

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

*2021.05.31-2021.06.06*

## ——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 | 从多维度视角，看国家智慧医保实验室建设成果及未来发展](#)（来源：重庆市医疗保障局）——第 12 页

【提要】为充分发挥国家医保局在全国医保信息化建设中的领导管理优势和重庆市在数字经济方面的产业优势，国家医保局与重庆市政府签署合作备忘录，共建国家智慧医保实验室。实验室紧扣“信息中心和实验环境”双重功能定位，主要承担医保信息化测试验证、运维服务、智慧医保创新管理等工作，目前实验室重点建设任务已按期完成。一是实验平台核心区、公共服务区、创新适配区全面建成投用；二是完成基础保障设施建设；三是实验室作为全国医保信息化人才培训基地的作用逐步发挥。总的来看，实验室的功能定位逐步清晰，支撑服务作用有效发挥，实验室未来大有可为。

[▶ 观点 | 周延礼：激活医疗数据价值，进一步明确卫生健康管理部门主体责任](#)（来源：大健康派）——第 22 页

【提要】日前，2021 清华五道口全球金融论坛在京召开。国务院参事室特约研究员，周延礼就“激活医疗数据价值，促进医疗保险高质量发展”发表演讲。他表示，在提高医疗数据价值上我国面临许多困难与挑战，数据的孤岛问题影响着保险业获取数据，若要把这些数据

与保险业分享，尤其是在产品开发方面能够发挥更好的作用，就要在提高医疗价值的的数据方面进行进一步改革。一是国家卫生健康管理部门要在激发医疗数据价值方面进一步加强管理；二是保险机构很难通过医疗数据共享实现对健康险产品的精准开发和健康保险业务的风险管理问题；三是“互联网+”医疗与商业健康保险融合运行难以成行。

▣ [观点 | DRG 正式付费近半年，稳定运行，他们是怎么做到的？](#)（来源：DRG 变量）——第 25 页

【提要】随着国家医保局成立，支付制度改革的号角也随之吹响，全国各地掀起了一股支付制度改革的新浪潮。江苏常州，自 2019 年便积极进行筹备，投入到医保支付制度改革的洪流中，被评为江苏省级 DRG 试点。常州市医保局积极开展创新支付模式研讨，在不适宜 DRG 支付的康复、精神疾患病例方面，开始对康复病例、精神疾患病例数据进行分析并与预备与专家进行研讨，寻找是否存在形成专用于康复、精神疾患病例支付工具的可能性。其次，对于扶持中医药应用病例，常州市医保局组织了省级、市级专家进行了应用中医药相关病例的研讨。在经过了 2 年多的打磨储备后，常州市医保局在 2021 年 1 月 1 日进行了正式付费，至 5 月 15 日已顺利运行近半年，期间结算结果符合模拟预期，16 家试点医院反映良好，付费过程稳定。

### • 分析解读 •

▣ [如何深化医疗服务价格改革？改革的难点又是什么？](#)（来源：中

国经济时报) ——第 31 页

**【提要】**此前，习近平总书记主持召开中央全面深化改革委员会第十九次会议时强调，要深化医疗服务价格改革，规范管理医疗服务价格项目，建立目标导向的价格项目管理机制，加强对医疗服务价格宏观管理，平衡好医疗事业发展需要和各方承受能力，在总量范围内突出重点、有升有降。国务院发展研究中心冯文猛表示医疗服务价格改革在全球都是一个难题，首先需要提升医疗服务使用状况和医疗资源的配置；其次需要完善定价当中的具体机制。就我国目前状况而言，未来推进医疗服务价格改革需要破解三方面难点：第一，科学合理地设定医疗服务中的具体内容以及其中各项服务的定价标准；第二，提高政策之间的协调性；第三，规范治理医疗服务体系。

▶ [医药电商与零售药店的竞合趋势](#)（来源：Latitude Health）——第 34 页

**【提要】**医药零售一直是市场关注的焦点，其中又以线上的药品零售为重点。随着互联网医疗在中国市场面临长期挑战，其与医药电商也已经完全合流，线上的医药零售正获得快速增长。不过，虽然线上卖药的增速较快，但其在整个药品零售市场的份额仍较低。从长期来看，线上与线下并不存在真正的替代关系，因两者的面向群体完全不同，两者之间既有竞争又有合作，未来的发展趋势主要取决于支付方的政策趋势。

▶ [由后付制转向预付制 门诊支付方式应该如何改？](#)（来源：健康界）

——第 38 页

【提要】此前《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》的发布，为门诊统筹的进一步发展带来了契机。根据《意见》，职工医保门诊共济保障改革的内容可概括为“一减一增、一建一调”，即减少划入个人账户资金，增加门诊共济保障资金投入；建立普通门诊医疗费用统筹保障机制，调整个人账户使用范围。同时，还指出要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。专家表示，与住院服务的 DRG/DIP 改革类似，未来门诊服务的医保支付也会更加精细化，其实质都是从后付制向预付制进行改革。目前各地都在对门诊服务的上述支付方式进行探索，支付方式具体如何改革还需国家统一安排。

### • 医院管理 •

▣ [“三孩”政策，对产科发展有什么影响？](#)（来源：惠宏医管）——

——第 45 页

【提要】5 月底，中共中央政治局召开会议，审议《关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》，“三孩”政策就要来了。优化生育政策对于缓解老龄化问题以及国民经济发展均具有积极和重大意义。从医院管理者的视角，针对“三孩”政策，需要我们从现状出发，更加关注新形势下，公立医院相关学科的发展之路。公立医院产科发展不仅要考虑人口政策的变化，更要立足于公立医院如何更好融入到国民经济发展中，在国家高质量发展的情况下，实现公立医院的高质

量发展。需要结合高质量发展的定位，在围产期管理，尤其是危重孕产妇救治方面投入更多的资源。同时，可将围产管理作为突破点，集合产科、妇科、重症医学等多学科，形成多学科诊疗的新领域、新模式。

▶ [波士顿矩阵在医院运营管理及学科建设中的应用](#)（来源：易策医管）——第 50 页

【提要】医院运营管理在后疫情时代显得更加重要。如何运用现代医院管理理念，推动医院向高质量发展，已成为各级医院的发展方向。通过分析医院的运营数据，应用波士顿矩阵对医院各科室的运营情况进行全面梳理，能比较直观地发现运营管理的重点，为医院管理者合理配置资源、提高运营效率、促进学科发展等方面提供科学的决策依据。波士顿矩阵法是一个静态的对过去情况的分析，需要适时调整和动态跟踪与评价，现实情况可能比坐标分布更显错综复杂，需要运营管理人员纲举目张，结合其他管理工具提高运营质量，促进各科室整体向上向右移动，推动医院向高质量发展。

▶ [如何做好医院新旧系信息系统更替工作?](#)（来源：医有数）——第 54 页

【提要】随着我国医疗改革的不断深化、医疗技术的不断发展以及医院规模的不断扩展，医院业务部门对信息系统的需求不断增加。如何做好医院新旧信息系统更替工作，成为不少医院信息化建设的痛点。信息技术日新月异，医院也在加快其信息化建设进程，并投入大量资

金来加强其信息系统建设。设计良好、架构科学的信息系统可以提升医院的管理水平，提高医院的社会效益和经济效益，也为医院信息化建设打下坚实的基础，为将来的发展建立良好的扩展平台。专家表示，信息部门是技术支持保障部门，且系统切换存在一定风险，一定要做好应急预案，考虑各种可能突发的故障，制订好应急预案，并公告各管理科室及操作用户熟练掌握，随时检查应急所需备品是否齐全可用。做到未雨绸缪、有备无患。

### • 医保快讯 •

▶ [盘点 | 国家医保局三周年：全民医保的高质量发展之路](#)（来源：中国医疗保险）——第 61 页

【提要】2021 年 5 月 31 日，是国家医保局的三周年生日。这一年有对新冠肺炎疫情防控战和脱贫攻坚战两场“国家级战役”的有力助力；也有国家组织药品和耗材集中带量采购、医保支付方式改革试点、职工医保门诊共济保障机制建立、医保药品目录动态调整等制度改革工作的全面推开；更有首部医疗保障领域的行政法规正式出台……如此种种，都是医疗保障“十三五”的收官之年里，为全面建成小康社会留下的浓墨重彩的一笔。

▶ [“双通道”之外，国家医保谈判药品的门诊保障政策还有哪些？](#)

（来源：北京大学公共政策研究中心）——第 73 页

【提要】自 2017 年起，国家医保部门每年都常规开展医保目录准入谈判，越来越多临床价值高的创新药品被纳入国家医保目录，极大降

低患者用药负担、保障患者用药需求。2020 年谈判降价调入的药品数量最多，惠及的治疗领域最广。目前，全国 31 省市均发文执行《2020 年药品目录》，推动国谈药品落地使用。而各地实践往往是在普通门诊统筹政策、门诊慢特病政策、特药管理政策的基础上，结合地方特色进行了组合、优化，出台不同的谈判药品门诊落地保障政策。对于医保资金压力大的统筹地区，门诊慢特病和特药管理政策对提高国谈品种医保待遇有显著作用，是各地方优化门诊待遇的主要着力点，值得进一步研究。

### • 医药速递 •

▣ [省际联盟集中采购加速，药品耗材再迎新一轮降价潮](#)（来源：第一财经）——第 80 页

【提要】在第五批国家药品集采与第二批国家耗材集采稳步推进的当下，跨区域的省际联盟集中采购也在提速。在国采和联盟采购的合力之下，部分药品和耗材将迎来新一轮的降价。据统计，除了广东牵头 16 省区联盟，目前我国药品集采省际联盟已经有 12 个。华中科技大学同济医学院高级经济师陈昊表示，联盟议价能力介于国家集采和省级之间，议价能力强大，相对受制约因素较少，机制灵活，运行灵活，频次灵活，采购内容贴近医院使用，贴近市场，跨区域带量采购将成为药品和耗材带量采购的主要模式。

▣ [高质量“三板斧”：分级诊疗目录、医保医师制度、医疗质量评估](#)（来源：看健日报）——第 85 页

【提要】公立医院高质量发展，有哪些是不依赖医保系统赋能，医疗行业自己就能做的？近期，笔者关注到三方面的观点，分别是：苗豫东等提出的“建议设三级医疗机构诊疗目录，超目录须问责”、张雨晴等提出的“建立中国医保医师制度+医师诚信体系”、张煜医生倡议的“建立高质量医疗的评估体系”。分级诊疗目录、医保医师制度、医疗质量评估这三条，不仅是医保需要，也是商保期待，更受患者欢迎。医疗卫生事业坚持公益性原则，医疗行业从业人员需要提高工作待遇，两者并不矛盾。分级诊疗目录，是定位；医保医师制度，是归位；医疗质量评估，是到位。笔者认为，在“十四五”期间，如能渐进打下这“三板斧”，风气或将为之一变。

▶ [“三孩”政策来了，县级妇幼卫生绩效考核方案再发布](#)（来源：健康县域传媒）——第 89 页

【提要】中共中央政治局 5 月 31 日召开会议，听取“十四五”时期积极应对人口老龄化重大政策举措汇报，审议《关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》，提出进一步优化生育政策，实施一对夫妻可以生育三个子女政策及配套支持措施。5 月底，国家卫生健康委在官网挂出 2010 年印发的《全国县级妇幼卫生工作绩效考核实施方案(试行)》的通知，结合三孩政策，这一方案的推动是国家“三孩”政策之下的应时之举。该方案考核的对象不只是县妇幼保健院，而是县级卫生行政部门及辖区内提供妇幼卫生服务的医疗保健机构和城乡基层医疗卫生机构，包括了县级综合医院、中医医院、社区卫生服

务中心和乡镇卫生院。

### · 中医药动态 ·

▣ [院院合一医教融合 高质量培养中医人才](#)（来源：中国中医药报）

——第 93 页

【提要】随着健康中国战略的提出，国家和社会对医学人才及其培养质量要求不断升级。广州中医药大学第一附属医院（第一临床医学院）一直秉承“重传承创新、重个性发展、重人文经典”理念，围绕卓越中医人才培养体系的建设不断探索、实践和完善，取得不俗成绩。1984年，广州中医药大学第一附属医院在全国首创“中医经典回归临床”，在医院建立中医经典病区。1986年，第一临床医学院与第一附属医院实行“院院合一”教学管理模式，开始医教融合新探索，不断实践提升经典教学内涵。经过35年改革和实践，“院院合一医教融合”教学管理体制不断完善更具活力，专业与课程建设成效显著，人才培养质量持续提高，构建成独具特色、内涵丰富的卓越中医人才培养新体系。

▣ [10个妇科中成药医院大卖！千金、步长、康缘…](#)（来源：米内网）

——第 97 页

【提要】近年来，随着社会发展和生活消费水平提高，女性的健康意识逐步增强，妇科中成药市场也备受关注。米内网最新数据显示，2020年中国公立医疗机构终端妇科中成药市场受疫情影响，销售额同比有所下滑。从厂家销售格局来看，株洲千金药业、山东步长神州制药、

贵阳新天药业、海南碧凯药业、江苏康缘药业位居前五。产品 TOP10 中，有 9 个是独家，妇科千金胶囊市场份额节节攀升，坤泰胶囊、滋肾育胎丸逆势增长；从数量来看，山东步长神州制药最多，有两个产品在 TOP10 中；从治疗类别来看，妇科炎症用药最多，有 5 个。

## -----本期内容-----

### · 专家观点 ·

#### 观点 | 从多维度视角，看国家智慧医保实验室建设成果及未来发展

来源：重庆市医疗保障局

作者：蒋建国 | 重庆市医疗保障局

随着信息技术与人类生产生活的交汇融合，互联网快速普及，全球数据呈现爆发增长、海量集聚的特点，对经济发展、社会治理、国家管理、人民生活都产生了重大影响。信息化已成为推动经济社会发展的一个重大战略问题。2018年5月国家医保局成立后，加快推进医保标准化和信息化建设。通过搭建全国统一的医保信息平台，着力解决长期以来各地医保信息系统碎片化、标准不统一、业务功能差异大等问题，实现全国医保系统信息的互联互通，推动以信息化引领业务变革。本文通过分析医保事业高质量发展、可持续发展对信息化建设提出的新要求，以及目前医保信息化建设存在的“瓶颈”“痛点”，阐述国家智慧医保实验室(以下简称实验室)的形成和定位。结合实验室建设情况和初步成效，提出实验室未来发展的思考。

#### 实验室建设背景

习近平总书记指出，没有信息化就没有现代化。随着全民医保制度改革持续推进，各地医保部门在国家医保局的统一设计和领导下，针对全国医保信息化队伍力量总体薄弱、各地医保信息化技术能力参

差不齐、信息新技术在医保领域的应用创新研究缺乏先行先试平台支撑等短板和弱点，紧盯信息科技发展前沿，抢抓信息化发展历史机遇，加快建设全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医保信息平台，着力打造全国智慧医保、品质医保、便捷医保。为充分发挥国家医保局在全国医保信息化建设中的领导管理优势和重庆市在数字经济方面的产业优势，国家医保局与重庆市政府签署合作备忘录，共建国家智慧医保实验室。

### 实验室定位

实验室始终坚持“以一域服务全局”，更好支撑和服务全国医保信息化高效建设的责任担当，紧扣“信息中心和实验环境”双重功能定位，主要承担医保信息化测试验证、运维服务、智慧医保创新管理等工作。搭建引领医保信息化发展的测试平台，为建设全国统一的医保信息平台提供开发、测试、预生产环境，保障国家医保信息平台安全平稳运行。探索建设医保区域数据中心，为全国医保业务的持续稳定发展进行预研。提升创新型的信息科技能力，推动医保行业信息化水平跨越式发展，加快实现医保业务创新、技术创新、医保信息化人才培养总体战略愿景和战略目标。

#### 一、人才培养体系

实验室作为全国医保信息化人才培养基地，建立完善医保业务、技术和管理并重的人才全生命周期管理培养机制，构建人才培养能力平台，面向全国医保系统的干部提供包含全面的信息化基础知识和前

沿信息技术应用等能力建设培训，为全国医保信息化复合型人才提供全面能力培养；探索组建灵活多元、自主可控的建设运维团队，在项目实施过程中把控项目管理、参与开发运维、明确技术标准等核心环节，加快提升医保信息化人才专业素养，促进医保信息化队伍加深对新技术架构下的医保信息化建设发展理解，为全国医保部门探索出破解医保信息化人才短缺问题的实践经验，以及规范科学的项目管理经验。

## 二、测试、适配基础保障

通过建设国家智慧医保实验云平台，为国家医保局和各省市提供相关新技术创新、平台适配、业务系统测试、数据迁移测试、新业务创新、灾备演练和异地结算测试验证等方面的基础设施环境，从而保障国家医保信息平台的顺利上线运行，并为后期各省市融入全国医保信息化“一盘棋”建设提供技术选型测试、开展智慧医保创新成果转换的实验环境。

## 三、创新成果转换实验

室将探索研究新技术在智慧医保的应用，集聚医保政策、AI 应用、大数据治理等领域，围绕药品和医用耗材带量集中采购、DRG 支付方式、药品溯源、电子票据、医保反欺诈等医保改革方向，开展与智慧医保相关的研究、成果转化和推广示范，不断丰富智慧医保内涵。

### 当前建设情况

实验室已纳入 2021 年重庆市政府工作报告和全市“十四五”规

划高位推进，重庆市委市政府《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》指出要加快建设投用实验室。重庆市政府成立分管副市长为组长，11 个成员单位的重庆协调小组推进实验室各项建设，目前实验室重点建设任务已按期完成。

一是实验平台核心区、公共服务区、创新适配区全面建成投用，联通国家医保局机房专线链路，正式承接国家医保信息平台相关测试任务，已有效支撑国家医保信息平台 20 余次资源需求及测试任务。完成地方平台数据库选型测试论证，形成论证报告并为相关省市提供技术参考。

二是完成基础保障设施建设，定址重庆两江新区水星科技大厦，建成核心功能、日常办公、培训实操和配套服务等 6 个功能区域，主要用于日常办公和开展创新研究，总面积 3300 余平方米，现已具备入驻办公和开展创新研究物理条件。

三是实验室作为全国医保信息化人才培养基地的作用逐步发挥，聚焦全国医保信息化建设需求，整合高校、信息企业等单位的 IT 治理、信息安全、网络建设、大数据等优质培训资源，去年实验室承办 2 期全国医保信息化建设培训会，参会人员涉及 32 个省市 200 余人次。四是实验室成为医保信息化建设和“智慧医保”展示窗口，接待全国人大、重庆市委市政府、兄弟省市各级领导现场调研指导 22 次，通过现场参观，大家对建设全国统一的医保信息平台充满信心、干劲更足。

## 一、实验室人才体系建设情况

建立实验室组织架构，编制发布《实验室职能设置、内设部门和人员配置方案》，进一步细化组织架构和管理人员。通过多种方式搭建了自主可控、弹性多元的实验室工作团队。建立全年培训计划，采取线上、线下的形式，保证至少每两周进行一次人才培训。建立人才提升计划，鼓励团队工作人员积极提升学历和参加技能考试。在国家医保局领导下，实验室工作团队高效支撑国家医保信息平台建设和运维，通过云视频连线、现场实地等方式先后对广东、河北、青海、吉林、山东、新疆、贵州等省份医保信息平台落地应用进行技术支持，协助解决地方部署实施过程中的问题，有力助推了广东、海南、青海等省市医保信息平台上线。

## 二、实验平台建设情况

平台架构。实验室实验平台按照国家医疗保障信息平台建设指南的相关约束与要求，依照平台开发设计原则，验证全国医保业务子系统和台服务，依托全国统一的技术体系和架构，为国家医保局平台提供开发、测试和预发布环境，为各省扩展子系统、中间件、数据库、大数据和云平台等提供适配验证环境。

1. 平台架构。实验室实验平台按照国家医疗保障信息平台建设指南的相关约束与要求，依照平台开发设计原则，验证全国医保业务子系统和台服务，依托全国统一的技术体系和架构，为国家医保局平台提供开发、测试和预发布环境，为各省扩展子系统、中间件、数据

