

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

*2021.02.15-2021.02.21*

## ——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 ·

▶ [观点 | 人口老龄化背景下，医保基金可持续发展的 3 点建议](#)（来源：中国医疗保险）——第 9 页

【提要】医疗保障制度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。过去几十年我国人口结构相对年轻，经济增速较快，基本医保基金运行良好，在改革窗口期收获了改革红利。未来十五年，伴随着人口老龄化进程加速和经济常态化发展，我国医保基金在收支平衡上或将面临前所未有的风险挑战。以科学合理的管理达到基金收支平衡是实现基本医保制度可持续发展的重要前提。在人口老龄化背景下，我们要加快健全稳健可持续的筹资运行机制，积极推进医保支付方式改革，加强基金运行管理和风险预警防范，坚决守住不发生系统性风险底线。

▶ [观点 | 严雪峰：无锡 DRG 付费国家试点实践和思考](#)（来源：金豆数据）——第 23 页

【提要】无锡市自 97 年起医疗保障改革试点以来，经历过按项目付费、按单元定额付费、总额付费、人头付费、病种付费和床日付费等多种支付制度，每种制度都经历过控费、博弈和失效的周期性过程，是最具有医保支付制度研究的非常有价值的典型代表地区。无锡的试

点工作从贯彻和执行 DRG 国家试点信息标准结算模式和智能监管等方面进行着手，建立无锡市医保付费和管理咨询的体系，下阶段将从调整优化分组、加强信息建设、强化职能审核、培养人才队伍、做好监测评估、完善配套政策六个方面进一步优化、完善 DRG 付费运行监管、考核等方面的细则。

### · 分析解读 ·

▶ [一图看懂 | 药品监管的 2020 和 2021](#)（来源：易联招采）——第 35 页

【提要】2020 年，是新中国历史上极不平凡的一年。面对突如其来的新冠肺炎疫情，全国药监系统认真落实习近平总书记关于药品监管工作重要指示批示精神和党中央、国务院决策部署，按照“四个最严”要求，迎难而上，担当作为，为疫情防控和经济社会发展作出了应有的贡献。2021 年是中国共产党成立 100 周年，是实施“十四五”规划、开启全面建设社会主义现代化国家新征程的第一年。全国药监系统要坚持以习近平总书记“四个最严”要求为根本导向，守底线保安全、追高线促发展，切实保障人民群众用药安全有效，以优异成绩庆祝建党 100 周年。

▶ [医改首要问题如何解决？最高限价是关键！](#)（来源：看医界）——第 55 页

【提要】药品不合理使用和药品价格问题是医改的首要问题，正在实行的药品医院零差价销售和药品统一招标采购并没有很好解决这个

问题。药品零差价销售意图通过切断医院和药品之间的利益关系治理药品不合理使用问题，其目标并没有实现。而政府对药品宏观调控最有效、最便捷、最能节省行政资源的方法就是对药品实行最高限价销售管理。如何确定合理的首次最高限价是关键，我国有多年的省级招标平台数据，因此，确定最高限价变得很容易。国家医保局可以对全国省级平台药品招标价格进行大数据分析，选择某一个药品最低价格或合理价格作为该药品的全国首次最高限价，并进行动态管理，也可以以省为单位确定最高限价。

### • 地方精彩 •

▶ [从广州市基于大数据按病种分值付费工作，看可借鉴经验](#)（来源：广东省广州市医疗保险服务中心）——第 58 页

【提要】为更好地保障参保人员权益、规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长，充分发挥医保在医改中的基础性作用，广州市自 2018 年以来全面实施基于大数据按病种分值付费，确保总额预算正常增长、病种赋值确保合理施治、权重系数促进合理支付、年度清算体现激励机制、质量监控加强过程管理、动态调整完善付费管理，建立了支付与监管的一体化管理模式，实现了医保资源与医疗机构发展之间的平衡，减轻了参保患者的医疗费用负担。重点围绕政府治理、医保支付、医疗机构管理、资源配置等难题，突破了理念约束、利益约束、制度约束和管理约束，初步构建起广州特色医疗保障治理体系，取得了良好成效。

▶ [【医改经验】医防融合 三明探索给出哪些答案](#)（来源：健康福建）

——第 63 页

【提要】作为三明医改 3.0 版的重要举措，福建省三明市以总医院为载体，构建区域健康管护体系，开展疾控机构综合改革，推进公共卫生与医疗服务协同融合，将健康服务重心由后端的医疗向前端的预防转移，探索建立医防融合新机制。三明市通过整合资源，在县域内建立“医院+公共卫生机构+乡镇卫生院和社区卫生服务中心+村卫生所和社区卫生服务站”的一体化卫生健康服务网络，做到“四个明确、一个健全”，同时，将医保基金打包给健康管护组织，引导医疗卫生工作重心下移、资源下沉、预防关口前移。一是组建总医院，即紧密型医联体。二是改革专业公共卫生机构。三是改革疾病预防控制机构。总医院专门设立公共卫生科，承担公卫职责。在此次抗击新冠肺炎疫情中，发挥了统一指挥协调、统一业务培训、统一资源调度、统一疫情管控、统一救治管理、统一督促检查、统一医保支付“七统一”的作用，呈现出集结迅速、力量集中的特点。

• 中医药资讯 •

▶ [《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》要点扫描](#)（来源：

中国产业经济信息网）——第 73 页

【提要】国务院办公厅日前印发《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》，从人才、产业、资金、发展环境等多个方面提出 28 条举措，为中医药高质量特色发展保驾护航，为老百姓方便看中医、放心

用中药固本培元。《政策措施》提出，建立以中医药课程为主线、先中后西的中医药类专业课程体系，增设中医疫病课程。将符合条件的中医诊所纳入医联体建设；鼓励有条件的中医诊所组建团队开展家庭医生签约服务，按规定收取签约服务费；打造中西医协同“旗舰”医院、“旗舰”科室、“旗舰”基层医疗卫生机构；以优势中医医疗机构和团队为依托，建立一批名医堂执业平台。《政策措施》还提出，完善西医学习中医制度。2021 级起，将中医药课程列为本科临床医学类专业必修课和毕业实习内容，增加课程学时；试点开展九年制中西医结合教育。

▣ [中成药将如何集采？](#)（来源：E 药经理人）——第 77 页

【提要】大部分的中成药集中带量采购并不能像仿制药集中带量采购一样，仿制药的市场规模有过期原研做基础，集中采购后抢夺的是未通过一致性评价的厂家和不愿意降价的过期原研药的市场。中成药需要自己做推广，集中带量采购实施之后可抢夺的市场基本不多，而且没有很好的评估质量的方法的情况下，会不会再一次变成只看价格不看质量的“唯低价”中标导致劣币驱良币的情况是行业所担忧的，特别是会不会淘汰现有的愿意投入研发和临床证据的优质企业。

▣ [重磅！国务院发布中药利好文件 尊重中药研发规律](#)（来源：中国中医药报）——第 87 页

【提要】国务院办公厅再发加快中医药发展的重磅政策——国务院办公厅在通知中指出，为进一步落实《中共中央国务院关于促进中医药

传承创新发展的意见》，破解存在的问题，更好发挥中医药特色和比较优势，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，为此，现提出如下政策措施：推动中药新药快速审评审批、尊重中药研发规律、实施道地中药材提升工程、加大对中医药产业的投资力度、加强中医药知识产权保护、实施中医药开放发展工程、建设国家中医药综合改革示范区、完善西医学习中医制度、形成中医优势病种目录、提高中医药教育整体水平、加强中医药人才评价和激励、培养中医药人才、院内中药制剂自主定价、加强中医药医保支付，探索符合中医药特点的医保支付方式，发布中医优势病种，鼓励实行中西医同病同效同价。

### • 医院管理 •

▣ [DRG/DIP 对医院绩效管理的五大挑战和冲击](#)（来源：药闻康策）

——第 94 页

【提要】随着 30 个试点城市推行 DRG 医保支付在即，DIP 医保支付“即将出笼”，“双雄逐鹿”局面大势所趋，“预付费”将会替代目前按照项目“后付费”，对医院绩效管理将会带来“五大”挑战和冲击。第一大挑战和冲击：收入增幅遇到“天花板”瓶颈。第二大挑战和冲击：病种成本核算与控制。第三大挑战和冲击：医疗服务能力提升。第四大挑战和冲击：医疗行为与合理检查。第五大挑战和冲击：绩效核算方式。

▣ [医院会计成本核算管理中存在的问题及措施分析](#)（来源：医管新世界）

——第 98 页

【提要】医院财务管理过程中，成本核算占据的地位十分重要且不容忽视。纵观现如今的医院财务管理现状，会计成本核算管理虽然比以前改善了不少，但是由于各方面主客观原因的影响和限制，存在于其间的各种问题依然十分突出，其主要表现在以下几个方面：医院对会计成本核算管理的重视程度明显不够；成本会计核算人员的配备和机构配置明显落后于现状的发展；成本核算项目的分类不合理，整理和规范也不够到位；医院的成本核算制度不规范，不完善；医疗行业和医疗服务对象复杂，会计成本核算管理难度较大。全面提升医院会计成本核算管理中应该采取的措施：不断强化成本核算管理意识；进一步科学规范医院的成本核算体系建设力度和强度；创新优化成本核算方法，提升成本核算管理效能；全面提升医院会计管理核算人员的专业素质和整体素质；合理利用网络信息平台，打造会计成本核算管理的“新高地”。

## -----本期内容-----

### · 专家观点 ·

#### 观点 | 人口老龄化背景下，医保基金可持续发展的 3 点建议

来源：中国医疗保险

作者：戈艳霞 中国社会科学院社会发展战略研究院；王添翼 惠灵顿维多利亚大学

医疗保障制度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。医保的相关制度设计需要根据社会发展、疾病结构变迁与人口老龄化程度不断调整。过去几十年我国人口结构相对年轻，经济增速较快，基本医保基金运行良好，在改革窗口期收获了改革红利。未来十五年，伴随着人口老龄化进程加速和经济常态化发展，我国医保基金在收支平衡上或将面临前所未有的风险挑战。

合理筹资、稳健运行是医保制度可持续的基本保证。为有效防范风险，确保基金可持续，2016 年《“健康中国 2030”规划纲要》明确提出要“健全基本医保稳定可持续筹资和待遇水平调整机制，实现基金中长期精算平衡”。2020 年 2 月印发的《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(以下简称《意见》)更是明确提出“建立与社会主义初级阶段基本国情相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的医保基金筹资机制，切实加强基金运行管理，加强基金风险预警和防范，坚决守住不发生系统性风险底线。”

围绕医保基金的中长期精算平衡及实现途径，学界开展了不少讨论。其中，李子君(2019)、封进和王贞(2019)认为延迟退休年龄能改善职工医保基金的财务运行状况；邓大松和杨红燕(2013)、史若丁和汪兵韬(2011)认为提高缴费率的改革方案更为有效；李亚青和申曙光(2011)、文裕慧(2015)提出退休职工参与医保缴费以缓解职工医保基金收支不平衡；周长洪(2005)、陈友华(2009)、王金营和戈艳霞(2016)则提出通过优化生育政策、增强生育政策包容性，来缓解人口老龄化及其带来的相关问题。总体而言，已有研究主要集中于延迟退休政策效应和退休职工参与缴费的分析。



实际上，影响医保基金可持续发展的因素是多方面的，在当前人口老龄化加速发展的大趋势下，缴费人数占比下降和医疗需求持续增长都将对医保基金的可持续发展带来深远影响。笔者依据 2019 年的基本医保制度，考虑多方面核心因素，构建了我国医保基金的动态收

支平衡预测模型，结合未来人口规模和结构、人口健康趋势和就医需求、工资水平、参保负担结构变化等，预测了 2020 年-2035 年我国医保基金的收支平衡状况，并对影响医保基金可持续发展的主要因素进行剖析，提出加快医保基金制度改革、提高基金可持续发展能力的相关建议。

### 一、我国医保基金收支结存的测算方法

我国现行基本医保制度包括职工医保和居民医保。在筹资机制上，职工医保是参保人和单位雇主按规定缴费基数和缴费比例共担；居民医保是参保人和各级财政按规定金额共担。基本医保支出一般被分解为住院报销和门诊报销两部分，两种报销支出有各自的起付线和报销比例，且职工医保和居民医保在这两种支出报销上也有着各自不同的起付线和报销比例。人口规模和结构变化也是决定医保基金收支平衡的基础性因素，特别是在当前人口转型期，人口规模和结构变化对医保基金收支平衡有着不可忽视的影响：一方面，我国劳动力规模和结构变化将对医保基金的缴费收入带来明显变化；另一方面，随着人口老龄化加速发展，老年人口的规模和比重不断增加，参保人的总体医疗需求将逐年增多，医保基金支出也会随之增加。

据此，在现行医保制度下，医保缴费收入的计算方法可表示为：

$$I_n = I_n^Z(Z * \overline{W}_n * \omega_n^1 + Z * \overline{W}_n * \omega_n^2) + I_n^J(C * a_n + C * b_n)$$

其中， $I_n$  表示第  $n$  年医保缴费收入。

$$I_n^Z(Z * \overline{W}_n * \omega_n^1 + Z * \overline{W}_n * \omega_n^2)$$

表示第 n 年的职工医保缴费收入函数，Z 表示当年职工医保缴费人数。

$$\overline{W}_n$$

表示职工医保的人均缴费基数， $\omega_{n1}$  表示职工个人的缴费比例， $\omega_{n2}$  表示所在单位或雇主的缴费比例； $\ln_j(C \cdot a_n + C \cdot b_n)$  表示第 n 年居民医保缴费收入函数，C 表示当年居民医保参保人数， $a_n$  表示居民人均缴费金额， $b_n$  表示人均各级财政筹资金额。

医保报销支出的计算方法可表示为：

$$P_n = P_n^z \left( \sum_{i=15}^{60} x_i \cdot X_i \cdot \alpha_i + \sum_{i=15}^{60} y_i \cdot Y_i \cdot \beta_i \right) + P_n^j \left( \sum_{k=0}^{100} x_k \cdot X_k \cdot \mu_k + \sum_{k=0}^{100} y_k \cdot Y_k \cdot \vartheta_k \right)$$

其中， $P_n$  表示第 n 年医保报销支出。

$$P_n^z \left( \sum_{i=15}^{60} x_i \cdot X_i \cdot \alpha_i + \sum_{i=15}^{60} y_i \cdot Y_i \cdot \beta_i \right)$$

表示第 n 年职工医保报销支出函数， $x_i$  表示 i 岁人口的住院次数， $X_i$  为 i 岁人口的次均住院费用， $\alpha_i$  表示住院费用报销比例， $y_i$  表示 i 岁人口的门诊次数， $Y_i$  为 i 岁人口的次均门诊费用， $\beta_i$  表示门诊费用报销比例。

$$P_n^j \left( \sum_{k=0}^{100} x_k \cdot X_k \cdot \mu_k + \sum_{k=0}^{100} y_k \cdot Y_k \cdot \vartheta_k \right)$$

表示第 n 年居民医保报销支出函数， $x_k$  表示 k 岁居民医保人口的住院次数； $X_k$  表示次均住院费用， $\mu_k$  表示住院费用报销比例； $y_k$  表示 k 岁居民医保人口的门诊次数； $Y_k$  表示次均门诊费用； $\vartheta_k$  表示门诊费用报销比例。

进一步地，第  $n$  年医保基金收支结存  $t_n$  可表示为：

$$t_n = I_n - P_n$$

医保基金累计结存  $T_n$  可表示为：

$$T_n = T_{n-1} + t_n$$

根据以上公式，将相关参数和基础数据代入，即可得到医保基金收支数据。需要说明的是，本文中使用的 2020 年-2035 年分年龄别的人口数据，来自作者前期的人口预测研究成果，详细说明参见《全面二孩政策实施下的中国人口发展态势》一文。另外，任何一个预测模型都建立在一定的假设基础上。本文在现有数据基础上，遵循各因素变化规律尽可能合理设定假设条件。笔者假设预测期内参保人年龄别的就诊率和住院率延续 2013 年-2018 年国家卫生服务调查的变化趋势；次均就诊费用、次均住院费用、职工工资延续 2010 年-2019 年的增长趋势。此外，囿于数据限制，本文中的职工医保基金未包含生育险。

## 二、未来十五年我国医保基金的收支概况

在现行医保制度和以上假设前提下，预测结果显示，我国医保基金的收支平衡不具有可持续性。预计在 2026 年医保基金当年结存将首次出现缺口，到 2034 年累计结存将首次出现缺口。分地区看，一些劳动力人口流出较多、人口老龄化速度较快的地区将面临更加严峻的医保基金支付压力（见图 1）。

