

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2023年第50期

(2023.12.11-2023.12.17)

医保

医疗

医药

## ——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

### • 医保结算 •

▶ [破解回款难，医保直接结算推进](#) (来源：新浪医药新闻) ——第 6 页

【提要】推进医保基金直接结算医药货款，是贯彻落实党中央国务院常态化制度化开展医药集采的重要举措，通过以医药货款直接结算改革为切入点，有效推动解决医疗服务体系、药品流通领域深层次的体制机制问题，医保、医疗、医药协同良性互动，实现多方共赢。

▶ [在 DRG 下，医保医院双方如何做好结算清单质控？](#) (来源：中国医疗保险) ——第 12 页

【提要】《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(下称《通知》)提出，按照《医疗保障基金结算清单填写规范》上传统一的医保结算清单。为保证基于清单的医保结算、监管审核、基金支付工作的准确、高效，辽宁省沈阳市采取医保、医院端双向发力模式，对清单数据质量高起点部署、高标准谋划、高效率突破、高质量推进，全力构建结算清单全流程管理网络，稳步推进以清单数据为支撑的 DRG 分组、付费工作。

### • 分析解读 •

▶ [透过高值医用耗材国采，看 4 亮点 3 趋势](#) (来源：华夏时报) ——

第 20 页

【提要】据介绍，第四批国家组织高值医用耗材集采包括人工晶体、运动医学两大类相关高值医用耗材，中选产品平均降价 70%，将广泛惠及接受晶体植入的白内障患者，以及因劳动、运动肌肉韧带受损需施行运动医学手术的患者。国家医保局表示，全国患者将于 2024 年 5 月-6 月用上本次集采降价后的中选产品。那么第四批高值医用耗材集采有哪些新亮点值得关注？下一阶段高值医用耗材集又将呈现怎样的趋势？

▶ [如何深化医疗服务价格改革，实现医、保、患多方多重目标的动态平衡](#)（来源：金豆数据）——第 28 页

【提要】近年来，医疗服务价格改革、调控、管理、监督力度持续加大，政策体系不断完善，价格结构逐渐优化，对促进医疗技术进步、控制费用过快增长、支持医疗事业发展起到了积极作用。与此同时，也面临一些深层次体制机制问题，单纯依靠调价以保障公立医疗机构高速发展的理论基础和现实可持续性存在挑战，亟待厘清一些重点问题的认识。

### • 政务公开 •

▶ [国家卫生健康委就介绍巩固拓展健康扶贫成果 推进健康乡村建设工作进展有关情况举行发布会](#)（来源：国家卫健委）——第 38 页

【提要】近三年来，各地各部门围绕优化疾病分类救治措施，健全因病返贫致贫动态监测和精准帮扶机制以及优化乡村卫生医疗服务覆

盖等方面，结合工作实际不断探索推进。国家卫生健康委于 2023 年 12 月 15 日，在国家卫生健康委 2 号楼新闻发布厅召开新闻发布会，介绍巩固拓展健康扶贫成果 推进健康乡村建设工作进展有关情况。

▶ [心血管死亡人数仍在上升，高血压危害最大！全球心血管病负担报告](#)（来源：中国循环杂志）——第 54 页

【提要】近日，JACC 发表了 1990~2022 年全球心血管病的疾病负担报告。报告显示，2022 年，心血管病导致全球约 1980 万人死亡，损失了 3.96 亿年的寿命以及 4490 万年伤残所致的寿命(YLD)，而约三分之一(34%)的心血管死亡发生在 70 岁之前。

### • 医保速递 •

▶ [2023 年新版医保药品目录发布！](#)（来源：人民日报）——第 58 页

【提要】12 月 13 日，国家医保局召开新闻发布会，介绍 2023 年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(以下简称医保药品目录)调整情况。本次调整，共有 126 个药品新增进入国家医保药品目录，1 个药品被调出目录。调整后，国家医保药品目录内药品总数达到 3088 种，其中西药 1698 种、中成药 1390 种；中药饮片仍为 892 种。2024 年 1 月 1 日，新版医保药品目录将在全国落地实施。

▶ [大数据挖掘怎样赋能医保基金监管？](#)（来源：上海市卫生和健康发展研究中心）——第 64 页

【提要】大数据挖掘技术在医保监管中具有重要的应用价值，通过对医

保大数据的分析和处理，可以发现各种隐蔽性的欺诈骗保行为，从而提供有效的监管手段。此外，数据挖掘技术还可以帮助建立个性化监管模型，对医疗服务方进行精准监管，确保医保基金的合理合法使用。因此，充分应用医保大数据挖掘新技术实施全过程智能监管是解决医保监管痛点和难点的关键，是实现医保高质量发展必不可少的技术手段。

### • 养老健康 •

▶ [老年照护体系建设的北仑经验](#)（来源：中国社会科学院）——第72页

【提要】“未备先老”是中国人口老龄化发展趋势的重要特征，社会养老服务体系则相对滞后于养老服务需求，发展社区居家养老服务已成为各地政府应对老龄化挑战的策略重点。但目前国内各地在推进养老服务体系过程中普遍存在供需不匹配、专业护理人员不足、服务质量不稳定、管理体制不健全等问题，导致养老服务体系没有发挥真正效力。为解决上述困境，有必要结合地方实际开展调查研究，真正把情况摸清、把问题找准、把对策提实，总结出建设养老服务体系的新思路新办法。

▶ [银发经济下，“适老化”或将成为医疗新增长点](#)（来源：健康界）——第77页

【提要】随着人口老龄化不断加深，“适老化产业”“银发经济”“养老服务”开始频繁地出现在人们的视野当中。2023《政府工作报告》

中 8 次提及“养老”一词，可见银发经济无疑会释放巨大的市场空间，医疗板块如何布局迎接银发经济，满足老龄化趋势带来的适老化消费需求，是众多机构、企业值得深思的新课题。

## -----本期内容-----

### • 医保结算 •

#### 破解回款难，医保直接结算推进

来源：新浪医药新闻

##### 1. 集采品种医保基金直接结算多地推进

11月27日，山东省医保局发布《关于完善基层医疗卫生机构药款结算机制的通知》明确，国家和省级集中带量采购中选药品，实行医保基金与医药企业直接结算。

11月3日，辽宁省锦州市医保局发布《关于应用医保基金与企业直接结算医用耗材带量采购货款的通知(征求意见稿)》，将在2023年12月1日起应用医保基金与各有关生产(配送)企业直接结算医用耗材带量采购品种货款。

2021年9月29日发布的《“十四五”全民医疗保障规划》在规划未来几年医保重点工作时明确，建立以医保支付为基础，招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级集中采购平台。推进并规范医保基金与医药企业直接结算。

据统计，福建、山东、陕西、安徽、湖南、江西、广东、内蒙古、河北等省均跟进了解决了医保基金与企业直接结算的探索。

##### 2. 在线结算不解决回款难根本问题

由于吸收了各地的先进做法，“医保基金直接结算带量采购中选

产品医药货款”的湖南模式引发业内关注。

8月4日，湖南省医保局、卫健委、财政厅联合印发了《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》（湘医保发〔2023〕36号）。文件明确规定，自2023年10月1日起，在全省范围内实施集中带量采购中选药品和医用耗材货款由医保基金直接结算工作。正式开启了“医保基金直接结算带量采购中选产品医药货款”湖南模式。

根据国务院办公厅《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）的政策要求，“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，在落实医疗机构采购结算主体责任的前提下，探索通过在省级药品集中采购机构设立药品电子结算中心等方式，推进医保基金与医药企业直接结算。”

其中，次月底前要求医疗机构对带量采购药品进行回款并线上结算，是湖南省一直以来的主流做法，基于当时的湖南省医药集中采购平台，湖南还建立起了一整套的湖南省结算管理流程。

从结果来看，仅有40%左右的带量采购中选药品采购订单在60天内完成了线上结算，即便是后续出台了“按照合同金额的50%，医保基金预付医疗机构”的相关政策，湖南省的60天线上结算率也仍未获得明显提高。

经调研发现，在线结算并没有解决医疗机构延迟向生产企业付款



的根本问题，需要医疗机构自行操作，医疗机构尤其是缺乏监管的偏远地区医疗机构回款慢的问题并未得到改善，同时，由于监管系统无法做到实时监控，只能在回款期限到期之后对医疗机构展开约谈，约束力十分有限。

### 3. 解决回款难的核心路径

2023年3月底，湖南省医疗保障信息平台药品和医用耗材招采管理子系统正式上线。招采子系统相较于之前的老平台，数据的准确性更高，与医保信息系统的对接更为便捷，同时也更加便于医保部门监管医疗机构的医药货款结算，甚至是使用医保基金直接结算展开工作。

同时，湖南省参照国家进一步精细化管理带量采购的要求，出台了《关于完善运行药品和医用耗材带量采购运行管理机制的通知》，对集采药品的供应、配送、使用、结算、监管、结余留用等政策都提出了更加明确、更加容易操作的管理方法，给医保基金的直接结算肃清了前期障碍。

“医保基金直接结算带量采购中选产品医药货款”湖南模式，具体做法可分为以下4点：

坚持医疗机构回款主体地位，明确直接结算医保代付事权。

文件中明确了实施医保基金直接结算工作的仅为集中带量采购中选药品和医用耗材。而非集采的药耗回款仍由医疗机构与医药企业自主对接，仍然确立了医疗机构在落实医疗机构采购结算作为主体责

任的前提。

同时在回款的流程上，文件要求各级医保经办机构应与医疗机构书面签订《医药货款委托结算协议》并上传至医保招采系统，以进一步厘清医疗机构的主体结算责任与医保经办机构的委托管理责任。医疗机构仍然是货款结算的责任主体，医保经办机构仅作为委托方，在医疗机构授权的前提下、对集中带量采购药品耗材履行“代购权”的理念，为缩短医药货款结算周期，降低医药流通成本实行的医药货款代付抵扣。

建立规范有序的票据审核流程。

从整体流程上来看，药品和医用耗材生产企业或配送企业向开展业务的医疗机构所在地医保经办机构提供银行结算账户，用于接收医药结算货款，由各地医保经办机构通过医保信息平台招采系统，根据经医疗机构和医药企业双方确认复核并同意支付的医药货款结算发票进行先行代付结算，再从对应医疗机构的医保结算费用中进行抵扣清算。

各医疗机构在医保招采系统采购的集采医药货款，按月由医保经办机构通过医保招采系统“医药货款结算管理”直接与医药企业进行结算，从基本医疗保险基金支出户拨付。全省流程统一，公开透明的阳光结算。

在结算流程上，湖南省采用了数据上传、票据审核、对账审核、货款拨付四步。相较于之前实行的8步结算流程而言，整体的工作效

率提升了接近一倍，无论是对供货的企业还是收货的医疗机构而言，在更快速地收到货款的基础上，并未增加额外的工作量。

切实做好保障实施手段。

人员保障。各医疗机构要完善医药采购货款管理相关制度，分别设置计划采购、验收入库、票据核对等岗位，做到流程明确，责任到人。各级医保经办机构应按照结算要求，完善业务操作流程，认真做好医药货款结算工作。

制度保障。建立起医药货款拨付实行业务部门经办人员初审、业务部门负责人复审、财务部门复核、经办机构负责人审批拨付的四级审批制度。建立各地医保、财政、卫生健康部门要认真落实医保基金总额预付制度，保障医疗机构正常运行；加强监督管理，及时分析和解决政策执行中存在的问题，确保结算工作精准高效。省医疗保障局、省财政厅、省卫生健康委员会将定期评估各地政策执行情况和工作进展，推进医保基金与医药企业直接结算工作稳步实施。

推进医保基金直接结算医药货款，是贯彻落实党中央国务院常态化制度化开展医药集采的重要举措，通过以医药货款直接结算改革为切入点，有效推动解决医疗服务体系、药品流通领域深层次的体制机制问题，医保、医疗、医药协同良性互动，实现多方共赢。

于医疗，药耗虚高价格水分的挤压，铲除了腐败滋生的土壤，降低了医生的廉政风险，同时集中带量采购结余留用激励政策调动了医生积极性，协同推进医疗机构薪酬分配制度改革；于医药，通过带量

采购、禁止医疗机构二次议价、畅通进院渠道、加快药款结算等措施，大幅降低了中标药品生产企业市场进入、推广营销、企业垫资等费用成本，促使交易成本下降，减轻生产企业经营压力；于患者，大量使用通过质量一致性评价或原研的中选低价药品，既减轻了费用负担，还提升了用药质量水平，获得感明显增强；于医保，药耗费用大幅下降，节约了大量医保基金，为医疗服务价格调整腾挪出空间。

[返回目录](#)

### 在 DRG 下，医保医院双方如何做好结算清单质控？

来源：中国医疗保险

《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（下称《通知》）提出，按照《医疗保障基金结算清单填写规范》上传统一的医保结算清单（下称清单）。为保证基于清单的医保结算、监管审核、基金支付工作的准确、高效，辽宁省沈阳市采取医保、医院端双向发力模式，对清单数据质量高起点部署、高标准谋划、高效率突破、高质量推进，全力构建结算清单全流程管理网络，稳步推进以清单数据为支撑的 DRG 分组、付费工作。

#### 清单管理总体思路

一是确定清单管理目标。通过明确管理方向、管理内容，确定管理目标，明晰工作航向，实现对清单落地工作的高起点部署、高标准谋划。具体为，以全面落实国家、省医保局对清单应用总体要求为管理方向，以清单具体数据项及内涵的病历质量为管理内容，以通过对

清单数据规范管理提高沈阳市 DRG 付费质量、效率、基金支付效能为管理目标。

二是建立清单控制管理。为防范和化解数据运行风险，沈阳市医保局对清单填报、质控、上传等工作建立了制度控制、管理控制、技术控制的“三控”管理，致力于打造运行规范、管理科学、监控有效、纠错有力的清单数据控制管理体系，运用于清单数据产生及应用的各环节、全流程，确保清单数据质量管理全面、规范、有效。

