

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第18期

(2023.05.01-2023.05.07)

医保

医疗

医药

——本期视点——

（阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。）

· 分析解读 ·

[▶ 探讨 | 把握 4 大要点，稳妥有序推进医疗服务价格动态调整](#)（来源：华中科技大学同济医学院附属同济医院）——第 7 页

【提要】本文采用文献研究法和比较分析法，在梳理国家层面医疗服务价格动态调整政策文件的基础上，比较各地医疗服务价格动态调整实施方案，了解各地触发评估共性指标，评估哪些量化指标更适合公立医院发展，触发调价评估指标的适用性，建立公立医院按成本核算结果参与调价报价规则，为其他地区稳妥有序推进医疗服务价格动态调整提供启示。

[▶ 涉及 2000 万患者，罕见病用药“可及、有保”的解决路径在何方？](#)

（来源：第一财经）——第 19 页

【提要】伴随罕见病药物获批上市速度加快、纳入基本医保的药物数量不断增加，罕见病患者用药的可负担性得到有效提升。但对于高值罕见病药物，“用不上”“用不起”“用错药”等问题依然困扰着许多罕见病患者家庭。国内罕见病主要的资金支持体系包括基本医保和商业医疗保险。目前，医保对罕见病用药的覆盖范围正逐年扩大，但遴选入医保的罕见病药物，以乙类药品为主，部分患者仍难承担剩余的自费费用，加之地方对大病、特病报销额度设有封顶线，患者长期

治疗的疾病负担依然较重。

• 医保速递 •

▶ [医险融合 助力商业健康险高质量发展](#)（来源：健康界原创）——第 26 页

【提要】在深化医改的背景下，商业健康保险作为多层次医疗保障体系重要组成部分，业务快速发展，保障能力持续提升，与基本医保正在互补，形成合力。下一步商业健康保险要不断丰富产品的供给，设计纳入人群更加广泛，与基本医保衔接更加紧密的产品，实现与高品质医疗服务协同发展，满足群众个性化、多样化的保障需求。

▶ [医院里的门诊慢特病跨省直接结算，怎么做、难点在哪、如何解决？](#)（来源：中国医疗保险）——第 33 页

【提要】本文以北京某三甲肿瘤专科医院为例，从该院的实践过程总结可操作、可复制的经验，同时，讨论实践过程中遇到的困难和问题，提供可行性建议，以推进异地门诊慢特病跨省直接结算工作的顺利开展，解决异地大病、慢病患者“急难愁盼”的问题。

• 带量采购 •

▶ [全国集采下，中成药院内、院外市场发展分析](#)（来源：新康界）——第 41 页

【提要】全国中成药联合采购办公室发布通知，明确将于近期开启全国中成药集中带量采购，本轮集采共包含 42 种中成药。随着全国中

成药集采工作逐步推进，需求端成为中药行业寻求发展的重点。同时，基药目录和医保目录中成药的持续扩容、分级诊疗的不断推进、中医诊所备案制的实施、经典名方免临床等利好政策为中药行业形成利好支撑；但多类中药材价格指数攀升、中成药集采等因素使行业面临成本上升和价格下降的挑战，双重压力下中药行业正经历净利润下滑的困境。

▶ [最高降幅 92.94%！省际联盟耗材集采启动](#)（来源：医药网）——
第 47 页

【提要】近日，内蒙古医保局发布《关于开展止血材料、预充式导管冲洗器、压力泵省际联盟集中带量采购工作的公告》（以下简称《公告》），其中明确，由内蒙古自治区医保局牵头，将组织相关省份开展止血材料、预充式导管冲洗器、压力泵省际联盟集中带量采购工作。

• 中医药动态 •

▶ [从哲学角度看毛泽东为何重视中医药](#)（来源：中国中医药报）——
第 50 页

【提要】毛泽东是马克思主义中国化的伟大开拓者与奠基人，他在领导中国革命与建设的进程中对中医药给予了极大关注和高度评价，对今天中医药事业的发展仍具有重大的指导价值。以往关于毛泽东中医药观的研究，主要集中于对其理论脉络、历史背景、思想贡献及当代价值等方面进行研究，而少有从哲学基础层面去深探其中医药观的理论渊源及生成机制。毛泽东以一位马克思主义者的哲思与远见确立了

“中国医药学是一个伟大的宝库”的历史定位，创造性地提出“团结中西医”的工作方针及“中西医结合”“发展中国的医药科学”的发展理念，在中医药实践中坚持人民立场，在中医药文化发展中坚持传承性与创新性的辩证统一，为中医药事业的现代化发展开辟了道路。

▶ [“人工智能+中医药”轻量化发展前景广阔](#)（来源：经济参考报）

——第 56 页

【提要】近年来，“人工智能(AI)+中医药”赛道逐渐升温，一批医工交叉团队投入研发。基于互联网、移动设备的智能中医应用场景日渐丰富，主打中医体质辨识、健康管理等功能的小程序、App 等轻量化应用陆续面市，智能中医相关专利数量呈现逐年增长趋势。《“十四五”中医药信息化发展规划》提出，加快中医药关键数字技术攻关，其中包括开展人工智能等新一代信息技术在中医药领域的集成应用研究，探索一批中医药数字化应用场景建设，并且鼓励和支持智能中医设备研发及应用。相关赛道前景广阔，同时现阶段也面临一些难点挑战。

• 医院管理 •

▶ [医院系统性梳理，不止是医疗机构错位发展与规划](#)（来源：霍尔

斯医疗）——第 60 页

【提要】医院是社会中不可或缺的组成部分，其重要性在于提供各种医疗服务，保障人民的健康和生命安全。然而，由于历史和经济原因等诸多因素，许多医疗机构在发展中存在错位与不合理的现象，导致

资源配置不平衡、效率低下等问题。因此，对医院系统进行梳理，优化创新资源配置，是当下亟待解决的重要问题。

[▶ 医院绩效第四代与传统医院绩效有哪些差异](#)（来源：霍尔视野）

——第 62 页

【提要】医院绩效是衡量医院管理效果的重要指标，它是医院管理的重要基础和核心要素。传统的医院绩效主要关注医疗服务的质量、效率和成本控制等方面。然而，随着医疗行业的不断发展和改变，传统的医院绩效已经不能完全满足现代医院管理的需求。因此，出现了医院绩效第四代。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

探讨 | 把握4大要点，稳妥有序推进医疗服务价格动态调整

来源：华中科技大学同济医学院附属同济医院

长期以来，公立医院价格成本补偿在一定程度上存在结构失衡，价格水平和地区、项目之间比价关系不合理现象：出院者平均医药费用中，纯物耗费用占比偏高；物耗与技术劳务混合费用占比较高，技术劳务价值费用占比过低。近些年来各地不断深化公立医院综合改革，2017年取消药品加成，2019年取消耗材加成，同步专项平移调整医疗服务项目价格。经过前两轮“腾笼换鸟”改革后，公立医院收入结构出现明显变化，但技术服务类项目使用频次高、收入占比低的情况仍然较为突出。

部分省份医疗服务价格调整触发机制不完善，启动条件指标缺乏量化标准，指标界定模糊，报价规则不明确，没有建立公立医院、医务人员深度参与机制，调价主要依靠专家咨询、参考周边省市价格等做法。

成本信息在定价调价方面应用不足，医疗服务价格调整缺乏成本作为精准参考依据，未能从根本上解决价格与价值背离的问题，迫切需要根据成本和收入结构变化，加大医疗服务价格分类动态调整力度。按项目特点分类设置动态调整价格触发标准，定期对本地区上一

年度相关指标进行量化评估，把握调价窗口、节奏，符合触发标准的，按程序常态化启动动态调价，并充分吸纳公立医院参与，是继取消药品、耗材加成，同步专项调价后对医疗服务价格的结构性动态调整。

本文采用文献研究法和比较分析法，在梳理国家层面医疗服务价格动态调整政策文件的基础上，比较各地医疗服务价格动态调整实施方案，了解各地触发评估共性指标，评估哪些量化指标更适合公立医院发展，触发调价评估指标的适用性，建立公立医院按成本核算结果参与调价报价规则，为其他地区稳妥有序推进医疗服务价格动态调整提供启示。

一、国家层面医疗服务价格动态调整触发指标和规则政策回顾

建立适应经济社会发展、更好发挥政府作用、公立医院充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格分类形成、动态调整机制，是促进医保、医疗、医药协同发展和治理的重点任务之一。为指导各地建立和运行医疗服务价格动态调整机制，国家层面印发了多项指导性文件。《推进医疗服务价格改革的意见》（发改价格〔2016〕1431号）《关于做好当前医疗服务价格动态调整工作的意见》（医保发〔2019〕79号）等文件要求，考虑反映医院运行状况、社会承受能力、经济发展、医疗服务要素成本变化指标等因素，综合设置启动条件，确定相应触发标准、约束标准，具体标准结合当地实际情况确定。建立灵敏有度的价格动态调整机制：通用型项目价格参照收入和价格指数调整，复杂型项目价格经评估达标定期调整，灵活选择调价窗口期进行

价格专项调整。医疗保障部门定期对本地区上一年度相关指标进行量化评估，符合触发标准的，按程序及时启动调价。

常态化运行医疗服务价格动态调整机制：做好医疗服务价格定期评估、动态调整，以省为单位提交评估报告。符合启动条件的，在总量范围内有升有降调整价格，优先将技术劳务价值为主的价格项目纳入调价范围，稳妥有序完成年度调价。公立医院要加强医疗服务项目成本测算，监测医疗服务成本和收入结构变化，主动向相关部门提出调价建议。

二、地方层面医疗服务价格动态调整触发评估指标和规则

省级层面对医疗服务价格实行省、市两级管理，大部分省份根据国家医疗服务价格动态调整要求，结合本地实际情况，制定了医疗服务价格动态调整实施方案。

调价年度内进行各种类型的医疗服务价格调整共用当期调价总量，包括但不限于理顺医疗服务项目比价关系、新增医疗服务项目、按要求实施的专项调价任务等。

各省份医疗服务价格动态调整实施方案的触发机制包括启动与约束条件、评估周期和触发标准三个要素，历经定性触发、半定性半定量触发、定量触发三个发展阶段。各地医疗服务价格调整方案的差异在于触发价格动态上调、下调启动条件、约束条件指标的定性、半定性半定量、定量，公立医院报价规则。

1、地方层面印发的医疗服务价格动态调整实施方案

经检索各省份医保局官网发现，已有 28 个省份公开了医疗服务价格动态调整实施方案。根据国家卫生健康委公布的《关于确定第三批公立医院改革国家联系试点城市及有关工作的通知》（国卫体改发〔2015〕62 号）确定具体城市划分。

医疗服务价格动态调整实行省、市两级管理，分别由省、设区市医保局会同有关部门组织实施。省医保局负责制定、调整全省医疗服务价格项目，统筹全省医疗服务价格动态调整、实施省直属公立医院医疗服务价格动态调整，指导、监督各设区市开展医疗服务价格动态调整。

各设区市医保局负责实施辖区内各级公立医院医疗服务价格动态调整。各省指导调整省本级或全省医疗服务价格，在签发前 10 个工作日内向国家医保局报告具体调价方案和情况说明。

2、地方层面医疗服务价格动态调整触发评估指标分类梳理

各省份医疗服务价格动态调整实施方案要求，由省医疗保障局制定医疗服务价格动态调整触发评估指标体系，全省统一执行，启动条件、约束条件影响因素方面基本相同，从医药总费用、医院运行、经济发展和要素成本、医保和患者承受能力维度遴选指标，但在具体评估指标级次、阈值、触发标准方面的差异较大。

各地的医疗服务价格动态调整方案综合考虑医药总费用、区域经济发展水平、公立医院运行情况、医保基金收支结余、患者承受能力等因素，设定触发调价评估指标，可分为以下三大类型（见表 1）。

