

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

*2021.03.01-2021.03.07*

## ——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。)

### · 两会声音 ·

▶ [两会 | 全国政协委员张国刚：优化国家集中采购药品药事管理](#) (来源：中国新闻网) ——第 12 页

【提要】“国家药品集中带量采购政策引导药品价格回归到合理水平，减轻了群众用药负担，但还需更加优化。”全国政协委员张国刚在接受记者采访时表示，集采药品的选择应结合最新的临床诊疗规范，让老百姓既用得起药，又能及时用药，还能用得到好药。为优化国家集中采购药品药事管理，张国刚建议，国家集采药品的选择应结合最新的临床诊疗规范，并广泛征集临床一线的医师和药师的建议，保障集采中选品种为临床所用药物。同时，将集采中选药品纳入临床路径管理，制定用药指南，促进临床诊疗的规范和合理用药，让更多患者获益。此外，要全面评估国家集采药品的生产企业的生产力和供应力，解决药品间断性短缺导致患者无法用药的问题。

▶ [两会 | 张琳：建议对“惠民保”改革 建立商社兼容的普惠型补充医疗保险](#) (来源：财联社) ——第 14 页

【提要】全国人大代表张琳今年的两会提案主要关注建立普惠型补充医疗保险、共享医保数据促进商业健康保险发展、做活社区日间照料中心构建居家养老服务供应链三个方向。她建议可以考虑对“惠民保”改革，通过统筹现有的补充医疗保险，建立商社兼容的普惠型补充医

疗保险，健全补充医疗保险机制，推动商业健康保险的发展，提高医疗保障体系的运行效率。同时，将各单位工会原有的大病互助基金转型为补充医疗保险形式，便于单位的互助基金浮出水面，纳入规范管理。对于共享医保数据促进商业健康保险发展的问题，张琳建议加速医疗数据标准化，建立医保数据与商业保险的数据共享机制；通过立法或制订相关政策，明确医疗数据的所有权和使用权，划定数据适用范围；顶层设计，打造“保险+健康”服务生态闭环。

▶ [两会 | 恒瑞、国药、华海、齐鲁、康缘等大 boss 都说了啥？](#)（来源：药智网）——第 17 页

【提要】2021 年 3 月 4 日和 3 月 5 日，十三届全国人大四次会议和全国政协十三届四次会议分别于北京开幕。据不完全统计，本届会议陆续有超 40 位医药企业家和医药精尖人物作为全国人大代表出席，为医药健康产业发展建言献策。恒瑞医药董事长孙飘扬：解决创新药过度重复，简化谈判药落地流程。华海药业总裁陈保华：健全“专利链接”制度体系。齐鲁制药总裁李燕：加强生物医药产业顶层设计，鼓励国产替代。晨光生物董事长卢庆国：加快中成药进入药品集中采购步伐。国药控股董事长于清明：建立健全医药物流标准体系……

▶ [两会 | 聚焦医保改革：完善多层次医疗保障体系成共识](#)（来源：21 世纪经济报道）——第 21 页

【提要】医疗保障是民生保障的重要内容。在中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》前后，国家医保局会同相关部

门，从医药服务供给侧改革、落实异地就医结算、医保基金监管等方面持续推进医保制度改革。今年两会前夕，各民主党派以及代表委员就医保制度改革纷纷建言。其中民建中央拟提交《民建中央关于推进医保制度改革的提案》，希望通过 5 点建议解决我国现行医保制度中存在的问题。该提案中建议，需明确“医保、医疗、医药”改革职责，提升制度改革的整体性、系统性和协调性；进一步明确基本医疗保险的“保基本”定位；尽快建立全国统一的医保信息系统；改进和完善医保服务工作机制；完善多层次医疗保障体系。

### • 专家观点 •

▣ [观点 | 4 点建议 如何让居民医保更可持续？](#)（来源：阳光医保）

——第 26 页

**【提要】**目前，居民医保虽然已基本形成了筹资政策框架，但在筹资标准的科学测算、筹资责任的合理分摊、缴费责任的公平均衡，以及筹资与待遇给付之间的有效衔接等方面还面临诸多问题和挑战：一是尚未建立起依法筹集、共同分担的筹资机制。二是尚未建立起与社会经济发展水平相协调的增长机制。三是尚未形成明确稳定的财政与个人责任分摊机制。四是尚未建立起与待遇支付相衔接的筹资增长机制。因此，改革现有定额筹资方式，建立与基本国情相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资机制十分必要。

▣ [观点 | 傅申洁：浅谈重大突发公共卫生事件下公立医院应急财务](#)

[制度创新](#)（来源：医管新世界）——第 30 页

【提要】公立医院应急财务制度的合适与否是影响重大公共卫生事件发生时医院运营效率的重要因素。公立医院作为医疗卫生服务主体，是保障应对重大突发公共卫生事件的重要一环。本文探讨了公立医院应急财务制度创新的必要性，并提出通过建立有效赋能的三台架构、制定高效规范的应急捐赠管理制度、建立常态化应急物资保障库、应急资金保障系统和应急绩效考核方案，结合加强运营分析和推动业财融合、信息化建设和财务人员综合素质培养等财务制度和财务措施，创新应急财务制度体系，助力医院重大公共卫生事件发生时的良好运营保障和健康可持续发展。

### • 带量采购 •

▣ [国家药品集采方案要优化 今年地方启动专项药品带量采购!](#)（来源：CPhI 制药在线）——第 37 页

【提要】近日，有关部门将组织召开药品集中采购工作会议，主要内容是探究开展专项药品采购，研究国家带量采购品种到期后的续约工作，完善国家药品集采方案的中选规则。三条重要信息，基本上透露出今年药品带量采购的新走向，那就是：优化国采、完善续约、探索专项。从目前来看，新版国家基药对药物的可及性、安全性、有效性的权衡比较将超过以往，循证医学、药物经济学将继续成为新版基本药物制定的重要依据，品种遴选的科学性将得到进一步提高。随着国家带量采购四批五轮的开展，随着《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国办发〔2021〕2号》政策对带量采购方式

的深耕细挖，今年国家层面优化带量采购规则，地方层面做好带量采购探索，将是 2021 年药品带量采购工作最大的看点。

▶ [盘点 | 医用耗材的跨区域联盟带量采购](#)（来源：云南医疗保障）

——第 42 页

【提要】2020 年，国家已经开展了冠脉支架的集中带量采购，汇集全国采购量进行降价，但耗材领域目前并无一致性评价，耗材国采扩大品种仍需一定时日，区域耗材带量采购的探索十分必要。就目前来看，耗材带量采购模式仍处于探索阶段，跨区域联盟在耗材带量采购上具有量大、议价能力强等优势，能够将单一省份量较小的耗材品种纳入带量采购，扩大耗材带量采购品种，且降价幅度明显。不同跨区域联盟的采购措施有所差异，相比药品还需要一定时间的摸索，评价标准、分组模式等细节尚需完善。总之，跨区域联盟能够汇集更多的采购量，具有更大的议价空间，就三大联盟中标结果来看，中标耗材降幅显著，但目前耗材跨区域联盟带量采购的模式有所差异，还应尽快为耗材制定统一的评价标准，探讨适合耗材的多元化分组模式并鼓励从疗效、安全性、经济性等多角度考量申报企业。

### • 分析解读 •

▶ [思考：集采、待遇、支付三者联动发展门诊就医保障](#)（来源：新浪医药新闻）

——第 49 页

【提要】在医保改革中，集采、待遇、支付三者之间，衔接影响，也要彼此看潜能。对医保制度运行本身来说，主要诉求仍然是：应保尽

保、保障基本。应把医保资金的使用效率、效益摆在第一位。对多层次保险产品来说，医保做好门诊、住院保障的平衡、效率以后，商保产品更有条件开发针对贫困(边缘)人口的防贫险。对医药供方来说，门诊保障与健康中国、医防协同自然结合，可能刺激筛查、检验、齿科等领域快速地“国产替代”。当待遇赋能的量合理释放出来，集采、支付才有治理对象、改革抓手。高值产品价格如不能开放、竞争地走低，“国产替代”发展就慢，产业多元化、多层次就缺少动力，易出现“硬着陆”现象。这些现状都有调整必要。适应内循环发展、借鉴双循环经验，多维联动发展门诊保障的逻辑利弊值得探讨。

▣ [武汉市医疗器械行业发展现状分析](#)（来源：火石创造）——第 53 页

**【提要】**近 5 年，武汉市集聚生物医药重点企业总数愈 1400 家，其中上市企业 10 家，医疗器械相关上市企业 2 家。依托武汉市光电产业、新材料产业等基础优势，武汉市积聚了一批医疗器械创新企业。从产业链看，上游原材料积聚瀚海新酶、新纵科病毒疾病工程等企业，中游研发生产在医疗设备、体外诊断、高值医用耗材重点细分领域积聚安翰光电、华大智造、光谷微创医学、明德生物等一批重点创新型企业代表，形成了覆盖研发生产流通的医疗器械产业生态体系。2019 年 8 月，国家药监局发布《关于扩大医疗器械注册人制度试点工作的通知》，在已有的上海、广东、天津三地试点基础上，将医疗器械 MAH 制度试点扩大，其中湖北已包含在新增试点范围，伴随试点范围

的放开，武汉市医疗器械产业也将获得良好发展。

### • 中医药动态 •

▶ [9 家中药企业净利超 100%! 人大代表建议加快中药及配方颗粒集采](#)（来源：医药经济报）——第 63 页

【提要】中医药是我国卫生健康事业的优势和特色，在国家及地方的诸多政策支持下，中医药产业正在持续向好发展。公开数据显示，我国中成药的市场规模已从 2015 年的 6252 亿元增长至 2019 年的 8149 亿元。按照如此趋势，业内预计中成药在 2022 年的市场规模有望突破万亿元的关口。全国人大代表卢庆国提出建议，创造条件尽快使中成药进入药品集中带量招标采购的机制内，让更多中药生产企业公平参与竞争；完善标准体系，把中药配方颗粒纳入药品集中带量招标采购体系，促进中药配方颗粒的更好发展。

▶ [“十三五”时期中医药事业取得历史性成就](#)（来源：中国中医药报）——第 67 页

【提要】“十三五”时期，以习近平同志为核心的党中央把中医药摆在更加突出的位置，以前所未有的力度推进中医药改革发展，引领中医药事业取得历史性成就。中医药系统坚决贯彻习近平总书记重要指示批示精神，落实党中央国务院各项决策部署，凝心聚力、担当作为，推动中医药传承创新发展取得积极成效：搭建起推动中医药高质量发展“四梁八柱”制度体系；中医药服务能力和可及性显著提升；中医药传承保护和科技创新加快推进；中医药人才队伍建设得到加强；中

医药“走出去”步伐加快；与此同时，中医药在新冠肺炎疫情防控救治中发挥了重要作用，充分彰显了中医药在防治常见病、慢性病、重大疾病特别是新发突发重大传染病中的独特优势和作用。

### • 医保快讯 •

▶ [《健康保险管理办法》修订逾一年，保险+健康管理经历了哪些变革？](#)（来源：看健日报）——第 76 页

【提要】截至目前，新修订的《健康保险管理办法》正式实施已一年有余。与旧版相比，《办法》首次将健康管理以专章形式写入，新增条款明确鼓励保险公司将健康保险产品与健康管理服务相结合，并将健康管理服务成本从原规定的 12% 提高至 20%。这被视为对保险和健康管理产业的双利好。得益于政策鼓励，在过去的一年多里，体检、特药服务、家庭医生、疾病绿通、互联网医疗等健康管理手段，正在逐渐成为健康险的标配。根据日前爱选科技发布的相关报告显示，据不完全统计，已有 79 家保险公司在官网明确提到了健康管理增值服务。但是，从长远角度看，保险+健康管理仍处于初级阶段。关于产业标准如何规范、消费者权益如何保护、健康管理服务如何评价等问题，仍然是产业持续要讨论的话题。

▶ [2021 年，你的社保有新变化！涉及医疗、失业、工伤等多方面](#)（来源：中国政府网）——第 85 页

【提要】阶段性减免养老、失业和工伤三项社保费，是 2020 年为应对新冠肺炎疫情影响，人社部会同相关部门出台的一项临时性支持政

策。这项政策在 2020 年底已经到期，三项社会保险费从 2021 年 1 月 1 日起已按规定恢复正常征收。但考虑到疫情风险仍然存在，部分企业压力可能较大，规定阶段性降低失业保险、工伤保险费率政策在今年 4 月底到期后，将再延长 1 年至 2022 年 4 月 30 日。下一步，人社部还将进一步开通社保卡网上申领和补换，逐步为参保工伤职工提供异地待遇资格认证、异地居住申请、异地就医结算等服务，开通流动人员人事档案转递“多地联办”等。

### • 医院管理 •

▶ [完善内部控制制度是转型期公立医院的需要](#)（来源：霍尔兹医疗）

——第 89 页

【提要】当前，我国公立医院的发展进入转型期，经济和工作压力都很大，如何重复创业期到转型期的高速发展，成为医院的内在需求。国家卫健委及时颁布的《公立医院内部控制管理办法》，有助于医院进一步规范经济活动及相关业务活动，有效防范和管控内部运营风险，防范舞弊和预防腐败，提高资源配置和使用效益。

▶ [医保监管下公立医院价格管理](#)（来源：中国网医疗）——第 91 页

【提要】党的十九届中央纪委第四次全会要求坚决查处医疗机构内外勾结欺诈骗保行为，建立和强化长效监管机制，监管资金安全，医、患、保三方利益关系受制于两个公共部门的博弈与均衡。医保监管，资金监管和医院价格管理三者并非独立存在的。本文旨在通过：探讨价格管理在医院管理中的重要性、地位和作用；系统地总结公立医院

价格管理现状；提出医疗服务收费常见问题；进一步指出医疗服务项目价格管理要素，为公立医院价格管理的实施和完善提出相关科学依据。公立医院要通过掌握政策，完善制度，健全机制，确立新增服务项目规范，完善信息系统，通过设立一定的激励机制等方式依法依规的对医院的价格进行科学精细化的管理，以实现公立医院的合理运营。

## -----本期内容-----

### · 两会声音 ·

#### 两会 | 全国政协委员张国刚：优化国家集中采购药品药事管理

来源：中国新闻网

“国家药品集中带量采购政策引导药品价格回归到合理水平，减轻了群众用药负担，但还需更加优化。”全国政协委员、农工党湖南省委副主委、中南大学湘雅三医院院长张国刚在接受记者采访时表示，集采药品的选择应结合最新的临床诊疗规范，让老百姓既用得起药，又能及时用药，还能用得到好药。

张国刚介绍，近两年，国家药品集中带量采购改革取得了突破性成效，目前前三批国家组织药品集采所涉及的 112 个品种，中选产品的平均降价达 54%。截至 2020 年，实际采购量达到协议采购量的 2.4 倍，节约费用超过 1000 亿元。

药品集中带量采购是协同推进医药服务供给侧改革的重要举措。党的十九大以来，按照党中央、国务院决策部署，药品集中带量采购改革取得明显成效，在增进民生福祉、推动三医联动改革、促进医药行业健康发展等方面发挥了重要作用。

然而，张国刚在调研中发现，国家药品集中带量采购也出现不少问题。如，医疗机构在国家药品集中采购执行过程中发现集采品种与临床指南脱节、集采品种产量不足、厂家停产已挂网包装规格等，导

致临床缺药，民众不能及时用到最合适的药。

“医学是一个不断更新迭代的学科，基于既往临床用药选择集采品种，导致国家集采部分药品滞后于临床诊疗规范。”张国刚以抗乙型肝炎病毒的药品为例，国家集采中选品种为拉米夫定和阿德福韦酯片，但此两药因耐药率高，已不再作为一线治疗方案，而是作为耐药乙肝病毒的联合治疗，临床适用人群有限。

为优化国家集中采购药品药事管理，张国刚建议，国家集采药品的选择应结合最新的临床诊疗规范，并广泛征集临床一线的医师和药师的建议，保障集采中选品种为临床所用药物。同时，将集采中选药品纳入临床路径管理，制定用药指南，促进临床诊疗的规范和合理用药，让更多患者获益。此外，要全面评估国家集采药品的生产企业的生产力和供应力，解决药品间断性短缺导致患者无法用药的问题。

“在临床诊疗过程中，药师协助制定给药方案，进行处方/医嘱审核，对药品的疗效和安全性进行监测和评估，保障药品临床安全、合理应用。”张国刚还表示，药师通过多种形式向医师、患者进行政策和药品知识的宣讲，建议适当增加药师服务相关收费费用，增强药师队伍的稳定性。

“国家药品集中带量采购政策引导药品价格回归到合理水平，减轻了群众用药负担，但还需更加优化。”全国政协委员、农工党湖南省委副主委、中南大学湘雅三医院院长张国刚在接受记者采访时表示，集采药品的选择应结合最新的临床诊疗规范，让老百姓既用得起

药，又能及时用药，还能用得到好药。

[返回目录](#)

## 两会 | 张琳：建议对“惠民保”改革 建立商社兼容的普惠型补充医疗保险

来源：财联社

全国人大代表、湖南大学风险管理与保险精算研究所所长张琳今年的两会提案主要关注建立普惠型补充医疗保险、共享医保数据促进商业健康保险发展、做活社区日间照料中心构建居家养老服务供应链三个方向。

张琳建议可以考虑对“惠民保”改革，通过统筹现有的补充医疗保险，建立商社兼容的普惠型补充医疗保险，健全补充医疗保险机制，推动商业健康保险的发展，提高医疗保障体系的运行效率。

同时，张琳建议，将各单位工会原有的大病互助基金转型为补充医疗保险形式，便于单位的互助基金浮出水面，纳入规范管理。

对于共享医保数据促进商业健康保险发展的问题，张琳建议加速医疗数据标准化，建立医保数据与商业保险的数据共享机制；通过立法或制订相关政策，明确医疗数据的所有权和使用权，划定数据适用范围；顶层设计，打造“保险+健康”服务生态闭环。

### 改革“惠民保”统筹现有补充医疗保险

2020年2月25日，中共中央国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》提出“到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，

医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系”。

张琳指出，我国现有的补充医疗保险包含居民大病保险、城镇职工大病保险和公务员补充医疗保险，这样的补充医疗保险承担的作用不能满足人民对保障的预期和达到中央的期望，为此建议建立覆盖全社会的普惠型补充医疗保险。

对于建立普惠型补充医疗保险的需求背景，张琳认为目前基本医疗保险自付比例高、商业健康保险发展未能满足大多数人的需要、医疗费用支出增长给财政带来压力。

张琳表示，可以考虑对“惠民保”改革，统筹现有的补充医疗保险，建立商社兼容的普惠型补充医疗保险，这不仅能健全补充医疗保险的机制，还可以推动商业健康保险的发展，提高医疗保障体系的运行效率，实现覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次社会保障体系。

