

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2022.02.14-2022.02.20

——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，直接跳转具体文章内容。）

· 分析解读 ·

▶ [国家疾控局“三定方案”解读：专注防疫“小”卫生，干番疾控大事业](#)（来源：国家疾病预防控制局）——第 10 页

【提要】近日，全国 10 余万疾控人终于等来了他们翘首以盼的三定方案——《国家疾病预防控制局职能配置、内设机构和人员编制规定》，针对疫情中暴露的问题，交出了一份答卷。《规定》再次明确，国家疾控局是国家卫生健康委员会管理的国家局，为副部级。主要负责内容包括：制定并组织落实传染病预防控制规划、国家免疫规划以及严重危害人民健康公共卫生问题的干预措施，制定检疫、监测传染病目录；规划指导传染病疫情监测预警体系建设，组织开展疫情监测、风险评估工作并发布疫情信息，建立健全跨部门、跨区域的疫情信息通报和共享机制。指导开展寄生虫病与地方病防控工作等。

▶ [乡镇卫生院的困境与破局](#)（来源：基层医师公社）——第 16 页

【提要】近年来，基层医疗卫生领域按照“保基本、强基层、建机制”总体要求，乡镇卫生院有了明显改善，但其医疗服务能力仍需在未来一段时间内不断提升。笔者发现，乡镇卫生院的医疗服务能力进步不明显，甚至出现被业内外持续“唱衰”的发展困境。而如何破解乡镇卫生院医疗服务困境，笔者提出以下建议：一是，改善乡镇卫生院基

基础设施环境。二是，多方面吸纳培养人才。三是，改革绩效分配机制。四是，合理利用好医保的优势。五是，打造特色科室。六是，提升服务水平。

• 中医药动态 •

▣ [内蒙古：实施中蒙医药振兴发展重点工程](#)（来源：内蒙古自治区人民政府办公厅）——第 21 页

【提要】日前，内蒙古自治区人民政府办公厅印发《关于促进中医药(蒙医药)特色发展若干政策措施》，提出发挥好中医药(蒙医药)独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源和重要的生态资源优势，推动中医药(蒙医药)事业发展。此外，《政策措施》提出，增强中医药(蒙医药)发展动力，提高中医药(蒙医药)发展效益，营造中医药(蒙医药)发展良好环境，各地区要坚持“中西医并重”，把中医药(蒙医药)工作作为重点，在经济社会发展全局中同谋划、同推进、同落实、同考核。

▣ [吉林省 2022 年中医药工作会议召开：五方面发力加快中医药高质量发展](#)（来源：中国中医药报）——第 23 页

【提要】2月16日，吉林省2022年中医药工作会议召开。会议提出，2022年将立足新发展阶段，聚焦中医药高质量发展，统筹新冠肺炎疫情防控，重点围绕实施中医药振兴发展重大工程、构建优质高效中医医疗服务体系、提高中医药服务能力、加强中医药传承创新、打造中医药特色人才队伍五方面发力，加快中医药高质量发展步伐。

· 带量采购 ·

▶ [集采提速扩面 央地联动将成主要趋势](#)（来源：Latitude Health）

——第 25 页

【提要】随着药耗集采的逐渐深入，市场对政策的预期日趋明朗。不过，集采这一工具本身的发展趋势仍有诸多方面需要廓清，从国新办在 2 月 11 日举办的政策吹风会可以得到很多方向性的要点。首先，集采提速扩面将是明确的趋势，十四五规划中列举的覆盖面只是较低值，实际可能推进的品类和数量将会大幅超出。其次，央地联动将越来越紧密，对省级集采尤其是联盟集采不可再掉以轻心。总体来看，集采提速扩面将是 2022 年的主旋律，省级联盟集采将在未来发挥更大的作用，而其与国采的联动则将成为持续的趋势，成为预判政策走势的主要看点。

▶ [集采进入价廉质优新阶段，“十四五”十大趋势预判！](#)（来源：

智慧产业网）——第 28 页

【提要】通过对政策和各地实践的研判，可以预判，“十四五”期间，我国药品集中带量采购的发展有十大趋势：一是带量采购成为本阶段集中采购的主要特征和形式；二是品种范围进一步扩大；三是联盟采购如火如荼；四是分类采购依然是集中采购方向；五是价格和招采信用评价成集中采购中的新要；六是利用临床大数据和专家评价的方式，解决集中采购中产品质量评价的相关问题；七是低价中选、价格联动；八是集中采购成为“价格发现机制”；九是医保“结余留用”

制度将改变医疗机构参与集采的态度；十是临床品种、生产企业、流通企业集中度将大幅提升，经营生态发生改变，行业格局重新构建，销售规则重新改写。

• 医保快讯 •

▶ [解读 | DIP/DRG 双试点提高医保基金使用效能](#)（来源：中国医疗保险）——第 35 页

【提要】上海市某三甲医院于 2019 年 7 月成为按病种分值付费(DIP)试点医院,于 2020 年同时成为按疾病诊断相关分组付费(DRG)试点医院,成为上海市唯二的 DIP/DRG 双试点医院之一。医院通过对 DIP/DRG 管理工具的运用,为临床科室提升学科建设水平提供了抓手,实现简单病种下沉、疑难病种诊治水平提升,推动医疗机构由外延规模发展向内涵质量发展转型升级。同时,合理校正了医疗服务行为,降低了患者费用,并通过全面推进管理模式、诊疗模式、服务模式、运营模式的转变实现流程再造和技术创新,提升了患者疗效和就医体验。最终形成提高医保基金使用效能的有效管理路径,实现患者满意、医院发展和医保基金节约的三方共赢。

▶ [河南医保强化基金精细化管理 提升医疗服务质量](#)（来源：河南省医疗保障服务中心）——第 44 页

【提要】为贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，压实定点医疗机构医保基金使用管理主体责任，强化定点医疗机构自我管理、自我教育、自我监督，进一步规范医疗服务行为，保障基金安全，促

进基金有效使用，河南省医疗保障服务中心结合党史学习教育，扎实开展“我为群众办实事”活动，采取试点先行、示范带动、总结完善、逐步推广的方式，在全省二级以上定点医疗机构推行医保基金使用管理委员会制度，各项工作取得积极进展，成效明显。

• 医院信息化 •

▶ [DIP 下的医院信息化建设该如何做？](#)（来源：金豆数据）——第 49 页

【提要】按病种分值付费是以历史数据为基础，依据现实匹配关系对每个病例的“疾病诊断+治疗方式”进行穷举与聚类，是我国本土化的医保支付改革探索。日前，国家医保局印发了《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，要求到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式将覆盖全国所有符合条件的开展住院服务的医疗机构。信息化建设是医院进行 DIP 改革的关键支撑，不仅关系到医院和医保的结算，还贯穿于临床诊疗服务的全流程。因此，医院需要开发与之相匹配的信息化系统，就现阶段而言，院内信息化建设内容主要从病案质控、医保智能监管、绩效考核等方面入手。

▶ [自主构建医院端智慧医保监管系统的实践](#)（来源：HIT 专家网）——第 55 页

【提要】支付方式的多样性是医保基金支付的常态化趋势。河北省人民医院信息管理部门对全院业务流程的技术架构、医保业务与信息系

统数据的逻辑关系、现有数据基础等进行综合分析研判，探索出医保

监管的较佳数据模型，选定了逻辑计算最简、数据流动节点最少、开发量最小的技术架构，经与开发商充分沟通确认技术可行性、与医保监管部门充分沟通确认管理的可行性后，决定采用自主研发的形式，充分利用现有数据，在医院内部分步实现“事前提醒、事中监管、事后处理”的全流程监管理念。

• 医疗改革 •

▶ [《人民日报》：支付方式改革，是三方互利共赢的改革](#)（来源：人民日报）——第 62 页

【提要】支付机制是提高医保基金使用效能的关键。随着医疗技术的发展、临床路径的开展，以及医保基金精细化管理的要求，探索创新更加科学、更加精细化、更加规范化的医保支付方式，不仅是医保高质量发展的需要，也是医院高质量发展的需要，更是人民群众获得更高质量医保医药服务的需要。按照国家医保局发布的《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，医保基金、医院、患者三方将实现共赢。

▶ [6 项重点任务！2022 年浙江省卫生健康工作这么干](#)（来源：健康浙江）——第 67 页

【提要】2 月 16 日，2022 年全省卫生健康工作电视电话会议召开。会议深入学习贯彻习近平总书记关于卫生健康和疫情防控工作的重要指示批示精神，全面贯彻落实党的十九届六中全会、省委十四届十次全会、省“两会”和全国卫生健康工作会议精神，总结回顾去年工作，分析当前形势，研究部署今年重点任务。省卫生健康委党委书记、

主任王仁元提出，2022 年，全省卫生健康系统要全面贯彻落实省委省政府决策部署，以打造健康中国省域示范区为目标，以疫情防控、共同富裕示范区建设、数字化改革和亚运会医疗卫生服务保障为主线，狠抓重点改革发展任务，在高质量推动健康浙江建设中形成重大标志性成果。

• 国际视野 •

▶ [亚马逊推出 Amazon Care 的背后：远程医疗与传统健康险的竞合](#)

（来源：和讯网）——第 70 页

【提要】近期，亚马逊宣布将在全美范围内推出名为 Amazon Care 的远程医疗服务，目前该服务在八个城市提供，并计划在纽约市、旧金山、迈阿密和芝加哥等 20 个城市推出。亚马逊表示，疫情的出现让客户对于上门护理和远程医疗的需求越来越强，而 Amazon Care 将虚拟护理和面对面服务相结合，让客户能够在家中十分舒适地接受更广泛的护理，填补了医疗保健系统中的一个空白。亚马逊远程医疗服务的推出，颠覆了以往传统的私人健康保险市场。对于通常购买健康保险感到困惑、保费和免赔额还以远远超过年工资增长的速度快速增长、甚至还有可能浪费几千美元却选择了错误的健康保险方案的大多数消费者来说，亚马逊完全是一个可行的替代方案。

▶ [医药行业深度研究：从发达市场看我国创新药、技术产业的发展前景](#)（来源：东吴证券）——第 76 页

【提要】龙头药企最根本的困境来自于专利悬崖和创新不足，持续不

断提高管线创新水平是药企做大做强的康庄大道。逐渐巩固自己在某几个特定疾病领域的优势，有针对性得布局自己的研发管线。积极开拓国际市场；大量并购投资其他优质中小创新药/技术企业，降低自己的研发风险，扩充自己的研发管线。当制药企业规模达到一定程度时，简单的增加产品种类和销售额并不一定会提升股价，此时将会迎来企业成长的瓶颈期。在这一阶段，企业需要通过并购或自主研发产生创新型的重磅产品方能在高额的研发费用下产生超额盈利。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

国家疾控局“三定方案”解读

专注防疫“小”卫生，干番疾控大事业

来源：国家疾病预防控制局

经过旷日持久的 9 个月等待后，国家疾病预防控制局(下称：国家疾控局)三定方案正式公布了！

2020 年初,疫情信息直报系统失灵,中国疾病预防控制中心(CDC)不够合理的体制和职能被视为直接原因：体制上,从中央至地方四级是非垂直管理模式、地方 CDC 需听命于地方政府而非上级 CDC;职能上,历来重业务与技术、轻管理与政策,信息发布权与行政权不足。SARS 疫情后我国公卫队伍萎缩、地位低下、医防分离等问题也再被提及,疾控体系改革的呼声非常强烈。

在此背景下,2021 年 4 月 28 日国家疾控局宣布成立。由于 CDC 还为国家卫健委隶属的疾控局、妇幼健康司、基层卫生健康司等多个司局提供了重要的人员和技术支持,一旦独立,这些司想要再争取这种资源支持和协作,流程会变得更加繁琐,三定方案因此迟迟未能出台。

近日,全国 10 余万疾控人终于等来了他们翘首以盼的三定方案——《国家疾病预防控制局职能配置、内设机构和人员编制规定》(下

称《规定》), 针对疫情中暴露的问题, 交出了一份答卷。



图片来自: 中国机构编制网

国家疾控局独立为副部级

专注防疫“小”卫生

图片来自: 中国机构编制网

国家疾控局独立为副部级, 专注防疫“小”卫生

《规定》再次明确, 国家疾控局是国家卫生健康委员会管理的国家局, 为副部级。

主要负责内容包括:

制定并组织落实传染病预防控制规划、国家免疫规划以及严重危害人民健康公共卫生问题的干预措施, 制定检疫、监测传染病目录;

规划指导传染病疫情监测预警体系建设, 组织开展疫情监测、风险评估工作并发布疫情信息, 建立健全跨部门、跨区域的疫情信息通报和共享机制。指导开展寄生虫病与地方病防控工作;

负责职责范围内的职业卫生、放射卫生、环境卫生、学校卫生、公共场所卫生、饮用水卫生等公共卫生的监督管理, 负责传染病防治

监督，依法组织查处重大违法行为，健全卫生健康综合监督体系；

制定传染病医疗机构管理办法并监督实施。

而此前国家卫健委疾控局的职责范围包括：拟订重大疾病防治规划、国家免疫规划、严重危害人民健康公共卫生问题的干预措施并组织实施，完善疾病预防控制体系，承担传染病疫情信息发布工作。

诸如指导疾病预防控制体系建设，规划指导疫情监测预警体系建设，在国家卫健委既往的职责介绍中没有具体提及。这次被单独拎出来，可见疫情大背景下诞生的国家疾控局在实现国家-省(自治区、直辖市)-市-区(县)4级，自上而下的疾控体系垂直管理上，被寄予厚望。

上海市卫生和健康发展研究中心主任金春林告诉“医学界智库”，原先重大传染病发布时，国家卫健委疾控局以司级身份发布文件到省里，既地位不对等，又不能体现出其独立性。“这次独立成副部级单位，这些问题可以解决。”

“《规定》看来，国家疾控局现在主要负责两条线，一条是以是传染病防控为主的疾病预防控制的这条线，另一条是卫生监督。相比涵盖慢病管理等工作的美国 CDC，新成立的国家疾控局(权责)要小一点，负责一个小的卫生领域。”

