

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第01期

(2024.01.01-2024.01.07)

医保

医疗

医药

——本期视点——

（阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。）

• 分析解读 •

▣ [中国社会医疗保险制度未来发展的挑战与创新建议](#)（来源：卫生经济研究）——第 7 页

【提要】为了配合国有企业改革，使城镇职工由单位人转变为社会人，政府决定建立全社会统一的养老保险制度和医疗保险制度。1994 年，江苏镇江和江西九江开展城镇职工基本医疗保险制度的改革试点；1998 年 12 月国务院发文，在全国建立城镇职工基本医疗保险制度；2003 年和 2007 年分别建立新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度。截至 2011 年，中国社会医疗保险覆盖 95%以上人口。

▣ [2022 年中国卫生总费用核算结果与分析](#)（来源：卫生经济研究）——第 17 页

【提要】卫生费用核算通过对卫生系统资金的筹集、分配、使用等环节进行追踪，为评价卫生资金筹集的充足性、可持续性，资金使用效率以及衡量人群就医经济负担提供重要数据支撑，对优化医疗卫生资源配置、确保群众看病就医可负担、提升卫生健康服务公平性和可及性、推动实现全民健康具有重要意义。本研究利用来源法、机构法及卫生费用核算体系 2011（SHA 2011）对我国卫生总费用进行核算，分析“十三五”以来卫生筹资的主要变化及存在问题，从而提出完善

卫生筹资体系的政策建议。

• 专家观点 •

▶ [观点 | 国家医保局价格招采司副司长翁林佳：消除药品的歧视性高价，维护人民群众合法权益](#)（来源：中国医疗保险）——第 32 页

【提要】据悉，国家医保局组织，各省医保局和药品集中采购机构具体实施的挂网药品价格数据质量提升行动已全部完成，在此基础上将部署各地开展全国挂网药品价格治理。此次治理有哪些要点值得关注？会给行业带来哪些影响？中国医疗保险采访了国家医保局价格招采司副司长翁林佳，他表示此次价格治理工作主要针对少数利用地区间信息差而存在的不公平高价、歧视性高价，目的是促进同一药品在不同地区的平台挂网价格透明和均衡，对诚信经营、公平定价的药品企业不会产生影响。

▶ [观点 | 沈洪兵：整体谋划 全面提升 助力疾控事业高质量发展](#)（来源：中国疾控中心）——第 40 页

【提要】党中央、国务院始终高度重视疾病预防控制工作。近日，国务院办公厅印发《关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见》，聚焦推动疾控事业高质量发展和实现健康中国战略目标，从整体谋划事业发展、系统重塑治理体系、全面提升核心能力、加强人才队伍建设、着力加强组织保障等方面对新时期全国疾控事业发展提出了具体的实施路径。中国疾病预防控制中心作为国家级疾病预防控制

机构，将牢牢抓住此次国家疾控体系改革的历史机遇，切实推进中国疾控中心现代化发展进程，更好地服务于健康中国建设，履行保障经济社会稳定的历史使命。

• 医药专栏 •

▣ [中国医保药品价格谈判回顾和展望](#)（来源：卫生经济研究）——第 45 页

【提要】2023 年是国家医疗保障局成立以来开展医保药品价格谈判的第 6 个年头，也是 6 年来新药评审和谈判数量最多的一年。对此，有必要从卫生经济学角度进行总结。本文根据文献、官方公布的数据和网络报道资料，对当前医保药品价格谈判政策进行分析，从理论和实践方面进行总结，对未来的工作提出一些看法和展望，以期进一步推动我国卫生健康事业高质量发展。

▣ [医保基金智能监管典型案例剖析之药品使用监管](#)（来源：越强文化）——第 58 页

【提要】目前，医保基金智能监管已成为常态化，在医保基金智能审核和严格监控下，医院人员办公进入了“监控”模式。为了让医院深入了解大数据稽核的开展和规避技巧，笔者决定推出“医保基金智能监管典型案例剖析”系列推文。本文推出第一期医保基金智能监管典型案例剖析——药品使用监管。

• 地方动态 •

▶ [线上线下“双管齐下”，这地方定点医药机构医保协议管理再上新水平](#)（来源：山东省医疗保险事业中心）——第 62 页

【提要】医保协议管理是规范定点机构医药服务行为、维护参保人员基本权益、确保医保基金安全的根本管理措施和主要抓手。随着医保制度改革向纵深发展，门诊共济保障改革、谈判药品双通道管理、“互联网+医疗”等新的服务需求快速涌现，定点医药机构医保协议管理工作面临新形势新环境，山东医保中心聚焦线上管理赋能、线下经办创新，积极探索实践，大力提升定点医药机构医保协议精细化管理水平，进一步提高医保基金使用效率。

▶ [河南：七项举措力推“便民就医优流程”](#)（来源：豫见康）——第 67 页

【提要】日前，中共河南省委全面深化改革委员会办公室、河南省卫生健康委、河南省医疗保障局（以下简称三部门）联合下发通知，决定在全省范围推行“便民就医优流程”七项举措，进一步优化医疗服务流程。

• 医院管理 •

▶ [中医院数据标准化难，智慧化缺乏中医特色……中医智慧服务该怎么做？来看这场研讨会](#)（来源：健康界）——第 71 页

【提要】作为中华民族的瑰宝，中医药在历史长河里承担着治病救人

的重任，也承载着千年的医学智慧。随着时代的变迁和科技的发展，如今中医医院发展已普遍进入智慧化、数智化阶段。其中，智慧服务是智慧中医医院建设的重要组成部分，对于深化中医药服务与信息技术融合发展、改善患者就医感受、促进中医医院高质量发展具有重要意义。但在实践进程中，虽有明确的政策相关要求和相关考核指标，但还缺少更加有实操和指导性的建设指南和操作指引。

▶ [“一院多区”建设难？国家队医院给出解题思路](#)（来源：健康界）

——第 80 页

【提要】在国家政策引导和医院自身发展驱动下，“一院多区”建设进入“快车道”。通过“一院多区”发展，一方面可以促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，一方面可以解决医院在发展过程中的空间限制问题。然而，如今各家医院多院区发展水平参差不齐，如何规范引导公立医院“一院多区”的建设与管理，是亟待解决的问题。在此背景下，健康界特别策划了《公立医院一院多区管理专业促进项目》，深入探索“一院多区”一体化管理机制与模式，为提升“一院多区”管理水平提供参考和借鉴，推动公立医院高质量发展。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

中国社会医疗保险制度未来发展的挑战与创新建议

来源：卫生经济研究

1. 中国社会医疗保险制度的发展及现状

中国社会医疗保险制度起源于 1951 年，当时在全民所有制企业实行劳动医疗制度，1952 年在政府机关、事业单位和大中专院校实行公费医疗制度，1958 年开始在农村人民公社集体经济的背景下实行合作医疗制度与赤脚医生制度。1978 年党的十一届三中全会确定了改革开放的国策，80 年代和 90 年代分别实行农村联产承包责任制和城市国有企业改革，原有的医疗保障制度因经济制度的改变而不再适应社会生产力的发展要求。为了配合国有企业改革，使城镇职工由单位人转变为社会人，政府决定建立全社会统一的养老保险制度和医疗保险制度。1994 年，江苏镇江和江西九江开展城镇职工基本医疗保险制度的改革试点；1998 年 12 月国务院发文，在全国建立城镇职工基本医疗保险制度；2003 年和 2007 年分别建立新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度。截至 2011 年，中国社会医疗保险覆盖 95% 以上人口。

经过多年发展，城镇职工医保筹资水平从 2009 年的人均 1511 元

提高到 2022 年的 5737 元，城乡居民医保筹资从农村居民 42 元（2005 年）和城镇居民 140 元（2008 年）提高至 1029 元（2022 年）。2022 年，职工医保参保人员住院率 17.6%（在职和退休人员分别为 10%和 38.6%），居民医保参保人员住院率 16.3%；职工和居民次均住院费用分别为 12884 元和 8129 元，政策范围内报销比例分别为 84.2%和 68.3%，人均使用医保基金分别为 4206 元和 951 元。

截至 2022 年底，中国社会医疗保险基金（含生育保险）总收入 30697.72 亿元、总支出 24431.72 亿元，年末基金累计结存 42540.73 亿元。其中，职工医保基金（含生育保险）收入 20637.18 亿元，支出 15158.30 亿元，年末累计结存 35003.83 亿元，统筹基金累计结存 21470.04 亿元，个人账户累计结存 13533.79 亿元；居民医保基金收入 10060.55 亿元，支出 9273.42 亿元，年末累计结存 7536.90 亿元。

2012 年日本社会医疗保险职工（含家属）医保筹资水平占收入的 5.3%——7.6%，2020 年提高至 8.97%——10%。当前，中国多数地区城镇职工医保筹资水平占工资的 9%——10%，个别地区（如北京、上海）达到 12%——13%；2022 年居民医保人均筹资 1029 元，分别占城镇和农村居民人均可支配收入中位数（31370 元和 17734 元）的 3.28%和 5.8%。虽然中国职工医保筹资基数是工资，与日本使用的收入未必是同一概念，但也可以看出中国职工医保筹资水平已接近于作为经济发达和高福利国家的日本。中国社会医疗保险制度已经到了与

中等收入国家相称的发展水平，但是人群之间的待遇差距悬殊，基金结余过多，提示社会医疗保险的管理效率亟待提高。在新的发展阶段，中国社会医疗保险制度面临新的挑战，亟需通过制度创新来实现更高层次的发展目标。

2. 中国社会医疗保险未来发展的挑战与建议

2.1 实现公平的国民医保待遇

国民待遇原指在民事权利方面一个国家给予在国境内的外国公民/企业与其国内公民/企业同等的待遇。将之放到国内事务，则指不同社会人群在公共事务方面享有相同的权利。从法理上，健康权是基本人权，中国公民享有平等的健康权。社会保障应遵从筹资环节的垂直公平和使用环节的水平公平两个基本原则，垂直公平指按照收入的一定比例缴费，水平公平指按照疾病的严重程度和医疗费用的高低补偿医疗费用，生大病或发生医疗费用多者使用多，生小病或发生医疗费用少者使用少。而我国社会医疗保险对职工和居民两个收入差距明显的人群实行分别建账、基金独立运行的做法，不仅违背公民平等享有健康权的基本原则，更是造成了待遇差别，违背在全社会范围内风险和基金统筹的社会保险原则，即便是同一家庭的成员也会因制度的不同而享受不同的待遇。对此，在顶层设计中应制定实现居民与职工同等医保待遇的具体规划，比如用5年时间逐年提高居民医保待遇，最终达到与职工相同的待遇水平；并与此配套，探索以家庭为单位参

保，淡化居民医保和职工医保的制度差异。

2.2 进行科学的医保筹资规划

政策提出，2022 年居民医保人均筹资最低为 960 元，其中财政补助占 64%左右，财政补助和个人缴费之比为 1.74：1，2023 年这一比例下降为 1.68：1（接近 3：2）。从目前的居民医保筹资政策看，大体按照每年 30——60 元（个人与财政分担）的水平逐年增长，2023 年与 2022 年相比，人均筹资增加了 60 元（个人与财政各 30 元）。需要思考的是，这种增长能持续多少年，增长到什么水平才足够，财政与个人如何分担？针对这些问题，目前并没有明确的规划或统一的思路，需要学界和业界共同谋划。

职工医保沿袭了计划经济时期的单位承担主要缴费责任的做法，各地基本是个人缴费按月工资总额的 2%、单位缴费按月工资总额的 6%——10%。国际上，社会医疗保险国家的普遍做法是个人和单位平均分担医保筹资责任，一方面增强个人的费用意识，另一方面有利于减轻企业负担。此外，职工医保还存在缴费基数、灵活就业人群的缴费等问题。多数地区按照社会平均工资的一定标准进行医保筹资，实际是低收入者缴纳更多的费用，而高收入者少缴费用，加剧了医保筹资的不公平。对此，应按照职工实际收入的一定比例缴费，这样符合收入的边际效应递减和垂直公平的原则。

另外一个问题是退休人员不缴费，国际社会找不到相同的案例。

一方面，中国退休年龄显著早于国际社会，发达国家退休年龄大多为65——67岁，且没有性别差异，一些职业如医生、教师等不设退休年龄；同时，各国都在鼓励晚退休，退休越晚退休金的替代率越高，大大减轻了养老金发放的压力。另一方面，从养老保险的角度，退休金是收入，根据退休金的高低缴纳医疗保险，体现了公民的权利与义务统一的原则。即使在高度市场化的美国，政府主办的Medicare也要求退休人员个人缴费。中国在未富先老、人口基数庞大的情况下，养老形势严峻，因而对退休年龄早、退休人员医保不缴费等政策的改革刻不容缓。

2.3 制定统一的医疗服务价格

根据卫生经济学原理，卫生资源的配置与患者的流向应呈“正三角”（三级医院资源和患者最少、二级医院较多、基层卫生机构最多），反之说明医疗服务体系存在资源配置的倒置问题。2010年，中国医疗卫生机构总诊疗人次的34.94%发生在医院、61.87%发生在基层卫生机构；2021年，45.84%发生在医院、50.17%发生在基层卫生机构。从各年数据看，医院就诊人次占比每年增加约1个百分点，其中，57.5%在三级医院、32.3%在二级医院、10.3%在一级或未定级医院（2021年）。三级医院就诊人次占比的激增，加剧了医疗资源的“倒三角”配置，也反映了医疗服务体系规划和管理存在问题。

社区首诊制度、分级诊疗和转诊制度是解决医疗资源配置倒置的

核心制度，但是这些制度始终没有真正建立起来，主要原因是基层医疗技术能力不足，医务人员素质不高，无法取得患者的信任。2018年全国医院执业医师 191 万人，基层卫生机构 88 万人；到 2021 年底，全国医院执业医师 224 万人，基层卫生机构 110 万人，两者差距进一步拉大。

政府试图通过医疗服务定价与医保报销比例两个途径来缓解上述问题，比如，对基层卫生机构的服务设置更低的定价和更高的医保报销比例，但效果甚微。原因有三，其一，患者的就医流向是由疾病的严重程度和医疗服务质量决定的，而非价格；其二，医疗服务的限制竞争和垄断性特征，使患者对医疗服务价格不敏感；其三，大多数人的患病住院是小概率事件，不是长期连续购买，很难进行不同医院之间的价格比较。而相同的医疗服务在不同级别医疗机构实行相同的价格，有利于基层卫生机构获得足够的补偿，也有利于患者根据病情选择不同机构就诊。只有基层卫生机构的收入得以保障，才可能吸引更多的医学生毕业后去基层就业，从而提高基层医疗服务水平，逐渐改善基层人力资源不足和群众就医流向的问题。

2.4 设计合理的医保报销政策

中国现行医保报销政策包括医保目录、起付线、报销比例和封顶线等内容，主要集中在住院服务，支付方式主要是总额预算下的 DRG 支付，辅以按床日支付、按项目支付等。DRG 支付具有同一病组的边

界、诊疗流程和医疗资源消耗相对清楚的特征。而门诊服务则显得零散、琐碎，从村卫生室或社区卫生服务站、乡镇卫生院或社区卫生服务中心、区县医院，到地市和省级医院，不同层级的医疗机构均提供门诊服务，但这些门诊服务差异很大，有基本公共卫生服务、全科医学服务、专科诊治服务，有急性病、门诊慢性病、门诊特殊病诊疗服务，这些服务的内容、性质、费用管理方式各不相同，因此医保支付方式很难统一，可以实行总额预付、按健康风险调整的按人头支付、按项目支付、按绩效支付等。当前，多数地区未将门诊服务列入医保支付范围，“十四五”期间将建立起门诊共济制度。

医保第三方付费制度容易导致道德损害，浪费医疗资源，因而报销政策的设计，一方面要能够规范服务提供者的行为，另一方面要能够规范服务利用者的行为。比如，报销起付线的设计，当前各地以年为单位设定起付线的做法，更易发生超过起付线后过度使用医保基金的现象。再如，报销比例的设计，根据“保基本”的原则，基层医疗机构的报销比例最高，而重病患者需要去高级别医疗机构就诊的，反而需要个人承担最高的起付线和最低的报销比例，加上重病患者往往会使用医保目录外的贵重药品或耗材，造成沉重的疾病经济负担。基层医疗机构不具备诊治疑难重症的能力，对其设置较高的报销比例是对重病患者不友好的制度设计，违背了社会医疗保险“风险共济（低风险的人群补助高风险人群）”和“水平公平（大病患者需要更多的

