

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第02期

(2024.01.08-2024.01.14)

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。）

· 政务公开 ·

▶ [国家卫生健康委：到 2027 年底，紧密型县域医共体基本实现全覆盖](#)（来源：健康中国）——第 7 页

【提要】推进县域医共体建设是习近平总书记多次强调的一项重点工作，也是深化医改的一项重要举措。近日，国家卫生健康委联合中央编办、国家发展改革委、财政部等 9 个部门印发了《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》，围绕科学构建、规范内部运行管理、提升整体服务能力、完善支持政策等方面，对全面推进建设紧密型县域医疗卫生共同体提出了具体的任务和工作要求。

▶ [2024 年全国卫生健康工作会议召开](#)（来源：国家卫生健康委）——第 25 页

【提要】1 月 11 日至 12 日，全国卫生健康工作会议在北京召开。会议坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大和二十届二中全会精神，深入学习贯彻习近平总书记关于卫生健康工作重要论述精神，认真落实党中央、国务院决策部署，总结 2023 年工作情况，安排部署 2024 年重点工作。国家卫生健康委党组书记、主任马晓伟出席会议并讲话。

• 健康中国 •

▶ [全民健康覆盖视域下健康中国行动政策演进分析](#)（来源：卫生经济研究）——第 30 页

【提要】2023 年 9 月，第七十八届联合国大会召开，其间召开 2023 年卫生问题高级别会议，世界各国领导人批准了题为“全民健康覆盖：后疫情时代以更大的雄心壮志实现全球健康和福祉”的政治宣言，争取到 2030 年实现可持续发展目标下确定的全民健康覆盖目标。可见，全民健康覆盖是国际共识和行动纲领。

▶ [中国罕见病保障机制：现状、挑战与建议](#)（来源：卫生经济研究）——第 41 页

【提要】2015 年以来，国家药品监督管理局、国家卫生健康委、国家医疗保障局、财政部和国家工业和信息化部等部门对罕见病药品审批、价格与准入、税收优惠和保障短缺药供给等方面给予了积极支持，罕见病药品供应保障取得积极进展。

• 医药专栏 •

▶ [流感高发形势下，零售终端用药市场情况如何？](#)（来源：新康界）——第 53 页

【提要】每年流感来袭，受到多方关注，今年是疫情放开后的第一个冬天，民众对流感事件格外敏感。根据中国疾控中心病毒病预防控制所介绍，9 月以来，我国南方省份出现以甲型 H3N2 亚型为主的流感

活动升高，并且是与乙型 (Victoria) 系流感病毒共同流行。10 月以来，我国北方个别省份开始出现流感活动升高，自 10 月中旬以来，中国北方报告称，与前三年同期相比，流感样疾病有所增加，以甲型 H3N2 亚型为主。

▶ [2024 年，医药产业前瞻](#)（来源：张自然博士）——第 58 页

【提要】为建立管用高效的医保支付机制，国家医保局于 2019~2021 年，先后启动 30 个城市的 DRG (按疾病诊断相关分组付费) 和 71 个城市的 DIP (按病种分值付费) 试点，所有试点城市已经全部进入实际付费。本文将可能影响 2024 年医药产业发展的部分政策和事件作一分析。

• 医院管理 •

▶ [DIP 改革落地，医院管理要如何转变？](#)（来源：金豆数据）——第 68 页

【提要】随着 DIP 改革在全国开展，不少医院管理者发现，改革之下的医院按照之前的管理方法来管行不通了。老方法不仅无法体现医护价值，甚至还会起到阻碍医院发展的效果，最直观体现就是医院亏了，医生也不满意。该怎么转变管理方式，将医院引上 DIP 发展的正路？在近日召开的第二届 CHS-DRG/DIP 支付方式改革大会上，湖南省卫生改革与发展研究中心研究员汪荣华给出了她的建议：将 DIP 的改革压力留在院级管理层。

▶ [医院如何实现成本控制与合理诊疗的平衡](#)（来源：金豆数据）——第 73 页

【提要】DRG/DIP 付费方式改革有助于激励医疗机构主动规范医疗服务行为，在节省成本的基础上，提高诊治水平和服务质量，使有限的医保基金得到更高效使用，实现医保、医院和患者三方共赢。那么，在具体实施过程中，医院要如何实现成本控制与合理诊疗的平衡？

• 医疗改革 •

▶ [如何正确理解“量价挂钩，以量换价”](#)（来源：中国卫生经济）——第 82 页

【提要】“量价挂钩，以量换价”是近年来我国医改政策中的热门词语。在卫生、医保等管理部门的多项政策文件中都可见相关表述，并已诉诸实践应用。直观的看，管理部门将对医疗医药产品的需求汇聚起来，以较大的数量进行集中采购，要求供应方给予较低的售价，似乎是顺理成章的。在现实世界中，也经常可以看到各种“量大优惠”的市场促销活动，佐证了这种理念。但更深入的思考也会发现：如果需求数量越大，就能获得越低的售价，那么竞争互动的结果是世界上最终只需要一个供应机构、以最优惠的价格覆盖全部的需求即可，并不需要这么多形形色色的供应者。

▶ [思考 | 从地方实践，看“三医”协同机制创新](#)（来源：中国社会科学院）——第 89 页

【提要】为推动紧密型县域医共体建设，国家医保局要求有关试点地区深化医保支付方式改革，加强“三医”协同发展与治理，提高医保基金使用效率。我国各地在县域医共体建设推进过程中，也充分挖掘医保经济杠杆作用，在综合考虑医保支付能力、当地医疗服务水平和医保基金管理能力的基础上，因地制宜地实行医保支付方式改革，探索对纵向深度合作的医疗机构开展打包支付等多种支付方式，激励医共体内部协作共荣，在优化资源配置的同时，实现了基层医疗水平和医保基金使用效率双提升。

-----本期内容-----

• 政务公开 •

国家卫生健康委：到 2027 年底，紧密型县域医共体基本实现全覆盖

来源：健康中国

国家卫生健康委于 1 月 12 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，介绍全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设有关情况。

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。这也是我委 2024 年的第一场新闻发布会。首先向大家通报近期出台的卫生健康重要政策文件情况。

一是印发《危重孕产妇救治体系技术评估方案》，完善危重孕产妇救治体系，强化急危重症救治能力和规范管理。二是印发《关于进一步做好无偿献血者激励奖励工作的通知》，进一步明确无偿献血表彰奖励措施，提高无偿献血者荣誉感、获得感。三是印发《关于推进儿童医疗卫生服务高质量发展的意见》，强化儿童医疗卫生服务体系的创新、技术创新、模式创新、管理创新，加快儿科优质医疗资源扩容和区域均衡布局。

以上是近期情况通报。

推进县域医共体建设是习近平总书记多次强调的一项重点工作，也是深化医改的一项重要举措。近日，国家卫生健康委联合中央编办、国家发展改革委、财政部等9个部门印发了《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》，围绕科学构建、规范内部运行管理、提升整体服务能力、完善支持政策等方面，对全面推进建设紧密型县域医疗卫生共同体提出了具体的任务和工作要求。

今天的发布会我们以“全面推进紧密型县域医共体建设”为主题，介绍相关工作的推进情况。

首先，向大家介绍出席本次发布会的嘉宾：

国家卫生健康委基层司司长傅卫女士；

国家医保局医药管理司司长黄心宇先生；

国家中医药局医政司副司长邢超先生；

四川省泸州市泸县人民政府副县长马晋宇先生。

请他们共同回答大家关心的问题。下面进入今天的提问环节，提问前请通报所在的新闻机构。

新华社记者

2019年，我国开始开展紧密型县域医共体建设，当时的背景是什么？经过四年的试点建设，当前全面推进这项工作对于我国医疗卫生系统和发展有哪些积极影响？谢谢。

国家卫生健康委基层司司长

傅卫

谢谢这位记者朋友的提问。正如刚才主持人所说，推进县域医共体建设是习近平总书记多次强调的一项重要工作，也是落实“以基层为重点”的党的卫生与健康工作方针的重大举措，同时也是推进健康中国建设和“三医联动”改革，建立分级诊疗制度的有效抓手。紧密型县域医共体就是将县域内的县级医疗机构和基层的乡镇卫生院，通过建立一定的管理和运行机制，形成责任、管理、服务、利益几方面的共同体，以县带乡、以乡带村，形成梯次帮扶的带动。从单个机构的发展转向更加注重医共体内所有成员单位的协同联动发展，可以更好地优化资源整合和下沉，拓展服务模式和内容，来提高县域内医疗卫生体系建设的整体效能，让老百姓能够在家门口获得更高水平的医疗卫生服务。一个县可以组建一个医共体，也可以根据人口的情况，组建多个医共体，由各地根据实际情况来确定。

从发展来看，2017年国务院办公厅印发《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》，明确在县域主要组建医疗共同体。各地结合实际，探索了各种形式的医共体。从2019年开始，国家卫健委启动了紧密型县域医疗卫生共同体建设的试点工作，先后也确定了山西、浙江、新疆三个试点省份，以及其他省份的县(市、区)，一共828个试点县。5年以来，国家层面不断加强顶层设计，政策措施在

逐步完善；相关部门的改革共识也在逐步凝聚，中央一号文件连续4年都对推进县域医共体建设提出要求；在省级层面也加快铺开，目前有18个省份已经先后印发了全面推进县域医共体的政策文件。各个试点县积极探索，在优化县域医疗卫生资源配置、提高县域整体服务能力、改善群众就医体验、完善管理体制和运行机制等方面，都取得了积极的进展和成效，也涌现出了一批典型的地区，积累了相对成熟的经验。总的来看，地方党委政府对县域医共体的认识程度逐步统一，重视程度和工作力度也在明显加强，也正是这样一些工作，为我们全面推进紧密型县域医共体建设奠定了坚实的基础。

谢谢。

中国网记者

根据《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，全国都在推行DRG/DIP支付方式改革，那么如何在紧密型县域医共体中开展支付方式改革以及如何对其进行医保付费呢？谢谢。

国家医保局医药管理司司长

黄心宇

谢谢你的提问。紧密型县域医共体的建设工作，是当前深化医药卫生体制改革的一项重要任务，对提升基层卫生服务能力，为人民群众提供更加优质、便利的医疗服务，具有很重要的意义。国家医保局也高度重视紧密型县域医共体的建设工作，按照“总额付费、加强监

督考核、结余留用、合理超支分担”的要求，指导地方落实有关工作。主要有四个方面：

第一，对医共体实行总额付费，形成内部激励机制。对于紧密型的县域医共体，医保基金以医共体的整体作为对象，购买更加高效的医疗服务，促进医共体内部不同级别、类型的医疗机构分工协作。具体来说，统筹地区是以年度基金支出预算为基础，结合医共体各医疗机构既往的历史费用数据，综合考虑医共体功能定位、服务数量和质量等因素，合理确定紧密型医共体的年度总额预算指标。

第二，加强监督考核，确保医保基金在医共体内部规范使用。各级医保部门切实履行好医保基金的使用监管责任，不是简单的一包了之。对于医共体的考核，不仅包括医疗服务的质量、医疗费用、参保人员满意度等常规方面，更要突出县域内就诊率、基层就诊率等体现分级诊疗的指标和成效，要细化考核评价的指标和评价标准，考核结果与年终医保费用清算相挂钩，切实管好用好医保基金。

第三，落实结余留用政策，充分调动医务人员积极性。结余留用是指医共体在完成既定任务目标的前提下，使用医保基金低于总额预算指标的情况，结余的部分可以作为医共体的收入。医共体的总额付费结余留用主要体现在两个层面。一个是按病组(DRG)或按病种分值(DIP)等具体支付方式时，病种的支付标准和实际发生的医疗成本之间的差值。第二个层面是年底清算的时候，医共体的总额预算指标与

实际发生的医保费用之间的差值。对于符合医保规定的结余留用资金，年度清算后可以留给医共体内部统一调剂使用。

第四，明确合理超支分担的界限，保障医疗机构的合理诊疗。由于医疗服务具有一定的不确定性或者不可预测性，医保部门在制定总额预算指标时，配套制定了相应的合理超支分担的管理机制。在保证医疗质量和安全的基础上，对于定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等情况产生的合理超支，给予合理补偿。各地医保部门要进一步细化明确合理超支的情形，并严格落实。既保证医疗机构提供合理的、必要的医疗服务能够得到补偿，又防止冲指标、做大盘子等情况的发生，体现激励与约束并重。

下一步，我们将进一步支持医保基金向县域内医共体和县域内基层医疗机构倾斜，提高县域内疑难重症诊治能力，促进基层医疗机构提供更多的医疗服务，提高医保基金的使用效率。谢谢！

总台中国之声记者

我们知道《指导意见》对于紧密型医共体建设中，中医药工作作了强调部署，请问未来如何在全面推进紧密型县域医共体中发挥中医药的作用？谢谢。

国家中医药局医政司副司长

邢超

谢谢这位记者朋友的提问。自 2019 年县域医共体建设试点工作

开展以来，国家中医药局和国家卫生健康委共同推动各地积极探索实践，在县域医共体建设中充分发挥中医药特色优势，提升中医药服务的可及性，促进中医药和西医药相互补充、协调发展。现在，在基层我们看到很多群众都喜欢看中医、用中药，我们将继续从满足群众需求出发，重点推进好以下几项工作。

一是推进县级中医医院合理组建县域医共体。发挥好县域医共体建设推进机制的作用，坚持中西医并重，积极协调和推动县域医共体建设有关中医药工作。鼓励县级中医医院牵头组建紧密型县域医共体，推动服务能力共提、人才梯队共建、健康服务共管和优质服务共享。

二是促进县级中医医院发挥龙头带动作用。加快推进县级中医医院高质量发展，突出中医特色专科优势，提升服务能力和管理效能。推动中医药优质资源下沉、共享，深化三级中医医院对口帮扶，加强县级中医医院对基层医疗卫生机构的培训指导，发挥好县级中医医院在县域中医医疗、预防保健、特色康复、人才培养、适宜技术推广和中医药健康宣教中的龙头作用。

三是加强县级综合医院、专科医院、妇幼保健院中医药工作。持续强化这些医院的中医临床科室和中药房建设，完善中医药服务功能，扩大中西医结合服务供给，提升中医药服务能力和中西医结合诊疗水平。

四是提升基层医疗卫生机构中医药服务能力。全面推进社区卫生服务中心、乡镇卫生院的中医馆建设和中医医师配备，指导并推动各地开展中医馆服务能力提升。推进社区卫生服务站、村卫生室中医阁建设。加大基层中医药适宜技术推广力度，发展基层中医治未病服务和康复服务，更好地发挥中医药在基层常见病、多发病中的预防、治疗和康复作用。

谢谢！

香港中评社记者

我们注意到，全面推进紧密型县域医共体建设指导意见是经国务院同意，印发至各省人民政府的，提出了很多改革措施，请问傅卫司长，作为国家卫健委主管司局，您认为在推进过程中应重点关注哪些环节？谢谢。

国家卫生健康委基层司司长

傅卫

谢谢您的提问，这个问题确实也挺重要。紧密型县域医共体建设，应该说是县域内医疗卫生体系的系统重塑，也是卫生健康治理体制机制的一个改革创新，所以需要部门的协同和相关政策的配套。《指导意见》的印发，正是从这个角度出发，体现了党中央、国务院对县域医共体工作的高度重视，也为全面推进这项工作提供了遵循和指南。《指导意见》坚持了顶层设计和地方实践相结合，把地方一些好

的经验做法上升到了政策措施;也强调因地制宜和稳中求进,要求地方进一步细化完善相关措施;更加突出系统观念,注重县域资源统筹、管理统一、服务同质和政策协同。提出的目标,就是到2025年底,力争90%以上的县市基本建成紧密型县域医共体;到2027年底,紧密型县域医共体能够基本实现全覆盖。

围绕这样一个目标要求,开展县域医共体建设,有几个关键环节需要引起我们的重视。一是要坚持党政领导,强化责任落实。要健全管理体制,建立县级党委领导、政府主导,多部门参与的推进机制,更好地统筹谋划、一体推进。要明确任务分工,落实省级推动、市级统筹协调、县级具体实施、医共体具体执行的责任。二是要加强部门协同,转变治理方式。要从以治疗为中心转向以健康管理为中心,从关注单个机构的发展转向县域医疗卫生体系整体发展,从卫生健康部门行业管理转向多系统多部门的综合治理。三是要优化资源配置,提高服务质效。要加强城乡联动,文件中提出城市公立三级医院至少要派出3名专家常年驻守县域医共体进行指导;要健全以县带乡、以乡带村的工作机制,不仅要提升牵头医院的服务能力,还要面向乡村开展巡诊、派驻服务,提升基层的防病治病和健康管理能力,这些内容都是紧密型县域医共体建设的核心任务。四是要加强监测评价,引导良性发展。要坚持“强县域、强基层”的目标导向,按照紧密型、同质化、控费用、促分工、保健康的发展要求,突出“乡村诊疗量占比

持续提升”等结果导向，持续开展监测评价，及时发现和解决一些问题，确保医共体建设能够稳健发展。应该说，县域是国家治理体系的基础，每个县的医共体如果做实建好了，基层网底就能够更加牢固，健康中国也就有了坚实的基础，中国式现代化建设也就有了更好的健康保障。

谢谢！

二十一世纪经济报道记者

大家都很关注医疗服务价格政策如何支持推进紧密型县域医疗卫生共同体建设。谢谢。

国家医保局医药管理司司长

黄心宇

感谢您的提问。国家医保局指导各省全面建立了医疗服务价格动态调整机制，持续加大医疗服务价格优化调整力度，在总体不增加群众看病负担的情况下，指导各地动态调整偏低的门急诊诊查、护理等技术劳务类项目价格，指导有关省市规范基层医疗机构一般诊疗费价格，均质化程度高的医疗服务项目同城同价，推进优质医疗资源下沉，统筹支持乡村医疗机构发展。同时，我们还指导各省制定“互联网+”医疗服务价格政策文件，规范互联网复诊、远程会诊、远程监测等医疗服务项目收费，促进互联网诊疗向基层延伸，满足群众使用互联网医疗服务的需求。

