

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2023年第25期

(2023.06.19-2023.06.25)

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。)

### · 分析解读 ·

▶ [政策联动+信息共享，推进“三医”协同发展治理](#) (来源：清华大学医院管理研究院) ——第 7 页

【提要】近年来，国家有关部门以保障人民群众健康和生命安全为出发点和落脚点，在“保基本、强基层、建机制、补短板”的基本原则下，将医药卫生体制改革推向纵深。然而在落实通过发展紧密型县域医共体提升居民健康“守门人”能力、组建跨区域专科联盟提高临床创新能力等有助于“强基层、建机制”的具体工作时，出现了两个难点问题。一是如何正确理解并实施基层卫生保健的全球共识；二是如何正确理解并实施三级医疗服务的全球共识。

▶ [柳叶刀子刊：我国慢病防控不乐观，危险因素流行](#) (来源：中国循环杂志) ——第 13 页

【提要】近期，柳叶刀子刊一项基于中国慢性病危险因素监测和中国居民营养调查的研究全面描绘了中国慢性非传染性疾病的变化趋势，包括可改变的行为危险因素、心血管危险因素和非传染性疾病死亡情况。这项来自于西安交通大学健康科学中心的研究发现，超过 50% 的中国男性目前吸烟，越来越多的成年人体力活动不足，几乎半数中国居民水果/蔬菜摄入量低，红肉摄入量高。作者呼吁，应把促进健康

生活方式和预防疾病放在首位，整合公共卫生和临床服务，实现预防和治疗并重的全链条慢病管理。

### • 国际视野 •

▶ [如何减少“分解住院”？了解一下美国怎么做](#)（来源：北京医药卫生经济研究会）——第 20 页

【提要】DRG 是一种根据历史数据，将诊断相关疾病组合的设置支付标准的预付费制支付方式，由于超支不补的规则，使得过多的费用将由医疗机构承担。对此，美国推行了“再入院减少计划（Hospital Readmissions Reduction Program，HRRP）”（下文简称 HRRP），通过对高于平均再入院率的医院进行经济处罚来降低再入院率，提高医疗质量。本文对美国“再入院减少计划”进行阐述，为解决我国医疗机构在 DRG 支付体系下的“分解住院”问题提供经验借鉴。

▶ [商业保险+医药零售，会成为变革医疗行业的“降维打击”吗？](#)（来源：动脉网）——第 26 页

【提要】为什么说商业保险+医药零售是医疗行业的降维打击：其一是因为该模式非常新，目前只有少数的公司在做，有前瞻性意义；其二是该模式潜力巨大，商业保险和医药零售市场规模增长非常快，且可以产生协同效应，这条路走通之后，或对原有医疗保险和医药零售造成冲击；其三是该模式契合了政策和市场方向，有望为变革中的医疗行业找到一条新路。那么，商业保险+医药零售的历史沿革如何，有没有相对成熟的经验可兹借鉴，国内哪些公司在做？带着这些疑问，

动脉网对商业保险+医药零售模式予以了梳理，并通过访谈积累了数个企业案例。

## · 养老服务 ·

[▶ 畅通老年健康服务“最后一公里” 这些措施将上线](#)（来源：央视新闻）——第 30 页

**【提要】**根据国家卫生健康委、全国老龄办等部门印发的《关于加强老年健康服务工作的通知》，人口老龄化是我国今后相当长一个时期的基本国情，健康服务需求是老年人最急迫、最突出的需求。国家卫生健康委有关负责人近日表示，我国老年人“长寿不健康”问题较为突出，带病生存、多病共存的情况十分普遍，下一步将重点加强失能老人长期照护工作，促进健康老龄化，努力走出一条中国特色应对人口老龄化的道路。

[▶ 应对全球老龄化挑战 抗衰老市场渐引人们关注](#)（来源：中国新闻网）——第 35 页

**【提要】**随着全球人口老龄化不断加剧，世界卫生组织预计 2050 年全球大于 60 岁的人口将达到 20 亿，大于 65 岁的人口占 15.6%。2020 年中国第七次人口普查：65 岁及以上人口占 13.5%，预计到 2050 年，65 岁及以上人口达 4 亿，约占 26.9%，中国正加速步入老龄化社会，2022 年我国 65 周岁及以上人口约为 2.09 亿人，预计到 2030 年，我国将成为全球人口老龄化程度最高的国家之一。

## • 医院管理 •

### [▶ 分娩量持续下降, 妇科疾病高发, 妇幼医院高质量发展路在何方?](#)

(来源: 健康界) ——第 44 页

**【提要】**中国出生人口下降趋势已成定局, 面对生育率持续下降, 妇幼医疗机构的业务如何发展? 与此同时, 女性妇科疾病发病率持续攀升, 作为人类生命孕育的主体, 女性健康, 尤其是生殖健康又该如何守护? 日前, 由海南博鳌医学创新研究院与健康界主办、金赛药业支持的“畅想新篇 凝造未来 女性健康管理院长云端研讨会”正式召开。此次会议以“管理赋能生命内涵”为主题, 多位妇幼以及生殖领域的专家汇聚一堂, 共话新时代妇幼及生殖健康领域的高质量发展之道。

### [▶ 医保基金使用常态化监管, 医院管理如何转型?](#) (来源: 中国医

疗保险) ——第 50 页

**【提要】**医保基金是人民群众的“看病钱”、“救命钱”, 绝对不是“唐僧肉”, 织牢医疗保障基金使用常态化监管制度牢笼, 关乎社会稳定和广大人民群众的利益, 甚至影响到医保基金安全行稳致远的大事。国家 14 部门《关于印发 2023 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知》(国卫医急函〔2023〕75 号)强调, 加强医保基金规范管理及使用, 聚焦重点科室、重点领域、重点监控药品和医保结算费用排名靠前的药品耗材, 规范医保基金管理使用。持续开展打击虚假就医、医保药品倒卖等欺诈骗保行为。《意见》发布促使医保基金监管更加从严。对医院带来“四大挑战”。

• 带量采购 •

[▶ 全国统一采购平台加速推进，“一品一码”暴露“全国最低价”](#)

（来源：医药经济报）——第 53 页

**【提要】**在国家医保局官宣全国统一医保信息平台全面建成后，全国各地积极响应，加速推进全国统一招采子系统的落地使用。业内专家指出，“无编码不采购”如今已经成为全国药品、耗材采购的普遍规则和行业共识，随着各省陆续接入全国统一招采平台，解决重复编码、无编码等编码混乱问题，大量“重复拿码、分解拿码”的药品、耗材将极有可能退出公立医院市场。

[▶ 6 月 30 日起，5 类耗材开始降价](#)（来源：医疗器械经销商联盟）

——第 57 页

**【提要】**6 月 21 日，吉林省医保局发布《关于执行 5 类省际联盟耗材集中带量采购吉林省中选结果的通知》（以下简称《通知》）。《通知》明确，心脏介入电生理、腔镜切割吻/缝合器、冠脉导引导管、冠脉药物球囊、吻合器（包含由京津冀“3+N”联盟组织开展的管型/端端吻合器、痔吻合器）5 类耗材中选结果，将于 2023 年 6 月 30 日在吉林省正式执行。

## -----本期内容-----

### · 分析解读 ·

#### 政策联动+信息共享，推进“三医”协同发展治理

来源：清华大学医院管理研究院

系统集成、协同高效的工作要求是新时代医保、医疗和医药实现协同发展的必由之路。在笔者看来，目前的核心问题是如何在制度安排系统化和信息共享的前提下真正实现协同。

#### 补齐基层短板，整合医护体系

近年来，国家有关部门以保障人民群众健康和生命安全为出发点和落脚点，在“保基本、强基层、建机制、补短板”的基本原则下，将医药卫生体制改革推向纵深。然而在落实通过发展紧密型县域医共体提升居民健康“守门人”能力、组建跨区域专科联盟提高临床创新能力等有助于“强基层、建机制”的具体工作时，出现了两个难点问题。

一是如何正确理解并实施基层卫生保健的全球共识。1948年，世界卫生组织(WHO)在宪章中提到基本保健(primary care)应当关注妇幼健康和流行病预防。1978年，WHO在《阿拉木图宣言》中提出了“到2000年基本保健进入社区(服务可及)和人人享有(医保支付)”的概念。

我国自2009年开展新医改后，一些地区将基层医疗机构的住院

床位取消，社区卫生服务中心只提供公共卫生服务和常见病门诊，不能提供专科服务。在笔者看来，这种做法忽略了《阿拉木图宣言》对基本保健的新定义。在社区和家庭的共同参与下，以合适的药物和技术提供国家负担得起、人人享有的基本保健服务(含公共卫生、疾病管理、健康促进)，提高人民生活质量，是 21 世纪国家和政府的重要责任。完整的基本保健定义内含着可及性、安全性和可支付三个价值层面。因此“强基层”不能仅停留在口号上，更需要有体制机制上的实际支持。近年来，我国江苏、浙江、广东、广西和福建等地在加强社区医疗服务能力建设上均有突破。

二是如何正确理解并实施三级医疗服务的全球共识。WHO 提出应该通过全科、专科及专家的三级临床协作流程，包括医防融合的公共卫生服务，按照人群居住地域形成半径服务圈。这一倡议进入我国后被演绎为三级医院分级管理，卫生健康、财政、发改、人社、医保等部门均照此进行人、财、物等资源的配置与定价，级别越高配置越多的做法导致基层医务人员评职称难、工作收入低，医学生毕业不愿去基层，大医院随意虹吸基层资源，即便医保实施了差异支付政策也难以推动患者走向基层，患者不得不在三级医疗机构之间重复就医、多次挂号、反复检查，就医体验差、资源消耗多，医患纠纷频发、医护收入少。

在笔者看来，以人为本、以健康为中心的三级服务应该是一个正三角形体系。医药卫生体制改革的目标是提高卫生健康供给质量和服



务水平，其实现路径应当是推动一级和二级医院进入社区，做实家庭医生首诊并打造整合式就医模式，疾控要实现医防融合，社区要实现全专融合，让医护服务进入社区驿站和家庭病床。从目前我国的实际情况来看，可以将建设县域医共体作为提升基层医疗卫生服务体系整体效能的一个重要突破口，通过建立管用高效的协同机制，即由卫生健康部门与医保部门联合建立健康绩效评估与奖励机制，实现以健康结果为绩效奖励引导医共体优化资源配置的目标，并将健康绩效纳入基层政府的工作考核人员任用和奖惩机制。

### **以结果付费，实现总额预算管理和健康绩效评估**

医疗服务绝非简单的商品交易，医保支付重在建立机制。应通过四方面举措，从原本鼓励医院多干多得的按数量付费逐步转向按结果付费，激励并引导医院走向健康管理、价值医疗，实现医保基金对三级医疗服务的正三角分布和支付。

#### **一是普及并完善病种分值付费。**

随着《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》的全面推进，目前我国正在形成以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。推动医保支付方式改革的目的是提高基金使用效率，引导医院通过精细化管理，提高诊疗水平，实现高质量发展，但从深化医药卫生体制改革的全局来看，包括按病种付费在内的一些支付方式改革是一种局部性改革，不能指望通过它来改变大医院虹吸基层资源和通过增加服务实现盈余的动机。

## 二是按区域和人口实行总额预算管理。

建机制的具体操作可以分为四步走：第一步是按照身体情况和往期医药费用(含住院、门诊、康复等)对参保人进行分组，这为按照医疗风险配置医保资金奠定了基础；第二步是设计人头加权指标(如年龄组)和权重，可以探索对家庭医生续约和代际同签实施奖励，而非直接支付签约费用，对紧密型医共体实行总额预算管理；第三步是完善复合型结算管理，包括异地就医钱随人走(预算减额)、病种分值付费结余留用、复杂病组合理超支分担，探索康复医疗、门诊特病、社区慢病支付方式，激励门诊下社区；第四步是建立“患者康复、医药资源耗费、医保基金耗费”三维健康绩效评估模型，设置健康、轻症、中度重症、重症、严重症等分组，抓取来自临床的真实数据，按照参保患者进入健康组的结果进行奖励，引导医共体通过“减少患者、增加健康”来实现盈余。

