

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.10.25-2021.10.31

——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。)

• 医院管理 •

▶ [三级医院评审标准实施细则发布！对医院提出这些数据要求……](#)

(来源：国家卫生健康委) ——第 9 页

【提要】日前，国家卫生健康委印发了《三级医院评审标准(2020 年版)实施细则》，明确《细则》是评审标准配套文件，旨在指导各地充分理解和掌握《三级医院评审标准(2020 年版)》，运用《标准》做好医院评审工作，指导医院利用《标准》加强日常管理。文件指出，各省卫生健康行政部门可根据当前工作重点，结合本地特点，遵循“标准只升不降，内容只增不减”的原则，对《细则》进行调整，报国家卫健委备案后施行。

▶ [如何让你的领导更理解医院“数字化转型”这件事](#) (来源：CDSreport) ——第 12 页

【提要】“十四五”伊始，数字化转型发展已然成为各行各业的热门话题。作为医疗信息从业者，应当更深入、透彻地掌握基本概念和方法，以便说服领导、相关职能部门，共同形成正确认识，避免因技术认知或特定思维模式而形成不必要的误导因素。中国医院协会信息专业委员会主任委员王才有分享《十四五医院数字化转型发展的思考》主题报告时表示，如何让领导更明白“医院数字化转型”这件事，

需要搞清楚三个经典问题：为什么转型？转型的意义和价值是什么？怎样实现转型？

· 数字医疗 ·

▶ [需求红利持续释放 数字医疗正迎来最好的时代!](#)（来源：火石创造）——第 17 页

【提要】截至 2021 年 10 月 20 日，全球有记录的新冠肺炎感染者已逾 2.4 亿，死亡人数近 500 万，疾病流行促使人类进一步思考数字医疗在改善人类生命健康方面的价值。AI、5G、大数据等数字技术在疫情防控中发挥了重要作用，拥有丰富的应用场景，例如疫病智能诊断、疫情问答、患者诊治、人脸识别、红外测温、物资配送、消毒杀毒等，极大地提升了疫情防控效率。数字医疗绝不仅仅是数字化医疗设备的简单集合，而是把当代计算机技术、信息技术应用于整个医疗过程的一种新型的现代化医疗方式。专家预测，2021 年数字医疗的发展势头将持续高涨并迎来新一轮大发展，为医疗领域带来前所未有的变化。

▶ [数字医疗现状调查](#)（来源：亿欧健谈）——第 24 页

【提要】从 2000 年第一批寻医挂号的网站建立，国内互联网医疗行业萌芽，到 2021 年政策加持，疫情推动，头部公司纷纷上市，行业迎来发展新纪元。从互联网医疗到移动医疗，线上医疗，再到智慧医疗，数字医疗，外界关于这一行业的命名方式不断变化，背后折射的，是产业日趋庞大和多样化的内核。在不断向前突进的过程中，这个行

业一度连线上药物配送都难以做到，如今药物流通已经是行业最为成熟的产业项之一。互联网医院已经不是新鲜事，线上也不再是唯一具有想象力的场景，数字医疗的触角从院外延伸到临床，甚至参与诊疗过程，“惊喜”无处不在。

• 医保快讯 •

▶ [未来 5 年我国医保有何新趋势？](#)（来源：中国人民大学中国社会保障研究中心）——第 29 页

【提要】近日，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》。作为“十四五”时期指导我国医疗保障改革发展的行动指南，给医保改革在新时代提出了诸多方向和目标。在待遇保障领域，《规划》从保障公平性、合理确定保障水平、建立多层次医疗保障制度、医疗保障在特殊环境下的应对与反应等方面，提出完善医保待遇保障政策，纠正过度保障和保障不足等问题。这将强化基本医疗保险、补充医疗保险与医疗救助的互相衔接，增强基础性、兜底性保障功能，满足参保人日益增长的健康需求，提高民众的获得感、幸福感和安全感。

▶ [最短 3 分钟办结，这个地方建起医保关系转移接续“高铁网”](#)（来源：浙江省医疗保障事业管理服务中心）——第 37 页

【提要】随着户籍制度的不断开放，人口流动快速增加，跨统筹区流动就业的现象越来越普遍，随之而来的就是流动就业人员基本医保关系的转移接续问题。医保关系能否有效衔接，涉及群众医保待遇能否及时享受的问题，与群众的切身利益密切相关。目前，各地群众办理

省内转移接续的过程比较繁琐，需要参保人两头跑、多次跑，由于信息不对称、办理程序不统一等问题，即便各地医保经办部门全力操作，依然存在办理周期长、流程不透明、转入转出地对接不到位等顽疾，影响了流动人员职工医保待遇的及时享受，群众一度对此颇有怨言，医保经办机构也是有苦难言。中央 5 号文件明确指出，“医疗保障公共管理服务关系亿万群众切身利益，要更好提供精准化、精细化服务，提高信息化服务水平，推进医保治理创新”。

· 药闻动态 ·

▶ [国家医保局通知，这类医疗器械将停用](#)（来源：国家医保局）——第 42 页

【提要】近日，国家医保局发布《关于禁止在医保医用耗材编码信息维护中分解拿码、重复拿码的通知》。内容指出：医用耗材维护企业需于 2021 年 10 月 31 日前，对已维护赋码的耗材产品信息进行梳理，对存在分解拿码、重复拿码情况的数据进行合并修正、重新提交。逾期未完成修正的，将停用有关产品编码。通知强调，为保证医保医用耗材编码信息真实、准确、有效，及时禁止在医保医用耗材编码信息维护中分解拿码、重复拿码，进一步规范编码维护工作，国家医保局提出要求，医用耗材单件维护时，应以注册证为依据，根据产品的主要学科、功能、用途、材质和特征对标医保医用耗材分类，同一耗材分类下的单件不可重复维护。

▶ [我国今年已有超 20 款 1 类创新药获批，超半数有望参加医保谈判](#)

(来源：健康时报) ——第 46 页

【提要】据国家药监局公告梳理发现，截至 10 月 20 日，今年共有超过 25 款新药上市，其中 1 类新药(不包括疫苗、新增适应症)22 款，21 款为国产新药，中成药 2 款。根据国家医保局 7 月 30 日下发的公告，13 款于上半年获批的新药已经入选《2021 年国家医保药品目录调整通过初步形式审查的申报药品名单》，有望参加新一轮医保谈判。

• 分析解读 •

▶ [国家药品带量采购续约分析：分类施策 稳定市场 鼓励创新](#) (来源：医药魔方) ——第 49 页

【提要】根据《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》以及日前下发的《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》相关政策，常态化、制度化、规范化开展国家组织药品耗材集中带量采购工作，逐步扩大采购范围，力争 2022 年底前采购药品通用名数超过 300 个。“十四五”期末，每个省份国家和省级组织的集中带量采购药品通用名数要超过 500 个已经成为一个不争的事实。

▶ [国家医保局解读：“价格招采信用评价”如何实施？成效如何？](#)

(来源：国家医保局) ——第 52 页

【提要】据国家医保局医药价格和招标采购指导中心消息，自《关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》发布以来，截至 9 月

中旬，共有 69 家企业给予评级处置，其中“严重”失信企业 5 家，“中等”失信企业 14 家，“一般”失信企业 50 家。近日，国家医疗保障局医药价格和招标采购指导中心发布了《价格招采信用评价“严重”和“特别严重”失信评定结果》，公开曝光 5 家企业严重失信行为，引起社会各界关心关注。对此，负责人就价格招采信用评价工作相关问题进行了解读。

• 国际视野 •

▶ [从新加坡模式看惠民保的挑战和趋势](#)（来源：Latitude Health）——第 60 页

【提要】从惠民保的发展趋势来看，随着 DRG 的实施，如果只保医保目录内的自付部分，风险将相对可控。如果不大幅上涨保费的同时还要覆盖医保目录外的服务和产品，预授权和对医院的干预是必不可少的，但商保缺乏对医院干预的能力，只能更多从预授权来限制用户，但未来会产生更多的理赔纠纷。从新加坡模式来看，理赔的控制能力毕竟是有限的，惠民保大幅上涨保费最终与百万医疗险价格趋同是大概率事件。

▶ [从 Pear 看数字疗法的三个挑战：有效性、证据和监管](#)（来源：Latitude Health）——第 67 页

【提要】与直接面向保险和企业提供精神治疗的模式不同，Pear Therapeutics 更类似 Welldoc 的模式，主要面向一个专业症状提供基于算法的软件服务，需要依赖医生以处方形式开具治疗服务，但并

没有健康管理师进行持续干预。从处方类数字疗法的特征来看，由于在短期内无法突破只有临床价值而没有经济价值的框架(由于受制于患者自身的生存、健康和经济状况，临床价值依然存疑)，其市场成熟期远未到来。随着数字疗法的进一步发展，只有通过更大规模的试验和监管的细分指引，市场才能看到数字疗法是否具备真实的价值，或者只可能是一个永远无法成熟的局限于小规模的市场实验。

-----本期内容-----

• 医院管理 •

三级医院评审标准实施细则发布！对医院提出这些数据要求……

来源：国家卫生健康委

10月21日，国家卫生健康委印发了《三级医院评审标准(2020年版)实施细则》(以下简称《细则》)，明确《细则》是评审标准配套文件，旨在指导各地充分理解和掌握《三级医院评审标准(2020年版)》，运用《标准》做好医院评审工作，指导医院利用《标准》加强日常管理。

医政医管局

网站首页 | 首页 | 最新信息 | 政策文件 | 工作动态 | 关于我们 | 专题专栏

通知公告 您现在所在位置： 首页 > 最新信息 > 医疗质量 > 通知公告

国家卫生健康委办公厅关于印发《三级医院评审标准(2020年版)实施细则》的通知

发布时间：2021-10-21 来源：医政医管局

国卫办医发〔2021〕19号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为指导医院加强自身建设和管理，促进医院实现高质量发展，更好地满足人民群众医疗服务需求，我委印发了《三级医院评审标准(2020年版)》(国卫医发〔2020〕26号)(以下简称《标准》)。为指导各地充分理解和掌握《标准》，运用《标准》做好医院评审工作，指导医院利用《标准》加强日常管理，我委组织制定了《三级医院评审标准(2020年版)实施细则》(以下简称《细则》)(可从国家卫生健康委网站下载)。现印发给你们，请你们参照执行。

《细则》是评审标准配套文件，是各地开展医院评审工作和医院加强自身管理的重要依据，各省级卫生健康行政部门可根据当前工作重点，结合本地特点，遵循“标准只升不降，内容只增不减”的原则，对《细则》进行调整，报我委备案后施行。

《细则》指出第一部分“前置要求”、第二部分“医疗服务能力与质量安全监测数据”的实施细则，同《三级医院评审标准(2020年

版)》第一部分和第二部分。文件重点制定第三部分的实施细则，对“现场检查”183条标准逐条进行概述和解读。

由于第二部分分数占总分的比重不低于60%，且该部分以指标量化、“用数据说话”的形式进行考核，因此，《细则》同时对第二部分的指标选择原则、数据采集原则、评分原则、数据核查原则、数据核查准备指引等5方面内容作了具体说明(详见下图)。

文件指出，各省卫生健康行政部门可根据当前工作重点，结合本地特点，遵循“标准只升不降，内容只增不减”的原则，对《细则》进行调整，报国家卫健委备案后施行。

一、为什么要制定实施细则？

为指导各地做好医院评审工作，根据《医疗机构管理条例》《医疗机构评审办法》和《医院评审暂行办法》，我委于2020年制定发布了《三级医院评审标准(2020年版)》(国卫医发〔2020〕26号)(以下简称《标准》)。《标准》颁布实施后，在指导各地加强评审标准管理、规范评审行为、引导医院加强自我管理等方面发挥了重要作用。为指导各地充分理解、掌握《标准》，运用《标准》开展医院评审工作，指导医院利用《标准》加强日常管理，我委组织制定了《三级医院评审标准(2020年版)实施细则》(以下简称《细则》)，供各地在评审工作中参照使用。

二、《细则》的主要内容？

《细则》是对《标准》的解读和细化。一是明确了评审结果判定

要求。明确各等次总得分要求和第二部分得分要求由各省(区、市)卫生健康行政部门确定,并规定了第三部分的最低得分比例。二是对《标准》的使用方法进行说明。要求省级卫生健康行政部门在评审前向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在违反前置条件的情况。明确了第二部分的指标选择原则、数据采集原则、评分规则、数据核查原则,为各地评审工作提供基本遵循。三是对《标准》现场检查部分的183条标准逐条进行概述和解读,便于各级卫生健康行政部门和医院理解和掌握。对标准逐条拆分和细化,提升评审工作精细化程度。同时,针对每条标准提出了现场评审方法建议,为各地开展现场评审提供指导。

三、如何使用《细则》?