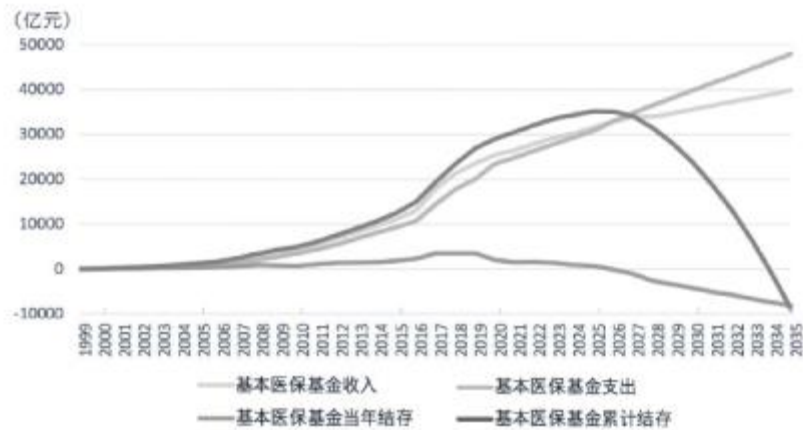


图1 我国基本医保基金收支结存变化趋势

通过对职工医保和居民医保的收支平衡预测，我们可以更明确地看出问题的严峻性。由于居民医保参保人群的年龄结构老化速度更快，居民医保基金出现负值的时间可能更早。预测结果显示，在现行制度下，到 2021 年左右居民医保基金当年结存即有可能出现缺口，到 2023 年左右累计结存也将首次出现缺口(见图 2-1)；再看职工医保，虽然目前职工医保基金尚有较多结存，但在现行制度下，职工医保基金当年结存也将在 10 年后，即 2030 年左右首次出现缺口，累计结存将在 2039 年左右出现缺口(见图 2-2)。

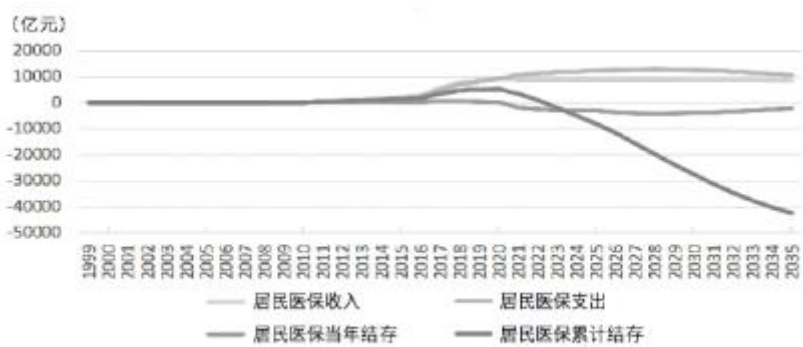


图2-1 居民医保基金收支结存变化趋势

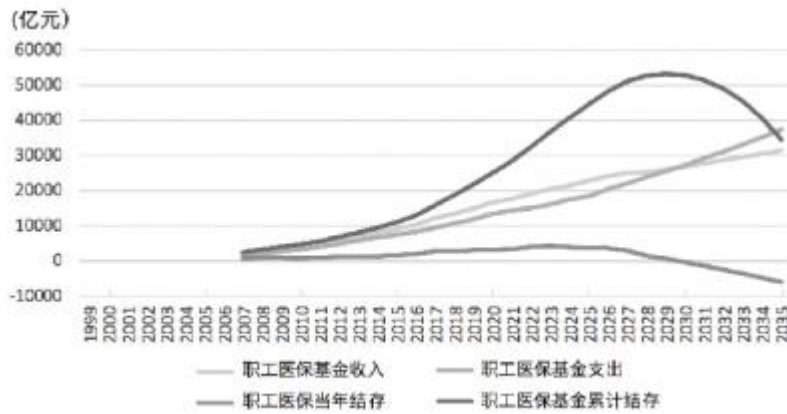


图2-2 职工医保基金收支结存变化趋势

### 三、影响我国医保基金可持续发展的主要因素

#### 1、我国将进入深度老龄社会

根据国际标准，一个国家或地区 65 岁及以上的人口比例达到 7% 以上，即可被称为老龄化社会；65 岁及以上的人口比例达到 14% 即可被称为深度老龄社会；而当 65 岁及以上的人口比例超过 21% 时，则被称为进入超级老龄社会。

2021 年是我国人口老龄化发展历程中的重要节点。人口预测数据显示，进入 2021 年后我国 65 岁以上老年人口占比将超过 14%，我国将从老龄社会进入深度老龄社会；之后，我国 65 岁以上老年人口比重将进一步增长到 2025 年的 15%、2030 年的 19% 和 2035 年的 23% (见图 3)。需要特别注意的是，进入 2027 年以后，伴随 1960 年代中期我国第二次生育高峰人群陆续进入老年阶段，我国老年人口数量将加速增长，预计 2027 年-2035 年期间，我国 65 岁及以上老年人口年均增长 1270 万人，届时我国人口老龄化将进入到一个新的加速发展时期。

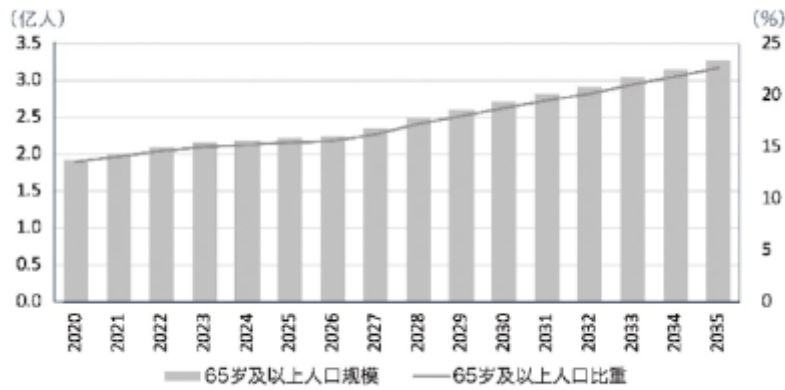


图3 2020年-2035年老年人口变化趋势

## 2、未富先老，财政负担沉重

发达国家进入老龄社会时，人均 GDP 通常会达到 10000 美元；进入深度老龄社会时，人均 GDP 平均在 20000 美元；进入超级老龄社会（主要指德国、日本）时的人均 GDP 通常达到 40000 美元。我国在 2000 年进入老龄社会时的人均 GDP 只有 800 美元，预计 2021 年进入深度老龄社会时人均 GDP 水平会略多于 10000 美元。发达国家在面对日益严重的人口老龄化现象时大都出现了医疗费用负担过重的情况，而我国处在相同人口老龄化阶段时的财政储备远不及发达国家，这意味着我国人口老龄化与政府财政支付能力之间的矛盾将更加突出，医保制度也将面临着更大的挑战与压力。

## 3、工资增长乏力，医保基金收入增速放缓

在缴费比例一定的情况下，就业人员的工资收入增速将在很大程度上决定医保基金的收入增速。2000 年-2015 年，我国经济经历了近 15 年的高速增长，就业人员工资增长速度很快，期间我国城镇单位就业人员年平均工资从 9333 元加速增长到 62029 元，年均增长速度

38%。2015 年以后，伴随着国内外经济社会形势变化，我国就业人员工资增长速度放缓，2015 年-2019 年期间，我国城镇单位就业人员年平均工资从 62029 元增长到 90134 元，年均增长速度下降至 9%。受全球新冠肺炎疫情冲击，进入 2020 年后，经济下行压力更趋增大，就业人员工资收入增速恐将进一步放缓。根据中国经济的预测结果，2020 年-2035 年期间中国经济增长速度预计将在 3%-5%之间。假设该时期城镇单位就业人员的工资增长速度与经济增速趋同，那么 2020 年-2035 年期间工资年均增速在 4%左右，工资水平将从 96720 元增长到 161010 元(见图 4)。未来一段时期就业人员工资增长速度明显放缓，将在很大程度上导致医保基金收入增速明显放缓。

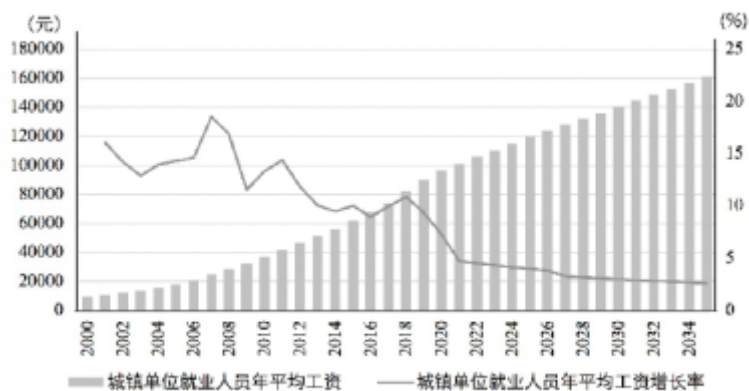


图4 城镇单位就业人员工资变化趋势

#### 4、缴费人数在参保人数中的比重持续下降

伴随劳动年龄人口的逐渐减少，医保缴费人数占参保人数比重将持续下降，缴费负担持续增大。根据 2020 年-2035 年我国年龄别劳动力人数和参保率以及退休人数等预测，全国医保缴费人数占参保人数的比重将从 2020 年的 94%下降到 2025 年的 93%、2030 年的 92%和

2035 年的 90%，其中职工医保缴费人数占比下降速度更快，预计将从 2020 年的 75% 下降到 2025 年的 72%、2030 年的 70% 和 2035 年的 68% (见图 5)。

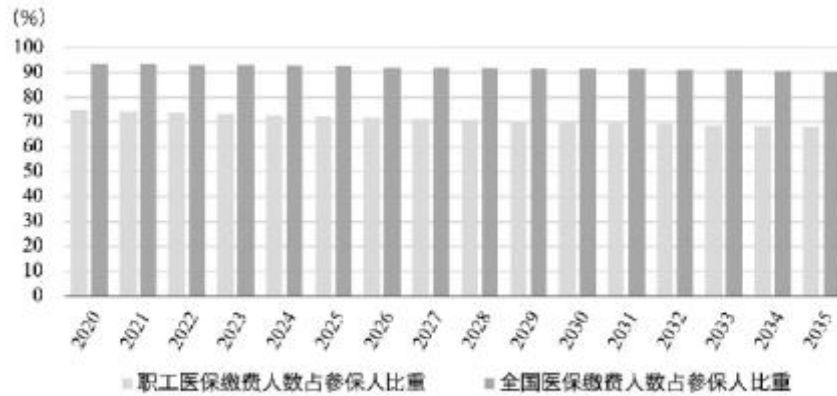


图5 医保缴费人数占比变化趋势

如果将参保人数和缴费人数之比定义为医保基金缴费负担系数，那么 2020 年-2035 年期间，我国医保基金缴费负担系数将逐年增大，预计将从 2020 年的 1.07 增加到 2025 年的 1.08，到 2030 年提高为 1.09，2035 年升至 1.11；其中职工医保缴费负担增加幅度更明显，预计将从 2020 年的 1.34 增长到 2025 年的 1.38，并在 2030 年和 2035 年分别升至 1.43 和 1.47。

### 5、医疗服务需求持续攀升

伴随着我国居民健康意识的提升，居民对医疗服务的需求持续攀升。一是住院服务需求增幅明显。全国卫生服务调查数据显示，2018 年我国居民全年住院人次率约为 18%，比 1993 年增加了 14 个百分点；全年人均住院次数约为 0.18 次，比 1993 年增加了 0.14 (见图 6-1)。二是就诊服务需求增幅明显。全国卫生服务调查数据显示，2018 年

我国居民两周就诊人次率约为 23%，比 1993 年增加了 6 个百分点；全年人均就诊次数约为 6 次，比 1993 年增加了 1.6 次(见图 6-2)。

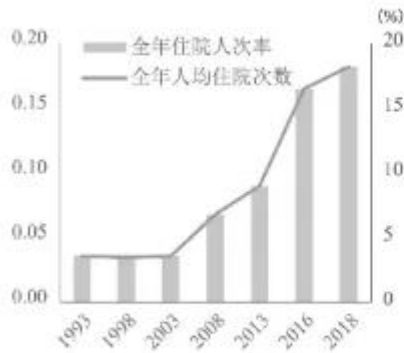


图6-1 我国住院就诊服务需求变化趋势

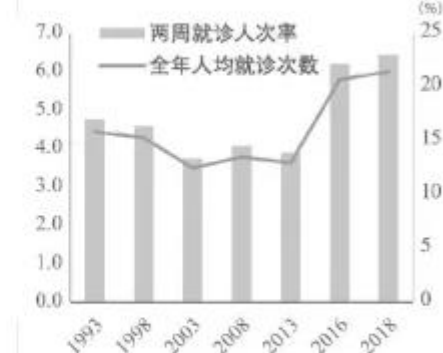


图6-2 我国就诊人次和人均就诊次数变化趋势

## 6、人均卫生支出增速较快

伴随疾病诊断及治疗水平的不断进步，治疗和用药费用大大提高，这也成为我国医疗费用上涨和个人卫生支出增长的主要推动力量。根据国家统计局数据测算，2014 年-2019 年期间我国人均卫生费用的年均增长速度为 12.45%，人均可支配收入的年均增长速度为 9.02%。人均卫生费用的增长速度明显快于人均可支配收入的增长速度(见图 7)。



图7 我国人均卫生费用与可支配收入变化趋势

在人均卫生支出增长的背后是次均医疗费用的持续增长。主要表现在两方面：一是次均住院费用增幅明显。根据 2019 年我国卫生健康事业发展统计公报数据，2019 年住院病人人均住院费用 9848 元，按当年价格比上年上涨 6.0%，是 2010 年的 1.6 倍(见图 8-1)。二是次均门诊费用增幅明显。根据 2019 年我国卫生健康事业发展统计公报数据，2019 年门诊病人次均门诊费用 291 元，按当年价格比上年上涨 6.1%，是 2010 年的 1.7 倍(见图 8-2)。

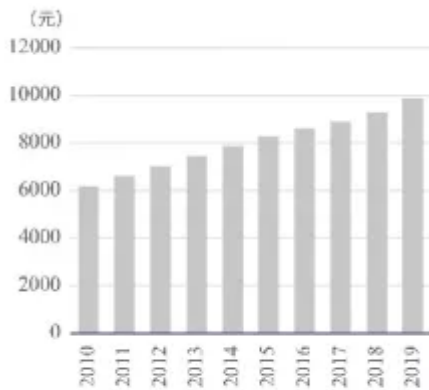


图8-1 我国次均住院费用  
增长趋势

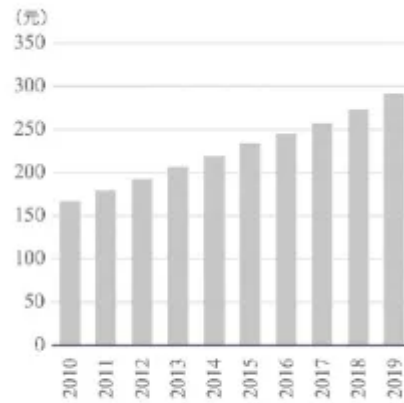


图8-2 我国次均门诊费用  
增长趋势

#### 四、促进我国医保基金可持续发展的建议

以科学合理的管理达到基金收支平衡是实现基本医保制度可持续发展的重要前提。在人口老龄化背景下，我们要加快健全稳健可持续发展的筹资运行机制，积极推进医保支付方式改革，加强基金运行管理和风险预警防范，坚决守住不发生系统性风险底线。

##### 1、健全医保筹资机制，扩大医保资金来源

坚决贯彻落实《意见》关于健全稳健可持续发展的筹资运行机制的具

体要求。一是根据经济社会发展情况逐步提高医保缴费基数，确保基本医保基金来源稳定可持续。2018年7月，中共中央办公厅、国务院办公厅印发《国税地税征管体制改革方案》，明确从2019年1月1日起，将包括基本医疗保险在内的各项社会保险费交由税务部门统一征收。相对于社保部门，税务部门掌握职工工资数据，由税务部门统一征收社保费有利于解决长期存在的费基不实的问题，可以有效保护参保人的权益和基金的可持续发展。尽管中央已经正式出台文件，但目前还有相当一部分企业的职工医保缴费基数仍以基本工资为基础。建议尽快落实以实际工资确定缴费基数，确保医保基金收入增长与经济社会发展步伐一致。二是完善筹资分担和调整机制，均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任。我国可借鉴发达国家的经验，在应对日益增长的医保基金收支压力上，逐步增加个人筹资缴费比重，完善筹资分担和调整机制。三是加强财政补贴力度，特别是增加对居民医保的投入。建议进一步提高烟草与酒类等影响居民健康的产业税费，并将部分税收用于弥补医疗保险基金缺口。四是巩固提高统筹层次，全面做实基本医疗保险市地级统筹，鼓励推进省级统筹，做大做强基金池，增强基金抗风险能力。

2、改革医保支付机制，优化医保支出结构，提高医保基金使用效率

建立管用高效的医保支付机制，优化医保基金使用结构，提高医保基金使用效率。一是改革医保支付机制。逐步适度提高需方分担力

度，提高个人自付比例，扩大个人费用分担的医疗服务范围，以避免过度医疗风险。二是优化医保支出结构。一方面，适度扩大门诊费用的报销范围和提高报销比例，通过加强“小病”和慢病的治疗和管理，从根本上降低重大疾病的发生风险；另一方面，优化医保报销药品结构，突出常见病、慢性病以及负担重、危害大疾病和公共卫生等方面的基本用药需求，注重儿童等特殊人群用药。此外，加快落实《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》，改革职工医保个人账户、建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平可持续。三是探索医疗服务和药品器械分开支付方式，从体制机制上弱化医院、医生与药品器械的经济联系，减少过度处方问题，控制医疗费用过快增长以及不合理的医保支出浪费问题。

### 3、加强医保基金可持续发展研究

未来 10 年-20 年，伴随人口老龄化的加快和经济常态化发展，我国医保基金收支平衡面临前所未有的风险挑战，急需加强基金风险预警和防范。一是加强医保基金可持续发展研究，对影响医保基金收入和支出两侧的核心要素进行充分考虑，并建立常态化的监测和预测分析机制。在人口老龄化加速发展的背景下，特别需要加强对居民医疗服务需求结构和医疗服务价格等关系医保支出的因素分析研究。二是科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理，实现基金中长期精算平衡，健全基金运行风险评估、预

