

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2023年第33期

(2023.08.14-2023.08.20)

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。)

### · 分析解读 ·

▶ [医保直接结算药品货款，或将带来 4 大影响](#) (来源：看医界) ——第 6 页

**【提要】**近日，湖南省医保局、湖南省财政厅以及湖南省卫健委联合发布了《关于实施医保基金直接结算集中带量采购中选产品医药货款的通知》(以下简称《通知》)，决定自 2023 年 10 月 1 日起，全省范围内集中带量采购中选药品和医用耗材的货款将直接由医保基金结算。那么，为什么要取消医院回款权?目前全国“医保基金与医药企业直接结算”推进的怎么样?取消回款权将会对医院带来什么样的影响?

▶ [助力罕见病保障，如何重构合理药价体系?](#) (来源：医学界罕见病频道) ——第 12 页

**【提要】**不久前，在病痛挑战基金会主办、中国罕见病联盟指导的 2023 罕见病合作交流会上，关于罕见病用药保障的议题再一次得到多领域嘉宾热议。北京市医疗保险事务管理中心郑杰主任以“重构科学合理的药品价格体系，助力罕见病治疗发展”为题，分享了自己的思考。作为 2020~2022 年国谈药基金测算组组长，他特别谈到了针对当前罕见病用药难的破题思路。

## • 专家观点 •

[▶ 如何为失能老人提供更好的照护服务？对话长期照护保障学者唐钧](#)（来源：社科院、新京报）——第 17 页

**【提要】** 据统计，北京市户籍人口中有 26.6 万重度失能失智的老年人，为了找到失能老人长期照护难题的解决方案，家庭、养老机构和政府一直在不断探索。从 2016 年开始，长期照护保障制度在全国试点，目的是为失能老人提供更好的照护服务，减轻失能老人家庭的经济压力。在长期照护保障制度建设背景下，失能老人家庭的刚需是什么？这些需求是否有望得到解决？政府和机构分别提供了怎样的解决方案？国际上又有哪些值得借鉴的经验？

[▶ 扬州市卫生健康委党委书记、主任赵国祥：高质量推进健康扬州建设为“好地方”增添更加厚实健康底色](#)（来源：健康中国观察）——第 24 页

**【提要】** 近年来，扬州市坚持“以人民健康为中心”，持续优化健康服务，加强公立医院主体地位，坚持医防协同、平急结合、中西医并重，强化机制体系、运行模式、医疗技术、管理服务创新，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局。一是不断健全公共卫生应急管理体系，二是全力推动公立医院高质量发展，三是加快构建分级诊疗体系新格局。

## • 医疗聚焦 •

[▶ 深化改革如何促进“三医”协同发展和治理？](#)（来源：中国卫生



杂志) ——第 31 页

【提要】党的二十大报告指出，要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。从“三医”联动改革到“三医”协同发展，体现了党中央对提升“三医”治理能力的更高要求，也回应了医改现实工作的诉求，标志着“三医”在既往改革举措联动的基础上，提升到更高层次。从目标理念上，更加突出以人民健康为中心；从参与主体上，更加突出调动各方面积极性；从治理手段上，更加突出系统集成、协同高效；从成效评判上，更加突出提升人民群众的获得感。

▶ [医药健康产业，九大趋势判断](#)（来源：新康界） ——第 31 页

【提要】近日，中康科技副总裁李俊国在西普会上作“前瞻未来：2030 中国健康产业全景预测”的主题报告，做出了 2030 中国健康产业九大趋势研判。

### • 医保快讯 •

▶ [各地陆续落地，医保支付标准如何确定？](#)（来源：中国医疗保险） ——第 40 页

【提要】近日，海南、湖北、贵州等多地开始落实最新的医保支付标准，其中包括以集采中选药品价格作为原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药的医保支付标准。在此背景下，患者仍可使用非中选药品，但医保支付标准不高于中选药品价格。

▶ [推进医保区域一体化的 6 个关键点](#)（来源：民生保障与公共治理研究中心） ——第 45 页

【提要】医疗保障包括基本医疗保障和补充性医疗保障两个层次，其中补充性医疗保障是社会成员和用人单位的自主、自愿和自费行为，从学理上讲，这类项目主要通过市场化的机制去实现，因而只要坚持社会主义市场经济的原则，补充性医疗保障可以在这些重点区域实现一体化。所以，推进重点区域医疗保障一体化的关键，是积极推进重点区域的基本医疗保障一体化。

### • 国际视野 •

▶ [从日本医药分业改革，看中国药企未来发展 5 大趋势](#)（来源：中康产业研究院）——第 48 页

【提要】在第 16 届西普会·医药创新生态大会上，中康产业研究院高级研究员刘伟博士以“日本医药分业改革研究及中国药企的启示”为题，详细分析了日本医药分业改革的历史变迁，并对中国药企未来发展道路和趋势进行预测。

▶ [美国药价改革的民意基础](#)（来源：村夫日记）——第 59 页

【提要】随着 IRA(通胀削减法案)的通过和实施，美国药企希望通过诉讼和大选后的政党更替来废除或部分废除法案来缓解药价改革的压力。但从调研来看，美国民众对药价管制的认同已经占到绝对主流。

## -----本期内容-----

### · 分析解读 ·

#### 医保直接结算药品货款，或将带来 4 大影响

来源：看医界

近日，湖南省医保局、湖南省财政厅以及湖南省卫健委联合发布了《关于实施医保基金直接结算集中带量采购中选产品医药货款的通知》（以下简称《通知》），决定自 2023 年 10 月 1 日起，全省范围内集中带量采购中选药品和医用耗材的货款将直接由医保基金结算。



显然，这一举措是对 2020 年 2 月 25 日中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》“推进医保基金与医药企业直接结算”的果断落实。

那么，为什么要取消医院回款权？目前全国“医保基金与医药企业直接结算”推进的怎么样？取消回款权将会对医院带来什么样的影响？今天笔者就与大家聊聊。

## 为什么要取消医院回款权？

推进医保基金与医药企业直接结算最主要的目的是加快医药企业资金回笼，减轻企业成本，有利于集采药品更多降价。

据悉，拖欠医药企业货款问题由来已久，有媒体甚至认为这是一种“行业规矩”。面对此情此景，医药企业也是不敢怒。

早在 2012 年，人民日报就刊文指出，医院拖欠药品批发企业货款问题突出。文章源引商务部《2011 年药品流通行业运行统计分析报告》数据，2011 年，药品批发直报企业资产负债率高达 74.1%。中国医药商业协会对 25 个省市 44 家药品批发企业 2011 年应收账款情况开展典型调查的数据显示：药品批发企业对公立医疗机构的平均应收账款周转天数为 131 天，应收账款总额 434.7 亿元，占对公立医疗机构营业收入的 36.3%。医疗机构严重占压批发企业资金，不仅导致依靠银行贷款采购药品的批发企业承担着沉重的财务费用负担，而且严重影响了整个药品流通行业现金流状况，制约了流通效率的进一步提高。

2015 年有媒体刊文指出，公立医院拖欠药企货款，难道是行业潜规则？文章透露：珠海公立医院拖欠 13 家药企货款 2.9 亿，其中最多一家药企被欠款 9000 多万，药企被逼要靠借贷维持生存。

2016 年又有媒体报道，欠债成风：19 家药商被拖欠货款 723 亿！

2021 年，山东省医保局、省卫健委专门印发《关于欠缴医药企业药款基层医疗卫生机构的通报》。《通报》对拖欠货款超 1 年的

89 家医疗机构点了名。

医院拖欠药企货款除了因为企业有求于己敢怒不敢言外，也容易引发腐败。

对于药品招采回款国家并非没有制度。

2009 年《进一步规范医疗机构药品集中采购工作的意见》明确规定，医疗机构必须严格按照合同约定的时间及时回款，回款时间从货到之日起最长不超过 60 天。药品企业未按合同生产供应药品或医疗机构未按合同规定采购药品以及逾期不能回款的，都应支付一定比例的违约金(具体比例由省级药品集中采购机构确定)。情节严重的要公示警告并依法追究。2015 年 2 月，国务院办公厅关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见(国办发〔2015〕7 号)明确要求，“医院将药品收支纳入预算管理，严格按照合同约定的时间支付货款，从交货验收合格到付款不得超过 30 天”。

2020 年 7 月，国务院发布的《保障中小企业款项支付条例》明确规定，机关、事业单位从中小企业采购货物、工程、服务，应当自货物、工程、服务交付之日起 30 日内支付款项，合同另有约定的，付款期限最长不得超过 60 日。对拒绝或者迟延支付中小企业款项的机关、事业单位，应当在公务消费、办公用房、经费安排等方面采取必要的限制措施，情节严重的，还将其失信信息纳入全国信用信息共享平台，依法实施失信惩戒。

2021 年 1 月，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)要求,医疗机构应承担采购结算主体责任,按采购合同与企业及时结清药款,结清时间不得超过交货验收合格后次月底。

然而,实际情况并不乐观。

### 目前全国“医保基金与医药企业直接结算”推进的怎么样?

基于此,2020年3月5日印发的中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》在“深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革”中提出,坚持招采合一、量价挂钩,全面实行药品、医用耗材集中带量采购。以医保支付为基础,建立招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级招标采购平台,推进构建区域性、全国性联盟采购机制,形成竞争充分、价格合理、规范有序的供应保障体系。推进医保基金与医药企业直接结算,完善医保支付标准与集中采购价格协同机制。

随后,一些地方就“推进医保基金与医药企业直接结算”进行了积极探索。

2020年11月,青海省医保局提出,定点医疗机构通过省级药品和医用耗材集中采购平台带量采购的药品及医用耗材货款,由医保部门与医药企业直接结算。

2021年8月,山东省发布了《医保定点公立医疗机构药品和医用耗材货款医保基金与医药企业直接结算实施方案》。该方案计划在2025年全面推行医保基金与医药企业直接结算工作,成为了首个明

确全面推进直接结算的省份。

2022年5月,南京市医保局发布文件,强调要加强对医用耗材(药品)从“招标、采购、配送、结算、使用、支付”全流程的精准、实时、闭环监控管理,力争在2025年前使医保基金的直接结算率达到50%。

2022年8月,宁夏医保局发布了《关于公开征求<宁夏回族自治区医疗机构药品医用耗材联盟议价采购工作实施方案(试行)>意见的公告》。其中提到,根据医保基金与企业直接结算试点的评估情况,探索将联盟采购医保目录内的药品医用耗材纳入直接结算的范围。

2023年5月,国务院官网发布了《国家发展改革委等部门关于做好2023年降成本重点工作的通知》,该《通知》强调要加大对拖欠中小企业账款的清理力度。

7月,中共中央和国务院发布了《关于促进民营经济发展壮大的意见》,其中提出了要完善政府的诚信履约机制,建立健全政务失信记录和惩戒制度,并将机关、事业单位的违约毁约、拖欠账款、拒不履行司法裁判等失信信息纳入全国信用信息共享平台。

据此推测,“医保基金与医药企业直接结算”应该会在不久的将来在全国更大范围内得到落实。

### **取消回款权对医院将会带来什么样的影响?**

毫无疑问,取消医院回款权由医保经办机构使用医保基金与医药

企业直接结算，对医疗机构最直接的影响就是经济损失。中国社科院经济所研究员朱恒鹏认为，拖欠货款事实上是变相返利，如果有 400 亿元的拖欠款，那么意味着在半年时间内，将会产生 10 亿-20 亿元的利息收益。特别对于当下一些亏损面越来越大的医院来讲或会“雪上加霜”。

其次会给医疗机构额外增加一笔开支。按照湖南省《关于实施医保基金直接结算集中带量采购中选产品医药货款的通知》，要求医疗机构设立专门机构和人员，及时核对，要求各医疗机构应严格落实岗位责任制，制定医药采购货款管理制度，明确计划采购、验收入库、票据核对等岗位职责，确保流程清晰，责任明确。这样势必要增加人员和经费。

第三对医疗机构药品入库验收等方面能力提出了更高要求。按规定，医疗机构要根据实际采购清单，认真核对产品入库数量、采购价格和应付货款等信息。在验收入库之后的 5 个工作日内，必须在招采系统上进行入库确认或者补充录入。在 7 个工作日内，需要完成采购数据和相关票据的审核确认工作。如果对某些票据存在异议，医疗机构会及时将这些票据退回，并将情况反馈给医药企业。每月 15 号之前，医疗机构要在医保招采系统上对结算对账报表进行复核。经过复核确认的结算数据将被视为同意支付的数据。如果复核未及时确认，系统将默认为同意支付。对于有异议的结算数据，医疗机构会填写异议原因后将数据退回给医药企业。医药企业在处理后，应于下一个结

