

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第46期

(2023.11.13-2023.11.19)

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。)

· 医药专栏 ·

▶ [医药流通行业 | 规模、集中度、费用率 4 图分析](#) (来源：张自然博士) ——第 7 页

【提要】2022 年，全国医药流通市场销售规模为 27,516 亿元，同比增长 6.0%，增速同比放缓 2.5 个百分点。其中，药品批发市场销售额为 21,526 亿元，同比增长 5.4%。药品零售市场销售额为 5,990 亿元，同比增长 10.7%。本文将从规模、集中度、毛利率、费用率和各省规模排名等方面，对我国医药流通行业现状和发展趋势做一分析。

▶ [倒计时！2023 医保谈判马上开始，这些药品是重点](#) (来源：医药网) ——第 11 页

【提要】进入 11 月中旬，2023 年国家医保目录谈判即将开始，哪些药品值得重点关注？今年年初发布的 2022 年国家医保目录纳入了多款药品，落地大半年以来，它们的销售情况有了怎样的变化？

· 健康中国 ·

▶ [如何降低癌症和心脑血管疾病发病率？国家卫生健康委召开发布会](#) (来源：健康中国) ——第 18 页

【提要】心脑血管疾病和癌症已成为中国居民健康的最大威胁，近日国家卫生健康委联合多个部门制定《健康中国行动——心脑血管疾病

防治行动的实施方案(2023-2030)》和《健康中国行动——癌症防治行动实施方案(2023-2030)》，提出进一步完善心脑血管疾病防治和癌症防治体系建设，推进以治病为中心向人民健康为中心的转变，提升群众的健康素养水平，为增进群众健康福祉、共建共享健康中国奠定良好基础。

▶ [思考 | 人口老龄化背景下，如何建立和完善长护险制度？](#)（来源：中国医疗保险）——第 39 页

【提要】2021 年末，全国 60 周岁及以上老年人口 26736 万人，占总人口的 18.9%；全国 65 周岁及以上老年人口 20056 万人，占总人口的 14.2%。全国 65 周岁及以上老年人口抚养比 20.8%。据测算，预计“十四五”时期，60 岁及以上老年人口总量将突破 3 亿，占比将超过 20%，进入中度老龄化阶段。2035 年左右，60 岁及以上老年人口将突破 4 亿，在总人口中的占比将超过 30%，进入重度老龄化阶段。

• 医保动态 •

▶ [零售药店接入统筹医保，释放哪些利好信号？](#)（来源：搜药）——第 49 页

【提要】随着国家对统筹药店的不断推进，各地统筹药店的管理工作也迈上全新台阶，对统筹药店的遴选要求日益提高。一省发文，门诊统筹药店，医保药占比不低于 60%。

▶ [医保监管升级！从医药机构延伸至医师个体](#)（来源：医信邦）——第 53 页

【提要】近日，北京市医保局通报了多家药店和医院。由于违反医保政策，4家药店、北京某医院的9名医师被暂停医保处方资格。在此期间，这些医师为参保人员提供的医疗服务医疗保险基金不予支付。

• 医院管理 •

▶ [医院运营管理体系构建创新路径](#)（来源：三智医管）——第 58 页

【提要】医院运营管理是指将医疗服务价值创造密切相关的各项稀有资源进行计划、组织、实施、控制，从而实现医院人、财、物等核心资源有机组合、优化配置的一系列管理手段和方法。医院加强运营管理可以促使医院可持续性发展，让其内部所有机制向管理型方向转变，在有效提高医疗质量的同时推进医院管理工作愈加精细化，创新医院运营管理体系能进一步优化管理流程，凸显出良好的运营效果。

▶ [医保强监管下，医院如何应对？](#)（来源：今创医疗）——第 63 页

【提要】随着医保领域改革深入推进，基金监管面临诸多挑战，党中央、国务院高度重视，始终将加强医保基金监管、维护基金安全作为医疗保障首要任务，着眼加强基金使用常态化监管，构建全方位、多层次、立体化的医保基金监管体系。

• 集中采购 •

▶ [严查耗材集采执行，涉大批医院、械企](#)（来源：医疗器械经销商联盟）——第 68 页

【提要】近日，江西省人民政府网站发布《关于进一步加强药品和医

用耗材集中带量采购监管的通知》(以下简称《通知》)政策解读。其中点名了集采政策落实过程中存在的医疗机构报量不准确、中选产品优先使用不够、中选产品供应配送保障不及时、监管考核不到位等诸多问题。明确要夯实市县医保部门、医疗机构、中选产品生产企业和配送企业四方责任,全面加强药品和医用耗材集中带量采购监管。

▶ [成熟稳重与不断挑战——第四批耗材国采回顾与展望](#) (来源:中国医疗保险) ——第 73 页

【提要】继 9 月中发布的第 1 号公告之后,11 日凌晨,国家组织高值医用耗材联合采购办公室(简称“联采办”)又发布第 2 号公告(《国家组织人工晶体类及运动医学类医用耗材集中带量采购公告(第 2 号)》)。至此,与本次人工晶体及运动医学类耗材国家集采相关的所有细则均已公布。根据文件,这一次国采将于 11 月 30 日(周四),在天津完成开标,相关耗材产品领域也将发生深刻变化。值此关键时刻,让我们回顾并展望一下此次高值耗材“国采”。

-----本期内容-----

· 医药专栏 ·

医药流通行业 | 规模、集中度、费用率 4 图分析

来源：张自然博士

本文将从规模、集中度、毛利率、费用率和各省规模排名等方面，对我国医药流通行业现状和发展趋势做一分析。

一、行业整体

1、规模

2022 年，全国医药流通市场销售规模为 27,516 亿元，同比增长 6.0%，增速同比放缓 2.5 个百分点。其中，药品批发市场销售额为 21,526 亿元，同比增长 5.4%。药品零售市场销售额为 5,990 亿元，同比增长 10.7%。

纵观医药流通市场近年发展，2009 年首次突破 5,000 亿大关，2012 年突破万亿达到 11,174 亿元，2017 年突破 2 万亿达到 20,016 亿元，2021 年突破 2.5 万亿达 26,064 亿元。2022 年达到 27,516 亿元，较 2008 年的 4,699 亿元增长了 22,817 亿元，10 年增长了 4.9 倍。

从增速来看，2010 年增速达到峰值 24.6%，和整体经济发展一样，其后进入了低速增长时代，增速一路下滑，2017 年增速首次跌破 10% 至 8.4%，因新冠疫情爆发，2020 年增速降到谷底，增速只有 2.4%，

其后逐渐恢复到 2021 年的 8.5%、2022 年的 6%。

医药流通处于医药产业链的中间环节，除受到专门针对流通的两票制政策影响外，还会受到上游医药工业和下游药品使用终端的双重影响，不管是上游集采、重点监控的挤水分，国采对配送商的选择，还是下游分级诊疗、处方外流以及医疗反腐，都会对医药流通的规模、产品机构、渠道格局产生重要影响。（详见图一）



2、集中度

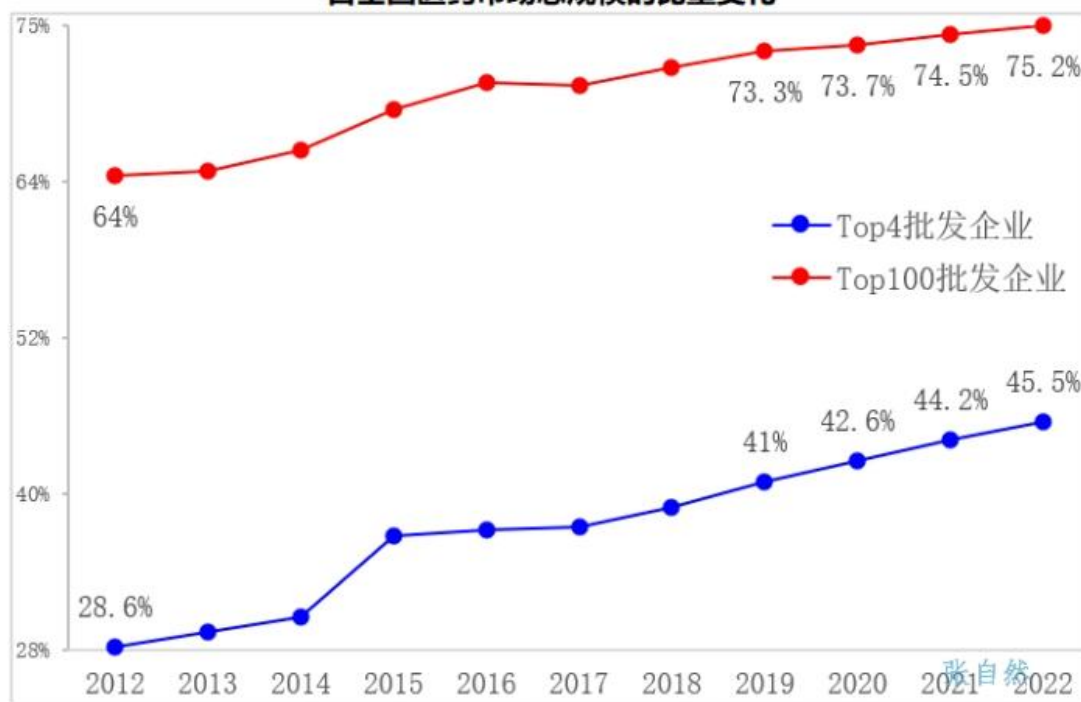
2022 年，Top100 药品批发企业的主营业务收入占同期全国医药市场总规模的 75.2%，同比提高 0.7 个百分点；占同期全国药品批发市场总规模的 96.1%。其中，4 家全国龙头企业主营业务收入占同期全国医药市场总规模的 45.5%，同比提高 1.3 个百分点。

近 10 年来，行业集中度一直在不断提高，Top100 占比由 2012

年的 64% 提高到了 2022 年的 75.2%，10 年提高了 11.2 个百分点。Top4 占比提高更加明显，由 2012 年的 28.6% 增加到了 2022 年的 45.5%，10 年提高了 17 个百分点。

中国医药集团主营业务收入已突破 5,000 亿元 (5,529 亿元)，位居第 2-4 位的上海医药集团、华润医药商业集团、九州通医药集团主营业务收入也均超千亿元。(详见图二)

图二、Top4、Top100 药品批发企业主营业务收入占全国医药市场总规模的比重变化



数据来源：商务部，张自然

2021 年 10 月 28 日出台的《商务部关于“十四五”时期促进药品流通行业高质量发展的指导意见》提出，到 2025 年，“培育形成 1-3 家超五千亿元、5-10 家超千亿元的大型数字化、综合性药品流通企业，5-10 家超五百亿元的专业化、多元化药品零售连锁企业”，“药品批发百强企业年销售额占药品批发市场总额 98% 以上；药品零

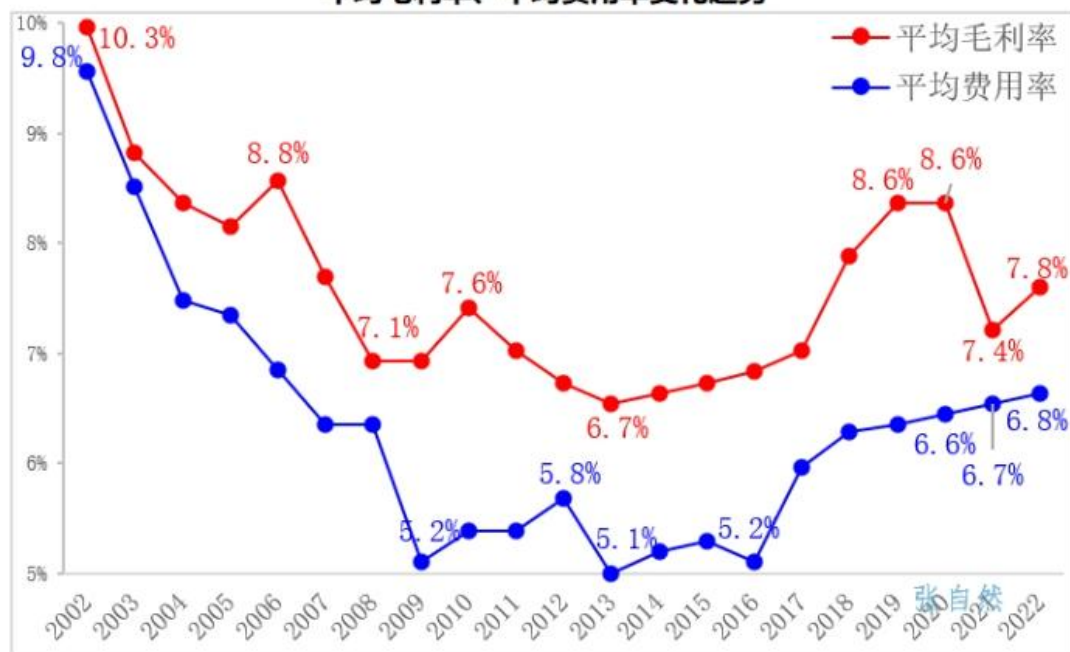
售百强企业年销售额占药品零售市场总额 65%以上”。

2019 年 11 月发布的《关于以药品集中采购和使用为突破口进一步深化医药卫生体制改革若干政策措施的通知》也提出“加快形成以大型骨干企业为主体、中小型企业为补充的药品生产、流通格局”。行业集中度继续提高的趋势不会改变。

3、利润率、费用率

2022 年，全国药品流通直报企业主营业务收入 20,935 亿元，约占全国医药流通市场总规模的 86.0%。平均毛利率 7.8%，同比上升 0.4 个百分点；平均费用率 6.8%，同比上升 0.1 个百分点。（详见图三）

图三、2002~2022年，全国药品流通直报企业平均毛利率、平均费用率变化趋势



数据来源：商务部，张自然

医药流通行业曾经历了高费用、高毛利时代，2022 年，平均毛利率超过 10% 达 10.3%，平均费用率近 10% 为 9.8%。

此后，毛利率和费用率双双下降，2013 年均创历史最低，平均

毛利率、平均费用率分别只有 6.7%、5.1%。其后，又开始增长，2019 和 2020 年，平均毛利率再创新高，均达 8.6%，2022 年平均费用率达新高 6.8%。

