

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.03.15-2021.03.21

——本期视点——

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

· 专家观点 ·

▶ [观点 | 2021 药品集中带量采购的变与不变!](#)（来源：医药时间）

——第 12 页

【提要】从 2018 年 4+7 至今，带量采购一直由国家引领示范，国家带量采购开展了四批五轮，共有 157 个品种中标。通过相关政策不难看出，国家带量采购从原来的品种试点走向品种数量不断扩大，从原来的尝试探索走向持续推进，以点带面、广泛影响的作用正在显现。由此，可以得出结论，2021 药品集中采购的不变在于，带量采购药品的采购制度已经基本成型，采购政策基本成熟；非带量采购药品的采购方式仍然会继承原有分类采购的大体思路。2021 年药品集中采购的变化在于，带量采购药品的采购品种范围会进一步扩充，采购政策会继续依据现有基础进行局部调整优化；非带量采购药品的采购保障政策会进一步细化、规范。

▶ [观点 | 医务社工短缺！董家鸿院士呼吁：医院引入专业化社工体系](#)（来源：北京健康报）——第 15 页

【提要】随着健康中国战略的全面推进，“和谐医患”的意义日益凸显。在此背景之下，一个曾经不显眼的群体开始出现在人们视野当中——他们就是医务社会工作者。“医学是有温度的，医疗的目的不仅

仅是治愈疾病、减轻痛苦，还要追求家庭生理-心理-社会的综合疗愈。”中国工程院院士、清华长庚医院院长董家鸿指出，如今，现代医学模式已经逐步由“生物医学模式”向“生物-心理-社会医学模式”转变，更加突出强调“全人”的健康理念。这就要求医院不仅关注“治病”，更要关注“医人”。这样一种新趋势也迫切呼吁在医院引入专业化的社会工作体系。

• 医院信息化 •

[▶ 坚持“量体裁衣”和“独立自主”，从工程师视角谈医院信息化建设](#)（来源：HIT 专家网）——第 18 页

【提要】经过 30 多年的发展，信息化几乎渗透到了医院内部各个方面。不管是医疗业务，还是财务、人事、物资设备、药品耗材管理等，都离不开信息系统和信息化的支撑。这在无形之中给信息部门施加了巨大的压力：信息化工作的任何失误都有可能直接影响到医院的正常运转。特别是医疗行业事关人民群众的生命健康，能够想象医院信息化工作的责任重大，风险也随之提高。面对医疗信息化行业中长期存在的这些问题，我们需要思考其根本原因，以找到解决问题的举措。首先，这些问题与信息化工作的本质属性相关。其次，就是医疗行业封闭、复杂的特殊性。第三，长期以来以外购为主的信息化建设模式存在弊端。整个社会以及医院管理对医院信息化提出了更高的要求。已经完成基本信息化建设的医院，开始转入“智能化”建设内容。互联网行业的产品随处可见，互联网产品的性能、人性化体验之好，不

断冲击着医院信息化用户的需求。这些外部因素推动着医疗信息队伍往前奔跑。

▶ [打造医院信息化闭环，提升医疗质量](#)（来源：HIT 专家网）——第 23 页

【提要】近 20 年来，我国医院经历了以“财务为中心”、“临床为中心”、“患者为中心”的信息化建设发展阶段，大部分医院信息化属于“烟囱”式垂直式建设，如 HIS、LIS、PACS、EMR 等，彼此之间点对点相互连接。这就形成了数据孤岛，导致数据不标准，业务流程不畅通，对后续的数据采集、数据共享造成诸多不便。在此背景下，现在很多医院通过不断完善和规范信息化流程及标准，把不同系统、不同部门的业务紧密关联起来，形成闭环流程。医院需要在“以患者为中心”的基础上，建立医院质量管理新体系；在建立各类闭环流程的基础上，通过信息技术支持医院前端和后端管理，形成医院临床服务和技术良性发展循环，构建医院“大医疗质量观”。以提高医疗质量为核心，让医院的人、财、物高效运转，实现科学化、专业化、精细化的医院运营管理，保证医疗服务和质量持续改进。

• 中医药动态 •

▶ [目标是星辰大海，中医药新年再获力挺](#)（来源：医药观察家报）——第 29 页

【提要】继 2020 年年底发布的《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》后，国务院办公厅于近日，再发加快中医药发展

的重磅政策《国务院办公厅印发关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》，从人才培育，新药审评，临床诊疗等方面入手，夯实基础，补齐短板，吹响了新的一年里中医药产业发展的号角，指明了行业发展的光明方向。不仅如此，还要提出要开展中西医结合学科(专科)建设。开展重大疑难疾病、传染病、慢性病等中西医联合攻关。逐步建立中西医结合临床疗效评价标准，遴选形成优势病种目录。开展试点示范，力争用5年时间形成100个左右中西医结合诊疗方案。中医药产业也会由过去的低端竞争，转型升级到高质量竞争、拓展海外市场的竞争格局。

▣ [中药饮片，专项整治来了](#)（来源：中国网）——第 35 页

【提要】3月中旬，《2020年药品质量不合格数据年度报告》对2020年药品质量不合格数据进行整理分析。报告显示，2020年药品不合格数据中，中药材依然是最多的。造成这一现象的原因有很多。首先是作为中药饮片原料的中药材质量存在问题造成饮片质量问题。同时，相关企业炮制过程不规范，甚至非法染色、过度硫熏也会影响中药饮片的质量。不仅如此，中药市场上还充斥着大量的假冒产品，扰乱市场秩序。在此背景下，行业的规范化、集中化、健康化发展显得至关重要。而随着各地加强对中药材及饮片的质量监管，中药饮片总体质量状况得以明显好转。伴随着新版《药品管理法》的颁布，国家对出现假劣的情形对企业的惩罚力度空前绝后，可谓最严厉的处罚，也促使各个中药饮片生产企业对药品质量的提高加强了力度。

• 医院管理 •

▶ [与公立医院相比，为什么民营医院收住院率低？](#)（来源：博策医管）——第 41 页

【提要】收住院率是衡量医院运营是否规范的重要数据之一，它与患者的利益息息相关，也关乎着医院的经济效益。此外，也反映了医保资源消耗的情况，可以说收住院率在医院、患者、政府、社会四方面起到了枢纽的作用。从医院管理的角度来看，影响收住院率的因素有以下几个方面：首诊医生是关键、满足患者住院前的需求、诊疗费用、标准化管理、硬件设备、医院环境、医院医保报销区域、口碑与品牌宣传。

▶ [与大医院“分不开”“合不上”，基层医疗痛点如何消除？](#)（来源：看健日报）——第 48 页

【提要】从过去 10 年看，基层医疗卫生服务体系从机构数量、人员数量、服务能力上都已经取得长足进步。但也不可否认，基层医疗机构与二、三级公立医院的发展速度存在较大差距。加强基层医疗服务能力刻不容缓，必须从机构、人员和技术上加强投入。从业务类型上说，要和三级医院有实质区分。从体系上说，需进一步提升基层服务水平。从激励机制上说，要加大财力投入。从资源投入上说，关键是要加强基层人才队伍建设。

• 地方精彩 •

▶ [数字化推动中医药创新！江西打造全国首个“数字中医药健共同体”](#)

（来源：vcbeat）——第 52 页

【提要】日前，江西赣江新区发文将建设并推进全国首个“数字中医药健共体”落地，通过互联网医院、智慧中药房等数字化创新工具，为科创城数万居民提供更便捷、更实惠、更科学的数字中医药服务，将赣江新区打造成为向世界展示和推广中国特色健康服务模式的窗口。该项目将推进互联网医院、智慧中药房、慢病管理中心、慢病医联体、智慧中医药平台、智能医保监管平台、数字中医药展示和体验中心在内的数字化探索，打通“院内+院外”、“线上+线下”的全流程服务闭环。建成后，科创城数万城乡居民有望享受到在线复诊、购药、线上医保支付、中药代煎、药品配送到家等便捷服务。

► [福建泉州：开展按床日收付费改革实现医保患三赢](#)（来源：经济日报）——第 54 页

【提要】为推进多元复合型医保支付方式改革，探索建立符合精神类疾病特点的支付方式，提高精神类疾病参保患者的医疗保障水平，泉州市医保局在 2020 年试点基础上总结完善并于近期出台《关于开展精神类疾病住院按床日收付费改革的通知》，在全市二级及以上公立精神病专科医院推广按床日收付费改革。在制度设计做到“三明确”：一是明确收费标准，二是明确支付比例，三是明确“超支不补、结余留用”。为避免出现按床日收付费可能导致的降低服务质量、降低入院指征及低标高套等问题，泉州市医保局注重加强监督管理，要求医院做到“三规范”：一是规范诊疗行为，二是规范收费管理，三是规

范信息传输。

· 医保快讯 ·

▣ [商业健康险无法成为药企规模化的新支付方](#)（来源：Latitude Health）——第 56 页

【提要】过去 5 年来，商业健康险的创新层出不穷，但除了百万医疗险，其他的创新都未见起色。在众多的创新中，有很多合作方尤其是药企和一些医疗机构将保险仅仅作为一种支付手段，而不是风险保障，希望通过保险这一工具来为医疗服务或产品直接付费。虽然，保险确实是一种消费品，但用户消费的是风险保障，而不仅仅是一个单纯的服务购买。因此，这样的保险创新违反了保险的基本原则，也就无法走远。

▣ [解读 | 这 2 个方面，在医保基金监管条例中起重要作用](#)（来源：健康县域传媒）——第 60 页

【提要】《医疗保障基金使用监督管理条例》于 2020 年 12 月 9 日国务院第 117 次常务会议通过，自 2021 年 5 月 1 日起施行。我国医疗保障基金使用有法可依、违法必究的时代来了，标志我国医疗保障治理能力现代化水平的提高。首先，在立法过程中，始终坚持以人民健康为中心的价值取向。一是在立法目的方面体现了“为民”。二是在医保基金使用和享受医保经办服务方面体现了“便民”。三是在提供医药服务方面体现了“利民”。其次，把织密扎牢医疗保障基金监管制度的笼子作为核心内容，防止人民群众的“救命钱”成为“唐僧肉”。

第三，着力强化法律责任。《条例》对医疗保障经办机构、定点医药机构、参保个人等的违法行为均细化了相应的法律责任，对欺诈骗保行为规定了严厉的处罚措施。

· 医药速递 ·

▶ [开启全国试点，抢占近 30 亿市场，互联网护理的春天来了？](#)（来源：医药慧）——第 66 页

【提要】近年来，党中央、国务院印发了《“健康中国 2030”规划纲要》《关于促进健康服务业发展的若干意见》和《关于加快发展养老服务业的若干意见》等文件，明确要积极发展护理服务业，加快推动健康老龄化。根据 Annalysys 易观统计，中国互联网护理市场 2019 年行业规模约为 29.6 亿元，约占互联网医疗市场 5.7%。随着互联网技术的发展、院外护理市场需求的扩大，互联网护理服务项目也越来越多。目前，试点地区皆是结合当地实际供需需求，对医疗服务价格收费进行定价，尚未建立价格和相关支付保障机制，公立医院作为主体试行“互联网+护理服务”，本质上是公益性的服务，但忽视了这一个性化服务背后的市场化属性，出现了“叫好不叫座”的情况。总而言之，一套安全性和标准性规范对每个行业的发展都很重要，互联网护理服务亦然。将政策落到实地，不仅需要相关部门的强力推进，也需要平台、行业参与者的加持。互联网护理服务的发展，任重道远。

▶ [大连锁动作不断，药店集中度或将加速提升！](#)（来源：第一药店财智）——第 78 页

【提要】时间进入到 2021 年，在年初这两个月里，药品零售行业又接连发生了几起收购案例。例如，老百姓以 2.39 亿元收购惠仁堂 35% 股权；一心堂以 3900 万元收购山西百姓药业 29 家门店；国大药房以 2.38 亿元收购迪升药业持有的国大迪升大药房 70% 股权……不难看出，2021 年开年以来，药品零售行业依然延续了去年的并购火热状态，朝着行业更加集中化的方向发展。整体上看，多项利好政策的实施，也在进一步拉抬连锁药店的集中度。例如，“两定办法”的出台，给实体药店的发展带来了利好，其鼓励处方外流的举措，让在专业化、规范性、资质等方面具有优势的连锁药店更能获得市场青睐，分享处方外流带来的市场红利。另外，取消药店“限距”规定、优化新店筹建审批等政策，更是为连锁药店的未来布局扫清了部分障碍。不难预见，无论是从营收增速、市场规模、还是门店数量上看，连锁药店尤其是上市连锁的集中度将会越来越高。

▶ [药企必看，DRGs/DIP 带来的六大影响！](#)（来源：医药经济报）——第 83 页

【提要】如果说高值耗材带量采购以及高价药谈判是对当下市场的中短期调整，那么 DRGs、DIP 医保支付方式改革则是对未来院内药械格局的重塑，影响更为深远。从医保控费的角度看，DRGs 和 DIP 的成功施行将逐步扭转我国医疗付费体系的激励机制，让医院和医生主动转变成患者医疗费用的“守门人”，而医保基金将摆脱以往被动的“出纳”角色，整体医疗费用将得到控制。从医改的角度看，当前的 DRG

s、DIP 试点“两步走”延续多年来我国医改摸着石头过河的审慎姿态，区域试点、总结经验，以控制医疗的支付形式撬动激励机制，引导医疗资源合理配置，促使整个医疗行业向价值治疗的方向发展。粗放式的按医疗服务项目付费时代即将过去，取而代之的是以信息化和大数据为支撑的、反映疾病诊疗与费用结构关系的精细化付费方式。

-----本期内容-----

· 专家观点 ·

观点 | 2021 药品集中带量采购的变与不变!

