

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第41期

(2024.10.07-2024.10.13)

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。)

· 健康养老 ·

▶ [失能老年人照护困境——请人护理经济负担重，自己照料昼夜忙不停](#) (来源：法制日报) ——第 7 页

【提要】当下，我国老龄化趋势明显，老龄化程度逐年递增。2023年，我国60岁以上人口2.97亿人，占总人口比重21.1%；65岁以上人口超过2.17亿人，占比15.4%。党的二十届三中全会提出，积极应对人口老龄化，完善发展养老事业和养老产业政策机制。然而，或因年龄增长、机能下降，或因疾病、事故等，很多老年人丧失了生活自理能力。数据显示，目前我国失能老年人约3500万人。

▶ [2023年北京市老龄事业发展报告发布 60岁及以上常住人口达494.8万人](#) (来源：北京青年报) ——第 22 页

【提要】在10月11日举办的2024北京市居家社区养老服务“家年华”上，市民政局发布了《2023年北京市老龄事业发展报告》(以下简称《报告》)。《报告》显示，2023年，本市老年人口总量持续增加，人口老龄化程度进一步加深，60岁及以上常住人口为494.8万人，是近八年增量最大、增速最快的一年。60岁及以上户籍人口为431.6万人，占比首次突破30%。

• 集中采购 •

▶ [强化政策协同 推进理论研究持续完善具有中国特色的集采制度](#)

（来源：武汉大学全球健康研究中心）—26 页

【提要】作为医药服务供给侧改革的重要组成部分，药品、医用耗材集中带量采购是坚持以人民健康为中心的具有中国特色的医保制度创新，是进一步深化医药卫生体制改革的重要制度安排，其核心是在政府的合理组织和制度安排下推进协调各方利益，发挥医保基金战略性购买作用，运用需求引导供给、供给创造需求的经济杠杆，引领“三医”协同发展和治理，从根本上解决人民群众“看病贵、看病难”的问题。

▶ [2024 “灵魂谈判” 进入测算阶段，多款重磅药物提前降价！](#)（来源：人民日报）——第 38 页

【提要】据不完全统计，在通过审查的药品中，很多行业熟悉的重点品种均进入了今年的初审名单。例如：国产 CAR-T 科济药业研发的泽沃基奥仑赛注射液、复星凯特的阿基仑赛注射液、百济神州的达妥昔单抗β注射液、初审名单中同样包括替度格鲁肽、醋酸氟氢可的松片、氯苯唑酸葡胺软胶囊等 40 多款罕见病用药等多款药品备受业内关注。

• 中医药服务 •

▶ [进一步推动中医药“四进” 满足人民群众健康需求](#)（来源：中国

中医药网) ——第 40 页

【提要】《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》指出,“中医药作为我国独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源和重要的生态资源,在经济社会发展中发挥着重要作用”“推动中医药进校园、进社区、进乡村、进家庭,将中医药基础知识纳入中小学传统文化、生理卫生课程,同时充分发挥社会组织作用,形成全社会‘信中医、爱中医、用中医’的浓厚氛围和共同发展中医药的良好格局。”推动中医药进校园、进社区、进乡村、进家庭(以下简称中医药“四进”)意义重大,是一项固根基、利长远的大事要事,对推进健康中国建设、增强文化自信、促进中医药传承创新发展具有深远的影响。

▶ [把握进一步全面深化改革的原则 推动中医药高质量发展](#) (来源:

河南省武陟县卫生健康委) ——第 46 页

【提要】党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》系统阐述了进一步全面深化改革必须贯彻的原则,包括:坚持党的全面领导、坚持以人民为中心、坚持守正创新、坚持以制度建设为主线、坚持全面依法治国、坚持系统观念。“六个坚持”原则是对改革开放以来特别是新时代全面深化改革宝贵经验的科学总结,是我们党不断深化对改革的规律性认识的重大成果,推动中医药高质量发展,也必须牢牢把握这“六个坚持”

原则。

• 分析解读 •

▣ [医保支付资格管理落地，责任认定是关键](#)（来源：LatitudeHealth）

——第 55 页

【提要】长期以来，医保监管主要面向机构，对医保使用的具体责任人并没有进行直接的管理。随着医保监管的精细化进一步加强，实施医保医师制度成为必然的趋势。2024 年 9 月，国家医保局等三部委发布了《关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》（以下简称《意见》），正式在全国实行医保医师制度，并将管理对象从医师扩大到“药学类、护理类、技术类等卫生专业技术人员，以及定点医疗机构负责医疗费用和医保结算审核的相关工作人员”，同时对院外的药店“为参保人提供使用基金结算的医药服务的主要负责人（即药品经营许可证上的主要负责人）”一并纳入。

▣ [总额付费不等于一刀切！县域医共体医保结算规则详解](#)（来源：

海聊清谈）——第 59 页

【提要】开展县域医共体建设，是促进医保、医疗、医药协同发展和治理，构建分级诊疗秩序的重要举措。各级医保部门应按照《指导意见》所提出的原则要求，结合当地实际，积极探索实践，建立与县域医共体发展相适应的医保基金总额付费结算办法。

• 医保快讯 •

▶ [医保服务触角延伸至村卫生室，家门口服务触手可及](#)（来源：人民日报）——第 63 页

【提要】党的二十届三中全会《决定》提出，“深化医药卫生体制改革”“促进医疗、医保、医药协同发展和治理”“促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局”。村卫生室作为最基层的医疗机构，是农村居民看病就医的第一站，也是实现医疗保障服务的“最后一公里”。2023 年 2 月，中央明确，积极通过乡村一体化管理实现村卫生室医保结算，在有条件的地方支持将符合条件的村卫生室纳入医保定点管理。今年，相关部门印发多个文件，要求发挥医保基金导向作用，强化基层医疗卫生服务，推动更多村卫生室纳入医保定点，方便农村居民就医。

▶ [结构变了！越来越多进口新药纳入医保](#)（来源：澎湃新闻）——第 72 页

【提要】记者了解到，自 2018 年以来，国家药品集采共覆盖 374 种药品，每年节约药费近 1600 亿元，这些金额中的 60%腾给了国家医保谈判的创新药，这其中就包括不少进口药。换句话说，国家医保目录在“吐故纳新”过程中，也在“提档升级”，越来越多的创新药正在被纳入。

-----本期内容-----

· 健康养老 ·

失能老年人照护困境——请人护理经济负担重，自己照料昼夜忙不停

来源：法制日报

当下，我国老龄化趋势明显，老龄化程度逐年递增。2023年，我国60岁以上人口2.97亿人，占总人口比重21.1%；65岁以上人口超过2.17亿人，占比15.4%。

党的二十届三中全会提出，积极应对人口老龄化，完善发展养老事业和养老产业政策机制。

老有所为、老有所乐，是老年人的追求和期盼。然而，或因年龄增长、机能下降，或因疾病、事故等，很多老年人丧失了生活自理能力。数据显示，目前我国失能老年人约3500万人。

从东墙到西墙大约4米，从南墙到北墙大约4米，在这个面积约16平方米房间里，进门处停放着一辆轮椅，靠墙是一张宽约一米、长约两米的护理床，这里便是北京市顺义区居民周先生几乎全部的生活空间。只有当天气好的时候，他才能够坐在门口的椅子上晒太阳。

今年86岁的周先生是一位失能老年人，吃饭、穿衣、上厕所等都需要他人照护。由于家附近的养老院不接收失能老人，周先生的孩

子每天还要工作，只能由其家人请保姆居家照顾他。而懂护理的保姆通常不好找，来来回回换了四五个了。生病也不方便去医院，只能由家人拍了照片和视频之后到医院挂号找大夫。“一人失能、全家失衡”，说起照顾失能的父亲，周先生的儿子周明(化名)一声长叹。

第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查显示，目前我国像周先生这样的失能老年人占全体老年人的 11.6%。据测算，到 2035 年，我国失能老年人将达到 4600 万人，到 2050 年达到 5800 万人左右。

照护失能老年人是养老服务的刚需，也是当下许多人对养老焦虑之所在。破解失能老年人照护难题，应对超大规模照护服务需求，事关国家发展大局，事关亿万百姓福祉。

接受记者采访的专家认为，解决失能老年人照护难题是一个系统工程，随着人口老龄化程度的加深和家庭结构的变化，单纯依靠家庭照护已难以满足所有失能老年人的需求。因此，建议修改老年人权益保障法等相关法律法规，进一步细化家庭、政府、社会在失能老年人照护中的具体职责，如增加对家庭照护的支持政策、明确政府在社会养老服务体系建设中的投入和监管责任等。

失能之后行动不便

专业护理员太难找

记者看到周先生时，他身着睡衣躺在护理床上，保姆站在床前，一手端碗，一手拿勺，正在给他喂饭。

周明向记者透露，父亲失能后的生活基本上就是吃饭和睡觉。每天早上7点多，周先生醒来后，保姆会先为他更换尿垫、擦洗身体并换上贴身衣物，然后把他抱到椅子上休息。10点左右，保姆给他喂饭，由于咀嚼功能退化，周先生吃饭颇为困难，一顿饭通常要花费一个多小时。天气好的时候，父亲会坐在门口晒太阳，不过更多的时候，是由保姆抱到床上躺着。晚上六七点钟，父亲再吃一顿饭，之后便一觉睡到次日早晨。

“这已经是第四次请保姆了，不知道这回能干多久。”周明感慨地说，自从父亲躺在床上以后，找会护理的保姆成为他生活中的一大难题。

周明回忆说，2019年时，父亲生活自理能力没问题，但认知出现了问题，出了家门不知道怎么回家，为此他每月花5000多元请了一个保姆。一年之后，周先生出现行走困难，再加上双腿本身受过伤，上下床越来越不方便，只能靠人搀扶，大多数时间只能躺在床上。2021年开始，他的身体每况愈下，吃饭需要人喂、上厕所需要人扶、洗澡需要人擦……

“医生告诉我，父亲身体机能和认知能力减退，属于通常所说的失能老年人。”周明说。

周先生失能之后，由于各项事情都需要人帮忙，请的保姆不愿意照护选择辞职。周明只能通过家政公司找了两个保姆一起照顾父亲，

每月费用为 9500 元。

“家政公司称他们很会照顾这类老年人，实际上并非如此。”周明说，这两个保姆既不会生活照顾，也不会医疗护理。他们给老年人做饭时总是图省事，提前做好大量食物冷冻到冰箱里，等到需要的时候就拿出来加热，结果导致周先生营养不良。他们不了解如何护理失能老年人，也没有经常为老年人进行清洁护理，导致周先生得了褥疮，并且反反复复难以痊愈。周明要求家政公司换人，但后面推荐的几个保姆都难以让人满意。

机缘巧合，经邻居介绍，周明认识了一位在医院做过护工的保姆，每月薪资 8000 元，一周负责照顾周先生 6 天，休息一天（休息时由周明夫妇照料父亲）。这位保姆具备护理经验，先是提议将家里的普通床更换为护理床，接着又建议购置充气的波浪式护理床垫。经过一段时间的精心护理，周先生的褥疮得以痊愈。在保姆的指点下，周明还给家里配备了很多仪器：血压计、雾化机、血氧仪、制氧机、吸痰器等。

令周明感到遗憾的是，今年春节过后，保姆因家中有事辞职了。无奈之下，他只好每月花费 1.2 万元聘请了一对夫妻常住家中，从周一至周日全天候照顾父亲。

“父亲的养老金不低，但基本用于支付保姆费用了。”周明说。他确实无力独自照顾父亲。周明在北京西南三环附近一家单位工

作，周一至周五每天早上7点出门，晚上7点才能到家，早已疲惫不堪。他的父亲住在顺义，这几年，他几乎每个周末都赶回顺义看望父亲，已无暇带孩子外出旅游。

当被问及为什么不把父亲送进养老院时，周明坦言，父亲所住社区附近没有愿意接收失能老年人的养老院，离家太远的他又不愿意送去。“我的观念也比较传统，对老年人尽孝心就应在家中照护，而非送进养老院。何况在养老院中，一个护理员往往需要同时照护多位老年人，不如请个保姆在家里一对一照护那般细致。”

周明坦言，找保姆容易，但找到懂护理的保姆却并非易事，而且照护失能老年人需要有一定身体力量。目前，从事保姆工作的人年龄偏大，很多在50岁以上，既缺乏护理知识又精力不足，并不擅长照护失能老年人。

家有失能老年人，无奈之处还有很多。比如周先生只能卧床，通常情况下无法到医院就诊。前段时间，周先生的口唇发白，周明只好拍摄照片和视频后前往医院挂号找大夫。由于无法进行详细检查，他找了好几家三甲医院的医生，开了一堆药回来，但效果并不理想。

“要是社区附近有能够接收失能老年人的养老院该有多好，要是能有上门为失能老年人看病的医生该有多好，要是家庭照护老年人的费用不止家庭承担能多方分担该有多好。”周明感慨道。