二、各省

2022 年，广东医药流通市场规模最大，占了全国的 10.6%。

>2,000 亿元的有 4 省份，即广东(2,918 亿元)，北京(2,082 亿元)、江苏(2,078 亿元)、上海(2,071 亿元)，上述 4 省份正好占了全国的 1/3。

>1,000 亿元的有 8 省，如浙江(1,919 亿元)、山东(1,664 亿元)、河南(1,502 亿元)、安徽(1,285 亿元)、四川(1,271 亿元)等。

青海医药流通市场规模最小。

<100 亿元的有 2 省，即青海(34 元)、西藏(52 亿元)。

<200 亿元的有 3 省，内蒙古(118 亿元)、宁夏 136(亿元)、甘肃(173 亿元)。

2022 年，医药流通市场同比增长最快的是湖南。

增速 $\geq 7\%$ 的有 6 省，即湖南(8.7%)、湖北(7.6%)、山西(7.3%)、广东(7.2%)、浙江(7.2%)、山东(7%)。

不增反降的有 1 省，即新疆，下降了 1.8%。

增速 $< 2\%$ 的还有 4 省，即黑龙江(0.14%)、青海(0.42%)、河南(1.14%)、宁夏(1.15%)。(详见图四)

图四、2022年，各省份医药产品销售额及增速



数据来源：商务部，张自然

药品流通市场规模稳步提升，医药电商、城乡供应网络不断完善，医药批发企业的综合服务能力、零售药店的经营能力不断提高，医药物流信息化技术发展迅速，智慧医药供应链逐步健全，人民健康需求正不断得到满足。

[返回目录](#)

倒计时！2023 医保谈判马上开始，这些药品是重点

来源：医药网

进入11月中旬，2023年国家医保目录谈判即将开始，哪些药品值得重点关注？今年年初发布的2022年国家医保目录纳入了多款药品，落地大半年以来，它们的销售情况有了怎样的变化？

1. 2023年国谈即将开始，值得关注的重点药品

进入11月中旬，国谈脚步趋近。据国家医保局此前介绍，预计

将于今年 12 月初公布 2023 年国家医保目录调整结果，从明年 1 月 1 日起正式执行。

根据《2023 年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整工作方案》，9-11 月为谈判/竞价阶段。

根据近两日业内的消息，11 月中旬启动医保谈判的可能性较大，地点北京。

谈判/竞价阶段包括开展现场谈判/竞价。根据评估意见组织开展谈判/竞价，现场签署谈判/竞价结果确认书。对谈判/竞价成功的药品，确定全国统一的医保支付标准，明确管理要求。同时，国家医保局还会组织谈判成功和简易续约的企业签署协议。

9 月 1 日，国家医保局发布《关于公布 2023 年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整通过形式审查药品名单的公告》，确定了 386 个药品通过形式审查。其中包括 222 个目录外药品，164 个目录内药品。

之后，国家医保局还发布了《关于 2023 年国家医保药品目录调整通过形式审查的申报药品专家评审阶段性结果的公告》，对即将国谈的产品进行了再次评审。

仅从通过形式审查的药品名单看，本次国谈备受瞩目的产品不少。

首先是 PD-1，根据天风证券，本次谈判未有目录外进口/国产 PD-1 通过形式审查，国产药品有目录内信迪利单抗、卡瑞利珠单抗、

特瑞普利单抗、替雷利珠单抗。其中特瑞普利单抗、卡瑞利珠单抗以及替雷利珠单抗均有新增适应症。

其中，恒瑞的卡瑞利珠单抗，预计新增适应症谈判为联合阿帕替尼晚期肝癌一线治疗；

信达生物的信迪利单抗，预计新增适应症谈判为联合贝伐珠单抗及化疗用于经 EGFR-TKI 治疗失败的 EGFR 阳性非鳞状非小细胞肺癌患者的二线治疗；

百济神州的替雷利珠单抗，预计新增适应症谈判为联合氟尿嘧啶类和铂类药物化疗用于 PD-L1 高表达的局部晚期不可切除的或转移性的胃或胃食管结合部腺癌 (G/GEJ) 的一线治疗及联合化疗用于食管鳞状细胞癌患者一线治疗；

君实生物的特瑞普利单抗预计新增适应症谈判如下图：

特瑞普利单抗	君实生物	单药	黑色素瘤	二线	2018年12月	在2022年医保目录
		单药	鼻咽癌	三线	2021年2月	在2022年医保目录
		单药	尿路上皮癌	二线	2021年4月	在2022年医保目录
		化疗	鼻咽癌	一线	2021年11月	预计新增适应症谈判
		化疗	食管癌	一线	2022年5月	预计新增适应症谈判
		化疗	EGFR/ALK 阴性非鳞 NSCLC	一线	2022年9月	预计新增适应症谈判

图片来源：安信证券

据沙利文预测，全球 PD-(L)1 市场预计在 2025 年达到 626 亿美元。其中，中国 PD-(L)1 市场规模预计将于 2025 年达到 519 亿元。市场规模可观，药企竞争还在加剧。

同样备受关注的还有肿瘤热门靶点，阿斯利康的奥希替尼预计新增适应症谈判，贝达/益方生物的贝福替尼预计新增药品谈判。

表15：三代EGFR TKI 2023年医保谈判情况梳理

药物名称	企业名称	适应症	医保目录
奥希替尼	阿斯利康	EGFR 19 del 或 21 L858R NSCLC 一线	在 2022 年医保目录
		既往 EGFR TKI 治疗进展存在 EGFR T790M 突变 NSCLC 二线	
		EGFR 突变 NSCLC 辅助治疗	预计新增适应症谈判
伏美替尼	艾力斯	既往 EGFR TKI 治疗进展存在 EGFR T790M 突变 NSCLC 二线	在 2022 年医保目录，本次到期续约
		EGFR 19 del 或 21 L858R NSCLC 一线	
阿美替尼	翰森制药	既往 EGFR TKI 治疗进展存在 EGFR T790M 突变 NSCLC 二线	在 2022 年医保目录
		EGFR 19 del 或 21 L858R NSCLC 一线	
贝福替尼	贝达药业/益方生物	既往 EGFR TKI 治疗进展存在 EGFR T790M 突变 NSCLC 二线	预计新增药品谈判
		EGFR 19 del 或 21 L858R NSCLC 一线	20230630 后获批，无资格参与谈判

资料来源：医保局，CDE，安信证券研究中心

我国 EGFR-TKI 市场规模庞大，根据弗若斯特沙利文预测，2030 年可达 1000 多亿元。

第三代 EGFR-TKI 目前占据市场主流。就整个 EGFR-TKI 市场而言，基本是阿斯利康的奥希替尼、艾力斯的伏美替尼、翰森制药的阿美替尼、贝达/益方生物的贝福替尼等在分割天下。

新冠药物继去年大热后，今年仍有三款药物有望进入医保谈判，主要是君实、先声、众生三家药企的竞争。

表27：新冠药 2023年医保谈判情况梳理及费用

药物名称	企业名称	适应症	价格
先诺特韦片/利托那韦片	先声药业	轻中度 COVID-19 感染	630 元/疗程
氨溴酸氮瑞米德韦	君实生物	轻中度 COVID-19 感染	630 元/疗程
来瑞特韦片	众生药业	轻中度 COVID-19 感染	628 元/疗程

资料来源：医保局，CDE，安信证券研究中心

根据今年的医保谈判规则，对于新冠药物不再单列新冠治疗药品的申报条件，均可通过相应条件正常申报(2018年1月1日至2023年6月30日期间，经国家药监部门批准上市的新通用名药品)。

目前医保目录内有阿兹夫定和清肺排毒颗粒两款新冠治疗药物。今年获批的新冠适应症药物或有机会进入医保目录。

2. 2022 年国谈药放量明显，多项政策促进加速落地

2022 年的国家医保目录于 2023 年 1 月 18 日正式印发,3 月 1 日开始实施。有 111 个药品新增进入目录,平均降价 60.1%。其中,国家重大创新药品整体降幅温和,从几个月来的销售情况可见明显放量。

2022 年国谈中,亚盛医药的核心品种奥雷巴替尼(商品名:耐立克)是一大关注热点。它首次被纳入医保目录,用于治疗慢性粒细胞白血病。

进入医保后,奥雷巴替尼放量明显。据亚盛医药 2022 年年报,这一药物自 2021 年 11 月上市到 2022 年年底,累计销售额人民币 182.4 百万元(含增值税)。而 2023 年中报显示,奥雷巴替尼被纳入医保后,上半年放量显著,实现销售收入 1.08 亿元,同比增长 37%,其中第二季度销售额同比增长 153%,盒数同比增长 560%。

百济神州有多款药物被纳入 2022 年医保目录:PD-1 替雷利珠单抗(商品名:百泽安)新增四项适应症、治疗多发性骨髓瘤的卡非佐米(商品名:凯洛斯),还有 2020 年首次纳入医保目录的安加维(治疗骨巨细胞瘤)成功续约。

据百济神州财报,2023H1 替雷利珠单抗国内销售额 18.36 亿元,增长 46.8%,主要得益于新适应症纳入医保后市场渗透率快速提升。

如今,百济神州的替雷利珠单抗目前已在国内获批 11 项适应症,其中 9 项已纳入医保,是国内获批适应症最广泛、医保覆盖适应症数量最多的 PD-1 产品。2023 年国谈,这款药物的新适应症谈判仍然值

得关注。

2023 年 1 月，再鼎医药的瑞派替尼(商品名：擎乐)和甲苯磺酸奥马环素(商品名：纽再乐)进入医保目录，分别用于治疗晚期胃肠间质瘤，和社区获得性细菌性肺炎、急性细菌性皮肤和皮肤结构感染。

2023 年第二季度，瑞派替尼收入 750 万美元，相当于这款药物 2022 年半年的销售收入；甲苯磺酸奥马环素收入 460 万美元，距上一年全年收入 520 万美元不远。

据再鼎的三季报，与 2022 年同期相比，2023 年第三季度，瑞派替尼收入从 550 万美元增加到 570 万美元，甲苯磺酸奥马环素收入从 150 万美元增加到 550 万美元，都得益于年初被纳入医保。

进得了医保、进不了医院，是往年不少国谈品种的最大隐忧。更多政策已密集推出，推动国谈药的商业化落地。

国家医保局要求各省 2023 年 2 月底前将谈判药品直接挂网，四川、山东、陕西、广东等多个省份都发布了加快国谈药品配备的文件，及时召开专题药事会，做到国谈药品“应配尽配”。

双通道是推动国谈药品落地的重要措施。根据国家医保局要求，省级医保部门要及时更新本省纳入“双通道”和单独支付的药品范围，与新版目录同步实施。鼓励各地积极探索通过“双通道”渠道提升罕见病用药供应保障水平的有效模式。

据国家医保局医药管理司司长黄心宇介绍，今年 1 月，国家医保局印发了 2022 年版的国家医保药品目录。到今年 8 月底，全国已经

有 23.4 万家定点医药机构配备了协议期内的谈判药品，其中定点医疗机构 6.5 万家，定点零售药店 16.9 万家，91 个去年新增的谈判药已经在 55000 家定点医药机构有了配备。

不少国谈药价格较高，受到 DRG 分组固定费用或门诊统筹按人头包干额度的限制，医生开具处方往往相对谨慎。而将这部分费用单列，解除总费用限制，利于国谈药的放量。国家医保局、国家卫健委 2021 年发布的《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》即明确提出，鼓励有条件的地区探索国谈药单独支付政策。

目前，数个省份已试行国谈药品“单独支付”政策。例如，2023 年 9 月 1 日起，403 种药品在广东开始试行单独支付政策，其中绝大多数是国谈药，这将对国谈药进院、开处方带来极大的推动作用。

9 月 14 日，河北省医保局印发《河北省医疗保障局办公室关于做好谈判药品单独支付保障工作的通知》，规定适合门诊使用的谈判药品纳入单独支付药品范围，并实行动态管理。目前该省确定的单独支付药品共 334 个，其中协议期内国家医保谈判药品 288 个。该通知自 2023 年 12 月 1 日起实施，试行期限 2 年。

此外，国家卫健委在《国家三级公立医院绩效考核操作手册(2022 版)》中规定，国谈药品费用不纳入医疗收入增幅考核指标，同时这一规定也应用于“门诊次均费用增幅”、“门诊次均药品费用增幅”、“住院次均费用增幅”、“住院次均药品费用增幅”等，从医院考核指标压力层面为国谈药品的使用减少障碍。

• 健康中国 •

如何降低癌症和心脑血管疾病发病率？国家卫生健康委召开发布会

来源：健康中国

国家卫生健康委 11 月 15 日 15:00，在国家卫生健康委 2 号楼新闻发布厅召开新闻发布会，介绍健康中国行动——心脑血管疾病防治行动和癌症防治行动实施方案(2023-2030 年)。

国家卫生健康委新闻发言人、宣传司副司长

胡强强

各位媒体朋友，大家下午好！欢迎参加国家卫生健康委新闻发布会。今天的发布会也是我委贯彻落实党的二十大精神主题系列发布会的第 13 场。首先，向大家通报近期出台的卫生健康重要政策文件情况。

一是联合国家中医药局、国家疾控局印发《居家和社区医养结合服务指南试行》，进一步规范居家和社区医养结合的服务内容，提高医疗卫生服务质量。

二是印发《感染性疾病等四个专业医疗质量控制指标(2023 年)》，进一步加强医疗质量管理，规范临床诊疗行为，促进医疗服务的标准化、同质化。

以上是近期情况通报。

心脑血管疾病和癌症已成为中国居民健康的最大威胁，近日国家卫生健康委联合多个部门制定《健康中国行动——心脑血管疾病防治行动的实施方案(2023-2030)》和《健康中国行动——癌症防治行动实施方案(2023-2030)》，提出进一步完善心脑血管疾病防治和癌症防治体系建设，推进以治病为中心向人民健康为中心的转变，提升群众的健康素养水平，为增进群众健康福祉、共建共享健康中国奠定良好基础。

