

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第15期

(2024.04.08-2024.04.14)

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。)

• 养老健康 •

▶ [呼吁企业年金扩面提速 发挥二支柱“政策+税优+稳健复利”杠杆优势 提升社会养老筹资能力](#) (来源：财联社) ——第 7 页

【提要】国内的养老问题有多严峻?数据显示，我国已经成为全球生育率最低的国家之一，社会正从“养小为主”转变成“养老为主”，而且伴随人口老龄化加速，养老负担只会越来越重。“养老”是世界性难题，为了保证较好的养老服务质量，势必需要引入市场化创新力量。其中，作为与养老产业具有天然耦合性的保险业，亦在老龄化进程中不断探索如何应对老龄化的现实。

▶ [这个新的风口，与数亿老年人的健康需求有关](#) (来源：第一财经) ——第 12 页

【提要】截至 2023 年底，全国 60 岁及以上人口已达 2.9 亿¹。而据测算，到 2035 年左右，我国 60 岁及以上老年人口将突破 4 亿，在总人口中的占比将超过 30%²。日前发布的 2023 年第四季度居民健康消费指数报告显示，老年人群的健康消费需求正在强劲释放。

• 医院管理 •

▶ [某妇幼保健院基于 RBRVS 和 DRG 方法开展绩效评价的实践](#) (来

源：三智医管）——第 21 页

【提要】妇女儿童的健康发展是国家健康发展的关键，妇女儿童的健康水平也体现妇女儿童医院的保障水平。绩效评价作为现代医院管理的重要手段，普遍应用于医院的管理中。2021 年，《关于印发进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意的通知》指出，要借鉴疾病诊断相关组、基于资源消耗为基础的相对价值系数等方法和经验，将基数水平、疑难系数、工作质量、检查结果阳性率、患者满意度等作为绩效分配重点考核指标。

▶ [新质医疗服务力的内涵特征和发展路径](#)（来源：华夏医界网）——第 30 页

【提要】习近平总书记在中共中央政治局第十一次集体学习时强调：“发展新质生产力是推动高质量发展的内在要求和重要着力点，必须继续做好创新这篇大文章，推动新质生产力加快发展。”生产力是人们生产产品、提供服务的能力。因而，作为服务领域的医疗服务力同样属于生产力的范畴，有必要结合智能化科技革命的到来，运用创新思维，对新质医疗服务力的内涵和发展路径进行分析，以明确新质医疗服务力的发展方向和重点。

• 带量采购 •

▶ [集采风向又变！5 月 10 日起，耗材国采正式执行](#)（来源：河南医保局）——第 39 页

【提要】4月8日，河南省医保局发布了《关于做好人工晶体等五类医用耗材带量采购和使用工作的通知》，明确执行四大集采结果。其中，第四轮耗材国采赫然在列。这也是全国第一个发布执行通知和明确执行时间的省份。文件要求，5月10日起，河南省患者要能够以中选价格使用中选产品。意味着，留给省平台、厂家维护数据，以及经销商、厂家、医院签订三方协议的时间，仅剩一个月左右。

▶ [集采五年多，仿制药企业如何创新与求变](#)（来源：经济观察网）

——第 43 页

【提要】2018年12月“4+7”药品集采试点后，国家医保局至今已组织开展九批国家组织药品集采，共纳入374种药品，平均降价超50%。按集采前价格计算，占公立医疗机构采购金额的1/3的药品已纳入集采范围。集中带量采购已成为公立医疗机构采购药品耗材的重要方式。集采是针对仿制药开展的政策，5年多的时间提供了一个观察期，集采究竟如何影响仿制药产业和仿制药企业？是否加速了企业和行业创新的步伐？

• 分析解读 •

▶ [13个社会关注热点，解读国家医保局2024年上半年例行新闻发布会](#)（来源：中国医疗保险）——第 50 页

【提要】2023年1-12月份，基本医疗保险统筹基金(含生育保险)总收入2.7万亿元，总支出2.2万亿元，统筹基金当期结余5千亿元，

统筹基金累计结余 3.4 万亿元。国家医保局规财法规司副司长朱永峰指出，这些数据是共济性更强的统筹基金，是真正可以用于全体参保人共同使用的基金，以后国家医保局官方网站也将继续公布统筹基金的相关数据。这意味着可供全国参保人使用的医保基金运行平稳，可以满足群众的基本医疗保障需求，社会上经常卷土重来的“医保基金没钱了”的说法不攻自破。

▣ [“三医”协同探索药价形成机制](#)（来源：医药经济报）——第 61 页

【提要】“三医”协同发展趋势主要体现在医保、医疗、医药三个维度的协调发展与深度融合，以系统集成、协同治理为引领，改变传统的、垂直的管理方式，利用经济杠杆赋能协同，实现单中心多元参与的治理格局，将中国特色的医疗保障制度优势转化为社会治理效能，不断满足人民群众日益增长的对美好生活和健康福祉的需求。医保引导下的“三医”协同是通过利益传导机制促进医、药、保、患多方利益格局重塑和治理体系重构，运用经济杠杆协调医药供给和引导资源配置，不断推进优质高效的整合型医疗服务体系建设和医药产业创新发展。

• 医保快讯 •

▣ [“3 年行动计划”目标时限将至，各地支付改革进度如何](#)（来源：CDSreport）——第 65 页

【提要】DRG/DIP支付方式改革以来，各地快速组织推进，目前多地已经有效降低参保患者自费负担，提升医保基金使用效能，重构医疗机构内部运行机制，改革成效显著。为了解各省DRG/DIP支付方式改革进度，我们结合各地医疗保障工作总结等已公布的信息进行了整理，发现湖南、陕西、江苏、广西等多个省份已实现统筹地区、医疗机构、病种分组、医保基金“四个方面全面覆盖”等目标。

▶ [国家医保局发布《2023年医疗保障事业发展统计快报》](#)（来源：国家医保局）——第73页

【提要】2023年，基本医疗保险基金(含生育保险)总收入、总支出分别为33355.16亿元、28140.33亿元。职工基本医疗保险基金(含生育保险)收入22880.57亿元，其中统筹基金收入16636.07亿元。基金支出17717.80亿元，其中统筹基金支出11620.58亿元。职工基本医疗保险统筹基金(含生育保险)年末累计结存26405.89亿元。城乡居民基本医疗保险基金收入10474.59亿元，支出10422.53亿元。

-----本期内容-----

· 养老健康 ·

呼吁企业年金扩面提速 发挥二支柱“政策+税优+稳健复利”杠杆优势 提升社会养老筹资能力

来源：财联社

国内的养老问题有多严峻?数据显示,我国已经成为全球生育率最低的国家之一,社会正从“养小为主”转变成“养老为主”,而且伴随人口老龄化加速,养老负担只会越来越重。

“养老”是世界性难题,为了保证较好的养老服务质量,势必需要引入市场化创新力量。其中,作为与养老产业具有天然耦合性的保险业,亦在老龄化进程中不断探索如何应对老龄化的现实。

值得注意的是,作为我国金融市场上唯一一类带有“养老保险”字样的持牌金融机构,养老保险公司又如何驭银发经济时代之风,做好养老金融这篇大文章呢?近日,财联社记者采访泰康保险集团管委会成员、泰康养老总裁薛振斌,分享他对健康老龄化的认识,以及公司应对老龄化问题的着墨运笔之道。在他看来,养老保险公司要承担起发展养老金融的主体责任,探索最优的养老筹资模式,助力我国多层次、多支柱的养老保险体系建设。

财联社:我国健康老龄化面临的主要问题是什么?应如何解决?

薛振斌：健康老龄化的核心是缩小健康寿命与自然寿命的差距，提升社会养老筹资能力成为未来最大的民生

自 1999 年开始，我国正式进入老龄化社会，仅用了 20 余年已“进阶”到中度老龄化社会。

国家统计局数据显示，截至 2023 年末，我国 60 岁及以上人口 2.97 亿，占总人口比例已达 21%，这意味着我国正式迈入中度老龄化社会。

薛振斌表示，长寿时代来临将对整个社会结构带来根本影响，而促进健康老龄化、实现国民健康长寿是健康中国建设的根本目的。

在他看来，健康中国建设需要全社会共同努力，共建共享，遵循“政府牵头、社会参与、家庭支持、个人负责”的原则。

对于企业而言，为人民提供健康生活解决方案，是大健康产业最大的商机。“健康生命周期的延长可以提高个人和社会的幸福感，也可以进一步促进消费，能有效释放老年人口红利。”薛振斌解释。

面对老龄人口规模大、增速快、未富先老的难题，薛振斌表示：“陈东升董事长提出长寿时代的本质就是百岁人生时代来临，人人带病长期生存，健康、养老成为最大的挑战”。

数据显示，我国居民人均预期寿命已达 78.2 岁，但人均健康预期寿命仅为 68.7 岁，这意味着我国老年人有近 10 年的时间面临各种健康挑战。

尤其，在经济领域，老年人的经济水平往往与健康程度呈正相关，养老保障水平与健康水平密切相关。“在此背景下，缩小健康寿命与自然寿命的差距，是大健康工作的核心，而提升社会整体的筹资与服务能力，已成为我国未来最大的民生工程。”薛振斌表示。

财联社：怎样增强人们的养老储备意愿？保险与银行、公募在个人养老金业务上同台竞技有何优势？

薛振斌：三支柱建设可采用“类受托”模式，在政府政策支持、个人自愿参加、市场化运营的原则上发挥企业组织引导作用。2022年11月，我国正式开通个人养老金业务，补齐了我国养老体系的最后一块短板。如今，试点时间已超1年。人社部此前披露，截至2023年末，个人养老金开户数已突破5000万人，缴存金额约280亿。

对于个人养老金制度实施效果，薛振斌表示：“先行工作取得积极成效。不过，个人养老金仍面临着开户人数多、缴费人数少的问题。从缴存情况来看，还有很大的提升空间”。

一方面，民众对提升养老金储备额度的意识需要过程，养老金不仅解决养老阶段吃穿住行的问题，还要解决非健康状态下的医疗、护理的问题，对资金储备的额度的意识需要更加全面。另一方面，个人养老金产品选择有专业门槛，需要结合客户的需求去配置。

“上述两个方面都会影响个人养老金的推广和普及。”薛振斌介绍，泰康养老专门成立了个人养老金部，来推动企事业单位职工三支

柱的体系建设。

但从实践来看，80%的客户只了解个人养老金属于国家政策指导，但其对账户怎么建立、如何存取感到迷茫，需要专业机构给予专业指导。《2022年中国社保金融发展调查报告》显示，就购买个人养老金的意愿来看，超过8成的受访者倾向于单位组织实施。

在薛振斌看来，参考二支柱建设过程，企业年金的受托模式效率最高，即在“政府政策支持、个人自愿参加、市场化运营”的原则基础上加上“单位组织”，企业可以发挥组织和引导作用，建立统一的企业个人养老金平台。

“类受托”模式的优势在于宣传普及效率高，有利于提升制度知晓率，可以集中甄选适配职工需求的机构和产品，降低个人养老金配置的专业门槛，可以优化个人养老金全流程管理服务，贯穿从账户建立到养老金领取的全生命周期各个环节，提升服务品质。

此外，个人养老金实行个人所得税减免政策，还提升了企业福利获得感，对于企事业单位和职工是双赢的好事，这也是推动养老金第三支柱发展的重要引擎。

当前，养老理财、养老保险、养老公募基金和养老储蓄存款等金融产品同台竞技，在薛振斌看来，保险的独特之处在于具备保本、附加保障及终身给付特性，在满足风险保障需求上独树一帜。

此外，其稳健增值的保险账户将为客户提供一种稳健积累养老金

的途径，符合“长期投资、稳健回报”的产品理念，跨周期的长期资金的投资管理能力优势将为保险公司打造独特的竞争优势。

“虽然个人养老金的覆盖还需要一点时间，但我相信如果今年全面推广，只要保持一定的力度，未来每个人都会配置个人养老金，特别是工薪阶层。”薛振斌判断。

财联社：养老保险公司未来如何发展？

薛振斌：我国养老金储备空间非常大，要发挥二支柱“政策+税优+稳健复利”的杠杆优势，激活中小企业参保意愿。到2024年，我国专业养老险公司已走过20年历程。截至目前，我国已诞生10家养老险公司和1家专业养老金管理公司。过去20年，这些养老保险机构一路成长，在长期投资、绝对收益获取及审慎风险控制等方面积累了一定的专业能力。

