

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.08.23-2021.08.29

——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。)

· 分析解读 ·

▶ [思考 | 关于 DRG 付费改革评估指标选择的几个考虑](#) (来源：清华医疗服务治理) ——第 8 页

【提要】政策效果评估是完善已有政策的重要依据，通过制定科学合理的政策评估标准和指标体系，对典型试点城市进行政策实施效果评价，有助于在“点”上研判试点政策的实施风险和“面”上优化现行政策体系，以助力国家政策改革目标的实现。医保作为职能部门在审视 DRG 付费改革效果时，应避免单纯从医疗 DRG 视角进行评价，要坚持科学的评估理念，在不同改革阶段，围绕职能管理重点和支付工具的政策驱动方向进行指标选择与客观评价。

▶ [联采办回应华北制药集采断供：违约必受惩戒](#) (来源：上海阳光医药采购网) ——第 10 页

【提要】近日，因华北制药股份有限公司(以下简称“华北制药”)在山东省无法供应国家组织集采中选产品布洛芬缓释胶囊放弃中选资格，国家组织药品联合采购办公室(以下简称“联采办”)将华北制药纳入“违规名单”，取消其自 2021 年 8 月 11 日至 2022 年 5 月 10 日参与国家组织药品集中采购活动的申报资格。就这一事件，联采办回答了记者提出的问题。

· 地方精彩 ·

▶ [六点经验四大创新，DRG 试点的“常州模式”值得借鉴](#)（来源：动脉网）——第 16 页

【提要】不久前，国务院召开政策例行吹风会，介绍推动公立医院高质量发展的意见有关情况。在介绍推动医保支付方式改革的支持性举措时，国家医保局表示，全国 DRG、DIP 的试点城市已超过 200 个。截至 2021 年 5 月 31 日，全国 30 个 CHS-DRG 国家级试点城市中仅有 2 个实现正式付费。虽然并非国家级试点城市，但江苏省常州市是目前为数不多的已进入到实际支付阶段的城市之一——常州市早已于 2021 年 1 月 1 日实现 DRG 正式付费，且效果良好。

▶ [开通“5+1”医保服务窗口 破解休息日无服务难题](#)（来源：贵州省六盘水市医疗保障局）——第 22 页

【提要】贵州省六盘水市医疗保障局始终坚持以“人民为中心、秉承服务宗旨”为已任，以“群众满意”为奋斗目标；始终坚持把行风建设作为医保事业高质量发展的战略支点、推动为民服务的重要载体、破解医保民生问题的“金钥匙”；始终坚持从理清职责、优化流程、创新载体三个方面，狠抓医疗保障民生领域痛点、难点、堵点以及热点问题，内外兼修，想民众之所想，做便民之所事，努力将医保服务温暖民心。

▶ [浙江“数字药监”推进药品“智管” 数字业务集成和多跨协同还需加强](#)（来源：中国新闻网）——第 25 页

【提要】今年，随着全面推进数字化改革号角的吹响，《浙江省“数字药监”建设方案》应运而生。打造“141”集成工作体系成为其总框架。所谓的“141”就是“一个平台、四个面向、一个探索”，用浙江省药品监督管理局局长徐润龙的话说，数字化改革不仅仅技术改革，更是思维和认知的变革，它是系统集成的整体，每个人都要成为主角。

• 医院管理 •

▣ [公立医院手术绩效管理，关键是找到对应关系](#)（来源：九风医学教育）——第 29 页

【提要】随着新医改推进、医保和新农合支付政策调整，公立医院需要建立一个更科学、更符合公益性特征的绩效体系。手术专项绩效管理是医院绩效管理的重要环节，为了促进医院建立以价值管理为核心的现代医院财务战略，利用绩效管理实现公立医院价值的最大化，科学合理的引导医生按照公立医院战略目标和定位开展相应的手术项目。

▣ [从湖南省直中医医院总结中，感受八种院感专业思维](#)（来源：医管通）——第 36 页

【提要】当前，国内疫情防控形势严峻复杂，湖南省多地相继报告新冠肺炎本土确诊病例，湖南省直中医医院所在的株洲市正面临疫情防控工作的重大挑战。郑州市第六人民医院发生院感事件，再次重重地敲响了医院院感防控工作的警钟，要求我们对院感防控工作始终保持

高度的警惕性和敏感性。为了让全院上下将院感管理思维贯穿疫情防控的始终，总结出了“八项院感专业思维”，分别是：体系思维、流程思维、细节思维、分区思维、培训思维、督导思维、当责思维、底线思维，不断强调并根植在员工日常的抗疫行为中。

• 医保快讯 •

▶ [在学习领悟中用心书写医保惠民“暖心答卷”](#)（来源：北京市医疗保障局）——第 47 页

【提要】习近平总书记在庆祝中国共产党成立 100 周年大会上的重要讲话，高屋建瓴、视野宏阔、思想深刻、内涵丰富，运用辩证唯物主义和历史唯物主义世界观、方法论，以科学的态度对待科学，以真理的精神追求真理，提出一系列富有创见的重大思想、重大观点、重大论断，用“四个伟大成就”高度概括了我们党在四个历史时期的丰功伟绩，精辟概括并阐释了伟大建党精神，系统总结了中国共产党在百年奋斗中积累的“九个必须”宝贵经验等，这些重要论述把我们党对共产党执政规律、社会主义建设规律、人类社会发展规律的认识提升到了新高度，具有很强的思想性、针对性和指导性，是引领全党全国各族人民向第二个百年奋斗目标进军的行动指南，是弘扬真理、与时俱进、开辟马克思主义新境界的纲领性文献，是习近平新时代中国特色社会主义思想的丰富和发展。

▶ [医疗保障待遇清单，划清政府和市场边界](#)（来源：中国经济时报）——第 51 页

【提要】为提高医保统筹水平，缩小地区和人群之间的待遇差距，实现医疗保障制度的公平性和可持续发展，备受关注的医疗保障待遇清单制度经过两年多时间的酝酿，近日正式发布。“《意见》的出台，要求地方制度向国家层面看齐，禁止建立地方医保制度，地方不得自行出台特殊待遇政策，地方不得自行制定或增加目录内药物。对一些地方目前的医保待遇有限高提低的影响，纠正过度保障和保障不足等问题，体现基本医疗保险的‘保基本’责任。”中国财政科学研究院社会发展研究中心副研究员朱坤分析道。

• 国际视野 •

▶ [中美 DTP 特药零售市场比较](#)（来源：Latitude Health）——第 57 页

【提要】中国的 DTP 主要是为新特药提供服务，高度依赖于院内的处方，主营收入来自新上市和上市后未进入医保的药品。而美国的特药药房主要提供新特药服务，但主要收入来自医保和商保覆盖的特药药品。当然，随着医保双通道政策的推行，中国 DTP 药店获得了更多来自医保的报销，但无论在体量还是支付方的支持上，中国 DTP 药房还远逊于美国特药药店。

▶ [详述美英德健康险之道，再探中国模式破局关键](#)（来源：今日保）——第 61 页

【提要】健康险无疑是近年来国内最火热的险种之一，其巨大的市场空间和强劲的增长趋势吸引着众多经营主体参与其中。总体来看，尽

管我国商业健康险业务发展迅猛，但经营模式仍停留在销售同质化产品的初级阶段，尚未融入医疗健康生态，形成可持续的发展模式。纵观国际市场，美国、英国、德国等发达国家经过较长时间的探索，已经摸索出了一套适合本国国情的较为成熟的健康险发展路径。研究海外不同社会保障体系下的健康险发展经验和优秀健康险公司的成熟商业模式，有助我们在快速发展的市场环境下，构建可持续发展的核心竞争力，在激烈的市场竞争中脱颖而出。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

思考 | 关于 DRG 付费改革评估指标选择的几个考虑

来源：清华医疗服务治理

政策效果评估是完善已有政策的重要依据，通过制定科学合理的政策评估标准和指标体系，对典型试点城市进行政策实施效果评价，有助于在“点”上研判试点政策的实施风险和在“面”上优化现行政策体系，以助力国家政策改革目标的实现。医保作为职能部门在审视 DRG 付费改革效果时，应避免单纯从医疗 DRG 视角进行评价，要坚持科学的评估理念，在不同改革阶段，围绕职能管理重点和支付工具的政策驱动方向进行指标选择与客观评价。

笔者基于前期对国内 5 个 DRG 实际付费城市的政策效果评估心得，就如何从医保视角全面评估 DRG 付费改革的实施效果，提出如下建议：

第一，评估理念要突出价值医保机理。DRG 付费作为医保补偿医院住院医疗服务成本的一种定价方法，其改革的价值医保机理体现为：医保按医疗 DRG 分组原理确定的打包均值设定付费标准，向医院合理补偿诊疗成本，相较于按项目付费，资金使用效率更高，体现了医保管理的精细化，也将引导医院朝内涵式发展方向转变，促使其合理控制成本、优化医疗服务流程、提升医疗服务质量、规范医疗服务

行为，进而提升参保人的就医获得感，最终提升有限医保基金的价值购买效能。

第二，评估维度要全面考虑“医-患-保”三方的利益诉求。在医保维度需要评估医保付费政策的有效性，即通过 DRG 付费改革发挥基金的宏观调控功能，最大程度发挥基金的使用效率，同时实现倒逼医疗机构提质控费增效、不增加参保人看病负担的政策改革目标；在医疗维度需要评估医疗机构医疗服务的运行绩效，即通过 DRG 付费改革使医疗机构更加关注医疗服务供给效率、技术提升、保证质量和优化病组费用结构，使其进入“科学管理、合理控费、提高质量”的现代医院管理轨道；在患者维度需要评估参保人接受医疗服务后的疗效价值与就医体验，这是实现价值付费的重要目标。

第三，评估指标选择要立足医保的政策导向。已有评价 DRG 改革效果的成熟指标基本上是基于医疗 DRG 功能设计，主要针对医院绩效评价而建立的“能力-效率-安全”三个维度和“DRG 组数、总权重、CMI 值、费用消耗指数、时间消耗指数、低风险死亡率”六个指标。但应用于付费端的医保 DRG 更主要是个政策工具，需要更多地考量政策方面的实施效果，因此，指标选择除了要纳入分组效能等技术指标和医院运营效果等绩效指标外，还要纳入基金安全、支付效率、医疗资源配置、医疗行为引导、患者就医获得感等医保职能管理与支付政策引导方面的指标，以及赋予其更高的指标评价权重。

第四，不同改革阶段的 DRG 付费评估侧重点和评估内容不同。在

改革启动阶段，评估要侧重于 DRG 改革的基础条件、分组科学性、权重合理性和费率公平性；在模拟运行期，评估重点在于全面度量 DRG 实际付费的可行性，要侧重于 DRG 技术分组的稳定性和合理性，以及项目付费与 DRG 支付的偏差率，以为实际付费后的分组优化和政策完善提供参考；实际付费后，要进行常态性和周期性评估，通过评估发现问题、解决问题，评估结果为优化分组技术、调整病组权重、健全支付标准、完善监管体系提供决策参考，因此，实际付费后的 DRG 评估要更侧重于政策体系的完备性、支付标准的精准度、基金使用效率、区域医疗资源配置、医疗机构行为异化和医院高质量发展等方面的效果评价，而且随着医保自身治理能力的提升，评估要为医保的高质量发展助力和赋能，并不断进行指标优化。

[返回目录](#)

联采办回应华北制药集采断供：违约必受惩戒

来源：上海阳光医药采购网

近日，因华北制药股份有限公司(以下简称“华北制药”)在山东省无法供应国家组织集采中选产品布洛芬缓释胶囊放弃中选资格，国家组织药品联合采购办公室(以下简称“联采办”)将华北制药纳入“违规名单”，取消其自 2021 年 8 月 11 日至 2022 年 5 月 10 日参与国家组织药品集中采购活动的申报资格。就这一事件，联采办回答了记者提出的问题。

一、国家组织药品集中采购的总体供应情况如何?中选产品不能

履约的问题以前是否出现过？

当前，国家组织药品集中带量采购已开展 5 批，覆盖 218 种药品，前 4 批 157 种药品已经落地实施，涉及 696 个产品。其中，第一批、第二批集采已经完整运行首年采购周期，中选药品供应量均达到全年约定采购量的 2 倍以上，实际采购需求和供应超出预期。截至 7 月底，第三批集采已实施 9 个月，各中选企业平均供应中选药品已达全年约定采购量的 1.5 倍。第四批集采已实施 3 个月，各中选企业平均供应中选药品已达全年约定采购量的 45%。总体来看，中选企业认真执行集中采购协议，按照约定采购量严格履约，对医疗机构超出约定采购量的需求总体能够积极满足供应。华北制药的布洛芬缓释胶囊在协议规定的约定采购量内出现违约现象，是国家组织药品集采以来的首次。

二、联采办对华北制药做出处理的依据是什么，下一步对华北制药有哪些影响？

诚实守信和契约精神是市场经济的基础，也是市场主体的生存之本。国家组织药品集采始终坚持打造公平公正的竞争环境，对所有企业一视同仁，不论所有制形式、不论内资外资、不论规模大小，都应遵守市场竞争规则，严格履行协议，一旦出现违约，都要依法依规处理，这也是对诚信经营企业的尊重和保护。

（一）违约事实。关于华北制药违约事宜，联采办已经在 8 月 20 日的公告中说明，由于该公司在第三批国家组织药品集采中选布洛

芬缓释胶囊未能在山东省按协议供应约定采购量，经多次约谈协商，供应情况仍未改善，该企业于 2021 年 8 月 11 日提出放弃中选资格。近期，我们也注意到华北制药就此发布了公告，承认供应不足主要是公司产能不足、内部管理不到位等原因导致。因此，华北制药此次违约失信的事实是清楚的。

(二) 处理依据。国家组织药品集采标书中明确约定，企业不履行供货承诺，影响到临床使用的，将列入“违规名单”并视情节轻重予以处置。鉴于这是全国集采以来第 1 起中选企业无法完成约定采购量而放弃中选资格的事件，山东省医疗机构反映较为集中和强烈，我们依法依规作出严肃处理，向社会释放“中标必须履约、违约必受惩戒”的强烈信号。

(三) 后续影响。此次对华北制药作出暂停自 2021 年 8 月 11 日至 2022 年 5 月 10 日参与国家组织药品集采投标资格的处罚，是基于其在 1 个省内无法供应约定采购量作出的适当惩处。下一步，联采办将密切关注华北制药的布洛芬缓释胶囊在其他 6 个省份的供应情况，如再次出现供应问题，有关省份也将及时启动处置措施。同时，山东省有关部门正在依据医药价格和招采信用评价制度，对华北制药的违约事实开展信用评级，不同等级的信用评级结果将产生相应影响。

三、有媒体猜测华北制药违约是因为集采中选价格低影响了利润，事实是这样吗？

长期以来，我国药品价格虚高问题严重，常用药价格高达国际主

要国家平均价格的 2-3 倍，与此同时，主流医药企业销售费用占销售收入比重近 40%，明显高于其他消费品行业，既加重了群众和医保基金负担，助长了行业不正之风，也制约了医药卫生产业高质量发展。开展集中带量采购改革的初衷，就是把药价虚高的水分挤出去，促使药价回归合理水平，降低群众费用负担，使患者用得起药。

国家组织药品集中采购坚持市场在价格形成中的决定性作用，规则公开、一视同仁，让各市场主体具有平等的竞争机会，同时在采购标书中要求企业不得低于成本报价，通过公平竞争产生中选结果。因此，中选企业和中选价格是企业自主报价、市场公平竞争的结果。在新的采购模式下，企业要想在竞争中取得优势，应通过恰当的战略布局和产品管线，高效的组织管理能力和供应链体系，以及规模化、集约化的生产方式等，进而获取市场认可的盈利，而不是由政府或相关机构的保护，通过加重群众负担的方式取得利润。这也是中国医药产业高质量发展的必由之路。

