

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第50期

(2024.12.09-2024.12.15)

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。)

• 养老健康 •

► [政策红利叠加需求激增, “康养+疗愈”模式成银发文旅新风口](#) (来源: 康养蓝皮书) ——第 7 页

【提要】全球数据和商业智能平台 Statista 数据显示, 预计到 2027 年, 全球康养旅游市场规模将达到约 1.4 万亿美元, 与 2022 年的 6500 亿美元相比, 增幅超过 100%。在文旅市场蓬勃发展的当下, “康养+疗愈”的文旅模式究竟有哪些创新之处? 为何能赢得银发族的青睐? 又是如何深度服务中老年群体的? 本文将从市场需求及发展潜力等维度出发, 深入探讨这一新兴文旅模式的商业前景。

► [中老年糖尿病患者将超 1 亿, 食品切入血糖管理的三大方向](#) (来源: AgeClub) ——第 19 页

【提要】营养健康, 一直是中老年人群的核心刚需, 也已经成为银发大健康产业的重要突破口。从食疗养生到饮食管理, 再到时下火热的抗衰老营养补充剂, 围绕食品和营养展开的创新层出不穷, 并且总能以日常化、简便化的形式, 被银发人群广泛接受。从血糖管理需求出发, 目前市场上的控糖食品主要划分为普通控糖食品、保健品和特医食品三大类别。本文也从这三个方面展开论述, 探讨血糖管理相关食品的市场未来方向。

• 分析解读 •

▶ [药品追溯码在医保领域的监管应用的启动倒计时，产业链都准备好了吗？](#)（来源：医药经济报）——第 33 页

【提要】近日，国家医保局表示正会同人社、卫健、药监等部门，共同研究制定文件，协同推进药品追溯码在医保、工伤领域的全流程、全量采集和全场景应用。对于全国近 50 万家医保定点药店来说，意味着要加快落实药品追溯码的规范采集上传，明年 7 月 1 日前还应达到 100%场景覆盖。

▶ [三明“年薪制”模式下“医院绩效模式”变革趋势走向？](#)（来源：誉方医管）——第 40 页

【提要】三明医改经验 5 年全覆盖，三明年薪制备受医院管理者和医务人员关注，更加关注绩效模式如何变革？绩效与运营关系如何处理？亏损是否可以发放绩效？DRG/DIP 支付改革模式下如何与绩效关联？年薪制下如何防止医务人员“躺平”？绩效如何调整调动医务人员积极性问题？走向趋势如何？

• 医保快讯 •

▶ [破解医保碎片化、筹资难题，推动医保高质量发展](#)（来源：财经大健康）——第 46 页

【提要】党的十八大以来，医疗保障制度改革持续推进，对缓解群众看病难、看病贵问题发挥了重要作用。但在整体制度框架、筹资机制、

保障水平、健康促进、“三医”协同改革以及多层次医疗保障体系建设等方面依然存在一些问题和挑战。因此,需要进一步加强顶层设计,从筹资、待遇保障、支付方式、价格调整和商业健康保险发展等方面进一步完善政策,推动医保领域高质量发展。

▶ [参保人“药篮子”再次升级? 国家医保局解读来了](#) (来源: 新华社) ——第 55 页

【提要】近日公布的新版医保药品目录新增 91 种药品, 目录内药品总数增至 3159 种, 参保人的“药篮子”再次升级。医保目录是如何诞生的? 哪些药能进医保? 谈判“信封底价”怎么定? 国家医保局及有关专家进行解读。

• 集中采购 •

▶ [促进“采供用报”有序衔接, 医药集采向纵深挺进](#) (来源: 健康报) ——第 58 页

【提要】医药集采是深化医改的重要一步, 旨在挤出药械产品价格虚高水分。其核心机制在于, 发挥医保战略购买优势, 通过约定采购量, 促使医药企业在公平竞争中自主下调药械产品价格, 进而减轻患者看病就医费用负担, 也避免医药企业为拓展市场而违法违规。

▶ [医药集采新规来了! 优化考核方式不搞“一刀切”](#) (来源: 每日经济新闻) ——第 61 页

【提要】日前, 国家医保局、国家卫生健康委员会发布《关于完善医

药集中带量采购和执行工作机制的通知》(以下简称《通知》)。《通知》在原有政策基础上进一步完善医药集中带量采购和执行工作机制,引导医疗机构、医药企业遵循并支持集中带量采购机制,巩固深化药品、医用耗材集中带量采购改革成果,让更多患者受益。

• 政务公开 •

▶ [国家医保局这场会议传达了什么？重点内容来啦——](#)（来源：国家医保局）——第 65 页

【提要】日前，国家医保局医药价格和招标采购司就短缺药品价格风险管理及医药招标采购政策展开会议部署及政策解读，会上，国家医保局价采司介绍了全国短缺药情况的调研结果，提出要严格短缺药价格风险管理；地方同志就医保基金直接结算问题及集采药品“三进”工作做了经验交流，专家学者就集采可替代药品以及短缺药品目录做了相应分析，最后由国家医保局价采司就《短缺药品价格的风险管理操作指引》做了政策解读，并对地方疑问做出相应回答。

▶ [深化支付方式改革，推进“三医”协同治理——中国医疗保险研究会支付改革专业委员会正式成立！](#)（来源：中国医疗保险）——第 69 页

【提要】日前，中国医疗保险研究会支付改革专业委员会第一次会员代表大会暨第一届医保支付改革论坛在北京召开。国家医疗保障局、中国医疗保险研究会有关领导，各省、地市医疗保障部门、医疗机构、

高校科研院所、企业界等 500 余位嘉宾和代表齐聚北京，见证支付改革专委会成立和履行选举程序，以“支付改革提质增效，医疗医保协同发展”为主题开展学术交流、政策解读、经验分享。

-----本期内容-----

• 养老健康 •

政策红利叠加需求激增，“康养+疗愈”模式成银发文旅新风口

来源：康养蓝皮书

全球数据和商业智能平台 Statista 数据显示，预计到 2027 年，全球康养旅游市场规模将达到约 1.4 万亿美元，与 2022 年的 6500 亿美元相比，增幅超过 100%。

显而易见，康养产业正经历前所未有的爆发式增长。在这其中，“康养+疗愈”作为近几年备受欢迎的文旅模式，逐渐在业内形成一股新的潮流。

“康养+疗愈”将自然生态、健康养生、心灵疗愈等多元素融合，尤其受到追求身心和谐、寻求生活品质升级的中老年群体的欢迎。

在文旅市场蓬勃发展的当下，“康养+疗愈”的文旅模式究竟有哪些创新之处？为何能赢得银发族的青睐？又是如何深度服务中老年群体的？本文将从市场需求及发展潜力等维度出发，深入探讨这一新兴文旅模式的商业前景。

01 政策红利叠加需求激增，疗愈式康养商机涌动

1、银发族消费升级，推动康养产业快速发展

老龄化的持续加深，为康养产业的发展提供了庞大的人群基础。

当前我国大量“6275”人群已经或即将迎来退休，他们拥有更多可支配时间和资金，对健康、休闲、养生等方面的需求日益增长，进一步激发了康养消费市场的活力。

与此同时，“健康中国”战略的深入实施，从政策层面为康养产业指明了发展方向。近几年来，各地围绕旅居养老、康养旅游、健康运动、康复疗养等方面，建设了一批康养产业重大项目。

政府的大力支持与市场需求的上升相互作用，共同推动了康养产业的快速发展。

此外，2024年《康养蓝皮书：中国康养产业发展报告(2023)》(后文简称《蓝皮书》)发布，指出我国康养产业已经形成了旅居、运动、疗愈、研学等核心业态，这些业态依托气候、森林、温泉、中医院、特色农业等丰富的自然资源与人文资源，构建了一个多元化、立体化的康养产业生态。

四大业态的协同发展，不仅丰富了康养产品的种类与形式，更极大拓展了康养市场的边界，共同支撑起一个规模庞大的万亿级康养市场。

2、瞄准银发族身心需求，疗愈康养新业态趋势向好

马斯洛在“需求层次理论”中提出，基本的生理需求满足后，人们将开始追求归属感、尊重感等精神需求。

在老龄化社会不断加深的当下，这一理论的现实意义进一步凸

显。中科院一项研究表明，我国老年人的心理健康率不足 30%。物质条件逐步改善的同时，老年人的心理健康已成为亟待解决的问题。

中老年人的康养需求不再仅仅局限于身体层面的照护，更渴望摆脱孤独感。其中的需求转变，催生出疗愈康养这一新兴业态的发展。

《蓝皮书》明确指出，疗愈康养是针对亚健康、常见病及老年病等特定人群，通过综合运用各类疗愈方法与疗养因子，实现健康状况改善与病症缓解的创新模式。

它强调自然疗法的重要性，倡导在不干预身体自然运作的前提下，激发并增强身心的自愈能力。

疗愈康养的形式多样，包括但不限于中医药疗愈康养、森林疗愈康养、温泉疗愈康养及艺术疗愈康养等。每一种形式都充分利用自然资源与人文艺术环境，为用户提供身心放松与自我修复的空间。

全球范围内，疗愈经济的崛起更是为疗愈康养的发展提供了广阔的市场前景。据全球健康研究所预测，全球疗愈经济将以每年约 10% 的速度快速增长，到 2025 年，其市场规模有望达到 7 万亿美元。

在此背景下，如何把握银发族这一“康养+疗愈”消费主力，成了未来企业需要关注的核心问题。

3、政企加速布局，抢占赛道先机

据 AgeTravel 观察统计，目前全国各地政府及相关企业正以前所未有的力度加速布局康养疗愈市场，抢占先机。

- 甘肃省：开启中医四时·沉浸式疗愈之旅新篇章

甘肃省文化和旅游厅推出 10 条康养旅游线路产品。其中，"中医四时·沉浸式疗愈之旅"与"来陇之南·我'氧'你之旅"尤为引人注目。

这些线路不仅深度挖掘了甘肃丰富的自然资源，还巧妙融入了中医智慧与甘肃深厚的文化底蕴。游客可以在此体验季节变换中的中医养生之道，感受自然与人文的双重滋养。

- 陵水县：陵水南平产业园引领大健康产业新风尚

海南陵水县借助其独特的地理位置与资源优势，推进疗愈康养产业的发展。其中陵水南平产业园围绕"疗"与"养"两大核心，构建了全方位、多层次的大健康产业生态体系。

通过错位布局，产业园不仅涵盖了传统中医中药等特色产业，还引入了气候疗法、呼吸养生、温泉保健等现代康养理念与技术，同时结合康复护理、运动恢复、健康管理等综合服务，为游客提供一站式、定制化的健康疗养方案。

02 多元融合+创新引领，解析疗愈康养四大玩法

1、中医药疗愈康养

得益于政策的强力助推，尤其是国务院《中医药发展战略规划纲要(2016-2030 年)》的明确指导，各地政府和企业正加速推进旅游产业与中医推拿保健、康复养生、中药材种植加工等多种创新形式的深度融合。

中商产业研究院发布的《2022-2027 年中国中医药市场需求预测及发展趋势前瞻报告》显示,2022 年我国中医药市场规模已突破 4507 亿元大关,同比增长 4.77%,预计 2024 年有望增至 5102 亿元。

以东阿阿胶旅游示范基地为例,其从四大维度出发,打造了集"中医药+体验+美食+研学+理疗"为一体的中医药疗愈康养产业链:

- 构建一站式服务体系

从全局上看,东阿阿胶通过康养服务、旅游服务、研学服务、餐饮服务等多元服务,将吃、住、行、游、购、娱、学、思、健九大核心要素串联,满足游客的多样化需求。

- 打造大健康养生体验平台

精心打造了集工业旅游观光与深度养生体验功能于一体的大健康养生综合体验平台,深度融合六大核心板块——中国阿胶博物馆、中国毛驴博物馆、阿胶世界体验工厂、东阿阿胶城、东阿药王山风景区以及东阿阿胶主题酒店。让游客通过实景探访、活动体验,感受中医药疗愈康养的魅力所在。

步入东阿阿胶城,在古色古香的建筑群落间,各式阿胶制品琳琅满目,在购物的同时,亦能体会阿胶文化的深厚底蕴,全方位、多角度感受中医药疗愈康养的益处。

- 打造中药浴区,加强体验感

东阿阿胶依托其自身的资源优势,打造了 78 号中医药健康体验

酒店，为游客提供一个集深度休憩、健康调养、特色药浴及药膳滋补于一体的全方位滋补养生圣地。酒店设有 106 间客房，每间客房均精心配置了浴缸，并随房附赠专属药浴包，让客人享受舒适住宿，体验身心合一的滋养之旅。

- 创新研发中医特色餐饮围绕银发族等核心人群，精心研发"二十四节气药膳养生"系列及"药食同源"理念下的中医特色餐饮服务，通过时节变换与食材药性的结合，推出"阿胶养生菜"品牌，将阿胶的滋补功效融入日常佳肴。

