

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.12.20-2021.12.26

——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。）

· 分析解读 ·

▶ [七批八轮国采沟通会召开 预测规则三方面调整](#)（来源：新浪医药新闻）——第 9 页

【提要】12月23日，第七批八轮国家带量采购的专题沟通会在上海组织召开，此次会议更多的是完善采购规则，因此，新一轮的国家带量采购，是否会有规则方面的调整将成为最大的看点。

▶ [3点思考，剖析如何用好医保基金审计成果助力基金监管](#)（来源：江西省医疗保障局）——第 11 页

【提要】医保基金审计是推动国家医疗保障政策落实、维护基金安全、保障群众医疗保障合法权益的重要工作。2020年至2021年，审计署组织开展了对全国医疗保障系统组建三年以来基本医保基金运行情况 and 成效的“全面体检”，精确指出了医保基金运行管理存在的问题，为深化医保改革发展、提高医保现代化治理能力把准了“脉象”、开出了“药方”。目前，各地审计反馈问题整改落实已取得重要阶段性成果。做好审计整改“后半篇文章”，是提高审计监督质效的题中应有之义。笔者拟从加强医保基金监管的视角，就如何用好审计成果谈些个人的思考及体会。

▶ [医保谈判药品“双通道”管理 6 个问题是关键](#)（来源：海聊清谈）

——第 17 页

【提要】此前，国家医保局和国家卫健委联合印发《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》。出台《意见》的目的就是通过建立完善“双通道”管理机制，保证国家医保谈判药品顺利落地，提高医保谈判药品的可及性和供应保障水平，更好满足参保患者的用药需求。为了准确把握《意见》的核心要义，首先就要搞清楚“医保谈判药品”和“双通道”这两个概念。将有助于《意见》的贯彻落实和工作的顺利开展。

• 药闻动态 •

▣ [“十四五”规划公布 高端医疗器械领域继续发力](#)（来源：上海市经济信息化委）——第 22 页

【提要】12月20日，上海市经济信息化委发布《关于印发上海市高端装备产业发展“十四五”规划的通知》。《规划》指出，到2025年，要初步建成具有全球影响力的高端装备创新增长极与核心技术策源地。全市高端装备产业工业产值突破7000亿元，建设国家和市级企业技术创新中心100个，实现关键装备与核心部件首台(套)突破300项。《规划》明确了智能制造装备、民用航空航天装备、民用船舶及海洋工程装备、高端能源装备、节能环保装备、高端医疗装备、微电子装备、其他高端装备等八大重点发展领域。

▣ [数据告诉你：集采推动仿制药替代取得重大成效！](#)（来源：中国医疗保险）——第 28 页

【提要】国家医保局成立以来，积极推进药品集中带量采购，有效降低患者用药费用负担，有力推进仿制药替代原研药。为全面展示药品集中带量采购进展与成效，重点展示集采对未中选原研药的影响，《中国医疗保险》杂志社日前召开“集采未中选原研药使用情况变化——集采推动仿制药替代”新闻发布会，介绍集采未中选原研药使用情况变化。根据对全国情况的不完全统计，对比集采结果实施前后一年价格和采购量情况，发现中选仿制药“放量效应”与“降价效应”显著，未中选药品价格随动下降，最终呈现采购量“两减一增”、价格“三价齐降”的趋势。

• 地市精彩 •

▣ [推动数字化医共体建设，实现健康临翔智慧化管理](#)（来源：中国数字医学）——第 37 页

【提要】针对系统原有数据孤岛、互不相通等问题，临翔区量身定制开发了“健康临翔”医共体综合运营监管平台，该平台由“一个中心区域健康管理大数据中心”、“六个统一（统一行政、统一人员、统一资金、统一业务、统一绩效和统一药械）”、“一个辅助决策系统”及“一个便民服务中心”四大板块组成。通过统筹建设管理信息平台，实现信息共建共享、互联互通，全面推进医共体资源调配、业务经营、质量评价、财务分析、效率服务运营相关能力，统一优化了服务流程，降低了运营成本，并最终提高了服务质量和资源利用效率。

▣ [重庆市政府发文建设“渝快码”，全市看病购药挂号一码通](#)（来

源：重庆药品交易所）——第 41 页

【提要】近日，重庆市人民政府办公厅印发关于重庆市居民服务“一卡通一码通”工作实施方案的通知，建设全市通用的居民服务卡、“渝快码”，实现身份凭证功能、电子证照功能、自助业务查询和办理功能、支付功能“一卡通一码通”。在推动在医疗健康领域的应用方面，实现居民服务卡、“渝快码”在全市各级定点医疗机构购药、挂号、取号、查询、打印报告单等就医全过程应用。实现居民服务卡、“渝快码”用于查询电子病历和电子健康档案等居民健康信息，以及其他医疗健康领域应用。

• 医疗信息化 •

▶ [助推医疗信息化建设，必须解决这三点！](#)（来源：今创医疗）——第 44 页

【提要】随着现代医疗信息化的不断发展，病案无纸化已是当下电子病历管理的必然趋势。新医改明确提出“以医院管理和电子病历为重点，推进医院信息化建设”，此外，卫生部印发《电子病历系统功能应用水平分级评价方法及标准(试行)》、《医院信息互联互通标准化成熟度测评方案》等通知都对住院电子病历共享、无纸化提出了确切要求，无纸化、信息共享成为医疗卫生信息化重点建设项目。

▶ [看一家百年医馆如何做到中药药事质控的信息化管理](#)（来源：杭州唐古信息）——第 47 页

【提要】国家中医药管理局于 2019 年 8 月印发《关于方便群众看中

医进一步改善中医医院服务的通知》，通知要求建立健全中药药事管理质控体系，开展中药饮片质量管理(包括验收、调剂、煎煮等)、中药合理应用等质控工作，积极推进中药药事管理质控信息化建设。作为国内国医馆数字化改革的先行者，方回春堂率先构建国内首家中药饮片质量控制数字化管理平台，那么平台是如何借助数字化技术完善中药药事管理质控体系，保障患者的用药安全的呢？

• 医疗改革 •

▶ [郑功成：协同推进三医联动 深化医疗服务价格改革](#)（来源：学习时报）——第 51 页

【提要】医疗服务价格是医疗卫生资源配置的枢纽，是调整医疗服务供给方、支付方以及患者之间关系的关键性杠杆。因此，深化医疗服务价格改革，必须系统、协同推进。首先，明确医疗服务价格的形成基础是临床价值。其次，医疗服务价格的形成应反映供求关系，实现医疗资源有效率的配置。最后，深化医疗服务价格体制改革，需协同推进三医联动，并通过供给侧与一系列的需求侧改革产生联动效应和协同效应，从而提高医疗保障制度的整体运行质量。

▶ [时间表确定，2025 年实现 DRG/DIP “全覆盖”](#)（来源：中国医疗保险）——第 54 页

【提要】截至目前，30 个 DRG 付费试点城市和 71 个 DIP 付费试点城市已经全部完成交叉评估并进入实际付费阶段。在此基础上，国家医保局近日印发《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通

知》。《通知》给出了 DRG/DIP 的付费改革时间表，聚焦抓扩面、建机制、打基础、推协同四个方面，明确了从 2022-2024 年分期分批完成 DRG/DIP 付费改革任务：到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 付费方式改革工作，先期启动试点地区不断巩固改革成果；到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

· 医保快讯 ·

▣ [北京出台医保两定管理新办法：互联网医院或纳入医保定点范围](#)

（来源：中国新闻网）——第 57 页

【提要】12 月 22 日，北京市医疗保障局表示，《北京市医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《北京市零售药店医疗保障定点管理暂行办法》将于 2022 年 1 月 1 日正式施行，将进一步促进定点医疗机构和定点零售药店管理的规范化。北京市医疗保障局表示，新办法实施后，随着医保定点医疗机构和定点零售药店数量的增加，参保人员就医用药将更加便捷。

▣ [电子凭证“加速度” 医保事项“一次办”](#)（来源：上饶市医疗保障局）——第 59 页

【提要】今年以来，上饶市医疗保障局聚焦群众需求，以信息化建设为抓手，深入推进“互联网+政务服务”建设和应用向纵深发展，医保电子凭证应用场景建设取得新突破，“医保一件事”线上线下联办创造新模式，实现医保经办速度与品质的全线提升。

• 医院管理 •

▶ [必看！DIP 支付下，医院如何保障医疗质量并实现盈利？](#)（来源：国家医保局）——第 63 页

【提要】国家医保局《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，明确到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。相较于 DRG，DIP 技术障碍少，易推广包容性强，促进医院精细化管理，利于主管部门考核监管。然由于患者个体差异、医院管理、医生行为等因素，DIP 实施过程中依然面对诸多难点。

▶ [借助信息化系统赋能，创新医疗设备管理“减法”思维](#)（来源：栢田医疗）——第 66 页

【提要】确保医疗设备质量安全是医院管理中的一个重要环节。持续做好医疗设备管理制度的优化，运用信息化手段实现全院设备的全流程、全要素监管，可使设备更好地为临床工作服务，保障医疗安全。栢田医疗综合多年以来服务经验，开发“医修库”医疗设备管理系统，对设备进行全生命周期监管，从申购至报废全流程把控，守住医疗设备安全底线，同时提高医院的设备管理效率，降低管理成本。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

七批八轮国采沟通会召开 预测规则三方面调整

来源：新浪医药新闻

12月23日，第七批八轮国家带量采购的专题沟通会在上海组织召开，此次会议更多的是完善采购规则，因此，新一轮的国家带量采购，是否会有规则方面的调整将成为最大的看点。

预测一：1+3 是否成为可能？

五批六轮化药国采，一直是以0+3或1+2作为触发机制，符合相关要求的，基本上就可以作为纳入国采的一个重要选项或进入集采的重要依据，但并不意味着一定会进入国采。根据药融云等数据统计，过评满四家的已经达到70+，但目前据各方面透露出的消息，1+3将有可能成为此次国采的触发条款。笔者忽然联想起国采续约条款正式出台前，业内曾经流出一份关于国采续约的征求意见稿，在这份征求意见稿中，就特别提及6家及以上属于竞争较为充分的品种，基于以往的逻辑判断，三家及以上，可以构成竞争充分的条件，但在这份《通知》中，6家及以上，只能列入“竞争较为充分的品种”，离着“竞争充分”仍然有着一定的距离，可以看出，新形势下，竞争充分的概念又有了全新的变化。在国采续约征求意见稿中，值得注意的是，五家及以下且差额中选的品种属于形成一定市场竞争格局的品种，但形

成一定市场竞争格局并不代表形成了充分竞争，毕竟 6 家及以上才算是竞争比较充分，至于什么是竞争充分？按这个逻辑线来看，10 家起步应该是标配。虽然这份国采征求意见稿最终无疾而终，但仍然引起了笔者足够的警觉。按此推论，国采 1+3 作为新触发机制，并非不可能。

预测二：单位可比价 ≤ 0.2 元是否正式写入条款？

五批六轮化药国采，单位可比价 ≤ 0.1 元一直是中选规则之一，其实，单位可比价 ≤ 0.2 元早已经成为有关方面的内部共识，只不过没有正式写入国有文件中而已，而广东 45 个国采续约产品，“单位可比价” ≤ 0.2000 元已经成为中选规则之一。其实，通过地方带量采购（包括续约）基本上能够看出国家带量采购变化的一些端倪，包括前期广东头孢氨苄价格调整，包括广东国采接续中选规则与国采的差异，有些变化是属于典型的采购规则的变化，包括上海、湖北，是不具备和国采进行对比的可操作性，有些变化是属于某种程度上国家允许地方试点的变化，就像广东的国采接续政策。在国采接续力求三个稳定的背景下，在带量采购基本上确定了价格调整常态化但要循序渐进的大背景下，将单位可比价略为上调，时机已经合适。

预测三：分量是否向胰岛素专项学习，取消选区摘牌制？

五批六轮化药国采，采取的选区方式就是按价格由低到高，相关企业轮流选择区域。好处是能够确保相对固化的市场操作，劣势是容易形成保障供应不及时的情况。而反观此次胰岛素专项采购，平均降