库、大数据和云平台等提供适配验证环境。

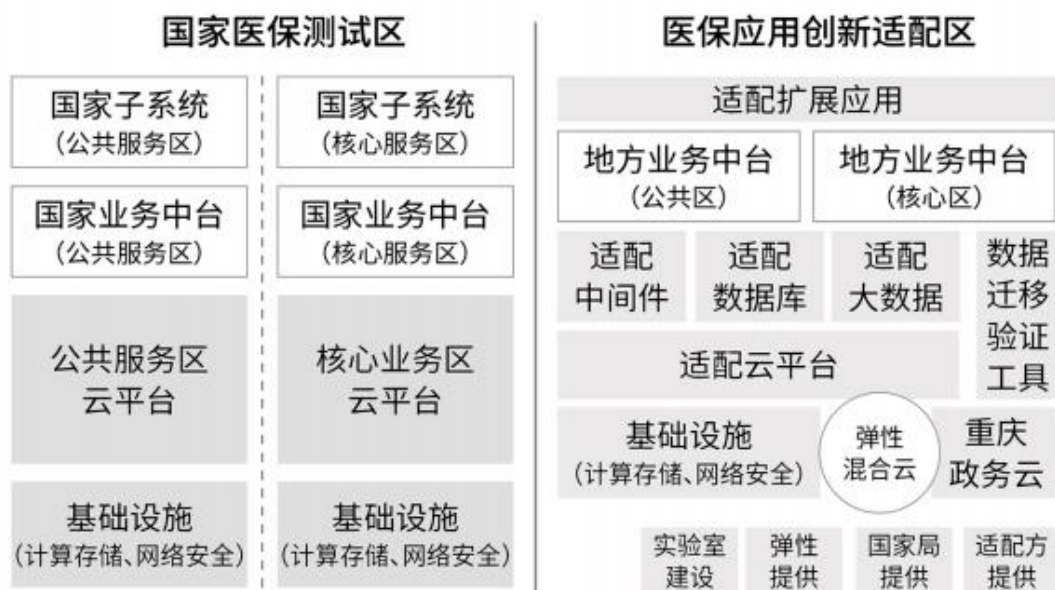


图1 国家智慧医保实验室实验平台总体架构

2. 平台建设内容。实验室将作为全国医保信息化建设的重要测试验证环境，在国家智慧医保实验云计算中心构建国家医保测试区和医保应用创新适配区，其中国家医保测试区为缩小版国家医保局数据中心。功能上按满足国家平台 1:1 功能验证测试需求进行建设，性能上按照五千万参保用户的性能验证测试需求进行建设，为国家医保平台应用系统提供开发、测试和预发布的基础支撑环境。医保创新适配区则为各省市医保应用提供需要适配的中间件、数据库、大数据以及数据迁移提供测试验证环境。

3. 平台建设情况。已全面完成实验平台云资源基础环境建设工作，正式承接国家医保局测试、开发环境资源需求。在规模方面，配置 47 个高密机柜，200 多台服务器为实验平台提供算力支撑。在网

络方面，采用 spineleaf 结构同时结合 VxLAN+SDN 技术对整个网络进行管理和配置。通过电子政务外网和医保专线全面实现和国家平台的互连互通。在安全方面，按等保 2.0 要求对网络分域划分、通过建设数据脱敏、数据防泄漏、数据库审计等系统实现数据安全保障。开通测试、开发环境资源覆盖国家医保局的医保业务综合、服务终端管理平台、报表中心、电子处方中心、电子凭证中心、风控中心、基金运行及审计监管子系统、跨省异地就医管理子系统、内部控制子系统、内部统一门户子系统、统一认证中心、药品和医用耗材招采管理子系统、医保业务基础子系统、医保业务综合服务终端管理平台、医疗保障智能监管子系统、移动支付中心、运行监测子系统、政策中心等 50 多个子系统。

### 三、创新成果转化建设情况

依托实验室，与重庆大学共建重庆市智慧医保研究中心，推进“产学研用”结合。开展的医保信息系统服务状态监测与安全防控体系、医保大数据能力开放体系应用研究、区块链在“三医联动”改革中的应用模式等课题研究项目取得了理论成果。紧扣成渝双城经济圈建设战略机遇和重庆市建设“智慧城市”比较优势，坚持开放共享理念，充分发挥实验室平台试验作用，先行探索区块链+电子票据、5G、医保大数据分析应用和智慧医保基层示范应用。依托重庆市鲲鹏计算生态中心等基地资源，为医保信息化安全可靠及可持续发展提供实验环境，在全国率先开展基于国产服务器、云服务、芯片和网络安防全链

条的安可工程、人工智能、5G 和区块链等新技术应用测试，打造全国医保信息与业务协同创新的引领示范，努力建设智慧医保创新引领应用示范高地。

## 未来实验室发展方向的思考

### 一、以标准规范奠定智慧医保发展基石

智慧医保的高质量发展不仅仅是简单地从手工操作变为系统实现，也不是传统的基于数据的分析统计，更多的是追求质的发展和智能化的提升。可以说是针对智慧医保建设中的“短板”“弱项”“矛盾点”“智能程度”进行解决突破，从而推动智慧医保高质量发展。结合医保信息化建设的实际需求，从顶层设计出发，构建标准规范的指标体系、政策体系等工具体系，描绘智慧医保建设蓝图，推动以信息化引领业务发展。

因此，实验室定位为智慧医保创新研究中心，首先需要准确定义和诠释智慧医保的内涵，明确智慧医保指标评价体系、智慧医保建设路径等，结合评价指标体系对全国智慧医保建设提供评价参考坐标，达到以评促建、以评促改、标杆引领的目标。其次是结合全国医保信息化建设一盘棋的总体建设思路，对各项基础编码、标准规范进行维护更新。2021 年底，全国医保系统会陆续上线，基于原来架构设计形成的标准规范和基础编码在实际应用落地中会存在或多或少的偏差，实验室作为全国医保信息化建设的重要支撑力量，应率先承担其标准维护更新的使命，收集各省市落地过程中的反馈，确保全国统一

的医保“语言”、系统架构更贴近基层，符合医保业务发展的需要。

## 二、以创新成果赋能智慧医保发展

国家医保局组建以来，通过抗癌药谈判、集中带量采购和使用、“两病”门诊用药保障、医保目录调整等措施，极大降低了药品、耗材价格，在减少基金支出的同时，大大减轻了群众医疗负担。持续的药品带量采购、“两病”门诊用药保障、按病种付费、基金监管等业务领域需要更多信息技术的支撑和辅助。新技术的崛起，在未来以“智慧”为核心的技术变革中将引领医保业务发展。

在全国医保信息平台上线后，智慧医保时代将开启新征程，实现从业务数据化到数据价值化的转变。从医保业务出发，要准确全面了解基金支付情况、药品流通情况、做到监管前置，一些物联网技术的运用在就医、购药、处方外流、医保电子凭证等应用场景的智能终端将陆续进入市场。而数据层面要实现数据价值化，需充分理解大数据的特性，即“Volume(大体量)”“Variety(多样性)”“Velocity(时效性)”、“Veracity(准确性)”“Value(大价值)”。针对5个V的特点，应建立数据标准、数据采集渠道、数据交换频率、数据质量检查机制、业务数据模型等，并根据业务需要对各类业务模型进行训练，不断输入历史数据，形成更加务实的业务模型，最终实现医保数据的整体赋能，促进医药企业、金融机构构建运营生态。而应用层面，势必会围绕国家医改方向进行创新。例如支付方式改革、“两病”用药保障、经办智慧化、监管手段多元化、公共服务能力提升、新业态下

的医保融合应用(互联网+、多层次医疗保障)将成为国家智慧实验室未来重点业务创新研究方向。

### 三、以理论和实践打造复合型人才队伍

全国医保信息化建设要实现“全国一盘棋”的目标，必须建造一支高素质的新型医保信息化人才队伍。新型复合型医保信息化人才需要具备信息技术基础、医保业务、新技术理论等知识。实验室作为全国信息化人才培养基地，人才培养的重点可以从以下几点进行重点考虑：一是打造统一岗位标准。从业务、技术和管理维度对医保信息化岗位能力要求进行切片，制定统一颗粒度的岗位能力标准。二是打造统一胜任力模型。基于岗位职责，明确岗位“理论应知、操作应会”的必备技能，同时建立服务能力成熟度评测模型和标准。三是打造统一课程体系。基于不同能力层次及岗位的需求，构建“学习地图”，设置统一的课程体系，建立医保信息化知识园地，将医保信息化建设中的经验总结、信息技术培训、应用系统功能建设等资产化。四是打造统一人才测评体系。建立个人和团队人员能力评测体系，以及评比、评级机制。探索建立医保信息化人才职业技术序列和技术晋升路径。

俗话说：“在理论中提升，在实践中成长。”有了成体系的理论知识培训后，还需在实际工作中锻炼。实践中锻炼可以从以下几方面考虑。一是在各省市医保信息平台建设中深度参与，不断在项目建设过程中提升技术知识和实践能力。二是积极鼓励从事信息工作的同志前往经办机构、业务处室进行轮岗锻炼，让技术人才成为业务专家。

三是充分利用实验平台的基础设施资源，对相关软硬件的安装、配置进行实操。并针对各省市的运行或建设过程中的问题进行复盘，提升技术人员分析问题和解决问题的能力。四是加强医保创新应用的科研，通过科研过程进行资料收集、数据分析，提升业务水平。

## 小结

全国医保信息化建设目前还是阶段性的，后续的长期稳定运行和业务发展迭代才是信息化建设的持久任务。实验室作为全国医保信息化的支撑力量，取得的阶段性成果来之不易，凝聚了大家关心支持的辛勤汗水，更承载和饱含了大家对信息化助推医保事业高质量发展的深厚情怀。

总的来看，实验室的功能定位逐步清晰，支撑服务作用有效发挥，实验室未来大有可为。但也应清醒认识到，实验室助力医保精细化管理之路任重道远，仍需不断提升自身能力，将各项任务落到实处，继续秉持“以一域服务全局”的初心使命，高质量高标准推进智慧医保建设，提高医保治理效能，为医保高质量发展、可持续发展赋能。

[返回目录](#)

**观点 | 周延礼：激活医疗数据价值，进一步明确卫生健康管理部门**

## 主体责任

来源：大健康派

日前，2021 清华五道口全球金融论坛在京召开。国务院参事室特约研究员，原中国保险监督管理委员会副主席，清华大学五道口金

融学院理事周延礼就“激活医疗数据价值,促进医疗保险高质量发展”发表演讲。

周延礼表示,要进一步明确卫生健康部门在推进医疗数据共享、激活要素价值方面是负主体责任的,推动卫生健康部门的职责由简单的“保管人”向“最终监管者”转变,明确医疗数据整合、开放的时间表。

周延礼指出,疫情发生之后,健康保险、医疗保险需求非常旺盛,但对于保险业来说,最大的压力和挑战就是设计产品没有数据,而很多数据在医疗机构、甚至在医疗管理部门,也有的数据在药企,这些数据基本上成为了睡眠数据,如何把这些数据激活?提高保险业参与医疗保险、健康保险的发展显得格外重要。

周延礼表示,在提高医疗数据价值上我国面临许多困难与挑战。数据的孤岛问题影响着保险业获取数据,若要把这些数据与保险业分享,尤其是在产品开发方面能够发挥更好的作用,就要在提高医疗价值的方面进行进一步改革。

一是国家卫生健康管理部门要在激发医疗数据价值方面,尤其是承担的职责和作用方面进一步深化改革,加强管理。国家卫生健康管理部门怎样有动力、有意愿推动医疗数据的开放、开发和挖掘工作,需要卫健委深入研究,保险业希望也能够尽快分享相关数据,使这些数据能够发挥作用,现在这些数据还处于待开发的状态。

二是保险机构很难通过医疗数据共享实现对健康险产品的精准

开发和健康保险业务的风险管理问题。因为数据掌握不全，所以在真正发挥风险管控作用，提高保险产品 in 防范风险、提高保障作用方面面临很多困难。比如在医保、商保的支付范畴，还有一部分仅限于互联网覆盖的“常见病、慢性病复诊服务”，大家关心的带病体和所有病种都应该要纳入范围，不然保险公司设计的产品是带有盲目性的。

三是“互联网+”医疗与商业健康保险融合运行难以成行。目前的合作关系还处于十分肤浅的局面，作为生产要素之一的医疗数据价值还没有得到很好的激活。互联网作为商业保险服务方，互联网医疗作为商业保险机构的产品开发支持者，互联网医疗作为商业保险的销售渠道，医疗数据作为一种生产要素价值最集中的体现，主要体现在保险机构依据海量的医疗数据开发新的保险产品，防止骗保、欺诈、过度医疗等控费管理，促进商业保险高质量发展。

其次，平安中国建设、健康中国建设、智慧中国建设等国家战略布局难以打通和共享。平安中国、健康中国等国家战略都各自积累了大量的数据，要打通和共享，必须实现医疗数据的价值得到很好的体现。

就如何提高数据价值，周延礼建议：

一要明确卫生健康管理部门的主体责任。进一步明确卫生健康部门在推进医疗数据共享、激活要素价值方面是负主体责任的，推动卫健部门的职责由简单的“保管人”向“最终监管者”转变，明确医疗数据整合、开放的时间表。可以借鉴中国人民银行信用系统搭建起由

多方数据提供者、使用者、开发者组成完整的全国分级的医疗数据整合、开放、开发、运行体系，形成一个信息激发、信息激活的管理体制是当务之急。

二要明晰医疗数据共享和开放、开发规则与标准，卫健委可以在这方面承担重要的职责。

三要从常态化解决医保、商保在医疗领域的支付问题着手，切实解决好保险机构在利用医疗数据实现医疗保险高质量发展，重点解决痛点问题、堵点问题。尤其是这次抗疫中形成的将医保、商保纳入互联网医疗支付的成功经验，脱敏数据可以实现对保险机构开放，以满足其开发新产品的需求，发挥作用。对于医疗原始数据，因为有些数据积累时间较长，在一定程度上可以开放，同时规定一旦发生数据泄露等安全问题，保险机构和相关部门应该承担一些责任，通过网络安全保险机制来化解风险。对有些基因数据，比如涉及个人医疗和个人隐私方面的数据，原则上可有医疗机构把握对外开放的尺度。

四要确立统一的数据标准和接口标准，在卫生健康管理部门和银行保险监管部门的主导下，能够实现互联网医疗和保险公司的数据共享。

[返回目录](#)

## 观点 | DRG 正式付费近半年，稳定运行，他们是怎么做到的？

来源：DRG 变量

随着国家医保局成立，支付制度改革的号角也随之吹响，全国各

地区掀起了一股支付制度改革的新浪潮。

江苏常州，作为历史悠久的文化名城和全国制造业的龙头地区，依托医保坚实能力储备和敢为天下先的担当意识，全局上下一心积极响应国家局的号召，自 2019 年便积极进行筹备，投入到医保支付制度改革的洪流中，被评为江苏省级 DRG 试点。

在经过了 2 年多的打磨储备后，常州市医保局在 2021 年 1 月 1 日进行了正式付费，至 5 月 15 日已顺利运行近半年，期间结算结果符合模拟预期，16 家试点医院反映良好，付费过程稳定。至此，常州现阶段的支付制度改革工作宣告初步完成，那么，常州医保局为了这“初步完成”做了哪些工作呢？

### **理论基础：各级专家全程指导，多学科专家参与，保障实施**

2020 年 6 月国家局颁布了 CHS-DRG 分组方案，然而 DRG 作为一个舶来品工具，其在国内的应用以及长期影响，各地区均无实际操作经验。

为保证改革过程中各个环节施行准确、顺利，常州局聘请国家级支付改革专家组 6 人，联合省市级医保专家 6 人，各学科临床专家、学科带头人百余人成立了常州医保支付改革智囊团，为本市支付模式改革进行全程指导。

值得一提的是，常州局自身医保人才储备力量强大，拥有国家级支付改革专家 1 人，省市级专家 4 人。

### **共识革新：统一认识，形成改革共识**

自 2019 年年初江苏省局明确了常州市开展按疾病相关分组 (DRGs) 省级试点。市委、市政府对该项改革高度重视, 自 2019 年起将其列入市委深改项目, 成立了由分管秘书长为召集人的联席会议, 明确由医保、财政、卫健、人社等部门参与研究协调推进, 为常州医保支付制度奠定了“多方联动、统一步调”的改革基调。

常州医保局作为支付制度改革的主导方在改革伊始就深刻意识到, 在面对 DRG 这个以统计学为理论核心的工具时, 重点关注分组测算等数据统计结果与实际医保业务之间的存在不对称性是确保支付制度改革的而首要问题, 同时考虑各医院除了应匹配相应人力物力资源外还必须对新支付制度的了解达到一定深度这两类支付改革需要解决的最根本问题。

基于这个认识, 常州医保局对支付制度改革中的重点环节, 对 DRG 分组、定额合理性, 结算方式制定与影响, 编码填写规范及特例解析, 支付制度改革的监管, 支付制度改革对参保人的影响、新支付制度如何襄助中医发展等重点热点命题进行了多轮研讨、论证、培训、研讨。范围覆盖 16 家试点医院以及其余非试点医院, 各医院各学科参会专家 120 余人。

除了专家会议沟通, 还建立了支付改革沟通群, 医保局以服务者的姿态, 为医院提供了能随时进行专业解答的沟通渠道, 涉及分组、编码、业务各方面问题答疑量超过 100 人次/日。

**稳扎稳打: 以支付制度平稳过渡为首要目标**

常州医保局作为支付制度改革的主要负责方，在改革初期便定下了“先试行、后评估、再应用”的原则，分三年稳步推进，在首批16家二级以上医院试点积累充足经验攻克重难点，试点成功的基础上，到2022年在全市所有医疗机构全面推广以DRG付费为主，其他支付方式为辅的建设原则。

在试行阶段，常州市医保局支付制度改革主要负责领导始终倡导以“时间服从效果”、“先进技术与专业经验并重”为本市支付制度改革原则，要求本市支付制度改革小组对改革工作的推进务求“夯实基础、实事求是”。

以历史数据提取标准、数据治理方案，分组方案论证、结算办法制订四项改革初期重点工作为例，常州市医保改革工作组依托平安医保科技先进的大数据政策模拟工具，为国家级及本省市专家提供详实依据，经过6个月的反复讨论、模拟、修改，打磨出了一套“符合国家建设标准，契合常州实际现状”的DRG支付体系。

自2021年1月1日实际付费以来，入组率达到99.7%，总体费用与模拟预测结果总体差异小于5%，经各级专家评估，常州市医保DRG支付改革方案符合国家局DRG建设要求，方案设置合理，适宜应用当前方案进行医保支付。

### **未雨绸缪：新支付制度配套监管体系打造**

“DRG支付工作稳定展开不是常州支付改革工作的及格线，只有支付与基金监管同步发展，才是用两条腿走路。”医保局相关负责人

在 2019 年 10 月召开的常州支付改革质询会上如是说到。

面对 DRG 支付模式下基金监管侧重点、技术手段带来的变化，常州医保局，医保支付改革智囊团与平安医保科技紧密联动，通过对 DRG 支付模式下基金支付的风险点进行系统性的整理论证后，认为平安医保科技智能监管平台功能可全面覆盖 DRG 的基金安全监管业务需求。

针对当前业界视为监管难点的分组高靠行为，住院标准不达标行为，费用转嫁行为三座大山，常州局选取了 1041 个大数据模型对结付病例进行逐个筛查，自 2020 年 6 月智能监管工作试运行计算，经审核系统抓取疑似违规病例约 4500 例，平均月疑似违规病例 370 例。

经人工复核后，违规病例数共计 4000 例，审核模型查准率近 88%。有效的遏制新支付风险下高靠、不合理住院、费用转移等影响基金支付稳定的安全隐患，提升了审核工作效率，促进了基金合理使用，保障了参保人的切身利益。

### **分条析理：医保多维度绩效评价体系**

医保数据化、信息化是支撑 DRG 支付改革的硬性条件，随着改革工作的逐渐深入，以重点指标为重点的粗犷旧有管理方式，无法支撑 DRG 的发展、更无法支撑未来国家医保局所倡导的综合支付下医保管理精细化管理。

常州医保改革小组极为重视数据应用，通过平安医保科技的多指标综合评价系统，搭建了用于评价医院服务能力，医院高低价值医疗

输出,基金使用效率对比等数据评价模型,摆脱了以往单纯以药占比、平均住院日等僵硬指标的医院基金使用效能评价,依托数据能力让医保管理者可以从参保人受益、医院能力特征多角度的对医院使用基金的行为进行分析,进一步保证基金分配的公平公正。

