

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第17期

(04.25-05.01)

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。)

• 地市经验 •

▶ [张家口市药品集中采购直接结算的实践探索](#) (来源：中国医疗保险) ——第 8 页

【提要】国家和河北省组织开展药品集中带量采购后，张家口市积极探索推行药品集中采购货款网上直接结算，促进了药品货款支付效率的提升，过去医疗机构延迟和拖欠货款的问题得以解决，医保预付周转资金的安全得到保障，实现了医保部门、医疗机构、配送企业，生产企业多方共赢，营造了张家口市健康的医药购销环境。

▶ [全国 7 省市养老服务体系建设经验总结](#) (来源：中国社会报) ——第 18 页

【提要】当前，我国基本医疗保险覆盖超过 13 亿人，长期护理保险制度试点扩大到 49 个城市；基本养老保险覆盖近 10 亿人。近年来，我国完善老年健康服务体系，24%的二级及以上综合性医院设有老年医学科；中央财政安排 50 亿元，在 203 个地区开展居家和社区养老服务改革试点。截至 2020 年年底，全国各类养老机构和设施总数为 31.9 万个，床位 823.8 万张。

• 医药流通 •

▶ [改变医药零售和流通未来 5 年的重大利好!](#) (来源：新康界) ——

第 42 页

【提要】日前，国务院对外发布《关于加快建设全国统一大市场的意见》，文件出台后，市场反响激烈，引起较高的关注度。究竟什么是全国统一大市场？文件发布后对医药零售和药品流通会产生什么样的深远影响？本文将对以上问题逐一阐述。

▶ [立足医药电商，不断完善生态](#)（来源：未来智库）——第 47 页

【提要】我国互联网医疗行业的发展历程可谓一波三折，从 2015 年前后大量初创企业涌现，至 2018 年在监管政策下冷却，在 2020 年疫情后又出现了新的机会。从业者对互联网医疗商业模式的探索也还在继续，在一些细分领域中至今仍未找到成熟盈利模式。互联网医疗行业的复杂性体现在以下几点：牵一发而动全身、强政策性、决策者、购买者、受益人三者分开。

• 中医药动态 •

▶ [试点时代已结束 中药配方颗粒产业乘势而上稳健前行](#)（来源：火石创造）——第 70 页

【提要】2021 年 2 月，国家药品监督管理局，国家中医药局，国家卫健委及国家医保局联合发布《关于结束中药配方颗粒试点工作的公告》，标志着中药配方颗粒试点时代的结束。作为现代化的中药饮片剂型，中药配方颗粒具有便利性和标准化的优势。随着居民保健意识的增强、政策红利的不断释放、龙头企业的积极布局，中药配方颗粒市场保持高速增长态势。在市场需求和政策红利的助推下，中药配方

颗粒市场规模将进一步扩大，推动中医药产业结构升级，助力中医药走向世界。

▶ [陕西推进妇幼健康领域中医药工作](#)（来源：中国中医药报）——第 75 页

【提要】日前，陕西省卫生健康委、省中医药管理局印发《陕西省推进妇幼健康领域中医药工作实施方案(2021-2025 年)》，明确到 2025 年，妇幼健康领域中医药服务能力明显增强，中医药服务覆盖妇女儿童全生命周期，中医药服务的氛围更加浓厚，广大妇女儿童健康需求得到更好满足。

• 带量采购 •

▶ [胡善联：省际联盟采购 3 大意义](#)（来源：复旦大学公共卫生学院）——第 77 页

【提要】今年 1 月 10 日李克强总理主持国务院常务会议决定常态化制度化开展药品和高值医用耗材带量采购，进一步降低患者医药负担。要求继续推进国家层面药品集采，各地对国家集采外药品开展省级或跨省联盟采购。同时要加强监管，确保中选产品降价不降质。按照国家医疗保障局对地方联盟集采做出的统一部署，2022 年将按照工作安排，拟重点推进联盟集采。常态化制度化集中带量采购政策将提速扩面成为重要的国家总方针，不仅有利于进一步使患者受益，节约医保基金的支出，而且可以促进国内医药产品的研发和质量的提升。

▶ [平均降价 82% 国家集采人工关节近期多省落地](#)（来源：光明网、潇湘晨报、金融界、医械之栈）——第 79 页

【提要】继心脏冠脉支架集采后，国家组织集采的第二批高值医用耗材人工关节的落地工作近期在海南、广东、浙江、山东、天津、甘肃、内蒙古、河南、湖南等各省陆续执行。4 月 28 日，中南大学湘雅二医院黎志宏教授和毛新展教授分别主刀完成了湖南省首例带量采购髌关节和膝关节置换手术。此次手术中，所使用的人工髌关节、人工膝关节价格比集采前降低 80% 左右，55 岁的杨女士、69 岁的蒋嗲嗲两位患者也由此成为国家组织的人工关节集中带量采购政策落地湖南后的首批受益者。

• 医保改革 •

▶ [医保改革深入推进 医药行业应势而动](#)（来源：中国医药报）——第 83 页

【提要】当前，我国医疗保障制度改革已经进入系统集成、协同高效的阶段，医疗保障部门的角色定位也实现了从事后付费者向战略购买者的转变。2021 年是“十四五”开局之年，医保政策密集出台。本文对此进行了梳理，并对医药相关行业受到的影响进行分析预测。

▶ [全民免费医疗：馅饼还是陷阱？](#)（来源：浙江大学国家制度研究院）——第 93 页

【提要】根据中央关于深化医疗保障制度改革的指导方针，结合我国的实际情况，借鉴国际医疗保障发展中的经验和教训，我国应当注意

防范落入“全民免费医疗”陷阱，坚定不移地继续实行全民医疗保险制度。这不仅符合我国国情，而且顺应国际医疗保障发展的主流趋势。通过全面深化医疗领域的各项改革，不断健全和完善多层次医疗保障体系，进一步扩大医疗保障覆盖范围，促进医疗保障高质量发展，为全体国民提供公平可持续的医疗保障。

• 医院管理 •

▶ [DRG/DIP 下医院“亏钱”？看看是否做好成本管控](#)（来源：18 药采购）——第 100 页

【提要】在 DRG 付费形式下，医保部门按照病种只能支付固定的费用，医院要在保证医疗质量的前提下，自行承担医疗活动中所需要的成本，此种支付方式的变化使医院的补偿机制面临着挑战，影响医疗机构收入的获取，改变医院的经营模式，客观加大了医院运营压力，医院的经营模式也面临挑战。以提升服务质量、控制成本为基础的新运营模式亟待建立。开展 DRG 成本核算，提供成本补偿依据，为政府有关部门科学合理地制定医疗服务价格提供成本参考，同时，也为医院与医保部门进行 DRG 成本进行支持标准谈判提供依据。在医院收入不可能大幅增长的情况下，医院成本控制变成了医改背景下医院生存发展的关键所在。

▶ [解读 | 《国际医院评审标准》的基本情况与数据要求](#)（来源：DRG 变量）——第 106 页

【提要】长期以来，在评价医疗实践活动领域，世界范围内许多国家

与地区都选择开展了医疗机构评审与医疗质量认证。其中，美国医疗机构联合委员会(The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization , JCAHO)及其国际部(Joint Commission International , JCI)标准体系受到了国际社会的广泛关注，影响深远，已成为世界公认的权威医疗标准，也是世界卫生组织(WHO)认可的医疗权威认证模式，代表了全球医院服务和医院管理的最高水平，是国际医疗保险机构的准入门槛。

-----本期内容-----

· 地市经验 ·

张家口市药品集中采购直接结算的实践探索

来源：中国医疗保险

【摘要】国家和河北省组织开展药品集中带量采购后，张家口市积极探索推行药品集中采购货款网上直接结算，促进了药品货款支付效率的提升，过去医疗机构延迟和拖欠货款的问题得以解决，医保预付周转资金的安全得到保障，实现了医保部门、医疗机构、配送企业、生产企业多方共赢，营造了张家口市健康的医药购销环境。

随着国家和省药品和医用耗材集中采购的持续推进，纳入集采的药品和医用耗材品种数量持续增加，参与集采的主体也不断增多，采购金额不断增加，医保部门拨付的周转金体量也随之加大。全面提升药品货款支付效率，持续营造健康的医药购销环境成为当前集采改革的重要环节之一。

集采初始，张家口市采取周转金预付款的方式，将采购金额的50%按季度拨付给医疗机构，之后由医疗机构将采购款付给配送企业或生产厂家。尽管大多数医疗机构能够按时回款，但仍有一部分医疗机构存在延迟回款的问题，给整个集中采购机制造成不利影响。因此，推进集采药品货款结算制度的改革，实行集采药品直接结算势在必行。为此，2020年5月起，张家口市积极探索医保基金与医药企业

直接结算，并建立周转金智能综合监管系统。自 2020 年 11 月试运行以来，取得了一定成效。

1. 科学界定各方职责

药品集中采购是汇聚各相关部门职责任务的一项综合性工作，在推进货款直接结算中，张家口市医保局注重理顺机制，科学界定各部门职责和工作程序。2020 年 10 月，张家口市医保局联合市财政局、卫健委共同印发《关于完善我市药品集中采购和使用中选药品周转金政策有关问题的通知》，明晰了各主体的有关职责，为做好周转金监管系统运行提供政策支撑和制度保障。

1.1 医保部门

医保部门负责药品和医用耗材集中采购的组织、管理和监督。一是按照国家和省集采药品中选价格开展集采，监督指导定点医疗机构、药品生产企业和配送企业履行三方采购合同。二是协调配送(生产)企业向商业银行开设药品集中采购周转金监管账户，签定三方监管协议，明确配送(生产)企业、受托商业银行、医保部门各方职责。三是依据全市带量采购总额向市财政局提出药品集中采购周转金申请，并划入周转金监管账户，实现由医保基金向企业直接结算药款，确保在规定时限内向企业回款、开展年度清算，完成医保基金的回笼。四是建立健全诚信系统监管考核制度，确保基金安全。

1.2 财政部门

财政部门主要做好三方面工作。一是负责药品周转金的管理和监

督，对拨付到医保部门“基金支出——周转金子账户”的资金、医保部门拨付到配送(生产)企业开设的“药品集中采购周转金监管账户”的资金以及受托的商业银行监管职责履行情况进行监督。二是根据医保部门的申请，通过医保基金财政专户向基金支出户下的周转金子账户划入不超过全年总额 50%的药品采购周转金。三是依据集中采购规模的变化适时调整周转金额度，实行专户存储、专款专用、规范运行、政府监督。

1.3 卫生健康部门

卫生健康部门配合医保部门做好相关工作。一是负责可选中选药品使用情况的监督指导，监测预警药品短缺信息。二是强化行业监管和内部治理，确保中选药品的供应、使用和货款结算。三是指导医疗机构加强中选药品不良反应监测，并做好应急处置措施的落实，让人民群众用上质优价廉的集采药品。四是规范医疗机构的采购行为，将采购和使用中选药品的情况纳入公立医疗机构绩效考核，配合医保部门开展集采药品结算信用评价，并实施相应的激励惩戒措施。

1.4 商业银行

受托商业银行作为集采药品周转金专用账户的管理银行，负责严格履行医保部门、配送企业和开户银行三方签订的资金监管协议，预留各方印签备案及配送企业的开户手续，接通银企互联系统，对专用账户实行强制控制。每月配送企业的周转金支取申请经市医保局审核同意后，由受托商业银行通过系统将相应资金划转到生产或配送企业

的一般结算账户中。在年底，受托商业银行对各配送企业的周转金开展年终清算定向收支，确保医保资金的安全。

1.5 药品配送企业

配送企业负责建立药品采购专用账户，用于周转金收支和定点医疗机构的结算回款，实行专账管理。与医保局、开户银行签订三方资金监管协议，并按照与医疗机构合同约定的时间和采购需求将中选药品配送到位。药品经医疗机构验收合格确认且对账单由医保局审核同意后，每月在规定时间内在周转金系统中向市医保局全额申请周转金。周转金申请经审核、拨付后，从周转金监管账户中提取。

1.6 医疗机构

医疗机构作为中选药品配备使用的责任主体，按照国家和省药品集中带量采购有关政策，根据临床用药需求优先使用中选药品，确保按采购合同完成约定采购量。对集采中选药品，按照全市统一流程及时入库并进行对账确认。在医保局以周转金方式先行向配送(生产)企业回款后，医疗机构按照规定时间，每月足额将采购中选药品回款总金额支付至周转金监管账户，严禁拖欠。

2. 实现线上结算

2.1 研发程序，多方对接互联互通

根据国家和省对药品集中带量采购货款结算的要求，张家口市医保局与第三方软件公司共同研发了张家口市周转金综合智能监管系统。系统主要包括药品采购保障回款、多方对接互联互通和全面统计

监管等应用功能，连接了医保局、配送企业、医疗机构、商业银行。该系统与银行系统对接，实现了对配送企业药品配送、医疗机构药品入库、医疗机构回款、周转金使用信息的实时采集和跟踪(见图 1)。



图1 张家口市药品集采周转金监管系统对接图

2.2 反复论证，确保功能科学完整

为确保监管系统程序的设计符合实际需求，张家口市医保局按照实用、简便、快捷的目标，于 2020 年 6 月至 10 月先后组织召开 5 次需求调研和征求意见会，并根据各方意见建议，对系统规划、业务流程、功能进行完善，确保系统功能科学完整。

2.3 加强培训，不断总结完善程序

采取总体培训、分类培训、现场教学、调研总结等多种方式，加强对县(区)医保部门和全市医疗机构进行周转金监管系统流程和操作培训。共组织 3 次县(区)医保局、配送企业和医院负责人参加的运行培训会，深入县(区)进行实地系统测试和讲解 20 余场(次)，培训直接结算及系统操作员 500 余人。对各方在实际使用中提出的问题即时解决，在系统程序上逐步完善设定，使程序的各个环节如药品入库、对账、上传发票、清单、审核、确认、回款等兼顾各方利益，把握时间节点。

3. 规范周转金操作流程

在集中采购药品货款直接结算中，各方主体按照时间进度履行相应职责，规范周转金监管系统操作流程(其中，月流程图见图 2)。

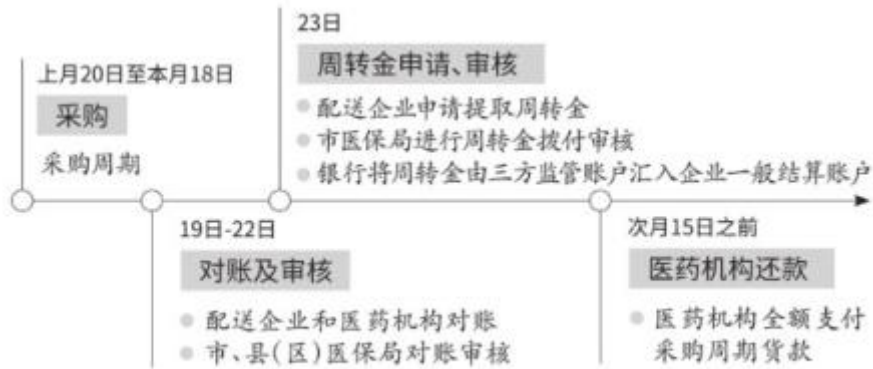


图2 张家口市周转金监管系统月流程图

3.1 年初申请年度周转金

年初，市医保局根据各定点医疗机构与生产厂家、配送企业签订的集采三方合同，明确中选药品数量和金额。由此，计算出各配送企业承担的全年配送任务额度，并向市财政局申请任务金额的 50%作为年度周转金。经财政局批准后，将集中采购药品周转金打入三方监管账户。

3.2 月度采购药品

首先，各医疗机构按照全市确定的统一时间在省药采平台下达订单，完成本月网采。其次，配送企业接收到订单后，按照配送时间要求将药品送至定点医疗机构。之后，医疗机构收到集采药品并核对随货同行单后，及时将药品验收入库，并在省药采平台进行入库确认。最后，医疗机构在省药采平台生成结算单，配送企业在省药采平台和周转金监管系统同时上传发票。

3.3 对账及审核

每月 19 日至 22 日，配送企业与定点医疗机构在周转金系统中进行本月对账，核对上月 20 日至本月 18 日的采购货款（每月 19 日的采购货款视情况确定在当月或下月对账，不重复对账）。定点医疗机构和配送企业对账出现不一致的，以省平台网采数据为准结算，下月再由双方在系统调整或冲抵后，修正为实际成交数据。定点医疗机构在 22 日前审核确认对账结果。之后，由市、县（区）医保局进行对账审核。在审核时，市、县（区）医保局均设置审核员（AB 岗），在周转金系统审核确认对账结果、发票，实行分级审核、市级汇总。其中，市级医保部门审核省、市属医疗机构，县（区）医保局审核县（区）属、基层医疗机构。

3.4 周转金申请、审核及到账

经市、县（区）医保局审核确认后，配送企业最迟于 23 日在系统生成周转金提取申请。23 日前，市医保局对配送企业的周转金提取申请进行确认，查看上传的发票、对账结果和电子签章，经汇总复核后，由市医保局复核员对定点医疗机构的待清算货款进行核对，通过系统将定点医疗机构待清算货款与周转金提取申请记录进行匹配和核销。之后，向银行发出转账到配送企业一般结算户指令。银行接到指令后，将周转金由三方监管账户拨入配送企业的一般结算账户。周转金到账后，配送企业需在 25 日前在省集中采购平台确认收款。

3.5 医疗机构回款

各定点医疗机构于次月 15 日前向周转金监管账户全额支付待清算货款，待清算货款继续作为周转金存续在周转金监管账户。通过系统监管待清算货款情况，对有逾期情况的定点医疗机构，其逾期记录将在周转金系统中保留。

3.6 年终清算

年终时，配送企业将本年度周转金由监管账户转至医保基金账户，医保部门周转金监管账户按年度与医保基金支出户的周转金子账户进行清算，将本息返还医保基金财政专户，完成医保基金的回笼。本年度周转金运转至此完成。

4. 直接结算效果

张家口市采用集采药品货款直接结算的方式取得了明显效果。2021 年 7 月，直接结算范围涵盖全市 19 个县(区)的 299 家医疗机构(其中三级医院 5 家，二级医院 37 家，一级及以下医疗机构 257 家)、4 个配送企业，实现了全市集中采购药品货款直接结算方式全覆盖。截至 2021 年 12 月，集采药品货款直接结算采购量为 12850 万(片/袋/粒/支)，涉及周转金 8366 万元。

4.1 医疗机构回款及时

张家口市实行集采药品直接结算以来，周转金监管系统运行平稳，成为全省首批医保机构与配送企业线上直接结算的地区之一。通过大力推进集采药品货款结算制度改革，全市参加集采的医疗机构采购的中选药品全部达到了从医疗机构验收合格入库到回款在 30 天内

的要求，药款支付快捷高效，回款率达到 100%。全市医疗机构回款时间与原来相比提前了 15-90 天，平均提前 52.5 天；与河北省要求的次月底回款时间相比，提前了 15 天。

4.2 回款确认高效节约

周转金监管系统与各个配送企业、医疗机构、商业银行和医保部门进行了数据对接。配送企业上传销售清单和发票的同时，医疗机构可以同时进行审核确认，解决了衔接缓慢的问题。医疗机构回款也由单笔确认变成了统一确认，解决了回款时间不统一的问题。同时，药品使用流程得到规范，促进了企业降本增效，节约了人力成本，提高了经办效率。

4.3 监测评估功能强化监管

周转金监管系统实现了药品配送、入库、回款以及周转金使用信息的实时采集和跟踪。多方对接互联互通，强化了基础数据的监测功能。通过对结算数据的监测，实时了解医疗机构集采药品回款进度，可以有效监督指导医疗机构、药品配送企业和生产企业，严格履行采购合同。通过对周转金拨付使用的监测，确保了医保基金安全，还可以评估现有政策的落地情况、存在问题及风险，为完善药品集采有关政策措施提供了重要依据。

5. 思考与启示

从张家口市实施集中采购药品直接结算的实际运行情况看，医保部门对药品货款结算周期实施监管，除收到上述效果外，还会进一步

减少医院与医药企业间的民事纠纷，净化了医药购销环境。同时，也给张家口市下一步做好集中带量采购监管工作带来一些思考和启示。

5.1 加快信息化建设

随着药品和高值耗材集中带量采购常态化、制度化开展，不仅集采数量增加，集采品类也将逐步扩围。今后纳入集采的医用耗材、检验试剂、大型医用设备等品类，也将呈现采购频次加快、采购规模扩大之势。因此，医保部门的信息化建设亟须加快发展速度，直接结算系统的范围也应梯次跟进，扩大到集采各类药品、医用耗材、医疗器械等。

5.2 完善新的系统功能

未来，周转金监管系统必须进一步完善功能，共享改革成果。不仅是药品耗材，从药品耗材集中采购中派生的管理指标、监管手段的基础信息单元都必须纳入基础管理系统，只要构成医药成本的都需要监管，进一步提升医保部门的管理水平。集采系统将成为整个医疗保障管理系统中的一个不可或缺的、具有重大意义的系统。集采货款是直接结算系统应开发并应用结余留用的功能，精准测算各医疗机构通过集中采购药品实现结余留用的金额，并规范留用资金发放使用流程，科学确定结余留用资金使用方向和范围，提高留用资金使用透明度和使用效率。

