

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.01.18-2021.01.24

——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。）

· 专家观点 ·

▶ [新阶段，如何推动医疗保障高质量发展？](#)（来源：中国医疗保险）

——第 11 页

【提要】中共十九届五中全会确定的“十四五”时期经济社会发展的指导思想，为医疗保障工作理清思路、接续发展提供了根本指南。进入新发展阶段，要准确把握推进医疗保障工作的时与势、医疗保障工作的基本思路、医疗保障工作遵循的原则，必须坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的基本理论、基本路线、基本方略，按照“五位一体”总体布局和“四个全面”战略布局，把创新作为医疗保障发展的根本动力、把协调作为医疗保障发展的内生特点、把开放作为医疗保障发展的新引擎、把共享作为医疗保障发展的根本目的，加快实现医疗保障公共服务治理体系和治理能力现代化，努力建立更加公平更可持续的医疗保障制度体系，积极推动多层次医疗保障体系建设，促进民生福祉达到新水平。

▶ [医保局司长谈医保目录调整：最大的压力是廉政风险](#)（来源：活

粒）——第 21 页

【提要】日前，国家医疗保障局医药服务管理司司长熊先军接受《财经》医保目录调整相关问题采访，表示自 2018 年国家医保局成立至

今，医保目录已经连续调整三次，形成动态调整机制。从评审程序上今年也有新规则，在评审阶段，选择哪些药品可以进目录，有综合组和临床组两个专家组决定。在测算谈判价格，由药物经济学组和基金测算组决定。第三个阶段就是现场谈判。比如药物经济学在第一、二阶段都会涉及，但具体专家只能参与其中一项。而作为主导人员之一，熊先军表示在技术层面，已经“没什么压力”，但他时刻紧绷的一根弦丝毫不敢松懈，就是民生和廉政问题。一款药进、出医保目录，关乎患者的用药保障，也常常涉及产品的生死存亡，这也让药企尤为紧张。

· 分析解读 ·

▣ [高层定调“药品集采常态化制度化”！2021 将是真正的招标大年](#)

（来源：药智网）——第 34 页

【提要】1 月 15 日，一天之内，有三件事情值得玩味：下午 5 时左右，坊间传闻于本周出台的国采四批方案终于浮出水面。当晚 7 时的新闻联播对国务院常务会议进行了报道，会议要求推进药品集采常态化制度化。随后黄金栏目“焦点访谈”播出了“冠脉支架‘团购’之后”的专题报道。坊间流出全国医保工作会议上的讲话内容，会议要求各地重点针对国采之外、费用排名前 500 位的药品开展集采，探索非过评化药、生物药集采，探索联盟采购，分层、分类、分批开展高值耗材集采。完善省级平台阳光挂网采购制度，规范挂网、撤网规则，逐步实现全网采购抓好具体落实，包括医保资金结余留用、回款等等。

看完形势，再“落脚”到药品集采。2021年，药品集采仍然离不开500与50。由于2020年地方推进速度缓慢，因此2021年各地带量采购的速度一定会明显加快。2021年，既是真正药品集采落地的关键之年，也是2015年以来，甚至是2011年以来真正的集采大年！

▣ [中国家庭医生相关政策的发展历程与推行——四个阶段](#)（来源：海医会全科医学分会）——第38页

【提要】20世纪60年代，家庭医生服务在西欧、北美等国家和地区相继开展，80年代末，“家庭医生”概念引入中国。进入21世纪后，我国人口老龄化开始严重、慢性病患者增多、医疗费用居高不下、医疗资源分布失衡等一系列难题凸显，开展家庭医生服务并寻找更优的服务运行模式成为新时期卫生体制改革的必然趋势。如今，家庭医生制度在我国已有多年的发展历程，相关政策要求亦在不断发展、变化。从政策的影响和发展历程上看，我国家庭医生相关政策主要经历了酝酿萌芽、试点探索、渐进推广及全面实施4个阶段。

• 医院管理 •

▣ [药品耗材“集采”常态化制度化对医院绩效影响](#)（来源：誉方医管）——第47页

【提要】随着药品耗材集采常态化和制度化，虚高定价的“水分”空间逐步被挤干，“以药补医、以材补医”的时代即将终结，对医院绩效带来重大的影响和冲击，医院绩效“体现医生资历价值、体现医生医疗服务能力价值、体现质量安全价值、体现医生成本控制价值、体

现临床药师价值五大变革”成为“主旋律”。总之，药品耗材集采常态化 and 制度化，医院要高度重视是医改重大的制度安排，分析对医院和医生带来的影响和冲击，发挥绩效“指挥棒”正向引导作用，推进绩效变革，适应医改新时代，才能确保医院发展可持续。

▶ [公立医院过「紧日子」，主管部门提出四大管理方向](#)（来源：健康界）——第 53 页

【提要】医改深入推进，公益性绩效考核“指挥棒”发力，医保 DRG/DIP 支付及监管“疾风骤雨”，规范医疗服务行为促使合理医疗检查治理，医院经济运行“压力山大”，预示着医院粗放式收入规模增长的“好日子”时代即将终结，如何过好“紧日子”成为医改新时代的“命题”。面对医院经济运行压力，国家卫健委“四连环”支招，赋能公立医院加强经济管理：开展“公立医疗机构经济管理年”活动，加强公立医院运营管理，加强全面预算管理，强化内部控制管理。总之，医改新时代，过“紧日子”成为医院“命题”，赋能从粗放式规模增收向内涵质量效益型高质量发展，加强医院经济精细化运营绩效管理势在必行。

• 中医药动态 •

▶ [助力传承与创新 全国中医药政策盘点](#)（来源：火石创造）——第 59 页

【提要】我国的中医药产业体系自新中国成立以来开始逐步形成，近年来，习近平总书记对中医药工作的一系列论述重点聚焦于促进中医

药传承创新发展的课题上。2009年5月，中国政府首次以国务院的名义出台《关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》，中医药产业的发展加速前进；2019年10月，国务院发布《促进中医药传承创新发展的意见》(上行文件)，成为我国中医药产业发展的纲领性文件；2020年12月21日，国家药监局出台关于《促进中药传承创新发展的实施意见》，大力推进我国中药产业创新发展。如今，在新冠疫情的助推下，我国中医药产业迎来了高速发展时期。

▶ [当中医药遇到互联网，会碰出怎样的火花？](#)（来源：BOSS论健）

——第67页

【提要】受限于中药材质量良莠不齐、人才建设比较薄弱、创新不够、作用发挥不充分等多方因素，中医药行业整体发展受限。但与此同时，人工智能、大数据、云计算、物联网、区块链等技术的迅猛发展，也为中医药提供了可靠的技术驱动力，因此有越来越多的中医药初创企业涌现。利用互联网思维进行资源跨界整合，以此来传承和发展中医药是当前火热的议题之一。专家预测，未来10到15年对经济贡献最大的是包括大数据和人工智能在内的信息技术融入各个产业的新产品、提供个性化产品和服务的新业态、产业链跨界融合的新模式。在保证互联网医疗安全性的前提下，未来互联网医疗一定会逐渐放开首诊服务。但即使放开互联网首诊，未来也会按照不同的疾病、病程进展来安排线下诊疗。所以，互联网医疗未来的发展方向一定是线上线下的有机结合。

· 药闻资讯 ·

▶ [国常会提出集采常态化制度化要求！第四批国采 2 月 3 日开标！](#)

（来源：米内网）——第 71 页

【提要】日前，上海阳光医药采购网发布公告，宣告了第四批国采的正式启动。根据全国药品集中采购文件，第四批国采 2 月 3 日就将开标，距今还有不到 10 天。同日，国务院总理主持召开国务院常务会议，部署进一步推进药品集中带量采购改革，以常态化制度化措施减轻群众就医负担。会议指出，近期将开展第四批集采，并扩大医用耗材集采范围。总的来看，除了针对部分注射剂型以及抗菌药的采购周期以及采购量有特殊化的规定外，第四批国采的大体规则与第三批保持一致，唯一不同的就是将中选企业的数量扩充到了 10 家。有分析指出，允许中选企业数量的增多或能部分缓和参与药企的竞争激烈程度，但是由于第四批国采涉及的药品市场规模较大，其竞争程度或仍然相对激烈。

▶ [中纪委连发两文，直指医药腐败问题发案规律](#)（来源：医库）——第 79 页

【提要】近日，中央纪委国家监委网站连发两文，《新规约束医药代表行为 斩断药品回扣利益链》和《医疗领域反腐：有人一手把脉问诊，一手袖里吞金》，直指医疗领域腐败案件，药企通过医药代表向医生输送回扣助长医疗腐败。关于医疗腐败问题，中央纪委国家监委驻国家卫健委纪检监察组有关负责人曾公开表示，将加大压力传导，

按照“谁主管、谁负责”和“管行业必须管行风”的要求，围绕医疗卫生领域突出问题，深入开展专项整治。而且，国家药监局重磅新规《医药代表备案管理办法(试行)》近日已施行，从药品输送回扣利益链中的重要一环，“医药代表”入手，遏制医药购销领域不正之风。

• 医保资讯 •

▶ [山东医保局 1 号文力推“线上医保结算+线下送药上门”！年内全面落地！](#)（来源：山东医保局）——第 85 页

【提要】日前，山东医保局官网挂出《关于坚持传统服务与智能化服务创新并行推行老年人医疗保障便捷服务十二条措施的通知》的政策解读，重申要推广复诊“线上问诊”“线上续方”“线上医保结算”“线下送药上门”等服务。《通知》要求，2021 年 12 月底前山东要大力推广“送药上门服务”。依托省互联网医保大健康服务平台、互联网医院等“互联网+医保”服务新模式，实现复诊“线上问诊”“线上续方”“线上医保结算”“线下送药上门”服务，切实解决行动不便老年人就医购药困难问题。

▶ [“六个医保”，如何努力解除参保人医疗的后顾之忧](#)（来源：中国医疗保险）——第 88 页

【提要】从 2001 年建立职工医保制度以来，在中央和省委省政府正确领导下，浙江医保人始终把维护人民利益作为工作的出发点和落脚点，按照习近平总书记“干在实处、走在前列、勇立潮头”重要指示，不忘初心，牢记使命，坚定不移推进医疗保障事业发展。站在第十四

个五年规划新的历史起点，浙江医保立足省情，审时度势，谋划建设“公平医保、精准医保、赋能医保、数字医保、绩效医保、法治医保”等六个医保，布局“十四五”时期浙江医疗保障事业新思路新目标新战略。“十四五”时期，浙江医保将以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚决扛起忠实践行“八八战略”、奋力打造“重要窗口”的职责担当，贯彻以人民健康为中心理念，以推动高质量医疗保障体系建设为主题，以“六个医保”建设为主线，着力保障全省人民基本医疗保障需求，着力增强医保服务供给能力，着力创新体制机制，深化重点领域改革，将制度优势转化为治理效能，建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，努力解除人民群众的疾病医疗后顾之忧，在医保治理现代化上取得持续进展，成为新时代全面展示中国特色社会主义制度优越性“重要窗口”的标志性成果。

· 他山之石 ·

▣ [美敦力和西门子医疗加持！印度医疗器械市场未来可期！](#)（来源：

思宇研究院）——第 99 页

【提要】2018 年的一部电影《我不是药神》，把印度的仿制药产业推到了公众面前。但与印度火热的制药业相比，印度的医疗器械高度依赖进口，给跨国医械企业提供了重要的机会。据印度投资局的数据，印度医疗设备行业目前的市场规模约为 110 亿美元，预计到 2025 年，印度医疗器械市场规模将达到 500 亿美元！今年，美敦力和西门子医

疗相继宣布将大规模在印度投资建立研发和创新中心。或许，医疗器械“印度制造”即将来袭！

▶ [外国如何管控药价？英国立法监控、法国政府定价、新加坡经济管控……](#)（来源：经济参考报）——第 104 页

【提要】在我国，“看病贵”是一个老生常谈的话题，而药品价格过高则最为人们诟病。如何加强科学有效的监管，让药品价格回归到合理层面，一直困扰着这个与民生息息相关的行业。据调研，对药这种具有特殊属性的商品，许多国家均有一套行之有效的价格管控办法，使药价得以长期保持在相对合理的水平，其中立法监管成为一条贯穿其间的主线。对于药品价格，英国有严格的法律法规，还通过“药品价格调控计划”进行控制，并实施“面面俱到”的监管。总体来看，成熟透明、分类明晰的药价形成机制，以及全面严格的监管是英国控制药价的主要经验。而法国进行医药分离，实行政府定价，各个环节都有严格的审批制度，政府在对全程进行监督、维护产业环境的同时，还积极协调社会利益，对产业如何运行不做干预，为医药企业创造了公平的竞争环境……

-----本期内容-----

· 专家观点 ·

新阶段，如何推动医疗保障高质量发展？

来源：中国医疗保险

作者：但彦铮 重庆市医疗保障局局长

进入新的发展阶段，要准确把握推进医疗保障工作的基本思路。中共十九届五中全会确定的“十四五”时期经济社会发展的指导思想，为医疗保障工作理清思路、接续发展提供了根本指南。医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排，是国家治理体系的重要内容。新发展阶段，医疗保障工作必须坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的基本理论、基本路线、基本方略，按照“五位一体”总体布局和“四个全面”战略布局，坚持新发展理念，以推动医疗保障高质量发展作为主线，以改革创新医疗保障领域的支付、经办、管理方式为根本动力，以满足人民日益增长的美好生活需要为根本目的，加快实现医疗保障公共服务治理体系和治理能力现代化，努力建立更加公平更可持续的医疗保障制度体系，积极推动多层次医疗保障体系建设，促进民生福祉达到新水平。

中共十九届五中全会审议通过了《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》（以下简

称《建议》), 提出“十四五”时期是我国全面建成小康社会、实现第一个百年奋斗目标之后, 乘势而上开启全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军的第一个五年。五中全会召开以来, 紧密结合工作实际, 通过多种渠道参与集中学习、座谈研讨以及自学领会等活动, 原原本本学, 全面系统学, 深入思考学, 联系实际学, 特别结合未来五年“民生福祉达到新水平”“多层次社会保障体系更加健全”等目标, 对进一步做好医疗保障工作, 高质量服务医疗保障改革发展大局, 有了更深的认识和体会。

一、新发展阶段医疗保障工作必须有新定位

进入新发展阶段是中共十九届五中全会在深入分析我国发展环境面临的复杂深刻变化形势基础上, 对“十四五”时期我国所处历史方位作出的新的重大论断, 充分体现了习近平总书记和中共中央的高瞻远瞩和战略谋划, 也为推动医疗保障高质量发展指明了前进方向, 提供了根本遵循。

进入新的发展阶段, 要准确把握推进医疗保障工作的时与势。当前和今后一个时期, 我国发展仍然处于重要战略机遇期, 但机遇和挑战都有新的发展变化。“知常明变者赢, 守正出新者进”。推进医疗保障高质量发展, 必须全面研究、深入分析、准确把握当前医药保障工作面临的新发展变化, 准确识变、科学应变、主动求变。一方面, “十三五”时期, 中国共产党领导和我国社会主义制度优势进一步彰显, 国家经济实力、科技实力、综合国力跃上新的台阶, 其中基本

医疗保险覆盖超过十三亿人，初步形成了全民医疗保障体系；另一方面，在看到成绩的同时，我们也清醒地认识到，医疗保障工作还存在短板和弱项，医疗保障发展不平衡不充分问题依然突出，医疗保障体系在增强公平性、适应流动性、保证可持续性方面仍需加强，征缴扩面空间缩小，基金平衡安全矛盾突出，基层基础建设和公共服务能力水平有待提高，筹资机制不完善，支付方式改革滞后，对医疗行为有效激励约束机制尚未形成等等。因此，从医疗保障工作的时与势来看，既有伴随发展带来的新挑战，也有因变化而生的新机遇。只有科学认识新发展阶段医疗保障工作新形势，才能坚持底线思维，保持战略定力，更准确研究新情况、作出新规划，更好把握新起点、开启新征程。

进入新的发展阶段，要准确把握推进医疗保障工作的基本思路。中共十九届五中全会确定的“十四五”时期经济社会发展的指导思想，为医疗保障工作理清思路、接续发展提供了根本指南。医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排，是国家治理体系的重要内容。新发展阶段，医疗保障工作必须坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的基本理论、基本路线、基本方略，按照“五位一体”总体布局和“四个全面”战略布局，坚持新发展理念，以推动医疗保障高质量发展作为主线，以改革创新医疗保障领域的支付、经办、管理方式为根本动力，以满足人民日益增长的美好生活需要为根本目的，加快实现医疗保障公共服务治理体系和治理能力现代化，努力建立更加公平更可持续的医疗

保障制度体系，积极推动多层次医疗保障体系建设，促进民生福祉达到新水平。

进入新的发展阶段，要准确把握推进医疗保障工作遵循的原则。中共十九届五中全会全面深刻总结我国经济社会发展的新经验，提出了新发展阶段经济社会发展的重要原则。推进医疗保障工作高质量发展要切实遵循这些原则。首先，必须坚持中国共产党的领导，为实现医疗保障高质量发展提供根本保证，更好凝聚起同心共筑中国梦的磅礴力量，开创中华民族更加美好的未来。其次，必须坚持以人民为中心，始终树牢“以人为本，为民服务”的意识，站稳人民立场，解决人民群众最关心、最直接、最现实的“看病难、看病贵”问题，合理确定保障范围与待遇标准，形成保障体系多层次、基金收支可持续、待遇支付协同化的行动方案，坚持尽力而为、量力而行，为人民群众提供保障可靠、费用可控、服务可及、质量优良的医疗保障和稳定的发展预期，实现医保制度可持续发展。不断提高服务能力与水平，抓细抓实解决医疗保障管理服务“最后一公里”问题，确保各项政策落实到位。第三，必须坚持新发展理念，聚焦医疗保障工作的短板、弱项和发展方向，以创新为动力，以协调为基础，以共享为目的，不断实现人民对美好生活的向往。第四，必须坚持深化改革开放，按照中央确定的改革发展方向，全面完成各项改革发展任务。基于现行制度安排的不足和新时代的要求，必须强化医疗保障领域的改革创新，并以改革创新引领中国特色医疗保障体系建设。为此，应当坚持政府主

导、多方参与、共建共享的改革取向，加快矫正制度性缺陷等关键环节的改革步伐，创新制度安排和经办方式，进一步完善药品和医疗器械、医用耗材谈判与定价机制，改革完善医保支付方式，激励医疗机构提质控费，发挥科技创新和信息化、标准化的支撑作用，建立智能化全国医疗保障基金监督管理体系。第五，必须坚持应用系统观念，构建公平适度的待遇保障、稳健可持续的筹资运行、管用高效的医保支付、严密有力的基金监管等系列配套制度，优化医疗保障公共管理服务，加快建立覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系。

二、医疗保障工作必须认真贯彻落实新发展理念

中共十九届五中全会提出，新发展理念作为实现更高质量、更有效率、更加公平、更可持续、更为安全发展的根本所在，必须贯穿发展全过程和各领域。新发展理念集中体现了中国共产党对发展规律认识的升华，开启了我国发展全局的思想解放和理念变革，对医疗保障工作破解发展难题、增强发展动力、厚植发展优势具有极强的指导意义。

把创新作为医疗保障发展的根本动力。创新在我国现代化建设全局中居于核心地位。推动医疗保障工作高质量发展，提升医疗保障治理水平离不开创新。只有积极推进医疗保障治理创新，才能为人民群众提供便捷高效的医疗保障服务，让人民群众切实享有参保政策标准、险种选择和待遇保障更加公平更可持续，从而不断提升人民群众

在医疗保障领域的满意度与获得感。针对制约医疗保障发展的瓶颈问题，在完善城镇职工、城乡居民基本医疗保险治理制度体系等方面需要创新作为；在优化大病保险赔付标准、优化大病保险竞争机制、优化大病基金支付结构等方面需要解放思想；在创新医保支付方式，深化医保、医疗、医药“三医联动”等方面需要狠下功夫；在强化医疗保障监管、推进实时在线监测和智能预警等方面需要加大力度；在推进医疗保障经办改革，不断创新完善经办管理和公共服务、实现统一医保经办服务管理清单和标准、规范服务流程、科学设置经办机构事权、着力提升经办服务效能等方面强化改革创新，为人民群众提供以人为中心，支撑全生命周期的更加精准、更加精细的医疗保障公共服务。

把协调作为医疗保障发展的内生特点。我国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。从医疗保障来看，区域之间、城乡之间、领域之间发展明显不够平衡。从层级和质量上看，一些地区、一些领域、一些方面的医疗保障还存在发展不足的问题。这些不平衡不充分问题相互掣肘、相互交织，已经成为医疗保障高质量发展的重要制约。因此，医疗保障工作必须把医药卫生、财政、市场监管、民政、食品安全、教育、就业等各方面统筹起来，把城乡医保整合起来，把各区域医保工作协调起来，把医疗服务价格、药品流通、药品医疗器械审评审批制度改革协同起来，把长期护理险制度推广扩容和医养康养结合协同起来，从而推动

医疗保障协调发展达到新的水平。

把开放作为医疗保障发展的新引擎。秉持“积极支持、包容开放”的方针，促进商业健康保险发展，鼓励商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接、标准化的补充医疗保险产品。支持工会等社会团体开办互助保险。在保障个人隐私和数据安全的前提下推动医保数据开放，支持商业健康保险产品开发；加强医保与商保系统对接，优化业务流程，全面实现医保、救助和商保“一窗式”办理、“一站式”结算；引入商业健康保险机构参与对参保人、医疗服务提供机构的管理，形成医保商保协同管理格局。对持港澳居民来往内地通行证在内地就读的学生，实行与内地学生相同医疗保障政策；支持获得居住证的港澳人员、获得外国人永久居留证的非就业人员参加城乡居民基本医疗保险。积极开拓医疗保障领域国际合作渠道，积极参与“一带一路”国际交流合作。

把共享作为医疗保障发展的根本目的。医疗保障关系亿万群众切身利益。“治天下也，必先公，公则天下平矣。”推进医疗保障高质量发展，促进广大人民群众共享改革发展成果，是社会主义的本质要求，是社会主义制度优越性的集中体现，是中国共产党坚持全心全意为人民服务根本宗旨的重要体现。目前，医疗保障领域供给不足的问题依然制约着公共服务均等化进程的推进。新发展阶段，我们必须把推动医疗保障实现全民共享的高质量发展作为时代担当，抓住医疗保障领域人民最关心最直接最现实的利益问题，进一步完善医保经办管

理和公共服务体系，更好地提供精准化、精细化服务，提高信息化服务水平，努力实现医疗保障公共服务高质量发展，在病有所医、健康中国建设上实现更大作为。

三、医疗保障工作必须主动融入新发展格局

中共十九届五中全会提出，加快形成以国内大循环为主体、国内国际双循环相互促进的新发展格局。这是习近平总书记和党中央面对复杂深刻变化的发展环境，与时俱进提升我国经济发展水平、塑造国际经济合作和竞争新优势深谋远虑、化危为机的战略选择。满足人民对日益增长的美好生活需要是构建新发展格局的出发点和落脚点，也是推动国际国内双循环的连接点、关键点。因此，医疗保障工作应该在构建新发展格局中大有作为。

医疗保障要助力新发展格局中的优化资源配置。医疗保障部门作为医药服务的战略购买者，要聚焦临床需要、合理诊治、适宜技术，完善医保目录、协议、结算管理，实施以总额预算管理为总框，住院实行以按病种付费为主，门诊按人头包干相结合的综合型复合式改革。通过总额预算管理实行区域基金支出增速和预算总额双控管理，防止区域医保基金穿底。强化医院在支付方式改革中为医保基金“腾空间”的主体责任，建立医保和医院谈判机制，让医院通过内部微观管理优化主动调整医疗和用药结构，达到控费的目的。通过区域总额控制，逐步发挥医保对区域医疗服务布局的中长期规划指导作用，引导医疗服务供方合理配置医疗资源，激发医疗机构良性竞争，引导群