各省级卫生健康行政部门要参照《细则》,结合工作实际和本地特点,尽快制定本省(区、市)的评审标准实施细则,报我委备案后施行。医院要将《细则》作为加强内部管理的重要工具,运用《细则》指导医院的建设发展,明确目标和方向,强化日常管理,并在全院范围内开展学习和培训工作,确保医务人员充分理解和掌握《细则》,为医院实现高质量发展提供有力支撑。同时,做好相关数据的统计、分析、评价和利用,按照有关部门的要求报送相关数据信息。各卫生行业组织和各级各专业质控组织要认真学习掌握《细则》,充分发挥自身优势,加强培训指导,为医院评审工作提供专业技术支持。

[返回目录](#)

如何让你的领导更理解医院“数字化转型”这件事

来源：CDSreport

“十四五”伊始，数字化转型发展已然成为各行各业的热门话题。作为医疗信息从业者，应当更深入、透彻地掌握基本概念和方法，以便说服领导、相关职能部门，共同形成正确认识，避免因技术认知或特定思维模式而形成不必要的误导因素。

中国医院协会信息专业委员会主任委员王才有分享《十四五医院数字化转型发展的思考》主题报告时表示，如何让领导更明白“医院数字化转型”这件事，需要搞清楚三个经典问题：为什么转型？转型的意义和价值是什么？怎样实现转型？

01—为什么要重视数字化转型？

首先，数字化转型顺应了新历史时期的发展新趋势。“十四五规划”专门强调了数字化概念，并提出加快数字化发展，建设数字中国的战略任务。任务要求之一是加快数字社会建设步伐，而医疗健康领域是数字社会建设的重要组成部分。

其次，树立数字化发展新理念。过去几十年，规模化生产是我国经济社会发展的重要推动力。但是，规模化有优势，也有问题。新兴数字技术给发展带来了新机遇，而抓住新机遇势必要先树立数字化新理念。

最后，要打造新格局。数字化是信息化发展的新阶段。比如，疫情初期出行，人们需要填写结构化地址信息——省市区、街道门牌号，

而现在系统可以根据行踪决定出行者健康码颜色。下一步如果能将车辆与乘车人的数据轨迹叠加，那么系统就能知道乘车人中途是否下过车，从而做出正确决策，避免经过疫区边缘而被拉黄。

所以，数字化是什么？是使用数字技术改变业务模式，从而提供新收益和新价值。很显然，上述例子正是“数据叠加，创新价值”这一数字化基本特点的最直接体现。

02—数字化转型的意义和价值是什么？

了解数字化的基本特点后，需要进一步了解和思考医院数字化转型发展的含义。

数字化转型有利于推动医院高质量发展。

在规模化发展时期，医院也只有通过做大规模，才能在专科上形成竞争力。但规模化有利有弊。医院规模越来越大，患者看病却越来越，资源利用率也不高，这些都不符合高质量发展要求。

同时，患者医疗服务质量需求也在快速提升。而医疗数字化有望提升医疗服务质量、降低医疗服务费用，有助于解决医院在高质量发展过程中面临的一些问题。可以说，数字化是推进公立医院高质量发展的新思路之一。

技术升级使医疗数据创造更大价值成为可能。

从数据技术上看，信息化时代数据靠人工录入，而数字化时代靠的是传感器、物联网、移动互联网等自动获取数据。大数据、人工智能等先进技术的出现使数据持续、大量被获取、分析、利用，系统才

能“知道”得更多，并有可能在与人的交互中创造出更大价值。

从应用范围上看，信息化时代是基于单个部门应用需求，由技术实现功能，导致先建设后整合，并出现数据孤岛问题，且数据很难“最多录入一次”。数据重复录入不仅医患各方都很麻烦，还会导致数据调用出问题。这些信息化时代可能存在的问题，在数字化时代有望缓解或解决。

从生产方式上看，信息化时代是自给自足的数字经济，为了利用数据得自己收集数据。而数字化时代，人的各种电子痕迹会产生大量数据并被持续获得、储存和利用。数据已经成为生产要素，数字经济也进入社会化大生产阶段。

医疗数据更是如此，借助最先进的信息技术，医疗数据可以创造出更大价值，为全社会、全世界服务，提高全国人民和全球居民的健康福祉。

数字化转型两大路径：从业务中心到患者中心；从树状管理到扁平化管理。

首先，从以业务为中心转向以患者为中心。过去，设备哪天有空，患者哪天检查，方便了业务但并不方便患者；现在，有了各项医疗数据做支撑，可以最大限度以方便患者为中心安排检查时间，极大地方便患者、降低就医成本。

其次，从树状管理转向扁平化管理，发挥平台服务的支撑作用，实现资源价值。信息化时代，医院管理呈树状结构，好处是分工明晰，

责任、需求明确，容易实现；缺点是资源浪费。到了数字化时代，医院可借助物联网、实时定位等技术，以及对象在线、数据在线、计算在线的数字化基础来实现对呼吸机、心电、影像、ICU 监护等实体资源的高效管理和利用。

03—如何实现数字化转型发展？

如同信息化建设初期，各医院需求和方案不尽相同一样；各医院信息化基础不同，数字化转型发展也不可能有一统方案，但一些原则性的目标和方向需要遵循。

转型目的：改善数字化体验，提升医疗资源价值

首先，数字化转型的原则是“用数字技术，通过对业务模式的转型，实现更高价值”，这一点要把握好。

其次，数字化转型的方向是逐步进化，并不一定有一个明确的终点。

最后，数字化转型的目的是，改善直接用户（医护或患者）的数字化体验，实现资源价值的提升。

转型转什么：整体性结构转化

医院数字化转型要完成的是整体性结构转变，包括三个部分：交易模式转变，即产品和服务怎样提供给用户。运行模式转变，即怎样实现交易模式，怎么通过数据多跑路让群众少跑腿，改变内部运行模式，来给交易模式使用者更好的体验。组织模式转变，是实现运行模式转变的前提，其关键是对数字化时代医院治理体系和治理能力现代

化的认知。

以实现“最多一次”数据采集运行模式为例。过去，系统无法分辨数据是否已录入。为了数据准确性，调用数据的部门宁愿自己再采集一次。数据交易模式是多次采集。进入数字化时代，要实现“最多一次”首先要转变内部运行模式，怎样利用人与技术的结合，让系统知道哪些数据已被收集，谁负责保管，存储在哪儿。

实现运行模式转变需要组织模式转变的支撑。过去，数据控制者有无限权利。而现在，区块链技术可以记录所有数据使用痕迹，保护数据主体权益，界定数据控制者的义务与责任。并且，过去对数据采集分散管理，是因为没有技术手段实现统一管理。有了区块链、数据安全技术后，可以利用平台(基于相应规则、标准、制度)实现统一管理，以及元数据服务、主数据服务、数据注册服务等。

转型方法：实际是医院治理体系和治理能力现代化水平问题

医院数字化转型发展必须考虑三个最基本原则，一是坚持以人为中心。提升治理能力、构建现代化治理体系，以及良好的执行，都要以患者为本。

二是坚持问题导向。信息化解决的是局部问题，而数字化追求的是以服务对象(临床或管理)的需求为中心，提高整体收益。

三是坚持结果导向。数字化转型是以数据和技术为支撑，通过转变组织模式、运行模式、交易模式，实现转型目的。转型工作要强调结果导向，而判断转型成功与否，要以是否实现了改善服务对象数字

体验，提升资源价值的目的为标准。

王才有主委最后指出，医院数字化转型是顺应大趋势的，需要特别注意的是，转型的关键是“人”。首先要具备创新理念，以开放、协同、共享的态度，创新组织以提高治理能力和现代化水平。其次，转型是利益的调整。如果影响到部分组织、部门和个人的根本利益，会产生很大的阻力；因此，必须要带着系统性、全局观来思考转型的必要性，以及制定转型方案。

[返回目录](#)

• 数字医疗 •

需求红利持续释放 数字医疗正迎来最好的时代！

来源：火石创造

截至 2021 年 10 月 20 日，全球有记录的新冠肺炎感染者已逾 2.4 亿，死亡人数近 500 万，疾病流行促使人类进一步思考数字医疗在改善人类生命健康方面的价值。AI、5G、大数据等数字技术在疫情防控中发挥了重要作用，拥有丰富的应用场景，例如疫病智能诊断、疫情问答、患者诊治、人脸识别、红外测温、物资配送、消毒杀毒等，极大地提升了疫情防控效率。

数字医疗绝不仅仅是数字化医疗设备的简单集合，而是把当代计算机技术、信息技术应用于整个医疗过程的一种新型的现代化医疗方式。专家预测，2021 年数字医疗的发展势头将持续高涨并迎来新一

轮大发展，为医疗领域带来前所未有的变化。在此，笔者从产业发展现状、发展历程、企业现状、产业价值以及发展难点等角度，对数字医疗产业进行了一些梳理与思考。

01 数字医疗发展空间大

我国社会老龄化发展迅速，根据联合国的预测，在 2015-2055 年，中国老年人口占全部人口的比重将以年均 2.35% 的速度提高，这个比重的世界平均速度仅为 1.53%，使得中国成为全球老年人口规模最大的国家，同时存在未富先老的特征，迫切需要通过提高医疗体系水平以应对未来的挑战。

国内医疗机构数量超过 100 万家，基层医疗机构占比 95%，医院数量 3.5 万家，三级医院占比仅为 8%，随着医疗体系改革，医疗服务质量要求也在逐渐提高。数字医疗内容伴随着技术的进步而不断发展，使医疗设备、医疗网络系统以及医疗系统相关服务等更加智能化，所提供的综合服务更加高效，有助于提高医疗机构服务能力。

麦肯锡估计，全球数字医疗市场到 2024 年预计将达到 6000 亿美元。目前我国远程医疗公司超 1000 家，医院信息系统(HIS)三级医院基本达到全覆盖，二级及以下基本达到 80% 覆盖，渗透率增长较快。临床信息系统核心产品仍存在 20%-40% 的渗透空间。就代表性个体而言，我国最大的数字医疗服务平台连接医院数量逾 7800 家，平台执业医师超过 27 万人。从数据看，医院接入量依旧不足医疗机构总量的 1%，医师接入量不足全国总量的 10%，未来国内有比较大的发展空

间。

02 中国医疗数字化发展从未止步

上世纪 90 年代中期，IBM 代理的 HIS 产品最早进入国内市场。HIS 以收费为中心，串联挂号、核价、收费、配药、住院登记等就医环节，整合医疗机构人、财、物等信息，主要作为医疗机构的财务和行政管理系统，目前已基本由国内厂商代替。

2009 年，中共中央、国务院印发《关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发[2009]6 号）（以下简称《意见》）。《意见》第十四条提出建立实用共享的医药卫生信息系统，强调以医院管理和电子病历为重点建设医院信息化，并围绕医疗服务的各个方面提出改革要求。

2014 年 8 月，国家发展改革委联合工业和信息化部等八部委发布《关于促进智慧城市健康发展的指导意见》，首次提出推进智慧医院、远程医疗建设。同年，广东省网络医院经过一个多月的试运行，在广东省第二人民医院正式上线启用，成为全国首家获得地方卫生计生部门许可的网络医院。

2016 年，国家进一步提出“促进云计算、大数据、物联网、移动互联网、虚拟现实等信息技术与健康服务的深度融合”等，打开互联网医疗新的成长空间。

2018 年，国务院办公厅印发《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》国办发〔2018〕26 号，国家卫生健康委员会和国家中医药管理局组织制定了《互联网诊疗管理办法(试行)》《互联网医院管

理办法(试行)》《远程医疗服务管理规范(试行)》等文件，产业发展开始有相关法规指导。

2019 年数字医疗行业成为政策红利的市场，国务院政府工作报告指出，数字医疗行业有利于提高民众的生活质量。

2020 年，国家医疗保障局颁发文件《国家医疗保障局关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》，针对如何更好开展“互联网+”医疗服务医保支付工作，回答了医疗机构需要具备的资格和条件、医疗服务项目在给予医保支付报销的范畴以及如何进行医保结算等互联网+数字医疗产业相关的热点问题。