指标性质	指标特点	指标示例
定性	以“下降、低于”等指标之间相对变化描述,区分度较差,操作困难	①门诊次均费用、出院患者次均费用连续下降;②本地公立医院当年医疗收入增长率<本地区GDP增长率;③本地公立医院连续三年医疗收入增长率<本地区CPI增长率;④本地公立医院医疗收入增长率<本地医保基金筹资增长率;⑤本地公立医院医务人员行业平均工资增长率<本地社会平均工资增长率
半定性、半定量	比较部分指标现值与基准值变化,并设置部分非量化指标,指标准确度要求不高	①本市上年末基本医保基金累计结余可支付月数>10个月,且年度同比增长和未来预期可持续;②本市公立医院上年度以技术劳务为主的医疗服务收入(不含药品、耗材、检查、化验收入)占医疗总收入比例<40%;③本市上年度公立医院医疗收入增长率<基本医保基金收入增长率;④本市上年度公立医院医疗收入增长率<居民人均可支配收入增长率;⑤本市上年度公立医院医疗收入增长率<社会平均工资增长率
定量	设置绝对量指标和相对量指标,准确数量定义、精确计算衡量	(1)通用型项目:上一年度城镇单位就业人员平均工资增长率≥15%,或最近三年城镇单位就业人员平均工资增速累计≥20%。(2)复杂型项目:①患者费用变化:门诊次均费用增长率、住院次均费用增长率、次均住院药品费用增长率、次均住院卫生材料费用增长率≤5%,次均住院检查化验费用增长率≤8%。②经济发展水平:上一年度GDP增长率≥6%、最近3个月平均CPI<2.0、CPI年度增长率≤3.0%,居民人均可支配收入增长率>10%。③医院运行情况:扣除检查化验、药品卫生材料的医疗收入占比<40%、检查收入占比<10%、药品收入占比<30%、卫生材料收入占比<20%、中医服务收入占比>1%、医院人员经费占比<60%、医务人员薪酬与社平工资比值2-5、医务人员平均工资增长率/社会平均工资增长率≤1.5、医疗收支年度结余率(扣除财政拨款)-5%-5%、床位使用率80%-95%、平均住院日<6,国家集采药品、耗材完成率≥100%,大型设备检查化验阳性率>60%。④承受能力:职工医保统筹基金年收入增长率≥10%、职工医保统筹基金当期结余率≥15%、职工医保统筹基金累计结余可支付月数≥12,居民医保基金年收入增长率≥10%、居民医保基金累计结余可支付月数≥6

表 1 部分省份触发启动医疗服务价格动态调整评估指标类型比较

(1) 仅提供定性触发评估指标,例如,辽宁、山东、江苏等省份。

(2) 提供半定性、半定量触发评估指标,例如,天津、广东等省份。

(3) 仅提供定量触发评估指标,例如,北京、吉林等省份。表 1 提供了医疗服务价格动态调整触发评估指标体系(含指标类型、三级指标名称、指标释义、计算公式、数据来源、分值、得分、评分规则、启动区间等,如评估分值 70 分及以上可启动医疗服务价格动态调整程序)。指标设计在定性基础上给出清晰的数量衡量关系,直接量化指标,减少评估者的主观因素,指标区分度、信度更好,评估结果更客观。

3、地方层面医疗服务价格动态调整触发评估共性指标

地方层面启动医疗服务价格动态调整会综合考虑本地区上一年度经济社会发展、医院运行、医保基金承受能力、患者费用负担、医疗服务成本变化等因素,形成了通用型、复杂型医疗服务价格动态调整触发评估共性指标,动态调价的时机、节奏幅度和经济社会发展总体水平、政策取向、医保基金收支等相适应(见表 2、表 3)。

指标维度	触发评估指标名称
启动条件	①上一年度城镇单位就业人员平均工资增长率;②近三年城镇单位就业人员平均工资增速累计;③医保基金承受能力;④本年度CPI增长率
约束条件	①上年度CPI涨幅>预期目标;②出现重大灾害、重大公共卫生事件等不宜提高价格的其他情形

表 2 地方层面通用型医疗服务价格动态调整触发评估共性指标

指标维度	触发调价评估分级指标名称
启动条件	①医疗费用控制。医疗费用总额增幅;次均检查、化验费用增幅;次均药品、卫生材料费增幅;门诊次均费用增幅、住院次均费用增幅。②医院运行状况。医疗服务收入(不含药品、耗材、检查、化验收入)占医疗总收入比例、人员经费占总费用比例、医疗盈余率。③经济发展。CPI涨幅未超过预期调控目标;GDP增幅。④医疗服务要素成本变化。公立医院医务人员薪酬与社会平均工资比值。⑤社会承受能力。职工基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数;居民医保统筹基金累计结余可支付月数;城乡居民人均可支配收入增幅;社会平均工资增幅;医保患者个人负担比例
约束条件	医疗总费用增幅;门诊次均费用增幅、住院次均费用增幅;CPI涨幅超过预期调控目标;职工医保或居民医保统筹基金出现年度赤字;职工基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数;居民医保统筹基金累计结余可支付月数;本地区出现重大自然灾害、重大公共卫生事件等

表 3 地方层面复杂型医疗服务价格动态调整触发评估共性指标

4、地方层面通用型和复杂型医疗服务价格分类调整规则

江苏、河南、江西、海南等省份提出，在国家和省级医疗保障部门指导下，将医疗服务项目分为通用型和复杂型两类，设置分类实施医疗服务价格调整规则(见表 4)。

项目类型	价格调整规则	共性	差异
通用型项目	政府主导，围绕统一基准上下浮动;各设区的市在全省统一基准价格、浮动幅度范围内实施	依据要素成本变化，按一定涨幅和比价规则，将调价总量均衡分配到具体项目，管好管住价格基准	江苏:依据成本变化，结合医疗服务价格指数(MSPI)的变化趋势和区域差异、服务层级等综合确定;按项目清单滚动推进，充分征求医院意见，同一项目调价周期一般不少于3年
复杂型项目	医疗保障部门制定报价规则、程序，公立医院在成本核算基础上，聚焦技术难度大、风险程度高的项目，按规则提出价格建议，优先遴选技术劳务价值为主价格项目，尊重医务人员专业意见，在调价总量范围内形成价格	在成本核算的基础上，统筹考虑区域内、区域间比价关系，由公立医院按规则、规定时间，在调价总量内报价，医疗保障部门审核申报项目，竞争性遴选项目	①江苏:建立薄弱学科的调查监测和政策指引机制，优先调整历史价格偏低、医疗供给不足的薄弱学科项目价格;根据临床学科板块轮动，同一项目调价周期一般不少于2年。②海南:对公立医院建议调整项目进行赋分，通过开展经济性赋分(70分，涨价对费用的影响)、政策性赋分(30分，政策支持方向，如儿科、四级手术、中医、重点学科、薄弱学科项目，调价后比价更合理项目等)评价，最后确定调整项目。各项目经济性、政策性赋分相加得平均报价赋分，按分值高低排序，依次确定调价项目，直至本轮次调价总量用完。按统一设计附表提供报价内容:医院开展全部价格项目、服务量;人力成本;本次调价建议上调价格项目、涨价幅度等。附件:医院基本情况表、医院收入支出报表、医务人员收入报表，开展价格项目情况表，医院申请调价项目表

表 4 部分省份通用型、复杂型医疗服务项目价格分类调整规则比较

构建政府主导、公立医院深度参与的复杂型医疗服务价格调整机制，由医疗保障部门制定政府指导价调整规则，明确医院报价要求;经基础数据调查、评估触发调价的，测算可用调价空间总量，按“成本调查、制定方案、模拟测算、风险评估、专家论证、听取意见、集体审议、重要事项报告、联合发文”的程序启动调价，受理公立医院竞争性报价，遴选调价项目，按有效项目平均报价生成拟调价格，探

索医院报价规则，政府审核规则，竞争性遴选项目，确定调价幅度。

三、对各地稳妥有序推进医疗服务价格动态调整的启示

医疗服务价格动态调整是一项跨部门、跨层级协调管理的系统工程，需要从整体性治理视角，建立以政策设计、成本测算(根据成本测算结果，参考地区间比价关系，遴选成本和价格偏离严重的价格项目)和信息技术支撑(建立公立医院医疗服务项目成本数据库、调价影响因素数据模型和智能报价系统)为合力的运行机制。对于医疗服务价格动态调整机制尚不健全，未实质性启动通用型、复杂型项目价格动态调整的省市，可参考典型省份前期探索经验。选择代表性公立医院作为医疗服务项目成本测算样本医院，全方位核算项目成本，建立项目成本专项台账，准确记录、核定医疗服务成本，为调价提供数据支撑。政府确定调价规则，实质性引入公立医院参与，尊重医院和医生专业意见，明确何时触发、如何报价、遴选项目，收集价格项目编码、项目名称、人力资源消耗、技术难度、风险程度、医院测算成本、上年度开展的服务量、建议价格等信息，让价格该动时动得起来，动的频率、调价窗口和项目幅度有规则可依。当医疗保障部门监测到供求关系、相关政策、突发事件、成本等发生变化，或公立医院提出调价申请，经评估达到触发标准时，及时启动调价；在每轮调价后，跟踪评价方案执行效果。

1、根据医疗服务项目特点，分类设立量化触发评估指标

触发或约束医疗服务价格动态调整的内在因素包括物耗、设备折

旧、医务人员技术劳务价值、医院等级。外在因素包括价格政策、经济发展和物价水平、承受能力和供需平衡,设立量化触发评估指标时,需要考虑不同医疗服务项目所需的基本人力消耗及耗时、技术难度、风险程度,测算项目内在价格。综合考虑各地区经济发展状况和物价水平,测算项目外在价格。按医疗服务项目特点分类设置价格调整触发启动指标。

(1)通用型医疗服务项目。每两年开展一次调价评估,价格在一定周期内保持稳定,考虑上一年度城镇非私营单位就业人员平均工资增长率、近三年城镇非私营单位就业人员平均工资累计增幅达到触发标准、CPI 涨幅低于一定水平的,按简明指标调整基准价格。

(2)复杂型医疗服务项目。综合考虑区域经济发展水平、医药总费用、医院运行情况、要素成本变化、医保基金收支结余、患者自付水平、CPI 涨幅等因素,以附表设计各维度、级次细化量化指标名称,明确指标数据来源、计算公式、阈值范围、赋分标准、得分办法,每年评估一次,按综合评分准确客观确定价格能否调整、何时调整。考虑基本物耗、人力消耗,针对性轮动调价,引导医院开展难度大、风险高的复杂项目。

2、设置复杂型医疗服务报价要求和产生政府指导价规则

在调整医疗服务项目价格时,作为医疗服务主要支付者的医疗保障部门参与了议价。复杂型医疗服务项目实行公立医院参与的政府指导价动态调整机制,经综合评估可触发调价的,医疗保障部门向辖

区内符合条件的公立医院公告本轮复杂型项目可用调价总量、受理起止时间、接受报价项目范围和自主报价要求，按审核报价生成拟调政府指导价、遴选调价项目规则。从医院竞争性报价逻辑出发，着眼于医院自主报价、政府审核报价、生成拟调价格、遴选调价项目等关键环节，增加公立医院和医务人员对建议调价水平、遴选调价项目的发言权、参与度。医院按报价规则提出调价建议，调价建议包括：机构名称、项目编码、项目名称、计价单位、现行价格、基本人力消耗及耗时、技术难度、风险程度、调价重要程度排序、测算成本、上年服务量、建议价格、建议调价理由等信息。在公立医院与医疗保障部门共同参与的博弈定价机制下，公立医院为获得医保基金偿付的有效合理额外奖励，必然会上报充分反映实际开展项目真实成本的价格。

鉴于各医院成本管控能力不同，项目成本存在一定差异，医疗保障部门获得的一组价格必然存在不同报价，多家公立医院报价模型存在大于或等于真实成本的唯一贝叶斯线性均衡解，该均衡报价随成本增加而增加，随报价医院数量增加而下降，最终逐渐接近真实成本，倒逼医院为获得正向收益补偿、减少亏损而加强成本管控。医疗保障部门审核论证医院上报调价建议资料和内容，剔除无效报价，根据各三级医院有效报价、上年度服务量，计算调价项目加权平均价格，核定可用调价总量，按经济分、政策分确定的报价得分遴选、排序调增项目。调价方案由遴选出的调增项目和医院提出的调降项目组成，各项目加权平均价格作为拟调整价格。

3、合理测算医疗服务项目成本，作为公立医院报价基础

各地在医疗服务项目定价中采用的方法主要有三种，分别是成本定价、价值定价、参考定价。成本定价法依据医疗服务项目成本测算结果进行定价，根据医疗服务项目单位成本，医疗保障部门可推算本地区该项目社会平均成本并最终制定项目价格。基于社会平均成本的医疗服务项目定调价，可使同种服务耗费按统一尺度计量和补偿。成本是确定医疗服务项目价格的经济底线、基础依据，人员技术劳务消耗的人力和非人力成本(物耗、折旧等)是构成价格的主要部分。医疗服务项目成本随病例人次、医疗服务水平的变化、发生金额、内部构成结构变化，建立动态成本测算体系，有助于了解项目成本变化。医保基金是公立医院主要收入来源、成本主要补偿渠道，由医疗保障部门主导推动公立医院精细化成本核算更有力度和公正性。