下一步，国家医保局将统筹医疗服务价格和促进分级诊疗等政策，更好匹配基层医疗机构的功能定位，支持基层医疗机构发展，激发内部活力。谢谢。

每日经济新闻记者

开展紧密型县域医共体建设，牵头医院和卫生健康相关部门的作用都很关键，那么如何促进两方面形成合力，更好地推动医共体稳健发展，确保群众受益呢？谢谢。

国家卫生健康委基层司司长

傅卫

感谢您的提问。明确行政部门和医共体两方面的权责，更好发挥各方合力，对建设好县域医共体是非常重要的。对于政府部门来说，一是要压实监管责任。建立县域医共体建设推进机制，明确各单位和部门的责任，协调推动医共体规划建设、投入保障、人事安排、绩效考核、运行监督等重大事项。其中县级卫生健康行政部门承担着推进机制的日常工作，要切实发挥好牵头协调作用，组织定期开展对医共体的考核评价，强化对医共体的整体监管。二是完善支持政策。要落实政府的投入保障责任，中央财政通过基本公共卫生服务项目、基本药物制度补助资金等对乡村医疗卫生服务和机构予以支持。中央预算内投资对县域医共体内符合条件的项目要加大支持力度。地方政府新增财政卫生健康支出要向县域医共体内基层医疗卫生机构适当倾斜。

还要优化人事编制和薪酬管理，实行“县管乡用、乡聘村用”，落实好“两个允许”，同时赋予县域医共体在编制使用、人才招聘、职称评定等方面更多的自主权。另外，也要加强医保和价格政策的支持和协同。刚才黄司长已经给大家作了很好的介绍。对于县域医共体来讲，一是要提高管理水平。在坚持为群众提供基本医疗卫生服务功能定位的基础上，要完善内部的决策机制，整合优化资源配置，更好地体现共建共治共享，以推动“人员、技术、服务、管理”四个下沉为核心，实行人财物和行政业务等方面的统一管理，优化绩效分配，更好地调动医共体内各个成员单位和医务人员的积极性。二是要提高服务能力。对外，要加强和城市医院的合作，通过专家派驻、专科共建、临床带教、远程协同等各种方式，来提升重点疾病治疗、重大疫情应对、医疗应急处置、妇幼卫生以及中医药服务等各方面的能力和水平。对内，要积极拓展家庭医生签约服务，创新医防融合服务，加强信息化建设，更好地推动基层检查、上级诊断、结果互认，更好地方便群众。牵头医院要向乡镇常年派驻临床管理人员，协助解决好基层的问题，同时面向乡村开展巡回医疗。希望通过这两方面共同努力，同向发力，更好地促进紧密型县域医共体的良性发展，让老百姓能够真正从中受益。谢谢！

红星新闻记者

紧密型县域医共体，县域是主体，“紧密”是关键，请问泸县做

了哪些工作?有什么工作体会?谢谢。

四川省泸州市泸县人民政府副县长

马晋宇

感谢这位媒体朋友的提问。泸县是 2019 年启动了紧密型县域医共体的改革试点工作，并在 2021 年被确定为全国基层卫生健康综合试验区，在国家、省、市各级的关心指导下，我们紧盯“紧密”这个关键，开展了相关工作。

一是做到责任紧密。我们印发了医共体责权清单，明确了医共体管委会、卫健局、医共体总院、分院四方权责，做到权责一致；并以医共体为整体进行考核，考核的结果和目标绩效挂钩，提升了大家的积极性。

二是做到管理紧密。我们以省卫健委等六联合印发的关于医共体人员、编制、岗位、经费、管理、财务、信息和药品等“八统一”为遵循，建立了医共体“编制池”，探索岗编适度分离的改革，推进医共体人员的统一使用管理；我们还设立了财务管理中心，完善了相关财务制度，推进财务统一管理；设立行政后勤中心，推动行政后勤物资集中统一采购，推进物资的统一管理。

三是做到服务紧密。我们通过巡回坐诊、教学查房、疑难病例分析讨论、业务培训、督导考核“五位一体”，以及院科共建等活动，开展了人员、技术、服务和管理“四下沉”工作，促进基层医疗卫生

机构的能力提升。我们还依托消毒供应、临床检验、心电诊断、远程会诊、医疗质量、病理检验等“六大业务”中心，定期开展质量控制，推动连续性服务模式的落地。2023年，泸县医共体各分院向总院转诊患者同比上升13%，总院向分院转诊患者同比上升61%，总院为分院提供了远程会诊249人次、影像诊断7631人次、心电诊断24487人次，有效补齐了基层诊疗能力不足的短板。

四是做到利益紧密。我们将基本公共卫生经费的80%划到医共体，20%进行考核分配；在医共体内，我们抽取了40%的成员单位来进行目标综合考核，其成绩代表医共体，推动医共体内抱团发展；同时，我们还完善了绩效分配制度，将总院班子绩效和分院进行捆绑，进一步强化总院分院的利益链接。

四年来，我们的医共体建设，我们感受最深的是，医共体建设是推进分级诊疗的有力抓手，群众的满意是根本，顶层设计是关键，部门合力是重点，利益联结是基础，能力提升是核心。谢谢你的提问。

南方都市报记者

中医药适宜技术在基层受到欢迎，县域医共体建设中如何加强基层中医药适宜技术推广应用？谢谢。

国家中医药局医政司副司长

邢超

谢谢您的提问。我们把推广应用好中医药适宜技术作为提升基层

中医药服务能力的重要举措，推动各地加强基层中医药适宜技术的推广能力建设，截至目前，共建有省级推广基地 32 个，县级基地 1828 个，并依托基地加强培训指导，有力地推动了中医药适宜技术在基层的使用。

在县域医共体建设中，我们将继续发挥中医药“简、便、验、廉”特色优势，积极推广应用中医药适宜技术。

一是加强基层中医药适宜技术的整理筛选。从安全性、有效性、规范性、经济性和推广性出发，在全国范围内遴选适合基层使用的中医药适宜技术，组织编写基层中医药适宜技术指导手册。

二是加强县域中医药适宜技术推广平台建设。深入开展县级中医院“两专科一中心”项目建设，就是指每个县级中医院建设两个中医特色优势专科和一个县域中医药适宜技术推广中心。持续依托县级中医院建立县域中医药适宜技术推广平台，形成了覆盖县、乡、村的推广网络，指导、规范和优化县域医共体中中医药适宜技术的服务提供。

三是加大基层中医药适宜技术的推广力度。通过省级为县级培训师资，县级基地规范开展中医药适宜技术，并且面向基层医疗卫生机构加强培训，力争到 2025 年，所有的社区卫生服务中心、乡镇卫生院能够规范开展 10 项以上的中医药适宜技术。所有的社区卫生服务站，80%的村卫生室能够规范开展 6 项以上的中医药适宜技术。

此外，我们还将会同有关部门加大基层中医药服务的政策支持，鼓励各地将疗效确切、体现中医药特色优势的中医药适宜技术纳入医保支付范围。谢谢！

澎湃新闻记者

紧密型县域医共体建设的目的是大力提升基层卫生服务能力，请问如何体现医保对基层医疗机构的支持？谢谢。

国家医保局医药管理司司长

黄心宇

感谢媒体朋友的提问。医保部门在健全完善基本医疗保障制度的过程中，一直非常重视发挥基层医疗机构的服务功能，采取多种措施支持基层医疗机构健康发展，引导患者在基层就近就医。主要体现在三个方面：

一是织密基层服务网络。按照基层医疗机构、专科医院和综合医院兼顾的原则合理确定医保定点医疗机构的范围。在申请定点医疗机构的条件上向基层医疗机构进一步倾斜，积极通过乡村一体化管理等方式实现村卫生室医保结算。

二是支持基层医疗服务利用。在门诊方面，我们建立健全职工医保普遍门诊统筹，把多发病、常见病等这些普通的门诊费用纳入到医保统筹基金支付范围。在报销比例上对基层医疗机构给予倾斜。居民医保门诊统筹主要依托基层医疗机构开展，设立了居民医保高血压、

糖尿病“两病”专项保障，主要支付二级及以下基层医疗机构发生的“两病”药品用。在住院方面，对不同级别的医疗机构实行差别化的医保支付政策，医疗机构的级别越低，报销比例越高、起付线越低。2022年政策范围内职工和居民医保平均住院报销比例基层医疗机构比二三级医院分别要高10个百分点和17个百分点。

三是支付方式改革过程中，激励基层提供合理的医疗服务。各地在年度新增医保基金总额预算时，重点向基层医疗机构给予倾斜，支持基层医疗机构为平台开展家庭医生签约服务。在按病组(DRG)或按病种分值(DIP)支付方式改革中，推进常见病、多发病“同城同病同价”，充分调动基层医疗机构服务的积极性。

下一步，结合当前基层医疗机构服务能力和医保制度功能，我们考虑以推动常见病、多发病在基层诊疗为突破口，支持参保人优先利用基层医疗服务，持续发力、久久为功，在保证医保基金平稳运行的基础上不断提高参保患者的就医便利性。谢谢！

中国青年报记者

刚才马县长介绍了泸县在医共体建设方面的一些做法，请问泸县医共体建设的进展如何？特别是在方便群众就近就便就医方面有哪些成果？谢谢。

四川省泸州市泸县人民政府副县长

马晋宇

感谢您的提问。我们泸县结合自身的区位特点和群众的就医习惯，组建了三个医共体，在医疗资源空间布局上，我们已经形成了10分钟村级、20分钟镇级、30分钟县级医疗服务圈。同时，我们紧盯能力提升这个核心内涵，发挥医共体统筹协调能力，注重医防融合体制机制建立，注重群众获得感提升。四年来，我们感觉主要有以下几方面的成效：

一是发展机制更优。医共体成立后，强化了各分院发展规划、人员统筹、职级晋升、后勤物资采购、设施设备利用等方面的协同管理，避免了资源浪费。如泸县第二人民医院医共体根据其成员的区域特点、人口分布，规划建设了医养结合中心，避免了医共体内各单位一哄而上搞医养结合的局面。

二是基层能力更强。我们建立了医共体总院和分院对口帮扶机制。总院共向分院委派了院长2名、副院长4名、业务骨干53名，帮助分院开展新技术、新项目45个，增强了分院的服务能力，如泸县人民医院医共体总院结合潮河镇周边群众的血液透析需求和人口规模，帮助潮河分院建立了血液透析室，2023年透析人次达到了2550人次。

三是医防融合更实。我们建立了分管医疗副院长同时分管医防融合工作的机制，完善了医防融合绩效分配制度。总院专科医生加入家庭医生团队的积极性进一步提高。以高血压、糖尿病等为重点的5类

慢病人群医防融合机制已经逐步形成。目前，泸县高血压、糖尿病患者规范管理率分别达 81.92%和 82%，血糖、血压控制率分别达 60.41%和 70.42%。

四是服务群众更细。我们健全了双向转诊机制，患者从医共体内分院转诊到总院，不再重复收取医保门槛费，2023 年仅这一项就为群众节约了资金 94.88 万元。对有特殊检查检测需求的患者，我们利用信息系统实现了在医共体分院开单、缴费，在总院进行检查检测，减少了患者的经济负担和等候时间。

谢谢提问。

国家卫生健康委新闻发言人、宣传司副司长

胡强强

好，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，我们围绕了全面推进紧密型县域医共体建设的有关情况回答了大家关心的问题，我们也相信，随着县域医共体建设的进一步深入，群众能就近享受到更加系统、更加连续的预防、治疗、康复和健康促进等各种健康服务。

[返回目录](#)

2024 年全国卫生健康工作会议召开

来源：国家卫生健康委

1 月 11 日至 12 日，全国卫生健康工作会议在北京召开。会议坚

持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大和二十届二中全会精神，深入学习贯彻习近平总书记关于卫生健康工作重要论述精神，认真落实党中央、国务院决策部署，总结 2023 年工作情况，安排部署 2024 年重点工作。国家卫生健康委党组书记、主任马晓伟出席会议并讲话。

会议指出，2023 年是全面贯彻落实党的二十大精神开局之年，是三年新冠疫情防控取得重大决定性胜利的一年，也是卫生健康事业稳中求进的一年。全国卫生健康系统坚决贯彻习近平总书记重要指示批示精神，全身心护佑人民生命健康，各项工作稳步推进。毫不放松抓好新冠等呼吸道疾病防治，有力保障新冠疫情防控平稳转段，持续巩固“乙类乙管”常态化防控成果，有效应对季节性呼吸道疾病流行，广大医疗卫生人员作出突出贡献。以基层为重点优化资源布局，“三医”协同发展和治理迈出新步伐，卫生健康服务体系建设取得新成效。持续提升医疗服务水平，群众就医体验持续改善，科技创新、人才培养和信息化工作进一步加强，优质医疗服务供给不断增加。大力推进爱国卫生运动和健康中国行动，重大传染病和重大慢性病防治水平得到提升。严密防范系统风险隐患，全力做好事故灾难紧急医学救援和重大活动保障。扎实开展主题教育，全面从严治党彰显新气象，党建宣传持续强化。我国医疗卫生服务能力持续增强，人民健康水平持续提升。

会议强调，习近平新时代中国特色社会主义思想，特别是习近平总书记关于卫生健康工作的重要论述，是做好卫生健康工作的根本遵循。全国卫生健康系统要深入领会、坚决贯彻习近平总书记关于卫生健康工作重要论述精神，更加深刻领悟“两个确立”的决定性意义，进一步增强做到“两个维护”的政治自觉、思想自觉、行动自觉，牢牢把握推进中国式现代化这个最大的政治，紧紧锚定2035年建成健康中国这个总体目标，坚持把高质量发展作为首要任务，注重政策措施的步调一致性、重大战略措施的连续性、具体策略措施的灵活性和服务体系建设的方向性，全力以赴推进卫生健康事业系统升级、全面进步。

会议指出，2024年是中华人民共和国成立75周年，是实施“十四五”规划的关键一年，也是卫生健康事业改革创新、强基固本、全面提升的重要一年。全国卫生健康系统要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大和二十届二中全会精神，坚持稳中求进工作总基调，完整、准确、全面贯彻新发展理念，贯彻新时代党的卫生健康工作方针，全面推进健康中国建设，深化拓展医药卫生体制改革，更加突出医疗卫生机构的内涵式发展，更加突出卫生健康服务的系统连续，更好统筹发展和安全，不断增强人民群众健康获得感，为以中国式现代化全面推进强国建设、民族复兴伟业奠定坚实健康根基。一是坚定不移推进深化医改各项任务。以人员下

沉为核心深化医联(共)体建设,以落实功能定位为重点统筹“双中心”和临床专科建设,以“三个转变、三个提高”为方向持续推进公立医院高质量发展,以推广三明医改经验为抓手促进“三医”协同发展和治理。二是以基层为重点推进服务能力建设。持续加强县医院能力建设,深入推进“千县工程”。持续增强基层防病治病和健康管理能力,稳步扩大农村订单定向免费医学生培养规模,乡镇卫生院和社区卫生服务中心达到国家能力标准的比例进一步提高。持续提升医疗服务质量,加强病房适老化、便利化改造。扩大专业护理人才招用规模,持续改善医疗护理服务。三是促进人口长期均衡发展。加强人口工作的组织领导,深化人口监测预警和形势分析。加快完善生育支持政策措施,大力发展普惠托育服务。四是充分发挥科技创新和人才队伍的重要支撑作用。加快建设符合行业特点的科技创新体系,加强科技攻关,促进成果应用推广,助力开辟生命科学等未来产业新赛道。深化医教协同,推动医学高层次人才计划落地,持续加强全科等基层和紧缺专业人才培养。五是稳步推进健康中国行动落实落地。加大爱国卫生运动统筹推进力度。加强重大慢性病防治工作,积极发展以健康管理为中心的慢性病综合防治体系。完善老年健康服务体系,优化妇幼健康服务,深化职业病危害监测和治理,强化食品安全标准体系建设。六是促进中医药传承创新发展。全面实施中医药振兴发展重大工程,加强国家中医优势专科建设,充分发挥中医药在治未病、康复

以及儿童青少年近视、肥胖防治等方面的独特优势。七是推进疾控体系高质量发展。落实推动疾控事业高质量发展的指导意见，强化疾控机构核心职能，加强智慧化多点触发传染病监测预警体系建设，加快补齐各级疾控机构基础设施和实验室设备配置缺口。八是防范化解卫生健康领域重大风险。着力防范化解重大传染病疫情、生物安全、安全生产等风险，推动高质量发展和高水平安全良性互动。九是统筹推进法治、应急处置、国际交流等重点工作。加强卫生健康法治建设，强化普法遵法，提升突发事件应急处置能力，积极参与全球卫生治理。

会议强调，全国卫生健康系统要全面加强党的建设，始终在思想上政治上行动上同以习近平同志为核心的党中央保持高度一致。要巩固拓展主题教育成果，坚持不懈加强党的创新理论武装，健全以学铸魂、以学增智、以学正风、以学促干的长效机制，推动党建和业务工作深度融合。锲而不舍加强作风建设，坚持不折不扣、雷厉风行、求真务实、敢作善为，确保党中央各项决策部署落到实处。推进党风廉政建设和反腐败斗争，精准发力、持久发力，提升行业综合监管能力，加强“穿透式”监管，大力营造行业清风正气。

会议要求，全国卫生健康系统要以“时时放心不下”的责任感守好底线，保民生、防风险、促发展，周密抓好岁末年初重点工作。增强底线思维，强化应急值守，加强医疗卫生资源统筹调度和物资配备，做好冬春季传染病防治工作，切实维护人民群众身体健康。始终绷紧

安全生产这根弦，落实“三管三必须”，全面排查整改各类风险隐患。加强正面宣传，深入宣传卫生健康系统“时代楷模”和“最美医生”，及时回应社会关切。组织好“送温暖”活动，多做暖人心的民生实事。

国家卫生健康委党组副书记、副主任曾益新作总结讲话，党组副书记、副主任雷海潮主持会议，全体委领导出席会议。中央和国家机关有关部门代表，驻国家卫生健康委纪检监察组负责同志，各省、自治区、直辖市、新疆生产建设兵团卫生健康委主要负责同志，委机关各司局、直属和联系单位主要负责同志参加会议。

[返回目录](#)

• 健康中国 •

全民健康覆盖视域下健康中国行动政策演进分析

来源：卫生经济研究

2023年9月，第七十八届联合国大会召开，其间召开2023年卫生问题高级别会议，世界各国领导人批准了题为“全民健康覆盖：后疫情时代以更大的雄心壮志实现全球健康和福祉”（Universal health coverage: expanding our ambition for health and well-being in a post-COVID world）的政治宣言，争取到2030年实现可持续发展目标下确定的全民健康覆盖目标。可见，全民健康覆盖是国际共识和行动纲领。

