

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第29期

(07.18-07.24)

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。)

· 政务公开 ·

▶ [国家卫健委：介绍党的十八大以来深化医改工作进展成效](#) (来源：国家卫健委) ——第 7 页

【提要】国家卫生健康委 7 月 22 日在北京召开新闻发布会，介绍党的十八大以来深化医改工作进展成效。这十年，我们坚持从以治病为中心向以人民健康为中心转变，推动基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，持续深化医疗、医保、医药“三医”联动，补短板、强基层、建机制，用较短时间建立起世界上规模最大的基本医疗卫生保障网，将健康扶贫作为打赢脱贫攻坚战的关键举措，全民健康助力全面小康。

▶ [医保基金不够致部分药品调出医保目录？国家医保局回应](#) (来源：国家医保局) ——第 35 页

【提要】近日，有媒体发布“部分药品年底将调出地方医保目录”等新闻，引发一定社会关注。这些药品为什么调出医保目录？会不会影响患者用药？记者就相关问题采访了国家医疗保障局医药服务管理司相关负责人。

· 医疗健康 ·

▶ [护理行业的新机遇！医养结合进一步推进！](#) (来源：中卫护研院)

—第 40 页

【提要】近日，国家卫健委老龄健康司发布了《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》，其中与护理相关的重点内容给大家进行了整理，一起来看看我们护理行业的新机遇吧！

▶ [全国基层医疗卫生机构，设备配置标准调整](#)（来源：国家卫健委）

——第 45 页

【提要】7 月 20 日，国家卫健委发布《关于印发乡镇卫生院服务能力标准(2022 版)等 3 项服务能力标准的通知》，对《乡镇卫生院服务能力标准(2018 版)》和《社区卫生服务中心服务能力标准(2018 版)》进行了修订，并研究制定了《村卫生室服务能力标准(2022 版)》。

• 医院管理 •

▶ [基于公共品生命周期理论的公立医院全面预算绩效评价体系研究](#)

（来源：中国卫生质量管理杂志社）——第 50 页

【提要】全面预算绩效管理是完善财政资金结构、推进国家治理体系现代化的必然要求。2019 年 1 月，国务院办公厅发布《关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》，要求公立医院进一步强化绩效考核导向，实现预算与绩效管理一体化，并制定《三级公立医院绩效考核指标》供各地使用。本研究基于公共品生命周期(Public Goods Life Cycle, PGLC)理论构建全面预算绩效评价体系框架，结合北京市医院管理中心案例，探讨体系内涵，为我国公立医院实行全面预算绩效评价提供参考。

▶ [复诊患者一体化管理平台构建与应用](#)（来源：上海市胸科医院）

——第 53 页

【提要】门诊复诊患者人次的占比能够反映患者对医院的认可程度，体现医院的综合竞争力。随着门诊量的上升，常规线下复诊模式逐渐暴露出不足，如复诊患者虽就诊内容相对固定，但仍需多次挂号、排队，一定程度影响了门诊正常就诊秩序。针对复诊患者数量庞大、复诊效率低下等问题，上海市胸科医院构建了复诊患者一体化管理平台，旨在提高复诊效率，改善复诊患者就医体验。

• 医保快讯 •

▶ [药品集采和目录调整轮番上阵，医保支付标准如何演进？](#)（来源：

中国医疗保险）——第 57 页

【提要】集中采购和医保支付作为绝大多数药品进入市场前必经的一环，是影响药品市场价格的最主要因素。虽然直到现在，社会对两者的关注都更多集中在“降价”上，即便刚刚过去的第七批集采价格降幅已经是历次最低，也仍然引起了业界的广泛讨论。但从宏观层面的医保制度改革，乃至整个医药卫生体制改革来看，降低药价都只是第一步，更重要的是为构建医保支付标准体系奠定基础，进而用这种更科学、有效的方式持续引导形成合理的药品市场价格。

▶ [医疗服务价格动态调整的 5 大原则](#)（来源：村夫日记）——第 64

页

【提要】近日，国家医保局推出了《关于进一步做好医疗服务价格管

理工作的通知》。《通知》明确了医疗服务价格管理的基本理念、机制和指标体系。从《通知》来看，医疗服务价格管理主要有五大原则：以医疗服务价格指数(MSPI)为本，医耗分离、支持创新、兼容性和资源消耗决定调整的幅度以及和集采不挂钩。

• 集中采购 •

▶ [各大连锁药店纷纷跟进集采，5种情形的药店不得参与](#)（来源：医药云端工作室）——第 67 页

【提要】医保定点单位的药品都纳入药品招标已成采购趋势所向，作为医保定点机构的连锁药店，也势必在往后逐渐加入到医保药品的采购序列中。药品集采的冲击波已势不可挡地向零售药店袭来，与其被动接受，不如主动响应！目前，江苏、山东、广东、浙江、上海、河南均已发文要求药店纳入集采，上市连锁药房也纷纷跟进。

▶ [圆桌访谈 | 药品和耗材集采的5个灵魂问题](#)（来源：中国医疗保险）——第 74 页

【提要】药品和高值医用耗材集中带量采购是党中央、国务院部署的重大改革任务，习近平总书记多次作出重要指示，强调要坚持不懈、协同推进三医联动，推进国家组织药品和耗材集中带量采购改革。集采在协同推进三医联动工作中可以发挥怎样的作用？该如何理解其在深化医药服务供给侧改革中的引领作用？除了能够有效降低产品定价、减轻群众就医负担，集采在促进医药行业健康发展，推动形成公平竞争、质量保障与创新驱动的行业发展新格局方面扮演着怎样的角

色?中国医疗保险特别邀请了五位行业专家,为我们揭示集采对医药服务业带来的深远影响。

-----本期内容-----

· 政务公开 ·

国家卫健委：介绍党的十八大以来深化医改工作进展成效

来源：国家卫健委

国家卫生健康委 7 月 22 日在北京召开新闻发布会，介绍党的十八大以来深化医改工作进展成效。

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央，坚持以人民为中心的发展思想，把人民健康放在优先发展的战略地位，确定了新时代党的卫生健康工作方针，把健康中国积极应对人口老龄化上升到国家战略。坚持用中国式办法破解医改这个世界性难题，经受住了新冠肺炎疫情考验，走出了一条中国特色卫生健康事业改革发展之路。

这十年，我们坚持从以治病为中心向以人民健康为中心转变，推动基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，持续深化医疗、医保、医药“三医”联动，补短板、强基层、建机制，用较短时间建立起世界上规模最大的基本医疗卫生保障网，将健康扶贫作为打赢脱贫攻坚战的关键举措，全民健康助力全面小康。

这十年，我们全面推进分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管五项基本医疗卫生制度，发挥基层首创精神，深入推广以三明医改为代表的典型经验，构建优质高效的医疗卫生服务体系，老百姓身边有了 15 分钟医疗卫生服务圈，家门口有了更多

专家坐诊，居民个人卫生支出所占比重由 2012 年的 34.34%，下降到 2021 年的 27.7%，看病就医更方便、更实惠、更高效、更顺畅。

这十年，我们不断促进优质医疗资源均衡布局，发挥高水平医院的引领带动作用，加强国家医学中心、区域医疗中心和医联体、医共体建设，持续提升以县医院为代表的基层医疗机构服务能力，大病重病在本省解决，一般疾病在市县解决，头疼脑热在乡村解决，逐步成为现实。

这十年，是我国卫生健康事业进步最大、老百姓健康获得感不断增强的十年。人均预期寿命从 2012 年的 74.4 岁提高到 2021 年的 78.2 岁，中华民族伟大复兴的健康之基正在不断夯实。

今天的发布会，我们请来了：国家卫生健康委体制改革司司长许树强先生；国家发展改革委社会司副司长孙志诚先生；国家医保局医药管理司副司长李淑春女士；国家药监局药品监管司司长袁林先生；请他们共同回答记者的提问。首先请许树强先生介绍有关情况。

国家卫生健康委体制改革司司长许树强：

医改是涉及千家万户的重大民生工程。党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把保障人民健康放在优先发展的战略位置，将深化医改纳入全面深化改革统筹推进。本届政府成立以来，坚持“一个转变、两个重点”的思路，就是把“以治病为中心”转变为“以人民健康为中心”，围绕解决看病难、看病贵两个重点难点问题，推出一系列重要改革举措，推动医改取得显著成效。

一是群众看病难问题有效缓解。针对群众异地就医流向和重点疾病，已经设置 10 个专业类别的国家医学中心，建设了 50 个国家区域医疗中心，组建了医联体 1.5 万个，推动相关优质医疗资源扩容和下沉。2021 年，首批国家区域医疗中心相关专科的跨省就医较 2019 年下降 9.3%，就医秩序更趋合理。加强基层医疗卫生机构建设和全科医生培养培训，完善家庭医生签约服务，基层医疗卫生服务能力持续提高。

二是群众看病贵问题得以减轻。推进国家组织药品耗材集中采购和使用，降低虚高药价，已开展的 7 批集采中选药品平均降价超过了 50%，两批耗材集采平均降价超过 80%，累计节约费用约 3000 亿元。深化审评审批制度改革，加快新药好药上市，推进药品一致性评价，减轻群众用药负担。在全国基本实现基本医保地市级统筹，住院和门诊费用跨省直接结算。2020 年、2021 年连续两年卫生总费用中个人支出的占比下降到 27.7%。

三是医疗卫生体系效率持续提升。全面推开公立医院综合改革，公立医院全部取消药品和耗材加成，破除以药补医机制，同步推进补偿机制和运行机制改革，建立健全现代医院管理制度。协同推进医疗服务价格、医保支付方式、人事薪酬等领域改革，推动公立医院高质量发展。加强医疗行业综合监管，加大对违法违规行为的惩处力度，规范“互联网+医疗”服务模式。开展公立医院绩效考核，引导提升医疗质量和效率。2020 年，三级公立医院门诊预约率达 56.6%，合理

用药水平稳步逐步提升，门诊患者基本药物处方占比逐年提高。

四是以健康为中心的改革导向更加突出。推动医疗、医保、医药等各方面，以大健康理念为引领，改革完善相关制度。把预防放在更加突出的位置，实施健康中国行动，引导部门、地方、医务人员转变思想、转变工作模式，推动“每个人是自己健康第一责任人”这样的理念更加深入人心。加强重大疾病防治和慢性病健康管理，改革完善疾病预防控制体系，发挥中医药在预防保健、疾病治疗和康复中的独特优势，推进老年健康服务体系建设，开展医养结合，推动卫生健康事业发展方式不断创新。

下一步，我们将继续履行好国务院医改领导小组办公室职责，加强部门协同，落实改革主体责任，统筹推进各项医改重点任务落地见效，推动医药卫生健康服务高质量发展。

分级诊疗制度是我们解决百姓看病难、看病贵的一个重要举措，这些年我们在这方面有的一些什么样的进展？下一步我们还要采取哪些措施来推进我们优质医疗资源下沉，构建新的诊疗格局。

国家卫生健康委体制改革司司长许树强：

分级诊疗是按照疾病的轻重缓急和治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗卫生机构承担不同疾病的治疗，从而形成合理的就医和诊疗格局。近年来，我们深入推进分级诊疗制度建设，在供给侧，着力提升医疗服务能力，加强分工协作，创新服务模式，在需求侧，努力让群众能就近、方便地获得安全有效、便捷连续的医疗服务。应该

说，这项工作取得了积极进展。

一是基层医疗服务能力不断增强。达到服务能力标准的基层医疗卫生机构占比达到 53%，全国累计建成社区医院 2600 余家，县域内常见病多发病就诊率超过 90%。

二是分工协作机制不断健全。各类医联体超过 1.5 万个，这是医联体为提供一体化、同质化医疗服务发挥了有力支撑作用，在上下联动上不断增强。

三是服务模式不断优化。发展远程医疗和互联网诊疗，构建线上线下一体化服务模式。日间手术量不断增长。建设急诊急救领域五大中心累计超过 1.4 万个，居家医疗服务不断发展，努力满足危急重症与慢性病患者的医疗服务需求。

但是，必须看到的是，当前仍然面临优质医疗资源总量不足，城乡、区域之间分布不均衡的问题，基层医疗卫生服务距离群众的期盼还有比较大的差距，供需双方的利益引导机制建设相对滞后。下一步，我们将进一步完善医疗卫生服务体系，建设优质高效的整合型医疗卫生服务体系，从 4 个方面打出组合拳，推动构建有序的就医和诊疗新格局。

一是持续推动优质医疗资源扩容下沉和均衡布局。在国家层面，推进国家医学中心、国家区域医疗中心设置和建设工作，减少跨区域就医。到今年年底，要基本完成全国范围的规划布局，力争国家区域医疗中心建设在今年年底覆盖全国所有省份。在省级层面，建设 120

个省级区域医疗中心，提高省域诊疗能力。在市县级层面，进一步发挥地市级医院的医疗救治主力军作用，并通过城市三级医院对口支援县级医院、实施“千县工程”等等，提升县级医院能力，努力让患者在市县范围内就能得到比较优质的医疗服务。

二是强化城乡基层医疗卫生服务网底。持续加强基层医疗卫生机构规范化建设。充分发挥三级医院、综合性医院和专科医院的资源，加大基层全科医生培养培训的力度，壮大全科医生人才队伍。完善家庭医生签约服务，发挥好基层的“健康守门人”作用。推进“县乡一体”，提升乡镇卫生院的服务能力；推进“乡村一体”，不断完善和落实村医的待遇保障与激励政策。

三是进一步发挥信息化在分级诊疗中的积极作用。建设远程医疗协作网，缩小区域间服务能力差距。推动医联体内信息互通、数据共享，搭建分级诊疗信息化平台，为家庭医生签约服务、双向转诊、预约诊疗等提供技术支撑。

四是完善促进分级诊疗的体制机制。强化地方政府的主体责任，做好区域医疗卫生规划和医疗机构设置规划，落实医疗服务价格调整、人事薪酬制度创新、财政投入等方面政策。构建多元复合式医保支付方式，充分发挥医保对供需双方的引导作用。加大政府对基层人才队伍建设的投入力度，以补偿机制和人事薪酬改革为重点，让基层能够留住人才。发挥绩效考核的“指挥棒”作用，增加分级诊疗在各级医疗卫生机构绩效考核中的权重。

为了满足民众日益增长的医疗卫生服务需求，请问在“十四五”期间推进公立医院高质量发展方面布局了哪些重大工程，另外总体的安排是怎样的？

国家发展改革委社会司副司长孙志诚：

“十四五”期间，国家发展改革委将认真贯彻落实党中央、国务院的部署，充分发挥中央预算内投资的支持和引领作用，实施公立医院高质量发展工程。中央预算内投资将重点支持国家医学中心、国家区域医疗中心、省级区域医疗中心的建设，推动国家和省域优质医疗资源扩容下沉，扩大优质医疗资源辐射范围，进一步缩小区域间差距，促进区域的均衡布局，更好地满足群众就近享有高水平医疗服务的需求。