布洛芬缓释胶囊共有 4 家中选企业，其中华北制药的中选价格是最高的，为 8.04 元每盒(30 粒)。集采前，华北制药的布洛芬缓释胶囊在天津、山西、青海等部分省市的医药集中采购平台上销售价与中选价接近，但由于未实施带量采购，2020 年该药销售额仅有 50 余万元。集采后，采用“量价挂钩”的方式，约定了华北制药以中选价在山东等 7 省市供应 7975 万粒，一年销售额可超 2000 万元，但华北制药却未能尽责履约。我办在此也提醒，集中带量采购改革后，按协议

价格和协议量履约是中选企业应尽的责任，应摒弃改革前报低价而不供应的错误做法。

四、集采有关保障中选产品临床使用和质量安全方面的政策措施执行情况如何？

在集中带量采购改革中，我们始终坚持严守质量关，确保中选产品临床供应稳定和替代安全。为确保降价不降质，国家组织药品集采以通过仿制药质量和疗效一致性评价为仿制药入围门槛，并会同有关部门加强中选产品全生命周期质量监管，让群众用上质量和疗效放心的药品。在采购执行过程中，联采办会同各成员单位加强中选药品临床使用情况监测，督促中选企业及时保障供应，确保临床使用稳定。总体来看，集采中选药品的质量和疗效已经被医生、患者普遍认可。20 家大型三甲医院历时两年针对 11 万病例开展的真实世界研究显示，集采中选仿制药在临床疗效和安全性上与原研药一致。

此外，需要指出的是，集采药品降价的空间主要来自三个方面，包括直供医院降低营销成本、及时回款降低财务成本、薄利多销降低生产成本等，挤出的是以往在流通领域长期存在的不合理费用，而不是企业生产成本，不影响药品质量。

五、下一步集采改革有何考虑？如何做好中选产品保供工作？

按照党中央国务院部署，我们将坚定不移地深化医药集中带量采购改革，同时进一步完善集采规则和配套措施，确保中选产品供应。过去几批集采中，我们已经通过优化规则，逐步增加了中选企业数量，

强化了供应保障，下一步还将进一步完善以下措施。

一是加强中选药品供应情况监测和处置。进一步明确企业供应履约责任，落实《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》（国办发〔2021〕2号），要求中选企业做好市场风险预判和防范，按照采购合同组织生产供应，满足中选药品采购需求。联采办将加强中选产品采购情况监测预警，针对采购中发现的企业不履行供货协议等问题，予以严肃处理。同时，各省份也将积极履职尽责，按照国家医保局《关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》，通过信用评价压实中选企业履约的主体责任，对于中选后无法履约的企业给予失信评级，并作出相应处置。

二是切实加强违规名单、失信评级在药品集中采购领域的应用。加强违规、失信结果的运用，在今后的国家和省级集中带量采购申报条件中，进一步对违规、失信的企业有所约束。在开展已集采药品协议期满的接续工作时，强化供应、信用在产生中选企业过程中的权重，使守信者更多更易中选，让失信者受制约。

三是执行备选机制，提高市场供应稳定性。国家组织药品集采相关文件已明确，当中选企业无法及时供应医疗机构采购需求的时候，所在省份可启动备选企业选择程序，确保临床供应充足且价格合理。华北制药申请放弃中选资格后，山东省医保部门立刻启动备选企业程序，已按既定遴选程序确定由珠海润都制药股份有限公司作为替补企业供应山东省，并按珠海润都制药在国家组织集采的中选价 4.05 元

每盒(20 粒)供应, 该价格低于华北制药的中选价, 山东省患者将以更低的价格购买到同样通过一致性评价的药品。

[返回目录](#)

· 地方精彩 ·

六点经验四大创新, DRG 试点的“常州模式”值得借鉴

来源: 动脉网

不久前, 国务院召开政策例行吹风会, 介绍推动公立医院高质量发展的意见有关情况。在介绍推动医保支付方式改革的支持性举措时, 国家医保局表示, 全国 DRG、DIP 的试点城市已超过 200 个。

其中, CHS-DRG 国家试点城市 30 个, DIP 国家试点城市 71 个。由于天津市同时参与 CHS-DRG 和 DIP 试点, 合并后的官方试点城市刚好 100 个。除了国家试点城市, 有超过半数的试点城市是自愿试点——各地对 DRG 支付改革的重视程度可见一斑。

目前, 各地的 DRG 试点进度不一。截至 2021 年 5 月 31 日, 全国 30 个 CHS-DRG 国家级试点城市中仅有 2 个实现正式付费。虽然并非国家级试点城市, 但江苏省常州市是目前为数不多的已进入到实际支付阶段的的城市之一——常州市早已于 2021 年 1 月 1 日实现 DRG 正式付费, 且效果良好。

考虑到常州市并非国家试点城市, DRG 支付改革相关工作相对起步不算早, 目前的结果殊为不易。那么, 常州市究竟做对了什么, 能

够在 DRG 试点赛道的最后阶段反超撞线？

跬步千里，DRG 实际付费路漫漫

与省内的国家级试点城市相比，常州市在 DRG 支付上的起步要略晚一些。不过，常州市随后在 DRG 试点工作上开始加速。2019 年 5 月，常州市开始启动 DRG 改革试点工作。10 月，合作单位进场，实质改革启动。随后，在 2020 年 6 月国家正式发布 CHS-DRG 分组方案仅仅半年后，常州市医保局就在 2021 年 1 月 1 日进入正式付费阶段。此时，国家首批 30 个试点城市中仅有 2 个城市开始实际付费。

截至 2021 年 5 月，常州市 DRG 支付入组率达到 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。

早在试点初期，国家医保局就将 DRG 试点分为三个阶段——顶层设计(制定分组方案)、模拟运行和实际付费。目前，大部分试点城市均已完成前两个阶段，正在或即将进入实际付费阶段。实际付费看似是最后一步，但其能否顺利完成其实与前面两步息息相关。

要想最终实现 DRG 实际付费，需要在编码规范、完善分组、组织培训、费率计算、配套政策、医保结算细则等方面完成大量的工作。这其中，任何一个环节出现问题，DRG 支付都无法顺利推进。

常州市高度重视 DRG 支付试点工作，在整个实施过程中采取了多种措施。

第一，打造多学科专家团队提供技术支持。为保证改革过程中各个环节施行准确、顺利，常州市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、学科带头专家百余人成立了常州医保支付改革智囊团，为 DRG 支付模式改革进行全程指导。尤其值得一提的是，常州市医保局多年来重视人才建设，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。

第二，统一认识，形成改革共识。2019 年，常州市作为 DRG 省级试点后。常州市委、市政府高度重视，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。

第三，加强组织沟通及培训。常州市相关机构就 DRG 试点中的重点热点命题进行了多轮研讨和培训，覆盖包括试点医院以及非试点医院的各学科参会专家 120 余人。除了专家会议沟通，相关机构还建立了支付改革沟通群，为医院提供能随时进行专业解答的沟通渠道。据统计，涉及分组、编码、业务各方面问题答疑量超过 100 人次/日。

第四，循序渐进，支付制度平稳过渡。常州市并未因为起步较晚压缩 DRG 支付试点工作必须流程，在改革初期便定下了“先试行、后评估、再应用”的原则，并在试行阶段始终倡导以“时间服从效果”和“先进技术与专业经验并重”的改革原则，对改革工作的推进务求“夯实基础、实事求是”。

第五，打造完善 DRG 支付配套体系。借鉴各地经验教训，常州市为 DRG 支付试点打造了较为全面的配套支持体系。首先，引入了可全面覆盖 DRG 基金安全监管业务需求的智能监管平台。其次，通过多指标综合评价系统打造了医保多维度绩效评价体系。这些措施为 DRG 后续实际支付顺利实施奠定了坚实的基础。

第六，精细化预付制工具探索。在对 DRG 支付工具进行深入了解后，常州市相关机构清醒地认识到 DRG 局限性，积极开展更多的创新支付模式研讨。在不适宜 DRG 支付的康复、精神疾患病例方面，探索专用于康复、精神疾患病例支付工具的可能性。

通过这些措施，常州市 DRG 试点体现了务实创新并重、高效协同配合和改革成效初显的特点。全市 DRG 基础数据规范性和医保基金使用效率明显提高；试点医院次均医疗费用增幅明显下降；同时，引导分级诊疗和中医支持等效果也初步显现。最终，常州市的 DRG 试点工作在最后阶段实现了超车，率先撞线进入到实际付费阶段，殊为不易。

常州 DRG 试点成功经验的启示——如何用信息化技术实现赋能？

合理前瞻地应用信息技术无疑是常州 DRG 试点抢先撞线的一大因素。作为常州市 DRG 试点工作的技术支持方，平安医疗健康管理股份有限公司(以下简称“平安医保科技”)全程提供了高质量高响应服务，并通过多项创新加速系统部署落地。

信息化系统创新

实施 DRG 支付是一个系统工程，需要参与各方紧密合作。这就对

DRG 信息系统提出了较高的要求，需要信息化系统结合实行 DRG 支付改革后各方的业务管理功能需求，及相关管理模式的变革提供技术支撑。结合多年来从事医保业务的经验，平安医保科技对 DRG 信息化系统进行了优化创新。

数据采集是 DRG 实现的基础，一旦出现偏差将极大地影响 DRG 的实施。平安医保科技的 DRG 解决方案对此进行了创新，采取全口径采集、全数据质控的方式实现病案全数据采集。其采集内容包括病案首页、结算清单、电子病历和出院小结，从而实现充分质控，以便监管审核实现线上化。

此外，常州 DRG 试点还基于全口径数据拆解搭建指标矩阵体系，构建指标关联关系，将综合评价由“指标不好看”变为“怎么做才好”，从而实现对全维度评估评价的支持。与此同时，在易用性上方案也特别做了优化，采用了傻瓜式设计结合个性化应用的配置。包括 DRG 分组方案、DRG 结算办法、智能审核逻辑、综合评价指标配置方案在内均可提供前台逻辑配置功能，保证系统快速响应业务需求；同时让使用人员更易上手，客观上也对加速 DRG 试点进程产生了积极影响。

业务标准创新

在业务标准上，常州 DRG 试点也有所创新，本地专家加上行业专家组成的智囊团为项目提供了“双专”保障。在分组器建设上，常州 DRG 试点严格遵循 CHS-DRG 核心组，结合大数据对 200 余万条病案首页数据样本进行了高质量采集分析，生成了本地化细分方案。

这一经过大数据优化的本地化细分方案为专家提供了详实的数据支持，本地和行业专家在半年内完成了 8 场次 200 余人次的专业论证。最终完成了“符合国家建设标准，契合常州实际现状”的本地 DRG 分组，包括 366 个 ADRG 组和 735 个 DRG 细分组。这一分组器也成为了最快落地实施的 CHS-DRG 分组器之一。

根据具体情况，常州 DRG 试点对结算办法进行了创新。例如，常州 DRG 试点综合考虑中医特殊性，制定了相应的补偿措施。从总体来看，2021 年 1 季度中医占比全市平均提高 2.46%，作为中医主力的常州市中医院增加了 2.93%。同时，中医次均费用也呈下降趋势，2021 年 3 月次均费用比 1 月下降约 6.78%，呈现中西医费用结构调整趋势。

项目模式创新

常州 DRG 试点还对项目模式进行了创新，采用了局院联动、同步推动的实施方式，通过一体化推动保障落地效果，并从源头优化病案质量管理，提高入组和结算效能、做好院内精细化管理，强化院内成本与质量管理，促进医院运营精细化。事实证明，这种局院一体化模式可以有效推动局院找到共鸣，协同应对支付制度改革，从而加速 DRG 试点进程。

DRG 监管创新

常州市医保局在 DRG 试点过程中引入了智能监管技术，通过选取 1041 个大数据模型对结付病例进行逐个筛查，以自动识别分组高靠、住院标准不达标及费用转嫁等 DRG 支付中常见的欺诈行为。该方案还

运用临床知识库叠加 NLP 技术，并利用大数据挖掘模型，实现打包支付方式下医保基金风险与医疗服务质量的双控管理，实现了高达 95% 的查准率，从而降低医保局运营压力。

自 2020 年 6 月智能监管工作试运行计算以来，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，实际违规病例数共计 4000 例，审核模型查准率近 88%。这一创新技术手段有效遏制了新支付风险下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。

常州 DRG 支付试点建设过程中的优异表现只是平安医保科技在医保领域持续深耕的一部分成绩。目前，平安医保科技针对医保的一揽子解决方案已获得各地医保局的广泛认可，并在全国医保系统招标中斩获颇丰。

自 2019 年 5 月中标国家医保局医疗保障信息平台建设工程第七包——宏观决策大数据应用子系统、运行监测子系统采购项目以来，平安医保科技先后中标各省、市医保智能监管平台、DRG/DIP 等众多重大医保信息化建设项目。截至今年 6 月，已累计中标 22 个省医保平台建设工程项目。

[返回目录](#)

开通“5+1”医保服务窗口 破解休息日无服务难题

来源：贵州省六盘水市医疗保障局

近日，异地居住贵阳市的樊爷爷工作日忙于带孙子，一直没时间

前往六盘水市办理特病医保业务，得知六盘水市开通“5+1”服务窗口后，立即前往并办理完成所需事项。

樊爷爷喜悦的告诉大家：“现在政策好了，老百姓办事方便多了，前段时间打电话咨询特病医保结算的事，工作人员告诉我六盘水市开通了“5+1”医保服务窗口，就是除了正常工作日之外，星期六也可以正常办理医保业务，真的太方便了，真是便民利民好政策啊！”

贵州省六盘水市医疗保障局始终坚持以“人民为中心、秉承服务宗旨”为己任，以“群众满意”为奋斗目标；始终坚持把行风建设作为医保事业高质量发展的战略支点、推动为民服务的重要载体、破解医保民生问题的“金钥匙”；始终坚持从理清职责、优化流程、创新载体三个方面，狠抓医疗保障民生领域痛点、难点、堵点以及热点问题，内外兼修，想民众之所想，做便民之所事，努力将医保服务温暖民心。

一、厘清职责，注入服务群众“新动能”

全面梳理完善《六盘水市医疗保障局权力清单和责任清单》，明确行政处罚事项 10 项、行政检查事项 2 项、行政奖励事项 1 项，通过门户网站和微信公众号及时公开发布，为办事群众提供便利的同时主动接受群众监督；按照内控经办权责，进一步梳理细化办事流程和人员岗位职责内容，明确办理规程和时限要求。推进“最多跑一次”改革，医保窗口实行首问负责制和过错责任追究制。截止目前，医保 28 项政务服务事项全部进驻政务大厅，月平均办件量约 1000 至 2000

件次左右，办结率 100%；结合党史学习教育和为群众办实事活动，及全省医疗保障系统“作风建设年”行动，局领导班子、各科室带头深入易地扶贫点、党建联系点走访调研，明确服务群众事项 14 项，积极参与环境整治，健康义诊、法律政策科普、献血等志愿者服务活动 7 次，着力解决好群众“急难愁盼”问题。

二、优化流程，跑出服务群众“加速度”

从 2021 年 5 月 15 日起，我市优化城乡居民异地就医制度，实行城乡居民参保人员在省内市外就医无需转诊转院和备案登记，推行自主选择市、县定点医院就医，持卡即时结算；大力推行网上转诊备案，让信息多跑路，群众少跑腿。将异地就医转诊转院和转外报销权限下放至县级医院，取消异地就医备案到指定的就医地医疗机构，直接备案到就医地市。今年以来，全市城镇职工跨省异地联网直接结算 1650 人次，报销医疗费用 2377.86 万元，城乡居民跨省异地联网直接结算 1022 人次，报销医疗费用 1086.33 万元；市内特殊疾病门诊用药申请权限延伸至 18 家医疗机构，取消门诊特殊疾病治疗方案的申请审核，将治疗方案的事前审核申请调整为认定使用时的事中、事后监管，办结时限由 30 工作日压减到 7 个工作日。