三是探索清单同质质控。为总体性提高全市清单数据质量，在总结对 DRG 付费评估、清单数据质量摸底检查问题的基础上，沈阳市医保局针对各医院清单质控内容、流程不一，部门间衔接不良、质控效果欠佳的问题，探索统一定点医院清单数据质控管理内容，明确质控管理要求，通过同质质控，让医院少走弯路，全面提升清单数据质量。

### **清单数据制度控制**

为提高对清单管理的重视程度，医保、医院端同时以建章立制的方式，加强对清单质量管理的制度约束和指导，打好对清单数据管理的业务理论基础、实践工作基础。

在医保端，一是编制《辽宁省医保结算清单及编码填报管理规范》。沈阳市医保局在总结前期医保病案首页及编码填报等数据管理的基础上，依据清单要求，完成清单填报管理规范的编制工作，重点明确定点医院及医师、编码人员、信息技术人员对清单的填报职责及要求，明确了主要诊断选择、其他诊断填报、手术及操作填报的原则

及标准;对疾病诊断编码、手术操作编码按各章节总结了编码填报规则及常见疾病诊断及手术操作的编目要求,打好清单填报管理的理论基础。

二是制定数据质量管理规定。DRG 分组、审核、支付、统计分析都以清单数据为唯一来源。因此,沈阳市制定《医疗保障 DRG 付费数据质量管理规定》,明确对清单数据医保、医院端的工作管理要求,明晰工作内容和工作职责。规定提出,医保部门统筹负责清单整体工作,对清单数据通过系统校验、业务培训,通过指标分析通报、填报问题研讨等方式,提升数据质量;要求医院内多科室、多人员共同参与清单数据填报、上传,医保问题反馈管理,清单数据质控等工作,重点强调对清单填报的病历质量管理,发现问题及时解决,避免问题反复发生。

三是在定点医疗机构服务协议中融入清单管理内容。沈阳市医保部门在定点协议中加入医保、医院双方对清单数据管理的义务,明确违约情形及处罚方式,以协议管理约束清单工作的规范开展。协议中明确:结算清单须按标准样式展示,其中诊断、手术等信息全部使用国家医保版编码、名称,临床疾病诊断、手术操作名称由临床医生填报、确认;医院须按医保规定时限及时上传清单,清单使用非国家贯标编码不予结算;对未按规定及时、准确上传疾病诊断编码、手术操作码、医保结算清单及医保电子病历等医保数据的,约谈医院或要求限期整改。

在医院端，一是建立清单质量管理制度。各医院根据医保工作要求，建立院内的清单质量管理制度，具体对清单管理内容、管理方式、各部门及涉及人员的工作职责进行明确，确保各部门及人员各司其职、分工合作，数据管理不出现盲区、盲点。

二是建立问题反馈管理制度。各医院对医保端反馈的清单数据问题，建立专部门专人员的实时管理制度，既确保各科室主任、填报及审核人员及时发现问题并修正，又形成对问题产生的分析管理工作机制，避免或杜绝问题再次发生，并以绩效考核的方式加强对问题的管理。

### **清单数据技术控制**

沈阳市医保局通过信息化手段对上传的清单数据完整性、准确性进行控制，实现对清单数据实时审核、规范填报的效果。

在医保端，一是统一全市清单接口开发文档，未按要求开发的不能上传。二是设定上传时限，规定患者结算后 8 日内必须上传清单，逾期则不能上传，确保医院按时传输。三是建立数据上传校验规则，对医院上传的清单落入医保数据库前，进行数据校验，具体包括对数据应用的编码版本、数据格式、代码范围、数据标识应用规范性、数据填报的完整性等进行校验，违反规则的清单不能上传。四是实时反馈，对未成功上传的清单，将其原因实时反馈至医院，服务医院对问题早发现早处理。五是对清单 DRG 分组付费数据建立系统审核规则，通过审核加强对清单数据内涵的规范管理。

在医院端，一是医保部门与医院共享对清单数据上传的校验规则，要求医院将规则嵌入清单填报时点，运用信息手段对违反规则的填报行为进行提醒、限制，以规范清单填报工作，如针对清单填报项目缺失、填报范围错误时不能上传的问题，通过关口前移加强数据质量管理。二是建立对清单填报、审核部门、人员的系统权限控制，确保工作职责清晰，审核管理互补。三是责任到人，患者结算后若未按时完成清单工作，限制相应工作人员不能在系统内开展其他工作。四是建立系统控制管理，对须质控却未质控的情形，限制其不能提交清单等。

### **清单数据管理控制**

沈阳市医保局建立对清单数据运行风险的管理控制，通过制定有针对性的管控措施，降低风险发生概率。

一是设置指标管理。通过设定指标对清单数据上传数量、上传质量加强管理。要求清单上传率在 95%以上，确保清单上传数量；对清单填报的完整性、准确性进行管理，提高 DRG 入组率，确保上传质量；同时，定期公示 DRG 相关指标，如 DRG 组数、CMI 值、费用及时间消耗指数、2 周及 30 天再住院率等，加强对清单填报所在病历的医疗质量、服务效率、医疗安全的管理。

二是通过考核促管理。一方面，开展年度考核。沈阳市医保部门通过对定点医院年度考核中建立对清单上传率、填报准确性的管理，强化清单数据的责任管理，考核结果与医院质量保证金返还、医保服



务协议续签相关联。另一方面，开展现场核查。组建由医保管理专家、临床专家、编码专家、信息工程师等共同参与的核查团队，不定期对清单中诊断选择、编码填报、临床诊治规范等进行核查，实现对清单数据编码、医疗质量的重点监管，提高对清单数据内涵的规范管理。对检查中发现的问题，轻者约谈院长或限期整改，重者按医保服务协议追回违规费用。

三是开展培训管理。一方面，医保部门以问题为导向，对全市定点医院清单数据的规范填报工作进行培训，同时要求各医院在院内对各科室开展多轮培训。另一方面，搭建互动平台，由对清单数据质量管理优秀的医院传授、分享工作经验，促进各医院共同提高结算清单数据质量。

### **清单同质质控要求**

为达到全市定点医院对清单质控效果趋于一致的工作目的，沈阳市医保部门对医院的清单重点质控内容及方式进行统一管理。

一是开展跨部门协同工作、质控管理。清单数据由不同部门基于工作职责协同管理、分别质控，原则上至少包括医保部门、临床科室、病案部门、医务部门共同参与，其中医保部门负责整体审核管理，临床科室对诊断依据、诊治过程进行质控，病案部门对病历填报的完整、规范性及编码进行质控，医务部门对医疗质量进行质控等，由此实现跨部门高效协同、互补管理。同时，部门间要建立沟通确认机制，如编码员对清单质控问题，须与临床医生沟通确认，确认过程通过信息

系统交互平台完成，实现留痕管理。

二是明确清单重点质控内容、质控要求。要求各医院清单重点质控内容包括但不限于主要诊断选择的正确性、其他诊断资源消耗情况、主要诊断与主要手术匹配性、诊断依据充分性及诊治过程的规范性、清单编码赋码的准确性、上传医保清单内容与院端填报的一致性。明确质控内容第一责任人，如清单诊断的填报、选择、质控须由临床医生在信息系统内填报并确认，强化 DRG 付费临床医生是执行环节中起点和关键的思维；清单中填报的编码质控须建立不少于初审、复审的二级审核工作要求，如由编码员初审、编码组长或病案室主任复审，或编码员之间分组交叉互审等，实现对编码结果监督、核准、纠错的管理；同时强调编码员无权修改临床诊断的工作要求，强化临床诊断是由临床医生规范管理的工作内容。

三是形成清单质控工作闭环管理。要求医院建立对质控问题按人员、科室、职能部门等点对点的闭环管理工作制度，严禁问题搁置。同时，对质控工作联动绩效考核，将清单数据管理工作纳入对涉及部门、人员的日常及年终绩效考核内容，通过绩效管理的激励、约束方式，提升清单数据质量。

### **清单数据管理成效**

沈阳市医保局通过对 2021 年 10 月—12 月、2022 年、2023 年 1 月—8 月三个时间段的 DRG 入组率、入组问题、DRG 指标进行统计，分析清单数据内涵的医疗质量、服务效率等管理效果。从统计结果来

看，清单数据质量管理总体趋势向好。

在入组率方面，三个时间段的清单入组率均为 100%，充分体现医保、医院双方对清单数据信息管理、上传培训、问题反馈等工作的管理到位。在入组问题上，经统计，0000 组(清单中疾病诊断编码、手术操作编码填报不规范或清单中填报数据间逻辑关系不符所致)占比 DRG 入组率分别为 0.18%、0.23%、0.18%，占比始终低于 0.3%，体现对清单数据的规范性管控效果良好。

在 DRG 指标上，对 2022 年和 2023 年 1 月—8 月有关数据进行统计后发现，病例组合指数由 1.4383 提升至 1.4552、费用消耗指数由 1.0462 下降至 1.0181，这表明清单数据体现的医疗质量提高、服务效率提升。2 周及 30 天再住院率分别由 1.9449%、6.5081%下降至 1.7656%、5.5808%，说明存在的分解住院问题有所改善。

近年来，沈阳市医保部门对医保结算清单数据填报、上传等建立了常态化的管理机制，取得了一定的成效。但对清单数据内涵的医疗质量、服务效率、医疗安全的评估、考核还处于起步阶段，需要不断总结工作经验，建立有鲜明导向的常用指标考核和管理内容，探索与卫生健康部门绩效考核的指标联动管理等，从而不断提升医保结算清单数据质量。

[返回目录](#)

## · 分析解读 ·

### 透过高值医用耗材国采，看 4 亮点 3 趋势

来源：华夏时报

制度化常态化开展药品和耗材集中带量采购，能够净化医药行业生态，持续挤压药品耗材虚高价格“水分”。

从 2018 年 11 月的“4+7”试点，到今年 11 月 16 日第九批国家药品集中带量采购中选结果公布，正好是 5 年时间。这五年间，我国共进行了九批国家药品集采、三批国家高值医用耗材集采，连同地方联盟采购，已累计为患者减负 5000 亿元。此外，近期第四批国家组织高值医用耗材集采在天津开标，并产生拟中选结果，预计每年可为患者减负 155 亿元。

据介绍，第四批国家组织高值医用耗材集采包括人工晶体、运动医学两大类相关高值医用耗材，中选产品平均降价 70%，将广泛惠及接受晶体植入的白内障患者，以及因劳动、运动肌肉韧带受损需施行运动医学手术的患者。国家医保局表示，全国患者将于 2024 年 5 月-6 月用上本次集采降价后的中选产品。那么第四批高值医用耗材集采有哪些新亮点值得关注？下一阶段高值医用耗材集又将呈现怎样的趋势？

#### 第四批高值医用耗材集采看：4 亮点

##### 亮点 1：两类高值耗材拟中选产品平均降价七成

据了解，第四批国家组织高值医用耗材集采共有 128 家企业参与

本次集采，其中 126 家企业的产品拟中选，中选率达到 98%。市场占有率高的国内外头部企业均有产品中选，保持了临床使用稳定性，产品供应丰富多元。

此次耗材集采共分为 31 个产品类别，40 个竞价单元。其中，人工晶体类共覆盖了 8 大类产品，此外还有 3 类黏弹剂产品，包括单焦点、双焦点、三焦点、景深延长类晶体(含助推器)，以及内聚型、弥散型、混合型黏弹剂；运动医学类则覆盖带线锚钉、免打结锚钉、固定钉、固定板、修复用缝线、软组织重建物、骨类重建物等共 7 种 20 个产品类别。市场占有率高的国内外头部企业均有产品中选，保持了临床使用稳定性，产品供应丰富多元。

按集采前价格计算，此次集采产品的市场规模约 155 亿元，其中人工晶体类耗材 65 亿元，运动医学类耗材 90 亿元。人工晶体及运动医学两大类医用耗材，拟中选产品平均降价 70%。其中，人工晶体类耗材平均降价 60%，预计每年可节约费用 39 亿元；运动医学类耗材平均降价 74%，预计每年可节约费用 67 亿元。

## **亮点 2：国采将提高高端人工晶体的市场接受度**

据中华医学会眼科学分会统计，我国 60 岁以上人群白内障发病率约为 80%，以此估算，我国白内障患者人数或已高达 2.08 亿。目前治疗白内障唯一有效的方法就是手术，通常是在手术显微镜下实施白内障超声乳化抽吸联合人工晶体植入。

人工晶体(IOL)，是经手术植入眼睛里代替摘除的自身混浊晶体

的精密光学部件，一般分成硬性人工晶体与软性人工晶体两大类。硬性人工晶体较为低端，目前价格在几百元上下浮动；软性人工晶体目前可分为单焦点人工晶状体、双焦点人工晶状体、三焦点人工晶状体、人工晶状体叠加景深延长技术、人工晶状体叠加抗散光技术等，价格在每个数千元到数万元。本次国采覆盖了人工晶体所有类别的全系列产品，包括单焦点晶体、双焦点晶体、三焦点晶体、景深延长晶体等。据统计，本次国采需求量最高的人工晶体品种是“非球面-单焦点-非散光”人工晶体，占总需求量的 81.41%；多焦点人工晶体中主要需求品种是“双焦点-非散光”人工晶体，占总需求量的 11.21%。

2019 年，安徽将人工晶体纳入集采范围，掀开了人工晶体地方集采的大幕。自那以后，人工晶状体已经历了多轮省级、省际联盟集采中。其中，2021 年广东、江西、河南三省报量采购中降价幅度最高达 90%。而这些地方和联盟集采大多快到协议期，本次国采相当于一次统一的全国性接续采购。

据了解，我国人工晶状体国产化率低，目前人工晶体主要市场以爱尔康、强生、博士伦、蔡司四大外资眼科医疗器械公司为主，国内企业则有蕾明视康、爱博医疗、昊海生科等。本次国采人工晶体中，强生的新一代单焦点晶体从每个 1 万元降至 1100 余元；爱尔康今年才上市的景深延长晶体从 1.1 万元/个降至 3500 余元/个，三焦点晶体（非散光）从每个 2.3 万元降至 8900 余元；爱博诺德的非散光单焦点晶体价格从每个 2500 元降至近 800 元。