张琳建议应由国家医保局牵头研究发展规划，建立目标鲜明、层次清晰、功能明确的普惠型补充医疗保险机制。“从运作模式上来看，政府深度参与可让更多的人投保，投保形式可以是自愿的，鼓励职工医保卡购买补充医疗保险，拓展覆盖人群。”

张琳认为，像大病保险一样，通过招投标确定承办和经办机构，建议保本微利的经营原则。“理赔应与社保数据对接，并直接在医院开辟结算窗口。”

从投保条件和保障范围上来看，投保条件应不限年龄和既往病史，以降低保费做到普惠。保额在大病保险保额上提升，保障范围要涵盖社保报销目录内和目录外，尤其对于个人自付部分要提供保障。免赔额不宜设置太高。

另张琳建议将各单位工会原有的大病互助基金转型为补充医疗保险形式，便于单位的互助基金浮出水面，纳入规范管理。同时，产品需向中国银保监会报批，监管由医保局履行。

### **加速医疗数据标准化建立医保数据与商保数据共享机制**

在国家一系列政策措施推动下，商业健康保险快速发展，通过灵活多样的产品设计，一定程度上满足了参保群众多层次、多样化、个性化的健康保险需求。张琳认为，商业健康保险在整个医疗保障体系中所发挥的作用仍相对有限，仍存在对相关医保和医疗健康数据缺乏有效获取和解读、保险和医保及医疗机构数据无法共享、慢性病商业健康险现有保障覆盖范围不够、深度不足这三方面问题。

为此，张琳提出要加速医疗数据标准化，建立医保数据与商业保险的数据共享机制；通过立法或制订相关政策，明确医疗数据的所有权和使用权，划定数据适用范围；顶层设计，打造“保险+健康”服务生态闭环。

从加速医疗数据标准化，建立医保数据与商业保险的数据共享机制角度来看，张琳建议通过卫健委牵头、行业协作、设定标准、开源开放的方式来推进健康信息技术的标准化工作，制定疾病诊断、手术

操作、药品等标准，为实现医疗数据的可信可换提供基础；由银保监会或保险业协会牵头建立商业健康保险大数据系统，与社会医保数据库完成对接。

其次，通过立法或制订相关政策，明确医疗数据的所有权和使用权，划定数据适用范围，对使用者进行资质审查和授权，防止数据盗用。

同时，张琳建议进行顶层设计，打造“保险+健康”服务生态闭环。其认为，医保数据的提供有助于保险公司为客户提供健康服务。在充分保障公民个人隐私的前提下，促进商业保险企业通过利用相关数据，分析掌握群众差异化的医疗卫生需求，助推保险精算产品的创新发展，同时支持推动商业健康保险加快实现由报销支付向健康管理和诊疗过程等全流程管理的发展。

同时，张琳建议在做好医保医疗费用报销监管及定点医疗机构付费管理的同时，向参保人员健康管理前移，利用大数据手段及时向参保人员发出健康风险提示，干预健康风险行为，给予个性化医疗卫生指导及就医便利，从而帮助预防控制疾病发生，降低疾病致残率，减缓慢性病发展。

[返回目录](#)

**两会 | 恒瑞、国药、华海、齐鲁、康缘等大 boss 都说了啥？**

来源：药智网

2021 年 3 月 4 日和 3 月 5 日，十三届全国人大四次会议和全国

政协十三届四次会议将分别于北京开幕。据不完全统计，本届会议陆续有超 40 位医药企业家和医药精尖人物作为全国人大代表出席，为医药健康产业发展建言献策。同时 2021 年是中国共产党建党 100 周年，是“十四五”规划开局之年，看看企业代表委员都重点关注什么，发表了什么看法，提出了怎样的建议？

## 创新研发

**恒瑞医药董事长孙飘扬**

**解决创新药过度重复，简化谈判药落地流程**

建议通过顶层设计政策引导，包括医保、准入等解决创新药过度重复问题；进一步加快药品审评审批，逐渐缩小与国外的差距；建立创新药价值体系，结合临床的需求对创新药进行分类，给予不同的对待；推动简化医保谈判创新药落地医院与药店的准入流程。

**华海药业总裁陈保华**

**健全“专利链接”制度体系**

加快建立健全我国的药品“专利链接”制度体系：加快修订健全《中国上市药品目录集》；完善“专利期补偿”制度；完善首仿药“市场独占期”制度；建立“简化新药申请”制度；明确规定“首仿日”和“首仿者”范围；建立专利链接有关机制，保障专利链接制度的落实，发挥使用环节的“拉动”和监管环节的“保障”促进作用。

**圣湘生物董事长戴立忠**

**打造具有国际竞争力的拳头产品和龙头企业**

“十四五”期间，应促进医药产业高质量发展，积极扶持具有强大创新能力的生物医药龙头企业，打造具有国际竞争力的拳头产品和龙头企业。大力发展多层次资本市场，支持科技创新，建议科创板在服务实体经济过程中进一步强化科技属性，支持更多硬科技企业上市。

## 生物医药

### 齐鲁制药总裁李燕

#### 加强生物医药产业顶层设计，鼓励国产替代

尽快出台专门支持生物医药产业发展的顶层政策，打通新药立项、审批、生产、使用环节等，重点解决审批审评慢、药品入院难等问题，鼓励和支持走在全球前列、处于全球技术前沿的全新靶点和产品的开发，推动新一代抗体组合技术、创新双靶点抗体技术；鼓励生物产品研发和生产企业进行国产替代等。

### 荣昌制药董事长王威东

#### 取消生物创新药参与国家医保谈判的时限

关注生物医药科技创新成果转化、产业化，实现产业化的落地，建议取消获批上市生物创新药参与国家医保谈判的时间限制，实现药品获批与医保准入紧密衔接；同时综合统筹考虑生物药研发周期长、研发投入大、研发风险高的特点，在医保谈判价格上考虑企业的合理利润，以充分调动企业创新的积极性，促进生物医药行业健康发展。

## 中医药

**晨光生物董事长卢庆国**

**加快中成药进入药品集中采购步伐**

建议创造条件尽快使中成药进入药品集中带量招标采购的机制内，让更多中药生产企业公平参与竞争；完善标准体系，把中药配方颗粒纳入药品集中带量招标采购体系，促进中药配方颗粒的更好发展。

**江苏康缘董事长肖伟**

**建立符合中医药特点的集采模式**

结合中医药事业的发展实际，建立符合中药复杂特点和独特属性的集中带量采购管理模式，制定“分类+通用名”的集中带量采购政策。建议在集中采购过程中，研究制定科学的药品成本价格评估体系，设定合理的集采比价的价格底线，保证中成药的产品品质。

**其他**

**国药控股董事长于清明**

**建立健全医药物流标准体系**

建议制定统一的药品第三方物流准入及异地设库标准，解决区域医药物流政策不一致的问题。制定全国统一的药品第三方物流准入条件、第三方物流异地设库条件，明确基础设施、技术水平、信息化管理、质量管理体系等要求。建议相关部门开展专题研究，探索建立全国统一的药品运输绿色通道管理机制，提升药品运输整体效率和应急保障能力，降低物流成本，有效保证医药物流的及时性和安全性。

三胞集团董事长袁亚非

### 建立数字化三医联动工具，促进资源协同

深化三医联动改革，建议在通过集采降低药品价格的同时，促进药企之间协同发展，降低创新药品研发制造的成本和时间；通过数字化手段打通三医联动的信息流，建立一套有效的三医联动工具，通过大数据分析合理调配整合资源，促进资源协同。

辉瑞制药中国企业事务部资深顾问冯丹龙

### 推进商业保险建设

建议加快推进建立国家级商业保险信息共享与支持平台的建设，加强引导和规范管理，同时政府在制度和政策层面给鼓励，促进实现在监管工作上“做减法”，在完善支持和服务上“做加法”，充分调动和发挥企业和市场的作用。

[返回目录](#)

## 两会 | 聚焦医保改革：完善多层次医疗保障体系成共识

来源：21 世纪经济报道

3 月 1 日，新版医保目录已在全国范围内启用。随着全国两会临近，医保制度改革成为了与会人士探讨的重点话题。

医疗保障是民生保障的重要内容。在中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》前后，国家医保局会同相关部门，从医药服务供给侧改革、落实异地就医结算、医保基金监管等方面持续推进医保制度改革。

今年两会前夕，各民主党派以及代表委员就医保制度改革纷纷建言。其中民建中央提出，要在明确基本医疗保险“保基本”定位的同时，完善多层次医疗保障体系。

此外，针对罕见病保障模式，农工党界别小组提出要创新罕见病诊疗和用药的支付方式，提高罕见病患者诊疗和用药的可支付性，避免出现因病致贫或因病返贫的现象。

而全国政协委员、中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文则认为要加快发展商业健康保险，制订《国家商业健康保险药品、诊疗项目与医用耗材补充目录》（下称《补充目录》），促进社保和商保的深度融合。

郑秉文在接受 21 世纪经济报道记者采访时表示：“若能制订《补充目录》，将能有效激发医护人员按需为患者制订治疗方案的主动性和创造性，满足不同经济条件、不同偏好消费者的多样化、个性化需求，同时让药品采购、医生开药的流程更加透明，患者能够有依据进行监督。”

### 关注医保改革突破口

医保制度改革是破解民众看病难、看病贵问题的关键。国家医保局负责人曾表示，我国医保领域主要存在 5 大问题，包括：一些地方政策口子松，制度叠床架屋；地区间保障水平衔接不够，过度保障与保障不足现象并存；职工医保个人账户弱化了共济保障功能，门诊保障不够充分；侵蚀医保基金和侵害群众利益的现象还比较普遍，医保

对医疗服务行为约束不足；医药服务资源不平衡，医保、医疗、医药改革成果系统集成不足等。

为此，2020年2月25日，中共中央、国务院印发了《关于深化医疗保障制度改革的意见》，研究提出了“1+4+2”的总体改革框架。其中，“1”是力争到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系。“4”是健全待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管四个机制，“2”是完善医药服务供给和医疗保障服务两个支撑。

意见发布前后，国家医保局会同相关部门，通过一系列举措纵深推进医保制度改革。在医药服务供给侧改革方面，新版医保目录通过谈判准入方式新增119种药品、平均降价50.64%、预计1年为患者减负280亿元，另通过第4批国家组织药品集中采购选中158个药品、平均降价52%、预计1年节约药费124亿元。

在落实异地就医结算方面，在全面推进住院费用跨省结算的基础上，自今年2月1日起，全国27个省份将开展普通门诊费用跨省结算试运行。

在医保基金监管方面，我国医保领域首部“条例”——《医疗保障基金使用监督管理条例》业已发布，将于5月1日起正式施行。

此外，国家医保局在打击欺诈骗保行为、推进医保经办精细化管理等方面也做出了相应部署。

在此基础上，今年两会前夕，各民主党派以及代表委员就医保制度改革纷纷建言。其中民建中央拟提交《民建中央关于推进医保制度改革的提案》，希望通过 5 点建议解决我国现行医保制度中存在的问题。

该提案中建议，需明确“医保、医疗、医药”改革职责，提升制度改革的整体性、系统性和协调性；进一步明确基本医疗保险的“保基本”定位；尽快建立全国统一的医保信息系统；改进和完善医保服务工作机制；完善多层次医疗保障体系。

农工党界别小组则从保障罕见病患者的角度看待医保改革，其强调要创新罕见病诊疗和用药的支付方式。

在《关于创新罕见病保障模式的提案》中，农工党界别小组认为，罕见病患者的支付能力仍然较差，要积极探索“基本医疗保险+多层次保障”的多渠道支付模式，形成多方筹资的体系，提高罕见病患者诊疗和用药的可支付性，避免出现因病致贫或因病返贫的现象。

此外，需进一步完善我国医疗保障体系，建立健全罕见病和孤儿药的医保管理制度，推动国家谈判和集中带量采供模式，降低孤儿药的价格。

引导商业保险公司推出针对罕见病的保险项目，降低罕见病治疗对家庭带来的经济风险。建立罕见病相关专项基金，鼓励个人和企业关注和丰富基金池，帮助更多罕见病患者承担诊疗和药物费用。

发挥社会慈善组织的力量，对罕见病患者实施医疗救助，同时引

导药品生产或流通企业开展公益项目。

### 促进社保与商保深度融合

针对发展多层次医疗保障体系，全国政协委员、中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文认为要加快发展商业健康保险，促进社保和商保的深度融合。

郑秉文在接受 21 世纪经济报道记者采访时表示：“2020 年底，我国商业健康保险保费收入为 7641 亿元，赔付支出为 2531 亿元，距离《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》中提出的要在 2025 年底，实现商业健康保险市场规模超过 2 万亿元的目标差距较大。”

为推进商业健康保险发展，郑秉文拟在两会期间提交一份关于制订《国家商业健康保险药品、诊疗项目与医用耗材补充目录》的提案。

他告诉 21 世纪经济报道记者：“若能制订《补充目录》，将能有效激发医护人员按需为患者制订治疗方案的主动性和创造性，满足不同经济条件、不同偏好消费者的多样化、个性化需求，同时让药品采购、医生开药的流程更加透明，患者能够有依据进行监督。”

针对《补充目录》制订的详细要点，郑秉文在提案中着重提及 7 个方面。一是要凝聚共识，将《补充目录》作为多层次医保体系融合发展的一个突破口；二是由银保监会和医保局联合牵头，先通过课题予以论证，然后与相关社团广泛合作，共同确定《补充目录》的范围；三是建立动态调整机制、企业申报和退出机制；四是纳入《补充目录》的产品可比照基本医保带量采购方式实行挂网带量采购，医院应按照

基本医保目录的同等待遇进行配备和使用；五是逐渐实施社保与商保的信息共享，推动实现一站式结算；六是对《补充目录》药品与耗材的“进、销、存”，保险企业的赔付情况定期汇总，及时通报；七是《补充目录》可在税优健康险、长期医疗险、惠民保、百万医疗险等产品中优先实施。

[返回目录](#)

## • 专家观点 •

### 观点 | 4点建议 如何让居民医保更可持续？

来源：阳光医保

文 | 付晓光 国家卫健委卫生发展研究中心健康经济与费用研究部副主任研究员

我国城乡居民基本医疗保险制度（以下简称居民医保）已完成整合，中期内要把握“权责清晰、保障适度和可持续”的改革方向。居民医保在试点之初就确立了“以家庭缴费为主、政府给予适当补助”的定额筹资方式，但实际执行变成了政府补贴为主、个人缴费为辅。在低水平起步、现收现付制的管理模式下，筹资可持续是推动居民医保可持续发展的关键因素之一。目前，居民医保虽然已基本形成了筹资政策框架，但在筹资标准的科学测算、筹资责任的合理分摊、缴费责任的公平均衡，以及筹资与待遇给付之间的有效衔接等方面还面临诸多有待回答的问题和需要应对的挑战。

一是尚未建立起依法筹集、共同分担的筹资机制。法定医疗保险强调强制参保，这不仅可以在大数法则原理的框架下保障基金的稳定和可持续性，也体现了居民个人责任的分摊机制。2011年开始实施的《中华人民共和国社会保险法》在“第三章基本医疗保险”部分仅对职工医保保费的缴纳作出了规定，并未对居民医保筹资给出具体规定。由于城乡居民整体保险共济意识不足，自愿参保的情况下不免出现逆向选择、参保率不稳等问题，这些都增加了筹资标准测算和待遇给付设计等方面的管理难度。

二是尚未建立起与社会经济发展水平相协调的增长机制。医保适宜的筹资水平不仅可以分担居民的医疗服务经济负担，同时还可以实现国民收入再分配。国际上，社会医疗保险模式国家保费筹集的主要特点之一便是基于收入（工资、个人财产等）由雇主与雇员共同分担、兼顾家庭成员，保费一般以费率形式从收入中扣除（部分国家设置了最低和最高缴费基数）。目前我国居民医保筹资标准的确定和增长缺乏基于收入、人群、地区和需求等因素的精算依据，定额筹资的形式也不能充分体现地区间的社会经济发展水平差异。经济发达地区和欠发达地区的居民缴费水平虽然在数字上非常接近，但实际缴费负担在不同统筹地区、不同人群间的差异却有可能非常明显。如果医保筹资水平超越了当地居民的经济承载能力则不利于经济发展；若筹资水平滞后于社会经济的发展则会影响群众医疗服务需求的释放，继而影响国民健康水平的提升。

三是尚未形成明确稳定的财政与个人责任分摊机制。新农合试点启动之初，个人缴费资金约占基金收入的三分之一，其后起伏不定，最低曾降至 15%左右，到 2015 年整合前占比约为 19.3%；城镇居民医保在 2007 年启动时实际个人缴费约占当年基金收入额比重的 52%，其后最低曾降至 20.7%，到 2015 年整合前占比约为 21.7%，可见财政与个人缴费之间的分摊机制尚未形成。此外，虽然中央财政补助实施东、中、西差别性补贴标准，但地方财政补助压力和个人缴费负担在不同地区间存在较大差别，缺乏投入的绩效评估和动态调整。

四是尚未建立起与待遇支付相衔接的筹资增长机制。福利刚性理论要求医疗保障从低水平起步，补偿项目范围逐步扩展，在待遇设计时应本着以收定支的原则，避免出现由于福利刚性所导致的基金不可持续。我们在筹资测算时除了考虑国家财政能力和个人缴费能力，还应该考虑医疗保障的需求因素，按照以支定收、收支平衡的原则合理测算筹资和缴费水平。目前我国居民医保的筹资增长与保障需求尚未实现有效衔接，在刚性需求和深化改革的双推动下，保障范围不断扩大，保障边界不清，在有限预算情况下基金可持续压力日趋增大。

相关研究结果表明，筹资增长机制将对未来居民医保基金的可持续性产生直接影响。过去这些年，居民医保的筹资方式主要为定额筹资，增幅较大且缺乏稳定性，筹资增长主要靠财政补助资金增长拉动，未能与相关经济指标衔接。近年来国内外形势复杂，国家经济下行压力较大，财政收支增速均有放缓趋势，因此，未来一段时期内，居民

医保基金收入若要延续历史增长趋势将面临较大的困难和压力。从国际经验看，社会医疗保险筹资机制应基于社会经济发展水平、国民医疗保障需求和缴费能力，做到量能负担。因此，改革现有定额筹资方式，建立与基本国情相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资机制十分必要。

**第一，以上年居民可支配收入作为缴费基数，综合考虑收入水平增长、提标频率等因素确定缴费费率，建立稳定的、可持续的筹资增长机制。**居民可支配收入既能够反映居民个体的支付能力，也与国家和地区经济发展水平紧密相关，且稳定性和可得性较好，适于作为居民医保缴费基数。缴费费率则应探索建立基本医疗保险基准费率制度，以全国居民医保人均筹资标准占上年居民可支配收入的比重为基准，结合统筹地区基金需求和可持续现状，以及物价指数变动、社会经济周期、提标频率等因素确定本省或本地区的实际费率，因地制宜。