设计统一的医疗服务项目成本测算样表，规范项目成本构成、每人每次摊销计算口径，明确按财务年报数据来源的人员平均每小时工资、操作平均时间、资产折旧、管理费用分摊。公立医院向医疗保障部门提出调价建议，提供相关项目服务量、成本数据，主项目价格增幅超过 100%或调增金额超过 5000 元的，提交详实成本测算报告。遴选部分成本核算基础好的公立医院作为成本测算样本，以信息化手段合理测算项目成本，作为报价建议的基础。在综合考虑公立医院经济运行、医保基金承受能力、群众整体负担的前提下，结合降低药品耗材费用、规范医疗行为、开展成本核算等措施，合理确定调价总量。

根据区域内样本医院项目成本测算情况，按总量空间，筛选拟调价项目数量、幅度。优先提高多年未调整、成本和价格严重偏离、技术劳务价值为主的项目价格，将支持发展重点专科、薄弱专科及儿科、中医等项目纳入调价范围，降低偏高的以折旧、物耗为主要成本的大型设备检查、检验项目价格。重视价格水平调整对公立医院预期财务影响，把控好价格调整范围、方向和幅度，优化价格结构，理顺比价关系。医疗保障部门监测发现项目价格明显不合理的，可对公立医院提供数据开展成本调查。按公立医院申报价格计算平均申报价作为基础，通过成本调查、申报价格与调查成本差异分析，形成项目平均成本价格，再与省内外其他同级别城市类似或相同项目价格比较并经专家论证，核实项目例数、风险程度、技术难度、操作时长、成本消耗，纠正成本调查发现报价偏差，提出拟调项目价格。按定价成本和医疗服务价格对比的差率情况，遴选本轮需要调价项目和调整幅度。

4、考虑经济发展状况，协调好本地价格与周边价格水平

理论上，各类医疗服务项目价格水平和经济发展水平呈正相关。实际上，各地区经济发展水平、人均可支配收入、消费观念和支付能力有别，地区同一项目价格存在一定差异，按经济发展水平调整比价不合理项目，可使总体比价关系趋于合理。经济发展指标被各省市纳入医疗服务价格动态调整启动条件之一，以人均可支配收入与门诊、住院次均医疗服务费用为评价指标，可测量医疗服务价格总体水平与经济发展水平的耦合协同程度，促进区域间医疗服务价格水平的协

调。调整医疗服务价格，既要保持区域间的差异性，又要把握区域间价格的平衡衔接。对比分析现行医疗服务项目在全国或本省份价格水平，考虑区域价格相一致原则，在项目要素一致的情况下，价格明显低于省区平均水平的项目，优先纳入调整范围。引入地理调整因子，设区市价格明显低于省级和其他市价格的，参考本地医院项目使用情况和调价意见，优先纳入调整范围。按省级统筹指导、区域间协调方式，制定体现医疗技术、区域特点、经济发展水平、患者与医保承受能力等差别化价格政策，防止区域间价格水平差异过大，促进医疗技术均衡发展。各省份使用国家医疗保障信息平台医疗服务价格管理子系统，按价格管理权限上传、维护省市调价信息，推进价格上下联动、跨区域平衡，促进经济发展水平相近、医疗发展水平相当、地理区域相邻地区价格水平的合理衔接。

只有在省级层面统一分类预先设置通用型、复杂型医疗服务项目价格动态调整触发评估指标体系、赋分标准和价格形成规则，定期进行量化评估，按实际得分，符合触发标准的，在总量调控的预算下按程序启动调价，才能科学解决“能否调、何时调、调哪些、调多少”的难题。通用型医疗服务项目可参照城镇单位就业人员平均工资、医保基金承受能力和CPI等指标，每两年开展一次调价评估，达到触发标准可以政府为主，自上而下地启动基准价格调整。复杂型医疗服务项目按统一设计的触发评估指标综合评分，按启动条件、报价规则和报价建议表，符合触发条件的，政府组织，公立医院参与，自下而上

由公立医院按统一成本项目构成、取数口径测算成本基础上报价，比较本地区现行医疗服务项目与周边地区价格水平，保持区域之间价格水平的协调。复杂型项目考虑多个因素，采用指标综合评分模式，经评估达到触发标准时，按得分确定启动动态调价，受理公立医院报价建议，使调价导向明确、操作简便。

利用大数据技术，建立、更新医疗服务项目成本变化情况的数据库。将价格调整总量向复杂型项目倾斜，突出技术劳务价值为主的项目数量、上调金额占总量比重。各公立医院要以完善的成本核算体系和真实项目成本测算数据为支撑，争取参与定价的话语权，从基本人力成本、基本物耗等方面测算医疗服务项目成本，以现行价格水平和成本差值筛选可申报调价项目，优先申报项目比价关系不合理，早年定价偏低，多年没有调价或调价幅度小，收费严重偏离经济发展水平和成本的价格项目。按规则申报报价方案，动态监测本轮调价项目实施情况，包括项目调整前后标准、调价前月平均服务量等内容。

[返回目录](#)

涉及 2000 万患者，罕见病用药“可及、有保”的解决路径在何方？

来源：第一财经

伴随罕见病药物获批上市速度加快、纳入基本医保的药物数量不断增加，罕见病患者用药的可负担性得到有效提升。但对于高值罕见病药物，“用不上”“用不起”“用错药”等问题依然困扰着许多罕见病患者家庭。

从总量来看，中国的罕见病并不罕见。目前，国内已知的罕见病数量有 1400 余种，涉及患者群体超过 2000 万。

国内罕见病主要的资金支持体系包括基本医保和商业医疗保险。目前，医保对罕见病用药的覆盖范围正逐年扩大，但遴选入医保的罕见病药物，以乙类药品为主，部分患者仍难承担剩余的自费费用，加之地方对大病、特病报销额度设有封顶线，患者长期治疗的疾病负担依然较重。

另一方面，罕见病用药进入医保目录只是明确了报销属性。近期，虽然多地通过在门诊特病保障目录中新增罕见病病种，加快推动罕见病用药纳入“双通道”管理等方式，打通罕见病用药的“最后一公里”，但患者要想在就近取到药、用对药，还受定点医院药占比、诊疗能力，多种报销政策和管理要求以及机构间的协调性等问题限制。

事实上，考虑到高值罕见病用药的自身临床价值和价格，以及医保基金的有限空间，国家医保局在去年 10 月公示的一份对人大代表建议答复中提到，特别昂贵的罕见病药品暂无法纳入医保，也不支持地方单独探索高值罕见病药品保障机制。

北京大学第一医院原副院长、中华医学会罕见病分会名誉主委丁洁告诉记者，罕见病治疗的高费用首先需要通过早诊断，减少不必要的治疗支持，逐渐探索出一条基本医保、商业惠民保、公益慈善等多方共担、配套合理的多层级解决方案。

“国谈”纳保后，罕见病用药更可及了吗

截至去年年底，国内已上市的罕见病药物中，67%被纳入国家医保目录。根据国家医保局今年1月公布的2022年“国谈”结果，又有7种罕见病用药被新增纳入。这7种药物分别为利司扑兰口服溶液用散、富马酸二甲酯肠溶胶囊、奥法妥木单抗注射液、拉那利尤单抗注射液、伊奈利珠单抗注射液、曲前列尼尔注射液和利鲁唑口服混悬液，涉及脊髓性肌萎缩症、多发性硬化、遗传性血管性水肿、特发性肺动脉高压和视神经脊髓炎等疾病治疗。

但在罕见病药物“纳保”之后，接下来，还需要在地方建立畅通的配送渠道，公立医疗机构根据临床需要，通过药采平台进行采购。换言之，药物是否能进入医保定点医疗机构，关乎罕见病用药保障的落地。

目前，新版国家医保药品目录正式实施已有近2个月。地方优化调整对罕见病患者的保障行动还在进行中。

4月23日，安徽医保局发布“关于优化基本医疗保险门诊慢特病病种及认定标准的通知(征求意见稿)”，脊髓性肌萎缩症和β-地中海贫血2种罕见病拟被纳入该省慢特病保障范围。同时，针对这两种罕见病，安徽还拟新增5种病种门诊用药目录。

以脊髓性肌萎缩症为例，职工医保年度报销限额为12.8万元，拟纳入门诊报销用药有两种。一种为利司扑兰口服溶液用散，今年以3780元/瓶的价格进入国家医保目录。另一种为诺西那生钠注射液，在2021年“国谈”中，其5ml单瓶售价由70万元降至3.3万元，降

幅超过 95%，一度引起社会广泛关注。

回顾来看，这已经是安徽半年来第二次调整基本医疗保险门诊慢特病病种及门诊用药目录。

在浙江，当地医保局近日公布了“全省三级医疗机构谈判药品配备情况一览表(一季度)”。记者梳理发现，在今年 7 款新纳入国家医保目录的罕见病药物中，浙江省人民医院和浙江大学医学院附属邵逸夫医院等少数省会城市内的三级医院已新配备富马酸二甲酯肠溶胶囊；对于诺西那生钠注射液，亦有以罕见病诊疗协作网成员单位为主的数个三级医院达成采购意愿。

不过，对于该省多数三级医院，无论是富马酸二甲酯肠溶胶囊等 7 款新增罕见病医保用药，还是诺西那生钠注射液等此前被纳入医保的高值孤儿药，都还没有或至少有新增配备。

丁洁表示，目前，相当比例的公立医院采购罕见病药物的意愿并不高，这和医院药占比考核指标有关。虽然国家医保局已经提出“将合理使用的谈判药品单列，不纳入医疗机构药占比、次均费用等影响其落地的考核指标范围”，但地方落地见效还需要时间。

与此同时，不同医院的诊疗水平、运营能力存在较大差异，加之罕见病病种多、每种罕见病患者占比又少，丁洁认为，不能寄希望于每一家医保定点医院都配有罕见病用药。

“2019 年，国家卫生健康委在全国各个省市共计遴选了 324 家医院组建全国罕见病诊疗协作网，并明确了各地的牵头医院，以此建

立双向转诊、远程会诊机制。对于这 324 家医院至少应该给出绿灯，让他们在采购罕见病用药时没有那么多顾虑。”丁洁称。

解决高值罕见病药品“入院难”问题的另一种思路是在确保用药安全的前提下，让已被纳入医保目录的罕见病药物，加快进入社会药店。即落实将定点零售药店纳入谈判药供应保障范围的“双通道”政策。

国家医保局曾在今年年初提出，鼓励各地医保部门开展探索，优先将竞价药品通用名下价格不高于支付标准的品种纳入定点医疗机构和“双通道”药店配备范围。迄今，江苏、浙江、福建等全国多个省份已相继发布通告称，将新增国谈药品、竞价药品纳入“双通道”管理。

建立“1+4”多方共付机制

从“有药治”“药可及”到“药有保”，在丁洁看来，还有很长的一段路要走。

她告诉记者，对于高值罕见病药如何获得可持续性保障的问题，目前，业界共同倡导的解决思路是通过“1+4”多方共付机制，来推动罕见病多层次医疗保障体系的落地。

“1”是指建议将目前被纳入罕见病目录中的 121 种疾病的相关药物，逐步纳入国家基本医保用药目录，或在政策允许的情况下，进入省级统筹范畴。同时，随着未来更多罕见病病种被纳入罕见病目录，更多新药在本土研发上市，列入医保的药品品种也需要进行动态调

整。

“4”是指建立国家和省级两级政府罕见病专项救助项目、统筹安排慈善基金、引导商业保险进入、个人支付相结合，共同为患者提供医疗保障。

丁洁认为，对于高值孤儿药，需要打破“50万不谈、30万不入”的医保准入壁垒，这既非意味着让药企低于成本降价，也不是让医保基金承担全部费用，而是作为一个先决条件，让药物有一个更容易触达患者的渠道。基本医保顾名思义是“保基本”，因此，如果对罕见病过度倾斜，也不现实。一种破局思路是在国家层面构建起罕见病多层次创新支付体系，将纳入医保后的罕见病药物费用，由医保、商业保险、慈善和患者个人分别按照一定比例支付。