## 三是医药量价挂钩进系统，建立各方共赢机制。

药品绝非普通商品，其定价和采购要纳入医保系统建设。医药、设施设备和耗材的研发依赖临床医疗数据，产品能否进入医保目录、以何种价格支付，需要同其治疗效果、临床使用频次挂钩。目前推进这一环节改革的难点主要来自三个方面：产业的上游(研发)、中游(定价与销售)、下游(使用)信息不对称；缺乏药物经济评估和临床证据；定价与使用之间盲点多、断点多。我国自 2018 年成立国家医疗保障局以来，在药物保障、量价挂钩、规范流通等方面取得了突出成效，

今后的改革重点在于建立信息共享平台、发展药物经济临床循证，通过总额预算管理和健康绩效评估，调动医共体规范用药与合理用药的积极性，完善量价集成机制。

#### 四是统一信息化标准和接口，实现信息共享。

居民健康档案和病案是健康数据的重要来源，医疗机构作为健康数据的发源地，信息共享必须也只能从这里开始。目前，我国医疗机构数据信息资源碎片化情况十分严重，已成为推进医疗信息化和实现信息共享的体制性障碍。应通过三大具体措施推进改革：首先，由有关政府部门构建居民健康大数据平台和多部门信息共享机制，将家庭医生签约情况(包括续约率、代际同签情况、签约服务绩效等)实现信息共享；其次，由国家进行顶层设计、多部门联合制定医疗机构信息标准，待医疗机构实现数据集成后，各部门再抓取相关信息实施管理、服务和监督，消除机构各自为政的局面；最后，由国家制定法律法规，省级建立招采平台，建立第三方服务商准入和退出机制，抑制和禁止不正当竞争行为对医疗机构信息化造成的伤害，实现多方共赢。

[返回目录](#)

### 柳叶刀子刊：我国慢病防控不乐观，危险因素流行

来源：中国循环杂志

近期，柳叶刀子刊一项基于中国慢性病危险因素监测和中国居民营养调查的研究全面描绘了中国慢性非传染性疾病的变化趋势，包括可改变的行为危险因素、心血管危险因素和非传染性疾病死亡情况。

这项来自于西安交通大学健康科学中心的研究发现，超过 50%的中国男性目前吸烟，越来越多的成年人体力活动不足，几乎半数中国居民水果/蔬菜摄入量低，红肉摄入量高。

2002~2018 年，心血管危险因素的患病率均大幅升高，肥胖从 2002 年的 7.1% 升至 2018 年的 16.4%、超重/肥胖从 29.9% 升至 50.7%、高血压从 18.8% 升至 27.5%、糖尿病从 2.6% 升至 11.9%，血脂异常从 18.6% 升至 35.6%。

而在这十几年间高血压和糖尿病的知晓率、治疗率和控制率均增长非常缓慢，波动在 10%~40%。

相应的是，慢性非传染性疾病死亡率从 2012 年的 533/10 万上升到 2018 年的 685/10 万，增幅 28.5%。慢性非传染性疾病死因占比持续增加，从 2002 年的 80.0%，增加至 2019 年的 88.5%。

2019 年，心血管病、癌症、慢性呼吸道疾病和糖尿病死亡分别占总死亡的 47.1%、24.1%、8.8% 和 2.5%。

作者认为，慢性非传染性疾病患病率持续上升，而管理停滞不前，预计 2030 年肥胖、高血压和糖尿病的患病率以及管理情况也不乐观，无法实现全球或国家目标。

作者呼吁，应把促进健康生活方式和预防疾病放在首位，整合公共卫生和临床服务，实现预防和治疗并重的全链条慢病管理。

### 每六人中就有一人肥胖

从 2002 年到 2018 年，肥胖的患病率从 7.1% 上升到 16.4%。

2002 年，男性的肥胖患病率低于女性；但自 2012 年以来，这种模式发生了逆转。2002 年、2012 年和 2018 年，45~59 岁年龄组的肥胖患病率高于 18~44 岁和 60 岁以上年龄组。

城市地区的肥胖患病率高于农村地区，但随着时间的推移，这一差距缩小了。城市男性的肥胖患病率最高。预计中国的超重和肥胖将使造成 4180 亿元人民币的支出，占医疗费用总额的 21.5%。

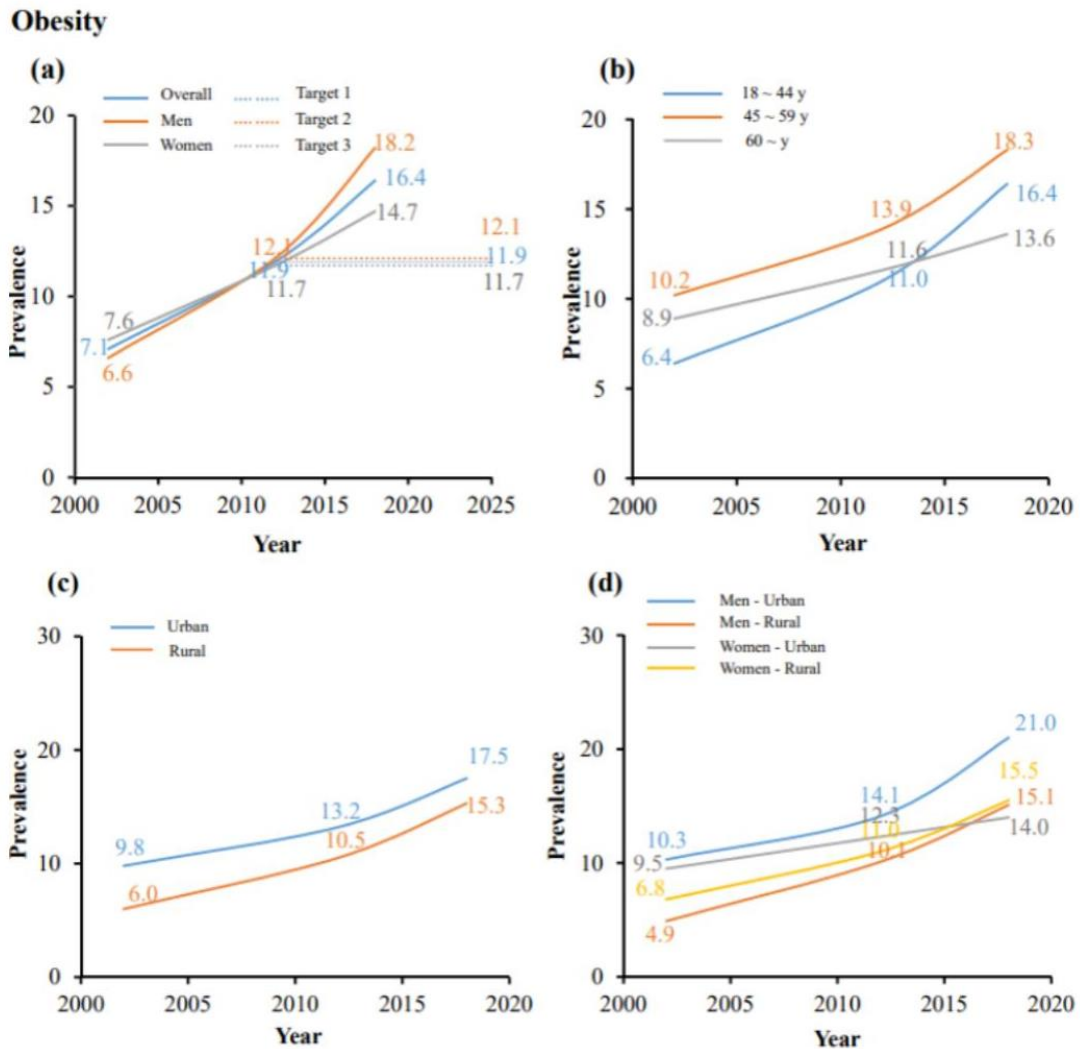


图 1 2002~2018 年 ≥18 岁居民肥胖患病率趋势 (%)

### 高血压控制率仅 11%

高血压患病率从 2002 年的 18.8% 上升到 2012 年的 25.2%，并进

一步上升到 2018 年的 27.5%。

男性高血压患病率高于女性，从 2002 年到 2018 年，性别差异翻了一番。2018 年，农村地区高血压患病率已经超过城市地区。但农村地区高血压的知晓率、治疗率和控制率低于城市。

总体而言，2002 年至 2018 年，高血压的知晓率、治疗率和控制率分别提高了 10.8%、10.2%和 4.9%。男性的知晓率、治疗率和控制率低于女性。但 18~44 岁年龄组最低。

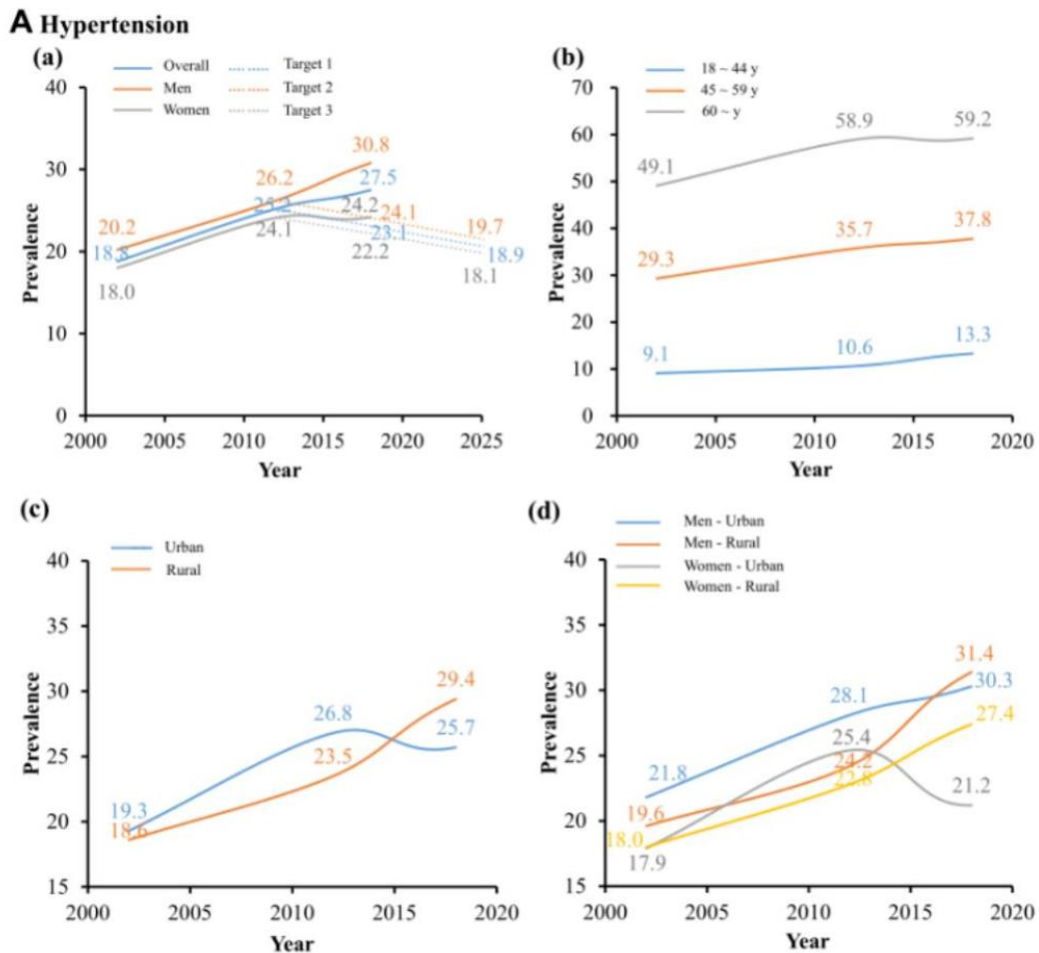


图 2 2002~2018 年 ≥18 岁居民高血压患病率趋势(%)

2018 年，高血压控制率最低，仅为 11%。与城市居民相比，农村居民的情况更差。

## 糖尿病患病率 11.9%

糖尿病患病率从 2002 年的 2.6% 上升到 2018 年的 11.9%。2002 年，男性糖尿病患病率低于女性，但在 2013 年和 2018 年，情况发生了逆转。城市地区的糖尿病患病率高于农村地区，但差异随着时间的推移而减小。在过去二十年中，糖尿病的知晓率、治疗率和控制率有增加，但仍较低。对于男性和女性来说，45~59 岁和 18~44 岁年龄组治疗率和控制率较低。所有年龄组城市地区的糖尿病知晓率和治疗率均高于农村地区。

