

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2022年第41期

(10.10-10.16)

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。）

### • 医疗改革 •

▶ [中国医改 10 年，医药产业生变](#)（来源：医药经济报）——第 6 页

【提要】长期以来，我国新药上市数量少且价格奇高，用不上、买不起新药的问题亟待解决。十八大(2012年)开始近 10 年来，我国的药物可及性已得到大幅提高。所谓药物可及性，就是患者对所需药品能否用得上、买得起、买得到，本文即从这三方面展开分析。

▶ [全国医保支付改革加速，影响大批医药企业](#)（来源：国家医保局）——第 14 页

【提要】取消药品耗材加成的医院，在经历疫情冲击后，运营压力凸显，开始进行从收入到成本思维的转变，DRG/DIP 医保支付方式改革，也进入加速模式。去年 11 月，国家医保局发布《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》，要求在 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。

### • 集中采购 •

▶ [取消“两票制”？国家医保局回应来了](#)（来源：国家医保局）——第 17 页

【提要】近日，国家医保局官网又发布了一批全国人大代表的建议和

全国政协委员提案的回复，其中，徐明非委员提出提案，建议取消两票制。国家医保局表示，跟国家卫健委协商后，带量采购重构了流通秩序，但目前并不是适合取消两票制，原因是尚有大量的品种未被新的集采制度覆盖，还有些竞争不充分的创新品种、独家品种尚不能纳入集中带量采购。因此，“两票制”仍然发挥着重要作用。不过，随着带量采购的逐步推进，未来将商相关部门把“两票制”与相关改革一体考虑。

▶ [我国医保药品目录调整的回顾与展望](#)（来源：中国医疗保险）——第 20 页

【提要】本文通过回顾我国医保药品目录的发展历程，梳理最新的 2022 年 NRDL 政策进展；探讨和分析我国的医保药品目录管理制度从经验决策走向证据决策的成效、经验、面临的挑战、及未来的发展方向，为我国的医保药品目录管理制度提出进一步完善制度的建议。

### • 医院管理 •

▶ [医院内部绩效考核如何才能适应公立医院绩效考核与 DRG/DIP](#)（来源：誉方医管）——第 31 页

【提要】9 月 30 号，国家卫健委公布了 2021 年国家三级公立医院绩效考核结果，10 月 13 日，国家卫生健康委办公厅下发《关于启动 2022 年度二级和三级公立医院绩效考核有关工作的通知》（国卫办医函〔2022〕325 号），10 月 14 日，国家卫生健康委医政医管局召开 2021 年度国家公立医院绩效考核工作视频会议。国家卫生健康委医政医管

局副局长李大川在会上再次强调，要加强数据质量管理，合理运用考核结果。公立医院绩效考核工作受到社会各界的高度关注，医院内部绩效考核如何适应“绩效公考”指挥棒，同时还要顺应 DRG/DIP 付费改革，对医院内部绩效变革提出了新的挑战。

▶ [医院行政后勤薪酬制度改革“路在何方”？](#)（来源：华夏医界网）

——第 34 页

【提要】行政后勤吃平均绩效工资被推到了“风口浪尖”，各家医院都有一本平均绩效工资账，有的公开、有的保密，无论何种方式，平均绩效工资的“泛福利化”，已经引发了广大医务人员的不满，医院绩效改革的重点是医生，医院绩效改革的难点是行政后勤，医院亏损加速了经济紧张，在绩效工资预算有限的情况下，合理分配使用绩效预算，体现向关键岗位和关键人员倾斜，打破平均主义，岗位管理大势所趋。

### • 医保动态 •

▶ [医保 10 年：开启高质量发展新篇章](#)（来源：中国医疗保险）——

第 40 页

【提要】医疗保障是民生保障的重要内容，党中央、国务院历来高度重视，持续健全完善医疗保障制度。进入新时期，全民医保改革纵深推进，在破解看病难、看病贵问题上取得了突破性进展，为全面建成中国特色的医疗保障体系奠定了坚实的基础，也为世界医疗保障事业的发展贡献了中国智慧、中国方案。

▶ [医保服务如何下沉基层，这几个经验可借鉴](#)（来源：青岛市医疗保障局）——第 48 页

**【提要】**推进医疗保障公共服务下沉，实现省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)全覆盖是深化医疗保障制度改革的重要内容。推进基层医保站点建设既是工作要求，也是民心所盼。山东省青岛市崂山区紧贴区情民情，紧紧扭住“管区”这一承上启下的关键节点，以“标准化、规范化”为建设标尺，以省级“四个最”“六统一”为服务目标，打造了以 32 个管区专窗为特色的五级服务体系，稳妥推进医疗保障服务向基层下沉延伸。

## -----本期内容-----

### · 医疗改革 ·

#### 中国医改 10 年，医药产业生变

来源：医药经济报

长期以来，我国新药上市数量少且价格奇高，用不上、买不起新药的问题亟待解决。

十八大(2012 年)开始近 10 年来，我国的药物可及性已得到大幅提高。

所谓药物可及性，就是患者对所需药品能否用得上、买得起、买得到，本文即从这三方面展开分析。

#### 01 用得上

##### 一、加速进口

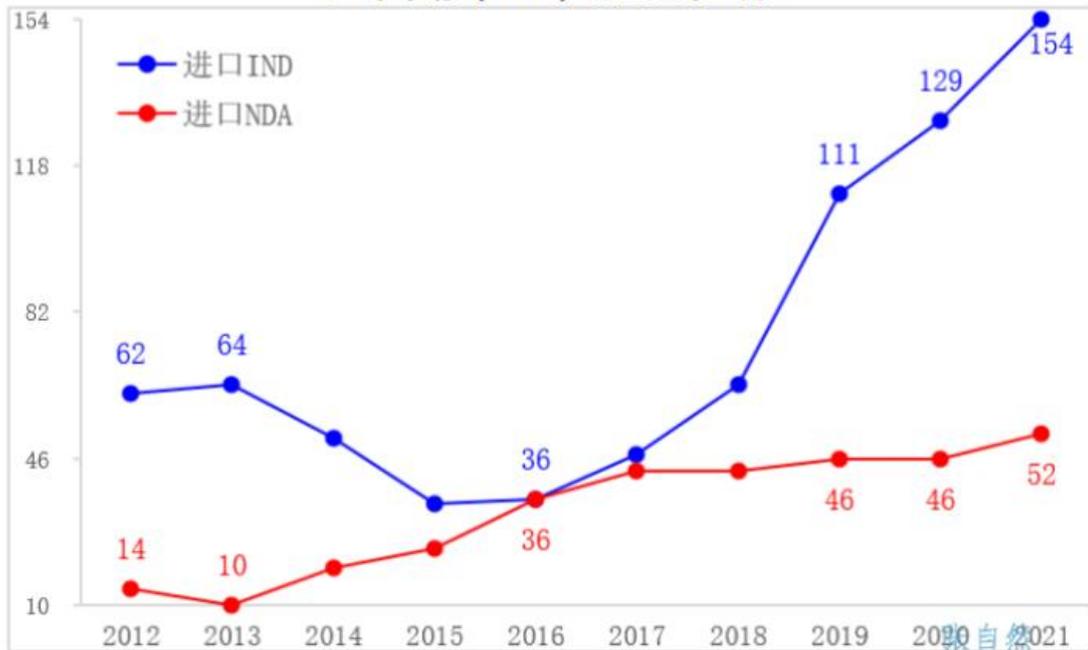
新药研发投入大、耗时长、成功率低，由于我国新药研发能力较弱，如单凭自己研发则难解燃眉之急，所以必须首先加速进口。

国务院决定，自 2018 年 5 月 1 日起，取消 28 项药品的进口关税，以加快创新药进口。

2012-2021 年，共有 753 款进口新药首次在中国申报临床，2015 年的《国务院关于改革药品医疗器械审评审批制度的意见》（国发〔2015〕44 号）发布后，我国首次 IND 进口新药数量增长开始提速，由 2016 年的 36 款增加到了 2021 年的 154 款，五年增长了 3.3 倍。

同期，在我国提交新药上市申请(NDA)的进口创新药共有 333 款，由 2016 年的 36 款提升到了 2021 年的 52 款，五年增长了 44%。（详见图一）

**图一、近10年，我国进口创新药临床试验申请 (IND)、上市申请 (NDA) 数量逐年上升**



数据来源：医药魔方，张自然整理

## 二、审评审批提速

CDE 审批资料大量积压严重拉低了审评审批速度。

2015 年开始，国家药监局通过大力消除审评积压，提高审评审批速度，并开辟优先审评、特别审批和突破性疗法等多种加速审评审批通道，大幅提高审评审批速度，缩短了新药上市时间。

2022 年 4 月，我国新药获批上市较美国新药获批上市仅落后了不到半年(0.4 年)时间，只有 2012 年中美新药上市时间差 4.7 年的不到 10%(8.5%)，新药审评审批速度大幅加快。如九价疫苗在我国只用 8 天即获批上市。

据《Nature Review Drug Discovery》分析，我国药品审评审批制度改革后，IND 审批时间缩短了 414 天，NDA 审批时间缩短了 441 天。（详见图二）