支出增加负担加倍

日子过得捉襟见肘

即使找到了合适的保姆照料家中的失能老年人，也并不意味着能够完全省心。

在河北省石家庄市开出租车的田小刚(化名)同样请了保姆上门照护失能的父亲田先生。田先生今年 58 岁，此前一直做点小生意，未参加社会保险，这意味着一旦停下生意便无收入来源。几年前，田先生突发脑出血，虽经医院治疗，仍留下偏瘫后遗症，只能卧床。

田先生的妻子陈女士今年 59 岁，已经退休 4 年多。考虑到母亲年纪大了难以单独照护父亲，田小刚便找了一位不住家的保姆，每周工作六天(休息一天)，每天早上 8 点到田先生家，下午 6 点离开，每月费用 4000 元。

保姆每天一进家门就忙碌起来，整理床铺、喂饭(早饭由陈女士提前准备好)、喂药、更换衣物，每隔两小时帮田先生翻身一次，中午做饭喂饭，下午清洗打扫、收拾家务，偶尔与陈女士一起协助田先生上厕所、清理大小便。由于田先生属于偏瘫，一半身子不能动，一半身子能动，语言表达能力受限，还不愿意穿纸尿裤，稍有不慎就会尿床，保姆还要时不时清理床单被褥。

但陈女士对保姆并不放心，觉得自己照顾才是最好的，因此保姆在家时总是跟保姆一起干活，保姆离开后更是寸步不离，经常一晚上要帮助田先生起夜好几次。对此陈女士时常感觉身心俱疲，有时白天

一坐下就打瞌睡。

“母亲的时间完全耗在父亲身上，看着令人心疼”。田小刚看在眼里却无能为力，毕竟在当地找到愿意并且会照护失能老年人的保姆非常难，不住家保姆的价格对他们来说已经是很大的负担，住家保姆的价格更是负担不起。

田小刚也想照护父亲，但由于父亲没有养老金，母亲陈女士的养老金每月只有 3000 元，不够付保姆费用，田小刚每月要承担一半的保姆费用，还要承担全家的开销，每月多支出的几千元让他压力倍增。田小刚每天早上五六点出门跑车，一直忙到晚上才收车。

“既要养老人，又要养孩子。为了挣钱，我一年到头基本没休息过。”田小刚说，“失能老人落在谁家，就是谁家的噩梦。”

虽然有养老院愿意接收河南省开封市居民赵桐(化名)失能的妻子李女士，但赵桐也没有觉得日子轻松下来。

李女士今年 68 岁，已经退休 13 年，身患包括糖尿病在内的多种慢性疾病。8 年前，她得了一次脑梗，虽然当时治好了，但由于自身有高血压、高血糖、高血脂，李女士的脑梗每年都复发，身体越来越差。更不幸的是，2022 年 7 月，李女士在卫生间洗澡时摔了一跤导致骨折住了院。他们只有一个女儿，在其他城市居住，无法赶过来照顾母亲。

眼看着自己一个人无法照护妻子，无奈之下，赵桐决定在妻子出

院后送她去养老院，一个月 3800 元，费用全包，日常生活用品统一配备，和其余 7 位失能老年人一起住在一个大开间里，有三四名护理人员负责照护。

李女士刚住进养老院时，费用由单位给她办理的长护险报销一半，其女儿支付另一半。但自从外孙子今年 9 月份上小学以后，用钱的地方越来越多，女儿难以支付这笔费用，而她的养老金每月只有 2300 元。夫妻俩的存款大部分花在购买药上，平时只能省吃俭用，日子过得捉襟见肘。

家人照护疲惫不堪

完全没了自己生活

家住天津市蓟州区的李娟(化名)靠自己照护年迈的母亲王女士。

今年春节过后，李娟听母亲说时常腿关节疼痛、肿胀，到地里干活活力不从心，怀疑得了关节炎。

李娟和丈夫赶紧带母亲到当地医院检查，结果显示母亲得了骨癌。为宽慰母亲，李娟告诉她得的是风湿性关节炎。医生要求住院保守治疗，包括注射吗啡止疼。母亲考虑到住院看病花费大，自己那点养老金肯定不够，又不想给女儿添麻烦，坚持回家治疗。无奈之下，医生只好同意并嘱咐病人多休息，少活动，还给开了多种药物进行治疗。

回家后，王女士躺炕上休息并按时服药，但病情越来越重，一动

就浑身疼，甚至翻不了身，更下不了地。

对李娟来说，母亲“躺”下后，她的生活也被打乱了。她是当地一所学校的老师，白天减少了能减的课程，上完课就回到母亲身边陪伴，给母亲做饭喂饭、陪她聊天、给她擦澡等，定期到医院给她开止疼药。晚上陪着母亲睡大炕，稍有动静就会醒来。她发现母亲经常拉着她唠叨，不想每天躺着，天天盼着去地里干活。渐渐地，母亲也感觉自己得了重病，认为自己拖累了家人，甚至想到了自杀。她只能劝母亲不要胡思乱想。

李娟自从照护母亲以来，很少回自己家，再也不能像以前那样假期带孩子出去旅游，“完全没有了自己的生活”。

和李娟有相同感受的还有家住河南省驻马店市的王凤(化名)。

今年国庆节期间，记者见到40多岁的王凤时，她正推着年近80岁的父亲从外面遛弯儿回家，在母亲的帮助下，把父亲从轮椅上抬到床上并盖好被子。2021年10月的一天，70多岁的父亲在院子里给花坛松土时突发脑出血倒地。王凤赶紧拨打急救电话将父亲送进医院治疗。经过治疗，父亲命虽保住了，但留下了偏瘫后遗症，右半边身子不能动，基本只能躺在床上。由于王凤没有上班，照料父亲的事情主要落在她和母亲身上。

父亲喜欢到外面遛弯儿。无论春夏秋冬，每天上午只要天气允许，王凤和丈夫就把父亲搀扶到轮椅上，推着到外面走走，一待就是一两

个小时，母亲则在家做早饭、收拾家务。丈夫去上班后，她再推着父亲回家，由母亲喂饭，她吃过饭后去休息。下午，母亲陪着父亲，她则负责收拾家务，准备晚饭。父亲吃完晚饭睡着后，才是王凤自己的时间，“一天也就一两个小时，可以稍微轻松会”。

在采访中，十几位家有失能老年人的受访者都表示“没有了自己的生活”，确实是“一人失能、全家失衡”。

国家重视地方推动

缓解养老服务焦虑

受访专家认为，绝对数量惊人的失能老年人群体，已经成为我们不能忽视的重要国情，解决失能老年人照护难题意义重大。

中国政法大学教授李超认为，就老年人个体而言，通过专业的照护服务，可以确保失能老年人的基本生活得到妥善照护，满足失能老年人的基本生活需求和精神需求，提高老年人晚年生活质量，维护老年人的尊严和权益。就家庭而言，失能老年人的照护不仅是老年人自身的需要，也直接影响到家庭成员的生活质量，有效的照护服务能够减轻家庭成员的照护负担。

“就社会层面而言，尊老、敬老、爱老是中华民族的传统美德，通过提供优质的照护服务，可以让更多的老年人安享晚年。就宏观层面而言，失能老年人照护服务的发展可以带动银发经济的发展。”李超说。

北京师范大学中国公益研究院副院长高云霞认为，解决失能老年人照护难题，实际上是解决老年人及家庭的急难愁盼问题，这种专业化、社会化的照护服务，能够有效缓解因为家庭结构变化带来的社会影响，缓解全社会养老服务焦虑。

失能老年人照护是我国养老服务工作的重中之重。《国家积极应对人口老龄化中长期规划》《中共中央 国务院关于加强新时代老龄工作的意见》《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》相继印发，均将失能老年人照护纳入养老服务体系建设的重点。

在地方层面，各地近年来也积极出台地方性法规规章和政策措施加强失能老年人照护服务。

2023年12月，浙江省人民政府办公厅印发《浙江省构建多层次长期护理保障体系实施方案》，为全省失能老年人构建多层次长期护理保障体系，形成以政策性长期护理保险为主体，惠民型商业护理保险为补充，其他商业护理保险、社会救助、社会福利等制度有序衔接、共同发展，各市场主体积极参与的多层次长期护理保障体系。

福建省今年年初印发《关于加快推进“福见康养”幸福养老服务体系建设的若干措施》，着眼保基本、兜底线，强化对特困、低保、高龄、失能老年人的兜底保障，确保基本养老服务体系覆盖全体老年人。

山东省政府办公厅近日印发《关于加强失能失智老年人照护服务

工作的若干措施》，提出从健全老年人能力评估制度、完善失能失智老年人照护服务体系、优化重点人群照护服务、提升照护服务质量 4 个方面，进一步加强失能失智老年人照护服务工作。山东省聊城市专门出台《聊城市失能老年人照护服务条例》，规范失能老年人的照护服务，提高失能老年人生活品质。

对此，高云霞认为，从制度供给角度看，从中央到地方，我国已将失能老年人作为养老服务重点人群，将失能老年人照护服务作为养老服务重要组成部分，出台一系列相关政策文件和配套措施，从各个方面加强和改进失能老年人照护工作。

完善相关法律法规

建立养老服务体系

我国老年人口数量多，老龄化速度快，应对人口老龄化任务重。随着人口老龄化程度不断加剧，高龄化、空巢化问题日益突出，失能失智老年人占比逐年攀升。第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查显示，目前我国失能老年人约 3500 万人，老年人患病率是总人口平均水平的 4 倍，带病生存时间达 8 年多。

近日公布的《国务院关于推进养老服务体系建设的报告》指出，面对庞大的失能照护需求，当前的工作与实施积极应对人口老龄化国家战略、与失能老年人照护需求相比还存在较大差距。一方面，现有的社会救助和福利范围较窄、

标准不高。经济困难和普通家庭失能老年人的照护需求未得到有效满足，老年人支付能力总体偏低，“钱从哪里来”的问题比较突出。另一方面，照护供给仍然不足，基本养老服务体系正在建设，养老服务设施布局不合理，中心城区“一床难求”与郊区、农村地区养老床位大量闲置现象并存。农村失能照护短板突出，农村失能老年人照护更加困难。

此外，照护人才队伍建设滞后。养老护理员普遍素质不高、数量不足，结构层次不合理，职业认同感较差，工资待遇偏低。包括养老护理员在内的各类养老服务人才激励机制尚不健全。失能老年人照护涉及部门多、协调事项多，政策统筹协调也需要加强。老年人能力评估互认协调机制不健全，失能老年人底数不精准。

受访专家认为，解决失能老年人群体面临的养老难题，需要加强顶层设计，需要政府、家庭和全社会的共同努力和承担责任，加大对老年人的养老保障力度，完善社会保障和福利体系。其中包括制定和修改相关政策和法规，建立和完善养老服务体系。

北京交通大学教授郑翔表示，失能老年人照护问题始终是养老问题中最难的部分。我国面临人口老龄化急剧加速的现实问题，最核心的问题就是提供养老服务的资金和人力从何而来。“未富先老”的社会现实，是我们应对政策考量的基本前提。

郑翔认为，解决失能老年人照护问题，首要任务是做好顶层设计，

破除机制障碍，协调统一政策，建立职能管理部门协调机制和相关制度衔接机制，如长期护理保险制度、社会保障制度和养老补贴制度之间应顺畅衔接，推动养老服务与社会保障、健康支撑形成合力。

高云霞同样认为应在国家层面形成协调机制，例如进一步发挥全国老龄办的协调作用，将民政、医保、卫健等多个部门协同起来，系统推进失能老年人照护服务体系、人才培养以及设施建设。

“接下来应尽快开展失能老年人需求的精准排查，建立以社区、村居为抓手的失能老年人排查制度、评估制度，摸清底数，从而形成精准的长期照护服务计划。”高云霞说。

摸清失能老年人底数后，需解决谁来照护的问题。

郑翔建议，从照护人才队伍角度看，亟须解决照护人员普遍数量少、专业水平低、职业认同感低、工资待遇低、人员流失率高的问题。一方面要动员社会力量参与照护人员培训教育工作，另一方面要转变社会观念，使照护服务职业化、专业化，尊重照护服务人员的劳动，提高其福利待遇。

高云霞倡议，在照护人才队伍建设上，可以从立法层面予以规范和保障，形成对职业人才资质的标准要求以及对应的职业待遇等，在国家制度上予以认可。具体而言，包括鼓励高校开设相关的老年照护或者服务管理专业，通过教育配套政策支持，从社会层面鼓励社会化的职业人才培养，建立国家的职业认证标准和补贴机制等。

