

# 医控费升级 成就控费方案提供商

□本报记者 戴小河

## 两大因素催化

从1994年“两江模式”试点新型医保制度以来,我国的医保制度改革经历了风风雨雨的20年。这20年中,我国新型医疗保障体制从无到有,从小到大,取得了举世瞩目的辉煌成就,当今中国已经构筑起全世界范围内最大的疾病医疗保障网络。但是,随着医保覆盖率的提高以及老龄化趋势的日益加剧,我国各地医保经办机构面临着日益严重的医保资金压力。于是,新的医保管理和支付方法,近年来层出不穷的出现,医控费的形式也日益多样。

医院以往对医保基金的管理态度相对被动,随着《全国医院医疗保险服务规范》(下称《规范》)于近日落地,过去迫于医保管理部门的要求而控费的医院,将很快积极主动并且迅速地转变态度,主动进行医控费。

《规范》首次明确地将医保管理提高到医院行政管理的高度,要求医保定点医疗机构成立由院领导负责的医疗保险管理委员会,建立健全医疗保险管理体系,形成医院、主管部门、科室三级医疗保险管理网络;同时,设立与医疗保险管理任务相适应、与本单位医疗行政管理等部门平行、独立的医疗保险管理部门。

《规范》强调,对于医保费用管理和医保基金的使用,要建立在合理的基础之上,倡导合理检查、合理用药、合理治疗及合理收费。

人社部医疗保险司司长姚宏此前指出,医疗保险的“好日子”已经结束。随着全民医保目标的逐步实现,大规模、粗放式的扩面已无空间,基金收入增幅大幅下降,但医保基金支出持续增加。这要求医保基金管理推进内涵式建设和发展。

国家层面指令医院主动控费的紧迫性在于医保基金吃紧。知情人士告诉中国证券报记者,医保基金吃紧主要在于医保群体的扩大和资金管理漏洞。“按照目前1.3万亿元的医保基金规模计算,每年被浪费掉的金额为2000—3000亿元,比例在20%左右。”

## 信息化是控费利器

医保控费信息化系统,顾名思义,就是用信息化的手段和方法,对医疗保险的支出进行管理控制。这就需要建立完善的医保制度。

湘财证券分析师赵永超介绍,从医保系统的信息化发展水平看,大体上可以把医保信息化分成四个阶段:

第一阶段是医保系统的建立期,大体从1998年到2003年。这一期间各地根据城镇职工医疗保险政策开始逐步建立各自区域的医疗保险体制,从组织架构和资金统筹上完成初步的医保体制,这一时期尚是初建期,还谈不上什么信息化系统。

第二阶段是金保工程的建设期,大体从2003年到2007年。随着我国各地社保系统的建立,管理上需要一个自上而下的信息系统。2003年8月,国务院正式批准建立金保工程,医保信息化建设开始起步。

第三阶段是医保体制取得阶段性成功的时期,大体从2007年到2012年。这一期间,随着“新医改”的推进,医保覆盖率和支付标准的逐步提高,医保逐步承担起我国医疗系统第三方支付的角色,医保支付占医疗总费用的比例从20%左右逐步提高到35%;医院收入中医保占比从之前的20%左右,逐步提高到50%左右。这一阶段虽然没有在信息化建设上取得更大的进展,但其他方面的发展却是为后面信息化的建设准备了良好的客观条件。

第四阶段是医控费系统的建立期,大体上可能是从2013年到2015年。

赵永超分析称,医控费信息化的发展是符合客观发展的规律的。

首先,医保支付占比的提高,带来医保系统内部的变化。随着我国医保支付比例的提高,首先带来的就是医保基金的支付压力逐步加大。从各地医保基金的运行情况看,每年尚有结余,但医保基金的支出是刚性的增长,医保基金覆盖率总会达到某个极限,基金收入水平又受到当地经济发展水平的限制,各地医保