其中，在商业保险方面，她认为现在更可行的获取方式是通过城市惠民保，多地已有试点探索。

也有医药界人士告诉记者，目前，在相当比例的惠民保产品中，特药目录中的药物实则多为医保目录中的药物，或者医保目录中的药物拥有更高的赔付金额。此外，惠民保产品可能会限制既往病症，有的还要求患者先垫付后报销，产品对于罕见病患者的普惠性还有待提高。

“不必要却难以避免”的负担如何解

除了“必要却不可及”的疾病负担，罕见病患者的另一种疾病负担则是“不必要却难以避免”。

由于各地罕见病诊疗能力差异大、基层医院对罕见病认识不足，误诊率高、确诊时间长等问题，在罕见病患者群体中屡见不鲜。国家卫健委日前发布的“2023 年罕见病质控改进目标”中亦提出，“提高罕见病的规范诊断和治疗率”，旨在改善罕见病漏诊误诊率高、诊疗质量良莠不齐的现状。

在丁洁看来，早期诊断不充分、不及时，乃至误诊，既有可能加重患者的病情，也会给患者家庭带来额外的疾病用药和治疗支出。因此，需要从诊疗上入手，提高医生的诊疗水平和区域间诊疗的同质化程度。

此外，研究显示，95%的罕见病迄今尚没有研发出特效药。那么对于这些疾病家庭，“早诊断”或者持续性治疗的开支，是否意味着钱都“打了水漂”？

丁洁说，罕见病多为终身性疾病，通过有效治疗，患者可以有质量地与疾病共存，这是对患者家庭的一种减负。同时，无特效药并非无药可医，仍有一些价格可及的治疗药物，能够缓解罕见病患者症状。

根据北京医学会罕见病分会和全国罕见病学术团体主委联席会议去年对 121 种罕见病用药的调研，很多药物对罕见病症状起到一定的缓解作用，且药物价格不贵。但这其中，有将近 37% 的药品没有罕见病相关适应证，这为医生处方和医保报销带来障碍。

在丁洁看来，前述两种现象的存在，又给罕见病患者的保障体系提出了两点要求：其一，提高对患者长期医疗服务和“带病体”生存

的医疗保障水平;其二,加大医保覆盖罕见病适应证的药品品种。

[返回目录](#)

• 医保速递 •

医险融合 助力商业健康险高质量发展

来源:健康界原创

党的二十大报告指出,“推进健康中国建设。把保障人民健康放在优先发展的战略位置。”深化医药卫生体制改革以来,基本医疗卫生服务可及性不断提升。其中,商业保险作为支持优质医疗服务落地不可或缺的重要桥梁,与医疗机构有机契合,拓宽了高品质医疗服务边界,满足了基本医疗保障之外的需求,为医疗服务高质量发展衍生出更多可能。

2023年5月5日,由复旦大学附属中山医院、中国人民健康保险股份有限公司主办,健康界承办的“蓝海启航——高品质医疗与商业保险高质量发展论坛”在复旦大学附属中山医院报告厅成功举办。

本次论坛特邀国家卫生健康委领导、医院管理者、专家学者及产业界人士参与主题演讲及圆桌讨论,意在推动高品质医疗与商业健康保险在创新融合、辐射带动等方面实现新突破、取得新成就,将更多的发展成果惠及百姓健康。

中国科学院院士、复旦大学附属中山医院院长樊嘉在致辞中表示,党的二十大报告指出“促进多层次医疗保障有序衔接,积极发展

商业医疗保险。”近期，中山医院携手中国人保率先成立“中山-人保创新研究中心”，希望对标国际，探索出“医险结合”的新模式、新方法，为满足广大患者就医体验和医疗服务做出应有贡献。

中国人民健康保险股份有限公司党委委员、副总裁李晓峰表示，2023年是全面贯彻党的二十大精神开局之年，需要聚精会神地研究、谋划高质量医疗和高质量商业保险的定位、机遇和模式。此次会议意在共同研讨高品质医疗和商业健康保险如何更好地服务于人民健康事业，服务于国家健康治理体系建设，为促进中国优质医疗和商业健康保险高质量、可持续发展做出贡献。

国家卫生健康委员会体制改革司司长许树强在视频致辞中提到，在深化医改的背景下，商业健康保险作为多层次医疗保障体系重要组成部分，业务快速发展，保障能力持续提升，与基本医保正在互补，形成合力。下一步商业健康保险要不断丰富产品的供给，设计纳入人群更加广泛，与基本医保衔接更加紧密的产品，实现与高品质医疗服务协同发展，满足群众个性化、多样化的保障需求。

上海市卫生健康委员会副主任虞涛指出，在推进高品质医疗服务体系建设进程中，商业健康保险的加入无疑带来了更多的可能性。在新的形势及要求下，商业健康保险如何进一步发挥特色专长、与高品质医疗服务形成合力，共同助力公立医院高质量发展，是双方共同面临的机遇与挑战。

医险融合：商业保险如何助力医疗服务高质量发展？

社会保障体系是人民生活的安全网和社会运行的稳定器。过去十年，中国已经建成世界上规模最大的社会保障体系。商业保险作为多层次医疗保障体系的重要组成部分，对促进多层次医疗保障有序衔接，满足人民群众差异化需求有积极作用。

会上，中国医学科学院北京协和医学院卫生健康管理政策学院执行院长刘远立带来《商业保险助力医疗医药高质量发展》主题演讲。

刘远立表示，2020年《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出加快发展商业健康保险，丰富健康保险产品供给。当下，我国商业医疗保险支出约占卫生总费用的4.3%，作为基本医保的补充，商业保险需要更注重内涵发展。期待“中山-人保创新研究中心”成立后，可以针对医院的痛点、难点，产生商业保险创新，驱动新药、新技术的临床研究与应用。

武汉大学医院管理研究所副所长、原湖北省医疗保障局二级巡视员戴伟带来《商业保险在医保高质量发展中的作用与定位》主题演讲，深入分析了医保高质量发展的内涵与外延，并从政策、供给侧改革等角度，厘清医保与商业保险的关系。戴伟指出，当下医保与商业保险亟需有效衔接，这包括留足发展空间、开放数据信息、服务合署经办、协同监督管理。

波士顿咨询公司全球医疗服务与医疗支付领域业务负责人、董事总经理及全球资深合伙人 Sanjay Saxena 带来《全球医疗服务与支付趋势概览》主题演讲。他提到，近年来全球医疗系统都面临成本攀升

的巨大挑战，亟需发展“价值医疗”以驱动可持续发展。实践价值医疗需要医疗机构与支付方(医保、商业保险)在四个方面共同努力，包括：就如何衡量患者获益和医疗成本上达成共识；共同探索能够提升医疗价值的医疗行为；通过创新支付手段鼓励良好医疗行为；实现持续的改进。

波士顿咨询公司中国区执行合伙人吴淳就《全球医疗保险与医疗服务融合发展趋势》展开主题演讲。吴淳指出，基于价值的医疗服务具备“提升治疗效果、降低差异、减少费用成本、持续优化”的优势。然而，中国在建立价值医疗体系的关键因素上面临不少挑战。此次复旦中山医院和人保健康的合作，可以帮助推动价值医疗在中国的落地开花，带动品质医疗与高质量商业保险的发展。

复旦经验：“医疗+商业保险”产业链如何打通？

为积极落实党的二十大关于健全社会保障体系、积极应对人口老龄化、推进健康中国建设的全面部署，复旦大学及复旦附属中山医院创新性地携手产业合作伙伴，在产学研用、医险结合方面，率先展开了诸多创新尝试，沉淀出独具特色的“复旦经验”。

复旦大学公共卫生学院副院长何更生带来《打造联合培养合作模式推进“产学研用”深度融合》主题演讲。何更生指出，目前国内缺乏医疗管理和医疗保险对口培养体系，兼有管理能力和医学背景的专业型人才培养不足。为此，复旦大学特别携手人保集团成立“复旦大学中国人保健康管理研究院”，打造健康管理高水平研究和教育平台，

以开展重大课题合作研究，推进专业硕士联合培养工作，更好地促进学科发展、人才培养及研究成果转化应用。

复旦大学附属中山医院副院长顾建英带来《国家医学中心背景下医院管理实践》主题分享。顾建英提出，国家医学中心以推动国家医学科学进步为目标，聚焦重大疾病防治需求，对标国际医学科学前沿。商业保险公司作为支付端的重要组成部分，肩负为国家降低医疗支出、为人民降低支付压力、提高人民健康水平的重任，契合国家医学中心多层次医疗服务定位，并为患者提供多层次保障。

上海市医学会涉外医疗分会主任委员、复旦大学附属华山医院国际医疗中心主任顾静文带来《商业保险赋能国际医疗服务之华山实践》主题分享。顾静文表示，国际医疗服务的宗旨是为患者提供最佳就医体验及健康保障，她从新时期国际医疗服务概念、全球卫生健康系统及国内高端医疗服务特点、华山医院创新案例三个角度分享了“医险结合”的华山实践。

复旦大学医院管理研究所副所长、上海市医学会涉外医疗分会副主任委员章滨云带来《关于商业医保瓶颈突破与如何和公立医院高品质医疗衔接的思考》主题分享。章滨云指出，当下公立医院与商业保险衔接合作，仍有不小的挑战。商业医保面临筹资来源不足、资金使用处于相对弱势地位、资金管理缺乏费用节约手段的瓶颈。公立医院高品质医疗的合作衔接困难则主要集中于定价体系、制度要求、审计要求等。为此要从价值医疗的角度考虑合作与衔接。

中国人民健康保险股份有限公司健康管理事业部总经理董雨星带来《商业健康保险与三医融合探索实践》主题分享。他通过多个实际案例，解析了“全流程健康管理服务”如何满足老百姓高品质医疗服务需求及全生命周期的健康需求，并强调，人保健康作为国家多层次保障体系下的商业保险创新者始终坚持“突出健康管理的根本性，赋能保险业务发展”。

开创未来：“医疗+商业保险”如何融合创新？

为了促进各方交流及多方融合，此次会议特别设置圆桌讨论环节。讨论围绕“公立医院与商业保险协同发展未来展望”、“公立医院与商业保险协同发展模式中的医疗资源合作、数据互联互通、产品服务创新、能力建设路径”两个主题展开，站位医险合作需求，挖掘衔接堵点，探讨解决方案。

上海市保险同业公会副秘书长伍国良提到，公立医院与商业保险公司在诊疗、治疗、产品研发方面，都有互补性。一方面，公立医院承担着为全民提供医疗健康服务职能，而商业保险公司则天然需要为百姓的健康提供风险管理及经济管理工具。另一方面，医院的先进技术对保险公司健康管理服务提供了技术补充，而保险公司则为医疗支付带来经济补偿。无论是健康中国战略还是党的二十大报告均为公立医院携手商业保险公司扫除了障碍，相信医疗与保险公司的携手合作将对我国的医疗健康事业带来巨大贡献。

上海市医学会健康管理学分会主任委员黄钢表示，老龄化背景

下，慢病发病率、死亡率不断增加，造成了较大的经济负担，只有通过保险的杠杆，才可能解决重大疾病和慢病的医疗保障问题。为此，需要解决医保与商业保险、商业保险与医院之间的协作关系，为医险协同奠定良好的基础。

复旦大学附属中山医院佘山院区主任沈松提出，从需求端看，之所以商业保险在中国公立医院的支付占比非常少，是因为客户的需求是多层次的，需要更精准的商业保险产品供给。在以患者为中心的医疗服务下，商业保险公司要关注全人群健康管理，并通过与医疗机构的紧密配合，将治疗前移，实现早干预和预后管理。期待未来借助区块链等技术，衔接好医保数据、医疗数据和商业保险数据，打通数据孤岛，从而更好地服务参保人。

中国人民健康保险股份有限公司上海分公司总经理王光毅介绍，2018 年国家卫健委发布《关于坚持以人民健康为中心推动医疗服务高质量发展的意见》要求医疗机构要为患者提供疾病预防、诊断、治疗、康复、护理等连续服务。在此背景下，他认为未来商业保险会在“全病程的健康管理”及“创新药品商业保险支付”方面带来更大的想象空间。

中怡保险经纪有限责任公司首席商务官兼咨询负责人杨军指出，优质医疗服务供给有限，优质的保险产品需求旺盛。他呼吁社会各界关注商业保险，通过医保、惠民保、其他商业保险三层，满足老百姓的医疗保障需求。