今天的发布会以“健康中国行动——心脑血管疾病防治行动和癌症防治行动实施方案(2023-2030年)”为主题，重点介绍防治行动相关情况。出席本次发布会的嘉宾有：

国家卫生健康委医疗应急司司长郭燕红女士；

国家心血管病中心主任、中国工程院院士胡盛寿先生；

国家癌症中心党委书记张勇先生；

首都医科大学附属北京天坛医院院长王拥军先生。

请他们共同回答大家关心的问题。

下面进入现场提问环节，提问前请先通报所在的新闻机构。

中央广播电视总台央视新闻中心记者

我们在当前是出于什么样的考虑要出台心脑血管疾病癌症防治方案？这两个防治方案当中有哪些值得我们重点关注的地方？这两个方案对今后一段时期我们国家的癌症和心脑血管疾病的慢性病防控将会起到什么样的作用？谢谢。

国家卫生健康委医疗应急司司长

郭燕红

感谢您的提问。党和政府高度重视人民健康，把保障人民健康放在优先发展的战略位置，全面推进健康中国建设，我国卫生健康事业取得了显著的成绩。随着经济社会的发展，特别是人口老龄化、居民生产生活方式的变化，我国心脑血管疾病、癌症等重大的慢性疾病发病总体呈上升趋势，慢性病死亡人数占到居民总死亡的比例已经超过80%。2016年颁布实施《健康中国2030规划纲要》，提出了慢性病的综合防控战略。

为了落实好《健康中国2030规划纲要》，健康中国行动2019-2030一共是15个重大行动，这15个重大行动就是我们推进健康中国战略的施工图和路线图。在15个重大行动当中，开展心脑血管疾病、癌症等重大慢性病的防治是其中重要的专项行动内容。经过多年的努力，我国重大慢性病过早死亡从2015年的18.5%下降到了2022年的15.2%，降幅达到17.8%。这次我们委联合了十多个部门印发了心脑血管疾病和癌症防治行动的实施方案，其目的就是为了贯彻落实好健康中国战略的决策部署，锚定健康中国行动到2030的任务目标，进一步细化工作任务、工作要求，明确工作路径，切实保障防治行动落地生效，到2030年能够真正达到我们规定的目标要求。

这两个实施方案有这样几个特点：第一，强调政府主导、部门协作。进一步强化政府、部门、社会、个人四方责任，集中各方面的力

量，为癌症和心脑血管疾病的防治提供支持和保障，从源头入手，将健康融入所有政策。第二，注重关口前移，聚焦健康的全过程，实现以人民健康为中心。我们都知道预防是最经济、最有效的健康策略，两个方案都坚持预防为主，加强慢性病的风险因素控制，完善从慢性病的预防、高危人群筛查到早期诊断、规范治疗以及康复服务一体化的全流程管理。第三，突出医防融合，创新防治结合的工作模式。充分发挥国家医学中心和区域医疗中心以及社区基层医疗机构和疾控机构的作用，完善慢性病的防治协作网，创新心脑血管疾病同防同治的路径，加强癌症的防治综合干预，不断提升防治的服务能力和质量。第四，强化科技引领和技术支撑。大力推进慢性病防治的基础研究、前沿技术等攻关研究，力争在关键技术领域实现原创性的突破。

这两个方案都进一步明确了到 2030 年的目标任务，即到 2030 年 30 岁以上的居民高血压的知晓率不低于 65%，高血压患者的规范管理率不低于 70%，心脑血管疾病的死亡率下降到十万分之 190.7 以下，在癌症领域总体癌症 5 年生存率要达到 46.6% 以上。所以，针对这些目标，实施方案当中都明确了具体的工作任务，这些措施和工作目标的落实，都将会对我国心脑血管疾病和癌症的防治起到实实在在的推动作用。

下一步，我委将会同有关部门进一步推进慢性病防治的关口前移和全流程管理，多措并举，加强心脑血管疾病和癌症的综合防治，切实提升效果，为共建共享健康中国奠定坚实的基础。谢谢。

健康报记者

国家医学中心在心脑血管疾病发病率方面有什么作用？

国家心血管病中心主任、中国工程院院士

胡盛寿

国家心血管病中心作为心血管领域的国家队，我们主要是从四个方面发挥了一些作用。第一个方面是促进优质医疗资源下沉，助力全国疾病防治能力的整体水平提升，一是区域医疗中心，比如像阜外医院在云南、河南，这既是我们国家中部大省，还有西南边区建了区域医学中心，以强化省级骨干力量。第二是推进专病医联体的工作，提高市县级的专科诊疗水平，促进技术的规范化。第三是强化医疗质量的能力控制，推进同质化的服务。我国在心脑血管疾病的救治能力，过去十年当中治疗的成功率有了明显的提升。比如像房颤的射频消融手术、冠脉支架植入手术以及冠状动脉搭桥手术，应该讲都达到了世界先进水平，并且还在持续向好。

第二个方面的工作是加强基层人员的高血压管控能力建设，探索建立防控的新模式，包括对基层慢病人员实现高血压线上线下培训及考试，搭建统一的质控平台，持续开展三高共管，改善危险因素的控制情况。在过去五年当中，我们完成了对全国 31 个省市 40 多万基层医疗服务机构中的 180 多万医护人员高血压的规范培训工作。

第三个方面是提高居民的健康素养，开展心脑血管疾病相关健康教育。包括建立基于权威媒体发布的健康科普知识数据库，普及个体

化的心脑血管疾病风险评估，促进主动健康观念的形成，倡导大医生讲科普的理念。比如“阜外说心脏”，年直播量超过了100余场，观看和阅读量超过了两千万人，为大众提供科学、靠谱、有温度的知识，坚守信息的专业性和权威性。

第四个方面是积累汇聚疾病流行数据和干预的证据，建成国家防控咨询平台，包括连续18年发布了《中国心血管健康与疾病报告》，持续监测我国心脑血管疾病风险和危险因素的行情况，探索和推广可及经济效果显著的个体化防治方案，建立了全国260多个县区的危险因素监测网和400多个县区的发病监测网，全面掌握了心脑血管疾病风险和负担的地域差异、人群异质性和发展趋势，为政府主管部门的循证决策和精准施策提供了可靠的支持。谢谢。

21世纪经济报道记者

我们注意到，这次印发的癌症防治实施方案是在2019年印发的实施方案基础上进一步推进落实癌症防治行动，请问之前的方案落实情况怎样？这次的方案有哪些针对性的改进？谢谢。

国家卫生健康委医疗应急司司长

郭燕红

谢谢你的提问。确实，我们这次的实施方案是继2019年三年实施方案的基础上，充分借鉴已有的经验和一些好的做法，同时更好地调动各方积极性，以问题导向，以目标为驱动，制定了从2023年到2030年的癌症防治健康中国行动实施方案。2019年-2022年的三年

实施方案，各地和各部门都积极落实综合防治干预措施，癌症防治工作取得了显著进步。我们做了整体的评估，成效体现在五个方面：

第一，防治体系建设更加完善。基本建成了国家、省、地市三级癌症综合防治网络，持续推进癌症防治医疗资源的扩容和区域均衡布局。特别是优质癌症防治资源的扩容，使得我们国家癌症防治的优质资源增加的同时，区域之间合理和均衡分布。

第二，危险因素的控制初见成效。全民健康生活方式行动在县区的覆盖率已经超过了 90%，抽样调查显示，我国癌症防治核心知识的知晓率超过了 70%。

第三，高质量推进癌症的筛查和早诊早治。癌症筛查与早诊早治持续扩点扩面，像妇女“两癌”，乳腺癌和宫颈癌的筛查区县的覆盖率已经超过 90%。

第四，医疗机构癌症规范化的诊疗水平逐年提升。我们建立了全国癌症医疗质控体系，制修订一系列肿瘤诊疗的方案、指南、临床路径，建立了全国的抗肿瘤药物临床应用监测网，加强抗肿瘤药物的全过程管理，推进诊疗的同质化和规范化。

第五，癌症发病率、死亡率上升的趋势得到初步遏制。我国人群高发的食管癌、胃癌、肝癌标化的发病率逐年下降，经过努力，我国总体癌症 5 年生存率从 2015 年的 40.5% 上升到了 2022 年的 43.7%，如期实现了健康中国行动的阶段性目标。

为了进一步加大癌症防治工作的推进力度，切实实施好综合防控

的机制和措施，我委会同相关部门在这三年癌症防治阶段性成果的基础上制订出台了癌症防治行动的实施方案(2023-2030年)。主要有以下几方面的重点工作：一是控制危险因素，降低癌症患病风险。二是完善癌症防治服务体系，加强信息共享。三是推广癌症早诊早治，强化筛查长效机制。四是加强癌症诊疗的规范化，提升管理服务水平。五是促进中西医结合创新，发挥中医药的独特作用。六是加强救助救治保障，减轻群众的就医负担。七是加快重大科技攻关，推广创新成果特别是一些新成果的转化。这七方面的重点工作也需要我们联合相关部门，调动各方的积极性，共同推进癌症防治工作取得新的成效。谢谢。

封面新闻记者

随着医疗技术的发展，癌症逐渐转变为可防可治的慢性病，癌症防治强调关口前移、重在预防。大家最关心的就是哪些人需要定期做癌症的筛查?筛查后如何管理?怎样才能加强癌症的早诊早治?谢谢。

国家癌症中心党委书记

张勇

谢谢记者的提问，你问了一个很重要的问题，就是癌症筛查的问题。癌症筛查是实现癌症早诊早治、提高五年生存率、降低疾病负担最主要的措施之一。近年来，国家通过扩大中央转移支付等形式，不断提高癌症早诊早治项目的覆盖范围，同时上海、浙江、天津、江苏等不少地方将重点癌症筛查纳入政府民生项目，免费向居民提供。国

家癌症中心也牵头制定了七个常见癌种的筛查早诊早治指南，癌症的早诊率稳步提升。截止到 2022 年，我国高发地区重点癌种的早诊率已经达到 55%以上。

我们国家癌症筛查主要采用的是风险分层的方法，也就是针对癌症高发地区和风险比较高的重点人群进行组织性筛查。同时，通过机会性筛查和规范的防癌体检，扩大筛查覆盖范围。对于居民来讲，我们建议癌症风险比较高的居民，比如具有癌症的家族史、长期吸烟饮酒，具有职业暴露史或者是乙肝和癌前疾病的患者等，都应该定期做癌症的筛查。同时，癌症的发病和年龄有比较大的相关性，建议适龄女性应该参加宫颈癌和乳腺癌的定期筛查，达到一定年龄的居民应该参与肺癌、结直肠癌、食管癌、胃癌、肝癌等常见癌症的筛查。癌症筛查和早诊早治是一个连贯的流程，筛查发现阳性病例，应该进行临床诊断，根据确诊的结果进行分层管理，其中确诊癌症和高级别癌前病变的病人，要及时进行早期治疗，以获得更好的治疗效果。暂时不需要干预的低级别癌前病变，应该进行规律性的监测和复查。筛查未发现可疑病变的居民，可以间隔几年以后再参加下一轮的筛查。

刚才郭司长讲到，《健康中国行动癌症防治实施方案(2023-2030)》明确提出下一阶段要推广癌症早诊早治，强化筛查长效机制，主要有几个方面：一是不断扩大筛查的服务供给，扩大筛查和早诊早治人群的覆盖面。同时鼓励有条件的地区开展癌症的机会性筛查。二是不断提升筛查服务能力，优化筛查与早诊早治的有效衔接。同时针对

我国高发的癌种，重点攻关研发新型的癌症筛查和早诊早治技术，积极探索符合我国国情、适合我国人群特点的癌症筛查和早诊早治模式，并且加以推广。最后，应该继续加强防癌科普的宣传，进一步提高广大群众对癌症筛查的接受度和主动性，推进群众主动参与癌症筛查项目，让筛查的成效能够惠及更多的群众。谢谢。

澎湃新闻记者

以往心脑血管疾病的发生风险是随着年龄增长而增加的，但我们也看到，现在有些年轻人也受到了心脑血管疾病的困扰。请问心脑血管疾病是否有年轻化的趋势？另外，癌症是否也有年轻化的趋势？谢谢。

国家心血管病中心主任、中国工程院院士

胡盛寿

心脑血管疾病发病年轻化的趋势确实存在，抛开一些猝死的个案不谈，我们在急性心肌梗死、脑卒中发病患者的调查中，发现他们首次发病的年龄有下降的趋势。究其原因，主要是改革开放 40 多年来，我国经济发展城镇化进程带来的生活方式转变的影响。比如在饮食方面，《中国居民膳食指南(2022)》推荐多吃水果、奶类、谷物类、豆类，以及少盐少油、控糖限酒，近些年来我国居民膳食中新鲜水果、蔬菜和奶类确实有了明显的增加，但是全谷物和豆类的比例却在持续下降，而脂肪摄入和供能占比不断上升。简而言之就是粗粮吃得越来越少，油脂吃得越来越多。再比如，在运动方面，世界卫生组织推荐

每周 150-300 分钟的中等强度的有氧运动，比如慢跑、球类运动、游泳、骑车等等都是非常好的选择，但我国居民中主动运动锻炼整体不足。同时，工作相关的体力活动水平有明显下降的趋势，久坐的比例变得越来越高。此外，年轻人还面临心理压力和睡眠不足的问题。对于他们而言，培养良好的饮食和运动习惯，保证充足规律的睡眠，建立积极的人际关系，定期接受规范化的体检，都是预防疾病发生的有效措施，应大力推广。谢谢。

