

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第30期

(07.25-07.31)

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。）

• 医院管理 •

▶ [从医院视角，看跨省异地就医直接结算新规亮点](#)（来源：中国医学科学院）——第 7 页

【提要】近日，国家医保局和财政部联合出台了《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》，随通知还印发了《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》。这两个文件对完善并进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算管理工作具有里程碑式的意义，它标志着我国异地就医直接结算工作从试点到扩面已经步入法制化、规范化、标准化阶段。

▶ [支付方式改革下，医院管理质量提升势在必行](#)（来源：中华检验医学网）——第 10 页

【提要】在医疗保障体制改革中，支付机制是提高医保基金使用效能的关键。在国家政策指导下，2022 年开始全面推开 DRG 或者 DIP 付费方式，对于医疗行为、医院管理的影响将非常深远。在新的医保支付方式大背景下，如何对临床、药事、检验进行合理的管理。四川大学华西医院医保办主任孙麟教授分享其观点。

• 医疗改革 •

▶ [权威发布：国务院医改-系统集成 落地见效](#)（来源：第一健康报

道)——第 19 页

【提要】31 个省份和新疆生产建设兵团都由党委政府主要负责同志担任医改领导小组组长，其中，19 个省份的省、市、县三级都由党委政府主要负责同志担任医改领导小组组长，“一把手”抓医改，一抓到底。江苏、甘肃由省委书记和省长担任“双组长”。浙江等省份将深化医改纳入市、县党政领导班子任期目标责任制考核。广东等省份省委省政府主要领导带队深入基层调研医改工作。

▶ [到 2025 年，80% 以上的县级中医医院达到“二级甲等”水平](#)（来源：医学中文网）——第 22 页

【提要】近日，国家中医药管理局就中医药基层服务工作的进展和成效有关情况举行发布会。国家中医药管理局医政司副司长、二级巡视员赵文华表示，国家中医药管理局将在巩固成果、扩大基层中医药服务覆盖面的基础上，补短板、强弱项、固根基，打造基层中医药服务能力提升工程的“升级版”。

• 医保动态 •

▶ [“十四五”医保规划近一年，五个医保有何进展？](#)（来源：人民日报）——第 24 页

【提要】“《‘十四五’全民医疗保障规划》描绘了医保事业高质量发展蓝图，提出推进公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保‘五个医保’建设。从目前实施情况看，规划主要指标和重点任务运行符合预期，各项改革发展任务取得积极成效。”国家医疗保

障局规划财务和法规司司长王文君指出。

▶ [深化医保信息平台应用，下一阶段工作重点有这些](#)（来源：国家医保局）——第 28 页

【提要】为深入总结前一阶段全国统一的医保信息平台应用情况，研究部署下一阶段重点工作，近日，国家医保局召开网络安全和信息化领导小组专题会议。局党组书记、局长胡静林出席并讲话，党组成员、副局长施子海主持。胡静林强调，医保信息平台建设成果来之不易，深化平台应用是当前和今后一个时期的重要战略任务。要进一步提高政治站位，强化责任担当，抓好平台在医保管理全领域、医保服务全流程的应用工作，充分发挥出平台的先进效能。

· 中医药动态 ·

▶ [中医药人才培养，各地亮点纷呈 ——全国中医药人才工作会议发言摘要](#)（来源：中国中医药报）——第 35 页

【提要】“人才是第一资源。”广东省卫生健康委副主任，省中医药局党组书记、局长徐庆锋介绍，广东不断提升中医药人才队伍建设水平，引领“第一资源”成为广东建设中医药强省、打造粤港澳大湾区中医药高地的关键推动力。“基层强，才是真正强。”山东省卫生健康委副主任张立祥介绍，近年来，山东省把培养好基层中医药人才作为提升基层中医药服务能力治本之策，着力建设高质量基层中医药人才队伍。

▶ [规范中医药抗疫术语翻译 推进中医药文化国际传播](#)（来源：湖北

中医药大学) ——第 45 页

【提要】近年来，在国家大力助推中医药文化走出去的宏大战略背景下，中医药国际传播也迎来新的机遇和挑战，尤其是在全球进入“后疫情时代”的当下，中医药全面、深度地参与中国疫情防控救治，其展现出的显著疗效更是引起了国际社会的广泛关注。规范中医药抗疫术语的翻译，分享中医药抗疫经验，是推进中医药文化国际传播的重要一环。

· 医药专栏 ·

▶ [专访 | 章明：用“国家发红包”代替“企业给回扣”，进一步消除药品流通中的灰色空间](#)（来源：中央纪委国家监委网站） ——第 49 页

【提要】近日，家住北京市昌平区的高血压患者李先生听到一个好消息——第七批国家组织的药品集中采购产生拟中选结果，自己长期服用的硝苯地平控释片降价 58%，用药负担大幅减轻。据了解，本次集采共成功采购 60 种药品，包括高血压、糖尿病、抗感染、消化道疾病等常见病、慢性病用药，以及肺癌、肝癌、肾癌、肠癌等重大疾病用药，共涉及 31 个治疗类别。拟中选药品平均降价 48%，按约定采购量测算，预计每年可节省费用 185 亿元。在此前开展的六批集采中，已有 234 种药品完成采购，涉及金额占公立医疗机构年药品采购总额的 30%，节约医疗费用达 2600 亿元以上。

▶ [2022 医保目录“简易续约”规则新在哪？](#)（来源：E 药经理人）

——第 52 页

【提要】近期，国家医保局公布了《2022 年国家基本医疗保险，工伤保险和生育保险药品目录调整工作方案》，对目录内独家药品纳入医保目录采取简化准入路径，即“简易续约”规则。

-----本期内容-----

• 医院管理 •

从医院视角，看跨省异地就医直接结算新规亮点

来源：中国医学科学院

近日，国家医保局和财政部联合出台了《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》，随通知还印发了《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》。这两个文件对完善并进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算管理工作具有里程碑式的意义，它标志着我国异地就医直接结算工作从试点到扩面已经步入法制化、规范化、标准化阶段。

根据《2021年全国医疗保障事业发展统计公报》，2021年已开通联网直接结算医疗费用的定点医疗机构4.56万家、定点药店8.27万家，当年门诊费用跨省直接结算达到949.6万人次、住院费用跨省直接结算达到440.59万人次。随着国家医疗保障信息平台的建设和医保“贯标”工作的落地，厚实的信息技术和标准化的数据有力支撑并保障了异地就医直接结算服务水平的不断提升。

站在医院的角度，来看看这两份文件保障了跨省异地就医患者的哪些权益？解决了哪些难点与痛点问题？医疗机构又需要做哪些调整？

第一，明确了跨省异地就医备案人员范围：跨省异地长期居住或跨省临时外出就医的参保人员。对“跨省临时外出就医”除了我们熟

悉的异地转诊情况，还包括因工作、旅游等原因异地急诊抢救以及其他跨省临时外出就医情况，办理异地就医备案后均可享受跨省异地就医直接结算服务。

第二，明确了跨省异地就医备案方式：线上(国家医保服务平台APP)线下(参保地医保经办机构窗口)均可。目前所有参保人均可在国家医保服务平台APP完成跨省异地就医线上备案，这也方便定点医药机构指引未办理备案人员及时办理备案手续。

第三，明确了跨省异地就医备案时限：在异地就医前完成备案，入院时应“主动表明参保身份”(即出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，说明异地参保身份)。但允许补办备案，只要患者在出院前补办好异地就医备案，出院时就可享受住院费用医保报销的结算服务。

第四，规范了异地就医备案有效期限：跨省异地长期居住人员办理登记备案后长期有效；跨省临时外出就医人员备案有效期原则上不少于6个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受直接结算服务。这就解决了患者因为等待手术排期时间长，超过了参保地规定的备案时限不得不再次备案；或者因病情需要再次入院时，因参保地规定备案仅一次有效不得不反复备案的问题。

第五，明确了跨省异地就医备案的定点医疗机构范围：在备案地开通的所有跨省联网定点医疗机构均可享受住院费用跨省直接结算，这避免了某些参保地只能备案在一家或某几家医院的情况，参保人员

因为病情变化需更换就诊医院时重复办理备案手续。但异地门诊费用还得按照参保地的要求选择跨省联网定点医药机构进行就诊结算。

第六，合理确定跨省临时外出就医人员报销政策：文件要求各统筹地区要根据经济社会发展水平、人民健康需求、医保基金支撑能力和分级诊疗要求，合理设定跨省临时外出就医人员直接结算报销政策。

第七，支持跨省异地长期居住人员可以在备案地和参保地双向享受医保待遇。即对跨省异地长期居住的人员，备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，待遇水平可能会降低，但原则上不低于参保地跨省转诊转院待遇水平。其中参保人员以个人承诺方式办理跨省异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇。

第八，方便符合条件的参保人员跨省转诊就医，不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。参保人员确因同种疾病治疗需要在就医地治疗或再次转外就医的，参保地经办机构应简化转诊备案手续。

第九，规定了参保地手工报销程序。参保人员因未备案按自费结算后，回到参保地按规定补办了备案手续后可以办理医保手工报销。参保人员备案后，因结算网络系统、就诊凭证等故障导致无法直接结算的，相关医疗费用可回参保地手工报销。这条经办规程解决了就诊医院因客观原因无法为异地医保患者结算时，参保地又以已办理异地

备案为由要求参保人必须在就医地报销，导致就诊医院矛盾堆积、参保人员权益受损的问题。

第十，明确了各地医保系统要支持【跨年度结算】和【退费服务】。对跨年住院的患者进行费用中结，既麻烦了患方，又为医院留下重复住院等督查隐患。退费服务主要针对普通门诊费用有的参保地无法提供提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费等情况。通过行政规章督促各地加强医保信息系统的建设，切实保障了参保人的权益。

[返回目录](#)

支付方式改革下，医院管理质量提升势在必行

来源：中华检验医学网

在医疗保障体制改革中，支付机制是提高医保资金使用效能的关键。在国家政策指导下，2022年开始全面推开DRG或者DIP付费方式，对于医疗行为、医院管理的影响将非常深远。在新的医保支付方式大背景下，如何对临床、药事、检验进行合理的管理。四川大学华西医院医保办主任孙麟教授分享其观点：