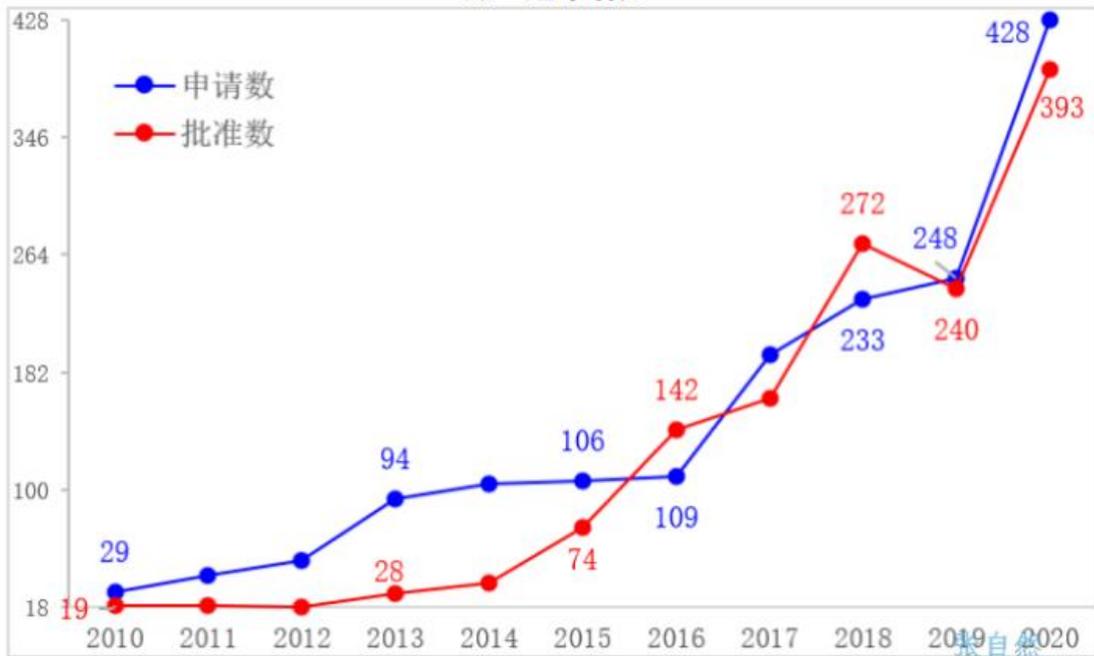
### 三、鼓励创新

要从长远解决用药难问题，必须加强我国药企自身的研发能力，为此，相关部门通过提高新药纳入医保的速度和数量，出台短缺药、儿童药和罕见病药等鼓励目录，以及港交所 18A 和科创板为新药研发打通了融资和退出通道等方式，形成了鼓励医药创新的良好环境，创新成果不断涌现。

据 CDE 副主任王涛和北大临床药理研究所所长崔一民团队在《Nature Review Drug Discovery》发文分析，近 10 年(2010~2020 年)，我国共有创新药临床试验申请(IND)1636 个，获得批准的有 1404

个。其中，2015 年 44 号文发布后，数量增长迅速，IND 申请数由 2015 年的 106 个增加到了 2020 年的 428 个，5 年增长了 3 倍，获批的 IND 由 2015 年的 74 个增加到了 2021 年的 393 个，5 年增长了 4.3 倍。(详见图三)

**图三、2010~2020年，在我国申请和获批的新药临床试验申请 (IND) 数量连年增长**



数据来源：《NatureReviewDrugDiscovery》CDE王涛、北京大学临床药理研究所崔一民等，张自然整理

## 02 买得起

虽然获批上市的新药多了，但很多新药因价格太贵而致很多患者买不起。

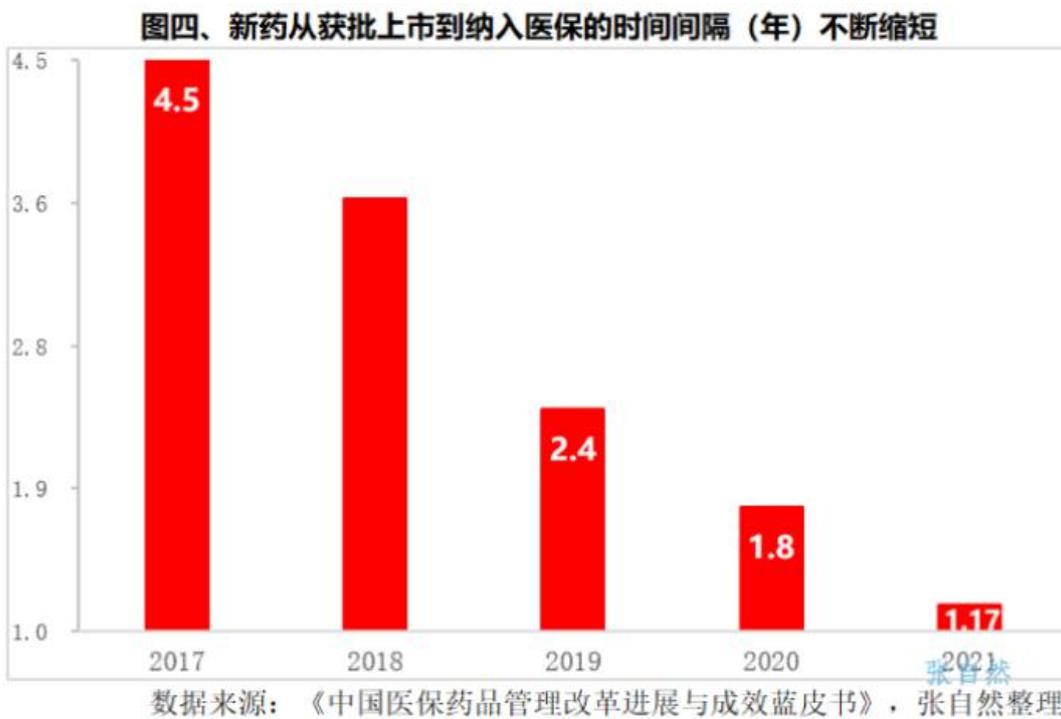
要想让更多患者买得起，首先要能报销(进医保目录)，同时还得降价。

### 一、能报销(进医保)

#### 1、纳入快

2017年之前，国家医保目录要最长达9年才调整一次，从2017年开始，每年就可进行一次医保谈判，大大加快了新药纳入医保的速度。

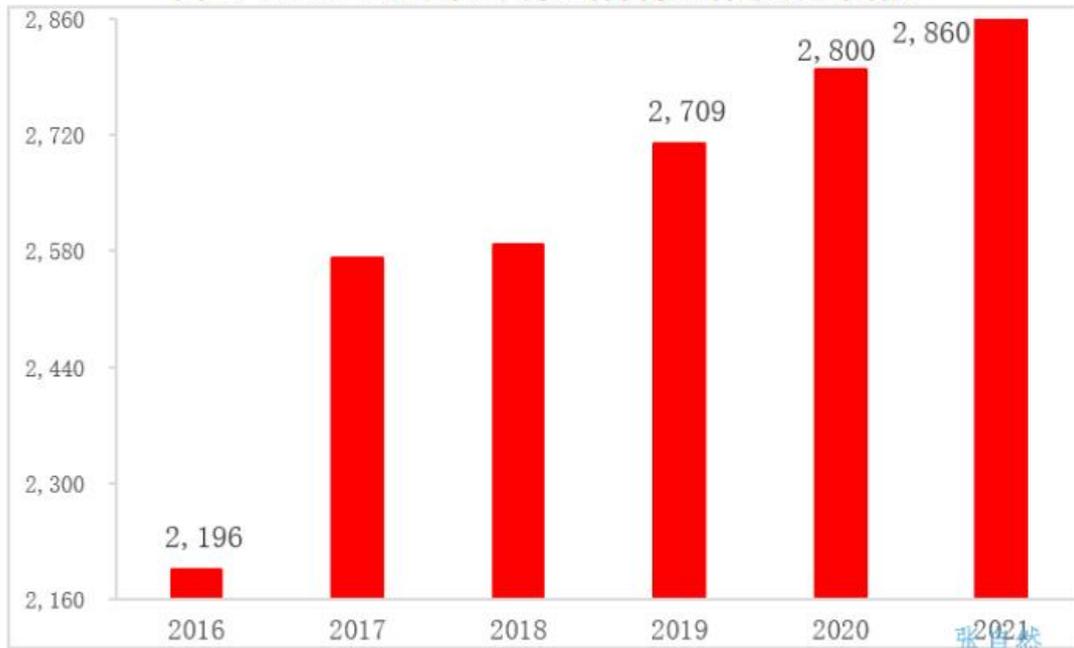
2021年经谈判成功纳入医保的品种，从获批上市到纳入医保的时间间隔仅为1.2年(14个月)，只有2017年时间间隔4.5年(54.2个月)的四分之一，新药纳入医保的时间大幅缩短。(详见图四)



## 2、纳入品种多

我国国家医保药品目录的药品总数由2016版的2196个增加到了2021版的2860个(西药1264、中成药1315个)，5年增加了30%，医保目录的扩容使更多的品种可以报销，大幅减轻了患者的用药负担。(详见图五)