**第二，应完善财政与个人合理分摊机制。**各省份应根据政府财力状况和居民承受能力，逐步提高财政补助标准及个人缴费水平，具体补助标准和分级负担比例由省级人民政府确定；适时开展政府投入的绩效评估；以省为单位适当浮动个人缴费比重，逐步探索以统筹地区为单位差异化的居民个人缴费机制。社会征信条件成熟的地区可借鉴韩国做法试点探索以家庭财产等因素为基础计算个人缴费水平，真正建立与家庭经济负担能力相衔接的差异化个人缴费机制。

**第三，适时开展居民医保筹资精算评估和预测。**国家应建立医保

基金精算管理制度,加强精算能力建设,构建基金运行监测指标体系,及时识别和评估基金风险;定期调整筹资标准测算公式,定期测算和评估居民医保的筹资标准和个人缴费水平;进一步加强医保信息化建设,统一标准、归集数据,利用大数据技术支持医保筹资标准和个人缴费水平的测定。

最后,合理确立待遇调整机制。各地应在国家医保待遇清单框架下,结合本地区实际制定居民医保实施方案,根据基金收入增长情况科学测算、合理调整待遇支付水平。另外,通过支付制度改革和差异化补偿政策引导患者合理诊疗,确保居民医保基金良性、可持续运行。

[返回目录](#)

## 观点 | 傅申洁: 浅谈重大突发公共卫生事件下

### 公立医院应急财务制度创新

来源: 医管新世界

文|徐茜,复旦大学附属上海市第五人民医院财务科长;傅申洁,复旦大学附属上海市第五人民医院财务;刘静,复旦大学附属上海市第五人民医院财务。

公立医院应急财务制度的合适与否是影响重大公共卫生事件发生时医院运营效率的重要因素。公立医院作为医疗卫生服务主体,是保障应对重大突发公共卫生事件的重要一环。本文探讨了公立医院应急财务制度创新的必要性,并提出通过建立有效赋能的三台架构、制定高效规范的应急捐赠管理制度、建立常态化应急物资保障库、应急

资金保障系统和应急绩效考核方案，结合加强运营分析和推动业财融合、信息化建设和财务人员综合素质培养等财务制度和财务措施，创新应急财务制度体系，助力医院重大公共卫生事件发生时的良好运营保障和健康可持续发展。

突发公共卫生事件是指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件。在特殊环境下，医院财务如何保障防疫需要和维持医院平稳运营至关重要，直接关系到疫情防控工作的成败。为加强公立医院财务应急能力，满足应对重大公共卫生事件的现实需求，本文就建立公立医院应急财务制度的必要性和制度构建创新具体方向进行探讨。

## 一、公立医院应急财务制度创新的必要性

公立医院作为医疗卫生服务主体、应急防控的主战场，在应对突发公共事件中，承担着早期预警、现场救援、医疗救治、控制传染、降低突发公共卫生事件所致社会影响等多重责任。医院外部环境和内部环境都发生了巨大变化，医院财务作为保障医院运营的重要力量面临着巨大挑战。

2020年初的重大突发公共卫生事件表现出疫情持续时间长，感染人群广，抗疫攻坚难度大等特点，目前进入常态化抗疫阶段。疫情的爆发范围广、传染性强导致的抗疫常态化给我国公立医院的财务制度带来了一定的影响。

自 2003 年我国突发公共卫生事件应急体系得到一定改善，然而此次新冠疫情的爆发暴露出我国公立医院危机管理能力仍然不足。初期阶段，医院面临资金紧张，如何合理有效配置各类应急资源，妥善规范处理捐赠物资等问题；在常态化疫情防控阶段，医院需开源节流，维持医院稳定可持续发展。因此，医院原本的财务制度体系无法满足疫情需要，解决问题的根本在于公立医院需建立长期有效的应急财务制度，强化公立医院的应急能力和财务管理能力。

## 二、公立医院应急财务制度创新探析

### 1、公立医院应急财务制度基本理念

高效，规范，避险，保障是公立医院应急财务制度的基本理念。其中，“高效”是指在重大突发公共卫生事件发生时，公立医院能快速响应，制定一系列应急措施，高效实施。“规范”体现在应急财务制度的具体措施要符合主管部门的相关监管要求，符合上级文件精神。“避险”代表在应对重大突发公共卫生事件时，要有底线思维，把握原则，防范风险，规避风险。“保障”说明要通过各种方式，保障抗疫物资和资金，保障医院的运营和管理，降低经营风险。

### 2、公立医院应急财务制度创新主要方向

(1) 建立医院应急财务管理组织架构。组织架构的完整性是保证公立医院开展全面应急财务管理的基础。借鉴近年来提出的生态型组织，由前、中、后台组成的三台架构，公立医院可组建灵活柔性执行具体任务的前台即职能科室和临床科室；为前台提供全面赋能服务

的中台即应急财务管理办公室；指明长期战略方向与整体战略布局的后台即应急管理委员会，形成一个实现分工与协作有效平衡、提供全面有效赋能的应急财务管理网络。

后台应急管理委员会主要职责为统筹管理和指导协调，起到统筹兼顾的作用；应急财务管理办公室主要职责为研究制定具体的应急财务管理措施，管理全院财务应急业务工作，通知下达前台；前台由财务科、信息科、药剂科等职能科室和临床科室组成，主要职责为制度的直接执行。财务部作为应急财务管理的牵头部门，负责病人结算服务、医院资金的保障与管理、专项费预算编制申报、会计核算、成本核算、医院运行分析等。信息科负责建设和保障各类应急信息系统，确保医院信息化平台平稳运行。设备科负责清点应急物资，根据医院需求对应急设备和物资进行采购验收和出入库管理。

(2) 制定应急捐赠管理制度。常态化单位受赠物资内部管理制度能够满足正常环境下偶发受赠物资管理，但面对疫情突发变化环境和状况时，暴露出公共卫生资源统筹供给能力和医疗机构物资管理能力存在短板和不足。公立医院应充分考虑到物资调配的紧急性，在已有捐赠管理制度的基础上制定应急捐赠管理制度。

在应急捐赠管理制度中应明确捐赠管理部门，明确捐赠物资归口管理，规范捐赠流程，在物资接收、登记、鉴定、入库、出库、领用和公开等环节制定具体要求和规范。设置统一规范的捐赠物资登记台账，接受捐赠的物资由物资管理部门鉴定物资的防护级别以及真伪，

明确不同防护级别的分配标准，分类存放。

(3) 加强物资统筹管理，建立常态化应急物资保障库。面对突发的疫情灾害，医疗应急物资短缺对病人救援、医护人员的职业防护等工作产生了较大的影响，因此提高公立医院应急物资保障能力和水平，建立常态化应急物资保障库是应对重大突发公共卫生事件的重要支撑力量。

应急物资保障库需要独立于日常物资管理，设立单独台账进行管理。各科室根据先进先出原则，保证应急物资的动态平衡，既能够保障应急物资的储备，又能够对储备物资成本进行管控。同时，因涉及科室多、物资范围广的特点，应制定应急物资储备、使用、监管等全流程管理规章制度，增强统筹协调能力，以确保应急物资可靠有序和持续性供应。

(4) 建立应急资金保障系统。在特殊时期，医院资金流相对紧张，需要建立集中统一的资金保障系统，统一协调配置财务保障力量，有效实施资金供应和保障。

在资金保障系统中，由财务部门维护资金来源，包括政府和捐赠收入等，其中政府拨款根据来源按文件要求登记用途，捐赠收入按照捐赠人指定用途登记；由业务部门提出使用需求进行匹配，保证一线的防疫需求。采用资金保障系统，使财务部门和业务部门打破距离，做到资源信息共享公用，提高资金使用效率，确保每一笔资金的来源和去向可查询可追溯，形成有效的资金流，同时方便医院在严格控制

支出的基础上，保障疫情期间的必需支出，压缩、推迟非急需的消耗性支出。

(5) 建立应急绩效考核方案。在公立医院的医疗资源部分或整体被征用时，原先绩效政策需要进行调整，从长远角度出发，需要改革原有的绩效考核机制，提前建立应急绩效考核方案，通过绩效考核指标调整与配置，实现成本管控和保持科室间均衡发展目标。

在内部分配时，向敢于担当、勇挑重担、加班加点参加疫情防控的一线工作人员特别是作出突出成绩的人员倾斜，可根据工作强度、风险系数等设置相应津贴标准进行分配。对参与其他临床医疗服务人员，可按照受疫情影响程度，在一定程度上给予补贴，以维持人员的稳定性和提高工作积极性。

(6) 加强运营分析和推动业财融合。重大突发公共卫生事件增加了公立医院的经营风险，财务部门要做好医院的操盘手。一方面，基于财务数据，对医院运营情况进行分析，定期向医院管理层和经营层推送报表，为制定经营战略提供数据支持。另一方面，以重大突发公共卫生事件为契机，推动医院业财融合，转变财务管理方式，由传统会计核算向全程参与业务发展转变，既对业务提供事前预测、事中控制，也将事后核算的产出结果及时有效地传递给业务部门，使财务管理作用充分发挥的同时，更好为医院战略管理提供服务。

(7) 加强信息化建设，建立信息化管理平台。信息系统在现代医院管理占有重要地位，医院业务与管理的方方面面都离不开信息系

统。医院需要建立一个信息化管理平台，打破各部门间信息壁垒，实现信息的高度融合，从而优化数据处理效率，实现有效的数据汇总与整理，大幅提高医院的整体管理效果。

另外，医院提供无接触式服务，建立互联网诊疗服务平台，结合医保电子凭证，实现诊疗服务网络化，结合药品配送服务，使患者足不出户获得诊疗，解决重大突发公共卫生事件下的医疗资源不平衡和急剧增加的医疗需求。

(8) 加强财务人员综合素质培养。面对突发事件，对财务人员的综合素质要求也是一次考验。财务人员不仅需要加强自身的业务学习，实时学习掌握新文件、新政策，使工作有规可依，同时还要求财务人员加强从财务信息系统中快速提取有用信息的能力，提高自己的观察能力、分析能力和管理能力，借助这些信息对经营现状进行分析，并且做出专业的财务判断，将财务数据转化为业务部门需要的建议，从而更好地为医院管理层和经营层提供精准的数据和信息，充分发挥财务作为保障医院运营的重要力量促进医院健康持续发展的作用。

### 三、结语

综上所述，建立应急财务制度是公立医院应对重大突发公共卫生事件的现实需求。公立医院从建立有效赋能的组织架构、应急捐赠管理制度、常态化应急物资保障库、应急资金保障系统和应急绩效考核方案，通过加强运营分析和推动业财融合、信息化建设和财务人员综合素质培养等多方面入手，适应常态化疫情防控，才能全面提升医院

的应急能力和财务管理能力。

[返回目录](#)

## · 带量采购 ·

### 国家药品集采方案要优化 今年地方启动专项药品带量采购！

来源：CPhI 制药在线

国家药品集采方案要优化！今年地方启动专项药品带量采购！

据今天刚刚得到的一份通知文件显示，近日，有关部门将组织召开药品集中采购工作会议，主要内容是探究开展专项药品采购，研究国家带量采购品种到期后的续约工作，完善国家药品集采方案的中选规则。

三条重要信息，基本上透露出今年药品带量采购的新走向，那就是：优化国采、完善续约、探索专项。

#### 一、优化国家带量采购中选规则的背景与必要性

四批五轮国家带量采购，在中选品种数量方面，从原先的独家中选一直在调整，本轮入围规则更是允许在申报企业数大于等于 13 家时，最多 10 家入围。中选的品种可谓越来越多。而且，国采报价 1.8 倍等三项条款，初心是为均衡区域间价格水平，避免中选价格差距过大。但实际上，这种循环并没有阻止企业价格“越报越低”的热情。而从原来的独家中标到现在的最多 10 家入围，带来的后果是，为了抢占有限的黄金市场，企业并不紧盯仅仅入围，而是要在入围的基础上

确保市场占有率。于是，带来的恶性循环就是，看似多家中选但仔细一想相于都没有中选，因为如果挑选不到优质的市场带来的后果只能是量价齐跌。因为谁也不想放弃广东等优质市场，而一旦中选资格变成了入围资格，为了拿到最终市场选择的主动权，中选价格想不拉开差距都不行。而且，本轮国采医药企业圈子里出现了一些“联合”的灰色声音。

在这样的背景下，国采政策的设计者确实应该再仔细考虑一下，多家中选是否相当于多家未中选？多家中选是否会倒逼着企业不再满足入围的资格而再降价？最为关键的一点，国采是通过改革释放了制度性成本，打开了降价空间，但带量采购的本质一定不是量价齐跌或以存量换新低价。几分钱中标，是否真的实现了“市场销量迅速扩张”的目标？是否真的体现了“量价合一”的本质？难道不会再度产生“中标死”的悲剧？笔者倒是建议，不如将现有的国采入围机制与市场分配机制进行优化，多家中选后全国市场可以共同销售，但对最低价、次低价等以此类推，可以在每个省份设制差异度较小的采购占比，这样既满足了临床对所有品种的需求，也从另外一个程度上避免了所有产品为了拿到优势区域而惨烈搏杀的局面。国采已经实行了三年有余，不能再仅仅停留在从独家变多家或设置 1.8 倍等举措的修修补补，现在应该做的是纠正地方以部分存量换新低价的不良现象，同时对国采中选后市场的划分进行优化处理。

## 二、完善国采品种续约工作已成当务之急

前期，某地招采办召开部分企业沟通交流会，下一步该地的想法是将对部分 4+7 扩围及 1 个第二批带量采购品种，按照区域优化升级的规则，重新按照该地的计划步骤，统一进行集中带量采购，中选结果供相关地方参考。从目前业内反映来看，"4+7"带量采购第一批中选企业普遍在采购周期 12 个月之内履约情况良好，中选药品质量稳定、供应充足、临床使用平稳。而在四批五轮国家带量采购的背景下，续签品种再次进行竞争加快降价也是大势所趋。

国采续约怎么续？一种方法是直接将原来中选品种进行合同续签，但这样做的问题在于期间又有很多过评的品种出现，而且直接续签对当初没有中选的品种也不公布。另一种方法是在不高于原中选价格基础上，组织方与相关企业进行价格磋商，价低者续签。

而从此次流传信息来看，该地组织开展首批 4+7 品种带量采购方案进行了升级优化，从药品维度和企业维度两个方面，强调了综合竞价指标竞争属性。可以看出，该地的带量采购方案，充分借鉴了以直接和间接指标作为标准的评价指标，将 2015 年流行多年的双信封评价从不同纬度角度再次扩充、优化。

笔者理解，纳入此次寺方带量采购的过评品种，是已经被国采带量采购过的品种且已经进入了地方分头续约的环节。某种程度上，这些品种已经离开了国家带量采购的采购周期，"身份"已经恢复到和其它同通用名过评仿制药一样的程度，如果再用简单续约的方式，恐怕对其它过评仿制药也不公平。值得注意的是，对于过评品种，国家带

量采购层面更多关注的是价格变化，此次该地带量采购对经历过国采的过评品种进行采购方式的"优化"，降低价格得分，强化质量、企业综合评价得分，是否会体现出一个新的信号？那就是对价格相对适宜的国采过评品种再次集采将不再重点考虑价格因素。至于对下一步国家带量采购的方案优化是否会有借鉴作用？不知道近日有关组织召开集采会议上，是否会就此话题深入交流讨论。

### 三、专项药品采购瞄准了生物药与中成药？！

2021年1月28日，国务院办公厅正式下发了《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国办发〔2021〕2号》（简称"2号文"），正式将带量采购常态化、制度化。在"竞争规则"相关条款中，文件指出，"按照合理差比价关系，将临床功效类似的不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，促进竞争。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。"笔者揣测，中成药和生物药将是最大的采购对象。

同样在今年1月国务院政策例行吹风会上，就"药品集中带量采购工作常态化制度化开展"这一主题，有关负责人表示："按照国办发2号文件以及探索的情况来看，生物类似药纳入集采，包括中成药的大品种纳入集采，这是制度性的要求，只不过规则更为优化，更有针对性，质量更符合药本身的属性，从我们国家来说，生物类似药质量标准全球还是比较高的，高于西方一些国家。归结为两句话，一是纳入集采是毫无疑义的；二是质量一定是作为我们优先的考量，规则一

定更符合市场要求。"可以看出，医保局采取的种种采购措施，都是希望在市场框架体系内，找到一个"政府"和"市场"的平衡点，是在"政府有效监管"下实现"精准形态的市场充分竞争模式"的探索尝试，是"政府之智"和"市场之手"的有效融合。生物药与中成药同样也不例外！

当前国家之所以迟迟不将中成药、生物药纳入国家带量采购，原因多种多样，其中，很重要的一条是现行的四批五轮国家带量采购方案，无论是不区分竞价分组（层次）也好，还是从为满足临床使用也好，基本上是从推动仿制药替代的角度出发，量身为化药"订制"。以中成药为例，与作用相对单一的西药相比，中成药"多靶点、多效应"的整体治疗特点在一些疾病的防治方面具有一定优势，但必须承认，绝大部分的中药产品，只能用治疗位置或者治疗领域来定义，没有通用名这种标准"定盘"，因此，中成药的标准定义只会更加复杂。同时，中成药素有因地制宜的治疗特点。以此次中成药治疗新冠疫情的特点来看，各地纳入的治疗性中成药呈现不同的特征。面对标准无法统一，治疗特点"个性鲜明"的中成药，国家层面暂时未纳入带量采购，是可以理解的。

但是国家层面不动，不代表地方层面也不动。生物药与中成药开展专项采购目前在业内的呼声已经一浪高过一浪，笔者建议，2021年，先由地方专项试点，时机成熟，国家在此基础上再进行采购。具体采购方式，笔者不再多言，只是希望对于纳入国家新冠肺炎相关的

呼吸系统疾病治疗的中成药，建议在确认全国最低省级中标价基础上，允许直接挂网采购，不再议价。为新冠肺炎疫情防控常态化提供有力支撑，努力实现防治药品结构更加优化。同时建议在上述基础上，优先考虑国家基本药物带量采购。从目前来看，新版国家基药对药物的可及性、安全性、有效性的权衡比较将超过以往，循证医学、药物经济学将继续成为新版基本药物制定的重要依据，品种遴选的科学性将得到进一步提高。动手对新版国家基药目录的药品进行集中带量采购，可以切实将 1+X 有关政策执行到位。

目前集采的思路是，500 品种框架内，国家负责过评及视同过评，只有符合范围自动触发集采开关（触发并不代表马上就开展带量采购，而是意味进入视线）。地方负责未过评品种带量采购。但随着国家带量采购四批五轮的开展，随着 2 号文对带量采购方式的深耕细挖，今年国家层面优化带量采购规则，地方层面做好带量采购探索，将是 2021 年药品带量采购工作最大的看点。至于其它非带量采购品种是否已经成为了被遗忘的角落？以及如何开展集采工作？