国家癌症中心党委书记

张勇

我们也关注到，社会上有关于癌症发病是不是更加年轻化这样的讨论，应该说癌症发病是否年轻化不能一概而论。不同癌症发病的年龄分布差异是比较大的，比如男性前列腺癌，可能在 60 岁以后才逐渐发病，但是女性乳腺癌从 30 岁开始发病率就逐渐上升了，40-50 岁已经是发病的高峰期。随着我国人口老龄化逐渐加剧，如果单纯从发病的平均年龄看，癌症的平均发病年龄呈现逐渐上升的趋势，也就是老年人的癌症发病在总人口当中的占比越来越多。根据国家癌症中心部分具有长期连续监测数据的人群肿瘤登记数据来看，如果扣除人口老龄化因素的影响，也就是假定人口的结构不变的话，大多数癌症的发病并没有呈现出年轻化或者老龄化的趋势，而是基本保持相对的平稳。但是个别的癌症，比如前列腺癌发病的年龄分布确实是逐渐趋向于年轻的，而肺癌的发病年龄分布则逐渐上升。

总之，人生的各个阶段都会发生癌症，但是儿童和青少年期间发生癌症的风险是比较低的，不过随着癌症相关的诊疗和检测技术的进步，以往很难被检测出来的一些癌症，现在越来越多的被检测出来，这可能也会导致社会上的一些误解。谢谢。

新华社记者

心脑血管疾病具有起病急、危害大、死亡率高等特点，提高急救的及时性、有效性十分重要。想请问怎样来优化急救网络？采取哪些具体的措施来强化救治能力？谢谢。

首都医科大学附属北京天坛医院院长

王拥军

谢谢你的问题，就像你说的一样，心脑血管疾病是急性发作的慢性病，在发作早期，生命的救治和时间密切相关，所以我们叫时间就是心脏、时间就是大脑。为了让早期的救治链更为畅通，重点做的工作是下面四个方面：

第一，要教会我们的公众能够早期识别心脑血管病的症状，现在有胸痛中心，遇到难以忍受的胸痛时要去医院。脑血管疾病诊断相对复杂一点，这两年我们在推国际上的 BEFAST，这几个英文字母就是五句话，即难平衡、看不清、面不正、臂难平、语不灵，五个症状遇到一个就表示有脑血管病，这个时候要第一时间打急救电话，打 120 到医院。

第二，关键环节在院前急救，就是把救护车的覆盖范围做好。国

家一直在这两年推一小时急救圈，有症状到达医院的时间原则上不超过一个小时。我们也在推上车即住院，院前院内信息有机连接方式，做好院前急救，我们也鼓励百姓尽可能使用救护车，因为现在还有使用自驾车和出租车到医院的，这样对心脑血管疾病不利。

第三，要开展院内能力建设。在国家卫健委的领导下，这两年一直在做两个中心，卒中中心和胸痛中心建设，目的是将院内绿色通道更加畅通，院内救治时间更短，用时间来挽救生命。也在院内推一些新的技术，比如我们把移动的影像技术放在诊室里面做急诊卒中单元，这样使院内的救治时间更短，能力会逐渐提升。

最后一个保证是人才的保证，我们通过和各个学协会，还有国家医学中心的通力合作，建立各级培训中心，能让我们的医生，尤其是一些心血管、脑血管救治介入的培训和溶栓、取栓的培训，使人才队伍能够给生命提供更多能力的保障。谢谢。

每日经济新闻记者

中国人群癌症发病率是怎样的？目前威胁我们身体健康的主要癌症有哪些？从公众的角度，有哪些办法对癌症防治是有效的？谢谢。

国家癌症中心党委书记

张勇

谢谢记者的提问，准确的了解我国癌症的发病和死亡情况，对于有效的防控癌症是非常重要的。在国家卫生健康委的领导下，国家癌症中心建立了全球覆盖人口最多的肿瘤登记体系，我国肿瘤登记点覆

盖全国 98.6%的区县。根据中国肿瘤登记年报测算，全国每年新发癌症的病例数约 406.4 万例。

在这里需要说明一下，我国由于人口基数大，癌症发病人数比较高，但是发病率不是世界上最高的，而是处于世界的平均水平。我国癌症正处于发展中国家癌谱，向发达国家癌谱过渡的阶段，像发达国家高发的肺癌、结直肠癌、乳腺癌这些年都在不断上升，发展中国家高发的，比如食管癌、胃癌、肝癌等等，发病率和死亡率都有所下降。我国发病率位居前五位的癌种为肺癌、结直肠癌、胃癌、肝癌和乳腺癌，其中男性前五位的依次是：肺癌、肝癌、胃癌、结直肠癌和食管癌，女性依次为：乳腺癌、肺癌、结直肠癌、甲状腺癌和胃癌。

癌症的形成是多种危险因素长期积累的一个慢性的过程，目前被世界卫生组织国际癌症研究机构评定的已确定的人类致癌物有 127 种，可能的致癌物有 95 种，涉及的致癌物类型非常的广泛。但是，癌症是一类可防可控的疾病，大约 40%的癌症可以通过控制癌症危险因素，改变生活方式等得以避免，所以要积极的来进行癌症的预防。

首先是要践行健康的生活方式，比如戒烟限酒，适量运动，合理膳食，避免阳光暴晒等等。

二是注意预防与癌症相关的感染因素，比如幽门螺旋杆菌、人乳头瘤病毒、肝炎病毒等等的感染，适龄人群应该尽早接种乙肝疫苗和 HPV 疫苗。

三是注意保持生活与工作环境的健康。特别要做好职业防护，避

免接触职业致癌物。

四是要积极的参加国家倡导的癌症筛查和规范的防癌体检，以期能够早期发现可能的肿瘤，能够发挥我们每个人是自己第一责任人这样的作用。谢谢。

总台中国之声记者

没有先进的科学技术，可以说心脑血管疾病、癌症等慢性病的防治是难以推动的，请问实施方案在加强科研对疾病防治的支撑作用方面提出了哪些新的要求？谢谢。

国家卫生健康委医疗应急司司长

郭燕红

谢谢你的提问。你说的这一点非常重要，科学研究在慢性病防治领域当中发挥着重要作用，所以我们国家持续推动在心脑血管疾病、癌症等慢性病这方面的科研和攻关。“十四五”卫生与健康科技创新专项规划当中，我们就把慢性病的防治科研工作列入发展的重点，加强“重大慢性非传染性疾病防控研究”等重点专项的组织实施，聚焦基础研究、前沿技术和临床研究，从而形成一批高质量的循证医学研究成果。

这次的实施方案强调了两个方面，一方面就是强调加强科研投入力度，一是在国家科技计划当中进一步针对薄弱环节，加强科技创新，以支撑心脑血管疾病、癌症防治等关键技术突破为重点，加强慢性病防治重大源头创新和颠覆性技术创新，引领防治技术取得一些原创性

的突破。二是充分发挥国家医学中心、国家实验室、国家临床医学研究中心等科技力量的作用，加强心脑血管疾病、癌症相关先进诊疗技术、临床指南规范、筛查方案等科技示范，加快推动科技创新服务的普惠化，加强临床研究质量评价，持续提升我国慢性病防治的整体科技水平。

另外一个方面强调的就是加快慢性病防治科研成果转化与推广应用，加快基础前沿研究成果在临床以及健康产业发展当中的应用，推动一批研究成果转化和推广平台的建设，加强成果转化、评价和推广，让这些科研成果的转化在为人民群众疾病防治当中发挥作用，进一步提升我国癌症心脑血管疾病防治水平，发挥科学研究的技术支撑作用。谢谢。

凤凰卫视记者

我们观察到在实施方案中提到了心脑血管疾病同防同治，请问为什么会这样强调？另外如何能够具体落实同防同治？

首都医科大学附属北京天坛医院院长

王拥军

谢谢你的问题。讲心脑血管疾病同防同治，为什么同防？就是心脑血管疾病的危险因素和疾病基础都是一样的，疾病的基础都是动脉粥样硬化。危险因素大家都知道，无论心血管病、脑血管病三个疾病危险因素，就是“三高”：高血压、高血脂、高血糖，三个行为因素，就是饮食、运动、吸烟，因素都一样，所以放在一起同防可以更好地

提高一级预防的效果，更好地管好高危人群。所谓同治，为什么放在一起，因为心脑血管疾病是共患病，也就是说在得心血管病的病人中将近 20%同时有脑血管疾病，在脑血管病人中也有将近 20%有心脑血管疾病，所以在心脑血管共患病里会增加很多救治的难度，使病人救治的危险性更大。所以同治能使病人治疗效果更好，具体措施我们是呼吁在基层建立血管健康管理中心，共同把心脑血管病高危人群管好，在大的医疗机构建立心脑血管共患病的诊疗中心，如果有心脑血管病、脑血管病或共患病的话，患者挂一次号可以看到不同的专家，来共同解决心脑血管病共患的问题。谢谢。

中新社记者

在癌症和心脑血管疾病的防治技术方面，我们国家的发展情况如何?和国际相比，我国的癌症和心脑血管疾病防治技术处在一个什么样的水平，还有哪些短板需要补上?谢谢。

国家卫生健康委医疗应急司司长

郭燕红

谢谢你的提问。随着我们国家综合国力的增强和整体科技水平的进步，医疗技术能力和医疗技术水平也在不断提升，我们国家的医疗技术在国际上从原来的跟跑到并跑，现在在很多领域当中我们处于领跑的位置。这些技术的发展，技术的提升，最终惠及了人民群众，为人民群众健康带来福祉，我们三位专家也会从这几个领域当中给大家介绍一下我们医疗技术的进步。

国家心血管病中心主任、中国工程院院士

胡盛寿

我来介绍一下心血管疾病防治技术的进步，大概是两方面，首先从诊疗方面讲，目前我们国家绝大多数的心脏中心，在心血管疾病的救治成功率和治疗效果方面，都达到了发达国家的水平。一些治疗的关键技术的疗效，高精尖的医疗器械设备的研发，在过去十几年取得突破性进展。比如大家熟悉的冠状动脉支架、新材料的瓣膜、人工心脏，这些大部分都实现了国产替代。其中，我们国家具有完全自主知识产权的第三代全磁悬浮人工心脏的技术参数和应用效果达到了国际先进水平。再比如，我们国家首创的超声引导的介入治疗结构性心脏病被推广到了全球 30 多个国家和地区。随着优质医疗资源的扩容下沉和医疗质量的持续提升，我国高水平医疗服务也越来越普及到基层。

从预防的层面上讲，早年间我们国家的老一辈专家从医院走进社区，比如当年我的前辈老师们走进首钢基层，把防控的重心下移，建立了高血压群防群治的“首钢模式”，得到了 WHO 的认可和在全球发展中国家推广。三代人接续立足大庆社区，关口前移，建立围绕生活方式干预的“大庆模式”，成功降低了糖尿病的发病风险，并延长寿命。这些都为我国慢病的防控奠定了坚实的基础。与国际相比，我们仍然看到我们在危险因素控制方面还有待继续提高，比如全面认识环境与遗传交互作用，发现疾病干预的靶点，以及科学地展开健康促进。

在过去群防群治的基层模式基础上，现在我们要充分利用新时代新技术的发展，比如 5G，还有人工智能，进而创造和推进基于互联网+智慧医疗的新的慢病防控新模式。我们国家在这个领域还是处在国际的第一梯队，所以未来我们也将继续在这个方面持续发力，推进防治工作。谢谢。

首都医科大学附属北京天坛医院院长

王拥军

我来介绍一下脑血管病领域我们国家最近的一些进展，改革开放 40 年以来，脑血管病的整个防治和过去相比焕然一新，尤其是过去十年间，我们的科技进步也给脑血管病患者带来更多生存的机会。突出的成绩有以下几点：

一是我们国家在二级预防领域，尤其是抗血小板治疗方面处于国际领先的位置。2013 年中国创造了短程联合抗血小板的 CHANCE 方案，改写了全球的指南，使全球脑血管病的二级预防进入了双抗治疗时代。2021 年中国又在世界上率先开展基因指导的抗血小板治疗，把脑血管病二级预防带入了精准医学时代。

二是中国跟国际并跑的是我们的溶栓治疗。大家知道溶栓药在过去 30 年间一直是西方主导，是德国和美国生产溶栓药。新一代溶栓药，像替奈普酶和瑞替普酶，全球一共有 6 家公司生产这种药物，中国的生产占了全球的 50%，而且是中国自己本土的企业。全世界在新一代溶栓药的循证学证据，我们贡献了全球的 50%，未来的溶栓，尤

其是急诊的快速溶栓，中国将会有引领世界的机会。

三是我们的影像技术进步，尤其是国产磁共振，我们在高场强磁共振的血管管壁成像、低场强磁共振在急诊的使用也处于国际先进的位置。

最后一个，中国在国际领先的就是医疗质量控制体系。我们国家建立了国家级的三级质控网络，建立了非常完善的质控指标体系、质控大数据平台和医疗质量控制金桥技术，这也是医疗质量控制第一个国际循证医学研究，这些技术将会使中国百姓享受到发达国家一样的医疗服务水平。但是，目前还有一些短板，突出的是两个方面：一是医疗的均衡性有待进一步提高。不同的医院，东部和西部，医疗质量还是不太均衡。二是在创新药物方面，新靶点原创药物目前仍不能满足心脑血管病防治的需求，这也是下一步努力的方向。回答完毕。

国家癌症中心党委书记

张勇

我介绍一下癌症方面的情况，我们国家高度重视癌症防治技术的研发和推广，技术水平和创新能力也不断增强。我国肿瘤患者五年生存率，这些年稳步提升，很多晚期的病人能够长期带瘤生存，生活的质量也有了很大的改善。比如我国乳腺癌的五年生存率已经达到83%，基本达到了国际发达国家的诊疗水平。我国食管癌的五年生存率已经高于欧美国家，一些地区食管癌发病率、死亡率出现了双下降的趋势。目前，我国某些肿瘤防治技术已经接近或者说达到了国际先进水平，