图五、2016~2021年，国家医保目录品种总数逐年增长



数据来源：公开资料、《中国医疗保险》等，张自然整理

## 二、降价

如药价太高，即使纳入医保后能报销一部分，仍有很多患者负担不起。

于是，药品降价风暴随即于2017年展开。医保目录外的，通过谈判(简称国谈)先降价再纳入医保，医保目录内的非独家药品通过带量采购竞争降价。

### 1、医保谈判

国家医保局原副局长陈金甫在今年6月17日举行的国新办例行吹风会上表示，我国的进口药品普遍谈出了全球最低价。

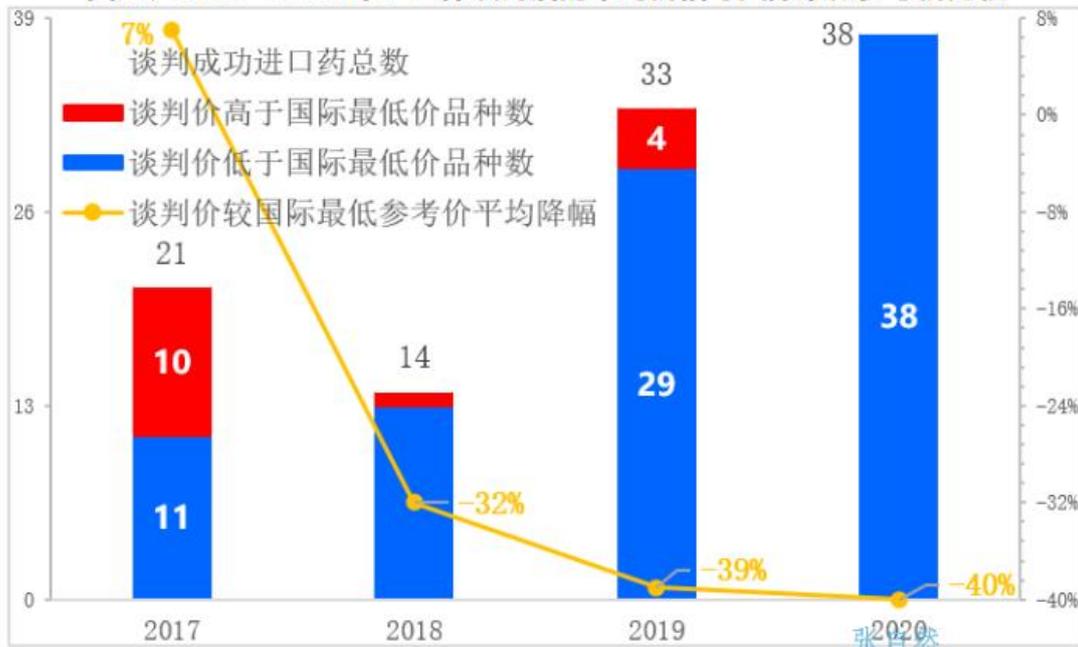
在2017~2019年的前三批医保谈判中，每次都还有部分品种的谈判价高于国际最低参考价，分别有10个、1个和4个，2017年时谈判均价还高于国际最低参考均价7%，2018年开始，谈判价全

部低于国际最低平均价，2018 和 2019 年的谈判价分别较国际最低参考价低了 32%和 39%。

2020 年所有品种的谈判价就都低于国际最低参考价了，2020 年的谈判平均价比国际最低参考平均价低 40%。

据国家医保局初步统计，截止 2022 年 4 月底，通过谈判降价和医保报销，协议期内谈判药品累计为患者减负约 3100 亿元。4 年来，累计有 500 多个药品纳入医保药品目录，同时也有近 400 个疗效不明确、临床可被更好替代的药品调出目录。（详见图六）

**图六、2017~2020年，医保谈判后的平均价格与国际最低参考价比较**

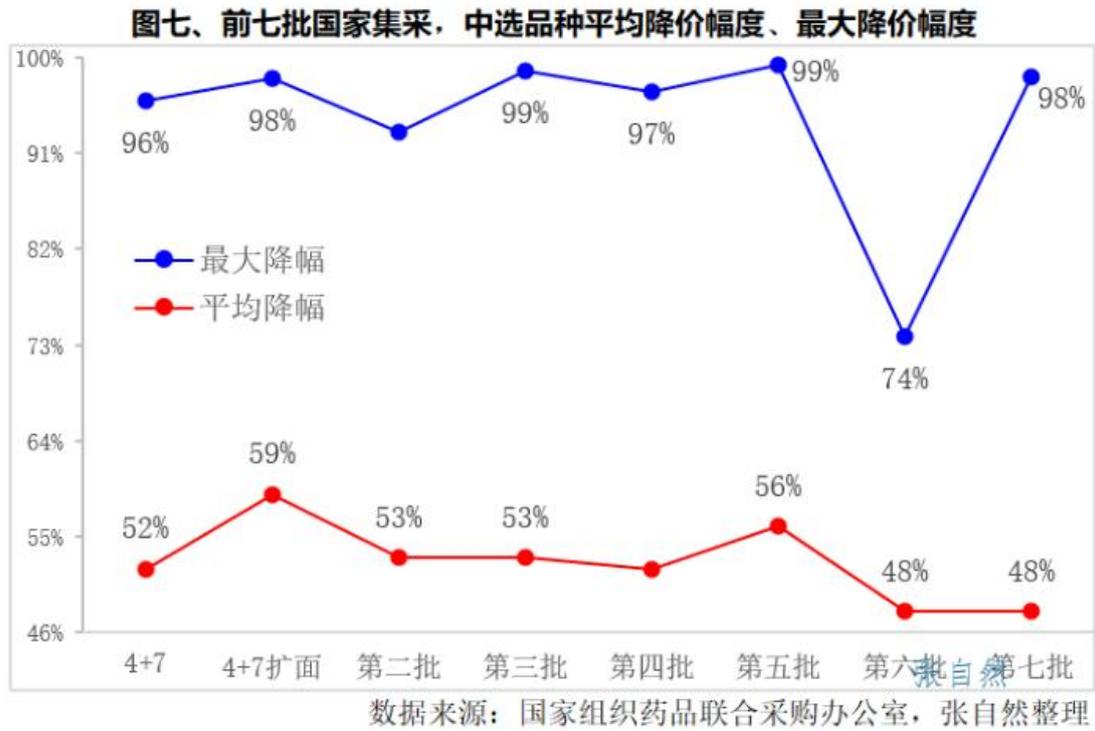


数据来源：IQVIA艾昆纬，张自然整理

## 2、带量采购

据国家医保局数据，截止今年 8 月底，我国已开展了 7 批国家药品集采，共覆盖 294 种药品，涉及金额占公立医疗机构化学药和生物药年采购金额的 35%，药品价格平均降幅超 50%。连同高值耗材的国

家集采，累计节约费用在 3900 亿元左右。(详见图七)



### 03 买得到

尽管“用得上、买得起”的问题正逐步得到解决，但买不到(进得了医保、进不了医院)又成为新的难题。

为此，去年 5 月，国家医保局与国家卫健委出台了《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》，旨在解决买不到的问题。

截至 6 月底，除 275 个谈判药品在全国 18.41 万家定点医药机构配备外，“双通道”药店数量已经突破 3900 家。其中山东、浙江都已超过 400 家，分别为 438 家和 421 家，湖南(398 家)、江苏(385 家)、四川(328 家)、山西(310 家)和江西(301 家)等 5 省也都超过了 300 家。



印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》，要求在 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。

一个月后，18 个 DRG 试点城市、12 个 DIP 试点城市以及 2 个综合 (DRG/DIP) 示范名单出炉。

从全国各地情况来看，DRG/DIP 支付方式改革也在加速推进。北京 2011 年正式启动试点，截至 2022 年 3 月，北京 66 家定点医疗机构启动实际付费；广东省医保局曾公开表示，预期提前两年实现全覆盖，也就是说在 2022 年底，DRG/DIP 支付方式将全覆盖广东省所有开展住院服务的定点医疗机构；河北计划提前一年完成，两年实现全覆盖，三年见成效；天津 DRG 分组覆盖率达 97.07%.....

开展 DRG 付费，主要在于促使医院、医生改变以往给病人开大处方，用贵重药品、耗材和大型检查设备等不合理医疗行为；让医生自觉规范医疗行为，积极寻求提质增效获取合理的收益，促使医院运行的动力机制由扩张式发展向内涵式发展转变。另一方面，让医疗服务公开透明，医保付费、群众就医有个透明平台，提升百姓就医满意度。

通过实行 DRG 付费，压缩检查治疗中的水分，有效减少“大处方”、“大检查”，减少老百姓不必要的医疗支出。DRG 的推行，直接影响：住院天数、价格和疗效不高的药械。不同于之前“先做大后做强”，通过床位、扩建、虹吸效应而造就超级大医院的发展模式，在 DRG 支付方式下，不和基层抢轻症患者、缩减床位、严控成本等成为目前医

院所重视的，正如徐州大学附属医院，两个月砍掉 2700 张走廊和病房加床，明确科室运营各项指标，调整病种结构，医生行为也跟着发生变化。随着医改的深入推进，公立医院除了面临政策规范、医保支付的变革、政府拨款的减少，同样面临疫情期间业务量萎缩、运营压力大、后疫情时代的业务收入增速放缓、收不抵支的难题。没推行 DRG/DIP 之前，医院多实行按项目付费，“多做”多结余。

如今，实行 DRG/DIP 支付方式改革，按病种付费，加上疫情双重运营压力，不仅倒逼公立医院加强成本管理，也让医务人员彻底改变医疗行为，主动走向成本管控。

## 02 医院转而看重成本企业如何应对？

医院从重视整体收入到成本把控，这一运营思维的转变已势不可挡。

药械企业应该如何应对？

首先，DRG/DIP 支付方式，重点在于药品、器械的价格和疗效比，价格低、疗效好的药械更有竞争力。企业开展产品循证研究，证明自己产品价值并与竞品做比对，提供可量化的价值主张。

