

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.04.12-2021.04.18

——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 | “谈判药品落地难”是深化改革中出现的阵痛](#) (来源：中国医疗保险) ——第 11 页

【提要】2020 年底的新一轮国家医保药品谈判成效显著，共计 119 种药品最终谈判成功，数量创近年新高，价格大幅下降，广大患者高度期盼。自 3 月 1 日落地实施以来，多家媒体反映谈判药“进得了医保，却进不了医院”，“两会”期间成为代表关注的热点。专家建议，落地难问题需要医疗、医保、医药改革形成联动，方能消除各种障碍，将谈判药品最终送到患者手中，切实增强患者对医改红利的获得感。在客观认清谈判药品落地难原因的基础上，也要充分认识到改革阵痛期是一段必须经历的过程，正所谓“长痛不如短痛”，经历眼前的阵痛，方不至于陷入长期痛苦的沼泽。

▶ [观点 | 国采专家组组长章明：药品集中带量采购的实践与体会](#) (来源：创奇健康研究院) ——第 13 页

【提要】在“药品准入，如何管理？”国家组织药品联合采购办公室专家组组长章明，跟大家分享了国家药品集中带量采购工作的初衷、主要做法、显著成果及未来的深化发展。他指出，生物类似药纳入集采将是下一步的工作内容之一，中成药大品种纳入集采也是制度性的

要求，国家也应该统筹考虑“孤儿药”和短缺药的适宜采购方式。今年1月，国务院办公厅《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》已经发布。下一步的工作就是应采尽采、促进竞争、保质保供、多方受益、健全机制，要坚定不移、规范有序地推动集中带量采购，以临床需求质量优先为导向，做到应采尽采。营造公平竞争市场环境，引导企业竞争转化为产品质量和成本竞争，促进企业健康发展，共同迎接药品集中带量采购的新发展时代。

• 分析解读 •

► [新医改的创新之匙：数字医疗如何缓解看病难、买药贵](#)（来源：Vcbeat）——第 22 页

【提要】2015年，互联网医院新业态出现。全国首家互联网医院——乌镇互联网医院成立，掀起互联网医院建设热潮。自此，中国数字医疗切入到医疗服务的核心，并打通多个服务闭环，升级为包括线上预约、复诊、电子处方、配药服务、医保支付等完整服务。在老龄化、快速城镇化等压力下，心血管疾病、癌症和心理疾病等慢性疾病成为中国人口最主要的健康威胁。人们对于医疗卫生服务的要求从单一的疾病治疗逐渐发展为健康综合管理。健康中国战略也提出从“以治病为中心”走向“以健康为中心”的目标，并希望加强慢性病防治工作，降低疾病负担，提高居民健康期望寿命。经过十多年的发展，用户就医的可及性、经济性都已得到提升，在更广阔的未来，数字健康产业若能钻研用户痛点，专注创新和服务升级，不仅可以解决用户健康难

题，也能获得自身的快速增长。

▶ [【运输保障】六部门印发通知全力保障新冠疫苗货物运输](#)（来源：交通运输部）——第 27 页

【提要】日前，交通运输部、公安部、国家卫生健康委、中国民用航空局、国家药品监督管理局、中国国家铁路集团有限公司等六部门及单位联合印发通知，部署进一步做好新冠病毒疫苗货物运输组织和服务保障工作，不断满足日趋增长的疫苗及其原液、半成品跨区域运输需求。通知要求各地各部门密切沟通协作，推动供需有效对接，优化运输组织调度和服务保障举措，加强运输全过程安全质量管控，完善应急处置措施，为疫苗生产、供应和接种提供坚实的运输服务保障。

▶ [医保创新药“灵魂砍价”后缘何“进院难”？如何打通进院“最后一公里”？](#)（来源：新华社）——第 29 页

【提要】日前，一组数据显示，截至 2020 年第三季度，2018-2019 年纳入国家医保目录的肿瘤创新药，在 1420 家样本医院中，进院比例约为 25%。这组数据引发了关于“创新药进医院难”的热议。专家表示，打通创新药进院“最后一公里”需要政府、医院、药企等多方面的联合努力。要进一步完善政策为医疗机构松绑；药企也要加强对临床医生的指导，让他们尽快熟悉创新药；同时，医院也应当推动院内药品结构优化升级，以药品保障水平带动诊疗能力提升。

· 他山之石 ·

▶ [全国医改看三明，三明医改看尤溪，尤溪一位院长的医改之路](#)（来

源：人民日报健康客户端）——第 32 页

【提要】医疗圈里有句话：全国医改看三明，三明医改看尤溪。福建省三明市尤溪县总医院党委书记杨孝灯却带着自己的团队在寻找新的改革之路。杨孝灯认为：“尤溪医改走到现在，全民健康管理的重要性需要被充分认识。”谈起未来，杨孝灯表示，下一步，尤溪总医院将牢记总书记嘱托，坚定三明医改方向，以人民健康为中心，持续深化并稳步推进医改工作，健全完善现代医院管理制度，落实全民健康负责制，探索医防融合工作机制，打好慢性病一体化管理攻坚战，推进全民健康管理示范医院、示范县建设，不断提升群众的健康获得感、幸福感。

▶ [DRG 国家试点城市经验 | 沈阳市切实提高医保结算清单数据质量!](#)（来源：国家医保 DRG 付费技术指导组、沈阳市医疗保障局）

——第 39 页

【提要】质量安全管理直接关系到人民群众的健康权益和对医疗服务的切身感受，医保结算清单数据质量的优劣影响着医保基金付费的准确性。2021 年，在国家医保局贯标 15 项医保信息业务编码标准，及 CHS-DRG 实质落地付费的关键时刻，沈阳市医保局以夯实医保结算清单数据质量，保证 CHS-DRG 付费高质量落地为工作目标，切实履行《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中“建立管用高效的医保支付机制”工作职责，确保医保支付保障群众获得优质的医药服务，规范医疗机构和医务人员诊疗行为，真正实现医保付费与医

疗质量效果挂钩。

• 医院管理 •

▶ [如何让三级公立医院绩效“国考”，发挥指挥棒效应？](#)（来源：惠宏医管）——第 42 页

【提要】中国的考试制度始于南北朝，盛于唐朝沿用至今。如今全国的 2413 家三级公立医院，又增加了国家卫健委的“绩效考试”排名，从三级公立医院绩效考核得分和排名情况看，目前考核体系在评价医院高质量发展的科学性充足，发挥了考核的作用，起到了考核的目的。但依然存在一些问题，比如医院过分重视得分和排名、对医院评价不够充分、考核结果运用还有待加强等，阻碍考核作用的充分发挥。建议从弱化排名、评选“课代表”、加强考核结果与公立医院管理者绩效挂钩等方面予以改进，更好发挥三级公立医院绩效考核的作用。

▶ [医院精细化管理，如何落地？](#)（来源：博策医管）——第 48 页

【提要】精细化管理是组织在常规管理的基础上，为匹配集约化和规模化生产，运用程序化、标准化、和数据化的手段，进行目标细分、标准细分、任务细分、流程细分，实施精确计划、精确决策、精确控制、精确考核，使组织各单元能够更加精确、高效、协同和持续运行的科学管理模式。医院实施精细化管理，应坚持以患者为中心。中高层树立精细化管理理念，在医院营造精细化管理文化氛围，将精细化管理方法运用到各项日常工作中，逐步建立科学、规范精细化管理体系，全面提升医院管理和服务水平。

▶ [公立医院掀起互联网医院建设潮，民营医院如何自处？](#)（来源：

健康界研究院）——第 57 页

【提要】3 月，北京协和医院和北京天坛医院先后通过北京市卫健委专家组评审，成为北京市属医院首批通过互联网医院资质审批的两家单位。此前，北京大学第三医院也已顺利通过互联网医院资质准入现场评审。目前全国建成互联网医院已经超过 1100 家，据健康界研究院调研数据，这其中参与方来自公立医院的占比 69.5%，民营医院占比仅 6.2%，其他机构占比 24.3%。专家表示，无论互联网医院最终走向何处，但互联网向医疗行业渗透已经成为必然趋势。

▶ [医生收回扣现象多地屡禁不绝 新型高端药品为高发区](#)（来源：新

华社）——第 64 页

【提要】近日，山西大同一家三甲医院医生自曝当医生十几年间，共收受回扣超过 50 万元，且医院领导也参与其中，引发舆论热议。目前，大同市卫健委已牵头组成调查组对相关问题进行调查。事实上，医疗行业收受回扣问题早已不是新鲜事。根据公开可查的法院判决文书统计，2016 年至 2019 年间全国百强制药企业中，有超过半数被查实存在直接或间接给予回扣的行为，其中频率最高的企业三年涉案 20 多起。调查发现，近一两年来，随着药品集采等改革措施的实施和医疗领域反腐的深入推进，医疗行业收受回扣现象已明显减少。但在一些高值药品、耗材领域依然大量存在，同时回扣的隐蔽性增强。

· 医保快讯 ·

▶ [国家医保局明确工作重点，DRG 和 DIP 付费改革试点进入关键之年](#)（来源：国家医保局）——第 69 页

【提要】深化医保支付方式改革是党中央、国务院作出的重大战略部署，也是医疗保障制度自身发展完善，不断提高基金使用效率的必然要求。根据国家医保局统一部署，2021 年是按疾病诊断相关分组 (DRG) 和按病种分值 (DIP) 付费方法两项医保支付方式改革试点工作的收官之年，也是试点经验总结推广的关键之年。2021 年底前，将实现 DRG 付费国家试点和 DIP 付费试点实际付费。

▶ [精细管理显成效，解决困难群体参保“四大难”](#)（来源：安徽省六安市霍山县医保中心）——第 72 页

【提要】参保缴费是城乡居民医保工作的重要内容和基础性工作之一，事关群众切身利益，事关医保资金安全，事关医保制度持续健康发展。对困难群体参保缴费的个人部分实行资助，是党和政府的重大决策，是落实“以人民为中心”发展思想的重要体现。在实际工作中，如何落实资助参保政策，在确保应保尽保、避免脱保漏保和减少重复资助、保障资金合理支出间取得一致，实行精准资助，一直是居民医保参保缴费工作中的痛点和难点，霍山县医保局针对问题产生原因、开展源头治理、创新机制体制，实施精准资助，取得积极成效。

· 地方动态 ·

▶ [重磅文件发布！广东 50 家高水平医院将这样建](#)（来源：广东健康

网) ——第 77 页

【提要】广东的高水平医院建设有了明确“路线图”。日前，广东省人民政府办公厅印发《进一步推动高水平医院建设发展实施方案》，对广东 50 家高水平医院的建设布局、建设蓝图和建设任务，一一做出清晰规划。方案提出，通过在资金上加大投入、在政策上先行先试、在项目上优先安排，力争通过 3-5 年时间，基本建成广深医疗高地“双子星”，形成以若干家国内一流、世界领先的医院为引领，一批全国百强医院为支撑的高水平医院建设体系。值得关注的是，除了每家给予 3 亿元的建设资金之外，广东还启动高水平医院跨区域联动项目，在 2021-2025 年，省财政分 5 年投入 5 亿元支持河源、汕尾、潮州、揭阳、云浮等 5 市高水平医院跨区域联动项目，每个项目支持 1 亿元。

▣ [北京拟修改院前医疗急救服务条例，明确实施统一指挥调度](#)（来源：北京日报） ——第 83 页

【提要】4 月 15 日上午，市十五届人大常委会第三十次会议听取了关于修改《北京市院前医疗急救服务条例》的决定(草案)的说明。决定草案对近年来本市医疗急救体系建设的改革成果予以固化，明确提出全市院前医疗急救实施统一指挥调度。同时，为保障宝贵的急救资源被高效利用，决定草案提出，本市实行院前医疗急救和非急救医疗转运分类服务和管理，非急救医疗转运不得占用院前医疗急救资源。

• 医药舆情 •

▣ [医保局“黑名单”首开商业贿赂重罚：知名药企主打产品暂停挂](#)

[网!](#) (来源: 浙江省药械采购中心) ——第 86 页

【提要】日前, 浙江省药械采购中心发布通报称, 根据浙江省温州市瓯海区人民法院刑事判决书所披露的相关事实, 哈尔滨誉衡制药有限公司的鹿瓜多肽注射液在浙江省存在商业贿赂行为。依据《国家医疗保障局关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》《浙江省医药价格和招采信用评价制度(试行)》等文件规定, 将哈尔滨誉衡制药有限公司在浙江省医药价格和招采失信等级评为“严重”, 并按规定暂停该企业鹿瓜多肽注射液在线交易。

▶ [19 家医药企业被开罚单, 竟查出了这些“猫腻”!](#) (来源: 中国新闻网) ——第 89 页

【提要】虚开发票、虚增学术活动费、虚增广告宣传费……日前, 财政部公布对 19 家医药企业作出行政处罚的结果, 其中包含恒瑞医药、步长制药、赛诺菲等国内外知名药企。除了此次公布的行政处罚, 地方财政厅(局)还对其负责检查的其他医药企业就地实施行政处罚。检查发现的其他违法违规问题, 移交主管机关处理。梳理此次公布的处罚情况可以发现, 19 家企业中, 违规操作最多的形式就是虚增差旅费、学术活动费、业务推广费、广告宣传费等等。“检查聚焦医药产品成本费用结构, 摸清了药价虚高成因, 震慑了医药企业带金销售、哄抬药价等违规行为, 保障了药品集中带量采购等重大改革的顺利推进。”财政部的公告中称。

-----本期内容-----

· 专家观点 ·

观点 | “谈判药品落地难”是深化改革中出现的阵痛

来源：中国医疗保险

作者 | 郭武栋 首都医科大学国家医疗保障研究院

2020 年底的新一轮国家医保药品谈判成效显著，共计 119 种药品最终谈判成功，数量创近年新高，价格大幅下降，广大患者高度期盼。自 3 月 1 日落地实施以来，多家媒体反映谈判药“进得了医保，却进不了医院”，“两会”期间成为代表关注的热点。近期，不少专家均对这一现象的成因进行了分析，并从各自角度提出了建议。

笔者认为，“进院难”现象是深化医保药品目录管理改革的产物，其产生有一定的必然性。国家医保局成立后，从更好满足广大参保患者用药需求出发，尽力而为，量力而行，大力推进药品目录管理改革，建立健全动态调整机制，医保药品目录调整周期从原来的最长 8 年大幅压缩至每年 1 次，甚至一些新药上市当年就被纳入医保目录。医保目录准入频率的大幅加快，迅速使“进院”迫切性大幅提升。改革前，大部分药品上市后都是“先进医院，后进医保”，药品有足够的时间经历市场推广、临床使用经验积累、临床专家认可、广泛使用这一过程。改革后，变成了“先进医保，再进医院”，大量药品的进院周期大幅压缩，对医疗机构快速准入和临床医生短期内广泛使用提出了更

高的要求，客观上也造成了“入院难”现象。

改革本身就是一项涉及多方的系统性工程，也是一个不断发现和解决问题的过程，宏观矛盾化解了，微观矛盾就可能被凸显，这同样不失为一种进步。为了把好事办实，打通这项惠民政策的“最后一公里”，需要各相关利益方从“一切为了人民健康”这一最大公约数出发，综合施策、同向发力、协调联动。例如，卫生健康部门建立更为科学适宜的考核机制，破除“药占比”、“门诊/住院次均费用”等指标对谈判药落地的误伤。医疗机构要践行以“患者为中心”理念，通过降低药品运营成本、优化院内药品配置结构等方式“吐故纳新”，配备更为安全有效且具有性价比的谈判新药，更好满足合理的临床用药需求。医保部门可考虑根据医疗机构使用情况适当调整医疗机构年度医保总额，或通过定点药店供药等方式为临床合理用药提供保障。药品企业要加强谈判药品供应管理，保证药品质量，加强与临床医生的沟通交流，积累谈判药品在真实世界的应用证据和数据并广泛传播，推动药品合理使用。

落地难问题需要医疗、医保、医药改革形成联动，方能消除各种障碍，将谈判药品最终送到患者手中，切实增强患者对医改红利的获得感。在客观认清谈判药品落地难原因的基础上，也要充分认识到改革阵痛期是一段必须经历的过程，正所谓“长痛不如短痛”，经历眼前的阵痛，方不至于陷入长期痛苦的沼泽。

[返回目录](#)