相关研报指出，我国白内障患者手术渗透率低，相较于发达国家仍有 4-5 倍提升空间。“十四五”规划提出的 2025 年白内障手术 CSR 增至 3500 以上，国内市场规模有望超 37 亿元。此次集采降价幅度较为温和，采购量大幅提升，有望加速人工晶状体全国放量。本轮国采后，预计进口和国产企业之间的价格差距会有所缩小，而考虑到国产企业在供应链等方面的成本优势，国产替代有望持续。

此外，业内观察人士认为，目前中国市场上患者使用的多数还是单焦点晶体，能解决防盲治盲问题，但结合了纠正散光、老视等功能性晶体在我国市场渗透率仍低。国采降价后，可提高高端产品和技术的市场接受度。

### **亮点 3：将实现骨科四大类高值医用耗材集采全覆盖**

我国骨科高值医用耗材主要有四大类，目前国家集采已完成了人工关节和骨科脊柱类耗材集采，而各地联盟也广泛开展了创伤类骨科高值耗材集采，因此在完成本次运动医学类高值耗材集采后，基本实现了骨科四大类高值医用耗材集采的全覆盖。

我国运动医学类耗材正处于高速发展时期，相对于已经完成集采的人工关节、骨科脊柱类耗材，其价格还处于较高位置。运动医学学科虽发展历史较短，但其耗材市场并不小。据医械汇测算，2022 年我国运动医学类耗材市场规模仅 45 亿元，但发展空间广阔。国泰君安研报显示，2019-2022 年我国运动医学类耗材市场复合增速高达 20%，随着人口老龄化的推进以及全民健身的推广，运动医学类市场

有望加速增长。按集采前价格计算，本次集采的 19 个品种约为 90 亿元的规模。

目前进口产品仍占据主要市场份额，国产化率低、体量小。渤海证券研究所数据显示，2018 年我国运动医学市场份额由多到少为施乐辉、强生、锐适、史赛克、康美。借助本次国采，国产厂家有望打通入院渠道，加速已获批产品的入院放量。

从本次国采拟中选情况来看，施乐辉、强生、捷迈、锐适等主要外资厂商均积极降价以实现中标，主要国产厂商大博医疗、春立医疗、凯利泰、威高骨科等也普遍中标。但外资产品国采拟中选价格已达到国产产品同一水平，施乐辉的聚醚醚酮带线锚钉从每个 5600 元降至 1300 余元，人工骨从每立方厘米 1400 元下降到 300 余元。国产品牌要突围而出实现国产替代有一定难度。

不过，本次国采还给国内企业留下了“一扇窗”。集采规则提到：“未中选企业的产品按不高于同产品类别最高中选价挂网的，在医疗机构考核时不视为非中选产品”。这意味着，只要相关企业愿意降价，当产品定价不高于中选产品时，不但自动默认为中选，且不占用医院非中选产品额度，院内使用的大门敞开。业内观察人士认为，集采后，虽然内外资产品处于同一价格区间，但国产企业或将更具本土供应带来的成本优势，国产替代有望加速。

#### **亮点 4：国产替代之余，更显“尊重临床”、促创新**

此前，国家已组织了冠脉支架、人工关节、骨科脊柱类耗材三批



高值医用耗材集采，相关产品平均降价幅度超过 80%。其中，冠脉支架每年可节约费用 109 亿元，人工关节每年可节约费用 160 亿元，骨科脊柱每年可节约费用 260 亿元。

促进国产替代仍是国家集采的重要目的。第四次国家带量采购落地后，国产厂商有望通过带量采购放量，尤其是多焦人工晶体产品等大多数靠进口、运动医学国内大量公司产品仍处于前期成长推广阶段。此次集采实施后，加速国产替代。

此次集采还呈现“尊重临床”的特点，充分尊重和考虑临床对医用耗材的使用习惯。据了解，在冠脉支架集采大幅降价后，原本动辄几千元甚至上万元的冠脉支架下降至数百元。但存在部分医生不得不改变临床习惯，衍生出了其他原本未充分考虑到的临床问题。中国药科大学医药价格研究中心主任路云向媒体表示，第四批高值耗材国采的规则有了较大程度的创新，共设置了三套中选标准，符合其中任意一个标准都可以中选，变数仅在排名和对报量所占比例的差异上，此举可让更多不同企业的产品入选。另外，在前期报量环节，医疗机构可以指定常用厂牌，在各个类别里的报量累计占比超过 5% 的医院，还可以自由选择中选企业的产品，这给了医院极大的自由度和空间。

本次高值耗材国采，充分吸收了此前高值耗材国采的经验，在尊重临床的前提下，不追求“地板价”，降幅相对温和，促进有实力的更多企业的充分参与和积极创新。此外，对于能提供临床疗效和功能确有改善的创新产品，会给予 1.4 倍的加成，在价格上予以倾斜，在

集采降价的基础上保证创新企业的额外获益，促进产业的创新发展。

#### 四批国家高值医用耗材集采看：3 趋势

趋势一，国采降价幅度趋于缓和。2020 年第一批国采是冠脉支架，93%的降幅令人印象深刻，2021 年第二批国采是骨科关节，平均降幅为 82%，2022 年第三批国采是骨科脊柱，平均降幅为 84%，刚刚公布的第四批国采覆盖人工晶体、运动医学相关高值医用耗材 30 个品种，拟中选产品平均降价 70%左右。可见，国采产品价格的降幅趋于缓和。再从续约情况来看，以冠脉支架为代表的部分产品续约规则相对温和，价格出现一定幅度提升，2022 年 11 月的国家冠脉支架期满接续采购中，中选产品的平均价格为 770 元/根，较首次集采平均价格上涨约 10%。

趋势二，国采规则设计持续优化。最初第一批冠脉支架国采未进行分组，以绝对价格排序入围，对此业界有所诟病。关节国采对规则进行了明显优化，按照采购需求、企业供应能力、产品材质等条件设置了分组，并增加了组间防倒挂的复活机制。脊柱国采又增加了降幅达到特定水平可直接中标的规则三，有利于稳定价格预期。

总结此前经验的基础上，第四批国采的规则更加精细化、科学化，包括设置了分单元分别竞价，即综合考虑医疗机构需求、企业供应意愿和供应能力等因素，将企业按照 A、B 竞价单元进行申报；在分量规则方面，按照量价挂钩要求，中选产品按照报价由低到高进行排名，根据排名先后梯度分配基础量。

用中国药科大学医药价格研究中心路云的话来讲，叫“巧规则、稳临床、促创新”，“此次集采设计了多种拟中选规则，增加企业中选机会，同时对报量大的医疗机构也给予了更多选择空间，对临床疗效和功能确有改善的创新产品也给予一定加成。”

事实也的确如此。第四批国采有 128 家企业进行了申报，基本上取得了医疗器械注册证的企业都进行了投标，最终有 126 家企业拟中选，中选率 98%。多元的企业供给稳定了医疗市场，同时也避免了价格上的恶性竞争。

趋势三，国采推动国产化率提升。从此前三批国采的情况来看，进口品牌终端价格降幅较大，导致进口产品渠道利润空间大幅压缩，对经销商的吸引力减弱，这样一来，进口品牌的渠道优势被大大降低，国产厂商的比较优势就会显现出来，尤其是对于那些在生产制造、渠道物流、销售推广、研发能力等方面有优势的国产龙头企业来说，获取更大的市场份额成为可能。

值得一提的是，随着国采的不断推进和持续深入，集采下的医疗器械行业正经历着变革和重塑。具体来说，国采对行业的影响可分为四个阶段：

第一阶段是预期形成阶段，在集采正式文件尚未发布至集采结果公布前，市场对集采不确定性的担忧可能影响反映在估值层面。

第二阶段是集采落地执行的第一年，由于价格下行在一定程度上减轻了疾病的负担，患者的支付意愿提升，手术量将在短期内迅速上

升。另一方面，集采执行后，临床医生的理念、操作习惯、使用偏好也在发生改变，同一手术操作下的创新器械的使用率显著提高。

第三阶段是集采落地执行后 2—4 年内，未中标产品难以进一步提升市场份额，行业经历洗牌。另一方面，DRG/DIP 支付限额内新增、升级，患者自付/商保产品、服务新增是业务持续发展核心机遇。

第四阶段是集采后长期行业发展趋势，对于中标企业来说，进入价稳量增阶段，集采加速推动了产品与术式的创新，创新术式和传统术式下创新产品临床应用为企业利润增长新引擎。

回顾 2019 年 5 月，中央深改第八次会议审议通过治理高值医用耗材改革的方案，要求按照带量采购、量价挂钩、促进市场竞争等原则探索高值医用耗材分类集中采购。2020 年至今，国家已组织四批高值耗材集采。目前，国家组织、联盟采购已经成为常态化，集采竞价规制、质量、供应、配送、使用的保障机制和配套政策也日趋完善和优化，在“物美”与“价廉”、保民生与鼓励创新上做出了更好的平衡。

[返回目录](#)

## 如何深化医疗服务价格改革

### 实现医、保、患多方多重目标的动态平衡

来源：金豆数据

深化医疗服务价格改革是促进医疗保障和医疗服务协同高质量发展的重要举措，也是广大人民群众最关心、最直接、最现实的利益

问题。

近年来，医疗服务价格改革、调控、管理、监督力度持续加大，政策体系不断完善，价格结构逐渐优化，对促进医疗技术进步、控制费用过快增长、支持医疗事业发展起到了积极作用。与此同时，也面临一些深层次体制机制问题，单纯依靠调价以保障公立医疗机构高速发展的理论基础和现实可持续性存在挑战，亟待厘清一些重点问题的认识。

### 一、各利益相关方对价格调整认知有温差

自国家医保局 2018 年成立以来，指导各地全面建立医疗服务价格动态调整机制，连续三年开展制度化调价评估，抓住取消药品耗材加成、加强医疗机构成本控制等改革创造的有利窗口，实施多轮调价工作，医疗服务价格指数试编制结果显示：2022 年底医疗服务价格总水平较 2018 年上涨约 16%，其中手术、中医等部分技术劳务类项目涨幅 20%-30%；门诊、护理等收入规模大、补偿能力强的常规项目价格涨幅 18%-22%。实践中，相关各方对医疗服务价格调整工作的认识却存在明显温差。

一是价格主管部门与医疗机构之间认知有温差。价格主管部门认为近年来连续动态调整价格，频率和范围都持续优化，而相当一部分医疗机构认为医疗服务价格仍不足以弥补医疗服务成本，调价幅度还不够，应予加大。

二是医务人员与患者之间感受有温差，特别是在单项医疗服务价

格和总体费用上存在不同看法。

如有医务人员在自媒体反映“每台手术收入 500 元”，多数评论认为没有完全体现医务人员技术劳务价值。但在舆论热点平台上，群众普遍反映当前住院总费用不低，甚至反映在集采有力降低高值医用耗材价格的同时，一些替代性治疗、辅助治疗手段和其他高值医用耗材使用频率明显提高，导致看病住院总费用并未大幅降低。这反映了不同语境下，舆论场对单台手术医务人员的绩效金额、手术项目收费价格及住院总费用容易混用，并得出不同结论。

三是在认可医务人员技术劳务价值的前提下，由谁来买单的认知有温差。

从观点看，大致可分为两类：一类认为应该尽快调价，以更有利体现医务人员价值，有的既赞成提高医务人员收入，又不赞同提高医疗服务价格，认为应通过加大成本管控、改革薪酬分配制度加以解决；另一类希望进一步加大药品和耗材集采力度，腾出空间激励医务人员。不过，对此医药产业界则反映承压较大。

总的来看，各方对医疗服务价格认知温差较大，现阶段突出矛盾是医疗机构等相关方面通过调涨医疗服务价格增收、增薪的诉求强烈，与群众实际负担能力之间的矛盾。因此，在医疗服务价格改革和深化医改中，均衡各方责任和利益，以系统集成实现多重目标的动态平衡，尤为重要。

## 二、始终坚守公立医疗机构的公益属性

在各方立场和出发点不一的情况下，关于医疗服务价格水平、功能作用的探讨，须正本清源回归到公立医疗机构的基本定位上。长期以来，基本医疗服务应由“政府主导”还是“市场配置”的问题，各界一直在讨论和探索。经过多年的实践发展，结论已清晰，那就是社会主义国家性质决定了中国必须坚持基本医疗卫生事业的公益性，坚持政府主导、体现公益属性、发挥公立医疗机构主力军作用。无论社会发展到什么程度，都要把公益性写在医疗卫生事业的旗帜上，不能走全盘市场化、商业化的路子，才能更好保障广大人民群众就近享有公平可及、系统连续的健康服务。

2022年卫生健康事业发展统计公报显示，公立医疗机构诊疗人次占总诊疗人次的83.4%，公立医疗机构床位占总床位数70.0%，已经成为医疗服务供给的绝对主力军。实践证明，以坚持公益属性为底色的中国方案破解医改这一世界性难题，方向正确、成效显著，人民群众基本医疗得到保障，人均预期寿命逐步提高，在抗击新冠肺炎疫情的斗争中，中国的医药卫生体系经受住了考验，为打赢疫情防控阻击战发挥了重要作用。

与此同时，要全面辩证看待客观问题，在坚定不移践行政府主导和公益性的前提下，也要意识到其在效率和激励上相比市场的不足之处。主要是对效率高的医疗机构激励仍不足，高水平医务人员阳光收入与其知识技术价值不匹配；效率低的医疗机构缺乏退出机制，从粗放式发展向精细化转型的内在驱动力不足。因此，探讨医疗服务价格

的合理水平和应有功能，首要应当站稳基本医疗服务公益属性的基本立场，并着眼于克服现有机制不足之处。

### 三、理性看待公立医疗机构亏损现象

近年受新冠大流行影响，公立医疗机构亏损见增。2021年度全国二级公立医院绩效考核中，约43%的二级公立医院出现亏损。因而，公立医疗机构通过加大调高医疗服务价格力度，以弥补亏损的诉求声渐大。