近几年，随着加快发展商业养老保险政策推进，养老保险公司陆续迎来一些政策红利和业务机遇。2023年12月，金融监管总局发布的《养老保险公司监督管理暂行办法》进一步明确，养老险公司要聚焦养老主业。薛振斌表示，泰康养老始终专注于企业年金和职业年金受托业务，全面参与三支柱个人养老保险。

在他看来，我国养老金储备空间非常大。2022年末，我国养老金资产积累规模14.5万亿，占GDP比例仅为12%，明显低于主要发达国家和全球平均水平。而解决养老筹资问题，应尽快转变“养老靠

政府、靠单位”的传统观念，国家、企业、个人一起共同努力。

薛振斌分析，目前我国一支柱，即基本养老保险保基本、兜底线；二支柱企业年金诞生已近 20 年，但总体参与比例较低、覆盖面窄。截至 2023 年底，企业年金参与人数 3144 万。

薛振斌介绍，作为专业化养老保险公司，泰康养老在企业端，通过企业年金和长期补充医疗保险，强化职工的二支柱医养保障，在职工端，创新员工自选福利医养保障的服务模式，降低了职工获取保险的门槛，也将保障范围从职工延伸至家庭。

在薛振斌看来，二支柱具有“政策+税优+稳健复利”的杠杆优势，企业缴费可以享受税优，以相对更低的成本丰富职工福利体系。职工能撬动单位缴费，还享受着当期的税收优惠，杠杆作用比较明显。

在当前企业年金规模增速放缓的背景下，扩面成为多方不谋而合的明确方向。在政策层面，泰康养老和人社部门等保持密切沟通，配合推动企业年金宣传工作。在产品层面，创新产品激活中小企业的参保意愿；在服务层面，通过科技手段减轻中小企业的运营服务成本。

[返回目录](#)

这个新的风口，与数亿老年人的健康需求有关

来源：第一财经

截至 2023 年底，全国 60 岁及以上人口已达 2.9 亿¹。而据测算，到 2035 年左右，我国 60 岁及以上老年人口将突破 4 亿，在总人口中

的占比将超过 30%²。

如此庞大的老年群体，都有一个共同的突出需求——健康。日前发布的 2023 年第四季度居民健康消费指数报告显示，老年人群的健康消费需求正在强劲释放。居民健康消费指数是由健闻咨询和复旦大学健康传播研究所在华泰证券支持下合作研发编制，中国康复技术转化及发展促进会提供指导，旨在使用大数据衡量不同地区居民的健康消费习惯，从而为传播健康消费理念、倡导健康消费行为提供参考。

2023年第四季度31省(市、区) 居民健康消费指数TOP10

省(市、区)	健康消费指数	排名
北京市	42.934393	1
青海省	38.063298	2
上海市	36.790681	3
山西省	36.245938	4
天津市	35.750249	5
江苏省	35.261936	6
江西省	35.174213	7
山东省	35.155912	8
甘肃省	33.441552	9
河南省	33.053473	10

数据来源：居民健康消费指数报告（2023年Q4）

本期指数的测算，主要基于京东线上平台 2023 年第四季度覆盖全国 300 余个城市、涉及 200 余种商品的消费大数据。

结果显示，与老年人群密切相关的“三高”（高血压、高血脂、高血糖）、心血管疾病、康复护理等方面的产品和服务健康消费指数，在该季度都有明显提升。

2023年第四季度31省(市、区) 居民血糖仪健康消费指数TOP5

省(市、区)	血糖仪健康消费指数	排名
吉林省	0.515857	1
山西省	0.500072	2
黑龙江省	0.482905	3
辽宁省	0.472268	4
河南省	0.469631	5

数据来源：居民健康消费指数报告（2023年Q4）

2023年第四季度31省(市、区) 居民高血压健康消费指数TOP5

省(市、区)	高血压健康消费指数	排名
黑龙江省	1.233489	1
吉林省	1.219358	2
辽宁省	1.096040	3
内蒙古自治区	1.021464	4
河北省	0.942760	5

数据来源：居民健康消费指数报告（2023年Q4）

2023年第四季度31省（市、区） 居民护理床健康消费指数TOP5

省（市、区）	护理床健康消费指数	排名
西藏自治区	0.700920	1
宁夏回族自治区	0.233930	2
安徽省	0.162827	3
河北省	0.160108	4
河南省	0.133666	5

数据来源：居民健康消费指数报告（2023年Q4）

指数报告发布会上，复旦大学健康传播研究所所长助理兼秘书长贾英男对报告进行解读时表示，提高老年群体的健康消费水平，将成为发展“银发经济”的重要内容。

何为银发经济？按照国务院办公厅2024年1月发布的《关于发展银发经济增进老年人福祉的意见》，银发经济是向老年人提供产品或服务，以及为老龄阶段做准备等一系列经济活动的总和。

据相关测算，目前我国银发经济规模在7万亿元左右，约占GDP总量的6%，到2035年，银发经济规模有望达到30万亿元，占到GDP总量的10%³。未来进入“长寿时代”后，银发经济在GDP中的占比还将进一步增加。银发经济的风口，也正强烈激发着产业与投资的想象力。

“任何经济都是人口经济”，在中国社会福利与养老服务协会会

长吴玉韶看来，随着老龄化程度不断加深，发展银发经济，意味着相关产业都要针对老龄社会作出适应性调整，而健康是最关键的一环，“因为健康是老人的刚需”。

国家信息中心数字中国研究院副院长、脉策科技首席经济学家陈沁进一步指出，银发人群不仅具有健康需求，身体健康程度还决定了他们的“消费半径”，即能否产生更丰富多样的消费。比如，老人要外出旅游，产生文旅消费，至少要求身体状况能确保走出家门。换言之，老人的健康管理水平，将会间接影响到整个银发经济的规模和结构。

如何把握银发群体的健康需求？

直观地看，老年人的健康消费需求首先取决于自身健康状况。

国家卫健委 2021 年底的数据显示，我国大致有 1.9 亿老年人患有慢性病。另据国家疾控中心数据，我国 16% 的老人存在失能或部分失能症状，4.8% 的老人处于完全失能状态。

此外，2018 年中国居民骨质疏松症流行病学调查显示，我国 50 岁以上人群骨质疏松症患病率为 19.2%，65 岁以上人群骨质疏松症患病率达到 32.0%。

一方面，带病或失能人群存在对疾病治疗、慢病管理、康复护理等产品和服务的需求；另一方面，相对健康的人群，也需要采取各种方式来预防疾病、延缓衰老和身体机能的退化。

从居民健康消费指数报告也可以看出，在人口老龄化程度较高的城市，居民对于高血压、糖尿病、冠心病等疾病相关医疗产品与服务的健康消费指数也相对更高。

如果对老年人群进行更细致的划分，则可以得到不同层次的需求画像。

银发经济的内涵，包含“老年阶段的老龄经济”和“未老阶段的备老经济”⁴。AgeClub 创始人段明杰认为，从熟龄到老龄到高龄，每个阶段的消费需求、消费特点以及获客渠道都不一样，消费的品类也不一样。站在产品服务提供者的角度，只有对人群定义足够精准，才能真正抓住用户的需求。

除了年龄，细分人群的维度还包括收入水平、文化程度等。收入水平决定了老人的消费能力，而文化程度则影响到消费理念和健康素养水平。一项针对老年人保健消费的调研显示，有 37.8% 的老年人将保健消费和疾病治疗混为一谈⁵。

而产品和服务购买主体的不同，也使得老年人的健康消费呈现出不同的特征。

根据居民健康消费指数报告，在人口流出地区，还存在“孝心经济”“感恩消费”等健康消费模式。这些地区的“三高”慢病管理、护理床等产品和服务健康消费指数较高，一个重要因素是外出工作的子女通过购买相关产品和服务，来满足留守老人的健康需求。报告指

出，外出工作的子女在为父母购买血压、血糖等健康指标监测产品时，可能倾向于选择具有数据传输功能的产品，以便在异地也能随时了解老人的身体状况。

“人口结构的变化会带来需求的变化，并且进一步带来整个消费场景和产业链的变化。”中国康复技术转化及发展促进会常务副秘书长杨涵分析，以康复辅具为例，首先需要根据老人身体健康状况来选择所需要的康复护理服务，不同的康复护理适用不同的辅具，而不同的辅具还需要进行相应的环境改造。比如，对于坐轮椅的老年人来说，推拉的房门就比平开门更为方便。

银发经济风口下，健康产业如何升级？

根据我国“90-7-3”的养老格局，有90%的老年人处于居家养老状态⁶。老年健康消费升级，关键是围绕居家养老场景开发产品和服务。

京东健康医疗器械事业部养老品类策略负责人关永皓观察到，当前养老用户的消费主要存在四大痛点：一是用户对市面上的产品缺乏了解，也就无从购买。“现在很多居家养老的专业产品，比如浴室的助浴椅、坐式淋浴器、智能穿戴设备等等，覆盖率仍然比较低。”二是商品供给不足，关永皓表示，以康复辅具为例，国内产品数量不到发达国家的5%。三是产品和服务的结合还不完善，相比年轻用户，银发人群与客服沟通难度更大，对售后上门服务的需求更加迫切，

“这些痛点现在还没有解决。”四是专业人才供给不足，“导致服务供给跟不上”。

事实上，产品供给、科技创新、智慧养老、服务优化、人才培养等方面，在国务院办公厅《关于发展银发经济增进老年人福祉的意见》中都有充分的体现。

在杨涵看来，老年健康产业的发展，还需要通过政府、行业协会和产业领域的协同，形成一套严格的标准体系。“把真正靠谱的产品、服务机构、服务模式整合起来，老年人很多需求都是系统性的。”杨涵介绍，在日本的福祉用具产业，行业协会就从标准体系、产品认定、服务机构认定、人才认定等方面，制定了一整套流程。比如，每家福祉用具销售门店必须配备两名有相关专业资质的工作人员，为顾客提供专业细致的咨询服务，以便根据用户实际身体情况与需求，选择不同功能、形态和材质的产品。

支付意愿和能力，则是关系到老年群体健康消费升级和健康产业发展的另一个重要方面。“我们看到，接受养老机构服务的群体，都是以个人支付为主。”复星康养集团执行总裁李莹表示，老人自己的退休工资，和子女支付，是机构养老服务的两大主要费用来源，而在社区居家养老场景，护理产品和服务的C端自费比例和意愿相对较小。

李莹指出，投资经营养老产业的挑战在于投入大、周期长、回报

慢，如果没有一个强有力的支付方，短期内产业发展挑战很大。近年来，随着长护险基金支付的逐步介入，有了资金支持，失能失智老年群体的护理服务才得到一定发展。

李莹观察到，近两三年，不仅头部保险公司，一些中小保司都开始关注和介入养老领域。不论是养老机构还是社区居家养老场景，在保险产品的撬动下，从生活照料到专业的医疗或康复护理，产品和服务供给都越来越多。

“未老阶段的备老经济”，是银发经济的另一个增长极。即将步入老年的人群，其健康程度，也将影响到未来银发经济的质量。

据陈沁分析，目前中国银发经济规模的快速增长，主要来自上世纪60年代生育高峰期出生的人口。“每年2000万以上的退休人群，是从量上推高了银发经济，但从人均消费水平看，60后和50后没有什么差别。”陈沁认为，70后的教育水平、收入水平都要高于60后，“做好70后在退休之前的健康管理，让他们的收入保持在一定水平之上，他们在进入老年阶段时，才会有更大的消费半径，我们才能够未来迎来更高质量的银发经济。”

[返回目录](#)

• 医院管理 •

某妇幼保健院基于 RBRVS 和 DRG 方法开展绩效评价的实践

来源：三智医管

妇女儿童的健康发展是国家健康发展的关键，妇女儿童的健康水平也体现妇女儿童医院的保障水平。绩效评价作为现代医院管理的重要手段，普遍应用于医院的管理中。2020年7月，国家卫生健康委办公厅发布了《关于印发妇幼保健机构绩效考核办法的通知》，明确了妇幼保健机构绩效考核的指标体系，并要求妇幼保健院建立基于大部制的内部绩效考核评价制度。2021年，《关于印发进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意的通知》指出，要借鉴疾病诊断相关组(diagnosisrelatedgroups, DRGs)、基于资源消耗为基础的相对价值系数(resource basedrelativevaluescale, RBRVS)等方法和经验，将基数水平、疑难系数、工作质量、检查结果阳性率、患者满意度等作为绩效分配重点考核指标。