医院里的门诊慢特病跨省直接结算，怎么做、难点在哪、如何解决？

来源：中国医疗保险

《国家医保局办公室财政部办公厅关于开展门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点工作的通知》（医保办函〔2021〕4号）提出：为贯彻落实2021年《政府工作报告》关于推进门诊费用跨省直接结算的部署，进一步解决人民群众跨省异地就医结算遇到的“急难愁盼”问题，在加快推进普通门诊医疗费用跨省直接结算基础上，决定开展门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点工作，试点病种包括高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析和器官移植术后抗排异治疗。

本文以北京某三甲肿瘤专科医院为例，从该院的实践过程总结可操作、可复制的经验，同时，讨论实践过程中遇到的困难和问题，提供可行性建议，以推进异地门诊慢特病跨省直接结算工作的顺利开展，解决异地大病、慢病患者“急难愁盼”的问题。

2021年11月，北京某三甲肿瘤专科医院Z医院(以下简称Z医院)纳入北京市首批“基本医疗保险跨省异地就医门诊慢特病医疗费用直接结算”试点医院。2021年12月，首单异地参保人员来京就医的门诊慢特病相关治疗费用在Z医院直接结算成功。为使政策落地，让更多的异地患者受益，各部门高度重视试点工作，不断优化流程，取得了一定的成效。同时，在实际工作中也存在一定的困难和问题。

Z 医院异地门诊慢特病直接结算实践及成效

Z 医院本着以患者为中心的原则，以患者的利益为根本出发点，成立工作专组，由医保、财务与信息多部门通力配合，分工协作，制定可操作的结算流程，并根据实践中遇到的问题，及时研究，创新方法，不断优化结算流程。

抓住四个环节，制定异地门诊慢特病结算的基本流程

一是获取人员信息环节，关联患者医保卡，标记“外地医保(持卡)”身份。对于新注册患者，挂号收费窗口读取患者医保卡，新注册成功后系统自动标记为“外地医保(持卡)”；对于未关联医保卡的老患者及在医院 App 上自助注册的患者，可以持医保卡到挂号收费窗口重新关联医保卡，修改系统内患者身份为“外地医保(持卡)”。

二是挂号环节，“一站式”获取患者的异地慢特病身份。患者挂号时，挂号收费窗口获取患者的异地慢特病信息，进行保存。挂号收费窗口直接获取异地慢特病信息，省却了患者往返身份认定窗口与取号缴费窗口的时间，为患者提供了方便。对于线上 App 等已经预约挂号的患者，可以在就诊前到挂号收费窗口补医保交易，并获取异地门诊慢特病身份，全力保障线上挂号患者的报销利益。

三是结算环节，按照不同的费用类别，分别出票结算，无需单设窗口，与其他医保类别可通柜结算。患者就医后，医生开出的医嘱按照所属的类别，自动进入“外地恶性肿瘤”“外地医保(持卡)”“自费”等类别，结算员将不同类别下的医嘱分别结算，开具发票。结算

方式类似于普通北京医保，在窗口安排上，可以与其他报销类别共用窗口，不用单独设置窗口。

四是对账环节，确保医院 HIS 中的医保记账数与医保系统中基金支付(基金+个人账户)金额一致，账务核算清晰准确。门诊跨省直接结算上线前，Z 医院 HIS 在财务报表中专门加入“异地记账”项，用于核算异地门诊跨省直接结算中医院垫付金额。经与医保部门确认，异地门诊慢特病的医院垫付款与异地普通门诊的医院垫付款合并返款，故上线异地门诊慢特病直接结算时，医院垫付金额在 HIS 中也以“异地记账”项反映。确保每日财务核对医院 HIS 中的“异地记账”金额与医保系统中“已对账”状态的交易基金支付额(基金+个人账户)一致。

结合结算过程中发现的具体问题，持续优化结算流程

作为北京市首批异地门诊慢特病结算试点单位，Z 医院重视试点过程中患者反映的问题，对症下药，不断优化流程，满足患者的多方位需求。

一是提高异地门诊慢特病直接结算的知晓率和使用率，保障患者享受直接报销的权益。结算过程中，患者反映不知晓异地门诊慢特病可以直接结算，未使用医保卡等问题，从缴费窗口“温馨提示”到线上 App 的“挂号须知”再到“给所有线上挂号的患者在 App 上进行弹窗”，多渠道、全方位、多途径提醒患者使用异地医保卡直接结算，确保患者的报销权益不受影响，提高了异地门诊慢特病直接结算的知

晓率和使用率，受到了患者的一致好评。

二是与各级医保、信息部门创新联动，在不影响窗口结算效率的情况下，将未获取到异地门诊慢特病身份的原因告知患者，确保信息一致，有的放矢，提高结算效率。结算过程中，有些患者反馈自己有异地门诊慢特病身份，但医院端获取不到异地慢特病身份，患者不理解、不认可。经与国家医保平台工程师、医院 HIS 端工程师和医保系统工程师共同查证分析，制定相应解决途径：在读取医保卡界面，分项显示“正常医保读卡”和“获取异地慢特病”身份，这种模式不仅可将已经办理异地慢特病而在医院端未显示的报错信息展示给患者，还不影响未办理异地门诊慢特病的患者正常读卡(具体流程见图 1)，既便于医院和患者与参保地医保部门沟通，修正异地慢特病备案信息，又可以提高结算效率，增加了患者满意度。增加这项功能后，Z 医院再未收到获取不到异地慢特病信息而有异议的投诉和意见。

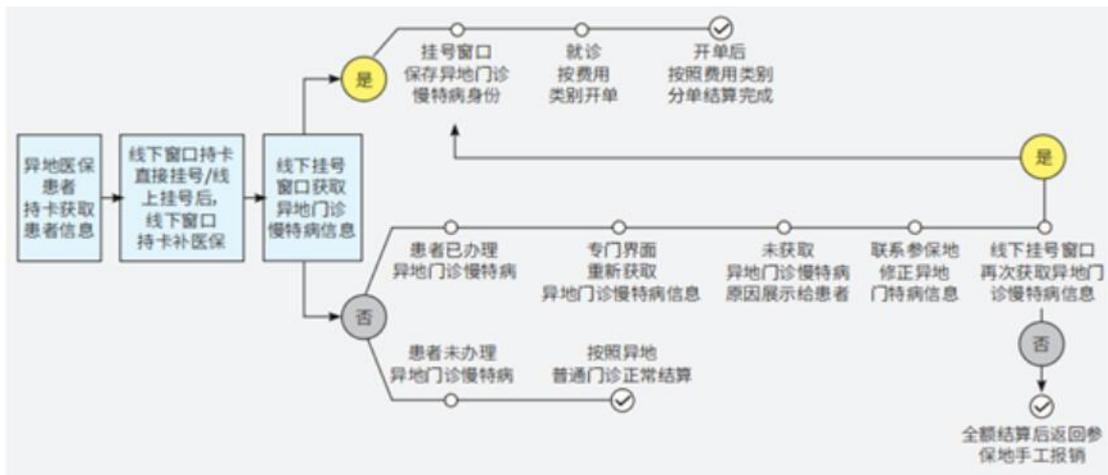


图 1 异地门诊慢特病结算流程

三是针对异地门诊慢特病退费手续复杂、难度大问题，Z 医院对于预约周期长、退费频率高的检查实行先检查后缴费。根据参保地的

政策和流程，异地门诊慢特病退费，有些参保地要求从最后一笔交易开始往前退费。这对于在异地频繁就医的大病患者，可能涉及多家医院、多笔交易、多个就医地，实际操作非常困难。在参保地未改变流程的情况下，Z 医院从患者角度出发，对于一些预约周期长、退费频率高的检查实行先检查后缴费，减少退费的不便。2022 年 1 月至 9 月，Z 医院异地门诊慢特病直接结算发生的退费比例约为 1%。

四是加强窗口结算人员培训，建立报错沟通机制，提高问题解决率。试运行期间，Z 医院不断收集总结结算过程中的问题，对人员进行培训，熟悉结算流程，对常见问题进行解答。对于结算报错中遇到的问题，通过科室工作群反馈，科室专人与市医保局、国家医保局及各参保地医保局联系，及时反馈，督促解决。

Z 医院异地门诊慢特病费用直接结算取得的成效

从 2021 年 12 月北京市第一笔异地门诊慢特病医疗费用在 Z 医院直接结算成功，经过医保部门和信息系统的不断改进，Z 医院不断优化结算流程，提升结算效率，从 2022 年 1 月异地门诊慢特病费用月直接结算 87 人次，增加到 2022 年 9 月的 3681 人次，增加了 41 倍。2022 年 1 月至 9 月，Z 医院累计为 10971 人次结算了异地门诊慢特病费用，在北京市排第一位，占到北京市异地门诊慢特病总结算量的三分之二。直接结算的患者医保垫付资金平均为 81.16%，确实减轻了患者的经济负担。

异地门诊慢特病直接结算遇到的问题分析

随着国家异地门诊慢特病直接结算工作的推进，国家、参保省市医保层面的流程和政策也在不断优化，但仍有些问题需要尽快解决。

一是异地门诊慢特病认定环节，医院获取患者门诊慢特病信息失败情况较多。目前，Z医院采取在挂号收费窗口直接获取患者的异地门诊慢特病身份，省却了患者往返窗口的时间。挂号时，患者自述已办理异地门诊慢特病备案，但医院获取异地患者门诊慢特病身份失败，患者此次就诊不能按照异地门诊慢特病政策结算，影响患者报销待遇。

经核实，参保地向国家平台传入异地门诊慢特病信息与医院获取患者的门诊慢特病信息是不同的接口和标准，导致了参保地传入异地门诊慢特病身份成功、而医院获取却失败。信息不对称，患者不认可。

二是有些患者对异地就医报销政策知晓率低，咨询量大，增加了收费窗口排队等候时间，影响窗口秩序。以Z医院为例，结算时，有些患者不清楚异地门诊慢特病报销政策和流程，在结算窗口频繁咨询，结算时长增加；有的患者不主动出示医保卡，当全额结算完成或者医嘱已经执行后，患者则要求重新持医保卡结算；各参保地目录库不一致，异地直接报销与参保地报销待遇存在差额，导致患者结算完成后要求重新结算的情况。门诊窗口结算具有即时性，频繁修改结算类型，导致窗口秩序较乱，增加了窗口负担。

三是有的参保地退费限制较多。有些参保地的异地门诊慢特病不支持隔笔退费、部分退费、跨年退费等。对于医嘱已交费未执行需申

请退费的异地就医患者，可操作性差。退费操作不成功，浪费了医保基金，增加了患者负担，降低了患者满意度。

四是医院财务对账和核对医保返款难度增加，垫付资金压力大。异地门诊慢特病直接结算的数据在医保系统中经历“结算—对账(已对账)—三方对账”环节，正常医院跟患者结算完成，生成报表，医院财务计入收入，医院垫付部分计入“应收医保款”。医保系统只有“三方对账成功”才能进入申报表环节，各参保地三方对账时间不确定，垫付医保款进入申报环节的时间就不确定，同一日交易的数据因为参保地不同，进入申报的日期也不同，数据不断滚动，大大增加了医院财务对账和核对返款难度。

以 Z 医院 2022 年 9 月的门诊慢特病结算数据为例，9 月结束后 24 日(10 月 24 日)，三方未对账交易笔数为 596 笔，三方对账成功笔数为 3085 笔。三方对账成功才能进行申报，申报成功后返款周期约为 1 个月，随着异地门诊慢特病直接结算的增加，增加了医院资金垫付的压力。

优化异地门诊慢特病直接结算的建议

为了让更多的异地门诊慢特病患者享受到直接报销的优惠政策，减轻看病群众的就医垫付负担，针对异地门诊慢特病跨省直接结算的问题，提出以下建议。

一是参保地向国家医保平台传入异地门诊慢特病的校验标准，与医疗机构获取异地门诊慢特病身份的校验标准必须保持一致。参保地

向国家医保平台传入异地门诊慢特病资格时，校验标准与医疗机构获取异地门诊慢特病身份的校验标准一致，如果传入失败，由国家平台拦截，将报错信息即时返回参保地，参保地提前获取认定失败的信息，提前修改。如果到患者异地就医时才发现门诊慢特病信息获取失败，则为时已晚，因为患者急着就诊，没有门诊慢特病资格认定，将影响患者报销待遇。

