

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第12期

(2024.03.18-2024.03.24)

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，直接跳转具体文章内容。)

· 医疗信息化 ·

▶ [信息技术为医疗行业锻造“新质生产力”的四个趋势](#) (来源：HIT 专家网) ——第 6 页

【提要】2024 年“两会”，“新质生产力”无疑是最热的关键词之一。“新质生产力”，是创新起主导作用、以科技创新作为核心要素的先进生产力质态。当前，在数字化、智能化等时代大趋势下，医疗行业正着力朝着高质量发展目标迈进，信息技术无疑将为全行业创造“新质生产力”提供强大的助推器。

▶ [借助人脸识别等技术，实现“无数字化障碍”的老年人就医环境](#) (来源：北京医学中心信息科) ——第 11 页

【提要】在互联网医疗快速普及的时代，用手机看病对年轻人来说已经不是什么稀奇的事情了；不熟悉智能手机操作的老年人，到医院看病如何才能轻松跨越“数字鸿沟”？是否可以在符合法律法规的情况下，让老年人直接通过“人脸识别”，而不需要手机来完成整个就医流程？笔者在工作实践中进行了一些探索。

· 政务公开 ·

▶ [国家卫生健康委：将从六方面推进卫生健康事业高质量发展](#) (来

源：健康中国）——第 15 页

【提要】日前，国家卫生健康委在国家卫生健康委 2 号楼新闻发布厅召开新闻发布会，介绍“推进卫生健康事业高质量发展，护佑人民群众生命健康”有关情况，并回答媒体提问。发布会围绕“推进卫生健康事业高质量发展，护佑人民群众生命健康”主题，重点介绍医疗、基层和妇幼健康有关工作安排和打算。

▶ [国家卫生健康委 2023 年度法治政府建设工作情况报告发布](#)（来源：国家卫生健康委）——第 33 页

【提要】2023 年，国家卫生健康委坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面学习贯彻党的二十大精神，深入学习领会习近平法治思想和习近平总书记关于卫生健康工作重要论述，认真落实党中央、国务院决策部署，围绕全面落实健康中国建设和推动卫生健康事业高质量发展，统筹推进法治建设各项任务，持续提升法治政府建设水平，取得新进展新成效。

• 分析解读 •

▶ [“四同药品”价格治理倒计时，基本消除不公平高价、歧视性高价](#)（来源：医药经济报）——第 37 页

【提要】“四同药品”指通用名、厂牌、剂型、规格均相同的药品。由于药品在各省的运输成本不同、不同医疗机构与企业的议价能力也不同，“四同药品”的价格在各省有一定程度的上下浮动是合理的。

在全国统一的医保信息平台建成应用之下，“四同药品”价格的进一步治理，将加速推进构建药品领域全国统一大市场。

▣ [突围！深化医疗服务价格改革试点扩面在即](#)（来源：中国医疗保险）——第 43 页

【提要】近期国家医保局会同有关部门组织遴选深化医疗服务价格改革试点省份，在更大范围、更高层级、更深层面开展改革试点。经征集试点意向、实地调研考察，综合考虑不同地域、不同改革地区、社会经济发展水平、医保基金运行等多方面因素，决定在内蒙古、浙江、四川等 3 省开展全省试点。

• 医院管理 •

▣ [公立医院政府采购内部控制管理框架探析—以 X 医院为例](#)（来源：三智医管）——第 48 页

【提要】针对公立医院政府采购制度建设薄弱、采购组织架构设置不完善、采购执行不规范等内部控制管理现状，文章以内部控制及政府采购相关法律法规的要求为基本点，探求保障政府采购项目合规性的前提下，构建公立医院政府采购内部控制框架，提高公立医院政府采购内部管理水平与内部控制的规范性和有效性。

▣ [DRG 下医院的绩效核算设计](#)（来源：三智医管）——第 56 页

【提要】公立医院绩效管理有其特殊性，以往以收入为主要考核指标的绩效核算模式弊端日益凸显，国内一些医院陆续开始选择 RBRVS 的

绩效核算模式。政策上，国家在近近年来持续推动 DRG 医保支付方式改革，对医院管理和医院绩效产生了巨大影响，也需要对 RBRVS 绩效核算体系进行合理设计，使之既能适应医保改革的需要，又能适应公立医院发展的需要。

• 集中采购 •

▣ [医疗服务价格改革不是集采改革的“补丁”](#)（来源：央视新闻）

——第 66 页

【提要】记者从国家医保局了解到，从本月开始，内蒙古、浙江、四川将作为深化医疗服务价格改革试点省份，开展试点。这也是在此前河北唐山、江苏苏州、福建厦门、江西赣州、四川乐山 5 个试点城市的基础上，首次开展的全省或自治区范围的试点。

▣ [心脏支架集采落地三年，给患者、医院、企业带来了哪些变化？](#)

（来源：央视新闻）——第 70 页

【提要】心脏支架植入手术是治疗急性心肌梗死的重要措施。集中带量采购前，心脏支架平均价格高达 1.3 万元，进口支架价格更是接近 2 万元左右，群众对高昂的价格反映强烈。2021 年 1 月，心脏支架集采落地，平均价格降至 700 到 800 元。

-----本期内容-----

• 医疗信息化 •

信息技术为医疗行业锻造“新质生产力”的四个趋势

来源：HIT 专家网

2024 年“两会”，“新质生产力”无疑是最热的关键词之一。

“新质生产力”，是创新起主导作用、以科技创新作为核心要素的先进生产力质态。当前，在数字化、智能化等时代大趋势下，医疗行业正着力朝着高质量发展目标迈进，信息技术无疑将为全行业创造“新质生产力”提供强大的助推器。

趋势一：分级诊疗落地需进一步赋能基层

与往年两会一样，“加强基层医疗卫生服务体系建设”始终是代表委员们最为关注的医疗健康领域议题。

根据 2024 年《政府工作报告》，在“提高医疗卫生服务能力”这一项政府工作任务中，主要措施是着眼推进分级诊疗，引导优质医疗资源下沉基层，加强县乡村医疗服务协同联动。

全国政协委员，中国医学科学院北京协和医学院党委书记、副院长姚建红在“推动智慧基层卫生体系建设”的提案中，建议加快完善智慧基层卫生体系技术支撑，具体举措包括：强化基础设施建设，推动电子健康档案、电子病历标准化建设，建立整合式基层卫生信息

系统，搭建区域数字家庭医生服务平台，加快搭建一体化基层卫生服务数据中心，实现不同层级医疗卫生机构之间的数据互通共享，构建智慧基层卫生服务知识体系，包括常见病知识库、传染病知识库、双向转诊知识库等。

全国政协委员、上海交通大学医学院附属瑞金医院骨科主任张伟滨建议基层医疗机构调整发展目标：一是强化慢病管理抓手，以主动医防融合服务夯实居民信任；二是走差异化路线，将中医、康复理疗等手段变成社区的拿手、看家本领；三是构建数字化健康路径闭环，不断巩固居民就医黏性。他特别建议要将常见慢病管理的“死档案”变为“活档案”，可采用上门服务与移动医疗、远程视频问诊相结合的方式，与居民保持实时沟通，不断反馈和监管健康管理数据，延伸居民健康管理触角，增加基层医疗机构对辖区居民的健康全覆盖。

新质生产力的基本内涵是劳动者、劳动资料、劳动对象及其优化组合的跃升。对于医疗行业而言，在医疗资源分布不平衡的背景下，提高医疗资源配置效率，是满足日益复杂化、个性化医疗需求的重要途径。

在引导优质医疗资源下沉的同时，需要基层医疗机构能有效承接资源、利用资源，这需要信息技术对基层医疗机构的进一步赋能。

趋势二：推动医疗数据要素价值释放

2024年《政府工作报告》提出：深入推进数字经济创新发展，

健全数据基础制度，大力推动数据开发开放和流通使用。加速数据要素价值释放，已成推动新质生产力发展的当务之急。

2023年，随着国家数据局挂牌成立、数据可视为资产纳入财务报表、《“数据要素×”三年行动计划》发布等一系列重要事件，国内数据要素市场建设已步入“快车道”。

针对“如何加速医疗数据要素价值释放”的问题，多位代表委员积极建言。全国人大代表、浙江大学医学院附属第一医院党委书记梁廷波在《加强医保医疗公共数据互通共享》提案中建议，建立“医保、卫生健康数据共享机制”，在保护个人隐私和确保数据安全的前提下，制定公共数据共享清单目录，出台数据共享支持政策，搭建“国家医保医疗公共数据互通共享平台”，适度向省、市、县卫生健康部门开放权限，允许在一定范围内查阅、调用、对比、分析数据资源，支撑“三医”协同治理和公立医院高质量发展。

全国政协委员、对外经济贸易大学保险学院副院长孙洁建议：积极利用人工智能、大数据等前沿科技，打通医院、医保、商业健康险的数据共享，推动保险公司积极拓展市场，借助数据进行精算，开发出更符合大众需求的健康保险产品，同时实现精准定价。

不过，要实现医疗数据要素的价值释放，当前的关键任务是推动医疗数据的要素化。从业界实践来看，医疗机构的数据要素化进程正在加速，但在实务性探索过程中仍面临不少挑战。HIT专家网“医疗

数据资产专栏”将对此问题保持持续跟进。

趋势三：医疗人工智能面临更复杂的问题与责任

值得注意的是，2024年《政府工作报告》中出现了一个新的关键词：“人工智能+”行动。人工智能已成为驱动新质生产力的重要引擎和来源。

在过去的2023年，生成式人工智能及其背后的大模型技术对各行各业都带来了巨大深远的影响，医疗领域大模型应用已露出“尖尖一角”，带来临床医生和人工智能“协作配合”的全新体验。但其发展的局限性和潜在风险依然不容忽视，大语言模型在严肃医疗领域的真正普及，还面临不可逾越的障碍。

为帮助解决医疗健康大模型落地面临的数据、标准和算力等多方面挑战，全国政协委员、宁夏回族自治区政协副主席马秀珍建议“建设医疗健康人工智能大模型基地”，在国家层面建立统一的医疗数据治理体系，加快数据合法合规开发利用，为医疗健康大模型基地提供多样化、高质量的训练数据；建立医疗健康专业大模型库，在新药研发、疾病预防、诊断治疗、康养护理等领域建设一批创新场景，打造未来的数字医院和数字医生；开展医学人工智能评估标准、质量控制、评估方法和流程规范的研究与应用，组织制定医学人工智能应用行业标准，推动医学人工智能应用的标准化与规范化。

在医学人工智能应用场景方面，广东省政协委员、中山大学肿瘤

防治中心超声科副主任林僖建议加强人工智能技术在乳腺癌筛查领域的应用，同时通过建立高质量乳腺癌筛查数据平台、组织专业队伍对现行的乳腺癌筛查人工智能软件进行客观评价及审核等方式，确保诊疗质量与安全。中国医学科学院北京协和医学院党委书记、副院长姚建红建议利用人工智能等技术深度挖掘基层卫生服务数据内在联系，开发面向基层卫生的辅助决策工具和健康管理模型；基于数据融合模型，自动匹配业务数据，自动生成各类报表，简化基层医务人员填报数据的工作量。

作为生产力侧的技术变革，生成式人工智能已在医疗行业展现出丰富的大模型应用场景和巨大的发展潜力，但仍有非常复杂的问题与责任有待解决。

趋势四：互联网医疗充满挖潜空间

疫情期间，互联网医疗服务出现规模性增长，其作为医院在特殊时期的民生兜底手段和作用全面显现。走出疫情，互联网医疗总体仍面临“建而不用”的难点痛点问题，互联网医疗的价值仍有待进一步发掘。

多位代表委员对互联网医院的建设与运营提出建议。宁波市人大代表、宁波市医疗中心李惠利医院消化中心主任沈建伟提交《关于进一步加强互联网医院建设的建议》，主要内容包括：建议针对不同等级和层次的医疗机构实行分级准入管理，并向社会公示，建立互联网

医院的评价和退出机制;加快互联网医院医保支付平台建设,积极推进支付方式改革,实现线上线下医保支付政策同质化,方便群众就医,提高优质医疗资源的有效利用。

全国政协委员,恒银金融科技股份有限公司党委书记、董事长江浩然建议针对互联网医院药品供应品种不全、未能真正贴近需求、购药时效性和药品安全性难以保障、互联网购药医保支付未完全打通等问题,通过加强药品配送管理和智能售药自助终端的布放、加强对互联网购药医保支付模式的监管力度等手段,规范互联网购药。

整体而言,产业各方仍需孜孜探索更多被医患认可的创新互联网医疗服务新模式,才能进一步发挥互联网医疗的价值。

“新质生产力”是生产力的跃迁。在大数据、互联网、人工智能等信息技术的支撑下,“新质生产力”将为医疗行业的诊疗质量、服务效率带来新的跃升,也必将催化出更多新型的医疗服务模式。

[返回目录](#)

借助人脸识别等技术,实现“无数字化障碍”的老年人就医环境

来源:北京医学中心信息科

在互联网医疗快速普及的时代,用手机看病对年轻人来说已经不是什么稀奇的事情了;不熟悉智能手机操作的老年人,到医院看病如何才能轻松跨越“数字鸿沟”?是否可以在符合法律法规的情况下,让老年人直接通过“人脸识别”,而不需要手机来完成整个就医流程?