在肿瘤的预防方面，国产的 HPV 二价疫苗已经进入人群使用，国家癌症中心研发的基于高危浓缩技术探索最常见的 6 种癌症的联合筛查方案，为国际癌症筛查提供了新的思路。在临床治疗方面，我国首创解剖性部分肺叶切除，食管癌食管免禁，结直肠癌 NOSES 等外科的新技术大大提高了手术治疗的效果。在内科方面，我们建立了基于组织和液体活检的多组学模型，对肺癌等癌种进行精准诊治，研制开发了埃克替尼、优替德隆等自主创新药物，打破了国外同类药物的市场垄断。在放疗方面，我国研制成功了人工智能放疗自动勾画的软件，放射治疗的水平有了明显提升。

当然，在癌症的防治技术方面我们还有很多的工作要做，随着我国经济社会不断发展，特别是科研体制的不断改革完善，我国癌症防治技术将进一步加快发展，逐步缩小与发达国家的差距，并达到国际先进水平。国家癌症中心将继续发挥技术的引领作用，推动协同创新网络建设，加强癌症防治重大源头创新和颠覆性技术的创新，不断满足我国人民群众的健康需求。谢谢。

国家卫生健康委新闻发言人、宣传司副司长

胡强强

如果没有其他问题，现场提问环节就到这里。今天的发布会我们聚焦了“健康中国行动——心脑血管疾病的防治行动和癌症防治行动的实施方案(2023-2030)”，回答了大家关心的问题，接下来我们还将继续围绕贯彻落实党的二十大精神召开系列新闻发布会，欢迎各

位继续关注。今天的发布会到此结束，谢谢大家。

[返回目录](#)

思考 | 人口老龄化背景下，如何建立和完善长护险制度？

来源：中国医疗保险

1、我国人口老龄化基本状况

人口老龄化形势及特点

2021 年末，全国 60 周岁及以上老年人口 26736 万人，占总人口的 18.9%；全国 65 周岁及以上老年人口 20056 万人，占总人口的 14.2%。全国 65 周岁及以上老年人口抚养比 20.8%。据测算，预计“十四五”时期，60 岁及以上老年人口总量将突破 3 亿，占比将超过 20%，进入中度老龄化阶段。2035 年左右，60 岁及以上老年人口将突破 4 亿，在总人口中的占比将超过 30%，进入重度老龄化阶段。从总体来看，我国人口老龄化有以下几个特点。

进程快。第七次全国人口普查公报(以下简称“普查公报”)显示，2020 年，我国 60 岁、65 岁及以上人口的比重，与 2010 年第六次全国人口普查相比，分别上升 5.44 个百分点和 4.63 个百分点，与上个十年相比，上升幅度分别提高了 2.51 个百分点和 2.72 个百分点，进展呈现加速态势。

规模大。国际上判断老龄化社会的标志虽然是老年人口的比重，但我国人口基数大，同样的比重，老年人的绝对数量远远超过欧洲、日本等国家同期人数。仅 2021 年末我国 60 岁以上人口总数就已经是

日本总人口(1.26 亿)的两倍还多。

城乡差异大。普查公报显示，乡村 60 岁、65 岁及以上老人的比重分别为 23.81%、17.72%，比城镇分别高出 7.99、6.61 个百分点。与 2010 年相比，60 岁、65 岁及以上老年人口比重的城乡差异分别扩大了 4.99 和 4.35 个百分点。如果考虑到乡村户籍青壮年多在外务工的实际情况，乡村人口老龄化情况将更为严重。根据笔者调研所见，部分山区村庄 60 岁以上老人占比超过 70%。

未富先老。2021 年，全国居民人均可支配收入 35128 元，其中，城镇居民人均可支配收入 47412 元，农村居民人均可支配收入 18931 元。一个家庭如果出现失能人员需要照护，将带来较大经济负担，造成“一人失能、全家失衡”的局面，甚至有返贫的可能。

1.1.5 与全面建成社会主义现代化强国的关键时点紧密重合。从预测来看，2035 年我国将进入重度老龄化阶段，2050 年，老年抚养比将突破 50%。老龄化的两个代表性时点，与党的二十大规划的“两步走”战略安排高度重合。

应对人口老龄化的重要工作

从政策规划来看，中共中央、国务院先后印发《关于推进基本养老服务体系建设的意见》《国家积极应对人口老龄化中长期规划》《关于加强新时代老龄工作的意见》，国务院先后印发“十三五”“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划，新时代老龄工作政策体系不断完善。

从社会保障来看，截至 2022 年底，全国参加基本养老保险 10.53 亿人(其中城镇职工 5.03 亿人、城乡居民 5.50 亿人)，比上年末增加 2275 万人；参加基本医疗保险 13.46 亿人(其中城镇职工 3.62 亿人、城乡居民 9.83 亿)，参保率稳定在 95%以上，基本实现全民医保；长期护理保险试点城市达 49 个，参保人员达 1.45 亿。

从养老服务来看，截至 2022 年底，全国共有各类提供住宿的民政养老机构 4.0 万个，养老服务床位 822.3 万张；共有社区服务中心 2.9 万个，社区服务站 50.9 万个，服务体系建设持续加强。

不足和挑战

社会保障体系仍需完善。从保障险种来看，目前我国已经建立起养老、医疗(含生育)、工伤、失业为主体的基本社会保障体系，其中医疗保险主要解决“病有所医”的问题，防止高额医疗费用导致的致贫、返贫；养老保险主要解决“老有所养”的问题，提供失去劳动所得后的日常生活费用保障。但老年人因年迈、疾病、意外等原因，导致失去自理能力，而需要长期得到医学护理和生活照料的保障，仍缺乏成熟的制度保障。

从覆盖面来看，医疗保险已基本实现全面覆盖，但城乡居民养老保险覆盖率还有待提升，农村居民养老保险待遇水平有待提高，农村老人日常养老花费仍主要靠自身积蓄和子女供养。

养老护理服务供给不足。从总量来看，截至 2021 年末，全国各类养老服务机构和设施提供的养老服务床位 815.9 万张，同期全国老

年人口 2.67 亿(其中失能、半失能老年人约 4000 万),养老床位数仅为全国老年人数的 3.06%,服务供给整体不足。

从结构来看,当前我国基本构建了以居家为基础、社区为依托、机构为补充的多层次养老保障体系,但居家上门和社区养老供给相对不足,机构养老多以社会主体为主(含公建民营的社会化运营方),社区养老以街镇和社区组织为主,居家养老上门服务发展还不充分,多元服务主体之间服务供给协同性不高。

从服务来看,内容相对单一,社区养老中心多数仅提供简单的身体检查和棋牌类文娱活动,失能康复、精神慰藉等无力开展,居家上门和社区养老服务专业性较低。

中国传统家庭养老功能弱化。古话说“养儿防老”,几千年来中国人的养老主要是以家庭(或家族)式养老为主。但随着经济社会发展、户籍制度放开、独生子女政策推行多年等因素叠加,中国家庭结构发生重大变化,家族概念急剧削弱,三代人 421 的结构出现,家庭小型化,两代人异地居住情况普遍,空巢老人数量剧增,传统家庭养老功能弱化,急需建立成熟的社会化养老服务体系。

另一方面,“一人失能、全家失衡”,单纯依靠家庭养老,为照顾失能老人,家庭中一人甚至多人需要减少劳动时间,劳动力减少对于社会经济发展不利。

2、长期护理保险试点举措、成效与不足

以社会保险形式组织开展的长期护理保险制度于 2016 年启动试

点,7年来,从地方实践和第三方评估来看,长期护理保险制度设计符合预期,试点政策总体可行,保障功能有效发挥,稳经济、促发展的外部功能日益凸现。

试点历程

2015年《中国共产党第十八届中央委员会第五次全体会议公报》提出,“探索建立长期护理保险制度”。2016年,《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议》提出,“探索建立长期护理保险制度、开展长期护理保险试点”。

2016年7月,人社部发布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,正式启动长期护理保险制度试点工作。试点目标为探索建立以社会互助共济方式筹集资金,为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障的社会保险制度。利用1年至2年试点时间,积累经验,力争在“十三五”期间,基本形成适应我国社会主义市场经济体制的长期护理保险制度政策框架。试点地区包括上海、广州、成都、苏州、安庆等15个城市,以及山东、吉林两个重点联系省。主要任务是探索长期护理保险的保障范围、参保缴费、待遇支付等政策体系;探索护理需求认定和等级评定等标准体系和管理办法;探索各类长期护理服务机构和护理人员服务质量评价、协议管理和费用结算等办法;探索长期护理保险管理服务规范和运行机制。

2018年,根据国务院机构改革方案,长期护理保险的管理职能

划转至新成立的国家医保局。为进一步积累实践经验,完善顶层设计,根据党中央、国务院关于扩大长期护理保险制度试点的决策部署,2020年9月,国家医保局会同财政部出台《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》,力争在“十四五”期间,基本形成适应我国经济发展水平和老龄化发展趋势的长期护理保险制度政策框架,推动建立健全满足群众多元需求的多层次长期护理保障制度。

2021年,《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》提出,“要稳步建立长期护理保险制度”。2022年,党的二十大报告明确提出“建立长期护理保险制度”。

主要成效

截至2021年底,两批国家试点涵盖49个城市,参保人数1.45亿人,累计享受待遇165万人;年人均筹资180元;基金累计支出500亿元,基金支付总水平为70%左右,年人均待遇支出约1.6万元。

制度框架基本确立。定位为社会保险的“第六险”;筹资机制强调权责对等,形成多元化筹资来源;保障范围明确为解决基本生活护理和与基本生活密切相关的医疗护理费用,基金支付以购买服务为主,原则上不对受益人直接补贴或发放现金;保障待遇坚持保基本,与筹资能力相适应;参保人群从城镇职工起步,具备条件的地区扩展至城乡居民;失能评估和护理服务标准不断完善。

运行体系基本建立。医疗保障部门、医保经办机构、商业保险公司、参保群众、评估机构、定点照护机构等各方定位和合作机制日益

清晰；财务制度、基金监管、服务管理等机制措施初成体系，质量评价、评估管理等指标体系和实施办法持续健全，服务标准、规程、手续等操作细则逐步完备；购买服务和市场参与机制等日渐成熟。

失能人员家庭负担有效缓解。长护险年人均待遇支出约 1.6 万元，相当于年人均养老金收入的 28%，部分重度失能人员年均待遇支出可达 3 万元左右，有效缓解了家庭经济压力。另一方面，失能人员因有了待遇支付而能够入住养老护理机构，或享受上门服务，既减少了家属的护理工作量，又使其可以安心回归本职工作，保护了社会劳动生产力。

带动护理服务供给效果明显。7 年来，长护险基金累计支出 500 亿元，主要用于购买养护机构的服务，促进和引导护理服务行业发展，新增就业岗位。截至 2021 年底，据不完全统计，试点以来 49 个城市新增各类护理服务机构近 5000 家，新增就业岗位 30 余万个，较 2018 年底的 8.2 万个增长了 266%，引入社会资本 420 亿元。

待完善之处

制度覆盖方面。长护险在试点的 49 个城市，得到参保群众的广泛好评，受到社会各界热议。不少尚未试点地区的群众表达了希望享受这一保障制度的诉求，近几年两会代表也多有提案建议扩大试点范围。下一步，需考虑如何回应群众关切，实现长护险覆盖地区和保障人群的稳健扩面。同时，当制度覆盖全民后，要特别关注经办服务能力和护理服务供给能否延展至乡村的可及性问题。

筹资机制方面。一是作为社会保险的“第六险”，筹资来源上应减少对医保基金的依赖，形成独立自主的筹资机制；二是目前大多数地区筹资机制和标准相对单一，对年轻群体参保的吸引力不强，缴费和待遇的差异化激励机制尚需创新。

政商合作方面。长护险在试点之初，就明确了可以委托具有资质的商业保险机构等各类社会力量参与经办管理，此举借助商保的机构网点、人员队伍、管理能力，加快了试点进度，保障了试点效果、降低了社会总成本、提高了群众满意度。但各地政商合作模式并不统一，据不完全统计，从经办服务模式上看，77%的项目采取风险保障模式，如成都等；23%的项目采取经办服务模式，如福州等。从受托管理内容上看，有的仅委托商保公司承担监督稽核等部分工作，如广州等；有的委托商保公司承担全流程经办服务工作，如南通等。

基金监管方面。长护险基金与医保基金一样，都是人民群众的“救命钱”，必须加强全面监督管理。长护险的欺诈骗保风险，既有与医保基金相似的共性，也有遵循长护险规律的特性，目前医保基金监管所积累的智能审核系统及其规则库无法完全适用，需要在实践中不断摸索多部门联动，现场与非现场、人工与智能化相结合的基金监管机制。

3、建立和完善长期护理保险制度的建议

长期护理保险制度经两轮试点，取得了阶段性成效，预期目标基本实现。在梳理总结现状的基础上，现对进一步深化试点、持续完善

提出建议如下。

稳步推动制度扩面

尽力而为、量力而行，不断优化筹资机制，科学确定待遇水平，稳步推动制度扩面。一是遵循基金收支平衡原则，根据各地区实际，开展实施方案的精算设计，在合理负担范围内确定缴费和待遇标准；二是加强制度“共建共享”的宣传力度，提升制度独立性，减少对医保基金的依赖，明确单位、个人缴费责任；三是统筹财政投入，拓宽多元化筹资来源，健全对困难人员的参保缴费补助机制，鼓励各类捐赠；四是针对不同年龄段和参保时长，在筹资和待遇方面，引入差异化标准和激励机制，鼓励年轻人参保、持续参保。

提升运行服务能力

广泛调动社会力量，优化政商合作模式，提升运行服务能力。一是参照城乡居民大病保险制度，规范医保和商保的合作模式为风险共担型的保险机制，而非单纯服务人力外包的委托经办模式，强化商业保险公司对基金超支风险的责任约束，激励其更充分发挥精算、风控等保险作用；二是根据运行要求，适度设立准入门槛，防止无序恶性竞争，尤其是未来制度覆盖扩展至城乡居民的阶段，服务机构在县、乡、村的落地服务能力应作为遴选的重要依据；三是以多种形式引入或构建独立的第三方失能评估机构，实现经办、评估、服务相互独立的局面，促进公平公正。