来源：医药时间

近日，国家医疗保障局局长胡静林在学习时报发表主题为“推动医疗保障高质量发展”的署名文章，笔者昨晚认真学习全文后，就文章其中涉及部分药品集中采购环节，有一些个人的思考与见解，当晚深夜撰写思考观点分享如下，供参考。

一、“带量采购”成为“药品集中采购”的尖刀班与突击队。

文章中特别提到，“推进药品集中带量采购制度化常态化，深入探索高值医用耗材集中采购制度改革。完善激励机制，促进医疗机构落实药品、医用耗材集采政策”。

从 2018 年 4+7 至今，带量采购一直由国家引领示范，国家带量采购先展了四批五轮，据笔者不完全统计，共有 157 个品种中标。尤其是 2019 年两个涉及药品带量采购的重磅文件出台，更加明确了带量采购的深度推进力度，即 11 月 15 日国务院深化医药卫生体制改革领导小组发布的《关于进一步推广福建省和三明市深化医药卫生体制改革经验的通知》以及 11 月 29 日国务院深化医药卫生体制改革领导小组印发的《关于以药品集中采购和使用为突破口进一步深化医药卫生体制改革若干政策措施的通知》。

通过相关政策不难看出，国家带量采购从原来的品种试点走向品种数量不断扩大，从原来的尝试探索走向持续推进，以点带面、广泛影响的作用正在显现。从原来过评且充分竞争的化药，逐步走向采购金额高、充分竞争、社会影响强烈的全品种，带量采购让不少企业尝到了带血的筹码滋味，却实实在在减轻了患者的负担。国家 500 个目录的上线，地方 50 个品种的底线，其实都是带量采购要深入推进的下一步规定动作，把带量采购进行到底，在干中学，在用中干由此，才能起到既引领又示范、既优化又完善的作用。

二、带量采购推进落实的 2 号文与 2015 年 7 号文的异同。

2021 年 1 月 28 日，国务院办公厅印发《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》（简称“2 号文”）。2 号文从五个方面提出了推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的具体举措。分别是明确覆盖范围、完善采购规则、强化保障措施、完善配套政策、健全运行机制五个方面。而 2015 年 2 月 28 日下发的《国务院办公厅关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》（简称“7 号文”）与 2 号文之间的关系既有相同点又有差异点。

差异点：从政策意见的题目中就能够看出，7 号文是从整个公立医院药品集中采购的角度，涉及的品种不区分医保非医保，而是全覆盖，量大、量小、中成药、化药、生物药等等全部涉及，而且从采购的实际角度，区分了各种采购模式（招标采购、直接挂网、定点生产、医疗机构直接议价、试点城市自行采购）。从整体需求上来说，7 号

文改变了以往采购方相对被动的一面，以省为单位确定药品采购范围，逐渐露出了为用而采的趋势（最为明显的代表案例即 2017 年的福建十标），同时强调一个平台（杜绝线下操作采购）、加快货款结算（从侧翼的角度强调量价挂钩）、促进合理用药（杜绝滥用乱用）。

2 号文没有对全品种进行大面积的覆盖，而是依据二八原则，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，逐步覆盖国内上市的临床必需、质量可靠的各类药品。依据这个原则，国家与地方形成了两种采购责任分担模式：

——国家承担带量采购的创新示范！前期聚焦点前期放在过评的化药方面，后期依据 3 月上旬南京会议精神，会对胰岛素开展专项采购。

——地方承担带量采购的推进落实。一是国采品种的执行、续约，二是负责国家带量采购之外品种的带量采购创新、推进工作。

整体来看，7 号文与 2 号文最大的不同是前者面面俱到，后者以点带面（2 号文带量采购的品种其实就是 7 号文针对前 80% 的双信封招标中标产品）。但两者最大的相同点在于，7 号文已经尝试探索为用而采、去除灰色的采购新路径，2 号文在此基础上进行了深化完善。7 号文对量价合一从保障结算周期等方面进行了政策布置，2 号文则进一步从保障货款、节余留用等方面进行了机制完善、保障落实。

在此基础上，我们再去阅读《推动医疗保障高质量发展》这篇文章中所涉及的药品带量采购内容，就会越来越清晰。尤其是文章中特

别提到，“规范省级医药集中采购平台交易规则，加快建立并实施医药价格和招采信用评价制度”，其实内涵就是原有7号文涉及的非带量采购产品的挂网、议价、磋商等药品采购方式保持不变，只不过在新形势下，要进一步规范、优化，这才有了后面的“医药价格和招采信用评价制度”跟进。

由此，可以得出结论，2021 药品集中采购的不变在于，带量采购药品的采购制度已经基本成型，采购政策基本成熟；非带量采购药品的采购方式仍然会继承原有分类采购的大体思路。2021 年药品集中采购的变化在于，带量采购药品的采购品种范围会进一步扩充，采购政策会继续依据现有基础进行局部调整优化；非带量采购药品的采购保障政策会进一步细化、规范。在充分继承7号文的分类采购基础上，2号文会以带量采购为切口，探山寻径再出发！

[返回目录](#)

观点 | 医务社工短缺！董家鸿院士呼吁：医院引入专业化社工体系

来源：北京健康报

随着健康中国战略的全面推进，“和谐医患”的意义日益凸显。在此背景之下，一个曾经不显眼的群体开始出现在人们视野当中——他们就是医务社会工作者。

医务社会工作，是指综合运用医务社会工作专业知识和方法，为有需要的个人、家庭机构和社区提供专业医务社会服务，帮助其舒缓、解决和预防医务社会问题，恢复和发展社会功能的职业活动。

之所以凸显出重要性，关键在于他们起到的是“桥梁作用”。3月16日，在第十五个世界社会工作日来临之际，北京医院协会医务社会工作专业委员会第二届换届大会暨医务社会工作发展圆桌论坛举办。北京市卫生健康委一级巡视员高小俊在会上指出，推动社会医务工作是改善医疗服务、彰显医疗人文、促进医患和谐的务实举措。北京医疗卫生机构已经有了11211家，人均期望寿命达到82.43岁，居民健康素养居全国首位，开展社会医务工作的意义重大。

起步早，发展慢，北京医务社工人员尚不到100人

“然而，医务社工工作开展的困难还不小”，高小俊介绍，北京医务社工虽然起步早，但是发展慢，现有兼职和专职人员还不足100人（上海超过600，深圳超过300），专业人才短缺。此外，社会认知度不高，各医院发展不平衡，“目前全市仅有13家医院开展了医务社工工作，制度机制尚待完善”。

“医学是有温度的，医疗的目的不仅仅是治愈疾病、减轻痛苦，还要追求家庭生理-心理-社会的综合疗愈。”中国工程院院士、清华长庚医院院长董家鸿指出，如今，现代医学模式已经逐步由“生物医学模式”向“生物-心理-社会医学模式”转变，更加突出强调“全人”的健康理念。这就要求医院不仅关注“治病”，更要关注“医人”。这样一种新趋势也迫切呼吁在医院引入专业化的社会工作体系。

董家鸿介绍，作为诞生在医改大背景下的公立医院，北京清华长庚医院自开业就成立了社会工作部，“志愿、社区、病友、个案、基

金”齐头并进的五大版块，构成了清华长庚的社会服务体系，探索了公立医院医务社工工作创新模式。

医院社会工作部的工作如何开展?北京清华长庚医院党委书记周月红介绍，医院有专职医务社会工作者，紧密联动临床一线专科，从病患需求的角度开展志愿服务，为病患提供一对一服务的个案服务，为特殊人群开展的病友服务，还将优质医疗资源引入社区，开展健康促进的社区服务。“通过提供专业化服务，清华长庚的社会服务体系构建了社会与医院沟通的桥梁，彰显了人本温度”，周月红说。

据悉，2016年3月，清华长庚社会服务基金成立，以专项基金形式资助住院的贫困患者。截至2020年底，共接收近145万元社会善款，用于补助近70个患者和家庭，同时针对乳腺癌患者、小儿失聪、小儿胆道闭锁等疾病进行专项补助。医务社工还从入院到出院在各个环节提供关怀，让患者在医院能够得到综合照护，使医疗过程顺利进行。

134家医疗卫生机构已经开展试点工作

发展医务社会工作，也已经得到北京政府层面的高度重视。2020年10月，北京市卫健委印发了《关于发展医务社会工作的实施意见》(下称《意见》)，明确了医务社工发展的方向、目标和路径。《意见》中明确指出，2020年至2022年，逐步在全市医疗卫生机构推进医务社会工作;到2025年，全市医疗机构医务社会工作全覆盖，服务体系基本完善。

按照规划，2020 年底，北京市已经启动医务社工试点工作，134 家医疗卫生单位被确定为试点单位。今年 3 月 15 日，北京市卫生健康委组织召开医务社工培训暨示范项目遴选工作部署会，北京市将在试点单位基础上，集中优势资源，精准培育一批有创新、可复制、能推广的医务社工示范项目，探索医务社工发展模式，体现医务社工专业发展方向，以点带面，点面结合，推动医务社工可持续发展。

本次会议上，选举产生了北京医院协会第二届医务社会工作专业委员会。北京清华长庚医院当选主任委员单位，该院党委副书记王克霞担任主任委员；中国医院协会医院社会工作暨志愿服务工作委员会主委季庆英以视频形式表达祝贺；北京医院协会常务副会长英立平、北京卫健委公众权益保障处处长姚铁男等参加会议。

[返回目录](#)

• 医院信息化 •

坚持“量体裁衣”和“独立自主”，从工程师视角谈医院信息化建设

来源：HIT 专家网

在未来的医院信息化建设中，医院方应如何争取更多的主动性，如何摆脱完全依靠“买买买”的模式，是近段时间业界谈论得比较多的一个话题。很多专家人士发表了自己的看法，并提出了一些比较好的意见。本文将从医信工程师的视角出发，结合笔者多年的工作经历，从技术角度进行分析，以期对行业同道有所启发。

我们之所以对这个问题进行了大量的探讨，首先是因为它关系到行业的长远发展，其次是由于医疗行业的特殊性使得这个问题由来已久，且一直未能从根本上得到解决。而医院信息部门要开展工作，必然要面临这些问题。尤其是在近两年行业信息化建设呼声高涨的背景下，很多矛盾已经越来越突出。

问题重重的医院信息化

经过 30 多年的发展，信息化几乎渗透到了医院内部各个方面。不管是医疗业务，还是财务、人事、物资设备、药品耗材管理等，都离不开信息系统和信息化的支撑。这在无形之中给信息部门施加了巨大的压力：信息化工作的任何失误都有可能直接影响到医院的正常运转。特别是医疗行业事关人民群众的生命健康，能够想象医院信息化工作的责任重大，风险也随之提高。

医院信息化的目的是支撑医院管理，以患者为“核心”，为临床人员服务。临床人员是信息系统最主要的用户，临床科室的支持和配合对于医院信息化工作的成效影响重大。但在实际工作中，临床人员往往希望信息部门无条件地配合其工作，甚至不顾相关的管理规范，这就使得临床科室与信息部门之间有时会存在矛盾。

而从供给方来看，与互联网行业或其他科技公司相比，多数 HIT 公司在企业盈利、技术积淀、人才汇聚能力等方面相对较弱，技术实力比较落后，产品研发依然是沿用上个世纪的陈旧技术，在应对复杂的医疗业务需求时经常有力不从心之感，不能为医院信息部门提供足

够的支持。

从医院信息部门自身的情况来看，很多医院信息部门的人员组成比较复杂，计算机专业出身的并不多，技术实力有限。但信息化工作又不同于其他工作，技术门槛比较高，专业性要求高。目前，有相当一部分的医院信息部门不具备独立研发和专业化安全运维能力。此外，由于行业特性，医院为员工提供的平台和资源主要倾向于医护人员，信息部门能够从医院获取的平台资源极为有限，因而信息部门工程师的个人进步和成长相对更为艰难。

正确认识发展中的问题与机遇

面对医疗信息化行业中长期存在的这些问题，我们需要思考其根本原因，以找到解决问题的举措。

首先，这些问题与信息化工作的本质属性相关。医疗信息化工作的直接目标是利用信息技术来支撑医院管理。单就医院管理工作而言，已经十分复杂；同时还要求掌握相当高程度的信息技术，并合适、合理地运用到医院管理活动中，这个难度又再次提升了。不仅仅是在医疗行业，很多行业的信息化工作都会存在这样的现象。

其次，就是医疗行业封闭、复杂的特殊性。医疗信息化行业的技术之所以落后，重要原因之一在于医疗业务的特殊性与复杂性，较高的专业门槛使得行业呈现一定的封闭性，很多 IT 新技术、新产品难以被快速引入与应用。举一个简单的例子，人工智能已在多个行业应用得风生水起，虽然在某些医疗业务场景中，人工智能辅助诊断系统

的诊断效率和准确性也已可以媲美人类医生，但其落地应用的步伐始终还是比较迟缓。

第三，长期以来以外购为主的信息化建设模式存在弊端。“买买买”模式使得医院内部运行的软件系统来自于不同的 HIT 公司。由于行业和医院没有提供统一的规范标准，系统与系统之间数据不能互通，导致医院内数据孤岛现象非常严重，为医院信息化的进一步推进制造了困难。而且在这种建设方式中，医院信息部门的实际参与度不高，特别是在核心技术方面更是少有参与，几乎依赖公司方来主导。这就使得信息部门工作比较被动，遇到问题，或者有新的业务需求时，只能靠“等”。合作公司的服务水平在很大程度上决定了信息部门的工作质量。

整个社会以及医院管理对医院信息化提出了更高的要求。已经完成基本信息化建设的医院，开始转入“智能化”建设内容。互联网行业的产品随处可见，互联网产品的性能、人性化体验之好，不断冲击着医院信息化用户的需求。这些外部因素，像一只巨大的推手，推动着医疗信息队伍往前奔跑。

医院信息部门如何才能更好地开展工作？

分析完上述问题和原因之后，我们是否能够找到根源性解决问题的办法，能够达到一劳永逸的成效？答案可能是否定的，但是我们应该找到能够尽量靠近这一目标的举措：

1. 培养人才队伍，处理好人才“博”与“专”的问题

医疗信息化行业的很多问题，要么涉及技术，要么涉及管理。不管是什么问题，必须要有专业化、技能扎实的人才队伍来解决和应对。所以，信息化建设的首要问题就是人才队伍建设。我们在培养人才时要特别注意一点，也即处理好“博”和“专”的问题。信息技术不可能存在全才，必须要进行“专业化”的学习和培养。数据库、网络安全、系统运维、软件研发，每一个方面都是一门极其专业的学问。医信工程师一定要立足本专业，切忌什么都学一点，好像什么都会，实则哪一块都不精通。

2. 建好数据平台，抓好技术规范

要解决医院内部的数据孤岛问题，必须建好数据平台。通过数据平台的建设，实现院内系统互联互通，使得医院内部人员都能在数据相关技术的应用上赢得更好的主动性。不同系统之间的通信接口、业务流程再造，需要医院信息部门制定好接口规范。医院应根据自身需要和行业标准制定医院数据通信规范标准，后续所有公司的开发均应参照该标准。医院目前比较混乱的开发现状将大为改观。

3. 做好“价值观”普及工作

医疗信息化和信息部门的工作，其价值如果难以得到体现和认同，特别是医院领导层的认同，将非常不利于这项工作的长远开展。所以，建议医院信息部门一定要做好“价值观”普及工作，通过大量的宣传，甚至可以开展“医疗信息文化宣传周”等类似活动，利用一些实际案例、具体数据等真实客观的内容，将信息化的价值和功效通

俗化地告知医院工作人员，慢慢地在医院树立起信息化的价值动力，让信息工程师成为医院的核心主力人员，受人尊重。

4. 积极接纳和拥抱新技术

对于新技术，医院信息部门要积极接纳，特别是很多适用于互联网行业的新技术，能够提供高性能、稳定性和安全性效果，运用在医疗行业将会提供更好的体验。

5. 自力更生、独立自主地开展工作

医疗信息化工作切忌盲从。不同医院有其自身特点，三甲医院的优势，二级医院是不具备的。医院信息化建设要结合自身的情况，包括医院能够承担的经费支出、技术力量等因素，选择合适的公司和产品。医院信息部门要分析自身业务的需求和未来的发展变化因素，确保医院的利益最大化，时刻牢记“量体裁衣”和“独立自主”并重。

[返回目录](#)

打造医院信息化闭环，提升医疗质量

来源：HIT 专家网

医疗质量是保障患者安全、提升患者就诊体验的核心，信息技术为医疗质量管理提供了更加科学的管理手段。

以闭环管理破解“信息孤岛”

近 20 年来，我国医院经历了以“财务为中心”、“临床为中心”、“患者为中心”的信息化建设发展阶段，大部分医院信息化属于“烟囱”式垂直式建设，如 HIS、LIS、PACS、EMR 等，彼此之间点对点相

互连接。

这就形成了数据孤岛，导致数据不标准，业务流程不畅通，对后续的数据采集、数据共享造成诸多不便。比如：各 PACS、LIS、手术麻醉系统及移动护理系统与 HIS 脱节，实际执行时间未反馈给 HIS，造成时间点不连续；床旁确认时间、用药时间未反馈到 HIS 中，临床医生及药师无法监控医嘱状态及执行时间；由于流程环节节点时间记录较少，对有问题的结果进行追溯时，困难较大。无法了解是哪个环节出现了问题，一旦出现纠纷，很难界定责任。同时没有全程跟踪，系统中无法看到过程状态。

