

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.11.15-2021.11.21

——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。)

· 医药专栏 ·

▶ [“6升4降1保障”，真实数据带你看近年医保药品管理成效](#) (来源：中国医疗保险研究会) ——第9页

【提要】11月初，中国医疗保险研究会和中国药学会在北京联合召开了“‘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”。发布会上，中国医疗保险研究会通过相关数据的分析比对、医保改革政策趋势研究，展示了医保药品管理改革进展与成效，发现在医保持续改革下，医院临床用药行为发生深刻变化，呈现“六升四降一保障”的特点，不仅表现为药品使用用量、金额的增加，还包含药品质量、支付比例的提升。

▶ [集中带量采购中选药品质量有保证吗？真实世界告诉你](#) (来源：中国医疗保险) ——第12页

【提要】目前，国家已经成功组织开展五批药品集中带量采购，共覆盖218中药品，平均降价达54%，采购品种多为由国家药监局生产质量管理规范认证的药企生产，且通过国家药品质量与疗效一致性评价的药品，覆盖高血压、糖尿病、高血脂、慢性乙肝等慢性病和常见病的主流用药。中标药品的大幅降价，这引发患者对中标药品(主要是中标的仿制药)质量与疗效的疑虑。

· 健康养老 ·

▶ [新形势下我国老年人口面临的主要公共卫生挑战](#)（来源：程天科技）——第 15 页

【提要】相较于全国第六次人口普查，我国 60 岁及以上和 65 岁及以上人口占比分别增加了 5.44% 和 4.63%。在这一新的形势下，我国老年人口数不断增加、生育率维持在低水平、劳动力人口日趋减少、家庭规模持续缩小、老年人空巢家庭比例大幅增高的问题更进一步凸显。本文重点介绍了新形势下我国人口老龄化的主要特征、当前我国老年人口健康状况特点，梳理总结了我国老年人口所面临的公共卫生挑战，并展望如何应对，以期为我国老年人口健康公共卫生应对提供可借鉴思路。

▶ [家庭养老产业变局已至，如何抢抓机遇？](#)（来源：动脉网）——第 27 页

【提要】去年年底，中共中央“十四五”规划《建议》提出，“积极应对人口老龄化国家战略”。“积极”二字的提出与“国家战略”的确定，使得养老产业迎来重要发展机遇。从政策支持层面看，截止今年 2 月，全国 31 个省区市党委陆续审议通过了当地“十四五”规划《建议》。从市场发展层面看，根据艾媒咨询的数据，2018 年我国养老产业市场规模达 6.57 万亿元，预计 2022 年可达 10.29 万亿元。顺应这个大趋势，大健康行业正被重塑：老年人数的激增使得老年相关疾病的人口基数变大，加上这部分人群对医疗健康的刚需远超任何

年龄段，老年人无疑正在成为大健康消费的主流群体之一。这带来的结果是，一些新的商业模式和创新技术将在需求和政策的支持下，不断衍生和演化。

• 监察监管 •

▶ [5 个方面，探索医保基金监管新方式](#)（来源：国家医疗保障局）——第 37 页

【提要】“骗取国家医保基金”可以算得上是医保基金监管中的“顽疾”，长期以来一直存在。近两年，随着安徽“太和骗保案”、山东“单县脑中风事件”被媒体相继曝光后，逐渐出现在公众的视线中，引发社会广泛关注。随着国家医疗保障体系的健全完善，医保的覆盖面(95%、13.61 亿人)和基金规模(3.1 万亿元)不断扩大，也一定程度上增加了医保基金的监管风险。

▶ [重点监管、全覆盖检查 保障集采中选药品安全](#)（来源：人民网）——第 43 页

【提要】近日，国家药监局药品监管司组织召开国家集采中选药品质量监管工作推进会，强调将集采中选药品纳入重点监管范围，要对中选药品开展全覆盖抽检，并加强不良反应监测评价和风险信号调查处置。推进实施药品集中带量采购，是党中央国务院深化医改、增进民生福祉的重大决策部署，是推动三医联动改革、促进医药行业健康发展的重要保障举措。集采中选药品上市许可持有人要严格落实药品质量安全主体责任，持续合规生产经营。要持续加强生产管理，严格执

行药品生产质量管理规范，严格按照核准的处方工艺组织生产，深入排查处置各类风险隐患。

• 分析解读 •

▶ [“十四五”全民医疗保障规划主要指标和预期目标解读](#)（来源：

首都医科大学国家医疗保障研究院）——第 45 页

【提要】基于《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》的目标任务，《“十四五”全民医疗保障规划》制定了影响大、代表性强的 5 大类 15 个指标，其中包括 12 个预期性指标和 3 个约束性指标。

▶ [“互联网+”突飞猛进，互联网药学如何才能紧跟步伐？](#)（来源：

健康界）——第 54 页

【提要】目前，随着互联网医院的兴起，全国各地医院已进行了多种模式的探索与实践，尤其在国务院办公厅印发《关于促进“互联网 + 医疗健康”发展的意见》后速度明显加快，运营成效显著。其中，互联网医院的在线诊疗拓展了实体医疗机构的服务空间，从而提高了医疗服务的均质化、普惠化和便捷化水平，推进医疗改革向更深层次发展。例如医师可在互联网医院平台开具在线电子处方，药师即在线审方后，药品便通过第三方配送至患者手中。

• 地市动态 •

▶ [如何利用数字化手段让医保服务更便民？可以看这里的具体示范](#)

——（来源：浙江省桐乡市医疗保障局）——第 59 页

【提要】浙江省桐乡市医疗保障局坚持“全力强保障 全心为民生”的工作宗旨，充分发挥桐乡作为世界互联网大会永久举办地的优势，以数字化转型为突破口，聚焦老百姓需求度高、体验感强、获得感大的重点项目，全面推进新时代立体化、网络化、便捷化的医保公共管理服务体系建设，实现医保经办在高效下运行、医保温度在服务中传递、精准惠民在数据里发力，为桐乡争当高质量发展共同富裕示范区排头兵贡献医保力量。

▶ [北京试点“信用医疗” 就医时间缩短超 60%](#)（来源：央视新闻）
——第 63 页

【提要】在北京石景山区，一种“先诊疗、后付费”的“信用+医疗”服务模式正在试点推广，“一次就诊一次缴费”，就医时间可以缩短 60%以上。如果“信用就医”患者超出 48 小时未缴费，保险公司会向医院先行赔付，再向欠费用户追缴，并暂停其信用就医资格；累计 6 次逾期的患者，将取消其信用就医资格；催收后 3 个月内仍未补缴的用户，将被列入信用医疗失信名单，并同步给人民银行个人征信系统。

• 专家观点 •

▶ [观点 | 国家医保局黄华波：新一轮“国谈”，满足基本医疗需求，让患者用上新药好药！](#)（来源：医药经济报）——第 65 页

【提要】在进博会期间，国家医保局医药服务管理司司长黄华波作了专题报告，全面回顾了过去 3 年国家医保局开展的医保准入改革工

作，并就国家医保局下一阶段的工作重点进行了介绍。对于第四轮医保“国谈”，黄华波公开表示，医疗保障是重要的民生制度，在历次药品目录调整中，国家医保局始终牢牢把握基本医保“保基本”的功能定位，重点将临床价值高、价格合理、更好满足基本医疗需求的药品纳入目录，让患者更快地用上新药、好药！

▶ [观点 | 胡善联：卫生经济学视角下的医保制度改革实践](#)（来源：中国医疗保险）——第 69 页

【提要】近两年，随着“三医联动”不断加强，医疗保障制度改革逐渐深入，卫生经济学在其中发挥的作用也越来越重要，如医保目录调整、药品和医用耗材带量采购等工作，都应用到了卫生经济学的相关理论和测算技术作为有力支撑。那么，在这个过程中如何平衡医保的“公共属性”和“经济属性”？已经开展的医保制度改革是否能利用卫生经济学进一步完善？未来卫生经济学还能在哪些领域中发挥更多作用？面对这些问题，复旦大学公共卫生学院卫生经济学教授胡善联给出了他的答案。

• 医院管理 •

▶ [优秀案例分享：如何以 HRP 提升医院运营精细化管理？](#)（来源：DRG 管理）——第 77 页

【提要】随着医改深化和医院发展需要，医院作为经济体的企业管理属性越来越明显，很多医院通过信息化手段重塑医院运营管理过程，提高运营管理效率。例如广东省中医院就与时俱进，构建了 HRP 系统

提升医院整体精益管理水平，赋能高质量发展。本文也将针对“智慧医院”背景下医院 HRP 建设进行分析，分享广东省中医院 HRP 建设的现状、问题，以及有效解决措施，帮助医院信息系统能更好地服务于管理决策的需要。

▣ [建构智慧医院的起手式 | 完善基础、应用与管理面系统](#)（来源：联新医管）——第 80 页

【提要】根据麦肯锡报告指出，智慧医疗将透过慢性病管理、自主管理与疾病预防、疾病诊断、诊断分流、临床决策支援、照护服务等六大领域，整合病患在进入医院前、中、后的医疗活动，改善医疗成效、病患体验，使医疗服务更可亲，进而增加医疗服务流程的效能，同时，可因应未来医疗需求增加而医疗人员不足的问题。各国医疗机构以不同形式或面向导入智慧医疗或转型发展成为智慧医院，《医疗品质杂志》2019 年的研究指出，“智慧医院”的定义包含三个层次的设计：基础面、应用面与管理面，串联资讯科技应用与大数据，可最佳化改善效率、品质，以及提供病人更安全的医疗照顾，将是建构“智慧医院”的基本设计标准。

-----本期内容-----

· 医药专栏 ·

“6升4降1保障”，真实数据带你看近年医保药品管理成效

来源：中国医疗保险研究会

2021年11月初，中国医疗保险研究会和中国药学会在北京联合召开了“‘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”。

发布会上，中国医疗保险研究会通过相关数据的分析比对、医保改革政策趋势研究，展示了医保药品管理改革进展与成效，发现在医保持续改革下，医院临床用药行为发生深刻变化，呈现“六升四降一保障”的特点。

医保药品管理效能中的“六升”，不仅表现为药品使用用量、金额的增加，还包含药品质量、支付比例的提升，他们分别是：

六升之一：医保目录内药品金额、用量占比不断上升，动态调整初见成效。2016年-2020年，医保目录内药品使用金额由75%左右增至85%，人民群众对医保目录内药品的需求进一步加强。

六升之二：医保谈判药品金额、用量快速攀升，抗癌药等救命新药可及性显著提高。以2019年谈判新增药品使用情况为例，2021年第1季度药品用量是2019年1季度的17倍，而同期药品金额增量对比仅为4.48倍。可以看出药品用量增长率明显高于金额增长率，谈

判品种的以量换价的政策初衷得以实现，医保基金达到了更高效率的购买力。

六升之三：药品集中采购药品使用人次大幅增长。国家组织集采之后，部分药品价格下降到全球最低，更多患者用得上、用得起好药，药品的可及性大幅提高。

六升之四：集采中选仿制药市场份额迅速上升，有力推动仿制药替代。以某药品为例，第一批集采实施以前，原研药市场份额保持在60%以上，随着第一批集采的推进，市场格局扭转，原研药市场份额逐步被压缩，至2021年第一季度仅存二成。

六升之五：用药质量水平大幅提升，未过评药品市场份额骤减；集采以仿制药质量和疗效一致性评价为质量门槛，促使患者用药质量明显提高。同时，通过量价挂钩、确保使用等政策，挤出了流通领域的水分，减轻企业销售费用负担，有利于使其将更大投入用于质量保证、产品研发和成本控制。改善了行业生态，撬动了公立医院改革。

六升之六：两病门诊药品基金支付比例提高，缓解了居民用药负担。在“两病”门诊用药保障政策实施之后，基金支付比例都有所提高。尤其是政策内基金支付均能到90%以上，实际支付比也能够达到60%，远超政策目标50%。

医保药品管理效能中的“四降”则反应为部分数值得到了较好的控制：

“四降”之一：医院药品费用占比连续下降，取消药品加成，破

除以药补医机制的成效初步显现，医院内部收入结构逐步优化。

“四降”之二：集采药品费用占比显著下降，实现了医保基金高效率置换。集采实施以来，中选药品用量实现成倍的增加，而使用金额的却没有同比例增加，甚至逐步收缩，以更少的资金撬动更多的药品用量。

“四降”之三：药品集采显著降低群众人均药品费用，促使通用名和剂型下其他品牌降价。根据中国医疗保险研究会医疗服务利用数据，4+7后，2019年试点城市年人均药品费用降幅达到77%，其中替诺福韦片剂的年人均药品费用下降最多，达到97%，大大降低了患者的购药负担。同时，药品集采还促使同一通用名下其他品牌药品降价，集采对药品市场带来了前所未有的冲击，重塑了市场格局，倒逼一些医药企业压低其药品价格。

“四降”之四：重点监控品种使用情况显著下降，用量跌至原来二成。临床使用不合理、使用金额异常偏高的化学药品和生物制品得到了控制。

此外，“一保障”还体现出了对“两病”患者的待遇保障的倾斜，根据中国医疗保险研究会医疗服务利用数据，糖尿病患者其目录内药品使用人次占比和目录内药品费用覆盖，均能达到95%左右，高血压患者目录内药品使用人次占比及费用占比分别为94%和87%，两病患者的到了较为充足的保障。

[返回目录](#)

集中带量采购中选药品质量有保证吗？真实世界告诉你

来源：中国医疗保险

目前，国家已经成功组织开展五批药品集中带量采购，共覆盖 218 中药品，平均降价达 54%，采购品种多为由国家药监局生产质量管理规范认证的药企生产，且通过国家药品质量与疗效一致性评价的药品，覆盖高血压、糖尿病、高血脂、慢性乙肝等慢性病和常见病的主流用药。中标药品的大幅降价，这引发患者对中标药品（主要是中标的仿制药）质量与疗效的疑虑。