在采访中，记者发现失能老年人在哪养老也是亟待解决的问题。

“养老服务设施存在供不应求和资源浪费的问题，一些服务条件好、收费合理的养老机构床位紧张，而部分处于郊区或农村的养老机构往往入住率较低。改变养老服务设施布局不合理的状况，要将养老服务设施设置在有真正老年人照护需求的地方。同时，尊重历史习惯，鼓励发展养老床位设置在家中、社区，让养老服务流动起来，使各项养老资源和养老需求精准匹配。此外，从技术层面考虑，引入智能化养老设施，对老年人居所进行适老化改造，积极推动真正减轻照护服务劳动强度的人工智能产品研发应用。”郑翔说。

李超分析，居家养老是大多数老年人的养老方式，但由于家庭结构的变化和年轻人工作压力的增加，很多家庭对老年人的照护能力有限，特别是对于失能老年人，其照护和护理成本通常较高，一些家庭无法承担高昂的成本，导致失能老年人无法得到充分的照护。

在她看来，失能老年人需要专业的护理照护，其护理责任通常由家庭成员、护理机构或专业的护理人员承担，对此可以多方合作共同努力解决。家庭成员可以提供日常的护理和照护，包括饮食、穿衣、洗澡等；养老机构或护理机构可以提供专业的护理服务，包括医疗护理、康复护理、心理护理等；专业护理人员如护士、康复师等，可以提供医疗咨询、康复指导、心理支持等。而护理费用一般由家庭、政府和社会共同分担。

老年人权益保障法规定，老年人养老以居家为基础，家庭成员应当尊重、关心和照料老年人。同时也明确了政府在老年人保障中的支持作用，即国家建立健全家庭养老支持政策，为家庭成员照料老年人提供帮助。

李超建议，虽然目前家庭在失能老年人照料中承担主要责任，但随着人口老龄化程度的加深和家庭结构的变化，以家庭为主要照料已难以满足所有失能老年人的需求。因此，建议修改老年人权益保障法，进一步细化家庭、政府、社会在失能老年人照料中的具体职责，如增加对家庭照料的支持政策、明确政府在社会养老服务体系建设中的投入和监管责任等。

郑翔说，考虑失能老年人照料责任分配问题，仍要强调家庭赡养的基本责任，但也要承认失能老年人面临的现实困难，对其需求进行准确评估。对于有失能老年人的家庭，政府应当给予适当财政补贴，社会组织、志愿服务人员提供服务帮助，发展社区嵌入式养老服务机构，为失能老年人及其家庭提供支撑。

[返回目录](#)

2023年北京市老龄事业发展报告发布 60岁及以上常住人口达494.8万人

来源：北京青年报

在10月11日举办的2024北京市居家社区养老服务“家年华”

上，市民政局发布了《2023年北京市老龄事业发展报告》（以下简称《报告》）。《报告》显示，2023年，本市老年人口总量持续增加，人口老龄化程度进一步加深，60岁及以上常住人口为494.8万人，是近八年增量最大、增速最快的一年。60岁及以上户籍人口为431.6万人，占比首次突破30%。

长寿老年人口数量显著增加

根据《报告》，去年本市老年人口总量持续增加，且老年人口增长速度快。从常住人口来看，去年本市60岁及以上常住人口为494.8万人，比2022年增加29.7万人，增长6.4%，是近八年增量最大、增速最快的一年。从户籍人口看，户籍老年人口增速连续10年高于同期户籍人口增速。60岁及以上户籍人口为431.6万人，占户籍人口的30.2%，占比首次突破30%。同时，本市高龄化趋势显著，80岁及以上户籍人口为64.8万人，占户籍人口的4.5%。相较2014年，10年间增加13.2万人，长寿老年人口数量显著增加。

从区域来看，区域人口老龄化程度差异显著。《报告》显示，60岁及以上户籍人口数量排在前三位的是朝阳区、海淀区和西城区，60岁及以上户籍人口占该区户籍人口的比重排在前三位的是丰台区、石景山区和东城区。

人口抚养比也在持续上升，从常住人口看，按15岁到59岁人口抚养60岁及以上老年人口计算，老年抚养比为34.6%，比2022年提

高 2.6 个百分点。

去年建成养老助餐点 1772 家

过去一年，本市老龄事业发展也取得了不少成效。《报告》指出，本市老龄政策体系更加健全。例如，市政府办公厅印发《关于完善北京市养老服务体系的实施意见》；市民政局等部门出台了居家养老服务网络、养老助餐、综合为老服务平台、养老服务人才队伍、失能失智照护服务支持、居家适老化改造等配套政策，形成“1+6”养老服务政策支撑体系；市卫生健康委等部门联合印发《北京市关于进一步推进医养结合发展的实施方案》，深入开展医养结合服务……各项文件从顶层设计发力，为老年人谋福祉。

在民生保障方面，本市继续上调退休人员养老金、城乡居民基础养老金和福利养老金。稳步推进长期护理保险试点，石景山区长期护理保险试点覆盖 42.79 万人，为符合护理条件的 4503 名重度失能人员提供了专业照护服务支持。

同时，首都特色养老服务体系也更加完善。去年，本市积极构建以区级养老服务指导中心为统筹、以街道(乡镇)区域养老服务中心为枢纽、以社区养老服务驿站为延伸的三级居家养老服务网络。完善养老服务供给网络，打造全市首家街道(乡镇)区域养老服务中心；累计建成养老助餐点 1772 家；累计建成并运营养老家庭照护床位约 2.1 万张；全市建成并运营社区养老服务驿站 1498 家、养老照料中心 301 家；

全市养老机构达 571 家，床位 11.2 万张。在城六区复制推广居家社区养老服务新模式，累计签约长期上门居家照护服务 813 单。

推行制式养老服务合同网签

去年，本市老年健康服务体系进一步优化，已连续两年将老年护理中心和安宁疗护中心转型建设列入北京市重要民生实事项目。同时，推动 11 家医疗机构转型建设老年护理中心，推动 6 家医疗机构转型建设安宁疗护中心。

本市在智慧养老方面取得了阶段性成果。市民政局上线北京养老服务网及配套小程序，作为全市智慧养老服务供需对接数字化平台，该平台实现了养老服务信息一点就看、特色养老服务一查就有、区域协作一同发展、养老服务一体监管。在全国率先推行制式养老服务合同网签，签订 3.4 万余份合同。

《报告》还指出，本市老年友好型社会建设加快推进。去年，全市 32 个社区被评为“全国示范性老年友好型社区”，累计 93 个社区入选，全市累计加装电梯 3550 部，3.2 万余名老年人出行受益。针对老年人权益保护，去年本市组织开展法律宣讲上千场，覆盖 500 余万人次。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

强化政策协同 推进理论研究持续完善具有中国特色的集采制度

来源：武汉大学全球健康研究中心

医药集采制度的核心，是在政府的合理组织和制度安排下推进协调各方利益，发挥医保基金战略性购买作用，引领“三医”协同发展和治理，解决人民群众“看病贵、看病难”的问题。

作为医药服务供给侧改革的重要组成部分，药品、医用耗材集中带量采购是坚持以人民健康为中心的具有中国特色的医保制度创新，是进一步深化医药卫生体制改革的重要制度安排，其核心是在政府的合理组织和制度安排下推进协调各方利益，发挥医保基金战略性购买作用，运用需求引导供给、供给创造需求的经济杠杆，引领“三医”协同发展和治理，从根本上解决人民群众“看病贵、看病难”的问题。

集采改革取得显著成效

国家组织药品集中采购，目的是探索完善药品集中采购机制和以市场为主导的药价形成机制，降低群众药费负担，规范药品流通秩序，提高群众用药安全。截至2024年6月底，国家组织药品集采9批次，共374个品种。其中，各批次品种最少为16个，最多达61个；平均降幅最小为48%，最大达59%。截至2024年6月，已开展四批国家组织的高值医用耗材集采，涉及冠脉支架、人工关节、骨科脊柱、人工晶体、运动医学类耗材，产品价格降幅在60%至93%之间。不仅如此，

药品、耗材集采还完成了多轮接续工作，总体运行平稳。

集采制度框架基本建立

按照探索完善集采机制和以市场为主导的价格形成机制这一改革目标，药品、耗材集采遵循一般经济规律，通过 PDSA(即计划 Plan、实施 Do、学习 Study 和行动 Act)序贯循环模式，在实践中学习改进，在学习改进中再实践，基本建立起具有中国特色的集采制度框架，即以多元利益主体参与、“国家组织，联盟采购，平台操作”为特征，以“招采合一，量价挂钩”为核心机制，以“采、供、用”一体化运行为关键机制，以涵盖集采全链条的相应规则与配套措施为支撑体系。特别是集采“结余留用”的激励措施，突破了传统政策思维，实事求是，将“剩余索取权”让渡“剩余控制权”一方，通过平衡各方利益，保障集采制度的可持续性。

中国特色的集采制度框架，充分展现了“使市场在资源配置中起决定性作用和更好发挥政府作用”的内在逻辑，在政府搭建平台定规则、专家确保技术把关的前提下，通过市场交易发现价格，以充分的市场竞争促进医药行业发展、提高产品质量，保障公平、公正博弈。集采改变了我国医药流通领域广受诟病的“带经销商、多级批发、多层准入”等沉痾顽疾，实现了比“两票制”更加治本的实效，机制性引领传导作用显著发挥，药品流通秩序日趋规范，社会风气和医药生态环境显著净化。

医保战略性购买效应逐步显现

医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制。集采从用药负担、用药质量、用药可及性以及治疗效果等方面，显著提升了群众的医疗获得感，在促进“三医”协同发展和治理中发挥了重要作用。

第一，临床用药质量更有保障。集采前患者使用原研药和通过质量与疗效一致性评价仿制药的用量占比约为 50%，集采后大幅提升到 95%左右，优质药品成为用药主流。

第二，中选药品的供应与使用更趋稳定。同一区域集采中选药品在二、三级公立医院和基层医疗机构配备使用“同厂牌、同价格”，促进了上下级医疗机构用药衔接，基层医疗机构采购量持续“放量”明显，有益于分级诊疗与合理用药。

第三，助力公立医院高质量良性发展。公立医院运行监测数据表明，随着集采批次与品种增加，公立医院药品采购价格指数和药占比呈现“双下降”，与此同时，医疗服务性收入和占比则出现了“双提升”。

第四，重塑行业生态，为创新研发营造良好环境。已有文献和公开数据表明，集采中选品种较多的上市医药企业市场集中度提高、销售费用及占比下降、研发费用及占比上升，这有益于我国仿制药质量提升，有益于产品代际迭代，有益于企业创新研发，助力提升行业国

际竞争力。

第五，提高了基金使用效能。集采品种(同通用名药品)在公立医疗机构的采购费用，因中选产品降价缘故，首个协议期第一年，采购量略增但采购费用减半；由于集采“溢价”效应，在首个协议期第二年，采购量相对稳定，采购费用继续呈下降趋势。同时，有多篇文献报道，集采制度与医保支付方式改革政策间已出现了“化学反应”式的良性协同效应，实现了基金使用“降本增效”。

第六，集采显著提升了群众的医疗获得感。首先是治疗费用降低。有患者集采前右侧髌关节置换使用了6万元的全陶瓷关节假体，手术总花费8万元；集采后又做了左侧髌关节置换手术，同样的陶瓷关节只需8000多元，总费用仅3万元。其次是用药质量和可及性提升。以乙肝治疗药物为例，集采前由于一线抗病毒药物价格昂贵，大量患者没有得到规范治疗，恩替卡韦、替诺福韦等一线抗病毒药物纳入集采降价后，大幅减轻患者用药负担，更多患者能够得到规范治疗，显著提升乙肝患者治疗质量。不仅如此，患者的用药结构也实现了升级。例如，胰岛素集采后，二代与三代胰岛素的使用比例从4:6调整到3:7；心脏支架集采促进材质性能更好的铬合金支架使用比例由60%上升到95%以上。

从实践效果看客观现实问题

公共政策的本质是调整利益关系和结构，集采利益相关方众多，

内在关系逻辑复杂，各方既得利益者必然会成为政策实施的“阻力”，包括患者用药习惯、医生处方行为、医院收入结构和管理传统、医药企业价格与市场维护、药品批发流通和零售利润、地方政府医药产业财税收入等方方面面。

任何事物都是“一分为二”的，公共政策开发有其自身周期规律，需要经历“实践—认识—再认识”的过程。集采制度也不例外，从政策开发到政策成熟的过程中，难免出现这样或那样的“不良效应”，其中既有政策环境问题，也有政策认知问题。

先看集采制度前置条件缺陷。药品、耗材价格形成涉及多维复杂影响因素，通过市场交易发现价格的前置条件，是临床同适应症产品的质量价值可比。然而，我国药品与耗材的剂型、规格、型号客观上纷繁复杂，加之生产企业数量多、规模小、工艺差异大、质量参差不齐，尽管仿制药一致性评价在一定程度上解决了药品的质量和价值可比性，但生物药、中成药等目前无法开展一致性评价，且对于医用耗材而言，即使材质、规格、型号相同，也并不意味着临床质量和价值相似。