### 开拓创新：精细化预付制工具探索

自 2019 年起常州进入 DRG 预备期,在模拟运行阶段常州医保发现 DRG 支付方式虽然确实解决了医保基金的不合理老大难问题,但是所有事物都是双刃剑,由于 DRG 支付工具的自身局限性,仍然存在可能导致不适宜 DRG 特殊支付的情况。如被业界普遍达成共识的康复病例、精神疾患病例不适宜 DRG 支付,又如中医院病例广泛存在中西医治疗并行造成成本升高的情况等。

常州局积极开展创新支付模式研讨,在不适宜 DRG 支付的康复、精神疾患病例方面,当前已开始对康复病例、精神疾患病例数据进行分析并与预备与专家进行研讨,寻找是否存在形成专用于康复、精神疾患病例支付工具的可能性。其次,对于扶持中医药应用病例,常州局在组织了省级、市级专家进行了应用中医药相关病例的研讨。

### 结语：“过硬的基础，才有资格谈未来”

江苏省医保局及省局专家组充分肯定了常州市 DRG 试点工作,严格执行国家 CHS-DRG 标准,高度重视组织领导,建立医保与医院协商谈判机制,抓住时间节点高标准的推进 DRG 改革。在得了省局专家领导的认可后,“常州模式取得了一点成绩,但是不能骄傲,我们常州

医保人应该明白，过硬的基础，才有资格谈未来。”常州市医保方式改革负责领导如此说到。

[返回目录](#)

## • 分析解读 •

### 如何深化医疗服务价格改革？改革的难点又是什么？

来源：中国经济时报

日前，习近平总书记主持召开中央全面深化改革委员会第十九次会议时强调，要深化医疗服务价格改革，规范管理医疗服务价格项目，建立目标导向的价格项目管理机制，加强对医疗服务价格宏观管理，平衡好医疗事业发展需要和各方承受能力，在总量范围内突出重点、有升有降。

那么，下一步如何深化医疗服务价格改革？深化改革的难点是什么？

国务院发展研究中心社会发展研究部研究员冯文猛在接受采访时表示，医疗作为民生领域中居民高度关注的问题，近年来通过改革取得了一些成效。特别是百姓看病贵问题，从取消医院药品加成，到药品集中采购，再到现在医疗服务价格改革，其改革取向是为了降低百姓的医疗负担，提升医疗资源的宏观配置效率。

### 两大问题期待进一步理顺和完善

冯文猛分析认为，医疗服务价格改革在全球都是一个难题，它受

许多复杂因素影响，包括居民收入状况、支出情况、医疗服务体系定位及供给情况、居民对价格的可接受程度、医保体系的支持状况等一系列内容，这些都会影响到医疗服务价格的确定。

目前医疗领域还有很多问题期待理顺。首先是医疗服务使用状况和医疗资源的配置效果还存在进一步提升的空间。随着破除以药养医机制的逐步落地，之前医疗机构依靠药品来增收的口子逐步被堵上。在这一背景下，近些年一些地方出现了部分医疗机构为弥补由于药品收入减少带来的损失，转而依靠让患者做大量检查、过度使用医疗服务的情况，以此来提升医院的收入。但这些做法，实际上也导致医疗资源无法得到最有效的利用，资源配置的效果大打折扣。

其次是定价当中的具体机制有待进一步完善。冯文猛表示，随着近些年医疗服务价格改革的推进，现在医疗服务中，医生提供诊疗服务的价格比以前大幅提升，医务人员的专业价值得到进一步体现，这是值得肯定的。但目前的价位是不是非常准确地体现了医务人员的价值？划定的差异是否精准合适？这些都有待进一步研究。比如说，同样的副主任医师提供医事服务，在三级医院、二级医院的价格是不同的，三级医院收取的医事服务费一般更高一些。从推行分级诊疗、激励居民更多到基层就医的角度看，到基层就医时的花销低一些，这样大家更有积极性，这没有问题。但从医生收入角度看，同样一个副主任医师，在二级医院出诊和在三级医院出诊收取的服务价格不同，级别越高收取的越多，这无形当中就会产生让医生尽量去大的医院或者上级

医院坐诊的倾向。

在冯文猛看来，上述因素的存在，共同构成了促使医疗服务价格作出进一步改革的动因。从近年来医改情况看，医药分家之后，医院实现了药品零差价，医院原来的一些收入减少了，在这种情况下，医疗机构从哪些渠道增加收入确保医疗机构的运营和医务人员工资的发放，是一个需要直接面对的问题。

### 改革要破解三方面难点

据冯文猛分析，就我国目前状况而言，未来推进医疗服务价格改革需要破解三方面难点。

冯文猛说，第一，科学合理地设定医疗服务中的具体内容以及其中各项服务的定价标准是个难点。

近些年，医疗服务体系改革的一个方向，是逐步建立以价值为导向的服务模式，也就是说，患者所接受到的服务需要对其恢复和提升健康状况具有价值，而不是为了增加收费而设立的项目。在这种背景下，合理确定医疗服务的具体内容，首先，需要深入研究。其次，不同资质的医院、不同职称级别的医生，因专业技术不同，其在医疗服务中所体现的价值是有差别的。但这种差别应该以什么样的标准来体现，也是值得研究的。

第二，提高一些政策之间的协调性。“在改革推进中，需要考虑如何让不同利益主体共同受益的问题，从患者、医生、医疗机构等方面出发，只有形成一个共推导向，才能更容易形成一个合力。”冯文

猛说。

第三，规范治理医疗服务体系。不同主体之间有着各自的利益考虑，如何切断既有的利益关系，是一个难点。政府需要加强对医疗服务价格的宏观管理，包含定价是否合理、服务体系是否规范等都要加强监管。但由于医疗服务中具有很强的信息不对称性，如何让这些监管有效落地，是一个考验。

冯文猛说，医疗服务和一般的商品不太一样，要推动医疗服务价格改革的继续深化，建立一个包含各利益相关方在内的协调机制，充分了解相关主体的意见和想法，在深入沟通基础上，争取最大范围内达成一个共识，对提升改革效果十分重要。

[返回目录](#)

### 医药电商与零售药店的竞合趋势

来源：Latitude Health

医药零售一直是市场关注的焦点，其中又以线上的药品零售为重点。随着互联网医疗在中国市场面临长期挑战，其与医药电商也已经完全合流，线上的医药零售正获得快速增长。不过，虽然线上卖药的增速较快，但其在整个药品零售市场的份额仍较低。从长期来看，线上与线下并不存在真正的替代关系，两者之间既有竞争又有合作，未来的发展趋势主要取决于支付方的政策趋势。

在药品零售市场，线上与线下虽然通过 O2O 进行合作，但一直将彼此视为竞争对手。但如果对竞争领域进行细分，则可以发现医药电

商与零售药店并不是一个单纯的竞争关系，也不是此消彼长的模式，即使在部分领域有重合，也因两者的面向群体完全不同而消解了彼此之间竞争的激烈性。

从实际竞争领域来看，在非药品的竞争上，线上和线下有着很多的重合，线上的替代性很强，但由于客群的差异，线下仍能拥有稳定的用户。但在药品上，医保是一个主要制约因素，特别是在常规药品上，线上还很难替代线下。即使处方药网售放开之后，由于真正来自院内的处方主要集中在院边店，其他商区和社区药店与医药电商的竞争主要集中在如何通过互联网医院去创造处方，而不是去争抢院内流出的处方。在创造处方的方法上，处方药的销售与 OTC 并没有什么不同，线上与线下的合作远大于竞争。

首先，在非药品领域的竞争上，保健品和滋补类产品将是主要的领域，但由于线下药店主要面对中老年群体，而线上则主要面向年轻群体，双方在各自收入来源的重点不同，在很多产品的品种选择上也有着很大的不同，线上好卖的在线下反倒不一定好卖，反之也是一样。即使在 O2O 这一模式上，由于获客来自于线上，偏年轻化的产品才有市场空间。而药店本身又以偏老年产品为主，这有助于线上和线下在这一领域的融合。

不过，由于目前医保对 OTC 的报销范围较广，非药品在线下零售药店的收入占比仍然不大。而由于缺乏医保，医药电商的主要营收则来自非药品。但随着 OTC 未来逐步退出医保的可能性增强，商区和社

区店的药品占比将面临下降，这也将推动其向非药品领域拓展，推动其向年轻群体拓展。在东亚其他地区，药店与便利店合开的模式已经多有尝试，这可看作药店向年轻群体发力的一个模式。不过，与东亚其他地区不同，中国的药妆产业并没有真正发展起来。虽然大量中药企业开发了很多大健康类的产品，但在药店或医药电商获得规模化发展的仍在少数。药妆类的产品在电商渠道已经获得一定的发展，但药店是否会在这一领域获得规模仍值得关注。

其次，在 OTC 和保健类药品的竞争上，现阶段药店仍占有明显优势，这主要是线下有医保而线上没有。但 OTC 如果逐步退出医保，用户在面向自费产品时更多看重价格，线上如能维持低价，会取得很大增长，但线下如有价格优势仍有机会胜出。不过，由于短期内 OTC 还不会退出医保，特别是集采之后，院内外价格倒挂严重，叠加逐步推进的门诊统筹和个帐缩水，病人将持续回流医疗机构，院外的 OTC 药品市场将迎来一个明显回落的过程。

而对于市场寄予厚望的处方药市场，即使放开处方药网售，市场并不会由此带来明显的增量。因为真实的处方外流极为有限，现在院外销售的处方大部分是通过互联网医院创造出来的。

这对线上和线下并没有形成竞争压力，更多是各自借助自身的平台来操作。当然，流量平台更容易创造处方，不过这主要来自线上流量，线下也可以通过自建互联网医院来创造处方，这就是两个完全不同的方向。

从东亚的医药零售市场来看，日本是采取了赎买的政策来推动处方外流。日本一方面给予医生处方释出费，另一方面则给予药品调剂费，处方释出费加上药品调剂费占到处方药总费用的将近 40%，其他的国家和地区显然无法通过财政和医保来给予如此高昂的补贴，也就无法推动真正的处方外流。因此，在一个长期有医药合一传统的体系下，如果不进行高额的补贴，处方外流始终不会存在一个规模化的可能。

而且，即使日本医药分离超过 70%，药品在医药零售的占比还是只超过了 20%，医药零售要扩大规模最后仍然不得不依靠非药品。

总体来看，保健品和滋补类药品在线上和线下各有优势，由于面向人群不同，品类也将出现明显的分化。而医保现阶段仍然是线下的优势，在将来也依旧是。因为虽然送药上门会是一个持续增长的市场，但每家药店的医保额度毕竟有限，不可能无限制扩张。

当然，OTC 如果退出医保，对药店的影响要远大于线上，这就要求药店有自己的核心能力，要么去拓展非药品为主，药品为辅的模式，要么成为院边店，去拓展药品为主，特别是处方药为主的模式。但在处方只能创造而不能流出的情况下，特别是院内外价格倒挂的情况下，处方药的创造也是增长有限的，更多集中在高价自费药。双通道模式虽然为 DTP 药房带来了机遇，但考虑到中国的药价不可能像美国的特药那样昂贵，特药也不可能在药品总规模上占据类似美国那样高的比例，其带来的市场规模是有限的。

由于线上的医保额度全部来自线下，未来医药电商的发展仍然会像现在这样还是以非药品为主，面向年轻人的流量变现将是核心驱动力。未来最大的变数在 OTC 是否会退出医保，如果退出医保，OTC 将在线上迎来一波增长。

[返回目录](#)

### 由后付制转向预付制 门诊支付方式应该如何改？

来源：健康界

医保支付制度改革及其建立起的利益分配机制是调节医疗服务行为的重要杠杆，支付方式不断完善有利于优化资源配置，提升医疗系统效率。

2017 年《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》发布，尤其是国家医保局成立以来，DRG/DIP 试点快速推进，住院医疗服务的医保付费方式改革基本成型。

与此同时，《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》）于 2021 年 4 月正式公布，个人账户改革，门诊医疗保障水平进一步提升。

在这种情况下，一方面 DRG/DIP 付费改革全面落地后可能发生的住院费用向门诊转移；另一方面，门诊共济推行后很可能带来门诊费用快速增长等问题。

由此，同步推进门诊医保付费方式改革，提高改革的系统集成与协同性，就显得尤为必要。那么，目前门诊医保支付政策是怎样的？

《意见》出台之后对门诊统筹会有何影响?未来门诊支付的发展趋势如何?

### 门诊统筹下的“按项目付费”

众所周知,我国基本医保制度的建立和发展是从住院统筹(即“保住院”)开始的,体现了医保“保大病”的功能定位。对于门诊服务,要么通过个人或家庭账户以私人积累的方式自我管理,要么自费。

其中,城镇职工医保采取的是“统账结合”的模式,“统筹账户”只保障住院和大病,普通门诊费用由“个人账户”支付;原新型农村合作医疗则采用“家庭账户”模式为主保障普通门诊服务。

在当时筹资能力较弱与管理水平有限的情况下,这一安排有利于提升参保率,促进了医保制度的顺利发展。然而,随着经济社会的进一步发展,个人账户与家庭账户无法有效发挥基金统筹共济功,且基金大量沉淀的弊端日益显现,甚至一些城镇居民医保根本未设置个人账户,门诊保障完全缺失。

这期间,诸多专家通过媒体纷纷发声,称门诊保障有限甚至缺失使潜在大病和慢性病得不到有效治疗,拖成大病反而增加费用开支,甚至有些为获得医保住院报销而“小病大治”,浪费医疗资源。开展门诊统筹,建立合理的门诊医疗费用风险共担机制的呼声渐起。

“随着人口老龄化及慢性病发病率的上升,居民门诊负担不断上升,保障及规范门诊医疗行为的重要性不断凸显。”北京市医保中心副主任郑杰曾在一场研讨会指出,把门诊服务管好了,将有效降低住

院率、减轻医保基金的负担。

早在 2009 年，人社部提出了医保门诊统筹的指导意见，并于 2011 年明确提出了全国各地要普遍开展城镇居民医保门诊统筹的要求。随后，大多城市相继开展了城镇居民医保门诊统筹的试点。

概括来看，门诊统筹试点主要有两种模式：一是门诊大病统筹，即将一些需要长期在门诊治疗的慢性病或可以在门诊治疗但医疗费用昂贵的疾病纳入统筹基金支付范围，也就是所谓的“病种”保障。

二是普通门诊统筹，即将一些门诊常见病、多发病的费用纳入统筹基金的覆盖范围。该模式一般不划定纳入报销范围的病种，而是通过制定低水平的“起付线”和“封顶线”对参保居民给予一定保障，这种方式又被视为“费用”保障。

“目前全国几乎都实行了门诊大病统筹，但只有部分经济发达地区实行了以费用型保障为主的普通门诊统筹。”烟台市医疗保险事业中心待遇结算科科长仲跻虎告诉健康界，烟台目前以病种保障为主，门诊大慢病达到了 73 个，职工普通门诊统筹暂未建立。

与此同时，大多数开展普通门诊统筹的城市，都实行了基层首诊制，即把基层卫生机构作为定点首诊服务机构，患者未经转诊去非定点机构就诊的费用，统筹基金不予支付。

也有部分城市由于基层医疗体系有待完善而无法承担首诊的任务。仲跻虎说，基层技术力量不足、人民群众信任度较低的情况下，强行推行基层首诊转诊制度，一方面会增加基层工作压力，另一方面

增加的转诊环节会引起人民群众的反感，影响人民群众的获得感，甚至有可能会延误最佳治疗期，造成更严重的疾病负担与基金支出。

目前，不管是门诊大病统筹，还是普通门诊统筹，其支付方式的本质仍为“按项目付费”。其中，普通门诊一般按总额控制下的按项目付费制；大病门诊则实行按项目付费的结算方法。

一些城市对纳入门诊大病病种采取两种结算办法，如葫芦岛市对各类恶性肿瘤、器官移植术后排异治疗、血友病、尿毒症透析治疗 4 种费用较大的门诊大病特病，门诊按住院办法报销(即按项目付费)，对其他费用相对较低的 7 种门诊大病病种，实行单病种限额结算，即规定每个病种的最高限额，在最高限额内，对参保人按比例报销，对医疗机构按实结算，超过限额标准的，由定点机构承担。但是，这种单病种限额结算实际上也属于总额控制下的按项目付费。

### 门诊共济政策的契机

《意见》的发布，为门诊统筹的进一步发展带来了契机。

根据《意见》，职工医保门诊共济保障改革的内容可概括为“一减一增、一建一调”，即减少划入个人账户资金，增加门诊共济保障资金投入；建立普通门诊医疗费用统筹保障机制，调整个人账户使用范围。

这意味着，个人账户资金减少，门诊统筹基金增多，参保职工的门诊费用支出将由个人账户模式下的风险自担、自我平衡变为统筹支付、共济保障。

《意见》指出，普通门诊费用统筹保障机制要先从高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢特病开始，逐步扩展到其他费用负担较大的病种。同时，还指出要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。

“文件虽然已经发布，但很多地方仍没有开始落实，目前全国各地已经普遍实行了大病门诊保障，即‘病种保障’，按文件要求，未来估计各地会陆续补足针对普通门诊的‘费用保障’，进一步提高门诊保障水平。”仲跻虎说，具体的改革路径还要由上一级主管部门统筹推进。

### 如何实现“预付制”？

《意见》的发布，尤其是个人账户改革也释放出一大笔资金用于共济保障，门诊支付方式改革也迎来新机遇。

数据显示，2018年，职工医保个人账户收入5297亿元，如果将单位缴费划入部分置换成门诊统筹，可从个人账户中释放约2500-3100亿元的资金，约相当于同期公立医院全部门诊收入（约8300亿元）的30%-37%。

个人账户改革之后，门诊统筹基金体量增大，承担着支付参保职工门诊费的责任，相应也就获得了引导、规范和监管门诊就医行为与服务行为的管理权限，从而可以更好地发挥医保战略性购买作用，将门诊支付由粗放管理转为精细化管理，从被动付费转向主动购买。

“门诊就医行为也将由过去的自我决策、自由就医转为保方引

导、有序就医。”重医附一院医保科主任陈登菊告诉健康界，不断提高的保障水平要求更精细化的管理。

其中，最直接的引导方式是支付方式，其直接影响门诊统筹基金的运营平衡。“在这个过程中，针对各类门诊服务特点实行人头包干付费(预付制的一种方式)，是门诊医保支付方式的改革趋势。”中国政法大学政治与公共管理学院讲师、清华大学医疗服务治理研究中心博士后廖藏宜曾撰文指出。

廖藏宜进一步解释道，该趋势具体表现为在总额预算基础上，对“普通门诊统筹”实行基层定点就医的供方人头付费，对门诊慢特病(即门诊大病统筹)实行病种化的需方人头付费，有 DRG/DIP 改革基础的地区可进一步推进门诊 APG(即门诊病例分组)点数法或门诊人头点数法付费。

一是“普通门诊”实行基层定点就医的供方(针对医疗机构)人头付费，该模式要求必须建立基层首诊制，参保患者不经过基层首诊或不遵守转诊安排，自行选择高级别医疗机构就诊的，可显著提高个人自付比例直至不予补偿。

然后，基于家庭医生签约，由医保部门根据签约的参保人数，按事先约定的人头费标准，将居民的门诊基金按人头打包给基层医疗卫生机构或家庭医生团队，由后者提供普通多发病的门诊服务。

真正意义上的按“按人头付费”，签约人的医疗费在服务之前就已经确定下来，与后续实际发生的医疗费用无关，刺激家庭医生或基

层卫生机构做好健康管理，提升参保人健康水平，以减少医保支出；但研究显示，实际试点中各地实施的“按人头结算”实际上是通过签约人头数与定额数来计算预算总额，预算总额以内按实结算(或有少部分奖励)，超支不补(或共同分担)因此在预算总额以内医疗机构的收入仍然与提供量成正比，只是有预算总额的硬性(或弹性)约束，所以从实质上看仍属于总额控制下的按项目付费制。

“目前国内的分级诊疗形势尚未得到根本好转，所以国内许多依托于基层首诊的按人头付费的探索很难有实质性的进展。”仲跻虎说，普通门诊的按人头付费制度的顺利运行需要完善的社区首诊与转诊制，与国内分级诊疗的建设息息相关。