国家组织药品集中带量采购在采购药品的遴选，一般需要符合两个标准：一是临床使用比较广泛、用药量比较大的药品，集中在心血管和神经系统疾病用药（主要是高血压、病毒性肝炎、恶性肿瘤等慢性病和重大疾病用药）；二是通过质量和疗效一致性评价的仿制药和部分原研药，如“4+7”试点中选中 22 个为仿制药，3 个原研药。药品集中带量采购中标药品（主要为仿制药）的质量与疗效如何也是带量采购实施过程中的关注重点。2021 年 11 月 3 日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上，首都医科大学宣武医院主任张兰教授重点介绍了国家带量采购中标的心血管用药的临床替代疗效。

中选药物的疗效和安全性表现如何？

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。会上，张兰教授以 4 种心血管中选药物做了具体论证。

4 种心血管中选药物安全性和有效性如何？

通过对 3410 例(原研药 1753 例，仿制药 1657 例)急性冠脉综合征(ACS)并接受氯吡格雷治疗的患者的数据分析经单变量及多变量 COX 回归模型分析，使用中标药物与使用原研药物相比并不会增加发生 MACE 事件(包含心血管相关死亡、支架内血栓形成、卒中、心肌梗死和紧急冠状动脉血运重建的综合性事件)的风险。仿制氯吡格雷片治疗急性冠脉综合征(ACS)的有效性安全性终点事件(心脑血管不良事件发生率、全因死亡率、心血管相关死亡率、主要出血事件累积发生率)发生率与原研氯吡格雷均无显著性差异，对血小板聚集率的

影响与原研品种一致。

通过对首次(处方前 3 个月内未开具)处方仿制瑞舒伐他汀钙片(浙江京新)或原研瑞舒伐他汀(可定)的患者 3210 例(原研药 1415 例,仿制药 1795 例)分析发现,仿制药治疗后可以显著降低血脂(LDL-C)水平,仿制药和原研药治疗后对 ALT、AST 以及 CK 均无显著性影响。

通过对诊断为高脂血症、高胆固醇血症、冠心病,使用仿制阿托伐他汀和(或)原研阿托伐他汀治疗的 38510 例患者分析发现,阿托伐他汀仿制药与原研药在临床疗效(用药 3 ± 1.5 月后),血脂(LDL-C)达标率及降低百分比无统计学差异,用药后肝损伤(ALT, n=1946)发生率仿制药组低于原研药组,新发糖尿病(合并降糖药, n=14923)和肌病的发生率两组间无统计学差异,用药依从性(药物持有率, MRP)两者相当。

通过对诊断为高血压或者冠心病,被处方苯磺酸氨氯地平片原研药(辉瑞)或中选药(浙江京新)且至少就诊过两次的患者 2560 人次分析后发现,仿制药苯磺酸氨氯地平的间接指标日剂量、持续用药比例和换药情况与原研药相比无统计学差异且均无安全性事件。

研究发现 4 个集采中选心血管病治疗用药,真是数据中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,为通过一致性评价的仿制药在临床上替代原研药提供了重要的循证医学证据。

4 种心血管药物降价效果如何?

据张兰教授介绍，宣武医院在使用“4+7”带量采购4个中选心血管药物后，氯吡格雷一年节约了988.92万元，降幅达64.0%；氨氯地平一年节约了167.64万元，降幅达36.0%；阿托伐他汀一年节约了677.71万元，降幅达44.5%；瑞舒伐他汀一年节约了295.87万元，降幅达66.9%。4个中选心血管品种一年一共节约2130.14万元。其中中选药品氯吡格雷临床替代达97%，阿托伐他汀、瑞舒伐他汀的临床替代在60%左右。第1-5批带量采购中选心血管用药共38个品种，共使用30个品种，每年估计节约费用3931.35万元，下降幅度53%，其中节约金额最多的是氯吡格雷为988.92万元/年，下降幅度最大的是缬沙坦氨氯地平为95%。

[返回目录](#)

· 健康养老 ·

新形势下我国老年人口面临的主要公共卫生挑战

来源：程天科技

相较于全国第六次人口普查，我国60岁及以上和65岁及以上人口占比分别增加了5.44%和4.63%。在这一新的形势下，我国老年人口数不断增加、生育率维持在低水平、劳动力人口日趋减少、家庭规模持续缩小、老年人空巢家庭比例大幅增高的问题更进一步凸显。本文重点介绍了新形势下我国人口老龄化的主要特征、当前我国老年人口健康状况特点，梳理总结了我国老年人口所面临的公共卫生挑战，

并展望如何应对,以期为我国老年人口健康公共卫生应对提供可借鉴思路。

一、新形势下我国人口老龄化的主要特征

2020 年以来,我国人口老龄化呈现出新的形势,主要表现为以下 5 个特征:第一,老年人口数量增长迅速。2001—2020 年我国处于快速老龄化阶段,老年人口平均每年增加 600 万人,增速为 3.3%,远高于总人口 0.66%的年均增长速度。现阶段,我国老龄化形势进入的新的加速阶段(2021—2050 年),老年人口数量加速增长,平均每年增长 620 万人。第二,高龄人口基数庞大。2000 年,我国高龄老人(80 岁及以上)为 1199 万人,占老年人口的 9.2%;近年来高龄老人人口年均增速达到了 5.4%,2020 年达 3580 万人,占老年人口的 13.6%。第三,老年抚养比快速上升。老年抚养比为老年人口数(65 岁及以上)和劳动适龄人口数(15~64 岁)之比。2000 年我国老年抚养比为 10.1%,而 2020 年我国老年抚养比增加到 21.4%(1.91 亿/8.94 亿)。第四,家庭规模逐渐缩小,老年人家庭逐步以空巢家庭为主要形式。空巢家庭为家庭中子女成人后离开父母,老年一代人独自生活。2000 年我国老年人空巢家庭比例为 1/5,2020 年接近 1/2。第五,未来人口老龄化还将持续加剧。预计到 2050 年我国总人口将呈零增长或负增长态势,60 岁以上老年人口数超过 3.66 亿,占总人口比例超过 26.1%;老年抚养比将达到 43.6%;高龄老人预计将会达到 1.15 亿,占老年人口数量的 31.5%。

二、当前我国老年人口健康状况特点

老年人生理和心理特点随年龄而发生变化，增龄是最大的危险因素，再加上环境和遗传等各类危险因素暴露持续累积，老年人的器官功能逐渐减退，出现多系统退行性病变。进入老龄阶段，老年人呈现传染病易感、慢性病多病共存、营养不足、虚弱、跌倒流行、“失能失智”、心理健康和精神卫生问题显著等有别于一般人群的健康特点。世界卫生组织(WorldHealthOrganization, WHO)提出，健康老龄化主要旨在推动老年人发展和保持内在能力，促进功能发挥。内在能力指的是老年人全部体力和脑力的组合；功能发挥为内在能力与个体所处环境的结合和相互作用。

(一) 老年人生理健康呈现传染病易感、慢性病多病共存的特征

随着免疫功能的下降，老年人对呼吸道传染病更为易感，这在新型冠状病毒肺炎疫情中得到高度体现。老年人群新型冠状病毒肺炎的患病率、重症率和病死率均较高，据中国疾病预防控制中心对我国7.2万病例的流行病学分析显示，在死亡病例中60岁及以上的人群占比达81%。老年人多种慢性非传染性疾病(以下简称“慢性病”)共存，2015年中国健康与养老追踪调查结果显示，我国60岁以上老年人存在慢性病多病共存的比例为43.7%。

(二) 老年人“失能失智”等功能状态受损广泛流行

“失能”和“失智”分别是指日常生活自理能力受限和认知功能受损。根据第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查，2015年我国

“失能”和“半失能”老年人口占比为 18.3%。2018 年我国“失智”老年人有 1200 万，占老年人口的 5%，约占全球“失智”老年人总数的 20%，预计 2030 年和 2050 年将分别达到 6168 万人和 9750 万人。老年人阿尔茨海默病患病率随年龄而上升，60~64 岁为 0.5%，到 85~89 岁上升为 18%。65 岁以上和 85 岁以上老年人的帕金森患病率分别为 1%~2%和 3%~5%。目前我国有 7550 万人存在视力受损，其中大部分为 60 岁以上老年人；60 岁以上老年人听力受损的患病率为 29%，农村略高于城市。

(三) 老年人营养不足问题突出，为虚弱、跌倒的高发人群

随着年龄的增加，老年人低体重、贫血和营养素缺乏等营养不足问题广泛流行。我国 60 岁以上老年人营养不良的患病率为 12.6%，贫血患病率为 20.6%，维生素 D 缺乏率为 70.3%。虚弱是一种多维度医学综合征，以生理储备降低和应激能力减弱为主要表现，在我国 60 岁以上老年人中患病率为 9.9%，女性高于男性，农村高于城市。跌倒位居我国老年人伤害死亡类型的首位，死亡率为 81.14/10 万。

(四) 老年人心理健康和精神卫生问题相对普遍

老年人退休以后心理会发生重大变化，对个人价值和社会地位的自我感受普遍存在落差，比一般人群更易产生抑郁和焦虑等心理问题，同时常面对更频繁的负性生活事件(如亲人离世等)。中国老年健康影响因素跟踪调查(Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey, CLHLS)发现在我国 60 岁及以上的老年人群中，焦虑症状检出率为

12.2%，农村高于城市。我国60~69岁老年人群抑郁症状的流行率为22.3%，70~79岁为25.0%，80岁以上为30.3%。我国农村地区老年人空巢家庭问题突出，因经济状况和家庭因素导致“空巢综合征”，农村地区老年人的自杀率是全球平均水平的4~5倍。

三、新形势下我国老年人口面临的主要公共卫生挑战

我国在人口老龄化与健康应对方面开展了大量工作。一方面，开展了人口老龄化与老年健康相关的科学研究，初步探讨了老年人的社会学特征和需求，老年人健康特点、主要影响因素和老年健康生物标志物等，为阐述人口老龄化与健康应对提供了一定的科学证据；另一方面，我国积极推进人口老龄化与健康相关政策的制定和实施，推动开展生活照护、医疗、护理、康复、安宁和精神支持等服务。新形势下我国老年人口面临着一系列更为严峻的公共卫生挑战。

（一）我国老年人口健康规律、总体健康状况和服务需求尚不清楚

老年人具有区别于一般成人的特殊健康规律，国内外研究发现，机体在老化过程中物质和能量代谢出现适应性改变，多种传统的危险因素对健康的影响随年龄而变化，甚至在老年人或高龄老人中出现“健康悖论”。虽然我国已经开展了一系列老年健康相关研究，但是老年健康关键因素、关键路径以及老年健康问题的病因链、病因网尚不清楚，我们尚未掌握我国老年人口健康的流行病学规律。现有关于老年人口健康状况的调查和研究，存在样本数量偏小、不同项目对“失能失智”等指标的定义不全一致等问题，当前我国尚缺乏具有全国代

表性的高质量调查数据，未掌握关于老年人口关键健康指标的确切信息。因此不能准确掌握各地区老年人口的卫生保健和长期照护服务需求，导致一些地方的养老机构存在床位空置率较高等现象。

(二) 我国老年人口卫生保健和长期照护相关制度尚不健全

日本和欧美多数国家形成了相对成熟的老年人卫生保健和长期照护制度，WHO 也出台了相应的政策和技术文件。当前我国老年人口健康照护事业发展缓慢，科学系统、学界认可的老年健康干预研究工作依然匮乏，现阶段我国多数老年健康相关研究成果停留在理论层面，尚未有效转化为临床实践和公共卫生决策，难以为我国老年人照护需求评估和个性化照护计划制定提供精准的科学指导。2018 年修订的《中华人民共和国老年人权益保障法》缺乏对老年人卫生保健和长期照护的具体规定，也没有出台进一步的法规和部门规章细则，尚不能形成对老年人卫生保健和长期照护的法制支撑。同时，我国尚未制定老年人卫生保健和长期照护的准入门槛、服务标准和技术规范，科学的卫生保健和长期照护理念和综合健康评估的技术能力存在短板，远不能满足老年人的服务需求。

(三) 我国老年人口卫生保健服务和长期照护服务体系还很不完善

随着人口老龄化不断加深，老年人群在优化内在能力和功能发挥方面的服务需求大幅度提升。我国针对老年人群的基本公共卫生服务存在着服务内容不够精准、服务体系不健全、有效供给不足、发展不

平衡不充分、基层服务能力和信息化水平有限、资源投资有限、长期照护保险筹资机制缺乏等问题。医院和疾控机构在老年人口健康公共卫生应对中的作用发挥不够，基层社区卫生服务机构卫生保健服务能力不足，养老机构的功能定位还不够清晰，与老年人群健康需求不相协调。老年医院和老年康复、护理、临终关怀机构严重不足，针对老年人健康重医疗轻预防、“头痛医头，脚痛医脚”的现象尤为突出，优化内在能力、促进功能康复和能力发挥还没有成为工作重心。老年人养老保险和退休金难以支撑自身的卫生保健和长期照护服务需求，特别是难以保障农村和边远地区的老年人平等享用医疗卫生资源，长期照护的筹资机制和准入机制还是工作空白区。

(四) 我国老年人口卫生保健和长期照护服务人员储备不足、发展不均衡

面对老年人健康照护服务的巨大需求，老年健康学科建设滞后，专业人才十分匮乏。2014 年老年医学首次被定位为内科学专业下属三级学科，但尚未建立起专科医师培训体系与职称评定标准；养老护理员是目前唯一有资质的老年健康服务职业队伍，但存在严重的供求失衡，目前全国仅有不足 200 万养老护理员。城市地区关于老年人口卫生保健和长期照护服务尚不完善，而大多数农村地区尚未建立起老年人口卫生保健和长期照护服务机制，医疗资源短缺、医疗水平偏低，空巢独居和精神孤独问题突出，在长期照护服务上主要依靠家庭养老。同时家庭结构的快速改变给老年人口卫生保健服务和长期照护服