笔者在工作实践中进行了一些探索。

将人脸识别技术贯穿就医流程

记得疫情期间，当你走进医院的第一步，迎面而来是“数字哨兵”闸机，刷身份证、社保卡就会快速进行测温、人脸识别、健康码、行程码的秒级数据提取。即便是戴着口罩，也能顺利“无感”通过第一个健康流调环节。

看似一个简单过程，背后是与大数据平台的信息对接和强大的网络支撑。这个环节打通了健康、身份、通讯、医保等多类信息之间的数字瓶颈，成功完成了“数字哨兵”与闸机的结合。如今疫情已经离我们远去，这些“数字哨兵”的技术应用是不是可以进一步转换到老年人“无感就医”的场景中呢？

前些年，笔者参加扶贫项目时，在云南一家县人民医院工作过。这家位于三省交汇处的县医院非常有特点：患者就医不用先挂号，直接去门诊诊室找医生，甚至可以直接找院长看病。笔者在这家医院做了一些尝试，希望将人脸识别技术贯穿整个就医流程。具体措施包括：

1. 信息绑定。患者在门诊窗口进行人脸识别信息绑定，后台自动关联患者的身份信息、医保信息、支付信息。

2. 自助挂号与报到。患者在有人脸识别功能的自助机上直接刷脸挂号和缴费，并且进入排队叫号对列，等候就诊。

3. 刷脸就医。患者进入诊室后，医生桌上的“智能诊疗一体机”

对患者进行人脸识别，患者的健康档案、药物过敏、基础疾病等信息即可调入门诊医生工作站。

4. 诊间会诊。如果患者疾病需要其他学科医生共同会诊，门诊医生可利用“智能诊疗一体机”接入专家，与患者交流沟通并做出相应诊断。

5. 自助缴费。诊疗结束后，患者到自助机上再次进行人脸识别，自助机显示患者的缴费信息，患者像在银行柜台存钱一样在“一体机”上签名确认，即可完成缴费，并且打印出纸质账单。笔者认为这是真正的“看病缴费 ATM 机”。

目前，笔者所在医院也正在积极研发推进通过人脸识别来完成医保支付的工作，据说江苏省已有这方面的实践经验。

其实，基于人脸识别的移动支付(如微信、支付宝等)已经没有技术瓶颈了。笔者尝试这样的就医模式，就是想帮助一部分老年人患者在就医时体验“无感支付”的便捷，达到“什么都不用带，一路刷脸就可以完成整个就医过程”的效果，离开医院前在集中打印中心打印所有清单、各类报告，之后可以回家慢慢核对、查看。

更多场景畅想

人工智能技术突飞猛进发展，早些年一些类似“导诊机器人”的设想已经在实际场景中落地应用了。笔者也做了一些畅想，有些场景已经实现，有的场景还在积极探索和研发之中。

1. 智能导诊机器人

在门诊大厅，患者与智能导诊机器人进行简单的人机语言交流后，可以快速找到相关的科室介绍，当然也可以完成挂号。至于“洗手间在哪里？坐电梯怎么走？有没有开水间？”等这些导医台护士每天都需要重复回答几十、上百遍的问题，都可以交给这个机器人完成。在上述云南那家县医院的实施过程中，许多来看病的小朋友会直接与“导诊机器人”进行肢体互动，没过几天“导诊机器人”的手臂就折断了。遇到这样一个非技术问题，也是让笔者哭笑不得。

2. 信用无感支付

无感支付技术在停车场、高速公路、公共交通上的应用，已经广为人知了。医保电子凭证的信用无感支付，也正逐步渗透到患者就诊期间的支付环节，患者只需在诊疗、检验、检查、取药等环节出示医保电子凭证即可完成支付，笔者认为当前已经具备人脸识别医保无感支付的基础了。

3. 数字码识别技术

如果需要取药，患者来到自动药柜机前，扫一下缴费凭条上的开箱码，自动药柜就会打开，与超市存包柜和小区快递柜一样方便。患者无需担心冒领问题，开箱码将与患者人脸进行联合校验。

4. 医疗机器人技术

这里说的是用于医院、诊所的医疗或辅助医疗机器人。“小护机

机器人”就是其中一款导引式多功能机器人。如果患者需要住院，医生开好住院证后，患者踏进病区，迎面而来的就是“小护机器人”。它带领患者完成入院前的准备工作并来到病床前，之后会对患者进行入院须知和健康宣教，患者只要点“确认”键即可。早些年流行的“床旁智能终端”已经可以这样做了，只是好的项目和应用还需要与时俱进的不断维护和升级换代。

5. 蓝牙测量技术

患者住院期间，护士的很多床旁护理工作都能通过蓝牙设备将患者的呼吸、脉搏、体温、血压、血氧、血糖等生命体征数据，实时传回到护士工作站的智能大屏上，这将极大地减轻护理文书的记录工作量，让护士能将更多的精力放在照护患者身上。

通过人脸识别等新技术、新应用的落地，让老年人患者跨越“数字鸿沟”，享受无感就医的便利，是笔者写这篇文章的出发点。如有不当之处，还请多多批评指正。

[返回目录](#)

• 政务公开 •

国家卫生健康委：将从六方面推进卫生健康事业高质量发展

来源：健康中国

国家卫生健康委在国家卫生健康委2号楼新闻发布厅召开新闻

发布会，介绍“推进卫生健康事业高质量发展，护佑人民群众生命健康”有关情况，并回答媒体提问。

国家卫生健康委新闻发言人、宣传司副司长

胡强强

各位媒体朋友，大家下午好！欢迎参加国家卫生健康委新闻发布会。今年是中华人民共和国成立75周年，是实施“十四五”规划的关键一年，也是卫生健康事业改革创新、强基固本、全面提升的重要一年，国家卫生健康委将以更加务实的行动推进卫生健康事业高质量发展。

今年全国两会上，李强总理代表国务院作了政府工作报告，部署了2024年重点工作任务。国家卫生健康委将从以下几个方面重点推进：一是持续深化拓展医改，促进医疗与医保、医药的协同发展和治理，深入开展改善就医感受提升患者体验主题活动，深入实施医疗卫生机构信息互通共享攻坚行动。二是统筹提升卫生健康服务能力，全面推进紧密型县域医共体建设，推动城市医疗资源下沉，加强县乡村医疗服务协同联动和用药衔接。三是加强科技创新和人才培养工作，统筹推进医药卫生科技重大攻关，组织好“国家杰出医师”和“优秀青年医师”选拔培养工作，加强全科医师培训培养，发展壮大基层医疗卫生人才队伍。四是全面认识、正确看待人口发展新形势，大力推进人口高质量发展。积极稳妥完善生育支持政策，多渠道增加托育服

务供给，营造良好的生育支持氛围。五是持续做好重点传染病防控工作，积极防范公立医院运营风险，深入开展安全生产治本攻坚三年行动。六是增强法治思维，提升卫生健康法治水平。加快推进相关立法工作，强化普法遵法，提升依法行政水平。

今天的发布会围绕“推进卫生健康事业高质量发展，护佑人民群众生命健康”主题，重点介绍医疗、基层和妇幼健康有关工作安排和打算。

出席本次发布会的嘉宾有：

基层司司长傅卫女士；

妇幼健康司副司长沈海屏女士；

医政司副司长李大川先生。

请他们共同回答大家关心的问题。

下面，进入今天的现场提问环节，提问前请先通报所在的新闻机构。

新华社记者

儿童的健康成长牵动着每个家庭的心，在儿童看病就医过程中反映出儿科医生资源不足或者区域分布不均衡。那么，该如何推动儿科诊疗的均质化、规范化，解决好儿科诊疗的供求矛盾？谢谢。

国家卫生健康委医政司副司长

李大川

感谢您的提问。面对日益增长的多样化的儿童医疗卫生服务需求，国家卫生健康委积极健全儿童医疗卫生服务体系，持续推动儿童医疗卫生服务改革发展，重点做了几个方面的工作：一是加强体系建设。我们在全中国设置了2个国家儿童医学中心和5个国家儿童区域医疗中心，同时，在全国推进儿科专科联盟建设。二是提升儿童疾病的诊疗和服务水平。设置了国家儿童医疗质量控制中心；支持了67个儿童相关专业的国家临床重点专科项目，制修订一批儿童重大疾病的诊疗指南和规范；加强儿童实体肿瘤的管理，建立了覆盖全国各省的儿童实体肿瘤诊疗协作网络，同时，还建立了儿童重大疾病的登记管理系统。三是提高基层服务能力。推动基层医疗卫生机构、妇幼保健机构与儿童医院、综合医院儿科加强联动，依托医联体优化儿童医疗资源配置，提高儿童优质医疗服务的可及性。

2024年，我委将进一步完善儿童医疗卫生服务体系，按照《政府工作报告》要求部署，更好满足儿童医疗卫生服务需求。一是在机构建设方面，要求每个省建立一个高水平的儿童专科医院或者综合医院儿科，要求每个地市级三级医院建设一个实力强的儿童专科。同时，指导各地加强县医院的儿童医疗卫生服务能力建设，支持妇幼保健机构和基层医疗卫生机构创造条件提供儿科医疗服务。二是在优化儿童服务方面，提升儿童重大疾病和急危重症救治能力，完善医疗机构24小时救治绿色通道和一体化服务，推进以家庭为单位的签约服务，

引导儿童普通疾病到基层医疗机构就诊。在人才队伍建设方面，加强基层医疗机构全科医生对儿童疾病的诊治能力，扩大儿科住院医师规范化的培训规模，加强儿科专业住院医师规范化培训基地和师资队伍的建设，创造条件鼓励相关专业医师转岗为儿科医师。四是在完善相关配套政策方面，落实对儿科专科医疗机构的财政补助政策，协同医保部门落实医疗服务价格动态调整机制，完善儿童医疗保障待遇和支付政策，体现对儿童医疗卫生服务高质量发展的多方支持。谢谢！

CGTN 记者

傅司，我们常说要做到“小病不出村，大病不出县”，但实际上很多群众在生病之后第一时间还是要到大城市就诊，请问如何把病患问题尽量解决在乡镇卫生院和村卫生室呢？谢谢。

国家卫生健康委基层司司长

傅卫

谢谢你的提问。实现分级诊疗，关键是乡村的医疗卫生机构有能力解决群众的常见病、多发病这些问题，能够得到群众的信任，对就医行为进行必要的引导。就目前来看，基层的医疗卫生机构诊疗人次占比现在已达到 52%，深化医改以来，特别是党的十八大以来，分级诊疗制度有序推进，县级及以下医疗机构的诊疗量也在稳步提升，有效地分流了患者。去年年初，中央专门出台文件，要求进一步深化改革，促进乡村医疗卫生服务体系发展。在去年年底，经国务院同意，

我们委又联合 9 个部门印发了文件，在全国范围内将紧密型县域医共体由试点阶段转为全面建设阶段，其目的都是要统筹县域的卫生资源，加强县乡村医疗服务协同联动，让群众能够就近就便享有更加公平可及、系统连续的健康服务。

2024 年，我委将按照《政府工作报告》的要求，以全面推进紧密型县域医共体建设为重点，推动人员、技术、服务、管理四个下沉，核心是专业人员的下沉，着力提升基层医疗卫生服务机构的服务能力，使更多的常见病、多发病能够在县域内得到解决。一是指导各地整合优化县域医共体的资源布局，重点推进医学影像、医学检验、心电诊断、病理诊断、中心药房等资源在县域的共享中心的建设，并且向乡村来延伸。二是提高服务和管理的同质化水平。指导各地统一医共体成员单位服务质量的控制标准，强化医疗质量和安全管理，大力推行基层检查、上级诊断、结果共享。三是提升基层首诊和疑难疾病的识别转诊服务能力。通过人员派驻确保每个乡镇卫生院至少有 1 名县级牵头医院主治医师以上人员能够常年驻守基层服务。四是推动县域医共体与城市医院的合作，深化落实城市支援农村工作，通过专家派驻、专科共建、临床带教等方式，来帮助基层医疗卫生机构提升服务能力和管理水平。同时，我们还将会同相关部门进一步加强组织推动和分类指导，督促落实各级政府的投入保障责任，促进医保政策协同，优化人事薪酬管理制度，加强监测评估和宣传引导，确保紧密型