众有序就诊，让医院合理用药、控制成本，有动力合理收治和转诊患者，激发医疗机构规范行为、控制成本的内生动力，从而发挥市场机制对医疗资源进行更注重公平性和公益性的再分配。此外，要积极吸纳商保机构和社会组织参与医保经办，探索建立共建共治共享的医保治理格局。

医疗保障要参与新发展格局中的风险防范。习近平总书记在省部级主要领导干部坚持底线思维着力防范化解重大风险专题研讨班上强调，面对波谲云诡的国际形势、复杂敏感的周边环境、艰巨繁重的改革发展稳定任务，我们必须始终保持高度警惕，既要高度警惕“黑天鹅”事件，也要防范“灰犀牛”事件；既要有防范风险的先手，也要有应对和化解风险挑战的高招；既要打好防范和抵御风险的有准备之战，也要打好化险为夷、转危为机的战略主动战。医疗保障作为维护社会和谐稳定的重要“压舱石”，要及时根据内外部环境的变化规律，把握近期国内经济循环面临的痛点、断点和堵点，研判各类可能的风险点及其传递方式，从而为保证经济基本盘的稳定和安全，防止受内外冲击出现系统性风险发挥积极作用。要着力推进法治医保建设，在深化改革、优化制度安排的条件下，加快医疗保障的法制建设步伐，以推动医疗保障专门立法为统领，不断完善医疗保障的法治化水平，在有法可依的前提下，加强医保执法，避免行政不作为，确保执法到位，逐步探索建立专业、成熟的医疗保障执法队伍和管理规范，持续打击欺诈骗保行为，引导全社会增强医保法治意识和法治责任。

要建立和强化长效监管机制，严厉打击医疗保险领域骗保行为，保证医保基金的安全。要健全医疗保障重大决策听取民意工作机制，审议涉及群众切身利益、群众反映强烈的重大议题要依法依程序进行，从而避免激化社会矛盾，影响社会稳定。

医疗保障要为推动新发展格局提供人才支撑。成渝地区正在成为人口聚集的新流向。2019年，成都和重庆这两个西部特大中心城市合计增加47.64万人。作为人才流动的“润滑剂”和“安全网”的医疗保障在吸引人才向成渝地区流入和促进人才在成渝间流动大有可为。在进一步扩大住院异地就医范围，将符合住院条件的医疗机构纳入结算平台，实现100%全覆盖基础上，持续推进普通门诊、药店购药跨省异地就医直接结算，将更多符合住院条件的医疗机构、药店纳入结算平台。启动成渝地区门诊慢特病费用直接结算，从高血压、糖尿病等涉及人群较多的门诊慢特病起步，逐步推广到其他门诊慢特病种。进一步探索医保缴费年限跨省转移互认，促进医保关系便捷及时转移接续。强化成渝地区医疗保障公共服务一体化管理，完善公共服务手段，提升公共服务能力，促进西部地区医疗保障治理体系和治理能力现代化。

医疗保障要对接新发展格局中的供给侧结构性改革。在国民经济的四个环节即生产、分配、流通和消费中，生产环节依然具有先导性和决定性的作用。因此，供给侧结构性改革依然是国内大循环畅通的核心。医疗保障工作也要主动提升与供给体系的适配性，为需求牵引

供给、供给创造需求的更高水平动态平衡发挥效应。要密切监测药品短缺情况，采取有效措施，解决好低价药、“救命药”“孤儿药”以及儿童用药的供应问题。加大医保政策供给，切实改革完善药品生产流通使用政策和短缺药品供应保障机制，充分发挥医保基金战略购买作用，用好用活带量采购政策，积极参与药品、耗材、医疗器械的价格谈判，与医药流通环节有效衔接，让人民群众用上质量更高、价格较低的药品。

潮平两岸阔，风正一帆悬。“十四五”经济社会发展原则和目标任务已经确立，2035年基本实现社会主义现代化远景目标和宏伟蓝图已经勾勒，全面建设社会主义现代化国家新征程起航。面对新形势、新任务、新要求，我作为民主党派的干部将进一步深入学习贯彻中共十九届五中全会精神，结合工作实际，突出界别特色，在转化上做好文章，在细化上下狠功夫，在实化上见成效，立足本职岗位建功立业，着眼人民福祉履职尽责，以高度的政治责任感、昂扬的精神状态积极投身建设社会主义现代化国家的新征程。

[返回目录](#)

医保局局长谈医保目录调整：最大的压力是廉政风险

来源：活粒

作者：熊先军 国家医疗保障局医药服务管理司司长

熊先军：几乎每一次开会，我都要把廉政风险强调一下，“拜托大家，下班以后赶紧回家，平时不能跟企业吃饭，不能跟企业透露任

何信息”，这方面我一直高度关注。

如果企业的市场定价，不符合中国市场的情况，不合理，就不会纳入谈判范围。

一款新药进入医保目录，再也不用等八年一次的调整机会，4个月就可实现。

这就是医保谈判的新规则。2020年8月17日前上市的新药都可以申报进入目录，到12月底公布结果，间隔只有4个月的时间。

自2018年国家医保局成立至今，医保目录已经连续调整三次，形成动态调整机制。

2021年已是国家医保局医药服务管理司司长熊先军，陪伴中国医保目录走过的第21个年头。他参与了2000年中国第一版基本医疗保险医保目录制定。

熊先军从人社部社保中心调任至新组建的医保局时，负责医保目录调整，并主导了2018年抗癌药专项谈判、2019年涉品种最多的系统性调整、2020年的谈判再扩大病种范围。

在技术层面，熊先军已经“没什么压力”，但他时刻紧绷的一根弦丝毫不敢松懈，就是民生和廉政问题。一款药进、出医保目录，关乎患者的用药保障，也常常涉及产品的生死存亡，这也让药企尤为紧张。

熊先军和他的同事们的目录调整工作，也引致很多争议、质疑和建议，面对外界的种种声音，熊先军在接受《财经》记者专访时一一

回应，并透露了未来医保目录调整中的计划。

《财经》：医保目录调整，让你感到压力最大的是什么？

熊先军：我个人真的没有什么压力，1999 年第一版药品目录调整，我就参加了，对目录调整工作轻车熟路。可能压力最大的是廉政风险，到现在，我这根弦一直还没有把它放下来。

如何能把控好医保局系统人员的一举一动，他们对外透露的信息，这是一个很大的压力。

我们根据国家医保局的十条禁令原则，做了一些具体规定。比如严禁跟企业私下接触，医保局职工的家属都不会在制药企业工作，当然肯定是严禁收礼，收钱收卡更不用说了。

我也是为这件事成了“婆婆嘴”。作为党支部书记，几乎每一次开会，我都要把廉政风险强调一下，“拜托大家，下班以后赶紧回家，平时不能跟企业吃饭，不能跟企业透露任何信息”，这方面我一直高度关注。

《财经》：对参与目录调整的专家行为进行了哪些规范？

熊先军：2020 是第一次让所有参与目录调整的专家封闭办公，不得与外界有沟通。

以前像药物经济学专家是可以回家做测算的，我也不能限制他在 8 小时工作时间之外去做什么，见什么人。那么只有加强制度建设，这次首先制定了专家的行为规范守则。

从选拔上，专家必须是在职，就是需要由工作单位来做背书，单

位出具的意见书，既要评价他专业水平的能力，也要对个人品行、清正廉洁方面的内容说清楚。

在培训时，第一个培训内容就要强调保密纪律。胡静林局长和李滔副局长都在会上强调了这一点，强调廉政纪律，增强谈判专家的责任感，保持清正廉洁的操守。

从评审程序上今年也有新规则，首先一个专家只能参加目录调整的一个环节。

整个目录调整有三大阶段。在评审阶段，选择哪些药品可以进目录，有综合组和临床组两个专家组决定。在测算谈判价格，也有两个组，药物经济学组和基金测算组。第三个阶段就是现场谈判。比如药物经济学在第一、二阶段都会涉及，但具体专家只能参与其中一项。

此外，专家决策时采用投票，一人一票，多数票决策。

以前采用的是讨论决策，可能出现某个权威专家发言后，其他人不敢说话了，一个人左右所有人的意见。改为投票后，虽然实名投票，但互不知道结果，万一有企业影响了哪个专家，也只影响1个人。

《财经》：2019 年国家医保局提出，三年内取消各省在地方医保目录中增补的药品，是否也有严格把控地方腐败风险的考量？

熊先军：确实，很多地方会把增补的机会用于支持本地的企业发展，这样的话可能会有一些不符合医保标准的药品，也被纳入到目录里，同时会产生腐败问题或者是存在腐败风险。

不过必须明确的是，取消地方医保目录增补，首先是为了解决参

保人公平性的问题。药品目录本就是所有参保人的权益目录，所以每个参保人的权益就应该都一样，各地不应有差异。

基于这些考虑，还是决定取消地方的增补。

《财经》：但是在考虑公平性的同时，对北京、上海等经济相对发达的城市，不考虑其实可以承受价格相对较贵的药品吗？

熊先军：这些城市仍可以在支付的比例上做倾斜，比如提高乙类药品的支付比例。

价格因素只排在第三位

《财经》：医保目录每年调整，创新药获得进入市场机会，但也可能大幅度降价，这是否会影响药企创新的动力？

熊先军：谈判机制本身，就是一个鼓励企业创新的机制。

作为买方，我不知道企业的成本，这点只有企业自己最清楚，这是企业在谈判时的优势。我不能保证，谈判价格就是企业能承受的最低价，我们是努力的使价格尽量低。

而企业，在定价时就会清楚地计算研发成本，给出的报价一定能够符合它的预期利润。我经常说，只有错买的，没有错卖的。

我们是希望为老百姓讨一个比较好、尽量低的价格，企业是想卖一个很高的价格，首先要谈拢，才能够实现目的，谈不拢就是老百姓要自费，所以专家首要目标是谈拢。

在这个前提下，无论是创新药，还是仿制药，能谈判成功的产品，就一定能够保证企业得到应有的利润。

这就是从谈判机制上，促进企业创新。

《财经》：在 2020 年的谈判中，进口抗癌药 PD-1 全部出局，国产的都入围了，价格是首要因素吗？对“低价药，质量未必好”的观点如何看？

熊先军：临床疗效好，是进医保目录的首要原则，第二是病人获益更多，第三才是价格要合理。

2019 年我们纳入了一个 PD-1 产品，年费用 9 万多元，但只有一个很窄的适应症。2020 年有 7 个进行谈判，适应症的范围大大高于此前，医保局在定价时也考虑到了市场竞争非常激烈这一因素。

之所以进口的品种全军覆没，是因为企业的报价和我们的价格预期差太多。有可能是企业考虑它的全球定价体系的问题，所以最后谈不拢。

国产企业最主要的就是国内市场，他们需要进来。另外，产品进入医保目录，企业也会以此宣传，以期在资本市场上得到很好的反应。一个创新药能不能得到发展，不仅仅是取决于药品利润，也取决于资本市场的反应，企业也可以从资本市场得到资金，支持新药研发。

《财经》：一些罕见病药、肿瘤药有意愿进入医保，公众关注度高，但定价也相对较高，医保会考虑吗？

熊先军：现在大家讨论的都是怎么能够为天价药提供保障，医保如何跟老百姓分担？但我要先问一句，这些药为什么定价这么高？定价这么高是合理的吗？是因为药价高，病人负担才重，但大家的注意力

都集中在后面。

前一阵子是因为某个天价药炒的很厉害，特别是当医保目录调整方案发布以后，开始炒，它确实是临床有效的，但一针要 70 万元，一年要打三针，定价合理吗？

有些企业对高定价给出的理由是，全球定价策略，在美国市场就这么贵，没办法在中国单独降价。但是在美国市场销售多年早已经将研发成本都收回了，再进入中国市场就要考虑中国的国情。

中国是发展中国家，不可能像欧美那样承受天价药。当价格降到合适的时候，医保才考虑提供保障。国家医保要强调保基本，基金能够承受，老百姓也能够承受。

2020 年谈判纳入了 7 种罕见病用药，我认为这些企业定价都是考虑了中国发展的实际情况，双方能达成一致。

创新药，无论是哪个国家的，它都是人类的产品。通过这一次药品目录谈判，我希望向企业释放一个信号：企业的市场定价，如果不符合中国市场的情况，不合理，就不会纳入谈判范围。

未来会纳入国家集采的目录外药品

《财经》：2020 年医保目录新增 119 个品种，调出 29 个，而新增的基金支出额度和减少的基本相当，新纳入的品种是否都是“小品种”？

熊先军：不是这样算的，基金节省的空间从三方面来。

第一，2018 年谈判的 14 种抗癌药，2020 年续约再谈判。我们根

据过去两年药品的销量，设定了不同档位的降价幅度，这里面就包含销量达几亿元的大品种，个别一线抗癌药降幅超过 60%，这就节省了很大一笔资金。

第二，2020 年首次对目录内品种谈判，选了 14 个年销量在 10 亿元以上独家品种，不仅价格贵，而且占用基金量大，通过谈判平均降价 40%，这也是节省了一大笔钱。

第三，才是调出的 29 个品种，其实占得比例是较小的，所以才实现医保新增和减少部分总量相当。

《财经》：经过三年调整，医保目录实现了哪些方面的优化？

熊先军：首先是药品目录结构不断优化，特别是 2019 年，对目录结构进行了系统性调整。现在，医保目录越来越贴近医药市场、临床的需要，以及中国科技发展的水平。

此外，提高了医疗保险基金的使用效率，因为总体价格降下来了，患者用同样的钱可以买更多的好药。

不过无论是怎么调，每年医保基金的支出还是增加，因为新增的品种比调出的品种要多。只是支出的更加合理了，因为医保目录调整的目的不是为了节约钱，是为了提高老百姓的用药水平，让老百姓活得更健康。

今后在基金增量中，能够用来扩大药品目录的空间是越来越少，存量调整的空间还相对较大，想要提高基金支出的保障效率，有一些目录内用药的价格就要适当降低。

《财经》：下一步，医保目录调整的重点品种是什么，按照怎样的思路进行？

熊先军：医保没有倾向于先纳入哪个药，只要是好药，患者能够有很好的获益，然后价格很好，我们就把它纳入进来。

PD-1 等抗肿瘤药在近几年作为重点纳入品种，是因为癌症在中国人疾病死亡原因中排前三位，已经变成常见病、多发病，也是药企的研发重点，药监局审批也在提速，上市品种本身就多，我们也希望能够使老百姓很快地用上这些药品。

在疾病面前人人都是平等的，无论是肿瘤药、罕见病药、呼吸道和消化道药都是一样的，我们并不是针对某一类药品，医保的目的就是让老百姓尽快获得质量好、疗效好、价格合适的药品。

药价贵，仍然是老百姓就医负担重的一个主要原因，要通过集采、谈判把价格降下来。通过谈判纳入目录，是对独家产品运用的机制。对于非独家产品，就要通过集采来促进企业降价。

集采也开始尝试非医保目录产品，有一些比较贵的药，通过集采价格降下来了，我们也可以考虑纳入目录。

比如西地那非片，齐鲁制药在集采中报价约 2 元一片，非常便宜了，但是我还不能将它纳入医保目录，因为它的适应症是男性 ED(勃起功能障碍)，不是医保覆盖的治疗用药。辉瑞的西地那非片还有一项适应症——肺动脉高压，这是医保关注的，但是辉瑞没降价，那我只能希望齐鲁制药能够尽快完成扩适应症的申请，就能够为肺动脉高

压患者谋福利。

这只是举例，具体要纳入哪些药品，一定是经过专家严格按程序评审。

还有企业是药物经济学“小白”

《财经》：自 2017 年医保谈判首次采用药物经济学，近几年都有哪些变化？

熊先军：2017 年，想找到一个药物经济学家都比较难。随着这几年的发展，药物经济学家也多了，医保局建成了一个比较大的专家库，能够从中选择。医保推动了中国药物经济学的学科建设、人才培养，所以现在很多企业都在扩招药物经济学人才。

第二个变化就是，如何把药物经济学的评价方法，运用到医疗保险的评价上，这是更深层的问题，在过去的三年中我们逐渐探索、完善。

第三，在选择药物经济学的指标时，过去只是依赖于一两个简单的因素，比如临床有效性及病人获益程度，就决定支付多少钱。现在考虑的因素越来越综合，包括市场竞争程度、全球最低价、关税影响等。

我们不是简单地用一个公式计算出谈判价格，而是通过经济学的方式综合判定，从原来单一的药物经济学因素，扩展到多维度的药物经济学评价，是一个进展。

《财经》：有企业为测算价格建立了四五个模型，国家医保局是

有多个模型，还是专家讨论后选定一个模型？

熊先军：不同的药品采用不同的模型，但总体上是按照临床获益来比较，选择什么样的模型也就取决于我们得到的数据。

《财经》：你们拿到的数据都是企业提供的吗？会有什么不同？

熊先军：现在医药企业提供的药物经济学资料是越来越好，越来越完整，包括一些国内的大企业，但是部分国内企业，药物经济学质量不高的问题依然存在，甚至有些企业根本提供不了任何药物经济学模型。

在申报资料的时候，有企业看到药物经济学资料，都不知道怎么填，这是很麻烦的。

整体上，我们对药物经济学质量还是有担忧，有的资料专家都看不下去了，只有药品费用比较之类的简单数据，根本不能算是药物经济学。

要知道，今后医保会坚持采用药物经济学的科学测算方法的。

《财经》：业界流传一种说法，医保局测算谈判价格，其中药物经济学测算组的价格普遍较高，基金测算组的会低一些？

熊先军：没有这回事。两个测算组的测算目的不一样，背对背测算。

药物经济学要综合病人的获益程度、药品不良反应、国际价格、市场竞争性等因素，来测算一个底价。基金测算组相当于一个压力试验，测算如果纳入这些药品对基金的影响程度。两边测算完，我们按

照一定的规则来确定一个谈判价格。

《财经》：对很多还不具备药物经济学研究能力的企业，医保局会组织培训或者指定一些指南吗？

熊先军：其实现代药物经济学本身的评价技术都比较成熟，但是怎么能够用到医疗保险上面，这是个问题。

我们正在考虑组织专家来做医药经济学评价指南，特别是在如何应用方面，什么样的药品适合用什么样的方法来评价，要出这个东西。

进目录的药品买不到？

《财经》：谈判成功的药品还会在进医院时遇到门槛，也有患者反映买不到药，有解决方案吗？

熊先军：对于 PD-1 等抗肿瘤药品，各地已经把它纳入了门诊大病的保障范围，患者报销从政策上不存在障碍。

最主要的障碍，第一，医生知不知道这些药，这是需要企业加强宣传的；第二，医院进不进这些药。不同的医院有不同的考虑，有的可能考虑卫健委要求三甲医院只能有多少品种，进一个新药就要出一个；第三，企业是否能配送到，特别偏远的地区是否能保证。这些都会影响到病人最后能否使用到。

从政策层面讲，医保能够做的就这些。这些肿瘤用药可以在门诊报销，医保目录有进有出，给医院进新药腾空间。

有些地方也探索特药药店的方式，患者可以凭医院处方到药店购买，都是为了解决老百姓购药的可及性。

一个药能不能让老百姓真正用得上，需要商务部门、卫健委等共同努力，只靠医保解决不了所有问题。

有很多地方患者都反映过进目录的药买不着，是因为医院不采购，医院有各种各样的理由，比如增加药品的药师会还没开等，这也需要相应的管理部门能够把问题落实。

《财经》：我们跟卫健委沟通过解决方案吗？

熊先军：从 2018 年肿瘤药谈判开始，医保局就一直在同卫健委沟通，卫健委也出台了相应的文件，比如这些药不纳入药占比的考核，医保也提出不占医院的医保总额等方案。

但是随着目录调整常态化，谈判的品种越来越多，这样的政策不能一直延续。

其实，医保每年给医院支付的总额，各个地方都是在涨的，而且为了方便医院采购药品，解决医院的金融成本，都是提前支付 1 个—3 个月的周转金。同时，也加大了各地医保欠费的清缴力度，对于医院的合理费用，已经全部支付。所以应该来讲，医保对定点医院的资金拨付是及时的。

比如在疫情期间，新冠肺炎的治疗费用，医保立刻启动专项资金预拨给医院，就是为了让医院放心采购物资、投入患者治疗。

当然，2020 年受疫情影响，医院收入下降压力较大，这也是各行各业的普遍情况，大家都要过紧日子了。医保按考核做好资金结算，医院从内部的收入分配方案做调整，共同为患者用药努力。

· 分析解读 ·

高层定调“药品集采常态化制度化”！2021 将是真正的招标大年

来源：药智网

1 月 15 日，一天之内，有三件事情值得玩味：

下午 5 时左右，坊间传闻于本周出台的国采四批方案终于浮出水面。

当晚 7 时的新闻联播对国务院常务会议进行了报道，会议要求推进药品集采常态化制度化。

随后黄金栏目“焦点访谈”播出了“冠脉支架‘团购’之后”的专题报道。

再往前推两天，坊间流出全国医保工作会议上的讲话内容，会议要求各地重点针对国采之外、费用排名前 500 位的药品开展集采，探索非过评化药、生物药集采，探索联盟采购，分层、分类、分批开展高值耗材集采。完善省级平台阳光挂网采购制度，规范挂网、撤网规则，逐步实现全网采购抓好具体落实，包括医保资金结余留用、回款等等。

“组合拳”出击

2021 集采开展关键年

看完眼花缭乱一连串的“组合拳”，不由感叹，2020 年年初，笔者的相关揣测终于变成现实：2021 年，既是真正药品集采落地的

关键之年，也是 2015 年以来，甚至是 2011 年以来真正的集采大年！

2019 年 11 月，一则决定了未来至少三年的药品集采关键性政策终于落地，那就是国务院深化医药卫生体制改革领导小组印发的《关于以药品集中采购和使用为突破口进一步深化医药卫生体制改革的若干政策措施》（国医改发〔2019〕3 号，简称《措施》）。

《措施》要求：2020—2022 年，各地要抓住试点降低药价和取耗材加成的窗口期，每年进行调价评估，达到启动条件的要稳妥有序调整价格，加大医疗服务价格动态调整力度，因调价增加的费用原则上纳入医保支付范围。

笔者当时看到相关内容的第一反应就是这三年将是药品集中采购开展的关键三年。当时的理解是由于 2019 年地方带量采购尚未成型，2020 年仍然处于探索起步阶段，2022 年是收尾之年，只有 2021 年才是全国药品集采纷纷落地的主要年份。事实证明到目前为止，理解基本靠谱。

三医联动“增量”向“存量”改革

原有利益破局战役打响

看山是山，看水是水。而由药品改革再看“三医联动”，实施效果如何，只有通过医改目标实现的效果来检验和判定。著名业内专家王东进曾经撰文指出，医改有近期目标和远期目标。近期目标是，解决人民群众“看病贵、看病难”问题，有效防范因病致贫或因病返贫风险，保障人民的基本医疗需求，提高人民健康水平和生活质量。

