

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2021.04.19-2021.04.25

## ——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。)

### · 专家观点 ·

▶ [观点 | 毛群安：全国已有约千家互联网医院 如何更好发挥作用仍需探讨](#) (来源：新浪财经) ——第 12 页

【提要】博鳌亚洲论坛 2021 年年会在博鳌召开，在《未来医疗新生态》论坛环节，国家卫生健康委规划发展与信息化司司长毛群安谈到，全国已经有一千家左右的互联网医院，但如何在健康中国战略的实施过程中，更好发挥互联网+医疗健康的作用；怎么真正利用好互联网思维，利用这一套全新的思路来让服务更加优质高效，更加契合公众的需求，是我们现在希望通过互联网+使我们面对功能多样化多层次的需求。他表示，在政策层面，首先是鼓励支持医保信息的打通等问题；从服务层面来说，目前整个链条是通的，但是还有一些是需要完善的；而作为政府部门，管理也要及时跟进，同时推动医保及其他部门的联合。

▶ [观点 | “两试点一示范”，为医保基金监管积累了哪些经验？](#) (来源：中国医疗保险) ——第 13 页

【提要】为加快构建医保基金监管长效机制，国家医保局于 2019 年启动了基金监管方式创新试点、基金监管信用体系建设试点和医保智能监控示范点(简称“两试点一示范”)建设，积极推动形成可推广、

可复制的医保基金监管先进经验。“两试点一示范”开展以来，试点地区医保信用体系建设和智能监控全面实施。总结各地的经验，集中体现在基金监管方式创新试点、医保基金信用评价试点、智能监控试点这三个方面。从试点地区开展“两试点一示范”取得的效果看，成效显著，对维护基金安全，建立健全医保基金监管长效机制功不可没。

▶ [观点 | 丁一磊：构建医药价格治理新格局](#)（来源：旗帜网）——第 23 页

【提要】医药产业由高速增长转向高质量发展，需要发挥价格杠杆作用。改革开放以来，我国医药产业高速发展，不过同质化和重复建设比较严重，存在重营销轻研发问题。党的十九届五中全会提出，要把“民生福祉达到新水平”作为“十四五”时期经济社会发展的主要目标之一。这是党中央深刻把握我国社会主要矛盾变化，着眼满足人民对美好生活的新期待而作出的重大决策部署。以此为契机，医药价格工作者将进一步增强政治意识、锐意改革创新，全力构建医药价格治理新格局。

▶ [观点 | 医保谈判新药入院难？专家解读如何打通“堵点”](#)（来源：人民网）——第 27 页

【提要】在新医保目录中，119 种医保谈判成功的独家药品平均降价 50.64%。而且新增谈判的 96 个独家药品中有 16 个是刚上市的新药，在第一时间就被纳入医保报销范围。从采购量来看，谈判药品中多为上市不久的新药、独家药，上市初期往往价格昂贵，患者可负担性差，

临床用药需求未得到完全释放，因此可供参考的临床用量数据有限，难以估计未来市场用量；而集采药品的采购量主要是基于相对稳定的历史用量。从价格形成来看，带量采购药品的价格主要通过充分的市场竞争形成。另外，谈判药品临床使用经验不足，需要更多上市后的证据确定药品的临床价值。而有效缓解医保谈判创新药“入院难”和进一步保障患者对创新药的公平可及，则需要多重综合手段，多方共同协力推动。在卫生、医保、医药产业界和民众的共建共治下，推动问题的积极解决，让医保改革红利能惠及所有参保群众和临床医疗机构。

### • 分析解读 •

▣ [在互联网医疗这场大戏中，“线上”和“线下”究竟谁应该唱主角？](#)（来源：vcbeat）——第 33 页

【提要】自“互联网+”技术渗透医疗领域以来，无论线上“收购”线下，还是线下“逼退”线上，一直是互联网医疗领域争论已久的话题，时至今日仍未有统一的定论，但随着疫情的到来，这一对立状态有逐渐被打破的迹象。由于疫情极大地限制了人们的出行，以 AI、5G、云计算等前沿技术支撑的“线上医疗”开始占据上风，并已从各个维度向传统的“线下医疗”施压，一股“线上替代线下”的热潮正在医疗领域广泛掀起。随着技术的进步和经验的积累，“线上医疗”当前正处于快速发展阶段，所产出的效益相比于以往更加明显，也更符合市场需求，具体到细分板块，“线上医疗”在轻问诊、远程监测、

健康管理、医药电商等方面展示出了巨大的应用价值，有效地解决了当前医疗资源分配不均、就医效率低、患者监管难、信息整合度不高等问题。

▶ [药学服务高质量发展源于体系化设计](#)（来源：健康界）——第 41 页

【提要】用药安全是医院整体医疗质量与安全的重要组成部分。最近几年，新医改政策对医院药学服务工作提出新要求：药师队伍逐步从关注药品转变为关注患者，并与医师和护士组成临床药物治疗团队，这种药学服务模式的转变给全国药师带来了不小的挑战。在此背景下，中南大学湘雅二医院药学部围绕以患者安全合理用药为中心的质量管理理念，打造了以“公勇勤慎，诚爱谦廉，求真求确，必邃必专”的“湘雅精神”为核心的用药质量及安全文化，创造性地提出并构建了“医院药学管理 SAFE-CARE 体系”，探索形成了全方位药学服务新模式，有效解决了药师职能转变的问题，有力地促进了药学服务的高质量发展。

### • 地方精彩 •

▶ [“腾笼”之后，看三明如何“换鸟”](#)（来源：金豆数据）——第 51 页

【提要】“腾笼换鸟”是深化医改的重要环节，其核心是把药品耗材的虚高价格降下来，为合理调整医疗服务价格腾出空间，反映医务人员技术劳务价值，做到公立医院运行的“维护公益性、调动积极性、

保障可持续”。自 2012 年以来，三明市持续深化“三医联动”改革，善用改革开新局，探索符合自身实际的医保改革发展路径，形成了具有三明地方特色的医疗服务价格调整体系。在医疗服务价格调整的整体设计思路上，三明市本着“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的总要求，坚持总额控制、多受益、适度级差、优化结构、普遍调整、逐步到位、医保跟进七项原则，做到整体谋划、分步实施，缜密测算、兼顾各方。通过“腾笼换鸟”带来的空间，用于调整医疗服务价格，建立了动态调整机制，先后八次调整医疗服务价格，不断优化医院的医疗服务收入结构。

▣ [青海省医疗保障信息平台在全国率先全面上线](#)（来源：西宁网）

——第 60 页

【提要】4 月 20 日，中国首个省级医疗保障信息平台在青海省正式上线。青海省医疗保障信息中心主任华加介绍，该平台覆盖青海全省 3360 家医保定点医药机构，将为全省 563.26 万参保人提供更加智能、便捷、高效的医保服务。这也是全国首家医疗保障信息平台业务功能全层级完整上线，并实现全省全覆盖的省份。这不仅标志着全国统一的医保信息平台在青海完成实质性落地应用，使医保信息化工作迈入了标准化、集约化、一体化的新阶段，也为进一步深化医疗保障“放管服”改革，实现“数据多跑路，民众少跑腿”奠定了坚实基础。

▣ [《浙江省医疗保障条例》出台 推医保、医疗、医药联动改革](#)（来

源：中国新闻网）——第 63 页

【提要】日前，浙江省审议通过《浙江省医疗保障条例》，该条例系国内首部医疗保障领域的综合性地方性法规，条例将统筹推进医保、医疗、医药联动改革明确为医疗保障的工作原则，进一步降低药品和耗材价格，建立医疗保障数字化平台，健全多层次医疗保障体系，鼓励统筹地区逐步提高大病保险基金支付比例。在医药方面，条例提出通过集中带量采购等制度，推进医保支付标准和集中采购价格协同，进一步降低药品和耗材价格，同时，建立和完善短缺药品监测预警和供应保障等机制。条例还规定，建立健全以基本医疗保险为主体，大病保险为延伸，医疗救助为托底，商业健康保险、职工互助医疗和医疗慈善服务等为补充的、多层次的医疗保障体系。

## • 医院管理 •

▶ [医生失去诊疗定价权（DRG+DIP）将彻底改变医院管理](#)（来源：HC3i 中数新医）——第 66 页

【提要】区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)将在 2021 年全面推行，这是一种基于“预付+病种”的全新医保基金支付方式，必将对医改产生重大影响。此种支付方式不仅对医保基金使用效率有深远影响，更重要的是将会导致医保支付方和医疗服务提供方管理模式发生根本改变。首先是医院管理部门的管理对象发生了变化了。其次是对管理的内容和性质需要更加清楚。在按项目付费制度下，医院管理部门对科室是绝对的结果管理，现在有了“预付+病种”作为管理工具，医院管理部门可以进行更细化的管理，其模式也从结果管理转变

为过程管理，更加“复杂”了。

▶ [互联网医院的方向与未来](#)（来源：华夏医界）——第 70 页

【提要】为缓解患者就医难所带来的焦虑和困扰，很多医院建立了线上咨询平台，使用图文的方式为患者提供简单咨询类医疗服务，虽然解决了部分患者的一时之需，但由于咨询不属于医疗范畴，无法下诊断，无法辅助检查手段并进行处置，所以线上咨询只解决了医疗外围的服务问题，而无法深入到医疗的实质。对于互联网医院的发展方向和未来，有几个方面的问题值得注意：一是随着全民医保建设，全国医保联网和异地医保脱卡结算成为刚需。二是诊断级的可穿戴设备与互联网医院对接，会是互联网医疗新的发展点。三是每一次医疗信息系统的深度介入，都将对传统医疗管理或服务产生革命性的影响。四是未来的互联网医院更侧重于服务患者。五是互联网医院服务于医院也服务于医生。

▶ [关于医疗质量与安全管理，刘庭芳一番话振聋发聩！](#)（来源：健康界）——第 74 页

【提要】医院管理工作千头万绪，体系运作的核心不能偏离质量与安全。对此，管理者们并非没有清楚的认识。在公立医院进入高质量发展新阶段，公立医院绩效考核趋于成熟之际，医疗质量与安全管理愈发重要。基于持续的调研和思考，清华大学医院管理研究院创始人刘庭芳发现，我国医疗领域质量的认识、理解和重视程度，通过近些年的努力基本上已达到一定高度。“但是对于患者安全的重视程度，还

没有达到像对质量管理那样重视的高度、强度和力度。”他强调，无论是实现公立医院高质量发展，还是做好公立医院绩效考核，迎接未来将会推广开来的 DRG 支付方式改革，都是以科学化、现代化的管理理念、管理方式为基础，万变不离其宗。而所有的先进理念，以及新的技术、新的管理，都要基于科学的、先进的、系统的教育，才能保持长效发展。

### • 医保快讯 •

▣ [专家分析医保基金管理趋势：精细化、按医疗服务价值付费](#)（来源：经济日报）——第 82 页

【提要】近日，清华大学医院管理研究院杨燕绥教授在研讨会上指出，我国医保付费经历了以医院为中心的数量付费阶段，正在进入以医生组和科室建设为中心的疾病诊断分组付费阶段，未来将走向以患者为中心的按医疗服务价值付费。专家认为，监管与支付一体化是必然趋势，在新支付模式下应该对业务场景内涵进行扩充，过去住院病例强调的事前提醒、事中预警、事后审核三类监管场景，应在医保结算场景继续保留。此外，基金监管参与者既需要立足于当下数据条件，也要对未来数据宽度增加做好充分的准备，促进产学研结合，提升监管工具效能。

▣ [全民医保、支付方式改革、医疗救助.....展望医疗保障“十四五”](#)（来源：中国劳动保障报）——第 84 页

【提要】《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和

2035 年远景目标纲要》对我国医疗保障制度的健全和完善提出了新要求，聚焦新时代人民群众多层次、多元化医疗保障需要，建议通过统一制度、完善政策、健全机制、提升服务，促进健康中国战略实施。首先应做好做实全民医保参保工作，建议重新界定和完善流动人口参保方式，科学确定参保扩面目标。其次应进一步完善总额预付制度设计，科学测算和确定医保基金预付总额。第三应建立健全医疗救助对象动态管理机制，真正实现精准保障。最后进一步明确商业健康保险发展方向，加大对健康保险专业化经营监管。

▶ [过度医疗带金销售遭严查 医疗反腐风暴再起](#)（来源：经济参考报）

——第 89 页

【提要】“诱骗治疗”、“患者生存期明显缩短”、“花费了常规治疗的 10 倍以上”、“人财两空”……近日，北京大学第三医院肿瘤内科医生张煜的一席发言，给医疗行业带来了一场巨震，非合理的过度诊疗再次成为众人关注的焦点。国家卫健委表示，已关注到“北医三院肿瘤内科医生反映肿瘤治疗黑幕”有关网络信息，立即组织对有关情况 and 反映的问题进行调查核实。下一步，国家卫健委将持续推进肿瘤诊疗管理工作，进一步健全管理制度规范体系，加大监督指导力度，确保相关要求落实到位，着力提升肿瘤诊疗规范化水平，维护人民群众健康权益。

### • 药闻动态 •

▶ [网售处方药落地，产业各环节商机浮现](#)（来源：国务院办公厅）

——第 94 页

【提要】4月中旬，国务院办公厅发布《关于服务“六稳”“六保”进一步做好“放管服”改革有关工作的意见》，深化“放管服”改革，打造市场化法治化国际化营商环境，切实做好“六稳”、“六保”工作，推动高质量发展。《意见》明确指出：在确保电子处方来源真实可靠的前提下，允许网络销售除国家实行特殊管理的药品以外的处方药。伴随顶层政策不断清晰，试点推进趋于成熟，在确保合规监管前提下，网售处方药满足公众用药需求的脚步趋近。此前数日，海南将建立独立电子处方中心的消息已带来一波热度，医药电商、医疗信息化企业为利好振奋，而这一明确信息的释放，更传递出非常积极的政策信号。

▶ [这些中药材涨价（附名单）](#)（来源：药通社）——第 100 页

【提要】日前，药通社发布了亳州市场截止 4 月 18 日中药材涨价品种排行榜，其中月涨价幅度超过 100%的有蛤蚧、相思豆、鹤虱等。当然，药材涨价作为一种市场现象，又涨也有跌，近期山银花、重楼、百合等药材由于供大于求价格有一定的下跌。此外，值得注意的是 2020 版药典全面实施，对中药要求 33 种禁用农药不得检出。这对相关药企提出了更高挑战，中药产业也因此迎来重大变革。在新版药典更严格的要求下，那些农残合格的药材同样会迎来一波涨价潮。如低农残的人参、合格的前胡、含量高的新货黄连、野生的羌活、黄曲霉素不超的柏子仁等。

## -----本期内容-----

### · 专家观点 ·

#### 观点 | 毛群安：全国已有约千家互联网医院

#### 如何更好发挥作用仍需探讨

来源：新浪财经

博鳌亚洲论坛 2021 年年会在博鳌召开。在《未来医疗新生态》论坛环节，国家卫生健康委规划发展与信息化司司长毛群安分享到，全国已经有一千家左右的互联网医院，但如何在健康中国战略的实施过程中，更好发挥互联网+医疗健康的作用，确实是我们目前共同要探讨的一个问题。

“互联网+医疗健康，不是简单的线下服务放到线上，怎么真正利用好互联网思维，利用这一套全新的思路来让服务更加优质高效，更加契合公众的需求，是我们现在希望通过互联网+使我们面对功能多样化多层次的需求。”

毛群安表示，在政策层面，首先是鼓励支持医保信息的打通等问题，从服务层面来说，目前整个链条是通的，但是还有一些是需要完善的。

同时，他提到，作为政府部门，管理也要及时跟进。同时推动医保及其他部门的联合。

中国工程院院士、北京清华长庚医院院长董家鸿提到，医疗的品

质和安全，是互联网医疗目标的一个基石。

为此，首先是要制定行业的标准和规范。

其次是要有新的专业培训，在新的时代规定下，要适应互联网时代的科技发展要求，就要通过培训医生，增强互联网医疗服务的能力，提升医疗服务效能，这样才能够拓展医疗服务的实力、领域和功能。

董家鸿指出，互联网医疗结构上应该是一个很大的平台，中间的核心层为病人提供无所不在的服务，主体成员是医生，此外，医疗药品和器械的提供方，医保的支付方，以及监管方面，这三方是医疗服务的支撑，和主体之间肯定要通过互联网去协同运营。多方结合有助于更好把互联网技术运用到广泛的健康医疗服务领域，来创新服务体系的能力和效率。

董家鸿还提出，行业协会要利用学术共同体的影响和行业权威的平台，可以进行交叉研究互联网新技术。

[返回目录](#)

## 观点 | “两试点一示范”，为医保基金监管积累了哪些经验？

来源：中国医疗保险

作者 | 谭中和 中国劳动学会

为加快构建医保基金监管长效机制，国家医保局于 2019 年启动了基金监管方式创新试点、基金监管信用体系建设试点和医保智能监控示范点(简称“两试点一示范”)建设，积极推动形成可推广、可复制的医保基金监管先进经验。

“两示范一试点”的开展，引起了社会各界强烈反响，形成了医保基金监管的社会共识，增强了群众对医保制度发展的信心，基金监管长效机制建设的民心基础更加坚实。随着《医疗保障基金使用监督管理条例》的出台，一个以法律法规建设为引领、以监管方式创新为重点、以智能化监控为支撑、以褒扬守信惩戒失信为核心的医保信用体系建设深入推进，我国医保基金监管的整体框架基本建立。

### “两试点一示范”的地方经验

“两试点一示范”开展以来，试点地区医保信用体系建设和智能监控全面实施。总结各地的经验，集中体现在以下几方面：

一是完善有关法律法规，制定相应政策，建立健全工作机制，不断完善信用评价标准规范、指标体系和方法。

二是在原来医保信息化和医疗机构信息平台基础上搭建信用平台和智能监控平台，畅通医保、医疗，药品、耗材等数据交换和共享，并探索开发知识库、规则库，增强智能监管功能。

三是利用监管优势，对信用主体实行分类监管、动态监管、精准监管。

四是强化监管主体的失信成本，普遍实施了信用修复机制。

五是建立了事前信用承诺，事中信用监管，事后信用奖惩机制，实施了全方位、全流程、全领域监管。试点地区均建立了医保监管与卫健、市场监管、公安、药监和财政等部门的联动工作机制，近70%的地区建立了与当地纪委监委的联动机制；90%以上的地区在信用评

价和智能监控中引入了商保机构、信息技术服务公司及会计师事务所等第三方机构。信用评价和智能监控的地方特色与典型经验，为建立我国医保基金监管长效机制积累了理论、技术和管理经验。

### 1. 基金监管方式创新试点方面

上海市探索实施了医保基金监管的“五个一”工程，即一个办法、一支队伍、一个医疗费用合理增长机制、一个联合执法工作机制和一个监管信息系统。一个办法，即以政府规章形式出台《上海市基本医疗保险监督管理办法》，为规范医保监管奠定了法律基础。一支队伍，即组建了上海市定点医药监管处及市医保监督检查所，形成市（上海市医保监督检查所）和区（各区医保办监督科）两级医保监管组织。一个医疗费用合理增长机制，即以完善医保支付机制为杠杆，建立谈判协商机制和风险共担机制。一个联合执法工作机制，即医保、卫健、药监、公安和城管等部门联合执法，形成基金监管合力，将医保对医疗机构医疗服务的监管重点延伸至对医务人员医疗服务行为的全过程监督。搭建上海市医保反欺诈“行刑衔接”平台，共同防范和打击骗保贩药和医保欺诈等违法行为。一个监管信息系统，即网上实时监控、异常就诊和费用情况智能审核、举报调查、常规和专项检查相结合的全方位监管。

