

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第21期

(2024.05.20-2024.05.26)

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。)

· 医疗改革 ·

▶ [八大亮点，详解改善医疗服务“北京方案”](#) (来源：中国卫生杂志) ——第 7 页

【提要】多渠道的预约挂号如何实现“五统一”(统一放号周期、放号时间、科室设置、放号量和支持放当天号)?如何为外地患者预留号源?如何推动适老化改造,解决老年患者“数字鸿沟”问题?如何下放三级医院预约检查权给家庭医生,增强基层医疗卫生服务的吸引力?针对这些问题,记者采访了北京市卫生健康委有关负责同志,详细解析“北京方案”八大亮点,并介绍北京市改善医疗服务工作的新思路与新进展。

▶ [“升降”之间显“智慧” 医疗服务价格试点改革促公平、提水平、惠民生](#) (来源：央视网) ——第 9 页

【提要】国家医保局近期公布,内蒙古、浙江、四川 3 个省份将作为深化医疗服务价格改革试点省份,开展全省试点。此前,已在江苏苏州、福建厦门、江西赣州等 5 个城市进行试点。两年多来,试点城市已按新机制平稳实施 2 轮调价,分别涉及 1398 项和 5076 项医疗服务价格,一批技术劳务价值“含金量”高但价格处于低位的项目价格上调,包括护理、手术、治疗、中医等,同时设备物耗占比为主、费用

影响大的检查检验类项目价格有所下降。作为首批试点城市之一的苏州，试点改革几年，给患者、医疗机构、医生带来了哪些变化？

• 集中采购 •

▶ [让患者用得起、用得到，人工关节接续采购的亮点](#)（来源：中国青年报）——第 14 页

【提要】人工关节首轮集采中选产品的协议期为两年，为了保障患者的临床需求，接续采购的协议期调整为 3 年。5 月 21 日，记者在天津现场参与了接续采购的开标工作，通过现场分析观察和专家采访，发现此次接续采购有三大亮点值得关注。

▶ [集采新变局！“全国联采”即将到来，“提质扩面”路线图明晰](#)（来源：21 新健康）——第 32 页

【提要】近日，国家医保局发布《国家医疗保障局办公室关于加强区域协同做好 2024 年医药集中采购提质扩面的通知》（下称《通知》），提出继续大力推进医药集中带量采购工作，加强区域协同，提升联盟采购规模和规范性，明确行业预期，持续巩固改革成果。其中，《通知》提出要扩大联盟范围，形成全国联盟集中采购。在国家组织药品和高值医用耗材集中带量采购（简称“国家组织集采”）的基础上，加强区域协同，将条件具备的省级联盟采购提升为全国性联盟采购（简称“全国联采”）。

• 医药专栏 •

▶ [挂网药品价格治理接近尾声，全国统一药品大市场加速形成](#)（来源：21 新健康）——第 38 页

【提要】由于药品的特殊性，药品价格一直都是社会关注的重点。而过去一段时间，不公平高价、歧视性高价冲击着医药市场秩序。具体来看，各省份药品集中采购平台存在数据编码标准不统一，数据不互认，部分药品价格不透明、不公开，各省份医保局无法轻易获取全国最低价，药价虚高招标采购的问题难以破解。价格主管部门过去主要靠“发现一起、处置一起、具体问题、具体处理”。

▶ [DTP 药房：以专业服务赢得市场](#)（来源：中国卫生杂志）——第 41 页

【提要】DTP 药房是指专营或兼营治疗特殊疾病药品的零售药店，简称特药药房。近几年，DTP 药房作为零售药店一种新的服务模式逐渐进入公众视野。DTP 药房以其专业的药学服务赢得了肿瘤、罕见病等重大疾病患者群体的信赖。近日，记者就 DTP 药房的相关话题采访了中国医药商业协会副会长蒋丽华，请她介绍我国 DTP 药房的发展现状和机遇。

• 医院管理 •

▶ [政府会计制度改革背景下公立医院财务管理探析](#)（来源：三智医管）——第 50 页

【提要】为了推动行业的健康发展，相关人员需要依据该制度对公立医院的内部财务管理进行全面而深远的改革。这凸显了政府会计制度改革在财务管理中的重要性。文章以公立医院为主要研究对象，探讨如何做好风险预警和全面预算管理，并建立综合评价体系。随着时代的发展，需要结合实际情况提出具体的改革措施。政府会计制度的实施对各行业的财务管理产生了重大影响，尤其是公立医院。然而，经过综合分析，发现公立医院的财务管理仍存在诸多问题。因此，在政府会计管理改革的背景下，必须加强公立医院的财务管理工作，以确保医院的长期稳定发展。

▣ [新形势下公立医院预算与绩效管理思路探讨](#)（来源：三智医管）

——第 57 页

【提要】公立医院当前对于预算管理还没有建立正确的认识，医院员工以及管理者认为医院的预算工作面临着太多束缚，一方面医院本身具有一定的特殊性；另一方面内部环境和外部环境存在大量不确定因素，导致预算的执行结果和前期的预算往往存在很大差异，甚至完全脱节，并不能达到编制预算的目的初衷。

• 医保快讯 •

▣ [持续改革，释放医保新质生产力](#)（来源：首都医科大学国家医疗保障研究院）

——第 61 页

【提要】医保部门既是保障 14 亿国民看病就医的社会民生部门，也

是医保、医疗、医药协同发展和治理中的经济发展部门。年筹资规模超 3 万亿元的医保基金无疑是我国医药行业最大的战略购买方，2013 年十八大后累计支出高达 18.5 万亿元，是支撑医疗机构和医药产业高质量发展的核心经济来源。

▶ [探索罕见病多层次保障 多元模式撑起“医靠”](#)（来源：中新网）

——第 64 页

【提要】罕见病不仅是重要的医学和公共卫生问题，也是亟待解决的社会保障问题。“我们希望，多方携手，加快构建如同彩虹般的多层次罕见病医疗保障体系，给予他们追求理想的‘支点’。”中国罕见病联盟执行理事长、中国医院协会副会长李林康表示。

-----本期内容-----

· 医疗改革 ·

八大亮点，详解改善医疗服务“北京方案”

来源：中国卫生杂志

不久前，《北京市 2024 年改善医疗服务工作方案》发布，该方案在贯彻落实国家卫生健康委发布的《改善就医感受提升患者体验主题活动方案(2023—2025 年)》的基础上，结合北京市医疗服务工作特点与现状，部署了 3 项重点任务与 16 项具体举措。

多渠道的预约挂号如何实现“五统一”(统一放号周期、放号时间、科室设置、放号量和支持放当天号)?如何为外地患者预留号源?如何推动适老化改造，解决老年患者“数字鸿沟”问题?如何下放三级医院预约检查权给家庭医生，增强基层医疗卫生服务的吸引力?

针对这些问题，近日，本刊记者采访了北京市卫生健康委有关负责同志，详细解析“北京方案”八大亮点，并介绍北京市改善医疗服务工作的新思路与新进展。

《北京市 2024 年改善医疗服务工作方案》八大亮点

亮点一：实现预约挂号服务“五统一”

北京市计划通过把不同渠道的号源接入统一的号池，改变当前预约挂号的号池分裂或交叠混乱的局面。

亮点二：向家庭医生下放三级医院预约权限

医疗机构向患者提供多元化的预约方式，如自助机预约、京通小程序预约、医院 APP 预约等。鼓励三级医院或医联体核心医院将一定比例的预约检查权限下放给家庭医生，发挥家庭医生在预约检查方面的作用，方便患者预约检查。当家庭医生提出预约挂号、检查或住院等请求时，与其合作的三级医院应及时响应并优先处理，推动分级诊疗落地见效。

亮点三：门诊就医一码通行

对院内各项服务进行编码，并与医保系统关联，将患者的信息整合进医院信息系统，患者仅凭虚拟就诊卡(二维码)即可完成挂号、检查、取药等全部就诊流程。为患者提供移动应用端的实时查询服务，方便患者随时查看科室位置和候诊情况等信息，减少排队等候时长。

亮点四：提高日间手术占择期手术比例

实现日间手术的诊间申请与预约，逐步提高医院日间手术在择期手术中的占比。在保证医疗安全与质量的基础上，有效缩短患者等候住院时间，减少他们等待手术的时间。

亮点五：提高患者膳食质量

为回应老百姓对医院营养膳食的关注，鼓励医院开展线上点餐服务，满足不同人群的个性化就餐需求。

亮点六：改进患者出入院服务

二级以上医院可以在诊间开具电子住院单，同时确保住院申请预约、门诊、住院处、病房等各环节能够实时共享信息，向患者推送住院相关信息。

亮点七：改善后勤保障工作

高度重视消防安全，医院提供 24 小时的后勤保障服务，改善患者的停车条件，在公共区域提供网络服务及阅读设施等。

亮点八：优化信息公开服务，搭建医患信任平台

充分利用网站、微信公众号、院内电子屏等多种形式，为患者提供详细的医保药品目录和费用清单等信息，确保患者能够方便地查询所需信息。同时，医院也要及时发布医师简介、科室情况介绍等，以便患者能够全面了解医院的医疗服务情况，保障患者的知情权。

预约挂号实现“五统一”，推动落实分级诊疗

问：目前，北京市各医院的预约挂号渠道很多，包括微信、支付宝、京通等等，多渠道预约挂号是困扰很多患者的问题。在您看来，预约挂号实现“五统一”的难点在哪里？

答：目前，北京市属 22 家医院已经在逐步地推进“统一放号时间、统一放号周期、统一科室设置、统一放号量、统一支持放当日号”工作，将所有支付渠道的号源整合进一个大号池，改变当前预约挂号的号池分裂或交叠混乱的局面。

这项工作对医院信息化建设水平的要求较高，需要投入相应的人

财物资源来落实这项工作。北京市卫生健康委相关处室会负责组织和协调端口改造建设的相关工作，市财政会为改造项目提供一定的经费补贴支持。

问：根据《工作方案》，北京市 22 家市属医院在医院常规放号周期 2 周前，将按比例为外地来京患者、诊间预约转诊患者预留号源。各医院如何判断外地患者和复诊患者的实际需求？

答：外地患者在各医院接诊量占比每年大致保持在一个固定的比例范围。各个医院都非常清楚各自的患者来源情况。

《工作方案》提到的预留号源，主要是针对复诊患者，方便他们接受进一步检查或治疗，确保他们能够及时得到医生的帮助。因此，当患者首诊后需要两周后复查时，复诊患者无须再次抢号，可通过诊间预约等方式为其预留号源。