1. 妇幼保健医院绩效改革需求

1.1 妇幼保健医院精细化管理需要

近年来，随着人口结构的变化和计生政策影响，地级市妇幼保健院面临重大的挑战。2020年，无锡市妇幼保健院(以下简称“我院”)新生儿分娩量占全市(含江阴、宜兴)分娩量的22.8%，外部市场竞争依然严峻。特别是DRGs的逐步实行，妇幼保健院如何做好“精准

开源”、精细化流程管理，以及精细化成本管理成为重要课题。同时，妇幼保健医院承担大量公共卫生的公益性项目，以及面临着日益增长的人力成本压力。迫使妇幼保健绩效改革需要融入医院的精细化管理的理念，体现医院精细化管理手段。

1.2 妇幼保健医院高质量发展需要

2020年，江苏省妇幼保健国考中三级妇幼保健院的服务能力持续提升，患者满意度与职工满意度高于2019年；在可持续发展上需要关注DRGs中的服务能力指标，由于妇幼保健类医院的功能性定位，所覆盖的疾病种类有限，特别是产科、儿内科中的CMI值相对较小；其次，RW>2的疾病占比相对较低，需要关注现有病种中的优势病种以及战略病种、疑难危重病种的收治能力和服务效率，在医院发展中提升医院效用的同时做好医院的服务广度和服务深度以及服务满意度。

1.3 妇幼保健医院内部评价机制需要

妇幼保健院提出了“大部制”发展战略，如何在评价机制上确保孕产、妇女、儿童保健和生殖保健服务4大部协同发展，同时做到客观评价，除了做好江苏省妇幼保健类医院中的标杆对照、医院内部科室发展的纵向比较外，医院需要找到能够进行内部进行横向评价的工具。其次，在妇幼保健院的专科特色上，如何推动妇幼保健类医院的专科特色技术的发展、新技术的开拓以及特色管理围产医学中心建

设，整合医院的优势学科资源，提升筛查、诊断、保健能力都需要医院的内部管理有工具确保评价的公正、客观，确保医院的战略执行高效，确保临床一线人员明确目标。

2. 妇幼保健医院绩效方案构建

2.1 医院面临主要问题

2.1.1 效率方面。我院 2021 年平均住院日为 5.78 天，与省内外的同类型医院相比在平均住院日上具有一定下降的空间。特别是在 DRGs 实施后结合国内外综合医院的经验，在收治患者的复杂度基本不变的情况下，适当降低平均住院日有助于医院在同类型医院中具备较大的竞争力。其次，在手术效率上，结合国考分析我院手术率，在省内的同类型医院中处于较高水平，但是去除分娩、剖宫产手术后，手术率不足 30%。最后，微创手术、高难度手术率偏低，如何鼓励高难度、四级、微创手术的发展是医院在管理中亟需解决的关键问题。

2.1.2 结构方面。从收入和支出角度分析，我院目前医疗服务收入(不包括药品、耗材、检查检验)占比在省内处于中上水平，但是距离省内医疗服务收入占比较高的医院还有一定的空间；从支出角度，医院的耗材收入占比较低，但是通过全年的耗材领用情况看，百元收入的耗材消耗较高，有很大的下降空间；再次，医院的人力支出占业务收入的比重处于省内较高水平。从结构上来说，医院的财务压力较大，希望通过效率提升来调整医院的结构。

2.2 评价工具确认

医院采用了基于 RBRVS 与 DRGs 的综合评价机制。RBRVS 对于“量”上有很好的评价作用,同时能够极大地刺激手术科室的发展;采用 DRG 重点关注的是“质”“潜力”,采用 DRG 中的 RW、CMI 以及低风险组死亡率进行难度评价,对内科系统相对友好。支付政策稳定后还可以加入效率指标费用和时间消耗指数。

2.3 方案设计

2.3.1 医师序列分科系设计。在医师序列中分为手术科系、非手术科系、门诊、急诊、重症几类,以科系为单位进行工作量方案的设计以及考核。

医师工作量绩效=[(执行点数①+研判点数②+服务量点数③×CMI)×单价-直接成本]×关键业绩指标得分+专项绩效。

①执行点数:指医师、医技、护理序列各自直接操作的项目所获得的点值,例如临床序列的手术、医技序列检查、护理序列的等级护理与静脉输液等(下同)。②研判/协作点数:指医师脑力劳动付出获得的点值,对检查检验结果的判读。例如医师针对病情情况所开具的检查检验单,护理协助医师完成术后患者的康复所获取的点数(下同)。③服务点数:指当月的服务产出(出科人次、床日数、手术人次),通过医院的平均住院日、门急诊入院率等指标进行数据建模得到不同服务产出的权重系数,加权获得的服务点数(下同)。

绩效导向上,建立工作量评价模型,通过工作量权重体现导向性,手术科室中执行点数权重>研判点数权重>服务量权重,执行权重体现了项目的难度和风险,鼓励手术类科室提升操作量与操作难度。非手术科室中服务量权重与研判点数等权重 \geq 执行权重,这样做的目的是鼓励非手术科室中疑难危重患者的收治以及弥补操作项目较少的劣势。

结构优化上,在科室成本中进行细化,将直接成本分为可控成本和不可控成本。提升可控成本的计入比例,对人力成本、耗材成本、水电成本加大计入比例;不可控成本:设备折旧、房屋折旧等比例相对较低。

效率优先上,服务量中将出科、手术、占床日数建立模型,效率指标工作量化,鼓励临床加快周转,CMI值加入服务量是对出院患者进行评价,如果CMI值越高证明患者疾病复杂程度越高。

潜力挖掘上,通过考虑疑难危重病例的奖励,对提升临床的服务能力有促进作用,潜在影响医院的梯队建设与学科发展。

2.3.2 专项设计。以往专项设计中,对手术和操作科室中高级别手术率、微创手术率在难度和效率导向上没有明确体现,现采用RBRVS同时结合国考、医院的指标导向:第一步对四级手术、微创手术进行额外奖励,即基准点数上浮40%;第二步对基础的手术,根据每个科室的手术工作量点数,利用均值的80%为基数,以20%为阶梯实行超

额激励;新技术上按照例次给予奖励,并对新技术发生数量上做界定,当该技术手术满一定台次后作为常规技术进度常规专项奖励目录中。

产科由于专业的特殊性,设置手术专项绩效不符合国家政策导向,所以在产科专项上,对高危、疑难的产科患者设置专门的奖励绩效,主要体现疑难危重奖励。

非手术科室中设计RW专项,以每0.5为区间构建奖励绩效。

2.3.3 护理绩效方案设计。护理方案设计从服务患者复杂度、服务效率、质量、护理临床能力出发,其中难度、效率用RBRVS来进行评价,质量与临床能力由护理能级绩效评价。

$RBRVS \text{ 工作量绩效} = (\text{执行点数}① + \text{协作点数}② + \text{服务量点数}③) \times \text{护理分级系数} \times \text{单价} - \text{实际负担成本}$; $\text{能级绩效} = \sum \text{病区护理能级系数} \times \text{能级绩效} \times \text{护理关键指标考核得分率}$ 。

①护理分级系数是从护理的精神压力、夜班强度、生理负荷、职业风险等因素评价,用于体现妇幼保健类医院不同序列护理的差异,同时也对护理部的人员调度提供理论依据。②服务量点数用于评价护理团队中无法量化的工作价值。

护理绩效的评价方式,充分考虑到了护理工作的特性,对于无法量化的工作在服务人次上得以体现,用护理分级系数来体现服务不同类型患者的劳动差异型,让护理团队的劳动价值得以体现。能级绩效用于体现三级公立医院护理能力,积极鼓励护理团队的知识技能、

持续学习能力的提升以及服务患者满意度的提升。

2.3.4 医技绩效方案设计。医技序列的评价主要以体现效率、成本控制、不可收费工作体现 3 个方面，使用 RBRVS 进行项目评价。

RBRVS 工作量绩效=(执行点数+服务量点数)×点单价-实际负担成本。

通过历史数据的模拟测算，以 RBRVS 为当量，得到每点所消耗的直接成本，旨在通过标化成本，鼓励医技科室做好科室的耗材成本的领用计划，以及做好日常设备设施的保养减少操作性错误损坏产生的维修、维保等。

2.3.5 特殊科室案设计。公卫类项目工作量体现，首先以《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》为依据，借鉴其他省市颁布的公卫项目点值，结合 RBRVS 理论框架通过时长、人员配置、服务频次、消耗成本等建模，构建公卫项目的点数，将公卫工作量纳入科室绩效。

在 2022 年 5 月正式切入新绩效系统以来，医院在效率、质量、服务等方面实现了稳步提升，在 2022 年全国妇幼保健机构绩效考核中获得全国第 5 名的好成绩。临床科室表现上：①更关注成本特别是材料成本的领用以及材料成本的使用；②临床科室更关注项目的开展以及科室病案首页的填写质量；③临床与医院职能部门探讨科内亚专科发展以及技术探索；④绩效管理透明，提供科室相关的运营报表，科室每月能够动态了解到本月科室整个工作量变化情况，手术量、手

术难度以及 CMI。

3. 讨论与思考

在绩效实施过程中也结合妇幼保健类医院总结了一些经验，同时发现一些问题进行探讨。

3.1 临床绩效运行问题与思考

与综合医院不同，妇幼保健类医院开设专业有限，所以在进行科室二级分科时，由于绩效人数相对较少，同时工作量具有一定的周期性。采用工作量评价先算绩效后减去成本的形式，成本的敏感性大大提升，绩效波动较大。此类型科室在绩效实施后，参照医技科室方案，采用当量法计算每点成本，月度对表调整，季度结算同时做好科室沟通，协助科室做好材料成本领用计划。

我院设有围绕产前、产中、产后的系列科室，相关科室的业务高低直接影响医院的总量，做好孕产妇的全面管理与服务，鼓励提供个性化的服务来提升医院的吸引力。

中医是我国医学和文化的瑰宝，我院设有中医科，以门诊为主，在新的绩效改革中考虑了中医药特色技术，但是在管理中还需要切实有效的手段将中医科与其他科室建立连接，开展中医特色的诊疗手段与专科人才的培养。

3.2 医院成本管理

在新绩效运行后，临床科室的成本意识增强，特别是对于不计价

材料的使用等极为关切。在 DRG 支付来临之际，提质、增效、降本成为了各大医院的行动指南，妇幼保健院由于专科特性药占比与耗占比与综合医院相比相对较低，但是与同级别医院相比我院仍然是高成本的运行状态。如何把控项目成本与病种成本与成本的链条管理是成本管理的重要目标，只有更细的颗粒度、更完善的流程才能从根源上做好成本管理与成本核算，为医院的精细化管理提供支持。

3.3 关键指标考核

关键指标考核中结合了妇幼保健医院“国考”66条的相关指标分解至科室，同时加入了医院质量指标、患者满意度指标、临床能力指标(DRG)整合。指标中的权重采用德尔菲法确定，带有一定的主观性；其次，除了临床科室外，管理职能科室如何进行工作的客观评价是下一步绩效管理的新环节。

4. 小结

本次绩效改革使用了 RBRVS 与 DRGs 结合的方式进行临床工作量的绩效评价，促使医务人员工作质量和服务水平提高，实现医务人员个人价值和多劳多得、优绩优酬。在绩效管理中也需要注意到，医院目前存在诸多的系统，很多系统形成了“系统孤岛”，为了医院管理的精细化，医院的高质量发展，需要对能够有抓手的信息数据进行整合，为发展提供数据支撑。

[返回目录](#)

新质医疗服务力的内涵特征和发展路径

来源：华夏医界网

新质医疗服务力的内涵特征和发展路径

习近平总书记在中共中央政治局第十一次集体学习时强调：“发展新质生产力是推动高质量发展的内在要求和重要着力点，必须继续做好创新这篇大文章，推动新质生产力加快发展。”生产力是人们生产产品、提供服务的能力。因而，作为服务领域的医疗服务力同样属于生产力的范畴，有必要结合智能化科技革命的到来，运用创新思维，对新质医疗服务力的内涵和发展路径进行分析，以明确新质医疗服务力的发展方向和重点。