游客在此不仅能品尝到这些特色美食，还能亲身体验阿胶从熬制、切割到包装的全过程，更有机会根据个人体质特征与口味偏好，定制专属的养生产品。

据统计，截至 5 月底，东阿县今年已累计迎来超过 165 万人次的游客，旅游总收入达 9.7 亿元。

2、森林疗愈康养

公开资料显示，森林康养是一种通过在自然环境中接触森林、树木等大自然环境来促进身心健康的形式。这一形式源自森林浴概念，通过森林中的气味、视觉、声音等感知方式，带来身心放松、压力缓解、提升免疫力等益处。用户在森林中散步、冥想、放松，以此达到身心平衡与健康的目的。

2019 年发布的《关于促进森林康养产业发展的意见》明确指出，

森林康养是以森林生态环境为基础，以促进大众健康为目的，利用森林生态资源、景观资源、食药资源和文化资源并与医学、养生学有机融合，开展保健养生、康复疗养、健康养老的服务活动。

以浙江省衢州市开化县森林康养基地为例，2023 年，该基地曾入选浙江省森林康养基地评选名单。

- 天然的"森林氧吧"

开化县作为国家级生态示范县，全县森林覆盖率 80.7%，其植被覆盖、大气质量、水体质量等均居全国前 10 位。此外，开化县的空气质量持续保持优良状态，空气中的负氧离子含量高达 3770 个/立方厘米，是巨大的"绿色氧舱"。

- 古朴的居住环境

29 幢夯土结构的传统民居，在保留原有风貌的基础上，保留了纯真质朴的乡土韵味，同时结合了现代舒适化的居住空间，尤其受到中老年游客的欢迎。

- 沉浸式的活动体验

康养基地包含了陶艺坊、竹艺坊、根艺坊等文化体验空间，满足游客的多样化需求。此外，基地还与浙江中医药大学携手合作，设立了 24 节气养生馆，将旅游体验与健康养生深度融合。

3、温泉疗愈康养

2024 年上半年，云南旅游业继续蓬勃发展，其中红河弥勒市旅

游成绩亮眼，游客人数和旅游收入同比增幅超过 90%，在文旅市场火热出圈。

以红河弥勒市的东风韵景区为例，景区内的森林温泉成为吸引各地游客的疗愈圣地：

- 充分依托自然优势

弥勒·东风韵森林温泉地处云南省东南部，是休闲、度假、养生的黄金气候生态带。依托其地理优势，温泉疗愈中心的温泉出水温度 55℃，属世界罕见稀缺温泉，国家医疗级偏硅酸温泉，能够有效松弛神经、缓解压力，对养生人群有较为明显的功效。

- 精心规划养生空间

弥勒·东风韵森林温泉匠心独运，推出了一系列创新的温泉疗养体验，其灵感源自宋代朱熹笔下“半亩方塘一鉴开，天光云影共徘徊”的诗意境界，构建出“半亩方泉，森林气韵”的独特主题。围绕中医理论中的元气调养与九种体质，设计了五大泡浴养生空间，让游客享受身心的双重洗礼。

- 创新研发疗愈系产品

为最大化发挥森林康养价值，创新研发出六感疗浴、坐汤疗浴、定制疗浴、森林光疗等森林疗愈系列产品。通过温泉产品与森林自然环境紧密结合，打造森林五感六养，对身心产生多方位疗愈效果。

4、艺术疗愈康养

艺术疗愈最早起源于海外地区，也被称为艺术治疗 (Art Therapy)，原是心理学领域的一个分支。

艺术疗法作为老年人疾病康复的辅助手段，其效用远不止于情绪的抚慰，还深刻影响着老年人的认知功能，成为提升生活质量的关键。在参与艺术活动的过程中，老年人不仅能够维持手眼协调及精细运动技能，对于减缓认知衰退也能产生积极作用。

在海内外，艺术治疗被广泛用于辅助治疗各种老年性疾病，如抑郁症、阿尔茨海默症、帕金森病等。《美国公共卫生杂志》曾公开发布艺术疗愈对于上述疾病的治疗效果。

以 2016 年成立的艺术治疗及心理辅导机构 Healing Arts 为例，其致力于通过视觉艺术、音乐、舞蹈、戏剧等多元形式，帮助长者表达情感及提高自我意识，助力身心健康：

- 个性化疗愈服务

Healing Arts 治疗师会为有相似需要的老年用户，以小组形式进行治疗，主要分为四个小组：表达艺术认知障碍小组、表达艺术情绪辅导小组、表达艺术痛症舒缓小组、表达艺术生命教育小组，并通过各类创意艺术媒介进行治疗。

例如，Healing Arts 提供的表达性艺术治疗工作坊，通过简单的艺术活动如选择颜色毛球来代表重要人物，有效帮助老年人表达和处理内心情感，改善其心理状态及与家人的关系。

- 差异化定价策略

据 AgeTravel 了解，Healing Arts 的老年用户若有意向接受艺术疗愈咨询服务，需预先明确并登记自身所需的具体疗愈服务项目。

在此基础上，Healing Arts 还会针对不同艺术疗愈项目，实施灵活多变的定价策略，以满足不同客户的差异化需求。

03 面对广阔银发市场，“康养+疗愈”模式的机遇与挑战

值得注意的是，中老年人群日趋成为疗愈经济的消费主力。根据麦肯锡《2024 中国消费趋势报告》，一线富裕银发族及三线富裕中老年群体与 Z 世代一起，表现出更为乐观的消费态度和更为积极的消费观，这无疑为疗愈康养市场提供了坚实的消费基础。

在 AgeTravel 看来，未来疗愈康养市场的发展，还将与下列因素密不可分：

首先是政策环境的支持。

今年 1 月，国办发布银发经济 1 号文，其中提到丰富老年文体服务、拓展旅游服务业态等，涵盖文娱旅游领域的方方面面，为行业未来发展指明方向。

与此同时，二十大报告也明确将康养事业和康养产业提升至国家战略高度，标志着康养产业已成为国民经济的重要产业。

国家层面积极推动康养事业建设，不仅出台了多项支持政策，如医养结合、养老服务规范等，还加大了对康养产业的金融扶持力度，

加强"互联网+医疗健康"示范区建设，促进健康旅游社区、康旅地产等多元化发展。

其次是银发主力消费人群的大规模进场。

截至目前，我国总计有超过 4.8 亿老年人已经或即将进入退休或者高龄状态，他们成为银发市场的广阔消费群体。中度老龄化叠加新银发消费者规模性进场，构成我国银发经济发展的关键转折点。

在这其中，康养、文旅作为入口级场景，在银发消费市场中起到至关重要的作用，也是最有成长空间的市场之一。更多有钱有闲的银发族愿意在健康和享受生活上投入资金，为康养+疗愈市场发展提供了良好的人群基础。

此外，我国种类丰富的特色康养资源和传统文化，以 AI、大数据为代表的前沿技术的不断革新，以及文旅界跨界融合趋势的加深，都为康养疗愈市场的进一步发展提供了良好土壤。

当然，业内同样面临着一系列挑战：

首先是标准化工作滞后。

康养+疗愈作为文旅界的新兴业态，行业体系还尚待完善，目前缺乏统一、全面的标准，导致不同机构、不同地区在提供服务时缺乏统一的依据，难以保证服务质量和效果。

随着产业的快速发展，新技术、新方法、新模式不断涌现，但相应的标准制定未能及时跟上，导致市场上出现许多参差不齐的、未经

认证的疗法或服务，给行业的良性发展带来了相应的风险。

其次是专业人才短缺。

康养+疗愈是一个新兴、专业化的领域，需要大量具备专业知识和技能的人才支撑。然而目前该领域专业人才短缺的问题日益凸显。

一方面业内人才供需失衡，现有的人才培养体系无法深度满足市场需求。其次现有的高技能人才和复合型人才占比较低，基础服务人员占比较高，难以满足市场对高端服务的需求。

最后，行业内还存在个性化服务稀缺的问题。

不同年龄、不同地区的银发族，在生活作息、健康观念、饮食习惯、娱乐方式等方面存在诸多差异。在此背景下，目前业内疗愈康养项目和服务大多面向全年龄段，如何进一步细分人群，针对中老年推出个性化、定制化服务，将成为下一阶段行业布局的重点。

结语

"康养+疗愈"模式作为文旅行业内的一股创新驱动力，引领市场继续向专业化、品质化方向发展。其精准对接银发人群的健康、养生、疗愈需求，受到越来越多中老年的欢迎，展现出广阔的市场前景。

未来，企业需进一步把握机遇，以满足银发人群不断增长的文旅、健康需求为目标，创新服务模式，提升服务质量，由此在激烈的市场竞争中脱颖而出。

[返回目录](#)

中老年糖尿病患者将超 1 亿，食品切入血糖管理的三大方向

来源：AgeClub

营养健康，一直是中老年人群的核心刚需，也已经成为银发大健康产业的重要突破口。

从食疗养生到饮食管理，再到时下火热的抗衰老营养补充剂，围绕食品和营养展开的创新层出不穷，并且总能以日常化、简便化的形式，被银发人群广泛接受。

本文从血糖管理食品入手，洞悉市场的现状与未来突破口。

在 2021 年 12 月 6 日国际糖尿病联盟 (IDF) 发布的《全球糖尿病地图(第 10 版)》中显示：2021 年全球糖尿病患者人数达 5.37 亿，中国是世界糖尿病病人最多的国家，成年患者超 1.4 亿人，相当于每 8 个人中就有 1 个糖尿病患者，约占全国人口总数的十分之一。

2022 年 1 月发布的《中国老年 2 型糖尿病防治临床指南》则披露了老年糖尿病患者的数量：2020 年我国 60 岁及以上老年人口约 2.604 亿，有 30% 是糖尿病患者，约 7813 万。

糖尿病患病率随着年龄增长而增加，研究显示，50 岁以上中老年人是糖尿病最高发人群。采用 2018 年美国糖尿病协会 (ADA) 标准，我国 50~59 岁、60~69 岁及 ≥ 70 岁人群中，糖尿病的患病率分别为 21.1%、28.8% 和 31.8%。

同样，IDF 本次发布的图表中也揭示了相关讯息：当前世界范围

内，55-59 岁人群糖尿病患者数量最多；且随着全球人口老龄化发展，预计到 2045 年，该趋势仍会维持或上升，60 岁以上的糖尿病患者比例将越来越高。

由此可见，如果加上 50 岁以上中老年糖尿病患者，保守估计，我国中老年糖尿病患者人数将超过 1 亿人。

糖尿病总体治疗原则是预防、控制和延缓糖尿病急慢性并发症，最大限度维持或提高患者生活质量。

在临床中，治疗框架俗称“五架马车”：糖尿病教育、饮食治疗、运动治疗、药物治疗、自我血糖监测。

《中国老年糖尿病诊疗指南(2021 年版)》指出：生活方式治疗是老年糖尿病的基础治疗，所有的老年糖尿病患者均应接受生活方式治疗。对于一部分健康状态良好、血糖水平升高不明显的老年糖尿病患者，单纯的生活方式干预即可达到预期血糖控制。

其中，饮食治疗作为基础疗法的支柱之一贯穿于日常生活，因此“吃”的环节尤为重要。那么吃什么、怎么吃才是有效控糖？

从血糖管理需求出发，目前市场上的控糖食品主要划分为普通控糖食品、保健品和特医食品三大类别。

本文也将从这三个方面展开论述，探讨血糖管理相关食品的市场未来方向。

本文特邀营养专家：付萍教授 四川大学医学院临床医学专业，

于中国疾病预防控制中心营养与健康所老年与临床营养室从事老年营养相关工作

01 减糖浪潮催生“0 糖食品”热 聚焦无糖功能性食品的三个关键

在普通控糖食品市场，无糖、低糖食品近两年已经成为市场的一大热点。

糖友主食专研品牌糖友饱饱近两年先后获得多轮融资，其产品包括“不含蔗糖、面粉和淀粉”的功能性主食、零食、益生菌和营养素等。

2022 年 3 月，减糖方案服务商爱乐甜也宣布完成数千万元 Pre-A 轮融资。爱乐甜于 2018 年孵化，主要为 C 端大众消费者和 B 端食品饮料及餐饮客户提供多层次递进式的减糖产品及服务。目前其品牌 C 端的产品包括零卡糖调味品和应用零卡糖休闲零食两大类。

无糖饮料赛道融资事件也同样在近年不断增加。2020 年开始，企业获得融资的次数快速增长，高达 23 次，已知的融资金额约为 37 亿元；同时融资金额在 2021 年开始猛增；元气森林、喜茶、奈雪的茶、清泉出山、乐体控、可可满分、十点一刻等品牌频频获得融资。