成都市探索推行社保和商保合署办公，会计师事务所专项审计定点医疗机构医保费用等第三方协同监管。组建涵盖医学、药学、法律、管理等多个专业的专家库，深度参与协议管理政策制定、新增医药机

构评估、智能审核规则设置、医保支付标准确定等工作。并聘请人大代表、政协委员、市民代表、新闻工作者和医药行业管理者等代表，组建常态化社会监督队伍。

## 2. 医保基金信用评价试点方面

试点地区实施医保基金监管信用体系，重点针对定点医药机构、医药执业人员、参保人员等主体，有些地区还涉及参保单位、医药企业和医保经办机构。在方法上，有的试点地区实行记(积)分制，有的实行等级制，有的实行黑名单制等。在信用评价的结果运用上，大部分地区实行奖惩结合，将信用评价结果与基金预算支付挂钩，有的与定点医疗机构调整结合，实行按积分自动进入或退出定点的做法。

如北京市建立定点医疗机构综合评价、动态调整机制，对定点医疗机构和申请新增定点的医疗机构进行量化评分，依据评分结果，对现有定点医疗机构进行动态调整和开展新增定点工作。

绍兴市以“总会+分会”形式，在定点医院、定点零售药店、医保医师等 18 个行业协会推行行业自律。在全市推行统一的医保医师、医保药师积分管理制度，将考核结果与检查稽核、费用结算挂钩。实现全市医保基金监管信用体系与企业信用云服务平台、市场监管、卫健等部门信息互联互通，实现与纪委监委等部门联合惩戒。

深圳市以信用评价结果为依据，对监管对象进行分级分类管理，优化“双随机”抽查，根据信用等级高低采取差异化的监管措施。建立监管对象“黑名单”制度和两定机构退出机制。通过两定机构信用

等级体系,对两定机构实行分级管理,同时建立了协议医师管理体系。

### 3. 智能监控试点方面

目前,全国 90%以上的统筹地区开展了医保智能监控工作,推进医疗保险医疗费用结算从部分审核向全面审核转变,从事后纠正向事前提醒、事中监督转变,从行政管制向监督、管理、服务相结合转变,从对医疗服务的监管延伸到医务人员。

开封市以参保人员对医保的满意度调查作为项目侧重点,将智能监控系统和生物识别技术融合进基金监管信用体系建设中。

天津市建立的医保实时监控平台,将过去按指标监控升级为按主题监管,设置了医保欺诈易发生的 17 个监控主题、146 个监控项目和数千个监测监控指标,对全市 1600 余家医保定点服务机构、4.2 万名医保服务医师(药师)、1000 多万参保人员的就医诊疗数据进行全天候的自动筛查分析、自动提示预警,为医保基金的安全架设了红绿灯、安装了电子眼、画出了警戒线,并将监控结果与医保诚信体系对接,实施联合惩戒。

厦门市引入“人脸识别”技术,应用刷脸核身系统,有效辨别医生身份,规范医生多点执业。引入智能视频监控系统,将智能监控从二级三级医疗机构向下延伸,在 300 家一级及以下定点医疗机构实现对参保人就医刷卡 24 小时全时段、全场景管控,及时捕捉违法违规线索,破解稽核过程中取证难等问题。

### “两试点一示范”面临的矛盾和困难

从试点地区开展“两试点一示范”取得的效果看，成效显著，对维护基金安全，建立健全医保基金监管长效机制功不可没。但也发现存在一系列问题和困难，主要包括：

1. 相关政策不配套，尚未形成监管合力。
2. 信用评估标准化、科学性欠缺，甚至存在争议。

有的地区的医保信用评级、记(积)分制和“黑名单”等规则公信力颇受争议。信用评价体系在促进定点医药机构、医师药师、参保人和医保经办等行业自律方面成效尚未显现。

3. 智能信息系统仍受困于资金、人才和数据交换共享障碍，数据质量不高，专业人员缺乏。

特别是部分欠发达地区和边远落后地区的医保信息系统、医疗机构的 HIS 系统及定点药店网络系统落后的现实，无法与智能监控系统对接，难以实现智能监控功能。还有的试点地区的定点药店、定点诊所因规模小、资金困难，尚未建立计算机网络信息系统。有的试点地区的计算机网络信息系统仅能满足医保经办业务需要，智能分析监控功能薄弱。

4. 指标不统一、不规范，接口标准化困难。
5. 管理人才缺乏，人才队伍专业性不强。
6. 制度不健全，规范性不够。

提升医保智能监控能力，打造更加智能高效完备的监控系统，依赖于医保从制度、政策、经办到审核规则、数据、编码等的全方位法

治化、规范化和标准化。

### 完善医保基金监管长效机制建设

《医疗保障基金使用监督管理条例》的出台实施，对医疗保障领域的违法违规行​​为产生震慑。失信行为因违法轻微甚至隐秘而难以查处，但失信行为的溢出效应却很高，不但使得一些失信主体的失信行为影响自身，也会传染和污染整个医疗保障制度运行环境，最终推高整个医疗保障体系的运行成本。如果惩戒不足或查处不及时，也可能引发“劣币驱逐良币”效应。因此应大力推进医保信用体系建设，补齐信用体系建设短板，为医疗保障高质量可持续发展保驾护航。坚定不移推进“两试点一示范”，对于健全完善中国特色医保基金监管长效机制具有基础性、战略性的深远影响。为此提出如下几点建议。

#### 1. 加强政府信用建设

加强政府信用体系建设，特别是与医保相关的政府机构的信用建设，是医保信用体系更好发挥作用的根本前提，不能在医保信用体系建设上只盯外部，也应“刀刃向内”。

从制定医保政策的科学公平合理性，到经办服务的高效便捷安全性，在各个环节上都要取信于民、公平公正。这对改善医保治理环境、保持医保高质量可持续发展、降低医保治理成本、维护基金安全具有重要意义。

但目前在有的省还存在着省直属部门单独统筹或仍然实行“公费医疗”的“小灶”，单位和个人不缴费却享受着比医疗保险高得多的

待遇。有的地区也存在着医保经办环节多、手续复杂、群众办事不便，甚至医保服务“门好进、脸好看、话好听，事不办”的懒政怠政的衙门官僚作风。这会直接影响参保人对整个制度体系公平公正性的质疑，由此会诱导部分人利用制度或管理上的漏洞，危及医保基金安全。

## 2. 加强基金征缴环节信用监管

基金的安全监管目前大多关注支付环节，重“节流”而忽视“开源”。多数“两试点一示范”地区在基金支付环节已经构建了较为严密的防护网，但对基金征缴环节的诚信体系重视不够，导致一些企业和个人不守诚信，不按规定办事，瞒报少报缴费基数，故意甚至恶意少缴漏缴、无端中断缴费或选择性缴费，成为影响医保基金安全的一大漏洞。

因此，建议在医保信用体系建设中，同步推进政府信用、企业(包括医疗机构、商保机构等)信用和个人(包括家庭)信用，把包括缴费行为、支付行为在内的整体医保行为纳入，这也是我国医保信用体系建设走向成熟的一个重要标志。

## 3. 完善信用数据体系建设

将医保信用评价与智能监控系统有机结合，形成统一的医保数据体系。“两试点一示范”的基础是医疗保障数据体系，这一体系是融合医疗保障政策法规、标准数据、经办业务数据、医药机构服务信息数据、参保单位参保人参保登记变更数据、缴费数据和就医享受待遇数据，以及第三方医疗保障相关机构数据，既有历史积累形成的数据，

也有实时动态发生的数据，既有数值型数据，也有图像音频场景行为即态度数据。

但从现实看，数据的质量和来源的一致性，仍然是“两试点一示范”推进中的最大隐患。当前，散布在各行业的与医保相关的数据仍处于相互垄断和隔离状态，不能被很好地在医保信用和智能监控中加以聚合利用。

医保、公安、卫健、人社、税务、市场监管等政府部门之间的信息仍不能在医保中共享，医药机构、商业保险等机构的信息不够透明，医保信用体系和智能监控中很难获得相关数据。如一些定点医药机构的数据是在通过筛查转换后传至医保部门，医保部门难以收集到第一手的医生工作站、病例、医嘱及执行等信息。有的地区建立的智能监控知识库、规则库，是把政策法规文件、药品说明书中的应用禁忌等作为智能逻辑判断的依据，将医学临床教科书中的诊断过程及临床路径作为合规与否的依据，导致“好看不中用”，引发信用评价或智能监控结果收到质疑。

为此，医保信用数据体系建设应从以下方面入手。第一，加强医保信用数据库建设。建议医保相关部门用法律文书等形式向全社会公开获取信用信息的规范，构建医保专业征信和智能监控数据库。第二，充分应用区块链技术与医保信用的融合。区块链作为一种新兴技术，为营造医保、医药服务等相关活动的新型“信任”生态体系提供了支撑。

由于目前的医保机构、医药机构、参保单位、个人等数据碎片化严重，应用区块链技术的分布式数据存储、共享机制、可追溯性和防篡改等特性，完善医保基金监管数据库体系十分必要。第三，建议国家医保局尽快组织力量研究开发智能监控系统中的知识库和规则库等通用工具。试点地区的医保业务数据体系、结构和数据可能差别加大，与该统筹区的医药机构信息交换和共享方式也不一致，开发建立的信用模型、指标及智能监控模式也不同，但信用体系和智能监控所需要的医保政策法规规则逻辑，其内在机理是一致的。因此，有必要为试点地区统一形成医保信用和智能监控所需要的基础知识库和规则库。

#### 4. 落实信用体系建设和智能监控的“三全”原则

“三全”即实现医保信用体系和智能监控的全覆盖、全流程和全领域。实现医保基金监管对象在目前涵盖全部定点医疗机构、定点零售药店、医保医师药师、参保人员、医药企业、经办机构基础上，延伸至医保、医药、法人等各类涉及医保基金管理政策、基金来源和使用的主体，不厚此薄彼，不避重就轻。在医保基金从征缴环节到支付环节和结余资金的管理等环节入手，实现全流程覆盖，形成贯穿医保基金征缴、使用、管理等事前、事中、事后全环节的新型监管格局。充分发挥党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信五个方面的作用，形成全方位立体监管格局。

[返回目录](#)

## 观点 | 丁一磊：构建医药价格治理新格局

来源：旗帜网

作者 | 丁一磊 国家医疗保障局医药价格和招标采购司

党的十九届五中全会提出，要把“民生福祉达到新水平”作为“十四五”时期经济社会发展的主要目标之一。这是党中央深刻把握我国社会主要矛盾变化，着眼满足人民对美好生活的新期待而作出的重大决策部署。以此为契机，医药价格工作者将进一步增强政治意识、锐意改革创新，全力构建医药价格治理新格局。

### 准确把握新阶段，在新的历史起点推进改革

推动医疗保障制度从有到优，需要发挥战略性购买作用。党中央始终高度重视人民健康和医疗保障制度建设。我国建立了世界上最大的全民医疗保障网，基本医保参保人数达 13.6 亿人。党的十九大以来，党中央、国务院部署组建国家医疗保障局，并印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，医疗保障制度从有到优逐步完善。“十四五”期间，我国将进入高收入国家行列，人民群众对医疗和医药的质量都有更高要求，人口老龄化、疾病谱变化和医疗技术进步推动医疗消费不断增加，收支压力也随之增大。只有实现从粗放式发展到质量效益型发展的转变，发挥好战略购买作用，才能实现医疗保障制度的高质量发展和可持续发展。

医药产业由高速增长转向高质量发展，需要发挥价格杠杆作用。改革开放以来，我国医药产业高速发展，但同质化和重复建设比较严

重，存在重营销轻研发问题。作为国民经济重要组成部分，医药产业的高质量发展包括增强创新能力，整合要素资源，提升单位产出效率，也包括诚实守信，提升药品质量和品牌溢价，还包括恰当制定发展战略，加强对全产业链的把握，在综合竞争中取得优势。高质量发展是多层次、内涵丰富的，不能再走“做高空间、掌握终端、营销为王、无效供给”的老路。科学合理的价格形成机制应发挥重要信号和引导作用，对医药产业高质量发展予以正向引导。

医药价格由管理向治理转变，并愈加精细化。管理和治理一字之差，却是治理体系和治理能力现代化的新要求。治理更强调多方参与、共建共享，医药价格治理也要搭建医保基金、医疗机构、医药产业、参保人多方参与的机制，从刚性定价向更多元、更包容、更能发挥传导性的方向转变。同时，要善于做慢功夫、深功夫，向管理要效益，在精细推进、精确治理上下“绣花功夫”，切实提高人民群众的获得感、幸福感、安全感。

### **牢固树立新理念，以更大的气魄深化改革**

坚持以人民为中心，让人民共享改革成果。在医药价格工作中践行以人民为中心的发展思想，不仅要让人民群众用得上药、用得起药，还要让人民群众用得上高质量的药和确定疗效的药，享受到高质量的医疗服务。面对纷繁复杂的利益格局和利益要求，只有站稳人民立场，以人民利益为出发点和落脚点，才能确保医药价格和招标采购工作始终保持正确的前进方向。

坚持市场主导，推动有效市场和有为政府更好结合。医药价格和招标采购改革要坚持市场调节医药价格的总体方向，充分发挥市场特别是集中采购市场在医药价格形成中的重要作用，尊重市场规律、尊重医药行业自主定价权，不断完善以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制。要善于发挥政府作用，通过重构制度体系，消除阻碍市场发挥作用的带金销售、地方保护、信用缺失、劣币驱逐良币等不合理现象，畅通国内大循环，形成与我国超大规模市场优势相匹配的价格。

坚持系统观念，协同推进医药服务供给侧改革。医药价格和招标采购改革，一头连着人民群众看病就医和医保基金购买的需求侧，一头连着医药产业和医疗服务的供给侧，是推进医药服务供给侧改革的重要抓手，也是加强系统集成、协同高效的重要着力点。要增强全局观念，在解决人民群众看病就医后顾之忧的同时，打通高质量供给和有效需求的传导机制，为产业高质量发展提供重要支撑，为高质量医疗保障注入有效元素。要强化协同配合，用带量采购这一“小切口”牵引相关改革，助推医疗、医保、医药改革联动；要加强政策联动，促进生产流通、价格形成、医保支付、质量监管、供应保障、合理使用等政策有效衔接，形成改革合力。

### **努力构建新格局，让医药服务更优质实惠**

强化顶层设计，明确改革主要方向。全面深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革，坚持招标采购合一、量价挂钩，推进集中带量

采购常态化制度化,使之成为行业内的主导模式,降低群众就医负担。深化医疗服务价格改革,建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制,促进临床服务有效供给和医疗新技术创新发展,保障人民群众获得高质量、有效率、能负担的医疗卫生服务。在完善药品和医疗服务改革顶层设计基础上,加强药品耗材集中采购、日常价格治理、医疗服务价格改革的内在联系,发挥协同效应。

创新政策工具,提升治理效能。不断完善和发展集中带量采购,对普适性较强的品种按统一规则集中采购,对高值医用耗材按“一品一策”推进,对特征性较强的品种探索专项集中采购,对适应症和功能主治相似的品种探索合并集中采购,对供求关系变化较大的探索分阶段议价采购,综合运用采购量、合约期、竞争度、替代性不断创新集中采购工具箱。推进构建形成协作有力、层次丰富、灵活规范的区域性、全国性联盟采购机制,发挥不同采购主体积极性。规范集中采购市场挂网销售规则,对没有纳入带量采购的品种加强治理。创新药品价格监管手段,探索医药价格和招标采购信用评价制度,发挥生态体系建设的正向作用,充分运用成本调查、函询约谈、信息披露、指数发布等手段,引导医药企业规范价格行为。通过创新政策工具,全面推动制度优势更好转化为治理效能。

完善执行机制,力求改革实效。坚持并完善“国家组织、联盟采购、平台操作”工作机制,使政策制定、集中采购操作和贯彻执行既

有机联系又权责明确。加强省级医药集中采购平台标准化规范化建设，提升服务能力，试点一省审核、多省共享的资质审核联动模式。建设全国药品价格共享数据库，促进价格信息共享、供应信息互通、信用采集互助、失信行为联惩，逐步增强全国医药集中采购市场的协同性、响应性。

[返回目录](#)

## 观点 | 医保谈判新药入院难？专家解读如何打通“堵点”

来源：人民网

在新医保目录中，119种医保谈判成功的独家药品平均降价50.64%。而且新增谈判的96个独家药品中有16个是刚上市的新药，在第一时间就被纳入医保报销范围。但现实中，一些创新药品由于各种原因“进得来医保却进不了医院”，影响了参保患者受益，这“最后一公里”到底卡在哪？谈判创新药进医院，究竟要过哪些“关”呢？

### 医院缘何难买医保谈判降价药？

对于患者来说，听到自己用的药特别是昂贵新药通过谈判降价纳入医保，在实际就医过程中却发现医院难买到，这是很多人感到难以接受的事情。

### 谈判创新药又新又好、价格又合理，医院为啥就不愿用？

“根据要求，800张以上床位的公立医院配备药品的品规数不得超过1500种，对于已经足额配备的医院来说，如要新增药品，则需同时调出相应数量的药品，难度大”“药占比、门诊或住院次均药费

用增幅等指标考核，也影响医院配备创新药的积极性”“药品零差率政策实施后，药品从盈利因素变为成本因素”“药事管理委员会审核程序也对药品能否进院和进院时间有重要影响”……一些公立医院的负责人讲述了其中的难言之隐。

“从医疗机构的因素分析，医院要结合成本、医院药品管理规定和考核指标来衡量。”首都医科大学国家医疗保障研究院副研究员曹庄解释，从药品方面的因素分析，包括临床治疗上的需求程度；不同药品类别的影响；同类药品的竞争；药品的上市时间等等都会影响药品入院的进程。

曹庄预测，2020 年国家谈判药品在医疗机构的配备会有一个逐渐增加的过程，但要保证所有谈判药品在短期内有很高的配备率或最终全部配备，并不现实。

那么，哪些谈判创新药入选医院目录的几率会比较高呢？专家分析指出，能优先入院的药品，一般都具有疾病治疗的不可替代性、抗肿瘤等特征。

北京协和医院药剂科副主任赵彬介绍，药品进入医院目录，首先要满足临床的治疗需求。尤其是与现有药品比较疾病治疗的不可替代性、安全性等方面。而药品的降价等经济因素则不会成为药品进院遴选的主导方向。另外，不同地区、不同等级、不同定位的医院，收治患者的疾病谱不同、临床药物治疗需求也不同。医院药品遴选也要与医院功能定位，临床科室专业方向等密切相关。

“在调研中发现，通过谈判新增准入的抗肿瘤药的配备会高于其他种类药品，特别在肿瘤专科医院配备情况较好。”曹庄透露。

华中科技大学医药卫生管理学院药学院教授陈昊也分析称，不同类别创新药的临床使用率和最终配备率也有显著差异。临床治疗需求存在较大未获满足空间的创新药往往临床配备率较高，而高值罕见病用药的配置率则通常较低甚至罕有配备。

### 谈判药品可以带量采购吗？

北京大学药理学系主任史录文介绍，集中带量采购是指对于销售量大、费用高，同时已过专利期、市场上存在多家企业供应、竞争较为充分的品种，政府根据往年销售量预估需求，通过公开招标“定量拍卖”，企业自主报价、价低者得的方式确定采购价格。带量采购药品一旦确定下来，医院会直接给出需要的药品用量，与企业签订购销合同。

这种招采一体的模式也确保了医院能够及时配备使用所需的集采药品，让不少参保患者切身感受到就医用药费用上的“实惠”。一些患者认为，既然带量采购不存在进院难，为啥谈判药品不能带量采购呢？史录文认为有以下几个方面的原因：