三、创新载体，按下服务群众“快捷键”

我市以 DRG 付费改革试点工作为重点，全面推进医保支付方式改革，不断规范医疗机构诊疗行为、控制医疗费用不合理增长，让参保群众真正得到改革实惠。2021 年 1 月至 6 月，城乡居民次均费用由

6725.07 元减少到 6385.09 元，同比减少 5.3%；城镇职工次均费用从 10572.79 元下降到 8342.34 元，同比下降 21.09%；深化“放管服”改革，推行政务大厅医保窗口“综合柜员制”、“全市通办”经办模式，统一办理所有政务服务事项，制作 28 项便民事项办事指南，解决参保群众跑腿耗时问题；实行脱贫人口住院费用“一窗口办理”“一站式服务”“一单清结算”和“全省通办、一次办成”改革工作，截止目前，全市结算建档立卡贫困人口 3.37 万人次，医疗总费用 17095.777 万元。办理“全省通办、一次办成”改革事项 38 人次。

行风建设永远在路上，我们将始终坚持不忘初心、砥砺前行，继续深入贯彻落实“团结奋进、拼搏创新、苦干实干、后发赶超”的新时代贵州精神，着力固根基、扬优势、补短板、强弱项，努力构建系统完备、科学规范、运行有效的医保行风建设体系，更加完善和优化医疗保障民生服务机制，多渠道、多形式、多层次为人民群众提供更加高效、便捷、利民的医保服务，逐步增强人民群众获得感和幸福感，为开创医疗保障服务新格局奋力前行。

[返回目录](#)

浙江“数字药监”推进药品“智管” 数字业务集成和多跨协同还需加强

来源：中国新闻网

2003 年 1 月，“数字浙江”建设拉开大幕。此后 18 年，其成为浙江发展蜕变的重要引领。“数字浙江”正向更深层次、更多领域稳

步迈进。而关乎民众的身体健康和生命安全的药品监管，在数字化进程的浪潮中是如何推进“智管”？

“数字药监”构筑“四梁八柱”

今年，随着全面推进数字化改革号角的吹响，《浙江省“数字药监”建设方案》应运而生。打造“141”集成工作体系成为其总框架。所谓的“141”就是“一个平台、四个面向、一个探索”，用浙江省药品监督管理局局长徐润龙的话说，数字化改革不仅仅技术改革，更是思维和认知的变革，它是系统集成的整体，每个人都要成为主角。

“数字药监”是面向监管、面向产业、面向公众、面向机关四个大方面的应用，包括打造一体化的“数字药监”综合集成平台、推进药品监管数字化、产业赋能数字化等6大重点工作，以及“浙苗链”“浙药链”“黑匣子”等49项具体数字平台。

许多领域仍属“无人区”，需要勇闯一条新路子。浙江省药监局以“敢闯蓝海”的改革意识，专门成立了包括整体智治专班、药品风险精密智控专班、黑匣子工程专班等7个专班，并通过“揭榜挂帅”“最佳智慧监管应用”等模式让各地市县局参与进来，通过各方力量共同挑起改革大旗，构筑“数字药监”的“四梁八柱”。

“黑匣子”探索非现场监管模式

今年4月，一个类似飞机“黑匣子”的“数据盒子”出现在杭州钱塘新区的杭州澳亚生物技术有限公司的数据机房。别小看一个小小的数据盒，它的应用功能及其价值意义相较于飞机的“黑匣子”已经

大大拓展和延伸。

它是借鉴了民航“黑匣子”理论，利用药品生产企业自身信息化系统，在企业安装用于接收存储关键数据的数据仓（“黑匣子”），自动收集企业生产源头采集的物料管理、生产工艺、质量检验、产品放行等影响药品质量的关键参数，做到关键数据自动收集、数据内容智能校验、风险信号及时预警。

在浙江省共有药品、医疗器械、化妆品企业 70 多万家，传统的人工飞检、抽检，难免挂一漏万。现在“一屏掌控”便能一目了然，及时掌握企业情况。

“黑匣子”应用共有四大应用场景，具有“固证+震慑、自律+他律、服务+警戒、复盘+调查”四大作用。

我们拿“全程可追溯”应用场景来说，以往当企业发生安全事件时，调查组要在企业待几天几夜，把涉事药品的所有记录翻一遍，不仅效率低，还有可能遗漏和出错。现在通过“黑匣子”应用，可以快速调出涉事药品的原辅料情况、生产过程情况、成品检验放行情况等，从而辅助事后调查、原因分析，实现可追溯、可还原、可复盘。

该应用还被评为数字经济系统一等场景应用。目前已接入 248 家药品生产经营企业，共采集关键数据 18.42 万条。

浙江省药品监督管理局局长徐润龙表示，“黑匣子”就是“从无到有”，开创了“无时不在、无事不扰”的非现场智能化监管新模式。目前正在加快技术迭代，推动“黑匣子”向“灰匣子”“白匣子”及

“一厘三区”升级，同时与经信厅的产业大脑融合，探索企业主体责任与政府监管责任结合、药品信用监管、加速医药企业向“未来工厂”转型的革命性新路径。

药品“智管”背后需多方协同

一花独放不是春，百花齐放春满园。浙江药品监管数字化建设深入药监系统的各领域、各方面、全过程。

今年4月，疫苗全链条追溯监管系统（“浙苗链”）正式上线，紧接着，药品风险精密智控系统S1、干部人事“一键通”项目上线运行，综合查一次、药械经营审批一件事、全省通办等工作有序推进，同时谋划了“数字稽查”“掌上检查”等。

数字化改革的意义不仅仅在具体的场景应用上，更在于推动生产方式、生活方式、治理方式发生基础性、全局性和根本性的改变。

将来，全领域、全场景、全业务智控应用将会影响我们的方方面面，在线问药、在线就医、在线开方、在线下单、在线报销、送药到家的非接触、一流条、全天候服务，诸多领域中的数字化建设“红利”，将不断提升广大市民的幸福感和获得感。

然后“敢闯蓝海”的改革背后是牵一发动全身的撬动和裂变效应。

“数字化改革不是单纯的技术工作，也不是一个应用、一个程序就能实现‘数字化’，要有‘舍我其谁’的主角意识。”徐润龙表示，“数字药监”改革之路仍然任重道远，数字业务集成以及多跨协同还需不断加强。

• 医院管理 •

公立医院手术绩效管理，关键是找到对应关系

来源：九风医学教育

随着新医改推进、医保和新农合支付政策调整，公立医院需要建立一个更科学、更符合公益性特征的绩效体系。手术专项绩效管理是医院绩效管理的重要环节，为了促进医院建立以价值管理为核心的现代医院财务战略，利用绩效管理实现公立医院价值的最大化，科学合理的引导医生按照公立医院战略目标和定位开展相应的手术项目。

一、基于 RBRVS 的手术绩效管理模式到底是什么？

以资源为基础的相对价值系数 RBRVS (Resource-Based Relative Value Scale)，是由哈佛大学萧庆伦教授领衔的专家团队开发而成。是指以资源消耗为基础，以相对价值为尺度，来支付医师劳务费的方法。基于 RBRVS 的手术绩效管理模式是以工作量评价为基础，以医院战略目标为导向，统筹效率与质量的分配模式，其中工作量评价以 RBRVS 的医务人员的劳动价值点数 (WorkRVU) 为基准，劳动价值点数 (WorkRVU) 由技术含量或教育训练成本、劳动负荷或工作时间、医生本身需要承担的风险责任三部分组成。

二、关键是找到对应关系！

基于 RBRVS 的手术绩效管理模式的核算方法将 RBRVS 用于手术绩

效管理模式，关键找到需要绩效评价的手术项目与 WorkRVU 点值对应关系。建议公立医院以现行国家收费的手术项目作为手术绩效管理模式的评 价内容，根据美国医学会出版的《医疗保险相对价值系数》中 CPT 的名称和内涵，建立与医务人员的劳动价值点数 (WorkRVU) 之前的对应关系，即对每个手术项目赋予相应的点值。根据绩效方案，测算点单价，计算出每点的绩效价格。绩效管理模式的探索，应当是引导医务工作者提高资源利用效率，扩大服务量，优化服务水平。方案的设计应当向新技术、高难度的手术项目倾斜。对于省内或国内首先开展的新业务允许在原 RBRVS 点值的基础上上调。

基于 RBRVS 的手术绩效核算方案，可以科学合理的引导医生按医院发展方向开展相应的手术项目，激发手术医师的积极性，确保医院“提高服务质量，保证医疗安全”这一目标的顺利实现。

1、手术绩效管理方案的体系构建设计

手术绩效方案的前提是构建一套绩效管理体系。手术绩效管理体系构建的关键在于是否能够找到一种有效评价医师工作量的工具，以 RBRVS 量表赋值手术服务项目作为评价手术难度、手术风险的手段，可以达到提高手术质量和手术效率的目的。

2、考核范围及考核周期

手术绩效考核对象包括手术科室(外、妇、眼、耳鼻喉)及非手术科室中的内镜下治疗业务、介入治疗业务。每月按医院的考勤月进行考核，即当月 1 日 00:00:00 至月末最后一日 23:59:59 为一个月度。

3、手术绩效核算方法

为引导医师提高资源利用效率，扩大服务量，手术绩效核算方案设计了基础工作量绩效和超额工作量绩效。

(1) 基础工作量绩效

医院以科室及个人历史手术量为依据，设定了科室及主刀医师基准量。根据 RVRBS 的内涵，将 HIS 收费明细里的所有手术项目赋予点数，即手术点数。医院将医师对应手术权限与手术级别对应，通过对应系数鼓励具有一定资质的医师选择手术难度高的手术。每台手术所得总点数包括主刀医师点数和助手点数，医院根据手术医师身份设置总点数的分配比例，主刀医师独立完成手术 100% 全额分配，带助手的手术项目根据助手数量按比例分配。

为真正实现多劳多得、优劳优酬，医院根据主刀医师基准量考核主刀医师完成率，若个人当月完成基准量，个人完成率设定为 100%；若个人当月未完成基准量，个人完成率=个人实际发生的手术数量/基准量。新型手术绩效模式的探究应当在尊重医师历史收入水平的基础上，体现医院总体医疗服务水平和质量，点单价可以作为平衡新旧绩效的一种手段。由于医院各科系手术难度、风险不同，医师的收入水平也不同，点单价应当在尊重历史绩效水平的基础上核定。医师基础工作量绩效由每例手术所得点数、手术数量、对应系数、分配比例、医师完成率、点单价六要素组成。其中主刀医师基础工作量绩效=Z(每例手术所得总点数 x 对应系数 x 主刀比例) x 完成率 x 点单价，助手

医师基础工作量绩效=Z(每例手术所得总点数 x 对应系数 x 助手比例) x 点单价。

(2) 超额工作量绩效

在保证医疗质量和安全的前提下，绩效核算与分配应当与服务质量和数量挂钩，为提高手术科室运行效率，激发手术相关人员的积极性，在主刀医师及所在科室当月手术量均超过基准量的情况下，对医师采用超额累进制的方法核算手术绩效，当月医师总点数超过个人基准点数的部分，按照超额累进核算标准阶梯式奖励。综上，若当月医师个人及所在科室手术量均达到基准量，个人总绩效为基础工作量绩效与超额工作量绩效之和；若当月医师所在科室手术量未达到基准量，但个人达标，个人不享受超额工作量绩效，全额享受基础工作量绩效；若当月医师个人未达到基准量，则无论医师所在科室是否达标，均不享受超额工作量绩效，按个人实际发生手术量占基准量的比例享受基础工作量绩效。

三、以某医院为例，分享改革成效

S 医院于 2018 年 5 月起实行基于 RBRVS 手术绩效管理新模式，新的手术绩效方案已经运行 5 个月，从整体运行情况来看，手术绩效管理结果与方案设计框架和目的保持一致，基本实现了手术绩效方案设计的预期目标，取得的成效如下：

1. 新手术绩效管理模式的构建改变了医院管理模式

通过引进 RBRVS 手术绩效模式，医院建立起了以工作数量、工作

质量、手术风险为基础的管理体系，真正做到多劳多得、优劳优酬。与原先以手术价格、手术级别为基础核算手术绩效不同，新绩效方案与新医改的要求完全契合，着力体现医务人员技术劳务价值，通过科学的手段提高医院管理水平。同时，新绩效系统能够提供科室及个人的量化数据，方便科室及个人查询，医院通过大数据管理，体现医师个人劳动价值。在医院管理模式上，由粗放的行政化管理转向精细的信息化管理。

2. 强化医院战略定位，显著提升医院运行效率

自 2018 年 5 月实行新绩效管理新模式以来，平均住院日快速下降，手术数量和手术难度同步提高。2018 年 5-9 月全院出院者平均住院日为 4.89 天，比去年同期降低 0.8 天，全院手术数量较去年相比增加了 10570 例，其中眼科增加了 6173 例，妇产科增加了 1743 例，科室之间比学赶超，呈现良好的势头，服务数量显著增加。医院平均住院日下降的同时，趋势医院手术数量呈增加趋势，说明通过基于 RBRVS 绩效管理新模式改革，进一步强化了该院作为市级大型公立医院的定位，在同样的资源下，服务了更多的病人，提高手术室的利用率，显著提升医院运行效率。

3. 激励医务工作者开展新项目、高新技术

S 医院作为一所三级甲等医院，应当主要承担部分危重疾病和一般疑难复杂疾病的诊疗，为了配合新医改“分级诊疗”的政策，新绩效管理方案科学合理的引导医生按公立医院战略目标和定位开展相

应的手术项目，鼓励医生多做高级别手术。2018年5-9月期间每台次点数由14.98点/台次上升到16.65点/台次，说明在医院手术数量提高的同时，手术难度也有很大提高。新绩效管理方案的实行促进了“分级诊疗”政策的落实，和医改的要求完全契合。

4. 提高待遇，通过提高医务人员手术绩效切实调动医务人员积极性

绩效管理必须实现组织绩效管理与员工绩效管理的整合。通过基于RBRVS绩效管理模式的激励，员工加大劳动强度、提高工作效率，为医院带来了经济效益与社会效益。对员工而言，个人对部门和医院所做出的贡献需要通过薪酬的方式得到补偿，通过对员工的激励与能力开发，可以促进医院和部门绩效目标的实现。笔者统计了实行基于RBRVS绩效管理模式下医院手术收入及手术绩效总额，并对比了同一口径下2017年往期数据，手术收入比往期增长39.28%的同时，手术绩效总额增长了64.58%，说明医院在投资方向上逐渐转向扩大分配、提高医务人员收入水平方向。

另外，绩效分配总额增加的同时，也带动了医院手术收入的增加，医务工作者更愿意投入更大的精力为医院作出贡献，形成个人和团队救死扶伤和维护群众健康的责任感和使命感，通过资源纵向流动提升服务体系整体绩效。

科学合理的手术专项绩效核算和分配，能够使医护人员对本职工工作进行客观、全面的评价，促进工作质量的提升和个人价值的实现。

基于 RBRVS 的手术绩效管理模式的以工作量评价为基础，以医院战略目标为导向，在新医改的社会背景下，为公立医院提供了一种新的专项绩效管理模式，建立起一种科学的管理机制，能够有机的将医院使命与阶段性的目标任务整合在一起，提高医院经营管理水平。

S 医院手术绩效方案是对医院绩效的合理补充，是一种专项绩效，由于医院绩效考虑了成本问题，手术绩效方案中没有强调对成本的控制要求，若医院单独使用该手术绩效管理模式，需要补充手术成本的核算方法。另外，该院手术绩效方案通过绩效激励医师多做手术，这也为过度治疗埋下了隐患，医师依赖于手术的方式治疗有可能会损害患者的利益，这需要医院设计出质量综合评价法来解决这一隐患。RBRVS 虽然已被欧美等好多国家和地区的医院使用，但在使用过程中要注意因时制宜、因地制宜。