观点 | 国采专家组组长章明：药品集中带量采购的实践与体会

来源：创奇健康研究院

在“药品准入，如何管理？”原上海市医药集中招标采购事务管理所所长、国家组织药品联合采购办公室专家组组长章明，跟大家分享了国家药品集中带量采购工作的初衷、主要做法、显著成果及未来的深化发展。

他指出，生物类似药纳入集采将是下一步的工作内容之一，中成药大品种纳入集采也是制度性的要求，国家也应该统筹考虑“孤儿药”和短缺药的适宜采购方式。

党中央国务院高度重视药品集中带量采购改革

党中央国务院高度重视药品集中带量采购工作，习近平总书记亲自谋划、决策及推动。

2018年11月14日，习近平总书记亲自主持召开中央全面深化改革委员会第五次会议，审议通过《国家组织药品集中采购试点方案》。

随后，中央出台了很多相关文件，包括以药品集中采购和使用为突破口的文件、深化医疗保障制度改革的文件以及十四五规划和2035年远景目标纲要。

2021年2月26日，习近平总书记主持中央政治局第二十八次集体学习，强调要坚持不懈、协同推进“三医联动”，推进国家组织药品和耗材集中带量采购改革，深化医保支付方式改革，提高医保基金

使用效能。

3月6日，总书记在看望参加政协会议的医药卫生界教育界委员时发表重要讲话，强调要继续加大医保改革力度，常态化、制度化开展药品集中带量采购。

2021年政府工作报告指出，要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，进一步降低患者医药负担。

正是在党中央国务院的决策部署下，集采工作得以系统集成、多方协同、有效开展。

国家组织药品集中采购的主要做法

国家组织药品集中采购的总体思路是国家组织、联盟采购、平台操作，现在许多地方集采的时候也采用类似方式方法。集采主要有方案设计、集中采购、落地执行、落地监测四个环节。

方案设计环节：

第一，做好顶层设计。

药品生产和流通使用，涉及人民健康，涉及医药企业和医疗机构健康发展，涉及医保基金安全，是一个系统工程，需要深入调研、广泛征求意见，需要大量的前期准备工作。

2018年年中开始，相关部门组织开展了20多次调研、座谈、讨论、咨询和工作例会，听取意见建议，拟定方案及细则。工作过程确实非常艰苦，需要在一定时间内高强度、集中式做好认真细致的顶层

设计。

第二，建立总体目标。

在国家层面有一个专门的试点工作小组，由国务院办公厅、国家医保局、国家卫健委和国家药监局组成。工作小组的办公室简称为试点办，设在国家医保局。试点地区委派代表组成联合采购办公室，简称联采办，具体实施集采工作。

总体的目标，一是坚持质量标准；二是坚持“带量采购”；三是坚持公平竞争；四是坚持“联盟采购”。

集中采购环节：

一是集体协商共研。

集采前期要做很多准备和研究，包括广泛听取各方面的意见等。在起草集采文件、发布标书之前，需要进行很多深入的分析，包括对采购品种的规格剂型和适应症、市场占有率、历史采购情况等数据全面摸底，这样才能有的放矢、有针对性地开展集采工作。

二是公开公平公正。

既要公平公正向社会公开相关信息，又要做好各项服务，为企业开展培训解读，帮助企业消化理解采购文件关键内容。同时要依法依规接受企业投标、公开产生拟中选结果，及时统计数据、及时报送信息。

集采是一项系统集成的工作，并不是说产生中选结果后这项工作就结束了，还有落地方面的问题要解决。

在落地执行环节要全面统筹安排，做到四个确保：

第一，确保中选药品的质量。

国家药监部门在这方面做出了非常大的贡献，一方面负责对通过一致性评价的品种和药品生产企业相关资质进行认定，另一方面推动建设信息化、全流程、可追溯体系，保障包括中选药品在内重点品种的监管。同时，各省级药监部门负责强化对中选药品质量的监督检查。

第二，确保中选药品的供应。

供应方面，除了工信部门负责督促企业落实生产责任，保障药品供应能力外，生产企业也需要向联采办报送库存情况以及生产计划。

第三，确保中选药品的回款。

医疗机构应按采购协议及时支付企业货款，医保基金按不低于采购金额的 30% 预付医疗机构，鼓励医保基金直接向企业预付药款，调动企业积极性。

第四，确保中选药品的使用。

使中选药品进入医院并优先使用，是国家组织药品集中采购试点成败的关键。

卫生健康部门采取了各项措施，一是畅通中选药品优先采购和合理使用的政策通道；二是将中选药品纳入临床路径管理，制定用药指南，促进医疗机构科学合理用药；三是将优先使用中选药品纳入公立医疗机构绩效考核体系，建立医疗机构和医务人员的激励约束机制。

在落地监测环节要实现信息共享，开展督导评估：

一是制定监测方案，形成报送机制。

国家医保局印发《国家组织药品集中采购和使用试点工作监测方案》，建立定期数据报送机制，全方位监测各地区执行情况。

国家卫生健康委印发《国家组织药品集中采购和使用试点药品使用监测实施方案》，明确监测范围内容、监测实施办法、保障措施和相关要求，指导地方做好国家组织药品集中采购和使用药品使用监测工作。

二是搭建信息平台，实现信息共享。

各地按照《监测方案》和数据交换工作要求，与联采办形成信息化互联互通，采购数据定时传报到联合数据交换平台，使联采办能掌握所有中选药品和监测范围药品的采购情况。

三是开展督导评估，及时总结经验。

试点办组织开展多个批次督导工作，进行现场调研座谈，听取职能部门、药品生产经营企业和医疗机构的意见建议，及时发现问题并指导解决。

具体看来，从第一批集采到第四批集采，是一个集采品种逐渐增多、区域范围扩大、参与对象拓展、采购规则日益完善、操作细节逐步优化的过程。

从采购比例和周期来看。

其在不断合理调整，尤其是合理调整了抗生素和注射剂的采购比例和采购周期。

从竞争规则来看。

其在不断完善，一到四批集采，现在还是同通用名、同一给药途径的药品合并采购，下一步可能会探索适应症或功能主治相似的不同通用名药品合并采购。

从中选规则来看。

其在不断优化，第二批集采开始有了最高有效申报价、熔断机制、降幅保护机制等。在第三批集采，最高有效申报价进行了优化和调整。到第四批集采，最高有效申报价参考了国家谈判品种的价格。

从依法遵守协议来看。

第一批集采要求相关方遵守《反不正当竞争法》；到第二批集采增加了遵守《专利法》的条款；第三批集采起还考虑到了招标投标法实施条例第 34 条，就是同品种申报企业中，企业负责人为同一人或存在直接控股、管理关系的不同企业，不得同时参与该品种的申报；第四批集采又增加衔接了信用评价制度的内容，预计以后信用评价制度的应用会越来越多。

国家组织药品集中采购的显著成果

一是降价效果显著、大幅度节约医保费用。四批集采的药品价格平均降幅约 54%，按约定采购量测算，每年药品费用从 835 亿元下降到 164 亿元，节约 671 亿元。

二是执行超过预期、仿制药替代效应凸显。实际采购量大概是约定采购量的 2.4 倍，且用药的质量水平明显提升，老百姓使用过评的

仿制药和原研药的占比从 50% 上升到 90% 以上。

用药可及程度也得到提升，慢性乙肝和高血压等相关的药品集采后大幅降价，患者用药普遍增长。第四批集采以后出现了非常可喜的现象，即一些抗癌药和常用药的价格下降明显。

三是促进产业发展、深化流通体制的改革。集采促进了产业的发展，特别是在疫情期间，工业领域内恢复最快的行业之一就是医药制造业。集采为净化医药流通领域，改善医药行业生态，推动医药行业发展做出了贡献。

四是提升医疗机构和医务人员参与改革的积极性。集采实质就是国家发红包，切断药品销售与医生处方之间的直接利益关系。

国家医保局和国家财政部出台了医保资金结余留用的政策，也得到了非常好的落实，比如新华社的通稿提到，北京市“4+7”试点后，发放了结余留用资金 8.2 亿元，惠及 1460 家医疗机构。

国家组织药品集中采购的深化发展

一是扩大化学药品品种范围。

现在注射剂过评加速，国家集采持续深入推进。第四批集采当中注射剂是前几批的总和，到目前为止满足充分竞争条件还没有集采的注射剂已经达到 30 多个。

集采与一致性评价工作是相辅相成、相互促进的。一方面集采促动了一致性评价工作，另一方面一致性评价药品不断增多，推动集采工作进一步加快。

集采这项工作需要保持一定的工作节奏和工作力度，符合条件的药品达到一定数量或金额就要启动，至少一年两次，形成稳定的社会预期。

二是生物类似药将纳入集采。

国家药监局 2015 年就出台了关于生物类似药研发与评价技术指导原则的通告，我个人认为这个文件实际上就是类似化学药品一致性评价的文件。

国家药监局专门要求生物类似药的说明书首页页脚添加生物类似药的定义，即生物类似药是指支持此生物制品获得上市批准的数据，已证明该生物制品与国家药品监督管理局批准的参照药高度相似，并且没有临床意义上的差异。本品说明书与原研产品说明书保持一致。

我认为这为更好地深入推进集采，提供了非常好的依据，生物类似药纳入集采一定是下一步的工作内容之一。

三是中成药大品种纳入集采。

从 2019 年中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见，到今年的国办 3 号文，以及国家药监局的传承创新的文件里都讲到。

要加大中成药上市后评价工作力度，积极探索建立中药真实世界研究证据体系，引导药品上市许可持有人，主动开展上市研究和上市后评价，这为中成药大品种纳入集采奠定了非常好的制度、理论以及

实际操作的基础。

中成药大品种纳入集采是制度性的要求，只是规则更为优化，符合市场要求，更有针对性，质量更符合药品本身的属性，这也是国务院政策吹风会中所提及的。

四是分级开展各类集中采购。

地方带量采购遍地开花，各个地方非过评药品的集采已经全面启动。

我觉得下一步应该是统筹协调、加强联盟，分别对不同的品种开展集采，避免某些品种在不同的地方多次集采。“孤儿药”和短缺药的适宜采购方式，也是国家统筹考虑的内容。

五是完善药品集中采购平台功能和联盟采购机制。

下一步各地将按照国家的要求，建设招标、采购、交易、结算、监督一体化信息系统，实现全国药品交易和价格信息共享。

所有公立医疗机构应在省级药品集中采购平台采购全部所需药品，省级药品集采信息互联互通，形成全国统一的药品集中采购市场。国家会根据市场情况，开展过评药品的集采和专项采购，同时指导各地统筹协调做好非过评药品集采等工作。

今年1月，国务院办公厅《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》已经发布。

下一步的工作就是应采尽采、促进竞争、保质保供、多方受益、健全机制，要坚定不移、规范有序地推动集中带量采购，以临床需求

质量优先为导向，做到应采尽采。营造公平竞争市场环境，引导企业竞争转化为产品质量和成本竞争，促进企业健康发展，共同迎接药品集中带量采购的新发展时代。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

新医改的创新之匙：数字医疗如何缓解看病难、买药贵

来源：Vcbeat

著名历史学家哈罗德·埃文斯在他的著作《他们创造了美国》一书中总结道：科学家探索发现，发明家寻求解决方法，创新者致力于将某项解决办法实现大众化。

伴随着互联网的普及，越来越多的创业者通过技术创新、模式创新，帮助人们实现了衣食住行各方面体验的飞跃。正如有评论称，假如某个领域可以被互联网深刻改变，却因为这样那样的原因没有被改变，那么这个领域正是互联网企业的机遇所在。

最近，互联网医疗又火了。从 2009 年中国以解决“看病贵、看病难”问题为目标启动新一轮医改开始，很多创新创业者把目光投向了这个领域。面对医疗资源分布不均、支付方式单一、慢性疾病管理风险等棘手难题，互联网医疗的发展目标很明确：通过连接和赋能医疗资源供给侧，让患者看病少跑腿、更便利，让更多群众能共享优质医疗资源。尽管这是一个极端严肃和封闭的行业，但十年间也燃起了

“星星之火”：互联网医院、在线诊疗、人工智能等创新手段快速迭代升级并落地铺开。

经过十多年的发展，越来越多企业在创新中找准了用户痛点及价值。就在新医改启动的同一年，淘宝“双十一”促销登上互联网历史舞台，如今线上购物已成为日常生活中不可或缺的一环，消费零售的线上化率超过 25%。医疗的数字化进程尽管来得慢一些，但是互联网医疗企业的创新探索从未停止，特别是经过 2020 年疫情的催化，老百姓越来越习惯于通过互联网医院咨询、问诊、购药。阿里、京东、微医等行业的先行者和探索者的模式逐步得到验证，也已登陆或即将登陆资本市场。

行而不辍，谁能解用户看病几大难？

2005 年，新华社发表文章《全国人民上协和》曝光了大医院门庭若市的现状。时隔多年，情况未见明显好转。根据弗若斯特沙利文的资料，在中国 3.4 万家医院中三级医院仅占 8%，但这 8%的三级医院承担了全国超过 50%的就诊量，让本来已经分布不均的医疗资源配置更加不平衡。推行医改多年，不少老百姓仍觉得看病贵、看病难，在大医院排队 3 小时、看病 3 分钟仍为常态。生活在偏远地区的老百姓，更难接触到优质的医疗资源。

2010 年，在互联网技术的催化下，众多企业迈入医疗健康行业，从用户最简单的需求切入：排队少一些，看病更方便一些。

现在，当人们清楚知道该看哪个科室时，可直接在线查询医生的

坐诊时间并预约挂号；如果不了解该看哪个科、哪个医生，在平台上输入病症描述，就有匹配推荐，随后既可以选择在线咨询医生，也可以预约线下就诊，不再“病急乱投医”。

这种精准的匹配推荐背后是大数据和人工智能的支撑。以最早开始做预约挂号的微医为例，微医主要通过连接医院的信息系统(HIS)或公共预约池源提供预约服务。为了实现精准推荐，微医创建了覆盖疾病、药物、症状、医院等超过 84 万种标签，再通过人工智能辅助分诊系统，将用户的需求与合适的医生进行精准匹配。用户授权后，还可以生成电子健康档案，帮助监测、改善用户的健康状况。公开信息显示，截至 2020 年 12 月 31 日，微医已连接全国超过 7800 家医院，提供了约 9000 万次的挂号预约服务。

2015 年，互联网医院新业态出现。全国首家互联网医院——乌镇互联网医院成立，掀起互联网医院建设热潮。自此，中国数字医疗切入到医疗服务的核心，并打通多个服务闭环，升级为包括线上预约、复诊、电子处方、配药服务、医保支付等完整服务。

上述创新服务在疫情期间充分发挥了作用。面对突如其来的疫情，大部分线下医疗机构身兼疫情防控重要责任，用户的日常就诊需求亟待满足，微医、阿里健康等多家企业挺身而出，选择“空中支援”。

疫情期间，用户可以通过各类专业平台在线免费咨询医生，除了因鼻塞、咳嗽等问题向医生寻求帮助外，如果有因为疫情产生的焦虑、紧张情绪，也可以在线咨询心理医生。在当时疫情最严峻的武汉地区，

为保障很多需要长期、定期服药的慢病用户购药需求，微医打通互联网医院医保服务，部分慢病患者在线就能完成复诊、开药、支付，在家等待送药上门即可。

根据国家卫健委数据显示，疫情期间，第三方平台 2020 年的在线诊疗服务量较 2019 年同期增长了约 20 倍。

为了满足用户日常用药需求，叮当快药、美团送药以及大型连锁药店纷纷发挥配送优势，为用户提供 OTC 药品 30 分钟送达的上门服务，药品零售的互联网化迅速实现。

破旧立新，“以健康为中心”从何而来？

在老龄化、快速城镇化等压力下，心血管疾病、癌症和心理疾病等慢性疾病成为中国人口最主要的健康威胁。人们对于医疗卫生服务的要求从单一的疾病治疗逐渐发展为健康综合管理。健康中国战略也提出从“以治病为中心”走向“以健康为中心”的目标，并希望加强慢性病防治工作，降低疾病负担，提高居民健康期望寿命。

可实际上，在全民医保覆盖的当下，依然缺乏对快速增长的大量慢性疾病患者的长期积极管理。

部分企业尝试以智能硬件切入，以智云健康为例，用户需要定期上传血糖数值，获取健康指导。为了便捷慢病患者购药，阿里健康、京东健康也提供部分慢性病用药、保健品的电商销售渠道，这一程度上也解决了部分患者的用药需求。