幅 48%，最高降幅 74%，相比以往国采价格平均降幅至少 52%-59%、最高降幅达 98%的景象，降幅低了不少，另一方面，胰岛素二代、三代六大种类几乎所有品种都能入围中选，哪怕就是几家外企也是降价 4 成进入 C 组至少还有一定的存量(50%)，毕竟根据规则，待分配量的选择权是交给医疗机构。同样，作为化药国采，如果能够参考此次胰岛素专项采购的部分条款，在允许多家中选的基础上，允许同一省份多家企业共同分享市场，并一定程度的将待分配量交还医疗机构，其实也能够最大程度的保证市场用药平衡，不破坏用药结构。由带量转向稳量，未尝不是一个好的办法。

[返回目录](#)

3 点思考，剖析如何用好医保基金审计成果助力基金监管

来源：江西省医疗保障局

医保基金审计是推动国家医疗保障政策落实、维护基金安全、保障群众医疗保障合法权益的重要工作。2020 年至 2021 年，审计署组织开展了对全国医疗保障系统组建三年以来基本医保基金运行情况 and 成效的“全面体检”，精确指出了医保基金运行管理存在的问题，为深化医保改革发展、提高医保现代化治理能力把准了“脉象”、开出了“药方”。目前，各地审计反馈问题整改落实已取得重要阶段性成果。做好审计整改“后半篇文章”，是提高审计监督质效的题中应有之义。笔者拟从加强医保基金监管的视角，就如何用好审计成果谈些个人的思考及体会。

一、立足于“查病体”，充分发挥医保基金审计对基金监管的促进作用

近年来，全国医疗保障系统持续加大医保基金监管力度，始终保持打击欺诈骗保高压态势，取得了较好的震慑效应，全社会共护医保基金安全的意识越来越浓厚。同时，随着常态化监管的纵深推进，一些医保违法违规行​​为依然多发、手段更加隐蔽，甚至有的内外相互勾结，串通组成骗保“利益共同体”，给医保基金监管带来了新的更大挑战。审计作为党和国家监督体系的重要组成部分，开展医保基金审计是不仅是构建全覆盖审计工作格局的必然要求，更是助推医保基金监管走深走实的重要力量。构建全领域、全流程的基金安全防控机制，离不开审计监督、基金监管“双轮驱动、双向发力”，充分发挥审计助力监管作用，切实筑牢守护人民群众“救命钱”的堤坝。

一方面，审计发现问题为强化基金监管提供靶向。发现问题是审计的基本功能。从医保基金审计查出问题情况来看，涉及医保基金筹集、使用、运行管理等多领域、各环节，其中近半数​​是套保骗保问题，集中反映了医保基金监管面临的严峻形势以及存在的短板漏项。特别是 2018 年国家医疗保障局组建以来，将打击欺​​诈骗保摆在了突出位置，在全国范围内持续部署开展了打击欺​​诈骗保专项治理、专项整治以及飞行检查等一系列重大检查行动，还有每年各统筹区开展的全覆盖监督检查，在这种高压监管态势下，这次医保基金审计仍然发现部分定点医疗机构存在蚕食侵蚀医保基金的违法违规行为。这再次警示

我们，加强医保基金监管一刻也不能停歇、一处也不能有盲区。进一步讲，医保审计发现问题为精准推进基金监管指明了方向，要以此次审计发现问题为切入点，坚持以点带面开展全领域自查，加大对存在问题定点医疗机构的监督检查频次，坚决防止问题扩散蔓延、屡查屡犯，引领基金监管靶向发力。

另一方面，审计监督方法为优化基金监管带来启示。医保审计监督与基金监管的最终目的都是为了规范医保基金使用，监督检查只是手段和方式。审计监督聚焦跟踪资金流向，综合运用关联比对、多维分析、聚类分类等方法，开展“现场审计+非现场审计”，扎实推进大数据审计，进行常态化集中研判，力求精准高效发现问题。这为深化医保基金监管改革、全面建立智能监控制度探索了经验，有助于实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。特别是在飞行检查、异地就医监管等领域，亟待依托集中统一的智能监控系统，推广视频监控、生物特征识别等技术应用，提升智能监控功能，推动现场检查走深走实，真正让基金监管插上现代信息技术的“翅膀”。

二、聚力于“治已病”，切实扛起医保基金审计反馈问题整改的政治责任

做好医保基金审计整改“后半篇文章”，是医疗保障系统的一项重要政治任务，也是充分转化运用审计成果的关键一环。只有对审计反馈问题“门清”，把审计整改责任扛牢，医保基金审计效果才能最

大化。特别是医保基金监管战线承担着贯通衔接审计监督与基金监管的职责使命，更应在审计整改中勇于担当、善于作为，以扎实有力举措让审计反馈问题逐项“销号清零”，真正做到整改不完成不撒手、问题不解决不放手。

一是涵养主动改的自觉。这反映着对审计整改的应有态度、基本立场。在审计过程中，对一些问题审计人员已跟被审计单位作了沟通，被审计单位也按规定进行了签字盖章，有的还不等不靠、立行立改，将整改谋在前头、落在实处。这不仅有助于对医保基金的“跑冒滴漏”进行及时“止损”，还能够强化审计监督的教育引导功能，帮助被审计单位在审计中促规范、在规范中优服务。医保部门作为医保审计整改的牵头抓总单位，更加需要在积极主动改中显担当、做表率，对问题照单全收，不讨价还价，不推诿搪塞，用实际行动亮出正视问题的自觉和刀刃向己的勇气，把整改责任压实落细。

二是凝聚协同改的合力。推动审计整改不能“独唱”，而要各方力量“合奏”。这次医保基金审计发现的问题涉及面广、资金量大，既有医保部门自身的问题，也有部门协同联动方面的问题。高质量完成审计整改任务，需要构建医保部门牵头、责任单位配合、各方尽责出力的联动整改工作格局。比如，关于加强定点医疗机构监管，医保、卫生健康、公安等部门应在履行各自法定职责基础上，以审计问题整改为契机，共享检查信息，开展联合执法，促进行刑衔接，达到“整改一个、震慑一批”的效果；又如，关于化解重复参保、重复报销难

题，医保既要联合公安、税务等部门严厉打击一票多报甚至用虚假发票进行重复报销骗保的行为，还要联合财政、信息化建设等部门从源头上堵住重复参保问题产生的漏洞，让重复参保的人和事能够及时发现、重复拨付的补助资金能够及时被扣减。

三是坚守彻底改的勇毅。审计发现问题能否得到彻底整改，是对政府执行力和公信力的重大考验。审计反馈问题有很多是疑难杂症，有很强的“耐药性”，没有长期的“疗程”难以见效，必须久久为功、常抓不懈促整改。这些问题产生的背景、成因千差万别，整改的难度也各不相同，有的能即行即改、见到成效，有的则要循序渐进、持续用劲。特别是对一些定点医疗机构易发多发的医保违法违规行为，仍然需要常态管、从严查，决不能初见成效就鸣金收兵，指望打一仗就一劳永逸。此外，在推进整改过程中，也不能隔靴搔痒、旁敲侧击，只在细枝末节上修修补补，而要多杀几个“回马枪”，多淬几把“回炉火”，真正以“彻底改”的决心取得“改彻底”的成效。

三、着眼于“防未病”，加快构建与常态化审计相适应的基金监管长效机制

审计具有促进规范、正本清源的建设性作用，不能局限于“查错纠弊”，更需注重发挥好对风险隐患的防范、预警功能。今年7月，审计署发布了《关于提升社会保障审计监督效能的指导意见》，提出要有序推进社会保障领域审计全覆盖，每年组织开展社会保障领域重大政策措施落实情况跟踪审计，对医保、养老等群众关切、问题多发

的重点资金进行常态化审计监督。可见，全方位、常态化开展医保基金审计监督，已上升为维护资金安全、保障群众利益的重要制度安排，这与新形势下医保基金监管的目标任务是高度契合的。当前，迫切需要构建与常态化审计相适应的基金监管长效机制，加快形成精细化管理、专业化监督与严密化监管一体推进的基金安全防控格局。

一是聚焦审计发现问题，在加强精细化管理上见成效。审计能否最大限度发挥预警和“探头”作用，离不开被审计单位在日常防控管理中的“深耕细作”。对定点医疗机构和医保部门而言，在严实抓好审计整改基础上，还要善于通过揭示出来的问题，主动深挖根源，及时查漏补缺。特别是对因粗放管理、内控不力导致的医保基金“跑冒滴漏”现象，更加需要树牢“向管理要效益”的理念，充分发挥医保战略性购买作用，在医保管理上下足“绣花功夫”，通过精细管促进规范用，走出医保违法违规问题“屡审屡犯”的怪圈。

二是借助审计整改契机，在推进综合监管上齐发力。部门联动不仅是完成审计整改任务的必然要求，也是加强医保基金监管的重要方法。当前，医保与公安、卫生健康等部门联合开展监督检查，越来越广泛运用于医保基金监管的各领域、各环节。要进一步总结提炼此次审计整改中部门协同的好经验，将其固化为实施综合监管的制度机制，着力在深度联动、高效协同上下功夫，推进信息共享、行刑行纪衔接，实现检查互助、结果互认，强化综合监管“握指成拳”的震慑效应。

三是对照审计提出建议，在深化监管改革上寻突破。现代审计不仅帮助发现具有普遍性、倾向性、苗头性的突出问题，还深入分析问题产生的体制障碍、机制缺陷和制度漏洞，精准提出改进完善的意见建议。要准确把握审计揭示问题、规范管理、防范风险、促进改革的功能定位，发挥其对深化改革的“催化剂”作用，引领医保基金监管提质增效。尤其要高度重视用好审计成果、用足审计建议，促进审计监督与基金监管有效结合，积极争取党委、政府支持，顺势推进基金监管制度体系改革，不断创新监管方式方法，努力在智能监控、综合监管、信用管理等改革领域取得新突破，尽早让专业权威审计意见转化为助推医保基金监管改革的强劲动力和重要支撑。

[返回目录](#)

医保谈判药品“双通道”管理 6 个问题是关键

来源：海聊清谈

此前，国家医保局和国家卫健委联合印发《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（医保发〔2021〕28号，以下简称：《意见》）。显然，正确理解并准确把握其中的几个关键问题，将有助于《意见》的贯彻落实和工作的顺利开展。

一、两个概念

出台《意见》的目的就是通过建立完善“双通道”管理机制，保证国家医保谈判药品顺利落地，提高医保谈判药品的可及性和供应保障水平，更好满足参保患者的用药需求。为了准确把握《意见》的核

心要义，首先就要搞清楚“医保谈判药品”和“双通道”这两个概念。

所谓“医保谈判药品”，简单一点说，就是通过谈判进入国家医保药品目录的药品，也就是说，这个药品原来并不在医保药品目录内，经过国家医保局与药品生产企业的谈判，在价格、生产、供应等方面形成共识、达成一致后，纳入国家基本医疗保险的药品目录范围。医保谈判药品通常具有如下三个特征：一是临床价值高、患者急需；二是种类少、可替代性差；三是价格昂贵、可及性低。纳入医保目录的谈判药品，在实际使用中，通常都是将其划分为乙类医保药品。

所谓“双通道”则是指通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足谈判药品供应保障、临床使用等方面的合理需求，并同步纳入医保支付的机制。

二、纳入品种

《意见》对纳入“双通道”管理的谈判药品的品种范围规定了一个基本原则，即：属于临床价值高、患者急需、替代性不高的医保谈判药品。具体将哪些医保谈判药品纳入“双通道”管理则授权省级医保行政部门按程序确定。

目前，从我们掌握的情况来看，江西已将“维得利珠单抗”等53个品种纳入了第一批双通道管理的药品名单。

三、必要性

随着医保药品目录动态调整机制的建立，医保目录准入频率明显加快，差不多实现了一年一调整，一些新药甚至在上市当年就被纳入

药品目录。而医疗机构药品准入的模式尚未明显变化。改革前，大部分药品上市后都是“先进医院，后进医保”，药品有足够的时间经历市场推广、临床使用经验积累、临床专家认可、广泛使用这一过程。改革后，变成了“先进医保，再进医院”，对医疗机构快速准入和临床医生短期内广泛使用提出了更高的要求，从而在一定程度上出现了谈判药品“进院难”、参保患者“用药难”的现象。

