

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.03.29-2021.04.04

——本期视点——

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

· 专家观点 ·

[▶ 观点 | “互联网+医疗健康”将从“可选项”变成了“必选项”！](#)

(来源：智医讯) ——第 11 页

【提要】去年底，国家卫生健康委联合国家医保局、国家中医药局印发《关于深入推进“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动的通知》，聚焦群众看病就医的“急难愁盼”问题，推动便民惠民服务向纵深发展。日前国家卫生健康委在北京召开例行新闻发布会，国家卫生健康委规划司司长毛群安在会上表示“互联网+医疗健康”在很多医疗机构逐步从“可选项”变成了“必选项”，从“锦上添花”变成了“雪中送炭”，互联网医疗已经成为医疗服务的重要组成部分，应该说公众在看病就医过程中也得到了更好、更便捷的体验。下一步，我们将继续秉持鼓励创新、包容审慎的原则，以“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动为抓手，深入总结推广典型经验做法，着力围绕提高老百姓看病就医的获得感，持续推动“互联网+医疗健康”服务向纵深发展。

[▶ 观点 | 以支付方式改革促进医保与医疗信息化协同发展](#) (来源：

中国医疗保险) ——第 24 页

【提要】医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率

的关键机制。为更好保障参保人员权益，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出要增强医保对医药服务领域的激励约束作用。医保部门的支付方式改革在提高基金使用效率的同时，也从客观上促进了各级医疗机构的信息化建设进程，加快了医疗信息的整合和应用。

· 分析解读 ·

▶ [药品准入，如何管理？政策、实践、趋势，多角度解读](#)（来源：上海创奇健康发展研究院）——第 26 页

【提要】2018 年国家医保局成立以来的四次药品集中带量采购，以及国家药品医保目录的动态调整，使得创新药和仿制药的市场准入都经历了巨大变革，医药市场的竞争也逐步聚焦为准入的竞争。而市场准入管理和规则的变化，彻底改变了整个行业的生态，对我国医药产业乃至整个医疗健康行业均将产生深远影响。专家表示，不管是成熟药品的集采准入，还是创新产品的准入，如果坚信产品最终能够为患者、临床带来价值，最终它都会获得准入。

▶ [11 省份县域医院共话：大医院帮扶发展，我们最期待什么？](#)（来源：健康县域传媒）——第 31 页

【提要】目前，县级医院与省、市州级医院通过医联体建立起的合作关系，是最多的落地帮扶形式。通过签署医联体合作协议的模式，由医联体牵头医院派驻业务骨干下沉到县级医院帮扶。这种帮扶具体又表现为科室共建、科室托管、常驻帮扶、每周坐诊、远程会诊、去上

级医院进修等不同形式。针对几种帮扶形式，专家认为，长期的驻点帮扶和“组团式”下沉效果对县级医院学科帮扶效果最为显著。与提升县级医院管理能力相比，学科能力提升效果更为明显。而推动省市优质医疗资源支持县级医院发展，优质医疗资源如何与县级医院结合起来，体制机制如何建立，利益分配如何考量，帮扶成效如何界定……还需要从健康中国建设，国家大的战略结合起来。从健康县域到健康中国，我们整体建设不仅仅是国家区域医疗中心，也不仅仅是县级医院能力提升，而是整个国家人群健康建设的远大战略，与各级政府的支持和各级医院的积极配合密不可分。

• 医院管理 •

▣ [关注！全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况出炉](#)（来源：国家卫生健康委）——第 41 页

【提要】3月31日，国家卫生健康委印发《关于2019年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析有关情况的通报》。提出三级公立医院发展不平衡、住院患者跨省异地就医现象仍然存在、运营效率有待进一步加强、内部管理水平有待进一步提高、临床带教师资的培养有待加强等问题。要求各省级卫生健康行政部门要进一步提高政治站位，充分认识加强公立医院管理考核工作的重要意义，在“十四五”时期不断强化组织领导，正确看待绩效考核工作，重点应用绩效考核结果指导加强医院管理和医疗服务工作。

▣ [预算大幅下降！公立医院高质量发展刻不容缓](#)（来源：看医界智

库) ——第 57 页

【提要】近日，国家卫生健康委公布了 2021 年部门预算，其中公立医院预算大幅下降。疫情后，一些地方抓住加强公立医院疫情防控能力的“机遇”大规模铺开公立医院建设，以多院区建设为抓手，同时也曝出一些地方公立医院运营出现严重困难，开始大批量裁员。而反思这些医院的窘境，显然与盲目扩张和医保政策调整密切相关。专家表示，公立医院必须切实重视医保支付制度改革并做好迎接 DRGs 和 DIP 的准备，切实加快病案管理、信息化建设，规范医疗服务行为，特别是迅速将检查、用药、耗材，甚至医疗服务等之前的收入增长项目转变为医院的成本，否则，必将难以适应医保支付制度改革的大潮冲击。

• 医药营销 •

▣ [区域连锁“觉醒”，要用加盟模式对抗外来“势力”？](#)（来源：21 世纪药店） ——第 61 页

【提要】目前，除了老百姓、大参林、益丰等上市连锁不断加码加盟模式外，高济医疗也开始发力，现在又有地区龙头正式启动加盟模式。与收购相比，加盟模式的优势显而易见：成本和风险更低，可以快速进入市场……在上市连锁等行业巨头不断以加盟模式布局全国市场提升市场集中度的同时，区域连锁也正以同样的方式抵御“外敌”，一场对战上演。在新的环境下，显然加盟模式已经成为行业发展的新动力，也成为了区域连锁“五年计划”的市场策略。

▶ [集采产品落标怎么救？布局 DTP 药店！](#)（来源：医药经济报）——

——第 65 页

【提要】近年来，DTP 的火爆有目共睹。各大连锁药店、各大商业公司纷纷布局 DTP 市场。目前中国 DTP 药房的主要运作模式为：DTP 药房整合药品供给端（制药企业）、处方端（医院）和需求端（患者），并形成自己的药品配送物流功能，成为药品营销过程中的核心角色。带量采购的挤出效应，使得大量处方药被迫退出政府买单的医疗市场，导致大量处方药企业开始进入零售市场。也正因如此，在政策驱动下，DTP 终于快速发展起来。以前，发展 DTP 是医院取消药品加成后处方外流的本能选择，DTP 模式的出现为处方药提供了一个流出通道，同样也是取消药品加成和药占比压力下医院压力的泄洪通道；现在，由于集采的原因，DTP 发展将进一步提速。可以预测，DTP 药房将成为一种医药零售新业态。DTP 药房应是承接处方外流的主要战场，未来几年，集采落标药企布局 DTP 药房，将是不可阻挡的趋势。

• 中医药动态 •

▶ [【党史中的中医药】毛泽东《讲堂录》里的中医观](#)（来源：中国

中医药报）——第 69 页

【提要】《讲堂录》里有一段这样写道：“医道中西各有所长，中言气脉，西言实验。然言气脉者理大微妙，常人难识，故常失之虚；言实验者专求质而气则离矣，故常失其本，则二者又各有所偏矣。”为毛泽东学习《西师意〈实学指针〉序》后所记，这也是目前可考的毛

泽东关于医学的最早论述。青年毛泽东有“医道中西各有所长”的认识，又有一个“常失之虚”、一个“常失其本”的精当点评，更有“二者又各有所偏矣”的论断。正是基于对中西医的这种最初认识，毛泽东在后来领导中国革命与建设的实践活动，直至确定新中国医疗卫生事业方针时，才会自觉地走上了中西医并重的道路。

▶ [国新办：“十四五”中医药七大重点工作！](#)（来源：新京报）——第 74 页

【提要】日前，国务院新闻办公室就“十四五”规划推进中医药振兴发展有关情况举行新闻发布会。国家中医药管理局局长于文明在会上指出，“十四五”期间，推进中医药振兴发展需要从疫病防治能力建设、特色人才培养、医疗资源提质扩容、中药材高质量发展、建立完善中医药评价和标准体系、加强中医药国际交流与合作、聚焦中医药体制机制改革七个领域，全面提升中医药特色优势和服务能力，满足人民群众对中医药的需求。据悉，中医药坚持内外兼修，扬优势、建高地、强弱项、显特色、补短板、增供给，以编制“十四五”中医药发展规划、实施中医药振兴发展重大工程为两大抓手。

• 医保快讯 •

▶ [我国医保基金监管体系解析，这 3 点很关键！](#)（来源：中国医疗保险）——第 78 页

【提要】安全的医保基金是医保制度得以平稳运行和可持续发展的财务基础，也是维护广大人民群众医保权益的经济保障。医保基金运行

管理的质量和效率，不仅关系着广大人民群众切身利益，也关系着众多药品生产企业、医用耗材生产企业、医用设备生产企业、医药服务机构的生存发展，事关经济社会发展稳定大局以及党和政府在人民群众心目中的形象和威望，因此加强医保基金监管是保证医保制度平稳运行的题中应有之义。

▶ [省级统筹、医保数字化支付……医保体系将迎来哪些新的改变？](#)

（来源：环球网）——第 102 页

【提要】医保信息化建设作为医保改革的重要一环，拨开覆盖其表面的技术性面纱，它代表着利用标准化、信息化、大数据等技术手段革新医疗保障治理，是改变每个人医疗保障体验的关键一步。2021 年政府工作报告指出，在医保改革中，将推动基本医保省级统筹、门诊费用跨省直接结算，建立健全门诊共济保障机制，逐步将门诊费用纳入统筹基金报销。显然，在已经完成药品医保谈判、DRGs 医保付费等一系列举措之后，接下来的十四五，医保体系可能还将迎来新的深入改变。

• 医药速递 •

▶ [第二批医保重点监控清单来了！24 个药品脱离“重点关注”！](#)（来源：福建省医保局）——第 107 页

（来源：福建省医保局）——第 107 页

【提要】3 月 30 日，福建省医保局公布了第二批医保重点监控药品和重点关注药品清单。第二批重点监控药品共涉及十个品种，重点关注药品多达 59 个。自福建省明确加强医保重点监控药品管理以来，

已接连发布两批清单。根据要求，医保重点监控药品清单和重点关注药品清单实行动态管理，原则上每半年调整一次。值得关注的是，原属于第一批重点监控、重点关注清单中的药品，除被列入第二批重点监控、重点关注清单药品外，其他药品不再执行重点监控和重点关注。根据不完全梳理统计，共有 24 个药品从重点关注药品清单移出，包括辉瑞制药的注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠、赛诺菲的甘精胰岛素注射液、罗氏的贝伐珠单抗注射液等。这些品种也不乏一些纳入国家带量采购的药品。

▶ [药品批文交易复苏，独家中药最热！哪些批文值得买？如何避雷？](#)

（来源：医药观察家报）——第 111 页

【提要】根据国家药监局官网数据库数据，目前国产药品批文有 152 259 个，其中，化学药品 93812 个，中药 56664 个，生物制品 1707 个；进口药品批文有 3829 个，其中 3181 个是化学药品，中药 79 个，生物制品 464 个。事实上，从 2021 年 1 月起，药品批件的询价已经开始增加。目前询价最多的是独家中药产品，其次是较少通过一致性评价的化学药，生物药交易较少。

• 国际视野 •

▶ [从亚马逊看互联网公司在医疗领域的挑战](#)（来源：Latitude Health）

——第 116 页

【提要】自从 2017 年以来，亚马逊一直在尝试医疗领域的突破，但至今未见起色。作为电商巨头，擅长 C 端业务的亚马逊在医疗这一 B

端市场缺乏优势是问题的关键，这也是所有互联网公司进入医疗的主要挑战。其实，亚马逊的挑战也是所有大型互联网公司进入医疗领域的困境。医疗是一个支付方主导的 B 端市场，从渠道到运营都与以 C 端为主打的互联网有着巨大差异。而且，医疗开支看似增长巨大，但由于市场不控制在 C 端，即使在外部拥有规模化的 C 端流量也无法随意撬动。而如果按照 B 端的规则来进入医疗领域，互联网公司的优势也就不存在了，快速规模化的可能完全丧失了。因此，互联网公司在医疗领域的拓展一直面临增速和规模化的挑战，B 端的增速和由此带来的缓慢规模化是不符合互联网公司的内在基因的，这也将成为互联网公司进入医疗的长期悖论。

▶ [那些抗疫带来的改变：疫情暴发以来，美国医疗卫生系统的得与过](#)（来源：HealthcareDive）——第 120 页

【提要】去年春天，新冠病毒开始在美国流行，肆虐大小医院，影响了整个卫生系统的正常运转。当新冠肺炎病例开始大幅增加后，人们开始担忧医疗用品和医院资源（如床位数量和呼吸机等）是否充足的问题。许多医院被迫暂停部分医疗服务，取消了一些非急需手术项目，以节省宝贵的医疗资源，保障个人防护设备的供应。突如其来的疫情让医院和医护人员措手不及。对卫生系统来说，恢复疫情前的运转是不可能的事情；面对疫情危机，他们需要重新思考未来卫生体系该如何运作，或许一些经验和教训可以为未来提供镜鉴。

-----本期内容-----

· 专家观点 ·

观点 | “互联网+医疗健康”将从“可选项”变成了“必选项”！

来源：智医讯

国家卫生健康委日前在北京召开例行新闻发布会，介绍“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动有关情况。此次会议由国家卫生健康委新闻发言人、宣传司副司长胡强强主持。各位与会人员相继发言，我们摘要重点予以整理。

胡强强 国家卫生健康委新闻发言人、宣传司副司长

发布会的主题是：介绍“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动的有关情况。去年底，国家卫生健康委联合国家医保局、国家中医药局印发《关于深入推进“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动的通知》，聚焦群众看病就医的“急难愁盼”问题，推动便民惠民服务向纵深发展。

毛群安 国家卫生健康委规划司司长

为进一步聚焦群众看病就医的急难愁盼问题，持续推动便民惠民服务向纵深发展，国家卫生健康委、国家医保局、国家中医药局研究制定了《关于深入推进“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动的通知》。

《通知》主要内容包括了五个方面的内容：

一是推动“一体化”共享服务，提升便捷化、智能化、人性化的服务水平，主要包括坚持线上线下一体融合，优化医疗服务流程，推动区域信息共享互认，方便老年人就医等内容。

二是推动“一码通”融合服务，破除多码并存互不通用信息壁垒，包括强化行业内的“一码通行”等内容。

三是推进“一站式”的结算服务，完善互联网+医疗在线支付工作，包括推行“一站式”的及时结算、落实“互联网+”支付政策等内容。

四是推进“一网办”政务服务，化解办事难、办事慢、办事烦问题，包括扩大政务共享服务，便捷信息查询服务，推进基层减负服务等内容。

五是推进“一盘棋”抗疫服务。加强常态化疫情防控信息技术支撑，包括强化早期监测预警，加强疫情防控支撑，深化防疫服务等内容。

下一步，国家卫生健康委将联合相关部门抓好文件的落实，及时总结推广各地的经验做法，确保取得实效，不断提升群众看病就医的获得感。

熊先军 国家医保局医药服务管理司司长

在新冠疫情的期间，我们已经开展了“互联网+”医保服务，疫情取得重大进展以后，我们将疫情期间的有关经验常态化，为参保人提供方便、快捷的医疗和医保服务。

一是在价格政策方面。明确设立“互联网+”医疗服务价格项目的基本条件，健全“互联网+”医疗服务价格形成机制，坚持线上线下同类服务合理比价的基本原则。由医保部门制定调整“互联网+医疗服务”的价格。

二是在定点协议管理方面，明确提供“互联网+”医疗服务的医疗机构均可依托其实体医疗机构，以签订补充协议的方式纳入到医保的定点管理范围。

三是在医保支付方面，明确将符合条件的互联网医疗机构为参保人提供的常见病、慢性病线上复诊服务纳入医保基金的支付范围，诊疗费和药费医保的负担部分，我们可以实现在线直接结算。

目前全国各省市都已经出台了“互联网+”医疗服务价格和医保的支付政策，“互联网+”医疗服务项目的类别主要涉及到互联网的复诊、远程会诊、远程监测等。

下一步，我们将加强对地方的指导和调度，掌握地方工作在推进中的堵点和难点问题，不断完善“互联网+”医保支付的相关政策。

贾忠武 国家中医药局规划司副司长

国家中医药管理局印发实施了《中医药信息化发展“十三五”规划》，印发了《关于推进中医药健康服务与互联网融合发展的指导意见》，也大力推进中医药信息标准研究与制定。

一是中医药信息化基础条件得到了明显改善。名老中医经验传承系统、中医辅助诊疗系统等中医药特色系统得到了发展和初步的应

用，多地也大力发展了“智慧中药房”。

二是中医馆健康信息平台建设取得显著成效，“十三五”期间共投入 5.3 个亿开展了中医馆健康信息平台建设，目前累计接入基层中医馆的有 1.4 万多家，平台注册的医生近 4 万人。

三是以贫困县中医院为重点，大力推进远程医疗服务平台建设，安排专项资金支持贫困县中医医院与三级中医医院建立了远程医疗平台，开展远程会诊、远程诊断等医疗活动。

兰青 江苏省卫生健康委副主任

一是统一规划建设互联网医院，打通医院的线上线下各个业务环节，提供一体化的服务，做到了“六个统一”，统一的身份识别、统一的健康档案调阅、统一支付、统一电子发票、统一的证照互认、统一的服务入口，方便患者就医看病。全省现已建成 105 家互联网医院，据不完全统计，到去年底，全省互联网医疗服务已经达到了 7400 万人次。

二是打造统一的服务门户，健康江苏通 APP，提供精准的导医、预约挂号、线上支付、网上诊疗、药品配送等医疗服务。同时也可以实现检验检查报告的查询，影像诊断报告等查询的功能。江苏健康通 APP 现在已经惠及了 6100 万多居民的健康档案，群众可以随时调阅自己的健康档案，实现了健康档案的随身带、随时用。

三是推动“一盘棋”的抗疫服务。新冠肺炎暴发初期，也就是在 1 月 26 日我们就上线了网上的发热门诊，这个诊疗平台把我们省所

有确诊患者所有的诊疗资料都集中在一个平台，实时推送给专家组，让我们专家组时刻了解每一位患者的治疗状态。

另外，我们也迅速搭建了远程的医疗服务平台，进入常态化疫情以后，根据国家卫生健康委统一要求，我们进一步建立了症候群、缺课信息、药品零售、海关出入境、疫苗接种等多点触发的疫情的预警机制。

曾传美 江西省卫生健康委一级巡视员

江西省深化“放管服”改革，大力开展“互联网+医疗健康”便民惠民服务行动，推进部门业务联动，系统互联互通，数据来回跑动的模式，大力改善群众办事看病就医的体验，这样来实现“手机一开说办就办”的“一网办”、“掌上办”的服务新模式。

去年7月份以来，我省依托省政务平台“赣服通”重点推出了“婚育户一链办”服务，为婚育家庭提供“6证4查询”的服务。线上办理生育服务卡、出生医学证明、新生儿上户口、新生儿医保登记、社会保障卡以及预防接种等六证。还有婚前医学检查机构、产前检查机构、疫苗信息和重名等4项查询服务，有效化解群众办事难、办事慢、办事繁的问题。

我们还开展了电子证照的建设，并实现了与浙江、福建、广东等10个省份共享出生医学证明的数据。生成电子献血证586.95万张。

下一步，我省还要优化升级在线服务，延长服务链条，逐步实现电子证照部门之间和省际之间的互认。

Q: 我们在“互联网+医疗健康”方面具体有哪些实践经验?下一步有什么样的工作打算?