如何看待公立医疗机构亏损，是一个重要问题。通常来说，以公益性和提供公共服务为主要任务的机构，为了充分体现其设立初衷，均会相对从严控制收费标准，会存在一定亏损，如铁路、电力、城市公共交通等。考虑到公立医疗机构的公益属性，有一定的亏损面，有人认为是可以预见的。从国际上看，英国是公立医院为主的典型国家，2018-2019财年约有一半的公立医院收支为赤字。因此，对于公立医疗机构存在一定范围的亏损现象，从国际国内对比看，有一定共性，需客观分析其原因，综合施策加以解决。

应当看到，一定区域内医疗服务价格基本统一，相同价格政策下，有的医疗机构盈余，有的医疗机构亏损，说明医疗机构盈亏不完全是医疗服务价格问题，而是多种因素综合作用的客观结果。比如，部分地区人口流出，医疗资源局部过剩，医师日均诊疗负担下降，导致部分地区医疗服务体系出现结构性效率下滑，部分医疗机构亏损。还有，少数医疗机构无序扩张规模、新增设备；有的医疗机构医护药技行政



人员比例不合理，内部管理效率待提升；有的医疗机构成本消耗关键环节监管缺失。对此，卫健部门正通过优化区域卫生规划调整、开展公立医院绩效考核、加强公立医院运营和财务管理等，推动公立医疗机构降本增效。

同时，对于存在部分医疗服务价格项目和价格不合理的问题，医保部门也不能回避，卫生健康、医保部门应分别在降本增效、完善价格上持续改进。医疗服务价格既不能长期不调，也不能瞄着医疗机构收支缺口，全部诉之于医疗服务价格单边上涨，特别是基础设施建设、大型设备采购等所形成的债务，不应通过做大医药总费用来解决，而应走正常的补偿渠道。

作为管理者，心中须有一根弦，在践行公益属性前提下，为保持一定的运行效率和竞争活力，应对公立医疗机构亏损面保持合理的承受度和调价定力。同时，要坚持系统集成、协同高效，各相关部门应共同在医疗资源规划重整、深度融合、服务模式创新、临床路径管理、支付方式改革、薪酬制度改革，以及医疗服务价格改革等方面共同筹措、联动推进，才能发挥综合效应，从根本上解决问题。

#### 四、医疗服务价改中，寻求“平衡”

2018年机构改革以来，医保部门被赋予新的职能定位，充分发挥医保基金战略性购买作用，通过集中带量采购、医保目录谈判等保障参保群众用上质优价宜的药品、耗材。随着改革向纵深推进，着眼于行业和患者越来越关注的医疗服务价格和医务人员劳务价值的问

题，医保基金战略性购买将进一步从药品耗材深入到医疗服务全领域，着力发挥“全口径战略性购买”作用，坚持以价值为导向，有选择有计划地购买医务人员技术劳务，打通医疗服务价格、医保购买、医院收入和医生薪酬的价值传导链条，促进医疗服务供给端的高质量发展。

战略性购买医务人员的技术劳务价值，关键在于锚定医务人员的合理薪酬。可参考国际上医生薪酬一般为社会平均工资3倍-5倍的惯例，如美国5倍，德、法、日为3倍-4倍，英国为2.5倍-4倍。

同一区域统一的医疗服务价格水平下，对于管理有力、医疗资源整合运用合理、业财融合较好，降本增效而盈余的医疗机构，在完成政府要求的基本诊疗、疾病防控、支边、援外、应急等工作后，医务人员薪酬随绩效可按社会平均工资3倍至4倍确定，高水平医疗机构或医学领军人才可放宽至5倍；对于服务数量不足或管理不善而暂时性亏损的医疗机构，一般不超过社平工资的3倍框定平均薪酬水平，不宜过高，意在激励为导向，挖潜降耗加强管理；对于长期亏损的医疗机构，如人均工作量明显偏低、不饱和，可暂按社平工资的2倍左右确定平均薪资水平，同时启动机构设置和管理能力优化再评估，这也是“三明医改”的成功经验，“不能亏损兑付绩效工资”。

医保部门作为购买方，医疗服务价格的合理确定应重点关注大部分医疗机构的盈余水平和管理水平，并平衡好群众承受力，不过度迁就管理效益水平较低的医疗机构。要坚持动态调整又考虑公益性的医

疗服务价格政策，通过与薪酬制度关联，引导医疗机构降本增效，同一价格水平下，完成政府基本要求后，盈余的医疗机构多发薪酬、不盈余的则少发薪酬，以此激发医疗机构提升效率的内在动力，真正践行“两个允许”。

对于一些人口流失严重、老龄化趋势明显的地区，无论怎么调价和控成本，医疗机构都可能出现大面积亏损，因此，有必要重新评估区域医疗卫生规划，有序推进转型，科学调整临床专科和人员配置，可适当撤并少数公立医疗机构。例如，宁波市鄞州区因出生人口下滑，将全区妇产儿医疗资源整合至新建的宁波大学附属人民医院妇女儿童医学中心，优化医疗资源配置，提高医疗资源利用率。对于确有需要设置，但因地区禀赋而自身造血能力不足的医疗机构，可参考社区卫生服务中心或乡镇卫生院补偿机制，由财政给予基本保障，医务人员收入参照基层医疗机构执行。

当前，公立医院进入高质量发展阶段，面临的不再是低水平的可及性问题，而是优质医疗服务快速扩容、均衡分布，能否满足人民群众的美好健康生活需求。

而医保部门的职能定位，决定着必须在多重目标中寻求动态平衡，既要关注医疗机构运行状况，也要研判医保基金承受能力，更要考虑群众就医经济负担，因此，医疗服务价格要发挥好“度量衡”“信号灯”“助力器”的政策工具功能。在有效控制医药总费用过快增长的前提下，各地应根据经济社会发展水平，抓住物价总水平相对平稳

温和的有利条件，分类采取相应的调价策略。其中，医药总费用增速长期控制在10%以内、医保基金累计结余合理的地区可进入相对宽松的调价周期；医药总费用增速较快、医保基金累计结余合理的地区可采取中性的调价政策；医药总费用增速过快、医保基金累计结余吃紧的地区须采取从紧的价格政策。

总之，通过价格调整优化，引导医疗资源高效配置，支持薄弱学科加快发展，让公立医院靠服务质量吸引患者，让医务人员靠技术价值获得回报，促进基本医疗服务从“量的增长”转向“质的提升”。

## 五、未来我们要做什么

下一步，深化医疗服务价格改革将突出以下方面：

一是支持公立医疗机构高质量发展。鼓励分级定价，根据医疗机构等级、医师级别和市场需求等因素，对医疗服务制定不同价格，适当拉开价格差距，引导患者合理就医。探索优质优价，对于国家医学中心和临床重点专科提供的代表其专业特色的诊疗，其医疗服务价格在本地三级公立医院价格基础上予以适度上浮空间。

二是支持医疗技术创新发展。加快推进医疗服务价格项目编制，分批发布立项指南，规范整合现有价格项目，提高项目兼容性。对于改良型创新，直接适用现有项目价格政策，快速匹配；对于突破型创新，加快审核速度，符合条件的开辟绿色通道。

值得关注的是，全国医疗机构每年申报新增医疗服务价格项目近万项，而有着“临床试验理想之地”的澳大利亚，现有医疗服务价格

价目总共仅 5000 余项，中国海量的新增价格项目申报显然不符合医疗技术发展的客观规律。分析发现，大量鱼目混珠、无临床价值的“伪创新”，属于分解现有项目、绑定特定设备等，试图通过微改良大幅提价，挤占了真正创新的空间，也对创新环境和质量产生负面影响。下一阶段，医保部门将引入经济性评价、真实世界研究等，加强对创新项目的把关。

三是支持体现技术劳务价值。医保部门始终关注医务人员的技术劳务价值。在医疗服务价格调整总量分配上，着重突出技术劳务价格，要求各地调价方案坚持“三个 60%”，即价格结构中，技术劳务占比 60% 以上的项目优先纳入调整范围，且此类项目的数量和金额占比均达调价总数和总金额的 60% 以上。探索建立价格分类形成机制的具体方案，将复杂型项目引入公立医疗机构参与报价；对于技术劳务占比为主、价格矛盾突出的诊疗项目该涨则涨，重点关注急诊、特级护理、重症、抢救、病理检查、安宁疗护等类别；对薄弱学科医疗服务项目，给予政策激励，重点支持基层医疗机构和中医医疗服务发展；复杂手术等难度大、风险高的医疗服务，适当体现价格差异；对于核磁、CT 等大型设备检查治疗，则同步推动降低价格。

四是支持关键环节成本消耗管控。医疗服务价格改革中将院区扩建、设备更新、超编用人等，作为重点监测指标嵌入调价评估体系，引导公立医疗机构主动适应改革、强化内部管理、优化服务和收入结构，从而打开调价窗口、扩大调价总量。同时，密切关注医药领域腐

败问题集中整治最新进展，重点跟进了解大型检查治疗设备真实采购价格，对于大型设备采购成本严重失真的，及时降低项目价格，切实挤出虚高设备采购的水分。

五是支持推进“三医联动”改革。“三明医改”的成功关键在于合理控制住医药总费用的过快增速，实现每年增速不高于8%，远低于全国14%左右的平均水平。从中也可见，深化医疗服务价格改革牵一发而动全身，只有医保、卫生健康等有关部门共同努力，推动医疗服务价格改革与合理控制医药费用、医务人员薪酬制度改革等综合改革齐头并进，才能达到系统集成、协同高效的效果。医疗服务价格改革充分体现共享发展理念，红利应由人民群众、医务人员、医疗机构共享，既要协同完善公立医疗机构收入补偿机制，也要研究建立医疗服务价格调整与公立医疗机构内部分配的利益传导机制。

[返回目录](#)

## • 政务公开 •

### 国家卫生健康委就介绍巩固拓展健康扶贫成果 推进健康乡村建设工作进展有关情况举行发布会

来源：国家卫健委

国家卫生健康委于2023年12月15日(周五)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，介绍巩固拓展健康扶贫成果推进健康乡村建设工作进展有关情况。

主持人

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系列主题新闻发布会的第17场。为贯彻落实党中央、国务院关于巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的决策部署。2021年2月，国家卫生健康委联合国家发展改革委、工业和信息化部、民政部等13个部门联合印发《关于巩固拓展健康扶贫成果同乡村振兴有效衔接实施意见的通知》。

近三年来，各地各部门围绕优化疾病分类救治措施，健全因病返贫致贫动态监测和精准帮扶机制以及优化乡村卫生医疗服务覆盖等方面，结合工作实际不断探索推进。今天的发布会我们以“巩固拓展健康扶贫成果，探索推进健康乡村建设工作”为主题介绍相关工作的情况。

出席本次发布会的嘉宾有：

国家卫生健康委财务司副司长、乡村振兴办副主任任西岳先生；

河北省卫生健康委一级巡视员江建明先生；

浙江省杭州市余杭区区委常委、副区长汤丽玉女士。

请他们共同回答大家关心的问题。

下面进入今天的现场提问环节，提问前请先通报所在的新闻机

构。

新华社记者

我的问题是，国家卫生健康委落实党中央、国务院决策部署，在巩固脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接方面做了哪些工作？谢谢！

国家卫生健康委财务司副司长、乡村振兴办副主任任西岳

感谢您的提问。首先，借此机会非常感谢媒体朋友一直以来关心支持巩固拓展健康扶贫成果同乡村振兴有效衔接这项工作。

大家知道，巩固拓展脱贫攻坚成果是全面推进乡村振兴的底线任务，为了确保不发生规模性的因病致贫返贫，国家卫生健康委认真落实党中央、国务院的相关部署，会同相关部门印发了《巩固拓展健康扶贫成果同乡村振兴有效衔接的实施意见》，主要做法有以下两个方面。

一是强机制。国家卫生健康委成立了以委主要领导为组长的乡村振兴领导小组，明确了专责机构和人员来推进这项工作。各地的卫生健康部门也相继成立了一把手任组长的领导小组，将巩固衔接健康扶贫的工作作为当地党委政府巩固脱贫攻坚成果的重要工作来部署、推进、统筹谋划抓落实。

第二个方面是守底线。建立健全全国防止因病返贫动态监测系统，定期摸排易致贫返贫人群的健康和保障情况，建立工作台账来开展监测预警。同时，积极指导各地开展分类救治和健康帮扶，坚决守住防止规模性因病致贫返贫的底线。



与此同时，我们还监测乡村医疗卫生服务机构和人员的变化情况，重点是我们要求各地采取固定的设施、流动的服务等等方式，来逐步形成稳定的县域巡回医疗和县帮乡、乡帮村的派驻服务机制，来坚决守住乡村医疗卫生服务全覆盖、没有空白的这个底线。谢谢！

总台中国之声记者

健全的乡村医疗卫生体系是巩固健康扶贫成果的一个关键，我们想请问河北是如何解决乡村医疗卫生服务的短板问题的？谢谢！

河北省卫生健康委一级巡视员江建明

感谢你的提问，以及对河北卫生健康事业的关注。河北省坚持预防为主政策，积极探索建立“未病早预防、小病就近看、大病能筛查、慢病有管理”的基层服务模式，较好满足了人民群众的看病就医需求。我们的主要做法：

一是筑牢基层服务的网底。在全省积极推进紧密型县域医共体建设，促进优质资源下沉，推动远程医疗服务向乡镇延伸，群众就近在卫生院看病就能享受到县级的医疗服务。另外，全省常住人口 500 人以上的行政村全部建立了村卫生室，标准化率达到 92% 以上。对常住人口少、服务需求较小、不适宜设置固定村医的行政村，我们定期开展巡回医疗。各地也结合实际积极探索有效的服务形式，比如说，我省张家口市购置了 150 台救护车，建立“流动村卫生室”，车上配有全科医生、常用的药品和检查设备，还能实现医保的结算，方便了群众看病就医，2020 年至今，累计服务村民 149 万人次，免费配送药

品 13600 余份，较好地解决了偏远地区群众的就医难题。

二是不断提升服务能力。指导二级医院对脱贫地区全部乡镇卫生院进行帮扶，实施乡村一体化管理，乡镇卫生院对村卫生室实施人员、财务、业务、工资、管理、奖惩、药品器械、准入退出、绩效考核、培训教育等十个方面进行统一的管理。全省 48796 个卫生室纳入了一体化，聘用乡村医生 62757 人。承德市在“十统一”的基础上进一步细化强化了人才培养、待遇保障、能力提升等方面的政策措施，财政出资定向培养乡村医生 1785 名，按照服务人口给予村医每年 5000 元、10000 元、15000 元的定额补助，村医每年向乡镇卫生室报告服务情况，接受乡镇卫生院的培训考核，村医的服务能力以及群众满意度也得到了显著提升。

三是坚持防病先行。建立农村地区大病人员信息化台账，每半月将新增大病人群推送给乡村振兴部门，实现提前预警。在村居委会成立公共卫生委员会，在中小学设立“健康副校长”，引导群众增强防病意识。各地在坚持防病先行方面也进行了积极的探索和实践。比如，我们邢台的临西县依托村卫生室建设“健康小屋”，进一步拓展了村卫生室的功能，为农民群众提供健康科普、疾病治疗、健身运动、防治指导、疾病筛查、心理辅导、康复训练等“七位一体”的综合服务，提高了群众的健康意识，筑牢了因病返贫的“防火墙”。

我就介绍到这里，谢谢！

健康报记者

据了解，浙江在推进健康乡村建设方面一直走得比较快，特别是助力千万工程效果明显，请问余杭是如何深化认识和实践的?谢谢!