当然，随着药品零加成政策的全面实施，药品由医疗机构原来的利润点变成了成本项，而医保谈判药品尽管临床价值高、但价格通常也不菲，虽然说政策规定结合谈判药品使用情况，合理调整定点医疗机构医保总额，甚至可不纳入定点医疗机构医保总额控制范围，但毕竟会占用医疗机构的现金流，因此医疗机构对这类药品通常都不会有太充足的储备，这也是其中的原因之一。

为破解谈判药品“进院难”、参保患者“用药难”这一问题，将定点零售药店纳入谈判药品供应保障范围，与定点医疗机构一起，形成谈判药品报销的“双通道”，从而提升医保谈判药品的可及性、更好满足参保患者的用药需求。

四、安全保障

医保谈判药品由于其特殊性，也就对用药安全有更高的要求，综合来看，主要有如下安全保障措施：

一是实行定医疗机构、定零售药店、定责任医师的“三定管理”。江西省规定，各设区市市区内定点医疗机构和定点零售药店均不少于

2家，设区市的县(市、区)域内可结合当地实际适当安排。责任医师原则上应具有疾病相关专业的高级以上(含副高)专业技术职务任职资格(根据当地实际可放宽到主治医师)。

二是参保人员就医购药实行实名制管理。参保人员因特殊原因无法亲自取药、须委托代理人取药的，须提供本人和代理人的有效身份证件，并登记相应信息。

三是建立药品质量安全全程监管和追溯机制，落实存储、配送、使用等环节安全责任。对储存等有特殊要求的药品，要遴选具备相应资质和能力的机构承担储存、配送任务。江西省规定，在双通道定点零售药店购买的双通道药品的注射制剂，应当由双通道药店安全、及时地配送至参保人员就诊的双通道医疗机构。并要求，通过医保信息平台完整保留参保人员诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息，实现诊疗、处方、配药等全程可追溯。

四是双通道药品流转处方实行双通道医药机构双重审方制度。

五、待遇保障

《意见》规定，对纳入“双通道”管理的药品，在定点医疗机构和定点零售药店施行统一的支付政策。对使用周期较长、疗程费用较高的谈判药品，可探索建立单独的药品保障机制。

据此，江西省规定：纳入双通道管理的谈判药品，执行双通道药品支付政策；未纳入双通道管理的谈判药品，则执行医保乙类药品支付政策。

对纳入“双通道”管理的谈判药品设定医保最高支付标准，并在双通道医药机构执行统一的医保最高支付标准和统一的个人负担定额费用。如实际药品价格减去个人负担定额费用的差额，低于医保最高支付标准，医保统筹基金按实际药品价格的差额支付；如实际药品价格减去个人负担定额费用的差额，高于医保最高支付标准，医保统筹基金按医保最高支付标准支付。

医保支付纳入“双通道”管理的谈判药品费用不设起付线和个人先行自付比例，年度累计药品费用与基本医保、大病保险基金最高支付限额合并计算。符合大病保险、医疗救助、异地就医和异地安置政策的，按相关政策规定执行。

经基本医保、大病保险和医疗救助按规定支付后，双通道药品个人负担部分可用个人账户支付。个人账户不足或无个人账户的，由个人现金支付。

《意见》要求，“在有效管控风险的基础上，稳妥推进将“双通道”谈判药品纳入异地就医直接结算范围”。为此，江西规定，跨省异地双通道药品零星报销费用，实施江西省双通道药品名单通用名管理。在进行相关信息比对后，按江西省双通道药品医保最高支付标准结算。价格与个人负担定额费用差额高于江西省医保最高支付标准部分由参保人员自付；价格与个人负担定额费用差额如低于江西省医保最高支付标准，按实际差额费用结算。

可能存在的问题是，由于纳入“双通道”管理的医保谈判药品，

各省并不完全统一，因此有可能出现异地就医或异地安置的参保患者所使用的谈判药品在就医地属于“双通道”管理的品种、而不在参保地的“双通道”管理的药品范围的情况。如果参保地建立了单独的谈判药品用药保障机制，上述参保患者的谈判药品将只能按通常的乙类药品进行费用报销，而享受不到参保地已建立的“双通道”药品单独的用药保障的政策。

六、医保服务

主要包括如下几个方面：

一是结合谈判药品使用情况，合理调整定点医疗机构医保总额。施行单独支付政策的药品，可不纳入定点医疗机构医保总额控制范围。

二是依托全国统一的医保信息平台，部署处方流转中心，连通医保经办机构、定点医疗机构、定点零售药店，保证电子处方的顺畅流转。

三是实行“双通道”管理的谈判药品费用的一站式结算。

[返回目录](#)

• 药闻动态 •

“十四五”规划公布 高端医疗器械领域继续发力

来源：上海市经济信息化委

高端医疗器械市场是一块大蛋糕。多年来，在我国的三级医院中，

许多高端医疗设备有赖进口，部分医疗核心零部件尚未突破。十四五期间，高端医疗器械领域将继续发力。

到 2025 年，首台套突破 300 项

12 月 20 日，上海市经济信息化委发布《关于印发上海市高端装备产业发展“十四五”规划的通知》。



据了解，“十三五”时期，上海市高端装备产业关键战略领域取得重要突破。其中，医疗领域的正电子发射计算机断层显像系统 (PET-CT) 达到国际先进水平。

《规划》指出，到 2025 年，要初步建成具有全球影响力的高端装备创新增长极与核心技术策源地。全市高端装备产业工业产值突破 7000 亿元，建设国家和市级企业技术创新中心 100 个，实现关键装备与核心部件首台(套)突破 300 项。

《规划》明确了智能制造装备、民用航空航天装备、民用船舶及海洋工程装备、高端能源装备、节能环保装备、高端医疗装备、微电子装备、其他高端装备等八大重点发展领域。

高端装备产业“十四五”发展主要指标

序号	指标名称	单位	2025 年目标
1	高端装备产业工业产值	亿元	7000
2	市级特色产业园区	家	20
3	国家级和市级企业技术创新中心	项	100
4	关键装备首台（套）突破	家	300
5	规上企业研发支出占营业收入平均百分比	%	2
6	高端装备市级智能工厂	家	40

高端医疗装备领域包括五个主要方面方向。

诊断检验装备。发展高端影像诊断装备、高性能临检设备、新型核酸 POCT 检测系统,以及 CT 用高能 X 射线球管、平板探测器等关键零部件,鼓励应用大数据、人工智能等技术辅助诊断。

治疗、监护与生命支持装备。重点突破肿瘤质子治疗系统、放射治疗设备、体外膜肺氧合机 (ECMO)、医疗级可穿戴监护仪、高端心电图智能导航及治疗设备等装备。

植(介)入器械。发展骨科植入器械、心脏瓣膜、静脉支架系统、可降解支架等先进植入器械,及静脉球囊、机械取栓导管等先进介入器械,鼓励应用新材料、3D 打印等技术提升生物相容性及力学性能水平。

先进制药设备。支持生物反应器、智能给药系统、冻干系统、药物制备成套系统及核心设备研发创新,推进产业化应用。

康复辅具装备。积极发展外骨骼(上、下肢)机器人、照护机器人、

智能辅助移动设备等康复辅具装备，以及应用虚拟现实、脑机接口等康复训练装备。

此外，在智能制造装备领域，提出要扩大服务(特种)机器人规模，突破机器人核心零部件，推动骨科、腔镜、神经外科手术机器人与康复机器人产业化发展。

全国范围内，重点推进这些器械

2021年6月1日，新版《医疗器械监督管理条例》正式施行。

《条例》明确，将医疗器械创新纳入发展重点，对创新医疗器械予以优先审评审批，支持创新医疗器械临床推广和使用，推动医疗器械产业高质量发展。

要完善医疗器械创新体系，支持医疗器械的基础研究和应用研究，促进医疗器械新技术的推广和应用，在科技立项、融资、信贷、招标采购、医疗保险等方面予以支持。支持企业设立或者联合组建研制机构，鼓励企业与高等学校、科研院所、医疗机构等合作开展医疗器械的研究与创新，加强医疗器械知识产权保护，提高医疗器械自主创新能力。

2021年，多项医疗器械实现国产化零突破。据医械数据洞察统计，截至2021年6月底，国产化率0%的二级产品类别共计56项，较2020年底减少6项；国产化率0%-70%的二级产品类别合计322项，国产化率70%及以上的二级产品类别共计730项。

相比2020年底858件国产化率大于50%的二级产品类别数，2021

年 1-6 月增加 53 件，截至 2021 年 6 月底国产化率大于 50%的二级产
品类别共计 911 件。

序号	国产化率区间	截至 2021 年 6 月底二级产 品类别计数	截至 2020 年底二级产 品类别计数
1	≥70%	730	688
2	60%~70%	100	92
3	50%~60%	81	78
4	40%~50%	38	57
5	30%~40%	44	46
6	20%~30%	31	39
7	10%~20%	18	27
8	0%~10%	10	10
9	0%	56	62

数据来源：医疗器械创新网、医械数据洞察

今年 3 月发布的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个
五年规划和 2035 年远景目标纲要》明确，要突破腔镜手术机器人、
体外膜肺氧合机等核心技术，研制高端影像、放射治疗等大型医疗设
备及关键零部件；发展脑起搏器、全降解血管支架等植入产品，推动
康复辅助器具提质升级。

今年 2 月，工信部发布《医疗装备产业发展规划(2021-2025 年)》(征求意见稿)，到 2025 年，突破诊断检验装备、治疗装备、监护与生命支持装备等高端医疗装备亟需的关键材料和零部件，6-8 家企业进入全球医疗器械行业 50 强。

未来五年，这些医疗器械、核心零部件和关键技术将重点推进：

专栏 1 医疗装备创新能力建设

——诊断检验装备。突破双能 X 射线 CT（电子计算机断层扫描）、光子计数能谱 CT、医用内窥镜等影像诊断设备，LC-MS/MS（液相色谱-质谱/质谱联用）全自动前处理设备、三重四极杆液质联用仪等微生物分析设备，生化免疫分析流水线等装备。

——治疗装备。提升质子治疗系统、重离子治疗系统等放射治疗设备，腔镜手术机器人、骨科手术机器人、神经手术机器人等装备性能品质。

——监护与生命支持装备。攻关体外膜肺氧合机（ECMO）、人工器官，支持有创呼吸机、高频呼吸机、医用无创呼吸机、连续性血液净化设备（CRRT）、自动腹膜透析设备、经鼻高流量氧疗仪等产品迭代创新。

——中医药装备。推进中医健康状态辨识、中医诊断治疗、远程医疗等装备发展，不断提升中医药健康服务能力。

专栏 3 医疗装备产业链优化升级

——攻关先进基础材料。着力攻关 ECMO（体外膜肺氧合机）用中空纤维膜，血液净化设备用透析膜；CT 用弥散强化无氧铜、钨钽钨合金，CT 球管用真空高温轴承、大容量旋转靶盘等；防护装备用高效过滤材料；可吸收降解材料、骨科植入材料等，推动一批基础材料达到国际先进水平。

——攻关核心元器件。开发 CT 探测器模拟芯片，多模态设备模拟前端芯片、模数转换芯片，可穿戴设备 SOC 芯片，医用 AI 芯片；CT 用高精度电流传感器、高温高精度温度传感器、高精高压电压传感器；可穿戴设备用柔性 ECG（心电图）/EEG（肌电图）/EMG（脑电图）/血糖及压力传感器等。

——攻关关键零部件。攻关有创呼吸机用比例阀；透析设备用真空泵、微型电磁阀，经鼻高流量氧疗仪用微型比例阀；大功率 CT 球管、CT 高速滑环；MR 用无液氦磁体、强磁场用生理门控触发单元；放射用栅控三级电子枪、高功率磁控管、高功率多注速调管、高变比固态调制器，六维治疗床；医疗机器人用减速机、精密电机、光学镜头、图像传感器/CMOS；实时荧光定量 PCR（聚合酶链反应）仪用光电倍增管；高导光率内窥镜光纤、高分辨率柔性光纤传像束等。