5.3 完善信用评价体系

为了确保医疗机构回款时间和和配送企业的配送服务质量，张家

口市积极探讨通过周转金监管系统实现信用考核的功能，对医疗机构和配送企业建立信用考核制度。今后还需要深入研究信用体系的各项相关评价指标，完善具体考核操作办法。对于不认真履行合同、不按时返还货款的医疗机构，以及不按时送达、不能保证质量安全的药品生产配送企业，要联合卫健部门对其进行约谈、告戒督促整改，或采取暂缓拨付医保基金、建议取消配送资格等措施促其及时整改或进行必要的惩处。通过运用信用评价体系，定期开展信用考核，并与奖惩和续约挂钩，约束各方行为，使集采医药企业积极响应、主动配合，确保改革成果持续、稳定。

[返回目录](#)

全国 7 省市养老服务体系建设的经验总结

来源：中国社会报

1、织密网络精准保障基本养老服务对象

北京市民政局

北京市聚焦全市基本养老服务对象，通过明确基本养老服务对象、明确服务保障清单、织密养老服务网络等措施，有效匹配养老服务资源和养老服务需求，确保每位基本养老服务对象有人管、服务需求能快速响应，为健全基本养老服务体系提供了坚实支撑和保障。

精准保障，基本养老兜底线

明确范围，确保服务“兜得住”。2020年4月，北京市政府出台《关于加快推进养老服务发展的实施方案》，明确将城乡特困老年

人、低保或低收入家庭失能失智高龄老年人、普通家庭中失能失智重度残疾和计划生育特殊家庭老年人等三类老年人纳入本市基本养老服务对象，按照“保基本、兜底线”的原则，分层分类提供无偿或低偿的托养和照护服务。

规范评估，确保底数“摸得清”。会同市人力社保局、卫生健康委、市财政局、市残联深入推动老年人能力评估和现有伤残等级鉴定衔接，制定《北京市老年人能力综合评估规范》，印发《老年人能力综合评估实施办法》，规定评估对象、评估机构、评估人员、评估结果应用领域等。公开招募评估机构，建立评估信息系统，为全市老年人能力水平整体情况提供基础数据支撑。在居家个人申请与机构集体申请的基础上，通过比对筛查社会救助、计划生育特殊家庭、重度残疾等基本信息数据库，确定全市基本养老对象信息。目前，全市在册基本养老服务对象为 30.5 万人，其中居家养老的 24.7 万人，机构养老的 5.8 万人。

整合政策，确保困境“有保障”。集成养老服务补贴津贴制度，为困难老年人每月发放养老服务补贴 100 元到 300 元，为重度失能或残疾老年人每月发放护理补贴 200 元至 600 元，为高龄老年人每月发放津贴 100 元至 800 元，符合条件的老年人可以同时申领三种补贴，最高每人可达 1700 元，全市 2020 年累计发放补贴津贴 21.49 亿元，惠及 76 万老年人。

精细管理，驿站服务接地气

动态识别，确保服务“全覆盖”。按照养老服务区域无缝衔接、服务人群全覆盖原则，以每个驿站服务覆盖 200-300 名基本养老服务对象的标准，将市局数据库中基本养老服务对象的身份信息交到驿站，要求驿站主动沟通、建立联系。同时要求驿站在服务过程中发现有老年人“举手”申请为基本养老服务对象的，要动态完善核实，确保基本养老服务对象全覆盖。

明确清单，确保责任“全落实”。要求各区和街乡镇切实履行养老“属地责任”，指导驿站制定驿站的主体清单、责任清单和服务清单，同步督促驿站将“三个清单”在责任片区所属的社区或村、驿站服务场所予以公开公示，还要将“三个清单”主动送到责任片区内每一位基本养老服务对象的手中，确保责任片区内每位基本养老服务对象都知道有困难找谁、都明白驿站能为自己做什么。

未诉先办，确保需求“全响应”。由政府买单，通过驿站为基本养老服务对象提供巡视探访、个人清洁、养老顾问、暖心服务等基本养老服务，确保服务需求能快速响应。要求驿站根据服务清单的内容，每周定期上门服务，在上门服务过程中主动发现需求，将“接诉即办”的机制，转变为“未诉先办”的理念，让老百姓真正得实惠、有获得。

精心服务，长期照护上台阶

提质机构，确保老年人“住得上”。稳步推进兜底养老设施的建设，督促各区按时完成区级公办养老机构建设任务，全面实施乡镇敬老院改造提升工程，提升养老机构护理型床位比例，持续推进养老机

构公办民营改革，提升公办养老机构的兜底保障服务能力和水平，确保基本养老服务对象“住得上”养老机构。

提高补助，确保老年人“住得起”。修订出台困境家庭服务对象入住养老机构补助办法，实现基本养老服务对象全覆盖，对城乡特困、低保、低收入、失独、其他重度残疾人等5类服务对象给予每月1200元-3600元的入住机构补助，确保基本养老服务对象“住得起”养老机构。新政策实施以来，全市到机构养老的政府保障对象是原来的两倍多。

提升服务，确保老年人“住得好”。推进医养服务深度融合，建立养老机构与周边医疗机构协作机制、驿站与卫生站衔接机制，目前全市养老服务机构与医疗服务机构医养合作协议签约率达100%。出台了养老服务机构综合监管办法，完善了重大及突发事件报告制度，建立起信用监管机制，持续开展养老机构服务质量星级评定，多措并举促进养老服务机构服务水平上台阶，确保基本养老服务对象在机构中“住得好”。

2、强基固本全力构建基本养老服务体系

中共天津市河西区委

天津市河西区突出“居家”要素，聚焦中低收入老年人群，坚持兜底线、保基本，推动“133工程”，积极构建一套机制顺畅、政策集成、载体完善、服务优良、全民参与的基本养老服务体系，着力实现线上与线下、现场与入户、管理与服务三个融合，回应群众所急、

所需、所盼，为老年人“托起稳稳的幸福”。

坚持保基本、广覆盖

构建为老服务先行区

明确基本服务对象。围绕收入、身体状况、日常生活需求等4类21项问题，对全区20余万名老年人全面开展入户调查，摸清底数、弄清需求。经调研分析，把保基本、补短板作为重点方向，面向全区老年人，聚焦经济困难的高龄、失能、孤老等老年人基本生活保障、助餐、助医、家政、安全等基本服务需求，定政策、齐发力、抓落实，提升老年人群幸福指数。

找准基本服务切口。为居家的基本服务对象就近提供生活照料、康复理疗和家政等服务。以助餐为切入点，针对老年群众“明厨亮灶、现做现吃”的意愿，在36个居家养老服务中心创造条件开展现场制餐就餐服务，同时，2021年以来服务59万余人次。针对老年人“小病不出社区”的愿望，在中心嵌入社区卫生服务站或健康驿站19个，其余就近共享融合周边卫生服务机构，开通医保专线，提供就近取药、家庭病床等公共卫生服务。

拓展为老服务内容。强化“大养老”理念，整合民政、文化、教育等各领域涉老服务，在居家养老服务中心嵌入“西岸书斋”“共学养老榕树课堂”等河西特色活动，极大丰富了老年人精神文化生活。注重党建引领，在居家养老服务中心成立功能性党组织，建立与机构运营负责人例会制度，及时回应群众期盼，切实将居家养老服务中心

打造为开展“我为群众办实事”实践活动的重要载体。

强化兜底线、保安全

构筑重点对象服务网

构筑助餐服务网。落实市委、市政府部署，在 90 个居家养老服务中心(站)开展助餐服务，在市级政策基础上，将享受助餐补贴由原 80 周岁以上，下调至 70 周岁的河西区户籍老年人，购餐老年人中享受补贴的占比从 40%提升到 80%，受益面进一步扩大。

构筑专业照护服务网。聚焦失能照护刚需，建立家庭养老病床，第一批试行长期护理保险服务，对不能纳入长期护理保险服务的困难失能老年人发放 200 元-600 元不等的居家养老服务(护理)补贴，为有服务需求的失能老年人入户开展专业服务。

构筑应急救助服务网。为户籍老年人购买意外伤害保险，一年来已有近 2500 人受益，赔付资金 150 余万元；将独居老年人纳入重点关注，为有需求的 3800 余名独居老年人提供呼叫服务，为 380 余名困难独居老年人安装“一键通”应急呼叫设备，为听力等存在障碍的 350 余名独居老年人安装门磁预警系统，为 530 余名独居老年人安装消防报警装置，通过信息化平台提供 7×24 小时呼叫接听和应急救助服务，形成以电话呼叫和“一键通”应急呼叫为基础、“一帮一”志愿者结对帮扶探访为补充、社区网格员走访为兜底的“三维防护”机制，防止发生冲击社会道德底线的事件。

注重增投入、强机制

保障服务可持续可复制

打造设施保障网。按照 700 米半径规划布局居家养老服务中心 45 个、服务站 45 个，总面积达 2.6 万平方米，由点及面、集点成网，形成“15 分钟服务圈”；建设养老示范街区，安装“福一把”楼梯扶手，设置养老文化长廊，提升社区公园，配置适老休憩设施，建设慢行步道等，提升品质城区内涵。

打造组织保障网。“四级书记”抓养老，市委书记李鸿忠先后 9 次专题调研养老，3 次主持召开市委全面深化改革委员会会议进行研究部署，5 次对试点工作作出批示，并将推进试点工作纳入市委常委会工作要点和市政府工作报告；区、街道、社区三级党组织牵头抓总、三级书记“提锅上灶”，成立区委书记为组长，区长为第一副组长，10 名区级领导同志组成试点领导小组，形成 39 项“覆盖面全、执行力强”的政策体系，日推进、周调度、月总结；区、街 62 名养老专干合力抓，养老服务在河西区有地干、有钱干、有人干。

“养老在河西，一个不能少。”河西区在推进基本养老服务体系建设过程中，坚持目标导向和问题导向，以实际行动为人民群众办实事、解难题，让老年人乐享“可口助餐、便捷医疗、贴心照料”幸福生活，倾心倾情让老年人在河西区“留住梦想、留住乡愁、留住时光”。

3、优化供给全面构建基本养老服务体系

上海市民政局

为应对人口老龄化挑战，上海注重制度建设，每年将基本养老服

务体系建设相关任务列为上海市委、市政府“为民办实事项目”和“民心工程”，加大财力保障，增加和优化服务供给，着力构建以政府为主导、以困难人员兜底保障为基础、以全体老年人享有为目标，与超大城市经济社会发展水平相适应的基本养老服务体系。

注重制度建设

全面加强基本养老服务顶层设计

经过多年努力，上海形成了“1+X”的基本养老服务制度体系。

“1”，即1部地方性法规《上海市养老服务条例》。法规明确，健全基本养老服务体系，要求市政府制定、适时调整并公布服务清单以及优先保障对象。目前，《上海市基本公共服务项目清单(2020版)》围绕“老有所养”已明确9个服务项目，并拟适时调整完善。“X”，即一系列保障落地的政策措施。《关于推进本市“十三五”期间养老服务设施建设的实施意见》，明确了对各类养老服务设施建设的具体扶持政策，目前正在制发“十四五”相关扶持措施；《促进和规范利用存量资源加大养老服务设施供给的工作指引》，优先保障保基本养老服务设施；《上海市养老机构服务收费管理办法》，规范了保基本养老机构(床位)收费行为；《关于规范本市保基本养老机构(床位)管理的通知》，明确了保基本养老床位的软硬件设置要求；《关于本市公建养老服务设施委托社会力量运营的指导意见(试行)》，积极推动“公建民营”。一系列政策、标准和规范，为基本养老服务提供制度保障。

加大财力投入

持续增加和优化基本养老服务供给

在机构养老服务方面，对政府投资新建并形成产权、社会投资举办并形成产权、利用存量资源改扩建形成产权的保基本养老机构，给予每张床位 2 万-12 万元不等的建设补贴。截至 2020 年底，全市养老机构保基本床位约占三分之二，基本能够保障失能失智老年人入住需要。

在社区养老服务方面，在中心城区构建以社区综合为老服务中心为枢纽、各类功能性设施为补充的社区养老“15 分钟服务圈”；在农村地区大力发展互助性养老，构建镇有“院”（养老院）、片有“所”（托养场所）、村有“室”（标准化老年活动室）、组有“点”（睦邻点）的服务网。截至 2020 年底，全市已建成 320 家社区综合为老服务中心，204 家以短期住养照料为主的长者照护之家，758 家社区日间服务中心，1232 家老年助餐服务场所，2544 处示范睦邻互助点，全覆盖、可及性的社区养老服务网络基本形成。

在居家养老服务方面，对低保、低收入以及低于平均养老金等经济困难老年人发放养老服务补贴，2020 年全市财政支出 4.5 亿元、覆盖 7.48 万名老年人。同时，推出系列服务项目，比如改善老年人居室环境的“适老化改造”，提供紧急呼叫和协助联系救援的“一键通服务”，关爱社区高龄独居老年人的“老伙伴计划”，提升家庭照顾者照护技能的“老吾老计划”，推广康复辅具在养老服务中应用的

“社区租赁服务”等，完善兜底性保障，发展普惠型服务。

抓牢关键环节

推动基本养老服务体系不断完善

抓“守门人制度”。建立老年照护统一需求评估标准，由第三方评估机构对老年人身体机能进行评估，确定评估等级(照护一至六级)，作为享受基本养老服务的依据。2020年，全市完成评估34.4万余人次。

抓“支付保障”。实施面向全体年满65周岁户籍老年人的老年综合津贴制度，2020年发放津贴60亿元、惠及388万名老年人。全市范围内试点长期护理保险制度，覆盖60周岁以上医保参保人员，2020年覆盖42.7万人。

抓“运营支持”。立足保障基本，对机构招用持证专技人员和护理员、内设医疗机构、提升服务质量等给予“以奖代补”，并实施综合责任保险补贴等扶持政策，着力降低机构运营成本。探索“互联网医院+养老院”模式，解决郊区农村养老机构的医疗问题。

抓“质量监管”。建立服务质量日常监测制度，对所有执业的养老机构进行全覆盖动态监测，结果向社会公布，接受社会监督，并将监测结果应用于各类奖惩机制。

抓“绩效考核”。督促各区政府承担组织实施基本养老服务供给的主体责任，把基本养老服务工作成效列入区政府年度绩效考核，推动基本养老服务责任落地落实。

4、“三式联动”构建完善基本养老服务体系

浙江省杭州市民政局

近年来，杭州市借势借力多项改革试点及居家养老立法重要契机，紧抓共同富裕示范区建设机遇，在顶层设计、设施布局、服务供给方面持续深化优化，构建完善服务对象广泛、服务内容多样、服务队伍充足、数字赋能支撑的基本养老服务供给闭环，基础需求精准满足，“幸福颐养”逐步实现。

“兜底式”顶层优化，为老服务更精准

依托立法强化“基础保障”。杭州不断构建完善养老服务政策体系，出台公办养老机构改革、老年人能力评估等政策文件及标准规范40余个，重点聚焦基本养老服务群体做好顶层设计与保障。2020年10月1日颁布实施《杭州市居家养老服务条例》，并相继出台条例实施意见、电子津贴、护理补贴、家庭养老照护床位等系列配套政策，构建形成“1+1+X”基本养老服务政策支撑体系，对夯实全市基本养老服务体系基础和居家养老服务规范化发展提供有力法治保障。

聚焦失能照料首创“重阳分”。创设全市通用的养老电子货币“重阳分”，执行全市统一老年人能力评估标准，聚焦失能失智老年人保障，2019年以来，已累计为近10万低保低边及低收入老年群体发放“重阳分”2.5亿元，提供助洁、助餐、助浴、代办、康复等53项服务，开展“一键呼救”等紧急救助1156次，主动关怀233余万次。

转型补助政策精准“补需方”。全市建立高龄津贴制度，覆盖

28.8 万名老年人；为全市高龄、失独、困难老人提供政府购买意外伤害保险。建立失能老年人机构护理补贴制度，由“补供方”向“补需方”转型，重点面向经评估为中重度失能且在定点社会办养老机构（含公建民营）、居家养老服务机构全托服务以及家庭养老照护床位建床老年人。

“家院式”规划布局，定向服务更可及

聚焦兜底群体，推动“保障型”养老机构建设。按照“机构跟着老人走”的规划定位，构建布局均衡、适应需求、服务便利的养老服务设施布局体系，推进认知症关爱和干预体系，重点向护理型床位和收住失能失智老人倾斜，全市养老机构床位数 7.4 万张，其中护理型床位占比 55%。推进公办养老机构公建民营、定价机制、准入轮候三大改革，激发公办养老机构活力，近两年仅市本级财政就补助公办养老机构 13 家，补助资金 375 万元。实施敬老院提升改造“三年行动计划”，既保障特困人员入住需求，也可为特殊困难家庭老年人提供无偿或低偿托养服务。

聚焦家院一体，打造城乡均衡“托老所”。赋予示范型居家养老服务中心“小微养老机构”基因，功能辐射辖区内村社级照料中心，专业服务延伸至家庭养老床位、适老化改造、政府购买上门服务等若干个性定制，推行“中央厨房+中心食堂+助餐点”“互联网+助餐”等多元助餐模式，全市 2910 家居家养老服务中心，社区覆盖率达到 97.4%，实现互嵌发展、互为补充，老年人在“家门口”就可享受“一

站式”养老服务。

聚焦原居安养，打造“不离亲”微机构。2015年以来，杭州在全国率先推出具有独立法人资格的10-30张床位农村微型养老机构，就近发掘村落周边礼堂、空置民宿房和闲置农家乐等场地资源改建，依托慈善基金及长护险等实现可持续运营，形成市场化运作、连锁化运营、志愿服务支持的“村建民营”模式。10-30张床位定位，满足农村困难老年人护理照护、文娱活动等基本生活需求。累计建成微型养老机构73家、床位2197张，入住的农村老年人达1000余人次。

“安养式”基础保障，为老服务更专业

适老改造、安心养老。2019年以来，全市持续实施困难老年人家庭“一户一策”适老化改造，重点面向全市困难及计划生育特殊家庭中的失能老年人，涵盖如厕洗澡安全、室内行走便利、居家环境改善、智能监测跟进等几大类，补助标准平均1万元/户，累计完成改造4000余户，有效提升居家养老的安全性、便利性。

家庭床位、专业照护。为有效破解城区“机构床位一床难求”问题，2019年以来，杭州率先全省试点探索建立家庭养老照护床位，2020年进一步扩大至8个区，累计为400多名失能及困难老年人建床，引进离床感应等6大类的智能设备，提供24小时生命体征监护和咨询、生活照料、康复护理等机构式照护服务，并开通就近医疗服务机构绿色通道，真正实现养老机构床位“搬进家庭”。

康养融合、精准照料。围绕困难及失能老年人最迫切的康复护理

需求，2019年，杭州率先全省试点开展康养联合体建设，重点面向失能及存在失能风险以及术后康复老年人，以一个养老、康复机构为主体，联合辖区医疗、康复、养老等机构，建立转诊、转介、转护、转养通道，组建专业性强的康养服务队伍，医疗、养老资源实现无缝衔接，已累计打造康养联合体39家，“老有康养”“家门口的康养联合体”逐渐成为老人标配，医、康、养“最后一公里”实现有效覆盖。

5、创新发展推进基本养老服务体系建设

贵州省民政厅

近年来，贵州省在省委、省政府的领导下，认真贯彻落实党中央关于健全基本养老服务体系的决策部署，创新基本养老服务制度机制，推动基本养老服务体系建设和，取得显著成效。

创新制定《养老服务条例》

强化法治保障

强化政府基本养老服务主体责任。省人大2021年7月29日通过《贵州省养老服务条例》(以下简称《条例》)，将于10月1日实施。《条例》强化家庭成员承担赡养、扶养义务，明确政府提供基本养老服务的主体责任；《条例》要求县级以上人民政府应当将养老服务事业发展所需经费列入同级财政预算，建立稳定、有效的经费保障机制；各级政府采取多种措施鼓励和支持社会力量通过多种方式提供基本养老服务。

专章明确基本养老服务内容。《条例》明确了政府制定基本养老服务清单、开展老年人能力和需求评估、实施政府购买基本养老服务、建设基本养老服务设施、开展老年人健康管理、发放老年人福利补贴等基本养老服务的主要内容；规定各级政府出资建设的养老服务设施，优先用于提供基本养老服务。与老年人密切相关的服务事项，设立线上线下便利化服务渠道，为老年人提供咨询、帮办、转办、代办服务。

强化基本养老服务要素保障。在设施建设上，《条例》首次规定城镇居住区按照标准建设配套的养老服务设施为公益性公共服务设施，由建设单位在竣工验收合格后无偿移交地方政府，主要提供基本养老服务；在资金保障上，《条例》要求县级以上政府将养老事业发展经费列入同级财政预算，建立稳定、有效的经费保障机制；在信息化建设上，《条例》要求由省民政厅建立全省养老服务云平台，实现跨部门、跨区域协同合作和信息共享。

创新基本养老服务实施机制

确保基本养老服务有效运行

加强对基本养老服务的组织领导。省委省政府将建立基本养老服务制度列入新时代推进西部大开发形成新格局的重点工作事项；省市县均成立政府领导任召集人、相关部门为成员的养老服务联席会议，及时研究解决基本养老服务工作中存在的困难和问题，并将其纳入省政府高质量发展督查激励清单，根据各项指标完成情况对地方政