警机制，确保基金运行稳健可持续。落实按统筹层次编制医保基金收支预算，逐级汇总；同时把医保基金预算纳入政府预算绩效管理体系，对于推动医保基金精算平衡，确保基金长期可持续运行具有十分重要的意义。

[返回目录](#)

## 观点 | 严雪峰：无锡 DRG 付费国家试点实践和思考

来源：金豆数据

作者：严雪峰 无锡市医疗保障局副局长

无锡市医疗保障局副局长严雪峰从推进无锡 DRG 国家试点的建设背景、无锡 DRG 运行报告分析、无锡 DRG 本地化应用、关于 DRG 应用与思考四个方面讲述了无锡 DRG 付费国家试点的实践与思考。

### 一、无锡市 DRG 建设背景

无锡市自 97 年起医疗保障改革试点以来，经历过按项目付费、按单元定额付费、总额付费、人头付费、病种付费和床日付费等多种支付制度，每种制度都经历过控费、博弈和失效的周期性过程，是最具有医保支付制度研究的非常有价值的典型代表地区，2018 年各种综合付费的弊端逐渐显现后，我们期待更科学的 DRG 付费，为我们提升医保基金管理效能提供更科学、合理，并能充分发挥对医疗服务行为正向引导作用的支付制度。

2018 年 4 月正式启动“DRGs-PPS”项目试点工作，着手准备 DRG 支付制度改革的基础环境，并于 2019 年 5 月被国家医保局确定为 DRG

付费国家试点城市。

在国家和省医保局的悉心指导和市委、市政府的高度重视下，不断强化组织保障、注重基础管理、加强队伍建设，确保了试点工作有力有序稳步推进。

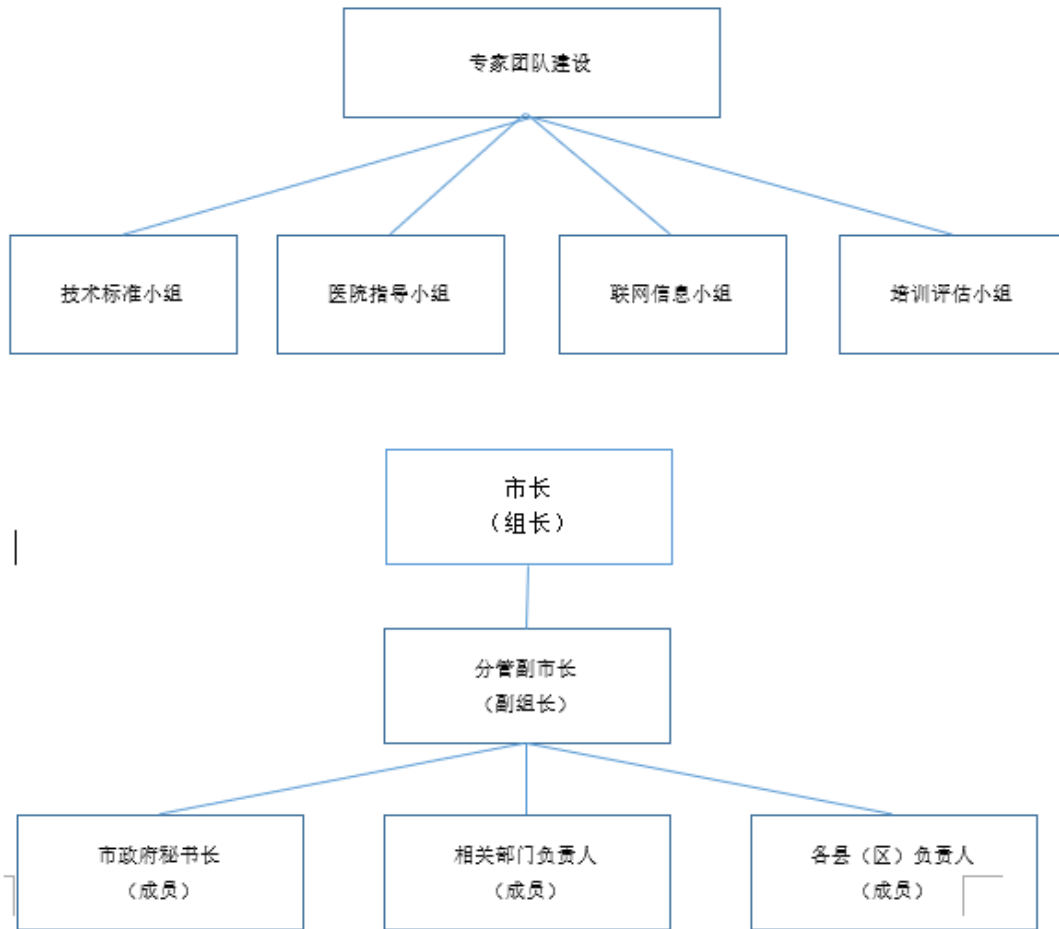
2020年1月份国家医保局对DRG国家试点城市2019年推进落实情况的评估结果发布，我市在全国30个试点城市中评为优秀。

## 二、推进DRG试点的基础工作

### 01 加强组织保障，形成工作合力

DRG付费是一项系统性工程。为确保国家试点工作扎实推进，无锡市医疗保障部门着力谋划组织保障工作，经市政府批准，我市成立了以市长为组长，分管副市长为副组长，市政府秘书长、各相关部门、各县(区)主要负责人为成员的领导小组。同时我市高度重视专家团队建设，组建了四个DRG技术指导小组，分别为：技术标准小组、医院指导小组、联网信息小组、培训评估小组，成员由我市医保、卫健、人社的相关业务部门负责人，病案核查专家团队成员以及试点医疗机构的相关专家组成。

在具体试点工作推进过程中，我市采取定期召开联席会议、定期发布试点工作通报的方式，共同研究讨论推进工作中遇到的问题和矛盾，会商解决办法，形成工作合力，共同推动试点工作按时序稳步进行。截至目前，发布试点工作通报5期。



## 02 注重监管培训，提升病案质量

病案质量管理是 DRG 试点推进工作的基础和关键。无锡市医疗保障部门通过“理论培训+监督检查”双管齐下的方式，持续加强医院病案质量管控。一方面，试点启动以来，开展了多期相关 DRG 基础理论、病案基础知识和质控监管培训。通过持续强化培训，不断提升全市病案编码人员和病案监管人员的能力素质，提升病案基础数据的规范性和准确度。另一方面，对试点医院 2017、2018 和 2019 年度的共计 12123 份病案进行 DRG 专项核查，并对实时上传的部分疑点病案开展了针对性核查。通过核查，查找各医院不符合相关填报标准和规范

的具体问题，并逐一反馈，督促医疗机构对标找差、举一反三、整改落实。

### 03 完善信息体系，制定质控标准

疾病分类编码和手术操作分类编码是 DRG 分组的主要依据，全市医疗机构是否统一标准直接影响到 DRG 分组的结果。2018 年，在国家相关标准尚未明确的情况下，无锡市医疗保障部门结合本地实际，邀请专家开展论证，明确了全市试点医院病案首页上传标准，并完成了试点医院病案实时上传信息改造工作。市医疗保障部门同步建立了实时上传的校验质控规则和通报制度，定期统计通报各医疗机构的病案首页上传情况，督促上传不及时和上传不规范的医疗机构及时整改，确保了病案首页信息上报的及时性、完整性和规范性。



### 04 强化数据分析，拟定结算方案

病案数据与成本数据的收集和分析,对于 DRG 正确分组与确定权重至关重要。我市医疗保障部门完成了对全市试点医院 2015 至 2019 年的全部出院病历的电子病案首页信息和医保结算信息数据的采集工作,对数据进行分组,确定 2019 年 DRG 试运行医保付费结算方案。

试运行过程中，持续监测各项指标情况，适时进行调整。在此基础上，通过广泛征求卫生健康主管部门和试点医院意见，最终形成了《无锡市 2020 年 DRG 付费结算办法(试行)》，并于今年 1 月起对全市 25 家试点医院试行按 DRG 实际付费。



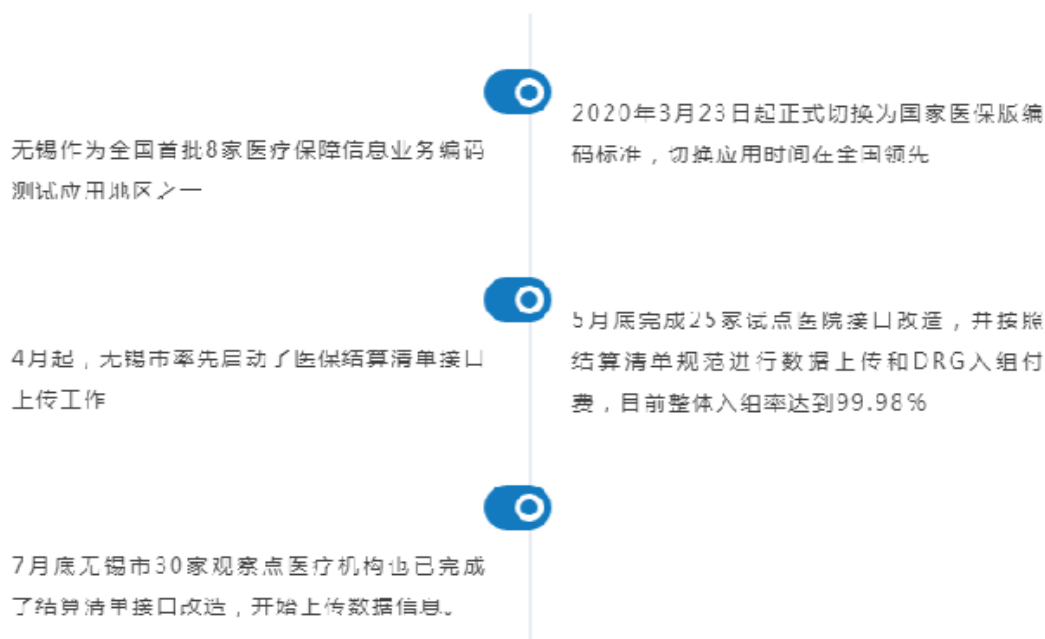
《无锡市 2020 年 DRG 付费结算办法(试行)》特点：平衡结算、引导分级诊疗、实施区域总控、合理清算、鼓励医疗机构“控成本、调结构、提效能”。

### 05 发挥正向引导，稳步推进改革

2019 年试运行期间，市医疗保障局部门按月向试点医院出具 DRG 试行支付情况表，同时与实际结算办法并行比较，定期召集试点医院开展 DRG 阶段工作总结会，分析试运行数据指标情况，剖析问题原因，引导医疗机构及时合理调整收治结构，发展自身学科特色，加强医院内部管理，促进医院管理现代化、科学化、精细化，主动适应 DRG 支付方式改革。2020 年起，实现了试点医院 DRG 绩效分析院端实时反馈。

## 三、构建 DRG 正式运行环境的基础工作

### (一) 贯彻国家标准，全国率先落地



## (二) 完成信息改造，对标国家分组

无锡市高度重视 DRG 的信息建设，完成了 DRG 结算和硬件系统的招标工作，并对结算流程进行了本地化改造，实现了结算清单和电子病历上传、数据质控、结算付费、智能审核、绩效评估等 DRG 付费全过程的系统建设应用，其中结算清单 190 项数据指标完全执行国家标准。

同时根据国家医疗保障局发布的医疗保障疾病诊断相关分组 (CHS-DRG) 细分组方案 (1.0 版) 要求，我市开展了对 2017 年至 2020 年 6 月三年半的病案首页、结算清单数据以及医保结算数据的采集和编码映射工作，共计 1252850 份。同时按照国家细分组方案要求，做好了 DRG 分组器的部署与对接，并使用历史数据进行了多轮模拟分组和测算。分组效能自评符合国家 CHS-DRG 分组规范。

## (三) 加强培训学习，提高队伍水平

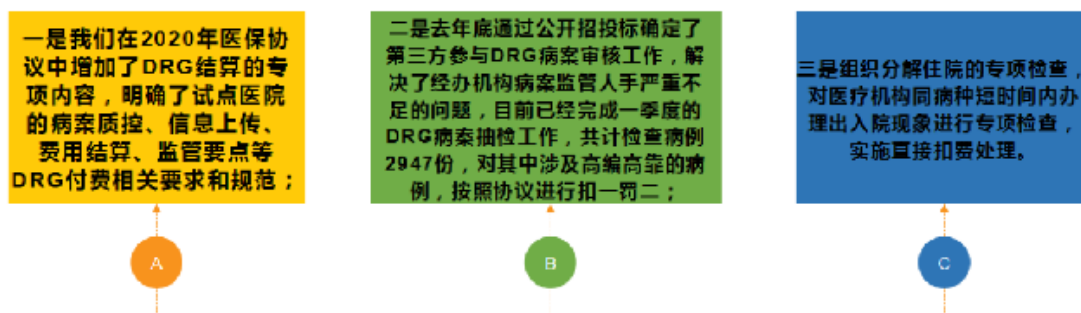
2019年12月19日-20日，由国家医保局选派的5位专家现场对国家医保按疾病诊断相关分组DRG(CHS-DRG)付费国家试点工作进行培训，无锡医保局领导、医院负责人和医保办负责人共200余人参加了培训。

2020年7月30-31日开展了无锡市DRG相关医保信息编码标准培训，培训内容包括CHS-DRG支付数据质量要求、医疗保障基金结算清单填写规范、国家医保局疾病诊断和手术操作编码的应用，培训对象覆盖了全市医保行政和经办相关负责人员、DRG试点医院和观察点医院的相关业务骨干260余人。

除了积极开展业务培训会，巩固基础知识。无锡市医保经办机构还联合无锡市病案管理质控中心建立了“无锡DRG数据质量管理交流群”，针对全市试点和观察点医院在结算清单、病案首页等医保关键信息填报过程中遇到的疑难问题，安排了本地专家和国家DRG相关业务的专家于交流群中在线解答。

#### (四) 加强协议监管，确保行为合理

无锡市医保局就实施DRG结算支付后可能存在的常见问题，制定了有针对性的监管措施：



## 四、无锡市 DRG 运行报告分析

### (一) DRG 正式付费的准备工作

序号	前提条件	是否具备
1	已制订DRG付费改革实施方案	√
2	辖区内已统一疾病诊断和手术操作编码	√
3	区域内DRG分组已经完成	√
4	试点医院范围已经确定	√
5	全市近4年各项DRG测算历史数据收集	√
6	确定测算结果、分组、权重、费率	√
7	DRG结算医保支付政策跟进	√
8	DRG付费办法、细则制定	√
9	试运行	√

### (二) DRG 正式运行效果

2020年1-7月的运行效果如下，和2019年度试运行同比指标分析，我们发现无锡市在DRG建设方面取得了较为明显的成果：DRG实际结算平稳、DRG服务能力提升、DRG医疗效率提高、医疗资源配置合理

#### 01. DRG 实际结算

从结算结果来看，25家试点医院实际发生费用200065.59万元，医保实际结算总额194244万元，试点医院共计超支5819.6万元，超支比例2.93%，在国家CHS-DRG分组规范5%范围内，说明我市现阶段应用DRG付费运行基本平稳

#### 02. DRG 服务能力

从DRG服务能力指标来看，25家试点医院总权重相较19年同期

下降 26.71%，总病例数同比减少 33.44%，DRG 组数 665 组，同比减少 9 组，总费用同比减少 32%，试点医院服务范围整体有所下降，分析原因主要为受疫情影响，工作量大幅下降。但 CMI (病例组合指数) 较去年同期提高 0.1，表明试点机构收治的病例难度系数有所增加

### 03. DRG 医疗效率

从 DRG 医疗效率指标来看，25 家试点医院费用消耗指数同比下降 0.0901，时间消耗指数同比下降 0.0213。对试点机构的医疗费用构成进一步分析后，发现例均费用中的医技、耗材、药品费用同比分别下降 3.88%、0.66%、4.49%，体现了正式运行后试点医院通过内部优化管理，限制过度医疗，医院治疗效率有所提升，收治成本有所控制

### 04. 医疗资源配置

从医疗资源配置角度来看，试点医院基础组占比由 2019 年的 10.03% 下降到了 6.78%，其中三级医院基础组占比由 2019 年同期 8.39% 下降到了 5.39%，降幅明显。同时试点医院中三级医院的人次和费用占比同比下降 3.4% 和 3.8%，二级医院人次和费用占比略有上升。体现了在 2019 年试运行的基础上，进一步助推分级诊疗，发挥了医保支付方式改革对医疗资源合理配置的正向引导作用

## 五、无锡 DRG 本地化应用的思考

### (一) CHS-DRG 落地问题

#### 01. 地方数据 CHS-DRG 分组有效性评估以及论证问题

按照 DRG 分组信息分组后，具体分组和权重费率方案需要跟卫健部门以及医疗机构以及行业协会开展论证，具体流程需国家层面加强指导，以便试点工作的有序推进。

## 02. 国家 CHS-DRG 分组后，中医操作问题

中医操作目前不在方案当中，当国家大力发展中医药事业，无锡的试点医院当中有中医院和中西医结合医院，如果没有相对应的解决方案，将会影响到这项改革的推进力度，建议国家的分组方案当中增加中医的手术操作。