医共同体建设在“强县域、强基层”的方向上稳健发展，让群众在基层获得更多更高水平的医疗卫生服务。谢谢！

红星新闻记者

有患者反映，在分时段预约挂号后，大家不用一大早去医院排队，就医体验明显改善了，请问我们还有哪些具体措施，能够解决患者长期以来在就医过程中反映的比较集中的一些问题？谢谢。

国家卫生健康委医政司副司长

李大川

谢谢你的提问。正像你讲到的，现在越来越多的医院都实行分时段预约服务，这的确也给患者带来很大的便利。实际上，在分时段预约方面，卫生健康行政部门和医疗机构做了很多工作。加强医疗服务、改善就医感受，一直是卫生健康行政部门的一项重点工作，从2015年到2020年，国家卫生健康委连续实施两轮的进一步改善医疗服务行动计划。2023年，我们在全国启动了“改善就医感受提升患者体验”的主题活动，所有的工作安排都把分时段预约作为重点进行部署。据统计，目前全国82.7%的二级以上公立医院开展了预约诊疗服务，三级公立医院平均预约诊疗率达到61.1%，应该说取得了积极的成效。

今年，国家卫生健康委将进一步落实政府工作报告要求，响应人民群众新期待、新需求，重点是围绕6个方面20条举措，力图以改

善服务的“小切口”，来撬动看病就医的“大民生”。

一是从患者的视角出发，围绕着诊前诊中诊后这三个方面，推进院前预服务方式，“先诊疗后付费”，“一次就诊付费一次”等新就诊和付费结算模式，缩短患者等待时间。依托医联体提升医疗服务连续性，给患者提供出院后的管理和随访服务。二是运用新理念、新技术、新模式，及时满足多样化就医需求。引导医疗机构建立“一站式”服务中心，整合相关医疗流程，在一个地点为患者提供入出院手续办理、医保审核结算、检查检验预约、健康教育和导诊咨询等服务，减少患者来回奔波。持续推广疼痛综合管理、多学科诊疗、麻醉、健康管理等新型门诊以及中西医结合诊疗模式，来主动回应人民群众新的期待。同时，弹性调整门诊时间，疏解高峰时段的就诊量，来便利患者就医。三是要厚植“以病人为中心”的医院文化。在二级以上医院推广建立医务社工和志愿者制度；提高膳食、保洁质量，改善患者停车条件，在公共区域提供网络、阅读灯服务等，加强医患沟通，构建和谐医患关系，打造“更有温度的医疗服务”。谢谢！

香港中评社记者

我国妇女生育年龄在推迟，而且三孩生育政策已经实施，高龄孕妇越来越多，请问她们的安全如何保障？谢谢。

国家卫生健康委妇幼健康司副司长

沈海屏

感谢您的提问。近年来，我国高龄孕产妇比例在提升，经产妇比例也在提升，我委多措并举，全力保障母婴安全。2023年，全国孕产妇死亡率是15.1/10万，婴儿死亡率是4.5‰，5岁以下儿童死亡率是6.2‰，这些指标和2020年相比，分别下降了10.7%、16.7%和17.3%。婴儿死亡率和5岁以下儿童死亡率已经达到了“十四五”国民健康规划的目标要求。为了切实保障母婴安全，特别是保障高危孕产妇的安全，下一步，我委将巩固实施母婴安全五项制度，加强高危孕产妇的识别和救治，全力保障孕产妇和新生儿安全健康。我们主要从三个方面做工作：

一是持续巩固实施“母婴安全五项制度”。我们要聚焦服务质量提升、专科能力提升和群众满意度的提升，督促医疗机构全面落实母婴安全五项制度，全面加强孕产妇和儿童的健康服务。对孕产妇，我们开展妊娠风险评估，按照风险高低以不同颜色进行标识和分类管理，紧盯高危孕产妇强化专案管理，着力加强危急重症救治，层层把关筑牢母婴安全防线。

二是夯实母婴安全保障网络，全面提升服务能力。近期，我委将印发加强助产服务管理的文件，就规范助产服务规划布局和资源调整提出明确要求，保障产妇分娩安全方便。危重孕产妇和新生儿救治网络是保障母婴安全的最后一道防线，我们依托产儿科实力突出、综合救治能力强的医疗机构，在全国已经建立了省、市、县三级危重孕产

妇救治中心 3491 个、危重新生儿救治中心 3321 个，覆盖广泛、分级负责、上下联动、应对有序的危重孕产妇和新生儿救治体系基本建立。今年我们将重点开展救治体系的评估，提升危急重症的救治能力，严守安全底线。

三是综合施策解决重点难点问题。高危孕产妇当中很大一部分会发生妊娠期糖尿病、高血压等这样的并发症，或者会合并内科疾病，我们将进一步指导各级医疗机构在“建预案、练精兵、抓联动”上下功夫，建立院内的多学科急救小组，强化危重孕产妇救治多学科协作诊疗，全面提升危急重症的临床救治水平。同时，孕产妇的分娩体验也是我们特别关注的，今年我们将开展生育友好医院建设，提高孕产妇住院分娩的舒适度和满意度，改善分娩体验。谢谢！

中新社记者

我的问题是关于基层医疗卫生机构的。有人认为乡镇卫生院和村卫生室就是“打个针”“拿个药”的地方，稍微大一点的病就看不了了。为了改变这样的情况，基层医疗卫生机构在“修内功”“提能力”方面采取了哪些硬招实招？谢谢。

国家卫生健康委基层司司长

傅卫

感谢您的提问，也特别感谢大家对基层卫生工作的关注。对标对表习近平总书记强调要“做到大病不出省、一般疾病在市县解决，日

常疾病在基层解决”，乡镇卫生院和村卫生室也绝对不能限于只是“打个针”“拿个药”。我委始终将基层医疗卫生服务能力建设作为最基础、最根本的一项重要工作。

2024年，我们将持续从这样四个方面来发力：

一是强机构。继续深入开展旨在提升基层医疗服务能力的“优质服务基层行”活动，我们下发了三年行动方案，进一步指导基层机构对照建设标准，全面加强全科医学科、内外妇儿科、康复科、口腔科等临床科室建设，重点补强儿科、呼吸科、口腔科、康复科，立足满足群众就近就便看病就医的需求，来推动各地进一步加大投入，加强数字影像、彩超、全自动生化分析仪以及CT等设备和救护车的配备，不断增强基层医疗卫生机构的硬实力。

二是强队伍。从扩大增量、提升存量这两个方面，持续加强乡村医疗卫生人才队伍建设，扩大农村订单定向免费医学生的招生规模。实施大学生乡村医生专项计划，并落实编制保障政策。支持大学生村医考取执业医师或执业助理医师资格。同时，持续实施基层卫生人才能力提升培训项目，提高基层卫生人员理论水平和实操技能，重点提升基层医务人员对常见病、多发病、慢性病、呼吸道传染病以及儿科的诊疗服务能力和健康管理能力。

三是强保障。积极争取和引导相关部门和地方政府加大对基层医疗卫生机构的补助力度，保障基层机构的运行和发展，也充分发挥中

央补助资金的导向作用，既坚持“保基本、强基层、建机制”，又突出“补短板、强弱项”，推动基层医疗卫生机构提升设施设备配备水平和医疗服务综合能力。

四是强服务。充分发挥基层医疗卫生机构与群众的生产生活密切关联的特点和优势，积极推进家庭医生签约服务，增强稳定联系和联络指导，做好日常健康管理咨询和服务，进一步发挥基层医疗卫生服务的“健康守门人”作用。谢谢！

凤凰卫视记者

我们关注到，最近国家卫健委发布了《国家临床专科能力评估办法》，请问国家为什么要开展这项临床专科能力评估呢？另外下一步计划如何开展这项评估工作？谢谢。

国家卫生健康委医政司副司长

李大川

谢谢您的提问。临床专科评估主要目的是提高临床专科服务能力，让患者获得高水平的专科医疗服务。临床专科是服务患者的基本单元，临床专科能力反映了一个专科解决群众疾病问题的实力和水平，不断提高临床专科水平是我们卫生健康行政部门一直努力的方向。本次部署的临床专科评估和以往的专科建设有所不同，是希望通过评估的“指挥棒”作用，推动医疗机构打破传统学科和科室的壁垒，构建以病人为中心、以疾病诊疗为链条的多学科融合型临床专科。

我们原来的学科是按照治疗手段划分的，如内科、外科，现在的临床专科强调按照疾病链条进行划分，如神经系统疾病，涉及内科、外科、影像等多个学科，围绕患者的救治需求来建立临床专科。开展评估也是围绕对疾病的诊疗能力和对患者服务水平来进行。最终目的，还是让患者受益。

临床专科能力评估以4年为一个周期动态实施，坚持公平公正公开的原则，以医疗服务能力和质量安全为核心、以科学数据为基础，采取量化的方式进行。主要从三个方向开展：一是如肿瘤等重大疾病；二是系统疾病领域，如神经系统疾病、消化系统疾病、心血管系统疾病等，三是平台专科，如麻醉、影像、检验等。评估指标分为四个维度，即医疗服务能力、技术能力、质量安全和服务效率。通过临床基础数据获得“临床专科能力综合指数”，我们将公布“临床专科能力综合指数”结果区间，防止医疗机构仅关注得分和排名，引导医疗机构改进工作，带动医疗机构建立有利于患者疾病诊断治疗的临床专科新体系，不断提高医疗服务能力，更好地满足人民群众对医疗卫生服务的需求。谢谢！

21世纪经济报道记者

随着老龄化加快，慢性病人数量呈上升趋势。为提升基层慢性病防治水平，有哪些应对举措？

国家卫生健康委基层司司长

傅卫

谢谢。国家高度重视基层的慢性病防治工作，在“十四五”国民健康规划中也特别提到要强化医防融合，依托基本公共卫生服务，以高血压和2型糖尿病为切入点，实施城乡社区慢病医防融合提升工程。近年来，我们也在部署年度基本公共卫生服务工作中，把提升高血压、2型糖尿病等慢性病患者的健康管理服务质量作为一个重点来推进。2023年，我们还推出了《基层卫生健康便民惠民十项服务举措》。其中也特别提到，要推进中高级职称医师在基层机构值守门诊服务，解决群众就诊中的一些专业问题；要为糖尿病、高脂血症、高血压等慢性病患者提供健康、饮食、处方或者相关的建议，帮助其通过适量运动、健康饮食等方式来控制肥胖等危险因素，恢复和保持健康状态。

2024年，我们将继续指导各地加快构建优质高效的城乡基层医疗卫生服务体系，结合基本公共卫生服务重点人群管理，进一步完善高血压、2型糖尿病等慢性病患者全生命周期健康服务，进一步保证服务频次和质量。一是优化基层慢性病健康管理，开展慢性病患者分类分级的健康管理，对同时患有多种慢性疾病的患者开展多病共管的服务。二是推进为乡镇卫生院和社区卫生服务中心培养具备医防管复合能力的复合型骨干人员，提高医防融合服务的质量和效率。三是开展为期3年的“体重管理年”活动，促进公众了解自身体重变化，主

动调整饮食，加强运动和锻炼，由专业人士给予技术帮助和指导，社区单位广泛参与。我们知道，体重正常了，也能够比较好地控制包括心脑血管病、糖尿病、高血压等在内的多种慢性病，对健康大有益处。四是要持续抓好基层的便民惠民 10 项举措，要切实落实，发挥非药物治疗的作用，就像我刚才提到的运动处方、饮食处方以及相关的建议，做好慢性病的重点人群服务，不断提高群众的依从性和满意度。谢谢！

人民日报健康客户端记者

每个家庭都想生出健康的宝宝，做孕检产检意识也在逐年增强，请问我国目前出生缺陷防治整体情况如何？孩子出生以后，还有没有针对先天性、遗传性疾病的筛查、诊断和治疗措施，减少儿童先天性疾病？谢谢。