基于 RBRVS 的手术绩效管理模式满足了政府和民众对医院提高医疗服务质量和效率的要求，改变了公立医院原有的运行模式和管理方法，建立了以“岗位工作量、医疗质量与安全、患者满意、医德医风”为核心的绩效分配制度，彻底改变以手术费用、手术级别为基础的分配方法，能够引导医生从事体现医院发展方向和定位的手术项目，激发手术相关人员的积极性，进而能够提高手术质量和手术相关科室运行效率，最大限度地利用医疗资源，提供更多优质的医疗服务，实现医院社会效益和经济效益双赢。随着 RBRVS 在公立医院绩效管理中的广泛应用，手术专项管理模式必将在实践中进一步改进与完善。

从湖南省直中医医院总结中，感受八种院感专业思维

来源：医管通

当前，国内疫情防控形势严峻复杂，湖南省多地相继报告新冠肺炎本土确诊病例，我们医院所在的株洲市正面临疫情防控工作的重大挑战。郑州市第六人民医院发生院感事件，再次重重地敲响了医院院感防控工作的警钟，要求我们对院感防控工作始终保持高度的警惕性和敏感性。为了让全院上下将院感管理思维贯穿疫情防控的始终，总结出了“八项院感专业思维”，分别是：体系思维、流程思维、细节思维、分区思维、培训思维、督导思维、当责思维、底线思维，不断强化并根植在员工日常的抗疫行为中。

一、体系思维

工作中拥有“体系”思维非常重要，它能够让我们思考和做事都变得有条理，减少无用功，提升工作效率。

这次疫情开始，我们按体系思维中最重要的影响因素“人”的角度入手开始进行体系化规划，首先由医院党委加强院感管理部人员配置，调集呼吸内科副主任医师等多名临床医生充实院感队伍，将原来疫情防控经验丰富的人员紧急调入感染管理部，因为很多医院的院感人员多是护理人员转岗而来，并计划从湘雅公共卫生学院引进两名公共卫生专业研究生加入院感队伍，每个科室设置院感专员，在后勤、保洁等部门派驻院感督导员，全面充实院感专业人才队伍，编制一张

院感管理的大网。

之后，我们又从硬件环境等方面进行体系规划设计。我们医院原来设有一个比较规范的发热门诊和一个 6 张床位的隔离病区，发热门诊配置有独立的药房、化验室、发热病人 CT 室、核酸采样室、核酸检测实验室，是株洲地区设置最为完善的疫情防控体系之一。然而，即使是这样符合国家政策、自认为比较完善的发热门诊和隔离病区，在本轮疫情的冲击下，暴露出体系性的缺陷。

由于“德尔塔”病毒传染性强，新冠疑似患者急诊手术不能在隔离病区完成，转入中心手术室开展手术，将极大地增加院内交叉感染风险，如何破解？新冠肺炎疑似孕产妇急产，疫情排查不清楚，进入中心产房分娩，产科发生院感风险陡然增加，如何解决？生命体征不稳定的危重疑似患者抢救还没有闭环管理的场所等等问题。我们大胆设想，能否在原有的闭环管理体系中进一步设立隔离手术室、隔离产房、隔离 ICU，最大限度提升原闭环管理体系的功能呢？疫情就是命令，防控就是责任，生命重于泰山，医院当机立断，将原来一个发热门诊扩大为三个，分别是成人发热门诊、儿童发热门诊、孕产妇发热门诊，每个发热门诊内又设立普通发热诊室和特殊发热诊室；将原来一个隔离病区扩展为三个隔离病区，隔离一区主要收治红码、密切接触者等高度疑似患者，隔离二区主要收治普通发热疑似患者，隔离三区主要收治儿童、孕产妇新冠肺炎疑似患者，并在隔离病区设置隔离产房、隔离手术室和隔离 ICU。所有进入闭环体系的疑似患者，在同

一个闭环体系内可以完成门急诊诊疗、常规辅助检查、住院治疗、手术、分娩、ICU 抢救等不同诊疗科目，俨然一所传染病防治医院。体系的完善，带来的是医院诊疗能力的提升，疫情期间，医院在完成本院新冠肺炎疑似患者诊疗工作的同时，还有序接收了部分从外院转诊的新冠疑似患者的诊疗工作。

二、流程思维

流程是结合目标从开始到工作结束确定全部步骤与方法的全过程，总结所有的工作流程中可能发生、可能存在的问题，制作成规范，每个好的流程从头至尾全部完成需要做到几个方面，管理部门和人员不重叠、动作不重复、不省略，缩短流程时间，提高运行效率，节约运作成本，降低运营管理风险。在实际中，复杂的工作往往是由多个步骤、多个流程组成的，将每个步骤和流程优化，这就是就是流程思维。流程根据工作层级的不同可以分为跨部门的全局合作性流程，称为大流程，也有局部性、甚至个人操作层面的流程，称为小流程，大流程里套着小流程，小流程驱动大流程，如此往复。

从疫情防控的角度大流程层面来说，医院设置了从预检分诊-发热门诊-隔离病区等一整套闭环管理流程，围绕优化这一大流程，分别优化各种小流程。以预检分诊为例，把预检分诊分为测体温、查双码、做流调、过闸机四道工序，专人负责，流水作业，确保病人在保持安全社交距离的前提下，快速有序进入诊区就诊。具体措施：

- 1、预检分诊-发热门诊-隔离病区通过明确的标识系统，通过熟

悉通道的专业医务人员引导护送，环节之间实现无缝对接，很大程度上提升了大流程的运行效率，也规避了暴露的风险。

2、预检分诊选用经验丰富的高年资医务人员准确分流，从测体温、做流调、查双码，到询问新冠十大症状，预检分诊患者分流正确率达到 99%。

3、发热门诊二次分诊，将特殊发热患者和普通发热患者分流到相应的诊区，这一措施在成人发热门诊、儿童发热门诊、孕产妇发热门诊均严格执行，降低院内感染的比例。

看起来这都是很小流程中很小的环节，但是我们认为是非常重要的流程规范。我们医院还制定了一套一系列的流程包括：门诊预检分诊流程、患者就诊流程、发热病人转运流程、红黄码患者就诊流程、穿脱防护服流程、确诊病人转运到集中隔离救治点流程、普通临床科室医疗废物处置流程、高危(新冠肺炎)医疗废物处置流程等。

三、细节思维

细节思维是在流程思维之下必备的思维模式，因为细节决定成败。推理便是对细节的极致观察。“细”意味着小，小意味着不容易被人发现或者关注。“节”就是关键环节。所谓细节，就是小的不易被发现或注意的关键环节。真相在细节里，巧立细节，完善系统，培养职工的细节思维。我总结四个步骤包括发现问题、检讨方法、解决问题、利用 5W1H(what, where, who, why, when, how) 进行识别，从四个步骤进行细节管理：

1、去发现，找问题。要在目标之下的标准中发现存在的差距，比如测量体温这件看起来的小事，我们发现会存在红外遥感测温仪受到环境温度的影响有时并不准确。再比如，我们看别人健康码的时候必须看当天的健康码，实际工作中，发现有的人耍小聪明，把绿码截图，甚至拿着他人的健康码截图让检查人员看，而这位同志可能是个黄码。

2、去达到：找原因，想对策。我们观察是因为有的人暴晒或运动后体温升高，可以稍作休息后再测，以获得真实的体温数据，这就需要细心的工作人员使用体温枪或温度计复测。

3、去解决：多办法，多尝试。通过不同细节，不同的原因，用针对性的方法。比如说很多人反映行程码无法打开，不细致的工作人员会说“打不开我也没办法”，实际情况是，在健康码界面打开行程码，有时会打不开，但是在微信下拉小程序中行程码是一直可以打开的，这就是细节思维。

4、去改进：我们在流行病学调查、询问新冠肺炎十大症状，需要工作人员有充足的知识储备和耐心细致的工作作风，针大的窟窿斗大的风，细节把握不好，可能导致错误地将潜在阳性患者分诊到正常诊区就诊，千里之堤毁于蚁穴，后果是精心布置的院感防线全面崩溃。因此，我们一直在培训中强调院感细节思维的重要性，并着重加强院感细节的督导，包括督导手卫生的状况、消毒液的配比、院感知识的掌握等等，最大程度上避免院感防线的漏洞。

院感工作被称为“上管天、下管地、中间管空气”的工作，当然这只是一个形象的比喻，说的是要管控好传染源、切断传播途径，这需要人人具备院感管理的细节思维，每一个细节，每一个环节都不能放过。

四、分区思维

在体系思维、细节思维中我们形成了分区思维，从四个角度进行分区。

1、落实责任分区。将疫情防控和院感督导责任落实到每一位院领导，落实到每一个行政职能科室，落实到每一个工作人员。

2、实行空间分区。将不同患者群体分布在不同的区域，在传染病的传播途径上设置空间距离和物理屏障，减少院内交叉感染风险。在大布局上，医院把新冠肺炎院感防控闭环体系设置于医院后门人流量少、场地空旷的位置，实现其与正常诊疗场所的分区管理；闭环体系中的每一个独立单元(比如发热门诊等)在设置三区两通道的基础上，又划分为普通发热诊室和特殊发热诊室；在核酸采样点，设置等候区、采样区、缓冲区、留观区和临时隔离区；在病房管理上，将每个病房分为新入院病人过渡区、普通病人区、应急隔离病区。

3、做好人群分区。我们发现黄码病人逐渐增多，有的黄码患者是无症状的社会人员，到医院核酸采集点来做核酸检测，有的黄码病人是因为有诊疗需求到医院来就诊的，绿码、黄码、红码病人在同一区域采集核酸，增加交叉感染风险。鉴于这一情况，医院果断增设核

酸采集点，将绿码、黄码无症状、黄码有症状、红码病人分为四个不同区域进行核酸采样，各采集点严格管控人员安全社交距离、戴口罩，最大限度降低人员交叉感染风险。

4、进行风险分区。分为极高风险区、高风险区、中风险区、低风险区四个区域。极高风险区：转运密切接触者及确诊患者的医务人员、转运救护车，检验科；高风险区：预检分诊、急诊抢救室、隔离一区、二区、三区，血透室、3个发热门诊(儿童、成人、妇科)、发热病人专用CT室(内科楼2A楼)、4个核酸采集点；中风险区：普通门诊诊室；低风险区：住院部、公共区域。四个区域的医护、保洁人员的防护、手卫生、医废处置、环境物表消杀等措施均按分级管理。

五、培训思维

我们有针对性地为每个岗位设置了不同的院感培训提纲，设置了不同的院感培训内容，如同“GPS地图”，建立了我们院内的院感培训地图，根据不同的岗位、不同的区域全部设置了针对性的培训课程，所有的人员可以自己通过线下培训与线上培训结合提升自己的院感知识，不断通过“岗前培训、现场培训、线上培训、个别培训、应急演练”等多种培训形式，开展疫情防控知识和技能训练，特别是针对紧急抽调的人员，包括医院为加强预检分诊力量，紧急抽调各临床科室主任加入预检分诊工作，医院感染控制部及门诊一站式服务部都会连夜对新加入预检分诊的工作人员进行岗前培训，重点针对预检分诊的主要内容、个人防护、岗位职责、预检分诊的细节把握、工作纪律

等方面进行严格培训，并为每个预检分诊工作人员配置胸牌，胸牌的正面是健康码和行程码的二维码，反面注明预检分诊应当完成的工作内容，方便预检分诊工作人员尽快进入角色、同质化完成预检分诊工作任务。短短十余天，组织现场培训 60 余场次。同时，将培训视频上传网络，方便全院各科室结合自己的岗位随时进行针对性学习、复习，避免了特殊时期因集中培训人员聚集带来的隐患。针对进驻发热门诊的医护人员及时进行新型冠状病毒疫情医院感染防控、个人防护要求、消毒隔离要求及医疗废物处置等方面现场培训并对防护用品穿脱流程进行一对一考核，不合格者当场进行再次培训直至考核合格方可上岗。针对物业卫生人员知识水平较低、理解能力较差等特点，采取理论知识讲解、现场考核、随机抽查、反复讲解相结合的方式对其进行消毒方法、消毒频次、消毒剂的配制及个人防护等相关知识培训，保证了医院消杀效果。针对医疗废物回收人员、后勤、财务、药剂、检验、护工、保安、食堂等各岗位工作人员开设培训专场，真正做到全院全员感控培训无死角。

医院为检验新冠肺炎疑似急产孕妇的急救流程，开展专项应急演练。演练模拟一名红码急产孕妇临产，急诊科、产科、新生儿科、产科发热门诊、彩超室、隔离产房、手术室等多部门密切配合，感染管理部、后勤保障部、医务管理部、护理管理部全程保障，模拟实战，演练急救流程。演练结束后召开总结分析会，发现问题立行立改，并进行全流程优化。有一次进行应急演练后的第二天，一名红码孕产妇

来到医院，大家都非常有序，产妇顺利就诊，医务人员防护得当、处置迅速、母婴安全。

六、督导思维

督导是一般由三个基本要素构成：一是谁来督导？二是督导什么？三是督导的标准是什么？督导者、被督导者和督导标准三者互为条件，互相制约，相辅相成，构成了一个天然矛盾的统一体。

感染管理部按照督导检查量表，实施现场管理的“三现原则”，按照工作目标，制作出各环节查检表，白天所有领导与督导人员必须去一线，去现场督导，事实都在现场，需要对照计划要求，检查、验证执行的效果，及时发现执行过程中的问题，深入现场、了解现实，看到现物。每天对门诊、各临床医技科室、后勤、保洁、食堂等部位进行严格督导，发现问题，立行立改，重点岗位 24 小时监管，薄弱环节强化监管，尽最大可能减少由于医务人员和保洁人员等行为因素导致的各种院感风险。同时，医院还设立疫情防控纪委督导机制，对各岗位工作人员是否准时到岗、是否认真履职、工作流程是否严格贯彻、服务态度、人文关怀、医德医风是否良好等方面进行严格督导。督导的原则坚持贯彻院感“三线思维”，即感染防控是贯穿诊疗活动的“主线”，是保障患者安全的“底线”，是依法执业的“红线”。

七、当责思维

当责，是由美国管理学家，罗杰·康纳斯(RogerConnors)、汤姆·史密斯(TomSmith)提出的“从负责到当责”。当责不同于负责，负责

是做了义务内的工作，可能是 100%责任感，通常思维是我做完了。而当责是做到位，担起责任要去履行的义务，是要有 120%的责任感，应具备思维是：我还有什么要做的？怎么改进我现在的处境？在当责思维的这个体系中，需要学习 RACI 模型。

谁负责(R=Responsible)，负责执行任务的角色，具体负责操控项目、解决问题；

谁批准(A=Accountable)，对任务负全责的角色，只有经其同意或签署之后，工作才能得以进行；

咨询谁(C=Consulted)，在任务实施前或过程中提供指导性意见的人员；告知谁(I=Informed)，及时被通知结果的人员，不必向其咨询、征意见。

在这次疫情防控中，我们分级授权所有一线的专家可以针对哪些危急的事自行决策，后报党委；哪些工作必须立刻上报党委，都作出明确的授权。我几乎每天强调当责的思维，医院内的每个人员、医院内的每件物品、医院内每个区域的布局、医院内每件工作的流程、医院内每项工作的细节，尤其要做好重点部位、重点环节、重点人员的院感防控工作，都要有人负责，防止责任盲区，那个环节出了问题，立即找到责任人进行追究。

