品种的价格。据天地云图药材大数据工作室对 76 种进口类药材数据统计分析显示，2010-2019 年，国内中药材进口量年均增长 3.23%，但受疫情影响，2020 年中药材预计进口量下降 28.07%，约为 10.18 万吨，为近 15 年来最低值。



(数据来源：天地云图药材大数据工作室)

不过，中药材市场品种众多，有涨就有跌。有分析显示，目前也有一些中药材的价格是持续走低的。主要有三种：一是家种生产过热的品种，占跌价品种 70%以上，如吴茱萸、百合、花椒、薏苡仁、西红花、白及等；二是需求萎缩的品种，如辣木籽、铁皮石斛、地丁等；三是旧库存量过大品种，如山茱萸、野菊花、牡丹皮、白芍等。

### 中药材质量正在向好

除了价格，有关中药的质量问题也是全社会高度关注的话题。

以往，中药饮片成为了国家以及各省不合格药品名单中的常客，有些甚至整份名单都是中药饮片。这些被查不合格的中药饮片中，不乏来源一些知名大企业的品种。近年来，在有关部门的严格监管下，中药整体质量有了明显的提高。

2020 年 12 月 30 日起，2020 版药典已正式实施，其中，对中药要求 33 种禁用农药不得检出，中药企业将面临重金属、农残的检验的高标准要求。随着新药典的实施，医药行业尤其是中药产业，将迎来一轮重大变革，中药质量有望得到进一步提升。

中药材行业资深人士月下独酌近期的文章《新版药典下，这一市场需求暴涨》也提到，2020 版药典执行以后，在中药材、中药饮片农残检项合格率方面，多家第三方检测平台透露的信息数字较为接近，据反馈，就近一段时间检测情况来看，相关植物类药材及中药饮片农残超标现象并非过去所担心的那样严重，合格率差不多能达到 90%左右。

随着新版药典对中药材、中药饮片提出了更高的要求，将快速淘汰掉相当一部分不合格的中药材，企业也将更加重视对原料来源的把控。

业内人士普遍认为，短期来看，新药典的实施，可能会刺激中药材价格的上涨，但从长远来看，更严格的质量标准，无疑将规范整个中药材市场更加健康地发展。

除了符合药典标准的药材价格有望继续上升，以下几类中药材的价格在 2021 年也有望持续走高，如种植面积调减且原价格不高的药材、易受灾害减产的药材、野生药材等。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 信息量极大！全国卫生健康工作会议给医院管理者带来的启示

来源：医学界智库

2 月 5 日，2021 年全国卫生健康工作会议在京召开，会议包括两部分内容，第一部分是回顾总结 2020 年工作，第二部分是科学分析面临的新形势，提出 5 个深刻认识，安排部署 2021 年 8 个重点工作。

我们认为首先需要重点学习会议第二部分内容，其次，我们认为需要深刻认识党领导一切的在医疗卫生领域的指导意义，为此提出第六个深刻认识。结合 6 个深刻认识，分析 8 项重点工作，从医院管理者角度，与大家一起学习会议内容，为制订医院 2021 年工作计划、

十四五规划提供借鉴和思路。

一、要深刻认识“十四五”时期卫生健康工作面临的新形势新任务新要求，贯彻落实“全面推进健康中国建设”重大任务，扎实推进新发展阶段卫生健康事业高质量发展。

从国家发展角度看，全面推进健康中国建设关系到我国现代化建设的战略全局。现代化建设离不开健康的人群。拥有健康的国民意味着拥有强大的综合国力和可持续的发展能力。

从人民利益角度看，全面推进健康中国建设是人民追求幸福健康的内在要求。习近平总书记深刻指出，“经济要发展，健康要上去，人民的获得感、幸福感、安全感都离不开健康”。

从公共卫生角度看，全面推进健康中国建设是国家公共安全的重要保障。发展卫生健康事业不仅是医疗卫生问题，而且是涉及经济社会发展全局的重大公共安全问题。

新时代卫生与健康工作总方针：以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，将健康融入所有政策，人民共建共享。

38字工作方针既与党在不同历史时期的卫生工作方针一脉相承，又体现了新发展理念的科学内涵，具有鲜明的时代特征，是对新形势下卫生与健康工作的总要求，是推进健康中国建设和制定相关政策的基本遵循。

所以，健康中国是理念、是要求、更是具体的任务，需要在各个方面认真落实。

落实任务 7：强化事业发展保障和支持。加紧做好“十四五”规划编制工作，强化公共卫生法治保障，加快科技创新和人才培养，加强宣传教育和舆论引导，推动共筑人类卫生健康共同体。

## 二、深刻认识新冠肺炎疫情防控的长期性艰巨性，做好与病毒长期斗争的准备。

在新冠疫情初发之时，医疗和公共卫生之间不协调的问题导致了对疫情的判断，对防控和防治效果的进一步提升效率都有影响，未来需要研究如何推进防、治结合，医防融合。

同时，医疗机构应该明确，公共卫生是医疗机构存在的理由，医疗机构不能认为公共卫生工作不是份内事，完全是帮政府的忙，帮公共卫生机构的忙。

现在不少医院的防疫工作已经流于形式，这是一个极其危险的信号，还是要充分认识疫情反弹的可能性，平衡好疫情防控与复工复产之间的关系。这需要医院管理者更加注重学科布局和资源配置的科学性和合理性。近期则是做好假期医疗服务保障。

落实任务 1：严防死守，确保疫情不出现规模性输入和反弹。严格落实人群聚集场所防控措施，突出抓好农村地区疫情防控，做好假期医疗服务保障，坚决防范春节期间疫情反弹。落实聚集性疫情处置指南要求，做到“早、快、准、实”，严防出现聚集性疫情，严防散发病例传播扩散。稳妥有序做好新冠病毒疫苗接种工作。

## 三、深刻认识构建强大公共卫生体系面临的历史机遇，立足更精

准更有效地防，推动公共卫生事业迈上新台阶。

首先要明确，公共卫生体系是一个大的概念，广义的公共卫生体系，应该是全社会，牵扯到各个部门，甚至牵扯到每一个人，牵扯到社会的各个阶层，都属于公共卫生体系的范畴。

其次，融入传染病疫情与突发公共卫生事件的监测系统。强化实验室检测网络建设，健全多渠道监测预警和风险评估机制。

再次，调整内部学科布局和资源配置考评方式，提升救助能力。融入城乡三级医疗服务网络，强化感染、急诊、重症、检验等专科建设，以及国家紧急医学救援基地和应急医疗队建设，全面提升公立医院传染病救治能力。推进医院医疗服务空间和设施改造，应对重大疫情防控“平战”两用，健全医疗物资储备制度。

最后，在医疗机构内部的组织设计，乃至收入分配、绩效考核方面，要配置相应的资源，尤其是人力资源，要鼓励一部分医务人员积极从事公共卫生工作，利于对疾病的监测、发现、报告，乃至救治。

落实任务 2.：改革完善疾病预防控制体系。完善传染病监测预警系统，加强疾控体系基础设施和能力建设，充分调动机构和人员积极性。

**四、深刻认识高质量发展对卫生健康事业提出的新要求，推动公立医院“三转变、三提高”，增加优质服务供给。**

治病救人是医院的“本职”工作。公立医院拥有全国绝大部分的医疗服务资源，尤其是医务人员资源，也提供了全国 95%的服务量，

是提升医疗服务整体运行绩效的关键，所以必须改变运行模式，充分发挥公益性职能，才能进一步缓解百姓看病难，看病贵问题，这也是公立医院的基本功能和定位。所以，我们认为应当把公立医院改革、基层医疗服务能力等内容纳入医疗卫生服务体系建设。这也是健康中国建设的必然要求，也只有在疾病诊疗服务能力持续提升基础上，才可更好发挥健康管理和公共卫生职能。需要落实好以下三个任务。

落实任务 3: 深化医药卫生体制改革，推进公立医院高质量发展，加强国家医学中心和区域医疗中心建设，推动优质医疗资源扩容和均衡布局，强化医联体网格化建设布局和规范化管理，加快构建分级诊疗体系。

落实任务 4 是做好健康扶贫成果与乡村振兴有效衔接。持续推进贫困地区乡村医疗卫生服务体系建设，继续实施县医院提标扩能工程，着力解决制约基层发展的人才问题。落实任务 5 是持续推进健康中国行动。深入开展爱国卫生运动，加强重大疾病防治，持续改善医疗服务，实施中医药振兴发展重大工程。

**五、深刻认识实施积极应对人口老龄化国家战略的新任务，组织动员各方资源力量，共同做好应对人口老龄化工作。**

到“十四五”末，我国预计 60 岁以上老年人口占总人口的比例将超过 20%，从轻度老龄化进入中度老龄化阶段。要加快构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系。同时，要关注继续关注人口结构变化以及趋势，适当时机调整人口出生政策，并同时保

证母婴安全。

落实任务 6：积极应对人口老龄化。强化人口监测和研判，巩固落实母婴安全五项制度，加强老年健康服务体系建设。

此外，我们认为还需要加一个深刻认识。

六、深刻认识党领导一切的指导方针在健康中国建设的引领地位。

党领导一切是新时代的我们开展各项工作总的指导方针。我们认为应该从两个方面具体落实。

第一方面是落实任务 8：一以贯之推进全面从严治党。加强政治机关建设，深入推进模范机关创建，扎实做好中央巡视反馈意见的全面整改，推进党风廉政建设和反腐败斗争，以党建工作高质量保障卫生健康事业发展的质量。

第二方面落实到医疗卫生体制改革，或者更具体的公立医院改革，就是要求按照《现代医院管理制度》要求，加强党委领导下院长负责制模式的持续探索和完善，对医院进行科学管理，提升经济管理能力，强化预算和内控，保障公立医院的可持续发展。

[返回目录](#)

### 唤醒“沉默”的患者，医院如何打通服务流量入口？

来源：看健日报

医疗服务不仅仅包含门急诊服务、住院服务，还包括医疗知识科普、健康宣教、社区义诊、专科病种诊疗协助等多项提高群众健康意

识的基础工作。协助患者选择正确的专科就诊，快捷高效地对接院内服务，是医院提升运营效率与效益的重要前提。门诊预约、挂号收费窗口是初诊患者与医院的第一次接触，也是医院业务量来源的入口。