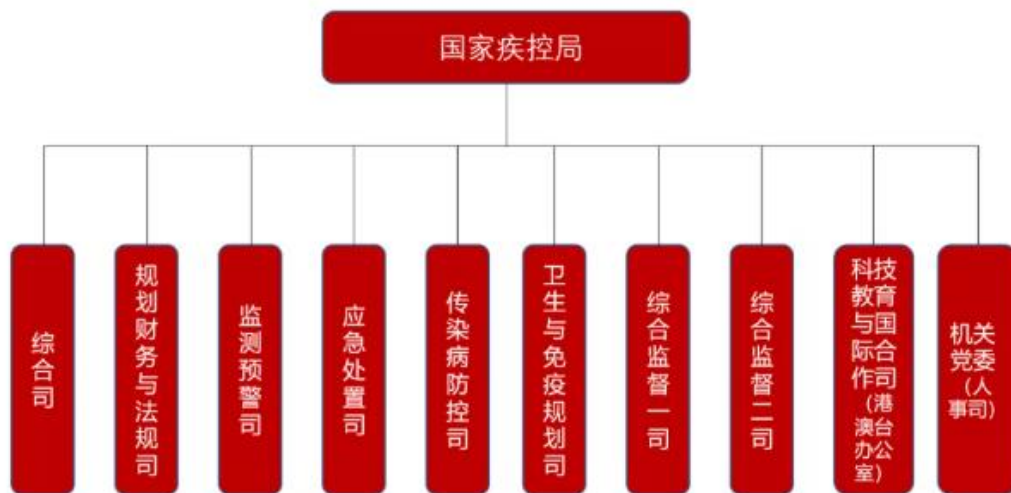
值得关注的是，《规定》提到，国家疾控局将协同指导疾病预防控制科研体系建设，拟订疾病预防控制科技发展规划及相关政策并组织实施。也就是说，在慢性病业务中，国家疾控局的地位降为辅助协

同作用，医防融合的重任仍被保留在国家卫健委内部。

“现在大家可能觉得重大的疫情对经济影响特别大，应该单独拿出来，让国家疾控局集中精力把防控体系先做起来。”对于慢性病业务的剥离，在金春林看来未尝不是件好事。“在大健康概念下，疾病防控似乎不应该和慢病分家，但经过几十年(做)下来，发现疾控中心可能的确没有能力去处理这块，加入进来可能反而让其分散精力，毕竟现在很多慢病防治工作是放在类似基层卫生中心的医疗机构来干的。”

下设 10 个副司局级，有了执法监督权

此次，国家疾控局设下列十个内设机构(副司局级)，包括综合司、传染病防控司、卫生与免疫规划司、综合监督一司、综合监督二司等。



国家疾控局十个内设机构(副司局级)，医学界智库制图

其中，综合监督一司承担医疗机构疾病预防控制监督工作，组织对医疗机构开展疾病预防控制工作的督导、检查和考核，依法组织查处传染病防治重大违法行为，指导建立疾病预防控制监督员制度。

综合监督二司承担公共卫生监督工作，组织指导地方开展职业卫生、放射卫生、环境卫生、学校卫生、公共场所卫生、饮用水卫生监督检查工作，依法组织查处公共卫生重大违法行为，完善卫生健康综合监督体系。

相比国家卫健委疾控局，国家疾控局增加了传染病防治监督、公共卫生监督管理，这两个职能原本归属于综合监督局，如今被归纳到了综合监督一司和综合监督二司，原国家卫健委疾病防局、综合监督局被裁撤。

金春林表示，早前的卫生防疫站兼具疫情防控和卫生监督两大职能，后来改革一分为二成疾病预防控制中心和卫生监督所，前者只有监督权却没有行政执法权，后者却在各地都设有并拥有独立执法权。此次国家防控中心的成立可以看作两大机构合二为一，是某种意义上的回归，相比原先的国家卫健委疾控局多了执法权。

设一正四副，国家疾控局扩编 2 倍多

在编制职数调整方面，《规定》提到，划出国家卫生健康委员会 70 名行政编制、10 名司局级领导职数，并为进一步加强生物安全工作，核增国家卫生健康委员会 4 名行政编制、1 名司局级领导职数。

调整后，国家疾控局机关行政编制 170 名。设局长 1 名、副局长 4 名，正副司长职数 32 名(含机关党委专职副书记 1 名、机关纪委领导职数 1 名)。国家疾控局所属事业单位的设置、职责和编制事项另行规定。

而 2006 年卫生部疾病控制司更名为卫生部疾病预防控制局时，其仍属于司局级机构，调剂 80 名事业编制人员。在政府机构整体缩编背景下，国家疾控局扩编了 2 倍多，也充分体现了国家的重视。

此前，人社部官网已经公布了国家疾控局的一正三副名单：王贺胜为国家疾控局局长，常继乐、沈洪兵、孙阳为国家疾控局副局长，第四位副局长还未见公开披露。

局长王贺胜是国家卫健委副主任、党组成员，经验丰富。其本科毕业于天津医学院(天津医科大学的前身)公共卫生专业，在该校工作了近 18 年后，出任天津市卫生局党委书记，是理论与实践两手均能出成绩的实干型干部。也正因此，其在新冠疫情暴发后火线赶赴湖北，参与一线疫情防控，2020 年 2 月 15 日国新办在湖北武汉举行的新闻发布会上，王贺胜的表现给全国人民吃了颗定心丸。

另外两位副局长常继乐和孙阳，分别是国家卫健委疾病预防控制局局长、国家卫健委卫生应急办(突发公共卫生事件指挥中心)(现已改名为医疗应急司)主任。而沈洪兵副局长是流行病学家，2019 年当选中国工程院院士，现任南京医科大学校长。

中国人民大学公共管理学院教授王虎峰曾评价，国家疾控局领导班子的组合“较为全面合理”——既有经验丰富的卫生行政领导，又有从事科研工作的院士，也有具备疾控、医院管理、卫生应急方面经验的管理者，为落实中央提出的医防协同奠定了坚实基础，也将为改革联动探索新的模式和经验。

如今，三定方案公布，国家疾控局终于登场了！这个新机构将如何大刀阔斧改革中国防疫体系呢？表现值得期待。

[返回目录](#)

乡镇卫生院的困境与破局

来源：基层医师公社

近年来，基层医疗卫生领域按照“保基本、强基层、建机制”总体要求，乡镇卫生院有了明显改善，但其医疗服务能力仍需在未来一段时间内不断提升。

01 困境：医疗服务能力弱化

笔者发现，乡镇卫生院的医疗服务能力进步不明显，甚至出现被业内外持续“唱衰”的发展困境，究其原因总结如下：

一是，基础设施“先天不足”虽然近几年通过国家“强基层”的资金投入和建设，绝大多数乡镇卫生院基础设施、院容院貌有了明显改变，但仍有部分乡镇卫生院自我发展能力有限，基础设施和检查设备陈旧。比如，有的病房住院条件老旧且卫生脏乱差，无法满足新时代患者的就医生活习惯需要；有的乡镇卫生院辅助检查仅有血常规、心电图，其他如B超、CR虽有设备但无人用成了摆设，不能满足基层群众的就医需求；像比较常用的CT、经颅多普勒等大多数中心镇卫生院都是没有的。长此往复，患者只能舍近求远去城区大医院检查，加重了群众的负担。

二是，人才短缺薄弱部分乡镇卫生院存在人才短缺、空编、人才

断层等问题。笔者经了解发现，多与工作环境、薪酬待遇及发展空间有关。比如迅猛扩张发展的城区大医院，使得基层稍有拔尖骨干人才就被掐尖，难以使真正的人才留在基层；健康扶贫、家医签约、疫情防控、疫苗接种、下乡、检查、督导、创建、评比活动……使得基层医务人员应接不暇，有的人则选择离开基层。

三是，绩效考核动力不足部分乡镇卫生院绩效考核差距不大，等同吃大锅饭，干与不干都一样，干得多承担的风险也多，于是出现人浮于事、推诿病人等现象。医务人员的积极性和主观能动性下降，一些原先开展较好的外科、产科、五官科等特色科室逐渐萎缩关门，基层群众便捷度、满意度下降。

四是，新冠疫情出现自 2019 年底新冠肺炎疫情发生以来及后来疫情的常态化，乡镇卫生院大量医务人员被抽调到“两站一口”、医院预检分诊点、隔离点等从事测量体温、查“两码”、核酸采样、流调等工作。再到后来集乡镇卫生院全院之力的新冠疫苗接种，使偏远山区人员紧缺的乡镇卫生院人员调配捉襟见肘。同时，因疫情间患者购买“四类药品”须持 48 小时核酸证明，使乡镇卫生院住院及门诊病人进一步减少。

五是，重预防轻诊疗有些乡镇卫生院大部分精力放在公共卫生服务上，对临床方面不够重视。比如抽调临床医务人员花费大量精力下乡进行健康体检、家庭医生签约、健康扶贫、公共卫生等相关工作。频繁抽调导致临床医生难以专心做好基本医疗服务工作，临床医疗业

务下滑甚至不能正常看病，无法满足基层群众的就医需求。人的精力是有限的，乡镇卫生院的公共卫生、医疗服务需要相互成就、互相促进。

02 破局：走出困境的 6 点建议

乡镇卫生院的医疗服务功能逐步弱化，如何破解乡镇卫生院医疗服务困境，笔者提出以下建议：

一是，改善乡镇卫生院基础设施环境

积极改善乡镇卫生院的院落、居住、卫生及就医环境，逐步改造乡镇卫生院业务用房，逐步购置、更新医疗设备设施。

如改善医护诊室办公条件、改善病房环境，使病人住院房间尽量安装卫生间；购买经济实用高新设备，使老百姓花较少的费用在家门口也可以做 CT 等先进设备检查和一些如“碎石、牵引、理疗”等相关治疗，保证“中病不出镇”。

二是，多方面吸纳培养人才

通过事业单位招考、农村订单定向医学生培养、医务人员定向招聘等多种形式招揽人才，创造良好条件，使医疗卫生专业人才“下得去、留得住、用得上”。

强化上级医院的对口帮扶，上级医院选派业务骨干挂职做好传帮带工作，以老带新；选派基层医务人员去上级医院进修学习，解决人才断层问题，使基层人才队伍良性发展。

放宽招聘条件，通过公开招聘取得执业助理医师以上资格人员纳

入乡镇卫生院编制，逐步配齐卫生专业技术人员。

对乡镇卫生院医务人员在职称晋升、工资待遇、绩效分配等方面给予政策倾斜，关心爱护医务人员的身心健康，通过多种形式增强医务人员的职业荣誉感，营造全社会尊医重卫的良好风气。

三是，改革绩效分配机制

在乡镇卫生院实行公益一类财政供给，公益二类事业单位管理，实行以工作量和服务质量为基础的绩效工资分配制度。

在平稳实施绩效工资的基础上，可结合医务人员岗位特点，探索在核定的收支结余中提取职工福利基金、奖励基金，适当提高奖励性绩效工资比例。

收入分配要重点向关键岗位、业务骨干、紧缺人才和做出突出贡献人员倾斜，合理拉开收入差距，真正体现多劳多得、优绩优酬。

适当提高乡镇补贴，对在基层长期从医人员和做出突出贡献人员给予奖励。

四是，合理利用好医保的优势

医保的出现一定程度上缓解了农民群众看病贵问题，乡镇和县级以上医院比较起来，具有地理位置近、起付线低、报销比例高、诊疗费用低等优势。

如起付线县级医院为 1000 元，乡镇卫生院为 300 元；报销比例乡镇卫生院为 85% 报销，县级医院为 75% 报销；治疗、检查等费用低，同样的疾病，在县级医院住院诊疗的费用大致是乡镇卫生院的 3-5 倍，

甚至更高。

乡镇卫生院要充分重视自身的医保优势，适应群众就近就医需求，做好宣传工作，在改善服务质量和水平上，利用自身优势吸引病人就诊。

一些条件较好的中心镇卫生院可以向二级医院发展或成为县级医院分院，破解一级医院用药限制难题。

五是，打造特色科室

乡镇卫生院可以充分利用现有人才设备或引进人才设备打造特色科室，如中医馆、骨科、儿科、妇科、皮肤科、口腔科等，以点带面，带动整个卫生院医疗业务发展。

有些乡镇卫生院充分利用国家大力发展中医药适宜技术时机，建起了中医馆，推广简便验廉的中医药适宜技术，如中药饮片、针灸、推拿、拔罐、刮痧、贴敷等，很受基层群众欢迎。

有的乡镇卫生院大力发展自己的特色专科，如湖南浏阳市的社港镇卫生院，发展骨科特色医疗服务业务远超一些城区三级医院，充分证明只要用心发展，乡镇卫生院也一样可以比肩大医院。

根据群众不断增长的健康需求，有些乡镇卫生院开展癌细胞检测、溶栓治疗、医养结合等开展项目及发展模式，大大增强基层患者对乡镇卫生院的依赖程度。

六是，提升服务水平

乡镇卫生院要在设备、技术、服务、战略上提高竞争力，对出院

病人进行及时回访，了解对治疗的满意度，认识自身不足，提高对疾病的诊断治疗能力。

还可以对一些偏远村组的留守老人可以进行便民接送。

利用家庭医生、健康体检等下乡时机入村宣传，拉近和群众之间的距离和感情，加强自身能力建设，成为农民群众“病有所医”的处所，为农村群众提供优质服务，增强他们的就医获得感。

总之，乡镇卫生院应不断地从上述 6 方面持续发力，来破解乡镇卫生院医疗服务发展难题，减轻群众疾病经济负担，满足农民群众就医需求。让广大农民群众在家门口都能享受到基本公共服务和医疗服务均等化所带来的好处及实惠。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

内蒙古：实施中蒙医药振兴发展重点工程

来源：内蒙古自治区人民政府办公厅

日前，内蒙古自治区人民政府办公厅印发《关于促进中医药(蒙医药)特色发展若干政策措施》(以下简称《政策措施》)，提出发挥好中医药(蒙医药)独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源和重要的生态资源优势，推动中医药(蒙医药)事业发展。

《政策措施》提出，将实施中医药(蒙医药)振兴发展重点工程并

作出具体工作部署,其中包含对实施中医药(蒙医药)特色人才培养工程、加强中医(蒙医)医疗服务体系建设、加强中医药(蒙医药)科研平台建设、实施名医堂工程、实施中医药(蒙医药)产学研医政联合攻关工程、实施道地中药材(蒙药材)提升工程、建设自治区中医药(蒙医药)综合改革区、实施中医药(蒙医药)开放发展工程等方面。

《政策措施》明确,加强中医药(蒙医药)人才培养,调整优化自治区高等医学院校中医学(蒙医学)学科专业布局,逐步建立以中医药(蒙医药)课程为主、先中(蒙)后西的专业课程体系,增设中医(蒙医)疫病课程。坚持发展师承教育,将师承教育贯穿临床实践教学全过程,逐步提高高等院校“双师型”教师比例,加强中医药(蒙医药)基础、经典课程教师及临床教师、师承导师培养。在国家、自治区重大人才工程高层次人才推荐、评选工作中,探索中医药(蒙医药)人才单列计划、单独评价。

为完善中(蒙)西医结合制度,《政策措施》提出,将中医药(蒙医药)融入突发公共卫生事件应急预案和技术方案,第一时间全面参与应急处置和疫病防治。临床、口腔、公共卫生类别医师接受必要的中医药(蒙医药)继续教育。