二是“门诊大病”实行病种化的需方(针对参保人或患者)人头付费，是基于临床路径明确的诊疗病种和人群规模固定的受益对象，将患者在某个特定病种上的医疗待遇进行年度人头包干，严格意义上应称为按人头病种付费。

在这方面，可借鉴 DRG/DIP 的病例分组思想和点数化分配方法。目前，金华市实行了门诊 APG 点数法付费，即基于 DRG 分组，对签约人员的普通门诊、慢性病种门诊的统筹基金人头额度包干到医疗机构，按包干基金结合 APG 点数法付费。“而基于 DIP 分组，可以将门诊统筹服务包和门慢门特病种的人头定额标准进行点数化，实施门诊人头点数法付费。”廖藏宜写道。

“与住院服务的 DRG/DIP 改革类似，未来门诊服务的医保支付也

会更加精细化，其实质都是从后付制向预付制进行改革。”陈登菊说，目前各地都在对门诊服务的上述支付方式进行探索，“门诊共济文件的发布只是起步，支付方式具体如何改革还需国家统一安排。”

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### “三孩”政策，对产科发展有什么影响？

来源：惠宏医管

5月31日，中共中央政治局召开会议，审议《关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》，“三孩”政策就要来了。优化生育政策对于缓解老龄化问题以及国民经济发展均具有积极和重大意义。从医院管理者的视角，针对“三孩”政策，我们需要从现状出发，更加关注新形势下，公立医院相关学科的发展之路。

#### 一、现状

以上海三级甲等医院为例，我们通过顺产数量分析人口政策对人们行为和医院的影响。

2016年到2020年，上海市三甲医院顺产人次分别为53885、46126、42312、43809、35291人次(如图1)。从近5年的顺产人次看，人次是在反复中持续下降。尤其在2020年，更是下降到了前所未有的35291人，比2019年下降近1万人，比2016年下降了近2万人，2021年很有可能跌破35000人。

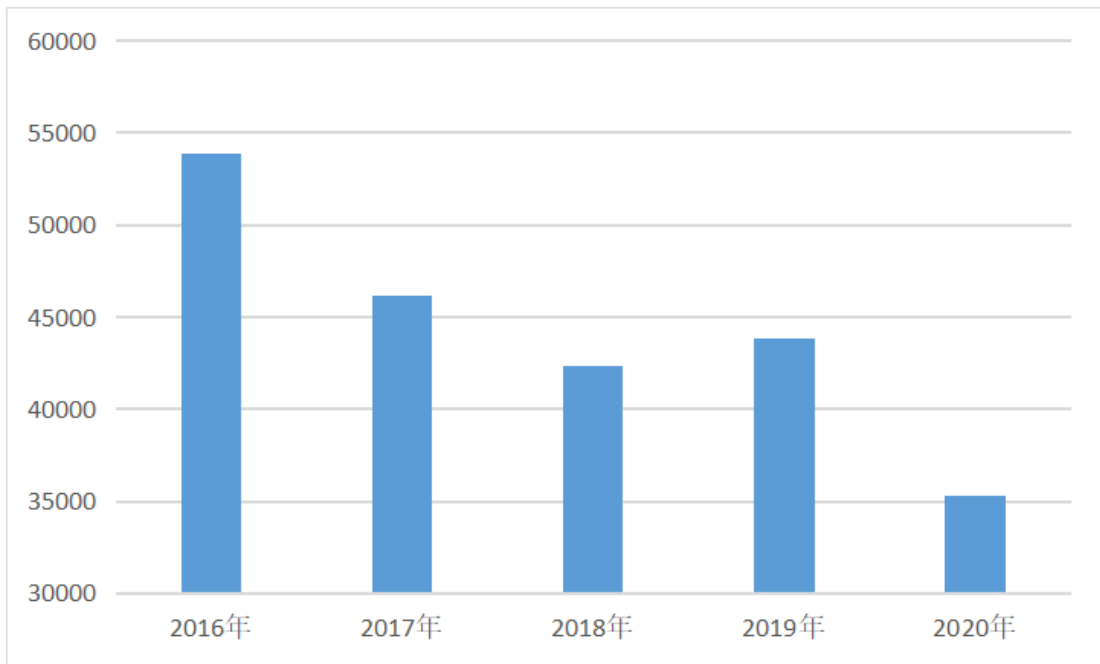


图 1 上海市三级甲等医院顺产人次

除了在 2019 年有所回升外，其他年份环比均有所下降，2017 年到 2020 年，上海市三甲医院顺产人次环比增幅分别为-14.40%、-8.27%、3.54%、-19.44%(如图 2)。

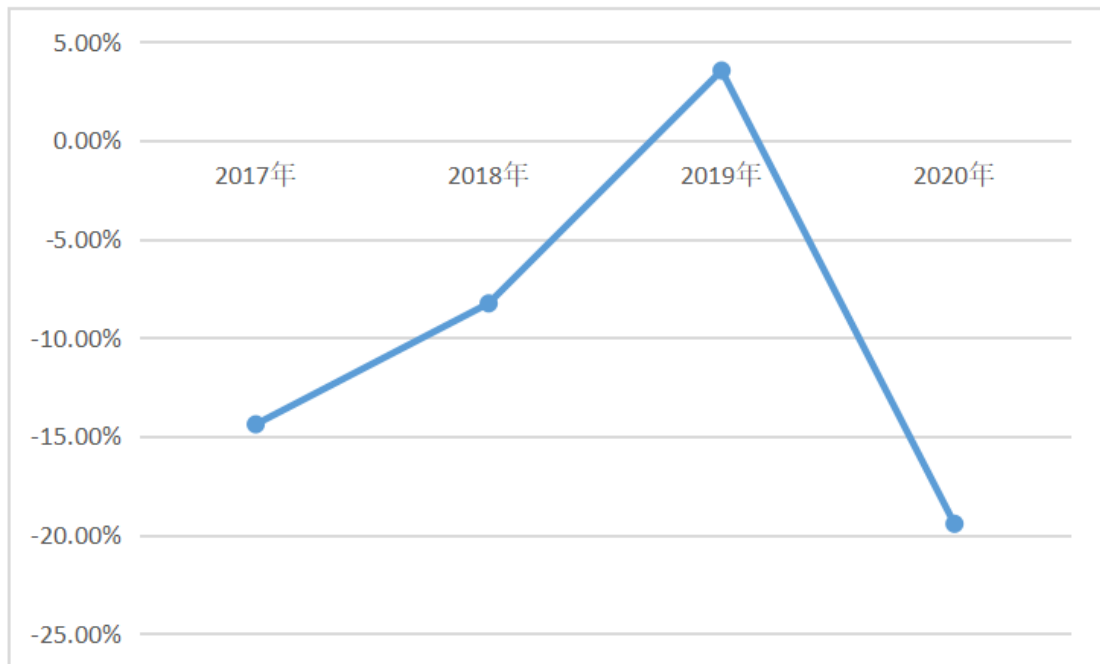


图 2 上海市三级甲等医院顺产人次增长幅度

我们选择顺产人次在上海市排名前三位医院的收入绝对值和收入增幅进行分析(如图 3、图 4)。从 2016 年到 2020 年，医院 A、B、C 三家医院进行分析。医院 A 顺产医疗费用在 2016 年为 1.3 亿元，2020 年仅为 0.87 亿元；医院 B 两期比较分别为 0.72 亿元和 0.54 亿元，医院 C 两期比较分别为 0.76 亿元和 0.48 亿元，分别降低了 0.4 亿元、0.18 亿元和 0.28 亿元，均跌破亿元。从各年度环比情况看，降幅环比最大达到-19%。

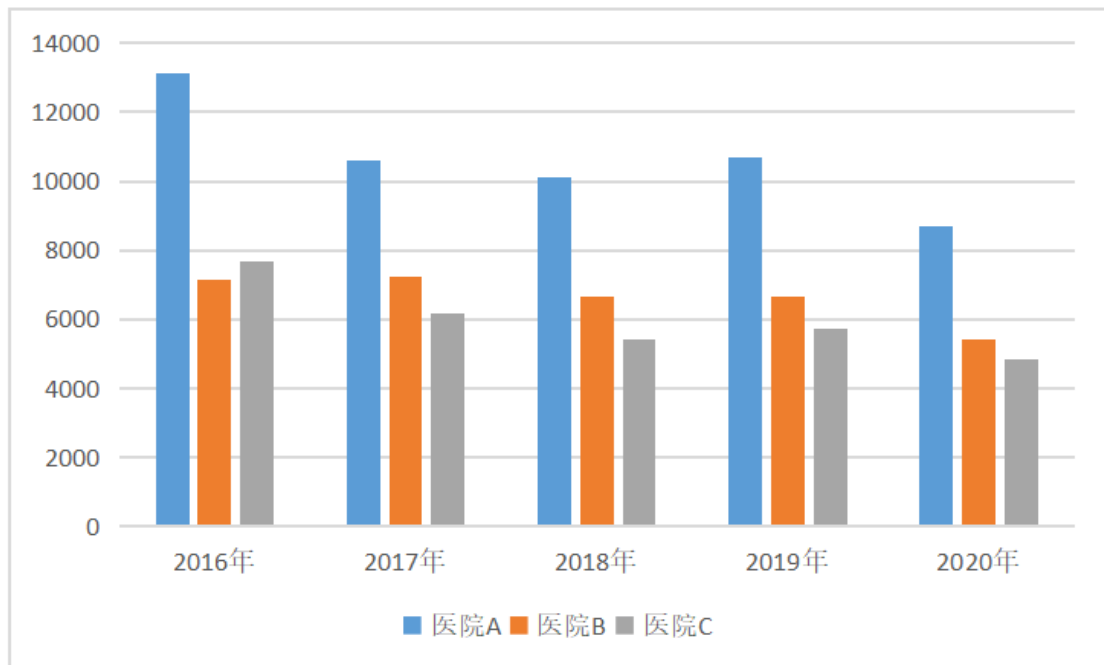


图 3 上海市三级甲等医院顺产收入前三位变化情况

综上，从 2016 年到 2020 年上海市三级甲等医院顺产人次以及增幅情况看，生育情况不容乐观，在没有政策干预的情况下，顺产人次持续下降是必然趋势。从上海市三家甲等医院中，顺产人次排名前三的三所医院的收入变化和增幅变化来看，人口政策对公立医院产科规模和绩效影响也是必须面对的。

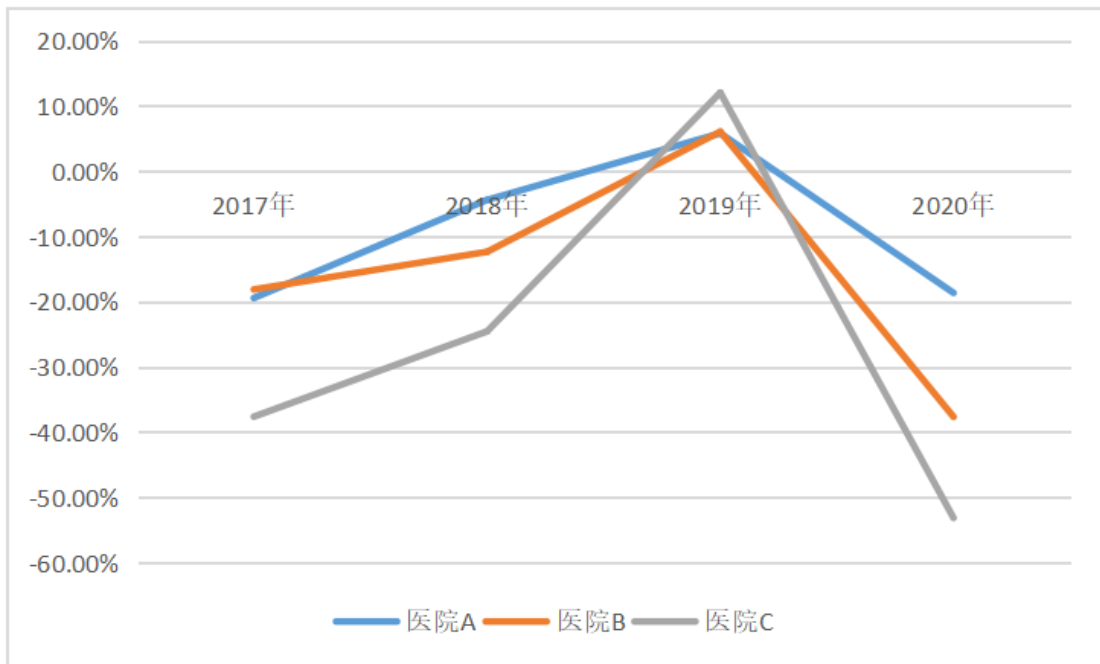


图 4 上海市三级甲等医院顺产收入增幅前三位变化情况

## 二、影响

### 1. 短期

短期看，对公立医院的业务量情况我们不做乐观估计，依据是过去 5 年我们对上海市三甲医院顺产业务量的观测和分析。甚至在未来一段时间，产妇数量依然是下降的。但对于医疗质量，可能会带来新的挑战。比如高龄产妇数量增加，一定会对现有的产科医疗安全和质量提出挑战。

### 2. 长期

长期看，对公立医院的业务量情况我们做出乐观估计，依据不仅在于“三孩”政策本身，更在于国家对于人口老龄化问题的高度重视，以及对人力资本等市场要素的重新界定。而且我们具有同发达国家不完全相同的人口基数和政策背景，以及文化价值观。我国 14 亿人口

是国家高速发展、稳定发展的重要支柱，对于生育政策，我国也是刚刚放开，还在尝试阶段，并没有完善的配套政策。所以，公立医院产科的规模在短期调整后，长期还是会处于恢复性增长的趋势。

### 三、应对策略

公立医院产科发展不仅要考虑人口政策的变化，更要立足于公立医院如何更好融入到国民经济发展中，在国家高质量发展的情况下，实现公立医院的高质量发展。

#### 1. 医疗质量

需要结合高质量发展的定位，在围产期管理，尤其是危重孕产妇救治方面投入更多的资源。同时，可将围产管理作为突破点，集合产科、妇科、重症医学等多学科，形成多学科诊疗的新领域、新模式。

#### 2. 运营质量

从过去几年的产妇数量变化情况看，依靠传统的发展模式来运营产科明显不能适应新人口特征，大力发展特需医疗业务是一个比较好的选择。

#### 3. 可持续发展

开展多学科诊疗和特需医疗服务，不仅在医疗质量上可以有所提升，从管理实践看，还可有效改善医疗收费结构。通过特需医疗服务带来的“阳光”收入，改善产科医护人员的收入比例和结构，完全可以扭转“以药补医”现状，可以为医疗服务价格改革做出积极探索。

#### 4. 满意度

此外，特需医疗业务是政府予以鼓励和支持的，可以有效满足人民群众日益增长的、尤其是多元化的就医需求，可以有效改善患者满意度。

所以，通过高质量的多学科诊疗模式创新以及特需服务模式，产科在医疗质量、运营管理、持续发展、患者和员工满意度等方面都可以得到有效提高，是公立医院产科发展的有效途径。

[返回目录](#)

### 波士顿矩阵在医院运营管理及学科建设中的应用

来源：易策医管

医院运营管理在后疫情时代显得更加重要。如何运用现代医院管理理念，推动医院向高质量发展，已成为各级医院的发展方向。通过分析医院的运营数据，应用波士顿矩阵对医院各科室的运营情况进行全面梳理，能比较直观地发现运营管理的重点，为医院管理者合理配置资源、提高运营效率、促进学科发展等方面提供科学的决策依据。

波士顿矩阵(BCGMatrix)，又称市场增长率-相对市场份额矩阵，由美国著名的管理学家、波士顿咨询公司创始人布鲁斯·亨德森于1970年首创，它是通过销售增长率和市场占有率来分析决定企业的产品结构。

矩阵法能从多维问题中，找出成对的因素，排列成矩阵图，根据矩阵图来分析问题，确定关键要点，不失为一种通过多因素综合思考、探索问题的好方法。

我们在咨询过程中，运用波士顿矩阵图解决了一些诸如医院发展战略问题，如 SWOT 分析法帮助医院选择战略定位。

这里介绍的是利用波士顿矩阵解决医院的运营问题、学科发展问题，相对于其他数据分析方法能在视觉上给人带来强力的直观感受，应用两条轴组合起来把医院所有科室的运营现状清晰定位，把复杂混乱的信息整理得简单明了，从一维到二维，发现更多原本无法看清的现象。

### 案例·分析

例举某医院案例，以各科室的业务收入和有效收入占比这两个指标作的波士顿矩阵图，为什么选取科室业务收入和有效收入占比这两个指标？

1. 业务收入基本上能说明该科的市场体量、市场占有率和品牌吸引力；

2. 有效收入是指业务收入中扣除药品、耗材、血液制品后的收入，其占比能反映该科对医院的贡献度。

以此为两条轴线把医院各个科室的运营状况做一个结构性定位，让管理者从经营的角度直观清晰地看到各个科室的分布情况及需要调整的方向。

特别是运营部和学科办的负责人，能围绕矩阵图分析出来的关键点做文章，有了一个移动的方向和院内标杆，逐渐优化收入结构，培育重点学科，达到精细化管理的目的。

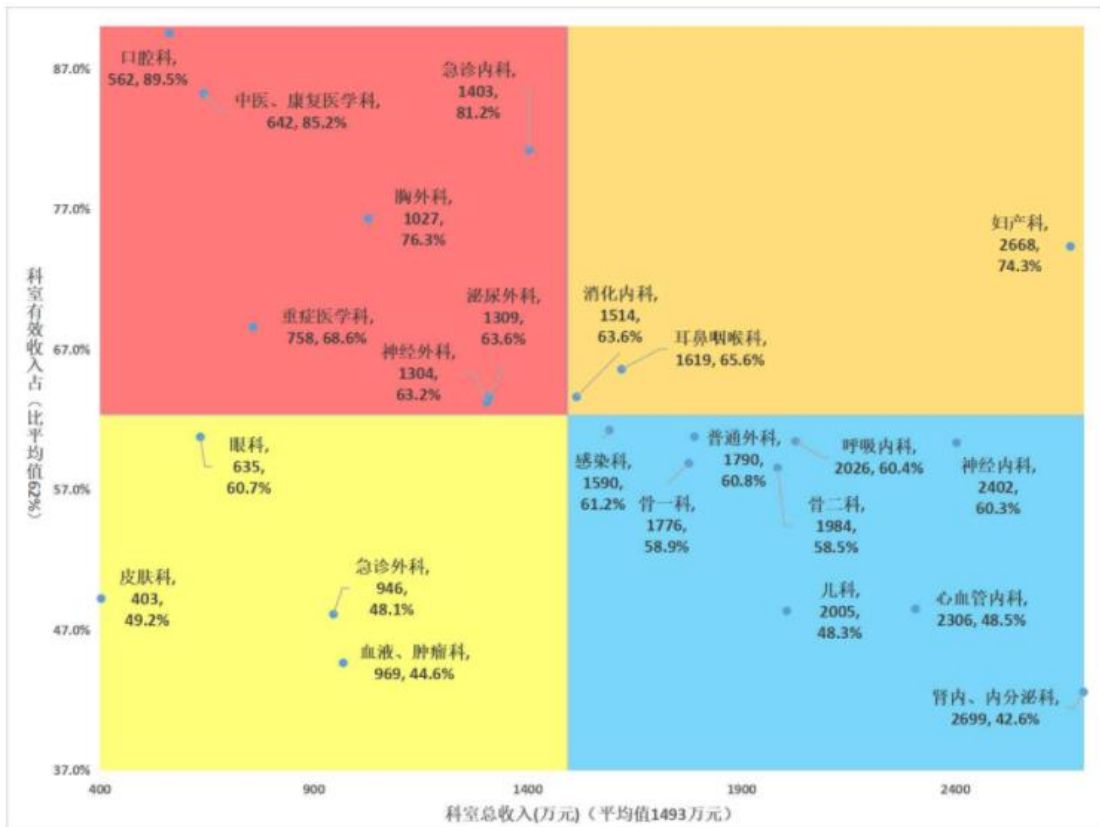


图 1 某中医医院临床科室矩阵分析

横轴是科室的业务收入，纵轴是科室的有效收入占比。

由此划分四个象限，各科室的经营状况在坐标中一目了然。

从散点分布中可以看出，该院各临床科室的集中度不足，比较分散，优势学科不多。业务体量最大的是肾内、内分泌科和妇产科，业务收入远超其他科室。有效收入占比最高的是口腔科、中医科。