在国家医学中心的建设方面，我们将按照揭榜挂帅、择优选拔的工作思路，依托医学水平突出、影响力强、积极性高的医院，围绕关系人民健康的全局性、长期性问题，建设若干综合类、专科类、中医类国家医学中心，形成一批医学研究高峰、成果转化高地、人才培养基地以及数据汇集平台。加快临床科研成果转化，推动解决一批药品、医疗设备、疫苗等领域“卡脖子”问题。中央投资对每个项目原则上支持不超过10亿元。目前已经筹备了国家心血管病中心等等先导性项目的建设，在今年内要实质落地，力争用5年左右时间基本完成国家医学中心项目的布局。

在国家区域医疗中心建设方面，我们将围绕“大病不出省”这个

目标，扎实推进国家区域医疗中心建设的试点和有序扩围，坚持地方政府主建、输出医院主营，中央投资对每个项目支持原则上不超过 5 亿元。截至目前，已经有 20 个省份和新疆生产建设兵团加入到了国家区域医疗中心的建设范围，分三批共 50 个国家区域医疗中心项目落地实施，基本覆盖了医疗资源相对薄弱的省份。今年下半年，还将把剩余的 11 个省份全部纳入建设范围，在年底前完成全国范围内的规划布局。

在省域优质医疗资源扩容下沉建设方面，全国范围内将以省为单位来统筹规划，聚焦重点病种和专科，按照省市共建、网格布局、均衡配置的工作思路，遴选建设 120 个左右省级区域医疗中心。这些省级区域医疗中心将主要布局在人口数量相对较多、区位优势比较明显的地市，以地市级医院作为依托，引入省级及以上的高水平医院的优质医疗资源进行合作共建，形成省域内具有较强引领和辐射带动作用的优质医疗服务、医学科研和人才培养高地，努力实现省域内一般地市的重点疾病诊疗水平与省会城市差距明显缩小。今年年底前将基本完成省级区域医疗中心的规划布局，启动相关项目建设，“十四五”期间稳步推开。谢谢。

破解群众看病贵问题一直是深化医改的重要目标，请问近年来医保部门在降低百姓医药费用负担方面又有哪些举措，效果如何？

国家医保局医药管理司副司长李淑春：

国家医保局成立以来，坚决贯彻党中央、国务院的决策部署，主

要在两个方面降低百姓的医药费用负担。其中第一个方面是推进药品集中带量采购。2018年以来，国家医保局会同有关部门以带量采购为核心，推进药品和高值医用耗材的集采改革向深度和广度拓展。

一是密集推进了7批国家组织药品集采，共覆盖了294个药品，大部分是常见病、慢性病的用药，涉及金额占公立医疗机构化学药和生物药年采购金额的35%。

二是聚焦心内科和骨科开展国家组织高值医用耗材的集采，心脏支架的集采已平稳运行了一年半，中选支架首年的使用量达到协议采购量的1.6倍。人工关节的集采中选结果已在各地顺利实施，中选的供应总体稳定。

三是积极推进省级和省际联盟采购，涉及有化学药、生物药、中成药三大领域。目前，冠脉球囊、人工晶体的集采已覆盖所有省份，药物球囊和骨科创伤耗材等等已被大部分省份纳入集采，形成了上下联动、协同推进的常态化招采格局。

从改革的成效看，集采有力地促进了药品和耗材价格回归合理水平。国家组织药品的集采平均降价超过50%，心脏支架、人工关节的集采平均降价超过80%，累计节约费用在3000亿元左右。在降价的同时，集采兑现了带量的承诺，群众使用原研药和通过仿制药质量和疗效一致性评价药品的比例超过了90%，高质量药品的可及性大幅提升。集采通过量价挂钩，以量换价，从机制上破解了医药价格虚高问题，净化了医药流通渠道，改善了行业生态，为医药产业的高质量发

展提供了良好的生态环境。

第二方面，我们建立了医保药品目录的动态调整机制。2018年以来，每年动态调整医保的药品目录共进行了4次，四年累计调入507种，调出391种，目录内的西药和中成药数量增到了2860种。其中，整合全国需求谈判议价将250种新药纳入目录，平均降价超过50%。为加强谈判药品的落地工作，国家医保局与国家卫生健康委两次联合发文，建立双通道的管理机制，指导各地遴选符合条件的药品纳入双通道管理，首次从国家层面将定点零售药店纳入谈判药品的供应保障体系，与定点医院实行相同的支付政策，让医院暂时没有配备的谈判药品先进药店。截至今年6月底，275个协议期内的谈判药品在全国18.41万家定点医药机构配备，实现了群众“买得到、用得上、能报销”的愿望。

药品直接关乎人民群众身体健康，请问近年来药监部门在推进药品医疗器械审评审批制度改革、保证人民群众用药安全有效方面有哪些措施？获得了哪些新的成效？

国家药监局药品监管司司长袁林：

正像您刚才所提到的，药品关乎广大人民群众的身体健、生命安全，是我们深化医药卫生体制改革的一项重点工作。深化药品审评审批制度改革，是鼓励药品创新、全面提升药品质量、增加有效供给、保障广大人民群众用药安全的一个重要举措。同时，也是推动我国从制药大国向制药强国迈进的一个重要举措，具有非常重大的意义。近

几年来，国家药品监督管理局积极落实党中央、国务院的决策部署，严格按照“四个最严”的要求，持续推进药品审评审批制度改革，维护药品安全形势稳定向好。我们主要做了几个方面的工作：

首先，是完善药品审评审批体系。这方面，我们做了很多工作，特别是按照新修订实施的《药品管理法》要求，实施药物临床试验机构的备案管理，发布相关规定和工作程序，上线临床试验机构备案信息平台，使这项工作能够更便捷顺利地实施。目前，已备案 1218 家药物临床试验机构，临床试验资源得到进一步释放。全面深化实施药物临床试验的 60 日到期默示许可制，较改革前的 90 日审批时限已经缩短了三分之一，提高了临床试验申请的审批效率，临床试验进程得到进一步加速。

其次，制定发布相关制度规定和技术指南，特别是建立 4 条加速药物上市注册通道，将《药品管理法》《疫苗管理法》等明确列出的临床急需的短缺药、儿童用药、罕见病用药、重大传染病用药、疾病防控急需疫苗以及创新疫苗等纳入加快上市注册范围，鼓励研发机构注册。累计发布了 400 多项技术指导原则和规范性文件，指导新药研发申报。据统计，2019 年至今，已经批准药品上市注册申请 2000 余个。2019 年、2020 年、2021 年通过优先审评审批上市的注册申请分别为 143 件、217 件和 219 件，一批具有明显临床价值、满足临床急需的新药好药获批上市，进一步满足了公众的用药需求。

第三，推动和促进中药传承创新发展。组织制定多个技术审评要

求和指导原则。在标准不降低、程序不减少的前提下，应急批准了“三方”（清肺排毒颗粒、化湿败毒颗粒、宣肺败毒颗粒）紧急上市，全力推进“三方”成果转化，顺利结束中药配方颗粒试点，有序开展备案工作，加快标准制定。

第四，深入推进医疗器械审评审批制度改革。全面实施新修订的《医疗器械监督管理条例》，加快推进相关的部门规章和规范性文件的出台，实施标准提升计划，组织强制性标准优化评估。据统计，近年来，共批准创新医疗器械 166 个，一批创新和临床急需的医疗器械顺利上市。同时，通过深入推动医疗器械唯一标识 UDI 的试点、医疗器械注册人制度的实施，以及临床真实世界数据应用试点等工作，有力助推产业创新高速发展。

第五，优化化妆品审评审批相关工作。全面深入实施《化妆品监督管理条例》，先后出台相关注册、生产、经营等一系列配套规章文件，组织制定完善技术审评要点和审评标准，不断创新审评审批模式，完善注册备案信息服务平台，审批审评效率显著提高。

国家药品监督管理局将积极贯彻落实党中央、国务院的决策部署，全力配合医改工作的不断深化，持续推动药品、医疗器械审评审批制度改革，采取有力有效的举措，更好地满足公众用药需求，切实保障公众用药安全，不断增强广大人民群众获得感、幸福感和安全感。

医改涉及千家万户，公立医院的高质量发展至关重要，这个问题

提给许司长。去年5月，我国出台了《关于公立医院高质量发展的意见》之后，具体的落地效果如何？针对改革中的难点和痛点，我们下一步还将拿出哪些更务实的举措？

国家卫生健康委体制改革司司长许树强：

2021年2月19日，习近平总书记主持召开中央深改委第十八次会议，审议通过了《关于推动公立医院高质量发展的意见》。2021年5月14日，国务院办公厅印发了该《意见》。

国家层面，国务院医改领导小组办公室统筹协调，各相关部门协同推进，形成推动公立医院高质量发展的合力。国家发展改革委有序扩大国家区域医疗中心建设，累计批复3批50个项目。财政部每年安排约110亿元，支持公立医院综合改革。人力资源社会保障部牵头出台薪酬和职称两项改革重要举措，充分调动医务人员积极性。国家医保局实施国家组织药品耗材集中采购，推动DRG和DIP试点城市全部进入实际付费阶段，建立医疗服务价格动态调整机制，在2021年共有24个省份实施调价。国家卫生健康委开展公立医院高质量发展促进行动，推进公立医院运营管理、全面预算管理、内部控制、成本核算等一系列举措，强化行业监管。国务院医改领导小组办公室点面结合推进公立医院高质量发展落地见效。以省为单位，在11个综合医改试点省份率先推动公立医院高质量发展。对省域内各级各类、分门别类的公立医院，明确具体目标、重点任务清单和配套措施清单，探索各级各类公立医院高质量发展的路径。以地市为单位，实施公立

医院改革与高质量发展示范项目。今年，通过竞争性评审，已经遴选了一批改革积极性高、基础好的地市，率先形成市县级公立医院高质量发展的经验，今年已确定 15 个城市。以医院为单位，在 9 个省市的 14 家大型高水平的公立医院开展试点。通过委省共建的方式，中央和地方共同发力，突破政策壁垒，整合优质资源，推动医疗技术和医院管理升级换代、弯道超车，打造公立医院高质量发展的样板、现代医院管理制度的模板。目前，国家卫生健康委已与 14 家医院所在的 9 个省份签署了委省共建合作协议，14 家试点医院也都制定了实施方案，正在按照“1 年能起步、3 年见成效、5 年上台阶”的目标，对标对表、挂图作战，力争尽快把蓝图变成现实。

在地方层面，各省份将推动公立医院高质量发展作为深化医改的重中之重，强化系统集成，狠抓落地见效。目前，已有 29 个省份出台了实施方案。11 个综合医改试点省份都成立了推动公立医院高质量发展领导小组，由省委或省政府主要负责同志担任组长，高位推动，协调重大政策、解决重大问题。12 个省份积极开展公立医院高质量发展省级试点，确定一批省、市、县三个层级的试点医院，先行先试、突破创新，探索解决改革发展中的重点、难点和堵点问题。

当前，一些地方特别是中西部省份面临着医疗资源比较薄弱、患者流出比较多的情况。前面各位领导也介绍的国家区域医疗中心建设的一些成就，能够使群众就近获得优质的医疗资源，减少跨区域跨省就医的不便。我想了解一下这项工作取得哪些具体的成效，下一步有

什么样的规划？

国家发展改革委社会司副司长孙志诚：

这项工作确实社会关注度非常高，因此非常感谢这位记者朋友提问，我借此向大家作一个简要的介绍。国家区域医疗中心建设是党中央、国务院作出的一项重大的决策部署，是对我国医疗卫生服务体系建设经验的深入总结和提炼创新，是减少患者跨省就医、解决看病难问题的一项重要的重要举措，确实具有重大的意义和深远的影响。

2019年以来，国家发展改革委会同有关部门，围绕大病不出省的目标，扎实推进这项工作的试点和有序的扩围，在各个部委和地方政府的积极支持下，深化人事、薪酬、价格等等运行机制的改革，目前看来取得了初步的成效，也达到了预期的目标。

一是优质医疗资源均衡布局取得了突破。截至目前，已经有20个省份和新疆生产建设兵团加入到国家区域医疗中心的建设范围，3批共50个国家区域医疗中心项目落地实施。这些项目都是由国内排名非常靠前的综合医院、专科医院或者中医医院来牵头主导。截至今年6月，50个项目共规划设置床位超过6万张，有效缓解了优质医疗资源紧张的局面，填补了有关地方在肿瘤、心血管、呼吸、儿科等专科能力方面的短板弱项。输出医院向项目医院派出院长、科室主任、常驻专家，现在大约超过了3000人，积极推广“双主任制”，努力促进医疗质量安全管理同质化。接管和培训当地的医疗人才队伍超过了5万人，全面提升了医院的学科建设和人员培训水平。按照2022

年国务院医改工作的相关部署，今年下半年，我们将启动第4批和第5批国家区域医疗中心项目建设，把剩余的11个省份全部纳入到建设范围当中来。

二是先进医疗技术实现了快速平移。在2021年底前启动的前两批26个国家区域医疗中心的项目医院，今年1到5月住院服务超过了30万人次，开展手术超过了10万例，同比增幅超过45%。其中，高难度的4级手术比例平均都超过了35%。多项全国领先的医疗新技术填补了省域空白。报告几个例子，北京儿童医院的郑州医院，在河南省开展新技术、新业务153项。2021年，收治儿童罕见病1200多例，同比增长25%。救治极低体重儿，创下了全省500克最低体重儿的记录。复旦中山厦门医院引入126项临床新技术，填补了厦门市乃至福建省57项医疗技术的空白。阜外医院云南医院不断提升疑难复杂疾病的诊疗水平，开展填补省域空白的诊疗项目97项。

三是跨省就医的流向得到了初步改善。2020年，首批8个试点省份开展国家区域医疗中心建设之后，带动全省2021年相关专科跨省就医数量较2019年平均减少了9%，让更多的群众不出本省甚至不出本市，就能看到国家的顶级专家。比如说华中科技大学同济医院山西医院，本院的患者转外就医大幅下降，2020年较2019年降幅超过79%，2021年较2020年降幅又超过了33%，再创新低。广东省人民医院的赣州医院今年开业后，前5个月，包括心血管内科在内的6大专科外转病人比去年同期下降40%，覆盖吉安、抚州、河源等周边地市

