

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2023年第12期

(2023.03.20-2023.03.26)

医保

医疗

医药

## ——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。)

### · 分析解读 ·

▶ [疫情后时代社会办医的困境与机遇](#) (来源：中国医药报) —— 第 7 页

**【提要】**在实施新冠感染“乙类乙管”，全国范围内遭遇一次全面“放开”的冲击后，终于迎来了真正意义上的放开，一切都在朝着疫情前的样子快速恢复，且有了对未来更美好的期待。但新冠病毒已经在人类与流行病的斗争史里，留下浓墨重彩的一笔。它对政治经济、社会生活、产业发展、技术研究等方面的冲击已经显现，有些影响甚至是变革性、划时代的，其中不乏有对社会办医的制约和重塑。疫情后时代，社会办医的发展面临疫情前没有的困境，同时也要接受疫情后新增的挑战，进入中国社会办医发展的 2.0 时代。

▶ [“三医”分设局面下：医保、医疗、医药如何推进协同治理](#) (来源：第一财经) —— 第 17 页

**【提要】**“机构改革是一个国家治理能力跟治理水平现代化的一个综合体现。三医体制之所以受到关注，不仅仅在于三医之间关系密切，更重要的是，三医改革在推进过程中，有不少细节需要协同、联动。”福建省医疗保障研究院院长、原国务院医改办监察专员、福建省医疗保障局原局长赖诗卿告诉记者，在三医管理体制没有变化的背景下，

下一步，应在改革的制度设计上花功夫，且更强调制度设计上的内在逻辑。

## • 医院管理 •

▶ [实体门诊+互联网医院，后疫情时代打通分级诊疗的最优解？](#)（来源：诊锁界）——第 22 页

【提要】自 2020 年初至 2022 年 6 月，不到三年的时间里，全国建立了约 1500 家互联网医院。实体医疗机构+互联网医院的模式下，促进了医疗资源的相对增量及加强了全科与专科分类分级协作机制，或将成为我国建立分级诊疗制度的最佳选择。本文通过文献研究、数据分析和案例研究的方法，试着分析建立实体医院与互联网医疗线下线上相结合的整合型分级诊疗模式的可行性。在文末点击“阅读原文”，可向诊锁界合作伙伴咨询 如何申办互联网医院牌照。

▶ [案例分析 | “低倍率病例”背后的医院管理问题](#)（来源：中国医疗保险）——第 32 页

【提要】DRG 支付中引入了偏差病例校准机制，对于实际医疗费用低于一定标准的病例视为低倍率病例，或费用偏低病例。随着政策的推进，低倍率越来越被关注，也有医院将低倍率病例比例纳入到绩效考核中。多数地方对这样的病例不按原定 DRG 支付标准足额付费，而是按患者的实际医疗费用支付，或是将实际费用折算成 DRG 点数/权重后支付。如果是后者，那么就可能出现支付金额少于实际费用的情况，产生亏损。除此之外，如果医院某些病组的低倍率病例过多，还会影

响到对应的病组系数、病组支付标准，甚至是医院的机构系数，导致来年的医保支付也被迫打上折扣。

## • 集中采购 •

▶ [医保局发文，医院集采的二次“砍价”要动真格了？](#)（来源：新康界）——第 38 页

【提要】3 月 22 日，吉林省医保局下发《关于开展吉林省公立医疗机构药品集中采购的公告》，吉林全省所有的公立医院组成采购联盟进行集中采购，表面上，本次集中采购的规则是联动全国最低价进行限价采购，但背后核心是允许公立医院进行二次议价，放开了医院议价权。行业专家王鹏表示，在零差率销售的规定下，原本医院是没有动力进行二次议价的，但医保支付方式改革的快速推进，尤其是 DRG、DIP 打包支付模式下，药品、耗材的费用已经成为医院的成本所在，医院降价动力已经十足。

▶ [没有“带量”，牙冠竞价挂网如何降价？](#)（来源：人民日报）——第 42 页

【提要】不“带量”如何实现降价呢？为破解这一难题，四川在国家医疗保障局指导下，首次创新采用竞价挂网的方式。刘坤介绍，鉴于牙冠产品本地化加工、个性化生产、成本差异大和加工企业数量大、采购需求量分散等实际情况，本次选择了更为适合牙冠产品特性的竞价挂网方式，让企业通过竞价这种市场化竞争手段，产生入围产品并最终实现挂网采购。

## • 医保快讯 •

▶ [落实全民参保，面临哪些问题与挑战？](#)（来源：首都医科大学公共卫生学院）——第 46 页

【提要】“全民参保”既是《“十四五”医保规划》中的重要内容，更是医疗保障制度高质量发展的重要起点。本文结合全国 31 个省（自治区、直辖市）和新疆生产建设兵团的各统筹地区资料整理，以及 2 个现场访谈与 284 份问卷调研结果，梳理了当前我国基本医疗保险参保的整体情况，在对相关工作成效进行客观总结的同时，提出全民参保目标的实施路径与机制，旨在为“十四五”时期推进应保尽保、基本医疗保险依法覆盖全民的目标实现提供相关依据。

▶ [数据看医保：实现了参保结构不断优化、三医协同治理能力不断提升](#)（来源：金豆数据）——第 53 页

【提要】党的二十大报告对社会民生事业提出了“增强均衡性和可及性，扎实推进共同富裕”的总要求。作为社会民生事业重要组成部分的医疗保障事业是实现发展成果人民共享、扎实推进共同富裕的主要载体和途径。2022 年统计快报的数据显示，我国医保的参保结构不断优化，物质保障基础不断稳固，三医协同治理能力不断提升，医保公共服务可及性不断增强，在推动医保高质量发展上迈出了坚实步伐。

## • 国际视野 •

▶ [谈判指引出台 美国药价改革确立三大原则](#)（来源：村夫日记）——

—第 57 页

**【提要】**近日，美国医保管理机构 CMS (the Centers for Medicare & Medicaid Services) 发布了 Medicare 药价谈判指引 (Initial Guidance)。这是自《通胀削减法案》 (the Inflation Reduction Act, IRA) 通过以来，美国政府首次出台药价谈判细则。在这次公布的指引中，不仅重申了可能列入的谈判药品，也给出了药价制定的原则，这有助于对市场进行预测。

 [处方数字疗法的黄昏](#) (来源：村夫日记) ——第 61 页

**【提要】**从产品本身来看，处方数字疗法的能力极为单一。虽然有较为严格的临床要求才能上市，但其疗效是受到多重制约的，如果不能配备大体量的人员进行强督促，仅靠软件本身，小规模临床试验所取得的成功是很难转化成真正大规模使用的效果。另外，处方数字疗法需要大体量的地面队伍，去教育并说服医生接受并使用这项处方产品，因为开具这一处方的医生必须认同数字疗法的虚拟服务方式，并参与其中，说服的过程也意味着较高的销售成本。而且，由于医生普遍对数字疗法的效果存疑，处方开具的意愿度并不大，这进一步压缩了市场可能的规模。

## -----本期内容-----

### · 分析解读 ·

#### 疫情后时代社会办医的困境与机遇

来源：中国医药报

“轻轻的我走了，正如我轻轻的来”，这或许是人们对于三年来新冠感染疫情的感观认识。在实施新冠感染“乙类乙管”，全国范围内遭遇一次全面“放开”的冲击后，终于迎来了真正意义上的放开，一切都在朝着疫情前的样子快速恢复，且有了对未来更美好的期待。但新冠病毒已经在人类与流行病的斗争史里，留下浓墨重彩的一笔。它对政治经济、社会生活、产业发展、技术研究等方面的冲击已经显现，有些影响甚至是变革性、划时代的，其中不乏有对社会办医的制约和重塑。疫情后时代，社会办医的发展面临疫情前没有的困境，同时也要接受疫情后新增的挑战，进入中国社会办医发展的 2.0 时代。

#### 一、疫情后时代社会办医遇到的新变化

后疫情时代和疫情后时代是两个不同概念，不同的时间指向。一般意义上，后疫情时代是疫情处于后期的时代，疫情并没有真正结束，几乎接近于结束，疫情对整个社会生产的影响仍然存在。疫情后时代则是指疫情过后的时代，疫情已经成为历史，成为过去式，社会层面的活动不再受到病毒流行的制约，如疫情防控期间，病毒感染者检测、隔离、管控等措施严重打乱了正常的工作生活，但疫情的过去并不能

抹掉疫情“遗产”，且有着一定的“惯性”，甚至已经形成了新的生产生活方式。对于社会办医领域来说，新冠病毒疫情让社会办医面临了新的变化。

（一）政策支持的风向悄然发生改变。如果把时光倒留回疫情前，对比各类卫生领域的政策文件，不难发现从国家到省市，整个卫生政策层面是大力鼓励支持社会办医的发展。单从发布文件的层级和数量便可以见微者著。2019年6月，国家卫健委等10部门联合下发了《关于印发促进社会办医持续健康规范发展意见的通知》（国卫医发〔2019〕42号），通知中明确指出：“拓展社会办医空间，严格控制公立医院数量和规模，为社会办医留足发展空间。”紧接着各省市先后发布了本省促进社会办医规范发展的各项政策。以四川省为例，2019年12月，四川省卫健委、发改委等10部门联合下发了《关于进一步促进社会办医健康发展的实施意见》（川卫发〔2019〕52号）。同月，成都市政府办公厅颁发《关于印发促进成都市健康服务业高质量发展若干政策的通知》（成办发〔2019〕37号）。在成都市的政策中，明确提出：“鼓励社会办医积极参与医疗机构等级评审，对新获三级甲等资质的社会办医给予最高500万元的一次性奖励”，首开全国奖励社会办医晋级的先河。在随后2020年的三级甲等医院的评审中，四川省一次性通过了7家三级甲等专科、综合医院，迎来了社会办医的高光时刻。设想一下，如果没有突如其来新冠病毒疫情的影响，社会办医的发展会迎来政策的“红利”期，又将是另外一种现状。

新冠病毒疫情发生后，疫情防控成为头等、优先的社会大事件。在人类生命面前，其它的一切都要让步，疫苗研发、救治生命、病毒检测、隔离管控等疫情防控的主体是医疗服务业。而有着技术、人才、规模、组织优势的公立医疗机构当仁不让地成为疫情防控的主力，处于“儿童”期的社会办医只能成为疫情防控的补充。整个疫情防控期间，谁承担了主要任务、谁更能服从指挥调度一目了然，这也是我们战胜新冠病毒疫情的制度和体制优势。这时候，受到疫情防控经验的启示，医疗服务业的主导思想悄然发生着转变。单从党的十九大、二十大报告中也能发现这一趋势。在党的十九大报告中，明确提出“支持社会办医，发展健康产业”。党的二十大报告中重点是建立基本公共服务体系，公共卫生体系和健康中国建设。社会办医从疫情前的“支持鼓励”到疫情后“规范民营医院发展”。

虽然，在最新的卫生政策中并没有重复提及促进鼓励社会办医的发展，但并不是社会办医不重要了，如在 2023 年 3 月 1 日颁布实施的新版《四川省医疗机构管理条例》，明确提出：“鼓励和引导社会力量依法举办医疗机构”。可见，政府支持社会办医的基本策略和思想并没有改变，但政策、政府在卫生健康领域的重点方向、重点工作却在发生改变，需要社会办医用一种新的思维、新的理念去理解、支持和适应这种变化。

(二) 公立医院的规模扩张形成人才倒流。新冠病毒疫情暴露了基本医疗保障的薄弱环节和公共卫生体系的不足，健全公共卫生体系、

补强基本医疗服务成为卫生健康业的重点工作，随之而来的便是大型公立医院一院多区、异地多院的“扩张”计划加速获批，以及国家、省市区域医疗中心的建设，各类医院的新建、扩建和改建的破土动工。从供给侧改革层面，增加了公立医院在医疗服务业中的比重。本来已经全部市场化的国企医院也开始进行重组和扩张。如 2022 年 12 月，国资委、国家卫健委、国家发展改革委、医保局等 13 个部门联合制定了《支持国有企业办医疗机构高质量发展工作方案》。社会办医发展进入“沉默”期。