在促进中药(蒙药)产业发展方面,《政策措施》要求,加快推进中药(蒙药)审评审批制度改革,挖掘整理古代经典名方中药(蒙药)复方制剂,指导、鼓励中药(蒙药)创新药、改良型新药、古代经典名方、同名同方药申报注册。推荐符合条件的中药(蒙药)新药进入快速

审评审批通道。

此外，《政策措施》提出，增强中医药(蒙医药)发展动力，提高中医药(蒙医药)发展效益，营造中医药(蒙医药)发展良好环境，各地区要坚持“中西医并重”，把中医药(蒙医药)工作作为重点，在经济社会发展全局中同谋划、同推进、同落实、同考核。

[返回目录](#)

吉林省 2022 年中医药工作会议召开：五方面发力加快中医药高质量发展

来源：中国中医药报

2月16日，吉林省2022年中医药工作会议召开。会议提出，2022年将立足新发展阶段，聚焦中医药高质量发展，统筹新冠肺炎疫情防控，重点围绕实施中医药振兴发展重大工程、构建优质高效中医医疗服务体系、提高中医药服务能力、加强中医药传承创新、打造中医药特色人才队伍五方面发力，加快中医药高质量发展步伐。

在实施中医药振兴发展重大工程方面，吉林将积极申报国家中医药传承创新中心，支持白山市、通化市申报国家中医药综合改革试验区。在全省各级各类医疗机构谋划建设治未病中心、中医康复治疗中心、中医药特色老年健康中心、中医经典传承中心(国医堂)、中西医结合中心。建立健全基本医保用药准入、支付及管理机制，进一步完善院内制剂价格形成机制，将更多中药饮片纳入医保基金支付范围。

在构建优质高效中医医疗服务体系方面，力争实现全省每个地市

设有 1 家三级中医类医疗机构，实现县办中医院全覆盖。加强公立中医医院能力建设，推进公立中医医院绩效考核工作，激活公立中医医院发展动力。探索县域内政府举办的二级及以上中医院牵头组建紧密型医共体，推动地市级和县级公立中医院服务能力整体提升。

在提高中医药服务能力方面，制定《吉林省中医药健康促进专项行动实施方案》，实施基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动。推进基层医疗卫生机构中医综合服务区(中医馆)建设，力争实现全省基层医疗卫生机构中医综合服务区(中医馆)全覆盖。完善中西医协同机制，在全省综合医院、妇幼保健机构推进中西医结合工作。

在加强中医药传承创新方面，建立中医药古籍保护修复基地，开展中医药古籍修护，完成 1000 册以上古籍基本修复任务。加强对中医药疗效、关键技术等临床问题的研究，提升多学科交叉融合能力。加强中药饮片溯源管理，推进吉林省首批道地药材团体标准的制定发布。

在打造中医药特色人才队伍方面，开展吉林省第四批名中医评选表彰，继续实施岐黄工程，推进第七批全国老中医药专家学术经验继承工作。开展中医专业农村订单定向免费医学生培养、中医全科医生规范化培训和转岗培训、中医馆骨干人才培养。

[返回目录](#)

· 带量采购 ·

集采提速扩面 央地联动将成主要趋势

来源：Latitude Health

随着药耗集采的逐渐深入，市场对政策的预期日趋明朗。不过，集采这一工具本身的发展趋势仍有诸多方面需要廓清，从国新办在 2 月 11 日举办的政策吹风会可以得到很多方向性的要点。

首先，集采提速扩面将是明确的趋势，十四五规划中列举的覆盖面只是较低值，实际可能推进的品类和数量将会大幅超出。

医保十四五规划中明确了药品集采从当前的 112 个增加到 500 个品种以上，而耗材从 1 个增加到 5 个品种。但从此次吹风会上，国家医保局副局长陈金甫明确的是：“力争到 2022 年底，通过国家组织和省级联盟采购，实现平均每个省覆盖 350 个以上的药品品种，高值医用耗材品种达到 5 个以上，使之成为新的集采常态，从而达到稳定社会预期、稳定行业生态的目的。”

这意味着除了国家集采，在地方集采的推进速度也将大大加快。陈金甫透露：“平均每个省份集采品种已经累计达到 50 个，高值医用耗材达到了 3 种。今年，我们将指导地方根据临床需要，围绕大品种和常见病，查漏补缺进行推进，力争每个省份开展的省级集采品种能够达到 100 个以上，高值医用耗材能覆盖到 5 个品。”

当然，除了提速，药品扩面主要是指向生物药和中成药扩展，这与医保十四五规划是一致的。而耗材的扩面除了向骨科和药物球囊推

进之外，也将非医保的种植牙纳入进来，这是继 2019 年第二轮集采纳入医保外药品之后，耗材领域纳入非医保产品，未来种植牙集采的走势将对医保外产品的集采具有重要的参照价值。

扩面不仅包括品种，也包括区域。除了国采之外，地方联盟集采并不是覆盖所有省份的，这导致省级集采的产品在部分地区的价格远高于集采身份。所以，此次吹风会明确了已经开展省级集采的品种在未集采的地区也要跟进，这意味着省级集采和国采的覆盖面在未来将日益趋同，最终覆盖到全国。这也意味着医保目录和支付标准将持续动态调整，市场竞争将更为激烈。

其次，央地联动将越来越紧密，对省级集采尤其是联盟集采不可再掉以轻心。

随着省级集采的密度强化，尤其是品种提速之后，由于未进行集采的省份也需要跟进，对全国的覆盖能力大大提升了。但国采和地方集采的区别值得注意。此次吹风会对此做了明确，如果省级集采已经成功，那国采就不进行了，接下来只是要求各地跟进，而如果省级集采没有成功，那国采就会进场，央地进行持续的联动。省级集采成功的标准是“达到了选优的目的，价格合理、临床满足了需要”，而不成功则是指“竞争格局不充分，品种还不是很多，总量还不是很大”。从这个标准来看，如果省级集采的竞争格局充分，品种足够多且总量能达到预期，就可以达到价格合理的优选并能满足临床需求。如果概括来看，以量换价还是关键，但前提是竞争充分和满足临床需求。

由于一个省的体量总体是有限的，因此，联盟集采就成为主要手段，虽然达不到全国的体量，但数个省到十多个省的体量能够真正以量换价，这不仅保证了充分竞争，也保证了品种数量，更关键的是保证了临床需求。由于集采不是在一个品种只采购一个产品，而是多个，这保证了产品的多样性，满足了临床的需求。因此，在省级集采价格全国联动后，希望通过集中在未进行省级集采地区维持价格体系的策略也将失效。

最后，集采规则动态平衡，尤其是扩展到生物药和中成药之后，临床替代和产能仍是制定规则的关键。从吹风会来看，化药的竞争比较充分，协议采购量就占到了市占率的 80%，这比较容易推进。但生物药的竞争充分性不强，中成药缺乏一致性评价，如何制定规则就很关键。胰岛素已经给出了一些生物药集采的原则，但其他生物药如何集采仍值得市场持续关注。而中成药还未开展国家集采，现在省级联采按医院和临床选择品种，未来中成药如果进入国采，会采取什么样的规则也非常值得关注。

耗材的集采规则更是一品一策，由于耗材不同品类之间差异很大，很难直接套用，随着集采的深入，未来持续不断的新品种加入也会带来持续的规则变化。从吹风会来看，骨科脊椎类产品属于较为复杂的采购，规则制定耗时较多，而药物球囊更多是补漏洞，属于政策的加码，种植牙更多是对医保外需求量较大产品的尝试。

总体来看，集采提速扩面将是 2022 年的主旋律，省级联盟集采

将在未来发挥更大的作用，而其与国采的联动则将成为持续的趋势，成为预判政策走势的主要看点。不过，集采规则仍是政策最大变量，随着集采提速扩面，市场发展的不确定因素将逐步消散。

[返回目录](#)

集采进入价廉质优新阶段，“十四五”十大趋势预判！

来源：智慧产业网

春节假期刚刚结束，国务院新闻办公室就举行了例行吹风会，介绍深化药品和高值医用耗材集中带量采购改革进展情况。各地药品集采信息的更新继续牵动产业界神经，省地市药品集中带量采购动作依然会延续如火如荼的态势。

《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〔2021〕2号文)明确，“按照政府组织、联盟采购、平台操作的要求，推进构建区域性、全国性联盟采购机制。各省(自治区、直辖市)对本区域内除国家组织集中带量采购范围以外的药品独立或与其他省份组成联盟开展集中带量采购，并指导具备条件的地市级统筹地区开展采购工作。”

从政策设置层面，国家带量采购与地方带量采购各有侧重，互为补充。国家药品集采将主要集中在过评品种，逐步扩大品种范围。联盟则主要围绕一致性评价尚未覆盖或尚未纳入国家集采品种。

联盟采购成热点

笔者观察到，2019年下半年至2021年底，很多省份推进了有益

探索，在药品方面进行了上百次的省级、地市级及跨省联盟、跨地区联盟的带量采购。

如渝贵云湘桂五省/市联盟、新疆“2+4”联盟、四川“6+2”省际联盟、京津冀“3+N”联盟、广东十一省联盟、陕西十四省联盟、湖北十九省联盟、江西四省联盟、三明地市联盟等等。据不完全统计，联盟采购每次集采不多、品种重叠性不高，形成了各地多姿多彩、极具特色的带量采购模式。

其中，联盟采购分为三种情况：一是临床用量大、采购金额高且竞争较为充分的药品，如重庆五省、陕西十一省带量采购等；二是短缺药采购，如重庆八省短缺药带量采购；三是国家联采协议到期产品，如广东十一省联盟带量采购。各省级联盟目录的数量各不相同，最少的只有一个产品。

综合分析各联盟采购，在规则设置上存在诸多不同。

首先，质量层次划分方面。只有重庆五省将产品的质量划分为两个层次，新疆 2+N、重庆八省常用药按照质量划分 AB 组，其他项目未对质量层次进行划分。

其次，综合评审被广泛采用。如重庆五省同分组同质量层次申报企业在 3 家及以上的，根据综合评审得分由高到低确定 2 家入围企业；陕西十一省联盟对申报企业数量大于或等于 3 家的同一目录药品，采取双信封综合评审的方式，综合评分=技术标评分×20%+价格分×80%，将综合评分由高到低排序，按照“拟中选产品数量表”的相应

数量，确定拟中选产品，最多 3 家可纳入拟入围范围；新疆 2+N 对评审组中入围企业为 3 家及以上产品，按照“药品集中带量采购综合竞价指标体系”确定综合得分，分值较高的药品确定为拟中选企业，符合价格入围资格的企业数最多入围企业数可 10 家进入拟中选企业遴选阶段；黑龙江 8+2、重庆常用药和短缺药也是采取综合评审方式确定拟中选企业。

再次，采用比价和议价的方式确定中选。如重庆五省，在综合评价拟中选的基础上，与同组同质量层次、单位可比价较高的企业进行议价，接受中选价的，则该产品为第二顺位拟中选企业，不接受中选价的，视同放弃；新疆 2+N 对入围企业为 1 家产品，通过谈判的方式进行遴选，对入围企业为 2 家的，根据该组药品申报较低的价格为预期降幅线进行议价，议价后的“单位可比价”较低的厂家为拟中选企业；京津冀 3+N 则按照单位可比价由低到高的顺序确定产品排名，较低的为第一名，次低的为第二名，同时满足单位可比价 \leq 同品种较低单位可比价的 1.8 倍和 \leq 同品种同规格较高有效申报价的 50%两个条件；四川 6+2 中，入围企业 \geq 3 家的产品，其“单位申报价”较低确定拟中选资格，入围企业 \leq 2 家的产品，其“单位申报价”较低且降幅 \geq 3 个以上产品的平均降幅，获得拟中选资格。

第四，中选产品数量不等。如四川 6+2、广东十一省联盟、新疆 2+N、黑龙江 8+2 都只中选 1 家，其他项目可多家中选。

第五，非中选产品和未纳入带量采购同通用名同给药途径的产品

纳入监控管理。如重庆五省联盟规定非中选产品和未纳入带量采购同通用名同给药途径的产品，全部纳入监控管理，其采购量原则上不得高于上一年度历史采购量，不得超过中选药品采购数量；十一省联盟，非中选产品可挂网交易，其挂网价格取本企业主规格的申报价格、全国较低中标(挂网)价格之间的低值；同生产企业同通用名不同剂型规格的价格按就低原则，具体由省平台按药品差比价规则计算，企业自愿接受的，予以挂网采购；新疆 2+N 中，允许医疗机构在确保可以完成预定采购量的基础上，医疗机构根据临床需求，在省级集中采购平台采购挂网的其他质量稳定、疗效确切、价格适宜的非中选药品，其采购量不得超过上年度历史采购量，不得超过中选产品的采购量；海南省则明确，未中选的不予挂网采购，但是大多数项目都对未中选给予一定市场机会。

中成药带量采购系第二大热点

2 号文提出，“探索对适应症或功能主治相似的不同通用名药品合并开展集中带量采购”，为中成药集中采购提供了基本遵循。国家医疗保障局副局长陈金甫在上述吹风会上表示，中成药在去年部分省份已经组织联盟采购的基础上，今年要有序进一步扩大范围。

过去一年，各地按照国家集中采购精神进行了中药集中带量采购试点，如青海省、浙江金华、河南濮阳等地，针对部分需求大、金额高的中成药品种开展了集采探索。湖北省十九省联盟及广东七省联盟，也率先开展了中成药跨区域联盟集中带量采购试点。

实际上，中成药集中带量采购与西药的不同至少有两方面：一是质量标准，二是价格形成机制。

由于中成药成分复杂，决定了中成药质量的因素不仅包括中药材、生产过程，也受诸多因素的影响(如配方中药材、中药有效成分、中药炮制、制剂工艺、辅料、包装、贮藏条件、运输等)，市场上销售的中成药质量存在差异。同样，在价格形成机制上，国家曾采取成本定价、规定批零差率、只管较高价、管理加成率、零差价或差别加价、企业自主定价、通过招标形成交易价格等不同的管理方式，中成药价格不均衡，令业界欣慰的是，湖北及广东方案中的 AB 分组、综合评价、梯度报价、准入竞价等内容，对此进行了有益探索。

“11233”基本框架的形成

国家政策层面鼓励集中采购的创新探索，允许医改试点城市自行采购，鼓励跨区域联合采购和专科医院联合采购等，在探索中丰富和完善药品集中采购机制。

我国未来药品集中采购的政策框架基本形成，可以概括为“11233”，即“一套系统、一套编码、两级平台、三级操作、三种方式”。

一套系统 2019 年 3 月，国家医保局组织建设国家医保药品和医用耗材招采管理子系统的招标。该系统投入使用后将与各省级平台对接，数据共享，形成一套完整的集中采购信息系统。2019 年 11 月，国务院常务会议上再次强调，构建药品国家集中采购平台，依托省