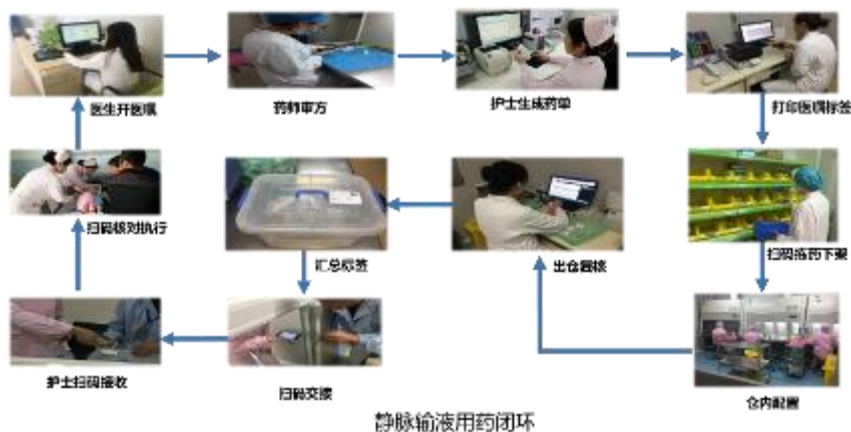
鉴于上述情况，现在很多医院通过不断完善和规范信息化流程及标准，把不同系统、不同部门的业务紧密关联起来，形成闭环流程。闭环，是在信息化建设中最重要、最快捷的方法。通过信息闭环管理改造，可以有效解决业务环节缺失的问题，做到所有业务点可回溯，并规范了医疗行为，提高了医疗服务质量。临床信息闭环管理是所有流程的闭环管理，利用信息化技术，使临床数据规范化、标准化；使临床业务通畅化，形成临床信息的有效闭环管理，为临床医疗质量持续改进保驾护航。



信息系统帮助实现闭环管理

闭环管理起源于 PDCA 戴明环理论，是综合了闭环系统、管理的封闭原理、管理控制和信息系统等原理形成的一种管理方法。其核心理论在于：大环套小环、环中有环、环环相扣。闭环管理可应用在很多医疗领域，如：药品、会诊、护理、手术、检查、检验、输血、营养和交接等。实现闭环管理的目标简单明确：保证医疗安全，特别是患者的安全。医院的运营实际上是由无数的闭环管理组成的，一个临床业务操作从开始到最终执行，全程都需要进行详实的监测和记录，只有这样，整个运维体系才是可测量、可评估、可改进的。

譬如，主治医师书写一份病史，可以在患者入院 24 小时内，也可以在 48 小时内，或许时间会更长。虽然系统不会限制医师的操作，但是他的行为会被记录下来，超期书写病历会作为科室考核的不良指标。而一份手术记录如果没有填写术中并发症、出血量等关键参数，系统可以设置医师无法进行保存和打印。从这个意义上来说，信息系统的设计是为了保证临床一线人员少犯错，甚至不犯错，而信息系统的初衷就应该和临床需求结合，回归临床。



应用举例：用药信息闭环

其内容包含了药品全程条码化管理及验证机制，要求从医师开出医嘱时，系统就要对患者院前用药与本次用药进行整合，使开具药品医嘱时触发临床决策知识库，结合患者信息触发药物审查功能，拦截医生开出患者过敏药物、患者禁用药物、用药剂量超过剂量的药品医嘱，提示医生药品的用药剂量、使用途径及药物相互作用，并要求所有药品医嘱必须由药师审核、确认适合患者使用，并在系统中标注。之后，药房配药、护士给药、确认病人身份，必须全程条码验证。

整个药品使用流程需要有完整的电子记录，可随时查找每个环节到底是哪里发生了什么问题，避免由于人工失误而导致的用药错误。依托信息化技术做到全员追踪、全程追溯、数据全程记录并全面分析，从而为诊疗提供更全面的诊断依据。

全程用药闭环管理涉及环节众多，虽然看似一个闭环，但其实是“大环套小环、环中有环、环环相扣”。按照业务流程，其实应该分为药品物流闭环和用药闭环。

1. 药品物流闭环

保证院内药品品种数量正确，该闭环包括药品的供应链延伸。

从药品采购计划生成到厂家进货，到药品在医院上架储存管理，再到药品从药房发到病区，物流供应链系统与药房的自动包药机、病区智能药柜、PIVAS 系统等通过对接，完成对病人或病区的药品智能管理与分发，全过程每一步均用条码扫描匹配，保证药品品种、数量

准确，质量完好；同时完成药品出入库反馈，做到账物相符；还可随时查询患者所用药的批号等信息，有利于进行失误的自我纠正和患者追踪；还能有效提高药品配发的精准度，将人员有限的药师从繁重的物流核对工作中解放出来，药师的主要精力用于不能被信息系统完成的医嘱审核工作。



2. 用药闭环

以医师开出医嘱为起点，到药师的审方，再到药品的准确调配、护士给药，到药品用于患者为终点。在药物配发和使用环节的每个关键节点均扫码执行，若条码信息不匹配，流程便不能继续，从而确保药品使用流程正确，全程可视、可追溯。

闭环管理改善医疗质量

医院所有业务都必须构成连续闭环，不仅仅只是临床业务，还有患者服务、后勤管理等方方面面，这样才能形成有效的管理机制。

不封闭的流程犹如没有回路的电线，线再粗、再多也没有用。闭环管理是由正向通路和反馈通路构成闭合回路的自动控制系统，又称“反馈控制系统”。而这个反馈控制系统，其实就是在医院数据集成

平台的基础上，实现医疗信息的交互使用，从而有效监测、追溯闭环的各个时间节点执行情况，利用医院数据分析平台(BI)，挖掘闭环中不同层次的数据，为持续改进提供依据。



医院的发展，需要依靠服务、管理、医疗质量三个方面。其中最核心的，应该是质量安全。没有质量安全，其他一起都是空谈。医院需要在“以患者为中心”的基础上，建立医院质量管理新体系；在建立各类闭环流程的基础上，通过信息技术支持医院前端和后端管理，形成医院临床服务和技术良性发展循环，构建医院“大医疗质量观”。

以提高医疗质量为核心，让医院的人、财、物高效运转，实现科学化、专业化、精细化的医院运营管理，保证医疗服务和质量持续改进。

医院不应该只关注现在，更多的是有没有愿望、有没有能力、有没有体系、有没有文化不断向前走，持续地改进自己，保障患者安全。同时应该更多地关注，通过哪些举措建立了制度、流程体系和改进的文化，从而保证今天比昨天好、明天比今天更好。

医疗质量安全专业门槛高，很多工作需要医务工作者与医信

人共同努力去完成。医疗质量与安全永远在路上！

[返回目录](#)

· 中医药动态 ·

目标是星辰大海，中医药新年再获力挺！

来源：医药观察家报

继 2020 年年底发布的《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》(以下简称“意见”)后，国务院办公厅于近日，再发加快中医药发展的重磅政策《国务院办公厅印发关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》(国办发〔2021〕3 号，以下简称“3 号文”)，从人才培育，新药审评，临床诊疗等方面入手，夯实基础，补齐短板，吹响了新的一年里中医药产业发展的号角，指明了行业发展的光明方向。

抗疫贡献巨大，开年发文打响开门红

前段时间，国务院办公厅再发加快中医药发展的重磅政策 3 号文，为新的一年中医药产业发展打响开门红。

国务院办公厅在 3 号文中指出，为进一步落实《意见》，破解存在的问题，更好发挥中医药特色和比较优势，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，现提出 3 号文。

国家发展改革委、国家中医药管理局负责同志在随后的就《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》答记者问中表示，2019 年 7

月，习近平总书记主持召开中央全面深化改革委员会会议专题研究中医药工作，并多次就中医药工作作出重要指示批示。李克强总理高度重视中医药事业和产业发展，多次作出重要指示。孙春兰副总理对中医药工作亲自指导、亲自部署。特别是中医药充分发挥自身优势，全程深度介入新冠肺炎疫情防控救治，筛选出“三药三方”（金花清感颗粒、连花清瘟胶囊、血必净注射液，清肺排毒汤、化湿败毒方、宣肺败毒方）等有效方药，形成覆盖预防、治疗和康复全过程的中医药诊疗方案，为抗击疫情作出重要贡献。

中医药有奇效，一次次被证明

中国工程院院士、天津中医药大学校长张伯礼此前指出，在新冠肺炎疫情防控中，中西医结合、中西药并用成为我国抗疫方案的亮点，为成功战胜疫情作出了重要贡献，中医药再次彰显了中华民族原创科学和传统文化的价值和优势。

为表彰中医药抗疫贡献，助推产业发展，其实早在去年12月25日晚，国家药监局发布《意见》，就让中医药行业非常振奋。而新年伊始，再获力挺，更加坚定了大家深耕中医药产业的决心。

“中医药治疗‘简、便、验、廉’的优势具有现实的市场价值和社会价值。”本报特约观察家，北京盛世康来中药营销策划公司董事长申勇表示，国家之所以在年关之际连续出台重磅文件支持中医药产业政策，与疫情期间中医药的表现是密不可分的，中医药向广大世人证明了自己的价值，赢得了国家和国民的信任。

另外，振兴中医药产业与下一步国家推出的“文化复兴”国策相呼应，也是为《健康中国 2030 计划》政策的落实打下坚实的基础。

第三方进入新药检验，人才培养更添政策加持

3 号文指出，新冠肺炎疫情发生后，中医药全面参与疫情防控救治的作出了重要贡献。但也要看到，中医药仍然存在一定程度高质量供给不够、人才总量不足、创新体系不完善、发展特色不突出等问题。

对于中医药产业长期存在的诸多问题，申勇表示，3 号文提出的问题与弊端其实是现实积累中存在的，是多年来“以西医指标为考评中医的指标导向”的结果，而且由于过去对中医药重视程度不够，导致很多基层的中医院的医生收入相较西医偏低，出现了“考大学不愿意学中医、毕业了不愿意从事中医临床”的现象，致使人才不足。

除此之外，中医药产业作为地方经济发展的组成部分之一，由于医药产业相对房地产、化工、钢铁等行业整体 GDP 偏小，很多地方政府不重视，也是中医药发展缓慢的原因之一。

重庆希尔安药业有限公司总经理陈犁表示，从中药行业角度看，我国中药产业集中度较低，呈现企业多、小、散、乱等状况。多数企业建设低水平重复，缺乏创新体系和优质人才。一方面面临市场环境的过度竞争、低价竞争。竞争的另一面又加剧资源浪费和环境污染。使得企业没有动力和精力高质量地创新发展。

同时，中药受历史、传统、文化背景的影响，其研究方法与现代医学研发存在不小差异。如何阐明中药的药理、物质基础、作用机理、

配伍规律，形成一套完善的中药评价方法和指标体系，需要我们深刻思考。

正如3号文中提到的，当前，中医医疗服务体系和科研体系仍然存在一些短板弱项，难以适应新的形势需要，未来将实施一系列重大工程，补齐发展短板。3号文提出，要加快推进中药审评审批机制改革，建立科技、医疗、中医药等部门推荐符合条件的中药新药进入快速审评审批通道的有效机制；还要探索授予第三方中医药研究平台专业资质、承担国家级中医药技术评估工作；增加第三方中药新药注册检验机构数量。

“这是非常正确且值得推广的政策！国外早有先例”申勇表示，在日本只要是《伤寒论》中的方子，都是可以快速审批通过，所以我国加快中药新药快速审批的道路是可行的。我国走“小政府、大社会”改革已经很多年了，像公证处、律师所、司法鉴定中心等机构都已经实现了与原政府机关的脱钩实现了社会化，所以增加重要新药注册检验第三方机构是完全可行的。

除了在新药品种开源上努力，在中医药人才培养上，3号文也做出了新的部署。

3号文强调，2021级起，将中医药课程列为本科临床医学类专业必修课和毕业实习内容，增加课程学时。在高职临床医学专业中开设中医基础与适宜技术必修课程。研究实施西医学习中医重大专项，用10—15年时间，培养相当数量的高层次中西医结合人才和能够提供

中西医结合服务的全科医生。

业内认为，高素质的中医药人才是制约中医药产业发展的重要因素之一，中国中医科学院中医药发展研究中心常务副主任苏庆民指出，长期以来，中医药人才总量不足一直是群众看中医的突出问题，而实现高质量服务的核心在人才。

中医药人才是中医药事业发展的基础和保障，也是中医药传承创新的重要战略资源。长期以来，我国中医药人才总量不足、中医教育西化等问题比较突出，导致中医药传承存在一些问题，也对群众看中医带来不利的影响。

不难看出，国家此举通过长期的战略规划，为中医药高素质、高水平人才的培育开辟了一条高速道路，但是还需要解决较高数量和质量师资力量需求问题。

“从师资角度请当地中医药大学和附属中医院的专家来授课就可以了，但可能会有一些阻碍，需要有人去协调好人力物力、车辆接送、讲课报酬等细节”申勇指出，西医学生学中医药的课程，从学习角度来说其实没有阻碍，就像我们上大学时学习生理、病理等西医课程一样，认认真真学就行了，最难的思维层面的阻碍，长期接受西医“实证化教育”的学生接受中医的“非实证化理论”（例经络）可能会有一定的阻力，需要老师去引导。

陈犁补充道，西医学生学习中医由于受到重视的程度不同，短暂时间能学习到的中医知识是非常有限的，这个可能是西医学习中医会

遇到的问题。另外，加速提升中医人才的培养数量和质量，举办更多的西学中培训班等可一定程度上解决西医专业学习中医的师资力量问题。

慢病治疗品种获红利，中医药高质量发展可期

在具体的临床诊疗上，3号文也提出了重要计划：创新中西医结合医疗模式。强化临床科室中医医师配备，打造中西医结合团队，开展中西医联合诊疗，“宜中则中、宜西则西”，逐步建立中西医多学科诊疗体系。健全中西医协同疫病防治机制。建立国家中医药应对重大公共卫生事件和疫病防治骨干人才库。完善西医学习中医制度。

不仅如此，还要提出要开展中西医结合学科(专科)建设。开展重大疑难疾病、传染病、慢性病等中西医联合攻关。逐步建立中西医结合临床疗效评价标准，遴选形成优势病种目录。开展试点示范，力争用5年时间形成100个左右中西医结合诊疗方案。

中国中医科学院副院长唐旭东针对该政策表示，中西医结合取长补短，是解决十四亿中国人健康保障的中国方案。《政策措施》第十二条提出开展重大疑难疾病、传染病、慢性病等中西医联合攻关，就是希望中西医联合在医疗领域有所突破，共克医学难题，为人类健康作出新贡献。

具体到哪些科室会成为100个左右中西医结合诊疗方案，陈犁指出，在2019年10月20日，中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见就提出“为彰显中医药在疾病治疗中的优势，做优做强

骨伤、肛肠、儿科、皮科、妇科、针灸、推拿以及心脑血管病、肾病、周围血管病等专科专病，用 3 年左右时间，筛选 50 个中医治疗优势病种和 100 项适宜技术、100 个疗效独特的中药品种”的要求。

结合 2019 年 1 月国家中医药管理局办公室委托中华中医药学会组织专家制订的风温肺热病(重症肺炎)等 95 个中医优势病种的中医临床路径和中医诊疗方案(2018 年版)。我们可以合理推测未来优势病种和中西医结合诊疗方案的一个大概方向。

“上述拥有治疗这些疾病药物的企业，或对慢病有治疗特长的企业，将会赢得一波发展红利”申勇补充道，偏重科研型的中医药企业会尽快收益，而且会引导中医药行业朝着重科研、重政策、重教育、重品牌的四重方向发展。中医药产业也会由由过去的低端竞争，转型升级到高质量竞争、拓展海外市场的竞争格局。

[返回目录](#)