市场火热的背后，是糖尿病人群不断增多及大众控糖需求提升的双重加持。

中老年人作为糖尿病的高发人群，老龄化趋势加深会让中老年糖

糖尿病患者数量不断提升。

同时，血糖管理不只是糖尿病人群的需求，一个血糖指数正常的人，如果在饮食上不注重控糖，得糖尿病的机率也会大大增加。

近年来，伴随国民健康意识的提升与国家的引导，对无糖、低糖食品的需求逐渐成为全民共识，这也为无糖、低糖食品市场打开了更大的想象空间。

国务院办公厅曾先后发布《国民营养计划(2017-2030 年)》、《健康中国行动(2019-2030 年)》，提出积极推进“三减三健”(即减盐、减油、减糖，健康口腔、健康体重、健康骨骼)的全民健康生活方式，提倡到 2030 年人均每日添加糖摄入量不高于 25g。

这意味着，立足糖尿病人群，满足大众控糖需求，将是无糖食品市场未来的方向。

其中，对于聚焦无糖食品赛道的企业而言，有三个关键：一是注意区分糖尿病人与大众的控糖需求；二是原料；三是多元形态与创新营销。

1. 不是所有无糖食品都适合糖尿病患者

在拥有庞大的需求与可观的市场前景下，无糖食品市场涌现出各式各样的无糖(即“零蔗糖”)食品，如主食代餐类：荞麦面、全麦面包、黑芝麻糊等；零食类有月饼、锅巴、华夫饼、苏打饼干、酸奶、豆奶等……

但这些标注无糖的食品，尤其是面包、糕点一类，经用户血糖仪测试，食用后依然会出现明显的血糖升高现象。

这类食品对于仅仅追求“低糖”或“无蔗糖”概念的人来说无可厚非，对糖尿病人而言，却非常不利于血糖健康状况和病情良性控制。

对此，付萍在接受 AgeClub 采访时解释了背后的原理：“所谓‘0糖’的面包和蛋糕，实际上和血糖是否升高没有太大关系，它只是不添加蔗糖，但面包、蛋糕都含面粉，面粉在体内代谢以后产生的依然是葡萄糖。只要是米面油蛋奶做成的食品，尤其是米制品、面制品等加工制品，或者面包，在经过发酵、烘焙之后非常容易吸收，最后都会代谢成葡萄糖，引起血糖的升高。”

在付萍看来，相对于含有大量蔗糖或其他添加糖的食品，“无添加蔗糖”、使用代糖的食品为大众提供了一个更健康的选择。但对于糖尿病人而言，并不是标有“0蔗糖”的食品就可以不限制地摄入，在食用这些食物时仍然需要控制。

因此，对于聚焦无糖食品赛道的企业而言，研发产品时区分糖尿病人群与普通人群的控糖需求尤为重要。

2. 低升糖食品原料应含有丰富膳食纤维

对于糖尿病人而言，选择无糖食品时更重要的是关注升糖指数较低的食物。

对于哪些食品原料升糖指数较低，付萍也给出了明确的解答：“低

升糖的加工食品的原料应是低能量密度、丰富的膳食纤维、蛋白质和微量营养素。”

她举了几个例子：

全谷物类型的原料。如燕麦、五谷杂粮，豆类和坚果等；

纯牛奶、纯豆腐等蛋白质含量较高的食物；

零食的选择上，包括大豆等豆类制品为原料的豆干小食品，不含蔗糖(添加糖)的汽水，淡味的牛肉干、猪肉脯、鸡胸肉、卤鸡蛋等都是相对升糖指数较低的选择。

另外，付萍还强调，老年人往往存在胃肠功能差、不易消化的问题，制作面向老年人群的零食和食物时，还需要有泡制过程，在加工工艺上也需改良和注意。

3. 阿洛酮糖——新型代糖前瞻

在无糖食品市场，为了保证健康的同时不牺牲食品口感，代糖也是极为关键的原料之一。

代糖甜味剂按来源可分为天然甜味剂和人工合成甜味剂。天然甜味剂由于原料天然、健康的特性，在近年来更受下游厂商与终端消费者的追捧。传统天然甜味剂主要为赤藓糖醇、麦芽糖醇、甜菊苷、罗汉果苷等。

近年来，市场出现了一种有助于控制血糖的新型代糖——阿洛酮糖。

阿洛酮糖属于天然甜味剂，热量极低且安全、口感柔和。阿洛酮糖是自然界中天然存在但含量极少的一种稀有单糖，甜味及口感与蔗糖非常接近，但热量却远低于蔗糖（每克阿洛酮糖热量值约为 0.2-0.4 卡，每克蔗糖热量 3.89 卡），对于肥胖或糖尿病患者是一种理想的蔗糖代替物。

有研究发现，阿洛酮糖有助于控制血糖，抑制血糖水平升高，改善糖尿病；阿洛酮糖是 α 葡萄糖苷酶、 α 淀粉酶、麦芽糖酶和蔗糖酶等的弱抑制剂，可以抑制淀粉和二糖在胃肠道中代谢；因此，阿洛酮糖还具备潜在的抗高血糖效果。

截止 2021 年，全球已有包括日本、墨西哥、新加坡、韩国和美国等多个国家将阿洛酮糖授权为食品安全可用成分。

在国内由于尚未过审，目前主要用于出口，国内已实现 D-阿洛酮糖生产的企业有保龄宝、百龙创园等。

2021 年 8 月，我国卫健委受理了 D-阿洛酮糖作为新食品原料的申请。鉴于海外对阿洛酮糖安全性的长期研究以及更多国家地区对其应用的批准，在中国，阿洛酮糖食品级应用也有望通过审批，其在国内的发展与应用前景值得关注。

4. 多元产品形态与营销玩法

当然，相比保健品和特医食品，无糖功能性食品作为覆盖最广大人群的品类，产品形态与营销玩法层面的创新也尤为重要。

多元化的产品组合可以满足更多元人群的控糖需求，巧用“互联网+线下渠道+消费者种草”等创新的营销玩法，则能够快速实现市场引爆，推动整个行业加速爆发。

02 控糖保健食品前景广阔 摆脱同质化竞争的优质赛道

在功能性食品之外，聚焦控糖功效的保健品也是值得关注的方向。

保健食品，是指声称具有保健功能或者以补充维生素、矿物质等营养物质为目的的食品。适宜于特定人群食用，具有调节机体功能，不以治疗疾病为目的，并且对人体不产生任何急性、亚急性或慢性危害。

《2020—2026 年中国保健品行业市场现状调研及市场发展前景报告》显示，中国已经成为全球第二大保健品消费大国，且市场份额正在逐年提升。2020 年，新冠疫情大环境驱使下，销售额达到将近 2000 亿元，同比增长 12%。

不过，尽管国内保健品市场已有千亿规模，却仍然有巨大的需求未被满足。

今年两会期间，全国人大代表、晨光生物董事长卢庆国也在议案中指出：“通过对市场的调研，国内保健食品的数量和功能品类远不能满足群众对健康的需求。”

具体到控糖细分领域，市场上相关保健食品仍相对较少，其发展

潜力值得期待。

关于保健品，卢庆国曾建议：国家要加快对新产品的注册审批进程。同时，尽快公布新的保健食品功能检验与评价技术指导原则和方法；建立保健食品新原料、新功能研究指南和评审细则相关体系，让企业在研发新产品的功能评价过程中有法可依。

未来，有了政府和相关部门对市场的进一步引导与规范，伴随公众健康素养和对保健品消费需求的提升，各个细分领域的保健食品将迎来快速发展。其中，辅助血糖管理的保健食品也将成为极具潜力的赛道。

另一方面，从与功能性食品的对比来看，保健食品有着更高的投入门槛，也是企业塑造壁垒和差异性的关键。

关于保健食品与功能性食品的区别，在对付萍的采访中，AgeClub总结出三点：

1. 营销环节：功能声称 VS 营养声称

经营是保健食品产业十分重要的环节，尤其市场营销方面，保健食品对应的功能声称与普通食品的营养声称有着本质区别和严格的法规区分。

“例如阿尔法牌富铬奶粉，它带有保健食品‘蓝帽子’标识，声称该产品有辅助降血糖作用是合规合法的；而它同品牌的木糖醇饼干没有该标识，就只能进行营养声称：含五谷杂粮、高膳食纤维等，由

此信息来理解，全麦、杂粮、高膳食纤维对控制降血糖有好处，但不能直接声称该饼干有辅助降血糖作用。”

2. 生产环节：可采用的原料不同；审批流程复杂、生产成本低

“我们国家对保健食品有严格的评审机制。”付萍透露，这种严格主要体现在三个维度：

一是原料使用上，保健食品原料有特定要求，包括食品原料、营养素补充剂、既是食品又是中医材的原料名单、保健食品原料名单、允许使用的益生菌以及经卫健委批准使用的新食品原料等。

二是法规层面，一些不能在普通食品里添加的营养素，允许在保健食品里面添加。比如糖尿病食物里最常见的“富铬食品”，铬是人体所需的微量元素，具有促进胰岛素分泌作用，能增强胰岛素的功能，但法规层面不允许添加在普通食品或饮料里。

三是科学试验和审批程序复杂，在保健食品的研发与管理流程中，一款产品只有经过多项功能试验证明食用后不会引起峰值血糖迅速增高，通过了相关的资质审查，才能戴上“小蓝帽”。

3. 面对市场：售价更高 VS 更高的消费者期待

由于需要做一系列功能验证才能戴上“小蓝帽”，所以保健食品花费的时间成本和投入成本比普通食品要高，因此它的售价也会高很多。

而面对同样的牛奶或饼干等相同形态产品，当消费者要以更高的

价格购买“小蓝帽”标识的保健食品时，往往会期许它对慢性病有辅助治疗作用，对于普通食品则不会有这种期待。

由此可见，对于聚焦控糖需求的企业而言，发力保健食品既能在消费者端获得更强的信任，也能在市场竞争中开辟出与普通食品大类作强区分的一条赛道。

事实上，AgeClub 研究整个控糖领域的食品市场发现，已经有一些专注控糖领域功效研究的企业，通过保健品与功能性食品布局，满足糖尿病人群及大众的控糖需求。

天津阿尔发保健品有限公司(以下简称阿尔发)是其中的代表，验证了聚焦控糖细分领域的市场空间。

阿尔发成立于 1994 年，一直致力于“阿尔发控糖因子”的生理功效研究，1996 年便取得国家首批 56 个保健品批号中的 3 个。

近年来，在无糖食品、调节血糖类保健食品的细分领域内，即使有众多无糖食品新兴品牌竞相面世，阿尔发仍然以强大的市场占有份额而处于行业领头地位。

在其官网目前上线的 35 款产品中，官网分类为“专业药线、保健食品、休闲食品、无糖饮料、餐桌调味料、冲调食品、其他”七大类别。

其中属于保健食品的有“专业药线、保健食品”子类别下的 6 款产品：富铬奶粉、消渴麦片、消渴茶；其他的则为品类更加丰富的普

通食品，如：五谷杂粮饼干、粗粮代餐面包、无糖桃酥、萨其马、咸蛋黄酥等。

阿尔发对其产品线的多元化布局策略，可以更加充分地满足消费者多样性的口味、功能选择；同时，多品类、形态的产品结构也有助于抢占更广阔的市场空间。

毋庸置疑，除了过硬的产品质量，阿尔发品牌丰富的产品线是助推其引领行业市场二十多年的重要因素之一。

03 针对糖尿病人群的特医食品市场仍是蓝海 未来潜力巨大

不同于功能性食品和保健食品在满足消费者需求上具有兼容性，特殊医学用途配方食品 (Foods for Special Medical Purpose，以下简称“特医食品”) 的受众较为狭窄，是为满足进食受限、消化吸收障碍、代谢紊乱或者特定疾病状态人群对营养素或者膳食的特殊需要，专门加工配制而成的配方食品。

特医食品分类：

- **全营养配方食品：**可作为单一营养来源满足目标人群营养需求，适用于需对营养素进行全面补充且对特定营养素没有特别要求的人群。
- **特定全营养配方食品：**是在相应年龄段全营养配方食品的基础上，依据特定疾病的病理生理变化而对部分营养素进行适当调整的一类食品，单独食用即可满足目标人群的营养需求。符合特定全营养配方食品技术要求的产品，可有针对性的适应不同疾病的特异性代谢状态，更好地起到营养支持作用。
- **非全营养配方食品：**非全营养配方食品，可满足目标人群部分营养需求的特殊医学用途配方食品，适用于需要补充单一或部分营养素的人群，不适用于作为单一营养来源。

特医食品必须在医生或临床营养师指导下使用，可以单独食用，也可以与普通食品或其他特殊膳食食品共同食用。

近年来，入局特医食品企业逐渐增多，市场正不断升温。

据艾媒咨询发布的《2021 中国特医食品产业运行大数据监测分析报告》显示，2014-2018 年全球特医食品市场规模从 583 亿元上升到 739 亿元，且 2015 年后增速平稳，均在 6%左右。随着全球人口老龄化趋势的加剧，特医食品行业市场规模将会进一步扩大，有望在近几年突破千亿。

