

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.09.13-2021.09.19

——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。)

• 医院信息化 •

▣ [政策密集出台！2021 年医院信息化建设“新风向”](#)（来源：CDSreport）——第 10 页

【提要】《2020 智慧医疗发展研究报告》显示，我国智慧医疗产业规模已破千亿。随着“十四五”开篇更将医院信息化建设推到时代风口。那么，2021 年以来，国家发布了哪些与医院信息化相关的政策？对医院提出了哪些要求？医院信息化建设面临哪些挑战？本文为您解答。

▣ [“无围墙”信息一体化的规划与建设](#)（来源：CHIMA）——第 15 页

【提要】今年 6 月，国务院发布《关于推动公立医院高质量发展的意见》指出，支持部分实力强的公立医院适度建设发展多院区，发生重大疫情时迅速转换功能。上海交通大学医学院附属仁济医院的解决方案是——“无围墙”信息一体化模式。“无围墙”意味着通过信息一体化建设，实现电子病历、医疗资源、科教科研等多个维度的共享，实现“一网一云一中心”的最终管理模式。基于无围墙信息一体化建设，仁济医院形成了无围墙单体信息一体化的影像中心、基于医疗大数据的医学影像 AI 处理与分析平台、基于医疗大数据的患者为中心

的标签体系、基于区块链的胚胎发育追 20 / 88 溯系统等多个应用场景，提升整个信息系统的完整性。

• 社区医疗 •

▶ [分级诊疗制度背景下改善我国社区医疗服务模式探讨](#)（来源：清华大学医院管理研究院）——第 20 页

【提要】改善我国社区医疗服务模式具有十分重要的意义。我国推行分级诊疗制度，社区已成为推行该制度的重要阵地，社区医疗在我国医疗卫生服务体系中扮演着重要的角色。只有社区医疗服务能力提高、社区医疗机构基层首诊的作用得到有效发挥，分级诊疗制度才能够有效推行。因此，本文通过分析我国社区医疗卫生服务诊疗人次以及存在的问题，讨论分级诊疗制度的政策背景下如何改善我国社区医疗服务模式。提出中国应该建立紧密型医疗联合体、全专融合的医生集团、全过程病人跟踪系统、首诊转诊管制制度、全科医生培养体系等建议。

▶ [后疫情时代，基层医疗如何成长壮大？](#)（来源：上海创奇健康发展研究院）——第 28 页

【提要】日前，由上海创奇健康发展研究院主办的第 37 期卫生政策上海圆桌会议成功举行。会议聚焦“基层医疗，如何壮大”主题，吸引了来自全国各地 100 多位健康产业资深人士参会。在后疫情时代，基层医疗如何才能成长壮大？如何打破三级医疗机构对病人的虹吸效应，真正发挥基层医疗在医疗体系中应有的作用？在本期圆桌会议

上，国家政策制定者，研究国内外基层医疗发展的学者，深圳、青岛、浙江等地的基层医疗改革探索者纷纷分享了实践经验和观点，并与参会者展开互动探讨。

• 带量采购 •

▶ [医疗机构在耗材集采后的博弈](#)（来源：Latitude Health）——第 34 页

【提要】随着药品零加成和药占比的持续下降，二三级医院尤其是 500 床以上的大型医院主要收入增长来自住院，其中以手术费用和耗材为重。2019 年，公立三级医院的卫生材料收入占到总收入的 14%，但如果分机构类别来看，委属综合性医院的卫生材料收入占比已经到 19%，而省属医院的占比也到了 18%，地级市属略低于全国平均，为 13%。而同期委属、省属和地级市属的药占比都是 28%。这意味着高值耗材已经成为大型医院的第二大产品收入，而且与药品收入占比的差距已经日益缩小。

▶ [人工关节国家集采为何降价超 8 成？质量能否保证？你关注的问题回复来了](#)（来源：新华网）——第 38 页

【提要】第二批国家组织高值医用耗材集采公布结果：人工髋关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，人工膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右，平均降价 82%。本次集采首年意向采购量为 54 万套，占全国医疗机构总需求量的 90%。老百姓高兴之余，不禁提出疑问：降价后的人工关节质量如何？什么时候用得上？记者采

访了业内人士与医保专家。

· 药闻动态 ·

▣ [推动医保谈判药落地 11 月底前每个地级市至少有一家“双通道”零售药店](#)（来源：人民网）——第 42 页

【提要】国家医保谈判药品落地涉及广大参保患者切身利益，为更好满足临床需求，提升谈判药品的供应保障水平，日前，国家医疗保障局、国家卫生健康委联合发布《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》。《通知》要求，11 月底前，各省份要实现每个地级市(州、盟)至少有 1 家符合条件的“双通道”零售药店，并能够提供相应的药品供应保障服务。

▣ [国家医保局：全国基本医保药品支付范围将实现基本统一](#)（来源：青新社）——第 44 页

【提要】近日，国家医保局在答复政协十三届全国委员会第四次会议第 3350 号提案时透露，国家医保局积极推进按疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点，今年年底前 30 个试点城市全部进入实际付费；稳步启动按病种分值(DIP)付费，今年底 71 个试点城市全部进入实际付费。下一步，国家医保局将按照《基本医疗保险用药管理暂行办法》的要求，动态调整医保药品目录，完善谈判准入机制，建立评价规则和指标体系，将符合条件的药品纳入医保支付范围。

· 分析解读 ·

▶ [特医食品市场、监管动作不断，国内企业如何实现弯道超车？](#)（来源：腾讯新闻）——第 50 页

【提要】近期，特医食品行业的发展动态不断，6 款特医食品获得审批获得市场监管总局批准，国家拟将特医食品纳入医院其他收费项目。此类举动促进了特医食品行业的发展进程，也让特医食品的市场规模加速扩大。值得注意的是，《关于提供其他收费项目分类具体信息的通知》明确提出，“为了规范管理，便于患者就医结算，增补所需的其他收费项目(特医食品等)”。这一规定被业内认为，特医食品医院规范化收费即将落定。结合地方信息发布，也可以看到济南市正在落实国家政策，全力推进特医食品临床价格政策等体系的建立。特医食品产业发展也将迎来更为广阔的空间。

▶ [未来 10 年社会办医发展的政策环境解读](#)（来源：看医界）——第 59 页

【提要】9 月初，北京出台了《北京市医疗卫生设施专项规划(2020 年-2035 年)》，规划提出，举办主体单一，社会办医服务能力不足是目前首都医疗卫生存在的问题之一。优质医疗资源主要集中在公立医院，社会资本举办的医疗机构虽然数量占比不低，但在规模和服务能力上均有待提升。因此，在“北京十五年规划”中，提出了对于社会办医的两个主要规划。一是严格控增量疏存量，分级分类分区统筹规划全市医疗卫生资源配置。二是优化调整医疗卫生体系结构，补齐

资源短板，包括提升儿科、精神专科、肿瘤、康复护理、医养结合服务等专科资源配置。

• 医院管理 •

▶ [医联互联网医院案例入选行业年度报告 学科建设成果受关注](#)（来源：新浪医药新闻）——第 64 页

【提要】随着疫情带来的就医思维方式转变，以及医院战略转型的推进，我国互联网医院迅猛发展，已成为医疗服务体系中重要的组成部分。根据国家卫健委统计数据，截至 2021 年 6 月，我国互联网医院超 1600 家。近日，蛋壳研究院联合银川互联网+医疗健康协会共同发布了《2021 互联网医院报告》，从市场、运营、研究等多维度分析和解读中国互联网医院出现的全新变化及趋势。

▶ [医院 IIT 管理办法正式发布！如何为科研全过程管理“提质增效”](#)（来源：CDSreport）——第 69 页

【提要】日前，国家卫健委正式发布《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法(试行)》，文件对医院开展的 IIT 研究的组织管理、基本分类及原则性要求、立项管理、实施管理等作出了明确规定，将于 2021 年 10 月 1 日在北京市、上海市、广东省和海南省试点实施。

《管理办法》共八大章 49 条，要求医院应当设有临床研究管理委员会，并明确专门部门负责临床研究管理。临床研究实行医疗卫生机构立项制度，未经医疗卫生机构批准立项的临床研究不得实施。并提出医院应对临床科研实施全过程管理。鼓励医院建立临床研究管理服务

平台，为临床研究提供方法学指导、数据储存分析等专业技术支撑。

· 医务动态 ·

▣ [ROCCIPI 框架下“互联网+护理服务”模式实践](#)（来源：中国卫生质量管理杂志社）——第 72 页

【提要】四川省绵阳市中心医院于 2018 年 3 月以 ROCCIPI 为理论框架，构建了“互联网+护理服务”模式，将护理问诊从院内门诊延伸到线上，将护理服务从医院延续到社区和家庭，将服务对象从住院患者拓宽到社区居民。应注意的是，上门护理服务应根据患者个体化需求及疾病严重程度制定专业护理方案。后续研究将根据患者需求及方案要求循序渐进增设上门护理服务项目；对接省监管平台，向医保部门申请医疗报销方案；加强“互联网+护理服务”宣传力度，进一步优化患者端申请操作流程；参考相关文献中满意度调查问卷，结合“互联网+护理服务”实际，完善问卷内容与评分标准，将定性与定量评估相结合。

▣ [如何保障医师合法权益及待遇，完善医师的职责和义务，推动营造尊医重卫的良好氛围？](#)（来源：人民网）——第 75 页

【提要】近日，十三届全国人大常委会第三十次会议表决通过《中华人民共和国医师法》，重点围绕加强紧缺专业医师培养、加强基层医师队伍建设、保障医师合法权益等方面进行规定。首都医科大学附属北京朝阳医院副院长童朝晖表示法律这样规定，有利于鼓励优秀医学力量向基层流动，解决基层医师招不来、留不住的现实问题，为实施

健康中国战略提供强有力的人才支撑。

· 地市精彩 ·

▶ [马上就办、办就办好，这个地区从 6 方面做好医保服务](#)（来源：中国医疗保险）——第 80 页

【提要】人员精神面貌好，服务水平有提高，群众满意度高；制度落实好，无违规违纪问题发生；落实“马上就办，办就办好”，一次办结率高；常态化抗疫工作标准高，为新冠肺炎防控工作作出了贡献……自成立以来，福建省漳州市医保中心将行风建设十分作为单位全面建设的重要工作抓紧抓好，深切提升了广大参保群众的获得感。

▶ [北京市将建立互联网医疗“1+N+1”模式](#)（来源：北京市人民政府网）——第 86 页

【提要】北京市卫生健康委、北京市规划自然资源委日前共同制定并发布了《北京市医疗卫生设施专项规划(2020年-2035年)》。本市将严格控增量、疏存量，分级分类分区统筹规划全市医疗资源配置。规划中指出了一些存在的问题，包括：“智慧医疗”等新技术应用不足，“互联网+”健康医疗亟待扩容提质。“智慧医疗”“互联网+”健康医疗等在应对新冠肺炎疫情、满足人民群众就医需求等方面仍有巨大发展空间，需进一步创新服务模式，加快“智慧医疗”推广应用，促进“互联网+”医疗健康高质量发展。

-----本期内容-----

• 医院信息化 •

政策密集出台！2021 年医院信息化建设“新风向”

来源：CDSreport

《2020 智慧医疗发展研究报告》显示，我国智慧医疗产业规模已破千亿。随着“十四五”开篇更将医院信息化建设推到时代风口。那么，2021 年以来，国家发布了哪些与医院信息化相关的政策？对医院提出了哪些要求？医院信息化建设面临哪些挑战？下文为您解答。

关键词

高质量、统一标准、“三位一体”

1.6《公立医院内部控制管理办法》(国家卫健委、国家中医药局)

文件中多项内容涉及到医院信息化相关内容，其中第三十九条“信息化建设业务内部控制”提出，医院应当建立健全信息化建设管理制度，涵盖信息化建设需求分析、系统开发、升级改造、运行维护、信息安全和数据管理等方面内容。

信息归口管理部门应当落实信息化建设相关标准规范，制定数据共享与交互的规则和标准；各信息系统应当按照统一标准建设，能够完整反映业务制度规定的活动控制流程。

2.3《公立医院成本核算规范》(国家卫健委)

提出医院应当确保成本数据原始记录真实完整,加强收集、记录、传递、整理和汇总等工作,为成本核算提供必要的数据库。信息部门:负责医院成本核算系统的开发与完善,并确保其与相关信息系统之间信息的统一与衔接,协助提供其他成本相关数据。

意味着医院真实成本的采集有了统一的标准和规范,将对DRG/DIP支付改革的成本数据采集产生重大影响。

2.3《电子病历系统应用水平分级评价工作规程和专家管理办法》 (国家卫健委医管所)

首次以独立文件的形式明确了电子病历评级工作规程,共7章31条。文件新增“监督管理”内容,提出对电子病历应用水平0-4级的医院每年度进行监督抽查,不合格者取消评价结果;不合格率超过30%,驳回该年度该省全部审核结果。每年对既往通过5级以上的医院进行监督抽查,不合格的取消结果。

3.2《“十四五”规划和2035远景目标纲要》

提出打造数字经济新优势。聚焦高端芯片、操作系统、人工智能关键算法、传感器等关键领域。在智能交通、智慧物流、智慧能源、智慧医疗等重点领域开展试点示范。积极推进医院信息化、公共卫生信息化、医疗保障信息化、新兴技术应用和监管等方面的建设。

3.15《医院智慧管理分级评估标准体系(试行)》(国家卫健委)

该标准评估对象为用信息化、智能化手段开展管理的医院。针对医院管理的核心内容,从智慧管理的功能和效果两个方面进行评估,

评估结果分为 0 级至 5 级。评估项目划分为医疗护理管理、人力资源管理、财务资产管理、药品耗材管理、运营管理等 10 个工作角色 33 个业务项目。

文件的出台意味着智慧医疗、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设顶层设计正式完成，将指导各医院评估院内智慧管理建设发展现状，规范开展智慧医院建设。

6.4 《关于推动公立医院高质量发展的意见》（国务院）

提出强化信息化支撑作用。推动云计算、大数据、物联网、区块链、第五代移动通信(5G)等新一代信息技术与医疗服务深度融合。推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设和医院信息标准化建设。大力发展远程医疗和互联网诊疗。推动手术机器人等智能医疗设备和智能辅助诊疗系统的研发与应用。

6.17 《深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务》（国务院）

(五) 推进医保支付方式改革。推进按疾病诊断相关分组付费、按病种分值付费试点，促进精细化管理，适时总结经验并向全国推广。

(十六) 推进全民健康信息化建设。制定全国医疗卫生机构医疗健康信息互通共享实施方案，破除信息壁垒，促进数据共享互认。加强智慧医院建设，推动人工智能、第五代移动通信(5G)等新技术应用。

7.1 《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》（国家发改委等四部门）

提出要打造国际先进水平的智慧医院，建设重大疾病数据中心，

推进信息互联互通、互认共享、数据规范以及数据整合管理，为医院高质量发展提供有力支撑。提出深度运用 5G、人工智能等技术，打造国际先进水平的智慧医院，建设重大疾病数据中心，为医院高质量发展提供有力支撑。

8.17 《关键信息基础设施安全保护条例》（国务院）

文件公布重点行业和领域重要网络设施、信息系统属于关键信息基础设施。提出明确运营者责任义务。对关键信息基础设施运营者落实网络安全责任、建立健全网络安全保护制度、设置专门安全管理机构、开展安全监测和风险评估、报告网络安全事件或网络安全威胁等作了规定。