一、深刻认识新质医疗服务力的基本内涵

科学技术是第一生产力，那么新质医疗服务力是由新质生产力推动的，由智能技术突破的，对医疗服务各类要素进行重新配置，促进服务对象，医疗服务模式、方式、手段发生质的变化。新质医疗服务力同样以服务提供者、服务资料、服务对象，以及服务内容、服务手段、服务设施等服务模式的创新发展和叠加交融为基本特征，具有广阔的发展空间，能够引领未来医疗的主要方向。

(一)更高素质的服务提供者是新质医疗服务力的第一要素。这些服务提供者包括医疗服务所有领域的劳动者，不仅有传统意义上的医务人员、工勤人员，还有药品、器械、耗材的开发者、研究者、推广

者等，以及从事现代医学的基础研究、转化研究、商业应用的人群。所有这些都与医疗服务力相关的人群是新质医疗服务力中最基础、最核心、最活跃、最关键的因素。他们自身对新知识、新技术、新技能、新领域的接受程度、应用幅度和实践广度直接决定新质医疗服务力的大小。发展新质医疗服务力，需要这些人群能够着眼世界科学技术的发展应用现状，瞄准新科学技术的发展趋势，创新创造出新型医疗服务工具。包括在基础研究领域作出原创性进步的科学人员、在技术应用层面创新颠覆性工具的工程师队伍，在实践运用领域熟练掌握新型医疗服务工具的医务人员，甚至还包括在配合新工具使用并能提升效率的后勤服务人员。

(二)更高科学技术含量的医疗服务资料是新质医疗服务力的动力源泉。医疗服务工具的医疗能力强弱是辨别新质医疗服务力与传统医疗服务力的显著标志。新一代 AI 技术、信息技术、新材料、新工艺的融合应用，孕育出一大批智能、高效、准确的新型医疗服务工具，进一步拓宽服务提供者的服务内容，减少对个体疾病变化带来的误差，突破优质医疗技术力的传统覆盖范围，弥补医患之间的信息偏差，形成均衡、平等、公平的服务，为新质医疗服务力奠定扎实的物质基础。特别是大数据、云平台、物联网、AI 人工智能等虚拟生产资料的广泛运用，极大地丰富了医疗服务的形态，促进服务内容向智能化、服务措施向个性化、服务方式向多元化的转变，催生出新型医疗服务

业态。

(三)更加满意的患者是新质医疗服务力的生存基础。诊治患者疾病是医疗服务力的工作对象，患者是医疗服务力的基础，提升患者满意度是医疗服务力的核心。智能技术的发展及应用让疾病的诊断更加精准、个性化的药品器械让诊疗更加有效、触手可及的医学知识让疾病更易理解、周期更快的新药开发让人类健康再进一层。人类几千年积存的疾病相关信息、数据成为推动医疗服务力的新型生产要素，又与其它要素相互融合，让价值医疗更有价值。

(四)更加有效的服务样式是新质医疗服务力的外在模式。随着以智能化作为通用要素在医疗服务领域的全方位运用，过去依靠个人知识、经验作出的判断，依靠个人技能作出的手术操作、依靠个人感受作出的质量评价都将发生改变，AI 智能判断、循征案例、偏好推送、远程医疗、可穿戴医疗、无接触诊治、智能化提醒等医疗信息在线上的流转，以及个人在线下的体验，共同创造创新出新的医疗服务模式，彻底打破传统医疗服务模式中信息不对称、优质医疗资源不均衡、个人服务差异化等顽疾，在提升资源运行效率的同时，让人类健康受益。

医疗服务提供者、医疗服务资料、服务对象以及服务模式是医疗服务力中最核心的生产要素。各要素之间要实现相互协作，尤其是医疗服务资料作为第一生产力，推动其它要素的变革，产生新质医疗服务力。在智能技术群的驱动下，让服务提供者有了新工具，服务对象

有了新收益，形成新的服务模式，再来带动医疗管理、物资管理、信息管理等医院管理其它要素的变化，推动医疗服务力各要素、各层次、各领域的生产力相关要素的智能化融合、整合，降低服务成本，提升服务效率，让新质医疗服务力迸发出旺盛的生命力。

二、深刻把握新质医疗服务力的主要特征

新质医疗服务力的基础是现行的医疗服务力，它不是对旧的、传统的、现行的医疗服务力的全盘否定，而是在此基础上发展起来，它是对未来医疗服务力的创新起引领作用，是解决当前医疗服务领域突出问题的先进生产力部分，具有高智能、高效能、高质能的三个特征。

(一)高智能。智能是新质医疗服务力生成的主导科学技术，也是发展的第一动力。智能技术在医学领域的广泛运用，在为医务人员提供工具的同时，也让传统的靠个人知识、经验、技能三大要素的服务方式发生改变，变成智能知识、智能经验、智能技能，随之发展变化的药品、耗材、设备、设施等也将智能化。人的能力被智能技术无限放大拓展，同时过去医疗服务者个体之间的知识、经验、技能和差距被缩小。智能技术在重塑生产力基本要素，催生新产业新业态的同时，推动医疗服务力向更高级、更先进、更科学的质态演进。近年来，一些 AI 智能产品已经开始帮助医生进行疾病的早期检测和风险评估，通过分析患者的医疗数据，AI 能够预测疾病的发展概率和可能的健康风险，医生们开始为患者制定个性化的治疗方案。

(二) 高效能。近年来，大健康产业逐渐成为经济发展的支柱产业之一，在以智能技术为核心的现代科技群刺激下，大健康产业已经成为了新产业发展的重要拼图，其中医疗服务领域是大健康产业的基底，决定着大健康产业的发展方向。智能技术的加入，可以解决医疗服务力生成中最困难的诊断治疗能力不平衡发展问题，打破了传统医疗机构、医学专家、设备厂家之间不可逾越的鸿沟，让医疗服务的效能成指数般提升。如 AI 在影像诊断中的应用提升辅助诊断的准确率，便可以让顶级医疗专家的智慧、水准、能力辐射到全部医学领域，填平了医疗资源之间的沟壑。机器人辅助手术系统可以在医生的控制下执行精细的手术操作，同样也可以让医生在万里之外实施某种手术，冲破地理空间的约束。

(三) 高质能。在爱因斯坦的狭义相对论中，质能由光的速度和物体的质量决定。对应到医疗服务领域，新质医疗服务力产生的高质能与医疗服务质量相关。医疗服务质量又与技术运用和医患沟通相关，以服务满意度和体验感为评价维度。在如何解决人们日益增长的健康需求与落后的医疗服务力之间的矛盾时，科学技术永远是第一位的。智能技术作为新一次工业革命的主导技术，它在满足健康需求的同时，实现了新的供需平衡，但同时又会产生新的不平衡，促使技术不断进步。当前，我国医疗服务领域存在资源利用效率不高，优质医疗资源分布不合理、城乡之间技术能力差异较大等问题，这些问题如果

单纯依靠卫生政策来调节，依靠管理手段来调整，其效果是容易达到上限的，一旦有了智能技术的加持，有了像电力一样生成式通用人工智能的加入，资源之间的合理配置、技术之间的均衡发展、服务标准的规范统一便有了载体。医疗服务质量便在这种类似“大锅饭、平均主义”的发展过程中得到整体提升，从供给侧改革的角度，为医疗服务发展提供扎实的发展潜力和实力。

三、深刻把握新质医疗服务力的发展路径

发展壮大新质医疗服务力是一项系统工程，需要医疗服务力各个要素协同并进，相互协调，促进各个要素之间的紧密协同。坚持以智能技术的广泛运用为核心，推动医疗服务提供者、医疗资源，服务对象和服务模式的变革，让四个要素相互进行整合、融合、组合，促进新质医疗服务力的整体跃升和涌现。

新质医疗服务力不是凭空出现的，它是建立在传统医疗服务力的基础上，在智能技术群的推动下形成的一场新的生产力、生产关系的变革，要首先明晰几个关系：一是明晰智能技术和服务模式的关系。智能技术推动服务模式改革，服务模式也要适应智能技术的发展，两者之间相互协作，共同发展，共同目标是提升全人类的健康水平。二是明晰新质医疗服务力各要素之间的关系，以智能技术在医学领域广泛运用为支撑，围绕服务对象的健康需求，不断提升服务提供者的综合素质，促进服务模式的转变，以及诸要素之间的协同，为服务对象

提供高质量的医疗服务。三是明晰好智能技术带来的责任归属。科学技术的发现、发明和创造本身是为人类服务的，是人类改造自然的工具产物，无承担责任主体的客体。以AI人工智能为核心的智能技术开始模仿人类的思维、提供人类的决策建议，出现挑战法律伦理等社会问题，但它在医疗服务过程中仍然不是法律责任上的主体。在涉及医疗相关智能技术、产品、服务运用后果责任的判断上，运用智能技术的医务人员仍然是责任和义务的主体，这与智能技术无关，哪怕某天智能技术有了人类的意识，责任仍然是人类的。四是明晰好新旧医疗服务力之间的关系。如果把信息技术为主导看作旧医疗服务力的话，那么以智能技术为主导就是新医疗服务力。两者之间不是割裂的，智能技术离不开信息技术，是以信息技术为基础的，两者之间要协同发展，共同进步。要继续抓好以数据为中心的医疗信息化建设，给智能技术发展提供充足“养料”。同样，着眼智能技术的发展需求，不断加强医疗信息化、智能化建设，共同建成新质医疗服务力的发展基础。

(一) 培育与新质医疗服务力相适应的新型服务提供者队伍。首先坚持教育先行，在医学教育体系中引入医疗智能技术的理论研究、产品开发、实践探索等教学内容，着力培养和造就一批新型智能化医学人才，推动智能技术在实践中的运用和发展。探索形成中国特色、世界水准的医学人才培养体系，推进研究所、企业、院校、医疗机构联

合培养高素质的新型医学人才，鼓励医学人才放眼全球、走向世界，共享全球智慧。其次，智能医疗涉及多个学科领域。医疗机构要建立医学、计算机科学、数据科学、智能科学等跨领域合作团队，促进不同领域专家之间的交流与合作，共同推动智能医疗的发展。最后，医疗机构应该积极与企业、院校合作，共同研发和推广智能医疗技术。通过与企业的合作，医疗机构可以获得更多的技术支持和服务，推动智能医疗的发展和应用。

(二) 加快与新质医疗服务力相适应医疗资源的分配。实施医疗资源均衡发展战略，牢牢抓住智能技术这个“牛鼻子”，推动优质医疗资源的普及。充分利用智能技术通常化、产品平台化的优势，让医疗服务的各个层级、各家机构统一链接到智能大平台，把集体知识和人工智能智慧结合起来，为不同地域、不同群体提供优质医疗服务，让优质医疗资源发挥最大的效益。利用大数据和人工智能技术，建立智能调度系统，根据患者的病情、医院的医疗资源和医生的专业领域，进行精准匹配和调度。建立统一的医疗资源信息共享平台，实现不同医疗机构之间的信息共享和互通。利用互联网和移动通信技术，发展远程医疗服务，将优质医疗资源延伸到基层和偏远地区。完善分级诊疗制度，明确各级医疗机构的诊疗范围和功能定位，引导患者合理就医。鼓励和支持智能医疗的发展，同时加强对医疗市场的监管，防止医疗资源的滥用和浪费。此外，还应建立完善的医疗资源评估和反馈

机制，对医疗资源的分配和使用情况进行定期评估和调整。

(三)拓展与新质医疗服务力相适应的服务范围。以培育壮大智能医疗产业为重点，不断拓展服务对象的种类和形态。新质医疗服务力包括但不限于智能化的诊断技术、个性化的治疗方案、远程医疗服务、智能化医疗管理等，可以为医疗机构提高医疗效率、降低医疗成本、优化医疗资源配置，并为患者提供更加便捷、高效、精准的医疗服务；可以为医药企业提供更加精准的市场分析和患者需求洞察，帮助企业更好地研发新药、制定市场策略；可以帮助政府部门实现医疗资源的合理配置和优化，提高医疗服务的公平性和可及性；可以为社会保险和商业保险公司提供更加精确的风险评估和赔付管理。新质医疗服务力的服务对象从患者端拓展到医院管理端、产品开发端、数据分析端和政策指导端等，以数据智能和智能数据为两大核心基础，全面革新服务对象，产生新的服务效能。