除了要求医院主动控费外,国家层面近来数次力推商业健康险的发展,亦折射了医保基金不容乐观的现状。2014年8月13日,《国务院关于加快发展现代保险服务业的若干意见》提出,发展多样化健康保险服务,鼓励保险公司大力开发各类医疗、疾病保险和失能收入损失保险等商业健康保险产品,并与基本医疗保险衔接。

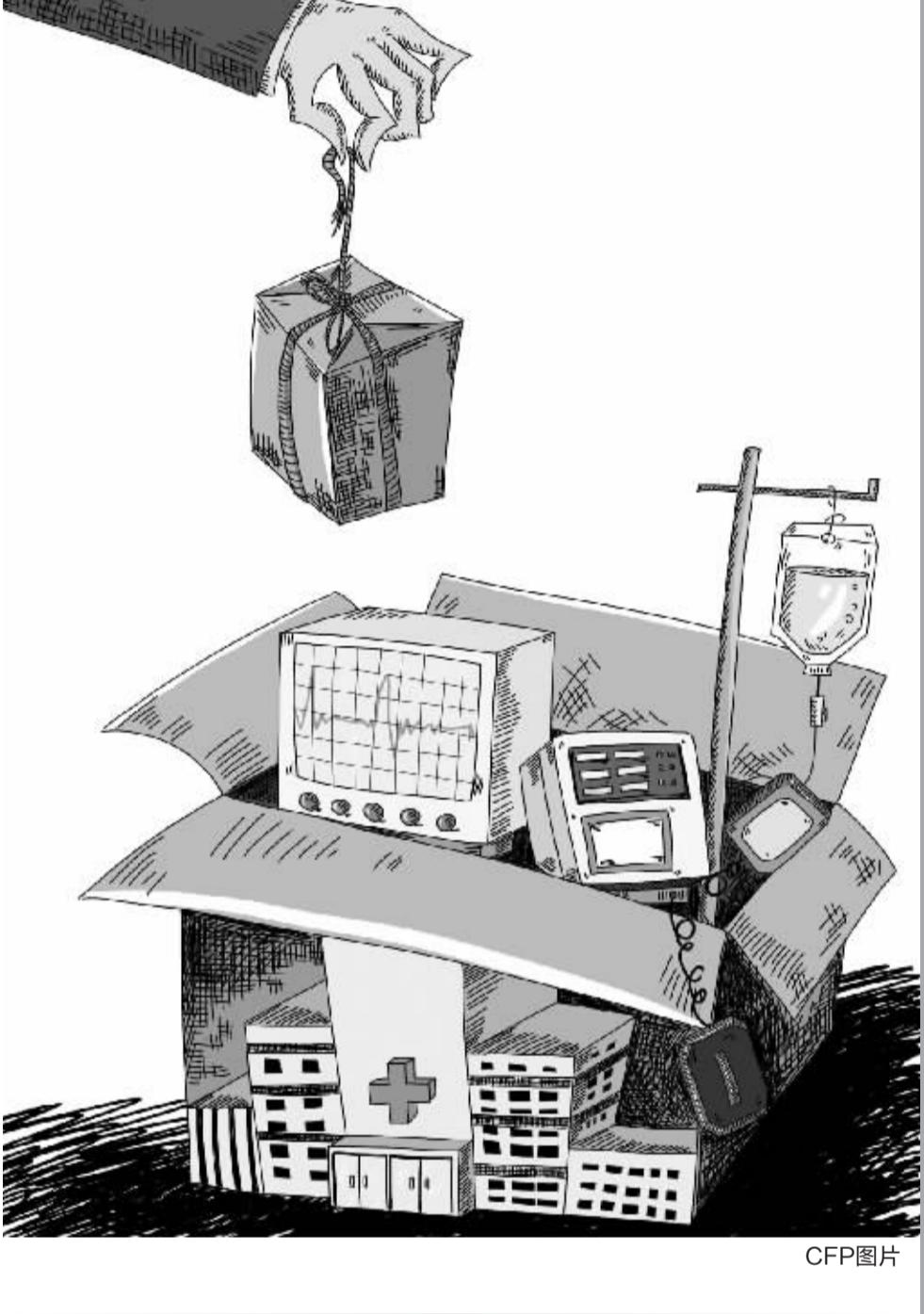
2014年8月27日,国务院常务会议再次提出,加快发展商业健康保险,助力医改、提高群众医疗保障水平。会议确定,加大政府购买服务力度,引入竞争机制,支持商业保险机构参与各类医疗保险经办服务。鼓励医疗机构成为商业保险定点医疗机构,降低不合理医疗费用支出。