[返回目录](#)

## 盘点 | 医用耗材的跨区域联盟带量采购

来源：云南医疗保障

在各地区开展的医用耗材带量采购探索中，跨区域联盟以其独特的优势崭露头角，本文总结目前几种主要的跨区域联盟采购模式，取长补短，为其进一步发展提供建议。

## 跨区域联盟模式比较

2020 年，国家已经开展了冠脉支架的集中带量采购，汇集全国采购量进行降价，但耗材领域目前并无一致性评价，耗材国采扩大品种仍需一定时日，区域耗材带量采购的探索十分必要，跨区域带量采购是区域带量采购的一种。《国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知》（国办发〔2019〕37 号）中鼓励跨省份联盟的耗材带量采购模式，跨区域联盟可以汇总联盟中各省份采购量，换取相比其他区域带量采购更低的价格，是耗材带量采购的有效探索，有助于全国耗材带量采购标准的制定。目前省级层面开展的跨区域耗材带量采购联盟主要为京津冀及黑吉辽蒙晋鲁（3+6）联盟、渝黔滇豫联盟、陕西等十省份联盟（宁夏、甘肃、青海、新疆、新疆建设兵团、湖南、广西、贵州、海南和陕西）。

### 1. 采购品种的确定

渝黔滇豫联盟目前开展采购的品种范围为吻合器、补片、胶片 3 类医用耗材。京津冀及黑吉辽蒙晋鲁（3+6）联盟在《京津冀医用耗材联合带量采购工作意见》的通知中指出：结合临床使用实际，确定采购品种。陕西十省份联盟在《关于公立医疗机构人工晶体带量采购和使用的通知》中指出：要按照积极稳妥、分批分类原则，选择临床用量较大且采购金额较高、使用较成熟的人工晶体开展带量采购。从以上联盟的采购品种确定标准可以看出，联盟以临床实际使用和需求为基础，选择量大且较稳定的医用耗材，保证临床治疗方案的可延续

性。

## 2. 采购主体

三个联盟采购主体有所差异，陕西十省份联盟确定人工晶体的采购主体主要为三级公立医疗机构和具备开展相关手术条件的二级公立医疗机构，其余两个联盟则对医疗机构的等级不做限制，京津冀及黑吉辽蒙晋鲁（3+6）联盟规定须为医保定点医疗机构。

## 3. 采购产品分组标准

分组方式会影响最终的中标结果，同一家企业在标准一下中标，在标准二下可能不中标，耗材目前尚无统一的编码，相比药品一致性评价也尚未开展，因此如何分组成为耗材带量采购首先要解决的问题。

三大联盟均以产品属性作为分组标准，但属性分组标准不一。渝黔滇豫联盟以国家医疗保障局医保医用耗材分类与代码数据库公布的最新信息为产品属性分组标准。在人工晶体的采购中，京津冀及黑吉辽蒙晋鲁（3+6）联盟和陕西十省份联盟采用的属性分组标准有所不同。京津冀及黑吉辽蒙晋鲁（3+6）联盟将产品涉及到的每一属性单项列出，如光学功能焦点和多焦点实现方式各为一项属性，全部10项属性包括基本功能属性和附加功能属性，所有10项属性均相同的为同一组；陕西十省份联盟虽然也将属性进行了细分类，但并非每一种属性都单独作为一项，如双焦（光学功能焦点）和衍射（多焦点实现方式）这两种属性为一项，在这项之中不再考虑其他属性的细分

类。

联盟全部以耗材属性作为分组标准，耗材有多个属性，药品也可能有多个适应症，但区别于药品有主适应症，耗材的多个属性往往无主次之分且数量更多，因此各联盟对于属性的分组标准也有所不同。

#### 4. 中选企业数量

渝黔滇豫联盟根据不同的产品设定不同的中选企业数量，其中吻合器类和补片类最多中选企业为 3 家，而其他两个联盟均为 6 家，且对于符合申报要求的企业数超过 5 家时，中标企业数的确定更为详细。中选企业数更少意味着竞争更加激烈，在价低者得的规则下企业的降价幅度更大，影响最终中标产品的价格。各跨区域联盟中选企业数量见表 1。

表1 各跨区域联盟中选企业数量设定标准

联盟	同分组内符合申报品种资格的实际申报产品数	拟中选产品数
渝黔滇豫联盟 (吻合器类、补片类)	1-2	1
	3-4	2
	≥5	3
京津冀及黑吉辽蒙晋鲁 (3+6)联盟	1-2	1
	3-4	2
	5-6	3
	7-8	4
	9-10	5
	>10	6
陕西十省份联盟	1	1
	2-3	2
	4-5	3
	6-7	4
	8-9	5
	≥10	6

## 5. 拟中选企业确定标准

跨区域联盟定价方式大多为议价和竞价，有联盟同时综合了价格外因素对申报产品进行评价。渝黔滇豫联盟规定申报企业在 2 家及以上的，采取竞价方式；申报企业为 1 家的，采取议价谈判的方式。京津冀及黑吉辽蒙晋鲁（3+6）联盟和渝黔滇豫联盟的标准较为一致，但在同分组内符合申报品种资格的实际申报企业数仅为 1 家时，谈判时确定加价范围（根据附加功能属性）、谈判准入价格和拟中选价格。陕西十省份联盟在实际申报产品数为 1-5 个时采用议价方式，其中 3-5 个时，在综合考虑企业申报价格、产品规模、质量、产品稳定性、操作培训、不良反应发生率、卫生经济学评价等因素后对企业最终报价进行无记名表决，过半数投赞成票的，则议价成功；申报产品数为 6 个及以上的，通过专家组评分和产品报价得分确定入围产品。

## 6. 非中选产品的监控

渝黔滇豫联盟和京津冀及黑吉辽蒙晋鲁（3+6）联盟规定非中选产品全部纳入联合招采地区监控管理，其采购量原则上不得高于上一年度历史采购量，不得超过中选品种采购数量。京津冀及黑吉辽蒙晋鲁（3+6）联盟还规定若发现高于上一年度历史采购量的，企业需增加降幅比例重新报价，未中选产品需根据其与非中选产品（或同类产品）的价格差距，进一步降低价格，并考查临床合理使用情况。对于非中选产品的监控，能保证中选产品的使用并促使非中选企业的降价，积极参与后续带量采购。

## 跨区域联盟发展建议

就目前来看，耗材带量采购模式仍处于探索阶段，跨区域联盟在耗材带量采购上具有量大、议价能力强等优势，能够将单一省份量较小的耗材品种纳入带量采购，扩大耗材带量采购品种，且降价幅度明显。三大联盟产品的最高降幅分别为 97.76%、84.73%和 85%，平均降幅分别为 64.77%、54.21%和 44%。不同跨区域联盟的采购措施有所差异，相比药品还需要一定时间的摸索，细节尚需完善。

### 1. 制定统一的评价标准

相比药品一致性评价，耗材目前并无统一的评价标准。高值耗材不同于药品，使用前需要进行专业化培训，有些高值耗材在使用时还需专业人员跟台，耗材使用的临床疗效非仅基于耗材本身，操作人员的技能高低等因素都可能影响耗材的疗效。目前在选取目标品种时，仅能根据临床使用现状和采购金额等信息来判断，这就为耗材临床疗效评定标准的统一增加了困难。

建议在评价耗材效果和安全性时，分析操作人员技能、耗材使用前期培训以及专业人员跟台等对结果是否有显著影响，在建立统一的耗材评价标准时可以依据有显著性影响的因素对耗材疗效和安全性进行矫正，不考虑其余非显著影响因素和无影响的因素对效果和安全性影响的影响。同时可根据不同耗材功效构建特异性评价标准，以更准确地选择临床更安全有效的耗材品种。

### 2. 探索多元化分组模式

不同分组标准可能导致不同中标结果，涉及公平性，耗材相比药品更加难以分类，针对同一大类耗材建议参考京津冀及黑吉辽蒙晋鲁（3+6）联盟的方式，将大类产品涉及的每个属性均列为一项，每项属性相同的为一组，此分类法更细致，可有效避免遗漏；也可参考安徽省组套分组法，每种治疗措施为一组，该治疗措施所需所有耗材组合形成组套，以组套方式议价，企业需接受组套内所有组件产品的议价，以确保谈判成功的每个组套内产品可以组合起来满足临床使用。

### 3. 多因素考量与综合评价

目前跨区域联盟采取的拟中选企业确定方法多为谈判议价和竞价，价低者得仍然是最主要的选择原则。除价格外，还应考虑耗材临床使用的疗效、安全性和经济性，以及是否需要专业人员跟台、前期培训等其他相关因素。建议同时纳入这些因素作为中选企业遴选标准，每一项材料由专家进行打分，并设定相应的权重，分数越高该项材料越具有优势，以加权总分由高到低确定中标企业，直到达到中标企业数。

总之，跨区域联盟能够汇集更多的采购量，具有更大的议价空间，就三大联盟中标结果来看，中标耗材降幅显著，但目前耗材跨区域联盟带量采购的模式有所差异，还应尽快为耗材制定统一的评价标准，探讨适合耗材的多元化分组模式并鼓励从疗效、安全性、经济性等多角度考量申报企业。

[返回目录](#)

## · 分析解读 ·

### 思考：集采、待遇、支付三者联动发展门诊就医保障

来源：新浪医药新闻

在医保改革中，集采、待遇、支付三者之间，衔接影响，也要彼此看潜能。本文，我们将一些逻辑，探讨上述三者的联动对门诊就医保障的加持作用。“外行看比例，内行看基数”，是句俗语，有一定道理。

#### 一、集采：从待遇保障上抓实“基数”

如今，药品、耗材带量采购在中国实践取得了阶段性成功。直接可见的逻辑在于：以量倒逼价，带动市场供方在具体的开放规则下竞争，量升、价降。如果这个逻辑反过来，就是从前虽有波动但整体长期维系的价高、量少。以公卫领域举例，由于欠缺战略购买，二类疫苗的市场定价在某种程度上既脱离了成本，也背离了供方需求满足。维系集采，待遇可给支持。

#### 二、待遇：为“两线一段”赋能“比例”

当前，医疗保障不平衡不充分是问题，保障不足与过度保障并存也是问题，且两种矛盾交织在一起。总体看，居民医保虽城乡整合，但城乡居民享受医疗服务、医保待遇的可及性差异较大。比较不同区域、制度、人群之间，在门诊待遇保障上历史欠账都较多，我国基本医保制度与美国 Medicare Part A 首先“保住院”，其中有历史阶段的局限性、客观性，还适用么？

笔者观察：十多年前，神木县所谓“免费医疗”也是“保住院”，突出成绩之一是让参保群众敢及时看病、敢在县域内住院，它对“保门诊”虽有些创新支持，但效果不大。这个例子放在现在看，仍有一定借鉴意义。我国绝大多数非营利性医疗卫生机构是二级及以下医院，这些医疗资源用不好，就无法接近供需结构平衡，做分级诊疗、家庭医生、医共体有合理逻辑。

笔者认为：当前，应重新审视门诊、住院保障盘子的再分配、再效益、再平衡。一方面，健康中国、医防协同、国际经验的大趋势是合理做大做强门诊保障盘子。另一方面，对重特大疾病医疗保险和救助制度来说，既做保险精算、也做救助精算，摸清底数、做好评价。医保基金以两万亿左右的资金盘子首先带动了参保患者自付自费，最终可以拉动六七万亿卫生总费用。

以居民医保与大病保险的相对关系举例：居民医保是普惠的、全覆盖的；大病保险也是这样，尤其当大病保险是按费用补偿时，更没有专门特惠的内涵。其他多层次保险方案要与基本制度相衔接，是继续采取普惠做法，还是采取细分对象、细分内容、细分服务上的特惠做法？医保与商保即便实现了信息互通，由于制度性质、利益、目标的不同，也是非对称、差异化竞合。

以商业健康险、相互保险、慈善捐赠等补充层次、多元工具的覆盖、效率来看，门诊保障遭遇某种市场失灵。商业健康险做门诊保障缺乏战略定力，旨在获客，一旦亏损即可能会决策产品下架。而门诊

保障是医保制度在健康中国下的必争、必守之地，人不来争，正好可以先行。医保做好门诊保障，可防范患者“看病多花钱、参保白花钱”，可以适度提高待遇均衡。我们熟知的医保报销政策“两线一段”，可视为医保资金对待遇保障的赋能、资源调剂分配，“比例”有如棋子。

### 三、支付：也让“门诊保障”管用高效

做大门诊保障盘子，首当其冲有两个风险：一是如果无效、虚假医疗泛滥，怎么办？这是医疗效益有没有的问题。二是肯定有高额费用病例出现，打包也包不住怎么办？这是供需匹配对不对的问题。积极地看，还有两个有利：一是利用结余留用机制及配套管理，吸引医疗供方控制服务量、优化患者获益；二是鼓励参保患者及时看病，越是过度医疗，越做战略购买。

做大门诊保障盘子，正是培育医疗资源生态、功能。那些由战略购买横扫过的项目、要素、病种，就是供方服务价格调整、治理的一次次树木砍伐，与此同时，战略购买者又种植下一片片新园圃，如此循环、渗透，拓荒可期、均衡可期。笔者认为：医保只应关注患者、费用，关注前者目的在健康，关注后者目的在效益。医疗信息不对称永远有，医保也可随时找到擅长。

做大做强门诊保障，待遇更好了，也可能出现医疗资源使用的副作用。比如糖尿病门诊待遇保障好了，更容易导致“绝大多数医生陷入简单快速的阶梯式药物递进过程——单药-联合用药-胰岛素”、“一旦启动了胰岛素，血糖如果控制依然不理想，并不进一步探究原因，

只会简单的升级胰岛素——从一天一针到一天数针”等。这些对患者健康管理不利，但是哲学问题。

#### 四、三者联动，支持产业“国产替代”

对医保制度运行本身来说，主要诉求仍然是：应保尽保、保障基本。应把医保资金的使用效率、效益摆在第一位。至于若干改革措施“总有副作用”的问题，留待招采、支付等工具进一步强化引导、监督、评价。做大做强门诊统筹，比如普通门(急)诊、慢特病门诊等，可用好项目间核算、计算、精算乃至卫生技术评估、药物经济学等通用手段，暂时允许碎片化。

在较低等级医疗卫生机构调整做大以门诊保障为代表的基本医疗保障，这些做法显示福利性，算不算福利化？要回到解放思想、实事求是找答案。需要澄清：虽然有门诊保障待遇“暂时碎片化”，并非一定是条块调整，也可理解为趋势进化。在门诊方面扶持做强供方服务的产业标准化，再引入战略购买、支付调控，就是抓住大量供方、需方，释放相应效率效益。

对多层次保险产品来说，医保做好门诊、住院保障的平衡、效率以后，商保产品更有条件开发针对贫困(边缘)人口的防贫险。对医药供方来说，门诊保障与健康中国、医防协同自然结合，可能刺激筛查、检验、齿科等领域快速地“国产替代”。当待遇赋能的量合理释放出来，集采、支付才有治理对象、改革抓手。高值产品价格如不能开放、竞争地走低，“国产替代”发展就慢，产业多元化、多层次就缺少动

力，易出现“硬着陆”现象。

在“小病扛、大病拖”这句俗语中，小病被扛，就限制了需求基数，大病被拖，就限制了报销比例。这些现状都有调整必要。适应内循环发展、借鉴双循环经验，多维联动发展门诊保障的逻辑利弊值得探讨。

[返回目录](#)

## 武汉市医疗器械行业发展现状分析

来源：火石创造

### 医疗器械及细分行业定义

医疗器械是指直接或间接用于人体的仪器、设备、器具、体外诊断试剂及校准物、材料以及其他类似的或者相关的物品，包括所需要的计算机软件；其效用主要通过物体等方式获得，不是通过药理学、免疫学或代谢的方式获得，或者虽然有这些方式参与但只是起辅助作用。

目前，市场上对医疗器械细分市场划分没有统一的标准，本文结合市场内多种划分标准，将医疗器械细分市场分为：高值医用耗材、IVD(体外诊断)、医疗设备及其他。高值医用耗材主要相对低值医用耗材而言，主要是属于医用专科治疗用材料，如心脏介入、外周血管介入、骨科内植介入等医用材料；IVD(体外诊断)产业主要指体外诊断相关产品，包括体外诊断试剂及体外诊断仪器设备；医疗设备是医疗、科研、教学、机构、临床学科工作最基本要素，即包括医用医疗设备，

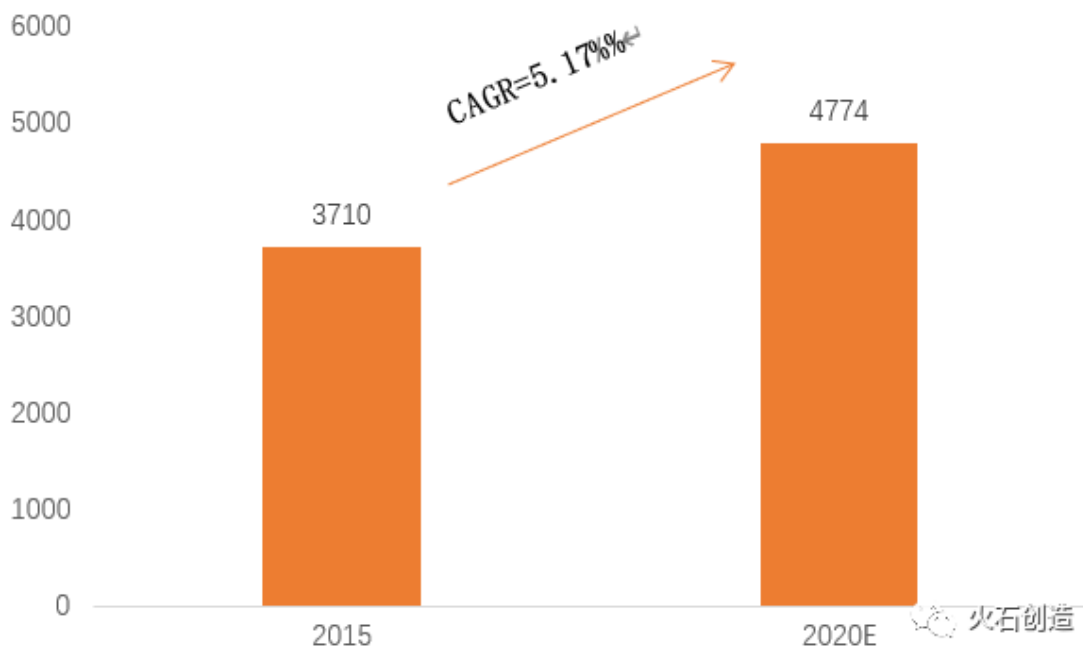
也包括家用医疗设备；其他指除高值医用耗材、IVD(体外诊断)、医疗设备以外的其他医疗器械。