都是通过以量换价降低药品价格，让参保患者用上价格低廉、质量更优的药品。

## 药品选择

带量采购多适用销量大、费用高的过期专利药或仿制药

谈判准入多为创新专利药、独家药品、上市不久的新药

## 市场需求量

有相对稳定的历史需求量  
(如年销量)

上市不久，价格相对较高，临床用量难以估计

## 购买方式

政府基于历史用药数据分析，约定采购量，进行“定量拍卖”，竞标企业则申报更加低廉、合理的价格

国家层面组织实施全国级别的价格谈判，凭借全国市场规模以战略购买

## 定价参考

充分的市场竞争形成价格

基于专家遴选和药物经济学评价

## 入院程序

医院直接给出药品需求量，与企业签订购销合同，及时配备使用，完成合同采购量

临床医生提出需求，通过医院药事管理委员会遴选出药品再进行采购

他介绍，从药品选择上看，谈判药品多为创新专利药品；而集采药品则多为过期专利药和仿制药。

从采购量来看，谈判药品中多为上市不久的新药、独家药，上市初期往往价格昂贵，患者可负担性差，临床用药需求未得到完全释放，因此可供参考的临床用量数据有限，难以估计未来市场用量；而集采药品的采购量主要是基于相对稳定的历史用量。

从价格形成来看，带量采购药品的价格主要通过充分的市场竞争形成。而谈判药品中的独家专利药物上市初期，由于竞争不充分，多数企业会结合前期研发成本、患者支付意愿和支付能力等方式来定价。我国通过专家遴选确定值得医保支付的药品，利用药物经济学评估确定其相对合理的价格区间，在这一基础上通过谈判达成进入医保的最终价格。

另外，谈判药品临床使用经验不足，需要更多上市后的证据确定药品的临床价值。而且对于部分适用人群较小、甚至罕见的病种，不能仅通过流行病学数据推算其用量以形成药品价值定价体系，还需要遵循实际医学规律。

### 谈判创新药入院“堵点”咋打通？

有效缓解医保谈判创新药“入院难”和进一步保障患者对创新药的公平可及，需要多重综合手段，多方共同协力推动。在卫生、医保、医药产业界和民众的共建共治下，推动问题的积极解决，让医保改革红利能惠及所有参保群众和临床医疗机构。

“比如云南省为做好国家谈判药品落地，医保联合卫健部门通过取消药占比、门诊次均费用增幅、门诊次均药品费用增幅、住院次均

费用增幅、住院次均药品费用增幅等 5 项考核指标，解决药品入院难的问题。”曹庄举例说，一方面，希望通过完善相关政策规定，为医疗机构配备国家谈判药品提供支持；另一方面，实行“双通道”用药保障机制。

据不完全统计，已有 20 余个省级医保部门出台针对部分“高值”或“特殊”药品实行“双通道”保障政策(对参保人员使用和报销部分药品实行定点医疗机构、定点药店共同保障的办法)，在很大程度上解决了国家谈判药品医院供应不足的问题。

在具体实行“双通道”保障机制中，曹庄认为还应提高医保精细化管理水平。一是科学确定进入“双通道”管理的药品名单，保证政策公平性；二是加强用药安全、特别是注射剂型药品的用药管理，同时加强基金安全，严厉打击利用药店渠道的骗保行为；三是通过专业电子平台建设、“互联网+”医保服务等方式提高患者购药便捷性；四是发挥各类市场主体作用，引导各方良性参与竞争，共同提供药品保障服务。

曹庄认为，应继续支持和鼓励医疗机构优先配备国家谈判药品。各地可将医疗机构配备国家谈判药品情况纳入医保协议考核范畴。有条件的地区还可探索采用分类保障的办法，预拨部分资金以鼓励不同类型医疗机构分别配备符合机构用药特点的国家谈判药品。

陈昊希望改善医院准入所依托的医改综合环境，提升医院对创新药的科学认知和相关服务能力，创新支付方式和建立多元共付的创新

药费用分担机制，以及优化医院创新药准入流程和使用相关激励和约束机制，促进合理用药。

“另外，医保、卫生部门在内的相关各方也应该加强对国家谈判药品落地相关政策的科学宣传和解读，引导社会民众形成合理的心理预期。”陈昊说。

作为医药创新产业界人士，中国医药创新促进会执行会长宋瑞霖指出，产业界要以患者为中心、以临床价值为导向，实现填补临床空白、实现有效替代为目标，从能够跟随创新到并行创新再到引领创新。作为产业界，非常愿意在谈判创新药进入医保后与医疗机构紧密结合，开展各种学术推广，让药物能够更快地让医生和患者用得上、用得好。

[返回目录](#)

## • 分析解读 •

**在互联网医疗这场大戏中，“线上”和“线下”究竟谁应该唱主角？**

来源：vcbeat

自“互联网+”技术渗透医疗领域以来，线上“收购”线下，还是线下“逼退”线上，一直是互联网医疗领域争论已久的话题，时至今日仍未有统一的定论，但随着疫情的到来，这一对立状态有逐渐被打破的迹象。

由于疫情极大地限制了人们的出行，以 AI、5G、云计算等前沿

技术支撑的“线上医疗”开始占据上风，并已从各个维度向传统的“线下医疗”施压，一股“线上替代线下”的热潮正在医疗领域广泛掀起。

这并非是没有缘由的。随着技术的进步和经验的积累，“线上医疗”当前正处于快速发展阶段，所产出的效益相比于以往更加明显，也更符合市场需求，具体到细分板块，“线上医疗”在轻问诊、远程监测、健康管理、医药电商等方面展示出了巨大的应用价值，有效地解决了当前医疗资源分配不均、就医效率低、患者监管难、信息整合度不高等问题。

但即便如此，“线上医疗”真的能完全替代“线下医疗”吗？这一路径真的能在医疗领域全面走通吗？针对这些疑问，动脉网进行了相应地梳理。

### 一探究竟：是什么在推动线上医疗“出圈”？

自疫情爆发以来，“线上医疗”一词开始更多地出现在各大媒体的头版头条，一时间，“线上医疗”成为了热门词汇，受到了社会的广泛关注。但究其根本，到底是什么在推动线上医疗“出圈”呢？

首先是巨大的市场需求。疫情将人们“锁”在了极小的封闭环境中，很多领域也随之进入到了“寒冬”，然而医疗领域却截然相反，需求量呈井喷式增长，使得原本就紧张的医疗资源变得更为紧张。除此之外，以更便捷、更精准、更高效著称的“线上医疗”有效地解决了当前我国医疗资源分配不均的老问题，因而受到了广泛认可，被市场所推崇。

发布时间	政策	发布机构	核心内容
2020年5月	《关于进一步推动互联网医疗服务发展和规范管理的通知》	国家卫健委	明确各地进一步推动互联网技术与医疗服务融合发展，发挥互联网医疗服务的积极作用。
2020年5月	《关于进一步完善预约诊疗制度加强智慧医院建设的通知》	国家卫健委	指导各地和各医院在疫情常态化防控下，进一步建立完善预约诊疗制度，加强智慧医院建设，加快建立线上线下一体化的医疗服务新模式，不断增强人民就医获得感。
2020年10月	《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》	国家卫健委	大力支持“互联网+”医疗服务模式创新，进一步满足人民群众对便捷医疗服务的需求，提高医保管理服务水平，提升医保基金使用效率。
2020年12月	《关于深入推进“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动的通知》	国家卫健委	总结推广实践中涌现出的典型做法，进一步聚焦人民群众看病就医的“急难愁盼”问题，持续推动“互联网+医疗健康”便民惠民服务向纵深发展。

2020 年互联网医疗部分政策整理

其次是政策的积极引导。自 2020 年 2 月以来，以国家卫健委为主导的职能部门相继出台多项政策，大力助推互联网医疗服务，鼓励患者向线上转诊，政策主要以“诊断、治疗、用药、送药、支付”五大核心医药价值链条切入，逐步完善线上服务。

最后是技术的深度渗透。当前，人工智能、物联网、云计算等前沿化技术已趋于成熟，并广泛运用于医疗领域，目前已呈现出极强的融合性，并在多个业务端口进行了深度链接，展现出了极高的应用价值。

整体来看，需求为线上医疗打开了广阔的市场空间，政策为其发展提供了不可或缺的必要条件，但能否真正落地还需看实际应用效果，而前沿技术的不断渗透无疑为线上医疗加注了最后的推动力。

### 刨根问底：“线下医疗”真的能够被完全替代吗？

不可否认，“线上医疗”在疫情期间确实是发挥了极大的作用，

但这只是特殊时期的特殊手段，并不能代表常态化下的情况。虽然疫情趋于平稳后，“线上医疗”仍处于加速阶段，但就目前而言，还没有达到能够完全取代“线下医疗”的地步。那究竟是什么拖住了“线上医疗”向前推进的步伐呢？

一是医疗领域的特殊属性。当前，我国优质医疗资源主要集中于公立医院，也就表明说，绝大多数就医场景都是以线下为主，这就从根本上决定了“线下医疗”的不可替代性。

二是线上医疗存在“安全隐患”。就医安全是医疗领域最基本的底线，虽然国家相关部门在医生准入、处方审核、信息追溯上制定了相当严格的管理制度，但在实际操作过程中仍有很多不规范的操作，安全指数相对较低。其次，在线上医疗期间发生安全事故，患者、医生、线上平台该如何理清各自责任目前也没有明确的定论。

三是线上收费标准不统一且缺乏监管。首先是各大平台的单次服务费用不统一且没有详细的标准制定，用户无法进行对比；其次是平台与医生的利润分成并不明晰，短时期内无法调动医生的积极性；最后是对诊疗价值的监控，线上医疗能够给予患者多大的帮助，是否体现了其应有的价值，目前还处于空白状态。

四是用户的就诊习惯短时间内难改变。从患者的角度来讲，面对手机或电脑进行医疗行为，没有和医生面对面的沟通，相互之间的信任难以搭建。除此之外，对于中老年人来说，熟练掌握线上医疗设备本身就是一件极其困难的事情。

因而不难发现，“线上医疗”虽然前进速度极快，也产生了一定的社会效益，但就目前来看，仍不能完全替代“线下医疗”，依然处于补充和强化“线下医疗”的发展阶段。

### 深度探索：“线上”和“线下”应该走向何处？

既然不可替代，也不能完全忽视其价值，那“线上医疗”和“线下医疗”两种截然不同的模式应该走向何处呢？这道难题是否有“最优解”存在呢？

从宏观角度来看，“线上医疗”和“线下医疗”并非完全属于对立关系，而应该是相互弥补、深度融合产出更高价值的合作关系；而从微观角度来看，在某些特定业务板块，两者结合产出的价值比“单打独斗”更高效也更安全，例如最简单的问诊，如果只专注于线上，那么在安全性上就会存在很大的弊端，但如果只定位于线下，那么就诊效率就会相对较低且会在一定程度上造成医疗资源的浪费。

因此，“线上+线下”深度融合的合作模式才是互联网医疗领域向前发展的标准路径。那么这两者究竟应该如何搭建合作机制呢？不妨从头部企业的发展路径中找寻答案。

随着时代的发展，医疗领域正更加坚定地朝着更好的服务质量、更高的可及性、更透明的医疗费用发展，各项数据技术与临床结合也从皮毛走向深层交互，因而深处这一赛道的企业开始注重“医患药险”服务闭环的全面打造，竞争也早已从最初的“线上”搬到了“线下”。

首先是在互联网医院方面：“线上”重在搭建高效平台，“线下”

医院开始广泛落地。以京东健康为例，作为国内首批获得互联网医院牌照的平台型互联网公司之一，京东健康从疫情趋于平稳之后就先后在线下落地心脏中心、精神心理中心、中医院、呼吸中心、耳鼻喉中心等一批专科中心，进一步深化了“互联网+医疗”服务。而阿里健康则围绕患者需求，逐步将服务链条向院外延伸，例如在肿瘤治疗方面，阿里健康积极与零氦肿瘤患者服务中心进行对接，统筹建立肿瘤线上线下一体化、随访中心，旨在为患者提供全链条专业服务。

作为中国最大的一站式慢病管理与智慧医疗平台，智云健康针对医院端的需求，专项研发了国内主流医院覆盖率最高的慢病管理 SaaS 平台“智云医汇”以及国内最大的慢病医患院外交流服务平台“智云互联网医院”。前者重在为医院搭建平台，提升医院整体运行效率；而后者重在为患者提供服务，通过加强医患间的交流沟通，使患者的治疗效果达到最佳状态。

其次是购药方面：“线上”重在打通市场渠道，“线下”广撒网形成全覆盖服务网络。以医药电商发家的京东健康早在 2019 年就大力发展 O2O 送药服务“京东药急送”，截止目前，“京东药急送”已覆盖全国超过 300 个城市，除此之外，针对肿瘤用药等特殊药品，“京东药急送”打造了一对一运营方案，并开通了“同城送”模式。而作为其竞争对手的阿里健康也同样在购药方面重点发力，2019 年年底，阿里健康就公开申明要大力布局线下医药，截止目前，阿里健康已与 5000 多家线下药店签订了合作协议，服务已覆盖全国 82 座中心城市。

而对药物有长期需求的慢病管理又是如何布局的呢。作为国内慢病管理的“标杆企业”，智云健康以患者和药店的实际需求出发，精心打造了国内最具性价比的智云健康药店 SaaS 系统。这是智云健康的第三个核心产品，旨在提升药店经营效率和利润，为线下药店提供专业、合规的药学及医疗服务，同时建立并覆盖药圈层的 7\*24 健康管理服务，从而帮助居民更便捷和普惠地回归健康生活。

最后是保险方面：以“线下”健康管理为切入点，为“线上”支付赋能。专注于慢病管理的智云健康针对用户实际需求，开发了智云保险业务，实现了“慢病管理+保险科技”的创新型保险生态闭环。

因而可以清晰地看到，为适应新的市场需求，互联网医疗头部企业们在服务模式的打造上，充分考虑患者、医生、医院和药店的个性化需求，并通过以“线上”为辅、“线下”为主的新型合作模式，逐步打通“医、患、药、险”的服务闭环业务链条，实现一体化管理服务，赋能合作伙伴降费增效，提升诊疗效率、运营能力，最终实现合作共赢。

### 以“数”为证：这一新型合作模式真的走通了吗？

商业模式已逐步明晰，业务生态体系也已搭建完成，但能否真正走通，还需看互联网医疗巨头们在实际运营过程中的真实表现。

首先以京东健康为例。根据 2021 年 3 月 29 日发布的年报显示，京东健康 2020 年总收入为 193.8 亿元，同比增长 78.8%，非国际财务报告准则下盈利 7.5 亿元，同比增长 117.7%。而在至关重要的用

户数方面，截止 2020 年 12 月 31 日，京东健康年活跃用户数达 8980 万，一年净增 3370 万，增长率超过 1/3。

其次来看阿里健康。根据阿里健康 2020 年 11 月 26 日发布中期业绩报告显示，截至 2020 年 9 月 30 日，集团取得收入 71.62 亿元，毛利 18.6 亿元，同比分别显著增长 74.0%和 80.3%，同期实现扭亏为盈，利润额为 2.79 亿元，经调整后利润净额达到人民币 4.36 亿元，同比增长 286.4%。其中，医药自营业务收入达 60.36 亿元，同比增长 75.7%。线上零售自营非处方药(OTC)和处方药收入占医药自营业务收入的 61.7%；线上自营店年度活跃消费者超过 6500 万，较半年前增加 1700 万。

最后来看专注于慢病管理端的智云健康。一是在公司层面，截止目前智云健康已完成六轮融资，公司整体估值已突破 100 亿元，已成为行业领军的独角兽企业；二是在业务拓展上，截止目前，“智云医汇”已进入全国 1800 多家医院，“智云健康药店 SaaS 系统”已接入国内 12 万+家药店网络，互联网医院平台目前已注册医生达到 50000+，实现了医生与广大慢病患者在线交流互动。三是在实际效果上，“智云医汇”系统管理的患者平均住院天数缩短 3.6 天、术后住院天数缩短 1.2 天，而使用互联网医院平台的慢病患者，自我管理能力提升比对照组提升 15%以上，糖化血红蛋白下降 1.53。

从这些数据中不难发现，三家互联网医疗企业依靠着精心打造的“院内院外、线上线下”的创新生态体系，无论是在营收数据上还是

在用户增长以及业务拓展都取得了相当亮眼的成绩，三家巨头也已经在各自的擅长领域走出了一条符合自身发展和市场需求的现代化路径，并已成为该领域的“行业标杆”。

从疫情爆发到现在，线上医疗在政策指导和技术渗透的双轮驱动下，业务发展速度极快，已经为医疗各端都带来了显著的社会效益和经济效益，因而在这样的大环境下，“线上替代线下”的声音不断从各方冒出。

但应该清楚地认识到，医疗是一个相对特殊化的服务领域，一方面是需要多方的紧密连接，另一方面则是对于安全的要求极高，有很强的监管性。基于此，互联网医疗平台在大力发展线上医疗的同时，也要注意与线下相结合，因为这是其根本，也是最终产出价值的核心。

[返回目录](#)

## 药学服务高质量发展源于体系化设计

来源：健康界

2020年11月16日，当向大雄教授从时任湖南省省委副书记、省长，现任湖南省委书记许达哲手中接过“第六届湖南省省长质量奖”奖杯时，油然而生的不只是激动，还有一份浓重的感恩之情。

作为中南大学湘雅二医院药学部学科带头人之一，向大雄是此次唯一获奖的个人，也是湖南省医疗卫生行业第一次获得此奖项。但他深知：这一湖南省内质量建设领域的最高荣誉，不仅属于他个人，也属于集体。他向健康界表示，“省长质量奖凝聚了集体的智慧，是药

学部团队与医院相关管理部门密切合作，为守护患者用药安全交出的高质量答卷。”

用药安全是医院整体医疗质量与安全的重要组成部分。最近几年，新医改政策对医院药学服务工作提出新要求：药师队伍逐步从关注药品转变为关注患者，并与医师和护士组成临床药物治疗团队，这种药学服务模式的转变给全国药师带来了不小的挑战。在此背景下，向大雄带领的中南大学湘雅二医院药学部围绕以患者安全合理用药为中心的质量管理理念，打造了以“公勇勤慎，诚爱谦廉，求真求确，必邃必专”的“湘雅精神”为核心的用药质量及安全文化，创造性地提出并构建了“医院药学管理 SAFE-CARE 体系”，探索形成了全方位药学服务新模式，有效解决了药师职能转变的问题，有力地促进了药学服务的高质量发展。

而省长质量奖的荣誉，正是对向大雄团队所探索的药学服务质量理论与实践体系的肯定。日前，健康界带着全国药师感兴趣的话题，深入调研了湘雅二医院药学部，挖掘其获奖背后的学科建设和药学服务的高质量发展之路。本文是省长质量奖背后的故事系列报道一。

### **把学科建设作为高质量发展的核心**

近年来，公立医院高质量发展成为行业主旋律。政府主管部门也通过实施公立医院绩效考核，来引导医院走内涵式发展道路，促进高质量发展。

“学科建设是支撑医院药学高质量发展的基石，作为学科带头

人，最主要的职责就是抓学科建设”向大雄这样告诉健康界。

为此，向大雄亲自制定并实施了药学部 2 个“学科发展五年规划”，在国内率先提出并践行临床药学学科建设的“2 个核心能力、4 个支撑体系”建设方案，目前已连续开展了 6 个学科建设年，学科建设内涵从原来的医疗、科研、教学 3 个维度，也扩展到医疗、科研、教学与人才培养、科室管理、党建与科室文化、对外交流与合作、学科影响力等 7 个维度。

学科建设离不开医学技术创新。向大雄介绍，药学部近年新增了“湖南省转化医学与创新药物工程技术研究中心”、“湖南省药师技能培训中心”2 个省级平台，建设并进一步完善了精准药物治疗、细胞与分子生物学、体内药物分析、基于临床的药物发现与成药性评价等 4 个实验室技术平台。