问：《工作方案》为什么要将一部分预约检查权限下放给家庭医生？

答：在北京，大型医院数量众多且分布集中，城区的老百姓如果对基层医疗卫生机构的服务不够满意，自然会选择去大型医院就诊。为增强基层医疗卫生机构的吸引力，我们明确要求大型医院设置专门管理医联体的部门，由该部门负责医联体转诊服务相关事宜。该部门要协助做好医联体内基层医疗卫生机构向上转诊的工作，包括上传和处理基层开具的检查转诊、住院、转院等需求，确保医院能够及时响

应。这样一来，患者在基层医疗卫生机构就可以预约到上级医院检查和住院的服务，并大幅缩短预约、检查和住院的等待时间，无疑会逐步增强基层医疗卫生服务的吸引力。

聚焦适老化需求，建设老年友善医院

问：医院信息化建设的重要性有目共睹，但部分老年患者还面临着难以操作各种智能设备、看不懂流程等问题。医院在推进信息化建设的过程中，如何解决适老化的问题？

答：做好适老化建设要从多方面考虑。

促进医疗机构优化门诊全流程布局。从市级层面统一要求医疗机构将诊治流程说明做得更清晰，字体、字号更明晰，图表、标识更易懂，使老年人既能看见，又能看懂。

医疗机构要为老年人挂号就医建设绿色通道。目前，北京市二级以上 75 家综合医院都开设了老年人挂号就医绿色通道。同时，医疗机构也在环境设施方面逐步推进适老化改造，75 家医院中的 69 家医院都已提供自助轮椅服务，方便腿脚不便的老年患者通过微信扫码使用。

北京市率先开展建设老年友善医院，从文化管理、学科布局、服务环境等方面体现“老年友善”。截至 2023 年年底，北京市建成老年友善医疗机构 595 家，创建率高达 92.7%。

推动医疗机构向老年护理中心转型的建设。目前，21 家医疗机

构完成了转型建设，每家医疗机构的老年护理床位都在 20 张以上。其中，既有小型医疗机构直接转型成老年护理中心，也有部分二级医院在院内设立老年护理中心。

构建医务社工服务体系。重点对于老年人活动不便、智能化操作不便等情况给予帮助与引导。2020 年，北京市卫生健康委联合市委社工委、市民政局、市教委、市财政局、市人力社保局等部门印发了《关于发展医务社会工作的实施意见》，在北京市范围内构建了医务社工的服务体系，探索了医务社工的发展模式，加强队伍建设。目前有 130 家医疗机构开展了医务社工的服务，通过筹划志愿服务、招募志愿者等多种方式，为有需求的患者和家属提供导诊陪诊、心理疏导、医患沟通等服务。

推行“全院一张床”，更高效利用资源

问：目前，全国很多地方的医疗机构都在实施“全院一张床”管理，《工作方案》鼓励医院对住院床位统一管理，对全院床位进行集中管理、统一调配。您认为这种管理方式的优势是什么？

答：起初考虑对医院的床位进行统一管理，主要是为了解决急诊患者出口不畅的问题。急诊科与其他科室在管理患者权责归属方面是平行关系，科室间自行协调起来比较困难。比如，神经内科本身已经有很多本科室的患者需要照护，被送来的急诊患者的病情通常较重且活动能力受限，对照护能力与资源提出的考验极大，急诊患者转诊面

临诸多困难。

因此，我们提出“全院一张床”的管理理念，即不用平行科室之间相互协调患者床位问题，而是在医院层面对床位进行统筹管理。当有急诊需求时，医院根据病情轻重、床位情况、专业特点和急诊患者情况等，进行适当的分流和安排。这样可以避免科室间出现的“挑病”现象，确保患者能够得到及时、合理的收治，也有助于提高医院床位利用效率。

“全院一张床”在实施过程中，需要医院领导从管理层面进行牵头和协调，医务部等相关部门参与。考虑到术业有专攻，一位医生不可能了解所有疾病，尤其是当前医疗领域越分越细，所以更需要由医院来协调患者收治问题。医院可以定期召开会议，将各科室主任和相关负责人召集在一起，共同研究患者收治问题。

[返回目录](#)

“升降”之间显“智慧” 医疗服务价格试点改革促公平、提水平、惠民生

来源：央视网

国家医保局近期公布，内蒙古、浙江、四川3个省份将作为深化医疗服务价格改革试点省份，开展全省试点。此前，已在江苏苏州、福建厦门、江西赣州等5个城市进行试点。两年多来，试点城市已按新机制平稳实施2轮调价，分别涉及1398项和5076项医疗服务价格，

一批技术劳务价值“含金量”高但价格处于低位的项目价格上调，包括护理、手术、治疗、中医等，同时设备物耗占比为主、费用影响大的检查检验类项目价格有所下降。

作为首批试点城市之一的苏州，试点改革几年，给患者、医疗机构、医生带来了哪些变化?记者在这里进行了调查采访。

家住苏州工业园区的牛先生平时工作繁忙，为了尽量不耽误工作，他选择到就近的星海医院进行体检。没想到一套流程下来，不仅节约了时间成本，检验的费用还便宜了不少。

记者了解到，从今年3月1日起，苏州降低了13项全市服务量大的检验项目费用，平均降幅20%，每年将节省医疗费用约4826万元。其中，B型钠尿肽前体测定全市服务量达32.64万人次，仅这一项每年或将节约医疗费用1632万元。

除了推进医疗机构分级定价，苏州市医疗服务价格改革对一些历史价格长期偏低，不能体现技术劳务价值的项目进行调整。如骨髓活检术的医疗服务价格由过去的65元调整为124元，涨幅91%；断指再植术由过去的1800元调整为3275元，涨幅82%。此外，苏州还将技术难度大、风险程度高的手术项目纳入调整范围，调整的手术项目占比约60%，并对四级手术优先调整，共调整四级手术项目110项，占比约13%。如食管癌根治+结肠代食管术，从原先的3300元调整为现在的7034元，涨幅113%。调整后，医保仍按甲类项目全额报销，上

涨费用全部由医保基金支付，患者的个人负担没有增加多少。

苏州市立医院党委书记张洪表示，医疗服务价格调整对医院整体的影响还是非常深远的，首先通过价格的调整来进一步体现医务人员劳动的价值，这样可以进一步推动或者保证医院的良性运行。

通用型项目同城同价 体现医护劳务公平

在过去相当长的一段时间里，由于地域等原因，医疗服务价格存在一定程度的差异定价。通过调整医疗服务价格促进基层医疗机构发展，让群众看病方便，是医疗服务价格改革的重点目标之一。继续来看报道。

在苏州医疗价格改革中，护理费输液费、换药费、床位费，这类以劳务或物耗为主、均质化程度高的通用型项目实现同城同价。

记者走访苏州的几家医院发现，部分通用型项目价格有了明显的变化。如护理费，在改革前，一级护理费在三级医院为 40 元，二级医院为 35 元，一级医院为 21 元，改革后，所有医疗机构统一执行 40 元。而输液费方面，原来在三级医院为 10 元，二级医院为 8 元，一级医院为 7.2 元，改革后，所有医疗机构统一执行为 10 元。

苏州市姑苏区娄江社区卫生服务中心副主任陆崇君称：“医疗价格实行同城同价，我们基层医疗服务机构的医务人员也能够比较主动地去学习，还有开展一些像护理、中医等适宜在基层开展的服务项目。”

截至目前，苏州市已实现 1058 个均质化程度高的项目同城同价，缩小了 2130 个手术项目等级价差，两项共增加基层医疗机构收入约 2.53 亿元。

苏州市医疗和保障局局长施燕萍称：“我们通过同城同价引导更多的优质医疗资源能够下沉到基层，鼓励基层医疗机构为此提供更多更优质的医疗服务，从而方便患者在基层就医，增加老百姓的获得感。”

医疗机构参与报价 优质服务享受更优价格

在过去，除了财政投入外，公立医疗机构的收入主要靠药品差价、医用耗材差价和医疗服务费用。随着药品耗材零差率销售、集中带量采购等措施落地见效，公立医疗机构对医疗服务收入的依赖程度逐年加深。那么，医疗服务价格改革对于医院的收入会产生怎样的影响呢？

在苏州市立医院的会议室里，一场有关复杂型医疗服务项目报价的论证会正在进行，来自烧伤、康复、心血管内科等科室的医护人员们展开了激烈的讨论。

在这场事关自家科室的医疗服务项目能否纳入改革范畴的论证会上，各个科室的相关负责人提出了各自需要调价的医疗项目以及调价的理由。在医疗服务价格改革过程中，政府部门充分尊重临床意见，对改革的范围进行充分论证。

苏州市立医院医保办公室负责人卞荣娥称：“我们通过讨论会，

遴选出来了 500 多项复杂型的项目，给出了报价建议。这些项目其实对于临床的医疗技术的创新和进步以及医疗质量的提升是非常重要的，最终的目的还是为了提升医疗行业整体为人民健康服务的水平。”

苏州施行平衡总量分配原则，2022 年首轮调价侧重于 7 年没有调整的通用型项目，通用型项目分配总量占调价总量的 60%。2023 年调价侧重于复杂型项目，复杂型项目分配总量占调价总量的 60%。通过建立常态化的医疗服务价格总量调控和动态调整机制，让医疗服务价格调整进入标准化和规范化轨道。

苏州市医疗和保障局局长施燕萍称：“在群众可接受、医院可发展、基金可负担之间，有升有降动态调整医疗服务的价格，逐步理顺医疗服务价格的结构，为全国深化医疗服务价格改革贡献我们苏州智慧。”

[返回目录](#)

• 集中采购 •

让患者用得起、用得到，人工关节接续采购的亮点

来源：中国青年报

近期，国家医保局组织全国各省份开展人工关节集采协议期满后接续采购，5 月 21 日在天津开标。

根据国家医保局公布的消息，与首轮集采结果相比，本次接续采

购中选价格稳中有降，平均下降 6%左右，实现了稳定集采成果、确保群众长期受益的目标。例如，根据公示结果，中选陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统，申报价最低的企业是经纬医疗器材制造(深圳)有限公司，这是一家国内企业，其申报价为 7587 元。该类人工关节的其他中选企业报价大多集中在 7900 元左右。

2021 年 9 月，人工关节高值医用耗材首次纳入国家集采范围，人工髋关节平均价格从 3.5 万元降至约 7000 元，人工膝关节的平均价格从 3.2 万元下降至 5000 余元。集采结果落地实施两年来，超 50 万名患者受益。

北京大学人民医院骨关节科主任医师林剑浩表示，集采之后，患者的费用降了下来，对于医生来说，做手术用的人工关节集中在了中选的几款产品上，“经验也变得丰富了，对医生来说也是个提高的过程。”