这个窗口的服务质量直接影响患者对医院的服务印象、流量规模、复诊选择、就诊效率等多项医院运营表现。医院应当给予充分关注，避免出现潦草应对或疲于应付而导致的患者满意度降低事件，不断挖掘流量入口的数据价值，清晰把握辐射区域细分市场的医疗需求，调整区域推广策略，差异化发展提升医院的区域地位。

### 一、创造医院与患者友好而便捷的第一印象

医院在建立与患者沟通交流的渠道之前，就应该全面考虑患者的心理状态与情绪状态。对于疾病的恐惧与焦虑，让患者本能地逃避和抗拒就医体验。如果就诊前想要了解的医院、专科、医生资料和就诊信息混乱、复杂、没有条理头绪，

就会让患者迅速放弃对医院的深入了解。很多医院都开通了网站、APP、公众号、电话等多种患者沟通渠道，却陷入“别人有的我也要有”的盲目攀比怪圈，并没有冷静规划开通这些渠道要实现的功能与目标。

多途径多渠道提供患者服务虽然是很多医院的推广亮点，但深入了解后会发现这些推广渠道常常流于形式、浮于表面。不仅渠道宣传内容堆砌没有切中患者疑难重点，随机测试服务时也会发现操作不流畅、无法成功操作甚至操作成功后并未对接任何院内后续作业。

这样无效的服务信息释放与院内服务对接，对于患者来说可能是对这家医院的最初印象，当然也可能是最终印象。

作为患者接触医院服务信息的前线门户，医院应当认真研究患者就诊所需的信息完整度与渠道展示友好性。从患者就医角度，梳理就诊病种相关的临床专科、医生亚专业特长、病种诊疗流程、病种治疗周期与费用等信息，对接院内咨询、预约、挂号、退号、缴费等便捷服务，以用户逻辑排列信息展示顺序，避免重点模糊遗漏。

从流量转化角度，时刻观察渠道的关注度、互动关系、浏览聚焦、用户习惯、渠道用户构成、业务转化等关键指标变化趋势，把握患者就医需求与就诊动向，避免市场活动隔靴搔痒、区域病源流失。

## 二、隐形而体贴的预约服务，实现医院与患者共赢

网络、现场、诊间三种预约服务途径中，网络预约服务患者成本最低，现场预约服务患者能获得的引导帮助最大，诊间预约服务最易被管理者忽视但最易增强患者粘性。当患者通过各服务途径进行预约操作时，对应的是 HIS 系统设定的预约日期、时段、间隔时间、上限人数、预留号码、跳号缓冲等预约规则。

预约号源一般开放单号或双号提供患者使用，新上线预约服务的医院可以加大跳号间隔或预留空号缓冲，例如每 3 号或每 5 号间隔预约，有利于现场服务与预约服务的机动配合。设置预约未到“违约”次数对应的黑名单机制，以阶段时间、违约次数、重置排号等规则管控黑名单，避免预约资源被占用。

虽然预约服务耗时、耗力、易产生患者投诉，但医疗服务不可储存性的特点，意味着患者就诊的预约率越高就越有利于院内各项计划安排、各项资源调配。所以优化预约服务工作的首要一点，确保就诊信息的准确完整与预约作业的操作顺畅，保持各渠道预约服务与院内相关服务的连贯性。

其次，分析阶段时间内的患者操作习惯，类似于用户行为分析算法，例如是否点击过预约按钮、停留在预约界面时间、填写了哪些栏目后放弃等操作细节，依据患者行为习惯不断调整渠道展示。

再次，结合医院业务发展的不同阶段、重点、专科、病种等提升需要，设计预约优惠方案，例如费用优惠、项目折扣、指定专家报告解读、联合会诊、纪念品赠送等，加强服务推广提高预约率。

预约挂号的数据分析对业务优化大有帮助。首先，在医院整体预约率的基础上分解各专科、各医生的预约率，对平均水平以上或以下的突出问题进行原因探讨与对策制定，逐步调整前端作业观察效果。其次，分析患者爽约原因，例如天气原因、迟到未报到另挂号、急诊就诊、现场挂号提前就诊等原因，规避服务机制设计不合理，导致预约服务不便或规则无效。

再次，分析预约服务与现场服务之间的数据差异，例如提前就诊、预约时间已到但无法看诊、超过预约时间未到号码重置、报告解读患者插队等问题，逐步优化看诊队列规则，提供较为精准的预约看诊时间，便于患者工作生活安排，提高患者就诊满意度。

### 三、全面而细致的资料管理，聚焦医院服务覆盖区域与人群

紧张忙碌的挂号窗口服务让患者和工作人员常常无意中忽视患者基本资料登记的重要性。

《初诊病人信息登记表》仅填写姓名、出生日期、联系电话等几项内容是患者基本资料常见问题，实际上身份证号码、医保卡号、家庭住址、主次身份、优免类别、职业、婚姻状况、民族、住址、联系电话、疾病史、过敏史、紧急联络人信息、门慢门特身份维护等栏位设计均有特定的应用需要。

患者基本资料填写不仅仅考虑的是诊疗需要，而且嵌入医务、财务、市场等运营管理需求。患者基本资料如同一份用户画像，不仅在描述患者本人的医疗需求方向，而且通过数据交叉比对，可以描绘出患者社会关系的医疗需求，例如患者单位、患者家庭、患者生活半径等重要信息，然而这样关键的数据挖掘利用常常被忽略。

常见的患者初诊注册数据分析指标是初诊率与复诊率，粗糙地把初诊注册人数与看诊人数的对比结果解读为新患者流入。以初诊率指标精细化分析为例，将初诊患者数据分解为首次就诊该医院、首次就诊该科室、首次就诊病种、二次就诊动向等方向，分析患者单次及多次就诊行为所形成的行动轨迹网络。

同时，利用院内 HIS 中患者基本资料各栏位联合信息交叉分析，抓取患者个人及其家庭就诊轨迹网络，了解患者就诊决策的关联因素，反馈市场活动调整医院品牌推广策略，提高患者粘性与就诊忠诚

度。

患者基本资料维护后，对应细分市场的差异化营销方案应该即刻响应。给予患者不同的身份维护对应不同的优惠折扣方案，设定方案实施的优先顺序及重叠规则，系统设置优惠身份、优惠代码、优惠方案描述、优惠起止时间、多重优惠合并或排除优先规则。

优惠方案设计可针对患者特定属性进行设计，例如性别、年龄段、就诊科别、就诊医生、费别、特殊证件(军人证、老年证)等，提供指定折扣或绿色通道，采用项目优免、定额支付、限额支付或比例折扣的方式进行费用核算。

例如医院周年庆或异业联合推广活动、本院员工、医联体员工、员工家属、本院出生、本院生产等不同身份、具有纪念意义的日期或就诊顺序都可以作为折扣的关键设定要素。

#### **四、提高现场服务满意度，明确各类作业规则**

近年来较为热点的智慧医院建设，倡导使用各类智慧系统与智能终端实现患者就医需求。很多医院门急诊候诊区、入出院中心都摆放了多台终端设备，提供挂号缴费自助服务，增加协助引导人员，希望解决收费柜台高峰时刻拥堵问题。

自助终端设备由各家银行主导系统需求与服务功能定制，厂商配合软硬件实现。医院业务交易资金流水作为设备投放谈判条件，事实上对于医院来说也是一种成本投入。管理者应该重视这一渠道的开放成本与收益，评估其功能实现与投入产出效率，从患者操作便利性与

院内作业改善角度评估这一渠道所发挥的作用。

例如通过数据分析，患者反馈的机器不方便或复杂主要基于哪些操作，患者使用自助终端的作业时间与效率改变情况，设备投放后现场作业分流如何，这些作业数据反馈的都是渠道开放的真正价值所在。

自助挂号机功能对比评估

评估项目	A 银行	B 银行	C 银行	D 银行	E 银行	F 银行
诊疗卡发放、充值、挂号、缴费、查询、凭条打印等基本功能实现	√	√	√	√	√	√
硬件供应商	G	G	G	G	G	G
是否已推出市场	√	√	√	x	x	√
是否曾经被弃用	x	x	x	-	-	√
是否自助发卡	√	√	√	√	√	√
是否支持银行卡、诊疗卡、医保卡三卡合一	x	x	x	x	x	√
是否可以使用其他银行银联储蓄卡	√	√	√	√	√	√
是否可以使用就诊卡	x	√	√	√	√	√
是否支持医保卡就诊操作	x	√	x	x	x	x
是否扣除预缴费	x	x	√	x	x	x
是否可以退费至任意银行卡	√	√	x	√	√	√
是否支持系统免费对接	x	√	√	√	√	√
是否支持无身份证人群办卡	x	x	x	x	x	x
是否支持系统开发定制	x	x	x	√	√	x

挂号服务的数据可以解读出许多门诊业务运行问题。例如就诊人次大于挂号人次、收费人次大于挂号人次、就诊人次大于收费人次等作业逻辑“异常”。正确挂号的前提是选择正确科室，现场导医培训的专业知识应包括症状对应科室的判断标准与导医分流规则，同时设置转挂规则，开放导医台、诊间、收费窗口操作权限，避免患者来回多趟产生不满。

与挂号服务联系最为紧密的门诊排班工作，需要依据区域市场需求、医院阶段发展目标、收入预算提前规划，合理化、规范化管理门诊医生排班操作，充分考虑患者复诊需求规律排班并尽早公示。分别

从患者动向与院内供给两方面进行数据分析，挂号构成、峰谷分布、转挂原因、诊次调整等要素优化作业流程。

20/09/2017(周三)		21/09/2017(周四)		22/09/2017(周五)		23/09/2017(周六)		24/09/2017(周日)		25/09/2017(周一)	
新增排班		单个排班替诊		停诊		本周班次		下周班次		撤消停诊	
<input type="checkbox"/>	出诊科室	出诊医生	医生名称	职称	午别	开始时间	结束时间	挂号限额	预约		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	内分泌普通号		普通号	上午	08:00:00	12:00:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	内分泌普通号		普通号	下午	13:00:00	17:30:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	医生02		普通号	上午	08:00:00	12:00:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	医生02		普通号	下午	13:00:00	17:30:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	李		普通号	上午	08:00:00	12:00:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	李		普通号	下午	13:00:00	17:30:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	王		普通号	上午	08:00:00	12:00:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	王		普通号	下午	13:00:00	17:30:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	田		普通号	上午	08:00:00	12:00:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	田		普通号	下午	13:00:00	17:30:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	苗		普通号	上午	08:00:00	12:00:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	苗		普通号	下午	13:00:00	17:30:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	苗		知名专家	白天	07:30:00	17:00:00	100	5		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	邢		普通号	上午	08:00:00	12:00:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	邢		普通号	下午	13:00:00	17:30:00	100	2		
<input type="checkbox"/>	内分泌门诊	郭		普通号	上午	08:00:00	12:00:00	100	2		

