

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.07.12-2021.07.18

——本期视点——

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

• 专家观点 •

▶ [观点 | 医联体建设背景下的基层医疗机构家庭医生服务模式探索](#)

（来源：清华医管）——第 10 页

【提要】十二五计划中，医疗卫生领域的改革的重点任务就已包含推进公立医院改革与完善基层医疗卫生机构运行新机制。在十三五计划里，医改领域的重点任务进一步明确细化为建立科学合理的分级诊疗制度。2017 年国务院办公厅出台第 32 号文件《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》，对医联体建设和发展的方向有进一步的明确指导意见。基层医疗机构作为医疗体模式的重要基础环节，其医疗服务的质量水平和服务模式极大程度地影响人民群众的健康水平和对医疗资源的可及性感知。家庭医生服务作为基层医疗机构的主动服务手段，其服务模式对人群健康管理水平有着重要的影响。本文对国际上较为典型的三个家庭医生服务模式与我国现有的代表性医联体模式进行了归纳总结，基于三级转诊的分级诊疗制度提出了可能的家庭医生服务模式发展方向。

▶ [观点 | 全面了解医保服务跨统筹区通办](#)（来源：中国医疗保险）

——第 15 页

【提要】国务院在《关于加快推进政务服务“跨省通办”的指导意见》

中提出，“推动更多政务服务事项‘跨省通办’”，“鼓励区域‘跨省通办’先行探索和‘省内通办’拓展”，并对要求在 2020 年底和 2021 年底实现跨省通办的高频政务服务事项列出了任务清单，明确了包括医保部门在内的具体的责任单位。站在医保部门的角度来看，《指导意见》无疑释放了一个强烈且清晰的信号——随着医保统筹层次的不断提升，全面实现医保服务跨统筹区通办极有可能在不久的将来成为医保部门一项重要的日常工作。因此，从现在起，提前谋划，积极探讨可能的实现路径，既是深入贯彻落实《指导意见》的重要举措，更体现了医保部门以民生为重、以人民为本的责任担当。

• 医药速递 •

▣ [国家卫健委发文 中医药融合妇幼健康将有新动作](#)（来源：国家卫健委）——第 21 页

【提要】为贯彻《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》，落实全国中医药大会精神，推进妇幼健康领域中医药工作，日前，国家卫健委联合国家中医药局印发了《推进妇幼健康领域中医药工作实施方案(2021-2025 年)》。该五年计划对中医药在妇幼健康领域的推广应用与守正创新提供了框架性的指引。《实施方案》中要求加强组织领导、加强培训指导、加强规范管理、加强示范引导，推动各级妇幼保健机构全面开展中医药服务，鼓励各级医疗机构妇产科、儿科积极应用中医药适宜技术，充分发挥中医药在妇女儿童预防保健和疾病诊疗中的独特作用，努力为妇女儿童提供全方位全周期的优质

中医药医疗保健服务。

▶ [养老服务联动 京津冀三地民政部门共同签署协同发展三年行动计划](#)（来源：新华社）——第 26 页

【提要】7 月 14 日，京津冀民政事业协同发展第五次联席会议在天津召开，三地民政部门在会上共同签署《京津冀民政事业协同发展三年行动计划(2021-2023 年)》，明确将在养老服务、社会事务、社会组织、干部人才交流等重点领域持续推进协同发展。计划明确，三地将完善养老服务协同联动机制，完善京津冀养老服务联席会议制度，加强三地在养老服务设施建设、运营管理方面交流合作；做好养老服务人才培养工作，鼓励雄安新区养老服务人员分批次到北京市定点公办养老机构实践交流，加强两地政策学习、经验分享；推动跨区域购买养老服务合作，研究制定北京市政府购买养老服务指导性目录、服务标准，完善政府购买养老服务机制，改进购买服务的方式方法，拓展政府购买养老服务的领域和范围，进一步深化跨区域购买养老服务合作。

• 分析解读 •

▶ [“医、药、险”创新融合模式再升级 商保直付带来行业新思路](#)（来源：大健康产业）——第 27 页

【提要】近年来，牢牢占据国民健康服务主流支柱地位的公立医院逐步走向“互联网+”的台前。突如其来的疫情，更是彻底点燃了行业服务变革的加速器。近期公布的《医疗保障法(征求意见稿)》便指出，

我国的医疗保障制度体系是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、慈善医疗救助等相互衔接、共同发展。在商业保险与其他医疗保障体系主体的衔接合作过程中，“互联网+”亦大有可为。而近日，平安健康在其平台上线互联网医院商保直付功能。基于该功能，符合条件的用户在享受平安健康 APP 问诊及后续购药送药服务后，可通过商业保险直接结算。这一新功能的上线，是平安健康加速医药险生态融合的一次探索，同时也为各业态经由平台形成线上互通提供实现路径。

▶ [长护险落地实施，各试点地区政策有何差异？](#)（来源：海聊清谈）

——第 31 页

【提要】随着老龄化程度的不断加深，因衰老、疾病或伤残而丧失生活自理能力的老年人数量将不断增加，而家庭结构日益小型化的客观现实又决定了单纯依靠家庭成员为失能老人提供长期照护已经不可能，长期护理的社会化需求将越来越迫切。2020 年，经国务院同意，国家医保局、财政部联合颁发《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，提出人力资源社会保障部原明确的试点城市和吉林、山东 2 个重点联系省份按本意见要求继续开展试点，其他未开展试点的省份可新增 1 个城市开展试点。试点范围的扩大和实践经验的积累，为下一步在全国范围内全面开展长期护理保险工作奠定了坚实基础。但另一方面，政策碎片化问题也渐渐显现，如果现在不未雨绸缪，将会增加未来制度统一的整合成本。

▶ [一文读懂 | 药品集中采购制度改革发展史](#)（来源：医保那些事）

——第 41 页

【提要】6 月底，联合采购办公室公布了第五批全国药品集中采购的中选结果。至此，国家成功进行了 5 批次药品集采，集采品种累计达到 218 种，占公立医疗机构全部化学药品采购金额的比例超过 30%。本次集中带量采购是国务院办公厅《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》下发后的首次集采，共纳入 62 种药品，在 2020 年省级平台采购金额高达 550 亿元，创下历次集采新高，标志着我国的药品集中带量采购工作进入常态化开展的新阶段。回顾药品集中采购制度改革的历史，会发现其是一部不断完善、不断变革的发展史。有学者将我国药品集中采购的改革历程分为三个阶段，包括探索期——发展期——成熟期。

• 医院管理 •

▶ [医院急诊预检分诊的研究分析与思考](#)（来源：清华大学医院管理

研究院）——第 51 页

【提要】急诊预检分诊是患者进入急诊科进行治疗的关键环节，快速准确的急诊预检分诊有利于急危重患者得到及时救治并提高救治成功率、节约医疗资源、避免激化医患矛盾。我国虽已有《医院急诊科规范化流程》，但目前国内尚未形成统一、规范、操作性强的急诊预检分诊标准。本文将对国内外预检分诊系统进行综述，对目前国内急诊预检分诊存在的问题进行探讨，并提出建议。

▶ [余得水教授：日间手术分散式管理的探索和实践](#)（来源：米勒之声）——第 59 页

【提要】随着社会的进步和人民生活水平的不断提高，人们对高质量医疗健康服务的需求逐渐升高，但整个社会优质的医疗资源有限，出现“看病难、看病贵”等社会问题，具体表现为患者住院时间长与等待手术时间长等，给科室和医院造成了一定的“天花板”限制。近年来，手术量逐年增长，医院床位周转压力巨大，科室乃至医院的发展均都受到严重制约，科室如何谋发展、医院如何谋突破，都成为我们需要考虑的问题。日间手术因其周转快、等待时间短等优势已成为医院改善医疗服务的重点计划。

• 医保快讯 •

▶ [如何保障医保信息平台平稳落地应用？海南经验可参考](#)（来源：中国医疗保险）——第 63 页

【提要】6 月 19 日，国家医疗保障信息平台在海南全省上线，自此海南成为了全国较快落地应用国家医保信息平台，并实现全业务、全流程完整上线的省份。该平台严格按照国家医保局“应用尽用”“能配尽配”“最小必须”原则，在国家医保局全程指导和核验下开发建设。与其他目前已经上线的地区有所不同的是，海南是全国率先实行医保基金省级统收统支，且全省统一平稳上线国家医保信息平台的省份，如何保障医保平台的平稳落地，海南省有自己独到的经验。

▶ [坚持“五位一体”着力推进医保高质量发展](#)（来源：上海市医疗

保障局) ——第 68 页

【提要】“十四五”期间，上海医疗保障改革发展将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，深入贯彻落实习近平总书记考察上海和在浦东开发开放 30 周年庆祝大会上的重要讲话精神，认真践行“人民城市人民建，人民城市为人民”重要理念，坚持以人民健康为中心，加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，按照当好新时代改革开放排头兵、创新发展先行者要求，锐意进取，攻坚克难，推进“优化制度、完善机制、强化监管、服务发展、提升能力”五位一体，努力打造健康医保、价值医保、可持续医保、服务医保和智慧医保，使上海医疗保障各项改革走在全国前列，实现医疗保障高质量发展，让市民拥有更多获得感、幸福感、安全感。

• 国际视野 •

▣ [从日本看医药分开的得与失](#) (来源: Latitude Health) ——第 74 页

【提要】医药分开一直是各国医改讨论的一个重点，但与早已实现医药分开的西方发达国家相比，东亚地区存在医药合一的传统，推动医药分开对医疗改革有利有弊。从日本的经验可以看出，通过大规模补贴医疗机构让处方外流并不能带动药价下跌，也不能保证药店的利益与医疗机构切割。因此，医药分开并不是支付改革的必选项。医药分

开的好处是推动了院外零售药店的空前繁荣和药剂师地位的提高，由于处方都在院外，后期支付改革主要集中在管控药店，改革阻力相对较小。但医药分开需要给予医生和医疗机构足够的利益，首先要大幅推高医疗总成本。高增长时期的经济体或有财政能力，但一旦经济处于长期调整期，很难再有这样的财政费用来覆盖改革的成本。

▣ [赛诺菲重回 Top10 全球新药研发格局有何变化？](#)（来源：医药经济报）——第 78 页

【提要】2021 年，制药研发公司的地理分布(总部所在地)与 2020 年未见显著变化。作为全球新药研发的主要动力来源，美国和欧洲占比基本维持不变，而亚洲地区的占比从 2020 年的 24%增至 2021 年的 25%。其中，中国继续保持全球第二大制药研发国的位置。2021 年总部在中国的新药研发企业数量占全球药物研发企业的比例，已从 2020 年的 8%增至 9%。从 2021 年制药研发项目的实际发生地理分布情况看，美国占比最大，约为 55%，18582 种在研药物中约有 10260 种药物有过在美国研发的经历。令人惊奇的是，约六分之一的药物有过在中国开发的经历，有些项目甚至是 10 年前即已在中国进行开发。在欧洲市场，英国仍是开展药物试验的主要地区，其次为德国、法国。在亚洲，日本市场是重要的新药研发地区，但仅有 7%的药物有过在日本开发的经历。整体来看，除了中国保持增长外，其他国家或地区的制药行业基本维持以往的状态。

——本期内容——

· 专家观点 ·

观点 | 医联体建设背景下的基层医疗机构家庭医生服务模式探索

来源：清华医管

十二五计划中，医疗卫生领域的改革的重点任务就已包含推进公立医院改革与完善基层医疗卫生机构运行新机制。在十三五计划里，医改领域的重点任务进一步明确细化为建立科学合理的分级诊疗制度。2017年国务院办公厅出台第32号文件（《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》），对医联体建设和发展的方向有进一步的明确指导意见。

基层医疗机构作为医疗体模式的重要基础环节，其医疗服务的质量水平和服务模式极大程度地影响人民群众的健康水平和对医疗资源的可及性感知。家庭医生服务作为基层医疗机构的主动服务手段，其服务模式对人群健康管理水平有着重要的影响。本文对国际上较为典型的三个家庭医生服务模式与我国现有的代表性医联体模式进行了归纳总结，基于三级转诊的分级诊疗制度提出了可能的家庭医生服务模式发展方向。

1. 英美德三国家庭医生服务模式概述

1.1 英国家庭医生服务模式

英国自 1946 年《国民医疗服务法》颁布以后，是否拥有一名签约家庭医生是可否享受国民健康服务体系 (NHS) 免费医疗的前提条件。作为将家庭医生制度执行最为严格的国家，英国要求所有签约国民必须在家庭医生处完成首诊。

有且只有当家庭医生认为其病情符合转诊条件时才会进行转诊，至相关专科医生处。而当专科医生认为其病情已符合回转条件时，将会将患者回转至其家庭医生处。由于除急诊以外的所有疾病均需经过家庭医生的判断，因此在 NHS 体制下，家庭医生成为了国民现实意义上的健康守门人。

1.2 美国家庭医生服务模式

以商业医疗险为主的美国由于成本控制等原因，会为其被保险人指定一名初级医生 (PCP)。HMO 保险政策与英国类似，非急诊的未经转诊就诊将会不被医院接诊。PPO 保险政策由于其价格昂贵，则没有此类限制。综上所述，美国并未如英国一般严格执行家庭医生首诊制，但由于预约等待时间过长等原因，以社区为主导的家庭医生健康管理服务成为实际上的首要选择。

1.3 德国家庭医生服务模式

德国的医疗服务体系将门诊与住院进行了功能区分，住院归口医院，门诊归属社区。因此患者在非急诊下的就诊必须到社区进行首诊。社区医师作为首诊医师将完善初步的检验检查后进行转诊，医院接诊医生将根据已有检验检查结果进行下一步的诊疗安排。由于其医疗体

制的功能分离，客观上有益于转诊的前后联动，加快了诊疗流程，避免了一定的重复检查。

2. 我国现行主要医联体模式介绍

2.1 以深圳罗湖模式为代表的城市医疗集团医联体模式

深圳罗湖城市医疗集团医联体模式是由三级医院牵头搭配多个二级医院、康复医院、护理院以及社区卫生服务中心，构建“1+X”医联体模式。该医联体模式资源共享，在业务上分工协作，使之成为有共同发展目标的医疗联合体。

2.2 以安徽天长医共体为代表的县域医共体

县域医共体是以“县医院为牵头单位，乡镇卫生院作为枢纽，村卫生室为基础”的县乡一体医联体模式。该医联体模式将很好的发挥县域医院的示范作用，依托县级公立医院，建设区域信息、影像、检验等共享中心，实现体制内的信息互通、结果互认。

2.3 以北京儿童医院专科联盟为代表的跨区域专科联盟

北京儿童医院组建的专科联盟以其优势专科资源，联合其他医疗机构的儿科诊疗力量，形成跨区域的富有特色的儿科诊疗中心。该发展模式很好地实现了相互补位，突破区域打造了富有特色的分级专科医疗联合体。

2.4 以舟山群岛网络医院为代表的远程医疗协作网

舟山市是我国率先开展“互联网+医疗健康”服务的地区。由于其城市+海岛的地理特点，远程协作医联体是提升偏远地区基层医疗

服务能力的重要手段。通过与上海浦东新区签署帮扶协议，搭建信息互通的网络平台，同时利用区域健康信息共享实行网格化管理。该模式可提升偏远和欠发达地区的医疗服务的可及性与医疗质量，使每个居民家庭都拥有自己的家庭医生。