算周期的 8 号之前发起申请。

第四，医疗机构要做好药品质量管理。由于被取消了回款权，医疗机构对药企的制约能力将会下降，因此对于药品、耗材质量应该采取更严谨的态度。要加强购进药品效期、厂家等全面详细查验，及时发现近效期药品，及时处理；对于发生不良反应的药品做好监测、报告、处置，特别是就责任问题与生产、供应企业达成更为详细的协议，以利于纠纷商处。

[返回目录](#)

### 助力罕见病保障，如何重构合理药价体系？

来源：医学界罕见病频道

不久前，在病痛挑战基金会主办、中国罕见病联盟指导的 2023 罕见病合作交流会上，关于罕见病用药保障的议题再一次得到多领域嘉宾热议。北京市医疗保险事务管理中心郑杰主任以“重构科学合理的药品价格体系，助力罕见病治疗发展”为题，分享了自己的思考。作为 2020~2022 年国谈药基金测算组组长，他特别谈到了针对当前罕见病用药难的破题思路。

#### 医保部门重点关注罕见病用药保障

郑杰主任着重强调了罕见病在国家医保管理体系中的受重视程度：“罕见病一直以来都是医保致力于解决的问题。罕见病保障最考验医保管理水平，也是保障体系里的最后一个板块。”与此同时，郑杰主任还提出，罕见病跨度太大，不仅需要医保板块的努力，更需要



救助、商保、慈善机构共同发力、妥善协作，来解决各类罕见病患者的保障问题。

部分药品价格形成机制不合理、价格过高、医保基金承受能力有限，是部分罕见病用药无法进入报销目录的重要原因。国家医保局成立后，推动集中带量采购、谈判纳入国家医保目录药品(以下简称“国谈药”)等政策出台，体现了对既往药品价格体系进行改革的决心。郑杰主任使用三组数据、两张图片，呈现了国家医保部门对罕见病用药的重视以及医保部门对于解决罕见病用药问题的决心。

首先看按照临床领域划分的纳入医保目录药物的情况(图 1)。国谈药对不同临床领域的支持力度不同，而罕见病用药的国谈药纳入量排在第 6 位。在它之前的临床领域分别是药物种类繁多的恶性肿瘤，患者人群庞大的糖尿病和心血管疾病、感染性疾病、血液和造血系统疾病。郑杰主任表示：“相比之下，罕见病药物种类不多，但依然能够排在第 6 位，体现了国谈药对罕见病的重视程度。”

### 西药按临床领域分类情况

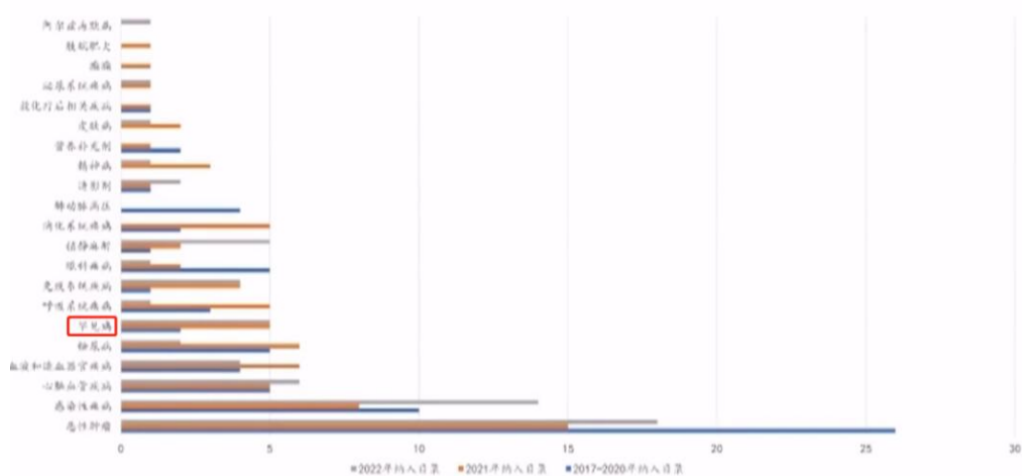


图 1 国谈药(西药)按临床领域分类情况

同时，从图 1 中还能看出，2021-2022 年国谈药对罕见病的重视力度明显增加，体现出国家医保系统对罕见病用药问题的态度是越来越关注、越来越重视的。

其次，2021 年各临床领域内国谈药医保内费用(图 2)也十分值得关注。郑杰教授指出：“罕见病药物在费用数据中的排名低于在临床领域中的排名，这表明罕见病药物尽管价格高，但由于权重低，因此整体花费并不高。这也为未来放心大胆地为罕见病放政策提供了更大的空间。”

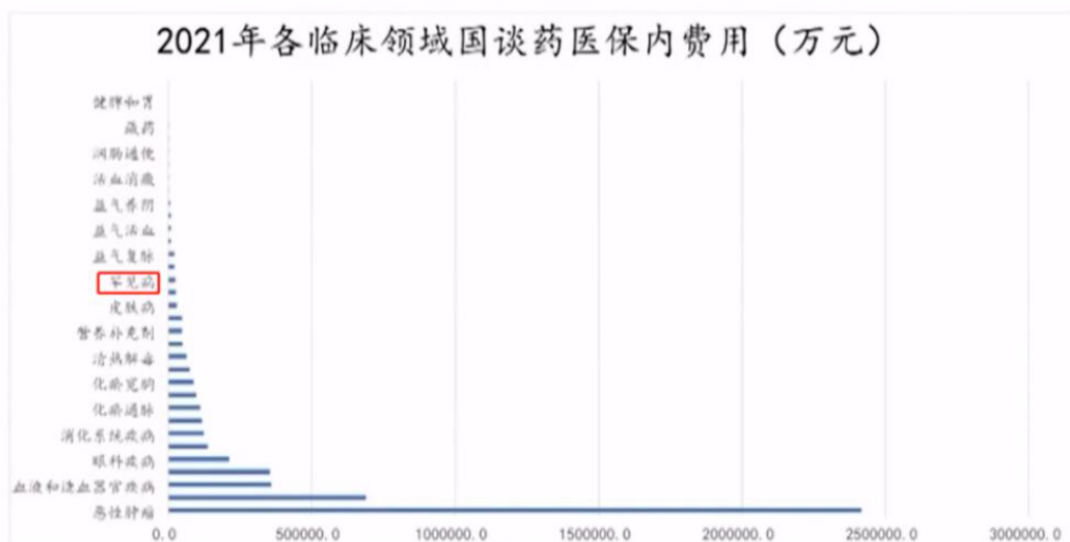


图 2 2021 年各临床领域内国谈药医保内费用

第三，国谈药落地速度令人欣慰。回顾过去五年纳入目录的国谈药，以北京为例，近半数的药品在 6~10 个月左右达到使用量的稳定期。随着国谈药的各项配套政策、宣传力度、临床认可度等也对国谈药落地产生了较为明显效果，2021 年，纳入目录的国谈药与前期相比落地更加迅速(6 个月)。郑杰主任表示，国谈药这项政策落地越来越迅速，让大家及时享受到了国谈药的成果。

另一方面，郑杰主任也谈到了国谈药政策可能存在的问题：“价格压得过低，可能会影响企业的生产动力，并且容易引发质量隐患、恶性竞争，损害患者权益，这是我们不希望看到的。”近年来，国谈药相关制度、规则也在及时调整、不断优化，力求进一步完善，增进政策的可持续性和普惠性。

## 2 种测算方案：增进国谈药政策可持续性

如何实现“既让罕见病患者用得起、用得上合适的治疗药物，又保持药企的生产积极性”的可持续发展愿景呢？郑杰主任提出了 2 个破题思考：

1. 充分评估基金运行情况，科学预算基金可支配空间，主要导向由成本核算转为价值购买。即：改变探底式谈判定价，从医保基金在每一个领域的可支配空间着手，实现利益最大化。

2. 制定客观真实的药品价值评估方法，让药品的价格回归其真实价值，重构药品价值体系。即：对每一个药物进行科学化评级，按照药品价值体系定量医保基金分配。

对于这两个破题思考，郑杰主任也分享了目前国谈药基金测算团队的相关建议。

对于预算基金可支配空间，郑杰主任表示，医保基金每年的收支趋势均能通过计算获得，当前的情况是医保基金整体具有分配空间，但需要更加合理地进行分配。基于此需求，郑杰教授提出了“三因子模型”，抽丝剥茧地对药品基金预算进行精准分配——首先计算每年

可用于支出的基金份额，然后分析某项具体药品政策可投入的基金份额，最终分析不同临床治疗领域可投入的基金份额。

- 药品基金预算因子：每年可用于药品支出的基金份额。
- 药品政策调控因子：某项具体药品政策可投入的基金份额。
- 药品临床分类因子：聚焦不同临床治疗领域药品可投入的基金份额。

郑杰主任指出：“通过‘三因子模型’能够使得医保基金精准发力，针对不同治疗领域给予政策倾斜。”在重构药品价值体系方面，郑杰主任介绍了国谈药基金测算团队构建的下一步基金测算价值体系：按照药品客观评价构建的象限法则(图3)。

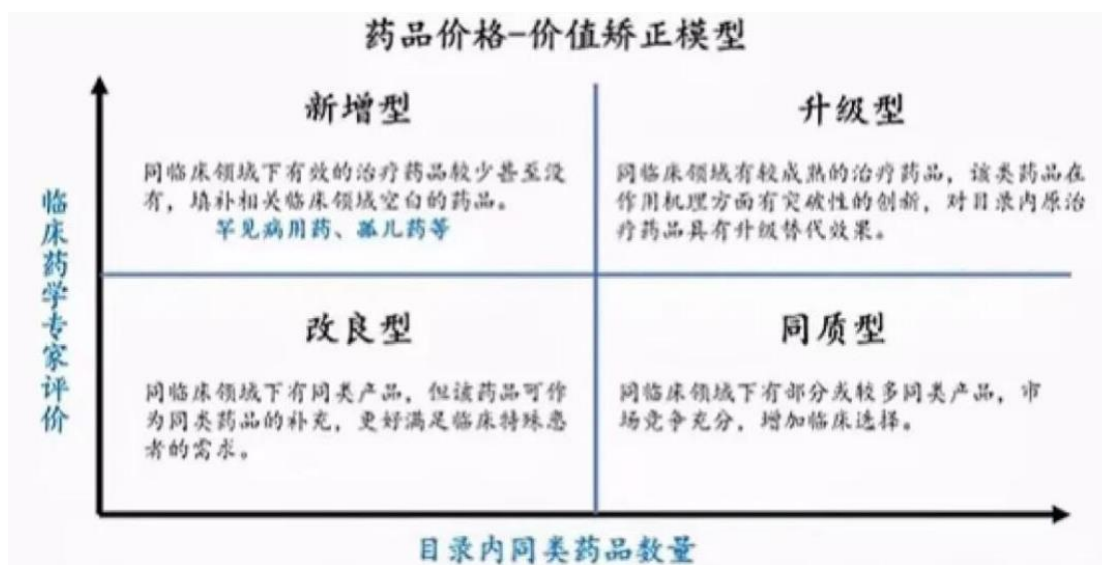


图3 药品价格-价值矫正模型(象限法则)

在象限法则中，通过临床药学专家评价(Y轴)和目录内同类药品数量(X轴)，临床用药能够被大致分为四个类型——新增型(无替代药物，如罕见病用药、孤儿药)、改良型、升级型、同质型。郑杰主任认为，通过象限法则，能够将药品价值进行重构，从而指导药品谈



判价格，也能够将基金预算针对性地分配到既定领域上。

对于这 2 个科学测算方案，郑杰主任抱有极大的信心：“我们未来要打造这个模型，将现有的探底定价改变成对于医保资源结余空间的充分分配，而且是对于不同临床领域药品进行合理规划、引导的分配；并且加以对药品价值、价值体系的重构，我相信未来一定能够看到更多好的罕见病的用药纳入医保的报销范围里面，罕见病用药难并不是不可解决的问题。”