门诊现场排队序列环节最易产生患者投诉，不仅包含号源管控、加号规则、调诊规则等排序规则，还包括患者报告解读、患者回诊插队规则，需要详细研究系统中叠加的多种管控规则与实际落地效果。为了避免号源外流，可以将当班人员权限与系统规则挂钩限制登录权限，管控挂号数量、指定号别、指定科室号的最大数量限制。

开放现场护士加号权限，依据现场作业情况调整挂号作业状态，后期分析异动原因。分析现场作业的每一步骤、动作之间的数据关联，追踪患者动向提高作业效率。例如患者退号原因、医生诊次调整后患者退号动向、退号处理后号源释放利用情况，判断患者流失与回诊情况。

序号	挂号ID	病历号	病患	就诊科室	就诊医师	挂号时间	病区	就诊类别	状态
1	795780			44诊察室				门诊-医保-无	预约挂号
2	795977			44诊察室	20	7 08:12		门诊-医保-无	已就诊
3	796000			44诊察室	20	7 10:56		门诊-自费-无	已就诊
4	798850			44诊察室	20	7 09:10		门诊-医保-无	已就诊
5	805282			44诊察室				门诊-自费-无	已就诊
6	805333			44诊察室	20	7 08:58		门诊-医保-无	已就诊
7	805496			44诊察室	20	7 09:20		门诊-自费-无	已就诊
8	805634			44诊察室				门诊-自费-无	已就诊
9	805665			44诊察室	20	7 10:05		门诊-自费-无	已就诊
10	805718			44诊察室	20	7 09:13		门诊-医保-无	已就诊
11	805861			44诊察室				门诊-医保-无	预约挂号
12	805988			44诊察室				门诊-自费-无	预约挂号
13	805924			44诊察室				门诊-医保-无	就诊保留
14	808128			44诊察室	20	7 10:26		门诊-医保-无	已就诊
15	812657			44诊察室	20	7 13:44		门诊-自费-无	就诊保留
16	812683			44诊察室				门诊-自费-无	预约挂号
17	813561			44诊察室	20	7 09:59		门诊-医保-无	已就诊
18	814509			44诊察室				门诊-医保-C类优惠	预约挂号
19	815552			44诊察室	20	7 09:16		门诊-自费-无	已就诊
20	816077			44诊察室				门诊-自费-无	已就诊
21	816079			44诊察室				门诊-自费-无	预约挂号
22	816125			44诊察室	20	7 07:34		门诊-自费-无	已就诊
23	816136			44诊察室	20	7 07:52		门诊-自费-无	已就诊
24	816137			44医师诊	20	7 07:54		门诊-自费-无	就诊保留
25	816144			44诊察室	20	7 07:56		门诊-医保-无	取消挂号
26	816150			44诊察室	20	7 08:03		门诊-医保-无	已就诊
27	816154			44诊察室	20	7 08:04		门诊-医保-无	已就诊
28	816166			44诊察室	20	7 08:42		门诊-自费-无	已就诊
29	816176			44诊察室	20	7 08:17		门诊-医保-无	已就诊
30	816178			44诊察室	20	7 08:19		门诊-医保-无	已就诊
31	816193			44诊察室	20	7 08:26		门诊-医保-无	已就诊
32	816205			44诊察室	20	7 08:30		门诊-医保-无	已就诊

预约挂号服务是医院业务的流量入口，较易被医院管理者忽视，却是患者主动体验医院服务的最主要途径。医院管理者应当对这一环节精心设计，确保多渠道展示内容及操作的便捷性与流畅性。适时优化现场服务与系统规则，提高预约率逐渐减小服务峰谷的落差与压力，创造良好的就医环境与秩序。

唤醒“沉默”的患者基本信息所蕴藏的巨大数据价值，通过数据深层分析反馈调整医院运营策略。以理性态度分别代入患者与医院两种角色，推演医疗服务需求与供给的匹配方案，就不会让管理者产生无法影响患者就诊选择的“有心无力”感。

制度设计的开口与漏洞是两个截然不同的概念，“蝴蝶效应”也存在医院业务关联的方方面面，促进微观与宏观之间的互相成就，精细化运营就存在每一个微小的细节和数据当中。

## · 他山之石 ·

### 太平洋医疗健康的这三年，如何驱动行业创新？

来源：vcbeat

近年来，AI、大数据、物联网、区块链等创新技术大范围落地，数字化浪潮冲击各行各业。受数字技术影响，保险行业也迎来巨大创新。

作为中国太保旗下医疗健康领域专业子公司，太平洋医疗健康依托中国太保 20 多年服务医保所积累的丰富经验和数据资源、医学与数据科技交叉背景的专业人才、以及在全国范围内承办的 260 余个政府医保服务项目经验，在医保基金管理、商业健康险发展等方面做出了多项创新，全力探索未来。

成立三年，太平洋医疗健康在各细分领域做出了哪些创新？小编进行了深度盘点并形成了本篇文章，以飨读者。

核心观点：

- 1、以大数据驱动医保基金管理全生命周期智能化；
- 2、科技推动长期护理保险经办智慧化、集约化；
- 3、推进商业健康险智能化精准核保核赔、欺诈监控及创新产品设计；
- 4、“保险+健康管理”推动保险从事后理赔向事前预防延伸。

## 大数据驱动医保基金管理全生命周期智能化

太平洋医疗健康认为：“大数据对于医保基金运行有重大帮助，利用智能化大数据技术可以提升医保基金管理运行效率、提高风控水平及投产价值。”

基于此，太平洋医疗健康计划以数据驱动代替经验驱动，利用多元数据，打破数据孤岛，释放数据价值，服务于医保基金全生命周期管理。

具体而言，针对医保基金“跑冒滴漏”问题，太平洋医疗健康协同中国太保寿险，在各地医保部门上线医保基金智能审核系统，实时监控医保欺诈、浪费，解决医保基金使用的合法、合理、合规问题。

2020年8月，太平洋医疗健康通过医保基金智能审核系统辅助山东多地医保部门开展医保基金稽核工作，其中，为某地级市提供了2018年至2020年6月的疑似违规单据54万份，为当地医保部门稽核团队“有的放矢”开展稽查工作提供有效参考，大幅提升了稽查工作的效率及准确性。

太平洋医疗健康介绍：“该系统已为全国15个地区提供医保基金监管服务，触达医院、药店、医生及参保人。截至2020年12月底，太平洋医疗健康医保基金智能审核系统已审核医保基金金额超700亿，覆盖4700多个医疗机构。”

在智能监控方面，太平洋医疗健康自主研发的医保基金运行大数据风控平台于2020年4月在衢州上线。该平台以可视化的形式展示

医保基金从整体宏观情况到更深层次的微观实时动态，对基金收入、支出、结余情况进行实时监测，实现多指标、多维度的下钻分析。

通过医保基金运行大数据风控平台，太平洋医疗健康将数据科技引入风险管理，实现风控指标的自动化秒级分析。另外，该平台还可展示未来五年医保基金收入、支出及结余情况的发展趋势，从而支持政府决策。

落地试验后，医保基金运行大数据风控平台赢得了专家及医保部门的认可。在 2020 年 8 月开展的全国医保智能监控示范点中期评估工作中，以医保基金运行大数据风控平台为核心的衢州智能监控示范点名列前茅。12 月，医保基金运行大数据风控平台再度获得荣誉，被《中国银行保险报》评为 2020 保险业线上化技术应用案例二等奖。

截止 2020 年底，太平洋医疗健康已经研发 50 余项数字化分析工具，并获得 40 项国家知识产权认证，为全国 22 个省 90 多个地区提供医保基金精准筹资测算、医保基金运行风险定位、智能结算审核、欺诈监测等服务，覆盖 3302 亿医保基金、4.37 亿参保人，在全国各地已有 135 个数据咨询项目落地。2020 年 12 月，太平洋医疗健康凭借领先的创新成果入选“医保大数据创新服务类榜单 TOP10”。

经过 3 年的调查、创新、应用，太平洋医疗健康更加坚定了数据驱动的策略。“我们认为，政策动态化调整将成为常态，大数据技术在决策方面的支持作用将逐步强化。而医疗健康大数据的规范化应用将绽放出巨大价值，未来将大幅提升医保基金的运行效率。”

## 推动长期护理保险经办智慧化、集约化

我国人口老龄化的程度持续加深，老年人长期护理问题日益突出，长期护理保险对于加快发展养老服务业，满足持续增长的养老服务需求，妥善有效处理老年人的护理问题具有现实意义。

但是，相对于其他保险，长期护理保险的流程环节复杂、涉及角色多元、风险管控难度更大。例如，政府、保险机构、护理机构、养老机构等众多参与方由于信息流通不畅通，产生信息孤岛；护理员上门服务的真实性及用户体验难以监管；流程长、环节复杂导致稽核巡查困难……

针对此难题，太平洋医疗健康自主研发出“智慧长护经办平台”，将长期护理保险经办的全流程、各方角色纳入到同一个系统，支持长期护理保险的一体化、集约化经办。

智慧长护经办平台由信息库、信息管理系统、和 APP 组成。统一的基础信息库包含评估标准、标准护理服务包、人员信息、基础配置及所有经办过程，打破数据孤岛，加强上下游数据流通，促进长期护理保险一体化。信息管理系统提供包括申请、评估、护理、结算、稽核在内的五类业务流程、连接参保人及其家属、评估机构及评估专家、护理机构及护理员、政府及保险企业、稽核人员等多方角色，满足长护险各参与方的需求。至于 APP，则是实现参保人、评估专家、护理员、稽核员随时随地线上办理业务，实现长护险线上线下业务的融合。

智慧长护经办平台通过人脸识别、智能预警、大数据分析等新技术

术的应用，实现经办过程事前、事中、事后全流程智能化监管，降低人力成本，提高长护保险的经办效率。另外，智慧长护经办平台通过参保人自评、失能评估、护理评估三层评估体系，使评估结果更准确，使护理服务内容更具备针对性。