府及相关部门进行考核、打分、通报，对考核结果排名靠前的地方安排专项激励资金。

建立基本养老服务对象需求精准识别机制。实施老年人能力和需求评估。省民政厅制定全省统一的老年人能力评估标准，为全省基本养老清单具体项目和内容的确定提供重要参考。县级人民政府民政部门根据评估标准，开展本行政区域内老年人能力综合评估，评估结果作为接受基本养老服务的依据。

科学制定基本养老服务清单标准。由省政府结合实际，综合老年人服务需求、老年人能力、财政承受能力等因素，制定全省基本养老服务清单，市县两级政府在省级清单的基础上适当增加服务内容，清单内容主要涵盖保障老年人基本养老服务需求的生活照料、医疗保障、康复护理、安宁疗护和精神慰藉。根据准确量化的老年人能力等级和服务需求，对老年人进行分级分类管理，对照清单提供基本养老服务。

实施政府购买基本养老服务。制定《政府购买基本养老服务指南》，全面梳理老年人基本养老服务需求和可利用的社会资源，立足现有的特困老年人护理费、高龄补贴等资金渠道，建立需求、资源、项目三项清单，健全购买服务项目的“发布-对接-服务-评价-提升”全周期管理。

创新基本养老服务支撑环境

推动高质量发展

建立完善基本养老服务标准体系。推动全省基本养老服务设施设备向标准化、规范化迈进，为提供基本养老服务奠定坚实物质基础。分别制定养老机构服务规范、社区日间照料中心服务规范和居家养老机构服务规范，有力提高基本养老服务规范化、标准化水平。

建立完善基本养老服务综合监管制度。针对消防安全、食品安全等养老服务质量安全监管重点、难点，先后印发系列政策文件。大力开展以“关爱·责任·形象”（关爱五保对象、强化保障责任、树立良好形象）为主题的星级敬老院争创活动，对星级敬老院统一表彰、授牌，按所达星级给予一定的资金激励，403所星级敬老院基本实现了“建设标准化、管理规范化的服务亲情化”。

优化社会力量提供基本养老服务政策环境。以市场化运作方式来开发基本养老服务市场，采取一次性建设补助、年度运营补贴、支持消防改造等措施，推动基本养老服务机构公建民营，民办养老服务机构提供基本养老服务。以轻资产运营模式吸引市场主体运营，降低运营商成本，也降低基本养老服务价格。

6、多元保障探索构建基本养老服务体系

重庆市民政局

近年来，重庆市将养老服务作为高品质生活、高质量发展和高效能治理的重要举措，突出兜底线、保基本、强普惠，坚持政府主导，有效统筹整合各方力量，分层分类建立适合重庆实际、覆盖全体人群的基本养老服务体系，充分满足老年人基本养老服务需求，不断增强

老年人获得感、幸福感和安全感。

聚焦特困对象、强化政府主责，不遗余力推进兜底型养老服务“人人保障”

着力于基本供养补贴提标。从 2017 年起，全市统一城市和农村特困人员基本生活救助标准，印发《重庆市改革完善社会救助制度重点举措》，规范基本生活救助标准动态调整机制，每年按照不低于城市低保标准的 1.3 倍定期调整。完善特困人员医疗保障制度。完善特困人员护理补贴制度，对自理、半失能、失能特困人员每人每月分别补贴 50 元、200 元、300 元，切实解决特困人员护理难题。今年已为 18.23 万名特困人员发放各类供养经费 8.26 亿元。

着力于基本供养设施提档。投入 1.9 亿元财政资金，围绕“热水供应常态化、生活寝具标准化、卫浴空间适老化”等三个方面进行重点改造，409 个乡镇敬老院生活常用设施设备“配置升级”，78 个乡镇敬老院整体设施“更新迭代”，27 家片区型乡镇敬老院“全新上线”，支持 115 个乡镇敬老院社会化运营。

着力于失能特困人员基本照护提质。实施农村失能特困人员集中照护工程，确保每个区县至少有 1 个失能集中照护机构，实现有意愿入住失能特困人员“应护尽护”。鼓励居家失能特困人员与村“两委”、亲属、邻居等签署“一对一”照护协议，并以政府购买服务的形式，由专业化照护机构上门提供优质照护服务。

关爱困难群体、强化政府主导，尽力而为推进救助型养老服务“人

人受益”

推进城市老年人基本照顾服务。针对低保、失能、民政建档户等城市困难老年人的生活照料需求，从 2019 年开始推行助餐、助浴、助医等“三助”行动计划，为低收入老年群体给予 3 元-5 元/次的助餐补助，给予 20 元-50 元/次的助浴补助，为困难老年人试点建立家庭签约医生、家庭病床等助医服务。目前，全市已设置助餐点 1091 个、助浴点 497 个，累计助餐 72 万人次、助浴 6 万人次、助医 30 万人次。

推进农村留守老年人基本关爱服务。在建立基础信息台账和日常定期探访的基础上，探索实现每个村有一个互助养老点、有一个人定岗服务、有一支服务队伍、有一套结对帮扶机制，开展集中助餐、流动助医、定点助乐、智慧助急、上门助养服务。今年以来，累计提供紧急救援 500 余次、定期探访 10 万余次、生活照料服务 8 万余次。

推进失能老年人长期照护基本服务。建立困难失能老年人养老服务护理补贴制度，给予每人每月 200 元补贴，用于购买专业化照护服务，今年为 2.5 万余名老年人发放护理补贴 6000 余万元。探索推行长期护理保险制度，完善失能老年人评估体系。

推进老年人居家适老化改造。印发《关于加快推进老年人居家适老化改造工程实施方案》，2020 年，市级财政支持 1000 万元，对 5000 户困难老年人家庭实施居家适老化改造；今年将对 1 万户困难老年人家庭进行居家适老化改造。探索家庭养老床位，强化家庭支持功能，

为失能老年人提供专业化照护服务。

面向全体老人、强化政企联动，量力而行推进普惠型养老服务“人人可及”

探索建立全覆盖的社区居家普惠服务平台。相继出台《重庆市社区居家养老服务全覆盖实施方案》《重庆市农村养老服务全覆盖实施方案》，按照“一镇街一中心、一村社一站点”原则，突出社区居家养老普惠功能，在街道（乡镇）养老服务设施设置生活照料、托养护理等功能区域，为社区老年人提供助餐、助浴、助医等 35 项基本社区服务，实现“老有所乐”；在街道（乡镇）养老服务中心设置全托床位，为社区老年人提供全天候全周期托养照料服务，实现“老有所养”；以养老中心为统领、社区站点为支撑，依托智慧养老大数据平台，提供线上线下居家养老服务，实现“老有所依”。目前，全市建成街道养老服务中心 220 个、社区养老服务站 2912 个，基本实现城市全覆盖；全市已建成乡镇养老服务中心 390 个、村级互助养老点 5670 个，覆盖率达到 74.2%，到 2022 年实现全覆盖。

探索建立可负担的基本普惠服务。在主城新建成区规划布局 157 块社区嵌入式普惠养老用地；建成“社区嵌入式”普惠养老机构 376 家、服务床位 5.3 万张。推进普惠养老城企联动专项行动，以全市平均养老金为基准制定普通老年人可承受的普惠养老服务价格标准，实施 7 个普惠养老服务项目，新增普惠型养老床位 3000 余张。

探索建立有温度的基本普惠政策。建立老年人普惠清单，市级财

政每年补贴 3.2 亿元，对 65 岁老年人给予免费乘坐交通工具、免费参观旅游景区、免费体检和健康档案管理；对 80 岁以上的所有老年人建立高龄津贴制度，给予每人每月 50 元-500 元的高龄津贴，每年为 70 余万名高龄老年人发放津贴 6.3 亿元；对居家老年人，建立老年人意外伤害保险制度，已为全市 34.5 万名老年人提供意外风险保障金。

7、先行先试夯实基本养老服务根基

广东省民政厅

近年来，广东省坚持以人民为中心，先行先试，勇于创新，着力破解区域发展、城乡发展不平衡问题，围绕人人享有基本养老服务的根本目标，努力打造“兜住底线、确保基本、普惠均等、方便可及、健康持续”的基本养老服务“广东实践”。

注重问题导向

着力破解基本养老服务瓶颈

统筹制度合力。出台《广东省养老服务条例》，修订《广东省城乡居民基本养老保险实施办法》等，对 65 岁以上高龄参保人，每月适当增发基础养老金，不断促进城乡居民保障制度与家庭养老、社会救助、社会福利等相衔接相融合，形成制度合力。

落实设施和用地规划。出台《广东省加快推进养老服务发展若干措施》，将用于养老服务的闲置公有物业的租赁期限由原来的 5 年延长至 15 年以上；出台《关于进一步加强养老服务设施规划和用地保障的通知》，确保降低用地成本，支持社会力量大力开展普惠性养

老服务。

加快人才培养。出台《关于推动“南粤家政”工程高质量发展的意见》，把养老服务人才培养纳入“南粤家政”工程重点加以推进。广州等地出台养老护理员补贴、奖励和住房、子女就学等激励政策，不断提升养老服务行业影响力和就业吸引力。

注重分类施策

竭力满足基本养老服务需求

兜底线，确保城乡特困老年人应养尽养。到 2020 年底，全省城乡特困人员年人均基本生活供养标准分别达到 1.69 万元、1.38 万元，居全国第 5 位。建立特困供养人员护理制度，惠及全省 23 万名特困人员。

保基本，优先保障特殊困难老年人基本养老服务需求。建立经济困难的高龄、失能等老年人补贴制度，“十三五”期间惠及 74 万人次。确保公共养老资源分配的公平公正公开，全省 90% 以上地市的公办养老机构采用入住评估公开轮候制度，在全面满足特困老年人集中供养需求的前提下，优先保障经济困难失能失智老年人、计划生育特殊家庭老年人、退役军人及其他优抚对象等的养老服务需求。

促普惠，努力实现基本养老服务供给公平可及。建立城乡一体化居民基本养老保险制度，不断健全全民医保体系，落实基本公共卫生老年健康管理服务。建立 80 岁以上普惠型高龄老人补贴制度，全省 298 万老年人受惠。不断优化提升基本养老服务设施布局，为广大老

年人提供普惠均等、方便可及的养老服务。

注重精准发力

努力提高基本养老服务成色

聚焦老年人助餐服务需求。2018 年以来，在全省推广广州市社区居家养老“大配餐”经验做法，全省共建有 1900 多个助餐配餐点，覆盖所有珠三角地区和大部分粤东西北地区，在数量上比 2018 年翻了一番。

聚焦老年人医养康养服务需求。不断优化医养结合机制和服务模式。截至 2020 年底，全省已建医养结合机构 310 家，全省 96.7% 的养老机构因地制宜、采取有效方式，为入住老年人提供医疗卫生服务；100% 的医疗机构建立了为老年人提供挂号、就医等绿色通道。

聚焦老年人关爱服务需求。为全省 3.2 万名农村留守老年人建立定期巡访和关爱服务制度。实施广东社工“双百计划”，全省 407 个乡镇(街道)社工站、1737 名社工累计为老年人提供 800 万人次专业化服务。

聚焦智慧助老服务需求。建立省级推进解决老年人运用智能技术困难部门间联席会议制度，在“粤省事”开设“尊老爱老服务专区”。在全国首创“一证通行”为老服务系统，全省将“一证通行”为老服务纳入党史学习教育“我为群众办实事”行动，累计为全省老年人提供服务 372 万人次。

注重改革创新

大力提升基本养老服务质量

公办兜底换新颜。采取区域“统筹打包”模式，实施公办养老机构社会化改革，通过引导社会资本投入基础设施和专业服务能力建设，提升公办敬老院和社会福利院的集中供养能力。

社区养老遂心愿。深入推进全国居家和社区养老服务改革试点，广州、珠海、云浮获得国家考核优秀。全省4个县区、21个街道和13家企业入选国家智慧健康养老应用试点示范名单，30个城市社区和4个农村行政村启动国家首批老年人心理关爱试点项目。一系列改革试点经验在全省推广运用，让广大老年人在家门口享受高品质、多样化、方便可及的养老服务。

传统模式赋新能。探索“养老+N”新业态，携手东北三省及江西、广西等，开创“旅居养老”新品牌；携手香港和澳门两个特别行政区，开创粤港澳“湾区养老”新模式，不断满足不同区域老年人多样化、多层次养老服务需求。

注重要素保障

全力夯实基本养老服务基础

强化财政投入，解决“有财力”养老的问题。“十三五”期间，全省各级财政累计投入近200亿元用于基本养老服务体系建设。自今年起，各级彩票公益金按不低于55%的资金比例用于支持养老服务体系建设，比以往提高五个百分点。

强化用地保障，解决“有地方”养老的问题。把养老服务设施建

设用地纳入土地利用总体规划和年度计划，鼓励盘活现有存量土地资源，支持利用闲置土地发展养老服务。

强化标准支撑，解决“有规范”养老的问题。成立省养老服务标准化技术委员会，发布《老年人照顾需求等级评定规范》等7项省级地方性标准和《智慧城市智慧养老规划导则》等4项团体标准，为基本养老服务体系规范化、专业化发展提供了基本遵循。

强化队伍建设，解决“有人才”养老的问题。构建“学历教育+继续教育+实习实训”三位一体养老服务人才培养模式。全省共有126所各类院校开设养老服务相关专业，在校生超过10万人。2020年累计组织培训养老从业人员超7万人次。

强化监管底线，解决“有安全”养老的问题。建立各部门联合监管机制，创新养老机构主动监管模式，探索通过政府购买服务、委托第三方机构方式，对全省2.3万个养老机构和社区居家综合养老服务中心按一定比例随机抽查，推动监管实现常态化、协同化、精准化。

[返回目录](#)

• 医药流通 •

改变医药零售和流通未来5年的重大利好！

来源：新康界

4月10日晚，国务院对外发布《关于加快建设全国统一大市场的意见》（简称《意见》），文件出台后，市场反响激烈，引起较高的

关注度。究竟什么是全国统一大市场?文件发布后对医药零售和药品流通会产生什么样的深远影响?本文将对以上问题逐一阐述。

一、究竟什么是全国统一大市场?

全国统一大市场指的是中国国内市场形成了高效规范、公平竞争、充分开放的基本格局,可以依托它顺利地实现国内国际双循环和扩大再生产。本次《意见》明确要加快建立全国统一的市场制度规则,打破地方保护和市场分割,打通制约经济循环的关键堵点,促进商品要素资源在更大范围内畅通流动。

具体划分来看,全国统一大市场包括“4个统一”以及“2个破除”。“4个统一”包括统一的市场基础制度规则、统一的高标准市场设施联通、统一的要素和资源市场和统一的高水平商品和服务市场。



“2个破除”主要体现在破除不当市场竞争和市场干预行为以及破除地方保护和区域壁垒。

在破除不当市场竞争和市场干预这一方面,主要举措是推进统一的市场监管,这里面包括监管规则和执法的统一。现在各个地方可能是因为监管执法的力度,或者是执法的规则方面,可能还有不太一致

的地方，导致在一省开办企业适应了当地市场监管，但如果再去另外地方经营业务时，可能面临不同的监管要求，限制了企业对外的的发展。通过市场监管的统一，可以降低企业跨区域经营的成本和提升适应性。

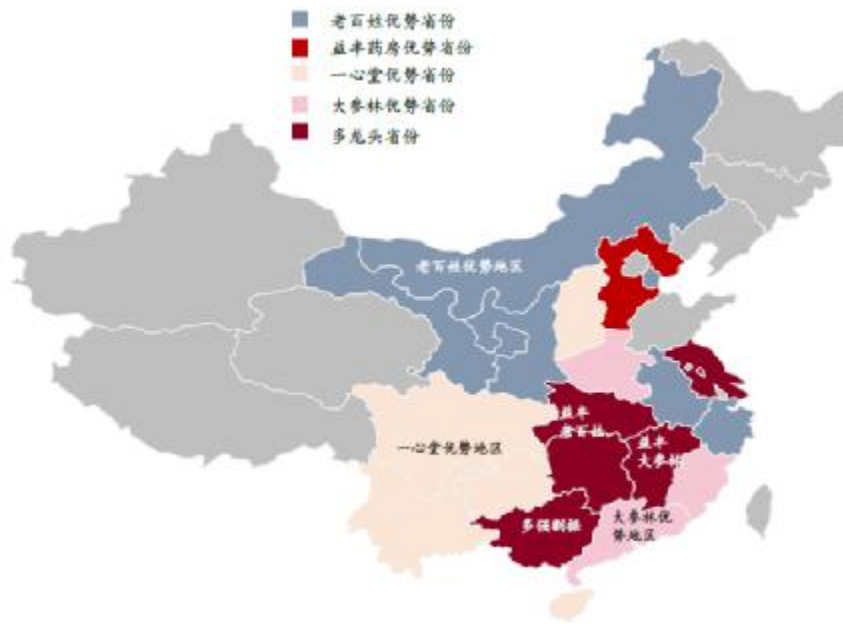
地方政府过分看重 GDP 和地方税收，地方保护主义倾向较为严重。各地往往有本地扶持的企业和品牌，设置或明或暗的门槛，其他竞争企业和产品难以进入。在招投标方面，很多地方都在招投标时照顾本地的企业，歧视外地的企业，这样导致很多行业它每个市每个县都有一家行业的企业，导致行业缺乏龙头企业，不能做大做强，也不能实现规模经济，也是未来破除对象。

二、全国统一大市场对医药零售和药品流通的影响

①零售药店并购整合步伐加速

目前全国药店布局还是较为分散，区域性特征比较强。上市公司中国大药房和老百姓具备全国性布局能力，其余公司虽然成立时间近 20 年年，但布局区域大多为其发家地及周边地区，很少有做到全国药店布局。

如一心堂的门店主要集中在云南、四川地区，两地门店占比超 70%；大参林集中在华南地区，两广地区渗透更深，门店占比超 77%；益丰药房在两湖以及江苏地区发展加快，中南+华东地区门店数占比接近 90%。除此以外，市场份额较大的几家药房也基本均为地方性龙头公司，异地扩张较为困难。



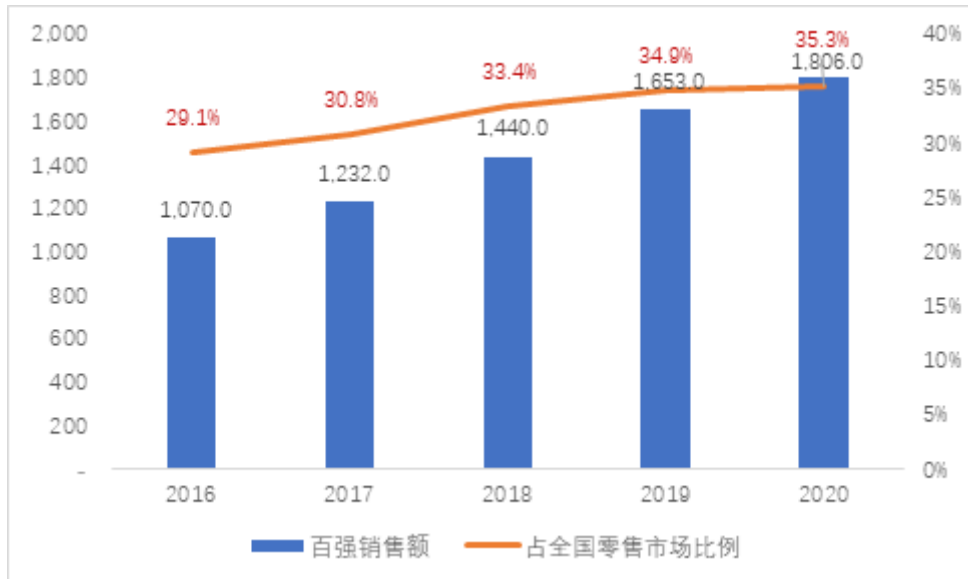
形成上述格局的主要原因是药房发展初期，存在较强的地方保护主义，在跨区域扩张时需要应对不同部门零售药店的设立批准与监管。根据中国医药商业协会数据显示：2020年top100的药品零售企业销售总额1806亿元，占全国零售市场总额35.3%。根据中国药店数据，2020年美国医药零售TOP3企业占比70%；日本药妆店TOP10占比65%。与海外发达国家相比，国内龙头的集中度仍处于低位。

全国药店零散、集中度低的格局不利于监管机构对药品的监管，同时很多管理手段和技术水平低的单体药店和小连锁效率普遍不高，盈利能力弱，容易陷入价格战。

为此，政府近年来一直在精简审批环节，鼓励连锁化。2021年上海、北京、江苏等地就陆续取消了“限距”这个规定。“限距”是用行政命令对药店数量和布局进行调节，目的是防止无距离开店，造成无序竞争。与此同时，药店设置间距限制就是保护“落后”，不利于市场充分竞争。取消“限距”不仅可以让新药店公平加入市场进行

充分竞争，也会加快药店经营者进行转型升级的步伐，促进零售药店的长远发展。

图表 1 2016-2020 年全国药品零售百强企业销售额及市场占有率
(单位：亿元)