该文件的颁布，全方位促进了“互联网+”医疗服务模式的“规范”和“创新”。

03 数字医疗市场布局

数字医疗产业的发展建立在当前的医疗生态基础之上，各个部分都带有之前经历的痕迹，数字医疗首先要将体系数字化，其次要打通体系各个部分之间的壁垒，再次通过数据实现价值，最后实现服务的优化。


从整体看，目前我国数字医疗产业还处于第一阶段，吸引苹果、BAT 等互联网企业、赛诺菲等医疗健康企业以及其他新兴创新企业的加入。

互联网企业布局比较大，从医院全套运营服务、问诊服务、AI 诊断服务等应用都会涉及到，企业也会投资外部创业企业，服务的细

分方向选择带有传统企业特征，但是共性内容占主导。互联网企业在数字医疗产业目前还没有形成比较明确的商业模式，包括谷歌、IBM 等公司都在调整方向。

表 1：数字医疗体系参与者分类

类型	简要说明
互联网企业	建立生态，注重规模，技术偏向于服务方面，硬件产品非主流
硬件互联网企业	与硬件有一定的结合，如可穿戴设备类
零件企业	智能传感器、芯片类
传统医疗器械企业	传统产品+数字化，数字化升级产品等
智能医疗器械企业	技术更多依赖于基础研究的突破而不是传统的更新迭代，如手术机器人、医用 3D 打印技术等
软件服务企业	企业出售软件产品，如提供医院管理系统等
其他企业	供应链服务、药物研发等



来源：火石创造根据公开资料整理

硬件互联网企业，主要在可穿戴设备方面，技术进步使得全天候健康监测成为可能，2020 年全球前五大设备商出货量达 1.85 亿件，同比增长 9.9%，行业的议价能力似乎依附于企业本身，产品功能同质化比较明显。

传统的医疗器械企业进行数字化升级，医疗器械行业壁垒集中在高端领域，数字化是一个重要趋势。手术机器人这类医疗器械能够提高操作水平，当前国内销量提升比较困难，由于成本较高，有条件消费的主要在三甲医院，但是需求更迫切的是基层医院，目前面临着经济效益不平衡等问题。

国内如骨科手术机器人已在北京地区试点纳入医保，逐步推开需要时间。

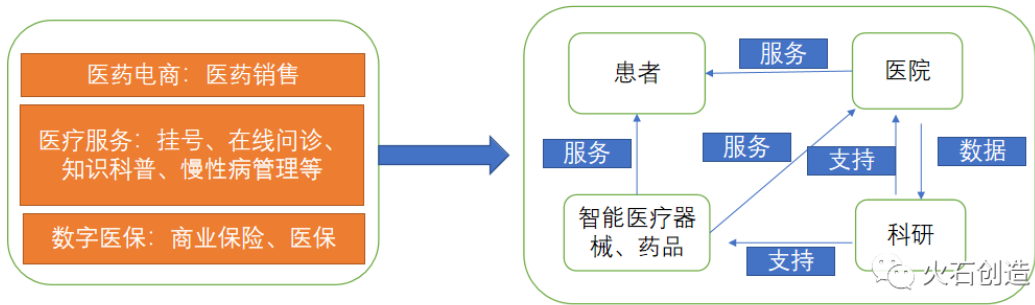


图 1：数字医疗简化系统图

来源：火石创造根据公开资料整理

表 2：数字医疗三个重要组成部分

医院信息系统	临床信息系统	科研系统
人流、物流、财流进行综合管理	临床活动，收集和处理临床医疗信息、临床咨询、辅助诊疗、辅助临床决策	靶点筛选、药物开发、临床研究、医用机器人研发、5G 技术、AI 技术等
行政管理系统、医疗管理系统、决策支持系统、其他各种辅助系统	医嘱处理系统、病人床边系统、医生工作站系统、实验室系统、药物咨询系统等	药物研发系统、应用平台开发系统
资源综合调配平台	数据共享平台、数智化诊疗平台	科研平台

来源：火石创造根据公开资料整理

04 数字医疗应用价值

医疗体系效率提升很难，国内人口基数较大、患者病情不一、医疗服务环节多等客观问题，导致医患双方在诊断过程中都需要付出极大的精力，通过融入智能化、信息化技术，减少医生在琐碎事情上的投入，优化业务流程与资源分配，将更多的时间、人力等资源放在关键事情上，提升服务效率。

数字医疗可以在一定程度上提供远程医疗服务以及赋能平台或智能设备，帮助不同地区的患者尽可能获得更有效的治疗服务，满足

不同类型患者服务需求。成本方面，医疗成本包括药械成本、医生服务成本、要素流通成本等，数字医疗系统通过技术提高资源匹配度、药械研发效率等，促进资源利用更经济，减少总成本。

05 数字医疗发展难题

在发展过程中，数字医疗尽管存在很多的优势，但是也面临众多挑战。

首先是数据合理使用问题。医疗数据往往同个人健康信息息息相关，患者数据的所有权归患者，同时数据资源之间并没有形成统一的使用合作协议，保障数据安全问题以及法律问题目前依旧没有非常有效的手段，医院与其他相关机构只是在收益与风险之间做出有限的选择。

其次涉及到法规方面，国家卫生健康委员会和国家中医药管理局组织联合制定发布《互联网诊疗管理办法(试行)》《互联网医院管理办法(试行)》《远程医疗服务管理规范(试行)》和《国家卫生健康委办公厅关于进一步推动互联网医疗服务发展和规范管理的通知》等文件，主要是对建立在现有的医疗体系之上准入条件、技术要求等进行规范，未来需要在对更广泛服务内容、医疗服务参与方责任、伦理以及其他相关方面进一步完善。

再次，科技是独立的，但是应用到人类环境中的时候并不是完全独立的，社会存在不同人群之间的偏见，资源可得性不能简单寄托于技术，目前技术的应用依旧会存在信任缺少以及群体偏见问题。

最后，技术突破面临较大不确定性。目前互联网诊疗方面主要集中在慢性病管理、复诊等方面，科技的发展并不成线性增长，智能制造技术、人工智能技术等发展相对缓慢，数字医疗的发展必定充满险阻。

06 数字医疗未来可期

数字医疗高质量发展是由多个局部创新拼接而成的，医疗系统中不同板块的企业都在通过融合技术进入这个体系中。受制于技术、法律等一些因素，产业还处于初级阶段，相关应用仅仅是处在医疗体系的某个或者多个环节之中，还缺乏系统性解决方案，市场商业模式还在探索，数字医疗应用当前面临着临床价值不足的问题。此外，数字医疗关系国计民生，涉及生命安全、数据安全等，在发展的过程中遵守法律是重中之重。

数字医疗产业发展初期充满挑战，但是疫情时期，数字医疗市场展现出较强的活力，在政策、技术以及资本等要素大力支持下，未来数字医疗具有良好的应用前景。

[返回目录](#)

数字医疗现状调查

来源：亿欧健谈

从 2000 年第一批寻医挂号的网站建立，国内互联网医疗行业萌芽，到 2021 年政策加持，疫情推动，头部公司纷纷上市，行业迎来发展新纪元。

近 20 年的时光里，数字医疗和资本联系时紧时松，经历过 2014 年左右的“甜蜜期”，当然也不乏 17 年左右行业矫正的“冷静期”。

从互联网医疗到移动医疗，线上医疗，再到智慧医疗，数字医疗，外界关于这一行业的命名方式不断变化，背后折射的，是产业日趋庞大和多样化的内核。

2021 年上半年，全球仅数字医疗赛道融资数量就超过 400 家机构，融资总额超过 1000 亿元，热度仅次于生物医药领域。

在不断向前突进的过程中，这个行业一度连线上药物配送都难以做到，如今药物流通已经是行业最为成熟的产业项之一。互联网医院已经不是新鲜事，线上也不再是唯一具有想象力的场景，数字医疗的触角从院外延伸到临床，甚至参与诊疗过程，“惊喜”无处不在。

01 数字医疗的风吹响哪里

行业和资本涌动的热潮背后，是整个医疗大环境在向数字化靠拢和变革。

带量采购、DRG、DIP 等医疗服务价格改革等新政之外，医疗行业由内而外的信息化升级同样是重头戏。

国家医保研究院副院长高广颖在近日成都“天府健谈”活动现场表示，国家医保局成立后，除了 4+7 带量采购和医保基金监管之外，另一个重要举措就是建立全国统一的信息平台，包括统一医生的代码，药品的代码，耗材的代码等等。

此外，像要求医院建设电子病历，智慧医院服务、线上平台纳入

医保报销范围等政策，直接改变和推动了行业原本的生态环境。

京东健康智慧医疗总经理王东媛表示，从震荡期到当前高速发展期，不是行业的准入门槛降低了，而是政策越来越明朗规范化。

在这一大背景下，最早期那一批平台型的数字医疗机构其实正在积极拓宽自身的运营场景。

早前平台型数字医疗机构大略可以分为三种业务模式，一种是以预约挂号和轻问诊为主的流量模式，一种是线上医药流通为主的零售电商服务模式，还有一种是线上线下一体化的互联网医院模式。

当然，前两者服务往往大家都有，只是所占比例不同而已。

近两年，平台型的机构越来越多开始探索和线下医院或者是社区合作的“互联网医院模式”。

例如京东健康在疫情期间帮助北京大学首钢医院、北京大学第六医院、天津南开医院等线下机构实现“在线”功能。王东媛称，目前京东健康跟医院合作主要是建立互联网医院平台、数据科研平台，帮助医院提高效率。

从线上的医药流通到线下药房合作，从前端的咨询复诊到日常健康管理，乃至和医院以及地方政府越来越深入的探索尝试。这是越来越多的平台型数字医疗机构正在尝试的方向。

比起相对同质化和固定化的挂号问诊以及医药流通服务，对线下场景的探索更有利于平台在医疗服务，医药消费和医保付费三者中形成闭环。

除了平台型的数字医疗机构之外，越来越多“小而美”，只专注于某一病种的数字医疗机构同样开始受到资本的青睐。例如刚刚完成数亿元 C+轮融资的肿瘤创新数字医疗平台良医汇，专注慢性肾病数字疗法的凯德尼医疗 A+轮宣布完成，不久前，专注脑血管领域智能化解决方案的强联智创同样宣布完成 C 轮。

拆解这些数字医疗公司的产品模式，往往是针对某一专科病种领域，直指临床痛点，从单一服务向全病程管理拓展，抑或是从影像识别到辅助临床决策，甚至有些机构已经开始涉足参与临床诊疗。可以发现，这一领域融资频率是越来越快的。

相比平台型数字医疗机构，这些“小而美”的公司更强调自身的“数字”属性和医疗属性，而平台型的公司往往更注重强调用户规模和医生资源等。

那么，随着数字医疗行业发展的步步深入，各家机构所需要的能力和产品又有什么差别，他们面临的困境又有哪些呢？

02 “挣钱”这件小事是不是遥不可及

提起数字医疗，商业化可以说是大家跨不过去的话题。

事实上，行业此前低速发展阶段，除了政策当时尚不明朗之外，商业路径不清晰，持续亏损问题无法解决是“劝退”资本的最大原因。

这一趋势正在扭转，至少从当前几个头部互联网医疗平台的财报来看，盈利的曙光已经在眼前。

作为行业头部平台，阿里健康(00241.HK)最新公布的 2021 财年

年报数据显示，其归母净利润实现 3.49 亿元，同比扭亏为盈，这也是其近年来年报中净利润首次为正。在京东健康(06618.HK)最新发布的业绩公告中，刨除其股份开支外，调整后其净利润同样为正，已经实现盈利，行业另一家数字医疗平台平安健康亏损同样在收窄。值得注意的是，目前阿里健康和京东健康核心收入来源还是得益于各自的医药自营商品，但毛利率却又低于益丰、老百姓、一心堂等线下药房。这也是目前行业头部机构的痛点之一，大家言必提“医、药、健、保”生态闭环，但理想丰满，现实骨感，往往还是扎堆在最容易的领域。

经过了疫情的一波“强制”市场教育之后，平台型数字医疗机构的业务场景其实相对来说是大众熟悉和容易理解的，而对于聚焦某个专科病种领域的数字医疗机构来说，在获得用户信任之前，说服医院科室里的医生都不是一件容易事。在强联智创创始人兼董事长秦岚看来，创业以来最难的可能就是让外界看懂并认可强联智创正在做什么，这需要的是整个行业的市场教育以及认知的升级。