除此之外，加强药物经济学模型的搭建，更多体现出产品的药物经济学价值，用数据给医生选择的理由，重视产品的适应性(性价比)或独占性(可代替性)的循证支撑。企业通过与各类医疗机构合作，不仅帮助临床医生落地政策，还可以推动临床路径的修正并寻找产品定位；通过与合作公司合作，将同一疾病领域中的产品进行组合，为医疗机

构提供完整诊疗路径解决方案，降低综合经济成本。其次，DRG/DIP支付方式主要影响的是住院药品、器械的使用，在住院缩减的潜在趋势下，门诊、日间、慢病等院内、院外市场成为新选择。第三，产品前期研发阶段，适应症的选择上，可根据常见多发病目录、DRG/DIP分组情况选择。按照“最优性价比”卫生经济学逻辑，纳入DRG临床路径使用的一般是发病率较高的常见多发病，以及一些重大疾病用药，医院和医生使用相对成熟，性价比较高。另一方面，正是由于医院医生开方或选择哪种临床解决方案，都会考虑到处理该病例的得分以及医保结算问题，所以药企在一开始的适应症选择上，适当根据当地使用DRG还是DIP，根据分组进行适应症选择，而非盲目跟风选择。

[返回目录](#)

## • 集中采购 •

### 取消“两票制”？国家医保局回应来了

来源：国家医保局

#### 两票制政策要退出舞台？

近日，国家医保局官网又发布了一批全国人大代表的建议和全国政协委员提案的回复，其中，徐明非委员提出提案，建议取消两票制。

国家医保局表示，跟国家卫健委协商后，带量采购重构了流通秩序，但目前并不是适合取消两票制，原因是尚有大量的品种未被新的集采制度覆盖，还有些竞争不充分的创新品种、独家品种尚不能纳入

集中带量采购。因此，“两票制”仍然发挥着重要作用。不过，随着带量采购的逐步推进，未来将商相关部门把“两票制”与相关改革一体考虑。

**国家医疗保障局关于政协十三届全国委员会第五次会议第04377号(医疗卫生类414号)提案答复的函**

日期: 2022-10-12 访问次数: 14 字号: [大中小]

医保函〔2022〕188号

**国家医疗保障局关于政协十三届全国委员会  
第五次会议第 04377 号（医疗卫生类 414 号）  
提案答复的函**

徐明非委员：

您提出的关于取消医疗机构药品耗材采购“两票制”的提案收悉，经商国家卫生健康委，现答复如下：

**国家医疗保障局关于政协十三届全国委员会  
第五次会议第 04377 号（医疗卫生类 414 号）  
提案答复的函**

徐明非委员：

您提出的关于取消医疗机构药品耗材采购“两票制”的提案收悉，经商国家卫生健康委，现答复如下：

国家医保局表示，由于历史原因，我国药品流通领域长期处于“多小散乱”的状态。药品流通链条长、流通秩序混乱，叠加违规的过票

洗钱、带金销售等问题推高了药品价格。2016年4月，国务院常务会议提出推行“两票制”改革，主要目的是治理药品流通领域乱象，减少药品流通环节，防止过票洗钱和治理不正之风，降低虚高药价，加强药品监管，保障群众用药安全。2016年12月，原国务院医改办等8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)》(以下简称《意见》)，推动公立医疗机构在药品采购中落实“两票制”。

在制定《意见》时，专门提出“为特别偏远、交通不便的乡(镇)、村医疗卫生机构配送药品，允许药品流通企业在“两票制”基础上再开一次药品购销发票”，以保证基层药品供应。实施以来，“两票制”起到了规范流通市场的作用，加快了流通领域的整合和规模化发展，是当时治理药品市场乱象的一项重要措施，为精简医药市场冗长流通环节发挥了积极作用。

从上文可以看出，两票制的推进，其目的在于精简流通环节，治理药品市场乱象，而正在大力推进的集中带量采购改革，正在重构药品流通领域。那么，有了带量采购后，是否可以废除两票制呢？

国家医保局在回复中表示，2018年以来，国家医保局会同有关部门以带量采购为核心，推进集中带量采购改革，从体制机制上重构了药品流通领域。一是通过明确采购量，实行招采合一，引导企业公平竞争，形成了良好的市场价格发现机制，破除了流通环节层层加价的机制。二是明确医疗机构和企业的协议采购量和采购价格，生产企

业为供应保障的责任人，一定程度上实现了药品从中选企业到医疗机构的直销。三是中选企业、配送企业、医疗机构签订三方协议，流通渠道清晰可追溯，并从机制上激励生产企业精简流通环节。

集采有效净化了药品流通渠道，在集中带量采购所覆盖的品种中，生产和配送企业更多的主动简化了流通环节和开票次数。目前集中带量采购正在推进中，国家组织药品集中带量采购共采购 294 种药品，占公立医疗机构化学药和生物药年采购金额的 35%，地方也探索了部分品种的集采。

与此同时国家医保局也表示，尚有大量的品种未被新的集采制度覆盖，还有些竞争不充分的创新品种、独家品种尚不能纳入集中带量采购。因此，“两票制”仍然发挥着重要作用。

国家医保局表示，下一步，医保局将会同相关部门推动集中带量采购常态化、制度化并提速扩面，逐步扩大集采产品覆盖范围。同时，进一步完善挂网药品价格形成机制，建立完善以市场为主导的价格发现机制，引导市场主体主动优化配送流程，挤出药品价格虚高水分。同时，医保局将商相关部门把“两票制”与相关改革一体考虑。

[返回目录](#)

## 我国医保药品目录调整的回顾与展望

来源：中国医疗保险

“基本医疗保险药品目录”简称医保药品目录，它规定了基本医疗保险用药报销及支付范围。对于参保人员而言，在定点医院发生的

符合“医保药品目录”的药品费用，可按照国家规定由基本医疗保险基金按规定比例支付。根据 2020 年颁发的《基本医疗保险用药管理暂行办法》，纳入医保药品目录的基本原则是：“经国家药品监管部门批准，取得药品注册证书的化学药、生物制品、中成药(民族药)，以及按国家标准炮制的中药饮片，并符合临床必需、安全有效、价格合理等基本条 件”；并且提出医保药品目录的调整应该综合考虑“医保药品保障需求、基本医疗保险基金的收支情况、承受能力、目录管理重点等因素”。

从国际上来看，无论是政府主导的社会医保制度国家，还是商业医保为主的国家，都会建立医保药品目录并制定动态调整机制，对医保基金支付的药品范围进行规定和管理，以符合医药创新及疾病变化。截至 2021 年末，我国基本医疗保险参保人数达到 13.6 亿人。面对如此庞大的参保人群，该如何推进医疗保障和医药服务高质量协同发展以确保参保患者获益？首先，医保药品目录一定程度上影响着临床诊疗用药的选择，对参保患者能否用上疗效更好的创新药品起到了关键作用；其次，随着生物医药技术的发展，不断有临床疗效更优、甚至有治愈功能的新技术上市，及时将有价值的创新药纳入，调出疗效差、过时的药品，既能支持创新，也可以优化医保药品目录促使参保人更大获益。因此，医保药品目录及其动态调整机制在社会医疗保障体系构建和医药服务改革方面都发挥着决定性作用。

本文通过回顾我国医保药品目录的发展历程，梳理最新的 2022

年 NRDL 政策进展;探讨和分析我国的医保药品目录管理制度从经验决策走向证据决策的成效、经验、面临的挑战、及未来的发展方向,为我国的医保药品目录管理制度提出进一步完善制度的建议。

## 一、我国医保药品目录制度发展的简要回顾

### (一) 发展早期

发展早期主要指 2000-2009 年间。我国的医保药品目录管理工作早期由劳动和社会保障部承担,1999 年劳动和社会保障部会同国家计委、国家药品监管局等六部门联合印发了《城镇职工基本医疗保险用药范围管理暂行办法》,随后于 2000 年正式发布我国的第一版《基本医疗保险药品目录》。之后的 2004 年、2009 年分别发布了第二、第三版药品目录;此后,时隔八年,第四版药品目录于 2017 年公布。根据早期的管理暂行办法,药品目录的遴选工作由劳动保障部等六部门组成评审领导小组,并在全国范围内选择聘请临床医学、药学,医疗保险,卫生管理等方面的权威专家,负责评审药品目录及每年新增补和删除的药品。

可以看出,早期医保药品目录遴选工作主要以咨询建议的方式,依据专家的经验来支持决策,并未对客观证据材料做出要求。经验决策的优势为决策迅速、高效,但缺点是并非所有专家都对评审的药品有全面的了解及理解。同时,目录调整频次、周期过长,导致部分创新性且临床疗效更好的药品无法被及时纳入,落后于临床实际治疗方式的发展速度,难以保障参保患者临床治疗用药的需求。