资料来源：中国医药商业协会、中康产业研究中心整理

为落实国务院“放管服”改革并推动药品零售连锁经营长期发展，商务部在“十四五”指导意见里要求到 2025 年，培育形成 5-10 家超五百亿元的专业化、多元化药品零售连锁企业，药品零售百强企业年销售额占药品零售市场总额 65%以上。按照此要求，目前上市的药店连锁公司收入在百亿规模，有很大想象空间，而统一大市场政策则为实现上述目标扫清障碍。

②药品流通行业进入关键转折期

2016 年国务院发文取消“从事第三方药品物流业务批准”后，全国范围内统一的医药物流监管政策没有及时跟进。现在对医药物流的管理主要依赖于地方省级药品监管部门，各地监管部门在监管实践

中“各自为政”，监管政策的解读和执行不统一。

各省市或明或暗创设准入门槛保护地方企业，包括采取数量限制，不予准入等条件。医药物流企业跨省市的“异地设库”无法实现，医药大集团跨区域“多仓联运”难以走通，医药物流进入其他地区的管理成本大幅增加，在一定程度上形成了“市场分割”和“地方保护”，妨碍了药品流通企业跨地区、跨所有制兼并重组。

而构建统一大市场将解决区域医药物流政策不一致问题，通过制定统一的药品第三方物流准入及异地设库标准，推动医药物流标准体系与国际接轨。商务部数据也显示，2020年全社会物流总费用占GDP的比重为14.7%，几乎是美国、日本的两倍，降本增效空间较大。

对于医药流通企业来说，统一大市场意味着可以集约化经营，市场空间的进一步扩展以及经营成本的降低。商务部在“十四五”指导意见里要求到2025年，培育形成1-3家超五千亿元、5-10家超千亿元的大型数字化、综合性药品流通企业。

而目前药品流通TOP4企业收入超过5000亿元的只有国药控股。华润医药和上海医药2021年收入分别为2368亿元和2158亿元，距离目标还有2倍成长空间；九州通2020年收入1108亿元，预计未来前4家全国性药品流通企业的市场份额仍会持续提升。

[返回目录](#)

立足医药电商，不断完善生态

来源：未来智库

1、医疗体制改革：提升资源使用效率，加强保障力度

我国互联网医疗行业的发展历程可谓一波三折，从 2015 年前后大量初创企业涌现，至 2018 年在监管政策下冷却，在 2020 年疫情后又出现了新的机会。从业者对互联网医疗商业模式的探索也还在继续，在一些细分领域中至今仍未找到成熟盈利模式。互联网医疗行业的复杂性体现在以下几点：

(1)牵一发而动全身，我们无法孤立的去谈论其中某一个环节，例如医药电商的发展与医院、医保、线下药店都有紧密关系；(2)强政策性，医疗行业的重大改革几乎全部是自上而下的，我国医疗行业目前仍处于重大变革时期，疫情后对互联网医疗的支持态度逐渐明朗，但未来政策不确定性依然存在；(3)决策者、购买者、受益人经常是分开的，如医生决定购买何种处方药、患者收益、医保参与支付，这在其他行业中并不多见，也决定了成功的商业模式必须能够触及所有环节并构建闭环，目前不同企业依据自身能力切入医疗的不同环节，但终局形态可能是相似的。

阿里健康、京东健康从医药电商切入互联网医疗，其模式相对于问诊等医疗服务更容易变现，原因在于当下消费者对药品的支付意愿依然高于服务。通过卡位医药环节，可以累计现金流为未来布局其他环节做好铺垫，商业模式韧性更强。想要了解这一类医药电商的现状，

我们必须先理解目前医疗改革的整体构架和互联网在其中的定位。

我国医疗体系面临公平和效率的挑战

一方面，我国优质医疗资源长期稀缺，不同地区所能享受的医疗条件差异较大。2019 年，主要集中在城市地区的三级医院以 9.38% 的数量占比，接待了超过 50% 诊疗人次；作为对比，广泛分布在乡镇及农村地区的未定级医院，虽然数量占比达 50.43%，但接待的诊疗人次仅在 5% 左右。另一方面，医保基金面临开支压力，减少过度医疗，提升基本保障覆盖面成为改革的方向。我国基本保基金总收入从 2016 年的 1.31 万亿元增长至 2020 年的 2.46 万亿元，同比增速在最近两年下降到个位数。

图 2: 我国基本医保收入、支出（万亿元）与收入增速



医院改革方向是促进医药分开、改革考核制度、推动分级诊疗

2017 年以前，药品销售一直是医院收入的主要来源，“以药养

医”现象十分严重。为了打破这种局面，切断医疗机构与药物销售之间的利益链条，促进医疗资源的合理利用，国家力图促使医药分开。

处方外流是推动医药分开的重要举措。2017年3月23日，北京市人民政府印发《医药分开综合改革实施方案》，重点在于：1)取消药品加成、挂号费、诊疗费，设立医事服务费；2)设立分级诊疗体系；3)规范医疗服务价格；4)加大医保保障和支付方式改革力度。

处方信息共享平台的建设是处方药外流的基础。2018年4月《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》的出台，促进了处方线上化进程。今年6月4日，国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》指出，要建立药品追溯制度，探索公立医院处方信息与药品零售消费信息互联互通。处方流转平台是互联互通的重点，是处方外流能够落地的必要前提。7月初，国家卫健委、中医药管理局和中央军委后勤保障部联合发布《医疗机构处方审核规范》，明确处方仿制药必须使用通用名，有助于加速处方外流。

医保支付标准也必须一致，否则集采药和谈判药低于零售药店，可能导致回流。据医保局统计，2019年全国约20万家医疗机构(不包括一体化管理的村卫生室)、39万家零售药店已经纳入医保定点。5月10日，医保局与卫健委共同发布了《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》。拟将定点零售药店纳入谈判药品供应保障范围，对纳入“双通道”管理的药品，在定点医疗机构和定点零售药店施行统一的支付政策。

在对医院考核机制上，DRG 付费、DIP 付费即将推广。2020 年 3 月，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》发布，提到未来医疗服务将“以按病种付费”为主。目前 DRG、DIP 试点城市超过 200 个。DRG 是指按疾病诊断相关分组，根据疾病诊断、治疗方式、并发症及合并症等因素，将临床特征与医疗资源消耗相近的患者分入同一组，以组为单位打包确定价格、收费及医保支付标准。DIP 即基于大数据的病种分值付费。简单来说，就是基于之前 DRG 的基础上运用大数据技术进行分类组合后进行的分值付费。

在 DRG 付费、DIP 付费制度下，医保基金按照治疗病种付给医院固定费用，而不考虑医院实际发生的费用。这就改变了以往医院多住院多开刀就能获得更多医保支付的激励方式。为获得盈余，医院必须控制治疗成本，或者提供高水平医疗获得更高分值的医保支付，有助于改变目前以药养医的现状。

分级诊疗正在推进。针对我国医疗资源在地区、城乡及医院间分配的不均衡，2015 年，国务院办公厅发布了《关于分级诊疗制度建设的指导意见》，推动建立分级诊疗制度。在分级诊疗制度下，常见病多在一级医疗机构进行诊治，慢性病往往在二级医疗机构进行诊治，疑难病症和危重病则在三级大型综合医疗机构进行诊治。

药品流通改革方向是减少流通层级，大幅压低价格

两票制在一定程度上抑制了药价虚高。2016 年 12 月 26 日，国务院医改办等八部门联合印发《关于在公立医疗机构药品采购中推行

“两票制”的实施意见(试行)的通知》。两票制是指药品、医用耗材生产企业到流通企业开一次发票，流通企业到医疗机构开一次发票。国家出台两票制的初衷是打击挤压过票、洗钱挂靠、偷漏逃税空间，抑制药价虚高。药品“两票制”已经落实，由于耗材“两票制”落地存在难度，目前暂时搁置。

零加成有利于促进医药分开。2006年，国家开始针对药品加价率进行规制，2012年开始在全国范围内的公立医院系统取消药品加成。截至2017年底，国家卫计委宣布全国所有公立医院已经取消药品加成。因此医院在理论上已经不能通过售药获利。

医保谈判和集中采购旨在压低药品价格，通过一致性评价的原研药和仿制药按相同标准支付，或者以仿制药替代原研药。到2019年，医保谈判模式已经趋于成熟，医保目录调整倾向以改革存量换取增量。2019年启动的国家医保目录调整结果于2020年1月开始执行。新增纳入的70个药品以平均60.7%的降幅准入目录，同时也调出150个药品，27个续约药品降价26.4%，为调入腾出空间。

表 6: 历次国家医保谈判概况

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
主导部门	卫计委	人社部	医保局	医保局	医保局
谈判品种量	5	44	18	150	162
谈判成功量	3	36	17	97 (70个新增, 27个续约)	119 (目录外96种, 目录内23种)
成功率	60.00%	81.82%	94.44%	65.00%	73.46%
价格平均降幅	58.60%	44.00%	56.70%	60.7%(新增); 26.40%(续约)	50.64%

药品集中采购包括带量采购，量价挂钩、以量换价，集采的规模和品种在过去几年快速上升。2021年6月的第五批集采涉及采购额达550亿。入选品种都有大幅降价。2021年，药品集中带量采购涉

及 107 个品种，降价 52%-56%。

2021 年初国务院发布《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》提出，凡是用量大、采购额高的品种都将进行带量采购，生物类似药和中成药也将纳入集采。国家级集采每年两批，对大品种的集采将于 2022 年完成。前 3 批国家集采共节约 1000 多亿元，省级集采每年节约 240 亿。

表 6: 历次国家医保谈判概况

	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年
主导部门	卫计委	人社部	医保局	医保局	医保局
谈判品种量	5	44	18	150	162
谈判成功量	3	36	17	97 (70 个新增, 27 个续约)	119 (目录外 96 种, 目录内 23 种)
成功率	60.00%	81.82%	94.44%	65.00%	73.46%
价格平均降幅	58.60%	44.00%	56.70%	60.7%(新增); 26.40%(续约)	50.64%

支付层面改革方向是扩大医保覆盖和使用便利程度、控制成本

医疗保险制度在城镇居民医疗保险与农村居民医疗保险合并为居民医疗保险后，简化为城镇职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险两大板块，截至 2020 年底合计覆盖我国 13.61 亿人口，覆盖率达 97.2%。

个人账户改革降低了自有使用额度，但扩大可使用范围。在改革之前，医保个人缴费的 2% 和单位缴费的 30% 计入医保个人账户。2021 年 4 月，国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》。此次改革主要带来三大变化：一是职工医保门诊费用拟纳入报销，门诊报销提高至 50% 起；二是单位缴费拟不再进入个人账户，调整统账结构后减少划入个人账户的基金主要用于支撑健全门诊共济保障；三是个人账户的使用范围扩大至家属。

此次改革后，统筹基金结算延伸到了药店，对于网上购药服务使用统筹基金支付也在政策上扫清障碍。通过个人账户在定点药店购买的商品从药物拓展到医疗器械、医用耗材。

跨省异地就医促进医保支付便捷化。2018年9月，京津冀、长三角和重庆、四川、贵州、云南、西藏五省市开展门诊费用跨省直接结算试点工作。2020年9月印发《关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知》，进一步扩大门诊费用跨省直接结算范围。截至2020年底，共联网定点医疗机构1.02万家、定点药店1.18万家，累计直接结算302万人次。异地医保人群可在零售药店跨省使用医保购药，将减少异地药店购药的医保报销顾虑。（报告来源：未来智库）

2、互联网医疗：定位为实体医院的补充、助力分级诊疗和处方药外流

全方位的医疗改革为互联网医疗的发展提供了完整的政策框架，线上问诊、售药等业务也逐渐走出监管的模糊地带，互联网医疗的边界和在整个医疗体系中的定位已经开始清晰。

互联网医院被定位为实体医院的补充

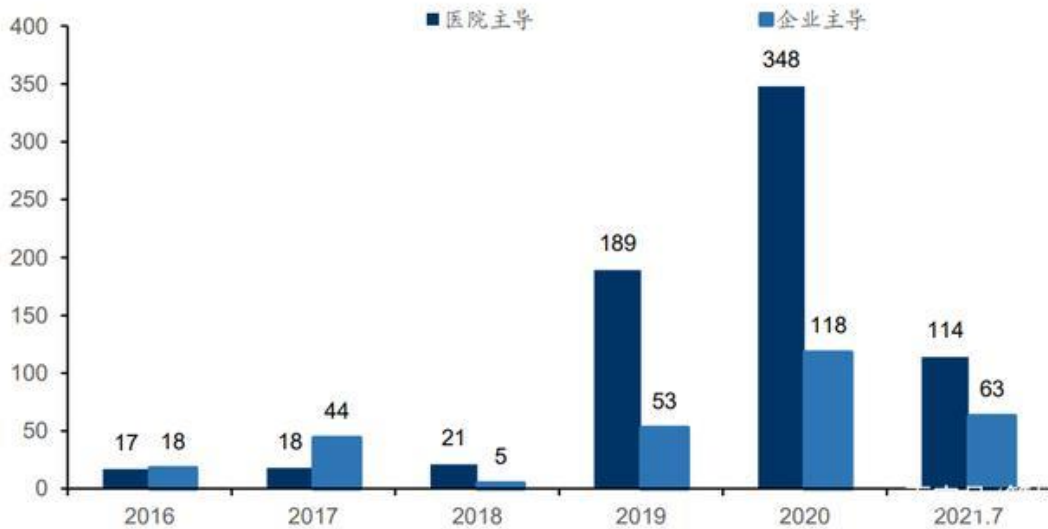
2019年之前，我国针对互联网医疗的政策在鼓励和管控之间有所摇摆。我国从1999年开始提出远程医疗的概念，2015年以后提出互联网医疗的概念，并在2016年的国家“健康中国2030”中提升为国家战略。2017年面对互联网诊疗过热的局面，原卫计委发布《关于征求互联网诊疗管理办法(试行)》(征求意见稿)，叫停了许多互联

网医疗机构，明确互联网诊疗机构不得参与首诊。2018 年卫健委关于印发互联网诊疗管理办法(试行)等 3 个文件的通知规定互联网医院必须有实体医疗机构作为线下支撑，互联网医院所能开展的科室、设置和诊疗科目不得超出所依托的实体医疗机构的科目范围。

2019 年后，新建互联网医疗机构数量有所反弹。疫情的爆发直接推动了互联网诊疗的发展。2020 年 2 月 28 日，国家医保局、国家卫生健康委联合发布《关于推进新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+”医保服务的指导意见》，明确提出将符合条件的“互联网+”医疗服务费用纳入医保支付范围，鼓励定点医药机构提供“不见面”购药服务，允许在线开具部分常见病、慢性病处方。2020 年 4 月 14 日，国家发改委、中央网信办发布《关于推进“上云用数赋智”行动培育新经济发展实施方案》指出在卫生健康领域探索推进互联网医疗医保首诊制和预约分诊制，开展互联网医疗的医保结算、支付标准、药品网售、分级诊疗、远程会诊、多点执业、家庭医生、线上生态圈接诊等改革试点。河北省(雄安新区)、浙江省、福建省、广东省、重庆市、四川省 6 个省市将有机会率先试点互联网医疗医保首诊制。

这一阶段，实体医院主导新建的互联网医院成为行业主流。由于政策规定互联网医院依托于实体医疗机构，实际上互联网医院被定位为实体医院的补充。医保属地化的特征也决定了企业主导的互联网医院要向获得医保额度必须同线下医院和地方政府逐个商谈，无法实现跨地域快速扩张的互联网打法，医疗行业的互联网化凸显了长期性。

图 3: 新建互联网医院主导方数量 (家)



网售处方药监管政策放松，但医保接通慢于线下药店

医药电商在政策层面也经历了曲折的发展历程。

在初期，政策逐渐趋严。1999 年颁布的《关于印发处方药与非处方药流通管理暂行规定的通知》不允许采用网上销售方式销售乙类处方药。根据 2000 年的《药品电子商务试点监督管理办法》，部分省市开展网上非处方药销售试点。随后，2005 年颁布的《互联网药品交易服务审批暂行规定》允许了在网上进行药品交易，但需要《互联网药品交易服务资格证书》，即 A、B、C 证，并且只允许销售非处方药。2013 年的《关于加强互联网药品销售管理的通知》规定零售单体药店不得开展网上售药业务，零售连锁企业网上只能销售非处方药，并使用符合 GSP 认证的药品配送系统自行配送。

此后，政策监管出现一定摇摆。2014 年的《互联网食品药品经营监督管理办法(征求意见稿)》规定互联网经营者可凭处方销售处方药，B2B 第三方交易平台、药品生产企业和药品批发企业开展网上药

品购销活动无需审批或备案;B2C 牌照不再审批采取备案制。2016 年 8 月药监局通报结束互联网第三方平台药品网上零售试点工作。2017 年 1 月《国务院关于取消一批行政许可事项的决定》，取消了医药电商 B、C 证的审核，9 月，取消 A 证审批，医药电商从重审批进入重监管时代。

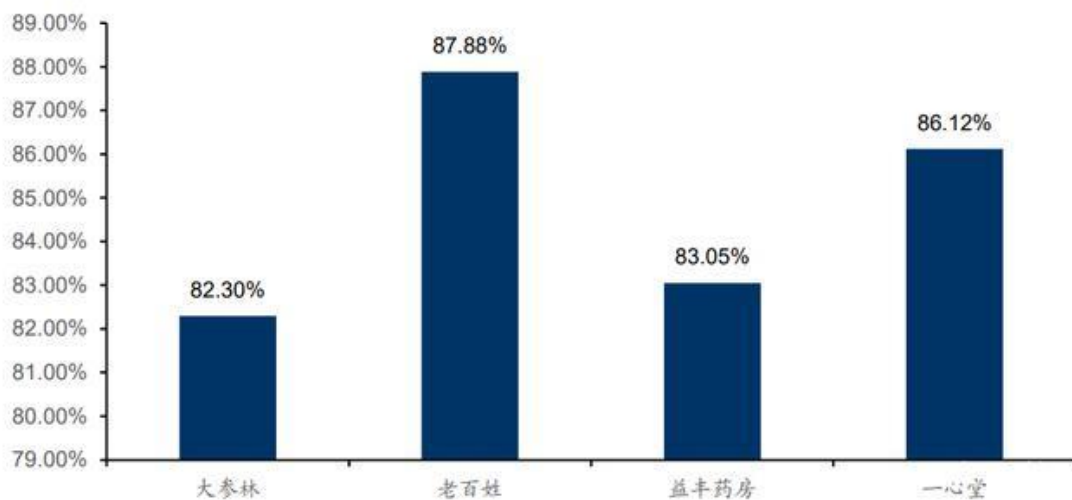
2018 年以后，药品线上销售的品类限制逐渐放开，在医药分开、鼓励互联网医疗发展的背景下，处方药的线上销售放开。同时，限制处方药外流的难点——医保支付逐步向线上线下一体化推进。

2018 年《网络药品经营监督管理办法(征求意见稿)》提到目前可以有条件放开，比如通过第三方平台向个人售药;不宜开放的暂时仍禁止，网络药品销售者为药品生产、批发企业的，不得向个人消费者销售药品。网络药品销售者为药品零售连锁企业的，不得通过网络销售处方药、国家有专门管理的药品方药等。2020 年《药品网络销售监督管理办法(征求意见稿)》支持网络零售企业按照相关要求和规定销售处方药。

2020 年 10 月 24 号《国家医疗保障局关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》，明确符合条件的互联网医疗机构可以通过其依托的实体医疗机构，自愿“签约”纳入医保定点范围，“互联网+”医保支付将采取线上、线下一致的报销政策。在线医保支付目前已经在杭州、广州、金华、青岛、辽宁等多地开始尝试。对于医药电商，目前则需要依托线下医疗机构才能进入医保定点范围，

目前还在探索实现模式。阿里健康目前在金华、广州、营口、莱西四个城市打通线上医保购药，而线下药店龙头企业已经有 80% 以上网点接入医保。由此可见，网上医保支付在开放进度上仍然落后于线下药店。

图 4: 2020 年连锁药店龙头医保定点门店占比



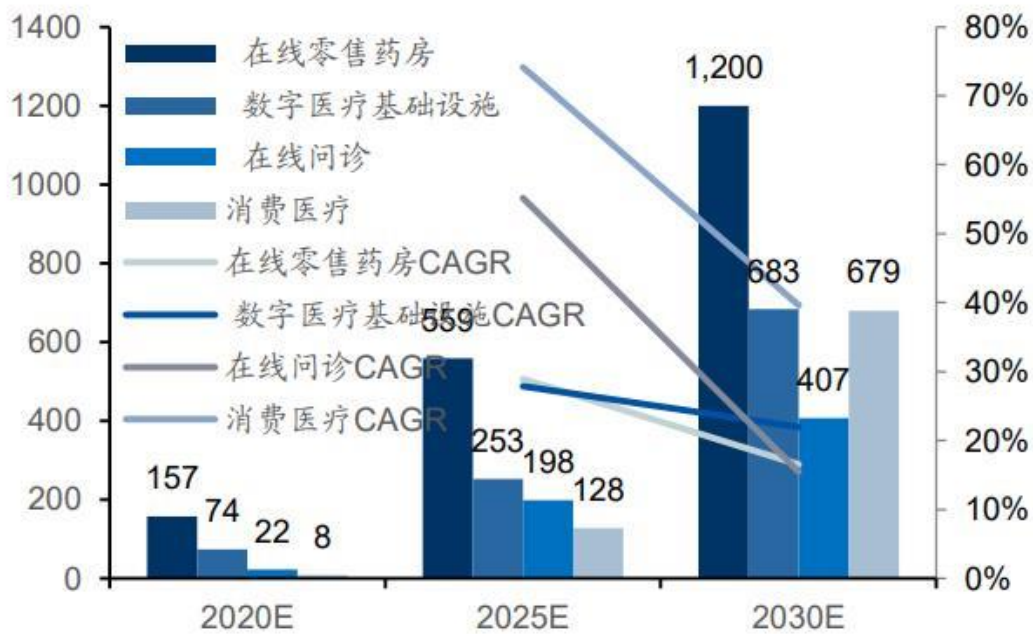
3、市场规模：互联网医疗未来十年 CAGR29.7%，在线零售药房为细分市场最大