## 医疗器械行业发展现状分析

### 1. 全球医疗器械发展概况

全球医疗器械市场需求持续快速增长，医疗器械行业是当今世界发展最快的行业之一。2015年，全球医疗器械市场规模3710亿美元，到2020年，全球医疗器械市场规模将达到4774亿美元，2015至2020E年年均复合增长率为5.17%。

图1 2015及2020E年全球医疗器械市场规模情况(亿美元)

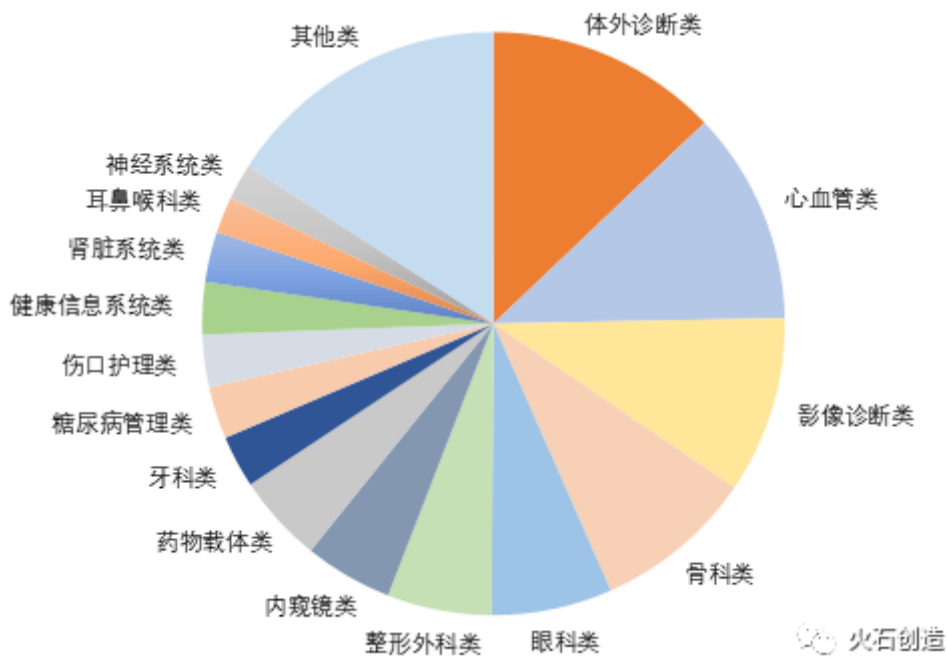


数据来源: EvaluateMedTech

从各个国家和地区看，美国稳居行业龙头地位，其医疗器械行业销售收入在全球占比达38.8%，其次分别是西欧占比30.8%，日本约占9.4%，中国约占3.8%，其它国家和地区共占17.2%。从市场细分

领域来看，集中分布在 15 类细分领域，其中全球市场占有率超过 5% 的子行业包括体外诊断类、心血管类、影像诊断类、骨科类、眼科类、整形外科类六大细分领域。综合来说高值医用耗材和体外诊断细分领域占比分别为 31%、13%

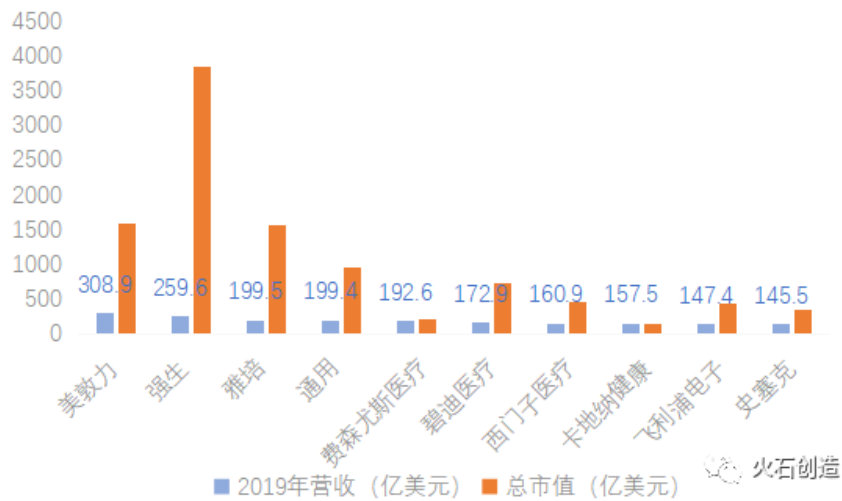
图 2 2018 年全球医疗器械细分产品市场占有率



数据来源: EvaluateMedTech

2019 年全球医疗器械产业主要市场份额集中在龙头企业当中。全球医疗器械龙头市场以美国强生、美敦力两大巨头为主。美敦力在全球医疗器械市场上占据约 7% 的份额，年销售额达到 349 亿美元。全球 Top10 医疗器械企业营业收入达 1944.3 亿美元，占据全球医疗器械 2019 年营收总额的 43.02%，总市值达 10825.6 亿美元。国内企业迈瑞医疗 2019 年营业收入为 23.73 亿美元，全球排名第 41 位，是唯一一家进入全球前 50 名的中国医疗器械企业。

图 3 2019 年全球营收 TOP10 的医疗器械企业

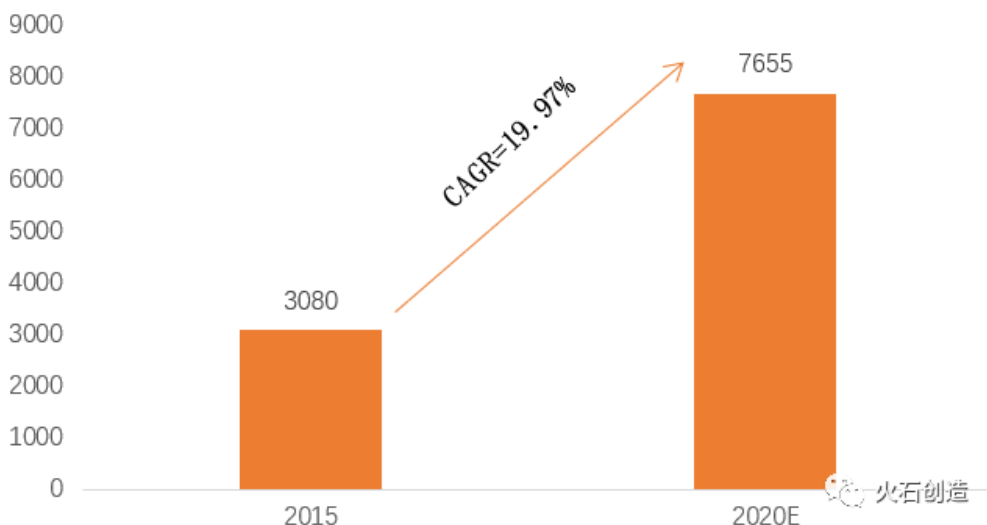


数据来源：公开公司年报

## 2. 中国医疗器械发展概况

中国医疗器械市场规模高速增长。2015 年，中国医疗器械市场规模 2556 亿元，到 2020 年，中国医疗器械市场规模将达到 7655 亿元，2015 至 2020E 年年均复合增长率高达 19.97%，远超全球医疗器械市场规模年均复合增速。

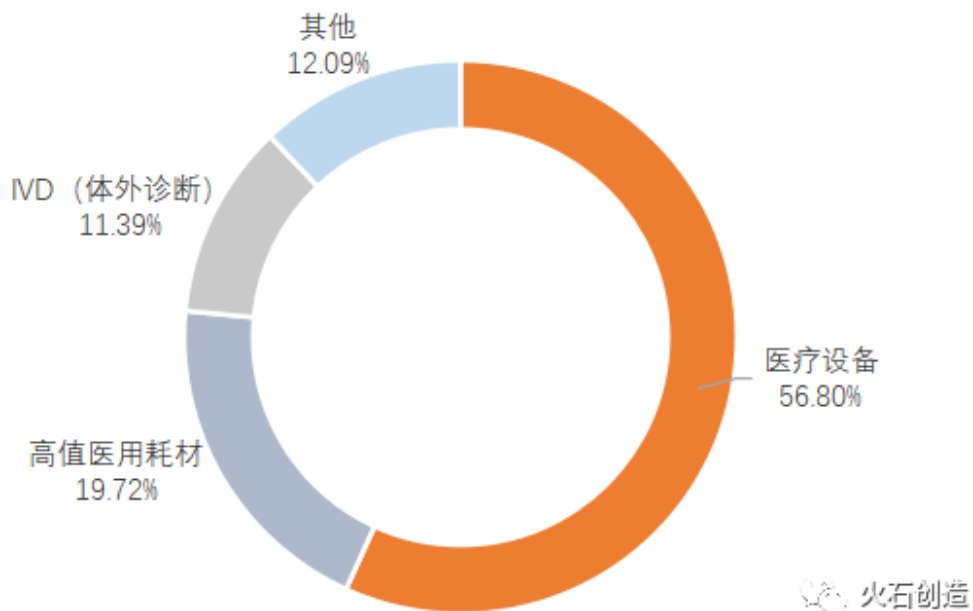
图 4 2015 及 2020E 年中国医疗器械行业市场规模情况(亿元)



数据来源：《中国医疗器械蓝皮书(2019)》

2018 年，医疗设备市场仍然是国内占比最大的细分市场，市场规模为 3031 亿元，占比高达 56.80%。高值医用耗材和体外诊断领域市场规模分别为 1046 亿元和 604 亿元，占比分别仅为 19.72%和 11.39%，相比于全球高值医用耗材及体外诊断领域 31%和 13%的市场占比，国内市场仍然存在较大发展空间。

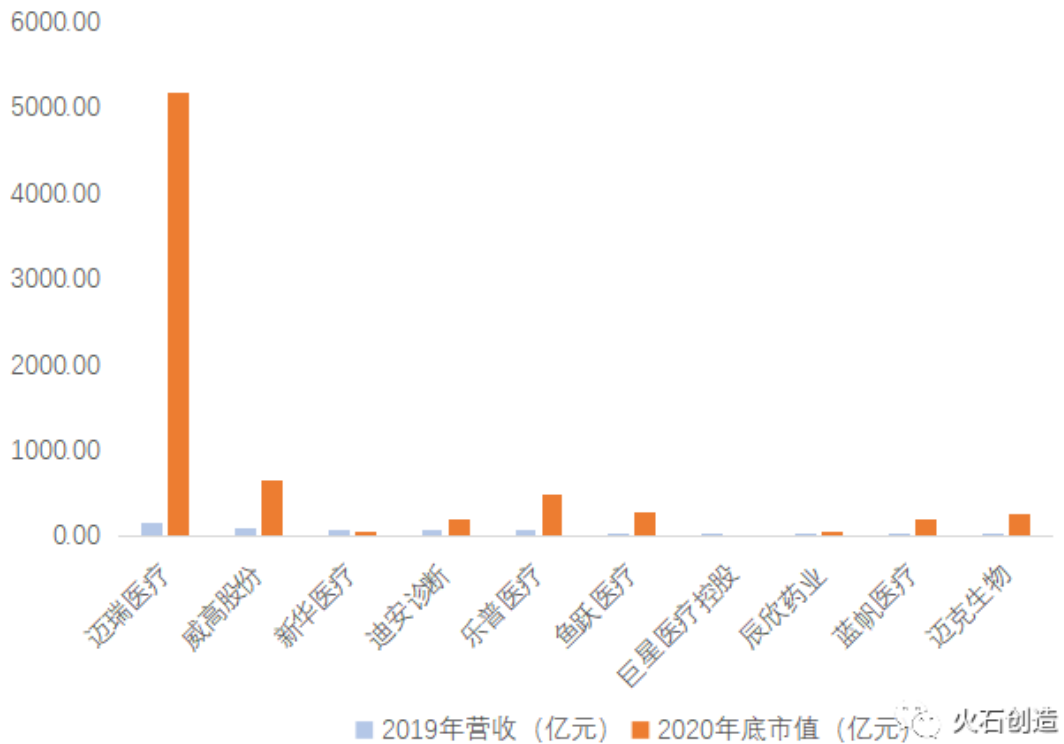
图 5 2018 年中国医疗器械细分市场占比情况



数据来源：医械研究院

中国医疗器械产业主要市场份额集中在龙头企业当中。2019 年，中国 Top10 医疗器械企业营业收入达 706.77 亿元，相较中国上市医疗器械 2019 年营收总额占比为 50%，其中仅迈瑞医疗年营业收入破百亿达 165.56 亿元，占比超 10%。排名第 10 的迈克生物 2019 年营业收入仅为 32.23 亿元，营业收入相较全球医疗器械企业仍有一定的差距。

图 6 2019 年中国上市营收 TOP10 的医疗器械企业(亿元)



数据来源：火石创造数据库

## 武汉市医疗器械行业发展现状分析

### 1. 医疗器械产业主体

近5年，武汉市集聚生物医药重点企业总数愈1400家，其中上市企业10家，医疗器械相关上市企业2家，分别为明德生物和中元股份。

### 2. 医疗器械产业链

依托武汉市光电产业、新材料产业等基础优势，武汉市积聚了一批医疗器械创新企业。从产业链看，上游原材料积聚瀚海新酶、新纵科病毒疾病工程等企业，中游研发生产在医疗设备、体外诊断、高值医用耗材重点细分领域积聚安翰光电、华大智造、光谷微创医学、明德生物等一批重点创新型企业代表，形成了覆盖研发生产流通的医疗

器械产业生态体系。

图 7 武汉市医疗器械产业链

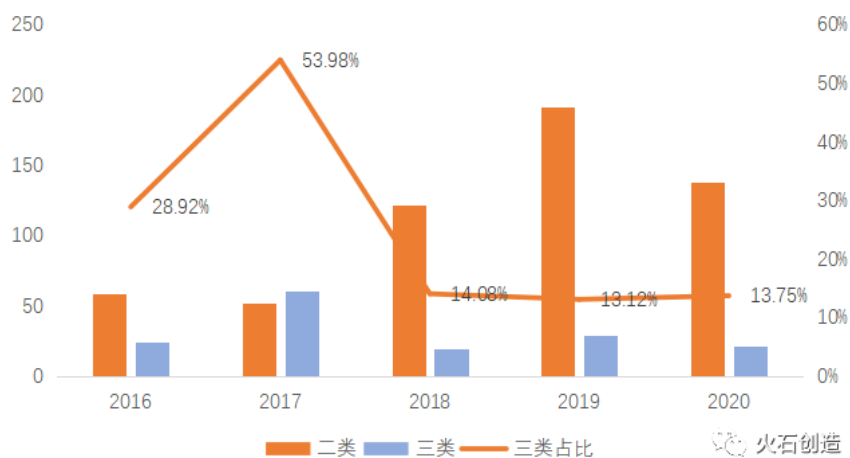


资料来源：火石创造分析整理

### 3. 医疗器械产品分析

2016-2020 年，武汉市首次获批三类医疗器械产品数量，在首次获批二、三类医疗器械总数占比从 2017 年度开始下降，之后，2018-2020 年占比稳定在 14%左右。

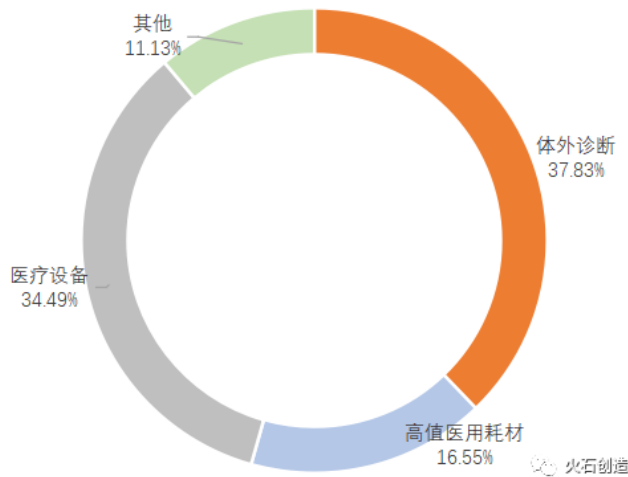
图 8 2016-2020 年武汉市首次获批二三类医疗器械数量及三类产品占比(个)



资料来源：火石创造数据库

从产品类别上说，武汉市体外诊断类医疗器械产品相对最多，占比最高为 37.83%，医疗设备及高值医用耗材相对占比较低，占比分别为 34.49%、16.55%。

图 9 2016-2020 年武汉市累计首次获批二三类医疗器械产品类别占比



资料来源：火石创造数据库

2016-2020 年武汉市共有 4 个医疗器械产品通过特别审批程序上市，3 个产品企业均位于东湖高新区；从产品类别来看，体外诊断和医疗设备细分产业均为 2 个。

表 1：2016-2020 年武汉市医疗器械特别审批程序获批上市产品

产品名称	申请人	所在园区
BRCA1/2 基因突变检测试剂盒（联合探针锚定聚合测序法）	华大生物科技（武汉）有限公司	武汉东湖高新区
胚胎植入前染色体非整倍体检测试剂盒（联合探针锚定聚合测序法）	华大生物科技（武汉）有限公司	武汉东湖高新区
磁共振成像系统	武汉中科极化医疗科技有限公司	武昌区
肝脏储备功能检测仪	武汉昊博科技有限公司	武汉东湖高新区

资料来源：火石创造数据库

2016-2020 年武汉市共有 3 个医疗器械产品通过优先审批程序上市，3 个产品企业均位于东湖高新区，其中武汉华大智造的“基因测序仪”及武汉唐济科技的“硬性电凝切割内窥镜”以“列入国家重点研发计划”理由入选。

表 2：2016-2020 年武汉市医疗器械优先审批程序获批上市产品

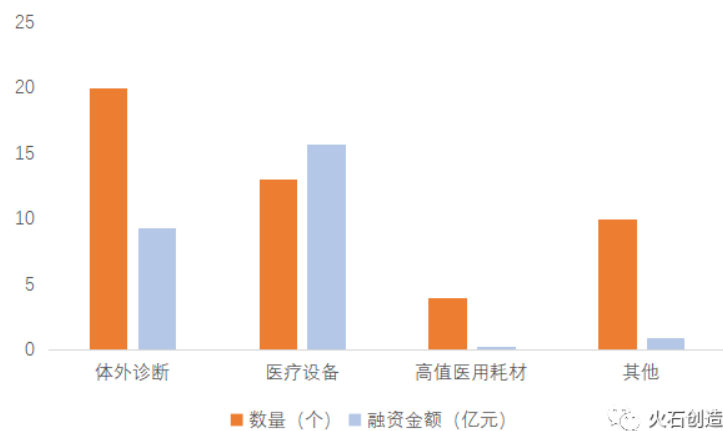
入选理由	产品名称	申请人	所在园区
列入国家重点研发计划	基因测序仪	武汉华大智造科技有限公司	武汉东湖高新区
列入国家重点研发计划	硬性电凝切割内窥镜	武汉唐济科技有限公司	武汉东湖高新区
该产品诊断罕见病，且具有明显临床优势	遗传性耳聋基因检测试剂盒（联合探针锚定聚合测序法）	华大生物科技（武汉）有限公司	武汉东湖高新区