但慢病是需要专业化管理的终身性疾病，单靠药品、数据监测难

以实现健康管理的目标，院外能否开展有效的慢病管理将直接影响患者的疾病演进以及生活质量。

破旧立新，数字医疗看准了庞大的慢病群体和慢病的复杂性、长期性，开始尝试用数字化的手段对患者进行全周期的疾病管理。就在过去的两年间，全国首个由互联网医院赋能、医保直接结算的数字慢病管理服务模式在山东泰安跑通。

用户一方面可以通过互联网医院，获得从个性化的治疗及康复方案、复诊、开方、配药、监测会员的重要指标，到有关饮食、运动的定制化指导的各类数字慢病管理服务。另一方面，凭借当地医保定点的资质，部分服务可直接通过医保在线支付。

公开信息显示，微医在山东泰安仅用一年多时间，使当地的慢病用户 2020 年单次处方金额较 2019 年减少约 12.7%，人均就诊时间从原来的 2-3 小时下降到 30 分钟。

如业内人士解读，互联网医疗真正开始做大医院没有精力做，基层医院没有能力做的事情，成为传统医疗服务体系的一种有效补充。

创新的最大价值在于为用户解决难题，而能否规模化向其他区域推广复制则是验证创新的重要标准。

经过十多年的发展，用户就医的可及性、经济性都已得到提升，在更广阔的未来，数字健康产业若能钻研用户痛点，专注创新和服务升级，不仅可以解决用户健康难题，也能获得自身的快速增长。

[返回目录](#)

【运输保障】六部门印发通知全力保障新冠疫苗货物运输

来源：交通运输部

日前，交通运输部、公安部、国家卫生健康委、中国民用航空局、国家药品监督管理局、中国国家铁路集团有限公司等六部门及单位联合印发通知，部署进一步做好新冠病毒疫苗货物运输组织和服务保障工作，不断满足日趋增长的疫苗及其原液、半成品跨区域运输需求。通知要求各地各部门密切沟通协作，推动供需有效对接，优化运输组织调度和服务保障举措，加强运输全过程安全质量管控，完善应急处置措施，为疫苗生产、供应和接种提供坚实的运输服务保障。

强化部门协同，做好供需对接。

通知要求，各地交通运输主管部门要会同当地卫生健康、药监等部门，推动骨干医药冷链道路运输企业主动与重点疫苗生产企业、疾病预防控制机构形成对接顺畅、联系紧密、供需匹配的运输组织协作机制；会同铁路、民航等部门指导疫苗冷链物流骨干企业，进一步拓展运输服务网络，增加对中西部地区的服务覆盖面；研究完善公铁、公航联运和海峡等水域疫苗运输车辆滚装运输措施，发挥多式联运的组合效率，提高综合运输保障能力。同时，通知明确医药冷链道路运输企业、铁路运输企业及机场公司要及时响应运输需求，全力做好疫苗货物运输服务保障工作。

优化组织模式，便利车辆通行。

通知明确，在符合当地疫情防控工作要求的情况下，对持有统一

编码调运单的合法疫苗货物道路运输车辆，免收车辆通行费，各地交通运输主管部门及各公安检查站点要在车辆通行、人员休息等方面提供必要的服务保障，不得随意拦截和查扣；各地卫生健康部门要指导疾病预防控制中心加强与配送单位的沟通协作，积极采用统一配送、夜间配送等运输组织模式，提高配送效率；各地公安交通管理部门要优化疫苗配送管控措施，在确保城市道路交通安全顺畅的前提下，尽量减少通行限制；对疫苗配送车辆申请在禁限行时段、路段通行的，及时合发通行证或通行码，为疫苗配送车辆提供通行便利。

加强过程监管，防范风险隐患。

通知要求，各地药监部门要会同卫生健康等部门依法督促疫苗上市许可持有人、生产企业和配送单位严格遵守法律法规和标准规范，落实质量管理责任，对国内使用疫苗制剂进行信息化追溯，确保疫苗道路运输全过程处于规定的温度环境，严格落实疫苗配送单位不随意转包运输等要求。同时，各相关部门要按照职责分工，督促指导疫苗货物道路运输企业、配送单位强化运输人员安全教育，完善应急处置预案，加强运输过程监管，做好风险隐患防范，严防运输过程中流向失控；加强运输过程监管，确保驾驶员、押运员在运输过程中不随意开箱，杜绝无关人员接触疫苗货物；针对运输过程中可能出现的意外或者紧急情况，完善应急处置预案，建立协调机制，确保响应及时、信息畅通、处置有效。

[返回目录](#)

医保创新药“灵魂砍价”后缘何“进院难”？

如何打通进院“最后一公里”？

来源：新华社

日前，一组数据显示，截至 2020 年第三季度，2018-2019 年纳入国家医保目录的肿瘤创新药，在 1420 家样本医院中，进院比例约为 25%。这组数据引发了关于“创新药进医院难”的热议。

这组数据如何得出？为什么会出现创新药“进院难”？医疗机构配备药品受哪些因素影响？如何打通进院“最后一公里”？记者采访了专家与业内人士。

进院比例合理吗？

经向中国药学会了解，该数据的计算方法并不合理，其将全部等级和类型的医院纳入统计范围。实际上，很多医院并不具备为肿瘤患者提供医疗服务与治疗药品的能力，如一些基层医院、非肿瘤类的专科医院等，因此其得出的肿瘤创新药进院比例较低。

复旦大学公共卫生学院教授胡善联认为，在适当的样本医院范围内，医院药品的进院比例可以显示药品进院和使用情况，但不能作为评价药品可及性高低的唯一标准。

“不同药品的进院比例本身就会存在差异。”胡善联说，每种药品都有与其自身特点相符的进院比例，即使一些药品上市很久，其进院比例也会保持低位。

缘何创新药“进院难”？

“进院药品需要药事委员会进行筛选。”中国科学院院士、复旦大学附属中山医院院长樊嘉说，自 2018 年医保目录开始调整后，不少创新药进了医保，但进医保并不等于立刻进医院。

那么，影响医疗机构配备药品的因素有哪些？

——**临床对药品需求程度。**“某种药品能否被医院配备，主要取决于医院临床治疗方面对该药品的需求。”胡善联认为，一般情况下，医院专业治疗强的领域越广泛、临床需求越迫切，相应的药品配备率越高。

——**医院自身成本考虑。**在实行药品“零差价”政策后，客观上药品配送、储存及损耗等都成为医院成本。

——**医院考核压力。**虽然国家相关部门已经出台政策，但个别地区对公立医院考核中，依然将谈判药品纳入“药占比”等考核指标，影响公立医院配备创新药的积极性。

——**医院已配备药品种类存量。**“对一些已足额配备药品的医院来说，新增药品意味着需调出相同数量的品种。”胡善联介绍，800 张以上床位的公立医院，所配备的药品品规数不得超过 1500 种。

——**同类药品的竞争。**在同治疗领域内，相同治疗机理、不同厂家的药品数量多，药品配备进院面临着竞争，最终影响配备情况。

“近三年来，医保药品目录每年都有调整。”中国药科大学教授丁锦希说，正是因为调整频率加快，新准入目录的药品数量增加，所以进院压力大、进展慢的问题才逐渐显现。可以说，“进院难”是医

保改革后出现的“阵痛”。

创新药“进院”并非一蹴而就

专家表示，相较于临床时间长的药品，新上市的创新药进院时会耗费更多时间，是一个循序渐进的过程。

——**接纳新药需要时间。**“创新药进医保，既可以弥补用药空白，也能增加患者的选择范围。”丁锦希说，但新药从上市到被接受和使用需要时间，包括临床医生对新药的认识、临床用药指南与规范的形成与修订等因素，都会对新药进院产生影响。

“进院也是一种竞争。”君实生物总经理李宁说，有些药品在没有进入医保前，就被医院临采并使用，在进入医保后进院相对会比较容易，但如果医院从未采购过某个品牌的药品，进院时考量的因素会更多。

——**新药配备按梯次推进。**专家表示，相较于未纳入医保目录的药品，纳入医保目录的药品医院配备会明显加快。从机构规模上，技术水平高的大医院先配备，随后是中小型医院；从地域分布上，医疗资源集中的大城市率先配备，中西部地区随后。

“创新药是新药，随着临床对新药认识和接受程度的提升，采购医院的数量和用药患者的数量会出现提升。”国家医保局有关负责人说，以2019年谈判新增的70个药品为例，在2020年第四季度，用药人次涨幅比第一季度超1倍的药品达61个。

如何打通进院“最后一公里”？

为解决参保人员用药难的问题，不少地方已经开始探求可行之法。

四川省对国家谈判药品实行单行支付药品管理，将价格昂贵、用药人群特定、用药指征明确、限定用量的药品纳入单行支付管理。在最新版医保药品目录中，四川省将 88 个药品纳入单行支付管理，包括治疗罕见病肺动脉高压的马昔腾坦、治疗乳腺癌的帕妥珠单抗等。

“由于罕见病患者数量少，罕见病药品的临床使用和医院配备会保持在一个较低水平。”丁锦希说，此类药品可以实行特药管理，确保老百姓有渠道买到药。

同时，多地充分利用零售药店的灵活性，采用医保药品在定点医院、定点药店共同供应的方法，保障参保人员用药可及性。

樊嘉认为，打通创新药进院“最后一公里”需要政府、医院、药企等多方面的联合努力。要进一步完善政策为医疗机构松绑；药企也要加强对临床医生的指导，让他们尽快熟悉创新药；同时，医院也应当推动院内药品结构优化升级，以药品保障水平带动诊疗能力提升。

[返回目录](#)

· 他山之石 ·

全国医改看三明，三明医改看尤溪，尤溪一位院长的医改之路

来源：人民日报健康客户端

医疗圈里有句话：全国医改看三明，三明医改看尤溪。福建省三

明市尤溪县总医院党委书记杨孝灯却带着自己的团队在寻找新的改革之路。杨孝灯认为：“尤溪医改走到现在，全民健康管理的重要性需要被充分认识。”

十年前后两张发票的故事

三明医改到底带来什么实惠?杨孝灯提及，曾经在三明举行的医改体会演讲比赛中，有一个院长讲了一个两张发票故事，“同样两张3万块钱的住院发票，十年前，自费70%，报销30%，患者花了两万一；十年后，自费30%，报销70%，患者花了九千。”三明，被大家说成是全国老百姓看病最便宜的地方之一。

据了解，在三明统筹区内县、乡两级医疗机构住院费用按病种定额收费标准结算，不设起付线，医保基金按病种定额报销70%、80%，个人自付分别为30%、20%。这是全国首次做到“病人端”的收付费改革，实现同级别医疗机构、城镇职工和城乡居民“同病、同治、同质、同价”。

“医改前，尤溪的医疗状况与全国其他地区大体相同：政府办医责任不明确、不到位；群众看病贵、看病难的问题突出；医保基金收不抵支；医患关系日趋紧张。”

2012年2月，尤溪作为三明医改的先行试点县，开启了医改探索之路。尤溪医改强调转变政府办医职能、强化政府办医责任，相继成立了医改领导小组和公立医疗机构管理委员会，承担领导改革、政府办医、监管公立医院运行的责任。

2013年，尤溪开始推进医疗、医保、医药“三医联动”改革。

2013年，尤溪开始实行公立医院薪酬制度改革，先后推行了医院工资总额制、全员目标年薪制和年薪计算工分制，逐步打通了公立医院薪酬制度改革的“最后一公里”。

2017年，尤溪在福建率先组建紧密型医共体——尤溪县总医院，并在全县开展全民健康市、县、乡、村四级共保工程试点工作和“健康尤溪”六项行动。

据悉，2017年，尤溪县级医院职工医保患者住院费用个人次均自付1125.31元，较2011年下降642.43元，下降36.34%；城乡居民院个人次均自付1549.15元，较2011年下降475.73元，下降23.49%。

从松散型医联体到紧密型医共体

怎样的医疗结构才有利于医改实施？尤溪也做出了探索。

2014年，尤溪以县医院、县中医院为龙头，将全县医疗卫生机构划分为两个片区，由两个医院分管，组建松散型医联体。2015年，尤溪在松散型医联体基础上，又组建半紧密型医联体。2017年，尤溪进一步优化整合全县医疗资源，合并县医院和县中医院，组建紧密型医共体——尤溪县总医院。

在尤溪，老百姓开玩笑称尤溪县总医院为“第二卫健局”。杨孝灯解释说，尤溪县总医院直管全县乡镇卫生院、公办村卫生所实行统一人事、财务、药械、业务、绩效、信息、养老“七统一”管理。

为了加强县域医共体建设，总医院设立了基层卫生科、基层医疗

科、基层药品科、基层财务科、慢病科、健教科、远程培训中心等。

“尤溪县总医院实现了人、财、物的统一管理，并将原来县、乡、村三级公立医疗机构的竞争关系变为合作关系，从而构建起横向到边、纵向到底、步调一致的医疗服务体系。”

杨孝灯介绍，“横向上，总医院融合了县域综合性医院和中医院的资源及功能，降低了管理成本，提高了县域医疗综合服务能力；纵向上，总医院在乡镇设立卫生院，作为总医院的分院，乡镇卫生院又在村里设立卫生所，村卫生所是医共体的最末端机构，由乡镇卫生院统一管理。”医共体内资源共享，检验检查结果互认，由此在尤溪全县构成“大卫生”服务机构。

县域医疗改革，说到底，“只有诊疗水平上来了，也就不会出现患个阑尾炎还得去省城医院的情况。”杨孝灯认为，只有县域的医疗服务能力和技术水平都提高了，首诊率上来了，才能留住病人。尤溪县坚持医防并重，以双倍工分的形式鼓励尤溪县总医院医疗人才下沉村镇，形成资源、人才、病种“三下沉”运行机制，初步实现“小病不出村，一般病不出镇”，提高基层就诊率，同时实施家庭医生签约服务、开展有针对性的健康干预和培养积极健康的生活方式。

数据显示，2018年1-8月，尤溪县总医院主治及以上医师驻乡驻村1076人次，接诊门诊病人4185人次、查房1767人次、下乡开展手术54台次，专家业务培训授课62次。

将百姓的健康管起来

“要实现全民的健康，那卫健局就是一个监督员，我们总医院就是管理员，疾控跟妇幼就是指导员，医保局就是一个保障员。”杨孝灯提及，除了构建“大卫生”格局，尤溪还树立“大健康”理念，坚持医防并重。

2012年2月，尤溪开启了医改探索之路，第一阶段进行的是治混乱堵浪费；2013年3月，尤溪进入医改的第二个阶段，建章程立机制；2016年9月，医改进入第三阶段，治未病大健康。

“随着医改进行到一定的阶段，我们看到了健康管理在整个疾病过程中的重要作用，作为县域医疗，如何将百姓的生老病死全周期都管起来，降低疾病的发生，这才是真正的健康福祉。”杨孝灯介绍，从“治已病”到“治未病”，在尤溪，全民健康导向正逐步形成。“现在，要把健康管理融入所有科室，彻底转变从治病到健康管理。”

尤溪县成立县级4大慢性病管理中心，即高血压病管理中心、2型糖尿病管理中心、严重精神障碍疾病管理中心、结核病管理中心，对慢性并发症患者重点跟踪指导，避免严重的并发症的发展，减轻患者负担。此外，尤溪县总医院成立全民健康管理部，乡镇卫生院则对标成立全民健康管理站，共同促进民众健康。尤溪县总医院充分利用“个人健康云”“医疗服务云”等云端服务，推广慢性病管理微信群，建立慢性病管理微信群316个，加入微信群的医务人员、患者总计2万人次。截止目前，管理高血压患者28274人，血压控制率达85.45%，管理2型糖尿病患者8545人，控制率达84.83%。

杨孝灯提到，必须健全完善县域健康管护组织。探索医防融合新机制，在医共体外，成立县医防融合领导小组办公室，与县疾控中心、妇幼保健院实行“人员、业务、资源、服务、信息、考核”六个融合；在医共体内，成立全民健康管理部、中医药健康管理部、疾病管理中心、乡村医生服务中心，做到县乡村三级公立医疗机构要医也要防。“这样，才能实现医疗服务模式的转变，即院前防，院中医，院后管，真正将生命全周期的健康都管起来。”