的疑难危重患者同比增长 45%，效果非常明显。北京儿童医院郑州医院投运后，河南省 2021 年前往北京儿童医院本部的门诊、住院患儿分别比 2016 年减少了 6.77 万人次和 2361 人次，降幅分别达到了 51.7%和 47.48%。

同时，我们也联合相关部门指导地方积极发挥国家区域医疗中心的引领辐射作用，鼓励国家区域医疗中心牵头组建医疗联合体和专科联盟，带动提升基层的防病治病能力。国家区域医疗中心建设坚持聚焦患者就医流出多的重大疾病，坚持适度规模，以诊治疑难重症为主，不盲目扩大建设规模和床位，不盲目追求患者门诊量，不虹吸基层人才和常见病多发病病源，与市县级医疗机构进行合理的分工，促进分级诊疗体系的建设。

下一步，国家发展改革委将按照党中央、国务院决策部署，继续会同有关部门有序地推进国家区域医疗中心的建设，确保“十四五”末基本完成国家区域医疗中心建设，为实现大病不出省的目标奠定坚实的基础。

公立医院薪酬制度改革是提升公立医院运行效率和调动和医务人员积极性的一项重要举措。请问我们在这项改革之上有怎样的考虑？

国家卫生健康委体制改革司司长许树强：

医务人员是维护人民健康的主力军，解决看病难、看病贵问题离不开医务人员的理解、支持和参与。习近平总书记在全国卫生与健康

大会上明确要求，“要尊重医务人员劳动成果和辛苦付出，提高医务人员薪酬水平，体现多劳多得、优劳优酬”。为建立适应医疗行业特点的薪酬制度，自2017年起，国家层面启动公立医院薪酬制度改革试点。在总结试点经验的基础上，去年7月，人力资源社会保障部、国家卫生健康委等5部门联合印发了《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》，深化公立医院薪酬制度改革，我们认为重点要解决四个问题：

一是要解决水平问题。合理确定、动态调整公立医院薪酬水平，按照“两个允许”要求，根据当年医疗服务收入扣除成本，并按规定提取各项基金以后，合理追加薪酬总量，不计入总量核定基数，让薪酬的核定机制更加灵活、更加符合实际。通过改革，逐步提高公立医院人员支出占业务支出的比例。

二是要解决结构问题。更加注重发挥薪酬制度的保障功能，逐步提高人员薪酬中固定部分的比例，稳定医务人员收入预期，避免绩效部分的比例过大带来的逐利倾向，维护公立医院公益性。

三是要解决来源问题。大力推广三明医改经验，完善公立医院外部经济政策，按照腾空间、调结构、保衔接的路径，常态化、制度化推进药品和耗材集中带量采购，腾出的空间用于动态调整医疗服务价格，支持医院优化收入结构，为薪酬制度改革拓宽经费来源渠道。

四要解决分配方式问题。在核定的薪酬总量内，公立医院可自主设立薪酬项目、自主分配。医院要用好自主权，要实行以岗定责、以

岗定薪、责薪相适、考核兑现，要逐步建立体现岗位职责和知识价值的薪酬体系。要适当地提高低年资医生的薪酬水平，合理确定不同岗位人员的收入差别，充分调动医院医务人员积极性。

有一种说法叫通过医保支付方式改革把钱花在刀刃上，请问近年来医保部门在推动医保支付方式改革方面有哪些举措？

国家医保局医药管理司副司长李淑春：

深化医保支付方式改革是党中央、国务院作出的重大决策部署。2017年，国务院办公厅印发了《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》。深化医保支付方式改革，也是医保制度自身发展完善，用实用好医保参保人“救命钱”的需要。另外，医保支付方式改革也是促进包括公立医院在内的医疗机构高质量发展的必然要求。国家医保局在2019年在全国30个城市开展了按疾病诊断相关分组付费国家试点，也就是CHS-DRG付费试点。2020年的时候在71个城市启动了区域点数法总额预算和按病种分值付费试点，即DIP付费试点。2021年底，101个城市已经全部进入实际付费阶段。在国家组织付费试点的同时，相关省份也推进了省级试点。2022年我们启动了DRG/DIP支付方式改革三年行动计划，聚焦“抓扩面、建机制、打基础、推协同”四个方面，扎实推进这项支付方式改革在“十四五”期末实现全覆盖。

一是狠抓统筹地区、医疗机构、病种分组和医保基金四个方面的全覆盖。二是建立完善四个工作机制，包括完善核心要素管理与调整

机制，健全绩效管理与运行监测机制，形成多方参与的评价与争议处理机制，建立相关改革的协同推进机制。三是牢牢抓住专业能力、信息系统、标准规范和示范点的建设，夯实基础，确保支付方式改革能够行稳致远。四是引导和协调医疗机构重点推进编码管理、信息传输、病案质控和内部运营机制建设四个方面的协同。目前，全国共有 200 多个地区正在推进住院费用 DRG/DIP 支付方式改革。从改革进展情况看，一些试点地区确实产生了参保群众个人医疗费用负担水平下降、医疗机构内部管理加强、医保管理服务能力提升的效果，初步达到了患者得实惠、医保基金可持续、医疗机构得发展的目标。

下一步，我们将持续推进医保支付方式改革，监测支付方式改革的成效，真正发挥医保支付“牛鼻子”作用，推动医保高质量发展。

在深化医改工作中，集采中选药品和高值医用耗材的质量安全是老百姓很关心的话题。请问药品监管部门如何持续强化集材中选药品和医疗器械的监管，保证中选产品的质量？

国家药监局药品监管司司长袁林：

这个事确实广大人民群众十分关心，也确实非常重要，也是药品监管部门的重点工作。从国家组织集采中选药品、医疗器械开始，国家药监局把质量监管作为工作的重中之重，多措并举持续加强监管，落实国务院关于常态化制度开展的工作部署和要求。

首先，国家药监局专门部署强化集采中选药品质量监管工作。组织省级药品监管部门对集采中选药品进行全覆盖监督检查、产品抽

检、持续强化不良反应监测，特别是针对低价中选或者大幅降价的药品，加大监督检查力度和抽检频次。

其次，持续加强集采中选医疗器械质量监管。一方面，指导省级药品监督管理部门监督企业，严格落实产品质量安全主体责任，对集采中选企业和产品开展全覆盖检查；另一方面，深入推进风险隐患排查，积极夯实属地监管责任。2022年，国家药监局组织对国家集采中选的血管支架品种、人工关节等品种开展全覆盖质量抽检。截至目前，抽检结果均为合格。

第三，进一步督促落实上市许可持有人或生产企业的质量主体责任，严格落实GMP(药品生产质量管理规范)的要求。具体来讲，持有人或生产企业应当严格按照核准的标准和工艺组织生产，严格进行原辅料供应商的审核把关，严格进行药品上市后变更研究和管理，对识别的风险进行研判，并及时采取有效控制措施。建立并完善信息化追溯系统，收集全过程追溯信息。

第四，深入开展集采中选药品医疗器械监督检查。针对现场检查中发现的个别企业违反药品生产质量管理规范的情况，依法采取暂停相关企业产品销售、召回上市产品等措施，并协调配合做好产品供应保障。针对抽样检验中发现个别进口药品不合格的情况，依法及时采取风险控制措施，并与医保部门联动，实施联合惩戒。在医疗器械中选产品监管方面，2022年1月至6月，各省级药监部门集中检查企业221家次、配送企业1371家次、使用单位1万余家次，检查

结果显示，整体的质量管理体系运行情况总体良好。

第五，加大对案件和投诉举报的督办指导力度，妥善处理处置涉及集采中选药品器械在生产、流通、使用等环节的投诉、举报、信访、舆情等相关案件线索。组织开展药品医疗器械典型案例评选，以典型案例汇编的形式，进一步指导地方药品监管部门加强案件查办工作，积极配合相关部门开展违法违规行为查处。

下一步，国家药监局将持续强化中选产品质量监管，切实做好集采中选药品医疗器械质量监管工作，继续督促中选企业落实质量主体责任，积极配合有关部门进一步推进集采工作，更好地保障人民群众的用药用械安全。

新冠肺炎疫情让我们更加意识到疾病预防控制的重要性。下一步，咱们深化医改，在提升疾病预防控制能力上有何考虑？

国家卫生健康委体制改革司司长许树强：

谢谢你的提问。当前，新冠肺炎疫情仍然在全球流行，病毒还在不断变异。我们在总结前期各地疫情防控处置经验的基础上，根据病毒变异新的特点，不断在优化调整防控措施，主动防、早发现、快处置，坚决落实好疫情要防住、经济要稳住、发展要安全的要求。

在做好疫情防控的同时，要做好疾病预防控制体系的改革，我们说，这是提升我国公共卫生应急防控能力的重要举措。国家疾病预防控制中心已经挂牌并正式组建运行，各地也正在按照改革任务要求抓紧推进。国家疾病预防控制中心也是国务院医改领导小组的成员单位，下

一步要继续推进机制改革创新，提升疾病预防控制的能力。

一是推动健全疾控网络、管理体系和运行机制，实施基层疾控能力提升、基层疾控骨干人才培养等方面项目，支持基层疾控机构提升现场流调能力，夯实基层的防控基础。

二是推进公立医疗机构设立公共卫生科等直接从事疾病预防控制工作的科室，推动各级疾控部门加强对辖区内医疗卫生机构开展疾病预防控制工作的督导、检查和考核，创新医防协同的工作机制。

三是要推动建立稳定的公共卫生事业投入机制，细化完善激励机制，着力培养公共卫生专业人才，打造高水平的应急救治、流调溯源、卫生监督的队伍。

除了传染病，影响我国居民健康的高血压、糖尿病、慢阻肺、癌症等重大慢性病的预防控制工作也很重要。近年来，通过强化慢性病早期筛查，加强诊断救治保障服务等措施，已经取得初步成效。下一步，将继续推动健全慢性病早期筛查机制，完善健康管理的适宜技术和服务模式，持续提升慢性病预防控制能力。

我看到今年国家支持了 30 个左右的国家中医药传承创新中心建设，请问这些创新中心设定什么样的目标和任务？这几年我国在支持中医药传承创新方面还做了哪些事？

国家发展改革委社会司副司长孙志诚：

习近平总书记十分关心中医药事业，多次作出重要指示，要求充分发挥中医药的独特优势，着力推动中医药的振兴发展。国家发展改

革委认真贯彻落实习近平总书记的重要指示和党中央国务院的决策部署，在已经过去“十三五”期间，累计安排了中央投资超过 300 亿元，支持中医医疗服务资源的整体扩容和布局优化，应该说中医的医疗服务能力得到了明显提升，特色优势持续彰显。主要表现在两个方面：

一是全面提升了县域中医的诊疗能力。我们以集中连片特殊困难地区和国家扶贫开发工作重点县为重点，累计支持了接近 700 个县级中医院，改善他们的业务用房条件，升级设施设备。持续支持县级医院、妇幼保健院当中的中医科的建设，全国 85% 的二级以上综合医院都设置了中医科，绝大部分的县级妇幼保健机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心都能够提供中医药的服务。

二是促进中医药传承创新。遴选了 99 所高水平的中医医院和 11 所高水平的中医药科研机构，建设中医的经典病房，提升中医的临床研究水平。全国的名老中医传承工作室从 1014 个增加到了 1482 个，基层名老中医传承工作室从 200 个增加到了 902 个。

进入“十四五”以来，我们按照国务院医改工作的相关部署，以更大的力度、更扎实的举措，来持续优化中央投资结构，促进中医药特色优势的发挥，推动中医药传承创新发展。在全国规划布局建设一批中医类的国家医学中心和国家区域医疗中心，打造中医药的高峰和高地。遴选支持 30 个左右的国家中医药传承创新中心项目，建设中医药传承创新发展的国家级的平台载体。支持 35 个左右国家中医疫

病防治基地，打造中医药参与处置重大公共卫生事件和传染病防治的国家队。全面推动 138 个中医特色重点医院的建设，扩大省域内的中医医疗服务优质资源。

今年下半年，国家发展改革委和国家中医药局还将联合推出中西医协同旗舰医院建设试点工程和名医堂工程，深入开展中西医协同工作的探索，形成有机制、有团队、有措施、有成效的中西医协同模式，促进高水平的中医诊所向群众身边延伸。这些试点当中，条件成熟的项目我们也将优先把它纳入到明年的中央投资计划当中去支持。

医保基金大盘直接关系到参保群众的看病就医问题，想请问政府近几年来就维护医保基金的安全方面我们采取了哪些举措，又取得了怎样的成绩？

国家医保局医药管理司副司长李淑春：

医保基金是老百姓的看病钱、救命钱。2018 年以来，国家医疗保障局坚决落实党中央、国务院的决策部署，主要在两方面采取了一些举措。

第一，在打击欺诈骗保方面。4 年来，国家医保局组织各级医保部门建立了 5 项机制，包括全覆盖式的日常监督检查机制、“双随机、一公开”的飞行检查机制、多部门综合监管和联合惩戒机制、面向全民的举报奖励机制，以及公开曝光机制，这五大机制协同作战，形成了监督合力，也取得了前所未有的监管成效。各级医保经办机构加强协议管理和日常的审核结算专项治理，确保了医保基金支出更加合理

规范。从2018年到2021年，通过医保基金的监管专项检查和经办机构的日常核查，全国累计检查了定点医药机构240万家次，处理115万家次，共追回医保基金583亿元。截至2021年底，我们共开展飞行检查160组次，检查了定点医药机构336家，查出涉嫌违规的资金有30余亿元。国家和各级医保部门建立举报奖励制度，开辟电话、微信、信件等举报渠道，各地已经查实并且追回资金约1.13亿元，兑现举报奖励约200万元，充分彰显“大监督”威力。另外，加大曝光力度，从2019年起到现在，国家层面曝光的欺诈骗保案件有111起，涉及的违规资金1.4亿元。督办查处多起重大案件，有力地捍卫了医保基金的安全。

第二，在建立健全医保基金的监管长效机制方面。一是探索完善医保基金的监管体系。国家、省、市、县四级医保的行政部门内设基金机关部门，建立专职监管机构150多家，组建8600多人的医保基金的监管队伍。二是加强医保基金监管法治建设。制定出台了医疗保障基金使用监督管理条例，这也是我国医疗保障领域第一部行政法规。条例的施行也是为医保基金的监管工作提供了强有力的法治保障。三是完善基金监管的制度体系。也推动出台《国务院办公厅关于医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》，不断完善监督检查、智能监控、举报奖励、信用管理、综合监管和社会监督六项监管制度，进一步织密扎牢医保基金监管制度笼子。