一、关于支付方式改革简要的趋势介绍

1. 医保改革趋势

2020年国家颁布《深化医疗保障制度改革的意见》，是未来十年(2020-2030年)医疗制度改革的纲领性文件，《意见》概括为“1+4+2”，即一个目标：力争到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐助、

医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系；四个机制：健全待遇保障、筹资运行、医保支付、医保基金监管；两个支撑：完善医药服务供给和医疗保障服务。其中和医院管理直接相关，对医院影响最大的是四个机制中的医保支付机制和医保基金监管机制，对医院运行的方方面面、每个环节，如医疗行为、用药等都构成相应的影响。

医保的管理趋势可概括为：强保障、减负担、控费用、抓监管。医院实际接受的是控费用和抓监管。但医保不管是从支付方式改革、政策性引导、还是监管层面，强调的都是合理的费用控制。特别是在支付方式改革中，合理的费用控制可以带来更高的支付效率，同时通过医疗机构内部的管理提升，还可以保障医保基金安全，获得更高、更多的收益。以前传统的项目收费，不考虑是否合理，多做才能有多多的收益。但支付方式改革中的预付制、打包付费的方式给医疗机构提供了一个引导性条件，即可以通过合理的费用控制获得更多的收益。这也是一个主动引导式的费用控制，通过合理的医疗行为产生合理的费用。监管方面也在强调合理合规性，其实和目前医院高质量发展中提倡的价值医疗目标一致。

2. 医保支付方式改革

建立高效的医保支付机制，包括完善医保目录动态调整机制、创新医保协议管理、持续推进医保支付方式改革，要求进行医疗行为规范、服务质量和费用控制考核评价、完善定点医疗结构退出机制。

近一两年，医保目录已经实行了比较常态化的调整，涉及到了基

本药品目录、国谈目录、集采、药械等，特别是药品目录的年度动态调整给我们的感受最直接。2021 年国家医保局发布了 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划，要求三年内全国统筹地区全部实施 DRG 或 DIP。在完善支付机制的过程中，专门提到了将根据服务质量和费用的控制情况对医疗行为规范进行考评，同时和支付挂钩。这和 DRG 在实行过程中的考核以及考核系数有直接关系。按病种付费后，年终考核还有一个调整系数，这个调整系数是关键。各地方在年终与医院进行结付时都有考核，将直接影响医院的经济效益，并和质量、费用控制指标密切相关。还有完善医药机构退出机制，该机制在医保基金监管的形势下对医院的影响比较大的。

总的来看，DRG 或 DIP，其支付方式都是由以前的后付制，按项目付费变成类似于打包付费的概念。医保在确定一个支付线的情况下，医疗机构实际发生费用与医保支付线之间将产生差额。当医院按传统项目计费，消耗的费用低于医保支付定额的时候，在账面上产生结余，如果超过支付线，就是超支或亏损。不管 DRG、DIP、之前的单病种，还是局部的一些病种按人头、按床日这种支付方式，都属于总额预付制。

3、医保基金监管机制

目前，医院面临的监管不断加强，特别是医保基金使用监管条例出台后，各家医疗机构在面临支付方式改革的同时，也在接受逐渐加强的医保基金监管压力。经常有医保拒付、医保稽核后的扣罚。监管

对行为上的合规、合理性提出了相应的要求。特别是近几年，真实性问题和合理性问题成为监管重点，并且对药品、耗材使用、诊疗行为的合理性及收计费的合理性等方面提出了更高的要求。所以医疗机构内部在医保管理中面临的压力非常大。

4. 公立医院绩效考核与医保管理

从公立医院绩效考核的费用、效率、安全几个维度可以看出，很多指标体现了支付方式的改革和监管，比如次均费用、感染率、并发症等问题和支付方式改革都是密切相关的。

DRG 支付和绩效考核也是密切相关的，考核指标体系几乎是一样，包括 DRG 覆盖率，其中病例组合指数、费用消耗指数、时间消耗指数在评价 DRG 支付的绩效同时，也用于评估医疗服务质量。医院的专科评价也参考这些参数，特别是在强调费用控制的同时，公立医院绩效考核方面也经常评估低风险死亡率等指标。

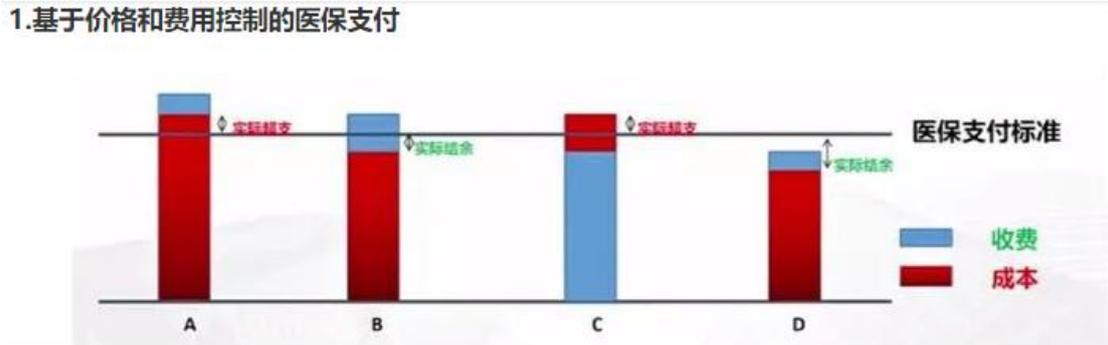
另外，DRG 相关技术和概念被用来校正相关指标。比如发现抗生素 DDD 高了就一定有问题吗？不同的病种收治结构会导致结果有差异，因此应该根据 DRG 的病例组合指数进行校正。其次，在面临 DRG 或者 DIP 支付考核的时候，大多数地区也在使用相应的质量参数和费用参数进行校正，也会产生明显的影响。

通过 DRG 支付考核来保障 DRG 付费能够可持续运行，保障医疗服务质量和合理支付，避免或遏制医疗机构可能存在的选择轻病人住院、推诿重病人、升级诊断和服务不足等行为并确保参保居民受益水

平不下降。

二、在支付方式改革下，对医院的影响及调整

1. 基于价格和费用控制的医保支付



如图，支付方式改革下，支付标准和实际发生费用的差额其实仅仅代表在账面上费用的差额，医院能否在正常运营中获得相应的收益主要看成本。这也是为什么费用控制的过程中更多的是聚焦于药品和材料。2017年全国公立医院取消加成，对医院经济运营来说，药品和材料费用实际上是直接成本费用，而且如果占比非常高，将会直接影响到DRG病种付费。支付方式改革过程中医院真实的收益情况，往往取决于药品和材料的合理使用。但是作为医疗机构，最重要的是治疗好疾病，所以其实重点是在合理的费用控制。

从现有的支付方式来看，会觉得DRG限制收治重病人、限制高新技术的发展、限制用药、限制用贵的药。单从各个地区执行DRG的基本原理来看，其实并不是“唯低费用”进行计算。首先，在确定每个病种权重或点数时，是用历史费用或者当期费用的平均值。这个费用中包含了合理费用和不合理费用，是在不同医疗机构、不同时间段内产生的费用均值。目前价格调整频繁(如药械集采、谈判、服务价格

调整等), 导致权重波动大。其次, 第二个计算权重方式是按照项目计费的方式, 这个过程中包含了成本扭曲问题, 就是医院诊疗项目实际存在成本背离的情况, 直接导致权重背离。这个过程也存在补偿不足或过度补偿的问题。这个问题不一定局限于每个病种中实际成本的超额和结余问题, 可能在某些病种上产生了更多的结余, 但这些结余是否合理? 所以关键问题在费用的合理使用。如果要保证疾病的治疗效果, 必须要用到高端的药品、高端的材料或者要做必要的检查, 那以治疗效果为保证的前提下, 必然产生高费用。在取平均以后, 只要做到同类型疾病当中合理控制, 就可以有空间获得相应的结余或者收益。

2. 对医院的影响

公立医院绩效考核和医院高质量发展的价值医疗、医保价值支付引导合理费用控制, 实际上是相向而行的。做好成本控制可以在医疗中获得相应的收益。首先是以质量安全为前提, 医疗机构最终的目标、核心是要让患者获得最佳的治疗结果, 一定要从以前单纯的收入增加变成合理的成本控制。支付方式改革下, 体系性地应对和适应是系统性工作, 涉及到医院内部管理的方方面面, 包括关注临床路径, 卫生经济学评价等措施。

3. 支付方式改革下, 用药调整(以抗生素为例)

今天主要介绍用药的情况, 聚焦在合理的抗生素使用。因为抗生素使用在医院内部的质量考核、质量控制、费用控制上占得比例比较

大。适应病种付费虽然要争取政策，同时医院内部要加强病种和相应的管理。

(1) 诊断是疾病入组的指路标

抗生素使用和支付有直接关系的第一个是诊断，诊断路径无论是 DRG 或 DIP，不同的疾病难度程度特别是以合并症和并发症作为指标，对首要诊断以及次要诊断的准确编码是最重要的，编码不同直接影响到入组的分值不同。同样诊断、同样手术、同样条件的病例，由于编码不同，可能被分入不同的病组，被赋予不同的权重，按不同的价格支付。

从感染来看，一般来说是列入到并发症的合并症范围内，如果有合适的诊断特别是有些疾病在治疗过程中并发感染(一般感染或重度感染)，在分组中是不一样的。所以临床一定要保证临床诊断准确的录入，特别是诊断的完整性，病案编码一定要保证编码的准确。

目前医保结算清单已经开始逐步推行，医保结算清单虽然是 DRG 付费的主要信息采集通道，但实际上医保局主要是从病案首页获取信息，所以强调病案首页的规范。病案首页就有诊断的编码信息。病案诊断编码要准确，首先是临床要做标准的诊断，要把诊断下准，特别是要下全。而感染检查的一些指标，是否在控制费用中，检查是否要减少，有些检查是明确诊断的重要手段，有些检查必须要做才能够提供相应的证据。

(2) 临床路径实施

在支付方式改革以后，凸显了临床路径的重要性。之前一直强调单病种和临床路径管理，主要是对质量的保证。实际上在质量保证的同时，通过临床路径合理管理和合理执行，也是很好地在质量前提下进行成本控制的有效手段。