(区、市)建设全国统一开放的采购市场。

一套编码 2019 年 6 月,《关于印发医疗保障标准化工作指导意见的通知》(医保发[2019]39 号)下发,明确国家医保局标准化和信息化 15 项信息编码;做到“书同文,车同轨”;全国统一规划、统一分类、统一发布、统一管理,在全国统一医疗保障信息系统建设基础上,逐步实现疾病诊断和手术操作等 15 项信息业务编码标准的落地使用。“十四五”期间,形成全国医疗保障标准清单,启动部分医疗保障标准的研究制定和试用完善。

目前,医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材多项信息业务编码标准已经投入使用,并实现了动态维护。

两级平台建立国家和省两级平台,各地依托省级采购平台开展集中采购;建设全国统一开放的采购市场。

三级操作国家、省、地市各司其职,分工负责,在三个层面对药品、耗材实施招标操作。

一是国家层面,主要对通过一致性评价药品,专利药,用量小、需求不稳定的药品,生产企业较少、省级议价能力不足的药品进行集采。二是省级层面,主要对未通过质量和疗效一致性评价、临床用量大的药品、医用耗材进行招标。通过省级或省级联盟的方式,采取集中招标或谈判等方式进行带量采购,实现量价挂钩、以量换价等。三是地市层面,利用省级平台,主要对国家和省级集中带量采购以外的药品、医用耗材进行集采,以地市联盟、地市、医联体、医共体、医

疗机构等为主体议价带量采购。

三种方式即集中带量采购方式、直接挂网议价方式和医疗机构备案采购方式。三种方式将覆盖所有医疗机构的使用品种。

集中带量采购发展趋向

通过对政策和各地实践的研判，可以预判，“十四五”期间，我国药品集中带量采购的发展有十大趋势。

一是带量采购成为本阶段集中采购的主要特征和形式，医改现阶段的核心目标依然是降价和控费。带量采购将使药品和耗材进入“价廉质优”的新阶段。

二是品种范围进一步扩大，中成药、生物制品和医用耗材都将纳入带量采购范围；医保协议单位的范围也将进一步扩大；各省会按照国家统一部署开展带量采购工作，从试点进入到实施落地阶段。

三是联盟采购如火如荼，国家联采每年两次，触发机制已经形成；省际、区域联盟规范化发展；逐渐以区域为主导的联盟采购格局形成。

四是分类采购依然是集中采购方向，集中带量采购将按照品种特点、适应症和主治功能等区别对待，建立更加细化的评价规则；不能纳入带量采购的品种，将以挂网的方式集中采购；探索孤儿药、短缺药等特殊类别产品的适宜采购方式。

五是价格和招采信用评价成集中采购中的新要求。集中采购强化自我承诺制度、主动上报制度、信息校验制度、信用评价制度、分级惩戒制度、信用修复制度。

六是利用临床大数据和专家评价的方式，解决集中采购中产品质量评价的相关问题，有效解决非一致性评价产品的质量评价问题。

七是低价中选、价格联动；招采合一，医保通过支付的杠杆，解决集中采购中医疗机构拖欠货款的问题。

八是集中采购成为“价格发现机制”，为医保支付价格的制定提供参考。

九是医保“结余留用”制度将改变医疗机构参与集采的态度，带来医疗机构采购行为的改变。

十是临床品种、生产企业、流通企业集中度将大幅提升，经营生态发生改变，行业格局重新构建，销售规则重新改写。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

解读 | DIP/DRG 双试点提高医保基金使用效能

来源：中国医疗保险

背景

上海市某三甲医院于2019年7月成为按病种分值付费(DIP)试点医院，于2020年同时成为按疾病诊断相关分组付费(DRG)试点医院，成为上海市唯二的DIP/DRG双试点医院之一。医院通过对DIP/DRG管理工具的运用，为临床科室提升学科建设水平提供了抓手，实现简单病种下沉、疑难病种诊治水平提升，推动医疗机构由外延规模发展向

内涵质量发展转型升级。同时，合理校正了医疗服务行为，降低了患者费用，并通过全面推进管理模式、诊疗模式、服务模式、运营模式的转变实现流程再造和技术创新，提升了患者疗效和就医体验。最终形成提高医保基金使用效能的有效管理路径，实现患者满意、医院发展和医保基金节约的三方共赢。

案例描述

(一) 成立工作小组

2019年7月，由院领导和相关职能部门组成DIP推进领导小组和工作小组，并在此基础上于2020年7月成立DRG+DIP推进领导小组和工作小组，全面负责医院的DRG/DIP付费工作的推进。

(二) 开展培训宣传

通过临床科室现场宣讲、临床带组医生例会等形式，积极做好DIP/DRG病种结构转型的推进宣传工作，调动全员支持配合改革的积极性和主动性。各相关职能部门及时总结推进情况和管理经验，通过组织经验交流会、现场会、专题培训班等方式，推广好经验好做法。工作小组举办多轮知识讲座，对医院管理部门及临床医护开展DIP/DRG基础知识、数据质控、病案管理、支付政策、经办规程等专题知识培训，并通过微信群随时沟通信息，定期系统培训，确保宣传入脑入心。

(三) 各部门职责

1、财务运营部门

财务负责做好历史数据测算及费用监测工作，并以 DIP/DRG 作为管理工具，指导医院进行成本管控，纠正粗放式增收行为，以优质临床路径规范医疗行为，将成本管控精细化到病种，从病种的成本控制能力和诊疗能力两个维度明确医院(三级公立医院)定位，构建以 DIP/DRG 各核心指标为变量的科室成本管控模型，优化科室经济结构，合理管控成本。

2、信息管理部门

信息部门负责保障好硬件平台和网络服务的安全平稳，做好医院内部 HIS 系统、病案系统、收费系统和医保结算系统互联互通，按病案首页数据接口规范和首页数据质量控制要求完成接口改造及数据上报，切实保障数据上报接口的对接、数据格式转换的准确性、及时性，提高数据质量，对各部门信息需求提供及时专业的技术支撑。

3、病案管理部门

病案室按照首页填写规范要求准确编写疾病分类与手术操作代码，构建编码三级质控体系，保证病案首页质量。针对临床医师已作出明确诊断，但书写格式不符合疾病分类规则的情况，编码员要按分类规则实施编码。病案室定期形成各科室病种分析报表，定期抽查病案首页，将病种结构纳入科主任考核中，并加强病案首页填写规范的普及和培训，不断强化首页质控标准。同时，病案室、信息处成立上传小组，重点关注数据信息上传。

4、医保管理部门

医保办统筹处理各部门联动监管关系，在强调医务、医保、药学内部联动工作的同时，将设备、财务、信息部门纳入联动工作模式，多部门实现常态化沟通衔接，从各自的角度出发对诊疗行为进行评价并及时反馈。定期对反馈结果进行检查，不断总结修正，促进诊疗过程优化，形成良性循环，促进医保基金的合理使用。在临床、医技等科室设置医保专员 AB 角，建立切实可行且完善的工作制度，协调解决医保管理工作中日常需要协调解决的问题。对 DIP/DRG 分组结果及相关指标进行统计分析，与上级部门及临床科室及时沟通反馈，以问题为导向精准发现问题、解决问题，形成统一的管理流程，提升决策效率。

5、医务管理部门

医务处负责定期开展检查和医疗质量评价，查找管理的薄弱环节和漏洞，减少医疗安全问题。重点选取部分质量指标纳入每月科室和个人质量考评体系，建立考核评分制度，做到利用数据多维度动态评价医院、专科和医师的服务水平。以科主任目标考核和带组组长聘用为抓手，对外科、内科及医技科室，制定基于 CMI、RW 值提高情况的新绩效分配奖励方案，实行精细化年度管控。以医疗新技术为抓手，推动医疗技术发展，不断提升医疗技术水平，同时强化医疗行为规范性的管理，提高诊疗合理性和安全性。

(四) 工作机制

1、建立数据化决策管理机制

对医院DIP运行情况进行在线分析处理、数据挖掘和数据展现，深度挖掘数据背后蕴含的价值，以生动准确的可视化方式帮助医院动态监控各个环节的医疗质量与安全，为医院管理决策和质量持续改进提供更加科学、规范、精准的数据支持。医院从病人次均费用、药占比、检验化验占比、卫生材料占比、医保目录外费用占比、平均住院日和抗生素占比等方面，自动分析医院运行情况。此外，对违规情况、药占比、例均费用、重点药品和耗材的使用情况等重点控费指标，医院进行排名和公示，为医院运营管理、排查风险点等提供客观精准依据，也为医院决策管理提供依据。

2、建立网格化信息反馈机制

医院在现有垂直层级管理基础上融入水平网状管理模式，对各种信息进行有序整合，合理提高资源的配置和决策效率。在组织机构建设方面，实行科主任责任书制度，并依托带组医生、医保专员、病案首页专员，实现职能部门对临床科室走动督导的管理方式，建立快速反馈的信息沟通渠道，减少信息传递干扰，使管理层、决策层与一线临床科室更贴近，提升管理效率。

3、建立激励约束机制

医院加强医保基金精细化管理，主动提高违规行为的辨识度，重点针对诊疗规范性、分解住院、合理用药等方面落实管理制度。一是将医保违规行为信息纳入系统，形成医师个人的违规行为负面清单，增加医师违规成本，督促医保医师做到合理检查、合理用药、合理治

疗。二是医务及绩效部门落实激励措施，深入分析目前医院医务绩效分配情况，对外科、内科及医技科室制定基于 CMI、RW 值提高情况的新绩效分配奖励方案。

案例成效

1、优化医疗资源配置，提高医保基金利用率

2021 年 1 月-6 月住院医保金额的 RW 区间占比分布与 2019 年 1 月-6 月相比，下降幅度最大的组为 $RW < 0.2$ (-56.9%)，上升幅度最大的三组为 $2.5 \leq RW < 3$ (72.82%)、 $3 \leq RW < 3.5$ (46.44%) 和 $RW \geq 5$ (45.15%)，总体呈现低 RW 组医保资金逐渐向中高 RW 组分布趋势。这说明医院初步形成了优质医疗资源更多地集中于中高难度病种的资源优化配置路径，实现医保基金使用效能和价值医疗内涵的双赢（见表 1）。

表1 住院医保金额的RW区间占比分布及同比变化趋势

RW	2019年1月-6月	2021年1月-6月	同比
$RW < 0.2$	0.58%	0.25%	-56.90%
$0.2 \leq RW < 0.5$	8.15%	7.38%	-9.45%
$0.5 \leq RW < 1$	30.70%	20.17%	-34.30%
$1 \leq RW < 1.5$	12.31%	16.09%	30.71%
$1.5 \leq RW < 2$	5.70%	7.53%	32.11%
$2 \leq RW < 2.5$	5.49%	5.06%	-7.83%
$2.5 \leq RW < 3$	4.82%	8.33%	72.82%
$3 \leq RW < 3.5$	3.23%	4.73%	46.44%
$3.5 \leq RW < 4$	10.11%	11.67%	15.43%
$4 \leq RW < 4.5$	5.32%	3.30%	-37.97%
$4.5 \leq RW < 5$	5.66%	3.99%	-29.51%
$RW \geq 5$	7.93%	11.51%	45.15%

2、建立快速新技术甄别机制，加速推进医院转型发展

基于大数据病组分值付费的快速分组、实时反馈,结合信息系统,快速识别临床新技术,鼓励临床进行技术革新。例如,在数据监测中发现病种“腹腔镜下乙状结肠癌根治术”下的创新术式“腹腔镜、电子结肠镜、肛门镜三镜联合”,并对其操作路径与传统路径“腹腔镜、电子结肠镜双镜联合”进行对比分析,发现创新术式不仅能够有效减少辅助切口及术后粘连,减轻腹腔内的炎症反应,促进肠道功能恢复,且“三镜联合”相对于传统两镜手术平均住院天数缩短 8 天,使得病种费用降幅达 23.9%,医保结余提升 31.24%。医院通过对新技术、新项目的临床应用与诊疗路径、医疗费用的相互关系的研究,实现技术创新对患者治疗效果和病种经济结构的改善作用,加速推进医院转型发展。

3、构建新型绩效激励机制,实现价值医疗内涵

以支付方式改革为抓手,设立科室 CMI 进步奖,引导临床科室提高收治高难度患者的能力和服务水平。结合 CMI、总量指数、入组数、“国考”四级手术比例、疑难危重病例占比、低风险死亡率等六个维度,以带组医生为单位,每季度按激励病种的例次发放一次奖励。通过新型绩效激励机制,引导医生选择更有价值的医疗技术为患者提供服务。2021 年 1 月-6 月,医院三四级手术共 19349 例,较 2019 年同期增长 17%;对应医保费用 45464 万元,较 2019 年同期增长 33.15%。三四级操作共 7079 例,较 2019 年同期增长 45.21%;对应医保费用 18960 万元,较 2019 年同期增长 66.75%。三四级手术、操作服务量

增多，三级医院对疑难复杂重症的功能定位进一步体现，有效引导临床趋向价值医疗，促使医保资金更多向高难度手术、操作倾斜。

点评

建立管用高效的医保支付机制是全民医保时代推动医保、医疗高质量发展的重要手段。医疗机构作为医保支付机制的核心管理单元，不仅是医保支付机制的实施对象，更是贯彻落实各项支付方式改革的前沿阵地，如何通过调整医院内部管理制度、绩效体系，以便准确地将控费、增效的激励机制传导至医疗服务行为，是决定支付方式改革成效的重要一环。案例医院作为 DIP/DRG 双试点医院，准确领会改革精神，在开展支付方式改革过程中，通过整合优化内部管理流程和组织机制，实现医保基金支出和效益的双提升，其突出亮点有二。

一是医保控费管理与医疗质量提升齐头并进，体现了支付方式改革的核心要义。无论 DRG 还是 DIP，其本质目标均是通过支付手段的激励机制引导医疗行为意识的“自我觉醒”，实现合理诊疗，发挥医保基金的战略性购买作用。案例医院在实施支付方式改革过程中，将这一理念贯穿始终，始终坚持从病种的成本控制和诊疗能力两个维度出发，开展成本测算、运行监管、考核评价、绩效分配等工作，促使临床专家主动挖掘成本效益更高的治疗手段，使更多“物美价廉”的医疗服务快速得到重视并惠及群众。同时引导医疗机构优化资源配置，围绕自身功能定位聚焦中高难度病种，达到了提质、增效、控费、惠民的多重效果。