**第一象限的科室属于业务收入高，有效收入占比也高的科室。**

有妇产科、耳鼻咽喉科、消化内科等。对此类科室应该保持现有的体量优势和品牌优势，进一步提高有效收入占比，成为医院的头部科室，引领其他科室靠拢。应给予这些科室人员更高的业绩绩效，充分调动积极性，创造更多的剩余价值，支持医院全面发展，可以作为

医院未来战略性申报各级各类重点科室的培育对象。

**第二象限的科室属于业务收入高，有效收入占比较低的科室。**

有肾内、内分泌科、儿科、心血管内科等。对这些科室应该主要分析科室的消耗情况，加强成本管控，加大对药占比、耗占比的考核，严格控制不必要的支出和浪费。配合波特五力管理工具对供货商的议价能力、选择合适的耗材替代品等，想尽一切办法在短期内提高科室的有效收入。

**第三象限的科室属于业务收入低，有效收入占比较高的科室。**

如口腔科、中医、康复医学科、急诊内科等，对这些科室管理的重点在于扩大知名度、扩大业务量和市场份额，提高医院的利润率。运营部门可以逐科进行人、财、物分析，找到影响市场占有率的短板，对科室提出的短平快的业务项目，尽快投入到位，提升科室的业务体量，促进其向第一象限的标杆科室方向移动。

**第四象限的科室属于业务收入低，有效收入占比也低的科室。**

如皮肤科、急诊外科、血液、肿瘤科等，对此类科室要重点帮扶，尽早移出。急诊外科在强调公益性和社会效益的同时也要引导其节省成本，提高效率。在医院资源受限的情况下，对第四象限的科室可以具体分析逐步调整，如急诊等彰显社会效益的科室选择优先发展。有的科室可采取保守战略，坚持自力更生，暂时让位于其他科室。等头部科室发展好了，再来攻坚克难，打通最后一公里，使全院各科室均衡协调发展。

波士顿矩阵法是一个静态的对过去情况的分析，需要适时调整和动态跟踪与评价，现实情况可能比坐标分布更显错综复杂，需要运营管理人员纲举目张，结合其他管理工具提高运营质量，促进各科室整体向上向右移动，推动医院向高质量发展。这一点特别值得注意。

[返回目录](#)

## 如何做好医院新旧系信息系统更替工作？

来源：医有数

随着我国医疗改革的不断深化、医疗技术的不断发展以及医院规模的不断扩展，医院业务部门对信息系统的需求不断增加。如何做好医院新旧信息系统更替工作，成为不少医院信息化建设的痛点。

信息技术日新月异，医院也在加快其信息化建设进程，并投入大量资金来加强其信息系统建设。设计良好、架构科学的信息系统可以提升医院的管理水平，提高医院的社会效益和经济效益，也为医院信息化建设打下坚实的基础，为将来的发展建立良好的扩展平台。当前不少医院都在对其信息系统进行更换，分析其原因主要有以下几点。

### 1. 使用时间较长，功能需要扩充

部分医院信息系统使用时间较长，有的已经超过 10 年，大部分医院的信息系统自上线后就一直在使用，从未进行更新升级，其结构与功能已无法满足医院信息化建设的要求。针对系统的日常维护工作也仅仅是对一些系统 BUG 进行修正。当临床出现新的业务需求时信息系统无法满足相应的功能。

## 2. 系统架构陈旧，扩展性差

由于医院信息系统开发上线较早，受限于当时的信息技术水平以及医院业务规模，大部分较早上线的信息系统技术落后、架构陈旧，具体表现在系统的部署较为简单、应用功能单一、开发工具陈旧，无法适应后期业务需求细化的需要；信息孤岛较多，各个系统之间无法互联互通，数据流不一致，无法满足业务部门对数据更深层次的要求，对管理部门决策分析无法提供有力的辅助作用；系统功能不完善，无法满足临床医护人员的工作需求。

## 3. 业务需求繁多，规则复杂

随着我国医疗改革的不断深化、医疗技术的不断发展以及医院规模的不断扩展，医院业务部门对信息系统的需求不断增加。同时医疗理念不断发展，传统的医院信息系统是围绕挂号、收费、统计、核算等财务功能为中心来运行的，如今的医院信息系统逐渐发展为围绕电子医嘱、电子病历的临床应用为核心而运行，新的业务规则不断提出，原有的业务规则不断被修正，致使现有系统的业务规则复杂繁多。种种原因都使得对现有系统的维护变得困难，维护成本增加，导致现有信息系统无法满足日益增长的医疗业务需求，制约了医院的信息化发展，阻碍了医院的信息化进程。

如何做好医院新旧信息系统更替工作，成为不少医院信息化建设的痛点。笔者建议如下：

### 一、系统切换方式

系统切换是采用两套系统并行的方式还是“一刀切”的方式?两套系统并行是指在新系统上线的同时现有系统仍然使用,待新系统运行稳定、细节修改完毕、基本没有问题后再逐渐全部切换至新系统。

“一刀切”指新系统上线后现有系统立即停止使用,现有系统的数据通过设定好的规则导入到新系统,一切数据以新系统为准。前者对现有系统影响最小,几乎不影响现有系统的运行,新系统如果出现问题,可以随时切换回现有系统,风险最小。但由于两套系统同时并行,在数据统一性和完整性上会存在一定的问题。后者数据统一性、完整性能够满足要求,但切换风险大,一旦出现问题,对医院业务造成的影响较大。建议采用一刀切。

## 二、基础数据维护

各项基础代码的准备和维护工作,是医院信息系统正常运行的重点和关键,为确保临床医技护理人员操作信息系统时生成的业务数据准确性、有效性及安全性。

### 主要职责及工作流程:

#### 科室信息

维护部门: 医院办公室

职责: 负责维护医院科室代码信息

#### 人员信息

维护部门: 人力资源部门、医务部、护理部、信息部门、门诊办公室。

职责：人力资源部门负责维护新进人员姓名、性别等基本信息；

医务部负责维护医生处方使用权限；

护理部负责维护病区护士操作权限；

信息部门负责维护各级各类人员操作角色权限分组；

门诊办公室负责维护医生(含返聘、外聘专家)出诊科室、出诊时间、停诊信息等；

工作流程：人力资源部(增加或变更人员属性)——医务部(处方权限)——信息部门(功能授权)——门诊办公室(定义医生出诊科室及出诊日期等)。

### 诊疗信息

维护部门：物价部门、医保部门

职责：负责维护诊疗项目价格、医嘱信息、医保对照。

工作流程：临床申请——医务部审核——物价员价格维护、医嘱项目维护——医保办对照

### 材料信息

维护部门：物资供应部门、医保部门、物价部门

职责：物资供应部门及物价部门共同负责维护材料价格信息

医保部门负责医保目录对照

工作流程：物资供应部门(材料入库)——物价员(审核确定价格)——医保部门(医保对照)——物价部门(材料医嘱项目维护)

### 药品信息

维护部门：药学部、物价部门、医保部门、信息部门

职责：药学部负责药品信息维护

信息部门负责协助审核

医保部门负责医保目录对照

物价部门负责价格审核

药品采购

采购中心(提供采购依据)——物价员(审核定价)——药品信息管理员(维护院内药品信息)——医保办(医保对照)物价员(核对价格信息)。

药品调价：采购中心(提供调价依据)——物价员(审核定价)——药品信息管理员(维护院内药品价格)——物价员(核对价格)。

### 疾病编码信息

维护部门：医务部、病案统计部门编码员

职责：负责按照 ICD 编码标准维护本院疾病编码信息，上级编码库升级或医院有增项由编码人员负责维护入 HIS 中。

工作流程：政策要求——医务部审核——病案编码员维护。

### 三、测试

1. 首先，按新系统需求采购新的应用服务器及存储设备，安装配置数据库、中间件、应用服务。其次，在信息中心准备几台测试用电脑，要选择终端用户的各类机型，避免正式启用时，终端用户因电脑配置不够无法正常使用的情况。最后，安装测试程序及相关控件；安

装各流程所需的外接硬件设备；准备各类表单测试用纸。

## 2. 基础数据的导入与维护

新系统数据字典与在用系统有所不同，需由相应科室维护人员进行初步对应，由数据库人员将新、老系统表结构导出后进行关联导入。对于导入后仍缺少的字段，再进行逐一维护。此外，因距离正式上线还会有一段时间，此时间段内产生的新数据，要求维护人员在新、老系统中同时维护，一方面是避免切换时再次导入，另一方面也是对维护人员的培训。对于库存类的实时数据要确认字段，待正式切换时才导入，基础数据一定要仔细核对。

## 3. 功能测试

厂商实施人员演示系统功能，信息中心人员实践操作各种流程是否顺畅、录入异常值的逻辑判断是否正确、查看各环节的信息是否一致、生成报表是否正确、打印表单的格式是否符合要求。因为每个人的操作习惯不同、关注重点不同，所以测试过程分工轮番进行，以确保每个测试点有多人操作，能够尽量全面地完成测试任务。

## 4. 测试结果

测试结果编制固定的表格样式，每个人按格式填写，至少要包括：测试人、测试时间、功能模块、测试数值、测试结果。每项测试任务完成后，要及时汇总：过滤结果正常的测试点，删除重复存在的问题，与厂商实施人员确认剩余问题，得到双方确认后，标记为实证问题，备份记录。整个测试的过程引用 PDCA 戴明环质量管理的过程：Plan,

计划测试任务，确定单元测试或集成测试；Do，实施测试；Check，检查整理测试结果；Action，确认存在的问题，沟通解决的方案，对于没有解决的问题，提交给下一个 PDCA 循环中去解决。

#### 四、培训

##### 1. 流程讲解

组织全员的培训时，可按患者就诊的全过程进行讲解，区分门诊、住院的主业务流程。要由医务、护理、财务等部门参与，强调新系统培训的重要性，回复并记录操作人员提出的问题。确认是否需进一步改进，如需改进还需进行之前的需求优化、再次培训环节。

##### 2. 分角色培训

按某一角色进行专场培训。建议以信息部门人员培训为主，开发商实施人员为辅。因为信息部门人员熟悉新、老系统的各操作环节，可有针对地讲解操作上的不同，强调正确的操作模式。因为是分角色培训，所以培训人应提前做好讲解数据，并准备充足的测试数据让参加人员现场操作，通过现学现用，强化练习，及时答疑，纠正错误，使培训更有效率。

#### 五、实施保证

##### 1. 系统切换的实施

方案、时间确定后，提前两天召集职能科室，公布切换方案，讲解切换步骤：先停住院流程，在老系统结算所有患者，之后为继续住院的患者办理入院，同时可办理当天新入院的患者，但要求科室当天

不要产生费用。然后导入住院相关库存，并让科室核对。之后，停止所有门诊业务，启用手工流程。导入所有门诊相关库存，并让科室核对。最后，零点启用正式库，跟踪指导各用户进行新系统的操作。观察保障白天就诊高峰期的使用情况，服务器压力等。

## 2. 应急预案的制定

信息部门是技术支持保障部门，且系统切换存在一定风险，一定要做好应急预案，考虑各种可能突发的故障，制订好应急预案，并公告各管理科室及操作用户熟练掌握，随时检查应急所需备品是否齐全可用。做到未雨绸缪、有备无患。

[返回目录](#)

## • 医保快讯 •

### 盘点 | 国家医保局三周年：全民医保的高质量发展之路

来源：中国医疗保险

2021年5月31日，是国家医保局的三周年生日。

对于这个年轻的部委来说，虽然过去一年相比于成立之初，各项工作都已经渐入正轨、平稳推进。但回头看去，这一年有对新冠肺炎疫情防控战和脱贫攻坚战两场“国家级战役”的有力助力；也有国家组织药品和耗材集中带量采购、医保支付方式改革试点、职工医保门诊共济保障机制建立、医保药品目录动态调整等制度改革工作的全面推开；更有首部医疗保障领域的行政法规正式出台……如此种种，都

是医疗保障“十三五”的收官之年里，为全面建成小康社会留下的浓墨重彩的一笔。

今天，站在国家医保局成立的第四年的起点上，站在“十四五”开启全面建设社会主义现代化国家新征程的起点上，让我们按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》所确定的“1+4+2”的医保制度改革总体框架，一起回顾过去三年，全民医保的高质量发展之路。

### “1”个目标

力争到 2030 年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系。

根据《意见》的规划，所谓医疗保障的“多层次”是指它由四个层次构成：第一层次是国家举办的基本医疗保险，第二层次是雇主举办的企业补充医疗保险，第三层次是以个人购买为主的商业健康保险，第四层次是来自于社会和市场化的慈善公益和医疗互助。

其中，基本医疗保险由国家医保局主导建立。目前，中国已经建成世界上覆盖人数最多的社会保障网，已建立城乡统一的居民基本医疗保险和大病保险制度，初步建成以基本医疗保险为主体、大病保险为延伸、医疗救助为托底多层次医疗保障制度体系。基本医疗保险覆盖超过 13.6 亿人，参保率稳定在 95%以上，贫困人口参保率稳定在 99.9%以上。职工医保、居民医保住院费用政策范围内报销比例分别

达到 80%和 70%左右，贫困人口经基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障后住院和门诊慢特病费用实际报销比例稳定在 80%左右。

## “4”个机制

### 完善公平适度的待遇保障机制

1. 持续完善基本医保制度，稳步扩大医保覆盖面，确保基金稳定运行

《2020 年医疗保障事业发展统计快报》显示，截至 2020 年底，全口径基本医疗保险参保人数达 13.61 亿人，参保覆盖面稳定在 95%以上；全年基本医疗保险基金(含生育保险)总收入、总支出分别为 24638.61 亿元、20949.26 亿元，年末累计结存超过 3 万亿元(其中月 1/3 为职工医保个人账户累计结存)。

在这个庞大的医保基金池的支持下，医疗保障在助力新冠肺炎疫情防控攻坚战中发挥了重要作用：各地医保部门为 975 万家参保单位累计减征 1650 亿元；向新冠肺炎患者定点收治机构预拨专项资金 194 亿元；全年累计结算新冠肺炎患者医疗费用 28.4 亿元，其中，医保基金支付 16.3 亿元；动用医保基金滚存结余，和财政资金共同承担新冠疫苗及接种的费用，实现全民免费接种疫苗，预付疫苗资金超 240 亿元。

2. “三年行动”做好医保扶贫，助力全面打赢脱贫攻坚战

国家医保局一直坚决落实贯彻党中央、国务院脱贫攻坚战略部署，始终把做好贫困人口医疗保障工作作为中心任务，奋力夺取医保

脱贫攻坚战全面胜利。2018年9月发布的《医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018-2020年)》中,确定了医保扶贫的目标和基本路线;2019年,发布《关于坚决完成医疗保障脱贫攻坚硬任务的指导意见》,就着力解决“两不愁三保障”问题中的“基本医疗有保障”提出指导性意见;2020年5月,发布《关于高质量打赢医疗保障脱贫攻坚战的通知》,提出全力确保农村贫困人口应保尽保、坚决攻克深度贫困地区堡垒、做好与乡村振兴战略的接续衔接等多项举措。

2018年至今,中央财政拨付城乡医疗救助专项资金,由各地统筹资助城乡困难居民参加基本医保,对城乡困难居民符合规定的医疗费用给予资助以及全面开展重特大疾病医疗救助。医保扶贫政策累计资助贫困人口参保2.3亿人次,累计资助参保支出369亿元,贫困人口参保率持续稳定在99.9%以上;惠及贫困人口就医5.3亿人次,减轻医疗费用负担3600亿元,助力近1000万户因病致贫群众精准脱贫,初步实现“基本医疗有保障”。2021年4月,国家医保局联合六部委发布《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》,明确了下一阶段的医保扶贫工作重点。

### 3. 统筹提高职工和居民医疗保障水平

职工医保方面,国务院办公厅2021年4月印发的《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》所提出的个人账户改革方案,是1998年职工医保制度建立以来最重大的结构性改革。实施门诊共济保障机制后,将逐步将多发病、常见病的普通门诊费用

纳入统筹基金支付范围，政策范围内支付比例从 50%起步，可适当向退休人员倾斜。逐步扩大由统筹基金支付的门慢、门特病种范围。同时，通过扩大个人账户使用范围，允许其在家庭(配偶、父母、子女)范围内共济使用，支付在定点医疗机构和定点药店发生的费用，让全国个人账户中沉淀多年的大量资金将被盘活利用。两者相结合共同补齐门诊保障短板，将推动门诊保障从个人账户的自我保障向统筹基金的共济保障转换，让更多职工从中受益。

居民医保方面，国家医保局始终积极贯彻党的十九大关于“完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度”的决策部署，从 2018 年起，每年的居民医保政策文件中都会对这两项制度的建设提出明确要求。三年来，持续推动各地城镇居民医保和新农合全部的整合，并在整合过程中巩固城乡居民医保覆盖面。目前，居民医保和大病保险已经基本实现了城乡统筹，居民医保政策范围内住院费用支付比例达到 70%，大病保险政策范围内支付比例达到 60%。同时强化门诊共济，全面落实李克强总理在 2019 年全国两会上提出的“两病”(高血压、糖尿病)门诊用药保障工作，并进一步加强其他门诊慢特病保障。

#### 4. 建立健全医保待遇清单制度，推进公平适度保障

为促进医保制度长远可持续发展，公平适度保障人民群众基本医疗保障权益，国家医保局推动建立了“待遇清单”管理制度。一方面，从国家层面对医保基金的起付标准、支付比例、支付限额、倾斜政策

等待遇政策予以明确，确定基本保障内涵，厘清待遇支付边界，规范决策制定流程。另一方面，对地方的医保决策权提出了明确限制和规范化要求，要求杜绝增量、规范存量，新出台的政策措施不得超出清单授权范围，以往出台的与清单不相符的也应在3年内清理规范，并同国家政策衔接。可以说，这一文件对提升我国基本医保统筹层次、促进医保制度的可持续性和公平性具有里程碑意义，也为医保出台更高层次的法规文件夯实了基础。目前，各地已经开始着手落实这项制度。

#### 5. 开展并扩大长期护理保险制度试点，为失能人员提供保障

2020年9月，国家医保局发布《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，在总结前期试点经验的基础上，着眼于建立独立险种、扩大试点，在原有15个试点城市及吉林、山东2个重点联系省份的基础上，新增14个试点城市（主要在未开展试点的省份增加），试点期限2年，探索建立以互助共济方式筹集资金，为长期失能人员的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的社会保险制度。不仅能够为失能人员护理需求提供保障，减轻其家庭的经济负担和事务性负担；而且，也将对优化医疗资源配置，推进养老产业和健康服务业发展产生积极作用。这对于目前已经面临人口老龄化、高龄化加剧的我国来说，具有十分重要的意义。

#### 健全稳健可持续的筹资运行机制

#### 6. 推进职工医保个人账户改革，扩大统筹基金池

职工医保个人账户改革是医保进入“存量”改革时代后，通过调整基金结构放大保障效能的重要举措。根据《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》所提出的改革方案，将改进个人账户计入办法，在职职工单位缴纳的基本医保保费不再划入个人账户，全部计入统筹基金；退休人员的个人账户也将调整为由统筹基金按定额划入。通过这种调整方式，能够在不增加职工医保参保人缴费负担的前提下，扩大统筹基金池，提高门诊保障水平。据统计，改革实施后，每年统筹基金将比以前多出约 2000 亿元，刚好可以用来支撑门诊医疗费用报销 50%起步的制度设计。

#### 7. 持续提高居民医保筹资标准，稳步扩大基金池

2018 年至 2021 年，每年的《政府工作报告》中都有关于“提高城乡居民医保筹资标准”的任务要求。国家医保局成立以来，在每年的居民医保政策文件中都及时予以贯彻落实，将居民医保筹资标准从 2018 年人均财政补助标准、个人缴费标准分别为 490 元、220 元提升到 2020 年的 550 元、280 元。根据 2021 年《政府工作报告》，居民医保人均财政补助标准将再增 30 元。未来，国家医保局将探索更加合理的居民医保筹资机制，优化个人缴费和政府补助结构。