## (二) 过渡时期

过渡时期主要指 2010-2017 年间。医保药品目录分为“甲类目录”和“乙类目录”，甲类药品由国家统一制定，各地不得调整；乙类药品各统筹地区按规定报人社部备案，并对调整品种总数(含调入、调出和调整限定支付范围的药品品种)进行限制。这一时期，人社部引入了药品价格谈判机制，由于各统筹地区具备乙类药品的调整权限，因此部分地区例如青岛、浙江、江苏等，均尝试采用谈判准入的方式对医保药品目录进行调整，并取得一定成效。随后 2017 年，由国家层面开始系统的开展医保药品目录谈判工作，要求谈判准入的药品价格设定依据“客观评价与专家评估相结合。广泛收集谈判药品及参照药品的疗效、价格、经济性、医保数据等方面的信息，组织临床、药学、药物经济学、医保管理等方面专家进行综合评价，提出评估意见”。

可以很明显看出，这一时期医保药品目录相关的决策支持不再仅限于专家经验，而是开始综合考量客观数据、科学证据、以及专家意见等多维度的证据支持决策。虽然对客观证据和评估数据的要求还不够全面，但这一时期对于医保药品目录向更加循证、科学、合理的发展起到了关键性的过渡作用。

## (三) 以证据为基础的目录调整常态化发展时期

这一时期主要指 2018 年至今。随着 2018 年国家医疗保障局正式成立，我国医疗保障制度的职责、职能和功能在组织架构上进行了重

新定位。此后，第五版医保药品目录于2019年发布，调整幅度相比此前大大增加。对于目录的调整工作尤其是药品准入谈判工作，着力引导药品评审“从主观到客观”，重视客观数据、证据。在药品准入谈判过程中，首先由综合组专家(包括药学、临床、药物经济学、医保管理等权威专家)对谈判药品的综合价值予以评估;然后对综合价值较高的创新药品由测算组专家(药物经济学及医保专家组成)通过药物经济学测算支持以价值为基础的定价。同时，对企业的申报资料要求也在不断的更新和完善(见图1)，逐步走向证据数量及质量主导的发展阶段。

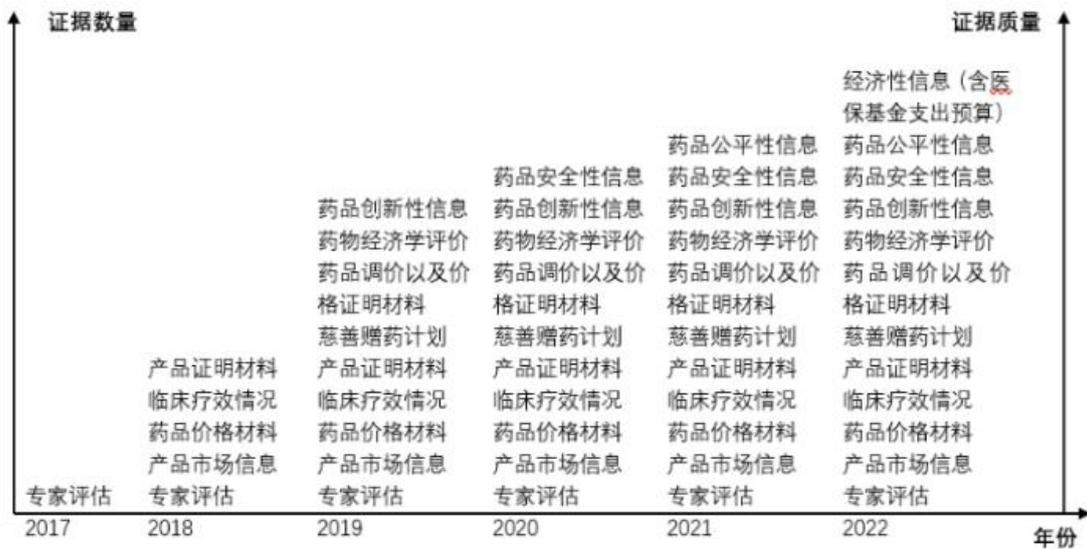


图1 国家医保目录调整企业申报材料变化

至此，历经了建立初期的摸索和依靠专家主观经验支持决策的阶段;到过渡时期要求主观、客观结合的评审方式;再到目前的基于客观数据和证据、考虑多维度综合价值、更加公开透明的动态调整机制，一系列的探索、深化改革使得我国医保药品目录调整机制的发展日臻

完善。

## 二、2022 年医保药品目录调整工作方案亮点及趋势

2022 年 6 月 29 日，国家医疗保障局公布《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》（下称《工作方案》）及一系列相关文件，标志着新一轮医保药品目录调整工作正式启动。相比往年，对各环节细则进行了更具体的优化和补充，工作程序更透明、更具可操作性和可预测性，同时对价值证据的要求更为细化清晰。以下对 2022 年最新发布的工作方案中的亮点和新趋势进行简要评述。

### （一）向罕见病患者、儿童等特殊人群倾斜

2022 年工作方案中单列一条提出，“鼓励研发申报儿童药品清单、罕见病治疗药品，并且不要求 2017 年 1 月 1 日后批准上市的时间限制”。这体现出国家层面对罕见病患者、儿童等特殊群体用药保障的重点关注。首先，提高了特殊群体对创新药品和高质量医疗资源的可及性。其次，鼓励罕见病和儿童用药相关企业申报的积极性，也鼓励了创新、研发特殊群体用药的积极性。进一步体现了医保在“保基本”定位的基础上，综合考虑基金承受能力和药品价值，稳步提升保障水平、为民众利益、公平性考虑的良好意愿。

### （二）新增创新药多适应症简易续约规则

自药品谈判工作开展以来，创新药在新增适应症时需要重新谈判，并且在初入医保时降价的基础上，仍需每增加一个适应症即要做

较大幅度的价格调整，这将不利于鼓励创新。本次工作方案创新性的提出了“纳入常规目录管理、简易续约和重新谈判”三种谈判药品续约规则。首先，纳入常规目录管理适用于非独家药品(无论协议是否到期)，以及经历过两个协议期(即 2018 年谈判进入目录)均未调整支付标准和支付范围的独家药品；其次，新增的“简易续约”模式，即“对今年调整医保支付范围(新增适应症)但对基金影响预算不大(未超 1 倍)的药品可简易续约”；最后，独家药品及不符合以上两种情况的则纳入重新谈判范围，按规则程序进行重新谈判。其中“简易续约”模式是 2022 年的一项制度创新，不仅起到了鼓励创新，保持了基金的稳定、提升评审工作效率、优化续约了流程，并且形式更简洁、规则更清晰透明。

### **(三)增加非独家药品竞价规则**

本次工作方案新增“非独家药品竞价规则”，由医保方组织测算并提出医保支付意愿，作为该通用名药品的准入门槛，只要有一家企业的报价不高于医保意愿支付价，则该通用名药品即可纳入乙类目录，否则即不纳入。相比于往年缺乏对非独家药品的准入机制和定价规则，此项规则是具有突破性的。不仅对非独家药品纳入医保目录提供了明确的途径，也是一种新的医保支付标准的制定方式；解决了以往非独家药品由于个别企业定价过高导致该通用名药品无法纳入目录的问题。该规则对药品市场价格的形成有着重要规范作用。

### **(四)更加注重数据资料和综合价值证据支持**

首先，综合专家评审环节优化整合为综合组和专业组专家共同联合评审。由药学、临床、药物经济学、医保管理等领域专家，对申报资料的完整性、参照药品选择、医保支付范围等多方面提出意见和建议，并从有效性、安全性、经济性、创新性、公平性五个维度对药品进行综合评审；其次，对申报药品价值证据要求更加全面，重视药品的多维度综合价值，为后期基金测算对综合价值较高的创新药品赋予基于价值的价格打下基础，充分体现医保以价值为基础的支付战略，以及临床必需、安全有效、价格合理整体支付发展方向。另外，新增了通过形式审查药品名单的“公告”环节，要求企业提交申报药品摘要幻灯片，展示最精华的价值部分。这样既能提升综合评审的工作效率，又保证了遴选证据的针对性及评审的透明度、科学性，也提高了企业的参与程度。

### 三、我国医保药品目录调整机制改革成效

经历了发展早期的摸索阶段、发展中期的过渡阶段，至近年来的常态化发展阶段，我国医保药品目录调整机制改革取得了明显的成效，主要体现在以下几个方面。

#### （一）我国医保药品目录动态调整机制已经初步建立。

调整周期从早期最长的八年缩短至一年；将疗效好、性价比高的药品调入目录及调出效果差、性价比低的药品，实现了目录的优化。同时，近年来创新药物从批准上市到进入医保药品目录的速度明显加快。2017年谈判准入的创新药品包含有批准上市后8年才进入医保

药品目录;而2020及2021年分别有16和19个创新药品是获批上市当年即通过谈判进入医保药品目录。创新药品准入医保药品目录时间的缩短,不仅鼓励了药品企业的创新积极性,也切实保障了参保患者的用药需求和新药、好药的可及性。

**(二) 罕见病用药医保药品目录调整工作过程中倍受关注。**

截至2021年底,医保药品目录内罕见病用药的品种数量为45种,涉及25种疾病,相比于2017年的30种,数量大幅增加。其中,2021年共有七个罕见病药品谈判成功。提高了罕见病患者的保障水平和用药的可及性。但是,大部分罕见病药费高昂,而且很多需要终身服药,治疗成本非常高,仅靠基本医保显然是无法承受的,还需要尽快建立一套包括基本医疗保险、大病救助、财政专项基金、社会援助等在内的多层次保障机制。