毛群安 国家卫生健康委规划司司长:

一是制定出台了配套政策。

国家卫生健康委先后出台了“互联网+医疗健康”便民惠民的 10 项服务 30 条措施, 互联网诊疗和互联网医院管理办法, 远程医疗服务管理办法, 智慧医院建设等相关文件。同时, 还协调联动有关部门相继推出了十多项配套政策。

二是加强信息技术支撑。

国家全民健康信息平台基本建成, 并投入试运行。7000 多家二级以上公立医院接入了省统筹区域平台, 2200 多家三级公立医院初步实现了院内信息的互通共享。

三是严守安全监管底线。

30 个省份建立了互联网医疗服务监管平台, 提升线上的监管能力。

四是总结推广示范经验。

支持“互联网+医疗健康”示范省建设, 我们通过召开新闻发布会、通报表扬、编辑出版案例集、开辟媒体专访等方式, 推广典型做法。

五是助力支撑新冠肺炎疫情防控。

鼓励深化“互联网+医疗健康”服务, 发挥信息化在辅助疫情研

判、创新诊疗模式、提升服务效率等方面的支撑作用。

据不完全统计，目前 7700 余家二级以上医院建立起了预约诊疗制度，提供线上服务，全国建成互联网医院已经超过了 1100 家。

“互联网+医疗健康”在很多医疗机构逐步从“可选项”变成了“必选项”，从“锦上添花”变成了“雪中送炭”，互联网医疗已经成为医疗服务的重要组成部分，应该说公众在看病就医过程中也得到了更好、更便捷的体验。

下一步，我们将继续秉持鼓励创新、包容审慎的原则，以“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动为抓手，深入总结推广典型经验做法，着力围绕提高老百姓看病就医的获得感，持续推动“互联网+医疗健康”服务向纵深发展。

Q：对推进“互联网+”医疗服务医保支付，国家医疗保障局明确了哪些重点工作？如何开展。

熊先军 国家医保局医药服务管理司司长：

2019 年国家医保局就印发了《关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付的政策指导意见》，这是在疫情期间发布的。

我们在认真总结疫情期间医保支持互联网诊疗的基础上，去年国家医保局印发了《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》，主要明确了以下几方面的内容：

第一，强调各级医保系统要充分认识，做好“互联网+”医疗服务医保支付的重要意义，突出线上线下政策均衡的基本原则。

第二，明确了医保定点管理的范围，申请签订“互联网+”医保服务补充协议的基本条件，要求各个地方按规定做好评估和协议的签订工作。

第三，完善“互联网+”医保服务的医保支付政策。参保人在本统筹地区定点的“互联网+”医疗服务复诊开具的处方所发生的医疗和药品费用，可以按照线下医保现有的规定的待遇政策给予支付。

第四，优化“互联网+”医疗服务的医保经办管理，为互联网医院和参保人提供便捷的医保经办服务。

第五，优化“互联网+”医疗服务的监管措施。强化医保部门费用的审核责任，并要求各地严厉打击“互联网+”医疗服务中的欺诈骗保行为。

Q：请具体介绍一下精准导诊究竟是怎样一个服务呢？

兰青 江苏省卫生健康委副主任：

为解决医患信息不对称的痛点，江苏省在构建“互联网+医疗服务”中，我们设计了针对全体 26 万医生的人力管理系统，这个系统可以把所有医生的门诊、住院、手术等相关的诊疗信息全部进行归集。

目前，我们已经归集了 10 个亿人次的门诊和 4100 多万份的住院病例，用疾病的名称来检索到最会看病、经验最丰富的医生是谁，供他选择。我们取名精准导医，用一句话总结，就是找到最会看自己疾病的医生。用一个词来总结，精准导医其实就是“导医生”。

其次，在“互联网+”这个大的环境里，导医生这样一个导医方

式也更加凸显了临床医生在医疗服务中的主导地位，也可以构建一个新型的医生、医院、患者之间的和谐关系。

Q: 请问通过“互联网+”医疗健康“五个一”服务行动，广大患者将会有有什么实际的中医药获得感？

贾忠武 国家中医药局规划司副司长：

“互联网+”医疗健康和“五个一”在很多方面优化了患者就医的体验，也提高了中医药的诊治水平，主要表现在以下几方面：

一是我们通过提升基层医生的中医诊治水平，使基层群众得到了更高水平的中医药服务。我们中医馆健康信息平台，为在社区卫生服务中心和乡镇卫生院的中医馆统一提供软件。

二是我们提高了中医药药事的服务水平，我们通过“互联网+”中医药服务，推出“智慧中药房”建设，使患者看完病以后直接可以回家，处方、煎煮、配送都是一条龙服务，在家里就收到了煎好的中药。

三是拓展了民众接受中医药服务的空间和时间。线上线下的一体化使人民群众能全方位、全周期的接受到中医药养生保健治疗的服务。

我们相信，随着互联网技术的发展，随着中医诊疗系统继续的开发应用，这方面的问题一定能逐步得到解决，也有利于患者享受到更多更便捷的中医药服务。

Q: 如果说江苏的老百姓有了健康档案，健康档案随身带以后是

不是意味着他以后再去医院就不需要在纸质病例了？

兰青 江苏省卫生健康委副主任：

健康档案随身带以后确实可以做到到医院以后不需要带纸质病例了，不仅如此，健康档案随身带以后，因为你提供的资料是比较及时、全面，还可以减少一些不必要的重复检查，节省费用，减轻患者负担。

另外，健康随身带其实也是对个人隐私的极大保护。你的健康档案只有你自己，或者你的委托人才能查阅，随身带提供给医生时，你有主动性的选择。

我们江苏一直关注随身带的工作，我们在省市县三级健康信息平台建设时候设计了以身份证号码为索引的自动汇集机制，也就是说，您在省内所有就诊记录公共卫生服务记录都会自动汇集到您的名下，形成健康档案。

考虑就诊，我们对 100 多家三级医院的检验检查报告进行了实时上传改造。在江苏健康通 APP 随身带的档案中可以实时看到这些结果。

目前我省平台可以提供 6100 万以上人的健康档案随身带服务。这样患者可以通过索引来查询自己的影像资料。真正实现了档案随时都在您的手上，随时可以调用，随身带、随时用，方便患者。

Q: 这次“五个一”行动中专门部署了实现健康码的“一码通行”。
请问在新冠肺炎疫情常态化防控状态下，如何实现健康码“一码通

行”？

毛群安 国家卫生健康委规划司司长：

我们通过基础数据的互认共享，会同国务院办公厅电子政务办公室等部门。制定了健康码管理与服务的制度，明确了赋码和转码规则，清理规范现有的各类疫情防控码，原则上一个省（区、市）只保留一个统筹建设的健康码，全国目前基本实现了健康码的“一码通行”。

为了便利个人申领和使用健康码，我们明确提出了相关举措：

一是个人凭全国一体化政务服务平台防疫健康码显示的“无异常”信息或各地健康码“绿码”，即可在交通卡口、居住小区、车站、机场、港口、客运站、轮渡和开放运营的码头、医院、公园等地通行，无须申领和出示到访地的健康码。

二是完善老年人、未成年人等特殊人群使用健康码。各地健康码要完善健康码亲友代办，一人绑定多人等功能，支持用同行家人、朋友的智能手机来代领健康码，这样就方便不太习惯使用智能手机的群体出行。

三是允许纸质的健康码“绿码”或“无异常”通行。

四是经本人授权，可以通过查询身份证件等方式授权工作人员代查健康码，这样就方便不使用智能手机的群体出行。

五是有条件的地区和场所要为不使用智能手机的老年人等群体设立“无健康码通道”。

六是加强健康码数据安全，坚决防止数据的泄露。

Q: 互联网+医疗服务的医保支付和实体医疗机构的医保支付有什么不同?

熊先军 国家医保局医药服务管理司司长:

我们在去年底专门印发了《医疗机构医疗保障定点管理的暂行办法》，在这个《办法》中说的非常明确，就是“互联网+”医疗服务的医保支付政策与线下保持一致，也就是说参保人在定点的互联网诊疗的医疗机构就诊所发生的复诊医疗费和药品费用，可以按照线下的政策来支付。

下一步，我们准备在有条件的统筹地区能够依托全国的医保信息平台加快推进外配处方流转相关工作模块的运用，实现提供互联网诊疗的医疗机构开具的外配处方可以跨统筹地区进行流转，解决异地的就医患者取药问题。

Q: 请问在中医药领域的“互联网+医疗健康”现在还有什么痛点，下一步怎么解决这些问题?

贾忠武 国家中医药局规划司副司长:

在医疗机构方面，中医医院和综合医院面临的是共性问题，老百姓去中医医院和去综合性医院看病是一样的流程，在这些方面，都需要在国家卫生健康委统一领导部署下来共同推进“互联网+医疗健康”的工作。

当然，中医药有一些自己特殊的痛点：

一是整个中医医疗机构的底子相对比较薄，我们开展的信息化建

设，包括硬件、软件方面，相对于综合医院、相对于整个卫生健康系统来说是比较落后的。

二是中医药方面的信息化人才储备不太充足，这也是制约我们下一步更高水平发展的短板。

三是中医药诊疗特点带来的个性问题，中医看病传统讲究的是望闻问切，通过远程的医疗，目前做起来还存在一定的困难。

怎么解决这个问题？

一是通过中医辅助诊疗系统来解决不能当面见、不能当面沟通的问题，使诊疗系统更加规范化、标准化、准确化。

二是通过进一步利用互联网技术和信息化技术，使互动更流畅，远程画面的传接更准确等。

三是不断提高民众的中医药素养。

我们通过实施信息化工程，对基础设施、硬件软件、人才培养都有统一的部署，我们相信这些问题会得到很好的解决。

此次会议的召开，五位嘉宾为我们详细介绍了“互联网+医疗健康”“五个一”服务方面的工作情况，信息技术肯定也必将为我们的医疗健康行业方面带来很大的变化，也为群众的看病就医带来极大的便捷和体验的改善。

当然，我国的医疗健康信息化还有很长的路要走，也需要更多的探索。

[返回目录](#)

观点 | 以支付方式改革促进医保与医疗信息化协同发展

来源：中国医疗保险

作者 | 季加孚 北京大学肿瘤医院、北京大学临床肿瘤学院院长

国家医保局成立后，以打造中国特色社会主义医疗保障体系为总目标，高度重视医疗信息的整合与应用。国家医保信息系统与平台在顶层设计下逐步落地实施，基金监管、异地就医实时结算、支付方式改革等政策业务也都与医疗信息化息息相关。

随着医学科学高速发展，医疗费用也在不断攀升。我们不禁要问，患者是否获得了真正的健康价值？如何能在降低医疗风险的同时消除欺诈骗保行为对老百姓救命钱的威胁？虽然以电子病历为代表的医疗信息化已经成为医学发展的重要技术支撑和医疗安全的根本需求，但权威调研结果显示，全功能电子病历系统仅在 4% 的医疗机构得到充分应用。

目前，我国医疗机构信息化水平参差不齐，在增强患者就医体验、确保医疗质量安全、提高运行效率等方面仍有较大发展空间。2020 年 9 月 22 日，习近平总书记在北京主持召开教育文化卫生体育领域专家代表座谈会并发表重要讲话，强调应让广大人民群众就近享有公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。可以想见，建设以患者为中心，标准统一、高度安全、可交互的医疗信息系统将是未来医疗机构发展的重中之重。

医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关

键机制。为更好保障参保人员权益，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出要增强医保对医药服务领域的激励约束作用。医保部门的支付方式改革在提高基金使用效率的同时，也从客观上促进了各级医疗机构的信息化建设进程，加快了医疗信息的整合和应用。

医疗信息化发展与医保高质量发展的高度协同主要体现在三个方面。

第一，通过国家医保信息系统与平台，实现标准统一的医保信息化管理，建设区域信息共享机制，打破目前医疗信息局限于各家医疗机构的孤岛现状。目前部分地区已经具备了一定的工作基础。不同地区、不同医疗机构间一旦真正实现了影像和检验结果的互通互认，将显著简化患者就医流程，大幅提高医疗资源和医保基金的利用效率，避免巨额的基金浪费性支出。

第二，以支付方式改革中的 DRG 和 DIP 为例，根据不同医疗机构提供的健康产出确定医保基金的差异化支付标准。将医保基金差异化支付作为医疗机构医疗信息化建设的内在驱动力，充分体现医保基金对健康价值的战略性购买。

第三，医保可以通过区域乃至全国的医疗信息化对全民的健康水平、疾病负担、诊疗动向和医疗需求等大数据进行整合应用。以前瞻性数据战略性配置医疗资源，结合预后数据对国家药品、耗材目录和诊疗服务项目进行高效的动态调整，并对其医疗价值进行评价。

我相信，建立一个以患者为中心、安全有效、高度互用性的医疗信息系统将极大促进我国医疗保障事业不断开创高质量发展的新局面。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

药品准入，如何管理？政策、实践、趋势，多角度解读

来源：上海创奇健康发展研究院

2018 年国家医保局成立以来的四次药品集中带量采购，以及国家药品医保目录的动态调整，使得创新药和仿制药的市场准入都经历了巨大变革，医药市场的竞争也逐步聚焦为准入的竞争。

市场准入管理和规则的变化，彻底改变了整个行业的生态，对我国医药产业乃至整个医疗健康行业均将产生深远影响。上海创奇健康发展研究院邀请了政策制定者、学者、院长、产业人士，共同探讨我国市场准入管理的现状、面临的问题、未来挑战及应对策略。

01、药品市场准入：政策、实践和趋势

上海创奇健康发展研究院名誉院长、复旦大学公共卫生学院卫生经济学胡善联教授从药物经济学角度，分析了我国药品市场准入最近几年的政策和实践。企业如何更好地适应我国药品市场准入政策的变化，胡教授认为，对药品市场准入原则的准确把握，深刻了解创新药的市场准入条件和医保药物价格谈判的条件必不可少，并对以上三方

面做了阐述。

胡教授最后总结了，我国药品市场准入五个方面的特点和趋势：

1. 中国药品市场准入的政策根据药品的性质，主要通过常规准入和谈判准入两大类；

2. 创新药物纳入报销目录的机遇及其可及性，明显受到医保基金预算的影响；

3. 药品的动态调入和调出以及支付标准的建立，是保持医保基金平衡运行的主要手段；

4. 卫生技术评估的发展，需要建立在价值和疗效的基础上，价格仍然是药品市场准入的主要障碍；

5. 专家评审(peerreview)是新药目前获得谈判资格的主要方法，而药物经济学评价和基金测算是能否获得谈判成功的主要依据。

谈判过程中，信封里的底价就是通过专家评审(peerreview)，包括把临床组的意见、药科教授的意见、药物经济学的意见，以及医保实际工作专家的意见结合在一起，取得共识，提出的一个底价。

02、药品集中带量采购：实践成果与深化发展

国家组织药品集中采购和使用联合采购办公室专家组组长、原上海市医药集中招标采购事务管理所章明所长指出，集采工作的最主要目的，还是切断医生处方和医药生产经营企业之间的直接利益关系，同时降低患者的费用负担，规范药品的流通次序，提高群众的用药安全。

他同时也指明了今后集采深化发展的五个方面：

一是扩大化学药品品种范围，特别是注射剂现在过评速度非常快；二是生物类似药将纳入集采；三是中成药大品种纳入集采；四是分级开展各类集中采购，地方探索非过评产品的集采工作也在积极推进中；五是完善药品集中采购平台功能和联盟采购机制，下一步各地肯定会按照国家的要求，招标、采购、交易、结算一体化，采购平台、全国交易价格的信息进行共享。

03、医院药品准入管理：以患者为中心的探索与思考

北京大学国际医院杨雪松副院长阐述了医院药品准入的考量因素：

一是依法合规，符合《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《处方管理办法》等法规条例；

二是要满足患者需求、支持学科发展。患者用药需求是医院选择用药的最核心、最基础的考虑因素；

三是符合政策要求，包括药品带量采购各项政策的要求，DRG、特殊病、慢病管理的要求等；

四是控制监管风险，药品使用过程中药监、医保、卫健部门，还有特殊药品涉及到公安、纪检监察部门对医院的监管；

五是成本效益，这是医院运营管理必须考虑的因素，包括直接成本和间接成本。

杨雪松最后指出，很多创新药物，从政策前端已经具备了进入市

场的资质，也要考虑到医疗机构里面实际应用到患者身上，既要有政策的创新，也要有政策的协同和政策的联动，真正能够搭起来，才能够推得动这个轮子往前面走。

04、医保创新药入院难：问题、原因和建议

华中科技大学同济医学院药品政策与管理研究中心主任、高级经济师陈昊对于如何有效缓解医保创新药“入院难”和进一步保障患者对创新药的公平可及，给出以下建议：

继续推动促进创新药可及的医保双通道政策；

改善医院准入所依托的医改综合环境；

提升医院对创新药的科学认知和相关服务能力；

创新支付方式，建立多元共付的创新药费用分担机制；

优化医院创新药准入流程和使用相关激励和约束机制；

促进合理用药；

加强政策宣传解读，引导社会合理预期。

05、新环境下创新药全生命周期准入管理的思考&策略

GBIhealth 首席顾问、创奇健康发展研究院生物医药创新中心(筹)负责人陈怡博士指出，政策已经触及到药品整个生命周期的方方面面，从新药上市定价、医保准入定价、续约谈判、药品集采到最后支付制度，这几个环节都已经对药品在价格和费用上产生了巨大的影响，所以药品全生命周期管理越来越重要。

同时药物经济学应该贯穿到整个药品研发开始的时候，包括后续

的生命周期的管理。因为技术的进步，同质化的竞争，今天做研发布局的时候，就要考虑研发这个产品，市场将来会怎么接纳我，如果国家只有医保买单的情况下，我的产品能不能得到医保的认可。

06、互动讨论：创新药可及、创新支付方式、生物类似药市场准入

胡善联教授表示，哪些药可以带量采购，或者生物药是不是进入下一轮的带量采购，关键问题还是等效性。他还指出，解决医保创新药入院难的问题，是一个系统工程，不能把所有的压力都压在最后一个堡垒医院方面，而且不是所有的药都应该放在医院里面，今后我们能不能探索，罕见病的孤儿药，通过双渠道，放在医保定点药品单位，而不要增加医疗机构药占比当中占的很重要的比例。

章明所长表示，集采的药品价格下降，不能简单做加减，不代表整个费用同比下降。让整体费用下降是集采努力的方向。另外需加强医疗机构的管理，规范行为，合理用药，以及药企积极响应集采，多方努力才能让整体费用下降。

杨雪松院长表示，医院里有严格的药品不良反应报告和管理的关系，某种药或某类药频繁出现，医院也会重点关注，可能会进入一些特别的评价环节。关于生物类似物因其超常的特殊性，医生推荐的时候是非常谨慎的。

陈昊老师指出，不管是成熟药品的集采准入，还是创新产品的准入，如果坚信产品最终能够为患者、临床带来价值，最终它都会获得

准入。

陈怡博士指出，创新型的准入方式，在我国难在操作层面，原因是我们国家的医保体制、筹资体制在医疗体系这块跟国际上是有差异的。她建议从地方试点开始，因为操作层面确实比较难管，费用也很高，包括按疗效付费，在欧洲也有类似的反映，一定是非常昂贵的药品，值得商保操作和试点。

[返回目录](#)

11 省份县域医院共话：大医院帮扶发展，我们最期待什么？

来源：健康县域传媒

2021 开年以来，从顶层设计到民间呼唤，无一不聚焦基层，声音明确且坚定。

关于 2021 年卫生健康重点工作，李克强总理在今年的政府工作报告中重点指出“提升县级医疗服务能力。”

同时，在“十四五”规划和 2035 年远景目标纲要，六项全民健康保障工程中，针对县级医院发展，明确了推动省市优质医疗资源支持县级医院发展，力争新增 500 个县级医院(含中医院)达到三级医院设施条件和服务能力。注意，这里强调的是达到三级医院服务能力而不是晋升三级，县级医院晋升三级，还是要按照三级医院的评审条件来参评。

其实，提升县级医院综合服务能力达到三级医院标准，“十四五”规划不是首次提出。早在 2014 年原国家卫生计生委就明确下发过文

件，要求分两阶段遴选具备一定基础和较高医疗服务能力、医疗技术水平的县级医院，目前两个阶段的名单已公布。文件明确，县级医院综合能力提升的主要途径有两个：一个是对口医院的支援；另一个是由卫健委和中医药管理局制定县级医院综合能力建设基本标准和推荐标准，指导县级医院标准化建设。

对于大医院帮扶支持县级医院发展，在过去的几年间很多省份都已经有了探索尝试，但这次是在“十四五”规划中国家层面释放了“支持”信号。那么这种“支持”应该是哪种帮扶？过去探索的形式起到了怎样的作用？县级医院又有何新期待？为此，《健康县域传媒》特邀请了山西、河北、安徽、浙江、黑龙江、内蒙古、贵州、山东、陕西、宁夏、广东十一个省份 15 家二级县级医院代表，发起话题调研。

近日，国家卫生健康委发布了一组数据：“十三五”期间，分级诊疗制度建设取得阶段性成效。截至 2020 年 12 月，全国县域内就诊率达到 94%，较 2015 年增长 9.8%。县域医疗服务能力显著提升，85.8% 的县级医院具备二级医院医疗服务能力，35.1% 的县级医院具备三级医院服务能力。也就是说，在全国近万家的县级医院中，有近 6500 家县级医院是有待争创达到三级医院服务能力的，这与“十四五”规划中的 500 家计划目标相比，挑战和难度还是很大的。

帮扶形式

医联体、全面托管、对口支援居多

通过调查，《健康县域传媒》记者发现：目前，县级医院与省、

市州级医院通过医联体建立起的合作关系，是最多的落地帮扶形式。通过签署医联体合作协议的模式，由医联体牵头医院派驻业务骨干下沉到县级医院帮扶。这种帮扶具体又表现为科室共建、科室托管、常驻帮扶、每周坐诊、远程会诊、去上级医院进修等不同形式。

而在浙江、广东等地，县级医院能力提升则多是通过被大医院托管的形式。以浙江省磐安县人民医院为例，2019年1月与金华市中心医院(以下简称总院)建立为期5年的全面托管模式的合作办医。同样的，2014年7月1日起，广东药科大学附属第一医院(以下简称：广药附一院)全面托管连南瑶族自治县人民医院(以下简称“连南人医”)。“广药-连南”托管模式也成为广东省县级医院三大发展模式之一。

而对于西部地区的县级医院来说，更多借助对口支援的方式来提升自身能力。以陕西省石泉县人民医院为例，2013年，该院与江苏省泰州市人民医院首次建立了为期3年的跨省对口支援关系。通过“组团式”下沉、远程医疗服务、人才培养等多种帮扶模式助推医院发展。宁夏西吉县人民医院则与上海长征医院对口帮扶关系持续长达19年。

针对几种帮扶形式，调研中县域医院书记/院长均认为，长期的驻点帮扶和“组团式”下沉效果对县级医院学科帮扶效果最为显著。与提升县级医院管理能力相比，学科能力提升效果更为明显。同时，院长们也指出，如果只是走马观花，每周只是过来两次坐诊或者只是

利用周末时间来医院进行查房、教学、手术，由于时间短，对县级医院的发展影响甚微。

广东省连南瑶族自治县医院院长危智盛认为，帮扶必须要在一个帮扶周期里，不同类别医疗机构建立目标明确权责清晰的分工协作关系，比如广药附一院长期派驻了超过 18 人的医院管理团队，医疗专家长驻县医院，全方位指导开展新技术新项目，从输血到造血，提升医院综合服务能力。

贵州省福泉市第一人民医院党委书记张俊表示，作为县级医院能得到上级医院的支持和帮扶，肯定是非常欢迎的。一方面通过绿色转诊通道解决了疑难病例诊治、危急重症患者转诊，帮助县级医院引进了一批新技术、修订各项规章制度、工作流程，带来新的管理理念。同时，上级医院的帮扶和专家的进驻，在地方上也产生了很大的社会效应，扩大了医院的社会影响。

张俊坦言，当然也存在一些问题：一是这种帮扶形式多数情况下时间较短，呈间断性的情况较多，不利于业务持续开展，帮扶效果还有待加强。二是下沉帮扶专家的待遇问题没有明确，多数情况是带着“奉献”精神来的，这样影响积极性和可持续性，没有相关的政策支持形成长效机制。

帮扶成效

利大于弊，仍需从体制机制突破

今年 2 月，山东省出台“深化医保改革 26 条”其中一项就是优

化医疗资源布局，支持大型公立医疗机构在县乡建设分支机构。新医改下，国家的分级诊疗制度通过县域医共体、城市医联体、对口帮扶、远程医疗等形式来强基层，取得了一定成效，但这些形式背后给县级医院带来的是“虹吸”还是“带动”？对县级医院的学科技术和管理的提升有多大程度的提升？这些形式背后存在哪些利弊？我们从发起的调查结果中可见一斑。

山东某县域医院院长告诉记者，2020年，山东省立医院（集团）济阳区人民医院揭牌，山东省立医院大学城院区落户长清，可能还要在商河县落户一家妇幼保健院。“如果大医院的经营管理方式和学科人才全部下沉，对我们周边的县域患者肯定会产生虹吸，这也是我们比较担心的。”该院长如是说。