医疗资源)”的原则。未来可参照国际惯例,对不同层级医疗机构设置相同的报销比例,以及个人医疗费用自付封顶线,对大病和高额医疗费用进行兜底,体现社会医疗保险“保障医疗服务供给”的功能,而非“一定水平的经济补助”。

同时,未来医保报销政策的设计需要统筹考虑医保基金在住院服务、门诊服务、社会药店之间的分配。从长远看,药品流通的主要渠道会逐渐从医院转为药店,这个转变过程需要社会零售药店系统的健康发展,也需要医院药店尤其是门诊药店实现功能转化。目前医保DRG支付、医保目录准入谈判、药品零差率、药品和耗材集采、国谈药品双通道等政策的协同作用,推动着医疗机构调整收入结构,逐渐降低药品收入占比。根据2022年中国卫生总费用研究报告,1990年药品销售额在零售药店、门诊和住院中的占比分别为5%、25%和70%,2020年为38%、28%和34%,2021年略有变化,分别为31%、31%和38%(可能与疫情控制有关)。从整体看,零售药店销售额占比每年提高1个百分点。国际上,日本处方药品零售药店销售额占比为54.3%(2014年),美国为83.3%(2015年)。

2.5 明确划分中央与地方政府的职责

2018年以前,中央与地方政府各有一部分制定医保报销目录的权限,2018年国家医疗保障局成立后,收回了地方政府制定医保目录的权限,旨在建立全国统一的待遇清单制度。14亿人口的大国,

地域之间社会与经济发展差异巨大，绝对的统一似乎是不可能的。因此，在社会医疗保险制度中要明确哪些内容应全国统一，哪些方面可根据地方特性因地制宜地制定政策。中央与地方政府的权限与职能如何划分，是中国社会医疗保险未来发展必须厘清的重要内容。

美国 Medicaid 目前覆盖 8400 万人，是一种州与联邦政府合作的制度。对各州而言，有强制执行项与可选执行项，强制执行项要求对特定人群必须覆盖，对特定服务也必须提供；可选执行项是指非必需人群和服务，各州可根据自身条件自行设计。因此，各州的 Medicaid 在受益者资格、享受服务和提供者偿还率方面存在很大差异，根据各州经济水平的不同，联邦政府对 Medicaid 的资金配套率在 50%——83% 之间。这种中央与地方政府分工合作的制度，值得中国社会医疗保险在未来发展中借鉴。

当前中国社会医疗保险存在“统筹或经办层次越高，抗风险能力就越强”的认识误区，因而有关方面提出“提高统筹层次，探索实行地市级垂直管理甚至省级统筹”的发展方向。如前所述，社会医疗保险的筹资是根据收入水平，遵循垂直公平的原则，而医保基金使用则依据健康风险程度，遵循水平公平的原则。不同群体或不同地区的人群存在年龄与健康风险的差异，通过风险调整（risk adjustment），将医保基金由低风险人群或地区向高风险人群或地区横向调剂转移，从而实现疾病风险社会共济，因此没有必要将医疗保险的经办权上升

到地市级甚至省级，不要将简单的风险调剂的技术问题异化为管理权限上升的行政权限问题。依据责权利统一的原则，如果将县级医保基金管理权上升至地市级或省级，一方面县级没有了医疗费用管理的驱动力，可能会增加使用医保基金的动力（大锅饭思维）；另一方面地市或省级政府因为对县域情况不了解，在资金管理上难免会出现偏差甚至错误（设区市例外）。从中国原本的行政区划上，地市（原称地区）并不是一级政府，而是省政府派出机构，但在长期的社会发展中，一直朝着实体化发展，增加了社会行政成本。

3. 正视挑战，创新发展，避免医保制度发展的中等收入陷阱

中等收入陷阱是世界银行提出的一个概念，指一个国家由于凭借某种优势（自然资源、人口等），实现经济的快速发展，使人均收入达到了一定水准，但长期停留在这一水准的情况。比如拉丁美洲的墨西哥、巴西和阿根廷，东南亚的菲律宾，近几十年长期处于世界银行称之为的“中等收入经济体”行列（根据最广泛采用的世界银行定义，人均国民总收入约为 10000——12000 美元，按 2011 年购买力平价计算），而无法进入“高收入经济体”行列。中等收入陷阱的国家，制造商常常发现自己无法与高技能创新的先进经济体相竞争，也无法与低收入低工资的经济体在廉价生产制品上相竞争，从而进入经济停滞的状态。

当前，中国社会医疗保险制度已经发展到了与国民经济所处的中

等收入国家地位相称的水平。但是，无论从医保制度大的原则或政策框架，还是某个侧面或层面来看，乃至实际的运营效率，都面临着诸多挑战。与国民经济发展的中等收入陷阱一样，未来中国社会医疗保险制度需要客观梳理现有政策，找出问题，用创新思维和战略眼光去改革发展，才能避免中等收入陷阱，进入到世界高水平行列。

[返回目录](#)

2022 年中国卫生总费用核算结果与分析

来源：卫生经济研究

卫生费用核算通过对卫生系统资金的筹集、分配、使用等环节进行追踪，为评价卫生资金筹集的充足性、可持续性，资金使用效率以及衡量人群就医经济负担提供重要数据支撑，对优化医疗卫生资源配置、确保群众看病就医可负担、提升卫生健康服务公平性和可及性、推动实现全民健康具有重要意义。本研究利用来源法、机构法及卫生费用核算体系 2011（SHA 2011）对我国卫生总费用进行核算，分析“十三五”以来卫生筹资的主要变化及存在问题，从而提出完善卫生筹资体系的政策建议。

1. 2022 年中国卫生总费用

1.1 筹资规模

2022 年，我国卫生总费用为 85327.49 亿元（按当年汇率计算为 12686.03 亿美元），按可比价格计算，比 2021 年增长 8.60%，高于

国内生产总值（以下简称 GDP）增长速度（2.99%）；占 GDP 比重为 7.05%，比 2021 年提高 0.36 个百分点；人均卫生总费用为 6 044.09 元（898.60 美元），比 2021 年增加 604.13 元（见表 1）。

从国际来看，按照世界卫生组织（WHO）公布数据，2021 年，我国卫生总费用占 GDP 比重为 6.69%，在 WHO 成员国中降序排名第 90 位，在金砖国家中低于俄罗斯（7.39%）、南非（8.27%）、巴西（9.89%），高于印度（3.28%）；我国人均卫生总费用为 843.21 美元，是世界平均水平（1322.89 美元）的 63.74%，是高收入国家人均水平的（3727.95 美元）的 22.62%，在 WHO 成员国中降序排名第 69 位，在金砖国家中低于俄罗斯（936.73 美元）。

表1 2015—2022年中国卫生总费用(来源法)

年份	卫生总费用/亿元		占 GDP 比重/%	人均卫生总费用/元	
	人民币	美元		人民币	美元
2015	40974.64	6578.68	5.95	2962.18	475.59
2016	46344.88	6977.23	6.21	3328.61	501.12
2017	52598.28	7790.26	6.32	3756.72	556.40
2018	59121.91	8934.31	6.43	4206.74	635.71
2019	65841.39	9544.30	6.67	4669.34	676.86
2020	72175.00	10463.78	7.12	5111.11	741.00
2021	76844.99	11911.18	6.69	5439.97	843.21
2022	85327.49	12686.03	7.05	6044.09	898.60

从增速来看，我国卫生总费用增速显著快于其他主要经济体。过去 10 年 OECD 国家卫生总费用增速不到 3%，疫情发生前卫生总费用占 GDP 比重相对稳定（8.6%—9.0%），同期我国卫生总费用增速约为 11%，是 OECD 国家的 3.8 倍。

1.2 筹资结构

2022 年，我国卫生总费用中政府卫生支出为 24040.89 亿元，占 28.17%，比 2021 年增长 1.26 个百分点；社会卫生支出为 38345.67 亿元，占 44.94%，比 2021 年下降 0.56 个百分点；个人卫生支出为 22940.94 亿元，占 26.89%，比 2021 年下降 0.71 个百分点（见表 2）。2022 年，政府卫生支出（不包括政府性基金中抗疫特别国债相关支出）占财政支出比重为 9.22%，比 2021 年增长 0.86 个百分点；政府卫生支出占 GDP 比重为 1.99%，比 2021 年增长 0.19 个百分点。

表2 2015—2022年中国卫生总费用筹资构成(来源法)

年份	政府卫生支出		社会卫生支出		个人卫生支出	
	金额/亿元	占比/%	金额/亿元	占比/%	金额/亿元	占比/%
2015	12 475.28	30.45	16 506.71	40.29	11 992.65	29.27
2016	13 910.31	30.01	19 096.68	41.21	13 337.90	28.78
2017	15 205.87	28.91	22 258.81	42.32	15 133.60	28.77
2018	16 399.13	27.74	25 810.78	43.66	16 911.99	28.61
2019	18 016.95	27.36	29 150.57	44.27	18 673.87	28.36
2020	21 941.90	30.40	30 273.67	41.94	19 959.43	27.65
2021	20 676.06	26.91	34 963.26	45.50	21 205.67	27.60
2022	24 040.89	28.17	38 345.67	44.94	22 940.94	26.89

按国际分类口径，2022 年我国广义政府卫生支出为 48 154.52 亿元，占卫生总费用比重为 56.43%，比 2021 年增长 0.72 个百分点；占 GDP 比重为 3.98%，比 2021 年增长 0.24 个百分点；私人卫生支出为 37172.97 亿元，占 43.57%，比 2021 年下降 0.72 个百分点。

1.3 机构配置

2022 年，我国卫生总费用（机构法）流向医院为 48548.93 亿元，占比为 61.41%，比 2021 年下降 2.26 个百分点；流向公共卫生机构为 5025.68 亿元，占比为 6.36%，比 2021 年下降 0.04 个百分点。在医院费用中，城市医院费用占 64.56%，县医院费用占 22.03%，社区卫生服务中心费用占 5.01%，乡镇卫生院费用占 8.33%（见表 3）。

表3 2015—2022年中国卫生总费用机构配置情况(机构法)

单位: %

年份	医院						门诊机构	药品零售机构	公共 卫生机构	卫生行政与 医疗保险管理机构	其他 卫生机构
	小计	城市医院	县医院	社区卫生 服务中心	乡镇卫生院	其他医院					
2015	61.73	39.52	13.91	2.55	5.67	0.08	6.74	12.47	6.56	3.34	9.15
2016	61.90	39.88	13.80	2.57	5.57	0.08	6.45	12.54	6.05	3.48	9.57
2017	62.59	40.44	13.78	2.74	5.57	0.07	6.64	11.73	5.85	3.20	9.98
2018	62.91	40.65	13.93	2.83	5.44	0.06	6.76	11.60	5.58	3.21	9.93
2019	63.55	41.55	13.82	2.77	5.37	0.06	6.91	11.67	5.47	3.34	9.05
2020	60.13	38.61	13.08	2.97	5.42	0.05	6.69	11.73	6.56	5.35	9.55
2021	63.67	41.70	13.50	3.08	5.36	0.05	6.92	8.86	6.40	4.49	9.65
2022	61.41	39.65	13.53	3.08	5.12	0.04	6.99	9.01	6.36	5.94	10.29

1.4 药品费用

2022 年，我国药品费用为 21275.81 亿元，占卫生总费用（机构法）比重为 26.91%，比 2021 年下降 1.76 个百分点；人均药品费用为 1507.02 元，比 2021 年增加 62.35 元；零售药品费用占比为 33.48%，比 2021 年提高 2.57 个百分点；门诊药品费用和住院药品费用占比分

别为 39.03%和 27.49%（见表 4）。

表4 2015—2022年中国药品费用情况(机构法)

年份	药品费用 /亿元	门诊药品费用		住院药品费用		零售药品费用		人均药品费用 /元	占卫生总费用 (机构法)比重/%
		金额/亿元	占比/%	金额/亿元	占比/%	金额/亿元	占比/%		
2015	16166.34	5065.84	31.34	5674.11	35.10	5426.39	33.57	1176.06	37.16
2016	17602.44	5471.30	31.08	6053.59	34.39	6077.55	34.53	1280.53	36.32
2017	18203.00	5959.95	32.74	6037.84	33.17	6205.21	34.09	1309.49	34.42
2018	19148.98	6286.22	32.83	6074.27	31.72	6788.50	35.45	1372.31	32.73
2019	21116.82	7227.06	34.22	6490.30	30.74	7399.46	35.04	1508.29	33.31
2020	20699.90	7093.89	34.27	5769.35	27.87	7836.66	37.86	1466.23	30.98
2021	20395.63	7848.64	38.48	6242.58	30.61	6304.41	30.91	1444.67	28.67
2022	21275.81	8303.04	39.03	5848.79	27.49	7123.98	33.48	1507.02	26.91

2. 中国经常性卫生费用

经常性卫生费用是指当年实际使用的医疗卫生服务与产品的全部消费金额，更能反映居民医疗卫生服务费用负担情况。本研究考虑数据完整性和可比性，以 2020 年数据为主，分析我国经常性卫生总费用发展趋势。

2.1 总体情况

表5 2012—2020年中国经常性卫生费用情况

年份	经常性卫生总费用			人均经常性 卫生费用 /元
	金额 /亿元	占卫生总费用 / %	占 GDP / %	
2012	23535.71	83.70	4.36	1738.18
2014	29742.49	84.23	4.68	2174.44
2016	37146.64	80.20	4.99	2686.51
2018	47296.92	80.00	5.25	3389.54
2020	57369.52	79.49	5.65	4062.65

2020 年，我国经常性卫生费用为 57369.52 亿元，占卫生总费用

的 79.49%，占 GDP 比重为 5.65%，人均经常性卫生费用为 4062.65 元。与 2012 年相比，经常性卫生费用增加 33833.81 亿元，按可比价格计算年均增长 9.85%，占 GDP 比重提高 1.29 个百分点，人均经常性卫生费用增加 2324.47 元（见表 5）。

2.2 功能使用

经常性卫生费用的功能分类包括治疗服务（门诊服务、住院服务）、零售药品和医疗用品、辅助性服务（如病人急救转运）、预防服务及卫生行政和筹资管理服务。从功能使用看，2020 年我国治疗服务费用（治疗费用）为 41728.88 亿元，占经常性卫生费用比重为 72.74%，占 GDP 比重为 4.11%；零售药品和医疗用品费用、预防服务费用、卫生行政和筹资管理费用、辅助性服务费用占经常性卫生费用比重依次为 11.73%、9.01%、6.42%、0.10%（见表 6）。

表6 2012—2020年中国经常性卫生费用构成 单位：%

年份	治疗服务			零售药品和医疗用品	辅助性服务	预防服务	卫生行政和筹资管理	合计
	小计	门诊	住院					
2012	75.62	30.82	44.80	11.49	0.08	5.80	7.01	100.00
2014	74.71	31.50	43.20	11.60	0.08	6.38	7.23	100.00
2016	72.83	28.05	44.78	12.16	0.09	6.61	8.32	100.00
2018	74.64	28.32	46.32	11.13	0.09	6.90	7.24	100.00
2020	72.74	27.85	44.89	11.73	0.10	9.01	6.42	100.00

从时间序列看，治疗费用、零售药品和医疗用品费用合计占经常性卫生费用的比重长期维持在 85% 左右，是居民医药费用负担的主体。

预防服务费用占经常性卫生费用比重从2012年的5.80%增加到2020年的9.01%，这主要是受疫情的影响，公共卫生支出大幅增加。

2.3 机构流向

从机构流向看，2020年我国医院费用为36603.24亿元（占63.80%），是经常性卫生费用的主体；药品和医疗用品零售机构费用为6729.68亿元，占经常性卫生费用比重为11.73%；基层医疗卫生机构（包括社区卫生服务中心、乡镇卫生院）和门诊机构（村卫生室、门诊部、诊所等）费用占比较低，依次为10.06%和2.84%（见表7）。

