

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.11.08-2021.11.14

——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。)

• 带量采购 •

▶ [国家医保局：原则上国采药品协议期满后应继续开展集采](#) (来源：国家医保局) ——第 9 页

【提要】日前，国家医疗保障局办公室发布《关于做好国家组织药品集中带量采购协议期满后接续工作的通知》。通知提出，原则上所有国家组织集采药品协议期满后均应继续开展集中带量采购，不得“只议价、不带量”。原研药、参比制剂、通过仿制药质量和疗效一致性评价的药品上市许可持有人均可参加。由医疗机构结合上年度实际使用量、临床使用状况和医疗技术进步等因素报送拟采购药品的需求量。医保部门汇总医疗机构报送的需求总量，结合带量比例确定约定采购量，原则上不少于上一年度约定采购量。对于报送需求量明显低于上年度采购量的医疗机构，应要求其作出说明，并加大对其采购行为的监管。

▶ [国家医保谈判进行中！除了“灵魂砍价”还谈什么？](#) (来源：北京商报) ——第 12 页

【提要】11月9日，为期三天的2021年国家医保目录准入谈判正式启动。综合多家证券研报数据，今年医保谈判预计约有20个创新药参与，包括双抗、ADC药物(抗体偶联药物)、CAR-T疗法等，涉及贝

达药业、百济神州、恒瑞医药、泽璟制药等多家上市药企。针对此次谈判，抗肿瘤药物 PD-1 单抗是否会大幅降价，定价 120 万元的抗癌药 CAR-T 疗法阿基仑赛能否顺利进入目录，都成为人们关注的焦点。专家表示，更多药品纳入医保目录，将给药企带量，通过纳入更多新药也将推动产品创新。

▶ [国家集采的仿制药，离让患者放心使用还有多远？](#)（来源：中国医疗保险）——第 17 页

【提要】2018 年开始，国家医保局先后开展了 5 批国家药品集中采购，共涉及 218 个药品品种，覆盖了高血压、糖尿病、高血脂、慢性乙肝等慢性病和常见病的主流用药，中选药品平均降幅达 54%。从中选产品来看，这些集采药品主要是通过一致性评价的仿制药，国产居多，在使用量大规模提高的同时，社会上也出现了另一种质疑声音：降价了这么多，这些药能让参保人放心用？国家集采的仿制药，离让参保人放心使用还有多远？

• 智慧医疗 •

▶ [疫情防控常态化下，北京互联网平台服务满意度有何变化？](#)（来源：中国医院）——第 23 页

【提要】为在新冠肺炎疫情中减少人员聚集，降低交叉感染风险，同时精准指导患者有序就诊，国家卫生健康委办公厅印发了《关于在疫情防控中做好互联网诊疗咨询服务工作的通知》，明确要求在疫情防控工作中充分利用“互联网+医疗”的优势作用，保证患者获得优质

便捷、及时有效的健康指导和疾病治疗。为在疫情常态防控下配合首都公共卫生应急管理，北京各大医疗机构正大力发展互联网诊疗技术，依托互联网诊疗平台开展便民惠民服务。

▶ [多元智能服务系统进一步提升电子病历一体化体验](#)（来源：中国数字医学）——第 36 页

【提要】电子病历一体化建设，指通过电子病历的信息智能化提升医疗服务效率，改善就医体验和强化质量监管，全面建立完善的现代医院管理制度，是实施健康中国战略的重要一环。2018 年，原国家卫生计生委相继出台了《关于进一步推进以电子病历为核心的医疗机构信息化 ze 建设 ze 工作的通知》和《关于印发电子病历系统应用水平分级评价管理办法(试行)及评价标准(试行)的通知》，强调各级卫生健康行政部门及相关医疗机构提高电子病历信息化水平，鼓励信息的安全共享，利用人工智能技术助力医疗决策和学术研究。

• 图说解读 •

▶ [一图读懂 | 公立医院高质量发展促进行动（2021-2025）](#)（来源：中国网医疗）——第 45 页

【提要】近日，为贯彻落实《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》，国家卫生健康委和国家中医药管理局联合印发《公立医院高质量发展促进行动（2021-2025 年）》，明确了“十四五”时期公立医院高质量发展的 8 项具体行动。同时，会同有关部门加强对各地推进工作的指导，形成推动公立医院改革发展的合力，并及时总

结推广典型经验，带动公立医院整体实现高质量发展。

▶ [一图读懂 | “十四五”国家临床专科能力建设规划](#)（来源：CDSreport）——第 49 页

【提要】此前，国家卫生健康委发布关于印发《“十四五”国家临床专科能力建设规划》的通知。规划提出，在国家层面，除国家医学中心和委属委管医院定向支持项目外，每年至少支持各省建设 150 个，“十四五”期间累计不少于 750 个国家临床重点专科建设项目，相关专科能力达到国际领先水平，在提高重大疾病诊疗效果、降低诊疗成本、提升诊疗效率或打破技术垄断等方面取得突破性进展。在省级层面，31 个省份每年合计支持至少 1000 个，“十四五”期间累计支持不少于 5000 个省级临床重点专科建设项目，在恶性肿瘤、心脑血管疾病、代谢性疾病等影响人民健康的重大疾病诊疗领域和关键技术领域达到国内先进水平。

• 医保快讯 •

▶ [齐头并举，医保药品政策改革成效显著](#)（来源：中国药学会科技开发中心）——第 54 页

【提要】2021 年 11 月 3 日上午中国药学会和中国医疗保险研究会于在北京联合召开的“六升四降一保障”——医保药品管理改革进展与成效蓝皮书新闻发布会。会上，中国药学会科技开发中心专家刘皈阳老师对近年来医保药品政策实施效果进行了介绍。对《医保药品管理改革进展与成效蓝皮书》进行了解读。本文内容根据演讲内容及《蓝

皮书》内容整理。

▶ [“五项快办”新举措 经办“小切口”助推医保“大民生”](#)（来源：中国医疗保险）——第 59 页

【提要】开展党史学习教育以来，丹东市医保中心党委秉持以人民为中心的理念，学史力行，把党史学习教育成果转化为医保工作的动力、成效和品质；立足本职，以经办服务“小切口”助推医疗保障“大民生”。习近平总书记明确指出，“把学习党史同总结经验、观照现实、推动工作结合起来，同解决实际问题结合起来”，这正是深入学习党史的方向所在。“五项快办”措施，以参保人中心，优化医保经办服务。经过创新管理体制和服务机制，全市医保线上服务更方便快捷，窗口经办更亲民利民，办事流程更规范统一。

• 基层医改 •

▶ [强基层可以从中医药服务抓起](#)（来源：医师在线）——第 62 页

【提要】中国医改，不论是华西模式、分级诊疗、医联体、集采等等举措的根本都是为了老百姓能看得起病，提高人民的生活质量。实际上，多年实践的背后都有个一直默默贡献力量的存在，那就是我国具有悠久历史和独特理论及技术方法的中医药。在人民健康第一道防线的基层，中医药又该如何作答？

▶ [“千县工程”方案最大的问题是缺乏保障](#)（来源：国家卫生健康委）——第 65 页

【提要】近日，国家卫生健康委印发了《“千县工程”县医院综合能

力提升工作方案(2021-2025年),明确了“千县工程”县医院综合能力提升工作的总体要求、重点任务和工作安排,相信会对进一步巩固县医院综合能力建设积极成果,持续提升县医院综合能力具有一定的促进作用。在《工作方案》出台背景中,官方的政策解读指出,《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》提出“加强基层医疗卫生队伍建设,以城市社区和农村基层、边境口岸城市、县级医院为重点,完善城乡医疗服务网络。”今年的政府工作报告中也明确要求提升县级医疗服务能力,这实际上就回答了为什么要实施“千县工程”。

• 医院管理 •

▣ [医疗信息化建设,究竟能为医疗机构带来什么?](#) (来源:尚医智信) ——第 68 页

【提要】近年来,我国医疗信息化建设速度加快,多项政策接连出台也推动了医疗卫生事业发展。如今医疗领域数字化建设和智慧医疗建设成为“十四五”时期的重要任务,国内医疗信息化投资规模也呈现不断扩大趋势。据安永发布的报告显示,2019年我国医疗信息化投资总额达1456亿元,预计到2024年我国医疗信息化投资总额将增加至3567亿元,医疗信息化无疑将成为行业主流。

▣ [从精实思维到精实医务管理—减少八大浪费以提升照护品质](#) (来源:联新医管) ——第 72 页

【提要】医疗照护体系于近年引用管理机制已大规模提升医疗照护的

效率和效益。其中，“精实医疗”的概念主要引用自 1996 年 JP. Womack & DT. Jones 学者所撰写的《Lean Thinking(精实思维)》五大原则，也是精实思维在服务业层面上的新应用。书中强调系以较少的人力、设备、时间与空间的做事方式，以提供更接近顾客需求的产品或服务；也就是消除浪费、节省更多时间与资源，将节省的时间与资源用来提升服务效能与品质。

-----本期内容-----

• 带量采购 •

国家医保局：原则上国采药品协议期满后应继续开展集采

来源：国家医保局

日前，国家医疗保障局办公室发布《关于做好国家组织药品集中带量采购协议期满后接续工作的通知》。通知提出，原则上所有国家组织集采药品协议期满后均应继续开展集中带量采购，不得“只议价、不带量”。原研药、参比制剂、通过仿制药质量和疗效一致性评价的药品上市许可持有人均可参加。由医疗机构结合上年度实际使用量、临床使用状况和医疗技术进步等因素报送拟采购药品的需求量。医保部门汇总医疗机构报送的需求总量，结合带量比例确定约定采购量，原则上不少于上一年度约定采购量。对于报送需求量明显低于上年度采购量的医疗机构，应要求其作出说明，并加大对其采购行为的监管。

高度重视协议期满后接续工作

通知表示，平稳实施国家组织药品集中带量采购协议期满后的接续工作(下称“接续工作”)，是落实党中央、国务院关于药品集中采购制度改革决策部署，推动集中带量采购常态化制度化运行的重要环节。各地要充分认识做好此项工作的重要性，切实把思想和行动统一到党中央决策部署上来，坚持以人民为中心，坚持“招采合一、量价挂钩”的原则，把准改革方向，着眼于稳定市场预期、稳定价格水平、

稳定临床用药，以省(自治区、直辖市及新疆生产建设兵团)或省际联盟为单位，依法合规，平稳开展接续工作，引导社会形成长期稳定预期。

精心做好接续工作

(一)坚持带量采购。原则上所有国家组织集采药品协议期满后均应继续开展集中带量采购，不得“只议价、不带量”。原研药、参比制剂、通过仿制药质量和疗效一致性评价的药品上市许可持有人均可参加。由医疗机构结合上年度实际使用量、临床使用状况和医疗技术进步等因素报送拟采购药品的需求量。医保部门汇总医疗机构报送的需求总量，结合带量比例确定约定采购量，原则上不少于上一年度约定采购量。对于报送需求量明显低于上年度采购量的医疗机构，应要求其作出说明，并加大对其采购行为的监管。应事先明确约定采购量分配规则，确保将约定采购量分配到每家中选企业和每家医疗机构。

(二)分类开展接续。着眼于维护市场和临床用药稳定，综合考量企业和产品的多方面因素，通过询价、竞价、综合评价等方式确定中选企业和中选价格。

通知称，上一轮集采时差额中选的品种，原则上在稳定价格水平和临床用药的基础上开展询价。所在省上一轮中选价格不高于全国最低中选价 1.5 倍的，以所在省上一轮中选价格为基线向所有符合条件的企业开展询价；所在省上一轮中选价格高于全国最低中选价 1.5 倍的，以不高于全国最低中选价 1.5 倍为基线向所有符合条件的企业开

展询价。询价上限为上一轮全国最高中选价。可根据企业报价意愿，结合对企业及其产品的综合评估结果，确定中选企业和中选价格。

对询价未成功，或者上一轮集采时等额产生中选结果，或者当前市场中已有非中选产品实际销售价明显低于上一轮集采本省最低中选价且有实际供应的，可通过竞价方式重新产生中选企业和中选价格。

需求量较大或供应保障要求较高的省，鼓励同一品种由多家企业中选，不同中选企业的价格差异应公允合理。按照量价挂钩原则，明确各中选企业的约定采购量。可参照国家组织药品集采相关规则确定采购协议期，适当调整采购周期，逐步统一不同集采批次的执行时间。鼓励对企业的供应、履约情况及产品质量、临床反应等开展综合评价。