“‘虹吸现象’在我们这里还是存在比较多的，主要原因还是县级医院医疗技术相对落后，专科能力的相对薄弱。”宁夏西吉县人民医院院长李军义也表现出了这样的担忧。

国家级医联体文件正式出台是在2017年，医联体从试点到全面铺开，国家层面做足了调研和前期准备，同时，全国已经形成了城市医疗集团、县域医共体、跨区域专科联盟、远程医疗协作网4种医联体模式。目前已经取得了一些成就：据国家卫健委公布的数据，“十三五”期间，截至2020年12月，全国共组建城市医疗集团1666个，县域医疗共同体4028个，跨区域专科联盟5900个，面向边远贫困地区的远程医疗协作网4075个。

深化医改以来，有不少地方积极探索因地制宜开展了医联体建设，取得了一定的成绩，提升了诊疗水平，利大于弊，但也还存在着问题。调研中发现，相比较松散型医联体建设来说，紧密型医联体效果明显。下一步医联体建设必须要在体制、机制上打破旧框框，创新思维方式，主要集中于四个方面：一是上级医院是否能真正的做到真心合作帮扶，二是省市级医院由于无限的扩张，造成人才、患者的“虹吸”现象，三是缺乏系统的医联体管理制度和运行机制，四是利益分配问题。

黑龙江某县域医院书记坦言，在 2008 年该院和省市级医院建立医联体，由于都是松散型的医联体，上级医院来院只是为了职称晋升的要求，每周只是利用周末时间来医院进行查房、教学、手术，时间短，目标不明确，自身医院的医疗工作不能放手，未能从医院管理、学科建设的建设帮扶、人才培养等入手，对县级医院发展起到的影响甚微。

安徽省青阳县人民医院院长尹宗旺指出，医联体是医院之间开展的医疗协作，必须要有科学的管理制度来保障。现在有些医联体还是依靠医院的自觉性和医院之间协定来进行，缺乏刚性要求和制度的保障。尹宗旺补充道，另外三级医院来二级医院开展门诊、手术、会诊、坐诊，利益如何合理分配？三级医院专家来二级医院坐诊其收费、其医保定额如何结算？

对此，山西省万荣县医疗集团业务副院长曹俊鹏也颇为认同。“在

全国医护紧缺的状态下，上级医院能够下派专家来帮扶，对县级医院能力提升确实有益处，比如与上级医院通过学科共建和科室托管的形式，我们的康复科取得了很大的成效，但是医联体的建设必须要真正的让专家沉下心来。”曹俊鹏强调，首先要建立相应的利益机制，另一方面时间问题，学科能力的提升不是一朝一夕，建议建立 2-3 年的目标责任状，从国家政策层面上保证医联体帮扶起到规划作用。

“通过学科帮扶，确实使我院相关科室业务能力有很大的提升，但从管理的角度看，上级医院很少对我们进行管理培训。”黑龙江省某县域医院书记表示，事实上，三级医院和二级医院的管理不一样，二级医院和乡镇卫生院的管理也存在差别，但管理方式和经验我们可以相互借鉴。同时医院与省级医院有过远程会诊，包括定期专家授课，但其他真正意义上的院际之间帮扶不多。

针对对口支援方面的现状，陕西石泉县人民医院院长马玉霞表示，由于历史的原因，西部地区的医疗卫生事业发展缓慢，通过江苏对口支援帮扶取得了良好的社会效益。

存在的问题主要在三个方面：一是远程医疗服务帮扶模式由于建设成本和升级维护成本高，作用发挥还有待提升；二是帮扶范围有限，远程医疗主要是运用在远程会诊和远程教育，如果仅靠远程医疗，很难通过帮扶发现基层医疗卫生机构存在的深层次问题，容易使帮扶停留在表面，从而缺乏系统性和连续性，使帮扶效果大打折扣；三是基层医疗机构由于资金匮乏，医疗设施、设备落后，在一定程度上制约

了专家团队作用的发挥。

“由于全国各级医院普遍存在医生短缺，长期派驻医生困难，造成很多对口支援工作流于形式，我们的经验是，只要把国家的要求真正落实到位，效果还是非常显著的。”内蒙古多伦县人民医院院长闫卫军如是说。

落实帮扶

县域医院书记/院长有这些期待

今年的政府工作报告和“十四五”规划给医改和分级诊疗指明了方向，对于县级医院发展，国家顶层设计给予了明确支持的信号。本次调研，县域医院书记/院长也都表达了他们对省市医院“支持”县级医院发展最期待的开展形式：长期派驻、确定帮扶目标、设定考核机制，尽可能不达目标不收兵。

河北省滦州市人民医院院长张力表示，作为县域医院，期待省市医院的管理团队和技术团队下沉“驻院”，手把手“传帮带”，通过远程示教、专家驻点实地指导、医务人员对口进修学习等形式，提升医院管理水平，加快医院的人才队伍建设，为县域培养大批“留得住、用得好”的高质量人才。

浙江省磐安县人民医院院长黄明伟谈到，学科帮扶和培训是该院最有特色、最具成效的。总院专家派驻以“专家多、能力强、派驻长”形式开展。每轮派驻专家不少于 14 名，其中副高职称以上占 90%，工作时间为每周 4 天，从合作办医的模式深入看，医院得到了实实在

在的好处。“作为医院掌舵者，个人觉得全面托管模式不错，但是如果进一步融入总院，实行高度统一的医疗集团，实行医院管理、医疗技术、人财物深度融合，甚至实行人财物一体化管理。”黄明伟如是说。

贵州省福泉市第一人民医院党委书记张俊告诉记者，县级医院普遍面临专科骨干医师缺乏，派出进修学习比较困难，即使能够外派学习，周期长且单一，不利于学科建设，不能形成技术团队，有时进修学习回来也无法开展工作。张俊希望，以专科组团长期派驻专家的形式，针对基层医院的技术短板，确定帮扶目标，不达效果不收兵。“希望上级医院在接纳基层医院医生进修时，要本着解决问题为目的的目的，灵活安排，不必硬性要求必须是一年或半年，这样能让基层学到需要的实用技术，也能解决基层人员紧张不能长期派出人员进修的难题。”

内蒙古多伦县人民医院院长闫卫军谈道，“我最期待的还是以医院支援、科室协作帮扶的模式，在一个帮扶周期里选择若干个学科，制定明确的目标，支援医院的专家团队下沉，采取“大手拉小手”“师带徒”的模式，同时参加管理、人文、学术等交流活动，最后能够实现受援医院服务能力的整体提升。”

“‘组团式带教+项目帮扶模式相结合’的方式是我比较期待的。”陕西石泉县人民医院院长马玉霞指出，这样一方面通过省市专家的“组团式”下沉带教，提升基层的医疗技术、服务理念、促进学科发

展。另一方面实施项目帮扶模式，有针对性设置专科发展规划，使基层医疗机构能够逐步独立开展部分适宜的项目，提高自身服务能力和水平。

针对目前的帮扶体制机制方面如何打破旧有框架，安徽省青阳县人民医院院长尹宗旺建议：一是从顶层设计，推动紧密型医联体建设，必须要建章立制；明确双方的责、权、利，并把紧密型医联体纳入到医联体医院主要领导的任期考核；另外省市三级医院在建紧密型医共体不能 1+N 家，应控制一定的数量，原则上不超过五家，明确任务、目标、利益分配、奖惩措施。二是建立专科联盟，三级医院派专家来二级医院专科任行政主任，明确任期期限、目标、考核奖惩措施等。鼓励三级医院的专家沉下去，还能稳住心。三是要充分发挥医保政策的杠杆作用。制定探索开展三级医院和二级医院按病种付费的方式，常见病、多发病按病种付费要实行同病同价。

业内专家表示，推动省市优质医疗资源支持县级医院发展，优质医疗资源如何与县级医院结合起来，体制机制如何建立，利益分配如何考量，帮扶成效如何界定……还需要从健康中国建设，国家大的战略结合起来。从健康县域到健康中国，我们整体建设不仅仅是国家区域医疗中心，也不仅仅是县级医院能力提升，而是整个国家人群健康建设的远大战略，与各级政府的支持和各级医院的积极配合密不可分。

[返回目录](#)

· 医院管理 ·

关注！全国三级公立医院绩效考核国家监测分析情况出炉

来源：国家卫生健康委

3月31日，国家卫生健康委印发《关于2019年度全国三级公立医院绩效考核国家监测分析有关情况的通报》（以下简称《通报》）。

2020年国家卫生健康委联合相关部门继续组织三级公立医院绩效考核工作。最终完成2413家三级公立医院绩效考核国家监测指标分析工作，并对290家数据质量存在较明显问题的医院（其中，西医类171家、中医类119家），核减其相应绩效考核指标得分。

一、积极稳妥组织绩效考核工作

（一）在新冠肺炎疫情超常规应急阶段，着力完善绩效考核支撑体系。为保障各医院全力应对新冠肺炎疫情，2020年1月至4月，我委将优化绩效考核方法作为工作重点，形成二级和三级公立医院绩效考核操作手册（2020版），将“重点监控高值医用耗材收入占比”纳入考核指标体系；升级绩效考核管理平台，优化数据填报功能及审核流程；在北京开通数据远程质控通道，通过堡垒机对存储在国家超算广州中心天河二号的病案首页数据进行质控，既满足疫情防控要求，又确保了数据安全和工作进度。

（二）在常态化疫情防控阶段，加快推进绩效考核工作。2020年5月以来，先后印发《关于采集二级和三级公立医院2019年度绩效考核数据有关工作的通知》《关于启动2020年度二级和三级公立医院

绩效考核有关工作的通知》，通过试填报与正式填报，减少数据错报、漏报情况，减轻医院后续工作压力；组织线上为主、线上线下相结合的系列培训，累计收集解答问题 5024 个，发布答疑手册 15 期，推出系列宣传品 2 期；配合“医疗人才组团式”援藏工作，派出专家组赴西藏现场调研辅导，提升西藏绩效考核数据质量；动态维护四级和微创手术目录，确保绩效考核标尺更加精准。

(三)继续运用大数据手段，严格做好数据质控工作。通过 100 余位专家两个阶段四轮数据质控，运用天河二号超级计算机分析 1.01 亿份病案首页和其他 48.56 万项数据、4.25 万条佐证资料，并派出专家赴山东、广西等地对医院数据进行现场抽查复核。最终完成 2413 家三级公立医院绩效考核国家监测指标分析工作，并对 290 家数据质量存在较明显问题的医院(其中，西医类 171 家、中医类 119 家)，核减其相应绩效考核指标得分。

(四)各地认真落实属地化责任，周密组织绩效考核。各地明确了绩效考核工作组织领导机构，多部门协同落实绩效考核属地化工作要求。其中，宁夏回族自治区成立了由自治区副主席担任组长的绩效考核领导小组，其他省份均由卫生健康委负责考核牵头工作。23 个省份根据本省工作安排，在国家确定的关键指标基础上，增加了体现健康扶贫成效、开展社会公益活动、加强党建工作等指标，通过建立指导团队、加强督导问责等，推动医院落实重点工作任务。

(五)综合运用结果，发挥绩效考核“指挥棒”作用。按照国务院

医改领导小组部署，国家卫生健康委会同相关部门初步建立绩效考核结果共享与运用机制。一是将绩效考核结果印发各地并抄送国务院医改领导小组各成员单位，要求各地、各单位科学运用绩效考核结果。二是将绩效考核结果作为国家医学中心、国家区域医疗中心设置依据，并作为委属委管医院拨付预算、申请基本建设项目年度中央预算内投资等工作的重要参考。三是通过国家绩效考核管理平台将考核结果和各指标全国情况反馈各省份、各参加考核的医院，指导各地、各医院有针对性地改进工作。四是指导地方建立结果运用机制。

二、2019 年度国家监测分析情况

(一)绩效考核“指挥棒”作用显现。随着绩效考核体系逐步完善，各地认真组织实施并强化结果运用，各医院以绩效考核为契机，优化医院内部管理，将医院内部绩效考核方案与国家绩效考核相衔接，2019 年度绩效考核数据质量显著提高，部分指标向好趋势明显，绩效考核指挥棒作用逐步显现，有效引导三级公立医院改革发展。

1. 住院病案首页数据质量显著提升。2019 年三级公立医院住院病案首页数据项目完整率为 99.99%，较 2018 年提升 8.41 个百分点；数据准确率为 98.28%，较 2018 年提升 16.52 个百分点。住院病案首页数据质量的提升，为获得更加客观、公平的绩效考核结果提供有力保障。

2. 医院电子病历应用水平达到新高度。2019 年参加电子病历应用水平分级评价的三级公立医院为 1874 家，较上年增加 110 家，参

评率达 99.36%，达到历史新高(见图 1)。全国平均级别首次超过 3 级，其中 78.13%的省份平均级别达到 3 级及以上，获评 7 级的医院达到 4 家，新增上海交通大学医学院附属瑞金医院和广州市妇女儿童医疗中心。三级公立医院更加重视电子病历建设，为下一阶段提升行业整体信息化水平营造了更加有利的条件。

3. 临床检验可比性进一步增强。2019 年 96.24%的三级公立医院参加了国家临床检验中心室间质评，同比增长 14.36 个百分点(见图 1)，医院参加国家室间质评的主动性明显提升，临床检验项目参加率和通过率分别稳定在 73.87%、96.50%的水平，为推进同级医疗机构检验结果互认、减轻人民群众负担打下坚实基础。北京市、天津市在国家室间质评的临床检验项目参加率和合格率方面均位于全国前列，西藏自治区医院的临床检验项目参加率普遍较高，反映出国家自 2016 年起在西藏实行室间质评免费举措取得积极效果。

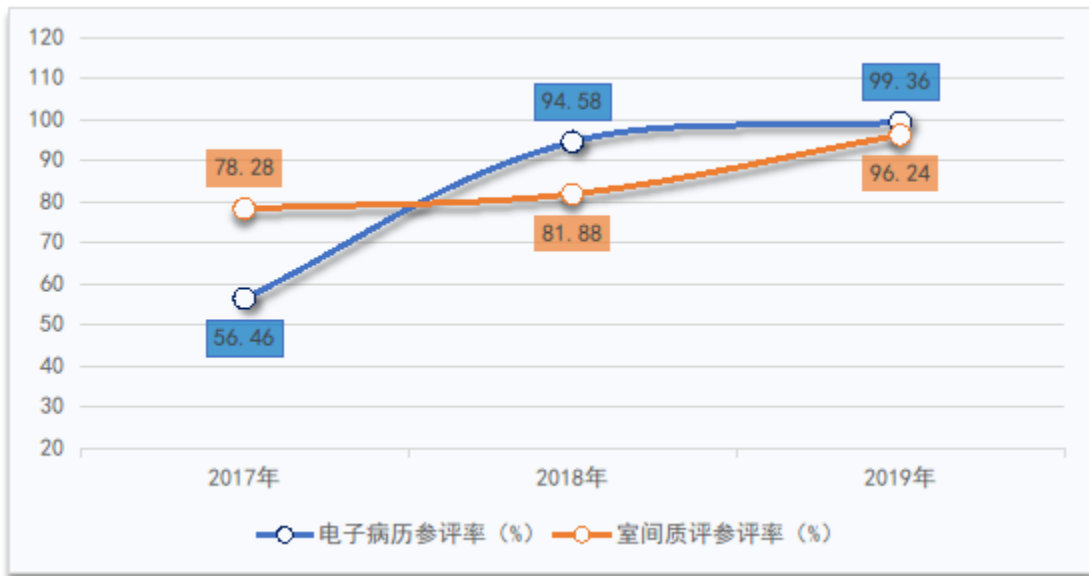


图 1 三级公立医院电子病历和室间质评参评率

4. 医疗服务流程持续优化。全国三级公立医院门诊预约诊疗率达 47.26%，同比提升 5.24 个百分点，门诊患者预约后平均等候时间为 20.23 分钟，同比减少 2.75 分钟。其中，东部地区预约诊疗率相对较高，达 51.76%，尤其是福建、北京、广东预约诊疗服务整体开展较好。

5. 合理用药水平稳步提升。抗菌药物使用强度基本保持稳定且优于 40DDDs 的国家要求。

药师作用进一步发挥，门诊患者基本药物处方占比逐年提高，住院患者基本药物使用率基本保持稳定，辅助用药(依据第一批国家重点监控合理用药药品目录)收入占比明显下降(见图 2)。国家组织药品集中采购试点全面推开后，医院积极配备使用中选药品，2019 年国家组织药品集中采购中标药品用量为 77.15%(依据中标药品的采购金额占比计算)。

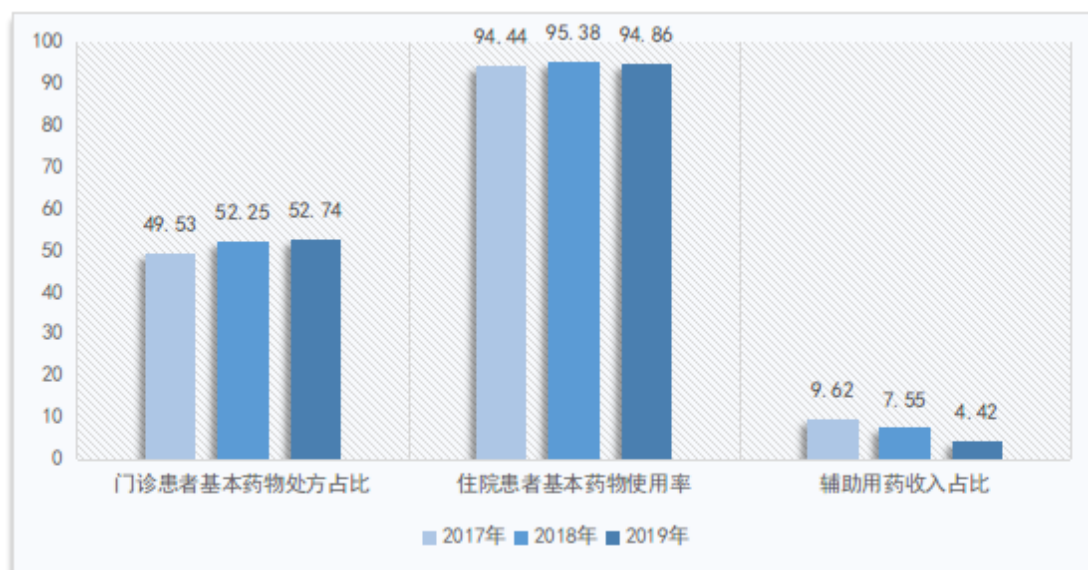


图 2 三级公立医院基本药物及辅助用药使用情况

此外，委属委管医院尤其是国家医学中心和国家区域医疗中心在

各维度的表现突出，体现了在医疗服务体系中的领头羊作用，在推动公立医院高质量发展，建设完善优质高效的医疗卫生服务体系等方面发挥了高水平医院的示范引领作用。

(二) 三级公立医院向高质量发展方向稳步迈进。

1. 功能定位进一步落实，分级诊疗制度建设取得阶段成效。2019年三级公立医院向医联体内二级医院或基层医疗卫生机构下转患者1496.04万人次，同比增长14.93%，其中，门急诊和住院下转人次数同比分别增长11.13%和39.23%(见图3)。

出院患者手术占比、微创手术占比、四级手术占比同比稳步提升(见图4)，三级公立医院落实功能定位和分级诊疗制度要求的积极性更高。



图3 2016-2019年三级公立医院下转患者情况

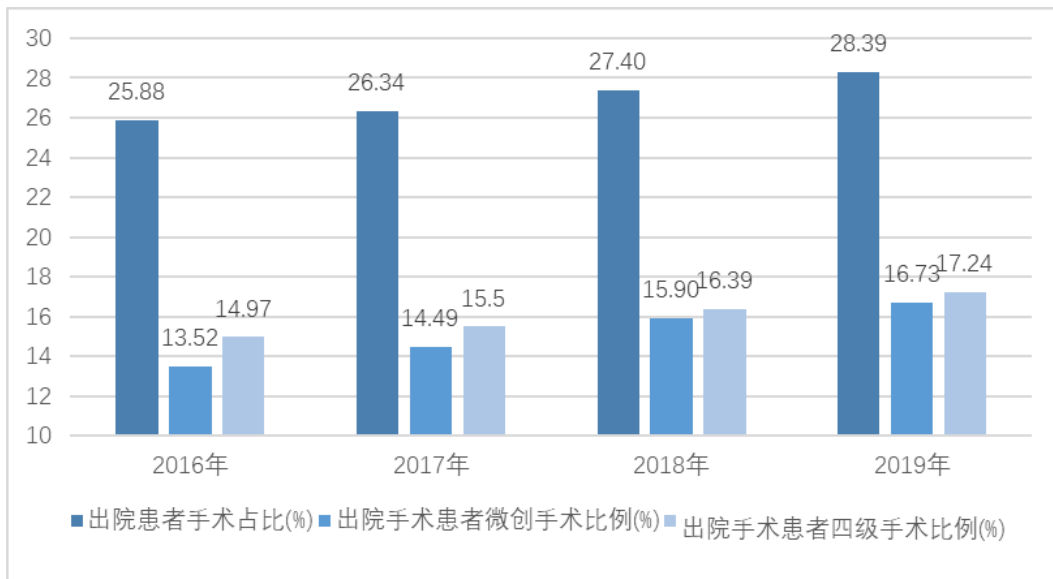


图 4 公立医院出院患者手术开展情况

2. 医疗技术能力不断增强, 医疗质量、安全与效率同步提升。2019年, 全国三级公立医院 DRG 组数中位数较上年增加 27 组, 诊疗病种覆盖面逐年增加, 医疗服务广度进一步提升明显。陕西、甘肃和青海的病例组和指数(CMI 值)均较上年增加 0.03 以上。三级公立医院手术患者 I 类切口感染率、低风险组病例死亡率中位数较上年下降(见图 5)。大型仪器设备检查阳性率 85.36%, 较上年上升 2.1 个百分点, 影像诊断与临床诊断的符合率稳步提升, 三级公立医院医疗质量和安全管理情况持续向好。