加强基金监督管理

加强基金监督管理，保障基金安全，为制度可持续性发展保驾护航。一是完善监管制度机制，强化协议、行政、司法、纪检综合运用，明确医保部门、相关行业主管部门、纪检部门、地方政府、经办机构、定点照护机构等各方职责，形成监管合力；二是落实常态化监管要求，统筹运用飞行检查、专项整治、日常监管等监管手段，借助社会监督，体系化推进监管工作；三是创新监管方式，依据失能评估、机构护理、上门护理、亲情照护等场景特点，利用人工智能、大数据等技术，实现可覆盖事前、事中、事后的全流程监督管理。

发挥保障协同功能

联合多方政策资源，发挥保障协同功能，共促护理服务行业发展。一是协同民政、乡村振兴、卫健、残联、工会等部门，针对困难群众、残疾人、失独家庭等的扶助政策，精准提升失能人群保障水平；二是提倡直接提供护理服务，而非费用报销的待遇导向，发挥基金购买力的牵引作用，配合民政等部门对养老机构的补贴政策，引导护理服务行业有序发展，完善护理服务行业供给；三是会同人社部门逐步规范护理服务职业类别，加强服务需求发布，组织多种形式的护理人员岗位技能培训，用好培训补贴政策；四是鼓励银行、保险等金融机构创新开发商业性产品，满足群众多层次失能护理保障需求，支持养老护理机构发展。

[返回目录](#)

· 医保动态 ·

零售药店接入统筹医保，释放哪些利好信号？

来源：搜药

随着国家对统筹药店的不断推进，各地统筹药店的管理工作也迈上全新台阶，对统筹药店的遴选要求日益提高。一省发文，门诊统筹药店，医保药占比不低于 60%。

01 门诊统筹药店，医保药占比不低于 60%

近日，湖北省医保局下发《关于规范职工医保门诊统筹定点零售药店医保服务协议管理的通知》（以下简称《通知》），自 2023 年 12 月 1 日起执行。《通知》明确了开通定点零售药店职工医保门诊统筹服务的条件，医保目录内药品品种占零售药店药品配备比不低于 60%（不含中药饮片）。

目前，正在实施的 2022 版医保药品目录共收录了 2967 个品种，包括西药 1586 种，中成药 1381 种，如果按剂型规格（不包含包装）计算的话，涉及近 9 万个品规，恰好占目前上市销售药品批件数量的 60%左右。因此，要求门诊统筹药店配备 60%的医保药品也合乎实际。

《通知》发布之前，各统筹地区临时开通门诊统筹服务的定点零售药店应补签承诺书和补充协议。各统筹地区医保经办机构给予其一定期限的过渡期，过渡期内须完成评估，未达到门诊统筹服务开通条件要求的，应解除其门诊统筹补充协议。

定点零售药店可自愿申请在省药械集中采购服务平台开展药品

采购，自愿参加药品集中带量采购。被发现医保目录内药品(不含国家谈判药品)未参照湖北省药械集中采购服务平台同产品的挂网价格销售的(注：也就是零加成销售)，将解除本补充协议。

《通知》除了对医保目录药品配比有要求外，与《通知》一同发布的附件《湖北省职工医保门诊统筹服务补充协议范本》则进一步细化了各项要求，包括硬件方面必须有接口，软件方面必须有“进销存”管理和智能监控功能，具有档案管理硬件设施，能存储管理资料备查，药师和管理制度的再规范等。其中四项内容值得重点关注：

一、配合医保部门(甲方)、定点医疗机构信息系统对接，及时接收外配处方

实现事前提醒、事中拦截、智能审核等功能应用;按要求接入医保电子处方中心，接收定点医疗机构的外配处方。

鼓励联合“互联网”医疗机构构建在线复诊、处方流转、在线支付、线下配送(配送费用不纳入医保支付范围)的就医购药模式，便利参保人员就医购药。

二、加强药师管理

按照处方管理相关规定，药师要认真做好处方的审核、调剂、保管工作，将参保人员药品外配处方、购药清单、代购登记台账等保存2年，以备医保核查。

三、实行大额消费实名登记制度

参保人员消费达到一定数额，需登记参保人(含代购人)身份证信

息、购药金额、联系电话等。经定点零售药店店长或指定负责人审核药品及相关购药人员身份信息后,需要购药人员在购药结算单存根联上签字确认,定点零售药店留存备查。

四、九项违规条例

统筹药店(乙方)有下列情形之一的,医保部门(甲方)解除本补充协议,自本补充协议解除之日起1年内不得再次申请门诊统筹,情节严重的,自本补充协议解除之日起2年内不得再次申请。

(一)“进销存”数据和信息不能做到账账相符、账实相符的,经核查存在违规的;

(二)未核验参保人员或代购人身份,事后被发现冒名购药造成统筹基金损失的;

(三)乙方药师审核处方责任不到位,发生未核验处方的合规性、未落实凭处方购药要求、不按医院处方量售药、违反长处方管理规定售药等情况;

(四)检查时无法提供参保人员药品外配处方、购药清单、代购台账的;

(五)未按统筹地区规定时间和要求完善本机构管理信息系统的;

(六)检查时无法提供本协议约定时间内的监控视频等资料的;

(七)被发现医保目录内药品(不含国家谈判药品)未参照湖北省药械集中采购服务平台同产品的挂网价格销售;

(八)未严格落实职工医保门诊统筹定点零售药店管理规定,经医保部门考核不合格的;

(九)法律法规及国家政策规定及主协议中约定其他应解除医保协议的情形。

02 零售药店接入统筹医保，政策利好催化连锁发展

近日，云南省肿瘤医院互联网医院医保“双通道”功能正式上线，成为全国首家实现互联网医院医保药品“双通道”处方流转的医院。具体操作是，患者可以通过云南省肿瘤医院互联网医院小程序找相应医师进行在线问诊，医师可以通过互联网调取患者既往诊断资料，根据患者病情开具“双通道”药品处方。患者通过“云南医保”小程序可看到药品处方和流转信息，不用再跑“冤枉路”就可以就近到“双通道”药店取药。取这些药物是可以通过医保报销的，让老百姓在家门口就可享受医保红利，真正实现了便民、惠民。这是全国统一医保信息平台深化应用的又一重要成果，是对落实落地国家医保门诊统筹及“双通道”政策的重要举措。

“双通道”、“门诊统筹”、“电子处方流转”等政策的频出，提振了资本市场的信心。东吴证券发布研究报告称，对于药店龙头而言，从规范性角度更易获得统筹资格，将在医保个人账户的基础上新增医保统筹资金的支付方，以及承接更多处方外流，在慢病处方药、新药、肿瘤药等场景有望更多布局。纳入门诊统筹后，将有望为药店带来显著客流增长。另一方面，非处方药品的高毛利产品占比提升，有望抵消处方产品带来的毛利率下降影响。

短期效益来讲，统筹门店整体引流效果较为明显，有望加速收入增长，而且由于现阶段处方外流速度仍然较慢，药店短期毛利率压力有限。中长期来看，该行认为，统筹门店定位会更类似于医保门店，

头部药店具备优秀的关联销售能力以及明显的规模效应，毛利额水平有望持续提升。

总的来看，《通知》对行业影响整体偏利好。部分符合条件的药店接入统筹医保，将加速医院处方外流引来的增量需求，带动药品销售与客流向院外市场流转；同时，在高经营规范标准下，龙头公司旗下药店竞争力更强，其行业份额有望进一步提升。

目前政策推进的时间和细则尚未出台，居民在门诊的医疗支出大部分仍为个人账户，对行业短期发展影响不大。在医保改革与控费的大背景下，接入统筹意味着药店价格会与医院趋于一致，药店行业长期会面临收入增加、毛利率下降的“量增价减”情况，或将改变目前药店高毛利、低周转、通过医保和信息不对称盈利的商业模式。

[返回目录](#)

医保监管升级！从医药机构延伸至医师个体

来源：医信邦

近日，北京市医保局通报了多家药店和医院。由于违反医保政策，4家药店、北京某医院的9名医师被暂停医保处方资格。在此期间，这些医师为参保人员提供的医疗服务医疗保险基金不予支付。

医保监管对象已经从医药机构延伸至医师个体

此前，地方医保部门在检查中发现问题，因此暂停相关医保医师资格的案例，在河北、海南等地也出现过。相关医院包括中医院、社区卫生中心，也包括民营医院，受罚医生来自内科等科室。不过，知

名大三甲多名医生同时被暂停医保医师资格，这在公开消息中还是第一次。



关于对北京永安堂医药连锁有限责任公司十条药店等4家定点医药机构违规行为处理决定的通报

9名被暂停医保医师资格的医生中，包括心脏中心科主任、副主任，还包括数名主任医师、两名副主任医师，还有一名疑似主治医师。其中，科主任被暂停医保医师资格2个月，副主任被暂停医保医师资格1个月，4名主任医师被暂停医保医师资格3个月。据医院官网显示，其中几位医生的门诊挂号都属于专家号，平时一号难求。

北京市医保局这次的行动通报，显示出医保部门严格控费、严查骗保的决心。这也意味着，医保监管对象已经从医药机构延伸至医师个体。根据通报，北京某医院存在医用耗材使用管理不规范的问题。

医保基金监管到具体的人北京打响处罚医生第一枪

10月8日，国家医保局发布《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)》，根据该征求意见稿，医保监管对象将从医药机构延伸至医务人员，欺诈骗保案件相关责任人员将面临中止涉及医疗保障基金使用的医药服务、中止或终止医保结算等协议处理手段。

《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）》公开征求意见的公告

日期：2023-10-08 访问次数：52375 字号：[大 中 小]

根据工作安排，我们研究起草了《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）》，现向社会公开征求意见。公众可以书面或电子邮件的形式向我局反馈意见，意见反馈截止时间为2023年10月17日17:00。

一、明确管理对象和管理要求

管理对象为定点医药机构涉及医疗保障基金使用的相关人员，主要包括两类：一是定点医疗机构为参保人提供医药服务的医疗类、药类、护理类、技术类等卫生专业技术人员；二是定点零售药店为参保人提供使用基金结算的医药服务的药师（含执业药师、中药师）。相关人员按照其注册执业的定点医药机构与医疗保障经办机构签订的服务协议，即获得医保支付资格，为参保人提供医药服务，并纳入医保监管范围。相关人员应当按照医疗保障服务协议（以下简称“服务协议”）约定，作出并履行服务承诺。服务承诺应包括遵守法律法规和服务协议使用医保基金，为参保人提供合理必要的医药服务，提高服务质量，安全、高效、合理使用医保基金，严守诚信原则，不参与欺诈骗保，依法依规行医，不实施过度诊疗等内容。

为此，《意见》提出了“医保医师记分制管理”。类似于驾照分数，医师药师如果年内扣满12分，将被停止医保处方资格。对于具体的记分标准，国家医保局给出了推荐规则，各省可以进一步细化。北京市医保局对9位医生暂停医保医师资格，这一举措与国家医保局的文件有着异曲同工之处。

长期以来，医保资金合规使用的监管对象一般是医疗机构和药店，很少对医生或药师个人层面。现在，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。

比如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》，再次指出作出中止或解除医保协议等处理的，要及时向医保行政部门报告。这其中也包括相关的医疗责任人员。

本次北京市医保局的处罚决定，预示着国家医保局的记分制度或

将很快落地。

记分规则(《征求意见稿》推荐)

记分在一个自然年度内累加计算,下一个自然年度自动清零。

记分档次分为1—3分、4—6分、7—9分。在同一次监督检查中,发现涉及医疗保障基金使用的相关责任人员有不同类型违法违规行为的,应分别记分,累加分值。

同一违法违规行为涉及不同负面情形的,按最高分值记分,不分别记分。多点执业的医师、药师在各执业点记分累积计算。记分涉及行政处罚、协议处理的,以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。

1、记1—3分情形

涉及医疗保障基金使用的相关责任人员出现以下负面情形,一个自然年度内,根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度,每次记1分—3分:

相关人员所在定点医药机构违反服务协议受到医保经办机构以2号令第三十八条(一)(二)(四)款、3号令第三十五条(一)(三)款及(二)款的“暂停结算”等方式作出协议处理,该人员负有责任的;

药品耗材集中带量采购中,相关人员无正当理由超过规定要求大量使用高价非中选产品或可替代品种的;

同通用名药品中,已有同质量层次、价格适宜药品在集中采购平台挂网销售,相关人员仍发起同品种其他厂牌高价药品采购需求申请的;

其他应记 1 分—3 分的情形。

2、记 4—6 分情形

涉及医疗保障基金使用的相关责任人员出现以下负面情形，一个自然年度内，根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度，每次记 4—6 分：

相关人员所在定点医药机构或科室涉及违反医疗保障相关法律法规，受到医疗保障行政部门依据《条例》第三十八条、第三十九条作出行政处罚，该人员负有责任的；

其他应记 4—6 分的情形。

3、记 7—9 分情形

涉及医疗保障基金使用的相关人员出现以下负面情形，一个自然年度内，根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度，每次记分 7—9 分：

相关人员所在定点医药机构或科室涉及违反医疗保障相关法律法规，受到医疗保障行政部门依据《条例》第四十条作出行政处罚，该医务人员负有责任的；

为非登记备案相关人员，或登记备案状态为中止、终止的相关责任人员冒名提供医保费用结算的；

其他应记 7—9 分的情形。

小结

定点医药机构应当根据经办机构作出的记分结果和中止、终止处

理措施，对涉及医疗保障基金使用的医务人员采取相应管理措施：

一个自然年度内记分超过 9 分，或连续两个自然年度分别记分超过 6 分的，登记备案状态应当维护为中止，期限为 1 个月以上 6 个月以下；

一个自然年度内记分达到 12 分，或连续两个自然年度分别记分超过 9 分，登记备案状态应当维护为终止。终止之日起 1 年内不得再次申请登记备案。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