随着医疗服务能力总供给量的增加，医疗人才端的流动便出现新状况。“巨无霸”的资本医院、超大规模的“公立多院”，“扩张”后的基层医院共同产生了对人才的“虹吸效应”，不但稀释了患者就医的密度和频度，更重要的是“限流”了公立医院流向社会办医的人才通道，而且社会办医优质医疗资源“回流”到公立医院，一些患者“反流”回公立医疗机构，进一步挤压绝大多数社会办医的生存空间。

(三)新的质量管理要求抹平了社会办医的优势。在新冠病毒疫情防控期间，许多公立医疗机构营收下滑、支出陡增，医院处境艰难，只得采取减薪、限薪等措施。社会办医同样面临着患者就诊量、手术量、住院量的严重下滑，一些依赖于消费性医疗的社会办医更是经历“灭顶”之灾，加上疫情防控在人力、物资上的投入，整个社会办医面临更大的困境。

面对相同的困境，公立医疗机构与社会办医管理者的心境是完全

不同的。公立医疗机构由政府兜底，不担心机构的生存，只是日子过得好不好的问题。社会办医是个人或集体投资的，一旦没有了正常的利润，资金链迟早有一天会枯竭，是能不能够活下去的问题。

为解决公立医疗机构的运营问题，政府多次出台相关文件，要求加强公立医疗机构的运营管理，以及二、三级公立医院的“绩效国考”，促进公立高质量发展等一系列文件的出台，一些公立医院寻求转型，包括特需服务、特殊服务、疑难复杂疾病的诊疗、康复诊疗等，开始注重服务质量建设、开始强调医院品牌、开始着手环境改造、开始优化就医流程。这些曾是社会办医区别于公立医疗机构的“标签”、生存的“法宝”、发展的“特色”，竞争的“核心”优势已经不再明显。社会办医与公立医院的“竞争”从过去的“错位”发展成今天的正面“冲突”，社会办医过去的、曾经的、引人为傲的优势被逐渐蚕食，经营的压力雪上加霜。

(四) 患者的就医观念发生了变化。新冠病毒疫情期间，各行各业几乎都受到冲击，但有一个行业却在疫情中得到极速发展，那就是互联网医疗。由于封控期间出行不方便，一些就医的需求就从线下转到线上，互联网医院的数量和在线咨询的数量快速增多，互联网的用户也从年轻人扩展到中老年人。线上流量的繁荣实际上削弱线下医疗的频率。虽然以平安好医生、微医、医联、丁香园、春雨医生、好大夫等社会资本投资的互联网医疗抢占了一部分的患者，但从医疗机构端扩展出互联网医院，却多数是公立医院。属于社会办医自己的互联网

医院却屈指可数，一定程度上削弱了部分患者对社会办医的粘性。

## 二、疫情后时代社会办医面临的老困境

如果把新冠疫情比作黑天鹅、灰犀牛事件，它确实给社会办医带来许多外在的变化，倒逼社会办医自身要进行调整和适应，但造成社会办医困境的主要原因并不是外在环境，社会办医自身内部长期困扰的问题没有彻底解决，理论上就不能完全摆脱困境，主要体现在以下三个方面：

（一）缺乏对人才培养的战略认识。从现有医学人才的教育体系来分析，几乎所有社会办医的医务人员几乎都是在公立医疗教育体系中成长起来的，他们接受的知识体系、管理技能、职业素养、品牌意识是为公立医疗机构服务的，一旦转行到社会办医领域，许多高端人才容易出现“水土不服”的现象。一方面是由于社会办医没能匹配上相应的平台，导致高端人才有力无处使。另一方面，高端人才自身放松对自己的要求，不愿意“辛苦”地去开拓新天地。最终伤害却是社会办医自己的发展。因而，社会办医的人才建设要从过去的“空降”慢慢变成本土培养，从“拿来主义”向“自我培育”转变，打造一支本土、本院培养的高素质人才队伍。

（二）缺乏对行业属性的统一认识。新建、收购、并购社会办医的初衷是什么？这是考验每个社会办医投资人的初心。这个初心决定后续社会办医的发展方向和前途命运。如果只是把社会办医作为投资的一个方向、商业的一个行当、谋生的一种手段等，一旦有了这样的“初

心”，就会重眼前利益、轻长远利益；重经济利益、轻社会效应；重投入回报、轻内涵质量，难以形成长远的战略规划、发展蓝图和实施路径，容易在大风大浪中“夭折”。反过来，如果树立了回报社会、微利运营、品牌打造、质量优先、服务先行的经营理念，再辅以长期坚持不动摇的人才兴院、技术办院、特色立院的特色战略，一步一个脚印就能走出发展的困境。客观的说，当前社会办医的众多投资者对行业本身没有形成统一的认识。

(三) 缺乏对行业内发展规律的清醒认识。分析今天社会办医的生存状况，可以用几家欢喜几家愁来比喻。有叫好又叫座的，如一些上市的，或者头部的专科、综合医院，已经有一定的行业知名度和患者流量；有叫好不叫座的，如一些上市公司、资本“大咖”花重金投资的大型民营医院，技术人才有保证，但距离“断奶”、独立生存还有较长距离；有不叫好叫座的，如一些越过盈亏平衡点，有稳定的利润输出，但发展踏步不前的民营医院；有不叫好不叫座的，如一些还在为生存发愁的医院。社会办医的发展呈现出一种不平衡、参差不齐的现状。究其根源，原因是多方面的，有人把它归结于政策市场的因素，有人把它归结于地理区域的因素，有人把它归结于人才引进培养的因素，有人把它归结于赛道选择的因素，有人把它归结于运营管理的因素等。核心问题是对社会办医成长发展规律认识不足，要么套用公立医疗机构的管理模式，要么借用市场经济的发展模式，要么想用资本运作的增殖模式。最后，使得社会办医的运营方式策略呈现一种“四

不象”的现象，看上去是灵活的表现，实际上是缺乏管理内核，缺乏社会办医自我的知识体系和管理理论。

### 三、疫情后社会办医采取的新策略

疫情后时代，社会办医的内外环境已经不随任何人的意志在发生变化，在迅猛的社会、经济、科技等发展面前，社会办医既要以不变应万变，又要以变化应对变化，在崎岖的道路上踏出一条适合自己发展的、独有的羊间小径。

(一) 坚守好社会办医发展中“不变”。作为我国医疗服务体系的重要组成部分，无论是从政府支持层面，还是从社会就业层面，又或者从患者需求层面，对社会办医的共同期望是满足人们日益增长的多样化医疗健康需求。这个多样化中必然含有基本医疗服务，但却不是社会办医的主导方向。在基本医疗服务方面，政府已经从卫生服务中心(乡镇卫生院)、县地级综合医院、妇儿医院、以及省会城市的大型医院构建了覆盖全社会各个层级的基本医疗服务体系，这个本身也不是社会办医能够完成的。对社会办医多样化要求是指在各个层级、各个区域中基本医疗服务没有完全满足、没有全部提供、没有时间完成的医疗服务部分，如增值性医疗、服务性医疗、消费性医疗、挖掘性医疗、延伸性医疗等部分。如3月23日，中共中央、国务院办公厅印发《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》中明确指出：“支持社会力量举办康复、护理、安宁疗护等专科医疗机构。”社会办医的多样化应包括三种类型：一是公立医疗机构想做但没精力去做的

“补充”型领域，如医养、养老、照护，此类领域需要大量人力，但不需要过硬技术；二是公立医疗机构想做但不提倡做的“刚需”型领域，如眼科、口腔、康复等偏重于医疗“副”方向。三是公立医院不想做但有群众需求的“满足”型领域，如医美、健康管理、疾病预防等方向。社会办医的生存法则便是“错位”和“差异化”，是用自己的优势与公立医疗机构相竞争，是“你无我有、你有我优”的发展战略，关注患者和家属体验感，开拓全流程、全链条服务项目，这应该是社会办医生存发展的不变法则。

(二) 坚持用医疗的规律发展医疗。从当前的医疗市场竞争态势来看，社会办医已经被推到与公立医疗机构正面竞争的位置，生存的困境不是减少了，而是增大了。但新环境中也蕴藏着新的机遇，最简单的一点是社会办医整个群体在新冠病毒疫情的洗礼下，已经生存下来的社会办医具有一定的发展韧性和能力。社会办医在新冠肺炎疫情中的表现，挽回和纠正了过去对社会办医的不客观、不正确认识。人们开始重新接受和重新选择社会办医。新冠病毒疫情净化了社会办医的整个生态，以及巨量资本投资新建的特大型社会办医疗机构的出现，又从另一个角度证明社会办医自身的强大。这个时候恰恰是社会办医展现优势、锻炼内功、提升能力的良好契机。以真心服务患者、用服务感动患者、以质量留住患者应该是所有社会办医共同遵循的准则，这就需要社会办医的投资人、高层管理者、所有社会办医工作人员盯住医疗质量，关注患者体验，塑造机构品牌，坚决摒弃“投机取巧”、

“饮鸩止渴”、“拔苗助长”、“坑蒙拐骗”的发展方式，形成社会办医的普通共识，真正用医疗规律发展医疗。

(三)注重调整经营管理策略。需求是发展的第一要素，也是社会办医的发展方向。无论是有自己核心技术骨干团队“技术型”社会办医，还是依靠技术与服务双轮驱动的“能力型”社会办医，还是关注患者体检的“服务型”社会办医，都要围绕社会需求来做。满足患者需求并不是盲目跟风、复制粘贴的追随式发展路径。不是人们追求美丽就都来投资医美；人们需要美好就新建眼科、口腔医院；人们追求健康就涉足体检康复领域，需要结合当地的经济水平、医疗机构布局、人们健康理念、区域内疾病谱，以及社会办医自身的能力水平来确定。如果你在当地是依靠基本医疗起家的，并在所在区域有一定份额，发展策略应该是在确保基本医疗服务水平逐步提升基础上提供更多的服务；如果你也是依赖于基本医疗服务生存，但却没有形成一定影响力，应该迅速转向“健康管理”和“健康生活服务”市场，实现“靠医疗服务保底生存，向健康管理要盈利”的战略转型；如果你是依靠消费医疗起步的，就应该在加强优势病种的基础上，开发新的消费项目，延伸新的服务内容，拓宽某一方向的全过程服务。

(四)建立医疗声誉品牌。在这个信息海量和爆炸的时代，如果没有一定曝光度，酒香也怕巷子深，更何况社会办医这壶酒还不能香出巷子，更需要借新媒体的力量，把社会办医的新面貌、新能力、新服务传播出去。这就要求社会办医在经营过程中，除了打造医学专家队

伍、医疗管理队伍外，要注重引入了具有品牌思维、互联网思维、用户思维、产品思维、平台思维、技术思维的创新型人才，调整组织架构，改变医疗专家人才做管理的单一结构，把专家还给临床，充实运营队伍、吸纳跨领域跨专业的人才，在新媒体传播、医生 IP 打造、患者服务、社群构建等方面加大投入，从信息传播变成关系连接，构建分享网络和共享价值，关注患者体检，深入群众末端，打入目标群体，讲好社会办医好技术、好服务、好印象的故事，打造社会办医自身的 IP，让医疗服务和声誉传播协同发展，塑造区域健康品牌。

社会办医的未来发展之路，并不是与公立医疗分蛋糕，而是围绕健康需求、诊疗体检和患者心智去做蛋糕。定位好、预测好、开发好、满足好患者现有的、潜在的、未来的健康需求，夯实好学科和技术能力基础，善用好信息传播的新手段，形成特色、变成优势、建成壁垒，不断提升自我生存、独立繁殖的能力，这就是社会办医的未来之策。

[返回目录](#)

### **“三医”分设局面下：医保、医疗、医药如何推进协同治理**

来源：第一财经

在三医管理体制没有变化的背景下，下一步，应在改革的制度设计上花功夫，且更强调制度设计上的内在逻辑。

有关业内人士表示，根据《国务院关于机构设置的通知》，未来五年里医保、医疗、医药(下称三医)这三大主管部门将仍处于分设状态，国家卫健委、国家医保局、国家药监局仍将维持原状且独立行使

各自分工与职能。

“机构改革是一个国家治理能力跟治理水平现代化的一个综合体现。三医体制之所以受到关注，不仅仅在于三医之间关系密切，更重要的是，三医改革在推进过程中，有不少细节需要协同、联动。”福建省医疗保障研究院院长、原国务院医改办监察专员、福建省医疗保障局原局长赖诗卿告诉记者，在三医管理体制没有变化的背景下，下一步，应在改革的制度设计上花功夫，且更强调制度设计上的内在逻辑。