国家卫生健康委妇幼健康司副司长

沈海屏

感谢您的提问。出生缺陷防治是提高出生人口质量，保障生育政策落实落地的一个重要措施。近年来，我国出生缺陷防治工作成效显著，与 5 年前相比，出生缺陷导致的婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率均降低了 30% 以上，神经管缺陷、唐氏综合征等严重致残的出生缺陷疾病发生率降低了 23%，有力保障了广大群众健康孕育。接下来，我们从两个方面进一步加强出生缺陷防治工作。

一是持续提升能力，推进实施出生缺陷防治能力提升计划，通过六方面措施、18项任务，加快构建覆盖城乡居民、涵盖婚前、孕前、孕期、新生儿和儿童各阶段、更加完善的防治链条。二是深化防治服务。目前，全国孕前检查率达到91.8%，孕期产前筛查率达到88.7%，新生儿遗传代谢病和听力障碍的筛查率都已经达到了98%以上，我们将进一步推进三级防治服务更加普惠可及。在一级预防方面，统筹推进健康教育、婚前医学检查、孕前检查、补服叶酸服务，让出生缺陷尽可能不发生；在二级预防方面，我们要提供全方位的孕产期保健服务，加强产前筛查和产前诊断与干预，减少严重致死致残的出生缺陷；在三级预防方面，对严重危害新生儿健康的先天性、遗传性疾病实行专项检查，努力做到出生缺陷早发现、早干预、早康复。

您刚才提到的先天性、遗传性疾病在孩子出生后的筛查、诊断、干预问题，也是我们特别重视的一项工作。比如现在全国都在开展新生儿遗传代谢病的筛查，这其中有一个疾病就是苯丙酮尿症，新生儿出生后尽快开展针对性筛查，就可以尽早发现苯丙酮尿症的患儿，这些孩子发现以后及时服用特殊奶粉，就会减少对智力的损害，绝大多数这样的孩子智力都可以达到正常的水平。再比如，我们还开展新生儿听力障碍筛查，可以早期识别听力有问题的孩子，这些孩子通过早诊断、早干预、早康复，比如安装助听器、植入人工耳蜗、开展语言训练，就可以有效地减少孩子的“聋”和“哑”的发生。今年我们将

按照《政府工作报告》的要求，进一步强化筛查诊断机构的建设，推进筛诊治康一体化服务，促进先天性疾病、遗传性疾病早诊早治，有效减少儿童先天残疾，全面保障儿童健康。谢谢！

南方日报南方+记者

全国两会期间，“用药可及”成为一些代表委员建议提案的聚焦点。今年政府工作报告也提出“扩大基层医疗卫生机构慢性病、常见病用药种类”，我们将从哪些方面保障基层医疗卫生机构慢性病、常见病药品配置，让患者在家门口就能用上所需的基本药物呢？

国家卫生健康委基层司司长

傅卫

谢谢你的提问。其实，由于基层医疗卫生机构的功能定位、规模条件、服务能力、人员力量等和城市医院都是存在一定的差异的，因此在药品的配备和使用的品种数量上，会有一些的区别和要求，这也在一定程度上影响到基层机构提供常见病、多发病诊治以及接受上级医院转诊患者等服务的开展。近年来，随着基层服务能力的提升和县域医共体建设的推进，应该说从政策上和实践上，对这个问题都取得了比较明显的进展和成效。正像你所说的，今年在《政府工作报告》中也明确提出要求，要扩大基层的医疗卫生机构慢性病、常见病的用药种类，我委也会按照工作部署，一方面落实好已有的政策，在此同时进一步优化完善基层用药保障机制。我想，重点也是从四个方面来

发力：

一是通过紧密型县域医共体建设，进一步畅通乡镇卫生院和县医院用药衔接，来实现用药目录的统一和处方的流转。同时我们也鼓励各地依托县域医共体建设，之前我也谈到了我们的共享中心，像医共体建设中心药房和共享的中药房等，通过这样的建设，建立基层缺药登记和配送制度，这样上下贯通来解决乡村居民的用药问题。

二是提升县域医共体内药事管理的同质化水平，推动开展医共体内的处方前置审核、处方点评，建设和加强县域医共体药品供应、储存、使用、监管全链条的药事管理，保证让群众在基层既能有药可用，更能放心用药、合理用药，我想这对群众来说也是很重要的。

三是全面梳理现有医疗卫生机构用药政策和药品使用情况，研究制定基层医疗卫生机构药品遴选指导原则，统筹基层用药目录管理，进一步扩大基层医疗卫生机构的慢性病、常见病用药种类，增强可及性。

四是会同相关部门研究制定基层医疗卫生机构药品联动管理机制，通过加强基层的药事服务水平，提升基层药品短缺应对能力和健全药品监测评价体系等这样一些综合措施，持续改善基层用药状况，并且保证合理用药和安全用药。谢谢！

国家卫生健康委新闻发言人、宣传司副司长

胡强强

如果没有其他更多问题，我们的现场提问环节就到这里。今天的发布会我们聚焦了医疗、妇幼健康和基层相关领域的话题和主题。接下来，我们还将就卫生健康领域的其他重要工作、重点工作，做另外一些主题发布。今天的发布会就到这里，欢迎大家对接下来的发布会持续关注。谢谢大家！

[返回目录](#)

国家卫生健康委 2023 年度法治政府建设工作情况报告发布

来源：国家卫生健康委

2023 年，国家卫生健康委坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面学习贯彻党的二十大精神，深入学习领会习近平法治思想和习近平总书记关于卫生健康工作重要论述，认真落实党中央、国务院决策部署，围绕全面落实健康中国建设和推动卫生健康事业高质量发展，统筹推进法治建设各项任务，持续提升法治政府建设水平，取得新进展新成效。

一、加强党的领导，深入学习贯彻党的二十大精神和习近平法治思想

国家卫生健康委注重全局统筹，全面履行推进法治政府建设第一责任人职责，自觉运用法治思维和法治方式谋划推动卫生健康各项工作高质量发展。通过委党组会议、理论学习中心组学习等形式，深入学习贯彻党的二十大精神，把全面贯彻习近平法治思想作为重要政治

任务，认真学习领会关于“在法治轨道上全面建设社会主义现代化国家”的重要意义，为卫生健康系统加强宪法实施、推进科学立法、确保依法行政、加快法治政府建设奠定坚实的思想基础。充分发挥领导干部学法“头雁效应”。主题教育期间，委领导以“学习贯彻习近平法治思想”为主题在委党组主题教育读书班进行精读领学。将习近平法治思想列入党组理论中心组 2023 年度重要学习内容，印发《委机关及直属单位领导干部应知应会法律法规清单》，建立健全委主任会会前学法、领导干部学法用法激励机制等制度。

二、推进良法善治，卫生健康法律规范体系日趋完善

《传染病防治法》于 2023 年 10 月经全国人大常委会第一次审议，《突发公共卫生事件应对法》于 2023 年 5 月报请国务院审议。推动完成《人体器官捐献和移植条例》等行政法规的修订工作。制修订《食品安全标准管理办法》《职业卫生技术服务机构管理办法》《卫生健康统计工作管理办法》等 3 部部门规章，废止《计划生育系统统计调查管理办法》等 6 部部门规章。强化卫生健康标准的技术支撑作用。围绕卫生健康重点工作，发布《医院感染监测标准》《医院电力系统消防安全管理标准》等 75 项卫生健康标准。新增《婴幼儿配方食品良好生产规范》《特殊医学用途配方食品良好生产规范》等 85 项食品安全国家标准，覆盖从农田到餐桌全链条，切实维护人民群众食品安全和营养健康。

三、注入法治动能，高质量打造法治化营商环境

国家卫生健康委全面落实行政许可事项清单管理，发布《卫生健康领域行政许可事项清单》，明确 29 主项、53 子项行政许可事项，编制行政许可实施规范，完善委本级行政许可办事指南。根据机构改革和职能调整情况，动态调整行政许可事项清单。依托全国一体化政务服务平台，指导地方卫生健康部门加快推进清单管理。开展卫生健康领域依法行政与法治化营商环境建设专题调研，在全国推广“高效办成一件事”等典型经验。

四、突出问题导向，强化医疗监督执法

(一) 落实“双随机、一公开”监督抽查工作。逐步健全以“双随机、一公开”监管为基本手段、以重点监管为重要补充、以信用监管为基础的新型监管机制。全国医疗服务监督“双随机、一公开”全年共抽查医疗机构 49781 家，查处各类案件 3087 件。印发《医疗监督执法工作规范(试行)》，进一步规范医疗监督执法工作。

(二) 深入开展医疗领域突出问题专项整治。一是组织多部门研讨医疗美容行业治理问题，推动形成行业规范管理共识，组织开展医疗美容行业飞行检查，不断巩固医疗美容行业突出问题专项治理成果。二是开展严厉打击非法应用人类辅助生殖技术专项活动，收集各类线索转各地各部门开展调查，指导地方加大查处力度。三是加强出生医学证明违法违规监督执法，配合相关部门严厉打击违法犯罪行为。

五、加强依法行政，确保行政权力运行更加规范透明

(一) 依法依规加强对行政权力的监督制约。严格落实《重大行政决策程序暂行条例》，建立法制审核意见单随议题上会、初审不合格退回再审、预审意见沟通等机制，强化法制审核刚性约束。

(二) 充分发挥行政复议化解行政争议主渠道作用。认真履行复议应诉职责，依法办理行政复议案件，加大案件现场调查力度，不断提高办案质量，切实维护人民群众合法权益。贯彻落实新修订的《中华人民共和国行政复议法》，修订国家卫生健康委行政复议和应诉管理办法。

(三) 自觉接受外部监督。依法高效办理政府信息公开申请，不断提高政府信息公开水平和服务社会公众能力。坚持和发展新时代“枫桥经验”，落实领导干部接访下访，全年办理群众来信来访约1万件次。

(四) 精准高效开展普法宣传。根据中央宣传部、司法部、全国普法办要求，组织开展自查总结，顺利完成卫生健康系统“八五”普法中期评估。以依法执业、合同合规管理、法治培训为抓手，大力推进医疗机构法治建设，构筑风险防范屏障。

2023年，国家卫生健康委法治政府建设工作取得了一定成效，但还存在着一些不足：卫生健康新业态、新模式监管服务法律制度供给还有不足；推进法治建设“一规划两纲要”还有待持续深化；卫生健

康系统依法行政能力有待提高；部分医疗机构和医务人员法治素养有待提升等。这些都需要在下一步工作中不断改进提高。

2024年是中华人民共和国成立75周年，是实施“十四五”规划的关键一年，也是卫生健康事业改革创新、强基固本、全面提升的重要一年。国家卫生健康委将坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大和二十届二中全会精神，贯彻落实习近平法治思想和习近平总书记关于卫生健康工作重要指示批示精神，切实加强党对法治政府建设工作的领导，对标法治政府建设目标任务，统筹推进卫生健康领域法治政府建设各项工作，充分发挥法治固根本、稳预期、利长远的保障作用，为加快推动卫生健康事业高质量发展奠定坚实的法治根基。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

“四同药品”价格治理倒计时，基本消除不公平高价、歧视性高价

来源：医药经济报

在全国统一的医保信息平台建成应用之下，“四同药品”价格的进一步治理，将加速推进构建药品领域全国统一大市场。

日前，山东省公共资源交易中心发布《关于进一步开展“四同药品”价格治理工作的通知》，对“四同药品”价格治理工作作出部署：

挂网价格高于“监测价”或外省省级平台挂网低价的，相关药企须在3月16日-3月20日内进行申报。

今年1月，国家医保局发布《关于促进同通用名同厂牌药品省际间价格公平诚信、透明均衡的通知》（下称《通知》），对照全国现有挂网药品价格统计形成的监测价（以下统称“挂网监测价”）进行全面梳理排查，要求到2024年3月底前，基本消除“四同药品”省际间的不公平高价、歧视性高价。

自上述《通知》发布以来，山东、河南、海南、湖南等多个省（市）陆续开展“四同药品”价格治理工作。业内观点指出，本次药品挂网价格治理的出发点，与药品集中带量采购、医保目录谈判等方式相同，将成为国家医保局增进市场公平竞争、维护良好价格秩序的重要抓手，督促供给方纠正偏差、回归价格理性。

区域间药品价格加速均衡

“四同药品”指通用名、厂牌、剂型、规格均相同的药品。由于药品在各省的运输成本不同、不同医疗机构与企业的议价能力也不同，“四同药品”的价格在各省有一定程度的上下浮动是合理的。

但也存在少数企业利用政策漏洞，通过省际间的信息差异这一投机取巧的方式，来制定“四同药品”在省际间的不公平高价、歧视性高价。这一现象大大增加人民群众的用药负担，扰乱了市场的公平竞争，不利于医药行业的长远发展。因此，完善相关药品的价格管理迫