在疫情防控期间，触碰到防控底线的职工，哪怕是有潜在风险的可能，都会进行严肃处理 and 批评，在上一篇文章中我提到这样的案例：推诿病人的现象，很多医院或多或少都有一些，但是在抗疫期间绝对

不允许发生，这几天我们就有个别医生没有及时赶到发热门诊参加会诊，有的电话会诊，有的推诿，虽然后来由医务管理部出面协调没有延误治疗，但这种现象需要严厉的整治，次日清晨我就带领业务副院长、医务管理部主任等人员到达该科室进行现场整顿，并给予严厉的处罚，公开在全院疫情防控扩大会议上深刻检讨。我在现场督查时发现黄码区域工作突然停止了，一问才知道医院内网断网了，打了电话给信息数据部主任，他们半个多小时才赶来现场处理，一个小时才处理好，其实问题很简单，现场查看发现开关跳闸了交换机没有电，很简单的一个事情，就是这位主任思想上不重视、行动上迟缓，防控上不力，对群众关心不够，影响了抗疫大局，立即给予警告处分，并在当晚大会上公开检讨，这样的事件处理目的是为了不断提高全院职工的担责意识。

八、底线思维

底线思维，是需要认真计算风险，估算可能出现的最坏情况，并努力控制局面。疫情防控，刻不容缓，追求“快、准、狠”的工作基调，“快”要求我们快速反应，“准”要求我们精准排查，“狠”要求我们敢挑重担，敢于亮剑。从底线思维的价值取向我们要做到“快准狠”，首先要考虑好人为因素，注重避免因制度、措施、管理的疏忽等人为因素带来的破坏，结合底线思维重点环节，我们规定了“五个不能”。

- 1、牢固树立底线意识，不能放走任何一例疑似或阳性病例；

- 2、系统排查全面防守，不能发生院感事件；
- 3、严格遵守核心制度，不能出现重大医疗事故和医疗差错；
- 4、认真开展自查自纠，不能出现被上级严重点名通报批评的情况；
- 5、加强职业道德教育，不能出现推诿病人现象。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

在学习领悟中用心书写医保惠民“暖心答卷”

来源：北京市医疗保障局

习近平总书记在庆祝中国共产党成立 100 周年大会上的重要讲话，高屋建瓴、视野宏阔、思想深刻、内涵丰富，运用辩证唯物主义和历史唯物主义世界观、方法论，以科学的态度对待科学，以真理的精神追求真理，提出一系列富有创见的重大思想、重大观点、重大论断，用“四个伟大成就”高度概括了我们党在四个历史时期的丰功伟绩，精辟概括并阐释了伟大建党精神，系统总结了中国共产党在百年奋斗中积累的“九个必须”宝贵经验等，这些重要论述把我们党对共产党执政规律、社会主义建设规律、人类社会发展规律的认识提升到了新高度，具有很强的思想性、针对性和指导性，是引领全党全国各族人民向第二个百年奋斗目标进军的行动指南，是弘扬真理、与时俱进、开辟马克思主义新境界的纲领性文献，是习近平新时代中国特色

社会主义思想的丰富和发展。

在学习领悟中坚定信念信仰。回顾中国近代史，是充满灾难与屈辱的历史，国家蒙辱、人民蒙难、文明蒙尘，中华民族遭受了前所未有的劫难。无数仁人志士奔走呐喊，各种救国方案轮番出台，但都以失败而告终。直到 1921 年，伟大的中国共产党登上历史舞台，中华民族才终于迎来凤凰涅槃、浴火重生的曙光。百年来，我们党在曲折中一步步前进，从最初 50 多人，到拥有超过 9500 万党员，并且依然风华正茂、充满朝气活力；团结带领中国人民，以“为有牺牲多壮志，敢教日月换新天”的大无畏气概，从国家生灵涂炭、一穷二白，建设成为世界第二大经济体，脱贫攻坚全面胜利，实现中国人民千年梦想、百年夙愿……百年征程上，党带领中国人民，创造了让世界震撼的奇迹。中华民族近代以来 180 多年的历史、中国共产党成立以来 100 年的历史、中华人民共和国成立以来 70 多年的历史都充分证明，没有中国共产党，就没有新中国，就没有中华民族伟大复兴。我们要从学习习近平总书记“七一”重要讲话中筑牢信仰之基，以“自信人生二百年，会当水击三千里”的豪情壮志投入医保改革事业中，在“十四五”开局之年开好局、起好步。

在学习领悟中践行对党忠诚。总书记在“七一”重要讲话中深刻指出：“一百年前，中国共产党的先驱们创建了中国共产党，形成了坚持真理、坚守理想，践行初心、担当使命，不怕牺牲、英勇斗争，对党忠诚、不负人民的伟大建党精神，这是中国共产党的精神之源。”

对党忠诚，不是抽象的而是具体的，不是有条件的而是无条件的，就是面对重大挑战、重大风险、重大阻力、重大矛盾、重大问题，始终展现不怕牺牲的英雄气概和英勇斗争的顽强品质；就是始终在党爱党、在党为党，心系人民、服务人民，愿为党和人民利益奉献自己的一切。就如“我生存一天就要为中国呼喊一天”的方志敏，就如面对日寇酷刑仍高呼“中国共产党万岁”的赵一曼，就如慷慨写下“砍头不要紧，只要主义真”的夏明翰。历史是最好的教科书，我们要从百年党史涌现出的革命先烈、英雄模范中，学出对党、对国家、对人民无比地忠诚，增强“四个意识”，坚定“四个自信”，坚决做到“两个维护”，自觉在思想上政治上行动上同以习近平同志为核心的党中央保持高度一致，自觉做到党中央提倡的坚决响应、党中央决定的坚决执行、党中央禁止的坚决不做，执行党中央决策部署不讲条件、不打折扣、不搞变通，严守政治规矩，认真履职尽责，以实际行动践行对党忠诚。

在学习领悟中主动担当作为。百年来，一代接一代的共产党人发扬不畏牺牲、艰苦奋斗、真抓实干的担当精神，凝聚合力，推动着中华号巨轮破浪前行。

当历史的船桨交到我们手中，这就需要我们当好新时代的“划桨人”，立足本职岗位，干出人民认可的实绩。北京市医保局聚焦医保领域的重点难点问题，迎难而上，担当作为，初步建立以覆盖全民的职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，

补充医疗保险、商业健康保险等共同发展的多层次医疗保障体系。2020年，城镇职工参保1381万人、累计就医855.3万人、基金支出899.3亿元，城居民参保398万人、累计就医287万人、基金支出79.3亿元；1595人享受长期护理保险待遇；医疗救助累计14.94万人、2.67亿元，高血压享受待遇65.3万人，基金支付药费2.9亿元；糖尿病享受待遇43.5万人，基金支付药费2亿元。当前，国家药品带量采购、长护险扩大试点、医保支付方式改革等重点任务攻坚“如火如荼”，我们要从学习领悟中主动担当作为，围绕“十四五”时期医疗保障发展规划提出的建设“公平医保、高效医保、安全医保、智能医保、协同医保”目标，凝心聚力完成医疗保障各项改革任务，用心书写医保惠民“暖心答卷”。

在学习领悟中厚植人民情怀。习近平总书记在“七一”重要讲话中强调：“江山就是人民、人民就是江山，打江山、守江山，守的是人民的心”人民是历史的创造者，是真正的英雄。中国共产党始终代表最广大人民根本利益，与人民休戚与共、生死相依……。这些重要论述深刻揭示了党的初心、使命与根本政治立场，体现了习近平总书记的人民情怀。百年奋斗历程充分证明，中国共产党根基在人民、血脉在人民、力量在人民。医疗保障是事关人民群众健康福祉的重大民生工程，北京市医保局坚持以人民为中心，厚植人民情怀，紧紧围绕首都医保事业发展不平衡不充分问题，主要领导先后32次深入到医疗机构、医药企业、基层单位调查研究，帮助解决问题，及时调整

完善医保政策;对医疗新技术,主动向前一步,制定同步定价、同步报销“两同步”政策,既让老百姓受益,又打通支持首都医药产业发展的最后“一公里”;动员全局党员干部(274人次)深入69个社区宣传医保电子凭证应用,现场帮助1922名居民激活电子凭证,极大方便了老百姓就医看病;立足健全多层次医疗保障体系,支持开发普惠性商业补充医疗保险,指导上线“北京普惠健康保”,有效缓解老百姓“因病致贫、因病返贫”问题;采取带量采购、带量谈判、定单式采购、带量联动等4种医药采购模式,既让患者用上质优价廉药品、减轻就医负担,又促进医药产业发展,等等。其主要目的,就是坚持“以人民为中心”医保发展理念,坚持不懈为群众办实事、解难事,始终让老百姓得到与首都经济社会发展相适宜、相匹配的医疗保障服务。

[返回目录](#)

医疗保障待遇清单,划清政府和市场边界

来源:中国经济时报

为提高医保统筹水平,缩小地区和人群之间的待遇差距,实现医疗保障制度的公平性和可持续发展,备受关注的医疗保障待遇清单制度经过两年多时间的酝酿,近日正式发布。

8月10日,国家医保局、财政部发布了《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(下称《意见》),并附国家医疗保障待遇清单(2020年版)。《意见》的出台,标志着关系到我国13.6亿参保人切身利益

的医保待遇清单制度迈出了关键一步，这也是国家基本公共服务民生支出清单管理改革的试点。

五大背景催生《意见》出台

这份《意见》早在 2019 年 7 月就向社会公开征求意见，经过 2 年多时间的酝酿，于本月正式公布。

全国政协委员、中国社科院世界社保研究中心主任郑秉文在接受中国经济报社记者采访时说，今年是“十四五”开局的第一年，国家发布该《意见》，意义很深远。从深层次分析，主要有五方面背景。

第一，我们建立社保制度的基本原则是尽力而为，量力而行。医保制度的待遇水平既不能超越我们的历史发展阶段和消费水平，但同时又不能不到位。越位和不到位，都不利于调动各个生产要素的积极性，也不容易满足老百姓的需求，甚至会起到相反的作用，会遭到一些抱怨。所以，用政策的形式对医疗保障待遇清单作出界定，有利于规范基本医疗保障制度的边界。有了政策保障，才能够做到尽力而为、量力而行。

第二，我们的医疗保险制度的统筹层次还很低，现在是以市级为主，社会保险法提出以省级统筹制度的目标尚未实现。由于有的地方对此认识不一致，有的地方超出目前待遇的政策界定范围，有的地方在执行上可能还不到位，因此，出现参差不齐的现象。这样将会导致地方之间的攀比加剧，不利于地区间统筹协调。实施医保待遇清单制度，建立一个全国范围内比较统一的待遇水平和政策，就可以理清边

界，让各个统筹单位有据可依，遵照这些基本政策执行。

第三，我国正面临严峻的老龄化问题，老龄化的一个重要方面意味着老年人医疗保障的支出比重就越大，这也意味着医保基金的压力在加剧，可持续性将面临严峻的挑战。现在出台《意见》，有利于及时提高医保制度的财务可持续性。

第四，这对发展多层次医疗保障体系起到促进作用。它规定的是我们基本医疗保险制度的支付边界，相当于规定了基本医疗保险制度的主办人是国家，清晰界定了国家在医疗保障制度中的边界。国家的边界清晰了，就意味着市场的边界也清晰了，这也给商业保险带来很好的预期。形成让制度更具活力，供给更加多样性、多元化的局面。

第五，最重要的一点，待遇清单制度的发布，可以降低老百姓医疗的自费比例。因为，医疗费用已经成为老百姓生活当中的一座大山，看病难、看病贵的问题依然存在，甚至影响了我们人口均衡发展这样一个趋势。

“要想降低百姓看病的成本，那么，医疗保障清单制度非常重要，它清晰界定了医保支付边界，我们的商业保险就会大踏步地前进。”郑秉文表示，目前来看，如果仅靠国家筹资这一块，压力非常大。只有国家筹资、市场筹资、个人筹资这三块并驾齐驱，这样才有可能降低老百姓看病贵的负担。

全国范围内要走一盘棋明确划分权责边界

接受中国经济时报记者采访的专家认为，《意见》明确划分权责

的边界，其出台的重要价值和意义在于促进医保制度的公平性和可持续性，同时也给未来发展留出了空间。

“《意见》亮点颇多，还比较接地气，其核心内容旨在全国范围内要走一盘棋，体现了民生保障更加公平更可持续。”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中国经济时报记者采访时说。

冯文猛分析认为，从《意见》内容来看，有三点指向比较明确：

一是对基本制度和政策作了安排，要点明确。基本制度、基本政策、基金支付范围、不能支付的范围都有了明确规定。以前是相对笼统的，现在更加具体，“基本”中所含的几个关键要素都明确列了出来，便于更好执行和实施落地。

二是针对性强。《意见》强调，各地在基本制度框架之外不得新设制度，地方现有的其他形式制度安排要逐步清理过渡到基本制度框架中。各地原则上不得再出台超出清单授权范围的政策。这一做法就是针对近些年不断凸显的人群之间和地区之间保障水平不等、差异过大导致的保障公平性受到影响的问题。针对性措施的出台，有望让这一问题得到更好解决。

三是给了3年清理、衔接的过渡时间。当前，不同地区和不同人群的待遇还存在差异，医疗保障也是涉及多方利益的复杂问题，在解决现存问题中，需要做好协调，遵循平稳过渡的做法，而不能简单实施一刀切。

业内人士解奕炯向本报记者表示，医疗保障待遇清单包含着基本制度、基本政策以及医保基金支付的项目和标准，还有不给予支付的范围，这几项都列得清清楚楚。这是第一次从政府的层面给予医保支付设立了一个基准线，明确划分了权责的边界。

限定地方医保政策调整权解决不平衡问题

目前，我国医保政策地区间差异较大，筹资和待遇的不均衡，既不适应人口流动，也阻碍了异地就医、区域协调发展。《意见》的出台限制了地方政府及其有关部门医保政策调整权。从《意见》可以看出，地方不得自行设立超出基本制度框架范围的其他医疗保障制度。主要体现在三个层面：一是超出保障层次，二是超出支付比例，三是超出支付范围。

中国财政科学研究院社会发展研究中心副研究员朱坤在接受中国经济时报记者采访时表示，《意见》对于解决各个地方的医保待遇不平衡问题具有非常重要的意义，同时也是此政策最大的亮点。

“我国目前经济发达地区保障待遇要好于不发达地区，待遇清单一致意味着各个地方的待遇保障范围是一致的、平衡的。现存的这种不均衡的问题将通过《意见》得到很好的解决。”他说。

记者了解到，目前地方自行出台的一些报销制度不规范主要包括：有些地方将更多种类的抗癌药、高值医用耗材乃至器官移植纳入医保报销范围；有些地方将体检费用、国家医保目录以外的费用纳入支付范围。

一位业内人士向记者分析，《意见》提出的规定意味着我国医疗保障制度从基层探索到顶层设计、从分散化和碎片化走向统一化和规范化的重大转变，不断实现全国医疗保障水平一体化，引导地方和群众实现合理稳定的预期，确保医疗保障制度公平适度、可持续发展。

“《意见》的出台，要求地方制度向国家层面看齐，禁止建立地方医保制度，地方不得自行出台特殊待遇政策，地方不得自行制定或增加目录内药物。对一些地方目前的医保待遇有限高提低的影响，纠正过度保障和保障不足等问题，体现基本医疗保险的‘保基本’责任。”

上述业内人士分析道，对于筹资能力较强的地方，此前的医疗保障待遇较高，在医保待遇清单制度执行后，这些地方的医保基金支出项目和标准必须进行清理规范，医保待遇不能超出国家标准。对于筹资能力较弱的地方来说，此前通过调低待遇保障的方式，维持基本医保的运转，在医保待遇清单制度执行后，这些地方的医保待遇需要提高，以达到国家规定“下限”。