## 03. QY 组付费问题

主要诊断和手术不符、无法正确入组的 QY 组问题，因为医疗机构诊疗行为和填报规范短时间内无法完全整改到位，意味着 QY 组短时间之内无法完全的消除，但是针对 QY 组如何进行合理的付费呢，还需要进一步的进行明确。

### (二)DRG 管理方面问题

#### 01. 如何与其他支付方式的有效衔接

我市的分级治疗体系不够健全，基础组全是同病同治同价，推动的压力比较大，三级医院不收，如果一、二级医院接不住的情况该如何解决。

#### 02. DRG 智能监控需要与时俱进

防止高编高靠、分解住院、分解门诊收费、低标准入院、住院服务提供不足等一系列违规违纪行为。

03. 技术性谈判要求更高

病组分组调整，权重费率谈判等。

(三) 人员队伍问题

DRG 试点工作需要建立一支精通 DRG 基础理论、分组付费测算、数据审核监管等在内的工作人员队伍。

目前我市专家团队中，医保部门相关业务人员过少，且专业水平还有待进一步提高。

医院内部培训还需加强，临床医师诊疗行为的规范、结算清单数据质控等。

六、DRG 建设工作下阶段计划

无锡的试点工作在国家局和省局的正确指导、各位专家同仁的帮助支持下，从贯彻和执行 DRG 国家试点信息标准结算模式和智能监管等方面进行着手，建立无锡市医保付费和管理咨询的体系，具体工作如下：



### 01. 调整优化分组

对接国家的分组规范，根据国家确定的 618 个细分组来使用无锡本地的数据，验证分组情况和确定本地权重、费率，形成评估报告递交国家医保局。

### 02. 加强信息建设

在前期试点医院和观察点医院结算清单上传基础上，继续加强数据质控，提升数据的准确性和规范度，同时根据 DRG 国家试点方案和全市深化医改工作要求，启动试点医院、观察点医院电子病历关键信息的收集工作，进一步充实无锡市 DRG 信息数据。

### 03. 强化职能审核

构建 DRG 数据、质控体系，完善整合规则，同步对接医保结算，不断强化 DRG 智能审核，继续采取系统筛查，专家核查的方式持续追踪医院 DRG 数据质量改进情况，同时将数据填报质量与试点医疗机构的年度考核指标、DRG 支付额度相关联，形成激励和约束机制。

### 04. 培养人才队伍

要求对全市 DRG 和相关医保信息业务编码人员进行系统的培训，要覆盖无锡全市的医保行政、经办机构、医院临床、医务、病案、统计信息以及试点工作专家组成员，确保国家医保编码标准的执行规范，确保医保相关管理人才技术水平的稳固提升。

### 05. 做好监测评估

继续开展 DRG 试运行工作，监测分析各项指标数据，邀请国内

DRG 绩效评估专家开展试运行评估工作。

## 06. 完善配套政策

试点工作的进一步推进不断优化、完善，DRG 付费运行监管、考核等政策方面的细则。

[返回目录](#)

## · 分析解读 ·

### 一图看懂 | 药品监管的 2020 和 2021

来源：易联招采

数说药品监管 2020 这一年！



2020年，是新中国历史上极不平凡的一年。面对突如其来的新冠肺炎疫情，全国药监系统认真落实习近平总书记关于药品监管工作的重要指示批示精神和党中央、国务院决策部署，按照“四个最严”要求，迎难而上，担当作为，为疫情防控 and 经济社会发展作出了应有的贡献。

## 为全国疫情防控作出重要贡献

### 新冠疫苗研发上市 处于全球领先

应急批准**5**条技术路线共**14**个疫苗品种开展临床试验，其中**6**个品种进入III期临床试验，**5**家疫苗生产企业获得药品生产许可证；附条件批准**1**个新冠病毒疫苗上市。



### 应急审批跑出“中国速度”

应急批准**22**个药物开展临床试验，附条件批准**2**个药品上市。应急批准**54**个新冠病毒检测试剂，日产能达到**2401.8**万人份。各地应急批准医用防护服注册证**420**张、医用防护口罩注册证**307**张。

中医药“抗疫”  
发挥重要作用

应急批准金花清感颗粒、连花清瘟胶囊/颗粒、血必净注射液增加新冠肺炎相关功能主治，应急批准化湿败毒颗粒、清肺排毒颗粒开展新冠肺炎临床试验，指导各省市应急审批、备案或调剂187个中药民族药医疗机构制剂，定点用于各省新冠肺炎临床救治。



强化监管  
护航疫情急需药械安全

加强对应急审批产品质量监管，强化对疫情防控用药品医疗器械的监督检查、产品抽检和不良反应监测，总体质量状况符合要求。国家药监局免征疫情防控药品、医疗器械注册费2165.6万元，减免小微企业注册费3998.5万元。

### 统筹疫情防控和药监工作

为“六稳”“六保”做好服务，按照“一品一档、一企一策”的要求，对疫情防控医疗物资重点企业，加强服务和指导，为企业复工复产、扩产增能，及时提供相应支持。



## 药品监管工作扎实推进

### 法律体系建设取得新突破 法规标准更加完备



《化妆品监督管理条例》发布实施，

《医疗器械监督管理条例（修订草案）》经国务院常务会审议通过



《药品注册管理办法》

《药品生产监督管理办法》

《生物制品批签发管理办法》

《化妆品注册备案管理办法》

《药品上市后变更管理办法（试行）》

等一系列配套规章、规范性文件发布

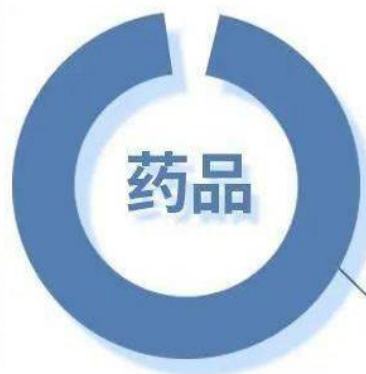


颁布实施《中国药典》2020年版



全国“两法”知识竞赛成功举办，174万药品监管人员、从业人员和社会公众参与

## 注册受理和批准总量双增长 审评审批更加规范



审结任务整体按时限完成率

**94.5%**

全年共批准药品上市注册申请**939**件  
同比增长**59.7%**  
其中创新药**20**个  
临床急需境外新药**12**个



审结任务整体按时限完成率

**97%**

全年共批准注册医疗器械**9849**个  
其中创新医疗器械**26**个  
临床急需医疗器械**15**个



化妆品注册审评“零积压”

**100%**

推进化妆品注册备案检验全程网上办理

保持监管力度不放松  
风险防控更加有效

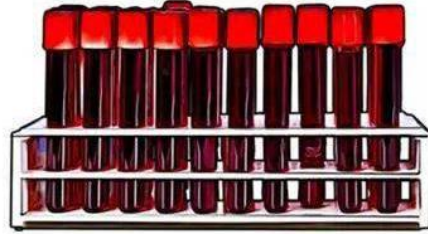


完成所有在产**37**家  
疫苗生产企业的全覆盖巡查，  
未发现影响质量安全的严重缺陷；



**29**个省份疫苗追溯信息  
已覆盖**90%**的疾控中心  
和**80%**以上接种单位，  
基本实现可追溯；

对13家在产血液制品生产企业实施专项抽查检查；



完成国家药品抽检18464批次、  
医疗器械抽检2763批次、  
化妆品抽检16163批次；



完成药品生产企业飞行检查44家次、  
医疗器械生产企业飞行检查89家次、  
化妆品生产企业飞行检查51家次；



对100余个品种药品说明书进行修订，  
对9个品种采取撤市措施，  
确保公众用药安全有效。

## 监管能力持续提升 技术支撑更加有力



监管科学行动计划深入推进，  
首批9个重点监管科学项目全面实施，  
与高校、科研院所合作建立12个监管科学研究基地。



建设完成第一批国家药监局重点实验室45个，  
第二批重点实验室遴选有序推进。



智慧监管能力进一步提升，  
药品（疫苗）信息化追溯体系实现  
由疫苗追溯向国家药品集采中选品种、麻醉药品、  
精神药品、血液制品等重点品种追溯的拓展；



完成医疗器械唯一标识管理信息系统建设，  
注册人上报数据39.3万余条；



国家药品智慧监管平台1.0版本建成上线，  
“药监云”初步建成。

# 中国共产党章程



## 党的领导和党的建设全面加强

- ▶ 积极服务国家重大区域战略部署，长三角、大湾区四个审评检查分中心挂牌成立，会同七部门联合出台《粤港澳大湾区药品医疗器械监管创新发展工作方案》；
- ▶ 坚决落实定点扶贫政治责任，脱贫攻坚取得圆满成果；
- ▶ 积极配合巡视并抓好巡视整改，深入开展违反中央八项规定精神突出问题专项治理；
- ▶ 深化廉政警示教育和廉政风险防控。

药品监管 2021 这么干！



## 强化疫情防控 服务保障大局

- 抓好新冠病毒疫苗各环节工作。  
强化跟踪服务指导，  
依法依规严格审评审批，  
确保经得起历史检验。  
把加强新冠病毒疫苗批签发能力建设放在重要位置，  
将新冠病毒疫苗质量安全监管作为重中之重。
- 毫不放松做好应急审批。  
完善研审联动机制，坚持特事特办，  
全力做好防疫用药械审评审批。
- 加强对新冠病毒治疗药物、  
检测试剂、医用防护服、  
医用口罩等产品质量监管。

## 强化改革创新 促进高质量发展



### 鼓励支持研发创新

进一步加快临床急需境外新药、罕见病用药、儿童用药、重大传染病用药等审批上市。



### 促进药品质量提升

稳妥有序推进仿制药质量和疗效一致性评价,依法依规严格审评审批新申请仿制药。



### 注入中药传承创新发展新动能

改革完善中药注册管理,扎实推进中药审评审批改革。加强对饮片注册管理。



### 拓展医疗器械审评审批制度改革成果

推进医疗器械注册人制度全面实施。加强医疗器械优先审批和创新审查。稳步推进医疗器械产品唯一标识制度实施。



### 推动化妆品审评审批制度改革新突破

推行普通化妆品备案量化分级管理,进一步规范化妆品注册和备案检验机构管理。

## 强化底线思维 严防严管严控风险

### 全面提升疫苗监管能力

全面实施疫苗电子追溯制度，加强对疫苗生产企业的年度巡查、派驻检查等。

### 持续加强高风险产品监管力度

将创新药品、医疗器械，以及新的药品上市许可持有人、医疗器械注册人等纳入重点监管，持续开展特殊药品、无菌和植入性医疗器械、儿童及特殊用途化妆品等高风险产品监督检查。

### 坚决筑牢药品安全防线

研究建立新发展阶段风险隐患排查化解机制，强化抽检联动，充分发挥飞行检查作用，提升应急处置能力。

### 提高监测评价质量

落实以企业为主体的药物警戒责任，加强监测结果的综合运用。

### 持续强化执法办案力度

完善案件查办机制，强化行刑衔接，严厉打击各类违法犯罪行为。

## 强化依法行政 健全法规标准体系

### 加快配套规章制度制修订

争取早日形成完备的

“两品一械”

监管法规体系。



### 提升普法宣贯实效

加强对监管人员的培训考核，  
加强对医药企业有关人员培训，  
提升从业人员法律意识



### 推进标准体系建设

持续开展2020年版药典培训，  
启动2025年版药典编制工作。

## 强化系统观念 提升监管能力

### 科学编制“十四五”规划

以守住药品安全底线，追求药品高质量发展高线为两大基本目标。

### 切实落实各方责任

推动落实药品安全党政同责，积极推进信用体系建设，依法依规实施失信惩戒。压实企业主体责任。

### 全力增强支撑能力

深入推进监管科学研究，强化技术支撑机构能力建设，全力推进检查员队伍建设。

### 强化提升智慧监管

加快健全药品（疫苗）追溯体系。建设国家药品智慧监管平台2.0版。

### 持续推进阳光监管

强化主动公开，强化新闻宣传和政策解读，提升公众药品安全科学素养。



## 重点抓好三项重点工作

### 全力保障新冠病毒疫苗审批上市和质量安全

- 全力做好审评审批，主动靠前服务，尊重科学规律，严格依法依规审批，确保经得起国际评议和历史检验。
- 全力保障批签发质量和效率，调整和增加批签发机构，加快批签发能力建设。
- 全力抓好上市后监管，确保生产过程持续合法合规，加强流通环节监管，健全追溯体系，严厉打击违法违规行为。



## 认真编制“十四五”药品规划

- 各地要积极参与国家药品规划编制，立足本地药品监管实际和产业发展现状做好本级规划编制。
- 要做好纵向衔接，确保上下规划主题主线一致。
- 要强化横向联动，凝聚各级政府和部门支持药品监管工作的合力。



## 切实抓好药品案件查办

- 强化检查稽查联动，强化行政执法与刑事司法衔接，落实处罚到人要求，严惩重处违法违规行为。
- 对重点线索，国家局直接组织查办或指定省级局查办。
- 对重点案件，国家局挂牌督办，有关地方定期报告进展。



# 落实管党治党政治责任 将药监系统党风廉政建设 和反腐败工作不断引向深入

坚持党的  
全面领导

增强“两个维护”  
的自觉性  
坚定性



持续深化  
作风建设

以良好的精气  
神推进各项  
工作落实



完善全面  
从严治党制度

增强纪律  
约束力和制度  
执行力





### 加强监督 执纪问责

严肃查处不收敛  
不收手的违纪  
违法问题

### 从严加强 自身建设

打造忠诚干净  
担当的药监  
干部队伍



2021年是“十四五”开局之年，“十四五”时期药品监管工作的主要目标是：构建更加科学、高效、权威、现代的监管体系，药品监管能力整体接近国际先进水平，药品安全保障水平持续提升，形成更加有利于医药产业高质量发展的监管生态和环境，人民群众对药品质量和安全更加放心、更加满意。为此，要重点谋划和做好五个方面的工作：

#### 坚持系统观念

##### 改革完善药品监管体系

完善药品监管法规制度体系

健全药品监管体制机制

加强药品监管技术机构建设



## 坚持底线思维

### 严防严管严控药品安全风险

牢牢抓住企业主体责任这个牛鼻子

推进防范化解药品安全风险常态化制度化

进一步改革和完善疫苗监管

加强药品经营使用环节监管

提升应急处置能力



## 坚持创新驱动

### 助推医药产业高质量发展

深化审评审批制度改革

促进中药守正创新

持续推进“放管服”改革



## 坚持夯实基础

### 全面提升药品监管能力建设

大力发展智慧监管

加快发展监管科学

加强专业队伍建设

持续推进监管国际化



## 坚持齐抓共管

### 强化药品监管工作的保障措施

落实药品安全党政同责

强化多部门治理协同

发挥好社会共治作用



**NMPA**  国家药品监督管理局  
新闻宣传中心

[返回目录](#)

### 医改首要问题如何解决？最高限价是关键！

来源：看医界

药品不合理使用和药品价格问题是医改的首要问题，正在实行的药品医院零差价销售和药品统一招标采购并没有很好解决这个问题。

药品零差价销售意图通过切断医院和药品之间的利益关系治理药品不合理使用问题，其目标并没有实现。虽然从表面上看药占比下降，但是药品的绝对用量没有下降，有的反而上升，因为药品不合理使用的根本原因是医生与药商之间存在利益关系，医院用药的处方权在医生手里，药商通过给医生开药回扣，促使医生多用药，回扣率大

约为 15-20%。

药品零差价销售还导致医院通过增加耗材用量等途径弥补亏损，耗材占比由过去的 10%左右增加到 20%左右，现在又在实施耗材零差价销售，医院弥补亏损的途径很多，难道下一步还要制定大型设备检查零受益政策吗？

药品统一招标采购意图降低药品价格的目标也没有完全实现，因为通过省级平台招标的药品大多数还可以进行二次还价，还价率一般在 15-20%。带量采购存在的问题，值得研究。

我们注意到药商给医生的回扣率和二次还价率大约都是 15-20%，这个 30-40%的利润空间，应该是药品问题的主要矛盾。挤掉这个不正常的利润空间，或者把这个利润空间还给医院，是我们治理药品问题的关键环节。

治理药品问题的任何措施都不能违背社会主义市场经济运行规律，否则难免以失败告终。医疗机构处于社会主义市场经济的大环境中，在药品销售方面，要分清政府的宏观调控职能和市场资源配置职能，政府相关部门不能代替医院、不能干扰市场秩序。

政府对药品宏观调控最有效、最便捷、最能节省行政资源的方法就是对药品实行最高限价销售管理。医院采购价是医院自己的事情，应该由医院和药商按市场运行规律进行谈判或招标。

如何确定合理的首次最高限价是关键，我国有多年的省级招标平台数据，因此，确定最高限价变得很容易。国家医保局可以对全国省

级平台药品招标价格进行大数据分析，选择某一个药品最低价格或合理价格作为该药品的全国首次最高限价，并进行动态管理，也可以以省为单位确定最高限价。

医院可以自主采购药品，也可以组成医院联盟或通过非政府部门的第三方机构进行统一招标采购来确定药品采购价，采购价越低，利润越高，医院有很强的谈判动力，一定会尽力压低采购价。

