

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024 年第 32 期

(08.05-08.11)

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。）

• 医院管理 •

▶ [公立医院全面预算管理中的问题分析及对策建议](#)（来源：三智医管）——第 7 页

【提要】随着我国医药卫生体制改革的稳步推进，国家对于公立医院相继出台了各项考核指标，以期提升公立医院运营效率。受 2020 年以来新冠疫情影响，公立医院的运行压力与日俱增，亟待改变当前粗放型的发展模式。对此，在医院的运营管理中，必须强化内部管理，融入全面预算管理工作。2020 年 12 月，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《公立医院全面预算管理制度实施办法》，为公立医院全面预算管理工作指明了方向，明确了发展路径。全面预算管理对于医疗资源配置和整体效益的有效提升，具有非常明显的促进作用。

▶ [DRG/DIP 付费 2.0 版对公立医院运营管理的影响](#)（来源：三智医管）——第 15 页

【提要】2024 年 7 月 23 日，国家医保局办公室发布《关于印发按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》（以下简称《通知》），要求做好 2.0 版分组落地执行工作，加强医保和医疗改革的协同推进。随着改革的深入，部分“异化”的医疗行为和医院运营方式需要如何改变？

• 专家观点 •

▶ [为中国式现代化筑牢健康根基——访国家卫生健康委党组书记、主任雷海潮](#)（来源：中国卫生杂志）——第 19 页

【提要】党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》，对深化医药卫生体制改革提出新要求、作出新部署。深化医药卫生体制改革的目标和任务是什么？如何在改革中体现“实施健康优先发展战略”？怎样进一步提升人民群众看病就医获得感？新华社记者采访了国家卫生健康委党组书记、主任雷海潮。

▶ [DRG/DIP 付费 2.0 版如何落地？国家医保局 3 场解读会提出 6 条建议](#)（来源：中国医疗保险）——第 24 页

【提要】2024 年 7 月 23 日，国家医保局发布了按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案，8 月 3 日-4 日，国家医保局充分践行“开门办医保”理念，连续举办三场按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案解读活动，并进行了网络直播。三场解读分别围绕医保医疗协同改革、DRG2.0 版分组方案和 DIP2.0 版病种库等内容进行了详细解读，从活动现场来看，“中国医疗保险”针对临床关注度较高的问题进行了归纳梳理。

• 医院信息化 •

▶ [北京大学第三医院：升级互联网医院 服务全生命周期](#)（来源：北

京大学第三医院) ——第 31 页

【提要】自 2018 年在医院 APP 上线图文咨询功能以来，北京大学第三医院坚持从服务患者角度出发，持续探索互联网+全生命周期的医疗健康服务模式，推动互联网医院建设。截至目前，北医三院互联网医院注册患者近 200 万人，累计提供 60 万人次的互联网诊疗及咨询服务，为 6 万多名患者提供了处方开具及全国药品配送服务，互联网医院患者满意度达 95.4%。

▣ [无锡市中医医院：智慧医院建设的“中医智慧”](#)（来源：无锡市中医医院） ——第 33 页

【提要】“中医移动诊室”项目是无锡市中医医院在探索智慧医院建设中的一个创新尝试。近年来，从“电子病历”到“智慧医疗”的迭代见证着医院信息化建设的内涵变迁。智慧医院建设不再局限于电子病历等特定医疗信息化手段，而是聚焦人民群众实际就医需求，以电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”重构医疗生态。无锡市中医医院院长顾晓峰认为，将传统的中医药和现代化的信息技术结合，是中医院形成新质生产力、实现高质量发展的重要途径，“核心是让患者受益，让更多人体会到中医药文化的魅力。”

• 医保速递 •

▣ [国办发文件，城乡居民医保迎来哪些政策利好？](#)（来源：中国青年报） ——第 39 页

【提要】目前，我国城乡居民医保覆盖 9 亿多人，其中包括无法参加职工医保的农村居民、老年人、儿童等群体。“在制度运行过程中，我们还存在一些问题，比如(城乡)居民医保筹资机制还不够完善，参保群众连续参保还缺乏激励，中断参保也缺乏制约。”国家医保局副局长黄华波在国务院新闻办 8 月 1 日下午举行的政策例行吹风会上说。

▶ [加快标准化建设步伐，助推基本医保制度更加公平可及](#)（来源：中国医学科学院医学信息研究所）——第 42 页

【提要】基本医疗保障制度作为减轻群众就医负担、增进民生福祉的重大制度安排，其标准化水平与广大人民群众公平、便捷享有各项医保待遇息息相关。自《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44 号）颁布以来，我国先后建立起城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险制度，形成了覆盖全民的基本医保制度体系。