人工关节首轮集采中选产品的协议期为两年，为了保障患者的临床需求，接续采购的协议期调整为 3 年。5 月 21 日，记者在天津现场参与了接续采购的开标工作，通过现场分析观察和专家采访，发现此次接续采购有三大亮点值得关注。

亮点一：膝关节采购量增加，切合患者需求

本次接续采购共有 6000 多家医院参加，填报需求量 58 万套，比首轮集采略有增加，其中髋关节 28.6 万套，膝关节 29.4 万套。与首

轮集采相比，髋关节下降了 3.9 万套，而膝关节增加了 4.6 万套。

林剑浩对此分析说，髋关节置换的主要病因是股骨头坏死、外伤和先天性发育不良，这些疾病患病率远低于膝骨关节炎，后者与年龄的关系也更大，随着我国老龄人口的增多，人工膝关节置换的需求量还会不断增加。

膝关节是人体最大的承重关节，置换人工膝关节就是将关节表面破损或病变的部分切除，再将同样厚度的人工关节假体固定在切除处的表面，以达到缓解关节疼痛、矫正畸形、恢复关节功能的目的。林剑浩举例说，“有些国家人工髋关节和人工膝关节的临床使用比例可以达到 1:9，我们肯定会朝这样的方向发展，这和疾病谱的变化相关联。”

亮点二：国产品牌的重大机遇

人工关节的首轮集采过后，国产品牌的市场占有量逐步增加。林剑浩说，随着国产品牌品质的提升，北京大学人民医院国产人工关节的使用量在增加，进口的使用量在减少，总体来说，目前进口产品的占比更高。

据了解，此次接续采购，国产品牌的报量约为 41 万个，占比约七成，比首轮集采上涨了约两成。中国社会科学院经济研究所研究室主任姚宇对此分析说，人工关节的集采是国产品牌的重大机遇。

在没有集采之前，施乐辉、强生、捷迈等进口品牌的人工关节市

场占有量较大。集采之后，人工关节价格大幅下降，患者的可及性增强，市场规模扩大，国产品牌迅速抢占了部分市场。

姚宇曾多次到基层医疗机构调研，一些风湿病患者比较多的地方，“让这里的老百姓拿出十几万给两条腿手术，是不可想象的。现在降价到几万块钱，有不少患者就选择了做手术。”国产品牌的人工关节满足了这些基层患者的需求。

亮点三：中选产品的价差缩小至 1.1 倍

本次接续采购共有 54 家企业的 167 个产品中选，中选产品的价差平均从首轮集采的 2.8 倍缩小至 1.1 倍，市场竞争更加公平，企业供应更有保障。

此次中选产品价差缩小是规则引导的结果。以陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统为例，除了设置了最高有效申报价外，还设置了“复活价”7987 元。未中选的产品如果价格没超过“复活价”，还有复活资格。姚宇表示，通过设置这两个价格，可以让企业更加理性地投标。

首次集采时，作为受邀专家，姚宇也在现场，当时企业报价的价差让他印象深刻，“我们当时确实不清楚企业愿意拿出多大的诚意来配合集采工作，所以企业是自由报价。”

首轮集采落地两年之后，“我们基本上已经找到了人工关节的价格发现机制，对于到底什么样的价格是市场能接受的，也是医生、患者相对能够承受的，在这两者之间找到了相对平衡的范围。”姚宇说。

集采新变局！“全国联采”即将到来，“提质扩面”路线图明晰

来源：21 新健康

近日，国家医保局发布《国家医疗保障局办公室关于加强区域协同做好 2024 年医药集中采购提质扩面的通知》（下称《通知》），提出继续大力推进医药集中带量采购工作，加强区域协同，提升联盟采购规模和规范性，明确行业预期，持续巩固改革成果。

其中，《通知》提出要扩大联盟范围，形成全国联盟集中采购。在国家组织药品和高值医用耗材集中带量采购（简称“国家组织集采”）的基础上，加强区域协同，将条件具备的省级联盟采购提升为全国联盟采购（简称“全国联采”）。

此外，《通知》还明确，到 2024 年底，各省份至少完成 1 批药品集采，实现国家和省级集采（含参与联盟采购）药品数累计达到 500 个以上，到 2024 年底各省份至少完成 1 批医用耗材集采。

对此，北京中医药大学法律系卫生健康法学教授邓勇接受采访时表示，这一文件的发布标志着药耗集中带量采购工作进入了一个新的发展阶段，特别是在扩大联盟范围和提升全国联采的规模和规范性方面。此举有助于提高采购效率和效果，同时也对参与各方提出了更高的要求 and 标准。

“总体来看，这份文件强调了集采工作的规范化和效率化，旨在

通过集中采购更好地控制药品和医用耗材的成本，同时保证医疗服务的质量和效率。”邓勇指出。

省级联盟采购将提升为全国联采

国家组织集采由药品和耗材联采办分别执行操作，各省份均应参加并认真执行，对于省级联盟采购，《通知》要求要进一步加强全国面上协同，条件具备的提升为全国联盟采购，牵头省份应加强与国家医保局沟通协调，并邀请所有省份参加，形成全国联盟集中采购（下称“全国联采”）。

邓勇告诉记者，《通知》提出将条件具备的省级联盟采购提升为全国联盟采购，目的在于实现一地集采、全国跟进，降低企业重复投标成本，营造良好的营商环境。全国联采将规范、高效开展，并强调公平对待各类经营主体，严防“地方保护”。

据了解，在国家药品与耗材集采持续推进的同时，国内省级联盟集采也在快速发展。

例如京津冀“3+N”医药集采联盟是全国第一家跨省带量采购区域联盟。其中“3”是指北京、天津、河北，“N”则是其他愿意参加联动项目的省份，目前全国各省级医保部门均已参与过该机制。

今年5月9日，据天津市医保局党组书记、局长李国田在发布会上介绍，一年来京津冀“3+N”医药集采联盟先后开展3批次427种药品集采，8类高值医用耗材集采。作为主要组织方，天津市医保局

已先后牵头或推动开展了 27 批次京津冀“3+N”医药产品集中带量采购。

除了上述联盟，2024 年 1 月 24 日，由河南省医保局牵头的 22 省份血液透析类医用耗材省际联盟中选结果公布，血透产品降幅最高达 74%，该省际联盟采购酝酿于 2020 年年底，在历次血透类产品联采中规模最大。

2023 年 6 月，由湖北省医保局牵头，北京、天津等 30 个省份组成全国性采购联盟，开展了中成药及相关药品集中带量采购，最终 63 家企业、68 个报价代表品中选，中选率达 71.6%，中选品种价格平均降幅 49.36%。

上海市卫生和健康发展研究中心相关研究人员分析，省际联盟采购通过抱团议价，降低行政成本和企业负担，以更大的采购量和议价力度，进一步提高降价幅度，使降价红利惠及竞争力较弱的地区；同时吸引企业竞标，加大竞争力度，扩大可选择范围。省际联盟中，部分地区基于地缘结盟，具备区域一体化发展的宏观环境和较好的协同工作基础，也有越来越多的地区突破地缘限制，基于需求结盟。

“但是需要看到的是，未来省际联盟需逐步落实跨区域协调与反馈机制，完善药品交易网络平台，提高全流程信息化程度，加快实现集采主体之间信息共享，实现跨区域药品调度分配。”上述研究人员表示。

邓勇也进一步指出，省级联盟提升为全国联采过程中，需要避免由于联盟集采覆盖范围不一致而导致的混乱。此外，国家医保局的统筹指导在确保集采顺利进行方面扮演着关键角色。各参与省份还需避免在政策上“放飞”和“放水”，确保政策的连贯性和一致性。

对于联盟集采扩面可能遇到的上述问题，《通知》显示，国家医保局将统筹指导全国联采，协调专家提供技术支撑，提升规范化工作能力。要求牵头省份充分借鉴国家及地方组织集采的经验，深入开展调查研究，听取各方意见建议，根据产品特点形成针对性采购规则，规范化组织采购。

《通知》还要求各省份原则上均应参与全国联采，积极献计献策，做好集采执行监测管理，增强集采效果；对事关集中采购成效的关键事项，如报量管理、执行集采协议量、非中选产品价格管理及暂停挂网等方面，要树立大局观，原则上应与牵头省份保持一致等。

聚焦重点领域，合理确定采购品种

在促进形成全国联盟集中采购的同时，对于国家集采和全国联采的具体产品区分，《通知》明确国家医保局将在集采品种选择上加强统筹协调。

其中国家组织药品集采重点针对通过质量和疗效一致性评价的药品，国家组织高值医用耗材集采聚焦价格虚高、有代表性意义以及群众反映强烈的品种；鼓励有条件的省份牵头开展全国联采，重点覆

盖未过一致性评价的化学药、中成药和中药饮片等。

邓勇向记者分析，对集采品种选择上，国家医保局强调加强统筹协调，国家组织集采将重点针对通过一致性评价的药品和高值医用耗材，而全国联采将覆盖国家组织集采以外的品种，以及采购金额大、覆盖人群广的“大品种”，确保国家和地方互为补充。

对于具体推进集采的重点领域，根据《通知》，在药品部分，国家医保局将重点指导湖北牵头开展新批次全国中成药联盟采购和第一批全国中成药集采协议期满接续采购；山东牵头开展中药饮片联盟采购；河南牵头开展国家组织集采品种的可替代药品联盟采购；三明联盟开展肿瘤和呼吸系统等疾病用药集采。

对于高值耗材部分，国家医保局将重点指导江西牵头开展生化类体外诊断试剂联盟采购；安徽牵头开展肿瘤标志物等体外诊断试剂联盟采购；广东牵头开展超声刀头联盟采购；浙江牵头开展乳房旋切针联盟采购；福建牵头开展血管组织闭合用结扎夹联盟采购；河南牵头开展冠脉切割球囊等联盟采购；河北牵头开展血管介入等耗材联盟采购。

值得关注的是，除了重点指导联盟集采，国家医保局还特别强调价格联动，《通知》要求各省份要查漏补缺，对已有多个省份开展集采、价格充分竞争的品种实行带量价格联动，避免成为价格高地，要加强价格联动规则研究，落实带量原则，并通过适当规则缩小价差，

避免简单化操作。以及要求对止血材料、补片、体外诊断试剂等已有多个省份开展的品种，通过带量价格联动等方式纳入集采范围。

上海市卫生和健康发展研究中心相关研究人员分析，在不同带量采购规则下，各地中选药品价差容易导致“倒卖”情况发生，同时，药企可能会放弃采购量较小的市场。对此，带量联动能够快速解决，且成本低廉。各地多以全国最低价为限价标准，且随着带量采购成效的显现，中选药品价格降幅渐趋平稳，带量联动适用于价差不大、已有多个省份开展带量采购并形成相对合理价格的品种。