太平洋医疗健康透露：“截至 2020 年 12 月底，依托长期护理保险经办项目，我们已经为全国 16 个地区提供长护经办系统服务，覆盖 190 家护理机构，触达人口约 1900 万，为 3.5 万参保人提供近 4 万次评估服务，近 115 万次护理服务。”

通过智慧长护经办平台，长期护理保险实现了一体化、智慧化经办，解决长护险在实践中的关键痛点。未来，太平洋医疗健康将进一步推动长护险发展。

### **数字技术打造新型模型及系统，促进商业健康险智能化发展**

在商业健康险的升级方面，太平洋医疗健康通过自主研发的个人健康风险评分模型、智能理赔反欺诈系统、慢性病发病风险评估模型等工具，实现智能化精准核保理赔、欺诈监控、创新产品设计。

通过大数据模型，可以有效减少健康风险的逆向选择，对于认真执行健康管理的用户群，在有健康数据支撑的情况下，可以实现以健康体进行承保。与此同时，部分不能被承保的慢性病，在大数据模型支持下有望纳入承保范围，拓宽保险产品创新空间。

太平洋医疗健康研发的补充商业保险保费评估模型，可以科学测算健康险产品人均保费并提供专业的筹资定价方案，支持保险产品快

速、精准定价，为健康险的拓展和精细化管理提供保障。今年，普惠型健康保险快速发展，目前通过该模型已为全国 29 个地区进行普惠型健康保险的评估测算。

事实上，太平洋医疗健康通过在医保、长护险等方面的实践创新反哺商业健康险，利用医保、长护险等方面的创新及数据技术，设计出更科学合理的保险产品、模型及系统。

可以预见，太平洋医疗健康通过医保技术应用与商业健康险的融合，最终推动商业健康险的研发、投保、承保、核保实现智能化。

### **“保险+健康管理”助力保险从事后理赔向事前预防延伸**

近两年，健康管理更深层次融入到保险领域，2019 年 11 月，银保监会印发《健康保险管理办法》，提出“保险公司可以将健康保险产品与健康管理服务相结合，提供健康风险评估和干预……降低健康风险，减少疾病损失”，2020 年银保监会再度印发《关于规范保险公司健康管理服务的通知》，进一步规范保险公司开展健康管理服务的行为，推动健康管理服务与健康保险融合发展。

太平洋医疗健康作为中国太保旗下医疗健康领域的专业子公司，在中国太保大健康战略中发挥积极作用，更好满足客户全生命周期的健康管理需求，助力打造太保服务，构建立体体验。

太平洋医疗健康认为：“健康管理服务可以使保险公司从单纯的事后理赔向事前和事中干预进行延伸，通过健康管理，客户能够更好地管理生活行为与饮食习惯，形成健康的生活方式，提升身体健康水

平；而保险公司的风险管控能力也将进一步增强，最终实现客户和保险公司的双赢。另外，保险是一项持续性服务，贯穿客户全生命周期，但是传统的保险产品提供的是低频服务，通过健康管理则可以将低频的服务转化为高频，从而增强客户黏性。”

基于以上考虑，太平洋医疗健康推出移动健康管理平台，并严格选择合作伙伴，为客户提供日常健康咨询、健康管理、医疗保障等“线上+线下”全流程服务，为包括中国太保在内的保险客户提供便捷、优质、丰富的健康管理服务。

具体而言，太平洋医疗健康推出 7\*24 小时视频医生咨询服务，此类在线服务可跨越时间、空间屏障，让客户随时随地享受到跨地域的优质医疗健康服务，截至 2020 年底，“视频医生”咨询服务累计覆盖家庭客户 200 万。太平洋医疗健康还协同中国太保寿险推出面向企业员工的“保险+健康管理”综合性解决方案——员工健康关爱计划。该计划集“健康 E 顾问、就医管家、重疾关爱、高端诊疗、药品福利”等多项医疗健康服务于一体，目前已在上海、常州、苏州、河北等地先行落地投放并将进一步在全国推广。另外，太平洋医疗健康还联合上海细胞治疗集团推出生命银行细胞冻存服务，为高净值客户群体提供生物医学科技前沿的解决方案。截至 2020 年底，累计逾 7200 人冻存细胞，累计带动首年保费收入近 25 亿。

未来，太平洋医疗健康将从健康管理服务向大健康服务延展。第一，推动健康管理深度融入保险产品的设计，发挥保险支付方纽带，引

导客户养成健康行为、引导合理就医、提高医嘱遵从率，进而降低疾病发生率、降低出险率。第二，围绕健康管理、体检、用药、检测、慢病管理、康复等全流程，提供全周期、全网络医疗健康服务，进一步丰富保险产品。第三，推动健康管理不断扩大服务范围、不断融合保险产品，并利用更加丰富、完整的医疗健康大数据技术支持定制化保险计划研发……

## 结语

观察太平洋医疗健康成立三年以来的创新措施，可以一窥保险业转型发展的缩影，“保险+科技+服务”已经成为保险业求新求变的发展共识。

从长远来看，太平洋医疗健康通过人工智能、大数据等创新技术推动医保基金管理的智能化、精细化，提升了医保基金的管理效率、风控水平及投产价值，在此过程中所积累的技术、经验将进一步向商业健康险延伸辐射，太平洋医疗健康为此树立了标杆案例。

另一方面，太平洋医疗健康“保险+健康管理”模式实现多方共赢，为保险与健康管理行业的结合提供了实践样本，将大幅推动健康管理领域和保险领域的深度融合，通过场景创新、业务创新等方式推动保险业的发展。

从创新中看未来，可以预见：创新技术将深度服务医保基金全生命周期，助推医保基金智慧化运行；保险企业将利用创新技术提高核保、承保能力，扩大承保范围，深度接入健康管理，为更多用户提供

全方位服务……

人工智能、大数据、物联网等创新技术正加速应用于保险行业，太平洋医疗健康未来将会有哪些创新应用，我们拭目以待。

[返回目录](#)

## “门诊版 DRG” 即将来临？详解金华市门诊支付改革试点

来源：动脉网

2021 年 1 月 14 日，浙江省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，宣布由金华市医保局联合金华市财政局、金华市卫生健康委出台《金华市基本医疗保险门诊付费办法(试行)》，在金华市全域推行门诊“APG 点数法”付费改革。

索引号:	11330700MB15932668/2020-00437	发布机构:	市医疗保障局
发文日期:	2020-12-28 09:36:37	公开方式:	主动公开
登记号:	ZJGC73-2020-0004	有效性:	有效
文件编号:	金医保发〔2020〕86号		

### 金华市医疗保障局 金华市财政局 金华市卫生健康委员会关于印发金华市基本医疗保险门诊付费办法（试行）的通知

发布日期：2020-12-28 信息来源：市医疗保障局

[政策解读 >](#)

各县（市、区）医疗保障局、财政局、卫生健康局：

《金华市基本医疗保险门诊付费办法（试行）》已经市政府同意，现印发给你们，请遵照执行。

金华市医疗保障局 金华市财政局

金华市卫生健康委员会

2020年12月28日

这项改革是继“DRG 点数法”之后金华市在医保支付方式上的又

一创新试点，同时也被列入省级试点。那么，以 APG 点数法为代表的门诊支付系统究竟是什么？国外的门诊支付系统是如何运行的？金华门诊支付系统与先行者相比有哪些特点，又有哪些改进空间？动脉网结合其他国家实践及专家观点，对此试图进行解读。

### 已谋划一年，金华 APG 点数法国内首创门诊打包支付

金华 APG 全称为 Ambulatory Patient Groups，直译为门诊病例分组。门诊病例分组与逐渐为人熟知的 DRG 一样，都是病例分组系统的一种。除此以外，病例分组系统中还有 RUG (Resource Utilization Groups)、FRG (Functional Related Groups) 和 URG (Urgency Related Groups) 等分组系统。

	美国	澳大利亚	英国	加拿大
住院（或急诊住院）	MS-DRG, APR-DRG	AR-DRG	HRG4	CMG
门诊（或非住院）	APC	NHDC tier 2	HRG4	CACS
日间手术/短期住院	APC	部分纳入AR-DRG	HRG4	DPG
急诊	无	URG	HRG4	无
护理	RUG	无	HRG4	NACRS
康复	CMG/FRG	AN-SNAP	HRG4	RPG
长期保健	LTC-DRG	AN-SNAP	无	CCRS RUG-III HCRS RUG-IIIop
家庭服务	HHRG	无	无	

常见的病例分组分类

它们的共性是将病例按照某种方式分组聚类，从而方便管理或支付。当然，由于不同的分组标准，这些病例分组系统分别适用于不同场合。以 DRG 为例，其分类基础是诊断和操作，因此，只有那些诊断和治疗方式对病例资源消耗和治疗结果影响显著的病例，即短期住院病例才适合使用 DRG 作为风险调整工具。

DRG 的确对短期住院费用上涨起到了很好的抑制作用。然而，这

仅是整个医疗行为中的一部分。当医院发现住院费用可以通过门诊部分转移后，门诊费用增长速度出现了远比自然增长(通货膨胀、医疗科技进步等)更高的增幅。针对门诊费用进行支付的门诊打包支付也就应运而生。

金华市此次试点发布会中就提到，“APG 点数法”门诊付费改革实施前，门诊医疗费用未实施总额预算，按定点医院、药店实际发生费用结算，导致门诊费用支出增长迅猛，门诊医保基金支出年增长率在 20%左右，远高于 DRG 试点后住院医保基金支出增长率。通过门诊复合支付改革，有望将门诊医保基金年度支出增长率控制到 10%以内，与 DRG 形成闭环管理。

目前，门诊打包支付的分组依据主要包括门诊医疗服务的疾病类型、治疗方式和费用消耗。在金华市医保局公布的《金华市基本医疗保险门诊付费办法(试行)》(下文简称《试行办法》)中，对金华市 APG 的分组进行了说明。

根据《试行办法》，金华 APG 主要根据临床过程、资源消耗等相似程度，将同一患者在一个治疗周期(目前暂定为一天)内同一医疗机构相同主诊断的多个结算病例合并作为一个病例，通过聚类分组形成符合金华实际情况的 APG 分组。这些 APG 分组具体分为手术操作 APG，内科服务 APG 和辅助服务 APG 三类。

