

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.04.26-2021.05.02

——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 | 互联网医院应成为三级医院与基层社区卫生服务中心互动平台](#) (来源：光明日报) ——第 12 页

【提要】党中央、国务院高度重视“互联网+医疗健康”工作。《“健康中国 2030”规划纲要》《国务院关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》都做出了部署。作为互联网诊疗服务的先行者，北京大学国际医院管理层精准预判，互联网诊疗的未来发展前景广阔，是有效落实健康中国战略，达成“为人民群众提供全方位全周期健康服务”的重要手段，也是创新业务模式，快速提升医疗服务能力的重要举措。同时，医生普遍认为，借助国家相关分级诊疗政策，促进优质医疗资源下沉，互联网医院应成为三级医院与基层社区卫生服务中心的互动平台，患者在基层完成检查，三级医院给予基层远程指导，赋能基层医疗机构，改善患者就医体验。

▶ [观点 | 国家疾控局成立 王贺胜出任局长 新公卫体系怎么运转？](#)

(来源：八点健闻) ——第 16 页

【提要】人社部网站日前发布国务院人事任免消息，宣告了国家疾病预防控制中心的成立。新成立的国家疾病预防控制中心，将聚合原国家卫健委内设的疾病预防控制局、应急办、卫生健康监督中心等部门，以

及中国疾病预防控制中心，这也意味着中国疾控系统改革的新开始。分析一位局长和三位副局长的履历，或可看出中国疾控系统将来的定位：在防控机制、应急指挥、专业研究并重的基础上，与医疗机构有更多配合。而将来，这一新的疾控体系，面对突发公共卫生事件时，也将有更强的应对能力。

▶ [观点 | 毛群安：信息化助力疫情防控大有可为](#)（来源：中国科学院）——第 23 页

【提要】日前，由中国科学院大学主办的“2021 年信任互联大会”在京召开。会上，国家卫生健康委规划发展与信息化司司长毛群安介绍了信息化助力新冠肺炎疫情防控的多项举措，他表示，“互联网+医疗健康”在助力疫情防控发挥了积极作用，国家卫生健康委认真贯彻落实党中央、国务院关于新冠肺炎疫情防控工作的总体部署，积极发挥互联网技术“远程、高效、智能、便捷”的独特优势，加强统筹指导、线上帮扶、海外驰援、新技术应用四个方面建设。另外，在信息化助力新冠肺炎联防联控的同时，网络安全保障也不容忽视。

• 分析解读 •

▶ [门诊统筹如何改变医疗市场](#)（来源：Latitude Health）——第 26 页

【提要】随着门诊统筹支持的正式落地，医疗市场将由此产生几个重要变化：医疗服务机构尤其是城市社区医疗将获得明显药品增量、零售药店日趋分化以及门诊服务将承接更多住院流量。随着门诊统筹的

最终落地，市场结构将进行明显调整。第一，大型医院和城市社区医疗机构将获得明显量增。第二，零售药店面临整体的利空，但院边店的增长将逐渐白热化从而引发市场的洗牌，而其他零售药店则面临医保的压缩之后寻求向大健康产品发展，药店对健康快消产品的销售能力将决定其市场发展前景。第三，从住院向门诊转移的增量主要由大医院的门诊获取，部分会分润给基层医疗机构。

▶ [家庭养老产业变局已至，如何抢抓机遇？](#)（来源：艾媒咨询）——第 33 页

【提要】去年年底，中共中央“十四五”规划《建议》提出，“积极应对人口老龄化国家战略”。“积极”二字的提出与“国家战略”的确定，使得养老产业迎来重要发展机遇。从政策支持层面看，截止今年 2 月，全国 31 个省区市党委陆续审议通过了当地“十四五”规划《建议》。在各地的规划中，养老被给予了重点关注，其中，“对公共场所进行适老化改造”“发展银发经济”成为多个省区市未来五年发展的着力点。从市场发展层面看，2018 年我国养老产业市场规模达 6.57 万亿元，预计 2022 年可达 10.29 万亿元。顺应这个大趋势，大健康行业正被重塑：老年人数的激增使得老年相关疾病的人口基数变大，加上这部分人群对医疗健康的刚需远超任何年龄段，老年人无疑正在成为大健康消费的主流群体之一。这带来的结果是，一些新的商业模式和创新技术将在需求和政策的支持下，不断衍生和演化。

▶ [盘点 | 近两年的医用耗材跨省联盟带量采购](#)（来源：中国医疗保

险) ——第 43 页

【提要】自 2019 年 5 月中央深改委审议通过《治理高值医用耗材改革方案》后，医用耗材领域的改革力度被大大加快。根据方案所明确的医用耗材采购改革方向——对于临床用量较大、采购金额较高、临床使用较成熟、多家企业生产的高值医用耗材，鼓励医疗机构联合开展带量谈判采购，积极探索跨省联盟采购——国家医保局积极落实党中央、国务院的相关部署，指导和推动地方探索医用耗材集中带量采购。两年来，多数省份均对以省为单位的医用耗材带量采购开展了探索，显著降低了部分医用耗材的价格。与此同时，由各地自发形成的跨省联盟采购也遍地开花，以更大的采购量、更强的谈判筹码加速推动新的耗材价格体系形成。

· 地方动态 ·

▣ [让百姓享受居家医疗 广东四川江苏等地推广家庭病床服务](#)（来源：人民日报） ——第 47 页

【提要】随着我国老龄化不断加剧，居家医疗服务需求日益迫切。截至 2019 年底，我国 60 岁及以上人口数 2.54 亿人，占总人口数 18.1%。其中，65 岁及以上人口数 1.67 亿人，占总人口数 11.9%。我国失能、半失能老年人超过 4000 万，他们对居家医疗服务存在巨大需求。去年底，国家卫健委办公厅、国家中医药管理局办公室印发《关于加强老年人居家医疗服务工作的通知》，明确提出重点由二级及以下医院、基层医疗卫生机构等，对有居家医疗服务需求且行动不便的高龄或失

能老年人，慢性病、疾病康复期或终末期、出院后仍需医疗服务的老年患者等提供相关医疗服务。目前，广东、四川、江苏等地积极推广家庭病床服务，让更多百姓享受到居家医疗服务的便利。专家认为，家庭病床服务是由医疗卫生机构医务人员提供的一种延伸服务。未来需要进一步完善家庭病床的价格机制，体现劳务技术价值，激励医护人员提供高质量的服务。

▶ [关注！浙江省医药产业发展“十四五”规划正式发布](#)（来源：浙江省健康服务业促进会）——第 54 页

【提要】医药产业是新一轮科技革命与产业变革中创新最为活跃、发展最为迅猛的新兴产业领域之一，也是生命健康产业的重要组成部分，事关人民生命健康和民生福祉。为加快推进医药产业高质量发展，打造生命健康科技创新高地，根据《浙江省国民经济和社会发展第十四个五年规划纲要》《关于推动浙江省医药产业高质量发展的若干意见》等文件精神，特编制浙江省医药产业发展“十四五”规划。规划期为 2021—2025 年。

• 医院管理 •

▶ [以多学科融合，助推公立医院高质量发展](#)（来源：中国人民大学医院管理研究中心）——第 84 页

【提要】当前，随着人工智能、医学影像、分子诊断、微创手术、靶向药物治疗、数字化医疗等生物学及科技的加速创新，疾病防治手段和医疗服务水平也不断提升，临床医学发展已逐渐从单学科、单领

域迈向多学科、跨领域的交叉融合和紧密协同式发展，“生物-心理-社会医学模式”已开始发生转变，整体协同发展模式正在成为临床医学新的发展趋势。医院的学科建设又体现了医院医疗技术能力和质量水平高低，只有建立起强大的学科体系才是实现医院可持续发展的关键。

▶ [建立医保按 DRG 付费 探索医院绩效考核模式](#)（来源：华夏医界）
——第 87 页

【提要】随着我国医疗卫生体制改革的不断深入，按疾病诊断相关分组 (DRG) 医保支付方式改革试点工作也在快速推进。DRG 控费为第一宗旨，倒逼医院绩效作为指挥棒，需要与时俱进，从“粗放式扩张增收模式”转向“精细化内涵质量效益增长模式”，从增收转向增效，“工作量效能积分绩效模式”适应 DRG 医保支付制度的变革。新医改的医保时代，医院不再是单纯追求收入上升，而是追求效益的提升，通过增量绩效增加服务量，控制和消化成本。成本管控要精准，从传统的事后成本核算转向事前的成本预测、成本控制，降低成本消耗，提高医疗服务能力达到增效的目标，实现社会效益和经济效益的双丰收。

• 带量采购 •

▶ [国家医保局：耗材带量采购配送服务是关键！下半场流通再成焦点](#)（来源：Eshare）——第 92 页

【提要】近日，国家医保局价格招采司召开医药配送企业座谈会。会

议围绕深化药品和医用耗材集中带量采购改革、畅通医药流通环节、提高供应保障能力等内容展开讨论。国家医保局副局长陈金甫强调，要充分认识配送服务在药品和医用耗材集中带量采购改革中的重要作用，深入研究集中带量采购常态化运行下配送服务的发展趋势，发挥配送企业在医药供应保障中的综合功能，优化资源组合，及时研究解决改革中遇到的问题，完善政策措施，强化改革系统集成，共同将药品和医用耗材集中带量采购改革引向深入。未来耗材集采，将不仅是价格的竞争，更是配送能力、产品售后等综合实力的竞争。

▶ [注射剂集采大提速，省区联盟、国采降价压力有多大？](#)（来源：医药经济报）——第 96 页

【提要】4 月 27 日，黑龙江省药品集中采购网发布《“八省二区”医疗保障局关于开展省际联盟药品集中带量采购工作的公告》，由黑龙江牵头的“八省二区”联盟带量采购品种正式浮出水面，除非洛地平和骨化三醇两个药品为口服常释剂型以外，包括托烷司琼、头孢替安、氨甲环酸等在内的 19 个药品均是注射剂。同日晚间，新疆医疗机构药品采购管理平台也发布了《新疆维吾尔自治区新疆生产建设兵团“2+N”联盟药品集中带量采购文件》，集采重心也在往注射剂领域倾斜。在药品带量采购常态化制度化的顶层设计下，地方集采迎来全面提速。管窥今年以来省级联盟开展的带量采购，尚未有药企过评的注射剂大品种新晋为降价漩涡中心。而在国家层面，第 5 批国采报量目录中注射剂也占比过半。2021 年以来，注射剂集采明显提速，6

000 亿市场大洗牌来势汹汹。

· 医保快讯 ·

▶ [全国首创新生儿医保参保报销“秒批”服务，看这里如何消除家长痛点](#)（来源：福建省厦门市医疗保障中心）——第 100 页

【提要】两会期间，全国人大代表、江西省儿童医院信息科科长胡梅英提出了“一条证件‘简办’从新生儿做起”的建议，倡导以政务服务信息平台为基础，将出生证等电子证照集中在助产机构联办，破解新生儿出生后的办证、参保缴费、医保报销的堵点问题。厦门市医保部门，以问题为导向，以提升群众满意度为目标，针对传统模式新生儿医疗费用报销存在的痛点、难点和堵点问题，主动作为，多方协同，全国首创推出“新生儿医保参保报销‘秒批’”服务项目，创新实现出生“一件事”“秒批”办结。此项创新做法被新华网、人民网、中国新闻网、央广网等中央级媒体广泛宣传报道。

▶ [健全医保基金共济机制放大保障效能](#)（来源：经济参考报）——第 105 页

【提要】近日，国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》，启动实施职工医保门诊共济保障改革。此次改革的核心内容可以概括为“一二三三”，即调整一个结构、增强两种共济、实现三项“纳入”、扩展三类“支付”。此次改革通过做大统筹基金并把门诊纳入共济保障，有利于更好发挥医保基金的战略购买作用，优化基层医疗资源配置，提升基层医疗服务能力，便

利群众基层就医，推进三医联动。

▶ [七部门发布实施意见巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果：应保尽保同时防止泛福利化倾向](#)（来源：国家医保局）——第 107 页

【提要】近日，国家医疗保障局、银保监会等七部门联合下发《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》，提出要在总结运用医保脱贫攻坚实践经验的基础上，细化政策接续衔接要求，优化调整完善相关配套措施，有针对性研究解决保障不足和过度保障问题，探索建立防范化解因病返贫致贫长效机制，确保医保脱贫成果更加稳固，成效更可持续。《意见》明确通过优化调整医保扶贫政策，健全防范化解因病返贫致贫长效机制，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。坚持问题导向、目标导向，围绕解决农村居民最关心、最直接、最现实的医疗保障问题，加快补齐民生短板，在坚持医保制度普惠性保障功能的同时，增强对困难群众基础性、兜底性保障。

• 医疗信息化 •

▶ [数据成为驱动智慧医院建设的“新引擎”](#)（来源：HIT 专家网）——第 113 页

【提要】根据国家出台的评估体系，“智慧医院”的建设路径是通过“智慧服务”“智慧医疗”“智慧管理”3个维度，持续提升医疗服务、患者服务与运营管理的能力与水平。专家表示，应通过高效的信

息传递与信息系统的协同工作，构建坚实的数据基础与智能应用，促进医院综合能力的整体提升。在国家政策的指引下，通过有效整合、挖掘、治理、分析与利用数据，发挥数据核心价值，最终实现以数据驱动决策、提高医院治理现代化水平的目的，数据正在成为驱动智慧医院建设的“新引擎”。

▶ [三位一体，传递医疗信息化建设政策新方向](#)（来源：HIT 专家网）

——第 118 页

【提要】作为医疗服务体系的主力军，公立医院的发展思路与发展质量如何，将在很大程度上决定“共建共享”的实际效果。在 2021CHINC 开幕论坛上，国家卫生健康委员会医政医管局副局长李大川介绍了 2019 年度全国三级公立医院绩效考核的有关情况。他表示，智慧医院建设的顶层设计是医疗、服务、管理的‘三位一体’，应以“智慧服务”建设为抓手，进一步提升患者就医体验；以“电子病历”为核心，进一步夯实智慧医疗的信息化基础；而 2021 年 3 月发布的《医院智慧管理分级评估标准体系(试行)》，则为医院如何提高管理精细化、智能化水平指明了建设方向。

-----本期内容-----

· 专家观点 ·

观点 | 互联网医院应成为三级医院 与基层社区卫生服务中心互动平台

来源：光明日报

作者 | 刘洋 系北京大学国际医院党委书记、中国医院协会疾病与健康
管理专委会常委

【把脉】

党中央、国务院高度重视“互联网+医疗健康”工作。《“健康中国 2030”规划纲要》《国务院关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》都做出了部署。2018 年 4 月，国务院办公厅发布《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》，互联网医院也正式进入大众视野。互联网医院作为依托于实体医疗机构的新型医疗服务业态，医生及管理者又是如何应对这一转型，进一步为患者做好服务的呢？

作为互联网诊疗服务的先行者，北京大学国际医院(以下简称“北大国际医院”)管理层精准预判，互联网诊疗的未来发展前景广阔，是有效落实健康中国战略，达成“为人民群众提供全方位全周期健康服务”的重要手段，也是创新业务模式，快速提升医疗服务能力的重要举措。北大国际医院自 2015 年起开始利用互联网探索患者服务的提升和拓展，通过流程再造，利用移动互联网技术，打造了“一站式

全程辅助医疗服务模式”，得到人民群众的好评。

从线下到线上，是共赢，不是替代

互联网医院，即通过互联网远程为患者提供连续性、一体化医疗服务，其本质是通过“互联网+”技术手段，形成医疗活动在院前和院后的延伸。它将传统线下“看病难”“看病烦”的诊疗过程转化为线上便捷、舒适的服务流程，一定程度上缓解了医疗资源的紧张，实现了就诊分流。线上诊疗适度拓展和延伸了线下医疗服务的内涵与外延，因此，这种转化并不是替代，而是线上线下的互补共赢。

互联网医院诊疗服务的背后是实体医院作为支撑，专业度值得信任。对于患者而言，线上诊疗方便初诊挂号难或不方便直接就诊的患者咨询并初步筛查病情，为下一步治疗提供专业指导，尤其在疫情常态化阶段有着重要的意义；外地需要复诊的手术患者可以利用平台与主诊医师交流当地复查结果，免于长途奔波；患者的病情是不断变化的，利用线上诊疗进行管理，如慢病随访、不良反应院外管理、疼痛家庭护理咨询等。

对于医生而言，可以利用碎片时间进行线上诊疗，并充分利用附加功能，如直播、科普文章等综合服务患者，既增加患者满意度，也能有效打造医生个人及医院品牌；平台所提供的技术帮助医生实现同行远程交流，共同探讨疑难病例，同时将大量的临床数据叠加，有利于后续的分析和临床研究转化。

据调查，互联网线上平台服务时间较长的一些三级医院目前线下

患者数量仍远超于线上，线上诊疗服务还没有形成规模，因此，医院的互联网诊疗之路仍在探索中。

互联网医院仍待系统化完善

随着信息化时代的深入发展，互联网医院诊疗服务有着强势的发展势头，年轻人的认知度、接受度也高，但不可避免的，线上诊疗还需要继续克服一些现有困难，才能真正成为线下诊疗的有效补充。

医生普遍期待，互联网医院能进行系统性完善，强化平台功能，如利用互联网平台引导分配患者流，避免医疗资源的闲置或浪费；增加有效的医疗信息共享手段，优化沟通桥梁；实现线上预约检查、查病历、查报告、缴费等服务，减少就诊时间的浪费；将在线处方纳入医保范畴，节省患者费用。另外，由于在线问诊很大程度上依赖于患者提供的信息，对线上诊疗意见、线上医嘱处方一旦发生争议，将一定程度上影响医生的线上执业，因此需要进一步完善监管机制，保护医患合法权益。此外，互联网诊疗的模式模糊了8小时工作制，医生在线问诊的劳动价值需要在待遇上、职业尊重上进行肯定和激励。部分医生从保护患者权益角度出发，对线上诊疗的及时有效、连续性有疑惑，认为如何在短时间内解决患者的问题，提升效率和效果是未来需要探讨的问题。

同时，医生普遍认为，借助国家相关分级诊疗政策，促进优质医疗资源下沉，互联网医院应成为三级医院与基层社区卫生服务中心的互动平台，患者在基层完成检查，三级医院给予基层远程指导，赋能

基层医疗机构，改善患者就医体验。

积极引导，从管理层面推进合理转型

大健康时代的未来已来！“全面推进健康中国建设”也已被纳入“十四五”规划纲要。北大国际医院在探索和实践互联网诊疗服务中的体会：医护人员是服务提供的主体，业务展开一定以医务人员为核心；通过“互联网+”技术平台和运营管理，充分发挥医生的效率和价值，从而为患者提供更优的服务、创造更好的社会价值；积极引导，充分调动医生积极性，医生的价值要得到合理回报。

为顺利推进互联网医院项目，北大国际医院门诊部、医务部、医保办、药剂科、运营部、公关部及信息中心等多部门组成互联网诊疗服务推进项目工作组，出台了整套院级管理制度，明确了医疗质量管理责任部门、患者满意度监测及投诉处理责任部门，并为临床科室组织“一对一”的在线诊疗培训，确保医生能够做到规范开展互联网诊疗服务。

为了鼓励和引导医生积极开展互联网诊疗，北大国际医院同时推出了互联网诊疗的绩效方案，让医生提供更多价值服务的同时获得合理的回报，使得医生能够有较好的获得感。

他山之石，可以攻玉。北大国际医院深入学习“三明医改”等先进典型，积极研究探索借助互联网医院平台，打造全生命周期的健康管理新生态，为患者提供更加全面的健康服务，不断践行与优化互联网诊疗服务，为人民健康不断作出新的贡献。

观点 | 国家疾控局成立 王贺胜出任局长 新公卫体系怎么运转？

来源：八点健闻

虽然还未挂牌，人社部网站日前发布的国务院人事任免消息，直接宣告了国家疾病预防控制局的成立。

关于此次大疾控局的成立，整个卫健系统和疾控系统内部传言已久，此次公布，算是一只靴子落地，消息并不突然。

国务院任免国家工作人员（2021年4月28日）

发布日期：2021-04-28

来源：人事部

打印本页

国务院任免国家工作人员。

任命王贺胜为国家疾病预防控制局局长，常继乐、沈洪兵、孙阳为国家疾病预防控制局副局长。

△图片来源：人社部

国务院直属副部级单位

与国家医保局同级

在人社部网站公布这则消息之前，新成立的国家疾控局就已经召集了一批专家，吃住在昌平，用4天时间讨论具体的机构调整方案。

这次“秘密行动”将是中央级的疾控机构第四次调整。

据接近国家卫健委的人士称，新成立的国家疾病预防控制局，将聚合原国家卫健委内设的疾病预防控制局、应急办、卫生健康监督中心等部门，以及中国疾病预防控制中心（中国疾控中心，CDC）。

此前，中国疾控系统在国家层面主要由行政和事业两大部分组

成：国家卫健委内设的疾病预防控制局等相关部门，以及直属的中国疾控中心。

其中，国家卫健委内设的疾病预防控制局，主要负责拟定疾病防治规划、免疫规划以及公共卫生问题干预措施并组织实施，完善防控体系，承担疫情信息发布的工作。

中国疾控中心则是专业技术部门，主要职责是开展疾病预防控制、突发公共卫生事件应急等工作，为国家制定公共卫生法律法规、政策、规划、项目等提供技术支撑和咨询建议等。

据接近国家卫健委的人士称，该局是国务院直属的副部级单位，级别与国家医保局一样。

另据多位可靠的消息源透露，国家疾病预防控制局相关方案，在“两会”前后曾有过较大变动。

“目前‘三定方案’都没出来，工作和人员架构都正在安排。最近一次干部大会上说，将边工作边建设。”一位国家卫健委人士向八点健闻介绍。

(注：“三定”，是指对一个部门的主要职责、内设机构、人员编制及领导职数等三大内容进行确定。)