二是加大异地门诊慢特病报销政策和流程的宣传。各参保地医保部门多途径、多渠道加大异地医保报销比例和备案流程等政策的宣传。各就医地医疗机构要从患者切身利益出发，不断完善就医流程，做好告知和提示，让异地就医患者明明白白就医。国家层面也需要尽快统一报销目录库，同一次就医不管是在参保地手工报销还是在就医地直接结算都使用相同的目录库，这样可避免因目录库差异频繁变更结算。

三是规范退费规则，实现无障碍退费。医保部门应对退费规则进行规范，需达到统一的标准，如支持隔笔退费、支持跨年退费、支持部分退费。

四是规范医保申报流程，探索医保资金预付制度。异地门诊慢特病进入申报环节，按照北京医保的模式，当日进入申报表或者同一交易日的全部交易在相同日期进入申报表，便于财务的账务和返款的核对。探索医保垫付款的预付机制，减轻医院的资金压力，促进异地门诊慢特病直接结算的良性发展。

经过一年的运行实践，目前 Z 医院异地门诊慢特病直接结算运行平稳，切实缓解了肿瘤患者的垫付负担，受到了患者的好评，得到了国家医保局的肯定。通过总结 Z 医院异地门诊慢特病结算实践，可为异地门诊慢特病直接结算的推广提供可资借鉴的经验。同时，关注结算过程中出现的问题，寻求解决方案，不断优化流程，使更多的参保人受益，推进异地门诊慢特病直接结算的高质量发展。

[返回目录](#)

• 带量采购 •

全国集采下，中成药院内、院外市场发展分析

来源：新康界

全国中成药联合采购办公室发布通知，明确将于近期开启全国中成药集中带量采购，本轮集采共包含 42 种中成药。

随着全国中成药集采工作逐步推进，需求端成为中药行业寻求发展的重点。同时，基药目录和医保目录中成药的持续扩容、分级诊疗的不断推进、中医诊所备案制的实施、经典名方免临床等利好政策为中药行业形成利好支撑；但多类中药材价格指数攀升、中成药集采等因素使行业面临成本上升和价格下降的挑战，双重压力下中药行业正经历净利润下滑的困境。

在行业乘风破浪之际，中成药市场未来能否保持稳健是大家共同关注的问题。

1、中成药市场持续上涨等级医院和零售药店共同发展

中康 CMH 数据显示，2022 年中成药在等级医院与零售药店两大渠道的销售额合计 3360 亿元，同比增长 9.7%。中成药市场规模在两大渠道近 5 年的市场表现中，仅 2020 年在“限购”“限行”和优化医疗资源分配等防控相关政策影响下，规模增速出现同比下滑的情况。

随着宏观环境的逐步恢复和医药行业全链条共克时艰，共同支持国民用药需求，2021、2022 年中成药市场持续上涨，等级医院和零售药店增速均保持正增长，两大渠道共同发展。同时两大渠道占比基本平分秋色，仅 2020 年和 2022 年差距相对较大。

与 2020 年疫情管理工作开展的临时性和 2022 年新冠病毒防控政策方向性的调整等因素激发治疗感冒、咳嗽、咽喉肿痛等症状的药物需求突增相关，这类药物需求以中成药 OTC 产品为主，购药需求在零售药店更为高涨，使得当年中成药市场零售药店的渠道占比更高。

图 1：全国-中成药-两大渠道(等级医院&零售药店)市场表现

	总体规模 (亿元)	总体-同比增速	渠道占比		等级医院-同比增速	零售药店-同比增速
			■ 等级医院	■ 零售药店		
2022年	3,360	9.7%	46.3%	53.7%	3.4%	15.8%
2021年	3,062	10.8%	49.1%	50.9%	15.9%	5.5%
2020年	2,764	-10.8%	46.5%	53.5%	-16.8%	-4.8%
2019年	3,099	3.7%	49.9%	50.1%	4.0%	3.4%
2018年	2,989	0.5%	49.7%	50.3%	-3.1%	4.3%

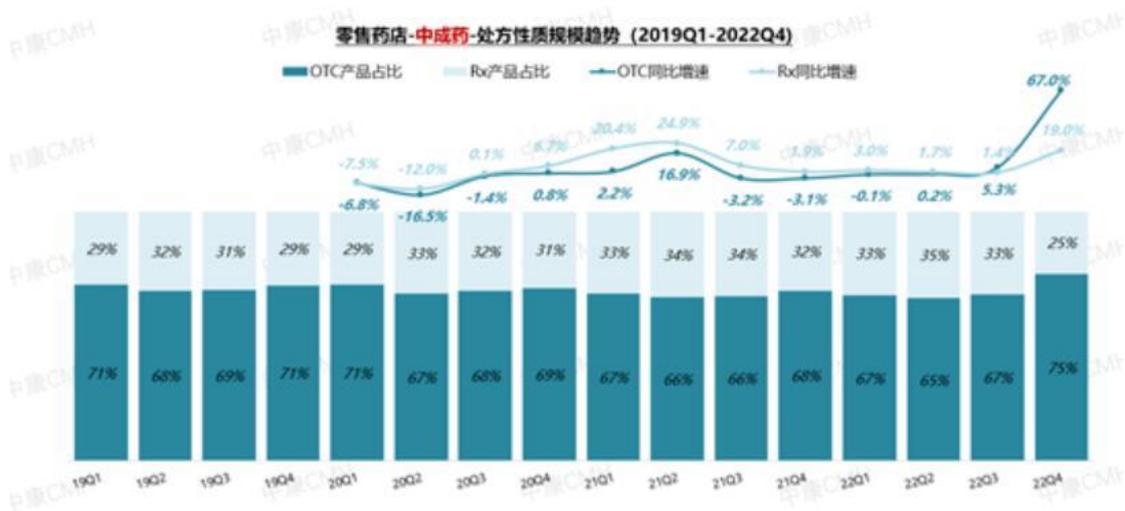
备注：这里的“总体”表示等级医院和零售药店两个渠道的加总；

等级医院代表中国二级及以上公立医院，下同。

2、OTC 中成药，继续深耕零售药店

聚焦零售药店中成药市场，OTC 产品中流砥柱的市场地位持续稳固，2022 年市场占比 69.6%，同比去年提升 2.6%，OTC 产品规模增长(+20.3%)驱动整体中成药市场扩容。从季度表现上看，上半年重点城市封控导致 OTC 增速相对乏力，Q4 以 OTC 中成药为主的“四类药”相关药品，如感冒用药/清热类、止咳祛痰类、口腔咽喉类产品爆发性增长，拉高 OTC 全年增速。

图 2：全国-零售药店-中成药处方性质表现



OTC 中成药在疫情防控中发挥了重要作用，尽管 2022 年 12 月新型冠状病毒感染高峰期已经渡过。

但“四类药”和相关防疫物资仍然是家庭药物储备的重点，并且诸多腰部品牌在高峰期触达到更多消费者并在缓解病痛中展现疗效，零售药店成为品牌力积累的良好渠道。

随着国民健康关注度的提升和自主用药意识的增强，一些以 OTC

产品为主的中成药品类，例如滋补保健类、胃肠调理类，预期未来在零售药店的需求将增加，可继续深耕零售药店。

图 3：全国-零售药店-中成药 TOP8 品类市场表现

细分类	中成药类别占比	2022年中成药市场				
		品类规模排名	OTC产品占比	Rx产品占比	OTC同比增速	Rx同比增速
感冒用药/清热类	83.0%	1	89.8%		50.7%	58.1%
滋补保健类	72.4%	2	92.2%		-0.4%	5.5%
心脑血管疾病用药(不含高血压)	56.3%	3	96.9%		4.9%	4.3%
止咳祛痰类	86.1%	4	83.7%		51.0%	24.1%
口腔咽喉类	85.1%	5	79.4%		35.1%	36.3%
肌肉-骨骼系统用药	78.4%	6	67.5%	32.5%	-0.2%	-6.8%
胃肠道疾病用药	43.9%	7	83.4%		2.3%	-7.0%
妇产科用药	66.9%	8	56.8%	43.2%	-1.9%	-7.0%

3、慢病相关中成药，医院处方是重点

中康 CMH 数据显示，近年来除“四类药”相关品类在防控政策和国民需求动态变化的过程中市场规模呈现较大波动外，焦点之外的部分慢病相关品类的中成药市场规模正呈现稳步上升的态势。

长期以来，中医药以其在慢性复杂多因素性疾病的治疗方面具有显著优势而备受关注；国民素养提升背景下患者对用药副作用的关注度驱动患者对中成药的偏好提升；慢性疾病在老龄化趋势下诊断率逐步升高，国内处方将中成药作为疗程用药或辅助用药较为常见，多重因素共同作用驱动慢病相关的中成药需求增加。

心脑血管疾病用药(不含高血压)、肝胆疾病用药、高血压用药、糖尿病用药、呼吸系统疾病用药等慢病相关的中成药市场规模连续两年正增长。

图 4：全国-两大渠道-慢病相关品类中成药市场表现

分类一	规模排名	总体规模 同比增速	2022年等级医院-渠道占比	等级医院-同比增速	零售药店-同比增速
心脑血管疾病用药 (不含高血压)	1	0.4%	68.0%	-1.3%	-4.3%
肝胆疾病用药	2	0.9%	63.0%	-0.1%	2.9%
高血压用药	3	1.5%	63.5%	4.9%	-3.8%
糖尿病用药	4	10.2%	53.2%	25.7%	-3.4%
呼吸系统疾病用药	5	0.7%	51.5%	-6.6%	9.9%

备注：这里的“规模排名”是按照这 5 个慢病相关品类的中成药在两个渠道加总的销售额进行排名。

聚焦以上 5 个慢病相关品类的中成药市场，产品以处方药为主（呼吸系统疾病用药处方药占比八成，其余 4 个品类处方药占比超九成），医院处方成为慢病患者首次用药的主要原因。

从渠道看，等级医院占比超过零售药店，等级医院渠道值得关注。其中，目前中成药体量相对较小的高血压用药、糖尿病用药由等级医院渠道引领整体市场上涨；而品种更为丰富且体量较大的心脑血管疾病用药（不含高血压）、肝胆疾病用品类的中成药由于受处方外流的影响，在零售药店的规模增速略高于等级医院。以处方药为主的慢病相关中成药市场稳健提升，建议重点关注等级医院这一主销渠道，在药效得到医患双方肯定的过程中逐步实现产品全渠道布局。

4、集采口服品种，或在零售药店寻求机遇

2023 年 3 月全国中成药集采工作逐步推进，中成药一度成为行

业关注的焦点。从集采品种看，囊括肿瘤治疗药物及免疫调节剂、心脑血管疾病用药(不含高血压)、肌肉-骨骼系统用药、滋补保健类、眼科类等品类产品，其中与心脑血管疾病用药(不含高血压)相关品种最多，包括冠心宁、乐脉、脉管复康、脑安、心可舒、香丹、醒脑静、银杏达莫、银杏叶提取物等。

集采的 42 个品种中有 24 个品种生产厂家不唯一，考虑到中药注射剂在临床使用上的限制，注射剂企业集采竞争势必激烈；而口服品种相对更少的限制，口服品种未中标企业亦可在院外市场寻求发展。

中康 CMH 数据显示，2022 年生产厂家不唯一的口服 9 个品种在零售药店的市场表现优于等级医院，或可在集采中标结果公布后调整市场策略，从零售药店寻求发展机遇，在院外市场加强品牌竞争力。

图 5：全国-重点品种 2022 年市场表现

药品名称	2022年渠道占比 (零售药店>等级医院)	等级医院-同比增速	零售药店-同比增速
复方斑蝥胶囊	×	↓ -7.7%	↑ +7.3%
脉管复康片	×	↑ +10.0%	↑ +25.8%
振源片	×	↓ -7.8%	↑ +27.5%
复方血栓通软胶囊	✓	↓ -17.8%	↑ +14.3%
乐脉丸	×	↓ -27.0%	↓ -0.4%
复方血栓通滴丸	×	↓ -14.8%	↑ +64.4%
藤黄健骨丸	✓	↓ -44.5%	↓ -5.6%
心可舒颗粒	✓	↓ -0.3%	↑ +12.4%
振源口服液	✓	↓ -11.6%	↓ -2.2%

总体而言，中成药市场在 2022 年表现相对稳健，既有受到 12 月新冠病毒感染高峰期下需求激增带来的影响，亦有国民慢病中成药需求上升的助力。未来在集采常态化的影响下，集采品种能否实现以价

换量;上游原材料成本上升,非集采品种提价空间如何,仍有待探索。

[返回目录](#)

最高降幅 92.94%! 省际联盟耗材集采启动

来源: 医药网

耗材集采「低频区」开始沸腾,诸多新品走入降价包围圈。

1、新一轮联盟集采启动: 止血材料、压力泵...