——提升诊断检验配套试剂性能。加强诊断检验装备配套试剂研制，提高产品灵敏度、精密度、宽线性、长期稳定性、批量生产可控性。突破基于微纳米级磁珠试剂、酶标记技术试剂、高端免疫诊断试剂等关键产品，解决高速低携带污染的高精度样本分注、高稳定性的反应杯装载和调度技术、高灵敏度的液面检测与堵针检测等装备试剂联用关键技术。

——提升制造工艺水平。推进先进材料、关键零部件以及整机产品制造工艺改进优化，强化质量安全管控，提升产品性能、可靠性、稳定性和批量生产能力。

[返回目录](#)

数据告诉你：集采推动仿制药替代取得重大成效！

来源：中国医疗保险

国家医保局成立以来，积极推进药品集中带量采购，有效降低患者用药费用负担，有力推进仿制药替代原研药。为全面展示药品集中带量采购进展与成效，重点展示集采对未中选原研药的影响，《中国医疗保险》杂志社日前召开“集采未中选原研药使用情况变化——集采推动仿制药替代”新闻发布会。

一、药品集采呈“两减一增”、“三价齐降”的趋势

中国医疗保险研究会技术标准部主管柳雯馨同志在发布会上介绍集采未中选原研药使用情况变化。

中国医疗保险研究会选取阿托伐他汀口服常释剂型、氨氯地平口服常释剂型等 9 种药品。

根据对全国情况的不完全统计，对比集采结果实施前后一年价格和采购量情况，发现中选仿制药“放量效应”与“降价效应”显著，未中选药品价格随动下降，最终呈现采购量“两减一增”、价格“三价齐降”的趋势。

具体表现为三点：

药品采购量呈现“两减一增”

一是未中选原研药采购量大幅减少，中选仿制药对未中选原研药“替代效应”明显。集采结果实施后一年，未中选原研药全国年总采购量较集采结果实施前一年平均下降 46%。

	集采前一年 年采购量 (亿)	集采后一年 年采购量 (亿)	集采前后年采 购数量变化%
总计	161.93	199.15	22.98%
中选药品	43.87	160.20	265.19%
未中选原研药	46.81	25.27	-46.03%
未中选仿制药	71.25	13.69	-80.79%

二是未中选仿制药采购量降幅更高，“质优价宜”的中选仿制药对未中选仿制药的“替代效应”更明显。

	集采前一年采购量 (亿)	集采后一年采购量 (亿)	集采前后年采购数量变化%
总计	161.93	199.15	22.98%
中选药品	43.87	160.20	265.19%
未中选原研药	46.81	25.27	-46.03%
未中选仿制药	71.25	13.69	-80.79%

三是中选仿制药采购量大幅上升，群众用上“质优价宜”的中选药品。中选仿制药年总采购量增加 265.2%，其中奥美拉唑口服常释剂增幅最大，达 522.6%；其次是氨氯地平口服常释剂，增幅为 506.5%；增幅最小的伊马替尼口服常释剂，也达到了 54.5%。

	集采前一年采购量 (亿)	集采后一年采购量 (亿)	集采前后年采购数量变化%
总计	161.93	199.15	22.98%
中选药品	43.87	160.20	265.19%
未中选原研药	46.81	25.27	-46.03%
未中选仿制药	71.25	13.69	-80.79%

四是 9 种药品按通用名计采购量持续上涨，放量效应显著，过去

用不起相应药品的群众用上了药品，医院更倾向于提供集采的药品。9种药品按通用名计年总采购量增长23%。其中，恩替卡韦口服常释剂型增幅最大，达77.7%；其次是辛伐他汀口服常释剂型，增幅达44.6%；再次为伊马替尼口服常释剂型，增幅为34.8%。

	集采前后年采购数量变化 %
中选药品	265.19%
未中选原研药	-46.03%
未中选仿制药	-80.79%
总计	22.98%

五是集采政策促进药品使用结构优化。全国年总采购量占同通用名药品年总采购量比例上，原研药从实施前一年的28.9%下降至12.7%。

表 9种药品采购量占同通用名药品一年总采购量的比例

药品名	集采前一年			集采后一年		
	未中选原研	未中选仿制	中选	未中选原研	未中选仿制	中选
1.阿托伐他汀口服常释剂型	51.51%	13.86%	34.62%	21.30% ^①	0.52%	78.17%
2.氨氯地平口服常释剂型	26.41%	57.88%	15.71%	12.25%	12.30% ^③	75.45%
3.恩替卡韦口服常释剂型	7.82%	45.45%	46.74%	3.44%	5.01%	91.54%
4.伊马替尼口服常释剂型	22.90%	3.32%	73.78%	14.71%	0.68%	84.61%
5.瑞舒伐他汀口服常释剂型	30.94%	34.94%	34.12%	14.36% ^③	6.29%	79.34%
6.铝碳酸镁咀嚼片	40.12%	48.64%	11.24%	17.61% ^②	8.25%	74.14% ^③
7.辛伐他汀口服常释剂型	14.46%	62.21%	23.32%	2.56%	8.06% ^②	89.38% ^②
8.奥美拉唑口服常释剂型	1.10%	84.04%	14.86%	0.64%	15.05% ^①	84.31% ^①
9.缬沙坦口服常释剂型	23.94%	38.35%	37.72%	10.88%	5.23%	83.89%

分药品来看

- **未中选原研药**：阿托伐他汀占比下降最多，从51.5%下降到21.3%
- **未中选仿制药**：奥美拉唑占比下降最多，从84%降至15%
- **中选药品**：9种中选仿制药采购量占比都在70%以上，最低的也有74.1%

“三价齐降”——患者用药负担减轻

一是以通用名计，9种药品平均价格都显著降低。9种药品的平均降幅达67.1%。

	集采前一年 平均价格	集采后一年 平均价格	平均价格变化
1.阿托伐他汀口服常释剂型	3.12	0.94	-70.04% 3
2.氨氯地平口服常释剂型	1.91	0.63	-66.85%
3.恩替卡韦口服常释剂型	8.78	1.49	-83.00% 1
4伊马替尼口服常释剂型	41.46	26.65	-35.73%
5瑞舒伐他汀口服常释剂型	2.30	0.72	-68.78%
6铝碳酸镁咀嚼片	0.70	0.41	-42.08%
7辛伐他汀口服常释剂型	1.56	0.28	-81.87% 2
8奥美拉唑口服常释剂型	0.31	0.17	-44.06%
9缬沙坦口服常释剂型	2.18	0.76	-65.21%

二是中选仿制药价格下降最显著。集采“以量换价”效果明显，9种中选仿制药价格平均降幅达82.4%。

	集采前一年 平均价格	集采后一年 平均价格	平均价格变化
1.阿托伐他汀口服常释剂型	1.89	0.32	-83.07% 2
2.氨氯地平口服常释剂型	0.21	0.08	-61.90%
3.恩替卡韦口服常释剂型	4.73	0.47	-90.06% 1
4伊马替尼口服常释剂型	13.24	10.35	-21.83%
5瑞舒伐他汀口服常释剂型	0.97	0.2	-79.38% 3
6铝碳酸镁咀嚼片	0.43	0.28	-34.88%
7辛伐他汀口服常释剂型	0.49	0.13	-73.47%
8奥美拉唑口服常释剂型	0.14	0.1	-28.57%
9缬沙坦口服常释剂型	0.83	0.31	-62.65%

三是原研药价格随动下降。各地医保部门根据中选仿制药价格下

降情况，纷纷联动下调相应非中选原研药价格，或锚定全国最低价，或锚定上海采购价格，引导非中选原研药价格下降。

	集采前一年 平均价格	集采后一年 平均价格	平均价格变化
1.阿托伐他汀（立普妥）	3.97	3.15	-20.65% 2
2.氨氯地平（络活喜）	4.22	3.54	-16.11%
3.恩替卡韦（博路定）	25.44	21.22	-16.59%
4伊马替尼（格列卫）	136.6	121.17	-11.30%
5瑞舒伐他汀（可定）	3.52	2.85	-19.03% 3
6铝碳酸镁（达喜）	0.92	0.86	-6.52%
7辛伐他汀（舒降之）	2.84	2.31	-18.66%
8奥美拉唑（彼司克）	2.81	2.58	-8.19%
9缬沙坦（代文）	4.77	3.78	-20.75% 1

四是未中选仿制药价格随动下降。9种未中选仿制药平均降幅为17.4%。

	集采前一年 平均价格	集采后一年 平均价格	平均价格变化
1.阿托伐他汀口服常释剂型	3.06	2.82	-7.84%
2.氨氯地平口服常释剂型	1.31	1.12	-14.50%
3.恩替卡韦口服常释剂型	10.08	6.62	-34.33% 1
4伊马替尼口服常释剂型	12.6	10.3	-18.25% 3
5瑞舒伐他汀口服常释剂型	2.51	2.37	-5.58%
6铝碳酸镁咀嚼片	0.58	0.56	-3.45%
7辛伐他汀口服常释剂型	1.66	1.33	-19.88% 2
8奥美拉唑口服常释剂型	0.31	0.49	58.06%
9缬沙坦口服常释剂型	1.89	1.66	-12.17%

2021 年降价效应持续释放

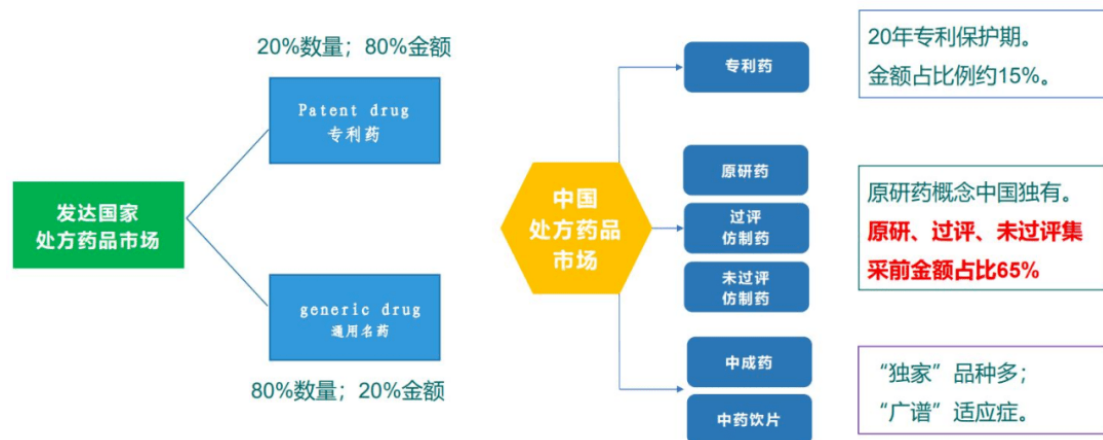
一是价格保持下降态势。相较于集采结果实施后第一年 2021 年，

药品平均价格下降 25.7%，其中中选药品平均降幅 29.1%。二是中选仿制药持续替代未中选原研药和未中选仿制药，“仿制药替代”效应持续加强。

二、药品集采带来“专利悬崖”

会上，国家医疗保障研究院价格招采室蒋昌松主任介绍国家组织药品集采的逻辑和进展，肯定药品集采成效，认为国家集采带来了我国期待中的“专利悬崖”。

“专利悬崖”是制药行业的独特现象，是对药品专利保护期届满带来的专利药品销售额度和利润的大幅下降的形象比喻。在国外，药品专利保护期届满，仿制药以更低价进入并占领市场，导致专利药品的销售金额大幅下降。而我国在集采之前，并未出现所期待的“专利悬崖”。过专利保护期的药品依然占据极大市场份额，药品并未因专利期届满而大幅降价。已过专利保护期的原研药与仿制药销售金额依然能占全国处方药市场的 65%，患者依然用高价购买着已无专利保护的药品。



