

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第44期

(2023.10.30-2023.11.05)

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。）

• 医防融合 •

▶ [从理论到实践，紧密型县域医共体医防融合慢性病管理创新模式](#)

[有这“1234”！](#)（来源：中国全科医学教育平台）——第 7 页

【提要】慢性病已经成为我国居民当前阶段面临的主要健康问题。2019 年国家卫生健康委启动了紧密型县域医共体的建设工作，以强化基层慢性病管理，各县域医共体试点慢性病管理模式构建情况不尽相同。作为四川省首批国家级紧密型县域医共体试点县的新都区，在试点建设中落实慢性病管理机构整合、信息系统深度整合、绩效评估改革等方面工作做出了创新探索。本文通过对新都区医防融合慢性病管理模式的创新及取得的成效进行介绍，同时分析及比较国际整合型医疗模式的经验，以期为医共体建设下慢性病管理模式的构建提供经验参考。

▶ [基层卫生服务医防融合：概念框架及指标体系构建](#)

（来源：北京大学中国卫生发展研究中心）——第 14 页

【提要】2019 年以来“鼓励基层医疗卫生机构开展医防融合”已出现在 20 余个国家层面发布的政策文件中。国内学术研究虽然对卫生服务的整合有不少理论和实践上的讨论，但对“医防融合”一直未有明确的学术界定。本研究结合经典整合型卫生服务体系的概念框架、

卫生服务类型界定和我国卫生体系的特征，构建基层卫生服务提供中医防融合的概念框架，在此基础上利用德尔菲专家咨询法构建医防融合水平测量的指标体系；致力于为设计医防融合体制机制提供思路、并为各地试点的效果评价提供技术工具。

• 老年健康 •

▶ [卫健委：深入推动老年健康服务体系建设](#)（来源：健康北京）——第 19 页

【提要】为促进主题教育成果转化，全面展现首都卫生健康系统增强群众健康获得感、推动高质量发展的具体举措和成效，北京市卫生健康委推出“办实事 解民忧 提质增效护健康”系列专题宣传。日前，市卫生健康委召开系列之老年健康专题媒体沟通会。

▶ [紧扣养老财富管理市场脉搏 中信银行发布《中国居民养老财富管理发展报告（2023）》](#)（来源：中国经济网）——第 30 页

【提要】近日，在中信金控、中国养老金融 50 人论坛指导下，中信银行携手合作伙伴在南京举办以“长寿时代 做自己人生的 CFO”为主题的 2023 “幸福+”养老财富管理论坛，汇聚养老领域的专家，共同探讨“长寿时代”的养老财富管理之道。论坛上，中信银行与合作机构重磅发布《中国居民养老财富管理发展报告(2023)》(以下简称《报告》)。中国养老金融 50 人论坛董克用教授表示，《报告》立足中国居民养老财富管理市场实践，同时融入国际视野，为政策完善、行业发展、产品创新等提供了有益参考。

• 国际视野 •

▶ [深度调整周期已至，跨国药企在中国的下一步](#)（来源：健康界）

——第 35 页

【提要】进博 6 年，进入中国已经超过 40 年的跨国药企已经成为一支重要的参与力量，他们在这个平台从世界探向中国，从中国相连世界；他们首发新药、首推新的解决方案，牵手产业上下游各方达成合作；他们通过这样或那样的现场活动持续发出独属于 MNC 的声音。自从 1980 年日本大冢制药株式会社作为首家外资药企签约进入中国，伴随国内改革开放，跨国药企耕耘中国市场长达 43 年，斗转星移，他们已从如梦似幻的黄金十年经历蛰伏蓄力的去而复来走向等风来之后的凭栏万里……以改革开放 40 年为起点的进博 6 年，也是跨国药企在中国医药创新市场风起云涌的 6 年。

▶ [走进健康 4.0：医疗健康领域的数字化革新之路](#)（来源：美德瑞医生集团）

——第 46 页

【提要】在过去的几年里，我们见证了医疗健康领域的数字化转型和创新的快速发展。健康 4.0(Health 4.0)作为这一变革的重要标志，为医疗健康领域的未来发展提供了强有力的支持和基础。本文将深入探讨健康 4.0 的基本概念和应用，以及它如何为未来的医疗服务提供新的视角和可能。

• 医保监管 •

▶ [DRG/DIP 付费下，医保基金监管有哪些“新”特点与“新”挑](#)（来

源：金豆数据）——第 54 页

【提要】DRG/DIP 付费改革的快速落地，降低了参保患者的自费负担，提升了医保基金的使用效能，重构了医疗机构的内部运行机制。与此同时，新型付费方式也给医保基金监管带来新的挑战。虚编高套、分解住院、转嫁费用、服务不足等违规行为，对医保基金监管理念、手段、队伍等都提出了更高的要求。本文想和大家一起探讨，DRG/DIP 付费下的医保基金监管到底有哪些“新”特点，医保部门该如何适应新变化、新挑战？

▶ [“过度医疗”界定模糊，医保如何监管才能让医生“心服口服”？](#)

（来源：医有数）——64 页

【提要】近日，国家医保局就《关于加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理的指导意见(征求意见稿)》公开征求意见。根据这份征求意见稿，有医保违法违规相关医务人员会被记分，累计达到一定分值后，将被中止或终止医保支付资格和医保费用结算。

• 集中采购 •

▶ [五年集采路：药品耗材价格如何一步步回归“合理水平”](#)（来源：

中国医疗保险）——第 70 页

【提要】药品和高值医用耗材集中带量采购是党中央、国务院部署的重大改革任务。目前，集中带量采购改革已经进入常态化、制度化新阶段，“釜底抽薪”压缩“带金销售”空间，持续挤压药品耗材虚高价格水分，促进价格回归合理水平，不仅成为减轻群众医药负担的有

力举措，而且也让临床使用药品、耗材的质量也得到稳定提升，临床服务需求充分释放。从药品到耗材，从国家到地方，我国正在持续推进医药集中带量采购的扩面提质，真正让降价成效惠及广大患者。

▶ [5 问 5 答，还原集采仿制药真相——](#)（来源：中国医疗保险）——第 74 页

【提要】目前，我国共有 8 批 333 个品种的集采仿制药进入临床一线，平均降价 50%，数以亿计的患者因此用上了质优价宜的仿制药。但不论是在社交平台，还是在一些媒体上，也出现过“仿制药不如原研药”“仿制药就是没作用”“原研药最安全，仿制药容易出问题”等言论。而日前发布的第二、三批国家组织集采中选仿制药临床疗效和安全性真实世界研究的结果，以及多年来国家多部门对集采药品的监测结果，可能会打破一些“刻板印象”。

-----本期内容-----

· 医防融合 ·

从理论到实践，紧密型县域医共体医防融合慢性病管理创新模式有这“1234”！

来源：中国全科医学教育平台

医防融合：县域医共体慢性病管理

慢性病已经成为我国居民当前阶段面临的主要健康问题。2019年国家卫生健康委启动了紧密型县域医共体的建设工作，以强化基层慢性病管理，各县域医共体试点慢性病管理模式构建情况不尽相同。

作为四川省首批国家级紧密型县域医共体试点县的新都区，在试点建设中落实慢性病管理机构整合、信息系统深度整合、绩效评估改革等方面工作做出了创新探索。

本文通过对新都区医防融合慢性病管理模式创新及取得的成效进行介绍，同时分析及比较国际整合型医疗模式的经验，以期为医共体建设下慢性病管理模式的构建提供经验参考。

新都区医防融合慢性病管理模式的框架

1、新都区县域医共体基本框架

新都区慢性病管理中心在区卫生健康局的领导下，将慢性病管理服务中心设立在区人民医院，医院院长任中心主任，办公室设立在医院对外事业部，与区疾病预防控制中心一起履行全区慢性病管理、督

导、考核、质量控制及培训的职能。下设 3 个分中心，分别是区人民医院、区二医院、区中医院分中心，每个分中心与 4~6 个卫生院建立双向转诊协同服务的关系，组建成“1+3+N”的服务团队对全区慢性病（“两病”）人群进行管理(图 1)。

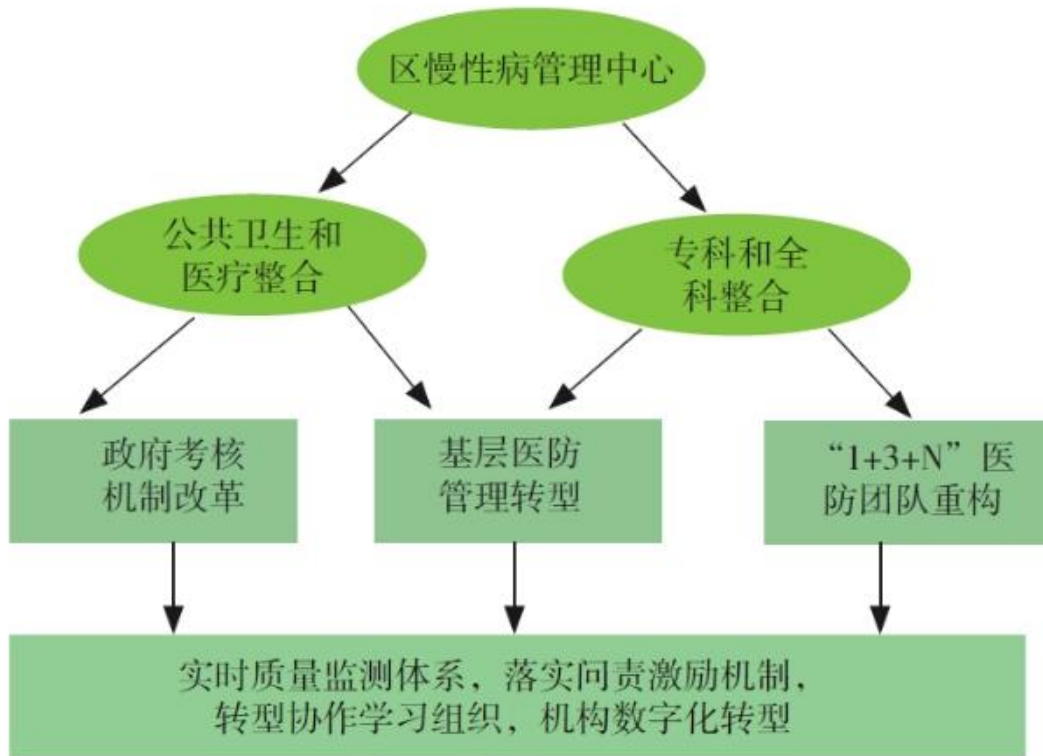


图 1 新都区创新性慢性病管理模式框架

2、新都区创新性慢性病管理方式

医防融合理论创新：2 个整合

横向整合公共卫生和医疗服务：将群体公共卫生服务(如建档、体检、随访等)转变为具有个体化的临床流程(如慢性病筛查、风险评估、健康管理等)；同时，在诊疗流程中，植入了预防医学服务，如在门诊流程中增加公共卫生建档及慢性病患者签约服务，在体检流程中增加慢性病筛查服务，在出院流程中增加慢性病患者签约及随访服

务。纵向整合专科服务与全科服务：一方面，将专科医生分配到家庭医生团队形成稳定的责任机制和分工协同机制；另一方面，对慢性病患者进行风险分级分类管理，指标异常者申请专科协同管理，病情复杂危重者通过绿色通道上转，病情稳定者则下转回家庭医生团队。

医防融合实践创新：1 个中心，3 个变革，4 个保障

"1 个中心"：

由"成都市新都区慢性病管理服务中心"进行统一的管理、培训、绩效分配调控，区内统一慢性病质量评价体系进行质控。中心的创新：通过信息技术整合慢性病相关的公共卫生及医疗服务数据，建立实时监测及质控系统。这种类似"慢性病 GPS"的监控体系同时也能实现对慢性病人群的分级分类责任制管理。

"3 个变革"：

(1) 医防融合队伍重构。

构建"1+3+N"慢性病服务团队，即 1 名专科医师+3 人组成的家庭医生团队(家庭医生、公共卫生人员、护士)+N 个村医。

家庭医生负责：领导团队；解决患者疾病问题、进行转诊决策、制定健康管理计划；团队内部人员的培训；识别人群管理主要问题，组织开展团队例会。

医生助理(公共卫生人员+护士)负责：辅助医生收集病史并记录信息，数据驱动识别人群管理主要问题，为居民提供预约、建立个人档案与门特档案、随访、体检资料收集服务和健康教育。

村医：对辖区内的慢性病患者进行随访；识别高风险人群，通知预约者到团队医生处接受管理，对居民进行群体健康教育；参与家庭医生团队周例会，针对重点需关注的人群进行病案讨论。

专科医生：负责团队疾病质量控制工作，定期为团队签约居民提供线上或线下会诊，对团队成员进行基于临床指南的标准化培训。

(2) 机构医防融合管理转型。

首先，推动机构领导转变意识，从卫生健康局牵头到中心、分中心均由院长直接“挂帅”，反映了领导的重视及决心；其次，调整机构的管理组织架构和业务流程，最关键的是调整绩效结构以激发团队动力。

(3) 政府公共卫生考核机制改革。

中心调整了“老年人、高血压、糖尿病”相关的质量绩效考核指标，改变公共卫生服务工作以工作量为主的传统考核方式，逐步过渡到追求质量及临床效果。在公共卫生工作量考评上更侧重“两病”人群的指南遵从度和综合目标的达标率，比如在糖尿病人群中增加考核血糖、血压、血脂的达标率，以及眼底、肾病、足病的筛查率，新都区将这些评价指标结构化，以百分制的方式实时显示“两病”人群的管理效果。同时，新都区积极探索公共卫生经费项目化打包，鼓励区级龙头医院积极参与公共卫生项目，引导公共卫生与临床医疗的融合。