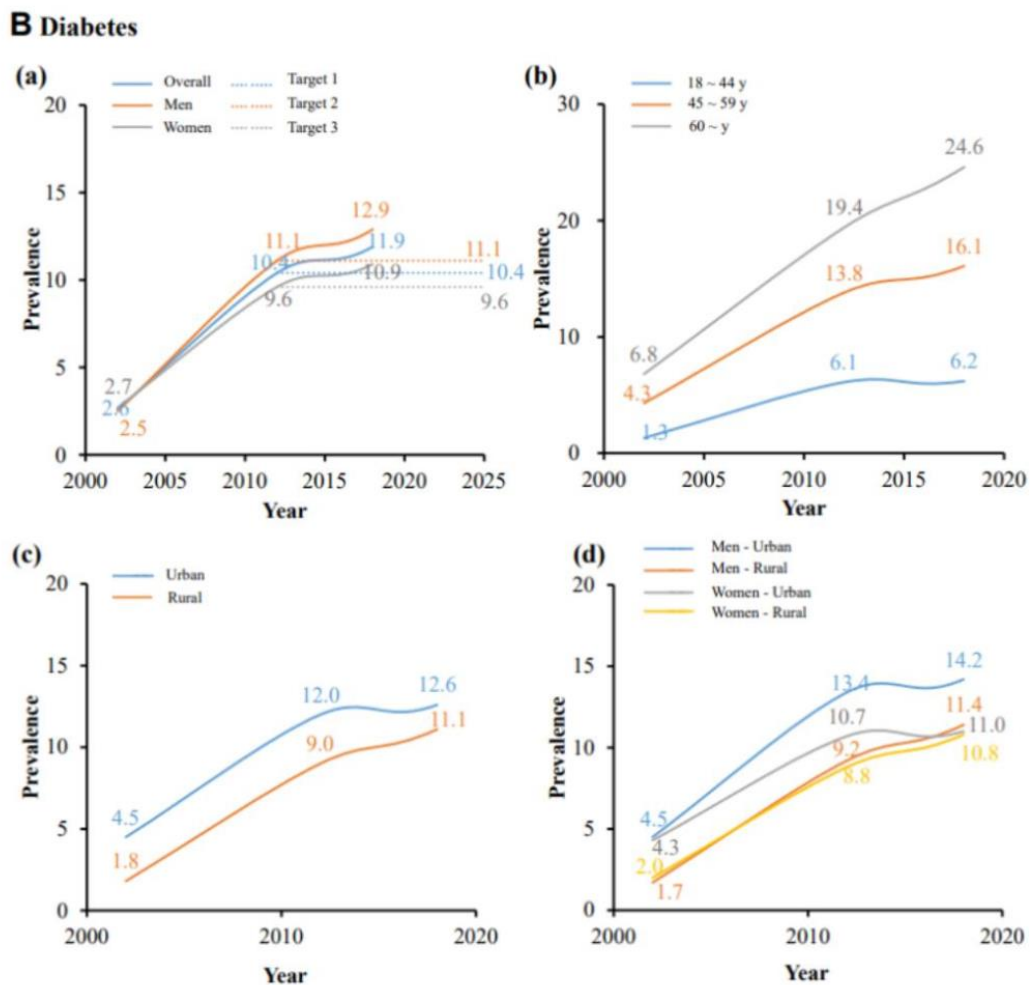


图 3 2002~2018 年 ≥18 岁居民糖尿病患病率趋势 (%)

## 四成居民血脂异常

2002年、2012年和2018年，血脂异常的患病率分别为18.6%、40.4%和35.6%。

高高胆固醇、高TG和高甘油三酯的患病率分别从2002年的2.9%、11.9%和2.5%上升到2018年的8.2%、18.4%和8.0%。

与女性相比，男性的血脂异常、高甘油三酯和低HDL-C的患病率更高。

高脂血症定义为高胆固醇、高甘油三酯、高低密度脂蛋白胆固醇、低高密度脂蛋白胆固醇是四种非正常血脂水平的任何或组合。相应的诊断标准包括6.22 mmol/L、2.26 mmol/L、4.14 mmol/L、1.04 mmol/L。

## 行为危险因素流行

近年来，吸烟、饮酒、蔬菜/水果摄入不足(平均每天摄入 $<400$ 克)、红肉摄入过多(平均每天摄入 $\geq 100$ 克)和运动不足(每周总活动时间不足150 min)等许多可改变的行为危险因素几乎没有改善，甚至有些变得更糟。

吸烟率从2013年的27.3%，略下降到2018年的26.2%。男性和农村居民的吸烟率高于女性和城市居民。45~59岁年龄组的吸烟率最高。

2013~2018年，过度饮酒(男性平均每日酒精摄入量 $\geq 41$ 克，女性平均每日酒精摄入量 $\geq 21$ 克)率也呈下降趋势，男性的过度饮酒率高于女性。



2013 年，44~59 岁年龄组的过度饮酒率最高。2018 年，60 岁以上年龄组的过度饮酒率达峰值。

蔬菜/水果摄入不足的比率有所下降，男性的比率略高于女性，60 岁以上年龄组的比率最高，18~44 岁年龄组最低。

红肉过量摄入的比率从 2013 年的 32.5% 上升到 2018 年的 42.0%。

运动不足的比率持续增加，从 2013 年的 16.3 增加至 2018 年的 22.3%。男性运动不足的比率高于女性，44~59 岁年龄组的运动不足的比率最低。

### 慢病防控形势严峻

研究预测，如果中国不能采取更有力、更有效的行动来对抗日益严重的慢性非传染性疾病流行，2030 年中国超重/肥胖、高血压和糖尿病的患病率可能分别达到 70.5%、35.4% 和 18.5%。

作者表示，中国慢性非传染性疾病负担的增加与老龄化、社会经济、行为和环境因素变化的相关。

作者指出，农村居民受到的影响越来越大。农村居民的肥胖、高血压和糖尿病患病率的增长率高于城市居民。农村居民在五种行为风险因素中有四种高于城市居民。考虑到农村地区的资源有限，实用、有效和可推广的干预模式对于缩小城乡健康差距至关重要。

中国居民的出生预期寿命预计将从 2019 年的 77.7 岁，增加到 2035 年的 81.3 岁，中国  $\geq 60$  岁人口将从 2019 年的 2.54 亿，增加到 2040 年的 4.02 亿，约占人口总数的 28%。

城市人口比例的快速增长(2000 年为 36%, 2021 年为 63%)也带来了饮食变化、体力活动减少,以及随后从传染病向非传染性疾病的流行病学转变。同时,压力、生活方式和城市环境,都促进了居民摄入高热量饮食。

研究还发现,18~44 岁的年轻人对糖尿病的知晓率和治疗率下降,尤其是在城市地区,表现为未确诊糖尿病的数量迅速增加。

另一个重要发现是,男性和农村居民的肥胖、高血压和糖尿病患病率的增长率分别高于女性和城市居民,而城市女性在所有情况下的增长率最低。可能的解释是,城市居民的社会经济地位高于农村居民,女性比男性更关心自己的健康状况。

研究纳入的数据来自中国慢性病危险因素监测(CCDRFS, 2013 年和 2018 年)和中国国民营养调查(CNNS, 2002 年、2010~2013 年、2015 年和 2020 年)。慢性非传染性疾病包括心血管病、癌症、糖尿病、慢性呼吸系统疾病等。

[返回目录](#)

## • 国际视野 •

### 如何减少“分解住院”? 了解一下美国怎么做

来源: 北京医药卫生经济研究会

DRG 是一种根据历史数据,将诊断相关疾病组合的设置支付标准的预付费制支付方式,由于超支不补的规则,使得过多的费用将由医

疗机构承担，因此这种支付方式可能会诱导医疗将尚未痊愈的住院患者，办理多次出院、入院手续，以获取报销。这种行为也称为“分解住院”，是一种严重违反医疗保险规定的行为，它加大了医保基金的支出，影响医疗保险制度的可持续发展，导致医疗服务质量降低，最终损害患者利益。因此如何解决“分解住院”问题具有重要的现实意义。对此，美国推行了“再入院减少计划(Hospital Readmissions Reduction Program, HRRP)”(下文简称 HRRP)，通过对高于平均再入院率的医院进行经济处罚来降低再入院率，提高医疗质量。本文对美国“再入院减少计划”进行阐述，为解决我国医疗机构在 DRG 支付体系下的“分解住院”问题提供经验借鉴。

### 1. “再入院减少计划”政策背景

有研究显示，2003 年-2004 年美国住院的 1180 万医疗保险患者中，19.6%在住院后的第一个月重新入院，这些重新入院的费用估计每年为 410 亿美元。这一研究结果促进了“再入院减少计划”的制定，研究人员和政策制定者推断，如果大部分再入院是由于医疗保健系统的制度问题造成的，那么需要采取旨在减少不适当再入院的措施。第二年，再入院减少计划(HRRP)出台，该计划将医院的再入院率作为医院质量的衡量标准，对“再入院”过多的医院减少医保支付，从而提高医疗质量。

2012 年 10 月，HRRP 开始实施，评估项目包括慢性阻塞性肺病、冠状动脉搭桥手术，后又增加了全关节置换等。截至目前，HRRP 评

估项目包括急性心肌梗塞、慢性阻塞性肺病、心力衰竭、冠状动脉搭桥术以及全髋关节置换术和/或全膝关节置换术 6 项(如表 1 所示)。美国医疗保险与医疗服务中心(Centers for Medicare&Medicaid Services, CMS)根据前三年 6 种疾病的再入院率设定罚款(如, 2018 财年的 HRRP 罚款基于 2013 年-2016 年的再入院情况计算)。

表 1 HRRP 具体评估的再入院的项目

再入院措施	
特定条件*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 急性心肌梗塞 (AMI)</li> <li>• 慢性阻塞性肺病 (COPD)</li> <li>• 心力衰竭 (HF)</li> <li>• 肺炎(Pneumonia) (不包括 2023 财年的减支计算)</li> </ul>
特定程序	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 冠状动脉搭桥术 (CABG)</li> <li>• 全髋关节置换术 (THA) 和/或全膝关节置换术 (TKA)</li> </ul>

\*由于 COVID-19 影响, 肺炎再入院措施从 2022 年的公开报告中延迟。

## 2. HRRP 评估思路

总体来看, “再入院减少”计划使用风险标准化再入院率(以下简称再入院率)评估其表现, 对 30 天再入院率高于预期的医院减少医疗保险费用支付, 其中预期再入院率是根据全国医院的再入院的平均水平确定的。具体评估及支付思路如图 1 所示。

## 3. HRRP 调整 DRG 支付计算

步骤 1: 计算各评估项目的再入院率(30 天)

再入院率=本医院再入院率/全国同类型医院再入院率

同类型医院再入院率是指经患者特征和医院规模调整后的全国医院平均再入院率。

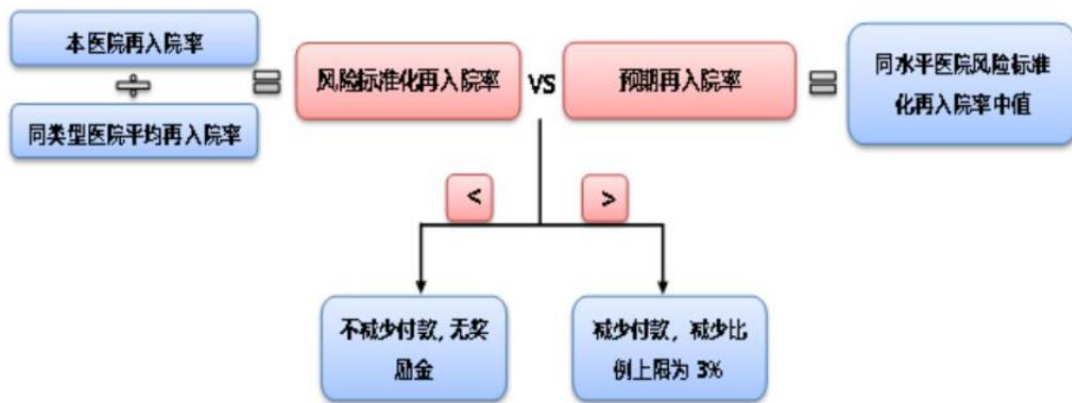


图 1 HRRP 调整医保付款示意图

步骤 2：将不同患者构成的医院分为不同水平组

患者构成主要通过双重比例进行体现，若该医院收治更多具有 Medicare 和 Medicaid 双重资格的患者，则双重比例越高。美国医院共分为 5 个双重比例水平组，最终根据医院的双重比例值确定医院所处的水平组，如，经计算某医院的双重比例为 0.2638，则该医院为第 4 水平组。