在青睐。

山东省表示，为进一步规范挂网药品价格，促进“四同药品”省际间价格公平诚信、透明均衡，在前期开展价格联动等工作的基础上，经核查，目前该省仍有部分药品挂网价格高于“监测价”或外省省级平台挂网低价。

按照山东省要求，各相关经办企业通过招采子系统-“药品采购管理-价格治理管理”中查看本企业涉及山东省挂网价格高于“监测价”的产品，如对“监测价”无异议，点击“确认”，在“药品采购管理-挂网价格动态调整-挂网价格下调申请”中点击“发起调整”，按不高于“监测价”和外省省级平台挂网低价下调山东省挂网药品价格。

不过，山东省也给相关药企提供了一定的解释空间。如对“监测价”有异议，需在规定时间内，通过“药品采购管理-价格治理管理”，点击“发起申诉”，上传加盖单位公章的《企业价格自查表》，不加盖公章将默认无效。逾期未操作的，将对相关企业采取约谈提醒和信用评价等约束措施。

此外，未被推送“监测价”的药企并不代表可以置身事外。山东省还强调，相关企业须高度重视本次价格治理工作，在规定时间如实申报。各企业应认真全面梳理本企业所有挂网产品价格，对于未推送“监测价”，但存在外省省级平台挂网价格低于该省的，须主动进行

价格下调。

目前，全国各地正在全力推进“四同药品”价格治理工作：

3月15日，除了山东省，河南、海南两省也先后发出通知，对“四同药品”价格治理作出工作安排，具体工作要求及时间与山东省并无太大差别。3月13日，湖南省通知，部分企业未按《国家医疗保障局办公室关于促进同通用名同厂牌药品省际间价格公平诚信、透明均衡的通知》和《关于2024年药品联动挂网有关事项的通知》要求，将挂网药品价格调整至监测价或以下。湖南省公共资源交易中心点名了仍未按要求下调挂网价格的234个药品，并强调，对未按价格联动要求进行价格调整和申诉不成立的相关产品，将停止交易并开展信用评价。3月11日，安徽省通知开展“四同药品”价格治理，并发布了涉及的1237家医药企业名单。

.....

在国家医保局的指挥棒下，全国“四同药品”价格治理结果初步展现。

2月初，上海药事所发出通知，阳光平台会推送本市议价药品监测价红线，请医疗机构与企业重新议价。从今年3月2日起，如医院未完成重新议价的，将以监测价作为医院议价；定点药店未重新上传价格的，将以监测价(按加成率加成后)作为药店上传价格。

3月4日，贵州省医疗保障局发布《省医保局关于调整2024年

第三批 4060 个药品挂网交易价格的通知》，于今年 3 月 6 日起正式执行调整后的药品价格。

公告指出，陕西顿斯制药有限公司等 1152 家企业在贵州省医疗保障信息平台药品和医用耗材招采管理子系统提交了 4060 个药品的降价申请。据梳理，本次价格调整的产品涉及第八批国采、第五批国采残缺规格，广东联盟一三批接续、省级价格联动挂网等。其中，部分药品的降价幅度超过了 90%。

药价治理迈入新阶段

2018 年以来，国家医保局针对药品耗材价格虚高等问题，通过集中带量采购工作挤出价格水分，奠定了改善医药市场结构的良好基础。进入到 2022 年，国家层面定调，常态化制度化开展药品和高值医用耗材集中带量采购，进一步降低患者医药负担。

然而，尽管集采工作顺利进行，药价虚高空间被挤压，但仍然存在尚不尽如人意的地方。例如，全国的药品挂网价格乱象依旧存在。限于信息技术手段，各省市药品集中采购平台相互独立，省际之间信息沟通渠道有限，导致集采工作很难实现真正意义上的全国最低价。过去相关监管工作主要靠“发现一起、处置一起、具体问题、具体处理”，效果不理想，少数药企仍然利用省际间信息差制定不当高价。

因此，积极应用现代化技术，用大数据筛查异常集采价格并引导其回正，是当下有关部门充分发挥其对市场监督、引导、规范等作用

的重要手段。当下，随着国家医保局医保统一信息平台招采管理子系统的建设，打通省际间信息壁垒的软硬件条件已经成熟。

在此背景下，有关部门陆续出台配套文件，指导相关工作。

2023年3月，国家医保局在《关于做好2023年医药集中采购和价格管理工作的通知》中提出，加强挂网药品价格管理，具体措施包括：推进全国挂网价格信息共享，推动挂网药品价格省间查询，各省要对价格异常上涨、价格总体偏高或明显高于全国低价的情形，及时开展函询约谈提醒，纠治不当价格行为。

2023年9月以来，国家医保局组织各地开展挂网药品价格数据质量提升行动，汇总全部已挂网在售的药品，保留有活跃交易的价格数据，把长期没有活跃交易的价格数据转入后台管理，再将监测结果统一推送给各地，为市场需求注入信息资源，弥补了之前信息差异的不足。

值得注意的是，在“提前防范低价药品撤网”这一点上，国家医保局也提出了相关要求。为防范通过撤网方式做价、洗价、固化不合理高价的风险，药企在低于挂网监测价的地区申请撤网的，专项治理期间暂停受理。

当大数据智慧赋能信息共享，实现互通有无，信息监督升级提速，价格治理得到极大助力。以此为因，国家医保局发布上述《通知》，进一步开展“四同药品”药价专项治理行动，对常规挂网药品、全国

集采药品、省际集采和接续药品、医保谈判药品以及不活跃药品等 5 大类药品采取协同治理措施。

同时，组织各地开展挂网价格统计分析工作，摸查各个药品分布集中、具有代表性的价格作为全国现有挂网药品监测价，并以此为依据开展“四同药品”挂网价格排查，帮助各省市对潜在的不公平高价、歧视性高价进行系统排查。

业内人士表示，随着国家医疗保障信息系统建设，省际间药品挂网价格不同的问题正在被加速解决。在信息壁垒逐步打通后，过去各省信息沟通不完全、不透明带来的不当利益将不复存在。可以预见的是，全新时代语境下，监管部门在系统治理药品价格虚高问题方面将持续发力。

[返回目录](#)

突围！深化医疗服务价格改革试点扩面在即

来源：中国医疗保险

医疗服务价格改革破题！

2021 年 5 月，中央全面深化改革委员会第十九次会议审议通过《深化医疗服务价格改革试点方案》，标志着深化医疗服务价格改革进入新阶段。国家医保局会同有关部门深入贯彻落实党中央、国务院决策部署，指导河北唐山、江苏苏州、福建厦门、江西赣州、四川乐山等 5 个城市试点探索医疗服务价格新机制。

两年多来，首批 5 个试点城市充分吸收“三明医改”核心经验，重点围绕医疗服务价格总量调控、分类管理、动态调整、监测评估等重要机制进行改革试点。目前，已按新机制平稳实施 2 轮调价，分别涉及 1398 项和 5076 项医疗服务价格，一批价格处于低位、技术劳务价值“含金量”高的项目价格上调，包括护理、手术、治疗、中医等，同时设备物耗占比为主、费用影响大的检查检验类项目价格有所下降。从监测评估结果看，改革试点取得阶段性进展，符合预期目标。

近期国家医保局会同有关部门组织遴选深化医疗服务价格改革试点省份，在更大范围、更高层级、更深层面开展改革试点。经征集试点意向、实地调研考察，综合考虑不同地域、不同改革地区、社会经济发展水平、医保基金运行等多方面因素，决定在内蒙古、浙江、四川等 3 省开展全省试点。

医疗服务价格改革难在哪儿？

大多数人容易把医疗服务价格与求医问药的全部费用划上等号，把看一次病的药费、耗材费、挂号费、手术费等统统理解为医疗服务价格。以东部沿海地区做一台肺癌根治手术为例，总的费用大约是 60000 元-65000 元，其中药品和医用耗材的费用大约占 60%-70%，各种手术、诊查、检查化验、护理等医疗服务的费用占 30%-40%，其中主要手术操作是“肺癌根治术”，地方医保部门制定了政府指导价，一般是每台手术 6000 元左右，这就是医疗服务价格，即医院直接提

供的医疗技术项目、设备设施服务的收费标准。

过去一段时间里，除了财政投入部分，公立医院收入靠药品、医用耗材和医疗服务“三驾马车”。其中，药品和医用耗材主要是买进卖出的差价收入，占了大头；医疗服务基于公立医院公益性定位，价格不会随行就市，也不会轻易随着物价总水平等外部因素水涨船高，在公立医院收入结构中占小头。

随着零差率销售、集中带量采购等措施落地见效，公立医院药品和医用耗材的收入占比逐年下降，对医疗服务收入依赖程度逐年加深，医院和医务人员也越来越关心医疗服务价格，表面上是关心价格涨不涨、涨哪些、涨多少的问题；实际上是关心医院能不能维持运行、医生护士药师技师的劳动有没有通过价格反映出来。近年来，“两会”代表委员也纷纷为公立医院运行、医务人员技术劳务价值发声，比如今年召开的“两会”上有全国人大代表呼吁，“相关部门多听一线医护人员意见，适当提高诊查费、手术费标准”。而对于广大群众来说，大多认同医务人员技术价值、知识价值和劳务价值，大多认同医务人员应获得与其多年求学、技术积累和劳动付出相匹配的收入，但看病就医的支出毕竟是负担，群众自然希望物美价廉，不希望医疗服务大幅涨价、频繁涨价。

这些利益诉求和观念都有其正当合理的一面，但有时也是相互矛盾的；而医疗服务价格就处在这些利益汇聚碰撞的焦点上。医疗服务

价格的管理和改革难吗?答案当然是难,难就难在如何在医院医生的涨价诉求,与患者、医保基金的可承受力之间寻求最大公约数,在医保、医疗、医药协同发展和治理中,达到保民生、促发展、推改革的目标。

医疗服务价格改革到底改什么?

改革试点落实到具体行动上,的确会表现为价格水平的升降起落,但调价不是改革的全部内容,改革的重心是探索建立新的医疗服务价格机制,把调不调、调多少、调什么、怎么调的技术性问题,与推进公立医院补偿机制、分级诊疗、医疗控费、医保支付等系统性问题,统筹起来,形成综合效应。

“调不调”,要探索启动约束条件和触发熔断机制,力争调价与否的总阀门与经济社会发展、医药费用增速、医保基金收支等因素联系起来。定期开展调价评估,都拿评估结果说话,加法减法都有矩可循。“调多少”,要探索调价“预算”的宏观管理、确定规则和指标体系,让价格走势与医药控费用、降成本的绩效指标关联,力争实现公立医院控费和医疗调价总量双向挂钩。“调什么”,要体现价值导向,正面回应医院和医护人员对技术劳务价值的关切,发挥好价格的杠杆作用,引导医院靠服务质量吸引人、靠技术价值获得回报。“怎么调”,关键是调价“预算”怎么科学合理并均衡地落到具体项目价格上。调价“预算”盘子有限,而各家医院各个学科成千上万种医疗

服务项目，涨价意愿非常强烈，涨价理由也站得住脚，不宜靠行政手段决定谁涨谁不涨。改革探索政府“管总量、定规则、当裁判”的新机制，公立医院算清账提出项目价格意向，医保部门总体按照性价比由高到低的顺序，让符合规则的项目进入调价“预算”盘子。公立医院算账准不准、合理不合理决定了调价意向能不能实现，从而把公立医院自身的能动性激发出来，把众智调动起来，把众力发挥出来。

医疗服务价格改革和调整的空间从哪里来？

医疗服务价格改革牵一发而动全身，是与药品耗材集采改革、医药价格治理相互独立又相互协同的重要改革任务。正如前面所强调的，改革要构建调价总量的确定规则、指标体系和双向挂钩机制，从社会整体进步发展中积累总量，从医药控费用、降成本的实效中增加总量，为医疗事业的有序发展匹配总量。而并不是一些媒体推测的那样，将这项改革任务作为药品耗材集采改革的“打补丁”或者“跷跷板”。

近年来，药品耗材价格降下来了，医院也在努力降本增效，为调整医疗服务价格创造了有利窗口，被形象地称为“腾笼换鸟”。当然，这不是说把药品耗材价格降下去，把医疗服务价格涨上来；更不是说药品耗材价格降了多少，医疗服务价格也要相应涨多少。药品耗材降价腾出空间，首先要向人民群众释放改革红利，包括群众从降价直接得到实惠，也包括统筹用于支付集采结余留用、新进医保目录药品、