互联网医疗行业包括在线零售药房、在线问诊、消费医疗健康服务等 ToC 端业务模式，以及数字化基础设施、线上企业服务等 ToB 端业务模式。根据弗若斯特沙利文的数据，2020 年互联网医疗行业规模达 3,140 亿元，同比增长 44%;2020-2025 年复合增长率为 36.7%，2025 年行业规模将达 15,010 亿元;2025-2030 年复合增长率为 22.9%，2030 年行业规模将达 42,230 亿元，由此推算 10 年 CAGR 为 29.7%。

细分来看，在线零售药房规模最大，2020 年规模 1,570 亿元，占比 50%;预计 2030 年规模将扩大到 12,000 亿元，2020-2025 年复合

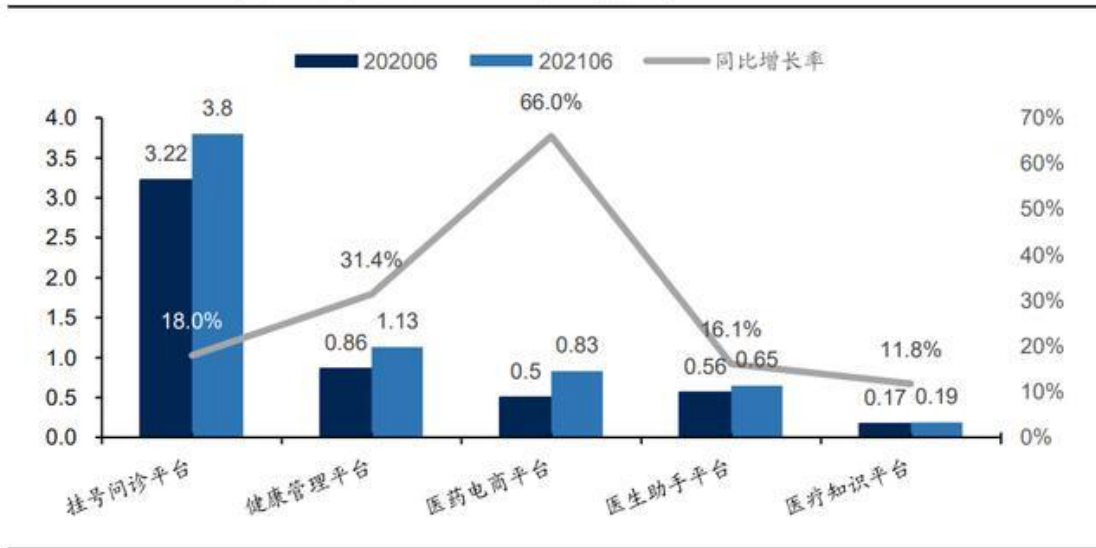
增长率为 28.9%，2025-2030 年复合增长率为 16.5%，10 年 CAGR 22.55%。在线问诊 2020 年规模 220 亿元，2030 年规模增长到 4,070 亿元，10 年 CAGR 33.88%；消费医疗健康服务规模将从 80 亿元增长到 6,790 亿元，10 年 CAGR 55.91%。数字化基础设施规模将从 2020 年的 740 亿增长到 2030 年的 6,830 亿元，10 年 CAGR 22.55%。

图 6：互联网医疗市场细分行业规模及增速（十亿元）



在后疫情时代，互联网医疗行业的模式探索逐步成型，线上挂号、购药、诊疗等需求持续增长，用户规模保持快速的增长。根据 Mob 研究院数据，从互联网医疗细分的五个领域来看，挂号问诊平台流量最高，在今年 6 月份月活规模达到 3.8 千万人次，同时，医药电商平台用户增长最快，同比增长 66%，其次是医疗健康管理平台，同比增长 31.4%

图 7: 互联网医疗行业分平台类型月活用户规模 (千万人)



在线零售药房目前主要依靠非药销售

在线零售药房的医药产品包括药品(处方药、非处方药)及非药品(保健品、医疗器械、日化用品等非医疗用品)。根据米内网的市场跟踪数据,2020年在线零售药房药品销售额占比为15%,非药品销售额占比为85%,对比线下药房药品销售占比超70%,非药品销售仅占30%左右,在线零售药房非药品销售占比较高。这主要与网售药品受政策限制较大,且用户网上购药习惯处于培养期有关。线下药房非药品占比较小,原因在于为防止骗保和违规刷医保卡,部分地区线下药店被禁止销售非药品,而允许销售的地方也不能使用医保刷卡。

从线上渗透率来看,药品渗透率仍小于非药品。2015-2020年,药品的线上渗透率从1.15%上升至3.79%,仅为非药品的1/2左右。无论药品和非药品距离25%的消费品线上渗透率都还有很大的提升空间。增速方面,在线药品的增速一直要高于在线非药品的增速。

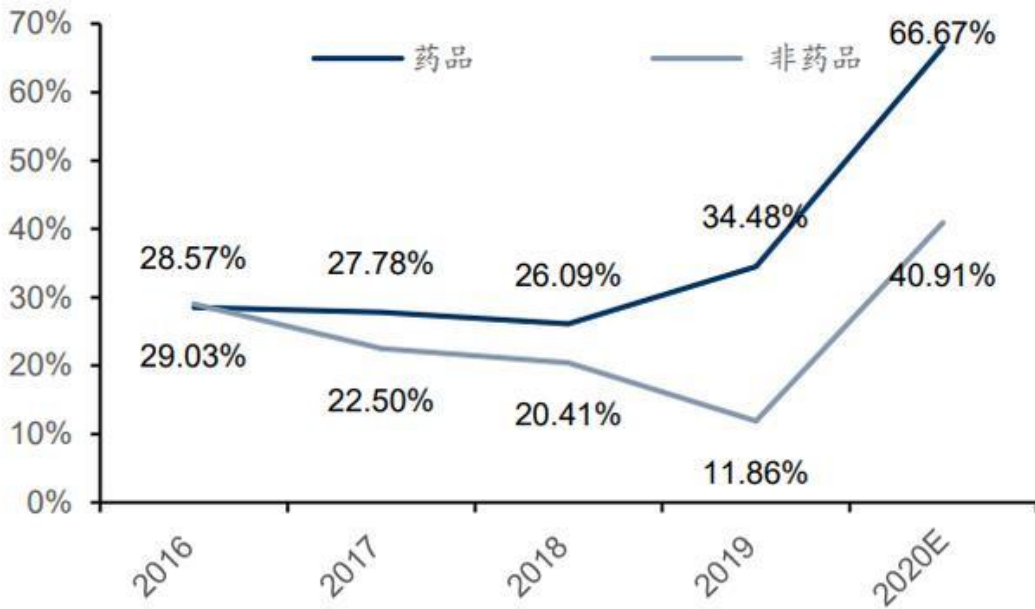
在政策严监管的情况下,医药电商平台在早期都注重从营养保健

品、家用医疗器械领域切入。

图 9: 线下药房规模及营收结构 (亿元)



图 11: 在线零售药房药品/非药品增速对比



保健品作为老年群体的刚性需求，作为整个养老产业的重要一环，市场规模已超过 2500 亿元。2013-2020 年中国保健品市场规模

持续增长，预计到 2021 年中国保健品市场规模增至 2708 亿元，未来三年仍然保持增长，预测 2023 年达到 3283 亿元。

图 12: 2013-2023 中国保健品市场规模（亿元）及预测



根据 CBNdata 和天猫健康联合发布的《天猫医药馆健康趋势白皮书》，在天猫平台，销售量最高的细分功能保健品类包括运动营养类、肠胃营养类、提升免疫力类和口服美容类，形成主力市场，部分细分产品增速超过 100%。其他品类如孕婴、儿童营养、男性活力补充还有较大潜力。

据 Euromonitor 数据，2020 年国内保健品主要渠道占比分布为直销 25%、药店 23%、电商 40%。2016-2020 年各渠道上销售规模增速 CAGR 为直销-4.11%、药店 1.48%、电商 24.49%，电商增速明显高于其他渠道。

在家用医疗器械领域，近年来，家用血压计、血糖仪，小型按摩器销售非常火爆，国产产品也日渐被人们所接受。在医疗器械领域里，家用医疗设备无疑将成为未来最具发展潜力的子板块。据医械研究院

发布的《中国医疗器械行业蓝皮书(2020)》，2019年我国家用医疗设备市场规模为1189亿元，同比增加25.4%。根据前瞻产业研究院推算，2020年家用医疗器械市场规模达到1540亿元。随着家用医疗器械继续沿着轻便化、智能化、可穿戴等方向演进，未来将持续增长。

图 13: 2015-2020 年中国家用医疗器械市场规模 (亿元) 及增速



除此之外，医药电商的重要销售品类还包括隐形眼镜以及计生情趣用品等。隐形眼镜和彩色隐形眼镜线上隐形的消费主要是由女性、90后及95后为主导，目前逐渐由一二线城市向三四线城市下沉，未来仍然能够保持快速的增长。线上计生情趣市场在过去几年呈现攀升状态，保持双位数的强劲增长。其中情趣用品需求巨大，消费规模占比是计生用品的近三倍。线上计生情趣的消费规模扩大得益于消费人数的高速增长。

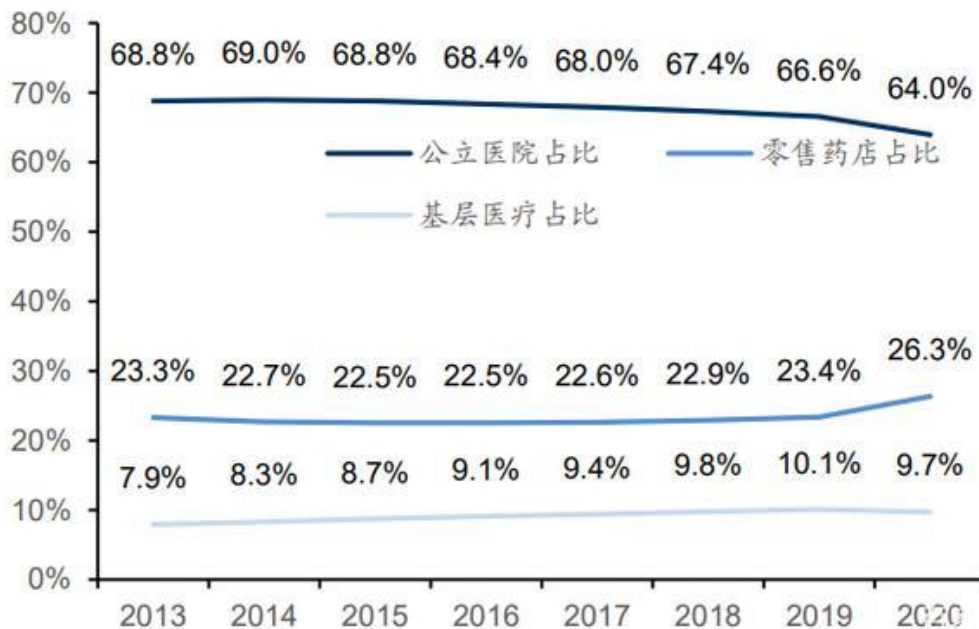
处方药外流为在线零售药房带来新市场

从药品市场终端的增速来看，公立医院终端的增速从2015年的10.7%降至2019年3.6%，2020年由于疫情进一步下降至-12.04%。零

售药店终端中，实体药店保持 6%左右增速，与药品市场整体增速类似，2020 年同样由于疫情下降至 0.74%，网上药店则保持高速增长，近几年在 40%左右，2020 年由于疫情上升至 76%。

从渠道占比看，2017 年以前，医药销售终端的结构比较稳定，公立医院终端占据约 68%以上的份额，零售终端占据 22%，公立基层医疗机构占据的份额不到 10%。2017 年取消三证审批，医药分开以及一系列在线医疗标准颁布之后，零售终端份额开始上升，公立医院药房终端下降，院内药品外流趋势显现。2020 年，由于疫情的影响，零售医药占比加速上升，为 26.3%，同比上升 13%，主要来源于公立医院份额的下降。

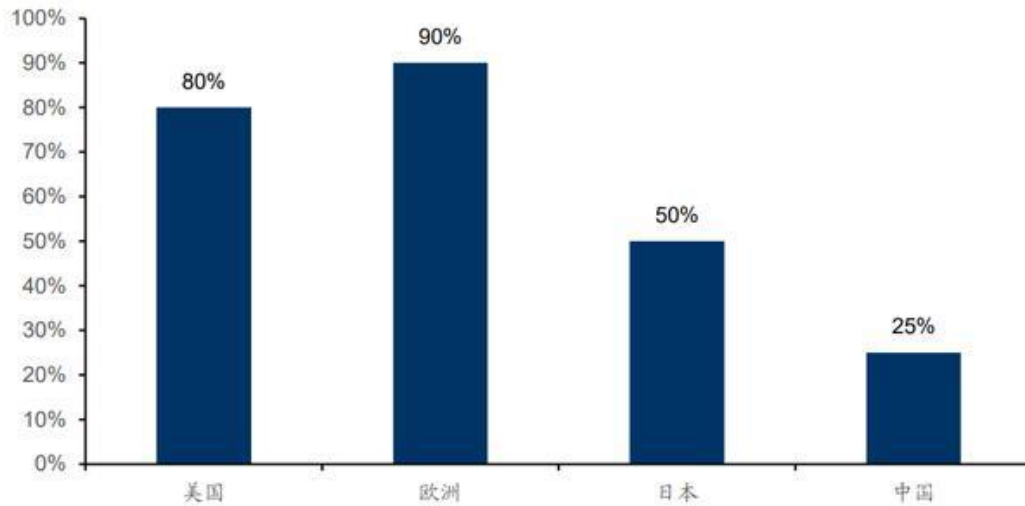
图 15: 我国医药销售终端占比



随着医药分开政策的推进以及医药电商的发展，零售渠道终端占比有望稳定上升。对比发达国家，其处方药和非处方药都以零售渠道

为主，最高达到 90%，随着处方药外流，国内的零售渠道销售额占比有望不断提高。

图 16: 中国与发达国家零售药房销售占比对比



预测未来三年药品市场规模能够保持低速增长，2024 年达到 2.24 万亿元，未来三年 CAGR4%。其中，零售药店有望获得更高的渠道占比，未来三年 CAGR 为 9%，2024 年规模达到 6816 亿，增长主要来自于公立医院渠道份额转移。根据沙利文预测，在线零售药房处方药销售额在 2023 年将达到 670 亿元，增速在 40%以上。

互联网医疗在慢病管理和消费医疗领域大有可为

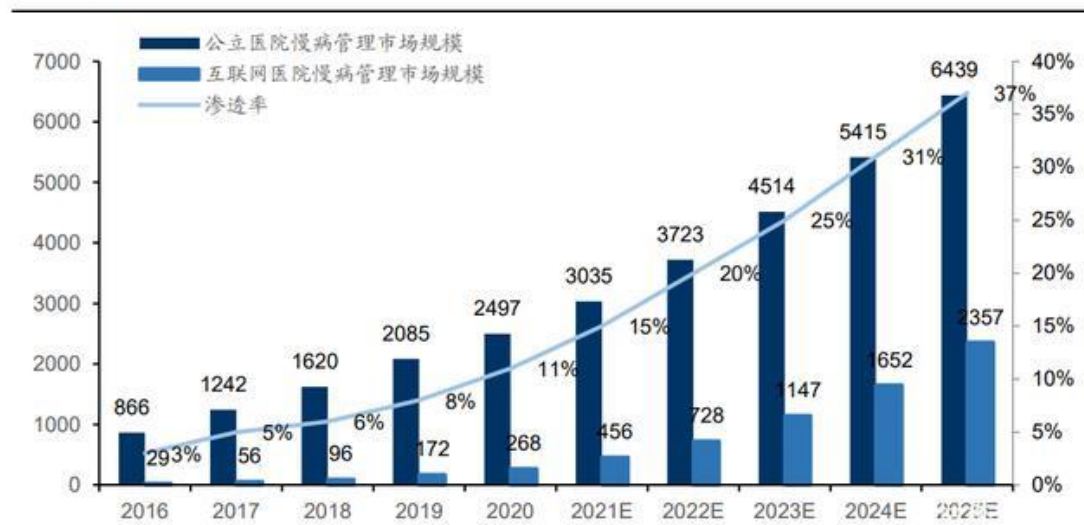
随着中国老龄化程度的不断加深，慢病管理及家庭医生等综合医疗服务呈现出更大的发展空间。考虑目前互联网医院首诊并未完全放开、远程诊疗在某些医学检查上有操作困难，慢病管理是可行性最高的互联网医疗模式。2020 年公立医院外慢病管理市场规模在 2497 亿元，互联网医院慢病管理市场规模为 268 亿元，渗透率 11%，预计 2025 年互联网医院慢病管理市场渗透率可达 37%，规模 2357 亿，5 年 CAGR

在 54%。

图 18: 在线零售药房处方药销售额及增速 (十亿元)



图 19: 公立医院外慢病管理市场规模 (亿元)



除在线问诊、慢病管理及家庭医生等在线医疗服务外，消费医疗健康服务亦是互联网医疗健康服务中重要的一环。伴随着消费的升级，医学美容、健康体检及眼科、口腔齿科等消费医疗服务也越来越成为居民医疗健康消费中重要的一部分。根据沙利文的预测，2020 年

消费医疗健康服务行业的市场规模 80 亿元，2030 年消费医疗健康服务行业的市场规模将达 6790 亿元。

4、竞争格局：医药电商市场集中，地域覆盖优于线下

医药电商为寡头市场，在线医疗服务竞争者较多

在互联网医疗的细分市场中，在医药电商板块阿里健康和京东健康占据大部分份额，以“自营+平台”的模式扩大营收；O2O 模式的叮当快药也在此赛道竞争；挂号问诊领域平安好医生、微医、春雨医提供线上诊疗服务，以问诊分成或者广告等方式盈利；医疗知识平台以百度健康医典、腾讯医典为代表。在医药电商领域，从 GMV 角度看，目前阿里健康和京东健康的医药交易总额占据市场份额在 70%以上，两者均以医药电商主要收入。2020 财年，阿里健康实现 1232 亿元 GMV，京东健康经测算 GMV 为 713 亿元，阿里健康的 GMV 在京东健康的两倍左右。

我们认为，医药电商行业的阿里健康和京东健康已经构成较强的竞争壁垒，与问诊等服务类线上医疗行业不同，新的竞争者很难进入医药电商。除大型网络交易平台所具有的网络效应、品牌和供应链优势外，医药电商还具有低频刚需的特征，依托于天猫和京东主站其他品类更高频次的购物行为引流，两家医药电商能够有效降低获客成本，新成立的独立医药电商平台则难以模仿。

线下药店直接受益政策红利，但地域覆盖低于医药电商

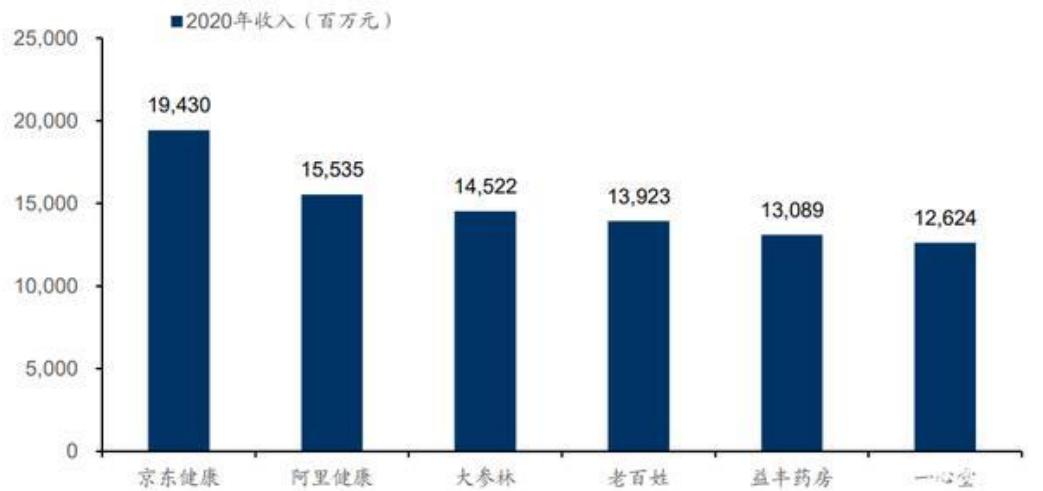
我国线下零售药店市场竞争激烈，行业集中度低，前四大私营连

锁零售药店大参林、老百姓、益丰药房、一心堂 2020 年的在线下零售药房市占率分别为 3.2%、3.0%、2.9%、2.8%。行业内龙头连锁药店通过快速并购、吸收加盟、新开门店等方式扩大连锁门店数量，不断提高集中度。根据米内网数据，2020 年连锁率已经提升至 56.5%。