2016年，中共中央、国务院印发了《“健康中国2030”规划纲要》(以下简称《纲要》)，指出“全民健康是建设健康中国的根本目的”，要求推进健康中国建设，全面提升中华民族健康素质，实现人民健康与经济社会协调发展。这是我国积极参与全球健康治理、履行联合国“2030年可持续发展议程”承诺的重要举措。2019年，《国务院关于实施健康中国行动的意见》(国发〔2019〕13号)(以下简称《意见》)要求细化落实《“健康中国2030”规划纲要》，从全方位干预健康影响因素、维护全生命周期健康、防控重大疾病三大健康领域部署行动任务。其中，全方位干预健康影响因素即“所有人可以在需要的时间和地点获得所需的全方位优质卫生服务”，维护全生命周期健康即“涵盖生命全程中从健康促进到预防、治疗、康复和姑息治疗的一整套基本卫生服务”，防控重大疾病即“应对影响健康和福祉的环境和社会经济因素，包括防范、应对突发事件并从中恢复”。可见，三大健康领域布局与全民健康覆盖理念高度契合。

已有文献关于健康中国行动政策主题的研究主要聚焦具体领域，如健康促进、全民健身、慢性病管理、医养结合、医防协同等，较少从整体视角进行结构分析和阶段分析；或者从顶层设计层面解读健康中国行动的建设逻辑和主要内容，但未追踪落实和执行情况。因此，有必要探究健康中国行动实施前后，三大领域政策结构和建设重心变化，把握未来建设方向。本研究按照《纲要》和《意见》的政策节点，

将健康中国行动划分为两个阶段：2016—2018 年为酝酿布局阶段，2019—2022 年为全面实施阶段。在全民健康覆盖视域下，收集国家层面健康中国行动相关政策，探究两个阶段三大健康领域及专项重点行动的政策结构和演变规律，为加快推动健康中国建设提供理论依据。

1. 资料与方法

1.1 资料来源

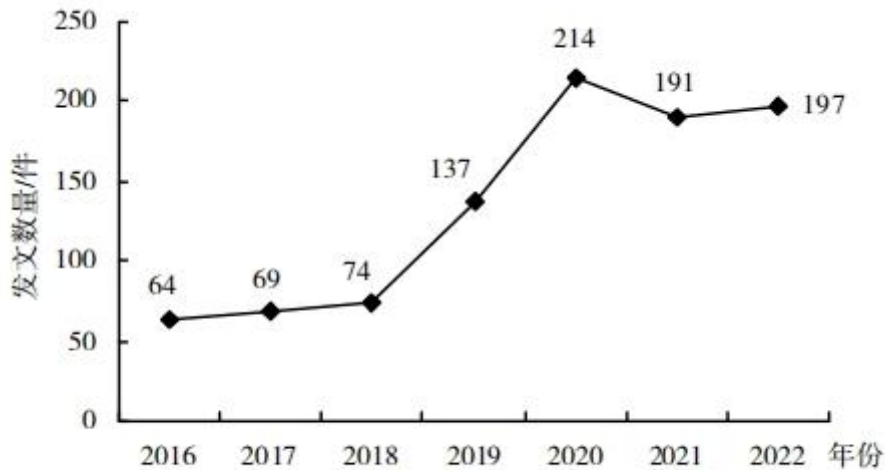


图1 2016—2022年健康中国行动政策数量

本研究基于《纲要》《意见》和健康中国行动推进委员会办公室2019—2022 年发布的“健康中国行动工作要点(计划)”(以下简称“工作要点”)等核心文件，梳理出参与健康中国建设的部委和单位共 65 家，在其官方网站收集 2016 年 1 月 1 日—2022 年 12 月 31 日发布的符合健康中国行动任务内容的政策文件，共获得原始文件 1165 件。经过审核、清洗、补充，最终获取有效政策文件 946 件。从数量

来看，健康中国战略实施后，健康中国行动政策年度发文数量显著升高，特别是 2018 年和 2019 年政策数量明显跃升，2020 年达到 214 件(见图 1)。可见，实施健康中国行动后，国家各部委、各单位持续高度重视，健康中国政策体系不断丰富完善。

2.1 研究方法

首先，将“工作要点”的政策任务逐条编码，共获得 471 条任务编码，同时为每个专项行动制定具有排他性的关键词，依据关键词为政策文件进行编码，归入对应的专项重点行动。

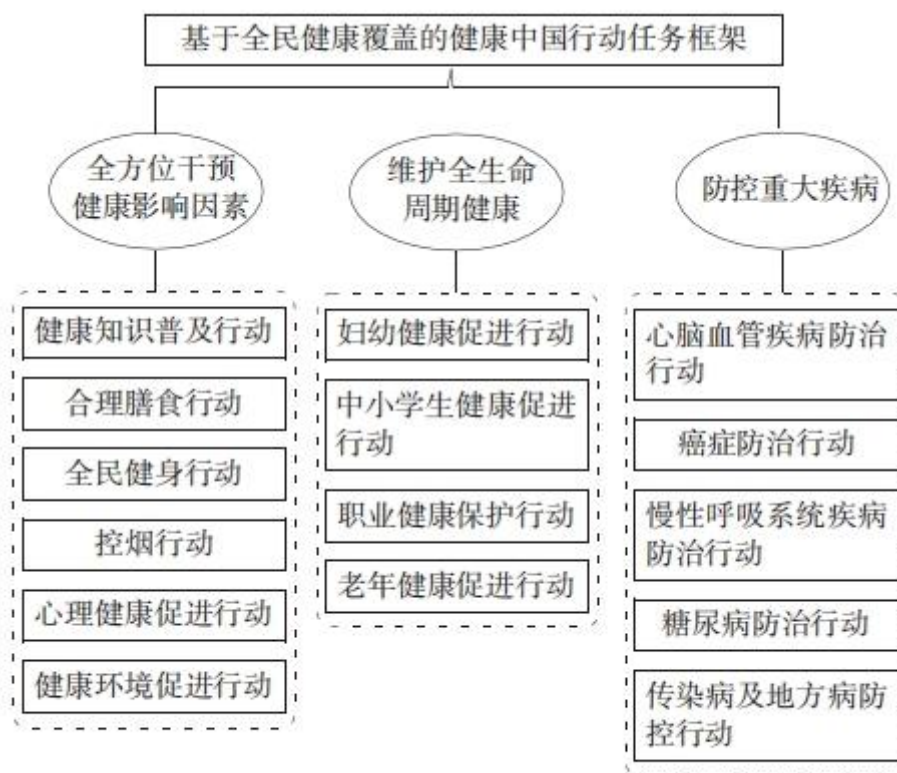


图2 基于全民健康覆盖的健康中国行动任务框架

依照《意见》中三大健康领域的行动范畴和内容，将 15 个专项重点行动归集为三大健康领域(见图 2)。其次，分别统计分析健康中

国行动酝酿布局阶段和全面实施阶段三大健康领域、15个专项重点行动的政策文件数量，计算每个领域或行动的发文量占比。最后，将政策文件和任务编码进行人工校对、匹配，确定每个任务编码的完成情况和具体时间，统计每个领域或行动的任务完成率。

任务完成率包括总体完成率和当年完成率，总体完成率为截至2022年12月31日的任务完成数量占所有年度任务总数的比例，当年完成率为当年完成的任务数量占当年任务总数的比例。

2. 健康中国行动政策变迁分析

2.1 健康覆盖领域

(1) 发文量占比。健康中国行动酝酿布局阶段，全方位干预健康影响因素发文量占比为56.10%，维护全生命周期健康为20.98%，防控重大疾病为22.93%。这一阶段，我国重点关注面向全人群、普适性的初级卫生保健服务，其次关注传染性疾病和慢性非传染性疾病的防护，对特定阶段、特定人群的健康服务关注度不高。全面实施阶段，全方位干预健康影响因素的发文量占比为37.38%，较酝酿布局阶段下降了18.72个百分点；维护全生命周期健康为37.52%，较酝酿布局阶段升高了16.54个百分点；防控重大疾病为25.10%，较酝酿布局阶段升高了2.17个百分点。可见，随着健康中国行动从酝酿布局步入全面实施，政策建设逐步完善，三大健康领域结构分布趋于均衡，对特定阶段、特定人群的个性化健康需求关注度日益提高。

(2)任务完成率。健康中国行动全面实施阶段，全方位干预健康影响因素的总体完成率和当年完成率最高，分别为 83.94%和 64.25%；其次是维护全生命周期健康，分别为 83.22%和 54.55%；最后是防控重大疾病，分别为 76.30%和 50.37%。究其原因，可能是全方位干预健康影响因素在酝酿布局阶段得到了较好的完善，具有扎实的框架基础和初步的建设成效，全面实施阶段接续了建设优势和成果；维护全生命周期健康在全面实施阶段的发文量占比增幅最大，说明在健康中国行动正式启动后得到了充足的资源支持，但是执行情况还需加强；对防控重大疾病领域来说，需要从专项重点行动维度解析，确定需要提升传染性疾病预防能力还是慢性非传染性疾病防控能力。

2.2 专项重点行动

(1)发文量占比。在酝酿布局阶段，健康中国行动重点关注健康环境促进行动(17.07%)、全民健身行动(16.10%)、健康知识普及行动(11.71%)、传染病及地方病防控行动(9.76%)。在全面实施阶段，健康中国行动重点关注传染病及地方病防控行动(15.25%)、老年健康促进行动(13.23%)、中小學生健康促进行动(9.58%)、健康知识普及行动(8.77%)、健康环境促进行动(8.77%)、妇幼健康促进行动(8.77%)。相较于酝酿布局阶段，全面实施阶段发文量占比增幅最大的是老年健康促进行动，增加了 8.35 个百分点；其次是传染病及地方病防控行动(增加 5.49 个百分点)、中小學生健康促进行动(4.21 个百分点)和妇

幼健康促进行动(3.40个百分点)。可见,国家遵循“人民健康至上”的核心要义,以居民健康需求和人口结构变动为导向,结合我国“老龄化、少子化”的现实国情以及突发公共卫生事件的冲击,及时优化和调整了健康中国行动重点任务。

然而,无论是酝酿布局阶段还是全面实施阶段,针对慢性非传染性疾病和心理健康促进行动的发文量占比均相对较低,例如糖尿病防治行动在两个阶段的发文量占比分别为3.90%和2.29%,心理健康促进行动的发文量占比分别为3.90%和3.24%(见表1)。《中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)》数据显示,我国慢性非传染性疾病患者基数不断扩大,致死率也在持续升高,2019年慢性非传染性疾病致死人数占总死亡人数的88.5%,主要是心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病。同时,《2023年度中国精神心理健康》数据显示,我国成年人抑郁风险检出率为10.6%,焦虑风险检出率为15.8%,孕产妇、老年人和学生群体的心理健康问题更为突出。因此,有必要加强慢性非传染性疾病和心理健康方面的健康教育和干预管理。

(2)任务完成率。在全面实施阶段,全民健身行动的总体完成率最高(97.06%),然后依次是老年健康促进行动(92.16%)、传染病及地方病防控行动(88.89%)、合理膳食行动(86.96%)、中小學生健康促进行动(86.67%)、健康知识普及行动(84.44%)。当年完成率也是全民健身行动最高(73.53%),然后依次是健康知识普及行动(73.33%)、职业

健康保护行动(65.22%)、传染病及地方病防控行动(63.89%)、心理健康促进行动(63.64%)、合理膳食行动(60.87%)。可见,全方位干预健康影响因素领域全民健身行动、合理膳食行动落实较好,维护全生命周期健康领域老年健康促进行动和中小學生健康促进行动落实较好,防控重大疾病领域传染性及地方病防控行动落实较好。

表1 健康中国行动15项专项重点行动政策分析 单位:%

专项重点行动	发文量占比		总体完成率	当年完成率
	酝酿布局阶段	全面实施阶段		
全方位干预健康影响因素				
健康知识普及行动	11.71	8.77	84.44	73.33
合理膳食行动	4.39	7.02	86.96	60.87
全民健身行动	16.10	6.34	97.06	73.53
控烟行动	2.93	3.24	77.78	51.85
心理健康促进行动	3.90	3.24	77.27	63.64
健康环境促进行动	17.07	8.77	78.57	57.14
维护全生命周期健康				
妇幼健康促进行动	5.37	8.77	74.36	53.85
中小學生健康促进行动	5.37	9.58	86.67	60.00
职业健康保护行动	5.37	5.94	73.91	65.22
老年健康促进行动	4.88	13.23	92.16	47.06
防控重大疾病				
心脑血管疾病防治行动	3.41	3.78	74.07	51.85
癌症防治行动	3.90	2.83	78.13	43.75
慢性呼吸系统疾病防治行动	1.95	0.94	61.11	50.00
糖尿病防治行动	3.90	2.29	68.18	36.36
传染病及地方病防控行动	9.76	15.25	88.89	63.89

3. 结论与建议

3.1 健康中国行动政策主题存在阶段性变化，框架结构逐渐优化并趋于均衡

在酝酿布局阶段，健康中国行动建设以全方位干预健康影响因素(56.04%)为主，维护全生命周期健康(21.26%)和防控重大疾病(22.71%)为辅，重点关注健康环境促进行动、全民健身行动、健康知识普及行动、传染病及地方病防控行动、中小學生健康促进行动。在全面实施阶段，全方位干预健康影响因素(37.74%)、维护全生命周期健康(37.62%)和防控重大疾病(24.64%)得以均衡发展，重点关注传染病及地方病防控行动、老年健康促进行动、健康知识普及行动、中小學生健康促进行动、妇幼健康促进行动，健康中国行动政策框架逐渐优化。

3.2 健康中国行动全面实施以来取得较好进展，但部分任务的完成率有待提高

全面实施阶段，健康中国行动总体完成率为81.53%，当年完成率为57.32%，“工作要点”规定的绝大多数行动任务已顺利落实，但是当年完成发文任务的比例有待提高，这可能是近年来受疫情冲击，减缓了健康中国行动的建设进程。从健康领域来看，总体完成率由高到低依次为全方位干预健康影响因素(83.94%)、维护全生命周期健康(83.22%)和防控重大疾病(76.30%)。全方位干预健康影响因素领

域，心理健康促进行动还需加强；维护全生命周期健康领域，妇幼健康促进行动和职业健康保护行动还需加强；防控重大疾病领域，慢性非传染性疾病的管控还需重点加强。

3.3 健康中国行动紧贴时代特征和现实国情，但仍需加强心理健康和慢性病防治行动

从酝酿布局阶段到全面实施阶段，健康中国行动发文量占比增幅最大的依次为老年健康促进行动、传染病及地方病防控行动、中小学生学习健康促进行动和妇幼健康促进行动，与我国老龄化日益加剧的时代特征相一致，也与我国完善老年健康服务体系、建立健全生育支持政策体系的现实国情相呼应。然而，无论是酝酿布局阶段还是全面实施阶段，心理健康促进行动的发文量占比均不足4%，慢性非传染性疾病防治行动发文量占比也较低(15%以下)，因此还需持续重视完善心理健康服务，做实扎稳慢性病管理体系。

3.4 重视人民群众健康需求的阶段升级和群体差异，稳步推进健康中国行动一体化发展

健康中国行动作为一项长期、连续、复杂的系统工程，最终目的是满足人民群众的健康需求，提高全民健康水平，实现健康中国战略。从酝酿布局阶段到全面实施阶段，健康中国行动从聚焦全方位的横向建设策略拓展到兼顾全方位和全周期的横纵均衡发展，一方面彰显了健康中国行动螺旋式上升的发展历程和初步成效，覆盖领域和建设路

径不断完善，另一方面反映出人民群众的健康需求日益升级，不仅对全人群普适的健康服务提出了更高质量的要求，还对特定生命阶段、特定健康人群的个性化健康需求有了更加强烈的诉求和意愿。因此，未来健康中国行动要继续重视人民群众的健康需求升级和分化，创新健康服务理念 and 方式，将健康干预节点从治疗提前到预防，融合不同健康领域及专项行动服务内容，如开展医防融合、体医融合、医养结合等健康服务；同时，织密全民健康覆盖网络，对进展较为缓慢的健康行动从政策帮扶、服务供给方面给予资源倾斜，实现健康中国行动全方位发展。

3.5 完善健康促进政策体系，供需双方齐发力，推进健康中国行动提质增效

《意见》提出“到2022年，健康促进政策体系基本建立，全民健康素养水平稳步提高，健康生活方式加快推广”的阶段性建设目标。一方面需要政府部门从供给侧完善健康促进政策体系，优化健康促进方式和路径，加大健康促进政策执行力度，提高目标群体的精确性和针对性，切实提升人民群众的获得感；另一方面需要人民群众主动承担起“自己是健康第一责任人”的任务，与健康中国行动系列政策和活动积极互动，主动接受健康管理，改善健康行为，实现自我健康管理，从个体层面贯彻落实健康中国行动的核心理念。供需双方有效互动，共同推进健康中国行动实现提质增效。

中国罕见病保障机制：现状、挑战与建议

来源：卫生经济研究

01 我国罕见病保障机制的现状

1.1 罕见病医疗服务保障

(1) 地方率先探索。地方层面主要在罕见病社团组织建设、罕见病目录和诊疗服务能力方面进行了积极探索，取得了重要进展，为国家层面出台罕见病诊疗政策奠定了基础。山东等地于 2010 年起陆续建立罕见病学(协)会等社团组织，开展罕见病学术研究、调查、培训、教育和科普工作，提升临床医生的诊疗能力。截至 2020 年底，全国已有 13 个省级层面的罕见病学(协)会。2016 年，《上海市主要罕见病名录(2016 年版)》率先出台，包括 56 种罕见病。北京医学会罕见病分会积极开展罕见病研究，于 2018 年发布了《中国罕见病研究报告(2018)目录》，提升了社会各界对罕见病的认识。

(2) 中央及时发力。在地方试点的基础上，中央层面及时出台罕见病诊疗服务政策和规范，提升罕见病诊疗服务的可及性。国家卫生健康委于 2015 年组建罕见病诊疗与保障专家委员会。2018 年，国家卫生健康委等五部门联合发布“第一批罕见病目录”(国卫医发〔2018〕10 号)，包括 121 种罕见病;2023 年发布“