务模式带来严峻挑战，卫生保健服务和长期照护服务的需求已从单纯的
个人风险或家庭风险演变为社会风险。

(五)我国老年友好型环境尚未形成对老年人口健康公共卫生应对的有效支撑

老年友好型环境是指通过在全生命周期中建立和保持个体的内在能力，并使具有特定能力水平的个体具有更好的功能水平，从而促进生命健康，积极应对人口老龄化。我国老年友好型环境建设目前尚处于起步阶段。近些年来，相对经济发达和老龄工作基础较好的城市已经陆续开展了老年友好城市、老年友好社区建设的试点工作。但从全国来看，我国老年人存在以家庭参与为主，社会参与度不足，自我效能感和获得感较低等问题；老年宜居环境基础设施薄弱，社区设施、交通设施及道路规划普遍缺乏针对老年人的工程设计和改造；住所小气候、空气、水、光和噪声污染问题较为突出。家庭层面上代际文化冲突较为明显，社会层面上存在对老年人的歧视现象；政策层面上保护老年人权益的法律法规尚不完善。上述这些问题反映出对老年人口健康公共卫生应对支撑不够。

(六)智能技术在老年人群中的应用存在先天不足

近年来，互联网、物联网、大数据等技术飞速发展，被广泛应用于老年人社会交往和健康管理中。然而，一方面老年人在感觉和感知层面机能衰退，另一方面我国老年辅助器材及产品研发创新不足、专门针对老年人健康监测、风险预警和评估、功能训练和康复的信息技

术欠缺，致使智能技术在老年人中的应用存在先天不足，老年人对智慧医疗照护产品的服务利用率处于较低水平。

四、展望

从当前我国人口老龄化面临的新形势及主要公共卫生挑战出发，建议在国家层面制定我国老年人口健康公共卫生应对行动计划，建立健全分工明确、创新协同的老年人口健康公共卫生体系，整体提升我国老年人口健康水平。

(一) 尽快摸清老年人口健康状况和服务需求，并定期监测评估应对进展

加大调查研究，尽快摸清我国老年人口健康规律、总体健康状况和服务需求，为政府制定政策提供科学依据。建立健全老年人内在能力和功能发挥等健康状况、卫生需求和照护等公共卫生应对指标的监测体系，开展定期的监测与评估，及时获取我国人口健康老龄化进程及应对措施的效果。制定和完善老年人行动受限、营养不良、视力障碍、听力损失、认知功能受损、尿失禁、跌倒等照护依赖问题以及高血压、糖尿病、抑郁等慢性病问题的评估和管理措施。综合评估老年人健康状况并进行风险等级划分，明确老年人口卫生保健和长期照护方面的供给和需求，定量分析政策、行动和干预措施对老年人口健康的影响，定期评估我国公共卫生应对覆盖范围及应对能力，不断优化工作目标，稳步提升我国老年人口健康公共卫生应对效能。

(二) 在国家层面制定老年人口健康相关法律法规和政策

在研究制定法律法规和政策时应考虑以下几个重要方面。第一，将老年人的健康应对策略重点由疾病防治转向以需求为核心的综合关怀，重新评估老年和老龄的定义，聚焦老年人功能维持，改善内在能力发挥。第二，明确各级政府按照权限制定相关法律法规、财政政策和问责机制，明确政府、社会、社区和家庭的定位及其之间的关系，建立并完善覆盖全人群的长期照护保险筹资机制，将家庭照护压力交由社会承担。第三，基于新冠肺炎疫情防控的经验与启示，提升传染病防控在老年人健康防控中的优先位置，提高体系的韧性和抗风险能力。第四，将全生命周期理念融入老年人口健康问题应对中，重视在生命历程早期、儿童期和成年期养成健康的生活方式，最终整体提高老年人口的健康水平。

(三) 建立创新协同、分工明确的我国老年人口卫生保健和长期照护服务体系

研究制定符合我国老年人口实际情况的健康照护服务制度，从法律层面为老年人口提供预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护、安宁和健康教育等综合、连续的服务，建立以居家为基础、社区卫生服务中心为依托、老年医院和综合医院老年科为支撑、照护机构/养老机构为辅助的卫生保健服务和长期照护服务体系。明确医疗机构定位，主要针对不同健康状态人群提供差异化疾病诊治、卫生保健和功能康复服务，并与照护机构相互配合；明确照护机构定位，满足不同老年人对照护服务的多层次需求，除可提供基本生活照料、生活支持

和精神关爱等一般性照护服务外，应重点面向“失能失智”等内在能力减退和功能发挥受限人群提供长期照护服务。发挥初级卫生保健的作用，将老年人综合健康评估与管理服务纳入基本公共卫生服务项目中，在基层医疗卫生机构和照护机构增加床位、配套人员，保障服务的可及性和公平性。

(四) 推动全社会广泛参与，加大力度建设老年友好型环境

遵循适老性原则和老年友好策略，推进建设政策环境、人文服务环境和宜居环境，形成养老、孝老、敬老的社会环境，促进老年人保持健康、独立和自理，持续融入和参与社会。政府制定相关政策，促进社会和社区畅通的老年人社会参与渠道，搭建交流平台，提高老年人社会参与度和获得感。推进老年人辅助工具应用，借此弥补老年人功能减退和内在能力下降问题。完善社区居家养老服务网络，改造电梯、轮椅通道等辅助设施设置，增加防滑等保护措施，为老年人提供安全、便利和舒适的生活环境。

(五) 以老年人健康特点和需求为导向，开展老年健康防护与干预工作试点

在系统掌握我国老年人群健康特点的基础上，借鉴国内外已有经验，开展老年健康防护与干预工作试点。从被动医疗迈向主动健康，把老年人健康管理的关口前移，推进健康教育和健康促进，有效提高老年人健康素养。针对老年人的重点健康问题，制定一系列针对老年人行动能力受损、营养不足、视力障碍、听力损失、认知功能受损和

抑郁症状等内在能力下降、尿失禁和跌倒等老年综合症的干预措施和指南，如危险因素管理、膳食营养支持、有氧运动和抗阻训练等。强化人群健康风险分层和分类管理，对于健康低龄老人，突出预防和自我照护；对于高龄、“失能失智”、严重营养不足、存在心理健康问题的老年人，突出卫生保健服务和长期照护服务。运用信息化手段提供个体化健康防护与干预服务，提升服务效能。在总结地方试点经验和典型的基础上，逐步扩大试点范围，形成适合我国国情的老年人口健康防护与干预服务模式。

(六) 强化科学研究和科技创新，服务于老年人群多层次健康需求

梳理出我国针对老年人群包括高龄老人健康的研究需求，并将其纳入国家中长期科技发展规划和“十四五”科技创新规划，系统布局科技力量。基于我国老年人群的前瞻性队列，开展老年人群健康关键因素研究，探索老年疾病的病因网，探讨影响健康老龄化的综合效应机制和生物学机制，明确促进健康老龄化的关键路径，建立我国人群的老年健康标准体系。编制适合老年人特点的能力评估、预防、干预、康复等健康服务技术清单，促进科研成果转化应用，开发简单实用的风险预警评估和功能训练的工具和产品。建立运用信息科技或人工智能新系统，将医院电子病例等健康医疗大数据应用于老年健康服务，推进“互联网+诊疗”模式，培育智慧养老等新业态。注重生物医学工程技术创新，自主研发创新我国医疗器械、生物医用材料并实现国产化。

(七) 多措并举，提升老年健康服务的保障能力和水平

把积极应对人口老龄化与健康融入整个公共政策体系，将健康老龄化纳入到国家政策和计划中，制定相关的法律法规为老年人口卫生保健和长期照护服务提供制度保障。广泛调动政府、社会、家庭和个人积极性，加大政府财政支持力度，吸引社会资本力量，落实老年人口卫生保健服务和长期照护服务相关机构的税费优惠政策，建立覆盖面广、注重公平的老年人口健康保障体系。制定老年人口健康服务人才队伍建设实施意见，支持高等院校、中等职业学校发展护理、康复等老年医学特色专业，编写修订国家级教材，完善人才培养、就业、职称等支持政策。抓住乡村振兴契机，发展农村老年人口卫生保健和长期照护服务，积极应对农村人口老龄化与健康。借鉴新冠肺炎疫情防控经验，充分发挥我国中医药的巨大优势，发展针对老年人慢性病多病共存特点以及功能维护康复需要的中医药防治技术服务。

[返回目录](#)

家庭养老产业变局已至，如何抢抓机遇？

来源：动脉网

我国养老健康产业正在迎来一场新的变局。

去年年底，中共中央“十四五”规划《建议》提出，“实施积极应对人口老龄化国家战略”。“积极”二字的提出与“国家战略”的确定，使得养老产业迎来重要发展机遇。

从政策支持层面看，截止今年2月，全国31个省区市党委陆续

审议通过了当地“十四五”规划《建议》。在各地的规划中，养老被给予了重点关注，其中，“对公共场所进行适老化改造”“发展银发经济”成为多个省区市未来五年发展的着力点。

从市场发展层面看，根据艾媒咨询的数据，2018 年我国养老产业市场规模达 6.57 万亿元，预计 2022 年可达 10.29 万亿元。这背后，是我国老龄人数的快速增加，2020 年 10 月民政部新闻发布会的数据显示，“十四五”期间预测全国老年人口将突破 3 亿。

顺应这个大趋势，大健康行业正被重塑：老年人数的激增使得老年相关疾病的人口基数变大，加上这部分人群对医疗健康的刚需远超任何年龄段，老年人无疑正在成为大健康消费的主流群体之一。这带来的结果是，一些新的商业模式和创新技术将在需求和政策的支持下，不断衍生和演化。

变局之下，一幅面向老年人的健康产业发展蓝图正在描绘。

老龄化挑战日趋严峻，中国式养老难点在哪？

我国社会的老龄化正在加速。

根据国际通行的标准，当一个地区 60 岁以上老人达到总人口的 10% 时，则被视为进入到了老龄化社会。按照这一标准，我国于 1999 年前后便已进入老龄化社会。20 年过去，我国的老人占到总人口的比例已经扩大了一倍。

特别是从明年开始，1962-1975 年连续 14 年出生高峰的人群正步入老龄化，也就是说后续十多年我国将迎来老龄化高峰，大约有超

2 亿老年人的增量。

另一方面，我国人口目前也呈现出人均寿命延长、生育率下降等特点。根据《2012 年世界人口展望》，由于多年来实施计划生育政策，截止 2015 年，我国大约有 1.5 亿个独生子女家庭。

综合看，老龄人口增多和孩子多为独生子女这两个因素的叠加带来最显著的问题便是，需要照护的人群数量正以前所未有的速度上涨，且老年人口抚养比也在持续攀升。中国统计年鉴显示，2020 年我国老年人口抚养比为 17.8%，而上个世纪 90 年代该项数据比例不足 9%。这意味着，以前 1 个老年人平均有 11 个人赡养，而现在 1 个老人平均只有约 6 个人赡养，社会的养老负担不断加重，子女赡养老人的压力也在不断增加。

从已经进入人口老龄化社会多年的部分国家的经验来看，建立健全的养老金体系是应对养老负担的有效举措。我国从上世纪 90 年代便开始在积极进行养老保险制度的改革创新，经过二十多年的努力与建设，我国新的养老保险制度已初步建立，形成了包括基本养老保险、企业补充养老保险和个人储蓄性养老保险为主的多层次、多支柱新型养老保险体系，这在很大程度上缓解了我国的养老压力。

但是，囿于老龄人口的快速增加，基本养老保险目前面临着两个问题。一是城乡居民基本养老保险待遇水平有限。《人力资源和社会保障事业发展统计公报 2019》显示，全国城镇职工养老保险待遇领取人员 12310 万人，养老保险基金支出 49228 亿元，平均每人每月养

老保险待遇 3332.5 元，可满足基本生活需求；同期全国有 16032 万人享受城乡居民基本养老保险待遇，人均 162 元一个月，替代率低。

二是财政负担压力大。作为城乡居民基本养老保险的重要供款方，政府给付老年人口基本养老金，同时对居民缴费予以补助。根据社科院在 2019 年 4 月发布的《中国养老金精算报告 2019-2050》显示，我国基本养老保险累计结余或许在 2035 年耗尽，十四五期间我国养老金保障缺口可能达到 8 到 10 万亿元。

正是在这一背景下，市场呼唤新的解决方案。

80 后 90 后等年轻一代，如何思考家庭养老问题？

面对养老这个万亿级市场大风口，不论是房地产企业，还是科技巨头，亦或是一些创新企业，都在积极探索与布局。

例如作为我国房企的代表之一的万科，就先后尝试了多种养老商业模式，包括推出以护理需求为主的楼盘和打造提供“自理、介护、介助”的一站式养老社区等；腾讯在金融相关业务上，也相继推了多只养老目标基金。

可以看到，养老市场的竞争异常激烈。但另一方面也说明，这个市场足够大，加上较高的市场增速，行业天花板还将被持续抬高。

在这个发展过程里面，有一个趋势值得注意：站在出生人口的角度，把 2021 年作为时间节点，90 后的人口正处于而立之年，80 后步入 40 岁，这部分群体的父母正处于即将 60 岁以及 60 岁+的老龄化阶段，加上子女处在刚养育和 K12 教育的阶段，“上有老下有小”的

80 后 90 后是当前家庭养老压力最大的社会群体。

“现在一般情况下，就是一对夫妻供养四位老人。这与以前多个子女供养一对父母的情况发生了很大的变化。”善诊创始人兼 CEO 吴竑兴表示，“80 后 90 后这代人由于受到大学扩招的影响，从三四线及以下城市完成了向一二线城市不可逆的人口流动，这导致陪伴老人与照顾父母的健康就成了非常困难的事。”

从这个痛点出发，吴竑兴与团队于 2015 年成立了善诊，通过专注银发大健康赛道来帮助年轻人解决父母的健康问题，目前服务用户突破千万，已经成为国内最大的父母健康服务平台。

善诊的打法是，以“定制体检—健康管理—保险支付”形成产品闭环，为用户提供全生命周期的健康管理服务。“我们要做的是，让子女从亲力亲为照顾父母健康逐渐转变为通过购买服务来帮助父母进行养老。”在吴竑兴看来，商业模式背后的逻辑出发点在于，老龄化并非局部变量，而是全局变量，即市场增量不只是老龄群体需要什么，而是涉及父母与子女整个群体的需求。