在抗生素使用过程中，医保和临床分别有各自的规定，在执行过程中要把医保和临床的相应的管控结合起来。华西在执行的过程中，强调的是过程中进行控制，而不是在产生结果之后再去实施控制，这是无效的控制。

华西医院强调事前、事中、事后控制，特别是在临床合理性和合规性方面做了前置性的控制。医保的质量控制则放在最后一个环节。

举例：医生在使用抗生素的时候，医保报销有限制条件，医疗上也有要求(使用特殊抗生素特别是高级别抗生素，需要有细菌培养证据、药敏的直接证据)，但在临床实际操作过程中，有时候不可能等到结果出来再使用相应的抗生素，会根据临床判断，特别是一些关键实验室指标的判断来选择用药。但兼顾医保规定也是必须，所以医生在下抗生素医嘱时，系统会自动搜索是否提交了相应的细菌培养或药敏试验等检查检验医嘱，否则会出现缺乏支撑抗生素使用依据的情况。如果患者没有做相应检查，我们会向患者推送消息，提示没有足够的医保报销所需证明，有自费可能。

系统会追踪实验室结果，将结果和现行医保规定进行对比。比如检测出之前用的抗生素药敏不敏感，是否考虑继续使用。当然需要尊

重临床选择，部分临床指南中有规定，症状改善是证明治疗效果的直接指标。在效果明显的情况下，会允许医生继续使用，但会提醒医生谨慎选择，并给患者推送相应的自费告知。

如果药敏敏感，要和医保支付结合起来合理选择抗生素，遵从抗生素使用的相关临床路径。诊断很重要，在相应病种中进行合理用药，既能有效控制感染，又能降低成本消耗，在支付中获得更多收益。实际效果可以看到，在抗生素使用率、使用时间和强度等方面，如果在指导下按照临床路径去控制，在平均住院天数、周转率、抗生素费用方面都会获得很好的效果。既满足了临床实际需要，保障患者医疗质量，同时也保证了在医疗行为过程中合理的费用控制。

(3) 公立医院绩效考核

公立医院绩效考核对抗生素使用、费用控制上有明显的相关性。在选择抗生素过程中，检查结果包括 PCT、IL-6 等指标可以很有效地判断细菌感染的直接影响、为用药的合理性提供依据。绩效考核在治疗指标方面也做了相应要求。这体现了价值医疗、医院高质量发展和医保费用控制之间是有相向性的。卫生政策对抗生素治疗前病原学送检率也有要求。

这些检查会增加部分费用，但并不是所有增加的检查 and 费用都叫“过度”。从综合考评来看，增加的检查对于医院的精准用药、治疗方案的选择，达到有效的治疗效果是有帮助的。华西一直严格管理抗生素的使用，现在执行了一年多的病组付费，感染性疾病或者有并发

感染性疾病的总体费用比同级别的医院低很多。四川省的 DRG 和成都市单独的按病组分值付费都有很高的结余。从这个方面更是说明在实际控制中，费用控制应该是一个综合性的成本控制。

三、总结

在现在支付方式改革下，医院的综合管理、综合质量提升是在支付方式改革大环境下必须要做的。通过这种方式，能够提升质量的同时，也把费用控制好，最终使患者在经济、医疗上双获益，医保基金能够得到有效使用，医院也能够在这个环境下获得更好的发展，实际上可以实现三方共赢。

[返回目录](#)

• 医疗改革 •

权威发布：国务院医改-系统集成 落地见效

来源：第一健康报道

党的十八大以来，各地大力推进深化医改任务的系统集成、落地见效，取得了积极进展和明显成效。

国家卫生健康委体制改革司司长许树强总结了十年以来医改的积极进展和明显成效。

许树强：

各地党委政府高度重视深化医改工作。

31 个省份和新疆生产建设兵团都由党委政府主要负责同志担任

医改领导小组组长，其中，19个省份的省、市、县三级都由党委政府主要负责同志担任医改领导小组组长，“一把手”抓医改，一抓到底。江苏、甘肃由省委书记和省长担任“双组长”。浙江等省份将深化医改纳入市、县党政领导班子任期目标责任制考核。广东等省份省委省政府主要领导带队深入基层调研医改工作。

因地制宜推广三明医改经验取得新突破。

各地贯彻落实推广三明经验的要求，因地制宜加大推广力度。各省份和新疆生产建设兵团都制定了推广三明医改经验的实施方案，按照“腾空间、调结构、保衔接”的要求，推进药品耗材集中带量采购、医疗服务价格、薪酬制度等这些方面的联动改革。福建在全省推广三明经验，动态调整医疗服务价格，深化薪酬制度改革，推行公立医院党委书记、院长、总会计师目标年薪制。浙江及相关省份利用取消药品耗材加成以及集采降价等腾出来的空间，探索价格调整的启动条件、实施路径、和配套措施。安徽等省份加快新增医疗服务价格项目审核，支持开展新技术、新项目。

三是加快构建有序的就医和诊疗新格局。

各地加快优质医疗资源扩容和区域医疗均衡布局。国家区域医疗中心在黑龙江、西藏、宁夏、新疆等20个省份落地，填补了地方在肿瘤、心脑血管疾病、儿科等方面的短板弱项，相关专科跨省就医流向明显减少。山西、辽宁等省份积极推进省级区域医疗中心建设。河北、湖北、河南等省份探索医联体建设，促进医疗资源下沉。广东、

青海等省份对基层医疗卫生机构实行“一类财政保障、二类绩效管理”。天津、吉林等省份加强基层医疗卫生机构建设，提升基层医疗卫生服务能力。

四是推进公立医院综合改革和高质量发展。

各地深化公立医院综合改革，2017年所有公立医院取消药品加成，2019年取消耗材加成，同步调整运行机制。不断加强党对公立医院的领导，完善医院内部管理制度，深化人事编制制度改革。安徽推进编制“周转池”制度，合理增加公立医院人员编制。江西、广西等省份在高层次和急需紧缺专业人才引进、高级职称评审等方面，赋予公立医院更大的自主权。上海等11个综合医改试点省份率先以省为单位推动公立医院高质量发展，探索各级各类、分门别类的公立医院高质量发展路径。北京、上海、广东等9个省份大力支持大型高水平医院开展试点，打造公立医院高质量发展的样板、现代医院管理制度的模板，比如北京协和医院。

五是协同推动医药和医保高质量发展。

各省份落实国家集采，开展省级集采和省际联盟。内蒙古牵头10省(区)，开展临床常用药带量采购，平均降价超过50%。陕西等省份通过定点生产、协商调剂等方式，解决短缺药的供应保障问题。云南等省份完善处方审核和点评机制，促进合理用药。各地加快建立多元复合式医保支付方式，山东在全省范围内推进按疾病诊断相关分组(DRG)付费和按病种分值付费(DIP)改革，试点覆盖所有地市。

六是统筹推进相关领域改革。

各地坚持预防为主，推进疾病预防控制体系改革，进一步提升公共卫生能力，做好新冠肺炎疫情防控。江西、湖南、四川等7个省份被确定为首批国家中医药综合改革示范区，进一步促进中医药传承创新发展。海南、重庆、贵州等省份加强卫生健康信息化建设，加强医疗卫生全行业监管。

[返回目录](#)

到2025年，80%以上的县级中医医院达到“二级甲等”水平

来源：医学中文网

近日，国家中医药管理局就中医药基层服务工作的进展和成效有关情况举行发布会。国家中医药管理局医政司副司长、二级巡视员赵文华表示，国家中医药管理局将在巩固成果、扩大基层中医药服务覆盖面的基础上，补短板、强弱项、固根基，打造基层中医药服务能力提升工程的“升级版”。

建立健全优质高效的中医药服务体系

赵文华介绍，对于中医药服务体系要加大支持力度，持续加强县级中医医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心中医馆、社区卫生服务站和村卫生室中医阁建设，鼓励社会力量在基层办中医，进一步完善现有基层中医药服务体系。

到2025年，县办中医医疗机构(医院、门诊部、诊所)基本实现全覆盖，80%以上的县级中医医院达到“二级甲等中医医院”的水平。

赵文华指出，夯实基层中医药人才根基。强化以全科医生为重点的基层中医药人才队伍建设，进一步充实基层中医药人才队伍，提高人员素质。要通过完善和落实基层中医药人员编制备案管理、职称评聘、收入分配等政策措施，吸引中医药人员人才到基层工作、安心在基层服务，为中医药振兴发展提供坚强的人才保障。

大力推广中医适宜技术到 2025 年达到两个“100%”

加强省、县两级中医适宜技术推广中心建设，完善人员和设备设施配备，建立健全适宜技术推广网络和长效机制，加强考核管理，大力开展推广培训，切实提高基层医疗卫生机构中医药服务能力，充分发挥中医适宜技术简、便、验、廉的优势特色。到 2025 年，原则上所有县域均应设置符合标准的中医适宜技术推广中心。此外，积极推动基层中医药科普宣传工作。充分利用网络化、智能化、数字化等方式，扩大中医药优质科普内容的覆盖面，培养中医药科普专家队伍，促进公民中医药健康文化素养水平不断提升。

赵文华表示，到 2025 年，达到两个“100%”，一个 100%是社区卫生服务中心、乡镇卫生院能够规范开展 6 类 10 项以上中医适宜技术，第二个 100%是社区卫生服务站能够规范开展 4 类 6 项以上中医适宜技术。另外，80%以上村卫生室达到能开展 4 类 6 项以上中医适宜技术。开展县级中医医院“两专科一中心”建设项目，今年开始，第一批已经投入 3 亿元。各县依托县级中心能够面向基层医疗卫生机构推广 10 类 40 项以上中医适宜技术，让中医适宜技术能够更好地满

足城乡百姓多元化的健康需求。

“十四五”期间加强服务提供和中医设备配备

发布会上，国家中医药管理局相关负责人介绍，“十四五”期间会多举措进一步推进中医馆建设，重点开展中医馆骨干人才培养、中医药技术服务提供和中医设备配备，进一步改善中医馆中医药服务条件。赵文华介绍道，从2012年开始，中央财政每年投入经费建设中医馆，截至目前已累计投入建设3.67万个。