第二批罕见病目录”(国卫医政发〔2023〕26 号)，新增 86 种罕

见病进入目录。2019年，国家卫生健康委办公厅下发《关于建立全国罕见病诊疗协作网的通知》（国卫办医函〔2019〕157号），确定324家医院为全国罕见病诊疗协作网医院。2019年，中国医学科学院北京协和医院根据“第一批罕见病目录”，牵头制定了《罕见病诊疗指南（2019年版）》。2019年、2023年，先后成立中国罕见病联盟和中华医学会罕见病分会，罕见病领域有了全国性的交流平台。2020年，科技部依托北京协和医院建设“疑难重症及罕见病国家重点实验室”，致力于提升罕见病诊疗服务能力，推动难诊难治罕见病向可诊可治罕见病转变，推动罕见病的交叉学科研究和政策转变。科技部“十三五”国家重点研发计划“精准医学研究重点专项”相继开展了“罕见病临床队列研究”、“中国人群重要罕见病的精准诊疗技术与临床规范研究”等科研项目，随后开启了首次全国性罕见病注册登记研究，科技重大专项的支持，有力地推动了罕见病的基础研究和政策转化。2021年，财政部通过中央专项彩票公益金，支持全国罕见病诊疗水平和实施能力提升项目，在医疗机构开展疑难罕见病多学科诊疗、罕见病遗传检测和医生罕见病诊疗能力提升培训。

1.2 罕见病药品供应保障

2015年以来，国家药品监督管理局、国家卫生健康委、国家医疗保障局、财政部和国家工业和信息化部等部门对罕见病药品审批、价格与准入、税收优惠和保障短缺药供给等方面给予了积极支持，罕

见病药品供应保障取得积极进展。

(1) 加快对罕见病药品的优先审评审批，优先支持罕见病药品研发。国家卫生健康委等部门于 2017 年发布《关于改革完善短缺药品供应保障机制的实施意见》（国卫药政发〔2017〕37 号），明确提出：“研究建立我国常见罕见病用药数据库，通过国家科技重大专项等国家研发项目支持企业和科研单位研发创新，将符合条件、临床急需罕见病用药列入优先研发清单，完善和落实罕见病用药优先审评审批政策。”截至 2018 年 12 月底，已有 13 个罕见病药品通过优先审评审批申请上市，涉及“第一批罕见病目录”中 10 种罕见病。2018 年 8 月，国家药品监督管理局药品审评中心发布《关于征求境外已上市临床急需新药名单意见的通知》，遴选出 48 个临床急需且已在美国、欧盟或日本上市的药品，经研究后如不存在人种差异即可利用境外研究数据申请上市，其中 20 个药品的适应症涉及“第一批罕见病目录”中 12 种罕见病。2020 年 6 月 1 日生效的《基本医疗卫生与健康促进法》明确提出：“国家建立健全以临床需求为导向的药品审评审批制度，支持临床急需药品、儿童用药品和防治罕见病、重大疾病等药品的研制、生产，满足疾病防治需求。”2020 年 7 月 1 日生效的《药品注册管理办法》明确提出：“罕见病等疾病的创新药或改良型新药适用优先审评审批程序。”

(2) 出台税收优惠政策，保障罕见病药品供应。2019 年，财政部、

海关总署、税务总局和药监局四部门联合下发《关于罕见病药品增值税政策的通知》(财税〔2019〕24号),明确增值税一般纳税人生产销售和批发、零售罕见病药品,可选择按照简易办法依照3%征收率计算缴纳增值税;进口罕见病药品,减按3%征收进口环节增值税。截至2022年底,已发布三批适用增值税政策的罕见病药品清单,包括54个制剂和5个原料药。

(3)探索罕见病药品供应保障机制。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号),明确要求“探索罕见病用药保障机制”。医保准入方面,国家医疗保障局通过专家遴选的方式将部分罕见病用药纳入国家基本医保药品目录,对部分价格比较昂贵的罕见病用药,通过国家谈判的方式进行筛选纳入。截至2023年10月31日,对“第一批罕见病目录”中的121种罕见病,我国已上市了90种药品,其中53种药品纳入国家基本医保药品目录;对“第二批罕见病目录”中的罕见病,我国已上市了19种药品,其中10种药品纳入国家基本医保药品目录。

针对罕见病药品短缺问题,国家工业和信息化部等部门也在积极应对,鼓励生产企业研发和引进罕见病药品,鼓励国内企业提升罕见病仿制药品的生产能力。

为缩小我国与西方发达国家在用药方面的差距,国务院于2013年批准设立海南博鳌乐城国际医疗旅游先行区,允许区内特定医疗机

构因临床急需而进口在海外已批准上市但尚未在我国获批且无法替代的药品，更好地满足我国罕见病患者的需求。

1.3 罕见病费用保障

费用保障是罕见病保障机制的核心内容，也是地方探索最多的领域。国内最早在罕见病费用保障方面进行积极探索的地区是山东省青岛市，随后上海市、浙江省、山西省、江苏省、广东省佛山市也积极探索，并形成了各具特色的保障模式(见表 1，略)。

部分城市在推进惠民保过程中，将罕见病纳入保障范围，典型代表是佛山市的“平安佛”保险计划(见表 1，略)，无锡、杭州、温州、南通、深圳、惠州等地的惠民保也对罕见病设立了专项保障(见表 2，略)。除此之外，部分城市的惠民保设立了罕见病特定药品保障，以及为罕见病患者医保目录外的费用提供保障。

2021 年，国家医疗保障局印发《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(医保发〔2021〕5 号)，除了江苏省因为有地方立法的保障未受待遇清单影响外，其余在基本医保制度中探索罕见病保障机制的地方均受到一定程度的影响，部分地区通过加快推进惠民保，将原有待遇保障与惠民保待遇保障进行衔接，防止罕见病患者的政策保障出现空窗。

从地方探索的罕见病费用保障机制看，各有特点，也各有利弊。总体上看，大部分地区在探索罕见病保障机制时做了增量改革，注重

发挥政府、市场和社会三方的作用，罕见病的多层次保障机制建设取得积极进展，医保、财政、民政、商保、社会力量均不同程度地发挥了作用。罕见病保障的重点正在从目录内药品转向目录外药品，费用保障的重点从封顶线以下转到封顶线以上。

02 我国罕见病保障机制建设面临的挑战

2.1 系统性思维欠缺

当前，在罕见病保障机制建设过程中缺乏系统性思维，导致罕见病保障机制不协同现象比较突出。比如，如何处理医保控费与鼓励创新、促进医药产业升级、促进经济社会高质量发展的关系？医保部门关注费用控制与基金风险，药监部门关注审评审批，工信部门关注药品短缺，科技部门关注医药产业创新，卫生健康部门关注罕见病药品可及性；不同部门之间缺乏协同，导致我国罕见病药品研发缺乏可持续性，部分罕见病药品供应保障不足。

2.2 罕见病诊疗服务能力不强

罕见病的发生具有较强的不确定性，病种分布分散，大多数缺乏明确的流行病学基础数据(发病率、患病率与患病人数等)，因此确诊周期较长。欧洲一项调查研究发现，近 25%的罕见病患者在发病 5~30 年后才确诊。美国的研究报告显示，超过 15%的罕见病患者患病 5 年以上才确诊，部分罕见病患者要经过多位医师诊断，被误诊 2~3 次才能确诊。我国 2020 年的调查结果显示，罕见病患者平均诊断时间为

4.81 年。我国“第一批罕见病目录”中的 121 种罕见病，仅 1/3 左右处于可诊可治状态，2/3 处于可诊难治甚至难诊难治状态；将可诊难治和难诊难治的罕见病转化为可诊可治的罕见病，迫切需要提升临床诊疗服务能力。

罕见病诊疗服务能力不强，一是临床医生对罕见病的关注不足、认识不足；二是科技部门对罕见病的临床研究投入不足，特别是忽视对罕见病诊疗技术研发的投入。罕见病药物与罕见病诊疗技术有时存在替代关系，而且有些诊疗技术和手段比药物治疗更具成本效益。例如黏多糖贮积症 I 型患者，目前既有对症药物，也可通过骨髓移植进行治疗；药物费用每年需要 100 万元以上，且需要持续服药，而骨髓移植手术费用仅 50 万元左右，移植后的抗排斥药物每年 1 万~2 万元。可见，如果临床诊疗服务技术得到提升，可以降低患者的疾病负担，同时改善患者的生活质量。

2.3 罕见病药品供应保障能力不足

罕见病的治疗方案极度缺乏，目前 7000 多种罕见病中只有不到 5% 有药物治疗，大多数罕见病无药可用。究其原因，一是我国罕见病药品研发投入不足，研发能力相对较弱，针对罕见病的创新药物大多从国外引进或进口；二是罕见病药品价格比较昂贵，基本医保的保障力度不足，患者的自付能力有限；三是罕见病用药的最后一公里不畅通，有些罕见病药品已经纳入国家医保目录，但患者用不上，其中既

有地方医保落实国家政策不及时的问题，也有医保制度与医院考核不协同的问题，影响了药物的可及性。

2.4 罕见病费用分担机制不健全

罕见病药品又称孤儿药，大部分价格高昂，多数患者及家庭难以承受。部分罕见病药品通过常规纳入和谈判准入等方式，已经纳入国家医保目录，但仍有部分罕见病药品尚未纳入医保报销范围，或超适应证用药，导致医保无法报销。病痛挑战基金会发布的2018年罕见病调研报告显示，罕见病患者医药费用个人负担比例约为80%，个人负担最高达300万元/年，往往导致家庭灾难性卫生支出。罕见病患者家庭主要依靠非正式或个人的方式来筹集资金应对疾病带来的风险，医疗保障制度的减贫作用未充分发挥，罕见病医疗费用支出的致贫率超过35%。尽管地方层面已有众多的罕见病费用分担机制的探索，但总体上看，罕见病患者的个人自付负担仍然较重，发生灾难性支出的比例远高于普通人群。

究其原因，一是基本医保制度的主体作用发挥不充分，部分罕见病患者甚至被排除在基本医保制度之外。二是多层次保障机制建设相对滞后，多数地区的补充保险和医疗救助的保障范围与基本医疗保险一致，补充作用和托底作用发挥不充分。三是社会力量参与罕见病多层次保障机制建设的能力相对不足，既有社会组织自身的能力原因，也有相关政策的影响，例如在国家医保准入谈判时对药品的定价考虑

了患者援助的因素,影响了企业对罕见病多层次保障机制建设的支持力度。四是市场力量在罕见病保障机制建设中作用发挥不充分,除了惠民保,仅有少数商业健康保险产品将罕见病纳入保障范围。五是目前对罕见病是否需要设立专项基金(类似浙江和江苏的做法)缺乏共识。

03 完善罕见病保障机制需要厘清的几个问题

3.1 多层次医疗保障制度的保障顺序问题

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出:到2030年,全面建成以基本医疗保险为主体,医疗救助为托底,补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。可见,基本医疗保险在我国多层次医疗保障制度中处于主体地位,建立罕见病保障机制不应越过基本医疗保险制度。但目前,我国部分罕见病被排除在基本医疗保险制度的保障范围之外,基本医疗保险制度的主体地位未能得到体现。

3.2 罕见病保障如何体现基本医保的公平与平等原则

差异筹资(按支付能力筹资,收入高者多缴费,收入低者少缴费甚至不缴费)和平等待遇(不同参保人均有从基本医保制度中受益的权利,相同疾病患者应获得相同的保障待遇)是社会医疗保险的基本规律。罕见病患者作为参保人,如果罹患的疾病只有唯一的价格昂贵的药物,且没有纳入基本医保,这意味着其无法从当前的基本医保制

度中受益。这样的制度设计显然违背了社会医疗保险的基本规律，对罕见病患者来说，责任和权利不对等显而易见。

3.3 预算影响、支付制度与罕见病药品和诊疗技术准入

将罕见病纳入基本医保制度确实需要考虑对医保基金预算的影响，但我国医保支付的封顶线针对的是基本医保基金，而不是个人，这意味着在分担医疗费用时我国医保基金承担有限责任，而参保人承担无限责任。我国的基本医保制度在设计保障范围(服务包)时，只有在多种选择方案时才会考虑费用与效益问题，目前正在引入卫生技术评估(HTA)和药物经济学评价来遴选成本效益更好的药物和诊疗方案；当只有单一诊疗手段(药物或者诊疗技术)时，费用问题并不是其纳入服务包的先决条件。之所以如此，是因为我国大多数地区的基本医疗保险制度在制定支付标准时采取了止损原则(设定支付的封顶线)，而不是排外原则，即使药物或者诊疗技术价格再高，基本医保也只支付到封顶线为止，体现了“尽力而为、量力而行”的原则，因此将罕见病纳入基本医保的保障范围，也不影响其他参保人的权益。

3.4 保罕见病与保基本是否有冲突

社会医疗保险制度设立的初衷是通过互助共济的手段，防范和化解疾病风险。在我国基本医疗保险筹资水平相对较低的背景下，应优先保障大病患者还是小病患者？从我国基本医疗保险制度特别是城乡居民基本医疗保险制度的发展历程看，保大病一直是优先关注的重

点，因为大病发生的费用是因病致贫、因病返贫的真正的风险。从社会医疗保险制度发展的基本规律看，罕见病患者应被纳入基本医疗保险的保障范围，并在平等受益的基础上给予适当的保障倾斜，以缓解其就医负担过重问题。

04 对策建议

4.1 强化系统思维，加强部门联动，加速形成罕见病保障机制共识

关注罕见病、研究罕见病是一个国家经济社会发展和文明程度提升的重要标志。罕见病保障机制建设是一项系统工程，涉及卫生健康、药监、医保、工信、科技和财政等多个部门，涉及医药产业的全流程，涉及医疗、医药和医保等方面，因此很难单兵突进，需要以罕见病目录为抓手，加强部门协同和政策联动，统筹推进；需要加深对罕见病的理解和认识，尽快凝聚共识，在实践中减少不确定性。

4.2 加强罕见病诊疗技术研究，提升罕见病诊疗服务能力

识别罕见病是罕见病保障机制建设的起点。当前医务人员对罕见病诊疗的知识储备不足，对此应优先加强对罕见病临床诊疗研究的支持，使更多难诊难治和可诊难治的罕见病逐渐转为可诊可治的罕见病；加快培养和培训临床医生特别是省级和地市医院的临床医生，提升他们对罕见病的认识和诊疗服务能力，使罕见病患者获得及时、有效的诊疗。引导公立医院特别是三级公立医院提升罕见病诊疗服务能力，

使其更好地回归本位，从规模化发展向高质量发展转变。

4.3 完善罕见病药品的全流程支持性政策，提升罕见病药品的可及性

药品供应保障是罕见病患者最集中的诉求之一。相关部门在罕见病产业布局、药物准入、价格形成和药品使用等方面应形成合力，促进罕见病的财政投入政策、科技政策、产业政策与民生保障政策等全流程支持性政策协同发展。提升罕见病药品供应保障能力，既要强化顶层设计，也要关注政策执行的最后一公里，更好地提升罕见病药品的可及性。

4.4 汲取地方有益经验，加快建立全国性的罕见病多层次费用保障机制

国家层面应积极汲取地方有益经验，建立以政府主导的基本医保、补充医疗保险和医疗救助为主，商业健康保险和慈善捐赠为辅的多层次费用保障机制。基本医疗保险应尽快将有明确诊疗技术和对症药品的罕见病纳入保障范围，使罕见病患者享有平等权益；补充医疗保险应弥补基本医疗保险保障能力有限的不足，进一步分担罕见病患者的就医费用；医疗救助需进一步提升保障力度，彰显托底功能。同时，充分发挥慈善组织和社会组织在罕见病多层次保障方面的作用，弥补政府和市场力量在罕见病保障方面的不足。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

流感高发形势下，零售终端用药市场情况如何？

来源：新康界

每年流感来袭，受到多方关注，今年是疫情放开后的第一个冬天，民众对流感事件格外敏感。根据中国疾控中心病毒病预防控制所介绍，9月以来，我国南方省份出现以甲型 H3N2 亚型为主的流感活动升高，并且是与乙型 (Victoria) 系流感病毒共同流行。10月以来，我国北方个别省份开始出现流感活动升高，自10月中旬以来，中国北方报告称，与前三年同期相比，流感样疾病有所增加，以甲型 H3N2 亚型为主。

流感样病例监测实验室检测结果

	第 46 周		
	南方省份	北方省份	合计
检测数	5307	5833	11140
阳性数(%)	1830(34.5%)	1612(27.6%)	3442(30.9%)
A 型	1576(86.1%)	1519(94.2%)	3095(89.9%)
A(H3N2)	1559(98.9%)	1488(98.0%)	3047(98.4%)
A(H1N1)pdm09	17(1.1%)	31(2.0%)	48(1.6%)
A(unsubtyped)	0	0	0
B 型	254(13.9%)	93(5.8%)	347(10.1%)
B 未分系	5(2.0%)	0	5(1.4%)
Victoria	249(98.0%)	93(100%)	342(98.6%)
Yamagata	0	0	0

数据来源：CDC

11月22日，世卫组织在官网发表声明称，已向中国正式请求提

供有关呼吸道疾病增加和报道提及的“儿童聚集性肺炎”的详细信息。此消息一出，引起国内高度关注。

北京医院呼吸与危重症医学科主任李燕明表示：中国已经建立了捕捉流感、流感样疾病、呼吸道合胞病毒和新冠病毒趋势信息的系统，并向全球流感监测和应对系统等平台报告。

其实，在新冠流行后的一年，欧美等多国去年也出现了以流感病毒为主要的感染潮，同样是以儿童人群为主的患者大量激增，法国、英国和丹麦等也出现了呼吸道病例“多重流行病”感染的情况。因此，本次流感季可能并不是最新的病毒传染的出现，世卫组织的问询也是常规性的监测关注，欧美的流感感染潮对我国是“前车之鉴”，需小心应对。

01 专家对我国流感病毒的用药建议

对于呼吸道疾病流行情况，近日，中国疾控中心免疫规划首席专家王华庆表示，近期我国呼吸道疾病流行过程中监测的结果显示，目前监测到的病原主要以流感病毒为主。

除此之外，我们也发现在不同年龄段，除了流感以外还有其他病原的分布，比如说1-4岁儿童，除了流感以外，还有引起普通感冒的鼻病毒，也占到一定的比例。5-14岁人群除了流感以外，支原体也占了一定的比例，还有引起普通感冒的腺病毒存在。15-59岁，除了流感病毒以外，也有鼻病毒，还有新冠病毒病原被分离出来。60岁