**(三) 谈判药品降价幅度显著,有效节约了医保基金。**

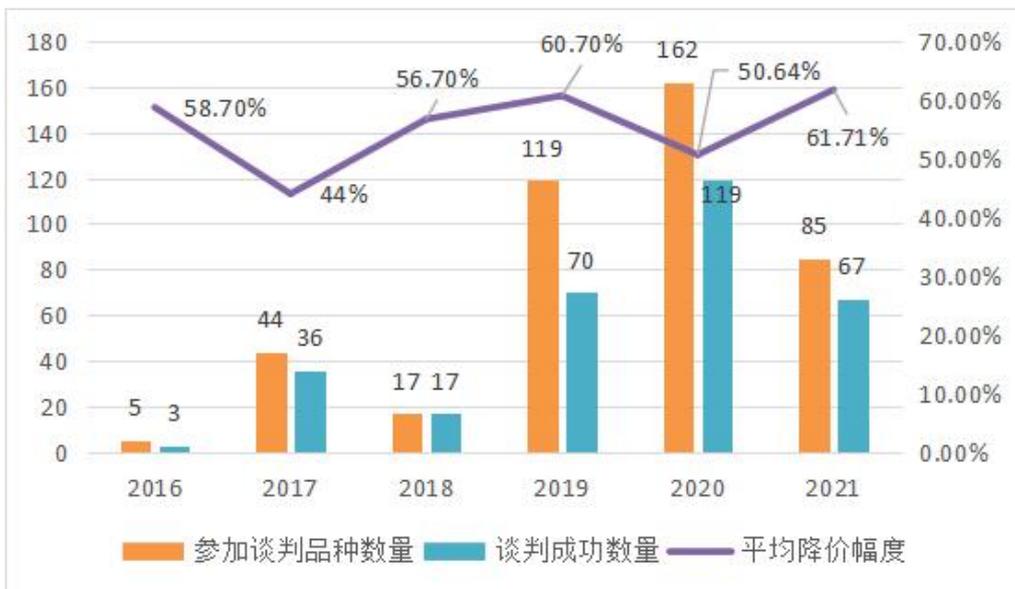


图2 历年谈判药品情况梳理

自 2018 年以来，医保药品目录动态调整的前三年里，药品目录中共计新增 433 个创新药，调出 183 个疗效不确切、临床易滥用，性价比不高的药品；谈判新增药品均实现了较大的降价幅度（见图 2）。2021 年通过谈判降价和医保报销，年内累计为患者减负 1494.9 亿元。

#### **（四）工作机制不断优化，发挥了医保基金的战略性购买作用。**

首先，工作流程更加透明化、规范化、精细化，更加注重药品的综合价值评估和定量证据，向着价值导向的循证决策方式发展。其次，在药物经济学评价模型和测算方法等方面充分学习、借鉴国际经验，并统筹考虑了我国医保、医药、医疗的实际运行情况。另外，通过建立药品调入、调出机制优化目录结构，达到了优化基金支出结构，控制基金增速，提升基金使用效率的作用。

### **四、我国医保目录管理展望**

综上所述，我国医保目录调整工作取得了显著的成效，但是当下我国医保体系仍然面临着许多挑战，想要取得更进一步的总体发展并达到国际先进水平依然有提高空间及支持进一步的医保精细化优化管理。以下总结了医保目录调整未来发展趋势及展望。

#### **（一）医保申报资料要求的细化及评审程序的科学性，透明性的进一步优化：**

及时纳入创新药物有利于参保人群及早使用到创新药物。但由于许多创新药物研究基于小样本及单臂研究，临床的有效性和安全性存在着较大的不确定性。医保申报可鼓励企业加入具有中国人群的真实

世界数据临床有效性和安全性资料以作为综合价值评分加分项；同时，可要求加入对社会生产力的影响的相关资料，重点体现该药品能否帮助患者回归正常的工作、学习或自主生活；在不良反应评估中，由于一、二级不良反应多数可自愈对医疗费用影响较小，可仅关注三级以上不良反应；在评审程序中可建立统一的内部专家评审标准及体系，并对专家进行定向培训，增加社会公信力，并保证评估质量的一致性。

### **(二)探索支持创新的差异化管理和支付方法。**

可考虑在基金可控的前提下，探索支持创新的差异化管理和支付方法。尤其是突破性的创新技术比如填补临床空白的疗法，或治愈性的药品。针对此类药品，可在综合评审过程中增加社会价值评估并对其创新性与安全性、有效性的相对权重进行调整，考虑 ICER 阈值的区分，并考虑对该类药品试点设定医保支付标准而不是药品价格的方法。从而可以更好的保护、支持源头创新，认可创新的价值，也有利于医保支付的可持续性发展。

### **(三)评审过程中的药物经济学方法学可进一步优化。**

参照品的选择应结合指南推荐的现有最佳疗法、医保目录内同适应症药品、临床专家意见、以及研究数据的可获取程度，来综合考虑决定。另外，应根据疾病特点、转归进展规律、临床治疗路径等因素选择最为合适的模型类型，研究时限应合理地反映疾病的自然进程。此外，成本参数的选择应优选适用于中国场景的最新数据；疗效参数

应优选选定的参照药品的头对头 RCT，或大样本数据。最后，情景分析应综合考虑支付方式、治疗方式、就医方式、预支的差异，以及降价幅度和模拟时长等。

我国医保药品目录调整机制的改革历程，呈现出从依靠专家经验决策，到重视客观证据决策的衍变过程，并继续向着科学合理、公开透明、可预测的方向发展。将来有待探索更多基于价值的精细化管理方式，不断进行细化、优化，加快医保高质量发展的进程。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 医院内部绩效考核如何才能适应公立医院绩效考核与 DRG/DIP

来源：誉方医管

9 月 30 号，国家卫健委公布了 2021 年国家三级公立医院绩效考核结果，10 月 13 日，国家卫生健康委办公厅下发《关于启动 2022 年度二级和三级公立医院绩效考核有关工作的通知》（国卫办医函〔2022〕325 号），10 月 14 日，国家卫生健康委医政医管局召开 2021 年度国家公立医院绩效考核工作视频会议。国家卫生健康委医政医管局副局长李大川在会上再次强调，要加强数据质量管理，合理运用考核结果。公立医院绩效考核工作受到社会各界的高度关注，医院内部绩效考核如何适应“绩效公考”指挥棒，同时还要顺应 DRG/DIP 付费改改，对医院内部绩效变革提出了新的挑战。

公立医院绩效考核“面子”与 DRG/DIP 付费“票子”难题在哪里？

公立医院绩效考核影响到医院的“面子”，DRG/DIP 付费影响到医院的“票子”，在医院内部绩效激励中，遇到“面子”与“票子”如何平衡与统一难题，这些难题主要反应在以下几个指标中。

第一，日间手术占择期手术比例与 DRG/DIP 付费

日间手术占择期手术比例，主要考核年度出院患者施行日间手术台次数占同期出院患者择期手术总台次数的比例。为此，《国家卫生健康委办公厅关于发布日间手术推荐目录(2022 年版)》整合发布了 708 项日间手术推荐目录。

旨在推动医院在具备微创外科和麻醉支持的条件下，选择既往需要住院治疗的诊断明确单一、临床路径清晰、风险可控的中、小型择期手术，逐步推行日间手术，提高床位周转率，缩短住院患者等候时间。

在各地 DRG/DIP 支付制度改革中，各地医保支付政策有差异，有的把日间手术列为医保支付范畴，有的未统一列为支付范围，有的按照门诊统筹支付。医院考虑到患者负担因素，日间手术与医保支付因素息息相关，日间手术医保支付的占比就相应提高，医保不支付或低于住院支付标准的占比就低。

第二，出院患者手术占比与 DRG/DIP 付费

出院患者手术占比，主要考核年度出院患者施行手术治疗台次数占同期出院患者总人次数的比例。而且该指标分值较高，医院为了获

得该指标的好的分数，也不希望把手术患者转到日间，影响到该项指标得分。

### 第三，出院患者四级手术比例与 DRG/DIP 付费

出院患者四级手术比例，主要考核年度出院患者施行四级手术台次数占同期出院患者手术台次数的比例。衡量医院住院患者中实施复杂难度大的手术的情况。

住院患者可通过日间手术治疗，提高了四级手术占比比例，医院可以提高该指标的得分。关键要看 DRG/DIP 医保支付政策对日间手术患者的补偿情况，以及患者负担情况。

### 第四，低风险组病例死亡率与 DRG/DIP 付费

低风险组病例死亡率，主要考核年度运用 DRGs 分组器测算产生低风险组病例，其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。体现医院医疗质量和安全管理情况，也间接反映了医院的救治能力和临床诊疗过程管理水平。由于日间手术大部分属于低风险病种组，临床路径相对清晰，死亡率相对较低，这些病种大部分转向门诊手术，会影响低风险组病例死亡率指标。DRG/DIP 医保支付政策的导向，对该指标也会产生影响。

### 第五，门诊住院收入占医疗收入比例与 DRG/DIP 付费

门诊住院收入占医疗收入比例两个指标，考核年度门诊、住院收入占医疗收入的比例。监测比较门诊收入占医疗收入的比例，用于反映医院合理诊疗情况。日间手术开展的情况如何，对门诊和住院收入