3. 基于分级诊疗制度的社区卫生服务中心家庭医生服务模式

基于分级诊疗制度的三级医院托管基层医疗机构的医联体是一种紧密型医联体的探索新模式。三级医院对基层医疗机构进行人财物的全托管，派出由医疗，护理，财务运营人员组成的管理团队进驻对口单位。真正实现信息互通，医疗同质，管理同化。

在此种医联体模式下，基层家庭医生服务模式为以全科医生为核心，辅以中医医生，公卫医生，护理的派单制主动服务模式。对辖区重点签约人群进行定期的主动追访，跟踪其健康状况。对于辖区内普通签约人群，提供健康宣教服务。

在面对患者提出的诊疗需求进行内部派单，除签约时指定的家庭医生外，可由中心家庭医生团队进行补位接诊或转诊。当患者符合转诊条件时，由家庭医生开具转诊单进行转诊。该种以全科医师为核心的团队制度，其全科医生为完成全科医生规范化培训的执业医师。上岗前完善基层公共卫生服务培训与该模式的服务要求培训。其绩效分配体制与英国模式相似，与签约人数挂钩，结合续签率与患者满意度共同评价。

4. 对完善我国家庭医生服务模式的建议

4.1 以全科医生为核心的一线照护机制

全科医生对于各种未分化疾病的诊疗有优于专科的优势，对于患者是否需要转诊至专科医疗服务具有优于护理公卫等医疗服务人员的诊断能力。因此应建立以全科医生为核心的家庭医生服务，护理公卫为辅助的照护体制。同时利用医联体内部的专科医疗资源进行专科诊疗补足，充分发挥全科医生在基层健康管理的引导作用。

4.2 进一步明确的疾病转诊标准与转诊机制

基层医疗机构承担着居民健康守门人职责，虽然近年来全科医生规范化培训逐渐推开，准入门槛不断提升。但基层医疗机构与三级医疗机构的诊疗能力差距客观存在。因此，如何设置疾病转诊的标准与要求，如何优化转诊流程使之减少医疗资源的浪费，减少缩短患者等待是提升医疗服务质量，改善患者预后的重要举措。医联体模式中的基层医疗机构可充分利用医联体模式的良好信息流与专科资源，重视转诊流程的管理属性，完善转诊标准的设置，优化转诊流线。

4.3 将互联网+手段嵌入人群健康服务

基层医疗机构覆盖人群广，纯人力手段难以企及所辖片区的全部人口。“互联网+”的背景下，可将居民健康档案与区域医疗健康信息服务平台进行联通，打造居民健康管理的集成化信息平台。利用信息平台高效整合人力与技术，实现线上线下健康服务的融合。普通人群健康管理及随访可充分利用信息手段，形成行之有效，覆盖广泛的健康宣教与管理平台。

观点 | 全面了解医保服务跨统筹区通办

来源：中国医疗保险

文 | 蔡海清 江西省医保局待遇保障处原处长，原一级调研员

国务院在《关于加快推进政务服务“跨省通办”的指导意见》（国办发〔2020〕35号，简称《指导意见》）中提出，“推动更多政务服务事项‘跨省通办’”，“鼓励区域‘跨省通办’先行探索和‘省内通办’拓展”，并对要求在2020年底和2021年底实现跨省通办的高频政务服务事项列出了任务清单，明确了包括医保部门在内的具体的责任单位。

站在医保部门的角度来看，《指导意见》无疑释放了一个强烈且清晰的信号——随着医保统筹层次的不断提升，全面实现医保服务跨统筹区通办极有可能在不久的将来成为医保部门一项重要的日常工作。因此，从现在起，提前谋划，积极探讨可能的实现路径，既是深入贯彻落实《指导意见》的重要举措，更体现了医保部门以民生为重、以人民为本的责任担当。

《指导意见》已经在宏观层面上对政务服务跨省通办的实现路径作出了带有普遍性意义的总体规定。探讨医保服务跨统筹区通办，从本质上来说，是将《指导意见》的普遍性规定与医保领域的具体情况相结合，是《指导意见》的一般性规定在医保领域的进一步细化和深化。围绕医保服务跨统筹区通办的实现办法和未来发展，中国医疗保

险近日与江西省医保局原处长蔡海清展开了探讨。

中国医疗保险：很多人可能不了解“医保服务跨统筹区通办”的具体概念和工作内容，您能否更进一步地解释一下？

蔡海清：

所谓“通办”，如果单纯从字面上来理解，无非就是“通通都能办”之意。因此，我们可以简单地将“医保服务跨统筹区通办”理解为：参保单位和参保个人在医保统筹区之外也能够办理所有医保事务，享受到统筹区内相同的医保服务。

从服务供给的角度来看，医保事务的办理基本上可以区分为“他办”和“自办”两种形式。所谓“他办”，就是由不是自己的他人(医保机构的经办工作人员或受医保机构委托经办的其他人员)为参保者(单位或个人，以下统称：参保者)完成医疗保障服务事项的办理工作；所谓“自办”，就是由参保者自主完成医疗保障事项的办理工作。以此来说，所谓医保服务跨统筹区通办，实质上就是将医保的服务半径通过“他办”和“自办”的形式、延伸拓展到本统筹区所覆盖的行政区域范围之外。

中国医疗保险：这也属于优化医保经办管理工作的一部分吗？

蔡海清：

是的。不过需要注意的是，医保经办管理工作从职能上来讲，包括：宣传医保政策、经办医保事务、管理医保基金、提供医保服务。医保服务只是医保经办工作的一个组成部分，而不是医保经办工作的

全部。所谓“医保服务”，是指：由医保经办机构面向参保者开展的、旨在落实参保者医保权利的工作，按照国家医保局在《全国医疗保障经办政务服务事项清单》上所列举的服务事项，主要包括参保登记、信息变更、缴费核定、医保权益记录和查询、个人账户一次性支取、医保关系转移接续、享受门诊慢特病病种待遇认定、使用特殊药品待遇备案、意外伤害待遇备案、异地就医备案、异地就医费用结算、生育登记、医保(包括生育)待遇支付(报销)、医疗救助对象待遇核准支付，等等。

中国医疗保险：您认为实现医保服务跨统筹区通办的关键点是什么？

蔡海清：

要实现医保服务跨统筹区通办，无论是“他办”还是“自办”，关键是“通”，目的在“办”。所谓“通”，既有“所有”之意，更有“顺畅”之义，既是难点，也是重点。说是“难点”，是因为要在统筹区外提供与本统筹区内相同的医保服务，就需要对统筹区外的医保经办资源进行相应配置，但这一配置权限并不在各统筹区的行政权力势力范围之内，因此，光靠单独的任何一方，无论如何努力都将难有作为。说是“重点”，是因为如果参保者在统筹区外办理医保服务事项，处处阻隔，事事受限，不仅影响到参保者的医保服务体验，降低医保获得感，也将损害人民政府的威望和形象。

中国医疗保险：那如何才能实现您所说的“通”？

蔡海清：

在如何保证“通”的问题上，国务院其实在《指导意见》中已经明确了解决办法和工作思路。具体来说，就是：

一是对“自办”问题。《指导意见》明确提出“深化‘全程网办’”，要求：“除法律法规规定必须到现场办理的事项外，按照‘应上尽上’的原则，政务服务事项全部纳入全国一体化政务服务平台，提供……全流程全环节网上服务，实现申请人‘单点登录、全国漫游、无感切换’，由业务属地为申请人远程办理”。对医保部门来说，目前的主要任务是，在进一步改良完善异地就医直接结算基础上，按照《指导意见》的部署安排，积极做好医保电子凭证申领、基本医疗保险参保信息变更、城乡居民基本医疗保险参保登记、基本医疗保险关系转移接续、门诊费用跨省直接结算、医保定点医疗机构基础信息变更、生育保险待遇核定与支付等各项工作。

二是对“他办”问题。《指导意见》要求“拓展‘异地代收代办’”。根据《指导意见》文件精神，结合医保工作实际，在现阶段，解决统筹区外医保服务“他办”问题的一个可能思路是：在不改变各统筹区原有办理事权基础上，通过“收受分离”模式，打破医保服务事项办理的属地化管理限制，申请人可在各统筹区医保经办服务大厅设置的“跨统筹区通办”窗口提交申请材料，窗口收件后对申请材料进行形式审查、身份核验，通过邮件寄递至业务属地医保经办机构完成办理，业务属地医保经办机构寄递纸质结果或网络送达办理结果。作为国家

医保局，就是要同步建立异地收件、问题处理、监督管理、责任追溯机制，明确收件地和办理地的工作职责、业务流转程序等，确保收件、办理两地权责清晰、高效协同。

中国医疗保险：除了《指导意见》中提出的思路，您认为未来还应从哪些方面着手解决医保服务异地通办问题？

蔡海清：

从长远发展来看，要真正解决医保服务异地通办问题，还是要在建立健全医保经办管理体制机制上下功夫，进一步规范医保业务经办规程、加快全国统一的医保信息系统建设步伐、不断提升提高医保统筹层次，从而实现手持一卡、全国漫游。

一是统一规范医保服务标准。制定全国统一规范的医保服务标准，是实现医保经办服务标准化、不断提高医保服务质量的必然要求。目前，尽管许多地方已经实现了在地市级层面上医保基金的统收统支，但各级医保部门的隶属关系并没有随同基金管理层级的提高而提升，医保经办依然实行属地化管理，从而导致经办工作、特别是业务规程和操作标准的地区差异，从根本上影响了医保服务跨统筹区通办的顺利实施。为尽快统一规范医保服务标准，首先是要尽快制定全国统一的医保业务经办服务规程，统一业务经办流程，统一业务经办规则，统一业务数据指标，统一医保业务表单；其次是尽快建立管理服务标准体系，包括服务设施标准、服务事项及经办标准、绩效考核指标及办法，等等。

二是加快信息系统建设步伐。信息化不仅为医保服务实现标准化规范化操作、从而提高医保服务质量和效率提供了重要的技术支撑，也是实现医保服务跨统筹区通办的重要手段。目前，全国统一的医保信息系统建设正在稳步推进，并已经在广东、青海、河北、海南、贵州、甘肃、新疆7省区四十多个市(地)落地应用。可以肯定，随着全国统一的医保信息系统全面上线运行，特别是跨省异地就医系统的全面升级和医保电子凭证全面应用，将为医保服务跨统筹区通办提供强有力的技术支持。

特别需要强调的一点是：地方在建设医保信息系统过程中，一定要在国家医保信息系统核心平台上进行本地化的部署实施！用国家医保局规财司领导的话来说，就是：建设地方医保信息平台，要依托全国统一的技术体系、平台架构、中台服务、业务子系统及配套标准规范，牢牢把握已有功能“应用尽用”、差异功能“能配尽配”、特色功能“最小必须”原则。惟如此，才能保证医保业务经办基本实现流程统一、标准统一，实现全国统一的医保服务无差异经办。

三是提升医疗保险统筹层次。从实现医保服务跨统筹区通办的角度来说，提高统筹层次就是在更大范围内保证医保服务无异地。关于提高医保统筹层次，党中央、国务院已经在《关于深化医疗保障制度改革的意见》中做出了全面部署，要求：“按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实基本医疗保险市地级统筹。探索推进市地级以下医疗保障部门垂直管理。鼓励有条件的省(自治

区、直辖市)按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路,推进省级统筹。加强医疗救助基金管理,促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调”。

我认为,实行垂直管理是统筹层次提高以后工作能够顺利开展的重要的组织保证。否则,在我国各级财政实行分灶吃饭的情况下,虽然在基金层面上实现了统筹层次提高,但各级医保部门的人财物依然由属地党委政府管理,那么一个可能的结果就是,各级医保部门在目标追求上会大概率与当地党委政府趋同,并且努力为本地争取最大化的医保利益,从而成为与更上一级医保部门进行利益博弈的另一方,导致医保资金使用效率降低,减弱乃至抵消统筹层次提高所提升的抗风险能力。这其实是一种基于理性的现实选择,还真不能一概斥之为“本位主义”或“没有大局意识”。

[返回目录](#)

• 医药速递 •

国家卫健委发文 中医药融合妇幼健康将有新动作

来源: 国家卫健委

为贯彻《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》,落实全国中医药大会精神,推进妇幼健康领域中医药工作,日前,国家卫健委联合国家中医药局印发了《推进妇幼健康领域中医药工作实施方案(2021-2025年)》。(以下简称《实施方案》)该五年计划对中

医药在妇幼健康领域的推广应用与守正创新提供了框架性的指引。

《实施方案》中要求加强组织领导、加强培训指导、加强规范管理、加强示范引导，推动各级妇幼保健机构全面开展中医药服务，鼓励各级医疗机构妇产科、儿科积极应用中医药适宜技术，充分发挥中医药在妇女儿童预防保健和疾病诊疗中的独特作用，努力为妇女儿童提供全方位全周期的优质中医药医疗保健服务。

《实施方案》中提到六大工作措施

1. 推动妇幼保健机构全面开展中医药服务

各级卫生健康行政部门以妇幼保健机构评审为抓手，引导妇幼保健机构规范建设发展中医临床科室；落实《妇幼保健机构绩效考核办法》，将“门诊中医药服务占比”列为妇幼保健机构绩效考核重要指标，考核中医临床科室门诊诊疗人次占机构门诊总诊疗人次的比例，合理确定考核指标权重，引导形成各级妇幼保健机构普遍开展中医药服务的良好局面。到 2025 年，三级和二级妇幼保健院开展中医药专科服务的比例达到 90%和 70%，各级妇幼保健机构门诊中医药服务量明显提高。

2. 发挥中医药在妇女儿童疾病诊疗中的作用

国家卫生健康委同国家中医药局加强妇幼健康领域中医优势专科建设，做优做强中医妇科、中医儿科等专科，筛选中医治疗优势病种和适宜技术，及时总结形成诊疗方案，巩固扩大优势，带动妇幼中医药特色专科发展。到 2022 年，制定推广不少于 5 个中医妇科、

儿科专科诊疗方案。开展中西医协同攻关，聚焦妇女儿童重点疾病，到 2022 年制定推广不少于 10 个中西医结合妇科、儿科等诊疗方案。加强中医医疗机构中医妇科和中医儿科能力建设。各级卫生健康行政部门指导妇幼保健机构建立中西医协作诊疗制度，坚持“宜中则中、宜西则西”，促进中西医科室间建立协作关系。鼓励有条件的妇幼保健机构为住院期间的妇女儿童提供中医药服务。开展孕产妇管理救治、儿童重点疾病防治等多学科协作诊疗模式试点，将中医纳入多学科协作诊疗体系。

3. 强化中医药在妇女儿童预防保健中的作用

各级卫生健康行政部门会同中医药主管部门推动中医药治未病与妇幼保健服务深度融合，推广使用国家卫生健康委与国家中医药局联合组织编写的《妇科中医医疗技术及中成药用药指导》和《儿科中医医疗技术及中成药用药指导》，组织开展中药熏蒸、小儿推拿等中医药适宜技术和中成药用药培训。到 2022 年推广不少于 5 个妇幼中西医结合治未病干预方案，发挥中医药在孕产保健、儿童保健、妇女保健、生殖保健等方面的作用。针对产后保健、儿童康复等，到 2022 年制定推广不少于 3 个中西医结合康复方案。鼓励三级妇幼保健院营养餐厅围绕备孕、产后、流产后等重点环节和儿童咳嗽、儿童消化不良等常见健康问题，提供适宜妇女儿童食用的药膳、养生调理茶饮等服务。