### 总结和展望

在分享的最后，郑杰主任指出，我国的医保战略布局是先转型后重构的理念——通过转型修复市场价值观，带来更充足的资源空间；通过重构建立合理的价值体系，将更充足的预算空间分配给整整有价值的药品，助力真正有价值的药品（例如罕见病用药）的发展。通过科学合理的管理理念和测算方案，在医保、救助、商保、慈善等各层面的共同努力下，有望解决罕见病的问题，让更多的罕见病患者能够得到有效的医疗保障。

[返回目录](#)

### • 专家观点 •

**如何为失能老人提供更好的照护服务？对话长期照护保障学者唐钧**

来源：社科院、新京报

据统计，北京市户籍人口中有 26.6 万重度失能失智的老年人，

为了找到失能老人长期照护难题的解决方案，家庭、养老机构和政府一直在不断探索。从 2016 年开始，长期照护保障制度在全国试点，目的是为失能老人提供更好的照护服务，减轻失能老人家庭的经济压力。

中国社会科学院社会政策研究中心研究员唐钧既是长期照护保障领域的研究者，也是一位 75 岁的老人。在长期照护保障制度建设背景下，失能老人家庭的刚需是什么？这些需求是否有望得到解决？政府和机构分别提供了怎样的解决方案？国际上又有哪些值得借鉴的经验？

以下是新京报记者和唐钧的对话。

### **完全失能老人需要 24 小时照护**

**新京报：当前哪些人的养老需求最迫切？他们的需求是什么？**

唐钧：失能老人，特别是完全失能老人。吃饭、穿衣、上下床、上厕所这四项基本生活需求中，有两项不能自己独立做到的老人，我们称之为完全失能老人。统计结果表明，在我国，完全失能老人约占老年人总数的 2.3% 至 2.7%。他们需要 24 小时照护，应优先解决这一部分老人的长期照护保障需求。

目前，我国正在建立“相关保险和福利及救助相衔接的长期照护保障制度”。2016 年，这个制度的试点工作开始，在试点中，严重失能或完全失能老人被列为长期照护保障制度的首选对象。

**新京报：我国长期照护保障制度包含哪些内容？**

唐钧：老年人的社会保障体系应该包括三个方面，即养老保障、医疗保障和长期照护保障。在这个体系中，养老保障解决的是老年人的经济来源问题，医疗保障解决的是老年人疾病治疗问题，而我们相对陌生的长期照护保障，则是专门针对失能老人的长期照护需求而创立的一项新制度，包括服务保障和资金保障两个方面。目前，我国的长期照护保障制度由长期照护保险制度和老年福利服务构成，还处在试点阶段。

**新京报：一些失能老人家庭因为经济原因无法入住养老机构，长期照护保险制度推广以后，能够减轻这些家庭的压力吗？**

唐钧：根据我的调研和观察，我国各个城市老年照护服务的“中档”价格，大概相当于当地平均养老金的一倍。如果长期照护保险的支付水平能够覆盖市场价格的一半，另外一半以养老金支付，再辅以社会救助和慈善捐助，完全失能老人入住专业照护机构应该就不成问题了。

**新京报：养老机构有大量闲置床位，一些专门收治失能老人的民营医院床位却供不应求，你如何看待这一现象？**

唐钧：我们老年人肯定是希望在类似家庭和社区的地方老去，医疗对完全失能的老人不是最重要的。到了医院，你就成了患者，必须听医生的，丧失了自主性。如果你的病是可治愈的，那应该听医生的。当一个失能老人的病不可治，应尽量尊重老人自己的意愿。

我们现在倡导的安宁疗护，疗护的英文词是“Care”，意为关注、

关心、关怀，并不是一个治疗和治愈的概念。我们希望提高完全失能老人最后的生活质量，减轻他的痛苦，尽量维持、延长他的生命。

**养老是薄利市场，不能奔着挣大钱去**

**新京报：**市场上的养老机构在经营发展上常遭遇困境，尤其是有  
些民办非营利机构在吸收了大量政府补贴后依然运营艰难，这种局面  
如何扭转？

唐钧：机构经营者应明确的是，没有一个行业是完全依赖政府支持就能发展起来的，行业经营者必须得探索出一条自我发展、自我造血的路径，至少要能够自负盈亏，才能够形成一个市场。养老绝对是一个市场，但它不是一个暴利的市场，而是一个薄利的市场，要盈利，但不能一心牟利，奔着挣大钱去。

国际上的趋势是，非营利组织向社会企业转型，通过市场化运营的方式来实现公益属性，为有需要的失能老人提供服务，同时收取利润微薄的费用维持机构自身发展。

**新京报：**各地长期照护保障制度试点过程中集中反映出哪些问题？  
应该如何调整？

唐钧：为了便于定价、监管，各地的养老机构专业护理人员在上门提供社区居家服务的时候，都会以服务清单或“服务包”的形式罗列服务项目，供失能老人及家属选择。这其实是以家政服务的模式去理解长期照护服务，看似选择很多，其实是限制了老年人的选择。失能老人有一些很细小、很琐碎的需求，喝个水、上个厕所都需要有人



帮忙，但是不在清单内，就无法享受这个服务。

我们希望每一个需要被人照顾的老年人都成为一个个案，理想的模式就是个案管理。服务提供方、老人及家属、社区居委会，三方坐在一起讨论今后两到三年内给老人提供服务的方式，匹配供需，形成一个方案，护理工作按方案执行。政府不必过度干预，每年抽样监管5%，如果机构执行不到位或者出现违规就重罚，起到一个警示作用。

**新京报：全国的长期照护保障制度试点中，关于社区居家服务的部分有没有哪些做得好的地方值得推广？**

唐钧：成都试点中提供了一个很好的思路，是关于非正式照护者的。成都市给出了三种长期照护服务方案：入住专业照护机构；由专业居家照护机构提供上门服务；由非正式照护者（家庭、朋友、邻居或保姆）提供居家服务。

用长期照护保险资助的非正式照护成为主流的照护方式，是借鉴了国际经验。从上个世纪80年代开始，为了应对照护需求的上升和服务费用的上涨，发达国家推行非正式照护的改革方案。

结果，成都试点一年半以后，82%的重度失能人员及其亲属选择了非正式人员的居家照护，其中子女照顾父母的居多；另有18%选择了入住专业照护机构；而选择专业居家照护机构提供上门服务的仅有两例。这提示我们，严重失能的老人需要有人长时间、甚至24小时陪护，只有每周几次、每次几小时的上门服务是不能满足老人需要的。那么社区照护机构提供的居家服务，是否可以转变思路，变成为居家

老人及非正式照护者提供社会支持，一是可以对非正式照护者进行培训、评估和监督；二是技术门槛较高，需要一定资质的服务项目，由专业机构提供上门服务；三是为非正式照护者提供“喘息”服务，社区养老机构可以通过提供失能老人日间照料服务，让非正式照护者松口气，还可以提供定期的心理干预服务。

### 五到十年后，独生子女把失能父母送进养老院

**新京报：北京大力发展居家社区养老，居家养老会是社会主流吗？**

唐钧：目前，在我国，非正式照护者是失能老人长期照护的主力军，大多数失能老人都是由子女、伴侣或保姆在家照护。这是我国的社会人文背景决定的，现在 80 岁及以上的老人，正是造就新中国第一波生育高峰的一代人，有多个子女，当时生育年龄较低，当老人 80 岁时，子女正好五六十岁，已经退休，有精力和时间照顾老人。此外，这两代人观念比较传统，相比去专业照护机构，更愿意居家养老。

现在一些养老机构的宣传导向是，去养老院是去享福的，什么都不用干，“衣来伸手、饭来张口”，这是有问题的。作为老年人，他很在乎我对社会还有没有用，我对家庭还有没有用。机构养老主要针对的应是失能老人的长期照护。我今年 75 岁了，但是我还能够生活自理，我肯定选择在家里过日子。不只是中国老年人不想去养老院，全世界的老人都不想住进养老院。日本有 21% 的老人在机构养老，这个比例是全世界最高的，这给政府财政造成了极大的负担，现在日本

也转向发展居家养老了。

**新京报：未来养老趋势会变吗？**

唐钧：再过五到十年，计划生育那一代独生子女的父母开始进入高龄阶段，这些家庭除了只有一个孩子之外，两代人年龄差距也比较大，这就意味着，当父母迈入 80 岁的高龄门槛之后，子女尚在中年，事业家庭的压力很大。这时候，一旦父母严重失能失智，子女无暇照顾，入住专业照护机构势成必然，到时候长期照护保障制度就能发挥作用，减轻家庭的养老负担。这个趋势转瞬即至，不可掉以轻心。

**新京报：为了迎接这个趋势，政府和机构各自的当务之急是什么？**

唐钧：站在政府的角度，首先应认识到，养老不是一个利润巨大的产业，它是薄利的，但是必须有人去做；从 20 世纪 80 年代以来，我国已经涌现了一批优秀的老年照护机构，政府应把政策重点放在支持这批机构上，帮助他们以合作或连锁的方式迅速扩张，使其在短时间内形成“优质优势”，而不要把时间和资金浪费在扶植一些不专业的、一心牟利的养老机构上。

机构要修炼专业能力，为社区、居家养老服务提供专业支撑，发展壮大自己。在我国，养老是一个绝对的买方市场，这就要求养老机构必须把心思放在老年人身上，只有服务好老年人，才有更多人购买服务，才能赚钱。一心牟利的机构是活不下去的，老年人会“用脚投票”。

[返回目录](#)

## 扬州市卫生健康委党委书记、主任赵国祥：高质量推进健康扬州建设 为“好地方”增添更加厚实的健康底色

来源：健康中国观察

2020年11月，习近平总书记在江苏扬州视察时，称赞“扬州是个好地方”！扬州市牢记总书记重托，深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，认真贯彻《“健康中国2030”规划纲要》和《关于实施健康中国行动的意见》，把健康作为最核心的民生，摆在优先发展的战略地位。2021年，扬州实现国家卫生城市“六连冠”。2022年，扬州以全国第12名成绩成功蝉联全国健康城市建设样板市。2023年，扬州成为江苏省唯一入围中央财政支持公立医院改革与高质量发展示范项目城市。作为一座千年古城，扬州正在从医疗服务的小健康入手，不断构建全民健康的大环境，推动“治已病”向“治未病”转变，为“好地方”增添更加厚实的健康底色。

### 一、持续优化健康服务，推动优质医疗资源扩容和均衡布局

近年来，扬州市坚持“以人民健康为中心”，持续优化健康服务，加强公立医院主体地位，坚持医防协同、平急结合、中西医并重，强化机制体系、运行模式、医疗技术、管理服务创新，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局。

一是不断健全公共卫生应急管理体系。强化顶层设计，扬州市委、市政府印发《完善重大疫情防控体制机制健全公共卫生管理体系的意见》，市人大在全省率先出台《关于加强公共卫生体系建设的决议》

《关于进一步加强突发公共卫生事件应急管理的决定》。建立了平急转换的应急指挥体系，形成了较为完善的应急预案体系，构建了全方位的公共卫生服务体系。新建扬州市公共卫生中心，增核扬州市疾控中心编制 114 个。在全省较早完成了村(社区)公共卫生委员会设置，建成传染病监测预警系统一期工程。健全了可应急调用的物资储备体系，完善应急储备调集机制。推进医防协同、融合互通，在二级及以上医院普遍设立公共卫生科室，推进医防交叉培训、驻点共建、信息互通、管理考核。

二是全力推动公立医院高质量发展。系统建立公立医院管理新体制，在全省率先成立公立医院管理委员会并实质性运作；推动城市三级医院重点专科、重点学科建设，加大优秀医疗团队和先进医疗技术引进力度，全市现有省级以上重点专科 43 个(含中医)、多学科诊疗中心 54 个。苏北人民医院连续 4 年绩效考核保持 A+ 等次，实现三级医院县域全覆盖。今年，作为全省唯一地区，申报公立医院改革与高质量发展示范项目。

三是加快构建分级诊疗体系新格局。2015 年起，扬州在全市 53 个乡镇卫生院中选择 18 个中心乡镇卫生院按照二级医院标准扩容升级，规划建设农村区域性医疗卫生中心，每个中心覆盖 2~3 个乡镇，辐射 15 万-20 万人。至 2017 年，18 家农村区域性医疗卫生中心全部建成投用，2022 年又新建 2 家，共 20 家，总数占乡镇卫生院比例近 40%。建成后开展新技术、新业务、新手术 200 多项，建成后门急诊、