表 2 医院不同水平组

组别	最小双重比例	最大双重比例
1	0	0.1347
2	0.1348	0.1832
3	0.1833	0.2316
4	0.2317	0.3083
5	0.3084	1

步骤 3：确定医院所属水平组的再入院率中值

找到医院所属的水平组后，确定该水平组每个评估项目所有医院的再入院率中位数。

步骤 4：确定满足评估要求的项目

每个评估项目必须满足两个要求：

- 1、该项目再入院率 $>$ 同组再入院率中位数
- 2、合格出院病例数 $\geq 25$ 人

步骤 5：计算各评估项目付款减少比例

某项目付款减少比例 =  $NM \times DRG \text{ 比率} \times (\text{本医院该项目的再入院率} - \text{同水平组该项目再入院率中值})$

NM：中立性修正值

DRG 比率：该项目 DRG 组支付标准与所有 DRG 组支付标准的比率

步骤 6：计算付款减少金额

总付款减少比例等于各项目付款减少比例相加。如果各条目对付款减少的贡献之和 $> 3\%$ ，则应用 3% 的上限。最终具体减少金额按照付款减少比例在 DRG 支付金额中进行扣除。

#### 4. 政策实施效果

HRRP 实施后，美国再入院率有所下降。2016 年，相关研究显示，引入 HRRP 和其他 ACA 项目后，30 天再入院的绝对人数减少 4%。平均而言，实施 HRRP 后(2010 年至 2016 年)，风险调整后的再入院率的下降速度比早期(2008 年至 2010 年)快，每年约 0.12 个百分点(如图 2 所示)。

再入院人数的下降也将使医保资金得到节省，据估计，HRRP 措施每年将为医疗保险节省 6.2 亿美元。2016 年，所有情况下再入院人数的下降导致医疗保险计划每年净节省约 15 亿美元。

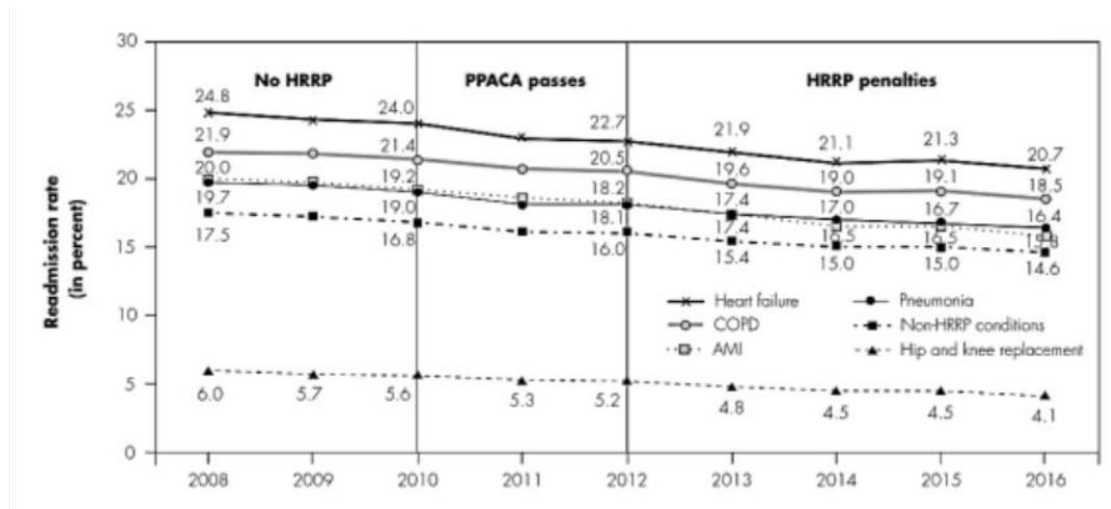


图 2 2008-2016 年按疾病分类的风险调整再入院率变化

注：PPACA：2010 年患者保护和平价医疗法案

对于医疗机构来说，这项政策带来的处罚金额不容忽视。每年，所有符合条件的医院中约有四分之三因在五种适用条件中的任何一种情况下表现低于平均水平而受到处罚。以 2018 财政年度为例，81% 的医院因 HRRP 而减少支付，其中 48% 的医院罚款比例不到 0.5%，6% 的医院因其相对较差的表现而受到较大的罚款（基本支付额的 2%-3%）。2018 年，Medicare 预计扣留了总计 5.56 亿美元的报销罚款，占医院医疗保险支付总额的 0.3%，平均每家医院罚款约为 21.7 万美元。高昂的罚金为医院降低再入院率创造了非常强烈的动机，但是该措施相比于其他绩效措施更高的罚款也分散了临床医生和卫生系统领导人对其他关键质量问题的注意力，尤其是针对收治弱势患者较多的医院，可能存在患者医疗质量的下降的风险。

## 5. 总结与启示

总之，HRRP 的实施在一定程度上降低了美国医院的再入院率，

并节省了医保资金，参考美国经验，我国在解决分解住院，促进 DRG 支付方式改革过程中，可对以下两点予以关注。

### 设置“再入院”考核机制，减少分解住院情况发生

我国 DRG/DIP 支付改革起步较晚，相关配套措施还不完善，对于处理分解住院问题，目前仅有《医疗保障基金使用监督管理条例》以及各地区医疗服务协议等对其进行规定，但由于该类问题定性模糊、处理措施不完善，查处难度大等原因，各地区分解住院问题仍时有发生。借鉴美国“再入院减少”计划，我国也可建立“再入院”质量考核机制，可通过历史数据选择分解住院情况严重的病种，作为试点，并完善考核指标，考虑我国国情和区域地理因素等的影响，合理确定处罚标准。对于该措施可能造成的负面影响，如不适当分诊、延迟再入院等加强监督管理。最终实现“再入院”减少，医疗质量提升的目的。

### 奖罚并举，设置动态罚金标准

根据行为经济学和前景理论，HRRP 属于“惩罚式”激励，由于“损失厌恶”，导致对于等量的收益和损失，损失带来的行为激励可能更有效率。但是几乎没有实证证据表明奖金或惩罚在规模上更有效。HRRP 的处罚上限和无奖金机制对“再入院率”高的医院激励效果不明显，由于缺乏奖金来支付“减少再入院”相应的成本等因素，导致这些医院减少再入院的动机不足，进而导致所有其他医院的预期再入院率更高，政策效果难以发挥作用。因此，建立“再入院”考核



机制，一方面要奖罚并举，将惩罚再入院率过高的医院获得的资金，用于奖励医院为减少再入院率所做的努力，从而达到激励所有医院降低再入院率的目标。另一方面，要合理设置罚金标准，过低的上限激励作用不足，可以设置一个非线性的动态惩罚结构，防止罚金激励作用不足。

[返回目录](#)

### 商业保险+医药零售，会成为变革医疗行业的“降维打击”吗？

来源：动脉网

“降维打击”一词在近期的商业讨论中频繁出现，这个源于科幻小说中的概念原意是指以远高于打击目标科技水平的武器进行攻击。

在商业讨论中，则被引申为以对手意想不到的方式参与市场竞争，比如 360 安全免费模式之于一众收费杀毒软件，外卖的崛起与方便速食的消退。

在医疗行业，也有可能出现“降维打击”的现象，比如商业保险+医药零售。

为什么说商业保险+医药零售是医疗行业的降维打击：其一是因为该模式非常新，目前只有少数的公司在做，有前瞻性意义；其二是该模式潜力巨大，商业保险和医药零售市场规模增长非常快，且可以产生协同效应，这条路走通之后，或对原有医疗保险和医药零售造成冲击；其三是该模式契合了政策和市场方向，有望为变革中的医疗行业找到一条新路。

那么，商业保险+医药零售的历史沿革如何，有没有相对成熟的经验可兹借鉴，国内哪些公司在做？带着这些疑问，动脉网对商业保险+医药零售模式予以了梳理，并通过访谈积累了数个企业案例。

### “降维打击”如何出现在美国

美国医疗行业的发展历程一直是国内学习借鉴的样本，降维打击的商业保险+医药零售模式亦师从于美国，其中最成熟也最完善的模式即为 PBM(药品福利管理)，这是商业保险+医药零售最成熟的业务形态之一。

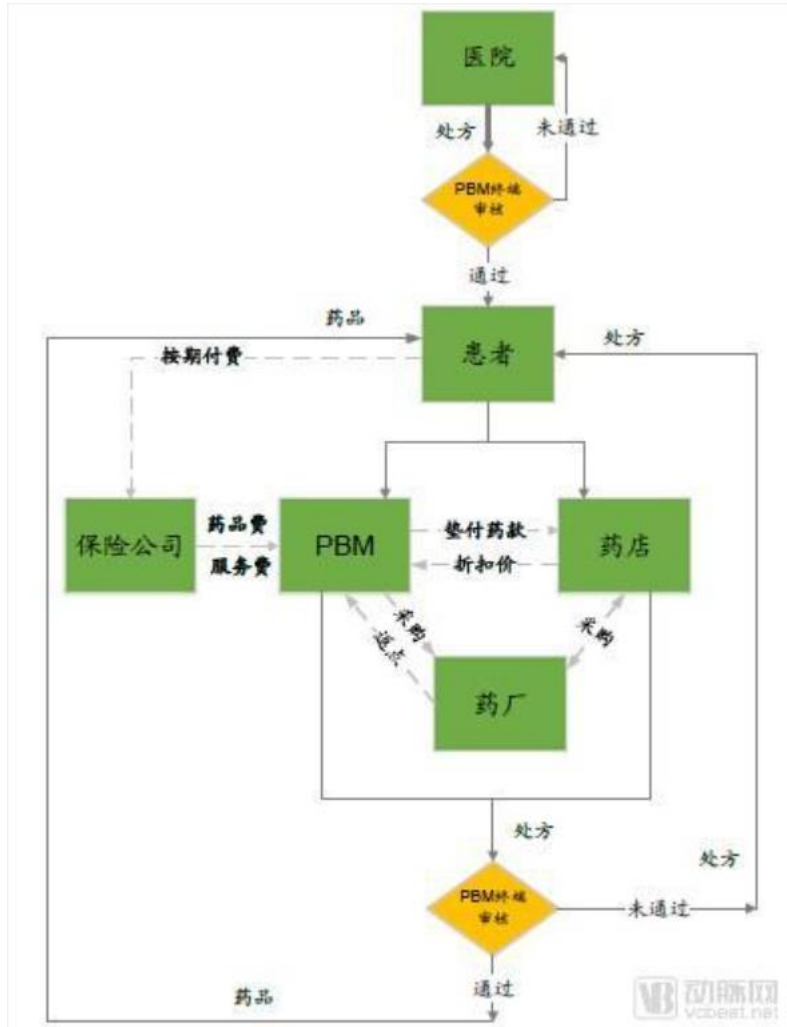
PBM 是美国医疗体系下的产物。美国的医保制度不同于中国及欧洲一些国家的全民医保制度——医保基金由政府统筹管理。美国医疗保障的模式是企业为员工购买，主要支付方是商保。

在这种情况下，保险机构为了降低支出，想出了各种办法来控制医疗费用。比如健康维护组织 HMO、优选医疗机构 PPO、定点服务组织 POS、责任医疗组织 ACO 等。

其主要操作方式就是由后付费转变为全流程监控的管理式医疗，以健康管理、疾病预防、按病种付费等模式严格控制医疗支出，为保险机构和企业主节约医疗费用。

PBM 业务模式是相关组织与保险机构、药企、医疗机构、医药零售企业合作，介入用药过程，在不影响患者治疗效果的情况下，对处方(用药)进行审核和更改——比如以价格较低的仿制药代替原研药，最终达到医保控费的目的。

PBM 的主要业务包括药品使用管理、药品获取方式干预、差异化支付比例、慢病管理等。其中，慢病管理指的是对慢病患者用药进行长期监督，提高患者用药依从性，降低大病风险，达到控费目的。