强联智创主要针对脑卒中领域开发系列智能产品线，我们往往把这种急性脑血管疾病统称为“中风”。借助于其旗下的脑卒中人工智能诊疗平台，可以将以前医生独自需要两个多小时才能完成的手术，缩短到半个小时就结束。

而深入了解新技术，或者更进一步使用新技术这件事，秦岚认为更多是垂直医生群体自上而下才能实现的一件事。强联智创一开始就选择与行业里的医学专家通力合作，医工结合贯穿到产品研发的全过

程，在这个过程中，医生往往能更加切身感受到产品的生命力。

强联智创的产品经历了从 AI 治疗到覆盖卒中的从筛查、诊断、治疗、随访各个阶段的过程。在秦岚看来，诊断的痛点其实不如治疗的痛点那么痛，尤其是在基层医疗市场，所以目前最贴近市场需求的数字医疗产品一要尽量智能化、自动化，二要在保证安全性的前提下有效提高准确率。

智云健康 CPO 及集团副总裁杨文琳同样表示，数字医疗机构如果能很好地满足用户的需求，你的产品是临床需要的，真实解决其痛点的话，那必然是有市场有壁垒的。目前整个数字医疗市场真正走通大规模商业化路径的企业还在少数，更多的机构停留在将产品留在医院免费试用，等待转化的那一步。

不可否认的是，虽然走在融资上市路上的企业越来越多，但整个数字医疗行业仍然处在早期发展阶段。无论是产品还是商业化落地方式，数字医疗行业头部公司当下都是等着被一一验证对错的过程中。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

未来 5 年我国医保有何新趋势？

来源：中国人民大学中国社会保障研究中心

近日，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》。作为“十四五”时期指导我国医疗保障改革发展的行动指南，《规划》

有哪些新内涵，揭示出哪些新趋势？请看业内专家为您深度解析——

三个关键词看变化

《规划》的出台，给医保改革在新时代提出了诸多方向和目标。在待遇保障领域，《规划》从保障公平性、合理确定保障水平、建立多层次医疗保障制度、医疗保障在特殊环境下的应对与反应等方面，提出完善医保待遇保障政策，纠正过度保障和保障不足等问题。这将强化基本医疗保险、补充医疗保险与医疗救助的互相衔接，增强基础性、兜底性保障功能，满足参保人日益增长的健康需求，提高民众的获得感、幸福感和安全感。

关键词：公平

缩小三个差距

理解医保《规划》，首先要了解新时代新征程的新任务、新要求。

“十四五”时期是我国全面建成小康社会、实现第一个百年奋斗目标之后，乘势而上开启全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军的第一个五年。维护社会公平正义，着力解决发展不平衡不充分问题和人民群众急难愁盼问题，全体人民共同富裕取得更为明显的实质性进展，是新时代新征程的任务与目标。这个任务和目标，为医保“十四五”奠定了基础。医保制度的发展要以此为导向，在医保领域助力实现全体人民的共同富裕。

公平是医保制度建设中一以贯之的目标。《规划》中提到的“覆盖全民、统筹城乡、公平统一”等均是追求制度公平的体现。“建设

公平医保”是5项发展目标中的第一项。《规划》提出“完善基本医疗保障待遇保障机制”，首先提到的也是促进基本医疗保险公平统一。

医保公平的内涵就是要求制度间、人群间、区域间的差距逐步缩小，医疗保障再分配功能持续强化。《规划》在缩小制度差异、提高公平性上也做出了诸多制度安排。

首先，实施精准参保扩面，使所有人群都能被纳入统一的基本医保范围内。其次，巩固拓展医保脱贫攻坚成果，有效衔接乡村振兴战略，综合施策降低农村低收入人口看病就医成本。这是对脱贫攻坚政策的坚持与完善，同时也将有助于提高农村居民的医疗保障水平，缩小城乡差异。此外，巩固提高基本医疗保险统筹层次、基本统一全国基本医疗保险用药范围以及建立健全医疗保障待遇清单制度等措施，则是提高区域间公平性的表现。

关键词：可持续

既防“不足”也防“过度”

制度没有可持续性，其他的安排都是无源之水。可持续是中国特色医疗保障制度的基本要求之一，同时也是各项制度权益得以落实的前提。可持续要求根据经济社会发展水平和基金承受能力，合理确定待遇保障水平。合理确定待遇水平具体表现在“稳定基本医疗保险住院待遇”“稳步提高门诊待遇”等方面，即“尽力而为、量力而行、纠正过度保障和保障不足问题”，既不能超越经济水平和基金承受能力导致基金的支付风险，又不能低于应有的水平造成保障不足。

基于此，“十四五”时期，参保人的医疗保障待遇，特别是门诊医疗保障待遇将稳步提高，从两病管理到普通门诊统筹逐步覆盖越来越多的参保人。但与此同时，如何确定有效的待遇保障调整机制，尤其是筹资与待遇之间的关联调整机制，是确保科学、合理以及可持续的待遇保障机制的重要支撑条件，也将助力提高医疗保障制度的可持续发展。

关键词：健康保障

从“医疗”迈向“健康”

“十四五”期间，我国医保制度建设将更加关注多层次与整体性的健康保障需求，增强参保人的获得感。

《规划》中提到，展望 2035 年，基本医疗保障制度更加规范统一，多层次医疗保障体系更加完善，医疗保障公共服务体系更加健全，医保、医疗、医药协同治理格局总体形成，中国特色医疗保障制度优越性充分显现，全民医疗保障向全民健康保障积极迈进。这些目标与展望，同时着眼于“保基本”与“多层次”，从供给侧与需求侧共同出发，立足于“三医联动”的协同治理格局，表明医保规划将在做好基本医保的基础上，更多关注多层次需求的满足和供给侧的协同发力。

《规划》用专章论述“协同建设高效的医药服务供给体系”，也体现出这一趋势。这预示着全民医疗保障将逐步突破保疾病的限制，走向全方位、全生命周期的健康保障，即“不断提升人民群众的获得

感、幸福感、安全感”。

细化政策追求更大效用

从《规划》中可以看出，未来五年医保制度建设的重点之一，是让基金发挥更大效用，不仅要提高保障水平、提升群众获得感，还要在优化资源配置、推动医改等方面发挥更大作用。

1、完善集采配套机制

药品集中带量采购日益体现出“广、多、好、省”四个特点：集采药品清单不断扩大，越来越多的新药、“好药”被纳入医保，节省医保费用的优势愈发明显。《规划》明确指出：到2025年，各省(自治区、直辖市)国家和省级药品集中带量采购品种达500个以上，采购金额占全部金额(不含中药饮片)比例将达到90%。

在确保中选药品的可及性、使用中选药的约束力、加强非药品费用控制的前提下，实施药品集中带量采购可以有效降低患者医疗负担。

未来五年，药品集采精细化管理的重点，是运用临床路径等管理工具，推动中选药品更加“安全、有效、经济”。其中，中选药品的质量、供应监测和相关行业监管将会被重点关注。可利用大数据，提高行业监管治理水平，并监测药品市场的长期发展趋势，持续推动产业可持续发展。

在政策完善和实施过程中，要进一步完善激励机制。应通过制订医保支付规则，构建和集采政策执行相适应的正向激励机制及具体可

行的操作方案，调动医疗服务提供方，尤其是医务人员的积极性。为确保中选药品得到合理使用，各地区、各级医疗机构要制订灵活精细的管理策略，防止“一刀切”，要引导医疗行为从掺杂各种利益动机向“价值医疗”转变。

2、引导医疗资源共享

我国近年来推进医联体、医共体、健联体，目的是增进医疗机构间的协同、合作，提高服务的连续性。而医保支付制度是影响医患行为的核心，是实现整合医疗服务的关键政策工具。《规划》在“持续深化医保支付方式改革”部分明确提出“完善紧密型医疗联合体医保支付政策”，正是要通过医保支付引导资源共享。

当前，医保主要采取总额预算制，预先确定一段时间内(通常为一年)医共体提供医疗服务范围及支付总额。门诊服务支付普遍推动或试点按人头付费；结合家庭医生制度，部分地区设签约服务费；对于复杂病例保留按项目付费。住院服务支付从按项目付费逐步转向按床日、病种、病种分值(DIP)、疾病诊断相关分组(DRG)等预付支付方式。

由此，在总额预算管理下，能够适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式医保支付框架基本形成。这是医保支付方式走向科学、精准的标志。而按绩效付费、捆绑付费和按人群健康付费，则有利于整合型服务模式的发展，促进医疗机构间的合作，能改善健康管理的质量，提高效率。

同时，还要通过多元复合型医保支付机制，激励医联体内各级成

员单位之间建立双向转诊绿色通道，利用智能化信息平台实现健康档案和病案信息共享，持续推进分级诊疗制度，形成高效、有序的就医格局。

医保安全内涵会更丰富

在发展目标中，《规划》提出要建设“安全医保”“法治医保”。这意味着，未来五年，不仅要建立更加安全稳健的基金运行机制，还要建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，让医疗保障安全网更加密实。而作为基础保障，医保法治化的进程也将大大加快。

1、要“开源”更要“节流”

医保基金的收支平衡是各项医保制度可持续、医保改革得以推进的前提条件。在当前医疗费用逐年上涨、人口老龄化加剧以及经济下行压力增大的背景下，需要医保基金“开源节流”。

在“开源”方面，《规划》提出了完善多元筹资机制、提高基金统筹层次、提升基金预算管理水平和策略，优化基本医保筹资机制。这在当前是非常必要的举措。

在“节流”方面，强化支付方式改革、积极推进以 DRG(疾病诊断相关分组)、DIP(病种分值)为代表的各地试点工作，则是有效控制医疗服务成本的重要手段，也是对医疗机构影响非常深刻的改革举措。探索实施按病种付费为主的多元化复合式医保支付方式，可有效提高医保基金的运行效率，进一步规范医疗行为，有利于维护基金安全。

同时，支付方式改革也将撬动医疗服务供给侧改革，倒逼医疗机构打造科学化、标准化、精细化的医保管理评价体系，实践医院医保管理从粗放式管理向精细化管理转变。

2、防止因病返贫

《规划》开篇明义地将促进共同富裕作为重要目标，还专门强调完善和规范大病保险制度，并推出重大疾病救助工程。大病保险和医疗救助是基本医疗保障体系下，防止大病患者返贫的两项重要制度。

当前，大病保险制度还存在统筹层次不高、筹资渠道单一等问题。这些问题应作为未来五年改革的重点。各地经由商业保险公司承办大病保险，在信息共享水平和资金使用效率等方面也有进一步提升的空间。医疗救助作为专门针对困难群众的救助方式，应综合考虑经济发展及医疗服务的可及性问题，避免医疗救助的泛福利化倾向。

3、不断夯实法治基础

维护医保基金安全是医保制度建设的一条主线。

国家医保局发布信息显示，2018-2020年，全国共查处违法违规定点医疗机构73万家，解除医保协议1.4万家，移送司法770家，追回医保资金348.7亿元。就在近日，山东单县某村卫生室发生虚报诊疗记录、大量村民“被中风”的欺诈骗保案件。这说明医保基金使用和监管法治化任重道远。

2021年，国务院发布《医疗保障基金使用监督管理条例》，明确了医保监管工作的监管主体、监管对象、违法违规行为及相应的法

律责任，在医保基金使用和监管法治化方面迈出了重要一步。《规划》将建设法治医保作为重要发展目标之一，提出持续夯实医疗保障法治基础。

为更加有效地提高医保基金监管效率及规范使用，各地应根据医疗保障基金使用监管条例，制定地方性医保监管的法律法规。各地应通过地方立法，进一步明确监管程序和执法主体，进一步细化违法违规行为的界定和处罚办法，进一步提升我国医保制度建设规范化和法治化水平。另外，还要通过多种渠道的普法宣传，增强全社会医保法治意识。

[返回目录](#)

最短 3 分钟办结，这个地方建起医保关系转移接续“高铁网”

来源：浙江省医疗保障事业管理服务中心

随着户籍制度的不断开放，人口流动快速增加，跨统筹区流动就业的现象越来越普遍，随之而来的就是流动就业人员基本医保关系的转移接续问题。医保关系能否有效衔接，涉及群众医保待遇能否及时享受的问题，与群众的切身利益密切相关。目前，各地群众办理省内转移接续的过程比较繁琐，需要参保人两头跑、多次跑，由于信息不对称、办理程序不统一等问题，即便各地医保经办部门全力操作，依然存在办理周期长、流程不透明、转入转出地对接不到位等顽疾，影响了流动人员职工医保待遇的及时享受，群众一度对此颇有怨言，医保经办机构也是有苦难言。中央 5 号文件明确指出，“医疗保障公共