结构，会产生一定的影响。DRG/DIP 医保支付政策的导向，对该指标也会产生影响。

#### 第六，门诊住院次均费用增幅与 DRG/DIP 付费

门诊、住院次均费用增幅两个指标，考核年度门诊人次、出院患者次均医药费用与上一年度次均医药费用之差与上一年度的比值。是衡量患者费用负担水平及其增长情况的重要指标。日间手术开展的情况如何，对该指标会产生一定的影响。日间手术越多，门诊次均费用增幅会高，住院次均费用提高。DRG/DIP 医保支付政策的导向，对该指标也会产生影响。

因此，建议把出院患者手术占比指标，改为手术患者占比，涵盖日间手术和出院患者手术。DRG/DIP 医保支付把日间手术纳入统一支付，减少医院逆向选择的风险。相关指标内涵进行修正。

[返回目录](#)

### 医院行政后勤薪酬制度改革“路在何方”？

来源：华夏医界网

行政后勤吃平均绩效工资被推到了“风口浪尖”，各家医院都有一本平均绩效工资账，有的公开、有的保密，无论何种方式，平均绩效工资的“泛福利化”，已经引发了广大医务人员的不满，医院绩效改革的重点是医生，医院绩效改革的难点是行政后勤，医院亏损加速了经济紧张，在绩效工资预算有限的情况下，合理分配使用绩效预算，体现向关键岗位和关键人员倾斜，打破平均主义，岗位管理大势所趋。

医院是知识密集型高风险行业，涵盖医疗服务、医疗管理、临床科研、临床教学、疾病预防等业务，各类技术管理人才汇集缺一不可，按照系列一般划分为，临床医生系列、临床护理系列、医技系列、药剂系列、医辅科室、工勤科室、行政管理科室等，各职系的绩效工资合理比值关系如何确定，各职系科室之间、岗位之间绩效差异多少合适，由于受多种因素影响，导致绩效工资分配成为医院的焦点和难点。伴随着公立医院公益性回归改革，绩效工资所占比重将会逐步降低，稳定收入部分占比将会逐步提高，岗位管理必然成为大趋势。

### 医院经济紧张不支持平均绩效工资上涨

受疫情影响和医保 DRG/DIP 支付制度改革及绩效国考影响，从绩效国考公布的情况也可看出，公立医院亏损面在扩大，医院经济紧张成为普遍现象。现实情况是医务人员面对劳动强度大、职业风险高、技术要求强的特点，面对药品耗材集采和反腐力度加大，灰色的“回扣”收入锐减，对正向合理的薪酬收入在提高，医院提高医生的待遇，接连就会发生群体工资的上涨，医院的经济很难支持平均绩效工资上涨，理由有三：

第一，工资总额管理不支持薪酬大幅度上涨。《关于开展公立医院薪酬制度改革指导意见》（人社部发〔2021〕52号）明确规定，人力资源社会保障、财政部门会同公立医院主管部门，综合考虑当地经济发展、医疗行业特点和医院财务状况、功能定位、工作量、服务质量、公益目标完成情况、成本控制、绩效考核结果等因素，根据“两

个允许”要求，科学合理确定并动态调整公立医院的薪酬水平。也就是说公立医院薪酬有总额管理和考核控制，不是全部由医院说了算。

第二，医院亏损不支持薪酬大幅度上涨。受疫情影响，现在许多医院都在亏损发放绩效工资，可以找到理由。按照《关于开展公立医院薪酬制度改革指导意见》（人社部发〔2021〕52号）政策文件规定，各地可根据当年医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后，按照不同层级不同性质医院，根据“两个允许”要求合理增加薪酬总量，不计入总量核定基数。也就是说，有结余才能发放绩效工资，没有结余是不是可以发绩效？

第三，财政补助不足不支持薪酬大幅上涨。受多方面影响，医院收入增幅遇到了瓶颈，医院运营成本支出刚性不减，作为重要的收入补偿渠道，财政补助如果不足或不到位，医院薪酬大幅度上涨成为“无米之炊”。

### 行政后勤绩效工资预算多少合理？

医院薪酬预算有多少？基本工资预算能发多少？决定着绩效工资总额的多与少。按照政策规定，政府主管部门对公立医院设定有薪酬总额，医院扣除基本工资预算后的部分就是绩效预算部分。计算公式：

医院绩效工资预算总额=医院薪酬总额预算-医院基本工资预算

基本工资一般按照政府规定的工资政策确定，相对来说是固定的，只有绩效工资属于变动的。在薪酬总额预算确定的条件下，基本工资预算发放占比越高，绩效工资占比必然越低，反之则然。因此，

做好绩效工资预算规划是关键。面对医院薪酬总额预算的有限性，面对各职系对薪酬提升需求的无限性，“分好蛋糕”成为达成共识的关键，誉方医管研发的绩效预算公平性分配流程。

### (1) 职系预算模型

各职系	评价系数	系数占比 (M: 权重 50%)	实发绩效	实发绩效占比 (N: 权重 50%)	职系预算结果 (P: 一级预算总额)
医生	E1	G1	H1	K1	各职系= $P*(M*G+N*K)$
护理	E2	G2	H2	K2	
医技	E3	G3	H3	K3	
医辅	E4	G4	H4	K4	
行政	E5	G5	H5	K5	
后勤	E6	G6	H6	K6	

### (2) 职系预算分配计算

序号	分配要素	含义	解释	计算公式	权重
1	科室岗位评价系数占比	A=科室系数	科室评价结果	A=科室评价结果	50%
		B=岗位系数	岗位评价结果	B=岗位评价结果	
		C=实际岗位人数	当前本岗位的人数	C=人事部分提供的岗位人数	
		D=科室系数和	一个科室内，每个岗位的岗位系数与科室系数乘积的和	$D=\sum (A*B*C)$	
		E=职系系数和	每个职系所有科室系数和的和	$E=\sum (D)$	
		F=全院科室系数和	全院所有职系系数和的和	$F=\sum (E)$	
		G=职系科室岗位评价系数占比	每个职系系数和占全院科室系数和的比例	$G=E/F$	
2	原绩效工资占比	H=职系2019年度绩效工资		$K=H/J$	50%
		J=2019年度全院绩效工资总额			
		K=原绩效工资占比			

采用两个分配要素，将绩效工资预算总额向职系进行预算分配，即每个科室的实际在岗人员科室及岗位评价系数积的和，占有50%权

重，充分体现医院当前在岗人数的现实性，由于评价结果是由中层以上领导干部和员工代表评价产生，充分体现了分配结果的民主性；采用原各科室绩效工资额，占有 50%权重，由于原绩效工资采用了基于预算的成本核算分配方式，符合国家要求，体现了合理性，在预算过程中采用了关键 KPI 指标，体现了预算的科学性。经与医院沟通认为此预算方式充分体现了绩效工资预算过程的现实性、民主性、合理性、科学性，可以采用。

有了医院各职系整体预算的合理性分配，确保职系之间不相互挤占，也有利于控制行政后勤人员超编，增人不增效。

假如医院绩效预算 2 亿元，行政后勤绩效预算占比 9%，则绩效预算为：

$$\text{行政后勤绩效预算} = 2 * 9\% = 1800 \text{ (万元)}$$

### (3) 各职系预算比值关系

职系类别	原绩效	预算占比
医生	1	1
护理	0.68	0.70
医技	0.85	0.68
药剂	0.82	0.65
医辅	0.63	0.50
行政后勤	0.75	0.55

### (4) 行政后勤总绩效预算

行政后勤绩效预算如何合理分配？

从医院整体绩效预算中分出来了行政后勤部门的预算，接下来问题就出来了，如何对行政后勤部门的绩效进行考核？行政后勤部门之

间如何合理性分配?誉方医管在实际行政后勤设计过程中, 一般采用以下流程。

职系类别	原绩效占比	预算占比
总计	1.00	1.00
医生	0.32	0.36
护理	0.35	0.41
医技	0.12	0.08
医辅	0.05	0.03
药剂	0.04	0.03
行政后勤	0.12	0.09

### 第一, 设计行政后勤部门绩效核算方法

选择绩效国考重要指标及医院关注的指标作为行政后勤绩效核算指标, 采取积分法。

行政后勤部门积分=绩效核算指标\*积分绩效点值

绩效核算指标一般可参考绩效国考指标及重要运营指标  
积分标

准结合医院管理导向确定。

积分绩效点值=行政后勤绩效预算/行政后勤部门积分

### 第二, 行政后勤部门如何合理分配绩效?

一般情况下, 需要对行政后勤部门选择价值评价因素, 实行 360 度评价, 把行政后勤部门按照业务职能部门和行政管理职能划分, 各类之间按照价值系数分为 ABC 三类科室, 各类科室价值系数统一, 参考正高级、副高级、中级、初级岗位价值系数, 进行绩效预算分配。

业务职能科室绩效分配=各类行政后勤科室价值系数占比\*行政后勤绩效总额\*KPI 考核得分率

各类行政后勤科室价值系数占比【各类科室价值\*Σ(编制人数+实际人数)/2\*岗位价值系数】/【全部行政后勤科室价值\*Σ(编制人数+实际人数)/2\*岗位价值系数】\*100%

第三，行政后勤部门绩效二次分配。

各部门绩效工资总额核算后，由行政后勤部门科室考核进行绩效工资二次分配。

个人绩效工资=个人出勤考核得分+个人 KPI 考核得分+科室评议得分

[返回目录](#)