#### 8. 全面推开生育保险与职工医保合并实施，强化基金共济能力

2018 年底，生育保险与职工医保(简称“两险”)合并实施试点工作总结报告指出：试点达到了预期目的，并形成了一套成熟的制度和运行模式，可以用于全面推开。2019 年 3 月，国办印发了《关

于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》，明确提出按照“保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本”的总体思路，全面推进两项保险合并实施。

目前，各地已经基本完成了合并实施工作，这项措施在提高生育保险社会统筹程度、降低管理成本，以及强化基金共济能力、提升运行效率等方面的优势已经得到彰显。根据国家医保局统计数据，2020年生育保险参保人数增长9.9%，增幅显著高于2018、2019年，“两险”合并实施取得了显著成效。

### **建立管用高效的医保支付机制**

#### **9. 做好医保目录调整工作，健全目录管理机制**

自国家医保局成立后，就围绕医保药品目录调整开展了一系列工作。2018年下半年，国家医保局成立之初就启动的抗癌药医保准入专项谈判；2019、2020年开展了两轮全面的医保药品目录调整工作。目前，新版目录内药品总数已从2017年的2588种调整到2800种，于2021年3月1日正式实施。经过多次实践，已经建立了较为规范、成熟的“企业申报、专家评审”的目录调整工作机制和工作程序，并探索了竞争性谈判、目录内药品降价谈判等创新举措，初步建成了目录动态调整机制。未来，医保药品目录将彻底告别过去几年不变的历史，进入“一年一调”“凡进必谈”的时代。

在开展目录调整工作的同时，国家医保局也在同步推进目录管理的制度建设工作。2020年4月，发布了《基本医疗保险用药管理暂

行办法(征求意见稿)》，同年8月发布正式稿。作为未来医保目录管理的“规矩”，该办法确定了各级医保部门对基本医保用药范围的确定、调整，以及基本医疗保险用药的支付、管理和监督等内容，能够进一步提升基本医保用药的科学化、精细化管理水平，更好地保障参保人员基本用药需求。

#### 10. 适应新时代医保治理需求，进一步优化医保协议管理

协议管理是医保对定点机构管理的重要工具，尤其在新时期医保制度改革的大背景下，适应医保事业面临的新形势、新环境、新任务，进一步规范医保定点机构管理、提高基金使用效率十分重要。2020年2月，国家医保局发布了“两定”（定点医疗机构和定点零售药店）管理办法的征求意见稿，2021年1月发布正式稿，明确了医疗机构和零售药店纳入医保定点的基本条件和流程，以及医保经办机构和两定机构的权利、义务和责任。同时，也明确了协议主体的违约责任，提出了协议中止和解除的具体情形，建立了“有进有出”的动态管理机制，提高医疗机构和零售药店定点管理的规范化、法治化。

新的“两定”办法实施后，医疗机构、零售药店申请纳入医保定点范围的条件、流程将进一步简化。按照办法所确定的定点机构纳入的“3+3”时限，即明确“”医疗机构、零售药店正式运营3个月后即可申请定点，医保经办机构的评估完成时限不得超过3个月，最快6个月就可纳入定点。

#### 11. 持续推进医保支付方式改革，扎实推进试点工作

现阶段，医保支付方式改革的大方向是在现有总额预算制度下探索更加精细化的多元化支付方式，主要包括按疾病诊断相关分组付费(DRGs)和按病种分值(DIP)两种方式。两者虽然在理念、执行层面存在差异，但其各自具有突出优势，而且改革目标高度统一，将共同推动我国医保支付方式走向更加成熟的阶段，提高医保资金使用效率。

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。各试点城市遵照国家统一部署，因地制宜、扎实推进试点工作，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。根据国家医保局统一部署，今年是两项医保支付方式改革试点工作的收官之年，预计2021年底前，30个DRG试点城市和71个DIP试点城市将分批实现实际付费，为下一步在全国范围内复制、推广做好准备。

## 12. 积极探索“互联网+”医疗服务的医保支付路径

在国家“互联网+”政策的领导下，国家医保局一直坚持对“互联网+医保”的探索实践，对于提高医疗服务效率、优化医疗资源、改变患者就医习惯带来了积极而深刻的影响。2019年8月，发布国家医保局成立以来的首个“互联网+医保”文件，对“互联网+”医疗服务的医保支付政策作出了一些原则性规定，以指导地方开展相关探索试点。新冠肺炎疫情发生后，互联网医疗服务出现爆发式增长，国家医保局在第一时间研究出台指导意见，对互联网医疗服务的医保支

付政策作出进一步明确，为各地开展疫情期间的“互联网”+医保服务提供政策依据。2020年11月，发布《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》，围绕各地医保部门将“互联网+”医疗服务纳入医保协议管理的过程中遇到的一些问题和难点，提出国家层面的指导意见，明确“互联网+”医疗服务纳入医保支付的具体内容，全面规范“互联网+”医疗服务医保支付工作。

### 健全严密有力的基金监管机制

#### 13. 加快顶层设计，为医保基金监管奠定法制基础

党中央、国务院高度重视医疗保障基金监管工作。2020年6月，国办发布的《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》，是近两年医保基金监管领域最重要的顶层设计文件，从全局的角度明确提出未来五年我国医保基金监管的工作目标，并提出建立健全监督检查制度、全面建立智能监控制度、建立和完善举报奖励制度、建立信用管理制度等多项具体举措。

法制化建设方面，2018年底，国家医保局发布五年立法计划，确定《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》）医保基金监管条例列为第一个立法项目。此后，医保基金监管的法制化建设驶入快车道，《条例》草案先后历经了两轮公开征求意见，历经数次实地调研和多部门意见协调会，反复论证修改、沟通协调，最终于2021年1月15日以国务院令（第735号）公布，前后历时仅两年多。

《条例》的出台，意味着医保基金使用监督管理终于纳入法制化轨道，

对提高基金使用监管工作的科学化、规范化、制度化水平，保障基金安全、促进基金有效使用，维护公民医疗保障的合法权益有着重要意义。《条例》已于 2021 年 5 月 1 日起正式施行。

#### 14. 深入开展打击欺诈骗保专项治理和飞行检查，持续巩固基金监管高压态势

2018 年 9 月起，以“沈阳骗保案”为导火索，国家医保局联合先后在全国范围内开展了“打击欺诈骗保专项行动”和“回头看”工作，取得了显著成效；2019 年，乘胜追击、标本兼治，要求各地针对薄弱环节，确定 1-2 个专项治理重点集中力量予以严厉打击，并提出了专项治理、飞行检查、智能监控示范点建设、基金监管业务培训等一系列基金监管的具体工作要求；2020 年底，开展定点医疗机构专项治理“回头看”，集中打击诱导住院、虚假住院等欺诈骗保问题。此外，国家医保局还通过建立举报奖励机制，开展“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月活动等，发动“全民战争”将医保基金的力量从监管和经办人员扩展到广大人民群众。

截至 2020 年底，全国共查处违法违规定点医药机构 73.1 万家，追回医保基金 348.74 亿元，巩固形成了打击欺诈骗保的强大震慑态势，有力促进医疗机构加强内部管理。2021 年的医保基金监管飞行检查工作也将于近期启动。

#### 15. 推动建设基金监管长效机制，不断织密扎牢制度笼子。

在开展打击欺诈骗保专项治理的同时，国家医保局也同步探索长

效机制建设，把各地在基金监管方面的实践和经验固定下来，形成了包括压实责任，畅通举报投诉渠道，以及发现问题从严、从重、从快处理等一系列工作机制。2019年6月，启动医保基金监管“两试点一示范”工作，即基金监管方式创新试点、基金监管信用体系建设试点和医保智能监控示范点，期限为2年。时至今日，“两试点一示范”工作即将收尾，试点(示范点)地区在监管方式创新、信用体系建设、智能监控工作取得了显著进展，为国家建设基金监管长效机制提供了可借鉴、可复制、可推广的经验、模式和标准。

[返回目录](#)

### “双通道”之外，国家医保谈判药品的门诊保障政策还有哪些？

来源：北京大学公共政策研究中心

自2017年起，国家医保部门每年都常规开展医保目录准入谈判，越来越多临床价值高的创新药品被纳入国家医保目录，极大降低患者用药负担、保障患者用药需求。2020年谈判降价调入的药品数量最多，惠及的治疗领域最广。新版目录印发后，国家医保局也要求地方做好政策衔接，完善门诊保障政策、开通医保定点药店通道、合理调整总额控制等，推动新版目录药品落地。谈判药品多为门诊用药，目前各省市的门诊保障水平差异较大，完善门诊保障政策、促进谈判药品在门诊合理使用，对打通“最后一公里”、提高患者用药可及可负担具有重要意义。

今天，希望通过总结谈判药品在各地门诊保障的典型模式和特

点，为国家医保谈判药品在各地更好地落地执行、切实惠及患者提供参考借鉴。

### 一、2020 年国谈药品相关政策

2017 年起，国家医保部门每年都开展医保目录准入谈判，及时将临床必需、替代性不高、价格合理的品种纳入国家医保目录。目前已完成 4 轮医保目录谈判，谈判机制日益完善。

2020 年共有 119 个谈判药品纳入国家医保目录，是纳入数量最多的一次，多为临床价值高、适合门诊使用的新上市药品；涉及治疗领域也最广，有 31 个临床组别，包括尚无有效治疗药品的恶性肿瘤、皮肤、风湿免疫、多发性硬化、慢性病等重点疾病领域。《2020 年药品目录》自 2021 年 3 月 1 日起正式执行。

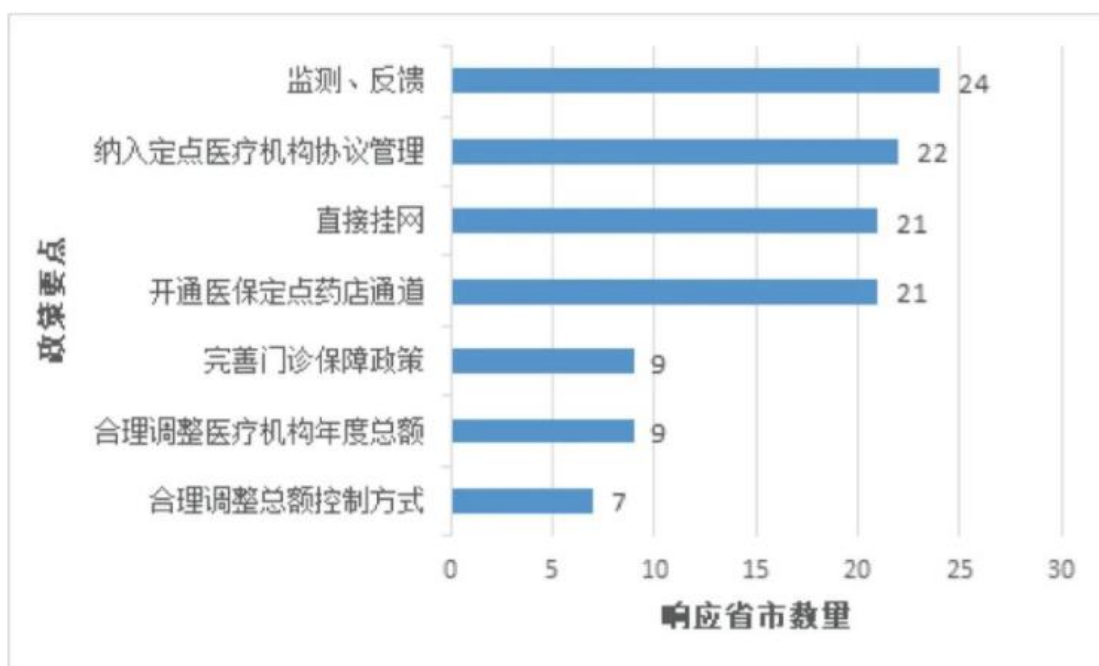
国家非常重视医保谈判药品落地工作，国家医疗保障局、人力资源社会保障部《关于印发国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2020 年)的通知》(医保发〔2020〕53 号)为推动《2020 年药品目录》落地使用，提出了 7 点要求：(1) 尽早将谈判药品直接挂网采购；(2) 指导定点医疗机构合理配备、使用目录内药品，并结合医疗机构实际用药情况合理调整其年度总额；(3) 将医疗机构合理配备使用《2020 年药品目录》内药品的情况纳入定点医疗机构协议管理；(4) 完善门诊保障政策；(5) 开通医保定点药店通道；(6) 合理调整总额控制方式；(7) 完善谈判药品落地监测制度，按要求定期反馈谈判药品使用和支付等情况。

为解决最后一公里问题，国家医保局于 2021 年 4 月 1 日发文要求各省份每月上报落实新版医保药品目录和推进国谈药品落地的文件及实施方案等，2020 版医保药品目录种协议期内 221 种药品的挂网、使用和报销等情况，以加强管理监测。

2021 年 5 月 10 日，国家医保局会同卫生健康委出台了《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》，从分类管理、药店遴选程序、规范使用、完善支付政策、优化经办管理、强化监管及加强领导等七个方面明确了谈判药品“双通道”的管理要求。这是首次从国家层面将定点零售药店纳入医保药品的供应保障范围，并实行与医疗机构统一的支付政策，体现了国家对谈判药品落地的高度重视。

## 二、国谈药品落地进展

目前，全国 31 省市均发文执行《2020 年药品目录》，推动国谈药品落地使用。医保发〔2020〕53 号文关于做好目录落地工作有七点要求(见上文第一部分)，其中监测反馈的响应度最高，有 24 个省市响应，响应比例为 77.4%；纳入定点医疗机构协议管理、直接挂网、开通定点药店通道分别有 22、21 和 21 个省市响应，响应占比分别为 71%、67.7%和 67.7%；其余要求响应度较低，均低于 10 个省市响应，占比为 22.6%-29.0%。可见，调整总额控制方式和医疗机构年度总额、完善门诊保障等方面的增量设置，是国谈品种落地的难点，其中完善门诊保障政策也是医保制度改革的重点。



### 三、国谈品种门诊保障典型模式

医保发〔2020〕53号文要求完善门诊保障政策。完善国谈药品的门诊保障政策能增强基本医保门诊保障能力，减轻患者门诊用药费用负担。各地在国谈品种落地中的采用的典型模式包括普通门诊统筹、门诊慢特病及特药管理等。

#### 普通门诊统筹政策

普通门诊统筹是指由统筹基金支付门诊就诊中常见病、多发病的医疗费用，报销范围广，属于普惠式门诊保障。国谈品种中治疗常见病、多发病的药品，纳入普通门诊统筹管理。

比如，上海的门诊统筹，城镇职工在职医保的起付线为1500元，报销比例按年龄段划分，小于44岁或者大于45岁的患者在一、二、三级医院的报销比例分别为65%、60%、50%和75%、70%、60%。门诊费用报销没有上限，整体保障水平高，能自动纳入所有国谈品种。

北京的门诊统筹，城镇职工在职医保的起付线为 1800 元，报销比例根据医院级别及参保人员类别、年龄而定，在职职工医院门诊报销比例达到 70%以上，门诊费用封顶线为每人每年 2 万元，基本能覆盖国谈品种中的慢病用药。

福建的门诊统筹，省本级城镇职工参保人员的起付线为 1300 元，在职参保人员报销比例为 70%，门诊费用封顶线为每人每年 1 万元。

我国各地门诊统筹水平差异大，大部分统筹地区普通门诊保障水平较低，对谈判药品的门诊保障作用有限。

### **门诊慢特病(部分地区称为门诊特殊病种等，下文统一称为门诊慢特病)政策**

门诊慢特病政策指统筹地区针对部分在门诊长期治疗且费用较高的慢性病、特殊疾病单独出台的报销政策，能够在一定程度上解决这些慢特病门诊费用负担问题。国谈品种中治疗已经纳入或者适合新增纳入门诊慢特病目录的药品，由该政策保障使用和支付。

目前，绝大部分统筹地区已建立了门诊慢特病政策，主要选取门诊治疗周期较长、费用较高、病情相对稳定且短期内无法治愈的疾病。从具体病种领域看，大致可以归纳为两类：一类是传统意义上的慢性病，包括心脑血管疾病、代谢类疾病、精神系统疾病及呼吸系统疾病；另一类是门诊治疗的重特大疾病，包括恶性肿瘤、血液系统疾病、免疫类疾病等。各地明确门诊慢特病病种范围及诊断鉴定标准，患者需经过医保机构批准确认后可纳入报销，并要求患者定期复核。同一统

筹地区内，职工和居民医保纳入门诊慢特病管理的病种普遍接近，但在报销额度与比例上，职工医保待遇普遍优于居民医保。部分城市还根据疾病的严重程度及费用情况，将病种划分为不同类别，按类设置不同的报销限额。门诊重特大疾病一般按住院管理，其年度报销限额与住院年度封顶线相同。

国谈品种中的高血压、糖尿病、恶性肿瘤等药品，适合纳入门诊慢特病管理。比如四川省将门诊特殊疾病分为四大类，并出台了相应的配套措施，从用药、检查项目、病种上进行限制，在保证患者及时用到国谈新药的同时，有效控制医保费用。福建省从医保端出发，对门诊特殊病种设置了封顶线，高血压及糖尿病的封顶线为 6000 元，其他病种按住院标准执行，每人每年 14 万元；城乡居民参保人员的门诊特殊病种封顶线根据病种为 2000 元-8000 元，恶性肿瘤放化疗等封顶线为 12 万元。

总之，门诊慢特病政策保障水平显著高于普通门诊统筹，能一定程度上保障谈判药品的使用 and 支付。

### **特药管理政策**

特药管理政策是指针对部分未纳入门诊慢特病管理，但用药人群特定、用药指征明确、适合门诊使用或药店供应的高值药品制定的单独医保管理政策，也叫单行支付、单列支付、按固定比例支付、国谈药品门诊保障政策等，以下统称特药政策。该管理模式是创新性的保障国谈药品顺利的重要政策路径。

截至 2021 年 4 月底，北京、福建、四川、重庆、吉林、辽宁、新疆等 21 个省市出台了特药管理政策。纳入特药管理的药品主要有两类：一是重特大疾病用药，如肿瘤用药、罕见病；二是其他疾病中治疗费用较高的药品。特药管理一般不设起付线，年度最高支付限额一般同住院或门诊特殊病待遇，有效缓解了患者用药负担，也减少了挂床等浪费医保资金的现象。

在执行特药管理的省市，大多数都开设了药店、医院“双通道”供药模式。医生开具处方外配，患者通过定点药店购药并进行医保结算，发挥药店在国谈品种供应保障方面的积极作用，也进一步提升了患者的用药可及性。“双通道”能一定程度上解决国谈药品进院难问题，提供患者用得上、用得起国谈好药的双重保障。为此，国家医保局 2021 年 5 月 10 日和卫生健康委联合发文《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》，规范了谈判药品“双通道”管理要求，相当于为国谈品种落地增加了院外药房。“双通道”药店作为新的供药渠道，在医院监管模式改革跟不上医保改革步伐，医院管理中的总控、药占比、绩效考核等指标和国谈品种落地政策未理顺情况下，不失为比较务实的解决办法。

小结：上述三种模式，分别是基于费用、病种和药品的统筹模式，各地实践往往是在三种常规政策的基础上，结合地方特色进行了组合、优化，出台不同的谈判药品门诊落地保障政策。对于医保资金压力大的统筹地区，门诊慢特病和特药管理政策对提高国谈品种医保待

遇有显著作用，是各地方优化门诊待遇的主要着力点，值得进一步研究。

[返回目录](#)

## • 医药速递 •

### 省际联盟集中采购加速，药品耗材再迎新一轮降价潮

来源：第一财经

在第五批国家药品集采与第二批国家耗材集采稳步推进的当下，跨区域的省际联盟集中采购也在提速。在国采和联盟采购的合力之下，部分药品和耗材将迎来新一轮的降价。

据业内消息，近日广东医保局发文拟组建区域集团采购联盟，诚邀山西、福建等省份，加盟共同开展省级药品、耗材超声刀头带量采购工作。广东牵头的这一 16 省区联盟组建后，将是我国目前最大的省际联盟采购。

据媒体统计，除了广东牵头 16 省区联盟，目前我国的药品集采省际联盟已经有 12 个。华中科技大学同济医学院高级经济师陈昊对记者表示，联盟议价能力介于国家集采和省级之间，议价能力强大，相对受制约因素较少，机制灵活，运行灵活，频次灵活，采购内容贴近医院使用，贴近市场，跨区域带量采购将成为药品和耗材带量采购的主要模式。