“建立完善县域健康管护组织，其中很重要的一个方面是要做好健康绩效的考核。”杨孝灯带领团队研发绩效动力系统，做到方案实施一致性、总医院统筹统发县乡村薪酬、薪酬计算工分制。方案实施一致性方面，在两家县级医院全员目标年薪制方案实施一致性；16个基层分院绩效薪酬方案实施一致性；213所公办村卫生所绩效薪酬方案实施一致性。县级医院工资总额按医生、护理、行政人员类别“541”进行分配，乡镇分院绩效薪酬总额按基本医疗、基本公共卫生、行政业务类别“541”进行分配。

“医疗机构成立的初衷就是治病，医生从上学开始接受的教育就是治病，在尤溪，我们采取了各项措施来促进健康管理的落地，比如考核医护人员的标准转变，以薪酬为导向，打破薪酬跟看病治病数挂钩，调整工分制结构等。”为了调动医务人员的积极性，破解医院内部收入分配中的逐利、公平与效率不尽合理的机制，形成公开、公平、透明的收入分配格局，自2015年起，尤溪县总医院实行“全员目标

年薪制、年薪计算工分制”，该方案在 2016 年，被国务院医改办列为全国医院薪酬分配两个经典案例之一。

“健全绩效考评机制，将医疗总费用和人均医疗费用、人均期望寿命、居民健康水平、重大疾病发生率、重点慢性病规范管理和控制率等项目列入考评。与公共卫生服务项目考评以及总医院书记(院长)年薪制考核相结合，考核结果与专业公共卫生机构绩效工作、总医院工资总量核定挂钩。”杨孝灯介绍，以人民健康为中心，要避免过度医疗，也要避免医疗不足，更加注重医防结合。

“但医护人员的理念转变仍旧是最难的，理念不转变，就很难实现真正的健康管理。”杨孝灯认为，在医改的路上，要看到已经取得的成绩，但最为重要的是必须要面对现实，看得到问题，并努力寻求突破方法，只有这样，才能真正实现全民健康。

如何结合现在县域医疗的实际情况，做好县域百姓的健康管理，杨孝灯带领团队找到了中国县域医院院长联盟医院发展专家委员会主委周生来教授，他们在一起谈的最多的就是如何系统地培训医护人员，让县域医疗真正实现从治病到健康管理的理念转变。“健康管理培训可以先从重点科室、重点环节的重点人群开始，发挥重点人群的带动作用。”杨孝灯介绍道。

谈起未来，杨孝灯表示，下一步，尤溪总医院将牢记总书记嘱托，坚定三明医改方向，以人民健康为中心，持续深化并稳步推进医改工作，健全完善现代医院管理制度，落实全民健康负责制，探索医防融

合工作机制，打好慢性病一体化管理攻坚战，推进全民健康管理示范医院、示范县建设，不断提升群众的健康获得感、幸福感。

“医改就像爬山，得一个山头一个山头的过。”杨孝灯对尤溪的未来充满信心。

[返回目录](#)

DRG 国家试点城市经验 | 沈阳市切实提高医保结算清单数据质量！

来源：国家医保 DRG 付费技术指导组、沈阳市医疗保障局

质量安全直接关系到人民群众的健康权益和对医疗服务的切身感受，医保结算清单数据质量的优劣影响着医保基金支付的准确性。

2021 年，在国家医保局贯标 15 项医保信息业务编码标准，及 CHS-DRG 实质落地付费的关键时刻，沈阳市医保局以夯实医保结算清单数据质量，保证 CHS-DRG 付费高质量落地为工作目标，切实履行《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5 号）中“建立管用高效的医保支付机制”工作职责，确保医保支付保障群众获得优质的医药服务，规范医疗机构和医务人员诊疗行为，真正实现医保付费与医疗质量效果挂钩。

一、明确分工、理清职责

2020 年底，沈阳市医保局发布《关于成立沈阳市 2021 年 CHS-DRG 实际付费工作组的通知》（沈分组付费领办〔2020〕4 号），其中包括成立“基础数据质量管理摸底检查联合工作组”，工作组由医保局、

医保中心、医保专家、临床专家及病案编码专家、商保公司等人员共同组成。市医保局局长亲自挂帅，确定本次工作职责是充分掌握定点医院数据质量存在的问题并及时解决，重点对已进行 DRG 付费的试点医院及三级医院，开展数据质量分析及摸底检查工作，确保 CHS-DRG 实际付费工作顺利推进。

根据工作内容及工作要求成立三个工作组，分别为：

基础数据质量检查专家组：负责实际付费前全市医保住院结算清单管理、编码质量、医疗质量等基础数据质量的摸底检查，重点对 DRG 实际付费试点医院及非试点三级医院的疾病诊断与手术操作编码合规性、医保住院结算清单填报及院内管理流程进行检查。

医保局基金监管处组成检查组：负责对欺诈骗保问题进行检查。

医保中心组成检查组：负责医保结算清单在医保端落地管理及上传质量检查。

二、基础数据质量检查专家组工作先行

为有效服务医疗机构，确保医院能坦诚暴露问题，基础数据质量检查专家组率当前行，以发现问题、培训指导、整改到位为目标，于 2020 年 12 月底开展前期准备工作，2021 年 2 月实地到医院检查。

(一) 细化分工、术业专攻。基础数据质量检查专家组由国家及辽宁省医保 DRG 专家、编码专家、临床专家等组成。为细化分工，术业有专攻，专家组又分为三个小组，分别是清单填报流程管理组(流程组)、编码填报质量检查组(编码组)、医疗质量及安全检查组(医疗

组)。每个小组分别研讨检查流程、检查内容、受检病历筛查规则、设计调查问卷等;对各小组确定的工作内容,再集体讨论并确定最终的检查内容及方式等。

(二)科学筹划、巧妙构思。为保证检查科学严谨,标准明确,一是流程组以卫生部门对医疗、病案质量管理标准为基础,形成调查问卷,以座谈的形式开展工作,既调研医院组织架构,又关注环节质控点及内容,掌握整体工作流程,并与临床医生交流医疗质控重点及对院内质控要求等;

二是编码组以国际疾病分类编码规则、《辽宁省医保结算清单及编码填报管理规范(试行第一版)》(辽医保〔2020〕60号)为标准,建立编码专业知识信息系统筛查规则,确保检查有重点;三是医疗组以医疗诊疗规范和指南为依据,抗菌素临床应用指导原则、病历书写规范等卫生部门共同遵循的文件为基础,结合医保结算数据 DRG 指标等问题筛查病历。

(三)问题精准、直击痛点。本次检查前期准备工作充分,病历调取精准,充分证明了沈阳专家团队专业素质过硬、检查经验丰富。医院迎检环境庄严,院长重视,检查人员严肃、认真、细致,每位专家按照预先的检查重点,全面详细、反复阅读病历,确保问题找准、找全、找实。

对于所发现的问题,采取当场反馈的方式,所有反馈专家秉持专业精神,分析问题发生原因,确保抓住要害,让医院院长及其工作团

队“红红脸、出出汗”，达到立刻对问题进行深挖研判、举一反三、立即整改的效果，制定有力的改进举措。

(四)反响热烈、效果显著。截至3月底，已对21家医院完成检查工作，反响较好。受检的21家医院，编码组专家共检查1000余本病历，医疗组专家共检查近千本病历，发现的编码质量、医疗质量问题占受检病历约80%以上。现场以每一本病历问题为突破点，与院长、职能科室、临床医生、编码人员、质控人员等面对面沟通，心和心交流，找准痛点难点，切实提高医疗质量，确保医保付费数据准确。

本次检查后，所有受检医院基于医保结算清单数据质控管理工作，都采取了整改措施，甚至连夜开会，制定具体工作方案，调整主要科室负责人，增加质控力量，确保检查效果落到实处。

多年来，沈阳医保积极发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务质量协同发展，切实增进民生福祉。本次检查进一步夯实了DRG付费数据质量，确保沈阳医保支付方式改革工作行稳致远，进而有为。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

如何让三级公立医院绩效“国考”，发挥指挥棒效应？

来源：惠宏医管

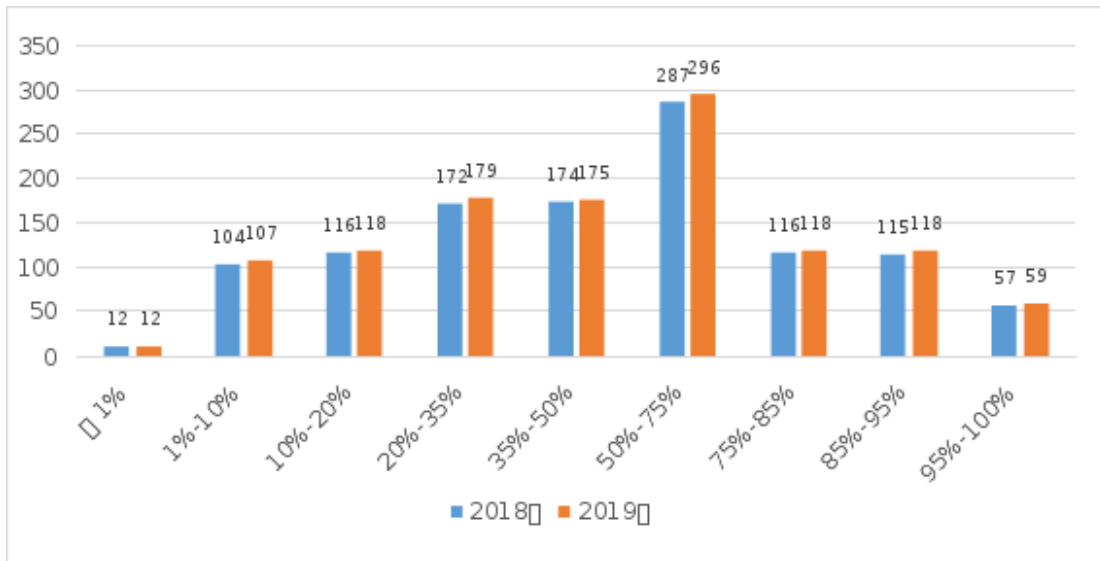
中国的考试制度始于南北朝，盛于唐朝廷用至今。如今全国的

2413 家三级公立医院，又增加了国家卫健委的“绩效考试”排名，俗称“国考”，做个“好学生”不易！从三级公立医院绩效考核得分和排名情况看，目前考核体系在评价医院高质量发展的科学性充足，发挥了考核的作用，起到了考核的目的。但依然存在一些问题，比如医院过分重视得分和排名、对医院评价不够充分、考核结果运用还有待加强等，阻碍考核作用的充分发挥。建议从弱化排名、评选“课代表”、加强考核结果与公立医院管理者绩效挂钩等方面予以改进，更好发挥三级公立医院绩效考核的作用。

一、医院过分重视得分和排名

从排名区间及数量分布情况看，2018 年度绩效考核得分主要集中在 547 分至 752 分之间，占参加考核医院总数的 80.02%，2019 年绩效考核得分主要集中在 527 分到 761 分之间，占参加考核医院总数的 81.22%，均符合正态分布。

等级分布	排名区间	2018 年		2019 年	
		数量	占比	数量	占比
A++	前 1%	12	1.04%	12	1.02%
A+	1%-10%	104	9.02%	107	9.05%
A	10%-20%	116	10.06%	118	9.98%
B++	20%-35%	172	14.92%	179	15.14%
B+	35%-50%	174	15.09%	175	14.81%
B	50%-75%	287	24.89%	296	25.04%
C++	75%-85%	116	10.06%	118	9.98%
C+	85%-95%	115	9.97%	118	9.98%
C	95%-100%	57	4.94%	59	4.99%
合计	100%	1153	100.00%	1182	100.00%



2019 年度绩效考核全国 2413 家三级公立医院参加，包括西医类医院 1886 家 (1306 家综合医院，580 家专科医院)，中医类医院 527 家。与 2018 年 2398 家相比增加 15 家，数量基本稳定，变化率为 0.6%。其中数量变化体现在新增考核医院 35 家，因合并、降级等原因退出考核的医院 20 家。2018 年西医类医院 1865 家，2019 年增加了 21 家。2018 年度中医类医院 533 家，2019 年减少了 6 家。

从两年的数据看，大约 1200 家医院中，960 家医院得分在 761 到 527 分之间，分差在 240 分左右，也就是说 1 分之内大致有近 5 家医院。所以，比如电子病历分级，20 分没有记入的话，就会差 100 名左右。一些权重比较大的指标，比如每医务人员科研经费，满分是 100 分，一个指标就可以拉开 500 名左右。

从指标体系和打分规则看，区间确实体现了高质量发展的水平，毋庸置疑，但得分确实无法进一步说明医院的管理水平和改进程度。分数并不重要，建立正确的绩效导向，关注其中的管理问题，并进行

改进才是考核的主要目的。

二、得分率分布说明对医院评价不够充分

从达到相应得分率的指标数量分析看，A++区间医院达到100%得分率的指标数量在13-16个，大于等于90%得分率的指标有15-22个，大于等于80%得分率的指标有21-23个。在另一端，C区间医院达到100%得分率的指标数量在1-9个，大于等于90%得分率的指标有4-11个，大于等于80%得分率的指标有6-14个。

所在区间	达到相应得分率的指标数量		
	100%	大于等于 90%	大于等于 80%
前 10 名	13-16	15-22	21-23
前 50 名	8-16	13-22	17-24
A++	13-16	15-22	20-23
A+	6-16	10-19	12-24
A	5-15	9-18	14-20
B++	4-16	8-17	12-18
B+	5-14	7-16	11-18
B	3-12	6-16	10-17
C++	3-13	6-14	9-16
C+	3-11	5-13	8-15
C	1-9	4-11	6-14

常识上，排名靠后的医院在整体运行上存在问题，但是通过达到

相应得分率的指标数量看，即使 C 区医院，也有居然有医院的满分指标达到 9 个，虽然低于 A++ 的最低数量，但是高于 A+ 的最低数量 6。说明 C 区有某医院在某些方面比 A+ 医院更体现出“高质量”。但结合大于等于 90% 得分率和大于等于 80% 得分率的区间分布看，C 区医院可能在某一方面做的非常优秀，同时也说明这家医院短板非常明显。

三、考核结果运用还有待加强

三级公立医院绩效考核的一个重要作用是指导地方建立结果运用机制，比如在工资总额调整、建立信息通报制度、医院等级评审、医保总额预算、绩效工资总额核定、资源分配、干部选拔任用和评优评先、项目建设、专项资金配备等方面。考核结果将作为国家医学中心、国家区域医疗中心设置依据，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。但从目前看，这项工作还未取得预期效果。比如，与干部选拔任用和评优评先工作并未挂钩，这与一些地方的考核体系与国考有所不一致导致的。因为考核结果与医院自身条件和管理水平都有关系，尤其在目前公立医院自身运行惯性和医疗服务市场供大于求环境下，有时公立医院运行成果很难与管理者能力和水平挂钩。

四、对策和建议

1. 弱化排名，更好发挥绩效考核的标尺作用

要正确看待、合理运用绩效考核结果。绩效考核的成绩是医院内部情况外化的显露，通过成绩反映的是医院内部的情况，可以帮助医

院找出问题、分析问题、解决问题。所以，看绩效考核的成绩，应该尽量少点功利，从关注外部排名，转变为思考内部改进。以科学的态度来看待绩效考核的结果。其实从排名和分数差异看，分数可以决定公立医院发展的状况，但与其他医院比较时候出现的分差并不能说明进步的速度。

医院应该根据结果找差距，找到短板、弱项，采取措施、填平补齐。通过绩效考核结果，应该分清哪些是内部管理不到位，哪些是外部政策不到位，并采取相应措施，对于内部管理积极改善，对于外部政策充分协调改进，将绩效考核积极作用最大化。

2. 评选“课代表”，更好发挥指挥棒作用

三级公立医院绩效考核指标体系作为标尺，系统反应了公立医院高质量发展的状况，A++医院也自然成为标杆医院，成为所有医院学习的榜样。但其实，在国考中能够排名前10%有着非常多的因素，并不是每家医院都能具备的。所以，我们建议，在评选出“三好学生”同时，也对某个维度做的优秀的，甚至某个指标做的优秀的医院给与表彰，让这些“课代表”也有展现成果的机会。其实，从达到相应得分率的指标数量分析看，很多医院也确实在某些方面表现出色，即使在C区的医院，也有医院可以达到9个100%得分率的指标。