他分析，依照以往司局安排经验，“三定”的时间不会过太久，可能在“五一”后。

一位接近中国疾控中心的人士称，国家疾控局这样一个国务院直属局成立之后，全国疾控系统可能有相应划转，“或许会跟烟草专卖

局一样，从上到下垂直领导”。

此外，疾控系统的薪酬“后面一定有变化”。

新任局长：

疫情临危受命，接管湖北卫健委

国家疾病预防控制局新任局长王贺胜，是国家卫健委副主任、党组成员，排名紧随卫健委主任马晓伟之后。

王贺胜 1961 年出生，在进入国家卫计委之前，曾长期在天津医科大学、天津市卫计委、天津市委宣传部等任职。其中，2008 年至 2014 年，他历任天津市卫生局党委书记、局长，天津市卫计委党委书记、主任。

一位卫健系统人士回忆，他当时主管医院医政，对公立医院比较熟悉。

2016 年 8 月，王贺胜出任国家卫计委副主任、国务院医改办主任，后出任国家卫健委副主任。

任国家卫健委副主任期间，王贺胜负责医药卫生体制改革、医政医管、宣传等方面工作。

据接近国家卫健委的人士称，在抗疫过程中，王贺胜有相当的业绩。

2020 年初，新冠肺炎疫情在湖北爆发后，时任国家卫健委副主任的王贺胜，作为中央指导组成员赴武汉指导相关工作。根据公开报道，1 月 23 日他就在武汉。1 月 24 日，他带领前方工作组在武汉红

红十字会医院部署救治工作并看望医务人员。1月26日，联勤保障部队首批防疫物资运抵汉口火车站，他也在现场交接的负责人之列。

2020年2月，在湖北疫情最为严重时，王贺胜兼任湖北省卫健委主任。

上述接近国家卫健委的人士透露，之后疾控系统的改革，将与公立医院有更多配合。而新任局长曾主管医政医管，或许也预示着这一方向。

医防融合，即医疗机构和疾控部门的融合，也是多位学者近年的建议。

“你建再好的公共卫生，没有病人会去公共卫生部门，他去的是医院。所以我认为疾控应该在大卫生系统之下。”一位研究公共卫生的学者曾对八点健闻分析。

此次履新的常继乐、沈洪兵和孙阳三位副局长中，两位是国家卫健委原疾控相关部门的负责人：

常继乐，国家卫健委内设疾病预防控制局的局长。1963年出生，西安交通大学医学部(原西安医科大学)临床医学专业毕业，担任过原甘肃卫生厅副厅长、原卫生部人事司副司长。

孙阳，国家卫健委应急办主任。毕业于四川大学华西医学中心(原华西医科大学)，1998年在协和医学院获博士学位，做过多年内科医生，原卫生部医改办公立医院改革组组长、原卫计委医管中心主任、中日友好医院院长。

唯一来自卫健委系统之外的副局长沈洪兵，是一位流行病学专家。1964 年出生，毕业于南京医科大学，并在复旦大学上海医学院(原上海医科大学)获博士学位，2019 年当选中国工程院院士，现任南京医科大学校长。

分析一位局长和三位副局长的履历，或可看出中国疾控系统将来的定位：在防控机制、应急指挥、专业研究并重的基础上，与医疗机构有更多配合。

而将来，这一新的疾控体系，面对突发公共卫生事件时，也将有更强的应对能力。

靴子落地，改革开始

国家疾病预防控制局的成立，意味着中国疾控系统改革的新开始。

过去 18 年里，中国疾控体系中最为人所熟知的国家疾控中心，是隶属于卫健委的“全额事业单位”。脱胎于预防医学科学院的 CDC，底子里是个研究机构，其优势在于科研而不是疫情防控。

有 CDC 研究人员做了一个形象类比，它更像是卫健委的‘智囊团’，主要向卫生行政部门提供技术指导支撑，没有行政管理和独立决策权力。

真正让公众意识到这一沉疴的，是 2020 年 2 月 27 日，武汉疫情时期，钟南山院士在新闻发布会上指出：

“这次疫情暴露的短板就是疾控中心地位太低了，只是卫健委领

导下的技术部门，疾控中心的特殊地位没有得到足够的重视。疾控中心只是一个技术部门，只能向上报告，而向地方政府报告以后，地方政府怎么决定是地方政府的事，疾控中心没有权力再进一步做更多工作。”

中央的这一级疾控中心，与地方上的三级总计 3500 个疾控中心，虽然都叫疾控中心，却有着截然不同的缘起。整个疾控体系并非一个自上而下一贯到底的四级结构。

长期以来一个诟病是，中国疾控中心和各级疾控中心并非垂直管理。国家疾控中心是卫健委直属事业单位，但地方疾控中心的行政管辖权属于地方政府。

除了国家卫健委疾控局和隶属于其下的疾控中心，部分疾控行政职能分散在应急、医政医管部门。

不合理的体系下，医疗、疾控和基层行政管理部门容易各自为战。

多年来，公共卫生界流传有一句俗语——“财神跟着瘟神跑”。每每有重大疫情发生，各级财政、社会资源、舆论呼声都在支持疾控系统。但很快“飞鸟尽，良弓藏”，疫情得到控制，太平盛世繁荣，人们也就忘记了瘟神的存在。

财务、人力、资源，曾经投向疾控系统的一切，因为长期看不到收益，以及持续投入的必要性，又纷纷流出。加之多年来“重治轻防”的观念引导，疾控中心的地位逐年下降。

核心的中青年骨干近年来严重流失，还在读书的学生们也不愿意

来。

十年前，进入国家疾控中心工作几乎是预防医学专业学生最令人艳羡的工作，而对于今天的预防医学，他们更想去赚钱更多的药企或是更具政策决定权的卫健系统，事业单位改革后的、被划分为公益一类的疾控中心收入太低，是摆在择业面前的一道硬门槛。

自武汉疫情爆发以来，关于疾控改革的呼声不断。2020年两会期间，代表们纷纷拿着疾控改革提案递交到两会上，引发新一轮热议。

改革总体可以分为两派：一种声音是另起炉灶，应在卫健委之外设立疾控局，以此构建的全新体系，应具有独立决策权、发展规划权；另一种声音是内部重组，将卫健委疾控局与疾控中心合并，组建具有行政权、自主权的疾控行政管理机构，赋予疾控中心发布信息等权力。

本次疾控局的成立，意味着争论结束，尘埃落地，改革开始。

但是大疾控局需要担负什么样的责任？具备什么样的执法权？新的机构设置是什么样？这些关键问题的回答，还需要等待“三定”方案。

接下来，除了该局的“三定”方案，需要确定的还有：疾控改革的具体方向怎么定？

遍布全国的各级疾控中心，将有怎样的变动？疾控人员的薪酬待遇如何提高？

我们拭目以待。

[返回目录](#)

观点 | 毛群安：信息化助力疫情防控大有可为

来源：中国科学院

深化大数据应用，助力精准疫情严防严控

毛群安表示，科学防治、精准施策是疫情防控的关键。习近平总书记强调，运用大数据、人工智能、云计算等手段，加强疫情溯源和监测，能够更加实时、准确、全面地为疫情防控提供强有力的决策支撑。对此，国家卫生健康委贯彻落实习近平总书记关于信息化支撑新冠肺炎疫情防控的重要论述，2020年1月，国家卫生健康委牵头成立了疫情防控工作大数据分析专题组，会同相关部门，利用大数据技术，为促进人员安全有序流动和复工复产提供支撑作用。

1. 大数据助力疫情精准防控

谈到疫情精准防控，毛群安表示，从强化数据汇聚着手，目前建立了疫情防控基础信息数据库，数据库通过国家全民健康信息平台 and 全国一体化政务服务平台，向各个地方提供接口服务，实现了数据可用不可见。截至目前，相关接口累计调用800多亿次。此外，在创新工作方法方面，变“收数据”为“发数据”，将多源汇聚形成的数据分发各省使用，支撑地方做好精准疫情防控工作。

2. 大数据催生新技术智慧防疫

健康码作为以大数据为依托的新技术，是科学防疫的有效抓手。毛群安介绍，加快推动“健康通行码”建设，实现跨地区“一码通行”是防疫工作的重点之一。在常态化疫情防控中，如何更好地利用健康

码这个工具，实现健康码的“一码通行”也是公众特别关心的问题。国家卫生健康委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，全国目前基本实现了健康码的“一码通行”。

“互联网+医疗健康”有效助力疫情防控

毛群安表示，“互联网+医疗健康”在助力疫情防控发挥了积极作用，国家卫生健康委认真贯彻落实党中央、国务院关于新冠肺炎疫情防控工作的总体部署，积极发挥互联网技术“远程、高效、智能、便捷”的独特优势，加强四个方面建设：

一是加强统筹指导。抗疫期间，国家卫生健康委出台了系列政策，推动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。在委网站集中汇聚、更新发布 31 个省份有关疫情防控“互联网+医疗健康”服务资源，便于群众及时获取相关疫情防控和诊疗服务信息。

二是加强线上帮扶。疫情期间，4 万余名医护人员驰援湖北，更多的医生借助信息化优势，突破了医疗服务供给瓶颈，有力支援了湖北主战场。比如广东支援荆州医疗队联合荆州市建设互联网医院，广东 15 家医疗机构、1300 多名医生自愿参加，上线 18 天总访问量就突破 10 万人次，为当地留下一支“带不走的医疗队”。

三是加强海外驰援。国际疫情的蔓延，始终牵挂海外华人华侨的所忧所需。国家卫生健康委依托“一带一路”医学人才培养联盟网站，

迅速搭建面向海外的互联网健康咨询服务平台，与 26 家合作机构累计提供咨询服务 612 万人次。

四是加强新技术应用。抗击疫情过程中，人工智能、5G 发挥了重要作用。人工智能走进了医院，在智能测温查验、数据采样、智能问答等方面发挥了很好的作用。运用 5G 技术，对火神山医院、雷神山医院的建造过程进行直播，见证了中国奇迹的诞生；搭建高效便捷的平台，帮助火神山医院与解放军总医院的专家实现了针对重症患者的远程会诊。

顺势推动战“疫”做法常态化，强化网络安全保障

毛群安强调，在信息化助力新冠肺炎联防联控的同时，网络安全保障不容忽视。此次疫情也暴露出信息化建设的一些短板，特别是在网络安全方面还有不少的难点，亟待研究解决。毛群安认为，推动落实卫生健康行业网络信息和数据安全责任，强化数据安全和个人信息保护应从五个重点方向，全面落实网络安全保障建设。

一是执行网络安全法和密码法。严格执行《网络安全法》和《密码法》及配套法规标准，进一步落实网络安全等级保护和关键信息基础设施安全保护制度。

二是落实安全责任制。以责任为抓手，强化宣传教育培训，全面提升网络安全意识，进一步细化考核评价办法。

三是强化安全检查。加强网络安全监测、检查和通报机制，进一步提升网络安全管理和防护水平。

四是加强保护力度。总结疫情防控经验，加强数据安全和个人信息保护力度，指导医疗健康数据分级分类管理，进一步推动数据有序利用。

五是顺应新技术发展，加强商用密码推广应用。顺应新技术发展、新基建实施和信息技术创新的大趋势，强化供应链安全管理，推进商用密码应用，进一步筑牢网络安全基础。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

门诊统筹如何改变医疗市场

来源：Latitude Health

随着门诊统筹支持的正式落地，医疗市场将由此产生几个重要变化：医疗服务机构尤其是城市社区医疗将获得明显药品增量、零售药店日趋分化以及门诊服务将承接更多住院流量。

2021年4月，国务院办公厅《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（下称《意见》）正式发布，门诊统筹和个账改革最终明确了方向：从筹资和保障这两个角度全面提高医保的共济功能，从而提高医疗保障的深度。

《意见》明确了门诊统筹首先从慢病开始，逐步扩展到其他费用负担较大的病种，特别值得注意的是，“对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理”，这意味着

会有部分住院服务向门诊服务转移。门诊统筹的方向是“不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡”，也意味着最终是降低个人的门诊负担，只是在初期筹资额度有限的情况下依病种推进。

虽然《意见》“将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用”，但是，支持和强制毕竟相差甚远。如果根据《长期处方管理规范(试行征求意见稿)》来看，政策的核心诉求是在医联体的框架下，推动基层医疗机构在慢病领域更好的服务病人。由于基层医疗的收入主要来自药品，长处方能为基层带来更多药品收入，也可以看作政策给予基层提高服务能力的一个重要激励手段。如果结合门诊统筹的实施来看，与基层医疗机构相比，零售药店的外配处方的优先性明显偏弱。

至于“探索将符合条件的‘互联网+’医疗服务纳入保障范围”，由于医保额度都在线下医疗机构，门诊统筹只是将基于医院的线上服务囊括进来，病人和服务都围绕在医院内部，对外部平台并不会带来什么价值。

不过，门诊统筹的资金需要从个帐获得，所以个帐规模将明显缩减，适用范围也将有增有减，这将对市场形成较大的影响。

“在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准原则上控制在本人参保缴费基数的 2%，单位缴纳的基本医疗保险

费全部计入统筹基金；退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入，划入额度逐步调整到统筹地区根据本意见实施改革当年基本养老金平均水平的 2%左右。个人账户的具体划入比例或标准，由省级医保部门会同财政部门按照以上原则，指导统筹地区结合本地实际研究确定。调整统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。”

这里明确了单位缴纳的医保资金不再划入个帐，这将缩减大约一半的个帐资金注入。2019 年，职工医保个人账户收入 5840 亿元，比上年增长 10.3%。由于职工医保单位缴纳比例为工资的 8%，部分地区如广东只有 6%，一般是按照单位缴纳的 30%划入个帐，这大概占了工资的 1.8%-2.4%。这意味着职工的个人帐户将只有原先 50%左右的资金划入，这将为医保统筹基金带来 2000 多亿元。另外，退休职工的个人帐户将制定统一标准并不再提高，按照实施当年养老金标准的 2%从统筹资金划入并不再提高，这也将缩减统筹资金的损耗。

“个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。探索个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。”

这里明确了个帐的适用范围有增有减，一方面，允许原先部分地方探索的以家庭为单位共享职工医保的个帐向全国推开，个帐主要支付个人自负部分，另一方面，明确了个帐不得支付公卫、健身和养生保健。其中尤其注意的是，《意见》要求探索职工医保个帐为直系亲属的居民医保缴纳保费，这意味着与利用个帐购买商保相比，政府更支持利用个帐为基本医保提供支撑。虽然居民医保的缴费水平不高，政府在其中的补贴更是高达 70%左右，但考虑到中国东西部的巨大差异和城乡差异，亲属之间的共济能够给予基本医保用户更好的支持。

从《意见》来看，核心是强化医保的共济功能，将从筹资和医疗保障两方面来展开。这分为两个层面，一个层面是将原先个帐筹资的一部分资金注入医保统筹资金池，从而提升医保的共济能力，另一个层面是在原有个帐的基础上以家庭为单位提升筹资和保障能力，其中职工医保个帐为居民医保个帐缴纳保费是筹资层面，职工医保个帐为直系亲属特别是居民医保用户支付医保自负部分是在提升保障层面。

如果从对市场的影响来看，首先，门诊统筹明确利好医疗机构。由于个帐金额缩减，个人未来在购药上更多的将进入医疗机构。

从卫健委统计公报来看，基层医疗机构在门诊诊次的占比持续萎缩，2013 年基层占 61%，2019 年下降到 51.95%。而各级别医院中增长最快的是三级医院，从 2013 年占比 18%上升到 2019 年的 23.62%。虽然三级医院的门诊占比持续上升，但城市基层依然获得了较快的增长，而农村基层市场则明显增长乏力。因此，从增长结构来看，门诊

统筹将利好大医院和城市社区医疗。

2013 年到 2019 年，社区卫生服务中心(仅指中心，不含站)的收入结构变化不大。药占比一直保持在 40%，服务收入占比从 21%略降到 19%，补助占比从 36%增长到 37%。社区卫生服务中心均机构收入在 2019 年为 2064 万元，2013 年则为 1101 万元，年均增速 11%，还是比较快的。推动这一双位数增长的主要是门诊收入增长，2019 年门诊收入占社区卫生服务中心医疗收入的比例为 74%，而 2013 年只有 60%。可见在这期间社区卫生服务中心明显更加导向门诊，这一方面是社区卫生服务中心门诊量增长较快，2013 年到 2019 年期间达到了年均 5%，不过，更主要的原因还是其门诊均次费用的增长，尤其是门诊药费的增长年均增速达到了 9%。

而乡镇卫生院的收入严重依赖补助，2019 年，乡镇卫生院的收入中，45%来自于补助，比 2013 年增加了 3 个百分点，药品收入占总收入比例在 2019 年为 25%，比 2013 年下降了 3 个百分点，服务收入占 27%，下降 1 个百分点，其他收入增长 2 个百分点。从门诊住院分布来看，乡镇卫生院的门诊占总收入的 28%，住院占 24%，补贴和其他占 49%。

随着门诊统筹的展开，用户将更多的流入院内和基层医疗机构，医疗机构的处方不存在大规模外流的基础，甚至 OTC 会反向流向院内。而互联网医疗的医保额度又是完全基于线下医疗机构的，第三方平台很难获取可规模化的医保额度。这从两个方面约束了第三方互联

网医疗平台未来的规模化，由于门诊统筹和医保个帐的缩减，病人将加速进入医疗机构，处方药和 OTC 产品将更多的在院内消化，这与平台公司希望的病人外流是完全相反的趋势。

其次，门诊统筹将对药品零售市场产生冲击，市场格局将进一步分化。

根据国家医保局发布的 2019 年统计公报，个人账户在药店支出费用 2029 亿元。而 2019 年零售药店药品销售额为 4008 亿元，这意味着零售渠道 50.6% 的药品销售收入来自医保，一旦医保个帐缩减，零售药店的中长期药品收入将面临下降。

当然，门诊统筹的药品也向药店开放，但需要建立处方流转和监管体系。更重要的是医生的经济动力必须不再受到药品影响，否则处方外流仍较困难，虽然部分药店能获得门诊统筹的医保额度，但肯定是与医院之间有着强利益关系的院边店将获得更多。因此，整个药品零售市场将分为与医院有明确利益联接的院边店和其他零售店。院边店主要承接部分高值耗材和药品。虽然院边店的营收会较高，但由于要保证院内的利益，毛利会较低，很难有利润。而其他零售药店则主要销售高毛利的大健康产品和 OTC 药品，虽然单店营收不高，但能保持 5% 左右的净利。

随着药店连锁化的加速，在这一市场转型的过程中，院边店会获得持续增长，但竞争也将白热化，主要依赖于院内的关系和利益。在增长到一定程度之后，市场会出现明显调整。由于医保个帐的减少和

对骗保的打压，其他零售药店将越来越减少对医保的依赖，日趋向大健康方向发展，这将考验药店对产品的选择和销售能力。

最后，从 DRG 的实施影响来看，为了满足打包付费的要求，医院有将住院费用向门诊转移的需求，如果不实施门诊统筹，病人只能使用有限的个帐资金，自费金额将大增，不利于病人的减负。

实施 DRG 之后，由于单个病案的打包支付，将非手术项目从住院剥离是医院的主要操作手段。无论是德国推出的整合医疗(门诊和住院的整合)，还是台湾地区的医院加大门诊发展力度，都是为了更方便的将可剥离的住院项目移入门诊。但是，为了不让这些收入被其他医疗机构获取，所有的医院都在加大门诊的发展力度。如果结合美国市场来看，也是相同的趋势，一旦支付方加大对住院的监管，医院就扩大收购基层诊所的规模，以此保证自身的总收入不下降。

因此，随着医联体和医共体的发展，住院费用将向门诊转移，主要会进入到医院自有门诊，而在院后的管理和服务上，则将部分门诊转移到自身控制的基层医疗机构，也将在一定程度上带动基层医疗服务机构的发展。

随着门诊统筹的最终落地，市场结构将进行明显调整。第一，大型医院和城市社区医疗机构将获得明显量增。第二，零售药店面临整体的利空，但院边店的增长将逐渐白热化从而引发市场的洗牌，而其他零售药店则面临医保的压缩之后寻求向大健康产品发展，药店对健康快消产品的销售能力将决定其市场发展前景。第三，从住院向门诊

转移的增量主要由大医院的门诊获取，部分会分润给基层医疗机构。

[返回目录](#)

家庭养老产业变局已至，如何抢抓机遇？

来源：艾媒咨询

我国养老健康产业正在迎来一场新的变局。

去年年底，中共中央“十四五”规划《建议》提出，“实施积极应对人口老龄化国家战略”。“积极”二字的提出与“国家战略”的确定，使得养老产业迎来重要发展机遇。

从政策支持层面看，截止今年2月，全国31个省区市党委陆续审议通过了当地“十四五”规划《建议》。在各地的规划中，养老被给予了重点关注，其中，“对公共场所进行适老化改造”“发展银发经济”成为多个省区市未来五年发展的着力点。

从市场发展层面看，根据艾媒咨询的数据，2018年我国养老产业市场规模达6.57万亿元，预计2022年可达10.29万亿元。这背后，是我国老龄人数的快速增加，2020年10月民政部新闻发布会的数据显示，“十四五”期间预测全国老年人口将突破3亿。

顺应这个大趋势，大健康行业正被重塑：老年人数的激增使得老年相关疾病的人口基数变大，加上这部分人群对医疗健康的刚需远超任何年龄段，老年人无疑正在成为大健康消费的主流群体之一。这带来的结果是，一些新的商业模式和创新技术将在需求和政策的支持下，不断衍生和演化。