再看集采制度规则自身缺陷。例如，根据集采产品的临床特性和市场竞争格局确定中选企业数量及约定采购周期的原则本身是正确的，但仍缺乏具备科学性、统一性和可操作的精准规则；再如，高值医用耗材集采中，通过选择“主流产品”和企业“代表品”进行谈判

采购受到青睐,但其产品选择规则、谈判流程模式的规范性仍有不足,一定程度上存在随意性和不确定性。集采续约的方式方法更是多种多样,何种模式效果最佳尚不清晰。

不仅如此,集采制度落地执行环节也存在“一刀切”的现象。一方面,临床上确实存在医生和患者用药多样性的客观需求;另一方面,也存在医生和患者熟悉或偏好使用非中选产品的主观现象。建立集采中选产品的“社会信誉”、平衡好中选与非中选产品个性化使用是一项系统工程。部分医疗机构为了确保集采协议量,往往采取“一刀切”措施,这不仅容易引发新的医患矛盾,也有可能将问题转嫁归因于集采制度。

制度持续离不开“三医”政策协同

任何改革都不是一蹴而就的,集采涉及的利益相关方点多面广、链条长,随着改革持续深入,我们面临多方挑战、多重博弈、多元诉求。作为“三医”协同发展和治理的“小切口”,集采制度的可持续性离不开医保、医疗、医药相关政策体系支撑。

与医疗相关政策协同发展

集采可直接降低公立医院药品耗材成本,提升公立医院高质量发展新效能;同时,将“国家组织药品集中采购中标药品使用比例”纳入国家公立医院绩效考核指标,又有益于集采政策落地执行,形成良性协同发展态势。但是,还需要进一步落实公立医院政府主体责任,

进一步深化公立医院内部运营管理配套改革。

第一，应进一步落实政府办医主体责任。首先，要完善财政投入机制，合理化解公立医院债务问题，健全现代医院管理制度，加大监管力度，引导公立医院坚持“公益性”。其次，统筹“基本公共卫生服务”“基本药物”“基本医疗”和“签约服务”相关经费、信息与政策，进一步明确基层医疗机构的功能定位，促进以“健康管理”为载体，开展家庭、社区卫生健康服务，推进分级诊疗。

第二，应深化公立医院运营管理配套改革。首先，完善治理体系，坚持走高质量内涵发展之路。按照《医疗机构国家组织集中采购药品耗材管理专家共识》，应完善医疗机构内部组织运营管理结构，强化医院智能信息支撑系统，改革医务人员薪酬绩效考核的内容、方式与方法。其次，按照“价值医疗”和“管理式医疗”新理念，激励开展以集采中选产品为对象的临床真实世界研究，完善临床诊疗路径，规范诊疗行为，加大临床真实世界研究成果传播与科普宣传力度。

与医药相关政策协同发展

仿制药质量与疗效一致性评价为国家组织药品集采改革提供了重要的前置条件。与此同时，集采制度又加速了仿制药质量与疗效一致性评价工作，促进医药企业产品创新，提升了我国医药产品整体的质量保障水平。

由于主客观原因，我国上市药品中已经或者能够开展质量与疗效

一致性评价的，仅是有批文批号药品中的“冰山一角”，为了能够更好地树立我国已上市药品、耗材的质量“社会声誉”，健全集采制度的前置条件，一方面需要完善相关药品耗材监管法律法规，将基于临床真实世界数据的“上市后再评价”纳入法律监管范围，提高我国药品耗材上市产品质量的“社会声誉”；另一方面，严格审批标准，监管工作“关口前移”，面向研发生产企业及时发布市场需求与相关信息，避免“一哄而上”后形成新的“多、小、散、乱”和市场恶性竞争等不良现象。

与医保相关政策协同发展

已有研究和实践表明，集采与医保支付方式改革协同联动，可以出现相互促进协同效应，即实施支付方式改革的地区，其集采药品被“植入”医保临床路径，带动集采中选产品使用进一步“放量”，同时又出现医保结算率提高的良性现象。近期，国家医保局办公室印发的《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》明确提出，要将集采中选结果落地执行情况纳入医保基金飞行检查范围。预计此举可进一步促进基金使用监管与集采制度良性协同效应。

具体操作上，可进一步与医保支付方式改革的“结算清单”、医保支付方式改革“结余留用”和支付标准规则集成融合；与医保定点机构协议管理、医疗服务价格改革协同，将集采制度执行情况纳入定点机构医保基金绩效考核，进一步调动医疗机构合理规范使用集采中

选产品的自律性和自觉性。

再如，随着医保信息化系统和招采平台规范化建设，可进一步运用全国医保目录药品监测和药品价格监测大数据，建立集采政策实施宏观动态评价体系，实时评估和调整集采政策；随着全国集采新格局逐步完善，可进一步强化集采平台之间的分工协作，提高平台的专业性和服务延伸功能，指导医疗机构合理遴选、合理报量、合理使用集采药品，巩固集采成果。

推进理论研究助力改革实践

促进“三医”协同发展和治理是一个时代命题，要更加充分地发挥药品、耗材集采在深化医药服务供给侧改革中的引领传导作用，保障群众获得优质实惠的医药服务，必须同步梯度推进理论建构、机制探索，以系统性的理论研究促进集采工作更好实践。

先看学理研究方面。药品、耗材价格形成机制和采购使用中的诸多实践措施和实践问题，现有一般经济学公共管理学理论难以阐释。例如，按照一般交易成本经济学理论，交易量越大交易价格越低，但是基于药品、耗材的特殊普适属性，实践中通常按照全量的50%—70%进行集中交易，剩下30%—50%必须给予医疗机构分散采购，以满足临床和患者个性化治疗需要。与此同时，分散采购空间也会出现“按下葫芦起来瓢”的现象，例如，医生因偏好价高非中选产品或其他类别可替代产品，出现了集采政策实施后的非中选产品市场占有率约

20%、但采购金额占比约 50%的非预期现象。

再看法理研究方面。依据“委托—代理”理论，医疗机构分散采购模式下，患者是委托人，医疗机构和医生是代理人；而在国家组织药品、耗材集采模式下，患者和医疗机构则共同成为了委托人，医保部门招采机构则成为代理人。目前，实践中两种模式并存，且医保集采的上位法规条款分散于《政府采购法》《招标投标法》《社会保险法》《民法典》《基本医疗卫生与健康促进法》等多部政策规定之中，没有对药品集采的各种基本法律问题作出系统性阐释，且存在相关法律条款间及部门政策间的矛盾冲突。学界关于药品集采的法律属性、各主体的法律地位，以及彼此间的法律关系等法律问题众说纷纭。如果结合近年倡导的“战略性购买”新理念，集采承担着医药供给侧资源优化配置功能，需要平衡现实经济效益和社会效益，现有《政府采购法》和《招标投标法》难以适用其全部功能与制度内涵。因此，健全完善中国特色集采制度，必须先厘清其法理属性和各相关主体法律关系。

最后是制度体系研究方面。首先，目前的研究主要以国家组织药品集采实践为问题“原型”，进行理论模型的凝练和相应机制规则研究。但实践中的集采多种多样，与国家组织药品集采有诸多差异，关键机制研究缺失。其次，以医用耗材集采为例，产品迭代周期短、临床指南更新快，集采制度体系中缺乏“采—供—用”一体化闭环迭代

调整规则。再次，集采制度的可持续发展不仅有赖于关键机制和规则体系，还有赖于相关政策支撑体系。例如，当前关于集采监测评估体系及结果应用传导作用的研究就存在缺失。

完善集采改革须重点关注五大问题

众所周知，药品、耗材的双重属性决定其价格形成机制极其复杂；同时，医药价格机制对社会经济产业发展又具有基础性杠杆作用和系统性传导影响，可谓牵一发而动全身。集采改革涉及利益主体多、利益格局调整明显，建立完善具有中国特色的集采制度，并使之成为公立医疗机构药品、耗材主流采购模式绝非易事。为更好地推进集采制度落地，笔者认为如下五个问题需要重点关注。

第一，集采中选产品价格管理。着眼建立全国统一大市场，鼓励全国联盟集采，是否意味着全国统一价格或者价格趋同？答案应该是否定的。一方面集采价格包含运输配送成本，另一方面，集采的量仅是约定采购周期内特定区域医疗机构(含部分零售药店)协议采购总量，其实际成本还包括各医疗机构具体采购频次、配送频次、回款时间和方式等。例如，近年发生过的边远基层医疗机构配送不及时问题，多系配送企业“选择性断供”或“选择性不及时”所致。不仅如此，个别地区容许零售药店按照集采价格的15%加成销售，也引发了基层医疗机构使用与零售药店销售之间的公平竞争问题，加成销售费用要么转嫁给医保基金、要么转嫁给医保患者。这些问题尚缺乏公平性、

制度性的解决方案。

第二，集采中选产品价格外溢与传导。首先，集采中选价格存在外溢效应，但是对于非中选原研药品外溢效果并不明显，反而增加中选与非中选产品“比价失衡”现象。如何合理引导非中选原研药品合理降价，保留原研产品适度市场占有率，满足临床和患者用药多样性需要，成为不可避免的现实问题。其次，集采制度核心机制是通过市场发现价格，并通过价格传导优化医疗、医药资源配置。现实情况是，我国医药行业市场化程度较高，“价格、利润、亏损”对企业的直接影响作用明显。反观医疗服务供给侧，既有民营社会办医疗机构(包含社会零售药店)，也有公立医疗机构。其中，在公立医疗机构现有体制、公益属性和外部考核机制的影响下，“价格、利润、亏损”对于各级公立医疗机构的机制传导效应并不敏感，必须有赖于“政府有为”。因此，集采制度中“市场决定与政府有为”的边界与作用机制如何界定，是集采制度“内生动力”可持续的关键。

第三，基于药品生命周期和质量价值的价格体系。临床质量价值是药品、耗材的价格基础。集采产品通常是已经进入市场成熟期产品，在集采和接续工作中，如何平衡供需交易成本与产品生命周期价值，需从制度框架与核心机制方面进行破题。一些地方联盟集采的中选与续约实践中，缺乏药品生命周期及临床质量价值评价维度，容易诱发保护“落后产能”或者激励“劣币驱逐良币”现象。例如，一些地方

中选规则过度强调降价幅度，容易鼓励既往“价格虚高”产品中选或连续续约，造成既往“价格真实”产品落选。

第四，集采战略性购买。医保战略性购买是医保基金支付医疗、医药服务的指导思想与管理之道。集采本质上是市场交易行为，以国家和地方医保局作为战略购买人和责任承担者，由药品耗材采购承办机构在政府部门的监督下，通过市场竞争与药品耗材生产企业进行动态博弈，发现药品耗材的真实价格，从而优化医药资源配置和资金使用效率，牵引医疗体系和医药行业高质量发展。因此，需要从集采制度的顶层设计与具体的政策、措施、机制和规则工具等方面提高可操作性，方能实现医保购买的特殊性和战略性目标。

第五，人才队伍建设和能力提升。集采改变了既往集采平台功能和职责，改变了医疗服务“委托—代理”模式，改变了医药行业流通销售模式，倒逼公立医疗机构药事管理和服务流程重构。所有这些改变，亟须培训培养一支精干的专家和实践人才队伍，全方位提升集采制度的研究与执行能力。

[返回目录](#)

2024“灵魂谈判”进入测算阶段，多款重磅药物提前降价！

来源：人民日报

“目前，国家医保谈判进入到了测算阶段，在该阶段无论是医保局、政府、患者都已经做了最大的努力，在此之前很多企业通过降低

药物价格，来抢夺市场已经到了最后的冲刺阶段。”10月8日，华中科技大学同济医学院药品政策与管理研究中心主任陈昊告诉记者。

记者了解到，备受关注的2024年医保谈判已进入测算阶段，已有不少药品主动申请降价，包括卡度尼利单抗、德曲妥珠单抗、维泊妥珠单抗、抗骨增生片等品种，降幅分别达到53.4%、22%、7%、6%。

根据安排，医保谈判要经过准备、申报、专家评审、测算、谈判和公布结果等阶段。8月份，国家医保局发布公告，专家评审阶段已经结束，244个目录外药品通过初步形式审查，196个目录内药品通过初步形式审查，与2023年相比，申报药品数量有所增加。

作为ADC药物的代表，阿斯利康的德曲妥珠单抗同样通过初审名单，今年6月，湖北省医疗保障局办公室发布公告称，德曲妥珠单抗挂网价格由原先的每支8860元降至每支6912元。康方生物自主研发的全球首个肿瘤免疫双特异性抗体新药卡度尼利单抗注射液(PD-1/CTLA-4)的价格将下调，单支价格从原来的13220元降为6166元，降幅为53.4%。

辽宁省药品和医用耗材集中采购网发布的《关于执行淡竹叶配方颗粒等175个药品主动降价结果的通知》，注射用维泊妥珠单抗药品价格从10400元/30mg/瓶主动降价至9580元/30mg/瓶，价格下降7%。