政府部门主要做好监测工作：一是要掌握医院药品的采购价情况，由医保局负责；二是掌握市场药品供应情况，由医保和卫健部门负责；三是掌握企业运行和药品质量情况，由工信和药监部门负责；四是医生拿药品回扣情况，由卫健部门负责。一般需要监测 1-2 年，如果某药品在医院已经有一个比较稳定的采购价的情况下，市场供应情况良好，企业运行情况正常，还存在医生拿回扣情况，可以考虑下调最高限价，反之，就要考虑上浮最高限价。

试举例：某药品 A，经医保局调查分析，某省招标平台价格 10 元/支为全国最低价，通过综合分析该价格也比较合理，如果该药品不存在二次还价和医生拿回扣情况，医保局应确定 11.5 元/支( $10+10\times 15\%$ )为全国首次最高限价，如果存在二次还价和医生拿回扣情况，则可确定 10 元/支为全国首次最高限价。接下来，由医保局牵头对药品进行监测，如，经过一年的监测，药品 A 大部分医院采购价为 8 元/支，市场供应充足，企业运行情况良好，虽然有个别企业出现亏损，是因为该企业科技水平低、管理能力差导致，同时，发现有些医院还

存在医生拿回扣情况。符合下调最高限价条件，如，最高限价可以调到 9.2 元/支 ( $8+8\times 15\%$ )。如此进行动态管理，经过几轮调整，药品 A 的价格一定会回归理性。

[返回目录](#)

## • 地方精彩 •

### 从广州市基于大数据按病种分值付费工作，看可借鉴经验

来源：广东省广州市医疗保险服务中心

#### 一、广州市按病种分值付费基本情况

为更好地保障参保人员权益、规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长，充分发挥医保在医改中的基础性作用，根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号）文件精神，广州市自 2018 年以来全面实施基于大数据按病种分值付费 (BigDataDiagnosis-InterventionPacket, DIP)，科学制定病种分值付费的精细化管理指标，建立“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制，开展支付与监管的一体化管理模式，重点围绕政府治理、医保支付、医疗机构管理、资源配置等难题，突破了理念约束、利益约束、制度约束和管理约束，初步构建起广州特色医疗保障治理体系，取得了良好成效。

#### 二、广州市按病种分值付费主要做法

DIP 付费是基于“随机”与“均值”的经济学原理和大数据理论，

通过海量病案数据发现疾病与治疗之间的内在规律与关联关系，对数据特征进行提取组合，并将区域内各病种治疗的资源消耗均值与全样本资源消耗均值进行比对，形成病种组合分值，集聚为 DIP 病种组合目录库。具体做法如下：

一是总额预算支持正常增长。综合考虑医保基金收入水平、参保人员住院就医人数增长率、医疗保健消费价格同比增长率等因素，确定年度住院统筹基金支出增长率和住院支出总额，不对每家医疗机构单独下达总额预算指标。对可能出现的实际费用超额情况，提前建立调节金补偿机制。计算公式：年度基金支出总额=上年度基金实际支出总额×(1+基金支出增长率)+调节金总额，基金支出增长率=(上年度参保人住院就医人数增长率+1)×(本市上年度医疗保健消费价格同比增长率+1)-1。

二是病种赋值确保合理施治。利用大数据优势，从全市医疗机构 2015 至 2017 年近 800 万份住院病例中发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征，在对疾病第一诊断及主要手术操作、辅助操作自然组合的基础上，按照核心病种入组率在 90%左右的管理目标，筛选病例数多、费用稳定的病种组编入核心病种，2018 年形成 12,005 个核心病种组；对病例数较少的病种组，按疾病编码大类码归为 25 个综合病种；长期住院病种、精神专科和护理机构的住院病例按住院床日累计分值，保障长期住院需求。各病种组三年次均费用与基准病种(分值为 1000 分)次均费用的比值，生成相应的病种分值。

三是权重系数促进合理支付。以不同级别医疗机构相同病种(不含综合病种)医疗费用比例关系作为医疗机构基本权重系数。设置医疗机构级别、医保评定等级、病种组合复杂程度、老年患者比例、儿童患者比例、长期住院患者比例及重点专科等正向加成指标,同时设置频繁转院患者比例负向加成指标,引导医疗机构合理定位,保障危重病人、特殊人员就医。确定基层病种并缩小在不同级别医疗机构的分值差距,引导常见病、多发病下沉到基层治疗。

四是年度清算体现激励机制。年度清算时,将实际记账费用总额去除违规费用后,在分值计算费用总额 80%~100%之间的按 100%给予支付,在 100%~110%之间的由调节金按 70%进行补偿,超出 110%的不予支付,建立起结余留用、合理超支分担的激励和风险分担机制。月度结算时,按申报记账费用 95%的固定比例拨付,减轻医疗机构资金压力。

五是质量监控加强过程管理。建立特殊病例处理机制,对超出上年度同级别次均费用 2 倍以上的病例额外叠加分值,对在上年度同级别次均费用 50%以下的病例按实际分值结算,既保障重病特病又避免减少服务,为重病、特病留下结算空间,结合专家评审制度,对医疗服务进行精准评价。利用过程控制的优势,建立质量监控标准体系,将病种费用增长率、疾病和手术诊治编码准确率、年度总体自费率、参保人满意度调查纳入考核范围,将考评结果与医保付费挂钩。

六是动态调整完善付费管理。为适应医疗新技术的应用、疾病谱

变化、特殊药品使用、矫正实施过程中暴露的问题，对病种组合、病种分值、奖惩及监督机制都需要进行动态调整，保证按病种分值付费及时适应各种情况的变化。2019 年共新增病种组 1029 个、移除病种组 1709 个、调整病种组分值 486 个，并增加儿童患者比例、床日费用比例等加成系数，进一步完善付费管理。

### 三、广州市按病种分值付费实施成效

#### (一) 建立了支付与监管的一体化管理模式。

广州市自 2018 年开始的按病种分值付费实践，覆盖医疗机构 334 家，下达统筹基金支出总额 127.7 亿元，年末医疗机构实际记账费用 116.71 亿元，记账结余资金 10.99 亿元，结合“结余留用，超支分担”机制最终清算支付 121.02 亿元，实际支出执行率为 94.77%，总额预算符合预期。与现行其他各种支付方式都有共性的问题，各级医疗机构在熟悉规则后会采取有针对性的方式来争取利益最大化，这一现象客观存在，而以“月度警示、年度纠正”的方式建立针对支付过程的监管与控制，是营造行业自律环境、确保支付合理的关键。

#### (二) 方法体系总体符合预期。

DIP 所建立的标准及应用体系方法简单，适应性强，组别可动态调整，客观、及时反映临床现实，易于被参与各方所接受，形成了区域规范医疗的导向。在实际应用中，2018 年、2019 年核心病种入组率分别为 87.7%、88.4%，其他病例入组综合病种或按床日分值支付，100%可通过病种分值结算，有效控制了大量数据不能入组所带来的资

源控制及实施的不确定风险。全样本平均组内变异系数在 0.7 左右，分组具有更高的稳定性，能更客观体现疾病严重程度、治疗复杂程度、资源消耗水平和医疗服务成本的实际状况。

(三) 实现了医保资源与医疗机构发展之间的平衡。

按病种分值付费以简单的方式、科学的方法获得了医疗机构的认可，同时通过“结余留用，超支分担”等激励政策充分调动了医疗机构的积极性，医疗机构通过合理治疗和合理用药，控制不合理费用增长，优化流程，提升服务效率，收获改革红利。2018 年职工医保获得结余的医疗机构 152 家，2019 年预计为 127 家，均远高于 2017 年的 51 家，大多数医疗机构仍保持较好的费用控制状态。全年医疗机构 2018 年及 2019 年的平均 CMI 增长率分别为 2.1%、3.76%，收治患者疾病复杂程度已有提升。医疗机构 2019 年住院例均次要诊断数、例均操作数分别增长 3%和 26%，病案信息完整程度明显提高。

(四) 减轻了参保患者的医疗费用负担。

DIP 实施以来，在我市医保参保人员参保总量持续增长的背景下（2018 年增长 86 万人、2019 年增长 54.5 万人），全市住院总人次增长率、人均住院次数、住院药占比指标、住院人均自负率连年下降。其中，住院总人次增长率从 2017 年的 10.75%下降到 2019 年的 6.85%，人均住院次数从 2017 年的 1.71 下降到 1.65，住院药占比从 2017 年的 31.47%降至 2019 年的 24.08%，住院人均自负率 2018 年、2019 年分别下降 2.9%、1.3%。参保人医疗费用负担逐步减轻，分解住院行

为得到有效控制，医疗资源浪费现象得以初步遏制。

[返回目录](#)

## 【医改经验】医防融合 三明探索给出哪些答案

来源：健康福建

福建省三明市卫生健康委党组书记、主任肖世宣：

**建新机制，健康服务重心移向前端**

作为三明医改 3.0 版的重要举措，福建省三明市以总医院为载体，构建区域健康管护体系，开展疾控机构综合改革，推进公共卫生与医疗服务协同融合，将健康服务重心由后端的医疗向前端的预防转移，探索建立医防融合新机制。

**构建健康管护新体系**

三明市通过整合资源，在县域内建立“医院+公共卫生机构+乡镇卫生院和社区卫生服务中心+村卫生所和社区卫生服务站”的一体化卫生健康服务网络，做到“四个明确、一个健全”，即明确健康管护主体、健康管护对象、健康管护责任、经济利益，健全健康绩效考核机制。同时，将医保基金打包给健康管护组织，引导医疗卫生工作重心下移、资源下沉、预防关口前移。

一是组建总医院，即紧密型医联体。2017 年，三明市以目标、管理、资源、服务、权责、利益“六个统一”为特点，打破县域内医疗机构在行政、财政、医保、人事管理等方面的壁垒，以县医院和中医院为龙头，将县域内所有县、乡、村公立医疗机构整合为一体，建

成利益共享、责任共担的总医院。2017 年底，全市共组建 10 个县级总医院、2 个市区紧密型医联体。

二是改革专业公共卫生机构。自 2017 年起，三明市在市妇幼保健院、市皮肤病医院、台江医院 3 家专科医院参照执行公立医院薪酬政策，持续完善专业公共卫生机构考评机制，明确 3 家专科医院实行书记(院长)基数年薪制，即确定 3 家医院党委书记和院长 2020 年基数年薪为 27 万元，以 80 分为合格线进行绩效考核。

2020 年又把各县(市、区)妇幼保健医院同步纳入改革，充分调动公卫专科医院医务人员参与预防的积极性。从 2020 年起，对公立医院从事预防医学的公共卫生医师，执行医生目标年薪标准，与同级别医生享受同等待遇。

三是改革疾病预防控制机构。2019 年下半年，三明市启动疾控体系改革，选取 5 个县(市、区)作为医防融合试点，从历年医保结余基金中，拿出 500 万元、300 万元、300 万元、200 万元作为医防融合试点经费，分别安排给市疾控中心与市第一医院、市中西医结合医院，永安县，沙县，明溪县。2020 年下半年，这一改革在全市推行。

印发《三明市疾病预防控制中心综合改革方案(试行)》，鼓励疾控机构打破职称结构、职责分工、医防业务界限、服务收费界限和健康绩效考核界限，在完成法定职责的前提下开展 6 大类 233 项社会化公共卫生技术服务，实行新的绩效薪酬制度。

### 设立“医防融合办公室”

各总医院与疾控机构共同牵头设立“医防融合办公室”，统一调度总医院、各基层分院和疾控中心、妇幼保健院、精神卫生等医疗卫生机构相关人员。各地制定医防协同融合项目清单并签订服务协议，做细做实公共卫生服务项目。建立健全分工协作、优势互补、业务融合的工作机制，推动医疗资源、医疗及公共卫生人才、疾病病种管理“三下沉”。设置医疗与预防专业培训规划，开展公卫、医务人员互训工作。制定医防协同融合专项考核方案，考核结果与核定公共卫生专业机构绩效工资、总医院工资总量挂钩。

总医院专门设立公共卫生科，承担公卫职责。在此次抗击新冠肺炎疫情中，发挥了统一指挥协调、统一业务培训、统一资源调度、统一疫情管控、统一救治管理、统一督促检查、统一医保支付“七统一”的作用，呈现出集结迅速、力量集中的特点。

### 开展“四全”健康管理行动

以县域范围内常见病、多发病和重大疾病防治为重点，建立“疾病预防、医疗救治、健康管理”三位一体的医防协同融合服务新模式，开展“四全”健康管理行动。

开展全覆盖健康筛查行动。以健康管理师为主，采取“1+N”模式，组建由疾控人员、医务人员、街道社区人员融合而成的健康管护队伍，实行网格化摸排摸底，全面掌握辖区居民健康状况。截至2020年11月底，全市共建立健康档案233万份、建档率达90%；高血压患者规范管理率达82.15%、血压控制率达80.11%，与2019年同期相比

分别增长 4.65%、2.62%;2 型糖尿病患者规范管理率达 80.74%、血糖控制率达 69.54%，与 2019 年同期相比分别增长 4.21%、2.71%。

开展全过程健康干预行动。在健康筛查的基础上，实施高危人群患病风险评估和危险因素干预指导。将公共卫生人员融入家庭医生团队，对重点人群实施主动干预，加强合理膳食、科学运动、中医养生保健、心理健康等服务，探索推行医疗处方、运动处方、饮食处方、心理处方和疫苗处方“一病五方”制度。例如，5 个试点地区在儿科、妇科、呼吸内科等符合疫苗接种人群的出院小结中加入疫苗医嘱内容。2020 年 1 月~6 月，非免疫规划疫苗接种量与 2019 年同期相比增长 17.46%。

开展全人群健康管控行动。开展常见病、多发病和重大疾病的疾病谱分析，全面推广尤溪县和市中西医结合医院慢性病管理“分区、分级、分类、分标”“积分制”等做法，完善社区网格化管理。

开展全天候健康知识普及行动。组建健康科普讲师团和网络直播平台，目前精准健康科普网络直播已举办 10 期，在线观看 50 多万人次。

### 思考：

在推进医防协同融合中，三明市仍存在医防资源配置效率不高、医院与疾控部门之间的业务融合不够紧密、财政投入保障依然不足等问题。

下一步，三明市将继续完善医防协同融合机制和投入保障机制，

在确保各县(市、区)财政对专业公共卫生机构投入只增不减的前提下，深入推进公共卫生与临床医疗队伍、临床医疗资源配置和使用、基本临床医疗服务、临床医疗信息的深度融合，提升总医院的内涵与外延，做实做细医防协同融合服务模式。

同时，打造一批有特色亮点，开展医防协同融合效果评价，着力探索医防融合改革与健康保障新体系构建的“三明方案”。

**福建省三明市疾病预防控制中心主任朱道斌：**

### **提升“疾控人”的精气神**

优秀年轻人得以破格晋升、社会化服务创收颇丰、公共卫生服务体系进一步完善……一年多来，三明市疾控中心综合改革调动了干部职工的精气神，医防进一步深度融合。

### **以多元化方式突破以往的条条框框**

2019年，三明市出台《三明市疾病预防控制中心综合改革方案》，对各级疾控中心实施公益“一类保障，二类管理”，以多元化方式突破以往的条条框框，使各类人才有平台、有地位、有待遇、受尊重，极大地提升了干部职工干事创业的信心。

突破论资排辈的传统做法，坚持“在战场中找战果，在战果中找战将”，能者上，庸者下。通过竞聘，有49人分别获得三级至十一级的专业技术岗位，其中有3位同志因在疫情防控中表现突出，获得破格晋升，同时一批年轻干部被充实到重要岗位，形成了衔接有序、梯次配备的人才队伍。调整优化专业技术岗位结构比例，高、中、初

级岗位结构比例由原来的 2.5: 3.5: 4.0 调整为 3.5: 3.5: 3.0。

建立专业带头人遴选聘任管理制度，以公平、公正的原则遴选出流行病学调查、健康教育与健康促进等专业的 13 名带头人，给予获聘人员科研经费支持，发放人才津贴。

制定“二级绩效考评方案”等规定，坚持多劳多得、优绩优酬原则，注重考核实绩，重点向关键岗位、业务骨干和做出突出成绩的员工倾斜。如，在与医疗机构协同为辖区提供公共卫生服务中，参与家庭医生签约服务的疾控人员，与医疗机构人员享受同等待遇，服务收入纳入疾控机构收入；对开展技术指导、评价、培训等工作的专业人员，薪酬按工作数量和质量从基本公共卫生服务专项经费中列支。

### “规定动作不走样自选动作有创新”

突破服务界限，发挥专业人员技术专长，拓展对外技术服务，是三明市疾病预防控制中心综合改革的又一举措。这既可以在更大平台上锤炼队伍，提升疾控服务能力，又能满足社会需求，适当增加收入。

按照三明市医改领导小组关于“规定动作不走样，自选动作有创新”的要求，疾控机构与医疗机构建立医防工作衔接联动、服务整合连续、人员柔性流动等机制，为公众提供多层次、多维度的疾病防治综合服务。

疾控部门与医疗部门确定本辖区医防协同融合项目单并签订服务协议，做实基本公共卫生服务、慢性病管理、传染病防治等工作，把“预防”与“医疗”提升到同等重要的位置。从历年医保结余基金

中拿出部分资金，安排给疾控机构、医疗单位，年终由各级医改领导小组对疾控机构开展医防融合工作情况进行考核，考核结果作为计算当年度医防融合试点经费的依据。

突破公益一类事业单位不允许向社会提供有偿服务的限制，允许疾控机构利用现有设施、设备，面向社会提供有偿技术服务。目前，核定疾控机构检测的微生物类、理化类、物理因素类、结核病防控类、临床检测类、放射类等 6 类 233 项服务项目，在扣除必要的成本后，年底可提取 60% 的收入作为疾控绩效工资增量。