手术人次分别增长了 128%、114%；县域内就诊率提高到 90%以上，进一步解决基层群众看病就医难题，有效推动医疗卫生资源下沉。在“市域、市区、县域”三个维度完成了覆盖全市的医联体网格化布局，加大医保政策帮扶支持力度，逐步形成资源共用、利益共享、责任共担、发展同步的医联体工作新模式。

## 二、持续优化健康环境，将健康融入公共政策制定所有环节

近年来，扬州市聚焦生态宜居名城建设，积极打造“体育+公园”“健康+环境”升级版，既守住了古城的底色，又改善了城市人居环境，彰显了扬州“人文、生态、宜居”的特色。

一是将健康与公园体系建设相融合。在城市最美、老百姓最方便的地方，建设体育休闲公园，公园与周边自然生态融为一体，成为改善生态、美化环境、体育健身、运动休闲、娱乐休憩等多种功能的绿色公共空间。全市共新建、改建综合公园、社区公园、口袋公园等 306 个，城区公园绿地面积 2485.64 万平方米，人均公园绿地面积 20.19 平方米，位列全省第一，满足了广大居民对多元化健身的需求，真正让城市“动起来、乐起来”。

二是将健康与全民健身相融合。在全省率先启动健康生活方式指导员和运动处方师培养，建立运动处方库，加强体医融合和非医疗健康干预，千名健康生活方式指导员、百名运动处方师已持证上岗，成为“运动是良医”的推广者和“体卫融合”的践行者。建成 12 个体医融合服务中心、262 个全民健身指导站，新改建一批体育场馆，人

均体育场地面积达3.3平方米。全市拥有社会体育指导员近2.1万人，每千人拥有社会体育指导员4人以上，城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上的人数比例达93.2%，群众经常参加体育锻炼的比例达42%。

三是将健康与生态环境相融合。每年从城市土地出让金中提取5%用于城市绿化，连续实施三轮“绿杨城郭新扬州三年行动计划”，建立了城市永久性绿地保护制度，市区绿化覆盖率达到43.46%，人均公共绿地面积达到12.15平方米。投入120亿元打造“清水活水”“不淹不涝”城市，全面推进地下综合管廊、雨污管网等基础工程，深入实施黑臭河道整治、截污控污、积水点整治等水环境综合治理工程，大运河以西主城区90平方公里范围内全长140公里的35条河流实现了活水环绕，央视《新闻联播》曾以《江苏扬州：治城先治水、活水流起来》为题进行专门报道。坚持实施老旧小区改造、城市道路提升和绿化、美化、亮化工程。累计投入45亿元，实现了区域供水全覆盖，城乡居民饮水同水源、同管网、同水质。加强污水处理、垃圾处理等基础设施建设。

### 三、持续优化健康维护，努力提供全方位全周期健康服务

近年来，扬州市贯彻落实积极应对人口老龄化国家战略，印发《扬州市“一老一小”整体解决方案》，为“一老一小”等重点人群提供全方位健康服务。2022年，被确定为国家积极应对人口老龄化重点联系城市。今年，入选建设国家儿童友好城市名单。

一是老龄健康服务不断加强，建成 23 所养老护理院或康复医院，其中三级老年病医院一家；全市共设立康复、护理床位 1297 张，每千名老人养老床位数 38 张，其中护理型床位数占比 59.4%。开展“智慧助老”行动，每年开展老年人运用智能技术培训超 4 万人次。创成“全国示范性老年友好型社区”6 个。

二是托育服务快速发展，扬州市委、市政府印发《扬州市关于优化生育政策促进人口长期均衡发展实施方案》，扩大普惠托育服务覆盖面，在全省率先编制完成《扬州市区托育机构布局规划(2021—2035 年)》，成立婴幼儿照护服务开发协同创新基地；扩大普惠托育服务供给，实现“一乡镇一街道一普惠一公立”，全市共有省、市级普惠托育机构 38 个，每千人口拥有 3 岁以下婴幼儿托位数达到 3.53 个。

三是妇幼健康服务水平持续提升，强化妇幼健康服务体系建设，投资 30 多亿元，异地新建扬州市妇女儿童医院；加强出生缺陷综合防治，构建“筛查-诊断-干预-随访”一体化服务网络；积极开展省级儿童早期发展基地创建，积极推广适合儿童早期发展的健康、营养、安全保障等技术。全市孕产妇连续四年零死亡、婴儿死亡率 1.42%、5 岁以下儿童死亡率 2.38%，远好于全省平均水平。为适龄女生免费接种 HPV 疫苗。全市妇幼保健机构绩效考核连续两年位列全省第一。

四是中医药传承创新加快推进。将“治未病”理念融入康养调治全过程。扬州市出台《关于促进中医药传承创新发展的实施意见》，在江苏省首批开展全国基层中医药工作示范市(县)创建；健全中医药

健康服务体系，全市现有三级中医医院 2 个，三级乙等中医医院 1 个，二级中医(中西医结合)医院 5 个，100%社区卫生服务中心和乡镇卫生院设立中医馆。加大中医药文化宣传氛围，探索开展中医药主题公园、中医药膳、中医药示范社区建设试点，中医药惠民成效初步显现。

#### 四、持续优化健康促进，用爱国卫生运动撬动健康“大环境”

改善小环境，共享大健康。扬州市以爱国卫生运动为抓手，以健康城市、健康企业、健康家庭等创建为方法，以提高城市卫生管理水平和提升城市形象为目标，不断营造健康文明新风尚，曾先后荣获“中国人居环境奖”和“联合国人居奖”。

一是高位推动爱国卫生运动。扬州市所有党政机关和企事业单位均建立爱国卫生工作专门组织，组建专、兼职爱国卫生人员队伍。全市所有各村(居)民委员会设置公共卫生委员会，负责爱国卫生运动的组织协调等工作。创新开展每日一刻钟重点场所卫生保洁行动，“每周一小时”单位家庭卫生大扫除行动，“每月半天”城乡环境卫生整洁行动。目前，我市实现江苏省卫生镇全覆盖，累计建成国家卫生镇 36 个。

二是积极开展健康创建。扬州市以整洁宜居的健康环境、便民优质的健康服务、和谐文明的健康文化为主要建设内容，在基层推进健康主题公园、健康广场、健康步道等健康场景建设，打造精品健康细胞工程，形成政府主导、部门协作、全民参与、合力共建的良好机制，目前，全市建成江苏省健康县(区)6 个，省健康镇 32 个，省健康村(社

区)301个, 市级健康单位117个, 健康家庭5409户, 省健康县(区)实现全覆盖。

三是大力倡导绿色健康生活方式。扬州市广泛开展健康教育与健康促进, 引导群众树牢自身健康第一责任人意识, 坚持勤洗手、常通风、公筷制、多运动等良好卫生习惯, 推动养成勤俭节约、爱护环境的环保意识, 营造讲文明、铸健康的良好风尚。加强健康教育宣传阵地建设, 全市各级各类媒体均开办健康科普节目, 重点公共场所设置健康教育宣传栏。加强文明健康行为监督, 通过推广健康引导员、“曝光台”“随手拍”等方式, 加快形成约束有力的社会监督和舆论监督环境, 推动营造群众及时主动劝导、制止不文明行为的良好社会氛围。截至2022年, 我市居民健康素养水平已达36%以上。

清水活水, 绿杨城郭, 美丽宜居, 文明健康。扬州市将不断巩固全国健康城市建设样板市成果, 为“好地方”继续增添更加厚实的健康底色, 推进“将健康融入所有政策”, 不断提高市民的获得感、幸福感、安全感, 打造绿色生态、张弛有度、文化记忆、美丽宜居、开放创新的美好健康生活城市, 为健康中国建设, 增进人民健康福祉作出新的更大的贡献。

[返回目录](#)



## · 医疗聚焦 ·

### 深化改革如何促进“三医”协同发展和治理？

来源：中国卫生杂志

开局关乎全局，起步决定后势。2023年是贯彻落实党的二十大精神开局之年。全面做好开局之年的医改工作，影响深远、意义重大。在医改路上，许多地方在改革创新上蹚路向前，在真抓实干上争做表率，在推动高质量发展上大做文章。“能择善者而从之，美自归己”，互学互鉴、互促互进的改革氛围日臻浓厚，全国医改正以燎原之势不断深入开展。

致力于搭平台、促共识、广合作的2023全国深化医改经验推广会暨中国卫生发展会议于近日召开。会上，医改领域相关专家、多个省份卫生健康委的相关负责人及多个地市政府的相关负责同志进行了主题交流分享。

上海交通大学讲席教授、中国医院发展研究院院长许树强发言内容如下：党的二十大报告指出，要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。从“三医”联动改革到“三医”协同发展，体现了党中央对提升“三医”治理能力的更高要求，也回应了医改现实工作的诉求，标志着“三医”在既往改革举措联动的基础上，提升到更高层次。从目标理念上，更加突出以人民健康为中心；从参与主体上，更加突出调动各方面积极性；从治理手段上，更加突出系统集成、协同高效；从成效评判上，更加突出提升人民群众的获得感。

## 深化改革要抓住“三个一”

“三医”联动是深化医药卫生体制改革的重要举措和重要经验。

“三医”联动改革经历了三个阶段：第一阶段(2000-2008年)，以城镇职工基本医疗保险制度改革为重点，加强医疗、医药改革同步推进；第二阶段(2009-2017年)，以破除公立医院以药补医机制为重点，强调医保和医药改革相衔接；第三阶段(2018年以来)，以降药价为重点，为调整医疗服务价格提供空间，使公立医院收入结构更加趋向合理，推动公立医院建立运行新机制。

下一步，深化医药卫生体制改革总体思路是深入贯彻落实党的二十大精神，落实习近平总书记关于深化医改的决策部署，具体体现为“三个一”，即坚持“一个中心”，突出“一个重点”，用好“一个抓手”。坚持“一个中心”是以人民健康为中心，突出“一个重点”，即深化以公益性为导向的公立医院改革，重要抓手是“三医”协同发展和治理。

从医改的角度出发，“一个中心”有三个重要方面。

第一方面是推动各级党委政府落实主体责任；

第二方面是完善跨部门医改议事协调机制；

第三方面是健全医改监督评价机制。

“一个重点”是以公立医院改革为重点，公立医院改革的核心是该公立医院的运行机制。“以药补医”的旧机制破除后，深化以公益性为导向的公立医院改革更加深入，公立医院综合系统的改革不断巩

固提升。我国公立医院的运行虽然有财政补助，但仍然以医疗收入为主，取消药品耗材加成改革后，公立医院的合理收入减少，以医疗服务为主的收入结构调整需要一个较长的过程。

要紧紧围绕公立医院的运行，深化落实重点领域和关键环节改革举措，加快健全以公益性为导向的公立医院运行新机制，重点是要分为“三个层面”。

第一层面是实现破立转换，“破”了之后要“立”，取消药品耗材加成后的医疗服务价格补偿要落实到位；

第二层面是“立”了之后要“可持续”，要建立医疗服务价格动态调整机制，落实药品耗材集中带量采购医保资金结余留用制度；

第三层面要深化以公益性为导向的公立医院改革，推进公立医院高质量发展。通过“质量变革、效率变革、动力变革”，实现公立医院“更高质量、更有效率、更加公平、更可持续、更为安全”的发展。

### **强保障优服务供好药**

深化以公益性为导向的公立医院改革，推动公立医院高质量发展，这是我们工作的目标和导向。要实现这个目标，仍有一些问题需要我们深入思考。比如，从数据上来看，个人卫生支出年均增速是9.4%，而同一时期城乡居民个人可支配收入增速为8.1%。所以，尽管近几年来，政府、社会对卫生健康的投入不断增加，但是人民群众的感受并不明显，基本医疗保险报销范围外的费用负担依然较重。

党的二十大强调，中国式现代化是全体人民共同富裕的现代化，

不能让医药费用负担成为共同富裕路上的障碍。因此，我们要通过“三医”协同发展和治理，增强群众获得感。从保障侧，提升多层次医疗保障体系的综合保障能力。从供给侧，减少群众对医院的直接支付。从需求侧，强化“健康第一责任人”，形成科学合理的健康观和就医行为。