无论是学科建设，还是医学技术创新，人才都是重中之重。为此，向大雄积极探索人才队伍建设渠道，将引进、培养、联合相结合，先后引进客座教授 3 人，国家优青 1 人；还设置了“科室骨干培育基金”，培养青年人才。同时，他还以团队的理念抓人才队伍建设，前瞻性地构建了临床药学、临床药理、创新药物与新制剂、药事管理 4 个团队，凝练了中毒与药物损伤防治、药物评价与利用、创新药物与新制剂、精准药物治疗 4 个主要研究方向。

为加强药师队伍建设，湘雅二医院创建了医院内部的临床药师培训分级管理制度，针对不同年资的医生设置不同的目标，包括学习目

标、考核目标和准入目标。向大雄向健康界表示，这一方式得到了国家卫健委领导的肯定，称之为“湘雅模式”并建议在全国范围进行推广。

在外部学习与培训方面，湘雅二院药学部采取了“送出去+请进来”的模式。据向大雄介绍，医院每年各派出两名在职药师出国访学和国内进修；同时特邀加拿大阿尔伯塔大学 HoanLinhBanh 教授、美国伊利诺伊大学芝加哥校区药学院的 AlanLau 教授、军事科学院军事医学研究院研究员高月教授等作为药学部的特聘教授，提升了医院药师临床药学实践、教学与科学研究等能力。

“我们很早就提出来，要给药师赋能，为患者提供高质量服务。”向大雄说，现在则要求药师人人都有一技之长，个个都要成为药学专家。比如审方药师，不仅要求一线审方药师能够为病人提供很好的药学信息，还要能把这些信息转化成一些干预的措施；而质控药师，不仅能进行高品质的药品管理，还需要对麻醉药品等特殊管理的药品非常熟悉，要成为这方面的专家。

数据显示，目前湘雅二医院临床药师专业涉及抗感染、心血管、内分泌等 11 个方向，已覆盖全院 52 个病区，临床会诊量从 2004 年的 90 例增至 2019 年的 4172 例。向大雄表示，临床药师积极开展药学查房、会诊、药物咨询门诊，处方点评、参与多学科诊疗团队 (MDT) 及院外会诊或远程视频会诊等工作，药师用药建议的接受率高达 95%，凸显了药师在保障医疗质量与安全中的重要作用。

## 以文化引领药学服务

药学服务是促进合理用药、提高医疗质量、保证患者用药安全的重要环节。作为提供药学服务的重要医务人员，药师是参与临床药物治疗、实现安全有效经济用药目标不可替代的专业队伍。

然而，近年来受“药品零加成、降低药占比”等政策的影响，药学部门开始从“利润中心”变为“成本中心”，药师面临着因工作职能的转变而带来的新挑战，药师职业价值的不确定让药学部门的基层管理者面临诸多困境。加之药学部并不是一个独立的实体，能够用来激励员工的措施非常有限。因此，如何让药学人员坚守并热爱这份风险与挑战并存的职业，成为向大雄深入思考的问题。

“从科室文化，从价值观方面引导是非常重要的。”向大雄特别注重科室文化建设，在其所创立的 SAFE-CARE 体系中，第一个字母 S，指的就是 Spirit，即秉承湘雅精神，以文化引领来统一员工“以患者用药质量及安全为中心”的价值观。

为了让这种科室文化深入人心，向大雄想了很多寓教于乐的办法。比如组织开展了“药学部文化建设”为主题的研讨会，组织“湘雅精神、砥砺前行”的科室文化简报演讲比赛，通过科室网站、板报、微电影等整合宣传科室文化开展主题征文、书法、摄影、歌舞等高层次的文艺活动，以及理想纪律教育活动、主题知识/技能/服务竞赛，请老专家进行传帮带等多层次、多渠道、多维度的科室活动，将安全文化渗透到各个领域，以实际行动践行“湘雅精神”，形成了以患者安

全合理用药为中心的价值观。

统一价值观后，员工就能把给患者提供高质量的药学服务变成一种自觉和习惯，员工自发的去为患者服务，就会找到职业的价值和幸福感。在向大雄看来，做科室文化建设，一定要让科研人员感受到自己从事的是一种伟大的事业。因此，他会经常跟科研人员在一起，营造“快乐科研”的良好工作氛围。

“我一直倡导快乐工作幸福生活。如果一个人每天工作不开心，你要他对病人有笑颜，那都是皮笑肉不笑，他是不会真正去关心病人的。只有让员工找到幸福感，他才能真正对病人好。”向大雄认为，同样的道理，员工只有感受到其工作价值，他就能感受到未来目标，然后产生为团队工作的内生动力，进而提高对药学服务重要性的认识。

### 药学服务全方位转型

2018年11月，国家卫生健康委和国家中医药管理局联合印发的《关于加快药学服务高质量发展的意见》提出，要加快药学服务转型，提供高质量药学服务。通过转变模式，进一步履行药师职责，提升服务能力；通过多种有力举措，促进临床合理用药。

在向大雄看来，要提供高质量的药学服务，首先要做好顶层规划和设计。他认为，在医疗卫生行业里，最核心的是学科建设，而质量管控里面最核心的就是要做体系建设与设计。于是，向大雄根据“质量源于设计”的质量管理理念，创新服务模式，提出全方位药学服务

理念。

在向大雄的引领下，药学部开展了药师会诊、药学门诊、一体化药学监护、慢病药物治疗管理、MDT、个体化药物治疗、远程会诊、远程咨询、总住院药师制、药学科普等多种新型药学服务模式。以药学门诊为例，目前湘雅二医院药学部共有 3 类共 6 个药学门诊，比如孕产专科药学门诊、抗凝抗栓医药联合门诊、骨关节术后快速康复医药联合门诊、疼痛医药联合门诊等，都是针对不同类型的患者需求开设的，在全国属于先行者。他要求药师，不仅对出院患者进行规范的用药教育，而且要主动走进病房，对慢病患者进行用药教育；同时，还要制作健康宣教小卡片及对患者进行电话回访等，这些宣教模式，都是要让患者从专业用药指导中获益。

在开展药物治疗的监测方面，湘雅二医院全国领先：目前能够监测的品种，涵盖 14 大类将近 120 多个品种。据向大雄介绍，过去治疗药物监测(TDM)报告的生成，可能需要两个小时，而现在通过技术创新，从接到样品到出报告，仅用 30 分钟。这一转型升级，能够给患者提供很多新型的优质服务，满足了新时代对医院药学高质量发展的要求。

此外，药学部还充分应用品管圈、“5S”管理、PDCA 循环管理等先进管理工具与方法，开展全方位药学服务与现代化科学研究相结合的技术服务，保障药品在配送、储存、使用各环节的质量。早在 2015 年，向大雄就提出了构建医院药学信息化管理系统(HPMS)，试

图寻求医院药学信息化整体解决方案，整体规划，分布实施。据了解，湘雅二医院药学部打造了国内第一个通用审方服务平台，初步建立了基于 HIS 系统的医院药学信息化管理系统，使信息化贯穿药事管理全过程；同时，药学部还以医疗大数据和人工智能技术为支撑，搭建了国内首个集知识库、数据库为一体的药物性损伤平台，对潜在毒性药物和易感人群开展临床监测，建立临床用药预警模型，精准服务医患。

### 药学服务同质化下沉基层

通过分级诊疗，构建上下贯通的药学服务体系，也是《关于加快药学服务高质量发展的意见》的重要内容。如何让基层药师，能够在合理用药的管控里，具备大医院药师的能力，是向大雄优先考虑的问题。

近几年，他走访了很多基层医疗单位，发现基层从人员配备到人员能力，都不足以支撑国家所要求的安全和质量保障需求。为提高全省医院药师处方审核能力及合理用药水平，湖南省药师技能培训中心落户在湘雅二医院，由向大雄担任首任中心主任。据他介绍，截止目前，已在湖南省开办了 13 期审方药师技能培训班，培训审方药师 900 人左右，为基层培训了一支安全用药质量把关的队伍。继审方药师培训后，还将进行药学门诊、临床药师的培训，全面赋能基层，让基层医院药学也实现高质量发展。

为促进药学服务向基层下沉，湘雅二医院还在 2018 年成立了临床药学专科医联体，旨在通过远程手段，让有限的药师力量，能够覆

盖到更多的基层单位。向大雄表示，目前签订临床药学专科医联体协议的有 14 个省份的 102 家医疗机构，并实现了湖南省市州全覆盖；而医院自主开发的在线视频培训系统，已进行了 13 次在线视频培训，培训人次突破 15000；临床药学专科医联体还赴桑植县、通道县、沅陵县、平江县及广西钦州等地开展了多次药学实地帮扶活动，有效地提升了专科医联体内药学服务的连续化与同质化水平。

### 互联网+药学服务改善患者就医体验

《互联网医院管理办法(试行)》和《远程医疗服务管理规范(试行)》规定，要求有资质的互联网医院可探索开设专科化的在线药学咨询门诊，指导患者科学合理用药，提供用药知识宣教，解决患者在药物使用中遇到的问题。

2021 年 4 月，湘雅二医院正式上线互联网医院，药师也同时开通了为患者进行远程自制制剂处方服务，目前最高的一天可以开出 35 张这种处方。向大雄认为，没有信息化就没有精细化，没有规范化。通过用药门诊的信息化建设，患者的就医体验可大大提升。

事实上，湘雅二医院在远程服务方面的探索，最早始于上个世纪 90 年代。据向大雄介绍，当时医院就开通了药学远程电话咨询。如今随着信息化技术的飞速发展，医院能够提供给患者的服务就更多更方便了。比如，率先将先进的仓储管理信息系统 WMS 与医院 HIS 系统无缝连接对药品调配进行控制，实现院内药品智能化管理，打造了国内最早的数字智能化病区药房，利用软件系统的强大管理功能和电

子标签技术，平均调配时间节省 50%以上，调配错误明显下降，大大提升了药学服务品质。

此外，医院还引进“智能药柜”、快速发药机等先进设施，率先在全省完成门诊药房信息化和自动化改造，优化流程，患者等候时间控制在 10 分钟以内，改善了患者就医体验。同时，医院还充分利用融媒体的渠道，提供延伸服务。比如疼痛药师，可以为出院的肿瘤病人提供疼痛管理服务，让病人感受到医学的人文关怀，这是一种非常人性化的服务，未来还会持续加强。

### 模块化设计或可惠及全国

向大雄及其团队所构建的“药学管理 SAFE-CARE 体系”，各字母代表了不同的含义。其中，S-Spirit，代表秉承湘雅精神，加强科室文化建设；A 即 Administration，推行制度化管理；F-Front/First，增强服务临床一线能力/创新能力；E-Education，强化持续培训与教育，建立学习型科室，培养核心技能；C-Communication/Conduct，加强沟通/学科建设；A-Ahead，药物风险防范前移、药学服务前移，建立质量管控体系；R-Reputation，提升集体荣誉感，实施绩效管理；E-Edepartment，建设信息化科室，以信息化、智能化实现质量管理的精细化、规范化。

这一体系以质量管理为抓手，探索形成了全方位药学服务新模式，在合理用药、学科建设、患者服务等方面，已经走在全国前列。对于创新成果所带来的质量管理成效，向大雄表示，目前的数据显示，

涉药医疗纠纷为零；至今尚无一例假劣药品出现，药品经省、市药检所抽检，合格率达 100%；患者满意度超过 90%。同时，抗菌药物使用合理性不断提高，使用强度逐步下降，患者的药品支出持续下降，每年在保障质量的同时，给患者节省费用超过 1 亿元。

对于这一创新模式走向全国的可能性，向大雄向健康界表示，药质量管理体是模块化的，其 8 个方面的模块化最终构成了一个整体。这些模块化对不同层级的医院来说，都是有一定参考价值的。

用药安全关乎生命，因此药事无小事，也让药学服务高质量发展成为必须。在进一步转变药学服务模式，提高药学服务水平，满足人民群众日益增长的医疗卫生健康需求这条大路上，向大雄及其团队的先行理论探索与实践，正是构建了一种适应人民群众需求的药学服务体系，期望这套体系能持续完善，助力药学服务高质量发展惠及全国。

[返回目录](#)

## · 地方精彩 ·

### “腾笼”之后，看三明如何“换鸟”

来源：金豆数据

“腾笼换鸟”是深化医改的重要环节，其核心是把药品耗材的虚高价格降下来，为合理调整医疗服务价格腾出空间，反映医务人员技术劳务价值，做到公立医院运行的“维护公益性、调动积极性、保障可持续”。

自 2012 年以来，三明市持续深化“三医联动”改革，善用改革开新局，探索符合自身实际的医保改革发展路径，形成了具有三明地方特色的医疗服务价格调整体系。

## 一、设计思路篇

在医疗服务价格调整的整体设计思路上，三明市本着“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的总要求，坚持“七项原则”，做到整体谋划、分步实施，缜密测算、兼顾各方。

## 二、“行为准则”有七项

总额控制原则。总量控制是医疗服务价格调整的龙头，指示整体价格调整的方向，并贯穿价格调整的全程。总量过高，群众医疗费用负担过重，医保基金也难以承受，总量过低，将影响公立医院的持续健康发展。因此，调价测算金额与药价降低赢得的医保空间，在总量上要做到基本相符。

首先，要看降低药价带来的节约空间，结合医保基金每月运行情况，分析医保基金可以拿出多少总量进行服务价格调整，其次，分析全市公立医院每月的医药收入构成及主要指标，控制医院医药总收入增幅；最后，还要考虑到老百姓的承受能力，不能增加患者负担。

多受益原则。公立医院改革不仅仅要调动医院、医生的积极性，还要让群众受益，赢得社会的广泛支持，同时要兼顾医保制度的可持续发展。只有兼顾多方利益，医疗服务价格调整才能有广泛的基础和良好的环境。三明市的实践是将药品耗材降价腾出总额的 70%~80%转

化为医院的服务性收入，20%~30%用于惠及百姓。

适度级差原则。等级高的医院管理水平、服务水平和医生的技术水平相对更高一些，收费标准也可以更高一些，这样才符合能者多得的原则。以三明市目前执行的价格来看，省、市县级医疗机构拉开了10%的价格差距。

优化结构原则。价格调整的主要目的是优化医院收入结构，使医务性、药品耗材、检查化验收入趋于5:3:2的合理比例。调价不仅仅是提高体现医务人员劳务价值项目的收费标准，也会下调一些项目(如检查化验)的收费标准。对容易被开发和回报率过高的医疗收费项目，从严从低核定收费标准，遏制医院的过度检查、过度治疗行为，防止医院出现逐利心态。

普遍调整原则。三明市医疗收费项目8400余条。如果调整面过窄或者只调整某类收费价格，不仅会影响医院的收入水平，还会造成不同病种患者的就医负担不公平。所以要按照比价合理的要求进行普遍调整，调整面尽可能广一些、种类全一些。

逐步到位原则。医疗服务价格调整不能一蹴而就，追求一步到位而调整幅度过大可能适得其反。应根据基金和老百姓的承受能力，实现“药”“价”“保”的有效衔接，逐步调整，平稳过渡。

医保跟进原则。医疗服务价格调整不是孤立的，是“三医联动”整体改革的一项重要内容。应与其他改革相配套、相衔接、相适应。特别是对一些敏感的、显性的医疗服务收费项目，如慢性病治疗、血

液透析、化疗等长期治疗的价格项目，更要与其他改革同步考虑、同步推进。

### 三、“三个层次”做准备

#### 第一层次是厘清调价空间的来源。

医疗服务价格调整的空间主要来源有：取消药品耗材加成、药品耗材联合限价采购、国家“4+7”带量采购等带来的药品耗材价格下降而节约的空间；规范医疗服务行为、对重点药品监控、控制不合理费用、优化收入结构、推进医保支付方式改革等腾出的空间；历年医保基金结余提供的空间。只有分析清楚调整前的空间来源，才能做好后续的测算工作。

#### 第二层次是测算实际空间。

在测算实际调价空间时，要注意区分好理论空间和实际空间。不能简单地以药品耗材价格下降节约的金额作为调价空间，而是要通过医保基金运行分析报告，综合考虑各方面影响因素，来确认调价的实际空间。

#### 第三层次是掌握调价窗口期。

调价的窗口期指价格调整的合适时机。要通过对全市公立医院医药收入构成、主要指标变动的分析，来确定价格调整的窗口期。观察医院医药总收入增长幅度，结合地区财政收入、GDP 和百姓收入的增长幅度，确保调价后医药收入增长幅度控制在 10%。如果超过 10%，则不宜进行价格调整；低于 10%，可适时优化调整医疗服务价格。

#### 四、数据测算贯全程

在价格调整中，要坚持问题导向，立足“三医联动”和解决部分矛盾较突出的医疗服务价格问题，进行相关工作的调查和数据比对分析，明确目标，提出价格调整方向。

医疗服务价格调整，全程都离不开精密测算。在前期准备阶段，要对总额进行测算，看有多少空间可以调整。通过调查摸底分析、精细周密设计，提出调整初步方案。运用大数据分析，筛查遴选项目，精密设计数据取数及测算，科学合理制定医疗服务价格调整范围、调整幅度以及如何调整。

对医疗服务价格调整的后续效果和影响开展跟踪评价。构建基于大数据背景的动态监测系统，建立综合评估指标体系，对医保基金、患者负担、公立医院收支及服务行为等变化进行分析、总结、评估，研判价格政策制定的合理性、科学性、有效性，发挥价格正向调节作用。

#### 五、实践效果篇

三明市按照市县一体、统一推进原则，先后自主实施八次医疗服务价格调整，动态理顺 8420 个医疗服务项目价格。

通过“腾笼换鸟”，三明市有力促进了医院管理提质增效，优化收入结构，充分调动了医务人员积极性，体现医务人员技术劳务价值。

#### 六、形成闭环式动态调整

三明市积极推进公立医院医药价格改革，按照市县一体、统一推

进原则，先后自主实施八次医疗服务价格调整，动态理顺 8420 个医疗服务项目价格(含基层医疗机构、重复调整项目)，约占价格项目库的 93.29%，其中调高 6965 项、调低 1455 项。

如第一次医疗服务价格调整，三明实行药品零差率销售改革，配套调整医疗服务价格平移差价。从 2013 年 2 月 1 日起，三明市全面取消药品(中药饮片、耗材)加成，实行县级以上医院药品零差价销售。取消加成后，医院因此减少的收入主要通过三个途径解决：一是调整收费价格，二是财政补助，三是通过医院加强管理消化。三明的具体做法主要 7 个步骤：

- 1、确定调价总额。按 2011 年全市 22 家公立医院药品耗材费用的 15%测算(共 112654 万元)为基数，按照调整部分医疗服务价格补偿 85%、财政补偿 10%、医院消化 5%的分担比例进行测算，将差价的 85%(即 9575.25 万元)以价格平移的方式，调整到医务性收入中。

- 2、清查医院资产。我们从医院资产调查入手，摸底分析了各公立医院的收入项目、收费金额和运行成本各方面情况，汇总并梳理医院的收入和支出。

- 3、细分各项收入。对医疗机构的收入进一步细分，分为医务性收入、检查化验收入、药品和卫生耗材收入等，再次对医务性收入进一步分为诊查费、护理费、床位费、手术费等。

- 4、筛选调价项目。要求 22 家公立医院根据实际收入项目，从高到低上报 150~200 种建议调整的医疗收费项目，并说明原收费标准与

拟调整的价格，及 2011 年该项目的业务量。对 22 家公立医院与劳务价值有关的收入从高到低排序，按照各家医院项目最大重叠度(均有开展的业务项目)筛选项目，初步遴选出拟调整价格项目 103 个。