(三)强化信用和履约评价。把信用评价和履约情况融入到接续规则各个主要环节中，使其在企业申报资格、中选资格、中选顺位、供应地区选择中发挥实质性作用。采用综合评价方式确定中选企业的，各省应将企业的信用评价和履约情况纳入综合评价因素，并给予较高的权重。暂未采用综合评价的，应将医药价格和招采信用评价情况作为企业入围的重要条件之一，同等情况下，信用评价较好的企业优先中选。上一轮已中选企业，如综合评价结果或信用、履约情况较好，可在接续工作中优先考虑；如信用、履约情况较差，在接续规则中应予以惩戒。申报企业如被国家组织药品联合采购办公室列入“违规名单”或被所在省认定为不同程度失信的，可按规定采取中选顺位后移、

降低带量比例、减少供应地区等处置措施，直至暂停其参加接续的资格。

(四)完善配套政策。继续落实好医保基金预付，减轻医疗机构回款压力。完善集采品种挂网规则，进一步做好医保支付标准与中选价格协同，切实提升患者获得感。

(五)加强履约监督。建立健全中选药品信息化追溯体系，保障中选药品在生产流通全过程可追溯。针对中选企业供应、信用等方面开展监测评估，压实履约责任，并将评估结果应用于未来的集采工作。常态化监测医疗机构采购、使用和回款情况，确保医疗机构合理使用、优先使用中选产品和及时回款。

[返回目录](#)

国家医保谈判进行中！除了“灵魂砍价”还谈什么？

来源：北京商报

医保药品改革持续推进，很快又将有一批药品纳入医保目录了。11月9日，为期三天的2021年国家医保目录准入谈判正式启动。综合多家证券研报数据，今年医保谈判预计约有20个创新药参与，包括双抗、ADC药物(抗体偶联药物)、CAR-T疗法等，涉及贝达药业、百济神州、恒瑞医药、泽璟制药等多家上市药企。针对此次谈判，抗肿瘤药物PD-1单抗是否会大幅降价，定价120万元的抗癌药CAR-T疗法阿基仑赛能否顺利进入目录，都成为人们关注的焦点。专家表示，更多药品纳入医保目录，将给药企带量，通过纳入更多新药也将推动

产品创新。

国产创新药医保护围

11月9日上午9时起，在国家医保谈判现场，新一轮医保目录准入谈判在焦灼中开始。目前砍价幅度和入选企业都还蒙着神秘的面纱，据报道，这次药企跟医保局都提前签了保密协议，不能透露信息。

相较于去年751个品种通过形式审查，今年进入谈判名单的药品大幅减少，仅有271个。根据国家医保局此前公布的《2021年国家医保药品目录调整通过形式审查的申报药品名单》，本次医保谈判将涉及恒瑞医药、百济神州、荣昌生物、罗氏、辉瑞等多家知名企业的多个重要品种，如PD-1单抗、BTK抑制剂、PARP抑制剂等。

抗肿瘤药物PD-1单抗是否降价是人们关注的焦点。在2020年医保谈判中，恒瑞医药卡瑞利珠单抗、信达生物信迪利单抗、百济神州替雷利珠单抗、君实生物特瑞普利单抗分别以85.21%、63.73%、79.60%、70.82%的降幅纳入医保目录，整体降幅达60%-85%。

据报道，当前，国内已获批上市的PD-1/L1共有10个，安信证券分析师称，国产品种中，有资格参与2021年医保谈判的企业及品种还是参与去年医保谈判的4个品种，国产品种竞争格局相对缓和，预计2022年医保谈判中PD-1/L1单抗将面临较为激烈的竞争。相关媒体也援引安信证券分析指出，“当前国产PD-1医保年治疗费用约为4万-5万元，慈善援助后约4万元。考虑到本次医保谈判国产PD-1品种竞争格局相对缓和、需要为明年医保谈判预留一定降价空间、进

口品种降价进医保积极性低等因素，预计 PD-1 整体降幅可控(约 10%-20%，降价后年费保持在 3.5 万-4 万元这一水平，具体品种可能各有差异。”

中国药学会和中国医疗保险研究会发布的《医保药品管理改革进展与成效蓝皮书》显示，在 2016-2020 年上市的 34 款创新药中，已有 26 种药品进入医保目录，占比达 76.5%。创新药从上市到纳入医保的时间也大大缩短，2017 年新药从上市到进入医保要花 4-9 年不等，2019 年缩短至 1-8 年，2020 年进一步压缩至 0.5-5 年。

此前，国家医保局曾表示，如进展顺利，本次目录调整工作将于今年年底前完成，力争明年 1 月开始落地执行。

天价抗癌药会降吗

解决“看病难、看病贵”一直是我国医疗领域改革的重要工作，医保药品目录也是推动药品降价的一个重要途径。自 2018 年国家医疗保障局成立以来，已让 433 个新药、好药进入医保目录，平均降价 54%，183 个疗效不确切、临床易滥用的药品被调出目录，为老百姓提供更优质、更公平、更有效的药品保障。

让高价药变得更平易近人，无疑是给普通老百姓雪中送炭。一位医疗领域业内人士告诉记者，治疗糖尿病的药物达格列净进入医保目录后，价格只需要原来的一半，病人使用得很满意。“此次谈判的大多是价格高的药物，还有很多是抗癌药物，更多药品进入医保目录对于患者来说绝对是好事，真正让利于民，也能够保障全民用药的公平

性。”该业内人士表示，“特别是疫情以来，一些县级基层医院经营比较困难，药企降价也有助于这些医院降低成本，减少药占比，加快周转。”

在众多药品中，此次谈判有一款抗癌药尤其受到关注，那就是定价高达120万元的CAR-T疗法阿基仑赛。这一新型疗法进入大众视野，要追溯到今年8月。国内首例CAR-T治疗的淋巴瘤患者在上海瑞金医院出院。患有弥漫大B细胞淋巴瘤的陈女士采用阿基仑赛注射液治疗两个月后，发现体内暂时没有癌细胞，症状完全得到了缓解。一张流出的阿基仑赛注射液的药品销售订单显示，该产品零售价为120万元/袋。

这款疗效明显但却价格高昂的抗癌药，已经通过了医保初审，能够参与此次谈判。它能否顺利进入医保目录并大幅降价呢？对此，相关行业研报也指出，考虑到CAR-T疗法作为量身定制的个性化药品，从细胞的采集运输到整个技术后台的培养、储备、质量控制等都有非常高的要求，短期内其制备成本难以大幅度压缩，预计其大幅降价进入医保的可能性较低。

推动药品放量和创新

虽然在谈判首日，药企负责人大多表情严肃、守口如瓶，但近期，多家药企早已陆续透露已在为医保谈判积极做准备。

5日，国内生物医药巨头百济神州表示，对于即将到来的医保谈判正在准备中，符合条件的产品包括新增一线治疗非鳞状非小细胞肺

癌 (NSCLC)、一线治疗鳞状非小细胞肺癌 (NSCLC) 和二线或三线治疗肝细胞癌 (HCC) 适应证的百泽安、经治的华氏巨球蛋白血症 (WM) 适应证的百悦泽, 以及治疗既往接受过至少二线化疗、伴有胚系 BRCA (gBRCA) 突变的晚期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者的百汇泽。

此前, 荣昌生物披露招股说明书, 称公司核心产品泰它西普用于治疗系统性红斑狼疮、维迪西妥单抗用于治疗胃癌, 分别于 2021 年 3 月、2021 年 6 月在国内获附条件批准上市, 公司正积极准备参与医保谈判的相关资料, 以期能在短时间内迅速拓宽产品的销售渠道, 有效、快速促进产品销售。

业内人士表示, “由于不是集采, 国谈不保证用量大, 但能进入医保还是会给药企明显带量的, 所以很多药企愿意降价进入医保。医保改革主要是通过战略性购买来推动市场变革, 通过纳入更多新药来推动产品创新。”

对于药品纳入医保目录实现以价换量, 近年来在相关数据上体现明显。今年 7 月, 国家医保局在对十三届全国人大四次会议第 9562 号建议的答复中表示, 经过三年连续调整, 共计 233 个药品通过谈判成功纳入医保目录, 患者对药品可及性大幅提升, 企业也达到了市场销量预期。最终实现了“市场换价格”的目标。《医保药品管理改革进展与成效蓝皮书》显示, 2018 年谈判成功的 17 种抗癌药 2021 年第 1 季度药品与谈判前 1 季度 (2018 第 3 季度) 相比, 用量增加 25.8 倍、金额增加 8.8 倍; 2019 年谈判成功品种 2021 年第 1 季度药品与

谈判前 1 季度(2019 第 4 季度)相比,用量增加 10.4 倍、金额增加 2.7 倍。

[返回目录](#)

国家集采的仿制药，离让患者放心使用还有多远？

来源：中国医疗保险

2018 年开始，国家医保局先后开展了 5 批国家药品集中采购，共涉及 218 个药品品种，覆盖了高血压、糖尿病、高血脂、慢性乙肝等慢性病和常见病的主流用药，中选药品平均降幅达 54%。从中选产品来看，这些集采药品主要是通过一致性评价的仿制药，国产居多，在使用量大规模提高的同时，社会上也出现了另一种质疑声音：降价了这么多，这些药能让参保人放心用？今天笔者就来谈谈这个问题：国家集采的仿制药，离让参保人放心使用还有多远？

一、集采药价格这么低，能保证质量吗？

“便宜没好货”，这是很多人在看到集采药品价格降幅高达 50% 以上的第一反应，不光患者有这样的忧虑，有些医生也有这样的忧虑。

其实也能理解，曾经，因为一些历史原因，我国药品市场经历过相当长时间不规范的过程，那个时候有很多仿制药在有效性上存疑，“吃不好但是也吃不死”是不少患者的真实体会。但这种情况正在好转。近些年来，随着国家推进一致性评价，要求上市的仿制药在质量方面必须能达到与原研药一致的标准，这也是我国药品集中带量采购的基础——必须保证患者用药是安全的、有效的。

过评价仿制药到底好不好用，其效果是有严谨的研究数据支撑的。

在近日召开的“六升四降一保障”——医保药品管理改革进展与成效蓝皮书新闻发布会上，来自首都医科大学宣武医院的张兰教授分享了关于第一批国家采购中标仿制药品与原研药疗效对比的研究结果。

自 2019 年起，首都医科大学宣武医院就联合北京市 22 家特色明显的医疗机构，针对药品集中带量采购中标药品的疗效与安全性进行评价。目前已完成“4+7”集中带量采购中 14 种药品的评价，涵盖乙肝治疗药物、神经精神类疾病治疗药物、心血管疾病治疗药物、抗肿瘤药物和注射剂 5 大类。研究主要采用真实世界研究，基于真实诊疗数据，通过医院信息系统采集患者就诊信息、人口统计学特征、生命体征、既往史、家族史、过敏史、实验室检查、处方情况、安全性信息、其他医嘱等内容，建立相关数据库，对在药品集中带量采购政策实施落地后，通过建立相关指标对 14 种中标药品进行安全性、有效性、经济性进行评估，发现 14 个进行评价的集采中选仿制药与原研药在临床效果和使用上无显著差异，不良反应也无显著差异。初步证实本次研究的 14 个通过一致性评价的仿制药与原研药在临床上具有等效性。

以恩替卡韦为例，通过对 35450 例患者数据的研究表明，仿制药恩替卡韦治疗乙肝患者方面的疗效(完全病毒学应答率、病毒学突破率、HBeAg 血清学转换率、HBeAg 转阴率以及 ALT 复常率)与原研药相

比无统计学差异，不良反应发生率(血肌酐升高率、血肌酸肌酶升高率及血小板减少率)无差异，且依从性更好。

也有一些仿制药，甚至在不良反应方面的表现比原研药更好。如瑞舒伐他汀，仿制药的肌肉相关不良反应(4/1795 例)低于原研药(9/1715 例);阿托伐他汀的仿制药的用药后肝损伤发生率也低于原研药。

集采药的疗效也正在临床应用上越来越被认可。医院药师是对药品最熟悉的人，笔者就过评仿制药的质量问题咨询过一些药师，得到的反馈都还不错。很多药师对于我国一致性评价的严格程度是认可的，对于过评仿制药的质量也是持肯定态度，认为认准一致性评价蓝标买药不会有差药。

二、集采药价格这么低，企业真会生产吗?患者真买的着?