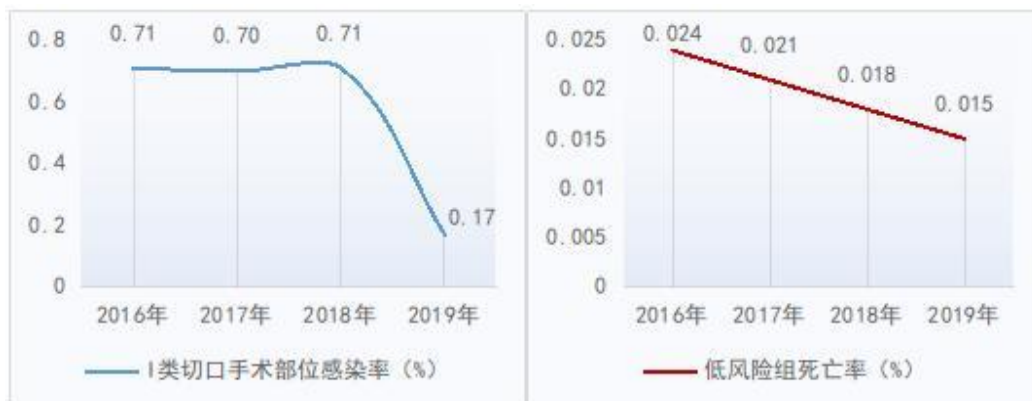


图 5 2016-2019 年部分质量安全指标变化情况

全国三级公立医院总诊疗人次数和出院人次数增幅继续高于在职职工人数和床位数增幅。每医师门诊人次数、每医师出院人次数、每床位出院人次数同比持续增长，三级公立医院在医务人员和床位等资源有限的情况下，医疗服务效率不断提高(见图 6)。

日间手术占择期手术比例持续增长、平均住院日持续下降，床位使用率达 99.63%，时间消耗指数继续降低，努力缓解患者“住院难”、“手术难”问题。



图 6 2017-2019 年三级公立医院规模与效率变化情况

3. 医院管理精细化程度和运营效率持续提升。

一是内部管理能力提升。通过推进节约型医院建设，加强精细化管理，医院运行成本有效降低，2019 年万元收入能耗支出降至 95.71 元，同比减少 12.80 元(见图 7)。

大部分医院能够按照要求开展大型医用设备日常管理方面的工作，如巡检、保养、维修、培训等，上海、四川、山东等地相关工作开展较好。



图 7 2016-2019 年万元收入能耗支出(元)

二是医药费用增幅趋于平稳。2019 年，三级医院门诊次均费用增幅和住院次均费用增幅分别为 6.28%和 5.27%，门诊次均药品费用增幅和住院次均药品费用增幅分别为 5.98%、3.23%，总体增幅水平合理(见图 8)。



图 8 2017-2019 年三级公立医院次均费用相关指标变化情况

三是经济状况有所改善。2019 年三级公立医院医疗盈余率与上一年度基本持平，亏损率同比减少 4.77 个百分点(见图 9-10)，财政补助收入占总收入的比重同比增加 0.49 个百分点，体现了维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制逐步建立。

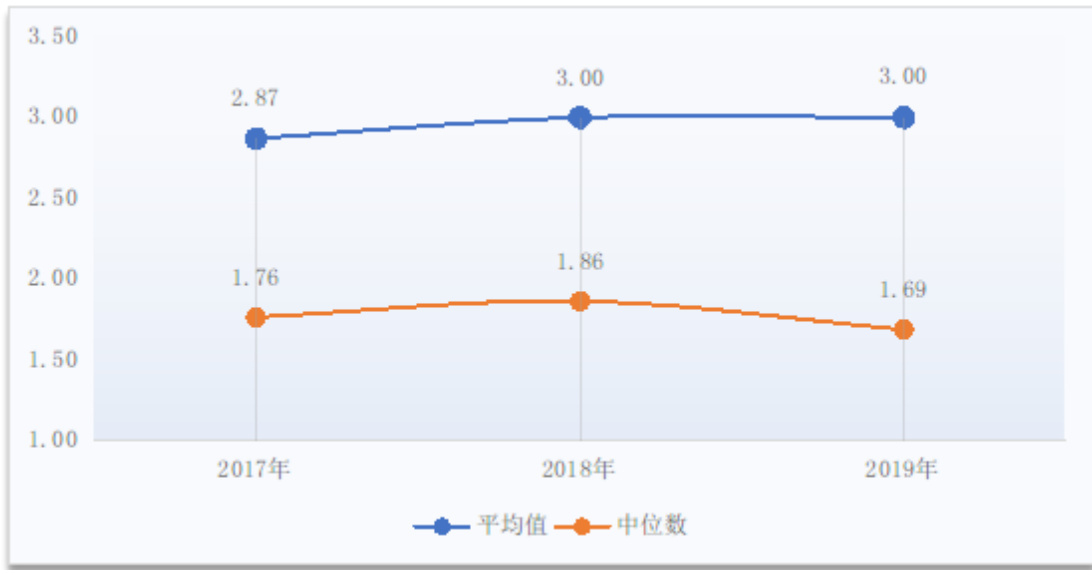


图 9 2017-2019 年医疗盈余率 (%)

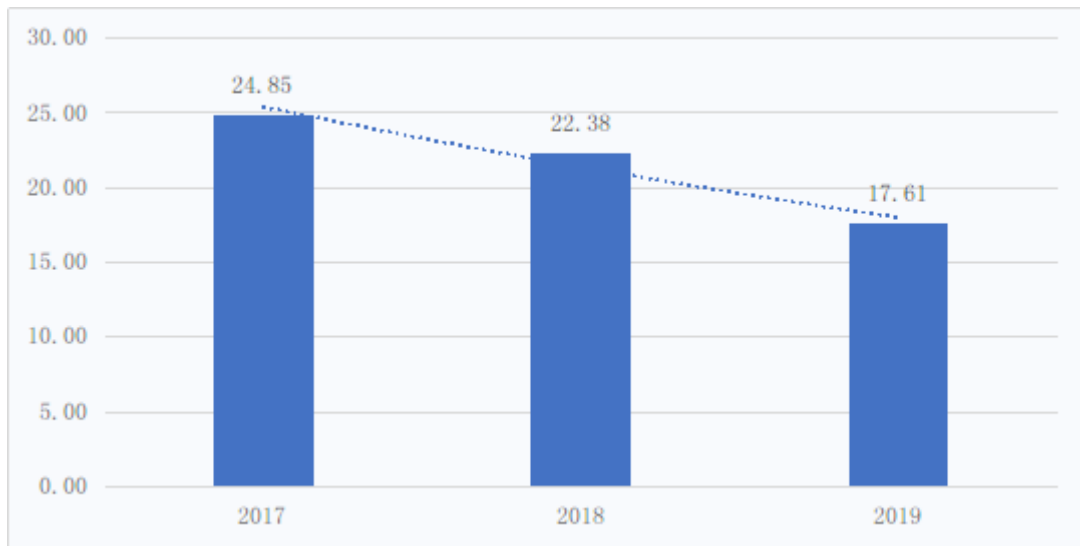


图 10 2017-2019 年各医院亏损率 (%)

四是“两个允许”政策逐步落实。每医师日均住院工作负担日趋下降，人员经费占比(即人员支出占业务支出比重)同比提升 0.49 个

百分点，员工满意度提升 2.97 分，反映出科学调整医务人员工作负荷，不断优化人员支出结构，为医疗机构改善医疗服务，提升满意度创造了更加有利的条件。(见图 11-12)

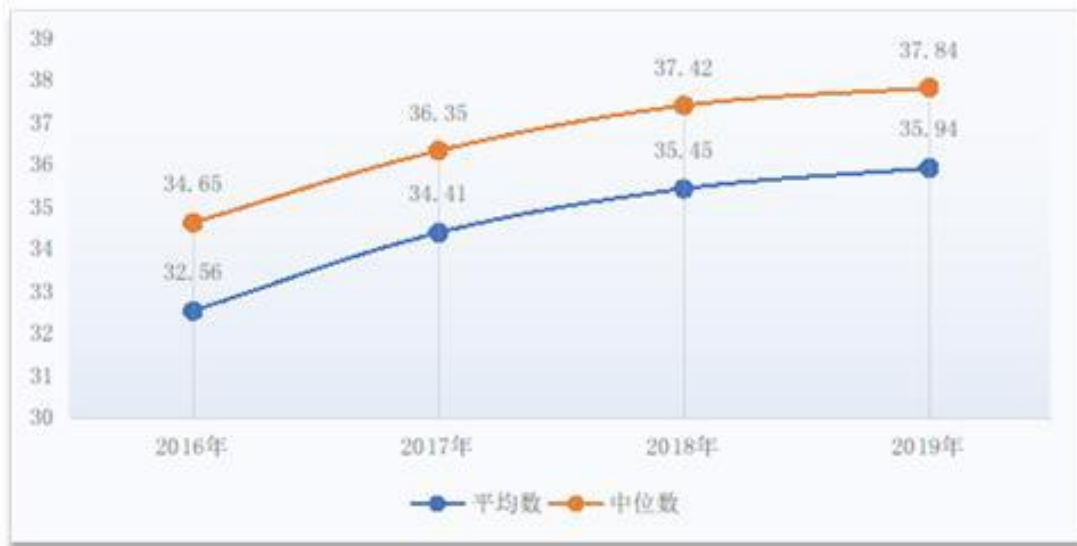


图 11 2016-2019 年人员经费占比 (%)

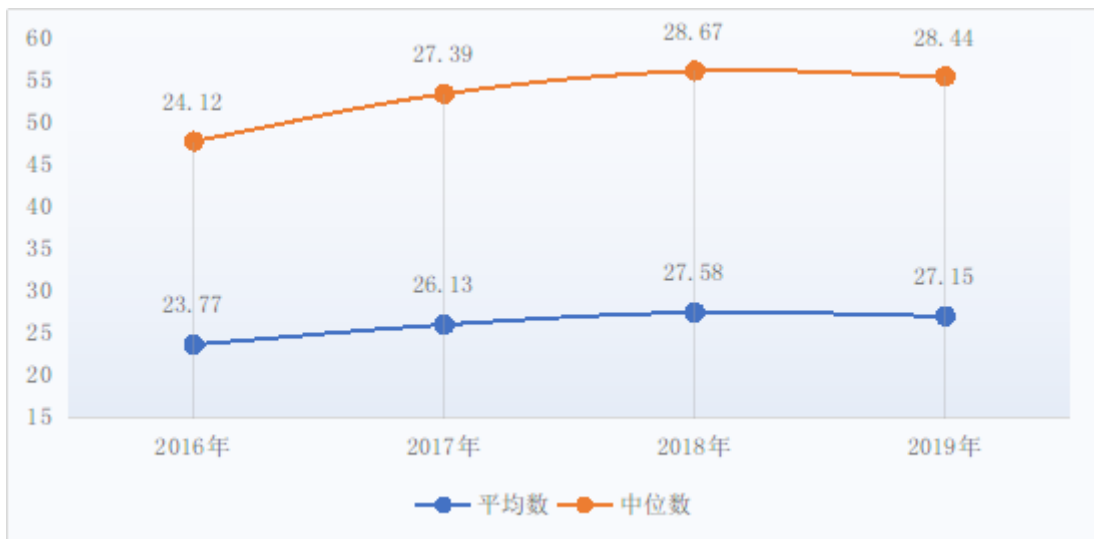


图 12 2016-2019 年医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入比例 (%)

4. 人才培养和学科建设继续加强，持续发展机制不断健全。2019 年，93.26%的医院有符合统计条件的考生首次参加医师资格考试，平均通过率基本保持稳定。三级公立医院同期招收进修总人数、教育教

学培训人次数逐年提升，紧缺专业持续扩大招收规模，卫生技术人员中具有副高级以上职称的比例稳步提升，师资力量不断充实、专职管理人员队伍持续壮大，发表教学论文数量、在医学人才培养方面的经费投入逐年增加，教学产出稳步增长。平均培养进修医师(进修半年及以上)78人，接受进修医生人数超过500人的医院达49家，来自对口支援医院和医联体内医院的进修医师比例分别为9.8%和26.4%，为基层医疗机构培养了解决临床实际问题的医学人才。其中，四川省不仅招收进修医生的数量大，且来自对口支援医院和医联体内医院的进修医生比例(分别是17.4%和43.0%)也远高于其他省份，发挥了示范作用。全科、儿科和精神科住院医师规范化培训招收完成率均有不同幅度的提升，尤其全科提高了11.56个百分点。2019年获得科研经费的三级公立医院比例、每百名卫技人员科研经费超过200万元的医院占比均较上年有所提升，临床药物试验项目数以及中医药相关项目数同比增幅显著。科研经费总量位于全国前5位的医院是首都医科大学附属北京地坛医院、四川大学华西医院、中国医学科学院北京协和医院、复旦大学附属中山医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院。

5. 患者满意度稳定在较高水平。2019年，全国三级公立医院门诊和住院患者满意度分别为85.41分、91.01分，同比提升1.41分和1.01分。其中，门诊患者满意度最高的5个省份依次为浙江省、湖南省、福建省、山东省和四川省；住院患者满意度最高的5个省份

依次为浙江省、江苏省、福建省、山东省和湖南省。门诊患者对护士沟通、医生沟通满意度普遍较高，对挂号体验、环境与标识、医务人员回应的满意度偏低。住院患者对医务人员对患者家属态度、医务人员回应性和医生沟通的满意度较高，对疼痛管理、出入院信息及手续、饭菜的满意度偏低。相比之下，门诊患者对于隐私保护、住院患者对于医生沟通的满意度提升最快(见图 13-14)。

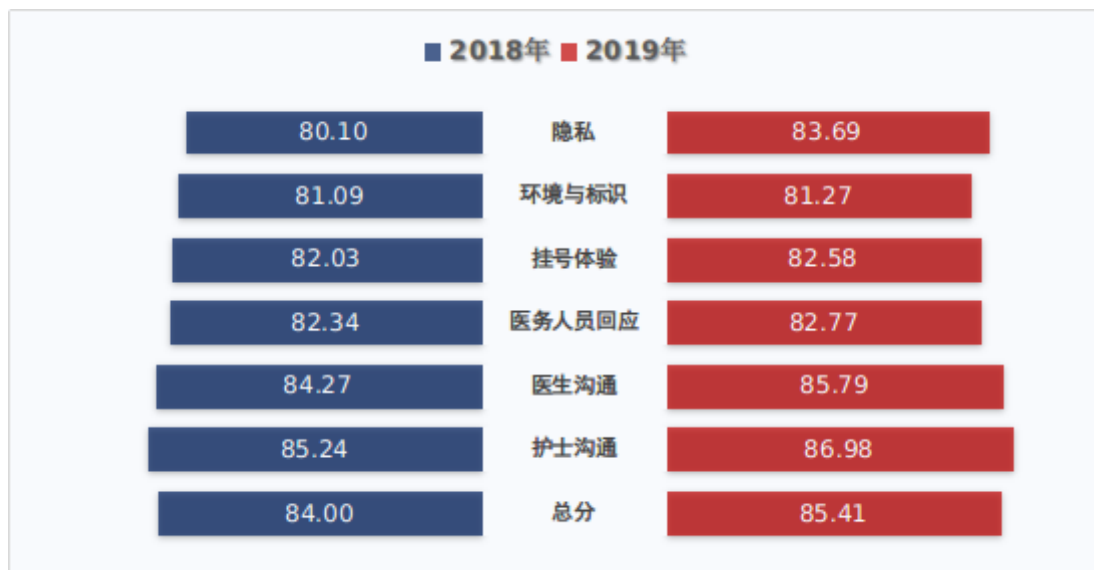


图 13 2018-2019 年门诊患者满意度比较

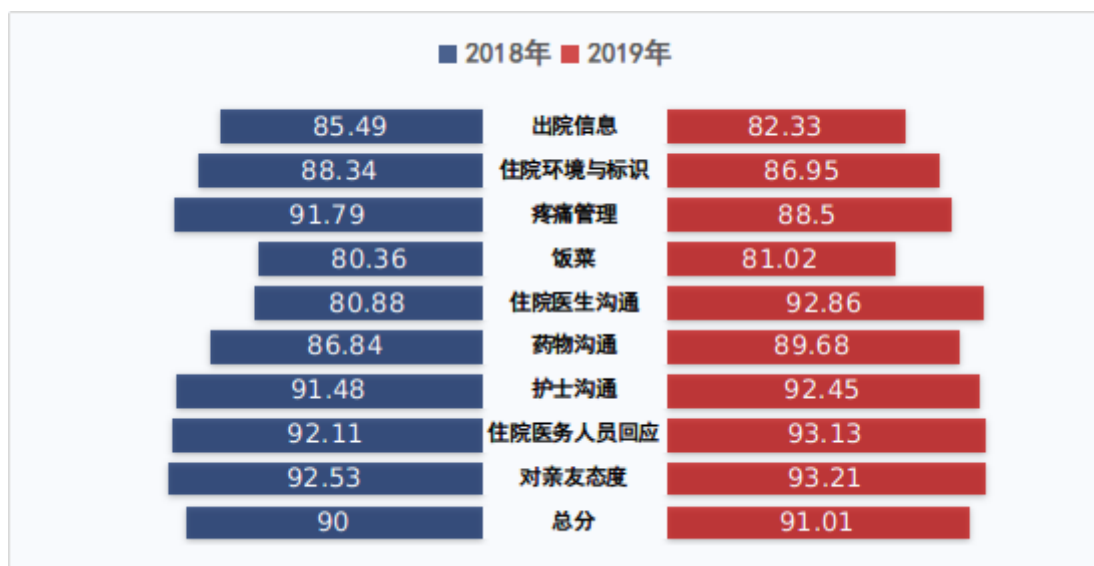


图 14 2018-2019 年住院患者满意度比较

三、通过绩效考核发现的主要问题

(一)三级公立医院发展不充分问题逐步改善,但不平衡的问题仍然突出。从绩效考核数据看,三级公立医院医疗质量安全、运营管理水平不断提升,持续发展机制不断健全,发展不充分的问题正在逐步改善。但区域间发展不平衡的问题仍然突出,主要表现在:从区域发展看,华北、华东、中南地区以及西南的四川和重庆三级公立医院整体指标较好,东北、西北、西南地区(除四川、重庆外)整体偏弱。医疗服务能力、科研项目经费、紧缺医师配备、信息化建设等方面也呈现较为明显的两极分化趋势。例如,西藏的出院手术患者四级手术占比不足10%,黑龙江、辽宁、西藏、吉林等地的低风险组死亡率明显高于全国平均水平,CMI值排名前20的三级公立综合医院集中在北京、上海、江苏、浙江等地;新疆生产建设兵团、黑龙江、内蒙古、河北儿科医师占比相对较低,新疆生产建设兵团、宁夏、甘肃、湖南的精神科医师占比相对较低,西藏自治区、新疆维吾尔自治区医护比未达目标值。

(二)住院患者跨省异地就医现象仍然存在。分析全国三级公立医院2016年至2019年病案首页数据,2019年全国三级公立医院异地就医患者588.2万例(按照患者工作地和居住地判断患者是否为异地就医),占年度出院患者的6.74%,较2018年基本持平。省外就医的主要疾病为恶性肿瘤化疗、肺炎、脑梗死、支气管和肺恶性肿瘤、心绞痛、恶性肿瘤治疗后的随诊检查、慢性缺血性心脏病等。流出患者

数量最多的省份仍然为安徽、河北、江苏、浙江和河南，流出患者人数有所增长，但河北、浙江、河南的患者流出率(流出本省的异地就医住院患者占全国异地就医住院患者的比例)有所降低；流出患者占本省住院患者比例最多的省份仍然为西藏、安徽、内蒙古、河北和甘肃。住院患者流入最多的省份前 5 位依然是上海、北京、江苏、浙江和广东，共占全国异地就医患者的 52.7%，与 2018 年相比下降了 0.9 个百分点，其中，北京、江苏、广东的异地患者流入率(跨省流入的异地就医住院患者占全国异地就医住院患者的比例)有所下降，浙江收治全国异地患者的相对位次由 2018 年的第五位上升为 2019 年的第四位；流入患者占本省收治住院患者比例最多的省份分别为上海、北京、天津、宁夏和重庆。

(三)运营效率有待进一步加强。2019 年，295 家医院医疗盈余率(即收支结余)为负的三级公立医院中，部分医院的人员经费占比超过 40%。39.04%的医院资产负债率大于 50%，在化解公立医院符合规定的长期债务的同时，完善落实公立医院补偿机制、调整收支结构、加强运营管理的任务仍然艰巨。全国设立了总会计师的三级公立医院数量不足二分之一，部分医院尚未完全落实总会计师职责、权限，未能充分发挥总会计师在医院重要经济事项分析决策中的专业优势。

(四)内部管理水平有待进一步提高。一是在信息化建设方面，仍有 316 家三级公立医院的电子病历应用水平未能达到 3 级。二是部分医院大型仪器设备管理尚不规范，还没有建立大型医用设备管理台

账、制定大型医用设备预防性维护保养计划。三是在临床用药合理性方面，西藏、陕西、安徽、上海、湖北、江苏、广西、海南 8 个省份平均抗菌药物使用强度(DDDs)仍高于 40，其中广西和陕西以及部分医院抗菌药物使用强度呈上升趋势；基本药物采购品种数占比同比略有上升，但距离国家对三级公立医院基本药物配备品种数量占比 60% 的目标存在差距；临床药师占卫生专业人员比例为 3.90%，且存在区域差异。四是在高值医用耗材使用方面，2019 年三级公立医院重点监控高值医用耗材收入占耗材总收入比例为 33.17%，较上年呈增长趋势，需要进一步加大对药品、卫生材料、检查检验费用的管控力度。五是医务人员积极性有待进一步调动。2019 年度医务人员满意度为 78.76 分，虽然较上年有所提升，但整体仍然偏低。

(五)临床带教师资的培养有待加强。2019 年全国三级公立医院临床带教教师和指导医师人数 62.82 万(占医师总数的 69.46%)，其中，接受省级及以上教育教学培训且取得培训合格证书的人数为 18.56 万，占比约为 29.55%，与医院教育培训学员之比为 1: 7.42，临床师资的培训培养力度不够。

四、工作要求

(一)不断加强组织领导。各省级卫生健康行政部门要进一步提高政治站位，充分认识加强公立医院管理考核工作的重要意义，在“十四五”时期不断强化组织领导，科学充分运用绩效考核结果，完善支持公立医院高质量发展的体制机制，发挥绩效考核的“指挥棒”作用，

确保绩效考核工作取得实效，推动公立医院落实改革发展各项任务，实现高质量发展。

(二)提升医院科学管理水平。各省级卫生健康行政部门及各有关医院绩效考核联络员可登录国家公立医院绩效考核管理平台，查询本地和本医院绩效考核相关数据和指标分析情况。各地、各医院要结合2年来绩效考核反映的成绩和问题，以问题为导向，查找医院管理和医疗服务等方面存在的的差距，提升公立医院管理水平，持续改善医疗服务，不断满足人民群众医疗健康需要。