变局之下，一幅面向老年人的健康产业发展蓝图正在描绘。

老龄化挑战日趋严峻，中国式养老难点在哪？

我国社会的老龄化正在加速。

根据国际通行的标准，当一个地区 60 岁以上老人达到总人口的 10% 时，则被视为进入到了老龄化社会。按照这一标准，我国于 1999 年前后便已进入老龄化社会。20 年过去，我国的老人占到总人口的比例已经扩大了一倍。

特别是从明年开始，1962-1975 年连续 14 年出生高峰的人群正步入老龄化，也就是说后续十多年我国将迎来老龄化高峰，大约有超 2 亿老年人的增量。

另一方面，我国人口目前也呈现出人均寿命延长、生育率下降等特点。根据《2012 年世界人口展望》，由于多年来实施计划生育政策，截止 2015 年，我国大约有 1.5 亿个独生子女家庭。

综合看，老龄人口增多和孩子多为独生子女这两个因素的叠加带来最显著的问题便是，需要照护的人群数量正以前所未有的速度上涨，且老年人口抚养比也在持续攀升。中国统计年鉴显示，2020 年我国老年人口抚养比为 17.8%，而上个世纪 90 年代该项数据比例不足 9%。这意味着，以前 1 个老年人平均有 11 个人赡养，而现在 1 个老人平均只有约 6 个人赡养，社会的养老负担不断加重，子女赡养老人的压力也在不断增加。

从已经进入人口老龄化社会多年的部分国家的经验来看，建立健

全的养老金体系是应对养老负担的有效举措。我国从上世纪 90 年代便开始在积极进行养老保险制度的改革创新，经过二十多年的努力与建设，我国新的养老保险制度已初步建立，形成了包括基本养老保险、企业补充养老保险和个人储蓄性养老保险为主的多层次、多支柱新型养老保险体系，这在很大程度上缓解了我国的养老压力。

但是，囿于老龄人口的快速增加，基本养老保险目前面临着两个问题。一是城乡居民基本养老保险待遇水平有限。《人力资源和社会保障事业发展统计公报 2019》显示，全国城镇职工基本养老保险待遇领取人员 12310 万人，养老保险基金支出 49228 亿元，平均每人每月养老保险待遇 3332.5 元，可满足基本生活需求；同期全国有 16032 万人享受城乡居民基本养老保险待遇，人均 162 元一个月，替代率低。

二是财政负担压力大。作为城乡居民基本养老保险的重要供款方，政府给付老年人口基本养老金，同时对居民缴费予以补助。根据社科院在 2019 年 4 月发布的《中国养老金精算报告 2019-2050》显示，我国基本养老保险累计结余或许在 2035 年耗尽，十四五期间我国养老金保障缺口可能达到 8 到 10 万亿元。

正是在这一背景下，市场呼唤新的解决方案。

80 后 90 后等年轻一代，如何思考家庭养老问题？

面对养老这个万亿级市场大风口，不论是房地产企业，还是科技巨头，亦或是一些创新企业，都在积极探索与布局。

例如作为我国房企的代表之一的万科，就先后尝试了多种养老商

业模式，包括推出以护理需求为主的楼盘和打造提供“自理、介护、介助”的一站式养老社区等；腾讯在金融相关业务上，也相继推了多只养老目标基金。

可以看到，养老市场的竞争异常激烈。但另一方面也说明，这个市场足够大，加上较高的市场增速，行业天花板还将被持续抬高。

在这个发展过程里面，有一个趋势值得注意：站在出生人口的角度，把 2021 年作为时间节点，90 后的人口正处于而立之年，80 后步入 40 岁，这部分群体的父母正处于即将 60 岁以及 60 岁+的老龄化阶段，加上子女处在刚养育和 K12 教育的阶段，“上有老下有小”的 80 后 90 后是当前家庭养老压力最大的社会群体。

“现在一般情况下，就是一对夫妻供养四位老人。这与以前多个子女供养一对父母的情况发生了很大的变化。”善诊创始人兼 CEO 吴竑兴表示，“80 后 90 后这代人由于受到大学扩招的影响，从三四线及以下城市完成了向一二线城市不可逆的人口流动，这导致陪伴老人与照顾父母的健康就成了非常困难的事。”

从这个痛点出发，吴竑兴与团队于 2015 年成立了善诊，通过专注银发大健康赛道来帮助年轻人解决父母的健康问题，目前服务用户突破千万，已经成为国内最大的父母健康服务平台。

善诊的打法是，以“定制体检—健康管理—保险支付”形成产品闭环，为用户提供全生命周期的健康管理服务。“我们要做的是，让子女从亲力亲为照顾父母健康逐渐转变为通过购买服务来帮助父母

进行养老。”在吴竑兴看来，商业模式背后的逻辑出发点在于，老龄化并非局部变量，而是全局变量，即市场增量不只是老龄群体需要什么，而是涉及父母与子女整个群体的需求。

针对此，善诊的具体业务布局主要在三个方面。

在体检服务方面，子女用户可以在善诊平台(微信公众号、小程序、APP 等)上为身处异地的父母进行预约体检服务。为了让体检更加个性化，在善诊平台上有善诊的医学团队根据用户需求，专为中老年人设计的定制体检，使体检更有针对性。

另外，在体检结束后，善诊还将继续提供“三甲医院专家语音解读体检报告”的服务，帮助子女和父母去解读体检表里各项指标背后所蕴含的意义。

家庭健康顾问服务方面，善诊为用户提供了包含 1 对 1 专属健康咨询、个性化健康管控方案、家庭健康档案定制等一体化家庭健康管理服务。该项服务意在帮助用户父母在疾病预防、饮食调理、运动健康等方面进行合理管控，目前已累计覆盖超 100000 个家庭。

保险支付方面，善诊基于长期对银发人群健康数据的研究，配合覆盖全国的健康服务网络，以“风控+健康服务”的模式，联合合作伙伴在行业内首创“老年医疗险”。目前，善诊基于自主研发的 Alpha 精准风控引擎，针对银发及非标体群体，为行业提供创新的健康险解决方案，提供涵盖产品设计、定价支持、核保风控、再保安排、营销支持及健康管理的一体化解决方案。

可以发现，善诊从体检切入，为子女帮助父母解决健康问题提供了清晰的行为路径。首先，老年人的体检是刚性需求，至少一年要检查一次，复购率和依从度高；再者，当父母在体检之后发现了健康问题，或者日常需要健康服务，也可使用善诊的家庭健康顾问享受一体化的健康管理服务；最后，从支付的角度看，“老年医疗险”也为用户提供了多元的支付手段。

“这里面最大的改变就是将支付方从‘父母’转移到‘子女’。为什么以前的父母很少去体检？这背后是老年人害怕花钱的群体心理。现在子女为父母购买了这样的一项服务，如果不用，父母就会‘怕浪费钱’。”吴竑兴表示，“老年人群很关心自己的健康，但都不太愿意劳烦子女，子女也很想照顾父母，但离家远也成为了年轻人的痛点。”

正是支付方与需求方的分离，善诊提供的方案既解决了子女担心父母的心理需求，又解决了父母的真实医疗健康需求。

站在更高的维度来看，若要提高老年人群的生活质量，不光要提供好的医疗服务，还需要改变人群的生活习惯。也就是说，要让被动的医疗治疗转向主动的疾病预防与健康管理。但健康管理往往是反人性的，这使得老年群体的依从度很低。“我们发现，一旦子女买了单，老年人的依从度也会显著提高。”吴竑兴认为，这对于养老健康产业或许能带来更多的借鉴意义，从而有助于我国老年人群的生活质量提升。

在运营方式上，善诊基于对目前老年群体已经开始触碰移动互联网但还未深入的习惯，为老年群体提供了微信公众号或微信群的这一服务路径，从而降低了中老年群体的使用门槛。不仅如此，为了让老年群体拥有科学的健康观念，善诊也在积极为用户提供权威的健康科普。

综上，基于 80 后 90 后照顾父母健康的痛点，通过分离“支付方”与“需求方”，善诊寻找到了养老产业新的模式路径。事实也证明，在这个模式中，子女照顾父母健康的难点得以解决，父母健康管理的依从性也得到了提高。

老年健康险有机会吗？

在医疗健康领域，找到合适的支付方一直是商业模式构建的关键环节。

观察养老健康领域，除了上文提到的基本养老保险外，专门针对老年群体的商业化的“老年健康险”却一直存在严重的缺口。背后的原因是老年人患病率高，治疗费用昂贵。比如相关数据显示，老年人恶性肿瘤发病率比年轻人高 6 倍。

这导致的结果是，市场上主流的“老年健康险”在产品设计上，很少有真正结合老年人身体状况进行量身定制的。另外，为了抵御风险，“老年健康险”相关产品的价格一般也会比其他健康险产品贵几倍。

如何解决这一问题？核心在于健康风控能力。“我们通过健康服

务网络、家庭健康顾问和大量的用户社群，沉淀了海量用户授权的中老年健康大数据”吴竑兴表示，通过数据驱动，善诊致力于打通健康服务到保险支付的闭环。

基于数据，善诊打造出了一款针对银发群体的 Alpha 保险精准风控引擎。该引擎的亮点在于用自动核保的方式替代以前传统的线下人工核保，解决了老年医疗产品“质量和规模化”的问题。

值得一提的是，借助于 Alpha 模型，保险企业可以根据不同投保人的健康状况，对投保个体进行精准风控管理，实现高年龄段人群的个性化承保。

举个例子，当子女为父母购买“老年健康险”后，可以到善诊平台进行体检，然后得出体检数据，善诊 Alpha 风控模式根据体检数据为用户提供类似信用分的“善诊分值”。保险企业基于这个分值来确定是否对用户承保，以及承保范围和保费。

“从 2019 年上市以来，老年健康险已经完成了实际理赔经验对前端风控模型有效性的验证。”吴竑兴表示，国内首款老年医疗险就是善诊联合 RGA 美国再保险和安心保险于 2019 年 3 月推出。据介绍，这款针对 60 岁以上老年人群体的医疗险，提供百万保额与保障，填补了该年龄段人群健康险的空白，产品接受最高 80 岁人群购买，最长可续保至 100 岁。

截至目前，善诊目前已经推出多款产品，极大地满足了中老年群体的购险需求。

未来趋势演变

养老健康产业尽管已经涌入无数的玩家，但也还只是发展的初步阶段。

在十四五的“规划纲要”中，“完善养老服务体系”作为单独设立的一个章节，重点提出推动养老事业和养老产业协同发展，健全基本养老服务体系，大力发展普惠型养老服务，支持家庭承担养老功能，构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系。

不难发现，养老健康的难点很多也很杂，每一个痛点的解决都将带来一个广阔的市场机会。但万变不离其宗，笼统的说，未来养老健康产业的发展趋势主要集中在两点：一是存量供给的适老升级，二是增量供给的创新型服务。

在存量供给方面，适老化升级带来的是养老质量的提升。比如缓解老年人因生理机能变化导致的生活不适应，让老年人避免受到人身伤害，并增强老人居家生活的安全性和便利性。在这个领域里面，建筑设计类、医疗器械研发、医疗信息化的企业都将有机会。

比如由中国科学院物联网研究发展中心孵化的福康通，其是一家以智慧健康养老为核心的高新技术培育企业。该企业自主研发了健康一体机信息系统、生命体征检测系统、适老化改造信息服务系统、居家养老服务系统软件、老年人能力评估软件、感观康复训练系统、福康通健康数据采集信息工作站系统、福康通智慧养老信息化云平台等现代化养老信息技术平台。

公开招投标数据显示，自 2019 年 1 月以来，福康通先后承担 40 多个地方性的适老化改造项目，是国内提供此类解决方案最多的企业。

在增量供给方面，创新型服务则是优化养老健康资源的匹配或重塑整个健康生态的供需。比如险资与房企相结合，使得养老社区成为了保险服务中的一环，而不是如同过往的地产商主要做房产售卖或运营为主的单一模式。

比如泰康、太平洋、新华、国寿保险等推出的“保单+养老”的业务，即消费者购买指定种类及金额的保险产品即可取得养老社区入住资格，然后再支付相对市场中高水平的服务月费。

又比如，善诊所提出的“父母健康找善诊”的理念，也是在分离了支付方与需求方后，重构了整个养老健康的交易模式，并提高了用户健康管理的依从性。另外，去年善诊获得了“互联网医院牌照”，这无疑为善诊未来进行互联网医疗服务提供了可能。也就是说，在未来，善诊在增量供给方面，还会带来更多创新型服务。

众所周知，老龄化并不是父母，也不是子女独自面对的问题，而是一个需要每一个个体都参与的全社会的问题。这个问题很大，一时之间很难解决。但幸运的是，一批先行者已经走在路上，去探索与寻求问题最优的解法。

而在这个过程中，时间或许是最好的答案，也是最强的壁垒。

[返回目录](#)

盘点 | 近两年的医用耗材跨省联盟带量采购

来源：中国医疗保险

自 2019 年 5 月中央深改委审议通过《治理高值医用耗材改革方案》(以下简称《方案》)后，医用耗材领域的改革力度被大大加快。根据方案所明确的医用耗材采购改革方向——对于临床用量较大、采购金额较高、临床使用较成熟、多家企业生产的高值医用耗材，鼓励医疗机构联合开展带量谈判采购，积极探索跨省联盟采购——国家医保局积极落实党中央、国务院的相关部署，指导和推动地方探索医用耗材集中带量采购。

两年来，多数省份均对以省为单位的医用耗材带量采购开展了探索，显著降低了部分医用耗材的价格。与此同时，由各地自发形成的跨省联盟采购也遍地开花，以更大的采购量、更强的谈判筹码加速推动新的耗材价格体系形成。

近两年医用耗材

区域联盟带量采购实践情况

目前来看，医用耗材的区域联盟带量采购有的是依托相对固定的采购联盟，其中比较典型“3+N”(京津冀+黑吉辽蒙晋鲁)采购联盟就，就是最初由北京、天津、河北三地，依托京津冀协同发展战略优势，探索打造的京津冀等 9 个省、市、区组成的医用耗材集中带量采购联盟。再有部分则是地方自发组成、相对临时的采购联盟，如重庆、贵州、云南、河南四省组成了“渝贵滇豫”采购联盟，以及四川牵头启

动的“六省二区”（四川、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、西藏、甘肃）联盟。

区域联盟	采购品种	价格变化
“3+N”（京津冀+黑吉辽蒙晋鲁）采购联盟	2020年5月对人工晶体启动带量采购	平均降幅 54.21%，最高降幅 84.73%。
重庆、贵州、云南、河南四省联盟	2020年5月启动对吻合器、补片、医用打印胶片的带量采购	平均降幅 64.77%，最高降幅 97.76%。
陕西省牵头10省联盟（陕西、宁夏、甘肃、青海、新疆、新疆建设兵团、湖南、广西、贵州、海南）	2020年7月对人工晶体启动带量采购	平均降幅 44%，最高降幅为 85%。
贵州、重庆、海南三省（市）联盟	2020年8月冠脉扩张球囊（预扩组、后扩组）的带量采购	预扩组企业平均降幅 85.49%，最高降幅 89.84%；后扩组产品平均降幅 85.15%，最高降幅 90.35%。
“六省二区”（四川、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、西藏、甘肃）联盟	2020年1月启动对冠脉扩张球囊集中带量采购工作	平均降幅 89.9%，最高降幅 93.3%。
14省联盟（西藏、四川、山西、青海、宁夏、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、海南、贵州、甘肃、新疆、新疆生产建设兵团）	2021年1月启动初次置换人工关节和冠脉（PTCA）导引导丝的集中带量采购工作	尚未开标
广东、江西、河南省联盟	2021年2月启动人工晶状体带量采购	最高降幅 90%。
河南省牵头十省联盟（河南、山西、江西、湖北、重庆、贵州、云南、广西、宁夏、青海）	2021年3月启动对接骨板、接骨板配套螺钉、髓内钉（包含配件）3类耗材的带量采购	尚未开标

表：近两年医用耗材区域联盟带量采购实践情况

采购品种上，明确选择量大且较稳定的医用耗材，保证临床治疗方案的可延续性。不过，采购对象并不仅仅限于高值耗材，医用打印胶片之类的临床用量大、市场成熟的低值耗材也会被囊括其中。而

对于高值采购的采购范围，基本都在国家医保局 2020 年底下发的文件《关于开展高值医用耗材第二批集中采购数据快速采集与价格监测的通知》中，所提及的已经开展的两批“采购数据快速采集与价格监测”范围内。

第一批	血管介入类、非血管介入类、起搏器类、眼科类
第二批	人工髋关节、人工膝关节、除颤器、封堵器、骨科材料、吻合器

采购量上，计算基数基础一般以联合采购地区医疗机构上报采购需求量的一定比例累加确定。不同采购联盟的比例一般确定在 60%到 80%之间，这一水平与国家组织冠脉支架集中带量采购(80%)基本一致。各联盟的采购量约定情况如下表：

区域联盟	采购量确定比例
“3+N”（京津冀+黑吉辽蒙晋鲁）采购联盟	60%
重庆、贵州、云南、河南四省联盟	吻合器、补片为 70% 医用打印胶片为 60%
陕西省牵头 10 省联盟（陕西、宁夏、甘肃、青海、新疆、新疆建设兵团、湖南、广西、贵州、海南）	70%
贵州、重庆、海南三省（市）联盟	70%
“六省二区”（四川、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、西藏、甘肃）联盟	60%
广东、江西、河南省联盟	70%
14 省联盟（西藏、四川、山西、青海、宁夏、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、海南、贵州、甘肃、新疆、新疆生产建设兵团）	尚未确定
河南省牵头十省联盟（河南、山西、江西、湖北、重庆、贵州、云南、广西、宁夏、青海）	尚未确定

表：各医用耗材区域联盟带量采购采购量约定情况

采购周期上，由于各采购联盟基本都是首次开展某种医用耗材的

大规模带量采购，因此除“六省二区”联盟(采购周期为两年)、广东、江西、河南三省联盟(采购周期至 2022 年 12 月 31 日)外，其余联盟采购的采购周期均按照带量采购试点的通行标准“1 年”来设置。

采购实施范围上，总体上和药品一致，主要为联盟地区内公立医疗机构、军队医疗机构为主，鼓励医保定点非公立医疗机构自愿参与。不过考虑到使用到所采购耗材的使用场景，多数采购文件都明确标明医疗机构需具备“开展所采购耗材相关手术”的条件，或直接限制“二级及以上公立医疗机构”。

从药品到耗材

区域联盟带量采购渐成趋势

继药品之后，医用耗材集中带量采购常态化开展路径也已基本明晰。近一年医用耗材的集中带量采购明显升级，已经从原来以省、甚至以地市级为单位独立开展的相对小范围的带量采购，正在向着国家和地方联动、全国一盘棋的方向发展。不仅国家医保局先后组织了血管介入类(冠脉支架)、骨科类(人工髋关节、人工膝关节)国家层面的集中带量采购，也有上文中所提及的多个更大范围的跨省采购联盟相继试水，整体加快了医用耗材带量采购的节奏。

业内学者普遍认为，与单个地区独立开展带量采购相比，跨区域联盟带量在耗材带量采购上具有量大、议价能力强等优势，能够将单一省份量较小的耗材品种纳入带量采购，联合以量换价成功率较高，联盟参与方统一进行带量采购将大幅降低政府的行政成本和企业负

担。国家医保局一直以来也支持地方对药品和耗材区域联盟带量采购的探索。今年3月，国家医疗保障局党组书记、局长胡静林赴陕西调研，重点了解国家组织药品和医用耗材集中带量采购实施情况、陕西省牵头组织的跨省联盟采购开展情况。胡静林强调，坚定不移推进药品和耗材集中带量采购改革，要发挥好区域联盟的牵头作用，优化完善工作机制，持续扩大集中采购范围，抓好集采结果的落地落实。

不过，相比于制度框架已经基本成熟，并有“质量与疗效一致性评价”加持的药品来说，医用耗材带量采购模式仍处于探索阶段，还需要更长时间逐步完善。并且，在开展政策探索时还需要更多考虑医用耗材区别于药品的特殊之处，如质量标准不统一、需要伴随服务(前期培训、专业人员跟台)、国产替代性相对较差等，在产品遴选、采购量和采购周期约定、中选规则的确定上要格外谨慎，短期内对带量采购的比例不应过高，以免对临床治疗带来影响。

[返回目录](#)

• 地方动态 •

让百姓享受居家医疗 广东四川江苏等地推广家庭病床服务

来源：人民日报

随着我国老龄化不断加剧，居家医疗服务需求日益迫切。截至2019年底，我国60岁及以上人口数2.54亿人，占总人口数18.1%。其中，65岁及以上人口数1.67亿人，占总人口数11.9%。我国失能、

半失能老年人超过 4000 万，他们对居家医疗服务存在巨大需求。

2020 年 12 月，国家卫健委办公厅、国家中医药管理局办公室印发《关于加强老年人居家医疗服务工作的通知》，明确提出重点由二级及以下医院、基层医疗卫生机构等，对有居家医疗服务需求且行动不便的高龄或失能老年人，慢性病、疾病康复期或终末期、出院后仍需医疗服务的老年患者等提供相关医疗服务。目前，广东、四川、江苏等地积极推广家庭病床服务，让更多百姓享受到居家医疗服务的便利。

病床可以设在家里

家住四川省成都市的黄婆婆是一名“老病号”，患高血压、糖尿病、房颤等疾病，几乎每个月都需要到医院进行一次抽血复查。她家到医院的来回路程需要 1 个多小时，再加上挂号、排队等，看一次病通常需要消耗半天时间。黄婆婆今年 70 岁了，每次去医院都觉得力不从心，家里人也跟着受累。

最近，黄婆婆申请了成都市第三人民医院“后医疗服务中心”服务。中心医护团队上门采集血样并送检，再依据她的病情进行随访，黄婆婆在家就完成了复诊，享受到了专业医疗服务。