### 联盟采购 5 月提速

进入5月以来，联盟采购明显提速。除了业内提到的广东省医保局发文组建16省区联盟，重庆牵头成立了短缺药、常用药集采的两个联盟，其中常用药联盟有8个省区，短缺药联盟有9省区。

5月21日，辽宁省药品和医用耗材集中采购网发布通知，吸收贵州、青海加入联盟，将原“六省二区”扩大为“八省二区”的联盟采购。通知要求，每年以“八省二区”的名义开展两批药品和医用耗材的集中带量采购，将“八省二区”省际会商联动机制打造成为全国区域性联盟采购机制的重要品牌。

5月22日，新疆“2+N”联盟联合采购办公室对本次带量采购拟中选结果进行公示，共53个品种拟中选。这距4月27日发布“2+N”联盟药品集中带量采购文件还不到一个月。

据记者了解，联盟采购提速的原因之一是国家医保局的指导和督促。5月11日~12日，国家医保局在广西南宁举办“全国医药集中采购政策与实操培训班”，主要内容是政策解读和专题讲座，同时7个省份做了经验交流。

国家医保局副局长陈金甫在培训班上强调，要充分肯定药品和耗材集中带量采购改革取得的突破性成效，全面总结试点探索的成功经验，以抓铁有痕的韧劲推进集中采购常态化制度化。

据统计，除了广东牵头16省区联盟，目前药品集采省际联盟达到12个。包括三明联盟、陕西牵头11省联盟、陕西牵头抗癌药14省(区)联盟、重庆牵头5省联盟、四川牵头六省二区联盟、“沪苏浙

皖闽”四省一市联盟、广东牵头 10 省联盟、京津冀“3+N”联盟、新疆“2+N”联盟、黑龙江省八省二区联盟、重庆牵头 8 省区常用药联盟、重庆牵头 9 省区短缺药联盟、广东牵头 16 省区联盟。

此外，长三角联盟也在酝酿。上海市医保局党组书记、局长夏科家在接受媒体采访时透露，上海要与兄弟省市加强联动，共同加大药品招采机制探索。对未纳入国家集采范围的品种，结合长三角医保一体化建设，探索区域联盟采购和集团采购。

此次广东联盟引发了业内的广泛关注，陈昊认为，跨区域采购能够实现国家或省级集采大多数难以实现的目标。“广东省本身体量大，占据全国 1/10 份额，联盟更大，半壁江山。本次采购品种多，覆盖医院品种近 1/4。”

数据显示，广东省是国内重要的药品销售地区，其药品市场规模曾一路上涨，并在 2019 年突破 300 亿元大关。2018 年国家带量采购后，广东省公立医院终端化学药总体销售额增长有所放缓，2020 年广东省公立医院终端化学药销售额为 293 亿，同比下滑 4.63%。

陈昊早在 2016 年就曾向广东省药品交易中心建议适时倡导启动跨省区域联合采购，以解决省级采购存在的诸多问题和因应地市 GPO(group purchasing organization) 发起的制度性挑战。

陈昊等发表在今年第 2 期《中国卫生资源》上的一篇名为《药品和耗材跨区域带量采购的实践与思考》的文章指出，带量采购可以分为国家集采和非国家集采。我国国家集采的药品主要是原研药和过评

药(指通过一致性评价的药品),非过评药将是未来药品非国家集采的主要对象。而以单独一省(市)为单位进行药品带量采购难以体现带量效应,因此,药品跨区域带量采购在未来将成为主流的非国家集采模式。

表1 我国非国家组织药品集中采购的5种模式

模式	实施地域	采购特点
GPO	广东省	省级平台、广州GPO、深圳GPO 3个平台竞争,各市自主选择平台开展集中采购
	上海市	两平台(上海阳光采购平台和GPO平台并行),三招采(在两平台进行的带量采购及国家组织药品集中采购在上海落地 <sup>[2]</sup> )
	广西壮族自治区	广西壮族自治区GPO平台、广西壮族自治区药械集中采购平台并行,互联互通、各有侧重
非过评仿制药带量采购	武汉市	涉及同一通用名的药品按原研药和仿制药2类分别进行集中带量采购,剂型合并,有梯度地降价
	江西省	采用双信封综合评分法,最多2家企业中选,先进行经济技术标评审以确定入围产品,然后进行商务标评审,最后进行综合评审,确定拟中选结果
	福建省	采用招标采购,鼓励原研药、参比制剂,通过FDA认证的药品的生产企业参与申报,但不区分质量层次
	山东省	省级集中带量采购与医疗机构联合体带量采购,省级集中带量采购采取集中招标或者谈判的方式,采购内容为临床用量大的非过评仿制药
	三明联盟2020标	采用议价谈判,鼓励原研药、参比制剂,通过FDA认证的药品的生产企业参与申报,但不区分质量层次
专项药品带量采购	湖南省	抗菌药物进行专项带量采购,采购方式为招标采购,带量采购目录药品分为3个质量层次,按照入围企业的数量分A、B组进行评审
	河北省	对城乡居民“两病”(高血压、糖尿病)门诊药品进行专项带量采购
	青海省	对基本药物、医疗保险药品进行专项带量采购,采购方式为招标采购,鼓励原研药、通过GMP认证的药品的生产企业参与申报(综合评分分别加3分和5分),但不区分质量层次
	山西省	对注射剂进行专项带量采购,采购方式为竞价、议价谈判采购,鼓励过专利期的原研药、通过一致性评价的仿制药参加竞争,但不区分质量层次
带量议价	安徽省	采购内容为抗菌药类(头孢菌素),调脂类90%的化学药,80%的第二批抗癌、抗肿瘤类化学药;采购方式为议价谈判采购;商务标分为3个质量层次;由专家参考2016年以来药品在全国省级城市中中标价的最低价,省属公立医疗卫生机构2018年度实际采购价的中位数、平均价、最低价及“两票制”的第一票价格,设定入围价;带量谈判议价由专家组依据药品的临床使用情况、质量类型等因素,与入围企业进行谈判
分类采购框架下的带量采购	江苏省	采购内容优先考虑基本药物以及临床用量较大、采购金额高或单价高、原研药与仿制药价差大、竞争较充分的药品,采购方式为价格竞争或者谈判采购

注: GPO为药品集中采购组织(group purchasing organization), FDA为美国食品药品监督管理局(Food and Drug Administration), GMP为药品生产质量管理规范(good manufacturing practices)。

## 跨区域集采降价力度更大

今年1月出台的《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》提出,实现省际药品集中采购信息互联互通,加快形成全国统一开放的药品集中采购市场。健全联盟采购机制,推进构建区域性、全国性联盟采购机制。

陈金甫曾表示,上述意见强调了地方招采中一定要有联盟性,一定要以省级平台为中心,推荐主张区域性跨区的联盟,目的是为了减少企业多投标后带来的巨大交易成本,尽可能增加集中招标采购的市

场容量和竞争规格。

清华大学医疗服务治理研究中心研究员廖藏宜对记者表示，国家集采范围比较小，要想完成意见所要求的“应采尽采”的目标就必须发挥跨区域联盟采购的作用，联盟采购能够做大量，与药企谈判可以谈到仅次于国家集采的降价力度。

价格联动是药品和耗材跨区域带量采购的一个特点，也是影响全国价格体系的重要机制。采购联盟形成的价格必将影响联盟内城市的药品耗材采购价格。受价格联动机制影响，全国各省(自治区、直辖市)对中标价格的限制将影响全国药品耗材价格体系。

“联盟采购是未来的一个方向，与国家集采形成了一套中央、地方联合治疗药价的组合拳，这将倒逼企业创新升级。”廖藏宜说。

陈昊表示，药品和耗材跨区域(省)带量采购既可以覆盖较广的品种，实现带量采购，提高带量效应，实现降价目标。药品和耗材跨区域(省)带量采购也给企业，特别是主流企业带来了机会。只有实施跨区域(省)带量采购，才能切实保障特定、大型、优质的医疗卫生机构对优质产品的需求，主流企业才能逐渐成为市场的主要供应者，这也符合供给侧改革和监管治理的方向。

与联盟采购发力的同时，国家集采也在推进之中。5月8日，国家联采办发出第五批国家集采信息申报的通告，发布采购文件和开标指日可待。

记者还从国家医保局了解到，第二批国家耗材集采已蓄势待发，

骨科耗材将成为下一批耗材带量采购的重点品种。

[返回目录](#)

## 高质量“三板斧”：分级诊疗目录、医保医师制度、医疗质量评估

来源：看健日报

公立医院高质量发展，有哪些是不依赖医保系统赋能，医疗行业自己就能做的？最近一段时间，笔者关注到三方面的观点，分别是：苗豫东等提出的“建议设三级医疗机构诊疗目录，超目录须问责”、张雨晴等提出的“建立中国医保医师制度+医师诚信体系”、张煜医生倡议的“建立高质量医疗的评估体系”。笔者认为，在“十四五”期间，如能渐进打下这“三板斧”，风气或将为之一变。

将上述三方面开创性研究观点整合到一篇文章，是因为看到了彼此相关、递进逻辑。从由易到难的顺序，建议医院先做医疗质量评估，医保再做医保医师制度，行业探索分级诊疗目录。

### 关于医疗质量评估，医院可积极介入到医疗服务价格谈判中

张煜医生倡议“医生对患者的诊治行为应更透明化并纳入监管体系，可以通过各个评价指标把患者的诊疗区分为高质量医疗、合格医疗和不合格医疗，并采取相应的奖惩措施”。例如，“手术、化疗或放疗的知情同意”“对手术的质量进行评估”“对化疗的质量进行评估”。可以考虑要求医生和患者签保证医疗服务质量的协议，就是医生承诺给予患者能力范围之内最高标准和符合指南的高质量医疗。

笔者认为，这个目前不是政策要求，是医院运营、医生工作应有

之义。但是“没有规矩，不成方圆”，何况行业现状、舆论质疑不算乐观。伴随住院 DRGs、DIP、门诊按人头付费等支付方式改革，医疗行业是时候主动作为了，消解医保、患者对于医疗服务质量下降的担忧，借张煜医生倡议的“高质量医疗评估体系”，医疗行业还可以变被动为主动，积极介入到医疗服务价格谈判、申诉等行为中。

医疗质量评估，不是等和靠，是医疗机构自己要做的。为此，应设置通畅的患者反馈渠道，应平衡临床治疗路径与技术管理创新的关系。应给予医生主观能动性，让医生主动的给患者提供更好的高质量医疗并获取报酬，改善收入。医疗服务质量协议，不仅是一纸协议，更是一项服务誓言。立起这样一面旗帜，就能汇聚更多有志人才加盟。

### 关于医保医师制度，应坚持医疗回归服务本位的要求

取消医保处方权是医师执业行为违规带来的后果，仍保留有医师的非医保处方权，因此医保医师制度是执业医师制度的延伸。美国社会医疗保险和医疗救助服务中心(CMS)组织建立支付审计系统，严格审查并核实三年内医师的所有支付记录，若发现违规行为则向医师发起追偿、索赔及制裁。张雨晴等人认为，建立国家级医保医师制度能够有效避免由于各地区制度不通，造成退出医保处方权的医师到另一个地区开医保处方的情况。医保医师制度有十分成熟丰富的法律法规依据。

在笔者看来，我国各地建立的医保医师管理制度主要有三个特点：协议化管理、积分制管理以及医保处方权管理。医保医师制度探

索，已经在路上。医疗质量评估与医保医师制度，既是医疗、医保各管一段，又是彼此支持、理解，使原来自己定位不清的障碍被排除掉了，使原来自己单扛觉得很累的问题被联合解决。退一步讲，站在医疗机构的位置上想：应该默许医生违反医保服务协议么？是不是应由自身运营管理技术、现代管理水平来为医保、商保排忧解难？虽然在我国医院与医生一般是不分清楚的，但医院对医生，特别是对不合格医生或不合格医疗服务行为，还是要回归到对立面、斗争面上。这是医疗回归服务本位的要求，容不得装糊涂。

#### **关于分级诊疗目录，医联体、医共体要发挥内部承接作用**

对于基层医疗机构，苗豫东等提出以能力最弱的机构也能诊疗的病种建立基层医疗机构核心诊疗 A 目录；以基层就诊率低的疾病建立基层医疗机构能力提升 B 目录；其他病种作为基层医疗机构非核心诊疗服务。对于二级医院，以能力最弱的医院也能诊疗的病种，剔除基层医疗机构诊疗服务核心范围内的病种，建立二级医院核心诊疗 A 目录；以患病率高，外转率高的疾病建立二级医院能力提升 B 目录；其他病种作为二级医院非核心诊疗服务。基层医疗机构与二级医院诊疗服务核心范围以外的病种，原则上均可纳入三级医院诊疗服务核心范围，即为三级医院核心诊疗 A 目录；三级医院接收的 A 目录以外的病种，均为本级机构非核心诊疗服务。

A 目录的建立可以明确各医疗机构的分工，B 目录的建立则可以优化医疗机构的工作重心，将二级医院“向下竞争”的注意力转移到

“向上竞争”中来。此外，对各层级医疗机构的诊疗服务目录进行动态调整，剔除不适合本目录的疾病，添补适合本目录的疾病，与之相关的其他配套制度也应动态调整。未来五年，应按照“2+4”的总体制度框架加以推进建设，即2项核心制度(分级制度和连续性制度)，4项保障制度(医保制度、信息制度、监管制度、患者培育制度)。

笔者认为，若因联系不到合适转诊机构导致患者不能下转，医保部门可不改变患者报销比例和对医疗机构的支付比例，这意味着医联体、医共体要适时发挥内部承接作用。一方面，医联体、医共体作为一个整体，再去面对医保控费，可以通过联合资源盘整、高效管理运作的做法，与医保做有理有利有节的谈判博弈。另一方面，医联体、医共体内任一成员单位，都有义务认清自己定位、权利义务，在共同游戏规则下，不仅身先士卒，穿透到医生层面不出纰漏。

若可下转但患者强烈要求在本机构就诊的，医保部门在原有医保报销比例基础上，逐年降低此类患者在二、三级医院的报销比例直至完全自费，这意味着无论医疗行业、医联体、医共体动不动作，医保是有提效控费、调控就医秩序的既定目标的。医疗行业讲合作、讲共同发展，争取基层机构兜底服务、二级医院扩中放量、三级医院提高内涵，是改革风向下的最明智博弈。分级诊疗目录应结合各地实际，借鉴按病种支付分组及前述分组逻辑，需要魄力。

总体看，分级诊疗目录、医保医师制度、医疗质量评估这三条，不仅是医保需要，也是商保期待，更受患者欢迎。医疗卫生事业坚持

公益性原则，医疗行业从业人员需要提高工作待遇，两者并不矛盾。分级诊疗目录，是定位；医保医师制度，是归位；医疗质量评估，是到位。

[返回目录](#)

### **“三孩”政策来了，县级妇幼卫生绩效考核方案再发布**

来源：健康县域传媒

中共中央政治局 5 月 31 日召开会议，听取“十四五”时期积极应对人口老龄化重大政策举措汇报，审议《关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》，提出进一步优化生育政策，实施一对夫妻可以生育三个子女政策及配套支持措施。

这一重大举措，引起了社会的广泛热议，这是继 2015 年 10 月国家全面实施二孩政策后，又一次对生育政策的调整。

#### **“三孩”政策来了，加强县级妇幼绩效考核工作**

从第七次全国人口普查数据看，目前 0-14 岁少儿人口占比从 2010 年的 16.6% 提高到 2020 年的 17.95%。近年来，由于政策调整原因全国累计多出生二孩 1000 多万人。出生人口中二孩占比由 2013 年的 30% 左右上升到近年来的 50% 左右。出生人口性别比从 2013 年的 118 降至目前的 111 左右。

5 月 27 日，国家卫生健康委在官网挂出 2010 年印发的《全国县级妇幼卫生工作绩效考核实施方案(试行)》的通知，结合三孩政策，这一方案的推动是国家“三孩”政策之下的应时之举。

这个绩效考核文件，考核的就是“提高县级人民政府对妇幼卫生工作重要性的认识，加强其对妇幼卫生工作的领导，促进妇幼卫生体系建设与发展，规范实施妇幼卫生各项服务，提高妇幼卫生服务的可及性，促进妇幼卫生服务均等化，推动落实医药卫生体制改革相关政策。”考核的对象不只是县妇幼保健院，而是县级卫生行政部门及辖区内提供妇幼卫生服务的医疗保健机构和城乡基层医疗卫生机构，包括了县级综合医院、中医医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院。

#### 考核内容

1. 政府保障：政府对妇幼卫生工作的政策支持、经费保障。
2. 妇幼保健网络建设：医疗保健机构和基层医疗卫生机构的房屋建设、设备配置，妇幼保健人员配备及服务能力。
3. 妇幼保健服务：妇幼保健服务提供的数量及质量，妇幼保健服务的管理，服务对象满意度。
4. 妇女儿童健康水平：孕产妇死亡率和婴儿死亡率。

此外，以政府主导全方位做好妇幼卫生工作也是解决生育后顾之忧的重要内容，与本次政治局会议提出的要求“各级党委和政府要加强统筹规划、政策协调和工作落实，依法组织实施三孩生育政策”有着异曲同工之妙。如果按照“要将婚嫁、生育、养育、教育一体考虑”，那医疗机构助力“三孩”，提高医疗服务能力，做好妇幼保健工作，也是各级医疗机构的份内职责。

国家近年来不断调整完善生育政策的原因是什么？调整后将会产

生哪些深远的影响呢?5月31日,国家卫生健康委有关负责人对此作出相关解读。

### 我国决定实施三孩生育政策主要基于哪些考虑?

国家卫生健康委负责人表示,当前,我国正处于人口大国向人力资本强国转变的重大战略机遇期,立足国情,遵循规律,实施一对夫妻可以生育三个子女政策及配套支持措施,能够最大限度发挥人口对经济社会发展的能动作用,牢牢把握战略主动权,积极应对生育水平持续走低的风险,统筹解决人口问题,为全面建成社会主义现代化强国创造良好的人口环境。

### 全面两孩政策实施后为什么出生人口仍有下降?

近年来,出生人口下降的主要原因有:

一是生育妇女规模减少,婚育年龄推迟。

一方面,生育旺盛期的育龄妇女规模不断下降。“十三五”时期,20-34岁生育旺盛期妇女规模年均减少340万人,2020年同比减少366万人。

另一方面,婚育年龄推迟造成当期生育的妇女减少。2006-2016年,我国女性平均初婚、初育年龄分别从23.6岁、24.3岁推迟到26.3岁和26.9岁,20-34岁女性在婚比例从75.0%下降到67.3%。

此外,全国结婚登记人数连续7年下降,从2013年的1347万对下降至2020年的813万对,减少40%。其中,初婚登记人数从2386万人下降至1399万人,减少41%。

二是群众生育意愿降低。

目前，我国“90后”平均打算生育子女数仅为1.66个，比“80后”低10%。2019年全国人口与家庭动态监测调查显示，有生育二孩及以上打算的妇女，仅不足半数实现了再生育。

教育、住房、就业等相关经济社会政策成为影响家庭生育抉择的关键。全面两孩政策实施后，相当比例的家庭想生不敢生，排名前三的原因是经济负担重、婴幼儿无人照料和女性难以平衡家庭与工作的关系。

调查显示，因为“经济负担重”的占75.1%，“没人带孩子”的占51.3%，女职工生育后工资待遇下降的有34.3%，其中降幅超过一半的达42.9%。

三是新冠肺炎疫情影响。

国际多项调查研究发现，新冠肺炎疫情使得多个国家和地区生育水平下降。受疫情影响，年轻群体就业、收入状况不确定性明显增加，婚育安排进一步延后或取消。2020年我国出生人口与2019年同期比较下降幅度较大，可能与新冠肺炎疫情影响有一定关系。

### **实施三孩生育政策会产生怎样的影响？**

国家卫生健康委负责人表示，老龄化是全球性人口发展大趋势，也是今后较长一段时期我国的基本国情。20世纪末，我国60岁及以上老年人口占比超过10%，进入老龄社会，预计“十四五”末期将由轻度老龄化转入中度阶段(占比超过20%)，在2035年前后进入重度