医保、医疗、医药这三大主管部门的协同治理应如何稳步推进？

### 协同治理的关键点

在赖诗卿看来，制度设计上的内在逻辑关乎三方面关键点。

第一，不要太纠结体制上的改革。每一项大的医改布局和相关制度跟进，实际上都需要外部力量的推动。现阶段，由于医保、医疗、医药这三个部门功能定位不同，三大部门的分设对推动改革有一定的好处，他们可以互相促进，互相监督，互相制衡。

第二，体制没有变化并不意味着改革停滞。医改在制度设计上既要遵循系统协同的内在逻辑，也要秉承具体落地的执行机制。也就是说，要形成一个有分工、有合作的治理格局。医改是一项非常复杂的系统工程，涉及部门众多，在医保、医疗、医药三大部门的基础上，涉及医学人才(尤其是全科医生)培养、财政投入、人员编制等问题。这些也是医改的痛点。

第三，医改逐步推进中，人社、教育等部门的作用也非常关键。这包括职称评定、人才引进，以及最重要的医生工资水平与绩效等，比如福建和三明的医改就是通过药品耗材的集中采购，挤压价格水分省下的费用，通过调整医疗服务价格提高医务人员薪酬水平，以此让患者、医疗机构共享改革的红利。

广东省卫生厅原副厅长廖新波也告诉记者，在协同治理下，医保、医疗、医药的职能是相互配合来体现的；这三大主管部门应在统一的领导下各司其职，但仍需要听取其他部门的建议。

事实上，多位医改专家认为，我国医改是分阶段进行的，不同的阶段有不同的任务，这也对应了不同的治理方式、改革路径。

为此，赖诗卿告诉记者，早在医改刚启动时，根据《国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（2009 年的 6 号文件），其中提出了“四基一公”即基本医保制度、基本公共卫生制度、基本药物制度、基本医疗服务体系和公立医院改革。在这一阶段，医保、医疗、医药都围绕各自的改革任务去展开。

“到了第二个阶段，公益性成为了卫生健康的总方向，且健康中国战略明确提出要‘以治病为中心’转变为‘人民健康为中心’。”赖诗卿说，以分级诊疗为例，这一制度需要多部门密切配合，建立协同作战系统，单靠一个部门是比较难完成的；包括各个部门还需要有牵头者，如卫健委来牵头分级诊疗，包括人才供给、药械设备下沉、医保支付配套等则需要多个其他部门的配合。

而廖新波也称，医疗改革不仅包括产、学、研、医、用，其实也包括了医保(基本医疗保险、商业医疗保险)，很早之前大家多关注基本医疗保险，但如今商业医疗保险也承担了不同的功能和角色，“商业医保，通俗来说，就是帮客户看好病，客户满意，能省下的费用就是商保机构的”。

### 如何避免监管盲区

三医协同治理是否顺畅，取决于合理避免监管盲区、防止政策“打架”。

为此，廖新波告诉记者，在现今的医保费用管理趋势下，医院对于药品耗材购进的主动权、选择权越来越小。以药品耗材的集中带量采购为例，医保部门应该不只是寻找低价产品，而是要同步考虑药品耗材的质量安全。也因此，医保部门需要既懂医疗政策，还需要懂医药质量、医院管理等，这样才能整体考虑医疗层面的成本支出。

但从医疗角度来说，应该是医生选择适合病人的技术、药品耗材，如何真正与医保、医药协同，则非常考验院长在管理上的智慧。

“我认为，从协同治理的终极目标来看，未来，病人无论是在一级、二级还是三级医疗机构看病，其报销比例、费用应该是一致的，这样，医疗服务才能做到真正的合理、公平。”廖新波说，实现这一目标，还需要我们更多地去“解放”医生，并匹配符合其发展的人才资质、职称的评定方法。

一位药监人士也告诉记者，在协同治理层面，涉及药监的领域，

一方面在于从审批端加快药品、医疗器械的上市速度，以在最短的时间内惠及患者；另一方面，则是对药品、医疗器械上市后的质量安全作出评价、抽验、飞行检查等；这些都需要除药监外其他部门的配合。

赖诗卿告诉记者，目前，各部门都有各自的执法机构，有可能会出现政策盲区或“打架”的现象，“但这一现象在其他行业也存在。医保、医疗、医药都属于专业监管，这与文化、市容领域的综合监管还不一样。我认为，下一步，第一要健全制度机制，改进工作作风，解决责任边界的问题；第二要理清环节流程，做好监管主体间的衔接；第三是要做好联合监管，比如涉及到非法行医、乱涨价现象等，也要联合公安、市场监督等一起进行，只有压实各方责任才能消除监管盲区。

“信息化系统建设也是实现三医协同治理的重要工具，这涉及三部门之间的信息互通和共享，并通过大数据手段来实现监管的科学化、精细化，以此提高治理水平。比如，医保部门实行了‘15项医保信息业务编码’将所有药品耗材、医疗服务等项目进行编码统一，来实现监管标准化。”赖诗卿说，当前，药品耗材集采、县域医共体、公立医院改革(以战略性购买撬动支付、价格的改革)这些任务对于三医协同治理比较迫切。

“此外，三医协同治理，还是需要通过立法来做好顶层设计，同时以备案审查、行政复议、行政诉讼等途径来强化监督，畅通司法救济渠道等，最终保障市场主体和广大群众的合法权益。”赖诗卿说。

## • 医院管理 •

### 实体门诊+互联网医院，后疫情时代打通分级诊疗的最优解？

来源：诊锁界

自2020年初至2022年6月，不到三年的时间里，全国建立了约1500家互联网医院。实体医疗机构+互联网医院的模式下，促进了医疗资源的相对增量及加强了全科与专科分类分级协作机制，或将成为我国建立分级诊疗制度的最佳选择。

本文通过文献研究、数据分析和案例研究的方法，试着分析建立实体医院与互联网医疗线下线上相结合的整合型分级诊疗模式的可行性。在文末点击“阅读原文”，可向诊锁界合作伙伴咨询如何申办互联网医院牌照。

#### 一、互联网医疗与分级诊疗

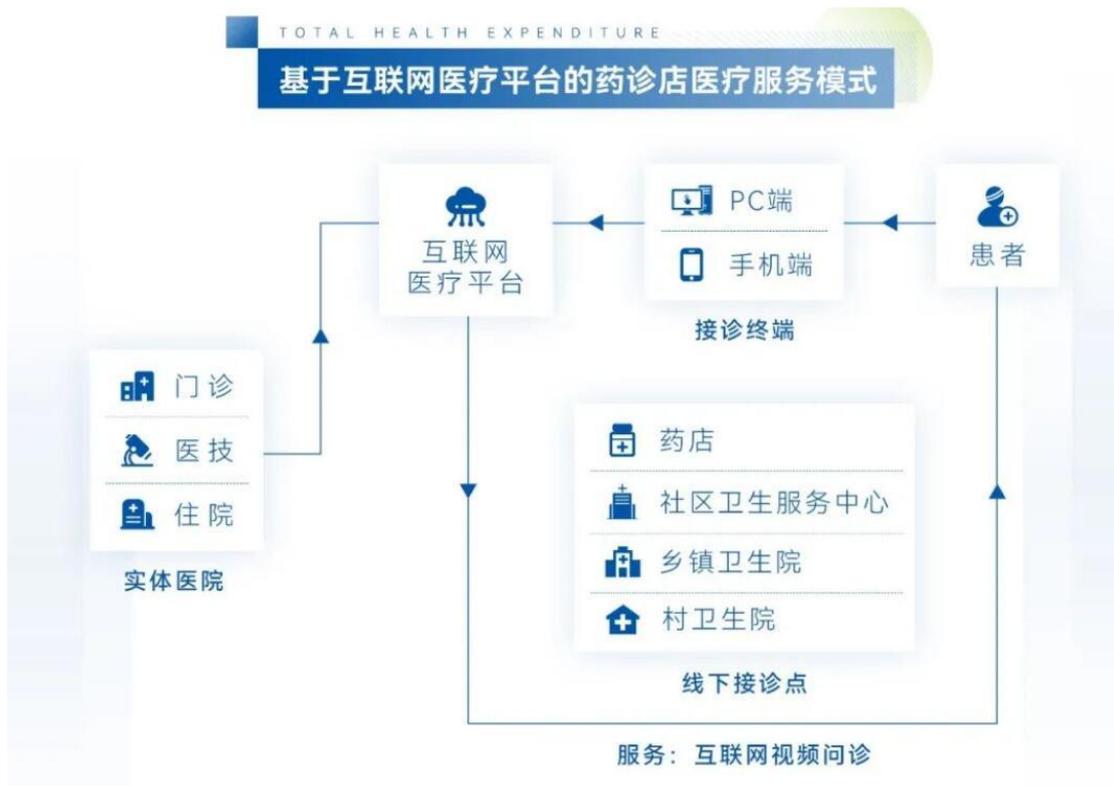
互联网医疗是互联网技术与医疗行业融合形成的一种新的业态，其标志为2014年10月正式上线的我国第一家互联网医院：广东省网络医院。我国医生数量特别是全科医师数量不足这一现实是催生互联网医疗在中国的广泛运用的重要原因。

##### 1、互联网医疗药诊店模式案例分析

广东省网络医院是公立三甲医院与民营互联网公司的结合体，其提供两种服务模式：其一是医联体医疗模式，通过互联网医疗平台将

省级医院与其所属的医联体内的各级医疗机构相连接，形成省、县、镇、村四级纵向联网的结构，将原有的线下医疗与线上医疗结合起来；第二种模式是基于互联网医疗平台的药诊店医疗服务模式(以下简称“药诊店模式”)，也是本文作为案例研究的对象。

该模式是在零售药店内设置接诊终端接入互联网医疗平台，使零售药店成为可提供专业医疗服务的互联网医院线下接诊点。在药诊店店员的协助下，患者通过接诊终端与平台坐诊医师通过互联网视频问诊，在获得电子处方并付费后直接在该药店取药完成常见、多发、慢性病复诊。特殊性表现在：药店没有线下医生也可提供诊疗服务。



基于互联网医疗平台的药诊店医疗服务模式

统计该模式自2014年10月正式上线至2019年12月共计五年多的运营情况，可得出如下两个结论：第一，可提供大规模医疗服务。

从线下接诊点数、在线医生数和诊疗人次三个方面看，其线下接点数量逐年增加，由 2014 年的 156 个增加至 2020 年的 78769 个，扩大了 270 倍；线下接诊点覆盖区域由广东省扩大至中国大陆除青海省、西藏自治区以外的 29 个省级行政区。

医生数总体呈上升趋势，其医师团队由医院自有医师和多点执业医师组成，2019 年平台医师数量首次突破 1000 人，达到 1054 人；年诊疗人次超千万，2018 年诊疗量首次突破千万人次，至 2020 年更达到 7023.89 万人次，日均诊疗人次从 2014 年 22 人次增长至 2020 年 19.19 万人次。医生人日均服务人次呈逐年上升趋势，从 2014 年日均服务 0.46 人次上升至 2020 年 114.85 人次。