国内市场来看，中国特医食品行业发展迅猛，由 2016 年的 25.9 亿元攀升至 2020 年的 77.2 亿元，2021 年则可能突破了百亿大关。截至 2021 年 6 月，国内市场共有 29 家企业获得特医食品注册证书。其中雀巢、雅培占第一梯队，旗下分别拥有 11 款、8 款特医食品；中资企业圣元以 5 款产品获批数位列第三。值得注意的是，从获批产品的数目上看，国内产品占比 52.9%，其获批数量已超过进口产品，中资企业优势正逐渐显露。

与此同时，我国相关部门也正出台一系列措施规范特医食品市场，从研发、临床到注册、生产、流通的每个环节都有着严格的强监管。

相关法规的完善将助推国产特医食品进入发展的快车道，也提醒企业在入局特医食品领域时应加强对监管规则的关注。

市场快速发展的背后，是特医食品的价值越来越被重视。

作为营养食品的一种，特医食品的营养配方经过科学论证，与药品共同辅助疾病治疗，能够加快人体机能的恢复，因此在医疗体系中正扮演越来越重要的角色。

我国有特殊营养需求的人群数量庞大，包括糖尿病、肾病、肿瘤等疾病患者，以及孕产妇、老年人均为重要分支。

具体到糖尿病领域，糖尿病患者由于遗传因素、内分泌功能紊乱等原因会引发糖、蛋白质、脂肪、水和电解质等一系列代谢紊乱。糖尿病全营养配方食品通过调整宏量营养素的比例和钠的含量，在低血糖生成指数(低 GI)的前提下，为患者提供全面而均衡的营养支持，其意义不言而喻。

付萍在采访中也肯定了这一点：“研发糖尿病(特定)全营养配方食品是有价值也有必要的。比如病人在完全管饲的情况下，普通的全营养食品不太合适，这时候需要特定的全营养食品进行补充。许多糖尿病人可能合并肿瘤、心脏病，或者其他疾病，当患者做完手术，在医院会使用胰岛素调节血糖，如果有专门低 GI 的营养食品可以减少胰岛素分泌，对病人是有帮助的。”

不过，从目前国内糖尿病全营养配方食品的发展来看，这一细分市场仍是蓝海。

截止去年，获得国家市场监督管理总局颁发的特医食品注册证书

的 60 款产品中，过半数为婴儿配方食品，其次为全营养配方食品，糖尿病全营养配方食品非常少。雅培目前已注册的 8 款特医食品中，推出了一款针对糖尿病人特殊营养需求的肠内营养制剂。

未来，随着特医食品在营养补充和临床治疗上的价值不断被挖掘，糖尿病的营养管理方案中也必然会有更多特定全营养食品的产品研发与面世。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

药品追溯码在医保领域的监管应用的启动倒计时，产业链都准备好了吗？

来源：医药经济报

近日，国家医保局表示正会同人社、卫健、药监等部门，共同研究制定文件，协同推进药品追溯码在医保、工伤领域的全流程、全量采集和全场景应用。

对于全国近 50 万家医保定点药店来说，意味着要加快落实药品追溯码的规范采集上传，明年 7 月 1 日前还应达到 100% 场景覆盖。

12 月 6 日，国家医保局再次召开主题为“加强药品追溯码医保监管应用”的企业恳谈会。与 11 月的那次会议略有不同，此次提前公开了受邀企业名单并欢迎其他医药零售企业自行报名参加，最终参

会的 50 余位代表集中在药品零售企业，既有全国知名连锁、也有区域代表企业，覆盖除我国港澳台地区外的所有行政省(区、市)。

当上传率遭遇无码药品怎么破

国家医保局统计显示，截至 12 月 5 日，全国已归集药品耗材追溯码数据 82.6 亿条，涉及 49.72 万家定点零售药店，实现盖 32 个省级医保平台、所有的市级统筹区全覆盖。定点零售药店覆盖率已经超过 99%。

“从扫商品码转为扫追溯码需要更换软件和进行端口调试，对于药店来说软硬件改造费用不高。”一位连锁企业代表表示，零售药店实施的主要难点在于员工专门培训、管理成本增加以及潜在的罚款成本。比如很多产品在销售终端暂时还不能使用中包装码去关联最小包装，导致无论出入库都需要一盒一盒扫最小包装，消费者买了 10 盒同样的药，以前只需要扫一次，现在需要扫码 10 次，操作过程中可能遇到的各类问题如扫码枪失灵、网络不稳定、重复扫码等导致增加人力和时间成本。

在另外的一次采访中，医院药房工作的人士告诉记者，虽然已经增加了高拍仪等硬件设备辅助提升扫码效率，但患者取药排队的时间依然有所增加。“医院有一些裸瓶的注射剂产品，一箱药只有中包装箱子外有一个码，扫码时就很困扰。同时，住院患者拆零使用在医院十分常见。”

对此，国家医保局在其发布的《关于进一步做好医保药品耗材追溯码信息采集工作有关事项的公告》明确，定点医药机构对于药监部门尚未要求赋追溯码的药品（中药饮片、院内制剂等），以及一类医疗器械，暂无须采集追溯码信息；对于住院患者必须拆零发放的药品、术中医用耗材，以及零散注射针剂，暂无须采集追溯码信息。

国家医保局也强调，地方各级医保部门在追溯码信息采集工作推进过程中应加强指导，尽最大可能为定点医药机构扫码工作降低门槛、减少成本、提高效率；要按照“医保服务集中适配，医药数据一点采集”的原则创新信息采集方式，积极探索依托医保信息平台提供集约化接口服务功能，推动医保信息服务能力向前延伸，减轻因接口数量增加带来的改造负担；禁止强行推销特定扫描设备或指定软硬件服务供应商，确保清正廉洁。

到年底前是企业自查“窗口期”

“国家医保局维护医保基金安全的决心坚定不移，支持合规企业高质量发展的决心也坚定不移。”国家医保局基金监管司司长顾荣在会上表示，从近年来的各种案例来看，基金监管形势依然严峻。运用药品追溯码开展监管应用可以有效发现并打击串换药品、倒卖药品等违法违规行为，使药品流通零售环节的回流、串换、空刷等逐一暴露在大数据面前。

“随着药品追溯码的全面采集应用，医保基金监管已经进入了新

时期、新阶段。”顾荣强调，追溯码的采集和应用可以实现对回流药、串换药的有力打击，防止违法违规行为扰乱市场价格体系，造成不公平竞争。支持药品追溯码的监管应用，就是支持企业的未来。通过打击非法回流药产业链，可以更有效地支持合法合规企业的高质量发展，防止劣币驱逐良币。

顾荣呼吁所有医药零售企业充分落实自我管理主体责任，共同担负起维护医保基金安全的责任。他表示，连锁企业负责人、药店店长在合规经营中担负重要责任，要严格要求门店遵守“不空刷、不串换、不采购(非法渠道药品)、不销售(非法渠道药品)”的要求，共同守护好老百姓的“看病钱”“救命钱”。

据介绍，在对全国近 50 万家定点零售药店日常监管中，医保基金监管部门通过数据发现了很多违规问题如“串换药”、“回流药”等。

那么，如何判断是“串药”、“回流药”？

根据药品追溯码的规则逻辑，每一盒药品最小包装上有唯一的追溯码，该药卖给一位患者后，就不可能再被卖给别人。因此，理论上每一盒药品的追溯码，只应有一次被最终销售扫码和医保结算的记录。若存在一个码被多次终端结算扫码记录，则该药品的数据就存在疑问，会被标注。

多位来自连锁药房的代表反馈，顾客药品退货、拆零销售、连锁内部不同门店之间调货等都会出现同一追溯码被重复扫码情况。对此

国家医保局表示，同一追溯码被重复采集上传可能有采集不规范、信息系统等多种原因。作为疑点下发的前提是同一追溯码被多次医保报销结算。如同一药品追溯码在不同定点医药机构发生结算且时间跨度较大，这种数据就会被列为重点关注的疑点。

国家医保局表示，从即日起到年底，是医药企业自查的“窗口期”，医药企业要在这段时间内根据医保局提供的线索及时开展自查自纠，若有违规应主动退回医保基金。从明年1月1日起，国家医保局将正式开始药品追溯码的监管应用，监管的力度将不断加大，对严重的违法违规案例进行约谈、曝光。

会议次日，多家零售连锁企业各自发出倡议书，承诺将严格遵守法律法规和政策要求，建立完善内部管理体系，规范追溯码采集与上传流程，确保数据准确性，加强自检自查与监督。

三码合一映射库将上线

我国自2008年起将血液制品、疫苗、中药注射剂和第二类精神药品等高风险品种药品纳入电子监管。经过药监部门十多年来的探索，药品追溯体系建设已取得了阶段性成效，目前国内上市的药品基本都有药品追溯码。

2018年，国家药监局在《关于药品信息化追溯体系建设的指导意见》提出，以落实企业主体责任为基础，以实现“一物一码，物码同追”为方向，加快推进药品信息化追溯体系建设，强化追溯信息互

通共享，实现全品种、全过程追溯，促进药品质量安全综合治理，提升药品质量安全保障水平。

此后，国家药监局又发布了《药品信息化追溯体系建设导则》、《药品追溯码编码要求》等 12 个药品追溯标准规范。并建成完善国家药品追溯协同服务平台，不断完善药品追溯数据交换、共享机制。截至 2022 年底，国家药监局基本完成了药品信息化追溯体系全覆盖的目标。

今年 5 月 20 日，国家医保局发布《国家医疗保障局办公室关于加强区域协同做好 2024 年医药集中采购提质扩面的通知》)，就加强采购执行管理方面给出指导意见，明确提出“将使用药品追溯码作为集采申报条件，并逐步推动在配送、结算等环节应用追溯码。”

7 月 10 日，国家医保局发布《关于在药品采购环节加强药品追溯码应用的方案》(征求意见稿)明确，省级药品集中采购平台实行“带码挂网”，各级药品集中带量采购实行“带码投标”，药品经营企业落实“带码流通”，医保定点医药机构落实“扫码采购”，以及协同强化追溯数据管理和应用。

在今日的第十批药品集采开标前，国家医保局再次强调追溯的重要性，新增“未在国家医保服务平台填报信息的药品无法参与本次申报”“须符合药监和医保部门关于药品追溯码的政策文件要求，药品外包装须印制药品追溯码”等具体要求。

据悉，当前国家医保局正在建设全国统一的供药品耗材生产、流通企业上传追溯码信息的接口，将实现一次上传、全国通用，无需向每个省分别上传，以减少针对每个省销售的产品分别录入的工作量。同时，对药品耗材生产、流通企业是否直接向国家医保信息平台上传药耗追溯码信息，不作强制性要求。

国家医保局大数据中心有关同志表示，本着自愿互惠的原则，凡向国家医保信息平台上传本企业药耗追溯码信息以及大中小包装追溯码信息映射库的，将来国家医保信息平台可免费批量提供本企业符合国家规定的、不用于统方的药品耗材追溯信息，并根据工作进展不断提供更多赋能服务。

另外，国家医保局将全面建立追溯码、医保编码和商品码的三码合一映射库，以及药品耗材大中小包装的追溯映射库、各类追溯码的识别库，并免费向定点医药机构和生产、流通企业开放，以实现扫码入库出库工作高效、便捷。

据介绍，“三码合一映射库”将药品耗材追溯码、医保编码和商品码整合后，可确保不同系统间信息一致、互通，提高药品信息管理效率和准确性，加强药品生产、流通、销售等全流程监控，从而有效防止欺诈骗保、假药、回流药行为，为医保基金安全、患者用药安全提供更多保障。

[返回目录](#)

三明“年薪制”模式下“医院绩效模式”变革趋势走向？

来源：誉方医管

三明医改经验 5 年全覆盖，三明明薪制备受医院管理者和医务人员关注，更加关注绩效模式如何变革？绩效与运营关系如何处理？亏损是否可以发放绩效？DRG/DIP 支付改革模式下如何与绩效关联？年薪制下如何防止医务人员“躺平”？绩效如何调整调动医务人员积极性问题？走向趋势如何？围绕医院绩效一系列问题，钱从何来都成为医改“绕不过去的坎”。

随着三明医改经验 5 年全覆盖，三明医改模式下的年薪制，备受医院管理者和医务人员关注，许多同道与我国围绕医院绩效一系列问题交流沟通探讨，钱从何来都成为医改“绕不过去的坎”。