图 21: 阿里健康、京东健康 GMV (亿元)



图 22: 2020 年药品零售龙头企业收入 (百万元)



地域分布上，大参林重心在华南地区，老百姓在华中以及华东，

益丰药房在华南和华中，一心堂主要覆盖西南地区。门店数量上，到2020年末，大参林、老百姓、益丰药房的直营门店和加盟门店总数均超过6000家，一心堂全部为直营门店，数量为7205家。从门店数量和营业收入来看，四大连锁零售药实力相近。其扩张路径也比较相似，往往是先在某一低线地区获得较高市占率，之后寻求异地扩张。由于门店整合需要时间，同时又面临着新进入市场的竞争和地方保护，以及近年来并购药店时一级市场估值过高的问题，都制约了线下药店扩张速度，线下连锁药店行业至今鲜有能够覆盖全国的企业。

相对于线下药房，医药电商有更好的增长潜力，这体现在阿里健康和京东健康都已经在全国范围内建立其配送网络，其商品可以无障碍的触达全国用户。目前阿里健康已经建立了7地9仓的配送网络，能够实现100个核心城市次日达，自营药品次日达配送服务单量占比由去年同期34.9%提升至50.1%。；而京东具备17个药品仓库以及覆盖100个城市的自营冷链能力，“京东药急送”能够实现300多个城市的次日达、当日达、30分钟、7*24小时的送药服务。

从政策层面，目前无论医保支付和处方药外流都对线下药店有明确政策支持。龙头连锁药店80%以上已经接入医保，而目前线上医保支付多数依靠线下医疗机构的共用额度。线下药店也可以自愿加入带量采购。未来一些不能进入医保的高价原研药还将与医药零售终端合作建立直销的DTP药房，在医药分开和处方药外流得背景下，院边DTP药房将直接受益。医药电商也可开设线上DTP药房，同时也可以

走向线下，但在院边店开设上，线下药店有更多的经验和资源累积。

线下药店和医药电商并不是完全竞争关系。这体现在目前两种业态在品类上有所差异，医药电商目前仍以非药为主。另外，在医药电商平台和送药 O2O 业上，两者仍然是协作关系。

注(原文有删减)

[返回目录](#)

· 中医药动态 ·

试点时代已结束 中药配方颗粒产业乘势而上稳健前行

来源：火石创造

2021 年 2 月，国家药品监督管理局，国家中医药局，国家卫健委及国家医保局联合发布《关于结束中药配方颗粒试点工作的公告》，标志着中药配方颗粒试点时代的结束。作为现代化的中药饮片剂型，中药配方颗粒具有便利性和标准化的优势。随着居民保健意识的增强、政策红利的不断释放、龙头企业的积极布局，中药配方颗粒市场保持高速增长态势。在市场需求和政策红利的助推下，中药配方颗粒市场规模将进一步扩大，推动中医药产业结构升级，助力中医药走向世界。

01 发展起步晚，产业增速快

中药配方颗粒是指由单味中药饮片经过水提、分离、浓缩、干燥、制粒而成的颗粒，是现代中医临床常用的一种药物颗粒。相比传统中

药饮片，中药配方颗粒具有原料稳定、调配灵活、便于携带等优点。相比于海外配方颗粒市场，我国配方颗粒发展起步较晚，1990 年代初才开始研制。而日本早在 1970 年代就研制出了 200 多种“汉方颗粒”，目前仍被欧美等海外国家广泛应用，占其中药饮片市场份额 50%以上。

根据工信部发布的数据显示，2019 年度中药饮片主营业务收入约 1932.50 亿元，中药配方颗粒销售收入占中药饮片占其比重约 26.01%，市场规模约 503 亿元。近两年来，受新冠肺炎疫情影响，我国感冒和清热解毒类药品销量明显提升，加之国家主张“坚持中西医并重、中西药并用”，医生和患者的认可度逐渐提高，2020 年市场规模约 533 亿元，呈现稳步增长态势。

02 已历经三大阶段，踏入全新阶段

通过梳理，我国中药配方颗粒发展历程大致可分为四个阶段，分别是研究试制阶段、加快发展及规范化管理阶段、试点生产逐渐开放阶段和市场开放及备案管理阶段。

研究试制阶段(1992~2000 年)

1987 年，广东省中医研究所根据卫生部、国家中医药局发布的《关于加强中药剂型研制工作的意见》要求改良、研制中药配方颗粒，我国中药配方颗粒行业进入研究试验阶段。

1993 年，国家科委和国家中医药管理局将中药配方颗粒列入“星火计划”，进一步加快中药配方颗粒的研制。

1994 年，国家中医药管理局批准广东一方和天江药业为“全国中药饮片剂型改革试点单位”，在研究试制阶段得到了国家中医药管理局的高度重视和国家各部委的大力支持，并通过与科研院所及高校合作，中药配方颗粒在工艺、质量标准、药效、单煎共煎临床对比研究等方面取得了较大成效。

加快发展及规范化管理阶段(2001~2015 年)

2001 年，原国家药品监督管理局发布《中药配方颗粒管理暂行规定》，正式将中药配方颗粒纳入中药饮片管理范畴，标志着中药配方颗粒行业进入加速发展及规范化发展的新阶段。《规定》发布之后，国家陆续批准江阴天江、华润三九、广东一方、四川新绿色、北京康仁堂药、南宁培力 6 家作为试点生产企业，加速了行业发展。

2012 年，国家药典委员会起草了《中药配方颗粒质量标准研究制定技术要求(征求意见稿)》，按照要求，截至 2015 年，6 家试点生产企业共计完成 681 个品种工艺标准统一。

试点生产逐渐开放阶段(2016~2021 年 10 月底)

2016 年 2 月，国务院印发《中医药发展战略规划纲要(2016—2030 年)》，将中药配方颗粒纳入国家中医药发展战略，对于推进中医药的现代化进程，具有重要意义。

2019 年 11 月，国家药典委员会发布《关于中药配方颗粒品种试点统一标准的公示》。此前，中药配方颗粒品种的统一标准并未明确，导致配方颗粒含量不一，政策的出台使得行业合理、科学、有序的发

展。

2021年2月，为加强中药配方颗粒的管理，规范中药配方颗粒的生产，引导产业健康发展，更好满足中医临床需求，国家药监局、国家中医药局、国家卫健委和国家医保局联合发布《关于结束中药配方颗粒试点工作的公告》，标志着中药配方颗粒行业结束了20余年的试点历史，自2021年11月1日起施行。

市场开放及备案管理阶段(2021年11月以后)

试点结束后，中药配方颗粒销售范围放开，实行备案制管理，并要求企业具备全过程追溯及风险管理能力，对中药配方颗粒未来的监管及定位做出了明确规划，行业迎来发展新机遇。

03 准入门槛名降实升，行业规范仍需监管配套

试点结束之前，我国的中药配方颗粒市场被6家试点企业分食，占据80%以上市场份额，行业集中度较高。市场放开后，表面上意味着市场准入门槛降低，但新进入者仍必须在符合国家或省级标准的前提下才有机会进入该赛道，因此行业准入门槛名降实升。而具备大型配方颗粒生产线和综合销售网络的制药企业将成为未来市场的主导者。

随着政策的放开，中药配方颗粒的监管将更加严格。然而，当前仍存在加工炮制工艺不统一单共煎问题、质量标准不全面等难点亟需解决。因此，中药配方颗粒产业高质量持续发展，其监管配套技术支撑体系仍需不断完善，以最严谨的标准规范推动中药配方颗粒产业规

范健康发展。

04 产业体系较为完整，龙头企业全链条布局

经历多年发展，中药配方颗粒已经形成完善的产业链布局。产业链上游包括中药材种植和加工行业，中游包括中药配方颗粒生产与流通行业，下游为销售渠道和消费终端，包括医疗机构、线上医疗平台等销售渠道和消费者。国内龙头企业基于本身已有产品和成熟的销售网络，已实现全产业链生产模式。例如，华润三九在中药配方颗粒业务方面，通过加强药材种植基地建设以及药材种源研究，提升产品数量，并依托智能化中药房进行业务推广，以产业链的整体能力提升促进业务实现快速增长；中国中药通过快速收购中药饮片企业和药房连锁，加速打造全产业链，扩大产业价值链的覆盖范围，缩减综合成本，提高盈利能力。同时继续探索中医药健康综合体模式，推广公司品牌，拓展产品渠道，且通过分担运营成本及共享分销网络与公司产生有效协同。

05 蜂拥而至抢占赛道，带动全产业链发展

中药配方颗粒试点正式结束，销售范围从两千多家二级以上中医院迅速扩增到具有资质的百万家医疗机构，市场增量巨大。此外，国家药监局于 2021 年 10 月份发布《关于政协第十三届全国委员会第四次会议第 4117 号(医疗体育类 455 号)提案答复的函》，明确表示各省级医保部门可综合考虑临床需要、基金支付能力和价格等因素，经专家评审后将与中药饮片对应的中药配方颗粒纳入支付范围，并参照

乙类管理。

巨大的市场需求以及政策利好，引来众多具有实力的制药企业相继入局，部分企业早已提前布局、抢占市场份额。如行业龙头中国中药在自 2017 年以来，便以中药配方颗粒为核心业务提前布局，搭建与其配套的中药产业链上、中、下游业务，以产业集团模式实现在全国重点地区的产业落地，规模效应逐步显现。在制药企业“抢滩”中药配方颗粒市场的同时，相关制药装备企业也因此迎来了巨大的市场机遇。入局企业需要高质量、高技术的制药装备，以满足其中制药需求。因此，如提取设备、药渣处理设备、调配设备等行业或将迎来热潮。

随着行业发展趋向规范、监管体系愈发健全、市场需求不断释放，相信我国中药配方颗粒市场将朝着更加完善的方向稳步推进。与此同时，中药配方颗粒的发展将进一步推动我国中医药产业结构升级，加速中医药国际化进程。

[返回目录](#)

陕西推进妇幼健康领域中医药工作

到 2025 年，90%三级和 70%二级妇幼保健院能开展中医药专科服务

来源：中国中医药报

日前，陕西省卫生健康委、省中医药管理局印发《陕西省推进妇幼健康领域中医药工作实施方案(2021-2025 年)》，明确到 2025 年，妇幼健康领域中医药服务能力明显增强，中医药服务覆盖妇女儿童全

生命周期，中医药服务的氛围更加浓厚，广大妇女儿童健康需求得到更好满足。

《方案》要求，推动妇幼保健机构开展中医药服务。到 2025 年，三级和二级妇幼保健院开展中医药专科服务的比例达到 90%和 70%，各级妇幼保健机构门诊中医药服务量明显提高。加强妇幼健康领域中医优势专科建设，积极推广中医优势病种诊疗方案和适宜技术，推广不少于 5 个中医妇科、儿科专科诊疗方案。聚焦妇女儿童重点疾病，推广不少于 10 个中西医结合妇科、儿科等诊疗方案。

为强化中医药在妇女儿童预防保健中的作用，《方案》要求，应推动中医药治未病与妇幼保健服务深度融合，组织开展中药熏蒸、小儿推拿等中医药适宜技术和中成药用药培训。

在强化妇幼中医药人才队伍建设方面，《方案》要求，各级中医药主管部门应将妇幼保健机构中医药人才纳入各类中医药人才培养项目，鼓励西医妇产科和儿科临床医师学习中医，鼓励中医医疗机构具有高级职称的中医妇科、儿科医师到妇幼保健机构多点执业，鼓励中医妇科、儿科领域的国医大师、国家级、省级名中医等在妇幼保健机构设置传承工作室。同时，推动妇幼中医药服务向基层延伸。鼓励相关医疗机构牵头成立妇幼中医药专科联盟，积极推进优质医疗资源下沉。

[返回目录](#)

· 带量采购 ·

胡善联：省际联盟采购 3 大意义

来源：复旦大学公共卫生学院

今年 1 月 10 日李克强总理主持国务院常务会议决定常态化制度化开展药品和高值医用耗材带量采购，进一步降低患者医药负担。要求继续推进国家层面药品集采，各地对国家集采外药品开展省级或跨省联盟采购。同时要加强监管，确保中选产品降价不降质。按照国家医疗保障局对地方联盟集采做出的统一部署，2022 年将按照工作安排，拟重点推进联盟集采。常态化制度化集中带量采购政策将提速扩面成为重要的国家总方针，不仅有利于进一步使患者受益，节约医保基金的支出，而且可以促进国内医药产品的研发和质量的提升。

一、集采规则日趋完整

国家集采已经历了六轮的集中带量采购，在集采规则方面正在不断地规范和完善。如采集的原则是常用药物、选用量大、采购金额高、多家企业生产。药品分组划分原则是根据集采药品的性质可按给药途径(口服、注射)或成本、按不同剂型(胶囊、颗粒、片剂)、按处方用量和日均治疗费用、按采购金额和市场占比以及企业规模的大小等因素。为引导合理报价，分成入围和中选两轮，对企业多的产品采用竞价入围、对企业少的产品，通过议价中选。根据联盟省市销售份额(亿元)以及从样本医院销售额占全国销量的比例，推测采购总金额，制定出有效申报价，同时了解涉及的企业家数和各家所占市场比例来确

定中标企业的数量。

二、科学形成价格机制

带量采购是发现药品和高值耗材价格的一个重要手段。通过市场竞争和以量换价的机制，促进药品和高值耗材的降价。但是降价的幅度的影响因素是众多的。在西药和中成药中涉及到原材料的价格、企业产品流通环节的加价率、药品的质量和创新程度。有的药品如血液制剂和罕见病治疗药物，原料稀缺或治疗对象有限，通常的“以量换价”的原则就不一定适用，需要从其他方面的因素考虑。可以通过与联盟采购地区之间的最低价格比较、明确采购量的规模，让企业有一个收益的预期。

三、扩容增值探索前进

省际联盟采购的意义正如前述，起到了对国家带量采购工作的提速扩面的作用，提高集采的频度，尽量做到“应采尽采”。前五批化学药的集采已节省 2600 亿元的药费，国家医疗保障局要求 2022 年底各省份(含省际联盟)自行开展集采的药品品种数累计不少于 100 个的目标，包含化学药、中成药以及骨科创伤、口腔种植体、药物球囊等耗材。同时鼓励各省市根据自身的特点和能力分别探索不同的集采任务，如由湖北牵头 19 个联盟探索中成药集中带量采购；山东将牵头开展中药饮片采购联盟、广东省牵头 11 个省市联盟采购血液制品，包括静脉注射人免疫球蛋白、人免疫球蛋白、人凝血因子 VII、人纤维蛋白原、人血白蛋白五个品种。广东还将牵头开展新冠相关检测试

剂及耗材的采购联盟。做到各省际联盟加强统筹、突出重点、优化程序、自主参与。积极探索影响集采的各种因素，做到常态化、科学化地采购。鉴于目前通过一致性评价的药品数量日益增多，已具有较多的后备过评的品种，使得市场竞争更为激烈，竞争产品的数量愈多，降价幅度愈高，这是符合药品市场供需关系和价格规律的，为持续降低医药价格创造了条件。国内大规模的龙头企业，既走仿创结合的发展方向、又有对原料药的布局，为做大做强医药生物产业发挥了带头的作用。此外，还有根据生产企业的数量确定集采的入围企业数量，按“单位可比价”确定申报企业入围的数量以及供应地区确认的顺序，由最低价中选企业开始，然后按顺序依次交替确认剩余地区，确保市场占有率。随着省际联盟集采工作的深入，进一步总结经验、克服短板、反过来极大地推动国家药品和高值耗材带量采购的可持续性发展。

[返回目录](#)

平均降价 82% 国家集采人工关节近期多省落地

来源：光明网、潇湘晨报、金融界、医械之栈

继心脏冠脉支架集采后，国家组织集采的第二批高值医用耗材人工关节的落地工作近期在海南、广东、浙江、山东、天津、甘肃、内蒙古、河南、湖南等省份陆续执行。

4月28日，中南大学湘雅二医院黎志宏教授和毛新展教授分别主刀完成了湖南省首例带量采购髌关节和膝关节置换手术。此次手术

中，所使用的人工髋关节、人工膝关节价格比集采前降低 80%左右，55 岁的杨女士、69 岁的蒋嗲嗲两位患者也由此成为国家组织的人工关节集中带量采购政策落地湖南后的首批受益者。

政策落实患者负担可降 80%

55 岁的杨女士 10 年前右髋关节出现疼痛，走路受到影响，辗转多家被诊断为股骨头坏死，治疗效果不佳，医生建议置换关节，但考虑到昂贵的费用，她较为犹豫，不得不继续忍受疼痛的煎熬。当听说人工关节降价了，杨女士慕名来到中南大学湘雅二医院，经过详细的术前检查和准备，终于完成了心愿。“听说以前做个这样的手术关节费用要好几万，对我们家庭来说压力不小！现在好了，只要几千块，感谢国家有这么好的政策。”

69 岁的蒋嗲嗲也饱受右膝骨性关节炎的困扰 8 年多，激动地说“我这腿都痛了八年了，走不得路，以前太贵，舍不得做手术，现在便宜了一大半，我就想着，赶紧做完了可以正常走路咯！”

此次人工关节集采的产品包括初次置换人工全髋关节和初次置换人工全膝关节。髋关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右，平均降幅达 82%。国家组织集采的人工关节包括人工髋关节和人工膝关节。首年意向采购量达到 54 万套，预计节约费用 160 亿元。

根据目前公布的信息来看，广东此次共有 330 家医疗机构参与人工关节集采工作。全省首年采购总量 36400 套，预计年节约费用 7.5

亿元。

海南省此次共有 35 家医疗机构参与人工关节集采工作。全省首年采购总量 3356 套，预计年节约采购资金 7000 万元。

由于我国老龄化社会程度不断加深，对人工髋关节和膝关节的需求量将持续增大，此次高值医用耗材的集采陆续落地实施，将进一步减轻患者的就医负担，提高百姓的生活质量。

集采配套措施更细，更加尊重临床使用原则

近期，国家医保局、国家卫生健康委发布《关于国家组织高值医用耗材人工关节集中带量采购和使用配套措施的意见》(以下简称《意见》)。《意见》要求，紧密结合人工关节采购、配送、使用及伴随服务特点，发挥医保基金战略性购买作用，运用多种政策措施，推动人工关节集采中选结果平稳实施。

据介绍，本次集采坚持招采合一、量价挂钩，在总结冠脉支架集采成功经验基础上，着眼于尊重临床需求和关节类产品特点，对采购规则作了进一步探索创新，包括按产品系统实施采购。根据临床使用特点，将临床完整手术所需的多个主要部件组合为产品系统实施采购，避免部分必要的部件因未中标而短缺，以及部分部件因未被纳入集采而涨价，确保临床治疗的整体性和安全性。同时，充分考虑临床伴随服务。根据《意见》要求，人工关节集采中选产品按“含伴随服务费”和“不含伴随服务费”的中选价格在各省级医药集中采购平台挂网，关节类手术需要企业提供“跟台”等临床伴随服务，确保产品

稳定供应和使用。

伴随服务一般包含手术跟台、物流配送、仓储管理、配套工具等，其中手术跟台是重要服务之一。一位专业人士介绍：“跟台很重要，因为骨科手术繁琐，工具很多，医生必须依赖跟台员，跟台员就像是医生的左右手。”

下一个国采对象：脊柱耗材

此前，京津冀医药联合采购平台发布了《关于公布京津冀“3+N”联盟骨科创伤医用耗材带量联动采购中选结果的通知》，在“带量联动”的机制下，骨科创伤医用耗材的价格再次触底。

今年2月，在国务院新闻办公室召开国务院政策例行吹风会上，国家医保局副局长陈金甫表示，今年准备在骨科脊柱类耗材进行集中带量采购。他透露，由于骨科临床需求很大，但是标准不一，产品组成非常复杂，如何按照临床医疗的需要来形成采购产品组，涉及到很高的技术环节，现在已经在研究方案。也将跟高值医用耗材联采办进行专题研究，广泛听取临床专家、企业的意见，争取上半年有一套初步的方案。条件成熟的情况下，今年能够顺利进行开标。

此前，安徽省已对脊柱类耗材进行了两轮集采。去年7月，在安徽第二轮脊柱耗材集采中选结果中，最高降幅来自于北京创生的“胸腰椎间融合装置”，达82.88%，平均降幅达54.6%。这很有可能成为今后脊柱类国采的限价参考。

陈金甫也指出，在区域联盟、省级联盟中间，存在着已经开展的

各地区群众受益率比较高，但是其他没有参加联盟的价格降不下来，集采降价的制度效应当地百姓受益不到。所以在已经开展集采的品种，要逐步实行其他省份的跟进协同，使覆盖面能够迅速扩大到其他地区。国家不可能把所有的品种都招齐，为了更好服务临床，要大量通过省一级联盟去招采，甚至是第三方招采。主体格局依然是国家组织、省际联盟的招采，省际联盟招采品种会越来越多。