电子病历评审平均 3 级

医院信息化建设的现状与挑战

医院信息化基础仍较薄弱、不均衡

根据 2019 年度“国考”结果，全国三级公立医院的电子病历评审的平均级别首次超过 3 级，较 2018 年的 2.7 级提升了 11.11%，反映三级医院基本实现了院内部门间数据交换与共享。但从全国医院整体来看，“信息孤岛”问题仍存在，且不同级别医院的信息化水平差距较大。

《2019-2020 年度中国医院信息化状况调查》显示，仅 8.7% 三级医院各类信息化业务应用数量小于 50 个，二级医院却达 29.3%，说明三级医院信息水平更高。而在医院信息系统建设优先级上，86.14%

受访医院将“电子病历集成”排在第一，其次是医疗质量监管(74.53%)、临床辅助决策(66.47%)。一定程度上体现了医院在国家政策下需完善的信息系统。

缺乏信息化建设统一标准

《全国医院信息化建设标准与规范》等文件的出台，明确了医院信息化建设的建设内容和要求。但医院信息系统的数据采集、数据格式等方面仍缺乏统一标准，且各医院业务流程与管理方式可能不一致，随着医院信息系统的不断叠加，不同厂商的系统间难以兼容、数据库之间难以整合等问题突出，影响医院全局管理，不利于各医院间的信息传递。

信息部门人员不足、缺乏复合型人才

医院信息化建设重点是为临床业务与医疗管理服务，在建设过程中需要交叉学科的专业人才参与，而目前医院信息部门面临的挑战不仅是缺乏复合型人才，人力配置也严重不足。

根据美国的一项统计调查，约50%的美国医院信息部门人员超过50人，约20%医院信息部门人员超过100人。我国在这方面的总体情况却不乐观，《2019-2020年中国医院信息化状况调查》显示，受访医院的信息部门职工平均为10.02人，其中68.44%医院信息部门的职工数量集中在10人以下，而三级以下的医院比例达96.54%。

信息部门人员配置不足已成为医院信息化建设的首要障碍，其次为缺乏充分的资金、管理部门协调不足和医院重视程度不足，这些因

素制约了医院信息化建设的发展。

结语：“十四五”期间，“三位一体”的智慧医院建设将是医院信息化建设的重点任务与发展趋势，随着相关规范性文件的持续出台、医院对人才培养与资金的投入、对信息化建设重视程度的提高等，将推动智慧医院建设进程不断加快与完善。

[返回目录](#)

“无围墙”信息一体化的规划与建设

来源：CHIMA

今年6月，国务院发布《关于推动公立医院高质量发展的意见》指出，支持部分实力强的公立医院适度建设发展多院区，发生重大疫情时迅速转换功能。事实上，“单体多院区”模式的价值不仅体现在发生重大公卫事件时，在国家持续推进分级诊疗的背景下，大型公立医院以“单体多院区”模式发展，有利于医疗资源，缓解区域内优质医疗资源分布不均衡的现状。

在单体多院区格局下，如何实现信息化建设和管理同质？在上海市内拥有多个院区，并通过多种医联体形式将服务范围延伸至长三角地区多个城市的上海交通大学医学院附属仁济医院的解决方案是——“无围墙”信息一体化模式。

跨区域、多院区管理模式是公立医院未来的发展趋势

目前，仁济医院拥有四个定位功能不同的院区。东院区功能定位是集医教研于一体的国内一流医学中心；西院区定位为专科特色明显

的综合性精品医院；南院区定位为“5+3”新建综合性院区；北院区定位是生殖医学中心，设有上海市人类精子库。

此外，医院还通过各种形式的医联体将服务延伸至市内各级医院以及长三角地区多个城市，比如：长三角医联体纳入宁波市杭州湾医院、南通市第一人民医院、无锡市 SK 医院。市内紧密型医联体纳入嘉定区中心医院、宝山区大场医院。各专科联盟分别纳入安达医院；长航医院；杨思医院；以及金桥、潍坊、塘桥、周家渡、南码头等一级医院。

对于大型公立医院来说，建设和发展多院区有其必然性。内因在于：单一院区空间规模受限；不能适应激励的医疗市场竞争。提高资源利用效率，降低服务成本。提升品牌知名度和影响力。而外因在于：地区人口分布改变引起人群医疗服务需求的改变。符合政府优化卫生资源配置的需要。应对疫情等突发公共卫生事件，快速转换医院功能的需要。

可以说，跨区域、多院区管理模式是大型公立医院未来发展的趋势。但是，如何实现跨区域多院区“同步、同质”发展是巨大的挑战。在信息化建设方面，多院区信息系统如何整合，如何利用大数据提升医疗质量和学科竞争力，是相关管理人员面对的课题。

“无围墙”信息一体化建设意味着同质与共享

仁济医院信息中心副主任龚俊在“CHIMA2021”上指出，做好跨区域、多院区信息管理工作需要构建“无围墙”单体多院区信息一体

化模式，其内涵有二：

“单体多院区”意味着，以仁济医院本部医疗服务标准为各院区及医联体标准，打通信息系统和业务流程，医联体各成员医院等同于分部、院区，建设逻辑上的单体医院；仁济医院将医疗资源下沉至各分部、院区；医疗活动在多院区无障碍进行，由仁济医院统一监督管理。

而“无围墙”意味着，通过信息一体化建设，实现电子病历、医疗资源、科教科研等多个维度的共享。

在“无围墙”信息一体化建设过程中，可能面临一系列难点：

1. 信息互联互通难：各院区系统不一致，流程不统一。
2. 价格体系无法衔接：长三角各地收费标准不统一、医保政策不统一；各医疗机构等级不一致导致服务价格体系不统一，专家门诊收费标准存疑。
3. 同质化管理难：各院区由于地域差异，服务管理需求不一致；上级医政管理要求不一致。
4. 医疗质量差异大：总院对分院的医疗质控困难。
5. 全程服务能力弱：总院与分院区信息无法共享，难以形成为患者的一体化全程健康管理服务。

为了克服困难，提升各院区、分部总的医疗服务质量，仁济医院构建了“无围墙”信息一体化的整体架构，即依托仁济医院信息中心，在单体多院区、长三角医联体、紧密型医联体之间，采用网络直连、

前置机模式、区块链技术等不同方式构建起多院区临床数据中心、多院区科研数据中心、多院区运营数据中心，以支撑智慧临床、科研教学、运营管理、患者服务等各项应用，实现“一网一云一中心”的最终管理模式。

而信息一体化的网络架构，则是建立在数据中心(私有云)基础上，通过互联网为患者提供服务，通过单体多院区专网、医联体专网实现院区间数据共享，同时利用 5G 专网技术，在远程影像、教学、应急救援、远程手术等方面进行尝试性建设。

建设无围墙云平台过程中，各分部院区实现了统一的数据共享和交换标准，在数据记录(分类、结构化、医学术语);数据处理(脱敏、加密);数据交换(存储、授权、使用)等多个方面实现标准化。在此基础上，通过对《电子病历共享文档规范》等 57 项规范和标准的应用，实现了标准化基础服务(医学标准化术语、医疗数据脱敏、疾病风险预测等);并基于人工智能(AI)、区块链等技术，实现了患者数据(健康信息、诊断信息、治疗信息)共享。

此外，仁济医院还比较成功地应用了 AI、区块链等技术，从安全、服务等各个方面提升整个信息系统的完整性。

1. 基于 AI 技术进行数据隐私处理和医疗大数据治理，实现标准化医疗数据治理;医疗数据脱敏;疾病风险预测;语法、用语自动修正;减少人工重复劳动。

2. 基于区块链技术进行医联体电子病历交互，实现信息平台去中

心化，可持续发展；助力医联体同质化诊疗，便于上级医院监督治疗方案执行情况；电子病历跨区跨院完整记录、展现；有科研价值的跨院病历通过脱敏、整合清洗后形成医联体大数据，更能发挥数据价值；数据使用定向授权，保护隐私。

3. 基于云服务建设医联体平台，实现无服务边界；终端易触达；服务高可用。

通过努力，仁济医院建设了以大数据汇聚、支撑、应用为核心的单体多院区(医联体)一体化信息平台层次架构。

4. 大数据汇聚：对多分部、院区中的大量异构数据进行分布式采集，并集中存储和迁移，达到多院区互联、医联体信息互通，构成一体化信息平台的基础层——一体化基础信息平台。

5. 大数据支撑：通过解决电子病历数据的结构化；语义化加工和安全受控访问等问题，使数据统一规范、安全可控，构成一体化信息平台的数据层——单体数据库(HIS、电子病历、移动医疗)和信息集成平台(ESB)。

6. 大数据应用：有了数据层的支撑，数据在运营管控、绩效管理、DRGs、临床科研、精准医疗等各方面的应用构成一体化信息平台的业务层——集团化运营、医学研究、临床应用等。

基于无围墙信息一体化建设，仁济医院还形成了无围墙单体信息一体化的影像中心、基于医疗大数据的医学影像 AI 处理与分析平台、基于医疗大数据的患者为中心的标签体系、基于区块链的胚胎发育追

溯系统等多个应用场景。

龚俊表示，借助无围墙信息一体化建设及各项应用服务，仁济医院希望可以实现 4 个目标：

1. 合理使用各院区资源，为患者提供便捷就医保障；
2. 在各院区、各医联体成员医院的信息系统之间，构建安全统一的信息标准平台，有效控制系统对接成本，优化医疗服务流程，提升医疗服务质量；
3. 通过对医疗大数据统计分析，明确患者精准需求，提高患者满意度；
4. 同多方合作伙伴共同探索医疗服务市场，推进医疗行业发展，打造健康服务生态圈。

切实通过信息化建设，全力支撑和推进医院高质量发展。

[返回目录](#)

• 社区医疗 •

分级诊疗制度背景下改善我国社区医疗服务模式探讨

来源：清华大学医院管理研究院

改善我国社区医疗服务模式具有十分重要的意义。我国推行分级诊疗制度，社区已成为推行该制度的重要阵地，社区医疗在我国医疗卫生服务体系中扮演着重要的角色。只有社区医疗服务能力提高、社区医疗机构基层首诊的作用得到有效发挥，分级诊疗制度才能够有效

推行。因此，本文通过分析我国社区医疗卫生服务诊疗人次以及存在的问题，讨论分级诊疗制度的政策背景下如何改善我国社区医疗服务模式。提出中国应该建立紧密型医疗联合体、全专融合的医生集团、全过程病人跟踪系统、首诊转诊管制制度、全科医生培养体系等建议。

1. 社区医疗服务和分级诊疗制度

1.1 政策背景

“分级诊疗”是按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗，逐步实现从全科到专业化的医疗过程。分级诊疗制度是我国五项基本医疗卫生制度之首。党的十八届三中全会提出建立分级诊疗体系的总体要求。分级诊疗实践最早可追溯到 2006 年《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》发布，提出开展社区首诊制试点。2013 年《国务院办公厅关于巩固完善基本药物制度和基层运行新机制的意见》明确提出要明显提高基层医疗卫生机构门急诊量的比例。“十三五”期间，分级诊疗制度建设整体上撬动了卫生健康组织整合、医保支付模式优化、医防融合、家庭医生签约等诸多体系的布局优化，成效显著。2015 年国务院颁布《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，是为了合理配置医疗资源、引导优质资源下沉、引导患者选择社区医疗机构首诊、形成合理有序的就诊格局，皆在破解“看病难、看病贵”的问题。2016 原国家卫生计生委和国家中医药管理局确定并发布了 31 个省(市)的分级诊疗试点名单。我国建立分级诊疗制度促进基本医疗服务

可及性，解决患者“看病难、看病贵”的问题具有重要意义。

1.2 分级诊疗制度和社区医疗之间的关系

随着新医改的推进，社区医疗服务中心首诊、双向转诊等分级措施的开展，社区已成为我国分级诊疗制度的重要阵地。社区医疗服务模式的改善应该放在分级诊疗的政策背景下去讨论，因为它终归是要解决患者的首诊问题，而对分级诊疗制度的评估过程中，社区医疗服务起着关键作用。2016 年国务院办公厅《关于印发深化医药卫生体制改革 2016 年重点工作任务的通知》（国办发〔2016〕26 号）指出，构建分级诊疗体系应从四个方面着手：加快开展分级诊疗试点，扩大家庭医生签约服务，提升基层服务能力，完善配套政策。有实证研究显示，当社区医疗服务能力较高时，公立医院就诊率显著降低 3.1%。这意味着分级诊疗制度的有效实施，关键因素在于社区医疗服务模式的改善。鉴于此，分析我国现阶段社区医疗服务中存在的问题，以此提出改善我国社区医疗服务模式的观点，对我国推行分级诊疗制度具有借鉴意义。

2. 我国社区卫生服务建设现状

2015 年，基层医疗机构诊疗人次仅为 43.4 亿人次，占全国医疗卫生机构的 56.4%，社区诊疗人次仅为 5.6 亿人次，占全国医疗卫生机构的 7.3%；至 2019 年，基层医疗机构诊疗人次为 45.3 亿人次，占全国医疗卫生机构的 52%，社区诊疗人次达 6.9 亿人次，占全国医疗卫生机构的 7.9%。社区卫生服务中心医师日均担负诊疗人次五年内

变化不大(详见表 1),此外,2015—2019 年我国社区卫生机构有所增加,床位数逐年增加(详见表 2)。可见,基层医疗机构诊疗人次占全国医疗机构诊疗人次的百分比逐年下降,而社区卫生服务中心诊疗人次占全国医疗机构诊疗人次的百分比逐年增长,社区医疗卫生服务中心的医疗服务承载负担越来越重。

表 1 2015-2019 年社区卫生服务诊疗人次统计情况

年份	基层医疗卫生机构总诊疗人次(亿人次)	基层医疗卫生机构诊疗人次占全国医疗卫生机构诊疗人次(%)	社区卫生服务中心诊疗人次(亿人次)	社区卫生服务中心诊疗人次占全国医疗卫生机构诊疗人次(%)	社区卫生服务中心医师日均担负诊疗人次(人次)
2015	43.4	56.4	5.6	7.3	16.3
2016	43.7	55.1	5.6	7.1	15.9
2017	44.3	54.1	6.1	7.4	16.2
2018	44.1	53.0	6.4	7.7	16.1
2019	45.3	52.0	6.9	7.9	16.5

数据来源:《中国卫生健康统计年鉴 2020》

表 2 2015-2019 年社区卫生设施统计情况

年份	社区服务中心(站)机构数(万个)	社区服务中心(站)床位数(万张)
2015	3.4	20.1
2016	3.4	20.3
2017	3.5	21.8
2018	3.5	23.1
2019	3.5	23.7

3. 我国社区医疗服务模式存在的问题

3.1 “分级诊疗”变为“分割医疗”

我国卫生资源配置呈“倒三角”分布,就诊病人流向不合理等问题是我国推进医药卫生体制改革过程中需要重点突破的方面。2009 年医改以来,经过几十年的实践和探索,我国分级诊疗制度的推进并

未形成一个相对系统的模式。上级医院的门诊供需关系仍然是需求大于供给，基层医院尽管在不断地采取措施，譬如上级医院到下级医院进行专家会诊，最终的结果却是加剧了上级医院对病人的虹吸效应，基层医院健康“守门人”的作用也没有发挥出来。这种“分割医疗”的现象，将“看病难、看病贵”的问题升级为“看病难在分级、看病贵在重复性浪费”等诸多问题上。

3.2 整合型医疗服务模式缺失

中国医改的核心是构建以人为本的整合型服务模式，改变患者目前分级挂号、问诊、检查、建档的“分割医疗”做法。目前，我国未形成系统跟踪患者、识别和连续服务患者，终身管理患者的整合型医疗服务模式。门诊医疗服务是整个医疗服务过程的前端环节，我国社区医疗从门诊接诊、上下级转诊到康复治疗再回到社区的诸多环节没有形成一个系统、完整、连续化的医疗服务闭环，逐渐淡化社区医院预防、健康促进、康复的作用，这与我们分级诊疗制度建立之时，希望社区医院发挥的功能是完全背离的。