截至2020年底，85.38%的社区卫生服务中心和80.14%的乡镇卫生院设立中医馆，中医药服务能力得到大幅提升，群众中医药服务获得感显著增强。预计到2022年底，实现社区卫生服务中心和乡镇卫生院中医馆设置全覆盖。下一步，我们将在社区卫生服务中心和乡镇卫生院全部设置符合标准中医馆的基础上，重点加强中医药人员配备、开展中医馆骨干人才培养、中医药技术服务提供和中医设备配备，进一步改善中医馆中医药服务条件。

[返回目录](#)

• 医保动态 •

“十四五”医保规划近一年，五个医保有何进展？

来源：人民日报

“《‘十四五’全民医疗保障规划》描绘了医保事业高质量发展蓝图，提出推进公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医

保“五个医保”建设。从目前实施情况看，规划主要指标和重点任务运行符合预期，各项改革发展任务取得积极成效。”国家医疗保障局规划财务和法规司司长王文君指出。

公平医保：促进基本医保更加公平，2021年全国基本医疗保险参保人数 13.63 亿人

积极推进全民参保，推动职工和城乡居民在就业地、常住地参保。建立健全医疗保障待遇清单制度，推动制度政策统一规范，明确政策调整权限，均衡待遇水平。2021年，全国基本医疗保险参保人数 13.63 亿人，参保率持续稳定在 95%以上。职工和城乡居民医保政策范围内住院费用基金支付比例分别为 80%和 70%左右，门诊共济保障改革稳步推进，群众获得感持续增强。积极应对人口老龄化，完善生育保险政策，稳步推进长期护理保险试点，加快构建多层次医疗保障体系。

法治医保：推进医疗保障立法，出台并实施《医疗保障基金使用监督管理条例》

积极推进医保立法，努力夯实医保法治基础，保障广大群众依法公平享有医保权利。出台并实施《医保基金使用监督管理条例》，规范医保领域行政执法。坚持对欺诈骗保行为“零容忍”，推进基金监管全覆盖，与纪检监察机关以及公安、卫生健康等部门联动实施综合监管，查处了一批大案要案，守护好群众“看病钱”“救命钱”。2018年以来，共检查定点医药机构 275.38 万家次，查处 125.68 万家次，追回医保资金 637.57 亿元。

安全医保：统筹发展和安全，织密医疗保障网

认真落实总体国家安全观，统筹发展和安全，织密医保网。巩固拓展医保脱贫攻坚成果，有效衔接乡村振兴战略。目前农村低收入人口参保率始终稳定在 99% 以上，推动重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例保持在 70% 以上。强化基金监测预警，对所有统筹地区开展基金运行评价。2021 年全国基本医保基金收入 2.87 万亿元，支出 2.4 万亿元，收支规模与经济社会发展水平总体相适应，基金运行安全可持续。

按照统一、高效、兼容、便捷、安全的原则，建成全国统一的医保信息平台，同步规划实施网络安全策略，强化数据安全分类分级管理，依法保护医保数据安全，研究发挥数据生产要素功能，推动数据合法有序共享。

智慧医保：实现医保“掌上办”“网上办”“跨省通办”

全面加强医保信息化标准化建设。积极运用大数据、互联网、云计算、区块链等技术，助力管理精细化、服务智能化，让群众分享更多的智慧医保建设红利。目前，国家医保信息平台有效覆盖约 80 万家定点医药机构，医保电子凭证激活超过 12 亿，提供医保网厅等线上服务。

实现医保“掌上办”“网上办”，基本医保关系转移接续、异地就医备案等多项高频医保服务事项已实现“跨省通办”，政务服务事项线上可办率达 50%，2025 年将达到 80%。异地就医直接结算服务已

覆盖全国所有统筹地区，截至 2022 年 6 月底，全国跨省联网定点医药机构 24.67 万家，全国累计直接结算 3772.21 万人次，基金支付 2019.76 亿元。

协同医保：发挥医保战略购买作用，连续 4 年动态调整优化药品目录，累计开展 7 批、294 种药品集采

发挥医保战略购买作用，立足基金承受能力，适应基本医疗需求、临床技术进步需要，从 2018 年起，连续 4 年动态调整优化药品目录，累计将 507 个临床价值高、患者获益明显、经济评价优良的药品纳入支付范围。截至 2022 年 3 月底，协议期内谈判药品通过谈判降价和医保报销，累计为患者减负 3000 亿元。今年医保目录调整工作已经启动，与往年相比，规则更加透明、规范、详细，措施更加科学、精准、有效。此外，积极推进药品和高值医用耗材集中带量采购，使药耗价格真正降下来，民生保障温度升上来，行业生态得到进一步净化。

自 2018 年开展药品集中带量采购以来，国家层面已累计开展 7 批、294 种药品集采，范围从化学药拓展到生物药；高值医用耗材集采聚焦心内科和骨科两个群众最为关注的领域，大幅降低群众就医负担。到“十四五”期末，每个省份通过国家和省级集中带量采购药品数量要达到 500 个以上，高值医用耗材要达到 5 个大类以上。集中带量采购将成为公立医院采购的主导模式。这些措施完善了基本医保制度与医疗服务体系相互适应的机制，促进了医保和医药服务高质量协同发展。

深化医保信息平台应用，下一阶段工作重点有这些

来源：国家医保局

为深入总结前一阶段全国统一的医保信息平台应用情况，研究部署下一阶段重点工作，近日，国家医保局召开网络安全和信息化领导小组专题会议。局党组书记、局长胡静林出席并讲话，党组成员、副局长施子海主持。

胡静林强调，医保信息平台建设成果来之不易，深化平台应用是当前和今后一个时期的重要战略任务。要进一步提高政治站位，强化责任担当，抓好平台在医保管理全领域、医保服务全流程的应用工作，充分发挥出平台的先进效能。业务部门和技术部门要形成合力，做到业务引领、技术支撑、协同发展，全面推动新时代医保事业高质量发展，以优异成绩迎接党的二十大胜利召开。

深化医保信息平台应用

推动新时代医保事业高质量发展

据国家医疗保障局官网数据显示，截至2022年5月底，全国住院费用跨省直接结算已联网定点医疗机构5.71万家；1-5月，全国住院费用跨省直接结算199.02万人次，涉及医疗费用450.17亿元，基金支付261.31亿元，基金支付比例为58.1%。5月，全国住院费用跨省直接结算39.45万人次，涉及医疗费用85.56亿元，基金支付50.44亿元。

国家医疗保障局规划财务和法规司司长王文君曾在接受采访时介绍，新平台住院结算平均响应时间约 0.8 秒，比旧系统性能平均提升 3-5 倍，意味着在有限资源投入下，平台各方面性能已达到了较优的状态。一方面为参保人提供了更加优质的医保服务，有效减少窗口排队等候时间，另一方面也降低了医疗机构压力，减少管理成本，此外还降低人员聚集风险。

此前，王文君司长在接受采访时也表示，当前，医保信息化已由平台建设阶段转向运维应用阶段。尽管取得了里程碑式的突破，但依然任重道远。面对繁重的医保改革任务，面对 13.6 亿参保群众的新期待，还有很多需要进一步完善之处。重点做好以下四个方面工作：

一是强化服务，优化功能，促进公平可及。信息化是连接医保与群众的重要桥梁。持续推进编码动态维护和优化平台性能，深化编码和平台在医保各个环节中的应用，不断增强医保服务能力，提升医保服务效能。加快医保服务网厅及 APP、移动支付、电子处方流转、综合服务终端等的应用进度，提升医保服务便利性，满足群众日益多元化、多层次的医疗保障需求。加强部门间沟通协作，充分发挥协议管理作用，调动定点医药机构积极性，推动医药机构全量接口改造。

二是提升技术，扩展应用，推动智慧发展。智慧医保既是医保发展的手段，也是医保发展的目标。加强数据治理，在保障医保数据安全可控的前提下稳步有序推进数据共享。加强应用牵引，丰富数据应用场景，深度挖掘数据价值，深化大数据、区块链等技术在宏观决策

分析、医疗电子票据等工作中的应用，为打击欺诈骗保、药品和耗材招采、待遇政策制定和调整等提供数据支撑。

三是健全机制，强化运维，促进规范管理。更加重视建立健全平台运维管理制度，做实做细业务梳理工作，持续规范工作流程，加快形成科学高效的运维管理体系。加强国家、省、市、县四级医保部门联动，加快推进医保管理特别是需求管理模式转变，不断适应新系统建设模式。

四是重视人才，提升能力，筑牢安全防线。网络和数据安全发展是医保高质量发展的应有之义，事关广大人民群众切身利益。牢固树立安全意识，在建立健全安全管理制度、加强安全队伍建设和技术能力提升、夯实硬件基础设施、做好常态化安全检查等方面持续发力，全面筑牢医保信息化安全屏障，为医保事业行稳致远保驾护航。

全国医保信息平台

为 13.6 亿参保人提供优质服务

此前，从国家医保局获悉，历经两年多时间，全国统一的医疗保障信息平台已基本建成。目前，医保信息平台已在 31 个省份和新疆生产建设兵团全域上线，有效覆盖约 40 万家定点医疗机构、约 40 万家定点零售药店，为 13.6 亿参保人提供优质医保服务。

医保信息化系统建设，在全国范围内实现了医保平台、数据标准、经办服务、就医凭证的全面统一，通过数据共享，提升数据质量，助力医保宏观管理，实现医保高质量发展。

构建全国统一的医保“通用平台”

国家医保局自 2018 年组建以来，针对医疗保障服务工作中存在的信息系统碎片化严重、群众办事“多头跑、来回跑”、医保公共服务群众体验较差、满意度不高等问题，大力推动医疗保制度改革，着力提升现代治理能力和公共服务水平，通过“互联网+”、大数据、人工智能等新技术的应用，推动构建起全国统一的医保信息平台，促进医保信息化建设，以满足百姓需求，适应医保事业改革发展。

从 2019 年 6 月到现在，全国医保信息平台先后完成了前期研究、立项、招投标、建设、国家平台竣工、地方平台全部上线等多个里程碑，用两年多时间创造了政务服务信息化建设的“医保速度”。