“4个保障”：

(1) 建立实时慢性病质量监测体系：借助区医共体的慢性病管理

"GPS"地图，可高效地分析各服务机构及团队的服务业绩和彼此之间的差距。(2)落实问责激励机制：中心以监测数据为导向，每个季度对医共体成员的慢性病管理成效进行排名，推广优秀团队及机构的先进经验，帮助后进团队分析问题；根据团队慢性病管理的质量评分进行公共卫生慢性病管理考核，分配公共卫生慢性病管理经费；基于"全专协同"服务激励机制，鼓励专科医生参与基层慢性病管理工作，专科医生作为家庭医生团队的技术支持及培训指导者，会奖励其一部分团队因质量评分所获得的绩效，这也意味着公共卫生经费在医共体内跨机构进行分配，实现了利益共同体模式。(3)构建一线转型共同学习机制：中心引进转型学习型协作联盟(TLC)的机制，持续提升基层卫生服务能力。TLC机制已在美国多个项目中取得了良好的效果，本市其他辖区也有经验可供参考。主要通过组建全区慢性病医防融合转型的教练组，选择种子团队进行转型的定向突破，充分调动一线人员参与变革的积极性，支持多个基层医疗卫生机构共同学习、加快改革。(4)推动基层医疗卫生机构数字化转型：新都区通过数字化技术，搭建了公共卫生、基本医疗、签约服务核心业务系统间互联互通的医共体信息融合平台；建立慢性病管理信息系统，固化基于循证医学的慢性病管理服务流程，形成了动态健康档案大数据平台，为开展数据驱动下的主动化的人群健康干预行动提供有力支持。

新都区医防融合慢性病管理模式运行效果

新都区紧密型县域医共体医防融合的创新型慢性病管理模式，对

基层慢性病管理提质增效有明显效果。截至2022年6月，全区高血压、糖尿病规范化管理人数较建设初期增长50.87%；其中糖尿病、高血压管理人数分别增长55.28%、49.04%；糖尿病患者中糖化血红蛋白 $\leq 7\%$ 的人群比例、高血压患者中血压 $\leq 140/90$ mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)的人群比例也在近1年内分别增长了70.69%、115.28%；全区基层门诊量在一年内增长了14.30%，其中高血压、糖尿病的门诊量增长达36.01%；1年内医共体内下转患者增长了14.55%；并打造了一批基层医防融合转型示范单位。

讨论

1、重点突破，实现医防融合的深度整合

国内外整合型医疗服务为主导的慢性病管理模式中，多以基层常见慢性病（“两病”）作为突破口。我国基层慢性病管理也可因地制宜地以“两病”或其他基层常见慢性病管理为突破口，将医防融合体现在深度整合中——整合公共卫生和医疗服务、专科与全科，将一体化结构下“防、治、管”结合及上下衔接落到实处，在慢性病患者的监测、随访、门诊、住院一系列流程上实现实时监测，促进医疗资源的双向流动。具体来说：基层医疗卫生机构可以将慢性病门诊与签约建档相结合，县域医共体内部在县级医院和基层医疗卫生机构间有效落实双向转诊，县级医院专科医师下沉至慢性病管理团队，夯实慢性病临床诊疗和管理等。

2、统一慢性病质控体系

在统一的质控体系下，各级基层医疗卫生机构间管理的同质化相对较高，在后期进行效果评价、绩效分配方面可有稳定、可靠的依据。比如，新都区医共体在进行慢性病管理过程中，依托美国 NCQA、英国 QOF 质量评价体系和《中国临床实践指南》，并根据县域慢性病特点构建了统一的质控体系。另外，对建立的区域慢性病质控体系进行大数据验证和评价，也是在对该模式进行推广时需要进行的下一步研究工作。

3、建立互联互通的医共体信息融合和数据监测平台

国内外以整合型医疗服务为基础的慢性病管理模式，反复强调用来整合健康信息的信息技术的质量问题、信息管理系统的连续性问题，甚至建议构建高度整合的专业信息化平台，实现统一数据共享、会诊转诊、实时监测、全程管理的协作。在我国，公共卫生数据平台、慢性病签约平台、临床诊疗平台三大平台数据互联互通，对于全程慢性病管理意义重大。依托 5G+ 互联网数字技术，收集慢性病实时监测数据，建立起数据监测平台，可以实现在卫生决策制定、慢性病患者的主动性干预、问责激励机制等流程中以数据为导向，及时发现和解决凸显的问题。信息融合和数据监测整合平台的建立是紧密型县域医共体管理效能提升的基石，也是整合型慢性病管理模式对信息系统深度整合需求的再一次验证。

4、建立基层全科医生持续学习机制

实践证明，TLC 机制对国内整合医疗行之有效，可以持续提升基

层团队成员学习能力，值得推广。TLC 机制可以提高基层临床医生主动学习、以问题为导向学习的内驱力，在数据驱动下，促进医疗资源针对性、持续性下沉(比如，由基层全科医生发起，以解决慢性病管理中临床问题为导向，县级医院专科医生有针对性地进行系统性帮扶培训，并形成长期机制，不断更新)。

5、新都区模式面临的问题

新都区模式的探索工作取得了一定的成效，但也有一些问题需要进一步思考和讨论：(1)数字平台为慢性病管理提供了精准的数据导向，但其搭建和维护需要持续的资金投入，除了政府财政帮扶，需要思考如何根据县域实际情况引入第三方进行互利合作，以利于长期协调发展。(2)县域原卫生系统的人事管理分配制度限制了医共体的部分绩效激励分配的效率，特别是县级医院优质医疗资源下沉后，如何更好地激发上级专科医生的动力、更精准地把握绩效激励值得思考，除了以数据为导向，可能还需要进一步加大政策倾斜力度以进行支持。

[返回目录](#)

基层卫生服务医防融合：概念框架及指标体系构建

来源：北京大学中国卫生发展研究中心

由于人口老龄化、经济发展和生活方式改变等因素，慢性病已成为主要的疾病负担。应对当前慢性病的病因和病程发展特征，医学需要改变以疾病和治疗为中心的模式，转化为以健康为中心，并从整个

健康到疾病发展全过程来提供预防、治疗和健康管理的整合连续服务。基层医疗卫生服务机构有接近居民、综合便捷等特点，更容易与居民熟悉和建立长期关系；因此各国在卫生体系架构上，基层卫生体系或初级保健网络都是承担和协调整合服务的主要角色。

《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》中明确提出我国深化医改致力于构建高质量的整合型卫生服务体系，坚持以基层为重点，强调创新医防协同、医防融合机制，以实现以基层医疗卫生机构为主的各类卫生服务提供者融合预防性服务和治疗性服务。2019年以来“鼓励基层医疗卫生机构开展医防融合”已出现在20余个国家层面发布的政策文件中。国内学术研究虽然对卫生服务的整合有不少理论和实践上的讨论，但对“医防融合”一直未有明确的学术界定。本研究结合经典整合型卫生服务体系的概念框架、卫生服务类型界定和我国卫生体系的特征，构建基层卫生服务提供中医防融合的概念框架，在此基础上利用德尔菲专家咨询法构建医防融合水平测量的指标体系；致力于为设计医防融合体制机制提供思路、并为各地试点的效果评价提供技术工具。

1、我国基层卫生服务医防融合的概念

基层卫生服务的“医防融合”以提高居民健康水平为出发点，以居民对高质量健康服务需求为设计标准，以实现医疗卫生服务体系绩效可持续改善及控制体系运行成本为目标；不同类别基层医务人员通过健康服务理念 and 知识技能的更新，基层医疗卫生机构内不同部门通

过部门整合或重组，基层与医院、专业公共卫生机构和其它相关健康服务提供机构之间借助协作机制保障，各类卫生服务机构借力服务提供过程规范和信息化赋能；形成基层系统内部服务横向整合、基层/初级保健服务与临床专科和专业公共卫生服务的纵向连续的服务提供网络；最终的表现形式为：改变“预防”和“治疗”服务的切块化和片段式提供模式，居民能从基层卫生服务提供者那里直接获得或由基层卫生服务提供者协调获得健康和疾病进展全阶段上安全、优质、高效、无缝隙一体化的服务。

2、我国基层卫生服务医防融合的框架

结合国际已有整合卫生服务体系核心要素和我国卫生服务提供体系的特征，提出图 1 中包括 3 个层面、5 个维度的基层卫生服务医防融合的概念框架。

图 1 三个圈代表“医防融合”在供给侧 3 个层面的表现：医务人员个人层面、医疗卫生服务机构层面、以及卫生服务体系层面。个人层面表现为医务人员自身融合服务，包括基层卫生服务机构负责临床医疗服务的医护人员将预防性服务融入到日常诊疗服务中，公共卫生人员将个体健康管理处方与群体疾病控制工作融合；机构层面表现为基层卫生服务机构内不同部门之间或者不同专业人员之间实现目标一致和工作协同，以患者获得无缝衔接的服务为基础，整合、合并、重组和升级各自职责范围内的服务；机构层面表现为基层机构与医院之间的服务整合和衔接、基层机构与专业公共卫生服务机构之间的服

务整合和衔接、以及医院和专业公共卫生服务机构之间的服务整合和衔接。

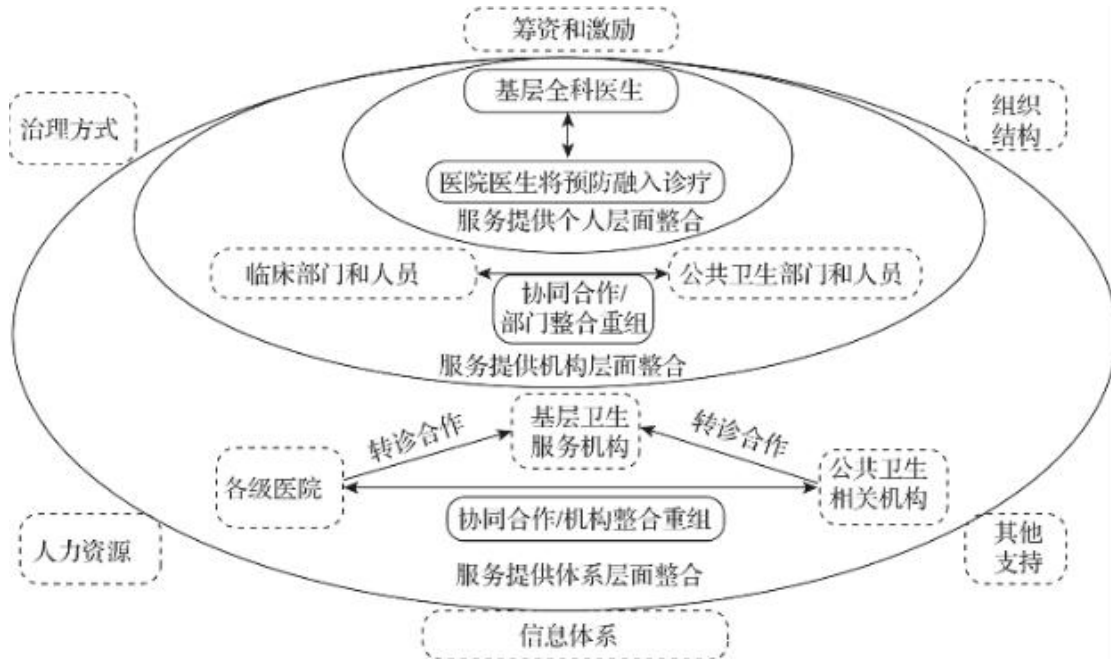


图 1 我国基层卫生服务医防融合的概念框架

基层卫生服务医防融合的表现 在供给侧 3 个层面之外，还需要一系列支持政策，并最终表现在需方获取医防融合的服务、并能改进健康行为和 健康结果。图 1 的外围展示了实现 3 个层次的医防融合，所需的政策支持，包括：1) 筹资和激励制度上，基本公共卫生和基本医疗服务的经费支持者和支付方式要有一致的激励目标，机构内部对医务人员工资分配制度也需要引导人员从整合服务中获得更高的收益。2) 组织架构上，基层机构与医院和以疾病预防控制中心为主的专业公共卫生机构、以及两类服务职能的技术监管部门之间实现组织重组或者不同程度的合并；或者机构内部，实现负责临床服务的科室与负责预防性服务的科室之间的重组或不同形式的整合。3) 治理方式上，卫生行政机构中服务公共卫生、医疗服务、基层服务等多个部门的重组

或者建立多主体协同治理机制、共同推动医防融合工作的开展。4) 信息系统上, 构建区域范围内互联互通的人口健康信息平台, 实现分条和分块的公共卫生服务信息系统与医疗机构信息系统之间的整合。5) 人才培养上, 短期通过培训和长期通过医学教育改革形成一支具备大健康理念、整合服务意识和跨学科技能的基层人员队伍。

3、医防融合水平测量的指标体系

基于图 1 概念框架构建我国基层卫生服务提供中医防融合水平测量的三级指标; 使用德尔菲法完善和构建指标体系。权重赋值发现, 权重最高的 4 个指标依次为: “医保是否实施了按照人头计算预付费总额并允许结余留用”、“家庭医生团队内人员协调程度”、“是否将预防服务提供纳入医生绩效考核”、以及“电子处方、电子病历和电子居民档案是否实现互通共享”。

指标体系权重分配体现了支持医防融合的体制机制中的改革重点。首先, 当下筹资激励环境是医防融合表现不佳的根本性原因, 医保的支付方式仍以总额控制下按服务项目付费为主流, 并且医保只覆盖医疗服务, 其激励方向是医疗机构从更多治疗服务获益、相对忽视预防性服务; 基本公共卫生服务由财政经费支付, 但财政投入增长空间有限, 只能借助行政考核压力推动基本公共卫生服务, 两类投入没有形成一致目标和合力; 通过医保按人头支付和绩效考核的改革消除激励冲突才能使基层在医防两类服务上实现平衡和融合。其次, 基层基本医疗和基本公卫服务运行借助不同监管部门开发的信息系统, 对

原本可以合并的服务，基层也需要将其分割、并使用多个系统操作；实现信息系统的整合、同一病人医疗和健康信息的实时共享对于消除服务项目之间的缝隙、提高整合的紧密度至关重要。

[返回目录](#)

• 老年健康 •

卫健委：深入推动老年健康服务体系建设

来源：健康北京

为促进主题教育成果转化，全面展现首都卫生健康系统增强群众健康获得感、推动高质量发展的具体举措和成效，北京市卫生健康委推出“办实事解民忧提质增效护健康”系列专题宣传。日前，市卫生健康委召开系列之老年健康专题媒体沟通会。