以上的人群，人偏肺病毒也是引起普通流感症状的病毒。此外还有，普通的冠状病毒在 60 岁以上人群当中占的比例也是比较大。

对于流感用药的药物治疗，北京医院呼吸与危重症医学科主任李燕明表示，呼吸道感染性疾病早期治疗是非常重要的，对于流感来说，抗流感病毒的药物 48 小时之内用药效果是最好的，如果超过了 48 小时以后，用药的效果就会打折扣。

而这一波流感潮之中，儿童群体的大量感染引起高度关注，医院就诊排队人数激增，造成短期医院医疗系统的压力增加。而针对儿童的咳嗽问题，广州中医药大学副校长、广东省中医院院长张忠德也给出建议，首先要辨清楚是风热还是风寒。风热的，喉咙痛，有一点黄痰，有点黄色的鼻涕，可以用清热解毒化痰的中成药，或者化痰的西药。风寒的，咳嗽，喉咙很痒，像一些刺激性的咳嗽，一咳嗽就流清鼻涕，这时候就用一些祛寒解表补肺气的中成药。

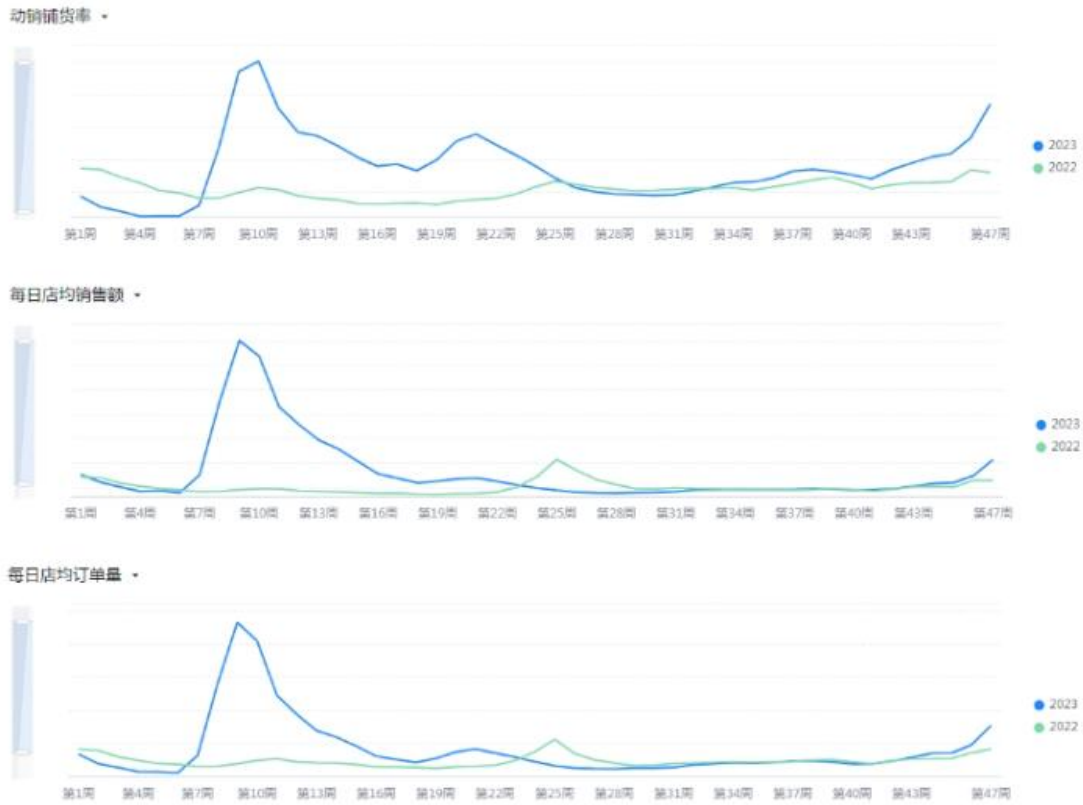
02 从中康数据系统监测看零售药店的流感用药趋势

在流感用药方面，除了医院之外，零售终端渠道是非常重要的医疗市场，通过分类管理，能够有效分流医院病患，减轻缓解就医压力，更好的服务目标患者。那么零售药店端监测到的市场情况如何呢？

根据中康瓴速系统对零售药店监测的数据来看，在病毒性感冒用药品类，今年 10-11 月(截至第 47 周)的动销铺货率同比增加了 7.71 个百分点。从店均销售额和订单量来看，零售药店在病毒性感冒的每

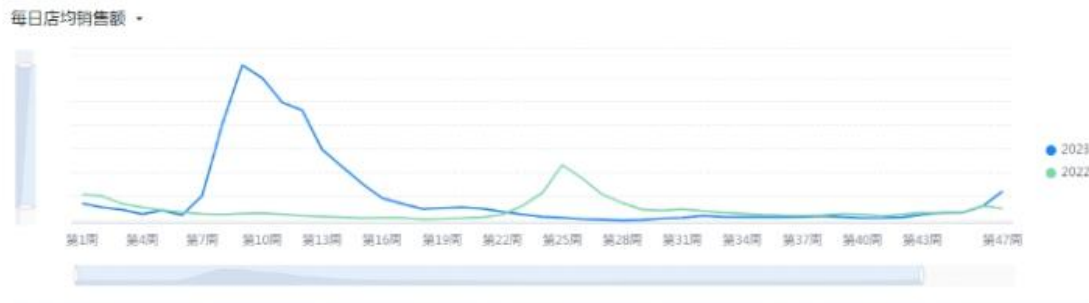
日店均销售额和订单量相比同期有所增加，呈现上扬趋势。

2022VS2023. 10. 1-11. 24 病毒感冒类零售药店监测情况

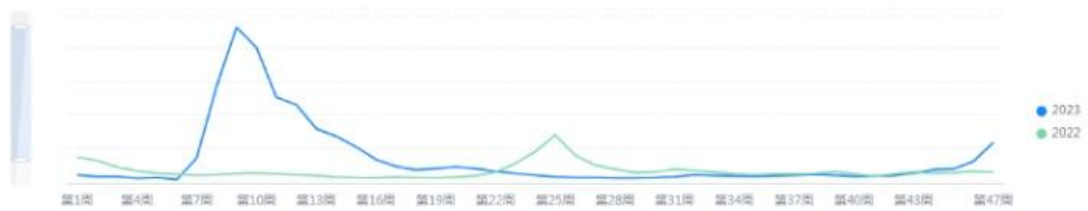


而在病毒性感冒用药中，在进入 11 月份以后，奥司他韦店均销售额和订单量均呈现明显上扬的趋势。

2022VS2023. 10. 1-11. 24 奥司他韦在零售药店监测情况

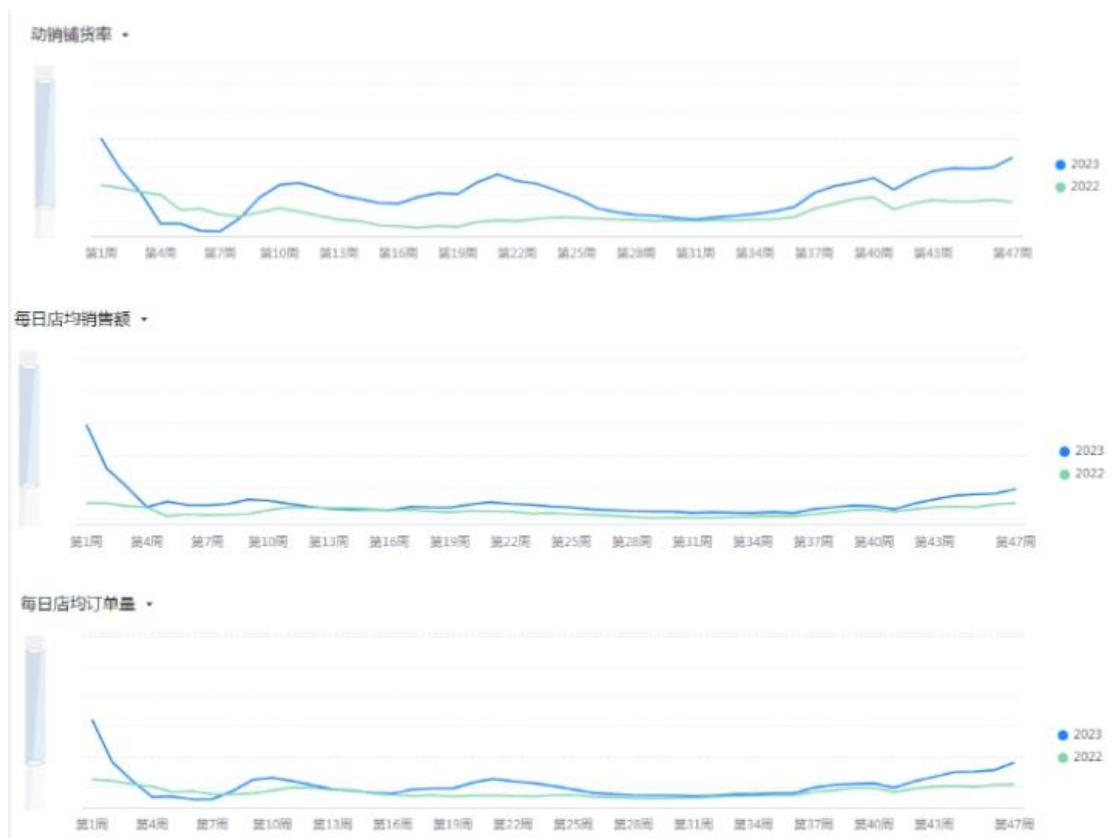


每日店均订单量



在止咳祛痰品类中，根据中康瓴速系统数据，其中，祛痰类和止咳平喘类的动销铺货率分别同比增长了 10.45 个百分点和 2.06 个百分点。

2022VS2023. 10. 1-11. 24 祛痰类零售药店监测情况



以上数据来源：中康瓴速·零售药店动销监测平台

总的来说，受流感影响，零售药店在病毒性感冒用药和祛痰类用

药方面同比去年需求有所增加，特别是进入到11月中旬，店均销售额和订单量有进一步大幅上扬的趋势，具体到奥司他韦和对乙酰氨基酚的感冒、解热镇痛类药物，也出现了明显增长。

[返回目录](#)

2024年，医药产业前瞻

来源：张自然博士

本文将可能影响2024年医药产业发展的部分政策和事件作一分析。

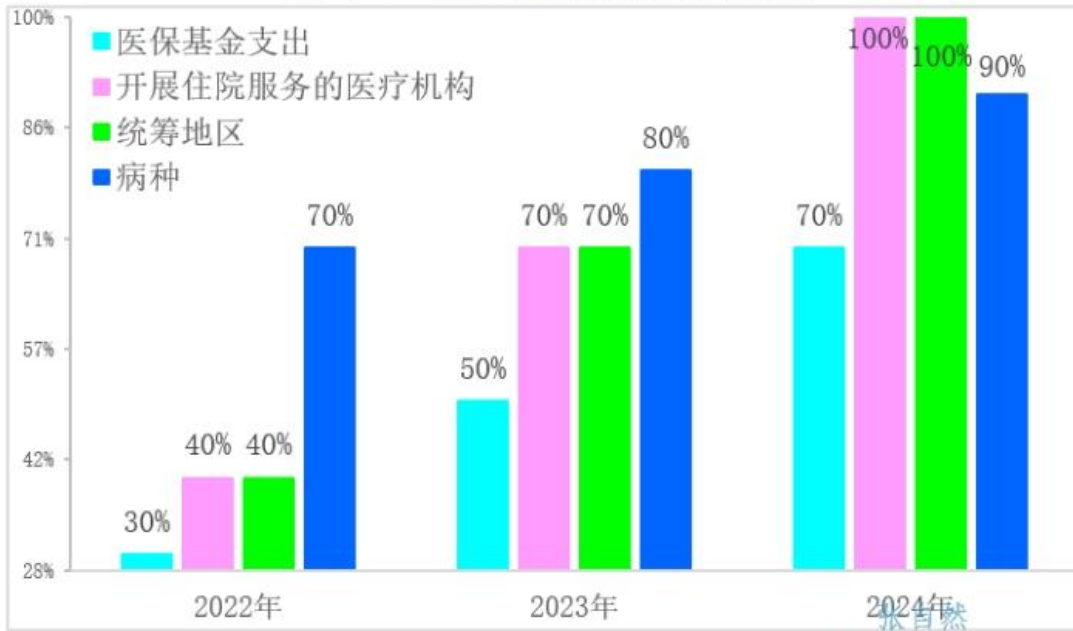
01 DRG/DIP

为建立管用高效的医保支付机制，国家医保局于2019~2021年，先后启动30个城市的DRG(按疾病诊断相关分组付费)和71个城市的DIP(按病种分值付费)试点，所有试点城市已经全部进入实际付费。

一、进度

在前期三年试点基础上，国家医保局于2021年11月19日印发的《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，制定了2022~2024年三年进度安排，要求到2024年底，DRG/DIP付费医保基金支出占统筹区内住院医保基金支出原则上要达到70%，DRG/DIP付费医疗机构病种入组率原则上要达到90%，统筹地区以及开展住院服务的医疗机构覆盖率达到100%。2024年是DRG/DIP支付方式落地的决胜之年。(详见图一)

图一、DRG/DIP支付方式覆盖进度计划

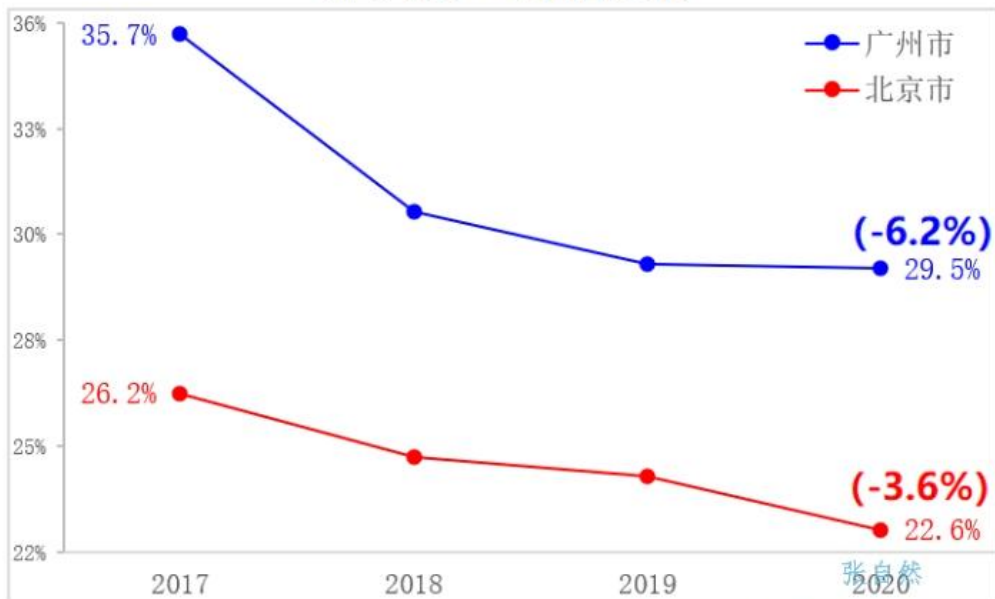


资料来源：国家医保局，张自然

二、影响

DRG/DIP 支付引导医疗服务和用药下沉，降低了住院天数和药占比。

图二、实施DRG后药占比变化



资料来源：中康数据库，张自然

以广州、北京两市为例，实施 DRG/DIP 后，其药占比分别由 2017 年的 35.7%、26.2% 下降到了 2020 年的 29.5%、22.6%，三年分别下降了 6.2 个百分点和 3.6 个百分点。（详见图二）

02 带量采购

2021 年 9 月 29 日出台的《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》指出，“到 2025 年各省（自治区、直辖市）国家和省级药品集中带量采购品种达 500 个以上”，2023 年 3 月 1 日发布的《国家医疗保障局办公室关于做好 2023 年医药集中采购和价格管理工作的通知》要求“坚定不移的推进药品耗材集中带量采购”。

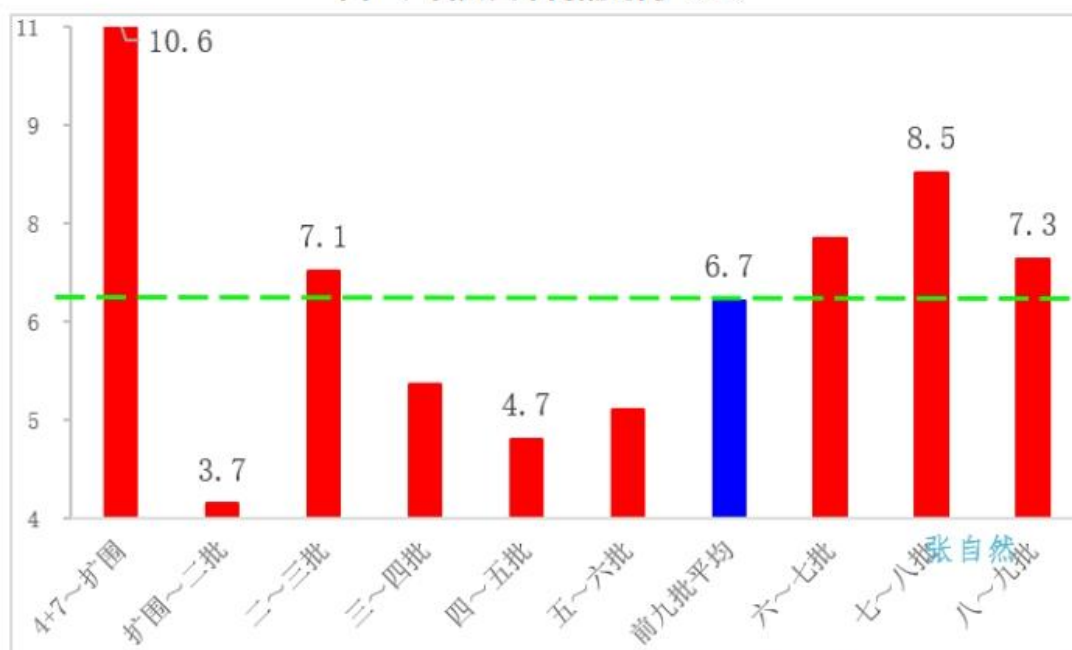
因此，2024 年继续进行药品和耗材带量采购应是确定性事件。

一、第十批国采：时间

前九批（十轮）国采间隔时间最长的是 4+7 试点（2018.12.6）和 4+7 扩围（2019.9.25），二者间隔 10.6 个月。间隔时间最短的是 4+7 扩围（2019.9.25）和第二批国采（2020.1.17），仅相隔 3.7 个月。除试点之初的 2019 年和疫情最严重的 2022 年外，每年都至少进行两批国采。如 2021 年进行了三批，即 2021 年 2 月 3 日的第四批、6 月 23 日的第五批、11 月 26 日的第六批国采。刚刚过去的 2023 年进行了第八批（3 月 29 日）、第九批（11 月 6 日）两批国采，两批相隔 7.3 个月。