从时间序列看，我国经常性卫生费用中，医院费用占比长期维持在60%以上，基层医疗卫生机构和公共卫生机构占比合计不到20%。

表7 2012—2020年中国经常性卫生费用机构流向 单位：%

年份	医院	基层 医疗 卫生 机构	门诊 机构	辅助性 服务 机构	药品和 医疗用 品零售 机构	公共 卫生 机构	卫生行政、 筹资和治 理机构	合计
2012	60.74	11.65	4.68	0.08	10.93	5.24	6.68	100.00
2014	61.41	9.54	4.87	0.08	11.60	5.26	7.24	100.00
2016	60.85	8.80	4.28	0.09	12.16	5.50	8.32	100.00
2018	63.42	9.53	3.49	0.09	11.13	5.10	7.24	100.00
2020	63.80	10.06	2.84	0.10	11.73	5.05	6.42	100.00

2.4 筹资方案

2020年，我国经常性卫生费用以公共筹资为主，其中社会医疗保险占比为35.45%，政府方案占比为19.35%；商业健康保险占比为

7.23%；个人卫生支出占比为 34.79%。个人卫生支出占比总体不断下降，与 2012 年相比，2020 年下降 6.24 个百分点，这得益于社会医疗保险、商业健康保险等筹资水平的持续提升（见图 1）。

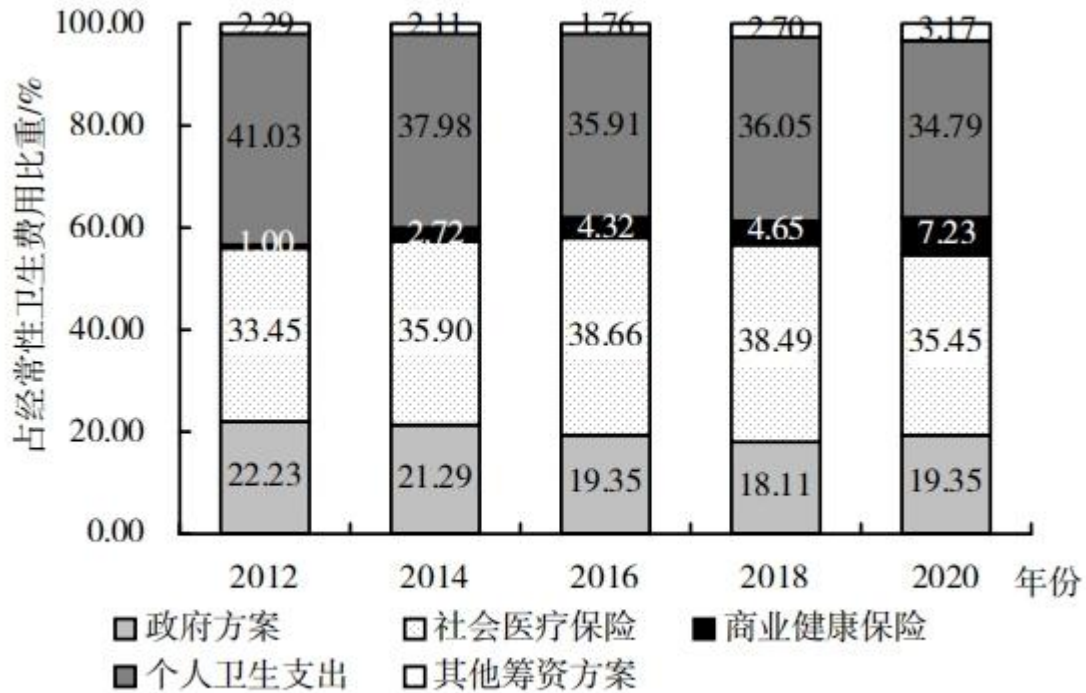


图1 2012—2020年中国经常性卫生费用筹资构成

3. “十三五”以来中国卫生筹资结构变化

2015—2022 年，我国卫生总费用年均增长 8.32%（按可比价格，下同），高于同期 GDP 平均增速（5.72%），其中政府卫生支出年均增长 7.12%，社会卫生支出年均增长 10.02%，个人卫生支出年均增长 7.01%，卫生总费用占 GDP 比重从 5.95% 上升到 7.05%。分阶段看，2015—2019 年，我国卫生总费用年均增速 9.74%，其中政府卫生支出、社会卫生支出、个人卫生支出年均增速分别为 6.85%、12.36%、8.88%；

2020—2022年，卫生总费用年均增速降至5.16%，其中政府卫生支出、社会卫生支出、个人卫生支出年均增速分别降至1.24%、8.85%、3.69%。可见，疫情对我国卫生筹资的稳定性带来较大冲击。

3.1 卫生总费用持续增长，占GDP比重或将进入“7时代”

2020年，我国卫生总费用占GDP比重达到7.12%，首次突破7%，2021年稍有回落（6.69%），2022年再次反弹至7.05%。究其原因，一方面受疫情影响，2020年、2022年我国GDP增长放缓至2.24%、2.99%，而疫情相关卫生支出大幅增长，带来卫生总费用占比的增长；另一方面深化医药卫生体制改革以来，我国卫生总费用长期保持快速增长态势，“十二五”时期各年卫生总费用增速保持在10.24%—16.04%的水平，同期GDP增速从9.55%降至7.04%，前者高于后者2.5—9.0个百分点，卫生总费用占GDP比重突破5%并逼近6%。“十三五”时期，随着经济发展进入新常态，2016—2019年GDP增速维持在6%—7%的水平，卫生总费用占GDP比重延续上升，从6.21%提高至6.67%。考虑当前及今后一段时期的经济发展形势，以及卫生健康需求的持续释放和服务供给的发展，卫生总费用占GDP比重或将进入“7时代”。

3.2 卫生筹资结构进一步优化，个人卫生支出占比继续下降

2015—2019年，我国卫生总费用中社会卫生支出占比逐年增加，政府卫生支出及个人卫生支出占比持续下降，筹资结构进一步优化，

但这一变化趋势被疫情打破。2020年，政府卫生支出占比快速提升，社会卫生支出占比出现结构性下降，叠加2020年阶段性减半征收职工医保单位缴费、社会卫生固定资产投资停滞萎缩以及政府疫情防控支出大幅增长等因素，社会卫生支出占比降至41.94%，政府卫生支出占比增至30.40%。2021—2022年，社会卫生支出占比回弹至45.50%、44.94%，政府卫生支出占比分别为26.91%、28.17%。

3.3 新发展阶段，政府卫生投入力度不断加大，投入格局稳中有变

充足的政府卫生投入是发展卫生健康事业、提高居民健康水平、供给健康劳动力、维护社会公平正义的基础和保障。2015—2022年，我国政府卫生支出年均增长7.12%，远高于GDP（5.72%）和财政支出（3.18%）的年均增速，占GDP比重由1.81%增至1.99%，占财政支出比重由7.09%增至9.22%，反映出在国民经济下行压力较大的背景下，政府卫生投入力度仍在持续加大，特别是2020年，政府卫生支出增速从2019年的8.47%跳增至21.19%（见表8）。同期，一般公共预算卫生健康支出（210科目）中对医疗卫生机构的投入从2015年的52.01%下降到2019年的49.63%，2022年回升到58.22%；对医保的投入（即需方投入）从2015年的47.99%上升到2019年的50.37%，2022年回落到41.78%。可见，疫情之前我国财政卫生健康支出整体体现了“兼顾供给方和需方”，且不断向需方倾斜的趋势。

表8 2015—2022年政府卫生支出主要评价指标

年份	政府卫生支出/亿元	实际增速 /%	占财政支出 比重/%	占卫生总费用 比重/%	占 GDP 比重/%
2015	12 475.28	-	7.09	30.45	1.81
2016	13 910.31	9.96	7.41	30.01	1.86
2017	15 205.87	4.87	7.49	28.91	1.83
2018	16 399.13	4.20	7.42	27.74	1.78
2019	18 016.95	8.47	7.54	27.36	1.83
2020	21 941.90	21.19	8.41*	30.40	2.16
2021	20 676.06	-9.87	8.35*	26.91	1.80
2022	24 040.89	13.72	9.22*	28.17	1.99

注：*为保证支出口径均为一般公共预算支出及历史时间序列数据可比，政府卫生支出不含政府性基金支出下抗疫特别国债安排的支出。

3.4 社会卫生筹资能力持续增强，成为驱动卫生费用增长和结构优化的重要因素

2015—2019年，社会卫生筹资在卫生总费用增长中的贡献率保持在50%左右，其中商业健康保险保费收入和基本医疗保险社会筹资在社会卫生增量中的贡献率保持在80%—100%，四年间两者分别平均增长了27.53%、11.54%，明显高于同期卫生总费用增速（9.74%）和GDP增速（6.62%）。2020年，受阶段性减半征收职工医保单位缴费影响，基本医疗保险社会筹资增长放缓至4.95%，2021年反弹至16.98%，2022年回落到7.52%。

商业健康保险方面，2022年保费收入达8653.00亿元，是2015年（2410.47亿元）的3.59倍，占社会卫生支出的比重从2015年的

14.60%增至 22.57%；赔款和给付支出占卫生总费用比重增至 4.22%，朝着“到 2030 年商业健康保险赔付支出占卫生总费用比重显著提高”的发展目标逐步迈进（见表 9）。同时，疫情对商业健康保险收入的影响较大。2020—2021 年，商业健康保险保费收入由 8172.71 亿元增长至 8447.00 亿元，剔除价格因素影响，实际增速为负，2022 年为低水平增长（增速为 0.19%）。商业健康保险保费收入增长放缓一方面与疫情期间线下保险业务开展受限有关，另一方面可能与人群收入下降、参保意愿受挫有关。

表9 2015—2022年基本医保社会筹资和商业健康保险保费收入

年份	职工基本医疗保险社会筹资		城乡居民基本医疗保险社会筹资		商业健康保险保费收入	
	金额/亿元	增速/%	金额/亿元	增速/%	金额/亿元	增速/%
2015	7993.25	-	1192.51	-	2410.47	-
2016	8286.49	2.23	1448.24	19.76	4042.50	65.38
2017	9969.29	15.42	1843.16	22.10	4389.46	4.17
2018	11575.25	12.18	2419.35	26.82	5448.13	19.90
2019	13085.68	11.61	2668.71	8.90	7066.00	28.05
2020	13664.34	3.91	2950.84	10.03	8172.71	15.10
2021	16939.84	18.57	3382.59	9.64	8447.00	-1.15
2022	18772.48	8.38	3569.96	3.22	8653.00	0.19

3.5 卫生费用国际排名明显提升，以相对较少的投入实现较高的健康产出

根据 WHO 最新统计数据，2015—2021 年，在成员国中，我国卫

生总费用占 GDP 比重降序排位由 102 位上升至 90 位，人均卫生总费用由 81 位上升至 69 位。从健康产出看，我国居民健康水平持续改善，人均预期寿命提高到 78 岁，婴儿死亡率降至 5.4‰，孕产妇死亡率下降到 16.9/10 万，主要健康指标优于中高收入国家平均水平，用不到全球 12% 的卫生投入解决了全球 18% 人口的基本健康需要，提示我国卫生系统综合绩效较优。

4. 讨论和建议

4.1 中国卫生费用总规模持续增长，但卫生筹资系统韧性有待加强

一直以来，党和政府高度重视卫生健康事业发展，卫生总费用增长在较长时期内明显快于国民经济增长，占 GDP 比重持续提升，为维护和促进全民健康打下了坚实基础。今后，卫生总费用占 GDP 比重或将进入“7 时代”，需要注意的是，我国卫生费用快速增长既有合理需求推动，也要更加重视质量和韧性。从国际经验看，20 世纪 80 年代，OECD 国家卫生总费用占 GDP 比重平均水平处于 7%—8%，控费已成为卫生改革关注的焦点和重大议题。当前和今后一段时期，我国应针对导致费用不合理增长的因素采取措施精准发力，注重通过过程指标进行“精准控费”。同时，疫情期间，政府卫生支出、社会卫生支出、个人卫生支出增速均降幅明显，剔除价格因素后商业健康保费收入甚至出现负增长，提示我国卫生筹资系统仍不同程度存在脆弱

性。后疫情时代，应围绕实现全民健康的目标，重新审视卫生筹资模式，以提高卫生筹资系统韧性和可持续性为导向，进一步优化卫生资金配置和使用效率，最大程度降低卫生费用不合理增长对卫生体系和经济社会发展的影响。

4.2 加快健全多层次医疗保障体系，提升筹资保障水平与人民群众获得感

2022 年我国个人卫生支出占比已降到 27% 以下，但从消除发生家庭灾难性卫生支出的国际经验看仍有一定空间（上限值 20%）。其中，门诊费用、住院费用及医疗用品费用中，公共筹资占比均偏低，个人卫生支出占比明显高于 OECD 国家平均水平。因此，需综合施策提升筹资风险保护能力，进一步减轻居民就医经济负担。

一是稳步提升公共筹资。要正确认识健康投入的投资属性，把卫生健康放在优先发展的战略地位，继续加大政府卫生投入力度，通过稳定参保人群、逐步提高保费等方式，建立稳定的基本医疗保险筹资增长机制，确保公共资金对卫生投入的稳定性和可持续性。

二是建立反周期卫生筹资机制和储备，确保卫生系统资金的稳定性。卫生系统资金主要来自税收和社会保险缴费，易受外在冲击影响，例如 2020 年我国职工基本医疗保险实施了阶段性减半征收单位缴费政策。韧性卫生筹资系统的关键是建立反周期卫生筹资机制，建立卫生应急储备金以应对突发危机带来的资金需求激增，发挥“稳定器”

作用。

三是进一步促进商业健康保险发展，完善社会慈善捐赠等第三次分配政策制度。

四是扩大筹资来源，例如对酒精、烟草和含糖饮料等有害健康产品征税或提税，用于卫生投入，不仅可以补充近期卫生资金需求，而且能够通过改善健康状况减少长期支出需求。

4.3 优化卫生资金配置，提升卫生费用效率效能

2020 年我国治疗服务费用（含长期护理服务）占经常性卫生费用比重为 72.74%，高于 OECD 国家平均水平（64.70%）。其中长期护理服务费用占治疗服务费用比重很小，远低于 OECD 国家的 13.18% 水平。此外，治疗服务费用中门诊费用占比为 38.28%，远低于住院费用，而 OECD 国家门诊费用与住院费用之比约为 5：5。同时，我国糖尿病、高血压、慢性阻塞性肺疾病等慢性病患者住院率明显高于 OECD 国家，产生了不必要的住院资源消耗。从机构配置看，近几年基层医疗卫生机构卫生费用增速较低，占比呈下降趋势，这是长期以来卫生健康供给侧结构性矛盾在卫生费用上的体现。因此，建议持续优化卫生资金配置，投入重点由“以治病为中心”向“以人民健康为中心”，由“重医轻防、防治脱节”向“医防融合、防治并重”转变，有效解决卫生健康事业发展不平衡不充分的问题。

一是财政资金应建立以人群健康需要和结果为导向的投入机制，

从“生命全周期、健康全过程”着手，落实健康优先发展战略，改善公共财政管理，推动政府卫生投入配置再优化。二是优化医保资金配置，提高医保资金使用效率。进一步发挥医疗服务定价、医保报销及支付方式等政策对规范诊疗秩序、合理选择医疗服务、引导分级诊疗的杠杆作用，探索使用医保基金购买非规划免疫、疾病筛查等公共卫生服务，发挥战略购买作用，确保医保资金的效益和效能。三是构建优质高效的整合型医疗卫生服务体系，健全分级诊疗制度，加快优质医疗资源扩容下沉和均衡布局，进一步加大对基层医疗卫生机构的支持力度，完善人才培养、薪酬激励等政策，发挥基层医疗卫生机构“卫生健康守门人”作用。四是加大慢性病防控投入力度，根据不同人群健康风险实施针对性的健康干预措施，调整投入结构，落实疾病早防早治；基于病种费用和干预措施的成本效果分析，确定慢性病控制的优先领域，做好疾病防治的前端关口把控，有效控制慢性病费用增长。

[返回目录](#)