资料来源：火石创造数据库

#### 4. 医疗器械融资分析

医疗设备和体外诊断投融资活跃。近 5 年，武汉市在医疗器械领域累计发生 47 起投融资事件，融资总额达 26.19 亿元，其中医疗设备和体外诊断领域投融资较为活跃，融资金额分别占总数 59.74%、35.63%。

图 10 2016-2020 年武汉市医疗器械细分领域投融资情况



资料来源：火石创造数据库

## 5. 医疗器械产业发展趋势分析

鼓励医疗器械创新产品发展。武汉市政府《关于支持大健康产业发展的意见》文件中明确指出支持首次注册的三类医疗器械、非诊断类的二类医疗器械等创新产品，对完成产品注册检验或者获得临床试验批件、获得注册申请受理书、获得医疗器械注册证各阶段，分别给予一定金额的奖励，鼓励医疗器械企业创新发展。

细分领域方面，重点发展高端医学影像设备、放射治疗设备、基因分析和免疫检测、植介入材料等覆盖医疗设备、体外诊断及高值医用耗材细分领域。

积极应对医疗器械上市许可持有人制度(MAH)。医疗器械 MAH 制度允许科研机构和研发人员作为注册申请人，医疗器械 MAH 具备相应生产资质的，既可自行生产，也可委托生产，并且可委托多个受托方进行生产。

2019 年 4 月，武汉市政府出台政策积极应对医疗器械 MAH 制度，对于获批成为药品或医疗器械上市许可人指定生产企业的，以每个品种实际委托生产合同执行额为基准进行补贴。

2019 年 8 月，国家药监局发布《关于扩大医疗器械注册人制度试点工作的通知》，在已有的上海、广东、天津三地试点基础上，将医疗器械 MAH 制度试点扩大，其中湖北已包含在新增试点范围，伴随试点范围的放开，武汉市医疗器械产业也将获得良好发展。

[返回目录](#)

## · 中医药动态 ·

### 9 家中药企业净利超 100%!人大代表建议加快中药及配方颗粒进集采

来源：医药经济报

3 月 2 日，国家药品监督管理局通过特别审批程序应急批准中国中医科学院中医临床基础医学研究所的清肺排毒颗粒、广东一方制药有限公司的化湿败毒颗粒、山东步长制药股份有限公司的宣肺败毒颗粒上市。三款产品皆是新冠肺炎疫情暴发以来，在武汉抗疫临床一线众多院士专家筛选出有效方药的成果转化，也是中药注册分类改革后首次按照《中药注册分类及申报资料要求》（2020 年第 68 号）“3.2 类其他来源于古代经典名方的中药复方制剂”审评审批的品种。

业界普遍认为，中药注册分类修订有望从根本上解决近年来中药创新研发动力明显不足等关键问题，中医药产业将迎来新的发展契机。而在新冠疫情期间，中医药凭借自身的独特优势成为抗疫战线上的攻坚力量。

在疫情推动下，中药上市企业业绩提升亮眼。据新京报统计，截至 3 月 2 日，38 家中药企业发布了 2020 年业绩预告、业绩快报或年报，其中亚宝药业、佐力药业、以岭药业、康恩贝、嘉应制药等 9 家企业净利润同比(预)增幅超 100%。

#### 政策叠加疫情，中药企业业绩面面观

纵观目前已披露业绩的中药企业，市场表现最为亮眼的莫过于手握抗疫“网红”中药莲花清瘟系列产品的以岭药业。根据以岭药业日

前发布的业绩快报，2020 年公司实现营业总收入高达 87.36 亿元，同比增长 49.97%，领跑中药上市企业队伍。而归属于上市公司股东的净利润亦达到 12.20 亿元，同比增长 101.12%。

有分析人士指出，以岭药业出色的业绩显然与其连花清瘟产品销售收入较去年同期实现快速增长不无关系。以岭药业坦言，在报告期内连花清瘟产品的品牌知名度得到大幅提升，国内市场需求显著增加，并且在已注册的十多个海外国家也实现销售。

不过值得注意的是，以岭药业亦表示，收获国家科技进步一等奖的殊荣也让其在心脑血管产品市场影响力得到提升，旗下的心脑血管产品销售出现明显增长。

净利润预增幅排在第二位的佐力药业的成绩单亦可圈可点，尽管预计 2020 年归属于上市公司股东的净利润仅为 8500 万元-9500 万元，但同比增长可达 232.12%-271.2%。佐力药业在业绩预告中表示，利用核心产品乌灵胶囊、百令片、灵泽片进入国家基本药物目录的优势，加大市场投入和终端医疗机构的开发和覆盖是业绩增长的主要因素。在业内看来，面对外部环境变化，聚焦主业、紧抓政策机遇是佐力药业业绩取得较快增长的关键。

而净利润为 4 亿元-4.8 亿元、同比增长 215.73%-238.88%的预告业绩尽管也让康恩贝跨入净利润增幅超 100%的队列，但从营收来看，其同比出现 12%的下滑并不乐观，这与子公司贵州拜特制药的主打品种丹参川芎嗪注射液列入国家合理用药重点监控目录和调出医保目

录政策密切相关。

受到政策的严重影响，该品种在 2020 年的销售收入同比下降约 12.7 亿元，降幅约 91.4%。不过，康恩贝亦在积极寻求突围，除主动调整、优化业务和产品结构，重点拓展包括非处方药和健康消费品在内的自我保健产品业务外，亦在加快发展线上新零售业务，尽力消化因政策和疫情造成的负面影响。

### 人大代表建议加快中药及配方颗粒进集采

中医药是我国卫生健康事业的优势和特色，在国家及地方的诸多政策支持下，中医药产业正在持续向好发展。公开数据显示，我国中成药的市场规模已从 2015 年的 6252 亿元增长至 2019 年的 8149 亿元。按照如此趋势，业内预计中成药在 2022 年的市场规模有望突破万亿元的关口。

而试点 20 年、即将迎来“转正”的中药配方颗粒毋庸置疑将给中医药产业再添一记重磅助攻。今年 2 月，为加强中药配方颗粒的管理，规范中药配方颗粒的生产，引导产业健康发展，更好满足中医临床需求，国家药监局、国家中医药局、国家卫生健康委、国家医保局四部门联合发布《关于结束中药配方颗粒试点工作的公告》（2021 年第 22 号），中药配方颗粒实行备案管理，不得在医疗机构以外销售。

另据国家药典委透露，160 个中药配方颗粒国家药品标准草案已完成公示，近期将按程序报国家药品监管局审批颁布。有分析指出，中药配方颗粒的国家标准出台或将令这百亿市场的竞争格局生变。在

“两会”即将启幕的时间节点上，据中证网报道，全国人大代表、晨光生物董事长卢庆国拟在今年全国“两会”上提出建议，加快中药及配方颗粒进入集中采购。

卢庆国表示，中药生产小、散、乱，一个药厂几十个品种，几千万销售，恶性竞争、低水平重复、重营销轻技术、轻管理的现象普遍存在，既浪费社会资源，也给政府监管增加了工作量和难度。对中药实行集中带量采购招标，可以有效推动中药企业规模化生产经营，降低中药用药成本，使中药企业在注重管理和技术进步的同时得到健康发展，进而促进中医药行业的健康发展。其建议，创造条件尽快使中成药进入药品集中带量招标采购的机制内，让更多中药生产企业公平参与竞争；完善标准体系，把中药配方颗粒纳入药品集中带量招标采购体系，促进中药配方颗粒的更好发展。

在业内看来，药品带量采购政策成效显著，不仅大幅节省医保开支，解决药价虚高问题成效显著，还对消除药品购销过程中回扣盛行的不正之风和引导药品生产企业淡化营销强化管理起到重要作用。尽管浙江金华、青海、辽宁、河南等省市此前均已启动中成药带量采购试点，为中成药进国采提供了必要经验，国家医保局相关负责人亦表示，生物类似药和中成药纳入集采“毫无疑义”，但在当前，中药及配方颗粒进入带量采购的条件和时机是否已经成熟，还有待产业观察。

[返回目录](#)

## “十三五”时期中医药事业取得历史性成就

来源：中国中医药报

“十三五”时期，以习近平同志为核心的党中央把中医药摆在更加突出的位置，以前所未有的力度推进中医药改革发展，引领中医药事业取得历史性成就。中医药系统坚决贯彻习近平总书记重要指示批示精神，落实党中央国务院各项决策部署，凝心聚力、担当作为，推动中医药传承创新发展取得积极成效。

搭建起推动中医药高质量发展“四梁八柱”制度体系。国家颁布中医药领域第一部基础性、综合性法律《中华人民共和国中医药法》《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》发布，国务院印发《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》，召开全国中医药大会，明确中医药发展的指导思想、目标任务、政策举措。推出中医诊所备案、确有专长人员医师资格考核等一批改革举措。

中医药服务能力和可及性显著提升。中医药深度融入医改大局，以较少资源提供了较多服务，放大了医改惠民效果。截至2019年，全国共有中医医疗机构65809个，其中中医类医院5232个，分别比2015年增加41.4%、31.9%；中医类医疗机构床位132.9万张，其中中医类医院109.2万张，分别比2015年增长38.8%、33.2%；98.3%的社区卫生服务中心、85.9%的社区卫生服务站、97.1%的乡镇卫生院和71.3%的村卫生室能提供中医药服务。召开第四次全国少数民族医药工作会议，部署一系列重要举措。

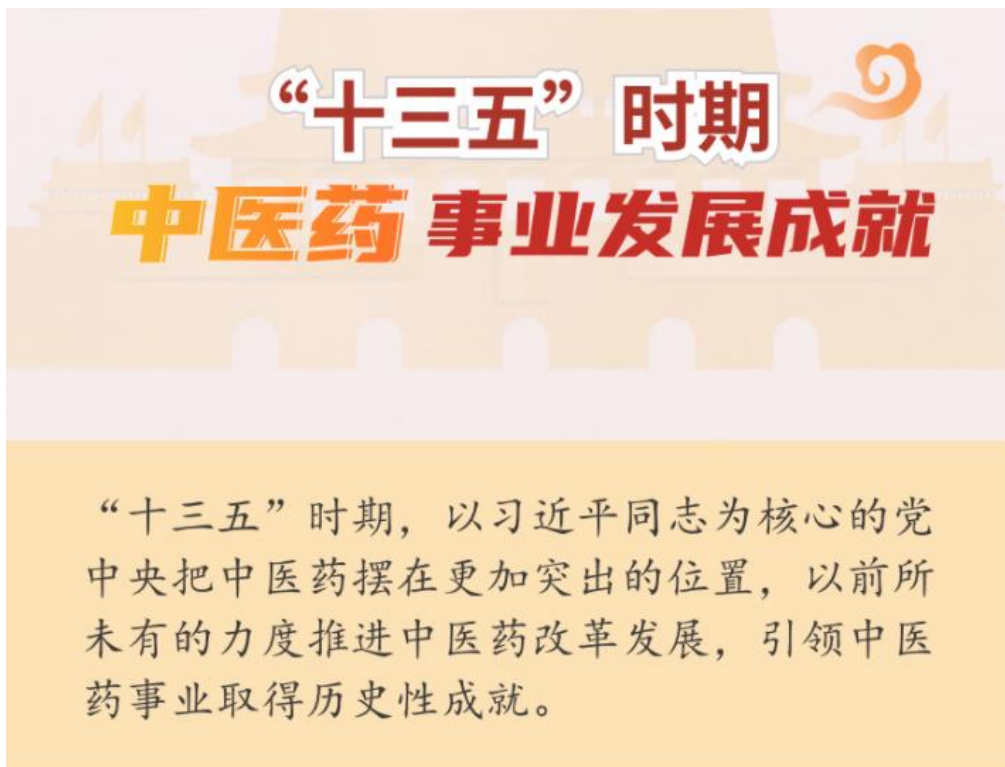
中医药传承保护和科技创新加快推进。屠呦呦研究员荣获国家最高科学技术奖。统筹推进文献传承和活态传承，建成 1482 个全国名老中医药专家传承工作室，127 个传统医药类项目入选国家级非物质文化遗产代表性项目。深入开展第四次全国中药资源普查，基本构建起中药资源动态保护和监测机制。布局建设 40 个国家中医临床研究基地，探索中医药临床科研一体化新模式。深入开展中医中药中国行活动，我国公民中医药健康文化素养水平显著提高。

中医药人才队伍建设得到加强。坚持医教协同，深入推进中医药教育教学改革。实施中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)，遴选培养 99 名岐黄学者、500 名第四批全国优秀中医临床人才、100 名西医学习中医优秀人才、5000 余名中医药中青年骨干人才等，探索中医药高层次人才培养新机制。健全中医药人才评价激励机制，评选表彰 60 名国医大师、100 名全国名中医、60 名中医药高等学校教学名师、80 名全国中医药杰出贡献奖获得者。截至 2019 年底，全国卫生机构中医类别执业(助理)医师 62.5 万人，比 2015 年增长了 38.3%。

中医药“走出去”步伐加快。中医药传播到 183 个国家和地区。实施中医药“一带一路”发展规划，建设一批中医药海外中心和国际合作基地。主办金砖国家卫生部长会暨传统医药高级别会议，促进传统医学互学互鉴。举办 2020 上合组织传统医学会议，分享中医药抗疫经验。推动成立秘书处设我国的国际标准化组织中医药技术委员

会，世界卫生组织首次将起源于中国的传统医学纳入第十一版国际疾病分类(ICD11)，发布中医药国际标准 63 项。

与此同时，中医药在新冠肺炎疫情防控救治中发挥了重要作用。国家中医医疗队赴武汉开展临床救治和科学研究，中医药系统近 5000 人逆行出征、驰援湖北；发挥中医药临床科研一体化支撑作用，制定发布 3 至 8 版国家诊疗方案，筛选出“三药三方”等有效方药，整建制接管病区，独立、全程开展中医药救治；落实“四早”“四集中”要求，建立中西医协同机制，在定点综合医院创新形成“有机制、有团队、有措施、有成效”的中西医结合医疗模式，全国中医药参与救治确诊病例达 92%，湖北省中医药使用率和总有效率超过 90%。充分彰显了中医药在防治常见病、慢性病、重大疾病特别是新发突发重大传染病中的独特优势和作用。



## 搭建起推动中医药高质量发展 “四梁八柱” 制度体系



★ 国家颁布中医药领域第一部基础性、综合性法律《中华人民共和国中医药法》。

★ 《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》发布。

★ 国务院印发《中医药发展战略规划纲要（2016—2030年）》。

★ 召开全国中医药大会，明确中医药发展的指导思想、目标任务、政策举措。

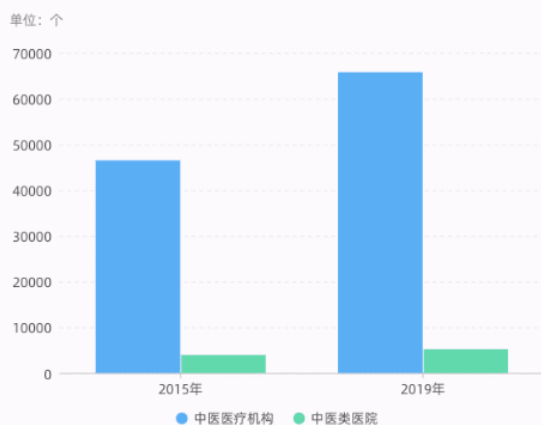


★ 推出中医诊所备案、确有专长人员医师资格考核等一批改革举措。

## 中医药服务能力和可及性 显著提升

截至2019年

- ★ 全国共有中医医疗机构**65809**个，其中中医类医院**5232**个，分别比2015年增加**41.4%**、**31.9%**。



- ★ 中医类医疗机构床位**132.9万**张，其中中医类医院**109.2万**张，分别比2015年增长**38.8%**、**33.2%**。



● 2015年 ● 2019年



● 2015年 ● 2019年

★ 98.3%的社区卫生服务中心、85.9%的社区卫生服务站、97.1%的乡镇卫生院和71.3%的村卫生室能提供中医药服务。

★ 召开第四次全国少数民族医药工作会议，部署一系列重要举措。

## 中医药传承保护和科技创新 加快推进



★ 屠呦呦研究员荣获国家最高科学技术奖。

★ 统筹推进文献传承和活态传承，建成1482个全国名老中医药专家传承工作室，127个传统医药类项目入选国家级非物质文化遗产代表性项目。

★ 深入开展第四次全国中药资源普查，基本构建起中药资源动态保护和监测机制。



★ 布局建设40个国家中医临床研究基地，探索中医药临床科研一体化新模式。



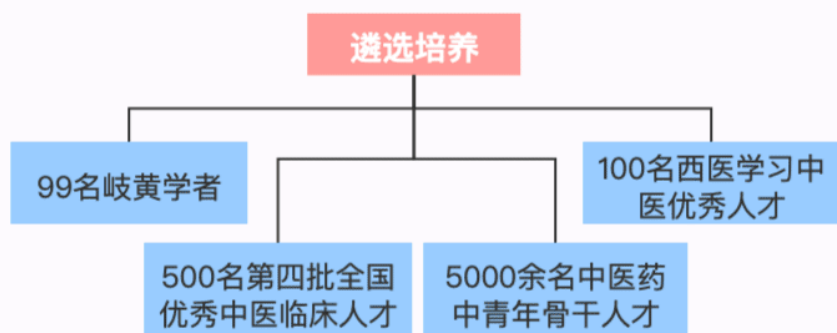
★ 深入开展中医中药中国行活动，我国公民中医药健康文化素养水平显著提高。

## 中医药人才队伍建设 得到加强

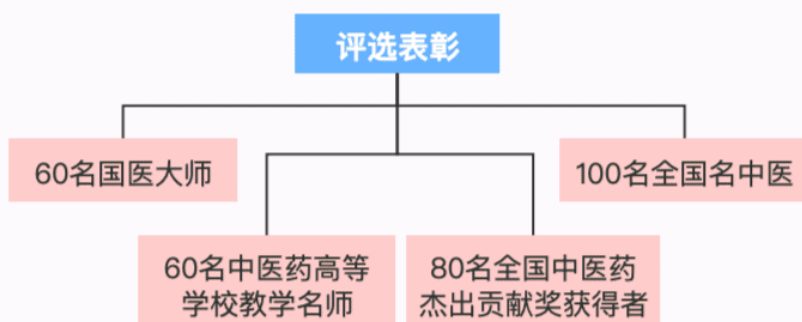


★ 坚持医教协同，深入推进中医药教育教学改革。

★ 实施中医药传承与创新“百千万”人才工程（岐黄工程）。



★ 健全中医药人才评价激励机制。



★ 截至2019年底，全国卫生机构中医类别执业（助理）医师**62.5万人**，比2015年增长了**38.3%**。



## 中医药“走出去”步伐加快

★ 中医药传播到**183**个国家和地区。



★ 实施中医药“一带一路”发展规划，建设一批中医药海外中心和国际合作基地。

★ 主办金砖国家卫生部长会暨传统医药高级别会议，促进传统医学互学互鉴。

★ 举办2020上合组织传统医学会议，分享中医药抗疫经验。

★ 推动成立秘书处设我国的国际标准化组织中医药技术委员会，世界卫生组织首次将起源于中国的传统医学纳入第十一版国际疾病分类（ICD11），发布中医药国际标准63项。



