

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第37期

(09.12-09.18)

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。)

· 医保快讯 ·

▶ [“互联网+”智慧医保，助力医保服务“零距离”](#) (来源：贵州省安顺市医疗保障局) ——第 6 页

【提要】贵州省安顺市医疗保障局始终坚持“强化医保践初心、全心全意惠民生”的工作宗旨，坚持不断深化医保制度改革高质量发展，以抓牢贵州大数据发展新时代工作理念为突破口，聚焦医保民生服务难点、堵点、痛点，狠抓医疗保障服务行风建设，着力打造“互联网+”智慧医保服务，内外兼修，想民众之所想，做便民之所事，精准解决参保群众操心事、烦心事、揪心事，全面构建医保参保缴费、就医结算、政策服务等立体化、网络化、便捷化、信息化的医保公共服务管理体系，努力增进“中国瀑乡”医疗保障服务民生福祉。

▶ [首批系统检测点公布，对 DRG/DIP 改革有哪些影响？](#) (来源：国家医保局) ——第 9 页

【提要】近日，国家医保局发布《国家医疗保障局办公室关于开展全国统一医保信息平台支付方式管理子系统监测点建设工作的通知》，决定开展以部署和完善 DRG/DIP 功能模块为重点的支付方式管理子系统监测点建设工作。根据《通知》要求，首批监测点包括：河北省邯郸市、江西省上饶市、山东省东营市、湖北省武汉市、湖南省邵阳

市、广东省广州市。采取先少后多、先慢后快原则，滚动选取、压茬推进，监测点数量达到 30 个左右后全面推开。争取到 2024 年底前，全国所有地区达到监测点建设要求。

• 养老健康 •

▶ [国家队陆续入局养老，能否破解产业周期长回报慢的难题](#)（来源：动脉网）——第 13 页

【提要】养老产业具有前期投入大、投资回报周期长的特点，对企业的投融资能力、运营管理能力有很高的要求。因此，过去 10 年，即便是财大气粗的房企，也不容易在养老产业上跑通。相比房企，国企可能更适合参与养老产业。国企融资能力强，有条件、有能力去做养老服务业发展的开拓者。并且，国企的品牌形象更容易受到 C 端客户群体的认可。国企参与养老，既是责任使然，也是优势所在。

▶ [医养结合现状：80%医办养老院几乎满员，养老院办医呼唤医保](#)（来源：广州日报）——第 28 页

【提要】随着国内老龄化现象的加剧，国民对于医疗、养老方面的需求越来越高。当前，我国原有的养老模式已经无法完全适应老年人的医疗健康需求。在这种情况下，能够改变当前“医养分离”养老现状的“医养结合”养老新模式应运而生。今年 4 月，国家卫生健康委举行新闻发布会，再次提出优化“医养结合”建设环境，简化养老机构办二级以下医疗机构的流程，同时支持鼓励社会办“医养结合”机构，按照规定可以享受税费优惠、土地等政策、强化医保支持。

• 集中采购 •

▶ [国家药品集中带量采购常态化下接续探索与启示](#)（来源：中国医疗保险）——第 36 页

【提要】截至目前，国家药品集中带量采购已启动七批八轮采购招标工作，其中已有六批七轮集采落地执行。所有批次国采产品均有 1 年—3 年的协议期，超协议期产品均需进入接续程序。国采接续作为国采的重要组成部分，具有巩固前期政策成果和及时纠偏优化的功能，更是国采政策意志的延续。

▶ [国家医保局明确：这三大类药品暂不纳入集采](#)（来源：国家医保局）——第 44 页

【提要】近日，国家医保局官网公开了大批对全国人大代表和全国政协委员的提案和建议的回复，其中涉及到不少关于集采的内容。国家医保局提到三类药目前暂未纳入集采范围，分别是创新药、含濒危野生动物成分的药品、孤儿药和短缺药。

• 健康中国 •

▶ [浙江省湖州市南浔区委书记温建飞：建强南浔体魄 助力健康中国建设](#)（来源：健康中国观察）——第 48 页

【提要】上世纪 50 年代，南浔镇成为新中国第一个“无蝇镇”，党的十九大提出“实施健康中国战略”以来，南浔区秉持“以人民健康为中心”理念，从早从快从实谋划，因地制宜，全方位推进健康中国 15 项行动落地见效。近年来，南浔区先后荣获全国文明城市、浙江

省文明区、省级食品安全区、生态文明建设示范区、慢病防控示范区等称号，代表浙江省参加国家公共卫生考核获全国第一，成功承办首次高水平推进健康浙江行动现场会，健康浙江考核连续四年获评“优秀”等次。

[▶ 专访贾伟平院士：预防为主 医防融合 深入推进糖尿病防治行动](#)

（来源：健康面对面）——第 52 页

【提要】糖尿病作为一个典型的慢性疾病，近年来其患病率呈井喷式增长。据估测，我国目前糖尿病患者约有 1.25 亿，而处于糖尿病前期的人群超 2 亿。《中国慢性病及危险因素监测报告(2018)》：2018 年我国 18 岁及以上居民糖尿病前期流行率为 18.6%。做好糖尿病前期预防，对防治糖尿病非常重要。如何做好糖尿病前期预防呢？防糖尿病就是防“糖”吗？为了更好地回应社会关切，本刊记者专访了国家基层糖尿病防治管理办公室主任、上海市糖尿病研究所所长、健康中国行动专家咨询委员会委员贾伟平院士。

-----本期内容-----

· 医保快讯 ·

“互联网+”智慧医保，助力医保服务“零距离”

来源：贵州省安顺市医疗保障局

贵州省安顺市医疗保障局始终坚持“强化医保践初心、全心全意惠民生”的工作宗旨，坚持不断深化医保制度改革高质量发展，以抓牢贵州大数据发展新时代工作理念为突破口，聚焦医保民生服务难点、堵点、痛点，狠抓医疗保障服务行风建设，着力打造“互联网+”智慧医保服务，内外兼修，想民众之所想，做便民之所事，精准解决参保群众操心事、烦心事、揪心事，全面构建医保参保缴费、就医结算、政策服务等立体化、网络化、便捷化、信息化的医保公共服务管理体系，努力增进“中国瀑乡”医疗保障服务民生福祉。

一、就医结算服务从卡到码更轻松

参保群众就医结算从必带卡到只扫医保码更轻松。近年来，安顺市医疗保障局不断加大医保电子凭证推广力度，持续营造医保电子凭证应用良好环境，实现全市 190.66 万参保人员激活电子医保凭证，激活率 72.81%，实现 112.48 万人次使用医保电子凭证进行医保结算服务，基本医保结算资金达 3451.64 万元，职工医保个人账户支出达 9955.04 万元，智慧医保服务飞入寻常百姓家。

二、异地就医服务从通到畅全覆盖

一是全面取消省内异地就医转诊备案手续,进一步优化省外异地就医转诊备案流程,建立省外异地就医转诊备案“掌上办”“电话办”等线上服务平台,实现全市异地就医备案登记 11382 人次。二是大力宣传推进异地就医直接结算,辖区所有县(区)全部实现异地就医全国联网直接结算,筑造异地就医零距离医保服务圈。

三、就医结算服务从难到易更便捷

一是有力推行定点医疗机构诊间“支付+报销”工作,推动“互联网+医保”便民惠民服务向纵深发展,实现就医就诊支付结算不跑腿、不排队。

二是通过在医保政务服务大厅设置医疗保障服务自助服务机,以及在定点医疗机构设置就医结算自助服务机,加快推动智慧医保高质量建设,有效提高医疗、医保服务水平,进一步提升参保群众就医服务满意度。

三是通过手机 APP、微信公众号、医保政务网上服务平台等线上服务、移动终端等多种服务渠道,不断优化医保结算服务线上线下经办流程,改善结算模式,解决结算堵点、难点问题,实现参保群众看病就诊通畅不拥挤、支付结算轻松不犯难。

四、“一站式”结算服务分肩就医重担

持续巩固安顺市医疗保障脱贫攻坚成果,蓄力衔接医疗保障服务乡村振兴,打通农村低收入群体三重医疗保障“一站式”结算服务快车道,让此特定群众在省域内定点医疗机构就医,享受贵州三重医疗

保障“一站式”即时结算服务，减轻农村低收入群体看病就医垫资负担。今年以来，安顺市农村特困人员、农村低保对象、纳入乡村部门监测对象就医 11.09 万人次，医保资金支付达到 11807.87 万元。

五、拓宽渠道实现医保服务“零距离”

充分利用“安顺医疗保障”微信公众号建设凸显惠民便民医保服务，加快完善功能模块推广，全面实现公众号上医保自助查询服务模块、自助缴费通道模块、医保便民服务网厅模块、经办咨询热线、投诉举报热线等，参保群众通过多方位的“指间服务”，动动手指便可查询慢性病种、医保目录，以及自助激活电子医保凭证、自助缴费、自助办理医保登记、备案和了解各类医保待遇政策等便民利民服务，充分利用新媒体推广医保服务新通道，全民实现“零距离”医保服务。现“安顺医疗保障”微信公众号关注人数达 12.98 万人，阅读量超过 30 万人次，全市已有 5 千余人次通过公众号手机自助办理异地就医备案等医保自助服务。

行风建设川流不息、泉水永驻，我们将始终坚持人民初心践行医保服务，砥砺前行，继续深入贯彻落实“团结奋进、拼搏创新、苦干实干、后发赶超”的新时代贵州精神，着力固根基、扬优势、补短板、强弱项，努力构建系统完备、科学规范、运行高效、惠民便民的医保行风建设服务体系，多渠道、多形式、多层次为人民群众提供更加高效、便捷、利民的医保服务，努力增强人民群众医保民生领域获得感、幸福感和满足感，为开创安顺医疗保障服务新格局、高质量奋力前行。

首批系统检测点公布，对 DRG/DIP 改革有哪些影响？

来源：国家医保局

近日，国家医保局发布《国家医疗保障局办公室关于开展全国统一医保信息平台支付方式管理子系统监测点建设工作的通知》，决定开展以部署和完善 DRG/DIP 功能模块为重点的支付方式管理子系统监测点建设工作。