3.3 未形成连续一体化的病人管理模式

我国病人管理分散、缺乏连续的病人关照、无法形成全程的患者跟踪。上级医院和下级医院的上下联动、双向转诊制度即使打通，在执行层面由于涉及多个利益相关方，患者每换一家医院就诊就要做重复的各项检查，助长了“看病贵”的棘手问题，根源在于没有形成一体化的病人管理模式。在顶层设计方面，国家不断建立区域医疗中心、

医学中心、专科能力建设等各专项设计，反而加剧了患者“走出去”的动力，如何让患者再回到社区，应该是我们在进行顶层设计的过程中也应该考虑的因素。

此外，我国在全国范围内正在不断落实住院、门诊异地结算等各项政策，尽管这对异地就医是一项利好政策，在逐步实现医保的转移接续服务，但这对于我国解决医疗发展“可及性”问题起到了很小的作用，反而增加了异地就医的可能性。如何将医保和医疗联合起来，形成从医保的转移接续到医院的转移接续再到患者的转移接续，还存在很大的提升空间。

3.4 首诊制度落实缺乏强制性

2019年12月份通过的《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第三十条提到“国家推进基本医疗服务实行分级诊疗制度，引导非急诊患者首先到基层医疗卫生机构就诊，实行首诊负责制和转诊审核责任制”。从法律语言的角度我们可以看到，我国对于患者首诊、转诊的强制性非常弱，属于授权性规范，患者可以做也可以不做，所以在法律完善方面还有很大的改善空间。

3.5 医学人才配置失衡导致首诊能力不足

我国医疗资源配置不均衡还体现在医学人才的分布方面。三级医院对于医学人才的虹吸作用越来越明显，绝大部分经过本科、硕士、博士训练的医学生毕业后不会选择到社区医院工作，而选择到社区医院、基层医院工作的毕业生，往往是本科学历，甚至是专科学历，我

国社区医院医学人才的引进形成了恶性循环的局面。此外，我国对于社区医院医学生的准入门槛很低，无论是成为全科医生之前的培训、考核、评审还是成为全科医生之后的继续教育，我国的人才培养体系的建立尚不完善，从而导致首诊服务能力不足。

4. 改善我国社区医疗服务模式的建议

4.1 建立紧密型医疗联合体，形成以患者为中心的管理模式

下级医院开转诊单、邀请上级医院专家坐诊等办法是松散型医疗联合体所采取的措施，无法实现分级诊疗制度的有效实施，也不会达到优化医疗资源配置的目标。我国应该建立紧密型或半紧密型医疗联合体。具体来说，应该解决如何为社区医院、基层医院赋能的问题，使社区医院做到全科和专科的融合，不再是管理医生等医疗资源，而应该转变为管理患者、管理病种，资源的配置按照全生命周期进行健康促进，形成以患者为中心的健康管理模式。

4.2 建立全专融合的医生集团，形成以优质医生资源为中心的病人响应机制

鼓励医生或者医生团体开办诊所，形成医生集团。在医生的专业能力得到提高的前提下，全科医生和专科医生联盟，形成医生集团，开办社区诊所，同时为保证诊所运行的效率，诊所的经营形式应该采取半私半公的产权结构，以全科医生为主体，既保证公平又保证效率。同时鼓励医生多点执业，使好医生的资源流动起来，好医生接诊的地方并非在门诊部，而是建立门诊病人响应机制，使医生能够做到外部

服务顺畅，从而使好医生成为一种全社会的医疗资源而流动。

4.3 建立全过程病人跟踪系统，形成以健康为中心的转移接续服务

我国应该通过信息化手段建立全过程病人跟踪系统，保证患者在中国看病是一个连续的服务。从患者的社区初诊、转诊、再到康复回到社区医院形成以患者为中心的转移接续服务。此外，还应该形成以健康为中心的医疗服务模式，应该做到从健康教育到疾病的预防再到疾病的治疗，建立全生命周期的健康促进活动，记录一个人完整的健康、疾病情况。

4.4 健全首诊转诊管制制度，形成以分级诊疗为中心的保障制度

在社区医院人力资源队伍专业能力、社区医院全科、专科能力提高的前提下，我国应该效仿发达国家对患者首诊、转诊采取强制性的措施，从政策制定到法律约束都应该赋予分级诊疗制度，尤其是首诊制度更加强优势的地位。

4.5 完善全科医生培养体系，形成以提升基层服务能力为中心的联动模式

发达国家在对于全科医生的培养方面，具有完整、系统、严森的培养体系。无论是成为全科医生之前的培训、考核、评审还是成为全科医生之后的继续教育，都具有十分严格的标准。因此我国应该提高全科医生的准入门槛。但这个过程应该配以提高社区医院医务人员待遇，重视社区医院人力资源队伍的建设，提高社区医院医生、护士的

专业水平，建立系统、严格的全科医生培养体系，提高软实力，而不是将大部分的资金投入到医院扩建以及硬件设施中去。同时思考上级医院对下级医院提供技术指导使下级医院医疗技术能力提升的培养模式。

分级诊疗不是“分割医疗”，三医联动不是“联而不动”。我国医疗服务模式的优化有必要在分级诊疗制度背景下去讨论，而其中最重要的一个环节则是我国社区医院的医疗服务能力的提升，才有可能实现医疗资源的合理配置，实现病人全程的闭环管理。

[返回目录](#)

后疫情时代，基层医疗如何成长壮大？

来源：上海创奇健康发展研究院

日前，由上海创奇健康发展研究院主办，拜耳医药保健有限公司支持的第 37 期卫生政策上海圆桌会议，在位于上海陆家嘴的“东方蓝宝石”中国金融信息中心成功举行。会议聚焦“基层医疗，如何壮大”主题，吸引了来自全国各地 100 多位健康产业资深人士参会。

在后疫情时代，基层医疗如何才能成长壮大？如何打破三级医疗机构对病人的虹吸效应，真正发挥基层医疗在医疗体系中应有的作用？在本期圆桌会议上，国家政策制定者，研究国内外基层医疗发展的学者，深圳、青岛、浙江等地的基层医疗改革探索者纷纷分享了实践经验和观点，并与参会者展开互动探讨。

会议期间，创奇健康研究院、新华社现场云、星空学习平台、新

浪健康及云鹊医等进行同步线上直播。

上海创奇健康发展研究院创始人、执行理事长蔡江南为会议致开场辞。他表示，圆桌会议从 2012 年 9 月第一期开始，每年四期，今年正式迈进第十年。会议得到了政府、医院、企业、投资人、媒体等的支持和参与，形成了多层次、多视角、互动式的模式，已成为长三角乃至全国最重要的卫生政策讨论平台之一。

五位专家在会议中进行了主题分享。国家卫生健康委员会体制改革司副司长薛海宁分享了“基层综合改革”；复旦大学教授、博导，社会医学教研室副主任王颖分享了“基层医疗国内外实践经验”；深圳市卫生健康委员会体制改革和基层建设处二级调研员洪智明分享了“深圳基层医改的实践与思考”；青岛市长期照护协会会长、原青岛市社会保险办公室综合处处长姜日进分享了“青岛市医保推动基层（社区）医疗发展的实践与思考”；浙江省玉环市人民医院健康共同体集团院长董寅分享了“基层卫生改革的浙江玉环实践”。圆桌环节由蔡江南主持。

01 如何打好基层综合改革“组合拳”

国家卫生健康委员会体制改革司副司长薛海宁从体制机制改革的角度，介绍了 12 年医改发展中基层卫生服务体系取得的成效，以及改革发展的特点、问题和挑战，阐明了影响基层诊疗量占比下降的诸多因素。

薛海宁表示，国家一直都很重视基层改革，“强基层”原则始终

都在推动落实。她强调要站在更广阔的视角，跳出基层谈基层，进行综合改革中要保持定力，而不是简单的否定，兼顾供需双方关系，这对促进基层发展至关重要。

对于如何强基层，她认为，要增强改革的系统性、整体性、协同性。要构建高效整合型和延续性的卫生服务体系，聚焦基础性和有重大牵引性作用的改革举措，破解深层次体制机制性障碍，打改革“组合拳”，深化医疗服务价格、人事薪酬、医保支付等联动改革。

02 基层医疗国内外实践经验

复旦大学教授、博导，社会医学教研室副主任王颖的发言围绕基层医疗国内发展历程、国外发展现状和我国未来发展的思考三方面展开，宏观展现了国内外基层医疗的实践经验。

王颖认为以下三方面将是我国基层医疗未来发展动向：1) 目标和任务转变，从被动诊疗服务转向主动健康管理，从划片分治到整合医疗服务；2) 拓展卫生服务内容，包括发展服务特色；3) 加强基层医疗服务能力建设。

此外，王颖对未来如何发展基层医疗，给予了几点建议：

建立人才保障机制，注重对全科医护人员的培养，引进人才、留住人才、增值人才。合理定位社区卫生服务，完善双向转诊制度。拓展筹资制度，建立和完善补偿机制。

03 基层医疗集团如何发力

深圳市卫生健康委员会体制改革和基层建设处二级调研员洪智

明分享了深圳市作为国家 118 个试点城市基层医疗集团之一的基本情况、主要做法、成效、遇到的问题，以及如何在卫生服务供需两端发力、探索、尝试与创新。

洪志明阐述了深圳市如何整合优质高效的医疗服务体系，区域中心生态圈如何联动，如何推进与完善网格化布局集团化管理，如何建立良好的利益、激励、约束机制，医保支付、价格引导、财政投入、人事薪酬发挥了哪些作用，如何在社区、家庭医生、公共卫生服务方面做强做实做优，如何改善居民健康管理制，社康机构网点和人员配置不足等问题的对策。内容条理清晰，理论结合实践，对基层医疗发展有非常好的启示。

04 医保推动下基层(社区)医疗发展

青岛市长长期照护协会会长、原青岛市社会保险办公室综合处处长姜日进介绍了医保推动下，青岛市社区医疗长期以来发展模式的转变，以及医保业务分步向社区分流，从门诊大病到家庭病床和老年护理再到门诊统筹逐步进社区，设置专职部门、建立门诊统筹制度，把门诊统筹金定向用于社区等工作。他还分享了如何利用医保结算和管理的杠杆，规范社区医疗机构的行为，促使其健康发展。

对于如何加快社区医疗发展，姜日进给出了如下建议：

1. 加快改造个人账户，推进门诊统筹，用基金购买社区医疗健康服务，逐步建立起守门人制度。
2. 转变理念，加强引导，大力支持社会力量兴办社区医疗，发挥

市场在资源配置中的决定性作用。

3. 整合政府资源，部门协调配合，共同促进社区医疗的发展。

05 紧密型的县域医共体

浙江省玉环市人民医院健康共同体集团院长董寅从政策执行方的角度，介绍了浙江省玉环市依托县域医共体，打通医疗机构的内循环和健康产业链外循环的实践经验。董寅指出，医疗服务能力是基层医疗的主要短板，定位好家庭医生的职责并聚焦能力提升为解决方案。

董寅重点讲述了四项措施：1) 发挥资源整合优势，推动县乡村一体化发展；2) 推进精准医防融合，筑牢基层公卫网底；3) 以家庭医生为核心，推进慢病协同管理；4) 发挥医保杠杆作用，激发医共体发展活力。他结合大量图表数据展现了在统一人员、医疗资源和绩效考核，数字化应用，慢病多学科诊疗路径和全程化管理，按人头包干等方面的做法和成效。这为推动县域基层医疗高质量发展带来了很好的参考。

互动讨论：医保个人账户、管理体系、人才、诊疗能力等

上海创奇健康发展研究院创始人、执行理事长蔡江南主持互动讨论环节。王颖、洪智明、姜日进、董寅与参会听众围绕基层诊所标准化，人才、医生的诊疗能力，管理体系，医保个人账户的调整，医共体等话题展开了热烈的讨论。

王颖认为，在基层医生包括医疗机构的发展中，财政补助是不可

或缺的。想要基层医疗机构不再依赖医疗收入作为其最主要的收入来源，必须要加大政府调整投入。薪酬制度、医疗技术、药品使用培训等配套措施，都需要政府层面重视。此外，要做好一名全科医生，还需具备健康管理的思维、人群健康提升的意识以及高危因素控制的理念。

洪智明表示，医改是复杂的综合性改革，行政、财政、医保等相关部门都要参与进来，制度供给的优化环境才能让基层留得住人。整合时也要因地制宜匹配相应的制度，医院的管理者也要以总额结余调整管理导向。

姜日进表示，改革个人账户以及医保基金的输入，定向用于鼓励社区医疗发展，才能实现社区首诊，再通过调整报销制度，才能逐步做好双向转诊。

董寅表明，推动基层诊所标准化进程时，有退出机制、规范行为、实施量化分级管理等措施引导推进，对于一些偏远落后地区，会有特殊政策进行相应的管理。医共体紧密的关键不完全取决于政策，而是要正确找到利益的共同点，渐进式地通过各种机制，建立联系、逐步统一。

最后，蔡江南作总结发言。他表示，政府有为且按规律办事，从资金、政策、制度上给予支持，把握经济规律处理好政策与利益的关系，才能更好地助力基层医疗做强。

[返回目录](#)

· 带量采购 ·

医疗机构在耗材集采后的博弈

来源：Latitude Health

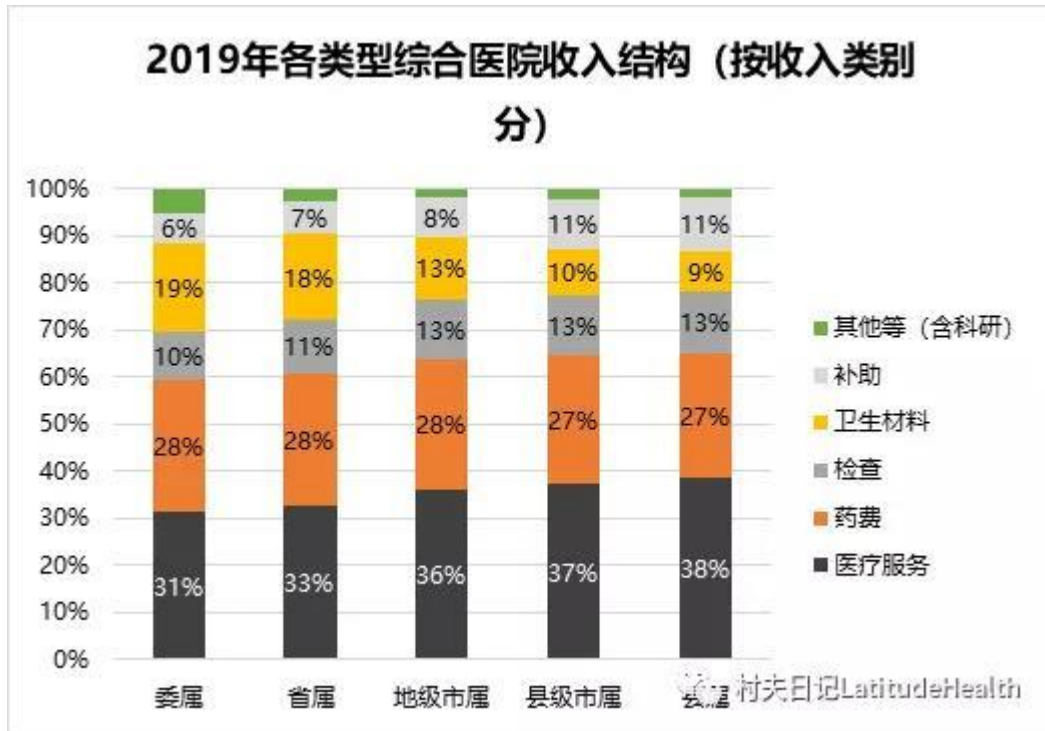
与药品集采快速全面铺开相比，高值耗材集采的进展并不快，这一方面是因为耗材并没有一致性评价，产品编码不统一等因素制约了集采的开展，另一方面，高值耗材主要在手术中使用，也是医疗机构收入的主要来源之一，比起药价改革的挑战也更大。