4. 创新完善妇幼中医药服务模式

各级卫生健康行政部门指导各级妇幼保健机构充分利用孕妇学校、家长学校、院内健康教育、托幼机构卫生保健指导等，推广中医治未病理念和方法，提升群众自我保健意识。指导妇幼保健机构优化中医临床科室的诊室布局和服务流程，中医诊室原则上在孕产保健部、儿童保健部、妇女保健部门门诊诊疗区域内与相关西医诊室比邻布局，努力为群众提供“一站式”的中西医结合医疗保健服务。中医临床科室可设置相对独立、集中布局的健康干预区，集中针灸、推拿、康复、理疗等服务设施、设备和器具，为妇女儿童提供针刺、灸法、拔罐、推拿、药浴、刮痧、膏方、贴敷等中医特色的健康干预服务。

5. 加强妇幼中医药人才队伍建设

各级中医药主管部门将妇幼保健机构中医药人才纳入各类中医药人才培养项目，加强骨干人才培养培养。在西学中专项中单列妇幼或设定一定比例，鼓励西医妇产科和儿科临床医师学习中医。鼓励中医医疗机构具有高级职称的中医妇科、儿科医师到妇幼保健机构多点执业，鼓励中医妇科、儿科领域的国医大师、全国名中医、全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、中医学术流派代表性传承人在妇幼保健机构设置传承工作室，开展传承带教和示范指导，到 2025 年每省(区、市)建立不少于 2 个传承工作室，每个工作室为妇幼保健机构培养不少于 10 名中医药业务骨干。鼓励有条件的三级妇幼保健院与中医药高等院校、科研机构建立紧密合作关系，加大妇幼中医药人才培养力度。

6. 积极推动妇幼中医药服务“沉下去”、“走出去”

各级卫生健康行政部门鼓励相关医疗机构牵头成立妇幼中医药专科联盟，通过项目合作、联合病房、学科帮扶等形式加强合作，积极推进优质医疗资源下沉，提高基层妇幼保健机构服务能力。鼓励具备条件的县级妇幼保健机构联合中医医疗机构加强对基层医疗卫生机构妇幼中医药工作的业务指导，结合实施国家基本公共卫生服务项目孕产妇健康管理、儿童健康管理等，推广适宜家庭保健的中医药适宜技术。依托援外医疗队和中医药海外中心等，广泛开展妇幼健康领域中医药适宜技术推广培训。国家卫生健康委同国家中医药局系统总结中医药在促进中国妇幼健康发展中的作用，梳理可向“一带一路”国家推广的适宜技术和自我保健方法。

据《通知》要求，到 2022 年需实现妇幼健康领域中医药服务网络基本建立，形成并推广一批妇幼中医药诊疗方案、中医治未病干预方案等规范。到 2025 年，妇幼健康领域中医药服务能力明显增强，中医药服务覆盖妇女儿童全生命周期，中医药服务的氛围更加浓厚，广大妇女儿童健康需求得到更好满足。

目前，国内在中医与妇幼融合方面已有不少创新实践，浙江省正在东阳成立面向全国的妇幼中医适宜技术培训中心，将提供线上线下理论实操培训；东莞市妇幼保健院整合中医妇科、中医儿科、中医疼痛科、中医内科等专科，设立“妇孺国医堂”；梧州市妇幼保健院作为全国妇幼保健中医和中西结合培训基地、样板妇孺国医堂，将中医

药文化与现代宣传教育和研学充分融合，做好中医药文化传承。

[返回目录](#)

养老服务联动 京津冀三地民政部门共同签署协同发展三年行动计划

来源：新华社

7月14日，京津冀民政事业协同发展第五次联席会议在天津召开，三地民政部门在会上共同签署《京津冀民政事业协同发展三年行动计划(2021-2023年)》，明确将在养老服务、社会事务、社会组织、干部人才交流等重点领域持续推进协同发展。

依据行动计划，三地将协同推进养老服务向环京周边地区延伸。出台落实北京养老项目向廊坊市北三县等环京周边地区延伸布局鼓励政策，在养老服务设施建设、运营补贴等方面加大支持力度。积极支持国有企业、社会资本通过建设、收购、合作、改造等多种方式，在环京周边地区建设运营养老机构，增加区域养老服务供给。

计划明确，三地将完善养老服务协同联动机制，完善京津冀养老服务联席会议制度，加强三地在养老服务设施建设、运营管理方面交流合作；做好养老服务人才培养工作，鼓励雄安地区养老服务人员分批次到北京市定点公办养老机构实践交流，加强两地政策学习、经验分享；推动跨区域购买养老服务合作，研究制定北京市政府购买养老服务指导性目录、服务标准，完善政府购买养老服务机制，改进购买服务的方式方法，拓展政府购买养老服务的领域和范围，进一步深化跨区域购买养老服务合作。

会上，京津冀三地民政部门还签署《京津冀城乡社区治理协同发展战略合作协议》，力求通过加强顶层设计、推动互访交流、实施智库共享、推进项目合作等方式，促进京津冀城乡社区协同发展和资源共享，加快推进京津冀基层社会治理体系和治理能力现代化建设，切实提升京津冀人民群众获得感、幸福感、安全感。

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

“医、药、险”创新融合模式再升级 商保直付带来行业新思路

来源：大健康产业

互联网技术的持续升级，让数字化的红利加速融入各行各业，与国民生活休戚相关的医疗健康行业正展现出全新的行业姿态，属于医疗健康行业的“数字化”和“产业融合”大潮正在加速到来。

近年来，牢牢占据国民健康服务主流支柱地位的公立医院逐步走向“互联网+”的台前。突如其来的疫情，更是彻底点燃了行业服务变革的加速器。近期公布的《医疗保障法(征求意见稿)》便指出，我国的医疗保障制度体系是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、慈善医疗救助等相互衔接、共同发展。在商业保险与其他医疗保障体系主体的衔接合作过程中，“互联网+”亦大有可为。

近日，平安健康在其平台上线互联网医院商保直付功能。基于该

功能，符合条件的用户在享受平安健康 APP 问诊及后续购药送药服务后，可通过商业保险直接结算。这一新功能的上线，是平安健康加速医药险生态融合的一次探索，同时也为各业态经由平台形成线上互通提供实现路径。

商保直付带来行业新突破

在后疫情时代，用户线上化的行为习惯已经养成，需求引领下的服务变革已逐渐铺展开来。据统计，国家卫生健康委的委属管医院互联网诊疗比去年同期增加了 17 倍，互联网医院开始成为国民健康的重要阵地。

以平安健康推出的互联网医院商保直付新功能为例，相对传统模式在多个方面展现出新亮点。在服务用户过程中，一是为用户实现了“免支付”，保险结算方面，传统模式需要用户先行垫付，在票据基础上找保险公司事后结算。而在该功能中，用户可真正享受免支付；二是为用户实现了整体理赔流程的“无感化”，整体流程在平台与保险公司展开，用户不需自行结算。

对于平安健康自身及合作企业来说，一是能够进一步精准触达用户群，提升服务效率，相互导流，为各个环节的所产生需求提供直接且高质量的解决方案；二是通过打通屏障，最大程度降低非必要支出，做到控费。同时，对于整个医疗服务行业来说，新的合作模式将吸引更多机构，将线下合作部署移至线上，进一步满足需求，拓展市场。

依托自身服务生态，平安健康将互联网医疗健康服务和线上商保

打通，在线问诊、购药、结算流程的一体化，这样的新模式令人瞩目。在全国 31 个省市已全部完成省级互联网医疗监管平台的搭建，互联网医院的建设及申办进入全国全面布局阶段的今天，深入互联网医院的商保直付功能，将为医疗健康产业带来一个全新的思路。

医药险创新融合打造新生态

医药险的融合已成为顺应国民健康需求，推动医疗健康产业的必然途径。银保监会等 13 部委在《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》中提出，要逐步将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。结合近期“鼓励保险机构提供医疗、疾病、照护、生育等综合保障服务；支持商业保险机构参与医保服务和医保控费，完善大病保险运行监管机制；探索健康险与国家医保信息平台对接；推动健康保险与健康管理的融合发展等”的重要指引，相关规范进一步架起了医药险结合的框架。

作为头部平台，平安健康所搭载的医药险生态将成为国民医疗体系创新的一个样本，缓解看病难、看病贵和各类医疗资源分配问题。截至 2020 年末，平安健康的注册用户数量已达到 3.73 亿，合作医院达到 3700 多家，药店 15.1 万家。

平安健康是平安医疗健康生态圈中的线上流量入口。据了解，在平安集团的大战略中，平安健康是围绕‘医药险患’服务场景，探索‘医+药+险’的创新融合的关键一环。

如今，平安健康正通过集团赋能的保险优势助力药店药企实现增

长。受到带量集采、处方外流、个人医保账户变动等医改政策影响，医药零售行业面临机遇与挑战并存的局面。平安健康作为商保与药店药企之间的连接器，积极赋能支付方和包括医院、药房、药企在内的供应方，共同为患者提供最佳的解决方案，提供有价值的医疗服务。以商业保险为助力，解决用户诊疗、购药、支付三大问题，不仅助力有效承接处方外流，提高精准服务能力，更建立原研药、进口药等药品商保目录，满足患者用药需求。而商业保险长期积累的用户群和不断丰富的保障服务，也将成为医药产品发展的长效加速器。

以今年6月平安健康与优时比制药的战略合作为例，除了从专科专病入手，为患者带来全面升级的服务和体验外，平安健康更开展商保创新支付方面的合作。以类风湿性关节炎产品为基础，协同平安养老保险等保险公司推出患者关爱计划，为患者提供用药福利及并发症保障，减轻患者支付压力，提升疗效保障。此外，平安健康今年5月新发布的商保赋能产品“药诊付”，目前已覆盖全国近30个省级行政区，近300个地级市，打通近千家连锁药房及5万家药店。

平台效应革新医疗健康服务体系

数据显示，2019年商业健康保险赔付支出占基本医保基金支出和个人卫生支出的比重，分别达到11.8%和10.3%，而根据监管规划，商业健康险规模到2025年要超过2万亿元。此前，商保直付的加入，极大程度上提升了社保基金服务的有效性，也让服务更加便捷。

随着人们投保意识的不断增强，和医疗健康服务需求的旺盛增长

一同为现有医疗健康服务体系的发展提出了新要求，集约化、一体化、无感化的服务更符合国民期待。而平安健康所打造的“医药险患”服务闭环模式也进一步延伸，以商保合作所对应的支付环节为例，传统上依赖患者先行垫付后理赔为主的服务模式，将借由平安健康合作生态中特色的保险等金融力量的加入改变支付环和资金环，从而进一步撬动医疗健康服务体系的变革。

作为国内领先的互联网医疗健康服务平台，平安健康进一步深化了医疗健康服务与保险服务等业态的合作，充分发挥了协同效应。未来，依托海量用户、四层医生体系、自主研发科技等方面的优势，平安健康将继续深耕医疗，全面探索医药险创新融合，为用户提供一站式、全方位、全流程，且更“有温度”的医疗健康服务。

[返回目录](#)

长护险落地实施，各试点地区政策有何差异？

来源：海聊清谈

根据《第七次人口普查统计公报》发布的数据，以 2020 年 11 月 1 日零时为标准时点，全国总人口 1443497378 人，60 岁及以上人口占全部人口 18.7%，其中：65 岁及以上人口占全部人口 13.5%；平均每个家庭户的人口为 2.62 人，比 2010 年第六次全国人口普查的 3.10 人减少 0.48 人。这标志着我国不仅正在向深度老龄化社会迈进，而且家庭结构日益小型化。

随着老龄化程度的不断加深，因衰老、疾病或伤残而丧失生活自

理能力的老年人数量将不断增加，而家庭结构日益小型化的客观现实又决定了单纯依靠家庭成员为失能老人提供长期照护已经不可能，长期护理的社会化需求将越来越迫切。

2016 年，根据党的十八届五中全会精神和“十三五”规划纲要任务部署，人力资源和社会保障部制定颁发了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（以下简称《长护险试点指导意见》），决定在河北省承德市等 15 个城市开展长期护理保险制度试点工作。2020 年，经国务院同意，国家医保局、财政部联合颁发《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（以下简称《扩大长护险试点指导意见》），提出人力资源社会保障部原明确的试点城市和吉林、山东 2 个重点联系省份按本意见要求继续开展试点，其他未开展试点的省份可新增 1 个城市开展试点。

试点范围的扩大和实践经验的积累，为下一步在全国范围内全面开展长期护理保险工作奠定了坚实基础。但另一方面，政策碎片化问题也渐渐显现，如果现在不未雨绸缪，将会增加未来制度统一的整合成本。

待遇保障政策是长护险制度的重点，也是老百姓最关心的内容，本文试图通过对各试点地区待遇政策进行对比分析，按照最大公约数原则，提出政策整合建议。

一、关于保障对象

2016 年，人社部在《长护险试点指导意见》中规定，长护险的

保障对象为“长期处于失能状态的参保人群”，“重点解决重度失能人员基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理等所需费用”。2020年，国家医保局、财政部在《扩大长护险试点指导意见》中则进一步明确为，“经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续6个月以上，经申请通过评估认定的失能参保人员，可按规定享受相关待遇”。

在执行过程中，试点地区的政策差异主要表现在如下三个方面：

首先是长期失能的时间界定。承德、南通、上饶、安庆等城市规定为经过不少于6个月治疗、病情基本稳定、生活不能自理、需要长期护理。

天津、成都、广州等城市规定为经规范诊疗、失能状态持续6个月以上，经评估认定符合重度失能标准。

日照等城市则规定为人身某些功能全部或部分丧失，长年生活无法自理，需要医护人员提供长期护理服务30天以上。

苏州、石河子等城市则是笼统地规定为因年老、疾病、伤残等导致失能，生活不能自理，经过一段时间治疗、病情稳定后，需要长期护理的人员。

其次是重度失能的认定标准。多数地区将重度失能的认定标准确定为按照《日常生活能力测定量表》(Barthel 指数评定量表)评定、总得分不高于40分的参保人员；长春市同时还将按国家《综合医疗分级护理指导意见(试行)》确定的符合一级护理条件且生活自理能力重

度依赖以及体力状况评分标准(卡氏评分 KPS)低于(含等于)50 分且属于癌症晚期作为重度失能认定标准;也有的地方(如:济南、滨州等城市)规定为按照《日常生活能力测定量表》(Barthel 指数评定量表)评定、总得分不高于 50 分。

烟台市规定为经评定、护理需求等级为三、四、五级。

上海市规定为经评估、失能程度达到评估等级二至六级。

第三是待遇保障的对象范围。多数地区将长护险的待遇保障对象范围规定为因年老、疾病、伤残等导致生活自理能力重度依赖的参保人员,对年龄是否有限制以及失智人员是否纳入等问题在文件中并未作出明确规定,也没有失智人员等级评定标准。

少数地区作出了进一步的规定,如:南通市明确规定,根据照护保险筹资水平和基金运行情况,逐步扩大保障范围,适时将中度失能人员及失智老人纳入保障。上饶市将失智人员纳入长护险的保障范围;南通市如东县进一步明确为,按照《南通市简易智能精神状态检查量表》评定,6 周岁以上符合重度、中度失智标准的参保人员。