管理服务关系亿万群众切身利益，要更好提供精准化、精细化服务，提高信息化服务水平，推进医保治理创新”。

2019 年以来，浙江医保部门全力推动医疗保障领域“最多跑一次”改革，紧扣医保经办事项“零跑腿”的目标，认真梳理参保群众最关心的医疗保障领域“难点、堵点、痛点”问题，奋力打造医保经办最便捷省份，通过数字赋能，搭建医保数据共享交换省级平台(以下简称省平台)和“浙里办”医疗保障服务专区(以下简称服务专区)，实现了省内基本医保关系转移接续数据全程网办、“全省通办”，解决了长期以来困扰参保群众申请医保关系转接费时费力的堵点、痛点，实现了医保待遇转接无缝衔接，切实提高了人民群众医保获得感、幸福感和安全感。

经过近两年的线上运行和优化升级，形成了省内医保关系转移接续申请渠道多元化、数据表单流转信息化、办件进度透明化的“全省通办”经办服务模式，整个办理过程可监控，超期办结可溯源，构建了具有浙江医保标识度的医保关系转移接续“高铁网”。截止 5 月 18 日，省平台累计受理省内转接 15.74 万人次，办结率 99.97%，平均办结时限 1.11 个工作日。跨省医保关系转接申请 353 人次，其中上海市静安区转杭州市单笔办结时限仅为 3 分钟，创造了跨省医保关系转移接续的全国最短时限。

一、打造转移接续“调度台”，搭建全省统一的数据共享交互平台，保障业务信息精准流转

按照省级统建、市级接入、省市联动、协同共享的原则，搭建了省平台，建立医保数据仓，制定全省统一的技术、数据、接口标准，实现以“浙里办”医疗保障服务专区为主入口，政务服务网、经办服务窗口为辅的多元化申请渠道，通过连接省大数据局、各市级医保业务系统三级技术架构的信息交互，完成从转移接续申请受理至收件数据推送、地市路由分发、办事进度上传回调等省内医保关系转接业务信息的精准流转。

一是申请入口操作简易。申请人只需在“浙里办”或政务服务网“转移接续办理”模块选择转入地和转出地统筹区，确认或修改联系方式后即可提交申请。二是前置校验提高效率。省平台收到申请人确认提交的申请后，即时启动数据前置校验功能，将申请人信息实时下发至转入、转出地经办机构核实，通过与统筹区业务系统的数据交互完成校验，并实时反馈给申请人，校验通过的反馈为办件受理，不通过的反馈为具体原因。通过校验规则的前置，切实提高医保关系转接事项的有效办结率。三是办件流转全程可控。受理成功的办件通过省平台下发，实现转入转出经办机构双向流转办理，转移数据和表单信息经平台流转、机构确认后落入各自业务系统，整个办件过程流转顺畅，申请人全程可见，办结材料还可下载存档。四是办理时限大幅缩短。由于申请人的医保关系转接事项申请实现了全程网办，申请人两头跑、快递寄变成数字化流转，实现了服务环节透明、经办过程可控，大幅度缩短了办事时限。

二、打造转移接续“监测网”，制定全省统一的转接经办规程，确保转接过程全程可控

制定《浙江省基本医疗保险关系转移接续业务经办规程(试行)》，统一规范浙江省内医保关系转接业务申请受理、流转步骤、办理时限以及数据传递的标准，省内医保关系实现转移接续业务标准化、经办规范化。打通办件流程进度全链路，构建全省统一的监控催办系统，建立办理到期预警机制和催办功能(支持单条办件催办以及批量催办)。省平台通过可视化图表形式，查阅办件的流转路径以及每个节点的办结时间，对办事进度查阅、催办，并通过短信告知具体经办人当前的办理节点，催促及时办理，极大提升了经办效率。

为确保省平台高效运行，省中心还将各地实施转移接续联办情况，纳入各级医疗保障经办机构日常考核评价体系。将省内转移接续事项联办率、省平台办理率和办结率三个主要指标作为考评依据，从数据传递质量、电子表单格式、作废回退数据以及办件进度跟踪等多维度进行考核打分，为医保转接经办提质增效。

三、打造转移接续“信息室”，建立长效协同的沟通机制，实现省内转接快速联动

坚持长效沟通，强化技术协同。全省医保关系转移接续网办项目启动实施以来，省中心和各地市严格按照职责分工和计划安排，统筹推进各项对接工作。一是制定了技术实施方案和业务经办标准，召开全省项目启动会议。二是坚持试点先行，选择宁波、金华市级统筹基

础较好的两市作为试点先行先试，为全省推行夯实基础。三是组织全省经办业务培训，充分解读经办规程、流程节点和实施方案。四是组建省内医保关系转接业务、技术工作群，及时讨论和反馈业务经办及技术对接问题，提高内部沟通效率。通过建立常态化的长效协同沟通机制，加快技术对接进度，加大问题排查力度，完善联调测试案例，实现全省 11 个地市的快速联动。

四、打造转移接续“接驳站”，拓展医保转移接续成果，实现长三角转移接续互联互通

在全面做实浙江省内医保关系转移接续全流程网办、掌办的基础上，我们按照长三角地区“一网通办”工作要求，着力打造长三角地区医保关系转接“跨省通办”。目前，浙江省作为牵头省，已经制定了技术实施方案、业务经办规程和办事指南。2020 年 12 月 18 日，浙江所有地市与上海实现了浙沪双向医保关系转移接续的上线运行。2021 年，根据浙江省政务服务“一网通办”工作要点要求以及长三角“一网通办”重点项目集中攻坚会工作进度安排，5 月初三省一市已在政务服务掌端完成长三角跨省医保关系转移接续申请渠道的增设。截止 5 月 18 日，江苏省徐州、常州、无锡、连云港、盐城等市已接入平台，与浙江、上海实现双向医保关系转移接续的上线运行。安徽省部分地市也已完成技术开发，正在紧锣密鼓地进行技术联调和业务测试。此外，长三角医保关系转移接续业务监控平台也已启动搭建，预计 6 月完成，届时通过监控平台将实现长三角地区基本医保关

系转移接续办件环节全覆盖、信息流全监控，有效提升医保部门做好办件超时预警和催办督办等业务监控功能。

下一步，浙江医保部门将按照长三角“一网通办”工作方案稳步推进基本医保关系转移接续跨省通办工作，力争6月底前完成江苏省苏州、宿迁、淮安三市，安徽省淮北、黄山、亳州、宣城、安庆6市的系统接入、技术业务联调测试，实现正式上线运行。力争12月底前，三省一市所有地市全部接入上线，实现长三角地区医保关系转移接续全域覆盖。同时，配合国家医保局做好全国基本医保关系转移接续系统接入工作，力争年底前实现全国基本医保关系转移接续“一网通办。”

[返回目录](#)

· 药闻动态 ·

国家医保局通知，这类医疗器械将停用

来源：国家医保局

近日，国家医保局发布《关于禁止在医保医用耗材编码信息维护中分解拿码、重复拿码的通知》（以下简称《通知》）。内容指出：医用耗材维护企业需于2021年10月31日前，对已维护赋码的耗材产品信息进行梳理，对存在分解拿码、重复拿码情况的数据进行合并修正、重新提交。逾期未完成修正的，将停用有关产品编码。

通知强调，为保证医保医用耗材编码信息真实、准确、有效，及

时禁止在医保医用耗材编码信息维护中分解拿码、重复拿码，进一步规范编码维护工作，国家医保局提出要求，医用耗材单件维护时，应以注册证为依据，根据产品的主要学科、功能、用途、材质和特征对标医保医用耗材分类，同一耗材分类下的单件不可重复维护。

此前，医疗器械在流通使用环节无码或者一物多码现象普遍，严重影响了医疗器械生产、流通、使用等各环节对医疗器械的精准识别，难以实现有效监督和管理。

此次国家医保局提出针对性要求，医疗器械一物多码现象将得到进一步遏制。

扩大统一编码使用范围

一位业内权威人士曾表示，其实 UDI 就像一个身份证，其他的 HCBS、医保编码就像一堆银行卡号，他们都由 UDI 串联在一起，所以在设计 UDI 编码时，也要和其他编码做对应。

UDI 相当于产品的身份证，它能够与所有的管理需求进行绑定，绑定就是对照关系，对照以后不论在哪一个编码体系里，它的身份证是一样的。在试用上环节上，将在医疗器械生产、经营、流通和使用等各环节的开始应用。国家通过为医疗器械建立唯一标识系统，形成监管大数据，实现产品全程可追溯，从而实现医保、招标、医院全流程、全方位的监管。随着唯一标识试点工作的经验积累和日趋完善，医疗器械 UDI 工作正向更大范围品类铺开。

2020 年 9 月 30 日，国家药监局、国家卫生健康委、国家医保局

共同发布《关于深入推进试点做好第一批实施医疗器械唯一标识工作的公告》，要求深入推进医疗器械编码工作。自此我国医疗器械唯一标识工作正式启动。

今年9月，国家药监局、国家卫生健康委、国家医保局联合发布《关于做好第二批实施医疗器械唯一标识工作的公告》。在实施品种方面，提出在《国家药监局国家卫生健康委国家医保局关于深入推进试点做好第一批实施医疗器械唯一标识工作的公告》（2020年第106号）规定的9大类69个品种的基础上，将其余第三类医疗器械（含体外诊断试剂）纳入第二批实施唯一标识范围。支持和鼓励其他医疗器械品种实施唯一标识。2022年6月1日起，生产的医疗器械应当具有医疗器械唯一标识；此前已生产的第二批实施唯一标识的产品可不具有唯一标识。生产日期以医疗器械标签为准。

可以预见，以后耗材招标、采购和支付环节将更加统一化、透明化，以及细化和深化。

耗材采购平台趋向统一

目前跨区域的联盟集采方式已成常态，在器械统一编码逐步扩大范围的基础上，建立统一的招采平台也成了核心诉求之一，能最大程度地实现“以量换价”，也能有助相关部门的高效监管。

8月，河北省医用药品器械集中采购中心发布《关于邯郸等四市医用耗材数据迁移至国家平台的通知》，要求按照国家医保局建设药品、医用耗材平台总体规划和我省信息化建设要求，近期河北省药品、

医用耗材平台将迁移到国家医保局平台，目前在邯郸、唐山、秦皇岛、张家口等四市挂网交易的所有医用耗材数据将同步迁移到国家平台。

日前，河南省医保局发布《关于做好医用耗材阳光挂网工作的通知》，10月1日起，坚持全省一个平台，各级公立医疗机构所需的医用耗材均须通过省级医药采购平台采购。

医用耗材范围涵盖获得药品监督管理部门注册批准，医疗机构临床所需，属于国家医保医用耗材分类范围，并获得相应代码的医用耗材(体外诊断试剂暂按河南省有关要求执行)。

另外，不久前山东省医疗保障局、山东省财政厅等四部门联合发布《关于印发医保定点公立医疗机构药品和医用耗材货款医保基金与医药企业直接结算实施方案的通知》。

2021年9月底前，建立全省统一的药械结算监管平台，实现监管平台与省药械集中采购平台，完成带量采购药品耗材医保基金直接结算、非带量采购药品耗材医疗机构与医药企业自行结算在线监测功能开发。

2020年11月，国家医疗保障局在《对十三届全国人大三次会议第7777号建议的答复》中指出，国家正在推进建立招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级招标采购平台，推进构建区域性、全国性联盟采购机制，形成竞争充分、价格合理、规范有序的供应保障体系。

国家医保局正在统筹建设全国统一的医疗保障信息平台药品和

医用耗材招采管理子系统，实现全国联动的药品耗材招采、配送、监管，满足统一编码、统一模式、统一监管、属地管理的需求，根据项目进度，2020 年年底前完成项目终验工作。医疗保障信息平台为国家和省一体化建设、两级部署。依需要可以实现创新医疗器械产品国家(或省级)招标平台的功能。

目前，国家医保信息平台已投入使用，已在广东、青海、河北、海南、贵州、甘肃、新疆、重庆、湖南、天津、吉林等省份多个地市上线应用，总体运行平稳、高效。

可以看出，在带量采购不断铺开之下，编码和平台实现“全国一盘棋”的步伐也正在加快。

[返回目录](#)