“需要注意的是，带量采购实行量价挂钩，中选价格是量的博弈结果，加之不同地区的配送成本不同，实行价格联动后存在保供问题，应综合考量、分步施策、合理定价、适时联动。”上述研究人员分析。

邓勇表示，除了上述内容，完善执行机制，增强集采制度效果同样是《通知》值得关注之处，《通知》强调要强化牵头省份职能，鼓励和引导村卫生室、民营医疗机构、零售药店参加集采。同时确保中选产品质量、供应、优先使用、及时回款，并将集采中选结果执行情况纳入医保基金飞行检查范围。

其中对于回款问题，《通知》显示，鼓励各省份积极探索推进医保基金与医药企业直接结算集采药品耗材。

曾有参与集采的医疗产品企业告诉记者，确实仍有部分地区未能实现采购文件中要求的收货后次月回款。部分省份通过医保基金与配

送企业直接结算，大幅缩短回款周期，值得推广。

另外业内还有声音希望在集采落地中，各省份能为企业开放面对面的沟通窗口，汇总公开共性问题。由于药品耗材集采新项目与接续项目较多，一品一策规则复杂，对企业影响重大，项目进展和执行过程中有较多问题，因此企业需和政策制定、执行部门搭建及时有效的沟通渠道。

对此，《通知》显示国家医保局将建立集采执行问题线上反馈机制，收集医疗机构反映的中选产品供应和质量问题，以及中选企业反映的进院等问题，并指导相关省份及时处置。要求各省份也要建立医疗机构和中选企业反映问题的机制，畅通沟通渠道，认真核查处置等。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

挂网药品价格治理接近尾声，全国统一药品大市场加速形成

来源：21 新健康

由于药品的特殊性，药品价格一直都是社会关注的重点。而过去一段时间，不公平高价、歧视性高价冲击着医药市场秩序。

具体来看，各省份药品集中采购平台存在数据编码标准不统一，数据不互认，部分药品价格不透明、不公开，各省份医保局无法轻易获取全国最低价，药价虚高招标采购的问题难以破解。价格主管部门

过去主要靠“发现一起、处置一起、具体问题、具体处理”。

北京大学医学部公共卫生学院卫生政策与管理系教授吴明向记者表示，“不同地区由于经济发展水平、市场规模、物流成本不同等原因，挂网药价存在价差是正常的现象，关键是要督促和引导企业纠正不公平高价和歧视性高价，使价差回归到合理的区间。”

今年以来，药价治理进一步升级。国家医保局在1月发布《关于促进同通用名同厂牌药品省际间价格公平诚信、透明均衡的通知》(下称《通知》)，为促进药品价格透明均衡，国家医保局推动“四同药品”价格专项治理。目标到2024年3月底前，基本消除“四同药品”省际间的不公平高价、歧视性高价。

随着医药价格“全国一盘棋”，挂网价格治理持续深化。日前，国家医保局发布消息显示，4月16日至19日，国家医保局党组成员、副局长施子海带队赴湖南、广东，调研药品价格形成机制改革和挂网药品价格治理工作，实地调研医疗机构和医药企业，座谈听取医疗机构、零售药店、医药企业等相关负责人意见建议。

施子海指出，“要持续深化挂网药品价格治理，消除省际间不公平高价、歧视性高价，并向纵深推进。要认真研究药品价格形成机制，充分发挥市场决定性作用，更好发挥政府作用，建立健全药品全生命周期价格形成机制，加强不同渠道价格监督管理，引导企业自主合理制定价格，促进医药行业高质量创新发展。”

目前，在国家医保局推动下，各省份积极响应落实，目前药品挂网价格专项治理进入收尾阶段，全国统一药品大市场加速形成。如4月29日，新疆维吾尔自治区医保局披露，自治区医保局会同自治区政务服务和公共资源交易中心全面梳理排查“四同药品”挂网价格，730个药品调整了价格，进一步消除了省际间药价差异，药品挂网价格治理工作取得阶段性成效。

部分药价虚高乱象

“我国药品价格最早由国家发改委下设的医药价格处制定。其中，麻醉药品和第一类精神药品等由政府定价，其余采用政府指导价和企业自主定价。2015年，发改委取消绝大多数药品的政府定价，彼时各省份通过药品招标采购和企业自主定价形成价格。”资深医改专家徐毓才在接受记者采访时指出。

徐毓才补充道，“2018年国家医保局成立之后，对于符合条件的大品种实行集中采购；对于药品价格较高的品种实行医保谈判采购。在集采和医保谈判之外，还有很多药品，包括每日使用量花费不超过5元的中成药和不超过3元的西药等低价药，由企业直接定价挂网。”

据一篇发布于《中国药房》文章指出，对于集采中选药品，各省份要求以中选价格作为挂网价，医疗机构直接按挂网价采购。对于国家谈判药品，各省份要求以谈判价作为挂网价，对于国谈的同通用名

仿制药，一般采用限价挂网的方式，即在协议期内的仿制药，按不高于谈判价挂网。

而药品挂网采购的价格形成中，包括两种形式，一是企业产品在全国首次挂网或无其他省级平台现行价格，部分省份会参考医疗机构的议价结果挂网；二是企业产品在其他省级平台已有挂网价，绝大多数省份采取“联动+限价”的方式形成挂网价，即药企在申报产品挂网时，需要与本企业产品在全国其他省份的价格进行联动，并将联动价作为挂网限价。

但由于药品在各省份的运输成本不同、不同医疗机构与企业的议价能力也不同，“四同药品”（指通用名、厂牌、剂型、规格均相同的药品）的价格在各省份有一定程度的上下浮动是合理的。但也存在个别企业利用政策漏洞，通过投机取巧等方式导致“四同”药品在省际间的不公平高价、歧视性高价的現象出现。

国家医保局曾发文显示，2023年上半年，有关部门发现上药第一生化涉嫌与武汉汇海医药、武汉科德医药、湖北民康制药等3家企业合谋虚增原料药成本数百倍，将感染危重症患者常用药品注射用硫酸多黏菌素B的价格虚抬至2303元/支以上，该售价高于国外售价数十倍。

国家医保局先后两次约谈上药第一生化，注射用硫酸多黏菌素B在各地的挂网价格从每支2303~2918元降至每支270元后，进一步降

低至 123 元/支，累计降幅达 95.8% 以上。同时，上药第一生化开展自查自纠，主动降低硫酸鱼精蛋白注射液等 17 个药品的挂网价格，平均降幅 25.5%。

联动治理挂网药价

药品的价格并非一成不变，药价会为了适应市场供求关系的变化作出相应的调整。但其中也不乏药价虚高的情况存在，吴明分析，“除正常的成本，价格高的药可能给中间环节的点数高，药品更好销售。也不排除存在有些企业将不合理、不正当的销售费用包含在药品价格之中的问题。”

针对药品价格领域存在的问题，监管层也及时跟进加强治理。早在 2019 年，国家医保局就印发了《关于做好当前药品价格管理工作的意见》，强化对医保基金支付药品的价格监管和信息披露，正面引导市场价格秩序。

2022 年 1 月，国家医保局官微发文表示，强化医药价格监测，完善监测体系，扩大监测范围和内容，加强医药价格监测能力建设，推广监测信息数据应用。建立协同联动机制，提升平台间价格、信用评价、供应等数据联通共享水平，推进形成全国统一开放的集中采购市场。

随着国家医疗保障信息系统建设不断完善，打通省际间信息壁垒的软硬件条件逐渐成熟。2023 年 2 月 22 日，国家医保局下发《关于

做好 2023 年医药集中采购和价格管理工作的通知》，明确要求各省要对价格异常上涨、价格总体偏高或明显高于全国低价的情形，及时开展函询约谈提醒，纠治不当价格行为。

2023 年 9 月以来，国家医保局统计分析各省药品挂网价格的分布情况，把各个药品分布集中、具有代表性的价格作为监测结果，统一推送给各地，帮助各地对潜在的不公平高价、歧视性高价进行系统排查。2023 年内，国家医保局针对少数企业部分药品垄断控销、虚增成本、以缺逼涨等问题，累计约谈企业 23 家，涉及 30 个品种，约谈药品平均降价超 40%。

也有不少药品被撤网。河北省医用药品器械集中采购中心发布 22 个药品因不符合差比价规则或超同组 1.8 倍而被撤网；江苏省药品医用耗材阳光采购服务网发布了 2023 年 7 月药品预警，30 个药品因为价格差异超过 10 倍被评定为“红三星”，而被暂停挂网。

2023 年 9 月，陕西省公共资源交易中心经过与河北、四川、福建三省平台进行价格比对后，因未按要求联动外省最低挂网价，有 1234 个拟取消挂网资格产品被“点名”，包括贝伐珠单抗、丹参片等大品种。同一个月，上海市医药集中招标采购事务管理所通告暂停吉林敖东洮南药业生产心脑血管舒通胶囊(规格：15mg)采购资格一年。

2023 年第三季度，包括远大医药、亚邦医药、九安药业、方明药业在内的四家企业，因相关药品的医疗机构供货价格高于限价或承

诺价，先后在河南省医保局发布致歉函。根据上述四家公司的核查结果，均表示因疏于对河南省当地医药配送企业的培训交流与监督，致使配送企业超限价或承诺价配送给医疗机构。

全国统一药品大市场建设加速

在全国统一的医保信息平台建成应用之下，“四同药品”价格进一步治理，全国统一药品大市场建设加速。

根据《通知》，此次价格治理将通过汇总全国各省份集中采购平台挂网销售药品的价格数据，重点对“四同药品”，统计分布集中、有活跃交易的价格水平，作为监测结果推送给各省份的医保局以及当地的药品集中采购机构。

吴明分析，《通知》中明确提出“国家组织集采中选药品在供应省份挂网价格统一为集采中选价，其中第八、九批国家集采中选药品在非供应省份挂网价格偏高的，企业按集采标书要求调整至不高于本企业中选价 1.5 倍或同品种最高中选价，不得以撤网等方式规避价格协同”等。由此看来，合理的价差是被允许存在的。

在国家医保局推动下，药价治理进入深水区，各省份纷纷启动“四同药品”价格治理工作。业内观点指出，药品挂网价格治理，将成为国家医保局促进市场公平竞争、维护良好价格秩序的重要抓手，强调纠偏和止损，而非片面追求降价。