国家医保局组织开展药品集中带量采购以来，采购品种均大幅降

价，中选产品平均降幅超 50%， “专利悬崖” 也随之产生。从中选的原研品种来看，集采降价最高的品种达到 92%，最低降幅也达到了 43%，药品价格显著降低。

序号	药品名称	规格	中选企业	集采前单价/元	集采后单价/元	降幅
1	甲钴胺	0.5mg	卫材	0.28	0.16	43%
2	孟鲁司特	10mg	默沙东	7.00	3.90	44%
3	阿法骨化醇	0.25 μ	利奥	2.07	1.07	48%
4	中/长链脂肪乳(C8~24)	250ml (20%)	贝朗	94.70	47.10	50%
5	度他雄胺	0.5mg	葛兰素史克	7.50	3.10	59%
6	福辛普利	10mg	施贵宝	2.80	0.80	70%
7	碘克沙醇	100ml:32g (I)	通用电气	646.94	179.03	72%
8	碘海醇	100ml:35g (I)	通用电气	320.00	84.53	74%
9	厄贝沙坦氢氯噻嗪	150mg+12.5mg	赛诺菲	4.30	1.10	75%
10	左乙拉西坦注射剂	5ml:500mg	优时比	340.00	85.00	75%
11	培美曲塞	500mg	礼来	11497.00	2774.00	76%
12	吉非替尼	250mg	阿斯利康	236.90	54.70	77%
13	美洛昔康	7.5mg	勃林格殷格翰	2.50	0.50	80%
14	苯达莫司汀	100mg	Pharmachemie B.V.	4200.00	786.00	81%
15	苯磺贝他斯汀	10mg	田边制药	4.07	0.75	82%
16	氯吡格雷	75mg	赛诺菲	15.80	2.50	84%
17	盐酸莫西沙星	400mg	拜耳	24.30	3.90	84%
18	奥沙利铂	50mg	赛诺菲	2100.00	310.51	85%
19	氨磺必利	200mg	赛诺菲	12.00	1.60	87%
20	丙泊酚中/长链脂肪乳注射液	20ml:0.2g	费森尤斯	77.90	9.90	87%
21	利奈唑胺	600mg	辉瑞	320.00	31.30	90%
22	阿卡波糖	50mg	拜耳	2.10	0.20	92%

以电影《我不是药神》中治疗慢性髓性白血病的药品伊马替尼为例，其 2001 年在中国上市时单价为 400 元/片，患者自费年费用达 30 万元。而随着专利保护到期，通过谈判、集采纳入医保药品目录后，目前其价格为 9.8 元/片，患者自费年费用仅 1500 元。医保的系列政策大大降低了患者的用药负担。

三、药品集采成效多方受益

对于医生医院来说，集采有助于降低廉政风险、创造条件调价，促使医院回归公益属性；对于生产企业和流通企业来说，集采净化行业生态、提高集约规模、倒逼升级创新；对于患者来说，集采能够进一步提高用药水平；对医保来说，集采则能够提高基金使用效率。

2001年，原研中国上市	400元/片，23500元/盒	自费30万元/年
2013年，原研专利到期	200元/片，12000元/盒	自费14万元/年
2017年，某省医保目录	170元/片，10000元/盒	自费2万元/年
2018年，4+7试点集采	14元/片，834元/盒	自费2千元/年
2019年，4+7扩围集采	9.8元/片，586元/盒	自费1千5/年

北京医院药学部主任药师胡欣在会议上也用真实数据展示了药品集采成效，表示集采不仅显著降低糖尿病、乙肝等疾病用药费用，也大幅提升药品可及性，实现仿制药对原研药品的替代。同时他强调，根据真实诊疗环境下数据的疗效和安全性评价结果，乙肝、高血压、肿瘤等8个治疗领域的14个中选仿制药与原研药在临床疗效和安全性上均无差异，这为仿制药替代原研药提供重要循证医学证据。

社区医生代表认为，集采降低了阿托伐他汀钙等常用药价格，提高患者用药依从度，降低患者经济负担。同时，允许多家企业中标，保障中标产品供给。此外，向医疗机构预付资金与结余留用等措施也提高了医疗机构参与集采的积极性。

来自药品企业的代表表示，集采后原研药替代效应明显，提高了

中选产品临床可及性，减少医疗总费用和医保基金支出。并且，集采深刻影响企业发展，不仅让企业发挥规模优势，回归制造业经营本质，也促进企业经营策略转型升级。

此外，本次发布会还邀请到了三位患者。三位患者分别代表高血压、高血脂和慢性髓性白血病群众。药品集采结果实施前，患者及其家庭背负高额医疗费用负担，随着药品集中带量采购工作推进，中选仿制药不但价格大幅下降，而且疗效也很稳定，服用后身体感觉和各项指标不亚于服用原研药，让患者能够放心服药、负担减轻，对改革的获得感幸福感显著增强。患者及其家属都表示非常感谢国家医保局对患者群体的关心和帮助，为他们带来生活的希望，为家庭凝聚前进的动力。

[返回目录](#)

• 地市精彩 •

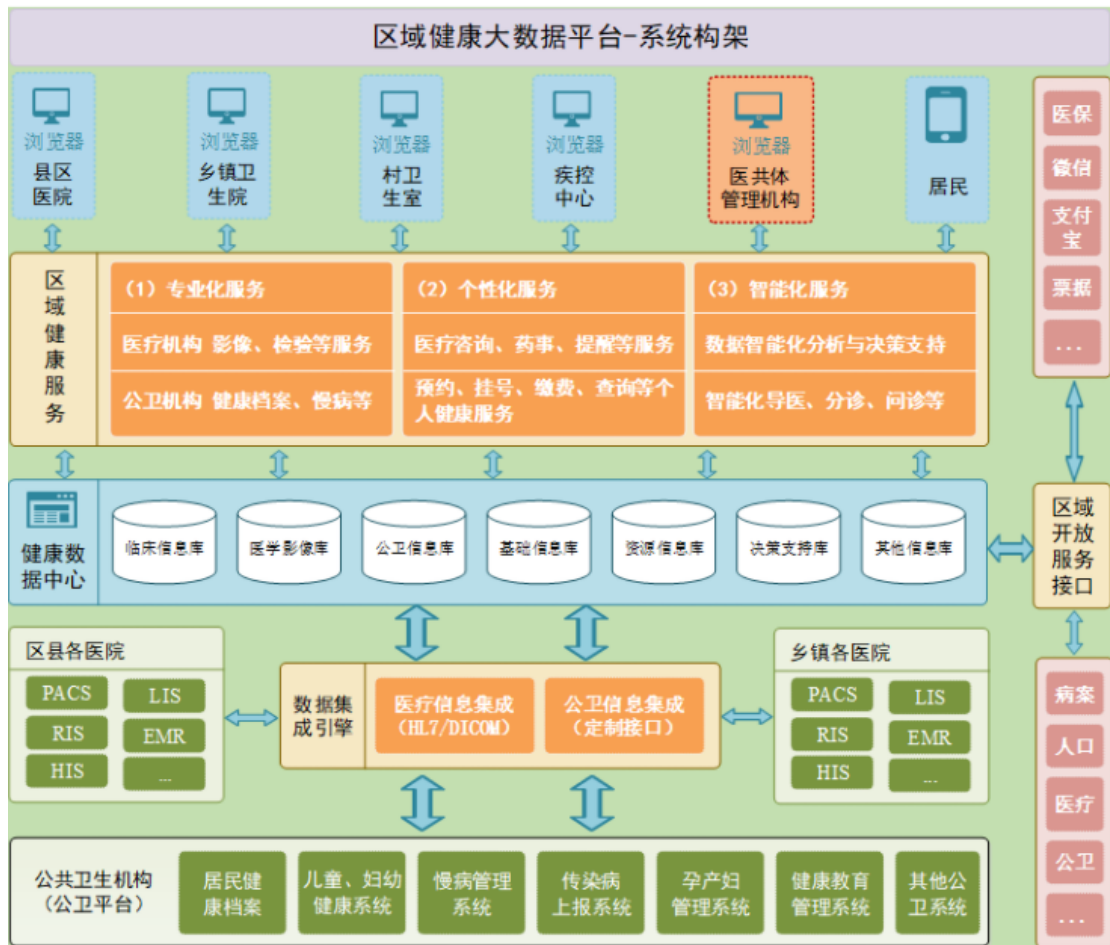
推动数字化医共体建设，实现健康临翔智慧化管理

来源：中国数字医学

“统一”理念实现医疗信息系统的互联互通

针对系统原有数据孤岛、互不相通等问题，临翔区量身定制开发了“健康临翔”医共体综合运营监管平台，该平台由“一个中心区域健康管理大数据中心”、“六个统一（统一行政、统一人员、统一资金、统一业务、统一绩效和统一药械）”、“一个辅助决策系统”及

“一个便民服务中心”四大板块组成。通过统筹建设管理信息平台，实现信息共建共享、互联互通，全面推进医共体资源调配、业务经营、质量评价、财务分析、效率服务运营相关能力，统一优化了服务流程，降低了运营成本，并最终提高了服务质量和资源利用效率。



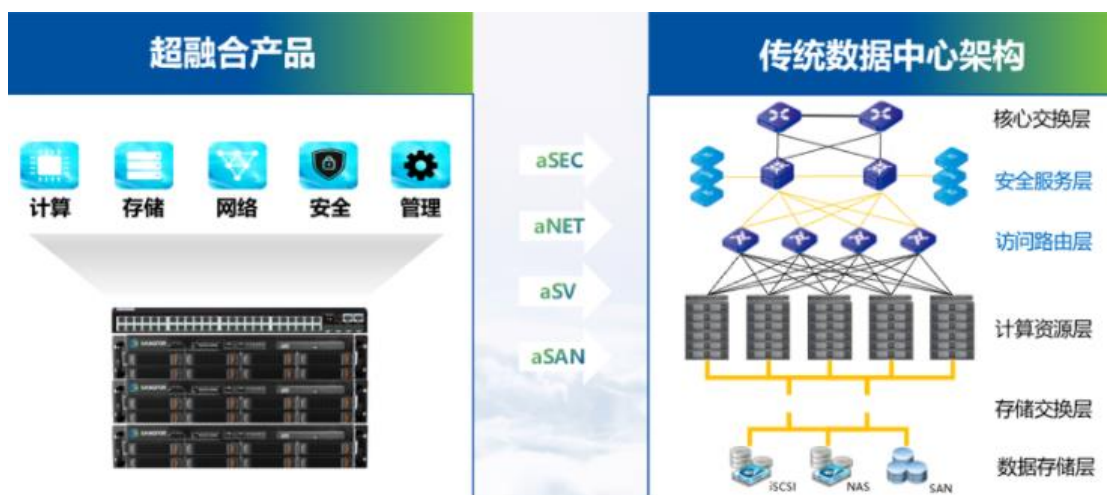
临翔区医共体系统架构图

此外，通过“八统一”建设，临翔区构建了区域卫生信息系统：统一数据中心机房、统一卫生区域专网、统一应用系统、统一数据交换平台、统一身份识别、统一病历管理、统一运维管理、统一网络安全防控。实现了信息技术在诊疗全过程中的有效融入，医疗数据做到了以电子病历为核心、数据实时互联互通，达到了国家卫健委《指南》

数据互联互通要求标准，为基层群众的健康需求提供了强有力的信息化支撑。

超融合架构实现数据中心建设，助力理念落地

传统数据中心系统架构相对复杂，多种类的设备和系统版本导致了运维管理成本高昂和运维效率低下，随着医共体业务的不断发展，业务对于硬件基础设施架构的完整性与安全性提出了更高要求，只有不断提升相关业务系统的高可用性、可靠性及数据的安全性，才能保证医院信息化系统的安全可靠运行。在此背景下，临沧市临翔区医共体最终决定采用“统一”的超融合架构搭建数据中心。



超融合与传统架构对比图

超融合是传统服务器虚拟化技术的延伸迭代，能够做到化繁为简，“统一”之前复杂的数据中心架构，充分提升数据中心的稳定性和性能。同时，超融合架构的实施部署环节十分简单，可保证业务的快速上线。随着数据中心的交互和数据量随着时间的不断增加，超融合架构的易扩展性也避免了让医共体在数据中心后续在扩容问

题上出现瓶颈。对于数据中心的运维管理侧而言，超融合中心也可以通过运营管理平台呈现“统一”可视化的管理界面，实现所有资源的管理和维护故障处理的即换即用，大大减轻运维工作量和难度，提高运维工作的质量和效率。

临翔区医共体建设成效

通过这两年的医共体信息化建设，临翔区已经将区域内所有医疗机构整合到医共体总医院进行统筹管理，打造了以“健康+公卫”为特色的医改模式，实现了人、财、物高度统一。后续也将持续完善系统建设，进一步支持医疗机构之间的互联互通，让群众就近享受安全、有效、便捷、价廉、优质的医疗服务。