新增医疗服务项目，以及调整现有医疗服务价格等，以满足参保群众对新药品、新技术的使用需求。

星星之火，可以燎原！

2021年11月，深化医疗服务价格改革试点在长征出发地江西赣州正式宣布启动。5个试点城市坚持以人民为中心，上下协同，地区联动，问计于医院医生，问计于人民群众，在各部门各单位的支持下趟出了深化医疗服务价格改革一条新路。

2024年3月，内蒙古、浙江、四川3个省份接下深化医疗服务价格改革试点的接力棒。下一步，国家医保局将直接指导3个省份、继续指导5个试点城市，实践形成可在全国复制推广的改革经验。深化医疗服务价格改革未来可期。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

公立医院政府采购内部控制管理框架探析—以X医院为例

来源：三智医管

针对公立医院政府采购制度建设薄弱、采购组织架构设置不完善、采购执行不规范等内部控制管理现状，文章以内部控制及政府采购相关法律法规的要求为基本点，探求保障政府采购项目合规性的前提下，构建公立医院政府采购内部控制框架，提高公立医院政府采购

内部管理水平与内部控制的规范性和有效性。

采购人对单位内部的政府采购活动负有主体责任。《政府采购法实施条例》规定采购人在政府采购活动中应当维护国家利益和社会公共利益，公正廉洁，诚实守信，执行政府采购政策，建立政府采购内部管理制度。《关于进一步加强财会监督工作的意见》指出，健全财会监督体系需要进一步加强单位内部监督，加强经济业务日常监督，要结合单位自身实际建立权责清晰、约束有力的内部财会监督机制和内部控制体系。

在医疗卫生领域，根据《公立医院内部控制管理办法》，政府采购管理情况是业务层面的风险评估重点关注的内容之一，在公立医院内部控制建设中要强化政府采购业务的内部控制，建立健全采购管理制度、加强工作流程及规范等。

一、公立医院政府采购内部控制管理现状

现阶段，公立医院政府采购业务内部控制建设呈现多样性、复杂性的特点，目前大多数医院在政府采购内部控制方面存在采购内控制度建设薄弱、采购组织架构设置不完善、采购执行不规范等情况。

（一）公立医院政府采购制度建设现状

公立医院政府采购管理制度不健全、不完整。政府采购管理涵盖了确定采购需求、确定组织形式、确定采购方式、组织采购活动、采购合同履行、采购合同验收及支付等，在公立医院内部控制中嵌入多

个业务环节，实际中往往出现管理制度不完善或滞后于业务现状的情况，如制度未及时根据政府采购项目分散采购限额和公开招标数额标准等政府采购政策进行修订完善、政府采购资金与预算管理制度缺乏有效衔接、对采购方式表述不准确、未建立完善的代理机构遴选机制、采购管理制度确定的流程不规范或缺乏可操作性、对政府采购项目的监督及评价制度不明确等。

（二）公立医院政府采购组织架构现状

公立医院采购机构设置不全或履行采购管理职能的工作组职责不清晰。公立医院政府采购活动多个部门与环节的联动，既需权责对等也要分工制衡，既需效率也要管控风险，才能实现内部控制的优化。部分公立医院暂未成立专门负责政府采购管理的部门或履行政府采购管理职能的采购工作组，采购项目按类别分别由项目主管部门各自实施采购，不利于管采分离；部分医院关于采购事项的分级授权不清晰或流于形式、关键岗位及其职责设置未能严格遵循不相容职务分离的原则，使整体架构设计未形成相互制约与监督。

（三）公立医院政府采购执行情况现状

公立医院采购执行存在薄弱环节。公立医院作为采购人履行和落实主体责任，如果实际执行不到位，政府采购管理内部控制的效果将大大减弱。在不同阶段，公立医院往往容易存在以下薄弱环节：采购前期采购需求市场调查不够充分，进行市场调查及询价不够公开透明；

采购活动中，政府集中采购执行不力，对于集中采购目录内的品目采购未严格执行集中采购而采取自行采购方式采购，未严格按照国家卫健委的规定开展招标文件复核论证，招标与评标未分离；采购后期验收与结算未分离，未履行验收程序，未按合同条款约定进行验收即支付全部款项，未开展政府采购业务的内部控制评价工作。

二、公立医院政府采购内部控制管理存在风险

对政府采购实施风险管理的前提是进行政府采购业务的风险识别，针对不同阶段，有学者认为政府采购前的风险主要在政府采购组织架构、采购项目立项论证方面；政府采购中的风险主要为采购环节风险，大部分与法律法规相关的合法合规问题；政府采购后的风险则包含验收、资产控制、服务合同履行不严等。

（一）采购违规风险

政府采购项目由各职能部门分散管理，由各部门制定自己负责领域的采购管理制度，不同业务部门之间采购内部控制制度与流程执行标准不统一，可能导致管理内部制度与政府采购法律法规不相符情况，存在采购违规风险。

（二）无效制衡风险

多个方面的原因都可能导致内部控制的制衡失效：负责政府采购业务工作人员同时兼顾采购管理工作与执行工作，未能实现管理与执行职能分开；对政府采购系统操作不熟悉，岗位设置和权限配置不合

理，导致采购申请和采购审批为同一人；未能实现不相容岗位分离，如招标采购与评标为同一人，验收与结算为同一人；采购业务、流程和岗位之间监督与制约机制较弱。

（三）执行偏离风险

政府采购业务执行过程中，由于缺乏规范的管理、有效的监督以及履职不到位，都可能导致执行偏离，如超过分散采购限额的项目出现顺延续签、不进行备案采购，或分解为多各标段分别招标，降低采购预算，规避政府采购；采购参数论证走形式、走过场，违规设置排他性、唯一性和指向性技术参数和指标，评标过程不公正；未落实政府采购政策功能，搞“量身定制”式招标。

三、公立医院政府采购内部控制管理框架设计

（一）管理框架及制度设计

X 医院实行政府采购“集体决策、统一管理、各部门协同配合”的管理体制，申购部门、招标采购管理部门、项目主管部门、资产管理部门、财务部门、监督部门等履行参与政府采购工作的职能和岗位职责，通过制定《医院物资采购管理办法》，对组织机构与管理职责、采购组织形式和采购方式、采购申请与授权审批、采购文件编制与公告、项目开标评标定标、质疑和投诉处理、合同签订与履行、验收与支付、监督检查等进行细化，使政府采购业务内部控制管理形成各自分工、相互制衡、联动衔接的基础，确保采购计划、组织实施、评价

与监督等管理活动有序开展。

(二) 执行设计

以内部控制及政府采购相关法律法规的要求为基本点，保障政府采购项目合规性的前提下，对 X 医院政府采购内部控制管理的内部控制关键点及业务流程进行梳理，结合医院具体的制度体系及管理流程，从政府采购预算与计划管理、政府采购活动管理、验收管理与资金支付管理三个方面把握政府采购内部控制关键业务环节，梳理出 13 个内部控制关键风险点对应的 22 个业务控制流程表单及 10 个信息系统，基于控制流程中的表单及信息系统，构建公立医院政府采购业务执行层面内部控制管理框架。

1. 政府采购预算与计划管理内部控制流程

医院在政府采购预算及计划管理层面的内部控制关键点主要包含确定采购需求、预算编制及计划、意向公开。X 医院运用医院办公 OA 系统、财务预算管理系统结合政府政采云平台系统，设计了购置申请表、市场询价汇总表、预算审批表、院长办公会议议题申请表、党委会议议题申请表以及政府采购意向信息公开共 6 个控制流程表单。申请科室提交购置申请表，经申请科室负责人、项目主管部门、分管院领导以及主管院领导审批。购置审批通过后项目主管部门按照医院内控制度组织相关科室进行市场询价。经过市场询价后确定采购预算以及采购需求，并提交院长办公会或党委会会议议题申请，待院

长办公会或党委会决策审批后，项目主管部门关联审批的预算条目在政采云平台上报政府采购计划并提交财务部门审批，与此同时发布政府采购意向信息公开，完成政府采购项目确定预算与申报计划业务的内部控制流程。

2. 政府采购活动管理内部控制流程

在政府采购活动管理层面，医院内部控制关键点则主要包含政府采购代理机构确定、审核确认采购文件、落实政府采购政策功能、现场组织评审活动、确认采购结果、政府采购质疑与投诉处理、合同签订与执行。X 医院运用代理机构抽取系统、医院办公 OA 系统、政府政采云平台系统及政府采购信息统计系统贯穿政府采购活动管理内部控制流程，使用招标采购管理流程表、政府采购代理机构抽取表、一般性审查意见书、招标文件审核表、重点性审查意见书、招标文件专家论证报告、内部监督业务管理流程表、委托招标医院代表抽取表、采购结果确认函、政府采购质疑与投诉处理记录表、合同、协议审核表、政府采购信息统计上报申请单共 12 个政府采购内部控制流程表单来实现政府采购活动的内部控制管理。

由各项目主管部门发起项目招标采购管理流程表至招标采购管理部门，招标采购管理部门组织项目主管部门在监督部门、财务部门的监督下使用代理机构抽取系统抽取招标代理机构。根据采购项目特点对项目采购需求与采购实施计划进行调查、确定、编制和审查。招

标采购管理部门根据采购需求委托招标代理机构制定招标文件，招标文件经招标采购管理部门和项目主管部门确定后进行医院内部招标文件审核流程，重大项目组织院外专家进行招标文件复核论证。审核确认采购文件后可按规定发布采购公告，在评审活动开始前确定委托招标医院代表，招标采购管理部门向监督部门提交内部监督业务管理流程表，由监督部门记录政府采购项目的监督情况。评审活动结束后，单位内部采购结果确认后再完成政采云平台系统操作。制定政府采购合同，合同经申购部门、项目主管部门、财务部门、招标采购管理部门、法务部门等多部门进行审核后签订。合同签订后由各项目主管部门根据政府采购预算与计划、政府采购合同等信息填报政府采购信息统计系统，招标采购管理部门审核汇总后上报。

3. 验收管理与资金支付管理内部控制流程

履约验收、合同付款、政府采购档案管理和绩效评价是验收管理与资金支付管理层面的内部控制关键点。除了政府政采云平台系统以外，X 医院还运用了资产管理系统、库存管理系统、网报系统、账务系统、档案管理系统对项目验收与资金支付进行管理，控制流程表单包含政府采购项目合同验收书、款项支付审核表、付款、转账通知单、项目档案管理表共 4 个。项目主管部门组织申购部门、资产管理等部门对采购物资进行验收，验收通过后按流程向财务部门申请款项支付，并按规定办理资产入库、档案管理和绩效评价。

四、结语

基于目前 X 医院政府采购内部控制的管理现状,精准定位医院政府采购内部控制各个关键风险点,构建了公立医院政府采购内部控制管理框架,形成依法合规、运转高效、风险可控、权责清晰的公立医院政府采购内部运转和管控机制,提高公立医院政府采购内部管理水平,发挥政府采购业务内部控制的积极作用,提高采购效率和资金使用效益。

[返回目录](#)

DRG 下医院的绩效核算设计

来源: 三智医管

一、前言

公立医院绩效管理有其特殊性,以往以收入为主要考核指标的绩效核算模式弊端日益凸显,国内一些医院陆续开始选择 RBRVS 的绩效核算模式。政策上,国家在近些年来持续推动 DRG 医保支付方式改革,对医院管理和医院绩效产生了巨大影响,也需要对 RBRVS 绩效核算体系进行合理设计,使之既能适应医保改革的需要,又能适应公立医院发展的需要。

二、公立医院进行绩效改革的背景

公立医院的医疗技术非常复杂,需要医务人员非常高的技术水平和心理素质。医务人员的工作强度也相对高,劳动时间远高于其他行

业。以往与收入挂钩的绩效核算模式，既不能反映医护人员的工作量，也不能反映他们的劳动强度、技术投入和风险压力，容易打击医护人员工作积极性，造成医院人才流失。

公立医院不同科室在操作难度、技术风险、病例的严重度、临床治疗难度等方面存在差异，科室之间直接比较的结果缺乏说服力。比如，某些医技科室对医疗设备的依赖程度高，而中医科可能对医务人员的经验技术要求更高，那么按照以往与收入挂钩的绩效核算模式，这两个科室之间直接比较，医技科室收入更高、绩效相对更高。但是这两个科室之间直接比较的结果就难以让人信服，不利于医院长远发展。