北京市卫生健康委党委委员、
市老龄办常务副主任、一级巡视员

王小娥

截至 2022 年底，北京市常住老年人口 465.1 万人，占全市常住人口的 21.3%，人口老龄化快速发展。北京市卫生健康委针对老年人多样化、多层次的健康服务需求，树立积极老龄观，推进健康老龄化，积极构建公平可及、综合连续、覆盖城乡、就近就便的老年健康服务体系，不断提升老年人获得感、幸福感、安全感。

一、注重预防，老年人主动健康能力显著提高

一是聚焦老年人失能早期预防。在全市开展失能健康管理项目，对健康老人开展早期评估指导，维持好健康状态；对有失能风险的老年人，协助做好危险因素干预，减缓或避免失能的发生；对已经失能的老年人，提供健康服务，改善生活质量。截至目前，累计筛查重点老年人 32.4 万人次，为失能老年人提供健康服务 7.8 万人次。

二是聚焦老年人痴呆预防。开展脑健康体检(痴呆风险筛查)项目。通过科普宣教、专业人员培训、脑健康体检、个体化健康指导、健康风险持续监测与管理，有针对性地开展痴呆高风险人群健康管理与干预服务。截至目前，累计筛查 92.2 万人次。

三是聚焦老年人口腔健康。在全市试点开展老年人“口福”项目。宣传普及老年人口腔健康知识，指导老年人树立早防早治的理念；为基层口腔医护人员提供业务培训，提升基层专业服务能力。截至目前，已累计为 6 万余名老年人提供免费口腔健康检查。

四是聚焦老年人心理健康。选取全市 70 个社区(村)作为老年人心理关爱项目试点，开展老年人心理健康评估。对评估结果显示有心理健康问题的老年人，进行针对性的心理干预，改善心理健康状况。截至目前，累计提供老年人心理关爱服务 1.6 万人次。

五是聚焦落实老年人基本公共卫生服务。全市社区卫生服务机构 65 岁及以上老年人签约 242 万人，提供健康管理服务 187 万人；为 60 岁以上老年人建立健康档案 418 万份；连续 7 年为符合条件的老年人免费接种流感疫苗、肺炎疫苗。

二、夯实基础，老年健康服务设施建设持续推进

一是推进康复机构建设。分4批完成19家公立医疗机构向康复机构转型。截至2022年底，全市康复服务床位1.03万张，248家医疗机构设置康复医学科，每千人口康复床位达0.47张。到2023年底，本市将实现“各区至少设有1家二级及以上康复医院或1至2家达到二级康复医院标准的康复转型医疗机构”。

二是推进老年护理中心建设。2022年起，累计推动高碑店社区卫生服务中心、羊坊店社区卫生服务中心等21家医疗机构转型建设老年护理中心，每家护理中心床位不少于20张，让三级医院和专科医院的老年患者能“下得来”，居家和养老机构的老年患者能“上得去”，基层医疗机构对老年患者的护理需求能“接得住”，解决失能、术后老年人长期护理资源不足问题。

三是推进安宁疗护中心建设。北京市全区域纳入国家安宁疗护第三批试点，统筹优质服务资源，推动全市安宁疗护开展。确定北京医院、北京协和医院2家安宁疗护指导中心；遴选北京老年医院、海淀医院等14家示范基地，蒲黄榆社区卫生服务中心等10家示范中心。海淀医院、鼓楼中医医院、蒲黄榆社区卫生服务中心等6家转型建设的安宁疗护中心已全部投入使用。2023年底，全市将再增加至少4家安宁疗护中心，提供安宁疗护服务的床位将不低于850张；到2025年，全市每区至少将设立1家安宁疗护中心，提供安宁疗护服务的床位将不少于1800张。以社区和居家为基础、机构为补充，综合连续、

机构和居家相衔接的安宁疗护服务体系初步构建。

三、开拓创新，老年人健康服务不断改善

依托北京老年医院和各区优质医疗资源，建立市区两级老年健康服务和医养结合指导中心，构建“1+17+N”的老年健康服务新体系；开展老年友善医疗机构建设，从友善文化、友善服务、友善环境、友善管理 4 个方面持续改善老年人就医服务，目前全市老年友善医疗机构 561 家，创建率 95%；强化社区卫生服务中心规范开展全流程老年健康服务，目前全市 324 家社区卫生服务中心完成老年健康服务规范化建设，达标率 96.1%；探索 MDT 等模式，带动全市二级以上综合医院老年医学科建设，目前全市公立二级及以上综合医院设立老年医学科比例达 84.8%；以“互联网+医疗”为抓手，依托北京老年医院建设北京市医养结合远程协同服务平台，为医养结合机构提供科普讲座、人员培训、照护指导、远程会诊服务，截至今年 9 月底，北京市 159 家、河北省 20 家医养结合机构纳入远程协同服务范围；建立养老服务机构与医疗机构、“120”急救转运机构“握手”机制，有效满足养老机构老年人就医用药、急救转运等需求。截至目前，全市 571 家养老机构均与基层卫生服务机构建立了“一对一”对接机制。

健康是老年人参与社会的基础，推进实现健康老龄化是应对人口老龄化最主动、最经济有效、最符合国情和市情的举措。下一步，我们将持续完善老年健康服务体系，积极推动老年健康服务和医养结合服务高质量发展，不断满足老年人健康需求。

首都医科大学宣武医院党委书记

岳小林

健康是保障老年人独立自主和参与社会的基础，更是幸福晚年的关键。首都医科大学宣武医院作为国家老年疾病临床医学研究中心和北京市老年保健及疾病防治中心，主动肩负起“健康老龄化”的使命和任务，在医疗、科研、预防和人才培养等领域打出组合拳，织密老年疾病防治网络，筑牢老年人群健康防线，助力从“长寿”向“康寿”转变。

一、全力构建老年医疗服务新模式

一是在外科治疗领域，医院聚焦高龄患者手术治疗难点，开发高龄患者围术期“综合评估与决策辅助”系统，形成“多学科全程管理”模式；率先开展高龄患者术后快速康复行动，建立远期随访大数据库。目前，医院手术患者最高年龄达106岁，逐步解决了高龄患者低手术率、低麻醉率、高死亡率等临床问题。例如在高龄骨科中心，我院已成功开展高龄脊柱外科手术800余例，患者平均年龄80.2岁，术后无1例死亡，无1例需重症监护，快速康复切实提高了患者术后的生活质量，减轻了家庭和社会的负担。

二是在内科治疗领域，聚焦老年人“多病共存、多重用药”的就医痛点，医院开设老年多学科联合门诊，以老年医学专家为主导，提供“一站式”诊疗服务，避免了老年人多科室就诊的劳顿；通过智慧药学服务模式，为老年患者提供精准用药指导，提升疗效、减少药源

性伤害，解锁老年人多重用药难题。为减轻老年人认知功能下降、营养不良、失眠、焦虑、疼痛、衰弱等“老年综合征”困扰，医院率先建立“老年综合征”临床管理路径，通过智能化评估和数字化干预，改善老年人营养不良和跌倒等风险，探索出老年健康管理新模式。

三是在优质护理方面，聚焦老年人对专业护理服务的迫切需求，医院开设了认知训练、居家康复等9个老年特色护理门诊，为老年人制定个性化护理方案；创新“互联网+护理”服务模式，利用“掌上宣武医院”平台，为老年患者提供线上护理指导，消除了出院后护理指导“断档”问题；与基层医院牵手，建立7个专科护理门诊，打造同品质护理，让老年人在家门口就享受到大医院的优质护理服务。

二、积极推动老年医学科技创新

医院以重大民生问题和关键临床问题为导向，搭建脑机接口、基因组学、细胞治疗等5个研究平台，建设6个老年病研究型病房，在全国范围内建立16项研究队列，研发出老年疾病早期预警、精准治疗和全程管理的系列新技术和新产品。

例如阿尔茨海默病(AD)防治，揭示中国AD遗传特征，摸清全国AD患病率和疾病负担，研发“新型外周标志物”和诊断设备，建立AD早期预警和干预方法，牵头制定AD与认知障碍诊治指南等，系列研究成果为制订国家AD与认知障碍防控策略提供了重要依据。

对帕金森病防治，医院系统研究了亚洲人特有基因相关帕金森病的“流行病学”及“发病机制”，研发帕金森病早期诊断“检测试剂

盒”和分子影像学诊断探针；依托互联网医疗和临床信息大数据平台，结合穿戴设备和人工智能技术，实现对帕金森病患者全疾病周期的管理。

三、切实加强老年失能的社区管理

“一人失能，全家失衡”，随着人口老龄化逐步加深，老年人失能问题日益受到关注。医院在全市范围内开展老年人失能评估和健康服务项目，摸清全市社区失能老年人底数，搭建健康服务体系，提供标准化服务。

项目通过三级(市、区、机构)四层(项目管理、系统管理、质量管理及专家指导)的规范管理，组织全市 430 余家社区卫生服务机构，为 65 岁及以上老年人开展失能评估 32.4 万人次，为评估失能的老年人提供个性化健康服务 7.8 万人次；通过形式多样的宣教活动和专题培训，持续提升社区医务人员在老年人失能预防、干预、康复、护理等方面的能力。

北京老年医院党委副书记、院长

禹震

北京老年医院以老年病为核心，坚持公益性基本定位，以高质量发展为驱动，专注打造老年医学优势学科，围绕老年健康急难愁盼问题，建立健康宣教、预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护、安宁疗护六位一体老年健康服务体系，开展老年综合征特色诊疗，深化中西医结合康复服务，强化老年护理服务，建设老年友善医院，积极

探索老年健康与医养结合发展模式，提供全方位、全周期、整合型老年医疗健康服务。

一、认知健康，守护记忆，形成全人管理和多学科整合新机制

随着人口老龄化不断加快，目前我国痴呆患者总数超过 1500 万，65 岁以上人口患病率约 6%。围绕持续高发的老年痴呆问题，北京老年医院成立国家高级认知障碍诊疗中心，开设记忆门诊、互联网门诊、认知专科病房，设立床位 110 张，提供认知障碍筛查、认知功能系统性评估、痴呆预防指导、痴呆规范化诊疗、数字化认知康复训练、精神异常行为矫正及痴呆伴随躯体病处理等多项诊疗服务，通过中西医结合、药物及非药物治疗，形成全人管理和多学科整合的机制，对改善痴呆病人认知障碍及精神行为异常疗效显著。目前承担国家级和省市级课题 10 余项，在探索脑健康、关爱老年人认知方面走在前列。

二、突破血管，护卫神经，探索老年神经血管介入诊疗新技术

针对老年脑血管疾病高发，重点打造高水准老年神经血管介入中心。作为国家卫生健康委首批授予的优秀神经介入建设中心，中心拥有国际先进水准的卒中单元，致力于保护神经血管健康，打造高水平、专业化医护团队，开展脑动脉狭窄支架置入术、急性脑动脉闭塞机械取栓术、慢性脑动脉闭塞血管内再通术等多项神经血管介入手术，引入多项高难度复杂性病变的新技术，开展经桡动脉或远桡动脉的脑血管内介入诊疗，为患者提供全天候保障。探索建立多学科联合诊疗、规范化全程管理、一体化综合救治的老年神经血管介入诊疗模式，切

实提升老年患者的治疗恢复速度，减轻术后长时间卧床痛苦，减少相关并发症，为患者带来新希望。

三、快速康复，重获活力，守护老年患者“心”健康

与安贞医院强强联手，共同打造北京市首个高水平心脏病康复服务平台，针对老年冠状动脉支架植入、冠状动脉搭桥、心脏外科手术、房颤射频消融等术后人群，以“生物-心理-社会-环境”医学模式为核心理念，聚焦药物治疗、运动康复、营养、心理、戒烟五大处方，制定个体化康复方案，结合中医针灸、八段锦、呼吸导引功法等综合措施干预，提供综合功能评估、运动训练、体外反搏治疗等心脏综合康复治疗，帮助患者修复受损心脏功能，逐步恢复日常生活能力，大幅提高患者生活质量。初期提供2个病区50余张床位多个康复单元，拥有心脏康复管理评测、心肺运动负荷监控系统、体外反搏、医用抗阻训练器等医疗设备。自2023年3月成立以来，已收治461名心脏康复患者。

四、医养结合，优化流程，打造北京老年健康服务新模式

不断完善北京市老年健康与医养结合服务指导中心体系，结合17家区级医疗机构及N家辖区医疗机构，牵头建立覆盖全市的“1+17+N+X”老年健康与医养结合服务体系。建设北京市医养结合远程协同服务平台，实现17个区老年健康与医养结合服务指导中心、100余家医养结合机构联网，初步搭建全市老年健康体系核心架构。组建涵盖管理、医疗、护理、康复、安宁疗护、营养、社工、药学、

健康管理、健康教育等领域的专家库，联合各区老年医院，依托医养结合远程协同服务平台，围绕老年人健康需求，为具备条件的医养结合机构、养老机构提供科普宣传、照护指导和远程会诊等多层次、多样化服务，切实提升老年人的获得感、幸福感、安全感。

朝阳区高碑店社区卫生服务中心主任

王辉

高碑店社区卫生服务中心成立于 2007 年，服务区域内老年人口 1.4 万，2022 年转型成为北京市首批老年护理中心，现有病房 14 间、床位 26 张。老年护理中心坚持以贴近社区、服务家庭、提高老年患者生存质量为主，重点为失能、术后老年人提供全科/普通诊疗、医疗护理、基础康复、生活照料等服务。

一、改善环境设施，积极转型建设老年护理中心

按照北京市关于老年护理中心试点建设相关要求，中心对原有住院病房进行适老化改造，让病房环境更加安全、温馨、舒适，充分满足老年人的日常生活起居需要。护理单元内安装了中央监护系统和数字化病人预览呼叫系统，护士站实时监测患者生命体征，同时配备无创呼吸机、血气分析、体外冲击波治疗仪等医疗康复设备，并在全科医疗、护理服务中融入针灸、按摩等中医适宜技术和现代医学康复技术，努力实现全方位满足老年患者康复护理服务需求。