而在这样的背景下，新形势下的三医联动正由增量改革向存量调整，意味着这必将是一场打破原有利益格局的重要战役。2021 年，恰逢十四五开局之年，通过常态化开展药品集采打开突破口，既加速制药企业向国际标准靠拢，实现进口替代，同时将进一步改善医药行业生态，减少企业在销售、流通、公关等方面的支出。通过药品集采，无疑，现有格局下的大多数医药、耗材生产企业、商业公司、部分医院的利益将进行优化重组，已经调整到位的医保目录调整是如此，2021 水落石出的全国基药目录调整是如此，进一步优化药品审评审批制度是如此，加快推进仿制药质量和疗效一致性评价工作是如此，建立全国药品公共采购市场和多方联动采购格局也是如此。

集采常态化

省级带量采购速度加快

看完形势，再“落脚”到药品集采。2021 年，药品集采仍然离不开 500 与 50。如果说 500 是全国药品采购总量控制的“上限”，那么 50 就是地方全年开展带量采购的“底线”。按照采购金额排序，覆盖前 80%的药品约 500 个(各地根据具体情况确定数量)，到 2021 年覆盖 250 个，2022 年要全覆盖。国家没有开展的，由各省组织开展。在品类覆盖上，化药，生物制剂，中成药都要纳入集采。具体包括覆盖采购金额前 80%的品种。由于 2020 年地方推进速度缓慢，因此 2021 年各地带量采购的速度一定会明显加快，在阳光挂网、价格联动的基础上，加速开展省级(际)带量采购。这一点，在 1 月 15 日

的新闻联播有关会议报道中得到进一步体现：会议要求推进药品集采常态化制度化。其中，强调“坚持保基本，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集采范围，逐步覆盖临床必需、质量可靠的各类药品和耗材。研究对治疗罕见病的“孤儿药”采购作出特殊安排”。

什么是药品集采的常态化？国家带量采购一年开展两批已经形成常态，地方带量采购除了江西、福建、广东、山东、江苏、广西、湖北等省外，大多数省份仍然速度较为迟滞，尚未形成常态化。什么又是药品集采的制度化？2020年7月下旬，国务院办公厅下发了《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2020年下半年重点工作任务的通知》曾明确要求“指导地方全面执行中选药品和高值医用耗材的采购、配送和使用政策。制定改革完善药品采购机制的政策文件”。但由于种种原因，这份被业内称为“新7号文”的政策并没有出台。但一个月后，《国家医疗保障局关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》（医保发〔2020〕34号）却提前见面，这份文件的各项措施，相当于提前做好了与药品集采新规配套的一系列基础保障工作，为药品集采新规的“面世”创造了一个更为有利的“环境”。

2021 省级带量采购层面，从方案角度，基本上主流版本可以一分为二，一个版本依据的就是国采版本，像福建、山西等省。另一个值得称赞的版本就是江西版本，强化质量分的评价。在此基础上，各省一定会充分领悟国采精神，以价换量，结合地方实际情况，对方案

进行变通、优化。而且在品种选择方面，在少不在多，尽量聚焦于一些共性且具有充分竞争能力的品种，确保集采节奏既快又稳、取得成效。值得一提的是，像江苏、湖北等省，除了积极参与省际联盟之外，还结合自身用药特点，形成了自身的带量采购新方式，这种独特的一省"地方+省际"带量采购新体系，预计将会成为越来越多省份效仿的对象，进行推广。

无论地方带量采购如何加速、变化，国家药品集中采购相关指导意见的出台才是决定今年招标走向的关键政策，堪称 2021 年药品集采政策的“定海神针”。新规出台后，2021 年，各地的中成药、未过评仿制药、生物类似药、胰岛素，以及真正的王炸品种——国家基药产品的带量采购一定会疯狂奔跑呼啸而至。2021，药品集采云团，正裹挟着电闪雷鸣，一步步逼近席卷而来！

[返回目录](#)

中国家庭医生相关政策的发展历程与推行——四个阶段

来源：海医会全科医学分会

20 世纪 60 年代，家庭医生服务在西欧、北美等国家和地区相继开展，80 年代末，“家庭医生”概念引入中国。进入 21 世纪后，我国人口老龄化开始严重、慢性病患者增多、医疗费用居高不下、医疗资源分布失衡等一系列难题凸显，开展家庭医生服务并寻找更优的服务运行模式成为新时期卫生体制改革的必然趋势。

如今，家庭医生制度在我国已有多年的发展历程，相关政策要求

亦在不断发展、变化。对此，相关研究者开始聚焦家庭医生政策，并根据研究结果做了分析讨论。但既往研究多侧重政策的落实结果或地方政策的实施情况，而对于国家层面出台政策的研究尚不完善。

在此基础上，本文聚焦国家层面家庭医生相关政策，从概念引入到全国推广，梳理其发展历程及推行情况，分析讨论家庭医生相关政策在我国发展过程中获得的经验、遇到的问题和存在的不足，对推进家庭医生签约服务健康、稳步的发展具有重要的现实指导意义。

我国家庭医生相关政策四阶段划分的逻辑分析

从政策的影响和发展历程上看，我国家庭医生相关政策主要经历了酝酿萌芽、试点探索、渐进推广及全面实施4个阶段(见下图)。

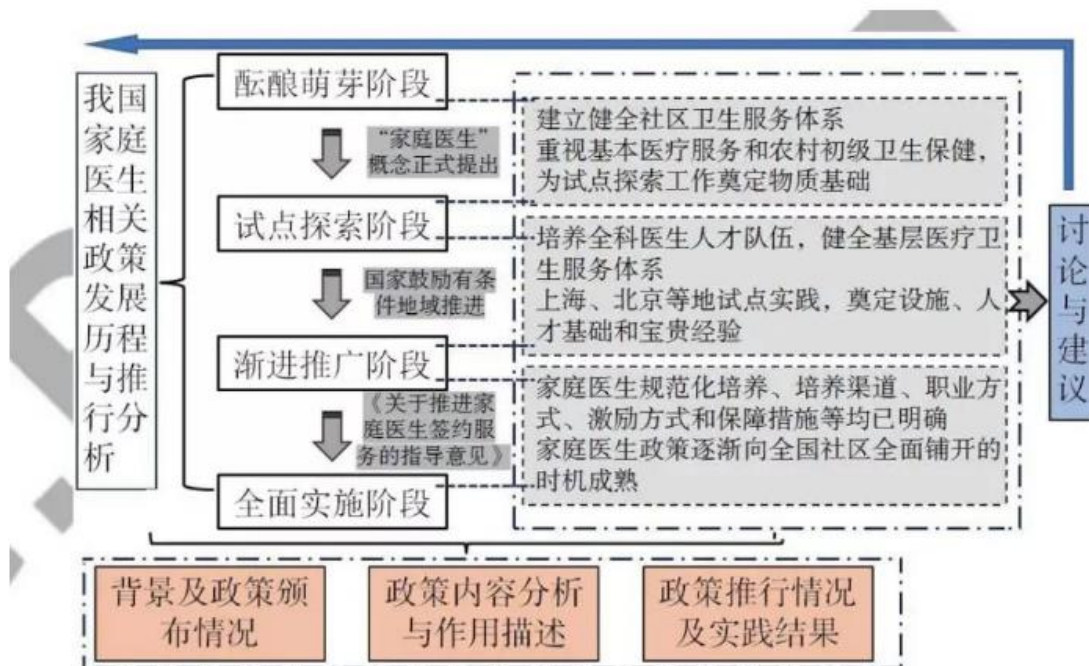


图 1 我国家庭医生相关政策四阶段划分的逻辑分析

Figure 1 Logical analysis of the four-stage division of policies related to family doctor in China

1. 酝酿萌芽阶段 1997-2008

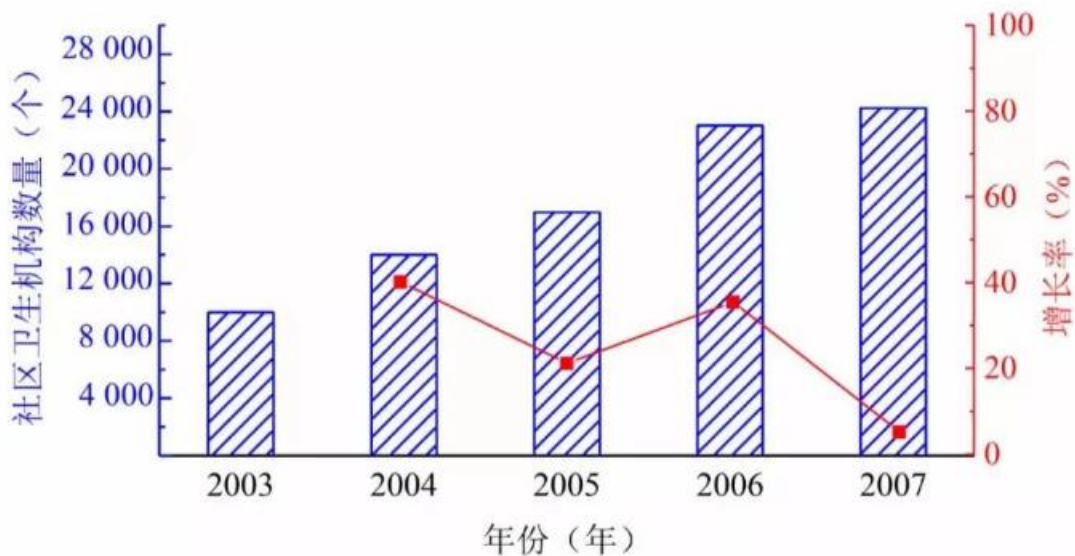
1.1 政策内容分析

1997 年出台的《关于发展和完善农村合作医疗若干意见的通知》(国发〔1997〕18 号), 虽然还未明确提出家庭医生签约服务制度, 但从“初级卫生保健”“家庭医疗预防保健服务”等词汇中, 已经出现家庭医生签约服务制度的萌芽。此时, 为推进深化卫生改革, 我国医疗系统开始针对基层医疗制定政策, 关注国民健康水平的整体提高。将农村卫生院和社区、家庭医疗等结合起来。2000 年提出建立健全社区卫生服务组织; 2001 年指出将农村初级保健工作纳入国家社会发展规划; 2006 年明确“全科医师”“社区卫生服务机构”在基层医疗中的作用; 2007 年, “十一五”规划纲要提出到 2010 年在全国初步建立覆盖城乡居民的基本卫生保健制度框架, 初步建立较完善的社区卫生服务体系。

1.2 政策落实情况

自 2000 年开始, 各省(市、区)纷纷出台相关政策, 建立健全社区卫生组织, 并在农村着手建立基层卫生服务站, 宣传并执行国家卫生服务政策。以天津市为例, 从 1998 年开始, 市财政连续 8 年安排 100 万元/年的专项经费, 每年给予社区 10000 元/万人的补助。截至 2006 年, 全市建成社区卫生服务指导中心 9 个、社区卫生服务中心 70 个、社区卫生服务站 431 个的三层次社区卫生服务机构, 并为 133 万多户居民建立了家庭健康档案。社区卫生服务中心的建设为接下来家庭医生试点工作提供了强有力的支持。2000 年, 国家提出建立健

全社区卫生服务组织，各地方政府和卫生部门逐渐意识到社区医疗机构的重要性。各地方财政加大对社区医疗机构的投入力度，社区医疗机构数量呈现快速上升趋势，每年增长率在 5%~40%(见下图)。这为我国家庭医生签约服务的开展提供了良好平台。



图全国社区卫生服务机构增长情况

2. 试点探索阶段 2008-2011

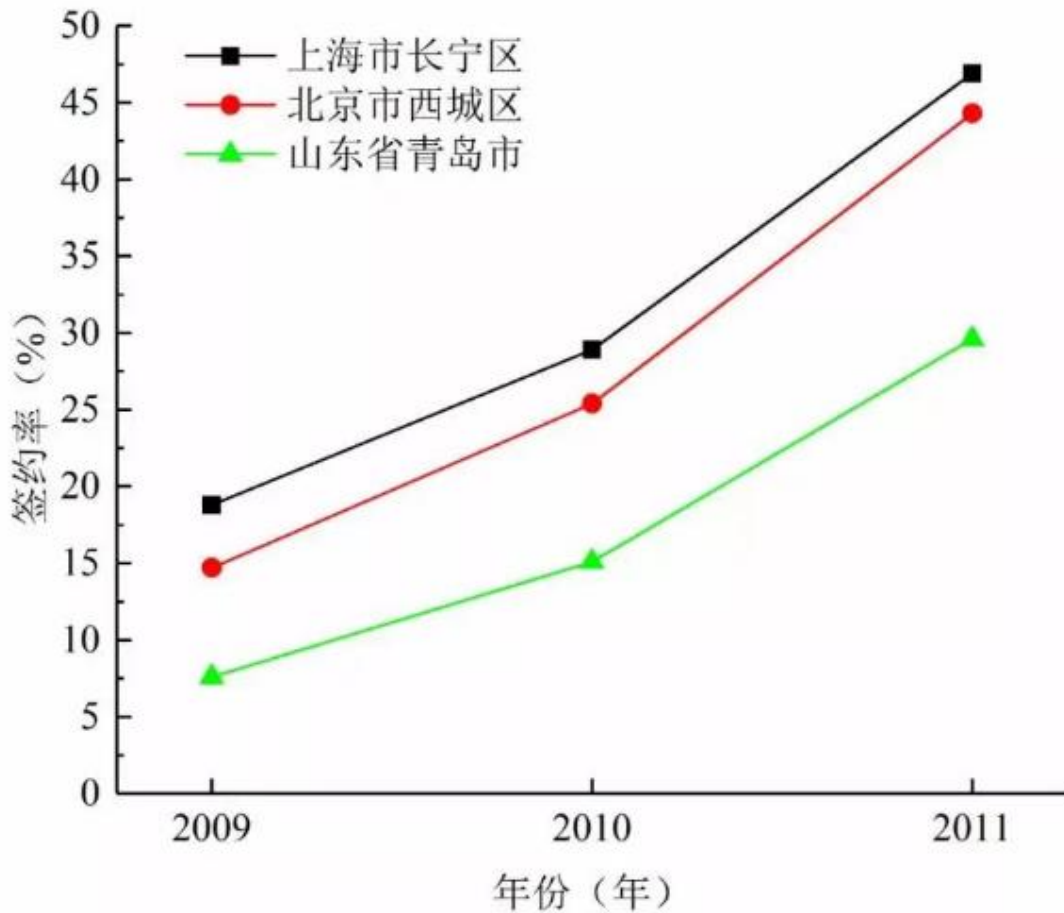
2.1 政策内容分析

这一时期的政策主要以医院、社区和家庭整个治疗网络的实现为目标，建立完善的基层公共卫生服务体系。随着家庭医生概念的正式提出，培养以全科医生为重心的基层卫生人才队伍逐渐成为政策重点。到 2010 年，原则上要求每万人需配备公共卫生医师 1 名和家庭医生 2~3 名。第一次提出社区卫生服务中心逐步承担起居民健康“守门人”的职责。对健全基层医疗卫生服务体系的机构、建设标准、基层家庭医生人才队伍建设等方面提出具体要求和目标，进一步明确了

家庭医生的发展方向和实施路径。我国该阶段的相关政策，虽还未明确提出家庭医生制度，但已为家庭医生签约服务的开展和推广奠定了良好基础。

2.2 政策落实情况

2008 年，上海周家桥社区卫生服务中心作为长宁区的试点单位，率先开展“责任制医生”健康管理服务模式，探索家庭医生服务模式。2009 年长宁区出台《长宁区家庭健康责任制工作实施方案》，从此“家庭医生”的概念正式提出并逐渐深入人心。2009 年，深圳市印发《深圳市实施家庭医生责任制项目试点工作方案》（深卫妇社发〔2009〕24 号），明确提出家庭医生责任制的概念，并对本辖区的社康中心进行试点探索。2010 年，上海市总结长宁、徐汇和浦东三个区域的家庭医生试点工作开始在全市推广。“全科医师”规范化培养率先在上海开展，中山医院率先建立了全科医生临床培训基地。2010 年，作为北京市新医改的第一年，市卫生部门分别在东城区、西城区和丰台区等地推行家庭医生签约服务。2010 年 6 月，青岛市家庭医生联系人制度签约 13 万居民。青岛市开展家庭医生联系人制度和门诊统筹制度的试点工作，为全省充分落实国家医药卫生体制改革、健全分级诊疗体系提供了丰富经验。部分城市近三年家庭医生签约率的变化规律如下图，从中可明显看出签约人数在逐年上涨。



图探索阶段部分城市家庭医生签约服务试点情况

3. 渐进推广阶段 2011-2015

3.1 政策内容分析

2011—2015 年，我国家庭医生政策开始从顶层整体设计，与我国实际情况相匹配的家庭医生相关政策相继出台。尤其是作为我国家庭医生制度建设的纲领性文件《关于建立全科医生制度的指导意见》(国发〔2011〕23 号)的发布，使得建立及完善我国家庭医生规范化培养、培养渠道、职业方式、激励方式和保障措施等均得以明确，家庭医生政策开始逐渐向全国展开，范围不断扩大。整体上看，具有中

国特色社会主义的家庭医生政策体系开始形成。

3.2 政策落实情况

2010 年底，北京市出台《关于进一步推进社区卫生改革与管理工作的意见》（京卫基层字〔2010〕25 号），在全市 16 区推行社区家庭医生签约服务。2011 年 4 月，上海市在长宁、闵行、徐汇等 10 个区启动了家庭医生制度试点工作，家庭医生制度成为本市医药卫生体制改革的五大基础性工程之一。2012 年 10 月，国务院医改办确立北京西城、上海长宁及湖北武汉等 10 个国家级试点地区，进一步推动“6+X”式的全科医生职业方式和服务模式改革，探索我国家庭医生签约服务的模式。2013 年 8 月，长春市共建立社区卫生服务中心 61 个，且社区卫生服务机构标准化建设 100% 达标。2014 年 3 月，广州市发布《广州市基层医疗卫生机构开展家庭医生式服务工作方案》，家庭医生签约服务在各区镇层面逐步推行。截至 2015 年 9 月，广州市荔湾区已建立 21 个社区卫生中心，居民签约服务满意度超过 90%。

4. 全面实施阶段 2016 年至今

4.1 政策内容分析

这一阶段，国家有关家庭医生的政策开始转向具体实施，可行性、可实施的工作逐渐增多，与其他方面的联系更加全面。签约服务工作已经在全国各地全面实施，以多种形式围绕基层医疗卫生服务体系提供综合全面的分级诊疗服务。政策文件的具体内容也更加细致，以治病为中心开始向以健康为中心转变，在优秀社区探索并建立示范性服

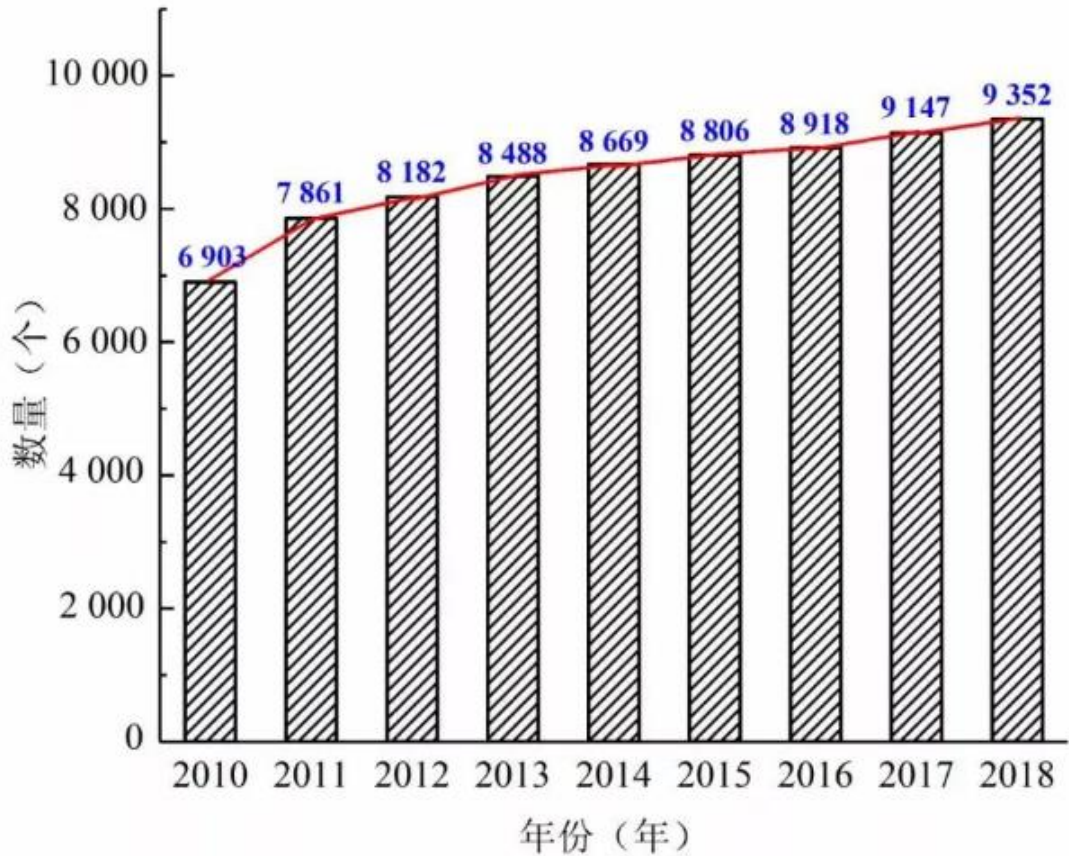
务站点，加强家庭医生队伍建设(尤其是贫困地区)，逐步扩展城市和农村家庭医生服务的范围，并大力推进“互联网+”签约服务，提升家庭医生签约服务规范管理水平和签约居民的就医可及性。到 2020 年，我国家庭医生制度已较为完善，为全面建成小康社会、建设健康中国的重要工作。

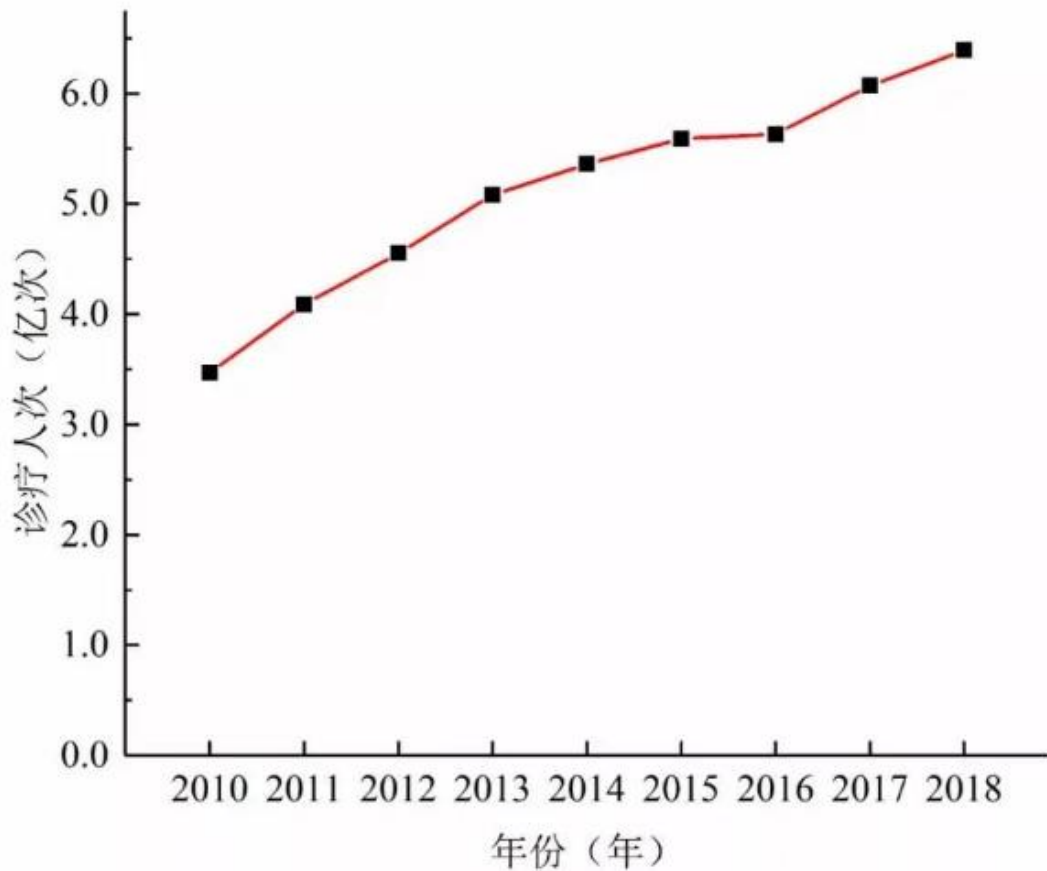
4.2 政策落实情况

2016 年，全国各地家庭医生签约服务工作初显成效，其中二十多个省(区、市)出台了家庭医生指导性文件并落实了实施方案。陕西宝鸡、四川雅安，浙江杭州、广东深圳等地的签约服务覆盖率目标均高于 30%。2016 年，北京市家庭医生签约率达 33.5%，2017 年高达 35.0%；2018 年，北京市综合医联体内双向转诊患者超过七万余人次。靠近沿海的上海、山东等地，签约率超过 45.0%；山东签约人数接近 5000 万。而远在中西部的青海、新疆等地，签约率超过 43.0%；四川签约数最多，超过 3000 万。对重庆市家庭医生签约服务进行调查、统计，结果发现部分社区签约率超过 55.0%，居民通过家庭医生签约服务宣传对签约服务项目的了解程度较高，对家庭医生签约服务意向较好。位于我国西南地区的云南省，其家庭医生签约服务工作始于 2016 年，其中昆明市有意向签约的居民达 90.0%，2017 年全省居民签约率超过 43.0%。