PBM 组织流程，资料来源：天拓咨询

PBM 公司能很好平衡各方利益是其能够成为医药产业链上下游连接点的最主要原因。通过第三方公司的系统运营，打通了医药需求方、供给方、支付方，在前端获得了规模化的企业和个人会员，成为与药企、零售药店等的议价筹码，既保证了药品的稳定供给，又使得医疗需求方对此满意。

美国最知名的 PBM 公司为 ESI 集团，全称为 Express Scripts (快捷药方公司)。按其 2016 年年报数据，其覆盖了全美超过 95% 的零售药店，年度营收达到 1002 亿美元，净利润为 34 亿美元。它同时是除 CVS、Walgreens 之外的全美第三大医药零售机构，其通过邮购、在线药房等方式向所管理的会员提供药品供应，包括新特药、试验药等。

全美最大的医药零售商 CVS 亦拥有相当体量的 PBM 业务，其通过旗下的 CVS Caremark 提供药房管理服务——其中的重要组成部分就是健康管理计划、商业医疗保险索赔处理等。

2017 年末，CVS 以 690 亿美元收购安泰保险金融集团，被视为 CVS 加码保险业务的一个信号。评论称将带来美国乃至全球医疗保险和医药零售行业的新变革。

### 保险+医药模式落地中国

PBM 业务模式早在数年前就已漂洋过海来到中国。彼时海虹控股与 ESI 集团达成合作，开展医保控费业务试点，PBM 正式成为海虹控股的主推业务。

海虹控股的做法是，以第三方工具的模式，与各地医保局签订合作协议，搭建处方智能辅助审核平台，以及为医保基金提供精细化管理。

之后嘉事堂、万达信息、卫宁健康、平安健康等公司也陆续试水 PBM 业务，主要着力点亦在与医保基金统筹部门的合作。

不过 PBM 业务在国内落地并不是十分顺利，据海虹控股年报，PBM

业务收入在 2009、2010 年并未给海虹控股带来实际收入，2012 年之后，该业务年度收入维持在 1000 万左右。数年间，该业务营收涨幅并不大。2016 年度，海虹控股 PBM 业务收入 1313.2 万元，成本为 4242.2 万元。



海虹控股在年报中称，目前由于各地业务进展程度不同，尚未形成统一的收费标准。后续将从已有业务基础方向入手，积极探索按服务内容收费、以基金规模按比例收费等不同收费方式，并与相关部门积极沟通。

PBM 业务在中国发展并不顺利，有多方面原因。其一是中美医疗费用支付方差异，医保基金的管理权不一，控费需求和控费模式不同；其二是缺乏业务基础，医院间信息互认互通、处方权利益、处方目录

难统一、以药养医现象普遍等问题制约了 PBM 业务的发展。

不过 PBM 的内核不止参与医保基金管理一种，其与商业医疗保险的合作更值得期待。比如以第三方服务的模式为商保机构提供险种设计、核保理赔、医疗数据服务、销售渠道等，目前国内已有部分企业在尝试此类做法。

下面我们将对其中一些企业和业务模式进行介绍。

### **泉依健康：PBM+慢病管理**

泉依健康是泉源堂旗下公司。泉源堂是国内知名医药电商企业，新三板挂牌企业，其 2016 年度营收为 4.76 亿元，2017 年上半年营收为 2.61 亿元，位居医药电商第一梯队。

2016 年 9 月，泉依健康发布互联网健康保险产品“糖保宝”，泉源堂 PBM 业务正式落地。

现在泉依健康主要业务为：

1. 健康保险产品研发：主要与保险公司及再保险公司合作开发健康保险产品；

2. 健康管理服务：为保险公司、保险经纪销售公司以及人力资源公司等机构提供综合一站式的健康管理服务；

3. 创新销售平台：通过自有或合作方平台(包括泉源堂大药房)、关联药企等，搭建非传统、更广义的保险推广平台。

自 2016 年公司成立至今，泉依健康已正式上线了 2 款慢病管理保险产品，包括：

糖保宝——糖尿病并发症综合保险方案：与亚太财险合作开发的创新型保险，是我国第一款集保险、药品消费(成本控制)于一体的PBM保险产品。糖尿病患者人群可参保，保费支出较少，配套服务周全、便利。泉依健康现正在开发糖保宝第二代。

糖瞳保——糖尿病并发症保险(失明险)：联合中国人保(中国最大的保险公司)、慕尼黑再保(全球最大的再保险公司之一)、糖网筛查机构以及各大知名药企药房，共同打造。基本保额 5000 元，可随用药或糖网筛查服务的增多而逐步增加保额，最高可达 15 万。通过这款产品，筛查机构与药企药房提升其客服体系从单纯的客户服务提升为服务+保障。是一份多赢的创新型保险产品，不仅是销售端，更是经营理念与手段的创新。

据泉依健康总经理苏培勇介绍，除上述健康保险产品的发展，在健康管理服务方面，泉依健康拥有自行研发的一站式健康管理平台，提供在线问诊(提供处方)、药师服务、网上订购、预约服务、绿色就医通道、海外医疗咨询服务等。

泉依健康现正为超过 70,000 名会员提供这类服务，预计在 2018 年会有更快速地发展。此外，其正与保险公司合作，把一站式服务与保险销售推广搭配在一起。

在保险推广方面，2017 年，泉依健康已与三甲医院线上平台深度合作，为其用户推荐有针对性的保险产品。在 2018 年的第一季度，泉依健康将给合作药房的门店，提供一个专属平台，为到店消费者推

广个性化、场景化保险产品，透过线上线下活动，使得保险产品更能深入消费的第一线。

苏培勇透露，下一步泉依健康将提供更多不同类型的慢性病健康保险产品，与特定药品制造商合作，定制产品设计；在健康管理及保险产品推广方面，也将持续深耕。

### **健易保：用药保障&用药无忧**

健易保成立于 2016 年底，由张圣明创办。他此前分别在外资药企负责过市场和销售工作，同时也在保险行业有过从业经历，曾经参与和主导过不少慢病人群的保险产品开发和运营。为了将保险和医药更加有效地创新结合，张圣明萌生了创业的想法，遂创建了健易保公司。

张圣明介绍，目前健易保主要有两大产品——用药保障和用药无忧。

用药保障面向患病人群，由健易保和药企、保险公司合作，开发基于特定药品适应症的保险产品。“这种模式不会额外增加患者的费用，并且可以提高患者的用药依从性，减少疾病进展风险，达到降低整体医疗费用支出的目的。患者一旦发生并发症，合作的保险公司会在第一时间赔付，减轻患者负担，避免出现因病致贫、因病返贫的现象，与国家大政方针吻合。”张圣明表示。

用药无忧主要面向医药零售渠道，包括连锁药店、医药电商、医药 O2O 企业等。当渠道所售的药品出现严重不良反应时，可由保险公



司进行相应赔付。用药无忧项目可以有效地缓解医患矛盾和及时有效地给患者提供援助。

健易保会参与以上险种的保障标的、保障责任、费率精算等设计工作，和保险公司一起开发相关保险产品。保险公司同时授权健易保对某些险种的申述理赔工作进行协助处理。

目前，健易保已与安心保险达成深度合作，并且和复星集团就保险产品开发、保单服务、医疗数据和健康管理服务等达成战略合作，有十几家重点客户——包括药企、医药电商、零售药店等。

张圣明向动脉网分享了健易保与一家全球知名药企合作开发的某款用药保障产品的数据：2017年7月，项目正式启动。截至2017年12月31日，全国共有超过1万名患者参与保障项目，领取了超过5万份保单。

目前健易保正在进行轮融资。其2018年的发展规划是：线上线下协同布局，深耕用药保障和用药无忧两个产品，开发更多慢病险种，尝试和渠道进一步合作，加快布局市场。

### **商业保险+医药零售前路如何？**

除以上提到的两个案例外，南京国药、药联等公司亦在保险+医药零售上有所尝试。

南京国药在2017年7月与平安健康保险达成合作，开发并推出糖尿病并发症保险——“控糖保”，帮助糖尿病患者抵御并发症风险和财务风险。控糖保为线上线下结合的慢病管理及保险产品，依托南

京国药连锁门店，为参保患者提供糖尿病管理服务；该款产品的理赔范围将部分医保目录外降糖药、仪器耗材等纳入报销范围，涵盖多项并发症，保证金额达 5-10 万元。

药联为上海聚音信息科技旗下连锁药店增值服务平台，为药店提供药品过期换新、慢病管理等服务。其在保险+医药零售上的尝试是，与保险公司合作，让健康保险产品以增值服务的方式进入药店，帮助药店获客及运营。

从以上案例我们可以看到国内商业保险+医药零售业务模式的几个显著特点：

1. 此种模式多针对于慢病患者，如糖尿病、高血压；
2. 保险产品由保险公司、第三方服务公司、零售药店等联合开发；
3. 在产品投放上尚处于起步阶段，多以购药赠送、增值服务方式触达患者。

针对这种特点，泉依健康总经理苏培勇表示，目前 PBM 管理模型在国内处于初创阶段，仍然是一个不成熟的市场，需要对合作方及最终用户提供大量的市场教育。健易保创始人张圣明也认为，保险行业此前留给消费者的“印象”不佳，如要消费者完全接受，还需要持续地用户教育。着力点可以放在简化条款、突出理赔模式、缩短理赔流程、引入互联网工具等。

从健康保险+医药零售结合的前景来看，未来是非常值得期待的，两方市场规模增速快，且与“医改”方向契合。

从健康险市场看，据保监会数据，2011-2016 年健康险市场规模年均复合增长率为 42%。2017 年，截至 11 月健康险业务原保险保费收入达 4105.54 亿元，同比增长 6.87%。预计到 2020 年，健康险市场规模将至一万亿元。

患病人群保险方面，自 2015 年开始，已经允许投保人在充分告知的情况下带病投保，相关健康险公司亦从彼时开始退出面向专病人群的健康险产品。如众安保险在 2015 年 11 月上线了“糖小贝 1.0”，之后又陆续推出“糖小贝 2.0”、“康康高血压保险”、“欧姆龙高血压保险”等。

从医药零售市场看，过去五年间，医药零售市场规模保持了 10% 以上的年均增长，2016 年医药零售市场规模已增至 3377 亿元，预计 2017 年医药零售市场规模可超 3700 亿元。B2C 医药电商近五年年均复合增速超过 100%，预计 2017 年交易额超过 500 亿元。

健康保险+医药零售模式，将撬动这两个规模庞大的市场，如发展得当，或在慢病患者基础之上，覆盖广度更高的健康人群，建立集健康保险、健康管理、疾病预防、医疗服务等全流程的医疗服务体系，为国民提供更有价值的医疗保障。

[返回目录](#)

## · 养老服务 ·

### 畅通老年健康服务“最后一公里” 这些措施将上线

来源：央视新闻

根据国家卫生健康委、全国老龄办等部门印发的《关于全面加强老年健康服务工作的通知》，人口老龄化是我国今后相当长一个时期的基本国情，健康服务需求是老年人最急迫、最突出的需求。

#### 加强失能老人长期照护促进健康老龄化

国家卫生健康委有关负责人近日表示，我国老年人“长寿不健康”问题较为突出，带病生存、多病共存的情况十分普遍，下一步将重点加强失能老人长期照护工作，促进健康老龄化，努力走出一条中国特色应对人口老龄化的道路。

调查显示，我国失能、部分失能老年人约有 4000 万，失智老年人约 1500 万，“长寿不健康”的生活状态既影响了个人幸福，也给家庭和社会带来沉重负担。国家卫生健康委老龄健康司负责人表示，下一步，相关部门将重点围绕“照护谁、谁来照护、怎么照护、在哪里照护、谁来出钱”五个问题，深入开展失能老人长期照护工作。

国家卫生健康委老龄健康司司长王海东：“照护谁”就是我们要开展失能老年人的评估工作，根据失能老年人的失能程度，提供相应的护理服务；“谁来照护”，我们要培养培训大批的失能老人护理人员，壮大服务队伍。“怎么照护”，我们要按照失能老人照护的项目、标准、规范对失能老年人提供优质的护理服务；“在哪里照护”我们