根据现行医保报销政策，自付费用仍占百姓每次看病费用的40%以上。既要让群众自掏腰包花在医疗上的越来越少，同时又要促进公立医院发展，想要实现这个目标，就要考虑发挥好第三方的力量。因此，除了依靠政府力量，加强百姓看病就医的基本医疗保障，还要积极探索和尝试通过社会和市场的第三方力量，积极发展商业健康保险，建立长期护理保险制度，探索创新城市普惠型保险……缓解百姓看病费用负担。

增强群众获得感，另一个重点是要“优服务”，深化医药卫生服务供给侧改革要进一步突出公益性，增强适配性，提高可及性，构建有序的就医和诊疗新格局。

一是在国家层面，强调优质医疗资源扩容，均衡布局，推进国家医学中心、国家区域医疗中心建设项目，统筹推进省级区域医疗中心建设，加强重点专科建设；

二是创新医防协同、医防融合机制，发挥中医药在预防、治疗、康复中的特色优势；

三是发展壮大医疗卫生队伍，促进人才跨越式发展；

四是要加强全科医生培养培训，夯实基层人才；

五是要持续改善群众看病就医的体验，增强医疗服务连续性和便捷性。

此外，还要“供好药”，创新医药供应保障。主要是支持医药科技创新，推动仿制药质量提升和替代使用；完善药品供应保障制度，健全短缺药品监测预警和分级应对体系，建立罕见病用药保障机制，推动药品保供稳价；优化国家基本药物目录；促进规范合理用药。加强药品质量安全监管，推进全流程监管。

相信通过“三医”协同发展和治理这一重要的改革抓手，以公益性为导向的公立医院改革会得到大幅的提升，深化医改会取得更大成效。

[返回目录](#)

## 医药健康产业，九大趋势判断

来源：新康界

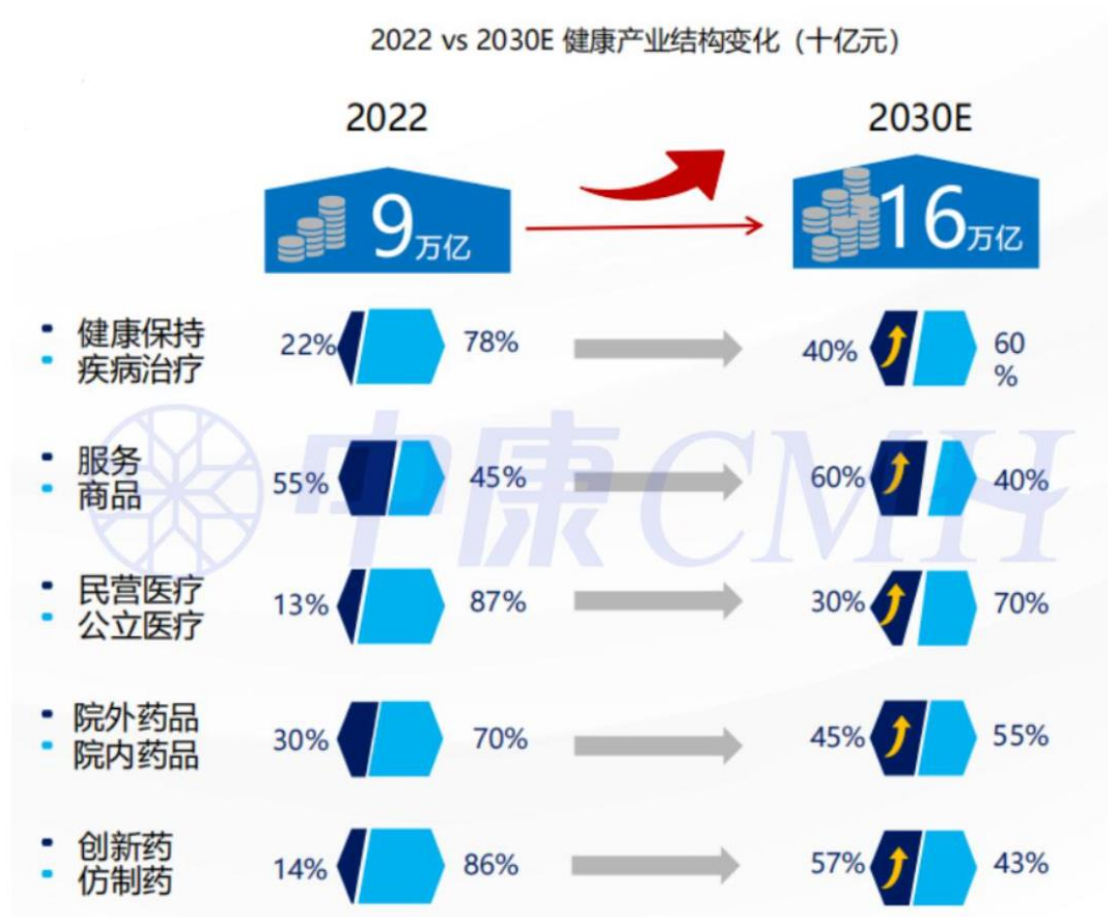
近日，中康科技副总裁李俊国在西普会上作“前瞻未来：2030中国健康产业全景预测”的主题报告，做出了2030中国健康产业九大趋势研判。

### 01、2030年健康产业或达16万亿，产业结构发生变化

中国健康产业规模扩大的同时，结构发生明显变化，非疾病治疗类市场扩大到40%；单纯商品交易市场下降到40%左右；在消费型医疗的带动下，民营医疗快速崛起，市场份额扩大到30%；院外药品市场



占比从 30%扩大到 45%; 药品结构也发生明显的变化, 创新药市场份额将超过 50%。



## 02、中国药品市场规模持续扩大, 增长速度预计到 2030 年规模达 2.89 万亿元

中国市场预计占全球市场的 1/6, 且增速或略高于全球市场规模增速。

## 03、预计未来药品渠道会继续分化, 零售渠道重要性提升, 预计未来实体药店、电商 B2C 会持续发力, 渠道份额占比将持续增长

医疗渠道随着门急诊量的增加, 会有一些的提升, 但由于医药分离政策导致处方外流至零售渠道, 未来渠道份额占比可能会有所下

降。



#### 04、零售渠道集中度将进一步提高，电商发展保持高速发展

门诊共济政策颁布，大型连锁药店更容易满足门诊统筹申请条件，将进一步加强大型连锁竞争力。此外，医药 B2C 市场规模将继续扩张，国民线上购药习惯会继续巩固。

#### 05、生物药和中成药发起猛攻，撼动化学药主导地位

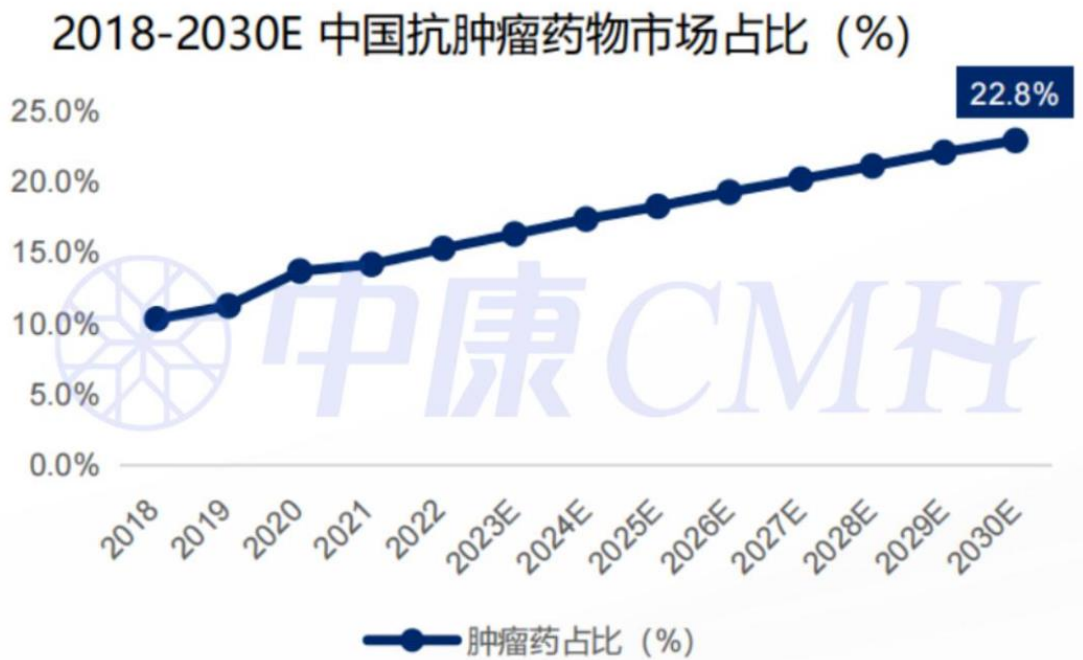


疫情期间，中医药“瑰宝”发挥了不可磨灭的作用；后疫情时代，自我诊疗、自我保健将成为中医药产业发展的核心驱动力；生物制品随着基因技术、细胞治疗等高科技技术不断发展潜力无限；化学药仍

然是药品开发中的主角，赛道竞争激烈，差异化竞争将成为未来的破局之道。

### 06、专利药市场规模迅速扩容，抗肿瘤药市场占比大，创新药加速发展，儿童用药和罕见病用药未来可期

未来，生物技术将推动抗肿瘤药物进一步增长，预计到 2030 年，约超 1/5 的药物市场被抗肿瘤药占据。



### 07、我国大健康管理还处于起步阶段，早筛、健康体检、保健品市场未来可期

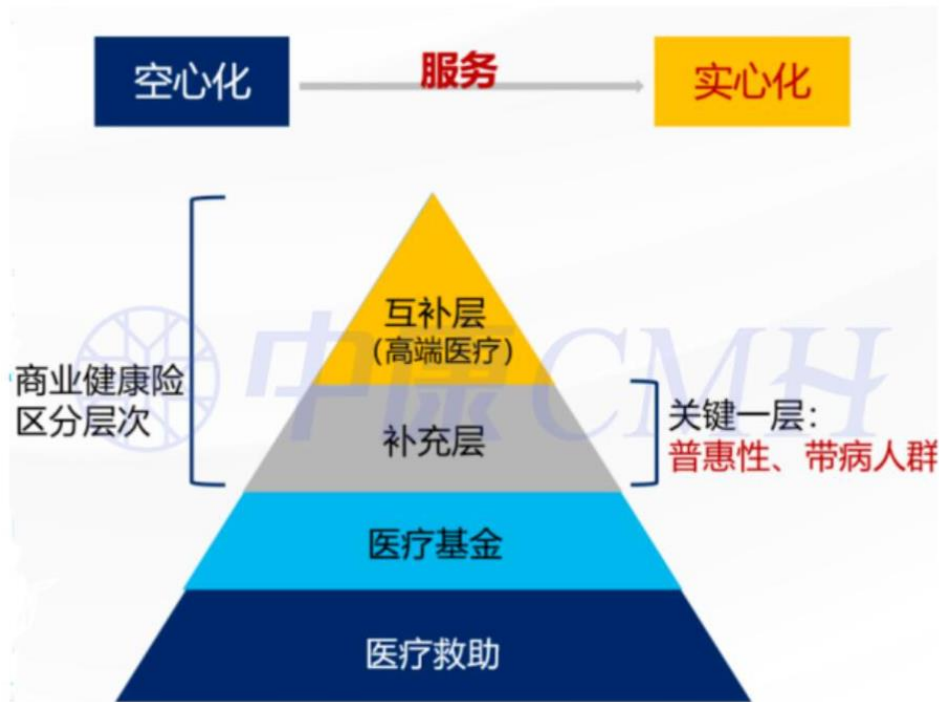
其中，健康体检在发达国家的覆盖率可达 70-90%之间，而目前我国健康体检覆盖率很低，空间巨大。

### 08、将构建多层次医疗保障体系，全方位保障居民健康，商业健康险发展迅速

政府端通过各种政策组合拳，实质性提升参保率，推进医保信息

平台与商保健康险平台信息共享。

与此同时，引导商业健康险、惠民保做好基本医保的衔接和补充，共同构建多层次医疗保障体系。商保公司则从设计差异化的保险方案、科学设计产品责任及合理的产品价格、放宽投保门槛等方面，驱动健康险业态发展。



09、从“单点数字化”到“全面数智化”，信息科技主力产业发展，将数字化视为底层的生产力和社会运行方式

健康产业新十年在追求供需平衡和效率革命中，数字化将围绕产业链持续探索技术与健康融合的应用场景。

[返回目录](#)