近年来，国家陆续发布政策文件，持续推动 DRG 医保支付方式改革。2022 年 7 月 8 日，国家医保局、财政部、国家税务总局联合下发《关于做好 2022 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》，要求完善医保支付，扎实落实《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》。2020 年 6 月，国家医保局公布了 CHS-DRG 细分组方案，为规范各地 DRG 分组工作提供了指导意见。2017 年 6 月 20 日，国务院等方面的差异，科室之间直接比较的结果还缺乏一定说服力。另外，RBRVS 绩效核算体系关注到了工作强度和技术难度，但无法反映工作质量。因此，结合 DRG 医保支付方式改革的现状，需要对 RBRVS 绩效核算体系进行合理设计，使之既能适应医保改革的需要，又能适应公立医院发展的需要。

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》，要求选择部分地区、部分病种开展 DRG 付费试点，鼓励按人头、按床日等多种付费方式。随着 DRG 医保支付方式改革的持续推进和普及，我国公立医院原有与收入挂钩的绩效核算模式弊端日益凸显，远不能适应发展的需要。因此，对现有的绩效评价体系进行改革，是顺应 DRG 医保支付方式改革的必然选择。

三、RBRVS 绩效核算体系

近年来，以资源消耗为基础的相对价值比率（RBRVS）绩效核算方法引入我国，并在一些医院得到应用。RBRVS 是从时间、技术、风险等方面量化医务人员的劳动价值，赋予医务人员每一个操作程序一个相对价值。并结合服务量、技术难度、操作风险等指标，考虑消耗的医疗成本，最后计算出每项医疗服务的绩效金额。美国 RBRVS 计算医师绩效薪酬主要是由专家判定每项医疗服务各因素的相对价值，再用总的相对价值乘以转换因子得出绩效金额。国内在借鉴 RBRVS 时，基本参照其计算方式，即绩效金额 = (RBRVS 点数 × 点单价 - 成本) × 综合考核指标。

在 RBRVS 绩效考核体系下，每个诊疗项目都能体现医务人员的劳动价值、技术风险等，与以往跟收入挂钩的绩效考核模式相比，有利于调动医务人员的工作积极性，进一步激发医院发展活力。同时，RBRVS 绩效核算模式不与收入挂钩，让公立医院回归公益性质。总体

来说,RBRVS 绩效核算模式是既有助于坚持医院的公益性目标、实现社会价值,又有助于激发医院发展活力、实现经济价值的行之有效的绩效核算工具。

当然,由于 RBRVS 绩效核算体系关注的是具体医疗项目所消耗的资源等,该核算模式无法反映医院不同科室在操作难度、技术风险、病例的严重度、临床治疗难度等方面的差异,科室之间直接比较的结果还缺乏一定说服力。另外,RBRVS 绩效核算体系关注到了工作强度和技术难度,但无法反应工作质量。因此,结合 DRG 医保支付方式改革的现状,需要对 RBRVS 绩效核算体系进行合理设计,使之既能适应医保改革的需要,又能适应公立医院发展的需要。

四、DRG 支付含义

诊断相关疾病组 (DRG),是利用病历信息和分组工具,考虑疾病的诊断、治疗方式、伴随疾病并发症、疾病严重复杂程度、资源消耗程度等,将疾病分为不同组。DRG 医保支付就是医保机构确定好不同病组的付费标准,然后按患者分组和付费标准向医院支付费用。这个背后逻辑是,同一组的病例,在不同医院的医疗成本和住院时间等应该接近。这样事先确定好一个分组的价格,就会压缩医院原有的利润空间,驱使医院不断降低所消耗的成本。

在这个过程中,需要医院着重关注 DRG 的考核指标。DRG 指标主要从以下三个维度进行评价:服务能力、服务效率和质量安全方面。

DRG 组数、病例组合指数(CMI)是从服务能力维度分析, DRG 组数代表收治病例的覆盖范围, DRG 组数越多, 代表提供的医疗服务能力越广; CMI 代表收治病例的技术难度水平, CMI 值越高, 代表收治病例的疾病危重程度及抢救诊疗难度越高。时间消耗指数、费用消耗指数是从效率维度分析, 低风险组死亡率可以反映医疗安全水平。

五、DRG 医保支付对医院的影响以及解决办法

(一) DRG 医保支付对医院的影响

1. 对医院收入的影响

按照以往的付费方式, 医院提供的医疗服务可以收费, 医保按医院付出的实际成本付费, 医院不会产生亏损。但是在 DRG 付费方式下, 医保对某一个病组的付费标准是确定好的, 如果医院的成本低于医保固定标准, 那么医院可以盈利; 反之, 医院就会亏损, 很可能出现病人越多, 医院的亏损反而越多的情况。

2. 对医院现金管理的影响

在 DRG 支付方式下, 医院承担的现金流压力更大。这是因为医保结算基金对账存在一定的时间差, 但医院正常运营所需要的成本要正常支付, 所以医院的现金流就会相对紧张。这对医院的财务管理和成本管理提出了更高的要求。

3. 对医院运营的影响

基于上述情况, 会倒逼医院转变管理模式, 向精细化管理模式转

变，医院从以往的规模型扩张向提质增效转变。DRG 支付下，亏损病例一般是药品费用和材料费用过高。因此，医院运营方面，会更加注重控制成本，控制药品费用和材料费用，提升运营的效率，降低成本。同时，医院会更加注重治疗同一病组所花费的时间成本，进行针对性管理，不断提高医院的服务效率。

(二) 解决办法

1. 需要医院各部门协作

在 DRG 付费方式下，医院绩效管理不能单打独斗、闭门造车。绩效管理需要医院有顶层设计，多部门协作。比如，医务部门对临床的医疗行为进行引导、规范和评价；对 DRG 病例进行审核；医保部门追踪各科室 DRG 病组的费用结算差异，对医保结算存在的问题进行总、结、提醒，对医保政策进行解读和宣贯。各职能部门将考核结果反馈绩效部门，由绩效部门纳入绩效核算中，从而达到全院上下共同努力的效果。

2. 需要医院加强病案管理

在 DRG 付费方式下，医院的病案首页必须填写完整，要将疾病的诊断编码和手术分组编码填写正确，并且主要诊断和次要诊断以及患者费用等信息、都要填写正确，确保及时完成数据上传。同时，做好医保相应的信息系统接口，保证数据的正确上传。如果系统升级，医院方面要安排专人及时将正确的数据端口等和医保系统对接，避免造

成数据上传错误。

3. 需要医院重视数据分析

医院应指派专人负责 DRG 相关指标的数据收集和分析工作。比如，同样是肿瘤放射治疗，不同的治疗方法，收费相差较大。与地区其他医院相比，本医院的某个指标异常高，是什么原因导致的，这就需要专门人员进行分析，尽早发现问题，精细化管理。同时，医院要重视培养病案人才，能熟悉临床的基本知识，又懂病案的填写要求，能胜任相关数据的分析工作。

六、DRG 医保支付方式下 RBRVS 绩效核算体系的设计

DRG 付费方式从绩效核算的角度要发挥指挥棒作用，引导医务人员规范行为，符合 DRG 医保支付的政策要求。同时，DRG 医保支付也对现存的 RBRVS 绩效核算体系产生一定影响。由于 RBRVS 绩效核算体系是按照诊疗项目的工作量来核算绩效，所以，工作量越高的科室，绩效就越高。但是 DRG 付费方式下，如果成本过高，该病组反而亏损。那么医院既要支付科室绩效，又要承担这部分亏损，会增加医院的运营压力；又或者临床为了降低成本，过分减少诊疗项目，从而导致医疗服务水平降低及绩效如少少的情况。因此，需要对 RBRVS 绩效核算体系进行调整，以适应 DRG 支付。

(一) 在绩效核算中要突出成本核算

DRG 支付方式的特点，决定了医院只能以低于某个固定价格的成

本提供医疗服务 wDRG 分组里已经包含了资源消耗程度，其中也包括药品、耗材等的消耗，如果药品和耗材使用量过大，很可能造成医保结算时的亏损。因此，需要医院和医护人员合理使用药品和耗材，对药品和耗材的使用情况进行监控，并关注相关成本节约情况。可以将药品和耗材使用占比等指标纳入绩效核算中，同时，细化成本考核。RBRVS 现有核算设计中已经考虑成本因素，后续结合 DRG 支付的要求，可以着重加强科室的可控成本管理，比如，对科室的可控成本可以进行全成本扣除对药占比等指标不合格的情况进行扣分。强化成本管理的导向作用，将 DRG 支付控费与绩效核算结合起来，达到精细管理、精准控费的目的。

(二) 在绩效核算中增加 DRG 指标

DRG 支付下，需要医院关注 DRG 几个考核指标。同时，DRG 指标纳入 RBRVS 绩效核算模型中，也有利于规避单独使用 RBRVS 核算模型的缺点。DRG 指标为医院不同科室进行横向比较提供了依据，DRG 指标可以方便医院对不同科室、不同专科进行横向比较，为医院各科室之间横向比较提供参考标准，恰好可以弥补 RBRVS 绩效核算的缺点。因此，在 RBRVS 绩效核算模型中加入 DRG 指标，使得绩效核算结果更加科学合理、让人信服，促使科室在保证医疗质量、提高医疗安全水平的同时，重视缩短平均住院日、提升服务效率、优化各项指标，提升医院发展水平的同时，又顺应了 DRG 医保支付的趋势。

(三)可能引起医疗质量下降，需要在绩效核算中考虑反向引导

由于 DRG 医保支付方式下，一些科室可能会为了迅速将成本费用降下来，会减少某些正常的检查或治疗，或者可能选择收治轻症患者，避免收治大病或重病患者，从而导致医疗质量下降，医患矛盾加剧等情况，这与医院治病救人的公益性质背道而驰。为了避免这一现象，应加大医疗质量监督力度，在绩效核算中考虑反向引导，比如，可以设置三、四级手术率、增加患者满意率等指标考核，促使医院各科室综合考虑、规范行为。

整个项目实施的难点在于理顺流程，与医院其他信息系统实现顺利对接。绩效系统的工作量核算数据来自 HIS 系统，人员及成本核算数据来自 HRP 系统，病案信息主要来自病案系统，因此，需要梳理不同系统的数据口径、流程和规则等，在不同系统之间建立接。如果其他系统变化，需要同步更新接口，保持数据一致性、准确性。

经过上述设计的绩效评价体系，可以优化医院管理流程，提高医院运营效率，助力医院管理提升。具体体现在以下几个方面：

临床上医嘱嘱托的情况得到改善。医嘱嘱托容易造成漏收费，以往职能科室往往采用检查扣分、处罚等措施要求临床重视，但效果不明显。实施 RBRVS 绩效评价系统后，只有正确的收费医嘱才能对应到正确的项目，取得正确的工作量和绩效。因此，这种医嘱嘱托的情况越来越少，起到了提升医院管理的作用。

病案首页填写越来越规范。病案首页填写不规范，不符合公立医院绩效考核标准要求。实施新绩效评价系统后，增加四级手术专项奖励，数据从病案首页提取。如果病案首页填写不规范，就会导致四级手术无法提取，从而错失绩效。因此，病案首页填写越来越规范，起到了提升医院管理的作用。

促进医院内部多信息、系统的统一规范。因为 RBRVS 体系的成功运作，需要有信息系统提供大量准确精细的基础数据进行支撑，医护人员的工作量数据要能抓取至并且确保流向准确，医院内部不同平台信息系统的接口准确对接并且保持口径一致等等，这些都需要提前对医院的多信息、系统进行统一规范，也起到了提升医院管理的作用。

七、结语

总之，医院的绩效管理要发挥出作用，既要考虑医院工作的特殊性，也要紧跟政策要求。随着 DRG 医保支付方式改革等的持续深入，目前众多医院开始应用的 RBRVS 绩效核算模式也需要与时俱进，针对 DRG 医保支付对医院管理产生的影响，有针对性地调整模型设计，引导科室规范诊疗行为。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

医疗服务价格改革不是集采改革的“补丁”

来源：央视新闻

记者从国家医保局了解到，从本月开始，内蒙古、浙江、四川将作为深化医疗服务价格改革试点省份，开展试点。这也是在此前河北唐山、江苏苏州、福建厦门、江西赣州、四川乐山 5 个试点城市的基础上，首次开展的全省或自治区范围的试点。

此前首批 5 个城市试点取得阶段性进展

此前，国家医保局等部门联合印发《深化医疗服务价格改革试点方案》，明确通过 3 至 5 年的试点，探索形成可复制可推广的医疗服务价格改革经验。

两年多来，首批 5 个试点城市重点围绕医疗服务价格总量调控、分类管理、动态调整、监测评估等重要机制进行改革试点。

目前已按新机制平稳实施 2 轮调价，分别涉及 1398 项和 5076 项医疗服务价格，一批价格处于低位、技术劳务价值高的项目价格上调，包括护理、手术、中医等，同时设备物耗占比为主、费用影响大的检查检验类项目，价格有所下降。从监测评估结果看，改革试点取得阶段性进展，符合预期目标。