(三)加强宣传引导。各省级卫生健康行政部门、各有关医院要正确看待绩效考核工作，重点应用绩效考核结果指导加强医院管理和医疗服务工作。要及时总结经验，结合公立医院绩效考核挖掘宣传典型经验，发挥示范引领作用，为公立医院高质量发展营造良好的环境。

[返回目录](#)

预算大幅下降！公立医院高质量发展刻不容缓

来源：看医界智库

近日，国家卫生健康委公布了2021年部门预算，其中公立医院预算大幅下降。

3月25日，国家卫生健康委公布了2021年部门预算，比去年6月11日公布早了两个月半。其中，收入预算为24121122.97万元，一般公共预算拨款收入占5.71%，事业收入占78.47%，事业单位经营收入占0.74%；支出预算为23159596.18万元，基本支出占83.98%。

此次纳入预算编制范围的单位共有 101 家，这与去年相同。

值得注意的是，今年国家卫生健康委一般公共预算收入 1377692.61 万元，比去年执行数减少 1249093.22 万元。其中，综合医院预算减少 728021.45 万元，下降 70.12%，按照预算说明，减少的主要原因是疫情防控等一次性支出不再安排和落实过紧日子要求，压减相关经费。

有关支出科目中，我们可以看到国家合理保障了公立医院综合改革、预算医院医疗服务能力提升、公共卫生服务能力提升、对外援助和部分常态化疫情防控等支出需求。

在今年的一般公共预算拨款卫生健康支出中，和综合医院一样，职业病防治医院、精神病医院、妇幼保健医院、儿童医院、其他专科医院的预算都比去年有着不同程度的减少。

27.卫生健康支出（类）公立医院（款）综合医院（项） 2021 年预算数 310,206.35 万元，比 2020 年执行数减少 728,021.45 万元，下降 70.12%，主要原因：一是疫情防控等一次性支出不再安排；二是落实过紧日子要求，压减相关经费。

28.卫生健康支出（类）公立医院（款）职业病防治医院（项） 2021 年预算数为 2,622.52 万元，比 2020 年执行数减少 7,081.67 万元，下降 72.98%，主要原因：一是疫情防控等一次性支出不再安排；二是落实过紧日子要求，压减相关经费。

29.卫生健康支出（类）公立医院（款）精神病医院（项） 2021 年预算数为 5,202.62 万元，比 2020 年执行数减少 7,339 万元，下降 58.52%，主要原因：一是疫情防控等一次性支出不再安排；二是落实过紧日子要求，压减相关经费。

30.卫生健康支出（类）公立医院（款）妇幼保健医院（项）2021年预算数为6,379.27万元，比2020年执行数减少20,482.94万元，下降76.25%，主要原因：一是疫情防控等一次性支出不再安排；二是落实过紧日子要求，压减相关经费。

31.卫生健康支出（类）公立医院（款）儿童医院（项）2021年预算数为3,047.08万元，比2020年执行数减少9,830.22万元，下降76.34%，主要原因：一是疫情防控等一次性支出不再安排；二是落实过紧日子要求，压减相关经费。

32.卫生健康支出（类）公立医院（款）其他专科医院（项）2021年预算数为56,613.23万元，比2020年执行数减少261,453.72万元，下降82.2%，主要原因：一是疫情防控等一次性支出不再安排；二是落实过紧日子要求，压减相关经费。

与公立医院预算普遍减少不同，今年公共卫生拨款有增有减。其中，疾病预防控制机构2021年预算数为40106.98万元，比2020年执行数增加11553.8万元，增长40.46%，这与“其他公共卫生支出（项）”科目的部分经费调整至该项目进行统筹安排和增加疾病预防控制机构工作经费有关。

但因疫情防控等一次性支出不再安排，“重大公共卫生服务”和“突发公共卫生事件应急管理”经费分别下降32.97%、19%。

值得关注的是，为加强国家级公共卫生机构服务能力建设，提升公共卫生监测预警、风险评估、检验检测、应急处置和业务指导等能力，提升全民公共卫生意识和健康水平，保障人民群众身体健康与生命安全，保障我国社会经济持续稳定发展，设立“公共卫生服务能力

提升”项目。该项目 2021 年一般公共预算为 88949.5 万元，实施周期为 2021-2023 年。

那么，综合国家卫生健康委公布的 2021 年部门预算，我们可以读出哪些导向并可给更广范围内的公立医院一些提示呢？

提示一：公立医院要准备长时间过紧日子。

财政将大幅度压缩公立医院疫情防控等一次性支出财政补助，可以预见今年将不再安排，既说明我国对新冠疫情防控已经充满信心，也说明过紧日子将成为公立医院今后很长一段时间的重要的任务。

提示二：公立医院高质量发展必须迅速提上管理者的议事日程。

2021 年 2 月 19 日中央全面深化改革委员会第十八次会议审议通过《关于推动公立医院高质量发展的意见》。尽管这个意见尚未公布，但从初步公开的信息看，推动公立医院高质量发展，要坚持以人民健康为中心，坚持基本医疗卫生事业公益性，坚持医防融合、平急结合、中西医并重，以健全现代医院管理制度为目标，强化体系创新、技术创新、模式创新、管理创新，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局，为更好提供优质高效医疗卫生服务、防范化解重大疫情和突发公共卫生风险、建设健康中国提供有力支撑。

具体就是三个转变，即发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物资要素转向更加注重人力资源发展，推动公立医院进入高质量发展的新阶段。

提示三：公立医院规模扩张当慎。

疫情后，一些地方抓住加强公立医院疫情防控能力的“机遇”大规模铺开公立医院建设，以多院区建设为抓手，已经开始甩开膀子大干快上，而同时也曝出一些地方公立医院运营出现严重困难，开始大批量裁员，这不能不引起一些公立医院注意。而反思这些医院的窘境，显然与盲目扩张和医保政策调整密切相关。

提示四：公立医院必须切实重视医保支付制度改革并做好迎接DRGs和DIP的准备。

切实加快病案管理、信息化建设，规范医疗服务行为，特别是迅速将检查、用药、耗材，甚至医疗服务等之前的收入增长项目转变为医院的成本，否则，必将难以适应医保支付制度改革的大潮冲击。

[返回目录](#)

• 医药营销 •

区域连锁“觉醒”，要用加盟模式对抗外来“势力”？

来源：21世纪药店

“加盟”模式要“火上加火”？目前，除了老百姓、大参林、益丰等上市连锁不断加码加盟模式外，高济医疗也开始发力，现在又有地区龙头正式启动加盟模式。

近日，包括江西昌盛大药房、上海第一医药等连锁正式开启加盟模式。

与收购相比，加盟模式的优势显而易见：成本和风险更低，可以

快速进入市场……在上市连锁等行业巨头不断以加盟模式布局全国市场提升市场集中度的同时，区域连锁也正以同样的方式抵御“外敌”，一场对战上演。

区域连锁“觉醒”

2月10日，上海市药品监督管理局、上海市商务委员会印发《关于本市药品经营许可审批改革有关工作的通知》，明确新开办药店不受300米间距限制。同时，取消开办药品经营企业的筹建审批，由原来的“先筹建”“后验收”的两个审批流程合并为“新开办”一个流程，实现“一步准营”。

据了解，国内众多连锁早就对上海市场“虎视眈眈”，益丰、老百姓、一心堂、高济医疗等在上海已经有连锁药房，全亿、大参林、健之佳等也在寻找机会。“限距”放开，开办流程精简，使得上海医药零售市场充满不确定性。

在此背景下，百联集团旗下的上海药店市场的金字招牌“第一医药”日前也发布消息，将以免加盟费、免费运营支持、集中采购、线上销售等资源和品牌优势，面向全上海开启加盟招募。

事实上，第一医药原本就有加盟业务，这次高调宣传加盟模式，这与上海开放“限距”一定有关联。面对可能出现强大的外来竞争者，第一医药通过加盟模式，可以快速扩大自身品牌的影响力和市场占有率，抵消政策带来的不确定性影响。

与此同时，百强连锁江西昌盛大药房也开始了加盟模式的宣传。

其宣传的资料显示，加盟昌盛大药房可以获得统一品牌标识、统一运营管理、统一采购配送、统一人事培训、统一药事服务、统一计算机系统，并免费提供门店设计、运营指导、培训支持等 9 大支持政策。

一直以来，相比于上市连锁等巨头相比，区域的连锁无论是在资金还是品牌力、市场规模等方面都存在一定的劣势，最大的优势就是深耕当地市场，形成了区位的竞争优势。在新一轮整合并购潮中，区域连锁要想守住现有市场，谋求更大的发展空间，加盟模式显然成为了最有力的武器。

有分析认为，随着整合和竞争的压力不断加大，未来会有更多区域连锁“觉醒”，用加盟的方式捍卫自己的市场地位。例如目前只拥有少量加盟店的漱玉平民、健之佳等。

大连锁不断加码

另一方面，大连锁利用品牌、资金的优势不断加快扩大市场规模布局全国市场的步伐，上演追逐大战。在现有的上市连锁中，除了一心堂坚持自建的模式外，基本都有加盟的模式，其中老百姓大药房就是这方面的“老江湖”，也是扩张最激进的玩家。

为发力加盟，老百姓大药房动作不断，不仅结合国家“乡村振兴”战略，推出了加盟新政，老百姓大药房董事长谢子龙还亲自带队，利用 4 天时间调研一线加盟店。

3 月 18 日，老百姓大药房首届加盟创业直播分享会完美收官，485 位创业者在直播现场当场签约，超 200 万人在线围观。

一边是巨头们攻城掠地，另一边则是中小药店艰难度日。

新《药品管理法》实施以来，各地政府对于药店的监管状态一直趋向严格，中小药店为了跟上监管政策，经营成本也在不断上升，不然就要面临倒闭风险；另外，中小药店缺乏议价能力，在带量采购的大环境下，利润增速难以压住成本增速，最终只能出局。

如果中小药店不想出局，或许只能与巨头一道，将命运安于“加盟”大趋势之上。中小药店选择加盟，一方面是监管政策和药品带量采购倒逼外，另一方面也是加盟确实能为中小药店带来好处。

此外，还有中小连锁通过联营、结盟的方式应对市场的变化和大连锁的挤压，从现有的案例来看，也不失为一个好的方向。

加盟的“玩法”

从各大连锁加盟的特点来看，政策各不相同。老百姓以旗下唯一加盟品牌“老百姓健康药房”提供一系列扶持措施，提供包括：品牌、商品、营销、物流、系统、培训、会员管理、O2O、专业服务、政策研究等 10 大方面的创业扶持。

大参林则采取直营式加盟的模式——即把加盟店当直营店来帮扶指导。另外，大参林还要求营运部门每月巡店指导、每天视频后台管控、数据分析监测等，形成一套标准的风险防控机制。在新技术层面，大参林加盟商可以使用全国通用的线上会员制度、智能物流中心、自建 O2O 平台等。

专注于加盟模式的养天和，其加盟服务主要体现在 10 个方面：

商品物流、选址支持、质量指导、制度规范化、运营支持、线上平台免费接入、业务培训、信息分析管理、贷款支持、年度奖励政策。

对于以上连锁而言，这样的支持政策为它们的加盟奠定了良好的基础。2020 年上半年，老百姓加盟业务配送项目收入就超过了 4 亿元，同比提升 74.67%。截至 2020 年三季度末，老百姓加盟业务已遍及 18 个省级市场，加盟门店多达 1541 家。通过加盟等形式，养天和从 2002 年的湖南 7 家门店做到了 2020 年的 1000 多家店面。

从近几年行业发展的情况来看，2018 年开始，无论是益丰、大参林等上市企业，还是以国大药房为首的国字号代表，甚至是湖南楚济堂、宁波彩虹大药房等区域龙头，都纷纷通过招募加盟伙伴快速扩大自身的势力范围，现在又有昌盛大药房等连锁的加入，在新的环境下，显然加盟模式已经成为行业发展的新动力，也成为了区域连锁“五年计划”的市场策略。

[返回目录](#)

集采产品落标怎么救？布局 DTP 药店！

来源：医药经济报

今年的政府工作报告指出，完善短缺药品保供稳价机制，采取把更多慢性病、常见病药品和高值医用耗材纳入集中带量采购等办法，进一步明显降低患者医药负担。政府工作报告传递出集中带量采购全面提速的信号，将持续倒逼国内药企加快创新转型的步伐。

这是大势所趋。在这种趋势下，许多药厂的药品将无法中标，制

药企业的未来在哪里？营销应如何布局？

为何布局 DTP

落标产品冲击巨大，DTP 是较佳选择

第四批国家组织药品集中采购 2 月初在上海开标，预计第五批国家集中采购将加速落地，且覆盖范围将相较之前更广泛。集中带量采购工作正朝常态化、规范化、制度化的方向扎实推进。竞争充分、价格合理、规范有序的药品供应保障体系正加速形成。

仿制药品种中选集采，较大幅度降价后以价换量，转为低毛利率品种，为企业贡献低毛利率将逐步成为常态。除少数壁垒较高、竞争力较好的品种外，大部分仿制药可能都将经历这个过程。

未来，注射剂、生物类似药、中成药等领域也将接轨带量采购。带量采购对制药企业的销售（特别是落标企业）带来极大冲击，很多落标药企销售团队立即解散。即便是中标企业，因中标价格大幅下降，没有费用空间做营销推广，也出现了需要裁员的问题。影响面很大。

那么，落标产品有没有其他出路呢？笔者认为，这些因政策原因导致业务无法持续的药品，转型做 DTP 可能是较佳的选择之一。

火爆 DTP 市场，失标企业的救命稻草

近年来，DTP 的火爆有目共睹。各大连锁药店、各大商业公司纷纷布局 DTP 市场。目前中国 DTP 药房的主要运作模式为：DTP 药房整合药品供给端（制药企业）、处方端（医院）和需求端（患者），并形成自己的药品配送物流功能，成为药品营销过程中的核心角色。

带量采购的挤出效应，使得大量处方药被迫退出政府买单的医疗市场，导致大量处方药企业开始进入零售市场。也正因如此，在政策驱动下，DTP 终于快速发展起来。以前，发展 DTP 是医院取消药品加成后处方外流的本能选择，DTP 模式的出现为处方药提供了一个流出通道，同样也是取消药品加成和药占比压力下医院压力的泄洪通道；现在，由于集采的原因，DTP 发展将进一步提速。

DTP 产品四大方向

由于集采的溢出效果，DTP 已经热起来了。但是，如果 DTP 药店布局的相关产品没有特色，不具备 DTP 产品的素质，那么销售要想做得很大也是有难度的。调研证明，DTP 的产品应该符合以下四个方向：

01 慢性病用药，专业慢病管理是 DTP 竞争力

慢性病用药，是集采后落标的主要产品类别。DTP 药房具有较专业的药学和医学服务能力，而这正是慢病管理的竞争力。专业的慢病管理内涵包括：指导患者用药，按照药物经济学原理让患者少花钱而获取最佳疗效，控制慢病及其并发症的发展，提高生活质量。这些内涵是慢病管理的根本，没有专业的服务，仅仅是用药提醒，是不可能取得顾客深度认同的。

DTP 药房成为慢病管理定点药店，可以提升药店慢病管理水平，提高消费者慢病管理治疗效果，最终被消费者认可。慢病顾客一旦留下，是终身用药。

02 带量采购失标大品种，特别是品牌药企的产品

因带量采购而失标的大品种，应该及早想办法布局 DTP 市场。

例如第三批国家带量采购中的 53 个品种、86 个品规，有许多大众熟知的常用药，如阿莫西林、布洛芬、枸橼酸西地那非、阿扎胞苷、阿哌沙班、奥美拉唑、二甲双胍、非布司他、卡培他滨、拉米夫定、匹伐他汀、托法替布、塞来替布、替格瑞洛、维格列汀纷纷入选。风湿免疫疾病药物塞来昔布、托法替布、非布司他，以及乙肝药拉米夫定、阿尔茨海默症药物美金刚、降血脂药匹伐他汀、抗栓药替格瑞洛、糖尿病药物维格列汀、抗癫痫药左乙拉西坦等也入选，其中不乏知名品牌的品种。

特别是品牌药企的产品，在医疗机构临床市场上都有较大的基础和用量，一旦失标，临床销售额将急速下滑，甚至为零，直接影响企业的生存。所以，转战 DTP 市场将是非常重要的一条出路。

03 未进医疗机构的肿瘤、罕见病和慢性病新特药

疗效确切的治疗各种疾病的新特药、各种肿瘤治疗的靶向药、正规渠道很难获得的新特药，是 DTP 药房布局的重中之重。

DTP 这种模式在我国的产生原因最早就是源于患者对新特药的需求。因为这些新特药在医院买不到，患者治疗又需要，所以就有了 DTP 药房。某种程度上讲，DTP 药房的产生，解决了部分患者对新特药的可及性问题。

未来，随着市场的开放以及国内医疗水平的进步，越来越多全球最前沿、最先进的治疗方案和治疗药品将惠及广大国人。对于刚开始

不能进入医疗机构的新药、特药，DTP 药房很好地承接了此环节，以解决广大国内患者无药可医的窘境。

另一方面，DTP 药房承接的品类的疾病谱不再集中在肿瘤线，也将涉及罕见病和许多慢性病新药。

04 挤出的中成药、辅助用药、特医食品、器械等

因政策挤压出来的一些中成药、辅助用药、特医食品、器械等类别的产品，也是 DTP 产品布局的一个重要组成。这些不属于急需用药、退出医疗机构市场的产品，受医生处方影响较大，也是 DTP 市场非常诱人的一个布局。而 DTP 药店也将成为这类产品的一个主战场。

总结

可以预测，DTP 药房将成为一种医药零售新业态。DTP 药房应是承接处方外流的主要战场，未来几年，集采落标药企布局 DTP 药房，将是不可阻挡的趋势。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

【党史中的中医药】毛泽东《讲堂录》里的中医观

来源：中国中医药报

1913 年，毛泽东考入湖南省立第四师范学校，次年随校并入第一师范学校。在此期间，毛泽东有多种手迹留存，“听课时记了万余言的《讲堂录》，主要是国文课和修身课的笔记。”参加革命后，族

人为防反动派迫害，将他存放韶山家中的书籍信札笔记等物搬到后山烧毁，只有幼年塾师毛宇居冒险留下了两册课本和 94 页九行直线本笔记，其中就包括七十多页《讲堂录》。《讲堂录》收录在《毛泽东早期文稿》中。

《讲堂录》里有一段这样写道：“医道中西各有所长，中言气脉，西言实验。然言气脉者理大微妙，常人难识，故常失之虚；言实验者专求质而气则离矣，故常失其本，则二者又各有所偏矣。”为毛泽东学习《西师意〈实学指针〉序》后所记，这也是目前可考的毛泽东关于医学的最早论述。

《西师意〈实学指针〉序》收录于《吴挚甫文集》卷一，作者吴汝纶，字挚甫，1840 年出生，安徽桐城人，清末散文家，曾先后任曾国藩、李鸿章幕僚及深州、冀州知州，长期主讲莲池书院，晚年被任命为京师大学堂总教习，并创办桐城学堂。

西师意是日本人，自号金城子，曾师事吴汝纶，著有《金城丛书》三种，《实学指针》为其一，出版于光绪二十八年（1902 年）。吴汝纶在序中对《实学指针》一书颇称赞：“是书详记英俄德美之地积、人口、财政、军法，使吾国士大夫考邻敌之富盛，而思所以自振拔，其用意故以勤矣。”《吴挚甫文集》存四卷，另附深州风土记四篇，其中收录了大量序文、说、题、跋、书、表、寿序、祭文等，文章既得桐城派整饬雅洁之长，又不全落桐城窠臼，风格矜炼典雅，意厚气雄；作文擅长议论，逻辑严密，被时人誉为“后无来者”的“海内大

师”和“古文宗匠”。

毛泽东之所以会阅读《吴挚甫文集》，多是受其国文教员袁吉六的影响。袁吉六，名仲谦，清同治七年(1868年)生于湖南保靖县葫芦镇袁家坪，尽管家境贫寒，却刻苦攻读，去永顺府应试时，因为家贫无钱粮可带，只得带些锅巴和苞谷粉作干粮，后来苗乡人称他是“锅巴秀才”。在乡亲资助下，袁吉六成了一名举人，先后在保靖、古丈等地办学执教50余年，培养了不少学生。1913年春，袁吉六被调到湖南省立第四师范学校任国文教员，袁、毛遂成师生关系。

毛泽东对袁吉六学识的博大精深及其对自己的影响感触颇深。1936年，他在延安接受美国记者埃德加·斯诺采访，谈到在湖南第一师范读书时所受的影响，说：“这里有个国文教员，绰号‘袁大胡’。他揶揄我的文章，说是报人的东西。他看不起我的模范梁启超，以为他只是半通。我只得改变我的风格，攻读韩愈的文章，和熟记经史的典故。所以，谢谢袁大胡，必要时我现在还可以做一篇清通的古文。”对这位曾经“不对眼”却又十分器重自己的国文老师，毛泽东十分敬重，新中国成立后多次和乡亲、同学谈起这位教授自己长达5年的国文老师。

1952年毛泽东还亲笔为去世20年的老师题写了《袁吉六先生之墓》碑文，这是毛泽东平生题写的唯一一块墓碑，可见袁吉六在他心目中的地位。从现在保存的信件、文章、读书笔记等来看，毛泽东在第一师范读书的前期，较多的时间在读中国古典经籍，即在潜心研究

国学。正是袁吉六介绍必读的古典文学作品，悉心单独教授，毛泽东方能积淀厚重的国学底蕴。

毛泽东用“中言气脉”四个字极其凝练、中肯地点出了中医学的特点。“气”是《黄帝内经》中的重要命题，有学者统计，其关于“气”的论述有 2956 处，开篇就有“恬淡虚无，真气从之”之语。《黄帝内经》还有许多论述，“真气”“肾气”“四时之气”等，都是重要概念。“脉”是人体内具有运行气血、联络脏腑肢节、沟通上下内外、感应传导、调节平衡等作用的一个网络状巨系统。这一巨系统是由经脉(包括十二正经、奇经八脉、十二经别)、络脉(包括大络、浮络、孙络、阴络、阳络)、经筋和皮部组成。