二是通过流程重组和部门协同，建立了“横向到边、纵向到底”的医保支付全流程管理体系，确保改革措施直达医疗服务核心环节。医保支付方式改革不仅涉及医疗机构财务核算方式的转变，更是发展理念、管理模式和运行机制的全面升级，既需要财务、信息、医保、医务等部门的分工协作，也需要由上至下的层层落实。案例医院在实施过程中注重跨部门协作与网格化管理的充分结合，一方面发挥各个部门的管理功能，为保证支付方式改革措施的有效落地提供专业保障，另一方面建立多元、多层次的运行体系，确保政策执行到位，从而形成了“横向到边、纵向到底”的医保支付全流程管理体系，实现上下有效联动。

《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48 号）指出，到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。支付方式作为“牵一发而动全身”的重要改革措施，在“三医联动”改革不断深入的背景下愈加重要，成为联结医、患、保多方利益与效率的制衡点。随着 DRG/DIP 试点于 2021 年底全面启动实际付费，其改革成效将进一步投射到医疗质量、运营效率、信息标准规范化水平以及患者受益等多个维度。与此同时，两种支付方式本着共同的改革目的，在技术原理基本相通的基础上，必将在实践过程中进一步取长补短、不断融合，促进临床路径持续优化，赋予病组/病种以规范诊疗、提升效益、降低成本等更多内涵。

河南医保强化基金精细化管理 提升医疗服务质量

来源：河南省医疗保障服务中心

为贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，压实定点医疗机构医保基金使用管理主体责任，强化定点医疗机构自我管理、自我教育、自我监督，进一步规范医疗服务行为，保障基金安全，促进基金有效使用，河南省医疗保障服务中心结合党史学习教育，扎实开展“我为群众办实事”活动，采取试点先行、示范带动、总结完善、逐步推广的方式，在全省二级以上定点医疗机构推行医保基金使用管理委员会制度，各项工作取得积极进展，成效明显。

一、基本情况

医保基金是老百姓的看病钱、救命钱，是维护社会平稳运行、解决群众疾病后顾之忧的“压舱石”。建立医保基金使用管理委员会制度是加强医保基金监管的迫切需要，同时也是推进医保精细化管理的有力举措。3月份，省医保服务中心正式启动此项工作，成立工作专班，加强组织领导和统筹推进。4月份，确定了14家试点单位，先行先试，积累经验。5月份，在深入调研、广泛讨论的基础上，研究出台《河南省医疗保障定点医疗机构医疗保障基金使用管理委员会工作指导规范(试行)》，为推行医保基金使用管理委员会制度奠定了坚实基础。8月份，在总结经验、完善提升的基础上，在全省二级以上定点医疗机构全面推广，扎实推进医保基金使用管理委员会制度扩面

运行。

二、主要做法

试点及推广单位根据《指导规范》，结合自身实际，积极探索、注重创新、及时总结、不断完善，形成了常态化、管用高效的医保基金使用管理制度机制。

（一）强化组织领导，落实“一把手”工程。

试点及推广单位按照《指导规范》要求，均成立了由主要负责人任主任，院内相关职能部门负责人为成员的医保基金使用管理委员会。委员会下设办公室，由分管院领导兼任办公室主任。整体上形成了医保基金使用管理委员会、医保办、临床科室三级管理网络体系。

（二）强化部门责任，健全联动机制。

通过提升医保部门规格、强化医保管理职能、加强医保服务力量，进一步突出医保工作地位，将行风、审计、领办社区卫生服务中心、分院等纳入管理体系，从单部门负责转向多部门协作、从一方管理转向群策群力，实现了从基金监管与我无关到基金监管我有责、我参与、我监督的转变。

（三）强化系统思维，加强协同监管。

采取监督层级自上而下、质控方式自下而上的管理模式，逐步形成纵到底、横到边，多维度、全覆盖、系统化的监管格局。通过部门联合开展病历评估、高值医用耗材点评、医疗指标分析等活动，严格落实“三合理一规范”各项要求，强化了人人都是质控员的主人翁意

识，压实了科室直接参与基金管理的主体责任，形成监管合力。

(四) 强化网格管理，畅通监督联络。

科学设置医保监督联络员岗位，加强对监督联络员的培训，明确工作职责，扎实开展医保政策宣传、运行指标监测、费用审核分析、医保服务巡查等工作，重点对分解住院、挂床住院、冒名顶替等违规行为监督，从“事后处置”向“事前预防”转变，实现全流程跟踪管理，切实打通医保管理“最后一公里”。

(五) 强化智能监控，完善运行分析。

将医保目录相关要求和医院内部管理制度，以规则形式嵌入系统，从重点指标监控、大数据挖掘分析等方面完善数据支撑和科学管理；从事前提醒、事中审核、事后追溯方面加强对医疗行为的全流程监管，严控医疗费用不合理增长。落实会议制度，及时传达政策、通报情况，分析研判医保基金使用和运行情况，解决主要矛盾和突出问题，持续提升医保基金使用管理绩效。

(六) 强化考核评价，注重结果运用。

建立健全激励约束机制，坚持科学性、精准性和可操作性相统一，坚持日常考核与年度考核并行。抓关键环节，设关键指标，强化结果运用，提升考核评价精准力、执行力，促进管理提升，保障基金安全，较好地发挥了考核评价“指挥棒”“风向标”作用。

三、发展成效

制度建立以来，试点及推广单位积极探索、科学谋划、严密组织、

措施有力、落实到位，实现了“五个提升”。

(一) 定点协议管理水平进一步提升。

以推行医保基金使用管理委员会制度为抓手，建立经办机构与医疗机构月交流制度，定期通报情况、解决矛盾问题、研究意见建议。截至8月底，共召开涉及92家定点医疗机构分管院领导和医保办主任参加的座谈会8次，集中会商解决参保人员反映的问题136个，其中异地就医类47个、住院待遇类42个、门诊慢特病管理类30个、基金结算类17个。

(二) 医护人员守法意识进一步提升。

试点、推广单位通过会议解读、问卷考核、专题培训、签订医保承诺书等多种途径，开展了全覆盖、多样化的普法活动，教育培训覆盖率、重大政策法规知晓率、考核合格率均达到100%。郑州大学第二附属医院组织编写《条例》《医保服务协议》百题百问，利用问卷形式组织全院医保医师、医保护士在线答题，完成答卷2300余份。营造了“人人知法、人人敬法、人人守法”的良好氛围。河南中医药大学第一附属医院推出23期“医保管理专栏”期刊，方便临床医师随时查阅医保基金使用管理政策。河南省职工医院编印了《省、市定点医疗机构现场检查问题清单》《医保常见问题简析》《医保政策沟通技巧》等符合自身实际的宣传资料汇编，对全院职工开展有针对性的培训。

(三) 医疗服务质量进一步提升。

试点、推广单位充打破科室藩篱，强化横向联动，推动制度创新。河南省人民医院完善“医保联络员+服务巡查”“合理用药系统+人工点评”“问题现场解决+难点问题院晨会协调”等制度，对医保基金使用管理情况进行立体化督导。河南省肿瘤医院组织 12 次、涵盖 39 个病区的“医保下临床”活动，由被动接收问题向主动发现问题转变，监控系统违规操作提醒条目数二季度较一季度下降 29.3%。郑州市中心医院成立由纪检部门牵头的专项督查组，采取日检查、周汇总、月通报的形式，上半年对 99 个临床科室 3335 份病历进行审核，对不合理医疗行为全面进行专项督导检查。

(四) 医保基金管理绩效进一步提升。

试点、推广单位强化医保基金精细化管理，有效降低了次均费用、个人负担比、药占比、耗占比等关键指标，减轻了参保人员的住院负担。河南省人民医院注重实效，强化监管，异地医保次均费用二季度较一季度下降 1.21%，三四级手术同期占比提高 4.1%，平均住院日缩短 0.3 天。郑州大学第一附属医院集中开展对止血防粘连医用耗材的专项治理工作，耗材使用总量相比 5 月份下降 19.6%，个人负担比下降 2.2%，有效减轻了患者负担。河南省直第三人民医院强化部门联动，落实三级质控，二季度较一季度郑州市职工医保次均费用下降 13.62%，郑州市城乡居民医保次均费用下降 3.45%，平均住院日缩短 0.8 天。河南省职工医院落实集采药品使用相关规定，二季度较一季度集采药品使用率提高 1.8%，次均费用下降 1.02%，甲级病历提高

5%，医保拒付比下降 10%。郑州人民医院上线多层次的医保基金监管系统，截至 6 月底，完成对不规范行为事前有效提醒 35 万余条，事中有有效拦截 5000 余条，挽回可能造成的基金损失 6000 余万元。

(五) 参保人员满意度进一步提升。

试点、推广单位多措并举筑牢医院“公益线”、患者“安全线”、行医“廉洁线”、就医“保障线”，秉持“简、便、廉、验”人性化就医理念，以“病人需求”为工作导向，持续开展便民惠民服务，全方位、多层次提升患者满意度。通过合理用药、合理诊疗、合理检查、规范收费等措施，使参保患者就医流程更加简化、就医体验得到提升、费用负担明显降低，各项满意度同期对比均呈上升趋势，综合满意度维持在 97% 以上。

[返回目录](#)

• 医院信息化 •

DIP 下的医院信息化建设该如何做？

来源：金豆数据

按病种分值付费 (BigDataDiagnosis-InterventionPacket, 简称 DIP) 是以历史数据为基础，依据现实匹配关系对每个病例的“疾病诊断+治疗方式”进行穷举与聚类，是我国本土化的医保支付改革探索。日前，国家医保局印发了《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，要求到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式将覆盖全国所有符合条件的开

展住院服务的医疗机构。文件中明确指出要加强信息系统建设，重点推进医疗机构编码管理、病案质控等方面的协同改革。这意味着 DRG/DIP 将正式在全国所有医院落地执行，与此同时，与医疗机构相关的信息化建设方面又会有哪些关键内容？

医院为什么需要实施 DIP？

理念方面：DIP 在理念和操作方法上，更符合国情、客观反映临床现实，适用于医保治理、卫生改革、公立医院管理等诸多领域，具有公开、透明的现代管理特性，可借此推动医药卫生治理体系和治理能力的现代化，推动医保基金使用与区域卫生、医院发展间的平衡。

技术方面：DIP 可改变样本推算总体的仿真、预测乃至精算模式，可利用真实、全量数据客观还原病种的疾病特征及医疗行为，并通过对疾病共性特征及个性变化规律的发现，建立医疗服务的“度量衡”体系，较为客观的拟合成本、计算分值、结算付费，形成对医保支付方式改革的重要技术支撑。

实施方面：DIP 最直接的利益相关方是下游医疗机构，并倒逼医疗机构主动成为医保基金的控费同盟。通过 DIP 付费改革，可建立医保对医疗机构支付管理和激励更有力的约束机制，突出病组(病种)、权重(分值)和系数三个核心要素，解决了医保监管与医院实际营收此前信息不对称问题，使医保支出透明可控。以此为基础，根本上改变中国医疗机构长久以来“冗余”的运营管理机制。从当前粗放式规模扩张，转向更注重成本控制、更体现医疗服务价值的精细化管理，从

而实现医院高质量发展，引导临床回归医疗本质。

实施 DIP 的难点

(一) 病种分值确定的合理性

解读：DIP 病种分值的确定是主要基于历史成本数据，未考虑之前的诊疗是否合理。

(二) 医疗机构系数的科学性

解读：医疗机构系数不应该仅仅与医院级别关联，关键要与医疗服务能力相关联，因为同一病种的“平均分”乘以等级系数之积为该病种在不同级别医疗机构结算时的“分”值，容易导致医院级别越高得的钱越多，不利于分级诊疗。

医院信息化建设关键点

医疗机构是 DIP 改革的落地方，DIP 是一种基于大数据病种组合、按分值付费的住院医保支付方式，其海量的病案数据及复杂的分组规则和费率测算等对医院信息化提出了新的挑战。院内落地 DIP，相关的信息化建设是关键内容。因此，医院需要开发与之相匹配的信息化系统，就现阶段而言，院内信息化建设内容主要从病案质控、医保智能监管、绩效考核等方面入手。

(一) 病案管理

DIP 来源于“大数据”，在实施过程中，病案首页的数据是 DIP 支付的重要凭证，只有成千万上百万的合格的、符合客观事实的病案样本，才是决定 DIP 样本数据质量的关键，也决定了 DIP 分值的含金

量。

病案首页是医院进行住院病案登记、疾病分类、审查等的主要依据，病案填写中临床医师需要对病人的基本情况、住院医疗及诊断情况、住院医疗经费情况等信息进行详细记录。DIP 分组的两个核心因素是病案首页的主要诊断和手术操作，因此病案首页主要诊断、手术操作等信息的填写是否规范则直接决定了病案能否正确入组，但因目前各地在主诊断的选择与编码方面采用的标准及规范各不相同，也无针对 DIP 支付的诊疗全流程病案质控方式，使各医院经常会出现因病案填写的各类错误而导致入组率低，进而造成医保无法给医院结算的问题。

运用信息化病案质控系统支撑病案管理。以金豆公司的病案质控系统为例，该系统是基于病案填写规范及医保结算清单的相关要求，从业务临床出发，通过事中质控加终末质控实现病案填写全流程监管。同时结合 DIP 相关要求，通过模拟预分组及规则审批环节实现病案质量闭环管理，从而提升入组率和入组质量，利用病案、医保、物价、临床等规则知识库作为支撑实现业务临床全方位监管。同时可在常规基础上，对 DIP 分组各环节进行质控，如：高低费率分析、预分组分析和未入组分析等；可对病案首页质量进行自动核查、缺陷自动批注、风险自动标识与病案评分；自动推荐分组、展示分值、标准费用及计算费用构成情况，并对病例进行模拟预分组，最终达到在减轻工作人员压力的同时专注风险病案、疑难问题的处理的目的。

(二) 病种管理

病种分值是 DIP 的另一大核心，其依据是每一个病种组合的资源消耗程度所赋予的权值，反映的是疾病的严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度，可以利用该分值实现医院医疗服务产出的评价与比较，形成支付的基础。实行 DIP 后，医院收入的关键在于病种分值的制定与动态调整上，而 DIP 的病种数量均在 1 万种以上，如果要计算上万个病种的分值以及分值对应的点值，然后再更新到医院的相关业务系统中，将耗费巨大的时间成本，对病种管理来说是巨大的挑战。

运用信息化分组平台系统支撑病种管理。以金豆公司 DIP 分组平台为例，该系统改变人工审核的传统模式，通过提前精准预判病组信息和病组对应的支付标准信息，让医院更从容的适应新的支付方式改革。基于 AI 智能分组推荐、提供多种符合医保付费要求的病组，让临床医生以及职能科室做到心中有数，从而提升病案管理的综合能力。与此同时基于病种分组入组结果，结合院内成本管控，通过目标导向对院内药品、耗材、检查、手术、治疗等多个维度的数据分析对比，制定有效的针对性管控方案，从而提升医院的整体运营能力。