同时，临翔区积极健全区域 33 万多份居民健康档案，将居民、职工的医保、医疗、公卫信息联通，并对个体健康进行连续记录，持续追踪。不断推进“互联网+医疗”的远程会诊中心，远程心电、远程教学、双向转诊等系统平台发展建设，同时建立慢病管理平台，对慢病患者及高危人群的县乡村三级管理起到了推动作用。整体医共体信息化平台为区域内的基层患者提供了极大的便利，真正实现了乡级检查、区级出报告，检查结果互认，优质专家资源共享，也基本实现医疗机构良性运行、医保资金持续使用、群众负担持续降低的目标。

未来规划与展望

临沧市临翔区医共体未来将不断完善区域卫生信息系统功能，深入推进医疗、医保、医药为一体的“三医联动”机制，覆盖病人全流

程健康管理。全区所有医疗机构都将通过电子健康码应用实现区域“一码通用”，建设门诊精细化管理平台，构建区乡村一体化的慢病监测信息系统，提升管理能力、公共卫生服务能力和防控能力的“全覆盖”，推出“智慧中医”等特色服务平台，并不断通过对信息系统的优化和网络信息安全保障体系的建设来达到医疗机构共享共赢，高效发展。

[返回目录](#)

重庆市政府发文建设“渝快码”，全市看病购药挂号一码通

来源：重庆药品交易所

近日，重庆市人民政府办公厅印发关于重庆市居民服务“一卡通一码通”工作实施方案的通知，建设全市通用的居民服务卡、“渝快码”，实现身份凭证功能、电子证照功能、自助业务查询和办理功能、支付功能“一卡通一码通”。

在推动在医疗健康领域的应用方面，实现居民服务卡、“渝快码”在全市各级定点医疗机构购药、挂号、取号、查询、打印报告单等就医全过程应用。实现居民服务卡、“渝快码”用于查询电子病历和电子健康档案等居民健康信息，以及其他医疗健康领域应用。

总的思路是，以“渝快办”政务服务平台(以下简称“渝快办”平台)为依托，将全市居民服务各类卡、码、证功能融合至社会保障卡，形成居民服务卡，通过“渝快办”平台生成“渝快码”，作为全市“城市码”，打造我市居民服务“一卡通一码通”服务管理新模式。

在高频公共服务卡、码、证应用场景，实现线下通过居民服务卡刷卡、线上通过“渝快码”扫码，让群众获得更加便捷的服务。

2021年，完成全市居民服务各类卡、码、证梳理，建设“渝快码”平台，针对医保购药、交通出行、旅游观光、文化体验、社区管理等高频服务应用领域，推出一批基于居民服务卡刷卡、“渝快码”扫码获取服务的应用场景。

2022年，完善全市居民服务“一卡通一码通”服务管理体系，居民服务卡、“渝快码”场景应用向个人税费缴纳、生活缴费、非税缴纳、就医住院、待遇申领、罚款缴纳等领域延伸。持续推进在各类政府公共服务、社会治理等其他领域的应用，助力我市智慧城市建设。

居民服务卡、“渝快码”主要具有如下功能：

01. 身份凭证功能

关联个人姓名、身份证号等有关信息，在业务办理、交通出行、旅游观光、文化体验等场景可作为个人身份凭证，享受我市各类政务服务和社会服务。

02. 电子证照功能

关联个人电子证照、资质等有关信息，在用户本人授权前提下，可通过居民服务卡、“渝快码”，查询、复核个人有关资质证明、电子证照等信息。

03. 自助业务查询和办理功能

用户可以持居民服务卡、“渝快码”通过互联网、移动互联网、

自助终端、服务大厅等多种渠道自助查询和办理业务。

04. 支付功能

通过居民服务卡、“渝快码”可实现个人税费、生活费用、非税、公共交通等费用支付。

同时，推进服务场景应用。推动居民服务卡、“渝快码”在高频居民服务领域的应用，构建全市居民服务“一卡通一码通”管理、应用、服务体系。

推动在政务服务办事场所的应用。居民服务卡、“渝快码”可作为个人身份凭证，关联个人电子证照，在区县(自治县)和两江新区、重庆高新区、万盛经开区(以下统称区县)政务服务办事大厅、乡镇政务服务中心、村社便民服务点申办事项。

推动在医疗健康领域的应用。实现居民服务卡、“渝快码”在全市各级定点医疗机构购药、挂号、取号、查询、打印报告单等就医全过程应用。实现居民服务卡、“渝快码”用于查询电子病历和电子健康档案等居民健康信息，以及其他医疗健康领域应用。

推动在城市交通领域应用。实现居民服务卡、“渝快码”在轨道交通、公交客运等城市交通领域应用。

推动在文化旅游领域的应用。实现居民服务卡、“渝快码”在图书馆、展览馆、博物馆、旅游景点等方面的应用。

推动在其他领域的应用。实现居民服务卡、“渝快码”在个人税费缴纳、生活缴费、非税缴纳等方面的应用，并根据实际情况不断丰

富服务应用场景，将适合通过居民服务卡、“渝快码”开展的服务陆续接入“渝快码”平台。

[返回目录](#)

• 医疗信息化 •

助推医疗信息化建设，必须解决这三点！

来源：今创医疗

随着现代医疗信息化的不断发展，病案无纸化已是当下电子病历管理的必然趋势。

新医改明确提出“以医院管理和电子病历为重点，推进医院信息化建设”，此外，卫生部印发《电子病历系统功能应用水平分级评价方法及标准(试行)》、《医院信息互联互通标准化成熟度测评方案》等通知都对住院电子病历共享、无纸化提出了确切要求，无纸化、信息共享成为医疗卫生信息化重点建设项目。

一、难点痛点分析

1、系统集成度不够

我国医院还处于院内异构系统集成过程中，距离实现信息整合、统一数据管理尚有一定差距，无法满足医院精细化管理需求，也无法支撑线上线下一体化的医疗服务模式。

2、数据质量不高

有些医疗机构虽然电子病历使用范围较广，但实际采集数据的完

整度、准确度等都有所欠缺。数据质量不高，将影响医院病案系统应用效果。

3、多院区信息化管理难度大

一院多区是近些年医院发展的新方向，多院区的建立可以满足日益增长的患者就医需求，优化当地卫生资源配置，而在实际运营中，随着院区规模增长，系统多元异构共享度不高，一体化管理难度增大；另一方面医疗病案的信息化利用问题亦亟需重视。

二、无纸化管理助力信息化水平提升

医疗信息共享是医疗信息化的最终目标之一，医疗病历无纸化是必然过程。无纸化摆脱传统纸质病案存储与利用的管理模式，把纸质病案全部转化为电子档的病案，并用其实现病案流通、利用及保存等。

无纸化的推进，促进医院信息化建设水平，另一方面促进医疗数据安全保存以及更为深入利用。

三、今创无纸化病案管理系统



以信息"互通互联、共享利用"为目标，结合医院信息化建设实际，今创开发设计了无纸化病案管理系统，借助自研的模块化采集技术实

现了临床各业务系统的病历报告数据自动采集；通过对接 CA 实现可靠性电子签名认证。支持归档质控流程、借阅流程、病案召回等审批流程的配置；实现病案归档三级质控；系统实现以患者 MPI(主索引)的指引下进行汇总归集患者病案报告，满足院内病案科研、调阅、打印、归档等信息化利用需求，消除院内部信息孤岛。

此外，系统支持医院无纸化多院区管理模式，实现了跨院区信息互联互通、共享利用。以信息的标准化建设为基础，实现了对数据、信息、资源的全面共享和管理。

1、多院区模式数据管理

多院区管理模式下，可根据需要切换选择不同院区数据进行查看、处理，多院区之间的数据、设置互不影响，独立管理；且可自定义设置管理权限，根据实际管理可配置院区权限，科室权限等，具有良好的医疗信息共享、保密性能。

2、不同院区可使用不同的病案归档质控、病案借阅流程配置

各院区根据实际管理设置不同的质控流程、审批流程，且支持跨院区病案借阅，满足医院病案科研、查询等利用需求。

3、多院区模式下的病案就近打印模式

院区模式管理下，数据互通，患者可选择就近院区打印，节省时间。

建立适应信息化发展管理要求的无纸化病案管理模式，使病案的形成、存储及使用都符合管理规范，力求达到节约资源、资料完整、

信息共享等要求。促进医院信息化建设水平，提高了管理人员的工作效率，为患者复印病案，医务人员借阅病案以及科研提供了更方便快捷的服务。

[返回目录](#)

看一家百年医馆如何做到中药药事质控的信息化管理

来源：杭州唐古信息

国家中医药管理局于 2019 年 8 月印发《关于方便群众看中医进一步改善中医医院服务的通知》，通知要求建立健全中药药事管理质控体系，开展中药饮片质量管理(包括验收、调剂、煎煮等)、中药合理应用等质控工作，积极推进中药药事管理质控信息化建设。作为国内国医馆数字化改革的先行者，方回春堂率先构建国内首家中药饮片质量控制数字化管理平台(简称中药质控管理系统)，那么平台是如何借助数字化技术完善中药药事管理质控体系，保障患者的用药安全的呢？

方回春堂是中华老字号国医馆，始创于清顺治六年(公元 1649 年)，距今已有 372 年历史；汇聚了众多国家级、省级特色专科、名医嫡传弟子等名老中医。

方回春堂不仅拥有丰厚的中医资源，还在中药饮片质量管理方面依托信息化手段不断完善自身。早在 2018 年，方回春堂便与杭州唐古信息科技有限公司合作，为其中医馆和膏方制备中心配置智能煎药系统和膏方智能系统，逐步实现了配方流程和膏方制作流程的信息化

管理。

2021年10月，为了贯彻落实国家有关通知、文件精神，更进一步规范中药药事管理的质量控制，方回春堂联合唐古信息上线中药质控管理系统，按照中药药事管理质控相关督查标准对现有流程与管理进行全面升级，主要体现在中药饮片质量、中药饮片调配、患者服务质量三个方面。



把控饮片质量

1. 在线质量考核：为了及时发现饮片质量问题和日常管理不规范情况，方回春堂以中药质控管理系统取代了原有的纸质评估打分，对外部供应商、内部医馆的药品质量和企业服务等条目进行在线质量考核。该系统可以对各供应商、医馆的评分进行数据统计和分析，助力方回春堂更高效地完成相关的质量考核工作。

2. 饮片采购质量控制：方回春堂各分馆遍布杭州各地，各个医馆间同一个供应商采购饮片质量信息缺乏高效互通。上线中药质控管理

系统后，各分馆在验收入库以及平时用药过程中，只需要把质量不合格的饮片录入系统，系统便会将问题批次同步通知其它分馆，让分馆第一时间了解问题，查询现有库存饮片质量情况，或者避免问题批次入库。

3. 日常饮片养护：各分馆饮片仓库存储药品过程中，养护人员在系统中可根据中药饮片管理规范，对不同饮片种类按照时长、养护方法、处理方法进行养护，有助于提高养护效率，更好地保证中药饮片质量。

管控饮片调配

1. 配药、煎药质量抽检：饮片调剂和煎药质量直接影响中药药效，因此方回春堂会对调剂、煎药环节进行重点抽检，并在中药质控管理系统中记录抽检数据，对抽检的质量数据进行统一管理。

2. 设备日常巡检：设备在经常性的使用可能会出现故障、精度等方面的问题，因此方回春堂会对调剂用计量器具进行定期校验。巡检员可在中药质控管理系统中对设备进行信息化质量管理，替代了原先线下纸质记录，提升质管人员工作效率。

提升患者服务

1. 流程及物流时效统计分析：为了让老百姓享受到更便捷的药事服务，方回春堂十分注重提升煎药流程、物流配送流程的时效。中药质控管理系统可以从各个医馆的调剂流程、代煎中心的煎药流程、配送的地区等多方面进行统计分析，定位并追踪到流程中耗时的环节及

原因，从而进行有针对性的改善和提升，大大减少患者的等药时间，提升患者的满意度。

2. 投诉流程化管理：针对各个医馆中可能出现的患者投诉情况，如投诉煎药漏包等，方回春堂给予了高度重视，在中药质控管理系统中会对每个患者的投诉进行流程化管理，根据不同种类的投诉进行相应的处理流程，并认真负责地跟进处理每个投诉。对每个投诉设置相应的处理时限，若投诉未及时处理，系统会自动提醒操作员进行处理。保证每个投诉都能及时响应处理，提升患者的就医用药体验。