医保信息平台涵盖支付方式、跨省异地就医、公共服务、药品和医用耗材招采等 14 个子系统，建成后可满足全国几百个统筹区多样化的业务需求。新平台已经在异地就医结算、支付方式改革、医保智能监管、药品集中采购、医药价格监测等领域发挥了重要作用，显示出对改善民生、优化管理的重要支撑和引领。新平台功能完备、响应高效、运行稳定，住院结算平均响应时间约 0.8 秒，比旧系统性能平均提升约 3-5 倍，充分证明了平台具有明显的先进性、前瞻性。

医保信息平台形成了标准全国统一、数据两级集中、平台分级部署、网络全面覆盖、项目建设规范、安全保障有力的平台格局，支撑全国医保跨区域、跨层级、跨业务、跨部门、跨系统的信息共享、业务协同和服务融通，确保全国医保信息系统“一盘棋”，实现医保业

务“一网通办”、“一窗办结”，实现“数据多跑路、群众少跑路”，大幅提升参保群众的获得感、幸福感、安全感。

形成全国统一的医保“通用语言”

国家医保局成立伊始，对全国医保信息业务编码标准化情况进行摸底调查，发现各地医保工作中普遍存在标准不统一、数据不互认等问题，没有形成统一的“普通话”，无法开展有效的大数据分析应用，也影响了异地就医结算等工作的进一步完善。

制定全国统一的医保信息业务编码标准，是高标准建设全国统一医保信息平台的基础和先决条件。只有数据编码标准统一，实现数据互认，才能够建成全国统一的医保信息平台，为各项医保改革及政策制定提供决策支撑，促进医保精细化、科学化管理，加快推进医保事业高质量发展。

国家医保局制定并发布了 15 项医保信息业务编码规则和方法，并按照“码库结合”的原则，开展动态维护，形成跨区域、跨层级、跨部门、跨业务的全国医保“通用语言”，各省将 15 项医保信息业务编码应用到新系统建设之中，并采用编码映射的方式完成历史数据的标准化工作。2021 年，全国医保信息业务编码贯标验收工作全面完成，形成全国范围内共用一个标准库、共享一个数据池的良好格局。

业务编码标准统一了全国医保“度量衡”，推动形成全国层面的医保大数据库，为推动平台建设、提高数据质量、提升医保治理能力打下了坚实的基础，促进医保精细化管理、提升医保公共服务水平、

助推医保其他领域改革。

提供全国统一的医保“通用服务”

随着全面建成小康社会的实现，参保群众对医疗保障服务的便捷性、高效性、优质性、规范性需求越来越高，原有信息系统标准不统一、信息不互通，无法适应群众日益增长的新需求，建立全国统一的医保信息平台，才能更好地实现医保为民服务的初心。

医保信息平台统一建设医保业务基础子系统，通过参保征缴管理、个人结算管理、就医管理、机构支付管理等业务功能，实现对基本医疗保险、补充医疗保险、医疗救助等业务的一体化支持，大力推动医保经办服务下沉，助力构建全国统一的医保经办管理体系，实现省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)五级医保经办服务全覆盖，鼓励各地将与参保人紧密相关、与就医过程紧密相关的业务办理放至基层经办机构或定点医疗机构办理，方便群众查询及办理基本医保经办业务。

国家医保局在医保信息平台建设中，还统筹规划公共服务子系统，遵循统一标准建设国家医保公共服务平台。借助公共服务平台，加快推动医保服务标准化、规范化、便利化建设，推行医保服务事项“最多跑一次”改革，高频医保服务事项实现“跨省通办”，切实提高医保服务水平。目前，网上参保登记、医保缴费、异地就医备案、家庭门诊共济等均实现医保服务事项“网上办、掌上办”，医保服务方式更多、更快、更灵活。

打造全国统一的医保“通用介质”

随着近年来移动互联网应用的不断深入，国家医保局依托全国统一的医保信息平台推出了医保电子凭证，它是医保相关的参保人员、经办人员、医护人员等在全国统一的医保信息平台中签发的统一信息标识，是打通医保全流程便民服务的金钥匙，也解决了过去参保人实体卡携带不便、挂失补办困难等问题，方便百姓就医购药。

2019年11月24日，全国首张医保电子凭证在山东省济南市激活，标志着就医购药从“卡时代”开始走向“码时代”。截至目前，医保电子凭证全渠道激活用户超11.5亿，31个省(区、市)和新疆生产建设兵团均已支持医保电子凭证就医购药，接入定点医疗机构超40万家，定点零售药店超40万家。

医保电子凭证打造了一种就医购药“新模式”，参保人无需携带实体卡，看病买药只需要一部手机即可完成就医全流程服务。并打通了互联网医疗的“最后一公里”，促进“互联网+”医疗服务，实现就诊服务网上办理，提升患者的就医体验，真正做到“一码在手，医保无忧”。

[返回目录](#)

· 中医药动态 ·

中医药人才培养，各地亮点纷呈 ——全国中医药人才工作会议发言

摘要

来源：中国中医药报

广东：打造高层次中医药人才“强磁场”

“人才是第一资源。”广东省卫生健康委副主任，省中医药局党组书记、局长徐庆锋介绍，广东不断提升中医药人才队伍建设水平，引领“第一资源”成为广东建设中医药强省、打造粤港澳大湾区中医药高地的关键推动力。

为打造高素质高层次的人才队伍，广东在人才项目支撑和人才引育两方面发力。该省打造高素质中医药人才“孵化器”，建设中医湿证国家重点实验室、中国中医科学院广东分院等，携手港澳建设大湾区中医药创新中心、横琴中医药产业园，初步形成以中医湿证国家重点实验室与澳门中药质量研究国家重点实验室为双“引擎”格局。实施“葛洪中医药人才计划”和中医师承“薪火工程”，布局建设33个高层次和基层人才培养基地、40个中医药重点学科，培养100名领军人才、100名杰出青年人才、遴选100位名医带200位基层骨干，构建领军人才、杰出青年人才和基层骨干人才有机衔接的中医临床人才梯队。

打造高层次中医药人才的“强磁场”。广东首创“跨地区拜师”“集体带集体”“脱产跟师”等培养模式。同时，省财政投入3

亿元用于引进培养拔尖中医药人才及团队。深圳市财政投入 1.69 亿元引进 13 个中医药高层次人才团队。广州市黄埔区出台中医药领域特色人才分类支持政策，引进国医大师、岐黄学者和中医药交叉学科领军人才，每团队资助可达 1500 万元。此外，该省简化港澳中医药人才招聘程序，开展大湾区内地事业单位对港澳高层次急需紧缺中医药人才实行直接业务考察招聘。成功开展大湾区内地城市公立医院招聘港澳中医师试点。据统计，近年来全省各级中医药机构以多种方式引进院士 4 名、国医大师数十位。

广东还为中医药人才打造环境优越的“栖息地”。广东省珠江学者、特支计划、科技进步奖评审单独设“中医与中药学”组别。在职称评审方面，该省实行成果代表作制度，重点评价运用中医经典理论、使用中医诊疗手段、运用中药处方能力及师带徒情况。开展港澳高层次中医药人才职称认定。同时，加强民间中医药技术和人才遴选。实施传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试以及中医医术确有专长人员医师资格考核。

山东：创新实施中医药“三经传承”战略

“基层强，才是真正强。”山东省卫生健康委副主任张立祥介绍，近年来，山东省把培养好基层中医药人才作为提升基层中医药服务能力治本之策，着力建设高质量基层中医药人才队伍。

张立祥表示，要做好基层中医药人才培养源头文章。围绕院校教育这一人才培养的主阵地，山东积极构建符合中医药人才成长规律的

中医全科医学人才培养体系，面向全体中医类专业本科学生开展中医全科医学教育。加强中医全科医学学科建设，完善中医全科专业硕士学位人才培养标准，建设具有中医特色的全科教学方法，为基层中医药人才培养提供强有力的学科支撑。山东中医药大学《全科医学概论》入选国家首批一流本科课程，中医全科医学入选国家中医药管理局首批重点学科。

在构建基层中医药人才特色培养体系方面，山东创新实施中医药“三经传承(学经典、用经方、传经验)”战略。建设山东省中医经典教育教学中心，组建临床经典基层教学团队。省财政投入资金 4000 万元，实施五级中医药师承人才培养项目。建设全国基层名老中医药专家传承工作室 38 个，遴选指导老师 1000 名，培养继承人 2000 名。积极推进中医药特色疗法挖掘整理和基层推广工作。2021 年，遴选中医药特色疗法 148 项，组织 1000 余个医疗机构定向签约，培训 3 万余人次，提升基层中医临床诊疗能力。

为了激发中医药人才服务活力，山东省建立基层名中医药专家遴选机制，“十四五”期间，计划遴选基层名中医(药)专家 750 名，并确定基层中医药从业人员 1500 名跟师学习。在职称评审中，对中医药人才实行单独分组、单独评价，适当向基层倾斜，全面落实乡镇卫生健康人才职称评审“绿色通道”。创新建立基层职称制度，参加基层高级职称评审的专业技术人员，论文、科研不做硬性规定，重点考核提供基本公共卫生服务，常见病、多发病的诊疗、护理、康复等综

合服务能力。截至 2021 年底，山东已有 856 名中医药专业技术人员取得基层卫生高级职称。

上海：建立集聚行业领军人才的大平台

上海市卫生健康委副主任、市中医药管理局副局长胡鸿毅介绍，上海将中医药人才纳入“海尚名医”人才计划体系，构建了中医药领域优秀青年人才、骨干人才和领军人才梯次成长的路径。中医药人才相关配套政策与其他专业领域完全一致，并在评审、名额和评价方面实行“两单列一差别”。同时，推动中医医院建立分层培养、目标激励、多元发展为核心的“三位一体”人才发展新模式。上海强化医教协同、产教融合育人。在持续探索中医师规范化培训“5+3+X”模式的基础上，出台《关于深化医教协同进一步推动本市中医药教育改革与高质量发展的实施方案》，率先探索中医药继续教育规范化管理体系。以创建国家医学中心、传承创新中心，以及市级临床研究中心等为抓手，突出政产学研用“五力联动”，着力在实战中培育锻造有竞争力的优秀人才。