2010—2018 年，国家统计局对我国社区卫生服务中心数量及诊疗人次的情况做了统计(见下图)。从图(a)可看出，2010 年，全国社

区卫生组织迅速发展起来，尤其是 2010—2011 年，社区卫生服务组织从 6903 个增长到 7861 个，增长率为 13.88%，是 2010—2018 年中增长最快的一年。由图(b)可知，全国社区卫生服务中心诊疗人次自 2010 年开始呈逐年增加趋势；2016 年开始，社区卫生服务诊疗人次再次迅速增加，这正是国家全面推行家庭医生的成效，充分体现了家庭医生在实现分级诊疗中的重要作用。





图全国社区卫生服务中心数量(a)和诊疗人次(b)随时间的变化趋势

[返回目录](#)

• 医院管理 •

药品耗材“集采”常态化制度化对医院绩效影响

来源：誉方医管

国务院常务会部署药品集采常态化制度化

1月15日的国务院常务会指出，健康是人民群众的切身大事。为逐步解决看病贵问题，近年来国家推进药品集中带量采购和使用重大改革，截至去年底已开展了三批集采，覆盖的药品平均降价54%，

每年节约费用 530 多亿元，惠及亿万患者。近期又将开展第四批集采，并扩大高值医用耗材集采范围。会议要求按照医改部署，坚持三医联动，推动药品集采常态化制度化。

药品耗材“集采”意义重大

李克强总理在 1 月 15 日的国务院常务会议上说，中国这样一个人口大国，逐步探索建立起一个覆盖十几亿人的基本医保制度，实属不易。健康是人民群众的切身大事，为逐步解决看病贵问题，近年来国家推进药品集中带量采购和使用重大改革。集采后，药品价格进一步趋于合理，有效缓解了群众看病贵问题，同时也有利于医保资金可持续。

会议要求，按照保基本、保临床原则，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和耗材。

会议明确，公立医疗机构均应参加集采。医疗机构要确保优先使用中选药品，按需求尽可能提高采购量。

会议强调，中选企业要确保降价不降质量、不减疗效，保证供应。加强对中选药品和耗材生产、流通、使用全链条监管。

会议指出，集采要在为患者减负同时，兼顾企业合理利润，推动药品、耗材行业在竞争中提高集中度，促进产品创新升级，对节约的医保费用按规定给予医疗机构结余留用激励，努力使这项改革实现患者和企业、医疗机构都受益。

药品集采政策密集出台

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》指出，深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革。坚持招采合一、量价挂钩，全面实行药品、医用耗材集中带量采购。以医保支付为基础，建立招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级招标采购平台，推进构建区域性、全国性联盟采购机制，形成竞争充分、价格合理、规范有序的供应保障体系。推进医保基金与医药企业直接结算，完善医保支付标准与集中采购价格协同机制。

《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）明确，不断完善以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，完善医保支付与招标采购价格联动机制。加强医药行业会计信息质量监督检查，深入开展药品、高值医用耗材价格虚高专项治理。

《国家医疗保障局关于国家组织冠脉支架集中带量采购和使用配套措施的意见》（医保发〔2020〕51号）指出，坚持以人民为中心，紧密结合冠脉支架生产、采购、配送、使用特点，与现行医疗保障、医药价格和招标采购政策有机衔接，发挥医保基金战略性购买作用，充分利用平台挂网、医保基金预付、医保支付、医疗机构激励约束等配套措施，推动冠脉支架集采中选结果平稳落地实施，实现人民群众得实惠、医疗机构和医务人员有激励、医药企业高质量发展的目标。

《国家医疗保障局关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导

意见》(医保发〔2020〕34号)提出,坚持医药价格治理创新,基于药品和医用耗材集中采购中的买卖合同关系,依托药品和医用耗材招标采购平台,系统集成守信承诺、信用评级、分级处置、信用修复等机制,建立权责对等、协调联动的医药价格和招采信用评价制度,促进各方诚实守信,共同营造公平规范、风清气正的流通秩序和交易环境,切实保障群众利益和医保基金安全,使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

《国家医疗保障局办公室关于加快落实医药价格和招采信用评价制度的通知》(医保办发〔2020〕59号)强调,医药价格和招采信用评价制度是药品和医用耗材集中采购市场的基础性制度,对规范市场行为、净化交易环境、保障群众利益具有重要意义。各省级医疗保障局、药品和医用耗材集中采购机构(以下简称“集中采购机构”)要高度重视,充分认识制度建设的重要性、紧迫性和艰巨性,切实增强责任感和使命感,扎实推进各项工作,按时保质落地实施。

《国务院办公厅关于印发国家组织药品集中采购和使用试点方案的通知》(国办发〔2019〕2号)要求,国家组织药品集中采购和使用试点,实现药价明显降低,减轻患者药费负担;降低企业交易成本,净化流通环境,改善行业生态;引导医疗机构规范用药,支持公立医院改革;探索完善药品集中采购机制和以市场为主导的药品价格形成机制。

《国家医疗保障局关于国家组织药品集中采购和使用试点医保配

套措施的意见》(医保发〔2019〕18号)指出,试点地区医保部门根据集中采购中选药品的采购价格、各医疗机构与企业约定的采购品种及采购数量测算带量采购药费金额。在医保基金预算中明确国家组织药品集中采购和使用试点药品专项采购预算。

《国家医疗保障局等九部门关于国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围实施意见》(医保发〔2019〕56号)强调,在全国范围内推广国家组织药品集中采购和使用试点集中带量采购模式,为全面开展药品集中带量采购积累经验;优化有关政策措施,保障中选药品长期稳定供应,引导医药产业健康有序和高质量发展。

赋能医院绩效变革迭代

随着药品耗材集采常态化和制度化,虚高定价的“水分”空间逐步被挤干,“以药补医、以材补医”的时代即将终结,对医院绩效带来重大的影响和冲击,医院绩效“五大变革”成为“主旋律”。

变革一:体现医生资历价值

医生培养周期长,“5+3”学历教育,从初级到高级,需要持续不断的学习及临床经验积累和一定的时间,资金和时间投入成本大,医院需要对医生的资历价值进行合理的评价,绩效要充分的体现成为必然。誉方医管医生知识价值评价因素包括:学历教育知识价值,按照专科、本科、研究生、博士、博士后分级设定不同的积分点数;职称知识价值,按照正高、副高、中级、初级、实习分类,结合职龄时间不同设定不同的积分点数;科教研知识价值,按照科研成果及转化、

专利及转化、带教人数、论文数量等分类设定不同的积分点数；行业地位价值，按照各级专业委员会任职、社会任职等不同设定积分点数；荣誉价值，按照获得不同的荣誉设定积分点数；统一按照“5 因素”测算每个医生的资历价值系数，绩效要合理规划进行激励。

变革二：体现医生医疗服务能力价值

医保向“价值”买单，向无效和过度医疗说“不”，价值医疗时代到来，“以药补医、以材补医”成为历史过去，医生的“社会补偿”灰色收益渠道进一步“收窄”，对正向合理收入期望值进一步“提升”。现行的绩效激励主要以“量和收入论英雄”，对医疗服务能力价值体现不足，随着医保 DRG\DIP 支付制度改革冲击，医生医疗服务能力价值要充分体现需要绩效变革。誉方医管对医生医疗服务能力绩效设计，主要参考医院功能定位，采取“回归分析法”测算医生历史医疗服务能力指数，按照医疗服务能力提升要求，同时结合 DRG\DIP 中相关指标，设定医疗服务能力提升绩效。

变革三：体现质量安全价值

医疗质量和安全是医院业务管理的生命线，对医生的医疗质量安全进行评估，绩效需要配套体现。誉方医管通过建立医疗质量和安全相关指标评价体系，加大 MDT 会诊绩效设计、危机重症倾斜激励设计、设定合理的医疗纠纷容错机制，充分调动医生主动担当的积极性。

变革四：体现医生成本控制价值

医院从追求增收向“增效”转型，评价医生的成本管控能力价值，

绩效需要充分体现。誉方医管在医院绩效辅导中，主要通过病种成本核算、DRG\DIP 病组成本核算，分析相同的病种或病组，不同医生的成本控制贡献能力，结合临床路径分析，纳入绩效考核体系。

变革五：体现临床药师价值

随着药品集采常态化和制度化，如何保障用药质量和安全，提高集采药品使用占比，临床药师的作用逐步体现。誉方医管在绩效辅导中，主要设定点评处方绩效、临床查房绩效、病例用药讨论绩效、临床路径规范用药绩效、抗菌素使用率及 DDDs 考核绩效等。

总之，药品耗材集采常态化和制度化，医院要高度重视是医改重大的制度安排，分析对医院和医生带来的影响和冲击，发挥绩效“指挥棒”正向引导作用，推进绩效变革，适应医改新时代，才能确保医院发展可持续。

[返回目录](#)

公立医院过「紧日子」，主管部门提出四大管理方向

来源：健康界

医改深入推进，公益性绩效考核“指挥棒”发力，医保 DRG/DIP 支付及监管“疾风骤雨”，规范医疗服务行为促使合理医疗检查治理，医院经济运行“压力山大”，预示着医院粗放式收入规模增长的“好日子”时代即将终结，如何过好“紧日子”成为医改新时代的“主旋律”。

医改进入 2.0 新时代

医改立柱架梁工作已经完成，三医联动医改真正在行动。药品及耗材零加成制度，切断了医院“以药材补医”的利益来源；公立医院绩效考核全面启动，导向公益性回归；特别是医保 DRG\DIP 支付制度改革，从按照项目后付费转型，医院粗放式规模收入增幅模式遇到“天花板”瓶颈，加之医保监管从严，分享医保蛋糕红利狂欢盛宴的“好日子”时代即将终结；为了赋能医改深入推动，纠风反腐“巡查”利剑高悬，国家八部委重拳出击规范医疗服务行为促使合理医疗检查治理，医改进入 2.0 新时代。

受疫情的影响和冲击，医院“雪上加霜”经济运行“压力山大”，倒逼医院从“过好日子”转变到“过紧日子”，成为医改新时代的“主旋律”。

国家卫健委“四大支招”

面对医院经济运行压力，国家卫健委“四连环”只招，赋能公立医院加强经济管理。

第一招：开展“公立医疗机构经济管理年”活动

2020 年 6 月 29 日，国家卫健委下发《关于开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知》（国卫财务函〔2020〕262 号），主题 12 个字，规范管理、提质增效、强化监管。

明确提出，5 大方面活动内容共 24 项重点，梳理分析问题，及时整改堵塞漏洞；强化价格管理，规范业务和价格行为；加强财务管理，夯实经济管理基础；推进业务财务融合，促进经济管理提质增效；

改革创新强化监管，健全长效机制。

明确指出，深化医改进入深水区和攻坚期，公立医疗机构也进入高质量发展的机遇期。为更好地满足人民群众日益增长的医疗服务需求，推动公立医疗机构加快补齐内部管理短板和弱项，推进高质量发展，促进发展模式由规模扩张型向质量效益型转变、管理模式从粗放式向精细化转变。

两个转变成为医院经济高质量发展的关键，从医改初期的规模扩张求效益，受医保支付政策影响，病床使用率在下降，大型设备使用率逐步降低，医院规模扩张后遗症正在凸显。

随着医改力度加大，药品耗材零加成制度推行，切断了医院的加成收益，特别是医保 DRG “包干预付费”制度改革，向价值医疗买单，原来的医院收益部分变成了成本，对医院成本控制能力提出更加严峻的挑战，向提高医疗服务能力的内涵质量效益型转变成为必然。在医院收入粗放式扩张增长时期，医院经济管理模式相对粗放，随着医院增收遇到“天花板”瓶颈，向精细化、精益化转变势在必行。

第二招：加强公立医院运营管理

2020 年 12 月 21 日，国家卫健委出台《关于加强公立医院运营管理的指导意见》（国卫财务发〔2020〕27 号），明确指出，当前，公立医院收支规模不断扩大，医教研防等业务活动、预算资金资产成本管理经济活动、人财物技术等资源配置活动愈加复杂，经济运行压力逐渐加大，亟需坚持公益性方向，加快补齐内部运营管理短板和

弱项，向精细化管理要效益。

明确提出，提高认识，加强公立医院运营管理，是以新发展理念引领医院高质量发展，落实现代医院管理制度的重要抓手；是深化公立医院综合改革，构建维护公益性、调动积极性、保障可持续的新运行机制的内在要求；是加强供给侧结构性改革，有效提升医疗、教学、科研、预防等核心业务供给效率的有力举措；是缓解公立医院经济运行压力，提升内部资源配置效率和运营管理效益的重要手段。

明确强调，推动公立医院高质量发展，推进管理模式和运行方式加快转变，进一步提高医院运营管理科学化、规范化、精细化、信息化水平。

第三招：加强全面预算管理

2021年12月31日，国家卫健委下发《关于印发公立医院全面预算管理制度实施办法的通知》（国卫财务发〔2020〕30号）明确指出，目前公立医院普遍存在预算管理体系不健全、信息化程度不高、预算编制流程不规范等问题，亟需围绕医院发展战略，运用信息技术，构建覆盖人、财、物全部资源的全面预算管理体系，进一步规范公立医院收支运行，强化预算约束，提高资金使用和资源利用效率。

明确提出，全面预算管理，是指医院对所有经济活动实行全面管理，全部纳入预算管理范围。包含两方面内容：一是业务主管部门对医院预算和财务实行全面管理，医院作为预算单位，所有收支全部纳入预算范围；二是医院内部建立健全全面预算管理制度，以医院战略

发展规划和年度计划目标为依据，充分运用预算手段开展医院内部各类经济资源的分配、使用、控制和考核等各项管理活动。具体包括收入、支出、成本费用、筹资投资、业务等预算。

第四招：强化内部控制管理

2020年12月31日，国家卫健委《关于印发公立医院内部控制管理办法的通知》（国卫财务发〔2020〕31号）明确提出，近年来，随着深化医药卫生体制改革，建立现代医院管理制度、考核三级公立医院绩效、取消药品耗材加成构建新的运行补偿机制等，都对公立医院规范化、精细化管理提出了更高要求，公立医院需要通过制定制度、实施措施、优化执行程序，进一步强化内部控制，有效防范风险，保证医院资产资金安全，提高资源配置和使用效益，建立起维护公益性、调动积极性、保障可持续运行新机制。

同时强调，公立医院作为非营利性事业单位，业务活动复杂，资金规模大，亟需深入推进内部控制建设工作，增强内部控制意识，规范内部经济和业务活动，强化内部权力运行制约。二是公立医院高质量发展的自身需求。

成本核算管控“第五招”离不了

《医院财务制度》（2012）提出：医院应按照财务制度的规定推行全面的成本核算；在此基础上进行成本分析，同时把医院预算管理、绩效考核与成本核算联系，从而实施对成本的有效控制，合理控制医院开展业务活动所发生的运营成本，达到最优化成本目标。

随着医改步入 2.0 新时代，国家卫健委《公立医院成本核算暂行办法》已经广泛征求意见，即将出台公布，医院开展成本核算管控作用“凸显”。赋能医院成本核算，从科室成本核算，围绕 DRG\DIP 医保支付制度改革，向病种和项目成本核算转变时不我待。病种成本核算包括单病种成本核算和 DRG\DIP 病组成本核算。

1. 单病种成本核算方法

单病种历史成本核算基本思路：

$(\text{单病种点数积分} / \text{全部病种积分} \times 50\% + \text{单病种项目积分} / \text{全部病种项目积分系数} \times 50\%) \times \text{科室住院成本} + \Sigma \text{药品成本} + \Sigma \text{耗材成本}$

单病种标准成本核算基本思路：单病种临床路径医疗项目积分 / 全部病种积分 $\times 100\% \times \text{科室住院成本}$

2. DIP 成本核算方法

DIP 成本核算基本思路： $(\text{DIP 病种综合指数} / \text{全部 DIP 病种综合指数} \times 100\%) \times \text{科室住院成本} + \Sigma \text{药品成本} + \Sigma \text{耗材成本}$

$\text{DIP 病种综合指数} = (\text{DIP 病种医疗项目收入} / \text{全部 DTI 病种收入} \times 50\% + \text{DIP 难度系数积分} / \text{全部 DIP 难度系数积分} \times 50\%) \times \text{科室住院成本} + \Sigma \text{药品成本} + \Sigma \text{耗材成本}$

3. DRG 成本核算

DRG 成本核算基本思路： $(\text{DRG 综合指数} / \text{全部 DRG 综合指数} \times 100\%) \times \text{科室住院成本} + \Sigma \text{药品成本} + \Sigma \text{耗材成本}$

$\text{DRG 病种综合指数} = (\text{DRG 病种医疗项目收入} / \text{全部 DRG 病种收入} \times$

$30\% + \text{病种医疗项目积分} / \text{全部 DRG 医疗项目积分} \times 30\% + \text{DRG 难度系数积分} / \text{全部 DRG 难度系数积分} \times 50\%) \times \text{科室住院成本} + \Sigma \text{药品成本} + \Sigma \text{耗材成本}$

总之，医改新时代，过“紧日子”成为医院“主旋律”，赋能从粗放式规模增收向内涵质量效益型高质量发展，加强医院经济精细化运营绩效管理势在必行。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

助力传承与创新 全国中医药政策盘点

来源：火石创造

我国的中医药产业体系自新中国成立以来开始逐步形成，近年来，习近平总书记对中医药工作的一系列论述重点聚焦于促进中医药传承创新发展的课题上。2009年5月，中国政府首次以国务院的名义出台《关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》，中医药产业的发展加速前进；2019年10月，国务院发布《促进中医药传承创新发展的意见》（上行文件），成为我国中医药产业发展的纲领性文件；2020年12月21日，国家药监局出台关于《促进中药传承创新发展的实施意见》，大力推进我国中药产业创新发展。如今，在新冠疫情的助推下，我国中医药产业迎来了高速发展时期。

一、我国中医药发展历程

新中国成立以来，中医药开启产业化进程。我国政府开始大力发展中药材的栽培和养殖，从单一品种、个体分散种植到多品种的集约化生产，从古典药铺、手工作坊到机器化标准生产的中成药厂，在政府的努力下，我国中药产业体系初步形成。

上世纪后期，中医药管理体系逐渐形成。在改革开放的时代背景下，中药研究取得新成就，新剂型面世为中药产品注入了新活力，但与此同时，由于市场缺乏管制，假冒伪劣药材流通、价格失控等现象时有发生，中药发展遇到瓶颈，中药市场亟待整顿。于是，中医药管理机构应运而生，实行中医中药统一管理。这个机构从此成为中医药事业振兴发展的引擎，为中医药事业的快速重振与发展创造了有利条件。与此同时，各省市积极响应，逐步建立地方中医药管理机构，不断健全和完善中医药管理体系。

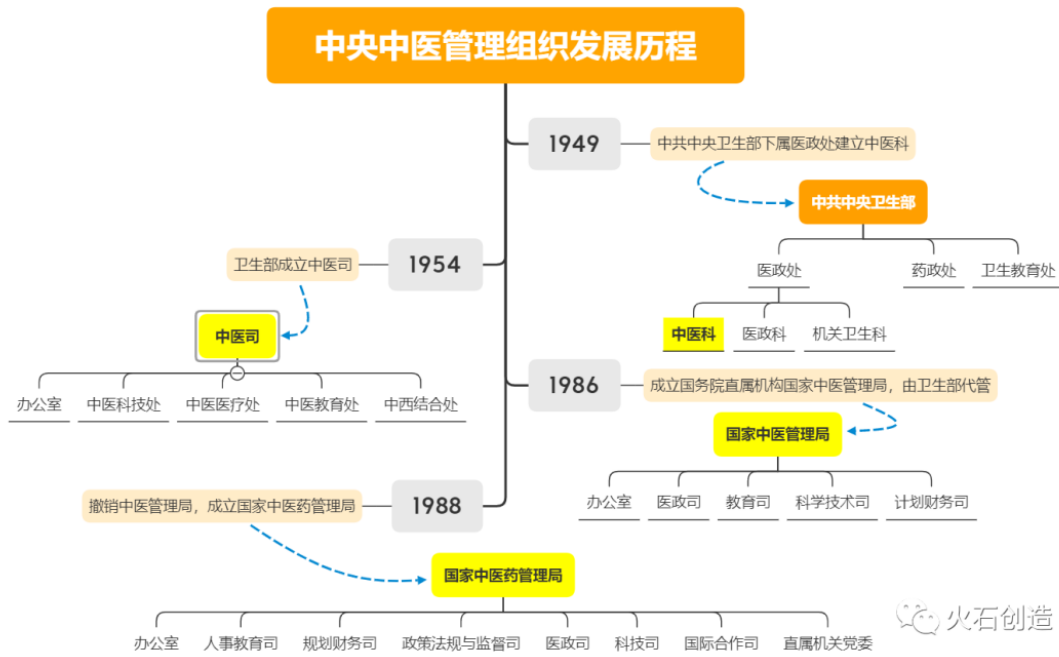


图 1：中央中医管理组织发展历程

图片来源：火石创造

21 世纪至今，中药产业迎来快速发展时期。政策法规方面：2009 年 5 月，中共中央国务院首次发布关于中医药事业发展的纲领性文件，《关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》。2016 年 12 月，全国人大常委会通过了《中华人民共和国中医药法》，第一次从法律层面明确了中医药的重要地位、发展方针和扶持措施，为中医药事业发展提供了法律保障。2019 年 5 月，第 72 届世界卫生大会审议通过了《国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)》，首次纳入起源于中医药学的传统医学章节。重大医疗卫生事件方面：2003 年 10 月，世界卫生组织与国家中医药管理局共同召开“中医、中西医结合治疗 SARS 国际研讨会”充分肯定中西医结合治疗 SARS 安全有效。在 2019 年末爆发的新冠肺炎疫情中，中医药在治疗新冠肺炎方面发挥了至关重要的作用，国务院新闻办公室发布的《抗击新冠肺炎疫情的中国行动》白皮书指出，中国全力救治患者、拯救生命，充分发挥中医药特色优势，中医药参与救治确诊病例的占比达到 92%。不仅如此，中医药在世界抗击新冠肺炎中更是作出突出贡献。当疫情在全球蔓延时，中医药战“疫”经验走出国门，助力全球抗疫，中药国际化进程因此迈出重要一步。可以预见，我国的中医药产业将会在后疫情时代继续蓬勃发展