此外，朱坤认为，待遇清单一致除了对于解决医保待遇不平衡具有重要意义，也有助于推进异地就医即时结报。

近年来，随着我国医疗保险的普及，异地就医情况也越来越普遍，为了方便人们的就医，必须进行医保异地结算。异地结算的进行能够很好地满足人们的就医需要，帮助患者节约大量的就医时间，使患者更好地就医。

[返回目录](#)

· 国际视野 ·

中美 DTP 特药零售市场比较

来源：Latitude Health

中国的 DTP 主要是为新特药提供服务，高度依赖于院内的处方，主营收入来自新上市和上市后未进入医保的药品。而美国的特药药房主要提供新特药服务，但主要收入来自医保和商保覆盖的特药药品。当然，随着医保双通道政策的推行，中国 DTP 药店获得了更多来自医保的报销，但无论在体量还是支付方的支持上，中国 DTP 药房还远逊于美国特药药店。

从美国特药药房的特征来看，支付方牢牢控制了处方的流向，不仅有能力将处方从院内导向院外，而且日趋将处方导向在线邮寄和自身拥有的特药药店。只有那些没有 PBM 的小型支付方或本身是独立的小型 PBM 才会将处方导向那些独立特药药店。随着大型商保公司和与其有强关联的 PBM 逐步控制了处方的流向，美国零售药店的集中度日益升高，这对独立特药药店带来了很大的压力。

从美国特药药店排名来看，排名前十的特药药店已经占到市场规模的 85%，而在这前十家药店网络中，有 5 家是与大型商保已经进行了整合，两家是流通商，两家是零售商，一家是特药解决方案提供商。独立的特药药店很难再有大的发展机会，尤其是随着医院大规模的进入特药零售，这对院外的独立特药药店也形成了挤压。

2018 年，美国最大的独立特药药店 Diplomat 不得不出售给联合

健康旗下的 OptumRx，售价只有 3 亿美元(含 5.6 亿美元债务)，而 Diplomat 在 2015 年的市值曾经高达 30 亿美元。Diplomat 的陨落主要是其为了扩大自身收入进入 PBM 领域，但由于收购的小型 PBM 的体量过小，并不能带来大规模的收入，但却导致大型 PBM 将其视为竞争对手，从而减少给予 Diplomat 的处方量。另一方面，小型 PBM 由于用户数量较小，在药品价格上不如大 PBM 有优势，在 Medicare 商业保险计划收紧支付的情况下很可能亏损。Diplomat 收购的两家公司就存在这个问题，MedicareD 合同的亏损达到了 2 亿美元。

另一方面，Diplomat 也在尽力提高毛利，这主要是绕过流通商直接和药企进行交易，从而提高自身在药价上的竞争力。不过，由于 Diplomat 体量的关系，即使与药企直接谈判，也难以获得其他大型 PBM 那样的折扣，这导致其平均处方价格和毛利在 2017 年之后落入了个位数，再以难现之前的双位数高增长。

最后，Diplomat 面临药企限制药店网络的挑战。为了维持自身的高价和加强对特药使用的控制，美国药企将一个高价药的供应网络设置成窄网络，这对独立药店形成了压力，一旦拿不到网络许可，就无法销售这一药品。在与大型药店网络的竞争中，Diplomat 这样的独立药店的竞争力并不强。

因此，受到美国高度集中的 PBM 市场的推动，美国特药药房的市场也高度集中，依托自身体量的优势，大型特药药店在药品准入、价格和处方流向上都已经利益最大化了，这使得美国特药零售市场高度

寡头化。不过，毕竟美国是商保和医保并立的市场，市场仍有中小公司的生存空间，独立特药药店仍能占有一席之地，但在市占率上较低，难以与大型特药药店抗衡。随着 Diplomat 被合并进入大型商保体系，美国市场再难有大型独立特药药店能对市场进行挑战。

如果回到中国市场来看，由于缺乏大型 PBM 控盘，市场的碎片化特征比较明显，主要的竞争优势在于和医院的关系。由于中国特药零售依附于医院的模式，流通商才是市场的主力，而非保险公司或大型零售药店。由于大型流通商与医院已经建立了较为紧密的合作关系，通过开设院边店的模式与医院加深合作是水到渠成，这从大型特药药店的数量可以看出，超过 100 家 DTP 药店的只有老百姓是零售药店，其余全部是流通商，且流通商拥有的 DTP 药店的单店收入都远高于零售药店或其他机构开设的 DTP 药店。

除了碎片化之外，中国 DTP 药店还有三个特征：毛利较低、总体市场规模仍然很小、支付方是双刃剑。

首先，中国 DTP 药房毛利较低，与美国的特药药房相比相差较大，这主要是受制于药价。中美两国的特药药店的毛利率虽然相差不大，都落入了个位数，比如 2018 年，Diplomat 的毛利率为 6%，而同期国内大部分 DTP 药房的毛利率普遍在 3-8% 之间。但由于美国的特药价格极其昂贵，这导致两者之间的毛利金额差异较大。而且，中国药店的药师无法得到政府支付的配药费。因此，中国 DTP 药房的主要利润来药企的折价，这就回到了和美国一样的以量换价的模式，有利于大

型 DTP 连锁药店。所以，毛利金额较薄，又缺乏配药费这两点导致中国 DTP 药店的净利普遍不佳。而由于缺乏体量的优势，很多中小型 DTP 药店都是亏损的。

其次，DTP 市场规模仍然较小。虽然中国市场的特药市场增长较快，而且随着老龄化的加剧，未来市场潜力巨大，但由于中国是医保全覆盖的体系，特药很难出现美国那样的高价，整体市场规模也难以与美国比肩。第一，中国医保缴纳水平较低，占人口绝大多数的城乡居民医保的人均年缴纳保费只有 800 元人民币，这导致医保对高价药的覆盖能力不高，如果要进入医保，势必要大幅降价。第二，中国药企的模仿能力较强，一旦高价药专利过期，仿制药上市后势必推动价格战，这也将进一步压低药价。第三，考虑到中国市场的实际消费能力有限，如果固守医保外的自费市场，很难真正做出市场规模，只能在单品上维持中小规模。

因此，中国 DTP 市场如果主要收入来自医保，由于药价不高，很难快速推高收入，且医院仍是特药销售的主要场景，院外只是补充，很难真正做大做强。而如果主要收入来自自费病人，药价虽然能维持高位，但除了独家品种，其他品种仍然避免不了价格战，最终还是要靠跑量来推高收入，这对中小药店的压力较大。

最后，支付方是中国 DTP 药店的双刃剑。与美国主要依靠医保和商保来推动特药销售不同，中国 DTP 药店目前主要依赖自费药发展。随着医保覆盖更多的特药和双通道政策的推行，DTP 药店可获得一定

的增量。但是，由于院内药品实施零差价，双通道药品无法获得药价差，而且药店也无法获得配药费，这导致 DTP 药店只能将其作为引流产品做大收入，无法产生任何利润。而且，一旦药企给予药店折价，相同品种在院内就面临第二年降价的挑战。

因此，支付方对中国 DTP 药店是双刃剑，虽然获得了医保覆盖，但如果没有药价差，这些产品只能做大营收而无法产生利润。而且，特药药店本质是中国医院的补充渠道而不是主力，这与美国是完全两回事。

当然，受到市场需求的推动，DTP 药房在中国仍将获得持续快速的发展，但不宜将其直接和美国对标，而是和日本等医保为主国家进行对标比较合适。从日本市场来看，专门的特药药店并不是市场发展的主流，主要是在大型处方调剂药店之间展开竞争，核心是为大学医院和公立医院提供相关服务。考虑到日本处方大部分外流，且药店能获得配药费，中国市场的 DTP 药店的市占率和规模也要比日本市场逊色很多。

[返回目录](#)

详述美英德健康险之道，再探中国模式破局关键

来源：今日保

健康险无疑是近年来国内最火热的险种之一，其巨大的市场空间和强劲的增长趋势吸引着众多经营主体参与其中。

总体来看，尽管我国商业健康险业务发展迅猛，但经营模式仍停

留在销售同质化产品的初级阶段，尚未融入医疗健康生态，形成可持续发展模式。

纵观国际市场，美国、英国、德国等发达国家经过较长时间的探索，已经摸索出了一套适合本国国情的较为成熟的健康险发展路径。

研究海外不同社会保障体系下的健康险发展经验和优秀健康险公司的成熟商业模式，有助我们在快速发展的市场环境下，构建可持续发展的核心竞争力，在激烈的市场竞争中脱颖而出。

1、全球健康险发展经验之美国联合健康模式

美国健康保险体系主要分为社会保险体系和商业保险体系。美国社保实行补缺型医疗制度，覆盖范围很窄，绝大部分人群不在社保范围内，需要通过商业保险来获得医疗保障。

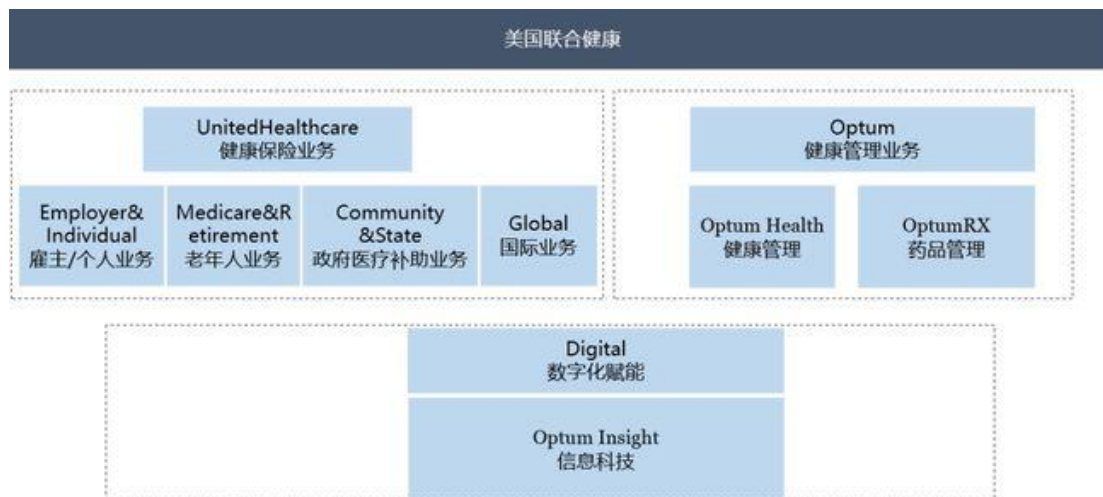
经过近 90 年的发展历程，美国商业健康险市场逐步发展到以管理式医疗为核心的阶段。管理式医疗模式的实质是将保险机构和医疗服务提供者结成利益共同体，从而达到有效降低风险以及医疗费用的目的。

成立于 1974 年的联合健康集团(UnitedHealthGroup)业务覆盖美国 50 个州和 130 个国家，是美国乃至全球最大的商业健康险公司，在《财富》杂志 2020 年发布的世界 500 强排行榜中位列第 15。截至 2020 年，公司总资产 1973 亿美元，净资产 683 亿美元，营业收入 2571 亿美元。

联合健康集团聚焦于管理式医疗，形成了以健康保险业务(Unit

edHealthcare) 和健康管理业务 (Optum) 两大板块为主的业务格局。

联合健康业务模式



资料来源：公司官网，公开资料整理

● 健康保险业务

联合健康的健康保险业务 (UnitedHealthcare) 根据不同类型客户设定四大业务模块，分别为：

①面向大型企业雇主、公共部门、中小企业主和个人提供健康保险计划的雇主与个人业务，产品涵盖传统健康险及医疗福利产品、与金融账户连接的参与型产品和临床医药产品等；

②面向 60 岁以上人群，满足他们日益增长的预防服务、急性病诊疗、慢性病诊疗和老年人常见病护理需要的老年人业务，产品涵盖老年人保险优惠计划、老年人处方药保险和老年人医药补充保险、以及护理和临床管理、护士健康热线等服务；

③服务于经济困难、医疗服务不足和没有雇主资助的医疗健康服务群体的政府医疗补助业务，产品包括贫困家庭临时援助 (TANF)、儿童健康保险计划 (CHIP) 以及其他社区医疗计划；(4) 为在国外居住、工

作或旅行的人提供健康解决方案的国际业务。

● 健康管理业务

联合健康的健康管理业务 (Optum) 作为其健康保险业务的延伸，主要由健康管理 (OptumHealth) 和药品福利管理 (OptumRX) 等业务线组成，承担健康、医疗、护理、药品服务等职责，既能满足保险业务的服务需求，也能单独获客，服务保险体系外用户。

其中，健康管理 (OptumHealth) 是联合健康旗下一家为团体客户提供健康管理服务的公司。截至 2019 年，OptumHealth 已签约 5 万名医生，可以满足客户关于身体健康和护理、心理健康、疾病管理、住院治疗和病后护理等多样化的需求。

OptumRX 是药品福利管理公司，是介于保险机构、药品供应商、医院、药房之间的管理协调机构。OptumRx 通过全美 6.7 万个零售药店、多个快递公司为 6500 万人提供药品服务，是 Optum 中营业收入最高的业务板块，2019 年实现营业收入 742.9 亿美元。

Optum 共服务超 1.15 亿人，覆盖了全美 80% 医院以及 34 个州政府机构。2020 年健康保险 UnitedHealthcare 实现营业收入 2009 亿美元，健康管理 Optum 实现营业收入 1363 亿美元，两者营收比接近 6:4，且差距不断缩小。

● 健康管理业务与健康保险业务的协同

协同效应的充分发挥是联合健康在产业链布局方面最突出特点。一方面，健康保险业务为 Optum 旗下子公司提供了稳定业务来源。另

一方面，Optum 在健康管理和药品服务领域的专业化优势也为联合健康的保险业务发展起到了巨大的推进作用。Optum 不仅可以提升保险公司的服务能力，提供更好的医疗资源，同时可以协助保险公司加强医疗行为监控，有效降低赔付成本，成为保险主业的控费系统。

联合健康将健康管理 (Optum) 与健康保险 (UnitedHealthcare) 业务板块全面打通，相互导流，形成了强大的协同发展能力，增强了公司在健康保险领域的服务能力，扩大了公司业务范围与客户群。尤其是作为药品福利管理的 OptumRX 实现了客户、医院、药房和保险公司的有效互联，提升客户的购药体验，降低客户购药费用，进一步帮助保险公司控制医疗的药品费用与赔付成本，实现多方共赢。

● 数字化创新

联合健康旗下有专门的数字化科技公司，即健康信息技术服务公司 (OptumInsight)。

OptumInsight 是一家专注于医疗行业内信息系统研发和运维的 IT 公司，提供信息系统、数据管理和咨询服务。联合健康通过 OptumInsight 强大的科技研发和创新能力，整合集团内部各业务板块，有效促进业务发展，同时为防范业务风险和控制经营成本奠定了坚实的基础。

利用先进的数字化技术，联合健康近几年一直在积极进行线上健康管理的布局，如公司精心设计会员门户网站 myuhc.com，会员可以查询医疗资源、定位药房取药、估算医疗花费、接受在线教育等。公

司还与 InstaMed 合作推出 myEasyBoo 服务，供会员在线选购医疗资源，为用户平均节省 30% 的成本。公司在移动互联方面积极创新，推出手机端的远程医疗服务，方便客户远程视频问诊。同时，在可穿戴式设备、院外健康管理(慢病管理)线上教育计划、电子病例等方面，联合健康也进行了有益的探索。

2、全球健康险发展经验之英国保柏模式

英国采用的是以国民健康服务体系为主(NHS)、商业健康保险为辅的一种典型福利型医疗服务体系。政府为全体国民提供免费或近似免费的医疗服务，商业健康保险则由传统的互助协会、保险公司和友好社团提供。