随着药品零加成和药占比的持续下降，二三级医院尤其是 500 床以上的大型医院主要收入增长来自住院，其中以手术费用和耗材为重。

2019 年，公立三级医院的卫生材料收入占到总收入的 14%，但如果分机构类别来看，委属综合性医院的卫生材料收入占比已经到 19%，而省属医院的占比也到了 18%，地级市属略低于全国平均，为 13%。而同期委属、省属和地级市属的药占比都是 28%。这意味着高值耗材已经成为大型医院的第二大产品收入，而且与药品收入占比的差距已经日益缩小。

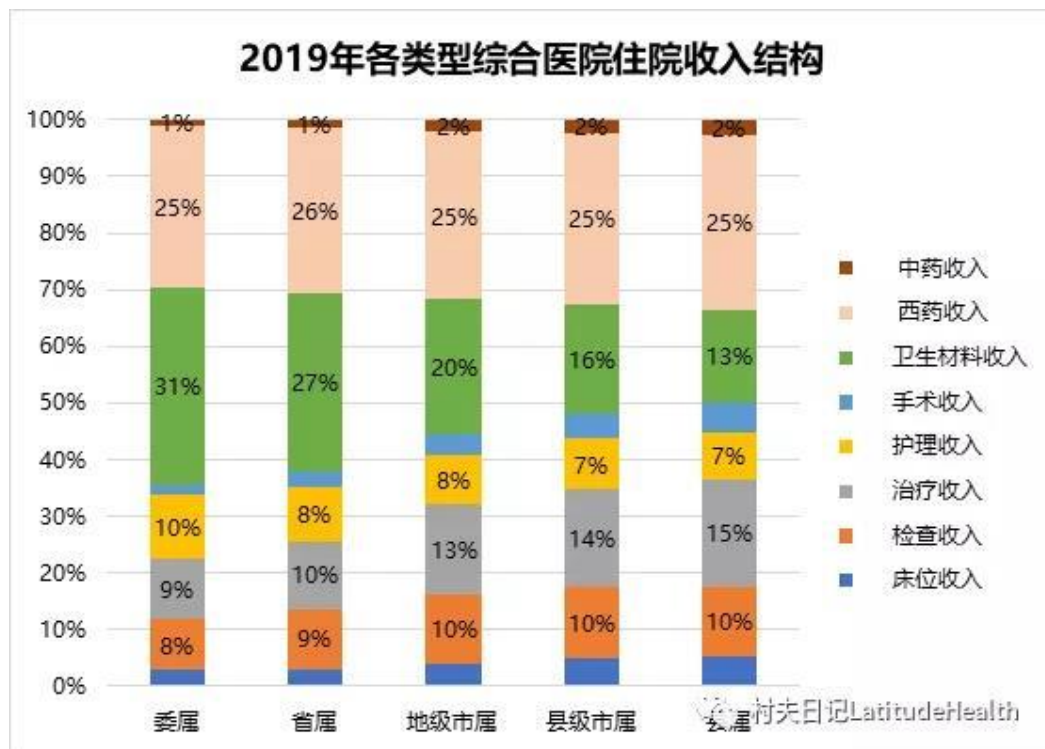
而如果仅从住院收入结构来看，在大型医院，卫生材料收入的占比已经超越药品成为第一大收入，尤其在委属和省属综合性医院，卫生材料收入占住院收入的比例分别为 31%和 27%，而药占比则分别为 26%和 27%。地级市属的耗占比只有 20%，低于药占比的 27%。

图表 1：2019 年各类型综合医院收入结构(按收入类别分)



数据来源：历年中国卫生健康统计年鉴，LatitudeHealth 分析

图表 2：2019 年各类型综合医院住院收入结



数据来源：历年中国卫生健康统计年鉴，LatitudeHealth 分析

三级医院在药占比下降的市场环境下，卫生耗材占比不断攀升，这一方面提示三级医院进行了更多复杂的治疗，一方面也提示大型医院在药品收入受到限制的情况下，会转向其他更能创造高收入的方面，而卫生材料就是其中一个重要方面。

由于耗材占比持续提升，对医保产生了巨大的压力，高值耗材集采也就步药品集采的后尘而开始持续推进。当然，从第二轮集采可以看出，企业报价更为理性，入围企业也更多，这有助于保证市场的可持续性。不过，随着更多耗材集采的展开，耗材市场必然像仿制药那样出现市场规模的缩减，这对企业和医疗机构来说都面临一定的压力。从企业的角度来看，只有通过创新去开发更多新技术或新材料的产品，才能在未来的集采和价格谈判中占据主动地位，从而保证自身营收的增长。但研发不是短期就能出结果的，收购可能是更快捷的方法，未来器械市场的并购将会非常活跃。

高值耗材集采主要冲击的是大型医院，他们的应对方法分为三种：选用其他更昂贵的在医保目录内的替代性耗材、诱导病人使用自费耗材或者将病人导流到不受集采影响的民营医院。

首先，替代性耗材是最容易操作的应对模式。比如，心脏支架集采之后就采用药物球囊，由于球囊的价格还维持在高位，医院能弥补一部分耗材收入的损失。一般来说，替代性耗材可以联合使用或直接替代，如能联合使用是最佳的规避政策的模式，因为这既满足了集采对医院的用量指标，又能通过替代性耗材继续赚钱。不过，使用替代

性耗材有一个前提，必须也在医保目录内，否则就是自费耗材，很难获得足够体量的病人。不过，随着替代性耗材使用的增加，对这类产品的集采也有可能跟随而至，医院获取的只是时间差和一定喘息机会。

其次，诱导病人使用自费耗材是各国医疗机构面临医保支付改革通用的方法，能够较好的解决替代性耗材再被纳入集采的问题。从其他主要发达国家的医保支付改革来看，随着高值耗材价格的下跌，医生和医院越来越多诱导病人使用自费耗材。不过，自费耗材的价格较贵，用户的经济能力是关键，在市场规模上很难达到医保的水平，如果一个高值耗材彻底退出医保，其在自费的模式下是很难做到原来的体量的，营收的下降也是必然的，只是保住了利润的绝对数，利润率却不一定能好于集采产品。

当然，自费耗材在部分商保较为发达的国家和地区还是获得了一定的发展，这主要是因为这些地区的商业保险较为发达，用户对商保的支付能力较强。随着 DRG 的逐步推开，医生为了满足打包支付价的限额，也会诱导病人使用自费耗材，这将在未来推动自费耗材使用的进一步扩大。不过，支付方对自费耗材的使用会进行监控，有的国家或地区会要求使用自费耗材前不仅要有病人的签字，还必须由医保部门批准，这将会限制一部分自费耗材的使用。

最后，导流病人去民营医院。由于民营医院不受集采影响，将病人带到民营医院将能够继续使用原价的高值耗材。不过，医保局推出

耗材集采的最终目标是据此推出医保支付价，除非是不使用医保的中高端医院，其他民营医院只要使用医保就很难最终规避这一政策。而如果导流病人去民营医院只是去使用自费耗材，在公立医院也可以这么做。当然，如果未来医保对自费病人也需进行核准才能使用自费耗材，导流还是具备一定的优势，毕竟在不使用医保的中高端医院可以规避审核。

不过，无论是诱导病人使用自费耗材还是将病人导流到民营医院，其市场规模都不会很大，只能成为一个小市场。如果想要获取足够的规模，医院只能在现有的框架下进行发展，在技术能力有保证的前提下，通过获取更多的病人仍能维持增长。当然，这会促进大医院进一步虹吸病人。

总体来看，耗材价格下降之后，医疗服务收入的提升将是整体改革最具挑战的一环，这也是医疗服务价格改革试点所要探索的。

[返回目录](#)

人工关节国家集采为何降价超 8 成？质量能否保证？你关注的问题

回复来了

来源：新华网

这是继冠脉支架集采后，国家治理高值医用耗材价格虚高、流通乱象的又一次精准出击。第二批国家组织高值医用耗材集采公布结果：人工髋关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，人工膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右，平均降价 82%。

本次集采首年意向采购量为 54 万套，占全国医疗机构总需求量的 90%。老百姓高兴之余，不禁提出疑问：降价后的人工关节质量如何？什么时候用得上？记者采访了业内人士与医保专家。

为什么价格降幅超 80%？

平均价格下降 2.7 万元——而在地方开展集采以前，人工髋关节和人工膝关节的平均价格在 3 万元左右，部分产品的价格甚至超过 9 万元。

作为集采“国家队”的第二次瞄准目标，人工关节价格缘何能挤出如此多的价格“水分”？国家组织高值医用耗材联采办集中采购组组长高雪给出答案：

“由于流通环节较多，中间商层层加价，导致人工关节价格虚高。再加上骨科耗材技术分类和组合复杂，消毒、电动工具等费用均含在产品价格中，所有不合理的收费最终都是患者买单。”

为兼顾公平与竞争，集采“国家队”充分考虑人工关节的临床使用习惯和特点，对人工髋关节和人工膝关节按照以系统为单位进行报价，并单列伴随服务价格，提高产品价格组成的透明度。

国家医疗保障局医药价格和招标采购司司长丁一磊介绍，以系统为单位进行报价，可以防止个别品种一个配件中标，另一个配件没有中标。这样可以避免“按下葫芦浮起瓢”的情况，整体降低患者的费用负担。

“这次中选结果基本符合预期。”丁一磊表示，通过和前期有关

成本情况进行对比分析，这次集采既降低人工关节的虚高价格，也给企业一定的盈利和发展空间，可以说是取得了多方面的平衡。

患者什么时候可以用上？

预计 2022 年 3 至 4 月份，患者可以用上降价后的人工关节集采产品。

“在人工关节集采中，我们把供应能力增加到企业中选规则。”丁一磊介绍，对供应能力更强、被医疗机构需求更大的企业，集采“国家队”进行了单独分组，确保能切实保障供应，保障临床医生有需求的产品能有相当比例的中选，从而实现平稳落地。

“为保证企业供货，我们提前对企业的生产能力、产品流向等进行调研。”高雪介绍，后期将上线医保医用耗材登记系统，对生产企业的发货情况、经营企业的库存情况、医疗机构的使用情况等进行监督，从而确保产品质量和供应。

据介绍，国家医保局正在制定后续采购量落地执行的相关保障措施，包括结余留用政策，将集采节约的医保资金拿出一部分用于激励医疗机构。

“集采只是医改中的第一关。”被业内称为三明医改“操盘手”、时任三明市副市长的詹积富说，集采节省下来的资金将“腾笼换鸟”，用于调整理顺医疗服务价格、提高医务人员薪酬、降低百姓看病费用并提高报销比例，让百姓、医务人员、医疗机构等多方受益。

降价后质量能保证吗？

根据国家医保局估算，按 2020 年采购价计算，公立医疗机构人工髌、膝关节采购金额约 200 亿元，预计节约费用 160 亿元。

面对上百亿元的市场，降价后的人工关节质量能有所保证吗？

国家医疗保障研究院副院长应亚珍介绍，能够进入集采环节的人工关节产品质量都是经过相关部门检测和临床检验的，这是产品进入市场的前提条件，而且这些进入集采的产品都是医疗机构所报的需求，说明都已经是被临床了解和正在使用的。

“近些年髌关节和膝关节置换手术的技术得到普及，企业生产水平提升、生产厂家增多，竞争比较充分。”国家组织高值医用耗材联采办主任、天津市医疗保障局副局长张铁军说。

在这次人工关节集采中，内外资企业均有拟中选产品，企业中选率达到 92%。据业内人士介绍，这次中选的企业中，既有医疗机构常用的企业，也有新兴企业。

不同于冠脉支架，本次集采包括陶瓷-陶瓷类髌关节产品、陶瓷-聚乙烯类髌关节产品、合金-聚乙烯类髌关节产品、膝关节产品四个类别，共有 5804 家医疗机构填报了人工髌关节和膝关节的需求品牌和未来一年的需求量，集采“国家队”依据医疗机构的填报信息进行集采，最大限度尊重临床医生的使用习惯。

“从中选结果来看，中选产品和医疗机构需求的匹配度超过 80%。”丁一磊说，相当多的中选产品对医疗机构来说不需要任何切换，就可以实现无缝衔接，保障临床使用的延续性。

· 药闻动态 ·

推动医保谈判药落地 11 月底前每个地级市至少有一家“双通道”零售药店

来源：人民网

国家医保谈判药品(以下简称谈判药品)落地涉及广大参保患者切身利益,为更好满足临床需求,提升谈判药品的供应保障水平,日前,国家医疗保障局、国家卫生健康委联合发布《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》(以下简称《通知》)。

《通知》要求,11 月底前,各省份要实现每个地级市(州、盟)至少有 1 家符合条件的“双通道”零售药店,并能够提供相应的药品供应保障服务。

作为谈判药品临床合理使用的第一责任人,医疗机构怎么做?