一、三明医改经验五年全覆盖

三明医改经验五年全覆盖，备受医院管理者和医务人员更加关注的是年薪制，三明薪酬制度改革的精髓是什么？

国务院办公厅关于印发《深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务》的通知(国办发〔2024〕29 号)深入推广三明医改经验，列举了六大经验，其中第六条是，深化公立医院薪酬制度改革。研究制定关于医疗服务收入内涵与薪酬制度衔接的办法。注重医务人员稳定收入和有效激励，进一步发挥薪酬制度的保障功能。加强对医院内部分配的指导监督，严禁向科室和医务人员下达创收指标，医务人员薪

酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。进一步落实基层医疗卫生机构工资政策。这里面有五层含义。

第一，医疗服务收入与薪酬制度可以挂钩。按照两个允许，医疗服务收入扣除成本和各项基金后可以发放绩效，也就是说医院绩效可以与医疗服务收入挂钩。

第二，强调固变薪酬比例预示绩效工资水平下降。强调注重医务人员稳定收入和有效激励，进一步发挥薪酬制度的保障功能。在工资总额确定的条件下，提升医务人员稳定收入，必然带来的是绩效工资水平降低。从政府和社会角度，不期望医院回归公益性和医疗自然属性，绩效工资属于激励性工资，占比过高必然带来过分趋利性。

第三，强化医院内部分配的指导监督。医院内部分配原来更多的是自主权，缺乏外部的指导和监督，特别是绩效分配中存在许多的不合规、不合理现象，已经引发党和国家的高度关注，现在的医院巡查、纪检、审计、人社和医保部门都开始关注医院的绩效分配方案。相信未来政府对医院内部分配的指导监督会加强。

第四，严禁向科室和医务人员下达创收指标。一些医院在制度绩效制度中，存在向科室和医务人员下达创收指标现象，加重了医院的趋利性，不符合社会公众利益，所以，作为红线警示。

第五，薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。
药品和

卫生材料零加成，没有收益成为医院成本了，绩效已经不会与之挂钩，检查和化验是医院的收入，特别是在医疗服务收入项目价格不能充分体现医疗服务价值的现状下，许多医院通过 RBRVS 绩效判读点值和成本核算提成，都在间接挂钩。原来文件都是强调直接挂钩，这次已经取消了"直接"两个字，预示着不管直接和间接都允许。

二、三明医改经验"年薪制"核心特点有哪些？

三明实行"工分年薪制"(笔者简称，为了体现工分和年薪)，这是从政府层面的定顶层设计规划，核心特点有五个方面。

第一，工资总额预算管理。对医疗机构有工资总额预算管理，政府按照考核，给医院设定了工资总额发放设置了"天花板"，结合综合目标考核情况可以调增条件工资预算总额，充分体现政府办医职能。

第二，按照"5:4:1"比例分配预算。"541"是医生、护士和行政后勤人员的最高年薪限定，体现了绩效薪酬向临床一线倾斜的原则，有效保障了医院内部各系列人员的合理的薪酬分配分配关系，防止分配关系失序带来的不利因素。

第三，设定了岗位目标年薪。按照医生、医技、护理行政后勤、医院主要负责人，都设定了目标年薪，按照 5:4:1 模式分配，并且设定了岗位最高年薪调控线(不超过岗位目标年薪 2 倍)，合理的调节了医务人员对薪酬的期望值。

第四，规划了稳定收入与激励收入的关系。把目标年薪设定为基

础年薪和绩效年薪两部分，提高了基础年薪的占比，明确了稳定收入与岗位职责考核相关联，绩效年薪与业绩向关联。

第五，按照实际工作量工分进行考核。在目标年薪制下，发挥医院自主分配权，对医务人员按照“工分”进行考核，核算实际得到的工资总额。

三、年薪制下医院绩效管理面临的“十大”焦点和难点

在医改新业态下，随着三明医改经验五年全覆盖，年薪制成为未来大趋势，医院绩效管理中就会面临“五大”焦点和难点。

第一，工资总额管理与医院亏损难点。政府对医院实行了工资总额管理，按照两个允许，第一个允许是医院可以突破工资总额，第二个允许是医疗服务收入扣除成本和各项基金后可以用于分配。现在许多医院财务出现亏损，医院是不是可以发放绩效？有不同的理解和认识，有的认为政府财政补贴不到位导致的亏损，医院可以亏损发绩效，有的认为两个允许明确的是医疗服务收入，没有包括财政补助收入，亏损不可以发绩效。经常同道问我，我的观点是，其一上层对医疗服务收入内涵还没有达成共识，其二从医院经济财务可持续来说亏损发放绩效不可长久，其三，从政策角度理解亏损发绩效会存在政策风险。

第二，工资总额管理下的各序列分配关系界定难点。公立医院薪酬制度改革文件中提出了，合理确定内部分配关系，医、药、护、技、药、辅、行后各序列绩效分配关系如何界定？如果过分强调公平就会

失去效率，过分强调效率公平就会降低，特别是医生作为医院第一生产力，医生待遇的确定决定医生绩效的设计，医生序列绩效到底占比多少合理？到底多少合适？如何确定？是个大难题。

第三，稳定收入提高绩效占比降低难点。从政府角度来说，期望医院要降低绩效占比，从医院角度来说，，担心稳定收入过高出现医务人员“躺平”现象，期望提高绩效占比，才能有效调动医务人员的积极性。年薪制模式下，其实稳定收入提高不是不考核就可以得到，更需要加强绩效考核，提高绩效管理能力和水平，年薪制模式下，其实合理调节医务人员的期望值，年薪需要与医院的实际能力相契合，需要与行业薪酬水平向适应，新医改强调的不同医疗机构之间的薪酬水平合理的差异，有助于医务人员下基层，建立合理的分级诊疗体系。

第四，积分制如何设计难题。现在大多医院采用的“RBRVS”或“成本核算”绩效模式，激励的导向多做项目和多收入才能多得，驱动的是粗放式增收模式，与医改导向不向适应，与 DRG/DIP/APG 付费方式改革相悖。淡化医院绩效过分趋利色彩是大趋势，回归医疗自然属性是大趋势，积分制绩效评价模式必然成为大趋势，积分制的难点在于如何顺应医改政策，又要符合医疗行业特点，还要考虑医院经济可持续，如何选择积分指标。

第五，DRG/DIP 下业财融合运营难点。许多医院都有绩效工资分配方案，主要侧重经济核算考量，缺少围绕 DRG/DIP“价值医疗”导向

的绩效指标，价值医疗才是产生经济价值的"源"，不能实现有效的业财融合运营，导致医务人员颇有怨言。特别是 DRG/DIP 支付标准限额情况下不能完全充分体现医务人员价值，DRG/DIP2.0 文件规定不允许 DRG/DIP 限额与绩效考核和分配挂钩，对于医院来说不挂钩很难实现"降本增效"，就会容易导致出现医保亏损较大的难题，挂钩了存在政策风险。

四、"医院绩效模式"变革趋势走向如何？

医改新业态下，医院绩效模式必然变革成为大势所趋，大势所逼，个人认为医院绩效模式变革趋势走向判断。

第一，年薪制成为大趋势。年薪制会成为大趋势，主要是调节医务人员的合理期望值，要与社会经济水平相适应。

第二，政府管控力度加大。工资总额管理将会得到严控，政府对医院的绩效考核成果与医院工资总额关联度提升，医院绩效方案政府会加强审核监督，医院自主随意发放绩效现象得到严控。

第三，绩效考核评价得到强化。单一的绩效核算模式会发生重大变革，绩效考核评价功能将会得到强化，多维价值驱动积分绩效考核评价模式将成为趋势。

第四，强基层成为重强音。政府通过工资总额管理与医院绩效考核指挥棒，加之医院巡查等宏观调控工具，大型医院的绩效工资水平将会受到抑制，促使解放医生通过下基层提高待遇。

第五，会强化编制的重要性。公立医院编制管理将会更加强化，增加编制成为可能，通过编制留住和稳定医务人员，疫情防控的成效提示对于县级以下更具有重要意义。

第六，医共体运营绩效一体化模式。县区医共体伴随着 2027 年全覆盖，单机构的绩效核算模式，必然被医共体运营绩效一体化模式替代。

第七，学科带头人目标年薪。公立医院公益性使然，大幅度提高学科带头人的薪酬待遇，医院工资总额管理下不现实，又要防止外资和社会办医虹吸学科带头人，学科带头人目标年薪成为大趋势。

总之，面对医改世界性难题，医务人员待遇是充分调动积极性的"源动力"，不能过分强调医务人员"白衣天使"的道德绑架，也不能过分强调医务人员的绩效增收驱动，既要强调政府宏观调控有力确保办医总宗旨不偏离，也要强调微观放开搞活的医院绩效自主性，才能时新医院高质量可持续发展。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

破解医保碎片化、筹资难题，推动医保高质量发展

来源：财经大健康

党的十八大以来，医疗保障制度改革持续推进，对缓解群众看病

难、看病贵问题发挥了重要作用。但在整体制度框架、筹资机制、保障水平、健康促进、“三医”协同改革以及多层次医疗保障体系建设等方面依然存在一些问题和挑战。

因此，需要进一步加强顶层设计，从筹资、待遇保障、支付方式、价格调整和商业健康保险发展等方面进一步完善政策，推动医保领域高质量发展。

No. 1 发展现状

中国基本医疗保险覆盖已达 95%以上人口。至 2023 年底，基本医疗保险参保人数达 13.34 亿人，参保覆盖面稳定在 95%以上。其中，参加城镇职工基本医疗保险(下称“城镇职工医保”)人数为 3.71 亿人，参加城乡居民基本医疗保险(下称“城乡居民医保”)人数 9.63 亿人。目前，中国已建成全世界最大、覆盖全民的基本医疗保障网。

按照制度计，城镇职工医保主要采取工资按比例提取的方式进行筹资。其中，单位一般缴纳工资比例为 6%-8%，个人缴纳工资总额的 2%左右。2022 年，城镇职工医保(含生育保险)基金收入达 20793.3 亿元，人均筹资达 5694 元。

城乡居民医保则主要采取定额筹资方式，中央设定最低政府补助和个人缴费标准，各地区可以根据经济社会发展情况做出适当调整。得益于近年来政府财政投入的不断加大，城乡居民医保筹资规模也显著提高。2022 年，城乡居民医保收入 10128.90 亿元；人均筹资达 960

元，比 2012 年增长 2.07 倍。

中国居民获得的保障也在不断提高。一是医保患者住院费用报销比例稳步提高。2022 年，城镇职工医保和城乡居民医保住院费用政策范围内基金支付比例分别为 84.2%和 68.3%，实际报销比例分别为 69.9%和 55.9%。

二是门诊服务保障力度不断增强。目前，城镇职工医保和城乡居民医保普遍开展门诊慢性病和特殊疾病保障，纳入疾病的数量和保障水平逐年提高。2021 年，职工医保将参保人普通门诊费用纳入统筹基金支付范围，报销比例超 50%。

三是保障范围显著拓展。截至 2023 年，中国医保药品目录内包含药品达 3088 种，包含 74 种肿瘤靶向药、80 余种罕见病用药。

不少新药、好药和救命药以及无痛手术、微创手术等高端诊疗技术在过去五年纳入医保报销范围。

其次，基本医保“杠杆”作用明显增强。

一是支付方式改革取得积极进展。2023 年，全国有超九成统筹地区开展了按病组 (DRG) 和按病种分值 (DIP) 付费。支付方式改革在保障医保基金安全、倒逼医院提升管理水平以及降低群众看病的负担等方面的效果正在逐步显现。

二是充分发挥单一购买方优势，推动集中带量采购。国家组织集采 333 种药品平均降价超 50%，集采心脏支架、人工关节等八种高值

医用耗材平均降价超 80%; 连同地方联盟采购, 累计减负约 5000 亿元。

三是助力“三医”协同发展和治理。在大幅降低药品耗材价格的同时, 适当调整手术、护理等体现技术劳务价值和能力的医疗服务项目价格, 支持完善医务人员薪酬补偿机制。

最后, 中国已初步建立起多层次医疗保障体系。

在基本医保范畴, 中国已经形成了基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保障制度。其中, 基本医疗保险为全体国民提供基本医疗保障, 大病保险和医疗救助则针对重病患者和特殊困难群众进行托底保障。

此外, 中国商业健康保险市场快速发展。保费收入从 2012 年 863 亿元增长至 2022 年 8693 亿元, 年均复合增长率达到 26%, 增速显著高于其他险种。据中国保险行业协会数据, 商业健康险目前覆盖人群约 7.5 亿人, 特别是惠民保作为普惠性质的商业健康险, 近年来快速覆盖全国百余个城市, 成为中国多层次健康保障体系中的重要组成部分。

No. 2 主要问题

首先, 基本医保制度分割和碎片化造成群体和地区不平衡问题较为突出。

一是除了覆盖人群不同, 城镇职工医保和城乡居民医保制度在筹资机制、筹资水平和保障水平等方面存在较大差异, 城镇职工医保的

保障水平明显高于城乡居民。

二是各地医保筹资水平和保障水平也存在明显差异。以城乡居民医保为例，2022年北京、上海人均筹资分别为2785元和2735元，而吉林和广西两地的同期人均筹资分别只有616元和859元。