“目前进入初审的一些药物都已经做了最大的努力，但是最终的成功率还要根据药物的药品效果，以及全链条的创新度决定，最终入

选的药品可能有 50%左右。”陈昊表示。

据不完全统计，在通过审查的药品中，很多行业熟悉的重点品种均进入了今年的初审名单。例如：国产 CAR-T 科济药业研发的泽沃基奥仑赛注射液、复星凯特的阿基仑赛注射液、百济神州的达妥昔单抗 β 注射液、初审名单中同样包括替度格鲁肽、醋酸氟氢可的松片、氯苯唑酸葡胺软胶囊等 40 多款罕见病用药等多款药品备受业内关注。

国家医保局表示，今年收到企业申报信息 626 份，涉及药品(通用名)574 个。经审核，440 个药品通过初步形式审查，通过率达 75% 以上。按照国家医保局的部署，最终哪些药会调进调出，11 月份将给出最终结果。

[返回目录](#)

· 中医药服务 ·

进一步推动中医药“四进” 满足人民群众健康需求

来源：中国中医药网

《中医药发展战略规划纲要(2016—2030 年)》指出，“中医药作为我国独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源和重要的生态资源，在经济社会发展中发挥着重要作用”“推动中医药进校园、进社区、进乡村、进家庭，将中医药基础知识纳入中小学传统文化、生理卫生课程，同时充分发挥社

会组织作用，形成全社会‘信中医、爱中医、用中医’的浓厚氛围和共同发展中医药的良好格局。”推动中医药进校园、进社区、进乡村、进家庭(以下简称中医药“四进”)意义重大，是一项固根基、利长远的大事要事，对推进健康中国建设、增强文化自信、促进中医药传承创新发展具有深远的影响。

中医药“四进”的必要性和重要性

推动中医药“四进”是全面推进健康中国建设，满足人民群众健康需求，助力中华民族伟大复兴中国梦的迫切需要。我国是人口大国，近年来随着经济社会快速发展，人口老龄化进程明显加快，人民群众在实现小康之后对健康服务的需求越来越旺盛。几千年来，中医药以其确切的疗效，为中华民族的繁衍生息保驾护航，守护了中华儿女的健康。新时代，广大人民群众对美好生活的向往尤其是健康方面的需求更为迫切，历久弥新、久经考验的中医药以其独特优势和确切疗效较好地满足人民群众的健康需求。推动中医药“四进”，可以让人民群众更好地走近中医药、了解中医药、认可中医药、使用中医药，从而有效助推健康中国建设、有效助力中华民族伟大复兴中国梦的实现。

推动中医药“四进”是增强文化自信，传承和弘扬中华优秀传统文化的重要举措。文化自信是一个国家、一个民族发展中更基本、更深沉、更持久的力量。中医药是中国古代科学的瑰宝，是中华优秀传

统文化的重要组成部分和杰出代表，是凝聚着中华民族深邃哲学智慧和健康养生理念的优秀文化资源。推动中医药“四进”能够让广大人民群众更加深入地了解中医药，通过亲身体会，切身感悟以中医药为代表的中华优秀传统文化的风采和魅力，从而进一步增强文化自信和民族自豪感，自觉传承和弘扬中华优秀传统文化。

推动中医药“四进”是守正创新，促进中医药事业传承创新发展的现实需要。中医药事业的传承创新发展，离不开良好的社会氛围。近代以来，由于“西学东渐”及其他因素影响，中医药一度甚至被归类为“伪科学”而命运多舛。新时代以来，中医药事业迎来了天时地利人和的大好发展时机，但社会上依旧对中医药存在一定程度的误解和偏见。积极推动中医药“四进”，能够使广大人民群众正确认识中医药，真正相信中医药，愿意使用中医药，从而在全社会形成“信中医、爱中医、用中医”的浓厚氛围，有效助推中医药事业传承创新发展。

中医药“四进”的现状

《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》发布以来，全国各地积极行动起来，围绕中医药进校园、进社区、进乡村、进家庭进行了积极探索和实践，取得了明显成效，同时也存在一些问题和不足。

中医药进校园形式多样、亮点纷呈。以山东省为例，建立了中医药文化进校园的长效机制，明确山东省卫生健康委(省中医药管理

局)、山东省教育厅负责全省中医药文化进校园工作的全面组织和领导,联合制定了《山东省中医药文化进校园试点学校建设标准(试行)》,打造了“中医药伴我成长”中医药文化进校园亮点品牌,编写中医药科普系列读本,制作中医药文化相关宣传品,分类探索开发中医药文化校本课程、组织开展中医药文化进校园省级师资培训班,并有效整合中医药文化进校园的各种资源,多措并举,成功打造了中医药文化进校园的“齐鲁样板”,扎实推进了中医药文化进校园工作。其他省市中医药文化进校园工作也形式多样,亮点纷呈,如北京市规划在“十四五”期间试点建设文化进校园示范基地,江西省有关部门编写《五味食美》等适合中小学生的精品读物,四川、江苏等地将中医药文化进校园活动与端午、冬至等传统节日相结合。

中医药进社区、进乡村、进家庭关注度高,广受好评。中医药在社区和乡村需求迫切,拥有广阔的市场。长期以来,基层人民群众对中医药有着强烈的现实需求,但优秀的中医药资源却大多集中在大中城市,基层百姓难以便捷地享受到。中医药进社区、进乡村、进家庭活动开展以来,各地通过举办中医药夜市、专家进社区(乡村)义诊等方式,将优质的中医药资源送到基层老百姓身边。今年夏季,很多中医院举办的中医药夜市火爆出圈,7月12~14日,山东中医药大学附属医院(山东省中医院)举办的“药香慧泉城,健康夜市行”共吸引了10万余人参与;8月8~11日,辽宁中医药大学举办的“岐黄惠沈城,

健康夜市行”用中医药传统特色疗法治疗 5.5 万余人次……各地举办的中医药文化夜市出摊即出圈，究其原因是形式新颖、互动性强、参与感十足，满足了基层百姓的现实需求。

中医药“四进”目前存在的问题和不足。一是体制机制还不够健全，有些地方既没有明确牵头部门，也未建立长效机制，活动呈散发状态，没有统一组织和调度；二是人员、经费等保障不到位，有些地方没有配备中医药“四进”专职工作人员(或安排专人负责)，也没有相关经费，参加活动的专家等人员大多也未进行统一培训；三是活动内容还不够丰富、形式相对单一、效果有待提升，比如有些地方开展中医药进校园时，主要以专家进中小学作报告的方式为主，报告这种形式相对容易组织，但活动效果却难以保障；四是典型经验宣传总结推广不够，有些地方虽然开展了内容丰富形式多样的中医药“四进”活动，受到广大基层群众的欢迎和好评，但后期对活动的宣传总结不够，还未形成可复制推广的成功经验。

推动中医药“四进”的实践路径

中医药“四进”是一件功在当代、利在千秋的大事要事，要进一步提升活动效果，可在以下四个方面努力。

进一步理顺相关体制机制。各地要进一步加强对中医药“四进”的组织领导，明确牵头部门和相关责任单位，出台相关保障制度，制定具体实施方案，细化分解相关任务，并进一步加强对活动开展情况

的调度和督导。体制机制理顺了，相关基层单位在开展中医药“四进”活动时就能有的放矢、有章可循，活动开展就能更顺畅高效，活动常态化实效性也更有保障。

丰富内容，创新形式，增强活动的实效性。中医药“四进”的内容是否丰富、形式是否新颖直接影响着活动效果。今年火爆出圈的中医药夜市，就是以丰富的体验内容、活泼新颖的方式广受欢迎和好评，人民群众在中医药夜市上体验感、互动感十足，主动了解、认识、信任、使用中医药也就顺理成章了。另外，在融媒体时代，制作高质量的中医药短视频、影视剧、动漫等，对推动中医药“四进”也将产生积极的效果。

调动各方参与的主动性和积极性。中医药“四进”是一项长期的系统工程，涉及的单位和人员较多，如何调动相关医疗机构、学校、社区、乡村和人员的主动性和积极性很关键。地方卫生健康部门可将开展中医药“四进”纳入各级医院绩效考核内容，将参与中医药“四进”作为职称评审和岗位聘任的加分指标；地方政府相关部门要为中医药“四进”创造有利条件，在经费保障、活动场所、人员组织、秩序维护等方面给予大力支持；宣传部门和社会媒体也要加大对中医药“四进”的宣传力度，努力讲好中医药故事，传播好中医药声音，大力营造全社会“信中医、爱中医、用中医”的良好氛围。

及时总结典型经验，加强宣传推广。近年来，各地在中医药“四

进”方面进行了大量实践和探索，形成了一些典型经验和成功案例。以山东省为例，省卫生健康委和教育厅联合开展了中医药文化进校园省级试点学校建设；山东中医药大学拍摄扁鹊系列微电影《寻找扁鹊》《扁鹊归来》《扁鹊，扁鹊》，出版《跟我学中医》系列丛书和中医药探险故事系列丛书《仙草探险队》，并与大学城实验学校合办扁鹊少年班；山东中医药大学附属医院（山东省中医院）开展的中医药文化夜市；潍坊市卫生健康部门开展多年的“中医生活化”系列活动等都具有很强的示范引领和推广价值。相关单位要进一步加强中医药“四进”的总结宣传推广，塑造品牌，总结好成功案例和典型经验，助推中医药“四进”深入有效开展。

[返回目录](#)

把握进一步全面深化改革的原则 推动中医药高质量发展

来源：河南省武陟县卫生健康委

党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》系统阐述了进一步全面深化改革必须贯彻的原则，包括：坚持党的全面领导、坚持以人民为中心、坚持守正创新、坚持以制度建设为主线、坚持全面依法治国、坚持系统观念。“六个坚持”原则是对改革开放以来特别是新时代全面深化改革宝贵经验的科学总结，是我们党不断深化对改革的规律性认识的重大成果，推动中医药高质量发展，也必须牢牢把握这“六个坚持”原则。

坚持党的全面领导是中医药高质量发展的根本保证

始终坚持和加强党的全面领导，是中医药发展和振兴的根本保证。中医药是中华民族的瑰宝，是中华优秀传统文化的重要组成部分。但近代以来，随着西方医学大规模地输入，一些人将旧中国积贫积弱的原因部分归咎于中医，1929年2月，国民政府卫生部召开第一届中央卫生委员会，发生“废止中医案”风波，阻碍了中医药的发展。同时期的中国共产党却积极提倡与应用中医药，1940年11月，毛泽东同志在纪念白求恩逝世一周年大会上强调：“必须团结中医，发挥中医的作用。”

新中国成立后，党中央大力扶持与推广中医药，中医药事业发展的环境得到了明显改善，进入了快速发展的轨道。“一根针、一把草”，拯救了无数深受疾患困扰的病人。改革开放后，成立国家中医药管理局，加强中医药事业管理，“中西医并重”被写入卫生工作方针，中医药事业迅猛发展，迎来了发展新机遇。进入新时代，《中华人民共和国中医药法》颁布，《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》印发，有力地保障了中医药事业发展。党和国家为中医药事业的发展开辟了全新的发展空间，中医药事业取得了全面发展。纵观近现代史，我们不难看出，中医药事业的发展始终离不开中国共产党的领导。

推动中医药高质量发展，要深刻领悟“两个确立”的决定性意

义，坚决做到“两个维护”，发挥党总揽全局、协调各方的领导核心作用，把党的领导贯穿中医药高质量发展各方面全过程，确保中医药高质量发展始终沿着正确政治方向前进。

加强和坚持党对中医药工作的全面领导，要深入学习领会习近平新时代中国特色社会主义思想，学深悟透习近平总书记关于中医药工作的重要论述和重要指示批示精神，切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好。加强和坚持党对中医药工作的领导，要加强各级中医药管理机关和企事业单位的党建工作，以高质量党建引领中医药高质量发展。加强党对中医药人才工作的组织领导，把中医药人才培养好、引进好、使用好。在中医药领域深入推进党风廉政建设和反腐败斗争，为推动中医药高质量发展提供坚强政治保障。

坚持以人民为中心是中医药高质量发展的价值取向

2024年5月，习近平总书记在山东省济南市主持召开企业和专家座谈会并发表重要讲话指出：“人民对美好生活的向往就是我们的奋斗目标，抓改革、促发展，归根到底就是为了让人民过上更好的日子。”以人民为中心思想与中医医德高度契合，以人为本、仁善立业、贵义贱利等是中医医德的核心内容，体现了中医药学伦理的基本原则和价值取向。以人民健康为中心，是现代中医药高质量发展的根本价值取向。深化医药卫生体制改革，缓解群众“看病难、看病贵”问题