十二正经是人体运行气血的主要通道，也是经络系统的主体；奇经八脉与十二正经不同，既不直属脏腑，又无表里配合关系，其循行别道奇行，其功能是沟通十二经脉之间的联系，又对十二经气血有蓄积渗灌等调节作用；络脉是由经脉分出网络全身各个部位的分支，“其常见者，足太阴过于外踝之上，无所隐故也。诸脉之浮而常见者，皆络脉也”，它们纵横交贯，遍布全身，将人体内外、脏腑、肢节联成一个有机的整体。青年毛泽东指出“言气脉者理太微妙，常人难识，故常失之虚”，如此深刻感悟，今天又有几人？考察现有公开文献，尚无法考证毛泽东是否研读过《黄帝内经》，但从这段读书笔记来看，毛泽东至少是浏览过包括《黄帝内经》等医学典籍的，方有如此精辟之词。

毛泽东又指出“西言实验”，接受过现代科学教育的我们对此应该心领意会。在这前一年，毛泽东“认为在校学习不如自学，便退学寄居在湘乡会馆，订了一个自修计划，每日到湖南省立图书馆读书。在自修的半年中，广泛涉猎十八、十九世纪欧洲资产阶级的社会科学和自然科学书籍。”对西方近代思想知识有了深入的了解。近现代医学和西方古代医学或欧洲传统医学都不同，这是以物理、化学、生物学为基础发展起来的体系，从生物—医学模式到社会—心理—生物医学模式，直到现代的系统生物医学模式。

近现代医学的基本方法是物理、化学和生物学的实验结论，是化学、物理、核技术、电子技术、计算机技术和生物学等现代科学技术与医学相结合的产物。

现代医学主要依靠医疗器械、检验设备来诊断，通过化学药物、放射线等方法治疗，甚至通过精细手术切除人体病灶、器官移植等手段达到治疗的目标。青年毛泽东所处的时期并没有很多医疗设备，但他指出“言实验者专求质而气则离矣，故常失其本”，对现代医学的特点和不足，能有如此远见，实在让人叹服。“常失其本”，表现为“头痛灸头，脚痛灸脚”“过度治疗”，不正是现代医学挥之不去的梦魇吗？

青年毛泽东有“医道中西各有所长”的认识，又有一个“常失之虚”、一个“常失其本”的精当点评，更有“二者又各有所偏矣”的论断。正是基于对中西医的这种最初认识，毛泽东在后来领导中国革

命与建设的实践活动，直至确定新中国医疗卫生事业方针时，才会自觉地走上了中西医并重的道路吧。

[返回目录](#)

国新办：“十四五”中医药七大重点工作！

来源：新京报

3月29日下午3时，国务院新闻办公室就“十四五”规划推进中医药振兴发展有关情况举行新闻发布会。据了解，“十四五”期间，国家层面多部委将以传承精华、守正创新为主线，以深化改革、完善制度为动力，坚持发挥中医药特色优势和多元价值作用，坚持突出中医药医疗服务核心价值，为健康中国助力。

用好“两个”抓手

聚焦“七大”领域

国家中医药管理局局长于文明在会上指出，“十四五”期间，推进中医药振兴发展需要从七个领域，全面提升中医药特色优势和服务能力，满足人民群众对中医药的需求。

一是聚焦疫病防治能力建设，发挥好中医药疫情防控独特优势和作用。深化中医药疫病理论研究、中医药抗疫有效经验总结和临床数据挖掘，科学总结中医药防治的疗效成果。

二是聚焦特色人才培养，加强人才队伍建设。深化教育教学改革，实施特色人才培养工程，推动领军人才、优秀人才、基层骨干实用人才等特色人才队伍建设。

三是聚焦医疗资源提质扩容，推进优质高效服务体系建设。启动国家中医医学中心、区域中医医疗中心、中医特色重点医院等建设，推进中西医协同发展。

四是聚焦高质量发展，促进传承创新和中药质量提升。加强科技创新体系建设，推进道地中药材生产基地、中药质量追溯体系建设，落实中药注册管理改革举措。

五是聚焦遵循中医药规律和特点，建立完善评价和标准体系。健全中医药科研方法、评价体系，完善临床疗效评价技术、方法。推动中医临床诊疗标准、技术规范的制定。

六是聚焦开放发展，加强中医药国际交流与合作。加强“一带一路”重点国家双边合作和与世卫组织等多边合作，让中医药“走出去”。打造粤港澳大湾区中医药发展高地。

七是聚焦体制机制改革，营造良好政策环境。推进国家中医药综合改革示范区建设。配合全国人大开展好中医药法执法检查。推动进一步完善中医药价格和医保政策，建立持续稳定的投入保障机制，健全中医药管理体制。

据悉，中医药坚持内外兼修，扬优势、建高地、强弱项、显特色、补短板、增供给，以编制“十四五”中医药发展规划、实施中医药振兴发展重大工程为两大抓手。

聚焦心血管等慢病特色病种

中药审评审批改革三大方向

那么，中医药科技创新焦点在哪里？

据相关负责人介绍，“十四五”期间将进一步加快中医药科技创新体系建设，首先要加强中医药古典医籍精华的梳理和挖掘，守住中医药传承的根脉。强化名老中医的学术经验传承和老药工技术、技艺的传承研究。

二是加强中医药科技创新平台建设，在中医理论、中药资源、现代中药创制、中医药疗效评价等重点领域建设国家重点实验室，围绕心血管疾病、神经系统疾病、恶性肿瘤、代谢性疾病等重大慢病及妇科、皮肤、免疫等优势病种和针灸及其他非药物疗法等，建设 10~20 个国家中医临床医学研究中心及协调创新网络，依托中医医疗机构、科研院所建设 30 个左右的国家中医药传承创新中心。

第三，要加强中医药科技队伍和创新团队建设。提高加强中医药高端学术人才、高层次专业技术人才和基础学科、优势学科、前沿学科的人才培养。加快培养和集聚一批跨专业、跨学科、跨领域，活跃在国际学术前沿，满足国家重大需求的一流科学家、学科领军人物和创新团队，健全人才激励机制与评价机制。

在中药审评审批及新药研发等方面，国家中医药管理局将配合国家药品监督管理局继续完善中药的审评审批改革，促进中药新药研发和中药产业发展。一是坚持以临床价值为导向，推动建立与中药临床定位相适应，体现其作用特点和优势的疗效评价标准，鼓励开展以患者为中心的疗效评价。二是推动古代经典名方、中药复方制剂研制，

组织研究制定古代经典名方关键信息考证意见，建立与古代经典名方、中药复方制剂特点相适应的审评模式，简化审批手续。三是构建“三结合”的审评证据体系。重视“人用经验”对中药安全性、有效性的支撑作用，按照中药特点、规律和临床实践实际，构建中医药理论、“人用经验”和临床试验相结合的审评证据体系，为新时代中医药传承创新发展提供更广阔的平台和路径。

粤港澳三地中医药融合创新

允许港澳名医纳入国家体系

国家“十四五”规划和 2035 年远景目标纲要明确提出高质量建设粤港澳大湾区，为构建粤港澳中医药发展擘画了顶层设计、路线图和纲领性文件。

据介绍，国家层面已将粤港澳大湾区中医药创新纳入“十四五”整体规划。一是建立健全粤港澳三地中医药会商机制，推进建设方案落地实施，支持建设中国中医科学院大学分院、粤澳合作中医药科技产业园等重点项目。二是要将港澳地区中医药纳入中医药发展全局，予以重点支持，允许港澳符合资格的中医药人员参与国医大师、全国名中医评选，还有岐黄学者、青年岐黄学者等人才培养项目，融入中医药学术思想继承和创新发展格局。同时支持 6 名港澳地区的中医师入选了青年岐黄学者项目，支持 50 多名澳门中医师在大湾区内地城市执业，融入共商共建共享的发展机制。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

我国医保基金监管体系解析，这3点很关键！

来源：中国医疗保险

安全的医保基金是医保制度得以平稳运行和可持续发展的财务基础，也是维护广大人民群众医保权益的经济保障。医保基金运行管理的质量和效率，不仅关系着广大人民群众的切身利益，也关系着众多药品生产企业、医用耗材生产企业、医用设备生产企业、医药服务机构的生存发展，事关经济社会发展稳定大局以及党和政府在人民群众心目中的形象和威望，因此加强医保基金监管是保证医保制度平稳运行的题中应有之义。

随着《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）和《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院第735号令）等一系列政策文件的出台以及医保基金监管工作的全面部署和稳步推进，医保基金监管的制度体系愈发健全、各相关主体的责任更加明确、保障体系不断完善，基金监管工作越来越呈现常态化、规范化态势，全领域、全流程、全方位、立体式基金安全防控机制初步建立，为保障基金安全、促进有效使用、维护公民权益提供了坚实的制度保证。

一、医保基金监管制度体系愈发健全

医保基金监管工作关联众多部门，涉及诸多行业，贯穿医保基金收、管、支运行管理全流程，链接医药服务各环节，因此，为保证医

保基金监管工作卓有成效开展，就必须建立健全医保基金监管制度体系，按照《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）要求，着力打造“党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局”。

（一）不断完善医保基金监管党建工作制度

中国共产党代表最广大人民的根本利益，因此从本质上来说，党的领导就是帮助人民群众认识自己的利益，并且团结起来为自己的利益而奋斗。党的领导不是靠行政权力来实现的，而是靠代表人民群众的利益，保持党同群众的密切联系，制定和执行正确的路线、方针、政策，并通过向人民群众作宣传教育工作，使人民群众自觉接受和执行自己的路线、方针、政策，靠人民群众的信心和拥护来实现的。党章规定，党的领导主要是政治领导、思想领导和组织领导。政治领导，在具体工作中，主要是指坚持党总揽全局、协调各方，发挥领导核心作用。思想领导，就是坚持以马列主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、习近平新时代中国特色社会主义思想作为党和国家各项事业的指导思想，教育和武装广大党员和人民群众，向人民群众宣传党的路线、方针、政策，把党的主张变成人民群众的自觉行动。组织领导，就是通过党的各级组织、党的干部和广大党员，组织和带领人民群众为实现党的任务和主张而奋斗。

完善医保基金监管党建工作，就是加强党对医保基金监管工作的领导。完善医保基金监管党建工作制度，就是按照《国务院办公厅关

于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》(国办发〔2020〕20号)规定,“以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神,按照党中央、国务院决策部署,加快推进医保基金监管制度体系改革”,“坚持和加强党的全面领导,不断完善医保基金监管党建工作领导体制和工作机制。督促医疗保障部门、定点医药机构切实加强基层党组织建设,充分发挥党组织战斗堡垒作用和党员先锋模范作用。完善公立定点医药机构领导班子和领导人员特别是主要负责人监督约束机制,加强对其履行政治责任、基金监管责任的监督考核与执纪问责,筑牢监管底线”。

(二) 建立健全医保基金监督检查制度

主要包括如下内容:

首先,明确检查形式。即:“推行‘双随机、一公开’监管机制,建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度”。为保证“双随机、一公开”真正落到实处,国家医保局在《关于做好2020年医保基金监管工作的通知》中明确规定,“建立医保基金监管执法人员名录库,制定随机抽取的原则、程序和具体方法。建立协助执法人员名录库,人员范围可涵盖临床医师、药师、医保专家、信息技术人员、律师、会计师、审计人员、新闻媒体人员等,健全动态维护机制”。

其次,明确检查方法。即:“明确检查对象、检查重点和检查内

容。规范启动条件、工作要求和 workflows，明确各方权利义务，确保公开、公平、公正”。为此，国家医保局在《关于做好 2020 年医保基金监管工作的通知》中明确规定，“建立健全行政执法公示制度，及时通过各级医保部门网站及相关平台向社会公开基金监管行政执法基本信息、结果信息。建立健全基金监管执法全过程记录制度，推进基金监管执法装备标准化建设，飞行检查、现场检查等基金监管行政执法要通过文字、音像等形式全程记录并归档。建立健全基金监管重大执法决定法制审核制度，作出重大执法决定前，要严格进行法制审核，未经法制审核或者审核未通过的，不得作出决定。建立和完善决策程序、监管规则，有效约束规范行政自由裁量权”。

第三，积极借助外力。即：“积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管，建立和完善政府购买服务制度，推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性、效益性”。

(三) 全面建立医疗保障智能监控制度

由于医保监控链条长、环节多、范围广、场景多样、情况复杂，唯有借助现代信息技术、实现智能监控才能在医保繁杂的数据海洋中有所捕获，实现医保基金监管的高质量和高效率。为此，国家在建立健全医保智能监控制度方面不断发力。

首先，高度重视智能监控系统建设。国务院在《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20 号）中明

确提出“建立和完善医保智能监控系统，加强大数据应用”，在《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院第735号令）中要求“实施大数据实时动态智能监控”。同时，国家医保局在《关于做好2019年医疗保障基金监管工作的通知》（医保发〔2019〕14号）中对各省级医保部门建设智能监控的实施路径给出了原则性的指导意见，即：“全面梳理辖区内智能监控信息系统建设情况，加强督促指导，依据全国统一的技术标准、业务标准、业务规范和国家医疗保障信息平台建设需求，构建本地区医疗保障智能监控信息系统”。

其次，积极推进医保监管由人工向智能转变。通过“加强部门间信息交换和共享”，利用医保知识库、规则库及人工智能，实现对医保基金使用全环节、全流程、全场景监控，从而“推进异地就医、购药即时结算，实现结算数据全部上线。加快建立省级乃至全国集中统一的智能监控系统，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变”。

第三，着力促进智能监控提质增效。通过“不断完善药品、诊疗项目和医疗服务设施等基础信息标准库和临床指南等医学知识库，完善智能监控规则。开展药品、医用耗材进销存实时管理。推广视频监控、生物特征识别等技术应用”（参见国办发〔2020〕20号文），“积极推广互联网+视频监控，稳步推进在部分医药机构主要入口、收费结算窗口等重点区域安装视频探头，实现诊疗数据和服务影像的实时对比、同步在线监控，更好收集和锁定违法违规证据，提升监管效能”

(参见医保发〔2019〕14号文)，从而进一步“加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，强化事前、事中监管”（参见国办发〔2020〕20号文）。

(四) 建立完善欺诈骗保行为举报奖励制度

首先，畅通投诉举报渠道。国务院在《医疗保障基金使用监督管理条例》中明确规定，“医疗保障行政部门应当畅通举报投诉渠道，依法及时处理有关举报投诉，并对举报人的信息保密”，并在《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》中要求，“规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，加强隐私保护，切实保障举报人信息安全”。并在医保发〔2019〕14号文中要求“制定具体办法，规范举报线索受理、交办、查处、反馈等工作流程和工作机制，明确受理和查处标准，及时向举报人反馈线索受理及查处情况，不断提高举报人对举报处理的满意度”。

其次，建立打击欺诈骗保宣传工作常态化机制。国家医保局在《关于做好2020年医疗保障基金监管工作的通知》中规定，“将每年4月定为全国医保基金监管集中宣传月，推动打击欺诈骗保宣传工作常态化、长效化”，明确要求“各地要采取多种措施，集中宣传解读医疗保障基金监管法律法规与政策规定，强化定点医药机构和参保人员法制意识，自觉维护医疗保障基金安全。统一印制并广泛张贴打击欺诈骗保宣传海报，发放宣传折页，播放统一制作的动漫宣传片等，运用群众喜闻乐见的宣传形式，加强舆论引导和正面宣传”（医保发

(2019) 14 号)。

第三，完善举报奖励标准。国务院在国办发〔2020〕20 号文中明确要求，“统筹地区及以上医疗保障和财政部门应当建立并不断完善医疗保障违法违规违约行为举报奖励制度，依照相关规定对举报人予以奖励……完善举报奖励标准，及时兑现奖励资金，促进群众和社会各方积极参与监督”。国家医保局、财政部在《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》（医保办发〔2018〕22 号）中给出的规定是，“统筹地区医疗保障部门可按查实欺诈骗保金额的一定比例，对符合条件的举报人予以奖励，最高额度不超过 10 万元……欺诈骗保行为不涉及货值金额或者罚没款金额，但举报内容属实的，可视情形给予资金奖励。两个或两个以上举报人对同一事实进行举报的，按举报时间以第一举报人为奖励对象；联名举报的，按一个举报人奖励额度进行奖励，奖金由举报人协商分配。统筹地区医疗保障部门应开辟便捷的兑付渠道，便于举报人领取举报奖金”。

(五) 建立健全医保信用管理制度

信用管理是市场经济条件下监督管理的基础，党中央国务院明确要求建立健全医疗保障信用管理制度，推行守信联合激励和失信联合惩戒机制。

首先，建立健全医保信用记录评价制度。国办发〔2020〕20 号文件明确规定，“建立医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度和积分管理制度。创新定点医药机构综合绩效考评机制，将信用

评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联”。

其次，不断完善医保信用管理工作。国务院在国办发〔2020〕20号文件明确要求，“加强和规范医疗保障领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单管理工作，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒”，用黄华波的话来说，就是“完善医保领域‘黑名单’制度，将严重违规的定点医疗机构、定点药店、医保医师和参保个人列入‘黑名单’，定期向社会公开发布；逐步建立个人惩戒制度，将医保领域涉骗行为纳入国家信用管理体系，发挥联合惩戒威慑力，实现‘一处违规，处处受限’”。

第三，积极推进行业自律。广泛开展医保法律法规政策培训，不断提升公立医疗机构、非公立医疗机构、零售药店、医师等行业从业人员遵纪守法履约的自觉性和主动性，按照国办发〔2020〕20号文件规定，“鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，制定并落实自律公约，促进行业规范和自我约束”。

(六) 建立完善综合监管和社会监督制度

医保监管的困难程度和复杂程度彰显了实行部门配合、综合监管、全社会监督的必要性和重要性，只有实行全方位、全领域、全流程、多层次、立体化、多形式的综合监管和社会监督，才能不断提高医保监管效能，维护医保基金安全，推动医保事业健康可持续发展。

首先，强化部门协调。国办发〔2020〕20号文要求，“建立和

完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度，推行网格化管理”，国家医保局在《关于做好 2019 年医疗保障基金监管工作的通知》（医保发〔2019〕14 号）中也进行了相应的工作部署，强调“加强协调沟通，积极争取卫生健康、公安、市场监管、审计、财政、纪检监察等部门支持，建立健全综合监管协调机制，统筹推进医疗保障基金监管的协调指导和重大案件查处等工作”。

其次，建立联动机制。根据国办发〔2020〕20 号文件要求，“推进信息共享和互联互通，健全协同执法工作机制。对查实的欺诈骗保行为，各相关部门要按照法律法规规定和职责权限对有关单位和个人从严从重处理”，并“建立‘一案多查’、‘一案多处’制度。对疑似违规违法案件，要积极商请公安、卫生健康、市场监管和纪检监察等部门参与查处；对查实的违规违法线索，要及时通报辖区内相关部门，按规定吊销执业资格或追究党纪政纪责任。涉嫌犯罪的，及时移送司法机关”，从而通过“建立部门联动机制，开展联合检查，形成监管合力”。

第三，完善社会监督。具体来说，就是“建立信息披露制度。经办机构定期向社会公告基金收支、结余和收益情况，接受社会监督。建立医保基金社会监督员制度，聘请人大代表、政协委员、群众和新闻媒体代表等担任社会监督员，对定点医药机构、经办机构、参保人员等进行广泛深入监督。主动邀请新闻媒体参与飞行检查、明察暗访等工作，通过新闻发布会、媒体通气会等形式，发布打击欺诈骗保成

果及典型案例”。

二、医保基金监管各相关主体的责任更加明确

医保基金监管各相关主体主要包括行政执法相关主体和基金使用相关主体两个方面。随着医保基金监管制度体系的不断健全，各相关主体的责任进一步明确。

(一) 医保基金监管各行政执法相关主体的责任更加明确

首先，部门职责更加明确。《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院第 735 号令)规定：“国务院医疗保障行政部门主管全国的医疗保障基金使用监督管理工作。国务院其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。县级以上地方人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域的医疗保障基金使用监督管理工作。县级以上地方人民政府其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作”，并要求，“医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。医疗保障行政部门应当加强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的监督，规范医疗保障经办业务，依法查处违法使用医疗保障基金的行为”，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”，“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，确定检查重点，组织开展专项检查”，并“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”。各部门在联合检查中所履行的职责，国务院在《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）中作出了具体规定，“医疗保障部门负责监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法依规查处医疗保障领域违法违规行为。卫生健康部门负责加强医疗机构和医疗服务行业监管，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为。市场监管部门负责医疗卫生行业价格监督检查，药品监管部门负责执业药师管理，市场监管部门、药品监管部门按照职责分工负责药品流通监管、规范药品经营行为。审计机关负责加强医保基金监管相关政策措施落实情况跟踪审计，督促相关部门履行监管职责，持续关注各类欺诈骗保问题，并及时移送相关部门查处。公安部门负责依法查处打击各类欺诈骗保等犯罪行为，对移送的涉嫌犯罪案件及时开展侦查。其他有关部门按照职责做好相关工作”。

其次，检查手段更加明确。《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院第735号令）规定：“医疗保障行政部门实施监督检查，可以采取下列措施：1. 进入现场检查；2. 询问有关人员；3. 要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明；4. 采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料；5. 对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存；6. 聘请符合条件的会计师事

务所等第三方机构和专业人员协助开展检查;7. 法律、法规规定的其他措施”，同时明确，“医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作”。

第三，纪律要求更加明确。《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院第 735 号令)规定：“开展医疗保障基金使用监督检查，监督检查人员不得少于 2 人，并且应当出示执法证件”，医疗保障等行政部门及其工作人员“不得将工作中获取、知悉的被调查对象资料或者相关信息用于医疗保障基金使用监督管理以外的其他目的，不得泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密”，“在医疗保障基金使用监督管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分”，“收受贿赂或者取得其他非法收入的，没收违法所得，对有关责任人员依法给予处分”，“泄露、篡改、毁损、非法向他人提供个人信息、商业秘密的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分”，“违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理”。

(二) 医保基金使用相关主体的责任更加明确

首先，医保经办机构及其工作人员的责任更加明确。《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院第 735 号令)规定：医保经办机构“应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作，并定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督”；“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”；“应当按照服务协议的约定，及时结算和拨付医疗保障基金”；对有下列情形之一的，“由医疗保障行政部门责令改正，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：1. 未建立健全业务、财务、安全和风险管理制度；2. 未履行服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等职责；3. 未定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况”；对通过伪造、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，骗取医疗保障基金支出的，“由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分”。

其次，定点医药机构及其工作人员的责任更加明确。《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院第 735 号令)规定：定点医药机构应当“按照规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益”、“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”、“组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的