• 专家观点 •

观点 | 国家医保局价格招采司副司长翁林佳：消除药品的歧视性高价，维护人民群众合法权益

来源：中国医疗保险

据悉，国家医保局组织，各省医保局和药品集中采购机构具体实

施的挂网药品价格数据质量提升行动已全部完成，在此基础上将部署各地开展全国挂网药品价格治理。此次治理有哪些要点值得关注？会给行业带来哪些影响？中国医疗保险采访了国家医保局价格招采司副司长翁林佳，他表示此次价格治理工作主要针对少数利用地区间信息差而存在的不公平高价、歧视性高价，目的是促进同一药品在不同地区的平台挂网价格透明和均衡，对诚信经营、公平定价的药品企业不会产生影响。以下为访谈实录。

中国医疗保险：

近期行业传闻，国家医疗保障局部署各地开展全国挂网药品价格治理，我们想向您求证，是否有这项工作安排，具体有哪些内容？

翁林佳：国家医保局于2023年12月末下发了《关于促进同通用名同厂牌药品省际间价格公平诚信、透明均衡的通知》，主要目的是推动消除省际间的不公平高价、歧视性高价。我们汇总了全国各省份集中采购平台挂网销售药品的价格数据，重点针对“四同药品”，也就是名称、剂型、规格、厂家均相同的药品，统计了分布集中、有活跃交易的价格水平，作为监测结果推送给各省份医保局以及当地的药品集中采购机构。

《通知》要求各地将本地的挂网价格与监测结果作比较，排查发现显著偏离监测结果的异常值，督促引导企业纠正不公平高价、歧视性高价，促使价格回归到更加公允的区间。相关工作力争在2024年

3月底前完成。

中国医疗保险：

按照有关法律法规，药品价格实行市场调节，由企业自主确定。国家医保局也在不同场合、以不同形式表态，对药品价格不作行政定价、不进行行政干预。请问此次决定开展价格治理工作是基于何种考虑？

翁林佳：企业自主确定药品价格，这是法律法规赋予的权利。但是，遵循公平合法、诚实信用等原则，不得实行价格歧视，这些同样是企业自主定价需要履行的法定义务。以《通知》关注的“四同药品”为例，企业自行在药品集中采购平台挂网并接受当地公立医院采购，不同省份平台挂网价格应当相对均衡，考虑省份之间运输距离、市场规模、交易条件、回款效率等客观差异，省际间的价格可以略有起伏，但不应该出现部分地区价格畸高的情形，比如某企业的常用药叶酸片，在全国大部分省份的挂网价格都是每瓶12元，但是在个别省份，它的挂网价格达到了30余元，多出20余元的价差无法说明其合理性、必要性。类似的异常价格对于当地老百姓来说不公平，对于当地医保基金来说也不公平，于理于法都应明确态度，不能任由不公平高价、歧视性高价侵蚀人民群众的看病钱、救命钱。

在具体操作上，我们请各地医保局和集中采购机构对排查发现的不公平高价、歧视性高价，要及时联系约谈相关企业，请企业主动纠

偏，在价格方面公平对待各个地区。对于积极响应的医药企业，我们当然欢迎他们继续通过集中采购平台向公立医疗机构供应产品；如果少数企业仍然想通过不公平高价、歧视性高价攫取暴利，集中采购平台将按照医药价格和招采信用评价的相关规则，采取中止挂网资格等市场化的约束措施。

中国医疗保险：

据我们了解，上述情况一直存在。请问医保部门过去是如何处理应对，为什么直到最近对此进行全系统的集中治理？

翁林佳：长期以来，各省份药品集中采购平台相互独立、孤网运行，是一个个的信息孤岛，数据没有互联互通。一些抱有投机心理的企业，利用省际间的信息差制定不公平高价、歧视性高价，但限于信息技术手段，价格主管部门过去主要靠“发现一起、处置一起、具体问题、具体处理”，效果不理想。

随着国家医疗保障信息系统建设，打通省际间信息壁垒的软硬件条件已经成熟。2023年9月以来，国家医保局组织各地开展挂网药品价格数据质量提升行动，要求“横到边、竖到底”，汇总全部已挂网在售的药品，保留有活跃交易的价格数据，把长期没有活跃交易的价格数据转入后台管理。在确保数据真实完整可靠、信息互联互通的基础上，我们统计分析了药品挂网价格的分布情况，把各个药品分布集中、具有代表性的价格作为监测结果，统一推送给各地，帮助各地

对潜在的不公平高价、歧视性高价进行系统排查，把过去“打地鼠”式的问题处理，转为“一把尺子量到底”的系统治理，及时发现隐性的“出血点”，及时止损。

中国医疗保险：

近年来国家医保局开展了大量与药品价格相关的工作，比如药品集中带量采购、医保目录谈判等，降价力度都比较大。此次针对药品挂网价格的治理是否也有降价力度方面的考虑，比如像行业普遍担心的那样，是否会参考地方挂网规则中“联动全国最低价”之类的要求，将挂网价格一降到底？

翁林佳：在这里需要澄清一点：国家医保局围绕药品价格开展的各项工作，最根本的出发点是支持和促进公平、公开、合法的市场竞争，维持正常的价格秩序，而不是固定某个降价幅度作为内定目标，围绕这个内定目标去设计规则、推动工作。具体到本次药品挂网价格治理，也同样把增进市场公平竞争、维护良好价格秩序作为最根本的出发点，强调纠偏和止损，推动价格公平诚信、透明均衡，不是片面追求降价。

首先，监测价不是对标全国最低价格，而从现有的交易价格出发，使用统计方法，用中位数、众数等把具有公允性的交易价格找出来。这些价格均是企业自主制定，而且是有真实交易的，我们是通过统计工具的分析，得到其中集中度高、代表性强的那个价格，供各地参考。

换言之，监测价本身就是企业自主制定、能够保障供应的水平，完全是企业可以承受的范围。对企业来说，是均衡区域间价格，是纠偏，而不存在降幅问题。

其次，我们对平台上挂网的数据按照它的交易的活跃程度，也就是实际交易情况，提前做了分区处理，将已经两年以上没有实际交易的“僵尸数据”转入后台，没有纳入统计范围，“僵尸数据”价格高低不影响监测价的统计。企业也不用担心几年前一个地区产生的，早已不再有效的价格被拿来作联动依据。同时，对于此前已经通过协议方式产生的确定价格，比如集中带量采购的价格、医保目录中谈判药品的价格，仍然按照协议价格挂网，本次工作也只对涉及到的标书或者协议里现有的一些要求进行了重申。

第三，企业选择进入医药集中采购的公共市场，享受公立医院采购的市场红利，也有公平对待不同地区的价格义务。从我们统计的情况看，“四同药品”全国只有1种挂网价格的情况接近半数；即便有的药品同时存在2-5种挂网价格，最高价和最低价相差悬殊的情况也不多。说明大部分企业做到了价格公平诚信、透明均衡，需要下调不公平高价、歧视性价格的只占少数。

中国医疗保险：

这样看来，本次价格治理是相对温和的。那么请问这次政策调整，对于长期受到诟病的药品价格虚高问题能否起到治理的作用呢？

翁林佳：本次价格治理主要解决地区之间企业定价是不是公平的问题。相较而言，问题很单纯、道理很朴素，直接从表观数据统计结果切入，现象本身就是问题，解决了现象就解决了这类问题。

而药品价格虚高的问题更加复杂。从现象上看，是某些企业制定的药品价格高高在上，脱离实际，没有真实公允的成本价值、供求关系作支撑；实质上可能是这些企业不合理不正当的促销费用无处可去，比如药品回扣，需要寄生到药品价格里、转嫁到患者身上，从而把价格撑到了严重虚胖的水平。长期受到诟病的药品价格虚高问题，某种意义上说，已经超出了单纯的价格范畴，而是各种利益分配关系的集中体现，其深层次原因在于药品生产、流通、使用的各个环节。相应的，治理药品价格虚高也更加复杂，需要“辨证论治”，打组合拳，久久为功。

医疗保障部门将研究优化医药价格形成机制、常态化制度化推进药品集中带量采购、实施全国医药价格监测工程、运用医药价格和招采信用评价制度等市场化的监管工具，与相关部门一道，在系统治理药品价格虚高问题方面持续发力。

中国医疗保险：

长期以来，整个行业都希望医保部门能对医药创新和提高质量在政策方面提供更多支持。挂网价格治理客观上导致部分药品的价格走低，是否会影响医药行业创新发展的信心，您怎么看待这个问题？

翁林佳：刚才已经反复强调，本次价格治理针对的是利用地区间信息差形成的不公平高价、歧视性高价，涉及的仅是少数搞省份间区别对待的。本次价格治理从需求方的视角来说，是剷除病灶、抓紧止损；从供给方的视角来说，是纠正偏差、回归理性。很多企业在去各地投标时，都希望不要有地方保护主义，同样的，企业自己行使定价权时，各省份同样不希望在本地出现显著高于其他地方的高价。无论从哪个角度看，这些异常价格都不应该被视为医药行业创新发展的必要组成部分，不应该被视为医药行业创新发展的动力来源。

最后，医保部门贯彻中央关于推动全国统一大市场的建设的决策部署，不断完善医药集中采购市场的竞争规则，最终目的是在医药领域重塑风清气正的市场环境和行业生态，使得以创新价值、质量疗效等“产品力”为中心的良性竞争，取代长期横行的以药品回扣等“营销力”为中心的恶性竞争。这个过程必然会涉及到一些具体的药品、具体的价格，是机制转变过程中的伴随现象。而随着市场环境和行业生态改善，诚信经营、公平定价的企业可以在药品集中采购市场获得更大的竞争优势。

国家医保部门一贯旗帜鲜明地支持医药行业研发创新、提升质量。国家医保局成立以来，创新药品获得更多更快进入医保支付目录的机会，提质药品获得更加明确的市场竞争优势，医药行业过去以营销为中心的发展模式开始被边缘化。我们也看到，和6年前相比，中

国药品销售前 20 名榜单上的药品，大量创新药、治疗性用药进入，大批辅助用药、重点监控用药退出，推进中国患者用药结构的腾笼换鸟、提质增效。目前，国家医保局正在研究完善新上市药品挂网的价格机制，拟通过有层次支持措施，整体提升创新药品挂网效率，加快创新成果的临床转化，将价格支持优先导向更领先、更优质、更急需、更可靠的医药创新。

[返回目录](#)

观点 | 沈洪兵：整体谋划 全面提升 助力疾控事业高质量发展

来源：中国疾病预防控制中心

党中央、国务院始终高度重视疾病预防控制工作。近日，国务院办公厅印发《关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见》，聚焦推动疾控事业高质量发展和实现健康中国战略目标，从整体谋划事业发展、系统重塑治理体系、全面提升核心能力、加强人才队伍建设、着力加强组织保障等方面对新时期全国疾控事业发展提出了具体的实施路径。中国疾病预防控制中心作为国家级疾病预防控制机构，将牢牢抓住此次国家疾控体系改革的历史机遇，切实推进中国疾控中心现代化发展进程，更好地服务于健康中国建设，履行保障经济社会稳定的历史使命。

强化中国疾控中心战略科技力量培育、人才队伍建设和全球卫生合作等方面的重要职能

《指导意见》提出要强化各级疾控机构核心职能，要“做强中国疾控中心，重点强化疾病预防控制、卫生应急、科学研究、教育培训、全球公共卫生合作等职能”，以适应人民健康需求；同时，提出“中国疾病预防控制中心和省级疾控中心加挂预防医学科学院牌子，强化科研支撑和技术保障能力”。中国疾控中心将利用这一改革契机，进一步优化调整“三定”方案，通过同步改革、协同发展，实现中国疾控中心与中国预防医学科学院相互支撑，各项职能任务全面加强、均衡发展，实现双强双赢的目标。

——加强疾控领域国家战略科技力量培育职能。加强科技前沿探索和国家重大战略前瞻布局，充分发挥全国重点实验室的平台支撑作用，承接国家重大科技攻关任务，产出更多原创性的重大成果，打造原创技术策源地。

——优化疾控人才培养职能。进一步激发和利用中国疾控中心的优质公共卫生现场实践培训资源，大力推动与高校高水平公共卫生学院的合作，开展高层次复合型公共卫生人才培养以及各个层级的实用性现场流行病学专业人才培养。

——强化全球公共卫生职能。积极参与全球公共卫生治理，利用国家“一带一路”、金砖合作、中非合作机制和平台，发挥中国疾控中心服务国家战略的职责任务，在改革和完善全球公共卫生治理体系、建设人类命运共同体的进程中贡献宝贵的中国智慧、中国方案、

中国力量。

全面提升中国疾控中心八大核心能力

《指导意见》对全国疾控体系能力建设提出了新的要求。中国疾控中心将对标对表职能定位，针对疫情防控实践中暴露出的短板弱项，坚持问题导向、目标导向、结果导向，推动疾控事业高质量发展各项举措落实落地。

——提高公共卫生监测能力。进一步优化“纵向到底，横向到边”的传染病和突发公共卫生事件直报网络，建立智慧化预警多点触发机制；推动医疗机构等信息系统与传染病监测系统数据交换；加强数据联动监测和实时共享，打通多部门数据和信息壁垒；完善预警制度和信息发布制度，加强协同监测、快速识别、会商通报。

——加强传染病和突发公共卫生事件应急处置能力。进一步完善应急预案体系；提升中国疾控中心突发急性传染病防控队的远程和国际支援能力；建设专业化、多场景的应急演训基地，定期开展演练；完善中心的应急物资储备机制。

——提高国家生物安全治理能力和实验室检验检测能力。打造以中国疾控中心为龙头、以满足重大传染病疫情防控需求为核心、“全国一盘棋”高效运行的高等级生物安全实验室网络，引领并提升生物安全治理能力；进一步规划健全全国公共卫生实验室检验检测和监测网络，显著提升实验室检验检测能力。

——提高疾控信息化建设和数字化转型能力。加快疾控工作数字化转型，推进中国疾控中心公共卫生大数据中心的建设和应用，发挥信息、数据的底层支撑作用；利用大数据、云计算、人工智能等新技术，提高数据集成、风险识别、智能分析和及时预警能力。

——提高科技创新和成果转化能力。建立常态化参与国家科技战略决策机制；集中优势资源和力量，重点加强重大疾病和健康危害因素防控策略措施、核心技术、关键设备等科研攻关；打造一批科技创新支撑平台和重点实验室，提升疾控科技创新能力；支持与医疗机构、高校、科研院所、企业共建“产学研用”对接平台，提高科技成果转化和应用能力。

——提高公共卫生人才培养能力。加强中国疾控中心与高校公共卫生学院在人才培养、人员互聘、平台共建、数据共享等方面的合作交流，创建校地合作公共卫生人才联合培养基地；持续开展中国现场流行病学培训项目（CFETP），注重公共卫生人才实践能力培养。

——提高智库战略决策咨询服务能力。组建国家疾病预防控制专家委员会，切实发挥在疫情研判、决策咨询方面的关键作用。引导科研工作服务于公共卫生战略决策研究，提升公共卫生咨询服务能力。

——提高全球公共卫生治理和对外合作能力。加强全球公共卫生应急响应人才培养，积极开展公共卫生领域对外合作和援助，推动对外援助从输血式向造血式转变；调动全国疾控系统力量，积极参与全

球公共卫生治理行动，筑牢生物安全屏障。

健全中国疾控中心管理运行机制

中国疾控中心将全面遵循《指导意见》提出的各项要求，推动中心人事管理、考核评价、激励机制、业务领导等多方面改革发展，实现体制机制和运行保障新突破。

——完善补偿激励机制。中国疾控中心将逐步建立保障与激励相结合、符合疾控机构特点的运行新机制；按照“两个允许”要求，科学合理确定绩效工资水平。

——优化考核评估机制。建立适合中国疾控中心的科学绩效评价体系，将考核评价结果作为人事任免、评优评先、工资总额和奖励绩效核定等的重要依据；继续完善中心首席专家聘任制度；科学利用55%高级职称岗位指标比例，建立以能力为导向的公共卫生人才评价和岗位聘任机制。

——建立业务领导机制。进一步提高站位，着眼全国疾控一盘棋，加强对省级疾控中心和区域公共卫生中心的业务领导，以自身改革带动全国疾控体系现代化建设，以上示下引领全国各级疾控机构的改革发展。