## • 医保动态 •

### 医保 10 年：开启高质量发展新篇章

来源：中国医疗保险

医疗保障是民生保障的重要内容，党中央、国务院历来高度重视，持续健全完善医疗保障制度。进入新时期，全民医保改革纵深推进，在破解看病难、看病贵问题上取得了突破性进展，为全面建成中国特色的医疗保障体系奠定了坚实的基础，也为世界医疗保障事业的发展贡献了中国智慧、中国方案。

2012 年

11 月

党的十八大报告指出：“整合城乡居民基本养老保险和基本医疗

保险制度” “健全全民医保体系，建立重特大疾病保障和救助机制”。

2013 年

3 月

国务院政府工作报告正式宣布：“全民基本医保体系初步形成，各项医疗保险参保超过 13 亿人”。

2014 年

5 月

《社会救助暂行办法》施行，提出国家建立健全医疗救助制度，保障医疗救助对象获得基本医疗卫生服务。

2015 年

7 月

国务院办公厅印发《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》，要求加快推进大病保险制度建设，筑牢全民基本医疗保障网底。

9 月

国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，提出推进医保支付制度改革，完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策。

2016 年

1 月

国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，城

乡居民医保制度整合工作进入快车道。

6月

国家组织15个试点城市和两个重点联系省份启动首批长期护理保险试点工作。

11月

国际社会保障协会(ISSA)授予中国政府“社会保障杰出成就奖”。

12月

国家基本医疗保险异地就医结算系统平台正式上线,跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作全面启动。

2017年

6月

国务院办公厅印发《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》,要求全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。

10月

党的十九大报告指出,要按照兜底线、织密网、建机制的要求,全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系。

标志着我国医保改革发展进入全面建成中国特色医疗保障体系时期。

2018 年

3 月

党和国家机构改革方案公布，组建国家医疗保障局，作为国务院直属机构。

5 月

国家医疗保障局挂牌成立。

医保管理体制从部门分割走向集中统一。

9 月

国家医保局等三部门联合印发《医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018-2020 年)》，完善医保扶贫综合保障政策框架，提出到 2020 年，农村贫困人口全部纳入三重保障。

10 月

17 种抗癌药通过谈判纳入医保目录。

12 月

国家组织药品集中带量采购和使用试点(即“4+7”试点)结果出炉，标志着国家组织药品耗材集采进入新发展阶段。

2019 年

3 月

国务院办公厅印发《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》，要求推进两项保险合并实施。

5 月

疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点工作启动,30个城市被列为试点。

7月

国务院办公厅印发《治理高值医用耗材改革方案》,要求推动形成高值医用耗材质量可靠、流通快捷、价格合理、使用规范的治理格局。

8月

国家医保局印发《关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》,提出合理确定并动态调整价格、医保支付政策。

国家医保局会同人社部印发《关于印发<国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录>的通知》。

9月

国家医保局等四部门联合印发《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》,以“两病”患者门诊用药保障为切入点,探索完善门诊慢性病用药保障机制。

10月

党的十九届四中全会审议通过《中共中央关于坚持和完善中国特色社会主义制度推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定》。

11月

全国医保电子凭证系统启动,首张医保电子凭证签发激活。

2020 年

1 月

面对突发的新冠肺炎疫情，国家医保局会同财政部第一时间出台“两个确保”举措，“确保患者不因费用问题影响就医、确保收治医疗机构不因支付政策影响救治”。

2 月

中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，明确到 2025 年、2030 年医保事业发展蓝图。

这是新中国成立以来首次以党中央名义发布的医疗保障领域纲领性文件，为全面深化我国医保制度改革提供了科学的顶层设计。

6 月

国务院办公厅印发《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》，提出加快推进医保基金监管制度体系改革，构建全领域、全流程的基金安全防控机制。

7 月

国家医保局印发《基本医疗保险用药管理暂行办法》，明确医保药品目录原则上每年调整一次，滋补品、保健品等不纳入目录。

9 月

国家医保局会同财政部印发《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，在首批试点城市基础上新增 14 个试点城市，深入推进试点工作。

10月

国家医保局要求开展区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)改革试点,71个统筹地区成为DIP试点城市。

2021年

1月

按照党中央、国务院部署,新冠病毒疫苗及接种费用由医保基金和财政资金共同承担,居民个人不负担。

国家医保局会同财政部印发《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》。

这是我国民生领域建立的第一个待遇清单制度。

2月

国务院颁布《医疗保障基金使用监督管理条例》。

这是我国医保领域首部行政法规,对医保法治化建设具有里程碑意义。

4月

国家医保局会同财政部印发《关于加快推进门诊费用跨省直接结算工作的通知》,要求积极推进门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算。

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》,提出建立完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制,加强职工医保门诊慢性病、特殊病保障。

7月

国家医保局印发《关于优化医保领域便民服务的意见》，要求深入推进医保领域“放管服”改革，打造高效便民的医保服务体系。

8月

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》，加快建立科学确定、动态调整的医疗服务价格形成机制，持续优化医疗服务价格结构。

9月

国务院办公厅印发《关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》。

这是我国医保领域首个五年规划。

10月

国务院办公厅印发《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》，旨在减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制。

11月

国家医保局印发《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，要求到2025年底，DRG/DIP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。

2022年

3月

国家医保信息平台在全国 31 个省份和新疆生产建设兵团上线。

标志着全国统一的医保信息平台全面建成。

6 月

国家医保局会同财政部印发《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》，切实推进跨省异地就医结算更加高效便捷。

[返回目录](#)

### 医保服务如何下沉基层，这几个经验可借鉴

来源：青岛市医疗保障局

推进医疗保障公共服务下沉，实现省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)全覆盖是深化医疗保障制度改革的重要内容。推进基层医保站点建设既是工作要求，也是民心所盼。山东省青岛市崂山区紧贴区情民情，紧紧扭住“管区”这一承上启下的关键节点，以“标准化、规范化”为建设标尺，以省级“四个最”“六统一”为服务目标，打造了以 32 个管区专窗为特色的五级服务体系，稳妥推进医疗保障服务向基层下沉延伸。

党建引领品牌化。为保证服务的人性化、有情化，崂山区医保局创新打造了“医保崂有情”党建服务品牌，以区级服务大厅为党建主阵地，向基层站点辐射服务标准和理念。在管区、银行、院端等各类窗口设立党员、团员先锋岗和个人承诺服务牌，做到“党员亮身份、岗位亮职责、服务亮承诺、办事亮流程”的“四亮”服务。发挥党员

带头作用，崂山区大力培养基层“知医保”“懂医保”服务队伍。与街道和区社会治理中心建立联动机制，各街道和社区(村)明确分管医保工作的两委成员、具体经办人员和网格员，32个专窗人员与167个社区200余名社区网格员搭建联盟，融入各社区和村居，切实发挥专窗人员、社区网格员帮办代办和宣传末梢作用，把难以读懂的政策、报销流程给老百姓讲明白、说清楚，做政策“明白人”，不断擦亮党建品牌。

体系建设规范化。党委、政府高度重视，全力保障，投资260余万元创建“区-街道-管区-社区-网格员”五级服务体系，为全区32个管区设置独立的医保服务专窗，打造统一规范的专窗模式，设立独立的医保窗口，每个专窗配备一名综合柜员。与区级医保大厅、10家医保工作站、10家“医银合作”网点、18家院端等共同建立起崂山区“15分钟便民服务圈”。极大地方便了企业、群众家门口办、就近办、现场办。特别是对偏远农村山区群众来说，更加方便面对面咨询、办理业务。距离崂山区办事大厅最远的泉心河社区居民需要驱车1个多小时才能来到区级大厅办业务，如今，在家门口的管区就能面对面地办理所有医保业务了。目前，医保专窗已进入平稳运行状态，月均办理业务1000余件，接受群众咨询500余次。

业务经办标准化。2021年崂山区被评为省级医保经办服务标准化窗口。基层窗口建成后，大力发挥“省标”优势，以省级“四最”“六统一”为指导，对所有基层医保专窗进行严格的综合培训考

核，对社会公示 45 项通办事项和 32 个联系电话，“无差别”办理医保业务。建立领导责任包片制和业务台账，督导问效，统一经办标识、软硬件配备、工作流程、服务礼仪，落实首问负责、限时办结、一次性告知要求，让标准化在基层牢牢扎根。走进埠东管区服务大厅，医保窗口、45 项业务、个人承诺事项、联系电话、宣传材料等井然有序、一目了然。医保专员表示每周都会参加区医保局组织的线上培训，虽是基层窗口，但我们的工作标准会全面向省市级看齐！

有情服务常态化。依托基层服务体系，创新“点菜单式”服务。从群众办事找部门找窗口转变为送服务到身边，主动问需于民，建立“精准发现问题-精准答复问题-精准解决问题”机制，制定“医保便民服务联系卡”，关注“一老一小”、困难居民、重特病等群体，开通“送政策上门”“送药上门”“送药上山”等“绿色通道”，做到“医保服务全，有事找专员”的一对一服务。前期，王哥庄便民服务中心的专员姜倩倩前往桑园社区陈秀花老人家中服务。老人因心梗住院后长期服降压药，但不知医保门诊慢特病政策，负担较重，专员为其详细讲解，并帮办代办了高血压合并症门诊慢特病业务，为老人解决了的“心头病”。截止目前，专员通过走街串巷，共对 50 余名生育妇女、贫困人员、慢病患者、新手妈妈等进行了上门服务，受到了群众点赞，“医保服务全、有事找专员”正逐步成为崂山区基层群众的共识，在一件件具体实事中彰显了医保为民的情怀。

[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