5、测算服务项目成本。对遴选出的拟调整项目逐一进行成本测算，成本包括人工成本、低值耗材(按项目)和分摊管理费用，根据成本测算结果确定拟调整价格标准。

6、确定项目，核定价格。通过反复调整医疗服务项目与项目价格，使之测算金额与确定的调价总额(9575.25 万元)基本吻合。经过反复平衡测算，最终确定调整 4 大类 80 项的医疗服务项目及价格。价格调整后，按照 2011 年业务工作量计算，共调增 9773.33 万元，占 2011 年实际药品加成收入的 86.76%。政府每年定补专项基金 1127 万元，约占 10%;剩下的 3.24%由医院通过加强内部管理等措施弥补。

7、数据验证。对各级医院逐个比较其药品差异与调整金额的差额，并参考该医院的盈利水平，检验该调整方案在医院是否可行，如不可行，重复第 6 项操作，直至可行。

随后，三明市建立动态医疗服务价格调整机制，先后进行了第二次结构化价格调整，第三、四、五次降低药品价格虚高调整，第六次政策性价格调整和第七、八次支持薄弱学科发展价格调整等。医疗服务价格调整成为“三医联动”改革纵深发展有力抓手。

## 七、数字体现变化

三明市以医疗服务价格和成本为基础，大幅提高了诊查、护理、

治疗、手术等技术劳务价格，降低大型设备及依托检验设备的检验、化验项目价格。通过“腾笼换鸟”，三明市有力促进了医院管理提质增效，优化收入结构，充分调动了医务人员积极性，体现医务人员技术劳务价值。

医药总收入增速明显放缓。三明市自 2012 年开始改革，22 家县级以上医院(不含基层医疗机构)2011 年医疗总费用为 16.9 亿元。2012~2020 年全市 22 家县级以上医院医药总收入由 18.90 亿元增加到 31.46 亿元，年平均增长 7.26%。而 2006~2011 年年均增长 19.4%，可见改革后，医药总费用的增速明显放缓。

医院收入结构更加合理。据统计，22 家县级以上医院医务性收入从改革前的 3.1 亿元(占总收入 18.37%)，增加到 2020 年的 13.04 亿元(占总收入 41.46%);药品耗材收入从改革前的 10.15 亿元(占总收入的 60.08%)，到了 2020 年的 10.23 亿元，占比下降到 32.51%。9 年来药品耗材费用没有出现大幅度增长，反而得到较好控制。

药品耗材费用的下降。为调整医疗服务价格腾出了空间。按照 2011 年医疗服务收入的比重 40%计算，2012 年至 2020 年 9 年医疗服务收入为 93.35 亿元，而 2012 年至 2020 年 9 年实际医务性收入达 150.5 亿元。因价格调整因素转移增加的医疗服务收入达到 57.15 亿元，为实行年薪制改革等打下了坚实基础。

医务人员收入明显增加。医务工作者年人均收入从改革前 2011 年的 4.22 万元提高到 2020 年的 13.37 万元。2013~2020 年在岗职工

年人均收入增速为 14.03%，医务人员的工作积极性有效调动。

群众个人负担明显减轻。全市 22 家公立医院城镇职工医保住院次均费用，由改革前 2011 年的 6553 元到 2020 年 6555 元，10 年仅增加 2 元。其中个人次均自付费用由改革前 2011 年的 1818 元，下降到 2020 年为 1664 元。城乡居民次均住院费用略有上升，由改革前 2011 年 4082 元提高到 2020 年 5810 元，增幅远远低于城乡居民可支配收入的增长幅度和全国、全省的城乡居民次均住院费用增长幅度，个人自付费用从 2011 年 2194 元(占总费用 53.73%)下降到 2020 年 1712 元(占总费用 29.47%)，降幅达 21.97%。

医保基金扭亏为盈。40 万职工在赡养比逐年加重的情况下(2010 年 2.06:1, 2020 年 1.46:1)，医保基金却由改革前亏损(2010 年亏损 1.43 亿元、2011 年亏损 2.08 亿元)，扭转为改革后连续 8 年保持盈余。截至 2019 年已累计结余 7.14 亿元。2020 年受新冠疫情减半征收影响，赤字 0.46 亿元。

## 八、权威声音

国家医疗保障局副局长陈金甫：

中央作出了明确的制度性规定，要调动医疗机构的积极性。目前，药品集中带量采购累计降价 1000 多亿元，我们大致的政策思路是：除了给群众降价的部分外给医保基金产生的结余基本上按照五开，留给医疗机构，用于内部收入势配、薪酬激励。

通过“腾笼换鸟”带来的空间，用于调整医疗服务价格。当然，

医疗服务价格.是有升有降,促进比价合理,确实能够体现医务性技术劳务价值。

国家卫生健康委药政司副司长王雪涛:

医疗服务价格是最能直接体现医务人员劳动价值的工具,同时又直接关系到医疗服务费用,关系民生。为了调动医务人员使用中选药品的积极性,又确保总体不增加群众的负担,各地要抓住集中采购降低药价窗口期,开展医疗服务价格调整评估工作,符合条件的要及时调整优化医疗服务价格。

在调价方面,比如福建三明就趟出了一条可借鉴的路子。福建三明在降低药品价格的基础上,将腾出来的空间用于调整医疗服务价格,建立了动态调整机制,先后八次调整医疗服务价格,不断优化医院的医疗服务收入结构。

[返回目录](#)

### 青海省医疗保障信息平台在全国率先全面上线

来源: 西宁网

4月20日,中国首个省级医疗保障信息平台在青海正式上线。

青海省医疗保障信息中心主任华加介绍,该平台覆盖青海全省3360家医保定点医药机构,将为全省563.26万参保人提供更加智能、便捷、高效的医保服务。这也是全国首家医疗保障信息平台业务功能全层级完整上线,并实现全省全覆盖的省份。

“医疗保障信息平台的上线,实现了我省医保信息平台、业务编

码标准、医保数据规范、医保服务行为监管、医保结算模式的‘五统一’，为全省医保业务办理标准化、监督管理智能化、公共服务便捷化、决策分析精准化提供了强有力的支撑。”华加说，这不仅标志着全国统一的医保信息平台在青海完成实质性落地应用，使医保信息化工作迈入了标准化、集约化、一体化的新阶段，也为进一步深化医疗保障“放管服”改革，实现“数据多跑路，民众少跑腿”奠定了坚实基础。

据悉，该平台投资 3.64 亿元，于今年 1 月初在西宁市进行试运行。截止 1 月 10 日，西宁市完成单位工资申报业务 44 笔，单位应缴业务 1264 笔，门诊业务 5001 笔，医院和零售药店购药业务 34067 笔，住院业务 442 笔，各项业务系统运行平稳正常。

青海省作为全国医疗保障信息平台建设试点省份，项目建设中在全国率先完成可研、初设、审批、立项、招投标并组织实施。为推进项目建设高标准建设、高质量完成，青海省医疗保障局成立项目建设指挥部，实行集中办公，建立周例会和月会制度，及时研究和处理项目建设中存在的各种困难和问题。项目建设过程中，青海省医保局按照推进医保治理能力现代化和遵循国家要求、满足地方个性化需求，精细、精准、精确做好医保工作的原则出发，精心组织、全力实施，确保了项目建设扎实有效推进。

华加表示，下一步，青海省医保局将持续推进医疗保障工作的精细精准精确管理，增强民众的获得感、幸福感、安全感。

延伸阅读：

全国首个地级市上线国家医疗保障信息平台

2020年11月1日上午11时，在国家医保局技术团队和广东省医保局的指导下，国家医疗保障信息平台在汕尾成功上线，这也意味着汕尾成为全国首个上线国家医疗保障信息平台的地级市。此次上线，实现了汕尾全市84家医疗机构和143家定点药店该平台全覆盖，破解了医保信息系统存在标准不统一、数据不互认等问题，为300多万参保人提供更方便快捷、优质高效的医保服务。

据了解，广东省是全国16个首批医保信息化建设试点的重点省份之一，韶关、汕尾、中山成为省第一批试点上线的地级市。上线国家医疗保障信息平台后，将逐渐改变目前医保信息系统标准不统一、数据不互认，系统分割、难以共享，区域封闭的弊端，实现医保业务编码标准统一、医保数据规范统一和医保经办服务统一。信息平台建成后，将为业务办理提供标准化支撑、为监督管理提供智能化支撑、为公共服务提供便捷化支撑、为决策分析提供大数据支撑。依托医保信息化平台，大幅提升医疗保障服务能力和服务水平，为广大参保人提供更加广泛、便捷的互联+医保服务。

为建成国家医疗保障信息平台，汕尾市成立医保信息平台建设试点工作领导小组，建立医保、人社、卫健、政务数据、税务、市场监管、社保等有关部门的联动机制，历时近3个月，先后完成需求调研、医保待遇政策梳理、数据迁移验证、系统功能测试、系统上线切换、

业务验证与培训等各项工作，确保信息平台如期上线。

医保信息平台上线后，药店结算、包含异地的门诊结算、包含异地的住院结算、医药机构费用结算对账、医保线上支付及医保处方外购等业务将实现“掌上办”，为参保人提供更方便快捷、优质高效的医保服务。

[返回目录](#)

## 《浙江省医疗保障条例》出台 推医保、医疗、医药联动改革

来源：中国新闻网

4月16日，记者从浙江省政府新闻办公室在杭州召开的新闻发布会上获悉，该省于近期审议通过《浙江省医疗保障条例》，该条例系国内首部医疗保障领域的综合性地方性法规。

浙江省人大法制委员会主任委员丁祖年介绍，该条例将统筹推进医保、医疗、医药联动改革明确为医疗保障的工作原则，进一步降低药品和耗材价格，建立医疗保障数字化平台，健全多层次医疗保障体系，鼓励统筹地区逐步提高大病保险基金支付比例。

### 推进医保、医疗、医药联动改革

丁祖年表示，推进医保治理现代化，需要在医保、医疗、医药联动改革中系统推进。

如该条例明确，将加强医疗保障与基本公共卫生服务在疾病预防、诊断、治疗、护理和康复等方面的衔接配合，同时完善基本医疗保险基金支付与分级诊疗制度相衔接机制，引导参保人员在基层医疗

机构诊治常见病、慢性病。

在医药方面，条例提出通过集中带量采购等制度，推进医保支付标准和集中采购价格协同，进一步降低药品和耗材价格，同时，建立和完善短缺药品监测预警和供应保障等机制。

为保障浙江“到 2030 年，多层次医疗保障制度体系体系全面建成”的目标任务顺利完成，条例还规定，建立健全以基本医疗保险为主体，大病保险为延伸，医疗救助为托底，商业健康保险、职工互助医疗和医疗慈善服务等为补充的、多层次的医疗保障体系。

此外，条例还规定，发生重大突发疫情时实行先行救治原则，统筹基本医保基金和公共卫生服务资金使用。

### **进一步统一和提高医疗保障待遇**

“提高基本医疗保险基金统筹层次，是增强医疗保障公平性、提升基金共济能力和使用效率的必然要求。”丁祖年表示，针对浙江长期以来存在的统筹层次低、制度政策碎片化等问题，条例规定，职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险和大病保险分别以设区的市为统筹地区实行基金统筹，逐步推进省级统筹。

此外，针对当前各地存在的待遇政策不统一、不平衡问题，条例规定，应统一职工基本医疗保险待遇开始享受的时间、职工基本医疗保险中断缴费的待遇恢复享受时间，以及城乡居民基本医保参保人员中途参保政策。

该省在条例中还明确了基本医疗保险基金支付的医疗费用范围，

特殊病种和慢性病的特殊保险待遇，以及大病保险的保障范围，统一大病保险基金起付标准，并鼓励统筹地区逐步提高基金支付比例。

为完善经办管理和公共服务体系，提供便捷高效的医疗保障服务，条例规定实行定点医药机构协议管理制度，建立健全基本医疗保险基金总额预算管理下的多元复合式医保支付方式，加强集中采购平台产品交易管理。

### 搭建数字平台加强数字医保建设

浙江省医疗保障局局长杨焯介绍，按照整体智治要求，该省将进一步推进医疗保障领域数字化治理水平，建立统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障数字化平台。

他介绍，在“互联网+医疗”背景下，该省将实行部门间信息实时共享、医疗费用即时联网结算，实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助等费用的“一站式”办理和经办事项线上办理全覆盖。

为推进互联网医疗服务，浙江还将推广电子凭证、电子病历、电子处方、电子票据的应用，并实行医疗救助对象医疗费用网上审核结算。

“我们还将加强基本医疗保险服务数据智能监管和费用智能审核，强化医保数字化网络安全保障，规范基本医疗保险服务数据的管理和应用。”杨焯说。

医保基金的安全、合理使用，离不开严格的监督管理。条例明确了对违反协议管理的定点医药机构可以采取的处理措施，规定了针对

涉嫌骗取基本医疗保险基金行为的调查程序，并加强对参保人员、参保单位、医药机构及其医保医师、药师等从业人员的信用管理。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 医生失去诊疗定价权（DRG+DIP）将彻底改变医院管理

来源：HC3i 中数新医

区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)将在 2021 年全面推行，这是一种基于“预付+病种”的全新医保基金支付方式，必将对医改产生重大影响。此种支付方式不仅对医保基金使用效率有深远影响，更重要的是将会导致医保支付方和医疗服务提供方管理模式发生根本改变。

#### 01、新政实施目的

医疗保险政策支付制度改革的目的，就是规范医疗服务行为，控制不合理费用的增长，促进分级诊疗，合理配置医疗资源和使用医保基金，减轻参保人的疾病的自负部分经济负担。

医保支付方通过一些指标对支付效率和行为规范性进行评价。

从一些试点城市的医疗机构结算数据的比较研究中，分析参保人住院次均医疗总费用，可评估政策的实施是否控制了医疗费用的增长，分析平均住院天数、偏差病历数、收治病种情况等可评估床位周转情况及是否对分级诊疗产生积极影响，分析参保人自付部分费用的

变化来评估是否一定程度上缓解了一些经济负担。

## 02、医保支付方管理更「简单」了

“预付+病种”的医保支付方式使医保支付方的管理相对简单了，管理方式从过程管理变为了结果管理。

因为诊疗行为的定价权变了。

医保支付方式按照对医疗服务供给方的行为控制为标准，可以分为预付制和后付制。后付制的典型代表是按项目付费，而预付制就是DRG以及总控下的按病种分值付费。

在后付制年代，诊疗的定价权在医生，一个患者诊疗过程的收费标准是根据医生的“一支笔”计算的，医保支付的科学性、对治疗行为的合理性判断上明显不足。

医保总额控制下的DRG和按病种分值付费方法则标志着预付制时代来临。

“预付+病种”包含了两层含义：一方面，是定价权从医生转移到了医保支付方。某个病种的支付标准以前是按照项目叠加起来的，预付制度下，某个病种的支付标准则是均次费用，对医生诊疗过程不给予过多干预，将过程控制转为了结果控制。

另一方面则是支付对象变化了。以前是单个患者的每个项目，现在是相同病种的一类患者。

按项目支付，要针对每一个患者的每个项目，这种支付方式的科学性评价难度可想而知。以病种为支付单元，支付的对象明显减少了，

因为病种其实是把患者汇总并聚类。

相对于大型医院 10 万个出院病人，1 万个病种的管理还是要相对简单的多。尽管病种分组始终存在争议，也将是科学性和合理性的焦点。

虽然相同的疾病往往需要获得不同的治疗导致病种的分类和测算上难度非常大，这也是争议的焦点，但是以病种为支付对象却为支付的科学性和合理性奠定了一个非常好的基础。

从以上两个原因看，尽管相比后付制，“预付+病种”也有缺陷，但根据医保政策最终目的，医保支付的管理模式从过程管理转为结果管理，管理成本其实是降低了，费用控制也就相对合理了，更容易接近政策所倡导的方向。

### 03、医院管理更「复杂」了

“预付+病种”的医保支付方式使医院的管理更复杂了，管理方式从结果管理变为了过程管理。

首先是医院管理部门的管理对象发生了变化了。

在按项目付费时代，医院内部管理部门缺乏医保支付科学性和合理性的评价工具，所以只能给临床科室下总额控制指标，对治疗的合理性并没有很好的管理办法。而 DRG 和 DIP 则为医院管理提供了对病种费用合理性的标准。

但问题随之而来，在粗放式管理向精细化管理过渡的过程中，要求管理人员具备更多的管理知识和更高的管理能力。

我们了解到，很多医院的做法是，简单的将国家的考核指标，全部照搬到科室，医保扣医院考核分，少支付，医院也就按比例少支付，也少考核。

比如，国家根据住院次均医疗总费用、平均住院天数进行考核和支付，医院管理部门也把两个指标照搬到对科室的考核指标中，医生通常会通过收治简单病种来稀释住院均次，降低平均住院日。

在预付+病种的管理模式下，则需要基于病种进行管理，要将均次费用和平均住院日等指标分解到每个支付病种，管理的精细度和难度更高了。

其次，是对管理的内容和性质需要更加清楚。

管理部门不仅需要知道均次费用与支付标准比较的结果，更需要了解超在哪里，超过的原因是什么。在项目为支付单元的时代，医院管理部门是不需要了解这些的。

比如费用超支，要分清费用是超在什么地方，药品，耗材费用超支，与检验检查费超支，其性质不完全一样。因为药品费、耗材费和诊疗费，检验检查费不同，药品耗材是以进价销售，没有“利润”空间的，而诊疗费和检验检查费，基本都是“利润”空间。

所以，药品耗材是外部的成本，若超过标准，是难以弥补成本的，而诊疗费则是内部的成本，则是虚拟的亏空。药品和耗材要严格控制，诊疗费、检验检查费超支，只是压缩了利润空间而已。

所以，医院要根据费用类别的超支情况进行考核。当然，如果费

用低于标准，也要看低在哪个方面?再进行相应管理。

在按项目付费制度下，医院管理部门对科室是简单粗暴的，是绝对的结果管理，现在有了“预付+病种”作为管理工具，医院管理部门可以进行更细化的管理，其模式也从结果管理转变为过程管理，更加“复杂”了。

[返回目录](#)

## 互联网医院的方向与未来

来源：华夏医界

2020 年疫情突至，仿佛在患者和医院之间架起了一道无形的屏障，为缓解患者就医难所带来的焦虑和困扰，很多医院建立了线上咨询平台，使用图文的方式为患者提供简单咨询类医疗服务，虽然解决了部分患者的一时之需，但由于咨询不属于医疗范畴，无法下诊断，无法辅助检查手段并进行处置，所以线上咨询只解决了医疗外围的服务问题，而无法深入到医疗的实质。所以互联网诊疗(医院)随之成为建设的方向和主流，不少互联网医院获批并上线，能够线上诊断，开处方和检查检验，甚至开立治疗方案，结合线上线下手段安排进一步的治疗，让实质医疗真正触网。拉开了互联网医疗的新纪元。

兴奋之余，我们重新审视数据，会发现，除了个别医院，互联网诊疗(医院)还是有些雷声大雨点儿小，叫好的多，叫座的少，日常线上门诊量不及总门诊的 1%。那么互联网医疗是噱头，还是有什么因素制约呢?