要建立完善从居家到社区到机构的连锁的无缝连接的失能老人照护体系；“谁来出钱”，我们继续实施长期护理保险的试点，现在已经覆盖了 49 个城市。

### 加强失能老人照护把医院“病床”搬回家

针对高龄失能、长期卧床老年患者的健康医疗需求，国家卫生健康委有关负责人表示，下一步将继续加大各地医疗机构上门医疗服务的供给。

山东济南 82 岁的陈裕聪老人患有阿尔茨海默病、脑梗死、帕金森病，需要长期留置胃管，以往每隔两个月，家属就要推着轮椅把她送到医院，进行胃管更换。

患者家属陈丹华：又是挂号，又是排队。我今年 89 了，过了今年生日就 90 了，我是办不了了。

近年来，济南市卫生健康委、医保局陆续出台相关政策，对于失能、半失能，需要进行长期护理的患者可以提供居家医疗服务。前不久，陈裕聪老人的家属向定点医疗机构山东大学第二医院提交了居家医疗护理申请，经过日常生活能力评估和健康状况评估，老人符合相关规定。现在陈裕聪老人更换胃管，只需要通过手机下单，医护人员就会上门服务，还可以帮老人叩背排痰、压疮护理等。

山东大学第二医院医护部干事姜媛：我们制定科学合理的照护方案，针对照护的项目、照护时间、照护时长、照护次数等项目进行有效的规划。

患者家属陈丹华：顶多 20 分钟吧，把事情就办了，这个是很方便的。

### 为行动不便老年人提供家庭病床服务

在浙江省湖州市，今年 6 月当地也发布了地方标准，为行动不便的老年人提供家庭病床服务。

今年 6 月，浙江省湖州市正式发布地方标准《城市医联体家庭病床服务》，主要面向肿瘤晚期、脑卒中、肺心病等患者，让行动不便的老年人在家中就可以进行癌痛规范化管理，心肺功能等康复训练以及腹膜透析、压力性损伤等专科护理。每次上门检查，随诊医生都会把患者的检查结果通过手机回传到住院系统，药房根据医嘱把药品寄到患者家中。同时，上门服务的所有费用也自动在医保中进行结算。

患者家属颜有珍：就像在医院里住院是一样的，各方面的检查他们都做到了。费用上面也不像以前说上门服务没有报的，都是给我们报掉了，为我们想得很周到。

此外，除了在全国范围开展为失能老人、长期卧床老年患者提供上门医疗服务，各地还通过建设老年友善医院，设立安宁疗护中心等方式，进一步完善老年健康体系建设。

### 重点推动医疗卫生机构开展医养结合服务

面对人口老龄化的加剧，我国除了加强失能老人长期照护工作以外，还不断探索医养结合服务模式。

国家卫生健康委老龄司负责人介绍，目前我国医养结合主要有四

种模式，分别是：养老机构依法依规开展医疗卫生服务、医疗卫生机构开展养老服务、医疗卫生机构和养老机构签约合作、医疗卫生服务延伸到居家和社区。

国家卫生健康委老龄健康司司长王海东：医疗卫生机构开展医养结合服务最受老年人的欢迎，真正体现了以老年患者为本，以健康为本的理念，所以我们下一步着力要增加这方面的服务供给，推动将部分二级及以下的医疗机构转型发展，开展康复的服务、护理的服务和医养结合服务。

在山东、浙江等地，政府鼓励医疗卫生机构结合实际开展医养结合服务，建立医养结合示范单位。山东大学第二医院等重点医疗机构专门设立医养结合院区，为中、重度失能老人提供专业医养照护服务。此外，有条件的养老机构可以内部设置医务室等医疗机构，为更多老年人提供便捷优质的医养结合服务。

山东大学第二医院院长冯世庆：利用互联网的入户护理，如果发现患者有异常的情况，老人健康状况有问题，我们开辟了绿色通道，无缝对接。

此外，为提升医养结合服务能力，国家卫生健康委也联合教育部，在高等职业本科教育专业中设立医养照护与管理专业，培养医养结合专门人才。同时，在全国开展大规模医养结合人才能力提升培训，目前已累计培训近 10 万名医养结合机构从业人员。

[返回目录](#)

## 应对全球老龄化挑战 抗衰老市场渐引人们关注

来源：中国新闻网

随着全球人口老龄化不断加剧，世界卫生组织预计 2050 年全球大于 60 岁的人口将达到 20 亿，大于 65 岁的人口占 15.6%。2020 年中国第七次人口普查：65 岁及以上人口占 13.5%，预计到 2050 年，65 岁及以上人口达 4 亿，约占 26.9%，中国正加速步入老龄化社会，2022 年我国 65 周岁及以上人口约为 2.09 亿人，预计到 2030 年，我国将成为全球人口老龄化程度最高的国家之一。

另据《新青年抗衰老调查报告》显示，59.2%的人在 20 岁~30 岁就对衰老产生焦虑，95.3%的人在 50 岁之前对衰老产生焦虑，所以说衰老涉及每个人。在人口自然老龄化和未老先衰群体的双重因素叠加下，衰老问题愈发突出，抗衰老市场成为人们关注的焦点。

### 多种疾病与衰老相关，抗衰老市场逐渐形成

《2017 年全球疾病负担研究》指出 293 种疾病中有 92 种被确定为与年龄相关，最主要的是心脏病、糖尿病、慢阻肺、中风、阿尔茨海默病、慢性肾病和癌症，约一半的死亡归因于慢性衰老相关疾病，65 岁以上老年人前三位死因分别是心血管病、脑血管病和恶性肿瘤，占老年人群死亡的 70%以上。

当下抗衰老成世界生命科学领域关注的前沿和热点，近年来比较火热的抗衰老产品 NMN(全称  $\beta$ -烟酰胺单核苷酸)是维生素 B3 的衍生物，正处于高速增长期，全球 NMN 市场规模预计在 2025 年达到数十



亿美元的规模。2020 年中信证券报告称，中国保健品行业规模快速增长，当前市场规模接近 4000 亿元，NMN 产品每覆盖 1% 保健品人口对应 304 亿元市场空间，伴随抗衰老产品未来市场不断推广，如果 NMN 产品能覆盖当前服用保健品人口的 3%，其市场规模有望达到千亿。

但 2021 年 1 月 13 日，市场监管总局食品经营司向各省级市场监管部门印发了一份“关于排查违法经营‘不老药’的函”，指出目前 NMN 在我国未获得药品、保健食品、食品添加剂和新食品原料许可，即在我国境内，NMN 不能作为食品进行生产和经营。

### 传统中医理论创新与现代科技相结合抗衰老研究取得突破

我国传统中医药学有着数千年的历史，在延缓衰老或健康长寿实践中积累了丰富的理论和实践经验，为维护人类健康、疾病预防、延年益寿大有裨益，是健康中国建设不可或缺的医学技术体系。

2022 年，中国工程院院士吴以岭教授推动成立了世界中医药学会联合会抗衰老专业委员会，并搭建了络病理论创新转化全国重点实验室抗衰老中心，形成了中医药抗衰老国际化研究团队，旨在利用中医药的独特优势，找到衰老的密码并科学应对衰老，积极干预过早衰老，改善老年性疾病早发高发的趋势。

吴以岭院士还系统构建了气络学说精气神理论指导抗衰老研究。他认为，精是生命起源，气是生命动力，神是生命体现，并提出了衰老的核心病机：肾精虚衰是衰老根本，元气亏虚是衰老关键，形神耗

损是衰老表现。抗衰老重在补肾填精，温扶元气，充养形神。他认为，“我们建立了世界先进的抗衰老实验室和专家群体，现在的研究成果已经证明中医药在抗衰老方面确实有它独特的优势，和世界上研究水平相比，我们的研究应当还是走在前面的”。

### 传统医学“精气神”理论

中国工程院院士杨宝峰曾指出，衰老包括生理性衰老和病理性衰老，生理性衰老是指成熟期后出现的生理性退化过程；病理性衰老是指由于各种外来因素，包括各种疾病所导致的老年性变化。机体衰老包括能量代谢异常、免疫系统失衡、内分泌紊乱、骨代谢异常、糖脂代谢异常等，进而导致神经系统疾病、心血管系统疾病、免疫相关疾病、骨质疏松等疾病。强调应用抗衰老药物治疗重在延缓衰老，延长寿命，提高生命健康质量。杨宝峰认为，以岭药业在中医络病理论指导下，创建了络病理论创新转化全国重点实验室抗衰老中心，将传统中医理论创新与现代科学技术相结合，在中医药抗衰老研究方面取得了重大进展，其研发的八子补肾胶囊具有改善整体衰老和系统衰老作用。

由中国中医科学院西苑医院等 8 家科研临床机构开展的“八子补肾胶囊抗衰老随机、双盲、安慰剂对照、多中心临床研究”项目入选符合中医肾精亏虚证且相关症状评分要求的受试者，通过肾精亏虚核心症状量表、相关衰弱评估量表等衰老标志物，全面客观评价八子补肾胶囊在抗衰老方面的临床价值。该临床循证研究证实，八子补肾胶

囊能够显著改善衰老人群的衰老症状，改善躯体、心理衰老状态，提高生活质量，增强老年运动能力和耐力，显示出中医药在抗衰老领域的独特优势。

世界中医药学会联合会抗衰老专业委员会秘书长侯云龙表示，刊发在世界著名生物医药杂志《生物医学与药物治疗》的《八子补肾延缓自然衰老小鼠表观遗传衰老并延长其健康寿命》研究首次揭示了八子补肾胶囊通过逆转 DNA 甲基化衰老而延缓整体衰老的作用机制。侯云龙教授认为，调节表观遗传是抗衰老机制研究之一。表观遗传可细分为多种调控机制，而 DNA 甲基化是当前研究最为广泛、与衰老联系最为紧密的一种。DNA 甲基化程度越小，测算出来的生理年龄越小，身体衰老程度越小。DNA 甲基化时钟在预测自然寿命、疾病预后及全因死亡方面有着重要作用，对于我们知晓自身衰老程度、评价抗衰老药物的效果至关重要。每个人都有专属于自己的表观遗传时钟，通过改善 DNA 甲基化年龄可能实现延缓衰老的目的。

而由世界中医药学会联合会组织的“气络学说指导八子补肾胶囊抗衰老研究”专家论证认为，该项目的研究首次构建了基于气络学说的精气神理论，形成抗衰老研究的新思路；研制出的专利中药具有补肾填精、燮理阴阳、温扶元气、充养形神的抗衰老作用，有望成为中医药抗衰老领域的代表。这些研究将传统中医理论创新与现代科学技术相结合，在中医药抗衰老研究方面取得了重大进展，产生了重要的原创性成果，为未来的深入研究奠定了坚实的基础。

充分发挥中医药特色优势应对衰老问题，对提高老年人全生命周期健康水平、助力健康老年社会具有重要意义，将有力推动和构建具有中国中医药特色的抗衰老学术研究体系建设，满足中国老龄化社会人们对高质量的健康生活需求。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 分娩量持续下降，妇科疾病高发，妇幼医院高质量发展路在何方？

来源：健康界

老龄与少子化社会来临，晚婚晚育、少生以及不孕等现象愈发突出。近日，有媒体报道，今年以来多地医院分娩量下降，有医护薪资受影响，甚至有妇幼医院暂停产科助产服务。

中国出生人口下降趋势已成定局，面对生育率持续下降，妇幼医疗机构的业务如何发展？与此同时，女性妇科疾病发病率持续攀升，作为人类生命孕育的主体，女性健康，尤其是生殖健康又该如何守护？

日前，由海南博鳌医学创新研究院与健康界主办、金赛药业支持的“畅想新篇凝造未来女性健康管理院长云端研讨会”正式召开。此次会议以“管理赋能生命内涵”为主题，多位妇幼以及生殖领域的专家汇聚一堂，共话新时代妇幼及生殖健康领域的高质量发展之道。

### 执两端促协调，构建整合型、多层次的妇幼健康服务体系

本次会议主席由首都医科大学附属北京妇产医院副院长李笠担

任。健康界副总裁王娜在致辞中指出，面对公立医院高质量发展、三级公立医院绩效国考以及 DRG/DIP 支付方式改革的大环境，妇幼医疗机构的疾病诊疗、学科建设等面临新的挑战。“在这个过程中，健康界希望携手妇幼健康相关医疗机构，聚焦价值，搭建平台，共同助力妇幼医疗机构的高质量发展。”

金赛药业的女性健康事业部负责人张总在致辞中指出，作为一家致力于基因工程和生物制药的国有企业，金赛药业希望搭建一个思想碰撞与学术交流学习的平台，聚焦妇科生殖科学发展，以妇科生殖管理为抓手，共同推动妇幼事业的发展。