浙江省杭州市余杭区区委常委、副区长汤丽玉

感谢您的提问。“千村示范、万村整治”工程是习近平总书记在浙江工作时亲自谋划、亲自部署、亲自推动的一项重大的决策。也就是从当时全省近4万个村庄中选取1万个左右的行政村进行全面的整治，把其中的1千个左右的中心村建成全面小康示范村，从而不断缩小城乡差距，提升农村的人居环境。浙江是“千万工程”的发源地和率先实践地，20年来久久为功，持之以恒地推进千万工程，这也深刻改变了浙江农村的面貌。

健康乡村建设是“千万工程”的重要组成部分和深化服务的重要抓手。余杭按照浙江省委省政府的重大决策部署要求，将健康村镇的建设以及提升乡村卫生医疗服务能力作为卫生健康领域深化“千万工程”、促进乡村振兴的重大的政治任务，推动从创建“卫生村”、“健康村”到建设覆盖全民全程的健康促进体系迭代升级，促进健康与养老、休闲、旅游等深度融合。在我们乡村，我们的老百姓既能在村中享受优质高效的健康服务，同时又能欣赏到美丽的田园风景。同时我们坚持从基层需求出发，深入拓展浙江推进健康乡村建设的做法，实施“两慢病”（高血压、糖尿病）的医防融合、参保城乡居民免费体检、重点疾病免费筛查等一系列的重大改革，不断筑牢我们乡村公共卫生网底。同时不断深化县域医共体的建设，实施医学人才下沉

服务，不断完善医疗分级诊疗体系，提高我们乡村健康服务的水平；在持续优化我们乡村健康人居环境的基础上，积极倡导健康的生活方式，实现了环境美、治理好、产业兴、百姓富，从而推动形成全社会共同落实大卫生、大健康的良好格局。谢谢！

**香港中评社记者**

请问防止规模性因病致贫返贫的重点和难点是什么？有什么具体的解决办法？谢谢！

**国家卫生健康委财务司副司长、乡村振兴办副主任任西岳**

谢谢这位记者的提问。疾病是巩固脱贫攻坚成果路上的拦路虎，目前疾病仍然是致贫返贫风险的主要因素。据统计，重点监测的“三类户”，也就是脱贫不稳定户、边缘易致贫户和突发严重困难户，这“三类户”当中，主要返贫风险为因病人员的占比还是在40%以上。所以，可以想象疾病可以被控制，但是不会随着脱贫攻坚的胜利就消失，而且今后还是防返贫的一个主攻方向。因此，防止规模性因病返贫确实是我们必须扛起的政治责任，是一项底线和刚性的任务，也是一项长期的任务。

您刚才问到了这项工作的重点和难点在什么地方，它的重点和难点就在于需要及时发现，然后采取有效措施去解决。守住这个底线最关键的就是要做到精准识别、及时预警和落实各项帮扶措施，避免因政策落实不到位，帮扶不及时而出现致贫和返贫的情况。

在脱贫攻坚胜利以后，为了做到精准到户、精准到人、精准到病，

我们建立了全国防止因病返贫动态监测系统，对刚才提到的三类重点人群开展监测，与国家乡村振兴局的监测网络也进行了有效对接，并且会同国家医保局等部门对监测和帮扶工作做出了具体部署，来做好帮扶工作。

具体来说，就是说摸排三类重点人群的患病情况、治疗进展和费用保障情况，建立台账，逐一落实帮扶措施。对于有高血压、糖尿病、结核病等慢病的患者及时进行签约服务，由基层的医生开展健康教育、指导用药。对于患了胃癌、肺癌、儿童先心病等大病的患者，及时落实专项救治措施。与此同时，配合民政、医保等部门落实各项保障政策和社会救助、慈善帮扶等措施，让因为患病而产生返贫或者致贫风险的群众能够得到及时救助。根据全国防止因病返贫动态监测系统数据显示，2021年以来，累计重点监测“三类户”当中存在因病致贫返贫风险的接近108万户，占到全部监测重点户的48.13%，这些人群全部落实了医疗帮扶措施。谢谢！

凤凰卫视记者

随着老龄化社会的到来，乡村慢病老人的健康是日益受到社会的广泛关注，那请问杭州市余杭区作为全国首批乡村振兴示范县，对这些重点人群有哪些健康服务举措呢？谢谢！

浙江省杭州市余杭区区委常委、副区长汤丽玉

谢谢您的提问。老百姓的健康是我们最大的民生。余杭区委区政府历来重视卫生健康事业的发展，尤其对农村“两慢病”的老人尤为

关注。2020年，浙江省在全国率先创新推出了医防协同的机制，同时也启动了“两慢病”的综合改革。余杭紧紧抓住改革机遇，先行探索，我区的径山镇社区卫生服务中心也成为了浙江省首个“两慢病综合改革示范基地”。

我们通过不断完善医疗服务体系建设，持续推进城乡医疗服务均衡化。近几年，余杭区不断加大对基本公共卫生服务，尤其是老年人免费健康体检、家庭医生签约服务的投入。同时，为了更好的打造“15分钟健康服务圈”，我们3年内新改扩建了100多个社区的卫生服务站，每年组织1200多人次的区级以上的医疗人才下沉到村社，为老百姓开展诊疗服务。同时结合浙江推出的未来乡村、未来社区的建设，特别是未来乡村数字化健康服务场景建设，我们打造了一批集未来健康小屋、远程会诊、24小时自助服务，还有云诊室、云药房这样一体化的智慧社区卫生服务站点。

同时，围绕重点人群我们推进“两慢病”综合改革，全面提升了服务能级。我们目前全区12家卫生服务中心已经实现了“两慢病”一体化门诊的全覆盖，就诊的患者只要在我们一体化门诊刷一刷市民卡，就能进行诊前的健康评估，而且健康评估的数据能第一时间传输到医生的诊疗平台，这样就大大缩短了患者的诊疗时间。同时，为了更好地为慢病老人进行全周期的健康服务管理，我们充分发挥全区228支家庭医生团队的作用，为“两慢病”病人逐一进行精准的评估、形成精准的画像，实现了对慢病患者的全过程管理。积极探索创新补

偿机制，设立了“两慢病”的专项经费，同时把“两慢病”的绩效考评从基层的总体考核当中单列出来，并实行前置考核，大大激发了基层医务人员的积极性和主动性。

随着改革实践的不断深入，我们余杭老百姓也获得了越来越多优质健康的服务，农村居民的健康水平也得到了不断的提升。目前，余杭的人均期望寿命值达到了 83.67 岁。在全民享有更优质均衡的医疗健康服务道路上，我们余杭一直在努力。谢谢！

**北京青年报记者**

想请问任司长，咱们都知道现在农村地区的医疗条件非常薄弱，比如人才短缺等，我们现在应该怎么去解决这些问题？谢谢！

**国家卫生健康委财务司副司长、乡村振兴办副主任任西岳**

谢谢，您关注的问题确实是很关键。硬件设施不完善、人才短缺等，是不少乡村地区存在的一个主要问题。几年来，我们一直聚焦脱贫地区，持续完善服务体系。在房屋设备等硬件建设方面，国家卫生健康委、国家发展改革委等部门加大对脱贫地区、偏远地区等县级医院的支持力度。单个县级医院项目平均中央预算内的投资就由“十二五”期间的 1500 多万元提升到“十四五”的 4300 多万元，翻了一倍还多，支持医院提标扩能，改善用房条件，提升诊疗环境，更新医疗设备。

今年，中央财政共安排转移支付资金 1084 亿元，支持 22 个中西部省份开展卫生健康工作。中央预算内投资安排 238.4 亿元，支持

22 个中西部省份医疗卫生机构基础设施建设，这是硬件方面。

在人才队伍等软件建设方面，有以下几个做法：

一是在“引”上下功夫，持续推进农村订单定向免费培养医学生工作，实施大学生乡村医生专项计划。2023 年，招聘大学生乡村医生超过 5000 人，农村免费订单医学生有 4800 多人完成住院医师规范化培训，进入乡镇基层岗位工作。2018 年，中央财政开始支持实施基层卫生人才能力提升培训项目，到 2022 年底，中央财政累计投入 17.9 亿元，共培训了基层卫生人员 65 万，其中乡村医生 43 万。

二是在“育”上下功夫，组织城市三级医院开展帮扶工作，帮扶范围由在脱贫攻坚期的 832 个脱贫县扩大到 940 个县的 1496 家县级医院，着力做好传帮带。特别是对 160 个全国乡村振兴重点帮扶县，除了有三级医院帮扶之外，还增加了“组团式”的帮扶机制，安排城市的大医院对县人民医院采取“师傅带徒弟”“团队带团队”等方式，帮助受援医院培养综合管理人才和专业技术人才。每县每批次派驻 5-7 个人，每人帮扶的时间至少要一年。

三是在“联”上下功夫，就是推进医联体建设，推动在县域建立县域医疗共同体，在边远地区建立远程医疗协作网等形式，持续促进医疗资源下沉。截止到 2022 年底，有 204 个脱贫县开展国家医共体建设试点，占国家试点总数的四分之一。今年有更多的脱贫县建设医共体，远程医疗服务平台覆盖了 90%左右的脱贫县。

第四个方面是在“留”上下功夫，主要是改革乡村卫生人才的使



用机制，实施县管乡用和乡聘村用，落实地方主体责任，分类别解决村医的待遇和养老保障这些问题。组织了执业医师参加全科转岗培训，通过这些措施为壮大乡村医疗卫生人员队伍奠定基础。

总之，硬件建设可以通过一次性投入来解决问题，人才队伍的建设不是一朝一夕的事，需要用情用力，培育环境，综合施策，久久为功。随着中办国办《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》全面落实，乡村卫生人才队伍将会进一步得到加强，服务体系将进一步完善，也必将更好地服务基层群众。谢谢！

**中新社记者**

进入过渡期，河北在防止因病返贫帮扶方面采取了哪些具体的举措，有什么具体成效？谢谢！

**河北省卫生健康委一级巡视员江建明**

谢谢您的提问。河北省在2019年就探索建立了脱贫防贫长效机制，进入过渡期以来，我们在保持主要帮扶政策稳定的基础上，将监测的范围扩大覆盖到所有的农村人口，最大限度的织牢防止因病返贫的网底。

一方面，我们充分发挥部门预警作用，扩大了防贫监测预警的范围，将全省30种患者大病信息与民政、医保、乡村振兴等部门进行数据比对和共享。将患者病案首页信息与医保高额费用数据进行关联分析，掌握全省农村地区、重点人群和重点疾病，充分发挥乡村医生贴近，群众服务群众的优势，每半个月对农村大病重病患者的救治情

况进行摸排。将未救治的大病、重病患者作为风险人员，及时推送给乡村振兴、民政和医保部门。

经相关部门核实后纳入监测对象或重点人群，给予一定的救助。打消患者对高额医疗费用支出的顾虑。同时，跟进健康教育和政策宣讲，确保及时看病就医，做到了关口前移。

在这方面我也给大家介绍一个实例，我们省卫健委驻村帮扶保定涞源清风沟村，这个村一名67岁的村民是家里面的主要劳动力，去年突发脑梗，严重影响了正常的生产生活，村医入户排查发现这一情况以后，第一时间把这个情况报告给乡村振兴部门，按照程序将这名村民纳入了监测的对象，并联系当地的医疗机构进行住院治疗。驻村工作队也是积极协调省里的医疗机构专家对患者进行远程的医疗服务。由于排查监测和救助帮扶及时到位，这名患者得到及时救治，目前患者病情稳定，恢复了正常的生活。这两年，我们通过基层的摸排，提取全省大病救治台账中30种大病患者超过了75.3万人，累计向乡村振兴部门推送高风险人员是1.9万例，有效防止了因病致贫返贫问题的发生。

另一方面，我们加强对基层医疗卫生机构的监测，保障基本医疗服务的全覆盖。我们依托全国防止因病返贫动态监测系统，加强对村卫生室、人员和服务情况的监测，加密调度督察和暗访检查频次，定期通报监测情况，指导各地做实做细乡村一体化管理，有效防止了因村医老龄化或人员留不住等问题造成我们医疗服务保障上的“空白”。

点”。另外，省政府专门出台关于加强乡村医生队伍建设的政策文件，省财政安排专项经费每年为村卫生室定向培养三年制专科大学生，累计培养本专科定向医学生 2049 名。同时，将农村定单定向免费医学生待遇落实情况纳入省管领导班子和领导干部的考核，推动待遇保障政策的落实，有效解决了人员留不住的问题。