二、坚持需求导向，精准提供综合护理康复服务

针对大医院急性恢复期、手术后仍需要进行医疗康复护理，

以及社区内有较强医疗护理服务需求的衰弱、失能(失智)老年患者,中心提供专业的医疗护理服务,让老人尽快康复、回归家庭。老人进入护理中心后,护理人员对其进行日常生活能力、心理、营养状况、认知功能、管路情况等老年综合评估和健康宣教,全科医生为老人查体,完善影像、化验等辅助检查,根据病情,由中医、口腔、精神科等专科医生开展多学科会诊,出具综合治疗方案。自正式运行以来,老年护理中心累计收治医院急性后期和社区内具有较强医疗护理需求的老年患者 86 人,其中以老年共病、卒中后康复和失能患者为主,70 岁至 90 岁的老人占 73.58%,重度失能老人占 76.23%。

一位 83 岁高龄的老人因“肺部感染、呼吸困难”到中心就诊,家庭医生评估后将其转诊至医联体核心医院,经过两周的住院治疗后,病情基本稳定,但老人身体十分虚弱,需要持续氧疗,医联体医院将其转回老年护理中心。中心通过综合评估,制定了氧疗、雾化、辅助排痰等护理治疗方案,每日为老人进行踝泵运动、下肢抗阻训练等,促进心肺功能康复,20 多天后,老人顺利康复回家。

还有一位 70 岁的社区老人因脑梗,肢体活动受限,被收入老年护理中心。入院时老人只能坐轮椅,且血糖控制不佳,存在明显焦虑情绪。经多学科会诊,确定综合治疗、护理方案,给予中药汤剂、针灸治疗和肢体功能康复训练,并对老人进行心理疏导和慢性病知识健康教育。经过 1 个月的治疗,老人生活自理能力明显改善。出院后,我们对其进行定期随访和居家护理指导,提供延续性护理服务。

三、加强内涵建设，不断提高服务专业化水平

为提升老年护理中心医护人员专业能力，邀请医联体核心医院——北京朝阳医院的心内、肾内、内分泌、综合科专家每周到中心出诊、查房和带教；邀请北京朝阳医院护理专家团队到中心现场教学，提高护理质量；邀请北京协和医院老年科专家为患者查房会诊，指导精准评估与治疗。中心医生和护理骨干积极参加各类脱产进修学习，参加各级各类老年医学等学术活动，进一步掌握老年人疾病特点和最新诊疗策略，不断提高医护人员在维护老年人功能和促进老年健康方面的专业水平。

[返回目录](#)

紧扣养老财富管理市场脉搏 中信银行发布《中国居民养老财富管理发展报告（2023）》

来源：中国经济网

随着我国人口老龄化进程的加快，我国养老金融市场已进入发展快车道。夯实居民补充养老的自我保障能力，对我国家庭理财模式及资本市场健康发展将产生重大作用和深远影响。

近日，在中信金控、中国养老金融 50 人论坛指导下，中信银行携手合作伙伴在南京举办以“长寿时代做自己人生的 CFO”为主题的 2023 “幸福+”养老财富管理论坛，汇聚养老领域的专家，共同探讨“长寿时代”的养老财富管理之道。论坛上，中信银行与合作机构重磅发布《中国居民养老财富管理发展报告(2023)》(以下简称《报告》)。

据悉，这是中信银行连续第二年发布《中国居民养老财富管理发展报告》，通过深入调研分析居民养老财富管理的现状，对金融行业支持居民养老财富管理发展提出实践参考。中国养老金融 50 人论坛董克用教授表示，《报告》立足中国居民养老财富管理市场实践，同时融入国际视野，为政策完善、行业发展、产品创新等提供了有益参考。

丰富数据样本，还原养老金融市场供需现状

在中信金控的指导下，中信银行携手中信金控旗下各金融子公司，与华夏基金、富达基金共同参与《报告》调研及分析工作。在充分考虑性别、年龄、学历、地区等因素后，面向全国 32 个省、市、自治区、直辖市的城镇和农村人口发放调查问卷，通过线上和线下的方式共收集到 12602 份有效样本。

《报告》调研内容涵盖“养老财富规划情况”、“养老财富储备情况”、“养老投资期限偏好”、“养老投资行为和风险认知情况，以及在个人养老金制度落地一年内出现的变化趋势和投资行为偏好”、“个人基本信息”等五个方面。

《报告》指出，随着社会进步和居民生活水平提高，人们将面临着多元化的养老需求，这些需求不仅包括养老财富保值增值的金融需求，还包括退休养老生活的非金融需求。而对于个体来说，这些需求的满足需要一定的养老财富储备作为前提。因此，迫切需要各方共同努力，构建应对人口老龄化的养老财富储备体系，为满足多元化的养

老需求打好经济基础。

供需综合分析，为居民养老财富管理开拓宏观视野

《报告》调研数据显示，随着个人养老金制度的推出，人们对于养老现状及制度的认知，以及养老财富规划意识都有所提高，但付诸实际行动仍然需要全社会的“助推”。从养老意识到养老行动，年轻的“Z世代”（《报告》中指18岁至35岁人群）正在积极思考如何合理进行养老财富储备。然而，养老金融产品收益稳定性和适配性、养老财富规划顾问的专业性等问题都是影响养老财富规划的重要因素。虽然受访者对养老财富规划的重视程度在逐渐提高，但风险承受能力仍然较低，大部分人更偏向于保守型的理财方式。

《报告》分析，居民对于究竟需要多少财富储备才能满足养老所需仍然缺乏清晰认识，较低的风险偏好导致资产配置现状与养老预期目标之间存在错配。与此同时，投资短期化在市场波动周期更加明显，需要依靠投资者教育、产品设计、投资顾问等多样化方式，培养居民的长期养老投资意识。

《报告》指出，银行业、基金业、证券业和保险业可通过提供个性化、专业化的专属产品及产品组合，满足不同年龄层次、收入水平、家庭结构、投资目标、风险偏好的客群在养老财富积累与财富管理方面的需求，形成差异化的养老金融产品特色，构建基于居民全生命周期的养老金融产品线。同时，养老投顾与全生命周期养老解决方案的深度绑定，可以推动养老投资者在践行长期投资理念的实践中获得长

期收益，并形成正循环。

聚焦市场痛点，分享养老财富管理业务实践

面对养老财富管理供需端的现状和痛点，《报告》结合个人生命周期特点，阐述了中信银行养老财富管理的业务实践。在论坛现场，中信银行对“三分四步”的中信解法做了详细解读，即对“Z世代”群体（《报告》中指18岁至35岁人群），中信银行提出建立“一张健康的资产负债表”的概念；对“中生代”群体（《报告》中指35岁至60岁的人群），提出构建“一本科学的养老账本”的概念；对于目前最大的养老群体——“银发代”人群（《报告》中指60岁及以上人群），更关注他们的生活质量，提出“一个幸福的晚年生活”理念。基于不同人群的实际情况，中信银行率先在行业内提出“平衡收支、预防风险、规划养老、长钱投资”的四步法，通过贯穿一生的财务规划，实现人民群众退休以后的生活质量保障。

洞悉客户需求，打造“内外双循环”养老金融综合服务生态圈

近年来，中信银行始终关注并积极落实“应对人口老龄化”的国家战略。作为国内最早布局养老金融服务的商业银行之一，中信银行打造了包含“一个账户、一套产品、一个账本、一套服务、一支队伍、一个平台”六大支撑，覆盖养老资金筹备期和养老资金运用期的全生命周期“幸福+”养老金融服务体系。

2023年，中信金控财富管理委员会成立由中信银行、中信证券、中信建投证券、中信信托、中信保诚人寿以及华夏基金组成的养老金

工作室，举全集团之力共同探索个人养老财富管理的“中信解法”。中信银行进一步明确了涵盖“Z世代”“中生代”“银发代”三大目标人群的全生命周期财务规划方法论，并协同内外部优质合作资源，构建“内外双循环”的养老金融综合服务生态圈，实现“财富”“健康”“医养”“长寿”的养老金融服务闭环。助力广大居民实现从基础的“生存型养老”到体面、高质量的“生活型养老”转变。

中信银行副行长吕天贵表示，中信银行将个人养老财富管理纳入战略性业务，致力成为资本市场与居民家庭财富的“连接器”。作为国内最早推出年长客户专属金融服务的商业银行之一，中信银行始终秉承“以客户为中心”的价值理念，围绕居民个人养老财富管理的多元化需求，提供丰富多样的养老金融产品和综合解决方案。此次发布的《报告》既有对理论层面的思考，也有对商业路径的探索，更有中信银行商业实践的生动案例，旨在为个人养老金融业务的发展贡献思想和启发。

据悉，本次论坛活动也是中信内外部联合舰队启动的“中信财富节”的首场活动。“中信财富节”将以“信”养老、“信”财富、“薪”投资、“欣”传承四个主题关键词贯穿全场，历时五个月分不同主题依次交替，从养老、财富管理、家庭投资、家族传承等多维度，以科普内容、专家解读、深度互动等多方式呈现，帮助投资者对当前的财富管理与金融市场有更加深入和全景式的认知，助力人民幸福生活。

· 国际视野 ·

深度调整周期已至，跨国药企在中国的下一步

来源：健康界

进博6年，进入中国已经超过40年的跨国药企已经成为一支重要的参与力量，他们在这个平台从世界探向中国，从中国相连世界；他们首发新药、首推新的解决方案，牵手产业上下游各方达成合作；他们通过这样或那样的现场活动持续发出独属于MNC的声音。自从1980年日本大冢制药株式会社作为首家外资药企签约进入中国，伴随国内改革开放，跨国药企耕耘中国市场长达43年，斗转星移，他们已从如梦似幻的黄金十年经历蛰伏蓄力的去而复来走向等风来之后的凭栏万里.....以改革开放40年为起点的进博6年，也是跨国药企在中国医药创新市场风起云涌的6年。

黄金十年已逝，摆在跨国药企面前的全球第二大医药市场已经发生深刻变化。挥别重金加注的高速发展阶段，他们也在收缩边界，聚焦目光，重新探寻中国市场的潜力与诉求。

面对全球和中国医药环境的风云变换，贪吃蛇式的游戏养成的这批巨无霸们，也开始大象跳舞，甩掉包袱。进入今年，跨国药企密集展开在中国市场的调整：架构变革、人事重组、交易再评估.....

下一个发展周期，跨国药企将如何看待中国市场?如何解读中国

的医药改革?又将定义出怎样的发展路径?续写出怎样的商海故事?

01 跨国药企在中国仍然充满市场机会

去年 RDPAC 的一份调研显示,超过 90%的跨国药企表示中国市场在其全球的战略重要性将在未来 3—5 年保持稳定。

诺华中国总裁张颖说道,中国在近年来已经成为全球第二大医药市场,随着一系列改革措施的推出,行业也逐步进入了高质量发展阶段。过去几年,市场竞争环境发生了一些变化,但未满足的患者需求依然巨大,尤其是在一些如心血管、肿瘤等高发的疾病领域。

过去几年中国医药市场不断向创新药市场转型,但创新药占比依然较低。像诺华这样的创新药企业,有着丰富的产品组合和在研产品线。对跨国药企来说,中国医药市场依然有着很大的想象空间和市场机会。

据 RDPAC 调研,2020 年,42%的跨国药企默认中国应被纳入全球关键研究。2021 年,这一比例上升至 67%以上。张颖提出,挑战是如何更快更好地将创新药带入中国,并尽可能惠及更多患者。

赛诺菲中国在调研中表示,随着全面推进健康中国建设的不断深入,目前中国市场正在不断促进医药卫生高质量发展,这推动着包括赛诺菲在内的跨国药企与中国医药市场一同快速进入创新转型阶段,进一步加速创新药的引入和研发。

梯瓦大中华区总经理黄迪仁也分享到,近年来,中国医药市场保持着全球第二大市场的地位。对于跨国药企来说,中国场所代表的

无限机遇具有重要的战略意义。如何及时洞察、敏捷应对日新月异的中国市场的需求，也是对企业整体能力的考验。梯瓦自 2018 年正式进入中国，已将中国确定为公司在全球的核心市场之一，对中国市场的潜力和发展充满信心。

拜耳表示，中国经济长期向好、产业结构加速转型，给各国企业发展提供了广阔机遇，这也坚定了包括拜耳在内的在华外资企业深耕中国市场的信心。拜耳在中国已经扎根了 140 多年。今天，中国已成为拜耳全球业务最重要的战略支柱之一，是拜耳处方药全球最大市场之一、健康消费品全球第二大市场，也是作物科学全球十大市场之一。拜耳认为，中国市场的巨大潜力和持续增长态势将为其在医疗健康和农业科技领域的业务带来更多机遇。

拜耳将持续挖掘国内大市场潜力，充分发挥医疗健康和农业科技领域的优势，与中国共同迈进新发展时期。拜耳集团正在通过战略收购、合作共赢和产品线的调整积极推进公司向新技术转型。拜耳几乎在所有业务部门都投资了新技术，为未来增长奠定了基础。

在中国的本土化发展中，跨国药企呈现出进一步加快创新速度以及创新药引入速度的趋势。

02 国内医药系列政策变革鼓励高临床价值创新药

张颖认为，国内医药行业近年来的一系列制度改革，对推动行业健康发展，建立鼓励创新的行业环境起到了关键的积极作用，对于具有高临床价值的创新药研发和上市具有重要意义。

诺华是药品审评审批制度改革的获益者。比如，2020年，中国成为诺华创新药物诺欣妥在全球首批申请高血压适应症的市场之一。降血脂药物乐可为®在今年8月，即递交新药申请9个月后就实现获批，可谓“中国速度”。

此外，诺华一直以来也积极参加国家医保谈判，同时推进早期准入以及开展商业保险等多元化药品可及路径。自2017年以来，已有超过30款药物被纳入国家医保目录。2022年，诺华有14款创新药物及新适应症被纳入国家医保目录，谈判产品数量和被纳入产品的数量均位居前列。

随着中国药品审评审批制度改革持续深化，审评审批程序更加高效。2020年，梯瓦创新药安泰坦®(氟丁苯那嗪片)——用于治疗与亨廷顿病(HD)有关的舞蹈病及成人迟发性运动障碍(TD)，经过优先审评程序，历时仅4个月便获批。

随着医保谈判、带量采购的落地实施，医疗产品在中国的可及性与可负担性得到了大幅提高。对于梯瓦来说，集采等政策并不是一个挑战，而是一个机会与使命。为助力更多中国患者负担得起优质医疗，梯瓦有多款产品在医保谈判和国家集中带量采购中取得亮眼成果。