首先，需要说明的一点是，我国的集采药品价格并没有低得过分，而是处在合理的价格范围内，集采降价后仍然能够给企业留出正常的利润空间供其发展。集采药品价格降幅较大主要因为其降价前的定价较高，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。集采正是通过挤掉这些价格水分，减少了灰色收入，规范了药品市场，但仍然给企业留有正常的盈利空间。

其次，集中采购是市场手段，报价多少是企业的自主行为，国家

医保局并未从中干涉。正常情况下，企业是不会报出令自己无法承受的超低价，导致涵盖不住成本，令自己的利益受损的。

有人会用前阵子华北制药断供布洛芬缓释胶囊的事情举例，说因为集采中选价格太低，影响了企业的利润，同时制药原材料价格上涨，这才出现断供情况。在这里容笔者把这顶扣过来的“锅”给甩走。

第三批国家集采中，布洛芬缓释胶囊共有 4 家中选企业，分别是上海信谊天平药业、珠海润都制药、南京易亨制药、华北制药，中标价分别为 0.2025 元/片、0.2025 元/片、0.268 元/片、0.268 元/片，华北制药可以说是以其中最高价中标的。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。

同时，根据华北制药的 2020 年年报，布洛芬缓释胶囊并非公司的主要产品。2020 年，华北制药归属于上市公司股东的扣除非经常性损益的净利润亏损 6191.29 万元。在年报里，公司曾表示，2020 年受疫情因素影响，终端用药需求量大幅下滑，化学药制剂产品市场销售受阻，民众常态化防疫也使得用药数量减少，市场恢复缓慢，销量降低，开工不足，加上原材料价格上涨导致成本上涨，使得制剂产品毛利降低，公司整体毛利降低。今年一季度，华北制药自身的业绩

还未有好转，公司实现归属于上市公司股东净利润亏损 5719.99 万元。

也就是说，华北制药事实上因为自身原因放弃了国家药品集采带来的红利，而公司的问题也主要来自于自身运营。华北制药自身在发布的公告中也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，这从侧面证明了其违约原因并非国家药品集采。

值得一提的是，国家在保障集采药供应方面早已有所考虑。国家集采在规则设计的时候规定，同一个通用名下会选择几家企业同时中标，就有防止“中标死”现象的作用。而国家医保部门也通过加强中选药品供应情况监测和处置、加强违规名单、失信评级在药品集中采购领域的应用、和执行备选机制，提高市场供应稳定性等多方面手段，对中选产品保障供应做出了安排。正是通过医保部门的努力，华北制药的布洛芬缓释胶囊在山东断供后，迅速由其他企业补上，患者用药并未受到影响。

最后，让我们来直观地看看统计数据：前四批集采药品的总体采购量已经达到约定量的 2 倍以上，中选药品采购量占同通用名(剂型)药品采购量的 80%左右，集采改革以来，截至 2021 年 9 月，累计节约费用约 2500 亿元。由此可见，集采药品的供应是有所保证的，患者能够买的着、用得上。

三、为什么有些医生和患者不愿选择国家集采的仿制药？

这个问题挺有趣的。如果我们去问一些不愿意开集采药的医生

“为什么不选择集采药”，可能得到的回答绝大多数是“因为集采药效果不如原研药”，但是当我们追问“哪里不如原研药？有数据支撑这个结论吗？”可能也并不能得到确切、肯定的答复。有些医生能讲出自己的某个患者用着效果不好，有些医生则会表示“听说”某个患者用着效果不好。

在这里先说清楚一事实，药的质量好不代表对所有人都有效，不管是原研药还是仿制药，都会出现用药效果不理想，从而换药的情况。在上面张兰教授介绍的研究中，就出现了因为用药效果不达预期，从A药换为B药，或是从原研药换成仿制药、仿制药换成原研药的各种情况，但总体来说，仿制药和原研药的换药率基本持平。所以要理性看待换药这个现象，毕竟人的个体情况千差万别，大家的用药效果也不会完全一致。讲完这个大前提，我们再来讲讲到底是什么阻碍了对仿制药的选择。

其实人的选择与一直以来的生活经验息息相关。举个例子，从小吃米长大的人可能会有“米饭才是主食”的感受，于是就算是吃了面条或是饺子，如果没吃米饭也会觉得这顿没吃正经东西，少了点什么。放之药品选择上也是同一个道理。曾经原研药比仿制药药效好很多，于是医生们在多年的行医经验里总结得出的结论是“仿制药疗效不够，少给患者用”，这种心理因素持续到现在，让很多医生下意识对集采药品多多少少产生排斥；而作为患者用药的“守门人”，医生的选择会对患者产生绝对影响，医生都不敢用，患者自然也不敢用。

但是，现实情况正在发生变化。我们要看到，国产仿制药正逐渐甩掉“安全但无效”的帽子，在通过一致性评价的前提下，其质量值得信赖。解决了质量和供应问题后，国家集采药品离让患者放心使用的距离，其实只差一步：通过各种传播方式，让医生和患者了解集采药是可以和原研药一样有效的，从而迈出敢于选择、敢于使用的第一步。而这不仅需要医保、医疗、医药等相关部门的共同努力，也是我们媒体的职责所在。笔者也正是出于这样的原因，写下了本篇文章，希望多少能打消一些社会上的顾虑，也算是有些用处。

[返回目录](#)

· 智慧医疗 ·

疫情防控常态化下，北京互联网平台服务满意度有何变化？

来源：中国医院

为在新冠肺炎疫情中减少人员聚集，降低交叉感染风险，同时精准指导患者有序就诊，国家卫生健康委办公厅印发了《关于在疫情防控中做好互联网诊疗咨询服务工作的通知》，明确要求在疫情防控工作中充分利用“互联网+医疗”的优势作用，保证患者获得优质便捷、及时有效的健康指导和疾病治疗。为在疫情常态防控下配合首都公共卫生应急管理，北京各大医疗机构正大力发展互联网诊疗技术，依托互联网诊疗平台开展便民惠民服务。目前，国内外探讨互联网医院在疫情防控中的作用与影响的研究较多，但相比之下有关患者使用后满意

度的研究报道较少。患者满意度是服务质量的正向反应，是衡量医疗质量、反映其社会效益的重要指标，对患者持续使用意愿具有直接显著影响。评价患者满意度及其关键影响因素是针对问题寻找对策和提升医疗服务质量的必要环节。本研究通过北京市互联网诊疗平台患者使用满意度进行分析，为疫情常态化防控中优化互联网诊疗模式、改进医疗服务质量提供建议。

1. 资料与方法

1.1 研究对象

基于 SERVQUAL 理论编制问卷，于 2020 年 10 月 1~20 日开展线上线下相结合的调查。滚雪球抽样考虑性别、年龄、职业等，选取 10 个初始研究对象，以区分更多异质性的研究对象，使样本抽样更加均匀。初始研究对象将问卷链接随机发给通讯列表的好友邀请作答。拦截调查根据地理位置、患者密度等因素在北京地区选取开展互联网诊疗服务的 8 所医院及其周边社区作为研究现场，邀请互联网诊疗服务用户填写问卷并现场回收。

纳入与排除标准：

①日前使用过实体医疗机构或互联网企业建立的平台中在线问诊(新冠肺炎发热咨询、健康咨询、病症咨询等)和(或)在线复诊(解读报告单、处方取药、诊后随访等)项目的人群。

②排除仅使用预约挂号、导诊分诊、取报告单、缴费等功能的人群。

③在网络问卷调查中设立“本题请选择‘非常不满意’”题项，未选此选项者的答卷视为废弃答卷。

本次调查共发放问卷 403 份，滚雪球法回收有效问卷 241 份 (62.92%)，拦截调查法回收有效问卷 142 份 (37.08%)，共 383 份，有效率为 95.04%。

1.2 研究方法

Parasuraman 于 1988 年提出了 SERVQUAL 理论模型来衡量服务质量，该模型的 5 个维度为有形性、可靠性、响应性、保证性和移情性。本文借鉴此 5 个维度设计理念，归纳总结了评价新冠肺炎疫情下互联网诊疗服务质量的内容与形式，设计了本次调研的问卷。问卷包含研究对象基本资料和对互联网诊疗服务满意度两部分。满意度量表包含 21 个指标，每个指标评价采用 Likert5 级制评分，即 5=非常满意，4=比较满意，3=一般，2=比较不满意，1=非常不满意。

1.3 统计学方法

调查数据的录入采用 Epidata3.1 软件，利用 SPSS23.0 统计软件分析数据。采用描述性统计分析、因子分析和多元线性回归法分析。

2. 结果

2.1 调查对象基本情况

本次调查中北京市互联网诊疗使用患者的基本情况见表 1。其中，使用人群中女性略多于男性，男女比例约为 4:6；患者群体较为年轻，年龄在 40 岁及以下的患者占 68.1%；户籍以京籍常住人口为主；使用

平台以互联网企业建立的第三方医疗平台为主，占 82.77%；使用时间方面，自 2020 年 2 月疫情出现起持续增加，于 4~5 月达到高峰，后趋于平缓；就诊科室方面，以呼吸内科、精神科、整形外科、消化内科、肾内科等科室使用率最高。

表 1 调查对象基本情况

基本情况	频数(人数)	百分比(%)
性别		
男	159	41.51
女	224	58.49
年龄(岁)		
<18	0	0.00
18~30	129	33.68
31~40	132	34.46
41~50	80	20.89
51~60	35	9.14
60~70	6	1.57
>70	1	0.26
患者来源		
京籍常住人口	213	55.61
常住外来人口 (非京籍在京居住6个月以上)	127	33.16
流动外来人口 (非京籍在京居住6个月以内)	43	11.23
服务类型		
在线问诊(新冠肺炎发热咨询、健康咨询、病症咨询等)	243	63.45
在线复诊(解读报告单、处方取药、诊后随访等)	198	51.70
平台类型		
实体医疗机构搭建的互联网诊疗服务平台(医院微信公众号、APP、京医通公立医院健康管理平台)	21	5.48
互联网企业建立的第三方医疗平台	317	82.77
以上两种均使用过(按实体医疗机构回答)	45	11.75
使用时间段		
2020年1月20日之前	20	5.22
2020年1月20日~3月30日	218	56.92
2020年3月31日~6月9日	141	36.81
2020年6月10~7月5日	39	10.18
2020年7月6日~10月20日	29	7.57
科室		
内科		
呼吸内科	87	22.72
消化内科	43	11.23
肾内科	37	9.66
心内科	28	7.31
内分泌科	5	1.31
免疫科	1	0.26

外科		
普通外科	12	3.31
整形外科	43	11.28
妇科	16	4.18
儿科	15	3.91
精神科	53	13.84
皮肤科	33	8.62
口腔科	18	4.70

2.2 北京市互联网诊疗平台服务满意度

2.2.1 信度分析

问卷信度主要表现测验结果的一贯性、一致性、再现性和稳定性。本文使用 Cronbach' s α 系数作为信度分析依据, 21 个指标的整体 Cronbach' s α 系数为 0.845, 5 个维度的 Cronbach' s α 系数分别为 0.678、0.778、0.755、0.639、0.656, 说明本量表具有较好信度。

2.2.2 因子分析

进行效度检验之前, 本文采用 KMO 和 Bartlett 球形检验验证调查数据是否适用于作因子分析。结果显示 Bartlett 球形检验显著性概率 $P < 0.001$, 样本总体的 $KMO = 0.759$, 说明本文选取的变量存在关联, 能够进一步进行因子分析。

利用 SPSS23.0 进行主成分分析, 结果显示特征根大于 1 的因子共 6 个, 可被萃取为 6 大因子, 其累积方差贡献率达 64.032%, 可见 6 个因子反映了原始变量的大部分信息, 表明量表对于所测量的概念具有较高的解释力。

采用凯撒正态化最大方差旋转法来解释因子, 见表 2。21 个因子的分布与原设计的 5 个维度有所不同, 故对 6 个公因子命名如下: (1) 平台可靠性, 指互联网诊疗平台为患者提供满足其就诊需求的服务能