《通知》要求,各定点医疗机构要落实合理用药主体责任,建立院内药品配备与医保药品目录调整联动机制,自新版目录正式公布后,要根据临床用药需求,及时统筹召开药事会,“应配尽配”。对于暂时无法纳入本医疗机构供应目录,但临床确有需求的谈判药品,可纳入临时采购范围,建立绿色通道,简化程序、缩短周期、及时采购。对于暂时无法配备的药品,要建立健全处方流转机制,通过“双通道”等渠道提升药品可及性。

完善促进谈判药品落地的相关政策措施，医保部门做什么？

《通知》明确，要加强协议管理，将定点医疗机构合理配备使用谈判药品情况纳入协议内容，并与年度考核挂钩。要科学设定医保总额，对实行单独支付的谈判药品，不纳入定点医疗机构总额范围。对实行 DRG 等支付方式改革的病种，要及时根据谈判药品实际使用情况合理调整该病种的权重。要提升精细化管理能力和水平，科学测算基金支付额度，综合考虑新版目录药品增减、结构调整、支付标准变化以及实际用药量等因素，对医疗机构年度医保总额做出合理调整，保障患者基本用药需求。

《通知》要求，新版医保药品目录正式印发后，各省级医保部门要尽快将目录内谈判药品在本省级药品集中采购平台上直接挂网。督促指导有用药需求的定点医疗机构及时与药品企业签订协议，规范采购。各统筹地区医保部门要根据新版目录的品种调整情况，及时调整医保信息系统，制定结算管理办法，做好政策衔接。

卫生健康部门做什么？

《通知》明确，要调整完善医疗机构药品使用考核机制，将合理使用的谈判药品单列，不纳入医疗机构药占比、次均费用等影响其落地的考核指标范围。加强对定点医疗机构临床用药行为的指导和管理，督促辖区医疗机构合理配备、使用谈判药品，不得以医保总额限制、医疗机构用药目录数量限制、药占比等为由影响谈判药品落地。

谈判药品“双通道”管理怎么推进？

《通知》指出，各地医保部门要按照加强管理、保障供应、规范使用、严格监管的原则，建立处方流转中心，并对纳入“双通道”管理的药品在定点零售药店和定点医疗机构施行统一的报销政策。具备条件的地区要积极探索完善谈判药品单独支付政策，逐步将更多谈判药品纳入单独支付范围。要细化完善定点药店遴选准入、患者认定、处方流转、直接结算和基金监管等措施，切实提升谈判药品的供应保障水平。

《通知》要求，原则上 2021 年 10 月底前，各省份要确定本省份纳入“双通道”管理的药品名单并向社会公布。2021 年 11 月底前，各省份要实现每个地级市(州、盟)至少有 1 家符合条件的“双通道”零售药店，并能够提供相应的药品供应保障服务。要明确定点医疗机构和定点零售药店的责任，满足患者合理的用药需求。

《通知》指出，各级医保部门要加强参保患者用药全流程的监管，防范和打击利用谈判药品“双通道”管理机制套骗取医保基金的行为。各定点医药机构要加强内部管理，严格执行药品流通、临床使用和医保支付等政策规范，确保谈判药品流程可追溯、质量安全有保证、使用合理规范。

[返回目录](#)

国家医保局：全国基本医保药品支付范围将实现基本统一

来源：青新社

近日，国家医保局在答复政协十三届全国委员会第四次会议第

3350 号(医疗体育类 263 号)提案时透露,国家医保局积极推进按疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点,今年底前 30 个试点城市全部进入实际付费;稳步启动按病种分值(DIP)付费,今年底 71 个试点城市全部进入实际付费。

全国基本医保药品支付范围将实现基本统一

关于国家基本医保目录统一及支付标准制定,答复中指出,2020 年 7 月,国家医保局印发了《基本医疗保险用药管理暂行办法》(国家医疗保障局令第 1 号),规定了医保药品目录调整的原则、条件、程序,国家医保药品目录将每年动态调整。

另外,按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》文件精神,逐步统一医保药品支付范围,对各省增补权限作出规定,要求各省用 3 年时间,逐步消化本省原按规定增补的乙类药品。目前,多数省份已完成第一批 40%省增补品种的消化工作,全国基本医保药品支付范围将实现基本统一。

下一步,国家医保局将按照《基本医疗保险用药管理暂行办法》的要求,动态调整医保药品目录,完善谈判准入机制,建立评价规则和指标体系,将符合条件的药品纳入医保支付范围。

全面做实市地级统筹,逐步推动省级统筹

关于巩固提升基本医保统筹层次,答复中指出,国家高度重视提高基本医保统筹层次工作,基本医保制度健全完善过程中,国家指导各地不断巩固提升基本医保统筹层次。

一是基本实现市级统筹。全面整合城镇居民医保和新农合两项制度，建立起统一的城乡居民医保制度，新农合从原来的区县级统筹为主整体提升至城乡居民医保的地市统筹，基金共济能力进一步增强，农村居民和城镇居民享受医保待遇更加公平。目前，我国职工医保和居民医保已经基本实现市地级统筹。

二是探索推动省级统筹。按“分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核”指导地方推动省级统筹，目前，京津沪渝4个直辖市和海南、福建等省份已经探索开展了省级统筹。

下一步，国家医保局将指导地方继续稳步提高基本医保统筹层次，全面做实市地级统筹，逐步推动省级统筹，同步强化管理责任，确保基金安全，推动地区政策衔接规范，制度稳定可持续发展。

23 省份已上线全国统一的医疗保障信息平台

关于建立全国统一的医保信息系统，答复中指出，为加快形成自上而下的全国医保信息化“一盘棋”格局，国家医保局正在加快建设全国统一的医疗保障信息平台。

全国统一的医疗保障信息平台包含公共服务、跨省异地就医管理等14个业务子系统，能够有效提高全国医保标准化、智能化和信息化水平。建成后，各地医疗保障信息将实现国家和省两级数据集中，提高数据共享层级，实现对个人全生命周期的医疗信息管理，基本形成全国医疗保障业务经办系统一体化应用格局，使公共服务更加便捷，进一步提高医疗保障治理能力现代化水平。

目前，国家医疗保障信息平台主体建设已基本完成，全国统一的医疗保障信息平台已在广东、青海、河北等 23 省份和新疆生产建设兵团多地上线使用，总体运行平稳、高效。

将建立中国特色的多元复合门诊支付方式

关于医保支付方式改革，答复中指出，国家医保局持续深入推进医保支付方式改革工作。

一是按疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点积极推进。国家层面制定发布了包括 DRG 付费国家试点方案、CHS-DRG 技术规范和分组方案等一系列文件和技术标准，明确了 376 个 ADRG 组和 618 个 DRG 细分组，对试点城市和专家组织进行了多轮培训，开展了试点进度的监测评估；各试点城市成立了相应的工作机构，开展了病案质量提升、信息系统升级、CHS-DRG 细分组本地化改造等工作。按照分批次分步骤的原则，今年年底前 30 个试点城市全部进入实际付费。

DRG付费国家试点城市名单

省(区、市)	试点城市
北京市	北京市
天津市	天津市
河北省	邯郸市
山西省	临汾市
内蒙古自治区	乌海市
辽宁省	沈阳市
吉林省	吉林市
黑龙江省	哈尔滨市
上海市	上海市

江苏省	无锡市
浙江省	金华市
安徽省	合肥市
福建省	南平市
江西省	上饶市
山东省	青岛市
河南省	安阳市
湖北省	武汉市
湖南省	湘潭市
广东省	佛山市
广西壮族自治区	梧州市
海南省	儋州市
重庆市	重庆市
四川省	攀枝花市
贵州省	六盘水市
云南省	昆明市
陕西省	西安市
甘肃省	庆阳市
青海省	西宁市
新疆维吾尔自治区	乌鲁木齐市
新疆生产建设兵团	乌鲁木齐市（兵团直属、十一师、十二师）

二是基于大数据的按病种分值(DIP)付费稳步启动。相较于DRG, DIP起步较为简便, 医疗机构接受程度高, 具有明显的中国特色。国家医保局认真总结广州市应用DIP的经验, 初步制定了DIP病种分类技术标准, 在71个城市开展试点工作, 计划用1-2年的时间实现统筹地区医保总额预算与点数法相结合, 住院按病种分值进行付费。2021年初, 完成试点城市病种本地化的预分组。按照《关于做好2021

年医保支付方式改革试点工作的通知》要求，今年底 71 个试点城市全部进入实际付费，同步启动工作进度监测工作。

区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单

省（区、市）	试点城市
天津市	天津市
河北省	邢台市 唐山市 廊坊市 保定市
山西省	阳泉市
内蒙古自治区	呼伦贝尔市 赤峰市 鄂尔多斯市
辽宁省	抚顺市 营口市
吉林省	辽源市
黑龙江省	佳木斯市 伊春市 鹤岗市
上海市	上海市
江苏省	淮安市 镇江市 宿迁市
安徽省	宿州市 淮南市 芜湖市 阜阳 宣城市 黄山市
福建省	厦门市 宁德市 莆田市 龙岩市
江西省	赣州市 宜春市 鹰潭市
山东省	东营市 淄博市 潍坊市 德州市

三是完善适合门诊的支付方式。对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病健康管理相结合。对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种和按疾病诊断相关分组付费。2020 年国家医保局委托专家系统梳理了全国典型地区的按人头付费实践，

起草了按人头付费技术规范，对门诊按人头付费的概念和分类进行了阐述，提出了门诊按人头付费的适用范围和实施条件。

下一步，国家医保局将加强研究，形成全国统一的、规范的、具有中国特色的多元复合门诊支付方式。

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

特医食品市场、监管动作不断，国内企业如何实现弯道超车？

来源：腾讯新闻

近期，特医食品行业的发展动态不断，6款特医食品获得审批获得市场监管总局批准，国家拟将特医食品纳入医院其他收费项目。此类举动促进了特医食品行业的发展进程，也让特医食品的市场规模加速扩大。

新规拟将特医食品纳入医保范畴，产业临床销售将实现新突破。近期，国家医保局拟将特医食品纳入其他收费项目，规范特医食品销售问题。让特医食品在应用场景中找到适合自身的归类范围，扩大消费群体对特医食品的了解程度。其实，当特医食品的应用越来越广泛，国家对特医食品的监管也越来越细化，使得以前特医食品的尴尬身份和地位得到解决。

拟进入医院其他收费项目当特医食品需求的消费群体规模不断增加，国家监管部门不仅出台各项规章制度，从产品审批销售等环节

进行规范市场，保障特医食品的良好发展。同时，国家还从对特医食品在医院的归类范围进行详细规定，以此杜绝各种收费混乱现象。

从产品到销售，再到对特医食品的品类管理划分。促进特医食品在市场上越来越规范，这也从管理层面促进了特医食品的发展。特医食品拟增进医院收费项目的举动，让特医食品摆脱的偏门别类的身份，从而转型为正规化的项目，在以后的特医食品应用和归类中，也和其他项目一样，成为消费群体常见的需求品类，避免了难以应用的场面。

值得注意的是，《关于提供其他收费项目分类具体信息的通知》明确提出，“为了规范管理，便于患者就医结算，增补所需的其他收费项目(特医食品等)”。这一规定被业内认为，特医食品医院规范化收费即将落定。

结合地方信息发布，也可以看到济南市正在落实国家政策，全力推进特医食品临床价格政策等体系的建立。目前，湖北、济南、上海、江苏、黑龙江等省市已先后发文，提出了特医食品相关临床应用管理试行规范。本次国家医疗保障局发布《关于提供其他收费项目分类具体信息的通知》，提出推动医疗机构将特医食品进行编码收费管理、纳入医院正规收费系统，或将为特医食品打通医院临床销售渠道，打破医保报销天花板。特医食品产业发展也将迎来更为广阔的空间。

01 特医食品行业发展的瓶颈

1. 市场仍需要普及认知

特医食品在我国仍需普及认知，市场的认知不足问题主要存在于研发生产企业、经销商、医生及患者当中。特医食品在我国流通需要标准化，比如应当以明确身份通过医生处方的形式在医院的临床科室应用。而目前看来，认知不足与标准缺失将阻碍我国特医食品行业的发展。

国家监管层面也不断出台各种法规制度，为特医食品营养良好的经营环境。比如近年来频繁出现的固体饮料冒充特配粉事件，监管部门出台固体饮料监管意见征求稿，从外观包装上，杜绝冒充特配粉，误导消费群体的可能。让特医食品在市场销售中更加顺畅。

实际上，特医食品的行业完善，并非一朝一夕，而是需要各个环节联合，在长期的沉淀积累中，让特医食品选择变得清晰透明便捷。让产品的专业完全展现，更好地满足刚需消费群体的个性化需求。

2. 营养类专业开设学位少，临床营养类人才供应乏力

众多企业布局特配粉，让特医市场不断成长完善。企业虽然不断努力，目前特医食品行业发展仍然面临着很多挑战。比如进入门槛高、社会认知度低、监管还需持续完善、固体饮料等冒充现象、产品使用专业度高、需要在医生指导下使用，行业人才培养困难等问题。

比如企业加强特医食品常识的宣传普及，组建特医营销团队，通过渠道动销等活动，向消费群体普及特医食品的常识，减少了刚需宝宝对特医食品的了解和熟悉程度。

当前市场监管部门对婴幼儿配方食品的审批不断严格，企业仍然

保持了高水准的研发经验推出新品，保障婴幼儿配方食品的品质提高。众所周知特医食品的申请非常严格，尽管市场上已经有很多品类。但是随着消费群体需求的细微变化，呼唤更多的新品上市，同时也促进企业不断加强研发实力，以更多新品充实市场，也展示出企业占据行业前端的技术和综合实力。

02 特医食品行业标杆企业案例分析

1. 雅培

双线布局，齐头并进。2011年8月，雅培就在浙江嘉兴投资2.3亿美元(折合人民币15.4亿元)建立现代化营养品制造厂。该工厂于2013年投入运营，用于为中国婴幼儿提供高端营养产品。2016年，其位于上海漕河泾新兴技术开发区的雅培中国研发中心正式启用。该研发中心是目前雅培全球五大营养研发中心之一，拥有超过50名研发人员，正式启用之后主要围绕产品引进及研发、营养科学基础研究、食品安全分析、效用临床分析、产品包装设计和消费者研究这6大领域开展工作。其产品全安素全营养配方粉通过首批国家特殊医学用途配方全营养配方食品注册，能满足10岁以上进食受限、消化吸收障碍、代谢紊乱等需要补充营养的人群。

截至目前，雅培共有8款特医食品通过国食注册，分别是喜康宝系列、雅培亲护、菁挚呵护、喜康宝、小安素、全安素，其中6款主要针对婴儿，1款针对1-10岁人群、1款针对10岁以上人群；有3款肠内营养制剂，其中2款针对非特定疾病，1款针对糖尿病人群。

2. 麦孚营养

多种研发方式全方位涵盖特医食品品类。2016 年麦孚营养由四环医药控股集团投资成立，是专业临床营养方案提供者，是集研发、生产、推广、运营为一体的国际化公司。通过自主研发、技术受让和项目合作等方式，麦孚营养拥有国内外特医食品几十多种，形成了美国 Medtrition 组件系列、欧洲 Medifood 麦骏全营养系列以及麦孚自主研发综合系列三大品牌系列，全方位涵盖特医食品品类。

打造复合型特医食品产业园。2019 年麦孚营养在吉林省投资建设麦孚营养特医食品产业园。该产业园引入“科技生态”理念，着力构筑成为“智能开放、创新共享、绿色生态”的复合型花园式产业园区。麦孚营养特医食品基地建设项目总投资 10 亿元，占地 328 亩，建筑面积 12 万平方米，投产后年产特医食品包含粉剂 2 亿袋，口服液 1 亿瓶，果冻凝胶 5000 万支。

3. 雀巢健康

雀巢健康雄厚的科研实力支撑特医食品全领域发展。在国际上的特医食品领域有着丰富的经验和成熟的配方科研体系，在国外积累了大量的临床数据，从重症 ICU 到肾病、糖尿病等、消化系统疾病都有非常深入的特医食品研究。雀巢科学研究院拥有临床医学、遗传基因、细胞生物学、蛋白质脂质代谢、线粒体功能、生物信息系统生物学等多个领域的研究实力，布局全营养特医食品、特定全营养配方食品、非全营养配方食品、婴儿配方特医食品全领域产品。雀巢健康科学泰

州工厂(雀巢健康科学产品创新中心)是中国第一个获批的液体特医食品生产基地,极大地推动中国特医市场本土化生产的进程。

提升公众认知,推动特医食品产业快速发展。雀巢健康科学将聚焦中国患者的临床需求,并重点关注肿瘤、重症等领域。目前,雀巢健康科学的多项临床研究正在有序开展,未来还将加码本土化创新和研发,根据中国人的口味、营养膳食特点、疾病需求研发中国特色配方,让更多特医食品走向市场。同时,雀巢健康科学将积极配合社会各界,推动特医的各项配套政策的完善,在临床专业人士和患者中普及科学的营养理念和特医品类知识,助力“健康中国”,推动特医快速发展。

4. 亚宝药业

由原料药拓展大健康领域,制定了特医注册三个“五年规划”。亚宝药业以“维脑路通(曲克芦丁)原料药”起家,近年来逐渐发展为以市场需求为导向,以功能营养食品、中药保健外用制剂、特殊医学用途配方食品等为研发方向,开发了多款大健康产品,打造了大健康产业生态圈。为抓住特医食品发展先机,在2018年亚宝药业就制定了特医注册三个“五年规划”,拟定十余类临床需求的营养配方依次申报。为此,公司与国内外权威机构合作,开展精准营养研究,从全球遴选优质原料,推出亚宝唯源®系列产品,满足不同人群的营养需求。2020年5月亚宝药业首款特医食品亚宝唯源获批。