(四)形成与新质医疗服务力相适应的服务模式。首先，强调个性化医疗。借助大数据和人工智能技术，可以对每位患者的医疗信息进行深度挖掘和分析，从而制定个性化的预防、诊断和治疗方案。其次，强调远程医疗。通过远程医疗技术，医生可以实现对患者的远程诊断、远程治疗和远程监护，这不仅可以解决偏远地区医疗资源匮乏的问题，还能为患者提供更加便捷和高效的医疗服务。第三，强调跨界融合创新。智能化医疗涉及到医疗、信息技术、物联网、AGI 技术等多

个领域的交叉融合，需要不同领域的专业人才共同合作，共同推动医疗服务的创新和发展。第四，强调智能化服务。建立健全的智能化医疗信息决策系统，实现医疗资源的优化配置和管理，提高医疗服务的效率和公平性，提升医疗服务的水平和质量。最后，强调人才培养。培养具备跨学科知识和技能医疗人才，以适应智能化医疗的发展需求。同时，加强与国际一流医疗机构的合作与交流，引进先进的医疗技术和管理经验，推动我国智能化医疗服务模式的不断创新和完善。

[返回目录](#)

• 带量采购 •

集采风向又变！5月10日起，耗材国采正式执行

来源：河南医保局

4月8日，河南省医保局发布了《关于做好人工晶体等五类医用耗材带量采购和使用工作的通知》，明确执行四大集采结果。

- ①国家组织人工晶体类和运动医学类医用耗材带量采购项目
- ②京津冀联盟超声刀头带量联动采购项目
- ③京津冀联盟腔镜吻合器带量联动采购项目
- ④骨科创伤类医用耗材省际联盟带量采购项目

其中，第四轮耗材国采赫然在列。这也是全国第一个发布执行通知和明确执行时间的省份。



首页 > 政策文件 > 主动公开文件

关于做好人工晶体等五类医用耗材带量采购和使用工作的通知

2024-04-08 17:03 来源:

分享: 

文件要求，5月10日起，河南省患者要能够以中选价格使用中选产品。意味着，留给省平台、厂家维护数据，以及经销商、厂家、医院签订三方协议的时间，仅剩一个月左右。

其实，在此之前便有消息传出，国采运医骨头等产品最快省份有望5月落地执行。河南一纸通知显然正式打响了发令枪。

第四轮国采品种主要为人工晶体类及运动医学类医用耗材，增材制造技术(即3D打印类)产品为自愿参加。河南此次也明确了执行的详细范围：

① 人工晶体类相关耗材：获得中华人民共和国医疗器械注册证的人工晶体耗材(不包括硬性人工晶体、有晶体眼人工晶体)、粘弹剂。人工晶体耗材须包含可与其配套使用的推注器。

② 运动医学类相关耗材：获得中华人民共和国医疗器械注册证的带线锚钉、免打结锚钉、固定钉、固定板、修复用缝线、软组织重建物、骨类重建物(不包括应用于颅颌面产品)。

据《通知》显示，人工晶体类、运动医学类医用耗材集中带量采

购周期为 2 年,首年协议期为 2024 年 5 月 10 日至 2025 年 6 月 30 日。

全省范围内所有公立医疗机构(含军队医疗机构)以及参与报量的其它各类医疗机构均应按要求优先采购、使用中选产品。鼓励医保定点社会办医疗机构采购、使用中选产品。

除了执行时间、范围等常规要点,执行省份背后同样蕴藏着重要信息点。

集采新风向!「非中选」范围、支付标准生变

此前,在 2023 年脊柱国采执行中,河南省起着举足轻重的带头作用,其首创提出的执行政策,被山西、湖南等多个省份跟进实施。

因此,此次直接由河南作为第一省吹响执行号角,背后的信号值得关注。

那么,河南省的执行文件有何亮点?

最明显的便是《通知》提出:非中选产品医保支付要和已经中标的产品对比是否类别相同、功能相近。通俗理解来说,就是如果非中选产品不能替代中选产品或是和中选产品作用相似,那非中选产品的医保支付就是中选产品的最高中标价格。

(三) 做好医保支付政策衔接

对医保支付范围内的带量采购医用耗材,价格不高于带量采购前该产品医保支付限额的,中选产品医保支付标准按照中选价格执行,非中选产品医保支付标准按照不高于类别相同、功能相近中选产品的最高中选价格执行;医用耗材价格高于带量采购前该产品医保支付限额的,其医保支付标准按带量采购前医保支付限额执行。

此举施行意味着,「非中选」概念包含了临床在用的集采中选产

品之外的同类产品。结合运医、人工晶体国采而言，进入国家集采的31个产品类别只是一个小范围关系，而更大的「非中选」产品，还包含了集采落选、以及科技含量较高但未纳入集采的产品，这些产品后期在院内使用也或将更加受限。

对于相关产品生产企业和当地经销商而言，想要在集采之外将“非中选产品”作为短期“避风港”的权宜之计，似乎将更难实现。影响之大，不言而喻。

结合此前脊柱国采来看，这一针对非中选产品制定医保支付限制的政策，已连续两年在国采中被施行。国采作为全国耗材集采的风向标，此举背后是否预示着今后集采的大趋势所在？

除此以外，一些地方集采也正在陆续跟进中：

| 2023年7月，河南执行人工晶体、心脏起搏器等15类耗材续采结果，规定非中选产品医保支付标准按照不高于类别相同、功能相近中选产品的最高中选价格执行。

| 2023年12月，海南执行三明联盟可吸收血管结扎夹等19类耗材集采结果，明确非中选产品按中选价格均价设定医保支付标准高限。

未来集采风向已经越来越明朗，无论是厂家还是经销商，都需要提前感知行业变化，及时调整集采策略，做好应对。

本次通知提出的“非中选产品医保支付要和已经中标的产品对

比是否类别相同、功能相近”要求，进一步加大了对非中选产品等限制，给厂商和医疗器械经销商带来了更多挑战。医疗器械经销商需持续调整策略，提升服务水平，方能更好地适应新形势的挑战。

[返回目录](#)

集采五年多，仿制药企业如何创新与求变

来源：经济观察网

2024年3月起，全国多个省份逐步落地第九批国家组织药品集中带量采购(以下简称“集采”)中选结果。重庆药友制药有限责任公司(以下简称“重庆药友”)的雷贝拉唑钠肠溶片和福元医药的艾司奥美拉唑镁肠溶干混悬也在第九批国家集采中选药品之列，正在各地执行中选价格。

这不是重庆药友和福元医药第一次参加集采，作为大型仿制药企业，两家企业都是集采的“常客”。截至目前，重庆药友和旗下公司共有12款药物中标国家集采，福元医药则有11个品种中标。

重庆药友总裁张彦告诉记者，集采现在已经成为常态化的工作，在这个大趋势下，作为企业还是要顺势而为，积极参与集采，同时也要加快转型步伐，来提升企业自身的竞争力。

福元医药一位高管也持类似观点。在他看来，中国制药行业有几千家药企，而美国只有几百家制药企业，长远来看，国内也需要提高行业集中度，集采就是可以提高行业集中度的举措。短期来看，一些

缺乏竞争力的企业或许会面临压力而消失，但是行业总生产量并没有变化，行业集中度提高了，有利于培育出具有国际竞争力的本土企业。

2018年12月“4+7”药品集采试点后，国家医保局至今已组织开展九批国家组织药品集采，共纳入374种药品，平均降价超50%。按集采前价格计算，占公立医疗机构采购金额的1/3的药品已纳入集采范围。集中带量采购已成为公立医疗机构采购药品耗材的重要方式。

集采是针对仿制药开展的政策，5年多的时间提供了一个观察期，集采究竟如何影响仿制药产业和仿制药企业？是否加速了企业和行业创新的步伐？

集采与产业创新

2018年5月31日，国家医保局成立。

在张彦看来，国家医保局的成立就意味着集采要被提到日程上来，“它本来也是开启中国特色医疗保障体系的一个新征程”。

2018年12月，“4+7”城市药品集中采购试点在上海开标。在“4+7”带量采购试点的基础上，2019年9月试点扩围至全国，在这次扩围中选结果中，重庆药友及旗下湖南洞庭药业的苯磺酸氨氯地平片、草酸艾司西酞普兰片分别以第3、第1顺位中标；福元医药的盐酸帕罗西汀片也以第2顺位中标。

重庆药友的苯磺酸氨氯地平片当时以7分钱的低价中标，引起了

业内广泛关注。跟原来的价格相比，7分钱给企业带来了成本上的压力。在这样的背景下，重庆药友继续优化生产流程，集采带来的量让其进一步扩大生产产能至100亿片/年，相较集采前扩大了几倍。因此，相比集采前，重庆药友在这个品种上进一步降低了生产成本。

此外，该品种也引起行业内外有关“低价是否保质”的关注。

事实上，苯磺酸氨氯地平片集采前已经通过仿制药一致性评价，质量和疗效与原研药一致。降压药氨氯地平市场容量巨大，在国家带量采购中标后，重庆药友严控品质，并借助规模化生产优势，既保质保量满足临床需求，也为企业带来新的增长点。

仿制药企业共同的感受是，“4+7”试点时实行独家中标，规则相对“残酷”，行业内的气氛也比较紧张。之后集采规则逐步完善，唯低价中标、不计成本的不理性中标的现象已经不再出现。

从重庆药友的情况来看，2018年集采之后，其公司的营收和利润规模略微下降，但内部也做了很多转型和变革，包括销售模式的变革，所以张彦说利润率还基本维持在集采之前的水平。

带量采购之后，医药行业的带金销售空间被极大挤压。

福元医药前述高管向记者举了个例子，北京市等级以上医疗机构有接近1000家，对药企来说，以往的市场准入需要一家一家医疗机构开拓，不同的企业都在维护同样的市场。集采以后，医院必须保证自己报上去的使用量，对企业来说，准入工作量大大减少，每家企业

都减少了这块工作量，进而极大避免了资源的浪费。

中国是仿制药大国，有四五千家药企，“多、小、散、乱”，但直到 2016 年，全国制药企业的研发投入总和，仍然不及全球最大制药企业一家。

行业共识是，集采让大家意识到，无节制吃仿制药红利的时代过去了。重庆药友母公司复星医药董事长吴以芳曾在一次业绩交流会上表示，集采确实给行业带来比较大的冲击，复星医药的几个大品种也受到影响，但不可能指望总躺在仿制药不正常的红利上面“睡觉”。

于是，创新成了必然选择。

“我们在从以仿为主向仿创结合转变。”张彦说，复星医药也希望重庆药友接下来承担更多的创新任务。从实践来看，重庆药友分别在 2019 年、2020 年各立项一款创新药，一款已经拿到临床试验批件，委托 CRO(合同研究组织)开展临床；第二款立项的产品还没有进入临床。两款产品都是围绕重庆药友的优势领域——肝病领域而开展。

2 月 6 日，国家医保局就《关于建立新上市化学药品首发价格形成机制 鼓励高质量创新的通知》征求意见。在张彦看来，这个文件强调临床价值、鼓励高质量创新的信号非常明显。

福元医药也在加速创新的步伐，截至目前，其创新药重点聚焦核酸类药物。

根据其最新披露，其药品制剂研发将坚持“临床急需、仿创结

合”的研发战略，以仿制药研发作为当前研发工作核心任务，逐步进入创新药治疗领域；医疗器械领域以临床护理产品为主、家用医疗产品为辅进行微创新，并在有条件基础上进行全方位创新。

福元医药前述高管坦言，此前做仿制药的积累也为其转向创新药打好了基础。“不是说仿制药就没有技术难度了，要做一致性评价，药物释放曲线要跟原研药一致，一样有难度。这不只是投入钱的问题，而是研发能力的问题”。

正确认识仿制药

为真实、全面了解集采中选仿制药安全性、有效性，2021年起，国家医保局组织医疗机构，针对国家带量采购中选仿制药品的临床疗效与安全性开展了真实世界研究。

国内两家知名三甲医院对集采中选的二甲双胍开展了临床真实世界研究，以原研药为对照，评价其疗效与安全性。该研究纳入 435 例使用原研药的患者、336 例使用中选仿制药的患者，两组患者规范用药 3 个月后进行评价。

研究中反映血糖控制有效性的有 4 个关键评价指标，综合 4 个指标的统计分析结果显示，二甲双胍中选仿制药的疗效与原研药等效。患者使用原研药与仿制药的血糖达标率均在 80%左右，反过来也说明无论是原研药还是仿制药，在个体治疗中都有约 20%的概率是疗效不佳的，患者需采用其他治疗手段或药物。单纯从仿制药的 20%概率中