目前我国社会医疗保险主要包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新农合等模式。随着新农合和城镇居民基本医疗保险的推进,近几年发展很快。人力资源部和社会保障部的数据显示,2014年,我国基本医疗保险覆盖人群超12亿人。

“财政就这点钱,医疗上花太多,其他领域怎么办,大包大揽肯定不行。”知情人士指出,目前财政收支压力日趋加大,以财政资金作为杠杆、撬动市场化力量参与,是未来财政资金发挥作用的方向。医改的市场化道路就是让医疗保险发挥更大作用,除了基本医疗保险之外,还将更多依靠商业保险公司参与。

业内人士分析,上述两大催化剂将加快控费提供商的发展。因为不管是医院主动控费,还是商业健康险驰援医保基金,都有赖于控费方案的解决。而通过建设信息化系统进行控费,能够对每一例诊疗流程的规范程度以及处方的合理性进行检查,从而在最大程度上确保费用支出的合理性。医保经办机构由于人力有限,不可能对每一单诊疗流程进行细致的审核,通过信息化控费也是必然选择。信息化系统建设需求,正是国内医控费的真实市场所在。

信息化浪潮之下,通过信息化的方法提高医控费的效率和质量,是必然选择。当前国家层面正积极鼓励商业健康险的发展,卫计委亦发文督促医院主动控制医保费用。在这两大因素的催化下,以卫宁软件、万达信息、海虹控股、东华软件为代表的医疗IT公司的医控费业务开展正逐步拉开序幕。



CFP图片

## 系统建设进入密集期

目前,各地医院正在快速推进医控费系统建设,以卫宁软件、万达信息、海虹控股、东华软件为代表的医疗IT公司的医控费业务正拉开序幕。

业内预计,2015年将成为省级医控费平台密集落地之年。江苏、浙江、上海、山东、山西等多个省市已经与卫宁软件开展相关控费项目建设和应用;万达信息承建的上海市医疗保险“医疗服务和费用监控系统”即将上线,此前宁波市医控费系统已上线,浙江省阳光医保智能审核系统也已中标;海虹控股PBM(医药福利管理)业务已经在全国数十个省市医保局运营;东华软件董事长薛向东也对外称,该公司研发的医院端控费系统已经在医院落地,正在大力推广。

此前的2012年底,人社部、财政部等部门就已经下发《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》,要求用两年左右的时间在所有统筹地区范围内开展总额控制工作。总额控费要求的全面下达,意味着全国范围内的医控费系统需求开始凸显,中国医控费市场正在逐渐释放开来。

医控费信息化系统可以分为事前、事中和事后系统,主要是对医疗费用进行审核。事前审核在医院端进行,属于主动审核,能够在医保支付前发现违规行为。事中审核需要医院与医保机构实时交互数据,就医疗机构的服务行为和费用实行信息网络实时监控。事后审核在社保段进行,属于被动审核,是在违规行为发生后进行的费用审核。理想的医控费系统需要对医院的每一单支出进行事前、事中、事后审核。

就目前的实际情况来看,由于社保端是医控费系统建设的主要推动者,所以事后审核系统的推进并不存在障碍,海虹控股、万达信息、卫宁软件、东软集团等公司都能够参与到事后审核系统的建设中。同时,事后审核系统与社保系统紧密相关,已经在社保信息系统布局的相关企业将具有一定的客户优势。总体来看,目前医控费市场仍然以社保端事后审核系统为主,市场空间主要是全国400多个医保费用征缴区所对应的控费系统建设需求,而事前、事中审核系统将是未来的发展方向。