上海市规定试点阶段,长护险待遇保障对象范围暂定为 60 周岁及以上的人员。

威海市要求待遇保障对象参加基本医疗保险的缴费年限不少于 5 年。广州市则规定职工社会医疗保险暂停参保或终止参保的,不享受长期护理保险待遇。新参保、暂停参保后重新参保以及欠缴后按规定补缴职工社会医疗保险费的,自享受职工社会医疗保险待遇起,同时

开始享受长期护理保险待遇。

成都和滨州等城市对待遇保障对象的长护险参保缴费年限规定为，已连续参加长期护理保险2年以上并累计缴费满15年。申请待遇时未缴足15年的，可按当年缴费标准一次性补足缴费年限后享受相关待遇。职工长期护理保险制度启动前已参加职工基本医疗保险满6个月，并在启动后连续缴费的参保人员，不受该项条件限制。

基于试点地区工作开展实际，可以考虑按如下路径进行政策整合和统一：

1. 长期失能的时间界定统一为：经医疗机构或康复机构规范诊疗、病情基本稳定、失能状态持续6个月以上。

2. 重度失能的认定标准统一为：按照《日常生活能力测定量表》(Barthel 指数评定量表)评定、总得分不高于40分。

3. 待遇保障的对象范围统一为：因年老疾病伤残等原因导致生活自理能力重度依赖、长期护理保险缴费年限(含视同缴费年限，长护险开展之前的基本医疗保险缴费年限计算为长护险的视同缴费年限)不少于15年，其中：实际缴费年限不少于5年(工作起步的前5年不受此项规定限制)的参保人员。随着长护险工作的深入开展，并根据筹资水平和基金运行情况，逐步将中度失能人员、60岁以下人员以及失智人员纳入长护险的待遇保障对象范围。

二、关于护理内容

人社部在《长护险试点指导意见》中作了一个原则性规定，即：

“参保人员接受长期护理保险定点服务机构的护理服务,发生的符合规定的护理服务费用(不含护理材料费、护理设备使用费)纳入长期护理保险支付范围”。国家医保局、财政部在《扩大长护险试点指导意见》中笼统地规定为,“长期护理保险基金主要用于支付符合规定的机构和人员提供基本护理服务所发生的费用”。从我们手头上所拥有的资料来看,国家相关部门目前并未就列入长护险基金支付范围的护理服务项目及内容作出具体规定。

试点地区在具体实施过程中规定的服务项目内容则要详细得多,整体来看,主要分为基本生活照料和专业护理两大类,但差异十分明显。

青岛市的服务项目侧重于医疗护理,包括但不限于以下项目:1. 定期巡诊、观察病情、监测血压血糖,根据医嘱执行口服、注射及其它给药途径;2. 根据护理等级进行基础护理、专科护理、特殊护理,严格规范消毒隔离措施;3. 处置和护理尿管、胃管、造瘘管等各种管道,指导并实施造瘘护理、吸痰护理、压疮预防和护理、换药、膀胱冲洗,以及实施口腔护理、会阴冲洗、床上洗发、擦浴等一般专项护理;4. 采集并送检检验标本;5. 指导吸氧机和呼吸机的使用;6. 对病情发生重大变化病人及时处理,必要时协助转诊;7. 在护理评估基础上,对病人进行营养指导、心理咨询、社区康复治疗及卫生宣教,对病人及家属进行健康教育和康复指导,进行心理干预;8. 对终末期病人进行临终关怀,通过照护和对症处理,减轻病痛,维护生命尊严。

天津和上海两市的服务项目以日常的生活照料为主，并兼顾与基本生活密切相关的医疗护理。荆门市根据居家护理、养老机构护理和医疗机构护理等不同护理模式规定了不同的服务项目内容。南通、苏州、宁波等城市规定服务项目内容则主要是按类型进行分类，包括：清洁照料、睡眠照料、饮食照料、排泄照料、卧位与安全照料、病情观察、管道护理、康复护理及清洁消毒等项目。

总体来说，各地列入长期护理保险基金支付范围的护理服务项目，无论是在内容上，还是在数量上，差异都非常大，也是今后政策实行整合统一的重点和难点。建议国家医保局会同相关部门，在充分考虑试点地区政策实际的基础上，基于“最少必须”原则，尽快制定长护险基本护理服务项目清单，允许各地在此基础上，结合当地实际和基金承受能力，补充扩展相关护理服务项目和内容。

三、保障标准与支付方式

人社部在《长护险试点指导意见》中规定，“根据护理等级、服务提供方式等制定差别化的待遇保障政策，对符合规定的长期护理费用，基金支付水平总体上控制在 70%左右。具体待遇享受条件和支付比例，由试点地区确定”。国家医保局、财政部在《扩大长护险试点指导意见》中作出了进一步规定，“根据护理等级、服务提供方式等不同实行差别化待遇保障政策，鼓励使用居家和社区护理服务。对符合规定的护理服务费用，基金支付水平总体控制在 70%左右。做好长期护理保险与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理

补贴等政策的衔接”。

各试点地区根据上述文件精神，结合当地实际，规定了各自的待遇保障标准。

天津市规定：长期护理保险基金不设起付标准。入住定点护理机构护理床位接受规范的机构护理服务的，实行按日定额支付，按照每人每天 70 元标准，由长期护理保险基金支付 70%。接受定点护理机构规范的居家护理服务的，实行按月定额支付，按照每人每月 2100 元标准，由长期护理保险基金支付 75%。

上海市规定：评估等级为二至六级的参保人员，可以享受社区居家照护。试点阶段，每周上门服务的时间和频次为：评估等级为二级或三级的，每周上门服务 3 次；评估等级为四级的，每周上门服务 5 次；评估等级为五级或六级的，每周上门服务 7 次；每次上门服务时间为 1 小时。

承德市规定：在医疗保险定点医疗机构设置的符合规定的护理床位接受护理服务的，每床日结算定额暂定为 60 元；在定点护理服务机构、养老服务机构的护理床位接受护理服务的，每床日结算定额暂定为 50 元；在定点护理服务机构接受居家护理服务的，每日结算定额暂定为 40 元。超出结算定额的护理费用由保障对象个人或家庭负担。定点护理服务机构实际结算费用低于定额标准的，按照符合护理保险报销范围的护理服务费用的 70% 支付。

长春市规定：入住定点的护理或养老医疗照护机构接受长期日常

照料和医疗护理的参保人，发生的照护费用不设起付线，参加职工医保的补偿比例为 90%，参加居民医保的补偿比例为 80%。但没有对居家护理作出相应规定。

南通市规定：在定点照护服务机构中医疗机构照护床位接受照护服务的，照护保险基金支付 60%，同时可按规定享受基本医疗保险住院待遇；在定点照护服务机构中养老服务机构照护床位接受照护服务的，照护保险基金支付 50%；接受定点照护服务机构提供上门照护服务的，照护保险基金分服务项目按标准按月限额支付，月度限额暂定为 1200 元。

苏州市规定：入住机构的重度失能人员定额标准 26 元/天，中度失能人员定额标准 20 元/天；居家护理重度失能人员定额标准为 30 元/天，中度失能人员定额标准 25 元/天。

安庆市规定：在协议护理服务机构中使用医疗机构护理床位接受护理服务的，长护保险基金支付 60%（试点期间按不超过 50 元/天标准结算），同时可按规定享受基本医疗保险住院待遇。在协议护理服务机构中使用养老服务机构护理床位接受护理服务的，长护保险基金支付 50%（试点期间按不超过 40 元/天标准结算）。

上饶市规定：重度失能参保人员由家庭居家自主护理的，统一按照每月 450 元的标准定额给付，按月发放。由护理机构上门服务的，统一按照每人每月 900 元的标准定额给付，按月结算。由机构护理的，不设起付线，按每人每月 1080 元的定额标准支付，按月结算。对超

过定额以上的费用由失能人员承担。

青岛市规定：护理保险待遇不设起付线。参保职工接受医疗专护、护理院医疗护理、居家医疗护理、社区巡护服务期间发生的符合规定的医疗护理费，报销比例为 90%；一档缴费成年居民、少年儿童和大学生接受医疗专护、护理院医疗护理、社区巡护服务期间发生的符合规定的医疗护理费，报销比例为 80%；二档缴费成年居民接受社区巡护服务期间发生的符合规定的医疗护理费，报销比例为 40%。

成都市规定：支付标准根据失能等级对应的照护等级确定。其中重度一级、二级、三级分别对应照护三级、二级、一级 3 个照护等级。长期照护保险以照护等级对应的月定额标准为基数，按照机构照护 70%、居家照护 75%的比例进行支付。

石河子市规定：在协议服务机构提供护理服务发生的、属于护理保险支付范围及支付标准以内的、符合护理目录的费用，不设起付线，由护理保险基金按 70%比例限额支付，月度限额暂定为 750 元；在非协议服务机构或居家自行护理发生的护理费用，由护理保险基金按 25 元/日标准支付。

齐齐哈尔市规定：护理保险待遇不设起付线。参保人员在医养护理服务机构接受护理服务的，每人日定额 30 元，由长期护理保险基金支付 60%；在养老护理服务机构接受护理服务的，每人日定额 25 元，由长期护理保险基金支付 55%；居家接受医养护理服务机构或养老护理服务机构护理服务的，每人日定额 20 元，由长期护理保险基金支付

50%。

广州市规定：属于长期护理保险基金支付范围和支付标准以内的基本生活照料费用及经核定的医疗护理费用，不设起付线。入住长护定点机构（机构护理）的，其基本生活照料费用按不高于每人每天 120 元的标准按比例支付；居家接受长护定点机构提供服务的（居家护理），按不高于每人每天 115 元的标准按比例支付。

从上面的对比分析可以看出，无论是待遇保障标准还是费用支付方式，各地的差别巨大，建议国家医保局会同相关部门尽快制定具体的指导意见，明确待遇保障标准以及按人头、按床日、按定额、按服务项目付费的具体场景和结算办法。

[返回目录](#)

一文读懂 | 药品集中采购制度改革发展史

来源：医保那些事

6 月底，联合采购办公室公布了第五批全国药品集中采购的中选结果。本次采购最终成功采购 61 个品种。中标企业中有 10 家外企，涉及 11 个产品，外企参与程度相比于前四批集采显著提高。

至此，国家成功进行了 5 批次药品集采，集采品种累计达到 218 种，占公立医疗机构全部化学药品采购金额的比例超过 30%。

批次	公布中选结果	拟采购品种	中选品种	降价幅度
4+7	2018-12-17	31	25	平均降幅52%
联盟采购	2019-9-30	25	25	平均降幅59%
第二批	2020-1-21	33	32	平均降幅53%
第三批	2020-8-24	56	55	平均降幅53%
第四批	2021-2-8	45	45	平均降幅52%
第五批	2021-6-28	62	61	平均降幅56%

本次集中带量采购是国务院办公厅《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》下发后的首次集采，共纳入 62 种药品，覆盖高血压、冠心病、糖尿病、抗过敏、抗感染、消化道疾病等常见病、慢性病用药，以及肺癌、乳腺癌、结直肠癌等重大疾病用药，在 2020 年省级平台采购金额高达 550 亿元，创下历次集采新高，标志着我国的药品集中带量采购工作进入常态化开展的新阶段。

药品集中采购制度是如何形成的？

回顾药品集中采购制度改革的历史，会发现其是一部不断完善、不断变革的发展史。有学者将我国药品集中采购的改革历程分为三个阶段，包括探索期——发展期——成熟期。

01 探索期

1993 年之前，国内公立医疗机构均为医院独立采购药品，这种分散采购模式容易滋生不规范行为，而实际上当时国内药品购销领域也的确存在较为严重的不正之风。

1993 年，在河南省纪委驻卫生厅纪检组推动下，由河南省卫生厅主导，成立了河南省药品器材采购咨询服务中心，河南省直 22 家医疗机构主管院长组成管理委员会，确定了河南省医药公司等 7 家批

发企业为药品采购定点企业，以定点采购方式开展药品集中采购。这种定点采购(或称联合采购)模式开启了国内公立医院药品由分散采购向集中采购转变的先河，为国内公立医疗机构全面推行药品集中采购奠定了模式基础。

模式创新：

- (1) 国内医疗行业第一个采购联合体：河南省直 22 家医院。
- (2) 第一个中介服务机构：河南省药品器材采购咨询服务中心。
- (3) 第一个专家评审委员会：河南省直 22 家医院主管院长。
- (4) 第一份集中采购文件：《省直医疗机构药品采购管理办法》。
- (5) 第一个药品集中采购电子商务解决方案。

1995 年，上海浦东新区社会发展局设立“浦东新区医疗机构药品采购信息中心”，要求区属 43 家医疗机构的药品采购必须在中心场内以公开采购信息、集中交易、货比三家、自主洽谈的方式进行，同时确定了 50 家药品批发企业作为中心的药品供应企业。此即为上海浦东新区的“进场采购模式”。

此后相继有辽宁、四川、浙江、山东、福建等地进行了药品集中采购或联合采购的探索。

国家层面的药品集中采购政策开始于世纪之交的 2000 年。

2000 年 2 月，国务院办公厅转发国务院体改办等部门《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》(国办发〔2000〕16 号)，提出了药品集中招标采购的基本框架。

2000年7月，卫生部等五部委发布《医疗机构药品集中招标采购试点工作若干规定》（卫规财发〔2000〕232号），安排在河南省、海南省、厦门市和辽宁省省直单位开展药品集中招标采购试点工作。

2001年3月，国务院办公厅转发国务院体改办等部门《关于整顿和规范药品市场的意见》（国办发〔2001〕17号），对药品集中招标采购政策进行补充和完善，要求完善药品集中招标采购制度。

2001年11月，国务院纠风办、卫生部等七部委在海南召开全国推行药品集中招标采购联席会议，《医疗机构药品集中采购工作规范（试行）》（卫规财发〔2001〕308号）和《医疗机构药品集中招标采购和集中议价采购文件范本（试行）》（卫规财发〔2001〕309号）两个文件在会议期间正式颁发，标志着国内药品集中招标采购政策框架、工作规范和评标体系基本形成，宣告了药品集中招标采购在全国县级以上公立医疗机构正式全面推开。

从2001年到2004年的三年间，国内药品集中招标采购多以地市级甚至县级作为组织平台，投标手续繁杂，招标中介收费偏高，评标体系和评标规则不尽完善，招标过程中存在过分追求低价药品，忽略药品质量的问题，对人民的用药安全造成了巨大的威胁。

02 发展期

2004年9月，卫生部等六部委联合下发《关于进一步规范医疗机构药品集中招标采购的若干规定》（卫规财发〔2004〕320号），明确了药品集中招标采购必须坚持下去，要求在招标过程中，严格遵循

“质量优先、价格合理、行为规范”三大原则，把降低药品价格和降低患者用药负担作为政策目标，是国内药品集中招标采购推进过程中的里程碑式文件。

文件要点：

(1) 明确要求以省或试点市为单位组织招标。

(2) 要求各地区把占采购支出 80%以上药品纳入采购目录，采购周期不低于一年。

(3) 要求签订采购合同，明确采购数量。

(4) 要求应用差比价规则，医疗机构顺加作价，把降下来的药价让利于民。

(5) 要求医疗机构货到 60 天结算货款。

此后十余年，以省市为主体的药品集中招标采购在上述文件的指导下，自主创新并不断完善药品集中采购模式、体系和规则，药品集中招标采购开始向集中挂网采购转型，出现了药交所模式、GPO(药品集中采购组织)模式和带量采购模式，药品集中采购的集采规则和评标体系也渐趋成熟。