## · 医保快讯 ·

### 各地陆续落地，医保支付标准如何确定？

来源：中国医疗保险

近日，海南、湖北、贵州等多地开始落实最新的医保支付标准，其中包括以集采中选药品价格作为原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药的医保支付标准。在此背景下，患者仍可使用非中选药品，但医保支付标准不高于中选药品价格。

以湖北省为例，2023年7月19日，湖北省医保局公布了第一批至第五批国家集采非中选品种拟挂网清单，包括原研品种和参比制剂217个，过评品种1335个、未过评品种265个、858个未中选品种被暂停挂网。其中1-4批原研药和集采中选药品已采用了同一医保支付标准。

目前，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，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，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。

医保支付标准符合基本医保“保基本”的定位。通过设置医保支付标准，有利于保障医保基金安全，实现医保的总体可控，符合医保基金战略购买、价值购买的方向；更加有利于维护广大参保人的切身利益，通过设置合理的药品的支付标准，企业预期更加稳定，医保谈判成果得到进一步巩固，基本医保药品保障范围、保障程度保持稳定，并根据基金和患者个人承受能力得到适度提升，广大参保患者的药品保障需求将得到更好满足。

## 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，国家医保局延续了去年成熟的调整方案，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”的药品，包括非独家药品、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、连续纳入目录“协议期内谈判药品部分”时间达到 8 年的药品，今年的《谈判药品

续约规则》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；而非独家品种，鼓励各省根据仿制药的价格水平调整制定药品的医保支付标准。

“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. 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。通过制定《非独家药品竞价规则》，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。

### 3. 国家集采药品

自国家医保局成立以来，已先后开展了八批国家组织药品集中带量采购，累计成功采购药品达 333 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。

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。

[返回目录](#)

### 推进医保区域一体化的6个关键点

来源：民生保障与公共治理研究中心

推进长三角一体化、粤港澳大湾区建设和京津冀协同发展，这是党中央确定的国家发展战略。为此需要从多方面积极创造条件，其中的重点之一就是这些地区加快推进基本公共服务均等化。基本医疗保障是国家基本公共服务体系中的重要项目，为此，《“十四五”全民医疗保障规划》明确提出“推动重点区域医疗保障合作，提升区域医疗保障一体化发展水平”。医疗保障包括基本医疗保障和补充性医疗保障两个层次，其中补充性医疗保障是社会成员和用人单位的自主、自愿和自费行为，从学理上讲，这类项目主要通过市场化的机制去实现，因而只要坚持社会主义市场经济的原则，补充性医疗保障可以在这些重点区域实现一体化。所以，推进重点区域医疗保障一体化的关键，是积极推进重点区域的基本医疗保障一体化。

现代社会中，基本医疗保障是一项国民权益，由于历史和现实等诸多原因，我国现行基本医疗保障采用“分类保障”和“地区分治”的办法，相关权益在人群之间和地区之间存在一定差异。即便是同一类型的基本医疗保障项目，尽管制度框架全国统一，具体的政策设计



在地区间也有差异。因此，无论是长三角、粤港澳或京津冀，其内部各地区之间的基本医疗保障政策也是有差异的。

基本医疗保障制度在地区间存在的差异，既与地区间的经济社会发展差距有关，也与现行的法律法规和行政管理体制有关。一是地区之间客观存在的经济社会条件的原生性差异。我国幅员辽阔，地区之间天然地具有区位差异，由此带来了经济发展水平、医疗服务供给能力、民俗文化和就医习惯等方面的差异。二是法律法规不够明确。现行《社会保险法》中关于基本医疗保险的规定和《社会救助暂行办法》中关于医疗救助的规定过于笼统，各地基于当地的经济社会现实和医疗服务供给能力等因素所制定的基本医疗保障政策必然带有本地“特色”。三是医疗保障“地方分治”与“分灶吃饭”的财政体制。根据现行规则，医疗保障由地方政府负责组织实施，因而地方政府具有根据全国统一制度框架和医疗保障待遇清单制定本地医疗保障具体政策的权力，同时也有对本地基本医疗保障基金兜底之责任。这也是基本医疗保障政策出现具体差异的主要原因。

为推进重点区域的基本医疗保障一体化，实现基本医疗保障均等化，必须正视上述问题并积极稳妥地逐步解决。客观地说，长三角地区、粤港澳大湾区、京津冀地区是三个内部差异相对较小的地区，无论是基于这三大区域的现实基础和发展要求，还是基于它们所承担的全国示范职责，都应该积极创造条件，加快推进本地区基本医疗保障制度一体化的进程。

根据现行制度安排，基本医疗保障制度包括两项基本医疗保险和一项医疗救助。其中医疗救助制度和政策的统一相对比较容易，重要的是职工医保和居民医保这两个基本医疗保险项目。在三个重点区域推进基本医疗保险制度政策统一，需要从实际出发，不能简单地采用一步到位的“区域统筹”办法，而是应当循序渐进、稳步推进。具体地说，可从以下几个方面入手。

一是加快统一基本医疗保险参保规则。参保权是社会成员最基本的医疗保险权益，尽管目前各地规则不同，但关于此项统一的难度相对较小，建议尽快实施。这里的重点是：各类劳动者参加职工医保的规则、非户籍常住人口参加实际居住地居民医保、新生儿参加居民医保的规则等。

二是加快统一基本医疗保险目录。最近几年，按照医疗保障待遇清单制度，各地已经朝着统一的方向作出了积极努力，现在需要持续坚持，尽快实现本区域内的统一，包括药品目录、诊疗目录等。

三是加快统一医药服务定点规则。近年来，各地的定点医疗机构和定点药店逐步放开，同时通过异地就医即时结算解决了大量问题，现在各区域很容易在本地区内实现定点医疗机构和定点药店规则的完全统一。

四是逐步统一医药费用报销规则。在基本医疗保险目录和定点规则实现区域统一的基础上，要积极创造条件，逐步统一区域内的起付线、封顶线和共付段内的报销比率。

五是逐步统一基本医疗保险的筹资规则。筹资规则决定着社会成员获取基本医疗保险权益的成本，还涉及用人单位的劳动力成本，因而影响着本区域的劳动力市场一体化进程。这里的重点是明确社会成员、用人单位和财政对基本医疗保险的筹资责任划分、缴费基数确定规则、缴费比率确定规则等。

六是积极探索基本医疗保险基金调节机制。由于各地的经济发展水平、参保人员结构和医疗消费水平存在差异，因而各地的基本医疗保险制度运行成本不同，即便是在上述三个重点区域，其内部也存在此类问题，因此建议三个重点区域积极探索建立基本医疗保险基金调节机制，以均衡内部各地区之间的基本医疗保险筹资负担。

[返回目录](#)

## • 国际视野 •

### 从日本医药分业改革，看中国药企未来发展 5 大趋势

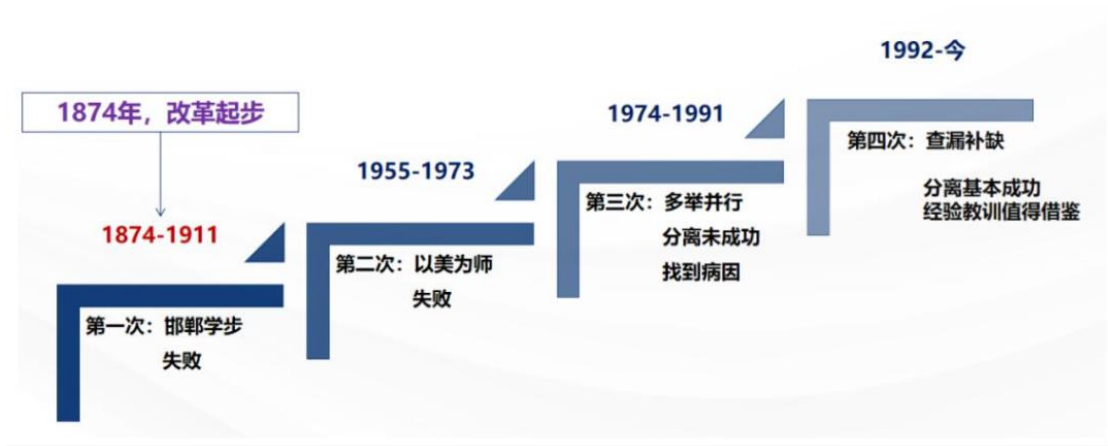
来源：中康产业研究院

在第 16 届西普会·医药创新生态大会上，中康产业研究院高级研究员刘伟博士以“日本医药分业改革研究及中国药企的启示”为题，详细分析了日本医药分业改革的历史变迁，并对中国药企未来发展道路和趋势进行预测。

#### 01、医药分业——日本百年改革简史

日本早年改革进行医药分离/业，开始于明治维新。当时日本全

面学习西方科学文化制度，医药行业则需要对标当时西方发达国家，全面西化。而整个过程耗费超过百年时间，历经四次重大改革。



第一次是 1874-1911：浅尝辄止，医药边界难分，政策流于形式。改革举措有：

①1874 年：颁布《医制》，首提医药分业。

第 41 条：医生将处方交于患者收取相应的诊疗费，禁止医生买卖药品。

第 43 条：医生进行药品贩卖或通过药与药店合作谋求私利将予以处罚。②1889 年：颁布《药品经营与药品使用规则》，确立药剂师职能。

从职业分工上明确医生与药剂师各自职能。

但规则没有禁止医生配药行为，医生依然向患者卖药。

③1911 年：日本政府在第 27 次帝国会议上表明，无意强制执行“医药分业”。

改革结果：

①明治 7 年颁布的文件中只认可西方医学，持有医生执照变成了

医生行业的准入门槛。

②日本医疗行业并未通过明治维新最终实现全面西化，出现中西医并立。

③改革在 1911 年停止，未大规模改变民众就医习惯和医药在医生手中不分的传统。

失败原因主要有 4 点，一是医药分离非主要改革目标：全面学习美国和西方，鼓励建立中西医药并立制度才是改革主要目标；二是传统医药文化习惯影响根深蒂固：在中国传统中医体系，大夫身兼医师和药剂师；三是近代化学（医药科技）发展非常不足；四是医院和医师组织强烈抵抗。

第二次是 1955-1973：改革重启，美国监督，医药分离法案出台。

改革举措有：

1955 年日本政府通过《医药分业法的部分修订案》，1956 年正式实施。

实行医药分业，医生开出处方，药剂师配药交给患者。

《医师法》第 22 条仍保留了医生在某些情况下的配药权力。

改革结果：

真正实现了医药分家的医院和诊所不足两成。

医药分业率 20 年维持在 1% 上下。

失败原因主要是，传统思想影响：受“医药一体”传统思想的影响，尽管有前面铺垫，国民仍不适应“医药分离”；医院利益，医生



利益：医师利益没有制度保障，也担心向外开具处方会给医院的经营及医患关系带来不利影响；配套设施不全：当时日本药局数量极少，百姓也依旧习惯从医生手中得到药物；国家民众支付能力尚不紧迫：药品未分离导致的高价药物并未严重影响到支付能力；人口老龄化问题：暂不紧迫。

第三次是 1974-1991：大幅提高医生处方权待遇，控费降价改革开始，而 1974 年被认为日本医药分业的改革元年。

改革举措有：

1961 年：受医保赤字、药品安全问题和药品回扣等因素的影响日增。

“医药分离”制度的推行再次被提上了日本政府的议事日程。

1974 年：日本政府再次推行医药分业制度，被称为“医药分业元年”。

提高医师处方费用，提高医生的诊疗收入，降低处方外流。

1991 年时，医生处方报酬比改革前提高了 12 倍。

1991 年医药分业率达到 12.8%。

其他配套改革：

自 80 年代开始实施控费药品降价，1980-1990 年药品价格累积降幅超过 60%

结果是部分改革成功：医药分业率有显著提高，从 1974 年的 1% 增加到 1991 年的 12.8%，但增长依旧缓慢，后期甚至停滞。

部分失败原因有：利益链条并未全部斩断；医药分开能带动费用控制不成立：医药分离增加配药费用，大幅度增加医疗成本，与医改整体的控费目标不符合；药店和药师数量限制：药店没有从医院强制性分离，社会上药店和执业药师人数严重不足。