3. 考核结果与医院管理者绩效挂钩，增强考核结果的作用力度

三级公立医院考核有三个作用，但其实核心是第三个，即对公立医院改革起到监督作用，并充分合理使用考核结果，这样才能保证更

好发挥标尺和指挥棒作用。而发挥好监督作用，核心还是要与管理者的选拔任用和评优评先挂钩。一方面，推动评选三好学生和课代表工作，让优秀管理者脱颖而出；一方面，优化指标体系，通过考核结果能更准确反映管理者的水平和努力程度；一方面，要督促各地医管部门将地方考核体系与国考体系相融合，防止出现地方考核与国考有冲突的局面。

此外，也希望在指标体系层面根据具体情况进行调整。比如，随着分级诊疗推进，对门诊费用增幅做合理定位，不再取用平均值作为满分。尤其是在带量采购，基本药物使用的情况下，不少医院的门诊均次药费还处于上升状况，明显与医改方向相悖，需要强化门诊均次药费指标，从而严控药品不合理使用，保证带量采购政策落地，“腾笼换鸟”政策顺利实施。

[返回目录](#)

医院精细化管理，如何落地？

来源：博策医管

精细化管理是组织在常规管理的基础上，为匹配集约化和规模化生产，运用程序化、标准化、和数据化的手段，进行目标细分、标准细分、任务细分、流程细分，实施精确计划、精确决策、精确控制、精确考核，使组织各单元能够更加精确、高效、协同和持续运行的科学管理模式。

一、精细化管理是医院做强之本

社会发展带给医院的变化是医院规模逐渐扩大，医疗技术日趋复杂，员工数量越来越多，医疗协作要求更高。随着医院的分工越来越细和专业化程度越来越高，博策医管认为，无论是公立医院还是民营企业，实施精细化管理已经成为医院做大做强的根本途径，也是医院实现可持续发展的必由之路。

二、关于精细化管理的几点理解

1、精细化管理对于医院而言，是一种高度契合其工作要求的**管理理念**。

精细化管理体现了医院对管理的不懈追求，是医院工作严谨认真、精益求精思想的贯彻。现代管理学认为，科学化管理有三个层次：第一个层次是规范化，第二个层次是精细化，第三个层次是个性化，三个层次依次发展。

只有做好规范化，才能给精细化打好基础，精细化做到一定程度，才有满足做个性化的能力。医疗是对于工作规范化要求最高的行业之一，从这个意义上看，医院的工作与精细化管理有非常高的契合度，所以，精细化管理对于医院来讲是一种高度契合其工作要求的**管理理念**。

案例：

T 医院是一家二甲级综合医院，截止到 2018 年 6 月份，T 医院所在地区 60 岁以上老年人达 4.6 万，占总人口的 23.3%，已步入老龄化社会，老年慢病缺少规范化的干预。

当年7月，医院对医养结合工作进行经验总结，将医疗资源与养老资源相结合，为老人提供治疗即住院，康复即护理，稳定即生活照顾，安宁一体化服务。实行护理部主任每周查房，护士长每日查房制，建立质量监控机制，为老年人提供连续的健康管理服务和医疗服务。

利用信息化建立了“医养结合工作沟通平台”，并开设绿色通道，急救车免费接送等。两年多来，已有3700多位老人在该院接受优先就诊检查、住院的医疗服务。

2、精细化管理对于医院而言，是一种有效提升工作效率的管理方法。

管理者通过对医院成本、岗位、薪酬、流程和考评等进行精细化管理，可以真正将人力、物力、财力等各种资源综合利用，发挥最大效能，产生最大效益，最直接的表现就是医疗质量和服务持续改进，工作效率提升，核心竞争力得到增强。

案例：

A医院是一家二甲级专科医院，整体运行良好，但是最近院领导遇到了一个问题：

在一次医疗设备展上，院领导对一家国内信息化厂商推出的物联网心电监测设备非常感兴趣，厂商的技术支持、设备生产以及后期的人员培训、市场宣传，整个服务非常到位。但是，也有人提出，这种设备绘制的心电图是3导联的，监测结果的临床意义不是很大，所以对于这个设备的引进不是特别迫切。

为此，医院领导对于是否引进该设备进行成本评估，经过市场调研、成本核算和收入预估，发现设备引进后可以提高患者的就医速度，改进科室工作效率，提升业务收入，但是成本回收率不是特别高。最后，医院决定以厂商设备投放的形式引入该设备，事实证明，医院在此事上的精细化管理，最终帮助自己做出了正确的决策。

3、精细化管理对于医院而言，能够最大限度地以“规则管理”代替“人为而治”。

医院的社会功能决定了医院的工作要崇尚规则，而精细化管理恰恰也排斥人治。精细化管理要求医院的管理模式以“患者满意、员工敬业”为根本出发点，由传统的“金字塔形”向“倒金字塔形”进行转变；要求医院的管理者转变管理作风，改“行政命令控制”为“工作任务拉动”，将“自上而下、一级一级进行监督控制”转变为“自下而上，一级一级寻求支持指导”。通过精细化管理，可以实现对工作的有效控制，提升员工的参与度和敬业度，并最终实现医院医疗质量和服务的持续改进，工作效率的提升，核心竞争力得到增强，满足人民群众的医疗卫生要求。

案例：

H 医院原是一家企业医院，在管理上存在较大问题，医院各级领导人数众多，责任不明，造成了医院很多规章制度形同虚设，往往工作最后变成了级级下压，最终执行不力。后来医院改制，由一家医疗集团进行管理，对医院架构进行了改革，力推扁平化管理，确立职责，

对原来只能强制执行的很多工作，通过精细化管理，把这些工作可能给医院和员工带来的收益讲得清清楚楚，极大地调动了医院员工的积极性，很多工作顺利地得到执行，并且员工提出了很多建议和方法以便于这些工作的开展。

4、精细化管理研究的范围是医院管理的各部分内容和各运行环节，有一些创新和发展，但更多的是基于原有管理基础之上的改进、提升和优化。

例如，成本管理、薪酬管理和考评管理都属于相对成熟的管理模式，只是在原有的基础上有一些发展；而岗位管理和流程管理则有一些新的方法和应用。但是不管如何，要实现精细化管理，必须建立对于组成部分和运行环节的科学量化标准和可操作、易执行的作业程序，以及基于作业程序的管理工具。

案例：

L 医院是一家拥有几十年历史的大型综合性三甲医院，各类管理体系趋于成熟。2019 年全国启动三级公立医院绩效考核工作，医院通过不断完善质控管理网络体系，以三级公立医院绩效考核为抓手推进医院发展。分别从医疗质量、运营效率、持续发展和患者满意度等方面进行提升，现如今已基本建立起较为完善的三级公立医院绩效考核体系。

5、精细化管理的目的是使医院医疗质量和服务持续改进，医院的工作效率提升，医院的核心竞争力得到增强。

这是基于医院战略清晰化、内部管理规范化、资源效益最大化的目标提出的，是医院个体利益和整体利益、短期利益和长期利益的综合需要。所以，实施精细化管理必须平衡好医院里个体利益和整体利益、短期利益和长期利益之间的关系。

案例：

W 儿童医院是一家区级医院，从精细化管理的角度出发，要求儿童保健科对于所在行政区里所有的托幼机构和小学进行档案管理，把所有适龄儿童的个人档案全部输入到科室的数据库里，同时购买里一套物联网动态监控软件对这些儿童进行常规身体指标监控。任务下达后，科室员工有不同意见，认为这个工作意义不大但工作量很大，以科室现有人员结构来看完成有难度。

医院领导为此专门几次开会，把建立健康档案带来的社会效益和经济效益向科室员工进行了详细的介绍，并且抽出人力和物力支持儿童保健科工作。这项工作开展不久，医院对于儿童的健康管理就取得了成效，业务量也随之上升，从而彻底打消了科室员工的怀疑观念，员工有干劲，很快就完成了对全部行政区内孩子的档案整理和指标监测工作。

6、医院精细化管理最终要解决的是医院工作效率的问题。

对于解决方法，一般有两种，一种是通过工作和培训使医院员工的工作能力提升的方式实现；另一种是通过提高医院工作流程速度的方式实现。但医院工作流程速度提高的根本也是医院员工的工作能力

提升，所以通过精细化管理要使得医院员工的工作能力得到提升，这是医院发展的基础和核心。

案例：

Z市某医院确定了以心内科为医院的重点学科，据此，先后在引进人才、设备购置和资金投入上都下足了本钱。但是经过一年多的建设，心内科的业务水平和效益能力并没有得到明显提升。医院经过调研发现，现在心内科从外省专门聘请的两位医师在业务能力上没有问题，但是其他医护人员的能力参差不齐，医技科室的专业能力不足，直接造成了整个心内科运转不灵。

为此，医院决定再引进3位人才，一位心内科的护士和两位医技科室专家，由这5位人才定期对心内科的其他人员进行培训。经过两年时间，该院心内科人员业务能力有了明显提高，科室的业务水平和效益都上了一个台阶。

7、医院的精细化管理不是一场轰轰烈烈的运动，而是一个永续精进的过程。

对医院或者任何一个组织或企业来讲，精细化管理会不断深入，越来越精细，一直处在“发现问题——分析问题——解决问题——新的问题出现”这样的反复循环、不停歇的螺旋型前进过程中。同时管理者和被管理者由于精细化管理的深入，也会发现越来越多的共同点，从而对问题的解决会产生越来越多的共鸣，所以精细化管理也是医院自上而下的积极引导和自下而上的自觉响应二者逐渐统一的管

理。

案例：

K 医院是一家老年照护医院，住院的患者都是老年人，几乎每位老年患者都有“三高”的症状。他们每天都需要在不同的时间吃不同的药物，一些老年人会经常忘记吃药。为了加强对老年患者的服务，医院规定由护士按时送药，结果护士的工作量很大，出现了人员不足。为此医院开会商讨，积极听取护士意见后，最后决定购买自动方便药盒药盒来解决这个问题：早上护士统一把药品装在药盒中，按序号放在患者床头，到了时间药盒会自动提醒患者吃药，这样既减轻了护士的工作，也保证了患者用药。

三、关于精细化管理的实施概述

医院实施精细化管理，应坚持以患者为中心。中高层树立精细化管理理念，在医院营造精细化管理文化氛围，将精细化管理方法运用到各项日常工作中，逐步建立科学、规范精细化管理体系，全面提升医院管理和服务水平。

具体工作内容包括：

1、六精

一是打造一批医疗服务精品。二是医院成本核实精算。三是掌握利用信息化管理精髓。四是培养一批医疗、管理人才。五是岗位职责定位正确。六是确保工作实施正确。

2、六细

一是管理细，即在建立健全管理体系基础上，将管理触角伸向每一个角落，达到“事事见管理”。二是制度细，即结合日常工作实际情况，有针对性制订管理制度，并确保制度实施可操作性，逐步形成一套完善、细化制度体系。三是标准细，即要求工作中做到事事有标准，并根据标准要求果断实施。四是服务细，即在工作中要重视细节，不停完善服务步骤再造，提升服务能力和内涵。五是步骤细，即对每一个步骤细化时间安排、质量标准和前后衔接，制订出每个步骤服务标准，确保步骤顺畅。六是奖罚细，即在工作中结合标准、制度要求落实考评。同时制订出具体奖罚细则，做到奖罚可追溯，奖罚有依据。

3、六化

一是管理科学化，根本改变过去经验管理模式，引入现代化管理理念和方法，实现日常工作管理规范化、科学化。二是服务人性化，经过优化服务步骤，重视服务细节管理，改善服务方法，通过改善服务环境，提升患者就医满意度。三是运行信息化，精细化管理关键是复杂事情简单化、简单事情步骤化、步骤化事情定量化、定量化事情信息化。所以，要不停提升信息化程度，提升工作效率。四是质量标准化，即建立各项工作质量标准及质量管理体系，并严格落实质量控制。五是考评定量化，即结合实际，制订科学绩效考评方案，明确考评标准和目标。六是管理动态化，即在管理工作中要保持创新精神，在动态化管理同时，不停地改革创新，确保管理工作可连续性改善。

总而言之，精细化管理在医院的运用要注重细节、立足专业、科

学量化。通过改造和提升医院管理、组织方式，将管理责任具体化、明确化，工作内容科学量化；做到人人都管理、处处有管理、事事见管理。只有做到这些，精细化管理才能落实到位，最终达到持续改进医院医疗质量和服 务，提升工作效率，增强核心竞争力，保证医院可持续发展的战略目标。

[返回目录](#)

公立医院掀起互联网医院建设潮，民营医院如何自处？

来源：健康界研究院

3 月，北京协和医院和北京天坛医院先后通过北京市卫健委专家组评审，成为北京市属医院首批通过互联网医院资质审批的两家单位。目前，北京大学第三医院也已顺利通过互联网医院资质准入现场评审。目前全国建成互联网医院已经超过 1100 家，据健康界研究院调研数据，这其中参与方来自公立医院的占比 69.5%，民营医院占比仅 6.2%，其他机构占比 24.3%。

一边是头部医院扎堆上马，一边却是服务量的匮乏。有业内专家向健康界提供的一组数据显示，北京一家委属公立医院一年的网络服务量仅有 1000 例左右。

自 2020 年后，中国公立医院掀起一波互联网医院建设潮。梧桐树资本合伙人陆游龙向健康界表示，这势必要对民营医院造成一定的业务挤压。面对“来势汹汹”的公立医院，民营医院如何应对？站在风口的互联网医院热度，还会持续多久？

业务看似鸡肋？

据卓健科技董事长尉建锋观察，目前中国互联网医院业务看起来仍有些“鸡肋”，所能提供的服务较为单一。

中国医药信息学会电子病历与电子健康专业委员会主任委员陈金雄认为目前互联网医院还存在三大局限：一是线下业务的复制，简单地线下模式搬到线上；二是集中在轻业务模式，大部分以轻问诊为主；三是没有形成业务闭环，线上线下没有全部打通。

也正因为互联网医院所提供的服务有限，导致很少有患者买单。“目前大医院互联网服务量平均一天两百例左右，小医院肯定更少。”这是尉建锋给出的数据。

有专家评审组成员向健康界直言，现在每家公立医院的互联网业务都是在赔钱。“但他们不在乎，因为任务要求，也因为大家都在做，大趋势裹挟下，公立医院都纷纷开建互联网医院。”

凑热闹的一些医疗机构在其互联网医院长期没有带来较大盈利后，也会打退堂鼓。一家三甲医院院长向健康界透露，他们医院建设互联网医院主要是因为上级要求，疫情带来的热潮过去后，这部分业务也许会被搁置。

公立医院建设互联网医院的热潮是否会持续下去，谁也无法判断。但从目前来看，陆游龙认为，公立互联网医院的加速建设，一定程度上缓解了核心医疗资源紧张和疫情之下医疗服务难以开展的压力。

医生经济回报并不高

陆游龙研判，经过一段时间的运营发展，互联网医院将延伸核心公立三甲医院的服务半径，对民营和下级医院形成业务挤压，也影响部分在民营医院多点执业的公立医院医生精力分配。

但上述专家评审组成员对此却不担心。他告诉健康界，医生参与公立医院互联网医院的经济回报十分有限。以一个公立医院的 50 元/次网络接诊费为例，这些钱对医生的吸引力不高，尤其是在北京三甲公立医院。

民营医院为医生支付的多点执业费用要远远高于 50 元，但这并不意味着民营医院的线上执业不受影响，因为民营医院的网络接诊费同样不高。

一直以来，温州康宁医院集团副总经理王健都希望通过互联网网络更多知名专家，使康宁自建的怡宁心理互联网医院成为所有医生开放性的执业平台。但目前为止，线上医生资源仍以集团内医生为主，且少于线下。

精神科主任医师唐伟是在线上线下同时接诊的医生之一。晚上 7 点左右，唐伟刚刚结束在康宁医院的工作，他又打开手机登录怡宁医院，“一般都是走在路上、公交车上、中午休息及晚上睡觉前，利用每天的零碎时间在网上接诊。”

从这些琐碎时间里，唐伟一天大约能在线上接诊 5 个患者。他们大部分是挂不到号或者路程遥远的复诊患者，还有一些是涉及到私密

问题的、有病耻感的患者。每天 5 个网络患者，并没有为唐伟带来太多经济利益，他也认为钱并不重要，“重要的是互联网医院能为患者就医带来便利。”

找到流量与匹配患者

从 2020 年 3 月初敲定想法，5 月中旬搭建好系统，6 月底申请到牌照，再到 8 月 1 日正式运营，怡宁医院成长速度非常快。截至目前，怡宁医院的网络服务量每个月在以 20% 的速度增长。数据增长的背后是医院患者的黏性增加，王健说，“患者即使不来康宁医院，也可以在網上和医院医生沟通交流。”