人才发展、制度为先。上海营造“大中医”人才新格局。为扩大中医药人才范围，率先推出中医从事康复和西学中人员分类管理等制度，不断强化西医医师中医药知识技能，近 5 年来已有 2000 余名西学中医生结业。此外，上海印发第一个省级中医药师承教育管理的规范性文件，实施流派传承创新团队计划，形成以传承人为主导的高层次跨学科人才中医师承教育制度。在构建中医药人才评价激励机制方

面，上海持续开展市区两级名中医评审，出台 19 条支持体现名医名家中医服务技术价值的医保政策，激励技术创新和特色发展。

上海在构建高水平人才培养体系方面发力。创新中医药继续教育模式，建设中医药高层次人才培养基地(优才学院)。探索建立集聚行业领军人才的大平台，整合上海中医药大学、上海科学院，以及复旦、交大、华师大等高水平院所科研资源，以学科交叉融合为“催化剂”，建立中药学科、交叉学科、科技人文学科、人工智能与装备工程学科等人事管理改革试验田，推进中医药复合型人才培养。强化中西医协同育人。依托国内一流的西医院校和中医院校共同创立中医西医汇聚创新研究院，启动市级中西医结合旗舰医院建设，提升中西医结合学科建设和人才发展水平。

中国中医科学院：把科技人才队伍建设作为“第一工程”

中国中医科学院始终把人才作为第一资源，大力弘扬青蒿素精神，着力培养高层次科研创新人才队伍。

中国中医科学院党委书记查德忠介绍，中国中医科学院始终把人才作为强院之本，把科技人才队伍建设作为“第一工程”，着力打造中医药科技创新核心基地和创新人才聚集高地。瞄准领先学科建设和重点发展方向，实施科技创新工程，加大创新团队和人才队伍建设支持力度。成立以院士、国医大师为主的中国中医科学院学部，发挥高端智库作用服务发展大局。持续开展“学习屠呦呦、弘扬青蒿素精神”活动周，激发科技人员传承创新、担当作为的内驱力，为实现做

大做强战略目标奠定坚实人才基础。

中国中医科学院创新模式培养人才。着重培养领军后备人才。实施创新团队项目和优秀青年科技人才专项，实行“导师制”培养模式。着重培养多学科复合型人才。实施“中医+”“+中医”多学科复合型创新人才培养计划。着重培养外向性人才。与美国、奥地利、日本、韩国等国家建立了长期人才培养机制，10年来共派出200人。同时针对中医药发展中特殊人才，建立“容与养”的培育措施，开展特殊学科人才研修项目和“定单式”培养，人才培养质量和结构得到优化。

为活用好各类人才，中国中医科学院建立多元科研激励体系。职称方面，坚持“破四唯”和立新标并举，完善职称评审办法；考核方面，推进分类评价，探索“项目—人才”“赛马、里程碑、硬指标”评价模式；科研经费管理方面，探索经费包干制，设立科技创新工程人才专项经费。实行科研与管理相互赋能。针对科研业绩突出、团队领导能力强的科研人才，给予管理岗位锻炼，提升综合素质和领导能力，培养科研领军后备人才。支持青年科技人才“当主角，挑大梁”。

此外，中国中医科学院注重拓宽人才引进渠道，创新人才引进方式，加大引进人才支持力度，千方百计引进人才。

福建：突出闽医特色人才培养

“实施福建省中医固本工程和闽医人才培养工程，以需求为导向，以条例为规范，以规划为指引，多措并举推动中医药人才队伍建设

设工作。”福建省卫生健康委副主任陈辉分享了福建省传承创新发挥特色，依法推动中医药人才工作高质量发展的相关经验。

陈辉介绍，福建突出闽医特色人才培养。加强学术流派建设。目前具有 24 个闽医学术流派，建设 2 个全国、22 个省级中医学学术流派传承工作室。实施闽医学派名医影像记录工程，先后建设一批闽医流派传承工作室，培养了一批特色传承人。加强高层次人才培养。出台《福建省卫生健康高层次人才队伍建设行动计划(2021-2025 年)》，启动实施首批高层次人才队伍建设项目。实施国家、省级老中医药专家学术经验继承、优秀中医临床人才等高层次人才培养项目，选派人员到各省内外名中医、国医大师所在单位跟师学习。累计培养优秀中医临床人才 101 人，确定师承指导老师 324 人次，培养继承人 585 名。同时加强青年人才培养培训。开展中医医师规范化培训，建设中医医师规范化培训中心 1 个、国家中医规培基地 12 个，基层实践基地 8 个，国家中医药优势特色教育培训基地 16 个，培养了一大批优秀青年中医药人才。近年规培结业考核通过率位居全国前列。

福建还注重强化基层中医药人才队伍建设。开展定向委培中医专业人才，出台《福建省 2021-2023 年加强基层医疗卫生人才队伍建设实施方案》，从招聘、培养、培训等环节协同发力，实施公开招聘一批、定向培养一批、培训提升一批等基层医疗卫生人才“三个一批”计划，夯实基层人才基础。开展基层老中医药专家带徒工作。在全省遴选 270 名指导老师，为每位指导老师配备 2~3 名在职在岗县级及以

下医疗机构中医药人员作为继承人，现已完成第一批基层老中医药专家师承带徒工作，454名继承人结业考核合格，有力促进基层中医药人才能力水平提升。优化基层人才发展环境。制定切合县域中医药人员特点的职称政策，改善基层职称晋升空间，适当提高基层高级专业技术岗位结构比例。

四川：完善中医药人才评价制度

“四川现已形成涵盖医药护技4个类别、26个专业的中医药高级职称评价体系。”四川省中医药局党组书记、局长田兴军介绍，四川牢固树立人才是第一资源的理念，加强探索改革，全力提升中医药人才支撑和智力保障。

建立机制，高位统筹。四川省委、省政府高度重视中医药人才工作，相继出台《关于促进中医药传承创新发展的实施意见》《四川省中医药强省建设行动方案(2021—2025年)》等，中医药人才发展单列专章，明确建设中医药人才高地、科技创新高地、文化高地；2020年起，将中医药传承创新发展工作纳入市(州)党委政府目标绩效考核，并单设中医药人才发展指标。全省21个市(州)均设立中医药局。

在中医药人才评价制度方面，四川遵循中医药人才成长规律，不断完善人才评价制度。积极推进职称制度改革。针对具有中医药专业技术背景的中医药管理人才队伍、日渐壮大的中医治未病和中医药健康管理人才队伍，新增中医药管理、中医治未病、中医药健康管理3个专业。针对从事中医康复、推拿等工作的技能人才不能晋升医师职

称的问题，新增中医技师类别职称，打破了专业技术职称评审与职业技能评价界限，拓宽技能人才职业发展通道；单独设置基层中医药高级职称类别，对基层中医药人才“定向评价、定向使用”，进一步促进基层中医药人才职业发展，稳定和壮大基层中医药人才队伍。截至2021年底，四川省拥有中医药高级职称资格，并坚持在中医药一线工作的专业技术人员1万余名，其中有1000余名活跃在基层一线，成为基层中医药服务的中坚力量。

四川中医药人才队伍建设不断优化。目前拥有国医大师、全国名中医、中医药高等学校教学名师、岐黄学者等高层次专家20余名。支持成都中医药大学、省中医药科学院、省中医院等中医药高校、科研机构、医疗机构引进院士10余名，并以培育本土中医药领域院士为目标，在全国率先培育中医药院士后备人才15名。同时培养了省名中医、青年名中医为骨干，覆盖省、市、县三级的名中医队伍人才1000余名，中医药科研、教学、产业、文化领域的领军人才2000余名。

北京中医药大学：营造人才发展良好生态

北京中医药大学始终坚持探索建立符合中医药特点的人才评价体系，全方位引进培养使用人才，着力打造充满活力的人才生态体系。2016年以来，该校新增中国工程院院士2人、国医大师3人、全国名中医6人、岐黄学者15人、青年岐黄学者5人。

北京中医药大学校长徐安龙介绍，在建立全方位引才育才体系方

面，学校坚持引育并举、专兼结合，实施“壶天人才计划”，畅通博士后—优秀青年人才—高层次领军人才成长“全链条”。设立人才特区储备人才，围绕学科设岗引育人才。设立青年人才成长特区。学科急需的优秀应届博士毕业生和拟出站博士后，可直接申报壶天青苗学者。设立人才选聘特区。不唯学历职称，只看医德医术，面向海内外公开遴选临床疗效突出的中医人才担任学校临床特聘专家。

此外，为营造人才发展良好生态，该校建立多元化的评价体系。注重实际能力和创新成果，增加多样化学术评价指标，在职称评审中建立必备条件与可选条件之间的转换通道，允许用高质量可选条件替代部分必备条件，激发专技人员的积极性、主动性和创造性。建立卓越为导向的评价体系。在年度绩效奖励中设立潜心教学优秀教师奖、最具影响力学术成果奖、创新攻坚管理奖三大卓越奖项。建立中医药特色的评价体系。在职称评审中建立适合基础研究人才和中医临床人才的特色评价绿色通道，突破论文、科研课题等方面的限制。

江苏省中医院：打造“三家型”人才队伍

江苏省中医院切实遵循中医药人才成长规律，坚持立德树人，以国医大师精神为引领，优化人才培养环境，创新人才培养模式，打造“三家型”人才队伍，有力促进医院高质量发展。

江苏省中医院党委书记方祝元介绍，医院秉持建设“学府型医院、学术型科室、学者型医生”理念，筑牢中医人才高地。一是培养医学专家型人才，坚持“引培并举”，以国家、省优秀中医临床人才

选拔培养为抓手，培养壮大中医药领军人才队伍，打造中医临床医学专家。二是培养医学教育家型人才，在临床医学专家的基础上，培养历练其临床教学能力，形成临床与教学两手都过硬、符合大学附属医院属性的复合型人才。三是培养医学科学家型人才。医院制定《科技创新十条》，激发人才潜心中医药科研的积极性，通过实施院内“高峰学术人才”项目，培养一大批训练有素的医学科学家，努力在全院形成求贤若渴、群贤毕至、见贤思齐、蔚然成风的良好风尚和鼓励人才干事业、支持人才干成事业、帮助人才干好事业的良好环境。