我们了解到，是否通过仿制药一致性评价是国家集中带量采购药

品的重要指标之一。请问，国家药监局在推动仿制药一致性评价的工作上取得了什么进展？如何提升大家对通过仿制药一致性评价药品的认可和信心？

国家药监局药品监管司司长袁林：

推进仿制药一致性评价工作是党中央、国务院深化医改、促进民生福祉的重大决策部署。2015年，国务院印发《关于改革药品医疗器械审评审批制度的意见》，将提升仿制药质量列为重要改革目标之一，进一步明确仿制药质量和疗效一致性评价的相关工作要求。国家药监局高度重视此项工作，建立完善审评技术标准体系，不断优化参比制剂遴选工作，一致性评价工作稳步推进。

首先，国家药监局建立完善一致性评价工作机制，专门成立仿制药质量与疗效一致性评价办公室，统筹推进各项工作。组建由医药产业界、协会、学会、高等院校等70多名知名专家组成的专家委员会，针对参比制剂遴选、人体生物等效性试验豁免、疑难品种评价方案等重要技术问题召开专家咨询会，加强一致性评价的技术支撑，保障评价结果的公平性与科学性。在全国范围内开展宣贯培训，讲解说明一致性评价政策法规、技术要求和申报程序，加强对企业的服务与指导，明确工作程序和技术要求，保障一致性评价受理、检查、检验和审评审批等环节的顺畅衔接。

第二，强化服务指导，持续推进一致性评价工作。坚持引导、督导与服务并重，根据评价品种的具体情况，分类施策、分别处理，进

一步加大服务指导力度。建立绿色通道,对一致性评价申请随到随审,加快审评审批进度。企业在研究过程中遇到重大技术问题的,可以按照规范要求,与药品审评技术机构进行沟通交流,帮助企业排忧解难。

第三,加强配套政策支持,调动企业评价积极性。通过一致性评价的品种,可以在药品说明书和标签上予以标注,同时纳入《中国上市药品目录集》;对同品种药品通过一致性评价的药品生产企业达到3家以上的,在药品集中采购方面,原则上不再选用未通过一致性评价的品种。

第四,统筹兼顾一致性评价与仿制药审评。坚持仿制药与原研药一致的审评审批理念,不断完善审评机制,扩大专职化审评队伍,建立以临床为导向的适应症审评团队、实施审评项目管理人制度、沟通交流制度等,发布了仿制药药学研究、人体生物等效性研究等数十项技术指南和个药指导原则,建立符合国际通行做法的现代化仿制药审评体系,制定相关程序,严格按照程序遴选发布参比制剂,树立仿制药研发标杆。截至目前,累计发布参比制剂目录55批,共5378个品规,涉及2125个品种。

第五,持续开展仿制药一致性评价科普宣传。国家药监局通过开设“仿制药质量和疗效一致性评价”的网站专栏,“全国安全用药月”的年度科普活动等多种形式,持续开展仿制药一致性评价政策解读宣传、工作成效宣传、知识科普宣传等工作,采取制作宣传片、图解、科普动画、电视访谈等多种形式,为公众答疑解惑,引导公众科学认

知通过仿制性质量和疗效一致性评价药品的安全性和有效性。

截至目前，国家药监局共审评通过 513 个品种，涉及 2555 个品种的一致性评价申请，已上市仿制药的质量得到持续提升，为深化医药卫生体制改革提供了有力支撑。一部分重视研发投入、具备研发能力企业的品种，相继通过一致性评价，促进了医药产业高质量发展。我们相信，随着医药卫生体制改革的不断深入，相关配套制度的不断完善，将会有更多仿制药通过一致性评价，更好地满足公众用药需求。

[返回目录](#)

医保基金不够致部分药品调出医保目录？国家医保局回应

来源：国家医保局

近日，有媒体发布“部分药品年底将调出地方医保目录”等新闻，引发一定社会关注。这些药品为什么调出医保目录？会不会影响患者用药？记者就相关问题采访了国家医疗保障局医药服务管理司相关负责人。

问：去年 9 月份，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》，提出“2022 年实现全国基本医保用药范围基本统一”，请问有关政策目的是什么，为什么有这样的考虑？

答：国家医保局自 2018 年组建以来，始终高度重视医保药品目录管理工作，医保药品目录准入方式进行了重大改革，创新建立药品目录准入谈判机制，在坚持保基本、可持续基础上，把更多新药好药纳入医保用药范围。一是在准入谈判方面，积极发挥医保战略购买优

势，依托全球人口最多药品市场，整合全国用量开展价格谈判，许多“天价药”谈出“平民价”，多数药品获得全球最低价。通过准入谈判，4年累计250个药品新增进入目录，平均降价超50%。二是建立动态调整机制，调整周期从过去最长的八年大幅缩减至一年，4年累计纳入507个新药好药，调出391个疗效不确切药品，现行版医保目录西药和中成药增至2860种。三是在药品结构方面，肿瘤药、慢性病、罕见病和儿童用药等保障短板逐步补齐，医保目录内药品结构和疗效水平大幅优化，多数治疗领域的药品保障实现与国际同步，保障能力明显提升。四是着力推行“双通道”机制，明确医疗机构作为谈判药备药主体的责任，同时将定点零售药店纳入谈判药供应保障范围，让患者尽快用上谈判药品，极大提升谈判药品可及性。总的来看，近年来医保用药保障范围明显扩大、水平显著提升，有效减轻了参保患者用药负担。

在稳步扩大国家医保药品目录的同时，针对医保事业发展不平衡不充分的问题，国家医保局坚决贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，把完善医疗保障制度的统一性和规范性作为一项重点任务。2020年2月印发的《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出，要逐步实现全国医保用药范围基本统一。2022年《政府工作报告》也把实现全国医保用药范围基本统一列入今年工作任务。根据党中央、国务院要求，国家医疗保障局积极稳妥推进全国医保用药范围基本统一工作，综合考虑各地医保基金承受能力、临床

和群众用药习惯、药品更新换代周期等各种因素，研究制定了地方增补药品三年“消化”计划，即从2020年开始，按照第1年40%、第2年40%、第3年20%的比例逐步调出原省级药品目录内按规定调增的药品，到2022年底实现全国医保用药范围基本统一。

基本医保制度建立之初，针对当时国家医保药品目录品种少、地区间用药习惯差异大的情况，国家允许各省份根据本地经济社会发展水平、医疗需求和用药习惯等实际情况，可以自行增补部分药品，但不能超过国家目录“乙类药品”数量的15%，这是针对当时医保环境的权宜之策。近年来，我国医疗保障事业快速发展，国家医保药品目录实行每年动态调整，4年间500多个新药好药被纳入目录，而且通过谈判后药品价格大幅降低，国家医保药品目录的保障能力和水平已今非昔比，地方增补药品基本都可被国家目录中的药品更好替代，继续保留地方增补药品意义不大，反而造成医保药品目录管理的碎片化，影响医保制度的统一性、公平性和平衡性。

因此，实现医保用药范围基本统一，是解决我国医疗保障领域不平衡不充分问题的重要举措。一是有利于增强我国医疗保障制度的公平性、医疗保障待遇的平衡性和普惠性。二是有利于形成全国统一的药品购买市场，更好发挥医保战略购买作用。三是有利于为更多新药好药及时调进医保目录腾出空间，为广大群众提供更加优质的医疗保障服务。四是有利于提升群众异地就医便利性，改善医保服务体验，增进民生福祉。

问：目前各地医保增补药品的“消化”工作进展情况如何？

答：截至今年6月30日，全国已有15个省份及新疆生产建设兵团提前完成了全部地方增补药品的“消化”任务，包括北京市在内的其余16个省份药品“消化”的完成时间为今年年底。也就是说，到2022年年底，全国所有省份都将完成地方增补药品“消化”工作，实现全国医保用药范围基本统一。总体上看，这项工作的推进是平稳有序的，临床和群众用药基本没有受到影响。

问：有网民称“地方将部分药品调出医保目录是因为医保基金不够用了”，您对此怎么看？

答：当然不是。上面我已经回答了“消化”药品的目的和意义，这里我介绍一下全国医保基金大致情况。2021年，全国基本医疗保险基金(含生育保险)收入2.88万亿元，支出2.4万亿元。总体上看，全国医保基金收支平衡，略有结余，收支规模与经济发展水平相适应，基金保障能力稳健可持续。事实上，正是在医保基金的有力保障下，国家医保局2018年组建以来，逐步将许多新药好药调进医保目录，实现了医保用药保障范围明显扩大、水平显著提升。

问：请您谈谈北京市这次“消化”药品的情况。

答：关于北京市第三批“消化”药品，大部分媒体的报道都是客观的，也有部分自媒体在转发消息时突出“调出药品含氨氯地平、布洛芬等”，引起社会关注，主要原因是存在一些误解。本次北京市调出的“氨氯地平”，实际上是“氨氯地平滴丸”，临床上氨氯地平主

流剂型是片剂或胶囊，有数十家企业生产，且一直是医保目录内品种，调出的滴丸剂临床几乎没有使用。数据显示，从去年9月到今年6月，北京医保基金实际支付氨氯地平各种剂型费用近3亿元，而滴丸剂型为0。涉及的“布洛芬”，实际上调出的仅是“布洛芬凝胶”，现有国家医保药品目录内的“布洛芬”有胶囊、片剂、口服液、颗粒剂、软膏等多种剂型，完全能满足临床用药需要。

总体上，包括北京市在内，全国各省份“消化”的地方增补药品在现有国家医保目录内都有价格更低、质量更好的替代药，调出影响不大。下一步，我们将加强对全国各地药品“消化”工作调度，指导各地做好地方目录和国家目录的转换衔接，引导医保定点医药机构在国家目录中选择更好的替代药品，避免对临床用药造成影响。

问：前期我们也注意到了国家医保局已经启动2022年医保目录调整，请您谈谈今年目录调整工作都有哪些特点。

答：2022年国家医保药品目录调整，将认真贯彻落实党中央、国务院决策部署，立足今年形势特点，坚持稳字当头、稳中求进总基调，在保持品种总体稳定、准入条件和工作流程基本不变情况下，持续优化、完善、改进。主要特点有以下四方面：

一是优化申报范围。向罕见病患者、儿童等特殊人群适当倾斜。贯彻落实《政府工作报告》“加强罕见病用药保障”要求，对罕见病用药申报条件不设置“2017年1月1日后批准上市”的时间限制，同时增加了纳入国家鼓励仿制药品目录、鼓励研发申报儿童药品清单

的药品可以申报今年医保目录。

二是完善准入方式。非独家药品准入同时通过竞价方式确定医保支付标准，解决以往非独家药品由于个别企业的产品价格较高导致该通用名药品无法纳入目录问题。

三是改进续约规则。非独家药品以及经历过两个协议期但支付范围和支付标准均无变化的独家药品纳入常规目录管理；对今年申请调整支付范围但对基金影响不大的药品也可以简易续约。上述做法有利于稳定企业和社会各方面预期。

四是优化工作流程。基于专家评审工作更加成熟，申报数据资料更加全面，将评审环节优化整合为综合组和专业组专家联合评审，此举将使评审工作更加科学高效。

我们的目标是：通过目录调整工作，推进医保药品治理体系和治理能力现代化，努力实现药品目录结构更加优化、管理更加科学规范、支付更加管用高效、保障更加公平可及，助力解决人民群众看病就医的后顾之忧。

[返回目录](#)

• 医疗健康 •

护理行业的新机遇！医养结合进一步推进！

来源：中卫护研院

近日，国家卫健委老龄健康司发布了《关于进一步推进医养结合

发展的指导意见》，其中与护理相关的重点内容给大家进行了整理，一起来看看我们护理行业的新机遇吧！

居家和社区

积极提供居家医疗服务。

建立完善居家医疗服务规范、技术指南和工作流程，明确相关政策，支持有条件的医疗卫生机构为居家失能(含失智，下同)、慢性病、高龄、残疾等行动不便或确有困难的老年人提供家庭病床、上门巡诊等居家医疗服务。推进“互联网+医疗健康”、“互联网+护理服务”，创新方式为有需求的老年人提供便利的居家医疗服务。

增强社区医养结合服务能力。

有条件的社区卫生服务机构、乡镇卫生院或社区养老服务机构、特困人员供养服务机构(敬老院)利用现有资源，内部改扩建一批社区(乡镇)医养结合服务设施，重点为失能、慢性病、高龄、残疾等行动不便或确有困难的老年人提供医养结合服务。稳步提高失能、慢性病、高龄、残疾等行动不便或确有困难的老年人家庭医生签约服务覆盖率。

机构建设

支持医疗卫生机构开展医养结合服务。

鼓励医疗卫生机构依法依规在养老服务机构设立医疗服务站点，提供嵌入式医疗卫生服务。推动医疗卫生机构将上门医疗服务向养老机构拓展。加强康复医院、护理院(中心、站)和安宁疗护机构建设，

支持老年医学科和安宁疗护科发展，支持医疗资源丰富地区的二级及以下医疗卫生机构转型，开展康复、护理以及医养结合服务。推动建设老年友善医疗卫生机构，方便老年人看病就医。公立医疗卫生机构开展居家医疗服务、医养结合签约服务，以及医疗资源富余的二级及以下公立医疗卫生机构利用现有床位开展养老服务。

提升养老机构医养结合服务能力。

推动养老机构改造增加护理型床位和设施，支持社会力量建设专业化、规模化、医养结合能力突出的养老机构，主要接收需要长期照护的失能老年人。支持养老机构、医疗卫生机构开展签约合作，为养老机构提供预约就诊绿色通道、上门巡诊等服务，提高医养结合签约服务质量。鼓励大型或主要接收失能老年人的养老机构内部设置医疗卫生机构，支持内设医疗卫生机构加强能力建设，提升诊疗服务质量。

服务衔接

加强医疗养老资源共享。

推动社区医疗卫生、养老服务、扶残助残等公共服务设施统筹布局、资源共享。推进社区卫生服务机构与社区养老服务机构、社区康复站，乡镇卫生院与特困人员供养服务机构(敬老院)，村卫生室与农村幸福院、残疾人照护机构统筹规划、毗邻建设，采取多种有效方式，实现资源共享、服务衔接。将养老机构内设的医疗卫生机构纳入医疗联合体管理，与医疗联合体内的牵头医院、康复医院、护理院(中心、站)等建立双向转诊机制，提供一体化、连续性服务，实现医疗、康

复、护理、养老服务资源的高效协同。鼓励基层积极探索相关机构养老床位和医疗床位按需规范转换机制。

积极发挥信息化作用。

建设全国老龄健康信息管理系统、全国养老服务信息系统，全面掌握老年人健康和养老状况，分级分类开展相关服务。实施智慧健康养老产业发展行动，发展健康管理类、养老监护类、康复辅助器具类、中医数字化智能产品及家庭服务机器人等产品，满足老年人健康和养老需求。