近日,内蒙古医保局发布《关于开展止血材料、预充式导管冲洗器、压力泵省际联盟集中带量采购工作的公告》(以下简称《公告》),其中明确,由内蒙古自治区医保局牵头,将组织相关省份开展止血材料、预充式导管冲洗器、压力泵省际联盟集中带量采购工作。



根据《公告》,本次集中带量采购的具体品种、约定采购量、采购方式、采购要求、详细规则等以正式发布的采购文件为准,相关信息将通过内蒙古自治区医疗保障局门户网站发布。

据业内专家透露,该联盟为内蒙古牵头的八省二区联盟。

早在 2020 年,四川省、山西省、内蒙古自治区、辽宁省、吉林省、黑龙江省、海南省、西藏自治区就联合成立了“六省二区”省际

联盟;2021年,吸收贵州省、青海省为省际会商联动机制成员,“六省二区”药品价格和招标采购工作省际会商联动机制更名为“八省二区”医药价格和招标采购工作省际会商联动机制,并明确制度化常态化开展“八省二区”药品和医用耗材集中带量采购。对联盟内的成员省是否参与不强制,也不限制“八省二区”外的省份参与。

除上述耗材外,今年内蒙古医保局或将牵头多品类耗材集采。

今年2月,据央视新闻报道,内蒙古医保局将牵头开展止血材料、腔静脉滤器等高值医用耗材和预充式导管冲洗器、采血管、输液器等低值医用耗材的带量采购。

据了解,今年2月,相关人士透露,内蒙古医疗保障局正在筹备对止血材料、预充式导管冲洗器、输液器、注射器、输液敷贴、吸氧管、采血管、雾化吸入器、高压注射器、压力泵、腔静脉滤器等11类耗材的量采工作,已经给相关省(区)发送了关于邀请参加止血材料等11类医用耗材省际联盟集中带量采购的函。

2、最高降幅 92.94%，集采按下加速键

此次内蒙古确认开展集采的三类耗材中,止血材料在省级、省际联盟集采层面较少涉及。2021年,河南省公立医疗机构联盟曾开展止血材料带量采购,平均降幅78.47%,最高降幅92.94%。

预充式导管冲洗器已经历过大型省际联盟集采。2021年11月,广东16省联盟开展预充式导管冲洗器带量采购,平均降幅68.25%,最高降幅77.10%,预计年可节约费用近2亿元。

2022 年，辽宁开展输液器和预充式导管冲洗器带量采购，两类耗材中选价格较集采前平均下降 57.1%，最高降幅达 84.6%，预计节约采购资金 1.87 亿元；三明联合河北、青海及其他联盟等 41 个城市开展预充式导管冲洗器等 8 类耗材集采，其中预充式导管冲洗器平均降幅 46.08%，最大降幅 57.73%。

压力泵此前开展过小范围的省际联盟集采。2021 年，山东、山西、河南、河北四省联盟集采中涉及血管介入治疗类压力泵、可回收腔静脉滤器等耗材，其中，压力泵平均降价 66.62%。此外，2022 年福建省第三批耗材集采中包含压力泵，该品类平均降幅 61.94%。

目前集采扩围仍在继续。带量采购难度较大的口腔种植体、正畸等非医保支付、非公立医院主导品类，今年已经陆续进入落地执行阶段。技术门槛较高、国产占比较低的电生理类耗材，首次开展省际联盟集采，就覆盖了全国大多数省份。

4 月 28 日，国家医保局公开了《2022 年医保结算费用排名靠前重点药品耗材》，其中包括血液灌流(吸附)器及套装、磁定位治疗导管、血液透析滤过器、大血管($\leq 7\text{mm}$)封闭刀头、弹簧圈、冠脉导引导丝、电动腔镜切割吻/缝合器钉仓(钉匣)、骨水泥、颅内支架、双腔起搏器、预充式导管冲洗器、止血夹等 30 种耗材。

据观察，其中集采覆盖尚且有限的部分耗材，正陆续成为新的集采目标。

此外，部分创新医疗器械，打开了集采的口子。

河南省公立医院机构联盟近期开展的神经介入和外周介入集采中，涉及直管型胸主动脉覆膜支架系统、血流导向密网支架、髂静脉支架系统、胸主动脉支架系统、髂动脉分叉支架系统、机械解脱弹簧圈等多个国家药监局公布的创新医疗器械。

地方层面，带量采购节奏加快。

去年，河北省医保局一次性开展了镇痛泵、骨水泥、超声刀头等22类耗材集中带量采购，这也是全国单次采购品种最多的省级耗材集中带量采购，耗材平均降幅56.5%，最高降幅89.4%。近期，河北省再次组织开展19类耗材集采，OK镜、颅内支架、一次性使用无菌外周血管内药物涂层球囊、动脉瘤夹等诸多集采生面孔亮相其中。

集采触角不断探索新领域，耗材市场正在重塑。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

从哲学角度看毛泽东为何重视中医药

来源：中国中医药报

毛泽东是马克思主义中国化的伟大开拓者与奠基人，他在领导中国革命与建设的进程中对中医药给予了极大关注和高度评价，对今天中医药事业的发展仍具有重大的指导价值。以往关于毛泽东中医药观的研究，主要集中于对其理论脉络、历史背景、思想贡献及当代价值等方面进行研究，而少有从哲学基础层面去深探其中医药观的理论渊

源及生成机制。毛泽东以一位马克思主义者的哲思与远见确立了“中国医药学是一个伟大的宝库”的历史定位，创造性地提出“团结中西医”的工作方针及“中西医结合”“发展中国的医药科学”的发展理念，在中医药实践中坚持人民立场，在中医药文化发展中坚持传承性与创新性的辩证统一，为中医药事业的现代化发展开辟了道路。

发展中医药坚持人民立场

马克思指出从事物质生产生活的“现实的人”是历史的前提，人民群众是社会实践活动的主体，是社会物质财富与精神财富的创造者，人民至上构成了马克思主义唯物史观的理论出发点与归宿。“中医问题，关系到几亿劳动人民防治疾病的问题”，毛泽东始终站在人民立场指导中医药事业继承与发展，他对中医药的支持和弘扬是出于人民卫生健康事业的需要。

毛泽东曾在陕甘宁边区文教工作者会议上谈到“一切为群众的工作都要从群众的需要出发”，以此为标准衡量当时边区的医疗状况，他认识到必须重视中医，在医药工作方面实行统一战线的方针。他一方面认为“不管是中医还是西医，作用都是要治好病”，另一方面又关注到了中医相比于西医所具备的人道主义关怀优势，他在第一届全国卫生会议上，提出“为开展伟大的人民卫生工作而奋斗”。同时，中医药事业的继承与发展要依靠人民。毛泽东指示道：中国医药学历史悠久、内容丰富，要有同志去整理它，要建立研究机构，要出版中医中药书籍。这些工作都需要依靠人民群众的力量与智慧。他还积极

发动群众，支持西医学习中医，发展中国统一的医学以贡献于世界。

毛泽东站在唯物史观的高度将群众路线与中医药发展工作相结合，指明中医药发展需要依靠人民、中医药的发展要为人民卫生工作服务，引领了中医药事业发展的价值方向。

实事求是认识和发展中医药的思想方法

实事求是中国共产党人认识世界、改造世界的根本要求。从内涵上讲，实事求是既指唯物论基础上的一切从实际出发，也指唯物史观基础上的一切从基本国情出发。毛泽东根据不同历史时期的实际与国情现实，提出不同的工作方案与战略方针。井冈山时期，面对缺医少药的困境，中医药作为一种治病救人方案进入毛泽东的视野。他提出“医院设在山上”，强调“草医草药要重视起来”，以便于利用井冈山上的丰富物产就地取材，自制中草药土方，并在实践层面首次明确提出“用中西两法治疗”。延安时期随着医疗队伍的壮大，面对中与西、传统与现代医学的差异，毛泽东强调“这两种医生要合作”，并逐步确立了“中西医合作”的方针。新中国成立前后，毛泽东认识到“我们的西医少，广大人民迫切需要，在目前是依靠中医”的现实国情，提出“必须很好地团结中医，提高技术，搞好中医工作，发挥中医力量，才能负担起几亿人口的艰巨的卫生工作任务”。在第一届全国卫生会议上确定“团结中西医”为卫生工作的重要方针，提出“团结中医的目的，是为了发展中国医药科学”，并开始有意识地推动中医药纳入国家公共卫生体系以谋求中医药的发展。

从“用中西两法治疗”的实践方式到“团结中西医”的工作方针，从治病救人的方案到发展中国医药科学，毛泽东对于中医药定位与发展的相关论述始终围绕“国情”这个最大的实际而展开。

实践是检验中医药有效性与科学性的标准

毛泽东《实践论》深刻分析了实践的直接现实性，明确提出“只有人们的社会实践才是人们对于外界认识的真理性的标准”。用实践检验认识的真理性是实事求是原则在认识论上的基本要求，也成为毛泽东判定中医药价值的重要标准。毛泽东一生有多次中医药治疗疾病的亲身经历，尤其是他接受著名中医李鼎铭为他治愈关节炎与胃病的经历为人所熟知，这些中医临床实践经历体现了他对中医药的信任。革命时期充分发挥中医药的作用开展军民伤病救治的实践，让毛泽东见证了中医药临床实践的有效性，更加增强了他对中医药的信心。延安时期面对中西医宗派之争的问题，毛泽东指出“不管是中医还是西医，作用都是要治好病”，并再次从实践角度强调“中西医合作”的必要性。新中国成立后，面对中医学被轻视与排斥的现状，毛泽东再次肯定了中医药在我国人民卫生保健工作中的伟大贡献，并进一步要求贯彻中央关于“团结中西医”的指示，在实践中纠正人们对于中医药的偏见、发展中医药。

毛泽东个人接受中医诊治的愈疾经历与中医药在国家卫生事业中的成功实践以一种直接现实的方式验证了中医药的有效性与科学性，证明了毛泽东“中医中药好”的正确论断，为此后持续推动中医

药发展奠定了坚实的实践基础。

以辩证的态度继承发展中医药

辩证法是马克思主义哲学的根本方法，它在对现存事物的肯定的理解中同时包含对现存事物的否定的理解，主张从多视角、多维度综合批判地考察事物的内在矛盾、基本关系及其发展规律。毛泽东自觉运用辩证法全面地看待中医药的肯定性因素与局限性，彰显了辩证法的思维特质。首先，面对学界评价中医的各种声音，他充分肯定中医药作为中华优秀传统文化精华的价值与贡献，旗帜鲜明地强调“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”，提出在时机成熟时，结合自己的经验编出一套系统的中医医书来。其次，毛泽东辩证地看到“医道中西，各有所长”，认为中医理玄而西医失本，因而对新中国的医药事业发展而言，“必须要有西医参加，也要吸收有经验的中医”。他重新确定“西学中”的卫生工作方针，保证了“中西医结合”研究与实践的切实开展。

在对中医药批判继承的基础上，毛泽东将“团结中西医”的实践方针进一步提升到“中西医结合”的理论层面，为未来我们全面正确地认识和发展中医药事业指明了方向。

辩证法的本质是“批判的和革命的”，它对一切既成的形态都要求从不断运动与变化发展中去理解，从而以一种发展的新范式去容纳和保存旧范式中的所有积极成果。毛泽东从辩证发展的角度提出“中西医结合”的思想，是为了在发展中保存与发扬中医药的积极因素，

从而探求一条合理的中医药现代化之路。他对中医药发展工作做出指示：“要根据现代科学的理论，用科学方法来整理中医学的学理和总结它的临床经验，吸取它的精华，去掉它的糟粕”，主张在中医的土壤中“发展中国的新医学”。

毛泽东以一种开放的姿态提出“中西医结合”，在动态辩证中对中医药进行批判地总结与继承，以谋求中医药创新发展之路。新时代以来，习近平总书记强调，“要促进中医药传承创新发展，坚持中西医并重和优势互补”“要深入发掘中医药宝库中的精华，推进产学研一体化，推进中医药产业化、现代化，让中医药走向世界。”正是对毛泽东中医药观的坚持与发展。