### 给融合找到具体“落脚点”

医防结合、协同联动、联防联控，这是三明市疾病预防控制中心综合改革的第三大举措。

三明市疾控部门与医疗机构密切配合，发挥“医防融合办公室”的作用，通过专业人员、业务培训、监测报告、医防资源、考核方式、数据信息六方面的医防融合，在病例报告、人员培训、现场流行病学调查、密切接触者的追踪和管理、疫点疫区的消杀处置等方面实现了无缝衔接，为有效遏制疫情发挥了重要作用。

为破解“医”“防”分离、疾控机构与医疗部门信息不共享的问题，自 2019 年 12 月以来，经过 6 个多月的试点，三明市于 2020 年 7 月出台《三明市医防协同融合工作实施方案》，在全市范围内推进医防协同融合工作，建立“疾病预防、医疗救治、健康管理”三位一体的服务新模式。

如，市疾控中心与三明市梅列区、三元区协作，深化新型结核病防治。2020年1月~11月，两区结核病管理相关核心指标与2019年同期相比明显上升，定点医院接诊可疑患者数、发现并治疗患者数、成功治疗率与2019年同期相比分别增长了30.5%、28.6%、8.3%。

如，市疾控中心与市第一医院联合开展脑卒中高危人群筛查和干预项目，加强无缝衔接随访，取得明显的健康干预效果。2020年1月~6月，梅列区新发脑梗死率、新发脑出血率、高血压并脑梗死后遗症住院率、高血压并脑出血后遗症住院率，与2019年同期相比分别下降8.31%、6.98%、31.25%、27.27%。

同时，借助大数据平台，强化“互联网+公共卫生”信息利用。如，通过基本公共卫生数据系统，导出各基层医疗慢性患者管理资料，及时分析、评价并反馈给医疗机构，开展重点传染病监测及质量管理；每月编制疫情动态下发医疗机构，进行预警提示。

**三明市中西医结合医院(医联体总医院)党委书记温立新：**

**四个场景看医院服务新变化**

2019年，福建省三明市三元区被列入三明市首批疾控机构综合改革暨医防协同融合工作试点。三明市中西医结合医院(医联体牵头医院)作为试点，组建三元区医防协同融合办公室，形成集“工作队伍融合、工作内容融合、信息共享融合、医防协同融合、考核方式融合、经费分配融合”为一体的管理新模式。

**慢病管理从被动到主动走向闭环**

居住在复康社区的一位老人患糖尿病多年，虽然一直坚持合理用药，但由于饮食方式不当，又不爱运动，空腹血糖指标一直不好。自从参加社区的慢病一体化积分制管理，他每天按照要求自己监测血糖，参加社区举办的知识讲座，获得积分兑换健康礼品血糖仪、血糖试纸等。老人有了对饮食、运动进行自我管理的积极性，空腹血糖指标目前已经控制住了，老人和家人都非常高兴。

为做好慢病管理工作，医院自主研发了“治未病”健康与慢病信息化平台，涵盖医防协同融合、中医治未病管理、慢病一体化管理、院前院中院后健康管理、全生命周期管理、积分制管理共6个板块。同时，建立总院、疾控、分院“三位一体”的家庭医生服务团队，为辖区内的居民建立居民健康档案，将筛查出来的慢病患者进行分级、分类、分标与积分制管理。

目前，慢病管理形成了从医方单方面被动管理转向患者主动与医方配合进行自我管理的闭环管理模式。从被动到主动，解决了基层人手不足和慢病患者管理难的问题，逐步建立起慢病医防协同融合服务体系，提高了慢病患者的获得感与满意度。

### **疫苗接种医嘱系统有了“疫苗处方”**

如今，我院的儿科门诊，除了常规诊治工作外，又多了一项任务：医院的医嘱系统里新增了“疫苗处方”模块。医生可根据患儿的实际情况开具疫苗处方，引导家长到合法、合规的疫苗接种门诊接种疫苗。

医防协同融合办公室邀请市疾控免疫规划专家到总院、分院，开

展疫苗相关知识培训，提高临床医生对疫苗及疫苗不良反应的正确认识，主动加入疫苗接种必要性的宣传队伍。

另外，总院开设孕妇产前培训学校，分院开设预防接种门诊“妈妈班”，进一步强化新生儿家庭预防接种意识。这些举措让疫苗接种率显著提升，三元区国家免疫规划疫苗接种率达 97.88%。

### 学生健康建立“四位一体”推动防治

“小眼镜”“小龋齿”“小胖墩”的儿童“三小”问题，一直是困扰老师、家长们的大问题。医防协同融合领导小组打破部门壁垒，同心协力，制作了一系列小视频、专题讲座视频，在三元区所有学校宣传网站、有电教设备的班级和家长微信群推播，让所有老师、学生、家长熟悉“三小”防控基本知识。

开展学校卫生双随机检查。结合儿童青少年近视防控工作，对学校的教室环境进行监测，重点监测课桌椅型号，是否一人一席，黑板的尺寸、照度、反射比，以及桌面照度、教室采光、教室照明、噪声等因素对青少年视力的影响。针对体检发现的“小眼镜”“小龋齿”，医院会在周末的一个集中时间段开展诊疗，以提高诊疗的效率。

依托全国学生常见病和健康影响因素监测平台，定期监测随访，实施有针对性的干预措施，建立“学生—家庭—学校—医疗”四位一体的防治模式。

### 结核病防治依托总医院建立防护网

结核病具有很强的隐蔽性和传染性。为了打赢结核病防控战，依

托总医院，各部门深度融合，建立了“三位一体”的肺结核防护网：三明市疾病预防控制中心负责规划管理和技术指导，定点医疗机构负责集中诊治，基层卫生机构做好患者追踪管理和筛查工作。

目前，结核病防治成效初显。2020年，超额完成对活动性肺结核患者、可疑患者的筛查发现任务，病原学阳性率、成功治疗率、患者累计追踪到位率均达到全市第一名。

医防融合改革在推进，传统的诊疗模式正在悄悄地发生改变。医务人员参与防病的积极性不断提高，通过优质医疗资源下沉及医疗人才双向流动，进一步推动了“基层首诊，双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式的建立。

接下来，三元区医防协同融合办公室将完善工作团队，开展健康普查，根据“急病要急、慢病要准、无病要防”进行精准施策，促进家庭医生签约及分级诊疗工作的落地、落实、落细。同时，借力大数据信息化支撑的全过程数字化健康管理平台，整合社会各方力量，共建共享，统筹构建医防协同融合长效运行机制和保障机制。

[返回目录](#)

## • 中医药资讯 •

### 《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》要点扫描

来源：中国产业经济信息网

在抗击新冠肺炎疫情大考中，中医药交出了一张优秀答卷。然而，

人才不足、好医好药难寻、发展特色不突出等问题，仍制约着中医药事业发展，老百姓对优质中医药服务的需求难以得到满足。

国务院办公厅日前印发《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》(以下简称《政策措施》)，从人才、产业、资金、发展环境等多个方面提出 28 条举措，为中医药高质量特色发展保驾护航，为老百姓方便看中医、放心用中药固本培元。

### 破除人才瓶颈

院校教育中医教育西化、中医思维薄弱、中医技能缺失等问题，在一定程度上导致了我国中医的传承困境，直接关系到老百姓看中医的效果和感受。

《政策措施》提出，建立以中医药课程为主线、先中后西的中医药类专业课程体系，增设中医疫病课程。增加多层次的师承教育项目，扩大师带徒范围和数量，将师承教育贯穿临床实践教学全过程。

无论院校教育还是师承教育，都必须注重临床实践。《政策措施》提出，强化中医思维培养和中医临床技能培训，并作为学生学业评价主要内容。

浙江中医药大学基础医学院院长、博士研究生导师朱爱松教授说，以中医药课程为主线、先中后西，学生才能真正树立中医思维和中医药自信，坚守中国文化主权、中医文化价值观、文化资源的安全；而在跟师过程中培养中医的临床思维模式，是提高临床疗效的捷径。

当前，中医药领域面临人才队伍断层、高层次学术带头人匮乏等

问题。为此，《政策措施》提出，用 5 至 10 年时间，评选表彰 300 名左右国医大师和全国名中医，培育 500 名左右岐黄学者、3000 名左右中医药优秀人才、10 万左右中医药骨干人才。

### 提升服务质量

随着社会经济发展，中医药在满足人们日益增长的健康服务需求中扮演着越来越重要的角色。

为进一步提升老百姓看中医的获得感，《政策措施》带来一系列提升中医药服务质量的“利好”举措：将符合条件的中医诊所纳入医联体建设；鼓励有条件的中医诊所组建团队开展家庭医生签约服务，按规定收取签约服务费；打造中西医协同“旗舰”医院、“旗舰”科室、“旗舰”基层医疗卫生机构；以优势中医医疗机构和团队为依托，建立一批名医堂执业平台。

优质的中医药服务来自传承和创新，而中医药的传承需要政策的引导与支持。一个简单的四肢骨折，西医治疗可能需要上万元手术费用，而应用中医传统手法技术方法只需四五千元。低成本的传统中医诊疗技术方法没有得到医保支付政策的支持，中医诊疗服务过程中中医师的技术和经验价值没有得到应有的体现，久而久之中医师就失去了传承积极性，中医医疗机构也可能面临生存困境。

为此，《政策措施》提出，探索符合中医药特点的医保支付方式，发布中医优势病种，鼓励实行中西医同病同效同价。

“鼓励同病同效同价，就等于鼓励中医医疗机构更加积极地运用

传统技术和方法为患者服务。”中国中医科学院中医药发展研究中心常务副主任苏庆民说，这有利于保护和发展中医传统技术，能够促进中医医疗机构良性发展，同时有利于老百姓享受优质传统中医医疗服务。

### 确保用上好药

一些在古代经典名方基础上研发的有效方药，在抗击疫情中发挥了重要作用。如何让良方良药尽快完成成果转化、造福更多百姓？

“疫情下中药的研发，也给改革中药审评审批机制带来一个很好的机会。”中国中医科学院院长黄璐琦表示。

《政策措施》提出，建立科技、医疗、中医药等部门推荐符合条件的中药新药进入快速审评审批通道的有效机制。优化具有人用经验的中药新药审评审批。优化古代经典名方中药复方制剂注册审批。

药材好，药才好。中药材品质的好坏，直接决定着中医药的疗效。中药材品质如何保障？

《政策措施》提出，实施道地中药材提升工程。加强道地药材良种繁育基地和生产基地建设。制定中药材采收、产地初加工、生态种植、野生抚育、仿野生栽培技术规范，推进中药材规范化种植，鼓励发展中药材种植专业合作社和联合社。

### 完善中西医结合制度

在抗击新冠肺炎疫情中，中西医结合、中西药并用，极大地提高了治愈率、降低了病亡率，成为中医药传承精华、守正创新的生动实

践。

总结新冠肺炎防治经验，《政策措施》提出，中医药系统人员第一时间全面参与公共卫生应急处置，中医药防治举措全面融入应急预案和技术方案。探索疾病预防控制机构建立中医药部门和专家队伍。

坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，是我国卫生与健康事业的显著优势。如何更好发挥中西医学叠加效应，保障人民生命安全和身体健康？

《政策措施》提出，创新中西医结合医疗模式。强化临床科室中医医师配备，打造中西医结合团队，开展中西医联合诊疗，“宜中则中、宜西则西”，逐步建立中西医多学科诊疗体系。

从“源头端”促进中西医结合，《政策措施》还提出，完善西医学学习中医制度。2021 级起，将中医药课程列为本科临床医学类专业必修课和毕业实习内容，增加课程学时；试点开展九年制中西医结合教育。

[返回目录](#)

## 中成药将如何集采？

来源：E 药经理人

大部分的中成药集中带量采购并不能像仿制药集中带量采购一样，仿制药的市场规模有过期原研做基础，集中采购后抢夺的是未通过一致性评价的厂家和不愿意降价的过期原研药的市场。中成药需要自己做推广，集中带量采购实施之后可抢夺的市场基本不多，而且没

有很好的评估质量的方法的情况下，会不会再一次变成只看价格不看质量的“唯低价”中标导致劣币驱良币的情况是行业所担忧的，特别是会不会淘汰现有的愿意投入研发和临床证据的优质企业。

根据米内数据，2019 年医院终端销售额中，化学药和生物制剂为 10946 亿元，中成药为 2814 亿元，中成药的占比下降到 20.5%。在药品销售为主的医院终端，中成药的营销占比远远低于《中医药发展战略规模纲要(2016-2030 年)》所提出的到 2020 年，中药工业总产值占医药工业总产值的 30%以上的目标。

中成药的规模已经进入瓶颈期，2018 年为近五年的最高峰，为 2861 亿元。从比例来看中成药的下滑主要是因为中药注射剂，2016 年中药注射剂销售额 1048 亿元，自此起年年下滑，2018 年跌破千亿为 915 亿元，2019 年更是下滑到 811 亿元。

中药口服药的市场除了胶囊剂外都保持增长趋势，片剂从 2016 年 273 亿元增长到 2019 年 324 亿元，散剂/颗粒剂从 254 亿元上升到 309 亿元，丸剂从 184 亿元上升到 225 亿元，溶液剂从 188 亿元上升 260 亿元。

2021 年《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2 号，简称“2 号文”），集中带量采购要常态化，中成药的集中带量采购势必也要常态化。

## 01 哪些中药会集采？

根据 2 号文，重点将基本医保药品目录内用量大、采购金额高的

药品纳入采购范围，逐步覆盖国内上市的临床必需、质量可靠的各类药品，做到应采尽采。鉴于国家组织对部分通过一致性评价的药品开展集中带量采购，这意味着中成药的集中带量采购将会下放到省、市和医疗机构。此前，有传闻提到各省医保局在 2021 年要启动用量大、采购金额高的 500 个药品进行集中带量采购，中成药销售额排名前列的产品有可能进入集中带量采购目录，其中销售额超过 10 亿元的 47 个中成药是各省的集中带量采购的热门产品。2020 年因为进入新冠诊疗方案的连花清瘟颗粒也有可能成为各省的热门产品。

产品名称	2019年销售额 (亿元)
注射用血栓通(冻干)	62.8339
注射用丹参多酚酸盐	41.3453
注射用血塞通(冻干)	39.2781
丹红注射液	36.1499
喜炎平注射液	35.9003
丹参川芎嗪注射液	35.3144
百令胶囊	34.8554
醒脑静注射液	28.6445
蓝芩口服液	27.8727
脑心通胶囊	26.3122
康艾注射液	26.0085
天麻素注射液	25.9406
复方丹参滴丸	25.8676
参麦注射液	24.9165
康莱特注射液	23.545
康复新液	23.3164
蒲地蓝消炎口服液	22.8913
舒血宁注射液	22.1468
丹参酮 II A 磺酸钠注射液	20.9117
通心络胶囊	20.3174
稳心颗粒	19.6658
注射用炎琥宁	19.5178
苏黄止咳胶囊	19.135
麝香保心丸	18.673
痰热清注射液	17.8548
热毒宁注射液	17.724

银杏叶提取物注射液	16.8002
注射用红花黄色素	16.4607
金水宝片	15.6032
参松养心胶囊	15.3607
银杏叶片	15.2398
小儿豉翘清热颗粒	14.7576
肺力咳合剂	14.6279
肾康注射液	13.8945
尿毒清颗粒(无糖型)	13.8508
大株红景天注射液	13.7807
银杏内酯注射液	13.1685
疏血通注射液	12.9356
艾迪注射液	12.9127
注射用七叶皂苷钠	12.0111
血必净注射液	11.695
银杏二萜内酯葡胺注射液	11.594
血塞通软胶囊	11.5784
活血止痛胶囊	11.2511
华蟾素胶囊	11.1806
鸦胆子油乳注射液	10.6799
云南白药膏	10.4676

数据来源：米内网

## 02 是否划分质量层次？

2号文提到集中带量采购要完善竞争规则，并且通过质量和价格竞争产生中选企业和中选价格。目前2号文明确质量不分组的是通过一致性评价的仿制药、原研药和参比制剂，直接以通用名为竞争单元开展集中带量采购，不得设置保护性或歧视性条款。

中成药没有一致性评价，中成药的竞争原则更适用与“对一致性评价尚未覆盖的药品品种，要明确采购质量要求，探索建立基于大数据的临床使用综合评价体系，同通用名药品分组原则上不超过2个。”这意味着同通用名的中成药可能有两个质量层次。

中成药的质量评价可以参照2016年《广东省卫生和计划生育委

员会等九部门关于印发广东省医疗机构药品交易相关暂行办法的通知》，广东省药品交易中心将中药分了四个质量层次，深圳全药网分成三个质量层次，深圳全药网将广东省药品交易中心第一层次和第二层次合并作为第一层次。广东省药品交易中心的第三层次和深圳全药网的第二层次基本一样。因为 2016 年的中药的注册分类没有改变，所参考的是旧注册分类。笔者预测深圳全药网的第一层次可以视为较高层次，第二层次是视为较高层次还是较低层次可能由各省把握。

广东省药品交易中心和深圳全药网的评价标准没有提到中药质量管理最关键一环——药材的质量管理方面，也没有提及中成药拥有药材相关的规模型的中药材生产基地可以作为中成药质量层次较高的评价标准。