全国统一医保支付平台，搭建一批监测点

根据《通知》要求，首批监测点包括：河北省邯郸市、江西省上饶市、山东省东营市、湖北省武汉市、湖南省邵阳市、广东省广州市。采取先少后多、先慢后快原则，滚动选取、压茬推进，监测点数量达到 30 个左右后全面推开。争取到 2024 年底前，全国所有地区达到监

测点建设要求。

《通知》指出，通过监测点工作机制，推进以 DRG/DIP 功能模块为重点的支付方式管理子系统建设。要全面提高数据质量，率先在监测点实现 DRG/DIP 所需业务数据的全面、准确、及时采集。

全面支持 DRG/DIP 业务全流程开展，率先以监测点为样本，在国家医保信息平台开展医保支付方式改革实时监测、统计分析、横向纵向比较、绩效评价、智能监控、可视化展示等，实现国家、省级层面支付方式改革的实时监测、比较、分析、评价。监测点建设内容主要聚焦数据质控、数据抓取和数据应用三个方面。

《通知》指出，15 项国家医保信息业务编码在监测点医保部门、定点医药机构全面落地。DRG/DIP 所需的医保结算清单、费用明细及住院病案首页等业务数据，在监测点定点医药机构能够全面、准确、及时上传到省级和国家医保信息平台。国家医保局制定核心数据校验规则并开展质控，动态监测数据上传质量，定期通报改进进展。基于全国统一的医保信息平台支付方式管理子系统 DRG/DIP 功能模块，充分结合本地实际，统筹区能够有效获取开展 DRG/DIP 业务所需的全部数据，能够有效开展总额预算、数据质控、DRG/DIP 分组确认、审核、结算、绩效考核、清算、统计分析、权重系数调整、智能监控等业务工作。可以支持医疗机构费用结算管理、就医质量管理、临床路径管理等工作，并能开展运行监测、比较分析及评价等。

耗材挂网、交易、支付、结算方式，彻底改变

据观察，全国统一的医保信息平台建设工作正在密集推进中。

目前，统一医保信息平台已初步建成，并在 31 个省份和新疆生产建设兵团全域上线，有效覆盖约 40 万家定点医疗机构、约 40 万家定点零售药店。

平台包括医保智能监管子系统、药品和医用耗材招采管理子系统、支付方式管理子系统、宏观决策大数据应用子系统等 14 个业务子系统，在异地就医结算、支付方式改革、医保智能监管、药品集中采购、医药价格监测等领域发挥重要作用。

不过平台仍处于持续完善中，相关配套举措仍在完善。

招采方面，国家医保局透露，正在研究完善医药集中采购平台挂网机制，推动建立全国统一的挂网和交易规则。未来将积极推进部门数据共享，加强各省药品和医用耗材价格联动和监测。

今年 4 月，国家医保局召开首次全国医药集采机构工作会，其中指明平台建设重点：将围绕支持服务医药价格改革与管理的总体目标，持续提升完善交易支撑、线上结算、监测监管、公共服务等功能，重点抓好提升网采率和集采率、规范挂网规则、推广线上结算、强化监测监管、参与医疗服务价格改革、完善信息系统和创建示范平台等工作。

伴随平台化建设的持续深入，耗材挂网、交易、支付、结算环境，也将发生改变。耗材错杂分散、信息不透明、管理不便的状态，也将成为过去式。

11 月底前，DRG/DIP 功能模块全国落地

在医保支付方面，平台将发挥重要作用。2022 年 4 月，国家医保局办公室发布《关于做好支付方式管理子系统 DRG/DIP 功能模块使用衔接工作的通知》，2022 年 11 月底前，实现 DRG/DIP 功能模块在全国落地应用。

信息系统支持是 DRG/DIP 运行的基础。信息系统的建设前期需要开展大量的准备工作，有的地区涉及多年积累的千万条数据，对这些数据进行梳理、标化、聚类分析、比较研究等，都离不开信息系统的支持，最后形成适应本地实际的分组体系。

据了解，目前最大的难点就是数据的衔接。DRG/DIP 的概念提出来到落地推进较为缓慢，其中一个原因是成本测算本身难度大，一系列数据都没有非常恰当的基础数据做参考，以前和现在的算法是完全不一样的。他分析，目前医院的成本数据都是按照以前的医保付费作为基本来预付，所以测算历史数据工程量比较大，整体推进的话就会遇到很多难点。“数据本身特别复杂，这个过程需要时间，数据误差也是要面临的。比如住院成本、患者的接受风险、科室的分摊等等，这些规则从制定到医院运用自如都需要时间。通过试点和实践，最后一定能够出现一套非常适用于全国的标准。”

根据《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，从 2022 到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务。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；到 2025 年底，DRG/DIP

支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

全国统一医保支付平台搭建完善后，DRG/DIP 功能模块也将进一步发挥作用，推动解决支付方式改革过程中存在的问题。

[返回目录](#)

• 养老健康 •

国家队陆续入局养老，能否破解产业周期长回报慢的难题

来源：动脉网

2022 年 8 月 8 日，大连康养集团正式揭牌。再加上之前 6 月挂牌成立的上海康养集团、年初的北京康养集团以及 2021 年 7 月的苏州康养集团，可以看到各地方正在组织“国字头”队伍入场康养产业。

国企参与养老并非什么新鲜事，只是过去我们熟悉的是中康养、中康投、国中康健这样的央字头队伍。他们实力不容怀疑，这次地方出手，或许会带来更多贴近本地实际情况的措施。

养老产业具有前期投入大、投资回报周期长的特点，对企业的投融资能力、运营管理能力有很高的要求。因此，过去 10 年，即便是财大气粗的房企，也不容易在养老产业上跑通。

相比房企，国企可能更适合参与养老产业。国企融资能力强，有条件、有能力去做养老服务业发展的开拓者。并且，国企的品牌形象

更容易受到 C 端客户群体的认可。

国企参与养老，既是责任使然，也是优势所在。

苏州康养集团怎么做？

据苏州市政府的数据，目前苏州户籍人口中有 188.84 万老年人，占总人口比例达 24.78%，平均期望寿命达 84.33 岁，老龄化程度居国内前列。推动老年康养服务及康养产业的发展刻不容缓。

项目	简介
女儿家老年公寓	女儿家老年公寓是康养集团通过收购国发集团旗下女儿家，整合国企存量养老资源，通过改造提升、服务提质，将姑苏区女儿家打造成最贴近古城生活圈的“城心养老”样板。
福友巷健康体检中心	福友巷健康体检中心是康养集团依托新城投资公司姑苏区物业，与三甲医院合作打造的苏州五星级健康体检中心。
同里区域性养老服务中心	同里区域性养老服务中心是康养集团与吴江区同里镇合作，打造的普惠型区域性养老服务中心示范样板。
张家港南苑新村项目	张家港南苑新村项目是康养集团通过整合张家港南苑新村存量物业，打造成为老年人邻里中心。
张家港大南邻里中心项目	张家港大南邻里中心项目是康养集团通过环境提升、服务提档，将张家港锦丰镇日间照料中心升级改造为二级综合为老服务中心。
同里镇日照中心项目	同里镇日照中心项目是康养集团通过一揽子运营管理辖区内 12 家日间照料中心的方式，因地制宜推动居家社区服务连锁化、标准化、品牌化发展。
苏高新“物业+养老”项目	苏高新“物业+养老”项目是康养集团与苏高新集团旗下苏新美好公司合作打造的“原居安老”苏州样板。
苏康养金陵雅都健康养老公寓	苏康养金陵雅都健康养老公寓是康养集团与省属国企南京金陵饭店集团合作，以金陵雅都酒店部分楼层为载体，共同打造省地合作的酒店嵌入式康养旅居样板。
同程合资公司项目	同程合资公司项目是康养集团与同程合作，深度挖掘流量时代新机遇，打造“互联网+康养旅居”的新模式。
平望镇长漾里项目	平望镇项目是康养集团与知名旅居村上长漾里公司合作，以平望镇长漾里项目为载体，共同打造美丽乡村式康养旅居样板，以市场化机制打通乡村生态旅游发展新路径。
张家港人民路项目	张家港人民路项目是康养集团与张家港城投集团合作，在张家港人民路核心区域规划建设高品质康养综合体，涵盖健康养老公寓、老年医院、康复医院、体检中心等康养业态。
太仓金仓湖项目	太仓金仓湖项目是康养集团与太仓城发集团合作，在太仓金仓湖地块规划建设的全国示范性康养中心，涵盖社会福利中心、老年医院、健康养老公寓等康养业态。
平望镇项目	平望镇项目是康养集团与吴江区平望镇战略合作，在区域性养老服务中心、社区居家、康养旅居等领域开展一系列合作，推动“机构、社区、居家”三级联动的系统化管理服务模式落地。

苏州康养集团在7月份集中签约了13个项目。透过这13个项目，我们可以看到苏州康养集团围绕康养机构、康养置业、康养医疗、康养居家、康养教育、康养旅居等板块进行了布局。

可以看到此次集中签约的项目涉及到多种养老项目类型，无论是城心养老还是日间照料，不管是酒店康养还是乡村康养，应有尽有。难道“国家队”入局养老的打法，仅仅是凭借雄厚实力，全线出击、多点开花吗？

或许我们应该拨开业务的表象，探索国企参与养老过程中，最核心的优势——盘活资源。

这里的资源除了养老服务需要的资金、技术以及人才外，最重要的莫过于对于闲置物业再利用的探索。

养老项目以及服务的落地，离不开场地，而场地成本是养老机构投资中占比最高的。如果地方政府能将闲置场地资源有效整合，将这条路走通，无疑会解开养老服务机构身上最沉重的负担，让他们能快速奔跑迎来新的发展机遇。

一直以来，养老机构都存在“一床难求”与“半数空置”并存的现象。

一方面，大力引入各类资源投入养老产业，达到的效果却不如预期。另一方面，空置的床位代表着投资的失败，对于养老行业的发展起不到正向作用。也就是说，这种现象是养老行业发展的核心矛盾之一。

虽然可以用供需问题来简单解释，但背后的逻辑还需加入政策和市场等宏观因素。我们可以从政府、养老机构和用户三方各自的角度来分析这个问题，正是三方各自思维模式的不同，造成了这样的现象。

01 规划阶段

对各地政府来说，养老服务的建设是一个重要的指标。

一个普遍的现象是，对于养老机构发展目标的话语主要有“床位数每千名老人达到X张”“福利机构总床位数达到X张”和“新增床位数达到X张”。其中的共性在于强调床位的覆盖率以及床位总数的增长。