力。所属条目为 X4、X5、X6、X7、X8，贡献率为 12.072%；(2) 诊疗规范性，指对医师所具有的知识、态度以及平台价格的评价。所属条目为 X9、X10、X11、X12，贡献率为 12.009%；(3) 设施有形性，指平台实际设施以及服务内容的列表。所属条目为 X1、X2、X3，贡献率为 11.407%；(4) 服务移情性，指关心患者并从患者角度考虑提供服务的评价。所属条目为 X15、X16、X17、X18，贡献率为 10.228%；(5) 个性化特色服务，指为患者量身定制个性化医疗方案的评价。所属条目为 X19、X20、X21，贡献率为 10.226%；(6) 接诊响应性，指迅速帮助患者解决医疗问题的评价。所属条目为 X13、X14，贡献率为 8.090%。

表 2 因子分析结果 (n=383)

序号	条目	因子					
		平台 可靠性	诊疗 规范性	设施 有形性	服务 移情性	个性化 特色服务	接诊 响应性
X1	平台页面清晰、操作简便流畅			0.751			
X2	方便下载、注册、登录平台			0.612			
X3	平台服务项目丰富			0.770			
X4	平台有知名专家坐诊、诊疗水平高	0.842					
X5	平台医师数量充足	0.752					
X6	开设平台的实体医院等级较高	0.548					
X7	平台医疗记录完整(视频、录音等记录)	0.640					
X8	平台保密性能好(视频、录音等记录)	0.496					
X9	平台医药费用合理		0.574				
X10	平台医师服务对患者的有帮助		0.830				
X11	平台医师服务言行端正、态度良好		0.575				
X12	平台医师充分了解患者病情后开具处方		0.720				
X13	平台设置诊疗时长及对话次数合适						0.709
X14	平台问诊等候时间短，响应及时						0.746
X15	平台主动要求对就诊服务做出评价				0.747		
X16	平台方便与医师建立长期联系				0.768		
X17	平台设置答疑咨询和投诉处理				0.582		
X18	平台建立并管理患者健康档案				0.579		
X19	平台主动提供导诊服务					0.792	
X20	平台针对疫情提供相关指引，开设特色服务(如发热门诊、疫情科普等)					0.647	
X21	平台针对患者病情提供个性化诊疗服务					0.712	

2.2.3 满意度情况分析

汇总各指标“满意”与“不满意”分布频数，将 Likert5 级制评分中选择评分为 5 分、4 分、3 分者归为“满意”，选择 2 分、1 分者归为“不满意”。其中指标“平台医师数量充足”“方便下载、注册、登录平台”“平台建立并管理患者健康档案”“平台针对患者病情提供个性化诊疗服务”不满意的人数较多，分别为 130(33.9%)、131(34.2%)、142(37.1%)、138(36.0%)，均大于 30%，说明对互联网诊疗不满意的患者普遍认为医师情况、便捷使用和个性化服务方面仍较不能满足患者的需求。指标“平台问诊等候时间短，响应及时”不满意的人数较少，为 25 人(6.5%)，小于 10%，说明患者认为疫情期间接诊响应性方面情况较好。

计算各维度满意度得分，结果见表 3。患者各维度的满意度得分由高到低依次为接诊响应性、诊疗规范性、个性化特色服务、平台可靠性、设施有形性、服务移情性。接诊响应性方面满意度得分接近 4，接近相对满意水平，其余各维度得分均大于 3，处于一般水平。其中，个性化特色服务、平台可靠性、设施有形性、服务移情性低于综合满意度，还有进一步改进空间。

表 3 各维度满意得分与综合满意得分

维度	满意度得分	排名
平台可靠性	3.15±0.66	4
诊疗规范性	3.46±0.78	2
设施有形性	3.12±0.77	5
服务移情性	3.07±0.64	6
个性化特色服务	3.18±0.83	3
接诊响应性	3.88±0.77	1
综合满意度得分	3.21±0.47	—

2.2.4 互联网诊疗服务质量的影响因素分析

将问卷中“您对互联网诊疗平台整体服务满意度评价”作为因变量，以性别、年龄、就诊科室、平台类型和服务类型 5 个自变量进行多元线性回归分析。其中，就诊科室为无序多分类变量，经过哑变量处理，将哑变量进行归组并以输入法纳入方法，其余变量归为另一组以逐步回归法构建回归模型。见表 4。

表 4 影响综合满意度的多元回归分析摘要

自变量	标准误差	标准系数	t	P值
(常量)	0.223		14.853	0.000
平台类型*	0.091	0.206	4.112	0.000
年龄*	0.004	-0.129	-2.164	0.031
服务类型*	0.071	-0.134	-2.698	0.007

注：赋值方法：平台类型：实体医院搭建的平台=0，企业建立的第三方医疗平台=1；服务类型：复诊服务=0，问诊服务=1；*P<0.05。

结果显示，共识别出 3 项影响互联网诊疗服务综合满意度的主要因素，即使用企业建立的第三方医疗平台的患者满意度显著高于使用实体医疗机构搭建的平台的患者 (P<0.001)；使用在线问诊服务(新冠肺炎发热咨询、健康咨询、病症咨询等)的患者满意度显著高于使用在线复诊服务(解读报告单、处方取药、诊后随访等)的患者 (P=0.001)；年龄大的患者对互联网诊疗平台服务的满意度比年轻患者更低 (P<0.001)。其他各项无显著性差异。

为探究年龄、平台类型、服务类型在各维度中的影响，本研究进一步以各维度得分为因变量，以性别、年龄、平台类型为自变量进行

多元线性回归分析。见表 5。

表 5 影响各维度满意度的多元回归分析

自变量		标准误差	标准系数	t	P值
设施有形性	平台类型*	0.101	0.162	3.259	0.001
	年龄*	0.003	-0.156	-3.141	0.002
	服务类型*	0.079	-0.104	-2.098	0.037
平台可靠性	平台类型*	0.086	0.167	3.365	0.001
	年龄*	0.003	-0.019	-3.839	0.000
	服务类型	0.067	-0.083	-1.677	0.094
诊疗规范性	平台类型*	0.102	0.157	3.174	0.002
	年龄*	0.004	-0.205	-4.157	0.000
	服务类型*	0.080	-0.098	-1.996	0.047
接诊响应性	平台类型*	0.103	0.100	1.983	0.048
	年龄*	0.004	-0.109	-2.158	0.032
	服务类型	0.080	-0.077	-1.515	0.131
服务移情性	平台类型*	0.085	0.118	2.346	0.020
	年龄*	0.003	-0.150	-2.980	0.003
	服务类型	0.067	0.015	0.296	0.767
个性化特色服务	平台类型	0.111	0.078	1.552	0.121
	年龄*	0.004	-0.171	-3.393	0.001
	服务类型	0.087	-0.069	-1.368	0.172

注：赋值方法：平台类型：实体医院搭建的平台=0，企业建立的第三方医疗平台=1；服务类型：复诊服务=0，问诊服务=1；*P<0.05。

结果显示，各个维度中年龄大的患者对互联网诊疗平台服务的满意度均比年轻患者更低(P<0.005)。平台可靠性、诊疗规范性、接诊响应性、服务移情性方面，使用企业建立的第三方医疗平台的患者满意度显著高于使用实体医疗机构搭建的平台的患者(P<0.005)；诊疗规范性方面，使用在线问诊服务的患者满意度显著高于使用在线复诊服务的患者(P<0.005)。

3. 讨论

根据综合评价满意度结果，患者对北京市互联网诊疗服务的综合

满意度为(3.21±0.47)，处于一般水平，与秦琳研究结果一致。即北京市互联网诊疗服务在疫情期间可以满足民众的基本需求，但距离达到总体相对满意还有较大的改进空间。

3.1 平台可靠性呈短板，患者信任感待提升

患者对平台可靠性指标的满意度得分为 3.15，满意度呈一般水平。如何实现对互联网医院诊疗质量和行为进行有效监管，提升其可靠性，是目前互联网医院发展的最大瓶颈。当前，互联网医院监管的政策措施不够完善，医院准入资质、医生执业资格、医生质量、诊疗水平、医药价格等缺乏明确的监管准则和法律，治疗行为管控比较松散，以上易导致互联网医院提供的诊疗服务水平参差不齐，对患者疗效不佳，从而引起患者对互联网诊疗平台的不信任。

此外，数据与网络安全的监管在互联网诊疗的可靠性建设中也不容忽视。患者的就诊数据尚无明确的使用标准和法律保障，软件上线审核不严格、非法入侵软件、数据盗窃等问题会造成医疗系统后台暴露，患者个人诊疗信息泄露或丢失。

3.2 聚焦用户就医体验，加快平台的便捷化与精准化

患者对设施有形性方面和个性化特色服务方面的满意度得分分别为 3.12 和 3.18，均处于一般水平。对于互联网诊疗服务而言，聚焦于用户的线上就诊体验是提高满意度的关键点。然而在设施有形性方面，超过 30%的被访对象对于“方便下载、注册、登录平台”持不满意。目前不同互联网医院的 APP 相互独立，操作平台录入时间久、

病史采集过程繁琐，造成互联网诊疗失去其便捷性，直接影响到就诊者的感受。此外，个性化特色服务方面中“平台针对患者病情提供个性化诊疗服务”不满意的人数较多，大于 30%，说明平台目前在精准医疗方面尚有不足，服务项目局限于对患者现病史的模式化诊治，无法结合既往史、家族史、物理检查、辅助检查等其他方面进行全方位、综合指导和治疗。

3.3 慢病随访尚需完善，信息共享亟需落实

服务移情性方面的满意度得分为 3.07，排名最低。其中，“平台建立并管理患者健康档案”一项选择不满意的人数较多，大于 30%，目前，针对复诊患者和慢病患者，互联网诊疗服务尚未完全站在长远的角度建立起医患沟通和长期健康管理的桥梁。互联网医疗作为新一代医疗手段，突出的是其“互联”之效，然而目前出于对各方利益的维护，线上、线下信息暂未实现对接，不同医院之间、上级医院和基层医疗机构之间、区域医联体信息互通互享也尚未完全实现，这种“树林丛立、各自为政”的信息系统，使患者感到费时费力，信息共享亟需提升。

3.4 针对老年群体和实体医院平台的建设方面仍有欠缺

基本信息和多元线性回归分析结果显示，老年群体使用率及满意度在各个维度层面上均较低，这可能由老年人对互联网产生的不信任感较强，具备操作电子智能设备能力的老人较少等所导致。此外，实体医院搭建的平台患者使用率及满意度在多数维度中均较低，原因可

能在于不同诊疗模式所持有的目的不同。互联网企业以盈利为目的，以其更出色的宣传和多元化服务内容以抓住更多的使用者。而实体医院互联网诊疗平台，特别是公立医院搭建的互联网诊疗平台，因为建立时间短、先例不足、部分医师因已有的发展和福利，缺乏参与动力等原因，其建设仍存在欠缺。故如何找准实体医院互联网诊疗在疫情防控常态化中的定位，如何继续优化其建设、提升其地位，实现其效益最大化，是当前需解决的难题之一。

4. 建议

4.1 优化诊疗平台服务流程

建议注重用户的个体需求，提高服务平台的简便性和精准性。建议各大平台合作，建立统一登录入口，省去不必要的下载所带来的不便。在界面的设计上尽量精简操作步骤、合理分划模块，旨在为患者省去寻找环节，能够满足大多数患者，尤其老年患者对便捷度的需求。老年患者由于各种慢性病患病率高等原因，对身体指标监测、长期医患共联、家庭医生服务等的需求很高，因此，为老年人特别设计符合其使用习惯的简洁页面，对协助老年患者群体脱离边缘受众、提高其使用率和满意度尤为重要。此外，对于个体的精准医疗，应综合考虑患者病史、环境、基因、饮食习惯等因素，利用音频视频就医、推出线上线下快速转诊、发展移动设备远程会诊、开发 AR 技术和 5G 等具有广阔发展前景的技术手段，定制整体性医疗方案，直接使患者受益。

4.2 提升在线诊疗平台可靠性

建议进一步完善互联网诊疗平台的监管，尽快健全相关医疗保障制度。引进计算机技术相关专业人员，优化医疗信息管理程序，主动检测分析漏洞，对数据库进行加密、备份处理，从而更好地为患者提供安全、稳定和高效的互联网就医环境，为良好就医体验打好基础。同时，国家应尽快出台线上医疗机构准入标准和医生线上执业标准，规范医师执业诊疗流程，提供法律保障。平台及医院也应对平台医师定期开展培训工作并进行专业水平考核，提高医师诊治水平，从而在根本上增加患者认同感和信任感。