此外，中成药的质量标准的制定者和中成药指纹图谱的专利也没有列入广东省药品交易中心和深圳全药网的高质量层次的保准。

层次	广东省药品交易中心	深圳全药网
第一层次	(一) 专利药品：天然物提取物专利 (二) 旧注册分类中药和天然药注册分类第1类(未在国内上市销售的从植物、动物、矿物等物质中提取的有效成分及其制剂)、第2类(新发现的药材及其制剂)	(一) 专利药品：天然物提取物专利 (二) 旧注册分类中药和天然药注册分类第1类(未在国内上市销售的从植物、动物、矿物等物质中提取的有效成分及其制剂)、第2类(新发现的药材及其制剂) (三) 国家依法实施保密的品种。指获得国家保密局和科学技术部联合颁发证书的中药保密处方，中药保密技术目录的品种及最新版《中国药典》中收录的未公开处方药品。 (四) 获国家食品药品监督管理局批准保护的中药一级保护品种(包括原国务院卫生行政部门批准保护的中药一级保护品种)，以保护期内直接颁发给交易药品的《中药保护品种证书》为认定依据。 (五) 国家重大新药创制专项药品：指获得国家重大新药创制科技重大专项项目并在之后获得国家新药证书(中成药3-5类)或被批准增加新适应证的药品(仅指药品制剂本身)。

<b>第二层次</b>	(一) 国家依法实施保密的品种。指获得国家保密局和科学技术部联合颁发证书的中药保密处方, 中药保密技术目录的品种及最新版《中国药典》中刊载的未公开处方药品。 (二) 中药一级保护品种 (三) 获国家自然科学奖、国家技术发明奖、国家科学技术进步奖, 获奖对象是药品制剂本身, 奖项内容必须含有报名药品相关的特征描述, 不包括获得上述奖项的通用技术和其它通用研究成果的药品。以上奖项均须为二等奖及更高等级, 且自获奖之日起20年内。 (四) 国家重大新药创制专项药品: 指获得国家新药创制科技重大专项项目并在之后获得国家新药证书(中成药3-5类)或被批准增加新适应证的药品(仅指药品制剂本身)	(一) 过期专利药 (二) 出口药(稳定出口到国际主流市场药): 在我国境内生产, 获得美国FDA、欧美cGMP(英国、法国、德国)、加拿大、澳大利亚TGA、日本JGMP认证。且具体品种剂型连续最近的三个会计年度在上述认证国的出口总额按当年汇率折算累计中成药不低于500万元的药品, 仅指药品制剂, 不包括原料药。
<b>第三质量层次</b>	(一) 过期专利药 (二) 出口药(稳定出口到国际主流市场药): 在我国境内生产, 获得美国FDA、欧美cGMP(英国、法国、德国)、加拿大、澳大利亚TGA、日本JGMP认证。且具体品种剂型连续最近的三个会计年度在上述认证国的出口总额按当年汇率折算累计中成药不低于500万元的药品, 仅指药品制剂, 不包括原料药。	其他通过GMP认证药品和其他进口药品
<b>第四层次</b>	其他经过GMP认证药品和其他进口药品	

根据2号文, 按照合理差比价关系, 将临床功效类似的同通用名药品同一给药途径的不同剂型、规格、包装及其采购量合并, 促进竞争。在医保目录内, 中成药剂型中, 丸剂包括水丸、蜜丸、水蜜丸、糊丸、浓缩丸和微丸, 不含滴丸; 胶囊剂是指硬胶囊, 不含软胶囊; 其他剂型没有归并。中成药集中带量将会推动同通用名药品同一给药途径的不同剂型的药品进行剂型合并, 但暂未确定会否直接参考化学药的剂型合并的规则。

虽然是处方成分一致, 但是有可能两者的质量标准并不一致但属于临床功效类似的药品, 可以合并一起集中采购吗?

以血栓通胶囊、血塞通片/胶囊为例, 两者的主要成分都是三七总皂苷, 血塞通片和血塞通胶囊在药典的质量标准是一致的, 血塞通片和血塞通胶囊这两个剂型理论上可以合并集中采购。然而, 血栓通

胶囊的指标和血塞通片/胶囊的指标在人参皂苷 Rg1 (C42H72O14) 和人参皂苷 Rb1 (C54H92O23) 的含量要求上有所不同，那么血栓通胶囊、血塞通片/胶囊就要面临合并一起集中采购吗？上述案例非常有可能在不同省份的招标采购有不同的规则。

指标	三七总皂苷	血栓通胶囊	血塞通片/胶囊
处方	—	100g	片25g、胶囊50g
三七皂苷R <sub>1</sub> (C <sub>47</sub> H <sub>80</sub> O <sub>18</sub> )	不得少于5.0%	不得少于5.0mg	不得少于5.0%
人参皂苷Rg <sub>1</sub> (C <sub>42</sub> H <sub>72</sub> O <sub>14</sub> )	不得少于30.0%	不得少于30.0mg	不得少于25.0%
人参皂苷Re (C <sub>48</sub> H <sub>82</sub> O <sub>18</sub> )	不得少于2.5%	不得少于2.5mg	不得少于2.5%
人参皂苷Rb <sub>1</sub> (C <sub>54</sub> H <sub>92</sub> O <sub>23</sub> )	不得少于24.0%	不得少于24.0mg	不得少于27.0%
人参皂苷Rd (C <sub>48</sub> H <sub>82</sub> O <sub>18</sub> )	不得少于5.0%	不得少于5.0mg	不得少于5.0%
合计	不得少于75.0%	不得少于75.0mg	不得少于75.0%

鉴于中成药即使所用的药材一样，但是最终的有效成分监测的标准都不一样，探索对适应证或功能主治相似的不同通用名药品合并开展集中带量采购的难度非常大。近几年中药大品种的政策下，不少中药药企投入研发费用进行临床研究，这些具备临床证据的中药药企在招标政策中能否获得扶持也是值得关注的。

### 03 已有哪些经验？

2020 年以来，中成药集中带量采购的试点省市有青海省和浙江金华市。

青海省的规则是申报企业在 3 家及以上的，根据企业产品质量、信誉、服务和价格等指标进行综合评分后，得分最高为中选，得分第二的为备选(得分出现并列的，行业排名靠前者中选)，最后公布的结果是分值而不是价格；申报企业在 2 家以下(含 2 家)，由联席会议办公室抽取专家，结合药品的适应证、功能疗效及有无替代品种，论证

是否为临床必需，参考全国现行最低采购价，与企业进行议价，达成一致中选，未达成一致的废标。同一品种、同一剂型、同一规格作为同一招标单元，每个招标单元的药品中选 1 家，备选 1 家。

青海省的产品质量评判标准为生产企业抽检记录全部合格得 4 分；凡抽检不合格的药品取消投标资格。企业某品种某批次出现抽检不合格，则该企业其他投标品种相应扣分：1 个批次抽检不合格的，扣 2 分；2 个及以上批次抽检记录不合格的，扣 4 分。

可见以上规则中，未涉及中成药企业创新和质量层次的相关要求。

2020 年 6 月，共有 274 个药品被纳入金华市第二批带量采购，根据 2019 年浙江省药械采购平台上的数据，按药品的药理作用分为若干类，经讨论决定对抗感染类和中成药类按同通用名采购总金额排名前列的药品，综合考虑剂型、规格、原研或非原研、过一致性评价等因素，形成抗感染原研药品、抗感染非原研药品和中成药等三个竞价组初步目录。274 个药品中中成药 180 个，包括清开灵颗粒、参麦注射液、疏风解毒胶囊和蒲地蓝消炎口服液等知名中药大品种。

金华采取的是评分制。

第一阶段综合考虑药品临床使用程度、价格、降幅等因素制定评分标准，用量占比 20 分，价格 25 分，降幅 40 分。综合分排名前三的产品进入下一阶段专家评审。

第二阶段组织专家评审。由市纪委市监委驻市卫健委纪检组从市

采购联盟审定谈判专家库中随机抽取医院管理者、相关专业专家共 15 名组成专家组，设组长 1 名，由抽中专家推荐决定。每名专家对同一品规的生产企业只能实名投 1 票，每票得 1 分。第一阶段综合评分加专家投票分，得分最高的生产企业中选。如得分相同，报价低的企业中选。

金华的评分制和药品质量的关系不大，和价格的相关性较大。金华最终有 93 个药品中选，其中 39 个为中成药。

综上所述，目前中成药集中带量采购的模式都没有两个质量层次的，广东省的模式相对更利于有研发创新的中成药企业。

#### 04 中成药市场准入：难于上青天？

中成药的市场准入的难度首先是中药注射剂经常被列入重点监控品种，虽然国家所发布的国家版的重点监控品种没有中成药，但是各省的省级监控品种目录常常有中药注射剂。

除此之外，中成药的使用在医院终端处处受阻。不少医院的药事会拒绝中药的新产品进入医院，原有进入医院的会面临额度控制——中药产品在该医院到达一定金额规模，医院就会出台政策让医生减少处方该药品，如果该规模非常高，医院甚至会让该产品停药一个季度才允许恢复用药。

西医师不允许处方中成药进一步加剧了中药市场规模的下滑。2019 年 8 月 30 日全国推进医疗机构合理用药管理工作电视电话会议上，国家卫健委医政医管局张宗久局长明确了西医师处方中成药的政

策主要用于三级公立医院绩效考核工作，执行的重点是三级公立医院，对于县级(二级)医院暂不做硬性要求，将在下一步县级(二级)医院绩效考核中逐步实施，对于基层医疗机构的 25 万全科医生和 90 万乡村医生，明确可以开具常见病、多发病的常用中成药处方，也可以延续使用中医师开具的中成药长期处方。基层医疗机构通常只能处方口服中成药，中药注射剂通常在二级及以上医院使用是受此政策影响最大的产品。

按病种付费和临床路径政策实施后，中成药的使用将会进一步受限。中成药如果要扩大适用范围，进入二级以上西医院的临床路径是较好的方式，但是大部分的中成药都缺乏进入西医临床路径的方案——进入临床路径除了要有该适应证的临床证据，还需要有和现有疗法的联合用药的临床证据，国内真实世界研究也才起步，相关的数据挖掘仍然是空白。而且进入了临床路径依然有上述的西医生限制处方中成药的规定，大部分中成药未来在二级以上西医院的使用空间越来越窄。

大部分的中成药集中带量采购并不能像仿制药集中带量采购一样，仿制药的市场规模有过期原研做基础，集中采购后抢夺的是未通过一致性评价的厂家和不愿意降价的过期原研药的市场。中成药需要自己做推广，集中带量采购实施之后可抢夺的市场基本不多，而且没有很好的评估质量的方法的情况下，会不会再一次变成只看价格不看质量的“唯低价”中标导致劣币驱良币的情况是行业所担忧的，特别

是会不会淘汰现有的愿意投入研发和临床证据的优质企业。

适应证相似的中成药之间也没有临床疗效的对比研究，不存在直接替代的证据。预计短期内可能是同通用名之间的合并采购，如果不想有漏网之鱼，同通用名统一命名的前置条件就是药典委员会尽快将中成药的产品的命名规则做梳理。

[返回目录](#)

## 重磅！国务院发布中药利好文件 尊重中药研发规律

来源：中国中医药报

The screenshot shows the official website of the Chinese Government (www.gov.cn). The page features a blue navigation bar with categories like '国务院' (State Council), '总理' (Premier), '新闻' (News), '政策' (Policy), '互动' (Interaction), '服务' (Service), '数据' (Data), '国情' (National Conditions), and '国家政务服务平台' (National Government Service Platform). The main content area displays a notice titled '国务院办公厅印发关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知' (Notice of the State Office on Issuing Several Policies and Measures to Accelerate the Specialized Development of Traditional Chinese Medicine). The notice includes metadata such as the index number (000014349/2021-00006), issue date (2021-01-22), and release date (2021-02-09).

### 国务院发布加快中药发展利好政策

国务院办公厅再发加快中医药发展的重磅政策——国务院办公厅在通知中指出，为进一步落实《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》，破解存在的问题，更好发挥中医药特色和比较优势，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，为此，现提出如下政策措施。

据梳理值得关注的重点如下：

## 推动中药新药快速审评审批

优化中药审评审批管理。加快推进中药审评审批机制改革，加强技术支撑能力建设，提升中药注册申请技术指导水平和注册服务能力，强化部门横向联动，建立科技、医疗、中医药等部门推荐符合条件的中药新药进入快速审评审批通道的有效机制。

以中医临床需求为导向，加快推进国家重大科技项目成果转化。统筹内外部技术评估力量，探索授予第三方中医药研究平台专业资质、承担国家级中医药技术评估工作。增加第三方中药新药注册检验机构数量。

## 尊重中药研发规律

尊重中药研发规律，完善中药注册分类和申报要求。优化具有人用经验的中药新药审评审批，对符合条件的中药创新药、中药改良型新药、古代经典名方、同名同方药等，研究依法依规实施豁免非临床安全性研究及部分临床试验的管理机制。

充分利用数据科学等现代技术手段，建立中医药理论、人用经验、临床试验“三结合”的中药注册审评证据体系，积极探索建立中药真实世界研究证据体系。优化古代经典名方中药复方制剂注册审批。完善中药新药全过程质量控制的技术研究指导原则体系。

## 实施道地中药材提升工程

加强道地药材良种繁育基地和生产基地建设。制定中药材采收、产地初加工、生态种植、野生抚育、仿野生栽培技术规范，推进中药

材规范化种植，鼓励发展中药材种植专业合作社和联合社。

推动建设一批标准化、集约化、规模化和产品信息可追溯的现代中药材物流基地，培育一批符合中药材现代化物流体系标准的初加工与仓储物流中心。引导医疗机构、制药企业、中药饮片厂采购有质量保证、可溯源的中药材。

深入实施中药标准化项目。加强中药材质量安全风险评估与风险监测，促进快速检测装备研发和技术创新，建设第三方检测平台。

### **加大对中医药产业的投资力度**

加强融资渠道支持。积极支持符合条件的中医药企业上市融资和发行公司信用类债券。鼓励社会资本发起设立中医药产业投资基金，加大对中医药产业的长期投资力度。

鼓励各级政府依法合规支持融资担保机构加大对中医药领域中小企业银行贷款的担保力度。支持信用服务机构提升中医药行业信用信息归集和加工能力，鼓励金融机构创新金融产品，支持中医药特色发展。

### **加强中医药知识产权保护**

制定中药领域发明专利审查指导意见，进一步提高中医药领域专利审查质量，推进中药技术国际专利申请。完善中药商业秘密保护制度，强化适宜性保密，提升保密内容商业价值，加强国际保护。

在地理标志保护机制下，做好道地药材标志保护和运用。探索将具有独特炮制方法的中药饮片纳入中药品种保护范围。

## 实施中医药开放发展工程

制定“十四五”中医药“一带一路”发展规划。鼓励和支持社会力量采取市场化方式，与有合作潜力和意愿的国家共同建设一批友好中医医院、中医药产业园。发展“互联网+中医药贸易”，为来华接受中医药服务人员提供签证便利。协调制定国际传统医药标准和监管规则，支持国际传统医药科技合作。

## 建设国家中医药综合改革示范区

改革体制机制，充分调动地方积极性、主动性、创造性，补短板、强弱项、扬优势，加快建立健全中医药法规、发展政策举措、管理体系、评价体系和标准体系，提升中医药治理体系和治理能力现代化水平，打造3—5个中医药事业产业高质量发展的排头兵。

## 完善西医学习中医制度

2021 级起，将中医药课程列为本科临床医学类专业必修课和毕业实习内容，增加课程学时。在高职临床医学专业中开设中医基础与适宜技术必修课程。允许攻读中医专业学位的临床医学类专业学生参加中西医结合医师资格考试和中医医师规范化培训。试点开展九年制中西医结合教育。

加强临床医学类专业住院医师规范化培训基地中医药科室建设，逐步增加中医药知识技能培训内容。临床、口腔、公共卫生类别医师接受必要的中医药继续教育。研究实施西医学习中医重大专项，用10—15 年时间，培养相当数量的高层次中西医结合人才和能够提供

中西医结合服务的全科医生。

### **形成中医优势病种目录**

开展中西医结合学科(专科)建设。开展重大疑难疾病、传染病、慢性病等中西医联合攻关。逐步建立中西医结合临床疗效评价标准,遴选形成优势病种目录。开展试点示范,力争用5年时间形成100个左右中西医结合诊疗方案。

### **提高中医药教育整体水平**

建立以中医药课程为主线、先中后西的中医药类专业课程体系,增设中医疫病课程。支持中医药院校加强中医药传统文化功底深厚、热爱中医的优秀学生选拔培养。

强化中医思维培养和中医临床技能培训,并作为学生学业评价主要内容。加强“双一流”建设对中医药院校和学科的支持。布局建设100个左右中医药类一流本科专业建设点。推进高职中医药类高水平专业群建设。强化高校附属医院中医临床教学职能。

### **加强中医药人才评价和激励**

鼓励各地结合实际,建立中医药优秀人才评价和激励机制。将中医药学才能、医德医风作为中医药人才主要评价标准,将会看病、看好病作为中医医师的主要评价内容。在院士评选、国家重大人才工程等高层次人才评选中,探索中医药人才单列计划、单独评价。

### **培养中医药人才**

实施中医药特色人才培养工程。依托现有资源和资金渠道,用5

—10 年时间，评选表彰 300 名左右国医大师和全国名中医，培育 500 名左右岐黄学者、3000 名左右中医药优秀人才、10 万名左右中医药骨干人才，强化地方、机构培养责任，建立人才培养经费的中央、地方、机构分担机制。