梳理政策，我们发现，有一条红线，就是患者必须符合复诊的要求，严格上讲，必须在本实体医院就诊过，并有了明确的诊断，近期诊断稳定未变化，且是常见病和慢性病。所以符合的患者相对比较少。

第二，医院缺乏激励机制和运营机制。互联网医疗是新生事物，没有医院内部机制引导，比如更好的环境、更多的收入倾斜等，医疗的核心主体——临床医生，可能更习惯传统的出诊方式，而忽略线上需求和医院要求。线下还忙不过来呢，线上可能就蜻蜓点水了。

第三，患者就医习惯制约。患者多少年来还是习惯上门“求医”，用尽一切方法也要和大专家面对面，还是感觉近距离看大夫更踏实。互联网诊疗开诊，足不出户可以看大夫，貌似幸福来得太突然，我不习惯。就医习惯的固化，也是诊疗难以量化的重要因素之一。

第四，技术制约。成也萧何败也萧何。互联网技术的发展成就了各行业的线上应用，也成就了互联网医疗的拓展。但和其他行业不同的是，互联网医疗的那端是鲜活而神圣的生命，不容任何误差和误判而给患者带来健康风险。现在的互联网技术还停留在“视频会议”模式，医生无法触及患者，比如号脉、查体等。尽管精准的可穿戴设备的应用越来越多，但仍停留在健康层面，医疗级、可靠且不需要医护人员参与的可穿戴设备在临床的实践还需时日。所以互联网医疗，这个借助于互联网技术的医疗新手段，也必然受到技术的制约。

第五，医保和付费制度制约。医保系统与互联网系统对接的制约，使北京医保、异地医保患者互联网诊疗成为瓶颈，北京医保、异地持

卡线下窗口脱卡结算已实现，线上诊疗不能持卡分摊，让看到一线希望的外地患者再次陷入尴尬境地，只能千里迢迢再次赴京。而在线上，无论什么级别的医师出诊，都只能收取 50 元的医事服务费(医保患者可报销 40 元)，一直提倡的线上线下医疗服务同质化和一体化，从付费政策层面反而凸显了不一致的现实。

上述是互联网医疗发展的主要制约因素，当然也不是全部。医疗改革一直被诟病，一直处于体制改革的深水区，其实是因为人民群众的获得感缺失，但互联网却是获得感最强的技术体验，无论某团、某东，哪个不圈粉无数。医疗虽然不同，但也有更多可互联网化的元素，线上挂号、缴费、查询解决了，那也是千山万水的成果。医疗同理，疫情推动了医疗供给侧改革，推动了互联网医疗的发展，但那只是起步，后期走向何方呢？

互联网医疗之所以发展，有两个驱动力，第一是政策，第二是需求。政策推动实体医院和互联网企业积极参与，而需求是老百姓日益增长的健康需求和互联网诊疗习惯的养成。当然最核心的是互联网医疗对医疗资源的再分配，老百姓看病的可及性，以及医疗安全和质量的有效保障有了广泛实践数据支持和验证。互联网医疗范围和深度会进一步拓展，面临的问题也是伴随而生的，比如实体医院的互联网医疗是否虹吸了医疗资源，如何有效控制和引导？比如哪些疾病不适合互联网诊疗，哪些更适合？原来认为不适合的是否经过先行先试，得到验证可行。作为互联网时代的新生事物，面临问题肯定是必然的，

直面问题解决问题，加强引导和监管，互联网医疗发展的步伐必将越来越快，越来越稳。

那么应该从哪些方面发力，让互联网医疗更加完美地服务患者，成为患者身边的好大夫呢？互联网医疗核心是医疗，互联网是服务的技术手段，医疗是常量，互联网是变量。互联网两端是医疗机构和患者，比如挂号、缴费、查询、医保结算等等，还可以是医生和患者，可以是咨询、诊疗服务。如何完美服务患者？就是让患者满意，对医疗服务满意，线上线下这是同样的问题。让患者就医更方便，可以将医疗的各个环节进行分类，在不影响医疗质量和安全的前提下，哪些适合线上，哪些不适合线上，哪些完全可以线上，哪些必须在线下，进行分类服务。同时让患者理解这些服务的不同，培育新的就医环境和喜好，让医生和患者有一个有效友善的沟通和诊疗方式。那么患者身边的好医生就必然会出现。

对于互联网医院的发展方向和未来，有几个方面的问题值得注意。

一是随着全民医保建设，全国医保联网和异地医保脱卡结算成为刚需。同时医疗数据全面共享为拓展初诊许可，提供了必要的条件。

二是诊断级的可穿戴设备与互联网医院对接，会是互联网医疗新的发展点，预示着“互联网诊疗+智慧医疗”将成为未来又一发展方向。

三是每一次医疗信息系统的深度介入，都将对传统医疗管理或服

务产生革命性的影响，目前的互联网医院已经实现初步线下医疗资源的重构，未来，随着互联网医疗政策的逐步完善，越来越深入的智慧服务必将颠覆传统就诊服务流程和思维。

四是未来的互联网医院更侧重于服务患者，基于“区域居民健康库”的患者全生命周期的健康信息，服务于患者，云影像、云病历、云医疗服务、健康宣教等全方位的医疗服务，同时利用“大数据+互联网”技术，根据患者诊疗数据实现患者个性化精准服务，作为医院最大的患者服务窗口，信息更透明，患者更贴心。

五是互联网医院服务于医院也服务于医生。作为线下医院的延伸和补充，而又区别于线下医院，发挥其独有的运营空间和运营模式。以医生多点执业的国家政策为基础，医生服务范围更广、平台更大。大三甲医师的线上异地执业，将使“大病不出县”的愿景成为现实和常态。

可以预期的将来，当衔玩手机长大的 00 后走上社会以后，互联网必将无所不能，互联网订餐、互联网学习、互联网工作，更会互联网医疗。

[返回目录](#)

### **关于医疗质量与安全管理，刘庭芳一番话振聋发聩！**

来源：健康界

医院管理工作千头万绪，体系运作的核心不能偏离质量与安全。对此，管理者们并非没有清楚的认识。在公立医院进入高质量发展新

阶段，公立医院绩效考核趋于成熟之际，医疗质量与安全的管理愈发重要。

然而，关于医疗的质量与安全，是否所有人的认知都是正确的，而非经验主义？在接受健康界采访对当前医院管理领域热点进行解读时，清华大学医院管理研究院创始人刘庭芳对此表示“不乐观”。

基于持续的调研和思考，刘庭芳发现，我国医疗领域质量的认识、理解和重视程度，通过近些年的努力基本上已达到一定高度。“但是对于患者安全的重视程度，还没有达到像对质量管理那样重视的高度、强度和力度。”

### 触目惊心的医疗安全管理现状

那么，质量和安全两者是何种关系？刘庭芳表示，目前不少管理者认为质量是安全的基石，还有不少人将他们混为一谈。“事实上，到目前为止，全球遵循的都是一句话：质量是医院管理的核心，安全是质量的基石。”他强调。

“管安全比管质量更难，因为安全更多是一些隐形的内容。”刘庭芳介绍，说起医疗质量，更多有可衡量的指标，比如治愈率、病死率、平均住院日、CMI值等。然而对于安全，覆盖整个医疗服务的过程，都是不易察觉看见的东西。“比如打错针、发错药、开错刀，以及院内感染、跌倒，还有仪器设备安全隐患等。”

意识不明确，观念混淆，随之而来的是管理的滞后。

刘庭芳告诉健康界，按照去年约翰霍普金斯大学最新的研究报

告，全球每年死于医疗安全不良事件的病人超过 800 万。他稍作停顿并放慢了语速说，“然而，这项研究后面有一句话：不包括中国。”

这句话包含两层意思。一是说中国是个大国，拥有 3 万多家医院，远远超过美国 5800 家，法国 2800 家医院的数量。且中国每年的门诊人次、住院人次，没有任何国家可以比拟，去年总共达到 80 亿人次。“那也就是说 800 多万，如果再加上中国的，数目更加超乎想象。”

第二层意思是，“中国到现在为止，只有局部的医疗安全不良事件统计数据，全国尚未形成统一的管控体系，也没有统一的报告体系。”刘庭芳介绍，如果按照我们的床位数、就诊数来计算，一定有不少人不是正常死亡，而是由于医疗安全导致，也就是说“我们很多医院根本没有做医疗安全不良事件的报告，大部分被隐瞒了。”他透露，有学者初步统计，中国每年死于医疗安全不良事件的病人不会少于 200 万人。

刘庭芳用数据向健康界证实这一推论。根据权威部门的统计，美国医院每年住院病人发生医疗安全不良事件的概率是 3.4%，加拿大是 8%。英国和丹麦、日本都是 10%，澳大利亚和新西兰是 16%，我国没有相关数据。而根据我国官方发布的药品不良事件数据，仅仅是死于药物不良反应的病人，一年就有 20 万人，发生药物不良反应的大概是 500 万人次。“你想想看，其他的有多少？这是冰山一角。”他说。

此外，医疗仪器、设备、信息系统和环境中存在的严重安全隐患

十分惊人。刘庭芳介绍，医疗风险事件的增加，使患者就医时缺乏安全感和对医务人员及医院的信任感，也是导致医患关系紧张的原因之一。

“事实上，按照国际上的说法，60~80%的医疗安全不良事件是可以预防避免的。”他说，因此首先要正视这一问题，其次要采取科学的方法。可以运用一些安全不良事件的分析工具，比如根本原因分析法(RCA)，或者失效模式与效果分析法。“目前这些安全管理工具的使用概率，远远没有达到应该使用的量。”刘庭芳表示，这也进一步证实了，目前我国在安全管理上还存在不小差距。

### 绩效考核和等级评审不能“顾此失彼”

“绩效考核跟医院评审之间什么关系，是一个值得探讨的问题。”刘庭芳告诉健康界，医院评审在国际、国内都是一种传统的制度。一次评估得到了一定等级，医院就完成了其阶段性任务。这样很容易出现的问题是，评审之前大家热情十足，一旦得到等级后就慢慢松懈。

如今有了一年一次的绩效考核，给医院造成常态化的压力机制，“两者结合是非常好的”。刘庭芳强调，除了看到绩效考核对医院评审不足的补充，更要看到后者也有前者没有的优势，不能顾此失彼。“因为现在从全世界来看，医院评审主要还是要到现场，通过运用方法学先进的评价工具，才能真正发现医疗质量和安全潜藏的风险。”

“所以一定要强调，公立医院的绩效评价和医院评审在这个工具和方法上不能完全照抄，要有差异。”刘庭芳说，因为靠信息系统抓

的数据是有限的。医院方方面面的流程和服务，很多是 55 条指标没有涵盖的内容。“而且医院评审还具有现场指导的性质，这也是其无法比拟的优势。”刘庭芳说。

公立医院绩效考核早期论证之时，刘庭芳是公开排名的积极倡导者。“排名固然有利有弊，但是利一定是大于弊得。”他表示，就像入学考试一样，总要有选拔得标准，但是并不能完全保证录取得比落榜得优秀，但是经过选拔得大部分是优秀者。

对于参赛选手而言，他建议，两次结束之后要比较历史结果，更要从结果中看到哪些地方需要调整，尤其要将安全管理进行强化。“因为医院管理的核心是质量与安全，其他所有部门都是围绕着质量和安全进行运转的。”如果质量不高，安全不能保障，绩效就不可能合理。刘庭芳对此举例，设置权重之前，科研指标的分值占得很高，这就违背了以质量安全为中心的理念，因此权重设置将其分值进行了一定的下调。

“需要注意的是，标准不仅是把尺子，也是科学跟实践的结晶。”刘庭芳说，不能将尺子看作一成不变的，指标的设置、权重的大小都是动态的。他表示，也许若干年之后，一些常犯的问题得到改善，就要将其从原有指标中删除，或者降低权重。而一些新的标准和要求会补充进去，并重新计算权重。

### 回归现代医院管理制度建设的“根源”

公立医院绩效考核的开展，给医院管理方式带来不小的冲击。刘

庭芳提醒，要想正确看待和执行新政，就不能忘记这些政策的“根在哪里，源在哪里”。

现代医院管理制度建设是医改的五项重要任务之一。且在五项任务当中，现代医院管理制度建设位居第二，仅次于分级诊疗。这一制度具体分为三个部分，包含 20 条内容要求，“20 条中就有对公立医院进行绩效考核这一项。”刘庭芳介绍，因此，公立医院绩效考核的开展不是孤立的，而是整个医改任务之现代医院管理制度建设当中的一项内容。

推进现代医院管理制度建设的进程中，目前的挑战在哪里？刘庭芳介绍，近年来，随着医改工作的推进，以及“健康中国”战略的出台，我国公立医院已经到了高质量发展的阶段，成效非常明显。比如柳叶刀杂志两次发布全球 195 个国家医疗服务可及性和质量的排名，中国的排名原来从 100 多位上升到 60 多位，又上升到后来的 40 多位，进步的轨迹清晰可见。“然而，这个名次跟我们的大国地位相比，跟我们没有一个国家可以比及的 3 万多家单体医院的规模相比，还是非常不匹配的。”

“质量始于教育，质量终于教育。”刘庭芳表示，要想从根本上解决问题，就要从医院管理团队的职业化、专业化上改变。因为总体来讲，中国医院院长的成长历程，基本上是跟着前任院长、前任医务处长学，从优秀的医生逐渐锻炼起来的。他们在上岗之前、上岗之后都没有经过像发达国家那样系统的现代医院管理科学的教育和培训。

“管理也是一门科学，不能把管理等同于一般的行政性工作。”他表示。

并不是医生不能当院长，刘庭芳补充道，日本跟中国台湾地区也是医生担任院长，但是区别在于，人家的团队是专业化、职业化的，里面不仅有医学博士，大多是管理学学位的人才。“职业化、专业化不仅是院长要提升的内容，更是整个团队应具备的能力。”刘庭芳表示，处理好制度优势、政策优势跟科学管理之间的关系，对于目前的管理者而言非常重要。

### 用好精细化管理工具，助力医院高质量发展

绩效考核是“指挥棒”，其目的是改变公立医院粗放型、行政化的管理方式，最终引导其走高质量发展之路。

如何实现公立医院高质量发展？刘庭芳表示，如果仅凭号召，却没有载体、没有抓手，质量改进就是空谈。质量管理不是仅靠院领导，靠质量部门就能管好，更重要的是把一线员工都调动起来参与管理工作。其中，有一个重要的方法就是运用好管理工具。而“品管圈”是精细化管理当中最常用、最有效、成本最低的一个工具。

刘庭芳被誉为中国医院“品管圈之父”，从2004年开始到现在，他不遗余力地在全国医疗系统推行品管圈，最主要原因是作为实干主义者，看到了这一工具的实效性。“如今全国医院有10万个品管圈，已经实实在在地解决了10万个问题。”

品管圈到底有什么效果？刘庭芳表示，它不单单是解决质量问题，

还能够保障安全、控制成本、改善服务，和绩效考核的四个维度基本契合。“我们现在医院的一些标准，包括规章制度是全覆盖的，是笼统的。品管圈是找到一个问题之后把其标准化。”

他介绍，品管圈是由一线的医生护士，自己主动地去发现问题，然后通过科学的分析，找到这个问题背后产生的真正原因。之后，再运用科学的计算方法提出解决这些问题背后原因的可以操作、可以实现的有效对策。解决之后，回过头来还要进行总结、梳理，将其标准化。一个品管圈，只能解决一个问题。“然而，如果其他科室，甚至其他医院遇到同样的问题了，无需再从头到尾走品管圈整个流程，可以直接按照标准化结果执行。”

如此，把一名被管理者，一名单纯的服务者，同时又变成了管理者。刘庭芳表示，“这不仅是一个科学手段的运用，更是管理习惯、管理文化的变革。”虽然是小工具，却能撬动医院高质量发展的大战略。然而令他感到遗憾的是，现在只有临床一线做过品管圈，有收获的医务人员，才知道这个东西的实际价值，“大多数的院长没有意识到它的真正价值”。

最后，刘庭芳强调，无论是实现公立医院高质量发展，还是做好公立医院绩效考核，迎接未来将会推广开来的 DRG 支付方式改革，都是以科学化、现代化的管理理念、管理方式为基础，万变不离其宗。而所有的先进理念，以及新的技术、新的管理，都要基于科学的、先进的、系统的教育，才能保持长效发展。

## · 医保快讯 ·

### 专家分析医保基金管理趋势：精细化、按医疗服务价值付费

来源：经济日报

近日，于清华大学举办的一场研讨会上，清华大学医院管理研究院杨燕绥教授指出，我国医保付费经历了以医院为中心的数量付费阶段，正在进入以医生组和科室建设为中心的疾病诊断分组付费阶段，未来将走向以患者为中心的按医疗服务价值付费。

对于目前住院服务医保支付使用的 DRG(按疾病诊断相关分组付费)和 DIP(按病种分值付费)两种支付方式，国家卫生健康委卫生发展研究中心研究员顾雪非表示，这两种支付方式都是基于病例为基础的付费方式，各有特点。

DRG 支付有助于提高技术效率，医院为获得合理的结余收益，会缩短住院天数，减少不必要的服务；但 DRG 仍然和按项目付费一样鼓励医院收治更多的住院病例。DIP 支付往往与区域总额支出上限制相结合，看起来分组更为精细贴近临床实践，但要避免出现分数不断贬值的困境。

我国首部医保监管条例《医疗保障基金使用监督管理条例》将于 5 月 1 日起实施，医保基金的使用及监管将迎来高规格的专项法规。对于如何规范医保基金使用，杨燕绥教授认为，建立统一标准和建设

智能审核系统尤为重要。“目前国家医保局已经形成了 15 套标准，这 15 套标准做什么？首先是明确医保支付基础——病案首页必须规范。从病案首页做起，规范医生行为和医院管理。在这个基础上进行智能监管，能在一定程度上规范医保基金的使用”。

顾雪非研究员认为，有必要进行跨区域、跨部门的协作，“比如，当地医保部门既应该监督当地医保的基金使用，也可以监督当地定点医疗机构包括收治外埠患者的所有诊疗行为，也涉及到卫生健康综合监管多部门协作。”

对于新支付方式下的医保基金监管，平安医保科技副总经理兼首席技术执行官杨伟栋则从技术的角度介绍，DIP 和 DRG 的编码特性和打包额度支付都会带来支付风险，且两种支付制度在监管方向的实际情况也颇为复杂。

因此，他认为，监管与支付一体化是必然趋势，在新支付模式下应该对业务场景内涵进行扩充，过去住院病例强调的事前提醒、事中预警、事后审核三类监管场景，应在医保结算场景继续保留。此外，基金监管参与者既需要立足于当下数据条件，也要对未来数据宽度增加做好充分的准备，促进产学研结合，提升监管工具效能。杨伟栋说，“以平安医保科技为代表的智慧科技公司，将利用自身的技術能力，帮助更多地方医保局解决医保基金精益管理、服务质量与医疗费用双控平衡等支付制度改革所带来的新的管理问题。”

[返回目录](#)

## 全民医保、支付方式改革、医疗救助……展望医疗保障“十四五”

来源：中国劳动保障报

《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》对我国医疗保障制度的健全和完善提出了新要求，聚焦新时代人民群众多层次、多元化医疗保障需要，建议通过统一制度、完善政策、健全机制、提升服务，促进健康中国战略实施。

### 夯实全民基本医保覆盖完善公平适度的基本医保制度

“十四五”期间，首先应做好做实全民医保参保工作，建议重新界定和完善流动人口参保方式，科学确定参保扩面目标。建议打破户籍制度限制，流动人口选择常住地基本医疗保险进行参保，重点根据本地区常住人口、户籍人口、就业人口、城镇化率等指标，建立重复参保的清理机制，科学合理确定年度参保扩面目标，制定应保尽保计划，积极与民政、卫健数据对接，发挥社区网格化管理优势，实现全民参保登记。

建立医疗保障待遇清单，明确不同类型对象缴费标准和待遇标准。明确新业态从业人员参保缴费方式，完善个人缴费服务机制，真正实现职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费挂钩，基金分别建账、分账核算。同时，建立健全医疗保障待遇清单制度，实施统一化、标准化管理，强调保基本概念，精准区分不同保障对象的不同病情，精准施治、精准保障。重点改进短期季节性务工人员及灵活就业人员、被征地农民、职工缴费中断后参加居民医保等人群的参保缴费服务，