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理兼价格招采室主任蒋昌松：这些物化的项目的价格，生产效率提高了，它的价格自然应

该降下来，所以有升有降地调整医疗服务价格，这是一个总体的方向，来正面回应我们医院、医务人员，对技术劳务价值的这种关切，要发挥好价格的杠杆作用，靠技术价值来获得回报的这么一个方向。

公立医院自主提出调整项目价格意向

记者了解到，在改革试点中，一般会先确定医疗服务价格调整的“总盘子”。在这个调整空间里，由医疗机构对哪些服务项目应该调价提出建议。

调价“预算”盘子有限，需要科学合理并均衡地落到具体项目价格上。改革探索政府“管总量、定规则、当裁判”的新机制。把调不调、调多少、调什么、怎么调的技术性问题，与推进公立医院补偿机制、分级诊疗、医疗控费、医保支付等系统性问题统筹起来，形成综合效应。

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理兼价格招采室主任蒋昌松：各家医院各个学科，成千上万个这种医疗服务项目，你靠行政部门去决定调整哪些项目，调整多少价格，这个是很难的，那所以说这一次价格改革试点，提出来的这个方向，是让我们医疗服务的供给方，也就是医疗机构和医务人员来提出这种价格调整的建议，在这个总盘子以内，从性价比由高到低，来选出哪些项目应该调整，把这个公立医院自身的能动性，能够激发出来。

医疗服务价格上涨会造成就医负担增加吗？

医疗服务价格改革牵一发而动全身，是与药品耗材集采改革、医药价格治理相互独立又相互协同的重要改革。随着改革的推进，有人担心，集采等政策降下来的药品、耗材费用，是否会通过医疗服务价格上涨补贴给医院？同时，医疗服务价格的上涨，是否会造成看病就医整体负担的增加呢？

过去一段时间里，除了财政投入部分，公立医院收入主要靠药品差价、医用耗材差价和医疗服务三个方面。其中，药品和医用耗材占大头。近年来，随着药品耗材零差率销售、集中带量采购等措施落地见效，公立医院对医疗服务收入依赖程度逐年加深。

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理兼价格招采室主任蒋昌松：药品耗材的费用降下去，首先是要让患者群众享受到这种改革红利，通过药品耗材集采、医保药品谈判，实际上把药品耗材的价格降下来了一些，而且医院也在控制成本，那为调整医疗服务价格，创造了这么一个很有利的窗口。

但实际上，这一次的医疗服务价格改革试点，本质要求是说，探索医疗服务价格的形成机制，希望与药品耗材的价格本身不再发生这种直接的关联。

对此，国家医保局强调，医疗服务价格改革不是药品耗材集采改革的“补丁”或者“跷跷板”，更不是“药品耗材价格降了多少，医疗服务价格也要相应涨多少”。

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理兼价格招采室主任蒋昌松：这次的改革试点，也是重点地考虑了这个问题：一个方面调价的总量总盘子是控制住的，不会有特别特别大的调价总量的大幅上升；第二个方面，改革试点的文件里面也有要求，包括五个试点城市前两年的具体做法里面，也都是这么做的，调完价格之后，医保支付、医保报销一定会配套跟上，患者的看病就医的整体负担，是不会受什么大的影响。

同时，试点城市通过调整总额控制和配套医保报销政策等方面，减少改革过程中对群众实际就医负担的影响。

记者注意到，近年来，两会代表委员也在建议提案中呼吁重视医务人员技术劳务价值，“适当提高诊查费、手术费标准”。但是，对于群众来说，看病就医的支出毕竟是负担，自然不希望医疗服务大幅涨价、频繁涨价。

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理兼价格招采室主任蒋昌松：医疗服务调价问题，它就是处在一个医疗改革，很深层次的一个矛盾点当中，当然也是各方非常关注的焦点问题，所以说这一次价格改革的目标，就是让患者，医保基金的这种可承受能力之间，让医疗机构的涨价诉求之间，寻求一个最大的公约数，在医保医疗医药这种协同发展和治理当中，达到保民生、促发展和推改革的这种目标。

[返回目录](#)

心脏支架集采落地三年，给患者、医院、企业带来了哪些变化？

来源：央视新闻

心脏支架植入手术是治疗急性心肌梗死的重要措施。集中带量采购前，心脏支架平均价格高达 1.3 万元，进口支架价格更是接近 2 万元左右，群众对高昂的价格反映强烈。2021 年 1 月，心脏支架集采落地，平均价格降至 700 到 800 元。

三年来，已经累计有超过 370 万患者植入了中选心脏支架，占心脏支架使用量的 95%以上。

今年 80 多岁的向东林老人是湖南省第一例使用国家集采中选冠脉支架的患者。2021 年 1 月 1 日凌晨，向东林老人突发急性心梗，被家人紧急送往湘潭市第一人民医院，随后医生为她实施了心脏冠脉支架植入手术，每根支架 798 元。三年多时间过去，记者再见到向东林时，老人生活状态依然良好。

患者家属张何志：我妈妈做完这个手术以后，心也不慌了，心情也好了，吃饭也有胃口了，也是减轻我们做子女的负担。

湘潭市第一人民医院目前每年实施心脏冠脉支架植入手术就达 400 多台。越来越多的患者使用了降价后的支架，心梗治疗的负担明显减轻。

湖南省湘潭市第一人民医院心内科一病区主任医师鲁邦福：在集采之前，做一个支架植入手术，一个病人平均费用至少要三万到四万

之间，现在总费用包括造影一起，只花一万三千多，医保报销之后，患者只要出六千到七千块钱左右。

按国家医保局规定，各地可将心脏支架集采节约的医保资金按一定比例由医疗机构留用，让医疗机构、医务人员共享改革红利。

湖南省湘潭市第一人民医院副院长吴勇军：通过结余留用这种方式，把费用返还给医院以后，我们通过考核的这种办法，返还给了我们的临床医疗团队，体现医务人员的劳动价值。变成阳光下的收入以后，整个医疗服务团队给老百姓服务的积极性也是明显增强。

提高基层医疗机构介入手术能力

心脏支架植入手术是治疗急性心肌梗死的重要措施，冠脉是给心脏供血的血管，一旦发生了狭窄，心肌供血不足，严重的会导致心肌的坏死，影响心脏功能甚至危及生命。对于患者来说，时间就是生命。随着心脏支架集采落地，随着耗材价格的降低，越来越多的基层医疗机构能更加便利地开展此类手术。

在湖南省娄底市双峰县人民医院，今年54岁的贺卫东每隔三个月就会前来复诊。2022年1月，贺卫东因持续胸痛被家人紧急送医，经确诊为急性心梗，医生马上实施了心脏支架植入手术。但在以前，双峰县的医疗机构却因为硬件设备不足、心脏支架昂贵等原因无法开展此类手术，急性心梗患者也只能转院到上级医院。

娄底市双峰县人民医院常务副院长王刚：以前我们急性心梗的患

者，在我们这边不能做介入手术的时候，只有外转到娄底、长沙这些地方去，路途可能要一两个小时。路途上面的风险，还有最后患者的预后都非常不利的。

2021年8月，双峰县人民医院介入医疗中心成立，也是该县第一个能够开展这类急救的医疗机构。

娄底市双峰县人民医院常务副院长王刚：由于集采政策落地，支架也这么便宜，对医院来说压力也很小，对老百姓来说压力也很小，我们现在是24小时都能开展支架手术，对急性心梗的患者，我们现在的抢救成功率，还有病人的恢复、预后都是得到了极大的提升。

患者贺卫东：开通介入治疗中心，才能有这个抢救的机会，不然我要是转诊的话，那就不一定我这个命还在。

记者从国家医保局了解到，从全国来看，集采后，开展心脏支架植入手术的医疗机构从2020年的2400余家增加至2023年的3600余家，其中二级医疗机构从1200家增加到近1700家，这与近年来卫生健康部门加强县级胸痛中心能力建设的努力分不开。急性心梗患者在更多县级医院就能做支架植入手术，在挽救生命的赛跑中抢回更多宝贵的抢救时间。

中选品牌覆盖国产和进口主流品牌满足临床选择

根据国家医保局公开的数据，2020年首轮集采的中选企业既有美敦力、波士顿科学等国际知名企业，也有微创、吉威等国产大品牌。

2022 年协议期满后的接续采购中，中选企业从 8 家扩大到 10 家，覆盖国内外主流企业产品。

记者从国家医保局了解到，由于进口和国产主流心脏支架均中选，且价格在同一区间，医疗机构原来使用的品牌基本不需要更换。

为了了解集采前后临床使用的情况，记者来到了中国医学科学院阜外医院。2023 年，这里进行了 23000 例心脏支架手术，其中 1200 多例是急性心梗患者进行的急诊介入治疗。在介入导管室，记者发现，阜外医院一共配备了 7 个品牌的支架产品，其中，三种是进口支架，四种是国产支架。

中国医学科学院阜外医院副院长杨伟宪：那么这些支架在集采前，也是我们常态化常规工作当中使用的支架，所以无论是国产的还是进口的，还是能够满足我们临床的这个需求的，从临床上我们的反馈来讲，手术的安全性、有效性等等也没有听到太大的变化。

集采落地初期，由于市场格局调整，曾出现过局部地区部分产品供应不及时的情况。目前，记者注意到，在每个品牌的柜子里，从针对小血管的直径为 2.25mm 的规格，到针对主干病变的直径 4.0mm 的规格，再加上不同的长度，同一款产品配备了几十种型号。

中国医学科学院阜外医院副院长杨伟宪：因为在集采初期可能存在一些供货问题、个别供货商的问题，但到目前已经三年了，这个问题基本上解决了，所以我们总体供货还是能够保证临床的这种需求

的。

集采中选产品降价不降质监管系统更加严格

冠脉支架集采减少了中间流通环节，挤压的是包括流通环节在内的水分。除了价格，大家更加关注质量。那么价格下降了，产品的质量如何呢？三年来，集采又给企业带来了哪些变化？

记者来到一家位于山东威海的心脏支架生产企业，这家企业的产品在很多医院都有使用，集采中选后销量连年提升。在无菌、恒温恒湿的生产车间里，工人们正在对生产的铬合金冠脉支架进行检测。

山东某心脏支架企业负责人刘文静：这个产品是植入人体的，那每一个产品就像身份证一样，有独立的UDI（医疗器械唯一标识）编码，是全流程追溯的。集采前后整个生产的原材料、生产工艺流程都是没有任何变化的。

同时，记者了解到，药监部门也将所有集采中选产品列入了监管重点，做到企业监督检查、产品抽检、不良事件监测“三个全覆盖”。在威海，当地的市场监管和药监部门就对集采中选支架企业给予更多的抽检。

山东省威海市市场监督管理局医疗器械科科长李琳：心脏支架产品其实一直就是一个重点监管的产品，只不过是因为这个产品进了集采之后，我们需要监管的频次更高了，因为集采以后产品的整个的使用量是大幅上升的，近几年的抽检的结果来看，他家的产品一直是合

格的。

公司负责人告诉记者，集采前，冠脉支架采用分级代理经销机制，产品需要一级、二级、三级经销商，交易环节多，回款周期长，个别医疗机构回款能超过一年甚至更长。现在这一情况完全改变了。

山东某心脏支架企业负责人刘文静：企业端、集采的物流配送商和医疗机构，三方线上网上的采购协议签署，采购协议当中会明确规定 30 天回款，同时集采落地之后，国家医保局也配套推出了像国家医保基金预付、国家医保基金直接支付等这些政策措施，这对企业的资金成本财务负担，是一个非常大的改善。

记者了解到，三年来，这家心脏支架生产企业，从过去供货一千多家医院发展到如今的两千多家。企业的产能也从集采前每年 50 万条，逐步增加到 2023 年的 120 多万条。集采带来了稳定的市场预期，让企业更加坚定了继续发展和创新的信心。

山东某心脏支架企业负责人刘文静：产能增加了，我们投入三千多万美元新增了生产线，也包括一些关键设备，你还有没有更中长期的信心呢？我们是坚定不移地投创新研发的。2021、2022、2023，我们国内的研发经费是 3.4 亿，我们在集采落地的这三年，我们自主创新研发的产品，从国内获批的就 12 个新产品，现在还有 5 个新产品在临床研究。

[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



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药城: <http://www.yaochengwang.com>

 地址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电话: 010-68489858