同时，该院组建党委人才工作领导小组，设立“人才建设办公室”，制定医院中长期人才规划，实施“333人才战略”，努力打造高素质人才队伍，做到“老中青”老有尊严、中有成就、少有前途，形成人人皆可成才的生动局面。

[返回目录](#)

规范中医药抗疫术语翻译 推进中医药文化国际传播

来源：湖北中医药大学

自古以来，凝聚着中华民族传统文化精华的中医药因其独特的诊疗手段和效果而深受各国人员推崇，有效推动了中华文明与古丝绸之路沿线国家的人文交流。

近年来，在国家大力助推中医药文化走出去的宏大战略背景下，中医药国际传播也迎来新的机遇和挑战，尤其是在全球进入“后疫情时代”的当下，中医药全面、深度地参与中国疫情防控救治，其展现

出的显著疗效更是引起了国际社会的广泛关注。在2022年7月5日在首届中医药文化国际传播论坛上，中国外文局翻译院、中国对外书刊出版发行中心(国际传播发展中心)、外文出版社联合对外发布了“中医药文化国际传播抗疫相关术语英译参考”，不仅公布了包括“人类卫生健康共同体”“人民至上、生命至上”等多条中医药文化国际传播工作常用术语，还发布了“辨证论治”“三药三方”等中医药抗疫常用术语，充分体现了政府层面规范中医药术语翻译，推进中医药抗疫国际交流合作的愿望和决心。规范中医药抗疫术语的翻译，分享中医药抗疫经验，是推进中医药文化国际传播的重要一环。

以中医术语为基础，规范中医药抗疫术语翻译

《中医药国际科技合作规划纲要(2006-2020年)》曾指出，“中医药国际化是中国文化传播的有效载体。要依据世界各国的特点，建立多渠道、多层次、多模式的中医药国际传播体系，”这一目标的实现有赖于中医药翻译、特别是中医术语翻译基础性作用的发挥。中医植根于深邃丰富的哲学思想，一些中医术语可能具有模糊性、歧义性，再加之深厚性、文化性等特点，翻译难度较大。经过几代中医药翻译者的努力，中医术语翻译的标准化取得了重大进展。中医药抗疫术语的翻译也应遵循中医术语翻译中的统一性、约定性、简洁性、忠实性等原则，在翻译过程中需厘清术语来源，运用适当的翻译策略，构建统一的国际化的术语翻译标准。毋庸置疑，中医药文化国际传播相关术语的整理、译介和传播是一项长期任务。此次中医药抗疫术语的发

布是对外宣传中医药在我国抗击新冠肺炎疫情过程中的作用和成果，是推动国家中医对外话语体系构建的一次积极探索，也为新形势下如何向世界更好地传播中医药文化提供了借鉴。

以抗疫精神为引领，助力中医药抗疫外宣

在抗疫精神的引领下，中国取得了抗疫的阶段性胜利，中医药的防控救治效果有目共睹。自疫情发生以来，中国外宣媒体《人民日报》（海外版）、《中国日报》等对中医药抗疫进行了及时、全方位的报道，仅在2020年，《中国日报》就发表了与“中医药抗疫”相关的文字报道118篇。主流媒体通过讲真话、讲事实、讲百姓、讲情感等方式向世界讲述了中医药抗疫故事，增强了中医药的国际号召力和公信力，为树立中医药抗击疫情的正面形象提供了有价值的宣传策略。如何在无私、利他的抗疫精神的指导下对外充分传播中医药抗疫成就，分享中国中医药抗疫经验，更是成为中医药对外传播在特殊时期的首要考量。中医药抗疫外宣的目的是让世界更好地了解中医，服务于良好国家形象的树立，争取更多国际话语权。传播者应讲好中医故事和中医抗疫故事，在符合外国受众思维习惯的同时保持高度的本土意识，对中医药抗疫的思想基础、诊疗手段、发展模式做出合理的解释、维护和宣传，澄清误解，为发挥中医药的独特优势和作用，推进疫情防控国际合作，护佑世界人民的生命健康作出更大贡献。

以中医抗疫外宣为契机，推动中医药文化国际传播

中医药文化集中体现了中国人对于宇宙、自然和自身的认知，其

独特之处也蕴藏在“天人合一”“天人相应”“大医精诚，医乃仁术”的整体观中。疫情以来，中国一直不遗余力地向国际社会分享中医药防控救治经验。据不完全统计，中国向 150 多个国家和地区介绍了中医药诊疗方案，给 10 多个有需求的国家和地区提供了中医药产品并选派中医专家赴 29 个国家和地区帮助指导抗疫，越来越多的国家认识到了中医药的特殊价值。2021 年 3 月，来自 28 个国家和地区的政府官员和世界卫生组织代表参加了中国举办的“中医药与抗击新冠肺炎疫情国际合作论坛”，开展了深入交流并讨论通过了《支持中医药参与全球疫情防控倡议》。2022 年，世卫组织发布《世界卫生组织中医药抗击新冠肺炎专家评估会报告》，不仅肯定了中医药救治新冠肺炎的安全性和有效性，还鼓励其他会员国在其卫生保健系统和监管框架内考虑使用中医药治疗新冠的可能性。中医药文化的国际传播迎来新的机遇。2022 年 1 月，《推进中医药高质量融入共建“一带一路”发展规划(2021—2025 年)》印发，提出“十四五”期间，中国将与“一带一路”共建国家合作建设 30 个较高质量中医药海外中心，向“一带一路”国家的民众提供优质的中医药服务。

未来，中国有必要继续推动中医药更深入地参与全球抗疫，加强政府间传统医药合作，深化与相关国际组织的交流，积极推进中医药文化国际传播，建构以政府为主导的创新型、多元化、多层次中医药文化国际传播体系。对于作为桥梁纽带的中医药翻译传播界而言，一方面，要强化中医药的历史文化研究、翻译研究和国际传播研究，深

入挖掘西方医学与中国传统医学互动的史料,为中医药文化的国际传播提供丰富的话语素材;进一步增加翻译语种,拓宽传播辐射范围;细析传播的受众,实现更为精确的分众传播。另一方面,应完善中医药文化国际传播专业队伍建设,探索中医药学与传播、翻译等多学科的融合,培养应用型中医药传播复合人才。此外,还需拓展中医药文化国际传播的渠道,实现传统媒体与新媒体双管齐下、全面覆盖。

中医药文化的国际传播任重道远,中医药传播者将秉承抗疫精神,以中医药文化的传播为引线,提升中医药在国际医学领域的话语权和影响力,深入推进“一带一路”沿线国家乃至全球发展中国家民心相通,为构建人类卫生健康共同体添砖加瓦。

[返回目录](#)

· 医药专栏 ·

专访 | 章明:用“国家发红包”代替“企业给回扣”,进一步消除 药品流通中的灰色空间

来源:中央纪委国家监委网站

近日,家住北京市昌平区的高血压患者李先生听到一个好消息——第七批国家组织的药品集中采购产生拟中选结果,自己长期服用的硝苯地平控释片降价 58%,用药负担大幅减轻。

据了解,本次集采共成功采购 60 种药品,包括高血压、糖尿病、抗感染、消化道疾病等常见病、慢性病用药,以及肺癌、肝癌、肾癌、

肠癌等重大疾病用药，共涉及 31 个治疗类别。拟中选药品平均降价 48%，按约定采购量测算，预计每年可节省费用 185 亿元。在此前开展的六批集采中，已有 234 种药品完成采购，涉及金额占公立医疗机构年药品采购总额的 30%，节约医疗费用达 2600 亿元以上。

“我们到青海、海南等地调研时，患者普遍反映，糖尿病、高血压等常用药降价后，原本吃不起药的群众都吃上了又便宜又好的药，就医体验有了很大改善。”国家医保局医药价格和招标采购指导中心专家组组长章明接受记者采访时表示。

以此次中标的肝癌一线靶向药仑伐替尼胶囊为例，每粒从平均 108 元下降到平均 18 元，意味着一个治疗周期可节约费用 8100 元。

看得见的变化，源自“让人民群众病有所医”的民生承诺。2018 年 11 月 14 日，习近平总书记主持召开中央全面深化改革委员会第五次会议，审议通过《国家组织药品集中采购试点方案》，明确探索完善药品集中采购机制和以市场为主导的药价形成机制，降低群众药费负担，规范药品流通秩序，提高群众用药安全。

“经过这些年的探索，基本上实现了上述目标。”章明告诉记者，与前几批集采相比，第七批集采呈现出一些新的特点，比如在强化供应保障方面进行机制调整，引入“一省双供”备供保障供应模式；更加注重合理用药，要求抗生素带量比例较普通药品带量比例降低 10%；政策协同持续深化；强调建立完善信用评价制度等。

在规范药品流通秩序层面，药品集采同样产生了巨大影响。“实

实际上就是要根除带金销售，集采的覆盖面越广，这一目标就会越早实现。”章明说，“药品价格降了这么多，但降的并不是企业的生产成本或合理利润，而是以往不合理流通渠道产生的费用，可以说药价中很大一部分水分已经被挤掉了。”

关注第七批集采情况时，中日友好医院药学部临床药师刘莹发现，多数企业都在综合考量自身能力和生产任务量的基础上进行了相对合理的报价，“带量集采替企业打通了市场‘直通车’，让药品可以直接进入医院，省去了原本的公关费用。而这趟‘直通车’是放在明面上的，大家可以公平竞争，这是从根子上解决回扣问题的办法。”

刘莹告诉记者，药品集采对医院用药有着类似风向标的作用，“在医疗端，药品目录的80%都是非进口药品，如何保证这些药品有一个整体的质量评价标准，医院是很难把控的。但集采药品有严格的规则设置，首先要通过一致性评价，有了这个门槛，也相当于对我们的药品目录进行了再优化。”

章明认为，药品集采实际落地过程中，激励合理用药、优先使用中选产品的结余留用政策，有助于更好调动医务工作者积极性：“实质上就是用‘国家发红包’代替‘企业给回扣’，进一步消除药品流通中的灰色空间。目前第二、三批结余留用资金已经全部到位，发放到了各个医疗机构，从我们了解到的情况来看，这个政策在医院管理者和医生中还是比较受欢迎的。”

政策的落实落地离不开强有力监督。今年以来，中央纪委国家监

委驻国家卫生健康委纪检监察组通过召开专题调研座谈会、一对一访谈、专项调研监督“回头看”、舆情监测等方式，督促国家医保局切实履行监管主体责任，进一步完善相关制度措施，让集采结果更有效地惠及广大群众。

“通过督促主责部门密切监测中选产品进院情况、采购和使用情况、及时回款情况等，提升监测精准性，将医疗机构药品和耗材采购行为纳入医保基金飞行检查，引导医疗机构优先采购使用集采中选产品，营造风清气正的行医环境。”该纪检监察组有关负责人告诉记者，集采启动前还会开展廉政谈话，对相关工作人员进行廉政提醒。梳理廉政风险点，完善集中采购工作程序，公开采购流程，畅通与利益相关方的沟通渠道，构建亲清政商关系。

展望药品集采未来发展方向，章明表示，应当坚持常态化制度化开展药品集中带量采购，继续深化医药服务供给侧改革，“这个过程，也是促进公立医疗卫生机构以及医药产业高质量发展的过程。”

[返回目录](#)

2022 医保目录“简易续约”规则新在哪？

来源：E 药经理人

近期，国家医保局公布了《2022 年国家基本医疗保险，工伤保险和生育保险药品目录调整工作方案》，对目录内独家药品纳入医保目录采取简化准入路径，即“简易续约”规则。

新“规则”有何创新亮点和深意？释放出的新信号与新要求是什

么?有哪些变化值得我们要重点关注?