在此期间，上海市开展了三次实验性的带量采购，共涉及 20 多个品种，也为其主导国家带量采购打下基础。2014 年 12 月，上海市医药集中招标采购事务管理所发布《上海市医疗机构集中带量招标采购公告》，由此开启了上海市第一批药品集中带量招标采购，此后分别在 2016 年和 2018 年组织实施了第二批和第三批集中带量招标采

购。

模式创新：

(1) 选取临床用量大且竞争充分品种纳入带量采购范围。

(2) 以质量综合评审确定入围企业，入围企业报价最低者中标。

(3) 量价挂钩，最低价中标，单一货源承诺。采购数量不低于上海市公立医院该品种上年总采购量的 60%。

(4) 由上海药事所、供货企业和配送企业签订三方协议。配送企业由中标生产企业指定，单一品种只能委托一家。上海药事所先行垫付部分货款。

(5) 第二批带量采购将上海市划分为 A 和 B 两个片区，各片区中标药品，原则上仅向该片区范围内的医疗机构销售。

(6) 原上海市中标药品和带量采购入围药品，如自愿调价至带量采购中标价格的，经药事所确认后，可以继续采购。

2015 年 2 月，国务院办公厅颁发《关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》（国办发〔2015〕7 号）。该文件汲取了十余年各省市药品集中采购的实践经验和创新模式，是药品集中采购又一个里程碑式文件，是统领当前国内省级药品集中招标采购的政策框架。

文件要点：

(1) 以省为单位集中采购，公立医院改革试点城市可以以市为单位在省平台上自行采购。

(2) 针对不同特点的药品，规定了 5 种采购模式：集中招标采购：

针对用量大的药品；谈判采购：针对专利药，独家药；医院直接采购：针对基础，常用的保障性药品；国家定点生产，议价采购：针对用量小，供应少的必须药品；国家管控采购：针对管制类药品，免疫规划和防治传染病等药品。

(3) 采用招采合一、量价挂钩和“双信封”制。

(4) 要求将公立医院上年度药品用量的 80% 纳入集中招标采购。要求签订采购合同，30 天付款。医院所有药品(不含中药饮片)均应通过省级药品集中采购平台采购。

(5) 采购周期原则上为一年，新上市药品可以根据疾病防治需要，经过药物经济学和循证医学评价，另行组织以省(区、市)为单位的集中采购。

(6) 医疗机构药占比逐步降低到 30% 以下。

虽然国内省级药品集中招标采购的框架形成，但是在此阶段，中国市场的原研药及仿制药价格依然居高不下，部分原研药在专利到期十余年后，与仿制药相比仍维系数十倍价格优势，这与欧美市场原研药专利到期后市场价格大幅下降的现实严重背离，客观上也严重制约了国内用药水平改善提升及国内医药产业升级。

03 成熟期

2018 年 5 月，新组建的国家医疗保障局挂牌成立，医保局拥有医保目录制定并动态调整职能，拥有医保支付价格制定并动态调整职能，负责指导药品集采规则制定和集采平台建立。这一职能配置为统

筹推进“三医联动”改革提供了组织保障，并确立了医保在“三医联动”改革中的引领作用。

2018年12月，4+7带量采购试点结果出炉，中选品种价格平均降幅达到52%，最高降幅超过96%，这一中标结果颠覆了行业认知并引发行业巨震。



2019年1月，国务院办公厅发布《关于印发国家组织药品集中采购和使用试点方案的通知》（国办发〔2019〕2号），要求11个试点城市，结合实际情况制定实施方案和配套政策，加强组织领导，层层压实责任，做好宣传引导和风险防范，确保将4+7带量采购的成果落到实处，真正的惠及百姓。

文件要点：

(1)带量采购，以量换价。按照试点地区所有公立医疗机构年度药品总用量的60%—70%估算采购总量，进行带量采购，量价挂钩、以量换价。

(2)招采合一，保证使用。明确试点地区公立医疗机构应优先使用中选品种，确保1年内完成合同用量。

(3)保证回款，降低交易成本。明确医疗机构作为药款结算第一

责任人，应与企业及时结算。并首次提出医保基金在总额预算的基础上，按不低于采购金额的 30%提前预付给医疗机构。并鼓励有条件的城市可试点医保直接与企业结算。

在 4+7 试点取得成功的基础上，2019 年 9 月，国家医保局等九部委发布了《关于国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围实施意见》（医保发〔2019〕56 号）。将 4+7 试点中选的 25 个品种的采购范围扩展到全国，让改革成果惠及更多群众，并为全面开展药品集中带量采购积累经验。

试点范围扩大后，为了保障药品的供应，此次集采首次采取了多家企业中选的机制，将国家集采规则进一步完善。

2021 年 1 月，国务院办公厅发布《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2 号），旨在发挥医保基金战略性购买作用，推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展，健全“政府组织、联盟采购、平台操作”的工作机制，引导药品价格回归合理水平，更好保障人民群众病有所医。这是我国集中采购的又一个里程碑式文件，我国药品集采进入常态化、制度化发展阶段，也标志着我国的集中采购的制度已经成熟。

文件要点：

(1)明确覆盖范围。重点将基本医保药品目录内用量大、采购金额高的药品纳入采购范围，逐步覆盖各类药品。所有公立医疗机构均应参加药品集中带量采购。

(2) 完善采购规则。合理确定采购量，完善竞争规则，优化中选规则，坚持招采合一、量价挂钩。

(3) 强化保障措施。严格药品质量入围标准，强化中选企业保证产品质量的主体责任。确保优先使用，医疗机构应根据临床用药需求优先使用中选药品。

(4) 完善配套政策。改进结算方式，医疗机构应按采购合同与企业及时结清药款。做好中选价格与医保支付标准协同，以中选价格为基准确定医保支付标准。对因集中带量采购节约的医保资金，按照相关规定给予医疗机构结余留用激励。

(5) 健全运行机制。完善药品集中采购平台功能，加强药品集中采购平台规范化建设，统一基本操作规则、工作流程和药品挂网撤网标准，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。

国家集中带量采购从本质上说不是创新的药品采购模式，它源自国内十余年的药品集中采购实践，直接脱胎于上海市三次集中带量招标采购所形成的规则体系。

国家集采把通过一致性评价作为企业投标准入条件，夯实了中选品种质量基础；以全国 50% 以上市场份额作为中选品种采购数量底限，以单一货源承诺和最低价中标作为评标规则，这就基本解决了之前省市药品集中采购的两大突出问题。

需要补充说明的是：国家集采所秉持的“招采合一，量价挂钩”及“单一货源承诺，最低价中标”也是国际上药品 GPO(或带量采购)的通用规则。

此外，由中央深化改革委员会决策推动，由国家医保局联合卫健委、市场监督管理总局等部门出台配套政策，涵盖了医保、医疗和医药三个环节，涉及药品生产供应和质量保证、公立医院约束机制、合理用药以及医保支付改革等多方面，实现了对药品生产、临床使用和医保支付全产业链的有效管控。有一致性评价作为前提，有多项配套政策作为警示和支撑，就确保了药品带量采购可以在健康有序的轨道上运行。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

医院急诊预检分诊的研究分析与思考

来源：清华大学医院管理研究院

急诊预检分诊是患者进入急诊科进行治疗的关键环节，快速准确的急诊预检分诊有利于急危重患者得到及时救治并提高救治成功率、节约医疗资源、避免激化医患矛盾。我国虽已有《医院急诊科规范化流程》，但目前国内尚未形成统一、规范、操作性强的急诊预检分诊标准。本文将对国内外预检分诊系统进行综述，对目前国内急诊预检分诊存在的问题进行探讨，并提出建议。

1. 研究目的与意义

急诊预检分诊是指急诊医护人员对急诊患者进行评估,根据患者病情的急危缓重症程度对患者进行优先顺序的分级与分流。近年来,国内急诊预检分诊工作持续优化,逐渐从简单的分科分诊转变为根据患者病情情况进行分诊的分级分诊。国内已发布急诊预检分诊相关文件,但尚未形成统一、规范的急诊预检分诊标准,已开展急诊预检分诊的医院借鉴国内外急诊预检分诊经验,形成各具特色的急诊预检分诊标准和操作指南,但实际操作过程中,这些标准与指南存在指引性不强等问题。

若能建立符合我国国情与医院急诊预检分诊需要的统一、规范、操作性强的急诊预检分诊标准将能够降低分诊难度,帮助分诊人员迅速、准确分诊,有利于患者得到更及时有效的治疗,提高急诊救治效率和患者满意度。

2. 研究背景

2.1 政策促进急诊预检分诊发展

2011年卫生部发布《急诊病人病情分级指导原则(征求意见稿)》(下简称指导原则),提出根据患者疾病严重程度和患者所需消耗的医疗资源情况,把患者分为4级。

2012年9月,卫生部发布《医院急诊科规范化流程》(下简称流程),提出在急诊设置急诊分诊台,急诊患者治疗区域分为黄、红、绿三区,将病人按病情情况分为四级,政策的制定与推行,促进医院

急诊预检分诊不断向前发展。但上述政策没有设置足够明确、具体量化的标准，患者危急重情况判断标准模糊，实际应用过程中判断难度较大，且我国各地区各医院医疗水平不一，探索制定统一、规范、可操作性强的急诊预检分诊标准意义重大。

2.2 医院精细化管理需要

随着医院精细化管理需要的发展，作为救治危急重患者的科室，急需对急诊科这一抢救患者的重要科室进行精细化管理，精细化的管理需要有合理、操作性强的急诊预检分诊系统与标准供预检分诊人员使用，以准确、快速进行分诊，提高急诊患者救治效率，保障患者安全。

2.3 急诊就诊需求不断增加

近年来急诊就诊需求不断增加，不少患者把急诊科当作快速就医的渠道，以至于急诊科拥挤、患者等候时间过长，怎样能在急诊拥挤度增加的情况下快速、正确地分诊患者，让不同急危重病情患者能得到合适的就诊安排，在这样的背景下，合理、高效的预检分诊系统和明确、操作性强的预检分诊标准将有利于解决问题。

3. 文献综述

3.1 国外急诊预检分诊标准

上世纪 90 年代初，国外部分国家开始建立急诊预检分诊系统，目前，国际上较为认可的分诊标准有：澳大利亚分诊标准(ATS)、加拿大预检分诊标准(CTAS)、英国曼切斯特分诊系统(MTS)和美国急诊

严重指数(ESI),上述的分诊标准都采用 5 级分诊法,以确保有效分诊。

ATS 根据患者最紧急的临床特征将其分为复苏、危急、紧急、亚紧急、非紧急 5 个等级,明确给出了各个级别的安全等候时间,为立即、 $\leq 10\text{min}$ 、 $\leq 30\text{min}$ 、 $\leq 1\text{h}$ 、 $\leq 2\text{h}$ 。ATS 提出,应当把患者最紧急的临床特征(如气道危险)作为分诊依据,生命体征不能作为级别分诊的唯一依据。

加拿大预检分诊标准(CTAS)是在 ATS 的基础上制定的,根据患者的主诉和症状对患者进行分级,并用相应颜色表示,确定每个级别病人安全候诊的时间,其中要求分别在 15 分钟、120 分钟再次对 2 级和 5 级患者进行评估。

此外,加拿大在 CTAS 的基础上,制定了适用于儿童的分诊标准。2003 年研制推出了电子预检分诊系统(eTRIAGE),患者主诉等信息录入分钟系统后,系统会根据患者主诉将其分到相对应的分诊模块,当系统的分诊情况和分诊人员的判断有差异时,分诊人员可在系统中对结果进行修改并附上原因,实现电子智能分诊。

英国曼切斯特分诊系统(MTS)是由 55 个分诊流程图组成,用不同颜色表示救治顺序,并要求医护人员要在规定的时间内进行救治,颜色与救治时间相对应如下:红色代表立刻救治、橙色为 $\leq 10\text{min}$ 、黄色为 $\leq 1\text{h}$ 、绿色为 $\leq 2\text{h}$ 、蓝色为 $\leq 4\text{h}$,同时 MTS 要求患者病情发生变化或有其他需要时,要对患者进行再次评估。MTS 预检分诊有 6 个关

键鉴别点：病情或者症状是否会危险患者生命、活动性出血、疼痛程度、发病剧烈程度、意识水平和体温。

美国急诊严重指数(ESI)是 20 世纪 90 年代末制定的，在分诊时将患者病情严重程度与医疗资源需求结合在一起，根据以下 4 个关键因素依次进行评估分级：A. 是否会死亡 B. 是否可以等待 C. 需要耗费多少医疗资源 D. 生命体征是否平稳。ESI 把医疗资源分类 9 类：心电监护、专科参与会诊、实验室检查、X 光检查、特殊影像、静脉用药、血液制品使用等。

3.2 国内急诊预检分诊进展

近 20 年来我国逐渐重视急诊预检分诊，分诊模式由简单的分科分诊转变为根据病情严重程度分诊的分级分诊。《指导原则》和《流程》的发布对急诊预检分诊(急诊患者病情评估、病情分级、不同治疗区域分区)做了安排，但文件已近十年未更新。各医院结合自身情况，借鉴国内外成熟模式制定适合自己使用的急诊预检模式。

由史冬雷、刘晓颖、周璞执笔的《急诊预检分诊专家共识》一文中，从以下几方面进行阐述：A. 急诊分诊原则(急危重症优先就诊、准确快速分级分区、动态评估及时预警、以人为本有效沟通)，B. 急诊预检分诊分级标准：预检分诊级别分为 4 级(I 级为急危患者，需要立即得到救治。II 级为急重患者，往往评估与救治同时进行。III 级为急症患者，需要在短时间内得到救治。IV 级为亚急症或非急症患者)，C. 级别评定标准：客观评估指标、人工评级指标、分级颜色，

D. 响应时效与再评估机制。E. 急诊分级分区管理(按复苏区、抢救区、优先诊疗区、普通诊疗区、急诊应急诊室不同分区管理)，F. 设置急诊分诊人员准入标准，G. 急诊预检分诊就诊流程(充分评估、准确定级、有效沟通、妥善接诊、动态评估)。

4. 存在问题与建议

4.1 目前急诊预检分诊存在问题

4.1.1 尚未形成统一、规范、可操作性强的急诊预检分诊标准

我国官方虽已发布急诊预检分诊文件《指导原则》和《流程》，但目前急诊预检分诊体系不够完善，尚未形成统一、规范、可操作性强的预检分级分诊标准。已有的文件内容较为笼统，指引模糊、缺乏详细的量化分诊标准，官方急诊预检分诊政策文件更新慢，且欠缺相关配套制度，难以满足快速发展的急诊分检业务需要。不少医院在急诊预检分诊中因分检标准的客观评估指标不足，仍依靠经验进行分诊。