阶段(占比超过 30%)。

实施一对夫妻可以生育三个子女政策及配套支持措施,长期看有利于改善人口年龄结构,扩大新增劳动力供给,减轻老年人口抚养比,缓和代际之间矛盾,增加社会整体活力,降低老龄化峰值水平。

[返回目录](#)

## · 中医药动态 ·

### 院院合一医教融合 高质量培养中医人才

来源: 中国中医药报

随着健康中国战略的提出,国家和社会对医学人才及其培养质量要求不断升级。广州中医药大学第一附属医院(第一临床医学院)一直秉承“重传承创新、重个性发展、重人文经典”理念,围绕卓越中医人才培养体系的建设不断探索、实践和完善,取得不俗成绩。

1984 年,广州中医药大学第一附属医院在全国首创“中医经典回归临床”,在医院建立中医经典病区。1986 年,第一临床医学院与第一附属医院实行“院院合一”教学管理模式,开始医教融合新探索,不断实践提升经典教学内涵。经过 35 年改革和实践,“院院合一医教融合”教学管理体制不断完善更具活力,专业与课程建设成效显著,人才培养质量持续提高,构建成独具特色、内涵丰富的卓越中医人才培养新体系。

院院合一奏奇效,建立“三统一”医教融合保障机制

“院院合一”管理体制下，附属医院和临床医学院一套班子、两块牌子，党政一把手是教学质量第一责任人，实现了对教医研、人财物资源统一领导、统一计划、统一管理；设置教学管理机构、专职教学管理、教学辅助人员，教学经费专项投入；实行专职教学、遴选制与轮换制相结合；狠抓团队建设，建立阶梯式、模块化师资培养模式，推进“五大”能力建设；建立教学奖惩激励机制，教学成效纳入科室绩效考核，与评先评优结合，使教学与医疗协调发展、有机融合，医疗优质资源转化为教学资源、临床医师变被动为主动教学。

以立德树人固教育之本，提出“以生为本、厚德博学、精勤不倦、传承创新”的文化自觉，注重协同创新，建立课内课外、校内校外、线上线下“三协同”全员全方位育人体系，深入挖掘优秀守正文化、中医药文化内涵，把思想价值和医学人文引领贯穿教育教学全程，形成“文化自信→中医思维→临床能力”专业培养路径。“开学第一课”“党政干部、名家名师讲坛”，结合专业特色将抗击新冠疫情等正能量融入教学，引导学生树立远大理想。

### 传承中医思维，优化“四协同”实践教学体系

以学生发展为中心，不断优化培养方案，构建通识课、中医、西医、人文社科、方法技能五个必修课模块及中华文化、专业素养、现代素质教育、科研临床提高四个限选课模块的“5+4”模块化开放式课程体系。

构建开放的教学形态，开展探究性、研究性教学，大力推行讲授

与研讨结合、线上与线下混合式教学模式，建设一批“两性一度(高阶性、创新性、挑战度)”“金课”。

深化经典回归临床，《伤寒论》《温病学》《金匱要略》三门经典课程基于临床案例库，采取问题式学习或者项目式学习(PBL)、案例式等探究学习法；以全面提高中医临床思维和临床能力为主线，将中医师承教育融入专业教学，优化整体发展与个体发展协同、人文精神和科学精神协同，基本能力与岗位胜任力协同，个人目标与社会目标协同的“四协同”实践教学体系，深化早临床、多临床、反复临床理念，形成临床思维与能力培养“不断线”，解决了学生“传承领悟力低”、中医思维弱化，临床实践能力不足的问题。基于已建成的多媒体视频案例库及在线开放课程，以经典为核心，对学生进行纵横、上下相关知识联系贯通，理论与临床融合，激发学生创新思维。

### **评建一体，构建“三化四维六有”一流教研室创新发展模式**

从2005年开始，在大学首创教研室建设评估模式，以探索教学管理机制与教育改革深度融合为目标、以高素质师资队伍建设为基础，坚持评建一体化，在教研室文化、制度、团队、教学研究改革、考核评价等五方面进行了创新研究，构建有愿景、有规划、有重点、有考核、有学习、有总结的“六有”一流教研室。通过狠抓文化建设，推进教研室运行常态化、管理制度化、教研规范化的“三化”，推进师德水平、教学设计、教学组织、教学研究与创新能力、课程建设等五大能力建设。狠抓考核评价，对教研室实行师资队伍、教学工作、

教学建设与管理、科研与学术水平“四维”评价，提升了教研室组织凝聚力，增强了一流教研室团队建设。

### 卓越中医人才培养新体系内涵丰富

经过 35 年探索和实践，广州中医药大学第一附属医院（第一临床医学院）卓越中医人才培养体系持续完善，获得累累硕果。

教育中心地位更加巩固，重视教学氛围日益浓厚，立德树人、“三全育人”理念深入人心，形成人才培养质量持续提升长效机制。

首批入选国家“卓越中医师教育培养计划”“国家中医住院医师规范化培训基地”“国家中医药高层次人才培养基地”（广东省唯一），中医学专业“铁涛班”、中医学“5+3 一体化”“精诚班”人才培养模式改革取得显著成效。

用人单位评价毕业生“医学基础理论和技能水平扎实、综合素质高、创新能力强、有较强的中医发展潜力”。中医类别毕业生在国家中医执业医师考试中通过率始终名列前茅。

获得一批标志性教学改革成果，中医学、中西医临床医学专业先后成为国家级一流专业建设点；入选国家级一流课程 2 门、广东省一流课程 11 门，建设了 24 门在线开放课程。主编“十二五”“十三五”规划教材 30 部。建设国家教学团队 2 个，广东省教学团队 9 个，以及拥有国医大师、全国名中医、中医药院校教学名师等一大批优秀师资。在本科教学水平评估、中医学专业认证、本科教学审核评估、高校直属附属医院复评等重大评估中，中医人才培养体系建设均受到了

专家们的高度赞赏。

中医发展人才为先，广州中医药大学第一附属医院继续深化教育改革，完善壮大卓越中医人才培养体系，为社会输送高质量中医药人才。

[返回目录](#)

## 10 个妇科中成药医院大卖！千金、步长、康缘…

来源：米内网

近年来，随着社会发展和生活消费水平提高，女性的健康意识逐步增强，妇科中成药市场也备受关注。米内网最新数据显示，2020 年中国公立医疗机构终端妇科中成药市场受疫情影响，销售额同比有所下滑。

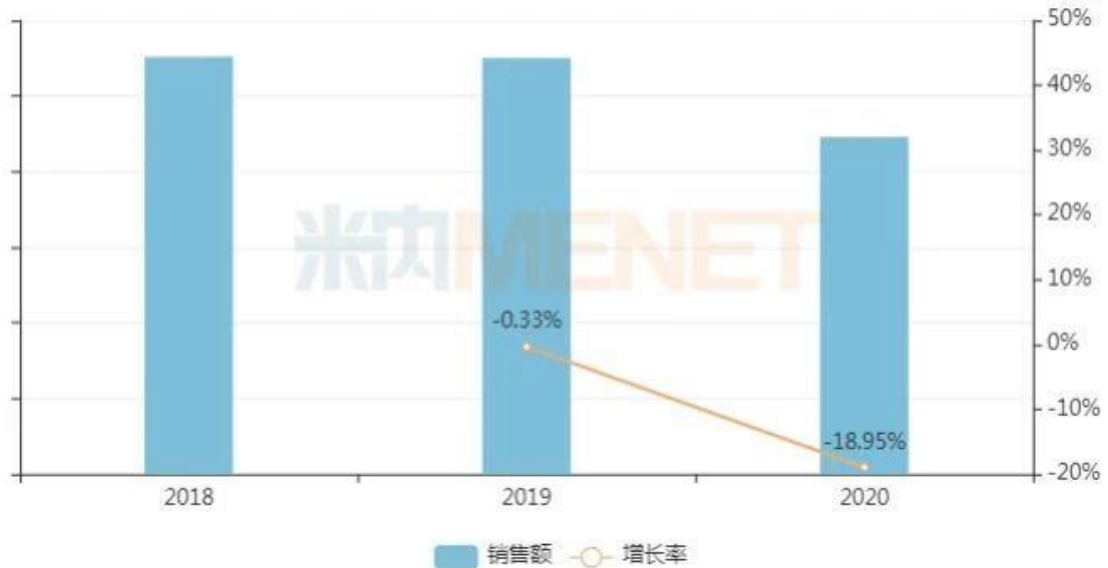
从厂家销售格局来看，株洲千金药业、山东步长神州制药、贵阳新天药业、海南碧凯药业、江苏康缘药业位居前五。

产品 TOP10 中，有 9 个是独家，妇科千金胶囊市场份额节节攀升，坤泰胶囊、滋肾育胎丸逆势增长；从数量来看，山东步长神州制药最多，有两个产品在 TOP10 中；从治疗类别来看，妇科炎症用药最多，有 5 个。

### 妇科中成药 TOP10! 千金、步长、康缘……9 大独家产品亮眼

米内网数据显示，2020 年中国城市公立医院、县级公立医院、城市社区中心及乡镇卫生院(简称中国公立医疗机构)终端妇科中成药市场受疫情影响，销售额同比有所下滑。

近年中国公立医疗机构终端妇科中成药销售情况



来源：中国公立医疗机构终端竞争格局

从季度销售趋势来看，与 2020 年上半年相比，下半年市场回暖。从销售渠道来看，城市公立医院和城市社区中心的市场份额均有所增长。

2020 年中国公立医疗机构终端妇科中成药产品 TOP10

排名	产品名称	市场份额	国家医保	国家基药	OTC	治疗类别
1	保妇康栓	3.88%	甲	是	是	妇科炎症用药
2	妇科千金胶囊	3.34%	甲	是	是	妇科炎症用药
3	坤泰胶囊	2.97%	甲	是	是	妇女更年期用药
4	红核妇洁洗液	2.69%	—	—	—	妇科炎症用药
5	滋肾育胎丸	2.64%	乙	是	—	妇科安胎药
6	益母草注射液	2.42%	乙	—	—	妇科调经药
7	康妇炎胶囊	2.11%	乙	—	是	妇科炎症用药
8	妇乐片	2.10%	乙	—	—	妇科炎症用药
9	桂枝茯苓胶囊	2.05%	甲	是	—	妇科其它用药
10	红花逍遥片	1.72%	乙	—	—	妇科调经药

来源：中国公立医疗机构终端竞争格局

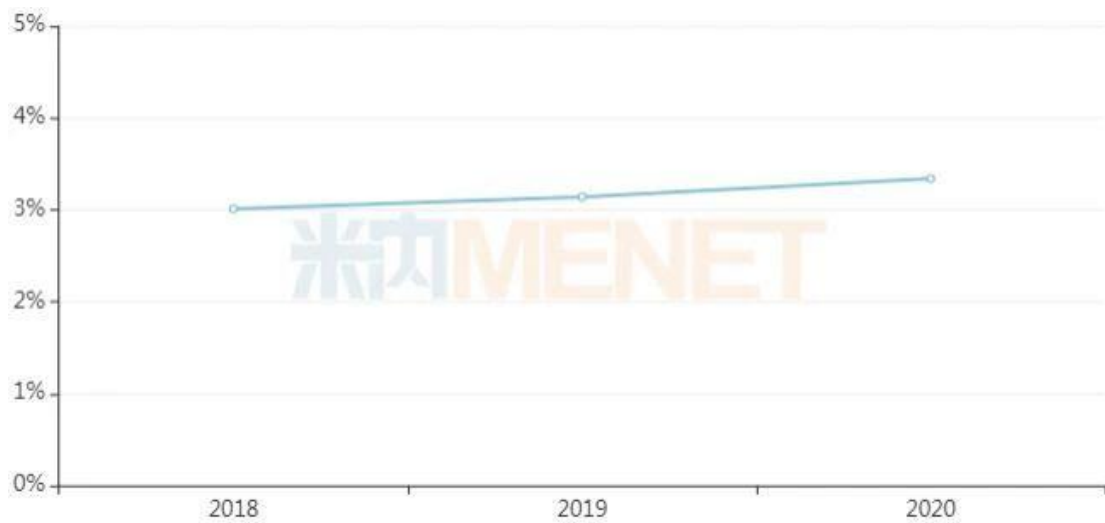
从厂家销售格局来看，株洲千金药业、山东步长神州制药、贵阳

新天药业、海南碧凯药业、江苏康缘药业位居前五，合计市场份额超过 20%。

TOP10 产品中，有 9 个是独家，涉及株洲千金药业、山东步长神州制药、江苏康缘药业等 8 家企业，妇科千金胶囊市场份额节节攀升，坤泰胶囊、滋肾育胎丸逆势增长。从数量来看，山东步长神州制药最多，红核妇洁洗液和康妇炎胶囊两个产品在 TOP10 中。从治疗类别来看，妇科炎症用药最多，有 5 个。

### 妇科千金胶囊市场份额节节攀升，步长两大产品抢占前十

近年中国公立医疗机构终端妇科千金胶囊市场份额情况



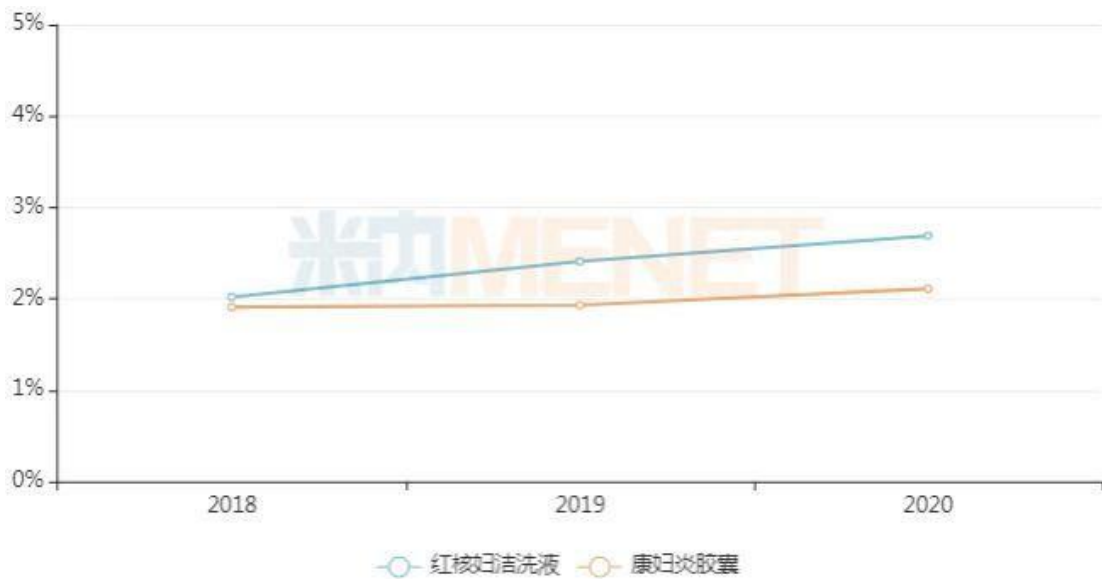
来源：中国公立医疗机构终端竞争格局

妇科千金胶囊是株洲千金药业的独家产品。米内网数据显示，近年在中国公立医疗机构终端妇科千金胶囊市场份额稳步攀升，2020 年市场份额更高达 3.34%。千金药业在年报中指出，公司产品主要通过医疗终端和零售终端进行销售，在医院终端公司组建了医疗营销部，积极参与全国性及省市级的医疗学术研讨活动，传播与交流公司

产品的临床研究成果，使职业医生了解、熟悉并认可公司产品的特点和疗效，从而确保产品的临床合理使用，最终将产品优势转化为市场优势。随着国家基药政策的推进，公司实施“基药大开发”的营销策略，重点推广妇科千金片/胶囊和补血益母丸/颗粒两大独家基药产品，在疫情影响下，医疗板块全年仍保持了一定份额的增长。值得一提的是，妇科千金片/胶囊已连续十多年保持口服妇科炎症中成药第一品牌的地位。

### 近年中国公立医疗机构终端

#### 红核妇洁洗液和康妇炎胶囊市场份额情况



来源：中国公立医疗机构终端竞争格局

米内网数据显示，2020年中国公立医疗机构终端山东步长神州制药的两大独家产品红核妇洁洗液和康妇炎胶囊均在产品TOP10中。近年，步长制药重点围绕心脑血管、妇科、糖尿病等大病种治疗领域加大新产品开发布局，其中，对红核妇洁洗液、康妇炎胶囊等产品持续进行二次开发，以挖掘已有产品潜力、延长产品生命周期。

## 坤泰胶囊、滋肾育胎丸逆势增长

近年中国公立医疗机构终端坤泰胶囊销售情况

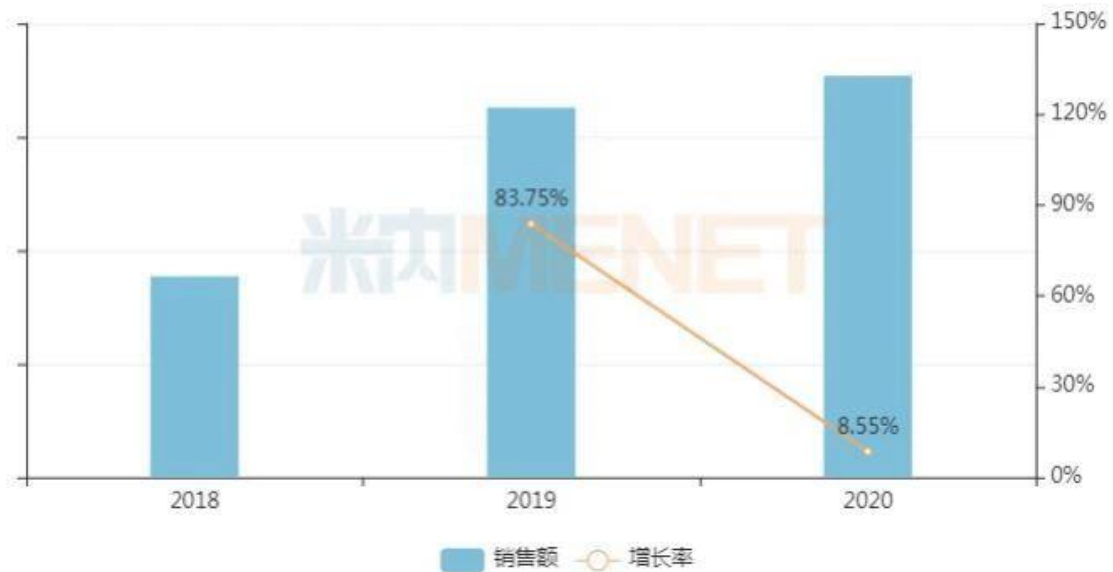


来源：中国公立医疗机构终端竞争格局

坤泰胶囊是贵阳新天药业的独家产品，是用于“卵巢功能衰退”相关临床症状改善（含更年期综合征相关临床症状改善）的纯中药专利产品。米内网数据显示，近年在中国公立医疗机构终端坤泰胶囊销售额稳步增长，2020年同比增长9.09%，跻身到产品TOP3。

新天药业表示，坤泰胶囊是公司未来一段时期内快速发展的主要品种之一。此外，公司将进一步利用品牌优势，不断加强坤泰胶囊、苦参凝胶等独家品种的市场推广工作，扩大市场份额；充分利用公司行业优势，不断吸引科技创新优秀人才，促进产业和产品创新；同时利用公司资金优势，积极开展优质产业投资并购业务。通过多措并举促进公司业绩的持续增长，不断提升公司整体的行业地位和市场竞争力。

近年中国公立医疗机构终端滋肾育胎丸销售情况



来源：中国公立医疗机构终端竞争格局

滋肾育胎丸是广州白云山中一药业的独家产品，用于脾肾两虚，冲任不固所致的滑胎(防治习惯性流产和先兆性流产)。米内网数据显示，近年中国公立医疗机构终端滋肾育胎丸销售额快速增长，2019年同比增长超过80%，2020年再度增长8.55%，市场份额也从2018年的1.07%快速攀升至2020年的2.64%。白云山在2020年年报中对主要产品产销量情况分析指出，滋肾育胎丸库存量同比增长较大，主要是下属生产企业预期产品销售需求增加，提前备好库存。值得一提的是，2019年滋肾育胎丸销售量同比增加超60%，主要是前期加大对产品的设计研发和市场推广等投入，且随着国家二孩政策的放开，产品进入快速发展期，致使销售量增长较快。

[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