4.3 实现健康电子档案共享，提供长周期的慢病管理服务

建议充分挖掘大数据时代背景下的健康管理平台的优势，深入推进各级医疗机构之间信息的互联互通，依托现有医联体、医共体、专科联盟建设，实现患者电子健康档案、电子病历、检验检查结果在不同医疗机构之间实现共享。

目前国家卫生健康委已发起了家庭医生签约服务，构建起互联网+社区卫生健康管理的服务体系。建议平台通过互联网建立起以病人为中心，家庭为照顾，医护人员共同参与的患者家庭管理群，同时可借鉴英国的整合照顾模式，依托城市医疗集团、医联体与基层社区卫生机构、养老机构，针对高血压、糖尿病、肥胖等老年、慢病群体形成预约挂号、健康体检、诊断治疗、社区取药、随访干预等的一体化居家医疗服务，探索出适合慢病的长周期管理服务模式。

4.4 规范实体医院搭建的互联网诊疗平台，提高其发展竞争力

当前，大量企业平台建立的互联网诊疗平台逐渐占据主体地位，正在逐渐冲击着实体医院所建立互联网诊疗平台，而以公立医院为代表的实体医院，因其对重大公共卫生事件的响应力，仍有巨大的发展必要。故在未来的管理中，应保持其公益性，逐渐实现公立医院的医保政策向线上延伸；降低运营成本，关注线上医师薪资福利问题，促进优质医疗人才的引入；注重其社会效益，为传统医疗模式下分级诊疗的困境注入活力。

[返回目录](#)

多元智能服务系统进一步提升电子病历一体化体验

来源：中国数字医学

电子病历一体化建设，指通过电子病历的信息智能化提升医疗服务效率，改善就医体验和强化质量监管，全面建立完善的现代医院管理制度，是实施健康中国战略的重要一环。2018年，原国家卫生计生委相继出台了《关于进一步推进以电子病历为核心的医疗机构信息化建设工作的通知》和《关于印发电子病历系统应用水平分级评价管理办法(试行)及评价标准(试行)的通知》，强调各级卫生健康行政部门及相关医疗机构提高电子病历信息化水平，鼓励信息的安全共享，利用人工智能技术助力医疗决策和学术研究。

1. 电子病历应用现状

电子病历(Electronic Medical Record, EMR)是现代医院管理制度中的核心临床数据资源，以电子病历作为推进院内信息化建设的方法

是当今的主要发展方向。电子病历完整记录了医疗事件中的医患沟通、诊断、治疗和转归过程，以临床病历为例，它包含了患者从入院到出院的临床诊断治疗过程的主观记录与客观记录，如入院记录、首次病程记录、首次主治医师记录、首次主任医师记录、日常病程记录、出院记录、护理记录、检验检查报告等。正因为如此，病历书写质量尤显重要，它不仅是医疗机构行业水平能力的体现，而且因其具备法律属性，成为医疗纠纷中不可或缺的原始凭据，决定了医疗损害鉴定证据链条的可追溯性、真实性和完整性，其内容的缺陷将会给医疗机构埋下重重隐患。原国家卫生部发布关于《病历书写基本规范》的通知，旨在提高医疗质量和工作效率，并防止医患双方发生误解与争执，对病历书写的质量标准提出了明确要求。

低质量的电子病历记录往往与医务人员的经验、责任心相关，其缺陷常见于患者信息采集不完整、病程记录因复制粘贴导致的雷同与错误、病历内容书写不完整和文字多错漏导致的语言表达不清。此外，医疗内涵的处置不当也给后续基于电子病历的诊断、研究和鉴定带来了困难，如诊断的主次颠倒、男女患者性别专用词汇的错用、排他互斥文书的表达和重要检验检查及药品的不当使用等。高质量的电子病历意味着医务人员需要翔实地记录完整的诊疗过程，而且必须符合严格的病历规范。在实际操作过程中，这往往意味着大量的时间成本。鉴于我国当前的医疗机构医生配比远远低于国际水平，上述要求加大了医务人员工作时间和服务压力。

针对上述问题，国内外学术界和工业界开展了大量工作，尝试通过大数据分析和人工智能技术来减轻医务工作者的病历书写工作，从而缓解医务人员的服务压力。Mrinal、Oren 和 Dongha 利用生成模型来完成病历的生成，其结果在下游任务中的表现不错，但生成模型仅在整体概率分布和真实数据一致，而无法实现个体的精确构建。科大讯飞提出了一种整合语音和体征数据等内容的病历生成方案，其利用类似翻译的方式来完成文字的生成，但其极大依赖语音输入，对实际使用场景有一定的要求。

与传统的仅独立基于文献知识或者临床知识的医学辅助决策系统不同，提出一种基于临床数据和文献数据的多源智能服务系统 (Multi-source Intelligence System, MSIS)，与前者有着明显区别。究其原因在于患者实际情况往往较文献中的情况复杂，尤其是拥有多种基础疾病的老年患者，故而需要利用临床医生的实际经验来补充和完善治疗方案，这样能够兼顾两种知识的优点。系统构建流程如下：首先对临床电子病历和文献数据进行医学自然语言建模，进而完成文字内容的结构化，并对结果用主数据表述和特征提取，随之完成高维矢量预测模型训练和专病知识库的构建，最后基于上述模型提供智能服务。整个系统提升了医务人员的病历书写效率，加强了电子病历质量控制，减轻了科研教学中繁杂的病历预处理工作。

2. 基于临床数据和文献数据的 MSIS 构建

2.1 构建医学自然语言模型

医学中大量信息均为文字信息，比如电子病历、文献指南等。这些知识要被计算机利用起来，首先需要解决知识表示的难题。后结构化的自动训练方法适合在拥有大量医疗数据的场景下，围绕专科知识的标记对数据进行分解和归类，并进行自动化的训练学习。以我院某专科 1 万余份临床病历数据和近 200 份专科诊疗文献，包括教科书、临床指南等专业文献为源数据，设计 26 类文本标签，对应医学文字中的关键信息即实体信息，并依据上述标签由医疗专家完成人工数据标注。经过多轮反复的标注和训练工作，最后得到 1 个针对专科的医学自然语言模型，它能最大限度地识别出医学实体，且对同类文字具备一定的泛化能力。实体提取完成后，下一步需要对实体信息组合进行“规范化”操作，即使用标准化术语屏蔽主管语言表达的差异。依据具备国内专家共识的国家临床版 2.0 疾病诊断编码(ICD-10)、中国医疗服务操作分类与编码(CCHI)等权威数据标准建立主数据集，并利用其表达症状/体征、检验检查、疾病诊断、治疗处置(手术等)和用药处方等信息，完成结构化操作。比如，将“喉咙痛”和“咽部疼痛”等有相同意义的文字均映射为“咽痛”。与英文不同，中文字词处理上还有很多细节需要注意，例如缩略语的拆分，比如“二便”拆分为“大便”“小便”，实现“最小粒度”内容表示，为后续计算机处理提供良好的数据基础。

2.2 构建医学知识库

完成结构化的临床知识和文献知识，被用于构建医学知识库。首

先，使用文献知识构建基础图谱，以疾病诊断为核心，将症状/体征、检验检查、治疗处置(手术等)、用药处方和人体部位建立与之关联，并依据文献中提及的关联度，比如症状的发生频率设置其关联强度。因为，文献一般均用较含糊的字眼描述，如经常、偶尔等，故其数值化仅能简单映射几个门限，与实际数值不完全相符。而临床数据能较好地反映当地患者特征的分布，尤其是对于数据量大的诊断，其症状等特征的概率分布可以作为有效的补充，将其按照一定的规则去修正关联强度。文献信息中治疗手段和药品表述一般均指代一个较大的范畴，而临床数据正好能够将信息“明晰化”，而且也能体现在特定条件下(如多种并发症)多种治疗方案的融合。另外，医学信息中还有相当大一部分很难用图谱的方式即点-线-点的逻辑表示出来，因此，还需要构建大量规则作为补充，完善复杂逻辑的表示。

2.3 高维矢量预测模型和可解释架构

在医学知识的使用中，图谱和规则都存在着不足，前者表达能力略显不足，而后者在数量大时效率太低。为此，还需要设计一个方法，来缩小规则的诊断搜索空间，本研究采用了高维矢量预测模型。该模型以结构化后的信息构建高维矢量，充分包含各种信息，如二值化信息，如发热是否发生；多值化信息和 onehot 信息，如大便形态和颜色；连续数值信息，如咳嗽时间、年龄等。该模型对于特征关联表达能力较强，广泛应用于推荐系统中。高维矢量预测模型可以和图谱预测一起使用，集成为一个“强分类器”。同时，在集成的过程中，也能用

两者重叠部分实现可解释性，从而构成一个“可解释的人工智能”(ExplainableArtificialIntelligence, EAI)。通过 EAI，有助于辅助医务人员相信预测模型推荐诊断的准确性与公平性。比如，病历中出现“啰音”，依据知识库能够解释患者有极大的“下呼吸道疾病”可能。基于电子病历的疾病预测流程

3. MSIS 的应用研究

通过高维矢量预测模型训练和专病知识库能够提供预测、推理等多种智能服务，可以介入病历生成的多个环节，提高其过程的智能化。

3.1 入院记录

入院记录涵盖了推断信息即入院诊断，主观信息即一诉五史——主诉、现病史、既往史、个人史、婚育史、家族史等，客观信息，即辅助检查、体格检查(含专科情况)等，能够完整地反映出患者的情况摘要。主诉是患者在入院时的记录内容。现病史主要包括疾病的历史既往相关情况。既往史包含了对患者过往疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物过敏史和药物过敏史的情况确认。个人史是对患者生长生活情况的简要补充。婚育史即记录患者婚育情况及配偶和婚生子女的健康情况统计。家族史是对父母健康情况及家族是否有相关疾病史的确认。辅助检查用于记录患者过往时间的检查、地点和结果的收集。体格检查包括了人体解剖和机能发展水平的一系列查验情况。专科情况是针对科室内部的重点检验检查指标所进行的细分关注内容。入院记录辅助诊疗示例。

入院记录的信息完备性要求较高，依据入院诊断或初步诊断，可以利用知识库实现关联推理，完善其关联性强的症状和体征（及其对应值），呈现出完备的且具有地方性特点的专病书写模板，使得医务人员能够轻松便捷地对诊疗过程进行详细记录工作。当完成入院记录的情况勾选后，通过系统的辅助诊断功能可以根据患者特征给出推荐的诊断及排序。最终，临床医生根据自身经验，对辅助诊疗系统生成的推荐文书进行二次确认补充，形成诊断意见。

3.2 三首记录

三首记录包含了首次病程记录、首次主治医师记录和首次主任医师记录，这些文书着重体现医生诊断逻辑，其中病情补充、诊断依据和鉴别诊断为最重要段落。记录中的病历特点和入院诊断均可通过前序流程中的书写内容自动化生成。通过对入院记录和病情补充的分析，依据知识库推断其诊断依据，继而依据不同的阳性特征和阴性特征筛选出最常见的鉴别诊断。

上述两者的内容均根据患者实际情况自动生成，避免了常规模板中“疏漏修改”等问题。在诊断确定后，能够依据主要诊断和并发症，选择匹配相似病例，进而推荐诊疗方案，最大可能地保证其有效性。

3.3 日常病程

日常病程是对患者日常治疗情况信息的跟踪记录，依据知识库分析，将其治疗过程最关注的症状变化填充到预置文字中，保证医生引起足够的重视；同时，系统自动拉取尚未记录过的重要检验检查结果，

为医生调整治疗方案提供信息支持。

3.4 出院记录

出院记录是对患者在本院诊疗的过程与结果的归档总结记录，其绝大部分信息都存在于之前的文书中。因此，基于入院、三首、日常记录，系统可自动生成入院情况、检查结果、治疗经过、出院情况，并可根椐出院情况推荐出院医嘱。

3.5 质量控制

因为多源智能服务系统的介入，病历生成的过程也是质控的过程。基于知识库的推理和分析，提高了信息的完备性。

另外，因为人工输入的存在，难免会出现错别字，例如“黄疸”写成“黄胆”，“弥漫”写成“迷漫”，“新康泰克”写为“康泰克”等。针对上述现象，通过对病历中常见的假借字、自造字和错误省略词语收集，增加了错别字模型，该模型不仅包含传统的字典查询，也利用之前的医学语言模型将文字概率出现小的情况归结为错误，大大提高了随机错误的检测能力。