5. 恒瑞

瞄准特医食品蓝海领域成立全资子公司。恒瑞之前的产品大多都是用于治疗肿瘤，在明星产品开发如火如荼的时期，恒瑞瞄准了特医食品这一蓝海领域，于 2016 年 6 月成立了全资子公司苏州恒瑞健康科技有限公司。2019 年 4 月舒乐加[®]和乐棠[®]获得江苏省市场监督管理局颁发的特殊医学用途配方食品生产许可证书，产品可为临床 10 岁以上患者科学、精准的补充碳水化合物和电解质，填补了我国临床上术前补液的特医食品空白。恒瑞健康投资 5 亿余元建设特医食品产业园，进行标准化厂房建设，目前已上市 2 款电解质配方食品，4 款全营养配方食品在研，1 款特定全营养配方食品在临床试验阶段。

6. 圣元

高瞻远瞩，提前布局特医食品。圣元是最早进行特殊配方奶粉研发和生产的国内企业。历经十余年发展，目前已获得 5 款特医产品的注册，成为国内特医食品品类通过注册最多的企业。

与领域内专家建立长期合作机制。先后与美国儿科学会、中华医学会儿科学分会、中国营养学会、中华预防医学会建立了长期合作机制，汇聚中外儿科营养专家对婴幼儿、孕妇和哺乳母亲营养品进行研发创新。

研发多款特配粉，满足多样化需求。圣元优博特殊配方粉产品系列满足了特殊病理或生理条件下有着特殊体质的婴幼儿，例如腹泻、早产儿、低体重等，是目前国内生产销售婴幼儿特殊配方粉品种最全面的系列。

7. 华氏医药

华氏医药在特医食品领域有强大的研发团队和雄厚的科研基础。2019 年开始在特医食品行业布局，研发服务涵盖从项目启动、产品研究、设立生产单位、临床试验研究到产品注册的整个过程。目前的特医食品研发服务以肿瘤、糖尿病、肾病、肝病、炎性肠病、呼吸系统疾病、肌肉衰减综合征、创伤及手术、食物蛋白过敏、胃肠道吸收障碍、脂肪酸代谢异常、肥胖/减脂手术、难治性癫痫的特定全营养配方食品研发为主，也包括普通全营养配方食品、非全营养配方食品、婴儿特医食品的研发，以及特医食品生产建设和分析检测指导服务。华氏医药集团正倾力成为全国规模最大、实力最强、产业链最完整的特医食品成果转化平台和全产业链一站式技术服务平台。

03 特医食品行业药企、乳企转型发展经验

1. 药企：以全营养为基础，积极布局技术壁垒较高、市场需求未被满足的特定全营养和非全营养特医食品

布局优势：一是目标人群存在重合度，特医食品须医疗机构推荐使用，药企与医疗机构关系密切，具有丰富医院销售经验；二是特医食品注册管理制度参照药品管理，药企在研发人才、注册、临床试验等方面具备经验优势。

布局方式：成立营养品子公司或健康科技子公司，建立新的工厂及新的生产线，布局领域与现有药品业务相匹配的特医食品，专注于非婴儿特医食品市场。

2. 乳企：加速布局特医食品领域，先期开发婴儿配方特医食品以抢占市场，并逐渐向成人特医食品市场进军

布局优势：乳企婴幼儿配方奶粉和特医食品管理标准十分接近，部分食企利用已有生产线生产特医食品，例如，圣元和贝因美利用已有生产线获批多款特医食品，部分则是新建生产线，主攻婴儿配方特医食品，同时布局非婴儿特医食品市场。

04 特医食品行业发展趋势

销售渠道多元化拓展。现阶段，中国特医食品销售渠道多集中在三级和二级医院，患者需在医生处方形式及临床营养师指导下合理使用特医食品。相比之下，美国等部分发达国家实施特医食品审批制度备案制，除医院外，特医食品产品还被准许在社会药店、康复中心、超市等场所销售。随着国家分级诊疗制度的实施，社区医院在慢性病治疗与管理中扮演重要角色，营养治疗是慢病管理的重要内容。未来，在中国大健康市场以及慢病管理不断规范影响下，特医食品销售渠道将向社区医院、社会药店以及线上渠道等不断拓展。

产品研发垂直细分。一方面，特定全营养配方产品市场的空白，会促使相关企业重点围绕特定疾病，特别是发病率高、临床控制生理指标的重特大疾病，例如恶性肿瘤、糖尿病、神经退行性疾病、肾病等疾病领域进行产品研发，以满足特定疾病病类型目标人群的特殊营养需求。另一方面，三胎政策能带来更多需求，对于整个特医婴配方行业是利好消息，同时，三孩政策带来的增量预测将会促使更多国产

企业入局，加大研发投入，改善研发工艺，有利于改善当前国内获批特医婴配食品企业多为境外企业的局面。

随着认知度不断提升，我国特医食品市场发展速度加快，成为大健康产业的新蓝海，进入布局的企业数量不断增多，医药企业、保健品企业、乳制品企、食品企业等纷纷进入，行业规模不断扩大。由于国内企业发展时间较短，现阶段我国特医食品市场中，纽迪希亚、雅培制药、雀巢公司等国外企业占据主导地位，国内企业在产品多样性、口味口感等方面还存在较大差距。我国布局特医食品的企业类型较多，其中，医药企业研发实力强、生产技术水平高、临床经验丰富、销售渠道布局完善，在特医食品行业中具有天然竞争优势，未来发展潜力相对较大。

[返回目录](#)

未来 10 年社会办医发展的政策环境解读

来源：看医界

最近，随着“双减”政策的出台，很多第三方校外培训机构纷纷倒闭，很多业内人士对社会办医充满了担忧。

在这种情绪弥漫状态下，一些地方出台的十四五规划，也被业内解读认为对于社会办医难言重大利好，那么，未来社会办医前景怎样，该如何看待？

笔者就以《北京市医疗卫生设施专项规划(2020年-2035年)》(以下简称“北京十五年规划”)为例，结合《中华人民共和国国民经济

和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》(以下简称“十四五规划纲要”)就社会办医的前景与大家聊聊。

北京：未来 15 年，社会办医的国际医疗服务机会来了

9 月初，北京出台了《北京市医疗卫生设施专项规划(2020 年-2035 年)》，该规划的依据是 2017 年党中央、国务院批复同意的《北京城市总体规划(2016 年-2035 年)》，由北京市卫生健康委同北京市规划自然资源委编制。

后根据市委十二届第十五次全会精神 and 《关于加强首都公共卫生应急管理体系建设的若干意见》，及市委城工委主任专题会议纪要要求，对专项规划进行了优化完善，形成了规划文本。因此，规划的严肃性、权威性毋庸置疑。

规划提出，举办主体单一，社会办医服务能力不足是目前首都医疗卫生存在的问题之一。优质医疗资源主要集中在公立医院，社会资本举办的医疗机构虽然数量占比不低，但在规模和服务能力上均有待提升。

国际医疗服务体系发展尚不健全，与首都国际交往中心功能定位不完全匹配，个性化、国际化医疗服务供给能力亟待提升。

因此，在“北京十五年规划”中，提出了对于社会办医的两个主要规划。

一是严格控增量疏存量，分级分类分区统筹规划全市医疗卫生资源配置。积极引导和鼓励社会力量举办医疗机构。按照每千常住人口

1.5 张床位为社会办医疗卫生机构预留规划空间。

除核心区外，其他区域可结合 CBD、使馆区、丽泽商务区等重点功能区以及大兴国际机场临空经济区、“三城一区”等区域，综合利用医疗卫生用地或其他可兼容用地，积极发展社会办医疗机构。

在朝阳、海淀、丰台、石景山区五环路以内，禁止新设三级医院（面向国际交往中心服务的中外合资医院除外）；不再批准增加三级医院的编制床位总量。

二是优化调整医疗卫生体系结构，补齐资源短板，包括提升儿科、精神专科、肿瘤、康复护理、医养结合服务等专科资源配置。完善采供血服务体系，推进血站标准化建设。

加强妇幼保健机构标准化建设。促进中医药传承创新发展。鼓励央属、市属中医医疗机构通过医疗联合体等方式在基层设立门诊部、诊所等服务延伸点。支持社会力量举办中医养生保健机构。

在拓宽医疗卫生设施建设投入渠道方面，提出完善以政府为主导的多元卫生投入保障机制，促进可持续发展。鼓励社会力量参与医疗卫生设施建设和慈善公益捐赠。

从这一宏伟规划中，我们能够感觉到，给社会办医留下了发展空间，将社会办医纳入了医疗卫生设施专项规划之中，但也能够感受到，在轰轰烈烈的建设中，社会办医虽然有了规划的发展空间，但对于社会办医的能力提出了不小的要求，同时也可以看出未来 15 年，北京或将支持社会办医发力国际医疗服务体系建设。

十四五规划纲要明确支持社会办医

与“北京十五年规划”相比，“十四五规划纲要”显然更具有全局性和指导意义。在“十四五规划纲要”中，对于社会办医，只有“支持社会办医”六个字，与十三五规划建议“鼓励社会力量兴办健康服务业，推进非营利性民营医院和公立医院同等待遇”33个字相比，减少幅度很大。然而，“字越少，事越大”。

仔细阅读“十四五规划纲要”，显然还有一些地方尽管没有标明“社会办医”，但可以从无字处读出有字来。比如在“深化医药卫生体制改革”一节，提出坚持基本医疗卫生事业公益属性，以提高医疗质量和效率为导向，以公立医疗机构为主体、非公立医疗机构为补充，扩大医疗服务资源供给。

尽管这一提法与新医改方案中“坚持非营利性医疗机构为主体、营利性医疗机构为补充，公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的办医原则”有所区别，也与新医改以来对于社会办医从“鼓励”到“支持”提法不一样，但应该可以看到“非公立医疗机构”仍然是这一体系的补充。

而提出“实施医师区域注册，推动医师多机构执业”，显然对于社会办医用人提供了机会。而“支持社会办医，鼓励有经验的执业医师开办诊所”显然内涵更加丰富，特别是“支持”两个字能够给人有很多实实在在措施的感觉。

与此同时，“十四五规划纲要”中很多表述值得关注，比如在拓

展投资空间中，提出加快补齐基础设施、公共卫生、物资储备、民生保障等领域短板，推进公共卫生应急保障等一批强基础、增功能、利长远的重大项目建设。发挥政府投资撬动作用，激发民间投资活力，形成市场主导的投资内生增长机制。

在激发各类市场主体活力中，提出毫不动摇巩固和发展公有制经济，毫不动摇鼓励、支持、引导非公有制经济发展。推进公用事业等行业竞争性环节市场化改革，破除制约民营企业发展的各种壁垒。

在加快转变政府职能中，提出对新产业新业态实行包容审慎监管，显然给医养结合、互联网医院、医学影像、检验、血液净化、病理中心、康复医疗中心、护理中心、消毒供应中心、中小型眼科医院、健康体检中心等新型医疗机构更大更自由的发展空间。

社会办医并未出利空消息

与双减政策对校外第三方培训机构造成冲击不同，社会办医更多关注的人的健康，而这个问题并不涉及人的思想教育，因此应该遵循“两个毫不动摇和三个没有变”，即必须毫不动摇的巩固和发展公有制经济，毫不动摇的鼓励、支持、引导非公有制经济发展。

非公有制经济在我国经济社会发展中的地位和作用没有变，我们鼓励、支持、引导非公有制经济发展的方针政策没有变，我们致力于为非公有制经济发展营造良好环境和提供更多机会的方针政策没有变。

这一点在9月7日2021中国国际数字经济博览会刘鹤致辞中也

做了进一步强调，他指出，必须大力支持民营经济发展，使其在稳增长、稳就业、调结构、促创新中发挥更大作用。民营经济为我国贡献了 50% 以上的税收、60% 以上的 GDP、70% 以上的技术创新、80% 以上的城镇就业、90% 以上的市场主体数量。

必须坚持社会主义市场经济改革方向，坚持推进高水平对外开放，坚持社会主义初级阶段基本经济制度，坚持“两个毫不动摇”，坚决保护产权和知识产权。支持民营经济发展的方针政策没有变，现在没有改变，将来也不会改变！

因此，我们有理由相信，社会办医政策并非出现了利空消息，我们需要的是严格按照 2019 年国家卫生健康委、国家发展改革委等 10 部委联合印发的《关于印发促进社会办医持续健康规范发展意见的通知》（国卫医发〔2019〕42 号）认真做好自己的事。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

医联互联网医院案例入选行业年度报告 学科建设成果受关注

来源：新浪医药新闻

随着疫情带来的就医思维方式转变，以及医院战略转型的推进，我国互联网医院迅猛发展，已成为医疗服务体系中重要的组成部分。根据国家卫健委统计数据，截至 2021 年 6 月，我国互联网医院超 1600 家。近日，动脉网蛋壳研究院联合银川互联网+医疗健康协会共同发

布了《2021 互联网医院报告》(以下简称《报告》),从市场、运营、研究等多维度分析和解读中国互联网医院出现的全新变化及趋势。

互联网医院发展的核心在医疗服务

在疫情常态化的当下,线上医疗资源正在持续增加,政策和市场的利好也在加速互联网医院的开拓。互联网医院发展到当前阶段,除了“做了什么”之外,也应同时关注“做得如何”。

互联网医院诞生之初是通过线上服务促进医疗资源流动,提升医患连接效率,这已经取得了巨大成效。《报告》调研显示,在线上服务场景中,在线咨询、复诊开方已成为 90%以上的互联网医院标配;此外,也有报告解读、远程会诊等多样化的服务内容。

当前,互联网医院服务正从线上延伸至线下,线上线下融合程度加深,仅连接医患关系已经不足以满足需求,整个行业在往更能为患者带来有实质性结果的方向上走。

目前,大部分医院型互联网医院和企业型互联网医院都能提供药品配送服务,但仅有少量企业型互联网医院在检查检验预约、护理上门等更深入环节展开更多尝试。

《报告》以医联互联网医院为例介绍,2021 年,医联与金域医学合作上线了云检测服务,并与全景医学合作将影像中心接入医联服务体系。这意味着,患者通过医联平台复诊后,如需检测、影像服务,就可以直接通过医联互联网医院预约,之后到金域医学或者全景设立的线下机构,进行检测或检查;线下机构完成检测检查后,结果可回

传至医联平台，医生可根据报告为患者提出后续的治疗意见。对于医患两端来说，节省时间、精力和金钱，提高了医疗效率。

疾病诊疗过程是多个环节组成的，线上服务与线下服务结合，在预防、诊断、治疗、康复各个环节都做好衔接，打造流程的闭环才能发挥出更大的能量，创造真正的价值。“真正的慢病管理在我的标准里是对结果负责，这是我对每一个疾病的要求。”医联创始人、CEO王仕锐曾在接受媒体采访时表示。