针对此，善诊的具体业务布局主要在三个方面。

在体检服务方面，子女用户可以在善诊平台(微信公众号、小程序、APP 等)上为身处异地的父母进行预约体检服务。为了让体检更加个性化，在善诊平台上有善诊的医学团队根据用户需求，专为中老年人设计的定制体检，使体检更有针对性。另外，在体检结束后，善诊还将继续提供“三甲医院专家语音解读体检报告”的服务，帮助子

女和父母去解读体检表里各项指标背后所蕴含的意义。

家庭健康顾问服务方面，善诊为用户提供了包含 1 对 1 专属健康咨询、个性化健康管控方案、家庭健康档案定制等一体化家庭健康管理服务。该项服务意在帮助用户父母在疾病预防、饮食调理、运动健康等方面进行合理管控，目前已累计覆盖超 100000 个家庭。

保险支付方面，善诊基于长期对银发人群健康数据的研究，配合覆盖全国的健康服务网络，以“风控+健康服务”的模式，联合合作伙伴在行业内首创“老年医疗险”。目前，善诊基于自主研发的 Alpha 精准风控引擎，针对银发及非标体群体，为行业提供创新的健康险解决方案，提供涵盖产品设计、定价支持、核保风控、再保安排、营销支持及健康管理的一体化解决方案。

可以发现，善诊从体检切入，为子女帮助父母解决健康问题提供了清晰的行为路径。首先，老年人的体检是刚性需求，至少一年要检查一次，复购率和依从度高；再者，当父母在体检之后发现了健康问题，或者日常需要健康服务，也可使用善诊的家庭健康顾问享受一体化的健康管理服务；最后，从支付的角度看，“老年医疗险”也为用户提供了多元的支付手段。

“这里面最大的改变就是将支付方从‘父母’转移到‘子女’。为什么以前的父母很少去体检？这背后是老年人害怕花钱的群体心理。现在子女为父母购买了这样的一项服务，如果不用，父母就会‘怕浪费钱’。”吴竑兴表示，“老年人群很关心自己的健康，但都不太

愿意劳烦子女，子女也很想照顾父母，但离家远也成为了年轻人的痛点。”

正是支付方与需求方的分离，善诊提供的方案既解决了子女担心父母的心理需求，又解决了父母的真实医疗健康需求。

站在更高的维度来看，若要提高老年人群的生活质量，不光要提供好的医疗服务，还需要改变人群的生活习惯。也就是说，要让被动的医疗治疗转向主动的疾病预防与健康管理。但健康管理往往是反人性的，这使得老年群体的依从度很低。“我们发现，一旦子女买了单，老年人的依从度也会显著提高。”吴竑兴认为，这对于养老健康产业或许能带来更多的借鉴意义，从而有助于我国老年人群的生活质量提升。

在运营方式上，善诊基于对目前老年群体已经开始触碰移动互联网但还未深入的习惯，为老年群体提供了微信公众号或微信群的这一服务路径，从而降低了中老年群体的使用门槛。不仅如此，为了让老年群体拥有科学的健康观念，善诊也在积极为用户提供权威的健康科普。

综上，基于80后90后照顾父母健康的痛点，通过分离“支付方”与“需求方”，善诊寻找到了养老产业新的模式路径。事实也证明，在这个模式中，子女照顾父母健康的难点得以解决，父母健康管理的依从性也得到了提高。

老年健康险有机会吗？

在医疗健康领域，找到合适的支付方一直是商业模式构建的关键环节。

观察养老健康领域，除了上文提到的基本养老保险外，专门针对老年群体的商业化的“老年健康险”却一直存在严重的缺口。背后的原因是老年人患病率高，治疗费用昂贵。比如相关数据显示，老年人恶性肿瘤发病率比年轻人高 6 倍。

这导致的结果是，市场上主流的“老年健康险”在产品设计上，很少有真正结合老年人身体状况进行量身定制的。另外，为了抵御风险，“老年健康险”相关产品的价格一般也会比其他健康险产品贵几倍。

如何解决这一问题？核心在于健康风控能力。“我们通过健康服务网络、家庭健康顾问和大量的用户社群，沉淀了海量用户授权的中老年健康大数据”吴竑兴表示，通过数据驱动，善诊致力于打通健康服务到保险支付的闭环。

基于数据，善诊打造出了一款针对银发群体的 Alpha 保险精准风控引擎。该引擎的亮点在于用自动核保的方式替代以前传统的线下人工核保，解决了老年医疗产品“质量和规模化”的问题。

值得一提的是，借助于 Alpha 模型，保险企业可以根据不同投保人的健康状况，对投保个体进行精准风控管理，实现高年龄段人群的个性化承保。

举个例子，当子女为父母购买“老年健康险”后，可以到善诊平

台进行体检，然后得出体检数据，善诊 Alpha 风控模式根据体检数据为用户提供类似信用分的“善诊分值”。保险企业基于这个分值来确定是否对用户承保，以及承保范围和保费。

“从 2019 年上市以来，老年健康险已经完成了实际理赔经验对前端风控模型有效性的验证。”吴竝兴表示，国内首款老年医疗险就是善诊联合 RGA 美国再保险和安心保险于 2019 年 3 月推出。据介绍，这款针对 60 岁以上老年人群体的医疗险，提供百万保额与保障，填补了该年龄段人群健康险的空白，产品接受最高 80 岁人群购买，最长可续保至 100 岁。

截至目前，善诊目前已经推出多款产品，极大地满足了中老年群体的购险需求。

未来趋势演变

养老健康产业尽管已经涌入无数的玩家，但也还只是发展的初步阶段。

在十四五的“规划纲要”中，“完善养老服务体系”作为单独设立的一个章节，重点提出推动养老事业和养老产业协同发展，健全基本养老服务体系，大力发展普惠型养老服务，支持家庭承担养老功能，构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系。

不难发现，养老健康的难点很多也很杂，每一个痛点的解决都将带来一个广阔的市场机会。但万变不离其宗，笼统的说，未来养老健康产业的发展趋势主要集中在两点：一是存量供给的适老升级，二是

增量供给的创新型服务。

在存量供给方面，适老化升级带来的是养老质量的提升。比如缓解老年人因生理机能变化导致的生活不适应，让老年人避免受到人身伤害，并增强老人居家生活的安全性和便利性。在这个领域里面，建筑设计类、医疗器械研发、医疗信息化的企业都将有机会。

比如由中国科学院物联网研究发展中心孵化的福康通，其是一家以智慧健康养老为核心的高新技术培育企业。该企业自主研发了健康一体机信息系统、生命体征检测系统、适老化改造信息服务系统、居家养老服务系统软件、老年人能力评估软件、感观康复训练系统、福康通健康数据采集信息工作站系统、福康通智慧养老信息化云平台等现代化养老信息技术平台。公开招投标数据显示，自2019年1月以来，福康通先后承担40多个地方性的适老化改造项目，是国内提供此类解决方案最多的企业。

在增量供给方面，创新型服务则是优化养老健康资源的匹配或重塑整个健康生态的供需。比如险资与房企相结合，使得养老社区成为了保险服务中的一环，而不是如同过往的地产商主要做房产售卖或运营为主的单一模式。比如泰康、太平洋、新华、国寿保险等推出的“保单+养老”的业务，即消费者购买指定种类及金额的保险产品即可取得养老社区入住资格，然后再支付相对市场中高水平的服务月费。

又比如，善诊所提出的“父母健康找善诊”的理念，也是在分离了支付方与需求方后，重构了整个养老健康的交易模式，并提高了用

户健康管理的依从性。另外，去年善诊获得了“互联网医院牌照”，这无疑为善诊未来进行互联网医疗服务提供了可能。也就是说，在未来，善诊在增量供给方面，还会带来更多创新型服务。

众所周知，老龄化并不是父母，也不是子女独自面对的问题，而是一个需要每一个个体都参与的全社会的问题。这个问题很大，一时之间很难解决。但幸运的是，一批先行者已经走在路上，去探索与寻求问题最优的解法。

而在这个过程中，时间或许是最好的答案，也是最强的壁垒。

[返回目录](#)

• 监察监管 •

5 个方面，探索医保基金监管新方式

来源：国家医疗保障局

“骗取国家医保基金”可以算得上是医保基金监管中的“顽疾”，长期以来一直存在。近两年，随着安徽“太和骗保案”、山东“单县脑中风事件”被媒体相继曝光后，逐渐出现在公众的视线中，引发社会广泛关注。随着国家医疗保障体系的健全完善，医保的覆盖面(95%、13.61亿人)和基金规模(3.1万亿元)不断扩大，也一定程度上增加了医保基金的监管风险。

整治成效斐然，机制日趋完善

国家医疗保障局组建以来，不断织密扎牢医保基金监管的制度笼

子，以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为。尤其在今年，将专项整治行动与日常监管有力结合，强化打击欺诈骗保工作的针对性与全面性；并与公安部、国家卫健委联合部署开展全国依法打击欺诈骗保犯罪专项整治行动，重拳打击各类诈骗医保基金犯罪。在这样的高压态势下，打击欺诈骗保工作成效斐然：国家医保局数据显示，2018年至2020年，全国共查处违法违规定点医药机构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；2021年1至8月份，共检查定点医药机构51.66万家，查处21.25万家，其中行政处罚3297家，暂停医保协议9777家，取消医保协议2398家，追回医保基金88.12亿元。

在此过程中，各级医保系统不断积累经验，完善监督检查工作方式，持续提高打击欺诈骗保工作的成效。

一是建立和完善飞行检查工作机制。国家医保局不定期组织开展全国飞行检查工作，组织有关部门、第三方机构和媒体开展，并规定具体飞行检查工作流程和操作规范。

二是引入第三方专业力量助力监管。充分发挥商业保险机构、会计师事务所、信息技术服务机构等第三方的专业力量，更好地发现一些隐蔽的欺诈骗保问题。

三是完善举报奖励制度。国家医保局印发《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》，设立全国打击欺诈骗保举报电话，开通信访、网站、微信公众号等举报投诉渠道，31个省份均出台举

报奖励具体办法。四是加大宣传曝光力度。遴选有代表性的、影响重大的案情信息，定期在国家曝光台予以公开曝光，加大对违法违规行为的震慑作用。

然而，持续打击欺诈骗保只是强化医保基金监管的方式之一，如何在取得的工作进展和成效的基础上，构建起多方协同、管用高效的基金监管长效机制，是当前和未来的工作重点。

加强基金监管，构建长效机制是关键

国家医保局成立以来，在开展专项整治的同时，致力于立足日常监管，着力构建医保基金监管的长效机制。重点工作包括：加强顶层设计，构建体制机制；建立医保部门主导、多部门协同参与的工作机制；统一程序和标准，为地方开展监管工作提供指导；构建全国统一的医保信息平台，做好信息化支撑；推动形成全社会共同监督的良好氛围。具体包括：

1. 加强顶层设计，推进医保基金监管推进法制制度建设。一是推动出台了《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号），提出到2025年医保基金监管制度体系改革的总体目标，明确了改革重点任务和制度保障，为推进医保基金监管体系建设打下坚实基础。二是推动我国医疗保障工作的第一部法律法规——《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》）出台，有力推进医保领域依法行政、提升医保综合治理水平。

2. 统一工作程序和标准，为地方依法履职提供有力支撑。国家医

保局在行政处罚、执法权限、执法依据、执法文书、执法程序、行政处罚等方面集中研究制定了一批规范化管理文件，确保各地依法履职。行政处罚方面，印发了《医疗保障行政处罚程序暂行规定》《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》；执法权限方面，印发了《医疗行政执法证件管理办法》；执法文书方面，印发了《医疗保障行政执法文书制作指引与文书样式》；执法程序方面，《医保系统全面推行行政执法公示制度执法全过程记录制度重大执法决定法制审核制度的实施办法(试行)》等也已印发实施。上述规范性文件的出台，推动了基金监管行政执法的标准化、规范化。

3. 建立完善医保部门主导，多部门参与的监督和管理联动机制。主要包括：加强部门协作，协同卫生健康、公安等部门积极参与，探索协同执法、联防联控和行刑衔接等工作机制，联合开展打击欺诈骗保专项治理行动，持续构筑打击欺诈骗保工作的高压态势；探索与市场监管部门建立制度化、长期化的监管合作机制，在医药价格监管、医疗领域反商业贿赂和其他不正当竞争行为、打击药品垄断、医药信用监管等领域，积极与市场监管部门开展互动和信息交流、联合执法检查。

4. 借助信息化、大数据等技术手段提升医保管理精准性。加快部署国家医保信息平台中医保智能监控子系统的建设和实施应用，完善智能监控体制。主要工作包括：推进医保智能监控知识库和规则库规范化建设，实现全国统一，线上线下一致，并动态更新。推动医

保费用结算从人工抽查审核向全面智能审核转变，从事后监管向事前提示、事中监控转变。

5. 引导全社会共同参与，与医保监管形成良性互动，宣传曝光形成氛围。国家医保局将每年4月定为基金监管集中宣传月，建立欺诈骗保典型案例曝光机制，构建全社会关注并自觉维护医疗保障基金安全的良好氛围。此外，在各地推行“社会监督员”制度，推行“网格化”管理，让全社会共同参与基金监管，破解基层监管力量薄弱、“最后一公里”盲区等工作难点问题。

新形势下，积极探索医保基金监管新方式

经过近几年的强化监管，各级医保系统在基金监管方面都积累了丰富经验，然而当前社会整体形势和医保内部形势不断变化，如参保人员流动性增加、新业态从业人员数量快速增长、“互联网+医药”等新型服务业态加快发展；门诊保障、长期护理保险、异地就医直接结算等医保领域制度改革不断推进，这些都对基金监管也提出了新的挑战和要求。此外，新时期医保治理逐渐转向机制完善、系统集成的精细化管理的必然方向，也需要基金监管工作与时俱进，不断创新。具体可以从以下几个方面开展：