(三) 成本管理

DIP 付费摒弃了传统的靠药品、检查等创收，倒逼医院通过优化流程、提高医疗技术及服务来控制成本。医疗服务不同于其他服务，大部分患者在就医时选择以疗效为主，加上对医保政策不够了解，在就医时会选择费用更高的新技术、新药品，而且由于当今的医疗环境

的影响，医务人员担心医疗纠纷和服务投诉，只有迁就患者，保证医疗和自身的安全，使消费和控费的矛盾更加尖锐，给医院合理控费带来很大的阻力，医院也会因此承担很大的超支风险。

运用信息化医保监控系统支撑医保监管。以金豆公司医保监控系统为例，该系统可对在院和出院未结算的病例进行监测，对病案预分组和实际入组进行费用比对与差异分析；可通过医保患者的出院报表，对各个科室的人均费用及各项医保数据进行监管和跟踪，督促医生合理诊疗；并以病种为主轴，对各科室/医生的结算病案在各病种的覆盖情况进行分析；同时对科室、医生各维度结算病案进行费用结构、盈亏情况及费用情况分析；可及时协助监测各科室/医护发现超标病种，进而提升医院合理控费能力。

(四) 绩效管理

以往的绩效管理实际上是做薪酬分配，也就相当于业绩提成，是以“项目”为中心，多开药多检查多提成，而运营和绩效部门普遍的做法都是将上级管理部门的考核指标直接转化为临床科室的考核指标，上级管理部门是从宏观层面规范医院运行，指标也多以体现运行状况为主。但在DIP付费模式下，医保付费是以“病种”为中心的，以前的收入就变成了今天的成本，项目开的越多可能导致医院未来亏损的越多，DIP更关注的则是医疗服务的本质。这种情况下，医院则需要从医疗服务质量、医疗安全、专业能力等方面对临床专业、科室、医生绩效进行多维度合理评价工作。

运用信息化医院绩效评价及成本核算系统支撑绩效管理。以金豆公司绩效评价系统为例，在该系统中医院可对科室组、科室、医疗组、医生 4 级进行产能、效率、安全及 CMI 等指标综合评价；对入组率、入组病例数、费效指数等指标分析的病种绩效评价；对科室收入结构及盈亏进行分析；对病组、病种、门诊诊次、住院床日成本等进行核算；对科室、医生的 DIP 相关考核指标进行考核评分。通过完善医院内部管理来合理控制医保费用及规范员工个人行为，从而提升医院绩效综合评价能力。

总结

信息化手段是医院进行 DIP 改革的关键支撑，不仅关系到医院和医保的结算，还贯穿于临床诊疗服务的全流程。建立信息化系统平台，增加病案质控、智能监管、绩效评价等系统模块，可提升医院病案质量，进而提升入组率和结算率；并能实现实时、多维度、全方位的质控监管及数据分析，使医院医保管理更加科学化、系统化、数据化；可有效引导专科水平提高，起到监督医疗行为、控制医疗费用的效果。通过信息化将医保管理和医院管理、临床诊疗紧密结合，形成一体化运作，促进医保、医疗管理进一步完善。

[返回目录](#)

自主构建医院端智慧医保监管系统的实践

来源：HIT 专家网

支付方式多样性是医保基金支付的常态化趋势。但无论是哪种

支付方式，医保基金使用的合理性都是医保监管部门监督审查的重中之重。2021年4月14日，国家卫生健康委联合有关部门发布了《关于开展不合理医疗检查专项行动的通知》；2021年5月1日，《医疗保障基金使用监督管理条例》施行；2021年年底，《医疗保障稽核管理暂行办法(征求意见稿)》《医疗保障基金飞行检查管理办法(征求意见稿)》等政策的相继发布，进一步强化了规范医疗行为、促进合理医疗检查的重要性和严肃性。

将医保基金智慧审核“前置”的必要性

医保基金使用的合理性审核，以往是由医保基金监管部门采用大数据筛选等“后置”方式进行。这种审核方式对于医疗机构来讲是被动的，往往是上级部门反馈审核结果后才发现自己存在的问题，但为时已晚，面临违规扣罚，同时也给医患关系带来了一定的风险和影响。如何才能患者在患者就诊期间第一时间发现违规问题并及时进行修正，通过大数据分析发现规律，帮助医保部门进一步完善工作制度，以闭环管理的方式确保院内医保基金使用的合理性？这也是医保智慧审核“前置”的动因。

河北省人民医院信息管理部门对使用医保智能监管系统的部分医院进行了调研，发现系统实施周期长、实施难度大、效果不理想；同时也对市场上多个医保智能监管系统进行了技术架构分析，发现由于医保监管系统与HIS和电子病历系统之间的数据交互较多、深度较大，流程长且复杂，导致“事前提醒、事中监管、事后处理”的理念

往往很难落地。

河北省人民医院信息管理部门对全院业务流程的技术架构、医保业务与信息系统数据的逻辑关系、现有数据基础等进行综合分析研判，探索出医保监管的较佳数据模型，选定了逻辑计算最简、数据流动节点最少、开发量最小的技术架构，经与开发商充分沟通确认技术可行性、与医保监管部门充分沟通确认管理的可行性后，决定采用自主研发的形式，充分利用现有数据，在医院内部分步实现“事前提醒、事中监管、事后处理”的全流程监管理念。

在医院信息部门、系统开发商和医院医保管理部门的通力配合下，经过近两年的时间，河北省人民医院构建了一套智慧医保前置审核系统和机制，建立了智慧医保的新管理模式，以全面灵活的审核规则库为基础，通过多环节、多方式、多角度，实现事前、事中、事后全方位、智能化的医保动态审核，极大降低了医保基金违规使用的风险，取得了显著的应用成效。

全面灵活的规则库引擎是系统智能运转的基础

1. 规则的内容涵盖全面

系统依据《河北省现行医疗服务价格目录》《河北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《河北省另收费用一次性物品管理目录》《河北省医疗保障基金检查问题指南》《河北省基本医疗保险门诊慢性病政策》《石家庄市中医诊疗项目医保支付标准》等标准文件，并结合医保日常检查工作，兼顾审计、物价、卫健等部门关于合理收

费的政策构建规则库，涵盖重复收费、不实收费、超标准收费、串换收费、分解收费、违规操作、无指征治疗等内容。

2. 规则的适用范围广泛

系统的规则设置既包括住院收费，也包括门急诊收费，既包括省医保患者、市医保患者，也包括自费患者，并考虑工伤保险、生育保险、离休等险种的患者。目前审计规则库包括药品收费、材料收费、诊疗项目收费、合理性诊断等规则，已达 11000 余项并仍在不断增加中。

3. 规则引擎配置灵活

随着上级医保部门监管的不断精细化，新的规则不断发布，我们对所有现有规则进行总结归纳，可以灵活设置限年龄、限性别、限病种、限手术、限收费项目、限收费项目编码、限收费材料、限二线用药、限评分、限频次、限金额、限项目数量、限使用天数、限单方不支付等十多种条件，并可任意组合；同时规则也可以分为定性、疑似、调试三个级别，针对不同级别的规则采用不同的控制方式；规则是按照统一的医保编码进行设置的，医院新增收费项目、药品、耗材条目时，将自动对照并自动纳入规则库。

基于上述规则引擎的能力，不仅能够适用于各种审计规则条件，而且当有新规则需要增加时，只需通过简单设置操作即可完成并立即生效。

全流程智能审核，保障应用效果

1. 事前预警。在医嘱系统中开放设置实时规则，在医师下达医嘱时，针对不符合医保规则的情况，系统会自动直接拦截，不允许保存医嘱。

2. 每日审核。每天按调度定时提取所有患者收费信息，对在院患者、门诊患者收费情况进行自动静默审计，并将审计结果报告及时反馈至临床医技科室。临床科室医护人员每天查看有无违背医保规则的收费问题，及时修正。

3. 事中阻断。在患者转科和出院时进行强制审核，如果存在定性问题不允许转科或出院，违规项纠正完毕后方可操作转科或出院，把问题拦截在上传到医保中心之前，有效避免了违规扣款，实现了不合规事项的强制闭环管理。针对一些特殊情况确实需要进行出院的，可通过白名单功能，在说明情况后标记出院，以备后续管理部门核查。这说明系统既考虑了严肃性，也考虑了客观性。

4. 大数据审核。利用大数据技术，对所有患者的收费进行全面审计，筛查出异常患者，再由管理人员进行抽查或逐一排查，保障收费的合理性。包括：(1) 疑似分解住院审计，自动查询统计出院后短时间内再入院的患者；(2) 疑似体检住院审计，自动筛选出药品材料费占比明显偏低的患者；(3) 住院次数疑点分析，自动筛选出住院次数偏多的患者；(4) 住院费用疑点分析，自动筛查出住院费用偏高的患者；(5) 门诊取药频次异常分析，自动筛查一定时期内门诊取药次数偏多的患者；(6) 门诊就诊频次异常分析，自动筛查一定时期内门诊就诊次数偏

多的患者等。

为医保监管部门提供管理决策支持

1. 审计结果监控。医院医保管理部门实时监控每日审计情况、出院阻断情况，汇总搜集典型问题，并在医保宣教会上向所有科室进行通报，避免同类问题的再次发生。同时，医院医保管理部门监控各科室违规记录处理情况，根据疑似违规问题的处理情况，调整医保规则。具体包括：(1) 全院医疗收费异常情况统计分析，统计全院异常费用的数量、涉及人数、涉及金额；(2) 科室收费异常情况统计分析，统计各科室异常收费的数量、涉及人数、涉及金额；(3) 审计结果前后对比报表，每次审计结果均会记录，可对问题解决情况进行前后对比，查看整改情况；(4) 医疗服务项目大类统计分析，按收费项目的大类型统计分析，查看各类别违规占比情况。

2. 患者费用分析。对患者人次、总收入、次均费用、药品收入占比、耗材收入占比、检查检验收入占比等指标进行分析，具体包括门诊医疗费用总额增长率、门诊人均费用增长率、门诊次均费用增长率、门诊检查检验费占比、门诊材料费占比、住院医疗费用总额增长率、住院人均费用增长率、住院次均费用增长率、住院检查检验费占比、住院材料费占比、门诊患者医保费用比例、住院患者医保费用比例、药占比、目录外耗材收入占比、住院费用个人负担比例、平均住院日、基本药物使用率等。

通过指标分析功能，系统可自动绘制对比图、趋势图、构成图、

柏拉图等，根据科室、日期、患者来源、医保类型、重点病种情况、重点手术情况、入院途径情况、患者年龄段、患者职业、婚姻状况、民族等维度，进行在线联机分析；通过数据看板功能，可直观全景呈现管理部门关注指标，从而帮助管理部门查看规律、发现问题。

3. 决策支持数据反哺流程质控。系统的大数据分析结果可不断转化成新的规则，在医嘱系统中开放，逐渐提高事前和事中管理的能力与水平，促进医保基金监管的持续改进。

总结与思考

该智慧医保前置审核系统设计的核心理念，就是在患者就诊期间第一时间警示可能的违规操作并及时提醒、拦截、修正；通过大数据分析发现规律，帮助医保部门进一步完善工作制度；以闭环管理的方式确保院内医保基金使用的合理性。

系统上线初期，每月平均常规审计 30 次、转科和出院审计上万次、纠正不合规事项 2000 余项、阻断存在不合理费用的出院 400 余次、纠正不合理费用百万余元，医保部门反馈的问题明显减少。

随着系统应用的深入和数据监管的加强，审计出来的临床医技科室的不合规费用逐渐减少，呈明显下降趋势，大大提高了医院规范诊疗的水平。医保监管部门由传统的小样本抽样监管实现了智能化全面监管。

回顾智慧医保前置审核系统的建设过程，不难发现“智慧医院”建设是信息部门利用数字化思维帮助各个管理部门因地制宜寻求智

慧监管较佳路径的过程，绝不是采购一套系统就能解决问题的。好的系统并不是越贵越好，也不是越复杂越好，更不是实施周期越长越好。优秀的数字化解决方案应该具备以下几个特点：架构简洁、标准化程度高、易于维护；强有力的数据融合能力、数据处理能力；实施周期短、易操作、见效快；数据价值高、反哺业务能力强等。

也因此，在智慧医院助力医院高质量发展的时代命题下，需要医院 CIO 具备评估拟采购系统的技术架构，进而研判系统的可落地性的能力，更需要具备构建与医院现有数据高度契合并能充分发挥作用的系统架构的能力。只有具备了把握数字化解决方案是否能在预定时间内达到预期效果的能力，才能避免盲目采购信息系统带来的时间成本、资金成本的浪费，才能有效避免信息化项目陷入无果和无奈的尴尬境地。

[返回目录](#)

• 医疗改革 •

《人民日报》：支付方式改革，是三方互利共赢的改革

来源：人民日报

挂号、检查、取药，这是去医院看病最熟悉不过的流程，这个过程中，如果您是医疗保险参保人，超过起付线后，每一项花费都有一部分由医保基金承担。也就是说，我们看病的钱里，医保基金按比例支付给了医院。

今年起，用 3 年时间，医保支付方式将发生全面变革。日前，国家医保局发布《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》明确，从 2022 年到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展按疾病诊断相关分组 (DRG)/病种分值 (DIP) 支付方式改革工作，到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构。乍一看，支付方式改革是医保基金跟医院之间的事，跟普通参保人关系不大。其实，这项改革不仅事关医保基金使用，也关系参保人的利益。

支付机制是提高医保基金使用效能的关键。一直以来，我国传统的医保支付方式是按项目付费，根据诊疗过程中用到的所有药品、医疗服务项目、医用耗材，用多少结算多少，患者和医保基金根据实际费用分别承担各自需要支付的部分。

这种医保支付方式执行起来相对容易，也较为符合过去我国医药卫生体制的实际情况。随着人民群众生活水平的不断提高，看病就医的刚性需求逐渐释放，传统支付方式的弊端也越来越明显：容易滋生“大处方”“大检查”等过度医疗行为。这不仅造成医疗资源的浪费，还让参保人多花钱、医保基金多支出。“党中央、国务院高度重视医保支付方式改革工作，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确了医保待遇、筹资、支付、监管 4 项机制。支付机制是提高医保基金使用效能的关键机制。”国家医保局医药服务管理司司长黄华波说，《“十四五”全民医疗保障规划》明确要持续优化医保支付机制。推进医保支付方式改革，不仅是医保高质量发展的需要，

也是医院高质量发展的需要，更是人民群众获得更高质量医保医药服务的需要。实上，有关医保支付方式改革的实践探索一直未停步，从最初单一的按项目付费逐渐发展成为多元复合式医保支付方式。针对不同疾病、不同医疗服务特点，分类推进医保支付方式改革。对住院医疗服务，探索按病种、按疾病诊断相关分组付费；对长期、慢性病住院医疗服务探索按床日付费；对基层医疗服务，积极探索按人头付费与慢性病管理相结合等。