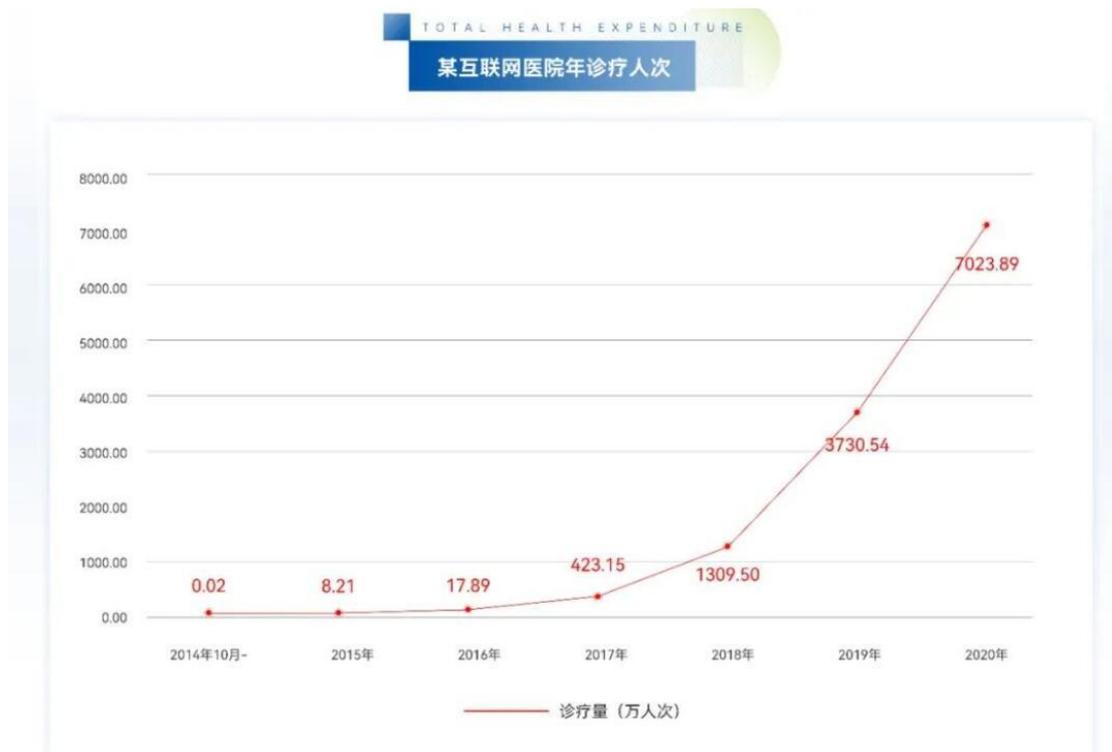
分析也发现，该院每日接诊高峰期在 12-14 时以及 18-22 时，周六、周日接诊次数普遍多于工作日。

TOTAL HEALTH EXPENDITURE

某互联网医院线下接诊点数、医生数、日均问诊量

年度	线下接诊点 (个)	医院日均问诊量 (人次)	医生人数 (人)	医生日均问诊量 (人次)
2014年10月25-	156	22.65	48	0.46
2015	2085	224.90	122	1.84
2016	2959	490.02	152	3.22
2017	18502	11593.18	937	12.37
2018	26891	35876.59	418	85.83
2019	51126	102206.45	1054	96.97
2020	78769	191909.61	1671	114.85

某互联网医院线下接诊点数、医生数、日均问诊量



某互联网医院年诊疗人次

第二，就诊者多为患常见、多发病复诊的成年人。下图为2014-2019年五年的接诊患者年龄统计，可见该模式接诊患者以青、壮、老年为主，集中于28岁以上人群，其中50岁以上患者占36.34%；28-50岁患者占52.13%，超过半数。

年份	疾病1	疾病2	疾病3	疾病4	疾病5	疾病6	疾病7	疾病8	疾病9	疾病10
2014	咳嗽	上呼吸道感染	急性上呼吸道感染	肺炎	感冒	失眠	肾功能紊乱(未特指)	咽炎	气管炎	急性鼻窦炎
2015	上呼吸道感染(未特指)	急性上呼吸道感染	喉痛	月经失调	急性咽喉炎	痤疮	胃炎	糖尿病(未特指)	消化不良	腰痛
2016	急性咽喉炎	急性上呼吸道感染	上呼吸道感染(未特指)	咳嗽	感冒	月经失调	消化不良	月经不调	胃炎	阴道炎(未特指)
2017	急性支气管炎(未特指)	高血压	急性咽喉炎	扭伤	急性扁桃体炎	急性支气管炎	支气管炎(未特指)	鼻窦炎	1型糖尿病	泌尿道感染
2018	急性支气管炎(未特指)	腱鞘炎	高血压	急性咽喉炎	急性咽喉炎	鼻窦炎	支气管炎(未特指)	急性支气管炎	泌尿道感染	湿疹
2019	急性支气管炎(未特指)	高血压	急性咽喉炎	颈椎病	支气管炎(未特指)	急性咽喉炎	鼻窦炎	泌尿道感染	足癣	急性肺炎

互联网医院接诊患者疾病种类前十位

从接诊患者疾病种类看，该院上线至今，主要接诊常见、多性、慢性病等等，其中以呼吸道、消化道等方面的疾病为主。对药诊店模式的效益进行研究发现，其可为居民提供高效、便捷、安全的医疗服

务，有效满足居民的需求。



某互联网医院接诊患者年龄情况

## 2、互联网医疗的两个特性

互联网医疗具有跨越时空和减少重复劳动提高工作效率的基本特征，从该案例还可观察到其另外两个明显的特性。

### (1) 形成医疗资源的相对增量

#### 第一，形成医师资源的相对增量

首先，提高单位时间工作效率。借助互联网医疗平台可实现医疗数据信息化、医疗服务流程化，简化大量重复性工作；其次，提高单位时间内工作饱和度。

互联网医疗平台使医疗服务不受地理空间限制，可减少医师空置时间，使其单位时间工作饱和度增高；第三，增加医生额外的执业时间，医师可充分利用业余时间通过在平台上开展多点执业服务线上患者，从而形成执业时间增量。

## 第二，形成医疗机构物理空间的相对增量

复诊患者其病情相对稳定、治疗方案明确，非常适用互联网医疗方式。实体医疗机构通过平台的线上虚拟空间换取了线下物理空间，最终在不增加线下门诊空间的情况下，提升门诊服务效率，从而获得物理空间的相对增量。

## 第三，形成医疗资源的倍增效应

互联网医疗跨时空连接的特性，加上以上两点，便可开展大规模的医疗服务，形成资源的放大和倍增。从这个案例我们可看到，相比2018年我国医院医师日均诊疗为7.0人次，药诊店服务模式医师日均接诊达114.85人次，日均服务患者总量超过19万人次，全年累计为基层提供超过7000万人次的诊疗服务，大规模地增加了基层医疗卫生服务供给。

### (2) 形成全科与专科分类分级协作机制

药诊店线上坐诊医师主要为常见、多发、慢性病患者提供复诊服务，对需要专科诊治的患者，医师可及时将其转诊至与平台合作的线下实体医院诊治；而需在线下实体医院中进行康复的患者亦可转至互联网医院平台进行复诊和健康管理，这样就形成了全科与专科分类分级分工协作机制。

## 二、互联网医疗的优势在疫情期间更加突显

“新冠”疫情突发以来，互联网医疗的需求激增，常见、多发、慢性病复诊患者通过互联网医疗方式就诊，在客观上形成了分级诊疗

格局。

由广东省卫生健康委和广东支援湖北荆州医疗队前方指挥部联合组建的荆州广东互联网医院自2020年2月29日上线后的18天内，总访问量达到10.16万人次，平均每日服务人数逾2000人次，共为约4万名患者提供互联网诊疗服务。

广东省某互联网医院自2020年2月至4月的三个月内日均接诊量均超过10万人次。其他互联网医疗平台的服务量也在“疫情”期间快速增长，“平安好医生”日新增用户数是“疫情”前的10倍，最高日接诊超过28万人次。

相比之下，实体医疗机构诊疗人次下降明显，据不完全统计，2020年1月-3月，某市各类医疗机构日均诊疗人次均大幅下降；医疗机构总诊疗人次下降超过四成，其中医院下降达39.32%。



某市医疗机构日均担负诊疗人次(2016-2020年)



某市医疗机构总诊疗人次增长率 (2016-2020 年)

客观上形成分级诊疗格局的原因主要有三：

第一，实施居家隔离政策。

在“疫情”初期，大部分患者就医仍选择直接前往医院和实体医疗机构，存在着交叉感染的风险。之后，出于预防感染和病源隔离的硬性要求，实体医疗机构缩减或关闭了门诊服务，传统线下就医渠道变窄。分析某市数据发现，不仅医院诊疗人次下降，基层医疗机构的诊疗人次下降幅度达 47.2%。

第二，互联网医疗需求增加。

为缓解就医刚需，实体医疗机构纷纷启动互联网医疗方式为患者提供医疗服务，而患者的就医观念和就医习惯也因疫情发生重大变化，逐渐接受互联网医疗方式，互联网医疗的需求大幅度增加。

第三，部分地区将互联网医疗纳入医保基金支付范围。

北京市、武汉市等地区为缓解医院诊疗压力,降低复诊患者线下就医、购药交叉感染的风险,将部分互联网医疗项目纳入医保支付范围,从一个方面支撑了互联网医疗方式,增强了其对患者的引流效应。实际上,借助“新冠”疫情,我国就互联网医疗能否形成分级诊疗格局进行的一次“社会实验”,其结果证实了此方式有助于分级诊疗格局的形成。

### 三、政策建议

作为有着 14 亿人口的世界第一人口大国,要建立一个在服务质量、服务可及性和医疗资源投入三方面形成最佳匹配的医疗服务体系,实施分级诊疗制度无疑是最佳选择。

从医改的实践来看,要将分级诊疗落到实处,在国家从经济上进一步加大投入的基础上,要在宏观政策上建立“四医”联动的机制,医疗服务、医疗保险、医疗改革和医学教育等四个方面的举措要相互协调支撑,形成综合效应。

建立实体医院与互联网医疗线上线下相结合的整合型分级诊疗模式针对地域广阔且医疗资源相对短缺的现实,建立实体医院与互联网医疗线上线下相结合的整合型分级诊疗模式,可能是后疫情时代我国建立分级诊疗制度的最佳选择。

该模式将分级诊疗路径分为实体医院和互联网医疗两种方式。实体医院方式是指基层医疗卫生机构、二级医院和三级医院等线下实体机构之间形成的线下分级诊疗路径;互联网医疗方式则是基于互联网

医疗平台与设置在基层的线下接诊点和移动端，将医生和患者连接起来，两个路径有机结合，互为补充，形成线上线下(“双线”)相结合的整合型分级诊疗模式。

互联网医疗的加持不仅形成医疗资源的增量，提高服务可及性，其规模效应大大降低整个系统的运作成本。



实体医院与互联网医疗线上线下相结合的整合型分级诊疗模式

### 1、互联网医疗纳入医保并开放首诊

受制于以下两个政策“痛点”，目前的互联网医疗覆盖面比较窄，主要是在患常见、多发、慢性病的非医保人群复诊时使用。

第一，尚未纳入医保支付范围，患者线上就医不能使用医保，医保复诊患者仍首选实体医疗机构；第二，尚未开放线上首诊，患者需先到实体医疗机构首诊。

建议，在视频问诊和医药、医保和处方监管平台接入的条件下开

放常见、多发病在线首诊并纳入医保，在门特医保支付试点的基础上，将慢性病复诊完全纳入医保支付范围，充分释放互联网医疗的特点和能量。

## 2、实行“首诊在全科”的政策

首诊依赖于医保经济杠杆的调节是分级诊疗制度难以落地的主要问题。要将“首诊在全科”作为分级诊疗的第一要求，并制定相应法规支撑，将弹性选择转为刚性约束。要将医疗服务的分类和医疗机构的层级协调起来，形成“先全科后专科”，由初级到高级的就医秩序。

## 3、解决好全科医师培养和使用相脱节的问题

目前全科医师是互联网医疗服务的主要提供者。经过规范化培养的合格全科医师是建立全科医师制度和强基层的关键，也是实现“首诊在全科”的前提。

加大全科医师的培养力度，从体制的规定性和机制的保障性与激励性两方面解决全科医师培养和使用相脱节的问题，如建立有人数限定的招生制度和有针对性的培养体系、制定适合全科医师的职称评审政策、从制度的角度保障全科医师对更好生活的追求。

[返回目录](#)

## 案例分析 | “低倍率病例”背后的医院管理问题

来源：中国医疗保险

“医院是不是有肿瘤患者带药入院？”

“你怎么知道!”