诺德诺德方面认为，挑战和机遇是并存的，如同硬币的两面。这提醒企业抓住机会，在业务成长的同时，看到挑战，未雨绸缪，布局未来。医药市场的变化前所未有，大部分是积极的变化，如创新药得以快速审评审批，医保动态准入，国家层面，扩大医保覆盖率。

03 外部环境生变必要调整助推持续发展

对跨国药企而言，根据市场环境的变化和自身业务的需求进行适时必要的调整是持续发展的关键。

张颖表示，诺华在过去的几年里，也启动了转型之旅，通过非核心业务剥离和内部整合，目前已成为一家完全专注于创新药的企业。诺华在中国的新药及新适应症开发自 2022 年以来已实现 100%与全球保持同步。

诺华致力于未来 3 年实现超过 90%的中国新药及新适应症注册申请与全球保持同步，这将为诺华加速创新药的引入进一步提供助力。获批引进之后，加速推进上市供应，以惠及需要的患者也是诺华工作的重点。

此外，在保持对重点城市关注的同时，诺华也进一步挖掘增长潜力，不断加大对于县域市场的布局和投入，目前已覆盖 1000 多个县域市场。

过去几年，诺和诺德在中国的业务不断扩大。

从 2018 年到 2023 年，诺和诺德六次投资中国，升级研发、生产、运营全产业链布局，在中国形成了“双中心，三引擎”的新战略布局，推动中国业务迈入新阶段。

诺和诺德双中心指的是，天津和上海的法律实体被政府认定为跨国公司地区总部；三引擎分别是，在华贸易和创新引擎位于上海，生产引擎位于天津，研发引擎位于北京。

诺和诺德的中国研发中心是全球研发链条不可或缺的一部分，也是全球五大研发中心之一。中国早期研发贡献全球创新管线——在研发中心的开放创新平台 INNOVO®，已有约 100 个创新概念和构想得到评估，30 多个项目展开了具体合作，其中 2 个被纳入全球研发管线。

2023 年 4 月，诺和诺德正式递交了每周注射一次的胰岛素 Icodec 上市申请。这是诺和诺德首次在中国、欧盟与美国同步完成临床试验，同步递交新药上市申请。

从 2019 年至 2023 年，诺和诺德对生产厂持续投资，提升产能、打造数字化工厂、建设高架立体仓库等。

近年来，诺和诺德还不断扩大在上海的业务足迹。诺和诺德是首家落户临港新片区的跨国制药企业。2022 年，诺和诺德在第五届进博会宣布将在上海建设现代化物流仓储中心，今年 9 月，项目正式启动。

艾伯维中国总部位于上海，成立十年来，艾伯维中国员工数从 400 多名大幅增长至 2200 多名，多个创新疗法在中国实现全球同步上市。

作为艾伯维全球的重要市场之一，艾伯维一直致力于主动融入中国的高质量发展进程，将艾伯维同类最佳 (Best-in-class) 创新药第一时间带入中国。

瑞福是首个在华获批的口服选择性 JAK 抑制剂，同时也是中国首个获批用于治疗特应性皮炎、类风湿关节炎、克罗恩病及溃疡性结肠

炎的口服选择性 JAK 抑制剂，中国首个也是唯一一个获批用于治疗银屑病关节炎的靶向疗法，中国与美国、欧洲等其他市场同步研发、注册和上市，并通过更早地纳入医保目录，提高患者可及性。

目前，艾伯维中国已进入 2.0 时代，有望在新十年实现新的腾飞。艾伯维计划到 2030 年，在华推出超过 30 个新产品或新适应症，正在进行与计划中的临床研究项目约有 60 个，全力加速满足中国患者巨大的临床需求。

艾伯维未来将继续立足上海、深耕中国，借助进博会的平台及溢出效应，把更多的创新产品和治疗方案带到中国，同时，致力于把更多的中国临床经验与学识带向全球。

作为改革开放后最早一批来华的跨国药企，赛诺菲至今扎根中国 40 余年。赛诺菲目前在华拥有 12 处多元模式的办公室、3 大生产基地、4 处研发基地以及 1 个数字化创新中心。

三大生产基地持续投入——2007 年起，先后投资 12 亿元人民币建立深圳工厂；2023 年宣布增资 3300 万欧元，在杭州工厂新建用于治疗心血管类药物的包装车间；2022 年宣布投资 5 亿元人民币，在北京工厂落地糖尿病领域创新复方制剂赛益宁®的本土生产。

2021 年启用在中国的首个全球研究院(SIBR)，专注于免疫炎症、罕见病罕见血液病、神经、肿瘤等前沿性生物研究。

赛诺菲还前瞻布局大湾区，于 2021 年底在深圳落成大湾区国际疫苗创新中心，致力于构建疫苗行业全链路创新升级。

赛诺菲努力以更快的速度将全球资产引入中国，并成为全球创新的新引擎。至今赛诺菲已为中国患者引进 40 余种慢性病、特药、疫苗和消费者保健领域的药物。自 2019 年，赛诺菲已将中国作为全球同步研发的必要选项，到今年已实现中国参与全球 90% 的同步开发项目。

随着全球市场的需求和环境不断变化，企业需要为不同的发展阶段调整策略。

自 2018 年进入中国市场，梯瓦制定了“在中国，为中国”的战略，积极响应中国国家政策，在进入中国市场时，梯瓦选择以“特药”作为突破口。这一决策不仅是考虑到市场环境、竞争格局的因素，还包含对患者需求的考量，针对的是中国患者在许多罕见病、肿瘤领域亟待解决的需求。

在 2018~2021 年构建起完整的组织架构之后，梯瓦中国完成了起步阶段的工作。目前，梯瓦在中国的发展已进入到新的阶段，“新增长、新发展”是这一阶段的关键词。在新阶段，梯瓦将持续深化贯彻“在中国，为中国”关键战略，全面开放在华合作，深入洞察中国百姓未被满足的健康需求。在精神、神经、呼吸、免疫、肿瘤等领域，梯瓦将推动创新管线的落地，为中国患者提供更多优质的创新产品。梯瓦也将继续引进包括非处方药和仿制药等在内的全球产品资源，打造更多元化的优质产品矩阵。

04 医药行业深度转型跨国药企本土化下一步

中国医药行业不断向创新转型。在这一转型过程中寻找和抓住机会，筛选并布局赛道至关重要。

2023年，诺华正式成为一家完全专注于创新药的公司。现在和未来，除了继续“加速创新”和“提升可及性”，诺华的关键词是“聚焦”，诺华聚焦患者需求最为迫切的治疗领域和关键技术平台，开发并引入高临床价值的创新药物及疗法。

第六届进博会上，诺华将展示多款未来几年计划引入中国的创新药——包括放射配体疗法领域的全球首创的一款靶向前列腺特异性膜抗原(PSMA)创新药物；全球首创的小分子补体因子B抑制剂 Iptacopan；有望成为全球第一款有效降低脂蛋白(a)的新型降脂药 Pelacarsen；有望成为全球首个口服治疗CSU的BTK抑制剂 Remibrutinib。

未来三到五年，诺和诺德将不断深化布局，更深入地参与到全球创新链、生产链和健康链中。作为行业领军者，诺和诺德希望继续深耕中国市场，实现互利共赢，助力打造健康中国，造福中国患者。

中国糖尿病和其他严重慢性疾病领域，尚有巨大的未被满足的医疗需求，植根中国29年的诺和诺德，2023年，发布“赢+2030”长期战略，致力于做值得信赖的合作伙伴，让更多中国患者获益于诺和诺德的创新产品。

诺和诺德还将持续投资，深化全产业链布局升级，更好地服务中国患者。

加速创新，继续推进“中国同创”计划，争取实现国内外同步临

床，同步获批，患者同步受益，持续引进更多、更好的创新药品，扩大药品可及性。

支持政府精准防治糖尿病和肥胖症，携手领域专家、医疗专业人士，推动治疗理念的更新，推动诊疗水平的提高，努力实现“早诊、早治、有效控制”，助力“健康中国 2030”。

携手行业内外合作伙伴，构建“线上+线下”一体化的数字化慢病管理模式，助力医生，赋能患者，利用数字化手段更好地帮助患者进行疾病自我管理。通过预防的方式，扭转糖尿病患病率上升的曲线，例如，对肥胖症的探索等。

面对近几年医改政策的变化，赛诺菲正积极抓住机遇，参与到中国医药市场创新转型进程中。

进一步加速推进赛诺菲全球创新药进入中国市场，契合国家以临床价值为导向来评估确定纳入医保的药物，确保有效、先进的药物和疗法实现公平可及，加速将更多创新方案落地中国。

赛诺菲至今已为中国人民引入 40 余种高质量的创新药物和疫苗，提供从预防到治疗、再到自我保健的全面健康解决方案，不断拓展端到端的健康现代化模式，致力于成为本土化全方位健康守护者。

赛诺菲将加强本土创新与合作，持续完善本土化产业链，并充分发扬全球研发实力和本地洞见的优势，积极参与到中国创新生态体系中。经过在中国 40 余年的孕育和发展，赛诺菲中国研发中心的员工已参与并领导全球研发工作，成为全球及本土医药人才发展的孵化器

和加速器。

如何更好地进行本土化发展是在华跨国企业必须思考的课题。

艾伯维的探索是，在中国携手多方，共筑生态圈，展开多元化合作。自 2021 年起，艾伯维连续 3 年举办“中国合作日”活动，并成功与多家中国企业达成合作协议。

艾伯维通过“中国合作日”这一创新合作平台，在自身深耕的研究和治疗领域——免疫学、肿瘤学、神经科学、眼科学、美学，与中国产业链、资本链、创新链的合作伙伴一起，深度合作，携手“出海”，深耕“蓝海”，加速推动中国医药市场的发展。

梯瓦已全面开放在中国的合作，积极与不同的本土企业构建长期互惠合作关系。

中国是梯瓦的战略市场，特别是在创新药方面，中国是梯瓦全球创新药研发的优先市场。因此，我们致力于与本土伙伴紧密合作，为中国百姓带来更多优质优价的创新药。

在创新药研发方面，中国是梯瓦高度重视的全球四个重要区域之一，致力创新药管线落地中国，达成创新药在中国与美国、欧洲、日本同步上市。

除创新药以外，梯瓦也将继续引进包括非处方药和仿制药等在内的梯瓦全球产品资源，满足中国百姓日益多元的健康需求。梯瓦的高质量仿制药为中国患者提供在原研药之外的治疗选择，梯瓦也将加速引进高质量仿制药品。

梯瓦拥有行业内规模领先的仿制药研发管线，包含 1100 多个在研项目。梯瓦将积极引入高质量且具有竞争力价格的仿制药进入中国市场，为广大中国患者提供更多经济可负担的治疗选择。

今年，梯瓦首次在中国市场引入首款健康消费品。经典产品 Sudocrem® 通过跨境电商渠道，在阿里、京东等平台触达消费者，丰富中国百姓健康消费选择。

一方面，梯瓦将整合与本土伙伴在渠道网络、供应链体系等方面的优势，拓展药品全国覆盖范围，提升优质药品的患者可及性；另一方面，梯瓦也将携手多家本土合作伙伴，依托其注册、准入和商业化团队等优势力量，以多元化的合作模式在中国共同确定、开发和商业化梯瓦全球已上市产品，满足中国百姓多元健康需求。

下一个周期，跨国药企在中国的故事还在继续。

[返回目录](#)

走进健康 4.0：医疗健康领域的数字化革新之路

来源：美德瑞医生集团

在过去的几年里，我们见证了医疗健康领域的数字化转型和创新的快速发展。健康 4.0 (Health 4.0) 作为这一变革的重要标志，为医疗健康领域的未来发展提供了强有力的支持和基础。本文将深入探讨健康 4.0 的基本概念和应用，以及它如何为未来的医疗服务提供新的视角和可能。

健康 4.0 的基本概念

健康 4.0 的概念源于工业 4.0(Industry 4.0)，它主要是将第四次工业革命的理念应用到健康医疗领域。

第四次工业革命(工业 4.0)包含许多方面。云计算、大数据、物联网、各种形式的无线互联网和 5G 技术、语义数据库设计的使用、增强现实和基于内容的图像检索等都是工业 4.0 标准的一部分。这些技术现在是工业 4.0 的核心，它见证了数字、物理和生物世界的融合。

健康 4.0 代表了医疗健康领域的数字化和智能化转型，它集成了一系列先进的技术和创新模式，为未来的医疗服务提供了新的可能性和视角。

- 数字化和智能化：健康 4.0 通过应用大数据、人工智能(AI)、物联网(IoT)、区块链和云计算等技术，实现了医疗健康领域的数字化和智能化转型。

- 个性化和精准医疗：通过数据分析和 AI，健康 4.0 促进了个性化和精准医疗的发展，为每个患者提供了更为个性化和精准的诊断和治疗方案。

- 连续监控和远程医疗：通过远程监控和移动健康应用，健康 4.0 为患者提供了连续监控和远程医疗服务，提高了医疗服务的便捷性和效率。

请注意，虽然健康 4.0 中的 4.0 继承自工业 4.0，但这并不意味着健康 3.0、2.0 和 1.0 的存在，因为医疗系统的发展与工业系统并不相同。

健康 4.0 的关键技术与应用

健康 4.0 涵盖了一系列先进的技术，它们共同作用，为医疗领域带来了前所未有的创新和优化。以下是健康 4.0 中的一些关键技术及其应用：

1. 大数据分析：通过收集和分析大量的医疗和健康数据，大数据分析可以帮助医生和医疗机构更好地理解疾病的发展和治疗效果，同时也能提供更为精准的诊断和治疗方案。

2. 人工智能 (AI) 与机器学习 (ML)：AI 和 ML 可以帮助医生和医疗机构处理复杂的医疗数据，提高诊断和治疗的准确性和效率。同时，它们也可以为医疗研究和创新提供强有力的支持。