政府在追求数量增长的同时，可能会造成养老机构的服务供给和市场需求之间匹配度不高，形成了结构性失衡。

对于供给端的养老机构，要想快速扩张就必须迎合政府的需求。

尽管服务的是夕阳人群，但养老产业本身却是一个朝阳产业。据中国社科院发布的《中国养老产业发展白皮书》预计，2030年我国养老产业规模约为13万亿元。面对此等规模的市场，社会资本快速涌入。

由于发展规划及地方政府都将床位增长作为主要发展目标，社会资本在此政策激励之下，快速投入市场，建设养老机构。在这过程中，社会资本忽略了老年人的实际需求，包括对养老机构的价位、服务内容和位置偏好等。

对需求端的老年人，实际需求未被认真倾听。

	养老机构数量	养老机构床位数	行政区划代码	养老机构性质	
				公办	民办
荔湾区	54	6749	440103	0	54
越秀区	31	3027	440104	1	30
海珠区	35	6309	440105	1	34
天河区	23	4585	440106	1	22
白云区	41	16927	440111	6	35
黄埔区	17	6300	440112	3	14
番禺区	22	4489	440113	10	12
花都区	27	6333	440114	9	18
南沙区	16	1480	440115	10	6
从化区	10	894	440117	7	3
增城区	20	\	440118	4	16

老年人的实际需求是复杂且充满变化的，不管是养老机构还是政府部门，对其需求特征的描述和预测往往很困难，因此很难纳入决策的因素中。此外，国内的家庭环境又在某种程度上限制了老年人的发声渠道。

老年人本身的表达和思维能力在逐渐退化，其子女在面对是否将老人送入养老机构时又存在矛盾心理，无法正确向外部传达老年人的真实需求。政府和养老机构无法触达老年人的真实想法，使得真正的用户反而成了局外人。

也就是说，在规划阶段，三方的信息不能有效互通，使得供给与需求的结构失衡，造成了“一床难求”与“半数空置”的现象。

02 建设阶段

对政府来说，养老机构的发展是依托于城市建设的。

目前，养老机构建设场地的获得主要有两种途径：一是拿新地块建设养老机构；二是将原有的建筑或场所改造成养老机构。无论是哪

种，养老机构的选址都有郊区化的趋势。

过去的十年，国内一二线城市建设的主基调是中心城区不断向外拓展，城市在不断地扩大。在这个过程中，人口迁移的速度滞后于城市扩张的速度，也就是说，老年人的分布呈现由中心城区向郊区递减的趋势。



但在现实中，中心城区的土地储备有限且租金高昂，政府并没有动力将中心城区的土地开发成为经济效益不高的养老机构。因此出现了新增养老机构多在郊区的现象，尽管这与老年人数量的分布情况并不匹配。

只是地方政府无意去改变，因为城市建设和发展才是第一要务，而城市的扩张往往需要产业布局来吸引人口迁入。养老本身就是一项服务性产业，政府反而希望养老机构的入驻能够带动所在地区的人口

增长。

对养老机构而言，大机构可以圈地，小机构只能去郊区。

养老机构作为服务业，受到交通位置、周边医疗资源以及人口的影响较大。拥有优越的交通条件、优质的医疗资源且人口密集的地方，往往是养老机构的最佳选址。

只是中心城区的土地资源紧张，很难有新的地用来建设养老机构。为了应对需求，只能在中心城区寻觅合适的厂房等废弃场地改造成养老机构，但这类场地数量有限，无法满足市场需求。

值得注意的是，养老机构在政府床位补贴这一逻辑之下，对于机构的建设更趋向于容纳更多的床位，这也意味着更大的场地面积和更高昂的建设成本。

在综合考虑需求、租金及土地升值空间等因素之后，养老机构倾向于选址在近郊相对便利的地区。区别在于有资本支持的大机构看重土地的增值空间，借着兴建养老机构的机会进行圈地，而中小机构只能用租赁的方式。

	老龄人口 (千人)	养老机构数量	床位数	机构平均床 位数(张)	人均床位 数(张/千人)
荔湾区	229.5	54	6749	125	29
越秀区	319.9	31	3027	98	9
海珠区	292.6	35	6309	180	22
白云区	189.3	35	16927	484	89
黄埔区	79.3	14	6300	450	79
番禺区	152.4	12	4489	374	29
花都区	125.8	18	6333	352	50

民办养老机构的郊区化发展，使得城市近郊的床位数量接近甚至

超过中心城区成为一种常见状态。

以广州市为例，广州市以前俗称的老四区越秀、东山、海珠和荔湾，除去东山被撤销外，剩余3区有着全市数量最多的老龄人口，但无论是从床位总数还是人均床位数来看，都比不上新兴的白云、黄埔、番禺和花都。未来，南沙、从化和增城会不会也朝这种方向演变呢？

对老年人来说，养老机构位置的考虑主要基于在家庭关怀、医疗条件和交通条件三个方面。

很多老年人之所以不愿去养老机构，最大的原因在于养老机构的位置会将老年人与原有的家庭关系和社会关系相隔离。老年人在这个阶段对于家庭关怀的情感需求尤为看重，即便是选择机构进行养老，也优先考虑离家近或者离子女家近的养老机构。

随着年龄的增长和身体机能的下降，老年人对于医疗服务的需求会不断增长。周边有大医院的养老机构会更容易得到老年人的青睐。

而优秀医疗资源通常集中在中心城区，因此中心城区的养老机构的入住率相对更高。基础设施相对较弱的郊区民办养老机构入住率更低，“高空置率”现象的出现也就不足为奇。

交通条件是家庭照料和医疗资源的延伸考虑。如果不能在最优范围内找到合适的机构，那么交通便利，便于子女探望和医疗资源使用的郊区养老机构就成了权衡之下的选择。

也就是说，在建设阶段，政府基于城市扩张的需要，对养老机构选址的宏观布局逐渐向郊区倾斜。再叠加养老机构对成本的考量，以

及老年人对位置的偏好，造成了中心城区“一床难求”与近郊地区“半数空置”的现象。

03 运营阶段

政府部门对于资源的分配，使得公办与民办养老机构在运营阶段所处的境况差异较大。

地方政府受限于财政压力，再加上养老机构本身具有的社会福利性质，并没有大规模增加公办养老机构的动力，反而趋向于将有限的资源投入打造示范项目。从数量上来说，公办养老机构数量和床位数量的占比都非常小。

近年来，政府对民办养老机构运营的补贴类目的和补贴额度在不断增加，只是这些补贴却并未有效降低养老机构的运营压力。

以额度较大的一次性补贴“医养结合补贴”为例，这一补贴的条件是需要养老机构能够提供一定的医疗服务，甚至是开办医疗点。这对本就利润微薄的中小型养老机构来说属于不可能完成的任务。这种“补强不补弱”的逻辑，反而加大了中小养老机构的运营压力。

此外，政府的运营补贴是多数民办养老机构能够获得的主要补贴，但随着政府对规范经营的条件包括建筑面积、消防设备等软硬件要求越来越正规，获得该补贴的难度也在逐渐加大。

对于民办养老机构来说，正规经营的要求肯定应该遵守，但现实情况是软件上的要求容易改进达标，硬件层面的东西包括现有建筑的基础设施早已规划好，要改就没那么容易了。如果另起炉灶，在成本

上更无法承担。

一位业内人士向动脉网介绍到：“养老机构成本占比最大的项目是场地建设装修以及设施采购，通常占总投资的70%左右。且养老商业是一个重资产的长尾模式，投资回报时间偏长，根本无力重头再来。”

另外，场地资源的不平衡也导致了养老机构收费标准的差异。

对公办养老机构来说，场地设施由政府提供，规避了最大的成本，再叠加打造示范项目的逻辑，很多公办养老机构不仅收费低、设施完善而且处于中心城区。反观民办养老机构，受限于场地成本，收费远高于公办机构，再加上位置因素，对老年人的吸引力有限。

“补贴少→收费高→入住率低→补贴少”是民营养老机构不得不面对的恶性循环。



对于老年人，费用是首要考虑的问题。目前我国老年人的收入主

要来自养老金，企业年金和职业年金尚未发展起来，商业养老保险发育程度较低。老年人尚需用自身积蓄或子女供养来弥补养老金的不足，因此对于养老服务的支付意愿较低。

以场地为代表的资源分配不均，造成了运营成本的差异，再将老年人支付能力的因素考虑进去，使得民办养老机构陷入“补贴少→收费高→入住率低→补贴少”的恶性循环，而公办养老机构则进入“补贴高→收费低→入住率高→补贴高”的良性循环。

从广州市养老机构入住率的数据也能看出，总的来看，公办机构的入住率普遍高于民办机构，中心城区的入住率也要高于新区。

综合来看，造成中心城区公办机构“一床难求”与近郊地区民办机构“半数空置”现象的原因，在于政府、民办养老机构和老年人三方对于养老的认知不同步，但究其根本，核心矛盾在于场地。

场地的高成本使得投资的周期长回报慢，国家队的入场能否改变这种生态呢？

国家队会带来哪些改变？

国企作为国家经济的重要组成部分，伴随经济发展的不断沉淀，遗留下大量的房产、土地等存量资源。如何盘活这些闲置资源，是国企一直以来都在考虑的事情。

早在 2016 年，中共中央办公厅和国务院办公厅就对国有企业提出“盘活国有资本存量资源布局养老产业”的指导意见。到了 2021 年，发改委再次提出“在推动地方党政机关和国有企事业单位培训疗

养老机构转型为养老服务设施方面，特别要注重盘活存量资源”。

01 场地供给，平衡公办民办成本差异

国企常见的存量房产主要有国有物业、政府物业，地产闲置物业以及酒店物业。

像社区中心、党群建设中心、街道配套用房，这类物业就是典型的国有物业。它们具有分布广泛但面积偏小的特点，再加上各地区人口分布和养老需求的不确定性，以及这些物业分布在不同的国企手中，缺乏有效的集中统一管理，导致过去并没有针对这类场地运营的商业模型。

还有旧办公楼、集体宿舍等政府物业，这类物业相比之下有更大的面积，更容易进行集中改造，地方政府也有意愿与外部企业合作，发挥协同优势，采用公建民营的方式提供多样化的养老产品和服务。