以上对话经常出现在和医院管理者的沟通中，不少人疑惑是如何快速发现这些问题。其实有时候医院的行为就藏在自己的数据中，通过一点分析就显露无疑。这期我们就来分享一下如何从“低倍率病例”这个蛛丝马迹，顺藤摸瓜找到背后的临床或管理问题。

首先我们要了解一下，什么是低倍率病例?DRG 支付中引入了偏差病例校准机制，对于实际医疗费用低于一定标准的病例视为低倍率病例，或费用偏低病例。随着政策的推进，低倍率越来越被关注，也有医院将低倍率病例比例纳入到绩效考核中。

### 低倍率病例对医院的影响

低倍率病例带来亏损。多数地方对这样的病例不按原定 DRG 支付标准足额付费，而是按患者的实际医疗费用支付，或是将实际费用折算成 DRG 点数/权重后支付。如果是后者，那么就可能出现支付金额少于实际费用的情况，产生亏损。除此之外，如果医院某些病组的低倍率病例过多，还会影响到对应的病组系数、病组支付标准，甚至是医院的机构系数，导致来年的医保支付也被迫打上折扣。

低倍率病例是医保监管的重要切入点。低倍率病例出现的背后很可能是医疗治疗的不足，或者医院对入院标准疏于把控，因此医保局也会重点关注医院这部分的病例。例如，福建省南平市的 DRG 付费年终考核中，将“低住院天数人次占比(日间手术病例除外)”作为考核项，将低住院天数人次占比与全市同类医院平均水平比较，每超过

1%扣 0.2 分，该考核分数与 DRG 付费的年终清算直接挂钩。

除了支付上的问题，低倍率也能反映一些医院管理的薄弱点。有的低倍率病例产生是医生病案填写或者编码员编码不妥导致，及时纠正这些行为不仅能给医院规避监管风险，也有利于质控和医院绩效考核方面的工作。

### 低倍率病例产生的常见原因和数据分析

那么医院低倍率病例产生的常见原因有哪些，如何对这些病例进行分析呢？我们接下来将从几个模拟案例入手，来顺藤摸瓜找到原因。

案例一：

某医院 RU19 和 RE15 两个病组的治疗费用集中在药品，药占比均大于 60%，主要使用了各类抗癌药品。进行年度数据分析时，医院发现这两个病组的低倍率占比均大于 30%，且与地区均费有明显差异。

病种编码	病种名称	低倍率比例	次均费用(元)	地区均费(元)	平均住院天数	药占比(%)	耗占比(%)
RU19	与化学和/或靶向、生物治疗有关的恶性增生性疾患	34.93%	2,4xx	5,3xx	3.2	61.54	0.59
RE15	恶性增生性疾患的化学和/或靶向、生物治疗，不伴并发症或合并症	33.33%	3,0xx	5,2xx	5.1	66.31	0.72

#### 推本溯源——患者带药入院

为了保障国家谈判药品可及性，推动谈判药品落地，多地对国家谈判药品以及部分特殊药品采取了“双通道”政策，通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道满足患者用药需求。也就是说，当患者因病情需要使用国家谈判药品时，医疗机构提出用药方案，患者在院使用，如果医院没有采购该药品，则可以通过外配电子处方，让患者在

“双通道”定点零售药店购买使用。但由于部分药品为注射使用，患者仍需要回到医院使用。在该场景下，外购的药品费并不算入住院患者的医疗总费用中。因此，在一些涉及到高值药品使用的病组中，很容易出现低倍率病例，不仅影响单个病例的支付，这部分费用的缺失还会一定程度上拉低明年对应病组的支付标准，甚至是医疗机构系数。当出现这种情况时，医院应当及时将医院常用的双通道药品采购入院。值得一提的是，浙江省已有多地尝试将双通道药品也算入病例的医疗总费用中，从源头杜绝了这种情况。

#### 案例二：

某医院 CB1(玻璃体、视网膜手术)病组药占比超过 50%，也属于以药品费为主要治疗费用的病组，低倍率比例高达 61.29%。

病种编码	病种名称	低倍率比例	次均费用(元)	地区均费(元)	平均住院天数	药占比(%)	耗占比(%)
CB19	玻璃体、视网膜手术	<b>61.29%</b>	2,4xx	5,8xx	3.3	52.04	0.35

#### 推本溯源——患者带药入院

住院号	手术费	西药费	耗材费	检查费	护理费	其他费用	住院总费用
低倍率病例							
XXXXXXX	508	<b>28.77</b>	524.1	30	59.8	70.57	1,2xx
XXXXXXX	508	<b>29.57</b>	387.2	30	59.8	50.99	1,0xx
XXXXXXX	508	<b>29.57</b>	354.1	30	59.8	54.59	1,0xx
XXXXXXX	508	<b>29.57</b>	387.2	30	59.8	46.59	1,0xx
XXXXXXX	508	<b>15.54</b>	400.9	30	59.8	54.59	1,0xx
.....							
正常病例							
XXXXXXX	348	<b>4025.98</b>	397.7	30	59.8	65.22	4,9xx
XXXXXXX	508	<b>3979.57</b>	426.2	30	59.8	54.59	5,0xx

经细查，89%的患者主要诊断为“黄斑囊样水肿”，主要操作为“玻璃体药物注射术”，将低倍率病例的费用结构与同病组正常病例

比较后发现，低倍率病例的药品费极低。细查病例信息后发现，低倍率患者主要使用了康柏西普、阿柏西普、雷珠单抗等高值药物，均为当地双通道药品，因为入院带药成为低倍率病例。

### 案例三：

某医院 FU29(心律失常及传导障碍)病组的低倍率占比偏高，该病组为内科治疗病组。

病种编码	病种名称	低倍率比例	次均费用(元)	地区均费(元)	平均住院天数	药占比(%)	耗占比(%)	15日再入院率
FU29	心律失常及传导障碍	<b>23.08%</b>	2,8xx	3,4xx	3.4	8.81	21.43	2.56%

### 推本溯源——低标准入院

细查发现，和正常病例相比，低倍率病例的平均住院日为 1 天，而正常病例的平均住院日为 4 天，有明显区别。住院仅 1 天的病例很有可能是患者本身的病情较轻，可以在门诊完成治疗，费用也低，反映出医院对于“心律失常及传导障碍”患者的入院标准较低，后期需要严格把控。此外，该病组的 15 日再入院率也明显偏高，提示临床可能存在分解住院的行为，需查实规制。

病例类型	平均住院日	平均医疗总费用	药费	检查费	化验费
低倍率病例	<b>1</b>	62x.xx	132.49	132.66	351.93
正常病例	<b>4</b>	27xx.xx	301.40	877.52	829.95

### 案例四：

某医院贫血相关的 QS49 和 QS19 两个病组的低倍率病例均偏高，且次均费用和地区均费有明显差异，提示医院对贫血相关的病例的治疗或者病案填写上可能存在失误。

病组编码	病种名称	低倍率比例	次均费用(元)	地区均费(元)	平均住院天数	药占比(%)	耗占比(%)	15日再入院率
QS49	其他贫血	50.91%	2,3xx	5,9xx	3.3	11.22	0.94	7.30%
QS19	红细胞病及营养性贫血	50.00%	2,5xx	5,1xx	4.7	8.21	1.23	3.54%

### 推本溯源——主要诊断选择错误

在 ICD-10 疾病诊断编码中，以病因为轴心将贫血分为四大类以及未特指的贫血，CHS-DRG1.1 对应的 ADRG 分组为 QS1、QS2、QS3 和 QS4。

编码名称	ICD-10编码	说明	ADRG
营养性贫血	D50-D53	铁、维生素B12、叶酸等造血原料不足或利用障碍所致贫血	QS1 红细胞病及营养性贫血
溶血性贫血	D55-D59	红细胞遭到破坏，当溶血超过骨髓的代偿能力引起的贫血	QS2 溶血性贫血
再生障碍性贫血	D60-D61	由不同病因和机制引起的骨髓造血功能衰竭症	QS3 再生障碍性贫血
急性出血后贫血	D62	根据失血速度分类	QS4 其他贫血
未特指的贫血	D64.9	无法明确上述病因的贫血	QS4 其他贫血

该医院 QS19 中的 83%低倍率患者的主要诊断是“肿瘤性贫血”，主要操作为“红细胞输入”。根据《中国临床肿瘤学会(CSCO)肿瘤相关性贫血临床实践指南(2021 版)》，肿瘤患者贫血的原因有溶血性贫血、营养缺乏(铁、B12 等)，或者是放化疗诱导的骨髓抑制等。经细查病例，发现病例的检查化验费比本院 QS19 病组的其他病例低约 2000 元，与同地区其他医院相比低约 5000 元。因此推测这部分病例未查明病因，未选择正确的主要诊断，成为了低倍率病例。

另外，该医院 QS49 病组 56%的低倍率病例主要诊断为“重度贫血”，主要操作均为“红细胞输入”但这些病例的其他诊断中明显存在可以进入低权重病组的诊断。如住院号 01 的患者如果选择“地中海贫血”为主要诊断，那么就会进入 QS25 病组，当地权重为 0.19，处在正常病例的治疗费用区间，但编码员选择了“其他贫血”作为主要诊断，当地权重为 1.08，01 患者的治疗费用明显偏低，因此成为

了低倍率病例，这提示医院有“低码高编”的风险，应根据住院实情选择正确的主要诊断。

权重	病组名称及编码	主要诊断	低倍率比例
0.93	QS19 红细胞病及营养性贫血	肿瘤性贫血	83%
		缺铁性贫血	0%
		巨幼细胞性贫血，其他的，不可归类在他处者	0%
		维生素B12缺乏性贫血	0%
		慢性失血性贫血	0%
0.19	QS25 溶血性贫血，不伴并发症或合并症	<b>地中海贫血</b>	<b>0%</b>
		<b>阵发性睡眠性血红蛋白尿</b>	<b>0%</b>
1.11	QS31 再生障碍性贫血，伴严重并发症或合并症	溶血性贫血	0%
		全血细胞减少	0%
0.79	QS33 再生障碍性贫血，伴并发症或合并症	再生障碍性贫血	100%
		重度再生障碍性贫血	100%
0.55	QS35 再生障碍性贫血，不伴并发症或合并症	全血细胞减少	0%
		化疗后骨髓抑制	100%
		<b>再生障碍性贫血</b>	<b>0%</b>
1.08	QS49 其他贫血	骨髓抑制	0%
		<b>重度贫血</b>	<b>56%</b>
		贫血	60%
		中度贫血	0%
		急性出血后贫血	50%
		肾性贫血	0%

住院号	其他诊断
01	地中海贫血
02	阵发性睡眠性血红蛋白尿
03	阵发性睡眠性血红蛋白尿
04	再生障碍性贫血
05	再生障碍性贫血
06	再生障碍性贫血

通过以上案例，我们可以发现分析低倍率病例对医院的意义远不止医保支付，更重要的是帮助医院发现在管理的问题、政策衔接的问题等。相对的，要降低病组低倍率占比也需要追根溯源，找到真实原因，对症下药才行。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

医保局发文，医院集采的二次“砍价”要动真格了？

来源：新康界

3月22日，吉林省医保局下发《关于开展吉林省公立医疗机构药品集中采购的公告》，吉林全省所有的公立医院组成采购联盟进行

集中采购，表面上，本次集中采购的规则是联动全国最低价进行限价采购，但背后核心是允许公立医院进行二次议价，放开了医院议价权。



行业专家王鹏表示，在零差率销售的规定下，原本医院是没有动力进行二次议价的，但医保支付方式改革的快速推进，尤其是 DRG、DIP 打包支付模式下，药品、耗材的费用已经成为医院的成本所在，医院降价动力已经十足。以往医院的二次议价被严格限定，现在医保给医院放开了许可，医院终于可以撸起袖子砍价了。

这并不仅仅会是吉林一省的行为。去年，国家医保局在相关提案的回复中已经明确表态，支持公立医院成为集采的主角之一，这意味着全国性二次议价大门已经打开。

2015 年，医院二次议价曾经让不少医药人至今记忆犹深，现在以往的历史要重演了。在以往的二次议价中，原研药因有“质量优势”，价格很坚挺，而现在有了一致性评价，原研药或很难再继续坚挺了。

**药企，做好全国大范围降价的准备了吗？**

### 1、医院可在限价范围内，与企业自由议价

吉林省公告表示，鼓励各医疗机构通过吉林省公共资源交易平台

议价谈判，进一步降低药品实际交易价格。各医疗机构可根据临床用药需求，自主与相应的企业开展议价谈判工作，并确定采购价格。医疗机构与企业谈判确定的采购价格不得高于限价，且不得高于本单位的现行采购价格。医疗机构应通过吉林省公共资源交易平台按照确定的采购价格开展网上采购交易。

去年，国家医保局在对中国农工民主党界的提案答复中，表态公立医院也可以作为采购主体，其原话是：对于国家和地方集采以外的药品，实行省级医药采购平台挂网采购，对这类药品，在医保部门指导下，医疗机构可开展联合采购、专项采购或委托第三方开展集团采购，形成多元采购方式。