二、我国中医药传承与创新相关举措

2009 年 5 月，国务院出台《关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》(国发〔2009〕22 号)，这是《中共中央、国务院关于深

化医药卫生体制改革的意见》的重要配套文件，强调了中医药在深化医疗卫生体制改革中的重要作用。文件从宏观层面指明中医药产业发展方向，并强调要按照中医药的特点和规律管理和发展中医药，并坚持中西医结合、并重、相互补充、协调发展。自此，中医药传承创新发展开始加速，国家层面陆续颁布中医药产业相关政策，各省市、各部门也纷纷响应。

2020年12月21日，国家药监局出台关于《促进中药传承创新发展的实施意见》，深入落实中共中央、国务院《促进中医药传承与创新的意见》的决策部署，结合药品监管工作实际，全面落实“四个最严”的要求，从深化改革、传承精华、坚守底线、创新发展四个方面，促进中医药创新发展。文件中指出，在坚持守正创新的基础上，在多方协调联动的顶层设计下，以中药安全监管为质量保障的前提，改革完善中药审评审批机制，健全符合中药特点的审评审批体系，并积极推动中医药走出去，加快中药国际化进程。

表 1：国家层面出台的各项重要指示

时间	发文机关	名称	要点
2009.4	国务院	《扶持和促进中医药事业发展的若干意见》	<ul style="list-style-type: none"> ● 强调中医药和西医药互相补充、协调发展 ● 强调坚持中西医并重的方针 ● 强调要按照中医药的特点和规律管理和发展中医药
2012.6	国家中医药管理局	《中医药事业发展“十二五”规划》	<ul style="list-style-type: none"> ● 推进中医药科技继承与创新 ● 加快民族医药事业和中西医结合发展；繁荣发展中医药文化 ● 积极开展中医药对外交流与合作
2015.4	国务院	《中医药健康服务发展规划（2015—2020年）》	<ul style="list-style-type: none"> ● 是我国第一个关于中医药健康服务发展的国家级规划 ● 要求充分发挥中医优势，开展中医特色健康管理，推动中医药健康服务走出去
2015.4	国家中医药管理局	《中药材保护和发展的规划（2015-2020年）》	<ul style="list-style-type: none"> ● 强化中药材基础研究，继承创新传统中药材生产技术 ● 发展中药材现代化生产技术，加强中药材综合开发利用

2016.2	国务院	《中医药发展战略规划纲要（2016—2030年）》	<ul style="list-style-type: none"> ● 扎实推进中医药继承，加强中医药传统知识保护和技术挖掘，中医师承教育 ● 着力推进中医药创新，加强中医药理论创新，重大疑难疾病攻关和重大新药创制，健全中医药协同创新体系 ● 加强中药资源保护利用 ● 大力弘扬中医药文化 ● 积极推动中医药海外发展，加强中医药对外交流合作
2016.12	全国人大常委会	《中华人民共和国中医药法》	<ul style="list-style-type: none"> ● 第一次从法律层面明确了中医药的重要地位、发展方针和扶持措施，为中医药事业发展提供了法律保障
2016.12	国家中医药管理局	《中医药文化建设“十三五”规划》	<ul style="list-style-type: none"> ● 挖掘中医药文化内涵，构建中医药文化传承体系 ● 打造中医药文化传播平台 ● 推动中医药健康养生文化转化创新 ● 完善中医药文化建设机制
2017.3	国家中医药管理局	《中医药传承与创新“百千万”人才工程（岐黄工程）实施方案》	<ul style="list-style-type: none"> ● 加大经费投入，制定配套政策 ● 推进人才与项目、平台建设结合 ● 创新培养模式，加强团队建设 ● 积极发挥人才作用营造良好社会氛围
2018.4	国家中医药管理局	《深化中医师承教育的指导意见》	<ul style="list-style-type: none"> ● 构建师承教育与院校教育、毕业后教育和继续教育有机结合 ● 构建贯穿中医药人才发展全过程的中医师承教育体系 ● 基本建立内涵清晰、模式丰富、机制健全的中医师承教育制度
2018.4	国家中医药管理局	《古代经典名方目录（第一批）》	<ul style="list-style-type: none"> ● 推动来源于古代经典名方的中药复方制剂稳步发展，为人民群众健康提供更好保障
2018.8	国家中医药管理局	《加强新时代少数民族医药工作的若干意见》	<ul style="list-style-type: none"> ● 切实提高少数民族医药医疗服务能力 ● 大力发展少数民族医药养生保健服务 ● 切实加强少数民族医药人才队伍建设 ● 扎实推进少数民族医药传承与创新 ● 推动少数民族医药产业发展 ● 大力弘扬少数民族医药文化 ● 积极推动少数民族医药海外发展
2019.10	国务院	《促进中医药传承创新发展的意见》	<ul style="list-style-type: none"> ● 开展中西医协同攻关，建立综合医院、专科医院中西医会诊制度 ● 强化中医思维培养，改革中医药院校教育 ● 建立多学科融合的科研平台，完善中医药产学研一体化创新模式
2020.12	国家药监局	《促进中药传承创新发展的实施意见》	<ul style="list-style-type: none"> ● 要促进中药守正创新 ● 要健全符合中药特点的审评审批体系 ● 要强化中药质量安全监管 ● 推进中药监管体系和监管能力现代化 ● 注重多方协调联动

资料来源：火石创造根据公开资料整理

值得一提的是，2019年10月，国务院出台《促进中医药传承与创新发展的意见》，明确指出要继承好、发展好、利用好中医药产业，中医药产业传承创新发展按下快进键。基于此，云南、广东、四川、

广西壮族自治区等地方政府积极响应，相继出台有关措施，推动中医药事业和产业高质量发展。

对比分析四川省、广东省、云南省和广西壮族自治区 4 个省/自治区针对中医药传承与创新的相关举措。四川省以围绕“一千多支、五区协同”为战略部署，打造以川产地道药材为特色的西部中医高地；广东省以粤港澳大湾区为发展契机，着力发展高质量发展中药种植业，支持岭南地区中药材产区“一村一品、一镇一业”特色产业发展；云南省以傣、藏、彝等民族医药为特色，编制云南少数民族医药典籍、技术和方药目录，编纂滇南中医药学术系列丛书等，积极培育云药品牌，打造面向东南亚的中药材交易中心；广西壮族自治区则积极开展中成药上市后评价和二次开发，通过与粤港澳大湾区的积极合作和自身壮瑶药的特色优势，努力打造特色鲜明、面向全国、辐射东盟的壮瑶医高地。





图 2：中医药传承与创新相关政策

图片来源：火石创造

表 2：重点城市关于促进中医药传承创新发展的响应举措

健全中医药服务体系		发挥中医药在维护和促进人民健康中的独特作用
国务院	<ul style="list-style-type: none"> 加强中医药服务机构建设 筑牢基层中医药服务阵地 以信息化支撑服务体系建设 	<ul style="list-style-type: none"> 发挥中医药在公共卫生事件应急处置中的作用 加强中医优势专科建设，及时总结形成诊疗方案 强化中医药在疾病预防中的作用 促进中医药、中华传统体育与现代康复技术融合，发展中国特色康复医学
四川省	<ul style="list-style-type: none"> 围绕“一干多支、五区协同”战略部署，打造西部中医高地 建立对乡村基层中医药人员的补偿机制 建立中医药文化宣传信息系统 	<ul style="list-style-type: none"> 建立重大疫情中医药人群防御和早期介入机制 加快省中医循证医学平台建设，推动中医经典病房建设 “中医四季养生行动”，将中医治未病理念融入群众健康教育 建设高水平中医药运动医学健康中心
广东省	<ul style="list-style-type: none"> 加快建成具有岭南特色高水平中医医院群 打造区域分级诊疗模式 建设中医药数据中心，形成中医临床大数据 	<ul style="list-style-type: none"> 打造省级中医药防治传染病重点研究室 建设岭南中医证候样本库 研究中医药参与重大疑难疾病诊疗的具体环节和施治方案 推进“治未病”健康工程，并纳入家庭医生签约服务范畴
云南省	<ul style="list-style-type: none"> 建设省民族医院 基层中医药提质增效工程 推进省级中医药数据中心建设 	<ul style="list-style-type: none"> 加快建立传染病中医临床救治体系 加强傣、藏、彝等民族医药重点学科建设 鼓励家庭医生提供中医治未病签约服务 推进中西医协同合作，推广中西医结合康复方案 在三级中医医院设置康复科，建成省级中医康复示范基地
广西壮族自治区	<ul style="list-style-type: none"> 加强中医药壮瑶医药服务机构建设 建设基层名老中医药专家传承工作室 	<ul style="list-style-type: none"> 加快中药壮瑶药新药创制研究 加强中医药壮瑶医药循证医学研究，建立健全中西医结合协作机制 初步建立慢性病中医药壮瑶医药监测与信息识别 制定推广一批中医壮瑶医康复方案

大力推动中药质量提升和产业高质量发展		加强中医药人才队伍建设
国务院	<ul style="list-style-type: none"> 加强中药材质量控制，强化中药材道地产区环境保护，修订中药材生产质量管理规范。 改革完善中药注册管理，建立健全符合中医药特点中药安全、疗效评价方法和技术标准 建立多部门协同监管机制，探索建立生产流通使用全过程追溯体系； 健全中药饮片标准体系，加强中成药质量控制；加强中药注射剂不良反应监测，完善中药质量安全监管法律制度。 	<ul style="list-style-type: none"> 改革人才培养模式，强化中医思维培养，改革中医药院校教育，优化学科专业结构，培养高层次中西医结合人才 培养造就一批高水平中医临床人才和多学科交叉的中医药创新型领军人才。支持组建一批高层次创新团队 健全人才评价激励机制，各种表彰奖励评选向基层一线和艰苦地区倾斜

四川省	<ul style="list-style-type: none"> 建立川产道地药材生产技术地方标准体系、质量等级评价制度 加快制定修订省级中医药标准和地制规范,开展已上市中成药再评价 支持创建一批中医药健康旅游基地,鼓励商业保险机构开发与中医药健康管理相关的保险产品 制定省经经典方、民间秘方目录,推动成果转化 建立健全中药材道地地方标准,完善我省中药安全监测体系 	<ul style="list-style-type: none"> 支持成都中医药大学“双一流”学科建设,支持西南医科大学等争创国家中医药重点学科,鼓励有条件的高等学校增设中医药类专业 建设高层次人才培养基地,完善确有专长人员考核实施细则 完善公立中医医疗机构薪酬制度,深化中医药职称制度改革
广东省	<ul style="list-style-type: none"> 加强岭南中医药基础研究,构建南药资源化学成分和组分样品库 高质量发展中药种植业,支持中药材产区“一村一品、一镇一业”特色产业发展 健全生产流通使用全过程追溯体系,将中药企业信用信息纳入省公共信息管理系统 	<ul style="list-style-type: none"> 支持高等学校中医、中西医结合、中药类学科发展,建立学校教育与传统教育有机结合的学习制度 建设中医药高层次人才和基层人才培养基地,推进确有专长人员医师资格考核规范化建设 各种激励政策向基层一线和粤东粤西粤北地区中医药人才适当倾斜
云南省	<ul style="list-style-type: none"> 制定全省道地优势药材目录,鼓励国有林场开展林下中药材基地建设 加强中药材质量控制与监管,开展中药材产业标准和民族药材地方标准制(修)订 加快道地药材品牌培育,大力发展中药配方颗粒,支持中药配方颗粒品种纳入省级医保目录 建设一批中医药健康旅游示范基地和康体休闲体验园 建立完善中药材流通体系,打造东南南亚的中药材交易中心 	<ul style="list-style-type: none"> 支持云南中医药大学建设成为特色鲜明的高水平大学,加强保山中医药高等专科学校建设 加大人才引进培养力度,引进培养高层次中医药人才并按规定给予相应财政经费支持 建立同行评议制度,确保中医药有关评审、评估、鉴定活动的专业性
广西壮族自治区	<ul style="list-style-type: none"> 大力发展中医药壮瑶医药养生保健服务,包括健康养老服务和健康旅游服务 加强中药壮瑶药材质量控制,基本建立道地药材生产技术标准体系、等级评价制度 开展中药壮瑶药饮片炮制规范提升修订工作,加大中成药上市后评价和二次开发力度 改革完善中药壮瑶药制剂注册管理,成立自治区中医药民族医药专家委员会 落实中药壮瑶药生产企业主体责任 	<ul style="list-style-type: none"> 改革中医药院校教育,提高中医类专业经典课程比重 建设西医学学习中医培训基地,建立更加完善的西医学学习中医制度 联合培养高层次复合型中医药壮瑶医药人才,推行高年资中医医师带徒制度,与职称评审、评优评先等挂钩 建立和完善公立中医医疗机构的绩效工资总量动态调整机制
促进中医药传承与开放创新发展		改革完善中医药管理体制机制
国务院	<ul style="list-style-type: none"> 挖掘和传承中医药宝库中的精华精髓,加强典籍研究利用,加快推进活态传承,建立合作开发和利益分享机制 加快推进中医药科研和创新,建立多学科融合的科研平台,研究实施科技创新工程 推动中医药开放发展,将中医药纳入构建人类命运共同体和“一带一路”国际合作重要内容,实施中医药国际合作专项 	<ul style="list-style-type: none"> 完善中医药价格和医保政策,研究取消中药饮片加成相关工作 完善投入保障机制,健全中医药管理体制,加强组织实施
四川省	<ul style="list-style-type: none"> 要挖掘和传承川派中医药文化精髓,积极推动中医药对外交流与合作 持续推进“中医药国际合作基地(四川)”,构建四川中医药“健康丝绸之路”,推进川、滇、黔、桂等区域中医药融合发展 设立四川省中医药研发风险分担基金,加大对中医药科技的投入,承接中医药关键技术装备重大专项 	<ul style="list-style-type: none"> 中药制剂按规定纳入医保支付范围 统筹推进中医药全行业管理,完善支持保障机制,强化中医药监督管理
广东省	<ul style="list-style-type: none"> 收集民间药方,实行岭南名医影像工程 推进中医药文化进校园,加大岭南中医药文化遗产保护力度 支持企业、高等学校、医院和科研机构中医药产学研一体化 探索粤港澳三地中药标准融合互认 	<ul style="list-style-type: none"> 将符合条件的中药制剂按规定纳入医保支付范围,将“治未病”项目纳入医保个人账户的支付范围
云南省	<ul style="list-style-type: none"> 编制云南少数民族医药典籍、技术和方药目录,编纂滇南中医药学术系列丛书,制定傣、藏、彝等民族医药优势病种诊疗方案 开展中医药优势病种相关研究、中药及其产业化技术研究,力争形成一批自主知识产权 把中医药文化贯穿国民教育始终,深化大湄公河次区域传统医药交流机制,并推进中医药海外中心建设 	<ul style="list-style-type: none"> 适当提高中医药诊疗项目的报销比例 选择部分病种,试点推进中西医“同病同价”,积极将适宜的中医医疗服务项目和中药饮片、民族药、医疗机构制剂按规定纳入医保支付范围
广西壮族自治区	<ul style="list-style-type: none"> 建立中医药壮瑶医药古籍和传统知识数字图书馆 建立多学科融合的科研平台,完善中医药壮瑶医药产学研一体化创新模式 推动中医药壮瑶医药开放发展,打造特色鲜明、面向全国、辐射东盟的壮瑶医药高地 对接粤港澳大湾区,推动健全中医药壮瑶医药领域的合作机制 	<ul style="list-style-type: none"> 按规定将中药壮瑶药配方颗粒纳入医保药品支付范围,并积极将适宜的中医壮瑶医药医疗服务项目和中药壮瑶药按规定纳入医保范围

资料来源：火石创造根据公开资料整理

随着中医药产业的蓬勃发展,国家和各地区利好政策举措不断推

陈出新，中医药产业迎来巨大的发展前景。根据多地发布的中医药发展创新政策，主要聚焦于五大重点方向。第一，注重中西医协同，充分发挥中医药的疾病防治作用、保健康复作用以及在公共卫生事件应急处置中的作用。第二，加强中药信息化溯源，并以信息化支撑中医药服务体系建设，重点巩固中医药基层服务阵地。第三，加强中医药质量控制，包括上游种植、中游生产制造、下游流通，将从注册管理、上市评价、信息追溯等全方位监测药品质量。第四，强调人才是中医药传承创新发展的第一要素，重视人才队伍的建设。第五，积极推动中医药文化的海内外传播，通过交流与合作加速中药国际化进程。因此，在机遇和挑战并存的时代背景下，中医药产业传承创新的课题将在技术升级和政策加持下，释放更强大的魅力，大展宏翼，实现振兴。

[返回目录](#)

当中医药遇到互联网，会碰出怎样的火花？

来源：BOSS 论健

一边是日益增长的社会需求，一边是难尽人意的精髓传承，时代的发展让中医药发展和传承问题成为社会关注的热点。

受限于中药材质量良莠不齐、人才建设比较薄弱、创新不够、作用发挥不充分等多方因素，中医药行业整体发展受限。但与此同时，人工智能、大数据、云计算、物联网、区块链等技术的迅猛发展，也为中医药提供了可靠的技术驱动力，因此有越来越多的中医药初创企业涌现。

万亿中医药市场危中有机

《2019 年中国中医药行业白皮书》数据显示，2014 年，我国中医药行业整体市场规模为 11474 亿元，2014-2018 年期间，我国中医药行业市场规模以 6.9% 的年复合率增长，到 2018 年，中医药行业市场规模达到 14975 亿元。在国家政策利好及需求增加等因素的促进下，预测未来 5 年中医药行业市场规模复合增长率将上升到 8.3%，到 2023 年，市场规模有望达到 22368 亿元。

中医药行业虽有广阔的市场，但在当前仍存在诸多发展困局。北京中医药大学东直门医院国际部主任于国泳按照行业类型将中医药产业分为三个模块：第一产业(即中药材种植行业)、第二产业(即中医原材料加工行业)和第三产业(除第一、二产业之外)。她分析称，中医药产业发展的困局首先是体量不足的问题。中医的发展时间远在西医之上，在 200 年前的国内中医是一家独大的。但中医人在传承中医文化的过程中，历经坎坷，中医名家又在时代的轮回中逐渐消逝，从而导致中医文化传承出现了“断层”。其次，中医离不开中药，草药的种植、加工标准化难和溯源难也在一定程度上影响着中医药行业的发展。第三，市场供不应求，尤其是优质的服务、资源的供需关系不平衡问题进一步阻碍中医药发展。

“一边是大量有‘绝活’能看好病的中医，另一边是公众对于中医‘伪科学’的呼声。两者叠加之后，越来越多有‘绝活’的中医甚至连温饱都无法解决，这也成为影响中医传承发展的一大问题。”扁

鹊在线联合创始人赵腾达如是说。

在小鹿中医 CEO 梓墨看来，当前中医发展的困局主要体现在三个方面：第一是评价系统的科学化；第二是优质医疗服务能力的传承；第三是对整个产业供应链体系的科学化管理。“困难巨大的同时也说明机会巨大。”梓墨认为，中医在国家整个医疗体系中相对西医来说体量较小，但作为一个单独的创业赛道来说，则拥有广阔的前景。并且近年来有八成以上的 80、90 后的年轻群体愿意为中医药付费，所以市场在快速成长，行业危中有机。

互联网助力中医标准化建设

资本对于互联网医疗的期待，是从中发现下一个 BAT。而医疗界对互联网医疗的期待则是，能够通过互联网对医疗服务体系和价值进行重塑。

国家主席习近平曾提出：“推进中医药现代化，推动中医药走向世界。”但当前现有的互联网医疗创业项目，更多的是从西医入手，希望解决医疗服务各个环节中的痛点。对于处于风口产业的中医+互联网来说，到底要走怎样的发展道路？

“传统中医都认为中医诊疗是很难标准化的，但是如果借助现代的技术，实际上是完全可以进行标准化的。”赵腾达认为，首先将传统中医中的“望、闻、问、切”形成模型，利用当下算法技术将大批量的模型数据进行统计整合后，最终为病人输出的就是一张处方，而其中的关键在于如何将算法与中医结合。

即便未来实现了标准化，也不代表所有的病都是可以标准化的。赵腾达强调，还有一小部分病是没办法标准化的，还需要人来介入。但大部分常见、多发病是可以通过互联网手段进行标准化的。

“通过收集百万量级的结构化数据，用人工智能技术是可以做出相当大程度的贡献的。”梓墨认为，在充分研讨中医背后逻辑体系的情况下，中医和人工智能再进行有机结合，未来在中医科学化方面会大有可为。

互联网中医的突破口是线上线下有机结合

利用互联网思维进行资源跨界整合，以此来传承和发展中医药是当前火热的议题之一。

2017年，我国发布了《国家中医药管理局关于推进中医药健康服务与互联网融合发展的指导意见》，从深化中医医疗与互联网融合、发展中医养生保健互联网服务等方面绘就了我国“互联网+中医药”的发展路线图。此后，相关领域纷纷进行了融合和创新。

专家预测，未来10到15年对经济贡献最大的是包括大数据和人工智能在内的信息技术融入各个产业的新产品、提供个性化产品和服务的新业态、产业链跨界融合的新模式。

对此，于国泳表示，期待未来中医、中药产业通过互联网这一新业态能够为其带来新的活力，线上线下未来有机会共同携手，一同壮大中医药行业。

“互联网医疗未来开放首诊是大势所趋。”梓墨认为，在保证互

联网医疗安全性的前提下，未来互联网医疗一定会逐渐放开首诊服务。但即使放开互联网首诊，未来也会按照不同的疾病、病程进展来安排线下诊疗。所以，互联网医疗未来的发展方向一定是线上线下的有机结合。

[返回目录](#)