前九批(十轮)国采平均时间间隔 6.7 个月，照此推算，2024 年可进行两批国采，将分别于 5 月 26 日、12 月 16 日进行第十、第十一批国采。当然，这仅是纸面上推算，具体要以实际发生为准。(详见图三)

图三、各批国采间隔时间（月）



资料来源：国家组织药品联合采购办公室，张自然

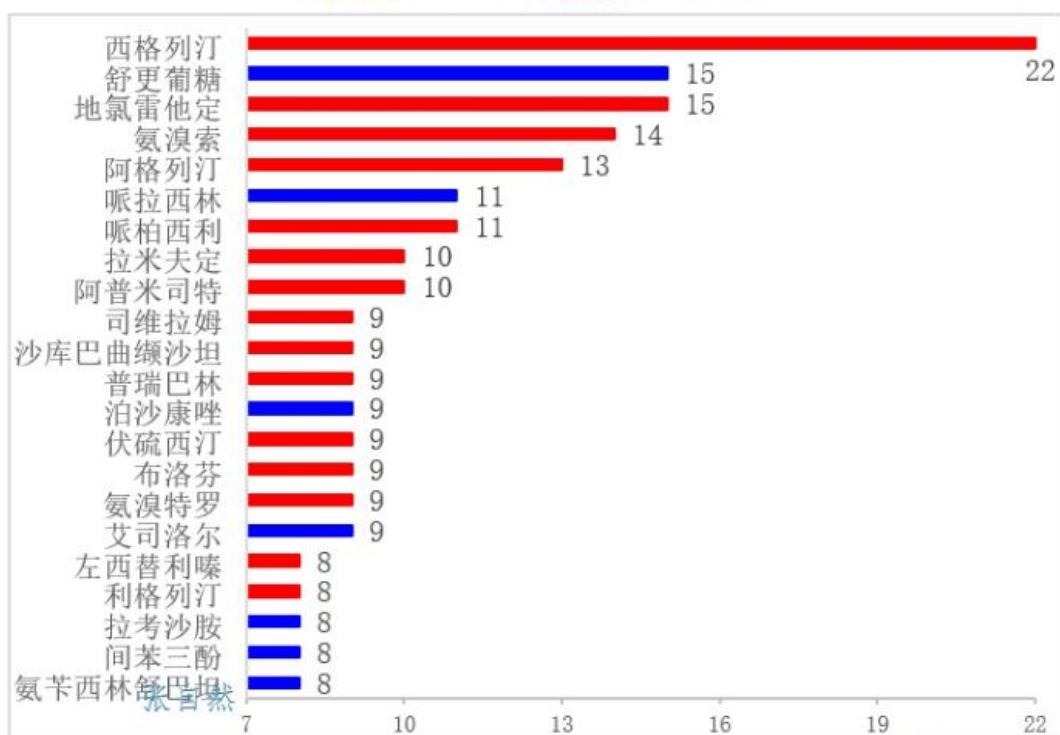
二、第十批国采：品种

据米内网统计，如按第八、第九两批国采 5+0 的竞争格局，截止到 2023 年 12 月 8 日，符合条件企业数 ≥ 5 家且尚未集采的品种已达 82 个，其中注射剂 28 个(占 1/3+)，口服液体剂 10 个(多为近年新批)。这 82 个品种 2022 年在中国公立医疗机构的销售总额合计超过 570 亿元。

现将符合条件企业数 ≥ 8 家的 22 个品种情况列于如下图四，其

中，竞争最激烈的是西格列汀口服常释剂型，已有 22 家企业符合条件，其次是舒更葡糖注射剂和地氯雷他定口服液体剂，都有 15 家企业符合条件。（详见图四）

图四、符合条件企业数≥8家且未纳入集采的22个化药（至23.12.8）
（蓝色柱为注射剂，红色柱为口服制剂）



资料来源：米内网，张自然

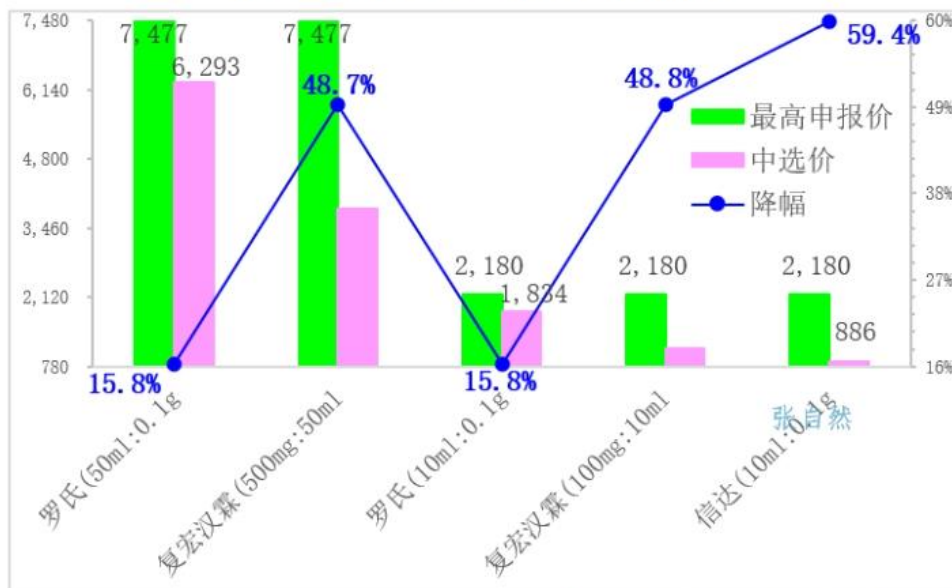
三、生物类似物集采

化药过评的由国家采、未过评的由地方采，中成药已由湖北牵头 29 省联盟集采，中药饮片和中药配方颗粒也已由山东省分别牵头 14 省和 15 省集采，作为生物药的胰岛素也已由国家第六批专项集采、干扰素已由江西牵头 28 省集采。到目前为止，除生物类似物外，几乎大类药品均已被国采或小国采（覆盖省份数≥50%）。

生物类似物因不能做一致性评价，结构、生产工艺和流通存储等都较复杂，以及替代性弱、与原研药差价不太大等特点和难点，除偶由地方集采外，生物类似物一直未被大范围集采。

但早在 2021 年 1 月 28 日发布的《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》就提出“重点将基本医保药品目录内用量大、采购金额高的药品纳入采购范围，逐步覆盖国内上市的临床必需、质量可靠的各类药品，做到应采尽采”，在次日(1月29日)国新办举行的新闻发布会上，医保局领导表示“生物类似药纳入集采“毫无疑义”，包括中药大品种纳入集采是制度性的要求”，说明生物类似物不会被集采例外，生物类似物承载着浓厚的创新元素，在“全链条支持”医药创新的背景下，生物类似物会否被大范围集采仍是悬念。

图五、广东联盟集采，利妥昔单抗降幅比较



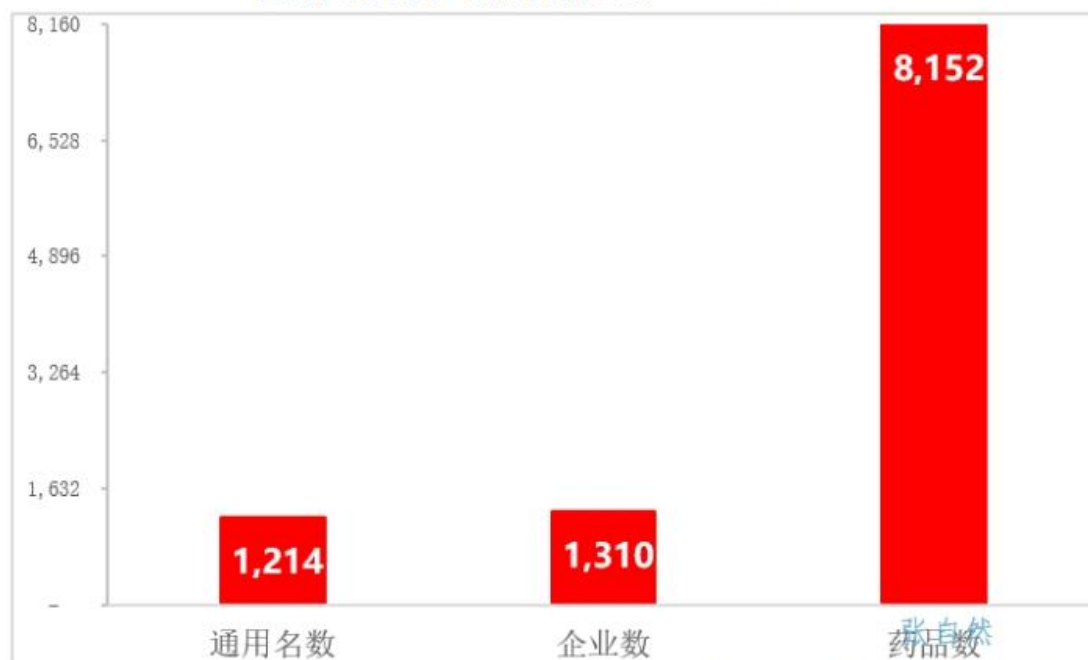
资料来源：广东省药品交易中心，张自然

作为生物类似物之一的利妥昔单抗已被广东、安徽集采。其中，2022年3月10日，广东省药品交易中心发布的《广东联盟双氯芬酸等药品集中带量采购(第一批)拟中选/备选结果的通知》显示，罗氏、复宏汉霖和信达的利妥昔单抗中选，最大降幅59.4%(信达)，最小降幅15.8%(罗氏)。(详见图五)

03 一致性评价

化学药一致性评价工作正式启动于2016年3月国务院办公厅印发的《关于开展仿制药质量和疗效一致性评价的意见》(简称“8号文”)。

图六、化学药一致性评价进展 (至23.12.20)



资料来源：华招医药网，张自然

一致性评价既是化学药参加国采的资格证，也是对老药的补课，此前，也曾有过时间进度规定，但并未严格执行。

2023年9月25日，CDE发布的《仿制药质量和疗效一致性评价受理审查指南(征求意见稿)》提出，“自第一家品种通过一致性评价后，三年后不再受理其他药品生产企业相同品种的一致性评价申请”，又给企业提了个醒，一致性评价终究是有时间限制的。

截止到2023年12月20日，已有1310家企业的8152个化药产品通过了一致性评价，涉及1214个通用名。(详见图六)

04 县域医疗卫生共同体

通过分级诊疗优化医疗资源配置，一直被寄予解决“看病难”的希望，县域医疗卫生共同体是分级诊疗的重要节点和主要抓手，2023年12月30日，国家卫健委联合10部门发布的《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》提出，“通过系统重塑医疗卫生体系和整合优化医疗卫生资源，推进以城带乡、以乡带村和县乡一体、乡村一体”、“引导资源向乡村下沉”。并规定了时间进度，即“到2024年6月底前，以省为单位全面推开紧密型县域医共体建设；到2025年底，90%以上的县(市)基本建成紧密型县域医共体；到2027年，紧密型县域医共体基本实现全覆盖”，作为县域医疗卫生共同体的全面推开之年，2024年的重要性不言而喻。

我国县域医疗资源并不匮乏，但并未完成“大病不出县”的重任，且区域差异大。

以2021年为例，全国共有县及县级市医院17294家，其中，县

及县级市医院数量最多的省份是河北。

>1000 家的有 4 省，即河北(1452 家)、河南(1370 家)、四川(1231 家)、山东(1128 家)，上述 4 省合计 5181 家，占了全国的 30%；

>800 家的有 4 省，湖南(970 家)、云南(964 家)、贵州(929 家)、江苏(857 家)；

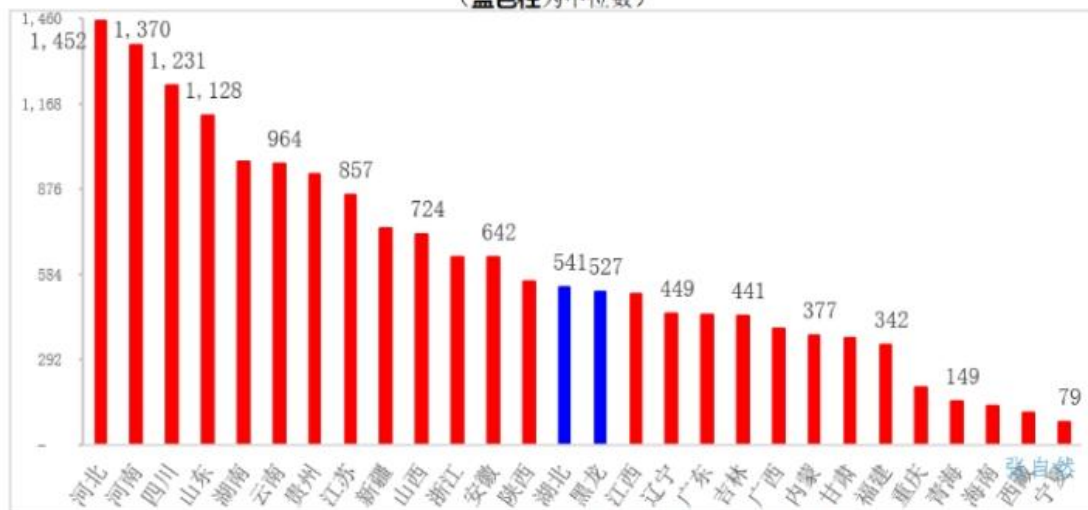
县及县级市医院数量最少的是宁夏。

<100 家的有 1 省，即宁夏(79 家)；

<200 家的有 4 省，即重庆(198 家)、青海(149 家)、海南(136 家)、西藏(110 家)。

县及县级市医院中位数是湖北(541 家)和黑龙江(527 家)。(详见图七)

图七、2021年，各省份县及县级市医院数量
(蓝色柱为中位数)



数据来源：《中国卫生健康统计年鉴》，张自然

05 “三医”协同

党的二十大报告提出“促进医保、医疗、医药协同发展和治理”。由“联动”向“协同”转变，从“碎片化”改革向“系统性”改革转变，实现各司其职又彼此支撑。

如在医保战略购买中，既要尽力提高老百姓就医可及性和满足临床需求，又要不打击医药创新的积极性，努力在医药服务优质高效供给和医保可持续发展之间取得平衡。由“九龙治水”、到“三医”联动、再到“三医”协同，新医改正向高阶迈进。

2023年11月21日，国务院副总理刘国中在福建三明调研医改时强调，要加强“三医”改革统筹，改革医保支付方式，完善药品招标采购。要健全分级诊疗体系，完善国家医学中心和区域医疗中心管理运行机制，扎实推进医联体和信息化建设，加强基层服务能力建设，有序开展家庭医生签约服务，多措并举均衡布局优质医疗资源。

2024年，DRG/DIP广覆盖，腾笼换鸟(国采 vs 国谈)继续，县域医疗卫生共同体全面推开，引导医疗服务和用药下沉，门诊统筹提速，促进处方外流，全链条支持创新，中医药振兴，“三医”协同促进医药行业更加健康、平衡发展。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DIP 改革落地，医院管理要如何转变？

来源：金豆数据

随着 DIP 改革在全国开展，不少医院管理者发现，改革之下的医院按照之前的管理方法来管行不通了。老方法不仅无法体现医护价值，甚至还会起到阻碍医院发展的效果，最直观体现就是医院亏了，医生也不满意。该怎么转变管理方式，将医院引上 DIP 发展的正路？在近日召开的第二届 CHS-DRG/DIP 支付方式改革大会上，湖南省卫生改革与发展研究中心研究员汪荣华给出了她的建议：将 DIP 的改革压力留在院级管理层。

理解政策找准定位

在支付方式改革过程中，医院管理层要承担哪些具体工作？目前可能很多医院的做法是把改革压力直接转嫁给临床一线的医生。这是非常危险的。

支付方式改革改变了原来按项目付费下多开检查、多用药、多住院就能多收益的情况，现在大家需要形成一个共识：合理诊疗，节约成本，良性发展。所以临床医生的工作是合理诊疗，而管理层应该干的，是如何更好帮助临床医生合理诊疗。这个共识是需要医院的全体管理者都要达成，如果有管理者不以为然甚至阴奉阳违，对于临床一线的医生来说就很难开展工作，更遑论合理诊疗，最后的结果只有和

改革目标相悖，不适应改革潮流，对医院造成损失。

管理者需要正确理解几个支付方式改革的关键词：

1. 区域点数法总额预算。说到总额预算，大家都能理解是分盘子，也都想要多分一点盘子。但是在区域点数法的情况下，如果点值越多，也意味着每个点数能兑换的钱越少，盘子越薄。所以有一些管理者还认为改革无法触动根本，依然让临床医生继续原来的做法，只能出现亏损。目前还在这样做的医院，已经有很多吃到了亏损的结果。

2. 疾病诊断+治疗方式。正确理解疾病诊断和治疗方式，找对自己医院的特色，以特色谋求发展。

3. 异地就医。随着异地就医推进，患者流动性大大增强，如何留住患者，留住“客源”，还得落到医疗水平上，水平高，才能让患者用脚投票选择。

4. 基金监管。随着信息化水平的提升，医保部门利用强大的大数据优势，在基金监管中掌握了主动权。医院要记住一点，在大数据面前，很多行为都能被看得一清二楚。有些医生说自己做的诊疗是合理的，自己开的药和检查数量也“没问题”，也有不合理诊疗的医生狡辩说如果不这么做病人可能会出现怎么样的后果，那谁来担责；但是在大数据面前，所有人都近乎“裸奔”，反映在大数据上，在同医院、同区域甚至是全国层面都能看到，同样的病，别的医生如何诊疗，如果医生还在使用个性化诊疗方式，在医保基金强监管的背景下，很难