互联网医院学术成果涌现医联学科建设成绩突出

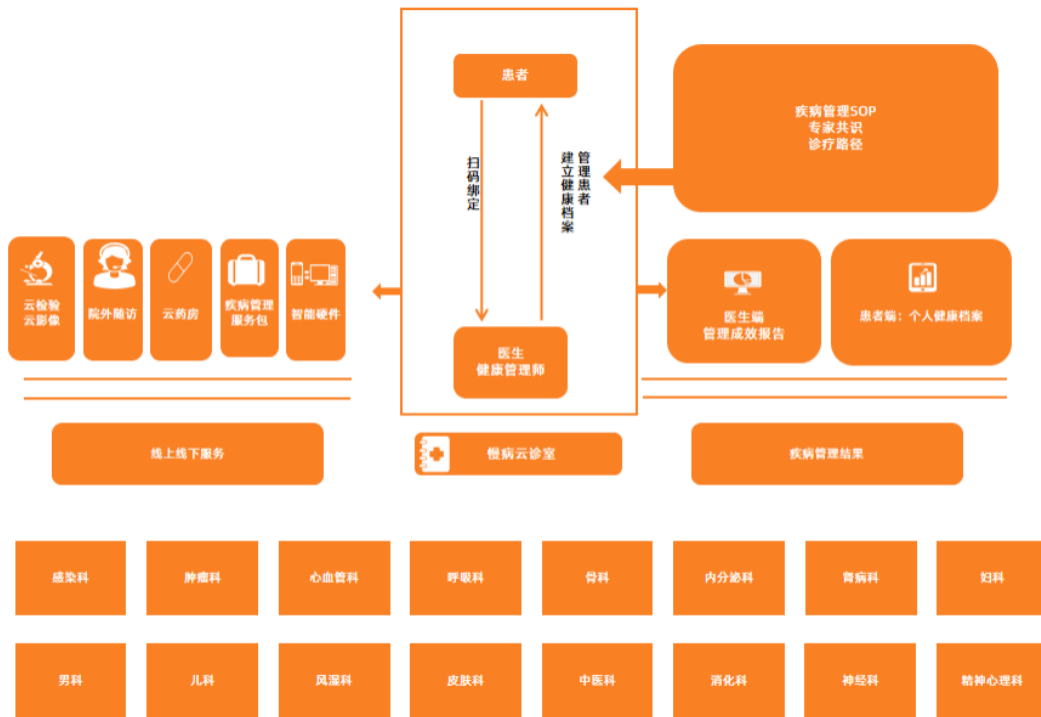
《报告》提及，学术研究是医学领域不可或缺的一环，新兴的细分领域更需要通过科研交流实践经验。互联网医院建设进度加快、问诊数据的积累，都为该领域的研究提供了素材和支撑。

除了医疗机构、高校和研究机构，也有互联网医院企业积极参与到互联网医院的研究工作中，并初步涌现出一批学术成果。上文提及的医联就是典型的企业代表之一。

据悉，医联在2018年初，就以肝病为切入点，将业务聚焦于互联网慢病管理，并开设了首个互联网医院科室感染科，同步启动自主研发的丙肝患者管理体系。

此后，医联更将疾病管理体系拓展到更多病种，覆盖肿瘤、心脑血管、糖尿病、呼吸、慢性肾病、感染、精神心理等多个学科领域，逐个病种探索安全有效的院外管理方案，努力为患者的医疗结果负责。

图医联实施的疾病院外管理路径



图源：《2021 互联网医院报告》，蛋壳研究院制图

近两年，在自身实践规范化疾病院外管理路径的同时，医联与学协会、各领域临床专家的合作不断加深，真正发挥产、学、研的相互促进作用，共同助推行业发展。

作为毕业于四川大学华西口腔医学院的博士，王仕锐对医学研究的认知非常清晰：“我认为，如果真的要发展互联网医疗，一定要扎扎实实地把学科建设做起来，这个事情非常不容易，特别是在新载体上的学科建设更为复杂，需要用到最顶级的头脑、最顶级的医学认知，不能着急，更不敢着急。”

确实如王仕锐所说，医联在学科建设方面的每一步，都力邀各领域最顶级的头脑为专业把关。今年6月，医联成立学术委员会，就汇

集了中国工程院院士、著名肿瘤病因学专家程书钧以及世界高血压联盟前任主席、著名心血管内科专家刘力生等人。

医联在今年陆续推出的几项专家共识、指导意见背后，也不乏大专家的背书。比如国内首个互联网医院糖尿病线上管理中国专家共识，参与方就包括中国老年保健协会糖尿病专业委员会、北京协和医院内分泌科肖新华教授、北京医院内分泌科郭立新教授等权威协会和专家；紧接着，《肝癌患者常见药物治疗相关不良反应互联网管理专家指导意见》也正式发布，这份指导意见的参与方涵盖了中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院消化道肿瘤多学科协作组、中国医疗保健国际交流促进会肝脏肿瘤分会等权威机构；在学术委员会成立仪式上，医联宣布将携手中国性病艾滋病防治协会信息交流与数字化防控工作委员会，制定《艾滋病互联网诊疗管理专家共识》。

据了解，该共识已进行多次审稿。这份共识的发布，将进一步规范艾滋病的互联网诊疗和患者管理，对于中国乃至全球艾滋病防控都具有积极意义。

未来，新医改以及健康中国战略等方针决定了医疗服务体系的长远方向，互联网医院的发展导向理应与此保持一致，行业发展逻辑将由产品销售、GMV 数据增长等维度，逐渐转变为真正解决患者疾病、改善患者健康状况。从这个趋势判断，以医联为代表的这类“为患者结果负责、潜心做学科建设、能够提供医疗核心服务”的互联网医疗企业将有望迎来爆发期。

医院 IIT 管理办法正式发布！如何为科研全过程管理“提质增效”

来源：CDSreport

9月9日，国家卫健委正式发布《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法(试行)》(以下简称《管理办法》，文件对医院开展的 IIT 研究的组织管理、基本分类及原则性要求、立项管理、实施管理等作出了明确规定，将于 2021 年 10 月 1 日在北京市、上海市、广东省和海南省试点实施。

在《管理办法》出台之前，医院的 IIT 管理主要参考 2014 年发布的《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》，由于医院大部分的 IIT 项目归口在科研管理部门或者医务管理部门进行管理，而且多为立项管理，对研究过程没有实质性的管理措施，IIT 服务支持和监管架构缺失。《管理办法》的出台意味着医院的 IIT 管理有了明确的法规与指引。

《管理办法》共八大章 49 条，要求医院应当设有临床研究管理委员会，并明确专门部门负责临床研究管理。临床研究实行医疗卫生机构立项制度，未经医疗卫生机构批准立项的临床研究不得实施。并提出医院应对临床科研实施全过程管理。鼓励医院建立临床研究管理服务台，为临床研究提供方法学指导、数据储存分析等专业技术支撑。

医院临床研究即将迎来更加严格的监管，同时也存在着数据管

理、质量监察等诸多挑战。惠每科技利用 AI 技术构建了医院临床科研一体化平台，基于领先的数据整合能力，为医院科研提供潜在受试者筛选、过程质控、研究数据采集与稽查等全流程自动化服务，使 AI 赋能于临床研究的各个阶段，提升医院科研效率与质量。

病例“探查”引擎

助力医院建立研究数据管理体系

近年来，我国医院开展的 IIT 研究(研究者发起的临床研究)数量激增，研究类型也呈现多样化：从随机对照试验(RCT)到真实世界研究(RWS)；从回顾性研究到前瞻性研究等。在科研项目开展中，建立临床研究源数据的管理体系，实现集中统一存储是国家提出的数据管理要求，也是医院从医疗数据中“探查”符合入组条件的患者等工作需求。

然而，在现有的信息化环境下，医院数据管理面临筛查数据难、清洗数据难、标准化数据难等挑战，患者入组多依靠人工填入到数据采集系统，影响临床科研的效率。

惠每临床科研平台通过对接医院信息系统，将院内临床数据全量整合到平台数据中心，并提供病历查询、智能语义检索等功能，帮助研究者根据项目的纳排条件自定义搜索患者，将符合条件的患者数据纳入相应的专病数据集进行数据清洗与标准化表达，应用到研究工作中。

科研平台通过帮助医院进行临床数据的集中储存、统一清洗、随

时调阅，解决医院科研尤其是试验样本量大、数据来源多样的研究项目的数据管理难题。目前平台数据中心已构建起 34 个专病数据库、51 个单病种的近万个字段，能够有效满足研究者的数据应用需求，助力回顾性研究、前瞻性研究等科研项目高效开展。

从过程监管到数据稽查

AI 赋能医院临床科研全过程

国家明确医疗机构应对临床研究实施全过程监管，定期组织开展核查，确保临床研究按批准方案顺利进行。而医院在临床研究实施过程中，仍存在过程管理和质量控制待规范、临床研究方法学人才缺乏等问题，如何保证同一机构不同医生、多中心研究执行统一的研究质量标准也是实施过程监管的重要挑战。

惠每 AI 在临床研究方案执行过程中，通过研究者行为的持续监测，对研究方案偏离风险(如合并用药、未按时完成血红蛋白检测等)、受试者病历的不规范书写、潜在不良事件(AE)等进行自动识别与提醒，并对相关指标数据进行统计与常态化监测，通过受试者诊疗过程稽查与随访稽查，帮助研究者及时纠正方案偏差，确保所有研究者都严格执行同一方案。

在研究数据收集与记录阶段，确保数据的真实性、规范性、完整性是医院科研成果输出的重要一环。惠每 AI 在临床诊疗过程中对受试者病历数据进行自动化采集与清洗，补充进相应的专病数据库，由此支持受试者 CRF 表单自动录入、研究数据自动稽查等，提高临床研

究数据采集效率与准确性。

另外，平台支持多个科研项目的同时执行与状态查看等，帮助研究者进行高效的项目管理。目前，惠每科技已支持医院完成 50 多项大型科研项目，有效助力医院提升科研水平。

[返回目录](#)

• 医务动态 •

ROCCIPI 框架下“互联网+护理服务”模式实践

来源：中国卫生质量管理杂志社

ROCCIPI 通过规则 (Rule)、机会 (Opportunity)、能力 (Capacity)、交流 (Communication)、利益 (Interest)、过程 (Process) 和意识 (Ideology) 等 7 个核心维度之间相互联系的特定思维模式，寻求最佳对策。四川省绵阳市中心医院于 2018 年 3 月以 ROCCIPI 为理论框架，构建了“互联网+护理服务”模式。

“互联网+护理服务”模式

组织架构 (1) 成立“互联网+护理服务”项目管理团队，由医生、护士、信息工程师、营养师、康复师、心理咨询师、药师组成。(2) 由护理部、临床专科、慢性病管理工作室、信息科组建多学科“互联网+护理服务”团队。(3) 成立“互联网+护理服务”工作室，配备专职护理管理人员。(4) 建立专科护士人力资源库。

信息平台 在医院信息系统(HIS)和慢性病管理信息系统基础上，

构建“互联网+护理服务”平台。

选拔护士 护士准入资质为：取得护士执业资格证；本科及以上学历；从事临床护理工作 10 年以上，从事本科室工作 5 年以上；主管护师及以上职称；获得专科护士证、培训证或上级医院进修证书；应急能力和沟通能力强，热爱护理工作，具有奉献精神。

培训考核 (1) 培训形式。采用工作坊、学术沙龙、情景模拟等方式。(2) 培训内容。“互联网+护理服务”制度流程，安全管理，专项培训。护士考核通过后，由专家团队进行审批、材料备案后，可持证上岗。

服务内容 (1) 线上护理服务。包括线上问诊、义诊、科普等。(2) 上门护理服务。确定母乳喂养评估指导(不含手法通乳)、新生儿护理(沐浴、抚触、智护)、新生儿喂养(黄疸检测)、产后舒缓护理、产后子宫复旧治疗、产后腹直肌分离治疗、普通伤口护理、造口护理、压疮护理等 9 项护理服务，由骨科、儿科、妇产科、普外科、伤口造口 5 名专科护士实施。

收费标准 线上问诊咨询费用与院内挂号费一致。上门服务收费标准在院内操作收费标准上+实际交通费+工时费(85 元/h)，患者在微信公众号支付，由第三方平台代收。收费标准与项目均在医保部门备案。

服务流程 线上服务：患者线上预约挂号，护士在预约时间内为患者提供线上问诊服务。上门服务：患者预约→平台审核→护士接单

→护士上门服务→医疗垃圾处理→服务评价。

质量控制与安全保障 (1)建立上门服务质量督导机制。(2)护士、患者、互联网平台签署协议,明确三方权责。平台增设综合意外险、第三者责任险及上门护理医责险。(3)“互联网+护理”上门服务平台为护士提供APP定位追踪系统、工作记录仪、摄像头、一键报警装置、上门服务车辆,全程网络安全监督,保障服务行为全程留痕可追溯。(4)服务时长>4h 护士未安全回院者,平台管理端预警提醒,由平台工作人员联系,如联系失败,立即启动应急预案,确保护士安全。

实施效果

2018年3月—2020年7月,护士在线问诊2982例,上门服务59例。“互联网+护理”专家在线服务总满意度为96.78%,上门服务总满意度为100%。

“互联网+护理服务”模式将护理问诊从院内门诊延伸到线上,将护理服务从医院延续到社区和家庭,将服务对象从住院患者拓宽到社区居民。应注意的是,上门护理服务应根据患者个体化需求及疾病严重程度制定专业护理方案。后续研究将根据患者需求及方案要求循序渐进增设上门护理服务项目;对接省监管平台,向医保部门申请医疗报销方案;加强“互联网+护理服务”宣传力度,进一步优化患者端申请操作流程;参考相关文献中满意度调查问卷,结合“互联网+护理服务”实际,完善问卷内容与评分标准,将定性与定量评估相结合。

[返回目录](#)

如何保障医师合法权益及待遇，完善医师的职责和义务，推动营造尊 医重卫的良好氛围？

来源：人民网

无影灯下十几个小时救治患者，战“疫”一线不眠不休守护生命……长期以来，广大医务工作者始终坚持人民至上、生命至上，全心全意为人民健康服务。

如何保障医师合法权益及待遇，完善医师的职责和义务，推动营造尊医重卫的良好氛围？近日，十三届全国人大常委会第三十次会议表决通过《中华人民共和国医师法》，重点围绕加强紧缺专业医师培养、加强基层医师队伍建设、保障医师合法权益等方面进行规定。

保障医师合法权益及待遇

有效防范和依法打击涉医违法犯罪行为

“你以性命相托，我必全力以赴”，医师是保护人民健康的守门人。我国医疗服务水平稳步提升，城乡居民健康水平不断提高，与医师队伍的辛勤付出密不可分。广大医师护佑了亿万人民群众的生命健康，同样，他们的安全和权益需要用心呵护。

对此，医师法进一步完善医师权益保障，体现对医师的关心爱护。比如，医疗卫生机构应当为医师提供职业安全和卫生防护用品，并采取有效的卫生防护和医疗保健措施。医师受到事故伤害或者在职业活动中因接触有毒、有害因素而引起疾病、死亡的，依照有关法律、行政法规的规定享受工伤保险待遇。

为更好保护医师权益，医师法明确：国家建立健全体现医师职业特点和技术劳动价值的人事、薪酬、职称、奖励制度。在基层和艰苦边远地区工作的医师，按照国家有关规定享受津贴、补贴政策，并在职称评定、职业发展、教育培训和表彰奖励等方面享受优惠待遇。

首都医科大学附属北京朝阳医院副院长童朝晖表示，医师法全面保障医师的合法权益，充分体现对医师的关心关爱，对于在全社会营造尊医重卫的良好氛围具有重要意义。

一段时间以来，暴力伤医事件屡屡成为社会焦点，如何从法律层面为医师铸好执业盾牌、促进医患和谐，立法作出了回应。

为保障医务人员执业安全，医师法不仅在总则中明确医师的人格尊严、人身安全不受侵犯，同时规定：禁止任何组织或者个人阻碍医师依法执业，干扰医师正常工作、生活；禁止通过侮辱、诽谤、威胁、殴打等方式，侵犯医师的人格尊严、人身安全。