· 药闻资讯 ·

国常会提出集采常态化制度化要求！第四批国采 2 月 3 日开标！

来源：米内网

第四批国采正式启动，最新竞争格局来了。

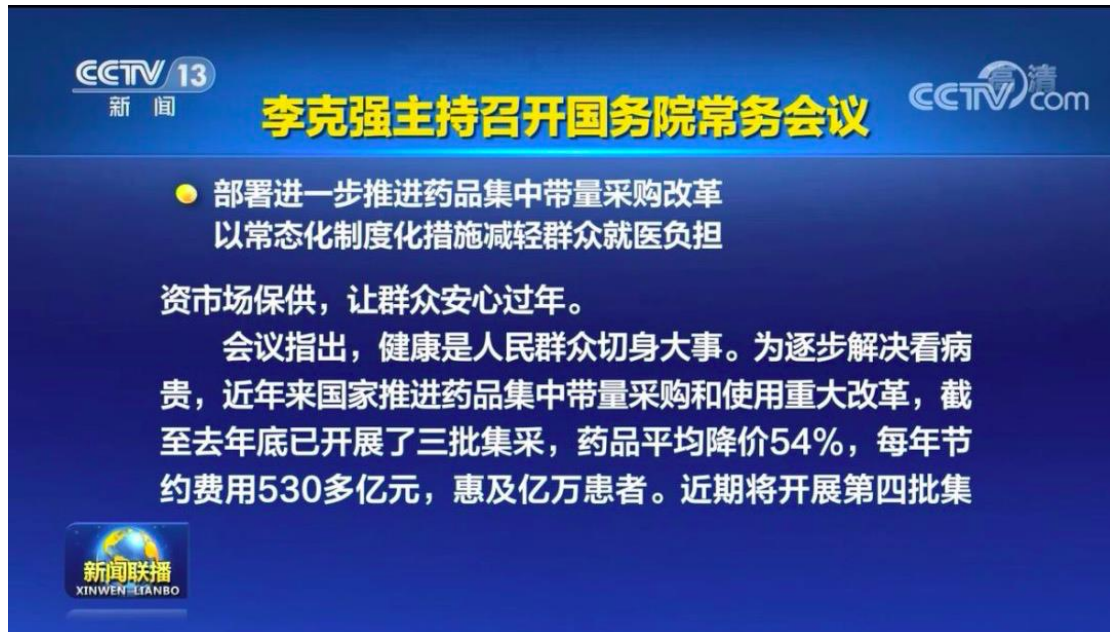
1、不到 20 天，第四批国采开标

1 月 15 日，上海阳光医药采购网发布公告，宣告了第四批国采的正式启动。根据全国药品集中采购文件，第四批国采 2 月 3 日就将开标，距今还有不到 20 天。文件规定，第四批国采于 2021 年 2 月 3 日 8 点开始接受申报材料，上午 10 点公开各企业申报信息，下午 2 点确定各家企业的供应地区和供货量。也就是说，春节之前第四批国采的中选结果就能基本尘埃落定。

据不完全梳理，截至目前，新疆、甘肃、广东、江苏、江西、浙江、山西、湖北、福建等地已经跟进转发了第四批国采的集采文件，并提醒符合要求的企业申报参与。

2、国务院总理要求，兼顾企业合理利润

同日，国务院总理主持召开国务院常务会议，部署进一步推进药品集中带量采购改革，以常态化制度化措施减轻群众就医负担。会议指出，近期将开展第四批集采，并扩大医用耗材集采范围。



会议要求推进药品集采常态化制度化：

一是坚持保基本，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，逐步覆盖临床必需、质量可靠的各类药品和耗材。研究对治疗罕见病的“孤儿药”采购作出特殊安排。

二是通过质量和价格公平竞争产生中选企业和药品、耗材。医疗机构要确保优先使用中选药品。中选企业要确保降价不降质量，保证供应。加强对中选药品和耗材全链条监管。

三是集采要在为患者减负同时，兼顾企业合理利润，促进产品创新升级，对节约的医保费用按规定给予医疗机构激励。

3、第四批国采的竞争格局分析

不同于此前的流传文件，根据上海阳光医药采购网的正式发文，第四批国采共涉及 45 个品种 80 个品规。

规格变化

据梳理对比，在正式的文件中，玻璃酸钠滴眼剂的 0.1% 和 0.3% 被分为两个品种，因此从之前的 44 个品种变为了 45 个品种。

至于品规的减少，主要情况如下：多索茶碱注射剂少了 10ml：0.2g、20ml；0.3g 两个规格，氯雷他定少了 5mg 规格，那格列奈口服常释剂型少了 30mg 规格，培哌普利少了 2mg 规格，羟苯磺酸少了 0.25g 规格，吸入用硫酸沙丁胺醇少了 0.1g/20ml 规格，替米沙坦少了 20mg 规格，头孢丙烯少了 0.125g、0.5g 两个规格。

总的来看，第四批国采共涉及 8 个注射剂，3 个滴眼剂，其余全部为口服剂型。

竞争激烈的品种

米内网数据显示，45 个通用名药品在 2019 年中国公立医疗机构终端合计销售额 550 亿元，涉及最高采购规模超过 250 亿元，高于第三批集采 55 个品种最高采购额 226 亿元的体量。

下面从采购额和竞争企业数两个维度来看一下，竞争激烈的品种。

米内网数据显示，45 个药品中有 21 个药品的销售额超过 10 亿元——其中泮托拉唑注射剂以 66.7 亿元领跑，氨溴索注射剂以 59.8 亿元紧接其后。

药品名称	2019年中国公立医疗机构终端		过评企业数
	原研厂家	市场份额	
泮托拉唑注射剂	武田	11.69%	4
氨溴索注射剂	勃林格殷格翰	23.70%	12
多索茶碱注射剂	ABC Farmaceutici	5.06%	5
瑞格列奈口服常释剂型	诺和诺德	58.28%	2
替莫唑胺口服常释剂型	默沙东	45.94%	2
伏立康唑口服常释剂型	辉瑞	42.99%	3
泮托拉唑口服常释剂型	武田	16.43%	2
埃索美拉唑(艾司奥美拉唑)口服常释剂型	阿斯利康	82.16%	2
帕瑞昔布注射剂	辉瑞	60.59%	12
丙泊酚中/长链脂肪乳注射剂	费森尤斯卡比	61.92%	3
缬沙坦氨氯地平 I 口服常释剂型	诺华	100.00%	3
替米沙坦口服常释剂型	勃林格殷格翰	29.50%	5
替格瑞洛口服常释剂型	阿斯利康	97.64%	6
格列齐特缓释控释剂型	施维雅	79.29%	3
左氧氟沙星口服常释剂型	第一三共	55.27%	6

此外这 21 个药品中有 11 个药品的原研厂家在 2019 年中国公立医疗机构终端竞争格局中的市场份额超过 50%，其中缬沙坦氨氯地平 I 口服常释剂型、索拉非尼口服常释剂型基本由原研厂家独占。

从参与竞争的企业数量来看，第四批国采的 45 个药品均满足 3 家及以上的竞争条件，其中 31 个药品过评企业数达 3 家及以上，其中 14 个药品可参与竞争的企业数达 5 家及以上，氨溴索注射剂、帕瑞昔布注射剂竞争最激烈，满足门槛企业数达 10 家以上。另有 14 个药品过评企业数满 2 家，原研厂家均已获批进口。

药品名称	2019年中国公立医疗机构终端		集采规格	满足条件企业数
	销售额(亿元)	原研厂家及市场份额		
氨溴索注射剂	54.85	勃林格殷格翰(23.7%)	1ml:7.5mg、2ml:15mg、4ml:30mg	13
帕瑞昔布注射剂	19.94	辉瑞(60.59%)	20mg、40mg	13
左氧氟沙星口服常释剂型	8.09	第一三共(99.97%)	0.25g、0.5g	7
替格瑞洛口服常释剂型	15.15	阿斯利康(97.64%)	60mg	7
替米沙坦口服常释剂型	15.23	勃林格殷格翰(29.50%)	20mg、40mg、80mg	6

度洛西汀口服常释剂型	11.37	礼来(53.03%)	20mg、30mg、60mg	6
多索茶碱注射剂	31.53	ABC Farmaceutici(5.06%)	10ml:0.1g、10ml:0.2g、20ml:0.2g、 20ml:0.3g	6
吡喹酮口服常释剂型	1.06	-	0.25g、0.5g	5
布洛芬口服常释剂型	0.70	-	0.1g、0.2g	5
洋托拉唑注射剂	66.69	武田(11.69%)	40mg	5
硼替佐米注射剂	14.42	西安杨森(63.75%)	1mg、3.5mg	5
普瑞巴林口服常释剂型	3.37	辉瑞(60.08%)	75mg、150mg	5
特比萘芬口服常释剂型	1.95	诺华(-)	0.125g、0.25g	5
羟苯磺酸口服常释剂型	8.57	Klocke (-)	0.25g、0.5g	5

4、第四批国采的主要玩家

相关统计显示，第四批国采，预计超过 120 家企业将参与竞争。

据米内网统计，在第四批国采中，过评品种达 3 个及以上的企业有 12 家，齐鲁制药、扬子江药业均以 7 个过评品种领跑，中国生物制药、石药集团涉及的过评品种分别有 6 个、5 个，豪森药业、科伦药业、东阳光药及复星医药均有 4 个过评品种在列，倍特药业、百奥药业、福元医药及恒瑞医药各有 3 个品种涉及。

在此前的国采中表现突出的齐鲁，在第四批集采中涉及 7 个品种，分别为——氨磺必利片、注射用帕瑞昔布钠、注射用硼替佐米、普瑞巴林胶囊、盐酸特比萘芬片及注射用比伐芦定、盐酸普拉克索片。

诺华和勃林格殷格翰均有 5 个品种被纳入第四批集采，辉瑞和阿斯利康均有 3 个品种涉及。45 个品种中，21 个品种的原研药企 2019 年在中国公立医疗机构终端占据的市场份额超过 50%，其中 7 个品种由原研药企独占市场，且索拉非尼口服常释剂型、缬沙坦氨氯地平 I 口服常释剂型销售额超过 10 亿元。

值得注意的是，米内网指出，有多家企业的品种是在 2020 年获

批上市，市场尚待开拓——比如齐鲁制药的盐酸普拉克索片、普瑞巴林胶囊及注射用比伐芦定均于 2020 年获批上市；扬子江涉及的多索茶碱注射液、玻璃酸钠滴眼液于 2020 年获批上市，丙泊酚中/长链脂肪乳注射液于 2021 年获批。

5、规则的变与不变

资料显示，截至目前，前三批国家组织药品集采共涉及 112 个药品，平均药价降幅为 54%。按约定采购量计算，每年采购费用从 659 亿元下降到 120 亿元，节省了 539 亿元。

据梳理，前三轮集采的规则如下：

首轮 4+7 集采：11 个试点城市，25 个品种，12 个月的采购周期，只允许最低价企业一家中选。

4+7 扩围：覆盖 25 个联盟地区，最多允许 3 家企业中选共享约定采购量的 70%(1 家 50%、2 家 60%)，采购周期最长为 2 年(视情况可延长一年，即共 3 年)。

第二轮集采：全国参与，32 个品种，最多允许 6 家企业中选，4 家及以上企业中选的品种采购周期为 3 年(1 家 1 年,2 家或 3 家 2 年)，4 家及以上中选的共享约定采购量的 80%(1 家中选 50%,2 家中选 60%，3 家中选 70%)。

第三轮集采：全国参与，55 个品种，最多允许 8 家药企中选，4 家及以上企业中选的品种采购周期为 3 年(1 家或 2 家，1 年;3 家，2 年;4 家及以上，3 年)，4 家及以上中选的共享约定采购量的 80%(1

家中选 50%，2 家中选 60%，3 家中选 70%)。

根据最新的第四批国采文件，第四轮集采：全国参与，45 个品种，最多允许 10 家企业中选，4 家及以上企业中选的品种采购周期为 3 年(1 家或 2 家，1 年;3 家，2 年;4 家及以上，3 年)，4 家及以上中选的共享约定采购量的 80%(1 家中选 50%，2 家中选 60%，3 家中选 70%)。

有部分品种不遵从上述规则：

氨溴索注射剂、丙泊酚中/长链脂肪乳注射剂、布洛芬注射液、多索茶碱注射剂、帕瑞昔布注射剂、泮托拉唑注射剂、硼替佐米注射剂、注射用比伐芦定本轮采购周期原则上为 1 年。

伏立康唑口服常释剂型、诺氟沙星口服常释剂型、特比萘芬口服常释剂型、头孢丙烯口服常释剂型、左氧氟沙星口服常释剂型、玻璃酸钠滴眼剂(含 0.1%浓度与 0.3%浓度)、注射用比伐芦定，各地首年约定采购量在同样的中选企业数量的条件下，依次减少 10%。

此外，满足 1.8 倍的熔断机制、大于等于 50%的降幅以及单位可比价小于等于 0.1 元的三个条件之一，仍然是企业获得拟中选资格的条件。

总的来看，除了针对部分注射剂型以及抗菌药的采购周期以及采购量有特殊化的规定外，第四批国采的大体规则与第三批保持一致，唯一不同的就是将中选企业的数量扩充到了 10 家。

有分析指出，允许中选企业数量的增多或能部分缓和参与药企的

竞争激烈程度，但是由于第四批国采涉及的药品市场规模较大，其竞争程度或仍然相对激烈。

附：第四批集采 45 个通用名药品竞争格局

通用名药品	2019 年 中国公立医疗机构终端		集采规格	过评品种	过评企业
	销售额 (亿元)	原研厂家及 市场份额			
埃索美拉唑 (艾司奥美拉唑) 口服常释剂型	20.58	阿斯利康 (82.16%)	20mg、40mg	艾司奥美拉唑镁肠溶片	江西山香药业有限公司
				艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊	广东东阳光药业有限公司
氨磺必利口服常释剂型	5.20	赛诺菲 (20.56%)	50mg、0.1g、0.2g	氨磺必利片	齐鲁制药有限公司
					厦门力卓药业有限公司; 深圳市泛谷药业股份有限公司
					河北龙海药业有限公司
氨溴索注射剂	59.81	勃林格殷格翰 (23.74%)	1ml:7.5mg、 2ml:15mg、 4ml:30mg	盐酸氨溴索注射液	华中药业股份有限公司
					四川美大康华康药业有限公司
					成都倍特药业有限公司
					海南全星制药有限公司
					福安药业集团宁波天衡制药有限公司
					山东华鲁制药有限公司
					山东罗欣药业集团股份有限公司
					云南龙海天然植物药业有限公司
					石家庄四药有限公司
					河北凯威制药有限责任公司; 广州一品红制药有限公司
					浙江康恩贝制药股份有限公司
					湖北科伦药业有限公司
					北京汇恩兰德制药有限公司
浙江尖峰药业有限公司					
美洛他定滴眼剂	2.01	诺华 (76.70%)	5ml:5mg (0.1%)	盐酸美洛他定滴眼液	广东华南药业集团有限公司
吡嗪酰胺口服常释剂型	1.06	-	0.25g、0.5g	吡嗪酰胺片	江苏四环生物制药有限公司; 卓和药业集团有限公司
					成都锦华药业有限责任公司
					重庆华邦制药有限公司
					沈阳红旗制药有限公司
					江苏盈科生物制药有限公司
丙泊酚中/长链脂肪乳注射剂	19.49	赛森尤斯卡比 (61.92%)	20ml:0.2g	丙泊酚中/长链脂肪乳 注射液	四川科伦药业股份有限公司
布洛芬口服常释剂型	0.70	-	0.1g、0.2g	布洛芬片	扬子江药业集团有限公司
					宜昌人福药业有限责任公司
					安徽环球药业股份有限公司
					山东新华制药股份有限公司
					青岛黄海制药有限责任公司
布洛芬注射液	0.36	-	4ml:0.4g、8ml:0.8g	布洛芬注射液	石药集团欧意药业有限公司
					成都倍特药业有限公司
					杭州民生药业有限公司
					吉林四环制药有限公司
					成都苑东生物制药股份有限公司

度洛西汀口服常释剂型	11.37	礼来 (53.03%)	20mg, 30mg, 60mg	盐酸度洛西汀肠溶胶囊	石药集团欧意药业有限公司 上海上药中西制药有限公司 青岛百洋制药有限公司 成都倍特药业有限公司 广东东阳光药业有限公司
多索茶碱注射剂	31.53	ABC Farmaceutici (5.06%)	10ml:0.1g, 20ml:0.2g	多索茶碱注射液	扬子江药业集团南京海陵药业有限公司 石家庄四药有限公司 安徽恒星制药有限公司 山西诺成制药有限公司 浙江北生药业汉生制药有限公司
恩格列净口服常释剂型	*	勃林格殷格翰 (100%)	10mg, 25mg	恩格列净片	四川科伦药业股份有限公司 江苏豪森药业集团有限公司
恩曲他滨替诺福韦口服常释剂型	0.47	吉利德 (100%)	恩曲他滨 200mg+富 马酸替诺福韦二吡唑 酮 300mg	恩曲他滨替诺福韦片	安徽贝克生物制药有限公司 正大天晴药业集团股份有限公司
格列齐特缓释控释剂型	15.08	施维雅 (79.29%)	30mg, 60mg	格列齐特缓释片	天津君安生物制药有限公司 北京福元医药股份有限公司 宜昌人福药业有限责任公司 江苏恩华药业股份有限公司
加巴喷丁口服常释剂型	2.15	-	0.1g, 0.3g, 0.4g	加巴喷丁胶囊	江苏恒瑞医药股份有限公司 北京四环制药有限公司
卡格列净口服常释剂型	*	西安扬森 (100%)	0.1g, 0.3g	卡格列净片	正大天晴药业集团股份有限公司 江苏豪森药业集团有限公司
噻疏平缓释控释剂型	3.61	阿斯利康 (100%)	50mg, 200mg, 300mg	富马酸噻疏平缓释片	北京天衡药物研究院南阳天衡制药厂 上海复春海门药业有限公司 浙江海正宣泰医药有限公司 佛山德药可制药有限公司
洛索洛芬口服常释剂型	6.12	第一三共 (36.05%)	60mg	洛索洛芬钠片	卫材(辽宁)制药有限公司 迪沙药业集团有限公司 湖南九典制药股份有限公司
氯雷他定口服常释剂型	6.49	拜耳 (32.46%)	10mg	氯雷他定片	扬子江药业集团上海海尼药业有限公司 拜耳医药保健有限公司浦东分公司 万特制药(海南)有限公司
莫沙必利口服常释剂型	12.19	日本住友 (3.38%)	5mg	枸橼酸莫沙必利片	成都康弘药业集团股份有限公司 鲁南贝特制药有限公司 广东安诺药业股份有限公司 福建海西新药创制有限公司
那格列奈口服常释剂型	1.12	诺华 (57.69%)	60mg, 120mg	那格列奈片	珠海同益制药有限公司 江苏德源药业股份有限公司

[返回目录](#)

中纪委连发两文，直指医药腐败问题发案规律

来源：医库

近日，中央纪委国家监委网站连发两文，《新规约束医药代表行为斩断药品回扣利益链》和《医疗领域反腐：有人一手把脉问诊，一

手袖里吞金》，直指医疗领域腐败案件，药企通过医药代表向医生输送回扣助长医疗腐败。



领导活动 信息公开 党纪法规 监督举报 审查调查 巡视巡察 视频访谈 历史文化

首页 > 要闻

新规约束医药代表行为 斩断药品回扣利益链

来源：中央纪委国家监委网站 发布时间：2021-01-17 08:29 分享



领导活动 信息公开 党纪法规 监督举报 审查调查 巡视巡察 视频访谈 历史文化

首页 > 要闻

医疗领域反腐：有人一手把脉问诊，一手袖里吞金

来源：中央纪委国家监委网站 发布时间：2021-01-19 19:22 分享

在《新规约束医药代表行为斩断药品回扣利益链》一文聚焦医药代表的主要工作任务，以及药企如何管理医药代表。

医药代表走上合规专业化之路

日前，国家药监局组织制定的《医药代表备案管理办法(试行)》(以下简称《办法》)正式施行。《办法》明确提出，医药代表不得承担药品销售任务，实施收款和处理购销票据等销售行为;药品上市许可持有人不得鼓励、暗示医药代表从事违法违规行为。

为实现打开药品销售渠道、提高药品售价等目的，一些所谓的‘医药代表’通过向医生输送回扣的方式影响其用药行为，成为滋生腐败的温床，并一定程度导致了药价虚高。

《办法》的出台有助于让医药代表走上合规专业化之路，还可以促使制药企业依规依法开展经营活动，打破原有灰色利益链。对于医药代表而言，未来只有拥有过硬的学术能力，才能实现职业的正本清源。是否具备专业药品知识，是否能在更加规范的前提下与医生进行学术交流、给出临床方面的专业性建议，将会成为医药代表能否在行业内立足的关键。

药企对医药代表在推广过程中的所有违规违纪违法问题负有第一责任

上海市第六人民医院党委副书记、纪委书记岑珏表示，尽管回扣问题危害巨大，但不应将责任完全归咎于医药代表：“部分制药企业在经营观念方面的偏差才是更深层次的原因。”据统计，2016年至2019年间，全国百强制药企业中有超过半数被查实存在直接或间接给予回扣的行为，其中频率最高的企业三年涉案20多起，单起案件回扣金额超过2000万元。

国家药监局有关负责人在接受记者采访时表示，除明确医药代表的定义、主要工作任务和开展学术推广的5种形式外，《办法》还明确了药品上市许可持有人的主体责任，提出持有人的5条禁令和医药代表的7条禁令，其核心是强化药品上市许可持有人对医药代表的严格管理。

医药代表备案制正式启动后，药品上市许可持有人需要在国家药监局指定的备案平台按要求录入、变更、确认、删除其医药代表信息，

医疗机构则可在备案平台查验核对医药代表的备案信息。药品上市许可持有人要对进行备案的医药代表的信息真实性负责，且对医药代表在推广过程中出现的所有违规违纪违法问题负有第一责任。

在《新规约束医药代表行为斩断药品回扣利益链》一文中，强调医疗卫生领域反腐败持续深化，总结了该领域腐败问题发案规律和特点。

医院“一把手”腐败成为一个典型特征

以广西为例。2020年10月3日，广西中医药大学党委副书记、校长唐农涉嫌严重违纪违法，接受审查调查。在此前后，广西多名医院院长接连落马——广西中医药大学党委常委、副校长、广西国际壮医医院院长覃裕旺，河池市第一人民医院党委副书记、院长谭仁林先后接受审查调查；桂林市人民医院原党委副书记、院长钱畅，桂林市妇女儿童医院原党委副书记、院长唐振祥被开除党籍……

除了“一把手”，关键岗位涉案人员比重较高。广西卫生健康委直属机关纪委书记张超雄介绍，广西纪检监察机关“十三五”期间立案查处医疗卫生系统案件4000多件，其中涉及各级医院和乡镇卫生院约2500件。在这近2500件医疗机构案件中，近50%违纪违法人员是掌握药品、医疗设备等采购资源的县级以上医院和乡镇卫生院领导、科室或部门负责人。

去年各级医疗系统查处的领导干部中，不少都在本系统本单位长期工作：四川省人民医院原党委书记、院长李元峰，从1975年至2016

年退休一直任职于四川省人民医院；在李元峰之后落马的四川省人民医院原市委常委、纪委书记马昌礼，从1990年开始在本院工作至2012年退休。他们在某一专业领域长期深耕，既是行政领导又是权威专家，极易形成个人势力、小圈子，在重大事项决策、公共资金使用、干部选拔任用等方面“一个人说了算”，污染本系统本单位的政治生态。

医疗腐败惩治重点：招投标、医药采购、开单提成、医保资金等

近期多起医疗系统腐败案，都表现为医疗机构领导干部、工作人员与供应商内外勾结，形成腐败利益链。不合理用药、不合理检验检查、不合理使用高值医用耗材等现象时有发生。一些医务人员利用手中处方权“开单提成”，利用医疗设备、药品耗材采购等医疗卫生资源谋取利益甚至职务犯罪。

2020年5月，成都市金堂县平桥卫生院党支部书记、院长李济在参加金堂县各基层医疗卫生机构新冠肺炎疫情防控医疗物资采购项目比选招标时，个人擅自决定变更采购设备参数及重新招标事项，违反工作纪律，受到党内严重警告处分。“从近年来查处的卫生健康行业领域的问题来看，在招投标或采购过程中通过利益输送、暗箱操作、虚抬价格等违纪违法问题尤为突出。”成都市纪委监委相关负责人介绍。

2021年1月14日，云南省纪委监委发布消息，云南省纪委监委对4名涉嫌向云南省阜外心血管病医院原副院长马林昆行贿人员采取留置措施，包括昆明泰容科技有限责任公司法定代表人吴楠在内的