国家组织高值医用耗材联合采购办公室集采组组长高雪在接受采访表示：“按照国家医保局的要求，我们也正在组织全国进行一个脊柱类产品的带量采购。预计在6月份左右形成相应的方案，在今年年内进行招采、落地和实施。”

[返回目录](#)

• 医保改革 •

医保改革深入推进 医药行业应势而动

来源：中国医药报

当前，我国医疗保障制度改革已经进入系统集成、协同高效的阶段，医疗保障部门的角色定位也实现了从事后付费者向战略购买者的转变。2021年是“十四五”开局之年，医保政策密集出台。本文对此进行了梳理，并对医药相关行业受到的影响进行分析预测。

1、“一条例两办法”颁布实施、医疗保障法征求意见

药品经营企业在把握处方外流商机的同时，需关注经营模式的合

规性问题

建立独立完备的医疗保障法律体系，是深化医疗保障制度改革、推进医疗保障治理体系和治理能力现代化的必然要求。2021年2月19日，医保领域内第一部行政法规《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》）发布，2021年5月1日起施行。两个部门规章《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（以下统称两定办法）于2021年1月8日发布，2021年2月1日起施行。不仅如此，国家医疗保障局起草的《医疗保障法（征求意见稿）》，于2021年6月15日向社会公开征求意见。

《条例》使医疗保障基金使用监督管理有法可依，扩充细化了法律责任。《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》明确，全面取消定点医院和定点药店资格审查，完善协议管理。两定办法中具体规定了申请定点的医药机构范围、条件、材料要求，组织评估、谈判协商，以及不予受理的情形；明确了“正式运营至少3个月即可申请，评估时间不超过3个月”等要求，简化申办环节和评估程序，缩短医药机构等待时间，有助于扩大医疗资源供给。两定办法规定，互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品，即允许符合规定的电子处方流转至实体药店取药或由实体药店配送。但处方流转与网售处方

药并不等同。2020年11月，国家药监局综合司曾就《药品网络销售监督管理办法(征求意见稿)》公开征求意见。药品经营企业在把握处方外流商机的同时，需关注经营模式的合规性问题。

此外，《条例》、两定办法及《医疗保障法(征求意见稿)》均延续了《最高人民法院行政审判庭关于国家医疗保障局〈关于将医保管理服务协议统一纳入行政协议管理的函〉的回复函》中医保管理服务协议为行政协议的定性。近日，备受关注的永嘉江南医院诉浙江省永嘉县医疗保险服务中心的行政诉讼一审落下帷幕。未来因医保管理服务协议争议引发的行政复议、行政诉讼将会逐渐增多。

2、药品集中带量采购常态化制度化开展

在集采新常态下，中选企业如何保证中选药品供应、适应集采药品监管新环境，也是需要重视的问题

2021年1月28日，国务院办公厅发布《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》；同年6月4日，国家医保局等八部门印发《关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》。经过3年努力，集中带量采购改革已经进入常态化、制度化新阶段。集采竞价规制、质量、供应、配送、使用的保障机制和配套政策也日趋完善和优化。截至目前，已开展6批药品带量采购(第7批药品带量采购已于今年2月正式启动)，共采购234种药品，涉及金额占公立医疗机构年药品采购总额的30%。2021年针对骨科高值耗材开展了集采，并开展胰岛素专项采购，首次将集采拓展到生物药

领域。此外，地方在参与国家组织集采的同时也开展了不同形式的省级和省际联盟集采。从采购品种看，地方在化学药、中成药、生物药三大类药品板块均有涉及，冠脉球囊、眼科人工晶体两个品种也已经实现了省份全覆盖。

集采提速扩面已成为必然趋势。根据 2 月 11 日国务院政策例行吹风会，到 2022 年底，国家组织和省级联盟采购，实现平均每个省份覆盖 350 个以上药品品种，5 个以上高值医用耗材品种目标。集采对药企营销体系和营销策略产生了深远影响，中选企业相应品种销售人员裁撤、分流的消息不断传出，甚至与集采品种同质化的产品管线销售也面临冲击。集采与医药价格与招采信用评价等制度将逐渐形成合力，从根本上对传统带金销售模式带来冲击，有利于净化市场环境。

集采常态化制度化也直接影响药企发展战略的选择。从中选品种数据看，集采加速了国产仿制药替代原研药，原研专利过期药的市场份额面临萎缩。低层次同质化的竞争亦非生存之道，我国仿制药市场进入“以价换量”时代。是积极拥抱集采，还是聚焦集采份额以外的市场机会和院外市场，或是加大创新力度，抑或是重点发展受政策影响较小的 OTC 药品，是药品生产企业需要结合自身优势决策或平衡的问题。

此外，在集采新常态下，中选企业如何保证中选药品供应、适应集采药品监管新环境，也是需要重视的问题。2021 年，多家集采中选药企出现断供或配送率低等问题。拟参与集采的药企应从中吸取经

验教训，为药品上市后变更事项预留充足时间，对供应链异常、原辅料断供等情况设置相应预案。中选药企也要为适应属地药监部门全覆盖监督检查、中选产品全覆盖抽检的严格监管做好准备。

3、建立完善国家医保谈判药品落地政策

医药零售龙头企业的 DTP 药房或将成为承接国谈药品的主力，迎来发展机会

2021 年 5 月 10 日，国家医保局、国家卫生健康委发布《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（以下简称《指导意见》）；同年 9 月 10 日，再次联合发布《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》（以下简称《通知》），旨在提高国家医保谈判药品可及性。

国谈药品落地政策对国谈药品生产企业，特别是纳入“双通道”管理和施行单独支付政策的药品生产企业无疑是利好消息。《指导意见》明确“施行单独支付政策的药品，可不纳入定点医疗机构医保总额控制范围”。《通知》指出，将定点医疗机构合理配备使用谈判药品情况纳入协议内容，并与年度考核挂钩。对实行单独支付的谈判药品，不纳入定点医疗机构总额范围。这消除了医疗机构的顾虑，为破解国谈药品“进院难”扫清部分障碍。另外，“双通道”管理机制将定点零售药店纳入国谈药品供应保障范围，扩大了药品销售渠道。

国谈药品落地政策也为有实力的药品经营企业带来机遇。药店要想承接处方流转所带来的国谈药品市场，需要满足医保“双通道”政

策所要求的软件、硬件、人员和管理制度要求，一般零售药店很难满足条件。医药零售龙头企业的 DTP 药房或将成为承接国谈药品的主力，迎来发展机会。

4、医疗服务价格改革试点

医疗服务价格也会向儿科、老年医学科、精神心理科和康复等医疗供给不足的学科项目倾斜

2021 年 8 月 31 日，国家医保局等八部门联合印发《深化医疗服务价格改革试点方案》。该方案要求坚持以人民健康为中心、以临床价值为导向、以医疗事业发展规律为遵循，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。计划通过 3~5 年的试点，探索形成可复制可推广的医疗服务价格改革经验。到 2025 年，将试点经验向全国推广。

医疗服务价格改革是影响我国医药卫生事业可持续健康发展的重要因素。公立医院全面实施药品耗材“零加成”后，各地以公立医院补偿机制转轨为导向，提高了技术劳务为主的服务价格。集采挤压价格水分，客观上为医疗服务价格改革创造了时机。此次医疗服务价格改革的重点是建立健全价格项目管理、价格管理总量调控、价格分类形成、价格动态调整、价格监测考核等一系列机制。改革的理想结果是群众负担总体稳定、医保基金可承受、公立医疗机构健康发展可持续。

从改革趋势看，诊查、手术、护理、中医等体现医务人员技术劳

务价值的项目价格仍有提高空间，医疗服务价格也会向儿科、老年医学科、精神心理科和康复等医疗供给不足的学科项目倾斜。而设备折旧占比高的检查治疗项目则会进一步降价。收入结构中手术科室业务占比高的医院，在价格改革中受益会更大。另外，简化新增价格项目申报流程、加快受理审核进度，也有望破解目前医疗机构申请新增项目节奏慢、程序长、中西医项目比例失衡的难题，客观上起到促进医疗技术创新和临床应用的作用。

5、“十四五”全民医疗保障规划发布

“十四五”期间“互联网+医疗健康”将会走上发展快车道

2021年9月29日，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)，总结“十三五”时期医疗保障事业发展取得的成效，明确了未来五年医疗保障制度体系、协同治理体系、服务支撑体系建设的路线图。此后，各省(区、市)也陆续发布了当地“十四五”医疗保障发展规划。

“十四五”医保规划中多次提及商业保险，主要可以归纳为三方面。一是国家将商业保险作为多层次医疗保障体系的重要组成部分，通过厘清基本医疗保险责任边界，支持商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，更好覆盖基本医保不予支付的费用。二是鼓励商业保险机构产品创新，提供医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品和服务，逐步将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。鼓励开发商业长期护

理保险产品。支持商业保险机构与中医药机构合作开展健康管理服务，开发中医治未病等保险产品。三是通过引入商业保险提升监管专业性、精准性、效益性。规范商业保险机构承办大病保险业务，引入商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管，鼓励商业保险机构等社会力量参与经办管理服务。商业保险机构应加强与医疗保障部门的沟通，抓住与政策契合的发展机遇。

将医保管理服务延伸到“互联网+医疗健康”领域，形成比较完善的“互联网+医疗健康”医保政策体系、服务体系和评价体系，也是“十四五”医保规划的关注点。“十四五”医保规划中明确提出，支持远程医疗服务、互联网诊疗服务、互联网药品配送、上门护理服务等医疗卫生服务新模式新业态有序发展，促进人工智能等新技术的合理运用；完善“互联网+医疗健康”医保服务定点协议管理，健全“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策。药品监管部门也正在制定诸如药品网络销售监督管理办法等有关“互联网+医疗健康”的监管法规。我们有理由相信，在医保的加持下，“十四五”期间“互联网+医疗健康”将会走上发展快车道。

6、DRG/DIP 支付方式改革进入实际付费阶段

临床价值高、患者获益明显、经济评价优良的药品，会优先进入医院药品目录

2021年3月，国家医保局办公室发布《关于做好2021年医保支付方式改革试点工作的通知》，部署疾病诊断相关分组(DRG)付费、

区域点数法总额预算和按病种分值(DIP)付费两个试点年度重点工作,同时要求30个DRG试点城市和71个DIP试点城市2021年内分批进入实际付费,2021年底前全部试点城市实现实际付费。为推进有关工作,国家医保局于同年4月16日、7月15日先后发布《按疾病诊断相关分组(DRG)付费医疗保障经办管理规程(试行)》《按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)》。同年11月26日,又发布《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》,计划从2022到2024年全面完成DRG/DIP付费方式改革任务;到2024年底,全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP付费方式改革;到2025年底,DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构,基本实现病种、医保基金全覆盖。

目前,在国家级试点基础上,几乎所有省份都开展了省级试点。医保支付方式是医保实现对供需双方激励约束的主要抓手,也是监督和规范医疗机构行为的基本政策工具。住院服务是传统医疗服务体系主要的费用支出,因此对于住院费用的控制是医保政策的主要着力点之一。医保支付方式改革通过建立对供需双方的激励约束机制,规范供需双方的服务行为和就医行为,促进分级诊疗,控制医疗费用。病组(病种)、权重(分值)和系数是支付方式改革的3个核心要素,病案管理是DRG/DIP分组的关键。定点医疗机构应结合本院主要病种,加强对医保支付规则的研究,强化内部病案管理,特别是规范病案首页的填写。根据DRG、DIP的支付原理,医院盈利的方式简单说来就是

多、快、好、省，即患者多、周转快、疗效好、费用省。医保支付方式改革的影响力将由医院端逐渐向药品销售端、生产端传导。临床价值高、患者获益明显、经济评价优良的药品，会优先进入医院药品目录；临床价值低、经济性差的药品将被医院逐步淘汰。

7、国家医保药品目录调整

具有中医特色的医疗机构和中药饮片生产企业应抓住发展机遇

2021年12月3日，国家医保局、人力资源和社会保障部联合印发《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2021年)》。近年来，国家医保局建立健全医保药品目录动态调整机制，目前目录调整周期为每年一次。近三年来药品谈判的品种明显增多，谈判成功率也逐渐上升。药品纳入医保目录后，市场渗透率会快速提高。药企应关注国家医保药品目录调整动向，选择合适的研发管线。

按照国家医保局有关规定，省级医保部门要加快原自行增补品种的消化工作，确保2022年6月30日前完成全部消化任务。近期各省级医保部门陆续发文，力争在规定时间点前完成消化清理工作。一批靠省级医保增补来拓展市场的药企销售受到冲击。今后通过省级医保目录增补只有一个途径，即根据《基本医疗保险用药管理暂行办法》第六条第二款规定，各省(自治区、直辖市)仅有权限以国家《基本医疗保险药品目录》为基础，将符合条件的民族药、医疗机构制剂、中药饮片纳入省级医保支付范围。这是在国家支持中医药传承创新发展大背景下的政策红利。国务院办公厅《关于加快中医药特色发展若干

政策措施的通知》也明确，医疗机构炮制使用的中药饮片、中药制剂实行自主定价。具有中医特色的医疗机构和中药饮片生产企业应抓住发展机遇，争取将具有疗效和成本优势的院内制剂、中药饮片增补入省级医保支付范围。

[返回目录](#)

全民免费医疗：馅饼还是陷阱？

来源：浙江大学国家制度研究院

改革开放以来，我国逐步探索建立与社会主义市场经济体制相适应的医疗保障制度体系，并且在 2011 年就已基本实现全民医保。我国在构建覆盖全民的医疗保障体系方面取得的辉煌成就举世公认。

然而，近年来国内出现一种否定全民医保制度的言论，主张我国应当照搬世界上一些国家实行“免费医疗”的经验，从全民医保制度转向建立国家卫生服务制度，即俗称的“全民免费医疗”。不仅如此，国内个别地方还自行开展“全民免费医疗”的尝试。这种观点和做法迎合了老百姓期望个人不花钱就能享受医疗待遇的社会心态，试图将医疗保障泛福利化。

国外所谓“全民免费医疗”透视

从国际医疗保障制度发展状况来看，实际上越来越多的国家建立了以社会医疗保险制度为主体的医疗保障体系。根据国家有关部门科研机构收集整理 170 个国家(或地区)的相关资料，对其中 115 个具有可比性的国家(或地区)的医疗保障状况进行比较分析，其中实行社会

医疗保险的国家(或地区)有 74 个, 占 64.3%。在目前实行“免费医疗”的国家(或地区)中, 只有极少数实行“全民免费医疗”。因此, 社会医疗保险制度日益成为国际医疗保障发展的主流趋势, 而“全民免费医疗”并非是主流模式。

从实行“免费医疗”国家的实际情况来看, 所谓“全民免费医疗”其实并非人们想象的那么完美, 一些实行所谓的“全民免费医疗”的国家其实并没有真正实现“全民免费医疗”, 甚至陷入“全民免费医疗”陷阱。这主要表现在以下七个方面。

一是绝大多数国家的患者在看病时仍需要自付一定的费用特别是一些药品的费用。有关资料显示, 在纳入统计范围的 190 多个国家的卫生费用支出中, 个人卫生支出为零的国家一个也没有。即使在实行“全民免费医疗”的国家中, 享受所谓“免费医疗”的范围是有限的, 个人就医时还是需要自付一定的费用。譬如, 2020 年英国个人自付医疗费用占全国医疗卫生总费用的 13.8%; 意大利个人自付医疗费用占比达到 21.1%; 俄罗斯个人自付医疗费用占比达到 37.5%; 印度个人自付医疗费用占比高达 62.7%! 由此可见, 所谓“免费医疗”其实并非全部医疗费用都免费!

二是“全民免费医疗”的资金来源于税收, 这种税收又主要来源于向公民征税, 这相当于个人预支了一部分医疗资金, 只是在形式上将患病后个人需要支付的医疗费用转变为在患病前通过纳税的方式提前预支了, 实际上还是“羊毛出在羊身上”。譬如, 英国国家卫生

服务经费是通过税费筹集的，包括普通税和国民保险费，其中普通税的主要来源为收入所得税、增值税、公司所得税、消费税，是国家卫生服务资金的主要来源，占比 75%左右。国民保险费则是基于个人劳动收入，对雇主、雇员和自雇者实行强制缴费，占国家卫生服务资金总额的 1/5 左右，目前个人须缴纳应税工资 12%的税金，同时雇主按雇员应税工资总额的 13.8%缴纳税金。对于纳税的公民而言，只是换了一种个人支付医疗费用的付费方式而已，并非个人不需要为医疗买单。

三是提供“免费医疗”的范围往往比较狭小，通常只限定在医疗条件较差的公立医院就诊，一些国家甚至仅限于提供有限范围内较低水平的医疗服务，不能覆盖重特大疾病。譬如，俄罗斯的“免费医疗”不包括绝大多数药品，仅限于使用部分住院药品和预防药品等，合计只有 1100 多种。印度提供“免费医疗”的公立医疗机构设施条件相当差，实际上主要是为低收入群体特别是穷人提供的低水平医疗服务，“免费医疗”提供的药品只有 348 种，还不到我国医保药品目录涵盖药品总数的 1/8。

四是在实行所谓“全民免费医疗”制度下，看病难的问题更加严重，患者就诊特别是需要住院进行手术治疗时，往往被迫排队等候较长时期，导致患者不仅在较长的等待期内不得不忍受疾病的痛苦折磨，而且可能造成延误治疗时机加重病情甚至未治身亡！譬如，在英国有 19%的专科就医需要等待 2 个月以上，从医院初诊到实施治疗(尤

其是手术治疗)通常需要等待几周甚至几年。在加拿大,有 18%的患者就医等待时间平均需要 4 个月以上。

五是在公立医院作为提供“全民免费医疗”服务主体的格局下,容易产生医疗供给不足、医疗质量较差、运行效率低下、医生收入较低、工作消极懈怠、技术设备落后等一系列弊端,不能满足广大患者对于享受高质量、便捷性、人性化医疗服务的客观需要。

六是在实行所谓“全民免费医疗”制度下,由于个人在就医时花费较少或不花钱,也造成个人就医行为缺乏必要的约束而过度消耗公共医疗资源。美国著名的“兰德实验”结果表明,个人适当承担一定的医疗费可以显著降低就医频率和医疗费用,从而减少个人不必要的医疗消费。因此,如果实行“全民免费医疗”,很容易导致个人和医疗机构的过度医疗行为,增加社会医疗负担。

七是支撑“全民免费医疗”的财政负担日益沉重,在一些福利国家中持续增长的巨额公共医疗卫生支出成为财政最主要的支出之一,不论是占财政支出的比重还是占 GDP 的比重都相当大。在一些实行“全民免费医疗”的发达国家中,公共医疗卫生支出占财政支出的比重达到 17%以上,是财政的第二大支出。巨额的公共医疗卫生支出拖累国民经济与社会发展,一些实行“全民免费医疗”的国家相继陷入财政不堪重负、经济停滞不前的“全民免费医疗”陷阱之中。

个别地区尝试“全民免费医疗”辨析

早在十多年前,国内个别地区也曾经出现效仿国外实行“全民免

费医疗”的做法。2009年陕西省某县(2017年升格为县级市)政府宣布对县属机关、事业单位的干部职工以及本地户籍居民提供“全民免费医疗”，因此而轰动全国。但从该县实行所谓“全民免费医疗”的实际情况来看，却显示出这种模式不仅并非真正意义上的“全民免费医疗”，而且存在着明显的缺陷和局限性，也不可能在全国各地推广。这主要表现在以下五个方面。

一是“全民免费医疗”言过其实，实际上是在实行基本医疗保险制度的基础上通过大幅度提高财政补贴来提高医保待遇水平，在医保筹资方面仍需要个人缴费。在医保待遇方面，仍然实行起付线和封顶线以及医保药品目录等医保政策，其中在乡镇医院、县级医院和县境外医院的起付线分别为200元、400元和3000元，在起付线以上的医疗费用全额报销，但是，每人每年报销医疗费用的最高限额为30万元。同时，部分医疗服务按规定比例报销，比如大型设备检查报销比例为90%等。门诊待遇主要是每人每年100元的医疗费用额度，并实行慢性病门诊治疗全年限额报销政策。因此，在起付线以下和封顶线以上以及医保药品目录之外的医疗费用仍需要个人自付。

二是所谓“全民免费医疗”其实是依靠财政对医保给予高额补贴，导致地方财政负担过重。2009年至2012年，该县财政补助投入占职工医保和居民医保报销资金的比例都在70%以上。目前，当地财政每年需要对居民医保补贴2亿元以上。

三是依赖财政支撑的“全民免费医疗”不可持续。据统计，2020

年当地居民医保费征缴收入只有 3637 万元，支出却高达 2.54 亿元，收不抵支的缺口达 2.18 亿元，主要靠财政补助来维持。该县的支柱产业是煤炭开采，煤炭探明储量为 500 亿吨，占全国总储量的十二分之一，是中国第一产煤大县。2020 年当地 GDP 达到 1294 亿元，在全国百强县中排名第 12 位，在陕西省排名第一，地方财政收入高达 91.6 亿元，其中来源于煤炭生产的税收占比较大。但是，煤炭属于不可再生资源，随着煤炭的不断开采，该地区最终将逐步演变为资源枯竭城市，地方财政收入也将因为煤炭产量的减少而受到显著影响，未来依靠财政来补助维持“全民免费医疗”是不可持续的。