手术操作 APG 主要包括以手术为主(含麻醉、药品等)的病例，如果其中包含重要检查检验项目，这些项目需要另外分入辅助服务 APG。

在计算费用时也是如此——手术相关费用作为手术操作入组费用，相关检查检验费用作为辅助服务入组费用。

内科服务 APG 则是以内科药物治疗为主的病例。与手术操作 APG 一样，如果其中包含重要检查检验项目，相关检查检验项目分入辅助服务 APG。在计算费用时，内科药物治疗相关费用作为内科服务入组费用，相关检查检验费用则作为辅助服务入组费用。

辅助服务 APG 则是以检查、检验为主的病例。如前所述，辅助服务 APG 包括了手术操作 APG 和内科服务 APG 中的检查检验项目。此外，辅助服务 APG 还包含门诊诊查费、一般诊疗费、需额外进行补偿的耗材及国家谈判药等。其中，国家谈判药根据药品通用名成组，当年新增国家谈判药则在次年起根据药品通用名成组。

根据公开的信息，金华市早在 2020 年 1 月便开始了对门诊支付的探索。早在 2020 年 1 月 2 日金华市基本医疗保险门诊付费改革工作部署会上，金华市医保局便计划实施通过门诊按人头付费结合家庭签约医生付费（“APG 点数法”付费）改革。

2020 年 5 月，金华市医保门诊按人头包干结合 APG 点数法付费改革被列入浙江省级试点。这个当时国内首创，全国唯一的门诊支付方式改革也是金华市医保局组建以来获得的第四项国家及省级试点。

到了 2020 年 7 月，金华市下属东阳市已经完成了历史门诊数据的第二轮分组结果反馈。通过对 16 家医疗机构涉及各类门诊医疗费用总计 3.94 亿元的 141 万条数据进行聚类分组，当地医保局将东阳

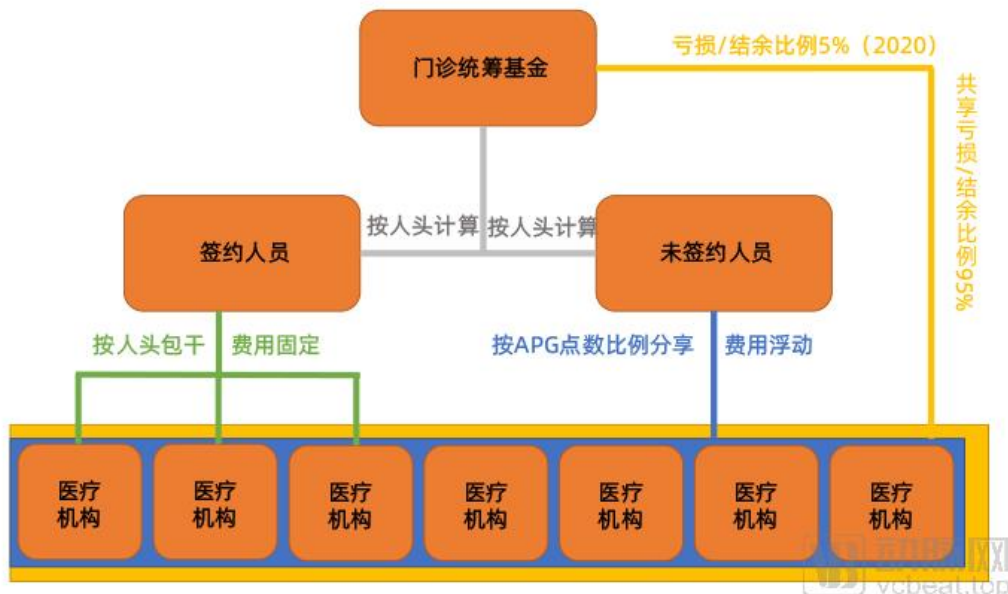
市级医院 APG 分组分为 761 组，基层医院分组 347 组。这也可以说明金华市全域针对门诊支付的准备工作在有条不紊地进行中。

通过对全市分组的综合，本次金华市门诊支付试点确定 APG 分组 1391 组，并通过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。

### 金华特色，总额预算+人头包干+APG 点数复合支付

值得注意的是，尽管本次金华市门诊支付改革被简称为“APG 点数法付费”，但 APG 点数法并不是其中的全部。金华市门诊支付改革实际上是在总额预算下按人头包干结合 APG 点数法的复合支付方式。

首先是对门诊医保基金实行总额预算管理。总额预算按照市、县(市)分统筹区分别管理医保基金，包括参保人员在统筹区内外医保定点医疗机构门诊(含外配电子处方)及定点药店购药等的统筹基金支出。其中，门诊类型包括普通门诊、慢性病种门诊和特殊病种门诊。



金华门诊支付系统示意图，动脉网制图

整个统筹区医保基金的支付方式则分为人头包干和 APG 点数支付两大类，根据具体情况不同来采用不同的支付方式。

首先是人头包干，金华市将推动医疗机构与医保参保人员签约，从而将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。若有结余由医疗机构留用，若有亏损也由其自行承担。

对于人头包干而言，按人头支付的额度是决定医疗机构盈利或亏损的关键。据介绍，金华市根据前两年全市参保人员的门诊就诊情况，运用大数据分析来确定参保人的门诊人头基金额度。

值得一提的是，金华市人头包干的门诊类型包括普通门诊和慢性病门诊，暂不包括签约参保人的特病门诊。这是因为特病门诊对于医疗机构的服务能力有一定要求。《试行办法》中也提到，“今后视签约医疗机构医疗服务能力提升情况，可逐步将签约人员的特殊病种门诊人头额度包干给签约医疗机构(医共体)。”

目前，按人头包干的支付在国内较为少见。在发布会的解读中提到，“利用经济杠杆，(按人头包干)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”。

这将推动相关医疗机构更加注重覆盖范围内的基本公共卫生工作和健康管理，将重点从疾病治疗向疾病预防转变。通过让签约参保人保持身心健康，尽早发现疾病征兆予以治疗，减少对门诊医保基金

不必要的浪费，医疗机构才可从固定的人头包干支付中获取结余。

在现行的门诊支付机制下，门诊服务项目皆为医疗机构的收入。医疗机构巴不得有更多的门诊量和检查项目，自然不会有动力关注疾病预防及健康管理。

同时，这一方式也将推动医保基金向签约服务和基层倾斜。一方面，通过签约绑定参保人及相应人头支付，基层医疗机构可以借此维系及发展，乃至进一步提升医技水平；另一方面，由于将占门诊相当比例的慢病管理转移到基层医疗机构，大医院门诊的就医压力也得以减小，可以腾出更多资源解决疑难杂症。“分级诊疗”的良性循环可能逐步形成。金华市也制定了基层就诊率的目标，2020 年基层就诊率目标为 65%。

对于没有签约的参保人门诊人头基金则由符合条件的医疗机构共同统筹使用，按照 APG 点数法支付。不同于费率法，金华点数法将病组以点数体现，并根据“以收定支、收支平衡、略有结余”原则实施点值浮动，年底根据此部分基金预算总额和全市医院 APG 总点数确定每个点数的实际价值，再据此计算出每家医疗机构应得的支付。

整个门诊医保基金则按照“结余留用、超支分担”的机制运行，简单来说，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，医保基金和医疗机构分担比例为 5%：95%——也就是说，如果当年门诊医保基金有结余，则医保基金留存结余部分的 5%，医疗机构留存 95%。但如果门诊医保

基金出现亏损,医疗机构也需要对超出预算部分按 95%比例承担损失。

### 美国和德国的门诊支付是怎样的?有哪些特点?

金华 APG 点数法属于门诊打包支付的一种。放眼全球,这种支付系统已经得到了广泛应用。其中,美国和德国的门诊支付系统具有代表性。

美国是最先开发出 DRG 支付系统的国家——1967 年,美国耶鲁大学 RobertB·Fetter 及其团队开发出了第一代 DRG,也就是俗称的“YaleDRG”。YaleDRG 是 DRG 系统的鼻祖,最初被用于质量管理,目的是帮助临床医生和医院监控服务质量和 Service 利用率。

由于美国医疗费用开支飞涨,DRG 也被应用到保险支付中以实现控费。美国新泽西州在支付制度试点改革中率先引入 DRG,随后,DRG 进行了改版,对编码系统和分组规则上做了较大调整,尤其是加入了临床医生,使得改版后的 DRG 更适合临床实际情况。

DRG 的确有效地遏制了住院费用的快速增长。但医院发现可以通过让病人提早出院,或是通过住院费用转移的方式来规避 DRG 对住院费用的控制,导致医院门诊及其他费用的快速增长。在这种背景下,对门诊费用进行有效控制迫在眉睫。

以主要设计为残疾人、晚期肾病病人和 65 岁以上老人提供公共医疗保险、类似于我国医保的 Medicare 便采用了新的门诊支付系统来取代传统的门诊支付。

传统上,Medicare 的管理机构 CMS (CentersforMedicare&Medic

aidServices)按照三种方式对门诊费用进行支付。第一种是最常见的按服务项目付费(如检验检测项目、医疗器械及耗材使用、末期肾透析服务及救护车服务等)，依照事先审批的价格表逐项支付费用。第二种是按照门诊服务成本或费用中较低者，或将项目付费与成本费用较低者相结合的复合支付方式。第三种则是按同地区其他门诊医疗服务的合理成本或费用中较低的一项进行支付。

除第一种完全按服务项目付费外，剩余两种方式对门诊服务成本和费用的认定需要诊所提供服务至少两年后经过审计和结算后追溯确定。

由于不同医院的成本和费用不同，导致 Medicare 需要向不同医疗机构的相同医疗服务项目支付不同费用。比如，Medicare 向大型医院支付的同一服务的费用通常都会高于私人诊所。这种支付上的“剪刀差”使得大型医院热衷于建立分支门诊机构(甚至远离医院数英里远)或收编独立执业的私人诊所，从而获得更高的医保支付。

同时，与成本相关的支付方式使得医院完全没有任何动力抑制过度医疗——医院提供的服务越多，获取的支付就越多；减少疾病反而意味着医院收入减少。根据统计，2000 年之前的十年，Medicare 所需支付的门诊费用以每年 9%的速度飞涨。这些上涨的门诊费用大部分来自于过度医疗，而非正常的人口增长或通货膨胀。

因此，美国从 2000 年 8 月开始对院外医疗服务支付实施 OPSS 支付系统(OPPS, OutpatientProspectivePaymentSystem)。APC 则是其