3. 投诉处理时效分析：针对患者投诉信息，中药质控管理系统可以按分馆、投诉类型等进行统计分析，辅助判断及查找相关原因，帮助医馆更好地提升服务质量，降低患者投诉率。

自系统上线起，方回春堂平均每月发现 30+问题批次药品，并同步至各馆，有效保证各医馆使用药品的质量；累计监测 1w+代煎处方的煎药流程时效，10w+处方的物流配送时效，通过实时监测预警，在煎药和物流流程中大大减少了延时问题，避免了因时效导致的投诉情况发生。

在中药质控管理系统的帮助下，方回春堂对饮片质量、煎药调配、患者服务三个方面进行全面优化，既提升了中药药事质控的管理水平，保障患者安全用药，又增加了群众的满意度，促进医患和谐，让中医药更好地为老百姓服务。

[返回目录](#)

· 医疗改革 ·

郑功成：协同推进三医联动 深化医疗服务价格改革

来源：学习时报

医疗服务价格是医疗卫生资源配置的枢纽，是调整医疗服务供给方、支付方以及患者之间关系的关键性杠杆。因此，深化医疗服务价格改革，必须系统、协同推进。

首先，明确医疗服务价格的形成基础是临床价值。应当围绕医疗服务的临床价值形成价格而不是单纯的成本补偿，只有那些具有临床价值、满足效率条件的成本才能被纳入到价格中得到补偿。其次，医疗服务价格的形成应反映供求关系，实现医疗资源有效率的配置。在之前很长一段时期内，医疗服务价格类似于行政事业性收费，被作为平衡收支的工具和手段，没有反映医疗服务的供求关系。在新的价格形成机制中，医疗服务的价格需反映人民群众的需求、兼容技术创新的趋势，以实现医疗资源有效率的配置为目标。再次，医疗服务价格的形成机制体现的是医疗服务本身的规律，其形成基础是医疗服务过程中人力资源的消耗以及技术劳务的价值，而不应与药品销售收入构成相互挂钩的消长关系，二者是相互独立的过程，分别反映着不同的运行规律。一些地区将药品集中采购中挤出的价格“水分”以平移的方式挪到医疗服务价格中，以此作为对医院运行和医生劳动的补偿，这种做法表面上看似实现了对医疗收入的结构调整，实际上浪费了医疗服务价格改革的宝贵窗口。医疗服务价格改革的核心不是涨价降

价，而是理顺价格形成机制、恢复杠杆功能、推动医疗服务高质量发展。这个过程客观上具有弥补历史欠账的成分，改革的具体表现是增长性的，对医疗服务的公益性要求是构成挑战的。而药品集中采购降药价、挤水分，给医疗服务价格改革提供了宝贵的窗口，提供了转圜的空间。如果仅仅满足于将药价收入腾换成医疗服务收入，以医疗服务调没调价为纲，大水漫灌、简单肤浅地涨价降价，等于扼杀改革重塑医疗服务价格机制的机会。

因此，深化医疗服务价格体制改革，需协同推进三医联动，并通过供给侧与一系列的需求侧改革产生联动效应和协同效应，从而提高医疗保障制度的整体运行质量。一是在改革目标上，真正突出人民立场，坚定并强化基本医疗卫生事业的公益属性。在充分尊重医务人员劳务价值的同时，控制总体价格水平，不是片面地把医疗服务价格涨上去，稀释人民群众的改革获得感。二是在操作性原则上，以临床价值为导向，在医疗服务价格形成中，强调临床价值和医疗技术劳务，体现对医疗卫生事业及其从业人员的高度认可。在现行的医疗服务项目管理逻辑下，技术劳务和物耗是打包在一起收费的，初衷是引导医疗机构发挥能动性、降低耗材成本。但从实践来看，并未达到预期效果，特别是医用耗材价格是市场化的，某些情况下，调整医疗服务价格还没有体现到技术劳务价值上，就已经被物耗成本变动稀释掉了。三是在参与主体上，需更好发挥政府作用和多方主体的充分参与。医疗服务属具有公益属性的特殊服务，与普通的商品和服务存在根本差

别，不能完全由市场决定，也不能不考虑政府干预价格的弊端，应由政府通过宏观调控手段，平衡好各方利益，在此基础上更多转向定规则、当裁判的角色，同时引入医院和医务人员参与，利用好管理对象的利益敏感性和专业性。

在医疗服务价格改革过程中，《试点方案》明确要建立 5 项机制。具体来说，一是总量调控机制。这是控制价格总量的宏观管理工具，将医疗服务价格与经济发展、医疗技术进步以及医保基金、患者的承受能力相挂钩。“总量”应通过建立明确的规则和指标体系加以确定。二是价格分类形成机制。明确不同类型医疗服务的具体形成方式，这是确保政府宏观调控有效的关键所在。首先是通用型的医疗服务，其特征是均质化、标准化、可比较，从而竞争比较充分。对于此类医疗服务的价格可制定统一的价格基准，各个区域、不同层级的医院可以围绕这个价格基准进行浮动，通过竞争实现资源的优化配置。对于复杂的医疗服务，因其医疗服务技术含量不一，不同机构之间的服务难以进行比较，竞争不充分。对于此类医疗服务的价格可引入医院参与，通过谈判协商确定价格，理顺不同医疗服务项目之间的比价关系。三是价格动态调整机制。价格是价值的体现，随着市场供求关系的变化和医疗服务内在价值的变化，价格的动态调整是必然规律。因此，应明确调价的启动条件和约束条件，解决价格调不调、何时调的窗口难题，将医药卫生费用增长、医疗服务收入结构、要素成本变化、医保基金收支结余、患者自付水平等指标列入评估范围，明确动态调整的

触发标准和限制标准，用量化的数据指标说话，以稳定预期，明确“调整”而非“调增”的理性取向。同时，针对通用型、复杂型和特需服务建立不同的价格形成与调整机制，引入分类规范管理的思路，提高管理的精细化程度。四是价格项目管理机制。此前的医疗服务定价过多依赖医疗服务流程的技术细节，导致价格项目越来越细、越来越多，不仅带来高昂的管理成本，而且也越来越难以反映一个完整的服务产出的真实人力资源消耗情况。因此，医疗服务价格项目应遵循价格形成的规律，设置的项目应能够反映医疗服务中的人力资源消耗产出状况。五是价格监测考核机制。没有监测和考核，改革就无法确保扎实推进，没有追踪和评估，就无法准确衡量改革试点的成效和问题。对此，应坚持整体治理的思路，构建并完善价格成本监测、价格改革评估和价格责任考核三位一体的考核机制。

[返回目录](#)

时间表确定，2025 年实现 DRG/DIP “全覆盖”

来源：中国医疗保险

医疗保险支付方式改革是医疗保障制度改革的重中之重。在理想的支付方式下，医保基金使用效率高，参保人医疗费用负担少，医疗服务行为规范，医疗机构和医生有收益。

但是，支付方式改革涉及众多利益主体，医患保三方关系错综复杂，是医疗保障制度改革的“硬骨头”和“深水区”。

国家医保局成立后，认真贯彻落实党中央、国务院的部署，持续

深入推进医保支付方式改革工作。

积极推进 DRG 付费试点

DRG 付费是按照患者的患病类型、病情严重程度、治疗方法等因素，把病人分入临床病症与资源消耗相似的诊断相关组。推行 DRG 后，医疗机构更关注药品、耗材等成本，结余留用、合理超支分担，因此医院要考虑成本管控，压缩治疗中的水分，实行更高效的管理模式。在这一过程中，患者也可以避免不必要的医疗支出。

2019 年，国家医保局启动 DRG 付费国家试点工作。依照“顶层设计、模拟运行、实际付费”三步走的推进策略，用 3 年左右的时间在 30 个城市开展 DRG 付费国家试点工作。

目前工作进展总体顺利，国家层面制定发布了包括 DRG 付费国家试点方案、CHS-DRG 技术规范 and 分组方案等一系列文件和技术标准，印发了 CHS-DRG 细分组方案(1.0 版)，明确了 376 个 ADRG 组和 618 个 DRG 细分组。

DIP 付费稳步启动

为推广大数据在医保领域的应用，国家医保局加快研究基于大数据的按病种分值(DIP)付费的应用工作，将地方传统的按病种付费升级为 DIP 付费。DIP 付费为中国独创，将点数法、总额预算、按病种分值付费等方法相结合，能够明显扩大覆盖的病种范围，提升管理精细化水平，并有效控制基金风险，具有鲜明中国特色。

目前，印发了《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作

方案》和《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单》，在 71 个城市开展试点工作；印发了《建立建立区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)专家库的通知》、《国家医疗保障局按病种分值付费(DIP)技术规范和 DIP 病种目录库(1.0 版)的通知》，最终形成了 11553 个核心病种分组和 2499 个综合病种组，对按病种付费实施条件、数据准备、数据变量及审核治理进行了统一规范。

DRG/DIP 支付方式改革“全覆盖”

截至目前，30 个 DRG 付费试点城市和 71 个 DIP 付费试点城市已经全部完成交叉评估并进入实际付费阶段。在此基础上，国家医保局近日印发《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(以下简称《通知》)。

《通知》给出了 DRG/DIP 的付费改革时间表，聚焦抓扩面、建机制、打基础、推协同四个方面，明确了从 2022-2024 年分期分批完成 DRG/DIP 付费改革任务：到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 付费方式改革工作，先期启动试点地区不断巩固改革成果；到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

对于“全覆盖”，有 4 方面要求：

1. 抓统筹地区全覆盖。在 2019-2021 年试点基础上，按 2022 年、2023 年、2024 年三年进度安排。以省(自治区、直辖市)为单位，分别启动不少于 40%、30%、30%的统筹地区开展 DRG/DIP 支付方式改

革并实际付费。鼓励以省(自治区、直辖市)为单位提前完成统筹地区全覆盖任务。

2. 抓医疗机构全覆盖。统筹地区启动 DRG/DIP 付费改革工作后,按三年安排实现符合条件的开展住院服务的医疗机构全覆盖,每年进度应分别不低于 40%、30%、30%,2024 年启动地区须于两年内完成。

3. 抓病种全覆盖(原则上达到 90%)。统筹地区启动 DRG/DIP 付费改革工作后,按三年安排实现 DRG/DIP 付费医疗机构病种全覆盖,每年进度应分别不低于 70%、80%、90%,2024 年启动地区须于两年内完成。鼓励入组率达到 90%以上。

4. 抓医保基金全覆盖(原则上达到 70%)。统筹地区启动 DRG/DIP 付费改革工作后,按三年安排实现 DRG/DIP 付费医保基金支出占统筹区内住院医保基金支出达到 70%,每年进度应分别不低于 30%、50%、70%,2024 年启动地区须于两年内完成。鼓励超过 70%的基金总额预算覆盖率。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

北京出台医保两定管理新办法：互联网医院或纳入医保定点范围

来源：中国新闻网

22 日,北京市医疗保障局表示,《北京市医疗机构医疗保障定

点管理暂行办法》和《北京市零售药店医疗保障定点管理暂行办法》将于 2022 年 1 月 1 日正式施行，将进一步促进定点医疗机构和定点零售药店管理的规范化。

定点医疗机构类型将进一步扩增

《定点医疗机构管理办法》明确了可以申请医保定点医疗机构的范围。除了综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；专科疾病防治院(所、站)、妇幼保健院；社区卫生服务中心(站)、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、村卫生室(所)、养老机构内设的医疗机构以外，符合条件的门诊部、诊所、卫生所(站)、独立设置的急救中心、安宁疗护中心、血液透析中心、护理院也可申请纳入医保定点医疗机构。同时，互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，纳入医保定点范围。

定点医疗机构将进行动态评估调整

《定点医疗机构管理办法》明确了申请定点医疗机构的基本条件，如医疗机构需要正式运营 3 个月、有注册执业医师、主要负责人负责医保工作、具有医保管理相关制度、具有相关信息处理能力等。