3. 物联网 (IoT)：通过连接医疗设备和传感器，IoT 可以为医生和医疗机构提供实时的监控和数据分析，提高医疗服务的质量和效率。

4. 区块链：区块链可以为医疗数据提供安全和透明的存储和传输，保护患者的隐私和数据安全。

5. 云计算与边缘计算：通过云计算和边缘计算，医疗机构可以实现数据的高效处理和存储，同时也能为医生和患者提供便捷和高效的医疗服务。

6. 远程医疗：远程医疗可以为患者提供便捷和高效的医疗服务，特别是对于偏远地区和特殊时期的患者，它为医疗服务的提供提供了新的可能。

7. 移动健康应用：通过移动健康应用，患者可以随时随地管理自己的健康，同时也能获得医生和医疗机构的实时反馈和支持。

8. 虚拟现实 (VR) 与增强现实 (AR)：VR 和 AR 可以为医生和医疗机构提供更为直观和高效的医疗培训和教育，同时也能为患者提供更为生动和直观的医疗服务和体验。

9. 3D 打印：通过 3D 打印，医生和医疗机构可以快速和精准地制作医疗器械和定制化的治疗方案，提高医疗服务的质量和效率。

以上这些技术为健康 4.0 的发展和应用提供了强有力的支持和基础，它们不仅能够提高医疗服务的质量和效率，还能为患者提供更为便捷和个性化的医疗体验，同时也为医疗研究和创新提供了新的可能和资源。通过整合和应用这些技术，健康 4.0 为医疗健康领域的未来发展提供了新的视角和方向。

健康 4.0 对患者体验和医疗质量的影响

健康 4.0 通过整合先进的数字技术和创新模式，对患者体验和医疗质量有着积极的影响。

1. 个性化医疗服务：通过大数据分析和人工智能，医生能够提供更为个性化的诊断和治疗方案。同时，患者也能够获得更为个性化和定制化的健康管理和照护服务。

2. 提高医疗服务效率与质量：健康 4.0 能够通过优化医疗流程和运营，提高医疗服务的效率和质量。例如，通过智能排班和预约系统，可以减少患者等待时间和提高医生的工作效率。

3. 增强医疗服务的透明度：数字化技术可以提供更为透明的医疗服务，例如，通过在线平台，患者可以随时查看自己的医疗记录和治疗方案，同时也能获得关于医疗服务的详细信息和反馈。

4. 远程医疗与监控：通过远程医疗和连续监控，患者可以在家中接受医疗服务和监控，为患者提供了更为便捷和舒适的医疗体验。

5. 增强患者参与和自我管理：健康 4.0 通过提供数字化工具和平台，增强了患者的参与度和自我管理能力。例如，通过健康应用平台，患者可以更好地管理自己的健康，并参与到治疗决策中。

6. 提高医疗安全：通过实时监控和智能分析，可以及时发现和预防医疗错误和风险，提高医疗安全和透明度，为患者和医疗专业人员提供了更为安全和可信的医疗环境。

7. 促进持续改进和学习：通过数据分析和性能评估，医疗机构和专业人员可以持续改进服务质量，并从实践中学习和提高。

8. 促进多学科和团队合作：数字化技术和平台以及标准可以促进多学科和团队之间的合作和沟通，从而提供更为全面和协调的医疗服务。

9. 患者满意度与信任：通过提供高质量、便捷和个性化的医疗服务，可以提高患者的满意度和信任。

健康 4.0 通过整合和应用先进的数字技术，为患者提供了更为高效、便捷和个性化的医疗服务，同时也为医疗机构和专业人员提供了优化运营、提高质量和持续改进的工具和机会。

跨学科合作在健康 4.0 中的角色

跨学科合作在推动健康 4.0 的发展中起着至关重要的作用。它不仅能够加速技术创新和应用的推广，还能为解决医疗健康领域中的复杂问题提供多维度的视角和解决方案。

1. 技术创新与应用：跨学科合作可以推动新技术的创新和应用。例如，计算机科学、生物医学工程和临床医学的合作可以推动人工智能和机器学习在医疗诊断和治疗中的应用。

2. 解决复杂问题：医疗健康领域中的很多问题都是多方面和复杂的。跨学科合作可以汇集来自不同领域的知识和经验，以更全面和深入地理解和解决这些问题。

3. 知识共享与传播：跨学科合作可以促进知识的共享和传播，为医疗健康领域的专业人员提供更多的学习和发展机会，同时也能加速新知识和技术在医疗健康领域的传播和应用。

4. 优化医疗流程与服务：通过与信息技术、运营管理和质量控制等领域的合作，可以优化医疗流程和服务，提高效率和质量，同时也能为患者提供更好的体验。

5. 推动政策与法规的发展：跨学科合作可以为政策制定者提供更多的信息和视角，帮助他们制定更为合适和有效的医疗政策和法规，以推动健康 4.0 的发展。

6. 促进研究与发展：通过跨学科合作，可以促进医疗健康领域的研究和发展，为解决医疗健康领域中的重大和紧迫问题提供更多的可

能性和资源。

7. 提高患者满意度和参与度：跨学科合作可以通过提供更为个性化和全面的医疗服务来提高患者满意度和参与度，例如通过整合心理学、社会学和临床医学的知识，提供更为全面和个性化的患者护理。

8. 促进全球合作与交流：健康 4.0 是一个全球性的议题，跨学科合作可以促进不同国家和地区之间的合作与交流，共同推动健康 4.0 的发展和应用。

跨学科合作为健康 4.0 的发展提供了强有力的支持和基础，它能够加速技术创新和应用的推广，为解决复杂问题提供多维度的视角和解决方案，同时也能促进知识的共享和传播，优化医疗流程和服务，推动政策和法规的发展，以及提高患者满意度和参与度。

全球在推动健康 4.0 上的努力和实践

1. 全球数字健康战略：世界卫生组织发布了“全球数字健康战略 2020-2025”，旨在“通过改进医学诊断、基于数据的治疗决策、数字治疗、临床试验、自我护理和以人为本的护理来提高健康结果，同时还要创建更多的证据”。

2. EU4Health 计划：该计划为符合条件的实体、健康组织和非政府组织提供健康领域的支持和资金，以推动健康 4.0 的实践。

3. 学术研究和发表：根据一项系统评价，从 2015 年到 2021 年，有关医疗保健领域中的工业 4.0 的研究文章的发表数量大幅增加，从 2015 年的 2 篇增加到 2021 年的预计超过 90 篇。这显示了学术界对

健康 4.0 的高度关注和研究努力。

健康 4.0 面临的挑战

健康 4.0 虽然为医疗领域带来了许多创新和优势，但同时也面临一些挑战。

1. 数据安全和隐私保护：随着大量健康和医疗数据的生成和共享，数据安全和隐私保护成为重大的挑战。需要确保在收集、存储和传输患者数据时，能够保护个人信息不被泄露或滥用。

2. 技术和标准的统一：不同的技术平台和标准可能会妨碍数据的交换和集成，从而影响健康 4.0 实施的效果。需要在医疗健康领域推动技术和标准的统一与协调。

3. 法律和政策支持：需要有明确的法律和政策支持，以确保新技术和应用的合法性、合规性和责任明确，同时也要解决可能出现的法律和伦理问题。

4. 技术和知识的普及：医疗人员和患者可能需要时间和资源来适应新技术，获取必要的知识和技能。技术和知识的普及是推动健康 4.0 实施的重要环节。

5. 基础设施投资：建设和升级医疗健康领域的数字化基础设施需要大量的投资，可能会成为一些医疗机构和地区实施健康 4.0 的障碍。

6. 人力资源：需要培养和吸引具有数字技术、数据分析和其他相关技能的人才，以支持健康 4.0 的实施和发展。

7. 患者参与和信任：需要建立患者对新技术和应用的信任，同时也要鼓励患者参与自我健康管理，这可能需要通过教育和沟通来实现。

8. 技术成熟度和可靠性：部分新技术可能尚未成熟或存在可靠性问题，可能会影响健康 4.0 的实施效果和医疗服务的质量。

9. 跨学科和跨机构合作：需要促进不同学科和机构之间的合作，以实现技术、知识和资源的共享，解决复杂的医疗健康问题。

总结

健康 4.0 不仅是医疗健康领域的数字化转型，也是我们迈向更为智能和人性化医疗服务的重要一步。通过应用先进的技术和创新模式，健康 4.0 为患者提供了更为高效和个性化的医疗体验，同时也为医疗专业人员和医疗机构提供了优化运营和提高质量的工具和机会。未来，随着更多的实践和研究，健康 4.0 有望为医疗健康领域的未来发展提供新的方向和动力。

[返回目录](#)

• 医保监管 •

DRG/DIP 付费下，医保基金监管有哪些“新”特点与“新”挑

来源：金豆数据

《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 付费方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48 号）中明确“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”，也就意味着我国医保基金支付将以 DRG/DIP 付费为主。届时，全国各地医保部门将在扎实开展 DRG/DIP 付费方式改革的基础上，着重关注 DRG/DIP 付费下的医保基金监管——DRG/DIP 付费方式改革迈入基金监管阶段。

DRG/DIP 付费改革的快速落地，降低了参保患者的自费负担，提升了医保基金的使用效能，重构了医疗机构的内部运行机制。与此同时，新型付费方式也给医保基金监管带来新的挑战。虚编高套、分解住院、转嫁费用、服务不足等违规行为，对医保基金监管理念、手段、队伍等都提出了更高的要求。本文想和大家一起探讨，DRG/DIP 付费下的医保基金监管到底有哪些“新”特点，医保部门该如何适应新变化、新挑战？

DRG/DIP 付费下，基金监管 8 大新特点

1、多样性

DRG/DIP 付费下的违规行为主要包括：虚编高套、分解住院、转嫁费用、推诿病人、服务不足、恶意冲高；对于医保基金监管而言，同样一种违规现象或者规则检出可能存在多种疑似违规行为。例如：当发现某份病例填报的手术操作信息缺乏必要耗材项目结算明细信息时，若核实未进行手术操作，则属于虚编高套；若核实进行手术操作却缺乏必要耗材，则属于转嫁费用。所以，DRG/DIP 付费的医保基金监管无论从违规行为种类，还是从违法行为认定而言均具有多样性的特点。

2、专业性

DRG/DIP 付费的本质是从临床诊疗实际出发，基于“大数据+平均”原理，并结合政策补充调控管理医保基金的体系。对于医保基金监管而言，DRG 付费下的违规行为与临床诊疗息息相关，具有较强的隐蔽性，因而更需要从明确临床诊疗实际出发；也就意味着在开展 DRG/DIP 付费下的医保基金监管时必须要有较强的专业能力才能准确的鉴别违规行为。如：虚编高套需要从临床诊断的诊断依据是否充分、手术操作是否与实际手术操作及手术记录真实一致等方向进行核查。

3、全面性

由于 DRG/DIP 付费从业务上会涉及临床诊疗、病案编码、DRG/DIP 付费等多专业知识。对于在 DRG/DIP 付费下的医保基金监管而言，需要注重每一个数据流程节点的真实性、准确性，因而需要具备以上涉及的各项专业知识。例如：DRG/DIP 付费数据流：临床诊疗→病历记录→清单填报→ICD 编码→数据上传→DRG/DIP 分组与付费。在开展 DRG/DIP 付费基金监管时，审核监管人员则需要具备以上各数据流程节点的专业知识，进行溯源核实数据。

4、未知性

DRG/DIP 付费分为分组与付费两部分，而医保基金监管在认定是否造成医保基金损失时，同样也需要从分组与付费两部分分别进行认定。从而存在同一违规行为，造成不同程度的医保基金损失的情况。例如：a. 当病例多编码一个 MCC 疾病诊断，分入不区分并发症与合并

症条件 ADRG 时(注: DRG 组代码第 4 位数字为 9), 此时不会造成医保基金损失; 而分入区分严重并发症与合并症条件 ADRG 时(注: DRG 组代码第 4 位数字为 1), 就有可能造成一定的医保基金损失。b. 由于月度预付与年终清机制的存在, 就会导致同一病例同一行为在月度预付与年终清算时, 可能造成不同程度的医保基金损失。

5、争议性

由于医学相关知识的学术性、医保政策的地域性、患者病情的个体性、病程发展的变化性、临床诊疗的据实性等存在客观差异, 对于同一“疑问”容易产生不同的专业观点, 自然也就产生了争议。例如: 由于某地医保结算清单不允许填报医保版灰码, 医疗机构选择与临床实际存在一定差异的非灰码编码进行填报; 对于未来的医保基金监管是否认定为违规行为, 就容易产生对于这一问题认定的争议。

6、逻辑性

DRG/DIP 付费下, 数据与数据之间关联后的合理性、规范性能够暴露相应的违规行为。在开展 DRG/DIP 付费下的医保基金监管时, 可以借助数据之间的关联形成逻辑性审核规则。例如: 将医保结算清单诊疗信息与费用结算明细信息进行关联, 诊疗信息与结算信息是否一致就可以作为是否违规的判定, 从而将一部分违规行为筛选出来。

7、成长性

各地医保部门需要在 DRG/DIP 付费的基础上, 通过日常基金监管工作中对于 DRG/DIP 付费基金监管的不断学习、总结, 才能更加深入

地了解 DRG/DIP 付费下的违规行为，逐步构建起基金监管体系。在 DRG/DIP 付费下的医保基金监管初期，无论从人员能力、规则覆盖、行为辨识等方面均存在一定的不足；而随着时间的推移、经验的积累、能力的提高、数据的完整，DRG/DIP 付费下的医保基金监管体系将不断完善。例如：DRG/DIP 付费基金审核监管规则会在 DRG/DIP 付费日常审核监管工作的经验总结中不断优化、不断完善。

8、体系性

在进行 DRG/DIP 付费的医保基金监管时，需要利用多形式的基金监管手段从多方向着手，最终构建以规则监管为主体，以大数据监控、人工抽检为辅助，以人工智能审核为补充的基金监管体系。

DRG/DIP 付费下，基金监管 5 大新挑战

就全国 DRG/DIP 付费方式改革工作而言，目前的主要改革任务尚处于付费工作阶段；简而言之，就是如何将医保基金通过 DRG/DIP 付出去、付得更好。虽然国内一些较早开展 DRG/DIP 付费方式改革地方已经迈向 DRG/DIP 付费基金监管阶段，并取得一定的工作成功；但是就整体而言，全国对于 DRG/DIP 付费的基金监管尚处于“初期探索”阶段。例如：2020 年，四川省眉山市在实现 DRG 付费全覆盖的基础上；于 2021 年开始着手补齐 DRG 付费基金监管“短板”；以规范、完整的信息数据采集为基础，以指标体系为框架，以医学、医保监控规则筛查为切入点，以线下稽核为实践手段，最终实现医保 DRG 付费监管的闭环管理。从各地的基金监管实践工作当中，又能感受到 DRG/DIP