中药饮片，专项整治来了

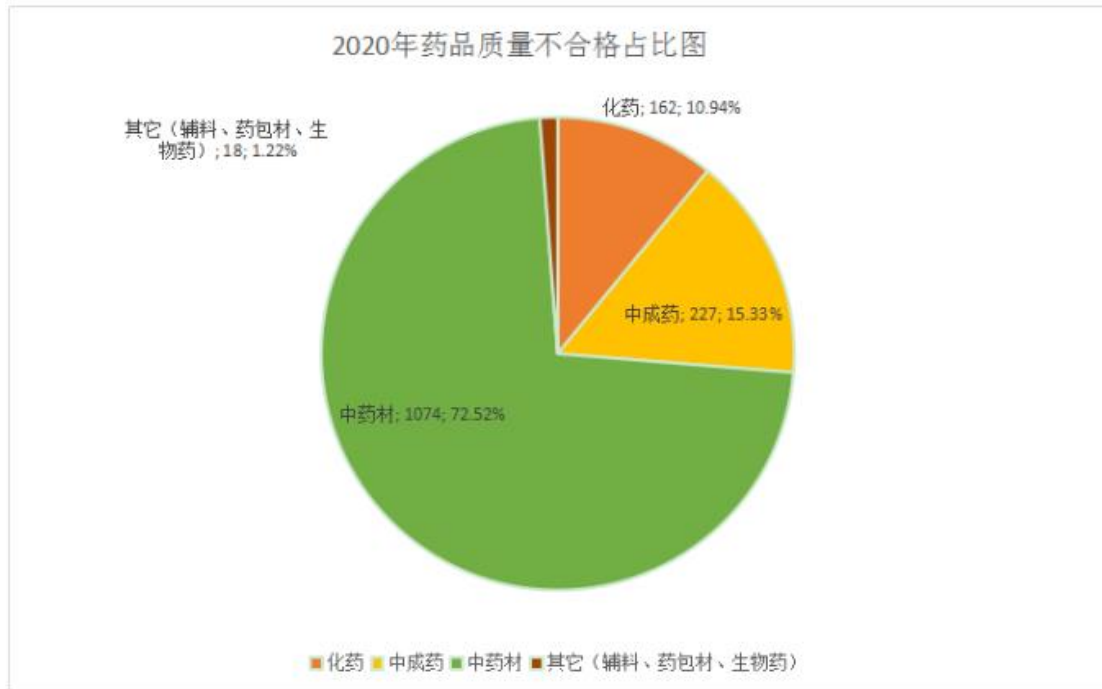
来源：中国网

1、饮片质量有待提升

3 月 15 日，药智网发布了《2020 年药品质量不合格数据年度报告》对 2020 年药品质量不合格数据进行整理分析。

报告显示，2020 年药品不合格数据中，中药材依然是最多的。1481 批次不合格药品中，中药材不合格有 1074 批次，占比 72.52%。此外，从近两年的药品质量不合格企业榜单来看，排在前位的一直以

中药材相关企业为主。



(图片来源：药智网)

从药品质量检测项目看，不合格项目 Top10 中，性状、含量测定不合格问题最为突出，性状不符合规定数量达 567 批次(占比 37%)，排名第一；含量测定不符合规定数量达 331 批次(占比 21%)，排名第二。

从药品品种类型看，2020 年药品质量不合格多以中药材为主，前 10 名中中药材 8 种，“前胡”以 36 批次占据榜首，“山药”“五加皮”“白鲜皮”“淫羊藿”分列 2 至 5 名。

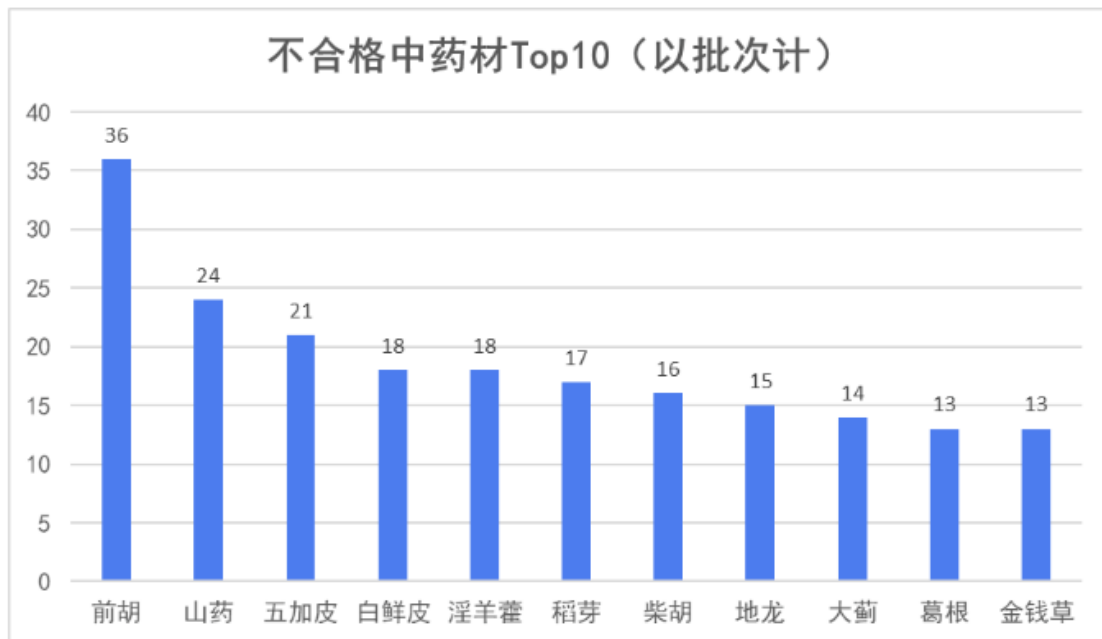
造成这一现象的原因有很多。

首先是作为中药饮片原料的中药材质量存在问题造成饮片质量问题。这主要是由于人工栽培药材在中药材由野生变家种的过程中，因各种操作不当会导致药材性状和内在化学成分与野生品差异较大，

例如栽培前胡药材根茎处无纤维状叶鞘残基，而是膜质状叶鞘残基，指标成分含量很难合格。

同时，相关企业炮制过程不规范，甚至非法染色、过度硫熏也会影响中药饮片的质量。如白芷、菊花、莲子、玉竹等的过度硫熏。据了解，市场上又出现了用焦亚硫酸钠溶液闷润、浸泡药材现象，以达到漂白、防蛀等目的；另外还出现一些为逃避监管而采取的“脱硫”技术。

不仅如此，中药市场上还充斥着大量的假冒产品，扰乱市场秩序。其中，掺伪现象主要集中在正品来源较少、资源稀少的品种，多为同属近似种或名称和性状相似的品种，例如参薯与山药混用，或者采用无机盐、泥沙及其他物质增加中药材及饮片重量的违法行为，例如白鲜皮。



(图片来源：药智网)

2、多地进行中药饮片专项整治

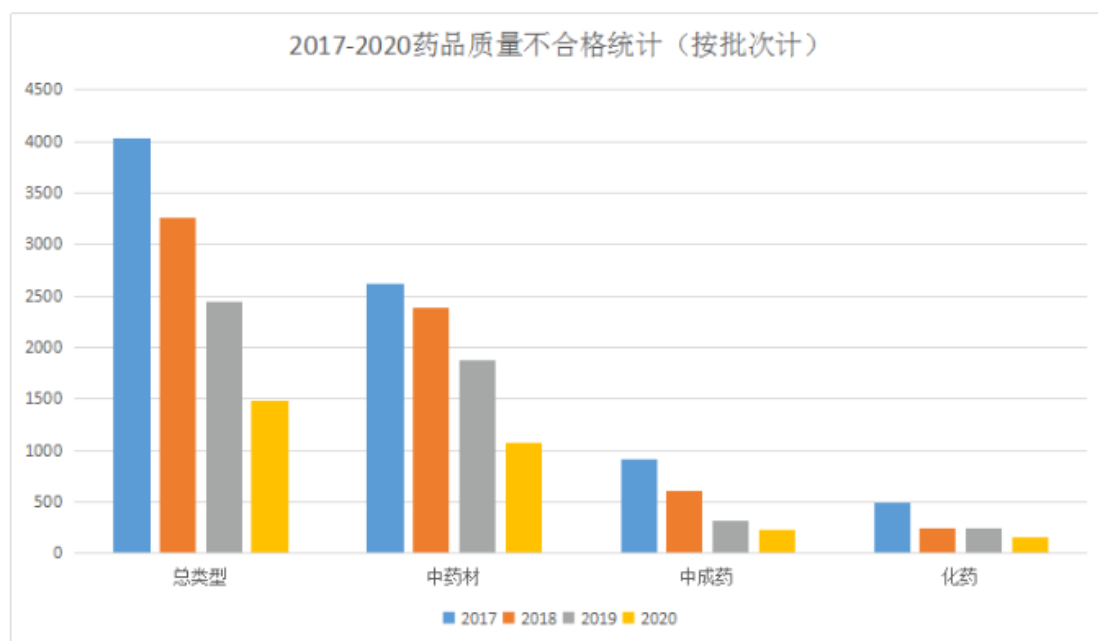
事实上，国家对于中药饮片市场存在的问题一直非常重视，2020年6月，国家中医药管理局转发黑龙江省委省政府印发的《关于促进中医药传承创新发展的实施意见》，加快推进中医药传承创新发展工作，其中重点强调了提升中药质量和促进产业发展的相关要求。近日，随着2020版药典的实行，各地又纷纷开始了针对中药饮片的专项整治。日前，延边州市场监督管理局发布公告，对辖区内中药饮片使用单位开展专项抽检工作，进一步加强中药饮片监督管理，规范中药饮片经营秩序，严厉打击使用假冒伪劣中药饮片的违法行为。同日贵阳市市场监督管理局发布关于开阳县市场监管局开展中药饮片专项整治行动的公告。无独有偶，保定市市场监管局近日以“四个强化”进一步加强中药饮片生产企业风险隐患排查工作。此外，天水市市场监督管理局近期也发布了扎实推进中药饮片专项整治的公告。另外，3月9日，亳州中药材市场也发布了《关于亳州中药材专业市场开展3.15专项整治的通知》，为规范市场秩序，促进市场繁荣稳定，自2021年3月5日-2021年4月5日康美(亳州)华佗国际中药城开展为期一月的3.15中药材专业市场综合治理专项整治行动。按照中药材专业市场“十不准”和“十个一律”的要求，严厉打击非法加工、制假、售假等违法违规行为。目前，由于政策支持和疫情的影响，中医药迎来了历史性的发展机遇。监管部门对饮片行业的整治工作不断推进，中药产业正迎来一轮重大变革。中药材是中医药事业的物质基

础，加强中药质量监管，是发展中医药的必行之路。中药饮片为我国中医药行业的三大支柱之一，市场发展空间广阔。在人口老龄化加剧的背景下，以及支持中医药事业发展政策的驱动，预计 2023 年行业市场规模将超过 5000 亿元。

在此背景下，行业的规范化、集中化、健康化发展显得至关重要。

3、企业面临更高挑战

总体而言，随着各地加强对中药材及饮片的质量监管，中药饮片总体质量状况得以明显好转。从 2013—2019 年全国市场质量抽验数据比较来看，我国中药材与饮片总体合格率分别为 64%、68%、75%、77%、84%、88%、91%，呈现出逐年提升、稳步向好的发展态势。



（图片来源：药智网）

伴随着新版《药品管理法》的颁布，国家对出现假劣的情形对企业的惩罚力度空前绝后，可谓最严厉的处罚，也促使各个中药饮片生产企业对药品质量的提高加强了力度。

在此前，由于中药材资源分布的广泛性和现有流通状况，管理者在明处，被管理者在暗处和散在于各个角落和各个环节，中药材流通产业缺乏集约化、系统性和品牌观念，导致行业难以统一管理和规范流通，从而给作奸犯科者以可乘之机。

这种混乱的情况会导致劣币驱逐良币。因为种植绿色药材、道地药材和树立品牌必然会相应增加成本甚至降低产量，如绿色党参产量肯定超不过施了“壮根灵”的党参，导致绿色有机药材无法进入市场，最终只能自己也采用非正规手段来恶性竞争，结果必然使药材价格无法真正反映其价值。

新版药典对中药饮片行业的中药种植户、中药原材采集企业、中药加工流通企业等环节都提出了严格管理要求，在此背景下的中药饮片企业承压明显，需要从种植、加工、生产等各个环节严格把关，以保证中药质量安全。业内预计，中药饮片高质量发展已成趋势，未来中药饮片行业的整治力度还将不断加大。

不过，相信中药材及中药饮片的困境是暂时的，随着国家一系列政策如无公害种植、追溯体系建立等的稳步推进，必将会更全面的控制好中药材的质量。

这种情况下，一些不具备条件的饮片企业，尤其是那些不能及时调整生产经营策略、提高产品质量的企业，将会被加速淘汰出局，而有实力的企业将会得到更广阔的发展空间，饮片产业整体质量将得到实质性的提升。

• 医院管理 •

与公立医院相比，为什么民营医院收住院率低？

来源：博策医管

今天和大家分享怎样帮助医院提高收住院率。说到收住院率，不了解医疗的朋友可能陷入概念误区：患者不应该是越少越好吗？为啥你们总是在研究怎么让患者住院呢？为了减少非专业者的阅读歧义，我们有必要解释一下什么是收住院率。

一、什么是收住院率

当月患者收住院率=患者住院数÷当月门诊量×100%。

全国医疗卫生机构收住院率分析

机构类别	诊疗人次 (亿人)		住院人次 (万人)		收住院率 (%)		
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	增长率
合计	79.3	81.8	22728	24436	2.87	2.99	4.23
公立卫生机构	61.7	63.4	19876	21035	3.22	3.32	2.99
非公卫生机构	17.6	18.4	2852	3401	1.62	1.85	14.06
医院	32.7	34.4	17528	18915	5.36	5.50	2.58
公立医院	28.5	29.5	14750	15595	5.18	5.29	2.14
民营医院	4.2	4.9	2777	3321	6.61	6.78	2.51
三级医院	16.3	17.3	7686	8396	4.72	4.85	2.92
二级医院	12.2	12.7	7570	8006	6.20	6.30	1.60
一级医院	2.2	2.2	1039	1169	4.72	5.31	12.51
基层医疗卫生机构	43.7	44.3	4165	4450	0.95	1.00	5.40

数据来源：2019年我国卫生健康事业发展统计公报

博策医管认为，收住院率是衡量医院运营是否规范的重要数据之一，它与患者的利益息息相关，也关乎着医院的经济效益。此外，也

反映了医保资源消耗的情况，可以说收住院率在医院、患者、政府、社会四方面起到了枢纽的作用。

二、收住院率分析路径

对比竞争对手收住院率。了解辐射区域竞争对手平均收住院率，将它作为医疗机构住院管理水平的评估标准，当您的医院处于同类医疗机构平均水平，这就说明在收住院率管理方面比较得当。

不同病种收住院率差异。在同一所医院，不同病种间的诊疗方案具有个性化的特点，而且同为业务科室，也有主次之分，收住院率差别很大，这在民营医院尤为明显。最简单的例子，很少有人因为发烧感冒去住院，肿瘤患者几乎都需要住院。

相同病种收住院率差异。每家医院学科性质、诊疗方法、学科带头人的权威性、团队水平各有千秋，所以面对相同病种，不同医院的收住院率有所区别。

就诊类别收住院率。一般医保就诊患者收住院率都很高。自费患者，特别是经济条件较差的患者，收住院率通常比较低。

三、住院床位使用率

病床使用率是反映每天使用床位与实有床位的比率，即实际占用的总床日数与实际开放的总床日数之比。举例如下：

XX 医院 XX 年 XX 月份病床工作动态

项目 数据 疗区	开放 床位	出院 人数	实际开放 总床日数 (A)	实际占用 总床日数 (B)	出院者占用 总床日数 (C)	病床 (错误) 使用率 (%) C/A×100%	病床 (正确) 使用率 (%) B/A×100%
一疗区	25	4	700	585	362	51.71	83.57
二疗区	25	5	700	624	189	27.00	89.14
三疗区	25	2	700	618	213	30.43	88.29

从上表数据可以看出，出院者住院天数的总和小于实际占用的总床日数时，那么错误计算的病床使用率就会小于正确计算的病床使用率。

错误计算将导致：用出院者占用总床日数计算病床使用率得出，出院者的住院日越长，使用率就越高，反之则低，而正确评价的病床使用率应该是实际占用的床日数越多，使用率则越高，没有正确反映出该时期床位的使用情况。有些科室不去提高病床的工作效率，而一味追求用延长患者住院日来增加病床使用率。