4.1.2 急诊预检分诊人员准入不达标、培训不足

要准确、高效的完成急诊预检分诊任务，除了要有统一、规范、可操作性的分诊标准，急诊预检分诊人员的准入也很重要，《流程》规定分诊人员须有5年以上工作经验，实际执行情况不佳，可能因标准过高或人手紧缺导致急诊预检分诊人员准入达标医院较少，调查结果显示，只有约33%的医院达到此要求，约五分之一的医院并未制定急诊预检分诊人员准入标准。

在目前尚未形成统一、规范、可操作性强的急诊预检分诊体系和标准的情况下，各医院急诊预检分诊培训的针对性、规范性较差，部分医院急诊预检分诊人员上岗前缺乏急诊预检分诊岗前培训，后续也缺乏定期、常规急诊预检分诊培训。

4.1.3 急诊预检分诊信息化与智能化程度低

此前，有研究结果显示：近 50%的三甲医院仍在使用手工登记的方法进行急诊预检分诊登记，主要集中在我国中西部。而在已使用信息系统做分诊登记的医院中，急诊预检分诊系统的智能化水平较低，大部分使用急诊预检分诊系统的，仅能做机械记录与普通分诊功能，未能智能获取患者信息，并根据患者信息智能、自动分诊。

4.1.4 急诊预检分诊群众知晓率低

许多群众对医院实行急诊预检分诊的目的和意义并不了解，急诊患者容易因就诊等候时间不同与医护人员引起纠纷或产生过激行为。

4.2 对策

4.2.1 制定统一、规范、可操作性强的急诊预检分诊标准

我国幅员辽阔，各地医疗水平差异较大、医护人员水平同质化低，建立统一、规范、可操作性强的急诊预检分诊标准将有利于提高各地区各医院急诊预检分诊水平、保障急诊患者得到更及时、有效的治疗，特别是对医疗水平和医院管理水平较低的医院将起到较大的帮助。

因急诊预检分诊标准专业性强、复杂程度高，由国家权威部门建立统一、规范、可操作性强的急诊预检分诊标准意义重大。建议在考

考虑各地区各医院医疗水平及医疗资源配置的情况下，制定体系完善、具备客观、具体的评估指标、分诊标准量化、可操作性强的急诊预检分诊标准。

内容应涵盖分诊原则、分级标准、级别评定标准、急诊分级分区管理、急诊预检分诊就诊流程等，并制定配套文件及详细的操作指南，如预检分诊量表、急诊预检分诊培训指导教材等。在急诊预检分诊标准文件出台后，定期根据医疗发展需要及执行中出现的问题对文件进行更新。

4.2.2 建立科学合理的急诊预检分诊人员准入制，加强培训

急诊预检分诊人员准入情况不理想，也使我们思考：能否根据我国国情和未来急诊预检分诊的发展方向，制定更科学、合理的人员准入标准及配套办法，把人员的资质、技能水平、培训及考核情况纳入准入制度。加强急诊预检分诊人员培训，举办准入前培训及定期常规系统理论、操作技能、人文关怀培训，创新培训方式，使预检分诊人员熟练掌握分诊标准，能快速、准确完成急诊患者的评估与分诊。

4.2.3 加强急诊预检分诊系统信息化建设

加强急诊预检分诊系统信息化建设，使系统不仅能自动采集、储存、查询患者信息，还能整合、分析患者数据，根据分析结果自动分诊。系统还应具备对急诊患者就诊全过程进行监控与提醒的功能，特别是对于需重点观察和多次评估的人员，可随时检测已分诊患者情况、提醒分诊人员对特殊患者进行再次评估，逐步提高急诊预检分诊

信息化与智能化水平。

4.2.4 加强急诊预检分诊宣传

社会及医院应加大对急诊预检分诊意义的宣传，使急诊患者理解急诊预检分诊的意义，避免因观念不同、等候时间长或误认为被插队而与医护人员发生冲突，避免医疗纠纷。

[返回目录](#)

余得水教授：日间手术分散式管理的探索和实践

来源：米勒之声

文 | 余得水 四川省麻醉学专委会青年委员

日间手术应运而生，患者就医医院发展社会医保三方需求

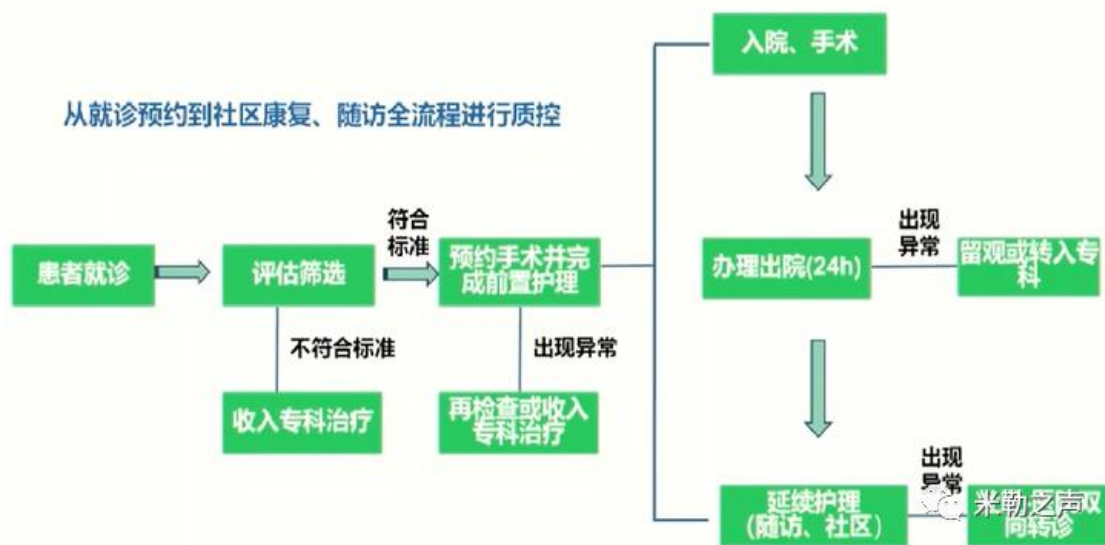
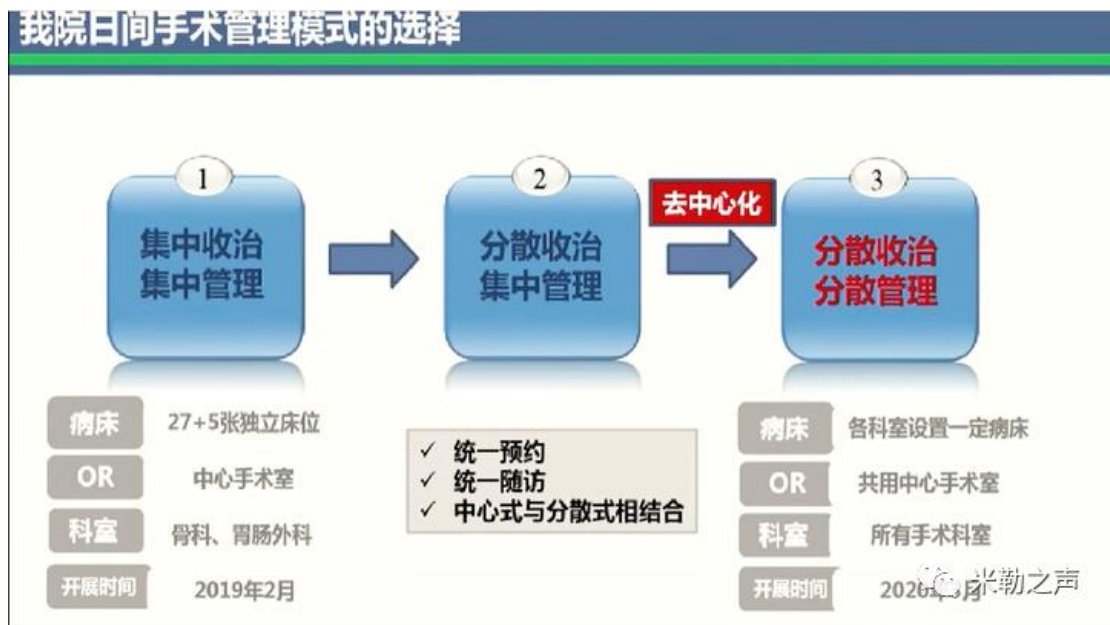
随着社会的进步和人民生活水平的不断提高，人们对高质量医疗健康服务的需求逐渐升高，但整个社会优质的医疗资源有限，出现“看病难、看病贵”等社会问题，具体表现为患者住院时间长与等待手术时间长等，给科室和医院造成了一定的“天花板”限制。近年来，手术量逐年增长，医院床位周转压力巨大，科室乃至医院的发展均都受到严重制约，科室如何谋发展、医院如何谋突破，都成为我们需要考虑的问题。日间手术因其周转快、等待时间短等优势已成为医院改善医疗服务的重点计划。

我院日间手术管理模式

我院作为宜宾市首批开展日间手术的获批单位，在克服诸多实际困难后，由一把手书记亲自挂帅、运营院长负责绩效设计、业务院长

制定发展方向、医务部牵头成立日间手术管理委员会日间手术科进行制度和流程培训，最终形成了适合院情的“分散收治、分散管理”的管理模式。

同时，我院参照国际、国内日间手术规范，制定了适合我院的准入制度、评估机制、管理制度及日间手术标准化流程。



经过一年多“分散式管理模式”的探索与完善，依托我院普外科、

妇科、甲乳科、儿外科、骨科、肝胆外科、胃肠外科等省级重点专科，开展有学科特色的日间手术病种，2020年我院已完成8000多例的日间手术，将100余种术式纳入日间手术范畴。

除此之外，根据我院实际情况，将“经心尖室间隔封堵术、胸腔镜下肺叶切除术、胸腔镜下交感神经切断术、胸腔镜下肺大疱切除术、膝关节镜下半月板成形术、腹腔镜下无张力疝修补术”等术式纳入日间手术范畴。

据统计，我院日间手术一级手术占比6%，二级手术占比43%，三级手术占比35%，四级手术占比16%，其中三、四级手术比例超过50%。

众所周知，日间手术最讲究的是效率，我院2020年度55%的日间手术患者在24h内完成入院、手术和出院，45%的日间手术患者病情需要延长住院时间不超过48h。我院近期目标是将日间手术24h内出入院比例提升至70%。



标杆病种数据统计，多维度提升医院竞争力

以腹股沟疝修补术、腹腔镜胆囊切除术、内固定去除术、腹腔镜

异位妊娠病灶清除术这四种日间手术最常见病种为例，与传统手术相比，日间手术的平均住院日、医疗费用、医保支出都有明显降低。



以腹股沟疝修补术、腹腔镜胆囊切除术、内固定取出术、腹腔镜异位妊娠病灶清除术这四种日间手术最常见病种为例，与传统手术相比，日间手术的平均住院日、医疗费用、医保支出都有明显降低。

人均住院费用				
人均住院费/元	腹股沟疝修补术	LC	内固定取出术	异位妊娠病灶清除术
下降比例	34%	11%	31%	12%

医保费用支出对比			
人均住院费/元	腹股沟疝修补术	LC	内固定取出术
下降比例	30%	5%	17%

质量指标安全指标社会效益

除了日间手术数量，我们更关心的是安全性问题。据统计，我院日间手术病人满意度调查>99%；出院30日内非计划再就诊率0；非计划再手术率0。

科室	妇科	普外科	乳甲科	肝胆	小儿外科	眼科	手足外科	胃肠
满意度	100%	99%	100%	99%	99%	100%	100%	100%

病人满意度调查：>99%
出院30d内非计划再就诊率：0
非计划再手术率：0

规范术式、提升三、四级手术比例、探索日间手术临床路径

(1) 为了推进日间手术管理模式的规范化和体系化，在大量实践

的基础上，我们准备进一步规范日间手术的病种和术式；

(2) 目前三、四级手术占比仍然有提升空间，我们考虑是否可以调整绩效算法，绩效向效率和三、四级手术倾斜；

(3) 日间手术应该实现临床路径的 100% 覆盖率，我们正探索制定符合我院实际的日间手术临床路径规范。

面临的问题和挑战

日间手术作为新兴的医疗项目，目前仍面临许多问题和挑战。其一，我国尚未构建完善的日间手术的质量安全评价体系，也无相关指南或标准；其二，行业评价——日间手术在医院之间缺乏科学有效的评价、评估和比较指标；其三，同质化管理——大力推动发展日间手术的同时，缺乏复制可操作性强的流程措施。

多措并举、多力共赢、提升医疗服务能力

在国家层面，规范医疗机构卫生技术管理及病种管理，可节省医保开支，减轻社会医疗负担；在医院层面，加强现代医院精细化管理，改善医疗服务能力，增强医院核心竞争力；在患者层面，有效缩短入院流程，减少住院时间，降低就诊负担。只有这样，日间手术才可真正做到患者得实惠、医院增效益、医保省资金的三赢模式。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

如何保障医保信息平台平稳落地应用？海南经验可参考

来源：中国医疗保险

6月19日，国家医疗保障信息平台在海南全省上线，自此海南成为了全国较快落地应用国家医保信息平台，并实现全业务、全流程完整上线的省份。该平台严格按照国家医保局“应用尽用”“能配尽配”“最小必须”原则，在国家医保局全程指导和核验下开发建设。与其他目前已经上线的地区有所不同的是，海南是全国率先实行医保基金省级统收统支，且全省统一平稳上线国家医保信息平台的省份，如何保障医保平台的平稳落地，海南省有自己独到的经验。

一、组建专业化队伍

海南省政府高度重视医保信息化建设，并多次召集专题会议研究听取汇报。2018年，海南省医保局成立后，专门成立了信息化领导小组及信息化办公室，把信息化标准化建设工作作为“一把手”工程重点推进。为解决新局成立、人手不足问题，快速实现“岗上落人”，海南医保局与混合支付结算银行、大病商业保险公司合作，建成一支以编制内人员为核心、社会借用专业技术人员为中坚力量的“精业务、懂技术、能组织、善协调”的医保专业信息化队伍。

目前海南省医保局信息化办公室有15名工作人员，分为基础设施组，应用组，数据组，综合组4个小组，各司其职。基础设施组负责基础设施建设、安全、硬件等工作；应用组负责系统架构、软件调试等工作；数据组负责数据处理；综合组负责合同签订、人员管理、材料准备、策划方案等工作。

同时，在医保信息平台建设过程中，海南医保局要求 20 家中标单位的项目经理均须驻医保局现场办公，形成了责任明确、分工协调、专业高效的工作团队。

二、确保标准落地先行

本次医保信息平台落地的最大难点在于，不仅是上线一个全新的信息化系统，更重要的是要让医保标准化工作走在平台建设前面，这样才能保证信息平台落地后与两定机构的信息系统能够有效衔接，进行医保业务的办理。因此如何保证 15 个全国同统一的医保信息业务编码标准在全省医院能够正确贯标，是平台建设工作的重中之重。

海南省医保局严格遵照国家医保局 15 项信息业务编码标准的工作要求，统一部署，统一实施，确立“省-市(县)-定点医疗机构”三级联动的贯标工作机制。明确时间节点，定点医疗机构签订责任书，压实机构责任。加强业务培训，与省社保(医保)服务中心联手通过召开培训会议、现场实操等形式对全省定点医疗机构开展培训指导工作。

海南省医保局还成立了专门的“贯标组”，由省医保局相关处室的行政工作人员、经办工作人员以及相关厂商组成。贯标组不单要指导各市县的经办机构 and 两定机构进行贯标工作，还形成检查机制，督导编码的落地工作。