## 中医药在新冠肺炎疫情防控救治中发挥重要作用

国家中医医疗队赴武汉开展临床救治和科学研究，中医药系统近5000人逆行出征、驰援湖北。

制定发布3至8版国家诊疗方案，筛选出“三药三方”等有效方药，整建制接管病区，独立、全程开展中医药救治。

建立中西医协同机制，在定点综合医院创新形成“有机制、有团队、有措施、有成效”的中西医结合医疗模式。

全国中医药参与救治确诊病例达92%，湖北省中医药使用率和总有效率超过90%。



充分彰显了中医药在防治常见病、慢性病、重大疾病特别是新发突发重大传染病中的独特优势和作用。

[返回目录](#)

## · 医保快讯 ·

### 《健康保险管理办法》修订逾一年，保险+健康管理经历了哪些变革？

来源：看健日报

截至目前，新修订的《健康保险管理办法》（简称“《办法》”）正式实施已一年有余。

与旧版相比，《办法》首次将健康管理以专章形式写入，新增条款明确鼓励保险公司将健康保险产品与健康管理服务相结合，并将健康管理服务成本从原规定的 12%提高至 20%。这被视为对保险和健康管理产业的双利好。

得益于政策鼓励，在过去的一年多里，体检、特药服务、家庭医生、疾病绿通、互联网医疗等健康管理手段，正在逐渐成为健康险的标配。根据日前爱选科技发布的相关报告显示，据不完全统计，已有 79 家保险公司在官网明确提到了健康管理增值服务。

那么，这些“武器”真真正正“帮”到险司的健康险了吗？

#### 健康管理“C 位出道”

根据银保监会《关于规范保险公司健康管理服务的通知》，保险

公司健康管理服务包括健康体检、健康咨询、健康促进、疾病预防、慢病管理、就医服务、康复护理等七大类型。

然而从过往的健康管理实际发展情况来看，困囿于国民健康管理意识不足及产业起步较晚，健康管理服务中“体检主导型公司”占据了主要份额，约为 70%，产业模式相对单一。对用户健康具有重要作用的健康评估、健康干预、健康随访等核心环节尚未普及，目前仍以高净值人群为主。

在盈利方面，健康管理公司经营状况普遍不佳。以上市公司为例，近日平安健康医疗科技有限公司发布的 2020 年度业绩报告显示，平安好医生 2020 年净亏损同比增加 27%，达 9.49 亿元。这已经是平安好医生 2015 年成立以来连续六年亏损，合计亏损 46.78 亿元。

对于已经在港股上市，市值曾一度超 6000 亿港元的京东健康而言，其亏损情况也持续放大。根据京东健康招股书，2017 年、2018 年与 2019 年，京东健康的亏损分别为 1.78 亿、2.14 亿、9.71 亿。

在妙健康市场合伙人倪聪看来，“2C 的健康管理公司往往有风口上的声量，但是没有风口上的业务。因为个人用户没有办法为健康管理服务付费。目前来看，2C 的健康管理基本都在烧钱。”

除了盈利问题，健康管理公司还面临着服务的可见性和患者需求间的落差。不同于医疗行为的立等可见，健康管理往往见效时间长，而且“管理”本身也与追求自由放松的人性相悖。因此用户的留存和粘性也面临挑战。

不过，新《办法》的制定、实施从制度和政策层面给健康管理产业提供了一条突破路径。

倪聪介绍，新《办法》实时后，对于妙健康这样的健康管理 TPA 平台来说，“商业好做一些，收入变多了。”倪聪介绍，过去健康管理公司想和保险公司结合相对困难，因为保险公司在意的是保单的促成，究竟是赠送实体产品(比如十斤米)还是健康服务并不重要。“很多保险公司一度连健康管理服务都没有，新《办法》实施以来，产业开始向规模效应变革，我们整体的客户数量在(不断)增加。”

近年来，健康管理正在逐步成为健康险“C”位。比如 2020 年现象级健康险产品“惠民保”中，在健康界的不完全统计里，近 60 个项目无健康管理服务的仅不足 10%。

同时，健康管理服务范围也在不断扩大，包括体检、视频问诊、用药服务、药师咨询、药品配送、慢病复诊、健康计划、健康档案、预约挂号、全科咨询、心里评测、疾病风险评估、健康档案、用药随访、不良反应监测、健康咨询、肿瘤早筛、新药试验协助等。

### **健康管理提升健康险“获得感”**

对健康险产品而言，增加健康管理服务不仅是政策利好下的一种多样化选择，更是源自保险公司的切实需求。

目前商业健康险面临的困境主要包括：产品同质化严重、渠道费用高企、赔付压力逐步凸显、消费者获得感不足等。

从现有产品结构来看，健康险产品仍集中于针对标准体的初级产

品，同质化较为严重。招商信诺人寿保险有限公司总经理兼首席执行官赖军曾撰文表示，“健康险行业中，以个人保险尤其是重疾险作为核心驱动的因素一直未曾改变，整体上健康险还存在同质化严重的问题，由于保险产品的设计缺乏知识产权保护，大部分产品无论是保障责任还是费率都还处于低价竞争的初级阶段，且有愈演愈烈的态势。”

从销售方式来看，得益于互联网的发展，以及 2020 新冠疫情对业态的重构，线上渠道成为健康险产品的重要销售场景。然而，随着线上平台流量红利逐步减弱，第三方渠道获客成本居高不下。根据艾瑞咨询数据，第三方互联网渠道依存度高的百万医疗产品，其产品渠道成本率一般高于 55%，对于保险公司而言，其利润空间严重受挤压。

从赔付方面看，2020 年商业健康险赔付 2921 亿元，相比 2019 年赔付支出 2351 亿元，绝对值增加了 570 亿元，同比增长 24.25%。2020 年商业健康险赔付率达 35.74%，相比 2019 年 3.27%，提升了 2.47%，赔付率目前仍处于相对可控状态。

但是考虑到未来投保人群的进一步下沉、老龄化趋势逐步加深，以及我国疾病谱和重疾发生概率变化的可能性，健康险赔付率仍有上扬风向。于各保险公司而言，如何抑制赔付费用过度增长，保障企业利润水平稳步提高，未来可能会有相当的挑战。

对于消费者而言，其获得感往往产生于疾病开始后的赔付费用。不过，由于健康险出险一方面是个小概率事件，健康人群可能会长达一段时间都没有赔付需求，这将进一步降低消费者的续保欲望；另一

方面现有健康险产品较为单一，针对非标体的保险产品少、价格普遍高昂，考虑到出险成本与未来再度投保直接相关，部分消费者即便产生了真实医疗需求，也不一定会选择赔付，这再度降低了其购买欲。

泰康人寿健康险事业部总经理万莉慧在接受健康界采访时表示：“健康保险和健康服务有较强的融合场景，为保险销售提供了天然的接口和工具。目前，保险公司在开展的各类健康管理服务，在保险获客、助力销售、增加客户粘性等方面发挥了重要作用。”

此外，在控费方面，“健康管理服务是解决控费问题的重要手段，通过为客户提供差异化、针对性的专业服务，提升客户健康意识、改善客户健康行为、提供优质医疗资源保障，为健康人群、高风险人群、疾病人群行之有效的健康管理解决方案，提升客户健康水平、降低和延缓疾病的发生发展，从而降低医疗费用支出，实现医疗控费。”万莉慧补充。

### **保司参与模式各异，产业仍处于摸索阶段**

依照保险公司不同的参与健康管理的方式来看，中国人民财产保险股份有限公司沈阳稽查审计中心马悦将其划分为外包、自建、共建模式，不同模式对应了保险公司差异化的投入方式和投入力度。

首先是外包模式，这是目前较多保险公司选择的方式。通过与健康管理公司签订服务购买协议，保险公司就能为客户提供相应的健康管理服务。马悦认为“此举可以使其集中精力专注于健康保险产品的开发和销售，而无需耗费精力在自己不熟悉的健康管理服务上。”

目前为保险公司提供健康管理能力的 TPA 企业，大致可以划分为以镁信为代表的药品创新支付商；以京东健康、阿里健康为代表的线上问诊及医药电商；以妙健康为代表的数字化健康管理平台；以圆心惠保、思派健康为代表的医疗+药事服务等几类。

自建模式，是指保险公司直接投资设立医疗机构。相比而言，这一模式更有助于延长其经营价值链，但同时，由于自建模式对资金需求、投资成本和运营能力等要求较高，往往只能实现于大型保险公司。自建模式中，平安集团旗下的医疗健康平台平安好医生和泰康集团打造的虚拟保险与“医养康宁”服务结合的泰康大健康生态体系是其中的佼佼者。

根据天风证券研究报告，平安好医生医疗健康服务赋能保险主业，在助力获客、提高粘性、提高客均价值方面，与平安集团主业形成了协同效应。数据显示，平安集团每年 15%-20% 的新增用户来自医疗生态圈，且使用医疗服务的客户客均合同数为不使用的 1.55 倍，总体来看，金融+医疗客户价值更高，人均 AUM 是非医疗服务客户的 1.78 倍。

共建模式，是指保险公司参股现有的健康管理机构，形成利益共享、风险共担的共同体形式。马悦认为，“该方式可以有效解决医疗过程中医疗成本过高、信息不对称等问题，形成优势互补，产生‘1+1>2’的效应。”

在这方面，中国太保和人保健康都已有相关尝试。比如 2019 年，

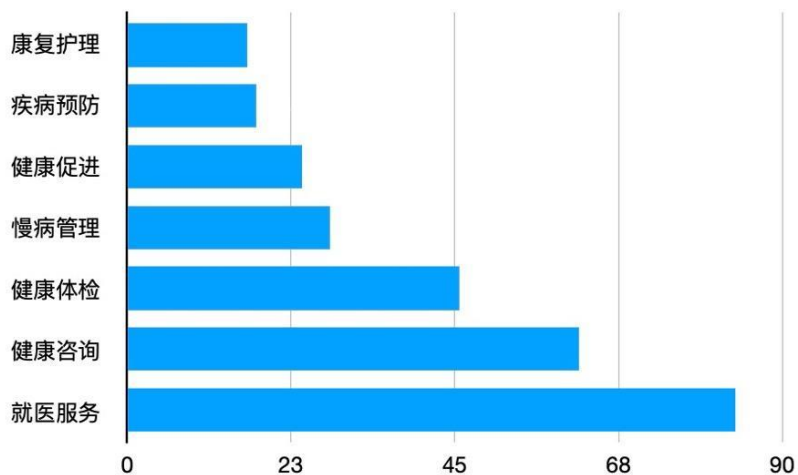
太保旗下子公司太平洋医疗健康牵手妙健康成立“太保妙健康”，依托妙健康数字化能力，为客户提供“保险+健康管理”解决方案。人保健康则在 2018 年与爱康集团、慈记、益医生、北大康复、汉琨医院等五家专业健康管理服务机构建立全面战略合作关系。

总体来看，保险+健康管理产业模式仍处于摸索阶段，预计未来会爆发出更多创新力。

### 用“利益”撬动保险+健康管理落地

虽然保险+健康管理呼声庞大，但目前保险公司能够提供的健康管理能力仍然较为单一。根据爱选科技《健康管理，打造保险行业新生态》研究报告统计，在 79 家明确提供健康管理服务的保险公司中，就医服务是保司最爱提供的服务，占比达 83.54%。而疾病预防、康复护理、健康促进、慢病管理等服务较少，分别仅 17.72%、16.46%、24.05%、27.85%。

保险公司增值服务健康管理部分统计 (%)



信息来源：爱选科技  
制图：健康界

爱选科技研究报告认为，大部分“产品+服务”模式都集中在病后诊疗、用药服务，并未触及病前客户的健康状况，更无法起到“防未病”的作用。而且大多数健康管理服务仍停留在产品层面，并未能形成保险行业健康生态圈，交互性差也导致其缺乏长期健康互动。

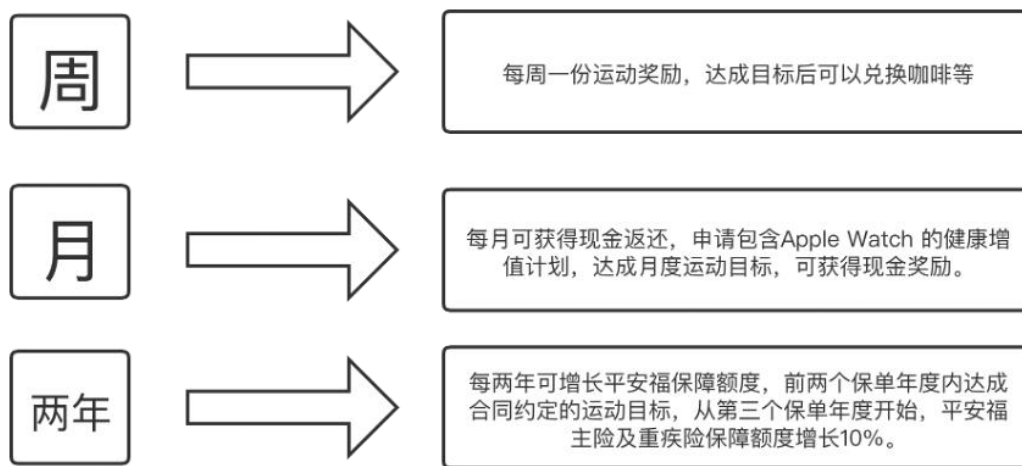
由于以上问题，保险+健康管理曾一度被冠以“重产品、轻服务，消费者获得感不强”评价。

不过，万莉慧并不认同这一表述。“消费者是否能有足够的获得感的评价标准是随着市场变化而变化的。同质化、单一化产品确实会降低消费者的获得感。但我认为这个结论(仍然)有些片面。”万莉慧以泰康数据为例，“泰康医生 APP 上线以来服务客户 420 万人，2020 年疫情期间为客户提供超 40 万次免费问诊服务，服务好评率达 97%；泰康医生 APP 收货客户’感谢’31.3 万次，50%的客户在线上选择重复购买服务。”

为了增强消费者“管理获得感”，不少保险公司都选择以游戏化的激励手段鼓励消费者进行主动管理。以泰康为例，万莉慧介绍，泰康孵化的健康管理服务品牌“泰活力”，通过各类趣味性的线上互动，例如活力计步、趣味健康小知识、健康树养成计划等，激发客户积极参与健康活动仪式，让客户越坚持、越健康、越收获。目前已有 14 万余人次参与。

其次，想要真正让保险+健康管理回归本质，其核心是要能做到“将事后补偿改为事前管理”，其中的核心是能将健康管理能力与消

费者利益深度绑定起来。2017年平安推出“平安run”健康管理计划，并与平安福保险产品结合，消费者完成制定的健康周目标、月目标和年目标，就能获得对应的产品、现金和保额提升的奖励。根据《平安run用户健康年龄测评白皮书》，参与平安run的用户“健康年龄”相较于未参加的用户年轻了多达5.9岁，健康状况得到明显改善。



信息来源：平安人寿官网；制图：健康界

然而，在万莉慧看来，如今的保险+健康管理产业仍有一些固有问题亟待解决。“目前公司开展的健康管理服务缺乏明确的循证医学证据支撑，无法量化评估或个性化评估效果。商业保险、医疗机构、健康服务机构的数据互通互联问题亟待解决，缺乏这一点意味着健康险很难直接通过数据来进行风险管控，很难推出高性价比的产品。此外，不少资本和技术入局健康管理行业，但如何客观评价这些健康管理机构服务的质量以及科学性，保障健康管理服务体验以及客户的合法权益，是目前急需解决的问题。”

针对以上问题，不少公司都寄希望于通过数字化能力+专业管理

知识形成组合拳。比如妙健康借助大数据和人工智能手段为消费者提供千人千面的健康管理能力之余，还与加拿大健康管理中心(CWI)、加动健康共同组成中国合资公司，探索新技术背景下的专业的健康管理模式。

但是，从长远角度看，保险+健康管理仍处于初级阶段。关于产业标准如何规范、消费者权益如何保护、健康管理服务如何评价等问题，仍然是产业持续要讨论的话题。据万莉慧透露，近期保险行业协会也在牵头推动保险业健康管理服务标准体系建设，包括泰康等保险公司都在积极参与该工作。对此，健康界将保持持续关注。

[返回目录](#)

## **2021 年，你的社保有新变化！涉及医疗、失业、工伤等多方面**

来源：中国政府网

新年新气象。你的社保今年也有新调整，主要涉及医疗、失业、工伤等多方面。

在阶段性降低失业保险、工伤保险费率方面，减免支持政策将延长至 2022 年 4 月 30 日。

阶段性减免养老、失业和工伤三项社保费，是 2020 年为应对新冠肺炎疫情影响，人社部会同相关部门出台的一项临时性支持政策。这项政策在 2020 年底已经到期，三项社会保险费从 2021 年 1 月 1 日起已按规定恢复正常征收。

但考虑到疫情风险仍然存在，部分企业压力可能较大，规定阶段

性降低失业保险、工伤保险费率政策在今年4月底到期后，将再延长1年至2022年4月30日。

2021年年底前，我国将实现社保卡申领、社保功能启用、补换、临时挂失等服务事项的跨省通办。

社保卡的社会保险号码、姓名等关键信息已经实现全国通读。目前通过国家社会保险公共服务平台，已可在网上申请办理企业职工养老保险跨省转移；异地居住退休人员，可通过刷脸完成社保待遇资格认证。

下一步，人社部还将进一步开通社保卡网上申领和补换，逐步为参保工伤职工提供异地待遇资格认证、异地居住申请、异地就医结算等服务，开通流动人员人事档案转递“多地联办”等。