开展中医药卓越师资培养，重点加强中医基础、经典、临床师资培训。加强高校附属医院、中医规范化培训基地等人才培养平台建设。支持建设一批中医基础类、经典类、疫病防治类和中药炮制类、鉴定类高水平学科。开展基层中医药知识技能培训。

### **院内中药制剂自主定价**

建立以临床价值和技术劳务价值为主要依据的中医医疗服务卫生技术评估体系，优化中医医疗服务价格政策。落实医疗服务价格动态调整机制，每年开展调价评估，符合启动条件的及时调整价格，充分考虑中医医疗服务特点，完善分级定价政策，重点将功能疗效明显、患者广泛接受、特色优势突出、体现劳务价值、应用历史悠久的中医医疗服务项目纳入调价范围。

医疗机构炮制使用的中药饮片、中药制剂实行自主定价，符合条件的按规定纳入医保支付范围。

### **加强中医药医保支付**

大力支持将疗效和成本有优势的中医医疗服务项目纳入基本医疗保险支付范围，综合考虑有效性、经济性等因素，按规定合理确定目录甲乙分类。

探索符合中医药特点的医保支付方式，发布中医优势病种，鼓励实行中西医同病同效同价。一般中医药诊疗项目继续按项目付费。鼓励商业保险公司推出中医药特色健康保险产品，建立保险公司与中医药机构的信息对接机制。支持保险公司、中医药机构合作开展健康管理服务。加强纳入基本医疗保险支付范围的中医药服务和费用监管。

### 高层中医药利好政策频发

2019年10月26日晚，国务院发布《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》提出，大力发展中医诊所、筛选疗效独特的品种、推动中药质量提升、促进中药饮片和中成药质量提升、改革完善中药注册管理、加强中药质量安全监管、完善中医药价格和医保政策、强化中医药预防、康复作用、推进中医药科研、创新等20条发展意见，为未来一段时间，促进中医药传承创新发展指明了方向。

随后，2019年12月16日，国家中医药管理局印发《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》重点任务分工方案的通知，主要是为了贯彻落实《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》。

据梳理，该分工方案涉及各省、自治区、直辖市人民政府，国务院中医药工作部际联席会议各成员单位，人民银行、广电总局、中科院、工程院、证监会、国家文物局、自然科学基金委等。

2020年7月23日，国务院办公厅发布《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》要求，促进中医药振

兴发展，发挥中医药独特作用。

2020 年 12 月 25 日晚，国家药监局发布《关于促进中药传承创新发展的实施意见》明确：

建立与中药临床定位相适应、体现其作用特点和优势的疗效评价标准；建立符合中药特点的安全性评价方法和标准体系，建立以中医临床为导向的中药安全性分类分级评价策略；根据中药注册产品特性、创新程度和研制实践情况，改革中药注册分类，不再仅以物质基础作为划分注册类别的依据，开辟具有中医药特色的注册申报路径；对临床定位清晰且具有明显临床价值，用于重大疾病、罕见病防治、临床急需而市场短缺、或属于儿童用药的中药新药申请实行优先审评审批等促进政策。

不难看出，多部门利好政策频发，中医药发展可期。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### DRG/DIP 对医院绩效管理的五大挑战和冲击

来源：药闻康策

随着 30 个试点城市推行 DRG 医保支付在即，DIP 医保支付“即将出笼”，“双雄逐鹿”局面大势所趋，“预付费”将会替代目前按照项目“后付费”，对医院绩效管理将会带来“五大”挑战和冲击。

#### 1、DRG\DIP “预付费”

DRG 侧重“目标控制法预付费”，基于 DRG 目标设计付费，DIP 侧重“现实控制法付费”，基于现实基础的设计付费。总之，DRG 也好，DIP 也好，-都是基于“预付费”原理设计。

### (1)DRG 预付费

DRG 主要依赖临床专家基于临床经验和诊疗规律进行分组，先通过主诊断分组，然后通过费用相近进行聚类。整个过程存在较多人为的筛选、归并操作，且分组一经形成，组数相对固定，目前 CHS-DRG 细分为 618 组。DRG 主要是基于目标控制法，能够将费用标准修正得更贴近真实的资源消耗量，把过去过度医疗的水分给挤出来。

### (2)DIP 预付费

DIP 是基于全样本数据的诊断+操作自动分组。基于客观数据，直接以主要诊断和关联手术操作的自然组合形成病种，以各病种次均住院费用的比价关系形成病种分值，再考虑年龄、并发症和伴随病因素对付费进行校正，从而实现精细化、个性化支付，分组更加细化，更加动态化，能够不断更新，病种数一般在 10,000 项以上。是基于现实控制法，参照历史成本设计，不考虑过度医疗问题，挤水分的力度不够。

### (3)控费目标一致

DRG 采取目标控制法，DIP 采取现实控制法，控制目标是一致的，都是基于“预付费”，寻求更加合理的医保支付模式，确保医保基金风险可控不穿底。

## 2、项目“后付费”与绩效激励特点

没有推行 DRG\DIP 的地区，大部分执行项目“后付费”，与项目“后付费”相适应，收支结余提成和项目点值绩效方案成为主流。

### (1)项目“后付费”的特点

医保部门根据患者在医院接受服务项目所规定的收费标准付费，按照报销比例支付，支付的数据取决于各种服务项目的价格和实际服务量。优缺点很突出。优点：简单易行；医院不承担财务风险，推诿患者的情形较少；有利于新技术应用；缺点：医疗技术服务收费价格不合理，导致多度检查和过度治疗情况严重；推动看病贵；引发医保基金安全风险。

### (2)绩效激励的特点

与医保按照项目“后付费”适应，收支结余提成制度体现多收多得，医疗项目点值法体现多做项目多得，激励导向是“粗放式收入增长”模式。

## 3、DRG\DIP“预付费”对医院“5大”挑战和冲击

DRG\DIP“预付费”支付制度改革，是对项目“后付费”颠覆性革命，对医院管理思想带来较大的挑战，对医院绩效核算带来重大的冲击。DRG\DIP 医保制度改革大势所趋，对医院必将带来 5 大挑战冲击。

第一大挑战和冲击：收入增幅遇到“天花板”瓶颈

医保支付制度改革紧锣密鼓，DRG 及 DIP“预付费制度”推行，

医院收入增幅受控，疫情的影响和冲击，居民收入下降，就医习惯发生变化，医院收入增幅将会遇到“天花板”瓶颈。

#### 第二大挑战和冲击：病种成本核算与控制

DRG 及 DIP 实行“预付费制度”，收入设定了封顶线，在有限的收入中，进行收入结构调整，加强病种成本核算，精准进行成本管控，才能获得合理的收益。为此，对传统的粗放式发展模式，对医院成本核算与管控挑战大增。

#### 第三大挑战和冲击：医疗服务能力提升

DRG 也好，DIP 也好，基于“价值医疗”，向价值买单，病种广度和病种难度影响医保支付，原来传统的靠“以药补医、以材补医、以检查补医”时代，随着医疗行业纠风的加力，将会一去不复返，对医疗服务能力提升带来更大的挑战。

#### 第四大挑战和冲击：医疗行为与合理检查

DRG\DIP “预付费”实行“超支不补、结余留用”，赋能医疗服务行为改变，促使医院因病施治，控制过度用药、过度检查等，规范医疗服务，优化费用结构，降低服务成本，从而实现控制不合理费用增长的目标。

#### 第五大挑战和冲击：绩效核算方式

医改新时代，面对医保制度改革发力，面对公立医院绩效考核全面推行，面对全国公立医院“巡查”启动，医院与收入挂钩的绩效方案，政策风险丛生，内部绩效考核方案需要大调整，效能积分法绩效

管理模式，实行积分制，构建符合医疗行业特点的多维度绩效考核指标框架体系，适应医改新政，充分调动医务人员的积极性，实现医院发展可持续性。

[返回目录](#)

## 医院会计成本核算管理中存在的问题及措施分析

来源：医管新世界

医院会计成本核算管理是一项千头万绪的工作，哪一个环节处理不到位，对于整个工作的影响都是十分巨大的。本文首先简要阐述了医院会计成本核算管理的基本概述，然后分析了医院会计成本核算管理过程中存在的问题，最后提出了全面提升医院会计成本核算管理中应该采取的措施。

医院财务管理过程中，成本核算占据的地位十分重要且不容忽视。成本核算是医院是否能够实现科学规范管理的基本要素，通过行之有效的成本管理能够更加清晰明了的看到医院各科室之间的成本构成，进而更好的了解各个科室的盈亏状况。同时，会计成本核算管理能够让医院的财务管理变得更加科学高效且有的放矢，因此如何全面改善医院会计成本核算管理中存在的各种问题值得探究。

### 一、医院会计成本核算管理的基本概述

会计成本核算管理是财务管理中一项十分重要的内容，其主要指的是将医院在运营过程中的各种耗费进行科学的分类和规范，进而计算出与之相对应的总成本和单位成本。成本核算是成本管理中的重要

组成，包括的内容也是十分广泛，具体到医院的成本核算就主要涉及到各种的人员经费、公用经费以及卫生材料费等。近年来，节约的意识被频频提及，各个医院也是相应国家号召积极的在节约上狠下功夫，医院本就不是纯盈利性机构，因此全面强化医院的成本管理变得迫在眉睫。在医院的财务管理中，合理有效的实施成本核算让医院的运营发展变得更加高效，不断规范会计成本核算管理中存在的各种问题，医院财务管理才能真正达到预期目的。

## 二、医院会计成本核算管理过程中存在的问题

纵观现如今的医院财务管理现状，会计成本核算管理虽然比以前改善了不少，但是由于各方面主客观原因的影响和限制，存在于其间的各种问题依然十分突出，其主要表现在以下几个方面：

第一，医院对会计成本核算管理的重视程度明显不够。笔者认为现如今不少医院会计成本核算管理一直不能及时有效到位的原因在于重视程度的缺乏。医院本就是一个庞大的运营主体，涉及的部门众多，各种管理上的节点重重叠叠，错综复杂。目前不少医院管理层仅仅将自己的目光和精力聚焦在医学技术的提升上，对于学科学术工作和医疗工作极为重视，而对于财务等后勤部门的重视程度则显得不足。如此一来，医院的会计成本核算管理严重滞后，管理水平偏低，这些都在无形上给予了财务会计人员一定的工作压力和工作难度，医院的综合运营管理也自然会受到不同程度的影响。

第二，成本会计核算人员的配备和机构配置明显落后于现状的发

展。当前很多的医院，财务部门中人员专业素质和综合素质的表现用良莠不齐来形容也丝毫不为过。不管是在人才引进上还是在机构设置上，医院管理层的“偏心”都可谓是有目共睹的。很多医院没有专门的会计成本核算人员，很多工作职责和工作内容都是财务部门的其他管理人员兼职从事。同时，还有部分医院的岗位设置也存在着一定的问题，制度不完善，核算部门的配置明显跟不上时代发展的步伐，这些问题在一些小医院中的表现更是十分明显。长期以往，会计成本核算管理效率低下，成本核算管理应该达到的效果和取得的成绩大打折扣。

第三，成本核算项目的分类不合理，整理和规范也不够到位。医院本就是一个十分复杂的运营体，其中涉及的成本要素众多，分类管理如果不严密、不规范，那么整个成本管理就变得杂乱不堪。与其他机构相比，医院的成本内容众多，既有各类维修费用，又有各种医疗器材和医疗用品等相关费用。在传统的会计成本核算管理中，一体化的成本项目管理常常被混为一谈，这些都成为了科学规范会计成本核算管理的“绊脚石”。

第四，医院的成本核算制度不规范，不完善。目前，虽然已经有很多医院在成本核算管理上花了一些时间和精力，但是成本核算的制度和与之相对应的规章制度亦是严重滞后的。很多医院没有明确的会计成本核算制度，而是在会计管理制度的框架下开展各种工作。如此一来，既没有细则指导，也没有清晰的规范。整个会计成本核算管理

不具有可比性，可操作性也是相对较差的。此外，现代医院的会计成本核算管理不再仅仅只是传统层面上“记记账、算算

账”的问题。但是不少医院财务人员与时代脱节很久，不管是在工作方法上还是在工作理念上都显得相对比较滞后。这种滞后性带来的影响十分消极，直接导致了整个医院的会计成本核算有效性不高、指导性不强，会计成本核算管理仅仅停留在较为粗放的层次上。

第五，医疗行业和医疗服务对象复杂，会计成本核算管理难度较大。与其他单位相比，医院成本核算管理要素众多，对象十分复杂。因此，这就在无形上加大了医院会计成本核算管理的难度，不少的会计管理人员在工作中容易犯下因循守旧的错误，在工作中不会提出个性化的方案。这些都直接导致了整个会计成本核算管理没有针对性，看上去十分的泛泛而谈。换言之，整个会计成本核算管理流于形式，对整体工作的指导性不强。

### 三、全面提升医院会计成本核算管理中应该采取的措施

(一)不断强化成本核算管理意识，将会计成本核算管理提上议事日程。在现代化的医院管理中，会计成本核算管理早已经不再是以前“不痛不痒”的小事情。现如今，已经有越来越多的医院意识到加强成本核算管理的重要性，并开始在自己的日常管理中加以实践和践行。如此一来，成本核算管理就被提到了一个战略位置的新高度之上。医院的领导层应该高度重视会计成本核算管理，在全院上下做好会计成本核算管理重要性的宣传工作，让全院上下拧成一股绳，进而

形成自上而下新的管理氛围与管理模式。很显然，这对于后续成本控制与成本管理的相关工作起到了“排头兵”的先行作用，且会计成本核算管理工作的氛围有了、环境也有了，整个工作的基调也基本定下了。

(二) 进一步科学规范医院的成本核算体系建设力度和强度。正所谓“打铁还需自身硬”，对于加强医院的会计成本核算管理工作来说亦是如此。很多医院就是缺乏自身建设，在会计成本核算管理中仅仅依靠医院的会计制度进行，很显然这在力度上和强度上都是明显不够的。每一个医院应该结合自身实际情况进行成本核算体系的建设工作，按照国家相关标准和自身特点制定详细且具有操作的成本核算管理细则，每一个科室和部门都可以细分成为几个不同的核算单元。临床服务类科室、医技科、后勤管理部门等都应该分别对应着不同的核算体系与标准。如此一来，医院的各个部门都有着较为明确的成本核算管理方法与原则，在这种方法和原则的指导下再进行步步分层的成本核算管理工作，最终的效果势必会让人十分惊喜，原先传统核算过程中没有重点，“眉毛胡子一把抓”的问题也得到了逐渐扭转和改变，会计成本核算管理初见成效。

(三) 创新优化成本核算方法，提升成本核算管理效能。医院的会计成本核算管理本就应该是一个日新月异、不断创新改变的过程。如果在会计成本核算管理中束手束脚，不知道创新改变，那么整个工作最终就会走入一个“死胡同”。因此，每一个医院应该结合自身实际

情况创新优化成本核算方法，针对于医院会计核算体系较为复杂的情况制定出因地制宜的方法体系，只有如此，医院会计成本核算管理才能真正适应医院的快速发展。同时，在会计核算制度中，各个科室的具体核算内容和职责权利都应该被一一的明晰起来，每一项会计核算内容都应该按照相应的要求进行认真详实的核算，最大限度的保证每一个核算数据的准确无误。对一个医院来说，一个准确有效的会计成本核算能够将医院这段时间的资金运行情况很好的体现和彰显出来。很显然，这样的会计成本核算才是有意义的会计成本核算，才是每一个医院在其发展运行中应该遵循的基本原则。

(四)全面提升医院会计管理核算人员的专业素质和整体素质。正所谓“术业有专攻”，在不断改善和提升医院会计成本核算管理成效的过程中不断提高从业人员的专业素质和综合素质也变得十分重要。因此，每一个医院都应该按照自己的规划逐步打造一直高质量且能够打硬战的财务管理人才队伍。医院可以通过组织定期或者不定期培训的方式让财务管理人员接受与时俱进的培训，成本会计核算管理本就常换常新，只有不断的学习和充电才能让自己在该领域中始终不被社会所淘汰。同时，每一个会计核算人员也应该结合自身岗位所需加强业务素养的强化和学习，要得心应手的掌握各种现代化的财务管理软件与平台，不断学习业界的新知识与新政策，以保证自己开展的各项工作的符合政策所需，符合时代所需。

(五)合理利用网络信息平台，打造会计成本核算管理的“新高

地”。随着时代的不断进步与发展，信息技术与网络技术早已经进入了我们生活和工作中的各个领域。因此，在提升医院会计成本核算管理效能的过程中，合理巧妙引入网络信息平台和资源不失为一个不错的方法。一方面，医院可以在会计成本核算管理网络平台的构建上多投入一些资金和设备，将医院的会计核算软件与医院的其他财务软件系统相互结合起来，已达到资源共享、资源优化的最终目的。同时，有条件的医院还可以投入一定的人力和物力来进行医院自己成本核算软件的开发，在这个过程中可以充分利用和借助大数据和网络技术的优势来达到自身目的。

#### 四、结语

医院会计成本核算管理是一项十分复杂且系统的工作，每一个环节都应该认真思考与配合方能最终收到相应的成效。医院的相关财务管理人员应该不断加强自身学习，在工作中巧妙运用各种新理念与新方法，以保证医院的会计成本核算管理能够真正发挥实效，并助力医院的长远健康发展。

[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