随后，国家卫生健康委卫生发展研究中心、医院管理研究室主任黄二丹发表了《执两端促协调妇幼健康服务体系高质量发展的思考》的主题演讲，详细介绍了医院高质量发展和优质高效服务体系的建设。

二十大报告指出，深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。据黄二丹介绍，其中“三医协同”发展和治理的主要目的有两个：一是要促进优质资源扩容和区域均衡布局；二是坚持预防为主，加强重大慢性病健康管理，提高基层防病治病和健康管理能力。

因此，高质量的核心抓手就是运用系统观念来解决单个机构所面临的问题。“而妇幼健康服务体系的高质量发展则离不开两点：执两端、促协调。”黄二丹说道，所谓的两端，一是基层，即建立网格化

紧密型的健康管理平台；二是头部医院，通过专病联盟实现优质医疗资源的扩容和下沉；通过远程医疗协作等一系列相关政策把两端能有效结合起来，实现协同发展，最终实现专病与专科的发展体系。

当前，虽然生育需求是下降的，但是群众对生育过程的质量要求在快速提高，妇幼医疗服务网络的建设非常必要。“其中，有的医疗机构专门负责疑难危重症、有的专门负责产后健康管理，分工明确，定位清晰。”黄二丹说道，只有构建整合型的医疗服务网络，才能满足老百姓多层次的医疗服务需求。

广东省生殖医院书记、院长李观明认为，当前的生育形势下，妇幼系统的业务发展受到极大挑战，只有创新才能驱动医院的高质量发展。“首先要做别人没有做过的事；其次是要差异化发展，做别人没有做好的事；第三则要创造条件发展，做别人不想做的事。”李观明说道。

据李观明介绍，广东省生殖医院据此采取了一系列创新举措，包括在全院培养危机意识、实行“循数管理”、建设人才团队、构建全生殖业务链、构建以院士为中心的科研团队、强调首创精神、追求优质服务等内容。

中山市博爱医院(中山市妇幼保健院)院长高建慧发表了《妇幼保健机构学科建设与发展》的主题演讲。她认为，学科建设是医院发展的灵魂，是医院高质量发展的载体与基石。而衡量一个学科是否优秀主要有四个标准：行业影响力、临床业务量、人才培养的力度、学术

科研产出。“因此要补齐学科短板，打破学科界限，提升综合能力，助力妇幼服务能力与水平的提升。”

“学科建设一定要找准定位，明确目标，做好规划，才能实现加速发展。”高建慧说道，在这个过程中，对学科进行分类管理非常有必要：针对品牌学科，要把握前沿，打造研究型学科；针对重点学科，要发展核心技术，努力提升影响力；针对普通学科，要关注问题和差距；针对新兴交叉学科，要鼓励交叉融合，实现精准诊疗。

在南京市妇幼保健院党委书记沈嵘的主持下，围绕着新技术、新模式、新手段如何助力生殖医学未来发展相关话题，多位医院管理者发表了自己的看法。

长沙市妇幼保健院院长贺骏认为，新技术应用可以很好助力生殖医学的发展。例如，在胚胎植入前的筛选方面，三代试管技术能有效阻断出生缺陷的发生；在女性与男性生育率保护方面，目前有胚胎冷冻、卵子冷冻、精子冷冻等多种成熟技术，且有越来越多的技术正处于实验阶段。

阜新市第二人民医院(阜新市妇产医院)院长张丽丽认为，生育力保护，应加大科普宣传力度，让公众了解人工流产的危害，提升公众对子宫的保护意识。此外，男性在儿童期的感染如腮腺炎可能导致无精子症状，应对幼儿园，幼师和家长加强科普宣传，保护好男性儿童。

宝鸡市妇幼保健院院长雷静认为，生育力的保护，亟需提升青春期的保健意识。建议医院与教育部门合作，加大青春期保健知识的科

普宣传，守护青春期的孩子的身体健康，保障未来的生育与生活质量。

雄安新区容城县妇幼保健院院长董文朝认为，行业发展离不开新技术与医疗的深度融合，医院应是新技术、新产业应用的载体。目前，针对子宫内膜较薄的问题，存在干细胞、中医药、生物技术等诸多解决方案，具有非常好的应用前景。未来建议推动相关技术的深度融合、交叉发展，以更好地解决医疗问题。

### **开展多学科之间的融合、协作发展是实现医患共赢的关键**

会议下半场由海南省妇女儿童医学中心副院长陈仁伟主持。湖南省妇幼保健院院长刘景诗带来《妇幼保健医院发展的思考与实践》的主题分享，详细介绍了新形势下妇幼保健机构发展面临的挑战及应对之策。

据刘景诗介绍，随着国考、医保支付方式改革等相关政策的出台，对妇幼保健机构的规范化管理、精细化运作、高质量发展提出了更高更严的要求。与此同时，财政保障机制不完善、新冠疫情影响、行业竞争环境、生育率持续降低等均对妇幼保健机构的发展带来了挑战。

妇幼保健机构如何走出困境，适应新形势，谋求高质量发展？据刘景诗介绍，湖南省妇幼保健院据此出台了六大举措，包括坚持党建引领、构建新体系、引领新趋势、提升新效能、激活新动力、建设新文化等内容。

“医院将以建设妇产国家区域医疗中心、国家级区域妇幼健康服务中心为契机，全面完成服务能力提升、服务质量改善、服务范围扩



展、服务模式转型的综合目标。”刘景诗说道，力争成为全省首批省级公立医院高质量发展示范性医院。

广州市妇女儿童医疗中心党委书记夏慧敏带来《公立医院高质量发展下的生殖医学管理新模式探索》的主题分享，详细介绍了如何构建婚前、孕前、孕产期、更年期等分阶段、全生命周期保健服务。

夏慧敏指出，在构建的过程中，要利用互联网、大数据等工具，构建主动的妇幼健康管理体系，引导产科服务从降低孕产妇死亡，向健康的孕育转化；从以孕妇为核心的服务，向以家庭为单元的生殖健康服务转型。

“其中，要尤其关注男性的生殖能力、婴儿的中长期健康评价、辅助生殖技术发展等内容，整合妇科、产科、儿科、新生儿等多学科，以满足不孕不育、疑难危重症等妇幼保健多层次健康需要。”夏慧敏说道。

柳州市妇幼保健院副院长李晶晶带来《多科学融合助力妇儿医院高水平发展》的主题演讲。据她介绍，在全生命周期政策要求和医院高质量发展下，医院积极探索发展新路径，主要包括五大举措：优化全生育周期业务组织架构、建立“一贯制”的服务模式、开展“多样化”的延伸服务、重构患者就医流程和方式、开创“辅助生殖+N 发展”运营新模式。

目前，医院以生殖健康助孕中心为主线，探索邻近学科的作用，挖掘出微无创治疗区、卵巢疾病综合病房、中医科、医学遗传科等多

个学科的潜力。同时，依托研究中心及重点实验室，推进学科融合，实现医学转化。

“妇幼医疗机构的发展一定要抓好妇科医疗服务的重心。”李晶晶说道，对外要加强紧密型医联体建设，持续推动区域妇女保健管理工作；对内则积极开创多学科融合创新发展，保持医院健康可持续发展。

在北京市海淀区妇幼保健院副院长王雷的主持下，围绕妇科多学科协作带来的益处相关话题，多位医院管理者发表了自己的见解。

河北省生殖医院副院长田慧艳认为，多学科协作对妇幼专科医院来说非常重要，尤其对男科泌尿外科、遗传学、免疫学、内分泌、病理等学科，专科协作的需求非常迫切。建议在整个生殖大学科中实行MDT，对疾病进行全方位、全角度探讨分析，这样将有效提升专科建设、人才培养以及患者服务水平。

厦门大学附属第一医院副院长马琪林认为，女性健康涉及方方面面，从儿童期的教育到成人后内分泌代谢、传染疾病、妇科炎症、肿瘤等，还有继发或伴随的更年期综合症和产后抑郁。同时建议根据亚专业方向开展MDT，以全方位提升女性健康。

承德市妇幼保健院副院长孙淑红认为，MDT 能实现医患双方的共赢。对医院来说，MDT 不仅能促进高水平多学科团队的建立，提高医院整体的医疗管理水平，而且还能拓展医院服务的广度和深度；对患者来说，MDT 不仅能高效解决疾病问题，提高医疗质量和安全，而且

能优化服务流程，避免患者在不同科室之间兜兜转转，提高患者满意度。

首都医科大学附属北京妇产医院副院长李笠在总结中指出，此次会议聚焦妇幼医疗机构的未来发展与能力建设，为各医疗同仁搭建了非常好的交流平台。“通过这些交流，希望我们能取长补短，找准定位，尽快实现差异化、高质量发展。”

海南省妇女儿童医学中心副院长陈仁伟在总结中指出，通过各位专家的充分交流与探讨，此次会议无疑具有非常高的学术与临床应用价值。“如果我们能够在未来的工作中学以致用，必将更好地助力医院的管理与业务发展。”

[返回目录](#)

### 医保基金使用常态化监管，医院管理如何转型？

来源：中国医疗保险

近日，《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号，以下简称《意见》）挂网公布，引发人们的关注。医保基金是人民群众的“看病钱”、“救命钱”，绝对不是“唐僧肉”，织牢医疗保障基金使用常态化监管制度牢笼，关乎社会稳定和广大人民群众的利益，甚至影响到医保基金安全行稳致远的大事。国家14部门《关于印发2023年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知》（国卫医急函〔2023〕75号）也强调，加强医保基金规范管理及使用，聚焦重点科室、重点领域、重点监控药品和医保结

算费用排名靠前的药品耗材，规范医保基金管理使用。持续开展打击虚假就医、医保药品倒卖等欺诈骗保行为。《意见》发布促使医保基金监管更加从严。对医院带来“四大挑战”。

第一，药品耗材使用管理的挑战；医保集中药品、耗材采购医院完成情况，被纳入医院绩效国考体系，与医保基金支付关联。国家医保局等 5 部门《关于开展医保领域打击欺诈骗保专项整治工作的通知》，采取“大数据回归循证分析法”，对 2022 年使用异常的 120 种药品耗材作为重点检查，对医院药品耗材使用管理提出了较大挑战，倒逼医院不仅关注集采药品耗材的完成情况，还要关注使用及数量和金额异常的前 30 种西药、中成药、中药饮片和医用耗材，才能顺应医保管理的要求，才能防范和化解“回扣”腐败风险。

第二，医疗服务行为规范性的影响和冲击；在医疗服务项目定价机制尚不完善的现实情况下，通过医技检查增加收入成为医院的重要来源，还有药占比考核和医疗风险防范的考量，一定程度上会推动过度医技检查。为此，2020 年 12 月 29 日，国家 8 部门专门下发《关于印发进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意的通知》（国卫医发〔2020〕29 号），明确要求，进一步规范医疗行为，促进合理检查，提高医疗资源利用效率，降低医疗费用，改善人民群众就医体验。医保基金常态化监管明确要求，规范医药服务行为，强化医务人员职业操守和职业道德教育。

第三，医疗收入的影响；打击欺诈骗保把重复收费、超标准收费、

分解项目收费纳入重点检查范围；医保飞行检查也聚焦医疗收费价格执行情况。医保基金常态化监管明确要求，加强医药服务价格监督检查，治理乱收费现象，切实维护消费者权益。伴随着医疗服务行为更加规范，加之医保 DRG/DIP 支付方式改革，医院不合理的医疗收入渠道“收窄”遇到“天花板”瓶颈，直接影响医院的医疗收入增收，进而影响医院的结余。

第四，信息化建设的影响；医保基金进入常态化监管，大数据将会发挥重要的作用，医院信息化建设，如何加快适应医保常态化监管，做好适应医保监管的信息化建设，已成为医院管理顺应的重要支撑。

党的二十大报告明确指出，“深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。”与传统的“医疗、医保、医药”三医联动有所不同，医保排在了第一位，加强医保基金使用常态化监管，充分发挥对医改的“指挥棒”引领作用，与医保 DRG/DIP 支付方式改革双驱动，直接影响到医院的“钱袋子”，还影响到医院的品牌“面子”，甚至影响到医院领导的“帽子”，倒逼医院公益性回归，规范医疗服务行为，赋能医院精益管理“8大”变革转型，走“控费降本、提质增效”高质量发展之路。