我国今年已有超 20 款 1 类创新药获批，超半数有望参加医保谈判

来源：健康时报

记者根据国家药监局公告梳理发现，截至 10 月 20 日，今年共有超过 25 款新药上市，其中 1 类新药(不包括疫苗、新增适应症)22 款，21 款为国产新药，中成药 2 款。

今年以来，国家药监局加快了创新药的审批步伐。2018~2020 年，首次在中国获批上市的 1 类新药(不含进口药、新增适应症、疫苗)共有 32 款，而仅今年上半年，就有 15 款 1 类新药获批上市。

从药品适应症来看，1 类新药适应症主要集中在抗肿瘤、抗感染领域，全身用抗细菌药、全身用抗病毒药均有 3 款，还有止血药、麻

醉剂、免疫抑制剂等多个品种，最新获批的西格列他钠则是我国首个糖尿病原创药。此外，罗氏制药的利司扑兰口服溶液用散于今年6月获批上市，用于治疗罕见病脊髓性肌萎缩症(SMA)。

药品名称	药品类型	分类	企业	公告日期	治疗领域
西格列他钠片	化学药	1	微芯生物	2021/10/19	糖尿病用药
瑞基奥仑赛注射液	治疗用生物制品	1	药明巨诺	2021/9/1	抗肿瘤药
赛帕利单抗注射液	治疗用生物制品	1	誉衡生物	2021/8/25	抗肿瘤药
苹果酸奈诺沙星氯化钠注射液	化学药	1	浙江医药	2021/8/9	全身用抗菌药
派安普利单抗注射液	治疗用生物制品	1	正大天晴康方生物	2021/8/3	抗肿瘤药
阿兹夫定片	化学药	1	真实生物	2021/7/20	全身用抗病毒药
艾诺韦林片	化学药	1	艾迪药业	2021/6/25	全身用抗病毒药
海博麦布片	化学药	1	海正药业	2021/6/25	原发性高胆固醇血症
阿基仑赛注射液	治疗用生物制品		复星凯特	2021/6/23	抗肿瘤药
艾米替诺福韦片	化学药	1	豪森药业	2021/6/22	全身用抗病毒药
赛沃替尼片	化学药	1	和黄医药	2021/6/22	抗肿瘤药
利司扑兰口服溶液用散	化学药	1	罗氏制药	2021/6/17	脊髓性肌萎缩症
海曲泊帕乙醇胺片	化学药	1	恒瑞医药	2021/6/16	止血药
甲苯磺酸多纳非尼片	化学药	1	泽璟生物	2021/6/8	抗肿瘤药
注射用维迪西妥单抗	治疗用生物制品	1	荣昌生物	2021/6/8	抗肿瘤药
康泰唑胺片	化学药	1	盟科药业	2021/6/1	全身用抗菌药

注射用磷酸左奥硝唑酯二钠	化学药	1	扬子江药业	2021/5/26	全身用抗真菌药
注射用磷丙泊酚二钠	化学药	1	人福医药	2021/5/19	麻醉剂
帕米帕利胶囊	化学药	1	百济神州	2021/5/7	抗肿瘤药
注射用头孢哌酮他唑巴坦钠(6:1)	化学药	1.5	湘北威尔曼	2021/4/20	全身用抗菌药
优替德隆注射液	化学药	1	华昊中天	2021/3/11	抗肿瘤药
注射用泰它西普	治疗用生物制品	1	荣昌生物	2021/3/9	免疫抑制剂
甲磺酸伏美替尼片	化学药	1	艾力斯	2021/3/2	抗肿瘤药

近日，“120 万一针”的“天价”抗癌药阿基赛仑注射液引起了网友的热议讨论，新药能否降价、能否尽快纳入医保是患者热议的话题。

根据米内网销售数据，2018~2020 年获批的 32 款创新药，纳入医保的 18 个新药 2021 年上半年在中国公立医疗机构终端销售额均实现正增长，销售额增长超过 100%的 1 类新药有 12 款，增幅最高为 8666.12%，最低为 8.66%。从销售额来看，亿元品种有 12 个，其中 10 亿元品种 4 个，包括正大天晴的盐酸安罗替尼胶囊、信达生物的信迪利单抗注射液、恒瑞医药的马来酸吡咯替尼片和注射用卡瑞利珠单抗。

根据国家医保局 7 月 30 日下发的公告，13 款于上半年获批的新药已经入选《2021 年国家医保药品目录调整通过初步形式审查的申报药品名单》，有望参加新一轮医保谈判，包括阿基赛仑注射液、甲磺酸伏美替尼片、注射用泰它西普、帕米帕利胶囊、注射用磷酸左奥硝唑酯二钠、注射用维迪西妥单抗、甲苯磺酸多纳非尼片、海曲泊帕

乙醇胺片、利司扑兰口服溶液用散、赛沃替尼片、艾米替诺福韦片、海博麦布片、艾诺韦林片。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

国家药品带量采购续约分析：分类施策 稳定市场 鼓励创新

来源：医药魔方

最近国家药品带量采购续约风潮一浪高过一浪，一至三批在地方如何续?怎么续?业内各种猜测声音都有，更多的是一些第三方的代理商在捕风捉影。其实，看待国采续约，已经不能再用常规“接续”、“续签”的思路去认定，否则只会被无情的市场给撞得头破血流。

根据《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）以及日前下发的《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》相关政策，常态化、制度化、规范化开展国家组织药品耗材集中带量采购工作，逐步扩大采购范围，力争2022年底前采购药品通用名数超过300个。“十四五”期末，每个省份国家和省级组织的集中带量采购药品通用名数要超过500个已经成为一个不争的事实。

综合分析来看，续约品种将继续坚持带量采购“项目制”，而一个“项目”的产生，本身就蕴含着各种必备的要素，从标书制定发布、

量价结合、保障回款、量的分配、时间履责等各方面，缺一不可。因此，业内朋友要想清楚一点，国采续约并不是简单续签就好。

各地国采续约方式不同，国采续约规则需要再厘清

而目前，国采品种续约在各地落地方式仍然各有不同：湖北省采取“先询价再竞价”的方法，分有无新过评情况询价，引入未中选原研药以原中选价格的低价为最高有效报价，经竞价后价格最低者为新中选企业。广东组织的省际联盟对头孢氨苄进行带量采购，通用名下各品规、剂型全部纳入。河北省的头孢氨苄续标规则则以独家中选的方式呈现。而北京方案并不是像某些新媒体所称的那样简单“双选”，北京国采续约的关键元素是“带量联动、双向选择”。归根结底，还是要联动国家和各省(区、市)带量采购中选价格，然后通过购销双方互相选择，确定中选产品。因此，北京续约方案的特点是“量价联动、购销互选”。而北京到期重新集采的规则与上海、湖北、广东等模式有所不同，这种不同是从限价、逻辑、模式等方面都不同，而非简单的用一个“双选”解释了事。

但此次《通知》则明确要求，原则上所有国采药品均应继续开展集中带量采购，可以理解为有关方面并不鼓励直接续约，而这个不鼓励，其实还是有分类采购的影子与措施。为什么对这些接品种仍然会开展分类采购？这其实是打开结构再细分采购的一种方式。就像国采7号文一样，对用量大、金额高的品种开展招标采购，对其它品种该议价的议价、该挂网的挂网。同样的逻辑概念运用到国采续约，对

当时竞争不充分等额中选的品种可以理解为属于价格降幅仍然是有空间的，新形势下借助多家竞争对此类品种开展竞价无可厚非。而对竞争较为充分的品种，尤其是6家及以上，只能列入“竞争较为充分的品种”，离着“竞争充分”仍然有着一定的距离，可以看出，新形势下，竞争充分的概念又有了全新的变化。基于此，有关方面在稳定价格的基础上，仍然倾向于综合评审。同时，特别提及，上轮价格偏低且成本上涨无法继续供应的，价格可适当上涨，这其实更像是一种理性的市场行为，价格的确触底了可以允许回调，毕竟，市场竞争，报出超低价没有合理利润是谁都不能看到的。

除了带量采购之外，关于挂网的畅想

从国家将目录锁定、产生新价格、约满之日起，这些品种后续如何开展新一轮的带量采购，是各省级医保部门的权限。一分为二的看，当约满之日起，相关品种已经原则上不再具有带量采购的属性，与其它新过评、未过评的品种一样，都拥有可以参与分类采购的机会。只不过是珠玉在前，“过评+国采”的双重身份，让各省级单位有些不好拿捏尺寸。从这个角度来看，约满后，各省对相关品种采取怎样的分类采购措施，原则上是地方的事情。所以，这也就是为什么前期业内流传的国采续约方案中，特别强调的：“国家组织药品集中带量采购协议期满后，以省(或省际联盟)为单位开展接续工作。原则上所有国家组织集采药品均应继续开展集中带量采购，不得只议价、不带量。”

其实换个思路，对已经经历了国采的品种开展常规挂网可不可以？毕竟约满量已经完成，临床用药习惯已经有了一定依赖性，从市场开发、商业配送的角度，已经打通了一条相对顺畅的通道，对于这些价格相对稳定、供销体系相对成熟的品种，采取挂网的方式，允许医疗机构上下浮动议价未尝不是一种新的选择。毕竟 2 号文也提出：“采购协议期满后，应着眼于稳定市场预期、稳定价格水平、稳定临床用药，综合考虑质量可靠、供应稳定、信用优良、临床需求等因素”。如何稳定，怎样稳定，地方仍然可以实现新的突破与创新。

国采续约的“小分类采购”：一类一策是主流

通过国采续约的一系列地方操作来看，分类施策、一类一策，仍然是国采续约品种总体的指导原则，有的价格是要稳字当头，有的价格是允许适度上调，还有的价格是要就低不就高。总之，分类模式下的价格竞争方式，仍然是以市场现状为主导，市场出现正面效应，就继续推进，市场出现一定的负面波及影响，就要及时止损。体现在带量采购的价格上，就是如此。一个非常清楚的逻辑线已经摆在面前，明白了前方的路在哪里，才决定了向左走还是向右走，国采续约就是这个道理。

[返回目录](#)

国家医保局解读：“价格招采信用评价”如何实施？成效如何？

来源：国家医保局

据国家医保局医药价格和招标采购指导中心消息，自《关于建立

医药价格和招采信用评价制度的指导意见》发布以来，截至9月中旬，共有69家企业给予评级处置，其中“严重”失信企业5家，“中等”失信企业14家，“一般”失信企业50家。

近日，国家医疗保障局医药价格和招标采购指导中心(以下简称“中心”)发布了《价格招采信用评价“严重”和“特别严重”失信评定结果》，公开曝光5家企业严重失信行为，引起社会各界关心关注。对此，负责人就价格招采信用评价工作相关问题进行了解读。

什么是“价格和招采信用评价制度”？

建立信用评价制度目的是发挥医药产品集中采购市场的引导和规范作用，对给予回扣、垄断涨价等问题突出的失信医药企业采取适当措施，促进医药企业按照“公平、合理和诚实信用、质价相符”的原则制定价格，促进医药产品价格合理回归，维护人民群众的切身利益。根据国家医保局2020年9月16日公开发布的《关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》，信用评价制度具体包括6方面内容：

一是建立信用评价目录清单。国家医疗保障局制定信用评价目录清单，将医药商业贿赂、涉税违法、实施垄断行为、不正当价格行为、扰乱集中采购秩序、恶意违反合同约定等有悖诚实信用的行为纳入医药价格和招采信用评价范围。

二是建立医药企业主动承诺机制。医药企业参加或委托参加药品和医用耗材集中采购、平台挂网等，向省级集中采购机构提交书面承

诺，承诺事项包括杜绝失信行为、承担失信责任、接受处置措施等。

三是建立失信信息报告记录机制。采取企业报告与平台记录相结合的方式，医药企业应主动及时向失信行为发生地的省级集中采购机构报告失信信息。省级集中采购机构定期梳理汇总、采集校验医药企业失信信息。后续国家医疗保障局将积极推动与相关部门建立案源信息的共享交流机制，不断提高信息获取的及时性、准确性和完备性。

四是建立医药企业信用评级机制。省级集中采购机构依据法院判决或行政处罚决定认定事实开展信用评级，根据失信行为性质、情节、时效、影响确定医药企业在本地招标采购市场的信用等级，动态更新。

五是建立失信行为分级处置机制。省级集中采购机构根据医药企业信用评级，分别采取书面提醒告诫、依托集中采购平台向采购方提示风险信息、限制或中止相关药品或医用耗材投标挂网、向社会公开披露失信信息等处置措施。情节特别严重时，失信企业将面临丧失集中采购市场的风险。