政策支持

完善价格政策。

公立医疗卫生机构为老年人等人群提供上门医疗服务，采取“医药服务价格+上门服务费”的方式收费。公立医疗卫生机构开展养老服务，收入单独核算或单列备查账管理。

加大保险支持。

将符合条件的养老机构内设医疗卫生机构纳入医保定点管理。探索对安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病实行按床日付费，鼓励有条件的地方向提供医养结合服务的定点医疗卫生机构预付部分医保资金。按程序将符合条件的治疗性医疗服务项目纳入医保支付范围，足额支付符合规定的基本医保费用。稳步推进长期护理保险制度试点，适应失能老年人基本护理保障需求。鼓励商业保险将老年人预防保健、健康管理、康复、护理等纳入保障范围。

盘活土地资源。

医疗卫生用地、社会福利用地可用于建设医养结合项目。允许盘活利用城镇现有空闲商业用房、厂房、校舍、办公用房、培训设施及其他设施提供医养结合服务。完善土地支持政策，优先保障接收失能老年人的医养结合项目用地需求。允许和鼓励农村集体建设用地用于医养结合项目建设。

落实财税优惠。

落实有关税收优惠政策，支持社会力量提供多层次、多样化医养结合服务。通过政府购买服务等方式，统一开展老年人能力综合评估，支持符合条件的医疗卫生机构为老年人提供基本公共卫生、家庭医生签约等服务，支持符合条件的养老机构为老年人提供基本养老、家庭养老床位签约等服务。

人才培养

加强人才培养培训。

加快推进医疗卫生与养老服务紧缺人才培养，将老年医学、护理、康复、全科等医学人才，养老护理员、养老院院长、老年社会工作者等养老服务与管理人才纳入相关培养项目。鼓励普通高校、职业院校增设健康和养老相关专业和课程，扩大招生规模。大力开展医养结合领域培训。鼓励为相关院校教师实践和学生实习提供医养结合服务岗位。

引导医务人员从事医养结合服务。

基层卫生健康人才招聘、使用和培养等要向提供医养结合服务的医疗卫生机构倾斜。根据公立医疗卫生机构开展医养结合服务情况，合理核定绩效工资总量。公立医疗卫生机构内部绩效分配对完成居家医疗服务、医养结合签约等服务较好的医务人员给予适当倾斜。支持医务人员特别是退休返聘且临床经验丰富的护士到提供医养结合服务的医疗卫生机构执业，以及到提供医养结合服务的养老服务机构开展服务。

壮大失能照护服务队伍。

通过开展应急救助和照护技能培训等方式，提高失能老年人家庭照护者的照护能力和水平。加强对以护理失能老年人为主的医疗护理员、养老护理员的培训。鼓励志愿服务人员为照护居家失能老年人的家属提供喘息服务。

[返回目录](#)

全国基层医疗卫生机构，设备配置标准调整

来源：国家卫健委

新版基层医疗卫生机构服务能力标准下发后，全国范围内的乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室，也要跟着动起来了。

三大标准下发，基层医疗设备要求调整

7月20日，国家卫健委发布《关于印发乡镇卫生院服务能力标准(2022版)等3项服务能力标准的通知》，对《乡镇卫生院服务能力标准(2018版)》和《社区卫生服务中心服务能力标准(2018版)》

进行了修订，并研究制定了《村卫生室服务能力标准(2022版)》。

基层卫生健康司



据观察，今年6月，国家卫健委曾在《关于深入开展“优质服务基层行”活动和社区医院建设的通知》中提及，新版《标准》将于近期印发，并要求各地及时加强基层卫生管理人员、卫生技术人员和复核专家培训，全面理解新版《标准》内容，准确把握能力提升内涵。其中指出，2022年起，申报达到能力标准的基层医疗卫生机构要对照新版《标准》开展自评，各级复核评价要以新版《标准》为依据开展。对2022年以前达到能力标准尤其是推荐标准的机构，要用3年左右的时间按照新版标准开展复核评价“回头看”，发挥新版《标准》导向作用。对比2018年的版本，新版乡镇卫生院服务能力标准和社区卫生服务中心服务能力标准的设备配置评价要点出现变化。

乡镇卫生院

根据文件内容，乡镇卫生院应参照《医疗机构基本标准》要求配备相关设备，配备必要的中医药服务设备。达到B档还需配备听力筛查工具、视力筛查工具、心理行为发育筛查工具；配备与诊疗科目相匹配的其它设备；配备DR、彩超、全自动生化分析仪、全自动化学发光免疫分析仪、血凝仪、生物安全柜、十二导联心电图机、空气消毒

机、麻醉机、呼吸机以及与诊疗科目相匹配的其它设备。

A 档在上述设备基础上，还需配备胃镜或 CT 等设备、配备急救型救护车。

社区卫生服务中心

社区卫生服务中心应参照《关于印发城市社区卫生服务中心、站基本标准的通知》要求配备相关设备，配备必要的中医药服务设备。达到 B 档还需配备听力筛查工具、视力筛查工具、心理行为发育筛查工具；配备与诊疗科目相匹配的其它设备；配备空气消毒机、DR、彩超、全自动生化分析仪、血凝仪、十二导联心电图机、心电监测仪、动态心电监测仪、动态血压监测仪、生物安全柜。A 档还需配备一定数量基于信息化的便携式出诊设备和出诊交通工具及呼吸机、远程心电监测等设备仪器。

村卫生室

村卫生室配备与开展诊疗科目相应和出诊所需的相关设备，包括诊疗床、听诊器、血压计、体温计、体重身高计、血糖仪、出诊箱、急救箱、必要的消毒灭菌设施、药品柜等医疗设备和资料柜、计算机（电脑）、打印设备、电话等必要的办公设备以及健康教育影像设备。达到 B 档还需配备配备观片灯、治疗推车、清创缝合包等设备；配备针灸器具、火罐等中医诊疗设备；配备供氧设备。

A 档还需配备血分析仪、尿分析仪、自动生化仪、心电图机等检验检查设备；配备训练床、训练用阶梯、平行杠、姿势镜等 1 种以上

康复设备；配备电子针疗仪、牵引床、红外线治疗仪、低频脉冲电治疗仪、中频脉冲电治疗仪、微波治疗仪、超声波治疗仪等 1 种以上理疗设备；配备电冰箱、自动体外除颤仪(AED)；配备健康一体机。

新建、升级一批基层医疗卫生机构

根据《关于深入开展“优质服务基层行”活动和社区医院建设的通知》，2022 年，将有一批基层医疗卫生机构新建、升级。

《通知》指出，“十四五”期间，力争使乡镇卫生院、社区卫生服务中心普遍达到服务能力基本标准，部分达到推荐标准。各地主要依托城市社区卫生服务中心，全面推进社区医院建设，支持符合医疗机构设置规划和二级综合医院基本标准的社区医院设置成为二级医院，并按照有关规定参加医院评审。要按照“十四五”医疗卫生服务体系规划和《国家卫生健康委关于印发医疗机构设置规划指导原则(2021-2025)的通知》有关要求，对常住人口较多、区域面积较大的县，在县城之外选择 1-2 个中心卫生院，在达到推荐标准基础上，进一步加强医疗服务能力建设，逐步使其达到二级医院服务能力。2022 年基层医疗机构建设目标已出。

根据《通知》，要提升常态化疫情防控、中医药、儿科、全科等服务能力，进一步提高医疗质量和合理用药水平，规范医保资金管理使用，力争全国达到能力标准的乡镇卫生院和社区卫生服务中心比例提高到 60%以上，其中达到推荐标准的比例提高到 12%以上。

对于西部地区，力争达到能力标准的机构比例提高到 40%以上。

社区医院建设的重点是提升服务内涵，扩展服务项目，加强重点科室建设，合理设置住院床位，提高医疗服务能力水平，力争 2022 年新增建成社区医院 500 家左右。新建社区医院原则上要达到社区卫生服务中心服务能力推荐标准。

《通知》还指出，要加强发热门诊、中医科室建设。要进一步加强乡镇卫生院、社区卫生服务中心发热诊室(门诊、哨点)建设，力争实现设置发热诊室(门诊、哨点)全覆盖。加强乡镇卫生院和社区卫生服务中心核酸检测能力建设，可通过与其他医疗机构或有资质的第三方检测机构合作等方式开展。加快提高新冠病毒抗原检测能力，配齐生物安全柜、试剂和标本存储装备、不间断或备用电源等必要设备。加强乡镇卫生院和社区卫生服务中心中医科室建设，2022 年力争实现中医馆建设全覆盖。进一步丰富乡镇卫生院、社区卫生服务中心中医馆服务内涵，重点加强中医药人员配备、中医药技术服务提供和中医设备配备。

《通知》还明确，对达到推荐标准的基层机构和创建为社区医院的机构给予适当奖励；对达到标准存在困难的机构，加大帮助指导力度，积极协调相关部门给予必要的硬件建设投入支持。各地要充分用好中央转移支付地方医疗服务与保障能力提升(医疗卫生机构能力建设)补助资金，加大对基层倾斜支持力度。整体来看，在分级诊疗模式下，将有大批县医院升三级医院、基层医疗机构升二级医院。今年 4 月，国家卫生健康委办公厅发布《“千县工程”县医院综合能力提

升工作县医院名单》，1233 家县医院纳入提升名单。

今年 5 月，财政部发布《关于下达 2022 年医疗服务与保障能力提升(医疗卫生机构能力建设)补助资金预算的通知》，县域医疗卫生机构能力建设项目对国家乡村振兴重点帮扶县、西藏、新疆脱贫县按照 400 万元/县的标准予以补助;对西藏、新疆(含兵团)非脱贫县、其余省份脱贫县、中西部地区医疗服务能力薄弱县按照 200 万元/县的标准予以补助。各县 70%的补助资金用于县级公立医院，每县支持一家县级公立医院，各县 30%的补助资金用于基层医疗卫生机构。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

基于公共品生命周期理论的公立医院全面预算绩效评价体系研究

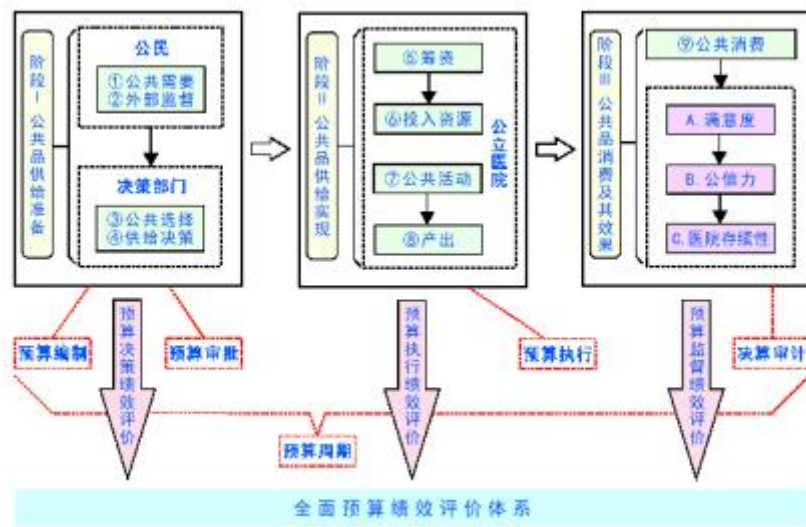
来源：中国卫生质量管理杂志社

全面预算绩效管理是完善财政资金结构、推进国家治理体系现代化的必然要求。2019 年 1 月，国务院办公厅发布《关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》(国办发〔2019〕4 号)(以下简称《意见》)，要求公立医院进一步强化绩效考核导向，实现预算与绩效管理一体化，并制定《三级公立医院绩效考核指标》(以下简称《指标》)供各地使用。由于《指标》中涉及预算绩效的内容多为定性要求，各地在实际操作时仍需依照自身情况适当补充部分考核指标。同时公立医院绩效管理方法不规范、绩效评价不具体，缺乏有效操作机制，这

导致了预算约束作用难以发挥。本研究基于公共品生命周期(Public GoodsLifeCycle, PGLC)理论构建全面预算绩效评价体系框架,结合北京市医院管理中心案例,探讨体系内涵,为我国公立医院实行全面预算绩效评价提供参考。

全周期预算绩效评价体系框架构建

PGLC 包括公共品供给准备、供给实现和公共品消费三个阶段,与公立医院预算周期相对应,具体表现为:第一阶段对应预算编制和审批;第二阶段对应预算执行;第三阶段为决算审计。公立医院全面预算绩效评价可以分为三大部分,即预算决策绩效评价、预算执行绩效评价和预算监督绩效评价,如图所示。



1、预算决策绩效评价

预算决策绩效即预算编制和审批环节中所产生的绩效,该部分可设置两类指标。一是公共需要类指标,公共需要是公共组织存在的必要条件,预算决策与公共需要的匹配程度是预算绩效评价的重要内容;

二是公共决策类指标，主要包括决策范围、决策民主化程度、决策效率、决策成本以及决策有效性等。

2、预算执行绩效评价

预算执行绩效评价指标包括两类：一是预算收入类指标，重点考察公立医院筹资规模、结构以及效率；二是预算支出类指标，该类绩效评价应设置投入类指标和产出类指标。具体可分为满意度类；其他类，如供给质量、规模、安全性、公平性、及时性与均衡性等。

3、预算执行绩效评价

预算执行绩效评价指标包括两类：一是预算收入类指标，重点考察公立医院筹资规模、结构以及效率；二是预算支出类指标，该类绩效评价应设置投入类指标和产出类指标。具体可分为满意度类；其他类，如供给质量、规模、安全性、公平性、及时性与均衡性等。

整合以上三阶段预算绩效评价指标，构成全周期预算绩效评价指标集。

案例研究

以北京市医院管理中心(以下简称“市医管中心”)对市属公立医院绩效评价为例。北京市具有医疗资源优势，医疗服务面临需求增长、居民就诊期望值增高的压力和形势，该地区具有较好的代表性。本研究使用数据来自市医管中心2019年对22家市属三级公立医院绩效评价的结果，评价指标体系主要内涵与《意见》所提出的国家三级公立医院绩效考核一级指标一致，并涵盖了其中涉及预算绩效内容的所

有二级指标。市医管中心将全面预算绩效管理思想融入到了对公立医院的绩效评价中，秉持指标设置与医院发展战略相结合的理念，关注公立医院发展过程中存在的薄弱环节，结合实践检验结果，通过动态调整反馈，引领公立医院的发展战略建设。