## 卫宁软件 深耕医疗信息化16年

□本报记者 戴小河

卫宁软件是A股公司中唯一专注于深耕医疗信息化的企业,16年来积累了超过1600家医院客户资源,产品线从医院管理延伸到临床诊疗,市场由上海走向全国,实现了年复合增长率约35%的靓丽业绩,市场普遍认可其医疗IT龙头地位。

长江证券认为,卫宁软件的医疗信息化布局将从软件转为互联网新模式,如慢病管控平台、保险理赔平台、处方药平台等,从而打开数倍于传统医疗信息化的新市场。依此来看,卫宁目前150亿的市值远未触达瓶颈。

医疗信息化行业仍处高景气,互联网将打开新市场。医改的终极目标是解决看病难、看病贵的民生问题,过往单纯以医院为中心的HIS、CIS仅在一定程度上减轻了看病难的压力,以患者为中心的医保结算、医药报销等解决看病贵的信息化仍处最初级阶段。

业内人士预计,我国医疗信息化行业高景气将延续,互联网医疗亦加速成长,其底层驱动力有三:医院信息化由HIS管理走向CIS临床,带来行业纵向深化;狭义的医院信息化走向医疗、医保、医药三医联动,促进行业横向扩容;移动互联擅长C端长尾服务、O2O应用、可穿戴设备等,将激活万亿健康管理大市场。

卫宁软件坚持内生与外延并举,加速囤积医院端客户资源,占领医疗健康根据地。卫宁软件的产品化研发、规模化营销、常态化外延三管齐下,共同加速囤积医院资源:柔性化研发策略积累了标准化程度高达80%的基线产品,大大降低项目实施难度,并提升净利率;全国营销中心将增至18个,规模效应将加速异地扩张进程;山西导通和宇信网景的并购,开启了常态化外延序幕,并有效增厚业绩。截至2014年上半年,卫宁软件非上海市市场收入占比提升至66%,三项费率不断下滑,成效极为显著。

医院是医疗信息化的主阵营,在医疗、医保、医药走向融合的过程中,HIS厂商在医生、患者、电子处方、药品和临床数据方面独具卡位优势,将成为最大受益者。卫宁软件以互联网模式打出

“三医”联动组合拳:医疗业务继续深化临床和就医移动应用,并搭建慢病管理平台汇集医生、患者、药师,实现C端慢病管理一步到位;医保兼顾政府和保险公司两大赛单者,搭建面向人社部的控费系统,及面向保险公司的控费、理赔系统;处方药权开闸在即,卫宁软件以HIS系统获取电子处方,以“药品福利云”囤积患者,有望与药商合作完成药品配送,掘金万亿处方药新蓝海。

## 万达信息 布局医疗信息化产业链

□本报记者 戴小河

万达信息2003年涉足医疗卫生服务信息化领域后,先后承担了上海市突发公共卫生事件应急信息系统、上海市医联工程、上海市长宁区区域医疗信息整合平台与应用系统的项目建设工作,并承担了浙江省慢性病管理系统、浙江省宁波市卫生局宁波市医疗就诊卡信息交换与管理系统、四川省成都市卫生局成都市社区卫生服务信息系统市级平台、江苏省卫生监督综合管理信息系统等上海之外地区的重要项目建设。

2014年10月,公司中标上海市医药采购服务与医疗监管系统的信息,该项目将互联上海百余家企业药品流通企业ERP和千余家医保定点机构的信息系统,将医药采购供销从询报价到配送入库、结算支付,实现全部环节的阳光化、自动化的处理。该项目中标将使公司获得首个省级规模医药供应链网络商务平台建设的机会,正式进入药品服务领域。