下一步，中国疾控中心将继续深入贯彻落实习近平总书记系列重要指示批示精神，在国家卫生健康委党组、国家疾控局党组的坚强领导下，以改革发展为第一要务，以实现健康中国建设目标为导向，以

解决当前面临的现实问题为根本，以优化资源整合和要素配置为手段，紧紧围绕疾控、应急、科研、教育、全球卫生等核心能力，凝心聚力、改革创新，努力开创中国疾控中心高质量发展工作新局面，奋力谱写中国式现代化的疾控篇章，为维护人民健康做出更大贡献，为推进中华民族伟大复兴贡献更大力量。

[返回目录](#)

· 医药专栏 ·

中国医保药品价格谈判回顾和展望

来源：卫生经济研究

2023 年是国家医疗保障局成立以来开展医保药品价格谈判的第 6 个年头，也是 6 年来新药评审和谈判数量最多的一年。对此，有必要从卫生经济学角度进行总结。本文根据文献、官方公布的数据和网络报道资料，对当前医保药品价格谈判政策进行分析，从理论和实践方面进行总结，对未来的工作提出一些看法和展望，以期进一步推动我国卫生健康事业高质量发展。

1. 医保药品价格谈判的经济学理论基础

1.1 第三方支付

经济学原理告诉我们，药品是一种特殊的商品，除了非处方药以外，大部分临床用处方药需要医师开具处方后在医疗机构内获得，或

者处方流转社会药房后才能买到。因此，医生是患者的“代理人”，两者的关系是“主体-代理”的关系，医生根据患者病情施诊用药。在社会健康保险为主的国家，患者并非支付全部的药费，有保险覆盖的患者，除了需要自负一部分“共付”费用和自费购买没有列入医保基本药品目录的药品，大部分药费由社会健康（医疗）保险部门或者由私立商业保险公司支付，也就是所谓的“第三方”（third party）付费，也可以将这些第三方组织统称为购买者（purchaser）或支付方（payer）。

1.2 战略购买和价值购买

医药企业是药品的生产提供方，而医院和患者是药品的需求方。患者可以根据个人支付意愿和药品销售价格，在药品市场上买到所需的药品。医疗保险部门可以代表广大患者，根据社会支付意愿（social willingness-to-pay）扮演购买者的角色，发挥战略性购买的作用。国家医疗保障局认为，“在医疗保险支付中，需要逐渐从被动给付走向战略性的购买，进而获得更低成本、更合理、更有价值的医疗保障服务，包括对药品、医疗机构、医疗服务质量的选择”。战略性购买（strategic procurement）是以近搏远的系统性改善和趋势性优化；以量搏价，提升医保集团购买的基金绩效；以质取胜，引领医疗服务体系的价值导向。随着创新药的不断出现，为患者提供了更有性价比和更高临床价值的药品选择，战略购买进一步发展成价值购买。

1.3 买方垄断

创新的独家专利药品在专利到期前，是卖方的垄断定价（monopoly pricing）。医保行政部门代表投保者的利益，通过战略购买，发挥买方的垄断作用，利用买方垄断势力和市场竞争，有效地影响药品的价格。买方（医疗保险部门）可以在竞争市场中获得更加低廉的药品价格；也可通过对医院、药店和药企实行议价或选择性签约的方式，购买药品、耗材、医疗器械、检验、疫苗和医疗服务。

1.4 价值谈判

近年来，医保谈判已从单纯降价的“战略购买”逐步转向“价值购买”。医保谈判的药价主要基于药品的临床价值，在全面科学评估的基础上确定社会意愿支付价格，与企业谈判协商。企业在“以量换价”的市场机制下，在不超出医保基金和广大参保人员经济承受能力的前提下，最终确定谈判药品的成交价格。

1.5 政府作用与市场竞争

独家药品的价格需要通过谈判，同时发挥政府干预的作用；而非独家的药品则可以发挥市场机制，通过多家竞价的方式来降低药品价格。在我国，药品定价经历过成本加成定价、制定最高零售价、流通环节两票制、医院零差率销售、带量采购、价格谈判等，多项措施在不同历史时期发挥了重要的作用。当前，带量采购和价格谈判是我国控制药品价格的主要手段。

2. 我国医保药品价格谈判的现状

2.1 医保药品价格谈判的回顾

国家医疗保障局的基本任务是“保障基本、患者受益”，限于我国医保统筹基金的有限性和创新药物社会需求的无限性，需要“尽力而为、量力而行”，把药品保障水平的提升建立在医保基金财力可持续的基础上。国家开展药品价格谈判的作用，就是解决三方的可负担性问题，即医疗保险部门首先要确保医保基金的可负担性，其次保障患者群体自费部分的可负担性，第三是医药企业对最终谈判达成的协议价格可以承受，既能满足生产成本又有一定的利润，促进再生产和保证对研发的进一步投入。通过医疗保障的高质量发展，促进医药工业高质量发展。

从2018年开始，国家医保药品目录已实现了“一年一调”的常态化调整。随着国家药品监管局加快新药审批，新药申报上市的速度也大大加快，从2015年（改革前）的28个月，缩短到12—14个月。另外，对一些临床急需药品可以通过纳入临床急需境外新药采购，近期在海南和北京分别建立药物先行区，探索未在国内注册上市的进口罕见病药物在特定医疗机构指导使用，加大对生物医药创新的支持力度。

自2017年初开始药品价格谈判，有36个新药被纳入医保目录，平均降价44%。2018年开展肿瘤药物专项谈判，有17个抗肿瘤药品

通过谈判，平均降价 56.7%。近几年来，医保谈判药品的平均降价幅度基本在 50%—60%（见图 1）。谈判成功率则有逐年上升的趋势，2022 年超过 80%。

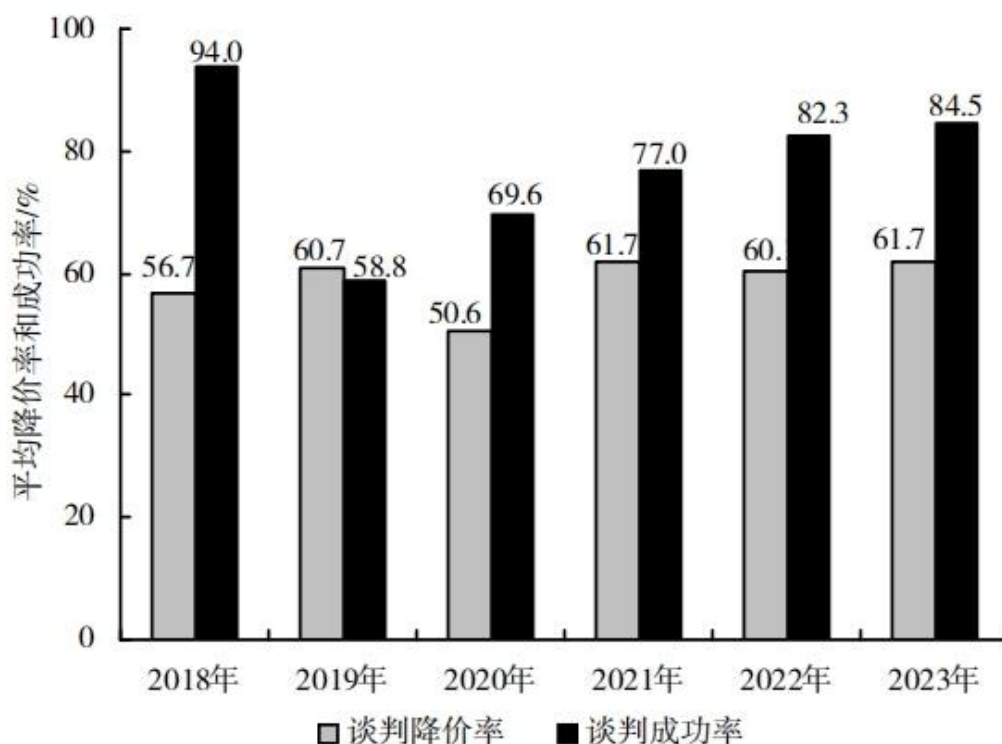


图1 医保谈判药品的平均降价率和成功率

资料来源：国家医疗保障局。

医保价格谈判工作经过 6 年的实践，其实施过程已基本定型，包括企业申报、形式审查、专家评审、谈判竞价、结果公布 5 个环节，每一环节都力求科学规范、客观公正、提速增效、民主协商、不断优化。医药行业也形成并遵守申报、评审、保密、自律等各项原则，每年谈判药品的降价幅度明显上升。

2.2 药品价格谈判成绩斐然

2017 年至今，医保谈判后纳入国家基本医疗和生育保险药品报销目录的药品共有 744 个，大大提高了患者的药物可得性和可及性。近 5 年来，无论是形式审查的通过率、选择药品谈判率，还是最后的谈判成功率，均在不断提高（见图 2、表 1）。

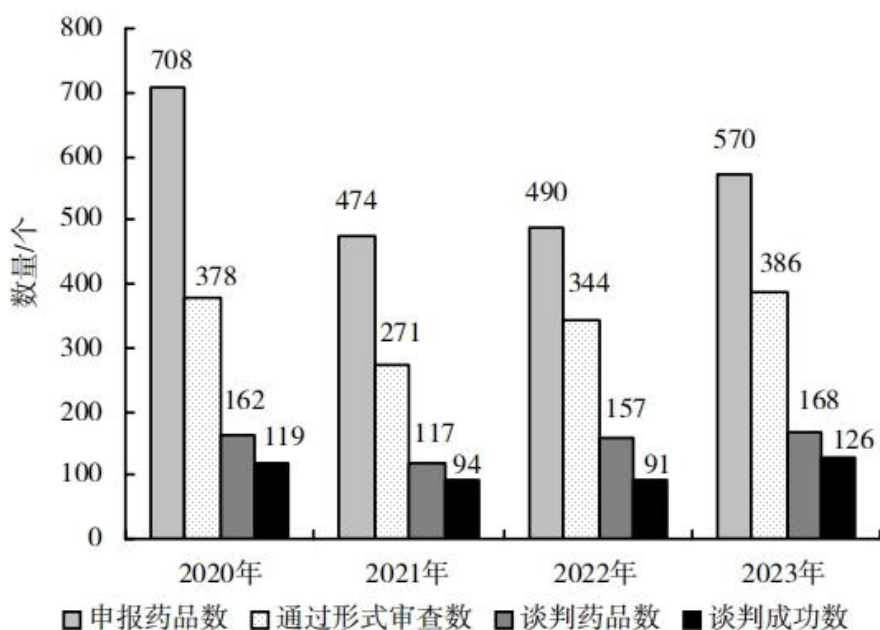


图2 药品申报、通过形式审查、谈判和谈判成功数

资料来源：国家医疗保障局。

表1 申报药品通过形式审查、遴选药品谈判和谈判成功率

项目	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年
形式审查通过率/(a)	-	53.4	57.2	70.2	68.4
选择谈判率/(b)	20.0	42.8	43.2	42.7	43.1
谈判成功率/(c)	58.8	72.5	80.3	82.3	84.6
a·b·c	-	0.168	0.198	0.247	0.249
b·c	0.118	0.315	0.347	0.351	0.365

在药品企业申报药品中，谈判成功率大约在 15%——25%，在形式审查的药品目录中，谈判成功率大约在 30%——35%。2019 年的情

况比较特殊，由于计划未来三年要统一全国各省的药品报销目录，不少省份欲将省级目录中的一些药物列入全国医保药品的谈判过程中，所以申报和通过形式审查的药品数量特别多。

2.3 谈判方式日趋科学

每年开展药品谈判工作前，国家医疗保障局均提出目录调整工作方案、申报指南以及各种谈判和竞价规则等征求意见稿，听取社会各界的意见。

在综合评审环节，运用了多维度评价的方法，特别注重临床价值、安全性、创新性、经济性和公平性 5 个方面的评价。临床价值方面的评价指标有安全性、有效性、用药依从性、临床治疗地位。创新性方面注重新机制、新靶点、新结构、中药新处方、新适应症。经济性方面比较治疗费用，注重成本效果评估和预算影响分析。公平性方面考虑对公共健康的影响、符合“保基本”的原则、弥补目录短板以及临床管理难度等。通过指标评分值来判定遴选参加谈判的药品。

在药物经济学组测算价格时，阅读企业提交的药物申报材料，了解评审药物的有效性、安全性、经济性、创新性、公平性。成本效果分析和预算影响分析是价值评估的主要方法，特别是对肿瘤、糖尿病和免疫药物的模型评价，需要进行分区生存曲线的分析及外推长期的效果。计算增量成本效果的比值（ICER），一般设定在 0.5—1.5 倍人均 GDP 费用水平区间内。关注未满足的临床需要（unmet needs），

以医保药品目录中的药品作为参照，比较评审药品的属性，国际参考价格信息，计算年治疗费用。大多数药品的年治疗费用控制在10万元以下或10万—30万元之间。罕见病药物则可放宽到每质量调整生命年（QALY）给予4倍人均GDP费用水平，相当于年治疗费用在30万元以内。

基金测算组会根据患者疾病负担、临床用药需求、药品临床价值、创新程度、市场竞争，确定医保基金可接受的药品价格范围；研究价值与价格的关系，比较新药与目录内药品的可替代性，将药品分成属于填补相关临床领域空白的新增型药物、具有升级替代效果的升级型、具有同类药品的补充改良型、具有较多同类产品的同质型。根据医保各类药品的费用数据，分析纳入医保目录对基金的影响，提出评审药品价格的建议。

最后由药物经济测算专家组和医保基金测算专家组，对谈判价格进行背靠背独立测算。国家医疗保障局综合考虑两组测算的价格，根据医保基金投入总量，形成谈判的“信封价”。在谈判中企业方有两次机会报价，如能在医保方谈判底价的115%以内，则进入双方磋商环节，双方最终达成一致的价格必须不高于医保谈判底价。谈判专家组会给予一些“信封价”的提示，企业根据提示及时调整价格。

2.4 尚未解决的挑战

从目前医保结余4万多亿元基金来看，尽管少数地区收支失衡，

以价值为导向的战略购买仍有很大的潜力（见图3）。

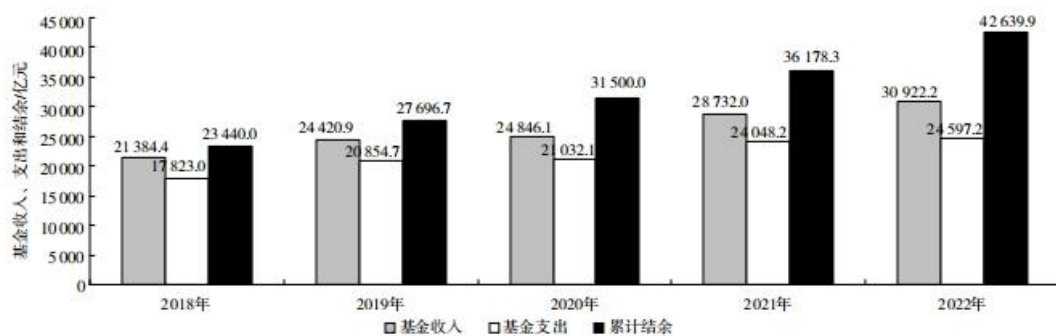


图3 我国医保基金收入、支出和结余情况

资料来源：国家医疗保障局。

目前尚无公开数据报道医保基金支出中药品费用的比例，根据我国历年卫生总费用中药品费用占比来推测医保基金中的药品费用，包含医保定点医院和定点社会药房的药费补偿（不包括患者自负和自费的药品费用）。公式如下：医疗保险药品费用支出（亿元）=医疗保险总支出（亿元）×药费占卫生总费用（%）。2019年有报道称当年97个谈判成功的药物总销售金额为285亿元，经测算，谈判后实际支付可降低到99亿元。

表2 医疗保险药品费用的估算

项目	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
医疗保险总支出/亿元	17823	20855	21032	24048	24597
药费占卫生总费用/%	32.73	33.31	30.98	28.67	-
估算医疗保险药品费用支出/亿元	5833	6947	6516	6895	-