此外，还有国企做地产开发，根据规划要求兴建的商业配套如公寓大楼。这类物业由于去化率不如住宅，闲置数量也不少。如果能将此物业进行改造利用，无论是装修成为养老公寓还是配合周边医院做医养结合，都是一个不错的发展方向。

另外就是酒店资源包括各地企事业单位下属的疗养类机构。如何盘活过剩的酒店资源一直是各地都想解决的问题，例如利用酒店资源开设月子中心。同样的逻辑，对酒店进行适老化改造以及疗养机构的转型，都会为养老服务提供大量的场地资源。

最后是集体所有制企业的遗留场地，比如工厂厂房。这类场地由

于所有权归属问题，一直以来并没有妥善处理的渠道。但它们所在的位置得益于城市的发展扩张，往往处在一个较为核心的区域，是理想的养老服务建设区域。

以往国企参与养老，更多是从内部闲置物业再利用出发，作用也仅限于集团本身的发展。对于地区养老帮助有限。如今以地区为单位，新设健康养老集团，在一个区域内盘活以物业为代表的闲置资源，对于整个地区养老服务的提升有明显促进作用。

02 整合本地资源，打造产业集群

国企入局成立康养集团，除了场地资源，该如何在康养二字上做文章呢？

按以往的传统思维，可以习惯地将康养理解为健康+养老，但从产业发展的角度考虑，康养应该是以健康和养生为核心兼顾养老。

康养的概念需要升级成为“康养+”。

“康养+”产业发展包括传统药业的延伸、旅游合作、商业地产合作、政府合作、养老社区、社区综合健康服务、医养结合、投资医疗不动产等模式。同时，医疗康养设备、远程医疗、物联网、大数据、健康体检、保健食品、康养旅游、适老产品等康养科技产品都有机会成为产业的下一个增长点。

此外，还要将本地优势资源考虑进去。以苏州为例，过去数年间，苏州在生物医药、电子信息和装备制造等产业积累了经验。苏州康养集团的成立，可以用市场化+产业化发展模式，打造出适应市场需

求的康养产业集群。

产业集群的打造不仅只针对苏州本地，还能将产品和服务向长三角区域拓展。

从结果来说，最直接的可能是认知偏差的消除。过往，老年人被认为是公共资源的消耗者，做养老只是公益性的福利事业，并不挣钱。

随着康养产业的发展，数量愈发庞大的老年人群体或将被看作是重要的经济发展的贡献者和促进者。这样有利于梳理政府、社会和老年人的关系，从而更精准地提供养老服务与产品。

03 机构衍生服务，助力闲置物业快速改建

闲置物业的改造最终是为了促成物业的可持续发展，也就是物尽其用。想要完成这个目标，针对闲置物业进行功能上的升级改造就必不可少。改造工程并不难做，难的是改造后要符合后期运营的需要。为了规避后期风险、前期的基础工作就不能少，而这也会成为新兴的机会。

为养老机构提供方案的供应商不少，但之前多以通用解决方案为主，适配过去粗犷发展的风格。闲置物业这么多，如何判断是否适合用作康养开发？这就需要供应商提供更多细致的服务。

比如项目可行性评估，需要针对周边老年人口结构和类别、公共医疗配套资源、板块发展速度、区域竞争环境，结合闲置物业形态及体量、周边居民意愿等因素设计出适宜的养老服务产品，并用投资的标准建立财务模型进行综合衡量。

对于有大量闲置物业可供选择的国企来说，这样的服务能有效降低后期经营风险，是值得投入的成本。

04 养老服务向小而美专而精发展

通过前面对苏州康养集团此次集中签约项目的梳理，我们可以看到，盘活场地资源后，国家队并不想一手包办所有，反而大力引入社会力量进入养老产业提供产品和服务。

此时，社会机构的核心竞争力在于服务能力。

过去，政府为了快速提高养老覆盖，采取了床位补贴的手段，但从商业角度来说，依靠补贴并非是一个稳定的商业模型。在床位数量到达一定程度后，补贴退坡是可以预见的事件，如果没有稳定的经营能力，终究会被市场所淘汰。

过去，民办养老机构受限于补贴政策，将重点放在床位建设上。之后，随着补贴的退坡和国家队对于场地成本的兜底，服务能力将决定养老机构发展的上限。

再加上数量巨大的国有物业，能摆下数百张床位的场地并不多，未来的养老机构可能会向小而美的方向发展。

从运营效率的角度考虑，一个机构既针对活力老人又针对失能失智老人，服务人员的工作安排肯定会出现问题，整个团队运行效率必然无法达到最优。

从支付的角度考虑，综合的普惠性养老，用户端的付费意愿并不高，反而是针对特定人群的个性化养老和定制化养老，用户有较高的

付费意愿。

从用户的角度看，如果老人的子女到养老机构考察，发现这里的服务项目价格从 3000~13000，明明只有 100 张左右的床位，却能针对多种疾病需求进行各类专业看护，他们会信任这样的机构吗？

对于养老机构来说，未来需要将自己的客群定位更加聚焦，比如就针对失能老人，设计相应的服务标准并公示，将费用组成明细公布，让老年人的子女能迅速理解服务的价值所在。

归根到底，养老是服务行业，落脚点在“人”。过去参与其中的企业，特别是一线养老机构，受限于成本，特别是场地成本，能够施展的空间不多。未来，随着国企在这一层面的兜底。如何以人为本的发展养老产业，提供多样化的养老服务项目，是养老机构们接下来要认真思考的问题。

在场地成本这个最大的枷锁被打开后，入门门槛降低，养老产业周期长回报慢的难题或许会得到解答。对于这个 13 万亿的市场，资本接下来会如何参与，值得持续观察。

[返回目录](#)

医养结合现状：80%医办养老院几乎满员，养老院办医呼唤医保

来源：广州日报

随着国内老龄化现象的加剧，国民对于医疗、养老方面的需求越来越高。

当前，我国原有的养老模式已经无法完全适应老年人的医疗健康

需求。在这种情况下，能够改变当前“医养分离”养老现状的“医养结合”养老新模式应运而生。

今年4月，国家卫生健康委举行新闻发布会，再次提出优化“医养结合”建设环境，简化养老机构办二级以下医疗机构的流程，同时支持鼓励社会办“医养结合”机构，按照规定可以享受税费优惠、土地等政策、强化医保支持。

近日，记者走访多家养老机构发现，医办养、养办医等不同的“医养结合”模式让老人有了更多选择。

“尽管我今年已经68岁了，但是身体很好，并且每天还有许多的工作要做，算是‘医养结合’的服务对象吗？”原广东民政厅副巡视员、广东老龄产业研究院院长王先胜拿自己做了个例子，他认为，“医养结合”的对象，应该是需要一定照护的中度、重度失能失智的老人，而并非是像他这样的“活力老人”。

他介绍道，“医养”和“康养”的概念不同，“康养”针对的是健康的“活力老人”，在市场调节的基础上进行健康保健、康复治疗等；而“医养”则属于公共服务范畴，也是政府需要进行考虑的。

01、民办养老机构：设置“医务室”对老人照护

在现实中，养老院则并没有将“医养”和“康养”的概念进行特别区分，除一些高端的养老院通过优质的服务和优美的环境，吸引对生活品质要求的“活力老人”外，大部分“医养结合”的养老院承担的还是“照护”的责任。

“养老院有 164 位老人，其中 80%以上都有医疗方面的需求。”享福老年公寓负责人罗步环说。位于广州白云区太和镇的享福老年公寓，在 2010 年成立之初就有着在养老院中开办对外门诊的计划，但是由于当时政策收紧，最终未能如愿，而是在养老院中成立了医务室，承担一定的老人对医疗方面的需求。

“真正能够自理的老人占老人总数的不到三分之一，大部分都是失能失智的老人。”享福老年公寓办公室主任张伟介绍，在该养老院的大厅内摆放着几张麻将桌，但能够真正坐到麻将桌前打麻将的老人应该不超过两桌。

她告诉记者，养老院针对老人主要以生活照护为主，如失能的老人需要喂饭、冲凉等生活护理，而有的老人由于失智会经常走失，也会被送到养老院进行照护。“如果身体状况不错，生活自理能力强，一般也不会来到这里的。”张伟说。

据享福老年公寓主管护师罗燕秋介绍，该养老院内共有护理员 40 多名，同时有医生护士进行一天三次的查房和 24 小时值班，遇到特殊情况时可以及时进行处理解决。她说，对于一些需要特别照护或是刚刚出院的老人，会半小时进行一次生命体征的检测，如对老人血压、心率等进行实时监控。

“我们也会对每位老人建立健康档案，每年 9 月为老人进行健康体检，及时了解老人的健康状况。”罗燕秋说。

02、家属需“奔波拿药”

今年 59 岁的王女士已经在享福老年公寓生活了两年，由于患有抑郁症和高血压，在居委会的推荐下她住进了养老院。

她告诉记者，由于自己需要长期服药，所以每个月都需要委托家人到医院拿一次药，每三个月需要到医院进行一次复查。

罗燕秋介绍，王女士一开始住到养老院的时候是自己服药的，但是由于没有人监督，可能她并没有按时按量服用，所以曾发作过一次，并因此住了一个月的医院。“当时我们都打算‘退人’了，病情并不乐观。”张伟说，之后，养老院还是决定将她收入养老院再观察一段时间。

在出院后，王女士的药由值班护士分发和监督服用，加之与其他人有了交流，并培养了一些爱好，她的病情趋于稳定，并再未复发。

“如果能够申请下来医保，医务室就可以自己开一些常规的慢性病药，老人的家属也少了一些奔波。”张伟告诉记者。

在养老院的大厅内，有着一间“居家养老办公室”，但据介绍，该院却无法真正开展“居家养老”。“养老机构开展居家养老服务还需要考虑成本的问题。”王先胜分析认为，并不是所有的养老机构都有医护能力和余力进行“居家养老服务”，不但与养老院所处的地理位置所覆盖的人数有关，如果再额外增加医护和护理人员，也会增加养老院的支出成本，难以为继。