一是持续推进法制化规范化建设。在贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》的基础上，持续提升规范化监管水平，聚焦行政执法的源头、过程、结果等关键环节，严格落实行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核制度，着力推进基金监管透明、规

范、合法、公正。

二是促进信息技术赋能，提升监管的精准化、智能化水平。依托全国统一的医保基础信息库和基础信息管理体系，升级智能监控系统，扩充知识库、规则库，全面提升医保智能监控水平；积极推广视频监控、生物特征识别、人工智能、大数据分析、区块链等新技术应用，进一步丰富监管手段，探索推行以远程监管、移动监管、预警防控为特征的非现场监管。

三是完善第三方监管服务模式。建立长效购买服务机制，调动商业保险机构、会计师事务所、信息技术服务机构等社会多方资源共同参与基金监管工作，做到政府有要求，医保有需求，社会有共识，工作有经验；在充分发挥第三方专业力量的同时，规范购买服务行为，建立健全购买服务的考核评价机制。

四是加强信用体系建设，推进行业自律。按社会信用体系建设总体部署，及时总结基金监管信用体系建设试点经验，在全国范围内推进医保领域信用管理工作，实施联合奖惩，发挥联合惩戒的威慑力；加强信用管理的标准化、规范化建设，适时出台信用管理办法或指导意见，明确各类主体的信用评价标准、评价方法和奖惩措施。

五是推动基金监管与各项医保制度改革的有机结合。探索将 DRG、DIP 等新型支付方式，“互联网+医疗”等新型供给方式，长期护理保险、医保参与支持商业医疗保险等新型保险模式，纳入智能监控范围，有效规范医药服务行为。

毋庸置疑，在全民参保的时代背景下，保护这张全球最大的医疗保障网，就是保护亿万参保人员的切身利益。从各级医保系统“孤军奋战”，到形成全社会共同参与的良好氛围；从完善各类监督检查方式，到建立健全基金监管长效机制——看好群众的“救命钱”，医疗保障必将为更多人遮风挡雨。

[返回目录](#)

重点监管、全覆盖检查 保障集采中选药品安全

来源：人民网

近日，国家药监局药品监管司组织召开国家集采中选药品质量监管工作推进会，强调将集采中选药品纳入重点监管范围，要对中选药品开展全覆盖抽检，并加强不良反应监测评价和风险信号调查处置。

推进实施药品集中带量采购，是党中央国务院深化医改、增进民生福祉的重大决策部署，是推动三医联动改革、促进医药行业健康发展的重要保障举措。

集采中选药品上市许可持有人要严格落实药品质量安全主体责任，持续合规生产经营。要持续加强生产管理，严格执行药品生产质量管理规范，严格按照核准的处方工艺组织生产，深入排查处置各类风险隐患。

要持续完善药品生产质量管理体系，强化生产变更管理，建立完善变更控制体系，深入开展变更研究，严格执行变更管理要求。要从严放行把关，在生产过程和质量检验等环节要严格审核，不符合国家

药品标准的不得放行上市。要落实全过程责任，强化药品风险防控，加强储存和运输过程质量管理，做好全过程信息化追溯，切实履行产品供应保障责任。

国家药监局在会议上强调，各省级药监部门应当落实监管责任，将集采中选药品纳入重点监管范围，采取有效措施，切实加强监管。建立完善监管台账，扎实开展监督检查，重点检查企业按照核准的处方工艺生产、记录与数据管理、变更控制等情况。要对中选药品开展全覆盖抽检，并加强不良反应监测评价和风险信号调查处置。

要聚焦低价中选品种、中选后发生重大变更的品种、原辅料价格上涨的品种以及有不良记录企业，有的放矢地强化风险隐患排查，督促持续合规生产。要统筹运用各种监管手段，充分调度各层级监管资源，健全跨部门协作机制，形成监管合力，保障药品质量安全。要建立行政执法与纪检监察监督贯通协同的工作机制，工作中发现违法违规的问题线索，要按程序移送有关部门调查处理并报告。

据悉，为逐步解决看病贵问题，近年来国家推进药品集中带量采购和使用重大改革。今年 10 月，国务院医改领导小组印发《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》，在常态化制度化开展国家组织药品耗材集中带量采购工作方面，意见明确要逐步扩大采购范围，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。

· 分析解读 ·

“十四五”全民医疗保障规划主要指标和预期目标解读

来源：首都医科大学国家医疗保障研究院

基于《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》的目标任务，《“十四五”全民医疗保障规划》（以下简称《规划》）制定了影响大、代表性强的5大类15个指标，其中包括12个预期性指标和3个约束性指标。

一、参保覆盖类

采用了“基本医疗保险参保率(%)”指标。

基本医疗保险参保率是指参加基本医疗保险的人数占应参保总人数的比重。全民参保是社会基本医疗保险制度的基本要求，也是实现“全民覆盖”的基本内涵，更是为了让人民群众切实享受到我国经济社会发展红利，保障民生福祉。

“十四五”期间，基本医疗保险参保率每年保持在95%以上。作为约束性指标，就是要确保参保覆盖面。“十三五”末，基本医疗保险参保率达到了95%，为“十四五”时期实现这一目标奠定了基础。加上“十四五”期间，随着国家医保信息平台的建成、法律法规健全，将更好地避免重复参保、漏保等问题，参保质量也将得到有效提升。但也要看到，随着我国城镇化推进，新就业形态劳动者人数不断增加，

在缴费政策、组织征缴等方面也需要突破。

二、基金安全类

采用了“基本医疗保险(含生育保险)基金收入”和“基本医疗保险(含生育保险)基金支出”指标。

(一)基本医疗保险基金收入包括职工基本医疗保险(简称职工医保)基金收入和城乡居民基本医疗保险(简称居民医保)基金收入。

《规划》把基本医疗保险基金收入规模与经济发展水平更加适应作为预期性指标。职工医保基金收入来源于参保人用人单位和个人缴费。一方面，职工收入水平决定了缴费基数的高低，反过来，用人单位和个人缴费能力又制约着缴费水平。为此，应选择适合的费率，既能实现与经济社会相适应的保障水平，又以缴费主体能承受为制约条件。居民医保基金收入来自于财政补助和参保人缴费。各级财政财力状况和城乡居民筹资负担能力，决定了居民医保筹资水平。

当前，国家层面对职工医保规定了要做实缴费基数，并明确综合费率在 8%左右，建立了与职工收入水平挂钩的动态增长机制。但由于各地参保人工资水平、年龄结构和医疗消费水平差异，统一费率不意味着筹资水平的一致，也并不一定能保证基金平衡。2020 年职工医保人均筹资最高是最低的 2 倍多。

国家层面对居民医保也规定了最低筹资标准。但由于各地财政能力和居民收入水平以及医疗消费水平差异较大，发达地区人均筹资水平显著高于欠发达地区。2020 年居民医保人均筹资最高是最低的 4

倍多。

“十四五”期间，一方面，要考虑经济增速预期放缓，企业盈利、居民增收、财政增收的难度都在加大，基金收入要适应经济发展新阶段要求，与各方承受能力相匹配。同时，要研究完善更加科学合理的筹资分担机制，使缴费基数更加规范，筹资负担更加均衡。通过区域间统筹调剂，实现医保筹资与经济社会发展的良性循环。

(二)基本医疗保险基金支出包括职工医保基金支出和居民医保基金支出。

《规划》同样提出，基本医疗保险基金支出规模要与经济发展水平、群众基本医疗需求相适应。医保基金管理原则是“以收定支、收支平衡、略有结余”，基金支出规模受制于基金收入规模，也就是与经济发展水平相适应。

“十四五”期间，受人口老龄化、疾病谱变化、医疗技术发展等因素影响，群众基本医疗需求日益增长。医保履行战略购买职能，采用管用高效的支付机制，保障基金安全，提高基金使用效能，更好地满足群众基本医疗需求。

三、保障程度类

采用了“职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例(%)”“城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例(%)”“重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例(%)”“个人卫生支出占卫生总费用的比例(%)”等4个指标。

(一)职工和居民医保政策范围内住院费用基金支付比例是指医保基金支付金额占参保人住院发生的符合医保报销政策范围的费用比例。所谓政策范围内费用，就是住院总费用中扣除医保目录外、起付线等费用后的部分。

保障基本、公平适度是医疗保障制度的基本原则，也是增进人民健康福祉的内在要求。同时，一方面考虑到“十四五”期间经济和财政财力增速放缓，人口老龄化进一步加剧，新冠疫情还存在诸多不确定性，对筹资缴费和基金支出带来“双重”冲击，基金运行面临严峻挑战；另一方面，医保领域药品、耗材带量采购常态化，支付方式改革持续提速，基金监管持续保持高压态势，为缓解基金压力创造了条件。此外，“十三五”时期的住院保障平均水平已经处于相对适宜水平。

为此，《规划》提出，职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例和城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例保持稳定。虽然，报销比例保持稳定，但“十四五”期间，医保目录将更加统一规范，集中带量采购药品耗材降价等政策效果叠加，同样的住院报销比，保障范围扩大、个人实际负担减轻，保障质量是提升的。另外，随着职工医保门诊共济保障机制的健全，门诊保障水平将有进一步提升。

“十四五”期间，要以公平适度为导向，对于住院保障水平已经较高的地区，应重点着力于门诊保障水平的提高；对于住院保障水平

明显偏低的地区，要通过继续深化采购、支付等改革，强化基金监管，控制医药费用不合理增长，引导病人合理就医，确保基金安全，提高保障水平。

(二)重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例是指，重点救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用，经基本医疗保险、补充医疗保险报销后，在年度救助限额内按一定比例给予救助。

医疗保障制度体系以医疗救助为托底，保障困难群众基本医疗权益。《规划》提出，重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例维持在70%，保持“十三五”末水平。医疗保障“三重保障”制度在脱贫攻坚中发挥了重要作用，但因病返贫风险长期存在。“十四五”期间，需要持续关注重点救助人群，精准界定、识别救助对象，保持医疗救助政策稳定。同时，随着多层次医疗保障体系完善，慈善捐赠、医疗互助的发展，将调动更多力量为困难群众提供救助。

(三)个人卫生支出占卫生总费用的比例反映了个人医疗支出负担情况。

卫生总费用由政府卫生支出、社会卫生支出和个人卫生支出三部分构成。减轻群众就医负担、解除全体人民的疾病医疗后顾之忧是医疗保障制度的基本定位和医保改革的出发点、落脚点。

《规划》提出，到2025年，个人卫生支出占卫生总费用的比例为27%，略低于“十三五”时期末的占比。这一约束性指标，是对未来个人医疗支出负担情况的合理预判。“十三五”以来，群众健康服

务需求更加多样化，卫生总费用持续增长，个人卫生支出占卫生总费用的比例呈下降趋势，但降幅趋缓。“十四五”期间，随着多层次医疗保障体系完善，基本医疗保险待遇保障水平提升、医疗救助资金规模扩大、商业健康保险迅速发展、医疗互助加快发展等，将有效对冲医疗费用增长，个人医疗支出负担稳中有降。

四、精细管理类

采用“实行按疾病诊断相关分组或按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例(%)”“公立医疗机构通过省级集中采购平台采购药品金额占全部采购药品(不含中药饮片)金额的比例(%)”“公立医疗机构通过省级集中采购平台采购高值医用耗材金额占全部采购高值医用耗材金额的比例(%)”“药品集中带量采购品种(个)”和“高值医用耗材集中带量采购品种(类)”等5个指标。

(一)实行按疾病诊断相关分组或按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例是指按疾病诊断相关分组付费(CHS-DRG)、区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)的住院费用占全部住院费用的比重。

医保支付方式改革对我国医疗服务体系、医药产业发展的影响是深刻而长远的，对医、患、保三方内在的管理价值巨大。对医保医疗精细化管理、病人获得有效的医药服务和承担合理的医药费用发挥了“牛鼻子”作用。

《规划》明确到2025年，按疾病诊断相关分组或按病种付费的

住院费用占全部住院费用的比例达到 70%。这一指标要求，是基于对支付方式改革趋势的客观预测。“十三五”末，按疾病诊断相关分组付费 (CHS-DRG) 国家试点、区域点数法总额预算和按病种分值付费 (DIP) 国家试点共覆盖 101 个设区市，其中包括了北京、上海、天津、重庆四个直辖市，已覆盖了约 36.5% 的参保人口数，分别覆盖了 43.6% 的职工医保人口和 34% 的居民医保人口。同时，几乎所有省份都开展了省级试点。“十四五”期间，将完成试点经验总结推广工作，以按病种(组)付费为主的多元复合式医保支付方式改革将取得实质性进展，实现 70% 覆盖目标，对医保高质量发展，医药医保协同，人民群众受益是十分关键的环节。

(二) 公立医疗机构通过省级集中采购平台采购药品金额占全部采购药品(不含中药饮片)金额的比例和公立医疗机构通过省级集中采购平台采购高值医用耗材金额占全部采购高值医用耗材金额的比例决定了药品耗材集中带量采购规模，是开展集中带量采购的基础。

《规划》明确到 2025 年，公立医疗机构通过省级集中采购平台采购药品(不含中药饮片)金额占比、耗材金额占比分别达到 90% 和 80%。

“十三五”末，公立医疗机构通过省级集中采购平台采购药品金额占比已经达到 75% 左右。“十四五”期间，随着集中带量采购品种扩围、省级招采平台建设成效显著，公立医疗机构使用的所有药品(不含中药饮片)均可通过省级药品集中采购平台采购，带动高值医用耗

材平台采购的提升。平台采购比例的上升,有利于全面规范采购行为,净化医药领域氛围,促进医药产业正当竞争、健康发展。最终使人民群众获得更有价值的医药服务并减轻就医经济负担。

(三)药品集中带量采购品种(个)和高值医用耗材集中带量采购品种(类)反映了集中带量采购的范围和规模。

集中带量采购是减轻群众医疗费用负担、提升用药质量、引导医药行业健康、助力公立医疗机构改革的重大举措。《规划》要求到2025年,各省(区、市)国家和省级药品集中带量采购品种达到500个以上,高值医用耗材集中带量采购品种达到5类以上。