四、如何缓解收住院率低迷困境

从医院管理的角度来看，影响收住院率的因素有以下几个方面：

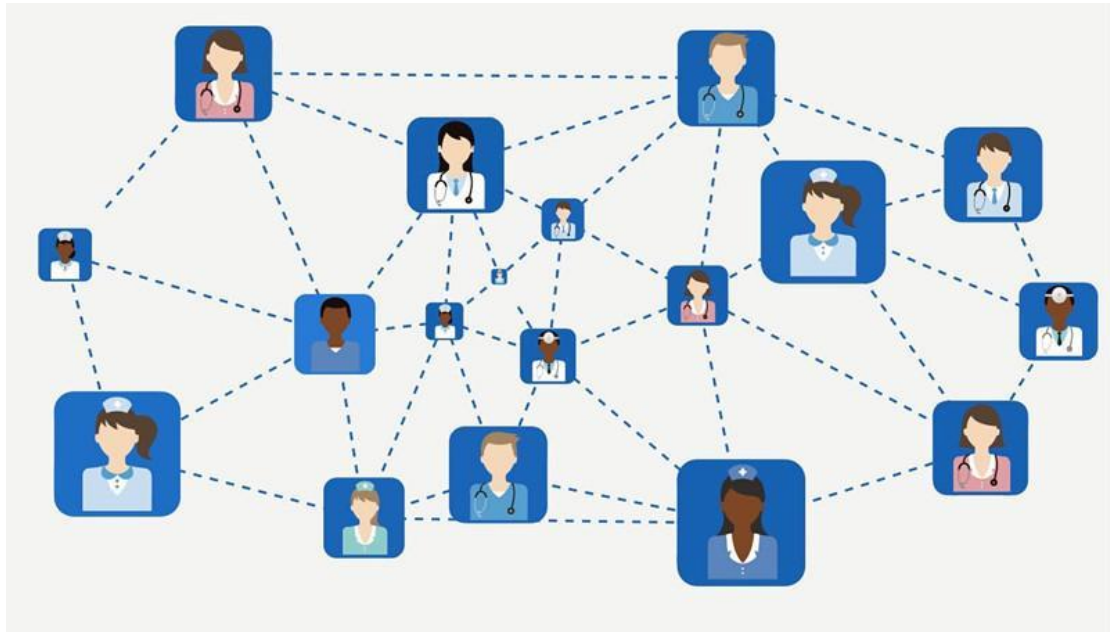
1、首诊医生是关键

1.1 专业水平

凡出门诊的医生都是有处方权的医生，一般由主任医师和副主任医师出专家门诊，开展各种疑难杂症的诊治。由主治医师出普通门诊，主要任务是进行咨询、开药和普通疾病的诊治。博策医管发现，目前在三甲医院，即便是普通门诊的医生，一般都是硕士以上学历，来医院也要经过三年的规培，学医经历在十年以上，所以综合业务水平较高。而民营医院出诊医生的职称和业务能力差别很大，对患者收住院率影响也比较大。因此我们应当将职称较高、接诊能力较强的医生作为出诊首选医生。

1.2 服务态度

我们经常能听见患者抱怨某某公立医院专家脾气不好耍大牌：多问几句医生就不耐烦了，也不敢详细咨询，心里顾虑重重。医患间缺乏沟通，诊断医生给患者的印象较差、就诊流程体验不好是患者放弃入院治疗的重要因素之一。



1.3 接诊能力

很多医生的诊疗水平很高，但是缺乏沟通、应变、耐心等能力。因此即便患者对诊断比较认可，出于多方面的考虑，最终仍旧没有在本医院进行住院治疗，这就需要管理者通过培训或者其他形式来提高出诊医生接诊能力。

1.4 诊疗方案

1.4.1 明确诊疗方案

门诊的明确诊断是决定患者住院治疗的重要因素。对于大病，比如肿瘤疾病；或是顽固性疾病，如皮肤病，患者可能有在很多医院就

诊的经历。俗话说久病成良医，患者基本上对自己的病情非常清楚，只是想有一个更有效或更经济的治疗方法，这就要求医生在看诊后要给出明确诊断，不能模棱两可让患者心存疑虑，对医生的诊断水平产生质疑。

1.4.2 统一诊断结果

诊断结果一定要权威，让患者信服。涉及会诊时，不同学科需统一意见，给出最终诊疗方案。如果门诊医生给出的诊断和其他医院的结果大相径庭，或会诊的各学科意见不统一，就会让患者对医院产生信任危机，更不要说入院治疗。

1.4.3 治疗技术差异化

保持技术领先，利用先进的治疗技术与方法给予患者信心，并带来疗效。管理者和门诊医生需要了解患者就诊心理，如果说患者曾在多家医院看诊、住院治疗，已经了解了常规的治疗方法，那么他来到你的医院，需求的就是先进的、与其他医院不同的治疗方法。管理者需要对本区域竞争对手的诊疗技术进行调研，引进先进技术与设备，保持技术领先优势。

2、满足患者住院前的需求

住院前，医护人员应当尽可能满足患者及家属需求，这些需求包括检查、检验、缴费等项目的效率提升、疗区参观、病房选择及其他要求服务，促进患者做出住院决定。

3、诊疗费用

诊疗费用是决定患者是否住院治疗的关键。患者病情严重，家里经济条件不好，很多人有可能就会选择放弃治疗，或者选择费用较低的小医院治疗。医院要根据自己医院的级别、地域消费水平、诊疗成本等要素合理定价，尽可能的让患者不因费用而耽误治疗。

4、标准化管理

医院的标准化管理是一个动态过程，具体包括门诊患者标准化管理、住院及手术患者标准化管理、护理标准化管理等。有健全的管理机制，强调制度的落实，更要强调任务的完成。以强有力的组织措施和合理的激励机制保障流程优化的顺利进行，以标准化管理为抓手，能提升医院整体服务能力，也能有效改善患者的就医体验。让医生的工作开展有据可依，患者的服务有标准进行参考。提升患者的满意度和医生工作效率。

5、硬件设备

一般来说，患者是否会在本院住院，主要取决于门诊医生的权威性及其诊断结果，而医生的诊断又来自于医院配套的检查、检验设备。比如说 PET/MRI、PET/CT、SPECT/CT、64 排 CT、128 排 CT 等，如果肿瘤是患者，涉及放疗还需要大孔径模拟定位 CT、直线加速器。

俗话说巧妇难为无米之炊，在诊疗过程中，如果医疗机构缺少足够的监测、检验、治疗设备，患者只能另行选择医院就诊、住院治疗。

保证医疗设备供需平衡。博策医管建议管理者们要根据医院业务需求将诊疗设备配置完善，便于诊疗工作的开展，让患者得到最好的

医疗服务。

6、医院环境

对于需要长期住院或定期住院的患者来说，医院环境的好坏影响着患者的最终选择。医院需要为住院观察和治疗的患者提供良好的护理环境，原因有三，第一在于良好的环境有利于患者的治疗；第二是防止患者交叉感染或者细菌感染；第三可以让患者放心、安心地在医院接受治疗，利于积极心态的调整。因此对于患者来说，医院所提供的护理环境是尤其重要的。如果您的医院环境较差，就需要根据患者诊疗、医护开展工作的需求进行升级完善。

7、扩大本院医保报销区域

对于外地患者而言，能不能报销，报销比例是多少？已经成为左右他们是否住院的重要因素。通常遇到这样的情况说明患者对医院的诊疗方案是比较满意的，只是出于报销后诊疗费用的顾虑。对于广大外地患者而言，如果医院能够扩大医保合作范围，让更多的患者享受医保就医，那将会极大的提升医院收住院率。

8、口碑与品牌宣传

在同一区域内，你的医院是否拥有良好的品牌形象？在人们生病后，第一时间想到的是去你的医院就诊、住院治疗。

那么，在保证医疗质量提升口碑的同时，通过多种形式加强对外宣传，扩大知名度提高美誉度，这对收住院率也将起到促进作用。

[返回目录](#)

与大医院“分不开”“合不上”，基层医疗痛点如何消除？

来源：看健日报

2021年，加强基层医疗卫生服务能力的强音不断被“奏响”。

全国“两会”期间，中共中央总书记、国家主席、中央军委主席习近平看望了参加全国政协十三届四次会议的医药卫生界、教育界委员，并参加联组会，听取意见和建议。习总书记首先针对公共卫生体系建设提出要求，紧随其后强调县域医共体的建设，指出要改善基层基础设施条件，落实乡村医生待遇，提高基层防病治病和健康管理能力。

不仅如此，“十四五”规划和2035年远景目标纲要在第四十四章——全面推进健康中国建设中也明确，加强基层医疗卫生队伍建设，以城市社区和农村基层、边境口岸城市、县级医院为重点，完善城乡医疗服务网络。加快建设分级诊疗体系，积极发展医疗联合体。

加强基层医疗卫生服务体系建设已经被提上了日程。

从过去10年看，基层医疗卫生服务体系从机构数量、人员数量、服务能力上都已经取得长足进步。但也不可否认，基层医疗机构与二、三级公立医院的发展速度存在较大差距。加强基层医疗服务能力刻不容缓，必须从机构、人员和技术上加强投入。

基层医疗卫生服务体系的长足进步

总体来看，基层医疗卫生服务体系的进步体现在以下三个方面：

第一、基层医疗卫生服务体系逐步完善。2018年第六次全国卫

生普查显示，全国已基本实现每个乡镇都有 1 所政府办的乡镇卫生院，每个街道都有社区卫生服务机构，每个行政村都有 1 所村卫生室，80%以上的居民 15 分钟内能够到达最近的医疗点，群众看病就医方便、可及程度逐步改善。

第二、基层卫生人才队伍逐步壮大。与 2010 年底相比，2019 年基层医疗卫生机构人员数增加近 90 万人。这说明为基层服务的能力的确有所提升。

第三、基层卫生服务能力逐步提升。在近 10 年时间内，我国基层医疗服务能力有了明显进步，在人员数量和服务数量上看，都有了明显的增长。这不仅说明了能力，也证实了服务质量。

基层医疗机构发展绕不开的难题和挑战

(一) 规模增长速度落后于医院

与医院发展速度相抵，基层医疗机构的数量减少，且幅度要大于二、三级医院。

一方面，从机构数量上看，在近 10 年间，医院增加了 12000 多家，基本集中在民营医疗机构，公立医院减少了 1700 家。

另一方面，从结构上看，三级医院增加了 1300 家，数量翻了一倍，同期基层医疗机构数量在减少，只有社区卫生服务中心增加了 3000 家。

(二) 基层医疗卫生服务能力增长落后于二、三级医院

近 10 年的数据看，全国医疗卫生机构出院人数增加了一倍，增

长主要来源于近 1000 万的医院住院人数，还有同期基层医疗卫生机构增加的 660 万人。从增幅和绝对数量看，医院住院人数远远超过基层医疗卫生机构。医院人力资源方面的数据尚未可循，不过从医院增加的数量来看，医院卫生人才数量也会有不小幅度增加。

(三) 基层医疗卫生机构定位不清

基层医疗卫生机构到底需要承担什么责任？在分级诊疗中扮演什么角色？

一方面是分不开。在社区首诊、上下转诊，分级诊疗的目标体系下，基层医疗卫生机构默认了自己的主要业务是和医院重叠的，都是对疾病的诊治，只不过是三级医院以疑难危重为主，基层医疗卫生机构以常见病、慢性病为主。但在实践中，我们会发现，三级医院是以疾病诊治为主，基层医疗卫生中心是以“续方”为主的，首诊还是在大医院，而非在基层。由于在功能定位方面的竞争关系，基层医疗卫生机构的服务量增幅是小于医院的。

另一方面是合不上。分级诊疗其实是为建立整合型医疗服务体系打基础，让患者在医疗服务体系内接受无缝隙的医疗服务。但目前看，不仅没有分开，更谈不上整合。医共体遍地开花，但成功经验不多，安徽“天长模式”已经取得标志性成果，但是否可以在全国全面推广，还有待更多实践检验。

基层医疗卫生机构如何“跑起来”？

从以上分析可以看出，近 10 年期间，基层医疗卫生机构在资源

投入和产出方面都取得了明显进步，但与医院相比，发展速度和能力差距仍在拉大。据此，我们认为，分级诊疗虽取得部分进展，但距离完全成功还有较长的路要走。基层医疗服务体系建设确实是重中之重，尤其是县域医疗卫生服务体系建设，必须改善集成基础设施条件，落实乡村医生待遇，加大资源投入，通过县域医共体建设，加快实现分级诊疗的步伐。

(一)从业务类型上说，要和三级医院有实质区分。目前从疾病严重程度进行分类，执行起来很难予以评价。国外经验可以借鉴，但我们市场化程度还不够，难以支撑起专业化分工的市场体系。所以在业务类型上分类对各级医院业务范围作出规定，难以执行。因此，可明确界定业务范围，比如预防功能，是基层医疗卫生机构的业务范围，医院不能提供此类服务。某些服务项目，只能在社区医保报销，医院不给予医保报销等。这样才能“分”得开。

(二)从体系上说，需进一步提升基层服务水平。统筹推进紧密型县域医共体建设、“优质服务基层行”活动、社区医院建设等工作，补短板、抓重点，优化医疗资源配置，完善基层医疗卫生服务体系，持续提升服务能力，让医共体内就诊患者能感受到分级诊疗体系“合”的优势。

(三)从激励机制上说，要加大财力投入。持续推进“公益一类保障、公益二类管理”，完善财政投入机制。更重要的是，按照三部门关于完善基层机构绩效工资政策的文件精神，落实绩效工资政策，提

高基层绩效工资总量，扩大内部分配自主权。推动完善医疗服务价格等相关政策，提高诊疗费、手术费、护理费等医疗服务收入在总收入中的比例。让医务人员有实实在在的收入感。

(四)从资源投入上说，关键是要加强基层人才队伍建设。实现以上措施，人才是关键。加强全科医生队伍建设，继续开展助理全科医生培训和全科医生转岗培训，推进全科医生特岗计划，扎实做好住院医师规范化培训和农村订单定向医学生免费培养。拓展基层人员职业发展空间，提高以全科医生队伍为主体的基层卫生人员待遇，同时提高基层机构中高级专业技术岗位比例。

[返回目录](#)

· 地方精彩 ·

数字化推动中医药创新！江西打造全国首个“数字中医药健共体”

来源：vcbeat

日前，中国(南昌)中医药科创城与江西国医数字健康产业有限公司签订框架协议，双方将共同建设并推进全国首个“数字中医药健共体”落地赣江新区，通过互联网医院、智慧中药房等数字化创新工具，为科创城数万居民提供更便捷、更实惠、更科学的数字中医药服务，将赣江新区打造成为向世界展示和推广中国特色健康服务模式的窗口。

当天，赣江新区党工委副书记、管委会主任、中医药科创城党委

书记肖玉文，新区党工委委员、管委会副主任、中医药科创城管委会主任应炯，微医投资执行董事彭涛，国医数健副董事长、南华医药总经理陶跃萍出席了签约仪式。

“数字中医药健共体”是数字化驱动、以健康为中心、以中医药服务为特色的健康共同体，通过打造以中医药理论为指导、数字技术与“互联网+”模式为依托、融入现代健康管理理念、线上与线下服务融合的中医药健康服务平台，在赣江新区开展个性化、便捷化、共享化、精准化、智能化的中医药健康服务，促进居民健康，并推进中医药供给侧结构性改革，推动中医药传承发展。

据了解，该项目将推进互联网医院、智慧中药房、慢病管理中心、慢病医联体、智慧中医药平台、智能医保监管平台、数字中医药展示和体验中心在内的数字化探索，打通“院内+院外”、“线上+线下”的全流程服务闭环。建成后，科创城数万城乡居民有望享受到在线复诊、购药、线上医保支付、中药代煎、药品配送到家等便捷服务。