从 1984 年开始，成都市第三人民医院就建立了家庭病床科，如今称为“后医疗服务中心”。中心主任傅晓辉介绍，这里负责患者出院后的管理与服务，服务人群囊括了入院治疗后的患者、出院患者、有后续治疗需求的患者，提供相应的治疗服务，例如换管、抽血、肌

肉注射、拆线、换药、出院后病情监测等。近年来，成都市探索整合民政部门的家庭照护床位、卫健部门的家庭医生、家庭病床、基本公共卫生服务以及医保部门的长期照护保险，将老年医疗、护理、康复、营养健康管理等服务延伸至家庭。

如今，越来越多的城市开展家庭病床服务，节约了患者的就诊成本，缓解了看病难问题。

4月14日上午，在江苏省苏州市吴江区七都镇望湖村郁郁葱葱的乡间田坎上，走来一群穿着红色马甲、背着灰色背包的人，他们是七都镇卫生院的医护人员。几乎每周，他们都会利用工作闲暇时间，走村串户，给村里行动不便的村民们提供家庭病床服务。

穿过几条弯弯曲曲的村道，大约十几分钟到了望湖村25组村民黄卫萍女士家。刚进门，医护人员就忙开了，测血压、做心电图、采血样……“老婆婆，您最近血糖都比较正常，但还是要多下床动动。”沈文仙医生一手拿着血糖试纸，一手慢慢地将病人扶起来。黄女士的婆婆今年80岁，瘫痪在床，11年前因脑血管瘤进行了两次开颅手术。公公也在7年前因脑中风而失去了生活自理能力。每隔两个月，黄卫萍就要喊来亲戚朋友帮忙，用担架抬着老人去医院检查。2018年，七都镇卫生院和两位老人签订家庭病床合约后，两位老人就很少去医院了，医生会定期上门进行基础项目检查，在家里就能享受在医院一样的医疗服务。

“虽然病床设在家里，但医疗服务不打折扣。”黄女士说，公公

刚瘫痪在床的那几年，身上很多地方都长了褥疮。但这两年来，在医护人员的悉心照料下，公公一次褥疮也没长过，身体也在持续好转。

医疗支出大幅下降

一些地方将家庭病床纳入医保，并推行长期护理保险，大大缓解了家庭的经济负担。

家住苏州市姑苏区的老王今年 63 岁，因脑中风瘫痪在床已有多多年。2019 年 5 月，在吴门桥街道润达社区卫生服务中心全科医生张蕴乐的建议下，老王签约了家庭病床服务。此后，张医生每周都会到老王家查床、治疗、护理，并在特定病历上记录服务过程。

4 月 13 日下午 4 点，当天的门诊工作结束，张医生骑上电瓶车来到了老王家。一进门，张医生就将家庭医生助诊包放在桌子上。助诊包容量不大，却是一个“百宝箱”，装满了各种小型医疗仪器，微型 B 超机、心电图仪、血压仪、血糖测试仪等。

“利用家庭医生助诊包与智慧医疗，我们不仅可以在老年人家中实现体温、血压、血糖、脉氧、肝功能、血脂、尿酸、血红蛋白、尿常规、十二导联心电图和超声等检测功能，还能远程连线医联体专家，通过屏幕实现面对面会诊。”张蕴乐说。

润达社区卫生服务中心主任王黎介绍，中心自 2007 年开设家庭病床，主要针对因年老或者体弱而行动不便、住院就诊确有困难的患者。服务对象包括长期卧床不起的疾病患者、恶性肿瘤晚期患者、瘫痪在床患者、老年性痴呆患者等。中心建立了家庭病床管理网络，成

立管理小组，由组长及各团队责任医生组团开展家庭病床服务。同时还对家庭病床服务质量、服务对象的满意度等定期评估。

自从签约了家庭病床，老王的儿媳杨女士明显地感觉到婆婆的医疗支出大幅下降，一个结算周期是 180 天，半年内共花费了 4000 元，报销 3600 多元，自费部分 400 元不到。过去婆婆每年在医疗上的支出都在 1 万元以上，如今减少到每年花费不到 1000 元，这让杨女士非常惊喜。

苏州市卫健委基层卫生与老龄健康处处长于可人介绍，原则上由具备开设家庭病床资质的社区卫生服务机构开展家庭病床服务。苏州市将家庭病床建设列入市政府实事项目，每年都有财政上的补贴。家庭病床纳入医保项目，除起付线、建床费 50 元、巡诊费每次自费 25 元外，其他费用按比例享受报销，超过起付标准累计在 4000 元限额内按 90%的比例结付。

为了精准了解老人健康养老需求，2019 年以来，成都市对老人健康状况和自理能力进行了专业评估。对有居家医疗需求的高龄、重病、失能、失智等特殊困难老年人，优先开展家庭医生签约服务，建立老年人群营养健康管理及照护制度，提供定期体检、上门巡诊、家庭病床、社区护理、健康管理、安宁疗护等服务。全市 108 家医养结合机构中，有 90 家已纳入医保定点医疗机构。2020 年 5 月，成都市将城乡居民纳入长期照护保险制度覆盖范围。截至 2020 年底，累计受理失能评定 4.32 万人，通过评定并享受待遇 3.19 万人。其中居家

照护 1.89 万人，机构照护和机构上门照护 0.31 万人。

国家卫健委卫生发展研究中心研究员苗艳青认为，开展家庭病床服务有利于更好地照护失能老人，既可满足患者长期医疗服务的需求，又可在熟悉的家庭环境中康复、疗养，同时不占用大医院医疗资源，提高了医疗资源使用效率。

一些地方将家庭病床纳入医保，并推行长期护理保险，大大缓解了家庭的经济负担。

苗艳青认为，对有家庭病床需求的 65 岁以上老人评估病情之后，将其纳入慢病管理服务项目中，由基层医疗卫生机构和当地的居委会进行专业照顾和管理，更有利于患者的康复。

探索社会力量参与

未来需要进一步完善家庭病床的价格机制，体现劳务技术价值，激励医护人员提供高质量的服务。

苏州市吴江区横扇卫生院已有签约家庭病床 24 张。按照卫生院目前的人力物力，最多只能建 200 张，这与居民旺盛的需求不相匹配。院长任鸣炜告诉记者，卫生院开始寻求第三方力量的介入，与社会养老机构签订合作协议，共同推动家庭病床的建设。

横扇街道北横村 22 组村民老赵是家庭病床的受益者。7 年前，双目失明的老赵从家中楼梯上摔下后一直瘫痪在床。签约家庭病床后，横扇卫生院的医生会定期上门提供医疗服务，与卫生院签约的苏州久久春晖养老服务有限公司也会派遣义工上门提供康复、理疗服

务。

“医生工作忙一点，如无特殊情况，基本上只能保证每周去一次，但我们义工每两天就会去一次。”苏州久久春晖养老服务有限公司的义工徐永宝说。

4月14日下午两点，横扇卫生院的孙春英医生来到了老赵家中。见到医生来，老赵翻过身来，用双手用力撑在床板上，身体慢慢地往床头移动，短短几秒钟时间便坐了起来。“老赵恢复得真好，才半年多工夫，他就能自己坐起来了。”老赵的妻子说。

“正是因为有了社会力量的参与，才能让我们更好地拓宽家庭病床的服务深度，让患者真正在家里享受到全方位的医疗服务。”任鸣炜说。

随着“互联网+”技术的发展，一些互联网平台和医疗机构或是护理人员合作，发展“互联网+护理”服务，满足居家康复等人群的需求。

苗艳青认为，家庭病床服务是由医疗卫生机构医务人员提供的一种延伸服务。未来需要进一步完善家庭病床的价格机制，体现劳务技术价值，激励医护人员提供高质量的服务。

一些地方探索在医保、长护险之外提供社会化的家庭病床类服务，明码标价收费，服务项目更多，可以满足群众多层次、多样化的需求。

[返回目录](#)

关注！浙江省医药产业发展“十四五”规划正式发布

来源：浙江省健康服务业促进会

医药产业是新一轮科技革命与产业变革中创新最为活跃、发展最为迅猛的新兴产业领域之一，也是生命健康产业的重要组成部分，事关人民生命健康和民生福祉。

为加快推进医药产业高质量发展，打造生命健康科技创新高地，根据《浙江省国民经济和社会发展第十四个五年规划纲要》《关于推动浙江省医药产业高质量发展的若干意见》等文件精神，特编制本规划。规划期为 2021—2025 年。

一、现实基础与发展环境

(一) 现实基础

1. 产业基础稳步提升，集聚发展态势明显。2020 年，全省规模以上医药工业(含医药、医疗器械、制药专用设备制造)实现工业总产值 2150.71 亿元、营业收入 2084.70 亿元、利润总额 373.45 亿元，出口交货值 544.76 亿元，五年年均增长 12.6%、12.0%、21.3%和 13.4%，增幅位居各行业前列。11 家企业入选“中国医药工业百强”；5 家企业入选省“雄鹰行动”培育企业；50 家医药企业在沪深股市上市，占全国同行企业总数近 1/7。杭州钱塘新区高端生物医药产业平台、绍兴滨海新区高端生物医药产业平台、台州医药产业集聚区等重点园区，及杭州医药港、磐安“江南药镇”等特色小镇建设有序推进，产业集聚程度不断提高。

表 1 “十三五”时期浙江省规模以上医药工业主要经济指标

序号	指标名称	单位	2016	2017	2018	2019	2020
1	总产值	亿元	1532.39	1579.58	1706.63	1878.67	2150.71
2	总产值增速	%	9.4	15.4	15.3	7.8	5.5
3	营业收入	亿元	1410.95	1458.98	1622.29	1792.86	2084.70
4	营业收入增速	%	8.9	11.0	15.3	7.7	17.2
5	利润总额	亿元	195.80	221.29	239.35	287.67	373.45
6	利润总额增速	%	33.5	12.1	10.6	19.8	32.4
7	出口交货值	亿元	314.79	328.00	370.15	393.00	544.76
8	出口交货值增速	%	6.1	13.9	8.1	2.7	40.2

注：该表数据根据统计快报数据测算。

2. 重点行业优势明显，细分领域加快突破。化学制剂领域，入选国家药品集中采购企业数、中标品种数均列全国第二位，盐酸恩沙替尼、达诺瑞韦钠片、拉维达韦等肺癌、丙肝领域 1 类新药先后获批上市。化学原料药领域，自 2008 年以来出口规模始终位居全国第一，维生素、氨基酸、激素等品类具有较强竞争力。高端医疗器械领域，植入式心脏瓣膜、人工耳蜗等前沿产品研发全国领先，CT、MRI、PET-CT 等高端医疗设备在国内具有一定地位。体外诊断试剂领域，拥有一批行业龙头企业，产品基本覆盖所有种类。中药领域，拥有 5 家全国中药百强企业，“浙八味”、新“浙八味”影响力不断提升。

3. 创新能力持续增强，平台载体逐步完善。全省共布局了西湖大学、浙大医学中心等基础研究平台，良渚实验室、西湖实验室等省实验室，3 家国家临床医学研究中心，2 个省级制造业创新中心，9 家医药领域产业创新服务综合体，组建 10 个医药产业链上下游企业共同体。2020 年，全省规模以上医药工业企业研发经费支出占营业收

入比重达 4.9%，在各工业行业中位居前列。“十三五”期间，共获批新药生产批件 14 个、创新药临床批件 201 个，获国家级科学技术奖励 15 项；率先建立药品上市许可持有人技术转化平台，累计获得 286 个持有人文号。

4. 新业态加速涌现，“互联网+”优势显现。我省医药产业数字化转型趋势明显，17 个项目入围省级数字化车间/智能工厂；9 个相关平台入围省级工业互联网平台创建名单。作为国家“互联网+医疗健康”示范省，新业态新模式在我省不断涌现，“互联网+”药文旅养等三产融合加速发展，研发合同外包(CRO)等服务机构加快成长，尤其是在第三方智能诊断、生命健康大数据、药物率先研发、在线极速问诊、数字化防疫平台等新兴领域，培育出一大批高成长企业。

5. 绿色制造深入推进，品牌质量全面升级。我省医药产业加快向现代制药模式转变。2019 年，全省规模以上医药工业单位工业增加值能耗较 2015 年下降 19.1%，比工业平均降幅高 3.5 个百分点。“十三五”时期，认定医疗装备类国内首台(套)产品 5 项，省内首台(套)32 项；155 个医药、医疗器械产品列入“浙江制造精品”，3 家企业获省政府质量(创新)奖。截至 2020 年 12 月底，全省共有 58 个品种、93 个品规仿制药成功通过一致性评价，数量居全国第三位；21 个中药材品种获国家地理标志证明商标、15 个品种获得国家地理标志保护产品。

6. 医药储备体系健全，保供能力明显提升。制定《浙江省省级重

要商品应急储备管理办法》，建立了省市县三级储备体系和省级医药储备承储单位公开招标制度。积极推动短缺药品生产，依托龙头企业开展“小品种药品集中生产基地”建设。全省医药储备结构持续优化，医药储备保障能力进一步提升，在防控新冠肺炎疫情、甲型 H7N9 流感疫情等重大公共卫生事件，以及 G20 峰会等重大活动中均发挥积极作用，确保储备物资的及时、有效供应，保障人民群众生命健康和身体安全。

我省医药产业也存在一些短板：一是总体规模能级偏小，医药工业总规模全国排名近两年处在第五位左右；全省医药制造百亿企业仅 2 家，尚无“中国医药工业百强”前十企业。二是创新能力有待提升，“国字号”重大创新载体较少，生物样本库、基因库、三级生物防护实验室等专业创新基础设施存在缺位；“十三五”期间，全省获批 1 类新药品规 6 个，通过国家药监局获批创新医疗器械 6 个，远低于领先省市。三是服务体系尚需完善，研发合同外包 (CRO)、生产外包 (CMO) 等高水平服务机构较少，药物临床试验机构、安全性评价机构、医疗器械检测服务平台等资源不足，疫苗批签发机构空缺，针对性的投融资体系有待健全。四是专业队伍不足，省内注册审批服务人员及质量控制、质量保证、药品注册等专业人才亟待培育。五是发展空间制约突出，全省大部分地区三类工业用地稀缺，创新资源与土地、环保等产业化要素集聚空间分离，跨区域协作机制有待完善，高能级产业平台有待进一步打造。

(二) 发展环境

“十四五”时期处于新一轮科技革命深入推进和后疫情时代交汇的特殊时期，为医药产业的加速发展带来新一轮机遇。

1. 生命科技加速突破，数字赋能持续增强。21 世纪，免疫治疗、基因编辑、核酸药物、脑机融合等生命科学技术加速从实验走向应用，数字技术、材料科学、影像技术、智能技术等进一步推动医药产业融合创新，5G 远程医疗、AI 辅助诊断等“互联网+”模式加速落地，为产业发展开辟新蓝海。

2. 公众意识全面提升，健康需求不断升级。随着新型城镇化加速、大众生活水平提升、人口老龄化加剧、健康教育普及、绿色低碳循环发展等长期趋势的不断深入，公众对医药产业的认知、关注度和需求明显提升，尤其是在“双循环”新发展格局之下，医药内需市场将得到进一步激活。

3. 产业格局加快构建，高端资源加速集聚。“十四五”时期国际形势错综复杂，新冠肺炎疫情影响广泛深远，全球医药产业格局重构加快，科技、人才、资本等优质资源加速流入我国，医药产业进入兼并重组高峰期，为我省加快全球高端资源的集聚和承接创造了历史性机遇。

4. 政策规划持续助推，改革试点积极开展。深化改革和鼓励合规创新成为医药产业政策主导导向，《“健康中国 2030”规划纲要》《药品管理法》《药品注册管理办法》《疫苗管理法》等相继出台或

修订施行，“三医联动”“六医统筹”效应进一步发挥，药品上市许可持有人制度、医疗器械注册人制度等举措深入推进，医药产业可持续发展政策机制环境不断优化。

宏观形势的深刻变化既带来一系列新机遇，也带来众多新挑战。一是全球经济衰退和贸易争端加速全球化产业体系和创新网络的重构，技术“卡脖子”和产业链“断供”风险加大，产业国际化发展面临挑战。二是我国药品、耗材集中带量采购常态化制度化，并向医疗器械领域拓展，企业经营管理战略转型和创新能力提升的步伐亟待加快。三是国内各地竞相布局生命健康领域，相继出台专项政策支持医药产业发展，创新资源与人才争夺进入白热化阶段。

二、总体要求

（一）指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，立足新发展阶段，坚持贯彻新发展理念，忠实践行“八八战略”，奋力打造“重要窗口”，以高水平现代化为导向，以推动高质量发展为主题，以数字化改革为驱动，围绕生命健康科创高地建设要求，深入推进生物医药产业链、创新服务链、供应链“三链协同”，加快高能级产业创新平台建设，促进医药产业与数字经济融合，引导医药制造智能化、低碳化发展，构建医药产业“双循环”发展格局，建设全国领先的医药产业先进制造业集群，力争成为具有国际竞争力的医药产业创新高地。

(二) 发展原则

创新引领。深入实施创新驱动发展战略，瞄准全球医药产业发展新趋势，坚持超前部署、融合发展，聚焦产业链、创新链、供应链，全面提升产业自主创新能力和关键技术控制力，实现产业基础高级化和产业链现代化。

数字赋能。深刻把握数字技术、生物技术交叉融合趋势，加快发展“互联网+生命健康”新模式，培育数字融合新业态，加快医药产业全要素、各环节、全链条数字化转型，推动数字技术赋能医药产业高质量发展。

多元协同。建立健全市场主导、政府引导的长效机制，推动政府、企业、高校、行业协会、服务机构等多方协同，探索产业可持续发展的新模式、新机制，共同营造卓越营商环境，全面激发市场主体发展活力。

开放共享。融入全球生命健康创新生态和医药产业制造网络，全面接轨长三角体制机制融通、创新资源共享、产业协同布局进程，整合国际国内两种市场资源，提升面向“双循环”新格局的供给能力，推动产业高水平开放发展。

(三) 发展目标

到 2025 年，全省医药产业竞争实力、自主创新能力、龙头引领生态、数字融合水平实现新发展，构建形成生物医药标志性产业链，建设成为全国领先的医药产业先进制造业集群，努力打造国际知名的

医药出口制剂基地。

产业竞争实力实现新提升。到 2025 年，全省医药产业总产值力争达到 4000 亿元，规模进入全国各省市前四位；建成千亿级先进制造业集群，布局 10 个以上“新星”产业群，产业链安全性、稳定性升级，产业核心竞争力全面提升。

自主创新能力实现新突破。到 2025 年，建成一批高能级技术创新平台和专业服务平台，基本形成完备的产业协同创新链条，全省规模以上医药企业研发经费支出占营业收入比重达到 5.5%，“十四五”期间，力争获批创新药生产批件 10 个、创新医疗器械 10 个，攻克一批医药产业关键核心技术。

龙头辐射引领形成新生态。到 2025 年，全省超百亿医药行业龙头企业集团达 5 家以上，“单项冠军”企业总数达到 8 家、“隐形冠军”企业总数达 30 家，形成世界一流企业集团、引领细分领域“冠军”企业、掌握关键核心技术的“专精特新”企业和具有活力的创新创业主体融通发展的新生态。

数字融合发展呈现新格局。到 2025 年，全省医药产业累计建成数字化车间/智能工厂 30 个、省级工业互联网平台 20 个。数字技术赋能、产业跨界耦合、产城深度融合发展持续深化，产业大脑、工业互联网平台等新基建支撑有力，涌现出一大批“互联网+”生命健康新业态新模式，产业数字化、智能化、绿色化发展水平全面提升。

表 2 “十四五”时期浙江省医药产业发展主要目标

序号	类型	指标名称	单位	2020	2025
1	产业竞争力	工业总产值	亿元	2151	力争达到 4000
2		工业总产值年均增长	%	--	年均增长 13%
3		“新星”产业集群**	个	--	10
4	自主创新	创新药生产批件(品规)*	个	6	10
5		创新医疗器械*	个	6	10
6		规模以上医药企业研发经费支出占营业收入比重	%	4.9	5.5
7	企业生态	超百亿企业**	家	2	5
8		“单项冠军”企业**	家	4	8
9		“隐形冠军”企业**	家	15	30
10	数字融合	数字化车间/智能工厂**	家	17	30
11		省级工业互联网平台**	个	9	20

备注：*部分 2020 年数据指“十三五”时期五年累计值、2025 年目标值指“十四五”时期五年累计值。

三、发展重点领域

(一) 突出打造标志性产业链

1. 化学药产业链。加快化学药核心技术产品替代，实现关键环节自主可控，推动化学药产业基础能力和产业链核心竞争力明显提升。重点发展创新型药物制剂，围绕恶性肿瘤、心脑血管疾病、呼吸系统疾病、代谢性疾病、免疫性疾病等常见病、多发病和重大疾病，加快开发基于新结构、新靶点、新机制的原研药物；推进改良型新药上市，加快临床急需、专利到期药物的仿制药开发；加大罕见病等短缺药物开发力度；面向儿童等特殊人群，发展新型注射给药系统、口服调释给药系统、经皮和粘膜给药系统及其适用剂型。发展重点原料药及中间体，发展市场紧缺、高附加值的特色原料药及中间体，围绕晶型选择、药物耐受、药代动力学等方向探索新技术应用，推进先进结晶技

术、粒体控制技术、连续流生产技术、手性合成技术等工艺升级，推动原料药产业绿色发展。提升发展高端和新型药用辅料，围绕质量均一性和重现性，发展用于高端制剂和新型制剂、可提供特定功能的辅料和功能性材料。