三是医保制度碎片化影响流动人口与新业态从业人员。其中，居民医保以户籍为依据参保，职工医保与劳动合同相关联。这些制度安排使流动人口和新业态从业人员参保付出的成本均要高于当地居民及职工医保参保人，造成这类人群的参保率较低。有研究表明，在全国参保率稳定于95%以上的情形下，儿童的参保率为70%，而流动儿童的参保率在50%以下。

其次，基本医保筹资机制有待进一步完善。

一是医保基金的可持续性受到挑战。虽然从全国数据来看医保基金可以实现收支平衡，但是部分地区收支平衡压力较大，不少统筹区的基金结存早已越过“满足六个至九个月支付需求”的红线。

二是居民医保个人缴费采取等额缴费制导致公平性问题。自制度建立以来，城乡居民医保一直采取按照人头缴纳等额医保费的做法。这种筹资机制造成不同支付能力的参保者负担严重失衡。有研究发现，低收入组居民的医保缴费负担是高收入组的10倍以上。

三是随着人口老龄化，退休职工不缴费所带来的医保基金压力问题逐步凸显。按照现行政策，退休人员及其单位均不再缴纳医保费。

伴随退休人员日益增多，这一政策会给职工医保基金的财务可持续性带来较为严重冲击。

再有，保障水平仍有较大提升空间。

考虑起付线、封顶线、目录外费用等因素，中国城镇职工医保和城乡居民医保的实际报销率只有 70%和 50%左右。同时，大病保险和医疗救助兜底能力较为有限，无法解决人民群众重大疾病医疗的后顾之忧。2022 年，中国个人现金卫生支出占卫生总费用的比重为 27.0%。虽然相较于 2012 年有明显下降，但是与世界卫生组织(WHO)倡导的 15%目标，以及经合组织(OECD)国家平均水平仍有较大差距。

在操作过程中，中国的医疗保险管理部门往往设定医疗保险基金的支付上限。在发达国家则恰恰相反，保险机构往往设定参保者个人支付的上限，以防范参保者个人重大财务风险。我们团队研究发现，中国灾难性医疗支出发生率较高，远高于俄罗斯、马来西亚等与中国经济发展水平相似的国家。

其四，基本医疗保险的健康促进作用有待提高。

根据《中华人民共和国社会保险法》，我们基本医疗保险的支付范围主要在医疗。这一规定导致中国医疗保险的资金无法购买预防性服务，也无法与公共卫生经费、重大疾病防治经费进行有效的资金整合与对接。

事实上，医疗保险资金购买一定程度的预防服务、公共卫生服务

和健康管理服务是国际通行做法，能够更好地促进人群健康，也能降低医疗保险的长期支出。相反，如果只鼓励“就医”，则有可能会增加人的不健康的行为，造成“事前道德风险”。

最后，是多层次医疗保障体系发展不充分。

一是商业健康险规模有限。尽管商业健康险发展迅速，但其在中国医疗总费用支出中的占比仍然非常有限；二是商业健康险产品供需错配，目前市场上的商业健康险产品存在“保健康人，不保非标体”“保短期，不保长期”“保医保内，不保医保外”等问题，基本医保与商保的保障人群存在大量重叠，医疗服务提供方以公立医院为主，抑制了参保人购买商业健康保险的欲望；三是慈善医疗并未受到应有重视，缺少具体的促进慈善医疗发展的政策，亦缺乏必要的监管，一些不良慈善医疗募捐案例的曝光使公众对慈善医疗的信任受损。

No. 3 对策建议

针对以上问题，笔者的建议如下：

第一，进一步整合医保制度。

首先探索进一步将职工与居民分设的医保制度合并为一个制度，让全体人民在统一的医保制度安排下享受公平的医保待遇。考虑到其复杂性和敏感性，可以率先在深圳、上海等发达城市进行试点；其次提高医保资金统筹层次。在“十四五”时期，进一步做实医保基金市级统筹，并在部分地区探索建立省级统筹机制；最后是做好各类医保

制度的衔接工作。重点做好医疗救助与基本医疗保险和大病保险的衔接机制，同时在长期护理保险制度顶层设计时，充分考虑长期护理保险与基本医疗保障制度有机衔接。

第二，多措并举，完善筹资机制。

建立健康税政策，拓展医保资金来源很有必要。如进一步提高烟草税和酒税税率，开征含糖饮料税，以此作为健康税，用于政府医保基金补助和其他政府卫生投入。既能建立更为稳定的政府卫生投入税收来源，也有助于减少不健康行为。

另外，改革目前居民医保缴费等额缴费机制，变成以综合收入和资产为基数进行缴费，或者按照收入、财产、年龄、性别、生活水平等进行综合评估，确定居民的缴费点数，体现筹资机制的公平性。

第三，优化医保目录和待遇设计，提高保障水平。

首先要进一步引导疾病预防和管理以及基本医疗服务的提供和使用。通过在医保目录内纳入更多预防和保健服务，以及设置不同的报销比例，促进基层医疗服务利用和疾病的预防、早期诊断和治疗，从而控制医疗费用的增长，并改善人民群众的健康状况。

还有探索建立个人自付费用封顶机制。根据个人收入情况，建立不同的个人自付费用封顶线。即当个人支付医疗费用超过封顶线后，由第三方“全额买单”，从而降低灾难性医疗支出和因病致贫发生率。

另外，还要进一步提升循证决策意识，将卫生技术评估更好用于

医保准入和目录调整。在准入、定价和报销准入、合理应用及淘汰等管理环节引入卫生技术评估证据，支持高质量决策，实现以价值医疗为导向的政策制定过程。同时，建立医疗服务项目和药品成本效益分析的国家数据库，为医保目录修改和评估提供关键信息。

第四，深化支付方式和医疗服务价格改革。

一是引入按质量支付作为附加支付方式，DRG、DIP 等医保支付方式混合使用，以激励医疗服务质量提高。目前的支付方法主要起控费作用，缺乏对于医疗质量和健康结果的激励。这就需要引入按质量支付来引导供方对于医疗质量的重视。

二是试点按人头支付，结余留用，以促进慢性病的持续管理。选择一些重点疾病，如糖尿病或高血压进行试点。按人头支付的范围可以包括预防性服务、门诊服务和一段时间内的住院治疗服务。天津按人头支付方式改革显示，按人头付费能够激励服务团队对高成本和高风险患者进行有效管理，最后降低总体医疗费用。

三是扩大医疗服务价格改革。对医疗服务进行全成本核算，在保证基金可持续的前提下，进一步提高能够体现医务人员劳动价值的医疗服务价格，推动公立医院运行机制和医务人员薪酬体制改革。

第五，进一步发展商业健康保险。

一是明确功能定位和需求。商业健康保险发展应以中高收入阶层为目标群体，围绕基本医保外的药物、服务和自付费用开发各种有吸

引力的产品，激发中高收入群体购买积极性；

二是推动信息共享。在确保医保数据信息安全的前提下，推进医保个人信息授权查询和使用试点，提升商保产品质量和经办效率；

三是完善监管和市场秩序。建立健全商业健康保险市场的监管体系，规范市场行为，促进理赔政策和条款透明化，简化管理程序，缩短理赔周期，保护消费者权益。

[返回目录](#)

参保人“药篮子”再次升级？国家医保局解读来了

来源：新华社

近日公布的新版医保药品目录新增 91 种药品，目录内药品总数增至 3159 种，参保人的“药篮子”再次升级。医保目录是如何诞生的？哪些药能进医保？谈判“信封底价”怎么定？国家医保局及有关专家进行解读。

医保“药篮子”怎么选？支持新药、重点药

医保药品目录调整分为准备，申报，专家评审，谈判、竞价，公布结果五个阶段。

哪些药品可以申报进入国家医保药品目录？国家医保局医药管理司司长黄心宇表示，国家医保药品目录的调整，一是面向新药，即五年内经国家药监部门批准上市的新通用名药品、或经国家药监部门批准，适应症或功能主治发生重大变化的药品；二是面向重点药，即纳

入《国家基本药物目录(2018 年版)》、鼓励仿制药品目录或鼓励研发申报儿童药品清单的药品，以及罕见病治疗药品。

据悉，今年共有 249 种目录外药品通过形式审查，进入专家评审阶段，其中 121 种药品通过评审，通过率近 50%。

黄心宇介绍，未通过的药品中，有的属于“打擦边球”，比如一些老药通过减少说明书上的适应症、或对适应症做一些描述上的改变，从而以“适应症发生变化”为由进行申报；有的属于“新瓶装旧酒”，比如将老药微调一下成分配比，或者变化剂型，并没有改变临床价值，就作为新药进行申报；还有一些药价格过高，超出了基本医保的支付范围。

“我们支持合理的改良型新药，但成分不改、适应症不改、给药途径不改、临床价值不改的药品，在评审中很难得到青睐。”黄心宇说，国家医保药品目录调整，是要支持有临床价值的“真创新”。

数据显示，此次医保药品目录调整新增的 91 种药品中，90 种为 5 年内新上市品种。其中，38 种是“全球新”的创新药，无论比例还是绝对数量，都创历年新高。

医保谈判怎么“讲价”？“信封底价”是标尺

在医保谈判桌上，医保方手中的一个信封，往往成为关注的焦点。这个信封里放着专家通过测算，给出的药品底价，而企业方最终的报价，必须要小于等于“信封底价”，才能谈判成功。

这个神秘底价是如何算出的?复旦大学教授、2024 年国家医保药品目录调整药物经济学专家组组长陈文介绍,药物经济学组专家通过药物经济学评价证据、国内挂网价格、国际价格、同类竞品价格比较等多种方法,综合测算确定基准支付标准。基金测算则更加关注对基金支出的影响,进一步强化了基金影响的刚性约束。

此外,今年的测算中还特别考虑了传统中药的特点与优势,有针对性地优化了评价维度和测算指标。

曾担任药物经济学测算组副组长的天津大学药物科学与技术学院副书记吴晶说,底价测算的基石是坚持以价值为基础定价。对于创新价值高、能填补空白的药品,会高度重视企业递交的药物经济学评价证据,合理确定溢价。

医保药品怎么落地?加强监测、确保供应

药品进了目录并非终点,能够真正进入医院、药店,让参保人买得到、能报销,才是最终目的。

今年,国家医保局、人力资源社会保障部提出新要求:定点医疗机构原则上应于 2025 年 2 月底前召开药事会,根据新版国家医保药品目录及时调整本机构用药目录,保障临床诊疗需求和参保患者合理用药权益。不得以医保总额限制、医疗机构用药目录数量、药占比为由影响药品进院。

此外,各省份要及时更新纳入“双通道”和单独支付的药品范围,

与新版目录同步实施，并借助国家医保信息平台、药品追溯码、医保药品云平台等渠道，收集、完善、维护本行政区域内医保药品配备、流通、使用信息，加强对辖区内医保药品配备使用情况的精细化管理。

“落地是决定目录调整工作成效的‘最后一公里’。让医保药品真正惠及群众、惠及患者，需要医保部门、医疗机构、医药企业的共同努力。”黄心宇说。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

促进“采供用报”有序衔接，医药集采向纵深挺进

来源：健康报

近日，国家医保局、国家卫生健康委在深化医改上持续协同发力，发布《关于完善医药集中带量采购和执行工作机制的通知》（以下简称《通知》），再次明确了以下关键信息：医疗机构完成约定采购量后，仍应按要求优先采购使用中选药品和耗材，未完成约定采购量或非中选药品和耗材采购比例超过规定要求的，相关品种视为考核不合格；对国家和省级集采节约的医保资金，各地按照相关规定给予医疗机构结余留用激励。这些规定体现了约束和激励并重的原则，为的是巩固深化改革成果，确保医药集采在兑现“带量”承诺的同时，促进“采供用报”有序衔接，持续保障人民群众用上质优、价格适宜的药

械产品。

医药集采是深化医改的重要一步，旨在挤出药械产品价格虚高水分。其核心机制在于，发挥医保战略购买优势，通过约定采购量，促使医药企业在公平竞争中自主下调药械产品价格，进而减轻患者看病就医费用负担，也避免医药企业为拓展市场而违法违规。根据今年9月国家医保局对十四届全国人大二次会议第7662号建议的答复，从2018年到2024年6月，国家医保局已组织开展9批次药品集采，涉及374种药品，占公立医疗机构采购金额比例超30%，集采品种价格平均降幅超过50%，实际采购量平均为协议采购量的2倍，占同通用名药品使用量的80%以上。可见，医药集采工作具有旺盛的生命力，受到了广大医疗机构和医务人员的拥护。