行为”，并“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”、确保“确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围”、“不得为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利”，“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”。针对定点医药机构不同的违法行为分别设置了不同的法律责任，用国家医保局在《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院政策例行吹风会上所归纳的话来说，就是：区分不同违法行为，分别规定了责令改正、约谈有关负责人、责令退回、处以罚款、吊销执业资格、限制从业、给予处分等。特别是对于骗保行为，设定了比较严厉的处罚，除规定责令退回、吊销执业资格等处罚外，还规定了处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款，并针对定点医药机构协议管理的特点，规定了暂停涉及基金使用的医药服务及期限，以及解除服务协议等。同时，为了压实定点医药机构负责人的管理责任，对定点医药机构因违法造成基金重大损失或者严重不良社会影响的，对其法定代表人或者主要负责人给予5年的限制从业。

第三，参保人员个人责任更加明确。《医疗保障基金使用监督管

理条例》(国务院第 735 号令)规定:参保人员应当“持本人医疗保障凭证就医、购药,并主动出示接受查验”、并“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,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益”。参保人员个人有下列情形之一的,“由医疗保障行政部门责令改正;造成医疗保障基金损失的,责令退回;属于参保人员的,暂停其医疗费用联网结算 3 个月至 12 个月:1. 将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;2. 重复享受医疗保障待遇;3. 利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。个人以骗取医疗保障基金为目的,实施了前款规定行为之一,造成医疗保障基金损失的;或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的;或者通过伪造、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,骗取医疗保障基金支出的,除依照前款规定处理外,还应当由医疗保障行政部门处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款”。

第四,医保基金使用主体的权利保障规定更加明确。《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院第 735 号令)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。医疗保

障经办机构违反服务协议的，定点医药机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼”，“参保人员有权要求定点医药机构如实出具费用单据和相关资料”，“医疗保障行政部门对违反本条例的行为作出行政处罚或者行政处理决定前，应当听取当事人的陈述、申辩；作出行政处罚或者行政处理决定，应当告知当事人依法享有申请行政复议或者提起行政诉讼的权利”，等等。

三、医保基金监管保障体系不断完善

建立健全医保基金监管制度体系和明确各相关主体的法律责任是医保基金监管工作开展的基础和前提，这一点无可置疑，也是客观的现实需要。但从宏观和长远的角度上来说，更需要着眼于培育良好的医保基金监管生态系统，从而为医保基金监管工作的顺利开展和医保基金监管事业的可持续发展提供技术支撑和机制保障。为此，国家进行了一系列工作部署，我国的医保基金监管保障体系不断完善。

（一）不断加强医疗保障法制建设和规范化建设

主要体现在如下几个方面：

首先，强化医疗保障法制建设。国务院在国办发〔2020〕20号文件中对此进行了一系列工作部署，《医疗保障基金使用监督管理条例》颁布实施后，相关部门将会制定一系列配套办法。而作为医疗保障领域的纲领性法律文件——《医疗保障法》也已被全国人大列入2021年立法计划。可以预料，随着《医疗保障法》的颁布实施，不

仅将有力地促进医疗保障事业的蓬勃发展，也将为医保基金监管工作高质量发展引领方向、保驾护航。

其次，完善定点机构协议管理。国务院在国办发〔2020〕20号文件中要求，“完善定点医药机构协议管理制度，建立和完善定点医药机构动态管理和退出机制。完善医保对医疗服务行为的监控机制，将监管对象由医疗机构延伸至医务人员，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗服务绩效双控制”。为贯彻落实国办发〔2020〕20号文件精神，国家医保局制定颁发了《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局第2号令）和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局第3号令）（以下统称：“两个办法”），“两个办法”对定点医疗机构和定点零售药店（以下简称：定点医药机构）的准入资格、申报流程、协议签订、运行管理、动态管理、监督管理等方面均作出了明确规定。同时，《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十五条规定“定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的，可对该人员或科室中止或终止医保结算”，意味着将医保基金监管对象由医疗机构延伸至医务人员；而第三十六条所规定的“经办机构或其委托符合规定的第三方机构，对定点医疗机构开展绩效考核……考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩”，则标志着医保基金监管重点已从医疗费用控制转向医疗费用和医疗服务绩效双控制。

第三，加强医疗服务规范管理。具体来说，就是按照国办发〔2020〕

20 号文件要求，“出台并落实医疗卫生行业诊疗标准，逐步开展临床路径管理，完善并落实临床药师制度、处方点评制度，强化临床应用和评价等标准规范运用”。

（二）不断加强医保基金监督检查能力保障

医保基金监管能力是开展高质量医保基金监管工作的重要保证，加强医保基金监督检查能力保障，重点是做出如下几方面工作。

首先，“加强人员力量，强化技术手段”。一方面是要按照医保发〔2019〕14 文要求，“充实行政监管队伍，保障必要的行政执法力量和执法手段”；另一方面是采用多种形式、拓宽多种渠道、创新培训内容，全面开展医保基金监管业务培训工作，在加强理论知识和业务知识学习的基础上，“重点培训基金监管法律法规、违法违规典型案例、查处方式方法等，以案说法，以案教学，快速提高监管队伍业务能力”。同时，加快推进智能监控系统建设步伐，强化技术手段应用，健全智能监控知识库，细化监管指标，完善监管规则，加强数据挖掘技术应用，不断提升智能监控质量和效率，稳步提高医保基金监管水平和监管能力。

其次，理顺行政监管与经办管理关系。国务院在国办发〔2020〕20 号文件中提出“理顺医保行政监管与经办协议管理的关系，明确行政监管与经办稽核的职责边界，加强工作衔接”。为此，国家医保局在“两个办法”中明确划分了医保行政部门和经办机构的职责边界。医保行政部门主要负责定点管理政策制定以及在定点申请、专业评

估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对经办机构和定点医药机构进行监督，依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医药机构的协议履行情况、医保基金使用情况、医药服务行为、购买涉及医保基金使用的第三方服务等进行监督，并对经办机构的内控制度建设、医保费用审核和拨付等进行指导和监督。医保经办机构则主要负责受理医药机构提交的定点申请，组织评估，协议签订，协议履行，协议变更和解除，组织定点医药机构开展宣传培训，为参保单位和参保群众提供政策咨询、业务查询服务，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式对定点医药机构进行定期和不定期的稽查审核，按协议约定及时足额向定点医药机构拨付医保费用等。上述规定，为医保行政部门和医保经办机构的工作衔接、相互配合提供了政策依据和行为遵循。

第三，“通过政府购买服务加强基金监管力量”。国务院在国办发〔2020〕20号文件中提出，“加强各级财政资金保障，通过政府购买服务加强基金监管力量”，并在《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院第735号令)进一步明确，“医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作”，并可以“聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查”，通过借助外力，医保基金监管力量得到不断加强，监管能力和监管水平不断提升。

(三) 统筹推进相关医疗保障制度改革

加强医保基金监管的根本目的是为了**确保医保基金安全**，防止基金用在不该用的地方，确保基金用在**该用的地方**，有效遏制医保基金的**流失和浪费**，确保所购买的**医疗服务物有所值、性价比高**，从而发挥**医保基金战略性购买作用**。从这个意义上说，不断强化**医保基金监管**，**统筹推进相关医疗保障制度改革**，实现**医疗保障制度效能最大化**，既是目的，也是手段。

首先，深化**医保支付方式改革**。医保支付方式是**医保部门对定点机构实行有效的协议管理**和**发挥医保基金战略性购买作用的重要抓手**。而坚持在**基金总额预算管理**的基础上，实施以**按病种(病组)付费**为主、多种**付费方式相结合**的**多元复合式支付方式**则是其中的重要方法和举措。国务院在国办发〔2020〕20号文件中提出，“**深化医保支付方式改革，加强基金预算管理和风险预警**”，这就要求各级**医保部门在总结实践经验基础上**，根据**现实情况发展变化和现代化治理需要**，**积极推进医保支付方式改革**，当前的**工作重点是加快推进以按疾病诊断相关分组付费(CHS-DRG)和按病种分值付费(DIP)为主要内容的医保支付方式改革的落地实施**，**加快实现在试点城市实际付费**，进一步“**加强医保对医疗和医药的激励约束作用**”。

其次，建立**医保待遇清单管理制度**。年初，**国家医保局、财政部联合印发了《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(医保发〔2021〕5号)**，标志着我国**医疗保障待遇清单管理制度的初步建立**。**医疗保障待遇清单制度的出台**，其意义不仅仅在于**确定了基本保障内涵**，厘

清了待遇支付边界，明确了政策调整权限，规范了决策制定流程，从而推进医疗保障制度管理法治化、规范化、标准化；更深远的意义在于引导形成合理稳定的社会预期，防范医疗保障福利主义，为全面建成权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系奠定发展基础和基本遵循。

第三，不断优化医保基金监管工作基础。国务院在国办发〔2020〕20号文件中明确规定，“地方各级人民政府要充分认识推进医保基金监管制度体系改革的重要性，加强领导、统一部署、协调推进”，要求“各省级人民政府要建立激励问责机制，将打击欺诈骗保工作纳入相关工作考核。要强化责任担当，积极主动发现问题，依法依规严肃查处问题，对欺诈骗保行为零容忍，公开曝光典型案例。切实落实监管职责，做好工作衔接，确保人员到位、责任到位、措施到位”，从而进一步强化了统筹地区的监管职责，优化了基金监管工作基础。

(四) 协同推进医药服务体系改革

深化医疗保障制度改革根本目的是为了解除全体人民的疾病医疗后顾之忧，维护人民群众健康权益、化解因病致贫风险、有效解决人民群众“看病难、看病贵”问题，这是我们深化医疗保障制度改革(包括推进医保基金监管制度体系改革)的出发点和落脚点。医保基金监管工作如果光靠医保部门一家单打独斗，光靠代表医疗服务需求方的医保部门内部改革、单兵突进，根本不可能真正取得实效，甚至可能会陷入进退维谷、左右两难的窘境。医保基金监管工作的有效推

进和作用发挥离不开相关部门的相互配合、协同推进、联动改革，而“深化医药服务供给侧改革”、“推进医药服务体系改革”则是其中十分重要、特别关键的一环，这也是国务院在《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）中的明确要求。

首先，加快推进公立医院综合改革。国务院在国办发〔2020〕20号文中要求，“加快推进公立医院综合改革，建立健全现代医院管理制度”，无疑是“深化医药服务供给侧改革”的重要举措，也是推进公立医院综合改革的再次重申。2015年，国务院在《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》（国办发〔2015〕33号）明确提出：“2015年，在全国所有县(市)的县级公立医院破除以药补医，以管理体制、运行机制、服务价格调整、人事薪酬、医保支付等为重点，全面推开县级公立医院综合改革。2017年，现代医院管理制度基本建立，县域医疗卫生服务体系进一步完善，县级公立医院看大病、解难症水平明显提升，基本实现大病不出县，努力让群众就地就医”，明确规定“落实支持和引导社会资本办医政策”、“落实县级公立医院独立法人地位和经营管理自主权”、“建立符合行业特点的人事薪酬制度……落实医院用人自主权”，等等。同年，国务院在《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38号）中进一步提出，“加快推进城市公立医院改革”，“将管理体制、运行机制、服务价格调整、医保支付、人事管理、收入分配等改革作为重点

任务”，其中特别提到“各级行政主管部门要创新管理方式，从直接管理公立医院转为行业管理，强化政策法规、行业规划、标准规范的制定和监督指导职责”，“完善公立医院法人治理结构和治理机制，落实公立医院人事管理、内部分配、运营管理等自主权”，“创新公立医院机构编制管理方式，逐步实行编制备案制，建立动态调整机制……实行聘用制度和岗位管理制度，人员由身份管理向岗位管理转变，定编定岗不固定人员，形成能进能出、能上能下的灵活用人机制”。上述规定，为公立医院综合改革指明了方向，现阶段的主要任务是认真贯彻落实党中央国务院的决策部署，按照既有的工作安排，不断深化并加快推进公立医院综合改革。

其次，不断完善以市场为主导的药品价格形成机制。国务院在国办发〔2020〕20号文中要求，“不断完善以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，完善医保支付与招标采购价格联动机制”，具体举措就是深化药品和医用耗材集中带量采购制度改革，坚持“带量采购、量价挂钩、招采合一”的方向，按照国务院在《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）中的工作部署，“推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展，健全政府组织、联盟采购、平台操作的工作机制，加快形成全国统一开放的药品集中采购市场……引导企业以成本和质量为基础开展公平竞争，完善市场发现价格的机制”，同时，通过“明确采购量，以量换价、确保使用”，“做好中选价格与医保支付标准协同。对医保目

录内的集中带量采购药品，以中选价格为基准确定医保支付标准。对同通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，实行同一医保支付标准。对未通过一致性评价的仿制药，医保支付标准不得高于同通用名下已通过一致性评价的药品”。

第三，深入开展高值医用耗材价格虚高专项治理。这是国务院在《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）中的再次重申。2019年，国务院在《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）中专门对治理高值医用耗材价格虚高问题作出了部署，明确“通过优化制度、完善政策、创新方式，理顺高值医用耗材价格体系，完善高值医用耗材全流程监督管理，净化高值医用耗材市场环境和医疗服务执业环境……推动形成高值医用耗材质量可靠、流通快捷、价格合理、使用规范的治理格局”的工作思路，具体举措包括：一是完善价格形成机制，降低高值医用耗材虚高价格；二是规范医疗服务行为，严控高值医用耗材不合理使用；三是健全监督管理机制，严肃查处违法违规行为；四是完善配套政策，促进行业健康发展；五是坚持三医联动，强化组织实施。

我们坚信，有了党中央国务院的英明领导，有了全国人民的大力支持，有了完善的制度保障，再加上有一支对党忠诚、干净担当的医保干部队伍，医保基金监管工作就一定能够在奋发作为中开创新的局面，医保治理能力将会得到全面提升，从而有效维护医保领域的公平

正义，不断提高人民群众的获得感、安全感和幸福感，促进我国医疗保障制度健康持续发展。

[返回目录](#)

省级统筹、医保数字化支付……医保体系将迎来哪些新的改变？

来源：环球网

2018年，国家医保局正式成立，伴随相关职能的调整转变，开始牵引各项医保业务迎来有力的信息化变革。

2019年，国家医保局宣布筹建全国统一的医保信息标准及信息平台，此后包括重庆、湖南、山东等各地医保局也都借力第三方力量，加速医保信息化平台的建设步伐。

医保信息化建设作为医保改革的重要一环，拨开覆盖其表面的技术性面纱，它代表着利用标准化、信息化、大数据等技术手段革新医疗保障治理，是改变每个人医疗保障体验的关键一步。

在今年的全国两会召开期间，各位政协委员和人大代表也带来了医保改革的相关提案，如：

江苏省人民医院党委书记唐金海：建立数据共享、医保支付结算等为一体智慧医疗联合体。

淮北市人民医院副院长任千里：建议加快推进医保支付改革，对重大疾病在实施按病种付费。

上海棋森投资董事长冯琪雅：建议利用人工智能和物联网等新技术，推动医保体系的数字化支付。

遵义医大附属消化病医院院长**度必光**：建议执行统一的国家医疗服务项目及医保政策。

粤北人民医院主任**饶文霖**：建议推动基本医保省级统筹和门诊费用跨省直接结算。

同时，2021 年政府工作报告也指出，在医保改革中，将推动基本医保省级统筹、门诊费用跨省直接结算，建立健全门诊共济保障机制，逐步将门诊费用纳入统筹基金报销。

显然，在已经完成药品医保谈判、DRGs 医保付费等一系列举措之后，接下来的十四五，医保体系可能还将迎来新的深入改变。而在这一系列去孤岛、高统筹、推集采、调目录的改革趋势下，又将对医保信息化的建设方向产生怎样的转变？

省级统筹：重塑医保信息化新棋局

在所有两会医保相关提案中，分量最重的就是省级统筹制度。

医保制度建立之初国家曾要求，各地医保原则上以地级以上行政区(包括地、市、州、盟)为统筹单位，也可以县(市)为统筹单位。按照属地原则，根据自身情况参加所在统筹地区相应的基本医疗保险。

在实际推行中，因为地区及城乡经济的发展差异，过去各地医保统筹方案都普遍停留在市级或县级单位。这也造成各地医保基金规模和使用情况，与地方行政和经济实力高度绑定，出现各市县支付的起付线、封顶线、报销比例，以及定点目录完全不同的现象，每个地区都享受着差异巨大的医疗保障服务。

据相关研究统计，因为各地医保报销比例及相关政策差异，相比发达地区，城乡居民基本医疗保险实际报销比例大多不到 60%，在齐齐哈尔、大同等地区实际报销比例甚至不足 10%。

此次两会中，全国人大代表饶文霖也表示：“在地区级医保基金统筹背景下，发达地区因常住人口多，年轻劳动力多，医保统筹基金较为充裕；而欠发达地区老人、儿童较多，医保基金历年亏损，陷入人越走越穷，越穷医保越差的情况，欠发达地区老年人实际享受到的医保报销政策甚至远低于发达地区的年轻人。”

这种地区差异情况，显然脱离了医保调节收入差距以促进公平医疗的初衷。而医保基金的省级统筹将彻底改变这种不合理的现状。一方面，通过扩大资金池，可以有利于加强基金共济能力，推进各地医保标准的一致化，提高基金使用效率，消弭地区间差距。另一方面，通过管理权限的上移，也可以从更高视角，构建医保控费的监管体系，对药品采购，最高限价实施动态调整。

籍于此，在“十四五”的开局之年，对规划制定起到纲领性作用的《关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标的建议》也明确提出“推动基本医疗保险、失业保险、工伤保险省级统筹。”

随着政府工作报告的重点标注，意味着省级统筹或将成为未来一年最大的医保动作，从医保信息化角度，该制度的推行也意味信息化平台顶层设计体系、抗风险逻辑及监管系统的彻底改变。

医保数字化支付：信息工具加强支付杠杆

除了省级统筹，医保的数据管理与支付方式改革，也是此次两会关注的焦点之一。

作为发挥医保基金保障作用的关键环节，医保支付是各方利益博弈、资源配置与成本选择的核心机制，也被视作深入推动医改的重要“抓手”。通过医保支付标准(价格)杠杆的变化，可以引导医疗服务供给方主动控制成本，遏制过度服务。

但在相当长一段时间里，作为直接购买方，我国的医保对医疗服务的监督、引导作用都处于缺失状态。2020年，仅在国家医保局的专项治理和飞行检查中，查处的违法违规医药机构就达39万家，追回的医保资金达223.1亿元，一些隐藏的漏损亦不在少数。

这种现象的主要原因，就是因为过去医保实行的“后付费”支付方式的监管能力过于弱势。以应用最多的后付费方式——项目付费为例，付费方在医疗服务行为发生后按实际费用进行补偿。这种方式通常都是医生点菜、医保买单、医院收钱且完全没有风险，增加项目还可获得更多收益，是过去几十年医疗支出大幅增长的主要原因之一。

在此背景下，医保支付方式逐渐发生变革，从后付费转向预付制、从项目付费转向病种付费(DRGs/DIP)，塑造服务提供方和付费方的风险平衡。2020年3月5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》，更是首次将医保支付方式改革上升为医疗保障的四大关键机制改革之一。

智慧医保：信息化建设的下一个赛道

医疗的信息化建设与历次两会指导的医改进程都息息相关。

在医院信息化进程中，通过人工智能、大数据、物联网等新兴技术，构筑了覆盖诊前、诊中、诊后的全周期智能服务。事实上医保信息化趋势也同样如此，医保监管的宏观决策逐步走向智能化时代，而智能化的核心则是利用 AI、大数据分析等前沿技术，对海量数据进行充分梳理和挖掘。

具体执行则要从以下 3 个方面入手：1、打破医疗数据信息孤岛，汇聚医保业务数据，构建标准指标体系，以多终端可视化方式，帮助各级医保部门动态化掌握业务运行情况。2、运用 AI 和大数据分析技术，构建医保信用评价模型，并通过信息平台建设，对医保信用业务自动化评价和精细化管理。3、从知识、服务到科技，利用诚信监管系统，建立统一的线上协查平台和协查工作机制，记录和解决基金欺诈、基金滥用、医疗浪费等问题。

伴随这次两会重点关注的省级统筹、医保支付改革等新趋势的落地实践，公司相关负责人表示，未来将继续提升医保基金风控、病案数据质控、信用评价模型等方面的专业能力，为医保管理机构的科学决策管理与高效运营赋能，为百姓健康管理、看病就医助力，打造出更多的医保赋能“改革样板”，为“健康中国”建设做出更多贡献。

根据国家医保局统计，以药品集采、医保目录谈判、DRGs 医保付费为首的新医改措施已节约费用超千亿元。

在医保基金总体规模逐渐平稳，社会老龄化，医疗费用持续增长的情况下，未来的医保基金精细化管理，可能还会在制度和技术创新上挖掘潜力。

与之对应，医保信息化建设也将在基金监管和支付方式改革上创造机会，延伸出更多医保控费、数据中台以及两核风控等精细化方案。

[返回目录](#)

· 医药速递 ·

第二批医保重点监控清单来了！24 个药品脱离“重点关注”！

来源：福建省医保局



关于公布第二批医保重点监控药品和重点关注药品清单的通知

发布时间: 2021年03月30日 09:26 浏览量: 6259 【字体: 大 中 小】

闽药采中心〔2021〕4号

3月30日，福建省医保局公布了第二批医保重点监控药品和重点关注药品清单。第二批重点监控药品共涉及十个品种，重点关注药品多达59个。自福建省明确加强医保重点监控药品管理以来，已接连发布两批清单。根据要求，医保重点监控药品清单和重点关注药品

清单实行动态管理，原则上每半年调整一次。

3 药品两批重点监控清单皆在列

从数量上来看，福建第二批医保重点监控清单与第一批一致，均为 10 个品种，涉及 1 家外企、9 家国内企业。包括了阿斯利康的注射用奥美拉唑钠、石药的丁苯酞软胶囊等。

福建省医保局发布的《关于加强医保重点监控药品管理的通知》显示，重点监控药品主要是指：月均发货金额超过 500 万元的药品；月均发货金额排名前 20 名的药品；月均发货金额超过 200 万，且环比增长 30%以上的药品。或是非疾病治疗必需、临床疗效证据不充分、未获得权威疾病诊疗指南推荐或未纳入临床路径表单、不具备药物经济学优势的药品，以及通过履约监测、医保稽核监管、举报投诉发现存在销售、使用异常的药品。