是当前卫生健康工作的重心，也是中医药高质量发展的目标所在。

“简、便、验、廉”是中医的基本特点，中医药在缓解群众“看病难、看病贵”问题上具有天然的优势。进一步加强道地中药材生产基地建设，持续推进中药材集中带量采购，在保证药材质量的前提下，进一步降低中药材价格。在公立中医院建立现代医院管理制度，深化以公益性为导向的公立医院改革，降低运营成本，逐步建立以医疗服务为主导的收费机制，完善薪酬制度，持续降低患者的就医费用。

在紧密型医共体建设中进一步提升中医药服务能力。县级中医院要统筹县域中医药服务资源，发挥县域中医医疗、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龙头作用。鼓励有条件的地区依托县级中医院建立中药饮片供应中心、中药制剂中心和共享中药房。以紧密型医共体建设为契机，提升基层中医药服务能力，完善中医分级诊疗体系建设，促进优质中医药医疗资源扩容下沉和区域均衡分布，使群众在家门口就能够享受到优质中医药服务。

聚焦发展中医药新质生产力，显著提升科技创新和人才培育能力，加强中医药重点学科建设，进一步发挥中医药在防病治病中的独特优势，提高群众的健康水平。进一步探索中医药参与基本公共卫生服务的途径和模式，深入实施中医药健康管理项目，开展中医未病科建设，对群众健康问题进行中医药干预，减少健康危险因素，使群众不生病、少生病或延缓生病，推动健康中国建设。充分发挥中医药自

身优势，推动中医老年病科、康复科、不孕不育科、妇科和儿科建设，积极应对老龄化、少子化，为健全人口发展支持和服务体系建设贡献中医药力量。

坚持守正创新是中医药高质量发展的本质要求

守正才能不迷失方向、不犯颠覆性错误；创新是引领发展的第一动力，唯有解放思想、改革创新，才能为中医药高质量发展注入不竭动力。将马克思主义基本原理同中医药文化相结合，是中医药守正创新的基本方法，是中医药高质量发展的本质要求。

中医药高质量发展，要坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导。习近平新时代中国特色社会主义思想继承吸收了中华优秀传统文化的精华，推动中华优秀传统文化创造性转化、创新性发展，是“两个结合”的光辉典范，是中华文化和中国精神的时代精华，实现了马克思主义中国化时代化新的飞跃。完善中医药传承创新发展机制，推进中医药高质量发展，需要在新的起点上推进理论创新、实践创新、制度创新、文化创新以及其他各方面创新，这些创新都必须以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导。

中医药高质量发展，要坚持马克思主义中国化时代化的方向。要在马克思主义指导下，把马克思主义基本原理同中医药发展的具体实际相结合、同中医药文化相结合，把“两个结合”有机贯通起来。中医药高质量发展的理论创新、实践创新、制度创新、文化创新以及其

他各方面创新，都必须以马克思主义基本原理为指导。

中医学是中国古代科学的瑰宝，是打开中华文明宝库的钥匙，与马克思主义基本原理具有高度的契合性，如气一元论、整体观念、天人合一思想、辨证论治等，都与马克思主义辩证唯物法高度契合。同时我们也应看到，马克思主义与中医学产生的时代与文化背景不同，即便二者具有高度的契合性，但由于时代和历史局限，在一些古代中医药书籍中，还存在一些认识不到位的地方。这就需要我们推进马克思主义基本原理同中医学相结合，引领、助推和升华中医学，实现中医药文化创造性转化、创新性发展。

坚持以制度建设为主线是中医药高质量发展的鲜明特点

制度是关系党和国家事业发展的根本性、全局性、稳定性、长期性问题。中医药高质量发展，也必须始终突出制度建设这条主线，不断完善各方面制度。早在周代，我国就建立了医师分类管理制度、疫情防控制度、卫生监督制度、医师考核制度等一系列医药管理制度。在此基础上，历代对医药管理制度不断完善发展，保障了中医药的行稳致远、繁荣发展。

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把中医药工作摆在更加突出的位置，把促进中医药传承创新发展作为新时代中国特色社会主义事业的重要内容和中华民族伟大复兴的大事，作出一系列战略谋划，中医药制度建设取得新突破，中医药高质量发展跑出加速度。

党的十八届三中全会部署“完善中医药事业发展政策和机制”，推动建立起符合中医药发展规律的政策法规体系和规章制度，如国务院中医药工作部际联席会议制度、国家中医药综合统计制度等。党的二十届三中全会《决定》提出“完善中医药传承创新发展机制”，要紧扣制度建设这条主线，进一步全面深化改革，着力固根基、扬优势、补短板、强弱项，对于已经建立制度框架的，继续巩固完善，推动高效运转，形成长效机制；正在探索的，努力在建章立制上实现突破；有待谋划推出的，对接总体方案，守正创新、周密部署。

法治建设是中医药高质量发展的重要途径

法治是中国式现代化的重要保障，也是中医药高质量发展的重要保障。为继承和弘扬中医药，保障和促进中医药事业发展，保护人民健康，《中华人民共和国中医药法》解决了不少当下中医药事业发展亟待解决的问题，如以法律形式肯定中医医术确有专长的人员，解决了一些以师承方式学习中医或者经多年实践，医术确有专长的人员因学历问题，不能参加执业医师考试，无法依法行医的问题。又如以法律的形式规定，严格管理农药、肥料等农业投入品的使用，禁止在中药材种植过程中使用剧毒、高毒农药，建立道地中药材评价体系，对提高中药材质量具有重要意义。

中医药法实施之后，《中医诊所备案管理暂行办法》《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》等配套文件相继出

台，为中医药法的贯彻落实提供了制度保障，进一步提升了基层中医药服务能力，有效增加了中医药服务供给。全国各省、自治区、直辖市相继颁布新制定、修订的地方中医药规章，中医药法律体系日益健全。中医药法的实施，促进了中医药服务能力的提升和中医药文化的宣传，对于中医药高质量发展具有重要意义。

党的二十届三中全会《决定》强调要“坚持全面依法治国，在法治轨道上深化改革、推进中国式现代化，做到改革和法治相统一，重大改革于法有据、及时把改革成果上升为法律制度”，这就要求我们及时发现中医药高质量发展中存在的问题，及时总结中医药改革中的成功经验，及时把改革成果上升为法律制度，更好地继承和弘扬中医药，保障和促进中医药事业的发展。

中医药高质量发展还需要强化中医药从业人员普法培训，促进中医药行业运用法治思维和法治方式深化改革、推动发展。提升中医药监督执法水平，为中医药高质量发展保驾护航。强化中医药普法宣传，让中医药法治观念深入人心。

坚持系统观念是中医药高质量发展的基本方法

系统观念是马克思主义认识论和方法论的重要范畴，是马克思主义政党基础性的思想和工作方法。系统观念强调从整体出发，以全面系统的、普遍联系的、发展变化的观点看待事物，以实事求是的态度寻求系统的最优解。系统观念是马克思主义哲学的重要组成部分，也

是现代系统科学的基本理论和方法。改革进入攻坚期和深水区，更多面对的是深层次体制机制问题，必须坚持系统观念。同时，坚持系统观念也是推动中医药高质量发展的基本方法。

系统观念与中医药文化也具有高度的契合性，历代名医名家建立的气化学说、形神学说、脏腑学说、天人相应学说、五运六气学说等，都蕴含着系统论思维的整体观、全面性、联系性、发展性等原理。中医药服务体系中的各级各类中医药管理机构、中医医疗机构、中医药科研机构、中药材生产企业、中药材种植基地等构成了相互联系、相互作用、相互依赖的系统。只有用整体系统观念，才能协调各层面资源，兼顾各方面获益，均衡各区域发展，充分调动起各环节积极因素，优化中医医疗资源配置，推动中医药高质量发展。坚持系统观念，要处理好经济和社会、政府和市场、效率和公平、活力和秩序、发展和安全等重大关系，增强中医药高质量发展的系统性、整体性、协同性。

“六个坚持”原则集中体现了习近平总书记关于全面深化改革重要论述的核心要义，充分体现了习近平新时代中国特色社会主义思想的世界观、方法论和贯穿其中的立场观点方法，中医药文化也具有深厚的历史渊源、高度的契合性。“六个坚持”原则对于中医药行业具有极其重要的指导意义，我们只有坚持好、运用好贯穿其中的立场观点方法，才能推进中医药高质量发展。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

医保支付资格管理落地，责任认定是关键

来源：LatitudeHealth

长期以来，医保监管主要面向机构，对医保使用的具体责任人并没有进行直接的管理。随着医保监管的精细化进一步加强，实施医保医师制度成为必然的趋势。2024年9月，国家医保局等三部委发布了《关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》(以下简称《意见》)，正式在全国实行医保医师制度，并将管理对象从医师扩大到“药学类、护理类、技术类等卫生专业技术人员，以及定点医疗机构负责医疗费用和医保结算审核的相关工作人员”，同时对院外的药店“为参保人提供使用基金结算的医药服务的主要负责人(即药品经营许可证上的主要负责人)”一并纳入。

与发达国家相比，中国医保的支付模式一直是直接面向医疗机构，既没有直接向医生支付的模式，也没有向药师和医技人员的支付模式。由于不面向具体责任人支付，医保也就一直没有建立起对相关责任人的监管模式。但是，随着医保监管的精细化管理需求上升，如果不能建立起支付责任人认定，仅仅是管理机构，很难厘清具体的权责。比如，医师的违规是否受到医疗机构管理人员的强迫，或者仅仅是因为医师钻了医疗机构管理疏漏的空子，医疗机构并没有主观违规的意愿。

因此，通过建立起医保支付资格管理制度，医保可以建立起全面的监管模式，但如何细分支付责任认定是制度实施的关键，需要进一步通过立法来建立制度保障。

当然，责任的认定还需要各地的细则，《意见》明确各省“进一步细化记分依据、记分细则、暂停期限、修复机制等”，“三年内逐步将相关责任人员纳入记分管理”。认定责任的具体机构是“作出行政处罚后由行政部门认定相关责任人员的责任，作出协议处理后由经办机构认定相关责任人员的责任”。因此，行政部门和经办机构是主要的认定责任机构。为了避免争议，也设置了争议处理机制，“对存在争议的专业问题，应交由第三方专业机构或专家组进行评估鉴定，确保公平公正合理”。

从《意见》本身来看，类似驾照的记分模式虽然是主要的实施工具，但核心在于记分规则的计算。从《意见》附录中的《记分规则》来看，处罚的轻重取决于两个主要因素，医疗机构被处罚的行为中负有责任及责任的轻重。其中，按照责任轻重分为一般、重要和主要责任人。通过将不同的处罚类别和不同的责任人进行区分，有助于规则的具体落地。但是，医疗机构的处罚有诸多案例可以参照，而其中的责任人区分则缺乏参照，除了之前触犯刑法的案例，如何确定责任的轻重仍需细化，这有待于医保及时公布典型案例来逐步给予市场明确的监管导向，最终仍需通过立法来保证制度的长效性。

从《记分规则》来看，相关责任人一旦被记入总分达到9分，就要被暂停，暂停期为1-6个月，总计12分就被列入终止，终止期为1年，但一次记入12分，终止期为3年。《意见》明确“对积极改正、主动参与本机构医保管理工作的相关人员可以采取减免记分、缩减暂停或终止期限等修复措施”，这意味着行为责任较轻的责任人可以获得一定的记分减免，更多是从教育改正的角度处罚。与海外监管规则相比，其实处罚并不是特别重，应是考虑到制度初步实施，市场有个适应的过程，未来持续收紧将是趋势。

在建立了医保支付资格管理制度之后，“对一个自然年度内登记备案状态为暂停或终止的人次超过一定比例的定点医药机构，视情况采取相应惩处措施”。受到医保的压力，医疗机构将不得不推动内部的合规，原先模糊的灰色空间被压缩。

而且，医疗机构的压力也将由内部传导，《意见》提出，“定点医药机构应对相关人员进行有效标识，在一定范围内公开，既起到警示其他医务人员的作用，又确保参保人及其家属在医疗服务过程中充分知晓，避免引发医患矛盾，影响正常医疗秩序”。由于需要将不同人员标识公开，一旦相关责任人的记分情况公开，医疗机构的声誉将由此受到明显影响，对医院的客流和收入都将带来长远挑战。

由于记分直接面向个人，对吸纳医护人员多点执业的医疗机构也带来了挑战。医保支付资格暂停或停止的责任人将无法在所有执业地

点获得医保支付，民营和基层医疗机构虽然可以进行一定的规避，但规避本身带来的风险对机构也会有明显的影响。

从外部和内部对医疗机构形成压力后，其在合规上的推进是必然的，《意见》虽然提出“鼓励定点医药机构将相关人员医保支付资格管理与年度考核、内部通报等激励约束管理制度挂钩”，但其实医疗机构肯定都会将责任人医保支付资格管理作为内控的主要目标之一。