3. 价值谈判的实施条件

3.1 国外药品谈判的经验

美国一直以来都对药品实行自由定价，对新药生命周期的不同时期由药企自主定价。2022年美国制定了“通胀缩减法案”（IRA），授权赋能美国医保管理机构（CMS）在 Medicare Part D 和 Part B 药品目录中，根据 2021—2022 年销售量排序，遴选药品进行价格谈判。2023 年已选出第一批上市 8 年以上的 10 个药品，这些药品已过专利期，而且尚无任何仿制药或生物类似物，谈判的降价幅度在 25%—60% 范围内。美国的药品谈判与我国不同的是，对上市后的少数药品价格进行“回顾性谈判”，目的是降低市场销售金额最高的药品费用，平抑药费增长。尽管迄今尚无“最高公平价格”（Maximum Fair Price, MFP）的谈判方法介绍，但已明确成本效果分析是决定价格的主要方法。同时将从药企的研发成本、单位成本、政府投入、专利独占期、在美国的销售额五大因素，以及药品本身的成本效果、疾病负担、临床效益的排序（clinical benefit ratings）、可负担性和药品价值四大因素来考虑，并成立独立协商委员会，听取患者、照护者、临床医师及不同利益相关部门的意见。

美国还将实行通胀回扣（inflation rebate），如果一个药品价格的年增长超过通胀率的话，药企需要向政府支付两者之间的差额。谈判价格的确定将基于研发成本、先前政府对企业研发的投入、市场销售的金额和治疗效果的比较。对不参加谈判的药企将采取强制手段，征收消费税，从产品销售额的 65% 开始，每季度增加 10%，最高

达 95%。

全球不少国家对药品价格有立法规制。例如德国 2022 年对健康保险系统实行“财务稳定法案”，将药企上市后自由定价的时间由原来的 12 个月缩短到 7 个月；延长暂停价格和冻结价格至 2026 年底为止；药品回扣由 7% 暂时增加至 12%；德国联邦联合委员会（G-BA）列出新的联合治疗方案必须在销售价格上强制标上 20% 的标记；孤儿药部分享有特权，销售门槛将从每年 5000 万欧元降低到 3000 万欧元，如果孤儿药收入超过这个金额，需要接受全面的卫生技术评估。

法国采取稳定药品价格措施，对本国和欧盟国家生产的药品实行 5 年价格稳定。法国健康产品经济委员会（CEPS）对较窄适应症的药品提供折扣。同时，保障条款明确规定，如果销售超过一定限额，药企就要向政府返还费用（payback）。药企签订以结果为基础的合同，未能就价格达成协议的创新药物则终止谈判。此外，法国在应用国际参考价格方面，对临床改进效益分类（ASMR）中的 1-4 类药物，其价格可按欧盟主要 4 个国家的最高价格制定。

总之，药品价格控制措施除了价格谈判外，其他可以归纳为价格回扣、返还、价格冻结、以结果为基础的支付方式、国际参考定价、缩短自由定价时间、价格稳定等。

3.2 如何确定药品价值

药品价值可以从临床价值、经济价值、病人价值和社会价值等多

方面来考虑，总的来说是考虑性价比和投入产出比。国外有多种价值评价框架，临床价值是药品谈判最需考虑的。评价药品价值的方法有两大类，一类是评价新药增量成本效果的阈值；另一类是评价新药的附加治疗效益（Added Therapeutic Benefit, ATB），例如德国将新药分成重大、可观、次要、不可计量、很少、没有效益 6 个水平，法国分为重大、重要、中等、轻度、没有效益 5 个水平，加拿大则分为突破性或实质性、适度的、少量或没有效益 3 个水平。总的来说，各国对前两类高价值药品重点开展药品谈判，以减少谈判的工作量。

3.3 我国如何实现医保的价值购买

从药物评审标准来看，未满足的临床需要是重要的考量因素，与参照药品比较，可将药品价值分成“突破创新”（新增型）、“改进”（升级型）、“相当”（改良型）、“不及”（同质型）四类，与当前不少国家开展的附加效益评价的分类标准是一致的。在我国，药品价格谈判和带量采购是降低药品价格的主要措施，以患者为中心，“保基本”为原则，在有利于新药纳入与保障医保基金之间求得平衡。

4. 对未来医保药品价格谈判的建议

未来国家医保谈判的趋势应坚持价值购买的理念。价格谈判要坚持保障基本为前提，在纳入创新药物和创新疗法方面做到“尽力而为，量力而行”，在支持药物创新和确保医保基金可持续发展之间取

得平衡。随着科学技术的发展,今后每年申报的新药数量会不断增加,因此在提高评审效率和质量的同时,还需进一步研究改进评价方法,创新医保支付方式。

一是建立价值谈判的组织体系。目前在药品谈判评审时,主要是临时随机抽取专家评审,今后应建立卫生技术评估的专业机构和队伍,组织较为广泛和固定的各类专家委员会进行定期评审,评审专家需要有一定的资质,并通过培训统一标准和方法。

二是建立价值谈判的标准和方法。具体包括谈判的药品分类标准、综合评审、药物经济学测算和基金测算的标准方法,研究适合中国国情的阈值标准、罕见病药物和细胞基因疗法的评审标准和支付方式,定期公布药物评审结果和专家建议。对临床价值不高但已列入医保目录的药品,需要开展定期的卫生技术再评估,确定是否从目录中调出。

三是建立价值谈判的立法和规制。医保药品价格的谈判和协商,不仅需要行政文件和政策指导,最终需要有立法规范框架的保障和赋权。对价格谈判,应制定相应的原则和规则,如公开透明、公平、诚实信用等;主体对象、谈判程序、结果履行和利益均衡等问题也应有立法依据并纳入法律轨道。如果出现商业贿赂、纠纷或不公现象,可开展维权或提起法律诉讼。

[返回目录](#)

医保基金智能监管典型案例剖析之药品使用监管

来源：越强文化

目前，医保基金智能监管已成为常态化，在医保基金智能审核和严格监控下，医院人员办公进入了“监控”模式。为了让医院深入了解大数据稽核的开展和规避技巧，笔者决定推出“医保基金智能监管典型案例剖析”系列推文。今天推出第一期医保基金智能监管典型案例剖析——药品使用监管。

智能监管过程中，通过往系统数据里输入简短字节进行筛选，很容易就发现违规，这些违规可能是有意也可能是无意，也可能是“假”违规（数据上传不全），故医疗机构需在申诉时找到合理的申诉理由，避免造成医院的损失。

药品违规一：超医保限制用药范围

超医保限制范围用药是大数据监管下医疗机构最常见的违规行为。

违规案例典型案例学习

案例一：医院将“双侧感音神经性听觉丧失”的门诊慢特病患者使用“银杏达莫注射液”的费用纳入医保报销。根据《《国家药品目录（2022年）》规定，限缺血性心脑血管疾病急性期住院患者，支付不超过14天。“双侧感音神经性听觉丧失”的门诊慢特病患者使用不符合该药医保限定支付范围。

案例二：医院将成人使用“消风止痒颗粒”的费用纳入医保报销。根据《国家药品目录（2022年）》规定：限儿童。成人患者使用不符合该药医保限定支付范围。

案例三：医院院将门诊患者单独使用中药饮片“阿胶珠”的费用纳入医保报销。根据《国家药品目录（2022年）》规定：中药饮片中标注“□”的指单独使用不予医保基金支付，且全部由这些饮片组成的处方也不予支付。中药处方中仅有“阿胶珠”一味中药饮片，不符合该药医保限定支付范围。单开一味中药的门诊部注意啦！

违规原因

值得注意的是，超医保限定使用，并非临床不能使用，患者自费是可以使用的。临床常常会把这两个概念混淆。

临床医师不熟悉医保政策，开药时没有注意医保限定，只根据临床经验或药品说明书适应症开具药品。针对超医保限定用药，医疗机构可以加强对临床医师的医保用药知识培训，减少医师违规。医保大数据违规情况反馈至医院，医院也要及时与临床医师沟通违规问题，避免重复违规被扣款。

药品违规二：超适应症用药

典型案例

案例一：医院为仅诊断为“肌肉拉伤””的患者开具“阿卡波糖片”并纳入了医保报销。该药品说明书适应症：（1）I型糖尿病。

(2) 降低糖耐量减低者的餐后血糖。”“肌肉拉伤”患者无糖尿病相关诊断，不符合药品适应症。

案例二：医院给女性患者开具“前列舒通胶囊”并纳入了医保报销。根据药品说明书，该药品用于慢性前列腺炎，前列腺增生属湿热淤阻症，证见：尿频，尿急，尿淋漓，会阴、下腹或腰骶部坠胀或疼痛，阴囊潮湿等。女性患者使用不符合药品适应症。

案例三：医院给成年患者开具“安儿宁颗粒”并纳入了医保报销。根据药品说明书，该药品用于治疗小儿风热感冒，咳嗽有痰，发热咽痛，上呼吸道感染见上述证候者。该成人患者使用不符合药品法定适应症。

违规原因

超适应症用药违规，大多数原因是由于开药医师临床诊断上传不全导致，如患者因“肌肉拉伤”就诊，就诊过程中反映自身患有糖尿病，药已经吃完，要求接诊医生为自己开“阿卡波糖片”，如果医师没有增加糖尿病诊断，直接开药，导致结算数据没有与药物相匹配的诊断，就容易出现超适应症用药的违规问题。

代开药也是医院门诊常见的情况。患者家属带开药医院应规范患者使用开药患者的信息进行挂号开药，医院做好相关登记。家属使用自己的身份信息挂号代开药，上传结算就容易出现用药与患者性别不符情况。

药品违规三：门诊慢病患者超量开药、重复开药

典型案例

案例一：医院给门诊慢特病患者开具“雌二醇地屈孕酮片”336片。根据《长期处方管理规范（试行）》规定，评估患者诊疗需要，长期处方的处方量一般在四周内；根据慢性病特点，病情稳定的患者适当延长，最长不超过十二周。该药品处方，qd服用一次一片、一天一次，本次就诊用量可累计服用336天，属于超量开药。

案例二：医院给门诊患者同时开具“瑞舒伐他汀钙片”和“阿托伐他汀钙片”并纳入医保报销。根据《中国药典（2020年版）》记载，瑞舒伐他汀和阿托伐他汀都是他汀类药物，都是用于治疗高胆固醇血症、降低血脂。同一患者单次同时开具2种或2种以上药理作用相同或作用机制相似的药物属于重复用药。

违规说明

门诊接诊医师在为患者开药时，注意核算用药天数，慢病患者用药须遵守当地政策规定，避免超量开药。

超量开药，重复开药大数据监管也是会被发现的，医疗机构要重视门诊诊疗的规范性。

[返回目录](#)

· 地方动态 ·

线上线下“双管齐下”，这地方定点医药机构医保协议管理再上新水平

来源：山东省医疗保险事业中心

医保协议管理是规范定点机构医药服务行为、维护参保人员基本权益、确保医保基金安全的根本管理措施和主要抓手。随着医保制度改革向纵深发展，门诊共济保障改革、谈判药品双通道管理、“互联网+医疗”等新的服务需求快速涌现，定点医药机构医保协议管理工作面临新形势新环境，山东医保中心聚焦线上管理赋能、线下经办创新，积极探索实践，大力提升定点医药机构医保协议精细化管理水平，进一步提高医保基金使用效率。

一、思路目标

按照《“十四五”全民医疗保障规划》关于“着力健全经办管理体系，提升医疗保障基础支撑能力，不断增强服务效能”的要求，山东医保中心拓展定点协议电子化管理功能模块，搭建定点医药机构线上管理服务平台，探索建立对定点医药机构全生命周期的线上管理模式；创新经办治理机制，丰富线下管理服务内涵和方式，创办《定点医疗机构医保服务工作动态》期刊，畅通医保经办与医疗机构交流渠道，加强沟通协商。通过医保经办延伸管理触角、多点发力，进一步提升全省医保协议管理再上新水平，助力医保事业高质量发展。

二、主要做法

(一)提高协议管理效能，搭建数智化服务平台。山东定点医药机构数量庞大，一级以上定点医院 4200 余家、药店 37000 余家。医保协议管理面临量大、事多的压力，省内各市存在“经办流程不统一、效率不高、定点评估考核不透明、共享联动不及时、全程监管不到位”问题。山东省医保局党组高度重视此项工作，局主要负责同志多次调度、现场指导，分管同志定期督办、全程参与。山东医保中心在充分调研的基础上，经反复研讨和论证，协同省局规划财务处，提出了“医保协议管理由线下向线上转变，在省级层面搭建数智化服务平台，省、市、县三级统一应用，实现电子化经办管理”的工作思路，制订了《山东省定点医药机构动态管理系统上线应用工作方案》。一是发挥我省自建信息化技术团队优势，在国家标准版定点协议电子化管理模块上，搭建了“山东省定点医药机构动态管理系统”平台，保证系统功能完善，快捷好用，为推进工作落实提供技术保障。二是拓展完善功能模块，在平台上线的基础上深化拓展应用功能模块，实现定点申请、协议维护、绩效考核等服务管理事项与系统无缝对接，形成了对定点医药机构定点申请、专业评估、协商谈判、协议签订、协议履行、协议解除全周期的线上管理模式。三是不断优化调试完善。2023 年在全省范围内正式上线运行定点医药机构动态管理系统。2023 年 10 月底，定点协议电子化管理模块已在山东省内 18 个统筹区全面应用，

各统筹区累计采集 26524 家定点机构电子签章，累计受理医保定点新申请 2800 余家、签署电子化协议 67000 余家、与周边业务系统业务联动次数 265 万余次，且新申请数量、签署数量、业务联动次数随着业务的开展持续攀升。

(二) 创新经办治理机制，搭建常态化交流平台。为优化定点医疗机构管理，探索经办治理新机制，山东医保中心创办《定点医疗机构医保服务工作动态》(以下称《工作动态》)，每季度印发，宣传医保政策和医疗机构医保服务典型案例。一是广泛征集素材案例。面向全省各级医院征集稿件，以医保领域具体事项为切入点，着重突出医保主题主线，从基本情况、主要做法、工作成效等方面形成材料，体现示范推广性，从方法上启发思路，从模式上提供借鉴，从实践上引导创新。二是严格过程质控。组建专业团队审核，成立由全省各统筹区医保中心主任和医疗机构权威专家组成的编委会。稿件经过市级初审、省级复审、编委会专家终审，确定入围名单，并视情况进行实地调研了解。三是多视角呈现结果。每期聚焦医保热点事项、痛点堵点问题，突出实用性。第二期针对“医保规定住院不超过 15 天？”社会关注热点给予权威辟谣，体现专业性、突出权威性；第三期刊登结算清单和病案首页的区别，帮助医疗机构明确结算清单的工作要求，对部分人员短缺、未配备专业编码员的基层医院开展支付方式改革具有积极意义。四是拓宽展现形式。案例既涵盖省级医院经验做法，又有

市县两级医院基层实践，内容丰富，受到全省医疗机构的充分认可。每期刊印 500 余份发至各市医保中心和医疗机构，电子版同步发各市，由各市在医保工作交流、微信公众号转发学习。创刊以来，数次加印，在全省医保系统营造了干事争先进位、比学赶超的浓厚氛围。

三、主要成效

定点协议电子化管理的应用实践，解决了定点协议线下申请周期长、动态管理难度大、绩效考核碎片化等问题；《工作动态》搭建了全省医疗机构交流学习平台，促进了医保经办与医疗机构协同发展。一是实现医保业务流程标准化、服务便捷化。在全省统一协议管理业务标准的基础上，通过再造业务流程，优化业务环节，压缩办理时限，提升业务办理效率。基于流程驱动，实现定点申请、定点评估、协议签署等全链条业务线上办理，提升了医疗机构业务办理便捷化。二是提升了医保精细化管理能力和水平。通过信息系统将纸质审核细则转化为电子审核规则，对医药机构专业水平、资源配置、服务质量等量化打分，规范定点资格准入和履约考核，提升评估科学化水平。对电子化管理全过程进行实时监测，根据考核结果和违规情况相应变更定点协议，线上办理协议终止、暂停、解除和恢复。协议状态实时与联网结算、审核拨付、稽核监管等业务联动，与基础业务、异地就医、移动支付、智能监管等医保系统数据交互，为提升精细化管理水平提供技术支撑，促进了医保监管全过程透明化。三是促进医保医疗同向