中一部分，专门针对门诊服务支付，基于(AmbulatoryPatientClassification)分组，俗称“APC 支付”。

与 DRG 类似，Medicare 将门诊服务或项目按 APC 分组进行分类，并为每个分组支付固定的费用，不再考虑提供这些服务或项目的成本。这对医院的成本控制提出了要求，同样条件下，如果医院提供医疗服务或项目的成本越低，其从医保支付中获取的结余就越多。

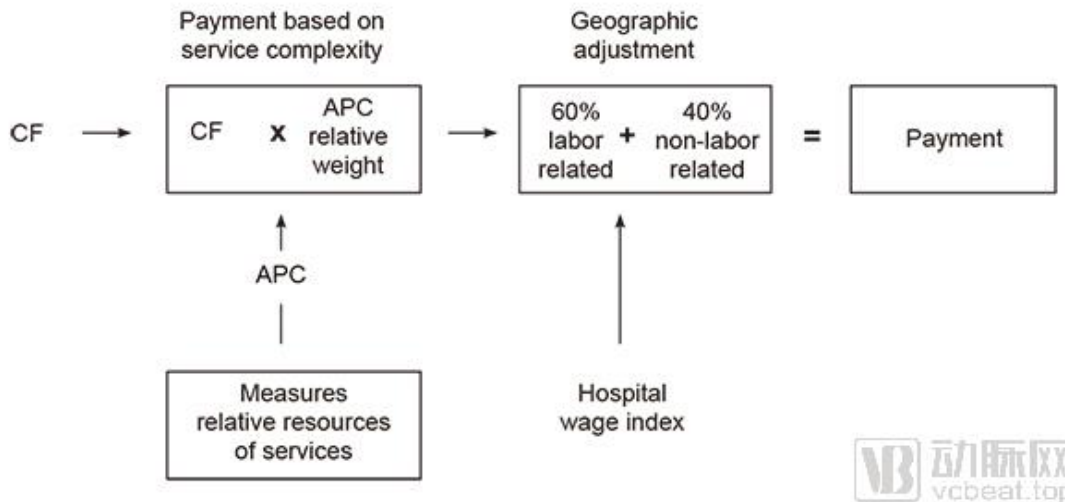
APC 支付的覆盖范围极广，Medicare 参保医疗机构的门诊服务均支持 APC。此外，部分社区精神卫生机构或其他类似机构提供的部分精神卫生医疗服务也被包含其中。

专门为保留地的印第安人及阿拉斯加人提供联邦服务的 IHS (IndianHealthService)、按合理费用报销的急救中心则不采用 APC 支付。此外，由于马里兰州是全美唯一获得定价权，采取医保和商保同价的地区，马里兰州所属医院及肿瘤医院提供的多数门诊服务也没有采用 APC 支付。

除少数例外情况外，根据临床相似性和资源消耗，美国 APC 将分组分为重要的外科及非外科手术、门诊及急诊服务以及辅助服务。APC 支付涵盖了 Medicare 过往按成本或费用报销的医院门诊服务，包括门诊外科手术、影像检查和其他检查、门急诊出诊、耗材，以及结肠直肠癌筛查和各种其他疾病预防服务。

Medicare 通过将 APC 分组的按比例计算的相对权重与转换系数相乘来计算这些单独的医疗服务或是手术服务的全国性调整前分组

费率。相对权重可以衡量 APC 分组所需资源的几何平均成本。转换系数则将按比例计算的相对权重转换为按美元计算的费率。



美国 APC 门诊支付系统的支付计算方式，截图来自 CMS 官网

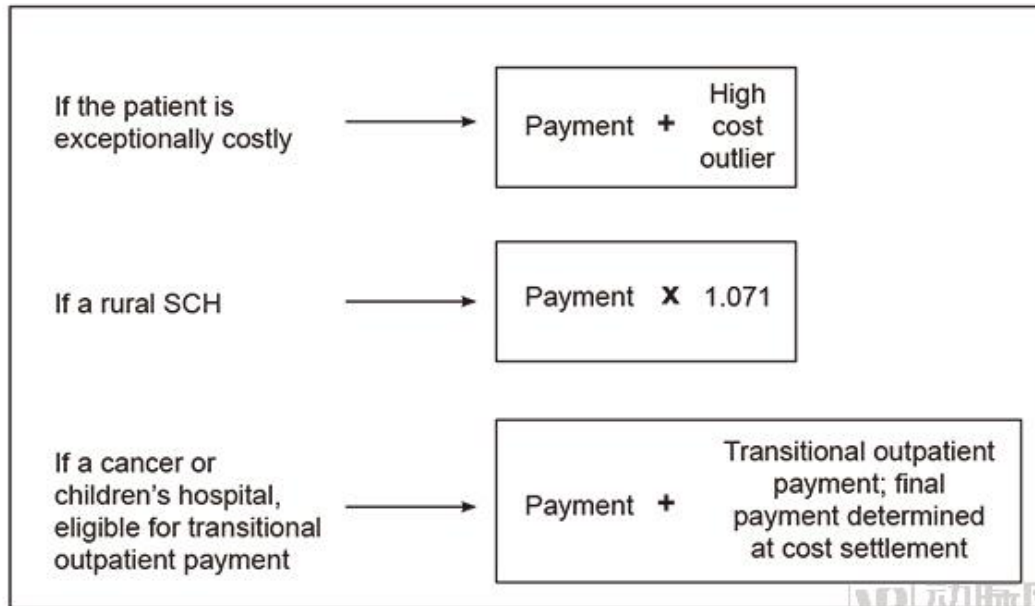
随后，再用全国性调整前分组费率乘以地区补偿因数得到实际的支付费用。补偿主要分为两大块。其中最为主要的是当地医护人员薪资指数，在整个补偿因数中占到了 60%的比例。

除此以外，CMS 针对特殊类型的医院也会有一定的补偿。首先是教学医院，由于教学医院提供的服务相对更全且较为复杂，通常费用要比普通的社区医院高很多。因此，教学医院可以获得额外的补偿。

其次则是具有公益性质，主要以收治低收入人群为主的医院。由于美国没有强制医保，医院也不能拒收无保险病人。因此，为了维持基本的医疗服务覆盖，此类公益性医院也可以获得额外补偿。

除此之外，CMS 还规定了一些额外的补偿针对特殊情况：如特殊的超过上限的病例、位于郊区且周边没有其他医疗机构的医院 (RuralSCH) 以及特定儿童医院和癌症医院的转诊。

Special Exceptions



美国 APC 门诊支付系统部分特殊补偿计算方式，截图来自 CMS 官网

每年，CMS 均会对 APC 分组及其相对权重进行重新评估，主要基于医院及医疗行为的改变、新技术的改变、加入新服务并淘汰过时的服务、反映新的成本数据以及其他一些相关的原因。

此外，CMS 还设立了专门的新技术 APC 组。满足新技术 APC 组条件的服务会被划入这些保留的新技术分组。这些专门的新技术 APC 分组与普通 APC 分组的区别主要在于两点：新技术分组仅反映成本，而不反映临床特性；每个新技术 APC 分组的费率取决于其成本中位线，而非相对权重。

除了美国，德国也是全球在医疗支付中应用打包支付比较成熟的国家。针对门诊支付部分，德国有相应的门诊支付系统。大致来说，德国提供门诊服务的主要是遍布各社区的独立执业医师及其诊所。

德国具有完备的分级诊疗制度。遍布各地的全科诊所会首先接诊

门诊患者。如果需要进一步检查，则将会患者转诊给相应的专科诊所。专科诊所如果判断无法处理，则会继续转诊给医院进行进一步处理。

在这个过程中，全科诊所和专科诊所都属于门诊支付的范畴。由于转诊到医院的患者往往需要住院或手术操作，因此，医院部分的门诊检查以及相关服务，依照德国医院联合会定期审核发布的门诊收费目录进行支付。

最终的支付则依据反映各自服务量的算法分配给整个诊疗流程上的全科诊所、专科诊所及医院。比如，如果专科医生参与合作医院的后期手术，所产生的手术劳务费用也将支付给专科医生，而设备和团队等费用则支付给医院。因此，为了获取更高的收入，专科医生一般都会与医院有一定的合作关系，以便借助合作医院的设备及团队实施手术。

简而言之，德国的门诊基金和住院基金分别独立，但基于共同的总额预算，也存在一定的博弈竞争关系。即，如果当年门诊基金结算低于预算，而住院基金结算高于预算。则第二年门诊基金预算会出现下降，住院基金则会提升。

“因此，尽管全科诊所和专科诊所在整个流程中存在一定的竞争关系，需要按照点数分配，但基于把门诊基金盘子做大的共同目标，正常情况下全科诊所都会转诊给专科诊所，而不是直接转诊给医院。分级诊疗在这种情况下自然而然就形成了。”德国 DRG 专家，Aceso Health 执行董事王骞介绍道。

德国的门诊支付部分也分为法定医保和商保，均采用点数法计算门诊支付。两者不同之处在于点值不同——一般来说，商保的点值要高于法定医保，并依据服务量以及服务难度有较高的加权系数。

德国 DRG 专家，AcesoHealth 执行董事王骞以一个形象的例子对此作了解读：“打个比方，我们在抽血的时候有时候会遇到病人血管过细需要反复尝试，耗时耗力的情况。如果是商保或是自费病人，诊所就可以合理地要求较高的加成。但是法定医疗保险支付就没有这个系数，抽血容易的病人和抽血难的病人支付的费用是一样的。”