我就介绍到这里，谢谢！

每日经济新闻记者

脱贫攻坚结束后，国家明确了五年的过渡期，现在过渡期已经过半，那么国家卫生健康委对于过渡期的工作还有哪些考虑？谢谢！

国家卫生健康委财务司副司长、乡村振兴办副主任任西岳

谢谢您的提问。确如您所说，现在五年的过渡期已经过半了，我们既要做好当下的工作，也要与今后的工作进行有效衔接。

一句话，就是一手抓巩固成果，一手抓乡村振兴。一方面，持续巩固拓展健康扶贫成果是乡村振兴的前提和基础，我们要继续完善防止因病返贫监测和帮扶机制，继续开展好定期排查、识别和落实相关举措这些工作，切实防止出现规模性因病返贫。

同时，要进一步完善基层医疗卫生服务体系，强化巡诊、派驻这些机制，保持乡村医疗卫生服务的全覆盖，确保乡村有医生看病，患者能够及时看上病。

另一个方面，就是探索推进健康乡村建设。党的二十大提出，要全面推进乡村振兴，建设宜居宜业和美乡村。刚才浙江也介绍了“千

万工程”在卫生健康领域的探索和实践，据我们了解，还有许多地方也围绕乡村振兴目标开展了不少生动的基层实践。比如说，山西省今年就安排了 1.4 亿元支持 14 个县开展健康乡村建设，助力乡村振兴。更多的地方是把健康中国建设、爱国卫生运动、深化医药卫生体制改革，特别是加强基层医疗卫生服务体系等这些要求结合起来，探索推进符合本地区实际的健康乡村建设。

目前，我们也正在研究地方的经验和做法。下一步，我们将认真落实党中央、国务院关于乡村振兴的总体部署和要求，坚持“大卫生、大健康”理念，贯彻“将健康融入所有政策”这样一个要求，认真学习浙江“千万工程”经验，研究制订有关政策措施，推进健康乡村建设，最终为我们的乡村全面振兴提供坚实的健康保障，也希望各位记者朋友持续关注支持我们的工作。谢谢！

## 21 世纪经济报道记者

健康支持性环境的建设是提高居民健康素养的有力抓手，请问余杭区是如何打造健康支持性环境的？

## 浙江省杭州市余杭区区委常委、副区长汤丽玉

感谢您的提问。乡村振兴，健康先行，共同富裕，健康为基。我们通过不断深化健康支持性环境的建设，从而达到促进乡村建设和居民健康协调发展。

余杭区从 2007 年开始就率先启动健康余杭的建设，实施健康细胞工程，目前已经建成了各级的健康单位、健康学校、健康食堂等健

康支持性环境 1000 余家，健康家庭上万户。经过十年的积累，2017 年我们又启动了健康村镇的建设，并将健康村镇建设和深化“千万工程”、美丽城镇建设进行有机融合。健康支持性环境从“点上的盆景”，到转化成“全域的风景”，实现了国家卫生乡镇、省级卫生村和健康村的全覆盖，“和美余乡”也成了新时代“千万工程”的一个缩影。

同时为了更好地提升村民健康素养，我们以升级完善“15 分钟健康服务圈、文化生活圈和体育健身圈”为抓手，积极营造乡村健康生活的良好的氛围。在余杭，农村文化礼堂、体育健身场所、健康主题公园已经成为了标配，同时通过随处可见的健康科普宣传教育，不断引导村民提升自我健康管理意识，开展喜闻乐见的文体活动，享受健康快乐的生活方式。通过这一系列活动，实现了“村村有场馆，周周有活动”。根据浙江省居民健康素养监测结果显示，我们余杭区的居民健康素养水平达到了 41.34%。

健康产业的发展也是健康支持性环境的重要组成部分。“众人的事情由众人商量”，在我们余杭小古城村，依托优美的生态环境和丰富的健康元素，通过招聘农村职业经理人，群策群力，用健康串起了村内农、文、旅、体、康等方面的资源，大力推动了大健康产业的特色化发展，开发出了例如径山茶宴、彩虹滑道、苕溪营地等特色项目 20 多个，让村民就地就近实现就业。2022 年，我们小古城村的村民可支配收入达到了 5.27 万元，这个村也获评了浙江省首批健康村样

板。目前余杭区城乡居民收入倍差已经缩小到 1.59:1，健康产业的发展在促进共同富裕的道路上也发挥着越来越重要的作用，让共同富裕变得更加真实可感。谢谢！

**主持人国家卫生健康委新闻发言人、宣传司副司长胡强强**

好，谢谢汤副区长。如果没有其他更多问题的话，我们的现场提问环节就到这里。今天的发布会我们围绕“巩固拓展健康扶贫成果，探索推进健康乡村建设”的有关情况，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，欢迎大家继续关注，今天的发布会就到这里。谢谢！

[返回目录](#)

## **心血管死亡人数仍在上升，高血压危害最大！全球心血管病负担报告**

来源：中国循环杂志

近日，JACC 发表了 1990~2022 年全球心血管病的疾病负担报告。

报告显示，2022 年，心血管病导致全球约 1980 万人死亡，损失了 3.96 亿年的寿命以及 4490 万年伤残所致的寿命 (YLD)，而约三分之一 (34%) 的心血管死亡发生在 70 岁之前。

该报告显示，全球心血管病疾病负担有以下几个趋势：

### **全球心血管死亡率降低，但死亡人数增加**

全球年龄标化心血管死亡率从 1990 年的 358.4/10 万下降到 2022 年的 233.2/10 万，降幅为 34.9%，但心血管死亡人数明显增加了，从 1990 年的 1240 万增加到 2022 年的 1980 万，反映了全球人口增长

和老龄化，以及可预防的代谢、行为和环境危险因素的影响。

2015~2022年，全球有27个地区的年龄标化心血管死亡率上升。由于代谢、行为和环境危险因素，疾病负担水平较高。

### 高收缩压：心血管病负担的首要原因

高收缩压、饮食风险、大气颗粒物污染、高低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高体重指数、高空腹血糖和吸烟，是导致全球心血管病负担(年龄标化心血管病伤残调整寿命年)最重要的因素，这些危险因素导致的年龄标化心血管病伤残调整寿命年均超过500/10万。

在所有的代谢危险因素中，高收缩压是导致全球年龄标化心血管病伤残调整寿命年的最大因素，2022年导致的年龄标化心血管病伤残调整寿命年为2564.9/10万。

在行为危险因素中，饮食因素是导致年龄标化心血管病伤残调整寿命年的主要因素，而大气颗粒物污染是最大的环境危险因素。

高收缩压的定义为：25岁以上成年人肱动脉收缩压 $>105\sim 115$ mmHg。

高低密度脂蛋白胆固醇的定义为：25岁以上成年人低密度脂蛋白胆固醇 $>0.9\sim 1.4$ mmol/L。

高体重指数的定义为：20岁以上成年人体重指数 $>20\sim 23$ kg/m<sup>2</sup>。

高空腹血糖的定义为：25岁以上成年人空腹血糖 $>4.9\sim 5.3$ mmol/L。

心脏代谢风险负担逐渐增加

全球心脏代谢风险负担增加是一种趋势，因此需要重新重视预防、治疗和控制策略。

例如，据 2023 年世界肥胖地图估计，到 2035 年，全球的超重和肥胖(体重指数 $\geq 25\text{kg}/\text{m}^2$ )人数可能超过 40 亿，而 2020 年是超过 26 亿。预计在此期间，全球肥胖人口比例将从 14% 增加到 24%，预计到 2035 年将影响约 20 亿成人、儿童和青少年。

随着全球肥胖人数的持续增加，全球糖尿病负担也将随之增加。据估计，与 2021 年的 5.29 亿糖尿病患者相比，2050 年全球糖尿病患者人数将飙升至 13 亿。

这项新报告中强调的 5 种代谢危险因素包括高收缩压、高低密度脂蛋白胆固醇、高体重指数、高空腹血糖和肾功能不全[估算肾小球滤过率 $< 60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$  和(或)蛋白肌酐比值 $\leq 30\text{mg}/\text{g}$ ]，所有这些危险因素都可以通过个人层面的生活方式和行为干预以及人口和社区层面的多部门、多方面、社会、环境和政策变化来预防和控制。

阜外医院李建军也指出，近些年来，中国心脏代谢危险因素广泛流行。应从战略层面全面布局，切实解决心脏代谢危险因素的问题，才能从根本上解决问题。

他呼吁，医疗保健系统结构需要改变，需要建立由不同专科医生组成的、协作良好的多学科系统。

### 全球心血管病负担地区差异明显

2022 年，全球各地区每 10 万人中的年龄标化心血管病死亡率从



高收入亚太地区的 73.6 到东欧的 432.3 不等，相差近 6 倍。每 10 万人中年龄标化心血管病患病率在中亚最高 (11342.6)，南亚最低 (5881.0)。

到目前为止，缺血性心脏病是全球心血管死亡的主要原因，其年龄标化死亡率为 108.8/10 万，其次是脑出血和缺血性中风。这三种心血管病导致的死亡率均存在明显的地区差异。

### **中低收入国家的心血管病负担越来越重**

报告显示，中低收入国家的心血管病负担在不成比例地增加。全球 75% 以上的心血管病负担出现在大洋洲、东欧和中欧、撒哈拉以南的非洲、北非和中东、加勒比海、东亚和南亚的中低收入国家。

这种不成比例的心血管病负担增长的一个重要驱动因素是人口增长和老龄化，加上持续的流行病学转变，从而导致心血管病等非传染性疾病和相关危险因素的负担不断增加。

在确定的危险因素中，高收缩压仍然是最令人担忧的，因为它直接导致主要的心血管死亡原因，包括缺血性心脏病、缺血性和出血性中风以及高血压性心脏病。

### **家庭空气污染导致的心血管病负担显著下降**

在心血管病的预防和控制中，除了传统的代谢和行为危险因素外，环境危险因素也值得关注。

报告显示，1990~2022 年，固体燃料造成的家庭空气污染导致的年龄标化心血管病伤残调整寿命年显著下降了 65.1%，相应的伤残所

致寿命年、过早死亡所致寿命年和心血管病死亡率也出现了类似的下降。

[返回目录](#)

## • 医保速递 •

### 2023 年新版医保药品目录发布！

来源：人民日报

12月13日，国家医保局召开新闻发布会，介绍2023年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(以下简称医保药品目录)调整情况。本次调整，共有126个药品新增进入国家医保药品目录，1个药品被调出目录。调整后，国家医保药品目录内药品总数达到3088种，其中西药1698种、中成药1390种；中药饮片仍为892种。2024年1月1日，新版医保药品目录将在全国落地实施。

#### 6年药品谈判，累计为患者减负超6000亿元

国家医保局医药服务管理司司长黄心宇表示，本次目录调整共新增126种药品，其中肿瘤用药21种，新冠、抗感染用药17种，糖尿病、精神病、风湿免疫等慢性病用药15种，罕见病用药15种(其中阿伐替尼片同为肿瘤用药)，其他领域用药59种。同时，调出了1种即将撤市的药品。经过调整，慢性病、罕见病、儿童用药等领域的保障水平得到进一步提升。

在谈判/竞价环节，143个目录外药品参加，其中121个谈判/竞

价成功，成功率为 84.6%，平均降价 61.7%，成功率和价格降幅均与 2022 年基本相当。叠加谈判降价和医保报销因素，预计未来两年将为患者减负超 400 亿元。

黄心宇还表示，国家医保局成立以来，已经连续 6 年开展医保药品目录的调整工作，基本上形成了常态化、动态化的调整机制。随着目录调整程序规则更加完善、评审测算更加透明，企业对药品价格的预期也更加的客观理性。再加之近年来获批的药新药上市数量进一步增加，使得本次目录调整纳入的药品数量较去年相比进一步提高，不仅患者的受益水平稳步提升，同时也有效提振了医药行业加大创新的信心，有利于更好的促进经济社会的发展。总的来看，这次的目录调整结果符合预期。

复旦大学教授、2023 年国家医保药品目录调整药物经济学专家组组长陈文介绍，经过 6 轮调整，国家医保局已经累计将 744 个药品新增进入医保药品目录，其中谈判新增 446 个，覆盖目录全部 31 个治疗领域。谈判准入的药品当中，肿瘤用药达到 100 个，高血压、糖尿病、精神病等慢性病用药 93 个，通过谈判纳入目录的药品，大部分都是近年来新上市的临床价值较高的药品，大量的新机制、新靶点的药品被纳入医保药品目录。在 2017 年以前，医保目录中没有一个是肿瘤的靶向用药，而到了 2023 年版医保药品目录，其中已经有 74 个肿瘤的靶向药品，很多治疗领域实现了不同代际靶向药的多样化选择。

6 年时间里，医保药品目录累计调出 395 个疗效不确切、容易临床上滥用、临床被淘汰或者即将退市的药品。从临床使用情况来看，目录内的药品在医疗机构用药的占比也逐年上升，根据中国药协会调查显示，对部分样本医院的监测表明，2018 年到 2022 年医保药品使用金额在样本医院的全部药品使用金额的占比从 82.28% 上升到 86.73%。

6 年来，通过谈判降价和医保的报销，累计为患者减负超过 6000 亿元。

## 5 大变化，程序更透明科学

国家医疗保障局医保中心副主任隆学文介绍，今年的国家医保药品目录调整，遵循《基本医疗保险用药管理暂行办法》规定的程序，分为包括了准备、申报、专家评审、谈判和结果公布五个阶段。今年医保部门进一步优化了工作流程，规范了工作机制，确保医保药品目录调整更加公开、透明、科学。有 5 个方面的变化与改进：

一，工作规则更加公开透明。目录调整坚持以公开促公平的原则，今年将协议期内谈判药品续约规则、非独家药品准入的竞价规则和 2023 年国家医保目录调整工作方案等规范性文件公开征求社会意见。特别是针对续约规则的变化，专门组织召开了座谈会听取企业的意见，并且将形式审查结果和企业申报材料向社会公示，广泛接受公众的监督。