为帮助医院更好理解医保 15 项信息业务编码标准，海南省医保局还创新性地自主研发了一款“编码映射校验小程序”，用来自动比

对评估各定点医疗机构贯标完成情况。在定点医疗机构督导编码落地情况时，贯标组会提供给医疗机构三张表格，医疗机构按照表格的格式要求将 HIS 系统中的数据导出，再将导出数据放入小程序中进行对比，只要一分钟左右的时间就能够得出校验结果，可以直观对比出哪些编码尚未贯标、哪些编码贯标错误。贯标组根据校验结果对医疗机构进行现场反馈和指导，多数医疗机构当日即可修正问题。为保证 15 项编码正确落地，贯标组按照全省东西南北中 5 个区域分为 5 组，由领导带队，在 3 个月时间里对全省所有二级、三级定点医疗机构进行了 3 轮地毯式贯标督查工作，对全省定点医疗机构贯标工作完成情况逐一评估验收。

今年 6 月 12 日，海南省全省医保信息业务编码贯标工作通过国家医保局验收，海南也成为全国第一个全省通过国家编码贯标验收再上线医保信息平台的省份。可以肯定地说，海南省坚持标准先行的做法，为医保信息平台的平稳上线打下了坚实的基础。



三、建立上线指挥体系

今年4月，医保信息平台曾在儋州市启动全业务、全流程上线试点，通过儋州2个余月的试点工作，海南医保局总结了相关经验，建立了科学、完善的上线指挥体系。

上线指挥体系中重要的组成部分是在省局成立上线总指挥部，并且在各市县分别成立上线指挥部。省医保局局长担任总指挥，分管副局长担任副总指挥，信息化办公室负责人任指挥长，还有副指挥长、参谋等职。上线指挥部在系统切换与上线期间集中办公，专职负责相关工作，指挥部的设立一直持续到医保信息平台的稳定运行，层层压实责任。

上线指挥流程分为4方面。

第一，建立线上指令群，该群只负责发出指令与确认指令，禁止其他言论，指令清晰明了，各地市根据省指挥部的指令统一进行系统变更工作。第二，开设远程视频会议系统，与各地市医保经办机构进行联络，方便统一指挥。第三，开通专门应急保障电话，向全社会公布，专线专用，上线过程中如遇到问题，医疗机构可打电话直接联系省指挥部沟通解决。第四，在经办机构和大型医疗机构派驻专业工程师驻场，出现问题及时现场解决，解决时效快。

此外，海南省医保局还与省卫健委、省税务局、省社保(医保)服务中心等单位共同建立完善的应急预案及保障制度，明确各单位职责及分工，指导各单位做好上线前准备工作及上线后保障工作，同时

对上线过程中可预见问题建立完善的应急保障机制，确保平台上线后风险可控、稳定运行，最大限度减少可能出现的社会负面影响。

6月19日医保信息平台在海南省全省上线以来，平台总体运行稳定，就医结算高效快捷，群众看病结算不影响，待遇享受总体无差错。海南省医保局党组书记、局长、上线总指挥贾宁表示，平台上线只是一个重要开端，务必要进一步提高重视程度，落实好系统上线后相关工作。要坚持贯穿始终，做好平台运行维护。要因地制宜研究制定具体方案，切实加强系统上线后的运维管理。持续做好业务培训和指导，做好系统运用，坚持边用边学、边学边用，尽快熟悉系统操作，确保不影响群众医保报销。

下一阶段，海南省医保局将严格按照省委、省政府和国家医保局的要求，在做好平台高效、稳定、平稳、安全运行的同时，及时总结上线运行经验，适时做好验收评估，继续推进医保信息化标准化建设，为国家医保信息平台在全国其他地方落地提供借鉴，为不断提升医保治理能力和公共服务水平作出新的更大贡献。

[返回目录](#)

坚持“五位一体” 着力推进医保高质量发展

来源：上海市医疗保障局

上海既认真贯彻落实国家统一部署要求，又紧密结合上海经济社会发展水平和市民群众需求实际，不断推进医疗保障高质量发展。党的十八大以来，上海医疗保障体系建设和制度改革持续推进，为促进

经济社会发展、保障和提升人民健康水平发挥了重要作用。

“十三五”期间，新组建市、区两级医疗保障局，出台深化医疗保障制度改革的实施意见，稳步提高医疗保障待遇水平，优化医疗保障经办管理和服务，强化医保基金风险管控，实现医疗保障制度稳健可持续发展，为促进经济社会发展、提高市民健康水平提供了坚实保障。“十四五”期间，上海医疗保障改革发展将以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会、五中全会精神，深入贯彻落实习近平总书记考察上海和在浦东开发开放 30 周年庆祝大会上的重要讲话精神，认真践行“人民城市人民建，人民城市为人民”重要理念，坚持以人民健康为中心，加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，按照当好新时代改革开放排头兵、创新发展先行者要求，锐意进取，攻坚克难，推进“优化制度、完善机制、强化监管、服务发展、提升能力”五位一体，努力打造健康医保、价值医保、可持续医保、服务医保和智慧医保，使上海医疗保障各项改革走在全国前列，实现医疗保障高质量发展，让市民拥有更多获得感、幸福感、安全感。

一、优化制度，促进多层次医疗保障制度体系发展

适应从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变的新理念，统筹推进基本医疗保险、补充医疗保险、商业健康保险、医疗救助、慈善捐赠、医疗互助等各类医疗保障高质量发展和有效衔接。一是提升全民参保质量。实施精准参保扩面，建立健全跨部门的参保数据共

享交换机制，加强部门间数据比对，做到应保尽保，避免重复参保，提升参保质量。二是优化基本医保筹资。优化职工医保统筹基金和地方附加基金结构和功能，提高统筹基金在职工医保基金中的比重。优化居民医保个人缴费和政府补助结构。加强基金中长期精算，实施基金运行风险评估和预警。三是完善基本医保待遇保障。稳妥实施职工基本医疗保险个人账户改革，完善门诊共济保障机制，统筹门诊和住院待遇政策衔接。落实国家医疗保障待遇清单制度，合理引导预期。四是积极发挥补充医疗保险保障作用。完善和规范城乡居民大病保险、职工医保综合减负、公务员医疗补助和企业补充医疗保险。做好职工医疗互助保障计划、少儿住院互助基金与基本医疗保险和医疗救助的衔接平衡。五是支持商业健康保险健康发展。完善商业健康保险支持政策，探索推进基本医保数据与商业健康保险信息共享。持续拓展职工医保个人账户资金购买商业健康保险产品，积极支持“沪惠保”等商业健康保险产品健康可持续发展。六是完善医疗救助制度。建立救助对象及时精准识别机制，科学确定救助范围。全面落实资助重点救助对象参保缴费政策，健全重点救助对象医疗费用救助机制。七是完善长期护理保险制度试点。推动符合国家要求、适应上海经济发展水平和老龄化发展趋势的长期护理保险制度体系不断完善。八是完善重大疫情医疗保障机制。建立健全平战结合的医疗保障长效机制，落实重大疫情防治费用保障。

二、完善机制，深入推进“三医联动”改革取得实效

积极发挥医保在深化医改中的先锋作用，促进医疗、医保、医药改革协同联动、系统集成，推动医药行业结构调整和行业变革，缓解市民看病难、看病贵问题，助力健康上海建设。一是深化药品和医用耗材集中带量采购制度改革。与国家医疗保障局共建“上海医药采购中心”，按照国家统一部署，组织实施国家组织药品集中带量采购任务，完善药品集中采购制度化、常态化工作机制。完善全国集采数据联合交换平台建设，有序发布上海药品采购价格指数。鼓励医疗机构对未纳入国家和上海集中带量采购的品种，探索开展不同形式的带量、带预算集中议价采购。二是深化医疗服务价格改革。综合平衡医疗事业发展需要和各方承受能力，按照“总量平衡、突出重点、有升有降”的原则，积极稳妥推进医疗服务价格改革，加强分类管理，更好体现技术劳务价值。完善动态调整机制，同步强化价格与医疗、医保、医药等相关政策的衔接联动。三是深化医保支付方式改革。完善医保总额预算管理，优化总额预算数学模型应用和医院协商协调机制。加强大数据应用，推进按病种分值付费(DIP)试点，覆盖全部区级医疗机构。推广按疾病诊断相关分组付费(DRG)试点，覆盖符合条件的全部市级医疗机构。

三、强化监管，全力确保医保基金安全可持续运行

织密扎牢医保基金监管制度笼子，着力健全基金监管体制机制，依托“一网通办”“一网统管”，推动智慧监管、信用监管和多部门联合监管，以零容忍态度严厉打击欺诈骗保行为，确保医保基金安全。

一是改革完善医保基金监管体制。落实市、区监管职责，强化医保定点机构的主体管理责任。加强跨部门协同监管，探索引入第三方监管力量，强化社会监督。二是完善创新基金监管方式。完善医保监督检查常态机制，依托人工智能、大数据等新技术，持续推进智慧监管。建立大数据实时动态智能监控机制。三是依法严厉打击欺诈骗保行为。加强多部门联合执法，将医保监管与卫生综合监管等有机衔接，推动医保监管结果有效运用。综合运用协议、行政、司法等手段，严肃追究欺诈骗保单位和个人责任。四是加强医保基金监管法制建设。认真贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》，用好医保监管领域全国第一部地方政府规章——《上海市基本医疗保险监督管理办法》，完善执业医师约谈制度、医保医师记分管理办法、举报奖励办法等政策文件，建立完善医保基金的长效监管机制。

四、服务大局，助力经济社会更高质量发展

围绕国家和上海发展重大战略，优化完善促进民生改善、长三角一体化发展、五个新城建设、生物医药和大健康产业创新发展的支持政策，助力经济社会高质量发展。一是深化长三角医疗保障一体化发展。重点打造长三角医保数字服务一体化项目，对长期异地居住、工作和退休参保群众，推进免备案工作；对转诊就医群众，在坚持分级诊疗、有序转诊基础上，实行转诊备案一站式办理。推进长三角参保群众使用医保电子凭证，实现脱卡支付。对长三角医保经办服务事项，做到全部统一，实现“无感登记”“无缝衔接”。在长三角推进实施

统一的基本医疗保险政策，有计划逐步实现药品目录、诊疗项目、医疗服务设施目录的统一，在国家医保局指导协调下，分步抓紧推进，力争尽早实现。二是支持生物医药和大健康产业创新发展。优化新增医疗服务项目价格审核流程，促进新技术、新材料尽快投入临床应用，支持临床研究转化项目优先纳入医保支付。主动服务生物医药企业集聚区，促进生物医药产业优化布局。三是主动服务上海城市数字化转型。加快推进统一、高效、兼容、便捷、安全的“智慧医保”信息平台建设，优化医疗费报销“一件事”。拓展医保电子凭证应用场景，推进更多参保群众开通和激活医保电子凭证，实现医保电子凭证在医保定点药店应用全覆盖，为群众看病就医提供更多便利。

五、提升能力，全面推进医保治理体系和治理能力现代化

一是优化医疗保障公共服务。完善医保经办管理和公共服务体系，实现全市医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算，为参保群众和企业提供更加便捷、优质、高效、精细的医保服务。不断优化医保经办适老化线下服务。二是加强医疗保障干部队伍建设。按照新时代好干部标准，进一步充实干部队伍力量，着力打造一支“心中有理想、肩上有担当、身上有本领、脚下有定力”的医疗保障干部队伍。三是持续推进医保治理创新。发挥好政府、医药机构、商业保险机构、社会组织等在医保治理中的协同作用，鼓励引导市场参与多层次医疗保障体系建设，完善激励约束机制。

[返回目录](#)

· 国际视野 ·

从日本看医药分开的得与失

来源: Latitude Health

医药分开一直是各国医改讨论的一个重点,但与早已实现医药分开的西方发达国家相比,东亚地区存在医药合一的传统,推动医药分开对医疗改革有利有弊。从各地区实践来看,医药分开不是医改的必选项,具体路径的选择需要根据各自的支付和服务制度来确定。

不同地区的改革举措虽有不同,但如果要最终推动处方流出医院,必然需要提高医生费用(比如处方费)并在经济上给予药剂师独立地位(增加配药费)。这将大幅增加整体的医疗成本,与医改整体的控费目标不符,因此,必须在同期大幅降低药价,减少药品在医疗费用中的总支出,也即仿制药替代。但随着新药纳入医保的增加,药价下跌所带来的费用减少被高价药费用所抵消。事实上,所有进行医药分开改革的地区并未出现医疗总费用或药品费用的下降。因此,医药分开能带动费用控制的目标并不能成立。

而从利益分离角度来看,虽然处方的决策权和销售权获得了分离,能够减少不合理用药,减少大处方,但药店在卖药上获利和医院是一致的,都是希望卖昂贵药和高毛利的药品。这不是依靠医药分离就能解决的,而必须依靠支付方改革来推动药价持续下降和提高仿制

药替代。

如果从日本市场来看，截至 2019 年，日本的医药分业比率已经达到 74.9%，处方药销售是 7.75 万亿日元，为 4529 亿人民币，占到整个医疗开支的 18%，其中调剂费占 30%，其余是药费。

1974 年是日本医药分开的元年，这一年，日本政府首次将处方费的点值从 10 点提高到 50 点(10 日元/点)，由于释出一张处方可以得到 500 日元，处方外流开始起步，到 1987 年已经到达 10%。1992 年，日本政府再次上调处方费到 74 点，到 1998 年处方外流比率已经突破 30%。随着 1998 年再一次提高处方费到 81 点，处方外流继续增长。

在 1998 年之后，对医生没有在处方释出费上进行持续的大比例提高，2002 年之后，处方释出率的增速在此之后就进入个位数，不再保持双位数的增长。至 2016 年，处方药市场规模则首次出现负增长。

在 20 世纪 90 年代后期，由于日本经济不再具备原先高速扩张的特征，老龄化又日益严重，对处方药外流的刺激举措从经济激励改为仿制药替代策略。为了推动仿制药替代原研药，日本的处方调剂费用向仿制药倾斜。

自从 2002 年开始，日本政府对仿制药的调剂给予激励，但早期的激励力度一直较弱，这也导致仿制药替代的力度不足。到 2011 年 9 月，日本仿制药的处方量只占整体的 22.8%，市场份额只有 8.8%，

这远低于同期所有的发达国家。同期，美国的仿制药处方量占比为 72%，英国为 65%，德国为 63%。而仿制药的市场份额在美国为 14%，英国为 26%，德国为 24%。

为了推动仿制药替代策略，日本政府不断上调仿制药配药激励并建立惩罚措施。以 2012 年新一版医疗费用改订为例，2011 年，仿制药配药替代率超过 20% 的药店可以获得 6 个点加成，超过 25% 为 13 个点，超过 30% 为 17 个点。但 2012 年，改为超过 22% 获得 5 个点加成，30% 为 15 个点，超过 35% 为 19 个点。这事实上是减少了仿制药配药替代率低的药店的收入，迫使药店提高仿制药替代率。