小结

全面预算绩效管理以绩效评价结果为导向约束预算执行过程，这就要求公立医院回归服务本质，专注于提供医疗服务，进而提高资金使用效率。在全面预算绩效评价过程中，应推动医院收入结构良性调整，引导医疗服务价格向合理价格过渡，保障医院收入的可持续增长，增加公立医院可支配收入。另外，应重点关注医护比例、科室设置等资源配置型指标，推动供给标准化和专业化建设，降低医生群体对于医院的依附性，为医生群体赋能，从医疗资源更合理的配置中获得系统收益。

[返回目录](#)

复诊患者一体化管理平台构建与应用

来源：上海市胸科医院

门诊复诊患者人次的占比能够反映患者对医院的认可程度，体现医院的综合竞争力。随着门诊量的上升，常规线下复诊模式逐渐暴露出不足，如复诊患者虽就诊内容相对固定，但仍需多次挂号、排队，一定程度影响了门诊正常就诊秩序。针对复诊患者数量庞大、复诊效率低下等问题，上海市胸科医院构建了复诊患者一体化管理平台，旨

在提高复诊效率，改善复诊患者就医体验。

复诊患者一体化管理平台构建

复诊患者一体化管理平台信息架构见图 1，操作流程见图 2。

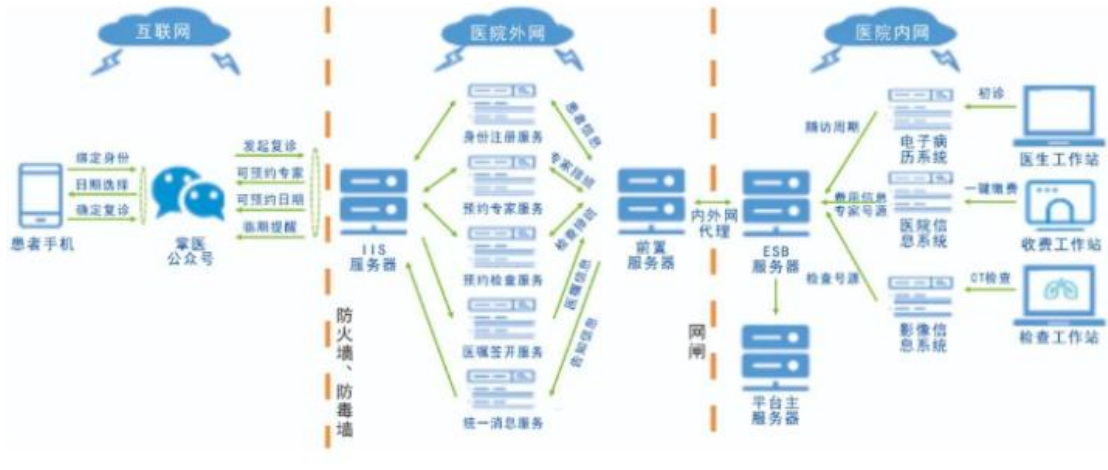


图 1 复诊患者一体化管理平台信息架构

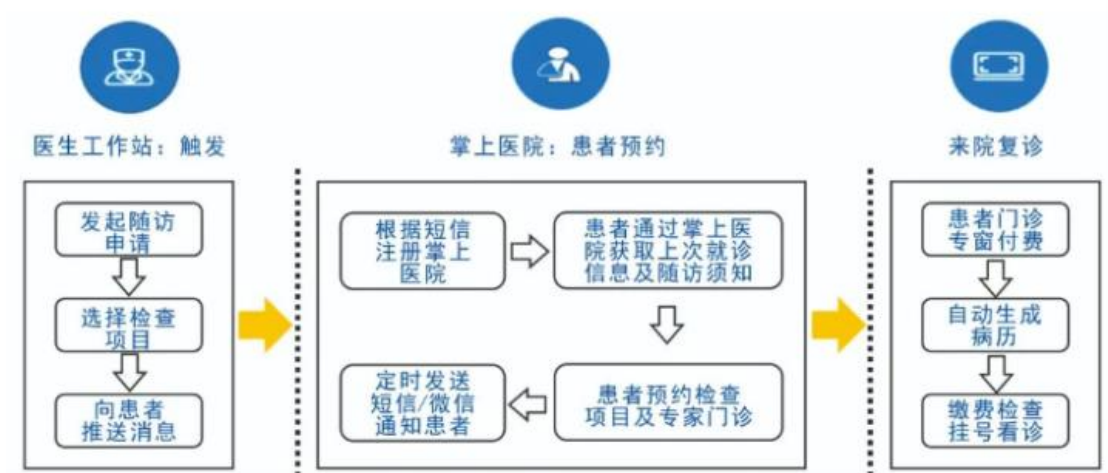


图 2 复诊患者一体化管理平台操作流程

门诊随访登记

在门诊医生工作站开发随访登记功能。门诊医生看诊过程中，认为需要随访复查的患者，可在随访登记系统中结合其需求为其选择复查项目和随访周期。随访登记点击提交后，即可生成患者随访医嘱与计划，并给患者发送提示短信。

线上自动开单

门诊医生在随访登记系统中为需要随访的面诊患者生成随访医嘱与计划后，平台立即触发互联网医院开单功能，自动为患者预先开具下次复诊检查项目单，确保患者在未缴费前提下便可预约医技检查，省去了传统线下复诊流程和互联网医院复诊流程中的“挂号付费→排队诊疗→医生开单”环节。

快速预约复诊

平台推出“复诊一日通”功能。门诊医生完成随访登记后，患者可在掌上医院通过“复诊一日通”快速预约通道查询既往就诊记录及随访医嘱与计划，并结合需求，自主预约复诊日期和看诊医生。

智能预约检查

患者进入掌上医院快速复诊预约通道后，能自主进行待检查项目的查询、预约、变更、取消。同时，平台利用检查预约知识库，对患者预约方案进行统筹排期，避免患者同一时间多项检查预约冲突的情况发生。

一键缴费和生成病历

患者按预约日期来院后，在自助机或收费窗口读取就诊卡信息，平台自动计算检查挂号、检查项目和医生挂号总费用。患者缴费成功后，平台自动生成门诊电子病历，并纳入正式就诊记录。

提醒消息推送

门诊医生完成随访登记，平台短信提示患者关注掌上医院途径，

告知患者选择复诊日期的操作方法;复诊临期前 15d、前 3d,若患者仍未预约,再次发送提醒短信;患者完成预约后,发送预约成功提示短信;患者来院复诊前 1d,微信推送复诊提醒消息。

平台应用效果

复诊患者一体化管理平台于 2021 年 6 月上线使用。截至 2021 年 12 月底,平台对 23598 人次患者推送了提醒消息,共有 11719 人次患者通过平台进行复诊服务登记,3015 人次患者通过掌上医院预约复诊,3015 人次患者完成互联网医院线上开单,2957 人次患者通过掌上医院预约检查,2644 人次患者完成复诊。

与应用前比较,复诊患者的平均预约次数、平均挂号次数、平均候诊次数、平均缴费次数等均得以缩短。

讨论

复诊患者一体化管理平台将传统复诊流程涉及的预约挂号、缴费、候诊、开单、预约检查等二次面诊前环节压缩至云端,患者只需通过手机即可完成检查预约,来院缴费登记后便可进行检查,同时面诊又与下一次复诊预约重合,贯彻了“1+2+3”服务理念,即“1 日内完成复诊,促进医患双方供需侧的自主互动选择,实现开单、检查、诊疗三阶段资源共享”,提高了医师诊疗效率,提升了患者体验。但该平台也存在一定不足。第一,由于该院为心胸疾病专科医院,复诊病种较单一,平台仅开放了 CT、检验(血常规、肿瘤指标)和超声复诊检查项目,个性化检查项目尚未纳入。下一步,该院将针对患者多

层次复诊需求，在平台中增加心功能、核医学等检查项目。第二，平台复诊通道必须在患者来院看诊后由门诊医生触发，缺乏线上开通机制。未来，该院将促使平台不断与互联网医院、“云诊间”门诊进行融合，开发线上触发机制，实现患者无需来院即可进入快速复诊预约通道。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

药品集采和目录调整轮番上阵，医保支付标准如何演进？

来源：中国医疗保险

即将过去的七月，第五轮国家医保药品目录调整工作正式启动，首次提出《谈判药品续约规则》和《非独家药品竞价规则》；第七批全国药品集中采购也落下帷幕，又有 60 个品种采购成功，其中不乏一些市场规模超过 10 亿元的大品种。

一年一次的医保目录调整和一年两批的国家集采，正在滚动式推进药品医保支付标准的形成。

集中采购和医保支付作为绝大多数药品进入市场前必经的一环，是影响药品市场价格的最主要因素。

虽然直到现在，社会对两者的关注都更多集中在“降价”上，即便刚刚过去的第七批集采价格降幅已经是历次最低，也仍然引起了业界的广泛讨论。但从宏观层面的医保制度改革，乃至整个医药卫生体

制改革来看，降低药价都只是第一步，更重要的是为构建医保支付标准体系奠定基础，进而用这种更科学、有效的方式持续引导形成合理的药品市场价格。

一、什么是医保支付标准？

医保支付标准是指基本医疗保险参保人员使用医保项目时，基本医疗保险基金支付费用的基准。在支付标准以内的部分由参保人和医保基金按比例分担，支付标准以外的部分由参保人自付。如下图所示的例子，患者买这盒药时，8元由参保人和医保基金按报销比例分担，而超出医保支付标准的2元医保是不负担的，由患者自付。



除了药品有医保支付标准外，医用耗材、医疗服务项目也有其相应的医保支付标准。目前，仅有国家医保谈判药品和国家集采药品已有明确的医保支付标准。其中，谈判药品支付标准为针对独家品种谈判确定的价格，实行“一品一价”，且全国执行统一标准；集采药品支付标准则为中选价格，同通用名品种均以此为标准支付，但在当前

允许多家企业同时中选的规则设计下，同一品种在不同省份的支付标准并不相同。

而对于医用耗材和医疗服务项目，由于我国幅员辽阔，地区间经济发展、基金筹资水平存在较大差异，以及医保统筹尚处于较低水平等原因，其医保支付标准也尚无全国层面的统一标准，一般由省级医保行政部门根据当地情况来制定。

二、药品医保支付标准如何确定？

2020年，国家医保局在《基本医疗保险用药管理暂行办法》中明确了药品医保支付标准的确定办法：1、独家药品通过准入谈判的方式确定支付标准；2、非独家药品中，国家集采中选药品，按照集采的有关规定确定支付标准；3、其他非独家药品根据准入竞价等方式确定支付标准；4、执行政府定价的麻醉药品和第一类精神药品，支付标准按照政府定价确定。

按照上述规则，除执行政府定价的麻醉药品和第一类精神药品外，其他类别药品均可以通过国家医保目录调整和国家集采确定支付标准。那么，具体是怎么实施的呢？

1. 医保目录谈判药品

国家医保每年在目录调整时，都会对专家评审的独家品种开展药品谈判工作。医保方与企业代表展开现场谈判，最终以双方均可接受的价格纳入医保药品目录，并确定谈判价格即为全国统一的医保支付标准。在今年的目录调整工作中，国家医保局发布了《谈判药品续约

规则》，首次明确了纳入常规目录管理、简易续约和重新谈判三种谈判药品续约规则，并相对应地明确了其各自的医保支付标准确定方式：

对于“纳入常规目录管理”，既往条件为“原谈判药变为非独家品种”，今年则增加了“连续两个协议周期均未调整支付标准和支付范围的独家药品”这一新条件，同时明确，这一部分纳入常规目录的独家药品将暂执行现行支付标准，即当年谈判确定的价格。

“简易续约”即指对于“已通过谈判成功纳入医保药品目录的独家药品在基金支出未超出预算 200%，未来两年基金支出增幅合理，市场环境未发生重大变化”的品种，直接按照基金实际支出与基金支出预算的情况及因调整支付范围所致的基金支出预算增加值的变化情况，按照相应的规则重新测算医保支付标准，并将有效期续约 2 年。

2. 国家集采药品

自国家医保局成立以来，已先后开展了七批国家组织药品集中带量采购，累计成功采购药品达 294 种。此外，各地也同步开展了不同形式的省级和省际联盟集采，采购品种覆盖了化学药、中成药、生物制剂三大领域。

2019 年 3 月，国家医保局发布了《关于国家组织药品集中采购和使用试点医保配套措施的意见》，明确要做好医保支付标准与采购价格协同。同年 9 月，在国家医保局等九部委发布的《关于国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围的实施意见》中再次明确了该

项措施。具体来看，国家集采药品的医保支付标准的确定方法为：中选药品，以集采中选价格作为该通用名的医保支付标准；价格高于支付标准的药品，超出支付标准的部分由患者自付，同时鼓励非中选企业主动降价，向支付标准趋同；价格低于支付标准的药品，按实际价格支付。

采购批次	开标时间	采购品种数	平均降价幅度
“4+7”试点	2018年12月17日	25个	52%
试点扩围	2019年9月30日		59%
第二批	2020年1月17日	32个	53%
第三批	2020年8月20日	55个	53%
第四批	2021年2月8日	45个	52%
第五批	2021年6月23日	61个	56%
第六批 (胰岛素专项)	2021年11月26日	16个	48%
第七批	2022年7月12日	60个	48%

表国家组织药品集中带量采购情况

不过需要注意的是，由于国家集采的中选规则为单个品种允许多个厂家中选，中选价格也可以不同。因此在实际执行中，各省均以该省份供应企业中选产品的价格作为当地医保支付标准，由此也导致国家集采药品同一品种在不同省份的医保支付标准不相同的情况。

3. 拟纳入医保目录的非独家品种

医保目录内的非独家品种以往并不在医保支付标准的管理范围内。《基本医疗保险用药管理暂行办法》发布后，今年的医保目录调

整也在首次提出非独家品种竞价规则的同时，明确成功竞价纳入医保目录的品种将同步确定其医保支付标准。

根据本次目录调整公布的《非独家药品竞价规则》，对于经专家评审纳入常规目录的非独家药品，医保将进行测算，确定医保支付意愿，即医保的预期价格。当有至少 1 家企业报价不高于医保预期价格时，该药品即可被纳入医保常规目录。医保将取企业最低报价和医保预期价格的 70% 两者中的较高的价格作为该药品的医保支付标准，该标准有效期为 2 年。与此同时，要求报价企业承诺在 2 年之内，向全国的医保定点医药机构供货价格不高于企业报价，减少患者因超支付标准而造成的自付。

以往，由于药品价格为企业自主定价，不仅同种药品不同厂家之间价格差异较大，甚至同厂家药品在不同省份之间也有价格差异，一定程度上导致医保部门无法对该药品纳入医保后的基金支出影响做出准确预判。本次目录调整将改变这一现状，通过形成全国统一的非独家药品的医保支付标准，将这部分药品纳入支付管理范围内，进一步促进更多药品价格回归合理区间。