他举例说，如位于较偏远位置的养老院，周边几乎未覆盖到目标人群，也就没有必要开展居家养老服务，而处于市中心的养老院在医

护能力方面有着足够的人员配置，但人力成本较高，也需要考虑回报率。

03、医院办养老机构：护理型“刚需”老人需求大

相比较养老机构增设医疗服务资质及医疗机构与养老机构签协议，医疗机构开展养老服务具有一定的天然优势。

“这里的老人大多有明确的医疗需求，如需要血液透析和尿管、胃管护理等。”广州新海颐养苑院长陈玉芳介绍，早在2014年广州新海医院就成立了老年科，专门治疗针对患有老年病的老人，在三年后的2017年，广州新海颐养苑从广州新海医院分离出来，成为最早一批由医疗机构开展养老服务的机构之一。

从广州新海医院进入，一直走到最后一栋原“行政楼”，其中的四、五、六共三层便是广州新海颐养苑所在地。“这栋楼原来是医院的行政楼和员工宿舍。”陈玉芳解释，目前颐养苑和新海医院是“兄弟单位”，因此，医院的许多医疗设备都能够进行“共用”。

陈玉芳介绍，颐养苑面对的老人是以护理型为主的“刚需”老人，94张床位几乎一直处于“满员”状态。

陈玉芳和许多在颐养苑的护士、医生一样，此前一直在新海医院工作，“我在来到颐养苑之前做了二十多年的护士，在许多科室都工作过，在2019年调来之前是神经内科的护士长。”

她告诉记者，医院开办的养老院在老人的护理方面经验也会更加丰富一些，如护理插胃管、尿管的老人，对老人压疮的护理等都能够

更加专业。

“医院和养老院是两码事，养老院需要考虑得更多。”陈玉芳说，如老人在医院住院时只要配合治疗就可以了，就算是整天躺在床上也并无大碍，而养老院则需要让卧床的老人尽量早上晒一晒太阳，能够自己做的事情要尽量自己做，这样才能延缓老人各项功能的衰退，并需要关注老人的心理状态，及时对其进行疏导。

04、“医办养”能力优势明显

49岁许先生的父亲是住在新海颐养苑的一位老人，他在医院间辗转了两个月出院之后，儿子还是选择让他到这里进行康复。

此前，许先生的父亲曾在去年到新海颐养苑住过一年的时间。“当时父亲是摔了腿，行动不便，听到亲戚介绍便住了进来。”大概住了一年之后，父亲的病情已经稳定，并且也基本能够生活自理，便离开颐养苑回到了家。“但由于父亲患有肾病、糖尿病、高血压，离开养老院后没有控制饮食，导致了尿毒症脑病，进入ICU急救，直到近期才出院。”许先生说，急救后的并发症导致了父亲需要血液透析，所以又住进了颐养苑。“血液透析的科室就在对面楼的五楼，住在这里也方便一些。”

陈玉芳说，由于这家养老院本身就是从医院分离出来，所以二者之间的联系非常紧密。“在老人需要住院时，我们的护士会在通知家属过来的同时，先将老人转送到医院处理救治，在与家属交接班之后才会回来。”她说，依托医院的医护能力，其他养老院没办法收的插

着胃管、尿管的老人，可以在颐养苑得到护理。

“在医务人员的构成方面，依托医院支持的养老院在护理技术方面还是会更有经验。”陈玉芳说，因此，养老院的侧重也有所不同，有的以环境文化吸引老人，但由于不是“刚需”，也有可能面临一定的困难。

“医养结合，养是核心，医是支持养的。”王先胜认为，医疗机构开展养老服务具有一定优势，特别在医疗资源方面优势更加突出。

“医是重投入，养是轻投入，因此医疗机构更加容易开展养老服务，此外针对老人对医疗能力的需求，单纯的养是没有意义的。此外，‘医办养’能够让医养更加紧密，并把政府惠民的成本串起来，打造普惠性的医养机构。”黄埔区红山街社区卫生服务中心副主任齐国华说。

05、专家：养老护理上门必要且重要

“公办的养老院性价比较高，但是由于需求量较大，所以需要老人轮候；而民办的养老院良莠不齐，失能失智的老人也难以得到相应的医护支持。”王先胜说，广州开展的“养老护理站”尝试还是取得了非常不错的效果。他解释，居家养老的老人在众多需要“医养结合”的老人中占据了较大的比例，因此护理上门起到非常重要也非常必要的作用。

他告诉记者，但目前护理站的运转方面还是存在一定困难，主要是“谁出钱”的问题，如上门护理的市场价格在300元左右，但是医

保报销的只有 120 元，老人就需要补足缺口，但是老人大多不愿意出钱；而此后试点的长护险（长期护理险）则为居家养老的“医养结合”提供了一定支持。

他建议，如提高一定的医保报销比例，或民政部门对需“医养结合”的经济困难老人进行“兜底”等，都对“医养结合”有着促进作用。

此外，王先胜认为，在“医养结合”中，像乡镇医院等基层医疗机构的医护力量提升，不但需要政策上的鼓励，更需要民非机构等社会力量的加入，医护的待遇提高了，才能留得住人才。

齐国华则表示，针对社区卫生服务中心开展养老服务，医疗机构在人力成本方面会有较大的增加，此外，由于“医养结合”分属医疗和养老两个系统，并没有完全统一，在强硬融合的情况下难以建成统一的标准和制度。

在基层“医养结合”的实践中，广东佛山顺德均安镇的尝试，让王先胜眼前一亮，他介绍，均安镇医院即社区卫生服务中心建起了四个社区卫生站，每个村都有失能失智的老人，由于民办养老机构太贵太远，公办养老机构又排不上位，只能在村里养老。

原本社区卫生站的临观房通过政府装修改造，成了有 60 张~70 张床位的“医养结合”机构，由于成本不高，收费只要不到 4000 元，村里的失能失智老人一下子就住满了。

“这个模式不但有医疗方面的支持，而且是建在农村成本较低，

更重要的是就在百姓的家门口，因此获得了老人们的认可。”王先胜说。

他告诉记者，在国际上，集中照护重度失能失智的老人是较为常见的做法，轻度的高龄失能失智老人可以进行居家照护，而中度、重度的高龄失能失智老人进行集中照护可以保证服务的质量，照护成本也相对较低。“因为居家的情况下是无法做到有求必应的。”

此外，王先胜认为，相比较“活力老人”的“医养结合”，养老作为公共服务范畴，需关注几类老人的“医养结合”情况：如“特困老人”“低保老人”“低收入老人”“失独老人”“优抚对象老人”等，在他们失能失智的情况下，家庭难以支撑其照护费用，需要进行一定的帮扶“兜底”。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

国家药品集中带量采购常态化下接续探索与启示

来源：中国医疗保险

截至目前，国家药品集中带量采购(以下简称“国采”)已启动七批八轮采购招标工作，其中已有六批七轮集采落地执行。所有批次国采产品均有1年—3年的协议期，超协议期产品均需进入接续程序。国采接续作为国采的重要组成部分，具有巩固前期政策成果和及时纠偏优化的功能，更是国采政策意志的延续。

第一批和第三批国采部分品种已于 2021 年底完成采购周期，多个省份和联盟已开展完成接续采购工作，并呈现出询价续约、双向选择带量分配、综合评分、完全竞价等接续模式。按照时间线，第二批和第四批国采品种也即将启动接续程序。本文结合国采常态化下产品格局的变化，对后续接续工作的探索和调整提出建议。

一、国采药品接续时间轴梳理

随着国采滚动开展，面对不同批次中 1 年—3 年的标期，各地每年面临多批次产品接续。从 2020 年 3 月第一批“4+7”试点接续工作开始，各地各批次接续工作系统性开展，国采成果继续延续。其中国采第一批、第三批协议期满品种接续工作基本上已经完成，各地已陆续公布结果。国采第二批 2 年期品种、第四批 1 年期品种的续约工作在 2022 年上半年展开，各省进度不一，大多已发接续通知或已开始执行(见表 1)。

表1 前五批国采中标产品协议期及续约时间

批次	中标数量	采购协议期	涉及品种数	执行时间	接续时间
“4+7”试点	25	1年	25	2019年3月	2020年3月
“4+7”扩围	25	1-2年	11	2019年12月	2020年12月
			14		2021年12月
			1		2021年11月
第二批	32	1-3年	20	2020年4月	2022年11月
			11		2023年11月
第三批	55	1-3年	22	2020年11月	2021年11月
			8		2022年11月
			25		2023年11月
第四批	46	1-3年	23	2021年5月	2022年5月
			11		2023年5月
			12		2024年5月
第五批	61	1-3年	14	2021年9月	2022年9月
			12		2023年9月
			35		2024年9月

二、第一批、第三批接续模式及结果分析

各地不同模式的设计均体现出接续阶段的初衷，或重稳定市场、医院、价格，或对国采部分结果不满借机优化，或进一步挤压价格水分。从稳定市场层面，四种模式稳定程度从高到低依次为询价续约模式、双向选择带量分配、综合评价、完全竞价。基于不同的接续目的，各模式均展现出优劣势（见表2）。

表2 第一批、第三批接续模式分析

评审方式	地区	续签周期	中选家数	优势	劣势
双向选择	北京	1年	多家	多家中选保供、满足医院需求	集采效应降低、政府和医院精细化管理要求高
	天津	1年	多家		
	河北	2年	多家		
	重庆联盟 (渝川藏鄂滇陕蒙)	2年	多家		
区间询价+竞价	黑龙江	3年	1家	稳定程度高、操作简易、执行成本低满足医院需求	优先原中选企业、新产品/企业参与度小
	吉林	1年	1家		
	福建	1年	1家		
	山东	3年	1-2家		
	江苏	2年	多家		
询价/竞价+综合评审	辽宁	2年	2家	稳定程度高	指标设定难度高
竞价	广东联盟(粤桂琼晋豫赣湘新甘青宁贵)	2年	多家	继续降价	市场稳定性低、引发价格战
综合评审	长三角联盟(皖浙沪)	2-3年	1家	产品优化利好大企业	市场稳定性低、管理执行成本高、评价结果引质疑

1、接续产品数量。第一批、第三批协议期满产品共47个，其中第一批25个，第三批22个。各地公布的参与接续的产品数量会有所差异，主要与各地接续时间和频次有关，如分为上半年或下半年统一

接续，故 47 个品种中第一批的部分产品会在上次接续中一并带过接续。江苏为 33 个产品，辽宁为 47 个(其中 36 个品种为询价接续，11 个品种为竞价接续)，长三角联盟中上海为 38 个，安徽和浙江为 47 个。