《定点医疗机构管理办法》明确了对定点医疗机构监管内容，如定点医疗机构要规范诊疗行为、执行医药价格、使用药品耗材、制定内部管理措施、加强宣传培训、配合检查监督、保障信息安全等。

《定点医疗机构管理办法》明确了定点医疗机构在信息变更、续签医保协议、中止和解除医保协议时的具体要求，如定点医疗机构在

名称、法定代表人、注册地址等重大信息变更时，应在有关部门批准之日起 30 个工作日内向区经办机构提出变更申请等。

定点医疗机构监管将更加严格

《定点医疗机构管理办法》明确了定点医疗机构在违反《定点医疗机构管理办法》和医保协议时的具体处罚措施，如约谈医疗机构、暂停或不予拨付费用、追回医保费用、对人员和科室中止医保结算，对定点医疗机构中止医保协议、解除医保协议等。确保基金安全高效、合理使用，坚决管好用好人民群众“救命钱”。

参保人员就医将更加便捷

目前，北京已有 2900 余家定点医疗机构可供参保人员自主选择。参保人员不仅可到本人选定的定点医疗机构就医，还可到 2500 余家共同定点医疗机构直接就医，包括 39 家 A 类定点医疗机构、160 余家定点专科医院、170 余家定点中医医院和 2200 余家社区卫生服务机构。《定点零售药店管理办法》对申请定点零售药店的基本条件、认定标准、动态管理以及监督等方面进行明确规定。

北京市医疗保障局表示，新办法实施后，随着医保定点医疗机构和定点零售药店数量的增加，参保人员就医用药将更加便捷。

[返回目录](#)

电子凭证“加速度” 医保事项“一次办”

来源：上饶市医疗保障局

今年以来，上饶市医疗保障局聚焦群众需求，以信息化建设为抓

手，深入推进“互联网+政务服务”建设和应用向纵深发展，医保电子凭证应用场景建设取得新突破，“医保一件事”线上线下联办创造新模式，实现医保经办速度与品质的全线提升。

电子凭证“加速度”

上饶市民曾女士的老伴患有高血糖，经常要上医院或药店检测，很不方便。9月28日上午，家人通过线上刷医保下单，买了一台血糖仪。结果不到半小时，仪器就送到了曾女士家中。

针对传统医保结算方式繁琐、行动不便人群购药难等问题，上饶市医疗保障局结合国家医保电子凭证身份验证功能，创新医保个人账户结算模式，构建“未来药店”应用场景，在江西率先启动“医保线上购药”试点项目。本市参保人员可享受“网上下单买药、医保线上支付、即时配送到家”的“一条龙”便捷购药服务，足不出户解决购药难题。

及时配送到位，参保市民纷纷点赞。以前，参保人前往定点药店购药，必须持卡才能进行刷卡结算。如今，上饶参保人员可以通过赣服通、支付宝和饿了么搜索“医保买药”，选择有“医保支付”标识的品种或药店下单OTC药品，在线使用医保个人账户支付，由“饿了么”提供即配服务，最快30分钟送达。首次使用的用户，需跳转支付宝端通过人脸识别验证方式激活“医保电子凭证”，并绑定实名认证账号。整体购药环节全程在手机端操作，不用跑药店也能享受到医保结算服务。

覆盖全市范围，未来持续增加布点。“医保线上购药”试点项目是上饶市医疗保障局结合国家医保电子凭证身份验证功能，对医保个人账户结算模式的又一次创新。首批试点定点零售药店共上线黄庆仁、昌盛、康佰家三个连锁品牌，共计 89 家门店，覆盖全市各县区（德兴、婺源除外）。未来将持续在上饶市各县区增加布点，提升群众就医购药便捷指数。

增设安全关卡，强化医保支付监管。为了确保参保人医保账户和用药安全，在“医保线上购药”流程中，增设了三道“安全关卡”。首先，药品上架时平台会严格审批药品类目；其次，药房配备执业药师会对每笔订单复审，小票上还会标注药品批号及有效期；另外，当消费者完成订单支付后，药品将被密封在包装袋中，由饿了么配送到家。

医保事项“一次办”

“这么快就办好了，谢谢你！”上饶市民郑女士在该区行政服务大厅医保专窗工作人员的指导下，几分钟就办好了“异地转诊人员备案”手续。郑女士 10 岁的儿子在复旦大学附属眼耳鼻喉科医院接受治疗，前后花费了 2 万多元。“这个手续办完后，孩子异地就诊时，可以刷医保卡在医院进行直接结算，大大方便了办事群众。”

今年，上饶市医疗保障局本着“让数据多跑路、群众少跑腿”的原则，推出“医保一件事”线上线下联办便民服务新模式，推进医保服务提质增效、提档升级。

线下联办，群众只到一个窗。通过流程再造和信息共享，整合部门资源、优化业务流程，加快构建更加便捷、更多层次、更为高效的跨部门联办模式，实现“医保一件事”一站式联办、一体化服务。将信州区、玉山县作为试点县区，6月起开展“医保一件事”线下联办试点工作，医保局、税务局、人社局和定点医疗机构等部门集中办理，为办事群众提供更为高效便捷的服务。办事群众只需携带相关证件，在医保专窗填写一份“医保一件事”联办登记表，只跑一次就可以实现城乡居民或灵活就业人员参保登记、医保缴费、社会保障卡办理、异地转诊人员备案、医疗费用直接结算等5件具体事项联办。截至目前，已为群众办理事项1079件。

线上通办，群众一次不用跑。经过近三个月试点，围绕申办过程中存在的问题，上饶市医疗保障局进一步梳理改进优化，对“医保一件事”中所涉及申请材料，由原来的8份缩减为3份，办理时限缩短为1个工作日。

9月20日起，在全市范围统一推行“医保一件事”线上通办工作，上饶市居民可携带居民户口簿或身份证、改制合同(非必要)、转诊转院表(非必要)即可通过“赣服通”平台或医保经办窗口申请联办事项。医保部门加强与税务、人社、医疗机构等部门的业务协同，确保各环节及时推送、流程交接到位，真正把好事事实事办到群众心坎上，以实实在在的成效让群众看到新变化、得到新实惠。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

必看！DIP 支付下，医院如何保障医疗质量并实现盈利？

来源：国家医保局

国家医保局《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，明确到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。相较于 DRG，DIP 技术障碍少，易推广包容性强，促进医院精细化管理，利于主管部门考核监管。然由于患者个体差异、医院管理、医生行为等因素，DIP 实施过程中依然面对诸多难点。

实施难点

- 1、依赖历史病案数据，不能完全排除存在的问题；
- 2、分值付费法，易诱导医疗机构采用复杂技术、高分值治疗方式的风险；
- 3、分组细，病种分值差距较小，难以判断治疗方式选择的合理性，套分组的风险大；
- 4、采用累计病种分值进行结算，存在争相“冲工分”，导致分值贬值的风险。

DIP 监管考核指标体系

此外，由于各地区差异，DIP 实施中应充分考虑各地区的基本情况、医保基金使用情况、医疗机构医疗行为情况及患者就医负担情况的本地数据，还应当根据实际情况进行监管考核、过程控制和成本管

理，以确保支付方式改革的正常推进和持续运转。

病案首页/ 结算清单质量	主要诊断选择合理性 / 结算清单完整性 / 医疗费用结算准确率
医疗服务能力	病种分值 (RW) / 病例组合指数 (CMI) / 住院服务量 / DIP辅助目录中疾病严重程度
医疗行为和 医疗质量	二次住院 / 低标住院 / 超长住院 / 死亡风险评估
费用控制	药品分值 / 耗材分值 / 门诊住院费用比例 / 实际补偿比例 / 自费项目费用比例

从数据根本看控费增效应对方法

下面来看一下医院获得的经济效益计算方式。

医保基金按 DIP 应支付给定点医疗机构的总住院费用 = $\sum ((\text{参保人员住院所属 DIP 组的病组支付标准} - \text{自费费用} - \text{特定自付费用} - \text{起付线}) * \text{医保报销比例}) - \sum \text{建议扣减费用}$

病组支付标准 = DIP 分值 * 结算点值

病种分值 (RW) 具体计算公式为: $RW_i = m_i / M$

M: 全部病例平均住院费用

m_i : 第 i 类病种组合内病例的平均住院费用

结算分值点值均值 = $(\text{当年医保基金可用于 DIP 付费总额} / \text{医保报销比例}) / \sum (\text{DIP 分值} * \text{对应病种病例数量})$

从以上公式可以看出，病种分值依据全样本数据病例平均医药费用测算，数值越高，体现技术难度大，资源耗费越多，费用也相应越高；结算点值是医院不可控制的；医院管理控制得当，医保支付效果越好。

医院能做到的是把资源合理分配,明晰定位、规范医疗服务行为,加强内部精细化管理、推动医疗服务高质量发展;提高医疗资源有效利用率,促进医疗机构合理控制成本。

应对一、降低药品、耗材费用

1、加强药品、医用耗材的规范化管理审核,全面控制不合理费用增长;

2、提高集中采购中选药品合理使用水平,优化用药结构,降低药品耗材虚高。

应对二、缩短平均住院日

1、鼓励和支持开展日间手术,将医疗费用增长控制在合理范围内;

2、发展康复医疗,促进患者快速康复和功能恢复。

应对三、提高医疗质量

规范医院医疗服务行为,加强临床路径管理。

应对四、利用好特病单议等分值校正机制

探讨发生原因及改进措施,合理维护权益。

应对五、院内智能监管

1、分析医院病种结构,把握优势病种、核心病种、重点病种;

2、通过病种费用偏差指标等预警功能,加速识别不合理诊疗行为;

3、模拟入组,加强异常情况管理,做到心中有数。

借助信息化系统赋能，创新医疗设备管理“减法”思维

来源：栢田医疗

前不久山西某地市场监督管理局对区域内医院医疗器械使用情况进行监督检查时发现，在当地妇幼保健院检验科有 14 种不合格的医疗器械用于临床，执法人员遂依法对上述医疗器械予以没收，并作出行政处罚。医疗器械和医疗设备的规范化管理再一次走进公众的视野，不合格的医疗器械流入医疗机构用于临床，将会造成漏诊、误诊，危及患者生命安全。

确保医疗设备质量安全是医院管理中的一个重要环节。持续做好医疗设备管理制度的优化，运用信息化手段实现全院设备的全流程、全要素监管，可使设备更好地为临床工作服务，保障医疗安全。

云南栢田医疗科技有限公司综合多年以来服务经验，开发“医修库”医疗设备管理系统，对设备进行全生命周期监管，从申购至报废全流程把控，守住医疗设备安全底线，同时提高医院的设备管理效率，降低管理成本。

粗放式管理弊端日显影响医院整体管理水平

一般来说，一家医院的医疗设备为 1000 台左右，数量庞大，品种繁多，设备管理工作繁杂。如果继续依靠传统的管理模式，海量的数据在人工管理下显得十分吃力。

医疗设备资产管理制度不健全，缺乏必要的协调和沟通，设备台

账不准确、更新不及时、查找繁琐等问题逐渐显露，管理方式的落后，增加了管理工作的困难及错误率，使管理者不能及时发现设备问题并进行报修，设备很难达到规定的质控要求，严重影响医疗质量和患者安全。

医疗设备的管理水平反映了医院的整体管理水平，影响医院等级评审。对医院医疗设备进行严格管理，不但能够提高医疗水平，帮助患者重拾健康，还能够为医院获取更多的经济效益和社会效益，以及促进医疗卫生事业健康发展。

借助信息化手段解决设备管理难题

建设智能的信息化平台是实现医院设备科学管理、优化资源配置、智能预警的主要手段，也是确保设备安全运行的重要途径。我们了解到，很多医院的设备管理也正在向精细化、信息化和全生命周期管理的方式转变。

通过信息化管理，可以使设备管理工作在数字化进程中化繁为简。一方面，医院可以更高效、合理的调配资源，实现对各类设备数据全面了解，针对老化等无法满足临床要求的设备进行淘汰报废，并为购置决策提供参考依据，大大减少不必要的资金投入；另一方面，可以转变医疗设备管理工作人员的思想观念，借助信息化手段高效完成日常工作，推进设备的安全、精准运行，减少人为理解因素导致的设备安全偏差，降低医疗事故的发生率。

[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