第四次是 1992-今天：药价标准制度，缩小药价，斩断利益链条。

改革举措有：

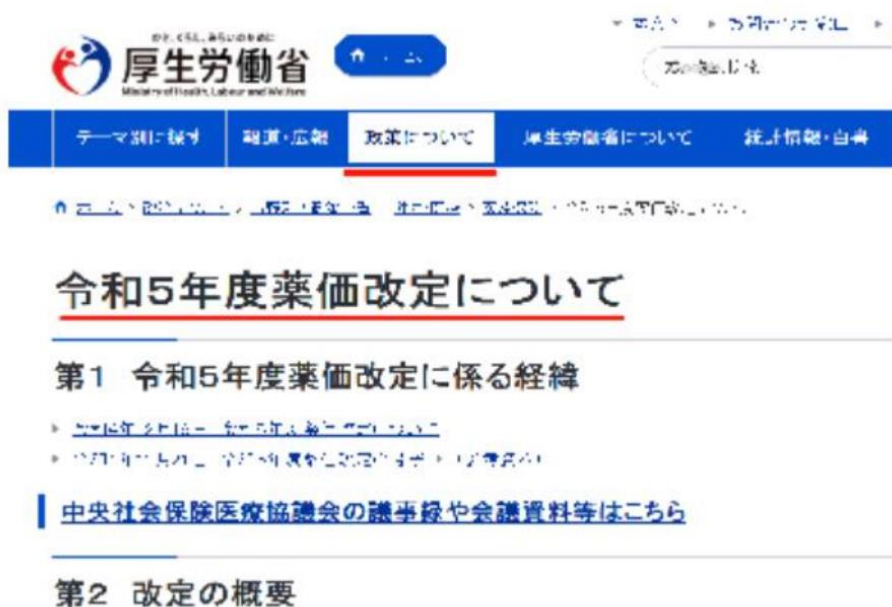
1992 年：逐步将药店从医院剥离，扶植并独立发展。

经政府协调，大部分出售非处方药的小店成长为具备出售处方药资质的大店。

1992 年：厚生省对药品定价进行改革，有效控制药品的差额利益，减低药价。

扩大药剂师专门人才培养，推广固定药店。

2011 年，日本有注册药剂师 27 万余人，是 1990 年的两倍。



这次改革相当成功，使得医药分离基本成功。数据显示，2020年日本医药分业率达到 75.7%，尽管尚未实现日本政府的全国分业率达 80% 的目标，但部分核心城市和区域该目标已经完成，比如日本东北部的秋田县，2020 年分业率近 90%。



来源：日本药剂师学会，2021 年报告

此外，改革让民众获益，使民众形成了就近或者指定药店购买处方药物的习惯；并且控费改革取得较大成效，药品占医疗费用的比率从最高 38% 降低到低于 20%。同时，日本药店数量和药剂师数量，从上个世纪 90 年代开始呈现快速增长趋势。到 2020 年，药店总数达到 6.1 万家，药剂师人数近 24 万人。



来源：日本药剂师业务局 2021 年基础数据概要

## 02、医药分业成功重要因素：药价标准制度

日本 80 年代医保压力导致对药占比的控费改革，进一步加大控费，施行药店仿制药替代策略。

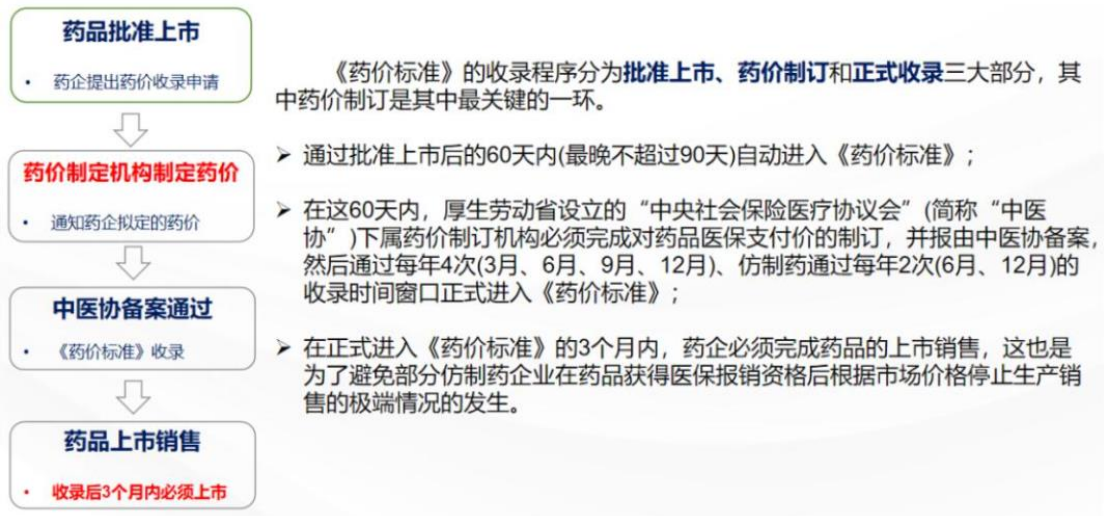


而为了推动仿制药替代策略，日本政府不断上调仿制药配药激励并建立惩罚措施，迫使药店提高仿制药替代率。在 2011 年，仿制药配药替代率超过 20%的药店可以获得 6 个点加成，超过 25%为 13 个点，超过 30%为 17 个点。到 2012 年，改为超过 22%获得 5 个点加成，30%为 15 个点，超过 35%为 19 个点。直至 2020 年，经过 8 年中 4 次调整，不仅药店仿制药替代率大幅提高，而且对低于一定比例的仿制药替代率的药店进行处罚，要倒扣点数。

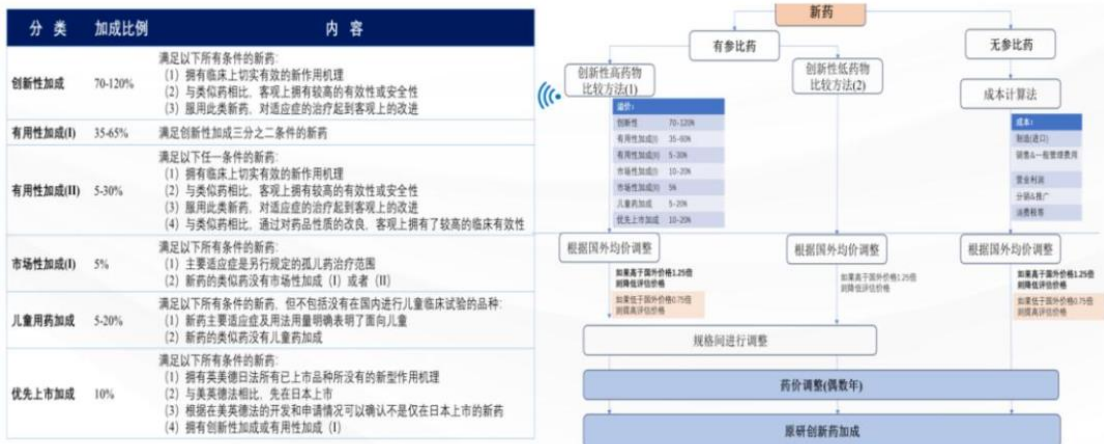
2011年日本仿制药处方量比例以及市场份额同别的国家对比					仿制药使用占比及如果不使用仿制药所需多花费的财政		
国家	日本	美国	英国	德国	财政年度	仿制药使用占比率	如果不使用仿制药所需多花费的财政
仿制药占整体处方量比例	22.8%	72%	65%	63%	2017	65.8%	1.30 万亿日元
仿制药市场份额	8.8%	14%	26%	24%	2018	72.6%	1.40 万亿日元
					2019	76.7%	1.62 万亿日元
					2020	78.3%	1.86 万亿日元

来源：日本 NHI 药物价格体系，日本厚生劳动省 2022

其中，全民医保制度是日本医保支付的大头，决定药费支出总额的药价形成机制自然而然被纳入到了医保制度的政策框架当中，即《药价标准》。而《药价标准》收录程序分为批准上市、药价制订和正式收录三大部分，其中药价制订是最关键的一环。



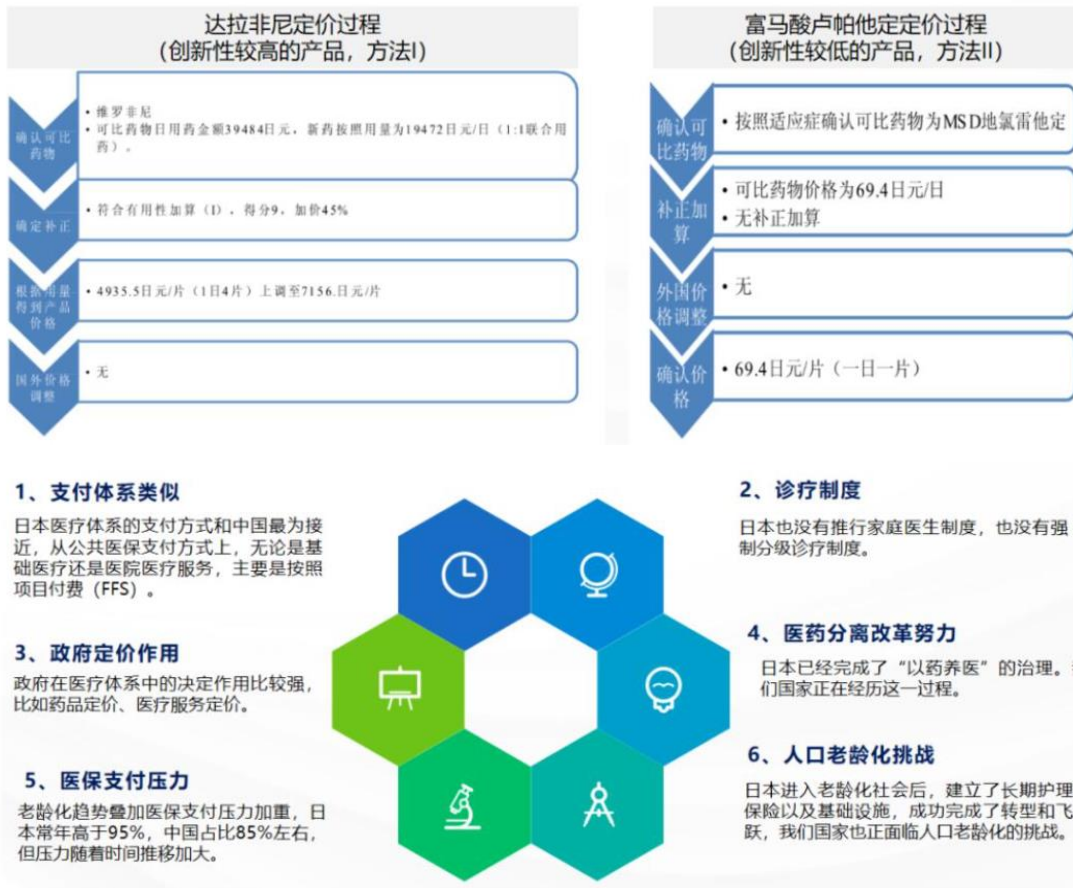
特别值得注意的是日本创新药定价机制。日本首创按成本定价模式，其它原研药以首创药为基准定价，而仿制药则以原研药价格的一定百分比定价，因此控制住了首创药价格，也就控制住了所有药品的价格。在这一框架下，日本引入创新性、有用性、市场性的加成制度，鼓励药企加大研发投入。