2. 生物技术药产业链。以基因工程、遗传工程、细胞工程、酶工程等生物技术研发创新与应用为核心，推动关键紧缺环节与产品国产化。在生物技术药物领域，支持免疫治疗、基因治疗、干细胞治疗、蛋白质工程、生物信息学等新兴领域技术产业化，重点推动针对肿瘤、免疫系统、血液疾病等方向的抗体药物开发；支持重组胰岛素、重组干扰素、重组凝血因子等重组蛋白药物及多肽药物开发；加快核酸药物、免疫细胞治疗药物、干细胞治疗药物、基因治疗药物等市场紧缺产品开发；支持生物类似药研发。在新型疫苗领域，围绕感染性疾病与肿瘤等应用方向，支持灭活疫苗、重组蛋白疫苗、腺病毒载体疫苗、核酸疫苗等技术路线开发，提升疫苗应急研发能力，加快新冠肺炎疫苗、流感疫苗、13价肺炎疫苗、HPV疫苗、乳腺癌疫苗、类风湿疫苗等研发与产业化。在紧缺生物制品领域，积极发展血液制品、生化试剂、新型生物反应器和佐剂等，开发人工设计细胞、基因设计制品、病毒样颗粒等制备技术，探索布局基因编辑、合成生物学、微米级生物机器人等前瞻领域。

3. 高端医疗器械产业链。围绕诊断、治疗、监护与生命支持、保健康复等医疗全链条需求，着力打造医疗器械产业链。在智能诊断领

域，围绕免疫诊断、分子诊断、流式细胞分析等，积极发展新型基因测序仪、新型即时检测设备、生化分析仪、质谱分析仪等；积极攻关新型成像技术、辅助诊断算法，大力发展智能化、精准化、诊疗一体化高端影像设备及关键部件。在智能治疗装备领域，大力发展医用内窥镜及配套设备、准分子激光系统、手术导航系统等整机系统及核心部件，积极发展重离子治疗、放射治疗、超声治疗、磁场治疗装备及智能手术机器人。在高端植(介)入领域，加快心脑血管植(介)入器械与高值耗材、人工角膜、人工晶体、人工耳蜗等开发；加快消融类、电刺激类等新型医用材料研发，积极发展人体组织器官修复再生、生物功能恢复增进类新产品，推动 3D 打印、数据芯片等新技术应用。在智能康复领域，大力推进脑-机接口、人-机-点融合等技术创新，培育智能假肢、眼脑健康、神经障碍治疗、残疾患者康复训练、意识障碍患者检测等产品与服务。在其他器械领域，鼓励发展新型监护与生命支持装备、中医诊疗装备、妇幼健康装备等高端医疗器械。

4. 现代中药产业链。以道地优势药材为基础，加快名优中成药大品种二次开发和优势中药复方与活性成分研究，推动国际认可的中药标准体系建设，实现中药产业高质量发展。重点发展中成药，推动医疗机构制剂加速转化，开发现代海洋中药新产品，探索中药基因组学、新型制剂技术等研发应用，形成一批疗效确切、剂型先进、临床价值高的特色中成药；发展中药种植与饮片，提升“浙八味”和新“浙八味”等浙产中药材品质，推动无硫饮片、定量压制饮片、直接口服饮

片等工艺提升，支持中药配方颗粒、冻干饮片、破壁饮片等特色饮片开发，发展中药提取物新产品。创新中药衍生产品，鼓励以浙产中药材为主要原料的保健食品、化妆品及中药日化产品等研发应用。加快发展中药服务，推进中药生产、制剂、整体质量控制等关键技术领域的智能化解决方案开发，推进代煎、泛丸等中医协定方制剂化发展，提升患者依从性，鼓励发展中药材产地初加工、中药材中药饮片加工等领域的共享服务。

(二) 部署高水平创新服务链

1. 研发服务。大力培育新药研发合同外包服务(CRO)、定制研发生产(CDMO)等专业外包服务，吸引国内外知名专业外包服务机构在省内设立分中心，加快推动一批高水平合同研发企业成长；鼓励医药行业龙头企业基于上下游外包服务需求裂变发展专业外包解决方案；支持医药合同研发服务平台建设，积极引培药物非临床安全性评价机构(GLP)，逐步形成高端生产性服务的业态集聚效应。

2. 临床验证。鼓励省内大型医院利用临床试验机构资源优势，积极开展药物临床服务。深度参与产业临床验证服务，积极引培药物临床试验机构(GCP)、医疗器械临床试验机构；支持医疗机构与政府、高校、第三方机构等合作，打造集药物发现、药代动力学研究、药效动力学研究、医疗器械设计、药品与医疗器械安全性评价、质量标准研究等为一体的综合平台，构建开放协同的临床前研究和临床试验服务体系。

3. 数字融合。支持发展基于人工智能、大数据、工业互联网的数字化药物研发平台，支持药物精准研发；围绕重大慢性非传染性疾病和出生缺陷疾病等，发展疾病精准干预和治疗的关键技术，深化系统定制开发、跨媒体辅助诊疗等融合应用；基于人工智能基因测序、基因大数据、脑科学与脑机接口、高端医学影像分析等融合技术应用，加快开发药物制剂和高端医疗器械新产品。

4. 委托生产。积极发展医药生产外包服务，加快药物制备和工艺技术开发，推动原料药生产、中间体制造、制剂生产包装、临床用药等服务专业化；鼓励龙头企业、专业机构等建设医药领域共享工厂、GMP(良好生产规范)中试服务平台，支持有条件生产企业接受委托生产，构建符合专业标准和绿色安全要求的产能整合体系，发展医药智能制造解决方案服务。

5. 注册申报。聚焦医药上市审评环节的专业申报需求，大力引培药品注册、新药申报、专利申请、检验检测、报关代理、合规咨询、技术交易等专业服务机构，健全市场化的第三方专业服务体系。支持省药品监督管理局在医药产业集聚的园区平台布局设立医药创新和审评柔性服务站，打通服务延伸“最后一公里”，为医药企业开展量身定制服务。

(三) 延伸布局供应链上下游

1. 制药设备。加快高端制药设备国产化，突破高端设备亟需的关键材料和零部件瓶颈；重点发展大型化、成套化、精细化的新型制剂

工艺设备、大规模生物反应器、柔性化无菌制剂生产线、智能包装机器人、光学检测设备等，提升设备的稳定性与合规性；加快医药生产工控系统、智能感知元器件等核心技术研发，加强在线检测、在线监控、在位清洗消毒、高密闭和隔离等技术应用；延伸发展装备技术定制化解决方案，提高设备的自诊断、自修复能力，围绕人工智能药物合成路线设计、机器人全流程执行等探索制药设备新模型、新工艺。

2. 包装材料。加快发展具有高阻隔性能、物理机械性能、药品相容性、生物安全性能等的新型包装材料，推动新型包装设计，发展多室袋输液包装、儿童等特殊人群安全友好包装等，重点支持中性硼硅玻璃管等疫苗包装材料发展。支持气雾剂、粉雾剂专用给药装置及电子注射笔、自我给药系统、预灌封注射器、自动混药装置等新型注射装置发展。

3. 互联网+新业态。围绕医药研发、健康管理等，发展生物大数据、医疗健康大数据共享平台，鼓励药文旅养融合发展。基于区块链等技术，实现医药供应链全周期可追溯的数字化协同管理。构建精准诊断技术、精准治疗、精准药物有机结合的精准医疗服务体系。积极发展基于智能穿戴设备的“互联网+”远程健康服务新模式，开发应用集健康监测、智慧识别、基因诊断、智能随访、临床决策支持等功能的智慧服务系统，发展“互联网+”慢病管理、基层健康管理等新模式。加快发展“互联网+医药流通”，健全电子处方流转平台建设，支持医药电商及新零售规范创新发展，推动医药冷链物流数字化升

级。

(四) 优化产业空间布局

加快构建“一核两带两圈”的产业发展空间格局，强化医药产业空间供给，健全全省平台载体梯度协同体系。

1. 一个科技创新策源核：依托杭州市打造全省医药产业研发制造的创新策源核，充分发挥高校、科研机构、创新型企业和服务机构的集聚优势，接轨长三角地区，联动湖州、嘉兴、宁波等地加快生物技术药产业链培育；重点提升未来科技城(海创园)、杭州医药港等平台载体的科技创新带动能力，实现对医药产业链各环节的技术赋能、数字赋能和机制赋能，引领全省医药产业技术突破、人才培养与模式变革，构建以杭州为辐射中心的产业发展梯度合作空间。

2. 两大产业创新赋能带：沿湖州、杭州、绍兴、金华、台州等地布局制药产业创新赋能带，带动全省化学药产业链提升发展，全面强化医药产业重大项目空间承接能力，打造国际知名的医药出口制剂基地。沿嘉兴、杭州、宁波、金华、温州等地布局医疗器械创新赋能带，带动全省高端医疗器械产业链加快壮大，推动医疗器械制造与电子信息、软件工程、精密制造等领域融合发展。

3. 两个生态发展产业圈：山区生态医药产业圈：依托金华、衢州、丽水等地，发挥山区生态资源及中药材特色强镇、道地优势产区、“道地药园”示范基地等建设优势，打造具有浙江特色的现代中药产业链，延伸发展天然药物健康产品和先进生物制造等。海洋生态医药产业

圈：依托宁波、舟山、台州、温州等地，积极发展以海洋生物资源创新利用和精深加工为基础的生物技术药、现代中药、生物制品等。

四、主要任务

(一) 布局前瞻引领的技术创新体系

1. **布局高水平创新载体。**加快医药领域基础性、前沿性重大创新平台谋划布局，全力争取国家级重大科技基础设施、国家重点实验室、国家工程研究中心等在浙江布点与创建。依托杭州城西科创大走廊、温州环大罗山科创走廊、G60 科创走廊等战略性创新平台，加快优质科创资源集聚。发挥好浙江大学、西湖大学、浙江工业大学、温州医科大学、浙江中医药大学、杭州师范大学、中国科学院肿瘤与基础医学研究所等名校名院作用；依托创新能力突出的领军企业和高校院所，整合产业链上下游优势创新资源，布局建设医药领域省技术创新中心。加快医药领域省实验室布局，重点推动良渚实验室、西湖实验室、瓯江实验室等高水平创新载体建设；支持之江实验室、湖畔实验室、甬江实验室等开展生物技术与数字技术、材料科学的交叉融合研究。加快健全创新资源共享体系，探索多方参与的载体共建机制，优化产业创新生态。

2. **加快基础关键技术攻关。**强化生物医药领域基础研究及关键核心技术攻关，推进科技创新尖峰、尖兵、领雁、领航四大计划，加大省自然科学基金、重点研发计划项目对生物医药领域重大基础研究项目支持力度，集聚全省优势科研力量开展联合攻关。重点围绕新一代

基因操作技术、基因存储技术、绿色制药技术、药材育种技术、合成生物技术、分子诊断技术、单细胞多组学、生物安全技术、脑科学与脑机接口等新兴领域,以及大数据、人工智能、新材料等与医药产业交叉融合等热点方向,扎实开展医药前沿领域的基础理论和科学研究,力争取得国际引领性原创成果突破;面向临床重大需求,优先支持近

期有望突破技术壁垒或取得全球领先原创成果的项目,力争形成一批具有自主知识产权的领先科技成果和高价值专利。

3. 强化临床研究协同创新。支持省内医疗机构、临床医学研究中心等加强与医药企业的联动协作,加大临床专家招引力度,提升全省临床研究水平和临床试验能力建设。推动与北京、上海、广州等医疗机构资源丰富地区及海南博鳌乐城等国际医疗旅游先行试验区开展临床医学研究合作。加快完善省内医疗机构考核评价机制,鼓励医院和医生参与临床研究。对接企业需求与各类临床资源,探索组建“临床试验加速器”,提升临床试验平均启动时间,加快临床试验样本有效供给,探索建立药品器械试验数据保护制度。优化临床试验立项和伦理审查程序,探索将伦理审查提前到新药临床试验(IND)审批前进行,加快审查进度支持临床试验立项。

4. 推动关键创新成果转化。加快医药新技术产业化,推动全球新药在浙江首发,争取国家重点研发计划重点专项、重大新药创制国家科技重大专项等在我省转化。加强对在浙江新取得创新药物、改良型

新药、首仿药、创新医疗器械、创新疫苗、生物类似药注册批件并在浙江生产的投资项目支持力度。完善创新产品优先审查和罕见病药物优先审查、快速评审机制，优化变更中试、稳定性研究等审批或备案流程，缩短创新成果转化周期。强化产学研合作体系，打通高校、科研院所创新成果转化的“最后一公里”；健全提升中国(浙江)卫生健康科技研发与转化平台功能，争取国家实验室成果转化基地建设，发挥浙江知识产权交易中心等平台作用；推进省药品科技创新成果转化联盟建设，积极引培第三方成果转化服务机构，构建医药全生命周期服务链条。

(二) 打造高效可靠的产业链发展体系

1. 推动产业链基础提升。针对依赖进口和国外授权的医药研发生产环节，加快产业链大数据中心建设和产业大脑应用，组织实施一批行业示范带动性强的产业链协同创新项目，补齐医药产业链创新短板。支持省内制剂龙头企业牵头，加强与原料药、药用辅料、制药设备、药用包装材料企业及 CRO 机构等深度合作，重点围绕行业广泛使用的高端药用辅料、依赖进口的主要原料药、重要制药工艺技术及装备、高精密药物分析仪器设备和软件技术等，全方位开展联合攻关。鼓励医药企业、科研院所、专业机构、大型医院等组建技术创新联盟，探索技术、设备、数据、样本等创新资源共享机制；引导企业在新药研发布局过程中强化沟通协作，避免资源浪费与同质竞争。

2. 推进上下游一体化发展。围绕国家药品集中带量采购改革要

求，以上下游一体化为方向，鼓励建立从原料药到制剂的一体化发展模式，增强产业链垂直整合与横向联合能力，带动产业链整体实现降本增效。支持龙头企业通过自身研发部门、制药工艺平台、检验检测部门、医药物流平台等职能的专业化、服务化发展，延伸成为产业链专业环节。鼓励龙头企业通过供应链整合、关键技术掌握、股权并购等方式，构建企业上下游共同体，支持制剂企业、原料药企业等通过相互持股等方式增强合作韧性，支持依托共同体搭建研发、产能与渠道共享平台，构建与畅通多渠道、网络化的区域供应体系。

3. 深化产业链延链补链。建立医药产业链核心技术环节风险清单库，在迭代健全核心技术清单基础上，围绕省内、长三角、国内、国外四个来源，全面排摸、整理、储备、挖掘和更新断链断供替代线索，健全产业链断链断供风险清单。根据风险清单，不断完善摸排、跟踪、研判、推进工作机制，加快实施一批医药产业链延链补链项目，提升对重要原料、辅料、高端装备等薄弱环节及实验动物资源、生物样本等关键资源的支持力度。综合运用股权投资、收购、兼并、技术买断、合资等方式，推动产业链重大项目精准招引。支持有条件的企业和机构加快开展原料药、重要辅料、包装材料、生产工艺与设备等变更的预研及验证性研究，确保变更后的药品一致性。

(三) 完善专业集聚的平台支撑体系

1. 推动集聚平台能级提升。高水平建设一批医药产业基地(园区)，规划形成一批产业集中度高、创新能力强、市场化水平高、特

色鲜明的产业集群，不断强化平台资源引聚能力、提升医药产业集群的国际竞争力。大力支持杭州钱塘新区、绍兴滨海新区等“万亩千亿”新产业平台培育；加快推动余杭生物医药高新园区、杭州湾新区生命健康产业园、浙江头门港经济开发区、金华生物医药产业园、南太湖生物医药园等平台能级提升；支持台州等打造制剂和高效原料药一体化发展的先进制造基地；支持各地根据自身特色推进一批医药产业特色小镇、小微企业园建设。

2. 推进综合服务平台建设。推动医药领域产业创新服务综合体服务能力升级，在重点集聚平台针对性建设“医药创新和审评柔性服务站”。面向医药产业共性服务需求，积极争取国家级审评服务、疫苗批签发分支机构落地，整合提升国家(浙江)新药安全评价研究中心、国家药监局仿制药评价关键技术重点实验室、省食品药品检验研究院药物安全评价中心、省创新药物成药性评价公共服务平台、省原料药安全研究中心、省药品接触材料质量控制研究重点实验室、中科院药物智能化设计研发服务平台、浙江大学智能创新药物研究院、浙江大学创新药物早期成药性评价平台、省生物医药创新公共服务平台等建设，加快健全生物技术、医疗人工智能等新兴领域检验检测服务，提升服务覆盖能力、精准性与及时性。建设省级遗传信息管理服务平台，加强与国家遗传信息管理办公室对接，帮助企业提升相关事项申报获批效率。

3. 加快专业资源平台建设。支持各地建立医药产业特需的专业样

本库、蛋白元件资源库、生物资源基因库、生物产业标准物质库等专业资源平台。依托浙江大学、浙江中医药大学、温州医科大学、杭州医学院、中科院肿瘤与基础医学研究所等高校院所，谋划建立具有产业应用价值、科研前瞻性和浙江特色的省级精品样本库和全景生命数据库，探索构建高通量、低成本、标准化的生物样本与数据存储管理认证体系。布局建设高级别生物安全实验室，加快推进杭州医学院建设满足大动物实验需求的生物安全三级实验室。争创国家级中药种质资源库，推进中药资源保护、守正创新、文化传承。通过合作共建、设立分中心与流动站等方式，推动国家级专业资源平台在浙江布局设点。探索与国际高端样本库、资源库开展战略合作，畅通医药产业发展必需的生物资源对接渠道。

(四) 建立梯度成长的企业培育体系

1. 打造全球领军企业集团。深化推进“雄鹰行动”，对标全球行业标杆，着力推动医药龙头企业做大做强，打造一批具有生态主导力的产业链“链主”企业；围绕“单项冠军之省”建设，加快培育世界一流企业和“单项冠军”企业。推进国内外龙头医药企业集团在浙江设立区域总部、研发中心和生产基地，全力招引一批总部经济项目，大力支持本土企业回归。支持有条件企业利用线上线下平台，以数字化、服务化等为方向衍生拓展新板块，建立以平台型企业为核心的产业生态系统。

2. 持续推动企业境内外上市。深入推进“凤凰行动”计划，建立

上市和并购重组重点企业库，动态关注龙头骨干企业，针对医药行业发展规律提供上市辅导；健全与资本市场的多元渠道对接，强化拟上市企业募投项目的要素配置保障，持续提升主板、新三板、创业板和海外上市的浙江医药企业数量。着力发挥现有上市公司的引领带动作用，鼓励企业开展跨行业、跨区域、跨所有制兼并重组；支持企业推进跨境投资和全球资本运作，并购海外优质医药产业资源。

3. 加快形成创新型企业群落。深入实施医药领域“雏鹰行动”，持续引导创新型中小企业往“专精特新”方向发展，增强企业的专业化研发能力与协作配套能力，构建大中小企业融通发展的“五企”培育体系。加快培育医药细分领域的“隐形冠军”企业和专精特新“小巨人”企业，鼓励企业争创国家级、省级产业平台。围绕稳企业、防风险、扩投资，搭建企业、政府、高等院校、行业协会、投资服务机构紧密合作的开放对接平台；建立高成长企业培育库，着力推动具备领先研发能力和“互联网+”基因的潜力型医药企业成长。积极推动医药领域的众创空间、孵化器等建设，培育一批拥有特色技术、创新人才团队的双创基地和创新型中小企业。

(五) 培育具有竞争力的产品体系

1. 依托品牌建设开拓医药市场。做强“浙产好药”“浙造器械”品牌，打响医药行业“浙江制造”品牌。强化“品字标”品牌、出口名牌等品牌培育；支持医药老字号传承创新，发挥医药老字号在服务民生、促进消费中的作用；加强品牌产品的宣传推介力度，一体打造

“名品+名企+名产业+名产地”。发挥品牌优势，推动创新产品参与国家、省组织药械集中带量采购；积极拓展民营医院、基层和社区医疗机构、院外零售市场等渠道；支持生产企业加强与健康服务平台开展战略合作，开拓医药网络零售市场。支持企业深拓国际市场，实施制剂国际化营销战略，巩固提升原料药市场优势，积极推动医疗设备产品出口。建设一批“浙八味”、新“浙八味”等道地药材规模化生产基地，推进区域性公共品牌注册和保护。

2. 完善医药全流程质量管控。强化医药质量监控平台建设，加强临床研究规范性建设和监管，健全医药安全风险实时监控评估体系。构建涵盖医药原料、医药产品、医药服务等质量标准一体化的共享数据库和可溯源体系，为医药新品种、中成药大品种、医药新业态产品的质量批间一致性和品质评价服务提供支持。进一步落实企业主体责任，引导企业推广质量控制、自动化和在线监测等技术在生产中的应用；全面落实年度报告制度，加强重点企业与品种的飞行检查，实施通过一致性评价品种风险项目化管理。依托省市各级信用平台体系，进一步完善企业信用信息档案，加强医药企业信用体系建设。

3. 加快创新医药产品推广应用。健全医药创新产品评价机制，简化创新药品和创新医疗器械采购流程。优化药品器械推广应用制度，推动采购人在法律法规和政策的允许范围内优先采购自主创新产品和服务，将符合相关规定的医疗服务项目及医用耗材纳入医保支付范围。积极推动省内创新药品纳入国家基本医疗保险药品目录。鼓励医

疗机构加大对疗效确切、质量可控、供应稳定的创新医药产品采购比重。深入实施制造业首台(套)提升工程,深化“浙江制造精品”政策,加大对医疗器械、药品等创新产品推广应用的激励;加强政府采购进口产品管理,推动医疗机构优先使用被认定为首台(套)产品的医疗装备、软件;推动医疗设备领域的产学研用合作,支持首台(套)乙类大型医用设备经遴选纳入国产大型医用设备省级推广应用。