医务人员经常通过对过往病历的复制、粘贴和修改来完成病历文书的书写。这种习惯导致了临床记录会出现主次混乱、冗长无序、检查和药品的不当使用等内涵不一致的现象。利用结构化信息对比，可以发现内容不一致的情况，如修改主诉后忘记修改现病史；利用知识库推理知识图谱，能够对内容进行内涵分析，出院记录中2型糖尿病为主诊断，在治疗过程中主手术描述“全麻下行‘腹腔镜胃旁路术+

食道裂孔疝修补+腹壁整形+引流管引流’ ”，两者不匹配，系统给出质控提醒。

4. 系统上线和结果分析

MSIS 在我院上线 1 个月，临床医生的病历书写时间得到了大幅降低，主要文书书写时间平均缩短 60%，出院记录升幅最明显，约 75%。除书写时间外，病历书写质量得到了较大的提升，医生反映内容完整性良好、错别字率低，上下文连贯性和诊疗合理性也得到了较高的肯定。同时，自动生成的文书语言非常规范，故结构化正确率相当高，在院内科研上可以随用随取。综上所述，MSIS 达到了在数据源头保障质量和提高效率的目的，为电子病历一体化打下了坚实的数据基础。

5. 小结与展望

通过 MSIS 系统的使用，提高了病历文书规范化，并且减轻了医生的工作负荷，有效解决了电子病历一体化的信息化和结构化两大难题。随之生成的病历信息能够方便地用于检索和学术研究[10-11]，在质量保证的基础上大大降低了病历预处理的时间成本。MSIS 系统在使用过程中，还发现了诸多尚待完善的部分。首先，自动生成病历文书在语言自然度仍有较大的改进空间；其次，检查报告分析能力还有待提高；第三，对于临床数据较少的诊断，其知识库因为临床数据不足，往往无法达到满意的效果，需要调整实现方案来改善性能。此外，电子病历一体化建设的另一个挑战在于数据共享的安全性，数据

共享过程中涉及到的角色多、业务复杂，责任较难鉴定。因病历数据的敏感程度高，管理者普遍因担心承担泄露患者隐私身份的风险而不愿开放分享数据。如未来将 MSIS 与隐私安全计算技术相结合，质量与安全的双重保证将会使医学数据的可用性达到一个新的高度。

[返回目录](#)

• 图说解读 •

一图读懂 | 公立医院高质量发展促进行动（2021-2025）

来源：中国网医疗



挥公立医院在保障和改善民生中的重要作用，实施公立医院高质量发展促进行动要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，在“十四五”期间，高举公益性旗帜，坚持新发展理念，以改革创新为动力，以高水平公立医院为引领，以学科、队伍和信息化建设为支撑，以医疗质量、医疗服务、医学教育、临床科研、医院管理提升为重点，以公立医院高质量发展指数为标尺，推动我国公立医院医疗服务和管理能力再上新台阶。通过打造一批医疗技术顶尖、医疗质量过硬、医疗服务高效、医院管理精细、满意度较高的公立医院，推动我国公立医院整体进入高质量发展阶段。到2025年，初步构建与国民经济和社会发展水平相适应，与居民健康新需求相匹配，上下联动、区域协同、医防融合、中西医并重、优质高效的公立医院体系，为落实基本医疗卫生制度提供更加有力的保障。

文件提及



以信息化为支撑，以大数据方法和人工智能技术推动，促进8项具体行动实施

- 将**信息化**作为医院基本建设的**优先**领域
- 充分利用**信息化**手段开展**医疗质量管理与控制**
- 鼓励医院利用**信息化**技术扩大**处方审核和点评**的范围
- 鼓励加快应用**人工智能辅助诊断和治疗系统**等智慧服务软硬件
- 建立基于**数据循证**的**医院运营管理决策支持系统**
- 以**大数据**方法对医院病种组合指数、成本产出、医生绩效等进行从定性到定量评价

智慧医院建设与医疗质量提升

行动分解 ■

建设“三位一体”智慧医院



优先**建设电子病历、智慧服务、智慧管理**“三位一体”的智慧医院信息系统



鼓励加快应用智能可穿戴设备、**人工智能辅助诊断和治疗系统**等智慧服务软硬件，提高医疗服务的智慧化、个性化水平



2022年目标 (全国二级和三级公立医院)

- ▶ 电子病历应用水平平均级别分别达到3级和4级
- ▶ 智慧服务平均级别力争达到2级和3级
- ▶ 智慧管理平均级别力争达到1级和2级



2025年目标

- ▶ 建成一批发挥示范引领作用的智慧医院
- ▶ 形成线上线下一体化医疗服务模式
- ▶ 进一步增强医疗服务区域均衡性

实施医疗质量提升行动

完善

医疗质量管理与控制体系
医疗质量控制指标体系

加强

各级质控中心建设与管理

巩固

十八项医疗质量安全核心
制度

目标管理

以年度“国家医疗质量安全改进目标”为指引



[返回目录](#)

一图读懂 | “十四五”国家临床专科能力建设规划

来源：CDSreport



医疗质量安全管理
融入专科能力建设范畴

充分利用人工智能技术
推动临床专科能力建设

总体要求

临床专科能力建设要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，以全面推进健康中国建设为引领，以提高卫生健康供给质量和服务水平为核心，以临床专科能力建设为抓手，促进公立医院高质量发展，不断扩充优质医疗资源总量，优化医疗资源布局，构建优质高效的医疗卫生服务体系，不断提升医疗服务能力与水平，为人民群众的健康提供坚实保障。遵循以人民健康为中心、以科学规划为引领、以改革创新为动力、以质量安全为核心的基本原则，以及根据我国居民疾病谱、人民群众看病就医和患者异地就医情况、重点病种和重点手术质量安全情况，统筹考虑我国专科建设基础和卫生健康工作发展趋势，实施“国家级临床重点专科往前带、省级临床重点专科均衡建、县级临床重点专科有序跟”的临床专科能力建设新模式，实现区域间均衡发展、区域内辐射带动。从国家、省、市（县）不同层面分级分类开展临床重点专科建设，在定向支持国家医学中心和委属委管医院进行关键技术创新的同时，实施临床重点专科“百千万工程”，促进临床专科均衡、持续发展。

临床重点专科“百千万工程”

“十四五”期间



工作任务

4个层面 **8**个任务

- 国家层面**
 - 加强核心专科能力建设
 - 补齐专科资源短板
 - 推动关键领域技术创新
- 省级层面**
 - 提高重大疾病医疗技术服务能力

地市/县域层面

- 加强基础专科建设

机构层面

- 提升医疗技术应用能力，推动技术创新转化
- 优化医疗服务模式
- 提高医疗质量安全水平
- 加强专科人才队伍建设

任务分解

- 01 -

优化医疗服务模式

积极**推动智慧医疗体系建设**，加强人工智能、传感技术在医疗行业的探索实践，推广“互联网+”医疗服务新模式。

- 02 -

提高医疗质量安全水平

医疗质量安全管理工作融入专科能力建设工作中，采用**医疗质量管理工具**进行科学管理，加强**质控指标应用**和**医疗质量安全数据收集、分析、反馈**。

文件提及

充分利用人工智能技术 推动临床专科能力建设

创新

支持相关专科在影响人民健康的重大疾病和精准医疗、**人工智能**等关键技术领域进行创新

建设

积极推动**智慧医疗体系**建设，加强**人工智能**在医疗行业的探索实践

提升

各级各类医疗机构医疗技术能力和**医疗质量水平**

管理

采用**医疗质量管理工具**进行科学管理，加强**质控指标应用**和**医疗质量安全数据**收集、分析、反馈

遴选

采用**数据分析**和声誉评价相结合的方式，利用**单病种质量监测平台**等信息系统采集数据信息，以医院评审和绩效考核工作情况为基础，使用项目遴选指标体系，客观量化评估，等额推荐项目单位。

指标体系分解

**国家临床重点专科建设项目
遴选指标体系**

一级指标	二级指标	三级指标
专科建设与服 务情况	住院患者医疗服务能 力(近3年)	DRGs组数
		病例组合指数(CMI)
	住院患者医疗质量安 全(近3年)	本专业重点病种(单病 种)医疗质量管理情况
	技术突破与创新基础	有希望近期取得突破性 进展的医疗技术研究项 目(重点关注再生医学、 生物医学新技术、人工智 能、精准医疗等方面)

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

齐头并举，医保药品政策改革成效显著

来源：中国药学会科技开发中心

2021年11月3日上午中国药学会和中国医疗保险研究会于在北京联合召开的“六升四降一保障”——医保药品管理改革进展与成效蓝皮书新闻发布会。会上，中国药学会科技开发中心专家刘皈阳老师

对近年来医保药品政策实施效果进行了介绍。对《医保药品管理改革进展与成效蓝皮书》进行了解读。以下内容根据演讲内容及《蓝皮书》内容整理。

自国家医疗保障局组建以来，以常态化、制度化措施持续推进药品集中带量采购，建立健全国家医保药品目录动态调整机制，实施国家医保谈判药品“双通道”政策，稳步推进药品改革措施实施落地，持续巩固医保药品政策改革成效。

药品集中带量采购效果明显

一是中选药品降价效果明显。从“4+7”集中带量采购到第五批国家组织药品集中带量采购，各批次国家药品集采中选药品价格平均降幅均超过了 50%。2021 年 1 季度与 2015 年同期相比，第一批国家集采药品的用量增长了 3.5 倍、金额减少了 3.6%，实现了“量升价降”的效果。二是中选产品用量占同通用名药品用量比重增加，市场集中度提高。前四批集采药品总体采购量达约定采购量 2 倍以上，中选药品采购量占同通用名药品采购量的 80%左右，第一批、第二批、第三批集中采购中选产品的用量占同通用名药品用量比例均在落地后迅速升高至 70%以上市场份额。至 2021 年第 1 季度，第一批、第二批、第三批集中带量采购中选品种用量占比已达 80%。三是提高了患者用药的质量水平。在临床真实诊疗环境中跟踪研究发现，纳入研究的集采中选过评仿制药均达到了与原研药一致的临床疗效和安全性。药品集中带量采购将原研药与仿制药放在同一平台竞争，间接促

进我国仿制药发展，大幅提升群众用药可及性。

药品目录动态调整带来效果凸显

一是医保目录内药品使用占比持续优化。2019 版医保目录实施后，2020 年药品使用量占比上升至 92.5%，使用金额占比上升至 85.8%。2021 年第 1 季度比 2015 年第 1 季度目录内药品使用金额占比增加了 8.4 个百分点。患者使用医保药品增加，获得基本医保保障提升，个人负担进一步减轻。此外，全球销售金额排名前 20 的药品中，目前已有 60%的药品纳入我国医保目录，其他药品上市时间较短，已有 6 个药品已被纳入今年的目录调整专家评审范围，符合条件的药品将有望被纳入医保目录。

二是医疗机构用药结构持续优化。2019 年 7 月，第一批国家重点监控品种目录公布(共 20 个品种)。随后国家和地方政府相关部门陆续颁布政策文件对重点监控药品的合理使用进行严格管控。2019 版医保目录将 20 个品种调出后用量明显下降，与 2015 年第 1 季度相比，2021 年第 1 季度使用量下降了 83.7%、使用金额下降了 87.0%，在 2021 年第 1 季度仅 4 种重点监控药品使用金额排名在前 20 中。2021 年第 1 季度与 2015 年相比，重点监控品种已经不在排名前 20 中，抗肿瘤药物、神经系统药物、血液系统药物数量增加，药品的使用金额和疾病负担更加匹配。

三是持续支持促进创新药发展。创新药进入医保速度加快，患者可及性明显提高。截至 2020 年底，2016 年至 2020 年国家重大新药

创制项目支持的 34 种药品中有 26 种进入医保目录(占 76.5%)。随着医保药品目录动态调整机制初步建立,国家重大新药创制项目支持药品从上市到进入医保的时间明显缩短。2017 版医保目录准入平均时间为 54.2 个月,到 2020 版医保目录准入平均时间下降至 21.1 个月,这些创新药进入医保目录后用量也迅速增加。