二，评价证据要求更加明确。今年医保部门优化了企业递交的申

报材料和谈判材料。一方面明确申报材料主要用于形式审查和专家庭审，因此更加聚焦评审的需求，突出临床价值导向，力争药品的关键信息能够准确传导给专家。另一方面明确谈判材料主要服务于谈判的测算，更加关注药物的性价比和医保基金的承受能力，专家可基于企业提交的更加清晰明确的数据和关键信息，进行测算评价。

三，评审方式更加客观科学。经过几年的摸索，专家评审的规则更加客观、更趋于稳定，有利于给企业传达稳定的预期。在评审中，继续采用专家讨论和个人评分相结合同时进行的方式，临床专家、药学专家、医保专家、药物经济学专家这四组专家同台讨论，联合评审，对药品的有效性、安全性、公平性、创新性等多个维度进行评价和评分，使医保药品目录与临床用药的实际医保管理方式更加匹配。

四，加强与企业沟通，保持沟通渠道顺畅。第一，利用医保信息平台及时反馈形式审查结果、专家评审意见，以及现场谈判结果等工作进展，并在材料递交期间对外公布咨询电话，及时回复企业的疑问；第二，为确保企业熟悉谈判规则、了解医保方的测算方式，组织所有参加现场谈判或者竞价的企业召开了座谈会，对谈判材料和政策进行详细解读；第三，测算过程中与企业一对一进行沟通，并且将企业的诉求和建议及时反馈给测算专家，形成有效的双向的信息沟通传达机制，对争取最后的谈判成功发挥了关键的作用。

五，信息系统功能不断优化。依托全国统一的医保信息平台，医保部门开发了医保药品目录调整模块，覆盖了申报、评审、谈判确认

和协议签署全流程,企业可以通过药品信息申报模块自主填报相关信息,不再需要递交纸质材料;专家根据企业提交的信息数据和国家医保局准备的一些信息讨论评分,实时地形成评价结果,当场确认签字,避免了人为干扰。评审结果向企业及时反馈,企业可以通过系统确认是否参与谈判或者竞价、通过系统签署协议,使企业减少跑腿。

### 谈判药医保累计支出 2447 亿元, 3 招支持药品创新

国家医保局成立以来,在坚持保基本的前提下,通过及时将创新药品以合理的价格纳入医保目录,并支持加快临床应用等方式,大力支持创新药的发展。截止到今年的 10 月底,协议期内的谈判药品医保基金累计支出已达到了 2447 亿元,带动相关药品实现销售 3540 亿元。

黄心宇解释,在支持创新方面,国家医保局主要采取了 3 个措施:

第一,建立了适应新药准入的医保目录的动态调整机制。建立每年一调的动态目录动态调整机制,将调整周期从原来最长 8 年缩短到 1 年,将目录准入方式由专家遴选制改成企业申报制,申报范围主要聚焦近 5 年内新上市的药品。5 年内新上市的药品在当年目录新增药品中的占比,从 2019 年的 32%,即不到 1/3 的数量,提高到今年 2023 年的 97.6%,这意味着今年新增药品绝大部分都是 5 年内新上市的新药。在今年有 57 个品种实现了当年获批、当年纳入目录。新药从获批上市到进入目录的时间从原来的 5 年多缩短到现在的 1 年多,80% 的新药能够在上市之后的两年内进入医保药品目录。

第二，医保部门对创新药纳入医保目录给予了很多的政策倾斜，建立了覆盖申报、评审、测算、谈判等全流程的创新药支持机制。2023年有25个创新药参加了目录的谈判，23个谈判成功，成功率高达92%，与谈判的整体水平相比，成功率高7.4%，平均降幅低4.4%。通过谈判，创新药的价格更加合理，患者的可负担性大为提高，多数出现了销售量和销售金额双双大幅攀升的情况。

第三，完善了支持创新药发展的谈判和续约规则。一是在价格谈判阶段，秉承循证的原则，借助卫生技术评估的理念和技术，从安全性、有效性、创新性、公平性等多个维度综合研判药品的价值，根据患者的临床获益、市场竞争情况等合理确定谈判的底价，实现了价值购买。二是在纳入目录后的续约阶段，进一步优化规则，适当控制续约以及新增适应症降价的药物的数量和降幅，给予新药企业稳定的预期。调整后，今年的100个续约药品中，约70%的药品以原价续约，31个因为销售额超出预期的品种需要降价，但平均降幅也仅为6.7%。同时这100个续约药品中，有18个药品增加了新的适应症，仅有一个触发了降价机制，其他的都可以原价增加适应症。三是为了支持部分药品在海外上市，医保部门借鉴国际做法，按照企业自愿的原则，对部分药品实行了谈判价格保密，国家医保局不主动公开这些药品的谈判价格。在今年的医保药品目录中，有230个谈判药品实行了价格保密。

随着更多的新药进入目录，推动了我国临床用药的结构优化、

升级，创新药品迅速实现了对旧药品的替代。有关数据显示，从 2015 年到 2022 年，全国临床用药金额排名前 20 的药品中，80% 发生了变化。治疗性的新药替代原有的一些疗效不够确切、价格比较虚高的药品，广大参保人用上了效果更好、质量更优、价格更为适宜的药品，生命和健康权益得到更好的呵护。

[返回目录](#)

## 大数据挖掘怎样赋能医保基金监管？

来源：上海市卫生和健康发展研究中心

数据挖掘技术是指从大量的、不完全的、有噪声的、模糊的、随机的数据中提取隐含在其中的、人们事先不知道的，但又是潜在有用的信息和知识的过程。数据挖掘技术在医保监管中具有重要的应用价值，通过对医保大数据的处理和分析，可以发现各种隐蔽性的欺诈骗保行为，从而提供有效的监管手段。此外，数据挖掘技术还可以帮助建立个体化监管模型，对医疗服务方进行精准监管，确保医保基金的合理合法使用。因此，充分应用医保大数据挖掘新技术实施全过程智能监管是解决医保监管痛点和难点的关键，是实现医保高质量发展必不可少的技术手段。

### 大数据挖掘应用下的医保监管案例分析——上海市医保医师画像模型

#### 1. 医保医师画像模型建立的背景

医保医师是在执业医师的基础上为规范与医保相关的执业行为



而构建的新身份，与医保部门签订服务协议，能够为参保人提供医疗服务的执业医师。因个别医师的医保违规行为惩罚整个医疗机构不尽合理，加之临床病种种类繁多，使得医保监管难度增大，建立医保医师制度是医保监管的发展趋势。将医保监管从医疗机构延伸至医师个人，诊疗行为与医保支付挂钩并强化监管，有利于实现医保基金的合理使用。

上海市以现代化手段推动医保基金监管，探索医保基金监管新路径，与信息公司进行合作开发，将研究成果转化为实际的应用。为解决医保监管中医疗机构规避问题的情况，应用数据挖掘新技术(如无监督机器学习方法)，聚焦理疗、康复和中医治疗中的违规收费、虚构服务等较为普遍的问题，建立医师画像模型，对医师诊疗行为的不同特征进行预警处理。

## 2. 医保医师画像模型应用数据挖掘新技术的方法

利用医保大数据优势，结合门诊医师的基本信息、接诊信息以及接诊病人的人群特征信息等指标，上海市医保部门应用数据挖掘技术新方法，对医师画像进行深入分析，筛选出疑点医生并建立预警级别。

该模型主要采用以下方法。

(1) 标准化：对数据特征进行归一化处理，消除不同指标之间的量纲影响，以确保它们具有可比性和可解释性。

(2) 相关性分析：研究变量间的关系，消除可能存在的多重共线性。

(3)K 均值聚类：将给定的数据集划分为 K 个不重叠的簇，基于数据点之间的距离来确定簇的分配，并通过迭代的方式优化簇的中心位置。

(4)逻辑回归：将医保医师根据不同特征划分为多个不同类别，且各个类别之间无明确的次序关系。

(5)决策树模型：自上而下对样本数据进行树形分类。每个节点代表一个属性或特征，每个分支代表该属性的不同取值，每个叶节点代表一个类别或一个预测结果。

(6)层次分析(analytichierarchyprocess,AHP)：计算出变量权重，并对医保医师进行打分。可以将主观判断量化，并提供一种系统化的方法进行决策。

### 3. 医保医师画像模型的建立步骤

本研究纳入 11699 名医保医师，通过数据分析和专家意见对其进行多维度全方位的行为研究，确定了 30 个模型变量，包括接诊信息、“治疗三费”、专家意见三个维度的指标。其中，接诊信息包括当月医生接诊数量及接诊费用、当月医生日均接诊数量及接诊费用、当月医生日接诊最多病人数及最高费用；“治疗三费”即当月医生康复治疗、理疗、中医治疗费用占有所有费用的比重；专家意见是将中医、康复专家观点转化为医生开具诊疗项目的数量(单次超量)、频次(频繁开具)、项目间的关联(组合收费)。

第一步，采用相关性分析方法，对各变量进行两两相关分析。相

关性系数 $\leq 0.4$ 表示变量之间不相关，选取不相关变量纳入研究，将最初的 30 个变量降至 10 个变量纳入模型。

第二步，采用无监督机器学习算法，根据降维得到的 10 个指标变量对医师进行分类，得出每一类医师的特征。选择 K 均值聚类算法将被观测医师分为无重叠的 15 类，每个医生都有对应的类别标签。选用无序多分类逻辑回归模型对医师分类结果进行验证，结果显示预测标签一致率较高。

第三步，使用决策树模型得到各分类的影响因子，其系数越大表示对医师分类的影响越大。系统给出每一行色阶分布，颜色偏向红色表示指标数值越大，偏向绿色表示指标数值越小，指标数值越大越需要重点关注。利用 AHP 层次分析法计算出变量权重，结合实际监管经验及指标意义，选取疑点医生簇。

第四步，根据疑点医生分数的分布情况，建立疑点医生的红橙黄三级预警机制。从医生分值的上四分位数到最大值为红色预警，下四分位数到上四分位数为橙色预警，最小值到下四分位数为黄色预警。针对疑点医生进行实地核验，反馈的结果用于优化模型。

#### 4. 医保医师画像模型的应用

医师画像模型作为一种评估工具，能够为监管机构提供参考信息，辅助进行医师违规行为的判断。例如，医师画像模型可能会识别医师的临床质量、医疗安全记录、患者满意度等指标，这些指标与医师是否存在违规行为相关。医师画像模型可根据这些指标信息筛选出

疑点医生，监管机构可以根据这些信息有针对性地进行调查和监管。2021年，上海市对11699名康复医生的基本信息、执业情况、处方偏好、日均费用、监管查处计分等特征进行画像，筛选疑点医生，建立预警指标体系。识别疑点医生1000余人，涉及疑点费用超过1400万元，其中高风险医生占到疑点医生数量的20%左右，涉及疑点费用占疑点费用总额的60%以上，实现了预警与风险控制前置，提升了医保欺诈管理能力。

应用模型确定疑点医师名单，约谈疑点医师，对违反医保规定的执业医师作出暂停医保结算等行政处理，对医保医师能够起到较好的警示作用。医师画像模型提升了医保医师信用体系建设的水平，为规范医师行为提供帮助，对保障医保基金安全具有重要意义。

## 大数据挖掘新技术在医保监管中的成果与效益

### 1. 医保智能监管系统

上海市建成了覆盖各医保险种和监管对象的全流程、全方位、立体化的医保智能监管系统。该系统涵盖了总览、智能监控、行政执法、信用监管和综合评价五大版块，贯穿线索发现、调查取证、违规处理、结果应用四大环节，具备事前提醒、事中控制、事后追踪三大功能。

该系统具备预警监控、监控案件管理、综合查询、规则筛查等功能，其中最核心的预警监控功能下又分为多卡聚集、三费预警、人床分离、人卡分离、异常检验、一脸多卡、区块链进销存等十多个大数据主题预警模型。截至2023年6月，一脸多卡模型已经覆盖848家

药店，上海市医保部门运用三费预警模型将预警医生列为约谈对象，区块链进销存模型已覆盖 297 家定点机构，对医疗机构和药店进行风险排名。这些模型可以通过大数据、人工智能等技术，在海量医保基金结算信息中自动抓取疑点，并进行智能研判和快速预警。当执法人员在监管系统中看到预警后，便会循着线索前往医院核查，在大数据的助力下让违规行为无处遁形，实现了对医保违规的精准定位、定性和定量管理。

## 2. 医保信息智能监控知识库

上海市建立了医保智能监控知识库，包括基识库、监控规则库、分析指标库和大数据主题模型库，目前已完善优化了 24 万条监控知识库和 6 万条规则库。针对长护险居家护理、“互联网+”医疗、DRG/DIP 付费等医保新业态，市医保部门探索打造数字化转型场景新应用。结合上海市开展 DRG/DIP 支付试点，将 1.4 万余个标准病组、近 900 个 DRG 分组库纳入知识库统一管理。将实际检查工作中运用的近 200 条规则纳入监控规则库，将对民办医疗机构预警检查中运用的近 400 条指标优化后纳入分析指标库，并扩展使用范围至全市所有的定点医疗机构。

上海医保智能监管系统构成一张“天网”，医保基金监管队伍组成一张“地网”，基金安全“防护网”更加织密扎牢。医保部门应用知识图谱和无监督机器学习等方法构建基于知识图谱的规则逻辑风控预警模型，形成了全市共享和动态更新机制，实现了数据监控和疑

点排查 100%全覆盖。2021 年，通过智能监管系统筛查出 8900 万余条定点医药机构疑点数据、49.2 万就诊购药异常的参保人员。2019 年—2023 年，上海市医保局对 11575 家违规定点机构追款 5.5 亿余元，对 11696 人次违规参保个人追款 2000 余万元，共追回医保基金近 6 亿元。

### **大数据挖掘新技术应用于医保监管的经验与思考**

上海市医保智能监管为其他地区推广医保大数据挖掘与应用、推进医保信息化建设提供了参考经验。然而也存在一些问题和挑战，比如当地医保信息平台与国家医保信息平台对接不及时，数据挖掘的深度及广度有限等。因此，提出以下思考。