2、中标企业数量。由于接续规则不同，江苏为多家中选，接续新增企业数最多为 112 家。辽宁为最多 2 家中选，新增企业数 37 家。长三角联盟是三省市根据综合评审结果独家中标，上海、安徽、浙江分别新增 16 家、17 家、21 家。

3、价格变动幅度。江苏平均降幅 5.54%，辽宁降幅 7.74%，长三角联盟降幅为 20.6%~30.6%。但三种模式的共性在于原中标企业降幅不多，特别是江苏和辽宁两地几乎原价中选，新中选企业则需要更多降价。

三种接续模式是基于当地特点和不同接续目的而设定的规则导向的结果，在带来预期结果的同时，需要警惕优化其他风险。江苏作为制药企业大省，对于国内和省内制药企业有一定的偏好，并设定最低价中选企业优先获得 20%意向量以刺激企业降价积极性。超百家中选企业给予医院更多的选择权，使得医院用药需求得到满足。如 29 个非独家中选品种中，右美托咪定注射剂中选企业有 10 家，左乙拉西坦注射用浓溶液有 14 家企业中选，但多家中选临床品种的价格成为主要矛盾之一。辽宁追求市场稳定，34 个原企业中选品种中，18 个品种为原企业原价接续中选，且参与综合评审的 35 个品种皆为 2

家中选，给予新企业机会，提升供应保障能力，但综合评审指标设定的科学性引发质疑。长三角联盟经济实力强，对大品牌大企业有特别的偏好，希望接续改变国采格局，在指标设定上企业分的权重过大，多家头部企业多个品种中选。独家中选规则也导致企业之间竞争更为激烈。一套指标体系在三地评审引起分值的变动，也导致部分产品的不同企业中选。指标体系设定，特别是企业权重成为质疑和矛盾的焦点。

三、国家政策要求升级变化

2021年，《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2号）和《国家医疗保障局办公室关于做好国家组织药品集中带量采购协议期满后接续工作的通知》（医保办发〔2021〕44号），明确了“三稳定”，即稳定市场预期、稳定价格水平、稳定临床用药的原则和相关规则。遵循政策引导，各地开始对第一批、第三批国采开展接续工作，并积极探索询价、双向选择等接续模式。

在各地完成第一批、第三批接续工作后，针对各模式暴露的问题，国家对接续工作在继续“三稳定”原则下，直接作出更为具体的引导和规范。2022年3月，各地收到《关于准确全面贯彻国家组织药品集中带量采购协议期满后接续工作政策有关注意事项的通知》（医保办函〔2022〕12号），提出以下注意事项：

- 1、报量不准。发现部分报量下滑，影响企业预期及供应安排。

需对刻意少报或不报的医疗机构函询约谈，对超出报量的使用不予支付结余留用资金。采购量要在采购文件中注明，明确企业预期。

2、综合评分指标设置不合理。部分综合评分指标设置不科学，引入企业排名、产地、奖项等关联度小的指标。指标应选取直接相关性较高指标，避免地方保护，避免不相关因素影响中选结果，防止关联度小的外围指标影响公平竞争。

3、质量评价加码标准不一。部分地区对过评药品加置境外质量标准。应建立临床认可度等评价指标，逐步纳入药监监管结果，不以各类奖项、科研项目等与实际质量关联性不大的因素评价药品质量。

4、供应能力评估机械固化。评价多以企业规模为主，不能准确反映企业实际供应能力。实践中中选产品供应包括实际供应配送，应考察中选企业上一采购周期供应情况，或若该企业上一采购周期未中选其他中选产品的供应情况，若均无历史记录再参考产能产量设置。

5、管理执行不够精准。可按月监测国采产品进院覆盖、采购进度、使用比例以及非中选产品的使用量和价格等，必要时可定期通报、函询、约谈等，发现问题及时调整。

四、第二批、第四批国采格局变化

在经历第一批、第三批接续后，即将到来的第二批、第四批接续在规则设计上还需考虑产品竞争格局变化。根据国采入围企业确定准则，在试点和扩围批次，国采触发条件为1家企业，即过评就可纳入国采，部分品种未充分竞争，如右美托咪啶注射液等可在接续阶段有

较大降价空间。自第二批起，触发门槛为 3 家，自第七批调整为 ≥ 4 家，竞争格局持续打开。随着过评企业增多，最多入围企业数相应增加。从长远看，市场稳定性和供应更加有保证。个别品种由于申报企业缺位/无效报价，竞争不充分，降幅偏低，接续时需注意。大部分品种竞争相对充分，降幅明显，符合国采预期。

第二批国采协议期满品种有 20 个，平均降幅为 43.8%，其中降幅超过 50% 有 10 个品种。部分品种如阿德福韦酯等竞争不充分，国采时降价幅度较低，头孢拉定入围企业较多，但降幅仍然较小，都是接续中需重点关注的产品。

第四批国采协议期满有 23 个品种，平均降幅 66.57%，其中降幅超过 50% 有 21 个品种。除个别产品(原研缺位/报价无效)外，差额中选产品降幅都很大，充分体现了国家集采降价效应。其中注射剂类降幅远超口服制剂，且标期仅一年。

五、政策建议

1、充分理解国采常态化下产品竞争格局变化，合理分类接续

随着国采常态化开展，入选规则越发明晰优化，中选产品竞争更充分。在未来的接续中，需要充分考虑这一大环境的变化，如即将开始的第二批、第四批国采协议期满产品共计 43 个品种，其中降幅超过 50% 有 31 个品种，小于 50% 有 12 个品种。与第一批、第三批国采相比，第二批、第四批国采大部分品种入围企业较多，竞争更为充分，在国采时降幅较高，也有部分产品仍有降价空间。第二批、第四批后

的接续探索，更应明确“三个稳定”的初衷和方向，针对不同产品国采阶段的特性分类接续。在制定接续规则时，在大原则下增加精细度，基于每个产品的格局、执行情况差异灵活调整规则。

2、敏感捕捉国采阶段暴露的问题，在接续阶段弥补优化

随着国采规则的成熟和数据积累，不同批次国采执行中的问题不断变化。在价格层面，从产品降幅开始关注产品价差问题。为控制价差，从第二批国采开始就设置了“单位可比价 \leq 同品种最低单位可比价1.8倍”的熔断机制，目前此机制尚未触发。因此，在第七批国采阶段，国家通过对中选要求加码缩小品间熔断价差，即除了满足1.8倍熔断机制外，根据同品种价差排序，进一步淘汰价差较大的前6名品种的最后一名。在接续阶段，也应针对性增加规则来解决价差问题。在供应层面，从产品断供开始关注产品规格残缺问题。第二、四批国采规格残缺品种占中选产品的47%和56%，如第四批集采品种氨磺必利，有50mg、100mg和200mg三种规格，但最终中选仅有200mg一种规格，国采产品不能满足所有临床需求。面对新问题，第七批国采也作出了规则优化，增加替补机制，一省双供，确定主供企业和备供企业。在接续中全面摸清产品残缺规格，多家中选分摊企业供应压力，制定完善残缺规格的供应企业遴选程序，并充分考虑残缺规格价格确定的复杂性，予以合理浮动，建立产品规格备选机制。

3、全面掌握市场格局变化，设立合理接续规则，激发企业动力 准确报量给予企业明确的市场预期和信心，鼓励医疗机构参考历

史实际采购数据，及特殊品种用量合理浮动(儿童用药、抗菌药等)，结合新药上市治疗技术迭代导致的指南变化，自主报量提高准确性，且对于多家中选的品种，分配权交由医疗机构。在综合评审指标设计阶段，减少与产品直接相关性不高的指标，减少企业背景等影响，增加竞争的公平性。可加强企业供应能力评估，进行多维度的供应能力分析，如原料药、生产场地等，将供应能力纳入企业申报指标体系。随着国采竞争越来越充分，提前进行国采执行情况测算，对接续价格的区间设定应分类精确至具体品种，综合考虑供应配送、医疗机构使用情况、信用评价等。避免出现中标企业与非中标，高价中选与低价中选企业市场规模的倒挂，即量价挂钩效应失灵，挫伤企业动力。同时根据《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》(医保发〔2019〕18号)要求，按差比价规则确定医保支付标准，做好与医保支付、结余留用等配套改革政策的协同调整。

[返回目录](#)

国家医保局明确：这三大类药品暂不纳入集采

来源：国家医保局

集采如何“无禁区”？

近日，国家医保局官网公开了大批对全国人大代表和全国政协委员的提案和建议的回复，其中涉及到不少关于集采的内容。

国家医保局提到三类药目前暂未纳入集采范围，分别是创新药、含濒危野生动物成分的药品、孤儿药和短缺药。

究其原因，以创新药为例，《国家医疗保障局对十三届全国人大五次会议第 6102 号建议的答复》中提到，集采重点将用量大、采购金额高、竞争充分、临床使用成熟的药品纳入采购范围，创新药由于临床使用量不确定、竞争不充分，暂未纳入集采品种范围。

含珍贵濒危野生动物成分的药品，原料来源有限，一般供给较少、竞争不充分、临床使用相对较少、按现有的规则一般不会被纳入集采范围。

对于“孤儿药”和短缺药，国家医保局认为，由于多为用量少、竞争不充分的产品，当前基于不同企业间相互竞争的带量采购机制难以适用，需要探索新的采购机制。2021 年，指导重庆牵头 9 省开展短缺药集采，已取得一定成效，促进保供稳价。

此前，国家组织药品集中采购工作会议召开，会上强调，要按照国务院常务会议部署，推动集中带量采购常态化、制度化并提速扩面，实现 2025 年集中带量采购成为医药采购主导模式的发展目标，建立新时代下集中带量采购机制和药品价格形成机制。

目前，带量采购的范围日渐扩大，从化药、生物药到中成药，耗材方面，覆盖到骨科介入、心脏介入、人工晶体以及种植牙等。集采向深水区挺进，逐渐没有禁区。

仲崇明表示，集采在经济学理论上“无禁区”，但对于创新药而言，一般还没有在临床放量，盲目集采有带动销售之嫌。至于含珍贵濒危野生动物成分的药品、“孤儿药”和短缺药，这类药品的竞争主

体数量较少，供给和需求也相对较少，即使集采，也不一定能放量。

“不过，集采赶走了一些药品的“带金”空间，如果一直不集采，会不会招致临床销售使用对创新药进行“带金”？而创新药出现带金销售，可能易察难管。”