四是开展医保药品准入专项谈判,降低药品价格。近 3 年来各批国家谈判药品范围扩大、数量增多,价格降幅明显。其中 2018 年谈判成功的 17 种抗癌药 2021 年第 1 季度药品用量与谈判前 1 季度(2018 年第 3 季度)相比,增加 25.8 倍、金额增加 8.8 倍;2019 年谈判成功品种 2021 年第 1 季度药品用量与谈判前 1 季度(2019 年第 4 季度)相比,增加 10.4 倍、金额增加 2.7 倍。

重点疾病治疗药物负担降低

心血管疾病、糖尿病等重点疾病患病人数多,病程长,疾病治疗医疗费用负担重。《中国心血管健康与疾病报告(2020 年)》显示,中国心血管病患病率处于持续上升阶段,推算心血管病现患人数 3.3 亿,其中高血压 2.45 亿,2018 年心血管病死亡占中国城乡居民总死亡原因的首位(农村为 46.7%、城市为 43.8%)。最新流调数据显示:我国 2 型糖尿病患病率 11.2%,现约有 1.3 亿糖尿病患者,患病人数世界第一。

心血管疾病、糖尿病等重点疾病治疗药物纳入医保药品目录以及医保集中带量采购,医保药品用量增加,可及性显著增长,平均价格

水平大幅下降，基金使用效率明显提升。

此外，抗肿瘤药物一直是国家药品集中带量采购、医保药品谈判准入、医保目录调整等政策措施的关注重点。从 2021 年第 1 季度抗肿瘤药物的使用量比 2015 年第 1 季度增加 126.6%。新型抗肿瘤药持续进入医保，部分替代了传统化疗药物，药品保障水平提高，抗肿瘤药物在医保目录内的使用金额占比持续提升，从 2017 年第四季度 12.0%到 2021 年第一季度提高至 21.7%。

特殊人群用药保障持续受关注

罕见病用药保障持续提高。近年的医保目录的调整重点关注了罕见病用药，纳入目录的药品数量增加、覆盖的罕见病病种扩大。2020 版医保目录罕见病用药品种达到 45 个，覆盖了 22 种罕见病病种数，与 2009 版医保药品目录相比纳入罕见病用药品种数增加了 105%，覆盖的罕见病病种数增加了 69%。

相关药品调入医保目录后用量有较大幅度增长，提高了罕见病患者用药的可及性。

儿童用药保障不断提升。随着国家医保目录动态调整的稳步推进，儿童可用药物纳入医保数量增加，2017 年版医保目录实施后，医保药品品种数占比呈现大幅度上升趋势，占比从 2015 年第 1 季度的 69.1%上升至 2018 年第 1 季度的 72.9%，2019 年版医保目录实施后，医保药品品种数占比在 2020 年第 1 季度上升至 73.3%。

[返回目录](#)

“五项快办”新举措 经办“小切口”助推医保“大民生”

来源：中国医疗保险

开展党史学习教育以来，丹东市医保中心党委秉持以人民为中心的理念，学史力行，把党史学习教育成果转化为医保工作的动力、成效和品质；立足本职，以经办服务“小切口”助推医疗保障“大民生”。

除非不能办，不能办不成，设立“办不成事反映电话”

“我退休十多年了，一直没有医保，我以为这辈子都不能有医保了。但从我第一次打‘办不成事反映电话’，你们就认真耐心倾听我的诉求，还专门安排这个小伙子与我沟通，没想到真的帮我解决了多年没有医保的问题，真是太感谢你们了！”，叶女士一边激动地说着，一边将一面绣着“廉洁奉公解民忧、敬业正直办实事”字样的锦旗送到医保工作人员周小琪的手中。

叶女士是元宝区集体困难企业退休职工，由于工厂经营不良，早在多年前就已破产倒闭，又因为工厂管理不善导致个人退休档案丢失，叶女士辗转多个部门未能补齐办理医保退休所需的相关手续。按现有政策，集体困难企业退休只需补齐十年保费约 4000 余元即可，但如果无法证明是集体困难企业退休职工，则须补交近 2 万元保费。这对于下岗多年，家境本来就非常困难的叶女士来说，无疑是天文数字，因此一直没法办理医保。叶女士听说了医保中心设立了“办不成事反映电话”，试着拨打了电话。市医保中心领导了解到叶女士的实际情况后，安排周小琪负责此项工作。周小琪认真细致地查阅相关参

保政策，帮助叶女士逐项查补证明材料及相关手续，终于为其办理了集体困难企业退休医保，切实解决了叶女士的实际困难。

“办不成事反映电话”是丹东市医保中心针对办事过程中可能遇到的“急难愁盼”问题而开辟的专门渠道。“除非不能办，不能办不成”是市医保中心设立“办不成事反映电话”的初衷，原本是为参保人员办事遇到的难点堵点而设置的“出口”，但不知不觉中已成为医保大厅所有窗口的服务标准。

线上有速度，线下有温度，推出“五项快办”措施

“我为群众办实事”实践活动开展以来，市医保中心党委为实现服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简的“四最”要求，进一步提高服务标准，不仅要“办成事”，还要把事“办得快”“办得漂亮”“办得有温度”，决定推出“五项快办”措施。

一是两定机构服务协议“网签模式”：打造丹东医保服务协议网签云服务平台，省内率先实现与定点医药机构网上签订服务协议。

二是灵活就业人员“掌上参保缴费”：在保障线下缴费渠道畅通的同时，通过丹东医保官网和公众号、“辽事通”“丹东惠民卡”APP等渠道，全面实现灵活就业人员足不出户“掌上参保缴费”。

三是门诊慢性病“简易体检”：印发了《关于规范门诊慢性病简易体检相关规定的通知》，将心脏支架、恶性肿瘤、结核病等17个病种的认定和审批权限下沉至有资质的定点医院，实现参保人“三随时一及时”，即“随时申请、随时认定、随时备案，及时享受门诊慢

性病待遇”。

四是新生儿参保业务“前置医院办理”：着眼参保群众需求，进行经办系统升级和流程优化，将新生儿参保业务前置到医院办理。新生儿医保不再需要回户籍地办理，为参保人员提供了便利。

五是经办服务“医保快办”：以实行综合柜员制和设置综合窗口工作为抓手，不断规范和提升窗口服务，将“医保快办”作为“一次性告知”“一站式办结”等制度的升级版，在精简医保业务经办项目65%的基础上，通过信息系统整合和政务服务平台对接，实现数据共享。当企业办理医保业务时，无需再另行提供材料，更大程度方便了企业和群众。

用心学党史，用情办实事，取得显著成效

习近平总书记明确指出，“把学习党史同总结经验、观照现实、推动工作结合起来，同解决实际问题结合起来”，这正是深入学习党史的方向所在。“五项快办”措施，以参保人为中心，优化医保经办服务。经过创新管理体制和服务机制，全市医保线上服务更方便快捷，窗口经办更亲民利民，办事流程更规范统一。

“网签模式”仅用4天时间就完成了全地区793家定点医疗机构、1012家定点零售药店的协议签订，网签率高达98%；“掌上参保缴费”使我市30余万灵活就业人员参保缴费实现足不出户。这两项措施通过优化线上服务功能，让群众少跑腿、不跑腿，既有效降低了行政成本，提高了经办效率，又有利于常态化疫情防控。

“医保快办”解决了“最多跑一次”问题，明显提高了服务窗口的运行效率，进一步提高医疗保障公共服务信息化水平，极大地提高了经办能力，助力落实了医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算政策，惠及全市所有参保单位及灵活就业人员。

“简易体检”和“前置医院办理”是市医保局在深化医保改革的大背景下，探索新医保模式的有益尝试。将与就医过程紧密相关的事项办理权限下放至定点医疗机构，大力推动了医保经办服务就近办理，提高了医疗机构的参与度，加强了三医联动。全年有近万参保群众受益。

丹东市医保中心以党史学习教育为契机，引导党员干部始终把人民放在心中最高位置、将学习成果转化为谋发展、办实事的思路举措，干出了成绩，赢得了赞扬。丹东医保人学史力行，努力把自己变成希望之光，照亮生命前行的路。

[返回目录](#)

• 基层医改 •

强基层可以从中医药服务抓起

来源：医师在线

中国医改，不论是华西模式、分级诊疗、医联体、集采等等举措的根本都是为了老百姓能看得起病，提高人民的生活质量。实际上，多年实践的背后都有个一直默默贡献力量的存在，那就是我国具有悠

久历史和独特理论及技术方法的中医药。在人民健康第一道防线的基层，中医药又该如何作答？

强基层可以从中医药服务抓起

中医药十分符合我国国情，首先不需要昂贵仪器进行检查确诊，这适合缺少高端医疗器械的基层；其次药材价格便宜，老百姓支付得起。国家在推进中医药的进程中下了大力气，比如中医药文化进校园、重要临床实验加紧、新版国家医保药品目录中成药占半……种种现状表明，中医药将在基层再现光彩。

大力发展中医药服务是基层的首选

一是基层医疗卫生机构中医科建设有明确标准。国家中医药管理局 2010 年 3 月印发的《乡镇卫生院中医科基本标准》中明确规定：中医科作为乡镇卫生院一级临床科室独立设置。无床型卫生院设立 1 个以上中医诊室；有床型卫生院和中心卫生院设立 1 个以上中医诊室和 1 个以上中医康复治疗室。每个中医诊室至少配备 2 名中医类别医师，每个中医康复治疗室至少配备 1 名中医类别医师。

二是众多促进基层中医药振兴发展的抓手一起上。优质服务基层行活动对中医科提出了明确要求，社区医院标准将中医药服务能力作为基本标准，基层医疗卫生机构绩效考核指标中也将中医药服务能力纳入考核，全国基层中医药示范单位创建助力基层中医药全面发展。

三是中医药服务在基层具有得天独厚的优势。首先是群众认可，国基层对于中医药服务情有独钟，老百姓普遍喜欢中医药，那种淡淡

的草药米本身就是祛病延年的味道，中医治未病理念已经深入人心，渗透进群众生活之中。其次是中医药服务“简、便、廉、验”，很有中国文化特色，不需要大型诊疗设备，适合慢病康复，适合参与养老康复中。再者是安全，临床诊疗风险小，适合于在基层开展。

需要着力克服的问题

那么，当前在基层发展中医药需要着力解决哪些问题呢？笔者认为，最主要的有三点。

一是找准定位。按照国务院关于推进分级诊疗制度建设的指导意见，基层医疗卫生机构、康复医院、护理院主要为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。而这些服务正是中医药最为擅长的，也是中医药可以大显身手的地方。

二是人才稳留。基层医疗服务除了定位不准之外，最根本的是服务能力不强，而服务能力不强的原因是基层引不进、留不住、用不好人才。为什么引不进、留不住、用不好人才？最主要的原因是基层事业平台小、薪酬待遇差、管理落后，很多了解基层的人不愿意去，有的去了基层出于待遇差。整天都在忙于各种各样的形式主义应付，正经事干不成事，也看不到发展前途，或者心里很憋屈，于是就千方百计想办法离开。目前面临的实际情况是，有的基层卫生院按照要求开了中医馆，但没有中医医师，有的中医师动不动就被要求下乡接种疫苗，或去高速路口疫情防控值班，或被要求去做基本公共卫生服务进村人

户。

如何解决?无非就是搭台子发票子给位子,少些形式主义的折腾,让医生安心看病安心做有用的事。建立符合中医药事业发展的绩效评价机制,让基层中医药有一个好的发展环境。

三是政策优化。从目前情况看,一些政策不利于基层,不利于中医药发展。特别是医保,一方面医保目录对于基层使用中医药限制太多,很多中成药和中药注射剂均限制由副主任医师或二级即以上医院使用;另一方面很多中医药适宜技术在医保报销时被排除在外,有的按照康复理疗项目规定必须由患者自付 30%后再纳入合规费用报销,而其最终报销比例比检验检查项目还要低,极大的损害了患者利益,也遏制了基层选择中医药适宜技术服务的积极性。

总之,医改需要强基层,让更多的患者首诊在基层,让康复患者回基层。基层经过 10 多年医改却没有强起来,中医药经过长久实践证明其适合于在基层发展,也就是说中医药在基层有市场有需求,当下需要做的是政策政府和基层卫生人要齐心协力,给中医药在基层发展壮大添力加油,让中医药在基层重新焕发光彩与活力。