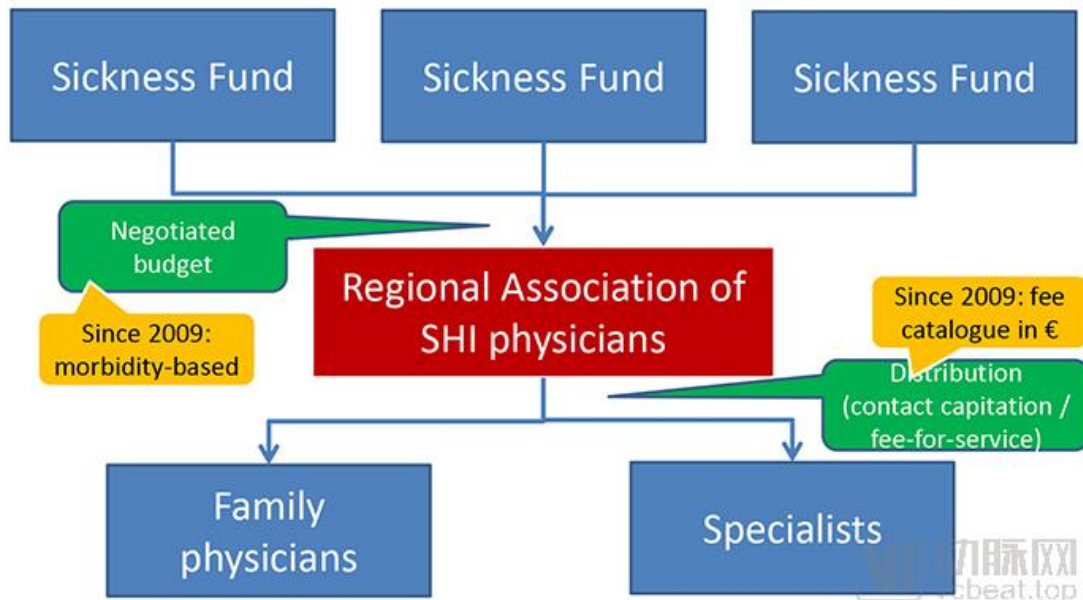
同时，商保在费用上限的管控上远比法定医保宽松。因此，德国的一些诊所选择只接受商保或自费病人以获取更高的收益。但在资格认定上，法定医保的要求更高，需要诊所必须获得相应的资格。

不同于商保向诊所及医师直接支付，相当于我国医保的德国法定医保基金并不直接向签约医师或诊所支付。每年，法定医保基金首先会与法定医疗保险签约医师协会（简称 KBV 和下辖的地区 KV）协商确定整个联邦以及各自地区每个投保人的人头费用，随后按照投保人总数最终确定整个地区的门诊支付预算总额。

KBV 进而根据医师专业、服务人群年龄及服务总量等因素将预算在内部进行分配及相应的补偿，以使不同专科医师的收入差距不至于过大。

KBV 在每一季度根据医师提交的门诊档案信息予以基金分配划拨。之后，医师协会会根据工作量对医师进行相应的补偿支付。支付

的项目及其点数在法定的“联邦医疗服务项目统一评估标准”中有相应规定。



德国门诊支付系统，截图来自 WilmQuentin 演讲稿

在点数价值的计算上，德国最初采用了浮点法。根据之前已经确定的按人头支付的预算总额，以及可以计算出的门诊服务总点数，来计算出每个点数的价值。点数价值乘以医师可获得补偿的点数即为其可以获得的补偿支付。

这种方法特点是“以收定支”，控费效果卓著，一般不可能出现超支。门诊执业医师事先并不知道每个点数的价值，理论上可以在一定程度上达到控制医师过度医疗的行为。

然而，实际操作中发现，随着总点数的增加，点数贬值愈发严重。为了补偿点数价值的贬值，医师往往选择增加医疗服务，一定程度上又进一步加剧了点数贬值。逐步陷入医师提供医疗服务量增加，收入却几乎不会增加的情况。

为了解决这一问题，从 2000 年开始，德国法定医保基金在门诊支付中改为采用固定点数法，即点数价值基于医师服务的总数量和服务人群的年龄结构，由 KBV 与医保基金事先谈判确定。为了补偿点数贬值，每年点数价值也会做适当增加。

由于最初设定的点数价值较低，无法反映真实的医疗服务成本。从 2009 年开始，经过协商，法定医保基金门诊支付的点数价值通过精确核算后基本上逐年都得到提升。

对于超支的部分一般并不会完全不予支付，但总的来说超额支付并不能抵消实际成本。因此，这样的负向激励减少了过度医疗的可能性。与美国 APC 类似，德国门诊支付对于新技术也有相应的缓冲机制设计。新技术可以单独支付，并在之后一年一度的更新中加入分组。

德国 DRG 专家，AcesoHealth 执行董事王骞认为德国门诊支付起到了应有的效果，主要体现在三个方面。

首先，德国门诊支付起到了良性分流的作用，把不该住院的服务控制在门诊范围，体现了极好的控费效果。同时，门诊支付体系和住院支付体系经过专家团长期的沟通和审核，产生了彼此都公认的转诊标准。

其次，德国门诊支付促进了整个门诊系统的内部建设和沟通。全科医生和专科医生会定期进行沟通。除了正常的技术分享，门诊体系也会在点数价值和服务量之间进行平衡，降低因为盲目增加服务量导致点数贬值的可能性。

最后，则是医疗效率的提高。在以往的按照项目付费体制，门诊可以通过拆分项目拉长周期的方式获取服务支付的提高。德国门诊支付体系通过改革和优化对门诊医疗服务提供者的诊疗行为进行了规范，从根本上杜绝了这方面不良行为的产生。

### 金华门诊支付相比其他国家的门诊打包支付有哪些特点？

不难看出，金华门诊支付在设计上基本借鉴了美德两国的门诊支付系统的设计和结构。但在具体设计上又有一些自己的特色，总体来说，更类似于德国门诊支付系统的设计。

与美国 APC 相比，无论是德国门诊支付还是金华 APG 点数法都加入了总额预算，防止出现基金超支。事实上，没有总额预算也是美国 APC 最为人诟病所在，直接导致其控费效果不佳——由于没有预算限制，符合规定的费用都可以被支付，医院和医生可以简单地通过增加服务数量获取更多支付。

与德国门诊支付相比，金华 APG 在总额上也采用了按人头计算的区域预算总额。但不同于德国完全采用服务点数法支付，结合实际情况，金华门诊支付在支付时又分为签约人员和未签约人员，分别按人头包干和 APG 点数法的方式进行支付。力求将分级诊疗、健康管理和门诊控费等目标相结合。

国外的健康管理往往直接与受益人的保费支出挂钩，或是有相应的经济激励。在这种情况下，受益人往往有动力对生活习惯做出改进以保持身心健康。同时，国外的健康管理基金通常是独立的，与门诊

分开计算。采取人头包干的美国则通过测算，将所有医疗费用(包括门诊、住院及康复等)都计算入人头费用。即便医院在某些服务上产生亏损，也可以通过管理其他部分费用冲抵。

由于国情不同，国内医保目前尚未提供单独的健康管理统筹基金。因此，金华门诊支付试点选择赋予门诊基金相应的健康管理功能。设计初衷不可谓不好，但医院事实上无法对患者实施强制措施，本应由受益人承担的压力被转移到医疗机构上。签约人群中出现一定比例的不健康患者，或是出现一些意外情况均可能导致医疗机构人头包干部分亏损的可能性大幅提高。

这将会导致医院克扣医疗服务，甚至推诿患者，进而减少签约量，变相选择以 APG 点数法支付来减少亏损的可能性。如此一来，原本设计的分级诊疗和健康管理功能就要大打折扣。

“医疗服务方对患者只能产生间接影响，无法强制参保人的健康行为和饮食习惯。因此，如果把责任后果强加给服务提供方就不太合理。比如，家庭医生签约的 1000 个参保人都有肥胖状况。且存在喝酒、抽烟及不爱运动的生活习惯。按照人头包干，家庭医生有极大的概率亏损。那他们会选择说我不要人头包干，转而选择点数支付。因为这样我至少不会亏损。系统原本设计的目的就难以达到。”对此，德国 DRG 专家，AcesoHealth 执行董事王骞解释道。

“基于健康管理的目标，由于本身责任转换的流向，由支付方直接和参保人签订协议更为合理。比如，参保人不接受附加的优惠健康

项目，导致最后医疗服务增加的话，参保人需要承担相应的后果。但在完成了相应的健康目标后，又可以获取一定的奖励。”王骞进一步补充道。

按 APG 点数法计算部分的基础费率是否确定也是金华 APG 的特点之一。金华 APG 在点数费率的计算属于浮点法，即每个点值的费率并不固定，视当期预算和地区总点数而定，点值可能高也可能低。由于基于预算计算，一般不会出现超支问题，有很好的控费效果。这在德国门诊支付以及金华 DRG 点数法实践中都得到了很好的体现。

但在德国的实践中不难发现，浮点法由于点值不固定，诊所在结算之前无法计算应得的费率。在这种情况下，诊所往往会加大服务量获取更多的点数来对冲可能存在的点数价值贬值的风险。结果往往使得点数贬值成为既成事实，诊所虽然提供了更多的服务，但却不能获取更多的支付，甚至收入可能还会降低。长此以往会对医院的积极性造成打击，不利于支付改革的进一步推进。

“举例来说，当年门诊基金有 10 亿预算，由 200 家诊所共享，整体点数在 10 万点左右。在浮点法下，点值为 10 亿除以 10 万。大家心里都觉得我多做一点，可以在盘子里多分一杯羹。结果，第二年服务量可能会直接翻番，变成 20 万点。预算总额则不大可能有大变化，点值就变成了 10 亿除以 20 万。”德国 DRG 专家，AcesoHealth 执行董事王骞表示浮点法有其局限性所在。

除了德国门诊支付，美国在医师支付系统中也曾经采用浮点点数

法，同样出现了医师为对冲风险冲点导致点数贬值的现象。最终，美国也取消了浮点法。因此，从正向激励而言，基准费率是否应该设定、如何设定应成为未来不得不考虑的因素。

当然，固定点数法虽然固定点值，但也容易出现总额预算与固定点值之间的不平衡。德国门诊支付系统的点值由代表医师的 KBV 与医保基金谈判确定，考虑总额预算及医院服务量的平衡，值得借鉴。此外，有专家也认为，或许可以尝试总额预算与按人群支付的结合。

在差异系数设定上也有不同。美国 APC 最为主要的差异系数主要基于当地医护人员薪资水平确定，除此以外不同医院的差异考虑所占比例相对较少。德国则采取住院体系与门诊体系博弈的方式，并根据当地医师专业、服务人群年龄及服务总量等因素将预算在内部进行分配及相应的补偿，以使不同专科医师的收入差距不至于过大。总的来说都是为了达到分级诊疗和相对公平的目标。

金华 APG 的差异系数基于不同级别医院 APG 例均费用计算而来，其初衷是为了承认不同等级医院在资源消耗上差异的现实状况。然而，在分级诊疗未成为现实的前提下，差异系数意味着三级大型医院的高成本也不会引起亏损。在这种条件下，三级医院很难有动力将常见病向基层转诊。同时，基层医院要用更低的价格进行竞争，不利于分级诊疗，长期可能引起医疗服务不足或转嫁患者费用的风险。