从文化遗产的角度传承创新中医药文化

文化是社会意识的重要组成部分，是一个民族思想智慧的结晶。每一时代的文化发展必须以民族文化为基础吸收外来文化，在其已有的历史条件与现实前提下展开。中医药学根植于中华优秀传统文化的土壤，是打开中华文明宝库的钥匙，毛泽东多次强调从文化层面看待和发展中医药。他提出中医问题是文化遗产问题，“是关系到我们中华民族的尊严、独立和提高民族自信的一部分工作”，提倡尊重中医、尊重我国悠久历史的文化遗产。毛泽东也认识到中医药文化“有丰富的内容，当然也有糟粕”，我们要创造自己的新医学需要吸收其积极的因素，也需要学习西医的科学知识。他说“西医是近代的，有好的东西”，但是一切外国的东西“必须经过自己的口腔咀嚼和胃肠运

动……才能对我们的身体有益”，这意味着中医药文化的发展既要尊重自己的文化遗产，也要正确对待外来文化，在葆有民族文化之根的前提下展开文化创新。

站在文化发展的继承性与超越性的角度，毛泽东主张尊重与保护民族文化遗产、传承与创新中医药文化，为中医药行业确立了以“传承精华、守正创新”为基调的发展方向。

总之，毛泽东的中医药观所蕴含的实事求是的哲学立场、辩证发展的哲学方法以及唯物史观的价值向度，体现了马克思主义哲学与中医药文化相结合的理论典范，形成了马克思主义基本原理同中华优秀传统文化相结合的思想成果。我们应从哲学原理的角度进一步深化对毛泽东中医药观的理解和研究，更准确地认清马克思主义中医药观的理论逻辑，更好地为新时代“促进中医药传承创新发展”提供理论思路。

[返回目录](#)

“人工智能+中医药”轻量化发展前景广阔

来源：经济参考报

近年来，“人工智能(AI)+中医药”赛道逐渐升温，一批医工交叉团队投入研发。基于互联网、移动设备的智能中医应用场景日渐丰富，主打中医体质辨识、健康管理等功能的小程序、App等轻量化应用陆续面市，智能中医相关专利数量呈现逐年增长趋势。

《“十四五”中医药信息化发展规划》提出，加快中医药关键数

字技术攻关，其中包括开展人工智能等新一代信息技术在中医药领域的集成应用研究，探索一批中医药数字化应用场景建设，并且鼓励和支持智能中医设备研发及应用。相关赛道前景广阔，同时现阶段也面临一些难点挑战。

业界探索人工智能赋能中医药

在广东东莞的松山湖高新技术产业开发区，广州中医药大学国医堂内一些特别的中医特色诊断仪器引人注目。

作为广州中医药大学和东莞松山湖管委会共同出资成立的中医药特色健康服务机构，广州中医药大学国医堂在中医体检项目中广泛应用中医问诊量化辨证诊治辅助系统、红外热断层扫描仪、经络检测仪等数字化设备，将中医“望、闻、问、切”的传统主观诊断结果以数字量化形式展现，专业的中医专家团队对数据结果进行临床分析，为体检客户提供健康指导。

东莞广州中医药大学中医药数理工程研究院的科研团队正在同中国科学院北京纳米能源与系统研究所相关团队合作，希望通过手机拍摄和人工智能技术，实现面相、舌象、脉象等的自动诊断。“目前技术相对成熟，但需要中医临床专家来标定舌象、脉象的分类，比如某种电子波形是中医上的某一个脉象，通过大量样本输入和机器学习，人工智能系统有望被训练用于辅助看诊。”东莞广州中医药大学中医药数理工程研究院副研究员黄晓其说。

业内人士认为，人工智能技术为中医诊察现代化提供了一条新途

径。哈尔滨工业大学(深圳)计算机科学与技术学院副院长卢光明说,借助人工智能对中医“四诊”进行数字化和标准化,近年来国内已有相关研究成果,最开始从“望、闻、问、切”单模态探索,如今逐步发展到“四诊”融合。

卢光明研究团队提出“医学生物特征识别”的方法,用标准化、自动化的信号采集技术将摸脉、声音、气味等信息采集起来,然后对采集的数据进行特征分析,并把异常的特征提取出来,最后再运用机器学习、模式识别、数据挖掘等技术对其进行建模,目的是实现中医分析的客观化、规范化。

中医 AI “轻应用” 起步

近年来,不少团队正在基于互联网、移动端的传感器采集舌象、面相等,进行体质辨识、健康管理等方面的应用开发,已有多款 App 或小程序面市。

2019 年,广东省中医院教授杨志敏团队与相关企业合作,推出一款名为“望舌问膳”的小程序。用户只需将自己的手机拍舌图片上传,通过简单几步就可得出个人中医健康状态分类报告以及药膳调养指导。

据运营团队介绍,该平台运用中医舌诊方法和数字图像处理技术,采取人工智能深度学习模式,通过大量数据训练物体检测、语义分割模型,抽取裂纹、齿痕、斑点等舌象特征,分析用户体质寒热、虚实等情况,提供调理方案。截至目前,该平台累计使用量已有 140

万人次。

前景与挑战并存

人工智能在中医药领域的应用前景广阔，同时也面临挑战。

除了辅助中医诊断、辅助中医药健康管理外，当前，人工智能还在挖掘中医药数据、辅助鉴别中药、辅助中医药教育等领域应用取得进展。例如，东莞广州中医药大学中医药数理工程研究院人工智能中药鉴别团队与广东省药品检验所合作，建立了能够快速识别陈皮的鉴定工具，能有效区分药材造假、掺假、掺劣的情况。

另一方面，人工智能在中医药领域也面临一些痛点，相关业态仍待成熟。

首先是中医药健康数据标准缺乏，专家提出，“AI+中医药”相关产业要进一步发展，无论中医诊断还是中药质检，都应有相应的标准进行指导，行业才能更健康快速发展。

其次，中医药数据基础还有待完备。卢光明认为，人工智能模型需要海量数据的学习，舌象、脉象等数据需要长时间积累。此外，“AI+中医药”赛道还需解决先进传感器等相关技术挑战，专家表示，当前人工智能的中医药应用技术有待进一步发展。“任何一种技术的落地应用，都需要遵循从基本原理突破到产品初步成型，然后到成熟和完善。”卢光明说。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

医院系统性梳理，不止是医疗机构错位发展与规划

来源：霍尔斯医疗

医院是社会中不可或缺的组成部分，其重要性在于提供各种医疗服务，保障人民的健康和生命安全。然而，由于历史和经济原因等诸多因素，许多医疗机构在发展中存在错位与不合理的现象，导致资源配置不平衡、效率低下等问题。因此，对医院系统进行梳理，优化创新资源配置，是当下亟待解决的重要问题。

首先，医院系统梳理需要从规划与发展角度出发，对医疗机构的规划布局、建筑设计、设备采购、人才培养等方面进行全面考虑，以确保医院系统在发展中满足社会需求、符合市场要求、达到经济效益。

其次，医院系统梳理需要注重资源合理配置，尤其是针对医院内部各个部门之间、不同医院之间资源互补、资源共享等方面，要积极推行协同发展，提高资源利用效率。例如，可以建立跨区域医疗联合体，共享高端医疗设备和技術，提高医疗服务质量；通过推行医疗健康大数据系统，对医疗服务进行全面监管，避免资源浪费和低效利用等问题。

最后，医院系统梳理需要注重优化创新，着力推进信息化、智能化、网络化等先进技术的应用，提高医疗服务水平和效率。例如，可以通过电子病历、在线诊疗、远程医疗等方式实现医疗信息化，让医患间的沟通更加便捷高效；通过推行智能医疗设备、机器人等技术，

提高医疗服务质量和效率。

医院系统梳理不仅仅是医疗机构规划与发展问题，更是对资源的合理化配置和优化创新的问题。通过全面考虑医院系统的规划、资源合理配置和优化创新，我们可以实现医疗服务的更高质量、更高效率，让人民享受更好的健康服务。

除了规划、资源配置和创新优化，医院系统梳理还需要注重以下几个方面：

一、优化管理机制，提高效率。医院系统梳理需要建立合理的管理机制，加强内部管理，确保医院内各个部门的协调配合，避免重复工作和资源浪费。同时，可以通过优化医疗流程和优化人员配备等方式，提高医疗服务效率和质量。

二、加强医疗人才培养和引进。医院系统梳理需要注重人才培养和引进，建立完善的医疗人才培养和聘用机制，确保医院内部人员的专业技能和服务质量。同时，也要积极引进国内外高水平的医疗人才，为医院系统注入新鲜血液，提高医疗服务水平。

三、加强医疗安全管理。医院系统梳理需要加强医疗安全管理，建立完善的医疗安全体系，提高医疗服务的安全性和可靠性。例如，可以通过建立医疗事故处理机制、加强医疗设备和药品管理等方式，保障医疗服务的安全性和质量。

四、加强医疗服务品质管理。医院系统梳理需要注重医疗服务品质管理，建立完善的医疗服务品质评估体系，对医疗服务进行全面监

管和评估。同时，也要积极开展医疗服务质量和安全教育，提高医院内部人员的职业素养和医疗服务品质。

医院系统梳理是医疗机构发展的重要环节，其重要性不亚于规划与发展。通过加强医院内部管理、优化资源配置和加强创新优化，我们可以实现医疗服务的更高质量和更高效率，提高人民健康水平和生活质量。

[返回目录](#)

医院绩效第四代与传统医院绩效有哪些差异

来源：霍尔视野

医院绩效是衡量医院管理效果的重要指标，它是医院管理的重要基础和核心要素。传统的医院绩效主要关注医疗服务的质量、效率和成本控制等方面。然而，随着医疗行业的不断发展和改变，传统的医院绩效已经不能完全满足现代医院管理的需求。因此，出现了医院绩效第四代。



医院绩效第四代是指一种新的医院绩效评估方法，它与传统的医院绩效评估方法相比，具有以下几个方面的差异：

着重关注患者体验：传统的医院绩效评估方法主要关注医疗服务的质量和效率，而第四代医院绩效评估方法则更加注重患者的体验和满意度。这是因为在现代医疗服务中，患者体验已经成为一个非常重要的方面，良好的患者体验可以提高医院的声誉和品牌价值。

强调医疗信息化建设：第四代医院绩效评估方法还更加强调医疗信息化建设。现代医院需要大量的数据来支持医疗服务的运作，因此医疗信息化建设已经成为了医院管理中不可或缺的一部分。

重视医院社会责任：第四代医院绩效评估方法还更加重视医院的社会责任。医院不仅仅是提供医疗服务的场所，还需要承担起社会责任，关注社会问题和民生需求。

4代



头条 @霍尔斯视野

加强医院创新能力：第四代医院绩效评估方法还更加注重医院的

创新能力。医疗行业不断变化和创新，医院需要不断适应变化和创新，提升自身的竞争力。

医院绩效第四代与传统的医院绩效评估方法相比，更加注重患者体验、医疗信息化建设、医院社会责任和创新能力等方面。这些差异的出现，反映了现代医院管理中更加注重全面发展、服务质量和医疗效率的管理理念。

为了更好地实现第四代医院绩效评估，医院需要采取以下几种策略：

提高患者体验：医院应该加强患者体验管理，提高患者的就医感受。例如，建立良好的医疗服务流程，提供个性化的医疗服务等。

4代 医院绩效

解决发放绩效的资金才是真正的高效运营

老旧绩效背离共赢原则

- 激励达标**
-只是绩效一种方法而不是绩效的全部
- 空谈无方**
-医护到大街拉患者? 没有明确指导方向
- 质量核心**
是核心但不是唯一, 需要精细化经营管理
- 混淆效益-率**
指导吻合国策与政策获取最大利益是绩效本质

只是方案, 实施困难

头条 @霍尔视野

如何**指导**

没有病人, 我到大街上去拉?

加强医疗信息化建设：医院需要更加注重医疗信息化建设，建立健全的医疗信息化体系，提高医疗服务效率和质量。

承担社会责任：医院应该积极参与社会公益活动，关注民生问题，

承担起社会责任。

提高医院创新能力：医院应该注重人才培养，鼓励医护人员进行科研和创新，提高医院的技术和管理水平。



通过以上策略的实施，医院可以更好地实现第四代医院绩效评估，提高医院的综合竞争力和服务水平，更好地满足患者的需求和社会的期望。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858