而且，对相关责任人的处罚也将带动三医联动。在医保、卫健和药监三方监管部门中的任何一方受到处罚的责任人也很难规避其他两方的处罚，这是首次在监管中提出三方联动的监管模式。“及时将定点医疗机构、定点零售药店涉及医疗保障基金使用的相关人员的记分与处理情况通报同级卫生健康主管部门、药品监管部门。药品监管部门定期将查处的零售药店违法行为通报同级医疗保障行政部门，医保经办机构依据规定采取有效措施规范相关零售药店医保支付资格管理。”

值得注意的是，在《记分规则》中，集采也被纳入，在1-3分的记分选项中，“执行药品耗材集中带量采购政策中，公立医疗机构相关人员无正当理由超过规定要求使用高价非中选产品，被医保部门通报的”，这是唯一一款与医疗机构被处罚无关的责任认定。不过，其中的“正当理由”到底是指什么仍有待监管细化。

总体来看，《意见》初步对责任人建立起了医保支付资格管理制

度，而且不是只面向医师，对护理人员和药师采取了全覆盖的模式，对医疗服务的所有环节都形成了明显压力。受到责任人支付资格管理的影响，医疗机构将不得不在合规上进行明显的投入以避免受到内外的冲击。当然，责任认定细则还需等待各省出台，细则将决定制度落地的宽紧。

[返回目录](#)

总额付费不等于一刀切！县域医共体医保结算规则详解

来源：海聊清谈

2023 年底，国家卫生健康委联合国家医保局等 10 部门印发《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》（以下简称《指导意见》），对推进县域医共体建设提出了一系列支持政策。其中医保基金结算方面的支持政策主要包括对紧密型县域医共体实行医保基金总额付费，稳步推进县级医院实行 DRG/DIP 付费，对适宜基层开展的部分病种逐步探索不同层级医疗机构同病同付，等等。

开展县域医共体建设，是促进医保、医疗、医药协同发展和治理，构建分级诊疗秩序的重要举措。各级医保部门应按照《指导意见》所提出的原则要求，结合当地实际，积极探索实践，建立与县域医共体发展相适应的医保基金总额付费结算办法。

当前有一些观点认为，对县域医共体实行医保基金总额付费就是由医保部门根据县域医共体所服务的参保群众数量与医保基金人均

筹资额度，将医保基金总额核定后拨付给县域医共体。这一理解其实是将县域医共体医保基金总额付费演绎成了按人头付费。

实际上，多年的改革实践探索已经充分证明，按人头付费的医保支付方式有其特定的适用范围，并不适用所有的医疗服务场景。简单削足适履式地扩大按人头付费适应范围，不但无法有效解决参保群众的医疗保障问题，也与党中央、国务院所确定的建立多元复合式医保支付方式的改革方向有所偏离。

不仅如此，将医保基金以按人头付费形式拨付给县域医共体，简单地一包了之，还将弱化医保部门职责，导致医疗服务供需双方力量失衡，极大制约医保支付方式在医改中杠杆作用和导引作用的有效发挥；同时，医保基金监管力量也将被严重削弱，参保群众的医保权益难以得到保障。

由此可见，对于县域医共体实行医保基金总额付费的错误认识如果不能及时厘清，将极有可能影响到县域医共体的顺利推进和发展。

在笔者看来，对县域医共体实行医保基金总额付费，实质上就是在一个医保结算年度内，对在县域医共体内发生的医疗服务费用，由医保部门按照议定规则，以县域医共体作为核算与结算主体，确定医保基金结算总金额。由此可见，实施县域医共体医保基金总额付费工作的关键是确定医保基金结算规则。

由于不同疾病在县域医共体内的医疗服务场景不同，医疗费用的

发生机理也各不相同，客观上需要根据不同的医疗服务场景和医疗服务类型，结合县域医共体的特点来制定科学合理的医疗费用结算办法。

一般来说，医疗服务场景及类型主要包括急性发作期中短期住院、非急性发作期长期住院、普通门诊、门诊慢特病诊治。与之对应的医疗费用医保基金结算办法可概括如下。

对急性发作期中短期住院，主要实行 DRG/DIP 医保支付方式。第一，制定统一的基层病种，实现县域内不同医共体和医共体内不同层级医疗机构的同病同付；第二，对在县级医院开展的其他非基层病种，根据医院的不同等级和不同类型，细化 DRG/DIP 医保结算规则；第三，对疾病患者在县域医共体内不同层级医疗机构发生的住院医疗费用，实行差别化的待遇报销政策；第四，疾病患者在一个住院治疗周期内、接受县域医共体内不同层级医疗机构接续性医疗服务的，按规定连续计算起付线。

对非急性发作期需要长期住院的精神类、护理类、康复类等疾病医疗，主要实行按床日付费。患者在县域医共体内不同层级医疗机构接受住院医疗服务享受差别化的待遇报销政策。

对参保群众的普通门诊，需根据家庭医生签约服务工作进展情况，制定具有针对性的结算办法。对于已经完成了家庭医生签约并由签约医生提供了实质性签约服务的参保群众的普通门诊，根据县域医

共同体所覆盖的参保群众数量、人员结构、不同年龄人员的常见病多发病发病率、普通门诊的历史医疗费用等数据，对年度内发生在县域医共体的普通门诊医疗费用进行预算并按月预付，根据医疗服务质量供给情况，结合日常监测和考核结果，进行年度核算和清算；对未签约或者未提供实质性签约服务的参保群众的普通门诊，可探索实践按普通门诊疾病诊断分组（APGs）付费、按人头定额付费等医保基金结算办法。

对医保门诊特殊慢性病，根据不同的疾病类型，对在诊疗过程中发生的医疗费用可以考虑实行按单病种付费，或参照住院待遇标准实现门诊和住院的待遇衔接。具体来说，第一，制定并统一医保门诊特殊慢性病目录，明确按单病种付费或者参照住院待遇标准进行付费的门诊特殊慢性病病种；第二，针对不同的医保门诊特殊慢性病病种，制定对应的医保基金付费办法；第三，患者在县域医共体内不同层级医疗机构接受门诊特殊慢性病诊治和处方服务的，享受差别化的待遇报销政策。

有了上述医保基金结算规则，医保部门就可以对县域医共体开展医保基金总额付费工作。具体步骤有三。

首先是确定年度预算。上年末或者本年初，对统筹区域内本年度医保基金支出按照急性发作期中短期住院、非急性发作期长期住院、普通门诊、门诊慢特病、异地就医等不同的医疗服务场景进行分类预

算。在此基础上，分别确定急性发作期中短期住院 DRG/DIP 病组(种) 医保预支付标准、非急性发作期长期住院的床日费用预算标准、县域医共体普通门诊和门诊慢特病预包干费用。

其次是按月度预拨。对住院费用以县域医共体为单位进行月度总额预结算;对预算包干的普通门诊和门诊慢特病费用，以县域医共体为单位实行总额按月预拨付。

最后是做好年终清算。次年初，根据县域医共体内各医疗机构的医疗服务情况，结合医保部门开展的日常监测、医保基金监管和年度考核结果，以县域医共体为单位，进行医保基金付费额的总核算和总清算。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

医保服务触角延伸至村卫生室，家门口服务触手可及

来源：人民日报

党的二十届三中全会《决定》提出，“深化医药卫生体制改革”“促进医疗、医保、医药协同发展和治理”“促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局”。

村卫生室作为最基层的医疗机构，是农村居民看病就医的第一站，也是实现医疗保障服务的“最后一公里”。2023年2月，中央

明确，积极通过乡村一体化管理实现村卫生室医保结算，在有条件的地方支持将符合条件的村卫生室纳入医保定点管理。今年，相关部门印发多个文件，要求发挥医保基金导向作用，强化基层医疗卫生服务，推动更多村卫生室纳入医保定点，方便农村居民就医。

事实上，近年来，许多地方探索以医保服务延伸推动村卫生室医疗水平、用药安全进一步提升，农村居民的就医获得感、幸福感、安全感显著增强。近期，记者在山西、吉林、湖北等地进行了采访调研。

山西以医保村级覆盖促医疗条件改善——

村卫生室服务提档升级

山西省晋中市寿阳县南燕竹镇白家庄村，与村委会一墙之隔的村卫生室内，村医徐志忠正在为村民付振荣抓药。生地、丹皮、防风……抓起一把药材，干干净净，味道浓郁。

“老付，两服药一共 64 块。报销 60%，你只需要花 25.6 块。”徐志忠把药递了过去。

记者在村卫生室看到，制氧机、雾化器……10 余种仪器整齐摆放。“这些都是市里配的，能做 20 多项检查，满足一般疾病的诊疗没问题。”徐志忠介绍，白家庄村有村民 1000 多人，去年，村卫生室诊疗量达 2000 余人次，向上转诊仅占 10%左右。

卫生室药品种类就有 500 余种，镇急救站的 120 救护车实现了“15 分钟救治圈”全覆盖，“智慧流动医院”每年为农民提供免费的健康

体检……谈及村民医疗条件的改善，从医 45 年的徐志忠颇为感慨：

“这在以前，想都不敢想！村里医疗条件与城里差距真是缩小了！”

织密乡村医疗保障体系，山西省各级政府加大力度。今年以来，山西把“将村卫生室纳入门诊统筹医保定点”作为打通基层医疗卫生服务“最后一公里”的重要任务，推进村卫生室服务提档升级，让老百姓在家门口就能享受医保改革红利。“现在，‘一扫一按’，医保结算所有的程序都能在电脑上一键完成。”徐志忠说。

“全省 18855 个行政村，共设置 18040 个行政村卫生室，医保定点接通结算 18040 个，实现了全省行政村卫生室医保直接结算全覆盖。”山西省卫生健康委基层处副处长牛保珠介绍，为丰富村卫生室等基层定点医疗机构接入渠道，减轻机构负担，2021 年底，山西省医保 GRE 网络接入区建设完成，让人口少的偏远地区也真正实现了“移动互联网+”医保网络的覆盖。

打通医保支付渠道只是第一步，关键更在“药”和“医”。

“村卫生室需要的药物，通过县医疗集团集中统一采购，零差价供给，医药公司统一配送。”寿阳县医疗集团副院长弓保平举例，治疗心脑血管疾病的一款药原价为 108.29 元，现在价格为 16.76 元，降了 91.53 元。降压药、降糖药等常用药降价幅度更大。

为了更好优化药品资源配置，山西明确，按照“填平补齐”的原则，县域医疗集团每半年组织开展一次村卫生室常用药品专项采购，

优先保障群众对高血压、糖尿病等常见病、慢性病的用药需求和急抢救用药需求。

在南燕竹镇最偏远的西沟村，村医赵敬杰吃完午饭，沿着山间小路，步行到村民家中送药。“大病小病，大家都认我。”赵敬杰性格稍显腼腆，谈起业务时却很是健谈。他多次在省、县、镇里跟班学习。“不学习跟不上。每年，我都有1—2个月的时间专门学习。”赵敬杰说。

2023年，山西在全省范围内开展“百名医师传帮带、千乡(镇)万村兴中医”中医药适宜技术培训活动，142名省级中医药专家与1671名县乡医生建立师徒关系，形成省带县(乡)、县(乡)带村的“1+N”师承培训拓展模式，大力推动全省乡村医生队伍持续健康发展。2024年，山西启动大学生乡村医生专项计划公开招聘工作，聘用人员纳入乡镇卫生院事业编制。目前，已累计招聘332名大学生乡村医生，补充到332所村卫生室。

截至8月9日，山西医保系统村卫生室累计结算2722万笔，结算总金额18.4亿元，其中基金支付总额10.3亿元，个人现金支付约8亿元。

山西省医疗保障局相关负责人表示，下一步，山西将进一步推动村卫生室常见病、多发病用药与乡镇卫生院衔接一致，探索医保引导患者基层就医有效机制，引导医疗卫生工作重心下移、资源下沉，支

持村医开展家庭医生签约服务，开展参保动员、上门巡诊等医保便民服务，实现头疼脑热等小病在乡村解决的目标。

吉林推进村卫生室基本药物采购“零差价”——

医保新药好药用上了

量血压、问情况、开处方……吉林省大安市两家子镇同乐村卫生室里，村医李晓凯正嘱咐村民于晓华，“血压保持得不错，还是常吃的药，开一个月的量，要记得按时吃。”

“早些时候，不重视，也不舍得花钱，有病就拖着。”于晓华患高血压已多年。

“村卫生室纳入医保定点管理了。”2021年的一天，李晓凯告诉于晓华这个好消息。

“那是啥？”于晓华不解地问。

“咱村民看病更方便、更便宜了。”李晓凯告诉于晓华，“就说你这高血压，现在能纳入门诊统筹，按比例报销，以前10多块的药，现在你只需要出不到5块。”