医疗方面,公司收购了上海复高、宁波金唐。上海的三甲医院HIS系统,复高占了12家;宁波金唐在浙江也有30%的市场份额。医保方面,万达信息的系统覆盖3000万人,全年全天不间断运行了15年。医药方面,公司承建的上海药品采购平台已经上线试运行,2015年7月1日完成。健康方面,公司和卫计委签订上海市健康管理云平台建设战略合作框架协议,平台利用物联网和互联网技术,通过有效解决病人和医生两个重要的医疗产业链B2C端的节点需求,旨在实现政府、医院、医生、病人和企业多方共赢格局。

万达信息从原先的开发商向开发兼运营产业链一体化角色转变,负责平台的投资、建设和管理,包括慢性病管理数据、应用和运营三大中心,未来将在充分挖掘医疗大数据的社会价值基础上,以互联网医疗的商业模式,与政府、医院、医生和病人各方分享大数据的经济价值。

1月8日,万达信息与上海中医药大学签署了战略合作协议,旨在将我国传统中医药资源引入到健康服务产业链中。签约后,中医药大学以优质的中医药专家资源和先进的科研成果,为居民健康管理、慢性病预防、诊疗、管理提供支持,并深入参与到健康管理云平台的运营服务中。

东北证券认为,2014年医改进入深水区,相关政策不断出台,2015年将是医改元年,预期不断有相关配套政策落地。万达信息作为医疗卫生信息化服务的领先企业,将迎来较大的市场发展空间。

## 与商业保险合作 海虹控股盈利模式落地

□本报记者 戴小河

海虹控股的核心竞争力是其基于PBM业务覆盖4亿人群的医疗大数据系统。此前公司仅向当地医保部门和医疗机构收取PBM业务100万元的运营成本费和项目建设费,如何将盈利模式做出来,是市场此前一直所担忧的。

此前,公司的PBM业务向杭州医保局收费100—300万/年,医院端前置系统一家10万—100万元/年。2015年下半年可能收入多一些。医院有配备前置系统的动力,因为在控费较严的地区,医院医疗费用超支之后,医保局会罚款,这是医院直接的经营损失,医院院

长也希望看到自己的诊疗行为,看到医院没有经营损失。

但对公司来说,收入一直是大问题。因为医保局要求相关服务都要经过试运行一年,才能考虑列支。此外,还有一个社会责任的问题。因此,海虹控股在各地上线PBM系统的时候,经常是以免费使用的方式来运作。

按照美国PBM的盈利模式,其核心在于通过签约支付方和提供方打造闭环系统实现盈利。PBM提供商通过代表保险客户向上游药企和批零商进行药品二次议价,并用仿制药替代专利药,从而帮客户节省赔付费用,并通过对这部分节省费用的分成实现盈利。但海虹此前仅在局部地区(如杭州)实现闭环而盈利,在绝大部分地区仅仅实现了将PBM数据系统引入医院,从而让医保局和医院能够明晰自身的医疗开支,但并没有获得代表医保客户向上游药企和批零商进行集中采购的权利。

2014年11月,海虹控股与德国通用再保险股份公司、中再寿险公司合作,双方合作开发创新型健康保险产品,对健康、亚健康人群做到服务多样化的覆盖,为消费者提供差异化的医疗与健康服务,建设第三方保险服务网络,择机共同设立健康管理服务公司。

国信证券认为,公司与商业保险的合作,标志着公司盈利模式的逐步清晰,这是PBM业务的第一步延伸。商业保险业务难处有四点:首先是产品种类的匮乏(仅仅针对健康人群的

产品,没有针对慢性病患者和亚健康人群的产品)。其次是核保和理赔效率的低下(人工审核)。第三是缺乏足够的临床医学专业人员作为后台。第四是没有切实的流行病学数据而使得精算结果的可靠性大打折扣(疾病发生率、医疗费用支出率、平均余命等统计资料不足),使得产品为保险公司创造的收益没有实现最大化。

而上述四大难点正是海虹控股的优势所在。公司为保险公司设计增量产品,并使得存量产品的效率和收益优化。公司与商业保险所谈的合作分成包括:收取新产品的设计费;核保与理赔的审单费用;慢性病健康管理业务嵌入商业保险产品中实现销售收入;保费的直接分成。