第一，从经验惯性管理向法制化管理转型。

医疗信息的不对称性，长期形成了医院经验管理，形成了医疗的主导型，同时也带来了“药品回扣”、“医疗费用负担过重”的许多较大的社会问题，国家下大力气整顿医疗卫生行业，制定和出台了许

多法规和政策，促使医院管理必须从从经验管理中解脱出来，防范政策和政治风险，向法制化管理转型。

第二，从规模扩展管理向精益化管理转型。

伴随着全民医保制度改革，住院报销制度的推行，以及医疗消费需求伴随着人口老龄化和经济收入的提高而加速，医保按照机构系数支付，更加速了医院达标上等，大量增加住院床位和新增医疗设备，推动了医院粗放式规模扩张，医院分享了规模扩张的利好。特别是低标入院、重复入院等，随着医保常态化监管从严，面对门诊统筹共济日间手术等小病在门诊报销制度的推行，许多医院将会面临住院床位使用率不高，以及人力资源相对过剩的难题。倒逼医院必须重新审视医院的管理方略，采取顺应医保付费改革与医保监管从严的难题，加强精益管理获得合理的医保经济效益。

第三，从驱动量的增长向质的提升转型。

医保 DRG/DIP 付费制度改革，视同给各个 DRG/DIP 病组设置了收入预算，而且还要对收入的合理性进行常态化监管，促使医院必须从驱动量的增长，医院增加医保收入，更要关注权重/分值较高病组的增加，才能获得较好的医保收入。

第四，从驱动医保增收向驱动非医保收入转型。

医保基金的有限性决定，保民生是最大的政治，倒逼医院必须顺应医保制度改革，从过分驱动追求医保的增收，建立“侧支循环”，向驱动非医保及特需收入转型，增加医院的收入。

第五，从药耗常规管理向合理性过程管理转型。

药品耗材治理引发党和国家重点关注，从 2022 年“倒查机制”可以看出，120 中药品耗材被列做欺诈骗保范围，倒逼医院药耗需要从常规的管理，向更加关注过程的合理性管理转型，把风险消灭在萌芽状态。

第六，从医技检查收益管理向合理检查管理转型。

从前的医技检查是医院的收入，DRG/DIP 付费后，多做的防御性检查成为医院的成本，医保基金使用常态化监管后，不合理的医技检查将会成为政策风险，因此，医院要从医技检查收益管理思维，转型到检查互认、不过度检查节省成本，才是医院收益管理思维。

第七，从绩效结果激励向前馈过程控制激励转型。

传统的绩效激励，以项目多少和收入结果激励为主，面对 DRG/DIP 预付费改革，面对医保基金使用常态化监管，多做的项目不仅成为成本，还会面临医保拒付、罚款的风险，因此，医院绩效从结果激励，向过程控制激励点“控费、降本、提质”前移转型。

第八，从信息化增容向大数据分析转型。

传统的信息建设是上软件，功能越多、软件公司越大就越好，信息化建设停留在数据“制造”和“采集”阶段，属于扩(增)容性基础建设。但是面对医保基金使用常态化监管，没有构建大数据分析生态信息系统，经常处于等到罚款处罚才知道，处于被动的局面。医保基金常态化监管，必然带来医院智能医保大数据智能分析信息化建设的

高潮。

总之，面对人口老龄化加速及经济增收乏力的现实，医保基金的有限性决定，保民生是最大的政治。2023 年医改“组合拳”，医保制度改革引领作用明显提升，公立医院改革需要跟上医保改革步伐，围绕一切人民健康为中心，推动价值医疗与价值医保同频，加快推进医院“精细化、规范化、科学化”管理转型，走高质量发展之路迫在眉睫。

[返回目录](#)

### · 带量采购 ·

#### 全国统一采购平台加速推进，“一品一码”暴露“全国最低价”

来源：医药经济报

在国家医保局官宣全国统一医保信息平台全面建成后，全国各地积极响应，加速推进全国统一招采子系统的落地使用。





近日，广西壮族自治区医保局发布《关于全面上线运行国家医疗保障信息平台招采管理子系统的通知》，从2023年6月15日起，广西将全面上线运行国家医疗保障信息平台药品和医用耗材采购管理子系统。

无独有偶，在广西明确将药械集采平台切换迁移至国家统一招采管理子系统的同一天，山西省医保局也发布《关于进一步做好医用耗材阳光采购使用工作的通知(征求意见稿)》。



文件明确提出，全省所有公立医疗机构作为医用耗材采购使用主体，均须通过“山西省医疗保障平台药品和医用耗材招采管理子系统”进行网上阳光采购医用耗材(含体外诊断试剂)，鼓励医保定点民营医疗机构自愿参加。

业内专家指出，“无编码不采购”如今已经成为全国药品、耗材采购的普遍规则和行业共识，随着各省陆续接入全国统一招采平台，解决重复编码、无编码等编码混乱问题，大量“重复拿码、分解拿码”

的药品、耗材将极有可能退出公立医院市场。

## 01、编码乱象“大清洗”

近两年，各省相继接入国家统一招采平台，随之而来的是针对重复拿码、无编码等编码乱象开展的“大清洗”。

近一个月以来，上海阳光采购平台连续公布《于关闭部分药品基础信息的通知》，6月20日将有43条药品基础信息作失效处理。



为及时更新药品信息，进一步清理阳光平台冗余数据编码，加快推进国家医保药品分类代码标准对接工作，上海市医药集中招标采购事务管理所对未及时确认国家编码的限药店药品、无国家编码的限药店药品、代码重复编码等做基础信息失效处理。



值得一提的是，就在今年年初，宁夏回族自治区公共资源交易局

发布《关于宁夏医药采购平台调整医用耗材国家医保编码的通知》，针对不符合国家医保医用耗材分类与代码的 4941 个产品进行了公示，共涉及 149 家知名医疗器械企业。

除此之外，安徽省、福建省、陕西省、湖北省、广东省也纷纷发布通知，其中陕西省超 6 万多个医用耗材因“医保编码存在重复项”而无法挂网；湖北省拒绝无国家医保耗材代码的产品的挂网申报。

早期医用耗材集采中，国家没有制定统一的医用耗材分类编码，再加上医用耗材本身的特性，比如通用名称不规范，分类复杂等，导致各地管理混乱，一批利用信息差、产品编码漏洞等来获利的械企更是“应运而生”，直接阻碍了我国医用耗材市场的良性发展。

毫无疑问，在各省耗材信息接入国家统一平台之后，药品和医用耗材招采、生产、配送、监管、回款等环节将实现全国统一的管理和监督，长期以来竞争格局极为散乱的医械流通市场有望得到改变。此前那些利用信息差、产品编码漏洞获利的产品，也将被加速清洗出局。

## 02、“一品一码”暴露“全国最低价”

同一款药品或耗材，不同地区不同价的问题早已暴露，尤其是重复拿码等行业乱象行为更是根深蒂固，最低价联动“全国一盘棋”，实现以量换价成果共享已然是当下药品、耗材挂网采购的重要趋势。

今年 1 月，全国医疗保障工作会议在北京召开，会议特别强调了要充分认识到推动“全国一盘棋”的重大战略意义，会议要求将推进药品耗材价格治理作为医保改革发展的最大共识点，坚持机制性挤压药

品耗材虚高价格水分，把大数据赋能作为医保改革发展的重要借力点，最大程度发挥全国统一医保信息平台作用，更安全更积极更有序地用好医保大数据。



据了解，全国统一医保信息平台已在全国 31 个省(区、市)和新疆生产建设兵团全域上线，截至目前，全国医保信息平台已接入约 80 万家定点医药机构。

随着全国统一的医保信息平台建成，全国范围内医保平台、数据标准、经办服务、就医凭证全面统一，解决了各地医保工作中标准不统一、数据不互认等问题。另外，各项业务编码的统一，使得全国统一医保信息平台在支付方式改革、医保智能监管、药品集中采购、医药价格监测等领域进一步发挥作用。

2022 年 9 月，陕西省公共资源交易中心发布一则消息，表示将

与山东省公共资源交易中心开展药械集中采购平台省际数据共享合作。两省药械集中采购平台将实现挂网价格数据双向共享，为合作双方全面进行挂网价格比对，提供系统、高效的技术手段。



值得注意的是，此次药品与医药耗材挂网价格信息的共享合作，是以国家统一的医保信息业务编码为基础，在全国首次进行的跨省药械产品全国最低挂网价比对合作。

对于同一个耗材产品，在不同省份乃至不同地区都有不同价格的混乱局面。国家医保局明确表示，要形成全国医疗器械价格联动机制，实现“一省挂网、全国可采”，价格变动也是在最新的基础上调整，最大限度降低企业招标及销售成本。

如今，成效已经显现，许多省份开启了低价联动的工作。为规范全省药品挂网采购行为，解决安徽省现行挂网药品价格体系混乱、部分药品价格虚高、挂网退出机制缺失、药品管理规则分散等问题，安徽省发布了《关于进一步规范药品挂网采购工作的通知》。

内容明确提出，安徽省药采平台挂网药品，凡在全国其他省级平台出现新的最低有效挂网价且低于我省挂网价格的，企业要在 30 天内向省药采平台提出价格联动申请，将我省的价格下调至全国最低有

效挂网价，一药一价，动态更新。

行业观点分析认为，未来或将逐步拓宽合作省份，让省际合作确定药品挂网全国最低挂网价的发现机制更加健全，耗材价格互通的速度将进一步加快。随着各省市地区的低价联动工作将不断强化，相信在不久的将来，一种耗材有且仅有一个“全国最低价”。

[返回目录](#)

## 6月30日起，5类耗材开始降价

来源：医疗器械经销商联盟

### 01、6月30日起，5大类耗材开始降价

6月21日，吉林省医保局发布《关于执行5类省际联盟耗材集中带量采购吉林省中选结果的通知》（以下简称《通知》）。



索引号:	11220000MB19566296/2023-02089	分类:	政府采购;医药价格和招标采购;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2023年06月21日
标题:	关于执行5类省际联盟耗材集中带量采购吉林省中选结果的通知	发布日期:	2023年06月21日
发文字号:	吉医保发〔2023〕21号		



《通知》明确，心脏介入电生理、腔镜切割吻合器/缝合器、冠脉导引导管、冠脉药物球囊、吻合器(包含由京津冀“3+N”联盟组织开展

的管型/端端吻合器、痔吻合器)5 类耗材中选结果, 将于 2023 年 6 月 30 日在吉林省正式执行。

各相关单位要做好执行后清理库存工作, 自中选结果实际执行日起计算, 其中心脏介入电生理、腔镜切割吻/缝合器和冠脉导引导管 3 类医用耗材采购周期均为 2 年, 冠脉药物球囊采购周期为 3 年, 吻合器(管型/端端吻合器和痔吻合器)采购周期为 1 年, 采购协议每年一签。

中选医用耗材在履行合同中, 如同产品在全国其他省级(含联盟)及以上集中采购(含带量采购)中产生更低中选价格, 价格须相应联动。

## 02、最高降幅 94.88%

根据公布的数据来看, 5 大类耗材通过集采均实现了大幅降价。

吻合器方面, 从 2021 年公布的价格可以看出, 与联盟地区的历史采购价相比, 管型/端端吻合器平均价格从 2530 元/个降至 320.72 元/个, 平均降幅 86.89%, 最高降幅 94.41%; 痔吻合器平均价格从 2333.98 元/个降至 267.26 元/个, 平均降幅 88.09%, 最高降幅 94.88%。

心脏介入电生理中选产品平均降幅 49.35%。以心脏介入电生理手术中量较大的房颤消融手术为例, 单台手术耗材成本将由集采前的平均 7.6 万元降至集采后的 4.2 万元。按照联盟省份首年采购需求量计算, 预计每年可降低医疗费用约 30.73 亿元。

腔镜吻合器中选产品平均降幅 55.52%。按照联盟省份首年采购

需求量计算，预计每年可降低医疗费用约 38.83 亿元。

冠脉导引导管中选产品平均降幅为 45.33%，最大降幅为 68.35%。  
以一次 PCI 手术为例，若手术中均采用知名进口企业药物洗脱冠脉支架、冠脉球囊、导引导管、导引导丝，带量采购前后的相关费用支出将从 1.97 万元降至 0.22 万元。

冠脉药物球囊中选价格均价进一步降低至 5960 元，较实施集采前降幅超过 72.9%。

[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  
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858