日常生活中，老百姓对医药集采的改革成果也感受得到。集采产品覆盖了常见病、慢性病用药以及多种癌症等重大疾病用药，且实现集采后，相关产品一般会有大幅降价，患者的感受往往是“药品、医疗耗材比以前便宜多了”。

改革带来了实实在在的民生实惠，而要巩固深化改革成果，保证“采供用报”有序衔接的系统工作必不可少。

为采得放心，医药集采工作设定了产品入围门槛。国家组织药品集采以通过质量和疗效一致性评价为仿制药入围门槛，避免在竞争中出现“劣币驱逐良币”现象。国家药监局印发的《集中带量采购中选

药品质量监管工作方案》明确，对国家集采中选药品，特别是低价中选或大幅降价的药品，进行全覆盖监督检查和产品抽检，持续强化不良反应监测，进一步加强集采药品上市后追溯管理，督促中选企业严格按照法规要求组织生产。

为供得及时，监督反馈机制在发挥作用。医药集采工作开展以来，中选产品供应总体稳定，但受短期临床需求波动等影响，出现过个别品种临时性供应紧张问题。为此，每批次集采中选结果落地执行前，各地医保部门会组织中选企业与医疗机构在规定时间内签订采购协议，压实合同履约责任，并鼓励医疗机构主动向医保部门书面反馈中选产品供应问题，明确经核实后该医疗机构采购备供企业产品可直接视作采购中选产品，并享受医保资金结余留用政策。

为用得积极，回应医疗机构、医务人员的合理关切，真实世界研究、医保支付方式改革等工作一直深入推进。一方面，近些年，相关部门持续开展集采产品临床真实世界研究，鼓励国家医学中心、行业协会充分发挥作用，制定完善用药指南，为合理优先使用集采药品提供科学引导。另一方面，医药集采工作不是零和博弈，让各方感受到合理才是初衷。为此，通过医药集采节约的医保资金并没有被“封存起来”，而是让利于患者、给予医疗机构结余留用激励。《通知》要求，做好集采结余留用政策与支付方式改革激励约束机制的衔接，说明改革正在往深里去、往多方共赢的目标使劲。

实现报得精准，才能赋予医药集采工作长久活力。按照集采规则，医疗机构要根据往年平均采购量预报并约定集采年度采购量。这项工作是“技术活”，受临床反馈、用药趋势、医疗技术进步等诸多因素影响，如果测算得不精准，可能出现少报、超报的情况，进而对后续临床工作产生影响。准确合理确定采购需求量，实现供需精准匹配，要求各级医疗保障部门严把审核关，也需要医疗机构强化政策理解、熟悉集采规则，提高报量与临床实际使用量的匹配度。《通知》强调，优化考核方式，不搞“一刀切”，向更为精细科学的管理方向迈进了一步。

当前，医药集采工作已经常态化运转，集采链条上的各方通过持续磨合，正让集采机制运转得更为顺畅。随着医药集采同医疗卫生工作的进一步融合，更为具体的挑战也将在改革之路上渐次显现。比如，集采工作给原研药的使用留出了空间，如何让医生依据临床病情、让患者根据自身经济负担能力自主选择药品，还需更细腻的政策来进行平衡。

[返回目录](#)

医药集采新规来了！优化考核方式不搞“一刀切”

来源：每日经济新闻

12月10日，国家医保局、国家卫生健康委员会发布《关于完善医药集中带量采购和执行工作机制的通知》（以下简称《通知》）。

《通知》在原有政策基础上进一步完善医药集中带量采购和执行工作机制，引导医疗机构、医药企业遵循并支持集中带量采购机制，巩固深化药品、医用耗材集中带量采购改革成果，让更多患者受益。

记者注意到，《通知》重点从集采药品耗材的进院、使用、监测、考核、反馈等各环节提出细化措施，体现出部门间协同监管、优先使用中选产品的政策导向。

对此，上海市卫生和健康发展研究中心主任金春林接受记者电话采访时表示，《通知》把对以前带量采购问题的建议、意见等进一步梳理，进行了细化，要求大家严格完成。同时还有一些柔性政策，让不同的场景可以采取变通的办法，不过基调还是要严格执行带量采购政策。

确保中选药品和耗材进院

《通知》要求，确保中选药品和耗材进院。进一步支持将紧密型医共体作为整体进行报量。集采中选结果产生后，各省级医保部门要及时组织医疗机构与中选企业签订采购协议。各批次集采结果落地执行第3个月起，要组织对本区域医疗机构中选药品和耗材进院情况开展一轮问题排查，督促尚未完成进院采购的医疗机构尽快完成中选药品和耗材进院工作。

对执行“一品两规”的医疗机构，在选择中选药品以外的同通用名其他药品进院时，鼓励优先选择集采中选的备供企业药品。积极鼓

励村卫生室(社区卫生服务中心/站)、民营医疗机构、零售药店参加集采，方便群众就近购买中选药品。

金春林认为，本次特别提到了医共体，因为医共体是一个重要的载体和平台，所以要作为整体进行报量。关于“第3个月起要进行排查”，金春林表示，这是强调让各地真正落实报量情况，要尽快进院。

“鼓励村卫生室、民营医院等参加集采，就是所谓的‘三进’——进村卫生室、进民营医院、进药店，把集采由原来的公立医疗机构为主，扩展到更大的范围，这样以量换价的范围就会更大。”金春林表示。

在提升中选药品和耗材使用管理水平方面，《通知》提出，医疗机构应完善内部考核办法和薪酬制度，建立集采结余留用资金使用分配机制，主要用于提升医务人员薪酬待遇。应按照临床技术规范要求，合理使用集采中选药品。在处方点评中加大对集采品种的点评力度，对于不合理大量使用高价非中选药品的科室和医生予以定期通报。

对于无正当理由开具高价非中选药品的医生，按照处方管理有关规定处理。鼓励国家医学中心、行业协会充分发挥作用，制定完善用药指南，组织开展集采中选药品和耗材真实世界研究，为合理优先使用提供科学引导。

对此，金春林表示，集采节约的空间可以用于提升医务人员的薪酬待遇。《通知》不仅强调要用集采药，而且要通过科学的方法引导

大家使用。

优化考核方式不搞“一刀切”

此外，《通知》还指出，优化考核方式不搞“一刀切”。医疗机构完成约定采购量后，仍应按要求优先采购使用中选药品和耗材。未完成约定采购量或非中选药品和耗材采购比例超过规定要求的，相关品种视为考核不合格。

因纳入国家和本省份重点监控合理用药药品目录、发生公共卫生事件、临床指南药物推荐级别变化等，导致临床需求发生重大变化、医疗机构未完成中选药品约定采购量的，可不考核相关中选药品约定采购量完成情况。

《通知》要求，对于短缺药、急抢救药和季节性用药等特殊品种，在考核合理优先使用中选药品的同时，要把保障供应作为重要考量因素。医疗机构采购备供企业的药品，以及价格低于中选药品且达到同等质量疗效的非中选药品或可替代药品，不纳入执行情况考核范围。

医疗机构反映中选药品出现供应问题的，经地方医保部门核实后，该医疗机构采购备供企业药品可直接视作采购中选药品，并享受医保资金结余留用政策；采购非中选药品的，相应的用量不计入集采执行情况考核范围。加强基本药物与集采药品执行考核的有机衔接，形成政策合力。

对此，金春林表示，上述要求有几层意思，一是要求大家还是要

优先使用中选的药品和耗材，但是对一些特殊的情况可能要采取特殊的措施。二是对短缺药、抢救药等特殊品种，可以把保供作为重要考量因素。三是考虑到了采购价格更低的非中选药品这类情况，理清了相关场景，并作出规定。

[返回目录](#)

• 政务公开 •

国家医保局这场会议传达了什么？重点内容来啦——

来源：国家医保局

为全面贯彻党的二十届三中全会精神，深入落实《国务院办公厅关于进一步做好短缺药品保供稳价工作的意见》及《短缺药品价格的风险管理操作指引》，更好推动国家组织集中带量采购直接结算和集采药品进“零售药店、民营医院、村卫生室”（以下简称“三进”）工作的落地实施，强化短缺药品价格风险管控。12月8日上午，国家医保局医药价格和招标采购司（以下简称“价采司”）就短缺药品价格风险管理及医药招标采购政策展开会议部署及政策解读，部分地方医保局相关负责同志到场参会学习。

会上，国家医保局价采司介绍了全国短缺药情况的调研结果，提出要严格短缺药价格风险管理；地方同志就医保基金直接结算问题及集采药品“三进”工作做了经验交流，专家学者就集采可替代药品以

及短缺药品目录做了相应分析，最后由国家医保局价采司就《短缺药品价格的风险管理操作指引》做了政策解读，并对地方疑问做出相应回答。

一、医药招标采购地方交流

会上，福建省医疗保障监测和电子结算中心介绍，能够实现改革目标，主要得益于系统的制度搭建和数据系统的支持，并健全结算机制，确保按时支付货款，如建立备用金制度、银行托收机制等，有效破解了药械货款拖欠问题。目前，福建省药品结算率保持在 99%以上，耗材结算率保持在 95%以上，结算周期从平均 6 个月以上压缩至 23 个工作日内。

重庆市医保局医药价格和医保基金监测中心介绍，重庆市在医保基金直接结算改革中主要有五大做法：完善制度机制设计，如开设结算专户实施委托结算、建立周转金机制等；统一在线支付结算，实现全流程线上操作；畅通信息数据，形成三方数据交互新局面；持续优化结算流程以及重点防控基金风险。目前，重庆市试点药品货款结算周期由实行直接结算前的 92 天缩短至 18.09 天。

江西省医保局医药价格和招标采购处在会上介绍“江西省抓实‘五个一’，将集采药品‘三进’工作迅速落地并取得一定成效”。具体来看，即组建工作专班、制定“组织参与-品种配备-规范管理-激励约束”实施方案、开发全链条智能化管理系统模块、开展系列政

策宣传、定期对药品采购销售等实行一月一通报制度。接下来，江西省将会在提高集采药品“三进”单位覆盖率、扩大集采药品“三进”行动药品品种范围、提高“三进”单位采购集采药品数量和金额比重、督促指导市级医保部门研究出台评价激励办法等方面持续发力，真正将这项惠民便民政策落到实处。

首都医科大学国家医疗保障研究院介绍在集采执行过程中，具有相同治疗作用的药品之间可能发生替代使用。既有集采中选药品对非集采药品的正向替代，也有高价的非集采药品对中选药品的负向替代。前者有助于提升用药经济性，后者则可能是临床不合理使用。

二、《短缺药品价格的风险管理操作指引》解读部署

短缺药问题以及短缺药品的价格问题，是全世界大部分国家都难以完全解决的“难题”。我国短缺药呈现除集中程度不高、短缺程度较轻、农村和边远地区较为突出、基层医疗机构较为明显、不法企业滥用短缺药挂网政策人为制造短缺等特点。

在本次会议上，北京大学公共政策研究中心根据公开数据库分析了我国短缺药品全品种和全企业，包括短缺药基本信息、适应症和剂型的临床信息分析、生产信息，另外分析了短缺药品企业信息，如短缺药品原料药企业、国内仿制药企业、实际生产企业、过评企业等，分析我国短缺药程度和原因。此外，将短缺药进行 ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) 编码分析，以 ATC4 结合临床调查进一步遴选

可替代品种，并对可替代品种做出分析。最后，北京大学公共政策研究中心建议药监、卫生、医保、市场监督、工信、产业/供应链等多部门协作，并做到早期预警、信息及时透明、根据情况分类处理。

一直以来，我国政府部门高度重视短缺药供应问题。2019 年，国务院办公厅印发《关于进一步做好短缺药品保供稳价工作的意见》，医疗保障部门坚决落实短缺药品直接挂网的采购政策。政策实施以来，国家短缺和易短缺清单内药品供应形势明显改善，平均配送到位率从 2019 年以前约 60%提升至目前的 90%。但也出现了一些企业制造短缺、以缺逼涨的新情况新问题，特别是一些药品的地方性“短缺”尤为突出，近年来，国家医保局对以短缺或其他类似名义异常涨价的药品，约谈药品生产企业十多家。

为加强价格风险防范，压实企业公平定价的责任，维护群众利益和医保基金安全，国家医疗保障局 11 月 27 日印发《短缺药品价格的风险管理操作指引》。在本次部署会议上，国家医保局价采司明确“三个没有变”——保供优先没有变、自主定价没有变、直接挂网没有变；其次，明确了短缺药价格风险的“三个着力点”——价格结构、价格趋势和价格行为；此外，对价格风险防范和价格风险应对做了解读。