增强医疗救助托底保障功能，强化重点人群基本医保参保和待遇给付。

当前，全国范围内跨省住院费用医保异地结算服务已基本实现，跨省门诊费用医保异地结算工作正在扩大试点阶段。为确保异地结算工作顺利推进，下一步应健全异地结算调剂金或准备金制度。根据各地区过往 3-5 年异地参保人员流入情况以及就诊情况，测算出医保异地结算经费规模，并根据不同地区实际情况按一定比例预拨部分结算资金，减轻就医地医保机构和医疗机构资金垫付压力。

### 继续稳妥推进医保支付方式改革更加充分发挥医保制度杠杆作用

在“十四五”期间，应进一步完善总额预付制度设计，科学测算和确定医保基金预付总额。建议尽快建立健全医保基金总额预算办法，在重点参考医疗服务机构前 3-5 年医疗服务总额的基础上，加大不合理或虚增医疗总费用的查处力度，并在厘定下年度预付总额时予以剔除，确保医保基金预付总额测算基数的合理性和准确性，避免医保预付总额的确定陷入“死亡螺旋”陷阱，保证总额预付制度控费作用得到有效发挥。

充分考虑医疗服务机构的实际情况，稳步推行疾病诊断相关分组 (DRGs) 支付方式改革试点。考虑到 DRGs 目前尚处于本土化进程中，以及我国地域广阔、疾病谱结构存在复杂性，不同地区、不同级别医疗机构实际情况和客观条件差异较大，因此，建议继续深入做好 DRGs

试点工作，充分探索和优化该医保支付方式的本土化应用路径，谨慎扩面推行，尽量减少改革中试错成本和对医疗机构与参保人员的利益损害。

大力推行多元复合式医保支付方式，完善医保基金支付方式和结算管理机制。针对不同医疗服务情况，建议采取不同医保支付方式，综合考虑采取多元、复合型医保支付方式，在有效控制医疗费用的同时，确保医疗机构的服务效率和质量。例如，对于年度(或月度)医疗服务费用相对稳定的老年慢性病患者，建议采取按人头付费方式；对于日均住院医疗费用相对稳定的，建议采取按住院床日付费方式；对于诊疗路径清晰、诊疗方案成熟、医疗卫生资源耗费明确的，建议采取单病种付费方式。

在“因时、因地、因人、因病”采取不同医保支付方式的同时，建议进一步完善医保基金结算机制，充分利用医保基金分期支付对医疗机构的监管和调动作用，保证支付的及时性和合理性，减少医疗机构资金垫付压力，避免影响医疗机构正常医疗服务供给。

### **建立救助对象及时精准识别机制健全统一规范的医疗救助制度**

“十四五”时期，应建立健全医疗救助对象动态管理机制，真正实现精准保障。建议将所有医疗救助对象个人健康信息、财产和收入信息等纳入电子化信息系统，并根据实际情况的改变进行动态调整，建立健全即时精准识别机制，做好救助对象的管理工作，有效做到应保尽保，真正实现精准救助困难人群。

合理界定医疗救助保障范围，充分发挥医疗救助的托底功能。在重点做好医疗救助对象的界定和精准识别的基础上，建议从政策层面扩大医疗救助人群的覆盖范围，消除或减少低收入群体的健康风险暴露程度，对于中等收入阶层在遭遇重大、突发健康风险冲击时，也给予一定程度的临时性救助保障，避免因病致贫情况的发生，但需要注意根据救助对象的不同需求和个人(家庭)财产情况实行差异化救助。

加大医疗救助资金预算投入，提升医疗救助水平。针对目前医疗救助项目碎片化、资金分散的问题，建议拓宽医疗救助资金筹资渠道，整合网络医疗互助、公益慈善救助、社会捐赠等资金池，并建立稳定的医疗救助预算管理体系，科学测算医疗救助资金预算额度，设计更加合理的救助资金支付全过程监管政策，减少救助资金浪费，有效提升医疗救助保障能力和水平。

### **完善多层次医疗保障体系建设提升商业健康保险发展质量**

在“十四五”时期，建议进一步明确商业健康保险发展方向。新时期健康保险总体发展战略应明确四项核心工作。第一，明确目标市场。商业健康保险应区别于基本医疗保险，要将目标市场定位为具有更高医疗服务需求的人群，提供更高层次、更多样化的保障和服务(如高端药物、医养照护等)。第二，明确盈利模式。健康保险未来的大发展不单纯是保险产品的开发与销售，更多的是构建由医疗服务、药品供应、健康管理等多产业组成的健康服务链和利益共享链(如智能化审核系统等)。第三，明确战略投资。健康保险专业化经营应为医

疗和保险的高度整合体系，要积极探索建立自身医疗与医药服务体系。第四，明确科技赋能。建立客户的健康大数据，解决同质化竞争、客户粘性差、信息不对称等问题，实现风险有效管控目标。

加大对健康保险专业化经营监管。银保监会可考虑成立单独监管部门，对健康保险实施单独监管，一方面能够加强对健康险的研究和指导，完善健康险监管体系，严格规范健康险领域进入门槛，逐步实现健康险业务由专门健康险公司经营，推动健康险专业化发展；另一方面，监管机构可以在更高层面上与社会保障、医疗卫生等相关部门进行沟通协调，争取更有利的政策环境。同时，重点推动更高层次的立法，营造良好的外部制度环境。除《健康保险管理办法》之外，建议尽快修订完善《保险法》和《社会保险法》，建议针对商业健康保险进行更为明确的定位，营造更利于商业健康保险发展的法律环境。此外，保持对大病保险的严格监管态势。在市场准入审查方面，严格按照相关标准，加强从业资格、偿付能力等审查，探索建立市场准入黑名单，从源头把控承办公司质量。加强市场行为监管，对大病保险违法违规行为和不正当竞争行为保持高压态势，依法从严查处，切实维护良好市场秩序。加强服务质量监管，推进业务信息公开，定期及时公布大病保险运行和监管情况，主动接受社会监督。

完善行业标准体系建设，搭建数据交流平台，为产品定价和风险控制提供有效技术支持。该信息系统应注重实现与社保、卫生、医疗机构等系统对接和信息交换，实现数据即时共享。在此基础上，强化

国家医保部门和金融保险监管部门的合作，积极探索对商业健康保险的双重联合监管模式，确保商业保险与基本医疗保障的协调发展。

[返回目录](#)

### 过度医疗带金销售遭严查 医疗反腐风暴再起

来源：经济参考报

“诱骗治疗”、“患者生存期明显缩短”、“花费了常规治疗的10倍以上”、“人财两空”……近日，北京大学第三医院肿瘤内科医生张煜的一席发言，给医疗行业带来了一场巨震，非合理的过度诊疗再次成为众人关注的焦点。

国家卫健委指出，已关注到“北医三院肿瘤内科医生反映肿瘤治疗黑幕”有关网络信息，立即组织对有关情况和反映的问题进行调查核实。相关问题一经查实，将依法依规严肃处理，绝不姑息。下一步，国家卫健委将持续推进肿瘤诊疗管理工作，进一步健全管理制度规范体系，加大监督指导力度，确保相关要求落实到位，着力提升肿瘤诊疗规范化水平，维护人民群众健康权益。

事实上，虽然大部分超适应症用药或使用某种技术有其合理性，但也需认识到，受“经济利益”诱导而被使用的现象也并不少见。近年来，我国已持续加大对医生不合理用药、企业带金销售、销售费用畸高等多个方面的严查，医疗反腐不断深入。

### 19家药企遭处罚 赛诺菲、步长、恒瑞纷纷涉及

日前，财政部发布会计信息质量检查公告，对全球医药巨头法国

赛诺菲、长白山制药、江苏恒瑞医药、山东步长制药等 19 家医药企业做出依据现行会计法有关规定的顶格行政处罚。

此次受罚企业中，上市公司恒瑞医药、步长制药被直接点名，上市公司上海医药旗下 4 家企业及华润三九、复星医药旗下各 1 家企业均被通报。此外，全球医药巨头法国赛诺菲、德国默克的下属企业均被处罚，跨国药企礼来公司的下属企业也涉及其中。

中纪委网站发布的《深度关注 | 剑指药企带金销售》一文对此次检查做了详细披露，指出医药企业费尽心思套取资金，“倒腾”出高额销售推广费用，塞进医药代理腰包。

根据财政部行政处罚事项决定书显示，步长制药通过以咨询费、市场推广费名义向医药推广公司支付资金，再由医药推广公司转付给代理商，涉及金额 5122 万元。江苏万邦医药虚开销售费用 1.4 亿元。

长白山制药通过虚增员工工资 722 万元，虚增差旅费 2162 万元、虚增劳务派遣费 508 万元，同时列支不实医疗机构临床费用 2660 万元，共 6052 万元。同时，长白山制药旗下的通化玉圣药业手段相同，分别以虚增员工工资、虚增差旅费、虚增劳务派遣费 483 万元、598 万元、472 万元，列支不实临床费用 1370 万元，还开具虚假发票 170 万元，共 3093 万元。

江苏豪森药业集团有限公司 2018 年列支咨询评审费、广告宣传费，后附部分发票经查询国家税务总局全国增值税发票查验平台，结果为“查无此票”或“不一致”，涉及金额 1.29 亿元；虚列 27 家信

息咨询服务部的咨询评审费 1600 万元，虚假会议支出 274 万元，虚增办公用品费 481 万元。上海上药新亚药业有限公司不同推广会议照片存在雷同，伪造会议地点、签到表等问题，涉及金额 840 万元；虚假调研费用 1318 万元；虚假差旅费用 1239 万元。

跨国药企赛诺菲 2018 年列支医学领域的学术研讨或经验交流会议费 1.49 亿元，“参会”相关医生表示会议不真实或未参加会议，涉及金额 93.82 万元。

### 药企销售费用畸高带金销售难断

自 2013 年药企巨头葛兰素史克医药行贿案曝光以来，“规范药品流通秩序，遏制药品流通领域腐败”的呼声持续高涨。近年来，随着医改的不断深化，药品采购“两票制”、国家药品带量集采、医药价格和招采信用评价等一系列政策措施相继落地，药品带金销售的灰色空间已经被大幅压缩。

但高压下，行贿案仍难以杜绝。中国裁判文书网披露的一则案件信息显示，浙江省人民医院原麻醉科主任胡双飞多次收受某公司医药代表叶某给的好处费，仅“地佐辛”注射液一种药品便累计收取回扣款 125 万余元。

近日，浙江执行首次严重失信所涉药品暂停挂网，这也是医保信用“黑名单”制度实施以来，信用评价制度与省级招采平台第一次联动。

据浙江省温州市瓯海区人民法院刑事判决书（《2020 浙刑初 428

号》)披露,哈尔滨誉衡制药有限公司的鹿瓜多肽注射液在浙江省存在商业行贿行为。其药品代理人,在2017年5月至2019年6月26日期间承诺温州医科大学附属第一医院的医生,每开具1支“鹿瓜多肽”就支付8元好处费。至案发时,陆姓医药代表共支付给该院40名医生好处费共计88万余元。

安徽省宿州市中级人民法院刑事判决书披露,2012年至2017年期间,原灵璧县妇幼保健计划生育服务中心相关责任人在购买卡孕栓药品中收受回扣88700元、在两癌筛查中收受回扣293640元,在唐筛项目中,截留资金575655.15元。

4月10日,中央纪委国家监委网站发布消息,江西永昌药业有限公司法定代表人戴龙勇,涉嫌行贿犯罪,目前接受江西省监委监察调查,已被采取留置措施。3月23日,云南省纪委监委网站发布消息:昆明天添欣药业有限公司原法定代表人杨守军、云南省医药有限公司营销一部总监何燕等人因涉及云南省阜外心血管病医院原副院长马林昆严重违纪违法案,已被留置。

关于医药,关键岗位涉案人员比重较高。以广西壮族自治区为例,广西纪检监察机关“十三五”期间立案查处医疗卫生系统案件4000多件,其中涉及各级医院和乡镇卫生院约2500件。在这近2500件医疗机构案件中,近50%违纪违法人员是掌握药品、医疗设备等采购资源的县级以上医院和乡镇卫生院领导、科室或部门负责人。

### 斩断医药腐败链条还需持续发力

中纪委前述文章指出，数据显示，我国约有八成的药品经过医院渠道卖出。小小一片药，从生产企业到患者，需要历经公立医院药品采购的诸多环节，药企支付给招标机构、医院负责人、医药代表、医生等的费用，最终都会叠加在这片药的售价上。无论是销售费用过高，还是成本、收入上的数据造假，背后都指向医药行业的带金销售模式。这些中间费用转嫁到药价上，是药价虚高的“直接推手”，最终蒙受损失的是国家医保资金和患者。

据中国医药企业管理协会估计，目前中国的医药代表人数约在百万人左右。药品涉及人民群众生命健康安全，医药代表作为连接医生、医院和药厂的纽带，对其职业行为的监督既必要、也必须。如果放任其采用种种不正当手段为药品谋求医院“入场券”，则势必违背这一职业的设立初衷。一些抵挡不住诱惑的医务人员为获取丰厚的“定向”回扣，很可能采取多开药、开贵药、开指定药等有悖医德的方式谋利。

同时，上述文章强调斩断医药腐败链条，遏制医药费用不合理过快增长，是当下的重中之重。

4月14日，国家卫健委等六部门将进行为期一年的开展不合理医疗检查专项治理行动，旨在通过开展专项治理行动，严肃查处违反相关法律法规、诊疗技术规范，损害人民群众利益的不合理医疗检查（包括各类影像学检查、实验室检查、病理学检查等）行为，指导医疗机构建立健全规范医疗行为促进合理医疗检查的制度规范，营造良好的就医环境，推进建立医疗检查监管长效机制，切实保障人民群众健

康权益。

此前，四川省卫健委发布卫生健康行业领域不合理医疗检查专项治理工作方案指出，为巩固“大处方、泛耗材和内外勾结欺诈骗保”系统治理成效，持续纠正医疗卫生领域不正之风，切实规范医疗行为，降低医疗费用，将进行为期 10 个月的检查。具体包括深化“大处方、泛耗材和内外勾结欺诈骗保”系统治理，启动不合理医疗检查专项治理，重点整治超适应证检查、违规重复检查、不合理组合检查等行为。同时，开展滥用、冒用、虚记、多计等不合理使用耗材行为，过度使用、定向使用、无指征使用抗生素、辅助用药等重点监控药品行为以及带金销售、违规招投标、欺诈骗保等突出问题整治。

腐败整治需继续深入，尤其是对于将一切生的希望寄予医生身上的患者来说，医疗腐败更需根治。而对于医药企业来说，下一步应转向重研发，而不是像现在一样，一些药企研发费用不及销售费用的几分之一。

[返回目录](#)

## • 药闻动态 •

### 网售处方药落地，产业各环节商机浮现

来源：国务院办公厅

4 月 15 日，国务院办公厅发布《关于服务“六稳”“六保”进一步做好“放管服”改革有关工作的意见》(下称《意见》)，深化“放

管服”改革，打造市场化法治化国际化营商环境，切实做好“六稳”、“六保”工作，推动高质量发展。

《意见》明确指出：在确保电子处方来源真实可靠的前提下，允许网络销售除国家实行特殊管理的药品以外的处方药。伴随顶层政策不断清晰，试点推进趋于成熟，在确保合规监管前提下，网售处方药满足公众用药需求的脚步趋近。

此前数日，海南将建立独立电子处方中心的消息已带来一波热度，医药电商、医疗信息化企业为利好振奋，而这一明确信息的释放，更传递出非常积极的政策信号。

### 处方真实性至关重要

同期的另一则新闻值得关注：新华社贵阳4月17日电，贵州省毕节市医疗保障局日前通报一批典型骗保案例，涉及多家医院、村卫生室、药店，这些单位通过虚增诊断、伪造门诊补偿资料、上传虚假信息等方式骗取医保资金。

目前，上述涉及医保资金被追回，涉事医疗机构处罚数倍违约金，涉事医师等违规行为移交卫生主管部门处理，部分触犯刑法的甚至承担刑事责任。

自从2018年国家医保局成立以来，打击骗保便成为其重要工作。虚假医疗行为，虚假处方，成为重点关注对象，以确保医保资金安全。北京卫生信息协会会长沈韬曾在健康界《健客交锋》直播节目中表示，“(医疗支付安全)最重要的就是人员的辨识，第二是医疗行为的确

认，有了这两条，医疗支付才是比较安全和可靠的。”

《意见》明确提出，网售处方药的前提为确保电子处方来源真实可靠。据易复诊副总经理李增军介绍，“在我国，公认来自公立医院HIS系统的处方是真实可靠的。”但事实上，上述贵州省毕节市医疗保障局通报的骗保案例，就有来自公立医院织金县中医院的案例：由于医院方未认真核验就医人员信息，罗某某冒用他人参保信息骗保案。正如沈韬提出的，首先人员的正确辨识就没有做到。

在默认医院做到正确辨识人员，并且出具合规处方的前提下，对接医院的处方流转平台，其提供的处方才是真实可靠的。

据李增军介绍，目前存在三种获取处方的模式：一种是未凭方售药的“补方”模式，即没有处方销售处方药，事后找补方(通过线上、线下医院进行补方)；一种是医患面诊之后由医疗机构将处方进行线上流转；还有一种是，基于首诊资料进行医患远程复诊续方后形成复诊处方。

“互联网医院补方是普遍做法，但实际上按照2018年的《互联网诊疗管理办法》(试行)的话，这种补方行为也是违规的，因为你没法认定患者的复诊身份。”李增军表示。

电子处方流转平台，则可以破解这一困局。李增军表示：“原来只要能共享电子处方就行，现在不仅共享，还要流转。处方数据要进行相应的审核，审核过程中，可能还要做控费干预。”也就是说，在省级电子处方信息共享平台上，省卫健委随时能看到每一个患者的就

医信息，及时发现和监管不合理的诊疗行为及处方。

### 电子处方平台需求爆发

处方流转平台在多地均有试点，但由于各级医疗机构的信息共享平台未能完全建立起来，大多数试点地区只停留在医院和药店之间的流转，并且只能从医院单向流转 to 药店。而省级处方流转意味着从单向流转 to 多向流转的阶段。

2019年9月，全国第一个省级电子处方信息共享平台在甘肃省启用。这一平台由甘肃省卫健委牵头，联合第三方处方共享平台企业共同建设，把甘肃省、市、县、乡(镇)、村五级医疗机构信息网络打通，患者可以通过线下药店等更多渠道获得处方药。有处方药售卖资格的大批药店，在改造完毕后对接电子处方信息共享平台。

对接电子处方信息共享平台，未来将成为零售药店承接处方外流的最主流模式。参照美国模式，医生开具处方后，经数字化传播储存于公共信息共享平台，患者触发购药场景时，经授权的零售药店可通过支付一定费用调用该患者的电子处方。

成都新医势科技有限公司董事长夏军认为，电子处方有利于实现医药分开，而建立国家层面或地方层面的统一的信息共享平台利于实现电子处方自由流转。无论从政策、市场哪个角度去考量，信息共享平台建设都应提到相关职能部门的案头。而海南独立电子处方的设置，更为这一行业注入了强心剂。

自甘肃之后，浙江、湖南等多个省市宣布建立省级处方流转平台。

据易复诊介绍，其已获得甘肃和湖南两个省级平台的供应商资质。

此外，健康界查阅浙江省处方信息交换与流转平台项目的合同公开信息，合同采购人为浙江省卫生健康信息中心，供应商为浙江扁鹊健康科技有限公司。扁鹊健康是一家医疗大数据服务商，为阿里系企业。

其余还有厦门易联众易方获得福州、龙岩等市级电子处方信息平台的供应商资质。“已有多省铺开省级电子处方平台建设，供应商招标在进行中或者即将进行。”一位业内人士告知健康界。