付费下的医保基金监管的“新”挑战。

1、数据采集

在 DRG/DIP 付费方式改革的付费阶段,受限于医疗机构的信息化程度,一般医保部门只采集病例的费用结算信息、医保结算清单/病案首页信息。但若实现 DRG/DIP 付费下的医保智能审核监管,以上数据采集是远远不够的。由于线上筛查规则的阳性率与数据采集的完整性密切相关;数据采集越多,规则的逻辑性与关联性越强,检查阳性率越高;甚至是数据采集信息完善以后,二次人工复核亦可在线上完成,无需再大动周章的搬运纸质病历。例如:江西省赣州市在采集病例的费用结算信息、医保结算清单的基础上,医疗机构还需要上传电子病历、HIS、LIS、PACS 等相关临床诊疗信息。

2、人员储备

由于 DRG/DIP 付费下的医保审核监管人员需要具备较强、较全面的专业知识以及较为敏捷的思维方式;所以目前各地医保部门一般依托于第三方服务公司或者外部专家组织开展 DRG/DIP 付费下医保基金监管工作。对于医保部门而言,在依托第三方服务公司或者外部专家的同时,需要注重本地专家队伍建设与医保部门内部人员培养,加强内部学习交流与经验总结吸收,为未来全面推开 DRG/DIP 付费下的医保基金监管工作做好人员储备,打造一支过硬的队伍。

3、标准统一

由于目前 DRG/DIP 付费下的医保基金监管工作处于初期探索阶

段，对于违规行为的定义、描述、认定、界限、处罚均缺乏统一的标准；导致各地医保部门在开展 DRG/DIP 付费下的医保基金监管工作一般都是通过协议管理来实现。未来可在总结各地医保部门基金监管经验的基础上，制定国内统一标准；既能指导各地医保部门开展基金监管工作；也能避免医疗机构因“盲目”而发生违规行为。

4、监管联动

DRG/DIP 付费下的违规行为与按项目付费的违规行为存在差异。就单份病历而言，也会存在兼具以上两类违规行为的情况发生。那么，如何实现监管联动就变成了一个重要的命题。

5、措施联动

在 DRG/DIP 付费下，医保部门可以通过建立 DRG/DIP 付费监管考核制度，引导医疗机构规范诊疗；通过完善协议管理明确违规行为，起到敲山震虎和避免医疗机构盲目违规的作用；通过加强培训，传递正确的价值观念，引导医疗机构提高核心竞争力获取长远的经济与社会效益，配合基金监管体系落实基金监管。

DRG/DIP 付费下，基金监管建议

1、确定工作原则

在开展 DRG/DIP 付费改革过程中，可秉承“尊重客观实际，促进合理诊疗，合理分配医保基金，努力实现医保患三方共赢”的工作原则；在开展 DRG/DIP 付费监管实践中，充分遵循“促进合理诊疗”的原则，与医疗机构同向而行，不断规范医务人员的医疗行为。在开展

DRG/DIP 付费的过程中，可坚持“惩前毖后、治病救人”的理念，提前确定监管工作的原则，将医疗机构及其医务人员集结到合理诊疗的统一战线上来。

2、明确处罚标准

为避免出现同一病例发生按项目付费监管与按 DRG/DIP 付费监管多次处罚的情况发生，明确“两类监管一体化”开展监管工作。既可通过对医保基金侵害程度的比较，选择侵害程度更高的违规行为作为处罚标准；也可以根据实际情况通过物理隔断（即当年已按 DRG/DIP 付费的监管规则进行检查的医疗机构就不再按项目付费的监管规则进行检查）或根据基金侵害程度来选择检查方式等方法来明确处罚标准。

3、打造专业队伍

在探索 DRG/DIP 付费下医保基金监管的过程中，加强对外交流学习，将自我工作实践与交流学习成果相结合，定期组织问题讨论、经验总结，不断丰富 DRG/DIP 付费下医保基金监管的相关专业知识。借助本地专家、第三方服务厂商的专业知识能力，充分总结本地实践经验，完善本地 DRG/DIP 付费基金监管规则。在推进 DRG/DIP 付费下的医保基金监管中，需要注重监管规则的变化和应用，增加新规则下的现场检查手段，积极打造一支有别于按项目付费监管思路、能适应新形式的监管队伍。

4、传递规范思维

在 DRG/DIP 付费过程中，通过实地调研、重点交流、培训学习的方式向各医疗机构、临床一线工作人员，传递 DRG/DIP 付费下需要从规范诊疗行为、规范医院管理等方向获取长远经济效益与深远社会效益的正向理念。

在制定 DRG/DIP 付费政策时，充分考虑患者病情个体差异性，鼓励规范诊疗、因病施治，建立合理“超支”病例补偿机制。组织本地专家参与特殊病例审核过程，既能帮助本地审核专家更深入了解到 DRG/DIP 付费的相关知识，也向医疗机构、医务人员传递了“规范行为可获得合理补偿”的思维，引导医务人员主动规范诊疗，从医疗行为发生的源头上减少违规行为。

5、构建合理政策

在开展 DRG/DIP 付费政策、分组方案、分组权重等相关论证工作时，充分落实“公开透明、公平公正，共商共建、共建共享”的协商谈判思路。依托本地医疗保险研究会、医学会，通过线上广泛征求医疗机构意见与现场组织本地专家进行重点内容论证的方式，构建了一套受本地医疗机构所认可、符合本地医疗服务特点、满足临床诊疗客观需求的医保支付政策。

在一定程度上，也有效地避免了由于本地政策框架与临床客观实际出现的偏差，导致医疗机构、医务人员“自寻出路”解决付费“超支”问题而发生的盲目违规行为。在推行 DRG/DIP 付费政策的过程中，可以让医疗机构与医务人员深度参与，充分发挥医疗机构主体责任和

医务人员主人翁意识，获得医疗机构和医务人员的充分理解和认同，保障政策落地不走样、不变形、不踩红线、不钻空子。

6、形成监管体系

将重点监管指标加入 DRG/DIP 付费考核评估标准中，考核医疗机构整体行为规范；将 DRG/DIP 付费违规行为监管内容融入日常医保基金审核监管、飞行检查等工作当中；并依托于本地 DRG/DIP 付费下的智能审核规则与大数据分析筛查，定期组织线下专项审核工作，构建“线上审核规则初筛+线下靶向检查”的监管模式，最终构建起一套多元化、可持续、有成效的“线上+线下”DRG/DIP 付费监管体系。

总结

作为医保基金管理的两大工作内容“支付”与“监管”，二者是密不可分的，是相辅相成的。DRG/DIP 付费下的医保基金监管，在区域总额预算的背景下，更具有维护 DRG/DIP 付费方式改革公平性意义，也是 DRG/DIP 付费方式改革成效落实的有力保障。

DRG/DIP 付费下的医保基金监管已经显现出“新”特点与“新”挑战；对于医疗机构而言，需要通过加强能力建设、避免发生违规行为，通过“质”的内涵式发展获取合理的医保基金补偿；对于医保部门而言，需要在“付费”的同时注重“监管”，通过政策制度完善、人员队伍培养、知识培训宣传等措施构建起 DRG/DIP 付费下的医保基金监管体系。

[返回目录](#)

“过度医疗”界定模糊，医保如何监管才能让医生“心服口服”？

来源：医有数

近日，国家医保局就《关于加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理的指导意见(征求意见稿)》公开征求意见。根据这份征求意见稿，有医保违法违规行为的相关医务人员会被记分，累计达到一定分值后，将被中止或终止医保支付资格和医保费用结算。

医保违规追责、惩戒到人，是近年来医保监管制度改革所坚持的方向。

2020年，国务院办公厅发布的《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》就曾提出，将监管对象由医疗机构延伸至医务人员；今年5月国务院办公厅发布《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》，再次指出对相关责任人员可按照医保协议中止医保支付资格。

暂停甚至取消医生的医保处方权，对医生的职业生涯无疑是个巨大的打击。政策实行后，相信医务人员一定会更加审慎对待各项医保规则，防止不小心被扣了分。然而，在很多情况下，对医疗行为是否合理的判定存在一定的模糊空间，这给政策的落地实施埋下了隐患。

例如，按照征求意见稿《记分规则》，违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务将被记4~6分，但“过度诊疗”并没有一个统一的判定标准。

上海交通大学公共卫生学院副研究员黄蛟灵在《过度医疗行为认

定和医保监管规则研究》一文中指出，由于患者存在个体差异，同一种疾病也会有不同的表现，同一种疾病在不同时期治疗方法也不同；医生为了诊断而进行的医学检查，哪些是诊断所必需的、哪些是多余的，基本由医生根据自己的经验和水平而定。

学术圈：过度医疗行为认定

对于“过度医疗”的定义，目前学者杜治政的观点得到学术界的大多认可，即“过度医疗是由于多种原因引起的超过疾病实际需要的诊断和治疗的医疗行为或医疗过程”。

该定义有两个要点：一是这种诊断和治疗对于该疾病是多余的、不必要的，甚至是有害的；二是过度医疗是一种行为或过程，不是指还未成为实践的诊疗计划或设想。

为了更加清晰地理解和界定过度医疗行为的边界，需要对过度医疗与相关的适度医疗、防御性医疗等名词加以辨析和甄别：

1. 适度医疗

从法律角度出发，适度医疗是指医方根据医疗合同约定或法律规定，从社会经济发展水平出发，以现有技术、水平实施的符合疾病治疗实际需要的医疗活动。适度医疗与过度医疗是一对相对概念，其要求医务人员在遵循执业要求的前提下，基于现有的医学技术，承担应有义务，为患者提供合理、适当的检查、治疗方案、治疗过程及保健。此处的合理、适当并不是绝对的，要根据不同的国家社会发展情况、患者的经济承受能力情况、医疗设备和技术水平等情况而决定。医疗

人员要出于患者的个性考虑，运用应当具备的医学知识，具体问题具体分析。

2. 防御性医疗

1978年，美国学者 Tancredi 首次提出了“防御性医疗”的概念，它一般是指医务人员在医疗过程中为了进行自我保护、避免医疗纠纷和诉讼所进行的“偏离规范化服务准则的医疗行为”。具体而言，目前的防御性治疗包括三种类型，一是积极型防御治疗，指医生主动增加会诊次数、增加对患者的检查数量等，尽可能避免出现失误和差错。显然，这种方式将会给患者带来更多的负担并造成医疗资源的浪费；二是消极型防御治疗，指的是为了避免风险而不收治病入，这必将造成医疗人员与患者的矛盾增加；最后是较为常见的医疗同意书制度，即在患者承担高风险、高支出时以书面形式进行通知并征得其同意。学界普遍认为，防御性医疗是一种不符合医学精神、医学准则的为了规避医疗者自身风险的医疗行为。结合来看，这三种类型中的积极型防御治疗无故增加了患者所要承受的负担，已经超过了正常医疗的必要程度，客观上极有可能造成患者的人身财产损害，因此应该归类于过度医疗行为。

不过医疗行业具有其特殊性，主要表现在疾病的不确定性和诊疗措施的多样性，这也导致在实践中对适度检查和过度检查实际上难以有一个明确的界限，对其进行认定其实是一个非常专业的问题，需要通过专业鉴定来确认。医疗机构只有在明显违反了法定的义务，背离

了适度检查的要求而造成检查显著超量，才可能被认定为过度检查。

黄蛟灵在《过度医疗行为认定和医保监管规则研究》中指出，由于过度医疗存在认知差异和模糊地带，虽然学界对过度医疗有大量的讨论，但至今没有一个量化的认定指标。

卫监及医保部门对“过度医疗”的考量

不仅是学术界，卫生监督及医保部门对“过度医疗”的认定也是没有量化的，判定方式较模糊。

卫监部门判断医师诊疗行为是否构成过度医疗，现阶段我国通行的判断标准依据的是“是否违反诊疗规范”。实践中，认定过度医疗行为构成侵权，主要考虑以下四个方面的因素。

(1) 医护人员在实施过度医疗行为时主观上存在过错，这种过错一般是指故意而非过失。

(2) 基于非医疗的目的，而实施的医疗行为，必定不符合诊疗规范的规定，即过度医疗行为存在违法性。

(3) 患者会有损害结果的出现。这种损害结果有两种类型，即财产损害和人身损害，以财产损害为主。

(4) 上述损害后果与医疗机构所实施的过度医疗行为，存在因果关系。

在医保经办部门进行医保检查过程中，则总结出了过度医疗以及过度检查的违规情形：

1. 违反临床用药常规和联合用药原则不合理或超范围、超剂量的

用药;或医疗机构有意使用高价药品。

2. 不合理或超常规量使用一次性耗材;有意使用高值耗材。

3. 参保患者在治疗期间,无明显指征,医疗机构对其进行同一项目或类似项目多次检查;同一患者短期内多次住院且接受重复或类似检查的。大型设备诊查能够一次确诊,却重复使用其他大型设备诊查同种疾病;或有意选择费用高的辅助检查。

4. 违反《医疗技术临床应用管理办法》、手术分级和安全核查制度,放宽或降低手术指征实施手术治疗或频繁进行同一种医疗技术(包括理疗、康复项目;静点或肌注药物、抢救、血气分析、抽取积液等特殊操作除外)。

5. 其他可以认定为过度诊疗的情况。

过度医疗判定规则的参考

在上海交通大学公共卫生学院上海医保协会、上海市医疗保障局监督检查所共同发表的《过度医疗行为认定和医保监管规则研究》学术论文中,邀请卫健、医保、临床、高校专家共同参与,通过分析上海市医保监督所监管问题文字材料、随机采集上海市 2018 年—2021 年 121 家医疗机构的 2691 条问题、研究《基本医疗保险药品管理与智能监控研究》报告以及组织座谈会访谈等形式,逐步达成共识,形成第一版过度医疗指标体系。