近年来，为贯彻落实习近平总书记对江西工作的重要要求、引领高质量跨越式发展，江西加快推进中医药强省战略步伐。江西省工业强省建设工作领导小组《关于加快我省中医药产业发展的实施意见》提出，到2023年，力争全省中医药产业全产业链主营业务收入突破1000亿元。

作为中部地区第2个、全国第18个国家级新区，赣江新区全力推进建设中医药科创城市建设，将中医药科创城作为赣江新区的“特区”

打造。在“双核驱动、协同发展”的模式推进下，中医药科创城强化创新驱动，将借助数字中医药健共同体建设，进一步带动中医药产业发展，培育江西数字健康独角兽。

据了解，江西国医数字健康产业有限公司(简称“国医数健”)，是赣江新区管委会联合江西科技创新基金管理团队等多方共同推动筹建，由微医集团与南华医药混合所有制新设成立。微医是国际领先的数字健康平台，开创了中国在线诊疗、处方流转、医保在线支付等新业态，连接了全国 7600 多家医院，27 万余名医生和超过 2.2 亿用户，旗下拥有 28 家互联网医院。南华医药是江西最大的医药流通企业，由江西省医药集团公司和上药控股有限公司强强合作成立，零售渠道覆盖全省 11 个设区市 70 个县区，在全国同行业百强排名中位列第 22 位。

依托国医数健丰富的平台资源和数字化优势，“数字中医药健共同体”可加快打通医疗、医药、医保的“互联网+中医药”服务闭环，发挥中医药在治未病、管慢病等领域的优势，提升居民的健康水平，推动中医药的传承创新发展。

[返回目录](#)

福建泉州：开展按床日收付费改革实现医保患三赢

来源：经济日报

为推进多元复合型医保支付方式改革，探索建立符合精神类疾病特点的支付方式，提高精神类疾病参保患者的医疗保障水平，泉州市

医保局在 2020 年试点基础上总结完善并于近期出台《关于开展精神类疾病住院按床日收付费改革的通知》，在全市二级及以上公立精神病专科医院推广按床日收付费改革。

“三明确”强化制度设计

为解决传统按项目收付费存在的过度检查、过度治疗、费用增长过快等问题，泉州市医保局依据规范的临床路径和治疗方案，以及不同精神疾病不同住院时段的费用和资源消耗情况，对精神类疾病住院实行分类分段收付费管理，在制度设计做到“三明确”。一是明确收费标准。每床日费用包含患者当日所发生的诊断、治疗、护理、床位、药品、医用耗材等各项诊断和治疗相关费用，医院按此标准收费。二是明确支付比例。按床日定额费用，不设起付线，由统筹基金和个人按比例分担。三是明确“超支不补、结余留用”。参保患者住院床日医疗费用超过“床日定额标准”的部分由医院承担，低于“床日定额标准”的按定额标准结算，结余部分作为医院医务性收入。通过收支制度，强化导向和激励作用，推动医院加强成本核算和精细化管理，主动降低不合理的医疗费用。

“三规范”确保诊疗质量

为避免出现按床日收付费可能导致的降低服务质量、降低入院指征及低标高套等问题，泉州市医保局注重加强监督管理，要求医院做到“三规范”。一是规范诊疗行为。医院要在符合医学原则下按临床诊疗规范对参保患者提供医疗服务，确保医疗安全和诊疗质量。因降

低医疗服务质量引起的相关责任由医院自行承担。二是规范收费管理。医院要做好按床日收费告知和价格公示，严禁将非精神类疾病纳入按床日收付费执行，严禁将低费用病种按高费用病种收费，严禁挂床住院、分解收费、随意延长住院天数等行为。出现违法违规行为的，医保部门将依法处理。三是规范信息传输。医院要按规定如实传输参保患者医疗费用等信息，严禁弄虚作假，对出现漏项、减项、换项等不真实传输行为的，其相关费用医保基金不予支付，并将依法处理。通过监督监管，督促医院规范诊疗和收费，确保服务质量，提升群众就医的安全感、获得感和幸福感。

自 2020 年在市第三医院试点以来，试点医院医疗总费用、日均费用、基金支出同比分别降低 16.84%、18.98%和 13.01%；患者实际报销比例同比增长 3.66%；医院通过控费，增加医务性收入 159.06 万元。改革取得了“三降双升”（医疗总费用、日均费用、基金支出三降低、患者报销比例和医院收入双提升）的成效，初步实现医保患三赢。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

商业健康险无法成为药企规模化的新支付方

来源：Latitude Health

过去 5 年来，商业健康险的创新层出不穷，但除了百万医疗险，其他的创新都未见起色。在众多的创新中，有很多合作方尤其是药企

和一些医疗机构将保险仅仅作为一种支付手段，而不是风险保障，希望通过保险这一工具来为医疗服务或产品直接付费。虽然，保险确实是一种消费品，但用户消费的是风险保障，而不仅仅是一个单纯的服务购买。因此，这样的保险创新违反了保险的基本原则，也就无法走远。

随着经济发展的加速，生活成本被大幅抬升，人口出生率出现了明显下滑，作为社保的一部分，医保面临长期发展的可持续性挑战。另一方面，用户在经济能力获得提升之后，对医疗质量的需求明显上升，这推动新技术和新产品的使用，反过来进一步加大了医保的压力。因此，医保不得不强化支付控制能力，一方面通过持续压制药品和耗材的价格来降低单价，减缓费用增速，另一方面推动 DRG 的实施，强化医疗费用的透明化，使得医疗费用的效率得到提升。

随着医保控费的强化，很多新技术、新产品和新服务在大幅降价的前提下，通过以价换量得以纳入医保，但也有很多坚守自费市场，这推动了部分有支付能力的用户寻求商业保险的覆盖，以降低自身未来面临的灾难性风险。

从世界各国来看，随着医保控费能力的增强，在以医保为主体的地区，商保往往能获得较快的发展，这既有费用转移的因素，也有用户对更高医疗质量的追求。

不过，虽然用户对商保的需求增长了，但并不代表用户购买的是一个即时消费的产品，并不能带来对某些产品和服务的直接营收拉

动。保险的利益属性和药耗等技术治疗手段的利益属性是相悖的。

真正希望购买保险保障的用户看重广谱性，未来性，尽可能全面性：

广谱性：保险产品的保障覆盖需要是全方位的，而不是局限于一个病种或一类保障(比如只有药品)。

未来性：保障能够持续且对于新推出的新技术新产品能全面覆盖，而不是仅仅覆盖当前的治疗手段。

全面性：不仅是广度，保障的深度和力度也要足够，特别是在医保赔付的缺口上，要能有明显的覆盖强度。

但是，新技术、新产品和新服务则看重消费性，当下使用性，费用为先性：

消费性：这些服务和产品希望推动用户持续的消费，追求的是高频性，而不是低频的使用。

当下使用性：要增加产品收入就必须推动当下销售，而不是等待远期产生的可能收益。

费用为先性：服务和产品是即买即用，但保险追求的是风险保障，希望约束的就是即买即用。

因此，虽然很多地区的商保市场规模获得了快速增长，但其却有着明确的自身发展特征：低保费市场扩容带动不了真实赔付金额的高速增长。

在以医保为主的地区，商保的核心覆盖区域集中在医保保障的二

次报销，虽然不排除一部分用户有增加自费产品的使用诉求，但这必将推高保费，导致愿意接受的用户减少，降低可扩展的规模。因此，所谓的普惠型商保必然集中在医保领域，将保费价格降低到中等收入人群可接受的程度，而如果要在产品领域应保尽保，则必然是高端医疗险的范畴，为高收入人群提供有效的保障。因此，市场的趋势就是低保费换取用户规模，但无法覆盖更多昂贵治疗，或者高保费维持小众市场，虽然可以覆盖昂贵治疗，但无法产生规模效应。

这也意味着，如果要吸纳更多自费产品进入保障范围，这样的保险市场规模必然不大，也就无法推动医保目录外的新技术和新服务起量。而如果要寻求用户体量，则低价保险显然无力承载更多自费产品和服务，只能为用户提供医保目录内的二次报销。

所以，虽然药企、医疗机构和健康管理机构在过去几年推动了很多保险产品创新，特别是在单病种或单纯的药品保障上，却无一成功，核心是违背了保障的本质，只是希望将保险作为支付手段，而根本没有考虑用户是否需要这样的保险产品，这也就导致保险产品无法出现规模，也谈不到借助保险来进行支付了。

当然，普适性的保险的增长是能推动对服务和药品的报销，但由于自身规模有限，又主要集中在住院领域，对于需要长期治疗的用户并没有持续覆盖的可能，也就无法产生希望的规模。

不过，即使在普适性的保险产品上做叠加是一个更符合市场趋势的路径，但由于中国仍是非高福利国家，用户追求的大部分产品依然

是低保费的，也无法对医保目录外的产品行业技术进行真正的大范围覆盖，对商保的寄托只能集中在小众的高端医疗险上。基于此，企业显然无法得到其希望的规模，也就不存在真正的市场机会。

[返回目录](#)

解读 | 这 2 个方面，在医保基金监管条例中起重要作用

来源：健康县域传媒

《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称“条例”)于 2020 年 12 月 9 日国务院第 117 次常务会议通过，自 2021 年 5 月 1 日起施行。我国医疗保障基金使用有法可依、违法必究的时代来了，标志我国医疗保障治理能力现代化水平的提高。

我国实行以基本医疗保险为主的全民医疗保障，中华人民共和国境内的用人单位、职工和居民均有缴费义务，参保职工和居民发生目录内的医药费用时依法享有获益权。我国医疗保障基金基本医疗保险(含生育保险)基金、医疗救助基金等，属于准公共基金。此前由于缺乏可操作的法律依据和执行机构，医疗保障基金被当做“唐僧肉”，基层医疗机构有拉客办理假住院的，大城市地面有倒卖医保药品信息的，欺诈骗保套保处处可见。

2019 年，国家医保局共组织 57 个飞行检查组，对 92 家大型三甲公立医院进行了重点查处，初步查实违规资金 21.67 亿元。在打击欺诈骗保专项治理中，全国共查定点医药机构 81.50 万家，占定点医药机构总数的 99.45%，查处定点医药机构 26.4 万家，追回资金 115.56

亿元。

《条例》立法假定充分、内容全面系统，体现了政府责任、社会协同、公众参与、科技支撑和法治保障的治理原则，规范了基金监管机构、方式、内容，比较详尽的界定了骗保行为，相关法律责任的详细程度也前所未有的。

依法规范了医保基金的使用行为

第 8 条规范了政府责任和医保待遇清单制的实施规则。

医疗保障基金使用应当符合国家规定的支付范围，由国务院医疗保障行政部门依法组织制定；省、自治区、直辖市人民政府按照国家规定的权限和程序，补充制定本行政区域内医疗保障基金支付的具体项目和标准，并报国务院医疗保障行政部门备案。在《条例》实施后，医保待遇清单制纳入法律规范，各级政府不得随意将其视为福利大礼包赠送，由此扰乱国家医疗保障制度建设和发展秩序。

第 10 条规范了医疗保障经办机构的权责，第 36-37 条规范了法律责任。

医保经办机构要做好医保金当年支出的总额预算、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付改革等工作，并定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况，今后任何懒政、拖欠、不作为、不公正的行为都将接受社会监督，违规违法的机构和责任人将要承担相关法律责任。每个统筹地区的政府、医药机构和参保人均应当知晓年度医保基金的蛋糕，通过支付方式建立切蛋糕的游戏规则，实现患者减

少、合理医护、医生收入增加的激励相容机制，激励地市政府完善社区健康管理和基本医护，抑制盲目发展大型医院超标使用医保基金的不当行为。

第 14-16 条对定点医药机构提出四个“应当”和五个“不得”。

“应当”为命令性规范。

一是“应当”建立医疗保障基金使用内部管理制度，由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作，建立健全考核评价体系；

二是“应当”执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料；

三是除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，“应当”经参保人员或者其近亲属、监护人同意；

四是“应当”按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据，向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

“不得”为禁止性规范。

一是“不得”分解住院、挂床住院；

二是“不得”违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药；

三是“不得”重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

四是“不得”诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药；

五是“不得”通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金。

第 17-20 条对参保人员提出三个“应当”和三个“不得”。

“应当”持本人医疗保障凭证就医、购药，并主动出示接受查验；“应当”妥善保管本人医疗保障凭证，防止他人冒名使用；“应当”按照规定享受医疗保障待遇。“不得”重复享受；“不得”利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品；“不得”通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金。

第 21 条告诉所有相关人，医疗保障基金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

依法创建了医保基金使用的监管体系

1. 依法规范了医保行政机构的基金监督职责

以往医保基金监管由劳动监察机构或者医保行政机构负责，存在监管不利和管办不分等诸多弊端。《条例》明确了医疗保障行政部门的三项监督职责：

一是对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用

实施监督；

二是规范医疗保障经办业务；

三是依法查处违法使用医疗保障基金的行为的权责。

重点强调了三个问题：

一是与有关部门的信息交换和共享，创新监督管理方式，推广使用信息技术，建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，实施大数据实时动态智能监控，并加强共享数据使用全过程管理，确保共享数据安全。

二是根据医疗保障基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素(法律事件)，确定检查重点，组织开展专项检查，可以会同卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、公安等部门开展联合检查。

三是规范了实施监督检查可采取的措施，为此各级医保行政机构应当设立专门的行政监督机构，建立网格化分工协作机制，确保依法监督、违法必究、执法必严。

2. 依法规范了医保经办机构的协议管理责任

第 11 条规定，医疗保障经办机构应当与定点医药机构建立集体谈判协商机制，合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限，并根据保障公众健康需求和管理服务的需要，与定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。

第 13 条规定，定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至解除服务协议；定点医药机构及其相关责任人员有权进行陈述、申辩。

第 23 条规定，国务院医疗保障行政部门负责制定服务协议管理办法，规范、简化、优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，制作并定期修订服务协议范本。为医保经办机构行使医疗保障基金法定代理人和医疗服务协议甲方的职责提供了依据。医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序、订立医保协议，监督协议履行、变更、解除、终止和续订均为医保经办机构的职责。

3. 以下两点属于发展中的问题

一是根据第 24 条的规定：“医疗保障行政部门应当加强与有关部门的信息交换和共享，创新监督管理方式，推广使用信息技术，建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，实施大数据实时动态智能监控，并加强共享数据使用全过程管理，确保共享数据安全。”这条没有说清楚“使用者”是医保行政机构或经办机构，可以理解为初建时期由医保行政机构使用，运行成熟之后转交医保经办机构使用。

二是第三十八条规定：“定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人”。分解住院、挂

床住院;违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;重复收费、超标准收费、分解项目收费;串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等等属于违约行为,应当由医保行政机构约谈,还是医保经办机构约谈?也可以理解为初建时期由医保行政机构约谈,待医保经办机构运行成熟之后转交医保经办机构约谈。

[返回目录](#)

• 医药速递 •

开启全国试点, 抢占近 30 亿市场, 互联网护理的春天来了?