选取“经验”式个例来“证明”仿制药疗效不佳是不准确的。

同时，上述临床真实世界评价关注了肝功能、肾功能指标以及胃肠道不良反应情况，两组患者治疗前后肝、肾功能指标无差异，且均未出现明显不良反应，未发生因不良反应影响用药的情况。

事实上，为保证患者用上高质量的仿制药，医保部门把通过一致性评价作为集采仿制药入围的门槛。一致性评价的品种一般以原研药作为参比制剂，仿制药应符合药监部门发布的技术指导原则，符合中国药典要求的质量标准，还需满足人用药品注册技术要求国际理事会（ICH）的指导原则。

并且，对通过一致性评价的药品，监管部门仍会持续进行生产、流通和使用全链条质量监管。对集采中选企业开展全覆盖检查、对中选药品实施全覆盖抽检，同时持续做好药品不良反应监测。督促企业持续合规，压实企业药品质量安全主体责任。对于检查、检验发现问题的，药品监管部门均依法采取严厉的处罚，并会同医保部门实施联合惩戒。

严格的质量保障体系、临床真实世界评价结果以及大规模患者人群的广泛使用都表明，集采中选仿制药不是劣药，而是更多患者用得起的好药。

对于总有舆论把仿制药和劣质药联系在一起的现象，张彦认为，国家和媒体都要做正面宣传和引导，法律法规对假药、劣药有非常明

确的定义，比如某药物的成分是A，做出来的成分不是A，这属于假药；质量标准不符合要求，或者过了有效期，这属于劣药。

而仿制药既不是假药，也不是劣药，它的另一个说法是非专利药。张彦举例称，就算是在美国这个全球最发达的医药市场，也有80%的处方是非专利药。在张彦看来，经过了集采的仿制药，可以说是物美价廉的好药。

对于接下来的集采，张彦和福元医药前述高管都表示会积极参加。另外出于长远规划，各自也都在布局创新。

针对目前集采时间并不固定的问题，福元医药前述高管提出了自己的建议。他认为把每半年开展一次的集采时间固定下来，集采时间固定了以后，哪个产品符合竞争条件而被纳入集采，这就更加明确，企业也可因此更加自如做出研发和生产的调整。这其实更能避免社会资源的浪费，也能增加政府的公信力。

福元医药这位高管还表示，国家集采通过几年的实践，积累了丰富的经验，也形成了较为完善的机制，应该加强国家集采对地方集采的规范化指导与管理，逐步提高地方开展集采的能力。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

13 个社会关注热点，解读国家医保局 2024 年上半年例行新闻发布会

来源：中国医疗保险

一、医保基金运行稳定，实现合理结余，并非没钱但也不能大手大脚

1-12 月份，基本医疗保险统筹基金(含生育保险)总收入 2.7 万亿元，总支出 2.2 万亿元，统筹基金当期结余 5 千亿元，统筹基金累计结余 3.4 万亿元。

国家医保局规财法规司副司长朱永峰指出，这些数据是共济性更强的统筹基金，是真正可以用于全体参保人共同使用的基金，以后国家医保局官方网站也将继续公布统筹基金的相关数据。这意味着可供全国参保人使用的医保基金运行平稳，可以满足群众的基本医疗保障需求，社会上经常卷土重来的“医保基金没钱了”的说法不攻自破。

职工医保统筹基金累计结余 2.6 万亿元，居民医保统筹基金累计结余 7600 多亿元。虽然职工医保的统筹基金资金量看上去不少，但因为要用于保障退休后不用缴费的退休职工待遇，需要保持合理规模；而居民医保仍处于紧平衡状态，并非像有些人所讲“医保结余过多不应该再缴费”，而仍然要保持合理的参保缴费费用。

二、医保目录中药品能够满足临床需要，医院采购的药品绝大多数在医保目录内

现行版国家医保目录中，共计有 3088 种西药和中成药，以及 892 种中药饮片。在此基础上，各省还将符合条件的民族药、中药饮片、医疗机构制剂纳入了本地区的医保目录。国家医保局成立后，建立了动态调整机制，每年都将一些新上市的新药好药增补进入目录，6 年累计纳入药品 744 种，目录内西药和中成药数量从 2017 年的 2535 种，增加至目前的 3088 种，保障水平显著提升。特别是肿瘤、高血压、糖尿病、罕见病、自身免疫性疾病等治疗领域，目录内品种数量和药品疗效大幅提升，实现了保障范围与疾病流行和临床用药需求更高层次的匹配。统计显示，目前全国公立医院采购的药品中，目录内品种的采购金额占比已超过 90%。

三、目录落地，纳入药品价格回归合理，大幅减轻患者负担，有患者日均治疗费用降低近 93%

国家医保局医药管理司司长黄心宇介绍，新版药品目录从 2024 年 1 月 1 日起执行，2024 年 1-2 月，医保基金已为 397 个协议期内谈判药品支付 154.5 亿元，3950 万人次的参保患者从中受益。以用于治疗慢性心力衰竭和原发性高血压的药物沙库巴曲缬沙坦钠片为例，进医保目录前，该药日均治疗费用近 70 元，2019 年准入谈判及两次续约后，现个人日均治疗费用经基本医保报销后不足 5 元，日均治疗费用降低近 93%，初步统计，仅 1-2 月份就有超过 500 万人次获益。好药、新药纳入医保目录切实减轻了患者用药负担。

四、集采带来治疗费用大幅下降，有患者做同样的手术费用从8万元降价到3万元

集采降低了百姓的用药和耗材的经济负担，实惠是看得见的：一方面，原先价格严重虚高的药品耗材价格下降。比如湖南的一位患者，集采前左侧髌关节置换使用了6万元的全陶瓷关节假体，手术总花费8万元；人工关节集采后又做了左侧髌关节置换手术，同样的陶瓷关节只需8000多元，总费用仅3万元，患者感受到了实实在在的实惠。另一方面，质优价宜的产品打开了市场，原先有些药品耗材不同厂家间价格差异很大，有的特别高，有的尽管价格适宜，但在现有购销体系下因种种因素无法打开市场，集中采购的价格发现机制将低价产品用“带量”方式推送至使用端。如降压药二甲双胍中选价不到1毛钱每片，中选产品年用量达110多亿片，占该药总用量的84%。节省下来的医疗费用，既是医保资金的节流，也是参保人自己个人负担的减轻。

五、集采让参保人用更少的钱享受到更新的药械产品，生活质量提升

集采促进新一代药品耗材可及性增强，推动了老药和新药的替换，临床用药用械结构加速升级。国家医保局价格招采司司长丁一磊举了两个例子：一是胰岛素集采后，二代与三代胰岛素的使用比例从4:6调整到3:7。心脏支架集采促进材质性能更好的铬合金支架使用

比例由 60% 上升到 95% 以上。二是以前大多白内障患者手术选用价格较低的单焦点晶体，只能看清远处，解决“看得见”问题；人工晶体集采落地后，既能看清远处又能看清近处的双焦点晶体，以及远中近都能看清的三焦点晶体价格更加惠民，将有更多白内障患者“看得清”“看得舒服”，极大改善患者视觉质量。

这两个例子在社会仍然集中讨论“集采药耗质量是否可信”的时候，提供了另一个全新的视角：集采不仅是保质量，甚至能让参保人享受到比原来更高品质的医药服务，让参保人的生活质量不仅是和原来持平，还可以活得更好。

六、“退保潮”是假的，2023 年实际参保人数净增约 400 万

近几年关于居民医保参保人“退保”的消息时有传出。然而根据国家医保局最新统计，2023 年底基本医保参保人数达到 13.34 亿人，按应参人数测算，参保率保持在 95% 以上，总量规模得到巩固；从 2024 年 3 月底的最新情况看，居民医保参保规模与 2023 年同期基本持平，没有出现部分媒体所谓的“退保潮”，说明我国参保大盘是稳定的，绝大多数居民对基本医保制度是有信心的，制度的基础是稳固的。同时，国家医保局在 2022 年剔除省（自治区、直辖市）内重复参保、无效数据近 4000 万人的基础上，2023 年继续剔除跨省重复参保 1600 万人，考虑“去重”影响后，参保人数在 2023 年实际净增约 400 万人，参保质量进一步提升。

七、DRG/DIP 支付方式改革的目的绝不是简单的“控费”，支付标准不是一成不变而是适时提高

到 2023 年底，全国超九成统筹地区已经开展 DRG/DIP 支付方式改革，改革地区住院医保基金按项目付费占比下降到四分之一左右。通过改革，医保支付结算更加科学合理，在群众负担减轻、基金高效使用、医疗机构行为规范等方面都取得积极效果。

需要说明的是，医保部门推行 DRG/DIP 支付方式改革的目的绝不是简单的“控费”，而是通过医保支付杠杆，引导医疗机构聚焦临床需求，采用适宜技术因病施治、合理诊疗，避免大处方、滥检查，更好保障参保人员权益。DRG/DIP 的病种支付标准都是以历史费用数据为基础、运用大数据方法科学测算得出，并随社会经济发展、物价水平变动等适时提高，能够保证患者得到合理、必要的治疗。事实上，每年医保基金支出都维持了一个较为合理的增长趋势，并高于 GDP 和物价的增幅。

八、不怕新技术新药和重症花钱多，DRG/DIP 改革中医疗机构可善用“除外支付”和“特例单议”规则

为了支持临床新技术应用、保障重病患者充分治疗，支付方式改革中引入了符合条件的新药新技术可不纳入病种支付标准的“除外支付”规则，和显著高于病种平均费用的重症病例“特例单议”规则，这些都可按实际发生的费用结算，请广大医疗机构和医务人员放心，

合理的诊疗费用医保会正确支付。

九、没有“住院不能超过 15 天”的规定，如果遇到了请拨打热线电话举报

在本次新闻发布会上，国家医保局再次公开强调，医保部门从未出台“单次住院不超过 15 天”之类的限制性规定，对少数医疗机构将医保支付标准的“均值”变“限额”、以“医保额度到了”的理由强行要求患者出院、转院或自费住院的情况，国家医保局坚决反对并欢迎群众向当地医保部门举报，也可以直接向国家医保局举报(电话 010-89061397)，医保部门将对相应医疗机构予以严肃处理。

十、集采带来了公平竞争的舞台，行业创新研发速度正在加快

在集采是否影响了创新研发积极性的问题上，国家医保局价格招采司司长丁一磊做出生动回应，观点有三：

1. 缺乏公平竞争的时候，高价格不意味着真创新。2. 集采实质上促进了公平竞争。3. 公平竞争推动了真正的研发创新。

第一，在缺乏公平竞争的环境中，高价格不一定带来真创新。过去药价高企的时代，药价中约 30%-40%是销售推广费用，高价格获得的收入并没有用于创新、没有用于质量提升，甚至没有形成企业利润，而是成为流通环节的“水分”。比如，多部门联合查处的注射用硫酸多黏菌素 B 案件中，相关企业和个人合谋将生产成本几十元的药品加价至 2000 多元销售，虚增加价涉嫌用于商业贿赂。该药经约谈后从

2000 多元降至 100 多元，如果不讲这一背景，有人可能担心降这么多会不会无法覆盖成本、会不会影响企业利润、会不会影响创新。

第二，集采促进公平竞争，让过专利期的“老药”价格回归合理。创新药一般享有 10 多年专利保护期，这期间可享受排除竞争、独占市场的收益，这也是对企业艰辛研发和巨大投入给予的鼓励和补偿。创新药过专利期后，理应更多考虑社会效益，应当直面公平的市场竞争，不能永远拿 20 年前的研发说事。其他企业可以仿制，并经过严格审评审批后推向市场，造福广大患者。仿制药由于节省了大量研发“试错”成本和临床医生认可的过程，隐性成本明显低于创新药。但在国内药品市场，过去由于缺乏公开透明的竞争，大量“老药”专利期满后仍维持高价，长期在医疗机构药品销售排行中“霸榜”。药品集采让原研药与通过一致性评价的仿制药同台竞争，使药品市场回归效率和质量比拼。已开展的 9 批国家组织药品集采有 1600 多个产品中选，其中国产仿制药占 96%，原研药开始出现“量价双降”的专利悬崖，国内用药格局逐渐回归国际经验和药品本身价值规律，最终让群众受益。

第三，集采重塑行业生态，为创新研发营造良好环境。集采前，医药企业普遍认可的核心竞争力不是创新、质量和效率，而是谋求高定价，走高回扣、高销量模式。在各类药品交易会上，企业对“好药”的介绍往往是价格空间大、适应症广、开发潜力高等。这种环境下既