目前处方共享平台厂家云集，包括易复诊、阿里健康、腾讯微信、上药云健康、卫宁健康、东华医为、微医、微问诊等。一位行业观察人士认为，医疗信息化市场还处于群雄割据的战国时代，虽然各个细分市场有所区别，但行业集中化是必然趋势。“据一家医疗信息化企业的老总说，未来5~10年，市场或将由5家左右巨头分割。”上述人士表示。

### 产业链各端商机浮现

除了医疗信息化企业，闭环中的医药电商和零售药店更是积极的参与方。夏军认为，2018年，《促进“互联网+医疗健康”发展的意见》出台以后，基于“互联网+”为基础的慢病病种的“医-药-患闭环”就有了形成的可能，并进一步的会形成“医-药-险”的闭环。

“但上述闭环，需要医院、药企还有连锁药店一起做，才能形成全生命周期管理。”夏军表示。

曾经部分具有资金实力且致力于生态链打造的零售药店，试图通过进行反向延伸收购医院，并利用实体医院资质入围互联网医疗，用以反哺药品零售业务，在自身系统内形成闭环，在行业内已经可见为数不少的案例。比如从医药电商或传统零售反向延展的七乐康、健客网等。

完善的产业布局为其在即将到来医药分业时代带来更多的可能性，一则可以实现电子处方“自产自销”，二则可以积极拥抱外部资源，与自身资源形成合力，三则可以对外输出电子处方资源，使零售药店分得电子处方流转的一杯羹成为可能。

连锁药店做医疗有迹可循，其形态相比前几年收购或开办医院，更常见的是自建诊所、门诊部。体量巨、规模大的上市公司对“医药+诊所模式”看好，例如，北京同仁堂在录诊所门店数量 367 家，门诊有 42 家，排名第二的是一心堂，有 86 家诊所。

处方外流释放的市场，将给这种“药诊店”模式以新的可能性。益丰大药房董事长高毅认为：“零售药店要建立自己的互联网医院，去全面承接处方外流和医生多点执业，为患者提供更加便利、更加专业、更加及时的诊疗服务。”

医药电商更是摩拳擦掌。北京鼎臣管理咨询有限责任公司总经理史立臣认为，网上分割线下市场份额将进入快速发展期。国务院办公厅《意见》的发布，让很多游离于政策边缘的网售处方药行为得以合法合规化，线上平台销售处方药将呈现爆发式增长。

“线上产品相对线下产品价格、流量有竞争优势，可以在短期内快速放量。随着国家网售处方药政策的正式放开，一方面已有的线上平台，或已经在线上开设网上药店的企业会加快市场布局，争夺应用数据和市场份额，并通过新媒体加大引流，掠夺流量；另一方面资本会扶持大量的竞争者进入线上销售处方药市场。”史立臣认为，网售处方药将迎来快速发展的时期，甚至个别企业项目迎来爆发期。

夏军则认为，药企的销售方式需要改变，更精准和更低成本的数字化营销手段将成为必须。对此，史立臣也认为，还没有实施数字化转型的药企，也会在网售处方药领域加大布局力度和速度。

数字化医疗终究是大势所趋。处方外流将呈现哪些新趋势？医疗信息化的痛点和难点在哪？智慧医院建设如何加速？这些数字医疗的焦点话题将在 2021 年 5 月 21-23 日在北京国际会议中心举行的 2021 健康界峰会之中国数字健康大会揭晓答案。同时本次峰会还精心策划了 10 多场云端论坛、40 多场现场活动、超千平方米解决方案展览，邀约名家、名院、名科、名企共同分享健康中国蓬勃生长的新思维与新实践。

[返回目录](#)

### 这些中药材涨价（附名单）

来源：药通社

#### 这些中药价格上涨

日前，药通社发布了亳州市场截止 4 月 18 日中药材涨价品种排

行榜，其中月涨价幅度超过 100%的有蛤蚧、相思豆、鹤虱等。

品名	规格	产地	价格 (元/kg)	走势	市场	昨日对比↓	周对比↓	月对比↓
蛤蚧	小对	进口	80.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑220.0%
蛤蚧	中对	进口	90.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑157.1%
蛤蚧	大对	进口	100.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑138.1%
相思豆	统	广西	55.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑111.5%
鹤虱	南	较广	9.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑100.0%
紫草	硬苗	进口	55.00	少	亳州	0.0%	↑83.3%	↑83.3%
牛蒡子	根	甘肃	8.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑60.0%
龙齿	青	山西	400.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑53.8%
红大戟	统	云南	1200.00	缺	亳州	0.0%	0.0%	↑50.0%
牵牛子	白	安徽	22.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑46.7%
南沙参	撞皮	陕西	160.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑45.4%
补骨脂	统	进口	16.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑45.4%
半边莲	统	湖南	28.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑40.0%
柏子仁	统	山东	230.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑39.4%
龙齿	青选	宁夏	500.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑38.9%
龙齿	白	山西	360.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑38.5%
荷叶	青	山东	18.00	稳	亳州	0.0%	↑38.5%	↑38.5%
菝葜	统	安徽	5.50	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑37.5%
姜黄	统	四川	22.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑37.5%
翻白草	统	较广	13.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑36.8%

(图片来源：药通网 完整表格见文末)

其中，蛤蚧涨幅最大，三个规格位列涨价排名榜前三，目前小对、中对、大对三个品规的价格分别是 80/kg、90/kg、100/kg，月涨幅分别为 220.0%、157.1%、138.1%。

据了解，蛤蚧是我国二级保护动物，并有相关保护措施，因药用效果较好，市场需求逐年增长，由于资源有限价格连年攀升。目前，

蛤蚧的家养模式还未探索成熟，至今未形成一定的规模，市场以进口为主，从泰国、印尼、越南等地来货。

此外，紫草的近期的价格也在迅速增长，近一周内价格上涨 83.3%，目前硬苗价格 55 元/kg。紫草近年来市场需求不断增长，由于生长环境特殊，无法家种，国内市场供不应求矛盾日益明显，目前市场上主要是依靠进口，推测日后价格还会持续上涨。

补骨脂则是由于多年低价，加上近期受口岸来货受阻，主产地缅甸军事政变，以及有货者惜货等多种因素导致价格上涨。不过一旦缅甸局势缓解，供求紧张的局面将改变。现市场补骨脂因含量与质量不等，价格在 15-18 元之间。

当然，药材涨价作为一种市场现象，又涨也有跌，近期山银花、重楼、百合等药材由于供大于求价格有一定的下跌。

### 中药市场持续向好

据天地云图中药产业大数据分析，就 2021 年中药材市场价格到目前整体的走势来看，2021 年年初环比 2020 年年底，2020 年 12 月 1 日至 2021 年 3 月 1 日，中药材价格综合 200 指数呈现先平稳再加速上升的走势。

2021 年 3 月份，中药材天地网通过对 365 种常用中药材的涨跌幅度监测，上涨品种多达 127 个，占比 35.77%；下跌品种只有 19 个，占比 5.35%，反馈出中药材全线上涨的基本面。

影响中药材价格的因素有很多。

家种药材会因为长期市场低价而反弹，这类的药材有高良姜、当归、党参、牡丹皮、白芍、猪苓。野生药材随资源减少，行情会持续向好，如苍术、白鲜皮、威灵仙。

自然灾害对中药材价格的影响也非常明显，一些易受低温冻害或干旱、洪涝天气影响的药材值得注意，例如酸枣仁、柏子仁、苦杏仁、连翘等。主要依赖进口的药材也会受到进口渠道的影响，如上文提到的蛤蚧、紫草、补骨脂。

此外，值得注意的是 2020 版药典全面实施，对中药要求 33 种禁用农药不得检出。这对相关药企提出了更高挑战，中药产业也因此迎来重大变革。在新版药典更严格的要求下，那些农残合格的药材同样会迎来一波涨价潮。如低农残的人参、合格的前胡、含量高的新货黄连、野生的羌活、黄曲霉素不超的柏子仁等。

据中药材天地网分析，至少在 4 月份，国内中药材价格仍将面临极大上涨压力。如果再出现极端“倒春寒”等天气因素，则相关果实子仁类品种不排除会出现暴涨。

不过从基本面来看，虽然 2020 年中药材产需双双下降，但截至到 2020 年 12 月份，总库存量达到 221.1 万吨以上，足以支撑到 4 月份开始的陆续产新。因此，2021 年中药材行情虽然会出现阶段性快速上涨，但很难再出现 2009 年、2011 年严重暴涨局面，全年行情将高位运行，但涨幅会温和得多。

## 影响深远

中药材涨价对终端市场的影响有滞后性，相信中药材的普遍涨价，日后也将直接影响到下游的药企，对中药饮片和中药制剂企业有一定的影响。

药材的涨价和药典的高标准对饮片企业来说成本会提升，饮片行业洗牌将会加速。这对于龙头企业来说是利好的。有利于市场规范化发展，集中度提升。大型饮片厂有更大的议价空间，有提升标准符合国家监管的条件，能更快的适应环境的变化。而相对小的饮片厂日子会更难。

目前我国的中药饮片市场有两千亿以上的规模，但是中药饮片加工公司大概有千家以上，龙头企业市场占有率不高。据前瞻产业研究院报告，当前我国中药饮片企业超过 1000 家，但大多数生产企业规模偏小，生产品种多，行业市场集中度低。

2019 年中药饮片主要上市公司云南白药、同仁堂、康美药业营业收入超过 100 亿元，分别为 296.65 亿元、132.77 亿元和 114.46 亿元。其余几家上市公司营业收入为 50 亿元以下规模。

此外，对于中成药企业来说，中药材价格的上涨也意味着企业成本的上涨。此外，由于中药配方颗粒等相关政策对中药材质量以及溯源的高标准要求，国内多家上市药企纷纷通过设立中药饮片公司或产品加工基地、收购中药饮片企业股权、设立中药饮片并购管理基金等方式涉足中药饮片，实现提前布局，欲在行业整合升级之后抢占先机。

例如 2019 年 12 月，中国中药子公司以约 1.35 亿元收购甘肃陇

中药业 51%股权。2020 年 3 月，盛实百草被平安津村收购 80%的股权。

随着国家对中医药产业发展的重视，众多中药企业迎来了新的发展机遇，但是发展的前提是规范化和高标准。中药材是中药的根本，其价格走向值得注意。

下附中药材涨价名单：

白芷	统	内蒙	30.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑36.4%
柏子仁	98货	山东	235.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑34.3%
马钱子	统	进口	100.00	少	亳州	0.0%	↑33.3%	↑33.3%
黄荆子	统	山东	4.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑33.3%
柏子仁	选	山东	240.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑33.3%
荷叶	统	山东	12.00	稳	亳州	0.0%	↑33.3%	↑33.3%
姜黄	统	云南	13.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑30.0%
防风	统	内蒙	220.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑29.4%
黄柏	统	朝鲜	23.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑27.8%
瓜蒌子	大	江苏	23.00	畅	亳州	0.0%	↑27.8%	↑27.8%
五倍子	独角倍	陕西	43.00	少	亳州	0.0%	↑13.2%	↑26.5%
白芥子	统	四川	12.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑26.3%
余甘子	肉	云南	15.00	稳	亳州	0.0%	↑25.0%	↑25.0%
苦丁香	统	较广	200.00	少	亳州	0.0%	↑25.0%	↑25.0%
紫草	软苗	进口	25.00	稳	亳州	0.0%	↑25.0%	↑25.0%
桂圆肉	小果	广西	10.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑25.0%
五倍子	花倍	陕西	40.00	少	亳州	0.0%	↑18.1%	↑25.0%
杭菊花	胎菊	浙江	100.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑25.0%
龙齿	白选	宁夏	450.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑25.0%
补骨脂	陈	进口	18.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑24.1%
麦芽	统	较广	4.30	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑22.8%
香菜籽	统	安徽	11.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑22.2%
佛手	统	广西	50.00	稳	亳州	0.0%	↑16.4%	↑22.0%

牛蒡子	统	东北	20.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑21.2%
麦冬	无硫	四川	58.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑20.8%
明列子	统	较广	30.00	稳	亳州	0.0%	↑20.0%	↑20.0%
接骨木	统	湖北	6.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑20.0%
大腹皮	软壳	进口	3.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑20.0%
白芍	尾芍	安徽	6.50	畅	亳州	0.0%	0.0%	↑18.2%
金蝉花	统	皖南	530.00	少	亳州	0.0%	↑17.8%	↑17.8%
香砂	统	云南	20.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑17.6%
土龙骨	统	河北	70.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑16.7%
凌霄花	统	江苏	50.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑16.3%
蒺藜	撞刺色黄	内蒙	15.00	升	亳州	0.0%	↑15.4%	↑15.4%
白前	统	湖北	15.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑15.4%
玉竹	统	浙江	30.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑15.4%
驴鞭	统	河南	300.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.4%
蕤仁	统	陕西	15.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.4%
麦冬	统	四川	55.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑14.6%
百合花	统	湖南	32.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑14.3%

灯心草	整	江西	200.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑14.3%
莲须	无硫	山东	250.00	少	亳州	0.0%	↑19.0%	↑13.6%
肉苁蓉	硬	新疆	50.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑13.6%
通草	大	贵州	210.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑13.5%
巴戟天	肉	广东	68.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑13.3%
续断	选	四川	34.00	少	亳州	0.0%	↑13.3%	↑13.3%
白首乌	统	江苏	17.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑13.3%
千层塔	大叶	较广	340.00	少	亳州	0.0%	↑6.2%	↑13.3%
砂仁	长果	缅甸	34.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑13.3%
佛手	统	广东	60.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑13.2%
续断	统	四川	18.00	升	亳州	0.0%	↑12.5%	↑12.5%
蒺藜	撞刺色青	内蒙	18.00	升	亳州	0.0%	↑12.5%	↑12.5%
寻骨风	叶	湖北	4.50	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑12.5%

密蒙花	统	四川	18.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑12.5%
牛蒡子	统	甘肃	18.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑12.5%
天冬	无硫	广西	45.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑12.5%
佩兰	统	江苏	4.50	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑12.5%
土龙骨	水洗	河北	90.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑12.5%
砂仁	圆果	缅甸	36.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑12.5%
桃花	野生	湖北	65.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑12.1%
胖大海	圆果	进口	63.00	升	亳州	0.0%	↑5.0%	↑8.6%
萝卜壳	统	较广	13.00	稳	亳州	0.0%	↑8.3%	↑8.3%
白芍	统	安徽	13.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑8.3%
白芷	统	四川	13.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑8.3%
茯苓	块	安徽	26.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑8.3%
半边莲	统	江苏	6.50	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑8.3%
浮萍草	统	较广	6.50	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑8.3%
杭菊花	散花	江苏	39.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑8.3%
夏枯球	野生	较广	26.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑8.3%
鹿角	马	东北	260.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑8.3%
小茴香	统	甘肃	13.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑8.3%
白芷	统	安徽	40.00	升	亳州	0.0%	↑8.1%	↑8.1%
槐米	统	山东	27.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑8.0%
三七	120头	云南	135.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑8.0%
伸筋草	统	湖北	7.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑7.7%
毛慈姑	统	东北	1400.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑7.7%
车前草	统	较广	7.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑7.7%
太子参	中统	贵州	57.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑7.5%
白芷	无硫	湖北	45.00	升	亳州	0.0%	↑7.1%	↑7.1%
川楝子	统	四川	3.00	稳	亳州	0.0%	↑7.1%	↑7.1%
莲子心	统	江西	75.00	稳	亳州	0.0%	↑7.1%	↑7.1%
夏枯球	家种	较广	30.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑7.1%
苍术	半撞皮	内蒙	155.00	畅	亳州	0.0%	0.0%	↑6.9%

升麻	统	朝鲜	48.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑16.7%
桂圆肉	不含糖	广西	48.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑16.7%
肉苁蓉	统	青海	48.00	缺	亳州	0.0%	0.0%	↑16.7%
冰片	统	安徽铜陵	165.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑16.4%
白前	水洗	湖北	17.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑16.2%
白芷	统	安徽	8.50	畅	亳州	0.0%	0.0%	↑16.2%
茯苓	统丁	安徽	34.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑16.2%
萹藤	粉	江西	17.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑16.2%
贡菊花	统	安徽	170.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑16.2%
贯叶连翘	统	陕西	8.50	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑16.2%
川楝子	统	云南	3.40	稳	亳州	0.0%	↑16.2%	↑16.2%
手掌参	统	东北	350.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑16.1%
三棱	片	浙江	18.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.9%
合欢皮	统	湖北	9.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.9%
白芍	一二级	安徽	19.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.6%
三棱	无硫片	浙江	19.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.6%
紫草	软苗	新疆	400.00	少	亳州	0.0%	↑15.3%	↑15.3%

牡丹皮	抽芯率90%	安徽	21.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.0%
肉苁蓉	淡统	新疆	105.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.0%
八角茴香	水烫果	广西	105.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.0%
杭菊花	胎菊	江苏	63.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.0%
夏枯球	家种选球	较广	42.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑15.0%
知母	统	安徽	11.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑14.8%
知母	无硫片	安徽	11.50	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑14.5%
茺蔚子	净	安徽	23.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑14.5%
白芍	三四级	安徽	12.50	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑14.2%
太子参	小中统	贵州	50.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑14.2%
徐长卿	净根	山东	50.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑14.2%
竹花	统	安徽	52.00	稳	亳州	0.0%	↑14.0%	↑14.0%
通草	小	四川	135.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑13.8%

菟丝子	统	宁夏	27.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.8%
砂仁	壳砂	云南	270.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑3.8%
木蝴蝶	选	进口	55.00	缺	亳州	0.0%	0.0%	↑3.8%
太子参	中统	安徽	55.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.8%
太子参	中统	福建	55.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.8%
生地	三四五级	河南	14.00	畅	亳州	0.0%	↑3.7%	↑3.7%
蔓荆子	统	云南	28.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑3.7%
三七	20头	云南	280.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.7%
丹参	统	山东	14.00	畅	亳州	0.0%	0.0%	↑3.7%
当归	草把	甘肃	28.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.7%
三七	80头	云南	145.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.6%
丁公藤	统	广东	6.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.4%
生地	三级	河南	15.00	畅	亳州	0.0%	↑3.4%	↑3.4%
水蛭	清水	江苏	1500.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.4%
麦冬	无硫	湖北	30.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.4%
菟丝子	水洗	宁夏	30.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.4%
荷叶	梗	山东	6.00	稳	亳州	0.0%	↑3.4%	↑3.4%
当归	散把	甘肃	30.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.4%
黄柏	统	东北	31.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑3.3%
水蛭	小	东北	930.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑3.3%
降香	统	海南	310.00	少	亳州	0.0%	0.0%	↑3.3%
羊鞭	统	较广	330.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.1%
槐米	青	山东	33.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑3.1%
骨碎补	统	云南	34.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑3.0%
鹿筋	花鹿	东北	720.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑2.8%
血余炭	统	较广	36.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑2.8%
麦冬	选	四川	72.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑2.8%
骨碎补	统	贵州	36.00	升	亳州	0.0%	0.0%	↑2.8%
苍术	光	内蒙	185.00	畅	亳州	0.0%	0.0%	↑2.8%
郁李仁	统	甘肃	46.00	稳	亳州	0.0%	0.0%	↑2.2%

莲子	白空芯	湖南	47.00	稳	亳州	0.0%	↑2.2%	↑2.2%
海金沙	统	四川	265.00	稳	亳州	0.0%	↓-1.8%	↑1.9%
海金沙	统	江西	265.00	稳	亳州	0.0%	↓-1.8%	↑1.9%
红花	统	云南	157.00	升	亳州	0.0%	↑2.6%	↑1.3%
红花	统	新疆	160.00	升	亳州	0.0%	↑1.9%	↑1.3%

[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