以 2024 年 2 月 19 日辽宁省药品及医用耗材集中采购网发布的

34 款药品的调价结果看，其中不乏科伦制药、上海医药、云南白药、齐鲁制药等知名药企的品种。隔天，山西省药械集中竞价采购网也发布《部分企业相关产品调价的通知》，涉及天士力、辉瑞、一品红等药企共 51 款产品。

从辽宁省通报的降价幅度看，上海现代制药的硝苯地平控释片降幅最大，达 65.11%，此外，陕西顿斯制药的肌苷注射液降幅为 43.36%。值得注意的是，贵州益佰制药的银杏达莫注射液从 51.01 元降至 51 元，从这 0.01 元的价差中不难看出此次价格治理的决心。

4 月 24 日，上海市医药招采事务管理所发布《关于四同药品定额自负价格调整的通知》明确，上海市对四同药品价格进行协同调整至不高于国家监测价，包括甲磺酸伊马替尼片、马来酸阿法替尼片、利妥昔单抗注射液、贝伐珠单抗注射液、吉非替尼片等。该通知自 4 月 30 日起执行。

可以预见，在国家医保局统筹推动下，随着挂网药品治理取得成功，省际间不公平高价、歧视性高价进一步消除，价格公平诚信、透明均衡的医药全国统一大市场正加速形成。

[返回目录](#)

DTP 药房：以专业服务赢得市场

来源：中国卫生杂志

DTP 药房是指专营或兼营治疗特殊疾病药品的零售药店，简称特

药药房。近几年，DTP 药房作为零售药店一种新的服务模式逐渐进入公众视野。DTP 药房以其专业的药学服务赢得了肿瘤、罕见病等重大疾病患者群体的信赖。近日，记者就 DTP 药房的相关话题采访了中国医药商业协会副会长蒋丽华，请她介绍我国 DTP 药房的发展现状和机遇。

满足院外药学服务需求

据蒋丽华介绍，DTP 药房销售的药品具有以下一种或几种特性：针对特殊疾病或重大疾病，疗效确切，治疗费用高，需特殊用药监护，有特殊储运要求等。DTP 药房更注重对患者的全病程管理，提供药学服务，以销售创新药、原研药为主，还提供慈善援助服务。“以患者为中心”的药学服务是 DTP 药房的特色。

“DTP 药房的出现就是为了满足肿瘤、罕见病、重大慢性病等患者用药和院外药学服务的需求。”蒋丽华介绍说，在美国，DTP 药房模式比较成熟，满足了长期用药患者对院外药学服务的需求，同时也起到控费的目的：即美国商业保险公司与 DTP 药房合作，以高质量的药学服务控制高价处方药的用量来减少支出。美国 DTP 药房专业化程度较高，其业务主要包括处方审核、协助医保报销、特殊用药指导、患者持续跟踪和管理等。与传统社会零售药店相比，DTP 药房最大的不同是经营理念从“以药品为中心”向“以患者为中心”转变。比如，在药品销售上，DTP 药房以销售高值处方药为主；在经营方面，

DTP 药房通常会选址于医院附近，其目标人群、药学技术人员配备、信息化系统、冷链管理以及药学服务等方面也与传统社会零售药店不同。此外，目前 DTP 药房是零售药店的升级模式，投入成本会高于传统社会零售药店。

发展方兴未艾

在我国，近几年 DTP 药房的发展非常迅速。据蒋丽华介绍，中国医药商业协会依据其制定的《零售药店经营特殊疾病药品服务规范》对达标 DTP 药房做了相关统计。统计显示，目前，DTP 药房店均员工数为 15.12 人，其中店均药学技术人员数为 7.31 人，药学技术人员占员工总数的 48.35%；平均每家药房有执业药师(含执业中药师)3.05 人；店均年销售处方 10138 张，平均每天销售 28 张；店均年服务患者 14061 人次，平均每天服务患者 39 人次；店均经营特药品规数为 83 个，全年含税销售额为 5038 万元，主要涉及抗肿瘤药、免疫抑制剂、罕见病用药及其他疾病用药。其中，抗肿瘤药经营品种占比为 48.51%，其次是免疫抑制剂，占比为 13.69%。

目前，我国 DTP 药房基本上分为三类：第一类是批零一体的药企布局的 DTP 药房，如国药系、华润系和上海医药系等，其依托批零一体化的供应链优势具有较强的品种获取能力；第二类是传统零售连锁企业布局的 DTP 药房，如国大药房、老百姓大药房、大参林、益丰大药房等，其凭借快速扩张复制及门店覆盖面广的优势也受到了企业的

青睐；第三类是数字化赋能，将医、患、药、险等多方主体进行对接，提供一站式解决方案的智慧 DTP 药房，如圆心、思派等。蒋丽华说：“不论哪种 DTP 药房，其布局大多是在大城市的大型医院周边，提供的专业服务和运营模式基本相同。”

据蒋丽华介绍，DTP 药房销售的药品多为新特药。患者凭医生处方到 DTP 药房购买药品后，DTP 药房要提供药品专业配送、用药咨询、用药随访、不良反应收集与上报、患者教育、药物治疗管理等药学服务，有的还建立了输注中心。由于很多新特药都需要全程冷链管理，所以，DTP 药房需要具备健全的信息管理系统和完善的冷链药品质量管理体系，能够做到冷链药品全过程管理有记录、可追溯。此外，DTP 药房还会与商业保险公司合作，向患者传递医保和商保的相关政策，为患者提供慈善援助和创新支付方案等服务，减轻患者支付压力。另外，还有一些 DTP 药房的执业药师会主动与患者就诊的医疗机构医生沟通合作，从而为患者提供更个性化、更精准的药学服务。正是基于这些服务，DTP 药房的服务体现了“以患者为中心”。

期待更多政策支持

蒋丽华表示，在医保“双通道”等政策的推动下，DTP 药房的出现在一定程度上满足了患者对创新药的需求。“一款创新药在国内刚获批上市后，进入医院前要经过医院药事会等一系列流程，不同的医院有不同的规定，而且还受部分医院药品品规数的限制。然而，创新

药进入 DTP 药房的流程很简单，时间很短。因此，DTP 药房可提高此类患者的用药可及性。”蒋丽华说，“对于抗肿瘤药等创新药，药企出于对药品安全性的考虑，会严格筛选出在经营规模、人员配备、服务能力上具有相应资质的零售药店，授权其经营此类药品。另外，大多数 DTP 药房是纳入‘双通道’管理的国家医保谈判药品的定点零售药店。”

即使有这些优势，DTP 药房的发展也并非一路坦途，利润率低就是制约其发展的一个因素。蒋丽华表示，DTP 药房对场地、冷链设备、信息系统等硬件，以及对药学技术人员、服务标准等软件有较高的要求，而这些软硬件建设需要较高的成本。“因此，DTP 药房亟待更多的政策予以支持。”蒋丽华说。

对此，蒋丽华建议，一是尽快出台针对执业药师的药学服务收费政策。这一方面可以调动执业药师的工作积极性，推动执业药师回归药学服务的本质，专注于提供专业、优质的药学服务，另一方面也可以减轻 DTP 药房的经营压力。

二是加快处方流转相关机制建设，让具有专业能力的 DTP 药房承接更多的医疗机构处方，从而分担医疗机构的就医压力，增加利润。

实际上，我国相关部门一直在研究出台药学服务收费相关政策。国家药监局曾在关于政协第十三届全国委员会第五次会议第 02186 号提案答复的函中明确：制定并适时出台社会药店开展药学服务的实

施规范，同相关部门探讨医保支付药店药品调剂费、药学服务费等工作。被业界期待已久的药师法也在不久前公布的《国务院 2024 年度立法工作计划》中有了音讯。该立法工作计划表示，今年将预备提请全国人大常委会审议药师法草案。

“无论怎样，DTP 药房在满足特定患者群体的用药需求中发挥了不可替代的作用。相信，随着政策利好的不断增多和 DTP 药房建设的不断规范化，DTP 药房未来会成为医疗机构院外药学服务的有效补充、特定患者疾病管理的好管家和药企的好合作伙伴。”蒋丽华说。

论药：找准定位 着重提升药学服务能力

作为药店的一种形式，DTP 药房因其服务好、附加值高而得到特定患者群体的信赖。此外，随着药品审评审批制度改革促使一大批创新药加速获批上市，再加上国家医保谈判、药品集中带量采购等政策的实施，以及药企加速布局院外市场，具有较高服务能力和硬件标准的 DTP 药房得以迅速发展。DTP 药房也凭借在信息化、药品管理、药学人才配备上的专业优势，成为“双通道”药品落地的主力军。

上述因素使得 DTP 药房在创新药的供应渠道上获得了先天优势，吸引了一大批药品零售企业想转型成为或增设 DTP 药房。即使明知 DTP 药房的利润率没有销售普药那么高，但这些药品零售企业也有现实的考量：一方面想通过扩大规模来实现营利，凭借其大体量在争取与商业保险公司合作、申请“双通道”定点零售药店资格、增加患者

黏性等方面形成优势；另一方面在销售创新药时还有特医食品、治疗创新药不良反应的药品可供销售，有望增加利润。

专注于药学服务的零售企业不光是 DTP 药房，其他形式药店也应秉持“以患者为中心”的服务宗旨。而且，DTP 药房的服务对象仅是肿瘤、罕见病、重大慢性病等特定群体，而占大多数的头疼脑热等常见病人则需要家门口的社会零售药店提供服务。

不可否认的是，有些零售药店只关注营利而并不重视药学服务，执业药师的继续教育也流于形式，难以真正提高专业技术能力，执业药师队伍素质与保障人民群众用药安全的要求仍有差距，甚至一些执业药师不仅没有履行提供药学服务的职责，反而扮演了药品推销员的角色。

为了加强执业药师继续教育管理，今年 1 月，国家药监局、人力资源社会保障部印发《执业药师继续教育暂行规定》，旨在以规范的继续教育制度提升执业药师专业技术能力，加强执业药师队伍建设，保障公众用药安全。

从长远发展来看，各种形式的药店应找准定位，向目标人群提供差异化的药学服务，满足不同层次的服务需求，将经营模式从追求利润转到“以患者为中心”上来。只有这样，药品零售行业才能作为大健康产业的重要组成部分，在健康中国建设中发挥出应有的作用。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