虽然创新药目前暂未纳入集采范围，但未来也可能进入集采，不管是集采还是医保谈判，其实对相关厂商、产品都有一定辅助。

这一点，从PD-1 就可以看出，以百济神州的替雷利珠单抗为例，2020 年的销售额为 10.6 亿元，2021 年的销售额达到了 16.58 亿元，医保谈判后放量效益明显。

国内某药企市场总监董泽成认为，创新药集采，会大大损伤新药创新积极性。专利期内的创新药不大可能纳入集采，但可能会国家医保谈判。

下一步，中成药集采、医疗机构范围均要扩面

值得注意的是，接下来，集采仍然还要扩面。国家医保局在对十三届全国人大五次会议第 4831 号建议的答复中提到，对于药品集采、医用耗材、集采机构的范围仍要扩面。例如，对于参与集采医药机构的范围，就明确规定，所有的公立医疗机构均应参加药品集采，医保定点社会办医疗机构和定点药店按定点协议管理的要求参照执行。

同时，国家医保局在对十三届全国人大五次会议第 8815 号建议的答复中明确，下一步，将继续指导各地完善中成药集采，有序扩大品种范围。也就是说，中成药集采还将继续，并且品种范围将扩大。

目前来看，下半年，除了各省陆续开展的中成药集采，种植牙集采的步伐也浩浩荡荡走来，并要求四川省牵头，各省均应参加。随着第七批国采落地时间的推进，第八批国采是否会很快拉开帷幕，仍然值得期待。

一直以来，集采都在大力挤掉医药流通过程中的灰色费用空间，引导企业转变营销模式，从之前拼渠道、营销模式等转化为质量和价格竞争，加快仿制药企业技术改造。从2018年“4+7”到如今已经完成的第七批国采，以及各省开展的带量采购等，集采早已常态化。

与此同时，国家医保局还在大力构建全国统一的医药集中采购市场。国家医保局在《关于政协十三届全国委员会第五次会议第01535号(社会管理类133号)提案答复的函》中表示，要从两个方面入手：

三、关于构建全国统一的医药集中采购市场

国家医保局一直致力于促进形成全国统一开放的集中采购市场，构建以市场为主导的医药价格形成机制。一是加强医药集中采购平台标准化、规范化、专业化建设。建立医保信息平台药品和医用耗材招采管理子系统，统一数据标准，实现省际医药集中

采购信息互联互通。二是积极推进省际联盟采购。要求各省按照国家组织集采相同的标准，规范开展省级集中带量采购工作。近期对地方省际联盟的工作进一步作了部署，形成湖北牵头的中成药联盟、四川牵头的牙科种植体联盟、福建牵头的电生理联盟等，实现一次集采，多地实施，进一步减少各方工作成本，放大改革效应。

随着集采“锚定”的区域越来越广，未来，创新药或者短缺药等是否会进集采，或许不久之后就有答案。

[返回目录](#)

· 健康中国 ·

浙江省湖州市南浔区委书记温建飞：

建强南浔体魄 助力健康中国建设

来源：健康中国观察

南浔区是湖州的东大门，地处苏浙两省交界处，东北面与苏州吴江接壤，东南与嘉兴桐乡接壤，于2003年建区，面积702平方公里，下辖1个省级开发区、1个高新区、8个镇、2个街道，常住人口54.3万人。南浔爱国卫生优良传统由来已久，上世纪50年代，南浔镇成为新中国第一个“无蝇镇”，党的十九大提出“实施健康中国战略”以来，南浔区秉持“以人民健康为中心”理念，从早从快从实谋划，因地制宜，全方位推进健康中国15项行动落地见效。近年来，南浔区先后荣获全国文明城市、浙江省文明区、省级食品安全区、生态文明建设示范区、慢病防控示范区等称号，代表浙江省参加国家公共卫生考核获全国第一，成功承办首次高水平推进健康浙江行动现场会，健康浙江考核连续四年获评“优秀”等次。

一、聚焦服务高质量，夯实全域健康基础

一是医疗资源扩面提质。全面深化“三医联动六医统筹”集成改

革，成立区医疗集团，新建综合医院4家、卫生院3家、新改扩建社区卫生服务站48家，不断完善优质高效的区域分级诊疗体系，连续两年获公立医院综合改革评价优秀等次。全省率先探索社区卫生服务站分级分类改革，“5G+”社区智慧健康管理项目入选国家试点名单，被省委、省政府授予县域医共体工作成绩突出集体称号。二是医疗保障普惠共享。建立以医疗保险为基本保障、大病保险为延伸、医疗救助为托底、商业保险为补充的多层次医疗保障体系，全区户籍人口基本医保参保率达99.92%，商业补充医疗保险投保率达72.3%。实施慢性病门诊保障制度和城乡居民困难人员专项医疗救助制度及困难人员个人现金支付封顶制，将高血压、糖尿病等12种常见慢性病纳入规定慢性病病种范围，提高报销比例和门诊封顶额，实现年度医疗费用个人负担超1万元以上的困难人员全部清零。三是数字服务优化升级。推动医疗卫生服务领域深化“最多跑一次”改革提档升级，推进检查检验结果跨区域跨层级互认共享，154家医疗机构实现全市处方流转，二级医院门诊、病房智慧结算率分别达到73.76%和75.39%。提档升级区域卫生健康和医疗机构电子病历信息化水平，全民健康信息平台互联互通标准化成熟度达到五级乙等标准，二级医院电子病历应用水平达到4级标准。与上海交大公共卫生学院建立合作关系，免费发放智能监测设备7000套，纳入“5G+”社区智慧健康管理的患者增至1.1万人。

二、聚焦发展竞争力，培育多元健康产业

一是大力发展“健康+平台”。以大健康为着力点，坚持在产业引领下走绿色发展之路，引进亿元以上项目 163 个，引入马术俱乐部、网球红土场地等新兴业态，推进太阳酒店、大象酒店等重点健康文旅项目建设，打造集度假疗养、休闲康养、亲子憩养于一体的大健康环境。今年以来 41 个文旅项目完成投资 39.11 亿元。二是大力发展“健康+旅游”。实施大运河古镇集群文化复兴工程，聚力将南浔打造成世界级运河文化集中展示地、长三角水乡旅游首选地、新时代文化润富新高地；以新时代农文旅促进共同富裕试验区建设为抓手，推动农文体旅产业融合发展，做特“南浔百味”美食谱系，形成“古镇旅游+乡村旅游”双轮驱动的全域旅游新格局。三是大力发展“健康+养老”。投资 3.8 亿元新建水晶晶颐养中心，全市率先探索乡镇医养结合改革，储备并落地项目 5 个，引入品牌养老服务企业 3 家。立足社区养老，构建“1+10+N”的三级居家养老设施网络，建成居家养老服务中心 229 个。实施智慧养老工程，创建 2 家康养联合体，打造 1 个智慧养老院、12 个智慧居家养老服务中心及 9 个智慧老年食堂，建立医、康、养转接机制，成功申请两个国家级智慧健康养老应用试点。

三、聚焦治理现代化，打造优质健康环境

一是打造宜居的生态环境。全国率先制定“幸福河湖”地方标准规范，连续三年夺得省“五水共治”大禹鼎。发布全国首个废气治理技术规范，全省率先实施挥发性有机物源头治理，全国率先制定木业绿色生产地方标准规范，全省率先开展涉 VOCs (挥发性有机物) 企业

水性涂料源头替代，地方特色产业地板行业实现高固含量UV漆、水性漆全覆盖。试行推广“干式过滤+活性炭吸附+第三方治理”模式，经验做法被央视《焦点访谈》栏目播出，二是创造整洁的卫生环境。深入开展城乡环境卫生整洁行动，由卫生城镇创建向健康城镇建设迭代升级，国家卫生镇实现全覆盖，制定全国首个《健康村镇建设与评价规范》地方标准。通过“精准赋能、靶向治理”垃圾分类难题，全面提升垃圾分类智慧化管理水平，农村生活垃圾分类处理行政村覆盖率、无害化卫生厕所普及率、城镇生活垃圾分类覆盖面均达到100%。三是营造和谐的安全环境。开展“食药安+”系列创建，全区学校、外卖“阳光厨房”建设全覆盖，基本药物评价抽检合格率达到100%。全面推行具有浙江特色的合格证并纳入“浙农码”，主要农产品省级检测合格率达98.05%，入选绿色种养循环农业试点。推动重点企业场所安全风险等智能场景运用建设，道路交通万车死亡率下降0.92%，平安南浔建设实现十六连冠。

四、聚焦文明新风尚，营造全民健康氛围

一是健康素养有效提高。设立浙江省首个经人大常委会审议通过的“5·15全民健康日”，大力倡导“每个人都是自己健康的第一责任人”理念。建立完善健康科普专家库和健康科普资源库，构建健康科普知识发布和传播机制，开展健康素养巡讲、健康素养进农村文化礼堂、应急救护培训提质扩面等一系列活动，三年来，共举办健康活动3600场，体育赛事500余场次，惠及25万人，应急救护授训6.7

万人，健康素养水平提升至 37.33%。二是健康细胞不断激活。有效打造健康公平，持续发挥地标引领作用，擦亮健康村镇品牌，把优质健康资源真正送到百姓家门口。新建运动场地 74 个、健身步道 230 公里，人均体育场地达到 2.03 平方米，形成“10 分钟健身圈”。创新探索并全域建设健康体验馆(三室一堂)9 家，建成金、银牌健康促进学校 22 所，实现铜牌和省级健康促进医院全覆盖；健康家庭示范户累计创建 1977 户。三是健康文化日趋流行。发布全市首个《市民健康公约》，出台健康科普行动方案，制作全省首张《健康行动地图》，创编《小浔一家话健康》漫画 3 季，入围 2021 年全国新时代健康科普优秀名单。将健康文化纳入精神文明建设，写进村规民约，融入企业发展，建成文化礼堂 217 家、文化驿站 10 家、健康素养进文化礼堂实现全覆盖，形成区域健康品牌。

[返回目录](#)