“麻烦不？”于晓华还有些顾虑。

“不麻烦，你拿着身份证，来卫生室照常开药就成。”听了李晓凯的回答，于晓华就此安了心，之后经常到村卫生室拿药。

村卫生室“能报销”，得益于信息化的助力。2019年，吉林省卫生健康委建成全省基层医疗卫生管理信息系统，覆盖省、市、县三

级卫生健康行政部门、762 个乡镇卫生院、8799 家村卫生室。全省基层医疗卫生管理信息系统与医保报销系统建立安全链接，完成医保报销。

2021 年 6 月，吉林实现村卫生室医保报销全覆盖。2023 年起，参保人员在乡镇卫生院及村卫生室享受普通门诊统筹待遇时，取消起付线，门诊慢病政策范围内报销比例为 60%。截至今年 6 月 30 日，吉林全省村卫生室累计完成医保报销 214.4 万人次，报销金额 1.4 亿元。

登录基层医疗卫生管理信息系统，李晓凯录入处方，接着起身取药。药品柜里，降压药、感冒药、护肝片……近百种药品摆放整齐。“市里还给咱送来了冰柜，现在村卫生室连胰岛素都有地方放。”李晓凯说。

以往，村卫生室药品种类不多，且能治疗的疾病有限。近年来，大安市推进村卫生室基本药物“零差价”采购。医保部门与乡镇卫生院签订服务协议，通过乡镇卫生院结算管理村卫生室发生的医保费用。村卫生室基本药物、器械也统一由辖区乡镇卫生院在基药平台网上采购质优价宜的集采药械。

如今，李晓凯每两周去辖区乡镇卫生院取药。“既能及时补充日常诊疗所需药品，又能去看看镇里情况，要是添了啥医保新药、好药，咱村里人马上也能用上。”李晓凯说。

“多谢乔大夫。”在大安市烧锅镇乡富强村，村民曹大爷见到村医乔聚臣连连道谢。今年初，大爷的儿子曹亚涛想参加城乡居民医保，但在外打工，迟迟未办。得知此事，乔聚臣主动给曹亚涛打去电话，确认意愿后，要来他的身份证号，通过系统，帮助完成办理。

医疗知识、医保政策、系统操作……大安市定期组织相关人员对村医开展集体培训，58岁的乔聚臣对医保业务很熟练。“回村后，我也给村民‘讲课’，现在大家都明白医保的重要性。”乔聚臣说。

为推动村医强化责任意识，2021年12月，吉林省卫生健康委等多部门制定出台村医“积分制”绩效考核指标体系，村卫生室开展医保报销情况被纳入其中。同时，省卫生健康委定期汇总全省村卫生室医保报销数据，对一段时间内没有开展报销、报销次数明显偏少的村卫生室形成清单并通知各市(州)，提醒各地督促村卫生室及时开展报销。

湖北将公共卫生服务与医保惠民政策紧密结合——

家门口享受便捷医疗

“血糖没有完全稳定，降糖药还得坚持吃。”在湖北省秭归县茅坪镇陈家冲村卫生室，负责人周立社医生正为村民傅承珍老人复查。一旁，村医赵亚兰忙着整理清晨走访巡诊记录下来的信息，逐条录入电脑。

傅承珍告诉记者，8月份医生给她开的降糖药费用一共96.78元，

其中个人自费部分 45.39 元。“剩下的一半多，医保都给报了。”傅承珍笑着说，“在村卫生室看病不光不用排队挂号，还省了钱。”

秭归县位于武陵山区，交通不便。“过去，一些村民小病不治、慢病晚治，有的村民一度拖到重病才治疗。自从知道村卫生室门诊就医可以报销，主动来看病的村民变多了。”周立社说，村卫生室所用的药品，由所属乡镇卫生院统一采购配送。自 2021 年全县公立医疗机构使用集采药品以来，村卫生室治疗高血压、糖尿病、肺部感染等常见病的药品，价格平均降幅在 50%以上。

据介绍，秭归县共辖村级卫生室 168 个，目前已全部纳入基本医保定点服务。村卫生室一般诊疗费为 8 元/人次，其中医保支付 7 元、群众个人支付 1 元，相比乡镇卫生院个人支付减少 3 元。

县卫健部门积极引导村民与村医签订家庭医生服务协议，将村卫生室公共卫生服务与医保便民惠民服务充分结合，让群众在家门口享受更多医疗便利。

“我们为 65 岁以上的群众开展免费体检服务，及早发现高血压、糖尿病等慢病。”周立社介绍，傅承珍老人就是在一次家庭医生上门体检中检查出血糖指标异常，被纳入长期监测对象，后经综合诊断为糖尿病，又被纳入全县高血压、糖尿病“两病”医疗保障管理对象，每年门诊费用累计可报销 440 元。村卫生室按季度为她免费复查血糖，并提供日常服药效果监测评估等服务。

赵亚兰从 2005 年起就在陈家冲村担任村医。“以前是坐在诊室里等病人来，现在是在各个村组跑：测量血压、血糖，指导孕产妇产科学喂养，查看新生儿生长状况……”赵亚兰说，刚开始与村民签订家庭医生服务协议时，她挨个主动联系村民，“时间久了，大家有个头疼脑热都会来找我，有的在外地还给我发微信、打电话，咨询用药建议。”

除了入户服务，学习“充电”也必不可少。翻开赵亚兰的学习笔记，上面字迹密密麻麻。她说，县里经常组织村医参加传染病防治等专业知识的线上线下课程，并开展医保政策、医保结算报销操作规程培训。

医保基金是老百姓的看病钱、救命钱。如何防范“一人参保，全家吃药”现象？秭归县持续做好村卫生室医保基金使用管理工作，县医保局每月通过后台数据筛查异常情况，每季度开展现场走访抽查，同时不定期组织专项检查，督促整改不规范行为，及时曝光违规使用医保基金典型案例。

“医保基金使用在哪里，基金监管就要跟进到哪里。”秭归县医保局负责人说，“我们要严格落实就医实名制，推进药品‘进销存’管理制度和医疗服务价格管理制度等规范执行，引导村卫生室用好医保基金，用心服务群众。”

[返回目录](#)

结构变了！越来越多进口新药纳入医保

来源：澎湃新闻

今年9月，有家长称带孩子看支原体肺炎，却无法如愿用到进口阿奇霉素注射剂。由此，“进口药难买”“医院越来越难开到进口原研药”等话题，再次引发广泛关注和讨论。

有观点认为，药品集采影响了进口原研药在国内的供应。那么，集采对进口原研药的供应到底产生了哪些影响？

记者了解到，自2018年以来，国家药品集采共覆盖374种药品，每年节约药费近1600亿元，这些金额中的60%腾给了国家医保谈判的创新药，这其中就包括不少进口药。

换句话说，国家医保目录在“吐故纳新”过程中，也在“提档升级”，越来越多的创新药正在被纳入。

上海市医保局相关负责人向记者表示，在国谈药中，进口药和国产药的数量基本持平。以上海为例，从医保目录的管理来讲，没有也不会区别对待国产或进口。一款药物进入医保都是通用名，只要进了目录，支付政策均一视同仁。

集采每年节约费用六成用于国谈创新药

国家组织药品集采起始于2018年组织的4个直辖市和7个副省级城市开展药品集中采购试点，基本逻辑是“以量换价”。这里的“量”一般是全国公立医院需求量的60%-70%左右，这部分公立医院应采购

中选产品。

药品集采针对的是竞争充分的成熟品种。官方数据显示，自 2018 年“4+7”试点以来，国家药品集采共组织开展九批 10 轮国家药品集采，覆盖 374 种药品，平均降幅均超过 50%。记者从承担多轮集采日常工作并具体实施工作的上海市医药集中招标采购事务管理所了解到，前九批进口原研药中选的有 70 个，不少进口产品进入集采后实现了迅速放量。如某跨国药企在九批药品集采中共有 7 款产品中标，其中一款肿瘤治疗药物的销售量较集采前增长了 250%，另一款精神类疾病治疗药物销售量增加了 130%。

除了让成万上亿的群众以较低的价格吃上高质量的仿制药，集采的“腾笼换鸟”效应让最新的创新药得以进入临床。记者了解到，集采仿制药的医保基金占比逐渐降低，与 2019 年比较，目前集采仿制药每年可节约药费 1600 亿元左右，而国家医保谈判（简称“国谈”）纳入的创新药每年增加 900 亿元左右。也就是说，仿制药集采节约的金额 60%腾给了国谈创新药。

对于上述变化，首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理兼价格招采室主任蒋昌松曾表示，在全国医疗机构采购总金额并未大幅增长的情况下，这样的费用置换和结构调整实属难得，很好践行了供给侧改革的发展理念。成熟仿制药金额及占比下降，创新专利药金额及占比上升，向国际发达国家处方药品市场看齐，既降低群众用药经济

负担，又让患者用得上、用得起更多新药、好药。

过去，国家医保目录每隔几年更新一次，而近些年通过一年一次的国家医保谈判，国家医保目录实现每年更新，不少当年获批的国内外创新药物即可进入目录。

不少跨国药企的创新产品顺利进入医保谈判进入医保目录。来自英国的阿斯利康，目前已经有 16 款药通过医保谈判加入到医保目录，涉及呼吸、糖尿病、罕见病、心脑血管、肿瘤等领域。瑞士制药企业诺华自 2017 年以来，近 40 款药物被纳入国家医保目录。德国药企勃林格殷格翰从 2018 至 2023 年纳入医保目录的药品也有 3 款。

手握进口创新药的跨国药企也在积极参与每年的医保谈判工作，不少跨国药企中国掌门人或高管还亲自带队参与现场谈判，由此看到国谈的吸引力。2024 年的医保目录调整工作已经启动，此前就有跨国药企高管在接受记者采访时表示，企业早早在着手准备医保谈判工作，并带着最大的诚意希望将创新产品进入国家医保体系。

创新药纳保后销售实现快速放量，群众就医负担减轻

“2015 年之前，我国基本没有什么创新药，大都是仿制药，当时来到中国的创新药，无一例外都是进口的，价格也基本上是全世界范围内的高价。因为没有选择，很多患者，尤其是癌症患者因病返贫。到现在，这样的情况一去不返了。”有药企高管此前向记者在内的媒体指出，近十年来，中国创新药行业取得了长足发展，越来越多国产

创新药让中国患者受益。

在上述行业大背景下，国产创新药得以与进口创新药在国家医保谈判中同台打擂。传导到临床，相比较过去以进口药为主的市场格局，当前患者确实接触到更多国产创新药。据 IQVIA 数据，国产创新药物的销售额从 2020 年的 210 亿元增长至 2022 年的 350 亿元，同期进口创新药物的销售额从 230 亿元增长至 440 亿元。由此看到，进口创新药与国产创新药在中国市场均取得不断的发展。

保证进口创新药在内的国谈药顺利进入医院是医保部门的另一项重要工作。在此过程中，进口药和国产药得到了也是同样的政策待遇。

上海市医保局相关负责人向记者表示，一款药物进入医保都是通用名，只要进了目录，国产和进口支付政策均一视同仁。

2023 年 7 月，上海市医保局会同相关部门出台了《上海市进一步完善多元支付机制支持创新药械发展的若干措施》，业界称为上海医保支持创新“28”条，积极推动创新药“纳保”“入院”，取得积极成效。上述负责人介绍，每年医保目录调整后，上海要求医疗机构一个月内召开药事会，讨论相关药品的进院事宜；对于当年新增进入国谈目录的药物，上海执行为期三年的单列支付政策，即医院合理使用的国谈药品，费用可以足额保障。

“进入医保第一年可能医生对某种药还不够了解，某些药品的用

量没有上来。一般来讲，一款药的临床使用情况用三年的时间基本上就稳定了。”上述负责人表示，这是上海综合考虑各种情况给出的政策。

双通道机制是保证国谈药落地的另一重要举措。2021年5月，国家医保局联合国家卫生健康委发布《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》。这是从国家层面，将定点零售药店纳入国谈药品的供应保障范围，并实行与医疗机构统一的支付政策。

所谓“双通道”，是指通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足谈判药品供应保障、临床使用等方面的合理需求，并同步纳入医保支付的机制。该举措成为确保国谈药落地的重要举措。

上述负责人介绍，双通道相当于患者在药店买药也能享受到跟医院一样的报销政策，主要是为了解决了国谈药供应端的问题。此外，为了配合双通道政策，医保平台还建立了处方流转系统，可以通过医生开处方流转到店，让患者到店去购买。

第三方研究数据显示，上海三级医院对国谈药的配备数量和配备率均在全国遥遥领先，都是全国第一。“通过一系列丰富的举措，加上不同部门的协同配合和积极执行，上海实现了国谈药配备工作的扎实落地。”上述负责人介绍，2024年1月至7月，纳入国家医保目录的创新药在上海市医药机构的结算金额中，跨国药企的新药同比增

长 181.3%。可以看出，通过“腾笼换鸟”，越来越多的救命救急进口新药纳入医保后实现快速增长，提高了进口创新药的可及性和可负担性，患者费用负担也大大减轻。

[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



北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司
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