英国保柏集团(BUPA)是英国最大的健康险公司，占整体市场三分之一以上份额。

创立于 1947 年的英国互助联合会(BritishUnitedProvidentAssociation, BUPA)——保柏集团是一家致力于“预防、缓解和治疗各种疾病和健康问题”的互助机构。

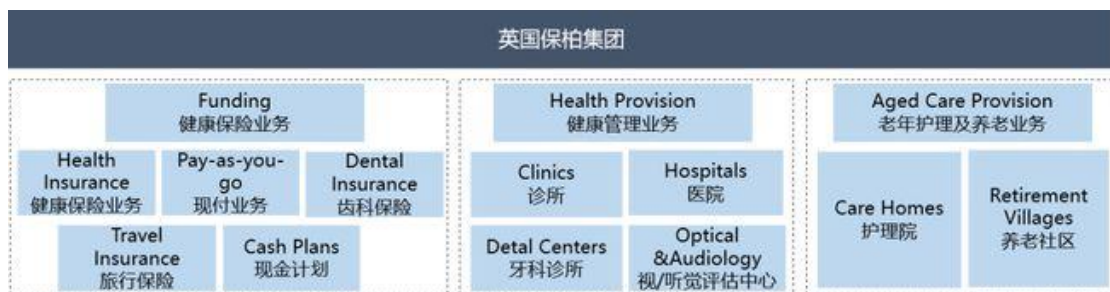
“没有股东”的保柏以客户福利为核心，将税后盈余全部用于再投资，以改善医疗保健设施、拓展医疗健康服务广度和为客户提供更好的健康管理服务体验。

经过 70 多年的发展，保柏已经是全球最大的国际健康和保健服务机构之一，其分支机构遍布英国、西班牙、澳大利亚、沙特阿拉伯、美国、印度、我国香港行政区等 200 多个国家和地区。

2017 年，保柏在广州开设大陆地区首家全资综合医疗中心，标志着保柏正式进军中国内地医疗保健服务市场。截至 2020 年，公司营业收入 121 亿英镑，净保费收入 88.1 亿英镑，偿付能力充足率 160%。

保柏集团的业务板块主要有 3 块：分别是健康保险业务(Funding)、健康管理业务(HealthProvision)和老年护理及养老业务(AgedCareProvision)。

保柏集团业务模式



资料来源：公司官网、公开资料整理

● 健康保险业务

保柏集团的健康保险业务(Funding)定位于高端客户和富裕阶层，根据客户需求提供保险产品特别是健康险产品和医疗定制计划，包括重大疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险、长期护理保险、牙科保险等一系列健康保险产品，以及旅行保险等意外险产品，还包括为癌症、心脏病等患者量身定制医疗保险计划。健康保险是保柏最主要的业务来源，贡献了超 70%的营业收入。

● 健康管理业务

保柏集团的健康管理业务(HealthProvision)涵盖了一条完善的健康产业链，包括医院、诊所、护理中心、健康筛查中心等，为客户

提供体检、疾病预防和治疗等全面优质的医疗保健服务。保柏在全球有自己的医院、140 余家保健中心和 565 家牙科诊所。

在英国，BUPACROMWELL 因率先投资尖端设备和癌症服务而闻名，BUPAHealthClinics 经营诊所、健康中心、职业健康服务与口腔科在内的各种医疗设施。

在美国，BUPA 与美国蓝十字蓝盾协会 (BCBS) 建立了全球战略合作伙伴关系，覆盖全美 97% 以上的医院和诊所，数量达到 47 万家，包括全年综合排名第一的梅奥诊所、著名的麻省总医院和约翰霍普金斯医院等，都在保柏的直付网络之内。在中国，保柏的医疗网络数量在 600-700 家，在香港保柏拥有香港当地最大的私营诊所网络——卓健医疗。

● 老年护理及养老业务

1996 年，保柏首次在英国收购了 30 家养老院，开始进入护理行业。当前保柏已跻身于全球最大的老年护理服务机构之列，在全球有 510 余家护理中心，为英国、西班牙、新西兰和澳大利亚的老年人提供护理和养老服务。

相对比其他保险公司仅仅是提供费用支持和医疗网络支持，保柏提供的是后台诊疗大数据支持、全球的医疗网络资源支持、高端医疗资源服务，以及治疗“未病”的健康检查服务，为客户的“医疗自由”提供最优选择。

● 健康管理业务与健康保险业务的协同

保柏是一家专注于健康管理并深耕高端医疗全流程服务的保险公司，专业化的经营策略铸就了保柏的成功，使其逐步发展成为全球领先的健康管理专家。保柏模式的核心是将前端的健康体检、中期的医疗诊断与事前购险、事后赔付的健康险联手互动，形成从健康体检、健康管理、健康保险到增值服务的健康管理产业链。

保柏最引以为傲的是其拥有世界闻名的高端医疗服务直付网络，建立了一套严格的医院质量及服务评估系统，包括 12 个方面 150 多项指标。

目前保柏直付网络中的 138 万家医院均通过保柏的专业评定，服务涵盖了全球 195 个国家和地区。保柏通过参股和兼并的方式与这些医院建立了稳定合作关系，加之相对便捷的赔付机制，成为了吸引客户购买健康险的重要保障。

同时，如此大体量的就诊经验与数据在一定程度上帮助保柏缓解了健康险经常面对的高赔付风险，让保柏的高端健康险产品拥有了相对更科学的产品定价和更稳定的续保。

● 数字化创新

在互联网时代下，保柏也在积极进行数字化创新，在互联网医疗领域提出了“互联网医疗 2024”的计划。

保柏成功的搭建了互联网医疗健康云平台，并应用远程医疗为职场人士提供 7*24 小时心理咨询服务。近几年，保柏通过与 Vigil 监控和 Spark 风险投资的联手，开发了一系列数字化服务以提高医疗健

康服务水平。2020 年，保柏成功推出了包括精神、营养、放松和锻炼四个模块的 BupaBoost 健康管理 APP,为客户提供在线健康管理服务。

3、全球健康险发展经验之德国 DKV 模式

德国是世界上最早开始建立社会医疗保障制度的国家，实行强制性的、以社会健康保险为主、辅之以商业保险的医疗保险制度。

法定与商业健康险“双元并立、结构互容”的特点使得德国医保体制在长期以来都具有较高的稳定性和一定的灵活性。社会健康保险制度覆盖了德国 91%的人口，加之商业保险的作用，德国整个健康保险制度为其 99.8%的人口提供了医疗保障。

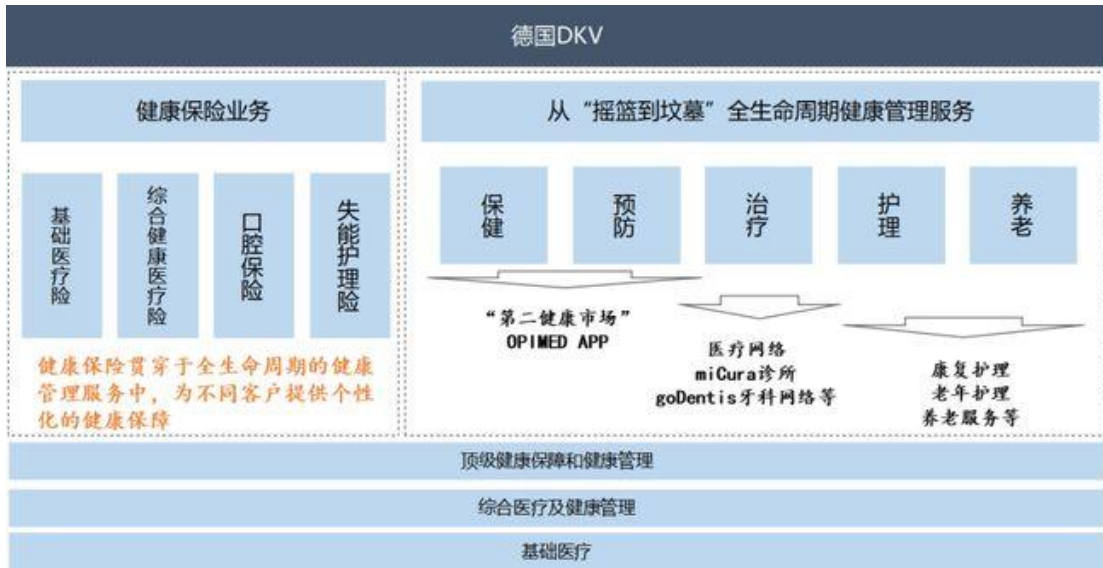
成立于 1927 年的德国健康保险股份有限公司 DKV 是慕尼黑再保险集团旗下的专业健康险公司，是目前欧洲市场经营历史悠久、规模最大的商业保险公司，也是全球健康保险公司五强之一。

1998 年 DKV 在深圳设立了中国代表处，进入中国。

1998 年至 2004 年与中国平安保险公司合作开发健康险产品，2004 年与中国人保集团共同发起和创立国内第一家专业健康保险公司——中国人民健康保险股份有限公司，并持有 19%的股份(目前占股约 2.2%)。

DKV 秉承“专注健康、专注健康产业”的战略理念，为个人和团体客户提供“从摇篮到坟墓”全生命周期的健康管理，形成了 DKV 的“健康生态圈”，也形成了强大的竞争壁垒。

DKV 业务模式



资料来源：公司官网、公开资料整理

● 健康保险业务

健康保险业务方面，DKV 坚持客户导向，针对不同客群开发差异化产品，产品包含面向高端人群的综合健康医疗险和口腔健康、失能护理等的补充型医疗保险等。DKV 的产品按照保障程度划分为基础医疗、综合医疗及健康管理、顶级健康保障和健康管理等。

● 健康管理业务

健康管理产业链方面，DKV 围绕“健康”主题，将健康保险同客户的多样化健康服务需求紧密联系起来，一站式满足围绕客户生命全周期的保健、预防、治疗、护理、养老等健康需求。客户在 DKV 网络内使用产品与服务享受费用直付服务，在网络外指定外部医疗和服务机构则采取后报销的形式。

● 健康管理业务与健康保险的协同

DKV 积极开拓“第二健康市场”，特别是预防性医疗服务市场。

预防性医疗服务包括预防性健康检查、运动与旅行健康以及预防服务。

公司推出 OPIMED，该产品是医生对客户进行健康预防管理的新平台，提供预防保健服务(血栓形成的检查、预防血栓风险、动脉粥样硬化检查、骨质疏松症检查、优化肠癌预防、子宫颈癌风险评估等)和生活方式管理(男女性更年期激素水准测定、男性更年期激素水准测定、一般自身免疫水平检查等)等功能模块，满足特定客户对健康服务的需求。

OPIMED 的数据对于健康险产品的定价、成本控制及细分市场人群的开发和引流都具有较大意义。OPIMED 被德国资本市场评选为 2001 年最佳创新产品。

同时，DKV 积极参与健康服务的资源整合。公司提出“专注健康”的经营理念，发展战略确定为健康保障、健康服务和医疗护理服务三者相互促进的“三角战略”。

DKV 以 miCura 品牌在德国国内提供门诊服务，并在柏林等 9 个城市提供护理服务。通过打造 goDentis 这一德国最大牙科网络品牌，DKV 已拥有 330 多家牙科诊所。

DKV 还整合医疗资源，推出“BestCare”保障计划，当客户不幸确诊严重疾病后，DKV 可以协助客户尽快寻求优质医生的帮助。医疗健康服务网络的搭建，为 DKV 带来多重回报：

一是能够为公司客户提供更全面、便捷的一站式服务，满足多样

化需求；

二是庞大完善的健康服务网络形成了公司天然而强大的销售渠道，不断提升公司的销售能力；

三是能够实现规模效应，降低运营成本。

● 数字化创新

近几年，DKV 积极探索数字医生就诊服务。西班牙 DKV 推出的 QuieroAPP，能快速对用户的用药需求做出快速响应，具有简单、安全和保密等特点。APP 提供的症状检查，能在诊断和紧急程度上进行指导。2020 年 3 月，DKV 向西班牙民众免费开放了电子咨询服务，以应对 COVID-19 的扩张，超过 10500 人通过 Quiero 在 COVID-19 疫情期间接受咨询服务。

4、全球健康险发展的三重经验和启示

第一重：健康管理是健康险公司发展一定阶段的必然选择

健康险公司要保持可持续发展，必须要围绕客户的全生命周期进行健康管理服务，深度介入强需求的保健、医疗和医药领域，打造新的利润增长点。

提供健康管理服务会对保险公司传统的服务管理模式和风险控制手段产生积极影响，不仅可以提升保险公司的服务能力，增强客户粘性，增加业务收入，成为保险公司的业务助推器，更可以协助保险公司加强医疗行为监控，有效降低赔付成本，提高盈利能力，成为保险主业的风险助控器。

因此，选择与健康保险业务天然高度契合的健康管理板块展开产业链或生态圈建设，与保险业务形成强强联合，改善保险服务品质，增强客户粘性，提升交叉销售，将成为专业健康险公司发展的必然选择。

第二重：轻型健康生态圈或将成为一种重要选择

当前典型的健康管理模式有轻和重两种，两种模式分别为：

- 1) 线上主导+广泛外部合作打造健康管理闭环的轻资产模式；
- 2) 线下主导+股权投资自建医疗机构的重资产模式。

轻型健康管理模式具有低成本、快复制、广覆盖的特点。越来越多的国外保险公司在互联网技术加持下探索轻型健康管理模式的发展。

如美国 Oscar 就是依靠“线上销售健康险产品”+“租用其他小型医疗服务网络(窄网络)”在发展初期迅速打开市场，并获得了客户数量和保费的快速增长。随之互联网技术的发展，会有更多的保险公司发力轻型业务模式，推动健康管理业务的发展。

第三重：数字化技术为健康管理发展赋能

在当前数字化时代，利用科技尤其是新技术来助力业务发展成为海外健康管理发展的重要趋势。上述三家公司近年来都一直在探索使用大数据、云计算、远程医疗、人工智能等技术创新健康管理服务和模式，不断推出新的数字化健康管理工具和平台，提升健康管理服务的品质、效率和客户满意度。

如打造互联网平台，提供方便、快捷的在线医疗方案；通过人工智能和新的医疗科技手段为客户提供科学性和趣味型更强的健康管理方案；借助可穿戴设备实现更加精准的数据获取分析；通过人工智能提供远程问诊等。

显而易见，数字化赋能对健康管理服务大有裨益，是不可或缺的重要能力之一。

5、再看中国商业健康险发展现状：发展迅速且潜力巨大

近年来，我国商业健康险呈现快速发展态势，在保险行业中的地位不断提升。

2021 年一季度

我国商业健康险实现保费收入 3066 亿元，同比增长 16.1%。

2013-2020 年

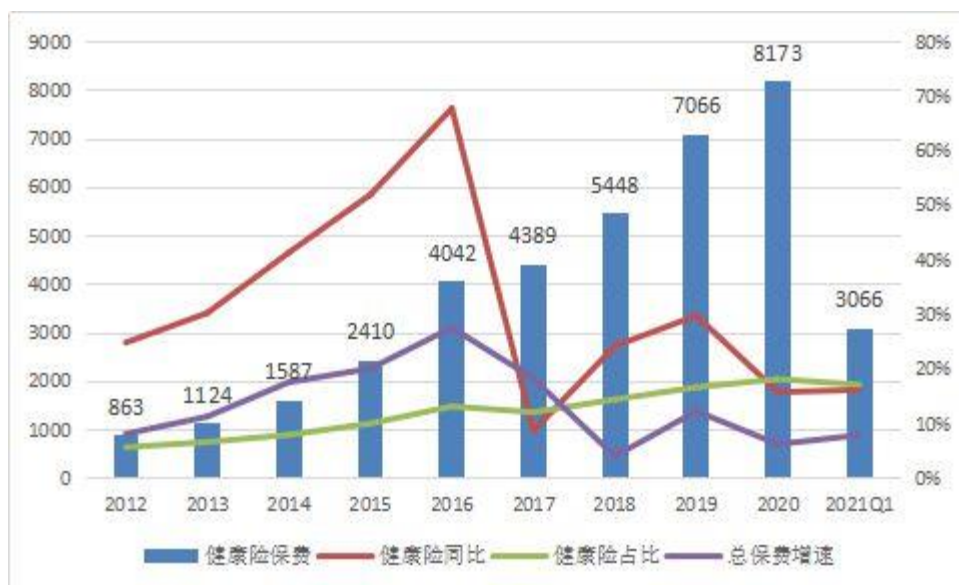
保费年化增速高达 32.45%，除 2017 年外商业健康险保费增速均远高于行业总保费增速，商业健康险保费占比也从 2013 年的 6.52% 提升至 2020 年的 18.06%。