医院运营管理体系构建创新路径

来源：三智医管

医院运营管理是指将医疗服务价值创造密切相关的各项稀有资源进行计划、组织、实施、控制，从而实现医院人、财、物等核心资源有机组合、优化配置的一系列管理手段和方法。医院加强运营管理可以促使医院可持续性发展，让其内部所有机制向管理型方向转变，在有效提高医疗质量的同时推进医院管理工作愈加精细化，创新医院运营管理体系能进一步优化管理流程，凸显出良好的运营效果。

一、公立医院运营管理工作中存在的问题

1、缺乏完整的管理框架，使得运营管理体系不够科学

运营管理框架是运营管理体系顺利建立的主要支撑，而财务管理

是推动整个运营管理的重要执行部门，在承担会计核算、财务分析工作的同时，也从财务视角搜集、整理和分析相关医疗运营管理指标，从某种意义上说，财务管理创新理念为进一步提高公立医院的市场竞争力、推进医院运营管理精细化深入挖掘和探索奠定基础。然而，部分公立医院长期受传统财务管理理念和固有管理模式的影响，且长时间采用粗放经营方式进行管理，短时间内无法完全转变，并且在管理机制方面也有一定的缺陷，部分公立医院对运营管理不够重视，或是起步较晚，使得运营管理不够成熟，在组织结构方面也相对不合理，究其原因是缺乏完整的管理框架，让固有的管理模式难以延伸拓展，致使运营理念只是存在管理结构表面。

2、全面预算管理及全成本核算机制推进缓慢

公立医院运营管理涉及医院各项经济业务活动，全面预算管理及全成本核算机制作为医院运营管理体系中科学的管理工具和方法，对提升医院高质量发展发挥着重要的作用。但从调查和访问情况可知，这两项管理手段在推行过程中阻力重重，相当多的工作人员并没有形成完整的预算管理意识，也没有深刻意识到成本控制的重要性及其相关性，医院各科室之间缺乏联动与沟通，使得各业务部门在预算管理的过程中出现流程不畅、参与积极性不高、分工不明确、政策执行不到位等情况，对全面预算管理工作的开展有制约性。同时，科室的成本控制制度不健全、管理的不规范及各信息系统设置不完善，是导致成本数据归集、核算工作存在偏差的主要原因。如果业务工作在开展

过程中缺少系统性和综合性的配套方案，就会将预算管理、成本管理置于被动状态。

3、传统财务管理模式使得综合人才稀缺、信息化建设面临挑战

在持续推动科学规范、精细化的医院运营管理过程中，管理人员需要有一定的专业知识，同时兼备良好的协调沟通能力，由于多数公立医院的运营管理人员长期受传统工作方式的影响，使得其除本专业领域工作外，对其他部门的业务知识和技术了解相对匮乏，没有切身接触相关业务部门的工作，所以对其工作环境和状况不甚了解，使得业务活动的测算不够准确，不能提取有效的信息情况反馈，很多医院在推进医院运营管理时受到诸多限制。

医院在综合运营系统平台的搭建还处于不断摸索的过程中，多种管理系统并存，大量数据存在信息孤岛现象，各个业务应用系统在开发时仅聚焦于各自业务目标的实现，缺乏与全局战略的关联性，数字化时代下医院高质量管理离不开系统信息的标准化、流程化、协同化，这对医院运营管理提出了新的挑战。

二、医院运营管理体系创新路径探究

1、完善运营组织管理体系

基于医院战略导向，站在全局谋划的角度，建立以“运营管理委员会-院长-总会计师-运营管理部门-运营管理助理”为主体的组织机构，从临床运营、运营保障、运营分析多个维度搭建运营管理体系。打破公立医院固有的管理模式，将医院业务与财务进行充分融合，对

其积极引导使其突破创新，加强横向沟通，形成符合医院未来发展的管理模式，精细化制定管理制度，以优化当前现存的运营组织管理体系。建立有效的运营管理协同机制，使得各级科室之间的人、财、物、信息加速流转，协同进步，运营管理部门通过归集与反馈，形成科学、高效的运营管理闭环。

同时，完善运营管理制度及评价考核机制。统筹管理各项制度，主要涉及医疗服务、运营管理、内部控制、业务流程、成本管控、科研管理等，涵盖预算、收支、成本、绩效、采购等各个业务流程。建立良好的考评机制，对运营管理部门的工作进展、工作质、科室满意度等进行考核，可将绩效考核结果与运营管理考评工作挂钩，以督促运营管理部门深入一线、服务一线。

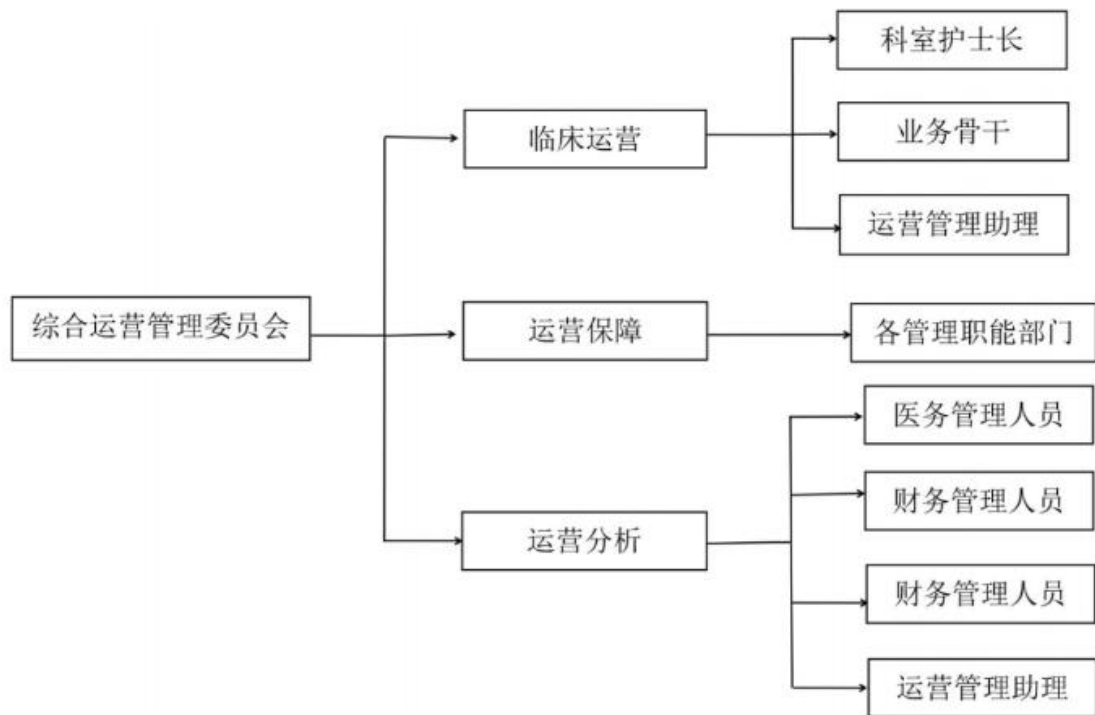


图 1 医院运营组织管理体系图

2、夯实预算管理及成本核算工作

公立医院开展运营计划、编制预算时应立足医院全局战略，遵循PDCA循环管理的科学方法，建立有计划性的、可实时监控的、能动态反应的、考核制度合理的管理指标体系，以此作为医院运营管理的数据指导，对关键过程控制点进行关注，用业务流程框架指导实际的流程优化，并在流程优化的具体过程中反馈影响运营业务框架的信息，进而持续改善，将全面预算管理流程贯穿到医院各运营管理阶段。同时，医院需要加强精细化成本管理，有效提高公立医院的成本效益，以绩效考核制度为基础，制定科学合理、全方位的成本控制制度，对人力资源、科学资产配置、运营助理制度等方面进行高度协同，并以科学全面的预算工作为业务起点，以绩效考核管理为杠杆，把成本管控作为闭环管理的终点，实时跟踪预算工作的动态、掌握执行情况，确保各流程运转的整体目标与医院战略目标保持一致，从而提高运营管理工作的精准度。

3、加强运营管理人才队伍建设

公立医院应建成复合型运营管理人才体系，形成高质量的运营管理团队，提高医院的运营管理能力，充分展现出运营管理的实质性价值。医院选拔一批具有临床、管理及计算机等经验丰富的运营管理助理，实施有计划的、针对性的培训，从医院经济状况、医疗技术应用、财务收支管理、运营管理等方面着手，推行业务与财务高度融合，专科运营助理进驻临床科室，将医院战略发展与科室发展结合起来，站

在医院的视角对科室自身实际情况进行综合分析，编制科学有效的运营管理方案，在提高医疗服务质量的同时协助临床做好成本控制、运营效率等工作，并加强科室间的互动与联系，以提高医务人员活力，进一步放大医疗资源的功能性，使得确立的学科发展目标得以实现，确保医院整体管理水平得以提升。

4、提升公立医院运营管理信息化建设水平

建设运营管理系统、完善决策支持系统可以推动医院运营管理体系进一步巩固，通过打造“人力、物力、财力一体化”的运营管理系统，将HIS、LIS、PACS等系统数据进行关联，围绕人力资源管理、物流管理、资金控制、固定资产管理、会计核算、成本核算等，建设运营数据仓库，实现财务预算、绩效评价、医保等数据贯通和数据共享，支撑运营数据与临床数据的统计、分析、监控、评价，全面挖掘医疗数据潜藏的价值，为业务层、管理层、决策层提供有价值的数据报表，使其掌握医院整体运营管理情况，实现数字化运营管理。

综上所述，创新医院运营管理体系并加以完善具有重要意义，医院持续优化运营管理模式和加快转变运行方式，才能使实现精细化管理、提升医院运营管理水平落到实处。

[返回目录](#)

医保强监管下，医院如何应对？

来源：今创医疗

随着医保领域改革深入推进，基金监管面临诸多挑战，党中央、

国务院高度重视，始终将加强医保基金监管、维护基金安全作为医疗保障首要任务，着眼加强基金使用常态化监管，构建全方位、多层次、立体化的医保基金监管体系。

主要监管方式进展情况

1、全国医保飞检进行中

2023 年度国家医保基金飞行检查已于 8 月开始，覆盖全国 31 个省区市和新疆生产建设兵团，并首次将定点零售药店纳入检查对象。截至目前，贵州、陕西、四川等 20 个省市区已开展医保飞行检查，其中 17 个省市区已完成检查工作。

2、全面建立智能监控制度

加强“两库”建设和应用，对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现全过程智能监控。目前，智能监管子系统已在全国 32 个省区市及新疆生产建设兵团医保部门上线运行，覆盖全国 9 成以上的统筹地区，预计 2023 年底前全部统筹地区上线智能监管子系统。

3、社会监督

2023 年 1 月 1 日，违法违规使用医疗保障基金举报奖励金额上限由 10 万元提升至 20 万元，并设置了最低 200 元的奖励金额下限，引导群众参与社会监督。

4、专项行动

2023 年 4 月，国家医保局等五部门聚焦骨科、血透、心内、检等重点领域和重点药品、耗材以及虚假就医、医保药品倒卖等重点行

为三大整治重点开展专项行动，靶向监督。

医保基金强监管模式下，成效显著。据官方此前披露，通过开展智能监管、线下医保飞检、打击欺诈骗保专项整治、社会监督、曝光典型案例/发布医保负面清单等，初步构建起了打击欺诈骗保的高压态势。截至 2023 年 4 月，累计检查定点医药机构 341.5 万家次，处理 162.9 万家次，追回医保资金 805 亿元。

与此同时，医保监管关口或将前移，延伸到医保医师个人。日前，北京市医保局发布对医保违规行为的处罚。其中，首都医科大学附属北京友谊医院因医用耗材使用管理不规范问题，9 名三甲医院医生被暂停医保医师资格。需要注意的是，《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)》政策虽未落地，但在此之前，海南省、上海、江苏淮安等部分地区已经开始了相关实践。

监管高压之下，医院如何应对？

医保基金监管从严，对医院带来医疗收入、信息化建设、药品耗材使用、医疗服务行为等诸多挑战，加快推进医院专业性、精准性监管转型，如仅靠过去的手工审核、人工监管，势必不能适应新形势的需要。

因此，强化院内基金常态化监管为首要任务。可通过宣传落实医保政策加强日常督导检查，对照医保负面清单/典型案例开展重点范围监督检查，以及加强信息化监管，从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能审核转变，打破以往审核方式单一的局限，审核

时效性、准确性将大幅度提高，助力医院减少医保违规情况，有效提高审核效率。

智能审核

医保智能审核为医院提供事前、事中、事后审核，覆盖医院整个医保经办业务流程和场景。使用人工智能技术和临床知识库、医保规则库、DRG/DIP 分组规则，对病案首页、医保结算清单、诊疗过程数据进行全方位的质控和监管。及时推送提醒，筛查医保违规使用和操作行为，协助医院内部医保管理部门应对飞行检查、加强医保政策风险控制、减少医保违规行为。

1、规则管理

优化部分规则计算逻辑，提高运算速度和准确率；完成新增开发国家药品规则库、多省医保规则库，支持规则信息维护及医院自定义管理规则建设；

2、审核预警结果

重构预警提示结果页面，重点展示在院全部质控违规数据预警结果，包括违规数量、违规金额、违规政策依据。支持下钻聚焦展示该条违规相关的患者基本信息、医嘱记录、费用明细、诊断手术信息等；

3、违规信息管理

院内医保违规信息自动分配到相应的科室及医生处，相关医生进行举证材料上传，医保办审核提交的举证材料无误后，可以归档保存，后期下载后上传至医保局申诉；

4、统计分析

新增门诊质控问题分析，实现医保质控问题多维度统计分析，目前已包括住院、门诊、飞检、科室、医生、违规项目等，直观展示医保质控重点问题及主要科室问题，为医院领导层决策提供数据支持；