发力。医保部门通过搭建与医药机构的交流平台，将管理视角主动前移至医疗机构，帮助医疗机构排忧解难。通过 2023 年协议履行考核评价发现，全省定点医药机构服务质量显著提升，参保群众满意度逐步提升，医保和医疗机构良性互动的局面初步形成。2023 年前三季度，DRG/DIP 实际付费定点医疗机构达到 3949 家，机构覆盖率 98%；住院次均费用同比下降 10.6%，住院次均个人负担费用同比下降 11.1%，参保群众从 DRG/DIP 付费改革中受益明显。

四、工作启示

实践是检验工作成效的唯一标准，山东医保通过线上管理赋能与线下经办创新的双向结合，极大提升了全省医保精细化管理水平。

(一)以结果为导向，不断扩展线上管理服务内涵。山东医保中心将通过数据赋能定点精细化管理，强化对定点申请、评估、协商谈判、协议履行和解除的全过程监督，采用数据筛查、异常分析、调查确认、违规处理、后期监控的模式，开展增长快、用量大、费用高的重点项目分析、就医购药信息关联性分析、医保医师医疗服务行为分析、定点机构分布合理性分析等内容，将定点管理重点从违法违规行为监管转向对合理医疗行为的分析与督导，为群众提供低成本、高质量的医药服务，推动全省医疗保障事业高质量发展。

(二)以协同发展动力，不断促进医保事业高质量发展。当下，DRG/DIP 支付方式改革向纵深发展，医疗机构医保经办工作亟待提质

增效。我省以《工作动态》为抓手，搭建医疗机构之间的交流平台，及时共享先进经验做法，发挥典型案例带动示范作用。期刊常态化刊发后，我们的重点是持续优化完善其内容和形式，提高工作的协同联动性，将期刊内容做得更实更有可借鉴性。明年，省局将分期组织 DRG/DIP 业务骨干团队赴各市开展巡回指导，针对基层医疗机构存在的问题，从技术上和业务上进行专题指导，同步将此项工作与期刊宣传相结合，在期刊增设医保支付方式改革专栏，将巡回指导中的先进经验和实际问题整理刊发，助力医疗机构优化管理，提升服务，实现协议管理双方的良性互动，助力医保高质量发展。

[返回目录](#)

河南：七项举措力推“便民就医优流程”

来源：豫见康

日前，中共河南省委全面深化改革委员会办公室、河南省卫生健康委、河南省医疗保障局（以下简称三部门）联合下发通知，决定在全省范围推行“便民就医优流程”七项举措，进一步优化医疗服务流程。

“便民就医优流程”七大举措

一、推行门诊综合服务一站式

2024 年 6 月底前，二级以上医院设置“一站式综合服务中心”，整合门诊、医务、医保、财务、医患、医技等部门相关业务，推行一

岗多能，明确并公示服务事项，为患者提供挂号、费用结算、医保办理、检查检验预约、导诊、政策咨询、投诉建议受理、（病历）打印复印、业务盖章、便民设备租借等服务，实现“一窗受理、一站服务、一章管理”，缩短患者就诊时间，减少患者无效流动，提高患者满意度。

二、推行入院服务一站式

原则上选择实际床位使用率超过 100%的大型三级医院（院区）开展试点。2024 年 6 月前，每个省辖市选择 1 家三级综合医院以及省人民医院、省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第三附属医院、河南中医药大学第一附属医院作为省级试点。试点医院设置入院服务（准备）中心，承担住院预约、床位协调、术前检查、院前宣教、麻醉会诊等功能，对诊断明确、病情相对稳定，经评估符合住院指征、行择期手术的患者，在保障医疗质量安全的前提下办理“预住院”。根据医院床位使用情况，试行“全院一张床”，实现全院床位集中管理、统一调配，全面盘激活医院床位，缩短患者术前待床时间，提高运行效率，降低患者费用负担。

三、推行检验结果线上互认

按照《关于推进医疗机构间检验结果线上互认工作的通知》（豫卫医〔2023〕38 号）要求，利用河南省检查检验结果共享互认平台，对检验结果进行线上互认，适时扩大互认项目范围，实现二级以上医

疗机构（含中医、妇幼）全覆盖。逐步提高医疗资源的利用率，降低医疗费用，提升诊疗效率，进一步改善人民群众就医体验。

四、推行日间（手术）医疗服务

按照河南省卫生健康委、河南省医疗保障局《关于进一步推进日间手术工作的通知》（豫卫医〔2023〕47号）、《关于在全省开展中医日间病房医保支付试点工作的指导意见（试行）》（豫医保〔2023〕8号）部署，按照诊疗计划在1日（24小时）内完成入、出院的手术或操作（因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过48小时）的患者，符合条件的医院，按照有关病种和术式开展日间手术，并按规定纳入医保支付，提高优质医疗资源利用率和医保资金使用效率，减轻参保人员费用负担。有条件的统筹地区可按照相关要求，将具备条件的医保定点医疗机构在日间病房、日间治疗中心为患者提供的放、化疗医疗服务纳入医保支付。三级综合医院开展日间手术病种不少于50种，三级中医医院不少于25种；二级综合医院不少于20种。

五、推行互联网+护理服务

搭建全省统一的“豫健护理到家”服务平台，整合各单位自行开展的碎片化的互联网+护理服务平台，通过“线上申请、线下服务”的模式，由注册护士为老年人、行动不便人员、新生儿、孕产妇等提供专业、便捷的上门护理服务，满足个性化的护理需求，提高护士职业价值，促进护理服务更加贴近社会。充分发挥三级医院护理专业技

术优势，提供线上护理咨询服务。选择郑州市、洛阳市、平顶山市、许昌市作为省级“互联网+护理服务”试点城市，河南省人民医院、郑州大学第一附属医院作为线上护理咨询服务试点单位，以点带面、逐步推开。

六、推行非急救医疗转运服务

健全医疗卫生机构非急救医疗转运服务运行机制，建立非急救医疗转运服务平台，明确服务范围、对象及服务机构、人员、车辆、收费、质控和监督管理办法，实行转运服务需求统一受理调度，充分激活医疗卫生机构救护车资源，努力为人民群众提供方便、规范、高效的非急救医疗转运服务。2024年6月底前，选择郑州市、平顶山市、安阳市、三门峡市开展试点，以点带面，逐步拓展至有条件的所有医疗卫生机构。

七、推行家庭病床服务

按照《关于开展家庭病床服务试点工作的通知》(豫改办发〔2023〕8号)要求，符合条件的医疗机构，可以为符合住院指征但因本人生活不能自理或行动不便，到医疗机构就诊确有困难的七类患者，在患者家庭或长期居住场所内设立病床，由医务人员定期上门提供适宜的诊疗服务，医保基金按住院报销相关政策及待遇标准支付相应医疗费用。郑州、开封、洛阳、许昌、周口等5个省辖市作为省级试点先行先试，其他省辖市选择1—2个县(市、区)作为市级试点。

“便民就医优流程”七项举措采取试点先行、整体推进的方式，以点带面、逐步拓展。根据七项举措具体内容，分别选择部分医疗机构或省辖市进行试点，各省辖市结合实际情况选择市、县级医疗机构作为市级试点参与“便民就医优流程”七项举措。各地按照“省级抓统筹、市县抓推进、医疗机构抓落地”的原则推进七项举措，建立考评督查机制，定期通报进展情况。三部门将对各地推进情况进行监督检查，并将检查情况进行全省通报。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

中医院数据标准化难,智慧化缺乏中医特色……中医智慧服务怎么做? 来看这场研讨会

来源: 健康界

作为中华民族的瑰宝,中医药在历史长河里承担着治病救人的重任,也承载着千年的医学智慧。随着时代的变迁和科技的发展,如今中医医院发展已普遍进入智慧化、数智化阶段。

其中,智慧服务是智慧中医医院建设的重要组成部分,对于深化中医药服务与信息技术融合发展、改善患者就医感受、促进中医医院高质量发展具有重要意义。但在实践进程中,虽有明确的政策相关要求和相关考核指标,但还缺少更加有实操和指导性的建设指南和操作

指引。

以此，《中医医院智慧服务建设指南》团体标准应运而生，该团标由北京华媒康讯信息技术股份有限公司牵头编制，浙江省中医院、江苏省中医院等多家医院共同参与编写。自4月启动以来，已先后完成了团标大纲、团标草案、草案交叉审核、立项评审等工作，并进行了参编单位的扩充。

本次研讨会由健康界副总裁王娜主持，共分为优秀中医医院建设经验思考与团体标准修改建议讨论两大环节。包括上海浦东新区中医医院院长冯煜、山东中医药大学附属医院院长邓华亮、河南大学淮河医院副院长索智敏在内多位领导拨冗出席，并就与会问题进行细致讨论与分享。

以智慧服务促进中医院高质量发展

作为本场研讨会发言首位嘉宾，冯煜结合医院实践，回答了为何需要有团体地方标准的第一性问题。“2018年某重要城市几家医院发生了小儿敷贴的医疗问题，缘于白芥子的工艺改进后，一些敷料也更新换代，患儿在治疗过程中出现了脓包，由此产生了市级层面的医疗纠纷问题。这其实反映了我们不同地区的诊疗标准存在差异。”

而从更大层面来看，冯煜认为，当今中医院高质量发展已成为重要议题，与名中医的传承、工作室的建立、医联体的推广、人才梯队建设相比，更为重要的是中医医院怎么与西医医院去正面竞争。其中，

信息化建设尤为重要。

在中医医院的信息化建设团队标准中，冯煜提出，中医医院要学习现代技术，化为我用。疫情时期，西医医院通过各种优化流程、技术运用、药物运用，把手术安全、手术恢复等全过程落实到位。而上海浦东新区中医医院也有类似举措，把针刺麻醉术前中医治疗、术后镇痛以及呼吸心脏能力储存等中医方案结合，实现了提升手术康复效果的目标。

谈及高质量发展，便离不开国考。邓华亮指出，国考有三个特点：试卷统一、分数公布、成绩进家。结合山东中医药大学附属医院实践，邓华亮认为，中医医院对于国考的高度重视，也可以很好地推进医院高质量发展。主要有三点：

一是创新管理手段，助推绩效提升，包括强化信息化建设，成立绩效考核信息项目小组等。

二是聚焦“四个医疗”，实现质量效率双改进，包括规范医疗、安全医疗、集成医疗、人文医疗。

三是借力国考，促进中医药事业发展。

邓华亮指出，34项国考指标中有4项是中医特色指标，对于中医医院而言，更要充分发挥中医药特色优势，强化以中医药服务为主体的办院模式和服务功能。

强调高质量发展，需要锚点。邓华亮提出的是以考促建，而河南

大学淮河医院选择的是紧跟政策导向，助推高质量发展。

索智敏表示，在新医改的形势下，医院管理面临新的挑战。药品零加成、DRG 的全面实施等政策倒逼医院和临床科室更加专注成本，促使医疗机构进行精细化管理。“就药事管理而言，一定要以临床需求为基础，协助合理用药、用药管控，形成以价值为导向的药学服务新模式。”索智敏说道。

在河南大学淮河医院，建立了以临床药物治疗路径为基础的 DRG 药品长效管理机制，实行闭环管理，索智敏具体解读称：“我们制定临床药物的治疗路径，从事前、事中、事后发现问题，针对问题制定优化措施。事前从药品遴选、临床药物治疗路径制定，事中时进行医嘱的前置审核、合理用药指标监测、合理用药培训指导，事后经过处方点评和指标考核等。”

专家热议团标修订中医该如何推动数据标准化？

在此后进行的讨论环节中，共围绕两大核心议题，一是对于团体标准内容的修订建议。

对此，与会嘉宾讨论热切，对于团体标准的讨论稿，多位嘉宾予以肯定，肯定了团体指南具备较好的实践性和指导意义。也提出了多项修改建议，包括应在团体标准中体现中医特色、考虑不同等级医院配置需求、云诊疗与互联网医院等部分重合内容进一步整合等。

成都中医药大学附属医院副院长伍文彬首先建言称，本团体标准

主要是针对诊前服务、诊中、诊后、技术服务和安全等几方面，编制标准的过程中就要考量何为基准。西医有《智慧医院服务建设指南》，建议除了个别条款，其余可以进行吸纳扩充，实现标准统一。另外，也要在团体标准中体现出中医的特色。

对于团体标准中的信息，伍文彬表示，可以增加更多智慧服务相关内容。“智慧分诊可以放在诊前，可能更适应现在信息化的要求。此外，智慧服务里可以考虑增加智慧病房，从医生开具处方以后，药房就开始预买药，患者可以选择送药到家还是自己到药房去取等。”伍文彬举例称。

浙江省中医院信息中心主任王伟同样强调了体现中医特点的重要性。他表示，智慧服务不仅要涵盖国家对于综合性医院智慧服务的标准，同时应该有很强的中医特色。在这一点上，团标需要加强中医特色的描述。

河北省中医院副院长许文忠表示，中医和综合医院区别最大的在于三点，一是饮片，二是中医特色治疗，三是治未病。建议将这三点体现在团标当中。

安徽中医药大学第一附属医院信息中心主任汪涛强调，团体标准一定要确定它的范围是中医医院医疗机构，初心是中医医院医疗机构智慧服务的团体标准。中医医院智慧化服务，姓“中”也姓“综”，中医医院也包含西医的服务流程和功能，很多服务对象、提供的服务

项目和西医有很多雷同。后续需要把中医的煎药、治疗、康复、门诊、住院等特色内容进行完善。另外，团标的结构化方面，中医云处方、互联网医院、慢病管理，应当进行整合。

西南医科大学附属中医院副院长汪国友表示，团体标准中，建议可以增添患者隐私保护内容等。具体来看，第一，诊中服务谈到了诊疗过程中提供的相关服务，包括但不限于信息推送和自助查询，其中自助查询可以改为自助服务或者移动医疗。第二，诊后服务的管理方面，中医的云处方和互联网医院有一些共通，可以进行调整，此外，可以增添“互联网+后期护理”等。

连云港市中医院医务处副处长邵长远从医务管理出发，除了建议体现中医智慧服务的特色外，邵长远还指出，诊中方面，缺少住院患者的智慧化模块设定标准，建议补充完善。

长沙市中医院副院长周赞表示，对团体标准有三项建议：

第一，关于诊前预问诊，病人提供的信息可以用一些结构化、医学化的术语进行要求，这样不会使病人口语化的东西直接到门诊病历里；

第二，是否可以在智慧服务指南中，对于视诊仪在内的采集类设备有一些建议标准或要求。第三，团标里应加强关于随访和互联网医院、院内电子病历的高效衔接。

贵州中医药大学第一附属医院信息科长黄锐表示，建议在团标的

具体功能性表述里，把慢病管理、康复、中医疗法的特色更加明确、更加细化。另外，医疗机构作为疫情、传染病高发的区域，可以考虑把智慧防御的内容加入智慧化服务的诊中范围之内。通过一些设备设施来采集患者的基本数据和位置信息，对比传染病数据库，对这类人群进行有效监管。

上海市嘉定区中医医院院长徐建德表示，智慧化建设应该有分级，需要全盘考虑行业的不同水平的医院情况。可以考虑一些基础条件与基础标准，针对县医院、小医院，这样可能对整个行业的适用度范围更广、引领作用更强。另外，在团标的要求方面，更要考虑界面的傻瓜化、便捷化，对于将来的标准推广应用可能更加有利，也适用于更多人群来应用改善服务的流程。

江苏省中医院信息中心主任寇建秋同样提到了分级分类，她表示，全国中医系统的信息化建设普遍来讲弱一点，差距会比较大。有的地市虽然是三级综合医院，但是人力投入、资金投入都很少。后面应该推出中医院智慧服务建设案例集，先进经验要学，有些坑也要学。

人工智能助力中医“守正创新”

此外，研讨会追随未来发展趋势，也向与会嘉宾提出前瞻性的问题：如何利用人工智能等技术支撑医院运营管理发展，推动中药传统、诊疗实践、科学技术三者融合，赋能中医药的传承和创新发展？