医保药品目录管理思路不断趋于精细化

第一,对医保药品目录内药品采取更加精细化分类管理。具体地说,对目录内的通过谈判签约协议药品分为两类,不调整支付范围和调整支付范围。不调整支付范围指的是协议到期的谈判药品;调整支付范围指的是协议期内,因新增适应症或功能主治发生重大变化的药品,企业主动申报调整支付范围的谈判药品。

第二,首次公布《谈判药品续约规则》规则二的“简易续约”降幅规则,公开和公平。规则明确了简化准入模式和路径,支付价格调整规则,计算降幅依据和不同降幅比值对应的降价标准。由此,企业可以根据简化准入续约规则,将上一次谈判时预估的医保基金支出和医保基金的实际支出进行对比,分别计算降幅和确定新的支付标准,并按新的支付标准,计算新增适应症/续约产品对基金预算未来两年的影响。

第三,首次正式公开相对可预测的续约规则和明确企业选择权。可预测的续约规则,确保企业在申报阶段,就对自己产品的总体降幅有充分判断;极大缓解了往年申请新药“逢进必谈”和对谈判底价和降幅标准缺乏信息的困惑,减少企业应对复杂谈判流程的过度压力。更重要的是,也确保我国有限的医保专家和卫生经济技术评估资源真正用在具有重大创新突破,临床需求大和基金影响更大新药的评估上,这也应是药物经济学核心价值发挥最大化的方面。

明确企业选择权体现在此次“谈判药品规则”中的特别说明部分。即“对申请调整支付范围的药品，若企业不同意按规则(二)即简易续约规则，可申请进行谈判并提交相应资料，根据谈判结果确定是否调整支付范围”。从机制上，允许企业根据各自产品情况，选择不同的准入路径，即可以选择“申报谈判”（如比值 $A > 200\%$ ，比值 $B > 100\%$ ），也可以选择“简易续约”。

把握新药研发趋势，准入规则不断持续完善

清华大学医院管理研究院陈怡教授认为，新版“简易续约规则”对医保基金影响小和患者数量相对少的新增适应症，带来更多的利好的医保准入。此次新规则公布前，新增适应症通过谈判纳入导致首次降价幅度大，续约谈判降幅不可预测，复杂资料递交和谈判流程，对政府行政资源和企业都造成一定压力。

此次“简易续约规则”公布是在经过两年的谈判药品续约规则实践基础上，及时应对我国市场技术发展，和国际新药研发的趋势，稳步推进。

近年来，随着我国新药研发能力的提升和创新技术快速涌现，我国多适应症药品上市速度已与国际研发趋势同步发展，而且未来呈递增趋势，如抗肿瘤，免疫抑制剂，心血管和眼科用药等。随着获批多适应症药品占比不断增多，申请新增适应症纳入国家医保目录的数量也在不断上升。

多适应症药品出现原因，第一是最新医疗技术研发的快速进步，

第二是市场竞争格局的加大。

近几年，肿瘤学快速进步大大提升患者希望尽快获得最有希望的新治疗。同时，创新技术出现对各国政府如何持续提供可负担性医疗保障制度带来挑战。在全球制药界面临有限医疗资源下，如何在激烈的市场竞争格局下，开发新增适应症是企业细化竞争赛道，临床获益差异化和提高商业化成功率的策略。

2013 年至 2017 年间(OECD)，全球共有 45 种新的肿瘤药物获批上市，其中许多药物批准用于多种适应症或联合用药治疗方案中使用。在此 5 年期间，获批适应症增加了 265 至 935，即平均每个新药有五个适应症。2018 年，75%的靶向治疗用于多种适应症和检查点抑制剂被批准用于 10 种适应症(IQVIA)。其中，典型例子包括 nivolumab(Opdivo)和 pembrolizumab(Keytruda)，两者都是在美国获批分别超过 10 个适应症。

我国情况也不例外，截至 2021 年，我国在临床开发阶段药品具有 2 个以上适应症的单抗类药物有 16 个，肿瘤药品大约有 87 个，占比接近 70-80%(GBI)。2020 年新增适应症纳入医保谈判以来，大约 20 多个谈判药品的新增适应症先后被纳入谈判，通过研发和临床差异化来减少内卷明显地体现在药企越来越积极申请医保对新适应症的覆盖。新增适应症在肿瘤，心血管领域拓展上成了 2021 年医保谈判的重点。

然而，在全球范围内，相对而言，多适应症药品医保准入定价是

一个新问题，也是一个复杂问题。从理论层面，不同的适应症针对不同患者，对比不同参照药品，带来不同的临床获益，应差异化定价 (IBP, indication-based pricing)。

但目前真正采取 IBP 区别定价，即对不同适应症单独定价的国家只是个别。国际趋势是多数国家按新增适应症临床价值差异化支付，而不是差异化定价。因为多数国家医保部门不会为同一产品不同适应症，提供两个或两个以上的价格。第一，对医保部门操作层面挑战很大，第二，对企业国际药品价格比较也带来不确定性风险。

国际上临床常用的差异化支付是通过，第一，预付折扣或事后返还模式 (indication-based discount) 即同一药品统一价格基础上，根据适应症临床效益进行谈判，确定各适应症预付折扣或事后返还等方式实现每个适应症按价值定价，参考国家如加拿大、法国、英国。第二，财务风险分担或疗效风险分担协议谈判定价模式 (indication-based pricing) 即每个适应症都有一个谈判协议，根据每个患者临床获益进行精细化，个体化的支付管理，参考国家如意大利 (Value-based differential pricing)。

另外，加权平均定价或混合定价模式，即按不同适应症的临床获益，加权平均患者人数和药品使用量，而调整统一价格，比较折中的方法，参考国家如德国、澳大利亚。

以上方法，不论是预付折扣或事后返还模式还是采用财务风险分担或疗效风险分担协议谈判定价模式都离不开对新增适应症开展临

床价值和卫生经济技术评估，也离不开药品真实世界数据的收集，监测和数据上报基础信息库的建立和维护。

然而，对开展 HTA 时间较短，评估资源，技术能力，实操管理仍有待提升和发展的国家，采取以上方法，会带来一定的挑战，我国也不例外。特别是对一些新增适应症与现有疗法相比，真实临床差异化并不明显的药品可以考虑简化模式进行价格调整，减少不必要复杂谈判流程，减少医保和企业方面临不确定性的风险。

新版医保药品目录“简化准入”规则是现阶段最合适的规则

因此，但在短期内，建立一个有规则，有标准，可预测的新增适应症准入机制是现阶段最行之有效的方法。

此外，类似我国新版的“简易续约”规则，对多适应症采取统一定价，并对纳入新增适应症进行分类管理和简化计算模式国家有瑞士和法国。

例如，瑞士根据新增适应症按创新程度分类管理。瑞士按新药或新适应症的临床价值，疾病严重程度或创新程度进行分类管理和简化流程。瑞士将新增适应症按照重大创新和一般创新进行分类管理。属于重大创新的新增适应症，需要开展完整的药物经济学评估和全流程定价方式，企业要递交有效性、经济性和效用性评估。

属于一般创新的新增适应症，即基金影响相对小，可以采纳可预测、可参考的简化流程。企业无需递交药物经济学评价，价格调整主要基于企业对未来三年新增适应症带来的销售额的变化预估，通过使

用政府要求的计算模拟模型来计算降幅和确定价格调整。

同样，在法国，如创新程度高的药物被评估为 ASMRI、II 或 III 及获得 CEESP 较好的卫生技术评估报告的新药，可以确保其价格不低于德国、西班牙、意大利和英国最低价，并在获得报销后 5 年内有效。但是如果新增适应症被评为 ASMRIV 或 V，维持原价格的时限将减少一年。在这种情形下，新增适应症将通过销量挂钩协议来确定降幅。通常做法，药品销售量数据由企业每年提供，如果超过预估销售量，厂家将承诺通过退税 (Rebate) 来补偿政府。

以上两个国家的新增适应症简化模式的评估方法上，也主要以“量价挂钩”为思路，参考患者数和基金预算数据为参考。

总之，随着技术和市场的快速变化，我国医保准入规则也在与时俱进。目前，我国新药和新适应症医保准入机制，涉及药品全生命周期的精细化管理仍然处于探索阶段。因此，建立我国新增适应症医保准入规则，建立简化流程，提高谈判效率是此次医保规则调整和逐步完善的最大亮点。新规则有利于支持创新药发展，也利好我国患者。

但是，随着今后我国 HTA 评估体系和能力建设制度化和规范化，医疗体系政策衔接更加紧密，以大健康为中心，以大数据为支撑的系统性工程的逐步建立，“多适应症的差异化支付”在某些药品，如创新突破但昂贵药品中，以真实世界数据为主，开展医保支付创新试点，对激励我国创新药发展和按价值付费将具有突破性的历史意义。

[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