随后其依托互联网医院，2020 年度线上获客共计 2.2 万，同比增长 285%；线上成交额 400 万元，同比增长 367%。

从这一方面来说，互联网医院成为民营医院的有利获客方式，也有利于提高患者黏性。在此之前，陈金雄观察到，很多民营医院要依靠购买广告等方式实现流量转化，但效果并不好，而建设互联网医院能成为他们获得流量的更好机会。泰康仙林鼓楼医院也早在 2020 年 3 月拿到互联网医院牌照，其副院长王旭平提到，“当需求更加多元的患者聚集到互联网医院，这对于推进医院持续做好线上运营、提升服务能力也很大帮助。”

“自营互联网医院能很好凸显医院的品牌实力和专业性，也能更好营造自身差异化的服务，深度运营维护目标客户群体。”陆游龙提到，依托成熟的在线系统方案，稳扎稳打建立属于自己的互联网堡垒，

打好下一阶段的阵地站，不失为民营医院经营者明智稳健的战略选择。

如果说民营医院更多需要通过互联网医院解决流量不足的问题，大型公立医院则需要通过互联网医院为线下匹配更精准患者，而不是抢夺患者。

在陈金雄看来，大型公立医院互联网医院最好的发展方向是精准匹配患者以及线下资源的更好利用，搭建好远程医疗平台，将民营医院和中小型医院链接起来。“通过转诊从而精准匹配患者，重大疾病他们接，疾病后期的照护服务，他们指导其他医院去做。”

民营医院，还有机会吗？

健康界观察到，目前民营医院在数量上早已超过公立医院，但其自建自营互联网医院数量却远远少于公立医院。

究其原因，陆游龙认为，民营医院自建自营互联网医院服务，会带来额外的建设成本，背后也往往没有巨头支撑输血，更多需要依靠自身运营来支撑信息化建设。

互联网医院建设强调的是实体医院的信息化能力、资金及人员投入能力。据泰康仙林鼓楼医院副院长王旭平回忆，自建互联网医院是一个较为复杂的过程，仅系统搭建就要迈过多个环节：该系统要实现在线预约挂号、在线支付(第三方支付、银联支付)、报告查询、网络门诊咨询等业务；同时要与院内 HIS 系统完成对接，实现业务层面与数据层面的闭环；最后要打通政府平台专网，保证互联互通，并将业

务数据上传至监管平台接受监管。

王旭平告诉健康界，从前期探索调研、到协调各类人员参与，从与政府机构对接、到系统调研采购，从系统技术研发落地、到验收通过取得牌照及后续运营推广，整个过程可谓千头万绪。

对此，有专家建议，民营医院可以和第三方合作，通过购买服务共建互联网医院，“前期投入少些也无妨，后续再不断发展完善。”

目前，实体医院想要切入互联网医疗有三种模式，一是独立设置，比如怡宁医院，这对医疗机构来说门槛比较高，不仅前期投入大，对团队的要求也更高；二是直接入驻省市搭建好的平台，成本很小，但功能等较为简单；三是与第三方科技公司共建，例如微医、卓健科技等。

实际上，卓健科技合作客户中有公立医院也有民营医院，但民营数量很少。

尉建锋告诉健康界，“公立医院给到的资金和要求是固定的，相较之下民营医院要求高、不明确且付款不积极。”

要求不明确的背后，其实是民营医院对互联网医院的发展方向的不明确。

过渡阶段，如何安全度过？

在王健向健康界分享的资料中，怡宁医院的未来规划十分清晰：一方面实现院内医疗服务的院外延伸，一方面要打造成开放性的互联网医疗平台，汇集全国优质医生及咨询师资源；泰康仙林鼓楼医院则

把互联网医院定位在服务于常见病、慢性病患者之外，同时推出私人医生服务。

上述两种实践经验，与陆游龙所建议的发展路径不谋而合：民营医院一方面要通过互联网医院提供差异化的优质服务，另一方面要通过合理利益分配激活供给端，为平台明星医生或者多点执业医生打造个人品牌，通过自主定价、评价机制、商保接入、更高值高效的处方药接入等方式创造经济激励闭环反馈。

陈金雄认为，公立医院发展互联网医院更多是政策引领，而民营医院要以发展引领。“互联网医院的建设，只关乎公立医院发展速度，却关乎民营医院的生死存亡。”在陈金雄看来，这对民营医院更是一个实现换道超车的机会，民营医院更要抓住机遇，效率要更高、更快。

机遇来得快消失得更快。尉建锋认为，互联网医院终将是一个过渡阶段。“就像以前大家总提网上银行，现在都不提了。”在他看来，医疗最终可以融合到整个服务场景中，没有必要再去区分线下线下。

陈金雄所看到的互联网+医疗的未来，也是一种融合，他称之为医疗在线化：医疗服务通过线上线下一体化的无缝衔接，全过程实现在线化管理和服务。

无论互联网医院最终走向何处，但互联网向医疗行业渗透已经成为必然趋势。在这个过程中，民营医院能否抓住互联网的机遇实现换道超车？让我们拭目以待。

[返回目录](#)

医生收回扣现象多地屡禁不绝 新型高端药品为高发区

来源：新华社

近日，山西大同一家三甲医院医生自曝当医生十几年间，共收受回扣超过 50 万元，且医院领导也参与其中，引发舆论热议。目前，大同市卫健委已牵头组成调查组对相关问题进行调查。

事实上，医疗行业收受回扣问题早已不是新鲜事。根据公开可查的法院判决文书统计，2016 年至 2019 年间全国百强制药企业中，有超过半数被查实存在直接或间接给予回扣的行为，其中频率最高的企业三年涉案 20 多起。

记者调查发现，近一两年来，随着药品集采等改革措施的实施和医疗领域反腐的深入推进，医疗行业收受回扣现象已明显减少。但在一些高值药品、耗材领域依然大量存在，同时回扣的隐蔽性增强。

医生曝医院“塌方式”收回扣，当地称已成立调查组

在网上热传的视频中，一位穿着白大褂的中年人自称是“某西省某同市最大的那家三甲医院的执业医师”，表示“做医生十几年，在此期间参与收受医疗回扣，保守估计在 50 万以上”，还称“这事情不是我一个人做的，我和我的同事、主任、副院长、正院，基本上都在参与这个事情，还包括药师，可谓是塌方式的、全员参与的。”

记者联系了这名举报者。对方表示与医院“有点过节”，但“爆料的目的不重要，重要的是我说的都是实话。”他说，医疗回扣会导致该用的药用，不该用的药也用，医生滥用药物加重患者负担。“说

白了就是经济利益驱动，小病大治，欺骗患者。这不光在我们医院普遍，在全国都很普遍，是公开的秘密。”

记者从大同市卫健委了解到，此次自曝收受回扣的医生丰某是国药同煤总医院呼吸与危重症医学科的一名主治医师。国药同煤总医院前身是大同煤矿集团有限责任公司总医院，现隶属于国药同煤(大同)医疗健康产业有限公司，国药集团占股 51%，晋能集团占股 49%，是大同市三家三级甲等综合医院之一。

山西省大同市卫健委负责人王继武表示，4 月 10 日在网上关注到涉事医生反映情况后，已第一时间派出一名副主任带队进入医院进行调查了解。根据医院的隶属关系，目前已由国药集团、晋能集团和大同市共同组建事件调查组；对违反管理规定的行为，一经查实，将依法依规严肃处理。

国药同煤总医院党委书记王全印说，丰某在 2016 年与同科室一女护士发生口角并与其丈夫发生肢体冲突，经派出所调解后女护士道歉并赔偿 3000 元，次日丰某追索赔偿 1000 元未果，后以各种理由反映医院存在包庇和袒护行为，一直对医院存在不满情绪。2018 年开始，丰某多次向医院纪委、省委巡视组反映医疗回扣等问题，被相关部门认定“证据无法落实”“与事实不符”。

“丰某说收受药品回扣，他提供的证据是一些写在纸条上的与药品有关的数据，但证据不充分、不能形成链条；丰某本人也无法说清哪个药商给过他现金，或者哪个人给他转过账，没有查实过。”王全

印说。

大同市卫健委及国药同煤总医院方面均表示，相关调查结果出来后，将及时向社会公布。

新型和高端药品回扣高发，利益输送更加隐蔽

事实上，医疗行业收受回扣问题屡被曝光。2019年，海南万宁市和乐中心卫生院一名医生通过网络举报自己和同事收受回扣，称医药代表按药品价格10%至15%的比例给回扣。同年，有网民举报苏州大学附一院医生杨某乱装支架，装一个给一万元回扣。

“前些年拿回扣现象严重，腰上打个钉子4000元，就要给医生1500元回扣，所以耗材大户骨科、心血管科不少医生都发财了。”一位医疗行业人士说，“但是近年来实行两票制、集采、医疗反腐，拿回扣的空间大大缩小了。”

山西省一位从业十多年的医药代表告诉记者，国家推行药品集中采购后，有降压药从30元降到2元，心脏支架从2万元降到3000元，基本没有赚头，更没有回扣。“原来一个药企在一个省有几百个药代，现在几个人就够了，很多药代都失业了。”

记者调查了解到，虽然近年医疗行业收受回扣现象明显减少，但仍然大量存在。

一位医卫专家表示：“推行集采后，一些医生不愿意开集采药品，一些医院手术中的非集采耗材的费用明显增长。”一位业内人士告诉记者，一些刚研发出来的新型药品、器械、材料往往都很贵，又没有

纳入集采，是医疗回扣的高发区。

某肿瘤医院一位医生说，肿瘤治疗领域拿回扣现象相对严重，治疗肿瘤周期长，所用的药物都比较昂贵，药企多是“带金销售”；此外做肿瘤基因检测的患者也多是由医生介绍检测企业，医生会从中收取回扣。

重拳打击之下，医疗回扣还出现了新形式。中国社科院当代中国研究所科研办副主任陈秋霖说，互联网医疗的合规化为药企打通了线上市场，以药养医问题从线下转移到线上，通过“带金销售”导致过度开药。

有医疗行业人士告诉记者，现在医药代表与医生之间的利益输送更加隐蔽。“过去是直接送钱，现在是送服务——大专家出门时车接车送，请客吃饭时帮着结账，大专家的亲友有了困难帮助解决。”

医疗行业回扣缘何“禁而不绝”？

医疗回扣现象由来已久，从中央到地方也一直不乏治理之策，但为何这一乱象始终难以禁绝？

一位业内人士告诉记者，当前国内药企间存在激烈的同质化竞争，拼不了技术就只能拼市场，推动了营销费用走高。特别是一些辅助用药和检验项目，属于可开可不开，为了增加销量，就只能通过给医生回扣的模式销售。“一个企业送了，别的企业也要立刻跟进，都争着给医生送钱，慢慢地大家都这么干。”

同时，医疗系统关键岗位权力集中且缺乏有效监管也导致回扣难

以禁绝。多位受访者表示，在集采实施之前，医院各科室是药品从生产到进入药房的必经之路，科室负责人通常拥有主导甚至是绝对话语权，因此是医药代表猛攻的对象。

“对重点岗位和关键环节的廉政风险防控重视程度不够、监管流于形式，是医疗系统的通病。”一位业内人士说。

此外，不少业内人士认为，医生往往工作量大，还面临高风险，相比之下收入却并不高。“医生的收入与付出不相符，导致部分医生会通过一些‘非正常途径’获取收入。”某三甲医院的医生表示。

整治药企违规营销，保持医疗领域反腐高压态势

近年来，从国家到地方，持续对各种医疗腐败进行整治。

2020年7月，国家卫健委宣布，新一轮药企违规营销专项整治开始，重点整治医务人员收取回扣、药企违规营销等行为。

去年，国家医保局推动建立医药价格和招采信用评价制度，涉及医药商业贿赂等7种失信行为的医药企业将被纳入失信“黑名单”。国家医保局价格招采司有关负责人说：“医药企业对于回扣个案的罚款往往不敏感，但给予回扣会导致其丧失进入集采市场的机会，就会产生强大的震慑效应。”

业内人士普遍认为，药品、耗材集中带量采购，在遏制医疗回扣中发挥了有效作用。随着越来越多的药品、耗材被纳入集采范围，医疗回扣的生存空间将大大缩小。

采访中，不少医疗从业人士表示，治理医疗回扣现象，还需统筹

考虑、多管齐下。“要提高医生的薪酬待遇，让他们的正常收入能够体现自己劳动的价值。”山西白求恩医院院长吴华说。

此外，陈秋霖等专家建议，紧盯关键环节廉洁风险，运用信息化手段加强筛查、防控，对顶风违纪违法的，发现一起、查处一起，持续保持医疗领域反腐高压态势。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

国家医保局明确工作重点，DRG 和 DIP 付费改革试点进入关键之年

来源：国家医保局

深化医保支付方式改革是党中央、国务院作出的重大战略部署，也是医疗保障制度自身发展完善，不断提高基金使用效率的必然要求。

根据国家医保局统一部署，2021 年是按疾病诊断相关分组 (DRG) 和按病种分值 (DIP) 付费方法两项医保支付方式改革试点工作的收官之年，也是试点经验总结推广的关键之年。2021 年底前，将实现 DRG 付费国家试点和 DIP 付费试点实际付费。

DRG 和 DIP：“两条腿走路”，终将与医疗机构相向而行

DRG 和 DIP 都是医保支付方式改革的重要组成部分。按照医保支付制度改革目标要求，国家医保局分别于 2018 年底和 2020 年 10 月启动了 DRG 和 DIP 试点，并各自形成了相应的试点工作方案、技术规

范、试点城市名单、技术指导组等组织实施机制。按照统一部署，将在 2021 年底前实现 DRG 付费国家试点和 DIP 付费试点实际付费。

DRG 和 DIP 在中国一并施行后，部分业内人士对这种“两条腿走路”的支付方式改革模式表示不解，也没有完全厘清 DRG 和 DIP 之间的区别和联系。事实上，DRG 和 DIP 虽然在执行层面存在差异，但究其本质，都是为了控制医疗的支付形式，转变激励机制，促使整个医疗行业向良性的方向发展，让医改往更本质的地方推进。首都医科大学国家医疗保障研究院副院长曾在《DIP 与 DRG：相同与差异》一文中明确表示，DIP 和 DRG 付费改革虽然在具体执行层面，两者在付费设计的立足点、分组原理、测算标准、监管重点等层面存在差异。但其各自具有突出优势，而且改革目标高度统一：一是提高医保基金使用绩效，不断提升医保科学化、精细化、规范化管理服务水平，保证医保基金安全可持续；二是发挥“经济杠杠”的作用，调节卫生资源配置总规模、结构，引导医疗机构管控成本，推进医疗费用和医疗质量“双控制”；三是让患者享受适宜的医疗服务，减轻疾病经济负担。未来随着两项付费改革的逐步成熟，必将向着融合和统一的方向发展。

试点城市：因地制宜，扎实推进试点工作

各试点城市自启动 DRG 和 DIP 付费试点工作以来，积极推进、稳扎稳打，遵照国家统一部署，第一时间组建领导班子，因地制宜地制定试点工作方案、配套细则，开展信息平台搭建、编码统一、强化病

案数据管理和费用测算等工作，形成了各具特色、符合本地实际情况的 DRG 和 DIP 付费试点模式，并取得了一系列积极成效。

梧州是广西壮族自治区的国家 DRG 付费试点城市，目前实际付费的各项准备工作已基本完成，将在国家技术指导组的指导下正式开展实际付费。但广西对于 DRG 付费改革的探索却不止于此，早在 2017 年，就在柳州市实施总额预算管理下的 DRG 付费改革试点，且试点情况良好，定点医疗机构医保费用结余情况有明显改善，职工医保平均个人负担也相较于改革前下降了五个百分点。在此基础上，广西于 2019 年在全省(区)推进 DRG 付费改革。目前，全区 15 个统筹地区 175 家三级及部分二级定点医疗机构实行 DRG 付费模拟运行，实现经办管理全流程贯通；6 个统筹地区实施 DRG 实际付费，住院医疗费用结算 DRG 付费覆盖超过 95%。