同时，由于非签约基金的分配是按照点数比例分配，加上差异系数的存在，可能会导致资源进一步向大型医院集中，这也不利于分级

诊疗。因此，有专家认为，在现有机制试行一段时间并在数据进一步完善后，或许可以考虑对差异系数进行调整，针对常见病组向基层医院倾斜以推进分级诊疗。

对此，在去年底国家医保局 CHS-DRG 试点评估中也曾提到，国家标准需要逐步向“同级医院同病(组)同价”乃至“同城同病(组)同价”推进。毫无疑问，这将需要一定的时间——德国 DRG 从医疗机构自主费率统一逐步向各州费率统一花费了 5 年时间，门诊支付费率统一所花费的时间则更为漫长。

#### 写在最后

相比 DRG，APG 的实施难度更大。这需要医疗机构具有较高的诊疗效率、技术规范，较强的医疗水平以及完善的基础设施。同时，当地医保政策的支持也必不可少。基于全国多数地区尚在摸索 DRG 的现状，短期内开展 APG 难度较大。金华率先实施门诊 APG 试点也说明了当地较强的医疗服务能力和医保机构的大胆探索。

在系统的设计上，金华 APG 参照了国外门诊支付系统的结构，并结合当地情况进行了一些创新。比如，它还结合了签约人员人头定额管理，以试图加入健康管理的管理体系。当然，这些设计的最终效果如何，还需要时间来判断。

任何改革都不可能是一蹴而就，都需要在反复的实践中进行优化修正。可以肯定的是，在 DRG 之后，门诊支付改革将会很快来到。动脉网也将会对此保持持续关注。

## · 最美妇幼人 ·

### 最美妇幼人 | 拉萨市人民医院边巴卓玛同志

来源：拉萨市人民医院

边巴卓玛，女，藏族。1969年2月出生，中共党员，本科学历。现任西藏自治区拉萨市人民医院妇产科主任，西藏自治区危重症孕产妇救治中心负责人。2020年元月，一场突如其来的疫情，打破了原本充满祥和欢乐的节日氛围，疫情每时每刻的变化都在牵动雪域高原每个人的心。疫情就是命令，防控就是责任。面对异常严峻的疫情形势，她坚守妇幼战线，不忘初心，带领着拉萨市人民医院妇产科所有医护人员，为保障西藏自治区母婴安全，降低孕产妇死亡率，践行着高原妇幼人初心使命，用实际行动诠释着医者仁心。

她是勇敢无畏的“逆行者”。孕产妇作为特殊人群，分娩中的风险具有很多不预测性，产科每天有新的危重症病人不断加入。边巴卓玛同志在拉萨市人民医院党委的统一领导下，严格按照上级卫生行政部门和医院总体安排和部署，认真组织学习、培训相关防控方案、诊疗方案、工作流程，借鉴兄弟省市妇产科同行在抗击新冠疫情的先进做法，结合西藏高原地区区情，带领妇产科医护人员迅速做出相应安排及调整，在全区筛选实施预约就诊、预检分诊、在线咨询等服务。积极参与医院组织的专项知识考核，制定并调整科室应急预案、诊疗流

程，按时上报数据，处理发热病人。通过努力科室医护人员的防控意识不断提高，年内未发生院内感染事件。2020年3月16日，产科门诊报告接诊一名从重庆进藏孕产妇，因进藏居家隔离期间突然出现阴道出血、血压升高、伴有干咳症收入院，边巴卓玛同志即刻指导接诊医生完善相关检查，请示院领导开展发热门诊会诊，严密重点观察。入院诊断：1. 部分性前置胎盘 2. GSP1 孕 37+1W 臀位待产；3. 妊娠期高血压；4. 上呼吸道感染；5. 双侧乳腺纤维瘤切除术后。入院第二天，患者阴道持续出血，考虑到胎位不正，又是前置胎盘，阴道分娩有很大的风险，必须急诊手术为妥，边巴卓玛同志与患者本人及家属充分沟通后同意手术，做好术前充分准备，与医院感染科沟通后考虑到该患者目前在居家隔离期间，新冠肺炎相关检查还没有完全完善的情况下，不能完全排除新冠肺炎风险，所以手术中一定严格按照相关流程穿戴隔离衣帽，做好防控措施，同时不能按照平时的要求安排手术人员，最少的人员去完成手术，这个时候风险和困难再大，边巴卓玛同志作为一名党员，又是妇产科科室主任有着非常丰富的剖宫产手术经验来讲她毫不犹豫的带着产科一名产科副主任上台完成这台手术，术中因为患者部分胎盘前置，加上高血压，术中出血较多，加上因为穿着厚厚的隔离衣和几层手套，手术没有平常那样顺手，但是她凭着娴熟的手术技能和丰富的手术经验并在手麻科和感控科全体医护人员的共同努力下顺利完成了手术，术后继续严密的排查和观察，这名患者最终排除了新冠肺炎，且因处理得当，母子平安治愈出院，得到了

患者及家属的感谢。通过该病例边巴卓玛同志和她的团队积累了更多孕产妇新冠肺炎防控方面的知识，更加坚定了战胜新冠疫情的信心，同时也带动和增强周边同事战胜新冠疫情的决心。

她是敢于担当的“冲锋者”。西藏自治区卫生健康委确定拉萨市人民医院为拉萨市新冠疫情定点医院，这使她和她的团队担负的责任更重。但她所带领的妇产科面临着医护人员短缺，但也一直没有间断过接收来自全区各地市的妇科恶性肿瘤患者和其他妇科疾病患者，仅一年来收治病 1000 余人。由她牵头编写了《拉萨市人民医院妇产科在新冠疫情发生的特殊时期处于不同孕期孕产前检查事项》《在家的孕妇怎样自我监测胎动的方法》《准备入院就诊孕产妇及家属需要注意的事项》《怎样预防新冠肺炎相关知识》等通俗易懂的宣教手册，共享在医院微信公众号中，目前关注人数达 8000 余人，随着宣传力度的增加而不断的增加。

她是公而忘私的“奉献者”。她作为妇产科主任以身作则，舍小家顾大家，带领全体妇产科医护人员，日夜奋战，面对阻击新冠肺炎这场没有硝烟的战争，克服困难，负重前行，守护着广大妇女健康。从 2020 年元月至 11 月，妇产科接诊全区各地市病人 3400 余人，其中危重症孕产妇 330 人，救治成功率 100%。在新冠疫情爆发期间，边巴卓玛同志把家安在医院，积极推进防疫相关工作、科内常规工作，还要组织科室医务人员学习、培训，手术班当天既要手术、还要质控、还要查看病人情况，下班后还要进行自学、整理资料。作为院内及区

市两级一级妇产科专家，无论上班还是下班都要随时参加会诊、排查妇产科发热患者情况。每天紧紧钉在工作岗位上，不敢有一丝懈怠。

边巴卓玛同志在抗击新冠疫情的特殊时期，用她满腔的热情践行着高原妇幼人“一切为了妇女儿童健康”的初心和使命。

[返回目录](#)

### 最美妇幼人 | 深圳市妇幼保健院钟巧同志

来源：深圳市妇幼保健院

钟巧同志现任深圳市妇幼保健院医疗质量总监。她 17 年如一日，奋战在质量管理与感染防控战场一线，是医院“医疗质量监督官”，是医院质量的“把门人”，是感染防控的“守护人”。此次新冠疫情期间，她不顾个人安危，奋勇担当，主动担当，承担全院防控牵头人重任，织密院内防控网络；主动作为，聚焦全市孕产妇和婴幼儿特殊群体，制定收治规范；主动出击，奔赴深圳市定点医院市三院抗疫前线，担任全市院感专家组组长，助力定点医院实现了医护“零感染”的优异战绩。

(一)院内防控，主动有为。钟巧同志担任院内新冠肺炎防治领导小组核心成员，牵头整体防控工作。自 1 月 14 日国家卫健委视频会议开始，每天处于高负荷、高压状态，面对不断出现的新问题，依据最新诊疗方案、防控技术文件，先后更新医院的各项规范指南 260 多项，开展 100 多次全院疫情防控培训，20 多次应急演练；参与会诊专家团队，讨论妇产儿专科疑似病人 100 余例。主动参与发热门诊 24

小时值班。疫情期间，医院成功处置 3 例确诊病例及无症状感染者，医务人员无一成为密切接触者，无一感染。

(二)全市抗疫，主动担当。疫情期间，钟巧同志组织全市妇幼专家团体，制定《妊娠合并新型冠状病毒防控指导意见》，指导全市妇幼机构孕产妇救治；组织编制和《孕产妇及婴幼儿预防新型冠状病毒肺炎宣教手册》，并发至全市 82 家有产科资质的医疗机构，提升公众防控意识；编写《妇幼保健系统新型冠状病毒防控知识汇编》，制定一系列专科特点的指导流程和防控指引，为全市妇幼保健院的防控工作提供了指引；深入各区妇保院进行妇幼基层防控工作督导，提高整个妇幼系统疫情防控能力，为保障全市孕产妇在疫情期间“零感染”做出自己应有的贡献。

(三)临危受命，一线战“疫”。3 月 5 日，在深圳市新冠肺炎疫情攻坚克难关键时刻，钟巧同志积极响应市卫健委征召，不顾个人生命安危，驰援深圳市定点医院并担任派驻市三院感控专家组组长，带领感控支援专家团队与市三院院感团队并肩战长达 46 天，无一天休息。她结合实际情况，制定规范、流程指引，指导临床医技规范防控。深入新冠肺炎重症病区，督导 400 余人次防控执行情况，分层分级进行救治诊疗培训 1000 余人次。指导重新设置综合门诊、肺科门诊新冠病毒核酸采样室、门诊人流室。制作《新冠肺炎危、重症患者暨医院感染调查表》，寻找新冠肺炎患者医院感染高危因素，精准防控。

(四)常态防控，毫不放松。在疫情防控常态化阶段，她始终保持

高度敏感性，对各项防控措施常抓不懈，经常组织督导检查，至今未休过一天假，为全市妇产儿特殊人群及定点医院院内“感染”患者“零交叉感染”作出了重要的贡献。

作为一个从医 35 年的医务人员和 38 年党龄的老党员，钟巧同志始终牢记习近平总书记“不忘初心，牢记使命”的嘱托，在 120 多天的抗疫历程中，根据疫情变化，不断调整工作重点，有效应对、精准防控，高效完成防控任务，体现了巾帼女医师的责任与担当。

[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