六是建立医药企业信用修复机制。失信行为超过一定时限或依法撤销的，不再计入信用评价范围。给予医药企业申诉和整改期，鼓励企业采取剔除价格中的虚高空间、退回或公益性捐赠不合理收益等切实措施主动修复信用。

对于失信企业的评级的依据是什么？

为了提升信用评价标准化规范化程度，加强区域间信用评价工作的协调性和均衡性，促进各地统一信用评价的尺度，公平有序地开展

信用评价工作，国家医疗保障局医药价格和招标采购指导中心同步研究制定了与《指导意见》相配套的操作细则，分别是《医药价格和招采信用评价的操作规范》和《医药价格和招采信用评价的裁量基准》。这两项文件已经于 2020 年 11 月公开发布。

《医药价格和招采信用评价的操作规范》，主要是针对评价过程中涉及的相关概念给予统一的解释说明，分别围绕目录清单、企业承诺、信息记录、信用评级、分级处置、信用修复等各项机制，明确了操作的主体客体、方法步骤、时间要求、注意事项等，并且就一些理解上容易出现分歧的事项，采取举例的方式进行说明。

《医药价格和招采信用评价的裁量基准》，则对于如何将医药企业具体的失信事实转化为对应的信用评级结果的问题，按照“比例原则”建立量化的规则体系，分别对“一般”“中等”“严重”和“特别严重”四个失信等级所涉及的具体情形进行了详细描述。同时，还在附件中列出了“主动修复信用措施和裁量基准对应关系表”，明确了医药企业可以修复信用的措施和对应的修复效果。

整治医药领域不正之风，国家医保局还会采取哪些措施？

根治医药回扣问题，首先必须坚持系统治理、依法治理、综合治理、源头治理，多部门联动、综合施策，构建使医药企业“不敢、不能、不想”给予回扣的治理体系。

国家医疗保障局将在纠正医药购销领域不正之风的行动中，充分发挥医药价格、招标采购等各项职能，主动作为，积极推动医药回扣

有效治理。建立医药价格和招采信用评价制度是重要举措之一，可以一定程度上解决传统治理体系下，责任归集难、处置难的问题。而且医药企业对于回扣个案的罚款往往不敏感，但给予回扣会导致丧失进入集中采购市场的机会，就会产生强大的震慑效果，从而形成举一反三的系统治理效果。

此外，国家医疗保障局还将从改革层面持续发力，一是以全面实行集中带量采购为目标深化药品耗材集中采购制度改革，巩固和完善采购规则和政策体系，实现常态化运行。二是完善医保基金总额预算管理和量化考核，推行按病种、按疾病诊断相关分组付费等多元复合的医保支付方式，促进公立医院强化成本意识，配合降低药品耗材采购价格。三是稳妥有序推进医疗服务价格改革，通过调控医疗服务价格总水平、理顺比价关系，使公立医院更多通过医务性收入获得合理补偿，降低对药品耗材采购使用中“灰色”利益的依赖。

国家医疗保障局医药价格和招标采购指导中心负责同志就价格招采信用评价工作相关问题答记者问。

问：能否请您介绍一下医药价格和招采信用评价制度的建设进展情况？

答：国家医疗保障局于2020年8月28日发布了《关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》，要求以省为单位、以医药集中采购机构为主体，全面建立医药价格和招采信用评价制度。总的看，该项制度进展顺利。截至2021年1月，各省、自治区、直辖市以及

新疆生产建设兵团全部制定了落实信用评价制度的具体政策，公示了失信事项目录清单、信用评价操作规范和裁量基准。整体上，医药企业对信用评价制度认识到位、积极响应、主动配合，绝大多数企业第一时间向省级集中采购机构提交了书面承诺。目前，各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团集中采购平台现有挂网医药企业均已提交守信承诺。

问：通过建立信用评价制度，取得了哪些具体成效？

答：信用评价制度建立后，各级集采机构认真抓好落实，对于失信企业及时给予评级处置。截至9月中旬，有5家企业因“回扣”金额高或失信影响大被相关省份定为“严重”失信，相关医药产品被当地中止挂网采购；有14家企业存在给予“回扣”等失信行为，按规则被定为“中等”失信，相关医药产品被“亮黄灯”，在医疗机构下单采购时，平台会给予风险警示；有50家企业失信情节较为轻微，被定为“一般”失信，受到提醒告诫。

被评级后，绝大多数失信企业能够正视并积极纠正自身存在问题，主动采取降价等措施来修复信用，各企业已开始认识到带金销售等不正当营销行为的危害性并逐步与之切割，为营造风清气正、诚信为先的行业氛围发挥了积极作用。

问：有医药企业反映，企业员工个人以及代理企业、经营企业作出的“回扣”行为，不应由生产企业承担失信的后果。对这种观点该如何看待？

答：企业是药品价格的定价主体，应积极维护正常的价格秩序。

《价格法》规定，经营者定价应当遵循公平、合法和诚实信用的原则，在市场竞争中获取合法利润。《药品管理法》也规定，各定价主体应当按照公平、合理和诚实信用、质价相符的原则制定价格，为用药者提供价格合理的药品，禁止暴利、价格垄断和价格欺诈等行为。据此，各医药生产企业在参与医药集中采购时，均提交了价格守信承诺。

价格招采信用评价制度的着力点不仅是对“回扣”行为追责，更是对企业价格失信行为进行评级处置。无论是谁给的“回扣”，用于“回扣”的钱都会成为药品价格的一部分。而被“回扣”垫高的价格既不公平，也不合理，更谈不上诚实信用和质价相符。因此，医药生产企业作为价格行为的责任主体，自然也要承担价格失信的后果。

问：信用评价工作实施后，越来越多的医药企业意识到“回扣”等行为的危害性，也采取积极措施纠正行为，请问有哪些需要注意的事项？

答：建立和实施价格招采信用评价制度的目的是为了促使企业公平参与市场竞争，获得合法收益，特别是敦促失信企业纠正不合法不合规行为。制度的设计给失信企业提供了修复信用的机会，企业可以采取终止相关失信行为、主动剔除产品价格虚高空间、主动退回不合理价款等方式来进行信用修复。从实践看，多数企业采取了降低产品价格等方式来修复信用。

需要强调的几个问题：一是对于“一般”或“中等”失信的后果

要足够重视。这种惩戒是有延续性和累加性的，如果没有及时纠正，后续新形成的负面影响会导致评级结果累加乃至升级。如 5 次“一般”失信将累进成“中等”失信，3 次“中等”失信将累进成“严重”失信。二是要用好信用修复规则。如对于“回扣”行为，企业可用的修复措施既有退回不当收益，也有降价剔除价格虚高空间。一些企业认为可以用退款代替降价，实际上退款措施是回吐前期的不当收益，对于后期高价行为没有修复；而降价是纠正虚高价格，避免造成新的危害。所以在信用修复的问题上，退款不能代替降价。

此外，信用评价制度中规定：失信企业在法院判决或行政处罚生效之日起 30 日内，应向案件发生地的省级医药集中采购机构提供书面报告。如未报告，将给予一次“一般”失信评级。特别提醒有关企业要及时报告相关情况，避免失信评级累计。

问：关于信用评价制度，下一步还将推进哪些工作？

答：中共中央、国务院印发的《关于深化医疗保障制度改革的意见》已将建立医药价格和招采信用评价制度纳入新时期我国深化医疗保障工作的重要任务。国务院办公厅印发的《“十四五”全民医疗保障规划》专门提出要“全面落实医药价格和招采信用评价制度”。下一步，按照国家医保局的统一部署，医药价格和招标采购指导中心将认真抓好制度落实：一是定期通报失信行为的案源线索，督促指导各地用好用细用实。同时，研究探索多部门信息共享途径，提升信息多元互动效果。二是依规定期在国家医保局官网“价格招采信用评价”

专栏公布“严重”和“特别严重”失信的企业，强化社会监督，加大警示力度。三是及时总结各地实践经验，适时修订失信事项目录清单、信用评价的操作规范和裁量基准。

[返回目录](#)

• 国际视野 •

从新加坡模式看惠民保的挑战和趋势

来源：Latitude Health

虽然新加坡实施的 Medishieldlife 升级产品 (IntegratedShieldPlans, IPs) 与美国的 MedicareAdvantage 有相似之处 (主要是政府将医保的保费交给商保公司运营)，但新加坡的医疗市场体系与美国有着很大的差异，这对 IPs 形成了很大挑战，导致保险公司出现了高额的亏损，不得不在保费和理赔上做出一系列调整。

IPs (住院保险) 在 Medishieldlife 的基础上为新加坡公民和永久居民提供更多的医疗保障和更高的报销比例，由新加坡的公积金局和私人保险公司联合承保，参保人自愿参保。IPs 和 Medishieldlife 一样，不对参保年龄作出要求。截至 2017 年底，有 2/3 的新加坡公民和永久居民购买了 IPs。

IPs 产品主要包括两部分：Medishieldlife 和额外的私人保险。在 Medishieldlife 的报销范围的基础上，IPs 增加了其他可报销项目，并且对于 Medishieldlife 原有的多数可报销项目，IPs 不再设

定报销上限，而是全额报销，大大降低了自付比例。

在销售商业 Medishield 产品后，保险公司得到会员交的保费，并将其中基本 Medishield 的保费交给政府。而理赔的时候，由保险公司先做出理赔，而政府则会将基本 Medishield 支付的那一部分付给保险公司。

自从 1994 年开始承保 IPs 产品以来，商保公司通过降低行政成本和渠道费用获得了盈余。但改革后的 IPs 保险条件更为优厚，从起步开始就一直处于入不敷出的状态。2016 年，7 家承保 IPs 的私人保险公司的各自承保损失达 730 万-2920 万新元，共计 9900 万新元，2017 年上升至 1.46 亿新元。面对赔付率持续高企，保险公司的选择很有限，要么像美国的个险市场那样快速上涨保费，要么只能去控制理赔。事实上，所有保险公司都是两者同步推进。

在 2016 年至 2018 年之间，一些保险公司大幅提高了保费。例如，友邦保险(AIA)针对 46 至 50 岁年龄段的 HealthShieldGoldMaxA 保费从 2018 年 7 月的 570 新元上涨至 775 新元，增长了 36%。56-60 岁年龄段的保费收入从 1,043 新元增加到 1,355 新元，增幅为 30%。

HIFT 委托新加坡寿险协会(LifeInsuranceAssociationofSingapore, LIA)对 IPs 市场进行了研究，该研究报告主要基于 2012-2014 年的理赔数据，从中得出了 9 点结论：

Ips 保险客户的理赔发生率为 9%，远高于 Medishieldlife 用户的 4%。

与具有较高病床房间类型权利的保险产品相比，具有较低病床房间类型权利的保险理赔发生率更高。这是由于具有较低的病床房间类型权利的保单持有人的平均年龄较高。

尽管与 IPs 附加保险有关的保险的发生率或使用率仅略高于没有附加险的保险产品，但有明显迹象表明，附加保险的投保人使用私人医院服务的倾向更高。

私立医院平均医院收费上升速度明显高于公立医院，一般来说，私立医院在住院治疗上是公立医院费用的 2 倍，门诊治疗费用是 2.5-3 倍，日间手术费用则是 4 倍。

与公立医院相比，私立医院住院治疗各个组成部分的费用更高。最大的差异来自手术费用，费用为公立医院的 2-2.4 倍。

私立医院的所有住院费用组成部分的增速都比公立医院的 A 级病房(即单人床病房)高得多。(因为公立医院的 A 级病房不受政府补贴的覆盖，这样的比较更具代表性。)

在公立医院进行更复杂手术的趋势明显。

与仅拥有 IP 的用户相比，具有 IP 附加保险的用户平均账单水平更高，平均要高出 20%-25%。

随着 2015 年 MediShieldLife 的推出，由于 MediShieldLife 的覆盖范围更大，因此 IP 和 IP 附件保险下的开支应有所降低。但是，这种降低不足以抵消较高的理赔发生率和较高的理赔支出。

从 IPs 的问题可以看出，在医保之上搭载的商业健康险依然有着

很高的道德风险，我们可以看到与中国赔付型保险市场很多共性的问题。

首先，保险升级带给用户的是使用率的上升。同处于东亚文化圈，新加坡用户对购买保险之后的心态也是要用足。同时，新加坡的私立医院要比中国大陆发达的多，用户在非复杂手术和住院会首选私立医院。新加坡的私立医院的收费是公立医院的 2-4 倍，这大大推动了保险赔付的支出。