“十三五”期间,集中带量采购工作稳步推进、成效初现,给群众带来实实在在的利益。同时,药品一致性评价提速为扩大带量采购范围奠定了基础,符合集中带量采购条件的药品品种越来越多。国家和地方双层运作,在国家集采的示范带动下,地方按照国家组织集中采购的基本规则,同步开展药品集中带量采购工作。

“十四五”期间,药品耗材集中带量采购进入常态化、制度化,全国统一规范的药品集中采购市场逐步建立,配套措施和保障措施更加完善,集采范围持续扩大,给群众带来更多获得感。

五、优化服务类

采用“住院费用跨省直接结算率(%)”“医疗保障政务服务事项线上可办率(%)”“医疗保障政务服务事项窗口可办率(%)”等3个指标。

(一) 住院费用跨省直接结算率是指住院费用跨省直接结算人次占跨省结算人次数的比重。

医疗费用跨省直接结算是解决流动人口医疗问题、促进人力资源流动、促进社会公平的重要举措。《规划》明确到 2025 年，住院费用跨省直接结算率达到 70% 以上。“十三五”期间，国家基本医疗保险异地就医结算系统上线，住院费用异地就医直接结算取得显著成效。“十四五”期间，随着医保信息化、标准化建设完成，住院费用跨省直接结算更加便捷，门诊医药费用跨省直接结算覆盖面也将显著扩大，可以更好满足群众就医需求，尤其是惠及流动人口和异地安置人员。

(二) 医疗保障政务服务事项线上可办率是指医疗保障服务事项中，可以通过网上办理的事项数量占比。

医疗保障政务服务事项线上可办率体现了医保服务的智能化和便捷性。《规划》明确到 2025 年，医疗保障政务服务事项线上可办率达到 80%。随着全国医保信息平台全面投入使用，医保电子凭证得到普遍应用，医保经办服务将更加智能、便捷、高效，参保、缴费、报销等常规服务均可在网上完成，节省群众等待时间，减少相关成本，体验更好。

(三) 医疗保障政务服务事项窗口可办率强调了医保服务要对所有参保人公平、可及。

《规划》明确到 2025 年，医疗保障政务服务事项窗口可办率达

到 100%。作为约束性指标，要求所有的医疗保障政务服务事项均可在窗口办理，体现医保作为民生工程，在服务提供上的多样化、可选择。在网络化、智能化时代，同样考虑和适应多样化服务需求，尤其是老年人等特殊人群的医保政务服务需求。通过便捷优质的医保政务服务让人民群众获得感成色更足、幸福感更强。

[返回目录](#)

“互联网+”突飞猛进，互联网药学如何才能紧跟步伐？

来源：健康界

目前，随着互联网医院的兴起，全国各地医院已进行了多种模式的探索与实践，尤其在国务院办公厅印发《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》后速度明显加快，运营成效显著。

其中，互联网医院的在线诊疗拓展了实体医疗机构的服务空间，从而提高了医疗服务的均质化、普惠化和便捷化水平，推进医疗改革向更深层次发展。例如医师可在互联网医院平台开具在线电子处方，药师即在线审方后，药品便通过第三方配送至患者手中。

互联网医院不仅延伸了医师的诊疗空间，也同步延伸了药师的药学服务空间。

当前，社会公共自我保健意识及自我药疗安全意识的增强，药学服务也成为居民医疗干预的重要形式，成为社会公众对医院、药店的基本需求。

药学服务指的是由医院药师为社会公众提供相应的药物治疗干

预，进行直接、准确、负责任的药学知识讲解，以此改善患者的生活质量，提高药物治疗的安全性、有效性、经济性。与实在的药物商品比较，药学服务作为一种软性服务，是赢得顾客的有效途径。高质量的药学服务，可满足社会公众对医院及药店的需求，促使医院及药店得到迅速进展，获得足够的竞争优势。

长久以来，我国与药学服务相关的制度和建设较为落后，药学服务缺乏完整的法律、法规及制度体系，缺乏顶层设计。

过去，公众获取合理用药信息的途径较为单一，主要来源于医嘱。但医师工作繁忙、就诊压力大，加之药物专业知识不足，其能为患者提供合理用药的监护与指导能力有限，导致患者用药依从性较低，以至于全社会合理用药水平较低。

现如今，科学技术的快速发展，改变了人们获取信息的方式和渠道，医院可利用多媒体自助平台、医疗网络咨询服务、病患追踪服务项目拓展药学服务。这种服务模式是对传统“面对面”用药教育的开拓创新，具有高时效性、个性化、操作便捷等特点。

国家卫生健康委员会、国家中医药管理局于 2018 年 11 月联合发布了《关于加快药学服务高质量发展的意见》，特别提出要积极推进“互联网+药学服务”健康发展。其中，利用信息化手段开展“互联网+药学服务”，拓展药学服务领域，需从四个方面来开展：

一、开展药学科普

可通过建立药学服务微信公众平台，推送合理用药信息、最新政

策法规及药学发展前沿知识。

1) 开展合理用药科普工作，接受在线咨询。药学科普在健康事业中占比较大，药师应向社会公众传播用药科普知识，将安全用药的知识、方法及用药安全的思想和精神向公众传播，提升社会公众的安全用药素养；

2) 鼓励中级以上职称的、经培训考核合格的药师开通个人药学服务账号，采用内容多样的图片、文字、动画等用药教育方式对患者进行网络化的个体用药指导及教育；

3) 开展用药回访工作，对患者进行全程化持续的用药监护。在线接受患者及医护人员、社会公众的用药咨询，让药师和患者、医护人员及社会公众“零距离”沟通，提升药物的治疗效果，规避用药风险；

4) 移动互联网以及手机 APP 的快速发展，为患者用药教育的开展提供了重要媒介。通过微信公众号以及其他 APP 终端软件的线上互动，收集并分类汇总患者需求，继而针对性地设置线下宣教课程，并对授课对象开展线上精准招募，提高效率；再针对不同需求群体通过专题健康讲座的形式开展线下授课，同时回归线上，以图文和视频形式由微信公众号等进行二次传播。

二、进行药物咨询

互联网用药咨询服务是药师通过互联网平台向患者提供药品推荐、药学服务、健康教育等内容。

近年来，互联网用药咨询为何呈现飞速发展的形式？主要因为：

首先，人们更加关注自身的健康问题。由于渠道的便捷性和信息的庞大性，互联网成为人们获取信息的新选择；其次，由于医疗资源分布的不均，加之我国地域广阔，一些当地不能解决的疑难杂症，通过互联网这一新渠道寻找优质医疗资源和健康服务。最后，对于一些患有隐私性疾病的患者，常羞于就诊，而互联网信息沟通的隐秘性成为这类患者的首选方式。

三、开展网上处方审核，保障患者用药安全

处方审核是药学服务的重要内容，是药师参与临床治疗、保证药物治疗安全的关键环节。在线电子处方的审核、调配和核对人员均须电子签名或采用密码等方式在信息系统中留痕，以确保信息可追溯。

并且，药师需按照安全、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用药规范，对医师在线电子处方的适宜性进行审核。值得一提的是，随着互联网医院的全面铺开，互联网医院的在线电子处方信息应按要求实时上传至卫生管理部门指定的监管平台。

因此，互联网医院的药师管理应实现线上线下一体化、同质化管理。具体包括：第一，建立基于互联网的区域药师管理平台，如区域处方审核平台、区域药品调剂配送中心等，进一步提升实体医疗机构和互联网医院的药师管理和药学服务的内涵；第二，药学部门应定期抽查在线电子处方，进行处方点评，同时对药师的处方审核、药品调剂成效进行汇总和分析，针对发现的问题，综合分析其发生原因，及

时改进;第三,对在线电子处方的药品配送要加强质量管理。药品质量是药物治疗安全、有效的基础,药品配送过程应符合药品经营质量管理规范,同时,需要定期对药品配送、尤其是第三方配送过程的记录数据进行回顾分析,加强配送质量管理。

四、出院患者的药学服务

对于住院患者,大多医院特别是三级医院均能提供较好的药学服务,而对于出院患者,如何保证药学服务的连续性是目前普遍存在的问题。有研究者依托互联网建立药学服务平台,让医院的信息管理系统及合理用药监测系统通过标准化数据接口建立起对应关系,出院患者便可以随时随地得到与住院一样的药学指导。

不仅满足了出院患者对药物用法用量、相互作用、用药禁忌、不良反应等药学服务的需求,还有效地减少和避免了用药不当行为的发生,从而为出院患者提供个体化的用药指导。另外,还可以建立以药师药学技术服务为主的医、药、护、检多学科协作的各种慢性疾病(简称慢病)、特殊人群用药管理微信群、QQ群及专科化的在线药学咨询门诊。利用微信群、QQ群良好的双向性及互动性特点,有效整合医、药、护、检多方面的医疗资源,对患者进行用药指导及干预。

可为慢病患者提供签约服务,针对性地提供全程化、专业化、个性化的用药指导与监护。尤其是对一些慢病患者,可以开展慢病管理服务。以社区医师或药师为主导的慢病管理模式是当前的主要模式,该模式以社区为单位、以家庭走访为形式对区域内的慢病患者进行管

理，在一定程度上提高了患者的用药依从性并降低了用药风险。还可借助互联网大数据的优势，收集患者的年龄、性别和不同基础疾病等基础信息，从药物维度把药物相互作用、药物配伍、用法用量、给药途径以及依从性、心理状态或经济情况等进行“患者-药物”相关性分析，根据分析结果利用 APP 智能终端给予患者实时的个体化用药指导。

总之，“互联网+”将是以患者为中心的服务工具，这种服务在兼顾临床用药的安全、经济、科学、合理等方面都具有重要作用。通过建立用药安全有效反馈平台，达到临床医师、临床药师、患者及患者家属均得到优质的药学服务的目的。

各级临床药师应积极思考、主动创新，在努力提高自身专业水平的同时，探索适合自身药学发展、适应临床药学服务发展的新型临床药学服务。从疾病诊疗、用药服务、质量评价等多维度发挥临床药师的作用，加强药学专业技术服务能力，药学服务内容从“以药品为中心”转变为“以患者为中心”的目标。

[返回目录](#)

• 地市动态 •

如何利用数字化手段让医保服务更便民？可以看这里的具体示范——

来源：浙江省桐乡市医疗保障局

浙江省桐乡市医疗保障局坚持“全力强保障全心为民生”的工作

宗旨，充分发挥桐乡作为世界互联网大会永久举办地的优势，以数字化转型为突破口，聚焦老百姓需求度高、体验感强、获得感大的重点项目，全面推进新时代立体化、网络化、便捷化的医保公共管理服务体系建设，实现医保经办在高效下运行、医保温度在服务中传递、精准惠民在数据里发力，为桐乡争当高质量发展共同富裕示范区排头兵贡献医保力量。

一、政务融合区域化，点燃医保办事新引擎

桐乡深入推进医保数字化转型，特别是经办管理服务领域，通过网络数据交换共享，构建跨区域政务服务平台，逐步实现医保办事嘉湖一体化、长三角一体化，让办事群众从来回“跑着办”到跨区域“联通办”再到异地“互相办”，切实提升办事效率。

(一)领跑嘉兴，试行同城同待遇。2020年10月1日起，桐乡和南浔两地城乡居民医保参保人员开始试行免备案和同城同待遇，并在两地分别设立政务服务通办专窗试点，梳理出涉及基本医疗保险参保人员异地就医备案、基本医疗保险参保人员医疗费用零星报销等共计12个医保事项，通过网络数据交换共享，实现“异地受理、一次办结”，惠及126万余名湖州市南浔区与桐乡市参保人员。

(二)两地通办，深化嘉湖一体化。桐乡与德清签订政务服务“嘉湖一体化”通办战略合作框架协议，两地将在桐乡市洲泉镇、河山镇、大麻镇与德清县新市镇、禹越镇便民服务中心分别设立“嘉湖一体化”互通互办专窗，开通两地自助服务一体机跨域通办模块，为两地企业

群众提供 24 小时自助服务，积极打造线上线下一体联动、归属地、通办地两地无差别服务的“嘉湖一体化”深度融合服务体系。

(三) 跨省互办，推进长三角一体化。以浙江桐乡桐昆在江苏如东投资的重大项目为切入点，推进浙江桐乡与江苏如东医保业务跨省通办，基本医疗保险参保人员医疗费用零星报销等 7 个医保高频事项实现跨省通办，方式为线下代办或窗口工作人员辅助网上申请。下阶段，将探索通过政务服务 2.0 平台授权，增加自助机功能丰富通办途径，根据参保人员需求，逐步完善通办事项清单。

二、看病就医数字化，开创医保报销新时代

加快推进医保电子凭证的推广应用，进一步做好“长三角异地门诊”双向直接结算和省异地就医的扩面工作，同时扩充“3+N”一站式结算内容，群众看病就医进入“数字时代”。

(一) 全面推广“医保电子凭证”的激活使用。桐乡市参保人员在医药机构就医购药时无需携带医保实体卡，直接出示医保电子凭证即可完成医保结算支付。目前我市有 78 家定点医疗机构和全部定点药店已经开通医保电子凭证应用场景。通过联合支付宝、微信、农业银行、工商银行、中国银行、建设银行、邮储银行、农商银行等 19 家第三方合作伙伴以及全市各企事业单位的推广，已激活参保人数 39.7 万人，占比 50.07%，今年以来刷卡次数达到 77 万次。

(二) 全力推进“3+N”一站式结算。桐乡市“3+N”一站式结算系统，在医疗保险、大病保险、医疗救助的基础上，新增优抚补助、工

会互助、重性精神病补助、计生特殊家庭安康保险、大病无忧保险结算模块，群众刷卡结算时由系统自动审核，无需办理报销手续，减轻垫资压力，实现医疗补助的“零次跑”。“3+N”一站式结算自19年9月开通以来，累计享受报销21.8万人次，合计报销金额3032.36万元，其中“大病无忧”自8月上线至今，已累计报销3774笔，合计金额107.28万元。