导致行业缺乏创新积极性，又增加患者负担，还容易恶化行业生态。集采中选产品无须营销、无须再开发医院、无须所谓“费用”即可直接“带量”进入医院，从机制上跳过了行业中所谓“客情维护”“市场开发”等，一定程度不再需要销售代理，营造了风清气正的行业环境。广大企业也认识到，以往注重营销的“老办法”不灵了，需要真正凭创新、质量和效率立足市场。集采实施几年来，医药产业研发创新动力强劲，医药工业全行业研发投入年均增长 23%，国内在研新药数量跃居全球第二位，2023 年国家药监局批准上市创新药 40 个品种。这些都说明集采后医药行业不仅没有放慢创新脚步，反而更加明确发展战略和趋势定位，加速向创新转型。

十一、门诊慢特病跨省直接结算病种将扩围，增加 3-5 种门慢特病病种

国家医保局医保中心副主任隆学文在发布会上给有异地就医需求的参保人带来了好消息：今年门诊慢特病跨省直接结算病种范围将扩大。现有 5 种门诊慢特病已经覆盖大部分患者群体和费用，今年将进一步扩大跨省联网定点医院的范围，推动各地有能力开展门诊慢特病诊疗的定点医院应上尽上，让门慢特患者异地就医结算更方便。在此基础上，进一步扩大门诊慢特病病种范围，增加 3-5 种覆盖人群多、药物治疗为主、待遇差异小的门诊慢特病病种，让更多的门诊慢特病患者能享受异地直接结算。

十二、建立健全防范化解因病返贫致贫长效机制，2023 年近一半困难群众年度住院医疗费用负担在一千元以下

国家医保局在助力乡村振兴，解决困难人口基本医疗有保障方面一直在持续发力。国家医保局待遇保障司司长樊卫东介绍，2021 年以来，医保部门坚决落实党中央、国务院关于巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接决策部署，聚焦巩固提升“基本医疗有保障”成果，统筹完善过渡期医保帮扶政策，逐步实现从集中资源支持脱贫攻坚向三重制度常态化保障过渡，同步建立健全防范化解因病返贫致贫长效机制，充分发挥医保制度助力乡村全面振兴的积极作用。主要举措有：

第一，落实分类资助政策，巩固应保尽保成果。中央财政持续加大居民医保参保补助力度，同时医疗救助根据困难程度对困难群众参保个人缴费部分分类资助，其中全额资助特困人员，定额资助低保对象以及符合条件的防止返贫监测对象。具体工作中，我们还建立了部门间信息共享机制，通过加大参保信息核查比对，强化疑似未参保人员和流动人口参保动员，全力确保困难群众“看病有制度保障”。整体上看，2023 年医疗救助共资助约 8000 万困难群众参保，监测的农村低收入人口参保率稳定在 99%以上；个体上看，以低保对象为例，2023 年个人缴费 380 元，医疗救助资助平均超过 200 元，个人缴费不到 180 元，负担明显减轻。

第二，强化三重制度保障，梯次减轻群众负担。“三重制度”也就是常讲的基本医保、大病保险和医疗救助。一是发挥基本医保主体保障功能，稳定住院待遇水平，健全门诊共济保障机制。二是增强大病保险减负功能，普惠性提高居民大病患者报销水平并对特殊困难群众精准实施倾斜支付。三是夯实医疗救助托底保障，化解困难群众高额医疗费用负担。据监测，2023年三重制度惠及农村低收入人口就医1.8亿余人次，帮助减轻费用负担1883亿元。经三重制度报销后，有近一半的困难群众年度住院医疗费用负担在一千元以下。

第三，建立健全长效机制，防范化解病贫风险。指导各地做实做细高额医疗费用负担患者监测预警，及时将符合条件的困难群众纳入医疗救助范围，协同相关部门实施综合帮扶，同时推动促进慈善等社会力量参与救助帮扶，加快构建多元化帮扶格局。2023年，经各地医保部门预警推送和相关部门核查认定，及时救助33.3万人，医疗救助支出22.3亿元，人均救助达到6700元，守牢了不发生因病规模性返贫底线。

十三、医保基金不仅是支付更是赋能，有条件的定点医疗机构或可获得医保结算预付金

医保便民服务是近些年来医保改革的重点之一，国家医保局办公室副主任付超奇介绍，今年12项医保领域“高效办成一件事”重点事项主要涉及三方面内容：

一是形式优化。

群众既能用社保卡就医购药，也可以更便捷地扫描医保码或刷脸实现医保报销；职工医保个人账户家庭共济可直接线上办理，不需再去窗口；群众可以更便捷地查询医保相关信息。

二是流程精简。

通过信息共享联办，新生儿参保和生育医疗费用报销、职工医保参保人退休、企业破产时信息核查等不再需要多个部门跑腿办理；符合条件的困难群众可直接享受基本医保参保资助，既不需申请，也不需先垫缴后报销；同时，异地就医直接结算将拓展到更多门诊慢特病病种，更多罹患慢性病的群众可以享受异地直接结算服务、减轻垫付压力。

三是服务提速。

群众生育并提交申请后，10个工作日内可获得生育津贴支付；医药企业提交申请后，药品赋码可在10个工作日内完成审核；及时与定点医疗机构结算合规医疗费用，进一步缩短服务办理时间。

同时，需要特别强调的是，医保“高效办成一件事”还特别提出医保基金不仅是支付，更是赋能的过程。医保部门将积极推动医保基金安全程度比较高的地区，向信用比较好、管理比较规范、积极推进药品追溯码扫码的定点医疗机构提供1-3个月的医保结算预付金，大大减轻医疗机构运行压力。

“三医”协同探索药价形成机制

来源：医药经济报

“三医”协同发展趋势主要体现在医保、医疗、医药三个维度的协调发展与深度融合，以系统集成、协同治理为引领，改变传统的、垂直的管理方式，利用经济杠杆赋能协同，实现单中心多元参与的治理格局，将中国特色的医疗保障制度优势转化为社会治理效能，不断满足人民群众日益增长的对美好生活和健康福祉的需求。

医保引导下的“三医”协同是通过利益传导机制促进医、药、保、患多方利益格局重塑和治理体系重构，运用经济杠杆协调医药供给和引导资源配置，不断推进优质高效的整合型医疗服务体系建设和医药产业创新发展。

以战略性购买为抓手 实现“两个转变”

医保之所以能够引导“三医”联动改革协同治理，是因为其具有强大的战略购买能力。医保引导下的“三医”协同将迈向“两个转变”：从行政推动向利益传导转变，从传统管理向协同治理转变。以医保战略性购买为抓手，形成药品价格机制、医保支付机制、医疗服务价格调整机制和综合监管机制。

在制度设计方面，“三医”协同发展更加注重优化服务，注重改革引领和数字赋能双轮驱动，以“高效办成一件事”为抓手，推动线

上线下融合发展。



此外,一系列政策更加注重协同联动,准确把握医疗保障各方面之间、医疗保障领域和相关领域之间改革的联系,着力构建保障医保基金安全运行的长效机制。

同时,“三医”协同更加注重精细管理。以精准、精细、精致思维转作风、提质量、增效益,将精细化管理融入医保工作全过程。而

在制度探索方面则坚持守正创新，坚持现有成熟稳定的医疗保障制度及待遇保障机制，探索符合新时代要求的中国特色多层次医疗保障体系。

医疗服务体系方面，将更加重视医疗服务的高品质、均衡性和可及性；分级诊疗、公立医院高质量发展是两大主题；全面推进紧密型县域医共体建设，探索医防协同、医防融合的路径和机制；推动以治疗为中心向以健康为中心转变。

在药品供应保障体系方面，强化药品安全监管；以创新为引领，以临床价值为导向，建立符合中国临床实际的药品价值评估体系和医保准入价值评价标准；鼓励有临床价值的创新和高质量仿制，促进产业转型升级。

通过药品集采、国谈和价格治理为创新药腾出空间，国采每年节约的 1600 多亿元中的近 60%腾给了国谈创新药的新增医保支出。促进仿制药质量提升，实现仿制药替代，为医疗服务价格改革提供窗口期，为实施医务人员薪酬改革和年薪制创造了条件，让患者得到实惠。

优化医保支付机制

随着医保改革的深入，医保制度将不断完善，扩大覆盖范围、提高保障水平、优化支付方式等都将有助于减轻患者经济负担，提高医疗服务可及性和满意度。

如今，医保部门将更加注重价值购买，通过优化医保支付机制，

引导医疗机构和医生提供高质量、高效率的医疗服务。同时，加强对医疗行为的监管，防止过度医疗和不合理用药等行为。事实上，在药品价格方面，政策坚持企业自主定价原则，倡导更好地发挥政府指导作用，促进医保支付标准持续引导形成合理的药品市场价格。

集采渐入佳境

2018 年国家医保局成立之后，对于符合条件的已经进入市场成熟期的大品种，国家医保局采取集中采购的办法，通过引入“带量采购、量价挂钩”的竞争机制，实行招采合一、保证使用、保障质量、保障供应、保障回款、激励约束、信用评价等联动机制。

价格管理稳步实施

对于处在市场稳定期的产品，国家医保局主动开展价格管理和价格监测，尤其针对“四同药品”（同通用名、剂型、规格、厂家）发布监测价，对中选药品在非主供地区实行 1.5 倍价差控制，并通过价格联动、限价挂网等方式，引导企业自纠不公平高价、歧视性高价，维护市场统一和公平。

国谈准入激发创新

对于药品价格较高的独家品种，国家医保局实行医保谈判准入，在供需双方基于价值定价与付费引入博弈机制。在此之前，国家医保局经历 6 轮国家医保目录调整，从主观到客观，从定性到定量，从经验评审逐步走向客观评审，谈判规则和机制持续优化、准入路径清晰

透明。2023年，通过引入创新药分类标准，基于安全性、有效性、创新性和公平性四个维度，医保将创新药分为四大类：突破、改进、相当和不及，并结合药物经济学评价，采取价格分类管理的策略，并创设简易续约规则。一大批临床价值高、患者获益明显、经济性优良的创新药及时纳入医保支付范围，极大激发了企业创新动力。

探索首发价形成机制

值得关注的是，国家医保局正在围绕“首发价格”探索新的政策，增加首发挂网集中受理模式。2024年2月5日，国家医保局公开征求《关于建立新上市化学药品首发价格形成机制 鼓励高质量创新的通知(征求意见稿)》意见，提出从药学、临床价值和循证证据三方面对创新药价值进行评价，将新药按分值分为高、中、低三个类别，由企业自主填写自评量表，医保分类办理，将价格、挂网、采购等政策资源向真创新、高水平创新倾斜。赋分机制将在实施中不断完善，最终形成新药价格市场机制。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

“3年行动计划”目标时限将至，各地支付改革进度如何

来源：CDSreport

DRG/DIP支付方式改革以来，各地快速组织推进，目前多地已经

有效降低参保患者自费负担，提升医保基金使用效能，重构医疗机构内部运行机制，改革成效显著。2021年，国家医保局发布的《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》（以下简称《行动计划》）明确，到2024年底全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP付费方式改革工作。目前2024年第一季度已经过去，距离完成该目标的时间还有3个季度。为了解各省DRG/DIP支付方式改革进度，我们结合各地医疗保障工作总结等已公布的信息进行了整理，发现湖南、陕西、江苏、广西等多个省份已实现统筹地区、医疗机构、病种分组、医保基金“四个方面全覆盖”等目标。

北京

66家定点医疗机构推行647个病组实际付费

根据《北京市医疗保障局2023年工作总结》，北京市2023年医保支付方式改革稳步推进。不仅优化了医保总额预算管理(BJ-GBI)新模式，进一步优化总额预算管理模式，以质量评价为抓手引导医疗机构提质增效，并与DRG付费等支付方式有效衔接，与集中带量采购、国家谈判药品等政策高效联动。而且进行了深化疾病诊断相关分组(DRG)付费改革，66家定点医疗机构推行647个病组实际付费，对29个涉及集采耗材的病组在全市定点医疗机构推行实际付费，开展DRG和带量采购联动管理，对4个病组在全市范围推行实际付费，规范临床行为、减轻患者负担、降低医院成本。