言外之意是，公立医院也将成为集中采购的主体之一，那么公立医院将如何进行采购？吉林省给出一种采购方式，在限价的范围内，允许公立医院和药企自由议价。

公告显示，本次集采的范围不包括这些药品：国家及省级部门公布的短缺药品、妇儿专科及急抢救药品、国家谈判药品(协议期内)、国家谈判药品(协议期内)仿制药、国家谈判药品(竞价)目录同通用名同剂型药品按照现有规定挂网采购。麻醉药品、精神类药品等按照国家规定执行，不在本次招标范围内。已在省公共资源交易平台挂网因投标企业申请暂停挂网的药品，自暂停之日起未满足一年的，不得申报本次招标项目。

值得关注的是，即使是国家、省级集采的品种，也在本次集中公

立医院集中采购范围内，也可能面临降价。

同时，申报企业被列入当前《全国医药价格和招采失信企业风险警示名单》被评定为“特别严重”失信等级的，不得参加本次项目。

其限价基本是联动全国最低挂网价，不包括带量采购价、医院等二次议价的价格，如价格来源省份少于两个省的(含两个省)，则选择相应省份填报，其余省份填报“无”即可。没有价格来源省份的，三个省份均选择填报“无”，并填报“期望价”。

## 2、DRG、DIP 的执行，医院全面动起来

除了吉林省，河南和宁夏也开始了公立医院集中采购。在河南，该省三级公立医院组成了采购联盟，对药品和耗材进行联盟采购。如最近，郑大一附院和河南省人民医院牵头组成了医用耗材采购联盟，对神经介入类、外周介入类医用耗材进行联合采购。宁夏公立医院采购联盟和河南类似，也是由三级医院牵头组成采购联盟进行带量采购。

相比吉林省采购联盟，河南和宁夏的公立医院采购联盟，不仅集合了当地知名三级医院，且是带量采购，药企的降价压力可能更大。

医院有降价动力吗？王鹏表示，国家医保支付方式的改革已经给医院提供了充足的动力。

根据国家医保局已经印发的《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/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。

据国家医保局发布的 2022 年医疗保障统计快报，2022 年，206 个统筹地区实现 DRG/DIP 支付方式改革实际付费。实际付费地区中，按 DRG/DIP 付费的定点医疗机构达到 52%，病种覆盖范围达到 78%，按 DRG/DIP 付费的医保基金支出占统筹地区内医保基金住院支出比例达到 77%。

有医院表示，很多病种执行 DRG 付费后，即使是表面上有医保结余的病种，如果算上成本，那么实际上也可能存在亏损；而名义上有亏损的，实际上亏损可能更多。

该文指出，要介绍亏损必须加强成本管控，这其中耗材和药品是大头，安徽省立医院医保处处长介绍说，他们每个月都会通报药占比、耗占比高的科室，并进行分析，根据分析的结果，提出针对性意见，比如用国产替代进口，尽量少用或不用材料，减少预防用药，重新招标一些性价比更高的产品。

[返回目录](#)

### 没有“带量”，牙冠竞价挂网如何降价？

来源：人民日报

“当天竞价挂网分两个阶段，企业价格申报和申报产品信息公开。”3月20日上午10点，在四川省成都市进行了牙冠竞价挂网申报信息公开大会，经过5个小时竞价，107家企业的767条产品获得拟入围资格，产品入围率88%，拟入围均价327元。

## 5 小时竞价，牙冠进入百元时代

“总算可以松一口气了，进入 327 元的全瓷牙冠时代了。”3 月 20 日晚 7 点 15 分，经过了一天紧张的牙冠竞价挂网工作，四川省药械招标采购服务中心工作人员萧月(化名)在朋友圈写下如此感受。

3 月 20 日早上 10 点到下午 2 点，企业先在线进行价格申报；下午 2 点到 3 点，四川省药械招标采购服务中心对企业申报的价格进行信息公开、核算和排名，随后在官网发布拟入围产品公示，整个竞价和信息发布过程持续 5 个小时，竞价现场在公证人员和监督人员监督下，做到了平稳有序、公开透明。

种植牙费用大致分为种植体、牙冠和医疗服务价格三个部分。牙冠集采是破除种植牙贵的最后一步。在此之前，种植体和医疗服务价格已降了下来。

为什么牙冠竞价挂网放到最后？四川省药械招标采购服务中心副主任刘坤告诉记者，相对前面两步，医疗机构实际采购牙冠的价格其实并不太高，之前由于一些医疗机构对牙冠实行打包收费或不合理加价，导致其总体价格相对较高，因此，本次竞价挂网的目的是在发现牙冠真实、合理价格的同时，又要尽量满足医疗机构多元化临床治疗需求，而不是一味追求绝对的低价。

这也让牙冠竞价挂网并不像种植体系统集中带量采购那样竞争激烈。110 家参与企业最终 107 家拟入围，仅淘汰 3 家；竞价期间，企业共申报产品价格信息 867 个，最终拟入围 767 个，产品入围率达

到 88%，拟入围均价 327 元。

### 未“带量”的牙冠竞价挂网

不同于以往耗材、药品等集中带量采购，此次牙冠集采没有采用集中带量采购的方式。刘坤介绍，本次牙冠集采竞价挂网，医疗机构没有填报采购需求量。

“带量”往往是医疗保障部门为了更好地集中“需求资源”，通过把“量”做大，来吸引中外企业广泛参与。为何牙冠没有“带量”采购？这与牙冠市场的特点有关。

牙冠产品多为个性化定制的非标准件耗材，须根据患者口腔实际情况定制，无法批量生产；同时，牙冠加工企业区域化特征明显，对牙冠打磨、修正等配套服务时效性要求高，产品生产成本差异大，采购需求量比较分散，不具备实施集中带量采购的条件。

不“带量”如何实现降价呢？为破解这一难题，四川在国家医疗保障局指导下，首次创新采用竞价挂网的方式。刘坤介绍，鉴于牙冠产品本地化加工、个性化生产、成本差异大和加工企业数量大、采购需求量分散等实际情况，本次选择了更为适合牙冠产品特性的竞价挂网方式，让企业通过竞价这种市场化竞争手段，产生入围产品并最终实现挂网采购。

竞价挂网是集中挂网采购的一种方法，是指在特定时间段内，企业报价后，由低到高通过价格竞争，在预设淘汰率的情况下，产生一定比例的拟入围产品，经信息公开、公示后获得挂网采购资格的一种

集中挂网采购方式。

#### 四步降价法挤压水分：平均价、10%降幅、末位淘汰等

“我们采取了四步降价法，挤出虚高价格水分，通过竞价发现牙冠产品的真实价格。”刘坤说。

第一步设置最高有效申报价，最高有效申报价就是在准确采集全省 1200 余家医疗机构历史采购数量及金额等信息基础上，通过大数据分析，针对原材料费用在牙冠加工成本中占比较高，且价格可控的核心因素，精准设置不同原材料牙冠产品的最高有效申报价。

第二步设置低于最高有效申报价 90%的报价要求。这意味着企业在最高有效申报价以下，还需再降价 10%，才能进入竞价环节。

第三步设置 70%淘汰率开展竞价。这意味着企业在第二步降价后，还要通过竞价排名，价格由低到高排名前 70%的产品获得拟入围资格，而排名靠后 30%的产品，将进入第四步环节。

第四步设置低于最高有效申报价 80%的拟入围规则，这意味着竞价环节被淘汰的 30%产品，必须在最高有效申报价下降价超过 20%才能获得拟入围资格，达不到的就会被淘汰。

通过这四步，牙冠竞价挂网达到了预期的降价效果，让牙冠价格更加合理、公开、透明，让群众获益。

四川作为牙冠竞价挂网的试点，为全国其他省(区、市)牙冠竞价挂网“打样”，接下来，其他省份会参照四川竞价后的牙冠挂网价格，组织本省牙冠加工企业开展竞价。四川省医疗保障局党组书记、局长

邓正权告诉记者，预计今年5月前，老百姓到医疗机构种牙时，便会享受到竞价挂网后的牙冠价格。

[返回目录](#)

## · 医保快讯 ·

### 落实全民参保，面临哪些问题与挑战？

来源：首都医科大学公共卫生学院

医疗保障是重大民生制度安排。全民参保既是我国基本医疗保障制度运行的原则和目标，更是更加成熟稳定医保制度建设的必然要求。

党的二十大报告中指出，社会保障体系是人民生活的安全网和社会运行的稳定器，要扩大社会保险覆盖面，加快完善全国统一的社会保险公共服务平台。

作为社会保障体系中的重要组成部分，医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的一项重大民生制度安排。党中央、国务院对此高度重视，并持续健全完善医疗保障制度。党的十八大以来，全民医保改革纵深推进，在破解看病难、看病贵问题上取得了突破性进展，建立起世界上规模最大的基本医疗保障网，全国基本医疗保险参保人数超过13.4亿人，覆盖面稳定在95%以上。

抓好参保是医保的根本使命。2021年9月，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》(以下简称《“十四五”医保规划》)，

要求“十四五”期间全面提升基本医疗保险参保质量，提出“落实全民参保计划，积极推动职工和城乡居民在常住地、就业地参保，避免重复参保，巩固提高参保覆盖率”。可见，“全民参保”既是《“十四五”医保规划》中的重要内容，更是医疗保障制度高质量发展的重点起点。

本文结合全国31个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团的各统筹地区资料整理，以及2个现场访谈与284份问卷调研结果，梳理了当前我国基本医疗保险参保的整体情况，在对相关工作成效进行客观总结的同时，提出全民参保目标的实施路径与机制，旨在为“十四五”时期推进应保尽保、基本医疗保障依法覆盖全民的目标实现提供相关依据。

### 全民参保工作的具体实施情况与成效

基本医保制度为参保群众依法合理享受基本医疗保障、促进人民健康发挥了重要作用。作为制度运行的首要环节，全民参保可谓是基本医保制度稳健可持续发展的基本保证。全民参保主要涉及参保人员核定、参保费用征缴等工作。目前全民参保工作基本上是由医疗保险经办机构统筹管理，税务部门负责保费的基数核定与征缴，此外，民政、人社等相关部门也会协调配合。

核定缴费基数是缴费管理的首个环节。职工医保是以工资收入水平为基数的。首先，参保单位要申报本单位缴费人数、该年度工资总额及职工个人该年度月平均工资。其次，职工个人按该年度本人月均

全部工资收入作为年度月缴费基数，月均工资收入低于年度统筹地区在岗职工月平均工资 60%的，以统筹地区在岗职工月平均工资的 60%作为月缴费基数；月均工资收入高于该年度统筹地区在岗职工月平均工资 300%的部分，不计入个人月缴费基数。城乡居民实行医保定额缴费。

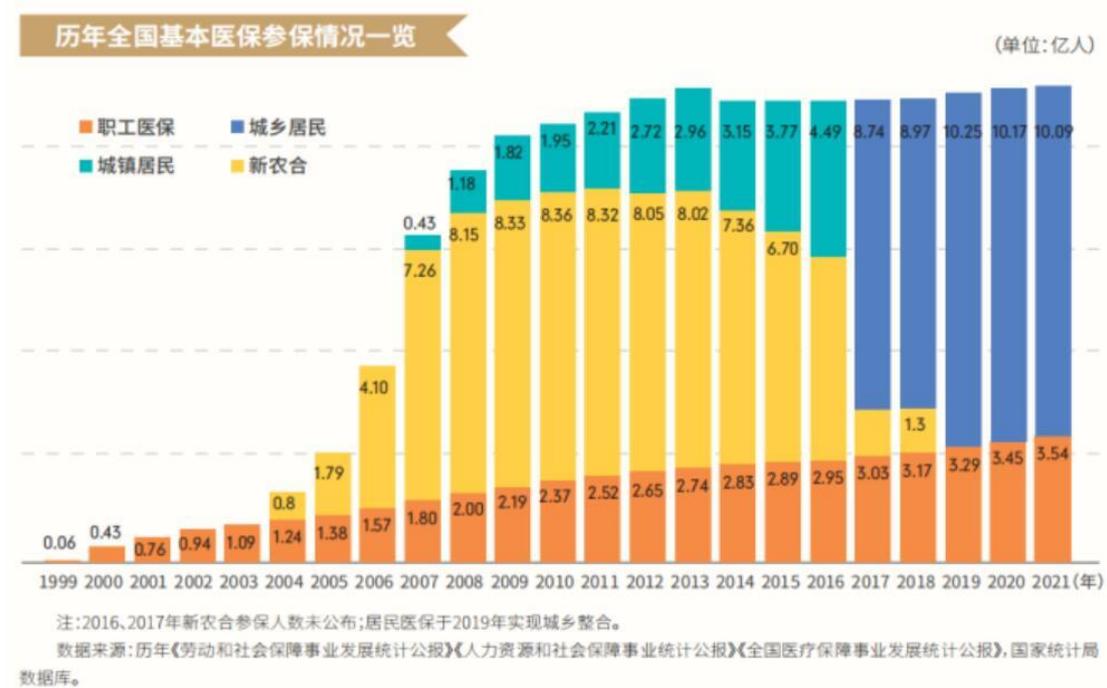
至于保费征缴流程，根据国务院和各省(自治区、直辖市)关于社会保险费征收体制改革的部署，2020 年 11 月开始，各地实现了由税务部门征缴保费。城镇职工用人单位每月向税务部门缴纳当月医保费，职工个人缴费部分由用人单位根据医保缴费政策代扣代缴；灵活就业人员按月向税务部门缴费，税务部门每月固定日期集中扣款。缴费方式包括到委托机构、银行、办税服务厅缴纳或者采用电子渠道缴费等多种方式。城乡居民则可线上线下缴纳医保费，其中线上一般是微信或税务 App，线下则多为税务窗口或固定银行柜台现场受理，或由村代办人员申请定期办结。医疗保险费征收到账后，参保人权益记录、关系转移、待遇支付等职能归属医保经办部门。