5、工具箱

新增工具箱，辅助诊断、手术等编码查询、地方医保三目中的医疗项目、药品、耗材目录等数据查询，以及医保政策文档的上传维护管理。

分场景应用，强化质控联动

1、事前提示

在医护人员开具医嘱、处方、护理耗材时，根据内容对其合理性、合规性给出实时判断，并进行消息反馈，当有异常(违规)时，立即以弹窗的方式提醒。

2、事中审核

在医院医保结算前，对于全部医嘱信息及已发生的医疗服务费用进行审核，发现问题，提醒结算人员，存在的违规行为，或可能存在违规风险。

3、事后分析

对医院历史医保案例进行回顾分析，确定已经发生的违规问题，从多个角度，如：科室、医生、病种、服务项目进行统计分析，为医院监管部门开展自审自查管理，提供有理、有据的数据分析。

• 集中采购 •

严查耗材集采执行，涉大批医院、械企

来源：医疗器械经销商联盟

近日，江西省人民政府网站发布《关于进一步加强药品和医用耗材集中带量采购监管的通知》（以下简称《通知》）政策解读。

其中点名了集采政策落实过程中存在的医疗机构报量不准确、中选产品优先使用不够、中选产品供应配送保障不及时、监管考核不到位等诸多问题。明确要夯实市县医保部门、医疗机构、中选产品生产企业和配送企业四方责任，全面加强药品和医用耗材集中带量采购监管。

二级以上公立医院，新型监管来了！

其中针对院方，特推出一种创新集采监管方式。《通知》提出要探索开展二级及以上公立医疗机构建设院内集采预警系统试点。

各设区市医保局应结合实际在本辖区内选择至少 1 家体量较大的公立医疗机构作为试点。

试点医院完成集采预警系统建设后，试运行 1 个月，由市医保局、试点医院形成试点经验报告及全市推广经验模板，结合全市二级及以上公立医疗机构实际情况，进行全市推广。

所谓“院内集采预警系统”，是通过整合医院库房管理系统、医

疗 HIS 系统、处方系统等多个系统的数据和功能，将院内所有集采药品医用耗材纳入一个预警模块进行统一管理。

模块内可实现**单独显示**院内所有集采耗材药品的集采批次、厂家、规格、医保编码、集采执行时间、本院任务量及实际采购、使用量等数据信息，分类规整，清晰简洁，并实现**按月为节点，结合任务量及使用量对未按节点完成使用的集采产品进行标红处理**；

医生工作站新增处方提示功能，**医生开具处方时进行集采产品优先选择、未完成进度集采产品报警提示**。

其特别之处就在于，该预警系统是直接内置于每家医院的，并与院内各重要业务系统紧密互通、信息共享。

在此之下，每家医院集采执行情况一目了然。如果说，以往披露掌握的是某一集采品种的总体完成进度，那么此后则可以精确到每一批次、不同规格产品的任务量、实际采购量和使用量。

不仅医院端、中选用量不达标、违规采购高价非中选等行为也将无处遁形，相关械企非中选产品进院难度也进一步升级！

严查集采使用量不达标!涉大批医院、械企

自医用耗材带量采购后，医院使用量的执行便一直是监管的重中之重。

早在今年 4 月，江西鹰潭市人民政府便发布《鹰潭市医用耗材带量采购和使用工作情况通报(截至 2023 年 2 月)》，公布了鹰潭市全

市公立医院执行的8大类别医用耗材带量采购中，存在超声刀头、人工晶体、吻合器等6类耗材采购进度慢，全市多家医院完成进度为0。

8类医用耗材带量采购医院完成率不达标情况通报	
(一) 冠脉支架	
余江区人民医院、贵溪市人民医院2家医疗机构未达预期进度，完成进度33.66%。	
(二) 人工关节	
全市有约定量的9家医疗机构中，8家均未达预期进度。其中，鹰潭市中医院完成进度为0%。	
(三) 冠脉导引导管和导引导丝	
贵溪市人民医院未达预期进度，完成进度仅为3.92%。	
(四) 吻合器类	
4家医疗机构未达预期进度，鹰潭市184医院进度为58.02%，贵溪市人民医院、鹰潭市龙虎山风景区龙虎山卫生院、余江区人民医院，进度均为0%。	
(五) 骨科创伤类	
9家医疗机构均未达预期进度，完成进度不到50%包括：贵溪市中医院、鹰潭市龙虎山风景名胜区上清中心卫生院、鹰潭市龙虎山风景区龙虎山卫生院、余江区中医院。	
(六) 冠脉球囊	
2家医疗机构未达预期进度，余江区人民医院完成进度为56.44%，贵溪市人民医院仅为3.75%。	
(七) 人工晶体	
3家医疗机构未达预期进度，其中贵溪市人民医院、余江区人民医院完成进度为0%。	

(八) 超声刀头

4家医疗机构未达预期进度，**鹰潭市人民医院**进度为38.03%，**余江区人民医院**进度为26.67%，**贵溪市人民医院、贵溪市中医院**进度均为0%。

此次《通知》也强调，充分利用省级医药集中采购平台每月常态化、精细化监测公立医疗机构执行集采中选结果情况，包括：集采中选产品采购数量占比、采购金额占比、采购非中选产品情况等。同时结合相关内容开展专项督导：

对不报量不采购中选产品而只采购高价非中选产品行为约谈医疗机构负责人；

拒不整改的，将有关线索移交同级行风主管部门和纪检监察部门；

鼓励将集采中选产品执行情况较差的医疗机构和品种作为重要线索纳入飞检对象抽取范围。

更明确提出，对无法及时满足医疗机构合理采购需求、不按协议供应的医药企业，报省医保局依情节给予相应等级信用评价，并进行约谈，情节严重时适时启动备选产品供应。

耗材“后集采”环节

进入全方位监测时代！

不仅是江西省，今年以来，针对医用耗材带量采购使用环节的监控和检查，已经开始全国落地！

<p>4月10日，山东省率先出台《关于加强药品和医用耗材集中带量采购全流程管理的通知（征求意见稿）》，依托国家统一的医疗保障信息平台招采子系统，对全省公立医疗机构带量采购耗材的报量、使用量开展全方位监管。</p>
<p>6月6日，天津市发布《关于加强集中带量采购执行情况监测和通报工作的通知》，明确进一步强化药品和医用耗材集中带量采购执行情况监测和通报。</p>
<p>6月12日，青海省医保局发布《关于加强集中带量采购药品和医用耗材中选结果落地执行工作的通知》，要求各市（州）医保局每半年向省级报送集中带量采购药品和医用耗材中选结果落地执行监测工作情况汇报，确保集采中选产品报量准、供量足、用量实。</p>
<p>8月24日，山西省医保局印发《关于进一步做好药品耗材集中带量采购中选产品采购使用监测管理工作的通知》，要求依托集采信息监测系统，建立省、市、县三级通报机制，按季度对医疗机构集采中选产品采购使用情况进行监测通报。</p>
<p>11月1日，湖南邵阳市医保局发布《关于建立医药集采规范化精细化管理四项制度的通知》，明确对医药机构集中带量采购情况实行“一季一通报”，包括集采报量情况、配送情况、约定采购中选产品使用情况、货款支付情况等。</p>

根据各地要求，重点监测通报内容涵盖了中选产品采购进度、中选产品采购数量占比、非中选产品占比等情况，以及抽查监测违规线下采购、上传数据不实、超常规订单、不及时支付货款等方面，并在通报基础上，严格落实惩戒。

显然，耗材“后集采”环节全面监控时代正在到来！无论是医疗机构集采不报量、采购用量违规，还是企业断供、配送不达标，都将被第一时间发现，实施更为严格的处罚！

成熟稳重与不断挑战——第四批耗材国采回顾与展望

来源：中国医疗保险

继9月中发布的第1号公告之后，11日凌晨，国家组织高值医用耗材联合采购办公室(简称“联采办”)又发布第2号公告(《国家组织人工晶体类及运动医学类医用耗材集中带量采购公告(第2号)》)。至此，与本次人工晶体及运动医学类耗材国家集采相关的所有细则均已公布。根据文件，这一次国采将于11月30日(周四)，在天津完成开标，相关耗材产品领域也将发生深刻变化。值此关键时刻，让我们回顾并展望一下此次高值耗材“国采”。

一、国采工作推进与方案的制定尽显成熟与稳重

自2020年第一次冠脉支架集采始，耗材国采工作已经走过了4个年头，从一开始的小心探索到现在的闲庭信步，耗材国采在项目组织、文件制定、信息发布、意见征集、现场开标和采购执行等方面都积累了丰富经验。对于不同类别耗材在国采中品目选择、产品分类、竞价分组、降幅测算、中标规则、临床保障和使用监测等等关键环节，组织方的技术水平和综合研判能力也明显提高，从第四批国采文件发布后整个耗材行业企业反馈来看，已不再有过去的惊慌与焦虑，更多是自然应对，理性沟通，积极的配合。实际实施过程中，联采办尽可能的坚持了公开、公平与公正，使得国采这一行业举足轻重、影响巨大的工作，在出色完成国家交办任务同时，也深刻的推动了产业发展

与变革。总之，纵观本次集采从启动到如今的方案发布，整个工作的推进和方案内容的制定，都尽显成熟与稳重。

再者，从最初国采方案意见征集到基本定稿，在耗材品目分类上联采办还是积极听取了行业意见，尽可能让方案更科学，体现价值购买，展现成熟自信。例如人工晶体，最初产品分类如下：

人工晶体类相关耗材产品类别

序号	耗材品种	分组规则	产品类别
1	人工晶体 (含推注器)	按功能	非球面单焦点
2			双焦点
3			三焦点
4			景深延长

可以明显看出，采购方案只承认了晶体的光学特性分类，在意见征集阶段，很多企业认为产品分类过粗，忽略了晶体产品除光学技术特点外的功能分类(如散光矫正、亲水疏水性)、使用方式分类(预装非预装)，任何一个产品特性都蕴含了相对技术和经济价值，都希望能够有价格的认可。然而，国采作为超大规模的战略购买行为，难以照顾到所有细节，必定会有所取舍，这就要考验组织方真正智慧了。在最终公布采购方案中，我们清晰看到了采购产品分类的调整，联采办采纳了增加产品功能分类建议，加入了散光矫正分类，这也正体现了国家医保战略购买中，抓大放小，以患者获益为最高衡量标准的价值购买思想。

对于最终方案，广大企业还是非常认可的，就像某国际知名品牌相关负责人说到“更加贴近临床使用，分组更加科学合理”。

二、国采新品种的选择充满了挑战

第四批国采选择了眼科晶体与运动医学耗材，对比前三批国采品目，人工晶体产品临床使用成熟，用量较大，市场竞争较充分，产品的同一性、可替代性强，很适合带量集采，加之前面各省以及联盟已经开展过大面积带量集采，积累了丰富的经验，国采工作组织与实施相对简单，但就是因为前面已经大面积集采了，对于普通单焦晶体而言，能够取得的降价成效极具挑战，对于当前用量相对较小高端晶体只有少数国际品牌，竞争不足，在带采降价空间上也有相当难度。

运医耗材在大规模带采适应性上与晶体截然不同，运动医学属于近年来刚刚发展起来的新学科，相较冠脉支架、关节和脊柱耗材，市场规模较小，很多产品用量不大，市场竞争不够充分，产品类别过多、过杂，产品的同一性差，技术特点差异多，因此选择运医耗材充满了挑战，具体分析如下：

人工晶体类相关耗材产品类别

序号	耗材品种	产品类别
1	人工晶体 (含推注器)	非球面-单焦点-非散光
2		非球面-单焦点-散光
3		双焦点-非散光
4		双焦点-散光
5		三焦点-非散光
6		三焦点-散光
7		景深延长-非散光
8		景深延长-散光

1、产品繁杂，专属性不强。运医耗材不同于产品类别非常具体

的关节与脊柱产品，其涉及大量非组套、非专属产品，甚至有极其特殊来源的同种异体骨产品，组内产品同一性差。再者，集采品目还涉及很多手术工具类耗材，如过线器、关节镜工作套管、关节镜用等离子刀头、关节镜用射频刀头、关节用脉冲冲洗器、连接泵管、钻头、磨头、刨刀等等，这类产品名称过于模糊，可能非运医类临床项目也涉及，但名称类似或相同，对应产品面临是否参加带采，未来能否继续正常入院销售问题。

2、市场竞争充分性不足，国产民族品牌有担忧。目前国内运医耗材在各国际品牌和民族品牌市场份额上差距巨大，某国际品牌占据绝对市场优势，其他几十家企业市场份额小，在产品报量、带量和降价空间选择上面临挑战，尤其大量国产品牌刚刚进入市场，产品覆盖、临床认可度和竞争能力不足，很多新品研发成本还未收回，过多降价却没有量的补偿将给企业生存发展带来影响，这也是大规模带量集采对产业的另一面影响，希望有关方面也能够适当考虑。

3、如何应对产品创新，本次集采把一些刚刚进入临床应用的新产品也纳入了，如全缝线免打结锚定，运动医学是近年来新发展的一个骨科分支，主要以进口品牌为主，国产在进口产品的带动下，已经逐渐进入临床，与国际品牌竞争市场，目前运医产品的原材料还需依赖进口，运动医学正在飞速发展，本次集采周期两年，新取证产品增补挂网后，是否能按照比例正常入院，对于新企业和创新企业有很大的影响，因此，国产方案中如何应对创新产品也是需要在未来更多考

虑的。

三、国采结果的展望

本次国采除了组织规范、严谨，还有很高技术水平，新亮点，如复活机制的坚持，引入竞价比价关系(如：预装晶体与非预装晶体、带线锚钉(多根线)与带线锚钉(1根线)等,有助于推动市场价格测算,卫生技术评估,行业标准发展),对新技术、新材料的创新支持(如:对于增材制造 3D 打印延续了脊柱国采特点,继续自愿参加,骨形成蛋白采用竞价及限价采购方式);创新提出竞价及限价挂网方式作为国采带量品目的补充;执行情况监测,本次采购文件重申执行严肃性,未来应会有更加进一步的政策,这会极大促进中选产品协议采购量的完成。

综上所述,有如此高水准组织和技术保障,以及广大企业的积极配合响应,相信第四批国采一定能够圆满成功。

[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



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药城: <http://www.yaochengwang.com>

 地址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电话: 010-68489858