来源: 医药慧

2020 年 12 月 14 日, 国家卫健委发布《关于进一步推进“互联网+护理服务”试点工作的通知》, 提出在原六个试点省市的基础上, 自 2021 年 1 月 1 日起, 将“互联网+护理服务”试点范围扩大至全国。此次文件在试点范围、服务供给等方面作出了调整和更新, 从监管方的角度来看, 这一政策也肯定了 2019 年的试点经验。

自 2019 年 1 月国家卫健委确定六省市互联网护理服务试点后, 已有两年时间, 试点地区的落地情况如何? 有哪些互联网护理企业参与? 互联网护理还有哪些不确定因素? 为了了解这些问题, 我们和行业内的一些参与者聊了聊。

扩大试点范围, 行业确定性加强

据国家统计局数据显示，截至 2019 年底，我国 60 岁及以上人口为 2.54 亿人，占总人口的 18.1%，65 岁及以上人口为 1.76 亿人，占 12.6%。其中失能、半失能老年人 4000 余万。失能、高龄、空巢老人的增多，使得专业的医疗护理、康复、居家护理服务呈现出了庞大而刚性的需求。

近年来，党中央、国务院印发了《“健康中国 2030”规划纲要》《关于促进健康服务业发展的若干意见》和《关于加快发展养老服务业的若干意见》等文件，明确要积极发展护理服务业，加快推动健康老龄化。2018 年 6 月，国家卫健委联合发展改革委、教育部、民政部、财政部等 11 部门印发了《关于促进护理服务业改革与发展的指导意见》，增加护理服务供给，推动护理服务业快速发展。

随着互联网信息技术与卫生健康工作的深度融合，“网约护士”开始出现。其实质是互联网+护理服务，即依托互联网等信息技术，通过“线上申请、线下服务”的方式，由护士上门为群众提供护理服务。

为进一步贯彻落实《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》，国家卫健委于 2019 年 1 月印发《关于开展“互联网+护理服务”试点工作的通知》，确定北京等 6 省市开展“互联网+护理服务”试点工作，重点为高龄或失能老年人、出院后患者、康复期患者和终末期患者等行动不便的人群，提供医疗护理服务。

该通知提出了多条推动“互联网+护理服务”的要求措施，确定

了6个试点省市，明确了“互联网+护理服务”提供主体、服务对象、项目与行为等，同时加强互联网信息技术平台的管理。

随后，多个试点区域相继跟进，针对当地情况出台了相应的实施方案。

6省市在国家卫健委的通知下，更加细化了“互联网+护理”项目内容及施行细则。

在护士多点执业上，早在2015年5月，广东省卫计委发布的《广东省持续改善护理服务重点工作方案》就有提到，要逐步实行区域内护士执业注册，并鼓励有条件地区探索护士多点执业、护士在养老院护理院巡诊或兼职等尝试。而北京则在2017年发布《关于实施护士区域注册的通知》，宣布从2017年8月1日开始实施“护士多点执业”。

自2017年8月1日起，北京市内护士办理执业注册的护士，其《护士执业证书》执业地点栏登记为“北京市”。这一规定也就意味着，护士执业机构不再单一局限，“兼职”也成为合法合规之举，为大医院专科护士到基层和社会办医提供优质护理服务打通了政策通道。天津、上海也相继开始试点。护士多点执业的推动，会促使医护到家与社区卫生服务中心以及各级医院进行更加深入的合作，探索治疗后居家护理的“最后一公里”。

2017年1月出版的《中华护理杂志》发布的一篇由首都医科大学护理学院与天坛医院护理部联合发表的调研文章《护士多点执业认

知的调查和分析》显示，大部分护士对多点执业持欢迎态度。参与调研的 1010 名护士中，78.5%赞成护士多点执业，大部分护士认为，多点执业可以提高经济收入，提升自我价值和自身技能。

在护士资质要求上，遵循“5 年以上临床护理工作经验和护师以上职称”的基本要求外，部分地区还提高了护士的要求。北京考虑到医护分工合作，将执业护士和执业医师也纳入到了“互联网+护理服务”提供服务主体范围中；天津则要求部分项目如腹透管维护、PICC 维护必须要求护士具备相应资质。提高注册护士的服务资质门槛，一方面是对患者的健康安全负责，另一方面也能提前规避潜在风险，出现纠纷和问题有解决的依据和通道。

在服务模式上，浙江在“线上申请+线下服务”的模式上，还增加了“互联网护理专科门诊”，为老年病、慢性病、特殊疾病患者或孕产妇等人群提供护理指导和护理健康咨询。

在试点项目上，江苏和广东是试点服务项目最多的地区。江苏对可线上、线下同步开展的项目予以标记，明确负面清单，对静脉输液、动脉采血等风险较大的项目予以限制。天津、上海、浙江、广东虽未设置负面清单，但相关项目大都未出现在试点项目中。广东省则明确禁止提供涉及麻醉、精神、医疗毒品、输液等服务。

除了试点省市外，一些非试点城市也有积极响应这一政策。比如 2019 年 11 月，山西明确了“负面清单”，规定疑难杂症或不稳定的服务对象，特殊用药管理(精神类药品)、创始性护理操作、医学美容

上门治疗等为不适合互联网护理服务的项目。

新版《通知》发布后，河南快速相应，在 2021 年 1 月出台了“互联网+护理服务”试点工作实施方案，确定郑州市、济源示范区为全省试点地区，开展互联网护理服务探索。

德品医疗表示，2019 年《通知》和 2020 年《通知》有三个不同的地方。第一，2020 年《通知》提高了管理制度、服务规范和技术要求标准，有利于在原先发展的服务流程上进行归纳总结；第二，鼓励结合社会第三方医疗机构力量，形成高效、快捷的分级诊疗服务，满足人民群众多层次，多样性的服务要求；第三，2020 年政策特别提到关于医保支付的重大利好消息，“如果在结算方面可以给到老百姓真正的便利与实惠，才能真正来到‘互联网+护理服务’事业的春天。”

在具体的实操阶段，各地进展也有所不同。

2020 年 12 月 16 日，北京市顺义区启动首批“互联网+护理服务”项目，成为继东城区、朝阳区、石景山区之后第四个开展互联网+护理服务的地区；2020 年 12 月 17 日，新华网报道，天津市目前已有 15 家基层医院在天津市基层数字健供体服务平台开通“互联网+护理服务”；截至 2020 年 9 月，宁波云医院平台已签署 50 家医疗机构，平台注册护士 6079 人，共开展 36 项线下项目，累计提供上门服务 7975 人次。

中普达企业发展部总经理王忠介绍，根据中普达的市场数据，第一批国家试点以广东为覆盖面最广的地区。目前，大湾区医院建设第

一阶段基本结束，并在快速向大湾区以外医院拓展。北京、天津、上海三市由于医院集中且体量较大，分身乏术，上线比例比较有限。浙江省则以大型互联网企业为医院免费搭建互联网护理平台的模式，以地市级为单元建设，后续将持续完善实际落地运营；江苏则以单体医院建设为主，从2020年底开始，以区县为单位整体建设，效果初显：以张家港第一人民医院为例，单科室服务比例超过出院患者的30%，护士的互联网护理服务收入占总收入的30%，发展态势良好，且服务类型正在逐渐增加。

中普达企业发展部总经理王忠提到，目前互联网护理服务各地发展不均匀，这与医院、上级主管卫健委的政策力度有关，也和当地的护理资源供给有关。互联网护理服务若要长期发展，需要从单一护理服务逐步延伸到量化的健康指导，丰富服务内容，也需要医疗器械、药品、商保做合理的配合。

德品医疗也提到，各地在试点的过程中也总结了很多非常宝贵的经验。扩大试点范围让更多区域先行先试，从而在原先优秀的经验基础上，才能总结出更适用各地区的执行办法。

慢病护理、居家养老应用场景最普遍

根据 Annalysys 易观统计，中国互联网护理市场2019年行业规模约为29.6亿元，约占互联网医疗市场5.7%。随着互联网技术的发展、院外护理市场需求的扩大，互联网护理服务项目也越来越多。

按照项目所在地划分，北京市一马当先，广东紧随其后，上海、

福建和江苏旗鼓相当。根据最新的各省的 GDP 总量数据，广东、江苏的 GDP 总量分别为第 1、第 2。北京、上海、福建的 GDP 总量不算高(北京第 12、上海第 10、福建第 7)，但三地的人均 GDP 分别高居第 1、第 2 和第 4，富足程度毋庸置疑。目前来看，国家对互联网护理服务并未形成统一的市场定价机制，与院内护理相比，价格较高，对患者的经济能力有一定的考验。所以，互联网护理服务的发展与当地的经济水平存在高度关联。

此外，北京、广东等地在互联网护理服务上的探索都比较早。比如，2015 年 9 月，广东省家庭医生协会就开发了全国首个专业的居家医疗、护理和生活照护的 APP 平台“U 护”；2016 年 12 月，北京推出六项医保利好新政，内容就包括了上门医疗服务和建立家庭病床均纳入医保支付范围；江苏省人民医院早在 2016 年就在部分病区开展了“网约护士”上门服务试点。

从具体的应用场景来看，涉及慢病护理、居家养老应用场景的企业最多，均超过半数。慢病管理分类场景多，包括了鼻饲导尿、吸痰、术后康复，居家养老则以老人日常生活护理为主。与此同时，从被服务对象来看，慢病护理、居家养老的被服务对象主要是失能、半失能患者、老人，这也属于国家政策对互联网护理服务的服务范围要求。

在大量的失能、半失能患者，以及老龄化现象日渐严重的大环境下，慢病管理、居家养老总量多且增长迅速，显示了互联网护理服务对这两个应用场景的赋能作用，也说明了这两类应用仍然是互联网护

理服务中最为关注的核心应用。

值得注意的是，打针换药应用场景包括了一切破皮类的护理项目，如静脉注射、静动脉抽血、PICC 置管等。目前，国家政策对潜在风险较大的护理项目是否用在“上门护理”上处于审慎的态度，部分地区也有明确的规定是否适用，所以这类数量较少。

总的来说，医生、护士为互联网医疗服务的主要服务主体。目前市场主要实践围绕医生服务展开，形成了医疗服务决策中心，市场参与者众多，市场格局已基本形成。护士服务作为医疗服务的重要组成部分，无论是护士需求还是市场需求都处于快速增长阶段，另外，护士服务场景丰富，服务价值多样，市场增长值得期待。

从互联网护理服务企业的运营模式来看，可以大致分为三种：基于社区的家庭护理服务、基于实体医院的服务网络，直接与护士合作。

基于社区的家庭护理服务：第三方平台联合社区成立护理站点，打造“医院-社区-家庭”三位一体的合作模式，并在社区配备智能生命监测点、护士随诊包等带有数据传输功能的智能终端设备，社区患者出现异常，护理人员就近上门查看。

基于实体医院的服务网络：第三方互联网平台联合医院，利用互联网，将医疗机构、执业护士、出院患者三方联动，将护理服务延伸至家中。

直接与护士合作：护士以个人身份在平台注册，提交护士执业证书等相关证明，平台对材料核实通过进行培训和考核，通过后即可接

单。

但 2019 年版《通知》和 2020 年版《通知》都明确要求，“互联网+护理服务”的提供主体是医疗机构。这意味着，护士并不能以个人身份开展“网约”服务，需要由医疗机构派出。

这一要求的原因，一方面是在护理服务后，实体医院能够承载更多的医疗需求；另一方面，实体医院建立完整的服务标准体系，一定程度上能够降低“非法执业”带来的风险，保持线上线下服务同质化，对互联网护理服务行业发展具有重大意义。

但实际上，行业中也有不乏平台护士是以个人身份提供“网约”服务。

广东省家庭协会常务副会长吴育雄在接受南方新闻网的采访时表示，护士们“瞒”着单位提供“网约”服务主要有两个原因：医院管理者和护士对“网约护士”服务会有诸多顾虑，一方面担心违反国家法律法规和行业管理办法，另一方面担心本职工作受到影响，职称晋升受阻等。

安全、支付问题亟待解决

虽然互联网护理服务在政策和市场需求形势一片大好，但在实际推进中仍然存在一些难题，主要集中在两个方面：

第一，服务人员的专业素质审核。其中涉及到了两个问题：如何筛选符合条件的合格护士？如何杜绝护士借用他人证件注册、接单后他人冒名顶替服务等风险？

目前，各大平台为规避医疗安全风险，往往依赖于对护士的资质进行审核及限制服务范围。橙一健康创始人解琦表示，2019年版《通知》明确规定，提供互联网护理服务的护士至少具备五年以上临床护理工作经验和护师以上技术职称，“‘5年工作经验’几乎刷掉了一些平台50%-60%的护士。”

对护士进行分级化的分专业深度培训。护士脱离医院场景提供上门服务，对护士在有限的条件下做出有效地医疗行为有着更高的要求，需要提高护士上门对应急抢救的认知水平。

第二，“服务对象”的资格审核。需要明确界定护士上门可提供的护理服务范围，提出上门申请的患者也要经过评估。建议与患者就近的社区中心签署社区家庭卫生服务协议书、知情同意书等，医生或护士要填写入户评估表、首诊记录等，必须做到每一步有资料留存，每一项操作都有据可查。同时强调，病人有需求可以满足，但对潜在风险一定要提前规范和规避，出现纠纷和问题要有解决的依据和通道。如此，保护患者护理安全的同时，也能保障护士人员的安全。

标准化流程建立，不仅能提高护士上门服务平台的合法合规性，从而规避医疗风险、法律风险和人身意外风险，也为后续接入保险作基本保障等。

德品医疗表示，目前政策对专科护理服务的要求与流程还是非常高，且在家操作的过程中也会提高难度系数。企业可利用信息化手段，在上门服务过程中对护士进行实时定位、视频对讲、一键报警、服务

全流程记录等多种功能，以规避医疗风险，全程留痕可追溯；保障护患双方人身安全，为安全有效地“互联网+护理服务”保驾护航。

收费、支付机制待建立

目前，试点地区皆是结合当地实际供需需求，对医疗服务价格收费进行定价，尚未建立价格和相关支付保障机制，公立医院作为主体试行“互联网+护理服务”，本质上是公益性的服务，但忽视了这一个性化服务背后的市场化属性，出现了“叫好不叫座”的情况。“再加上，部分地区护士尚未开放多点执业，对离院较远的患者无法提供服务。”橙一健康创始人解琦说到。

从患者端来看，由于包含了护士交通和时间成本，护理费用也比在院护理高。但是目前，绝大部分的“互联网护理服务”并不在医保报销范围。

但也有部分地区早已开始探索：2016年下半年开始，上海市虹口区采取由政府购买服务，引进专业化社会组织的方式，针对失能失智老人的居家养老推出“养老服务包”；2016年12月，北京推出六项医保利好新政，内容就包括了上门医疗服务和建立家庭病床均纳入医保支付范围；2017年7月，国务院办公厅印发《关于加快发展商业养老保险的若干意见》后，广州市自当年8月1日起起试点实施长期护理保险制度，享受职工医保待遇，且已在定点机构办理手续符合相关条件的长期失能人员，可报销基本生活照料费用及医疗护理费用。

2020年5月6日，国家医保局发布《关于扩大长期护理保险制

度试点的指导意见(征求意见稿)》，文件提出，将长期护理保险制度试点城市从原先的 15 个扩展至 29 个，而且政策还明确，要引入社会力量参与长护险经办服务。从监管方的角度来看，这条政策是肯定了之前 4 年的试点经验，并为长期护理保险制度定下了社商结合的发展基调。

2020 年 11 月 8 日，深圳市人大常委会颁布《深圳经济特区养老服务条例》，明确“社保第六险”长期护理保险将于 2021 年 3 月 1 日起在全市正式实施，深圳成为国内首个长护险上线城市。2021 年 1 月 7 日，上海市医疗保障局联合民政局、卫健委等部门颁布《上海市养老服务条例》，将启动上海市老年人入住长三角区域养老机构长期护理保险费用延伸结算试点。

“长护险和‘互联网+护理服务’的服务内容都是互为补充，‘互联网+护理服务’的服务难度更大、更加具有专业技能的要求，对长护险的服务对象——65 岁以上失能半失能人群更加有针对性，更加刚需，可以解决他们专业的医疗护理需求。”德品医疗表示，“在结算方面，长护险由财政统一补贴的方式更加具有优势，而目前的‘互联网+护理服务’的居家护理服务还不能实施医保报销，基本需要居民自费，所以在消费习惯和家庭收入都有考验。”

在上门护理支付这部分，国外已有一些经验。1909 年，亨利街庇护所与大都会人寿保险公司达成合作，把上门护理费用纳入用户的医疗保险条款中。现在美国已经把家庭医护费用纳入了联邦医疗保险