尽管参保工作繁琐细致、环环相扣，涵盖宣传、动员、参保、缴费等多个环节，并涉及不同部门、不同机构和大量群众，但是在全体人员的共同努力之下，近年来我国全民参保工作取得了显著成效。

一是基本实现医保制度全覆盖。我国建成了职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险二元结构的基本医疗保险体系，参保范围覆盖职工和城乡居民；与此同时，管理部门也统一整合到国家医保局，结

束了相对分散、碎片化的管理模式，基本实现了医保制度的全面覆盖和集中统一管理。

二是全民参保工作推进了参保人口覆盖面。我国基本医疗保险制度自建立以来，仅用了不到 20 年的时间就基本实现了人群全覆盖，参保率一直稳定在 95% 以上，这一伟大成就不仅受到国际社会的高度肯定，更是成为中国特色医疗保障制度的突出亮点。从人数上看，基本医保参保人数从 2010 年的 12.6 亿人上升至 2021 年的超过 13.6 亿人，且近年来基本医保参保率始终稳定在 95% 以上(如下图所示)。



三是各地政府高度重视参保工作。为了进一步提高基本医保参保质量，切实保障群众权益，优化参保缴费服务，2020 年 8 月，国家医保局、财政部、国家税务总局联合印发《关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》，要求以实现覆盖全民、依法参保为目标，以完善经办管理政策为重点，以信息系统互联互通为手段，巩固提高

统筹层次，加强部门数据共享比对，严格控制重复参保，大力提升参保质量，切实维护参保人医保权益，稳步做实全民参保计划。此后，天津、山西等七省份根据文件精神，就加强和改进基本医疗保险参保工作提出相应实施意见。江苏、浙江等 21 个省份就参保经办流程、基数申报、费用征缴等具体流程出台了实施方案。北京、天津等地区为完善针对特殊人群参保政策出台了具体规定。

四是参保手段的信息化水平不断提高。随着互联网新兴技术手段的快速发展，越来越多的信息技术应用到医保经办管理工作中，更好地推进了高效率 and 高质量参保登记业务。很多地区已实现了省内甚至跨省参保信息的查重比对，实现了医保关系转移接续业务环节的在线对接和管理。国家统一的医保信息平台上线后，更是有效治理了地区间的重复参保问题。在便民惠民服务方面，也实现了企业参保一次办理、“出生一件事”办理，不仅工作流程进一步简化，也呈现出“线上+线下”互联互通的医保服务新格局，医保管理工作成效显著提升。

### **聚焦问题补齐短板，明确改革目标**

习近平总书记高度重视参保工作，多次强调要扩大社会保障覆盖面。如果说医保是化解患者疾病费用负担、有效防范因病致贫返贫风险的基础条件，那么参保则是确保群众获得基本医疗保障的根本前提。

在肯定基本医保参保率持续稳定在 95%以上成绩的同时，也要看到，在城镇化加速、跨地区人口流动性增强的背景下，我国在落实全

民参保计划这一目标过程中，仍然面临着不小的问题与挑战。

### 部门间职责还需进一步厘清

由于社会保险征缴政策相关文件尚未修订，导致多地医保部门与税务部门职责不够明晰。医保缴费纳入税务系统后，医保系统和税务系统还存在权责不对等的情况，尤其是税务部门接管保费征缴后，对城乡居民保费的征收管理处于“被动收缴”状态，在督导扩面、参保稽核等工作中尚未形成明确的权责分工。医保、税务、财政三部门间有效的数据对账机制尚未建立，医保部门与税务部分仍以入库信息作为记账凭证，数据传输时效性、安全性、准确性均仍待进一步提高。

### 部门间数据共享仍存壁垒

调研中多个统筹地区均在反映，与人社、财政、民政等建立数据共享交换机制较为困难，特别是公安系统的人口数据难以获取，无法对未参保人员进行有效筛查。除部门间协调困难、数据共享存在信息壁垒外，还有部分统筹地区反映医保数据与社保其他系统(如基本养老保险系统)核对差异大。

尽管全国统一的医保信息平台已经全面上线启用，但目前还处于新旧系统交替时期，各项功能仍在不断完善当中，也尚未完全实现与其他部门之间的数据共享和交互。

### 各地参保率计算口径并不一致

目前，参保率仍是衡量各统筹地区基本医疗保险覆盖程度的重要指标。参保率指实际参保人数与应参保人数的比值。对于实际参保人

数，各地主要使用系统中现成的参保数据，相对精确；但在应参保人数统计方法上，各统筹地区则不尽相同。调研发现，16.7%的统筹地区应参保人数数据来源于公安部门，22.2%的统筹地区数据来源于医保部门，另有5.6%和3.0%的统筹地区数据来源于人社部门和税务部门，而还有52.5%的统筹地区选择“其他”选项，主要包括使用多个部门联合提供的数据或统计年鉴、公报和人口普查数据等。各统筹地区对于应参保人数的计算方式存在很大不同，这也势必影响参保率计算的精准程度。

### 流动人口存在漏保现象

参保率稳定在95%以上，意味着有约5%的人群尚未参保。这些未参保人群主要包括流动人口、已购买商业保险人群、灵活就业人群、低收入人群、精神病患者或无法确认身份人员等，其中流动人口占据大多数。

问卷调查显示，未参保原因排序前三位分别为：“流动人口”占60%，“身体健康，不愿参加”占50%，“经济困难”占31%。

就业流动性大，且大部分为灵活就业人员，收入不稳定，很多人正值壮年疾病风险较低、参保意识不强，这些都是阻碍流动人口参保的主要原因。尽管他们也可以选择参加户籍地居民医保，但是在参保及看病就医过程中存在较多不便。

### 特殊人群参保政策有待完善

问卷调查发现，应参加城乡居民医保却未参保者中以特殊群体居

多，甚至还存在一个人具有多种特殊身份的情况。由于目前大部分地区医保与公安部门之间的户籍信息尚未实现动态共享，各地常住人口底数不清，造成对这部分人群的参保护面工作推进困难。

笔者在调研中发现，尽管 70%的统筹地区出台了特殊人群参保政策，但是很多地方在针对出国、参军、羁押、留置、服刑和刑满释放人员等群体的医保认定时间、医保缴费及待遇保障方面还是缺乏政策依据。根据《中华人民共和国军人社会保险法》，“军人服现役年限视同职工基本医疗保险缴费年限，与入伍前和退出现役后参加的职工基本医疗保险缴费年限合并计算”，但在具体计算方法上没有明确说明，工作中不易操作。另外服刑期满后是否能够恢复其原有的医保关系和医保待遇，目前国家也没有明确的政策规定，这部分人群的信访问题日益突出。

[返回目录](#)

## 数据看医保：实现了参保结构不断优化、三医协同治理能力不断提升

来源：金豆数据

党的二十大报告对社会民生事业提出了“增强均衡性和可及性，扎实推进共同富裕”的总要求。作为社会民生事业重要组成部分的医疗保障事业是实现发展成果人民共享、扎实推进共同富裕的主要载体和途径。2022 年统计快报的数据显示，我国医保的参保结构不断优化，物质保障基础不断稳固，三医协同治理能力不断提升，医保公共服务可及性不断增强，在推动医保高质量发展上迈出了坚实步伐。

## 一、参保结构不断优化

我国医疗保障的制度主体是包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险在内的社会医疗保险制度。基本医保的参保结构直接影响着制度的可持续性以及保障效能的发挥。医保的参保结构要与人口结构、就业结构的变化相适应。从 2022 年的统计快报看，参保结构的优化主要体现在两个方面：

首先，重复参保问题得以进一步解决。重复参保不仅参保人有重复缴费的负担，而且也给医保基金的运行带来安全隐患，为重复享受医保待遇开了“漏洞”。在国家医保局成立之前，特别是新型农村合作医疗与城镇居民基本医保没有整合之前，重复参加新农合与城镇居民医保是重复参保的主要来源。这也是中央决定整合新农合与城镇居民基本医保的重要原因之一。在新农合与城镇居民医保整合之后，重复参保的另一个主要来源是流动人口在流出地与流入地的重复参保。随着国家统一的医保信息系统的建立，为解决这种类型的重复参保提供了条件。从统计快报的数据看，2022 年的总参保人数减少了 1727 万，这其中主要是通过信息核查比对清理出来的重复参保人员。在剔除重复参保后，从总参保率上看，仍然稳定在 95%以上，这也表明我国基本医保的参保覆盖面是健康的、稳定的。

其次，职工参保人数及参保率不断增加，城乡居民基本医保的参保人数下降，这一趋势在 2021 年的统计数据中已有显示。2022 年的数据显示，城乡居民基本医疗保险的参保人数比 2021 年下降了 2538

万人。我国常住人口的城镇化在过去五年快速增长，从 2018 年的 61.5% 上升到 2022 年的 65.22%，城镇常住人口达到 9.2 亿人，乡村常住人口下降到 4.9 亿人，越来越多的“农村人”变成了“城里人”。反映到基本医保的参保结构上，以农村居民和未就业居民为主的城乡居民基本医保参保人数也出现下降趋势，而职工医保参保人数则呈现快速增长的趋势。

## 二、保障基础不断稳固

医保基金收入是医保制度运行的物质基础。从数据反映的趋势看，我国基本医保基金长期保持了收支平衡，基金累计结存不断增长，保障基础不断稳固。

2022 年我国基本医疗保险基金(含生育保险)收入首次突破了 3 万亿元，维持了较快的增长速度。2021 年我国基本医保基金(含生育保险)为 2.87 万亿元，2022 年比 2021 年增长了 6.86%。这其中一是反映了我国经济总量的不断扩大，为医保基金收入增长打下了坚实基础；二是就业质量的提高及参保结构的优化，更多居民进入城市就业，参加职工医保的在职职工人数不断增加；三是政府财政对居民医保的补贴仍然维持了较快增长。

从基金结余看，2022 年当期结余 6 千多亿(当期收入减去支出)，年末基金累计结存突破了 4 万亿，达到 4.25 万亿，比 2021 年增长了 17.6%。以当年基金支出(2.44 万亿)计算，4.25 万亿的累计结存可以使用 1.74 年(21 个月左右)。也就是说，我们的基金总体是充裕、安

全的。

### 三、三医协同治理能力不断提升

二十大报告提出要深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。这是党中央的工作报告中第一次将医保放置在三医的首位，体现了中央对医保工作的充分认可和肯定。当然，从医保的角度，也承担起了推动三医协同发展和治理的重任。从 2022 年的统计快报看，医保在协同三医治理方面的进度明显加快、治理效果不断显现。

以医保支付方式改革为抓手，推动医疗服务实现高质量发展。按照 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的要求，2025 年底实现 DRG/DIP 支付方式改革覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构。2022 年 DRG/DIP 支付方式改革进展加速，206 个统筹区实现了 DRG/DIP 支付方式改革的实际付费，实际付费地区中按 DRG/DIP 付费的定点医疗机构达到 52%，病种覆盖范围达到 78%。在基金支出方面，按 DRG/DIP 付费的医保基金支出占医保基金住院支出的比例达到 77%。