政府会计制度改革背景下公立医院财务管理探析

来源：三智医管

为了推动行业的健康发展，相关人员需要依据该制度对公立医院的内部财务管理进行全面而深远的改革。这凸显了政府会计制度改革在财务管理中的重要性。文章以公立医院为主要研究对象，探讨如何做好风险预警和全面预算管理，并建立综合评价体系。随着时代的发展，需要结合实际情况提出具体的改革措施。政府会计制度的实施对各行业的财务管理产生了重大影响，尤其是公立医院。然而，经过综合分析，发现公立医院的财务管理仍存在诸多问题。因此，在政府会计管理改革的背景下，必须加强公立医院的财务管理工作，以确保医院的长期稳定发展。

一、政府会计制度改革的创新内容

（一）强化会计功能，创新核算模式

新会计制度颁发后，对传统会计制度进行了重大改革和创新，确保内容更加完善，为预算工作的有效开展奠定了坚实的基础。此外，它还从深层次上强化了财务会计的基本职能。在实际工作中，预算会计和财务会计既有相互关联的一面，也需要保持相对独立。为此，应建立平行记账核算机制，确保预算与实际金额相符合。预算会计和财务会计的融合，有助于会计信息朝着数字化方向发展，并显著提高会

计核算的工作质量和效率。公立医院的财务活动相对复杂，资金运营数额庞大，并具有公益性特征。因此，需要着重分析和考量，尤其要解决公立医院财务管理中的矛盾。在此基础上，才能顺利开展各项管理工作。

(二) 整合基本要素和科目，强化控制力度

新制定的会计制度对公立医院的会计要素进行了明确规定，不仅包括传统的预算、收入、支出和结余，还增加了五个财务会计要素，即资产、负债、净资产、收入和费用，形成了共计八个要素。这五个新要素的加入，大大扩展了会计核算的工作范围。更重要的是，会计制度改革后，公立医院的会计科目也相应进行了调整，促使内部体系发生了变化。为了更好地实施政府财务会计工作，需要进行全面的预算估算。此外，为了完善财务会计的核算体系，将公立医院的医疗成本和管理费用纳入事业预算中，从而从根本上加强财务会计的控制力度。

二、政府会计制度改革下财务管理存在的问题

(一) 管理模式过于粗放

公立医院作为具有社会公益性质的组织，需要政府进行严格的监督，并提供充足的政策和经费支持。因此，公立医院的财务管理通常由政府机关主导，这导致了财务管理模式的粗放性，缺乏自主性。与其他企业相比，公立医疗机构面临的竞争压力较小，导致内部人员财

务管理意识薄弱，缺乏对财务管理工作的热情，进而影响财务管理效果。随着公立医院逐步市场化，运营工作需要更加主动，但财政补助却在不断减少，这给财务管理带来了巨大的挑战。尽管新政府会计制度的出台加强了公立医院对财务管理工作的重视程度，但总体水平仍未达到理想状态。长期以来的粗放管理模式导致公立医院财务问题频发，严重影响了现代化、数字化财务控制体系的形成速度。

(二) 财务工作人员不能适应新型财务制度

随着政府会计制度的出台，财务工作机制得到了进一步的完善。但由于财务工作内容较为烦琐，且变化较快，新型制度在短时间内有效落实的难度较高。政府会计制度对财务工作人员提出了更高的要求，他们不仅需要具备良好的素质，还需要具备精湛的业务能力。然而，由于公立医院对政府会计制度的宣传和推广不足，缺乏定期培训和教育，加上医院财务工作人员工作量大，没有时间学习，导致他们对政府会计制度没有形成有效的认知，未能深入解读。因此，他们对于具体工作流程不够熟悉，无法转变管理思想和思路，进而导致政府会计制度在公立医院无法快速而正常地推进和落实，严重制约了财务控制工作的提升。

三、政府会计制度改革背景下公立医院财务管理的有效方法

(一) 把握业务流程，创新财务管理体系

在政府会计制度改革的背景下，公立医院应加强财务管理，按照

新会计制度的具体要求，制定适合医院发展的财务管理目标，并梳理和优化财务管理的具体流程。同时，要不断完善传统的财务管理制度，结合新旧财务管理制度，形成完整的公立医院财务管理体系。在此基础上，应以原账目为基础，制定会计科目余额表，并对账目进行分类。根据编制科目进行明细单的制作，按照新型制度的要求，不断完善和创新会计科目合同的内容。此外，在会计核算过程中，应精细化报表和预算工作，调整预算科目和财务科目。利用数字化现代技术为财务会计工作配备融合的系统，确保账目记录和核算工作的顺利进行。

(二) 借助财务软件，落实资产管理制度

公立医院应持续更新和完善资产管理制度，确保固定资产数据的真实性和准确性，并保障固定资产的完整性。在创新和完善固定资产管理制度时，应结合医院的自身特点进行。

首先，应实施标准化、统一化的财务管理制度，确保预算管理工作合理、准确和科学。同时，应提高公立医院的预算执行力，为后续工作奠定坚实基础。

其次，在更新和完善固定资产管理制度的过程中，还应加强会计核算的管控力度，以避免违法行为的发生，确保核算内容的科学性和准确性。同时，应优化内部资产，把控和监督医院的采购流程，制定完整的审批制度作为监督和管理的依据。应经常进行市场调研，根据市场的发展和变化情况，确保资产的购置符合实际发展需求，避免浪

费并获取更多的经济效益。

最后，公立医院应对固定资产的应用情况进行深入分析，严格划分管理职责，并确保这些职责能够落实到各个科室和具体人员身上。当遇到风险或问题时，应及时联系相关负责人，避免部门员工之间相互推诿。为了更好地管理固定资产，公立医院应利用信息化技术构建一个固定资源网络平台。这不仅有助于做好人员监督，还能有效接入网络，实现内部监督控制工作的全面覆盖。通过这种方式，医院可以确保内部资产的公开透明性和安全性。

为了不断完善自身在政府会计制度改革背景下的能力，公立医院还应借助软件进行必要的升级改造工作。在此过程中，医院应确定标准的信息化流程，并根据平行记账的模式对使用的软件进行持续升级。同时，聘请专业的信息技术人员协助财会工作人员完成内部财务管理工作是必要的。这可以为平行计量提供真实有效的数据支持。

借助云计算、大数据分析、云平台等先进技术，公立医院可以实现财务系统的高效管理。工作人员应明确自身的工作内容，掌握具体流程和操作要点。在处理好财务工作的各个环节后，他们还应努力掌握操作难点和重点。通过构建一个完整的信息平台，公立医院可以借助软件对数据进行集成化分析。这不仅能够实时掌握财务核算信息，还能对整个工作过程进行有效的监督和管理。这有助于确保经营决策的准确性，并防止公立医院在财务管理工作中遭遇不必要的财产损

失。

(三) 树立风险防范意识，做好成本核算工作

在政府会计制度改革背景下，公立医院应积极适应并紧跟这一改革的步伐。这要求医院不仅要及时创新，还要在管理层充分认识到这一工作的重要性。在此基础上，公立医院应不断优化财务预算管理系统，并将其有效地应用到成本预算管理工作中。此外，提高医院财务管理人员的综合素质和业务能力也是至关重要的。这不仅要求他们能够根据政府会计制度制定符合公立医院发展的预算执行计划和目标，还要求他们具备对财务流通情况和医院发展情况的深入了解。为了更好地实现这一目标，公立医院的领导应强化与财务人员的沟通，确保他们能够及时掌握医院的财务状况和发展趋势。

为了形成完善的预算编制系统，公立医院应大力宣传新会计制度和内容。通过及时对比实际情况和预算目标，一旦发现两者差异过大，应及时联系财会人员进行调整。这样，医院内部开展全面预算管理工作不仅可以有效控制成本支出，还能在一定程度上减少公立医院各个环节的消耗，提升医院的整体运营效果。

在全面预算管理工作过程中，公立医院还应加强固定资产的管理工作，确保财务预算工作的完整性和全面性。从根源上提高公立医院的执行和控制力度，规避风险。同时，为了应对可能出现的财务风险，财务管理人员应具备良好的风险防范意识，进行事前分析，以避免不

必要的财务风险导致财产损失。

此外，安排财务人员对整体工作进行有效的评价和分析是必要的。这有助于及时、准确地掌握整体的收支情况，为医院的未来发展指明方向。根据市场调研和医院自身的发展情况，公立医院应制定规范化的经营活动，以真正实现全面发展目标。

(四)做好财务人员专业培训工作，组建高素质人员团队

政府会计制度的制定对公立医院提出了更高的要求，需要具备高素质、精业务的财会人员作为支撑。因此，公立医院需转变传统记账方式，全面应用新的财务管理理念。财会人员应深入学习政府会计制度，分析新旧制度之间的差异与关联，结合医院实际情况，制定符合发展的财务会计管理模式。

为满足政府会计制度的需求，公立医院需建立双功能、双基础的财务管理模式，将政府财务会计和预算会计两个系统分离。这无疑增加了财务人员的工作难度。为确保财务人员具备专业水平和工作能力，需根据平行记账的实际需求，对相同经济项目按照两大系统制定不同的财务记录。

为确保新旧制度之间的良好衔接，提升两大系统对公立医院财务数据和预算数据的贡献，提高工作效率和准确性，管理层需高度重视政府会计制度的培训工作。应有效利用新媒体和培训模式，向财务人员宣传政府会计制度的具体内容和工作要点，加深财务会计对新制度

的了解。只有这样，才能更好地把握新旧制度的关联与差异，为后续工作奠定坚实基础。同时，提升公立医院财务人员的综合能力和专业素质。

(五) 升级信息化管理系统

在政府会计制度改革的背景下，公立医院若想确保财务管理工作的科学性和精准性，必须对现有的信息管理系统进行改造和升级。这不仅关乎财务管理工具的先进性，更关乎整体工作水平的提升。政府会计管理制度的实施直接影响了公立医院的财务管理状况。这不仅要求财务管理人员转变观念，还改变了管理模式，增加了工作量。

为了确保财务管理工作更加顺利地进行，公立医院应加大在信息化设备方面的资金投入。通过对信息化设备的更新和升级，医院可以提高财务信息的处理能力。同时，找到新旧制度的契合点，明确精细化的财务管理目标，并确保其有效落实。借助信息技术的强大功能，公立医院可以提供准确的财务数据信息，从而实现财务管理精细化的发展目标。这不仅有助于提升公立医院财务管理工作的质量，还能确保其效果达到预期。

结语

政府会计制度改革的推行给公立医院的财务管理工作带来了全新的挑战。随着政府会计制度的实施，公立医院作为国家体系中的重要一环，需要深刻认识到自身的价值，并对政府会计制度的内涵和意