随着医疗技术的发展、临床路径的开展，以及医保基金精细化管理的要求，探索创新更加科学、更加精细化、更加规范化的医保支付方式势在必行。

因病施治、科学定价，倒逼医院控费增效新的 DRG/DIP 付费方式正从破题、起步、试点走向全面推进。

所谓 DRG 付费，即按疾病诊断相关分组付费。也就是说，按照疾病诊断、病情严重程度、治疗方法等因素，把患者分入临床病症与资源消耗相似的诊断相关组。在此基础上，医保按照相应的付费标准进行支付。

DRG 付费始于上世纪 80 年代，目前有 40 多个国家将其应用于医保定价或基金预算，是世界公认的较为先进和科学的支付方式之一。国家医保局成立后，在综合地方主要版本的基础上，形成了我国自己的支付版本 CHS-DRG，具有融合兼容、覆盖最全、编码统一、临床平衡、数据保证等特点，这也标志着 DRG 在我国的施行从分散走向统一，

逐步规范。

所谓 DIP 付费，即按病种分值付费，在总额预算机制下，根据年度医保支付总额、医保支付比例及各医疗机构病例的总分值计算点值，形成支付标准，对医疗机构每一病例实现标准化支付。

与传统按项目付费相比，DRG/DIP 付费是一种更科学、更精细的医保支付模式，能够帮助医院在进行费用管理的同时，兼顾临床发展。

“以往按传统的项目付费时，医保根据每一个项目乘以单价后加总的额度，按照报销比例支付给医院，医院会有多提供医疗项目数量来增加收入的冲动。”国家医保 DRG 付费技术指导组组长、北京市医疗保险事务管理中心主任郑杰说。

他表示，推行 DRG 后，对医疗机构来说，原来靠量增收和扩张床位规模的时代结束了，将倒逼医院进行提质控费增效。医保部门在考核医疗机构服务质量的基础上，明确结余留用政策，合理超支分担。因此医疗机构将更关注药品、耗材等成本管控，压缩治疗中的水分，实行更高效的管理模式。在这一过程中，患者也可以避免不必要的医疗支出。

新支付方式可实现三方互利共赢

按照 DRG/DIP 支付方式改革设计的理想模式，医保基金、医院、患者三方应该实现共赢。

对医保来说，DRG/DIP 付费更加科学、更加规范，更能优化医疗服务。可以用有限的医保基金为参保人购买更高质量的服务，提高医

保基金使用效率。

对医院和医生来说，新支付方式将激励医院和医生自觉主动地规范医疗服务，控制成本，减少资源浪费。另一方面还会引导医疗机构提高疾病诊治能力，用高质量的服务和技术水平吸引患者来院就医。对参保患者来说，医院控制成本后，对应的收费项目变少了，患者看病就医花费少了，个人负担也就减轻了。现实中，理想模式能否实现？在新支付方式正式落地前，2019年以来，国家医保局先后启动了30个城市的DRG付费试点和71个城市的DIP付费试点。

湖北武汉是第一批DRG试点城市之一，全市所有二级及以上定点医疗机构均被纳入试点。2021年1-10月，在全市病例组合数基本持平的情况下，住院次均费用从1月的14992元降至10月的13712元，次均费用降低9%。医疗机构的收支结构调整初显，常见病、多发病收治比例明显降低。职工医保统筹基金累计结余由负转正，扭转了连续7年当年出现缺口的趋势，基金支出风险得到初步化解。

在贵州六盘水，DRG付费改革后，2021年，住院医疗总费用增速较2019年下降2.51%，全市医保支付住院费用增长率较2019年下降8.87%；2021年底，城乡居民住院次均费用由6725.07元下降到6385.09元，同比下降5%；城镇职工住院次均费用由10572.79元下降到8342.34元，同比下降21.09%；平均住院天数由9.99天下降到9.21天，同比下降7.8%。

国家医疗保障研究院副院长、中国医疗保险研究会副会长应亚珍

认为：“实施 DRG/DIP 付费将有效改变长期以来医保被动买单、医院粗放发展、患者看病负担重的弊端，对三方来说，是一场互利共赢的改革。”

[返回目录](#)

6 项重点任务！2022 年浙江省卫生健康工作这么干

来源：健康浙江

2 月 16 日，2022 年全省卫生健康工作电视电话会议召开。会议深入学习贯彻习近平总书记关于卫生健康和疫情防控工作的重要指示批示精神，全面贯彻落实党的十九届六中全会、省委十四届十次全会、省“两会”和全国卫生健康工作会议精神，总结回顾去年工作，分析当前形势，研究部署今年重点任务。省卫生健康委党委书记、主任王仁元出席会议并讲话。

王仁元指出，过去的一年，全省卫生健康系统在省委省政府坚强领导下，攻坚克难、砥砺前行，奋力交出了“十大亮点”的高分报表，疫情遭遇战阻击战歼灭战打出浙江经验，健康中国行动扎实推进，“健康大脑+”体系成效明显，医疗卫生“山海”提升工程创新实施，“医学高峰”和中科院医学所建设取得重大成果，“三医联动”“六医统筹”集成改革经验全国推广，县域医共体建设深化完善，育儿友好型社会建设先行先试，基本公共卫生服务考核连续 5 年全国优秀，公立医院党建工作持续走在全国前列，同时，各项重点任务高质高效推进，卫生健康事业发展实现了“十四五”良好开局。

王仁元强调，进入新发展阶段，我国发展环境正在发生深刻变化，浙江作为高质量发展建设共同富裕示范区，承担着为全国探索的重大任务。建设共同富裕美好生活是一场时代大考，健康既是党委政府关注的“必考题”，也是广大群众关心的“权重题”。我们要贯彻新发展理念，构建新发展格局，进一步突出预防为主，始终把建强公共卫生体系放在首要位置；进一步突出需求导向，始终把推动医疗健康服务优质共享作为主攻方向；进一步突出系统联动，始终把构建整合型医疗卫生服务新体系作为战略任务；进一步突出改革创新，始终把推动高质量发展作为永恒主题；进一步突出普惠共享，始终把优化全民全程健康服务作为不懈追求。

王仁元提出，2022年，全省卫生健康系统要全面贯彻落实省委省政府决策部署，以打造健康中国省域示范区为目标，以疫情防控、共同富裕示范区建设、数字化改革和亚运会医疗卫生服务保障为主线，狠抓重点改革发展任务，在高质量推动健康浙江建设中形成重大标志性成果。

要慎终如始守牢常态化疫情防控底线，全系统要始终把疫情防控作为“头等大事”，紧扣“七大机制”，紧盯风险点，持续提升流调溯源、核酸检测和医疗救治等三大能力，坚决守牢防输入、早发现、早清零、防院感等四条底线。

要聚力推动共同富裕示范区建设，加快创建生命健康科创高地，超常规推进“医学高峰”建设，高质量实施新时代县级强院工程，切

实把高水平县级医院打造成为县域共同富裕的标志性工程，持续优化全民全程健康服务。

要全面放大卫生健康数字化改革效应，坚持系统架构，强化“一地创新、全省复用”，加快“健康大脑+”体系建设、丰富拓展重大应用、大力发展“互联网+护理”服务，加大“互联网+医疗健康”示范省创建。

要纵深推进“三医联动”“六医统筹”集成改革，深入推进公立医院高质量发展，加快中医药综合改革示范区建设，推动疾控机构体制机制改革。特别是要强化公立医疗资源规划布局、项目建设等科学调控，积极引导优质医疗资源有序扩容和均衡配置，严控盲目扩张、过度集聚和扎堆布局。

要纵深推进健康浙江建设行动，重塑国家卫生城市(城镇)创建机制，推进健康城市(城镇)建设，加强重大传染病和重大慢病防治，不断强化健康浙江建设要素保障。

要全力以赴护航亚运会、亚残运会，确保不发生规模性聚集疫情，确保不发生因为防控不力导致疫情扩散或比赛中断，确保不发生输入性病例引发本土聚集性疫情。

会上，相关委领导作公立医院经济运行情况、常态化疫情防控和应急处置工作、卫生健康领域共同富裕示范区建设和省政府民生实事工作、“医学高峰”和高水平县级医院建设以及卫生健康领域数字化改革专题报告。

省卫生健康委领导班子成员、在杭省级医疗卫生健康单位主要负责人以及委机关处室负责人在主会场参加会议。各市、县(市、区)卫生健康委(局)以及非在杭省级医院负责人在分会场参加会议。

[返回目录](#)

• 国际视野 •

亚马逊推出 Amazon Care 的背后：远程医疗与传统健康险的竞合

来源：和讯网

AmazonCare 永远不会取代传统的卫生系统，不过远程医疗及虚拟护理也肯定会成为传统医疗的重要组成部分。

最近，亚马逊宣布将在全美范围内推出名为 AmazonCare 的远程医疗服务，目前该服务在八个城市提供，并计划在纽约市、旧金山、迈阿密和芝加哥等 20 个城市推出。亚马逊表示，疫情的出现让客户对于上门护理和远程医疗的需求越来越强，而 AmazonCare 将虚拟护理和面对面服务相结合，让客户能够在家中十分舒适地接受更广泛的护理，填补了医疗保健系统中的一个空白。

亚马逊远程医疗服务的推出，颠覆了以往传统的私人健康保险市场。对于通常购买健康保险感到困惑、保费和免赔额还以远远超过年工资增长的速度快速增长、甚至有可能浪费几千美元却选择了错误的健康保险方案的大多数消费者来说，亚马逊完全是一个可行的替代方案。那么被 AmazonCare 扰乱的健康保险市场会完全被取代吗？

AmazonCare：虚拟护理+面对面护理

AmazonCare 最早作为亚马逊西雅图总部及其周边地区员工的试点于 2019 年 9 月推出，旨在随时随地提供以员工为中心的医疗保健服务，AmazonCare 主要为员工提供两大服务：

一是虚拟护理，员工可以在任何时间通过 AmazonCare 的应用程序在 60 秒内通过聊天或视频与医疗专业人员联系，这一服务让患者快速、方便、放心地与护士或医生进行实时聊天，AmazonCare 让员工跳过候诊室，在家中就能够舒适地开始虚拟初级或紧急护理访问。二是面对面护理，当出现无法通过远程解决的问题时，AmazonCare 将派医疗专业人员到患者家中进行常规抽血、检查肺部情况等额外护理，并且还会提供将处方递送到患者指定药房等服务。

2020 年该服务扩展到华盛顿州的亚马逊员工及其家人，2021 年 3 月，AmazonCare 把其虚拟护理扩展到了亚马逊在全美 50 个州的员工，并在自己的员工及其家人中成功推出该服务之后选择了向外扩展提供给其他公司。

亚马逊护理总监 KristenLloydHelton 博士表示：“公司都希望可以留住他们的人才，所以他们在健康和安全方面的投入很大，而我们也关注结果本身。我们希望确保我们提供的服务能够帮助员工改善其健康，并最终为公司降低成本。”已经有许多公司将亚马逊的这项服务作为福利提供给员工以提高员工的健康和生产力。

AmazonCare 通过其初级护理和紧急护理产品满足了大多患者的

需求。患者可以获得预防性护理，比如年度疫苗接种、健康检查和生活方式建议。而且该服务还支持患者的健康需求，包括营养、孕前计划、性健康、帮助戒烟等。AmazonCare 帮助患者评估他们居家的工作设置，以优化关节和肌肉健康，并为难以入睡的客户建立一个单独的睡眠计划。而对于即时需求，患者可以使用 AmazonCare 按需评估和治疗疾病和伤害情况。

同时，为了实现持续护理，该计划的安全、符合 HIPAA 标准的服务还允许员工及其家属使用相同的专业医疗团队，从而建立有利于整体健康的长期关系，这一服务对于经常性处方和慢性疾病的诊断和治疗尤其重要，例如糖尿病、哮喘和高血压等。

患者还可以在应用程序中管理他们的护理，包括在方便时安排与他们临床医生的后续访问。就诊后，患者会收到护理总结和后续提醒。在使用面对面选项时，患者还会收到有关其临床医生到家的预计时间的实时更新。

但目前超过 4 万名在使用 AmazonCare 服务的用户中大部分还是亚马逊员工。对于大多数美国人来说，仍然是保险公司负责其医疗保健服务。

AmazonCare 将取代健康保险市场？

居家医疗服务的需求不断增长，发展迅速的 AmazonCare 能动摇健康保险市场吗？

虽然 8% 的美国人口没有购买健康保险，但美国的健康保费增长

目前仍然位居北美首位。据美国 NAIC(全国保险专员协会)的数据,超过 68%的医疗保险由私人保险计划提供,包括各种 PPO、HMO、POS 计划等。据统计,2019 年美国领先的 25 家保险公司约占 1300 亿美元,其中有超过 60%都来自前 25 名健康保险公司。大约有 6%的美国人购买非团体类型的健康保险,50%的人拥有雇主提供的保险,35%的人参加了 Medicaid、Medicare 计划。

2020 年,美国保险公司承保的私人健康保险保费价值超过 3360 亿美元,排名前五的健康保险公司约占美国健康保险行业总市场份额的四分之一。从健康保险的产品分类来看,以美国的私人健康保险公司之一 Anthem 为例,Anthem 提供个人和家庭、医疗保险、医疗补助、小型企业计划等,并为任何规模的企业提供灵活的团体保险计划。雇主可以从各种医疗、药房、牙科、视力、人寿和残疾计划中进行选择。

随着各行各业对虚拟护理服务的需求不断增长,保险公司也参与了远程医疗的扩张,Anthem 也不例外。Anthem 通过 AI 驱动的建模和针对会员的独特护理需求进行个性化分析,从而改善医疗保健体验,并在乔治亚州、肯塔基州等 11 个州扩大了虚拟初级保健服务。客户能通过 Anthem 的在线平台一站式地管理自己的健康计划并帮助个人管理他们的慢性病,例如糖尿病、高血压和哮喘,同时还能快速轻松地在线提交和跟踪索赔,并与 Anthem 代表实时聊天查找所有问题的答案。但值得一提的是该虚拟初级保健服务目前仅供参加 Anthem 完全保险计划的合格个人以及选定的大型团体管理服务(ASO)客户使

用。

目前健康保险公司所提供的保险相对于 AmazonCare 来说，缺少了体验感及便利性，让部分公司倾向于 AmazonCare。所以 AmazonCare 之后会完全取代健康保险吗？我们认为并不会。