以带量采购、国家药品目录准入谈判等为抓手，理顺药品供应关系，遏制以药养医、带金销售等扭曲现象，降低了药品价格，提高了药品可及性，人民群众特别是低收入群体医疗保障更加充分。2018 年以来已累计开展 7 批国家组织的药品集中带量采购，药品价格平均降幅在 50%以上。通过连续 5 轮国家医保药品目录调整，累计将 618

种药品新增进入目录，均为临床急需、疗效确切、经济性高的品种，显著提升了临床用药水平和参保患者对药品的可及性。

以提升监管能力为抓手，净化行业生态，提高基金使用效率。医保基金监管保持了高压态势，同时医保基金监管的制度体系建设、能力建设不断提速，以大数据为基础的智能监控体系不断完善，部门联动机制逐步成型，这些都极大提高了基金监管的水平。2022 年医保系统检查定点医药机构 76.7 万家，处理违法违规机构 39.8 万家，这其中仅追回的医保资金就达到 188.4 亿元。

除了上面提到的参保结构、基金收支以及三医协同治理等方面，医保的公共服务可及性也在不断增强，特别是跨省异地就医住院和门诊费用的直接结算，方便了广大流动人口、随迁人员的就医保障，对乡村振兴的支持作用不断显现，资助参保人数达到 8899 万人，为农村低收入人口减轻医疗费用负担 1487 亿元。

[返回目录](#)

## • 国际视野 •

### 谈判指引出台 美国药价改革确立三大原则

来源：村夫日记

近日，美国医保管理机构 CMS (the Centers for Medicare & Medicaid Services) 发布了 Medicare 药价谈判指引 (Initial Guidance)。这是自《通胀削减法案》 (the Inflation Reduction Act, IRA)

通过以来，美国政府首次出台药价谈判细则。

在这次公布的指引中，不仅重申了可能列入的谈判药品，也给出了药价制定的原则，这有助于对市场进行预测。

指引明确了谈判药品包括没有仿制药或生物类似药的上市 9 年的小分子药和上市 13 年的生物药(大分子药)，但对如何确定时间节点和具体药品给出了细则。首先，指引明确了小分子药上市满 7 年就要进入谈判，而生物药是 11 年，而 9 年和 13 年则是具体实施的时间，不是谈判的时间节点。也就是说，在此之前如果没有仿制药或生物类似药上市，这些药品就进入谈判，即使仿制药在谈判之后再上市也无法豁免。按照 IRA，到 2033 年，将有超过 140 种药品进入谈判。如果按照白宫提出的 2024 年预算案，将药品谈判数量翻番，则将可能达到 300 种药品进入谈判。

其次，指引明确了具有相同活性成分的药物将被归为一组，即使它们是根据不同的生物许可申请(BLA)获得批准的。因此，只要活性成分相同，即使是通过单独 BLA 批准的不同生物制剂，在谈判资格方面都将被视为同一种药物。另外，指引也堵死了药企开发仿制药以规避谈判的漏洞，对与独家药品相同所有者的仿制药视为同一类别。

最后，指引给出了药价制定的原则，这包括五个部分：

确定所选的治疗解决方案的药品

初始报价的起点将根据 Part D 药品的净价和/或 Part B 的平均售价(ASP)

评估所选药物的临床益处，包括所选药物是否满足未满足的医疗需求以及所选药物对特定人群的影响

根据法律规定的药企特定因素应用进一步调整初始报价

CMS 不会提出或接受任何高于法律规定的最高公平价格的报价

除了以上五点，CMS 对药价的制定将根据所确定的药品 30 天等效供应的单一价格，而不是每单位：片剂、胶囊、注射剂，或每体积或重量指标，并将建立与其他单位的换算公式。因此，从药价制定原则来看，净价(net price)和 ASP 会是定价的主要依据，而不是标价(list price)。这意味着 Medicare 与药企的谈判将围绕着一个更为合理的价格展开，如果标价扣除返点(rebates), 折扣(discounts)和其他费用，药价将面临一个较大的折让。从总体来看，如果结合指引和 IRA 来看，美国政府的药价改革确立了三大原则：量价优先、经济性和创新兼顾以及加重药企和保险公司的赔付责任。

首先，由于受到早期谈判品种较少的限制，IRA 和指引提出了优先对使用量大且价格高的药品进行谈判，这意味着 Medicare Part D 和 B 使用量最大的高价药将首先纳入。虽然这一谈判仅面向独家品种，但对大量 me-too 类新药都将产生明显的价格压力。

当然，对用量较小的高价药，IRA 仍然提供了豁免：

FDA 批准的只有一种适应症的孤儿药

2026 年，单个药品费用占 Part B 和 D 总费用 2 亿美元以下(随通胀上调标准)

源自人类全血或血浆的生物制品

占 Part B 和 D 总费用不到 1% 的小型生物制药公司，其来自 Part B 和 D 的收入占其总收入的 80% 以上 (仅限于 2026-208 年)

其次，总体仍是鼓励创新，但开始将药物的经济性作为一个主要的政策出发点。IRA 在美国历史上首次授予政府与药企谈判，这是政策最大的转折，意味着原先药价不受管制的时代结束了。当然，药企从上市到进入谈判的时间分别为 7 年和 11 年，总体上仍有这较长时间来收回成本和获得利润。但由于小分子药在上市 7 年之后就要进入谈判，这对药企的研发将产生巨大的影响，不仅部分在研的管线会被直接关闭，很多药企可能不会再进行相关领域的投入。比如，礼来就明确表示小分子药的市场吸引力大幅减弱。

最后，将药品成本转嫁给药企和保险公司。IRA 对 Medicare Part D 的药品报销规则做了较大变化，2025 年起，取消了原先普通报销和巨灾保险部分之间的差值，直接从普通报销过渡到巨灾保险，个人在普通报销部分的 25% 的自付比例不变，但自负封顶金额从 3100 美元下降到 2000 美元，而药企必须提供 10% 的折扣，即药品按照 9 折支付。而在巨灾保险部分，药企原先不需提供折扣，现改为需要提供 20% 的折扣，并大幅提高了保险公司的支付比例，从原先的 15% 上升到 60%，Medicare 则从 85% 下降到 20%。

由于 47% 的 Part D 的药品都进入了巨灾保险阶段，随着普通报销封顶值的下降，未来必然超过 50% 的药品进入巨灾保险，而这一部

分的报销则将主要由保险公司来支付。这对依靠 PBM 来赚取政府财政补贴的保险闭环模式将产生巨大的冲击。由于美国商业保险市场已经进入市场成熟期，增速常年维持在个位数，保险公司主要依靠政府医保业务来带动增长。Medicare Part D 占到 Medicare 药品开支的 77%，主要交给 PBM 进行管理，而头部 PBM 都已经和保险公司进行了合并。由于 PBM 主要通过药企的返点获利并大部分返还给保险公司，巨灾保险主要由保险公司支付意味着其要将从 PBM 获取的返点的一大部分用于赔付，这将大幅压缩保险公司的利润空间，从而降低其对通过高药价来获利的依赖。

总之，伴随着药价谈判指引出台，美国药价改革正式进入实施阶段，这不仅对美国国内市场形成明显冲击，也将对全球药价体系产生显著影响。一方面，由于美国市场药价是全球主要国家的药价参照，一旦某个药品在美国降价，全球药价中枢都将面临下行。另一方面，由于大部分医保国家都进行了药价改革，药企很难在国内市场做大规模，出海成为做大的必然选择。但随着药价下降，在美国市场无法达到预期的规模，所有药企的估值模型都将被迫调整。

[返回目录](#)

## 处方数字疗法的黄昏

来源：村夫日记

3 月 17 日，处方类数字疗法的头部公司 Pear Therapeutics 宣布其正在寻求战略性解决方案（strategic alternatives），这主要

包括收购、公司出售、合并、资产剥离、出售许可或其他战略交易或寻求额外融资。Pear 表示，如果没有外部财务支撑，其将面临清算。这一声明表示公司实际上正面临现金流困境，消息公布当日，Pear 股价暴跌 34%，至 0.39 美元，总市值只剩下 5463 万美元，而 2021 年其以 SPAC 形式上市的估值是 16 亿美元。

事实上，三家上市的数字疗法公司——Pear 和 Akili（市值已低于 1 亿美元）以及 Better（市值刚超过 2500 万美元）都属于资本催熟的产物，本身并不具备商业规模化的能力。

与无处方的数字疗法相比，处方类数字疗法始终面临商业化的困境，至今没有一家需要处方的数字疗法公司能获得规模化的收入。从用户的定位来看，处方数字疗法面向的用户群较窄，主要集中在某一适应症而不是某一专科，比如集中在 COPD 而不是肺部疾病。数字疗法更像药品，有着较为严格的临床要求，无法个性化。从这个角度来看，数字疗法需要有类似药品的功效才能获得市场的认可，但尴尬的是，数字疗法本身并不是药物，更多的是利用技术能力为用户提供行为干预，这受制于多重因素，正如我们在《数字疗法：三个挑战和一个缺陷》所强调的：“数字疗法的有效性不仅取决于软件本身，而是医生投入的精力、病人的依从性和医疗制度本身的完善性（比如接入电子病历的问题）这三点，只要一个环节没有跟上，整个产品的疗效就很难体现，也就无法说服用户继续使用，支付方也就很难持续去覆盖这样的产品。”

从产品本身来看，处方数字疗法的能力极为单一。虽然有较为严格的临床要求才能上市，但其疗效是受到多重制约的，如果不能配备大体量的人员进行强督促，仅靠软件本身，小规模临床试验所取得的成功是很难转化成真正大规模使用的效果。

另外，处方数字疗法需要大体量的地面队伍，去教育并说服医生接受并使用这项处方产品，因为开具这一处方的医生必须认同数字疗法的虚拟服务方式，并参与其中，说服的过程也意味着较高的销售成本。而且，由于医生普遍对数字疗法的效果存疑，处方开具的意愿度并不大，这进一步压缩了市场可能的规模。

在面临上述挑战之下，处方数字疗法始终无法产生规模化的收入，以 Pear 为例，其在 2022 年前三季度开具了 3.1 万张处方，虽然比 2021 年有了大幅增长，但只有 58% 的处方被调剂，被调剂的处方中只有 50% 被支付。Pear 在 2022 年初预计其全年收入将达到 2200 万美元，是 2021 年收入的 4 倍。但至 2022 年的三季报，Pear 的营收只有 1010 万美元，亏损高达 9410 万美元。Pear 后来调低了营收预期，区间为 1400 万美元-1600 万美元。

而在同期，虽然 Talkspace 的股价也从未走出低谷，但作为无需处方的数字疗法公司，其 2022 年全年的营收已经超过 1 亿美元，其中超过 53% 已经来自 B 端，正在逐步摆脱依赖 C 端收入的困境。这也从侧面说明了只有 B 端才能提供规模化的收入，如果长期聚焦于 C 端，将最终陷入泥沼。

为了控制成本，Pear 在 2022 年进行了两轮裁员，分别裁掉了 25 人和 59 人，这可以为其节约超过 1000 万美元的成本。在两轮裁员之后，Pear 曾预测其营收将在 2023 年获得爆发式增长，达到 2700-3700 万美元。但随着自身财务陷入困境，Pear 已经取消了发布 2022 年报和 2023 年业绩预测的会议，具体营收可能要等到公司重组或清算后才会公开。

截至 2022 年 9 月 30 日，Pear 亏损 3 亿美元，手头只剩下 6000 万美元的现金，按照其去年前三季度 9410 万的亏损来看，2023 年上半年，Pear 的现金流即将枯竭，如果不能出售或者再融资，公司清算的可能性较大。

从 Pear 的案例来看，由于在短期内无法突破只有临床价值而没有经济价值的框架（由于受制于患者自身的生存、健康和经济状况，临床价值依然存疑），数字疗法的市场成熟期远未到来。本质上来说，处方数字疗法是画地为牢式的发展，虽然临床证据要求更高，但高标准并不意味着高疗效，依靠技术标准化是完全背离了医疗这一需要高度人工干预的行业特性，这也注定其难以走远。

[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  
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858