广东省在 DIP 付费试点工作的推进方面也取得了一系列积极成效。国家医保局公布试点城市名单后，广东省共有广州、深圳、珠海、汕头和河源 5 个地级市进入试点名单，广东省医保局第一时间印发文件，统筹部署 5 个试点城市按要求推进试点工作。目前，各试点城市均已制定试点工作方案并着力推进医保结算清单、医疗费用明细等的质量控制，医保信息系统数据库动态维护，编码映射和有关接口改造等具体工作。同时，试点城市各建立了医保行政部门与医疗机构之间良性互动机制，一方面，定期向医疗机构公开医保结算数据；另一方面，建立各级医疗机构专家为代表的医保支付制度评议组织，针对实

施过程中有争议的问题由评议组织进行评议。

2021 年重点：试点收官，分批进入实际付费

无疑，今年将是两项医保支付方式改革工作的关键一年。这一年，不仅需要试点城市扎实推进试点工作，确保试点顺利收官，平稳进入实际付费阶段；还要充分总结试点经验，为下一步在全国范围内更大程度地复制、推广做好准备。

3 月 31 日，国家医保局召开 2021 年医保支付方式改革试点推进视频会，部署 DRG 付费、DIP 付费两个试点 2021 年度重点工作，明确了工作目标、重点工作内容，提出了时间和进度要求。下一步，各试点城市将分别在 CHS-DRG 付费国家试点技术指导组、首都医科大学国家医疗保障研究院的技术指导下，继续按要求细化、调整本地病组（病种）分组，充分掌握和使用 DRG 和 DIP 付费方法；同时，制定配套政策、经办规程，完善协议管理，规范信息管理等，确保试点工作顺利收官。

根据国家医保局统一部署，30 个 DRG 试点城市和 71 个 DIP 试点城市将在今年内分批进入实际付费，2021 年底前全部试点城市实现实际付费。

[返回目录](#)

精细管理显成效，解决困难群体参保“四大难”

来源：安徽省六安市霍山县医保中心

参保缴费是城乡居民医保工作的重要内容和基础性工作之一，事

关群众切身利益，事关医保资金安全，事关医保制度持续健康发展。对困难群体参保缴费的个人部分实行资助，是党和政府的重大决策，是落实“以人民为中心”发展思想的重要体现。在实际工作中，如何落实资助参保政策，在确保应保尽保、避免脱保漏保和减少重复资助、保障资金合理支出间取得一致，实行精准资助，一直是居民医保参保缴费工作中的痛点和难点，霍山县医保局针对问题产生原因、开展源头治理、创新机制体制，实施精准资助，取得积极成效。

一、传统经办四大难，精细管理何从谈

在既往的居民医保参保缴费工作中，针对困难群体资助参保，主要有两种方式：第一种是群众先全额自缴，而后由各部门将资助的参保金打卡返还给群众。这种方式由于部分群众有多重身份属性，各主管各司其职、数据难以交互共享，容易造成重复资助资金浪费，且后续打卡的工作量极大，不主动缴费的群众易造成漏保等多种问题。第二种是群众只交自己承担的部分(全额资助的不用缴费)，乡村综合判断后上报受资助人员名单，资助资金由统一划拨至医保基金专户的方式。较第一种方式，这可以有效减少重复资助、脱保漏保等情况的发生，还避免了后续打卡返还的大量工作。因此，我县主要采用第二种方式进行，但在实际工作过程中，乡村两级干部也普遍反馈仍然存在四大难题：

一是受助人员确认难。参保筹资政策往往只规定受资助人员的条件、范围和身份属性，而具体符合条件的人员名单和管理情况则由各

主管部门掌握，加之部分人员的户籍地、居住地、参保地等不一致或时有变更，人员流动性大等因素，乡村经办机构难以准确掌握本辖区符合条件的所有受资助人员的详细情况。

二是资助途径选择难。由于部分困难群体具有多重身份属性，诸如既是特困供养人员、又是重点优抚对象，还是重度残疾人等，且政策层面不同属性的资助待遇不同，甚至有的已参加职工医保等，该不该资助参保？该由何种途径资助参保？乡村经办机构难以准确界定。

三是动态调整适应难。由于困难群体是否享受相关待遇，各主管部门都是按月动态管理的，时有增减，加之居民医保参保筹资时间跨度过长，往往持续 3-5 个月，对参保对象是否符合资助的确认难以适应部门的动态调整。如果随之动态调整，对有些群众势必会面临着“前期收了后期退、前期退了后期收”的尴尬境地，既激化了干群矛盾，也给票款的管理带来极大的混乱。

四是重复身份剔除难。对具有多重身份属性的，保留一个途径资助，可以避免资助资金浪费，综合比对剔除重复身份，是必由路径。由于分属不同部门管理、乡村难以实时获取相关数据资源，缺乏综合比对的必备技能，加之个别部门的原始身份信息有误，导致综合比对难、剔除重复难，重复资助、脱保漏保情况偶有发生。

二、细化政策出真招，源头治理解难题

针对乡村干部普遍反映的四难问题，县医保局深入研究、逐条梳理、统筹谋划，从完善政策、优化流程、提供支持三个维度，予以妥

善解决。

一是完善政策、细化方案。全面梳理现行的各级城乡居民医保参保政策，对我县的政策进一步优化完善、细化实施方案，多方征求意见，报政府常务会议审议通过后，作为乡村经办的行动纲领和业务指南。

针对资助身份认定难。明确不同资助对象的确认责任单位和确认依据，明确特困供养人员、低保对象、农村建档立卡贫困人口、重度残疾人、重点优抚对象等五类资助对象分别由民政、扶贫、残联、退役军人等管理部门负责确认。

针对资助途径选择难。明确群众利益最大化和权利义务对等的资助原则，对其中有多重身份属性的，优先从资助待遇高的类别及相应渠道资助参保，不予重复资助；对虽为资助参保对象但未缴纳个人应承担参保费用的，不予资助；对身为机关事业单位工作人员已重度残疾人和重点优抚对象等有职工医保的、以及企业退休有职工医保的等不再资助参加居民医保。

针对动态调整适应难。明确受资助对象由各主管部门依据截至筹资工作开始当年8月31日在册的名单确定，名单一旦确定后，依据不增不减的原则不再随着后期的动态调整而调整，一把尺子量到底，但新增的建档立卡贫困人口除外，可适时纳入资助。对当年的退役军人，由退役军人主管部门待其退役落户后予以资助确认，统一办理参保接续手续。

二是主动作为、提供支持。既往的参保筹资县级医保部门主要负责政策拟定、组织协调和业务指导工作，具体业务经办有乡村两级负责。在针对重复身份剔除难的问题上，县医保局充分认识到仅靠乡村两级的数据资源和技术能力是难以解决的，便及时组建了工作专班，提供必要的技术支持，统一从各主管部门拿取数据，综合比对，依据最惠群众的资助途径，剔除重复身份、剔除已参加职工基本医保的人员后，确定拟资助参保人员名单下发乡村使用。

三是优化流程、规范管理。明确资助参保对象按管理属地在所属村居或社区就近线下参保。明确参保票据填写规范，按资助对象的身份属性、资助资金的来源和个人应缴费用情况分类开具参保票据。要求乡镇村或社区对下发的拟资助参保人员名单进一步核实，剔除已死亡人员后作为最终资助对象，其个人缴费资金由乡村统一收取后汇缴税务金库，资助资金由乡镇上报名单，经医保部门审核确认报财政部门统一汇缴税务金库。

三、主动作为强担当，精细化管理显成效

2021 年度的城乡居民医保参保工作启动伊始，县医保部门就主动作为，依据优化完善后的筹资政策和管理经办流程实行精细化管理，对各资助对象管理部门提供的 55911 人在册数据反复比对确认，同步纠正其个人错误信息 331 人，剔除已参加职工医保 379 人，剔除具有多重身份属性 13961 人，确认符合资助参保条件共 41571 人，将拟资助人员的详细名单、资助渠道、资助标准、个人应缴费用等关键

信息下发乡村，供参保缴费使用。

通过参保筹资政策的细化完善、管理流程的优化改进，实施精细化管理以后，我县困难群体的参保信息更准确、资助参保更精准，既维护了困难群体的切身利益、确保了应保尽保，又维护了资助资金的合理使用、避免了重复浪费。同时，极大的减少了乡村两级的工作量和可能产生的干群矛盾，受到各级部门、干部群众的极大好评和大力支持。

[返回目录](#)

· 地方动态 ·

重磅文件发布！广东 50 家高水平医院将这样建

来源：广东健康网

广东的高水平医院建设有了明确“路线图”。4月9日，广东省人民政府办公厅印发《进一步推动高水平医院建设发展实施方案》(以下简称“方案”)，对广东 50 家高水平医院的建设布局、建设蓝图和建设任务，一一做出清晰规划。

方案提出，通过在资金上加大投入、在政策上先行先试、在项目上优先安排，力争通过 3-5 年时间，基本建成广深医疗高地“双子星”，形成以若干家国内一流、世界领先的医院为引领，一批全国百强医院为支撑的高水平医院建设体系。值得关注的是，除了每家给予 3 亿元的建设资金之外，广东还启动高水平医院跨区域联动项目，在

2021-2025年，省财政分5年投入5亿元支持河源、汕尾、潮州、揭阳、云浮等5市高水平医院跨区域联动项目，每个项目支持1亿元。

详解布局：为什么是这50家医院？

2021年，在建设第一期30家高水平医院的基础上，广东遴选新增第二期20家医院进入高水平医院建设行列，实现全省21个地级以上市高水平医院建设全覆盖。这50家医院是如何布局的？方案提出，这50家医院在布局上有“四个层级”。

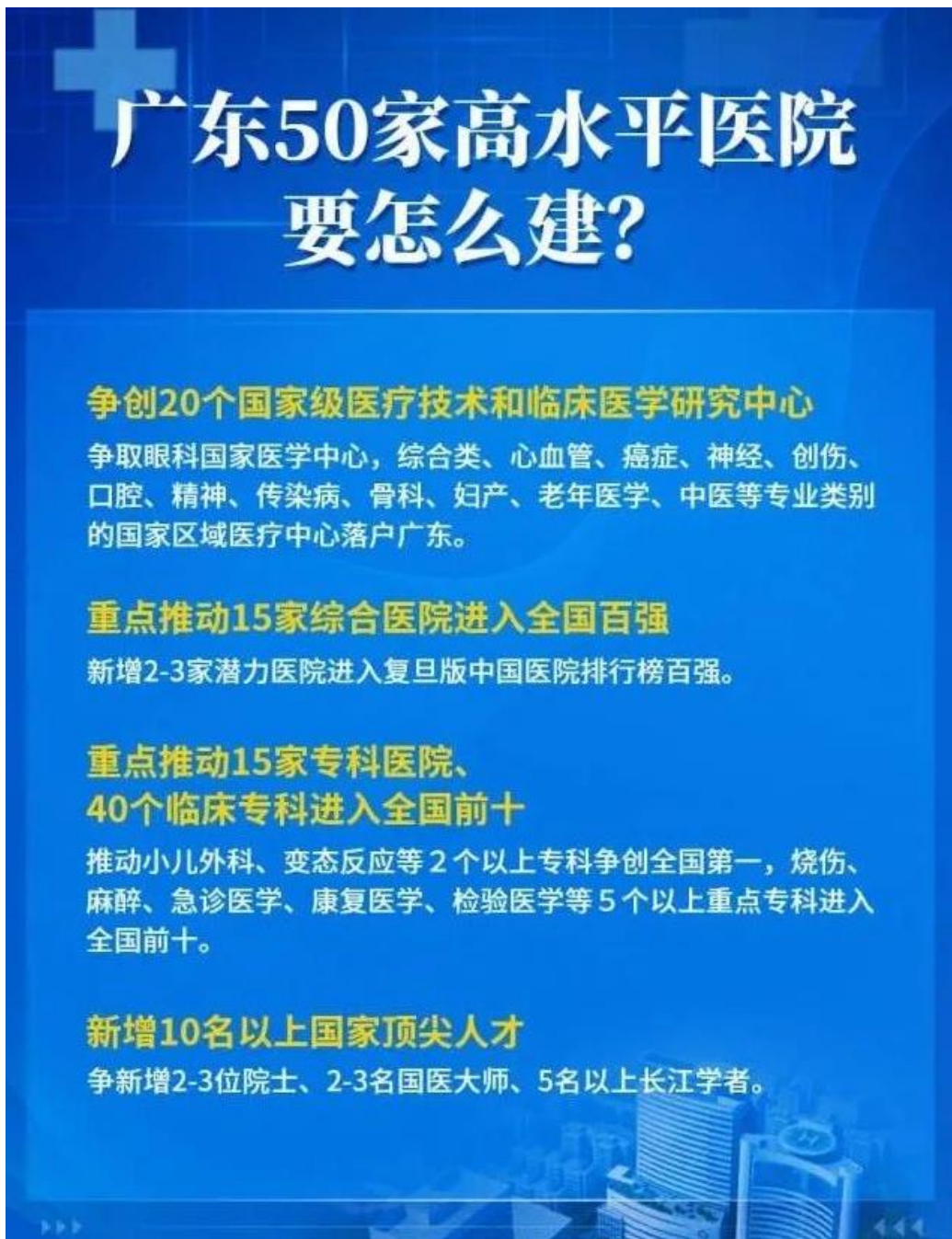
从建设具有国际影响力的顶尖医学中心布局来看，要对标国际一流、国内最优，在建设呼吸、肿瘤、肾脏病医学中心的基础上，支持省人民医院牵头建设心血管医学中心、中山大学附属第一医院牵头建设精准医学中心、中山大学孙逸仙纪念医院牵头建设优势学科医学中心等，打造世界一流、辐射粤港澳大湾区的国际医学中心。

从建设大湾区高水平医院布局来看，要全力支持深圳建设先行示范区，持续推动广州、深圳“双城联动”，在珠三角地市继续遴选一批实力较强、具有龙头带动作用的高校附属医院、省部属医院和市级龙头医院进行重点建设。在尚无高水平医院的佛山、东莞、中山、江门等4个珠三角地市各遴选建设1家高水平医院。

从建设粤东粤西粤北省级区域医疗中心布局来看，在粤东粤西粤北布局建设汕头、湛江、韶关等省级区域医疗中心，加大对粤北山区高水平医院建设的支持力度。提升粤东粤西粤北地区市级医疗服务能力，在尚无高水平医院的河源、汕尾、潮州、揭阳、云浮等5个地市

各遴选建设 1-2 家高水平医院。支持原中央苏区县所在地市医院和具有示范引领作用的县级三甲医院建设发展。

从建设差异化发展的优势临床专科布局来看，要瞄准临床专科发展前沿，布局建设一批中医、儿科、传染病等专科特色医院和在新冠肺炎疫情防控中作出突出贡献的医院。



广东50家高水平医院 要怎么建?