四是“全民免费医疗”在国内绝大多数地区难以推广。该县于 2009 年在全国率先实行“全民免费医疗”的尝试之后，尽管有不少地方慕名去该县参观考察，但十多年以来，至今没有一个地方效仿该县的模式推行“全民免费医疗”，即使是比该县经济状况更好的全国十强县中也没有一个地方实行“全民免费医疗”。这充分反映了上述“全民免费医疗”模式并没有得到全国其他地方的认同和响应，并不适合在全国各地推广。

五是医疗保障制度是国家依法建立的一项社会保障制度，不是地方自行建立的社会保障制度。经过 20 多年的医保改革与发展，我国医疗保障制度正在逐步走向成熟，早已告别了早期各试点地区摸着石头过河的探索阶段。国家医保局成立之后，更是积极推进医保法制建设。目前，制定医疗保障法已经列入全国人大立法计划。2021 年 1

月国家医保局会同财政部联合发布《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》，其中规定由国家医保局等相关部门依法设立有关医疗保障的基本制度，地方不得自行设立超出基本制度框架范围的其他医疗保障制度，地方现有的其他形式制度安排要逐步清理过渡到基本制度框架中。因此，个别经济实力较强的地区擅自实行所谓“全民免费医疗”制度，不仅导致不同地区之间在医疗待遇方面产生不公平和相互攀比，而且不符合国家有关建立全国统一的基本医疗保险制度的基本原则和发展趋势。

“全民免费医疗”不符合我国国情，应当坚定不移地走全民医保之路

习近平总书记在2021年2月26日中共中央政治局第二十八次集体学习时强调要“坚持实事求是，既尽力而为、又量力而行，把提高社会保障水平建立在经济和财力可持续增长的基础之上，不脱离实际、超越阶段”。

我国是世界上人口最多的国家，也是最大的发展中国家。尽管我国早已成为世界上第二大经济体，但在2020年人均GDP在全球排名仅列为第63位。目前，我国还处于社会主义初级阶段，经过三年举全国之力开展“脱贫攻坚战”才于2020年将剩余的数千万贫困人口实现脱贫。在当前和今后较长时期内，我国并不具备实行“全民免费医疗”的经济基础等必要条件。

如果盲目照搬国外实行所谓“全民免费医疗”的经验，在目前我

国还是一个拥有 14 亿人口的发展中国家的情况下，试图推行“全民免费医疗”不仅行不通，而且会拖累国民经济发展，最终不可持续，误国误民！因此，我们要正确认识国际上一部分国家和国内个别地方实行所谓“全民免费医疗”的真实情况及其存在的主要问题，必须防范在医疗保障领域出现泛福利化倾向，避免落入“全民免费医疗”陷阱。

根据中央关于深化医疗保障制度改革和指导方针，结合我国的实际情况，借鉴国际医疗保障发展中的经验和教训，我国应当注意防范落入“全民免费医疗”陷阱，坚定不移地继续实行全民医疗保险制度。这不仅符合我国国情，而且顺应国际医疗保障发展的主流趋势。通过全面深化医疗领域的各项改革，不断健全和完善多层次医疗保障体系，进一步扩大医疗保障覆盖范围，促进医疗保障高质量发展，为全体国民提供公平可持续的医疗保障。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG/DIP 下医院“亏钱”？看看是否做好成本管控

来源：18 药采购

2019 年 5 月，国家医保局《关于印发疾病分类付费国家试点城市名单的通知》（医保发【2019】34 号）中确定了 30 个城市作为疾病诊断相关组 (DRGs) 付费国家试点城市，在国家统一指导下，将用三年

时间的在试点城市开展 DRG 付费试点，青岛市作为 DRG 付费国家试点城市之一，于 2019 年正式启动 DRG 付费试点工作。

在 DRG 付费形式下，医保部门按照病种只能支付固定的费用，医院要在保证医疗质量的前提下，自行承担医疗活动中所需要的成本，此种支付方式的变化使医院的补偿机制面临着挑战，影响医疗机构收入的获取，改变医院的经营模式，客观加大了医院运营压力，医院的经营模式也面临挑战。以提升服务质量、控制成本为基础的新运营模式亟待建立。开展 DRG 成本核算，提供成本补偿依据，为政府有关部门科学合理地制定医疗服务价格提供成本参考，同时，也为医院与医保部门进行 DRG 成本进行支持标准谈判提供依据。在医院收入不可能大幅增长的情况下，医院成本控制变成了医改背景下医院生存发展的关键所在。

实施方案及实施过程

医院组织实施基于大数据的 DRG 成本一体化项目建设，项目包含科室成本、医疗服务项目成本、病人病例成本、病种成本、DRG 病种成本以及诊次成本和床日成本，涉及业务广，且涵盖全院所有科室，为医院成本精细化管理提供了依据。

1、成立工作小组

医院专门成立了成本与价格管理领导小组。小组组长由医院总会计师担任，由财务部门牵头，整合医务部、护理部、人力资源部、物资供应部、信息管理部、医学设备部、后勤保障部、医院办公室等相

关职能部门负责人，医疗、医技等业务部门参与设计与应用。成本核算领导小组下设办公室，办公室设在财务部。这些都为医院 DRG 管理体系提供了有力的制度、组织保障。同时，医院专门成立 DRG 成本项目组，制定成本管理的具体实施细则并组织开展，全院所有医疗科室、医技科室、行政后勤类科室配合执行，各临床科室每科室设兼职成本核算员 1-2 人，参与科室成本管控工作。

2、资源配置

医院配置服务器和客户机，构建强大的网络系统，实现了全院联网。医院规范了各个业务系统(HIS、病案、HRP、OES)接口规范，实现了各个系统之间的有效衔接。同时，财务部门建立客户端网络系统，各临床科室登陆高效运营管理系统实现数据采集、维护与查看。

为确保其核算工作的顺利进行，医院抽调科室资深医护人员，作为成本核算兼职核算员，负责本科室成本核算工作。选取试点科室，深入走访调研、充分了解业务流程，收集科室填报常见问题。建立成本核算工作微信群，及时沟通反馈核算过程遇到的问题。财务部及时发布各项信息和成本核算结果，项目成本核算结果能够及时的反馈到各临床科室，为实现自下而上法精确计算 DRG 成本奠定基础。

3、DRG 成本管理体系建设过程

第一阶段：实现科室成本核算管理

科室成本核算是医院开展成本核算管理的基础，也是成本核算能否成功的关键，我院成本管理提出了两个目标：一是设计科学的科室

绩效评价体系，每月对科室运营结果进行反映，出具科室经济运行报告。二是对科室进行本量利分析，对门诊、住院盈亏临界点进行分析。

分析、评价过程是通过设计科室业绩评价报告模板，由计算机根据模板对每个科室进行自动化分析，产生科室经济运行报告，报告完成后发布到财务网站，供临床科室查看阅读，用于管理。科室成本达到了“智能化”管理阶段，提升了成本管理的效率。

第二阶段：医疗服务项目成本核算管理

医疗服务项目成本核算是在科室成本核算基础上，将所有临床服务类、医疗技术类科室成本向所提供的医疗服务项目进行归集、分摊，最终得出各项目单位成本的过程。2012版，《全国医疗服务价格项目规范》的出台为项目成本核算提供了科学依据。对实施一个项目的全部操作和操作中使用的一次性医用耗材尽量包含在项目内涵中；突出了技术劳务的成本因素，增加了“基本人力消耗及耗时、技术难度、风险程度”等内容，突出了技术劳务价值，为医院项目成本核算创造了条件。

第三阶段：大数据病例成本核算管理

病例成本是以每一个住院病人为核算对象，按一定流程和方法归集相关费用计算病例成本的过程。其依托的三大关键知识库包括：

- (1)项目成本库：是病种成本核算的基础；
- (2)病例医疗序时明细：按照收费明细项目归集对应项目成本；
- (3)病案首页：记录每病例基本情况，是病例成本计算的重要来

源依据。

在三大知识库的基础上，计算患者病例成本，包括医疗成本、耗材成本和药品成本。

病例成本= Σ (患者核算期间内某医疗服务项目工作量*该医疗服务项目单位成本)+ Σ 药品成本+ Σ 单独收费的卫生材料成本

医院的病例成本核算体系是建立在 HIS 大数据上，遵循一体化、动态化的管理原则，与出院病人收费明细同步采用序时的管理方法，与病人收费明细相连接，随着病人病案数据质控完成，以高效运营系统为载体，同步形成病例收入支出明细表。大数据、信息化、动态化、一体化的病例成本核算思想体现我院专家团队管理智慧，是成本管理体系的枢纽部分，为后续轻松撬动 DRG、DIP 病组成本奠定基础。

第四阶段：DRG/DIP 病组成本核算管理

DRG 成本核算是指以 DRG 组为核算对象，按照一定流程和方法归集相关费用计算 DRG 组成本的过程。DRG 成本管理体系选择自下而上的核算方法，因此，继承医院病例成本核算结果，再与医保 DRG 分组信息链接，将每位患者归入对应的 DRG 组中，计算出 DRG 病组成本。

>>>>计算科室级别 DRG 成本：

科室级某 DRG 组总成本= Σ 某科室该 DRG 组患者病例成本

科室级某 DRG 组单位成本=科室级某 DRG 组总成本/某科室该 DRG 组出院患者总数

>>>>计算院级的 DRG 组成本：

院级某 DRG 组总成本= Σ 该 DRG 组患者病例成本

院级某 DRG 组单位成本=院级某 DRG 组总成本/全院该 DRG 组出院患者总数

如果医保支付实行 DIP 支付方式，在我院病例成本核算结果的基础上，与 DIP 分组器链接，将每位患者归入对应的 DIP 组中，同样可以轻松实现 DIP 病种成本核算管理。由此可见，我院基于大数据、信息自由转换、共享和利用的成本核算管理系统，可以轻松应对医保支付制度现在及未来的改革深化。

经验总结

首先，根据监管部门提出的一系列指引、规范、制度，建立完善健全的 DRG 病种核算机制，将医院成本体系建设纳入和医院财务会计体系同等重要的地位。

第二，运用大数据技术对业务数据和财务数据进行收集和整合，保证数据的同源统一性。

第三，对 DRG 病种结果实时分析，对所有科室和 DRG 病种采取一致的工作方法和核算口径，这样的结果会相对公允并且具备多维度的可比性。不同科室同一 DRG 病种成本效益情况、同一科室不同 DRG 病种间的成本结构差异、同一 DRG 病种在不同科室间以及不同主诊组之间成本结构差异、不同结构 DRG 病种、不同难度的 DRG 病种以及不同手术级别的病种运营效益情况等等。根据分析结果，针对不同类型科室采取有针对性的调整策略和管理举措，不断提升运营效益，进而促

进医院整体高质量发展。

[返回目录](#)

解读 | 《国际医院评审标准》的基本情况与数据要求

来源：DRG 变量

长期以来，在评价医疗实践活动领域，世界范围内许多国家与地区都选择开展了医疗机构评审与医疗质量认证。其中，美国医疗机构联合委员会(TheJointCommissiononAccreditationofHealthcareOrganization, JCAHO)及其国际部(JointCommissionInternational, JCI)标准体系受到了国际社会的广泛关注，影响深远，已成为世界公认的权威医疗标准，也是世界卫生组织(WHO)认可的医疗权威认证模式，代表了全球医院服务和医院管理的最高水平，是国际医疗保险机构的准入门槛。

JCI 于 1999 年开始推行国际医院认证计划。由 JCI 组织国际特别工作组开发的《联合委员会国际部医院评审标准》(JointCommissionInternationalAccreditationStandardsforHospital, thesecond edition)(以下简称《医院评审标准》)。2003 年元月发行第 2 版后，JCI 与中华医院管理学会建立合作关系，出版发行《医院评审标准》第 2 版(中文版)。《医院评审标准》体现了美国医疗机构评审委员会的宗旨，即：通过医疗机构评审，促进医疗质量的持续改进和医疗机构绩效的提高，以促进全球卫生保健质量与病人安全的改善。目前，《医院评审标准》根据各个认证医院、各领域专家的意见，以及行业

的发展动向，持续收集与标准相关的信息和经验，反映当前的医疗实践、通用技术和质量管理实践定期对医院评审标准进行更新，大约每3年修订和发布新版标准。

第7版《医院评审标准》中、英文版本已于2021年1月1日在全球范围内同步发布。

《医院评审标准》始终秉承“医疗服务以患者为中心”的理念，倡导医疗机构在标准化的大原则下，通过将标准要求与当地法律法规、资源配置、甚至是文化习俗相结合的基础上，力求在最大程度上实现“患者零伤害，医疗最安全”。

第7版《医院评审标准》的结构和主要内容

《医院评审标准》每一版都试图反映在患者安全实践和理念中新的思想，以帮助已认证和未认证的医院发现迫切的安全风险，推进持续质量改进目标，努力使医疗服务尽可能地安全。希望制定的标准，顺应客户要求具有挑战性、是可实现的，并将重点放在患者医疗安全和质量上。

第七版国际JCI认证共13个章节，368条标准(其中200个核心标准，168个非核心标准)、1200多项衡量要素，凸显了评审的规范化、精细化和体系化。第7版《医院评审标准》延续了第6版的结构框架，主要分为两个主要部分，一是以患者为中心的医疗服务，另一个是医疗机构的管理。

第7版与第6版标准章节的变化，见下表：

第7版	第6版	备注
引言	引言	
第一部分 参加评审的要求	第一部分 参加评审的要求	
参加评审的要求 (APR)	参加评审的要求 (APR)	
第二部分 以患者为中心的标准	第二部分 以患者为中心的标准	
国际患者安全目标 (IPSG)	国际患者安全目标 (IPSG)	
可及和连贯的患者医疗服务 (ACC)	可及和连贯的患者医疗服务 (ACC)	
以患者为中心的医疗服务 (PCC)	以患者为中心的医疗服务 (PCC)	
	患者和家属的权利 (PFR)	取消
患者评估 (AOP)	患者评估 (AOP)	
患者的医疗服务 (COP)	患者的医疗服务 (COP)	
麻醉和手术服务 (ASC)	麻醉和手术服务 (ASC)	
药物的管理和使用 (MMU)	药物的管理和使用 (MMU)	
	患者及家属的教育 (PFE)	取消
第三部分 医疗机构管理标准		
质量改进和患者安全 (QPS)	质量改进和患者安全 (QPS)	
感染的预防和控制 (PCI)	感染的预防和控制 (PCI)	
治理、领导和管理 (GLD)	治理、领导和管理 (GLD)	
设施管理和安全 (FMS)	设施管理和安全 (FMS)	
人员资质和教育 (SQE)	人员资质和教育 (SQE)	
信息管理 (MOI)	信息管理 (MOI)	
第四部分 学术型医学中心医院标准		
医学专业教学 (MPE)	医学专业教学 (MPE)	
人体受试者研究项目 (HRP)	人体受试者研究项目 (HRP)	
关键评审政策摘要	关键评审政策摘要	
词汇表	词汇表	

第7版《医院评审标准》中“信息管理”要求

医疗服务是一项高度依赖于信息交流的复杂工作。信息沟通失效是患者安全事件中最常见的根本原因之一。通常导致这些沟通失效的原因包括难以辨认的书写、在医院内不规范、不标准地使用缩写、符号及代码。为了给患者提供协调整合的服务，医院必须依靠有关临床医学科学知识、患者个体、医疗服务内容、医疗服务结果、医院绩效等各方面的信息。信息也是资源，医院领导者必须进行有效管理。医

院必须设法获取、管理和使用信息，以利于改进患者医疗服务结果及员工个人工作绩效和医院整体绩效。

有关“信息管理”的要求，在《医院评审标准》关注有关信息的收集、共享和交流。要求“对决策者和其它适当的工作人员进行有关信息管理原则的教育和培训”，要求“掌握测评设备、统计工具和资料分析方法”、“利用资料帮助决策”，并要求把病历纳入信息管理范畴。《医院评审标准》希望应用这些原则，利用信息技术或其他记录方式，通过努力，医院在以下几方面变得更加有效：

- 确定信息和信息技术的需求；
- 设计/部署信息管理系统；
- 定义并收集数据和信息；
- 分析数据，并把数据转化为信息；
- 传递、汇报数据和信息；
- 为绩效改进整合和使用信息。

第7版第三部分医疗机构管理标准中设立专门章节，针对第6版进行了修订，主要修改是：修订数据访问控制，保护数据和信息，对使用电子病历的员工进行教育和持续培训，以及选用录入人员。

《医院评审标准》对于评审过程中数据应用的要求

考虑到评审过程中将会有多处需要使用相关数据和信息，JCI 评审推荐使用电子申请(E-App)、在 E-App 上完成年度更新、提交战略改进计划(SP)、医院执行领导的任何变更(例如所有权变更)、质量与

安全监控办公室的信息要求。JCI 评审要求得到监管机构或其他机构的确认信息，或及时获悉医疗机构决定申请评审的意愿。相关评审政策和程序会列明医院所需的数据和/或信息、提交的时间期限。

数据的收集、分析和使用是 JCI 评审过程的核心。在 JCI 标准多个条款中，都规定医院必须收集数据作为质量改进系统的一部分，医院分析测量数据，并利用数据告知和推动医院内的质量改进活动。要求为符合这些标准，医院要选择明确定义的、适用于医院患者服务群体和服务的循证测量指标和测量方法，包括过程和结果指标，这些指标测量数据将指导改进医疗服务的提供。

可接受的测量指标来自于：

医院的质量领导和小组；

市、地区和国家的卫计委；

国际公认的医疗质量权威机构，如 JCI，IHI (医疗改进研究所)，或总部位于美国的医疗保健研究和质量机构。

JCI 提供了测量指标库为标准化数据收集提供了统一、精确的说明，以便随时在医院内以及各医院之间进行比较。鼓励医院但不强制采用或修改指标库的测量指标来满足其特定需求，但如果医院选择使用的 JCI 指标库测量指标用来评审，要求参评医院需要无偏差遵守指标库的规范。

标准的具体指标中，对数据评审也有明确的要求。如：第三部分医疗机构管理标准中，关于质量改进和患者安全(QPS)就对数据提出

了以下要求：

使用客观和验证过的数据监测流程实施情况；

有效地使用数据和基准以聚焦质量改进和患者安全计划；

主动识别和减少变异；

利用数据关注优先改进事项。

JCI 是如何认证的？

在 JCI 申报分为准备期、预评审、评审。JCI 认证评审分为医疗组、护理组、管理组、临床组等组别，深入到被审核机构的每一个工作场所，通过抽丝剥茧的文件审查、刨根问底的系统追踪、面面俱到的质量访谈以及地毯式的设施巡查等方式，对医院的医疗质量、管理体系、设备设施安全、药品管理、感染的预防和控制、质量改进和患者安全、员工资质、信息管理等方面进行了严格深入的审查和综合评估。审核中病人的足迹，对医疗、护理、管理等工作进行了全面、深入的现场评审。

JCI 的精髓是通过全方位的努力保障病人的质量和安全。通过对病人的服务流程改善，保证每个病人诊疗过程的安全。无论从楼体结构的硬件设计，还是服务的软件服务内涵，都在紧紧围绕客户至上的理念。在组织管理上，医院的动线设置和服务流程处处考虑病患的便利舒适。门诊、手术室、病房等医疗环境无一不体现着关心、关怀、关爱的理念。

JCI 现场评审结果分三个等级，分别是符合，部分符合，不符合。

各组的现场考核并不能决定最终的结果，只是初步报告，需要将其提交给认证委员会，由委员会专家决定通过认证与否。持续不断进行管理、流程和制度的改进是 JCI 的基本要求，三年后该组织还要对认证机构进行复审。

获得 JCI 认证对患者有何价值？

JCI 国际认证的标准是要确保“对”的人在“对”的时间做“对”的事，认证的核心是保障病人的安全，灵魂是质量技术的改进和提升，涵盖基本设施、诊疗流程、手术安全、用药安全、医患沟通、身份识别、感染预防、意外防范等内容。对患者来说，到通过 JCI 认证的医院就医，最大的益处就是医疗安全能得到最大限度的保护。

而对于外国患者来讲，通过 JCI 认证以后，医院可以获得国际医疗保险赔付，就是说如果外国人在医院看病也可以享受一定的国际医疗保险，这对提升医院的知名度很有帮助，更是对外国患者的一个保障。

据不完全统计，在中国目前有 62 家医院通过了 JCI 认证，包括和睦家、华山医院等，大部分与海外患者有关。而在日本目前有 18 家医院通过了这项认证，包括三田医院、NTT 东日本关东医院、顺天堂医院等。

《医院评审标准》是针对医院质量体系具体特点建立的非政府标准，在有限的指标体系中，重点体现在“质量、安全、管理、服务”上。该标准内涵上包括：一是强调“患者为中心”；二是强调医疗质量

管理持续改进以及患者安全；三是强调加强医院的信息化管理；四是强调领导的重要作用；五是强调人力资源的开发与管理。

[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