届时，大家可通过全国统一的线上服务入口，异地申领、补换社保卡，不必再回发卡地办理。

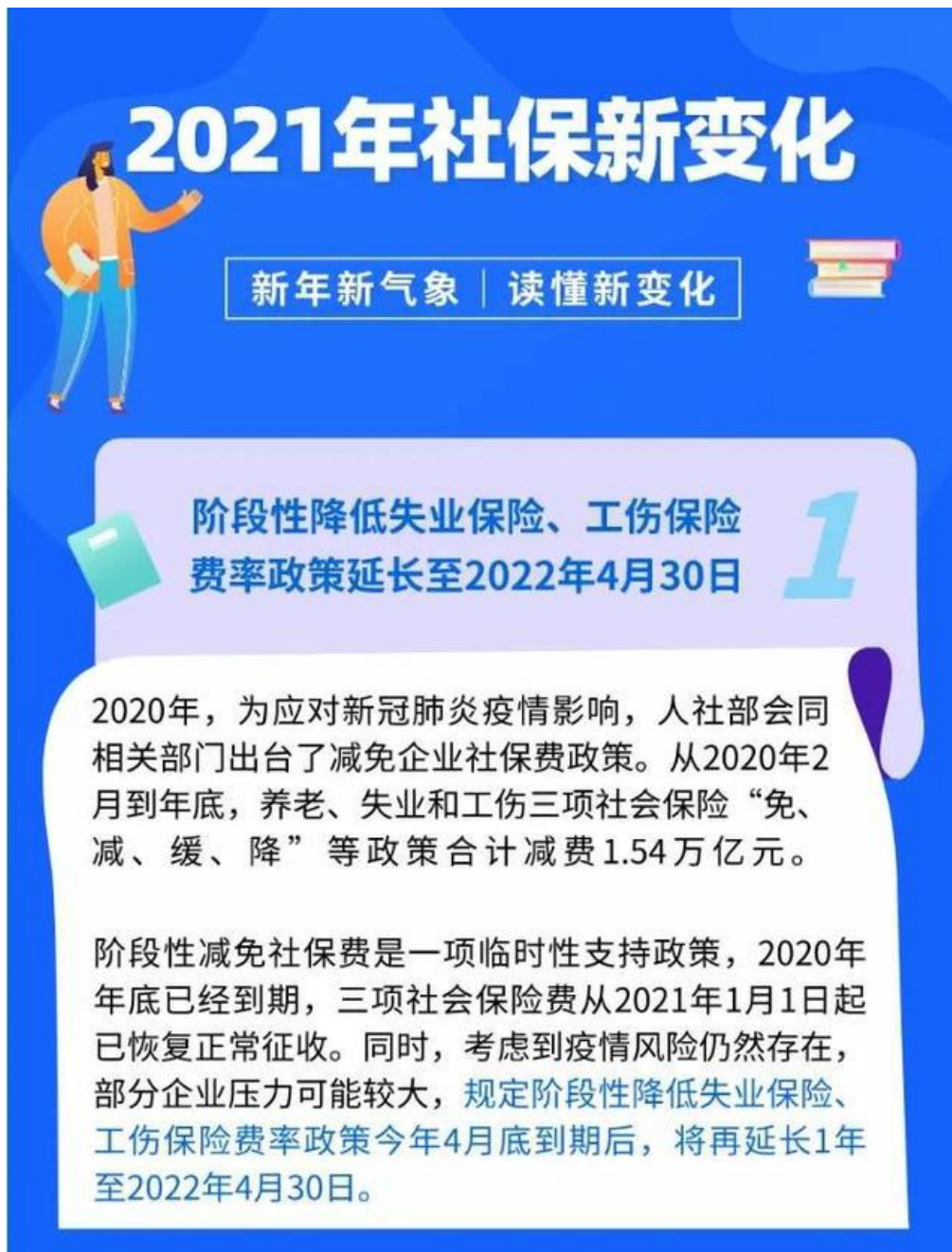
2021年，新的一次性工亡补助金标准确定。

根据《工伤保险条例》规定，职工因工死亡，其近亲属按照规定从工伤保险基金领取丧葬补助金、供养亲属抚恤金和一次性工亡补助金。其中，一次性工亡补助金标准为上一年度全国城镇居民人均可支配收入的20倍。

根据国家统计局公布的最新数据，2020年全国城镇居民人均可支配收入43834元。因此，2021年度一次性工亡补助金标准调整为： $43834 \text{ 元} \times 20 = 876680 \text{ 元}$ 。

新增 15 个省区作为普通门诊费用(不含门诊慢特病)跨省直接结算试点。

新增试点省份为山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、福建、江西、山东、湖北、广西、海南、陕西、青海、宁夏、新疆。至此全国已有 27 个省份开展门诊费用跨省直接结算试运行。



# 2021年社保新变化

新年新气象 | 读懂新变化

## 阶段性降低失业保险、工伤保险费率政策延长至2022年4月30日 1

2020年，为应对新冠肺炎疫情影响，人社部会同相关部门出台了减免企业社保费政策。从2020年2月到年底，养老、失业和工伤三项社会保险“免、减、缓、降”等政策合计减费1.54万亿元。

阶段性减免社保费是一项临时性支持政策，2020年年底已经到期，三项社会保险费从2021年1月1日起已恢复正常征收。同时，考虑到疫情风险仍然存在，部分企业压力可能较大，规定阶段性降低失业保险、工伤保险费率政策今年4月底到期后，将再延长1年至2022年4月30日。

## 2021年年底前，我国将实现社保卡 申领、补换、临时挂失等跨省通办

2

社保卡的社会保险号码、姓名等关键信息已经实现全国通读。目前通过国家社会保险公共服务平台，已可在网上申请办理企业职工养老保险跨省转移；异地居住退休人员，可通过刷脸完成社保待遇资格认证。



下一步，人社部还将进一步开通社保卡网上申领和补换，逐步为参保工伤职工提供异地待遇资格认证、异地居住申请、异地就医结算等服务，开通流动人员人事档案转递“多地联办”等。届时，可通过全国统一的线上服务入口，异地申领、补换社保卡，不必再回发卡地办理。

## 2021年 一次性工亡补助金标准确定

3

根据《工伤保险条例》规定，职工因工死亡，其近亲属按照规定从工伤保险基金领取丧葬补助金、供养亲属抚恤金和一次性工亡补助金。其中，一次性工亡补助金标准为上一年度全国城镇居民人均可支配收入的20倍。

根据国家统计局公布的最新数据，2020年全国城镇居民人均可支配收入43834元。因此，2021年度一次性工亡补助金标准调整为： $43834 \text{元} \times 20 = 876680 \text{元}$ 。

## • 医院管理 •

### 完善内部控制制度是转型期公立医院的需要

来源：霍尔斯医疗

当前，我国公立医院的发展进入转型期，经济和工作压力都很大，如何重复创业期到转型期的高速发展，成为医院的内在需求。国家卫健委及时颁布的《公立医院内部控制管理办法》，有助于医院进一步规范经济活动及相关业务活动，有效防范和管控内部运营风险，防范舞弊和预防腐败，提高资源配置和使用效益。

**一、内部控制需要相互牵制和制约。**公立医院内部需要建立互相制约、互相监督的业务组织形式和职责分工制度，通过制定制度、实施措施和执行程序，实现合法合规、风险可控、高质高效和可持续发展的运营目标。防止员工利用医院业务流程，在医院经济运营活动时，将属于医院的利益挪为自己利益，而不会马上被发现的机会出现。机会包含两层含义：一是利用业务流程的缺陷为自己谋利的可能性，二是如果做了这些事会不会立即被发现。例如，某医院开支票的权力属于出纳员，财务印鉴和支票都由他一人管理，他可以开出支票挪作他用，这是漏洞一；每月底对账，银行向医院发出对账单，查询医院银行存款的每月收支与开户行是否一致，如果出纳员负责收取和核对对账单，这样，舞弊行为就难以发现，出纳挪用公款的机会就产生了。

如果支票和印章由不同人员保管并且月底由会计对账，舞弊的机会就大大减少。

**二、内部控制是减少或降低医院舞弊机会的最好手段之一。**机会是由于医院内部流程没有经过系统整合，造成的可以被员工利用的漏洞。内部控制是一个完整的框架，可以系统减少或降低医院灾难性风险，只要舞弊三要素之机会得到控制，即使另外两个要素存在，也会大大减少灾难性舞弊风险。但是，减少或合理降低机会并不等于消灭机会，在医院的运营管理中，消灭和杜绝舞弊机会是不可能的。内部控制要关注成本效益原则，有时为了防止舞弊机会的产生需要投入一定的成本，反而会妨碍医院取得更多的效益，需要评估这个成本是否值得、是否有必要。如果对一些微不足道的流程强化控制，从成本效益上讲是没必要的。因此，通过内部控制合理降低或者减少机会，是防止三要素同时成立而发生灾难性舞弊的唯一出路。

**三、压力和自我合理化是医院转型过程中难以克服的两个要素。**由于转型期医院在压力和自我合理化倾向两个要素上，比其他阶段更加明显，再加上没有成熟的规章制度，容易发生一些重大的灾难性舞弊。在一家医院的某个岗位或者流程中，只有三个条件同时成立，舞弊发生的可能性才是最大的。其实，流程只是舞弊发生的一个机会，如果岗位上的人经济压力和工作压力不大，也没有不良习惯；或者医院文化氛围很好，自我合理化倾向不严重，可能就不会发生舞弊。舞弊作为一个由人操纵的活动，一定是存在着思想的，而自我合理化需

要解决的就是思想问题。一个人如果有强烈的动机去做某一件事，不管合理还是不合理，一定要找一个理由或借口。同时，需要注意经济压力是舞弊的最重要因素之一，它因人而异；强调无私奉献也会给员工造成巨大的工作压力，从而成为医院舞弊的一大根源，只讲奉献不讲报酬本身就是对人才的不尊重。

总之，转型期的公立医院需要在强化医院内部控制方面做出更大的努力。

[返回目录](#)

### 医保监管下公立医院价格管理

来源：中国网医疗

党的第十九届中央纪委第四次全会要求坚决查处医疗机构内外勾结欺诈骗保行为，建立和强化长效监管机制，监管资金安全，医、患、保三方利益关系受制于两个公共部门的博弈与均衡。医保监管，资金监管和医院价格管理三者并非独立存在的。本文旨在通过：(1) 探讨价格管理在医院管理中的重要性、地位和作用；(2) 系统地总结公立医院价格管理现状；(3) 提出医疗服务收费常见问题；(4) 进一步指出医疗服务项目价格管理要素，为公立医院价格管理的实施和完善提出相关科学依据。公立医院要通过掌握政策，完善制度，健全机制，确立新增服务项目规范，完善信息系统，通过设立一定的激励机制等方式依法依规的对医院的价格进行科学精细化的管理，以实现公立医院的合理运营。

医保监管在多次党的会议中被提出，其中党的十九届四中全会提出推进国家治理体系和治理能力现代化的重大命题，党的十九届中央纪委第四次全会要求坚决查处医疗机构内外勾结欺诈骗保行为，建立和强化长效监管机制，监管资金安全，医、患、保三方利益关系受制于两个公共部门的博弈与均衡。医保监管，资金监管和医院价格管理三者并非独立存在的。

### 一、价格管理在医院管理中的重要性，地位和作用

近年来，国家一系列关于公立性医院综合改革试点的指导意见（国办发【2015】38号），要求从实际出发，针对不同地区、不同层级、不同类型的公立医院，在医保支付、价格调整、绩效考评等方面实行差别化的改革政策。医疗改革倒逼公立医院价格管理工作的定位、手段和职能急需改变。

国家卫健委印发《关于开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知》，要求全国范围内公立医疗机构开展为期1年的“经济管理年”活动。《通知》中围绕强化价格管理，规范业务和价格行为，加强财务管理，推进业务财务融合等方面，明确了24项活动内容和重点要求。6月29日，《文件》中第16条“医院可以单独设置运营管理部门，或者确定具有牵头负责运营管理职能的内设机构，积极推行运营助理员、价格协管员制度等，辅助协同临床业务科室加强科室内部运营和价格管理工作。

新项目、新技术、新业务的开展以及合理定价，助推强化在各专

业技术领域的开展,以提升医院的高质量学科队伍建设。加价取消后,医院运营成本加大,运营发展下行压力剧增。国考对运营指标管控,收入结构发生变化。通过价格适时调整,调高体现医务人员劳动能力项目,促进医院健康稳步持续发展。关于公立医疗机构价格,实行政府指导价和市调节价,满足不同层次、多元化的患者需求。

## 二、公立医院价格管理现状

目前公立医院价格管理面临的问题主要包括:

第一,管理人员业务能力欠缺,构成单一。如专职财务专业或行政管理人员,以及相应科室设置的兼职人员,对一些项目收费标准范围的界定不能正确理解,不能正确判断工作中遇到的特殊医用材料与临床适应症等问题。需要设置专职人员,加强临床业务能力和专业医学知识学习,保证医院收费行为规范,患者经济利益得到保障。

第二,价格管理手段滞后。现在的价格管理日常工作,是价格管理人员通过人工抽查出院病历、收费清单等方式监督收费行为的,属于事后检查。但价格管理涉及面广,工作量大,延伸到医院的各个医疗环节中,通过人工抽查的方式并不能对不合理收费现象及行为进行全面核查。价格管理是医院运营的有机组成,关系到医院的持续发展,公立医院的运营管理及信息化建设,应该从事后的检查监督,转变成成为事前的预测、事中控制、事后考核的全过程,可有效的提升价格管理质量。

第三,过程监管不到位。目前价格管理人员没有参与到新设备购

置、新技术、新业务开展前期论证中，导致特殊设备引入后或耗材临床使用后无法收费。现代医院管理应该将价格管理的控制点嵌入到临床相关业务流程中，实现价格管理与临床、医技等科室业务管理的紧密融合，有效的起到价格管理的承上启下桥梁作用，服务于临床，服务于患者。

### 三、医疗服务收费常见问题

目前医疗服务收费存在的问题有：

第一，医疗文书书写不规范，如存在于医嘱、护理记录不规范等。较为明显的不规范行为如，在“换药”的记录上，收费种类有特大换药、大换药、中换药、小换药四种，但是医嘱只有“换药”，存在面积表述不清的问题。关于“抢救”的记录，收费种类有大抢救、中抢救、小抢救三种，但通常只写“抢救治疗”。再如，“雾化治疗”，医嘱表述不清只有“雾化”，但标准收费种类有雾化吸入、氧气雾化吸入二种。

第二，项目内涵理解不清。项目内涵表示项目的服务范围，内容、方式和手段。项目内涵使用中用“含”，“包括”，“不含”三个专用词界定。“含”指项目应当提供的服务内容，不得单独分解收费。在特殊情况下，由于患者病情需要只提供其中部分服务内容，也按此项标准计价。“包括”指与该项目不同的服务内容和技術方法，按该项目价格计价。“不含”指可另单独计价的服务内容。

第三，项目申报存在问题。部分自主定价项目未纳入医保和合疗

系统，限制了医技临床科室对患者的应用。医院对自主定价项目的申报、调研等工作开展的比较缓慢，宣传力度不够大。自主定价项目开展后，临床医技科室是否执行到位和能否积极开展，各职能部门的监督管理还有待加强。

#### 四、医疗服务项目价格管理要素

医疗服务项目价格是指医疗机构向患者提供服务时可收取费用的项目价格。主要包括有：综合医疗服务类(如诊查、床位、护理、注射等)，医技诊疗类(影像、超声、放射、检验等)，临床诊疗类(如治疗、手术、康复等)，中医及民族医诊疗类(如针刺、灸法、推拿等)。医疗服务价格实行分类管理。公立医疗机构执行政府指导价和市场调节价相结合的管理标准，在提供基本医疗服务的基础上，满足患者多样化的需求。为鼓励社会化办医，非公立医疗机构大多执行市场调节价，为患者提供各种医疗服务。

第一、政策掌握。陕西省城市公立医院医疗服务项目价格从 2002 年至 2011 年，经历了 13 次新增、调整、修订和规范。2017 年取消药品加成，是全国大政方针，国家要求，进一步降低大型医用设备检查治疗和检验等价格，提高体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格。2018 年新增和修订部分医疗服务项目价格。2019 年底取消耗材加成，同步调整了手术治疗等 7 类医疗服务项目价格，并修订了总说明和项目内涵、除外内容等。陕西省城市公立医院医疗服务价格改革的主要原则为：总量控制、结构调整；拉开层次、体现差异；政策配套、

协同推进;强化监管、控制费用。同步强化价格与医疗、医保、医药等相关政策的衔接联动。

第二,完善制度,健全机制。建立健全组织机构,成立价格管理体系,由分管领导、医务管理部门、价格管理部门、临床科室和医药物资采供等部门组成;成立价格管理委员会,由医疗机构分管领导、价格管理部门及财务、医务、护理、医保、信息、药事、物资管理、医技、质控、设备、纪检监察等职能科室负责人组成;价格管理部门,由主管院长负责,设3-5名专职人员,各业务科室设兼职人员至少1名;要实现医疗机构多部门、多职能科室的联合,科学管理、合理监控医疗服务成本,提升价格管理质量<sup>2</sup>。在人员能力要求方面,相关人员要了解卫生、财会、经济、管理等相关业务知识,熟悉业务科室开展的医疗服务价格项目内涵及主要成本构成,坚持按照医疗服务价格管理有关规定,做好价格政策宣传与解释,指导临床、医技科室正确执行医疗服务价格政策,监督管理部门要检查各科室执行情况,对医疗机构不规范收费行为予以纠正。

第三,确立新增服务项目规范。建立新增医疗服务价格项目管理制度,按照《医疗技术临床应用管理办法》(国家卫生健康委令 第1号)及其他相关管理规范的规定。坚持新增医疗服务价格项目申报程序应以技术准入(许可)为先的原则,进行新增医疗服务价格项目立项和价格申报。规范新增医疗服务价格项目内部审核流程。新增医疗服务价格项目经医疗机构价格管理委员会审核论证后,报省级卫生健康

行政部门按照医疗服务价格项目技术规范进行规范确认后,方可申报价格。

第四,进一步完善信息系统,实现现代医院精细化管理需求。建立医疗价格智能管理平台,价格库审核监控以及医疗价格基本规则的智能审核。通过建立医疗价格智能管理平台,实现价格管理的事前预防、事中控制、事后分析全流程闭环管理新模式。例如,对住院患者的医疗费用进行智能审核、监控与分析,避免异常收费的发生。并以此为基础完善医院医疗服务价格监督体系,实现重点监管、实时监管、精准监管和主动监管。最后,可通过设立一定的激励机制以提升价格管理的质量。

综上所述,公立医院价格管理要依法依规,规范行为;提高认识,加强管理;掌握政策,认清形势。价格管理是公立医院运营管理的重要组成部分,直接影响着医院的社会效益和经济效益。价格管理不是某个人、某个部门的工作,而是全员参与、全流程参与的工作。一是做价格政策的“明白人”。要能够正确理解、掌握医疗服务价格政策,熟悉基本的医疗服务价格管理相关知识,熟悉医疗服务价格项目内涵及其主要构成。二是做价格行为的“守门人”。按照医疗服务价格管理有关规定,严格执行价格政策,规范收费行为,保障医疗机构合法收益,提高医院经济效益。三是做价格管理的“带头人”。工作中能够坚持原则,做好价格政策宣传与解释,监督好价格政策执行情况,对不规范收费行为及时予以纠正,提高服务内涵质量和患者满意度,

保证患者与医院的合法权益,提高社会效益,体现公立医院的公益性。  
最终实现价格管理的双促进与双提升。

[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