义进行深入剖析。站在公立医院发展的角度，需要在新旧会计制度之间建立有效的联系，分析两者之间的差异，并根据医院的实际情况确定财务管理发展的终极目标。管理层需要转变观念，重视提高财务管理人员的综合素质和业务水平。确保财务管理者真正理解政府会计制度的内涵和意义，并积极主动地参与这项工作。同时，还需要加强培训和教育，从思想上改变人们的认知，激发他们的工作热情。为了更好地进行财务管理工作，需要投入资金购买先进的信息化设备，为财务管理工作提供必要的条件。只有这样，才能确保公立医院得到全面的发展。

[返回目录](#)

新形势下公立医院预算与绩效管理思路探讨

来源：三智医管

一、目前我国医院预算工作现状与问题

公立医院当前对于预算管理还没有建立正确的认识，医院员工以及管理者认为医院的预算工作面临着太多束缚，一方面医院本身具有一定的特殊性；另一方面内部环境和外部环境存在大量不确定因素，导致预算的执行结果和前期的预算往往存在很大差异，甚至完全脱节，并不能达到编制预算的目的初衷。一是，公立医院当前针对预算管理工作没有建立畅通有效的沟通体系。有不少管理者认为预算工作是财务部门的职责，与其他部门无关。显然这一思想是错误的，公立

医院针对预算管理工作建立完善的体制不仅能够激发员工的积极性，同时也能够进一步提高收入，保障收入的稳步增长。二是，当前对于预算所开展的管理覆盖面较小，只考虑到收入而忽略了支出。还有不少医院将财务预算工作理解为无用的形式化工作，对于预算落实的过程和结果也没有进行监督考评，甚至认为预算管理没有任何意义。导致很多公立医院简单地以收减支作为预算管理的对象，会造成医生为了增加收入而使患者费用不断增加，损害患者的权益。过度减少支出会阻碍医疗服务的进步，影响医院的发展。

二、W 医院过去预算绩效管理现状及存在的问题

W 医院是一所三级甲等综合医院，医院当前的主要业务有医疗、急救、保健预防、科研以及教学等多项工作，医院内部员工主要划分为行政后勤类、医学技术类以及临床类三大类型。过去实行收支结余式绩效考核办法，现在按照工作量乘以均价进行核算，按月发放。

（一）W 医院过去的预算绩效管理现状

W 医院过去为收支结余方式的绩效考核模式。收支结余法，主要是以科室经营成果(科室结余)为基数，按照不同科室特点设置不同的效率分配比例，以此确定科室绩效工资总数。这种考核模式会使预算的执行太过简单。例如，收支结余提成绩效工资公式，按照结余的一定比例提成，从收入—支出=结余 \times @%=绩效工资公式中可以看出，绩效工资的多少，依赖于收入的多少，支出扣除的多少，以及提成比例

的高低。假定今年预算增加 10%，要想达成这一目标，就要(收入—支出)×10%×10%，这种达成目标的方式，粗放地推动收入规模增加、成本规模减小。

(二) 存在问题

1. 收入至上，不利于医疗技术质量的提高。收支核算模式下，科室为了提高绩效工资总额，想尽办法增加科室收入，以便科室有更多的结余。为了增加收入，患者费用不断增加，这样患者的负担越来越重，损害了患者的利益，也影响了医院的声誉。而且科室如果开展新项目、新技术，就必须购买新设备，承担设备折旧及相关成本费用，这样科室成本增大，结余就会减少，势必会影响科室的绩效工资总额。

2. 价格扭曲，不能体现医务人员价值。我国现行医疗价格体系中体现医务人员价值的手术费，诊疗费、治疗费、护理费等项目收费定价远远低于医务人员劳动技术的实际成本，不能体现医护人员的实际价值。基于医疗服务定价不合理，再做收支结余核算，严重打击了医务人员的工作积极性。而检查费等部分项目定价却相对偏高，在同等工作量水平下，定价高的科室收入自然会很高，而由于我国基础医疗定价很低，直接导致这种绩效分配制度不公平。

3. 短视趋利，不能体现医院战略和导向。医院的业务发展说到底是不断地为更多的患者提供优质的医疗服务，需要业务量的增加，按收支结余核算模式，考量的是收入的增加，成本的减少，医生可以通

过其他手段,增加患者的消费来进行提高,并非一定要业务量的增加,所以这种核算模式阻碍医院的发展,忽视医院长远战略目标的实现。

三、W 医院预算绩效管理的改革措施

奖金的核算分配是医院经济管理的重要组成部分,直接影响到职工的工作积极性和服务质量,基于相关要求制定按岗、按工作量、工作技效以及服务质量进行薪酬分配的制度;禁止科室承包,禁止根据医疗收入进行薪酬分配。

(一) 建立医院目标工作量预算

1. 关于住院业务量的预算。第一步,将最近 3 年的增长率分别设置增长范围的下限和上限,调整增长率异常的情况;第二步,对最近 3 年设置不同的权重,一般最近的 1 年权重最大,将经第一步调整过后的近 3 年增长率进行加权后得出综合增长率;第三步,根据第二步的综合增长率算出目标住院床日数及医生人均住院床日数,将医生人均住院床日数与全院医生平均人均住院床日数相比,对人均效率低于最低水平的调高,调整目标住院床日数;第四步,根据床位数及床位使用率,一张床可住 365 天,得出最多住院天数,对第三步中的目标住院床日进行调整;根据各科室平均住院天,得出目标住院人次。

2. 关于门急诊业务量的预算。第一步,将最近 3 年的增长率分别设置增长范围的下限和上限,调整增长率异常的情况;第二步,对最近 3 年设置不同的权重,一般最近的 1 年权重最大,将经第一步调整

过后的近3年增长率进行加权后得出综合增长率；第三步，根据第二步的综合增长率算出目标门急诊工作量及医生人均门急诊量，将医生人均门急诊量与在全院医生平均人均门急诊量基础上设定的全院医生目标最低人均门急诊量相比，对人均效率低于设定的最低水平的调高，调整目标门急诊工作量；第四步，由于科室床位数是固定的，平均住院天也可以根据病种确定。锚定目标住院人次，根据收治率±幅度%，倒算出门急诊工作量的目标上下限，对没有达到下限的目标门急诊工作量调高，对超过上限的调低。

3. 关于门急诊及住院均次费用的预算。第一步，按科室属于重中之重、重点、普通等各个级别，给予不同档的增长率，重中之重的高一点，普通的低一点；第二步，根据各科室均次费绝对值的高低再给予不同档的增长率，绝对值高的低一点，绝对值低的高一点；第三步，将第一步和第二步的增长率相加（算术平均即可），得出均次费的综合增长率，求出目标均次费；第四步，对均次费进行分解，如西成药费、中药费、检查费、耗材费、手术费、治疗费等，西成药费零加成，耗材费零加成，根据不同学科病种的要求适当调整均次检查费、均次手术费等，对第三步中的目标均次费进行调整。

(二) 结合工作预算，按实际工作量考核指标

在实施新绩效制度的过程中，主要根据不同的岗位类型，在总额控制的基础上合理设计薪酬比例、结构、绩效考评以及发放绩效的办

法，考评的维度主要参考分析收支结余比、工作量和绩效变化等，同时考虑医德医风、医保管理、成本控制以及服务质量等多个指标，建立考评员工绩效的体系。考评周期设定为每周1次。

绩效考核主要分为临床医师、医技、护理三个组成部分，主要考核工作量。对于临床医师主要从门急诊、手术以及出院工作量、特殊工作量、技术智慧型操作、成本控制几方面进行考评设计与之对应的绩效奖励；医技的考核内容为：医技工作量奖和成本控制奖，核算采用“工作量×权重×每工作量奖励值”的公式进行。少数科室针对医技工作岗位设计了工作量考评体系。护理单元的基础是护理部设计的60多个护理基础项目。

对绩效考评体系进行调整之后主要着眼于员工的工作量和岗位的实际情况，综合考虑了技能水平、工作强度以及风险，围绕绩效考评调整资源配置，对流程进行优化设计，提高了整体管理水平。

四、结论

当前国民生活得到了改善，人民群众对自身健康越来越关注。考虑到我国医疗卫生体系中公立医院的地位和重要性，公立医院绩效考评体系的建设和指标设计需要贴合其公益性特征，同时要从整体视角进行考评，在设计考评体系的过程中，需要考虑医护人员的服务能力、医疗水平、发展能力以及医院运营取得的社会效益、患者满意度和员工满意度，从多个维度开展全面考评，不能只考虑到个人或者科室。

合理设定考评指标是有效开展预算绩效管理工作的关键所在。颠覆性改变以前按收支结余为导向的利益驱动分配模式，建立基于医务人员劳动价值的科学绩效工资分配体系。医务人员薪酬多少与其工作量、工作质量、技术难度、风险程度以及工作效率、资源消耗直接相关。医务人员薪酬不能与收入直接挂钩，阻断医务人员薪酬与患者医药费用的关联性。医院对预算管理制度进行设计和执行时需要根据自身的现实情况。均次费要合理，过低会对经营效率造成影响，不利于医院长期发展；过高则会对患者利益造成损害对于医院的名誉造成影响。W医院将预算绩效管理目标合理地分配到各个科室，门诊药占比指标、门诊均次费指标、住院药占比、耗占比、均次费指标。不同科室需要基于预算管理委员会提出的目标提高均次费或者是工作量。例如宣传部门会加大宣传力度，通过开设专家指导公开课等方式提高知名度，让更多的患者认可医院的医疗水平与服务质量。同时还可以增设设备以及病床和不同的诊室以便更多吸收患者。增加均次费可以通过病种的拓宽，检测方式的提高。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

持续改革，释放医保新质生产力

来源：首都医科大学国家医疗保障研究院

医保部门既是保障 14 亿国民看病就医的社会民生部门，也是医保、医疗、医药协同发展和治理中的经济发展部门。年筹资规模超 3 万亿元的医保基金无疑是我国医药行业最大的战略购买方，2013 年十八大后累计支出高达 18.5 万亿元，是支撑医疗机构和医药产业高质量发展的核心经济来源，如下图所示。



图 医保基金近 10 年累计支出超 18 万亿

如何加强医保科技创新，发挥战略购买功能，尽可能提高基金使用效率，既是时代发展新阶段值得深入思考的问题，更是释放医保新质生产力的必然要求。

一、数智赋能，加速形成医保新质生产力

(一)全面建成统一的医保信息平台。医保部门成立以来，立即着手 15 项信息业务标准在信息高速公路上“纵向全贯通，横向全覆盖”，形成了全国医疗保障“通用语言”。全国统一的医保信息平台全面建成，获评中央广播电视总台 2022 年国内十大财经新闻。截至目前，参保人医保电子凭证全国累计激活 11.4 亿人，累计结算总量达 62.5 亿人次。全国累计赋码医保医务人员 1020 万人，累计赋码医保定点医药机构 112 万家。