4. 提升重点领域标准话语权。大力实施标准化战略,引导企业推进标准化应用,鼓励企业按照国内外先进标准改造提升医药产品,加快淘汰落后工艺及设备。加强医药领域标准体系建设,支持企业主导制定一批国家标准、地方标准、行业标准和团体标准,推动医药创新成果向标准转化。推进国家级和省级标准化技术委员会建设;积极组建行业标准联盟,促进标准体系完善过程中的技术、管理、知识产权等全方位合作。加强标准国际化工作,深化国际双多边标准化合作交流,推进国内外技术标准互认互通。

(六) 建设数字赋能的绿色智造体系

1. 打造医药领域“产业大脑”。加快建设医药领域企业级、行业级、产业链级、区域级、特定环节型平台协同互补的工业互联网平台体系;以工业互联网为支撑,鼓励医药领域领军型平台企业、链主型企业、产业链上下游企业共同体等,主动承担产业大脑细分行业试点应用建设。依托产业大脑建设,深度推进生命科技与新一代信息技术融合,挖掘医药领域数字化改革的应用场景创新;推动医药工业技术

软件化，加快开发一批行业性以及特定场景的工业 APP；培育一批数字应用能力领先的标杆企业，鼓励企业在合成、筛选、药理、药效、安全评价、临床评价等环节应用数字化研发工具；鼓励面向产业链共性需求，探索基于产业大脑的医药共享制造新模式。

2. 培育建设医药“未来工厂”。依托数字化车间、智能工厂创建基础，纵深推进药品器械生产过程智能化，遴选一批符合医药生产质量管理规范的工厂进入“未来工厂”入库名单，培育打造医药行业省级“未来工厂”。鼓励医药企业加强业务信息系统与装备集成，强化全流程数字化管理和大数据应用。鼓励人机智能交互、工业机器人等应用，优化设备状态、作业操作、环境情况等数据采集和动态感知，实现医药制造工艺仿真优化、状态信息实时监测、反馈和自适应控制。针对医药产业不同细分领域“未来工厂”建设特性，加快推进数字化服务商队伍培育，发展针对性的数字化解决方案。

3. 加快医药企业绿色安全发展。坚决落实碳达峰、碳中和要求，引导企业采用循环型、低碳化生产方式，推广使用清洁能源与环保原料，提高绿色医药生产装备配置和密闭化、连续化、自动化、管道化水平，推进绿色产品、绿色工厂与绿色供应链建设。支持医药企业利用新一代信息技术开展生产全过程精准管控，强化在线监测与安全监控，提升环境保护和资源处理的预判和分析能力。落实“三线一单”生态环境管控要求，新改扩建医药产业项目合理进行选址布局。围绕重点平台、重点项目，探索制定符合实际的差异化环境和安全准入政

策，配建危化品仓储、危废集中处理、高效污染治理等安全环保设施，提高行业安全生产水平；深化副产物循环利用、废弃物无害化处理和污染物综合治理，建设一批绿色园区、循环经济园区、低碳工业园区和节水标杆园区。

(七) 构建开放共享的协同发展体系

1. 引导省内产业有序梯度协同。打造省内医药产业创新平台和产业化平台间的梯度合作体系，通过建设定向输送的产业化基地、“产业飞地”、产业合作园等，引导杭州等地的创新溢出在省内平台科学有序承接，形成“一对多”“多对多”的平台载体合作网络。支持各地依托上下游投入产出关系、龙头企业分支机构布局等，开展产业链共建、共创、共享，重点围绕新型化药制剂、生物技术药物的原料药需求，布局一批协同制造基地。引导各地医药产业园区平台、特色小镇、小微园区和双创空间等形成梯度协作，强化项目信息共通，避免重复建设，最大限度提升医药产业资源要素整体利用率。

2. 推进跨区域平台协同合作。全面融入长三角区域一体化发展，围绕医药产业科技创新、评审审批、流通储备、药品监管、临床资源合作、知识产权保护、重大项目推进、自贸区机制创新等方向，探索推进长三角医药产业联盟、区域科技创新共同体等建设，构建长三角地区互认互信合作机制。加强与北京、苏州、深圳等地高能级医药产业平台的资源对接、机制对接，形成优势互补、协作配套的跨地区平台交互体系，探索布局一批虚拟产业集群。深化省内区域协同发展，

鼓励全国药品上市许可持有人、医疗器械注册人在省内平台引入高新技术产品、开展委托生产，探索飞地“双向共赢”协作机制与跨地区监管机制，提升创新资源转化能力。

3. 推动医药产业全球精准布局。围绕产业薄弱领域开展全球精准合作，突出招引一批投资规模大、产业带动强、经济效益好、科技含量高的项目，支持省内医药企业从境外引进先进技术进行产业化。支持龙头企业开展全球研发网络建设，开展国际多中心临床研究，优化知识产权产业链布局和国际布局，形成一批高价值自主知识产权。支持企业开展境外制造中心、原辅料生产基地等产业链跨国部署，鼓励企业在“一带一路”沿线国家谋划建设跨境产业合作园区，提升重要原料、产品等供应渠道的多元化与稳定性。实施中医药海外发展工程，推动中医药技术、药物、标准和服务全球化。

(八) 健全常态化的医药储备体系

1. 全面提升医药储备能级。按照“平战结合”原则，进一步完善省市县三级储备体系，加强应急演练。建设“一核多点”的省级应急医疗物资储备基地，推进设区市储备中心全覆盖，在重点县(市、区)建立规模储备点，全面提升医疗物资统筹调配、综合管理、协调联动、分级保障能力。加强公共卫生事件跟踪监测和分析研判，优化储备品种结构，及时调整储备目录，加强防护用品、短缺药品、疫苗等的储备。针对流通效率低、生产周期长、应急时急需的品类，加强产能和物资储备。落实属地责任和储备单位主体责任，健全储备管理制度，

加强日常管理和监督检查，确保产品质量安全。

2. 构建精密智控保障体系。按照闭环管理要求，建立完善应急状态下统一指挥、省市联动、运输协调、物资调拨、进口捐赠、会商决策、交办督导、信息通报等工作机制。加快推进省重要医疗物资智能监测管控调度平台建设和功能迭代升级，做好重点保供单位产能、产量和库存监测。推动公共卫生领域相关平台互联互通、数据共享。支持应急医疗物资领域行业级工业互联网平台建设，探索建立“平时定期、灾时定时”的产业链数据采集监测机制。

3. 强化生产储备支撑能力。推动各地结合实际，支持企业保障生产条件、稳定产能，加强生产能力储备、流通储备和医疗机构物资储备。培育应急医疗物资产业链，推进产业链强链延链补链，探索建设一批应急医疗物资生产能力基地。提高应急扩容转产能力，推广“抗疫生产十法”等经验做法，完善应急状态下应急药械包容审慎监管及技术服务机制。利用企业码深化“三服务”，持续做好重点保供单位的政策支持和联系服务。

五、保障措施

(一) 强化政策协同推进

围绕医药产业发展全生命周期，强化规划实施协同配合，加强发展改革、经信、科技、财政、自然资源、生态环境、商务、卫生健康、药监、医保、教育等部门政策协同，推动省市县三级联动，健全工作机制、形成工作合力。加强与国家政策衔接，加大财政、税收、要素

等方面政策支持，优化医药产业重点项目的用地、用能、排污权等要素资源配置，探索排污权指标市场化交易机制。依托生物医药产业链专家服务团等，加强对产业发展、政策制定、重大项目评估等工作的智力支撑，面向全省医药企业开展定期或不定期的交流指导。更好发挥行业协会、产业联盟等的桥梁纽带作用，提供政策咨询、加强行业自律，营造卓越的行业发展氛围。

（二）优化审评监督机制

以数字化改革为牵引，进一步深化“最多跑一次”改革，创新医药领域的数字化监管与服务，构建药品安全协同智治体系。创新评审审批机制，完善优先审查和快速审评机制，落实药物临床试验机构备案、临床试验默示许可制、生物等效性试验备案等，加快已上市药品变更备案速度。着力增强医药审评队伍力量配备和能力建设，扩充技术审评力量，提升审评效率。研究建立跨地区监管协作机制和长三角药品医疗器械检查互认互信合作机制。进一步完善临床研究特殊物品便利化监管制度，推进通关便利化。全面实施药品上市许可持有人制度，积极推进医疗器械注册人制度试点，提升资源配置效率。

（三）加强人才队伍建设

精准实施“鲲鹏行动”计划、“万人计划”、省领军型团队计划等各类重大人才工程，大力引培高端领军人才、杰出中青年专家和具有国际影响力创新研究团队。优化医药学科专业设置，加强新医科建设，着力培育交叉复合型人才。构建临床研究、数据分析、法规事务、

质量管理、专业中介等紧缺型、实用型人才队伍，依托职业技能培训、技能人才评价、职业技能竞赛等强化医药技能人才培养。完善医药行业专业技术人员职称评聘办法，重点优化研发人才、临床人才、生产人才、评审人才、检验人才等评价激励制度，健全高层次医药人才“一站式”服务体系。

(四) 加大金融支持力度

发挥省转型升级产业基金作用，加大对医药产业重大科技攻关和产业化项目、优势上市企业做大做强、医药公共服务平台建设、优质早期项目服务、海内外优质成长期项目落地、创新型企业发展等支持。鼓励各地设立由政府引导、民间资本参与、企业化运作、专业精准扶持的医药产业基金，构建多方参与的基金运作模式，形成对新药创制全生命周期支持的金融服务体系。鼓励各类金融机构加大对医药企业的信贷投放力度，创新融资租赁、担保质押、知识产权质押等金融服务模式。鼓励重点投资机构牵头建立医药投融资服务平台，提供项目路演、政策咨询、机构对接、风险评估等专业服务。鼓励保险机构探索建立合同研发生产第三方责任保险制度，针对性开发覆盖药品医疗器械研发、临床试验、生产全生命周期“共保”的药品器械安全责任等险种。

(五) 完善水资源保障机制

严格建设项目水资源论证，探索建立建设项目水资源论证后评估制度。加快节水示范工程建设，建立节水激励机制。推进节水技术改

造，推动节水设施与主体工程同时设计、同时施工、同时投入使用。积极发展中水回用、海水淡化、分质供水、雨水利用等非常规水源开发利用。加强工业污水处理设施建设、排污处理。开展医药企业水平衡测试工作。加强区域节水评估工作，实行水资源红黄蓝管理制度。制订节水强制性标准，逐步实行用水产品用水效率标识管理。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

以多学科融合，助推公立医院高质量发展

来源：中国人民大学医院管理研究中心

当前，随着人工智能、医学影像、分子诊断、微创手术、靶向药物治疗、数字化医疗等生物学及科技的加速创新，疾病防治手段和医疗服务水平也不断提升，临床医学发展已逐渐从单学科、单领域迈向多学科、跨领域的交叉融合和紧密协同式发展，“生物-心理-社会医学模式”已开始发生转变，整体协同发展模式正在成为临床医学新的发展趋势。

诊疗模式的变革

医院诊疗模式的变革，可以概括为以下 4 种类型。

(1)单学科诊疗模式。患者根据疾病发作器官的划分在医院寻找对应学科进行诊疗，一旦不属于该科室救治范围，患者只能够重新到其他对应科室进行就诊。这种单学科的诊疗模式，医生与患者属于一

种“一对一”的就诊模式，患者一旦有多个疾病或重大疾病其诊疗状况与体验都比较差。

(2) 松散协作医疗模式。以疾病为中心进行学科交叉整合，将门诊相关科室、检查设置在同一区域，实施联合诊治，相关器官的内外科病区重新布局，打破学科间藩篱，以学科群模式发展，是一种学科松散协作的模式。

(3) 多学科协作医疗模式 (Multidisciplinary Teamwork, MDT)。是针对某种疾病或某个系统疾病，由两个以上的相关学科组成相对固定的专家工作组，通过定期的多学科临床讨论或查房，为患者提出最优的整体诊疗方案的诊疗模式。MDT 模式是上世纪 60 年代在美国由梅奥诊所首先提出的，90 年代后经过 MD 安德森等医疗中心的正规化后迅速发展。首先是集中在肿瘤诊疗领域，现在已经广泛应用于神经系统疾病、心血管疾病、肾功能衰竭等复杂疾病治疗，肿瘤 MDT 现在仍然占到美国所有疾病 MDT 的 60% 左右。以病人为中心的多学科协作诊疗模式，能较好地解决综合医院“专”与“全”的矛盾，使传统的个体式经验性医疗模式转变为现代的小组协作规范化决策模式，由此推动全方位、专业化、规范化诊治策略与合理化医疗资源整合配置。该治疗模式特别适用于肿瘤、肾功能衰竭、心力衰竭等复杂疾病的诊断。为了提高医疗质量，2007 年我国部分医院正式开始采用了 MDT 模式。但是，到目前为止我国医院开展多学科协作诊疗模式尚处于起步发展阶段，一项调查显示我国三级公立医院 MDT 开展率为 67.31%，

开展的平均时间是 3.36 年。医院管理人员对本院多学科协作诊疗流程的满意度偏低。多学科协作诊疗模式的组织方式、收费方式、激励方式等尚没形成统一的机制。

(4) 以系统疾病为中心的多学科融合模式。如上海市在 2017 年发布的《上海市临床重点专科建设“十三五”规划》中就提出“鼓励学科融合，建立以疾病为中心的专病专科临床诊疗中心，提升学科综合实力”。通过整合多学科资源，紧密型交叉发展，以特定疾病为中心建立全诊疗链式服务模式，将成为未来疾病诊疗的一种重要模式。通过中心化建设可以打破学科间的壁垒，融合医、药、护、技及营养、心理、康复等诸多专科医师，不仅使患者获得规范化、个体化的治疗，还可增强学科间交流、促进学科间合作、提高临床诊治水平。今年 2 月，习近平总书记在中央全面深化改革委员会会议上，指出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，更好提供优质高效医疗卫生服务。这种以系统疾病为中心的多学科融合模式，也是促进医院高质量发展的一种医疗服务模式的创新。

如何进行多学科融合模式发展

医院的学科建设体现了医院医疗技术能力和质量水平高低，只有建立起强大的学科体系才是实现医院可持续发展的关键。

1、鼓励医院进行诊疗模式变革。在今年的全国医疗管理工作会议上，国家卫生健康委对于如何进行公立医院高质量发展，国家卫健委今后的一项重要工作就是坚持存量改革与增量发展相结合，存量改

革就是做好 4 个协同，区域协同、机构协同、专科协同、人员协同。其中在专科协同方面，将探索心脏中心、神经中心、肿瘤中心等综合学科发展模式，促进专科协同发展。卫生主管部门已经意识到，需要积极推动医院进行诊疗模式变革，建立以系统疾病为中心的多学科融合模式，来改变公立医院运营管理模式和重大疾病的医疗救治能力。从医院管理的角度来看，多学科融合发展将发挥着学科自身建设、学科之间共同建设及相互交叉协作所产生的综合效能，在管理模式创新、服务流程优化、诊疗水平提升等方面能够带来显著成效。

2、加强人才建设培养。人才是多学科融合发展建设的根本。以疾病为中心的多学科融合，涉及到“医、教、研、人、财、物”各个环节，需要通过凝聚多方资源，只有加大人才培养才能带动技术水平与科研能力的提升。

3、建立综合学科内部的学术交流培训机制。为相应专科医务人员制定相应的教育培训计划，建立基于医疗技术、质量控制、临床路径、单病种质量等方面的服务能力和服务质量的综合评价机制。

[返回目录](#)

建立医保按 DRG 付费 探索医院绩效考核模式

来源：华夏医界

随着我国医疗卫生体制改革的不断深入，按疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Group, DRG) 医保支付方式改革试点工作也在快速推进，而我国公立医院当前的绩效模式已经无法适应 DRG 支付方式，

医院如果不进行绩效改革，那么只能被动的承担越来越沉重的成本压力。该如何设计出适合 DRG 医保支付方式的绩效考核模式才能适应医改新形势，并解决 DRG 医保支付方式带来的各种困惑，已经成为现代医院管理的一个难题。

所谓的 DRG 支付方式，即按诊断相关分类付费或按病种付费的方式，跟 DRG 按病种付费相对应的是“按项目付费”的方式。“按项目付费”的最大弊端是医生开“大处方”，从而导致医院提供过度医疗。

1、建立医保按 DRG 付费体系是医改的大趋势

《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号）明确指出：探索建立按疾病诊断相关分组付费体系。按疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平等进行病种分组，坚持分组公开、分组逻辑公开和基础费率公开，结合实际确定和调整完善各组之间的相对比价关系。可以疾病诊断相关分组技术为支撑进行医疗机构诊疗成本与疗效测量评价，加强不同医疗机构同一病种组间的横向比较，利用评价结果完善医保付费机制，促进医疗机构提升绩效、控制费用。加快提升医保精细化管理水平，逐步将疾病诊断相关分组用于实际付费并扩大应用范围。疾病诊断相关分组收费、付费标准包括医保基金和个人付费在内的全部医疗费用。

此外，伴随我国日趋严重的人口老龄化、慢性疾病谱的改变，医保支付制度改革急需加速；而人们对医疗健康消费需求的无限性和医

院对收入追求的无限性正需要 DRG 这样的控费工具。我国进入了老龄化时代，人口老龄化年均增长率为 3.2%，约为总人口增长速度的 5 倍，预计 2020 年我国老年人口达到 2.4 亿，占到总人口数的 17.17%，如此巨大的老龄群体，需要的医疗健康服务资源可想而知。目前我国疾病死亡前五位中，慢性病占前三位，这说明慢性病已经成为威胁人们健康的主要疾病，追求健康，延长生命都需要强大的医疗资源作为保障。解决医保支付资金缺口问题，改革迫在眉睫。

2、医院目前的主要绩效模式无法适应 DRG 支付方式

当前，我国公立医院的绩效模式主要包括收支结余提成模式和医疗项目点值模式(RBRVS)，当前医院绩效激励的增收但不增效以及收益变为成本的现状，无法适应医改新形势。

2.1 收支结余提成模式

收支结余提成模式(或称成本核算模式)主要体现的是粗放式增收，多收多得，没有充分考虑社会医疗负担，不符合医疗自然属性，关注公益性不强，这也是一系列改革活动中不允许与收入挂钩的重要因素。

计算公式：绩效工资=[致收入—支出(或成本)]×100%。

主要优点：一是刺激关注收入粗放式增加，推动了医院 GDP 产能提高；二是有利于医院成本的控制；三是对医院的经济贡献提高。

主要不足：一是医疗收费价格不合理，但差异不能体现；二是间接收入拆分困难；三是支出或成本匹配；四是提成比例人为因素过多；

五是不能充分体现劳动强度、风险难度及技术含量。

2.2 医疗项目点值模式

RBRVS 是指以资源好用为基础的相对价值表的理论体系，以医疗项目的技术含量、风险度、个人教育与时间投入为评估标准，分别设定了医师、护理人员及医技人员三大系列人员执行的主要医疗项目的相对价值，称为“技术点数”，形成三大系列各自的医疗项目相对价值表，即技术点数表。再针对专职研究人员与行政后勤人员，以科室和岗位为单位设定关键绩效指标(KPI)，由此构建起一套包括医、教、研和管四个维度的全面绩效考核体系。

计算公式：绩效工资=医疗项目数×点值—成本。

主要优点：一是通过借鉴美国 RBRVS 概念，转换了与收入直接挂钩；二是通过医疗项目点值调节纠正了医疗项目收入价格的不合理；三是通过刺激多做项目增加了医院的收入；四是强化了医院成本节省。

主要不足：一是刺激多做项目多收入；二是不能充分体现医疗服务业务量；三是成本由于受市场因素影响变化大，影响绩效水平；四是过分控制成本影响医疗服务质量；五是绩效差异平衡困难，影响内部分配的公平程度，每月需要调整。

3、DRG 支付方式下的医院绩效模式探索

目前医院粗放式医疗收入增长模式，遇到医保付费改革的压力瓶颈，有可能导致增收不增效，医院为“医保打工”的窘境，还可能导

致执行不力，约谈政治风险丛生。DRG 控费为第一宗旨，倒逼医院绩效作为指挥棒，需要与时俱进，从“粗放式扩张增收模式”转向“精细化内涵质量效益增长模式”，从增收转向增效，“工作量效能积分绩效模式”适应 DRG 医保支付制度的变革。

3.1 目标管理是运营管理的出发点和落脚点

针对医院的均衡发展，按照平衡卡(BSC)最关键的“KPI”指标纳入目标考核管理，针对医院管理战略影响重大的指标，建立目标管理的指标体系。DRG 按诊断相关分类系统，是运用统计控制理论原理将住院病人归类的方法。主要特点为：一是按照病人疾病种类、严重程度、治疗手段等特点对相关疾病进行分组；二是医疗保险按病人所属的疾病相关分组付账。这一付费模式转移了控制医疗费用的主体，医院和医师获得利润空间的方式只能是以低于固定价格的费用提供医疗服务。

3.2 积分管理适应 DRG 医保付费改革

主要围绕“工作量积分、医疗项目风险难度系数积分、病种风险难度系数积分、成本控制计分”，实现四轮驱动绩效激励机制，通过基于平衡积分卡(BSC)建立关键 KPI 绩效考核体系，与全面质量管理相结合，推行全方位服务满意度评价，建立绩效约束机制。通过积分管理设计，实现不与收入挂钩，规避了政策风险；与医保政策衔接，适应病种分值付费、DRG 医保预付费制度的改革。DRG 病种绩效工资是按照病种成本核算为基础的病种工作量绩效，纳入工作量效能绩效

管理体系，并作为重要内容。绩效工资核算公式为：

病种价值积分=(病种医保支付标准—科室病种成本)×病种风险系数

科室工作量效能绩效工资=[工作量积分×BSC(KPI)