专访贾伟平院士：预防为主 医防融合 深入推进糖尿病防治行动

来源：健康面对面

糖尿病作为一个典型的慢性疾病，近年来其患病率呈井喷式增长。据估测，我国目前糖尿病患者约有 1.25 亿，而处于糖尿病前期的人群超 2 亿。《中国慢性病及危险因素监测报告(2018)》：2018 年我国 18 岁及以上居民糖尿病前期流行率为 18.6%。做好糖尿病前期预防，对防治糖尿病非常重要。如何做好糖尿病前期预防呢？防糖尿病就是防“糖”吗？为了更好地回应社会关切，本刊记者专访了国

家基层糖尿病防治管理办公室主任、上海市糖尿病研究所所长、健康中国行动专家咨询委员会委员贾伟平院士。

《健康中国观察》：近年来，很多人出现“恐糖症”，担心食糖会得糖尿病，甚至减寿。食糖量与糖尿病有直接关系吗？防控糖尿病就是防“糖”吗？

贾伟平：这些说法是不准确的。平时少吃糖不一定就能避免糖尿病，而糖尿病也不是单纯因为糖吃多了。

首先我们来了解一下糖尿病的历史，糖尿病是一种历史悠久的疾病。国内最早的文字记载可以追溯到《黄帝内经》，而在隋朝的《古今录验方》中，首次发现对尿甜的描述。在西方医学中，糖尿病在公元1世纪最先命名为“Diabetes”，意思是“多尿”。后来在1675年英国神经病学家 Thomas Willis 注意到糖尿病患者尿的味道是甜的，于是在 Diabetes 后面加上了一个拉丁语词 Mellitus(译为像蜂蜜一样甜美)，从此糖尿病得以命名。

在正常情况下，血液中的葡萄糖会随着血液到达肾脏，进入肾小管后会被重新吸收回血液，通常糖并不会随着尿液排出。而糖尿病病人之所以尿中含糖，并不是因为糖吃得过多，而是因为机体无法利用摄入的糖导致血糖水平升高，超过了肾小管重新吸收糖的能力，糖便会随着尿液排出，形成糖尿。因此糖尿病的发生，归根结底还是因为机体无法有效利用糖导致的，和吃糖本身没有直接关系。

此外，过分“恐糖”实际是对糖的认识存在较大的误区。从广义

上来讲，糖又称为碳水化合物，广泛存在于粮谷类、薯类、豆类和蔬菜水果中。在营养学上按化学结构一般将其分为四类：单糖、双糖、寡糖和多糖。碳水化合物进入体内后，会被分解为单糖形式，通过葡萄糖的迅速氧化为机体提供约 50%~60%的能量来源。因此，糖类是生命不可或缺的物质。

目前市面上有较多的饮料或食品中添加糖，其中包括了淀粉、蔗糖、果糖、葡萄糖、麦芽糖、乳糖等所有人体能吸收的碳水化合物种类。然而，如果长期摄入过多的食物或者吃“糖”过多，导致机体的能量摄入大于能量消耗，过多的能量会以脂肪的形式储存起来，引起肥胖、脂肪肝等，过度堆积的脂肪容易造成胰岛素对糖处理的能力下降，从而诱发糖尿病的发生。因此，防控糖尿病不是不吃糖或少吃糖那么简单，而是要养成良好的生活习惯，重点要保持能量摄入与能量消耗的平衡。

《健康中国观察》：“糖尿病前期”的人群是预防糖尿病的重点人群，这批人如何预防糖尿病呢？

贾伟平：“糖尿病前期”是一种血糖升高的状态，特指空腹血糖或餐后血糖高于正常人，却又未达到糖尿病的诊断标准，临床上称为糖调节受损，这类人群发展为糖尿病的风险极高，每年约有 8%-10% 的人可以转化为糖尿病。为此建议有糖尿病家族史，查体发现血糖轻度升高，超重肥胖、脂肪肝、血脂异常和高血压的个体要了解自己的血糖、血压和血脂的情况，至少每半年测量一次血糖，每年到医院进

行一次糖尿病评估。在日常生活中要做到少吃多动，能量平衡。即合理控制食物总量，尽量使体重维持在健康水平，超重或肥胖者使体重指数(BMI)达到或接近 $24\text{kg}/\text{m}^2$ 。低脂、富含膳食纤维的食物以及戒酒，戒烟，限盐有益于健康。同时要养成规律运动的习惯，运动方式适度量力，贵在坚持，通常每周至少 150 分钟中等强度的运动，有益于改善糖脂代谢及保持体重的稳定。

《健康中国观察》：糖尿病会导致很多并发症，而且并发症一旦产生，药物治疗很难逆转，因此强调尽早预防糖尿病并发症，关于预防糖尿病并发症请您给出一些普适化的建议。

贾伟平：长期的慢性高血糖状态，会造成血管内皮损伤，从而导致糖尿病慢性并发症的发生及进展，其主要有糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病，糖尿病神经病变等。还会伴发大血管病变如心梗、中风、下肢血管病变等，严重者心、脑、肾等重要器官功能衰竭，甚至危及生命。国际上公认糖化血红蛋白(HbA1c) $\leq 7\%$ ，血管并发症的风险可显著降低。英国糖尿病前瞻性研究(UKPDS)表明，HbA1c 每下降 1%，可使所有糖尿病相关终点风险和糖尿病相关死亡风险降低 21%，微血管并发症风险降低 37%，心梗风险降低 14%。而且降糖越早，效果越好。此外，糖尿病患者常常是高血糖、高血压、血脂异常、肥胖等同时存在，使糖尿病并发症的发生风险、进展速度及危害加重加快，如同“雪上加霜”。因此糖尿病的管理要实施对血糖、血压、血脂三高的共管。

预防和延缓糖尿病慢性并发症的关键之一是要早筛查：即一经诊断糖尿病就要到医院检查眼底，尿微量白蛋白/尿肌酐，心血管筛查（心电图、动态心电图、心脏彩超等），肌电图、下肢彩超等。以判断是否患有眼、肾、神经血管等并发症。做到早发现、早干预、早控制。

关键之二是遵医嘱，医患合作控血糖：即规律服药和定期血糖监测；对于血糖控制不好的患者，或出现视物模糊、口腔疾病、皮肤瘙痒、下肢对称性肢端麻木、疼痛或感觉异常，尿液泡沫增多、夜尿增加、眼睑及双下肢浮肿等身体异常信号时，要及时与医生沟通，调整治疗方案。在血糖控制达标基础上，还要尽量减少血糖波动，同时关注血压和血脂的控制情况。

关键之三是建立良好的生活方式：即平时生活起居要有规律，不暴饮暴食，要平衡膳食，减少精制碳水化合物（如白米饭、面食、饼干等）和含糖饮料的摄入，比如以全谷物或杂豆类替代 1/3 精白米、面等主食；要戒酒；要适量运动，适当运动有助于血糖改善，超重、肥胖者即使减去 5% 的体重，也会为糖尿病管理带来明显益处；要戒烟，糖尿病患者吸烟会加大患心血管疾病的风险；要规律作息，每日至少 7 小时睡眠等。

《健康中国观察》：关于建立和完善前瞻性、可行性、可持续性和创新性糖尿病防控体系，实现关口前移、加速遏制、逐渐消除糖尿病对实际人群的健康危害的综合防控目标，您有哪些思考？

贾伟平：人类社会正在进入一个新的发展阶段，在健康领域主要

是面对老龄化和慢性病的挑战，以及新发传染病引发的重大危害。面对慢性病造成的健康威胁，要以疾病诊断治疗为主的传统临床医学模式向对健康状态进行早期监测和早期干预为主的大健康模式转变。

“关口前移”“健康优先”“主动健康”是抗击慢性病更为合理和经济的策略。要持续开展技术创新和集成，创新和发展“医防融合”“医管融合”的协同管理体系，推动慢性病防控的全人群、全方位、全生命周期管理，践行面向人民生命健康的国家战略。

2型糖尿病在进入临床阶段之前，机体往往出现腹型肥胖及糖调节异常的“糖尿病前期”；据估测，我国目前糖尿病患者约有1.25亿，而处于糖尿病前期的人群超2亿。显然，这样一个发病前的亚健康“窗口期”给人们提供了抗击慢性病的重要机会，所以人们不应像过去那样，等到疾病出现了才去诊断和治疗，应该把抗击糖尿病的关口前移至糖尿病的高危人群，对他们进行早期监测和早期生活方式干预，以阻止或延缓发展到糖尿病临床阶段，甚至还可从疾病前期转归到正常状态。

糖尿病防控措施的制定和实施要基于其发生、发展规律去思考，研究不同阶段的科学技术；既要有用于大医院的高精尖技术，更要有广泛用于基层的适宜技术，以支撑慢性病防控的多层次需求和广覆盖。管理方面的创新实践能够发挥更为强大的效应。我们可以从以下几个方面去实践和推动：一是整合资源，促进医疗系统与预防系统的交叉融合，为老百姓提供全生命周期的、更高质量的健康管理服务。

很多地区目前正积极探索公共卫生机构与医疗机构职责、人员、任务、流程等的协同与整合。二是优质资源下沉，倡导大医院专科对地区基层医疗机构的持续技术支持和服务衔接，畅通分级诊疗。县域医疗服务共同体(以下简称医共体)建设是目前医改新的突破口，对于整体提高县域医疗资源的配置和使用效率、加快提升基层能力，缓解“看病难、看病贵”具有积极意义。糖尿病管理应当把握这个契机，推动医共体单位开展糖尿病无缝化协同管理，理顺医疗机构与基层单位的职责和联系，并提供技术支撑。三是资源集成倾斜，面对有限的社会资源，特别要支持农村和贫困地区的建设，研究适宜的防治技术和方法，让农村偏远地区的老百姓享受到有效的慢性病健康管理服务。在农村地区，一方面要教会乡村医生规范使用最基本的设备和工具，比如血压计、便携式血糖仪、测量腰围的软尺、筛查评估量表等，筛查发现和规范管理高血压、糖尿病、肿瘤的高危人群和患者。同时要赋予百姓易懂的防病科普知识，比如国家基层糖尿病防治管理办公室设计了慢病防控海报，并发放到基层，就是一个有效的手段。另一方面也要利用先进的信息技术赋能乡村管理，推动全社会健康资源的共享共建。总之，面对慢性病防控的巨大挑战，为将习近平总书记提出的面向人民生命健康的国家战略落到实处，需要我们持续开展技术创新和集成，创新和发展“医防融合”“医管融合”的协同管理体系，推动慢性病防控的全人群、全方位、全生命周期管理。

[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