可以预见的是，在各方协同努力下，通过不断完善保供稳价机制、强化监管执法以及积极探索集采等多元策略，有望逐步攻克短缺药品难题，切实保障患者的用药权益。

深化支付方式改革，推进“三医”协同治理——中国医疗保险研究会 支付方式改革专业委员会正式成立！

来源：中国医疗保险

12月9日，中国医疗保险研究会支付方式改革专业委员会(以下简称：支付方式改革专委会)第一次会员代表大会暨第一届医保支付方式改革论坛在北京召开。国家医疗保障局、中国医疗保险研究会有关领导，各省、地市医疗保障部门、医疗机构、高校科研院所、企业界等500余位嘉宾和代表齐聚北京，见证支付方式改革专委会成立和履行选举程序，以“支付方式改革提质增效，医疗医保协同发展”为主题开展学术交流、政策解读、经验分享。

支付方式改革专委会是中国医疗保险研究会计划设立的13个专委会之一，也是率先完成筹备工作，第一个召开代表大会的专委会。本次会员代表大会选举产生委员429人、常委146人，选举应亚珍为主任委员，白玉杰、葛洪、徐伟伟、高连欢、许宏、管仲军、李绍华、应晓华为副主任委员，万挺春任秘书长。国家医疗保障局党组成员、副局长，中国医疗保险研究会会长施子海出席此次会议。应亚珍主任委员就深入推进夯实理论基础、提供决策支撑、落实具体行动、强化组织建设等方面做了表态发言。

目前，医保筹资增长与医药供给侧的运行发展、群众对高品质医

疗服务的需求等难以匹配，支付改革的专业性强、复杂度高，深化改革、提质增效还面临多重挑战。支付改革专委会的成立，将对支付理论、政策实施、技术规范、经办规程、监测评价、监管考核等方面提供强有力的专业技术支撑，为全面提升支付改革能力、形成改革合力发挥学术团体的作用。

大会上，施子海表示医保支付改革研究具有重要意义，期望中国医疗保险研究会通过设立各个专业委员会更好地发挥学术研究平台作用，从坚持思想指引、持续建章立制、汇聚专业英才、加强人才队伍培养、形成品牌效应、严守纪律等六个方面对支付改革专委会的工作提出了希望和要求。

实施多元复合式的医保支付方式改革，促进“三医”协同发展和治理

众所周知，医疗、医保、医药三者密不可分，改革时需要同向而行、齐心发力。促进“三医”协同发展和治理，是当前深化医改的重要内容。党的二十届三中全会也把促进“三医”协同发展和治理作为深化医改的重要任务予以部署，充分体现了党对提升“三医”协同发展和治理能力的更高要求。

首都医科大学宣武医院党委书记管仲军认为，医疗卫生领域的顶层设计正由“三医联动”逐步转向“三医协同”，其深层次动因在于该领域的数字化应用及数字治理持续深化，进而催生“三医协同”数

数字化转型需求。即以“三医”诊疗、监管、研发和市场化转化数据的协同开发、再利用、再创造，畅通“基于公共价值目标分化的医疗服务数据分类搜集、加工、计量与预算”“数字化公共服务”“数字服务资产化”“实体和数字服务相互嵌入融合”“价值、技术、组织、机制四维一体”的数字化多维赋能通道。

建立管用高效的医保支付机制，是党中央、国务院确定的医保制度改革重要目标。这一目标的实现，关乎每一位参保人的切身利益，也影响着医保制度的长期可持续发展和医疗机构的高质量发展。

目前，我国实施的是推进以总额预算为基础、以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，完善按人头、按定额、按床日等多种付费方式。在国家主管部门的指导下，全国各地纷纷结合当地实际、积极开展医保支付方式改革的实践探索，积累了许多各具特色的地方经验，并产生了一批极具参考价值的典型实践案例。

例如，上海市实施了总额预算付费，主要包括总额预算、协商分配、按月预付、动态调整、年终清算五大内容；山东省济宁市则是实现按单病种付费，主要为据实结算的大病病种确定流程、按单病种付费的病种确定流程、确定医保支付的定额标准三个方面。此外，江苏省淮安市实现了按病种分值付费，广东省东莞市实现了按人头付费……

“医疗是根本，医保是保障，医药是手段。要坚持以人民健康为

中心，进一步健全部门之间目标一致、政策协同、信息联动、信息联通、监管联动的机制，以发展中国特色基本医疗卫生制度来推进国家治理体系和治理能力现代化为总目标，以此促进‘三医’协同发展与管理。”国家卫生健康委体制改革司原一级巡视员、中国卫生经济学会副会长兼秘书长朱洪彪表示。

医保支付方式改革赋能，引导医药机构强化精细化管理

高质量发展是“十四五”时期乃至未来更长一段时间公立医院发展的主题。2022年6月，国家卫生健康委办公厅、国家中医药管理局办公室印发《公立医院高质量发展评价指标(试行)》，从党建引领、能力提升、结构优化、创新增效和文化聚力等5个方面评价公立医院资源消耗和专科服务能力，以推动公立医院转变发展方式、管理模式和资源配置方式。而医保支付方式改革被视为推动这一改革的重要组成部分。如何适应医保支付方式改革，推动公立医院高质量发展，成为摆在公立医院管理者面前的一大难题。

医保支付方式的改革会让激励方式从费用最大化转向费用最小化，在此情况下，医院的经营理念会从规模化转向成本控制，一些医院出现了“一手拿听诊器，一手拿计算器”的问题。“如果DRG支付方式改革没有跟科室或者个人的绩效直接挂钩的话，我想大家的顾虑会少很多。”北京协和医院呼吸与重症医学科副主任医师张婷曾在采访中表达了一线医务人员的真实想法。

对此，首都医科大学国家医保研究院执行院长应亚珍认为要把支付改革的压力、动力留在院级管理层，按照各个病种的规律特点、资源消耗的不同，区分清楚临床医生收治的病人，而不是简单粗暴地去拿平均数作为考核标准进行一刀切。

医保支付方式改革需要好的顶层设计，更需要医疗机构主动配合，从而推动政策落地实施。复旦大学卫生经济学教研室主任应晓华表示，医保支付方式改革实质是交易单元的改变与交易价格的改变，两者都是面对医疗服务提供者而言的，因此支付方式改革必须让医院协同参与。

医疗机构可以提供特定病种的医疗服务的适宜性证据，应晓华补充道。“这个举措可以让医院认识到一些补偿其实决定在医院本身的服务的一种合理性上面，从而使得整个医改来源于临床、服务临床、尊重临床，最终达到引导临床提供合理服务。”

那么在面临医保支付方式改革带来的挑战时，医院应该如何做？中国科学技术大学附属第一医院总会计师操礼庆表示，付费方式改革的目的是推动医院内部运营机制的转变，医院应科学应变，明确发展道路。医院精细化管理也需要平衡资源消耗与医疗质量，武汉大学全球健康研究中心主任、教授毛宗福在此问题上进行了补充分析。

大数据时代为医保支付方式改革提供了新动力，管仲军表示，医保支付标准化与智慧监管亦正在促进医疗服务理念和医患关系重塑，

医药使用清单化、研发网络化则有待医疗服务大数据高质量输出来激发创新活力。

人才是第一生产力，随着医保支付方式改革的不断深入，专业人才需求越来越大。安徽医科大学卫生管理学院教授、安徽省医保研究院常务副院长李绍华在专业人才培养上表示，医保专业人才培养需要长远规划、提高专业招录契合度、强化继续教育与专业实践等。而对于医疗机构来说，要培养一些复合型支付专业人才，需给予一定的激励机制与学习平台，他们既要熟悉医保知识，也要熟悉医院管理，还要加强与医保部门的互动，以问题为导向进行沟通协商，逐步解决支付改革过程中的问题。

推进医保支付方式改革，不仅需要确保医疗机构的意见“讲得出”，更需要医保部门“听得到”，以此推动医保医疗协同发展。广州市医保局党组成员、副局长林立在接受“中国医疗保险”采访时，通过列举广州医疗机构与医保部门实践情况，分享广州医保支付方式改革经验。

一是广州医科大学附属第一医院探索出以 DIP 运行的精益管理助力学科发展的有效路径，2020 年至 2022 年期间，医院连续获得 DIP 结余留用费用，正向激励医院加强内部精细化管理，持续提升医保服务；二是广州市基于本地医保大数据优化形成 7,867 个本地病种，较好地解决临床反映的“新技术成组难”“病种缺失”等问题。

医保支付方式改革下，各方面面临的问题与对策

国家医保局医保中心副主任王国栋曾在按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案解读活动中表示，DRG/DIP 付费方式改革 2.0 版分组方案正是医保、医疗协同发展的缩影。2024 年是 DRG/DIP 付费方式改革三年行动计划收官之年，已经实现了“全覆盖”。大会上，国家医疗保障局医药服务管理司司长黄心宇介绍了医保支付方式改革进展情况——目前已对 393 个统筹地区开展了调研，其中 116 个统筹地区已于 2024 年上线 2.0 版分组方案，275 个统筹地区均已开展分组方案测算工作，拟于 2025 年 1 月启用执行。

具体来看，383 个统筹区建立了特例单议机制，332 个统筹区建立了预付金机制，382 个统筹区建立了意见收集反馈机制，378 个统筹区建立了协商谈判机制，326 个统筹区建立了数据工作组机制。

然而，任何改革都不是一帆风顺的，随着支付方式改革的全面实施，一些问题也逐渐显现出来。应亚珍认为，目前医保支付方式改革主要面临着两个方面的问题与挑战。

一方面，从医保方来讲，各级医保部门特别是一些地方医保部门，在整体的制度机制建设上有差异，如改革能力、意识。目前改革地区，既有先进的也有落后的，但特别先进的地区目前还不够多，呈现为橄榄状。从医疗机构来说，有些医疗机构对协同改革的认识和具体措施都做得比较系统全面，在改革中获得了红利；但也有一些医疗机构没

有领会改革带来的机遇，被动应对，做一些选择性的行为，这是不可持续的，对医疗机构自身高质量发展不利。

另一方面，挑战来自医保基金筹资增长跟医疗费用增速之间的根本性矛盾——在供需双方对健康服务需求的推动下，医疗费用增速已达到两位数，但医保基金筹资受到经济社会发展、财政财力以及老百姓缴费能力等多因素制约，筹资增长有限。在待遇保障刚性的约束下，医保基金筹资和医疗费用两端的矛盾比较尖锐，是支付方式改革难以承受之重。

值得一提的是，随着支付方式改革的不断深入，部分地方医保部门和医疗机构、医务人员反映现行分组存在不够精准、不够贴近临床等问题，希望对分组进行动态调整。今年国家医保局已多次召开医保支付方式改革座谈会，根据历史数据、专家意见以及医疗机构的意见和建议，严格遵循征求意见、临床论证、数据分析、地方测试、部门沟通、统一规范实施等工作程序，积极回应地方医保部门和医疗界的诉求，形成并落实 DRG/DIP 2.0 版本分组方案。今年 7 月，新版的 DRG/DIP 分组方案正式“出炉”。

由于改革全面性、联动性、综合性都较强，基层在具体操作过程难免存在一些认识上的误区，江苏省连云港市医疗保障局党组成员、副局长王清华在接受“中国医疗保险”采访时表示误区主要体现在五个方面。一是认为支付方式改革仅仅指做好 DRG/DIP 住院费用支付方

式改革就行了，忽视了他支付方式改革的统筹推进；二是实行 DRG/DIP 支付方式改革就是要所有医疗机构、所有住院费用都要 100% 全覆盖；三是住院医疗费用总额实行 DRG/DIP 支付方式改革就要全面摒弃原有的医疗机构的总额控制的办法；四是在 DRG/DIP 支付方式实际区域总额预算就是要把当年的医保基金扣除其他医保类别预算后，全部留作区域总额，提高点值分配给医院；五是 DRG/DIP 核心要素的分值(权重)、系数是基于历史费用形成，每年都要进行调整，提高医保基金的购买效率。

“医保支付方式改革既不是医保部门能独自完成的任务，更不能看成是医保部门给医疗机构下达的指令性工作，如果闭门造车势必会与医疗机构渐行渐远。我们要充分利用好这次改革的机会，加强与医疗机构的深入协作团结，从制度建设、总额预算、病种分组和分值测算、月度预结、年终清算，以及日常监管、病案评审、特例单议等多环节让医疗机构深度参与，通过深度交流合作取长补短，共同摸索支付方式改革的目标，寻求共同的社会责任和价值取向，不断把医保制度向更高目标发展。”王清华如是表示。

支付方式改革要基于筹资水平，根据基金状况总的要坚持尽力而为、量力而行。浙江省人民政府特约研究员(参事)、中国医疗保险研究会支付改革专委会副主任委员徐伟伟继续分析道，“首先，支付方式改革中要体现公平性，建立机制；其次，在护理、中医、精神病领

域进行倾斜；最后，改革需体现激励导向，要对创新技术、创新药械等给予支付激励。例如浙江大学附属第二医院眼科中心的飞秒手术，作为 2021 年创新技术给予支付激励，极大地激发了医院的积极性，使得中心的手术量去年达到了全球第一。”

[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



北京先锋寰宇大健康管理有限公司
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