绩效考核得分±日常缺陷管理考核得分]×积分单价

工作量积分=业务量积分+医疗项目价值积分+病种

价值积分+会诊价值积分+工作时间价值积分+科教价值积分

积分单价=标杆绩效预算/工作量效能绩效工资总额

4、总结

新医改的医保时代，医院不再是单纯追求收入上升，而是追求效益的提升，通过增量绩效增加服务量，控制和消化成本。增量是基础，没有门诊量和出院人数的增加，何谈绩效！成本管控要精准，从传统的事后成本核算转向事前的成本预测、成本控制，降低成本消耗，提高医疗服务能力达到增效的目标，实现社会效益和经济效益的双丰收。

[返回目录](#)

• 带量采购 •

国家医保局：耗材带量采购配送服务是关键！下半场流通再成焦点

来源：Eshare

近日，国家医保局价格招采司召开医药配送企业座谈会。会议围

绕深化药品和医用耗材集中带量采购改革、畅通医药流通环节、提高供应保障能力等内容展开讨论。

国家医保局副局长陈金甫强调，要充分认识配送服务在药品和医用耗材集中带量采购改革中的重要作用，深入研究集中带量采购常态化运行下配送服务的发展趋势，发挥配送企业在医药供应保障中的综合功能，优化资源组合，及时研究解决改革中遇到的问题，完善政策措施，强化改革系统集成，共同将药品和医用耗材集中带量采购改革引向深入。

未来耗材集采，将不仅是价格的竞争，更是配送能力、产品售后等综合实力的竞争。

耗材集采：一场没有硝烟的战役

在带量采购的大背景下，各地医用耗材集采工作都在加速进行。据不完全统计，2020年全国范围内耗材带量采购进行了50余次，从国家级到省级联盟再到省市级，耗材带量采购趋向常态化。

国家集采：冠脉支架打响“第一枪”，骨科关节集采进入倒计时

2020年11月5日，国家高值耗材带量采购第一单——冠脉支架集采在天津实施，最高降幅96%，平均降幅93%，均价从1.7万元降至700元。国采“杀伤力”惊人，冠脉支架自此进入“百元时代”。

继冠脉支架成功开展集采后，国家加速了高值耗材领域集采的探索。目前战火已蔓延到骨科关节，4月16日，《国家组织人工关节类医用耗材集中带量采购方案(征求意见稿)》流出，这也意味着，骨

科人工关节类产品国家带量采购已经不远。业内人士预测，关节降幅大概率也将在 90%以上。

地方集采：“高值+低值”遍地开花，持续加速推进

医用耗材的带量采购自 2019 年起在全国各省市加速推进，集采政策和耗材降价在全国的执行是大势所趋，目前大部分省市展开了试点，随着集采试点的持续推进，入围品种不断增多，集采规则不断完善，覆盖地区不断扩大。

从带量采购品种来看，高值耗材集中在心血管介入、骨科、眼科三大领域，其中冠脉球囊、骨科耗材和人工晶体采购覆盖区域最广，降幅也较为明显。冠脉球囊最高降幅高达 96%，骨科耗材平均降幅 30%-80%，人工晶体平均降幅 20%-60%。

低值耗材则以输液器、留置针为主，最高降幅高达 94.34%。低值耗材带量采购多以地市级联盟为主，随着河北首次在省级层面启动集采，呈现出规模逐步扩大的趋势。

目前全国范围内集采常态化，频次提升，且范围逐渐扩大。整个耗材行业经历一场大洗牌。

同质化严重的耗材已进入微利时代，更多创新产品将成为械企寻求市场突破的发力点。行业集中度将迅速向研发能力强、企业成本控制好的头部企业靠拢。

集采中选后，产品配送更是重点

由于耗材在产品规格和使用上，无法像药品那样标准化与可替

代，相对配送也更为复杂，所以回顾以往各地耗材带量采购方案，配送能力都在考核范围之内。

在青海骨科关节集采中，综合企业规模、产品价格质量、售前售后等多维度进行评分，其中配送率占 15 分。

在河南省人工晶体集采中，出现申报价格相同的情况，2019 年在河南省医药采购平台配送数量多的产品优先中选，2019 年在河南省医药采购平台医疗机构采购配送覆盖率高的产品优先中选。

在贵州省黔南州骨科耗材集采中，也提到生产企业所有中标产品发生质量问题或不配送、配送不及时、不到位，受到三次以上医疗机构书面投诉，取消该产品在全州公立医疗机构的销售资格。

对于企业来说，集采中标是第一步，中选产品的配送更是重点。比如骨科耗材多组件、套件，规格复杂，相对配送复杂，物流成本更高，因此对企业的要求也更高，一些中小企业即便有价格优势，却难以快速组件配送服务网络。

随着集采的深入，规则的完善，对配送要求进一步提高。未来医用耗材领域的竞争，将不仅是价格的竞争，更是配送能力、产品售后等综合实力的竞争。

在这样的背景下，中小企业也只能加速淘汰出局，产品线丰富、资金雄厚、拥有独立配送服务团队的企业，在集采中竞争力会更强，最终在集采战役中脱颖而出。

[返回目录](#)

注射剂集采大提速，省区联盟、国采降价压力有多大？

来源：医药经济报

4月27日，黑龙江省药品集中采购网发布《“八省二区”医疗保障局关于开展省际联盟药品集中带量采购工作的公告》，由黑龙江牵头的“八省二区”联盟带量采购品种正式浮出水面，除非洛地平和骨化三醇两个药品为口服常释剂型以外，包括托烷司琼、头孢替安、氨甲环酸等在内的19个药品均是注射剂。

同日晚间，新疆医疗机构药品采购管理平台也发布了《新疆维吾尔自治区新疆生产建设兵团“2+N”联盟药品集中带量采购文件》，意味着由新疆维吾尔自治区、新疆生产建设兵团发起的“2+N”联盟带量正式拉开序幕。值得注意的是，该联盟的集采重心也在往注射剂领域倾斜，在采购品种目录涉及的60个药品中，注射剂品种占据半壁江山，阿莫西林钠克拉维酸钾、奥硝唑氯化钠注、地尔硫卓等30个临床大品种皆在其列。

在药品带量采购常态化制度化的顶层设计下，地方集采迎来全面提速。管窥今年以来省级联盟开展的带量采购，尚未有药企过评的注射剂大品种新晋为降价漩涡中心。而在国家层面，第5批国采报量目录中注射剂也占比过半。今年以来，注射剂集采明显提速，6000亿市场大洗牌来势汹汹。

品种未达50个

“八省二区”联盟集采或开展两轮

本次“八省二区”联盟带量采购由黑龙江省、山西省、内蒙古自治区、辽宁省、吉林省、海南省、四川省、贵州省、西藏自治区、青海省共同展开，参与的省份数量目前仅次于由陕西等 11 省(区、兵团)组成的省际联盟。从纳入品种来看，据梳理，非洛地平、托拉塞米、氟尿嘧啶、奥扎格雷钠、蔗糖铁注射剂、利多卡因、骨化三醇、氨甲环酸、阿加曲班 9 个品种皆是首次参加省级带量采购，或有望刷新对应药品的全国最低价。

米内网数据显示，阿加曲班注射液作为心血管领域抗凝药物，其在 2019 年中国公立医疗机构终端销售额超过 5 亿元，近年来增长率均超过 15%。而氨甲环酸作为经典止血用药，目前在手术创伤较大的人工关节置换中是必不可少的围术期药物，从 2018 年起其在中国公立医疗机构终端销售额已经突破 8 亿元。在 2020 上半年在中国公立医疗机构终端止血药品种 TOP20 中，氨甲环酸排名第三位，近两年的市场增速均保持在 7%~8%左右。

不过，骨化三醇、阿加曲班两大品种此前已出现在广西 GPO 带量采购目录中，重复产品或将不会吸引各省跟随。需要提醒的是，此前有消息指出，根据政策安排，今年各省级带量采购数量或不得少于 50 个，而此次“八省二区”采购品种数量仅勉强过半，有分析人士认为，该联盟或大概率在下半年再组织开展一次，以达到 50 个品种的硬性要求。而具体采购数量和规则此次并未随采购品种目录一同下发，仍需业界保持关注。

创新招采规则

“2+N”联盟能否成为各地模板？

由新疆维吾尔自治区、新疆生产建设兵团发起的“2+N”联盟，则是联合陕西、甘肃、青海、宁夏、广西等省(区)的医疗机构共同开展药品集中带量采购工作。在采购品种上，“2+N”联盟印证了此前业界流传的消息，将集采规模扩容到了 60 个药品，在目前已公布目录的省际联盟中首屈一指，而其中最为瞩目的莫过于多达 30 个的注射剂品种。

从注射剂的具体品种来看，目前尚未过评的抗生素品种几乎被一网打尽，囊括阿莫西林钠克拉维酸钾、拉氧头孢钠、头孢美唑钠、头孢哌酮钠舒巴坦钠、头孢噻肟钠和头孢西丁钠注 6 大品种。全身用抗菌药 2018 年的销售规模上涨至 1589 亿元，尽管近年来受政策影响，全身用抗菌药在中国公立医疗机构终端的增速呈现下滑态势，但作为 TOP1 小类的头孢类产品 2018 年销售规模仍然接近 800 亿元，其中头孢西丁钠、拉氧头孢钠的销售额分别达到了 50.75 亿元和 30.43 亿元。此外，临床常用的银杏叶提取物、低钙腹膜透析液等注射剂也在集采队列中。

与其他联盟相差无几的招采规则不同的是，“2+N”联盟作出了多点创新。除了对独家入围的企业进行谈判议价确定中选资格，防止因为竞争格局问题而影响降幅以外，针对入围企业在 3 家及以上的评审组，“2+N”联盟提出按照“药品集中带量采购综合竞价指标体系”

确定综合得分来决定中选企业，尽管价格分数仍占 50%，但仍会受到挂网率、覆盖率、中选国采情况等指标影响。有分析人士指出，无论“2+N”联盟竞价模式是否会成为全国各省未来的评价模板，都将会给市场带来深刻影响。

国采裹挟地方联盟

注射剂迎全面降价潮

业界普遍认为，带量采购政策对注射剂品种市场的影响要远远大于口服制剂，这是因为注射剂品种只能依赖院内市场，企业无法通过拓展院外市场来维持原有的销售规模，降价意愿和幅度都将更为明显，这从已经开展的国采和省级带量采的激烈战况便可见一斑。

今年 2 月初，“六省二区”省际联盟采购办公室公布药品集中带量采购中选结果。11 个中选药品平均价格降幅为 58.05%，最大降幅达 91.69%，多款中选注射液价格降到地板价，有注射剂降至每支 1 毛多。同月，武汉药械联合采购办公室公布湖北省首批药品集中带量采购中选结果，29 个注射剂品种全部采购成功，共 113 个药品中选。而根据长江日报报道，与全国最低挂网价相比，中选价最高降幅为 85.38%，与湖北省挂网价相比，中选价最高降幅达到 96.24%。在业内看来，此次两大联盟主导的带量采购，或将再次掀起注射剂的降价浪潮。

而在省级带量采购之上，随着一致性评价政策正式落地，注射剂集采扩面有了展开的现实基础，更多过评注射剂品种被划进国家集采

范围。在第四批国家集采中，包括氨溴索注射液、丙泊酚中/长链脂肪乳注射液、布洛芬注射液、多索茶碱注射液、注射用帕瑞昔布、注射用泮托拉唑、注射用硼替佐米、注射用比伐芦定在内的 8 个品种被纳入，参与企业竞价激烈，最终中选价格大幅跳水，平均降价幅度达到 75%。

而今，第五批国采医疗机构报量如火如荼，在 60 个品种中，31 个为注射剂，阿奇霉素注射剂、苯磺顺阿曲库铵注射剂、碘海醇注射剂、碘克沙醇注射剂、氟康唑氯化钠注射剂、法舒地尔注射剂、格隆溴铵注射液、头孢呋辛注射剂等多个临床常用大品种悉数在列。其中，原研药企辉瑞、赛诺菲、诺华、GSK 等均有两款及以上的注射剂在列，将与恒瑞、齐鲁、扬子江、科伦等头部本土药企展开激烈的价格竞争。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

全国首创新生儿医保参保报销“秒批”服务，

看这里如何消除家长痛点

来源：福建省厦门市医疗保障中心

两会期间，全国人大代表、江西省儿童医院信息科科长胡梅英提出了“一条证件‘简办’从新生儿做起”的建议，倡导以政务服务信息平台为基础，将出生证等电子证照集中在助产机构联办，破解新生儿出生后的办证、参保缴费、医保报销的堵点问题。厦门市医保部门，

以问题为导向，以提升群众满意度为目标，针对传统模式新生儿医疗费用报销存在的痛点、难点和堵点问题，主动作为，多方协同，全国首创推出“新生儿医保参保报销‘秒批’”服务项目，创新实现出生“一件事”“秒批”办结。此项创新做法被新华网、人民网、中国新闻网、央广网等中央级媒体广泛宣传报道。

一、创新亮点

（一）观念创新，一件事办结“消痛点”。

以往新生儿住院产生的费用，家长需要先垫付医疗费用，然后在三个月内办妥孩子的落户、参保、缴费、制卡等多项手续，最后才能持票据、社保卡等资料到医保窗口现场申请报销。涉及部门广、时间环节长、材料要求多，群众办事体验感不佳。为解决好群众身边的操心事、烦心事，医保部门转变观念、转换视角，将新生儿需办理的多个事项，整合为群众视角的“一件事”，创新推出在手机端一次性办结新生儿参保、缴费、费用报销全流程事项，全力打造出生“一件事”。

（二）科技创新，持码结算“免垫付”。

厦门市户籍产妇及持有厦门市居住证、在厦参保且正常缴费的外地户籍产妇只需打开支付宝，搜索“厦门医疗保障”服务号，进入“儿童医保专题”，为新出生的宝宝在线办理新生儿预参保登记并缴交医保费用，便可开通和领取“儿童医保码”。在医院结算时，只需出示此二维码，就可直接扫码结算新生儿门诊及住院医疗费用，无需垫付医疗费用后申请报销。

(三) 流程创新，前置环节“少跑腿”。

医保部门从能否线上参保登记、能否线上缴费两个报销前置要素入手，串联以往新生儿医疗费用报销所需的参保、缴费、报销等多部门业务，全面梳理再造流程，深度整合共享数据，通过税务部门为新生儿量身定制的“预参保”缴费手续，在手机端即可完成报销所需前置手续。

(四) 模式创新，整合事项“一键办”。

首次引入医保移动端“一键办理”功能，打造“九位一体”的“儿童医保专题”公共服务体系，涵盖与新生儿医疗费用报销相关的家庭共济、委托代开药等9大功能。参保人进入“儿童医保专题”小程序时，系统将自动提示可办理及未完成业务，提供“一键办”集成服务，方便群众一次性办结关联事项。

二、主要做法

(一) 打破行政壁垒，建立协作联动机制。

深度聚焦群众关心的新生儿报销多环节多部门办理问题，结合“参保—缴费—报销”的事项办理流程，医保部门主动牵头，税务、行政审批、工信等多部门协同，通过立足各自智力和组织优势，抽调精干力量，组建跨部门协同联合小组，形成具体工作方案，提升改革合力。

(二) 深化事项联动，促成“一件事”联办。

一是抓住新生儿报销各前置事项环节的关键共性与连接点，将医

保、税务等多部门业务“标准化零件”集成组装，促成新生儿出生“一件事”流程运转。如新生儿参保登记形成的数据库，可作为征缴的业务前置，入库的缴费数据作为待遇(即报销资格)的判断条件，业务环节相扣，一个环节阻滞影响整个流程运转。

二是通过实现不同服务供给主体的多元创新，如税务部门为新生儿量身定制“预参保”缴费手续，医保部门创新生成“儿童医保码”，再造服务流程，变“物理整合”为“化学融合”，推动一次性联办“办得全”“办得快”“办得好”。

(三) 拔掉数据烟囱，共建信息互通平台。

跨部门“一件事一次办”服务落地，难点在于破除“信息孤岛”和“数据烟囱”。为确保多部门数据信息的畅通流动，医保部门依托信息化支撑，通过流程驱动、自动推送、高效协同，实现了出生“一件事”在“厦门医疗保障”服务号一个线上入口，即可全流程办结，改变了传统新生儿费用报销要跑多部门的困境，更加便民惠民。

(四) 打造标准化试点，集成政务“一盘棋”。

医保部门根据试点医院运行情况，边试点边总结，边改进边提高，通过加强与各相关部门、医疗机构的工作对接，充分发挥示范点的典型引领作用，高标准、稳步伐，逐步将新生儿医保参保报销“秒批”服务推广至其他医保定点医疗机构。同时进一步探索将卫健部门的“出生医学证明”“预防接种证”、公安部门的出生户口登记等一并纳入出生“一件事”，更好地推进政务服务集成办理。

三、实现效果

(一)群众体验佳。

“我还没出院，就在医院为宝宝线上办理好预参保和报销业务，太省心了”。作为首位体验者赖女士，在工作人员的引导下，仅用几分钟就实时结算了新生儿医疗费用共计 1200 多元，直呼便捷。医保部门通过部门联动、数据互通，打造出生“一件事”，实现新生儿医保参保报销“秒批”办结，满足了疫情防控常态化新形势下新生儿家庭对医疗费用报销“一趟不用跑”的迫切需求，极大提升了群众获得感、幸福感。

(二)服务质效好。

新生儿医疗费用报销是医保窗口的高频业务，长期居高不下，窗口容易出现排长队现象，服务效率难以提升。新生儿参保报销“秒批”服务的落地，将过去办理时长平均需要 60 天缩短至几分钟，从线下排队等候升级为线上“指尖”办理，既免去新生儿家庭垫付医疗费用之忧及跑腿办事排队之烦，又释放了窗口服务潜力。截止 10 月 31 日，新生儿出院直接扫码结算共 856 例，总发生费用 77.02 万元，其中个人支付 38.84 万元，统筹基金支出 37.73 万元，账户支付 0.46 万元。

(三)媒体广泛宣传。

中国劳动保障报、中国人口报、健康报、福建日报等多次报道厦门首创新生儿医保参保报销“秒批”服务，人民网、新华网等网站 27 次报道新生儿参保报销“秒批”服务。

健全医保基金共济机制放大保障效能

来源：经济参考报

近日，国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》，启动实施职工医保门诊共济保障改革。此次改革的核心内容可以概括为“一二三三”，即调整一个结构、增强两种共济、实现三项“纳入”、扩展三类“支付”。

第一，调整一个结构，即调整统筹基金与个人账户的计费结构。

原计费结构依据 1998 年《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，在单位和职工个人合计 8%的缴费情形中，计入统筹基金的部分是 4.2%，占比 52.5%；计入个人账户的部分是 3.8%，占比 47.5%。此次改革提出了新的计费结构，经初步估算，在单位和职工个人合计 8%的缴费情形中，计入统筹基金的部分约 5.65%，占比 70.6%；计入个人账户的部分约 2.35%，占比 29.4%。改革调整之后，统筹基金占比约扩大 18.1 个百分点，个人账户占比相应缩小。

第二，增强两种共济，即增强“大共济”和“小共济”。

“大共济”是指统筹基金的社会共济，“小共济”是指个人账户的家庭共济。从“大共济”看，调整统筹基金和个人账户的计费结构之后，统筹基金力量得以增强，统筹基金共济范围得以扩大，可以提高职工医保的社会共济保障水平。从“小共济”看，个人账户的使用范围扩展至家庭成员，可以提高职工医保的家庭共济保障水平。

第三，实现三项“纳入”，即将三项费用纳入统筹基金共济保障范围。

一是门诊费用，在做好门诊慢特病医疗保障工作的基础上，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。二是定点零售药店的医药费用，将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店结算和配药。三是“互联网+”医疗服务费用，探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

第四，扩展三类“支付”，即允许将个人账户使用范围扩展至家庭成员(配偶、父母、子女)的三类费用，实行家庭共济。

一是家庭成员的就医费用，个人账户可以用于支付家庭成员在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用。二是家庭成员的医药费用，个人账户可以用于支付家庭成员在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。三是家庭成员的参保费用，探索个人账户用于家庭成员参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

在深化医疗保障制度改革的大背景下，此次职工医保门诊共济保障改革具有三个方面的重要意义。

首先，有利于回归本源，互助共济。

此次改革调整统筹基金与个人账户的结构，建立健全门诊共济保障机制，较好解决医保基金因个人账户占比过高导致的碎片割裂问

题，有利于增强医保基金的风险保障功能，回归社会保险互助共济的本源。

其次，有利于大小互补，家社协同。

此次改革不仅增强了统筹基金“大共济”的保障力度，而且创新实施了个人账户“小共济”的保障机制，有利于大小共济相互补充，促进家庭与社会的协同保障。

再次，有利于战略购买，三医联动。

此次改革通过做大统筹基金并把门诊纳入共济保障，有利于更好发挥医保基金的战略购买作用，优化基层医疗资源配置，提升基层医疗服务能力，便利群众基层就医，推进三医联动。

[返回目录](#)

七部门发布实施意见巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果：应保尽保同时防止泛福利化倾向

来源：国家医保局

近日，国家医疗保障局、银保监会等七部门联合下发《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》，提出要在总结运用医保脱贫攻坚实践经验的基础上，细化政策接续衔接要求，优化调整完善相关配套措施，有针对性研究解决保障不足和过度保障问题，探索建立防范化解因病返贫致贫长效机制，确保医保脱贫成果更加稳固，成效更可持续。