### 03、日本改革对中国当前改革的借鉴意义

因为中国医疗改革的社会基础和日本很像，所以拥有一定可比性，和改革的借鉴意义。

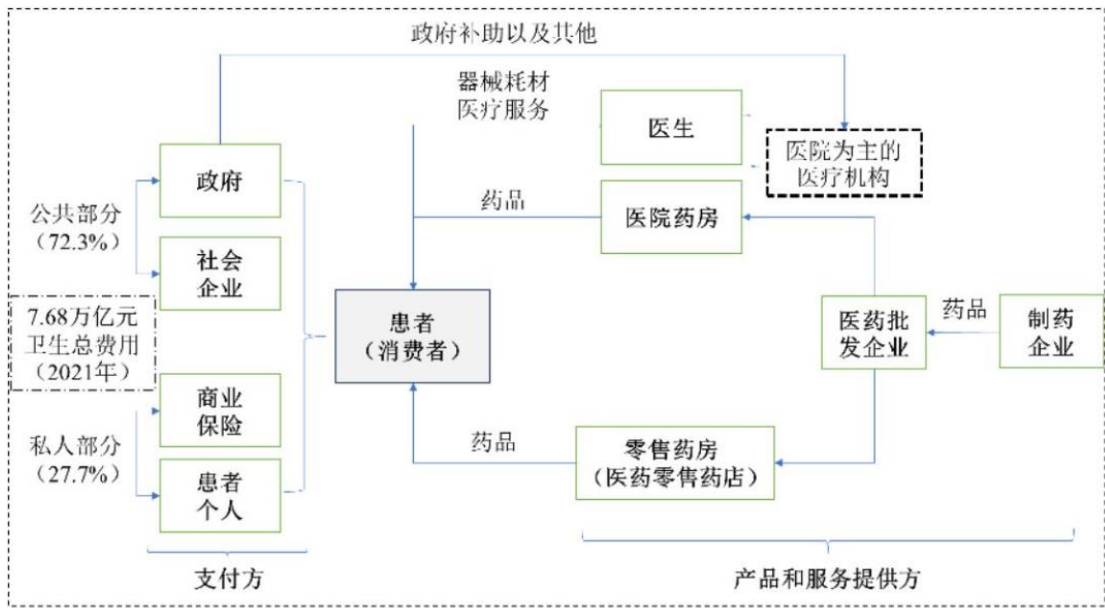




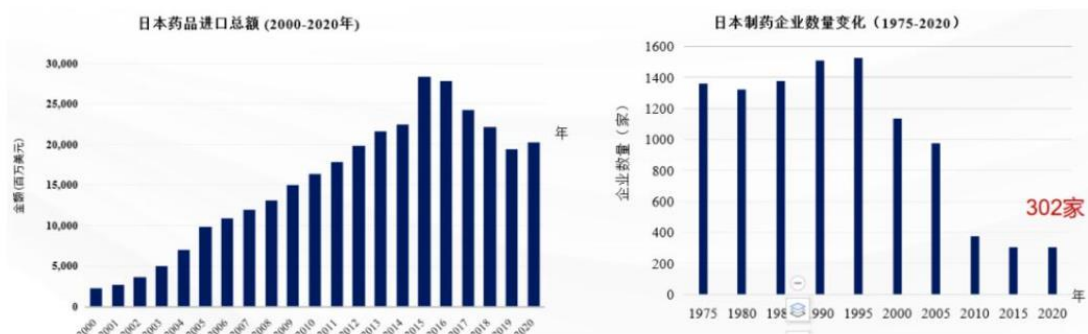
当然, 国内涉及医药、医疗、医保的三方联动供给侧改革, 政策环境远比支付端改革复杂。2019 年以前, 以药养医背景下, 药企承担了比较大的制度成本, 也可叫改革成本, 但同时也享受了制度的红利 (医保护容、医生大处方、某些药物的滥用)。而 2019 年以后, 三医联动, 产品、质量、成本、品牌等成为更重要的竞争变量。

## 04、日本医药分离改革对中国药企的启示受打压的仿制药+外资竞争与日本创新药崛起

**进口激增:** 自上个世纪 90 年代开始, 日本通过取消政策保护壁垒对外开放医药市场, 2000 年-2020 年进口药在日本销售放量明显, 本土市场受到外资竞争侵蚀。



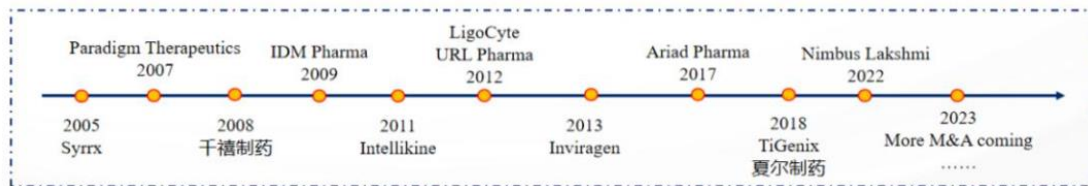
药企减少：“药品降价+外资竞争”推动日本医药行业集中度提升，日本药企数量从1975年的1359家下降至2020年的302家。



应对本土激烈竞争，日本龙头外延并购强强联合

开拓外海市场：与日本药品降价趋势相比，欧美市场药品价格持续上升，武田药品工业、安斯泰来制药、第一三共等日本龙头药企纷

纷通过外延并购布局海外市场，提升自身盈利能力。

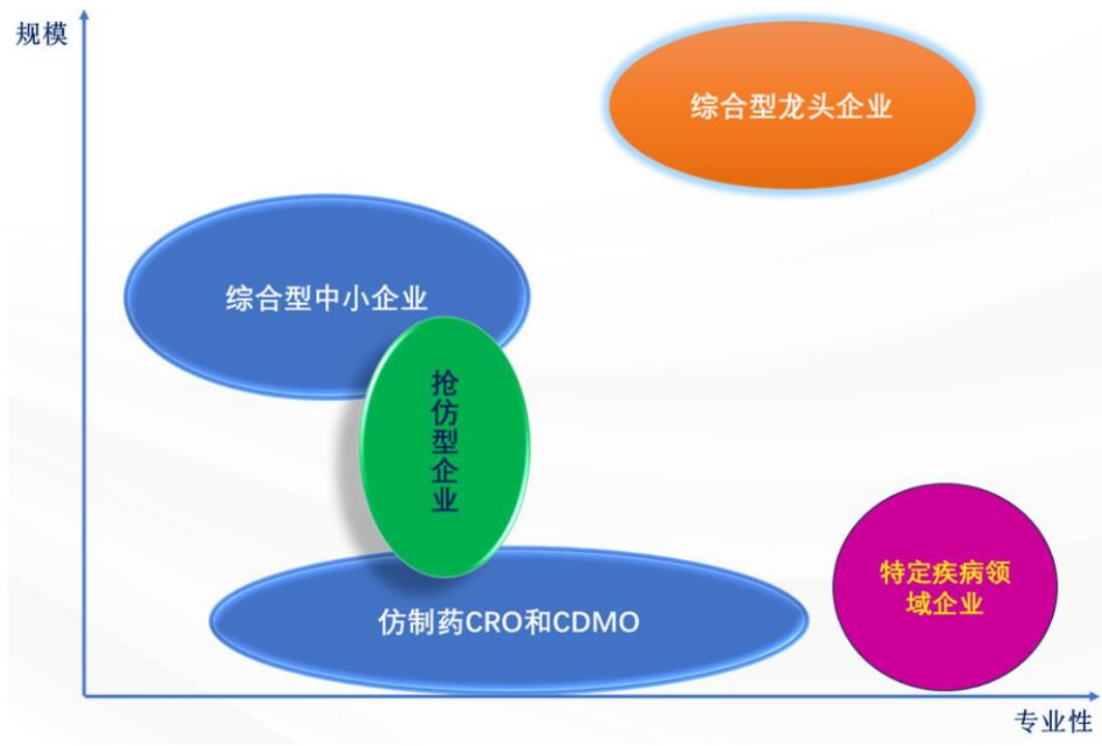


**武田药品工业部分大宗外延并购案例**



**阿斯泰来部分大宗外延并购案例**

### 05、中国药企未来发展的 5 大趋势



趋势一：创新药是最有潜力的大赛道，只有少数公司能真正成长为优秀乃至伟大的公司。仿制药和连锁药店虽然也有部分公司股价表现不错，但回报率远不能和创新药企业相比。

趋势二：市场容量，抓住赛道机会，以肿瘤药为突破口，延续创新势头，国内头部公司在未来超大市场空间有无限机会，相信国内创新药企业未来的销售规模和市值空间都远非日本药企可比。

趋势三：国内并购，国内大规模并购机会窗口已经开启。

趋势四：国际化可行性以及机会，国际化依然是必然要选择的路径，现在仍处于机遇期，如果不能进入成熟的欧、美、日市场并与这些跨国药企正面硬刚，很难形成与跨国巨头比肩的实力和竞争力。

趋势五：国际化外延并购，强强联合。这个是否适合中国企业，仍是值得大家共同探讨的问题。

[返回目录](#)

## 美国药价改革的民意基础

来源：村夫日记

随着 IRA(通胀削减法案)的通过和实施，美国药企希望通过诉讼和大选后的政党更替来废除或部分废除法案来缓解药价改革的压力。但从调研来看，美国民众对药价管制的认同已经占到绝对主流。因此，在美国的政治制度下，政党也要顾及自身基本盘的诉求，不可能一味迁就大企业的利益。

近日，美国凯撒家庭基金会就减肥药和药价发起了调研，该调研由 KFF Health Tracking Poll 发起，在 2023 年 7 月 11-19 日进行，一共调研了 1327 位成年人，主要通过在线和电话完成。从调研结果来看，即使是共和党选民也有 68%认为现在对方药药价监管是不

充分的，而 2021 年同期进行的调研显示，只有 57%的共和党选民认为药价管制不充分。两年的时间大幅增长了 11 个百分点。

虽然被调研人群认为药企在研发有效的新药方面值得信赖，有 75%的受访者认为药企在某种程度上是值得信赖的。但对于药价的公平性，各有 39%的受访者认为药企完全不值得信赖或者不是很值得信赖。

其实，在这里也提出了一个悖论，普通民众虽然对药企能开发出有效的新药比较认可，但当新药价格超出个人可承受度范围之后，大众对药企的印象整体转为负面。

这也引出了调研的下一个问题，83%的受访者认为药企的利润是推动处方药价格的主要原因。其中，独立选民是对药企最同情的，只有 78%认为利润是推动药价成本的主要原因，而共和党选民则是最激进的，89%认为是利润是推动药价成本的主要原因，而民主党则只有 84%。值得注意的是，57%的共和党选民认为研发成本是药价成本的主因，超过了民主党的 53%和独立选民的 56%。而在市场和营销成本上，民主党和独立选民认为的推动比例是 47%，而共和党选民则认为只有 43%。

从这个角度来看，与其他选民相比，共和党选民在认知上存在明显的差距，他们一方面认为药企研发成本高，所以推动了药价，但另一方面又认为高药价的原因是利润。这说明共和党认同药企创造了价值，所以高研发投入确实需要高药价来体现，但另一方面，他们认为



药企的利润太高了，超出了应有的价格，所以药价是不公平的。

当然，高药价也抑制了用户的使用，收入越低，处方的调剂率就越低。21%的受访者在过去 12 个月有过放弃用药并购买 OTC 替代，其中年收入小于 4 万的家庭的比例高达 25%，而年收入高于 9 万的家庭只有 15%。12%的受访者通过药物减半或减少剂量使用来节省开支，其中年收入小于 4 万的家庭比例为 16%，是年收入高于 9 万的家庭的一倍。

对于药价是否需要管制，73%的受访者认为需要，而 2021 年同期进行的调研只有 63%认为有必要管制。如果分党派来看，民主党的认同度最高，高达 82%的受访者认为需要管制药价，但共和党的占比也不低，达到了 68%。独立选民最低，只有 67%，这与前面独立选民对药企的同情度最高是正相关的。

虽然受访者都希望管制药价，但对 IRA 法案并不了解，只有 25%的受访者知道政府会对药价进行谈判以及对胰岛素自付部分限额 35 美元/月，只有 24%的受访者知道个人自付部分将在未来大幅下降，只有 10%的受访者知道药价涨幅超过通胀将被处罚。由此可见，但一个政策还未惠及大部分人群的时候，个人的感知是很弱的，因为大部分人对具体政策的了解还是非常欠缺的。当然，65 岁以上人群的感知要高很多，比如 44%的 65 周岁及以上的受访者知道胰岛素个人自付限额，34%知道个人自付部分限额以及 31%知道药价谈判。但是，只有 5%的 65 岁及以上人群知道药价涨幅超通胀会被惩罚。

从凯撒的这个调研来看，美国药价改革是两党选民的共识，因此，药企如果寄希望于大选能改变法案的实施，其可能性正在逐步缩小，只可能寄希望于诉讼并将官司打到最高法院，从而通过保守派法官的判决来获得翻盘的机会。但是，从平价医疗法案在最高法院的多次判决来看，意图推翻一项并非因宗教而引发的具备强大民意基础的法案，其可能性并不大，即使是保守派法官也要考虑到给予个人的基本医疗福利价值。所以，对药企来说，更多做好准备来化解药价改革带来的冲击才是上策。

[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