(Medicare)，可覆盖的费用项目包括熟练护士短期照护、物理治疗、语言治疗等，而 24 小时家庭照护、购物、清洁、以及护工提供的洗澡更衣等服务产生的费用不纳入保险之内。日本的上门医护也是医保结合。医生访视和部分护理访视由医疗保险支付，其他服务由长期照护保险负担。

此外，中普达企业发展部总经理王忠介绍，“由于现行制度需要不断的完善，还存在一些尚未明确的问题，比如执业地点、执业环境、执业流程等，这些都是新型业态下需要不断适应市场和医疗的要求加以完善。”

总而言之，一套安全性和标准性规范对每个行业的发展都很重要，互联网护理服务亦然。将政策落到实地，不仅需要相关部门的强力推进，也需要平台、行业参与者的加持。互联网护理服务的发展，任重道远。

[返回目录](#)

大连锁动作不断，药店集中度或将加速提升！

来源：第一药店财智

时间进入到 2021 年，在年初这两个月里，药品零售行业又接连发生了几起收购案例。例如，老百姓以 2.39 亿元收购惠仁堂 35% 股权；一心堂以 3900 万元收购山西百姓药业 29 家门店；国大药房以 2.38 亿元收购迪升药业持有的国大迪升大药房 70% 股权……

不难看出，2021 年开年以来，药品零售行业依然延续了去年的

并购火热状态，朝着行业更加集中化的方向发展。

2010-2019我国药店情况统计					
年份	连锁企业数 量	药店总数	连锁企业门店数	单体药店	连锁率
2010	2310	39.9万	13.7万	26.2万	34.34%
2011	2607	42.4万	14.7万	27.7万	34.67%
2012	3107	42.4万	15.3万	27.1万	36.08%
2013	3570	43.2万	15.8万	27.4万	36.57%
2014	4266	43.4万	17.1万	26.3万	39.40%
2015	4981	44.8万	20.5万	24.3万	45.76%
2016	5609	44.7万	22.1万	22.6万	49.44%
2017	5409	45.4万	22.9万	22.5万	50.44%
2018	5671	48.9万	25.5万	23.4万	52.15%
2019	6701	52.4万	29.0万	23.4万	55.34%

药店连锁率稳步提升

近几年，上市连锁的快速扩张，让业内人士对连锁集中度的提升有了更加深刻的感知，但实际上这种提升多年来一直在持续演进。从连锁药店数量增长，以及连锁药店市场规模扩容等层面观察，便可窥探一二。

以2010—2019年为区间，我国的药店数量从39.9万家增至52.4万家，其中连锁门店数量从13.7万家增至29万家，连锁率也相应从34.34%提升至55.34%。与此同时，单体店在这10年间也减少了4万余家。这表明，连锁集中度在这10年间得到了大幅提升。

从市场规模来看，中康 CMH 数据显示，2019 年中国药品零售市场规模为 4555 亿元。这当中，百强连锁仅凭全国 15.8% 的门店数量，获得了全国药品零售市场 40.9% 的份额，这个成绩较 2018 年提升了 3 个百分点。

如果进一步聚焦，销售额 Top10 连锁门店数量占据了百强连锁的 44.4%，销售额则占据了 46.8%。放在全国零售销售规模下比较，销售额 Top10 连锁也占到了其中的 19.1%。

华西证券研报指出，我国头部连锁市占率逐年提升，TOP10 连锁的市占率从 2014 年的 14.4% 提升至了 2018 年的 21.6%，而 TOP100 连锁的市占率也从 37.5% 提升至了 45.3%。

虽然我国连锁集中度在近年取得了长足进步，但相较国外如美、日等成熟市场，仍然还处于较低水平。例如，美国药店的连锁率从 1990 年的不到 40% 增至 2019 年的 87%；TOP3 连锁门店数量占据了全美药店数量的近 30%，市场份额则高达 85%。华西证券研报指出，参照美日连锁率水平，假设到 2025 年中国药店连锁率达到 60%，期间每年以 5% 的速度增长，届时中国连锁药店数将突破 40 万家，相较 2019 年的 29 万家，还有 10 万多家的增量空间。

连锁	营收规模 (亿元)		营收增长率	单店销售额 (万元)		单店销售增长率	期末门店数		门店增长率	院边店占比
	YTD19Q3	YTD20Q3		YTD19Q3	YTD20Q3		2019Q3	2020Q3		
益丰药房	80.4	104.9	30.5%	193.1	203.3	5.3%	4416	5496	24.5%	未披露
大参林	73.9	94.4	27.7%	178.7	181.4	1.5%	4256	5541	30.2%	11.7%
老百姓	83.7	101.2	20.9%	185	174.6	-5.6%	4808	6177	28.5%	11.1%
一心堂	76.6	92.4	20.6%	125.3	138.7	10.7%	6216	6911	11.2%	7.4%

上市连锁扩张提速

聚焦到行业头部企业，这种集中度效应越发明显，尤其对于上市连锁而言。从 2020 年前三季度成绩看，四大上市连锁的增长率一骑绝尘，均实现了 20% 以上的增长，增速远高于行业整体水平，也超出百强连锁整体水平。

根据中康 CMH 高级研究员严砺寒的解读，将营收增长率影响因素进行拆解后，四大上市连锁单店的增长率相对稳定，它们的高增速主要来源于门店数量的增长。

而从各家财报不难发现，四大上市连锁在 2020 年均把“并购”纳入了自己的经营重点。例如，老百姓表示，将通过内生式开店和外延式“收购”并重方式，加快门店网络扩张；大参林表示，将通过“自建、并购、直营式加盟”三足协同方式，加快门店网络布局；益丰表示，将继续视“新开+并购”并重拓展模式为经营重点，持续提升区域市场占有率和集中度；一心堂表示，在自开门店同时，将进一步参与行业资产整合，通过收购区域优质医药零售资产，开拓市场、提高市场份额。

数据显示，从 2019 年 Q3 到 2020 年 Q3，益丰的门店数从 4416 家增至 5496 家，增长 24.5%；大参林的门店数从 4256 家增至 5541 家，增长 30.2%；老百姓的门店数从 4808 家增至 6177 家，增长 28.5%；一心堂的门店数从 6216 家增至 6911 家，增长 11.2%。

可见，在一年的时间里，四大上市连锁的门店数量增加了 700 家

至 1300 家不等，集中度有了较大提升。而随着健之佳的新晋上市，以及漱玉平民的即将正式上市，上市连锁阵营的集中度有望得到进一步提升。

直至目前，上市连锁的扩张步伐依然没有结束，集中度提升仍旧在持续，甚至还在加快。

早前，老百姓在获得 IFC10 亿元长期贷款时便表示，公司要在未来 3 年内增加约 1800 家直营门店，收购增加约 1200 家门店。

大参林在其 2020 年业绩预增公告更是指出，要通过“自建+并购+加盟”，在 2021 年里新开 1800 至 2000 家门店。

健之佳在其招股书中表示，要坚持“自建门店为主，择机并购为辅”的发展策略，在未来三年完成 1050 家直营社区专业便利药房的拓展计划。

漱玉平民在其招股书中亦表示，未来三年，公司将以本次上市为契机，运用募集资金在山东省新设 600 家门店。

整体上看，多项利好政策的实施，也在进一步拉抬连锁药店的集中度。

例如，“两定办法”的出台，给实体药店的发展带来了利好，其鼓励处方外流的举措，让在专业化、规范性、资质等方面具有优势的连锁药店更能获得市场青睐，分享处方外流带来的市场红利。

另外，取消药店“限距”规定、优化新店筹建审批等政策，更是为连锁药店的未来布局扫清了部分障碍。届时随着竞争的白热化，更

多新开连锁门店将会冒出，更多既有的单体店或中小连锁将收归大连锁旗下。

不难预见，无论是从营收增速、市场规模、还是门店数量上看，连锁药店尤其是上市连锁的集中度将会越来越高。

[返回目录](#)

药企必看，DRGs/DIP 带来的六大影响！

来源：医药经济报

如果说高值耗材带量采购以及高价药谈判是对当下市场的中短期调整，那么 DRGs、DIP 医保支付方式改革则是对未来院内药械格局的重塑，影响更为深远。

而全国医保支付方式改革看浙江，浙江改革看金华。

作为全国第一个在全省范围内推行 DRGs 改革的省份，浙江在医保相关改革方面一直走在全国前列。从 2016 年 7 月开始，金华市区 7 家主要公立医疗机构率先开展以“病组点数结算”为核心的医保支付方式改革，成效如何？关键环节在哪？带来哪些影响？

DRGs 关键点

Step1 年度医保基金总额预算

【划重点】区域医保基金总额预算，避免医疗机构推诿病人

以推进关键步骤看，第一是科学编制年度医保基金预算总额。主要方法是以上一年医保住院基金实际报销总额为基数，按当地 GDP、人头增长、CPI 等因素，结合各利益相关方谈判以及省医疗费用增长

控制指标等综合确定。该预算包含本地、异地住院基金，不分解至每家医疗机构。

这一步骤与国家版 DIP 方案中区域点数法总额预算相同，区域医保基金总额预算，保证区域总盘子控费更易落地，而基金预算不分解到单家医疗机构，可以在一定程度上避免医疗机构推诿病人的现象。

Step2 病种分组及病组点数

【划重点】不同等级医院间的费用差异?专家依赖度高怎么办?

第二大关键步骤是采用疾病诊断分组 (DRGs) 技术确定病种分组，并确定每个病组的点数。

首先，分组采用科学测算与谈判相结合的方式。2016 年 3 月起，金华通过 5 轮沟通谈判形成了 595 个疾病分组，入组率 100%，2017 年增加至 628 个，2018 年 7 月起增至 634 组。

其次，运用统计方法确认全市所有疾病的平均住院费用和每个病组的平均住院费用，并以此计算出每个病组的基准点数。

值得注意的是，基于不同等级医院对同一病组的医疗成本并不完全相同，金华在制定计算病组点数的方法时，也考虑了医院间的费用差异，引入了“(成本)差异系数”，因而某医院的病组点数=基准点数×成本差异系数。

DRGs 谈判分组对专家依赖度极高，同一病种在不同专家之间较难实现统一诊疗标准，达成分组共识更加不易，这也成为 DRGs 实操中的最大壁垒。因而也可以部分解释国家医保局在 DRGs 试点启动之

际，又全面推出对专家依赖程度较低的双病种 DIP 方案。

Step3 年终清算总费用

【划重点】结余资金医院留用，超过预算资金由医院承担

第三大步骤是年终清算总费用。根据年初预算与全市医院总点数来计算每个点数对应的医保资金，据此得到每家医疗机构所分得的总医保资金，结余的医保资金医院可以留用，而超过预算资金的部分则由医院自行承担。

Step4 医保智能审核

【划重点】若医院病案信息化基础较差，DRGs 全面推广难

第四步是以医保智能监控助力医院的精细化管理。金华从 2013 年 7 月开展医保智能审核，至 2015 年诊间审核已覆盖全市大多数医疗机构。医保智能审核工作的先期开展为 2016 年金华市 DRGs 的顺利试点创造了较好的病案信息化基础。

从这个层面上看，国家版 DRGs 意见出台后不久 DIP 意见便问世，部分原因可能是全国范围内有大量医院病案信息化基础较差，中短期不利于对病案标准化要求较高的 DRGs 的全面推广。

表 1 DIP 试点启动快马加鞭

时间	内容
2019 年 6 月	以国家医保局为牵头的四部门联合印发《关于按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》(DRGs 试点文件),并确定了全国 30 个 DRGs 国家试点城市
2020 年 10 月 19 日	国家医保局印发《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》(DIP 试点方案)
2020 年 11 月 4 日	发布 DIP 试点城市名单,包括上海、天津 2 个直辖市,厦门、广州、深圳 3 个副省级城市,以及 66 个地级市,共 71 个城市入围
2020 年 11 月 20 日	国家医保局再发布《关于印发国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范和 DIP 病种目录库(1.0 版)的通知》,确定了 DIP 付费全面试点正式开始
2020 年 12 月 9 日	DIP 专家库名单公布

影响力预判

1、系统性重大影响：“三上升”“六下降”

从 2016 年 7 月 1 日起先行试点 7 家医疗机构，到 2018 年 6 月 30 日前金华下辖 7 县(市)所有 143 家有住院资质医疗机构实施到位，可以说 DRGs 对金华医疗机构的影响是系统性且重大的，可总体概括为“三上升”和“六下降”。

“三上升”为病案首页质量上升、医疗技术服务收入上升、医疗技术服务能力上升。“六下降”为：耗材使用率下降、辅助用药使用下降、ICU 床位使用下降、平均住院日缩短、病床使用率下降、防御性医疗技术服务检查数量和收入下降。

2、倒逼医院信息化升级、加强精细化管理

不管是 DRGs 还是 DIP，病案首页都是硬性条件。全国试点的大趋势将倒逼信息化建设较弱的医院完善数据、提高病案质量，并在此基础上逐步上传各项诊疗、检查、用药等信息。各区域内医院和医保管理机构的“信息孤岛”将被打破。借助大数据，医保管理可以逐步实现全过程监控，单个病种在不同医疗机构的诊疗、花费等直观数据画像将更加清晰，相关的合理或不合理现象将一目了然。

对医疗机构而言，即使 DIP 不会像 DRGs 那样严格地规范诊疗路径，但在大数据和分值的配套下，医保病人的用药、耗材使用和收费情况都将置于医保部门的实时、全面监控之下，促进医院管理者主动开启全方位学习和对标，调整业务、控制成本，加强医院精细化管理水平。

3、不合理用药、性价比不高的药物出局

对医药企业的影响则延续当前各项药改政策的主流逻辑。医院会主动选择临床效果和经济效益兼具的药物或用药组合，加速不合理用药的出局，性价比不高的药物也将退出医院市场。

因此，仿制药企业要更加关注自身药物经济学属性和差异化竞争策略。

4、创新药策略地方差异化，与经济实力有关

对于创新药而言，各界广泛认为 DRGs 对创新药和创新医疗技术的进院和使用呈利空影响，但金华模式对新药或新的治疗技术开设特殊通道，并辅以差异化系数，鼓励创新落地。笔者预计试点区域因经济发展水平和医保额度等因素各异，对创新药的策略会有差异。因此，创新药企业要更加关注自身产品管线的创新程度，以及上市后可能出现的产品替代。

5、高值耗材冲击，尤其是高回扣下的过度医疗

耗材无疑是影响更大的领域。从金华模式可以看出，骨科等高值耗材和高额回扣引发的过度医疗受到的冲击非常大，一些骨科类民营医院已不得不转型做医养结合和慢病管理。

6、分级诊疗格局加速形成，关注院外和基层机会

DRGs、DIP 改革成效因医院意愿、覆盖面、推进深度和广度的不同而异。短期看，大型三级医院及学科优势突出的医院改革动力更足，当大医院在 DRGs、DIP 规则引导下真正建立起成本核算系统，对于一些疾病，可能真的会出现“看不起”、做一例赔一例的情况，届时将

会加速分级诊疗格局形成。因此，药企不光要关注院外市场，还必须时刻关注基层广阔市场的机会。

结语

从医保控费的角度看，DRGs 和 DIP 的成功施行将逐步扭转我国医疗付费体系的激励机制，让医院和医生主动转变成患者医疗费用的“守门人”，而医保基金将摆脱既往被动的“出纳”角色，整体医疗费用将得到控制。

从医改的角度看，当前的 DRGs、DIP 试点“两步走”延续多年来我国医改摸着石头过河的审慎姿态，区域试点、总结经验，以控制医疗的支付形式撬动激励机制，引导医疗资源合理配置，促使整个医疗行业向价值治疗的方向发展。

粗放式的按医疗服务项目付费时代即将过去，取而代之的是以信息化和大数据为支撑的、反映疾病诊疗与费用结构关系的精细化付费方式。

[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