4. 其他医保目录内药品

现行 2021 版药品目录中共有药品 2860 种，除协议期内谈判药品 275 种外，其余 2585 种药品均没有确定国家统一的医保支付标准。而这部分药品也成为各地开展医保支付标准改革试点的对象。

据不完全统计，截至目前，已有 20 余省份开展医保药品支付标

准试点工作，主要针对国家医保局指出的 30 个目录内品种确定医保支付标准，并结合各省实际情况制定省内支付标准试点品种目录，实现省内支付标准统一，试点周期一般为 2 年。

地区	试点品种数量	地区	试点品种数量
北京	27个	海南	30个
河北	27个	河南	29个
吉林	27个	湖南	28个
山东	23个	内蒙	30个
江苏	25个	宁夏	27个
上海	27个	陕西	29个
浙江	20个	甘肃	23个
安徽	22个	新疆	21个
福建	30个	四川	29个
江西	29个	贵州	24个
广东	27个	西藏	18个
广西	27个		

整体来看，各省试点品种虽然数量不多，且主要从小病种、小市场量品种入手，涉及重大疾病、慢性病等临床必需的品种相对较少，但对于建立药品医保支付标准体系来说也是一个很好的开端。下一步，国家层面可以将各地试点的经验进行总结归纳，能够为探索建立全国统一的医保药品支付标准打下坚实的基础。

[返回目录](#)

医疗服务价格动态调整的 5 大原则

来源：村夫日记

近日，国家医保局推出了《关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》（以下简称《通知》）。《通知》明确了医疗服务价格管理的基本理念、机制和指标体系。



医疗服务价格的基本理念是公益性：“医疗服务价格管理是重要的经济和民生事项，在管理过程中要坚决贯彻公立医疗机构公益性的基本理念”。这意味着价格调整不会大起大落，更多考虑用户的总体接受度。与药耗产品价格一样，医疗服务价格的调整也将是动态机制，调整所依据的是“与经济社会总体形势、政策取向、医保基金收支等

基本面相适应”。

从《通知》来看，医疗服务价格管理主要有五大原则：以医疗服务价格指数(MSPI)为本，医耗分离、支持创新、兼容性和资源消耗决定调整的幅度以及和集采不挂钩。

第一，医疗服务价格指数是启动调整的主要依据。医疗服务价格调整主要在省级层面统一进行，健全“调整程序、规则和指标体系”。具体的指标体系是医疗服务价格指数(MSPI)，“逐步将指数纳入本地区医疗服务价格调整和管理的指标体系，根据指数反映的变化趋势等，相应采取积极、稳健或谨慎的医疗服务价格总量调控和动态调整措施”。医疗服务价格指数是决定一个地区医疗服务价格改变的最主要参考。从目前各地已经出台的一些指标来看，主要包括技术指标、医疗服务收入占比和患者医疗费用增幅等。但这些调价指标受到约束指标的限制，约束指标主要包括居民消费价格指数、医保基金结余、次均费用增幅。如果约束指标出现下降或增幅较低，价格调整就不会启动。

第二，医耗分离是长期原则，但在短期仍支持医耗合一的支付。“总结新冠病毒核酸检测价格专项调整经验，按照技术劳务与物耗分开的原则，科学把握检查化验项目价格构成要素，通过集中采购等多种方式降低物耗成本，推动项目总价合理下降，切实向群众传导改革红利”。这意味着医耗分离将首先从检查化验项目开始，通过降低物耗成本推动检验项目价格下降。而对于以技术劳务价值为主的项目可

进行涨价，“对技术难度大、风险程度高、确有必要开展的医疗服务项目，可适当体现价格差异”。

第三，明确了医疗服务价格调整会支持技术创新。“对优化重大疾病诊疗方案或填补诊疗空白的重大创新项目，开辟绿色通道。对以新设备新耗材成本为主、价格预期较高的价格项目，做好创新性、经济性评价。”但是，《通知》又强调了“慎对待资本要素驱动、单纯谋求投资回报及地方保护特征的立项诉求，避免按特定设备、耗材、发明人、技术流派等要素设立具有排他性的医疗服务价格项目”。这对地方监管提出了较高要求，如何甄别新技术是单纯追求回报和地方保护主义。虽然坚持公益是基本准则，但价格调整过程中的规则细化仍是消除模糊化的主要手段，具体调整仍需观察各个地方出台的相关细则。

第四，在现有价格项目规则指导下提升兼容性，根据资源消耗决定调整幅度大小。兼容原则是在现有价格项目下合并，加收或减收项，加收和减收则根据资源消耗的差异决定调整幅度。“属于同一医疗服务以新方式或在新情境应用，资源消耗差异较大的，作为现有价格项目的加收或减收项；资源消耗差异相近的，作为现有价格项目的拓展项，按现有价格项目收费。”这一原则明确了价格项目必须围绕着国家医保局的立项指南来制定，在此基础上做增减，一方面是保持了医保待遇清单的统一，另一方面则给了地方一定的自由裁量权。当然，随着新技术的发展，价格项目的动态调整频率也会加快。

第五，医疗服务价格调整和集采不挂钩。“明确医疗服务价格和药品耗材集中采购各自的功能定位，价格调整触发机制与药品耗材集中采购不直接挂钩，调整总量不直接平移置换。”但这里也强调了耗材集采后对医疗服务价格是会进行调整的，其中，医耗分离的价格项目会提高医疗服务价格，医耗合一的则会降低医疗服务价格，“耗材在医疗服务价格项目外单独收费的，虚高价格经集中采购挤出水分后，相关定价偏低的项目优先纳入价格动态调整范围，必要时可实施专项调整；耗材合并并在医疗服务价格项目中、不单独收费的，根据集中采购降低物耗成本的效果，适当降低医疗服务项目价格”。

总体来看，医疗服务价格调整将基于公益这一基本理念来动态展开，主要秉承以医疗服务价格指数(MSPI)为本，医耗分离、支持创新、兼容性和资源消耗决定调整的幅度以及和集采不挂钩这五大原则。随着医疗服务价格调整的逐步展开，有升有降会是政策的常态，其中最关键的指标是医疗服务价格指数，各省市如何制定并解释MSPI将决定医疗服务价格的调整力度。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

各大连锁药店纷纷跟进集采，5种情形的药店不得参与

来源：医药云端工作室

医保定点单位的药品都纳入药品招标已成采购趋势所向，作为医

保定点机构的连锁药店，也势必在往后逐渐加入到医保药品的采购序列中。药品集采的冲击波已势不可挡地向零售药店袭来，与其被动接受，不如主动响应！

目前，江苏、山东、广东、浙江、上海、河南均已发文要求药店纳入集采，上市连锁药房也纷纷跟进。

7月21日，江苏医保局就《医保定点零售药店参与带量采购和阳光采购方案(征求意见稿)》公开征求意见，明确省平台向省内医保定点零售药店开放，符合条件的定点药店均可自愿申请参与省平台带量采购和阳光采购。

对省平台挂网的带量采购中选药品，定点药店按挂网价格采购并按“零差率”销售。对带量采购中选药品、国家谈判药品、省级储备药品外的其他阳光挂网药品，定点药店应主动在省平台开展议价，按议价结果采购，并在不高于挂网价前提下合理确定销售价格。

此外《征求意见稿》还同步公布了定点药店具体参与流程。

江苏近年来也是一直力推零售药店纳入招采体系。2020年4月13日，江苏省医保局发布《关于落实第二批国家组织药品集中采购和使用工作的通知》，明确医保定点社会办医疗机构和医保定点零售药店可自愿参加，在落实各项政策要求后，采购使用相关中选药品。

2022年5月11日，江苏省医保民生实事工作推进会暨新闻通气会上，在乡镇(街道)遴选定点零售药店，建设“医保便民药店”，设置集采药品和国家谈判药品专柜，被列入江苏省医保部门重点实施的

医保民生实事之一，并计划在年内实现医保便民药店首先在省、市“15分钟服务圈示范点”全覆盖。

此次江苏医保局发布的《征求意见稿》，从药店的申报到平台采购，到实施监管都做了明确规定，这也意味着药店参与集采已经不再是政策层面的要求，而是落到实处的全面铺开。

趋势所向：医保定点单位的药品都纳入药品招标采购

医保定点单位的药品都纳入药品招标已成采购趋势所向。随着机构改革的不断落地和深入，医保局在各地陆续开始接管药品采购职能，作为医保定点机构的连锁药店，也势必在往后逐渐加入到医保药品的采购序列中。

早在2015年国家发改委等七部委联合印发的文件(简称904号文)，就有关于将零售药店主动降低药品采购价格的内容。“做好医保、招标采购政策的衔接配合，促进医疗机构和零售药店主动降低采购价格”。

之后，在2017年的医改重点工作任务中，也提出了“探索医疗机构处方信息、医保结算信息与药品零售消费信息互联互通、实时共享”。

2019年9月30日，国家医保局等9部门联合印发的《关于国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围的实施意见》中就明确，医保定点零售药店参与此次采购的，可允许其中选价格基础上适当加价，超出支付标准的部分由患者自付，支付标准以下部分由医保按

规定报销。

2021年9月29日，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》，明确鼓励定点零售药店参与集中带量采购。

在此背景下，广东、上海、山东、浙江、河南等多个省市都已开展药品零售企业药品集采工作。这意味着药店集采时代的全面到来，预示着院内院外的药品都将统一采购渠道，药品定价及医保支付标准也最终会趋于一致。院内不行做院外的单项思维需要重新审视！

多地药店纳入集采，各大上市连锁药房也纷纷跟进

为响应国家政策，目前山东、浙江、上海、广东、河南等多个省份都已经发布通知，对药店医保药品集采，纳入医保系统的采购渠道。

山东省率先在2019年5月15日发出通知，自当年7月1日起执行，将连锁药店纳入集采体系，要求连锁药店医保药品采购总量原则上不低于原使用量的60%。

2019年5月24日，浙江省药械采购中心发出通知，为英特怡年、华东大药房、国控大药房、欣益药房、云开亚美大药房、九洲大药房等6家全省性医药连锁药店集团开通采购平台采购权限。5个月后，浙江省医保局通知要求“定点药店药品销售价格按照公立医院医保支付标准基础上适当加成”。

2019年6月26日，上海市阳光医药采购网通知，自2019年7月起，市药事所将开展“限药店药品全面挂网公开议价”工作。这意味着上海的药店也要进行药品统一采购。

2020年1月2日，广东省药品零售行业集采联盟也举行了首轮集采启动仪式。

2021年12月1日，河南省发布《关于将部分零售连锁药店纳入我省药品集中带量采购范围(试点)的通知》，决定将部分医保定点零售连锁药店作为试点，纳入河南省药品集采。待试点成功后，将逐步把河南省所有医保定点零售药店纳入。通知明确，5种情形的医药零售连锁门店不得参与，其他医保定点零售药店也不在此次试点范围之列；并对药店统一标识统一管理，同时不得参与倒卖集中采购药品；集采药品全生命周期信息可追溯，药店需主动承诺加价率。

而各大连锁药店也顺势而为，纷纷跟进集采。

如益丰大药房在2019年12月18日发布公告表示：消费者凡在2公里内其他药店购买了低于其店内零售价的同厂同规格药品，将退还药品的小销售单位3倍差价。

2019年12月20日，老百姓大药房在官微同样承诺“退还3倍差价”，全国5000+门店与医院“同药同价”。

2020年1月10日，大参林发声，称自2020年1月1日起，旗下4000多家门店响应国家集采政策，进行相应品种降价。

除上市连锁药房外，漱玉平民大药房、吉林大药房等连锁企业也已相继跟进降价。2019年12月起，漱玉平民全省1600余家门店将统一执行国家组织药品集中采购中标价，这预示着国家集采+药店集采两大政策正式在山东并轨，在全国尚属首家！

紧接着，2020年1月，吉林大药房表示，900余家门店统一执行国家集采药品中选价。对于零售药店来说，与其被动接受，不如主动响应。既在社会舆论上塑造了好的形象彰显龙头大哥的率先垂范，又能把握主动，将相应的处方药资源把握在手中，可谓一石二鸟。

随着国家集采的不断推进与落实，间接拉低了药店相关药品价格，而药店分级管理则让一些药店失去处方药、中药饮片的销售资格，如此一来，药店非但享受不了处方外流的红利，反而逐渐被边缘化，同时，国家医保局一直着力打击骗保，可以说，当前零售药店危机四伏。

在此背景下，大型连锁药店抓住机遇，积极与国家政策接轨，间接将中小型连锁边缘化。因此，零售连锁药房应看到此中孕育的机遇，主动响应执行集采结果以寻求更长远的发展。

带量采购中选药品实行“零差率”销售

此次江苏的《征求意见稿》明确对省平台挂网的带量采购中选药品，定点药店按挂网价格采购并按“零差率”销售。其中，对省平台正在执行的带量采购中选药品，定点药店根据需求量，与供应企业补签带量购销合同，并按合同约定采购；对后续开展的带量采购药品，定点药店可按带量采购规则，参与统一报意向量、签订合同，并按要求完成约定采购量。

对带量采购中选药品、国家谈判药品、省级储备药品外的其他阳光挂网药品，定点药店应主动在省平台开展议价，按议价结果采购，

并在不高于挂网价前提下合理确定销售价格。

除药品监督管理部门规定零售药店不得经营的药品外，省平台所有挂网药品，定点药店均可采购。

定点药店不得搭售或捆绑销售其他药品，不得倒卖带量采购中选药品，违者暂停或取消参与带量采购资格，情节严重的，暂停或取消医保定点资格。

定点药店应与医保经办机构签订专项采购协议，遵守专项补充协议约定，对带量采购中选药品统一标识并严格按“零差率”销售，不得借销售带量采购中选药品搭售或捆绑销售其他药品，不得倒卖带量采购中选药品。严格履行购销合同，完成合同约定采购量并与供应企业及时结清货款。

生产企业应积极响应定点药店采购需求，及时选定配送企业，按照购销合同约定，做好配送供应。

各地医保部门应加强对定点药店销售带量采购中选药品的监管，对存在未按“零差率”销售带量采购中选药品、借销售带量采购中选药品搭售或捆绑销售其他药品、倒卖带量采购中选药品、无正当理由不完成合同约定采购量或不按约定结算货款等行为的，暂停或取消参与带量采购资格，情节严重的，暂停或取消医保定点资格。

加强对生产企业供应情况监测，对供应异常的企业，及时约谈并督促整改，整改不到位的按医药价格和招采信用评价有关规定处置。

[返回目录](#)