按照福建省规定，对于纳入重点监控清单的药品，在该省药械联合采购平台上标注“黄色”标识。存在采购使用异常情形的，由省药械联合采购中心、各级医保部门通知生产、配送企业做出情况说明，进行约谈督促整改。对使用占比较高的医疗机构进行使用异常预警通报。对月发货金额超过 500 万元的，责成生产企业从次月起按规定调低挂网价，并相应调整最高销售限价及医保支付标准。生产、配送企业对纳入重点监控清单的药品采购使用异常整改不力或拒绝整改的，视情予以暂停相关药品货款支付、暂停挂网、撤销挂网等处理。

在强化重点监控药品监督管理下，相关药品管控效果较为明显，

对比 2020 年中旬福建发布的第一批医保重点监控药品清单，西南药业的注射用头孢唑肟钠、辽宁海思科的甲磺酸多拉司琼注射液、北京博恩特的注射用醋酸亮丙瑞林缓释微球等 7 个药品已被调出第一批重点监控清单，转而纳入了第二批的重点关注清单。

不过，阿斯利康的注射用奥美拉唑钠(40mg、1 支/盒;40mg 静脉滴注、1 支/瓶)、双鹤药业(海南)的注射用兰索拉唑(30mg、10 支/盒)、重庆药友制药的注射用腺苷钴胺(1.5mg10 支/盒)这 3 个第一批重点监控品种依然在第二批重点监控的名单上。

24 个药品从重点关注清单移除

对于福建省发布的重点关注药品清单，相较第一批的 44 个，第二批清单数量更多，达 59 个。其中，涉及 30 个国产药品，29 个进口药品。

福建强调，将加强对重点关注药品的监督管理。对于纳入重点关注清单的药品，在该省药械联合采购平台上标注“蓝色”标识。出现异常采购增长的，由省药采中心通知相关生产企业做出情况说明。并加强对重点关注清单药品稽核关注，存在不合理使用苗头的及时提醒约谈有关医师或医疗机构。

对于纳入重点关注清单的药品，出现异常采购使用情形且整改不力的，及时调整纳入重点监控药品清单。

值得关注的是，原属于第一批重点监控、重点关注清单中的药品，除被列入第二批重点监控、重点关注清单药品外，其他药品不再执行

重点监控和重点关注。

根据不完全梳理统计，共有 24 个药品从重点关注药品清单移出，包括辉瑞制药的注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠、赛诺菲的甘精胰岛素注射液、罗氏的贝伐珠单抗注射液等。这些品种也不乏一些纳入国家带量采购的药品。

重点监控药品或是集采重点

2019 年第一批国家重点监控合理用药药品目录公布后，各省(市)相继公布了首批重点监控品种目录。大部分地区直接沿用了国家版目录，一些地区则进行了增减，还有一些地区也出台各种措施对重点监控品种使用进行限制。

近年来，纳入国家版第一批重点监控的品种销售额下滑明显。米内网数据显示，国家重点监控目录内的 52 个化学药品种在疫情的冲击下呈现断崖式下降，2020 年上半年在中国公立医疗机构的销售额与 2019 年上半年相比下降了 67.10%，其销售额占比也由 2019 年上半年的 4.0%下降至 2020 年上半年的 1.5%。

有业内人士表示，纳入重点监控、重点关注清单的药品大概率成为省级带量采购的重点覆盖品种。同时，按照国家医保局要求，纳入国家重点监控范围的药品要优先调出支付范围。叠加各地重点监控品种管理措施，纳入重点监控的品种或将面临限量、降价，甚至跌出市场的多重压力。

[返回目录](#)

药品批文交易复苏，独家中药最热！哪些批文值得买？如何避雷？

来源：医药观察家报

药品批文交易已然复苏。

新《药品管理法》的正式实施，意味着药品上市许可持有人制度在我国正式落地实施。不过，在药品上市后变更管理办法未发布前，由于没有法规依据清晰指引上市许可持有人如何变更，因而 2020 年药品批文交易不温不火。

2021 年初，这道障碍已经清除。2021 年 1 月 13 日，国家药监局网站正式发布《药品上市后变更管理办法（试行）》（以下简称《办法》）。

《办法》的实施意味着全国所有药品批文都可以转让了，且是否存在生产主体并非必要条件，因而将盘活许多药品批文。

根据国家药监局官网数据库数据，目前国产药品批文有 152259 个，其中，化学药品 93812 个，中药 56664 个，生物制品 1707 个；进口药品批文有 3829 个，其中 3181 个是化学药品，中药 79 个，生物制品 464 个（截至 2021 年 3 月 18 日）。

事实上，从 2021 年 1 月起，药品批件的询价已经开始增加。目前询价最多的是独家中药产品，其次是较少通过一致性评价的化学药，生物药交易较少。

那么，究竟哪些批文值得购买？哪些批文难达成交易？批文交易过程中，需要注意哪些关键问题呢？

化学药

过评批文是更好选择，但报价偏高

《办法》指出，受让方要对拟转让药品的生产场地、处方、生产工艺、质量标准等与原药品一致、不发生变更承诺。这意味着化学药不需要通过一致性评价也可以转让。

如果是购买一直有在生产销售的化学药，获得销售权益、生产场地不变，那么相较于未通过一致性评价的批文，购买通过一致性评价的批文是更好的选择。

但是，通过一致性评价的化学药批文报价普遍偏高。目前，通过一致性评价的不需要 BE 的批文报价接近千万元水平，需要 BE 研究的批文报价也超过 2000 万元。

通过一致性评价的化学药批文不能简单地用 CRO 报价成本来估价。CRO 报价往往不包括原辅料购买、参比制剂购买、小试和中试试错、临床预试验后药学部分的再调整、生产过程中的物料成本、生产设备的清洁验证费用、注册费用等，还有等待审批上市的时间成本等。通常，批文估价必须在 CRO 报价基础上增加 500 万元。

未生产的批件后期很复杂

需要注意的是，如果标的是一直没有生产的独家产品，在具体细则未出台前，现有法规要求恢复生产还要做三批验证生产，之后才能上市销售。

此外，尚未恢复生产的化学药批件要补做小试、中试、验证批生

产。若需要工艺变更，还需根据变更程度做相关研究。这样一套研究下来，预计一般都需要一年时间。如果工艺变更还涉及质量标准变更，特别是原质量标准已被药典委员会认可的，变更就更为麻烦。

对于未通过一致性评价的产品又有变更场地需求的，如果企业选择在新的产地实施一致性评价，一致性评价通过之后，就可以不在原产地生产三批将批文变更生产场地了。

鉴于此，不少企业短期内只申请变更上市许可持有人，不考虑变更生产场地，选择在原产地代工生产，等相关细则出台之后再变更。而变更上市许可持有人就涉及委托生产，就要申请药品上市许可持有人分类码的 B 证。

许可证用英文字母串（分类码）进行分类。大写字母对药品上市许可持有人和产品类型进行分类，A 代表自行生产的药品上市许可持有人、B 代表委托生产的药品上市许可持有人、C 代表接受委托的药品生产企业、D 代表原料药生产企业；小写字母用于区分制剂属性，h 代表化学药、z 代表中成药、s 代表生物制品、d 代表按药品管理的体外诊断试剂、y 代表中药饮片、q 代表医用气体、t 代表特殊药品、x 代表其他。

按照法规，先申请 B 证才可申请变更上市许可持有人。而如果上市许可持有人 B 证未获批，则项目购买方没有资格将产品委托给别人生产。

中成药

未生产的中成药仍将是交易热点

那么，对于近期询价最热的独家中成药批文，需要注意哪些问题呢？

首先还是要注意是否一直在生产，因为中成药恢复生产也需要做三批验证生产。为了保证技术转移顺利，通常出售批文方会要补做小试、中试、验证批生产。

《药品注册管理办法》第 96 条规定，审批类变更的补充申请审评时限为 60 日，补充申请合并申报事项的，审评时限为 80 日，其中涉及临床试验研究数据审查、药品注册核查检验的审评时限为 200 日。如果是没有在生产的批文，按照目前的法规，首先要在原产地完成 3 批及格的验证批，再去待变更的生产场地完成 3 批及格的样品，还要考察稳定性数据。这意味着如果是没有在生产的中成药批文，顺利转让的时长可能需要 2 年时间。

不过，独家中成药目前暂未纳入集中采购。没有生产过的中成药由于一直没有生产、没有上市，也没有历史价格较低的困扰。因此，没有生产过的中成药批文短期内仍是交易热点。

但是，毒性药材可能还是不能转让，国家也不允许毒性药材的流通，一些拥有毒性药材产地的企业可能形成垄断。同理，处方组成中一些含有稀缺药材的中成药企业，有可能通过从上游控制物流来管控市场，并减少别的中药企业以同名同方的政策仿制产品。

生物药

交易较少，主要因为标的太少

生物药交易较少，主要原因是可转让的标的非常少。

此外，上市许可持有人变更后，若要变更生产场地，难度很大。因为生物制品变更药品生产场地的，持有人应当在《药品生产许可证》变更获得批准后，按照相关规范性文件和变更技术指导原则要求进行研究验证，属于重大变更的，报药审中心批准后实施。生物制品的工艺重现性差，很有可能变更生产场地之后需要做临床研究来证明其质量没有变化。因此，生物制品的批文并购往往是要连生产场地都要一起买下来的。

但是，如果生物药批文是由第三方外包负责生产，不需要变更生产场地，就是比较好的交易标的。从药明生物近期收购生物制品的产地就可以看出，目前国内的第三方产能有发展需求。前期未获批时自建产地风险过高，所以国内企业前期通常不自建产地。但是，到商业化时，鉴于委托第三方生产价格不便宜，国内企业还是愿意自建生产场地。

跨境交易

“烧钱躺赢”的日子一去不复返

境内企业购买境外资产后，药品持有人应为境内企业。不过，目前还没有境内企业跨境持有境外药品持有人的流程，预计境内企业还是会在境外子公司完成收购时进行境外药品持有人变更，再授权给国内母公司作为境内持有人。

此外，创新药选择在中国及其他国家同步申报上市的，上市后发生的技术类变更，是否可在境内外监管部门同步申报？这还有待药监部门后续配套文件进一步规定。

成本估算需要更加谨慎。在集中采购和医保谈判的背景下，境外转境内地产化项目需要重视引进成本的控制，销售提成不能太早，否则后期很难持续。

生产场地方面，境外引进的新药项目要尽早考虑生产场地在境内还是境外；若是境内境外同步上市，还要考虑生产场地是否符合各国 GMP 要求。

结论

对于多年未生产的产品批文，业界都在期待新的细则：是否可以豁免原厂生产三批就可以委托生产？因为原厂可能整个生产线都撤了，如果要在原厂生产三批，就必须重新建一条生产线，也就不需要委托生产了，又会造成资源的浪费。

[返回目录](#)

• 国际视野 •

从亚马逊看互联网公司在医疗领域的挑战

来源：Latitude Health

自从 2017 年以来，亚马逊一直在尝试医疗领域的突破，但至今未见起色。作为电商巨头，擅长 C 端业务的亚马逊在医疗这一 B 端市

场缺乏优势是问题的关键，这也是所有互联网公司进入医疗的主要挑战。

自从现代社保体系在世界主要经济体建立之后，支付方成为医疗体系的主要推动力，无论是医疗服务还是药品耗材都受到支付政策的影响。每一次支付方改革都会带动整个市场的洗牌，而线上医疗正是在支付方改革下的产物，主要受到 B 端的推动，裹挟着巨量 C 端用户的互联网公司在此没有用武之地。

亚马逊也意识到了这一问题，开始主打面向企业端的服务模式。近日，亚马逊在医疗领域推出了在线医疗服务——AmazonCare，亚马逊通过为企业雇员提供视频问诊和入家问诊服务来切入医疗服务。这是其在进入处方药零售领域之后的最新尝试，希望通过进入医疗服务来推动自身在整个医疗领域的发展。

作为电商，亚马逊的优先发展领域是药品零售，而非其不擅长的医疗服务。但是，美国的处方都掌握在 PBM 手中，且这一市场高度垄断，随着大型 PBM 与保险公司合并之后，亚马逊很难在这一市场获得进展，只能通过收购 Pillpack 和开发狭窄的自费用户市场来缓慢推进。因此，亚马逊只能转而去拓展在线医疗服务，试图在美国日益增长的企业健康福利市场中分一杯羹，并意图通过在线医疗来拓展处方药销售。

虽然推出的 AmazonCare 已经在亚马逊内部运营 18 个月，但要在全国市场逐步站稳脚跟并持续扩展并不容易。而且，在线医疗服务的

拓展速度不可能很快，也不能带动处方药零售的规模化。

首先，从市场策略来看，亚马逊应该会主打价格优势，通过低价去开拓市场。但在线医疗的成本都非常明确，除非能进一步压低医生的成本，否则低价抢占市场必然是持续亏损。对于企业来说，经过疫情，大部分企业都已经采购了线上医疗服务，价格只是其考虑的一个重要因素，更多是从整体上权衡所有的医疗福利采购。从美国最大的在线医疗平台 Teladoc 的财报来看，其获客主要通过保险公司和 PBM 等 B 端渠道，由于考虑到与渠道的合作关系，企业不会随意更换供应商。这回到了与原先处方药零售一样的困境，医疗服务的渠道一样掌握在那些拥有药品渠道的大型机构手中。

因此，亚马逊对中小企业可能会有吸引力，但由此带来的规模有限。而且，在线医疗一直是大中型企业的福利，营收规模和利润都非常有限的小企业不太会单独采购这类服务。

其次，2B 业务很难快速创造规模，是一个增速较缓的市场。即使如 Teladoc，从创立到现在已近 20 年，至今也只有 10 亿美元收入，要去这一市场抢夺客户并在短期内做大并不容易。而且，Teladoc 的主要收入来自会员费，而非实际问诊次数，这对其他只能按照次数收费的公司没有借鉴意义。

2020 年的疫情推动了线上问诊的大爆发，Teladoc 的会员费收入占比首次下降到 80% 以下，但仍然占据着营收的 79%，问诊费收入尽管上涨了 134%，还是只有 19% 的占比。而类似 Amwell 和 Doctoeonde

mand 等只能按照次数收费，其收入规模远低于 Teladoc，只有 10%-20%。

而且，在线医疗的市场规模看似庞大，但其主要规模现在已经从第三方平台转入医疗机构。尽管在 2020 年，Teladoc 的问诊次数已经超过了 1000 万次，但同期美国前十大医院集团的总在线问诊次数已经超过 Teladoc，一些医院集团的在线问诊已经超过 200 万次。而在疫情爆发前，这些医院集团的在线问诊次数还不及现在的 1%。

最后，在线医疗市场正在退潮。随着疫情的可控性增加，大量病人已经回到线下，根据 CommonwealthFund 发布的最新报告显示，即使美国去年四季度的疫情依然凶猛，但线下用户的问诊量已经恢复到 2019 年四季度的水平。现在这个时间节点进入在线医疗并不是一个好机会，随着需求逐步下降，第三方平台的市场份额将面临萎缩。

虽然亚马逊也推出了上门服务，但毕竟这类服务的实际需求不高且成本和收费较高，企业的需求其实并不迫切，只适合少部分利润较高的企业。

总体来看，第一，在线医疗市场的企业福利性质较强，与处方药零售一样，销售渠道依旧掌握在保险公司和 PBM 等大 B 端手中。第二，Teladoc 的会员费模式很难模仿。第三，在线医疗市场正在退潮。这些因素叠加在一起都制约了亚马逊在这一领域的发展潜力，同时也制约了亚马逊希望通过在线医疗带动处方药零售的发展可能。

其实，亚马逊的挑战也是所有大型互联网公司进入医疗领域的困

境。

医疗是一个支付方主导的 B 端市场，从渠道到运营都与以 C 端为主打的互联网有着巨大差异。而且，医疗开支看似增长巨大，但由于市场不控制在 C 端，即使在外部拥有规模化的 C 端流量也无法随意撬动。而如果按照 B 端的规则来进入医疗领域，互联网公司的优势也就不存在了，快速规模化的可能完全丧失了。

因此，互联网公司在医疗领域的拓展一直面临增速和规模化的挑战，B 端的增速和由此带来的缓慢规模化是不符合互联网公司的内在基因的，这也将成为互联网公司进入医疗的长期悖论。

[返回目录](#)

那些抗疫带来的改变：疫情暴发以来，美国医疗卫生系统的得与过

来源：HealthcareDive

去年春天，新冠病毒开始在美国流行，肆虐大小医院，影响了整个卫生系统的正常运转。

当新冠肺炎病例开始大幅增加后，人们开始担忧医疗用品和医院资源(如床位数量和呼吸机等)是否充足的问题。许多医院被迫暂停部分医疗服务，取消了一些非急需手术项目，以节省宝贵的医疗资源，保障个人防护设备的供应。

突如其来的疫情让医院和医护人员措手不及。到今天，美国实施封锁已整整一年。尽管情况发生了很大变化，尽管疫苗的推出带来了希望，但许多人的生活尚未恢复正常。

对卫生系统来说，恢复疫情前的运转是不可能的事情；面对疫情危机，他们需要重新思考未来卫生体系该如何运作，或许一些经验和教训可以为未来提供镜鉴。

依靠大数据快速决策

从纽约到南达科他州，接受采访的每一位医院管理者都表示，利用好数据是对抗新冠病毒的关键利器。

去年初春，在疫情暴发之初，大批患者蜂拥至纽约市健康与医院公司(NYCHHealth+Hospitals)旗下的医疗机构，尤其是位于纽约皇后区的埃尔姆赫斯特医院。

那时，还没有可以让医院管理者看到医院实时运行情况的工具，如每家医院的床位数和重症监护的病房容量等。若想了解这些信息，他们只能向各医院领导发送短信或打电话，而这样做效率极其低下。

但现在，决策者拥有了一个触手可及的控制面板(dashboard)，它叫做“新冠肺炎疫情智能系统”，目前许多卫生系统都采用了这种类似的控制面板。该系统中有各种各样的模块数据，可显示医院的整体运行情况，并用颜色编码；绿色和黄色表示良好，红色表示情况紧急。通过控制面板，决策者可以看到医院重症监护室的实时容量，以便更好地分配资源。

纽约市健康与医院公司质量总监埃里克·魏(EricWei)表示：“现在即便不通电话，利用控制面板，我们也可以知道哪几家医院将送出病人，以及哪些地方具有接收病人的能力，从而更好地做出决策。”

利用数据实现信息自动化

杰里米·考威尔斯(JeremyCauwels)主任医师表示,对于南达科他州的桑福德医疗系统(SanfordHealth)来说,他们所学到的最重要一课是学会如何利用病人数据这个“巨大的资源库”。

考威尔斯解释说,桑福德医疗系统建立了一个登记册,上面记录了在该医疗系统就诊过的95000名新冠肺炎患者的数据信息。分析团队通过挖掘这些数据,发现其中的疫情趋势及其作用。

考威尔斯说,通过登记册,可以了解到哪些病人有可能最终住院,哪些需要呼吸机,哪些情况较为乐观,可以顺利康复而不会出现并发症。例如,一旦有人检测出新冠病毒呈阳性,且在系统中被确定为高危人群,他们就会在检测呈阳性的24小时内接受抗体输注,以防止出现更严重的症状。考威尔斯说,迅速处置这些高危患者至关重要,因为研究表明,在10天内给予患者抗体,更有可能预防病情恶化。

考威尔斯表示,过去三个月内,在医疗过程中利用大数据可能避免了40多例患者入院,甚至还避免了“可能至少四五例死亡”。

从各方面转变运作方式

随着疫情在美国的蔓延,医院很快就耗尽了个人防护用品(PPE),而这是保障一线员工安全的关键资源。

面对持续的短缺和供应链问题,非营利医疗系统AdvocateAuroraHealth决定投资一家国内口罩制造商。去年5月,该公司与Premier合作,收购了PrestigeAmeritech的少数股权。

PrestigeAmeritech 是美国最大的个人防护用品制造商，主要产品包括口罩、医用外科口罩和 N95 呼吸器。AdvocateAurora 首席医疗官加里·斯塔克(GaryStuck)表示，如果不是这次疫情的话，我们可能根本不会考虑这方面的问题。

病毒的来袭也迫使医院重新思考其运作的最基本要素：病人在医院如何流动。此前，病人一入院就要等床的情况并不少见。导致这种情况出现的因素有很多；例如，周一可能就是很难协调的一天，因为外科医生这一天想要安排手术，而患者往往要等到周末之后才能进入急诊室。

因此，现在的目标是将所有需要入院的患者立即直接转移到病房，而不是在急诊室等待。贝尔维尤医院(BellevueHospital)是最先采用这种做法的，因为管理者希望保证新冠肺炎患者随时都能接受治疗。现在他们正试图将这种做法推广到整个医疗系统。

远程办公带来便利

这场疫情也改变了许多非抗疫一线员工的工作生活。

不断上升的病例数迫使许多员工居家远程工作，希望减缓病毒的传播。比方说 AdvocateAurora，他们认识到，由于行政管理人员在家仍能保持工作效率，因此不需要所有人每周每天都呆在办公室里。斯塔克表示，公司将削减成本，减少办公地点面积，创建一个更加灵活、高效的组织。这种反思对于医生办公室管理也有很大的启发。

现在远程监控慢性病患者比以前容易得多。因此，医生可以持续

监测患者的生命体征，从而更快地进行干预，使患者免除住院风险。

斯塔克表示，“这一年我们已经认识到，的确可以在线上提供大量的医疗服务，接下来必须要弄清楚的是，线下医生办公室和实体医院的必要性到底在哪儿。”

给一线医护人员更多重视

疫情给医生和护士造成的情感和精神上的损失同样不可小觑。

埃里克认为，对于在疫情前线工作给医护人员带来的影响，我们的认识还停留在十分表面的阶段。“我们是否给予员工足够的支持？我们还能为他们做些什么？”是值得医疗系统思考的问题。

据《凯撒健康新闻》和《卫报》的分析，自疫情爆发以来，已有 2900 多名医护人员死亡。除此之外，医护人员还不得不目睹无数患者在没有家人陪伴的情况下死亡。

根据约翰霍普金斯冠状病毒资源中心的数据，这场疫情已经夺走了 52.8 万美国人和全球 260 多万人的生命。

考威尔斯说：“在这一切中，真的很难想象，护士们不得不承受的那些痛苦的情感负担。”几个月来，由于病例激增，护士和临床医生工作时间大大延长，医疗资源捉襟见肘。对护士的需求也越来越高，一些医院甚至开出高价招聘更多的旅行护士。各地的医院管理者都在努力解决如何更好、更充分地满足护理人员的需求。

[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