过关。

医院管理者需要谨记，大家关起门来声音应该是一致的，这不是医保科一个科室的事，而是全医院的事：院内行政职能部门的人员也应理解支付方式改革，了解改革目的和方式，形成正向改革的合力，这样引导到临床医生，才是有效的。

明确定位绩效导向

医院怎么发展？一定要找准自己的定位。

第一是差异化发展，不要和别人硬碰硬。要找准核心竞争力，也就是着重收治的病种，人无我有、人有我优就很重要。各个医院一定要结合自己服务的特点和服务的能力进行具体分析：本医院的机会有哪些？威胁有哪些？优势又有哪些？院级领导要结合外部环境分析院内各学科的人员、设备环境等特点，根据分析的情况，来有针对性地定位学科发展目标，打造重点学科，推出特色治疗手段。

然后是明确科室价值。对院级领导来说，一定不能把所有学科都当做挣钱的学科来培养。一定有一些学科有自己存在的意义和价值，对整个医院的发展是十分必要的，但从直接经济效益来看不是很好，比如一些战略性的学科可能新技术新项目发展得好，或者有一些科室的疑难危重救治率很高，就应该承认其价值。用“不挣钱就是亏”的眼光来衡量科室价值并不合理。不直接创造经济价值，并不意味着这个科室就在医院里低人一等，院级管理者应该做的，是明确每个科室

的定位，找到其价值、认可其价值。

这意味着，院级管理层要转变绩效管理实施方案，不能将所有学科以经济价值作为唯一价值，要强调不同价值；不能讲支付方式的盈亏与一线医生直接挂钩，要强调整体利益；不能简单粗暴地对一线医生强调病种费用亏损，要强调合理诊疗；不能再以项目付费时的收减支/项目点值作为考核标准，要强调多维度的绩效。

比如，对于一些效益型的科室，可以评价其收入结构、服务人次、结余率、新老病人数；对于一些公益性的学科，可以评价其公益活动开展的次数、覆盖的人数、科普文章数量；战略性学科可以从科研能力、治愈率、病死率、并发症发生率、新技术新项目等等方面来考量；辅助性学科可以评价等待时间、服务态度、诊断复合率等等。不能笼统地用 CMI 值等方式来硬考核不适用的科室。

在分类评价之后，可以根据各个学科的定位，从多维度考量绩效价值：科室战略价值体现长远发展，工作负荷价值体现人力劳动，发展效益价值体现服务量和收益。按照这三个维度，从上到下评价每个学科的位置，如果有的科室战略价值、工作符合价值和发展效益价值都很高，则理应在绩效方面得分很高，名列前茅，在奖金方面兑现价值；如果有的学科战略价值较高，工作符合也很高，但发展效益价值可能没有那么高，则应该考虑兑现两方面的绩效，不能只嘴上承认其价值，奖金还按照项目付费时期的老办法给。以此类推。

奖金性绩效工资分配应坚持从实际出发，遵循医疗行业特点，做到5个倾斜：体现医学领先和重点价值，体现重点岗位和高端技术岗位价值，体现高风险高强度服务价值，体现高技术含量价值，体现成本管控效益科室价值。

院级管理病种运营

如何做好院内的优势病种，或者说重点学科的管理，首先要明确的是这是需要医院资源倾斜、所有院级管理者和职能科室都要帮忙的事。院级层面需要从规范诊疗、人员和仪器设备配备、环境、宣传等方面帮助科室做好运营；职能部门要结合院级对学科的期望和定位来进行管理。

病种运营分为三个方面：

一是规范诊断。形成院内诊断、用药、检查等诊疗路径的统一规范。目前对于很多医院来讲，同一个科室的几个医生如果对同一个病人进行治疗，诊疗路径差距都会很大，这样会影响成组。诊疗路径规范后，再抓服务规范，才能提升病人体验感，最终通过优质服务抓住病人。

二是病种分析。通过大数据分析病种结构，针对优势病种做运营。

三是流程协同。临床、职能各科室协同、全流程运营管理。

其次，院级管理层要学会病种分类。医院的病种可以按照这几个方面来定位：战略性病种——长期价值；价值性病种——经济价值；

优势性病种——市场价值；平衡性病种——客户价值；基础性病种——拓展价值。

再次，院级管理层要学会管理病案首页。抓病种运营，一定离不开对于病案首页的管理，临床要写对，职能部门要查准，领导要管准。还有编码，病案管理人员要编对，医生要看对，管理人员也要认对。费用环节，财务部门要认准费用，职能管理部门也要把握准费用。信息部门要传全信息，管理人员也要学会正确分析这些信息。

最后，院级管理层要学会对维度管理病种。只关注单一的指标，容易在管理上引起偏差，如 CMI 值的上升是因为技术水平提高，还是因为病种结构发生了变化？有可能 CMI 值的变化是因为一些病人被高编入组，提档升级，因此要结合病种变化进行分析。树立院级管理层的病种管理的意识，院级管理层、行政管理部门都应该学会以病种为单位的 management 路径，医院的管理层到一线强调的是合理诊疗、合理用药耗、合理收治入院。院级管理层要正确宣传病种管理对病人、对医院、对社会的意义，而不是用“你又亏了”来约束临床一线的诊疗行为。

[返回目录](#)

医院如何实现成本控制与合理诊疗的平衡

来源：金豆数据

DRG/DIP 付费方式改革有助于激励医疗机构主动规范医疗服务行为，在节省成本的基础上，提高诊治水平和服务质量，使有限的医保

基金得到更高效使用，实现医保、医院和患者三方共赢。那么，在具体实施过程中，医院要如何实现成本控制与合理诊疗的平衡？

重识支付改革

（一）我国医保基金“现状”

随着经济增速与国家财政收入增速趋势性放缓，医保基金筹资降速。与此同时，由于生育率持续降低、人口老龄化加速、医药科技进步、按项目付费下的“浪费”、医疗需求上升等情况的发生，医疗费用增长加速，导致有限的医保基金与无限的医疗需求之间产生了矛盾。

（二）如何解决有限的医保基金与无限的医疗需求的矛盾？

一是节流。主要通过以 DRG/DIP 为主的多元复合式支付方式改革、药品耗材集中带量采购、加大医保基金审核监管力度等方式。

二是开源。主要通过扩宽筹资渠道、城乡居民医保参保逐年提高的财政补贴、职工医保个人账户改革等方式。

（三）DRG/DIP 支付方式改革必要性

1. DRG/DIP 付费的“利”“弊”意义

在按项目付费时代，大环境下的“滥竽充数”也能获取医保基金补偿，“滥竽充数”造成医疗资源与医保基金浪费。

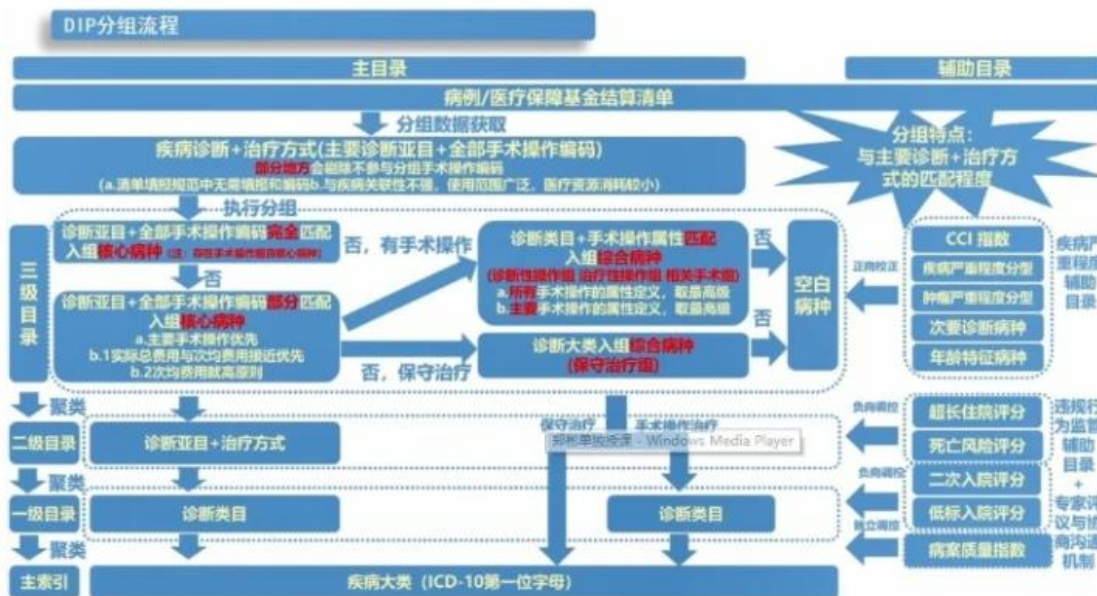
在按 DRG/DIP 付费时代，医疗机构依赖自身“真凭实料”获取合理医保基金补偿，“滥竽充数”获得医保基金补偿的机会大大降低。

对于不规范的医疗机构而言，DRG/DIP 付费是“弊”多；而对于规范的医疗机构而言，DRG/DIP 付费是“利”多。

2. CHS-DRG 分组流程



3. DIP 分组流程



4. DRG/DIP 付费支付总结

如果病例为低倍率病例，该病例的结算方式分为两种，一种是按项目付费结算，另一种是近似于按项目结算。

如果病例为正常病例，

DIP 支付标准=病种分值×调节系数×分值点值

DRG 支付标准=权重×费率=基准点数×调节系数×点值

如果病例为高倍率病例，该病例的结算方式分为三种，第一种是按项目付费结算后审核合理性；第二种是近似于按项目结算后审核合理性；第三种是按一定比例扣减近似于按项目结算。

5. DRG/DIP 付费底层逻辑

当 DRG/DIP 总额>患者按项目结算总额时，费率/点值/分值点值上升；

当 DRG/DIP 总额<患者按项目结算总额时，费率/点值/分值点值下降。

6. DRG/DIP 付费体系

(1) 总额预算管理

总额预算管理包括 DRG/DIP 预算总额、预留风险金的制定、清算调整等。

(2) DRG/DIP 分组管理

DRG/DIP 分组管理包括国家分组方案、本地化分组方案(核心、

综合)、基层病组/病种、中医优势病种、新技术与新项目、稳定病组/非稳定病组、高低倍率、正常倍率病例等。

(3) 病例支付管理

病例支付管理包括权重/基准点数/病种分值确定、调整系数确定、精神、康复、门诊、安宁疗护等病例支付、病例权重/点数/分值点值确定、特病(例)单议等。

(4) 结算管理

结算管理包括年初预拨付、月度预结、年终清算、结余留用、超支分担等。

(5) 监督管理

监督管理包括规则监管+大数据监管+人工审核+AI 监管、畅通参保人举报途径、舆论与社会监督、DRG/DIP 付费审核监管重点等。

(6) 绩效考核

绩效考核包括预留质量保证金、年终考核评价、激励与惩罚机制等。

合理诊疗要点

(一) DRG/DIP 付费下的医院两个“成本”

1. 运营成本——降低“进价”减少浪费

运营成本包括药品、耗材、血液及血液制品、低值易耗品、员工工资、福利待遇、邮电费、差旅费、能源费用(水、电、气等)、服务

费用(保安、保洁、配送、维修、食堂、洗衣、污水处理)、设备折旧和维修保养、卫生材料等。

2. 付费成本——规范诊疗合理使用

付费成本即住院总费用，包括药品费用、耗材费用、手术费用、检验费用、检查费用、治疗费用、其它费用等。

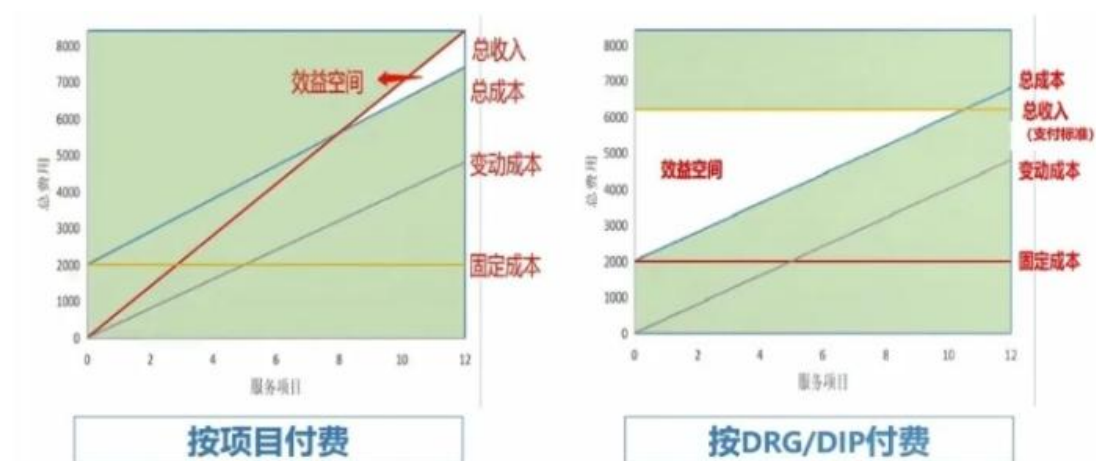
(二) 两个“成本”下的三个“效益”

第一个效益是支付标准与付费成本之间的效益；

第二个效益是付费成本与运营成本的效益；

第三个效益是支付标准与运营成本的效益，为第一个效益与第二个效益的总和，是医疗机构最终获得的效益。

(三) DRG/DIP 付费前后“成本”与“效益”关系对比



(四) 关注规范诊疗

1. 药品使用

在药品使用方面，需重点关注抗生素、辅助用药、抑酸药、贵重

中药等，对于预防类用药强调用药规范。

2. 耗材使用

在耗材使用方面，需重点关注具有替代品、可以减少使用的高值耗材，以及使用范围广，使用指征不明确的耗材。

3. 检验检查

在检验检查方面，需重点关注无相对指征的检查检验筛查和无特殊原因的短时间内复查。

4. 手术收费

在手术收费方面，需重点关注探查术、粘连松解术、成形术，同时注意避免串换收费、分解收费、重复收费。

5. 治疗费用

在治疗费用方面，需重点关注各种物理治疗在非康复、中医类科室的使用，以及具有时效性的治疗是否反复短期开展。

(五) 控费降本目标

控费降本不是将每一个病例的医疗资源消耗都要控制在 DRG/DIP 支付标准以内，而是挤掉过高成本与过度水分，实现整体结余。

(六) 成本控制的“误区”

一是在减少不合理“水分”的同时，通过减少规范诊疗步骤来实现成本控制。这种行为容易导致该 DRG/DIP 组权重(点数)/分值降低、DRG/DIP 预算总额下降、医院诊疗技术水平退步、增加医疗安全隐患、

患者就医体验下降、降低患者来院就诊意愿等后果，不利于学科及医院发展；

二是使用便宜的；

三是使用昂贵、疗效快的；

四是认为“成本控制都是医生的事”。

(七)DRG/DIP 付费下病例“亏损”的原因

1. DRG/DIP 分组方案与付费标准组内差异和历史数据缺陷导致差异

解决办法：特病单议申请，反馈分组差异。

2. 因患者病情特殊导致费用差异

解决办法：申请特病单议，切勿推诿病人。

3. 高低倍率病例、0000 组病例、QY 组病例在各地支付相关政策上的差异

解决办法：重“面”弱“点”，积极反馈。

4. 医保结算清单填报质量差异

解决办法：强化清单质量管理、建立改进考核机制。

5. 病例入组后医疗费用的差异

解决办法：规范诊疗、临床路径、因病施治。

6. 医院管理上的差异

解决办法：调整病种结构、做好发展规划、精细科学管理。

临床路径管理

(一) 在支付方式改革下临床路径的意义

临床路径(Clinicalpathway)是指针对某一疾病建立一套标准化治疗模式与治疗程序,是一个有关临床治疗的综合模式,以循证医学证据和指南为指导来促进治疗组织和疾病管理的方法。最终起到规范医疗行为,减少变异,降低成本,提高质量的作用。

(二) 让临床路径“真正”落地

第一步是分析亏损、差异 DRG 组;

第二步是对亏损 DRG 组进行 DIP 分组,形成“新”的合集;

第三步是利用 DIP 分组结果,基于国家临床路径规范,结合医院临床、管理专家意见,打造符合医院实际的临床路径;

第四步是依据临床路径每个节点的医疗服务项目,测算医疗资源消耗(成本);

第五步是建立病种监测指标,包括时间、费用、药品、耗材、检查等,允许监测指标合理波动区间;

第六步是依据临床路径规范诊疗,利用指标进行评价分析。

(三) 临床路径评价机制

1. 时间评价

时间评价涉及平均住院日、术前住院天数、手术后住院天数、抗生素使用时间、时间消耗指数等。

2. 费用评价

费用评价涉及例均费用、例均药品费用、例均耗材费用、费用消耗指数等。

3. 质量评价

质量评价涉及累计 DDD 数、预防性抗菌药物使用天数、并发症发生率、非计划重返手术率、重返再入院率、好转治愈率等。

4. 执行评价

执行评价涉及 CV 值、RIV 值、临床路径完径率(伴严重并发症与合并症、不伴严重并发症与合并症)、患者满意度等。

[返回目录](#)

• 医疗改革 •

如何正确理解“量价挂钩，以量换价”

来源：中国卫生经济

“量价挂钩，以量换价”是近年来我国医改政策中的热门词语。在卫生、医保等管理部门的多项政策文件中都可见相关表述，并已付诸实践应用。

直观的看，管理部门将对医疗医药产品的需求汇聚起来，以较大的数量进行集中采购，要求供应方给予较低的售价，似乎是顺理成章的。在现实世界中，也经常可以看到各种“量大优惠”的市场促销活

动，佐证了这种理念。但更深入的思考也会发现：如果需求数量越大，就能获得越低的售价，那么竞争互动的结果是世界上最终只需要一个供应机构、以最优惠的价格覆盖全部的需求即可，并不需要这么多形形色色的供应者。

显然，现实世界不是如此运行的，多个供应者共存是各行各业中都普遍存在的现象。这提示我们：量价挂钩、以量换价也应该是有边界、有条件、有约束的，不能将之简单化处理。在我国医改进程中这个理念的表述和应用是比较多的，因此值得对此问题进行辩证思考和深入分析，以提升我国医改政策制定的合理性和科学性。

“量价挂钩，以量换价”的政策应用

本轮新医改之前，上世纪末、本世纪初我国医疗医药市场中出现各种乱象，管理部门不断进行政策探索，构建统一采购平台、集中采购数量、规范采购价格、试行“招采合一”，以减少分散采购中存在的不正之风，力图降低虚高的医药价格并保障产品供应。既往这方面政策探索很丰富，取得了显著效果，也存有弊端。