(三) 全面实现异地就医直接结算。2019年5月，全市82家定点医疗机构、304家定点药店全部接入嘉兴市异地结算系统。推进医保长三角一体化，我市26家医疗机构接入长三角异地结算系统；与全国59513家定点医疗机构实现直接联网结算，其中长三角(含浙、沪、苏、皖三省一市)9171家实现门诊异地联网结算。2021年1-8月，累计刷卡人次为35.88万，涉及医保报销18729.8万元。

三、医保服务人性化，构建慢病管理新模式

依托省医保局、浙大在乌镇建立浙江医保大数据和政策研究发布平台的优势，桐乡市医疗保障局不断拓展“互联网+医保”慢病管理应用场景，进一步推行“慢病线上复诊、医保线上支付、线下送药到家”服务新模式。

(一) 打造乌镇互联网医院便民门诊平台。乌镇互联网医院便民门诊平台是依托于乌镇互联网医院搭建的互联网慢性病一体化平台，主要提供“在线复诊”、“在线处方”、“医保在线支付”和“药品配送”四大核心服务场景。桐乡参保人员可通过该平台，接触到全国各

地在乌镇互联网医院注册的平台医生进行在线接诊,开具在线处方流转,医保在线支付,最后由第三方医药机构进行药品配送上门等一体化线上服务。

(二)搭建桐乡市级线上慢性病管理平台。依托“健康桐乡”APP作为掌上诊疗支付平台,参保人员注册登录,通过市民卡号实名验证、刷脸认证,开通医保移动支付功能后,可通过“健康桐乡”APP预约挂号,全市公立医疗机构的医师均可线上接诊,患者可上传检查报告,固定一位医师咨询或复诊,有利于形成较为完整的病情跟踪报告,为慢性病人提供全过程、全周期管理服务。目前“健康桐乡”APP互联网+慢病服务及慢病签约医生已覆盖全市基层卫生服务站。

(三)提供居家上门移动支付个性化服务。桐乡市医疗保障局始终坚持传统服务方式和智能化服务方式并行,通过结合家庭医生签约上门服务,为特殊人群提供居家上门移动支付服务。桐乡市域内与家庭医生签约并办理慢性病门诊待遇备案的无智能手机或不会使用互联网操作的慢性病参保人员可主动联系签约的家庭医生携带慢性病药品、医保移动结算设备至患者家中进行诊疗服务,医药费用直接刷卡结算。

[返回目录](#)

北京试点“信用医疗” 就医时间缩短超 60%

来源: 央视新闻

在北京石景山区,一种“先诊疗、后付费”的“信用+医疗”服

务模式正在试点推广，“一次就诊一次缴费”，就医时间可以缩短60%以上。

总台记者罗子瑛：这里是北京大学首钢医院的门诊大厅，患者现在通过微信的公众号签约成为信用医疗的用户之后，在线上挂号，来到医院后再用医保卡在一体机上签到，走之前，交费一次，就可以省去之前在医院所有的建档挂号交费等等所有的环节。

通过保险公司预先授信的方式先诊疗后付费。从今年一月起，北京大学首钢医院率先开通保险兜底的信用医疗模式，服务对象为北京医保的本地患者。截至目前已经有1.4万人尝试了信用医疗服务，平均缩短就医时间60%。

就诊患者：我之前尝试过一次，然后这是第二次，能省下排队的时间，少走冤枉路，省时省力，取完号之后我就直接能去就诊，就诊完后也不用反复地去交费。

如果“信用就医”患者超出48小时未缴费，保险公司会向医院先行赔付，再向欠费用户追缴，并暂停其信用就医资格；累计6次逾期的患者，将取消其信用就医资格；催收后3个月内仍未补缴的用户，将被列入信用医疗失信名单，并同步给人民银行个人征信系统。

北京大学首钢医院信息科主任余浩：目前比例还是偏小，我觉得有20%，大家临床的感受会比较强烈，人就不会扎堆，特别是在疫情防控压力之下，对医院的整个信息化水平是一个很好提升的契机。

从今年九月开始，“信用医疗”又在石景山医院进行试点，并将

信用就医服务对象扩大为医保、商保、自费等多种类型的患者。目前石景山区的社区卫生服务中心也都完成了系统改造。

石景山区经济和信息化局副局长杨光：在后续的过程当中，比如先住院后付费，先手术后付费，然后住院免押金，像租用医院的设施设备免押金等方面，都可以提供支撑和服务，我们也在努力地推动各方面的应用场景探索。

[返回目录](#)

· 专家观点 ·

**观点 | 国家医保局黄华波：新一轮“国谈”，满足基本医疗需求，
让患者用上新药好药！**

来源：医药经济报

11月11日晚间，随着最后一位工作人员走出银保建国酒店的医保谈判房间，新一轮医保目录准入谈判工作的第四阶段（谈判阶段）宣告结束。参考2020年医保谈判的时间节点，12月中旬谈判，12月底召开发布会公布结果，中间相隔半个月。据此推算，此次谈判结果公布或将在11月底。

2018年，国家医保局正式成立，3年来医保药品目录动态调整机制已初步建立，药品和高值医用耗材集中带量采购走向常态化、制度化，国家医保谈判药品“双通道”管理机制步入正轨。

在进博会期间，国家医保局医药服务管理司司长黄华波作了专题

报告，全面回顾了过去 3 年国家医保局开展的医保准入改革工作，并就国家医保局下一阶段的工作重点进行了介绍。

对于第四轮医保“国谈”，黄华波公开表示，医疗保障是重要的民生制度，在历次药品目录调整中，国家医保局始终牢牢把握基本医保“保基本”的功能定位，重点将临床价值高、价格合理、更好满足基本医疗需求的药品纳入目录，让患者更快地用上新药、好药！

“逢进必谈”

三年新增 183 个独家药品

《基本医保用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 1 号）规定，国家医保局负责制定和调整全国范围内基本医疗保险用药范围，使用和支付的原则、条件、标准及程序。此外，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。

黄华波介绍，国家医保局规定省增补医保药品目录按“442 原则”，用 3 年的时间完成消化，今年是政策落地的第二年，明年一年时间将会全部消化省增补医保药品目录品种，全国医保药品将很快完成全国统一目录，未来耗材也将是全国统一目录。

自国家医保局成立以来，连续 3 年进行了医保目录调整，尤其是医保谈判工作，进展备受行业关注。2018 年 8 月，国家医疗保障局发布《关于发布 2018 年抗癌药医保准入专项谈判药品范围的通告》，

通过抗癌药专项谈判，将 17 个药品调入医保目录，价格平均降幅为 56.7%，极大缓解了我国癌症患者的用药难题。随后的第二轮和第三轮医保谈判，不仅让更多救命救急的创新药、独家品种进入医保目录，更好地满足了参保群众的基本用药需求，促进了医药产业的创新发展，而且取得了药价平均降幅分别达到 60.7%和 53.8%的成果。

通过医保目录的准入谈判，确立了医保药品目录动态调整的新机制，从过去最长 8 年一调整缩减至每年一调整，尤其针对独家品种进入目录施行“逢进必谈”，从而让更多新药好药纳入目录，实现了患者、企业、医保的多方共赢局面。

黄华波表示，3 年以来，国家医保局累计将 433 个临床价值高、经济性良好的新药、好药调入目录，将 183 个独家药品通过谈判新增进入目录，让更多救命救急药物纳入目录，患者获益明显。

2019 年，70 个谈判成功药品新增进入医保目录，涉及癌症、罕见病、肝炎等 10 余个临床治疗领域，目录结构得到进一步优化；2020 年，96 个谈判成功药品新增进入医保目录，首次实行企业自主申报制度，并首次对目录独家品种进行谈判降价。

新一轮谈判收尾

让创新药“买得到、用得上、能报销”

2020 年 12 月 28 日，国家医保局正式发布《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2020 年)》，标志着新版目录调整工作全面完成，调整后的目录内药品总数为 2800 种，其中西药 1426 种，

中成药 1374 种，中西药覆盖 52 个治疗领域，中药 31 个治疗领域，基本实现了治疗领域全覆盖。

更进一步，今年 4 月，国家医保局联合国家卫生健康委下发《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》，“双通道”是指通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足谈判药品供应保障、临床使用等方面的合理需求，并同步纳入医保支付的机制。

不难看出，在创新药品进入医保目录以后，为推动国谈药品顺利落地，保证医保药品进入医院，让医生开出处方，使患者顺利用到药品，已经成为行业较为关切的问题。

黄华波指出，由于药品进院存在一定的程序，国家医保局、国家卫健委等部门推动落地“双通道”机制，并发布一系列文件明确国谈医保药品不纳入总额控费范围，不纳入药占比考核。截至今年 9 月底，2020 年新准入的 95 个药品在全国 13.38 万家定点医药机构得到了配备。

今年 6 月，国家医保局发布《2021 年国家医保药品目录调整工作方案》，标志着新一轮国家医保药品目录调整工作启动，并在一个月后公示了通过初步形式审查的药品信息。

黄华波表示，今年的医保目录调整工作，国家医保局最大限度地接收企业各方面资料，从而为整个目录调整的医保测算、专家评审等工作提供了更好的客观依据。“医保谈判工作分为准备阶段、申报阶

段、专家评审阶段、谈判阶段、公布结果阶段，希望今年入围的企业能够谈判成功，用更高性价比的产品惠及患者。国家医保局也将进一步完善医保药品目录动态调整机制，优化程序，增加透明度，将更多符合条件的创新药品按照程序纳入目录，同时推动‘双通道’落地落实，确保目录内谈判药‘买得到、用得上、能报销’！”

[返回目录](#)

观点 | 胡善联：卫生经济学视角下的医保制度改革实践

来源：中国医疗保险

经济学的基本矛盾是资源的“有限性”和需求的“无限性”。因此需要有效、优先重点地配置资源。卫生经济学是经济学的一个分支，也是卫生部门的经济学。研究卫生事业发展的经济学规律，能够有效配置卫生资源，提高卫生服务体系的公平和效率、降低成本、促进可及性，最终目标是提高人民群众的健康水平。

近两年，随着“三医联动”不断加强，医疗保障制度改革逐渐深入，卫生经济学在其中发挥的作用也越来越重要，如医保目录调整、药品和医用耗材带量采购等工作，都应用到了卫生经济学的相关理论和测算技术作为有力支撑。那么，在这个过程中如何平衡医保的“公共属性”和“经济属性”？已经开展的医保制度改革是否能利用卫生经济学进一步完善？未来卫生经济学还能在哪些领域中发挥更多作用？面对这些问题，复旦大学公共卫生学院卫生经济学教授胡善联给出了他的答案。

医保制度改革与经济学原理的关系

中国医疗保险：经济学在医药卫生领域的应用与其他领域相比，有哪些特殊之处？

胡善联：

经济学在医药卫生领域的应用与其他领域相比，在医疗卫生服务市场和服务产品方面具有很多特殊性。如很多疾病的预防和治疗具有外在性；医疗保险具有第三方支付的特点，在医患双方和医保双方之间都具有信息不对称性。此外还要考虑如何保障人民群众获得卫生服务和健康的公平性；如何保持卫生和医疗保障的可持续性筹资；如何预防监管的失灵等问题。在医疗卫生服务方面，既要满足广大群众需要的基本医疗需求和基本医疗保险服务，又要满足不同层次的医疗卫生需求；既有为个人服务的产品或特需服务的产品，又有为广大群众服务的，具有外延效益的公共产品和预防保健的产品。而放到当前社会主义新时代的大背景下，则要明确“效率”与“公平”之间更要强调“公平优先”的理念。

中国医疗保险：运用经济学原理解决医药卫生体制改革中的问题时应如何处理这些“特殊”？在这个过程中该如何平衡医保的“公共属性”和“经济属性”？

胡善联：

医药卫生体制改革中始终要坚持“保基本、强基层、建机制”。医疗卫生事业和医疗保险事业的高质量发展也始终要坚持“保基本

“的原则。尽管我国已经是全球第二大经济体，但人均国内生产总值还只有一万元左右美元水平；尽管我国医疗保险的覆盖率已稳定在95%以上，但筹资和保障的水平在地区间还存在很大差异。因此，医疗保险统筹基金要配置在基本医疗的项目上，要量力而行，保障广大人民群众获得“最基本”的医疗卫生服务。而对于那些特需的医疗卫生服务，需要借助于市场力量，发展商业医疗保险、发展特需医疗服务机构去满足少数高收入人群的需求。

中国医疗保险：目前已经开展的医保制度改革中，哪些带有鲜明的经济学色彩？分别应用了哪些经济学原理？

胡善联：

一是基本医保门诊统筹制度的建立，体现了社会医疗保险的经济学原理。基本医保的基本原则是团结互助、风险共担。健康人群要帮助患病人群，青年人群要帮助老年人群、富裕的人群要帮助贫困的人群。个人账户和家庭账户的建立虽然能增强个人费用意识，但绝不是基本医保的发展方向。每个投保人缴纳的医疗保险基金统筹汇集在一起建立基金池，是为了抗御个人的患病风险导致财务风险。这就是为什么要将门诊个人账户制度转为建立门诊统筹的原因，体现社会医疗保险的经济学原理。

二是在加强药品耗材集中带量采购和价格管理方面，医保发挥了战略购买者的作用。医保部门代表广大参保者的利益，意图减少药品和耗材的虚高定价，特别是减少产品出厂后在中间环节的层层销售中

的加价。按照国际惯例，一般在流通环节的销售加价率在 3%-8%左右。但是在我国原来的营商环境中加价的倍数惊人，是造成价格虚高的主要因素。在当前带量集中采购的情况下，采用市场竞争的手段实行质量优先、量价挂钩，用一定数量的市场份额来开展集中采购。医保基金为医疗机构先行垫付，确保生产企业资金的周转，也大大提高了生产的效率。结果是通过药品和耗材的价格合理降低，让医保基金减轻了负担，医院降低了医疗成本，患者降低了医药费用、药企的产品销售量提升，四方均获得了收益。