医师法新增一章“保障措施”，进一步规定，医疗卫生机构应当完善安全保卫措施，维护良好的医疗秩序，及时主动化解医疗纠纷，保障医师执业安全。

北京理工大学法学院副教授孟强表示，这一规定对防止暴力伤医、维护医护人员执业安全将起到十分重要的作用。

在审议医师法草案时，全国人大常委会组成人员表示，尊医重卫，不仅仅要体现在疫情防控时，更应成为全社会的常态，社会各界都要携起手来，保障医生应有的安全感和职业尊严，推动形成尊医重卫的

良好风尚。

进一步明确医师职责义务

遵循临床有关操作规范和医学伦理规范

2020年1月，云南昆明一位护士为街头倒地的男孩实施胸外心脏按压，却引发了对其急救操作专业性的质疑，有批评者认为她施救的方法不对，对于患者病情并无帮助，反而容易造成二次伤害。

近年来，医师在公共场所遇紧急情况予以施救的情况时有发生。公共场所与医疗场所环境不同，急救设备、药品配置或不完善，可能最终没有成功挽救患者生命，存在一定风险。倘若患者离世，施救者经常会承受较大压力。

“在这种情况下，只有免除施救医师的民事责任，医师施救才没有后顾之忧。”孟强说。

为鼓励医师积极参与公共场所的救治活动，医师法规定：医师因自愿实施急救造成受助人损害的，不承担民事责任。

有权利就有义务，医师法在对医师合法权益保障作出系列制度安排的同时，也对医师依法严格执业，切实维护患者权益作出了规定。

全国人大教育科学文化卫生委员会副主任委员刘谦介绍，医师法将弘扬医师崇高职业精神等新理念入法，规定了医师应当坚持人民至上、生命至上，发扬人道主义精神，弘扬敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆的崇高职业精神。

医师法规定，医师开展药物、医疗器械临床试验和其他医学临床

研究应当符合国家有关规定,遵守医学伦理规范,依法通过伦理审查,取得书面知情同意。医师应当坚持安全有效、经济合理的用药原则,遵循药品临床应用指导原则、临床诊疗指南和药品说明书等合理用药。

刘谦介绍,医师法还积极总结吸收疫情防控的成功经验和做法。例如规定,国家建立适应现代化疾病预防控制体系的医师培养和使用机制;遇有突发事件时,医师应当服从卫生健康主管部门的调遣;医师发现传染病、突发不明原因疾病和异常健康事件时有及时报告的义务;对在预防预警、救死扶伤等工作中表现突出的医师给予表彰奖励。

医师法明确了医师“以不正当手段取得医师资格证书或执业证书”、“严重违反医师职业道德、医学伦理规范”、发生突发事件不服从调遣、开展禁止类医疗技术临床应用等行为的法律后果,并对非医师行医等违法行为进行处罚。

全国人大常委会委员李锐说,医师法完善、细化了违反医师执业规范的法律后果,进一步规范医师执业行为,为促使医师依法严格执业、切实维护患者权益,明确了相关法律规范。

完善医师注册管理等制度

多点执业应以其中一个医疗卫生机构为主

2020年,全国执业医师和执业助理医师408万人。“十四五”规划和2035年远景目标纲要提出,提升医护人员培养质量与规模,扩大儿科、全科等短缺医师规模。

为进一步加强紧缺专业医师培养，医师法明确：国家制定医师培养规划，建立适应行业特点和社会需求的医师培养和供需平衡机制，统筹各类医学人才需求，加强全科、儿科、精神科、老年医学等紧缺专业人才培养。加强疾病预防控制人才队伍建设。

医师法将参加医师资格考试的最低学历由中专提升为大专。

“医师学历层级提高有利于优化和完善医师培养体系，提升医疗技术和医疗卫生服务的公平性。”童朝晖表示。

关于“实习医生”的合法性问题，医师法规定，参加临床教学实践的医学生和尚未取得医师执业证书、在医疗卫生机构中参加医学专业工作实践的医学毕业生，应当在执业医师监督、指导下参与临床诊疗活动。医疗卫生机构应当为有关医学生、医学毕业生参与临床诊疗活动提供必要的条件。

2014年11月，原国家卫生计生委与国家发展改革委等部门推进和规范医师多点执业，医师“一次注册，区域有效”。

为积极稳妥推进医师多点执业，进一步明确医师执业规则，医师法规定：医师在二个以上医疗卫生机构定期执业的，应当以一个医疗卫生机构为主，并按照国家有关规定办理相关手续。国家鼓励医师定期定点到县级以下医疗卫生机构，包括乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心等，提供医疗卫生服务，主执业机构应当支持并提供便利。

长期以来，不少地方反映基层医师招不来、留不住。为了加强基

层卫生队伍建设，医师法规定，国家通过多种途径，加强以全科医生为重点的基层医疗卫生人才培养和配备；国家采取措施，统筹城乡资源，加强基层医疗卫生队伍和服务能力建设，对乡村医疗卫生人员建立县乡村上下贯通的职业发展机制，通过县管乡用、乡聘村用等方式，将乡村医疗卫生人员纳入县域医疗卫生人员管理。

童朝晖表示，法律这样规定，有利于鼓励优秀医学力量向基层流动，解决基层医师招不来、留不住的现实问题，为实施健康中国战略提供强有力的人才支撑。

全国人大常委会委员杨震说，要进一步利用“互联网+医疗健康”，增强基层卫生队伍建设，用现代科技弥补基层人员不足、资源不足的问题，使偏远地区、农村地区可以享受到更好更便捷的医疗服务。

[返回目录](#)

• 地市精彩 •

马上就办、办就办好，这个地区从6方面做好医保服务

来源：中国医疗保险

人员精神面貌好，服务水平有提高，群众满意度高；制度落实好，无违规违纪问题发生；落实“马上就办，办就办好”，一次办结率高；常态化抗疫工作标准高，为新冠肺炎防控工作作出了贡献……自成立以来，福建省漳州市医保中心将行风建设十分作为单位全面建设的重要工作抓紧抓好，深切提升了广大参保群众的获得感。

一、具体措施

(一) 跨省异地就医手工报销按时办结

手工报销业务严格遵守操作规范及业务流程，确保报销材料完整真实，经办流程严谨准确，档案整理规范完备。受理、录入、复核和审核过程强化监督检查，形成两两互相监督的监督审核机制。严格控制报销时限，在原有基础上进一步压缩办事时限，做到自收到参保人员提交的相关报销手续后 10 个工作日内完成初审、复核、拨付补偿资金工作。

2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日直属管理部共受理 330 件跨省异地就医手工报销件，所有报销件均在规定的 10 个工作日内完成支付工作，支付完成率达 100%。

(二) 全面落实医保政务服务清单

2020 年 12 月，直属管理部全面梳理医保政务服务事项，制订“一趟不用跑”事项清单，对业务流程重新统一规范，细化到每个环节，及时对外发布办事服务指南，每项事项的服务指南均列明事项名称、办理单位、事项类别、设定依据、办理流程、申请材料、法定时限、承诺时限、办理结果、办理地址、联系电话、投诉电话、上传表格等要素，做到全面、准确、实用、一目了然。

目前漳州医保中心对外发布的 28 项医保公共服务事项全部入驻省网上办事大厅，同步更新办事指南。除“门诊费用报销”、“住院费用报销”、“城乡居民基本医疗保险基金支付审核”、“医疗救助

手工(零星)报销”外，其余 25 项均为“一趟不用跑”事项，占总服务事项的 89.3%。所有事项均能在规定的时限内办结，按时办结率 100%。

(三) 落实信息化建设

配合福建省统一规划，做好医疗保障系统核心业务区骨干网络建设。同时，大力推进医保电子凭证业务。据日前国家医保局电子凭证激活情况统计反馈，截至 2020 年 12 月 31 日，漳州市共计完成医保电子凭证激活 1207845 人(约占当前总参保人数的 25.03%)，总计激活人数暂居全省第四。

截至 2020 年 12 月 31 日，漳州市定点药店全部完成电子凭证改造，其中有电子凭证扫描结算的药店 992 家，累计扫码 853239 人次，涉及医保个账支付 846477 笔。从医保电子凭证开通以来，漳州市定点医疗机构累计扫码 5213 人次，涉及医疗机构 70 家。

(四) 贯彻执行集中带量采购政策

一是根据《福建省医保局福建省人社厅转发国家医保局人力资源社会保障部关于将 2019 年谈判药品纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围的通知》(闽医保〔2019〕107 号)要求，从 2020 年 1 月 1 日起将国家谈判新增准入 70 个药品和续约成功的 27 个药品纳入医保可支付范围。二是按照省统一部署，4 月 27 日漳州市公立医疗机构全面执行第二批国家组织药品集中采购和福建省药品集中带量采购中选结果，漳州医保中心配合上级部门做好医疗

机构中选药品采购量的分解和三方带量购销合同签订等工作，同时采取保障供应、保量采购、保证待遇等措施，并对“醋酸阿比特龙”（江西山香药业有限公司 0.25g*120 片）实行医保支付补助政策，有效保障政策平稳运行。三是根据《福建省医疗保障局福建省卫生健康委员会关于落实省医用耗材集中带量采购有关工作的通知》（闽医保〔2020〕60 号）精神，从 8 月 1 日起漳州市二级及以上公立医疗机构全面执行福建省医用耗材集中带量采购中选结果，本次开展人工关节（包括人工全髋关节、人工膝关节）、留置针、超声刀、镇痛泵 4 类医用耗材省级集中带量采购试点工作，执行采购周期 1 年，较福建省现行采购价相比平均降幅为 52.86%，有效减轻参保患者就医用药负担。

（五）支付制度改革情况

1、两定机构协议管理

根据《关于印发《漳州市基本医疗保险签约医药机构协议管理暂行规定》的通知》（漳医保〔2018〕21 号）文件规定，相关医疗机构具备签约基本条件，对照《漳州市基本医疗保险协议签约医疗机构综合评定项目及量化评分标准表》，按照自愿原则，可向属地医保经办机构提出申请普通门诊、普通门诊统筹、住院和门诊特殊病种四种签约形式的一种或多种。评估时间不超过 1 个月。2020 年，全市签约医疗机构 359 家，签约零售药店 992 家。

2、全面推行按病种付费支付方式

根据《漳州市医保局漳州市卫计委关于在漳州市公立医院推行按

病种收费和支付有关问题的通知》（漳医保〔2017〕89号）、《漳州市医疗保障管理局漳州市卫生和计划生育委员会关于规范漳州市公立医院按病种收付费工作有关问题的通知》（漳医保〔2018〕85号）、《漳州市医疗保障管理局漳州市卫生和计划生育委员会关于在漳州市公立医院推行第二批按病种收费和支付有关问题的通知》（漳医保〔2018〕86号）文件要求，在全市推行以按病种付费支付方式为主的多元复合支付方式，完成系统更新并支持医疗机构按病种付费结算。截至2020年12月，漳州市共开展病种548个，执行按病种付费结算的医疗机构23家，按病种付费总出院人次117944人次，按病种付费者住院总费用101817.24万元。

（六）加快医疗信息业务编码标准化工作开展

2020年，为加快福建省医疗保障相关业务编码维护进度，按时完成定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、医保护士、医保药师信息业务编码标准维护工作，漳州市医保中心积极组织各管理部指定专人负责编码标准维护工作，要求全市定点医药机构，严格按照国家医保局统一工作部署和时间要求，完成所有医保定点医药机构注册登记，医保医师、医保护士、医保药师等信息业务编码标准维护工作。截至2020年12月，漳州市已完成上报国家医疗保障局信息化标准动态维护系统的医疗机构1968家，药店975家，药师982人，医师7120人，护士9962人，已完成定点医疗机构应维护数100%，定点药店应维护数100%。

二、存在问题及下步打算

(一) 存在问题

还存在细节服务不够到位，深入企业、社区面对面服务量偏少；在宣传医保政策上，运用新技术新媒体的能力不足；在全系统的管理上还有薄弱环节。

(二) 下步打算

医保工作要以加快医疗保障事业发展高质量落实赶超为重点，树立新理念，开创新思路，强化新举措，再创新佳绩。接下来重点抓好以下几个方面工作：

1. 强化医药机构行为监管。

通过统一全市签约医药机构准入评估标准，不断完善协议管理，强化督促检查，加强对各县(市、区)签约医药机构准入与监管情况的督查。通过加强日常检查、专项行动与市内交叉检查等，不断强化医药机构行为监管，加大医保基金稽查稽核力度，严厉打击欺诈骗保行为，持续打造不敢骗、不敢违规的高压态势。

2. 加强医保基金财务管理。

加强医保基金预算管理，开展医保基金绩效考核管理，对赤字较大的县(市、区)组织专项检查，增强主动控制县域内医疗费用意识。加强医保经办机构内部财务管理，进一步规范全市差旅费收交管理、预算资金管理，坚决堵塞风险漏洞。

3. 规范窗口经办服务。

加强对全市经办机构服务事项规范的检查,进一步规范窗口经办服务事项,简化办事流程;完善各项便民举措,推进省网上办事大厅服务平台应用,促进政务服务全流程电子化,提高行政服务效率,实现群众办事“最多跑一趟”和“一趟都不用跑”。

4. 推进“互联网+医保”服务。

持续拓展手机端微信公众号业务功能,探索推进城乡居民实现全民自助参保登记、特殊病种定点医院自助登记变更等功能拓展,全面推进“互联网+医保”行动。

5. 强化经办机构队伍建设。

一是强化党的政治建设。要以党的政治建设为统领,全面落实党风廉政建设责任制,加强廉政风险防控机制建设,认真履行“一岗双责”,全面加强党的建设,严守政治纪律和政治规矩,织密制度笼子,提升拒腐防变能力,努力营造风清气正的政治生态。二是加强队伍自身建设。结合省市医保局重点监督检查医保经办机构和定点医疗机构专项行动,扎实开展经办机构自查自纠整改工作,把自查自纠整改成效转化为推动工作发展的强大动力,切实提升医保经办队伍服务水平。

[返回目录](#)

北京市将建立互联网医疗“1+N+1”模式

来源:北京市人民政府网

北京市卫生健康委、北京市规划自然资源委日前共同制定并发布

了《北京市医疗卫生设施专项规划(2020年-2035年)》。本市将严格控增量、疏存量，分级分类分区统筹规划全市医疗资源配置。

规划中指出了一些存在的问题，包括：“智慧医疗”等新技术应用不足，“互联网+”健康医疗亟待扩容提质。“智慧医疗”“互联网+”健康医疗等在应对新冠肺炎疫情、满足人民群众就医需求等方面仍有巨大发展空间，需进一步创新服务模式，加快“智慧医疗”推广应用，促进“互联网+”医疗健康高质量发展。

规划还强调，要以“新基建”为抓手，加快科技创新应用，推进“智慧医疗”和“互联网+”健康医疗。

支持医疗健康领域相关的人工智能技术、5G、医用机器人、物联网、可穿戴设备等新技术、新设备的研发和应用。健全基于互联网、大数据技术的信息系统建设，加快推进全市医疗机构医疗健康信息互通共享，推进电子病历、影像资料共享工程 and 行业云建设，打造智慧医院。推进本市各级各类医疗机构应用互联网等信息技术拓展医疗服务空间和内容，加强互联网医院建设，开展互联网诊疗、远程医疗、健康咨询、健康管理服务，建立覆盖诊前、诊中、诊后的线上线下一体化医疗服务模式。鼓励企业与本市医疗机构合作，建设高水平互联网医院。发挥企业技术创新优势，统筹联动全市医疗机构资源，建立完善北京市互联网医疗“1个互联网诊疗服务监管平台+N个互联网医疗子平台+1个互联网医院公共服务平台”发展模式。

[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