一般来说，数字化优先的健康计划可能会带来较低的保费或提供在线访问而无需自付费用等一系列的经济激励措施，也能让用户在短时间内联系上医生，并协助有严重问题的患者安排紧急救助。但如果在线医生确定患者需要做更复杂的检查或看专科医生，他们仍会将患者转介给保险公司系统内的当地诊所或专科医生。

在 AmazonCare 的推广中，有不少患者认为该服务仅为一个在线问诊的提供商，在发生更严重的问题时并不能被依赖。实际上许多情况下患者需要住院治疗得到护士 24 小时的护理，AmazonCare 所能提供的仅为跟踪观察。并且在线医疗对已确诊的患者来说是进行随访的一个很好的工具，但对于初次检查来说可能并不是较佳的选择，所以也不会被视为主要的医疗保险，不能完全代替健康保险。

目前许多家健康保险公司已经与 Teladoc、Dr. onDemand 等知名供应商合作提供远程医疗平台，并在虚拟初级保健计划方面，也有越来越多的公司在推出自己的计划。联合健康的 Healthcare、CVSHealth 推出的 Aetna 和 Cigna 通过其 Evernorth 业务收购的远程医疗公司 MDLive 都为雇主提供虚拟初级保健计划，以帮助员工管理慢性病和节省成本。

甚至 AmazonCare 在此之前也和包括 Aetna、PremeraBlueCross 在内的大型健康保险公司以及马萨诸塞州的 BlueCrossBlueShield 等区域健康计划进行接触，以加入保险公司的健康网络作为保障内容的一部分。与保险公司合作可以帮助亚马逊的虚拟医疗服务引入数百万患者，并使其不必直接与多个雇主签订合同。

在亚马逊与各保险公司洽谈时，亚马逊作为一项承保福利，让使用该服务的费用可用于患者的免赔额及其自付费用较高限额，在这样的安排下，保险公司便可以更轻松地与 AmazonCare 合作。仅与 AmazonCare 签约的公司除了需要向员工支付使用该服务的费用外，还需要按月向员工支付一笔费用，如果达成合作，公司则可以只需要支付访问费用，也必然会让 AmazonCare 在扩张过程中向前迈出一大步。

但 AmazonCare 和大型健康保险公司的合作不了了之，就目前看来，许多公司渐渐拥有了自己的远程医疗企业，也有许多虚拟远程科技公司直接和保险公司达成合作协议。AmazonCare 目前或许可以和还未在内部建立远程医疗业务的小型保险公司建立合作伙伴关系。

当发生严重事故或疾病时，健康保险可提供重要的财务保障以防陷入巨额债务甚至破产。而虚拟医疗保健则提供了一种单一、协调、可信赖并涵盖了每位患者个性需求的医疗保健服务，通过密切监控以虚拟方式完成高质量的患者护理和护理服务。

AmazonCare 并不能完全取代健康保险，但合作创新是一件互利

互赢的事情，AmazonCare 更多的是使患者的体验更方便、更精简、更符合他们的需求。通过这项技术的服务可以扩展到在线患者就诊、改善对护理团队的访问，甚至访问电子健康记录和医疗信息。但它永远不会取代传统的卫生系统，不过远程医疗及虚拟护理也肯定会成为传统医疗的重要组成部分。AmazonCare 的体验和便利为远程医疗及虚拟服务设置一个标准，亚马逊想单独在 3 万亿美元的医疗保健市场站稳脚跟，还需要更多的时间来赢得消费者、供应商、付款人和雇主的信任。

[返回目录](#)

医药行业深度研究：从发达市场看我国创新药、技术产业的发展前景

来源：东吴证券

一、国内创新药企发展中的阵痛

行情回顾——国内市场容量受限竞争严峻，叠加海外市场不确定性促使创新药企股价大幅回调

当前痛点：PD1 大幅降价使市场对创新药的国内市场价值产生怀疑；大多数 BioTech 企业无盈利，估值受市场情绪影响大；市场对国内创新药企的原始创新力不自信，而药企短期内无法通过业绩证明自己的价值，市场容易忽视企业基本面而恐慌性抛出。

未来看点：以始为终，关注未满足的临床需求；技术驱动，聚焦差异化创新能力；出海加速，全球多中心临床试验快速增长；价值兑现，biotech 公司逐步进入商业化阶段。

创新药推广的道路上，PD1 的降价是否真的打破了创新药国内市场的价值？

D1 降价是必然：PD1 作为诺奖级靶点疗效明确适应症大，是第一批创新药企较好啃的骨头，容易造成扎堆研发的问题，研发扎堆产品扎堆，自然降价；PD1 维持高价无法快速达到如此高的市场渗透率，考虑到后续产品管线的商业化推广，抢占市场是彼时各企业的头等大事，而降价可能是性价比较高的方式，站在局中人的角度降价是必然。

PD1 降价的积极意义：有助于国产创新药长期发展

Combo 治疗是未来一线疗法的趋势，PD1 作为多个主流癌种治疗的标配，能够拉动众多搭档创新药的销售；PD1 降价大大增加其市场渗透率，改善医患对中国创新药低质量的偏见，帮助年轻的国产创新药企快速建立起自己的品牌黏性；PD1 的普及有助于基层医生教育和学术推广，帮助其他创新药向基层市场的渗透。

医保对创新药支付保持何种支付态度？

医保对竞争格局好，且临床需求大的产品拥有宽松的价格政策，例如荣昌生物的维迪西妥单抗，由于其本次谈判的适应症为三线胃癌，而国内并未有针对此适应症的有效药物，维迪西妥未满足的临床需求大，最终的医保价格为年费 25 万元，大超市场预期；此外和黄医药的索凡替尼也由于其为神经内分泌瘤为数不多的有效靶向药，而给予其 52% 的温和降幅，最终价格和此前索凡替尼赠药后的价格接近，将帮助其快速放量。

监管审批政策不断收紧，如何帮助我国创新药企发展？

热门靶点的扎堆现象：随着创新药研发的火热，成熟靶点的扎堆现象也愈演愈烈，根据医药魔方的数据，目前国内 PD1 单抗已上市 6 款产品，依然有多达 74 款产品在研，相关临床项目数量更是高达 763 个。但这种扎堆现象却也正常，靶点发现的速度比不上药物开发的速度，成熟的靶点数量极其有限，其发现到验证的过程常常比药物研发更加耗时。更容易做的是对药物作用机制的优化，以求做到更好的治疗效果、更优的安全性、更友好的给药方式，较佳的药物组合等。

行业“内卷”的危害

1. 对临床患者资源的浪费。临床试验进程缓慢，很大一部分原因在于患者入组速度，如果相似的在研药物太多，会相互争抢患者资源，拖累彼此的临床进度，减缓了上市速度，对药企和广大等待救命药的患者均是损失。

2. 对资金的浪费。新药开发需要大量资金，相似产品太多，其中会有很多产品无法获批上市，这些在临床阶段折戟的药物，所带来的资金损失是非必要的，它们本该集中用于开发未满足临床需求的“firstinclass”药物。

3. 对科研人员的浪费。

4. 对行业本身发展前景的毒害。扎堆是在存量空间内的厮杀，探索增量空间把蛋糕做大是整个行业发展的核心。

信达在 ODAC 会议上失利，我国创新药出海逻辑真的破了吗？

FDA 并非对国产创新药关上了上市的大门，而希望将“政策灵活性”赋予缺医少药的疾病领域。尽管会议花了大量的时间讨论 ORIENT-11 的临床终点、对照药物、人种多样性，但 ODAC 拒绝直接获批的核心原因在于临床需求的紧迫性不够，在一个有类似药物的领域，FDA 没有必要冒任何潜在的可能的风险，将会用较高标准要求临床质量。2021 年 10 月，在 ORR 高于 K 药的情况下，依然拒绝具备优先评审资格的 AgenusBalstilimab 的上市，FDA 的理由是在当下 K 药已获得宫颈癌完全批准的前提下不适合基于一项单臂 II 期结果批准 Balstilimab。FDA 在考虑药物的获批时，严格参考 ICHE17 指导原则。

若国内创新药企业按照 FDA 制定的标准设计临床方案，并实时保持和 FDA 的沟通，也会获得批准。市场上一些认为中国出海逻辑已破的观点过于悲观，如果 FDA 不愿意敞开对国产创新药上市的大门，那么完全不需要批准如此多的临床试验，而浪费美国本地宝贵的临床资源。我国创新药出海，必定是在先行者们的汗与泪中开出希望之花，人才的培养和经验的积累是必经之路，相信凭借中国创新药企的勤奋和努力，很快将完成质的飞跃。

医药行业的魔咒——反摩尔定律或许能够被打破

反摩尔定律：自 1950 年以来，每 10 亿美元研发费用对应的美国 FDA 批准的新药数量大约每隔 9 年就会下降一半。这表明 60 年间 FDA 批准的新药研发总成本每 9 年就会翻一番，这就是制药行业的“反摩尔定律”。造成这一趋势的潜在原因有两个：对现有疗法改进的门槛

越来越高，药物的疗效越来越好，研发更优质新药的难度越来越高。监管机构承受风险的能力逐渐降低，药品的审评过程变得越来越严格。

二、从美股创新药的发展历史洞见中国创新药价值

哪些疾病领域依然将带来持续的研发价值?——选择疾病领域

在一个疾病领域内将产品从70分做到90分的意义远不如在一个缺医少药的领域研发新药。在众多未满足临床需求中，肿瘤和免疫领域已有较多产品进行探索，但随着人口老龄化的加重和衰老相关的疾病将成为下一个重磅炸弹聚集地。

例如神经退行性疾病、下肢缺血坏死、器官纤维化损伤。这些疾病致病机制复杂，靶点发现难度大，愿意在此深耕的企业具有较好的投资价值。

已上市的重磅炸弹药物具备哪些潜质?——寻找大品种

重磅炸弹药物具有如下6个特征：

药品本身质量好，疗效好副作用小，能够得到医生患者的认可，能够成为某一疾病的标准治疗药物。

所针对的疾病领域患者人数多，市场规模本身比较大。

机制/靶点/技术创新带来了疗效上的大幅改善，或者快速占领未满足临床需求的市场。

做了充足的后续临床研究工作。这些药物成功还在于其上市后不断进行后续研究，扩充新的适应症、完善药物安全性信息、联合用药

等，进一步拓展其市场容量和规避风险的能力。

重视市场教育。当重磅炸弹药物带着全新的作用机制上市后，企业需要花费大量的人力财力去做医患教育。每一个重磅炸弹药物背后都有成功的商业策略和强大的品牌支持。

专利保护期带来的垄断地位。多数重磅炸弹药物具有更长的专利独占期，药物享有绝佳的竞争环境。

成熟的创新药产业具备何种特征?——产业发展方向

外部引入的创新药产品已逐渐成为制药巨头收入的主要组成部分。

根据德勤发布的《2018 年全球生命科学行业展望》数据预测，2022 年时仅有不到四分之一的新药由大型药企投放市场，越来越多的新药创新将来自专注于发现新药的中小型 Biotech 公司。

制药巨头和中小 BioTech 企业间逐渐建立取长补短、互利双赢的合作模式

美国中小 BioTech 的发展模式：目前美国的中小 BioTech 起源于特定领域的创新生物技术，或前沿的科研成果，创始人一般为高校或者研究机构的科学家。企业有其专注的疾病领域，重视创新研发。商业化资源和能力欠缺，一般会寻求和制药巨头的合作或者被其收购。

美国制药巨头的发展模式：成立较早，经过几十年的成长和积淀，成立初期通过自主研发或其他业务积累资本，后期通过慧眼识珠的收购合作等模式扩充产品种类，凭借自己积累的商业资源以及收购来的

优质管线，缔造了一个又一个重磅炸弹的销售传奇。早期发展起来的制药巨头们已经有了难以逾越的商业护城河。

美国中小 BioTech 制药巨头的合作为彼此带来了什么？

中小 BioTech 依靠制药巨头的资金支持帮助其产品高效完成临床开发，并进行后续商业化，优化产品的商业价值。制药巨头需要相对确定性而又有创新性突破的产品充实自己的管线，保持自己治疗领域内的领先地位，减小竞争加剧药品降价及专利断崖的不利影响。

研发效率：随着巨头们规模的扩大，风险承受能力下降，研发立项更保守，自主研发效率会降低。决策者面对创新产品的立项和科研项目推进时不得不考虑多个部门的意见，这可能拖慢了前期的开发效率。而中小 BioTech 公司规模小，所需要承担的风险小，且实际决策者多为研发人员，一般会以研发项目推进为首要原则，立项上也更大胆激进，更有可能做出 firstinclass 产品和技术。

创新专利：由于研发效率高，很多前沿的突破性的科学技术专利诞生于中小 BioTech 企业。这些 BioTech 企业往往都有属于自己的技术专利和特定的疾病领域，并在此深耕。制药巨头在自主研发时，不得不面对专利壁垒。

商业化能力：中小 BioTech 的核心价值在于技术，他们现阶段无法和制药巨头们拼商业化能力和资金实力。而制药巨头们凭借多年积累的商业资源、临床试验经验、转化医学能力、强大的资金支持等，具有优化一个研究成果的商业价值的的能力。

综上所述，目前，美国的 BioTech 核心战略是早期开发突破性创新药物或技术，最终被制药巨头收购，用技术换取大公司的影响力和丰厚的回报；而制药巨头的战略是选择市场上优质的 BioTech 公司，通过合作开发、研发外包、并购获取他们的专利技术或产品，维持自己的领先地位。这种发展模式效率高，已成为主流。

产业集群为生物医药企业带来“天时”“地利”“人和”

美国高度发达的生物技术产业，一部分归功于高度集聚的产业集群。产业集群的建立帮助上下游的企业建立更密切和高效的合作关系；帮助吸引生物医药高端人才的长久驻留对企业和人才的发展都大有裨益。美国的许多州把发展生物技术集群作为重要发展战略。目前已经形成旧金山、波士顿、华盛顿、北卡罗莱纳、圣地亚哥五大生物技术产业集聚区。中国的生物医药产业集群主要集中在江苏、上海、北京、成都，特别是苏州和上海生物医药产业区，具备成为“中国药谷”的实力。

三、它山之石可以攻玉，以史为镜可知兴替

对我国传统制药龙头未来发展的启示：龙头药企最根本的困境来自于专利悬崖和创新不足，持续不断提高管线创新水平是药企做大做强的康庄大道。逐渐巩固自己在某几个特定疾病领域的优势，有针对性得布局自己的研发管线。积极开拓国际市场；大量并购投资其他优质中小创新药/技术企业，降低自己的研发风险，扩充自己的研发管线。当制药企业规模达到一定程度时，简单的增加产品种类和销售额

并不一定会提升股价，此时将会迎来企业成长的瓶颈期。在这一阶段，企业需要通过并购或自主研发产生创新型的重磅产品方能在高额的研发费用下产生超额盈利。

[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