#### **1. 完善法规及政策，为医保监管提供制度保障**

上海市制定和完善了一系列医保智能监管相关的法律法规和政策文件，明确了医保支付行为的监管要求和标准。法律法规的有效实施，不仅可以提升医保监管的水平和效能，也可以为其他地区的基金监管智能化提供有益的借鉴和参考。

#### **2. 加强医保大数据平台建设，及时对接国家平台**

目前，上海市医保信息平台数据比较混乱，未做到数据的规范统一和完整，不能及时与国家信息平台对接。医保信息平台的建设应规范数据采集和录入流程，建立数据清洗和校验机制，排除数据中的错误和重复信息等，提高数据可信度和可用性，推进医保平台标准化建设。建议依托全国统一大平台，从完整度、准确性、标准化、可用性、

安全性等方面持续对医保大数据开展动态治理。

### 3. 强化数据挖掘分析方法，加强相关人员能力培训

上海市设置了专业部门开展数据挖掘开发工作，建立了产、学、研联动机制。采用先进的数据挖掘工具和算法，对医保数据进行深度挖掘和分析。下一步，医保部门可加强相关人员的培训和能力建设，提高其在数据挖掘和分析方面的专业知识和技能，从而提高监管的准确性和效能。

### 4. 加强多部门协作，让有需求的应用尽快落地

上海市建立了跨部门、跨地区的数据共享机制，与高校及科研机构开展课题研究，与信息公司进行合作并转化为实际的应用。建议继续加强与相关企业和科研机构的合作，促进医保数据的共享和交流，提高数据的价值和应用效果，共同推动大数据挖掘技术在医保监管中的应用研究和创新。同时，还应加强与国家医保信息平台、卫生健康、药监、民政、人社、公安等部门的对接，建立联合管理和综合治理机制，进一步做好行刑衔接，提高监管的专业性和精准性。

医保监管保障了医保基金的安全性和可持续性，同时对于优化医疗资源配置、提升医疗服务质量以及保障患者权益等具有重要的意义。通过应用大数据分析技术和智能监管手段，提高了监管效率和精细化水平，推动了医保管理的现代化进程。上海市医保智能监管的建设与发展提供了成功的范例，通过充分应用医保大数据挖掘技术，建立医保安全和数据模型，实现了医保数据质量的提升和监管水平的精

细化。下一步，上海市应继续强化监管力度，丰富智能化监管手段，进一步深化部门协作，不断提高医保监管效能，推动医保事业高质量可持续发展。

[返回目录](#)

## • 养老健康 •

### 老年照护体系建设的北仑经验

来源：中国社会科学院

“未备先老”是中国人口老龄化发展趋势的重要特征，社会养老服务体系则相对滞后于养老服务需求，发展社区居家养老服务已成为各地政府应对老龄化挑战的策略重点。但目前国内各地在推进养老服务体系过程中普遍存在供需不匹配、专业护理人员不足、服务质量不稳定、管理体制不健全等问题，导致养老服务体系没有发挥真正效力。为解决上述困境，有必要结合地方实际开展调查研究，真正把情况摸清、把问题找准、把对策提实，总结出建设养老服务体系的新思路新办法。

研究团队自 2018 年起对宁波市北仑区养老服务状况开展跟踪调研。北仑区是浙江省“高质量发展建设与共同富裕示范区”首批试点地区之一，区域面积较大，是宁波的经济和产业强区，但也存在大量老龄人口密集社区，面临完善养老服务体系的严峻挑战，是我国城镇化发展进程中具有一定代表性的区域案例。北仑区与研究团队合作，



经过多年调研和试点，共同制定了“养老服务一体化”和“四梁八柱”等养老服务体系改革方案，形成了老年照护体系的系列实践经验。

引入照护机构，发挥专业支撑优势。北仑区按照公建民营、民建民营的思路，针对区内老年照护产业化程度不高、功能不齐全的短板，积极引进国内知名老年照护机构，提升全区老年照护服务水平。目前，北仑区仅保留了一家示范性区属公办老年服务机构，其余主要是通过公建民营的方式，扶持了民营老年服务机构 104 家，提供超 83% 以上的床位。此外，还有 2154 个居家养老服务中心(站)通过服务站点委托管理、服务项目协议外包等方式，引入专业老年照护机构参与运营，社会化运营比例达到 100%。

倡导小型适用，老年机构嵌入社区。北仑区政府先后引进了南京九如城、上海福寿康、杭州蓝谷等一批专业化的老年服务机构，将它们旗下的小型机构“嵌入”社区并进行连锁经营和专业化管理。小型机构“麻雀虽小，五脏俱全”，主要提供两种服务：一是健康服务，即健康管理和慢病管理；二是社会服务，包括日常生活照料和鼓励老人社会参与。

重视院内和谐，特困、自费一视同仁。当前，部分养老机构中存在着“一院两制”现象，对特困老人(五保老人)和自费老人采取分楼、分区的方式进行管理，这对老人心理健康造成不良影响。北仑区在老年服务的管理中，纠正了上述不公平的“一院两制”做法。在一

些乡镇街道，特困老人的补助金甚至超过对自费老人的收费。

居家照护为本，夯实老年服务基础。北仑区的老年服务以居家服务为主，这符合国内外相关发展趋势。完整意义上的居家服务，不但要关注被照护的居家老人，还要关注在家里照护老人的家庭照护者。为此，北仑区全面推行护理技能培训制度，以职业院校为骨干，各类培训机构为基础，围绕家庭照料基础知识，免费开展生活照护、疾病照护、护理技能等 15 个科目的公益培训，2021 年共为 602 名家庭照护者完成了培训。

建设老年社区，努力实现适地安老。在以往农村征地拆迁和建设新农村的过程中，北仑区有部分乡镇街道在新村规划中专门设计了供村里老人聚居的社区。具体做法有两种：其一如郭巨街道，所属的 8 个村共同为老人建了一个老年社区；其二如霞浦街道的陈华浦社区，这里的老年社区是“村中村”格局。现在两地都为老年社区配备了专门的居家服务机构和老年人活动场所，不论是机构提供服务，还是老人接受服务，都十分便捷。

老人需要为本，爱心厨房送餐上门。从 2009 年开始，北仑区推出“爱心厨房”项目。十多年来，北仑区坚持为区域内“有需要的老人”送餐上门。区财政对每位通过评估被认定有需要的老人每年补助 3000 元。此外，北仑区根据现实生活中老年人口的分布格局，合理布局助餐服务站点。在人口分布较集中、交通较方便的区域，实行“中心厨房+站点配送”的方式。

搭建社区平台，健康社会双重照护。老年照护一般分成两个方面：健康照护和社会照护。北仑区健康服务的特点表现为“急症快医、慢病细养、失能近护”。“急症快医”是指通过嵌入小型老年服务单位、增设老年专科门诊等方式，提升老年急难重症的快速诊疗水平。“慢病细养”是指引导老年机构内设医疗站点或与邻近医院进行医疗合作，为在院老年人提供各项康复护理服务。“失能近护”是指以居家养老服务中心为纽带，向社区、家庭提供康复培训等支持服务。北仑区的社会照护特色则表现为精心培育为老服务社会组织和社会公益项目，不断扩大居家养老服务的基础和内容。

打破区划限制，按照需要服务分片。北仑区在养老服务体系建设的进程中，以老年人需求为中心，逐步打破行政区划“一亩三分地”的思维定式，坚持老年服务设施改造和体系建设跟着老人的需要走。以霞浦街道为例，目前全街道主要根据老年人居住状况和需求服务划出了新浦片区(9个村和1个社区)和九峰片区(5个村)，计划将靠近中心城区的几个社区划为第三个片区。

办好老年协会，志愿服务助力照护。北仑区通过老年人协会精心打造“幸福来敲门”特色志愿服务品牌，构架“1+10+360”助老志愿者组织体系，创新居家养老帮扶机制，以低龄结对高龄为主要方式、专业化的志愿组织定向帮扶为补充，为全区80岁及以上病残、独居、高龄老人提供生活照料、安全守护、康复保健、精神慰藉、文化娱乐五大类十大项为老服务。

反对形式主义，智慧养老注重实效。从当前实践看，很多“智慧养老”还不成熟、不稳定。

对此，北仑区政府始终保持冷静和理性，仅对于技术成熟稳定且在老年服务中适用、实用的智能化设备，积极引进并落实到服务实践中。目前，使用最广泛的智能化设备是VR-GIS技术，老年人可通过手机查询“老年服务设施分布图”，预约智慧监护、康复、护理、生活照料等四类专业服务。

上述举措功能互补、效果突出，是北仑区将养老服务体系改造成真正的系统整体的一次创新尝试，机构照护、社区照护和居家照护系统通过彼此之间的功能耦合形成系统整体的“老年照护体系”。

其中，居家服务中的“爱心厨房送餐”、社区服务中的“办好老年协会”和“按照需要分片”以及机构服务中的“引入专业机构”“机构嵌入社区”和“五保自费平等”这6条举措具有较强操作性，正在全区按计划推开，进入了较为顺畅的自我运行、自我管理、自我发展的良性循环。

居家服务中的“居家服务为本”、机构服务中的“智慧养老重效”和社区服务中的“健康社会兼顾”这3项更偏重于思想观念的转变，目的是要在老龄工作中接受新的价值理念，以理论联系实际才能在实践中取得良好效果。在乡村振兴战略背景下，有效回应老年人的真实服务需求，是高质量老年服务建设的重要标杆。

[返回目录](#)

## 银发经济下，“适老化”或将成为医疗新增长点

来源：健康界

随着人口老龄化不断加深，“适老化产业”“银发经济”“养老服务”开始频繁地出现在人们的视野当中。

2023《政府工作报告》中8次提及“养老”一词，可见银发经济无疑会释放巨大的市场空间，医疗板块如何布局迎接银发经济，满足老龄化趋势带来的适老化消费需求，是众多机构、企业值得深思的新课题。

### 1. 我国老年消费市场现状

2021年中国第七次全国人口普查数据显示，我国60岁及以上人口有2.6亿人，占总人口比重达到18.7%，其中65岁及以上人口达到1.9亿人。2021年、2020年与上一个10年相比，60岁及以上人口比重上升幅度分别提高了2.51和2.72个百分点，增速明显提高。

而在60岁及以上人口当中，60~69岁的低龄老年人口占55.83%，这些低龄老年人大多具有知识、经验、技能和优势，且60岁及以上人口中，拥有高中及以上文化程度的有3669万人，比2010年增加了2085万人，比10年前占总人口比重提高了4.98%。

根据国内外相关研究报告显示：在财富能力方面，45~55岁和55~65岁户主家庭的总资产最高，负债率最低，所以这个人群的净资产是最高的，消费潜力也最大，这是目前在老年消费市场最活跃的人群。尤其50~65岁的中老年人群，他们不管是旅游的客单价还是

在其他品类的消费客单价都非常高。

根据上述数据可以看出，2026-2030 年这一时段进入老龄化的一批人，是最有消费能力和有着清晰消费意愿的老年消费市场主力人群。不过，目前来看，我国养老产业的发展仍有些许不足。

## 2. 老年消费市场，健康永远是核心刚需

对老年人来说，健康永远是核心的刚需。无论是缓解身体机能衰退，还是慢病康复管理，或是疏导心理健康困扰等... 老龄化经济人群的健康焦虑，几乎每一个点都可以成为企业布局的一个方向。中国老龄协会宣传部主任庞涛提到过：“深刻理解老龄产业是权益优先型产业，老年是人的生命的重要阶段，为老年人服务的相关产业，不仅要考虑提高老年人生活生命质量来研发产品和服务，更要考虑维护老年人尊严和权利来配置资源和要素。”

▶ 老年群体在不同程度上会有视力、听力、肢体、认知层面的障碍，做无障碍或适老化，通过使用特定的产品、服务跟环境，去帮助老年朋友能够自主生活，去提高生活质量，从而去减少老龄社会带来的健康跟社会问题。

▶ 老年群体是慢性病发病的密集群体，一个老人患多种慢性病十分常见，对用药需求量非常大，但长期服用中、西药服用会造成肝肾毒性累积和胃肠道反应，而且效果单一，难以达到最佳。可以通过定向透药的方式，药物用量更少，药物起效更快，效果更持久，应用病症广泛，减少因长期用药对老年群体身体造成的负担。

▶ 另外老年群体发病率、致残率、死亡率都非常高，就医需求非常大，但医院就医存在不会操作线上挂号；就医过程找不到、听不清、记不住；缴费扫码困难；取药分流窗口指引困难等一系列问题。因此老年人对机构、社区、居家养老医疗康复和健康管理服务需求剧增。居家医疗康复或上门医疗服务可减少老年群体不必要的急诊和住院减轻老人的照护负担，提高老年人及其照顾者的生活质量。

▶ 现阶段老年群体消费意愿强，同时自主选择意识也十分强烈，对于养老机构更看重环境、团队、服务、专业背书等。养老机构长期存在的人员团队年龄大、学历低、非专业背景等问题亟待解决，养老康复人才成为热饽饽，从而带动相关培训行业。

▶ 中医诊所作为医疗服务的细分领域之一，目前渗透率、普及率处于低位水平。随着老龄化趋势的加剧，分级诊疗政策的深化落地，政策持续利好之下，医养结合、慢病防治、养生保健、老年健康服务等中医诊所服务，将迎来爆发式增长。

### 3. 老龄化全面到来，积极布局应机遇

老龄化社会的到来，确实给国家和社会带来了诸多方面的压力和挑战，人口结构改变、未富先老、医疗、养老金是否充足等... 但不可否认的是老龄化社会是人类社会经济发展必经阶段，我们应当积极应对。

老龄人口在养老期间，仍积极主动地融入社区、社会、社区，以积极的心态来看待老龄化，同时注重老年人自身价值的发掘，满足其

人权，尊重老年人的选择，让老年人融入社会，而不是被社会排斥。同时，要围绕积极养老的个体目标看到养老对社会产业结构调整和经济发展的推动机遇和巨大的“银发产业”发展机会。

[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