天津

试点机构住院次均费用等指标得到有效控制

据天津市医保中心消息，自 2019 年天津市先后被列为疾病诊断相关分组 (DRG) 付费、区域点数法总额预算和按病种分值付费 (DIP) 国家试点城市以来，通过降低医用耗材个人增付比例、规范医疗机构医疗服务行为、全面推进智能审核等多项措施，DRG/DIP 改革工作得到显著成效。

例如，DRG/DIP 实际付费医疗机构次均费用呈下降趋势。首批 18 家实际付费医疗机构的住院次均费用从 2021 年 11 月至 2023 年 8 月，降幅 11.60%；第二批启动 43 家医疗机构的住院次均费用降幅为 9.13%。住院患者的自费率与个人负担率等多指标均呈下降趋势。此外，天津市还通过落实相关减免政策、控制住院自费率等措施有效降低了困难群体就医费用负担

广东

提前两年完成支付改革任务

广东省医疗保障局 2023 年工作总结提到，各地市根据国家按病组和病种分值付费改革技术规范要求完善制度配套，两年实现 DRG/DIP 支付方式全覆盖，提前两年完成改革任务。同时，广东省发挥医保支付“指挥棒”调控作用，促进医疗机构控制成本、规范医疗服务行为、提升医保基金使用效率，已取得阶段性成效。以广州为例，

改革后每年减少了不必要住院 5.6 万人次，住院患者人均住院次数下降 5.8%。此外，广东还率先建立符合中医药病种和长期康复住院病种特色的医保支付体系。

湖南

15 个统筹区均实现 DRG/DIP 实际付费

2024 年湖南省医疗保障工作会议提到，2023 年湖南省全省 15 个统筹区均实现 DRG/DIP 实际付费，覆盖二级以上医疗机构。新增 111 项、修订 105 项医疗服务价格项目，更加突出医务人员劳务价值。医保信息平台一期项目通过验收，日均结算 37.4 万人次，现已启动二期项目建设。此外，会议指出，2024 年湖南省将加快推进 DRG/DIP 扩面，实现四个全覆盖目标。

陕西

提前两年完成国家四个全覆盖任务

陕西省医疗保障局召开全省医疗保障工作会议上介绍，2023 年，陕西省 12 个统筹地区全面启动 DRG/DIP 支付方式改革，提前两年完成国家四个全覆盖任务，统筹地区、医疗机构、病种和基金支出占比分别达到 100%、100%、91.04%、71.7%。

此外，在 2023 年初，陕西省职工医保门诊共济保障改革启动实施。全省开通门诊统筹定点医疗机构和定点零售药店 1.55 万家，惠及门诊就诊 3557.34 万人次，基金支付 32.41 亿元，改革成效逐步显

现。

黑龙江

初步建成多元复合医保支付体系

黑龙江省医疗保障工作会议上指出，2023年黑龙江省医疗保障系统推动医保工作取得新进展，深化改革更加有力。例如，集中带量采购药品和医用耗材分别达到731种和22种，公立医疗机构次均费用从平均1万元降至5000元左右，初步建成以DRG/DIP付费为主体的多元复合医保支付体系。

江苏

17个统筹地区两方面指标达100%

据江苏省医保局相关负责人介绍，自国家医疗保障局推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革工作以来，江苏省积极响应并细化工作举措，扎实有序推进改革。截至2023年12月，江苏全省DRG/DIP付费改革已实现17个统筹地区覆盖率100%，医疗机构覆盖率100%，病种覆盖率90%，医保基金支出覆盖率70%，全面完成改革目标。

福建

省属医院DRG支付方式改革实现全覆盖

2024年1月，福建省医保局和福建省卫健委联合印发《关于扩大省属公立医疗机构按疾病诊断相关分组付费工作的通知》，明确福

建中医药大学附属人民医院、福建中医药大学附属第二人民医院、福建中医药大学附属第三人民医院、福建中医药大学附属康复医院、福建医科大学附属口腔医院、福建省级机关医院、福建省老年医院、福建省儿童医院 8 家省属医院于 1 月 1 日起正式实施 DRG 付费。这意味着，福建省省属医院 DRG 支付方式改革实现全省全覆盖。

广西

提前 2 年实现“四个全覆盖”改革任务

2023 年 12 月，广西壮族自治区人民政府召开的新闻发布会上介绍，五年来，广西壮族自治区医疗保障局率先推进 DRG 医保支付方式改革，提前 2 年实现“四个全覆盖”改革任务，“广西模式”在中国医保 DRG/DIP 支付方式改革大会上推广；落实带量采购、支付方式改革结余资金用于支持公立医院高质量发展；建立医疗服务价格动态调整机制，完成口腔种植收费和耗材价格等专项治理，实施 319 项新增医疗服务，有力推动医疗学科发展和人才培养，更好地满足患者医疗救治需求。

重庆

医疗机构平均住院日下降 12%

重庆市医疗保障工作会议介绍，截至 2023 年末，全市有 21 家符合条件的医疗机构已开展 DRG 实际付费，覆盖 13 个区县，病种覆盖达 93.68%，医保基金支出占比达 54%左右，医疗机构次均费用下降

5.1%、平均住院日下降 12%。

按照《行动计划》，2024 年重庆市将把符合条件的市级协议医疗机构和各区县开展住院服务的二级以上医疗机构纳入实际付费。到 2025 年，DRG 支付方式将涵盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，实现病种、医保基金全覆盖。

四川

DRG 支付改革实际付费覆盖率超过 90%

据四川省财政厅消息，2023 年，四川省 22 个统筹区，已全部开展医保支付方式改革，其中 20 个地区已完成实际付费，实际付费覆盖率超过 90%。从实际效果来看，开展实际付费的地区，统筹基金住院支出增幅和住院次均费用增幅全部收窄，部分地区患者住院次均费用首次出现下降，极大地缓解了患者医疗费用负担，减轻了医保基金支付压力。

甘肃

兰州市提前完成三方面目标

据甘肃省医保局消息，自 2024 年 3 月 1 日起，兰州市第六批 134 家一级及以上医疗机构实施按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费改革。至此，兰州市医疗机构覆盖率达 100%、病种覆盖率达 90%以上、基金覆盖率达 70%以上，提前完成国家医疗保障局 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划目标。

DRG 付费改革后，兰州市医疗机构“控成本、提质量”的内生动力得到激发，各级医院医疗质量和服务水平均明显提升，医疗机构病例组合指数(CMI 值)从 2022 年的 0.95 提高到 1.01。参保人员住院医疗费用不合理增长得到有效抑制，次均住院费用由 2022 年的 11829 元降至 10199 元，降低 13.78%，基金使用效率明显提高，参保患者个人负担显著减轻。

新疆

提前一年实现统筹地区全覆盖

据新疆维吾尔自治区医疗保障局消息，截至 2023 年 12 月，新疆 15 个统筹地区(含自治区本级)已全部开展 DRG/DIP 支付方式改革，即按疾病病组和病种分值付费的支付方式改革，并已实现实际付费。对照国家支付方式改革的三年行动计划要求，新疆提前一年实现统筹地区全覆盖。

目前，新疆支付方式改革的统筹地区覆盖率已达 100%，医疗机构覆盖率达 85.15%、病种覆盖率达 94.88%、医保基金覆盖率达 71.22%，基金使用效率明显提升。新疆维吾尔自治区医疗保障局相关负责人表示，实际付费后，医疗机构效能指标分析稳步向好，医疗服务能力和治疗效率逐步提升。如，DRG 统筹地区平均住院天数比改革前约减少 1 天，次均费用也明显下降。从 15 个统筹地区看，普遍产生群众就医费用负担减轻、便捷性改善、满意度提高的预期效果。

国家医保局发布《2023年医疗保障事业发展统计快报》

来源：国家医保局

2023年，国家医保局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的二十大和二十届二中全会精神，全面落实中央经济工作会议部署，按照党中央、国务院决策部署，将学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育成果转化为医保改革发展惠民实效，推动医疗保障事业起步新征程。

一、基本医疗保险稳健运行

(一) 参保人员情况

截至2023年底，基本医疗保险参保人数达133386.9万人，参保覆盖面稳定在95%以上，参保质量持续提升。参加职工基本医疗保险人数37093.88万人。参加城乡居民基本医疗保险人数96293.02万人。

(二) 基金收支情况

2023年，基本医疗保险基金(含生育保险)总收入、总支出分别为33355.16亿元、28140.33亿元。职工基本医疗保险基金(含生育保险)收入22880.57亿元，其中统筹基金收入16636.07亿元。基金支出17717.80亿元，其中统筹基金支出11620.58亿元。职工基本医疗保险统筹基金(含生育保险)年末累计结存26405.89亿元。城乡居民基本医疗保险基金收入10474.59亿元，支出10422.53亿元。

二、生育保险降低生育成本

截至 2023 年底，生育保险参保人数 24907.06 万人，同比增加 300.41 万人。生育保险基金待遇支出 1069.10 亿元，比上年增加 117.75 亿元，增长 12.38%。

三、医保助力乡村振兴

2023 年，原承担医保脱贫攻坚任务的 25 个省份通过医疗救助共资助 7308.2 万人参加基本医疗保险，支出 153.8 亿元，人均资助 210.5 元，农村低收入人口和脱贫人口参保率稳定在 99% 以上。基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度累计惠及农村低收入人口就医 18649.8 万人次，减轻医疗费用负担 1883.5 亿元。

四、异地就医直接结算便捷群众生活和工作

截至 2023 年底，跨省联网定点医药机构 55.04 万家，其中跨省联网定点医疗机构数量为 19.8 万家，定点零售药店 35.24 万家。

2023 年，门诊费用跨省直接结算 1.18 亿人次，基金支付 185.48 亿元，比 2022 年就诊人次增长 2.6 倍，基金支付增长 2.96 倍；住院费用跨省直接结算 1125.48 万人次，基金支付 1351.26 亿元，比 2022 年跨省直接结算住院就诊人次增长 98%，基金支付同比增长 77%。

五、医保药品目录扩容让更多患者及时用上新药

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2023 年)》收载西药和中成药共 3088 种，西药 1698 种，中成药 1390 种，另含

中药饮片 892 种。自 2018 年国家医保局成立以来，连续 6 年开展医保药品目录动态调整，累计 744 种药品新增进入目录范围，其中 2023 年新增 126 种。

2023 年，协议期内 346 种谈判药报销 2.4 亿人次。继续加大对中医药发展的支持力度，目录内中成药从 2017 年的 1238 种增加到 2023 年的 1390 种。全国 20 个省区市开展中医病种付费，对中医病种实行同病同质同价，病种数量在 20-200 个之间，医保对中医药发展的支持举措进一步落实。

六、支付方式改革减少患者看病就医负担

2023 年，全国有超 9 成统筹地区开展了按病组 (DRG) 和按病种分值 (DIP) 付费。25 个省和新疆生产建设兵团已实现统筹地区全覆盖。在已经启动改革的统筹地区，按病组和病种分值付费医保基金支出占统筹地区内住院医保基金超过 7 成。2023 年完成的 2022 年度清算数据显示，在 101 个国家试点城市中，医疗服务行为更加规范，参保人个人负担较 2021 年减少约 215 亿元。

七、价格改革和招标采购持续推动“三医”协同发展

常态化运行医疗服务价格动态调整机制，各省份均开展调价评估，28 个省份开展调价工作，重点聚焦急诊、护理、抢救等技术劳务项目价格。2023 年累计约谈企业 23 家，涉及 30 个价格异常品种，督促企业整改，剔除虚高价格空间 40% 以上，有力有效处置一批虚构

成本、以缺逼涨、垄断控销等导致的价格异常问题。

会同有关部门积极推进第八批和第九批国家组织药品集采，覆盖 80 个品种；选取人工晶体、运动医学相关高值医用耗材开展第四批耗材集采。

2023 年，全国通过省级医药集中采购平台网采订单总金额 12793 亿元，比 2022 年增加 2178 亿元。其中，西药(化学药品及生物制品)10224 亿元；中成药 2569 亿元。在网采订单总金额中，医保目录内药品网采订单金额为 11519 亿元，占全部网采订单的 90%，比 2020 年提高 3.5 个百分点，医保药品网采对挂网药品采购的规范带动作用持续增强。

2023 年，整理司法等部门公开案源信息 1259 条，累计通报 4 批全国医药商业贿赂案源。截至 2023 年底，各地评定一般失信企业 404 家、中等失信企业 52 家、严重失信企业 22 家、特别严重失信企业 4 家。

[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