4 名医药企业负责人涉案。

多起窝案串案，牵涉范围广、持续时间长

医疗卫生系统相对独立封闭，且环环相接，一个问题可能牵扯多人多部门，窝案串案易发，查办案件往往“拔出萝卜带出泥”。而且不少案件涉及范围广、持续时间长，隐藏多年。

如钦州市第二人民医院原院长周钦案，就牵出了 2 名市直医院院长和 7 名乡镇卫生院院长收受“好处费”问题。

广西医疗机构处分党员干部 2000 多人中，党的十八大之后不收敛不收手的超 95%，一直持续到党的十九大之后超 24%，例如柳州市工人医院原党委委员、医学检验科原主任戴盛明，自 2009 年至 2019 年近 10 年时间受贿 968 万元。前不久，杭州市桐庐县曝光了一起医药采购窝串案，5 人因受贿被判刑，4 人受到降级、撤职等政务处分，11 人受到警示约谈、责令检查等处理，该案牵涉甚广、隐藏多年，影响甚大。

关于医疗腐败问题，中央纪委国家监委驻国家卫健委纪检监察组有关负责人曾公开表示，将加大压力传导，按照“谁主管、谁负责”和“管行业必须管行风”的要求，围绕医疗卫生领域突出问题，深入开展专项整治。而且，国家药监局重磅新规《医药代表备案管理办法（试行）》近日已施行，从药品输送回扣利益链中的重要一环，“医药代表”入手，遏制医药购销领域不正之风。

[返回目录](#)

• 医保资讯 •

山东医保局 1 号文力推“线上医保结算+线下送药上门”！
年内全面落地！

来源：山东医保局



索引号:	11370000MB28468513/2021-00035	发布机构:	医保中心网络运维和技术保障处
公开方式:	主动公开	配发分类:	政策解读
成文日期:	2021-01-18	文号:	鲁医保发〔2021〕1号

《关于坚持传统服务与智能化服务创新并行
推行老年人医疗保障便捷服务十二条措施的通知》政策解读

1 月 18 日，山东医保局官网挂出《关于坚持传统服务与智能化服务创新并行推行老年人医疗保障便捷服务十二条措施的通知》（下称《通知》）的政策解读，重申要推广复诊“线上问诊”“线上续方”“线上医保结算”“线下送药上门”等服务。

根据《通知》要求，2021 年 12 月底前山东要大力推广“送药上门服务”。依托省互联网医保大健康服务平台、互联网医院等“互联网+医保”服务新模式，实现复诊“线上问诊”“线上续方”“线上医保结算”“线下送药上门”服务，切实解决行动不便老年人就医购药困难问题。

首吃螃蟹赢先机

其实，山东省敢于在 2021 年 1 号文件中提出在 2021 年底前的期限内，实现行动不便老年人复诊“线上问诊”“线上续方”“线上医保结算”“线下送药上门”服务，是有底气的。作为全国首个全面开放支持互联网诊疗在线医保结算的省份，山东省在“互联网+医保”方面的探索进程较快。

文件中提及的，山东省互联网医保大健康服务平台就是一大指标。这个去年 4 月份正式上线启用的平台，运营公司是当天成立的山东互联网医保大健康集团有限公司——由山东省医保局、济南市政府联合推动筹建，微医集团和济南高新控股集团发起，联合中金资本、中信网络、北京应通、山大地纬、易联众、山东省新动能领航医养股权投资基金、众阳健康、漱玉平民大药房、寻山集团等多家企业共同出资组建，首期到位注册资本 10 亿元。

有此背书的平台，完成“互联网+医保+医疗+医药”综合服务的创新也不难理解了。据悉，日前在山东省政府网站挂出了“中共山东省委山东省人民政府贯彻落实《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》的实施意见”（下称《实施意见》），还将该平台建设列入全省“十四五”规划和新旧动能转换、互联网创新发展项目计划。

据山东省医保局提供的信息，已有多家医院上线试运行“互联网+”医保服务，初步实现了参保人在家中远程复诊、线上医保结算、送药到家的闭环式服务。下一步，将在全省推广。山东省互联网医保

大健康服务平台方面也表示，作为全国首个省级互联网医保大健康平台，山东医保大健康平台亦是全国首个“政府支持、国有控股、整合优势资源、市场化运作”的开放式综合服务平台。

行业人士指出，随着 2021 年山东发力推动“互联网+医保”等便民政策的落地，已搭上政策快车的山东省互联网医保大健康服务平台的影响还将进一步扩大。

建立药品处方流转平台

不过，对于实体零售药店而言，“互联网+医保”的快速推进未必完全是好消息。从山东省医保局早前印发《山东省互联网医院医保定点协议文本(试行)》(下称《协议文本》)就可以看出端倪。

在印发《协议文本》的通知中就指出，鼓励各市充分发挥具有互联网综合医疗保障服务能力、具备为互联网医院提供线上医保技术支持、流转处方药事审核、医保智能监控、与第三方药品配送企业直接结算等服务功能的第三方平台、机构的技术支撑服务作用。在《协议文本》中更是明确，通过处方流转发生的药品费用(含跨统筹地区互联网医院发生的药品费用)，由第三方药品配送企业供应配送的，甲方与药品配送企业直接结算。

不难看出，比起实体零售药店，具有相应资质的物流快递企业、以及第三方平台更容易从“互联网+医保”的推进中分一杯羹。

不过，作为重要的线下药品供给渠道，实体药店发挥着不可或缺的作用。或是因为这个因素，山东省政府在下发的《实施意见》中也

重申，要增强医药服务可及性，包括“建立药品处方流转平台，支持零售药店逐步成为向患者提供药品保障的主渠道”。分析人士预期，市级层面打通的药品处方流转平台对于有意发力 O2O 的实体药店会有不小的助力。

[返回目录](#)

“六个医保”，如何努力解除参保人医疗的后顾之忧

来源：中国医疗保险

“十四五”时期，浙江医保将以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚决扛起忠实践行“八八战略”、奋力打造“重要窗口”的职责担当，贯彻以人民健康为中心理念，以推动高质量医疗保障体系建设为主题，以“六个医保”建设为主线，着力保障全省人民基本医疗保障需求，着力增强医保服务供给能力，着力创新体制机制，深化重点领域改革，将制度优势转化为治理效能，建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，努力解除人民群众的疾病医疗后顾之忧，在医保治理现代化上取得持续进展，成为新时代全面展示中国特色社会主义制度优越性“重要窗口”的标志性成果。

从 2001 年建立职工医保制度以来，在中央和省委省政府正确领导下，浙江医保人始终把维护人民利益作为工作的出发点和落脚点，按照习近平总书记“干在实处、走在前列、勇立潮头”重要指示，不忘初心，牢记使命，坚定不移推进医疗保障事业发展。站在第十四个

五年规划新的历史起点，浙江医保立足省情，审时度势，谋划建设“公平医保、精准医保、赋能医保、数字医保、绩效医保、法治医保”等六个医保，布局“十四五”时期浙江医疗保障事业新思路新目标新战略。

一、回首“十三五”，医疗保障改革取得卓越成效

“十三五”时期，省委省政府高度重视医疗保障事业发展，根据党中央和国务院的部署，我省医疗保障体系建设和制度改革持续推进，在破解看病难、看病贵的问题上取得了突破性进展。特别是各级医疗保障局组建以来，以“起跑就是冲刺”的姿态，打响浙江医疗保障工作“开门炮”，向全社会宣示浙江医保“以人民为中心”的核心理念，出台一批提升医疗保障水平的政策，深化重点领域改革，医疗保障事业发展迈上新台阶。尤其是面对突如其来的新冠肺炎疫情，全省医疗保障系统按照国家“两个确保”的要求，率先出台待遇和支付政策，对患者医疗费用实施兜底，为统筹推进疫情防控和经济社会发展积极贡献力量。

（一）制度体系更加健全

当前，我省已经形成以基本医疗保险为主体，大病保险为延伸，医疗救助为托底，社会慈善和商业保险共同发展的多层次医疗保障体系。基本医疗保险统筹层次稳步提升。11个设区市基本医疗保险制度全部实现纵向统一和大病保险市级统筹。率先出台城乡居民门诊慢性病保障制度，全省慢性病服务网络成型，6340家定点连锁药店开通

刷卡结算，惠及全省 800 万慢病患者。医疗救助兜底机制逐步完善，在全国率先出台医疗救助指导意见，实现医疗救助政策落实率和符合条件困难群众资助参保率两个百分百。推动社会医疗保障与商业保险协调发展，出台了促进商业补充医疗保险发展的政策。生育保险和基本医疗保险合并实施，截至 2020 年三季度，生育保险参保人数 2027 万，享受待遇 895259 人次。

（二）重大改革持续推进

药价保联动改革稳步推进，按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，开展公立医院医疗服务价格改革，逐步理顺医疗服务比价关系。全面推进支付方式改革。启用全省统一的疾病诊断编码和手术操作编码，省级基本医疗保险住院费用 DRGs 点数付费实施细则出台。在全国率先启动县域医共体支付方式改革。深化药品和医用耗材采购改革。启动国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围工作。建立在线交易产品准入和退出机制，实现医保药品采购全覆盖。启动医用耗材集中带量采购。全方位深化最多跑一次改革。出台《浙江省医保经办事项“领跑者”标准》，推进医保经办标准化，省市县三级主要“跑改”指标领跑全国。医保经办事项全部实现“网上办”“掌上办”，线上办结率达 84% 以上。在全国率先建立省级医保数据交换平台和异地定点医院自费明细库。实现异地就医直接结算全覆盖。全省全部实现长三角全域住院和门诊双向直接结算。

（三）工作基础更为夯实

完善医保法规体系和技术规范体系，《浙江省医疗保障条例》列入省人大一类立法计划，2020年8月28日草案经省政府第50次常务会议审议通过。与浙江大学共建医保政策和大数据研究中心，强化技术支撑，加强政策研究。推进“清廉医保”建设。着力打好医保精算平衡“持久战”、医保经办服务标准“建设战”、药械招采风险“防控战”和医保信息数据安全“保卫战”等四场战役。医保基金监管工作扎实推进，医保专项治理卓见成效。实施打击欺诈骗保三年行动计划。开展定点零售药店和民营医疗机构专项治理，检查定点医药机构20905家，处理违规医药机构4597家，追回医保基金损失3.7亿元。组织开展公立医院自查自纠。推行基金监管“两试点一示范”。杭州、湖州、温州、绍兴、金华、衢州等6市成为国家试点城市，温州、湖州创建成为国家示范城市，走在全国前列。

（四）群众负担明显减轻

截至2020年9月底，全省基本医疗保险参保人数5497万，其中职工2533万，城乡居民2964万，户籍参保率达99%以上。财政投入逐年加大，城乡居民医保人均筹资标准达到1252元，其中财政补助达到838元。职工医保和城乡居民医保政策范围内住院报销水平分别达到88%和68%。大病保险最低报销比例达到70%，罹患大病群众经济负担明显减轻。率先将17种抗癌药纳入医保支付，直接减轻患者负担9亿元。落实重点人群医疗保障政策，医疗救助补偿比例达到70%，2019年资助参保94.21万人、资助参保金额6.08亿元，医疗

救助 653.96 万人次、救助医疗费用 17.22 亿元，“因病致贫、因病返贫”问题有效缓解。

二、立足新时代，医疗保障面临机遇和挑战

（一）认清医保的短板和弱项

面对人民群众日益增长的医疗保障需求，我省医疗事业发展还存在不少问题和短板。主要表现在：一是发展不平衡。制度碎片化问题依然存在，基本医疗保险权益差异较大。人群之间、地区之间的筹资水平、待遇水平存在较大差距。医疗保障信息化建设碎片化，各地区管理服务水平差距尚存，基层经办力量薄弱。补充性保障发展滞后，多层次医疗保障体系各制度衔接不畅。二是保障不充分。基本医疗保险制度反贫困能力不足，因病致贫、因病返贫问题还未得到有效解决。化解灾难性医疗支出风险能力有待提高。三是治理效能有待提高。精准保障能力不强，综合保障能力有待提高。医保基金可持续运行面临压力，医保基金的使用效率、投资运营效率有待提高。

（二）分析医保面临的挑战

当今世界正经历百年未有之大变局，不确定性不稳定性因素增多，新冠肺炎疫情影响广泛深远。同时，全球医疗科技领域创新突破加速推进，医学模式正加速由疾病医学服务向健康医学服务模式变革，新型的互联网医疗、远程移动医疗、智慧医疗等医疗服务模式呈现蓬勃发展趋势。受全球经济大衰退和逆全球化影响，我省经济下行压力会进一步加大，财政用于民生保障领域的投入能力受到制约。而

随着全省人民生活水平的提高，健康意识持续增强，医疗服务和公共卫生服务需求加快升级，对高质量的医疗保障服务有更高的期待。“十四五”时期，全省人口发展进入深度转型阶段，老龄化、高龄化速度将进一步加快，到2025年60岁以上户籍人口约有1468万人(占比28.4%)。全社会的医疗和照护成本将随之上升。面向提高以人为核心的城镇化质量目标，在满足城镇常住非户籍人口医疗保障需求方面还有空间。以慢性病发病率上升、呈现年轻化趋势为特征的疾病谱变化，新经济涌现导致的就业形态变化，医疗技术进步导致的医疗费用变化，县域医共体建设带动的医疗卫生资源重新布局，都对医疗保障事业发展提出新的要求。

(三) 准确把握医保发展的机遇

“十四五”时期是我省在高水平全面建成小康社会基础上，乘势而上开启高水平推进社会主义现代化建设的重要时期，也是新时代加快构建覆盖全民的高质量医疗保障制度体系的重要战略机遇期。要立足省情，审时度势，准确把握全省医疗保障事业发展的新方向。从国内来看，我国进入高质量发展阶段后，经济长期向好的基本面没有改变，国内国际双循环相互促进的新发展格局释放新需求。从我省来看，以数字经济为引领的新经济快速发展注入新活力，长三角一体化发展战略加速转化为发展新动能，全省医疗保障事业发展宏观环境依旧持续向好。2020年2月，《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)正式印发，党中央已经作出了关于全

面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，在着力解决医疗保障发展不平衡不充分问题上提出了具体指导意见，为全面建立中国特色医疗保障制度描绘了蓝图。浙江省委省政府贯彻落实党中央、国务院决策部署，出台贯彻落实中发5号文件《实施意见》，为今后5至10年我省医疗保障事业发展提供了行动指南。

三、展望“十四五”，医疗保障高质量发展未来可期

党的十九届五中全会通过的《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》提出“要健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，健全基本医疗保险筹资和待遇调整机制，推动基本医疗保险省级统筹，健全重大疾病医疗保险和救助制度，落实异地就医结算，稳步建立长期护理保险制度”。医疗保障作为民生保障体系的重要组成部分，在促进社会公平，增进民生福祉方面将承担更加重要的职责。

“十四五”时期，浙江医保将以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚决扛起忠实践行“八八战略”、奋力打造“重要窗口”的职责担当，贯彻以人民健康为中心理念，以推动高质量医疗保障体系建设为主题，以“六个医保”建设为主线，着力保障全省人民基本医疗保障需求，着力增强医保服务供给能力，着力创新体制机制，深化重点领域改革，将制度优势转化为治理效能，建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，努力解除人民群众的疾病医疗后顾之忧，在医保治理现代化上取得持续进

展，成为新时代全面展示中国特色社会主义制度优越性“重要窗口”的标志性成果。

（一）建设公平医保，增强医疗保障制度的整体性

强化制度公平，坚持以人为本、尽力而为、量力而行，统一制度和政策，均衡各方权益责任，逐步缩小待遇差距，增强对贫困群众基础性、兜底性保障。提升基本医疗保险统筹层次，解决制度碎片化，按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实基本医疗保险市级统筹。建立医保基金区域调剂平衡机制，稳步推进省级统筹。严格落实国家待遇清单制度，确保全省医疗保障制度公平适度，纠正过度保障和保障不足问题。健全可持续筹资制度，均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任。优化个人缴费与政府补助结构。统一全省职工基本医疗保险基准费率，实行动态调整。探索建立城乡居民基本医疗保险缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩机制。加强财政对医疗救助投入，拓宽医疗救助筹资渠道。完善重大疫情医疗救治费用保障机制。

（二）建设精准医保，促进多层次医疗保障协调发展

强化精准保障，推进医疗保障制度成熟定型，促进各类医疗保障互补衔接，稳步提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平。健全基本医疗保险制度，坚持和完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系。完善大病保险制度，稳步提升大病保险筹资和待遇水平，减轻重大疾病患者费用负担。积极引入商业。鼓励商业保险进行险种

创新，在效率优先基础上，引入公平机制，开发普惠型商业补充医疗保险，增加重特大疾病保险产品供给，实行自主经营、自负盈亏，实现与政府主办的医疗保险既互相衔接又界线分明。医保部门在职能范围内给予一定政策帮扶和支持。统一医疗救助制度，强化医疗救助托底功能。建立健全救助对象精准识别和主动触发机制，稳步提高救助限额和补偿水平。会同卫健部门研究明确诊疗方案、规范转诊等措施，降低贫困人员医疗成本，提高年度医疗救助限额，合理控制贫困群众自付费用。加快设区市医保结算系统改造，实现全省医疗救助“一站式”结算覆盖所有医保定点医疗机构，全面即时即报。

（三）建设赋能医保，协同推进医药服务供给侧改革

强化改革赋能，坚持政策引领、管理协同，充分发挥市场决定性作用和医保基金战略性购买作用，推进医保、医疗、医药改革系统集成、协同高效。具体提出推进医保支付方式改革、深化药械集中采购改革、完善医药服务价格形成机制、促进医疗服务能力提升、推进医药服务结构性改革五方面举措。要在“十四五”期间建立“三个机制”：一是建立与经济社会发展水平相适应的购买机制。充分考虑整体经济发展水平，建立以价值为取向的整体性购买机制，注重经济和社会资源的承受能力，尽力而为、量力而行，防止医疗保障水平超出所处发展阶段。二是建立与战略购买相匹配的付费机制。旗帜鲜明地强调更高质量和具有价值的医保购买目标，实现低成本高质量，体现经济性和优质服务相结合的购买方式，发挥和形成付费激励制约和服务成本

控制机制。三是建立战略购买对医疗卫生资源配置的传动机制。以医保基金为支点、以医保支付方式为杠杆、以利益激励为传导动力，实现对医疗卫生资源配置，从而实现医保战略购买和医疗卫生事业发展的目标相一致。

(四) 建设数字医保，优化医疗保障公共服务

突出“最多跑一次”改革的引领和政府数字化转型的支撑作用，强化数字支撑，坚持集约共享、安全开放，加大人工智能和大数据分析的技术应用，实现医保服务管理高效便捷、精密智控。具体提出推行医保数字化管理、优化医保公共服务、促进医保数据共享应用三方面举措。一是创新基于“互联网+”和移动终端的参保人服务。夯实标准化、数字化基础，推进电子凭证、电子病历、电子票据应用，实现“网上办”“掌上办”，全面建立个人“医保云档案”。二是推进基于“互联网+”和移动终端的医疗服务战略购买。通过购买规范化来推动医疗服务规范化，培育“互联网+”医疗服务新兴业态，完善医保准入，提升药械供应保障。三是加强基于“互联网+”和移动终端的支付管理。围绕两定机构协议、医疗服务行为和基金绩效管理，提升对两定机构数字化管理水平。四是拓展基于“互联网+”和移动终端的数据应用与开发。建设全省集中数据仓，形成医保数据资源体系，运用大数据等技术，服务参保人个性化需求，拓展医保数据开放应用，赋能医保治理能力。

(五) 建设绩效医保，推进医疗保障运行机制稳健高效

强化绩效为先，坚持治理创新、提质增效，完善经办管理和公共服务体系，提供精准化、精细化服务，推进医保治理创新。加强医疗保障基金预算绩效管理，探索符合浙江医保特点的预算编制方法。建立基金预算与经济社会发展水平相适应的编制方法。加强基金运行分析，探索医疗保险运行的内在规律特点。加快建立完善评价体系，研究出台医保基金绩效管理办法，建立符合新时期浙江医疗保障发展需求的医保基金绩效评价体系。优化医保经办管理和服务，统一全省医药机构定点协议管理办法，制定定点医药机构履行协议考核办法。强化标准先行，构建全省统一的医疗保障经办管理标准体系。加强经办服务和能力建设，优化医保公共管理服务配置。探索建立共建共享共治的医保治理格局，积极引入社会力量参与医保治理。

(六) 建设法治医保，提高医疗保障依法治理和监管能力

强化法治引领，坚持完善法治、依法监管，着力推进医保基金监管制度体系改革，建立健全医疗保障信用管理体系，将法治融入医保工作各个环节，提高法治能力和水平。健全医保法制体系。推进浙江省医疗保障条例出台和实施，厘清部门职责，明确权利义务。构建条例、制度、政策、标准四位一体的医保法规政策体系，引导医保管理从政策调节向法治治理转变。提升监督执法能力。完善医保基金监督管理体制机制，加强基金监督检查能力建设，建立健全基金监管执法体系。创新基金监管方式。推行网格化管理。建立多形式检查制度，实施非现场动态智能监管。建立打击欺诈骗保行刑衔接工作机制，严

肃追究欺诈骗保单位和个人责任。构建信用管理体系。建立医保信用记录、信用评价和积分管理制度。加强和规范医疗保障领域守信联合激励和失信联合惩戒，实施预警和分级分类信用管理，将信用评价结果与定点医药机构综合绩效考评相关联。

[返回目录](#)

· 他山之石 ·

美敦力和西门子医疗加持！印度医疗器械市场未来可期！

来源：思宇研究院

2018 年的一部电影《我不是药神》，把印度的仿制药产业推到了公众面前。但你知道吗？与印度火热的制药业相比，印度的医疗器械高度依赖进口，给跨国医械企业提供了重要的机会。

据印度投资局(InvestIndia)的数据，印度医疗设备行业目前的市场规模约为 110 亿美元，预计到 2025 年，印度医疗器械市场规模将达到 500 亿美元！今年，美敦力和西门子医疗相继宣布将大规模在印度投资建立研发和创新中心。或许，医疗器械“印度制造”即将来袭！

一、印度医疗器械，外来投资大热

在 1991 年的“新经济政策”颁布之前，印度的医疗器械在国内制造业中占据着主导地位。随着“新经济政策”的颁布，印度医疗器械变成了一个主要靠进口产品驱动的市场。印度国内厂商大多从事低

附加值的产品，如注射器、针头、导管、血液收集管等。外科器械、癌症诊断学、矫形和假肢设备、医学影像、矫形和种植牙以及电子医疗设备均需要进口。据印度投资局统计，2018-2019年，印度医疗器械进口额为62亿美元，出口额为21亿美元。印度投资局预测，到2025年，印度医疗设备的出口预期将达到100亿美元左右。印度的总体进口依存度为75-80%。

从2000年4月开始，印度医疗器械市场外来直接投资达21亿美元，其中，近5年，达6亿美元。印度政府也采取了多项措施，确保印度医疗设备制造业能持续增长。如，2014年印度制造活动中公认医疗器械为朝阳行业；2017年医疗器械规则，根据GHT准则采用基于风险的分类：A、B、C、D类以及制造商的永久许可证；2020年医疗器械修正案规则将印度的所有医疗器械作为药品进行监管；2020年推出了医疗器械生产相关激励计划：在确定的医疗设备细分领域提供2019-20基准年增量销售5%的奖励，癌症护理/放射治疗医疗设备、放射与影像医疗设备（电离和非电离辐射产品）和核影像设备、麻醉药和心肺医疗设备，包括心肺类别导管和肾脏护理医疗设备、AII植入物，包括可植入电子设备，例如耳蜗植入物和起搏器等。