三是医保支付方式改革。即将原有以按项目支付的方式，改革为医保经费总额预算控制下，按疾病诊断相关分组付费、按病种分值付费等前瞻性支付方法。通过这种方式，不仅能够控制医疗费用不合理增长、提高医保基金使用效率，而且能够进一步规范医疗行为，促进医疗质量的提升。

卫生经济学在医保制度改革领域的实践

中国医疗保险：结合前几次医保目录调整，从报送材料、评审过程等方面谈谈卫生经济学在医保目录调整中的应用情况。

胡善联：

创新药品谈判从 2018 年起由国家医疗保障局负责组织开展，开创了崭新的局面。医保部门扮演了购买者的作用，代表广大人民群众和患者的利益，利用医保基金发挥战略性购买的作用引导那些价格较高的专利、独家品种合理降价，并纳入医疗保险报销范围。

经过几年实践，目前在拟谈判新增药品和续约药品的谈判流程、报送材料内容上日趋完整。综合评价组、药物经济学测算专家组和医保基金测算专家组均发挥了“保驾护航”的作用。很多重要的药物经济学和卫生技术评估的研究方法和工具都已应用其中，如药物创新性评价、药品价格的计算和预测、参照药品的选择、以成本-效果分析为主的增量效果比值的应用、医保基金预算影响分析、国际和国内参考价格比较、新适应症定价等。不仅如此，医保部门、药企、专家和评价机构之间均已取得概念和方法学上的共识——根据我国当前经济发展水平和巨大的市场潜力，在价格调整方面应偏向于根据“每挽救一个质量调整生命年的费用 (ICER 值) 需要相当于多少人均 GDP”的情况，来对申报药品的价格合理性做出判断，并选择国际最低参考价格作为谈判价格的起点。

中国医疗保险：对于目前以专家评审为主的谈判准入模式，从卫生经济学的视角，您认为未来还可以从哪些方面组要完善？

胡善联：

医保谈判准入是一项多学科专家合作的工作，它需要有临床、药学、卫生经济学、医疗保险学等多种知识的融合。很多国家都建立了专门的卫生技术评价机构，为政府部门开展药品、医用耗材、医疗器械的评审提供决策依据，评价工作通常是在政府制定政策、标准的情况下，由第三方专业机构承担具体工作。政府则组织一些评审委员会来定期召开会议，总体规划，以保证评审工作的连续性，大大节约了

管理成本。我认为这是我们国家可以借鉴的一个方面。

另一方面，从国际经验来看，在进行卫生(药物)经济学评价时需要有规范的评价体系和方法，因此，建立一整套科学规范、公平透明的评价指南和标准也甚为重要。

中国医疗保险：有些人呼吁医保基金应当承担更多鼓励创新的责任，将更多创新药纳入基本医保目录，而忽略了基本医保“保基本”的属性，您认为如何在两者间寻求更好的平衡？

胡善联：

应当明确，鼓励药品创新是全社会的责任。发改、财政、科技和工信部门首先肩负了引领、指导、组织创新药物的研发和生产的责任；药监部门负责加快创新药物的审评和审批，严把疗效、质量关；卫生健康部门负责创新药物的临床应用和配置。最后到市场准入环节，才需要医疗保险部门充分发挥医保基金战略购买的作用，根据基金承受能力，将能够满足基本医保需求的部分创新药通过价格谈判纳入医保报销范围内，让其上市后能够尽快获得合理的市场回报，以促进国内医药工业的发展。

中国医疗保险：结合我国医保制度实际情况，国际上有哪些值得借鉴的创新医疗技术/医药产品支付机制，尤其对于上市时间短、临床价值尚未完全明确，但有可能填补临床空白的高值医药技术/产品？

胡善联：

国际上对创新医疗技术或医药产品的创新支付机制有很多，但在

借鉴国外经验需要考虑中国实际情况，并不是所有经验都适合。如采用“年金制”的方法分期付款，特别是对那些细胞疗法、基因疗法等一次性需要支付高额费用的先进疗法，年度分期付款可以解决问题。但这需要有良好信用系统、完善的税收制度和财产抵押制度。又如“风险分担”的支付机制，在这种机制下，临床疗效没有达到预期效果，药品企业需要承担部分药品费用。但这需要有健全的信息系统来支撑合同执行，要有明确的临床终点指标评价，并且用于指标评价的相关信息要易于被医保部门、医院和药企和患者获得，如果信息不对称的话就难以实行。

最常用、也是最可能有条件实行的就是建立有条件批准使用的方案。因为有不少创新药物从初步临床结果来看，虽然有填补临床空白的可能，但由于临床试验样本量少，或只有单臂试验结果，没有可靠的三期临床随机对照双盲试验的结果作为金标准。这时可以通过多方筹资，对少数几个创新药物优先准入，但需要在临床应用过程中进一步收集“现实世界证据”，并在续约时提交医保部门。这就是国际上常讲的“coveragewiththeevidencedevelopment”，简称“CED方法”。如果上市后实际临床治疗过程中的效果不佳，则可以撤消医保支付资格。还有一种较为常用的方法，是事先对创新药物设立治疗人数和报销医保基金的费用“封顶线”，如果有超出定额部分，则由创新药企支付，由此可以确保将医保基金支出风险是可控的。

中国医疗保险：医疗服务价格改革试点即将启动，对于改革方案

中提及的“复杂性医疗服务项目应由政府‘定规则、当裁判’”，卫生经济学能否应用其中，如何参与？

胡善联：

随着医学技术不断发展，对复杂医疗服务项目的收费标准制定会更加困难。如很多基因检测的伴随诊断方法，尽管是正确治疗的前提，但到底是属于靶向精确医学治疗方法的一个部分，需要专门立项支付，还是应该放在对一种疗法的“打包”捆绑式定价支付中；又如 CAR-T 细胞治疗，不仅需要临床抽血、分离细胞，还要在实验工厂进行基因编辑或细胞培育。这类疗法如何计算成本、分摊成本和项目定价，都在探索之中，需要政府开展试点探索，制定一套试行规则和标准，从中不断积累经验。具体实践中可以参照创新药品定价的相关经验，首先对整个产品的生产过程进行了解，计算各种固定设备的贴现，各种人力和物化的直接成本、间接成本和利润率，形成“成本加成定价”的测算，然后根据创新价值再给予“价值定价”的测算。

定价问题既是一门科学，也是一门艺术。正确的制定价格标准有助于控制不合理医疗费用，并能够间接激励医药创新发展。基本医疗服务项目的价格应该是低廉的，但有些先进的医药技术如机器人手术、3D 打印成像技术、介入疗法、细胞治疗、泛素介导的靶向蛋白降解 (PROTAC 技术) 和新疫苗的开发等，这些项目的定价问题还需要更多累积国内外经验。

[返回目录](#)

· 医院管理 ·

优秀案例分享：如何以 HRP 提升医院运营精细化管理？

来源：DRG 管理

随着医改深化和医院发展需要，医院作为经济体的企业管理属性越来越明显，很多医院通过信息化手段重塑医院运营管理过程，提高运营管理效率。例如广东省中医院就与时俱进，构建了 HRP 系统提升医院整体精益管理水平，赋能高质量发展。

本文也将针对“智慧医院”背景下医院 HRP 建设进行分析，分享广东省中医院 HRP 建设的现状、问题，以及有效解决措施，帮助医院信息系统能更好地服务于管理决策的需要。

01 案例背景

据介绍，广东省中医院拥有 1 家总院和 4 家分院、3 家门诊，正式员工总数 6900+，3600+病床，相当于 5 家三甲医院规模。全年门诊量 700 万+人次，出院人数 14.4 万人次，平均住院日 7.64 天，手术 7.8 万台，疑难危重病例 9.8 人次，占比 68.4%，三四级手术 4.7 万台次，占比 60.42%，现代化医疗设备 25 亿+，年度耗材采购量 11 亿+，人财物体量庞大。

但在如此庞大的体量下，该院之前的信息系统仅包括一个简单的财务系统、一个仓库管理系统，还有一个固定市场的卡片管理系统，很难满足“智慧医院”背景下医院的具体需求。于是也出现了“信息化孤岛、单体医院信息化模式、系统功能分散、业财融合度低、数据

共享及协同效果不理想、管理运营效率不高、决策支持缺乏、整体系统建设便捷度低、智慧化程度不高”等问题。

为此，医院从夯实精细化管理入手，着力优化完善医院人财物管理系统，创建一套支持医院整体运营管理的统一高效、互联互通、信息共享的系统化医院资源管理平台。这一项目建设实施对“业财融合”管理理念落地、优化统筹管理、提升运营效率、实现流程和标准化管理发挥了重要作用，使得医院在实现治理体系和管理能力现代化、科学化、有效化的道路上又前行了一大步。

02 案例描述

智慧管理建设目标：

①满足人财物一体化建设，实现“资金流、物流、信息流”全程闭环管理，并实现人财物的集团医院管理模式；

②满足医院综合运营管理与临床服务一体化建设；

③支持“互联网+”发展趋势，开放并运用云端平台，如物联网、CA 签章、大数据预警等；

④医院智慧管理评级建设等。

问题分析：

主要表现为人财物系统无法互联互通；系统基础字典不规范、缺失，造成数据不完善数据质量差；系统功能简单待完善，无法适应新需求；流程冗杂不简洁；跨部门流程难实现；流程缺乏闭环等。

改进过程：

改进的整体解决方案为围绕“业务融合一体化”思想，打造“集团财务共享中心、集团供应链采购中心、集团人事主数据中心、集团运营管理中心”等四个集团化业务体系。其主要内容主要包括以下几个方面：

一是从人工操作到全员应用的人事服务体系，提升人财物各经办、管理岗位的运行效率，把人力更多地配置到管理工作、开展管理创新；

二是实现院内预算“硬约束”和事前、事中、事后的全过程管控；

三是从单一仓库管理到供应链微观生态圈，从采购环节到物流配送再到使用环节的全程跟踪管控，有效控制不合理医药费用；

四是优化人事管理、绩效考核和职称晋升等，提升内部岗位绩效；

五是传统会计到业财融合一体化，通过成本核算、资产运行分析的及时性、准确性、全面性，更好地发挥财务风险防范的作用，保障医院可持续经营；

六是打破信息化孤岛，业务信息有序整合，实现信息、数据的互联互通，提高管理效率。并通过数据的挖掘分析，向院领导提供“管理驾驶舱”等决策参考。

改进效果：

以“整体规划，先易后难，分步执行，先能用后优化，考虑一体化联动顺序”的整体思路，在三年内把资产管理、物流管理、采购管理、成本管理、预算管理 etc 与财务管理紧密联系、高度融合，让业务

开展更便捷、流程更规范，使财务核算更精准、快捷，从而实现了业财融合，加强了财务对各个业务的监督、管控。

综上所述，HRP 建设对医院管理带来了很大的挑战，在带来挑战的同时也有带来了发展机会，做好医院 HRP 项目建设，促能进业务标准化、全程化、一体化，推动业财融合，大幅度提高了医院资源利用率和运行效率。

随着医院管理体制改革的不断推进，各医院根据自身的情况，制定符合与本医院经营目标相一致信息化发展规划，增强经营机制创新和管理模式创新，全面提升公立医院的竞争力，是摆在医院面前一项刻不容缓的任务。

[返回目录](#)

建构智慧医院的起手式 | 完善基础、应用与管理面系统

来源：联新医管

根据 WHO 的定义，「智慧医疗」泛指信息通讯技术 (ICT) 在医疗及健康领域的应用，包括医疗照护、疾病管理、公卫监测、教育和研究等。随着资讯科技的发展与应用，以及管理式医疗照护 (managed care) 的发展趋势，世界各国的医疗机构皆积极结合资讯科技辅助，以有效降低医疗错误发生、增加医疗照护效益以及降低管理成本。

根据麦肯锡报告指出，智慧医疗将透过慢性病管理、自主管理与疾病预防、疾病诊断、诊断分流、临床决策支援、照护服务等六大领域，整合病患在进入医院前、中、后的医疗活动，改善医疗成效、病

患体验，使医疗服务更可亲，进而增加医疗服务流程的效能，同时，可因应未来医疗需求增加而医疗人员不足的问题。

各国医疗机构以不同形式或面向导入智慧医疗或转型发展成为智慧医院，《医疗品质杂志》2019 年的研究指出，「智慧医院」的定义包含三个层次的设计：基础面、应用面与管理面，串联资讯科技应用与大数据，可最佳化改善效率、品质，以及提供病人更安全的医疗照顾，将是建构「智慧医院」的基本设计标准。

一、「基础面」：

为资讯基础建设，包含：IoT、软硬體架构设备、资讯系统网络、个资管理、资讯安全、资料备援、数据资料处理应用等。

二、「应用面」：

以病人流为优先来评量医院各项健康照护作业之资讯系统采用情形，并涵盖品质监测的相关应用，如：门诊服务流程、住诊(含 ICU)服务流程、急诊照护服务流程、手术照护服务流程、辅助性医疗服务-药事、检验/检查服务流程，针对以下两大类资讯系统进行系统改良设计及系统间的串连与资料流通：

1. 临床照护系统：HIS、LIS、NIS、PIS、远距照护系统

2. 行政管理系统：病人健康资讯系统、医材设备管理系统、临床品质管理系统

三、「管理面」：

考量照护提供者的作业流程设计，包含：行政管理、指标管理、

商业智慧等资讯应用，提供行政支援、指标管理及经营策略管理的管理指标及系统。

过去医学的进步主要来自尖端研究驱动的推式研发，现今「以病人为中心」的医疗照护模式则转以病人需求的拉式研发，以病患的治疗成效、照护体验、预防保健为导向的需求，带动智慧医疗的各项发展与应用。台湾各家医疗机构发展智慧医疗方向多元，涵盖行动智慧病房照护、床边资讯系统、病历整合、云端药历临床应用、医患共享平台等，藉由串联各项智慧医疗在基础面、应用面及管理面的医疗服务与流程的基本设计，成为建置智慧医院的起手式，以提供病患最全方位的智慧医疗服务。

[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