[返回目录](#)

“千县工程”方案最大的问题是缺乏保障

来源: 国家卫生健康委

近日,国家卫生健康委印发了《“千县工程”县医院综合能力提升工作方案(2021-2025 年)》(以下简称《工作方案》),明确了“千县

工程”县医院综合能力提升工作的总体要求、重点任务和工作安排，相信会对进一步巩固县医院综合能力建设积极成果，持续提升县医院综合能力具有一定的促进作用。

在《工作方案》出台背景中，官方的政策解读指出，《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》提出“加强基层医疗卫生队伍建设，以城市社区和农村基层、边境口岸城市、县级医院为重点，完善城乡医疗服务网络。”今年的政府工作报告中也明确要求提升县级医疗服务能力，这实际上就回答了为什么要实施“千县工程”。

《工作方案》确定的目标是力争通过 5 年努力，全国至少 1000 家县医院达到三级医院医疗服务能力水平，为实现一般病在市县解决打下坚实基础。

《工作方案》提出重点围绕两个方面提出了十项任务：

一方面持续提升医疗服务能力，做好县域居民健康“守门人”。

①加强专科能力建设，提升县域内常见病和多发病的诊疗能力、急危重症抢救能力、突发公共卫生事件应急处置能力、肿瘤等专科疾病防治能力；②加快建设高质量人才队伍，加大人才的引进力度、培养力度；③依托县医院构建肿瘤防治、慢病管理、微创介入、麻醉疼痛诊疗、重症监护等临床服务“五大中心”；④强化胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇救治、危重儿童和新生儿救治等急诊急救“五大中心”；⑤不断改善医疗服务，巩固完善预约诊疗制度，优化就诊流程，改善

患者就医体验；⑥逐步改善硬件设施设备条件，满足县域居民诊疗需求。

另一方面推动资源整合共享，发挥县医院“龙头”作用。

①落实县医院在分级诊疗体系中的功能定位，牵头组建紧密型县域医共体、远程医疗协作网，为居民提供一体化、连续性医疗卫生服务，并与城市三级医院建立远程医疗服务关系和双向转诊通道；②提升县医院科学管理水平，推动医院运营管理的科学化、规范化、精细化；③依托县医院建设互联互通的医学检验、医学影像、心电诊断、病理、消毒供应等资源共享“五大中心”，提高县域医疗资源配置和使用效率；④依托县医院建设县域医共体内的医疗质控、人力资源、运营管理、医保管理、信息数据等高质量管理“五大中心”，强化县医院对县域医共体内的医疗卫生机构的协调管理。

《工作方案》要求做好组织实施，一是按照《工作方案》安排，国家卫生健康委结合各省级卫生健康行政部门推荐的县医院情况，研究确定纳入“千县工程”县医院综合能力提升工作的县医院名单。二是在组织实施阶段，各地结合实际制定省级总体实施方案和“一院一案”的具体工作方案，有计划、分步骤落实各项工作。三是国家卫生健康委适时开展评估，对基础条件好、建设进展较快，取得积极成效的县医院加大支持力度。四是为按时、保质实现“千县工程”县医院综合能力提升工作目标，《工作方案》中明确了地方各级卫生健康行政部门要组织领导责任和目标责任。同时，国家卫生健康委将加强培

训，定期评估，指导地方卫生健康行政部门做好政策解读和典型宣传。

这就是《工作方案》的基本内容。各位，你看仔细了，方案中，只有一句“对基础条件好、建设进展较快，取得积极成效的县医院加大支持力度”，而并不是对所有纳入“千县工程”的县医院都将予以支持，而且这里讲的“加大支持力度”也不是很具体，而要完成这些任务必须加大人力、物力和财力投入，而方案并没有安排，显然，这是“千县工程”方案最大的问题。但愿荣幸纳入工程建设的地方政府能够切实负起责任，加大投入，因为建好了县医院，当地群众的健康也有了更好的保障，不是吗？

[返回目录](#)

• 医院管理 •

医疗信息化建设，究竟能为医疗机构带来什么？

来源：尚医智信

近年来，我国医疗信息化建设速度加快，多项政策接连出台也推动了医疗卫生事业发展。如今医疗领域数字化建设和智慧医疗建设成为“十四五”时期的重要任务，国内医疗信息化投资规模也呈现不断扩大趋势。

据安永发布的报告显示，2019 年我国医疗信息化投资总额达 1456 亿元，预计到 2024 年我国医疗信息化投资总额将增加至 3567 亿元，医疗信息化无疑将成为行业主流。

众多医疗机构纷纷采用信息化系统，不断探索信息技术条件下医疗服务模式的创新和变革。但是也有不少医疗机构还在坚持认为“形式”不重要，对数字化转型持观望态度。这种想法实不可取，信息化可不止是形式上的改变，更能对医疗机构的全线业务起到实质性的革新。以尚医智信信息化系统为例，说说医院管理信息化会给医疗机构带来的助益。

丰富运营模式，增加机构收入

首先，医疗信息化转型最重要的一点就是能为机构增收。医疗机构借助信息系统进行数字化转型，通过优化服务流程、提升诊疗质量、创新服务模式、丰富医疗服务内容，为患者提供升级的服务体验，同时，也凭借多渠道、多形式的医疗服务为机构增收。

线上诊疗，满足患者足不出户看诊需求

尚医智信信息化系统，可以帮助医疗机构实现线上线下诊疗一体化，除了线下看诊外，还支持医疗机构上线互联网医院，为患者提供线上诊疗服务，满足患者足不出户看诊需求，为医疗机构吸引了一批忠实线上用户，也为医院开辟了线上收入渠道。

私域商城，流量快速变现

尚医智信在线商城系统支持医疗机构根据需求，上线实物类、服务类商品，用户足不出户，商品就能送货到家。线上商城，为用户提供便利，也让私域流量快速变现。

院后关怀，对患者持续关爱

以往患者看诊发生场景都是在医院，出院后患者便失去连接，尚医智信互联网医院系统还支持医疗机构，为不同患者定制专病种价值医疗服务计划，不仅有专业医生团队在线服务，系统还会自动为患者发送用药指导、营养指导、运动指导提醒以及健康科普知识，督促患者执行康复计划，增加患者与医院的粘性，也为医院增加了收入。

智能化供应链管理，降低经营成本

其次，信息化系统以程序的自动运行取代了原先纯人力的工作方式，实现降本增效。医疗信息系统的应用拓展了医疗机构的服务模式与渠道，也在原先经营模式基础上打破数据壁垒，连接医疗机构内部各科室数据，实现院内信息共享，提高了医疗机构的运行效率，也为机构有效降低成本。

打通前后台数据，节约人力成本

尚医智信不仅为医疗机构提供了面向业务前端的信息化工具，还实现了后端物资管理的智能化、自动化。

尚医智信医院管理系统通过采销供应链，能动态监控药品耗材的库存、效期情况，并发出预警，提醒库房人员补货和处理临近效期的药品，也能减少因过期导致的物资消耗，为医疗机构节省不必要的开支。医疗机构采购人员根据预警详情生成较合理的采购计划，经审批入库的所有物资均有确切的数据记录，这就帮助医疗机构实现了药品、耗材等物资从库存预警到采购再到付款的全流程业务闭环，提高货品供应效率的同时，大大节省了采购中间的人力沟通成本和机构不

必要的资源浪费，降低经营成本。

集团化管理功能，缩减采购成本

尚医智信集团化管理功能还支持集团对旗下多机构进行物资集中管控、集中采购以及采购入库汇总，不仅便于对各机构物资、采购的了解，也便于跨机构订单的执行、发药等，帮助医疗机构集团优化资源配置以及提高运营效率，降低经营成本，提高盈利能力。

高质量电子病案，提升医院绩效考核得分

优秀的医疗信息化系统除了能为医疗机构降本增收外，还有助于提升医院绩效考核评分。

在三级公立医院绩效考核系列文件中，病案首页数据与考核指标相关的数据要打分，通过病案数据质量的分值校对指标得分。病案首页对于医院绩效考核至关重要。

病案首页是医院信息化系统中患者电子病历中的核心部分，高质量病案离不开设计以实际需要为功能导向的病案管理系统。

◆尚医智信电子病历极其重视病案首页的设计，严格按照国家医保局的《医疗保障信息业务编码标准数据库》以及卫生部办公厅印发的《疾病分类与代码(修订版)》进行底层数据库搭建，并且诊断库支持导入/导出功能，方便诊断版本数据库管理及更新。

◆病案首页所有数据可结构化存储，支持导出文件，可上报卫健系统，与 DRGs、DIP 等系统便捷对接。

◆病案首页的数据从其他业务组自动回显过来，无须再次编写，

节省了医师填写的时间，同时保证了数据的一致性。

◆病案首页中内容支持必填项配置，避免数据的遗漏以及保证数据的完整性，提升了数据质量。

高质量的病案管理有助于医院建立以公益性为导向的考核评价机制，能够反映医院精细化管理水平；就运行机制、服务价格调整改革而言，破除以药补医机制、降低药品和医用耗材费用、理顺医疗服务价格等是运行机制改革的主要内容，病案可以作为上述改革内容的重要评价依据。

当下医疗信息化建设是医疗机构改革的重点。医疗信息系统的应用，不仅帮助医疗机构实现了医疗服务的流程化、规范化管理，提高医疗服务水平，也成为医疗机构进行科学管理、高效管理的重要手段。随着医疗信息化建设在全国的大规模推进，我国医疗行业整体服务水平将会有质的飞跃。

[返回目录](#)

从精实思维到精实医务管理—减少八大浪费以提升照护品质

来源：联新医管

医疗照护体系于近年引用管理机制已大规模提升医疗照护的效率和效益。其中，“精实医疗”的概念主要引用自1996年JP. Womack&DT. Jones 学者所撰写的《LeanThinking(精实思维)》五大原则，也是精实思维在服务业层面上的新应用。

有关精实的定义，《LeanThinking(精实思维)》一书中强调系以

较少的人力、设备、时间与空间的做事方式，以提供更接近顾客需求的产品或服务；也就是消除浪费、节省更多时间与资源，将节省的时间与资源用来提升服务效能与品质。书籍作者所倡议的精实思维五项原则主要展现如下：

1. 确立顾客真正期望的价值(Value)：确认以顾客观点定义的价值。
2. 检视服务的价值流(Valuestream)：找出价值流中的浪费并将浪费消除。
3. 促使相关程序运作流畅(Flow)：消除浪费和无附加价值的活动，使服务流程流畅。
4. 由顾客启动的服务作业(Pull)：依据顾客的需求启动服务作业。
5. 持续不断追求完善(Perfection)：透过不断改进追求完美。

医院是由无数个医疗照护流程所组合，具有交错复杂的价值流，且致力于提升病人安全和医疗品质，更加契合精实思维的精神。在精实医疗中将“浪费”分为以下八大类型，通常是干扰工作和医疗照护的主要问题和原因：

1. 等待：时间浪费在等待下一个流程，例如：医师延后看诊、病患等待看诊或检验报告、等待入院及出院手续等。
2. 搬运：检体、病患、医材或设备等被执行不必要的移动，例如：空间安排不合理使住院病患需被移动至不同楼层做多项检查等。

3. 缺陷：非第一次就正确完成、因不正确操作、错误检查与修正所耗损的浪费，例如：医材品质不良、手术前准备不完整等。

4. 动作：非必要的走动或有难度的动作，例如：空间安排不合理使医护人员大量的行走、物品摆放之位置不符合人体工学，需使用板凳或弯腰才能取物等。

5. 加工：超过必要的品质或需求程度之过度处理，例如：整理好却未使用的数据等。

6. 库存：多余或未处理的库存所造成的浪费，例如：设备闲置、过期的药品等

7. 生产过剩：为病患进行不需要或过早执行的行为，例如：重复用药、多余的备用物品等。

8. 人力资源：未善用员工专业能力，不倾听员工意见，例如：职务与专业不相符、不重视员工价值导致离职潮等。

在明确地盘点八大类型浪费后，透过标准作业流程和目视化辅助设计，可预防错误与降低浪费，有关推动精实医疗的体制思维与执行工具，在各先进国家医疗照护机构的创新导入，以及结合医疗品质管理手法等发展之下，已有许多成功个案与辅助工具，实可作为各医疗机构提升照护品质的重要学习范例。

[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