随着新医改的推进，尤其是国家医疗保障局的成立，我国医疗卫生体系中管理者和购买方力量得到了进一步整合，“量价挂钩，以量换价”的理念获得了更多政策应用。例如，在带量集采工作中，《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）中就明确指出“坚持招采合一，量价挂钩，

明确采购量，以量换价、确保使用，畅通采购、使用、结算等环节”；在基药管理工作中，《建立和规范政府办基层医疗卫生机构基本药物采购机制的指导意见》（国办发〔2010〕56号）中指出“发挥集中批量采购优势，招标和采购结合，签订购销合同，一次完成采购全过程，最大限度地降低采购成本，促进基本药物生产和供应”；在医用耗材管理工作中，《治理高值医用耗材改革方案》（国办发〔2019〕37号）指出“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”，等等。

由于医疗卫生领域的特殊性，患者个体分散的采购方式会面临信息不对称而导致的需求诱导、过度提供、效率不足等方面的困境。因此政府管理部门介入，整合需求数量进行集中采购，以求获得优惠的价格并能保障供应，就成为很自然的政策选择。“量价挂钩，以量换价”的理念由此在诸多政策中获得了体现和应用。

“量价挂钩，以量换价”的经济学分析

基于经济学理论，数量和价格是交易中最基本的内容，两者是互相关联、互相制约的。市场的顺利运作，需要供求双方对交易的数量和价格形成协调：供求方在一定价格下愿意供应的数量，和需求方在此价格下愿意消费的数量，能够达成一致。此时，市场上既不存在过剩，也不存在短缺，稀缺的资源由此能获得有效利用。

基于上述分析，合理的量价平衡是供求互动的博弈调和，并不是

“量大价低”。事实上，数量大则价格低，是从需求方视角来考量的。需求曲线向下倾斜，价格越低则需求量越大。但供给侧则不然，供给曲线向上倾斜，意味着价格越低则愿意供应的数量越少，而不是相反。因此，量大价低仅是需求方诉求，而不是供给方的必然选择。如果供求双方不能就量价平衡点达成共识，则追求“量价挂钩，以量换价”将导致市场供求失衡的风险。

确实，现实世界中经常出现“量大优惠，量大折扣”的市场活动。对此直观的解释可能是：购买量大，供应成本就摊薄，销售难度就会降低，因此可以降价出售。这种情况确实存在，但其存在是有条件、有前提的。事实上，只有部分商品会开展“量大折扣”的活动，其供应数量也会局限在一定范围，并不会无限扩张下去，因为供应者会受到供应成本变化规律的约束。

在管理学和经济学中，对于供应成本随数量增加而变化的规律有明确阐述。生产供应时，随着数量增加，边际供应成本是先向下、后向上的U型曲线，这是普遍的规律。U型曲线的含义，是在供应初期的一个有限区间内，边际供应成本随着数量增加而降低的（此时可满足量大价低的追求），但供应数量过了临界点，则边际成本将随着数量增加而增加，此时量大价低就无法满足了。因此，在市场上进行量大优惠的活动，其都是在边际成本曲线向下倾斜的那一段区间内开展的。如果那一段区间所容纳的数量较低，当供应数量超过临界点时，

量大优惠的活动就难以持续下去。

进一步的，如果需要量大优惠的活动能够持续下去，追求较大的供应数量，那么就要设法降低供应成本，使边际供应成本曲线的向下倾斜段能够显著延长。理论上，只要采购量没有超过边际成本向上反转的临界点，则量大优惠就是可以继续实现。而如果供应成本未能显著下降，临界点数量不够大，那么即使需求方给出了较大采购量，供应方也会缺乏供应意愿，或勉强答应后在后续供应中出现断供行为，从而使得以量换价的目的难以真正实现。

综上，量大价低其实是需求方的意愿诉求，并不是供给方的必然选择。只有在边际供给成本向下倾斜的区段内，以量换价才能实现，超越临界点则难以持续，而要让以量换价能够在更大范围内成立，则需要显著降低供给成本，使其边际成本向下倾斜的区段能够容纳采购数量。因此，“量价挂钩、以量换价”是有边界、有条件的。

“量价挂钩，以量换价”的政策案例

在我国医改中，量价挂钩理念在政府主导的医药采购和报销中体现的最为突出，其中针对非独家产品的“集中采购”和针对独家创新产品的“国家谈判准入”工作是典型案例。

案例一，药品集中采购政策。众所周知，我国医药产业长期以来存在“散而乱”的情况，厂商的产品间重复性强、差异性弱，竞争激烈而不规范，行业不正之风盛行。为治理此现象，管理部门汇集

需求数量进行集中招标采购，以挤压价格水分、规范市场秩序，就成为政策选择，这也是量价挂钩理念的主要应用领域之一。

但在 2018 年“4+7”带量集采开展之前，我国大量的医药集中招标采购工作都存在落地困难的窘境。经过竞价而赢得中标的医药产品，其后续供应往往不力，在供应一定数量后就会逐步退出市场，形成“招标见光死”现象，民众的获得感因此相当有限。究其原因，是招标采购中虽然显著降低了采购价格，而未采用有力措施降低后续产品供应和推广的成本，从而中标企业在较低价格下的供应意愿其实有限，导致了招标后的供应短缺。而自“4+7”带量集采试点之后，后续的集采工作都很注重“带量落地”问题，即管理部门通过行政措施来保证采购约定量的实现和采购回款的达成，从而显著降低了后续供应成本，使得供应方在较低价格下大数量供应成为可能。集采政策的改进符合理论分析的逻辑，我国医药集中采购工作的效果和质量也因此得以改善。

案例二，药品国家谈判准入政策。这项工作主要针对独家创新产品，管理部门基于相关学术资料和专家评审结果，和医药厂商进行价格谈判，以广阔的市场空间换取厂商的降低报价，从而以优惠的价格将新药新技术及时纳入国家采购和报销范围。显然，这其中也突出体现了量价挂钩的政策理念。

但在国家谈判准入工作中也同样存在落地困难现象(即国谈药落

地问题)。新药新技术虽然经过谈判纳入了医保用药目录，但在后续的医保报销、医院列名、医生处方和配送使用等环节依然存在诸多阻碍，患者往往难以及时获得用药和报销，从而减弱了该政策的惠民效果。究其原因，和集中招采后续困难一样，也是由于医药产品降价准入后其后续供应成本未得到有效降低，从而厂商的有效供应意愿和数量受限，产生了类似的短缺效应。于是，为了降低国谈药的后续落地成本，管理部门也开展了大量工作，努力削减地方医保、医疗机构、医护人员、配送使用以及患者信息查询等环节的成本，包括推进了广为人知的“双通道”政策，从而显著降低了供应成本，改善了国谈药的落地应用状况。

总结上述两个量价挂钩政策应用的案例，可见管理部门通过集中医药的需求，换取了优惠价格后，都必须采取有力措施来降低后续供应成本，才能使得量价挂钩政策能够真正落地应用。这体现了“量价挂钩、量价挂钩”问题的关键机制，也和本文所阐述的理论是吻合的。

总结与讨论

“量价挂钩，以量换价”是我国医改政策中的热门词语，该理念在多项医疗卫生政策、尤其是医保政策中获得了应用，也取得了一定的效果。但是，这并不意味着该政策理念可以简单化处理和使用，事实上量与价的关系是非常复杂深奥的，需要进行深入分析，相关政策制定和实施也需要有全面的制度安排。

基于经济学原理，本文的论述中明确提示，量大价低是需求方的诉求，但并非供给方的必然选择，如果缺乏适宜的制度安排，量价挂钩政策推进时容易出现落地困难、供应短缺的困境。其关键在于，随着供应量的增长，边际供给成本仅在一个有限区间内呈下降趋势从而能支持更低价格，超过了数量临界点则难以持续。因此，要真正实现量价挂钩的政策意图和顺利落地，相关各方必须采取有力措施降低供应成本，推迟数量临界点的到来，由此才能保证政策的有效性。在我国医改实践中，集中采购和谈判准入工作中的经验和教训都体现了量价挂钩政策推行过程中的困难经历和解决之道，反应了降低供应成本、保证供求平衡的必要性。

总之，“量价挂钩、以量换价”是重要的政策理念，但良好的意图不意味着该理念可以简单直接的落地实现，而是需要进行完善的制度安排，通过有效的降低供应成本来保证供给的效率和意愿，从而使政策能够真正落地实施，造福广大患者和社会民众。

[返回目录](#)

思考 | 从地方实践，看“三医”协同机制创新

来源：中国社会科学院

科学、健全的医保支付机制，是引导医疗机构规范诊疗行为、控制服务成本、合理收治和转诊患者的重要激励机制。为推动紧密型县域医共体建设，国家医保局要求有关试点地区深化医保支付方式改

革，加强“三医”协同发展与治理，提高医保基金使用效率。我国各地在县域医共体建设推进过程中，也充分挖掘医保经济杠杆作用，在综合考虑医保支付能力、当地医疗服务水平和医保基金管理能力的基礎上，因地制宜地实行医保支付方式改革，探索对纵向深度合作的医疗机构开展打包支付等多种支付方式，激励医共体内部协作共荣，在优化资源配置的同时，实现了基层医疗水平和医保基金使用效率双提升。

“三医”协同面对三大难点

自从2018年国家医保局组建以来，“基本医疗有保障”的目标已经得到全面实现，一大批补短板、消盲点、解痛点、疏堵点、破难点、找支点的政策得到落实，人民群众获得感显著提高。但是我们也要看到，尽管近年来有关部门出台了多项改革举措，但医药服务资源不平衡，医保、医疗、医药改革成果系统集成不足等问题还是在一定程度上影响到人民群众的医疗服务获得感，并给相关部门带来了不小的压力与困扰。

从目前的实际情况来看，当下医保、医疗、医药在推进协同改革中遇到的主要问题，突出表现在三个方面。

第一，为了激励医院提高基金使用效率，减少医疗费用的不合理增长，地方医保部门对于医疗机构普遍采用总额预算制管理，而医疗机构为了确保来年“总额”标准不降低，一般都会稍微突破当年基金

预算总额，将小幅超支作为申请增加下一年度更多医保资金的理由。如此一来，总额预算制度就难以完美实现政策设计的初衷，社会医疗总费用仍在不断增长。

第二，随着集采药品品种不断增加，加之取消药品加成，医疗机构通过药品增收的渠道越来越窄，开始以增加无谓检查项目等形式争取“创收”，这在给患者带来更多经济负担的同时，也对基金安全造成了不小的影响。

第三，由于基层医疗机构服务能力不足，尽管医保一直在努力通过价格杠杆引导分级诊疗，但始终难以实现预期目标，大病治疗关口前移、人口健康全生命周期服务等政策的实践路径迟迟难以破题。

该如何发挥医保支付的激励引导作用，优化资源配置，实现管好居民健康、用好医保基金、提升诊疗水平的多赢目标，成为各级医保部门和相关行业部门的重要课题。

协同治理的南平经验

福建省南平市地处闽北山区，是劳动力人口净流出地市，GDP 在省内排名倒数第一，经济总量不到省会福州市的五分之一，全市职工医保筹资条件非常困难。不仅如此，该市参保人员的在职退休比情况也十分严峻，2021 年达到 1.2:1，市辖三个县(市)甚至达到 1:1 以下，职工医保统筹基金累计结存一度濒临穿底，待遇保障也长期处于低水平状态，职工医保住院实际报销比例全省倒数第一。在此背景之下，

为了提升医保服务效能，南平市医保部门自 2019 年起持续开展县域紧密型医共体医保基金打包支付，实施总额预算管理，通过一系列的治理手段，引导县域紧密型医共体实施精细化管理，取得了较好成效。

南平市的改革做法主要包括三个方面。

第一，当地医保部门抓住“帮助参保人看得起病”这一中心任务，在核定每年医保经费额度时，多维度考核医院在上一年度的相关费用指标，包括药占比、检查费用占比、医务性收入增长率、均次费用下降比率等等。值得一提的是，综合评价打分时，南平市医保部门把就诊患者个人经济负担下降比率作为最高权重指标，在初步核定给每家医疗机构的医保总额基础上，按照综合评价的分数确定下一年度总额的增幅比例，以此确定医保基金的实际预算总额。综合评价的分数可能为正可能为负，这便激励着医疗机构的经营者在提供医疗服务时必须综合考虑如何帮助患者节约费用。南平市的做法彻底打消了以往医疗机构担心帮助患者节约费用后影响自己来年医保资金总额的顾虑，直接引导机构为患者提供更具性价比的医疗服务，帮助患者节省医疗费用。毕竟，为患者节约得越多，越有可能增加来年医保资金的支持力度。

第二，面对一些医院通过增加化验、检查来“创收”的做法，南平市根据历史数据在给各家医疗机构分配医保资金总额时，会综合考虑该机构覆盖的周边人口规模和老龄化程度。实际上，不同年龄人群

就诊时在药品、化验和检查等方面的费用支出比例是不一样的，老年人因为慢病较多，就诊时主要以开药为主；年轻人虽然症状看似简单，但为了确诊往往需要做更多检查。南平市医保部门根据不同地区医疗机构的历史数据，核定出各家机构在药品、化验、检查、手术等方面的费用基础比例，在季度动态监测和年度综合评价打分时也会对这些费用比例的变动情况进行打分，以此实现对不合理医疗行为的有效治理。

第三，为解决基层服务能力不足的问题，南平市医保部门积极参与医疗服务“强基层”的工作。为破解健康服务中不均衡、不充分、不优质等问题，全力保障好人民群众“病有所医”的健康需求，南平市在基层推广建设健康网格化管理制度，人均90元的筹资结构中，医保基金出资40元（个人负担20元，公共卫生服务经费出资30元），助力当地健康网格管理工作得以运转。以政和县为例，有了医保的积极参与，当地建立起了“县级医院专科专家+注册执业医师+乡村医生+护士+若干名健康网格员”的“4+N”全民健康服务团队，团队定期集中在村部或入户提供慢病随访和费用直接报销结算的制度，让一个经济欠发达的地区也实践出了“小病不出门，医生到家门”的医疗服务体系。

经过几年的治理，南平市职工医保统筹基金累计结存支付能力从2017年濒临穿底的0.6个月支付水平提升到2022年的14个月支付

水平，住院实际报销比由 2018 年的 61.13% 提升到 2022 年 80.86%，从全省倒数第一跃升为全省正数第一；再看城乡居民医保，基金累计结存可支付能力达到 9 个月，住院实际报销比由 2018 年全省倒数第三名时的 51.97% 提升至全省正数第三名，达到 61.07%。不仅如此，在 2021 年全国医保转移支付资金绩效评价交叉复评中，南平市得分排名全省第一。

南平市坚持“总额预算、结余留用、超支自理”的激励机制，对县域紧密型医共体年度结余医保资金，全部留存医疗机构，要求 60% 用于医务性支出。因为当地还实行了全流程动态监测预警措施，及时了解和掌握各医共体打包基金运行情况，这在敦促医共体加强资金风险管控的同时，也提升了医共体的管理水平。年终结余的县域紧密型医共体由 2019 年的 6 家发展到 2022 年的 10 家，连续两年实现全部医共体有结余的良好协同发展局面。

在治理“药耗降价，检查增加”等现象方面，南平市职工医保药品费用占比由 2018 年的 26.03% 下降到 2022 年的 22.02%，检查化验费用占比由 2018 年的 30.64% 略微上升至 2022 年的 30.84%；城乡居民药品费用占比由 2018 年的 22.56% 下降到 2022 年的 20.9%，检查化验费用占比由 2018 年的 30.13% 下降到 2022 年的 29.51%。

自从开展“三医”协同发展与治理以来，全市公立定点医疗机构工资总额支出由 2020 年的 17.99 亿元提升至 2022 年的 21.03 亿元，

医务人员收入水平明显提升，为当地医疗机构“招得进人、留得住人”提供了保障，极大地支持了医疗机构健康发展。

南平实践的四点启示

南平市医保部门围绕“三医”协同与治理的做法，给我们带来如下四点启示。

第一，探索高质量发展之路，必须直面现实工作中的真问题。不可否认，南平市在医保领域开展的各项改革工作，是其作为经济条件相对欠发达地区不得已而为之的艰难探索，但坚持以现实工作中遇到的重大问题为导向，是他们获得如今成绩的逻辑前提。如何治理医疗费用的不合理支出上升，是世界各国都在面临的工作难题，但我们不能因此而放弃努力。南平市严格推行总额预算硬约束，努力用好医保的每一分钱，这种认真执行“三医”协同发展的工作思路，是绝对值得学习的。

第二，探索高质量发展之路，必须把人民群众的获得感放在中心位置。党中央要求我们的各项工作必须坚持“以人民为中心”，这不仅仅是新时代的政治理论，更是推动新时代医保工作的指导思想。南平市把患者个人经济负担下降比率纳入对公立医院综合评价指标体系，就是运用“以人民为中心”思想的具体体现。从实践的效果看，这些指标设置也得到了公立医院的认可，并且引导多个部门推进了协同发展的新局面。

第三，探索高质量发展之路，必须以创新机制设计推动改革任务。全国大多数地区常常以“做加法”的思维，将增量资金作为改革动力，而经济条件较差的地区也常常以缺乏资金为由而懈怠改革。南平市作为一个经济水平欠发达地区，他们在医保领域的实践成果给全国展示了治理成效和经济发展水平与资金投入之间并无直接联系，改革成效的关键在于治理机制的设计和创新。

第四，探索高质量发展之路，必须有系统思维。医疗服务部门必须明确人民群众在医疗领域的合理总投入是该部门总收入的约束线，但在微观层面，这样的观念常常会被当事人抛到脑后。各级医保部门作为当地人民群众医疗服务需求方的总代表，必须肩负起相应的责任。南平市的经验告诉我们，通过医保治理工具，对医疗服务中一些不规范行为采用“三医”协同发展的思维进行治理，是有路可循的。医保、医疗和医药事业的发展，必须放在协同发展与治理的统一框架中，如果一个部门的工作发展只是单纯提升自己部门效率而不能对协同部门同样产生提升效率的作用，那绝对不是真正意义上的高质量发展；相反，如果本部门的治理工具有助于提升其他协同部门的服务效率，那也就找到了本部门高质量发展的正确道路。

[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