根据《实施意见》中对于总体要求的明确，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、五中全会精神,坚持以人民为中心,在脱贫攻坚目标任务完成后,对摆脱贫困的县在规定的5年过渡期内,通过优化调整医保扶贫政策,健全防范化解因病返贫致贫长效机制,逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。坚持问题导向、目标导向,围绕解决农村居民最关心、最直接、最现实的医疗保障问题,加快补齐民生短板,在坚持医保制度普惠性保障功能的同时,增强对困难群众基础性、兜底性保障。坚持尽力而为、量力而行,既要应保尽保,又要防止泛福利化倾向,实事求是确定农村居民医疗保障标准。健全多层次医疗保障体系,夯实基本保障制度基础,完善三重制度综合保障政策,提升医疗保障公共管理服务水平,助力乡村振兴战略全面推进,扎实推动共同富裕,不断增强农村参保群众获得感、幸福感、安全感。

巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果,完善脱贫人口待遇保障政策

《实施意见》明确,要根据脱贫人口实际困难,统筹完善居民医保分类资助参保政策,合理把握调整节奏、力度、时限。对特困人员给予全额资助,对低保对象给予定额资助,脱贫不稳定且纳入相关部门农村低收入人口监测范围的,过渡期内可根据实际,享受一定期限的定额资助政策。定额资助标准由各省(自治区、直辖市)确定。乡村振兴部门认定的返贫致贫人口,过渡期内按规定享受资助参保政策。未纳入农村低收入人口监测范围的稳定脱贫人口,按标准退出,不再

享受医疗救助资助参保政策。

同时，分类调整医疗保障扶贫倾斜政策。基本医保实施公平普惠保障政策。在逐步提高大病保障水平基础上，大病保险继续对特困人员、低保对象和返贫致贫人口实施倾斜支付。进一步夯实医疗救助托底保障，合理控制救助对象政策范围内自付费用比例。

进一步，坚决治理医保扶贫领域过度保障政策。坚决防范福利主义，严禁超越发展阶段、超出承受能力设定待遇保障标准。全面清理存量过度保障政策，杜绝新增待遇加码政策。推进居民基本医疗保险统筹区内政策统一、待遇普惠，确保政策有效衔接、待遇平稳过渡、制度可持续。

有效衔接实施乡村振兴战略，合理确定农村居民医疗保障待遇水平

《实施意见》强调，要确保农村低收入人口应保尽保。落实参保动员主体责任，做好分类资助参保工作，重点做好脱贫人口参保动员工作。健全农村低收入人口参保台账，确保纳入资助参保范围且核准身份信息的特困人员、低保对象、返贫致贫人口动态纳入基本医疗保险覆盖范围。对已实现稳定就业的脱贫人口，引导其依法依规参加职工基本医疗保险。做好农村低收入人口参保和关系转移接续工作，跨区域参保关系转移接续以及非因个人原因停保断保的，原则上不设待遇享受等待期，确保待遇接续享受。

增强基本医疗保险保障功能。完善统一的城乡居民基本医疗保险

制度，巩固住院待遇保障水平，县域内政策范围内住院费用支付比例总体稳定在 70%左右。补齐门诊保障短板，规范门诊慢特病保障政策，优化高血压、糖尿病(简称“两病”)门诊用药保障机制，确保“两病”患者用药保障和健康管理全覆盖，切实降低“两病”并发症、合并症风险。

大病保险保障能力要进一步提高。巩固大病保险保障水平，参保农村居民大病保险起付线降低并统一至当地上年居民人均可支配收入的 50%，政策范围内支付比例稳定在 60%左右。在全面落实大病保险普惠待遇政策基础上，对特困人员、低保对象和返贫致贫人口实施起付线降低 50%、报销比例提高 5 个百分点、逐步取消封顶线的倾斜保障政策。

同时，夯实医疗救助托底保障。完善统一规范的医疗救助制度，明确救助费用范围，严格执行基本医保“三个目录”规定，合理确定救助水平和年度救助限额，按规定做好分类救助。原则上年度救助限额内，特困人员、低保对象、返贫致贫人口政策范围内个人自付住院医疗费用救助比例可由各地按不低于 70%的比例确定。其他农村低收入人口救助比例略低于低保对象。统筹加大门诊慢特病救助保障，门诊和住院救助共用年度救助限额。经三重制度支付后政策范围内个人负担仍然较重的，给予倾斜救助。重点加大医疗救助资金投入，倾斜支持国家乡村振兴重点帮扶县。

建立防范化解因病返贫致贫长效机制。依托农村低收入人口监测

平台，做好因病返贫致贫风险监测，建立健全防范化解因病返贫致贫的主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶机制。根据个人年度费用负担情况，由地方根据实际情况，分类明确因病返贫和因病致贫监测标准。建立依申请救助机制，将发生高额医疗费用的易返贫致贫人口和因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者纳入医疗救助范围，对其经基本医保、大病保险支付后，符合规定的个人自付费用酌情予以救助，防止因病返贫致贫。各统筹区要加强动态监测，及时预警，提前介入，跟进落实帮扶措施。健全引导社会力量参与减贫机制，鼓励商业健康保险和医疗互助发展，不断壮大慈善救助，形成对基本医疗保障的有益补充。

推进医疗保障和医疗服务高质量协同发展，整体提升农村医疗保障和健康管理水平

在农村地区，提升经办管理服务能力是重要目标。要构建全国统一的医疗保障经办管理体系，重点加强农村地区医保经办能力建设，大力推进服务下沉。全面实现参保人员市(地)统筹区内基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”服务。基本实现异地就医备案线上办理，稳步推进门诊费用跨省直接结算工作。

综合施策合力降低看病就医成本。推动药品招标采购工作制度化、常态化，确保国家组织高值医用耗材集中采购落地。动态调整医保药品目录，建立医保医用耗材准入制度。创新完善医保协议管理，持续推进支付方式改革，配合卫生健康部门规范诊疗管理。有条件的

地区可按协议约定向医疗机构预付部分医保资金，缓解其资金运行压力。强化医疗服务质量管理，优先选择基本医保目录内安全有效、经济适宜的诊疗技术和药品、耗材，严格控制不合理医疗费用发生。

同时，引导实施合理诊疗促进有序就医。继续保持基金监管高压态势，建立和完善医保智能监管子系统，完善举报奖励机制，切实压实市县监管责任，加大对诱导住院、虚假医疗、挂床住院等行为打击力度。规范医疗服务行为，引导居民有序合理就医。全面落实异地就医就医地管理责任，优化异地就医结算管理服务。建立健全医保基金监督检查、信用管理、综合监管等制度，推动建立跨区域医保管理协作协查机制。

针对目前农村医疗卫生服务的供给短板，要进行补齐。农村低收入人口在省域内按规定转诊并在定点医疗机构就医，住院起付线连续计算，执行参保地同等待遇政策。将符合条件的“互联网+”诊疗服务纳入医保支付范围，提高优质医疗服务可及性。加强基层医疗卫生机构能力建设，探索对紧密型医疗联合体实行总额付费，加强监督考核。引导医疗卫生资源下沉，整体提升农村医疗卫生服务水平，促进城乡资源均衡配置。

针对于组织实施，《实施意见》明确，加强组织领导与部门协同，同时加强运行监测。要加强脱贫人口医保帮扶政策落实和待遇享受情况监测，每个省份选取 1-2 个国家乡村振兴重点帮扶县或巩固拓展脱贫攻坚任务较重的县开展监测。做好与农村低收入人口数据库的信息

比对和信息共享，健全农村低收入人口医保综合保障信息台账，加强信息动态管理，及时跟踪政策落实、待遇享受情况，做好因病返贫致贫风险预警和相关政策的督导落实。

[返回目录](#)

• 医疗信息化 •

数据成为驱动智慧医院建设的“新引擎”

来源：HIT 专家网

医院数字化转型的重要标志，就是从以往片面重视系统功能建设，开始转向重视数据的利用。

医院能力的提升需要高质量数据

根据国家出台的评估体系，“智慧医院”的建设路径是通过“智慧服务”“智慧医疗”“智慧管理”3个维度，持续提升医疗服务、患者服务与运营管理的能力与水平。“怎么提升？投入更多人力？这不是所有医院所能承受的。”清华大学精准医学研究院教授刘海一认为，应通过高效的信息传递与信息系统的协同工作，构建坚实的数据基础与智能应用，促进医院综合能力的整体提升。医院管理者应明确并坚定信息技术能提升医院能力与水平的“意识”，善于利用信息系统这一“工具”，推动全员参与、高质量的信息系统“应用”，在准确把握各项评估要求的前提下，规划建设内容，落实应用职责，提高信息系统的成效。

“智慧医院建设只有起点，没有终点。”北京医院副院长杜元太分享了智慧医院建设的实践经验与思考。他认为，智慧医院的核心要素是物联化(全方位的自动数据采集)、互联化(及时有效的数据传输)与智能化(数据智能处理与决策支持)。未来，智慧医院将朝着“四个全面”的目标继续发展，也即全面透彻感知、全面互联互通、全面智能决策、全面智能应用。而实现“四个全面”的关键基础之一就是发挥数据的核心价值。

“质量、成本、效率，是医院管理改善的核心要素。”北京嘉和美康信息技术有限公司副总经理范可方认为，管理是协作的指导与润滑剂，需要基于数据对现状进行精细化分析。嘉和美康围绕质量、成本、效率三大核心要素，形成了以管理为导向的业务布局，并将以医学信息技术与数据为驱动，推动产品从“功能”走向“智慧”，目前的产品及服务体系涵盖综合电子病历、专科电子病历、数据中心、AI及医疗大数据、互联网医疗健康、生物样本资源服务等。“嘉和美康将以服务为抓手来提供产品，而非以产品为核心来提供服务。我们将基于对业务系统深入理解的传统优势，以数据为驱动，在向新技术转型时脚踏实地，帮助医院客户持续改善质量、优化效率、管控成本。”

数据驱动智慧医院建设

作为温州市卫健系统直属龙头医院，温州市中心医院信息中心主任郭必纳介绍了该院的智慧医院建设情况。在智慧医疗方面，温州市中心医院以电子病历系统为核心，打通全院信息系统实现互联互通，

建立大数据中心挖掘价值数据，并形成 BI 管理辅助决策系统。在智慧服务方面，医院积极推动互联网医院建设，开展“超能医生”活动，每月评选订单量最高、增长最快的医生，充分调动医护人员的积极性；打造温州市首家智慧病房，自主开发双向转诊信息平台，推动浙江省“最多跑一次”改革在医疗行业的实际落地。在智慧管理方面，医院是国家药监局医疗器械唯一标识系统试点单位，建设了医院物资智能平台，通过建立标准化的仓库管理体系，实现医疗物资的全流程电子追溯。

“2020 年，我只做了一件事，那就是互联网诊疗系统的建设和推广。”北京大学肿瘤医院信息中心主任衡反修介绍，疫情期间，针对外地患者多、复诊患者占比高等特点，北京大学肿瘤医院在已有信息化基础上，以医生工作站为工作平台，借助互联网诊疗，将医疗服务同质化延伸到线上。截至目前，北京大学肿瘤医院的线上就诊占同期门诊人次的 12%左右，线上收入占同期门诊收入的 9%左右，有效解决了肿瘤复诊患者的就诊需求，并将自身的医疗服务能力辐射到了更广阔的区域，取得了良好的社会效益。谈及发展方向，衡反修认为，目前政策规定互联网诊疗仅限于常见病和慢性病的复诊患者，未来医疗数据的全面共享将为拓展“初诊许可”提供必要条件。此外，基于全民健康信息平台的患者全生命周期健康数据，同时利用“大数据+互联网”技术，将有助于实现更深入的患者个性化精准服务。

“我们的信息化建设正从应用迈向研究型发展的新阶段。”北京

大学第三医院正在向研究型医院转型发展。如何将海量数据优势与人工智能技术相结合，让数据“活”起来，让用户切身感受到数据中心的作用，这是北医三院信息管理与大数据中心主任计虹的工作重点之一。为此，北医三院建立了大数据科研整体架构，实现大数据的共享利用，支持科学研究。一方面，通过患者持续管理、特征分析、智能质控等，进行专病数据分析，助力骨科、消化等重点学科建设，同时基于专病队列库形成多中心数据共享平台，整合不同医院的专病资源，扩大样本量，减少因地域特征导致的患者特征偏倚。另一方面，北医三院实现了大数据驱动下的临床研究闭环管理，由数据驱动挖掘科学问题，再开展前瞻性 RCT (Randomized Controlled Trial, 随机对照试验) 进行验证，将研究成果转化至临床，并针对应用效果进一步分析和评价，形成 Search-Research-Search 的科研闭环。“数据利用是一项系统工程。”计虹认为，数据的组织管理、来源构成等问题需要提前部署；数据资源的权益分配、安全与隐私保障、数据利用的指导等还需进一步完善。

从数据治理到应用场景，厚植 AI 质控的“土壤”

“数据治理，比数据应用难多了。”在医疗数据的智能化应用方面，广州医科大学附属第二医院进行了大量尝试。广医二院信息科科长陆慧菁认为，这些应用都牢牢根植在实时数据中心的“土壤”中。数据中心整合各类业务系统数据，经清洗和治理后形成标化的可用数据集，再通过对外统一的接口服务，满足临床科研、患者服务、医院

管理等方面对数据深入应用的需求。

陆慧菁分享了两个应用案例：在医疗质控方面，引入 AI 智能质控引擎，通过学习既往病历数据，搭建符合广医二院医疗质控的规则引擎，实现单病种过程质控、智能上报、指标统计与智能分析。据陆慧菁介绍，借助该系统，目前 95% 的单病种质控数据能实现自动抓取与上报，极大地减轻了临床医生的工作量，“让医生爱上 AI 质控”。在医院管理方面，广医二院建立公立医院绩效考核系统，及时掌握医院的各项指标运行情况，对外满足各种数据上报要求，保证数据质量和效率；对内满足自查自评需要，同时与院内绩效管理、奖金核算等实现业务联动，促进绩效考评的目的实质落地。

淄博是国家 71 个 DIP 试点城市之一，淄博市中心医院信息科主任李训栋切身感受到 DIP 对医院带来的影响：由于对病案首页数据质量的要求很高，病案室的工作强度增大，病案质控的提质增效已刻不容缓。为此，淄博市中心医院引入了病案编码决策辅助系统，通过可疑病案筛查、疑点提示、诊断智能推荐、编码再校验四大功能，实现从编码前、编码中、编码后的多层次编码决策辅助，成效十分明显。李训栋认为：应对 DIP/DRG 等医保支付改革，不是单一部门（如病案室）的职责，而是要构建 MDT 多学科、多部门联合的医保管理思路，推动终末评价转向过程管控，加强成本控制与风险控制。“实现这一管理思路的关键手段就是信息化。医院需借助大数据计算、人工智能等，辅助实现医保管理的精细化。”

“在知识密集型和人力密集型的医院质量管理领域，AI 大有可为。”北京嘉和美康信息技术有限公司咨询总监黄永健认为，对于医疗行业而言，引入新技术的关键是找到适宜的使用场景并发挥效用，否则就只是“炫技”而已。目前在智慧医院建设领域，AI 技术的最佳应用场景包括单病种质控与病历内涵质控等。嘉和美康的单病种质量管理与上报系统基于自然语言处理技术，对上报内容中的非结构化与非直接获取数据进行处理，帮助医院提升上报效率。例如，某医院在补报 2020 年数据时，3000 多份病例在 6 小时内即可完成上报。在病历内涵质控方面，嘉和美康设立 9 大类质控规则库，帮助医院的病历质控从随机取样的终末质控、形式质控、单一病历评价，转向全量检查的环节质控、内涵质控、类别/组病历评价，从而提升重大检查记录符合率、诊疗行为记录符合率与病历归档质量等关键质控指标。

在国家政策的指引下，智慧医院建设的发令枪已打响。通过有效整合、挖掘、治理、分析与利用数据，发挥数据核心价值，最终实现以数据驱动决策、提高医院治理现代化水平的目的，数据正在成为驱动智慧医院建设的“新引擎”。

[返回目录](#)

三位一体，传递医疗信息化建设政策新方向

来源：HIT 专家网

三位一体，推动智慧医院建设

作为医疗服务体系的主力军，公立医院的发展思路与发展质量如

何，将在很大程度上决定“共建共享”的实际效果。

在 2021CHINC 开幕论坛上，国家卫生健康委员会医政医管局副局长李大川介绍了 2019 年度全国三级公立医院绩效考核的有关情况。数据显示，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，参评率达 99.36%，达到历史新高。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。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。

李大川谈到，我国医疗卫生行业正处于从信息化向智慧化的过渡阶段，互联网、大数据、人工智能等新技术的应用推进了智慧化进程的加速。但大多数医院的智慧医院建设，停留在某些单一模块的业务优化与新技术应用中，缺乏顶层设计以及与医院情况相适应的发展理念。

“智慧医院建设的顶层设计是医疗、服务、管理的‘三位一体’。”李大川介绍了国家推动智慧医院建设的顶层思路：以“智慧服务”建设为抓手，进一步提升患者就医体验；以“电子病历”为核心，进一步夯实智慧医疗的信息化基础；而 2021 年 3 月发布的《医院智慧管理分级评估标准体系(试行)》，则为医院如何提高管理精细化、智能化水平指明了建设方向。

同时，李大川也强调，“三位一体”的另一层含义是避免将三类系统建成三个孤岛，这需要医院在信息化建设中做好互联互通、协作

共享的顶层规划。

李大川表示，公立医院的高质量发展需要通过“三个转变”，实现“三个提高”。在管理模式上，就是要从粗放管理向精细管理转变，提高服务效率。“这主要是通过信息化的手段。”他希望，医疗机构能进一步发挥信息技术在现代医院建设管理中的重要作用，不断提高医院治理现代化水平，形成线上线下一体化的现代医院服务与管理模式，为患者提供更高质量、更高效率、更加安全、更加体贴的医疗服务。

筑牢共建共享基础，促进新技术落地应用

“构建完善的医疗健康信息标准化体系，是实现‘共建共享’的基础。”国家卫生健康委规划发展与信息化司调研员沈剑峰表示，加强全民健康信息标准化体系建设，将更好地发挥标准的规范、引领和支撑作用，推进互联网、大数据、人工智能、区块链、5G 等新兴技术与医疗健康行业的创新融合发展。

从 2002 年至今，我国医疗健康信息标准化体系建设经历了系统集成、业务协同、互联互通三个阶段，正朝着智慧医疗阶段迈进。未来，医院移动应用、医院系统云化、临床专科应用、医疗数据治理等将成为医疗健康信息标准的建设焦点。

沈剑峰认为，在医疗健康信息标准化建设过程中，规范医院信息化标准化建设思维是发展前提；落地功能指引、技术指引和建设标准指引是实施路径；强化医院数据上报和统计分析是管理抓手，目前，

公立医院绩效考核已经采用上报数据的方式并基于数据进行考核，这就是无形中对医院信息化建设水平提出的要求；推进新兴信息技术的应用发展，则是路径创新。

“医用机器人、智能药物研发、临床辅助诊疗、智能健康管理、智能疾病筛查与预测、医学科研智能辅助等，都是新兴技术与医疗健康融合发展的重点研究领域。”沈剑峰认为，行业仍需在医疗健康数据方面的互通共享问题上继续努力，建设互联互通的公共服务大数据平台，构建包含数据格式、数据质量、开发接口等内容的医疗健康数据共享机制与标准，从而推动这些重点领域的研发进展与成果落地。

信息化进乡村、进社区，提升基层医疗服务能力

作为全民医疗健康体系的“网底”，基层卫生医疗机构肩负着基本医疗、健康管理、公共卫生服务等重任，将是“共建共享”的直接参与者与受益者。

“信息化技术在助力提升基层卫生健康服务能力方面大有可为。”国家卫生健康委员会基层卫生健康司副处长王旭丹介绍了信息化应用在助力基层医生便捷诊疗、疾病监测预警、患者健康管理、合理用药、智慧家医等方面的作用，其中许多应用都独具基层特色。比如慢病协助管理，通过个性化定制随访方案和话术，建立随访计划任务，利用机器人代替人工拨打电话，并将通话录音转为结构化的随访记录，有效提升基层医生的随访效率。

为提升基层能力，国家先后启动了“基层医疗卫生机构临床服务

能力提升试点项目”与“家庭医生临床服务能力建设试点项目”。前者通过为基层配备数字化检查检验设备，建立与上级医院的远程医疗信息系统与工作机制，满足基层对远程诊断、远程会诊、远程教学等服务需求。后者则通过构建国家级的知识库和病历库，建设医学人工智能基层辅助诊疗应用系统，以规范基层医生的诊疗行为，提升基层的诊疗能力。

目前，基本公共卫生服务项目的工作重点之一是推进居民电子健康档案的务实应用。“居民电子健康档案的建立工作在基层，应用范围则应贯穿居民健康服务的全方位与全周期。”王旭丹认为，作为个人健康信息的重要载体，目前居民电子健康档案的应用还不够丰富，个人的利用积极性不够高。解决之道在于不断丰富档案内容，整合基本公卫、预约挂号、检查检验结果查询、健康状况评估、用药指导等服务，完善信息归集与共享，确保数据真实。下一步，国家卫生健康委基层司将与规划司共同研究制定相关措施，推动居民电子健康档案向务实应用阶段发展。

“基层医疗卫生机构对于医疗信息化的需求是非常强烈的，但从目前的应用情况与生态建设来看，还有很长的路要走。”王旭丹呼吁更多的行业同仁关注基层信息化，集产业之力，推动更多的信息化技术与应用进乡村、进社区，成为基层医疗的“好帮手”。

现场的热烈气氛让人不禁感慨：经过 2020 年的疫情考验，在“三医联动”、公立医院绩效考核等政策驱动下，对标智慧医院评级和相

关信息化建设标准,为各级医疗机构开展信息化建设注入源源不断的
创新活力。

[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