其次，医院会根据用户的保险类型来决定是否扩大不必要的服务。由于 IPs 附加保险不设封顶线，用户也没有自付比例，医院往往会扩大服务收费，这导致有附加保险的用户的账单往往比没有的要高出 20%-25%。

最后，商保推动了私立机构的做大，但却无法保证自身的可持续性。由于缺乏对保险用户和医疗机构这两端使用的限制，商保很难保证自身的盈利。一方面，由于是个险，IPs 为了扩大销售，采用了较多手段去吸引用户购买，比如在附加险领域去除封顶线和自付部分，这扩大了自身的风险敞口。另一方面，新加坡的商保公司缺乏对私立医疗机构合理医疗费用的审核，导致私立医院在收费金额和费用的合理性上都可以自由确定，最终导致保险公司的亏损。

从新加坡的问题可以看出，商保将明显推动用户使用率的上升，新加坡主要是向昂贵的私立医院开放，这不仅推高医疗服务开支，也带动了非必要服务和产品的使用。但商保自身缺乏体量的优势，无论

是对医院还是用户，费用的合理性审查都非常缺乏。而中国的社商合作的保险也面临类似的问题，虽然不开放私立医院，但面向医保目录外的药品耗材和治疗技术的开放必然带来不合理使用，从而大幅推高理赔发生率和个人账单水平，进而推高保险公司的亏损和个人医疗开支的自费比率。

面对持续的高额亏损，HITF 采取如下行为抑制医疗费用的上涨：

1. 制定医疗体系的收费标准。由于信息不对称，新加坡的医疗机构存在乱收费、高收费等现象，引入一套合理的收费标准将有助于缓解这类现象；新加坡医学协会(SMA)在2007年取消了收费指南，因为它被认为具有反竞争性。由于没有收费基准或指南，使得保险公司或消费者难以质疑医生和医院的收费并难以发现虚假的理赔。为此，新加坡卫生部成立了一个由13名成员组成的委员会，对医疗费用提出“合理的”国家基准。第一版医疗收费指南于2018年下半年推出，占新加坡医疗服务项目的80%-85%。该指南将在第一版发布后进一步扩展，最终包括问诊费和实验室收费的基准。随着医疗费用基准的重新引入，保险公司将有依据来发现虚假理赔并采取有效行动来进行理赔裁决。

2. 指定用户首选医疗机构，建立预先授权框架。建立首选医疗网络并引入住院前的预授权程序。新加坡寿险协会在2018年1月发布了一份针对所有IP保险公司的谅解备忘录，题为《首选医疗网络的良好实践》，另外还发布了《预授权框架/程序的良好实践》。这些

备忘录鼓励保险公司就覆盖范围的这些变化对客户进行通知并提供医疗网络列表。

在“预授权框架”下，保险公司应阐明预授权的流程，条款和条件。应该让客户知道进行或不进行预授权的好处，以及这可能会如何影响策略的覆盖范围。实施预授权的目的是使所有三个利益相关者（保险人，保单持有人以及医疗服务方）受益。

3. 调整 IPs 附加保险的产品特性，取消全额支付。新加坡健康保险最重大的变化之一就是 IP 附加险的产品功能的更改，所有 IP 附加险必须强制执行以下更改：从 2019 年 4 月 1 日起，用户将强制性自付 (Co-pay) 医院账单的 5%。如果投保人选择了保险公司指定的医疗服务机构，或者获得了保险公司的预先授权以在医疗网络之外寻求治疗，报销将设置自付的上限，超出上限部分无需自付。但是，如果保单持有人选择首选医疗网络之外的医院或不寻求预先授权，则该上限将不再适用。

通过上述的这些手段，尤其是 IP 附加险对自付部分的控制，在持续了两年的亏损之后，保险公司在 2018 年的亏损开始收窄，其中 Prudential 还获得了 4270 万新元的盈利。

从新加坡的应对举措来看，统一的医疗服务收费标准是商保控费的基准出发点。医疗网络和预授权管理则能够管控价格，不接受商保价格的就无法纳入网络，防止价格高企对保险的压力。而提高用户个人的支付比例则是强化用户责任，降低滥用的风险。

如果回到中国目前的社商合作模式来看，首先，虽然医保一直有着统一的收费标准，但在按项目付费下，所有医院的医疗服务价格并不一致，诱导住院和不合理诊疗的问题依然突出。由于缺乏体量，商保对医院毫无制约能力，如果政府不对医院进行收费标准和合理性治疗进行干预，商保公司是没有能力去控制理赔的。当然，随着 DRG 的试点和推进，在对医保自付的赔付上，商保可以借助医保的力量，但在自费领域仍无能力去控制理赔。

其次，由于不包含私立医院，采用窄网络的可能性较小，焦点主要集中在自费药品、耗材和其他新治疗技术，如果普遍采用预授权模式，可以在一定程度上降低理赔压力。但预授权也是限制用户就医自由的一种方式，对于习惯于强制转诊且医疗资源分布相对平均的市场较为容易推广，如果不具备上述两个条件，预授权的发展也面临用户流失和理赔纠纷的挑战。

最后，增加自付比例可以减少用户对服务的滥用，尤其是在很多非必要的服务上。但中国市场不同，从惠民保当前的高免赔额来看，理论上是可以抑制逆选择，但从沪惠保的赔付数据来看，即使对既往症用户的理赔比例较低，逆选择仍然非常严重。这说明即使让用户承担很高的责任，对于高价药或使用高值耗材较多的手术仍难有效，因为实际理赔金额远超免赔额和自付比例，通过设置免赔额和自付比例等风控手段还是不能抑制住逆选择。

从惠民保的发展趋势来看，随着 DRG 的实施，如果只保医保目录

内的自付部分，风险将相对可控。如果不大幅上涨保费的同时还要覆盖医保目录外的服务和产品，预授权和对医院的干预是必不可少的，但商保缺乏对医院干预的能力，只能更多从预授权来限制用户，但未来会产生更多的理赔纠纷。从新加坡模式来看，理赔的控制能力毕竟是有限的，惠民保大幅上涨保费最终与百万医疗险价格趋同是大概率事件。

[返回目录](#)

从 Pear 看数字疗法的三个挑战：有效性、证据和监管

来源：Latitude Health

与直接面向保险和企业提供精神治疗的模式不同，PearTherapeutics 更类似 Welldoc 的模式，主要面向一个专业症状提供基于算法的软件服务，需要依赖医生以处方形式开具治疗服务，但并没有健康管理师进行持续干预。

外界对 Pear 产品有效性的质疑从来没有停止过，这也导致其增长非常缓慢。截至 2021 年 6 月底，也就是距离 reSET 获批已经过了 4 年，Pear 三款产品总计只开具了 2 万张处方，这意味着其至今仍未看到规模化的可能性。虽然通过反向并购 (SPAC)，Pear 有望上市，但如果不能解决其增长的瓶颈，其向投资人允诺的在 2023 年会有 1.25 亿美元收入的可能性并不存在。

2020 年 12 月，美国临床与经济评论研究所 (Institute for Clinical and Economic Review, ICER) 发布了一份针对三个阿片类药物使用

障碍 (Opioid Use Disorder, OUD) 辅助治疗 (Medication-assisted treatment, MAT) 软件的分析报告《Digital Health Technologies as an Adjunct to Medication-Assisted Therapy for Opioid Use Disorder》。根据该份报告，ICER 的独立评估委员会确定当前证据不足以证明 reSET-0 的净健康益处，并且以当前价格计算的 reSET-0 代表较低的长期性价比。

报告指出，数字疗法技术在阿片类药物使用障碍的主要临床价值是试图实现客户留存，也就是尽量保证用户持续治疗而不是放弃治疗。“长期留存——六个月到两年或更长时间——其实与戒断和对患者真正重要的因素有关：就业、减轻经济压力、减少住院和急诊室就诊次数以及改善人际关系。这三种数字疗法都没有直接的随机试验证据证明数字疗法可以在多大程度上增强 OUD 患者的戒断或留存。”

报告尤其指出：“reSET-0 是基于对相同教育模块的早期研究获得 FDA 批准的，但这些模块是在诊所的计算机上提供的，而不是通过智能手机应用程序提供的，而且应急管理激励机制也根本不同。”

由于实际价值很低，ICER 提出数字疗法厂商应该向支付方和用户提供能支持其发展价值的证据，这包括 7 点：“1) 有益临床效果的持久性，2) 对医疗服务使用率的影响，3) 对临床医生效率的影响，4) 由临床医生和患者评估的可用性，5) IT 组件的安全性，6) 结果对不同患者群体和医疗集团的普遍性，7) 对规模化使用人群的可扩展性。”

由于 Pear 产品被批准与其实际使用场景完全不一致，ICER 也对

FDA 进行批评并提出了明确的期望：“针对不同的风险水平和其他因素，FDA 应制定明确的数字疗法分类法。在具有代表性的不同患者群体内对数字疗法使用的安全性和有效性进行比较，FDA 应该要求数字疗法公司对患者、临床医生、医疗集团和支付方提供明确足够有力的证据要求。”

从 ICER 的报告可以看出处方类数字疗法的三个主要问题：首先，疗法的有效性受制于用户本身的生存、健康和经济状况，治疗不是唯一的决定因素。其次，数字疗法的实际价值很低或还没体现出来，需要提供扎实的证据才有说服力。最后，监管过于粗糙，需要进行分层分类管理，而且需要在安全性和有效性上能提供能覆盖大规模群体的证据，而不是根据部分早期研究就进行审批。

首先，从有效性来看，数字疗法难以像药品那样给出不受外部因素干扰的有效证据，其为了获取 FDA 批准而进行的试验都是设定了很多先决条件，如果这些条件出现一定的波动，哪怕是轻微的波动，实际结果就可能会出现很大的改变。比如用户的经济压力对其治疗起到了很大的作用，很多阿片患者没有稳定的工作，因此也缺乏费用或保险来覆盖治疗，无法维持治疗的费用，很容易就放弃治疗，而作为辅助治疗的数字疗法也就一起被放弃了。如果抛开这些条件不谈，只单纯的围绕着临床效果，就好比经济学的理性人假设一样，在现实世界是无法正常运行的，更不要说规模化。

其次，由于数字疗法目前的价值还很低或者说还未体现出来，其

不仅应该提交临床的证据，还需要就其医疗的经济价值提供证据。数字疗法的证据主要集中在临床，而且，从 reSET-0 来看，即使是这方面的证据也不是非常有说服力。虽然数字疗法的实际使用场景一直在院外，但所有以处方形式发展的数字疗法公司都一直通过强调自身在院内的临床价值来和其他健康管理公司进行区分。但是，作为一个院外的辅助治疗工具，数字疗法要说服用户必须要能提供明确的经济价值，而不仅是临床价值。

所谓的经济价值不仅是指所消耗的资源能带来什么样的疗效以及由此带来的效率提升，而且还包括对医疗服务使用率和医患对其使用的便捷性和价值，以及可在不同医疗体系和支付体系下的可扩展性。从这里可以看出，数字疗法要能推广还有多重挑战，无论是疗效还是效率，无论是便捷性还是可扩展性，数字疗法都无法给出真实的价值，这也是其为什么在发展了数年之后依旧无法进入市场成熟期的原因。

最后，FDA 并没有对数字疗法的监管负起应该的责任。作为药械行业的市场监管者，FDA 对数字疗法的审批只是遵循了药物的审批流程，但并未意识到数字疗法虽然看似宽泛，可以针对某一个症状，但其无法像药品那样不受到患者外在的经济状况和心理状态的改变，而是随着患者生存、社交和心理等多重因素的变化和改变。因此，如果仅限于一个小规模的试验就对数字疗法进行审批显然是不合适的。而且，由于不同经济状况、家庭、工作环境对数字疗法的疗效都可能产

生显著的影响，监管需要对数字疗法做出更进一步的细分，以对其作出安全性和有效性的真实评估。

因此，从处方类数字疗法的特征来看，由于在短期内无法突破只有临床价值而没有经济价值的框架(由于受制于患者自身的生存、健康和经济状况，临床价值依然存疑)，其市场成熟期远未到来。随着数字疗法的进一步发展，只有通过更大规模的试验和监管的细分指引，市场才能看到数字疗法是否具备真实的价值，或者只可能是一个永远无法成熟的局限于小规模的市场实验。

[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