(二)大数据赋能医保管理和经办。加大数据治理力度，确保数据完整准确，摸清参保底数，清理重复参保，筹备大数据中心。发挥大数据边际成本低、应用场景广的优势，通过 5V 特征挖掘 (Volume-大量、Velocity-高速、Variety-多样、Value-价值、Veracity-真实)，不断通过数字化驱动医保管理构建新质生产力。加强医保码在定点医药机构就医购药全流程应用，拓展医保电子凭证应用功能，持续改善医保患者就医体验和结算效率，不断提升医保公共服务。

(三)数字转型促进基金智能监控。结合点(飞行检查)、线(专项整治)、面(日常监管)，通过信息化、数字化、智能化全面赋能医保审核和基金监管，确保医保基金每一分钱都花在为人民群众看病就医“刀刃上”。强化实施大数据实时动态智能监控，构建医院前端提醒、经办中端审核、行政后端监管的全流程防控体系和基金安全防控方

阵， 确保医保基金安全、高效、合理使用。

二、腾笼换鸟，引导医药产业供给侧改革

(一)成熟仿制药，通过集中采购稳定患者用药基本盘。通常来说，成熟仿制药品使用量占整个处方用量的 80%以上，是老百姓的用药基本盘。

国内医药行业原始创新能力不强，同质化竞争严重，规模化程度和行业集中度有待提高。

通过集中带量采购，在有效降低群众负担的同时，引导仿制药产品积极开展质量和疗效一致性评价，截至目前已有近 800 种药品共 9400 余个产品通过一致性评价，极大程度上促进仿制药企业实行规模化发展、集约式发展。

(二)专利创新药，通过医保谈判实现企业效益最大化。创新专利药作为填补治疗空白、满足未被满足临床需求的重要工具，其用量占比通常不会超过处方总量的 20%，但在发达国家处方费用中占比可达 80%。创新专利药具有高风险、高回报的特点，是大型医药企业的必争之地。通过医保准入谈判，尽快纳入医保目录，可以提高可负担性和可及性，实现多方共赢。据统计，40 种医保谈判药品在公立医疗机构中销售规模 2023 全年超过 10 亿元，为相关企业带来了可观的经济回报，也吸引更多企业走向仿创结合，以及聚焦创新的高质量发展道路。



图 集采成熟仿制药品为谈判创新专利药品“腾笼换鸟”

三、前瞻布局，促进创新医疗技术临床应用

(一) 开通新增医疗服务价格项目绿色通道。当前，以人工智能、机器人、区块链为代表的数字化通用技术在医疗领域快速应用，以3D打印、可吸收材料等为代表的工艺学、材料学进步在诊疗中快速普及，以射频、电磁、光学等为代表的物理转化在临床上快速拓展，以分子诊断、免疫诊断、床旁诊断为代表的诊查技术升级快速推广，极大地丰富了临床诊疗手段和疾病干预范式。医保部门以患者增量获益为主要参照标准，对具有临床价值的真创新技术、设备、耗材、试剂开通了新增医疗服务价格项目绿色通道。近三年，全国范围内每年新增超1000个收费项目，为相关创新技术在临床上使用奠定了经济基础。

(二)积极探索创新药械 DRG 除外支付。以北京为代表的部分省市不断完善 DRG 付费新药新技术除外支付机制，及时完成形式审查、数据验证及专家论证，对符合条件的新药新技术费用进行单独支付，不计入 DRG 病组支付标准。以上海为代表的部分省市探索按疗效的价值支付，为部分高价值药品和耗材支付更高的费用，为患者增量获益买单的同时鼓励企业开发高价值产品。未来，将会有更多地区参考北京和上海的做法，进一步鼓励创新技术临床使用。

释放医保新质生产力，提高医保资金使用效益，不仅关系医保自身的可持续，同样关系到千千万万的医药服务供给方，更加关系到数十亿参保人。只要持续改革，不断创新，坚持以患者为中心，就一定能实现医保、医疗、医药高质量协同发展和治理的预期目标。

[返回目录](#)

探索罕见病多层次保障 多元模式撑起“医靠”

来源：中新网

罕见病不仅是重要的医学和公共卫生问题，也是亟待解决的社会保障问题。“我们希望，多方携手，加快构建如同彩虹般的多层次罕见病医疗保障体系，给予他们追求理想的‘支点’。”中国罕见病联盟执行理事长、中国医院协会副会长李林康表示。

“罕见病”是发病率极低、患病总人口数极少的疾病。很多罕见病面临着无药可用的难题。“企鹅宝宝”“握焰求生者”“被呼吸机

困住的人”“黏宝宝”分别代表着戈谢病、法布雷病、庞贝病、黏多糖贮积症 I 型 (MPS I) 患者。目前，中国国内这些疾病确诊患者人数最少的仅数百人，是罕见病中的罕见病，即“超罕见病”，治疗负担很重。

“罕见病药物由于患者稀少、病情严重，研发和生产成本也相应较高，在量价挂钩原则下，超罕见病患者人均分摊的治疗成本远高于常见病乃至一般罕见病。”在“呐罕·与共”2024 年罕见病峰会上，蔻德罕见病中心创始人、主任黄如方表示。

复旦大学公共卫生学院卫生经济学教授胡善联表示：“基本医保保基本、尽力而为、量力而行的定位意味着罕见病保障不可能全部由基本医保买单，保障水平的进一步提升，需要依靠多层次医疗保障体系的不断完善。”这位学者说：“在中国罕见病用药保障探索中，地方罕见病‘专项基金’‘大病保险’‘普惠型商保’‘医疗救助’等模式，进一步完善罕见病的保障，已为罕见病患者撑起生命的‘医靠’。”

据悉，近年来，国家高度重视罕见病的研究、医疗和保障事业发展，各方面工作取得了长足的进步，进一步助力超罕见病群体的生命健康权得到更好保障，成为各界讨论的焦点之一。李林康认为，罕见病群体已经看见人生的“彩虹”。

跨国医疗健康企业副总裁、大中华区商务解决方案总经理邵文斌

直言：“就医保准入来看，罕见病药品的成功率近年来有显著提升，2023年医保目录有15款罕见病药物被纳入。对于价值较高的罕见病药物支付标准，制药企业与医疗保障决策者之间仍存在分歧，主要表现在罕见病药物高人均研发成本导致的高价格以及‘理论患者数’转换成‘实际用药人数’时的不确定等现状。医疗保障的可持续，需要基本制度在多层次医疗保障体系中的角色从‘主导’向‘牵头’转变，引入多元化支付以提升总体保障能力，基本制度界定保障范围，非基本制度提高保障待遇。”

近年来，中国已有多个省份针对罕见病探索建立了各具特色的多层次保障方案，解决核心痛点是目录外的罕见病高值药保障。如今，地方罕见病用药保障机制逐渐形成以浙江、江苏为代表的“专项基金”模式，以山东、成都、湖南为代表的“大病保险”模式，以佛山为代表的“医疗救助”模式，以上海为代表的“普惠型商保”模式等。

南京医科大学附属儿童医院党委副书记、院长张爱华教授表示：“近两年来，江苏通过为患者人数极少的罕见病建立省级专项保障机制、将部分罕见病药品纳入基本医疗保障范围内、发布普惠型商业补充医疗保险产品、启动罕见病医疗援助工程江苏专项等多项举措，多种患者人数极少的超罕见病病种因此获益，患者有药用、可治疗、能报销。在这样良性有序的罕见病生态之下，不少患者回归了正常工作

与生活。我们希望这样的模式为全国范围内完善罕见病保障机制提供宝贵经验。”

在商保方面，上海近两年推出的“沪惠保”通过将部分超罕见病纳入特定高额药品保障目录，使这部分超罕见病人群的用药报销比例达到 70%。来自上海的法布雷病患者汤先生说道：“从小我就忍受法布雷病带来的全身烧灼般的疼痛，这种疾病还会逐渐危害骨头、神经、内脏等，有了‘沪惠保’的药物报销保障后，对我来说不仅是疾病的缓解，更多带来的是向往未来的权利和希望，我有了规划未来的勇气。”

“罕见病专项保障基金的缺位，是目前中国罕见病多元保障体系中最大的‘短板’。”北京大学医学部卫生政策与技术评估中心陶立波研究员直言，“超罕见病的保障不是‘无底洞’，尽管个体患者的用药费用高昂，但是因为患者总数少，保障所需要的费用总额并不高，因此，为疾病治疗周期长的超罕见病，提供稳定可持续的资金来源是可行的。”

在采访中，记者了解到，为缩短患者与希望的距离，相关跨国企业正通过一系列创新举措，响应中国针对创新药物先行先试的政策方针，加速将创新药物引入中国。目前，全球治疗获得性血栓性血小板减少性紫癜 (aTTP) 的治疗药物引入北京天竺罕见病药品保障先行区，为患者带来新的治疗选择。在海南博鳌乐城医疗先行区，相关跨国药

企已启动为酸性鞘磷脂酶缺乏症 (ASMD) 患者提供突破性酶替代治疗方案探索。未来，该企业还将加速创新疗法尽早惠及中国患者。

中国初级卫生保健基金会秘书长助理杨庆斌表示，为推动溶酶体贮积症患者早筛早诊，2023 年 7 月，跨国企业支持中国初级卫生保健基金会在全国范围内发起了 LSDs 高危筛查项目，旨在助力戈谢病、庞贝病、法布雷病、黏多糖贮积症 I 型 (MPS I) 患者获得及时准确的诊断。到 2024 年 3 月为止，共计 425 家医院参与项目，完成免费检测超 10239 份样本，诊断患者约 248 名。4 年间，该项目共计免费检测超 37900 份样本，诊断患者约 1231 名。

在提升医生罕见病诊疗能力方面，中国罕见病联盟启动中国溶酶体贮积症 (LSDs) 诊疗能力建设项目 (STEP 项目)，到目前为止，该项目已支持发布了 5 部 LSDs 专家共识，在 6 省市成立 LSDs/单病种协作组，打造 37 家 LSDs 诊疗中心以及多学科 (MDT) 团队，开展 250 余场继续教育活动，持续提升临床医生诊疗能力。

同时，为降低罕见病患者的自付负担，让更多患者用上“救命药”，相关跨国企业先后开展了多项公益援助项目。例如，创新支付的“菲常礼赞”项目，已扩展至全国约 20 个省区市，截至 2023 年 12 月，已帮助 602 名罕见病患者在政策性保障后降低自付负担。

[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