该指标体系共包括 5 个一级指标,分别为过度检查(化验)、过度治疗、过度住院、过度开药与其他过度医疗行为;30 个二级指标,包

括重复(化验)检查、无指征(化验)检查、套餐式(化验)检查、升级检查项目、重复治疗、无指征治疗、手术治疗、过度使用耗材等;67个三级指标,包括短期内重复进行相同或相似化验检查、互不认化验检查结果而重复化验检查、开展与病情无关的某项化验检查、将特殊化验检查作为常规项目开展、套餐常规检查(入院/门诊)、随意扩展套餐项目等。

但截止目前,无论是国家医保局还是地方医保经办部门,并没有相关明确的官方规则进行公开发布或进行执行的,仅仅是碎片化的“医保负面清单”进行发布。基于这些问题,健康报也为此发布题为《打击医保违规,要精更要准》的评论员文章,重点提出“各地相关部门有必要进一步明确医保违规认定的规则,精准施策”,原文摘录如下:

“为了避免医务人员被‘误伤’,各地相关部门有必要进一步明确医保违规认定的规则,并通过加强培训和政策宣传,让医务人员充分理解这些判定标准。在此基础上,医疗机构应不断完善医保智能监管系统,积极运用医保基金智能审核和监控知识库、规则库,加强内部管理,及时拦截医保违规处方,规范医药服务行为,在更好维护基金安全的同时保护好医务人员。最后,征求意见稿还提出畅通异议申诉渠道,受理相关责任人员对处罚结果提出的异议;畅通救济渠道,受理相关责任人员提出的复核申请,依法维护相关责任人员合法权益。这无疑也是十分重要的。

但无论是医院加强内部提醒和监管，还是畅通申诉和复议通道，这些机制有效发挥作用的前提仍然是医保违规判定规则的明确和细化。只有不断厘清合规与违规的边界，让最终的判定有清晰的依据，医保和医疗机构双方才不会陷于“公说公有理婆说婆有理”，才能让医保基金监管更具威慑力。”

[返回目录](#)

• 集中采购 •

五年集采路：药品耗材价格如何一步步回归“合理水平”

来源：中国医疗保险

近日(10月底)，湖北，江西等多地陆续落地全国中成药集采中选结果，药品涉及内科、骨伤科、眼科、肿瘤、心血管系统以及妇科用药6个治疗领域的多种临床常用中成药，68个中选代表品平均降幅49%，患者药费负担进一步减轻。

药品和高值医用耗材集中带量采购是党中央、国务院部署的重大改革任务。目前，集中带量采购改革已经进入常态化、制度化新阶段，“釜底抽薪”压缩“带金销售”空间，持续挤压药品耗材虚高价格水分，促进价格回归合理水平，不仅成为减轻群众医药负担的有力举措，而且也让临床使用药品、耗材的质量也得到稳定提升，临床服务需求充分释放。

从药品到耗材，从国家到地方，我国正在持续推进医药集中带量

采购的扩面提质，真正让降价成效惠及广大患者。

药品集采：八批次 333 种药品群众用药负担显著降低

随着第八批国家组织药品集采中选结果今年 7 月份在全国落地实施，国家集采药品数累计已达到 333 种，平均降幅超 50%。集中带量采购已经成为公立医院药品采购的重要模式。

第九批国家组织药品集采工作也已经进入倒计时阶段。根据联采办发布的《全国药品集中采购文件(GY-YD2023-2)》，第九批集采将于 11 月 6 日在上海市奉贤区开标，涉及 42 个品种，涵盖高血压、糖尿病、肿瘤、胃肠道疾病、抗感染、心脑血管疾病等多个领域。

与此同时，积极推进省级药品集采，重点针对未纳入国家集采的品种和未过评品种，从“填空”和“补缺”两个维度扩大集采覆盖范围。根据国家医保局的统一部署，重点指导湖北牵头扩大中成药省际联盟采购品种和区域范围，江西牵头开展干扰素省际联盟采购，广东牵头开展易短缺和急抢救药省际联盟采购。预计到 2023 年底，每个省份的国家和省级集采药品数累计达到 450 种。其中，省级集采药品应达到 130 种，化学药、中成药、生物药均应有所覆盖。

高值耗材集采：一品一策、每年一批平均降价超过 80%

随着我国高耗耗材的带量采购顶层设计架构明晰，已逐渐形成对高值医用耗材采用“一品一策”的采购思路，重点将部分临床用量较大、采购金额较高的高值医用耗材纳入集采，并逐步扩大采购范围，减轻群众就医负担。目前已先后开展三批高值医用耗材集采，集采后

相关产品平均降价超过 80%。第一批为 2020 年开展的冠脉支架集采，支架价格从均价 1.3 万元左右下降至 700 元左右，与 2019 年相比平均降价 93%；第二批为 2021 年开展的人工关节的集采，人工髋关节平均价格从 3.5 万元下降至约 7000 元，人工膝关节平均价格从 3.2 万元下降至约 5000 元；第三批为 2022 年开展的骨科脊柱类耗材集采，平均降价 84%，预计每年节约费用 260 亿元。

第四批国家组织高值医用耗材集中带量采购工作也正在推进中，采购公告已于 9 月发布，明确了采购范围和采购规则。此次采购产品为人工晶体类及运动医学类医用耗材，这也意味着在人工关节、脊柱集采之后，骨科高值耗材领域基本实现集采全覆盖。

此外，指导部分省份牵头开展国家集采之外的医用耗材省际联盟采购。如今年 1 月，四川省牵头开展口腔种植体集采，平均中选产品价格降至 900 余元，与集采前中位数采购价相比降幅 55%。同时，按照国家医保局的统一部署，今年聚焦心内科、骨科重点产品，指导更多省份推进吻合器、超声刀等普外科耗材集采，继续探索体外诊断试剂集采。重点指导陕西牵头开展硬脑(脊)膜补片、疝修补耗材省际联盟采购，河南牵头开展神经外科等耗材省际联盟采购，安徽牵头开展体外诊断试剂省际联盟采购。

降价格、提质量、促创新集采成效正在不断显现

首先，群众用药负担显著降低。通过集采，我国药价持续上涨趋势得到扭转。根据国家医保局公布的相关测算数据，2022 年与 2018

年相比，我国药品采购价格指数下降 19%。同时，群众反映强烈的心脏内科和骨科的主要耗材，也已纳入集采，中选产品价格下降幅度比较大，患者负担明显下降。

第二，群众用药质量明显提升。通过价格下降，有效提升了一批高质量药品耗材的可及性。比如，集采药品中，患者使用原研药和通过一致性评价的仿制药这些高质量的药品比例由集采前的 50% 提高到 90% 以上。在近日国家医保局举行的新闻发布会上，公布的“第二批、第三批国家组织药品集中采购中选仿制药临床疗效和安全性真实世界研究结果”相关情况，也明确了“集采中选仿制药的临床疗效和安全性与原研药相当”这一研究结论。又比如，冠脉支架集采后，材质性能更好的铬合金支架使用比例由 60% 上升到 90% 以上，原先占据市场较大份额但性能一般的不锈钢支架逐步退出市场。

第三，医药行业发展更健康更可持续。集采引导药品企业从过去的“拼渠道、拼销售”，转到目前的“拼质量、拼价格”，企业以质量谋发展的内生动力不断提升。

在集采的推动下，2018 年以来，我国通过仿制药质量和疗效一致性评价的药品累计数量，由不足 200 种快速上升到目前的超过 3000 种，高质量药品正逐步占据临床用药主流。同时，医药企业创新动力日趋强劲，A 股市值前 10 名药企中，2022 年的总研发投入是 2018 年的 2.48 倍。

[返回目录](#)

5 问 5 答，还原集采仿制药真相——

来源：中国医疗保险

目前，我国共有 8 批 333 个品种的集采仿制药进入临床一线，平均降价 50%，数以亿计的患者因此用上了质优价宜的仿制药。但不论是在社交平台，还是在一些媒体上，也出现过“仿制药不如原研药”“仿制药就是没作用”“原研药最安全，仿制药容易出问题”等言论。而昨日发布的第二、三批国家组织集采中选仿制药临床疗效和安全性真实世界研究的结果，以及多年来国家多部门对集采药品的监测结果，可能会打破一些“刻板印象”。

声音一：“我原来用过集采仿制药，效果不好，所以仿制药就是不如原研药。”

辟谣：根据研究，确实有一些患者在使用仿制药的时候可能疗效不佳；但是需要指出的是，因为患者个体差异，如疾病发展阶段、基础疾病、合并其他用药、基因及代谢多样性等因素不同，所以不论原研药还是仿制药，任何药品都可能在有些人身上效果不佳。

首都医科大学宣武医院药学部主任张兰举例：在他们的研究中，盐酸二甲双胍片原研药与仿制药的血糖达标率均在 80%左右，在统计上没有差异，这也说明了不论是原研药还是仿制药，该药在个体治疗中都有约 20%的患者的疗效不佳，患者需采用其他治疗手段或药物。所以在二者都有疗效不佳、且概率很接近的情况下，如果光凭个案就下结论“仿制药不如原研药”，确实不科学也不公平。

同时，相信大家日常生活中也有这样的体验，就是“幸存者偏差”：一般用药效果好的人很少讲出来，而大家在反应问题的时候声量会更大，因此在社交平台和很多媒体上，最常见的都是用药不好的情况。因此只有通过一定规模的人群的对照研究，才能得出科学结论。

这也是本次研究的重要意义之一，通过对大量的患者研究，得出更严谨、科学的结论，证实了纳入研究的集采仿制药和原研药相比，总体来看临床疗效和安全性相当。

声音二：“只有仿制药才有质量风险，进口的原研药十分安全”。

辟谣：事实可能和大家的刻板印象不一样——从中选产品质量检出情况来看，内资药品被药监部门通报存在质量风险的比例明显低于进口药。

集采以来，1327个中选的国产仿制药产品中，有2个产品被通报存在质量风险，在60个进口药产品中，则有4个产品出现了被通报存在质量风险，其中有3个还是原研药。

实际上，在全球化过程中，一些原研药本身也是国际化生产，原料生产、制剂生产、包装线都在不同国家。有的原研药企业在原产国或境外代工厂存在监督不到位的情况。前期，药监部门通过对集采中选外资原研药开展境外飞检发现，有的药品存在生产过程无菌控制不到位问题，有的未按照相关标准进行物质和微生物限度检查、在微生物污染风险防控等方面存在不足，均不符合我国药品生产质量管理的基本要求，被依法暂停进口、销售和使用。这些事实说明，没有必要

盲目迷信进口原研药。

声音三：“一致性评价只是‘一次性评价’罢了，过评后药的质量就下降了。”

辟谣：通过一致性评价并不是药品质量的“护身符”或“通行证”。通过一致性评价之后，监管部门仍会对药品的生产、流通、使用进行全链条质量监管。例如，在生产环节，从原料选取到生产过程等均有一套完整的质量控制和监管体系，就算仅是药品原料供应商的更换都需要向药监部门报备，来保证药品质量的稳定。

同时，药品监管不仅是对结果的监管，也是对过程的监管，如监管部门要求：确保生产工艺与批准工艺一致，确保销售的各批次药品与申报样品质量一致，确保对上市药品进行持续研究，及时报告不良反应。

少数人担心的一致性评价变一次性评价，有关部门在制度设计中已经提前考量，设置了一整套保障措施。药监部门前期也做了新闻发布，要求地方药品每年完成对辖区内企业生产的国家组织药品集采中选品种、国家基本药物制剂品种、通过仿制药质量和疗效一致性评价品种的生产环节全覆盖抽检。由此可见，我国药监部门对通过一致性评价的药品有全面、持续的严格质量监管，确保药品的质量安全，仿制药一致性评价一定不会成为“一次性评价”。

声音四：“集采药品降价那么高，后续质量一定有问题。”

辟谣：首先要讲清楚的是，集采挤压的是虚高的价格水分，包括

人们熟知的“灰色地带”，而并不是降低企业的合理利润，所以不会降低药品的质量。在集采模式下，中选产品按合同规定的约定采购量直销医院，既往包含在药品价格中的销售费用、市场推广费用等“水分”被挤掉了，因此中选产品可以在不损害企业正常利润的情况下降价，让利于患者。近期就有医药企业公开表示，其一款产品集采中选后，单位成本从 1.11 元降低至 0.59 元，降幅超 40%，从这个例子来看，集采降价并不会影响企业的正常生产。

而从另一个角度看，集采的实施甚至对促进药品质量提升有帮助。集采将药品生产企业从“带金销售”的无序竞争中解放出来，企业竞争的重点转移到提升药品质量、促进药品研发的正确轨道上来，对我国医药产业的健康发展具有深远意义。

同时，医药行业由于信息严重不对称，很多时候药价未必就是“一分钱一分货”。相关部门在调查中发现，一些进口原研药通过在境内或境外加设经销环节，人为做高中国市场售价，部分药品一次加价 80%-280% 不等，价高部分用于不规范的营销行为。也就是说，患者认为高价购买的原研药是“一分价钱一分货”，但事实上，某些药的高价中有相当一部分是虚高的营销费用。在这种情况下，等原研药专利到期、仿制药上市后，通过集采砍掉药品价格虚高的水分，不仅顺理成章，而且利国利民。

声音五：“进集采的药品，国家就不管质量好不好了，出问题也不处理的。”

辟谣：首先，能进集采的产品都是通过了一致性评价的产品，为的就是避免“劣币驱逐良币”，要保证患者用上有效的药。并且，药监部门医保部门一起，建立了协同机制对集采药进行严密的监管。

国家药监局每年部署开展专项监管工作，实现对国家集采中选产品的企业监督检查、在产品抽检、药品不良反应监测“三个全覆盖”。目前，检查涉及药品生产企业近600家，覆盖全部333种中选药品。

八批国家组织集采共有1387个中选产品，5年来累计有6个产品被药监部门通报存在质量风险，其中2个国产仿制药、4个进口药。在全覆盖监督检查下，集采药品的年合格率达到99.8%以上，高于全国化学药平均水平。对以上出现存在质量风险的中选产品，医保部门联动药监部门开展处置，采取取消中选资格、纳入“违规名单”，限制涉事企业在一定时间内参加国家组织集采。对于出现质量风险的产品，不论内资、外资企业，医保部门会同药监部门坚决处理、一视同仁，对质量问题“零容忍”，确保患者用药安全有效。

[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