圆桌访谈 | 药品和耗材集采的 5 个灵魂问题

来源：中国医疗保险

药品和高值医用耗材集中带量采购是党中央、国务院部署的重大改革任务，习近平总书记多次作出重要指示，强调要坚持不懈、协同推进三医联动，推进国家组织药品和耗材集中带量采购改革。

集采在协同推进三医联动工作中可以发挥怎样的作用？

该如何理解其在深化医药服务供给侧改革中的引领作用？

除了能够有效降低产品定价、减轻群众就医负担，集采在促进医药行业健康发展，推动形成公平竞争、质量保障与创新驱动的行业发展新格局方面扮演着怎样的角色？

中国医疗保险特别邀请了五位行业专家，为我们揭示集采对医药服务业带来的深远影响。

该如何理解药品、医用耗材集采在协同推进三医联动中发挥的作用？为什么说集采可以推动医疗机构高质量发展？

常峰 中国药科大学国际医药商学院院长、教授

集采可以说是三医联动的突破口，理由有三。

首先，它有利于推动政策落地见效。集采间接促进了药品和医用耗材质量水平的提升，实现了药械的稳定供应，提高了货款支付效率，调动了医务人员的积极性，确保群众从改革中受益。

其次，集采有利于进一步凝聚共识。基于国家和地方集采经验，坚持“腾空间、调结构、保衔接”的改革路径，能够让地方进一步提

高认识，更加坚定深化三医联动改革的信心和决心，在改革的重点领域和关键环节奋楫笃行。

再次，它有利于促进医药行业健康发展。集采切断了流通使用环节的灰色利益链，促进药械审评审批制度改革，加快推进仿制药质量和疗效一致性评价工作，实现高质量仿制药、高技术耗材的临床替代，通过构建全国医药公共采购市场多方联动的采购格局，推动我国医药行业健康持续发展，保证群众用药可及，提高药械质量水平。

集采之所以能够推动医疗机构高质量发展，是因为它可以调动起医疗机构使用中选产品的积极性，推动临床合理用药，建立科学运行新机制。

具体作用体现在三个方面：

首先，集采能够协同推进医疗服务价格动态调整等联动改革，在总体不增加群众负担的前提下，探索医疗服务价格优化。

其次，集采从机制上理顺了医疗机构和医务人员的激励机制，通过落实结余留用政策，促进地方贯彻落实“两个允许”（即允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励）要求，大力推进薪酬制度改革，引导建立符合医疗卫生行业特点的薪酬制度和科学合理的分配机制，促进公立医疗机构分配自主权的提升。

再次，集采能够促进完善医疗机构院内诊疗路径，多维度、多层次改善医疗机构的临床用药管理，推动医疗机构优先配备使用国家基

本药物、医保目录药品和医用耗材等，促进医疗机构用药目录的调整和优化。

周茜 厦门大学公共事务学院助理教授

作为医疗保障领域首个中央层级的整体改革文件，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出了“1+4+2”的总体改革框架，其中“2”指完善医药服务供给和医疗保障服务两大支撑体系。这两大支撑既是人民群众日常生活的刚需，也是医保制度改革的底气。

回顾过往改革经验可以发现，药品价格和医疗费用过高是历次医改关注的焦点。作为医药服务供给侧改革的重要组成部分，药品、医用耗材集中带量采购是坚持以人民健康为中心的具有中国特色的医保制度创新，是进一步深化医药卫生体制改革的重要制度安排，其核心就是在政府的合理组织和制度安排下推进三医联动，协调各方利益，发挥医保基金战略性购买作用，以切实从根本上解决人民群众“看病贵、看病难”的问题。这一改以往医保、医疗、医药领域各自为战，以致改革不能协同、成效系统集成不足的政策调整方案，真正实现三医联动，增强医保、医疗、医药联动改革的协同性。

在推动医疗机构高质量发展方面，集采启动初期，为激励医疗机构深入参与，针对集采结余的医保资金，政策制定者提出了“两个允许”方案，这使得医院薪酬管理体系较以往有了更多的政策空间，对于优化和改善医务人员的薪酬结构提供了新的方向。

2020年6月，国家医保局、财政部联合印发《关于国家组织药品集中采购工作中医保资金结余留用的指导意见》，专门就集采工作中的医保资金结余留用作出统筹规划，明确资金主要用于相关人员绩效，激励合理用药行为，优先使用中选产品。该文件可以说是给医疗服务体系吃了一颗“定心丸”，不仅推动各地科学建立结余留用资金核算体系及相关考核程序，帮助医疗机构及工作人员共享改革成果；同时，结余留用政策也有利于以集采为契机，推动医疗机构规范医疗服务行为，探索目标导向的价格项目管理机制，形成规范有序的价格分类形成机制，最终实现医疗机构的高质量发展，更好地为人民服务。

该如何理解集采在深化医药服务供给侧改革中的引领作用，它将对医疗服务价格产生怎样的影响？

吴明 北京大学医学部公共卫生学院卫生政策与管理系主任、教授

谈到医药服务供给侧改革，我们拆成“医”和“药”两个领域来看。

先看“医”的领域：公立医院长期采取扩张型发展战略，在缺乏有效约束的情况下做大规模、做大服务量、做大收入的运行模式不仅带来了装备竞争、过度提供服务等问题，也导致医疗费用过快增长、出现相当比例的不合理医疗费用，以及医疗资源配置和医疗服务提供结构的不合理。再看“药”的市场：在过去相当长的时间里，药品耗材价格虚高，“回扣”竞争而非价格和质量成为企业竞争市场的主要

途径，这不仅破坏了医药市场秩序，也导致医疗服务提供行为异化，带来了药品耗材的不合理使用。

医药服务供给侧改革的目的是要推动上述问题的解决。医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制，它可以改变医疗机构运行机制，推动公立医院在保证服务质量的前提下建立起主动控制成本的激励机制，在规范提供服务行为的同时，引导并调节医疗资源合理配置。因此，医保支付也被视为医药服务供给侧改革的杠杆。需要看到的是，医保支付方式改革尚处试点阶段，从试点到全国推广，再到医疗机构真正建立起成本控制机制，进而影响整个医药服务市场，还需一定时间；加之支付方式改革难以短期覆盖所有服务，目前支付标准确定也多以医疗费用作为依据，所以还要推动集采、调价等其他方面的改革。

药品、医用耗材集中带量采购可以显著降低产品价格，并由此带来两方面影响：一是短期内显著降低了因价格虚高而导致的医疗服务成本，为支付方式改革实现控成本目标创造了条件；二是减少“回扣”等负向激励，有助于规范医院行为，减少产品和服务的过度提供，纠正医药市场失灵，促使行业良性、健康、可持续发展。

综上所述，无论是改革的直接效果，还是提高其他改革效率，集中带量采购都是一个一举多得的措施，是现阶段推动解决医药领域长期积累的难点问题的重要突破口。

章明 国家医保局价采中心专家组组长

国家组织药品、医用耗材集中带量采购是党中央、国务院作出的一项重大决策部署。国家和地方组织的药品集采，有力推动了药品价格回归合理水平。这项改革是药品采购机制的重大改革，有利于降低虚高药价，减轻群众负担，推动三医改革更加深入，巩固公立医院综合改革成果，倒逼企业创新转型，促进医药行业健康发展。

之所以说集采在深化医药服务供给侧改革中具有引领作用，是因为它为医疗服务价格改革创造了有利时机。国家推动医疗服务价格改革的目的，是构建更加科学合理的价格机制，更好地发挥杠杆功能。针对药品耗材“带金销售”的顽疾，集采通过净化市场环境、挤干价格水分，节省了公立医院的采购成本，减轻了人民群众的费用负担，为医疗服务价格赢得了改革的窗口。

我们同时也要看到，集采和医疗服务价格改革各有各的内在逻辑，不是简单地靠降价涨价进行医药费用平移、转换和腾挪，更不是一边降下去另一边就涨上来的“跷跷板”关系。

集采在重塑行业生态、鼓励创新研发上能够起到怎样的作用？

吴明 北京大学医学部公共卫生学院卫生政策与管理系主任、教授

既往“回扣”竞争成为了医药行业的生存规则，不仅严重影响医疗服务提供行为，还导致企业缺乏创新动力，发展质量不高。集中带量采购改变了医药行业的生存规则和竞争模式，让市场竞争回归到正常轨道。“带量采购，以量换价”保证了企业销量，可以专注于提升

产品质量、提高生产效率和开展研发创新；同时，竞争方式的改变，有助于建立符合市场经济规律、以市场为主导的价格形成机制，行业生态环境得到改善。

与此同时，集采也改变了医药行业的发展路径和市场结构。集采规则下，仿制药整体质量提升，医药行业格局加速洗牌。通过竞争，供给效率和质量低的企业被淘汰，推进行业兼并重组，促使企业转型，向基于效率的内生性增长、技术创新驱动的集约型增长模式转变，提升了行业的资源配置和生产效率，以及行业集中度，增强医药供给侧对需求变化的适应性和灵活性，引导医药行业进入高质量发展的轨道。

总之，在医改进入深水区的当前，集采是一项净化医药流通环境、改善行业生态、构造公平竞争的市场秩序、推动形成创新驱动行业发展格局的战略性举措。

常峰 中国药科大学国际医药商学院院长、教授

集采的目标之一是重塑行业供应链，即规范医药生产、流通企业行为，净化市场环境，促进整个产业的转型升级。在推动行业健康发展方面，“带量采购、招采合一”的原则既是制度上对行业发展作出的根本安排，也是集采政策的核心：企业以质量和价格竞争替代原来灰色的销售渠道竞争；通过国家或省际联盟的方式，破除区域壁垒和地方保护，减轻企业的行政成本；而医保基金预付和确保回款等配套政策，则有效降低了企业的运营成本，解决货款挤压问题。

借此，一方面，集采能有效解决医药行业同质化和重复建设严重、运行效益不高等问题，化解低端和无效产能，促进企业兼并重组与专业化运作，提高资源配置效率，助力企业走上高质量、集约化、多管线发展思路，自发选择规模经济型生产模式，进一步做大做强规模性行业、龙头企业。

另一方面，集采通过纠正以回扣为主要竞争方式的伪市场机制，促进形成风清气正的药品流通和使用环节，倒逼企业转向创新驱动，激发企业创新的内生动力。研究表明，集中带量采购推动部分企业战略性加大研发投入，转向创新药、首仿药、难仿药的开发，集采后企业研发费用从原来的 6%、10% 上升至 20%，而销售支出费用从原来的 60%、40% 降至 10% 以内，实现了低水平供需平衡向高水平供需平衡的跃升。

集采在公平竞争，质量保障上可以起到哪些积极作用？

章明 国家医保局价采中心专家组组长

在公平竞争方面，集采通过建立公开透明的市场竞争机制，引导企业以成本和质量为基础开展公平竞争。例如，在国家组织的药品集中带量采购中，以质量疗效一致性评价作为筛选基础，符合该条件的企业均可参与，杜绝了地方保护主义现象；而在耗材集中带量采购中，针对高值医用耗材相比化学药品存在的特殊性，通过尊重临床选择权、扩大带量比例、适当合并分组、提高中选规则等科学方法，综合兼顾质量、供应、信用、临床需求、技术进步、行业发展、鼓励创新

等综合因素，充分尊重临床选择权和企业供应意愿，推动形成公平竞争的良好环境。

在质量保障方面，集采在品种遴选、入围、履约保证等方面均对产品提出质量要求，并依靠招采信用评价体系配合相关部门强化产品质量监管。国家组织药品集中带量采购以通过质量疗效一致性评价作为仿制药参加的门槛，推动实现高质量仿制药的临床替代；耗材集采则依据市场认可度、临床使用需求及医疗技术进步等因素促进产品不断创新发展。同时，多部门协同，将中选产品列入重点监管范围，加强生产、流通、使用的全链条质量监管和信息全程可追溯，依规处置发生质量问题的产品。药品监管部门则对所有国家集采中选产品实施重点监管，从压实企业主体责任、强化属地监管责任、采取严厉处罚措施等方面入手，保障群众健康权益。

陈昊 华中科技大学同济医学院药品政策与管理研究中心主任

国家、省级及省际联盟组织的药品耗材集中带量采购，规则公平、程序规范、操作透明，以质量和管理达标作为市场准入条件，实行全社会全方位监督，尊重医疗机构作为使用主体这一事实，以团购形式运用市场机制通过医保战略购买实现药耗招采的“质量优先、以量换价、以量保价、量价挂钩、招采合一”，这既充分体现了公平竞争的市场原则，也从制度和实践上充分保障了招采中选药品的质量和供应管理，医药行业基本形成了尊重法制、注重规则、追求质量、加速优化行业资源配置方向的整体氛围。

如何才能处理好集采改革中市场与政府的关系,该如何看待集采改革下价格管理与行业发展的关系?

陈昊 华中科技大学同济医学院药品政策与管理研究中心主任

集采依托市场化手段,以团购方式进行采购,形成基于市场机制的价格,并以此价格为基准,由医保管理部门形成相关药品支付标准,整个过程严格执行“招采合一、量价挂钩”的市场原则,充分尊重市场各主体。同时,医保部门以医保基金“预付、垫付”等形式为采购主体创造了良好的市场氛围和交易条件,解决了医药购销中长期存在的拖欠货款顽疾。这些举措,都在客观上积极呵护了行业发展。

在价格方面,医保部门通过集采发现了部分药品和医用耗材的真实市场价格,并据此制定了相关产品的医保支付标准。需要强调的是,医保部门虽然管理价格,但并不制定价格,市场机制才是医药行业资源配置的根本机制。

常峰 中国药科大学国际医药商学院院长、教授

集采工作应以政府和市场融合为根本原则,发挥政府的主导作用和市场机制在资源配置与价格形成中的决定性作用,防止因单纯依靠市场或政府而产生市场失灵或政府失败,助力形成治理效能有效发挥、市场机制充分彰显的良性运作机制。

一方面要充分发挥政府的指导作用。这既不是指政府在市场失灵后进行干预,也非直接定价,而是要求政府建立起公平合理的市场竞争秩序,消除自由市场竞争可能引发的带金销售、信用缺失、劣币驱

逐良币等不合理现象，提高市场发现价格的效率。具体来说，政府负责采购的组织和政策制定，搭建起标准、规范和专业的集采平台，构建科学、公平、透明的采购规则，同时负责采购合同的科学制定和严格落实，对医疗机构、生产流通企业开展监督检查等。

另一方面要坚持以市场竞争机制形成价格。采用公开透明的竞争机制，引导企业在政府设计的市场竞争秩序下开展基于价格和质量公平竞争，完善以市场为主导的药品耗材价格形成机制。集采过程中的具体竞价环节应交市场决定，防止通过非市场手段规避竞争的行为。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

☎ 电话：010-68489858