- 争创20个国家级医疗技术和临床医学研究中心**
争取眼科国家医学中心，综合类、心血管、癌症、神经、创伤、口腔、精神、传染病、骨科、妇产、老年医学、中医等专业类别的国家区域医疗中心落户广东。
- 重点推动15家综合医院进入全国百强**
新增2-3家潜力医院进入复旦版中国医院排行榜百强。
- 重点推动15家专科医院、40个临床专科进入全国前十**
推动小儿外科、变态反应等 2 个以上专科争创全国第一，烧伤、麻醉、急诊医学、康复医学、检验医学等 5 个以上重点专科进入全国前十。
- 新增10名以上国家顶尖人才**
争新增2-3位院士、2-3名国医大师、5名以上长江学者。

建设蓝图：争创 20 个国家级医疗医学中心

这 50 家高水平医院要建设成什么样?方案提出,力争到 2025 年,全省 50 家高水平医院在临床、科研、综合排名、人才培养引进等方面实现重点突破。

争创 20 个国家级医疗技术和临床医学研究中心。争取眼科国家医学中心,综合类、心血管、癌症、神经、创伤、口腔、精神、传染病、骨科、妇产、老年医学、中医等专业类别的国家区域医疗中心落户广东。新增 2 个以上国家重点临床医学研究中心或分中心。

重点推动 15 家综合医院进入全国百强。力争目前考核成绩处于全国三级公立医院绩效考核 100-200 名之间的区域龙头医院进入绩效考核百强,新增 2-3 家潜力医院进入复旦版中国医院排行榜百强。

重点推动 15 家专科医院、40 个临床专科进入全国前十。加强专科医院综合能力建设,争取 15 家专科医院进入全国三级公立医院绩效考核专科类别全国前十。在保持呼吸和眼科专科全国第一、31 个专科进入全国前十的基础上,推动小儿外科、变态反应等 2 个以上专科争创全国第一,烧伤、麻醉、急诊医学、康复医学、检验医学等 5 个以上重点专科进入全国前十。

新增 10 名以上国家顶尖人才。力争新增 2-3 位院士、2-3 名国医大师等顶尖医学人才,柔性引进一批高层次人才,辐射带动粤东粤西粤北地区人才队伍建设,实现全省高水平医院高层次医学人才全覆盖。

亮点举措：5 个亿对 5 家医院“一对一”跨区帮扶

高水平医院建设任务中的一大亮点，是明确要加大协作帮扶力度，实施高水平医院跨区域联动项目，由排名前列的高水平医院对河源、汕尾、潮州、揭阳、云浮等地级市医院实施 5 年的“一对一”紧密型帮扶。

2021-2025 年，省财政分 5 年投入 5 亿元支持这 5 市高水平医院跨区域联动项目，每个项目支持 1 亿元。这 1 个亿，怎么花？由支援医院说了算！方案明确，省财政安排的建设资金由省财政厅直接拨付至各支援医院，由支援医院自主预算管理和使用。

高水平医院如何跨区域联动帮扶？方案提出，要着重加强特色专科建设、高端技术引进、高端人才培养，通过远程会诊、派驻专家、接收进修等多种方式，推动中西医适宜诊疗技术和资源下沉基层，重点建设胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇救治、危重儿童和新生儿救治等五大救治中心，加强慢性病专科建设，显著提升肿瘤、心脏病、脑血管病、骨折、肺炎、糖尿病、肾衰竭等重点疾病的诊疗能力。



序号	支援医院	受援医院
1	广东省人民医院	河源市人民医院
2	中山大学附属第一医院	揭阳市人民医院
3	中山大学孙逸仙纪念医院	中山大学孙逸仙纪念医院深汕中心医院 (汕尾市中心医院)
4	中山大学附属第三医院	潮州市中心医院
5	南方医科大学南方医院	云浮市人民医院

充分赋权：可自主定价试行高新医疗服务

为了实现高水平医院的建设目标，广东也给予了充足的政策保障。

在人事薪酬制度上，充分“松绑”，给予自主权。方案明确，高水平医院可结合本单位实际和当地服务人口情况，按规定自主确定岗位总量，自主设置岗位结构比例，自主设置岗位标准，自主决定聘用人员，自主开展卫生系列高级职称评审工作，并对引进的高层次人才实行灵活的职称评审机制。

对高层次人才，可实行年薪制、协议工资制、项目工资等灵活分配方式，所需额度单列管理。允许高水平医院的科研人员参照相关规

定开展创新创业。

为激励科研创新，方案明确提出，要在高水平医院探索开展科技成果权属改革，对利用财政资金形成的新增职务科技成果，除事关国家利益和重大社会公共利益的成果外，可由高水平医院与科技人员共同申请知识产权，赋予科技人员成果所有权。

值得注意的是，方案明确，对符合医疗卫生规定、使用新技术新器械、疗效确切的高新医疗服务项目，加快审核立项，方便高水平医院自主定价试行。

同时，建立海外先进药品、医用器械引入绿色通道，用足用好国家临床急需药品一次性进口政策。此外，还要积极向国家争取政策，将临床急需、已在港澳上市的药品和临床急需、港澳公立医院已采购使用、具有临床应用先进性的医疗器械的使用权限扩大至所有高水平医院。

[返回目录](#)

北京拟修改院前医疗急救服务条例，明确实施统一指挥调度

来源：北京日报

4月15日上午，市十五届人大常委会第三十次会议听取了关于修改《北京市院前医疗急救服务条例》的决定(草案)的说明。决定草案对近年来本市医疗急救体系建设的改革成果予以固化，明确提出全市院前医疗急救实施统一指挥调度。同时，为保障宝贵的急救资源被高效利用，决定草案提出，本市实行院前医疗急救和非急救医疗转运

分类服务和管理，非急救医疗转运不得占用院前医疗急救资源。

全市院前医疗急救实施统一指挥调度

《北京市院前医疗急救服务条例》2017年正式实施，为加强本市院前医疗急救体系建设，维护人民群众生命健康和城市安全运行提供了重要法治保障。

目前，全市院前医疗急救统一呼叫号码和统一指挥调度有了突破性进展，院前医疗急救呼叫号码统一为“120”。为了固化改革成果，提高全市急救服务效能，决定草案将“全市院前医疗急救机构实施统一指挥调度”纳入条例总则。

同时，考虑北京作为国际化大都市，重大活动保障的标准高、任务重，应当合理动员全市急救保障资源共同参与重大活动保障任务，决定草案提出，在有突发事件或其他公共安全应急、重大活动保障需要的情况下，全市院前医疗急救机构、院内医疗急救机构、红十字会所属应急救援队伍及其他社会医疗救援力量，应当在政府统一指挥调度下，参与医疗救援保障工作。

市政府另行制定非急救医疗转运服务管理办法

日常生活中，一部分非急、危、重患者因行动不便、下楼难等原因呼叫急救车去医院。为进一步防止院前医疗急救资源被占用，决定草案明确，本市实行院前医疗急救和非急救医疗转运分类服务和管理，非急救医疗转运不得占用院前医疗急救资源，调度人员应当告知非急、危、重患者通过非急救医疗转运方式解决。

其他患者的转送需求如何满足？“考虑到人民群众对非急救医疗转运服务的实际需求，政府在将非急救服务从院前医疗急救服务中全部剥离，严格依法落实院前救护车不得用于院前医疗急救服务以外其他活动的规定的同时，应当加紧制定非急救医疗转运服务标准规范和管理制度，明确社会力量参与的准入标准和退出机制，为人民群众提供规范的非急救医疗转运服务。”市人大教科文卫委员会主任委员刘玉芳表示，据此，决定草案提出，市政府应另行制定非急救医疗转运服务的管理办法。

院前救护车应及时清洁和消毒

为使院前院内急救高效衔接，决定草案提出，院内医疗机构应按照急诊分级救治原则，根据患者疾病危险程度实施预检分诊，保证急、危、重患者得到优先救治。同时，及时与院前医疗急救人员完成患者交接，避免院前救护车以及车载设备、设施滞留。

对院前救护车进行洗消是有效预防和控制病原体交叉感染，保证医疗安全的必要措施。结合常态化疫情防控要求，决定草案明确，院前医疗急救机构应按照规定对院前救护车进行清洁和消毒，保证公共卫生安全；市、区政府应当按照规划建设洗消站点，配备洗消设备。

地铁等公共场所应配置医疗急救设施并开展应急演练

“公共场所经营管理单位的急救能力是对公众生命健康安全多一份保障的重要基础，在公共场所推广配置自动体外除颤器等急救设备设施，是社会急救能力建设的重要内容。”刘玉芳介绍，决定草案

明确，市政府应制定自动体外除颤器等医疗急救设备设施配置规划并组织实施。

同时，考虑到目前地铁已成为人员高度密集的公共场所，开展经常性医疗急救应急演练是有效提升急救能力的重要保障，决定草案将“地铁”纳入原条例中列举的公共场所之中，规定，影剧院、体育场馆、机场、火车站、地铁、学校、景区等公共场所的经营管理单位应根据安全保障需要配置医疗急救设备设施和药品，定期组织员工学习医疗急救知识和技能，并开展医疗急救应急演练。

[返回目录](#)

• 医药舆情 •

医保局“黑名单”首开商业贿赂重罚：知名药企主打产品暂停挂网！

来源：浙江省药械采购中心

4月12日，浙江省药械采购中心发布通报称，根据浙江省温州市瓯海区人民法院刑事判决书（《（2020）浙0304刑初428号》）所披露的相关事实，哈尔滨誉衡制药有限公司的鹿瓜多肽注射液在浙江省存在商业贿赂行为。依据《国家医疗保障局关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》《浙江省医药价格和招采信用评价制度（试行）》等文件规定，将哈尔滨誉衡制药有限公司在浙江省医药价格和招采失信等级评为“严重”，并按规定暂停该企业鹿瓜多肽注射液在线交易。誉衡药业成为国家医保局建立医药价格和招采信用评价制度

以来第一家被列为严重失信处罚的药企。

商业贿赂 80 余万

药企被列严重失信

浙江通报的判决书显示，2017 年以来，被告人倪东敏从哈尔滨誉衡制药有限公司等制药企业承揽浙江区域的药品推广业务，后分别以杭州费特公司和天端、巨晖 2 家公司以及 39 家洞头个独企业名义与药厂签订药品推广合同。被告人倪东敏承揽之后，将业务分包给包括被告人陆刚在内的众多医药代表或下家分包商，并从中赚取推广费 5%~10% 的利润，分包给个人时，再从中扣除发票金额 5% 的税款。最终，由各医药代表具体负责向医院等用药单位推广药品业务。

2017 年 5 月至 2019 年 6 月 26 日期间，被告人陆刚从被告人倪东敏处获取哈尔滨誉衡制药有限公司的鹿瓜多肽针剂推广费后，为了增加销量，承诺以每开具 1 支“鹿瓜多肽”针剂支付 8 元好处费的标准送给开处方的温州医科大学附属第一医院的医生，相关医生予以答应。期间，被告人陆刚共支付给刘某 3、陈某 7 等 40 名医生(另案处理)好处费共计 88 万余元，其中上述医生直接或从其他医生间接分得现金共计 80 余万元。

鹿瓜多肽注射液是誉衡药业的核心产品，但其在 2019 版国家医保目录调整中已被调出。

根据国家医疗保障局价格招采司有关负责人介绍，党中央、国务院高度重视治理药品和医用耗材价格虚高，要求加强政策和管理协

同，保障群众获得优质实惠的医药服务，减轻群众就医负担、增进民生福祉。而医药领域给予回扣、垄断涨价等突出问题长期存在，是价格虚高的重要原因，并导致医药费用过快增长、医保基金大量流失、群众不堪重负，诱导过度医疗、损害群众健康权益，扭曲营商环境和行业生态、削弱行业创新动力。

以药品回扣问题为例，根据公开可查的法院判决文书统计，2016年-2019年间全国百强制药企业中有超过半数被查实存在给予或间接给予回扣的行为，其中频率最高的企业三年涉案20多起，单起案件回扣金额超过2000万元。医药上市公司平均销售费用率超过30%。

对此，国家医保局提出建立医药价格和招采信用评价制度，旨在发挥医药产品集中采购市场的引导和规范作用，对给予回扣、垄断涨价等问题突出的失信医药企业采取适当措施，促进医药企业按照“公平、合理和诚实信用、质价相符”的原则制定价格，促进医药产品价格合理回归，维护人民群众的切身利益。

失信行为涉及省份达一定数量

将启动全国联合处置

按照国家医保局要求，省级集中采购机构按照来源可靠、条件明确、程序规范、操作严密的要求实施信用评级，根据失信行为的性质、情节、时效、影响等因素，将医药企业在本地招标采购市场的失信情况评定为一般、中等、严重、特别严重四个等级，每季度动态更新。对于涉及违法违规的失信行为、信用评级所依据的事实，以法院判决

或行政处罚决定认定事实为准。

省级集中采购机构根据医药企业信用评级，分别采取书面提醒告诫、依托集中采购平台向采购方提示风险信息、限制或中止相关药品或医用耗材挂网、限制或中止采购相关药品或医用耗材、披露失信信息等处置措施，失信行为涉及省份数量达到规定条件的，由国家医保局医药价格和招标采购指导中心启动全国联合处置。

前述医保局相关负责人指出，国家医保局将充分发挥医药价格、招标采购等各项职能，主动作为，积极推动医药回扣有效治理。而医药企业对于回扣个案的罚款往往不敏感，但给予回扣会导致丧失进入集中采购市场的机会，就会产生强大的震慑效果，从而形成举一反三的系统治理效果。

业内认为，在医药价格和招采信用评价制度、医药代表备案制等政策组合拳下，医药营销模式走向更加规范化，传递产品临床价值的学术推广将是出路，医药代表队伍也将向专业化加速转型。

[返回目录](#)

19 家医药企业被开罚单，竟查出了这些“猫腻”！

来源：中国新闻网

虚开发票、虚增学术活动费、虚增广告宣传费……日前，财政部公布对 19 家医药企业作出行政处罚的结果，其中包含恒瑞医药、步长制药、赛诺菲等国内外知名药企。

长期以来被诟病的医药回扣、带金销售等问题为何屡禁不止？灰

色利益链条又能否被彻底斩断？

19 家药企被财政部处罚包含市值千亿国内头部企业

据财政部 12 日发布的公告，2019 年，财政部会同国家医保局对 77 家医药企业实施会计信息质量检查。

经查，部分医药企业存在使用虚假发票、票据套取资金体外使用，虚构业务事项或利用医药推广公司套取资金，账簿设置不规范等问题。

财政部依据《中华人民共和国会计法》第四十二条规定，对财政部有关监管局检查的 19 家医药企业作出行政处罚。

这其中，12 家企业被处以顶格罚款 5 万元，7 家企业被罚 3 万元。

值得注意的是，此次被处罚的 19 家企业中，涉及多家知名企业和上市公司，包括目前市值超过 4700 亿元的头部药企恒瑞医药。

另外，一些跨国药企此次也赫然在列，法国赛诺菲、德国默克的下属企业、礼来公司的下属企业等均被罚。

财政部监督评价局二级巡视员刘峰表示，受疫情影响，行政处罚结果公布时间由去年延至今年。

除了此次公布的行政处罚，地方财政厅(局)还对其负责检查的其他医药企业就地实施行政处罚。检查发现的其他违法违规问题，移交主管机关处理。

虚增差旅费、学术活动费……企业竟有这些“猫腻”！

长期以来，药价虚高一直都是民众看病就医领域中的一个顽疾。

导致药品价格虚高的主要原因之一就是长期存在于行业内部的带金销售，即药品生产企业为刺激医生使用销售产品所采用的一种销售促进方式，以非法的现金利益作为其给予医生的回报。

比如，此前就曾有媒体报道，河南省商水县人民医院一位医生利用职务便利，3年时间开具“步长”脑心通胶囊 35962 盒，非法收受陕西步长制药有限公司销售业务员药品回扣款人民币 12.50 万元。

梳理此次公布的处罚情况可以发现，19 家企业中，违规操作最多的形式就是虚增差旅费、学术活动费、业务推广费、广告宣传费等等。

例如，江苏万邦医药营销有限公司 2018 年支付个人代理商销售推广费用，凭证后附部分发票由与该公司无实质业务往来的第三方公司开具，涉及金额 1.4 亿元。

山东步长制药股份有限公司以咨询费、市场推广费名义向医药推广公司支付资金，再由医药推广公司转付给该公司的代理商，涉及金额 5122.39 万元。

长白山制药股份有限公司则是在 2018 年虚增人员工资 722.25 万元，以多报销售人员出差天数的方式虚增差旅费 2162.43 万元，以多报劳务派遣人员工作量的方式虚增劳务派遣费用 508.20 万元。

“检查聚焦医药产品成本费用结构，摸清了药价虚高成因，震慑了医药企业带金销售、哄抬药价等违规行为，保障了药品集中带量采购等重大改革的顺利推进。” 财政部的公告中称。

国家打出组合拳，灰色利益链条能否彻底斩断？

看病就医是关系到每个普通老百姓的重要民生问题。

近年来，为了斩断医药领域的灰色利益链条，国家有关部门曾相继出台一系列政策措施，最为直接有力的措施之一就是开展国家药品集中采购。

从 2018 年底 11 个城市开始试点国家组织药品集中带量采购至今，国家已经先后组织实施了四批全国药品集中采购。

来自官方的数据显示，截至 2020 年，实际采购量已经达到协议采购量的 2.4 倍，节约费用总体上超过了 1000 亿元。

多年来虚高的药价被挤出了大量的“水分”，同时也促进了医药企业健康发展。

在打击商业贿赂方面，2020 年 9 月，国家医保局曾公布《关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》，将医药购销中给予回扣或其他不正当利益、涉税违法等 7 类行为作为失信事项列入目录清单。

同年 12 月，《医药代表备案管理办法(试行)》正式施行，其中明确提出，医药代表不得承担药品销售任务，实施收款和处理购销票据等销售行为。

此次，由财政部介入的医药企业会计信息质量检查则是更加立体式的监管，以堵住企业内部可能存在的“跑冒滴漏”问题。

[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