二、两位医疗器械巨头加持

1、美敦力将投资120亿卢比扩建研发中心

2020年8月，美敦力曾发声明表示，将投资120亿卢比（合1.6亿美元）来扩建其在印度海德拉巴的研发中心，让它成为美敦力在美

国以外最大的工程和创新中心。美敦力在最近的一份声明中说，这项投资计划在未来五年内进行。过去两年来，印度海德拉巴政府和美敦力一直在就投资细节进行讨论。该合作关系是在 8 月 11 日的虚拟会议上宣布的。

“美敦力工程与创新中心 (MEIC) 的扩建将帮助我们为美敦力使命服务，即使用医疗技术减轻疼痛、恢复健康并为世界各地的患者延长寿命，这也符合政府改善获得医疗服务的愿景。”美敦力董事长 Omar Ishrak 说。

研发中心目前拥有 350 多名工程师。Telangana 的 IT 部长 KTRamaRao 在一份声明中说，其扩展将在未来几年内创造约 1000 个工作机会。该中心表示，将为美敦力公司的全球业务部门提供软件和工程解决方案，包括呼吸机、机器人辅助手术、射频发生器、导航和影像设备等。

2、西门子医疗将斥资 1.6 亿欧元发展在印度的“创新中心”

近日，西门子医疗公司宣布将在五年内投资 1.6 亿欧元 (1.89 亿美元)，以发展其在印度的“创新中心”，并将在未来十年内增加 1,800 名数据分析、人工智能和沉浸式技术方面的专家，促使班加罗尔中心成为数字技术 (如数据分析、人工智能、增强和虚拟现实、用户体验) 的能力中心和网络安全中心。这笔投资是西门子医疗在印度的最大一笔投资，使印度的投资总额达到了约 4.6 亿欧元。

这项投资还旨在使印度成为西门子医疗新兴市场产品的制造中

心。它将用于在班加罗尔建造新楼，将扩大的研发中心与最先进的医学成像工厂结合在一起。到 2025 年竣工时，新园区的第一阶段将包括用于研发中心的 70,000 平方米的办公空间和 5,000 平方米的工厂空间。

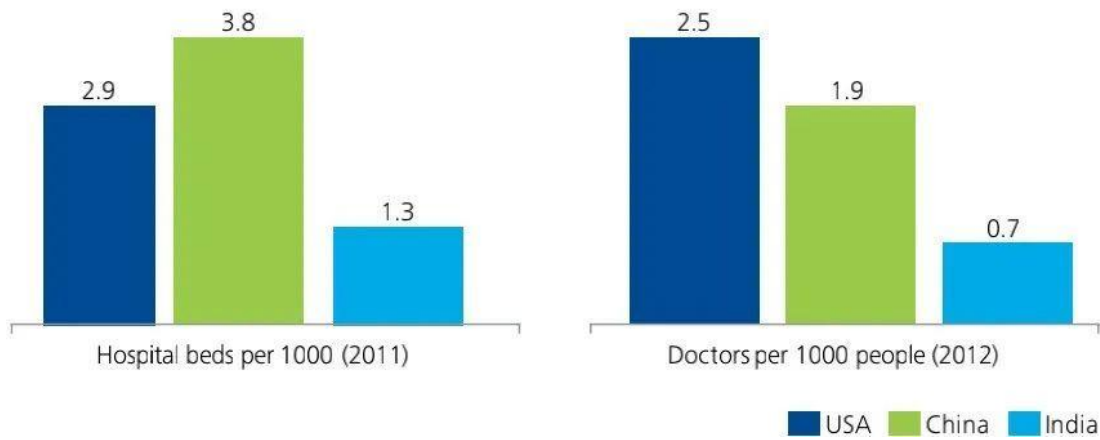
班加罗尔工厂目前正在为新兴市场生产入门级 CiosFitC 型臂和 Somatom. goCT 扫描仪。作为“2025 年战略”的一部分，西门子医疗集团专注于在中国、印度、中东和非洲发展业务。班加罗尔研发中心将成为继美国、德国和中国之外，西门子医疗的第四个“创新中心”。

三、印度医疗器械市场，未来可期！

作为全球人口第二多的国家，印度人口的平均寿命却只有 66.8 岁，远低于全球人口出生的平均预期寿命 71 岁，并且除疟疾、肺结核、麻风病等常见疾病外，随着生活水平提高，癌症、心血管疾病和糖尿病的发病率也越来越高。根据国际糖尿病联盟的资料，印度约有 6500 万名糖尿病患者，排名全球第二，相当于 8.6% 的成人患病率，预计 2035 年将增长到 10.4%，糖尿病已经成为印度最严重的疾病之一。

相关数据显示，在过去几年中，印度的医疗保健行业增长十分迅速，预计到 2025 年将超过 2,800 亿美元。然而，印度医疗保健的提供仍然不平等。在印度的大部分地区，想要获得优质、负担得起的医疗保健仍然存在挑战。印度政府的“印度制造”倡议对印度的医疗器械产业具有非常重要的意义。

Inadequate healthcare infrastructure



医疗器械不仅在筛查、诊断和治疗患者方面发挥作用，而且在患者康复和定期监测健康指标以预防疾病方面也发挥着越来越重要的作用。印度医疗器械市场在全球医械市场规模上位居世界前二十位，在亚洲仅次于日本、中国和韩国。然而，印度人均医疗器械支出在金砖四国中最低，只有 3 美元(中国为 7 美元，巴西为 21 美元，俄罗斯为 42 美元)。它远远落后于美国等发达经济体(340 美元)。目前，在印度，医疗器械的普及是一个增长巨大的机会。



目前印度超 90%的精密设备都依赖进口，印度国内的研发能力有很大的提升空间。随着全球人口老龄化进程的加剧，印度国内对家用医疗设备的需求也会上升。相关数据显示，8%的印度人到 2026 年的

年收入将超过 12,000 美元。此外，印度有 4 个医疗设备园区正在建设。印度政府颁发的医疗器械新法规和监管，允许 100%FDI。

结语

对于想进入 500 亿美元的“大金矿”印度医疗器械市场的中国医疗器械企业来说，或许性价比是取胜的关键，出口一些价格较低、技术含量中等的器械产品是个不错的选择。当然，品牌塑造和建立良好的售前售后服务体系也很重要。

[返回目录](#)

外国如何管控药价？英国立法监控、法国政府定价、新加坡经济管 控……

来源：经济参考报

外国管控药价观察：立法监管是主线

在我国，“看病贵”是一个老生常谈的话题，而药品价格过高则最为人们诟病。如何加强科学有效的监管，让药品价格回归到合理层面，一直困扰着这个与民生息息相关的行业。记者在调研中发现，对药这种具有特殊属性的商品，许多国家均有一套行之有效的价格管控办法，使药价得以长期保持在相对合理的水平，其中立法监管成为一条贯穿其间的主线。为此，我们特别编发这组国外药价调研稿件，以期对我国药品行业带来借鉴。

英国：调控计划监管药价

作为药品生产大国，英国政府较早地认识到了药品这种特殊商品

的管制需求。对于药品价格，英国有严格的法律法规，还通过“药品价格调控计划”进行控制，并实施“面面俱到”的监管。总体来看，成熟透明、分类明晰的药价形成机制，以及全面严格的监管是英国控制药价的主要经验。

立法管控价格

英国药品行业经历了由乱到治的过程。上世纪中期，战后英国国力下降，出现了医药市场秩序混乱、市场失灵等问题，但由于经济整体滑坡与医药经济的崛起，使政府自身成为利益主体，因此更注重保护利益集团，公平性并未引起足够重视。

上世纪 70 年代，在美国、德国纷纷出现药品安全事件后，英国社会各界充分认识到药品行业的特殊性，公平价值被高度重视，逐渐形成了相对严密的药品管制体系，实现了效率与公平的结合。

从立法变迁来看，1941 年的《药房和药品法》体现出中央政府对药品的直接管制，采取价格控制为主的经济性管制方法。随后，英国政府成立药品安全委员会，并颁布《1968 年药品法》，管制日益严格。近些年，英国政府又采取了一系列管制改革，使药品质量和药品价格同时成为被关注的焦点。

总体来说，英国政府所管制药品价格分为两大类，一是针对国家医疗服务系统(NHS)所覆盖的专利处方药，另一类是针对非专利处方药。英国对前者价格进行间接控制，即在确定药品价格时以控制制药公司的利润来达到价格管理的目的，对后者则通过限制最高价等措施

来控制价格。

间接控制药价

对销售给 NHS 的药品价格，英国政府通过实施“药品价格调控计划”进行间接控制。这一计划是由英国医药工业协会作为制药公司代表与卫生部签订协议，主要目的有：保证制药公司在合理价格下确保向 NHS 提供安全、有效的药品；推动制药行业能够继续对药物的研究和开发，以确保新药的不断研制，鼓励本国和其他国家药品市场能有效竞争发展。

“药品价格调控计划”自上世纪 70 年代末开始实施，英国医药工业协会每五年与卫生部签订一次协议。协议允许制药公司自行制订药品价格，但要求制药公司销售给 NHS 的药品利润率保持在 17%至 21%之间，每个制药公司具体的目标利润率由卫生部根据公司的经营状况、资产及药品的创新程度等进行确定。

所有向 NHS 出售药品总额超过 2000 万英镑的企业都必须向英国卫生部提交年度财务收益报告。年度财务收益报告需列出企业向 NHS 出售药品的总额及其他销售额，并列出生成本，如研发开支、制造成本、管理成本、销售成本等等。

财务收益报告必须与制药企业的审计决算一致。每年第一季度，企业还必须向英国卫生部提交年度财务收益预期。每个企业实际获得的最大资金收益率是单独与英国卫生部协商确定的。通常由国家报销的药品资金收益率必须控制在 17%至 21%，并且将超过协议规定的

部分利润返还给政府。

如果某企业的利润降到其预期目标的 75% 以下，那么该企业就被允许提高价格。这一系统还限制了计算收益时扣除的促销和研发成本以及行政费用等的水平。

此外，英国政府还设有国家临床规范研究院 (NICE)，开展药物经济学评价，即药物的定价是否合理，是否“物有所值”。NICE 会将药品的经济学评价结果提供给 NHS，由后者决定是否将该药品列入不予报销的药品目录。

对于非专利处方药的价格，英国从 2000 年 8 月起实施最高限价制度。最高限价覆盖范围只限于那些销售给药店和配药师用于 NHS 的非专利处方药，涉及药品 500 多种，各种相关药品的最高限价通过参照历史价格并协调有关各方的利益来确定。自从实施这一制度后，制药公司向社区药店和配药师提供的非专利处方药的价格一直比较稳定。

杜绝“灰色地带”

在监管方面，英国政府部门可谓“面面俱到”，例如对制药公司历年来的经营和销售数据进行趋势分析；对纳入“药品价格调控计划”的销售情况和没纳入该计划的销售情况进行对比；对比某制药公司和其他类似企业的经营活动；对各制药公司每年的成本、资产和利润水平进行审查和评估。以上这些评估和对比可为确定药价提供依据。

在自行监督的同时，英国政府还注重发挥制药工业协会等组织的

作用，让它们运用自己的严格规范、权威性和号召力协助政府监督药品营销，维护行业自律。

英国基本不存在医生滥开药、“大药方”问题，除监管外，这也与其医疗体制有很大关系。NHS 基本覆盖所有英国公民的医疗开销，而作为 NHS 系统的最大组成部分，全科医生确实掌握很大权力，NHS 总预算的 80% 基本都由他们掌控。然而，全科医生的收入来源主要是国家财政根据其辖区内病人数量多少给予的拨款。因此，全科医生会综合考虑成本、效益等问题，这在很大程度上避免了“乱开药”现象，不过同时也相应的产生了效率低、医疗不足等弊端。

英国康泰医药公司高级咨询师、曾在中英两国行医多年的李可心博士对记者说，通过多年的实践和观察，他认为中国当前之所以存在药价高、定价混乱现象，其中一个原因就是医药公司的医药代表与医生之间的这一“灰色地带”大幅抬高了价格。因此，要对这一环节加强监督，做到药价公开透明，并让医生与医药代表、医院药房“脱钩”，切断医生收入和医院药品销量之间的联系。

法国：政府定价全程监管

目前，法国面临走出债务危机和高福利不堪重负的双重压力，政府正想方设法缩减公共开支，在 2014 年政府打算节省的 29 亿欧元开支中，有 10 亿欧元来自降低药品价格，该政策一经公布就引起了制药企业的反对。而这一消息却从另一个方面反映了法国对药价的严格管理和监督。

在提供较高水平医疗保障的同时，为控制卫生费用过快增长，法国政府对药品价格进行积极干预。法国不仅医药分离，实行政府定价，而且各个环节都有严格的审批制度，政府在对全程进行监督、维护产业环境的同时，还积极协调社会利益，对产业如何运行不做干预，为医药企业创造了公平的竞争环境。

医药分家政府定价

在法国，医药是分离的，医院和医生除了为住院病人提供必需药品，基本上只给病人开具处方，由病人自己到药店买药。法国药店非常多，在任何一个城市的主要街道，经常十几步就能发现一家药店，而且药店的标志也是整条街上最显眼的。

药店虽然多，但也要根据城市规模和街区居住人口的比例进行严格审批。这些药店大多窗明几净，服务上乘，一些简单的常见病他们还能给出建议，药店除了卖药，还有一些牙膏、牙刷和美容用品，价格也较为合理。

因为法国实行政府定价，所以处方药的价格也基本一致。药品获准上市后申请纳入医保范围，并同步制定报销比例和价格。目前，列入法国国家医疗保险报销目录的药品，全部由政府定价，约占市场所有处方药品的 95%，药品销售总额的 78%。非处方药、医院制剂以及报销目录以外的处方药中的专利药，由生产企业自主定价。

法国的药品管理制度十分严格，定价过程分工明确，透明度高，政府与专家相结合，具有较高的科学性和公平性。具体来说，法国最

高卫生委员会下属的透明委员会及保健品经济委员会负责管理药品的定价。透明委员会由来自卫生部及社会保障部、疾病基金会和临床医学领域的专家组成，负责对药品应用价值与经济价值进行评估，并依此确定药品是否应予以报销及报销比例。此外，透明委员会还对药物使用规范提出建议，例如特定的适应症、使用对象、有资格的处方医生及使用条件等。委员会还要求药厂在药品上市后进行临床跟踪，每五年重新评估。

透明委员会在对药品进行评估的过程中，将药品分为五类不同的报销比例：可用于治疗重大疾病或目前尚不能进行有效治疗、但疗效优于同类产品的药品，报销比例为 65%至 100%；用于重大疾病且有一定价值、但价值有限的药品，报销比例为 35%至 65%；治疗普通常见病、且明显优于可替代品的药品，报销 15%至 35%；用于普通常见病、与可替代品相比有一定价值的药品，报销 15%以下；应用价值低，且不优于同类产品的药品，不予报销。

严格审批全程监管

除了药品上市和定价审批严格，法国对于药价的管理实施的是全程监控，在透明委员会确定报销比例，并提出价格建议后，保健品经济委员会将根据透明委员会的建议，与生产企业进行谈判，以协议的形式确定药品零售价格和报销比例。协议规定的报销原则、报销比例和零售价格由卫生部门向社会公告。

法国制定药品价格与生产制造成本没有必然联系，药品对法国总

体健康水平的贡献程度也是考虑的重要因素。其定价思路包括两个层面：一是针对不同治疗领域的药品，认为疾病的发病率(流行病学统计)越高，带来的社会负担越重。在医保资金相对固定的情况下，对高发疾病的投入越多，取得的社会效益越大。而药品价格是政府购买健康服务的计价单位，所以发病率越高，治疗药物的价格越高，该疾病获得的医保投入就越多。例如，胃癌在法国发病率很低，因此，即使治疗药物的成本、质量较高，其定价和报销水平仍会处于很低的水平。二是针对相同治疗领域的药品，认为药物提供健康服务的质量越高，产生的社会效益就越高，政府可以为此支付更多费用。

在法国，新药上市的整个定价过程原则上是六个月。若企业与保健品经济委员会未能就药品价格达成一致意见，可以延长谈判期限。通常定价过程会持续约一年。在达成协议前，药品不得上市销售。药品的报销和价格协议有效期四年，期满后将重新谈判签订报销和定价协议。

法国政府还实行专家报告制度，即有关专家可以从药理、药效、临床及药物经济学角度，对药品价格实行专家建议的制度。法国政府规定药品的销售价格只有在事先得到政府批准的前提下才能上涨，并且政府禁止上市时间短于两年半的药品涨价，期限过后，药品也只能在政府规定的百分比内浮动。此外，法国有一套与药品消费量相联系的价格削减方案，当价格昂贵的药品在财务上威胁到药品的全面补偿时，药品的预算价格就被削减，削减幅度在 3%至 20%之间。

法律保障多方协调

在法国，药品从上市、定价到市场监管和医保报销都有一套完备的法律体系做保障，药品在市场的流通受到全程监控，各方机构紧密联系协调，且在执行过程中适应变化不断补充完善。法国政府明确自身监管责任，维持产业秩序，协调社会利益，对产业如何运行不做干预，为医药企业创造了公平的竞争环境。

法国的透明委员会隶属于独立的最高卫生机构，通过一套合理的评价指标体系对药品进行定期评价，为药品定价和医保目录遴选及确定药品补偿比例提供证据：对于纳入目录的药品优先考虑疗效指标，高效药品有更高的补偿比例，不合格药品通过重新评价从目录剔除或协议降价，且所有药品的评价结果通过政府公告公布，接受社会监督。这有利于维护患者权益、控制药品费用和医药企业的公平竞争。

法国要求零售药店销售的处方药，生产企业必须在零售外包装上标示协议零售价格。此外，政府对高价药品的销售额进行限制，通常在定价协议中会约定销售数量，当实际销量超过约定数量后，政府将对该产品进行额外征税或者削减价格，以控制卫生费用的增长。这也是为什么法国在控制公共支出的措施中将降低药品价格作为一项重要措施，这样既能控制药品价格，又能使社会医保体系不受到影响。

新加坡：从经济入手管控药品价格

新加坡药价长期保持在相对合理的水平，不超出普通百姓承受范围，医生和医院的收入主要靠提供专业服务，而不是药品的差价。新

加坡找出可能扭曲药价的经济诱因，通过相应的机制加以应对。除了严格的法律规定和监督程序，新加坡对药品进行分类管理，通过“医药分离”和及时公布相关信息，确保药价稳定，并且采取严厉的反腐措施，医生收回扣或收费过高将面临严厉的处罚。

分类管理药品价格

新加坡卫生部负责医疗服务和药品的各种立法、执法工作，药品行销由卫生部药物行政处和药品部共同管理，药品注册由卫生科学局下属的药品审评中心负责。

新加坡药品管理采取分类法，对药品的制造、进口和销售均有严格的法律规定和监督程序。与药品管理相关的法规主要包括《药品法》，规范药品生产；《药品法(广告与销售)》，规定药品广告必须先由药品当局批准后方可刊登，有关内容必须真实可靠。还有《药品滥用误用法》、《有毒药品法》及《药品销售法》。

在新加坡，任何新药的上市都必须首先向新加坡卫生部注册，由卫生部下属主管部门根据药品的有效性证明文件放行，这其中既包括专利药，也包括一般仿制药。药品的零售渠道包括各大医院的药房药店、普通药店、私人诊所和组屋区的药品杂货店。零售药店销售处方药，要严格按照药品分类的管理规定执行，否则将会受到严厉处罚。西药分为一般药品、药房药剂师准售的一般药品和处方药等不同种类，也建立了中药的登记注册程序。

同仁堂新加坡总经理高颖君说，新加坡对于药品的管理采取市场

化策略，药店有权自行定价，卫生监管部门主要负责保证药品的安全和效用。新加坡也注重通过引进仿制药来降低药价水准，但规定仿制药的有效成分和效果与专利药的差别不能高于 20%，并有严格的生产设施标准。新加坡卫生部的指引规定，患者有权要求医生提供药效类似的仿制药，也可以要求由医生提供处方，患者自行从药房购买所需药品。对于医生开具的处方和相应收费，卫生部的指引也规定必须标明每一项药物及其价格。

总体而言，新加坡的药品价格并不算低，但十分透明，相对于当地人的收入而言，也并不算高。一家社区家庭诊所所开的感冒处方上，一瓶 90 毫升的止咳糖浆售价 5 新元(约合 25 元人民币)，15 片克拉霉素片售价 15 新元，15 片溶茵酶含片共 5 新元，合计药费共 25 新元。

新加坡药房对药品的管理十分严格，无论是患者从药房购买的需药剂师同意的药品，还是需要医生处方的药品，都有严格的登记制度，包括购买者姓名和身份证信息，家庭住址和联系电话，以便在出现紧急状况时与患者联络。任何人即便有剩余药物，也不可私自售卖，曾有人在网络上转让个人剩余药物而遭重罚。

医药分离稳定药价

新加坡的医生是高收入群体，主要靠提供专业服务收取费用。以上述药方的病例为例子，患者是一名 3 岁孩童，在一家社区内的私人诊所就医，除了 25 新元的药费外，医生也要收取 20 新元的诊疗费，

这是明码标价的费用。在新加坡的同仁堂，一次诊疗的诊费一般在 30 至 40 新元，私人诊所的收费大致都在这一水平。

如果是去公立医院看急诊，则诊费一般在 100 新元左右，这其中仅包括一定范围的常见药物。如果是公立医院的专科门诊，如耳鼻喉专科医生或心脏科医生，诊费往往更高一些。公立医院的这些医疗服务收费和药费已经扣除了一定比例的补贴，但即便如此，对于患者而言也并不便宜。

这样做也有另外一层考虑，那就是避免医疗服务和政府补贴药物的滥用。新加坡并没有推行十分普遍的医疗保险制度，取而代之的是其强积金体系下的医疗储蓄户头，即雇主和雇员共同缴交的强积金。对于一般的门诊费用，绝大部分需要患者自付，政府在公立医院给予一定补贴，一方面保证价格不至于超出普通百姓的承受范围，另一方面则可以避免浪费。

收费过高处罚严厉

在药品流通环节，新加坡的药店基本上是完全自由的市场竞争，之所以能够保证流通环节没有额外加价，部分原因也是由于新加坡严厉的反腐败法律不仅针对政府等公共机构，还包括企业在内的私营机构，例如饭店厨师向供应商索取回扣，在新加坡会受到严厉制裁。同理，医生收取回扣的现象十分罕见。

对于医生乱开处方，也会由负责管理新加坡医生名册和行医资格的医药理事会加以处罚。这是新加坡卫生部下属的一个法定机构，当

地名医林美丽在为文莱皇室一名成员治疗乳癌时，开出 2520 万新元（约合 1.26 亿元人民币）的医药费，结果遭到卫生部投诉，面对 94 项收费过高的指控，被吊销执照 3 年、罚款一万新元。

记者及家人在新加坡也曾多次求医，但很少见到医生滥开药方或药剂师随便卖药的做法，一般的感冒医生也很少会开抗生素，吊瓶更是少见。

新加坡卫生部在林美丽案件之后说，不论医生与病人之间有没有就费用制定任何协议，医生收费要保证公正合理的原则，收取过高费用的医生或许得面对专业纪律审查。

新加坡药剂师协会也有治疗各种慢性病所需药物的价格清单，供患者选择。新加坡消费者协会曾在 2007 年与药剂师协会合作，公布仁益、佳宁和屈臣氏三大连锁药店 300 多种治疗慢性病的药物价格，原因是调查发现同一种药物在不同药房的售价相差最多达到 12.5 新元，其中原因是有的药房大批量进货降低了进货成本，有的药房则得到了药厂的特别折扣。

[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



地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司
电话：010-68489858