2021 年一季度

商业健康险的保费规模已经远远超过车险。按照当前的发展趋势，基本可以肯定在 2021 年全年商业健康险的保费将超越车险，成为行业第二大险种。

保险业将呈现寿险、健康险、财产险三驾马车并驾齐驱的发展态势。

2012-2021Q1 年我国商业健康险保费增长及占比情况(亿元)



资料来源：银保监会

不能否认的还有，我国商业健康险发展潜力巨大。

随着商业健康险的发展，我国健康险的深度和密度都快速提升。商业健康险深度从 2013 年的 0.19% 提升到 2020 年的 0.8%；健康险密度从 2013 年的 82 元提升到 2020 年的 579 元。

虽然健康险渗透率快速提升，但相较于国际发达国家仍有较大差距，如美国、德国在 2013 年健康保险密度就分别达到了 16800 元和 3071 元。总体来看，我国健康险依然具有非常大的发展空间。

我国健康险发展前景大好，兼具国家支持、行业推动、客户需求三大有利条件，正处于发展的黄金时期。

从国家角度来看，商业健康险的发展已经上升到战略层面。当前人口老龄化加速，劳动人口减少，缴纳社保费用减少，越来越不足以满足快速增长的医疗卫生支出。

我国健康险深度和密度快速增长(元)



资料来源：银保监会

在此背景下，国家早已经看到发展商业健康险的必要性和紧迫性，近年来，健康险利好政策频出，从国家“十四五”规划到“健康中国”顶层战略，再到《健康保险管理办法》等具体制度的推出，不断构建引导和规范商业健康险可持续发展的政策大框架，政策导向清晰明确。

从行业角度来看，商业健康险是当前保险行业重点发展的险种之一。当前保险行业正处于转型升级的关键时期，车险在综合改革背景下业务增长困难，寿险传统粗放式的销售模式也遭遇瓶颈，在此背景下，商业健康险成为保险公司业务突破的方向之一。保险公司纷纷进入健康险领域，探索适合自身的健康险发展路径，寻找新的业务增长点。

从客户角度来看，随着社会经济的发展，居民的健康保障意识已经有很大程度的提升，尤其是新冠疫情的出现更是促进了居民对商业

健康险的需求。商业健康险的发展具有客观基础。

2020 年，国家《关于促进社会服务领域商业保险发展的意见》提出要完善健康保险产品和服务，并制定了“力争到 2025 年健康险市场规模超过 2 万亿元”的发展目标，这意味着 2021-2025 年健康险年均增速要达到 19.6%，这个增速将显著高于未来五年车险、寿险等其他核心险种预期增速。

我们认为，以目前发展趋势来看，实现增速目标可能性很大。可以预见，未来五年健康险依旧是带动行业保费增长的重要力量，其保费占比和地位也会持续提升。

6、一个值得关注的趋势：健康险+健康管理模式渐成共识，但仍 在起步阶段

当前，我国健康险市场参与主体众多，包括保险公司、互联网公司、健康管理公司等，部分头部保险公司和互联网公司凭借其前瞻性布局和资源能力优势，在健康险+健康管理模式方面，积极探索，取得了较为领先的成果，其中具有代表性的有中国平安和水滴公司。

A·中国平安

中国平安一直致力于构建医疗生态圈，通过互联网和科技手段加持，着重发展“互联网+健康医疗+保险”的模式。

平安于 2014 年成立平安健康医疗科技有限公司，推出平安好医生，为客户提供在线医疗、消费性医疗、健康商城、健康管理和互动等服务，成为构建医疗健康生态圈的重要平台。

中国平安医疗生态圈



资料来源：公司公告

截至 2020 年末，平台注册用户数达 3.73 亿，期末月活跃用户数超 7260 万。平安拥有中国领先的线下医疗网络，合作药店数超 11 万，合作诊所超 4.9 万，自建医疗团队 1800 人，签约专家近万名。

平安将 AI 技术、医疗服务等优质资源赋能生态圈合作伙伴，形成共赢。同时，平安还有服务政府端的平安智慧医疗，并在科技研发端和投资端都有布局。

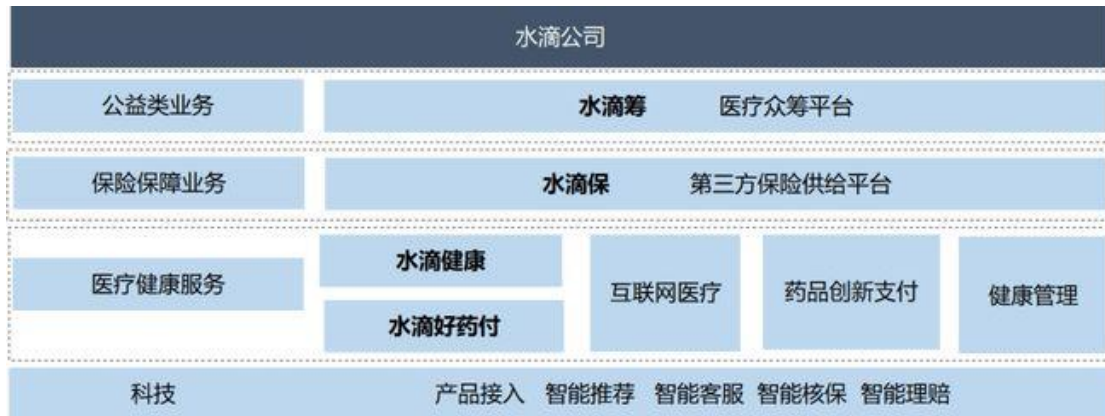
平安通过互联网医疗生态的布局，在病前可以为客户提供健康管理服务，培养客户健康习惯，同时在健康险产品中介入健康管理服务，如平安 runAPP 的奖励体系和保额增加，有效改善客户体验，同时在病后可以为客户提供线上+线下的就医康复服务。针对小病，平安好医生可以提供 7*24 小时在线咨询、转诊、挂号、在线购药、一小时送药等服务；针对大病，可以通过就医 360 为出险客户提供门诊、住院、手术、康复全方位的就医服务。

B·水滴公司

水滴公司成立于 2016 年，最初业务起源于水滴互助和水滴筹等

公益类服务，随着公司的发展，公司业务逐步拓展至保险保障和医疗健康领域，成立水滴保险商城、水滴健康和水滴好药付等业务线，意图打造的中国领先的健康保障平台。

水滴公司业务模式



资料来源：公司招股材料

在保险保障领域，水滴公司通过水滴保险商城销售健康险产品，用科技助推普惠保险，通过多种服务模式覆盖用户全生命周期的保障需求。

目前，水滴保已与国内超过 60 家知名保险公司达成合作，推出数百款保险产品。在医疗健康领域，水滴公司通过水滴健康为健康体和带病体提供互联网医疗和健康管理服务，通过水滴好药付探索药品医疗的创新支付，为客户提供更好更便宜的诊疗和药品服务。

同时，水滴保逐步确立“AI+Blockchain+Data=Construction”的 ABDC 科技战略，通过技术赋能保险和健康产业，最终形成智能保险、智能客服、智能医疗、风险控制、营销策略等解决方案

虽然部分头部公司和互联网企业尝试构建医疗健康生态，在探索健康险+健康管理模式领域取得一定成绩，但对于绝大多数市场主体

来说，健康险经营模式还是简单的经营健康险产品，健康管理服务提供不足，全流程“健康险+健康管理”模式更是无从谈起。

这样既不能满足客户差异化服务需求，也无法为健康险业务提供获客、技术、数据、费控等方面的支持，势必会导致产品服务同质化、产品难以精准定价、医疗赔付难以控制等诸多问题的出现，成为当前我国健康险发展的瓶颈。

具体而言：

从销售来看，市场健康险产品主要依靠主流渠道进行推广销售。如重疾险主要依赖代理人渠道销售，具有明显的寿险特征；短期医疗险主要靠互联网流量平台销售，通过宣传和价格吸引消费者。健康险销售并没有融入到客户的健康生活和医疗服务场景中，没有源于客户的健康自发需求，同时也缺少对客户的洞察和精准匹配。

从产品来看，健康险产品由于缺乏健康管理所提供的数据和定价基础，导致产品同质化严重、定价粗放、盈利能力弱等问题。

从服务来看，多数保险公司目前主要基于自身资源提供二次诊疗、绿色通道等有限的增值服务，并不能为客户提供完善的事前预防和事后医疗护理方案，健康管理服务非常有限。

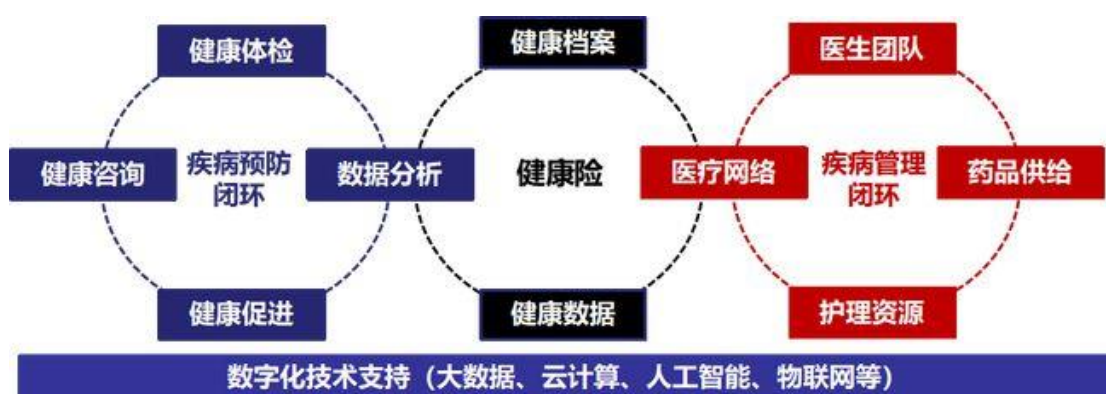
7、健康险公司破局关键：“数字化赋能的健康险+健康管理”模式

纵观国际经验，“数字化赋能的健康险+健康管理”模式是当前健康险发展的最优实践。

即保险公司不仅单纯的销售健康险保单，而且联合健康管理机构和医疗服务体系，在前端为客户提供健康咨询、健康体检、健康促进等健康服务，实现疾病预防和数据获取的效果；在中后端为客户提供优质的医疗、药品、康复、护理服务，参与整个“健康-保险-医疗-康复”全过程；同时在全流程中通过数字化技术提供强大的技术支持。

我们认为，“数字化赋能的健康险+健康管理”模式将成为健康保险公司的破局关键。

“数字化赋能的健康险+健康管理”模式



选择模式：互联网+广泛外部合作的轻资产模式是较好选择

保险公司做“健康险+健康管理服务”首先面临模式选择问题，即采用线上主导+广泛外部合作的轻资产模式，还是线下主导+股权投资自建医疗机构的重资产模式。

我们认为前者是更好选择。

一方面，对于我国绝大部分保险公司来说，重资产模式缺乏资金和资源，难以快速复制，而轻资产模式能够以较低成本快速切入；

另一方面，互联网轻资产模式覆盖更广，形式更加灵活新颖，同

时也更符合当前客户的行为习惯。

长远来看，未来医疗与互联网的融合也是大势所趋，保险公司主导构建的互联网医疗生态圈能够为医疗体系赋能，有可能成为促进医疗体系和保险公司深入合作的突破口，形成新型共赢的合作模式。

渐进推进：短期数据积累，中期科技赋能，长期生态变现

考虑到当前我国公立医疗体系合作意愿不强、保险行业健康险发展资源和能力不足等因素，保险公司尤其是健康管理服务基础较差的中小保险公司需要渐进式提升健康管理能力，探索自身的健康险发展路径。

①短期：提供健康生活服务，关注客户获取和数据积累

从短期来看，保险公司可以专注于健康管理服务的前端，即通过健康管理 APP 为客户提供健康咨询、健康体检、健康干预等健康生活服务，从而达到客户获取、数据获取和品牌提升的效果。

该类服务投入有限，同时可以解决客户资源和数据不足等痛点问题，比较适合作为健康管理服务的切入点，为后续健康医疗生态的完善和全流程的健康管理服务提供基础。

客户方面，在当前社会经济发展阶段，居民对于健康的需求显著高于保险需求，保险公司通过推出健康管理 APP，以健康的概念来进行客户引流远比直接销售保险效果更好。

同时，健康生活作为一项高频服务，能够与客户之间保持高频的互动，有效拉近客户与保险公司的距离，增强客户粘性。

数据方面，通过健康管理 APP，保险公司能够获取客户在健康状况、行为习惯、医疗信息等大量有价值的信息，而这些数据显然是健康险经营所最需要的资源，是后续产品开发与定价、销售匹配、赔付管控的关键。

品牌方面，健康管理 APP 的推广可以避免客户对保险品牌的一些先天不良认知，对公司品牌推广大有裨益。

②中期：提升数字化能力，为健康管理服务赋能

从中期来看，“数字化赋能的健康险+健康管理”模式需要数字化技术赋能，保险公司应持续加强数字化能力建设，强化对大数据、云计算、人工智能、物联网、远程医疗、基因检测、区块链、可穿戴设备等数字技术的运用，提升数字化健康管理能力。

保险公司提供健康生活服务之后，需要对其前期所积累的客户和数据信息加以利用，这就要求较高的数据分析能力。保险公司需要通过大数据、云计算等技术对客户健康和行为数据进行分析，从而实现客户分群、精准营销、产品创新、精准定价和风险控制等。

同时，在当前疫情背景下，远程医疗和线上健康管理服务成为趋势，保险公司对远程医疗、移动医疗、可穿戴设备等技术的运用能够有效提升健康管理服务体验。人工智能、机器学习等技术能够提升健康管理服务背后的科学性，也是支持健康管理服务的重要方面。

③长期：打造健康医疗生态圈，探索全流程健康管理和生态变现

健康医疗生态圈的建立是一个长期的过程，保险公司在健康生活

平台的基础上，不断与医疗、药品、护理等机构展开合作，嫁接相关服务，逐渐将健康管理服务从前端的健康生活扩展到后端的疾病管理，实现全流程的健康管理和生态变现。

在互联网轻资产模式下，健康医疗生态圈的营建需要整合资源，与各方建立互利共赢的合作关系。

在我国，公立医院无疑是覆盖最广、影响力最大的医疗机构，但保险公司与公立医院的深入合作还是较为困难，保险公司可以结合自身资源，先从专业的健康管理机构、康复护理机构、药企、连锁私立医院等合作需求较强的机构入手，协调和完善各方利益需求，主导创建健康生态。

在此基础上再进一步探索与公立医院的合作，从特定疾病、特定人群、特定区域等细分领域入手，逐步扩大合作规模，形成较为完善的医疗健康生态，进而实现生态变现，增加公司收入。

总之，“数字化赋能的健康险+健康管理”模式，可以帮助保险公司从一个费用支付者转变成为一个全流程的健康管理者，从根本上改变保险公司业务增长的驱动力，从而成为破局关键。

[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