到 2020 年，经过 8 年中 4 次改定，不仅药店仿制药替代率要求大幅提高，而且对低于一定比例的仿制药替代率的药店进行处罚，要倒扣点数。

2020 年 4 月起，仿制药替代率 75% 以上的从 18 点下降为 15 点，80% 以上的持平为 22 点，而 85% 以上的则从 26 点上升为 28 点。同时，对仿制药替代率为 40% 以下的药店进行处罚，每单倒扣 2 个点，这一政策举措较原先的 20% 以下有很大的提升。

通过上述举措，日本仿制药的处方量占整体的比例已经在 2019 年达到 79.9%，基本完成了政策设定的目标。

经过近 50 年的发展，日本的医药分开总体是成功的，但这是一种非常缓慢的改革，前面 28 年集中在给予医生和药店更多的利益，推动医药分开的成形。但随着经济下滑和老龄化的压力，政府在医疗

开支上面临巨大的压力。为了缓解压力，自从 2002 年以来强化了对药价管控和仿制药替代策略，尤其是近 10 年来，快速提高药店仿制药替代率，这从总体上有效缓解了药品费用的增幅。自从 2015 年以来，日本处方药市场规模再也没有增长过。处方药市场规模在 2015 年达到顶峰，规模为 7.87 万亿日元，进入 2016 年，规模下降为 7.5 万亿日元，2017 年虽有所抬升为 7.71 万亿日元，但 2018 年再次下降为 7.47 万亿日元，到 2019 年又上扬为 7.75 万亿日元，但始终没有超过 2015 年。

因此，日本 2015 年之后处方药市场规模的停滞得益于仿制药替代策略，这意味着只要在药品销售终端进行支付政策调整就能有效控制药品总费用的规模，而此前大规模的赎买政策所推动的医药分开对药品费用的控制并没有如此直接的效果。

从日本的经验可以看出，通过大规模补贴医疗机构让处方外流并不能带动药价下跌，也不能保证药店的利益与医疗机构切割。而且，医药事实上也从来没有真正分开过。日本的大部分处方调剂药店都是院边店，需要与医院有着千丝万缕的关系才能开展业务。

如果回到中国市场来看，药品集采是一种明确的仿制药替代策略。只要在中国药品销售终端——医院推行仿制药替代策略即能获得效果。当然，由于中国公立医院占据市场主体地位，其本身就长期接受政府财政补贴并处于政府监管之下，这是其他以私立医疗机构为主的国家和地区进行支付改革所缺乏的有利条件。

因此，医药分开并不是支付改革的必选项。医药分开的好处是推动了院外零售药店的空前繁荣和药剂师地位的提高，由于处方都在院外，后期支付改革主要集中在管控药店，改革阻力相对较小。但医药分开需要给予医生和医疗机构足够的利益，首先要大幅推高医疗总成本。高增长时期的经济体或有财政能力，但一旦经济处于长期调整期，很难再有这样的财政费用来覆盖改革的成本。

[返回目录](#)

赛诺菲重回 Top10 全球新药研发格局有何变化？

来源：医药经济报

根据 Pharmaprojects 最新数据，截至 2021 年 1 月，全球在研新药数量为 18582 个，同比增长 4.76%。

Pharmaprojects 数据库收录的在研药品信息，特指目前处于在研状态的药品研发项目，包括临床前研究阶段的项目、临床研究阶段的项目、注册审评阶段的项目，以及增加新适应症的已上市药物。

在新冠疫情的影响下，大药企和小药企在新药研发中扮演的角色有哪些变化？

大药企

自研很重要，并购仍是利刃

TOP10 座次更迭：升降解析

2021 年，在研药物数量排名前五位的制药公司分别为诺华、罗氏、武田、百时美施贵宝、默沙东，在研药物数量分别为 232 个、227

个、199 个、177 个和 176 个。

诺华已连续五年位列全球在研药物数量排名第 1 位。与其他公司相比，诺华的优势仍在于其自研产品占比更高。据统计，2021 年诺华自研药物数量为 145 个，占比高达 62.5%，在 TOP5 公司中自研药物占比最高。

罗氏位列第 2 位，在研药物数量从 2020 年的 174 种增至 2021 年的 227 种，净增数量为 53 种。2020 年罗氏进行了 3 项收购：Promedior、FoundationMedicine 和 Inflazome。但是，罗氏的崛起不能完全归因于这些相对小型的收购活动，2020 年罗氏通过这三次收购仅增加了 10 种药物。分析数据不难看出，罗氏对自研产品的投入，使得研发线品种数量实现大幅增长。

武田排名略有下滑，从 2020 年的第 2 位降至第 3 位，但在研药物数量未见明显变化。

BMS 的排名从 2020 年的第 3 位降至第 4 位，在研药物数量从 2020 年的 189 种减至 177 种。默沙东排名则从 2020 年的第 8 位升至第 5 位，在研药物数量从 2020 年的 157 种增至 176 种。

辉瑞凭借 2019 年对 Theracon 和 ArrayBioPharma 公司进行的两次收购，排名稳居第 6 位。而强生则从 2020 年的第 4 位降至第 7 位，在研药物数量从 2020 年的 182 个下滑至 162 个。

赛诺菲重返 TOP10，从 2020 年的第 11 位升至第 10 位。2019 年赛诺菲曾对公司产品线进行梳理和整合，并导致其在研药物数量从

2019 年的 192 种下滑至 2020 年的 137 种，降幅达 29%。

并购数量逆势增长：比前两年更多

排名上升最为明显的是艾伯维 (AbbVie)，从 2020 年的第 16 位上升至第 8 位，在研药物数量从 89 个增至 160 种，增幅达 79.8%。这与艾伯维在 2020 年完成的一项并购交易有关。2020 年 5 月，艾伯维宣布已经完成对艾尔建 (Allergan) 的收购。这也是 2020 年医药界最大的并购交易，合并之后的公司将包括多个具有领导地位的领域，如免疫、血液肿瘤、医美、神经科学、女性健康、眼科护理和病毒学。多元化的已上市产品组合将推动艾伯维现有增长平台，预计在未来十年内迎来高增长率。

在 TOP10 企业中，其他相关并购交易活动则显得相对平静：诺华收购 TheMedicines，交易额约为 97 亿美元；武田收购 PvpBiologics 公司；BMS 收购 Forbuis 和 MyoKardia；默沙东收购 ArQule；强生收购 TARISBiomedical 和 MomentaPharmaceuticals；赛诺菲收购 Synthorx 和 PrincipiaBiopharma。除 ArQule 外，这些被并购公司均为小型制药公司。

从当前情况看，面对面的谈判活动可能没有往年多，IPO 活动也变得愈加困难，但 2021 年大型企业通过并购小型企业获得发展的策略仍将持续，制药企业“按需购买”的模式可能再次开始流行。据统计，2020 年并购交易数量比前两年都要多，2020 年共完成 142 笔并购活动。

TOP25 新进者、消失者、逆袭者

在 TOP25 企业排名中，施维雅、再生元、CSLLimited 为 2021 年新进入 TOP25 的三家企业，分别位列第 23、24、25 位。

表 1 2021 年全球制药企业在研药物数量 TOP25			
2021 年排名(2020 年)	企业名称	2021 年数量(2020 年)	2021 年自研药物数量
1(1)	诺华	232(222)	145
2(5)	罗氏	227(174)	137
3(2)	武田	199(198)	86
4(3)	百时美施贵宝	177(189)	99
5(8)	默沙东(美国)	176(157)	91
6(6)	辉瑞	170(170)	113
7(4)	强生	162(182)	85
8(16)	艾伯维	160(89)	64
9(7)	阿斯利康	157(164)	89
10(11)	赛诺菲	141(137)	71
11(10)	礼来	126(143)	69
12(9)	葛兰素史克	113(144)	55
13(13)	拜耳	108(93)	71
14(12)	勃林格殷格翰	97(108)	63
15(14)	大冢	95(91)	50
16(22)	吉利德	95(73)	64
17(18)	卫材	85(84)	50
18(24)	Evotec	80(70)	43
19(25)	Ligand 制药	78(66)	44
20(17)	第一三共	78(87)	45
21(15)	安进	77(89)	53
22(20)	阿斯泰来	76(75)	43
23(30)	施维雅	67(58)	29
24(35)	再生元	64(50)	39
25(28)	CSL Limited	64(60)	41

另外，有 3 家企业从本次 TOP25 企业排名中消失，分别为艾尔建（已被艾伯维并购）、李氏大药厂（Lee'sPharmaceutical）、韩国 Yuhan 公司。其中，总部位于香港的李氏大药房，去年在 TOP25 榜单中位居第 21 位，为首个进入 TOP25 排名的中国企业；韩国 Yuhan 公司在去年 TOP25 榜单中位居第 23 位，自研药物占比高达 79.2%。但是今

年，这两家企业的排名均再次跌出 TOP25。

此外，吉利德已通过购买免疫类药物，在研药物规模从 2020 年的 73 种增长至 95 种，排名也已从 2020 年的第 22 位上升至今年的第 16 位。

小药企

地位增，未必“束手就擒”

通过并购小型制药企业进而获得特定的在研药物项目或技术，成为近年来大型制药企业生存和发展的重要方式。这是否意味着小型制药企业在面对大型制药企业的收购压力时，只能选择束手就擒？

TOP10、TOP25 集中度下降

TOP10、TOP25 企业在研药物数量在行业中的占比，可以反映出大型制药公司对行业整体贡献的变化。TOP10 行业集中度已从 2011 年的超过 13% 降至 2021 年的 5.27%，低于 2020 年的 5.40%。TOP25 企业情况类似，行业集中度从 2011 年的 18.3% 降至 2021 年的 9.36%，低于 2020 年的 9.47%。

新建数量创纪录，消失者增多

另一方面，全球拥有在研药物项目的制药公司数量继续增加，从 2001 年的 1198 家增至 2021 年的 5099 家。从增幅看，2021 年全球制药公司数量增幅为 5.9%，较 2020 年 11.4% 的增幅减少。

全球制药公司数量的增长，主要依赖于新成立研发公司的增加。在过去的一年中，新成立的制药和生物技术研发公司数量突破历史纪

录，达到了 1055 家，这也意味着 2020 年超过五分之一的企业均为新进入企业，而上一年该数字仅为 809 家。考虑到 2021 年实际新增企业数量仅为 283 家，这意味着，在过去的一年中，有 772 家公司因并购、注销、失败等原因消失，而 2020 年该数字仅为 316 家。



小药企研发贡献度持续增加

新成立研发公司的爆发性增长，并未在小型制药公司数量变化上得到体现。据统计，仅有 1 种在研药物的企业数量与 2020 年统计数据一致，均为 1849 家；拥有 2 种在研药物的企业数量为 733 家；二者占比为 50.6%。与之相比，2020 年这些小型制药研发公司的数量为 2584 家，占比为 53.7%。

整体来看，具有 1 种或 2 种在研药物的小型制药研发公司开发的药物数量对全球在研新药数量的贡献持续增加。

地理分布

中国动力不减，是唯一亮点

2021年，制药研发公司的地理分布(总部所在地)与2020年未见显著变化。美国市场依然占据全球制药研发公司的半壁江山，占比46%，与2020年数据持平。欧洲占比也继续维持在25%左右。其中，法国占比基本保持不变(3%)；德国占比有所上升，从2020年的2%增至3%；英国占比有所下滑，从2020年的6%降至5%。此外，加拿大占比继续维持在4%左右。

作为全球新药研发的主要动力来源，美国和欧洲占比基本维持不变，而亚洲地区的占比从2020年的24%增至2021年的25%。

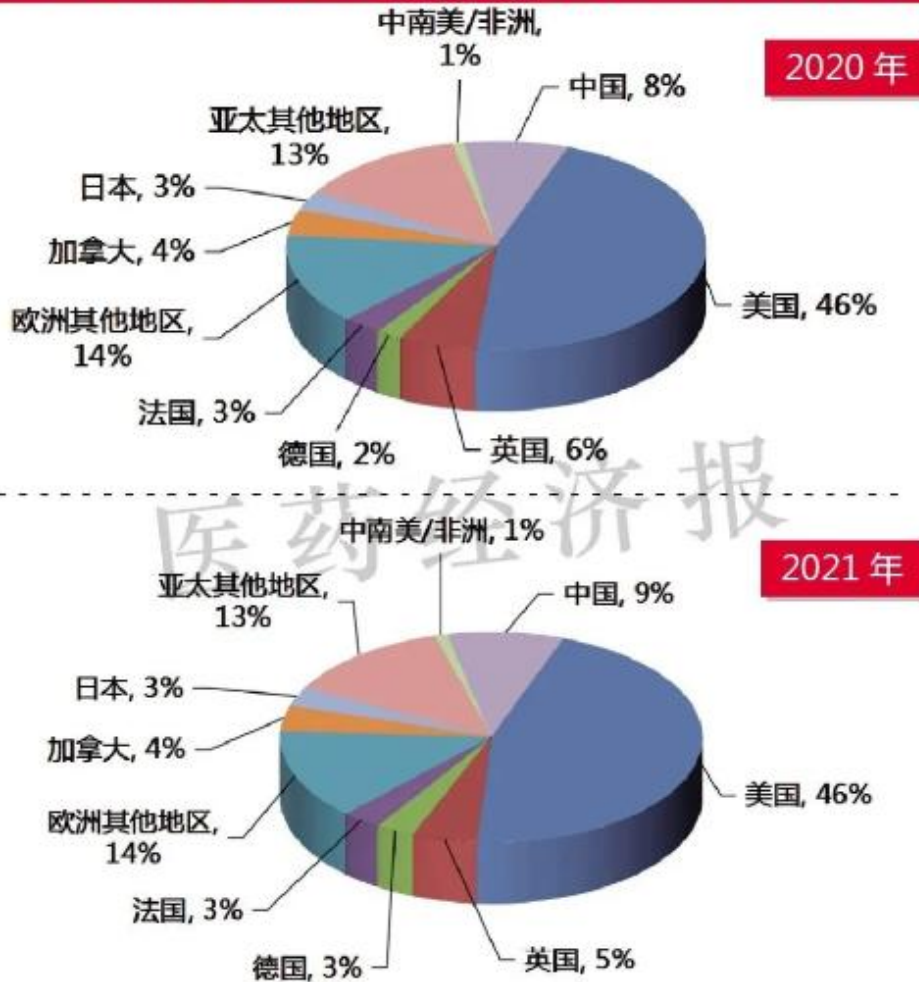
其中，中国继续保持全球第二大制药研发国的位置。2021年总部在中国的新药研发企业数量占全球药物研发企业的比例，已从2020年的8%增至9%。Pharmaprojects数据库收录的从事新药研发的中国新药企业数量，已从2020年的422家增至522家，净增100家，增幅达23%；而2020年该增幅为41%，净增企业数量为121家。

亚太其他地区和日本的企业占比基本不变，分别维持在13%和3%。

从2021年制药研发项目的实际发生地理分布情况看，美国占比最大，约为55%，18582种在研药物中约有10260种药物有过在美国研发的经历。令人惊奇的是，约六分之一的药物有过在中国开发的经历，有些项目甚至是10年前即已在中国进行开发。在欧洲市场，英国仍是开展药物试验的主要地区，其次为德国、法国。在亚洲，日本

市场是重要的新药研发地区，但仅有 7%的药物有过在日本开发的经历。

图 2 全球制药研发企业的地理分布变化(2020 年 VS 2021 年)



数据来源:Pharmaprojects 数据库

整体来看，除了中国保持增长外，其他国家或地区的制药行业基本维持以往的状态。

[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