以此，多位嘉宾提出自身洞见，对技术如何帮助智慧医院建设进

行深度讨论，包括如何解决中医数据标准化难题，视诊仪能否进一步覆盖推广，如何适应如今的 DRG 改革等。

浙江中医药大学附属第二医院副院长董雷表示，在数字化的时代，中医药需要化被动为主动。AI 的基础是庞大的数据和知识图谱。但此前只注重药，忽视了中医电子病历的开发和应用。这两年浙江省正在做底层的中医药数字标准化，浙江省对中医病历的结构化书写标准、中医处方的书写标准、中医饮片的统一编码标准进行了统一治理，使得浙江省底层的中医数字架构建立。

同样是以大数据为临床提供支持，伍文彬表示，要以病人需求为医疗导向，建立每个科室的临床专病数据库，进行各个科室的单病种管理，以及单病种的全院整合，最终产生个性化中医药的诊疗方式。

此外，伍文彬认为，可以利用智能辅助决策来减少暴露风险。例如新冠期间存在较高的暴露风险，可以在诊断区里摆放视诊仪，采集完舌面信息以后，系统里可以直接视诊，进行相应识别。此外，智能辅助决策也可以用于慢性病监控，例如病房里患者下地后，灯就自动开启等。

许文忠以治未病为例表示，不管是远程会诊还是健康干预等，中医院的核心区别在于脉象，需要望闻问切，难以进行远程会诊。从解决对策来看，许文忠提到，目前已有企业在投入研发脉象仪，跟患者绑定后，可以传到医生指端，摸出来的就是实时跳动的脉象，还具有

储存、回放演示功能。这在未来可以考虑纳入远程会诊和互联网医疗中。

许文忠表示，人工智能发展速度非常快，互联网医院要实现线上线下一体化，与医院 HIS 完全打通至关重要，要为医生提供更便捷的服务，前提是让信息多跑路、患者少跑腿。目前医院正在将互联网端的线上预问诊和门诊电子病历提前通过人工智能转化成文字，代入到线下就诊的病历里，以此提升门诊电子病历的质量、完成率。

对于与会嘉宾们反复提及的视诊仪，已在部分医院落地成为现实。上海中医药大学附属龙华医院信息中心副主任黄伟介绍称，上海医药大学附属龙华医院是上海第一家全面开展推广视诊仪的医院，视诊仪可以做到相同环境下通过色温控制，采取的是相同环境下同一个人同一个部位的照片，为医生决策提供重要辅助，优化了病人的排队时间，也减少了医生的就诊时间。不过，黄伟也介绍称，视诊仪也存在弊端，目前只能把脉象转移成波形图，医生没办法完全把脉象转换到真实的环境里，希望以后可以升级，做成模拟的信号，然后再去做验证。

邵长远表示，中医药跟智慧化、现代化有一些格格不入的地方，包括 DIP、DRG 里中医诊断名称的制定、中医临床路径的标准等，应当有一个突破点，通过大数据、专家、名中医等，建设中医药辅助诊疗系统，实现自助化的诊疗系统。

一体两面，除了差异，寇建秋表示，中医和大数据、人工智能也有相通之处。

第一，要注重多学科融合，信息和使用部门、临床管理相互融合。

第二，盘活诊疗过程中产生的数据，结构化在中医院推广起来比较困难，因为中医的诊疗量很大。

另外，真正按结构化可能也会打乱医生的思维，可以探索利用人工智能把诊疗过程中产生的一些数据盘活，更好地用于科研和教学。

黄锐提出，人工智能设备、技术越来越成熟，中医处于守正创新的发展道路时代，信息技术的支撑对中医古籍、重点医案、临床资料的整理挖掘工作也在持续推进中，可以利用人工智能对中医的经典继续深入挖掘，形成具有权威性的知识数据库，更好地发挥出中医药的特色优势，支撑临床诊疗和科学研究。

不过，虽然人工智能在中医院有很大的发展空间，但汪涛指出，现在中医信息化采集仍是难题，只能主观采集，而西医大部分是客观化采集，采集的通用度不一样，没有大数据就没办法进行人工智能技术的结合。希望日后人工智能相关新技术和中医进一步结合，可以改变中医传承的模式或者人工机器智能的学习。

[返回目录](#)

“一院多区”建设难？国家队医院给出解题思路

来源：健康界

在国家政策引导和医院自身发展驱动下，“一院多区”建设进入“快车道”。通过“一院多区”发展，一方面可以促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，一方面可以解决医院在发展过程中的空间限制问题。

然而，如今各家医院多院区发展水平参差不齐，如何规范引导公立医院“一院多区”的建设与管理，是亟待解决的问题。在此背景下，健康界特别策划了《公立医院一院多区管理专业促进项目》，深入探索“一院多区”一体化管理机制与模式，为提升“一院多区”管理水平提供参考和借鉴，推动公立医院高质量发展。

日前，《公立医院一院多区管理专业促进项目》“标杆医院学习之旅”走进西安交通大学第一附属医院，探讨国家队医院“一院多区”发展策略。在西安交通大学第一附属医院副院长李磊、西安交通大学第一附属医院国家医学中心建设/学科（专科）建设办公室副主任黄欣、西安交通大学第一附属医院国家医学中心建设/学科（专科）建设办公室副主任丁凡、西安医学院第一附属医院副院长李亚、湖北省人民医院副院长沈波主持下，多位医院管理专家从不同维度深度解析多院区建设实践与思考。

聚焦“国家队”先锋策略

为满足人民群众就医需要，实现优质医疗资源扩容，近年来，西安交大一附院一方面在积极落实国家区域医疗中心的建设要求，另一

方面，也在全面推进“一院多区”的发展战略，打造了“三院四区”的发展格局。

健康界常务副总裁程实在致辞中表示，本次《公立医院一院多区管理专业促进项目》“标杆医院学习之旅”走进拥有 80 多年历史的西安交大一附院，成为这一项目的第 104 场学习活动，也为新 100 场标杆学习征程打下了坚实基础。

国家卫健委卫生发展研究中心健康战略与服务体系研究部主任黄二丹在以《高质量发展背景下公立医院分院区同质化建设的路径与评价》为主题的演讲中指出，“一院多区”的本质是“一院多址”，它跟紧密型医联体、医疗集团、托管等存在本质区别，判定标准是一个法人下的多个执业点，而非多家医院、多个法人之间的整合。

他指出，一院多区同质化路径，是强化党建引领、统筹功能定位、统一布学科局、统一调配资源、统一内部管理。建设新院区不能完全复制一个专科非常平衡的三级医院，而是要突出专科特性，设计好“平急转换”的相关机制。

如何评价多院区同质化管理是否成功？黄二丹介绍，通过前期指标筛选过程，相关规范性政策文件最后按照医疗同质、管理同质、平急转换和满意度四个维度，形成了一系列的评价指标，并对各个指标的权重进行了讨论和设置，从人力资源配置、质量安全等角度进行综合打分。

西安交通大学第一附属医院东院区执行院长邹余粮以《一院多区同质化管理的实践与思考》为主题的演讲中表示，西安交大一附院全面推进一院多区发展战略，打造“三院四区”模式。其中，东院区是推进国家医学中心、国家区域医疗中心建设事业的重要组成部分。

他介绍，西安交大一附院在建立东院区之初做了大量调研工作，制定了东院区学科建设和发展规划，以及东院区管理方案等文件，涉及到人力资源、绩效薪酬、医疗服务体系、信息化建设、资产与财务管理、运行服务等六大方面。

在总院区精心部署下，东院区坚持“三个一”，也就是一个规划、一个班子、一套制度的总体原则，稳步推进一体化、同质化、差异化，使得医疗服务水平不断提升。“其中，如何做到‘一院多区’医疗质量同质化是关键。”他指出，医院由多名垂直学科负责人坐镇东院区，推进学科一体化建设，从而促进医疗同质化实现。

西安交通大学第一附属医院副院长韩建峰以《国家区域医疗中心输出建设之路》为主题，分享了以西安交大一附院为输出医院，以青海省人民医院为依托医院建设国家区域医疗中心的历程。

青海地处高原，地广人稀，经济较为落后。加快高原医学发展，对健康中国建设、保护高原人居健康意义重大。他介绍，高原医学有鲜明特色，除了能解决高原缺氧问题，还要能够增加高原耐受性、减少高原相关疾病的发生等。

项目启动后，双方通过多轮沟通，确定了以神经和心脑血管病为重点，建设“大专科、小综合”的高水平国家区域医疗中心的学科发展方向。原因在于，心脑血管病和神经系统疾病是当地最为高发，以及外转病人最多的疾病。

西安交大一附院第一批派驻了神经内科、神经外科、心血管内科、心脏大血管外科等科室人员到青海开展工作。同时，对青海省人民医院的人员进行了轮训，帮助他们在当地开展新技术。

他表示，医院希望通过这样的整合，在青海留下带不走的西安交大一附院文化和技术。

作为引领西北地区医疗发展、综合实力居国内前列的大型综合性医院，西安交大一附院已入围国家医学中心首批“辅导类”创建单位，是西北地区唯一一家入选医院。

国家医学中心是卫生健康领域的“国之重器”。西安交通大学第一附属医院院长助理马欣在以《学科建设的布局规划与创新实践》为主题演讲中介绍，聚焦服务国家攻关急需、人民健康急盼、高质量发展实际，西安交大一附院制定了一个总体发展目标：建设国内领先、世界一流、辐射“一带一路”的具有医工交叉特色的国家医学中心。

学科建设方面，医院目标是获批3—5个国家区域医疗中心，并以项目为抓手，牵引各个学科的进步。他介绍，目前，医院拥有23个国家临床重点专科，覆盖6大系统的疾病。发展重点学科的同

时，医院通过一些省级学科的建设，使得比如急诊、儿科等短板学科有所提升。

此外，聚焦全局性、先进性等重大健康问题，瞄准“临门一脚”和“卡脖子”技术，医院确定了九项揭榜攻关任务清单。同时，正在构建临床诊疗中心、研发攻关中心、成果转化中心、人才培养中心、公共卫生中心、国际交流中心和中西医协同中心7大平台。

共探“多院区”管理探索

如何应对多院区建设面临的复杂形势和挑战，促进医院高质量发展？浙江大学医学院附属第二医院安徽医院执行院长张秀来介绍，通过总结和提炼，浙大二院用“五个一”实现同质化管理，保证质量、效率、精细化管理。

“一个建制”：医院整体组织架构是党委领导下的院长负责制，设立了多个管理委员会落实各项管理工作。采取科主任负责制，“每个分院区有副主任作为某部分工作的责任人，但科主任是最终责任人。”他介绍，此外加上病区主任、医疗组长，以及主诊医师负责制的管理模式，通过多条制度明确各自行动职能。

“一个标准”：各学科日常管理、流程优化，以及院内急救、手术安全、优质护理等工作，多院区所有的流程、文书、系统保持一致。他举例，比如浙大二院以DRG绩效考核分析系统为抓手，可对所有临床科室、病区的重点病种、CMI值变化数据等进行分析。

“一种文化”：他介绍，从2009年开始，浙大二院提出“患者与服务对象至上”，也就是临床行政互相服务，特别是行政要服务临床，临床要服务患者。2012年，医院又鲜明地提出全球化的战略。各院区皆向着同样的目标、营造同样的氛围。

“一张发票”：也就是每个院区产生的医疗费用整合在一张发票上，更好地促使多院区人财物系统打通。

“资源一盘棋”：他表示，多院区的转运体系尤其重要，所有的转运采用“1+1+2”的模式实现：1个办公室，1套流程，2个循环（多院区的循环、救护车班车的循环）。患者可在不同院区做检查，进行住院转运，相互之间是打通的。

华中科技大学同济医学院附属同济医院中法新城院区常务副院长祝文涛表示，新院区“建易管难”，其中一个很大的难点是如何在实现分院区规模化发展的同时，兼顾医院高效的运营、增强医院整体的实力和声誉。

他介绍，在建设分院区之初，同济医院做了大量的调研工作，包括院区选址、周边人群疾病谱分析、考察同级别医院多院区管理模式等等。经过大量的考证和讨论，决定采用“一体化管理，同品质医疗”作为多院区管理模式的根本原则。

“总体而言，党建引领是根本保证，一体化管理是核心路径，同品质医疗是最终目的，特色化布局是创新之举，数字化赋能是动力源

泉。”他介绍，在坚持和加强党对医院全面领导的基础上，同济医院多院区管理推行行政管理一体化、人力资源一体化、医疗管理一体化、信息系统一体化、后勤保障一体化、文化建设一体化模式。

特色化布局方面，同济医院结合政府整体发展规划、各辖区特点、患者就医需求、医院发展定位等，明确各院区功能定位，使得特色鲜明、功能互补的“一院四区”发展格局基本形成。

国家区域医疗中心建设，如何在组织机构、学科建设和运营管理上形成合力推动均质化发展，确保医院高效运营？多院区管理中，如何通过完善制度、规范流程、优化模式等举措，实现不同院区间的治疗质量同质化？在圆桌论坛环节，多位医院管理者围绕这两个备受关注的话题展开。

西安市儿童医院院长李安茂介绍，西安儿童医院原来“内科强、外科弱”，是跛足前行。近十年，医院采取“引进一个人才、打造一个科室、带领一个团队、强化一个专业”的“四个一”模式，在强大内科系统的同时，不断加强外科建设。十年磨一剑，医院外科系统从十年前的2个病区、70张床，到目前13个专业、13个院区、400余张床位，实现了内外科有序共同发展的局面。

西安医学院第一附属医院副院长李亚认为，要达到多院区建设同质化，一是要加强一体化管理，采取一套班子、多套管理；二是合理合算医院成本，降低和优化运营成本；三是加强医疗质量管理，使老

百姓真正从中获益；四是打造文化品牌，“使所有医疗服务和行为，出发点都是满足人民群众所需”；五是科学规划学科布局，进行错位发展，满足群众不同需求。

贵阳市第四人民医院副院长龙胜利指出，在“人、财、物”以及医疗品质、文化建设方面，多院区建设有很多问题需要思考。一是人力资源的管理。他认为，优质资源下沉扩容区域均衡布局后，要考虑输出医院的人力资源是否会被稀释，并快速做好人员统一调配和人才快速培养、补充；二是如何合理分配绩效来调动员工的积极性，让大家乐意到新院区去做贡献；三是同一地区的不同院区如何利用好大型医疗设备，避免重复投资建设；四是在一体化管理和同品质服务上，除了完善流程和标准制定外，还要在垂直管理上加以考核从而确保标准落地；五是多院区在文化建设上，不仅仅是停留在表面的形式统一，更应该注重精神上的统一。

西电集团医院副院长屈勇介绍，该院新院区于2023年3月份开科之后运行平稳，但是存在新老员工文化交融难，部分新提拔的干部管理经验相对不足，分院区临床和职能科室人员对院本部依赖性强，独立开展工作能力不足等问题。医院摸着石头过河，于分院区设立了医疗管理部和协调管理部，应急突发事件；主院区职能部门每周不定时派人去分院区巡查督导，集中解决相关问题。

在陕西省第二人民医院副院长杨胜利看来，医院的发展，有人才

才有学科，有学科才有技术。强大的人才支撑，才得以使医院更好发展。他认为，医院未来发展要加强学习、加强合作，在学科发展上，寻找到自己的专业特长并坚持方向。在这个“内卷”时代，要做出自己的特色，才能更好地生存和发展。

西安交通大学第一附属医院运营管理部副部长王娟介绍，西安交大一附院东院区经过前期发展和融通，明年面临和总院“国考”指标并表。“如何进一步促进东院区发展，使总院各项‘国考’数据实现最小稀释化，是运营今年的重点工作。”她介绍，运营部目标是通过在两院融合以后“国考”具体数据分析，在“国考”这个“指挥棒”作用下优化顶层设计，从人员配置和学科建设等方面，使医院整体“国考”指标能够不断提升，同时促进分院区更进一步发展。

最后，马欣在进行会议总结时表示，公立医院“一院多区”建设下一步往哪走，也是今后需要探讨的问题。变化一直存在，但是只要本着服务于人民群众生命安全和健康保障的出发点，医院的发展一定会越来越好。

[返回目录](#)




扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药 城: <http://www.yaochengwang.com>

 地 址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电 话: 010-68489858