• 集中采购 •

▶ [国家医保局发文：注射剂或将率先开启“三同”治理时代](#)（来源：21 新健康）——第 48 页

【提要】国家医保局正式发文，宣布启动注射剂价格治理行动，各地需在 8 月 30 日前全部落实到位。药品价格治理向纵深处发展。8 月 4 日，国家医保局发文表示，国家医保局办公室印发了《关于规范注射

剂挂网工作的通知》(以下简称《通知》), 要求各地简化注射剂挂网方式, 统一按最小制剂单位挂网, 并做好挂网方式切换前后的价格协同、风险防范等工作。

▶ [药品集采铺好乙肝患者“求生路”——真实世界研究之恩替卡韦](#)

(来源: 中国医疗保险) ——第 54 页

【提要】“中国的肝癌 92%是由乙肝引起的, 世卫组织曾经有预测, 到 2030 年中国将有 1000 万的人死于与肝病相关的疾病。”中山三院感染性疾病科学科带头人、教授高志良强调了乙肝临床治愈的重要性: “乙肝临床治愈可显著降低患者的肝癌发生风险, 改善患者远期不良结局。”

-----本期内容-----

• 医院管理 •

公立医院全面预算管理中的问题分析及对策建议

来源：三智医管

随着我国医药卫生体制改革的稳步推进，国家对于公立医院相继出台了各项考核指标，以期提升公立医院运营效率。受 2020 年以来新冠疫情影响，公立医院的运行压力与日俱增，亟待改变当前粗放型的发展模式。对此，在医院的运营管理中，必须强化内部管理，融入全面预算管理工作。2020 年 12 月，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《公立医院全面预算管理制度实施办法》，为公立医院全面预算管理工作指明了方向，明确了发展路径。全面预算管理对于医疗资源配置和整体效益的有效提升，具有非常明显的促进作用。

一、全面预算管理概述

全面预算反映的是组织未来某一个较为特殊时期内全部的生产工作，以及经营活动的具体财务计划。全面预算管理也是围绕着组织战略目标设定的，既注重资金的管理，又注重成本的管理，以形成合理的财务收支，不断降低财务风险。全面预算管理能够有效发挥控制职能、协调职能和规划职能。通过编制预算、执行预算、分析预算的方式优化资源配置，提高资源的利用效率，使得运行的效率水平不

断提高，降低运营风险。

二、医院全面预算管理体系构建存在的问题

(一) 预算管理组织体系不完善

预算管理工作是财务管理工作的一部分，部分公立医院内部一般情况下主要由财务部门全权负责预算编制工作，其他部门参与度较低。然而，财务部门对医疗业务部门缺乏一定的了解，且由于沟通不足，在制定预算时缺乏全面清晰的考虑，通常采用收入增长百分比的方法，根据基期数据来确定下一年的预算收入，脱离医院药占比、耗占比、门急诊人次、出院人次、次均费用等基础数据，导致预算进行不精准，执行过程中存在一定随意性，预算调整不具有一定的监督作用，预算绩效考核评价体系不完善等问题。这种由财务部门独立完成的预算编制工作缺乏合理性，难以真正得到落实。

(二) 预算编制准确度不高

在公立医院预算编制的环节，各临床业务科室为了争取更多有利资源，在编制需求预算时，向有关职能部门申请设备、床位、人员等更多资源，存在盲目求大的行为。然而在预算审核的过程中，由于信息不对称，易形成预算指标与客观实际脱节，导致预算执行率不高。在当下，保证预算编制的合理性是预算管理工作组织起来的重要前提，对于预算执行结果产生的影响也相对较大。医院部分预算编制工作进行时不同地区的经济发展状况存在差异，各个公立医院的规模、

医疗水平、医疗设施等存在较大区别，因此预算编制不能盲目借鉴其他医院的发展目标。预算编制方法应该朝着多元化的方向发展，仅仅简单地采用增量或是减量的方式，没有进行实际考察，这是不科学的一种做法，这也会导致预算编制工作缺乏准确性与科学性。

(三) 预算执行缺乏管控，无法有效提前预防财务风险

目前部分公立医院尚未完全形成一套较为完整的全面预算闭环管理体系，在执行预算时，每项预算偏差的数值看似不是很大，但是到年度预算分析的时候才发现汇总所形成的风险偏差相对较大，不能够起到事前规避财务风险的作用，使得风险控制的难度不断提高。审核人员是通过多个 Excel 表格化的方式管理工作，直接将预算编制的最终结果导入到系统的相关表格当中，从形式上来看着完成了预算的编制以及日常的控制工作，实际上因为财务和业务两者存在一定的脱节情况，或是仅仅对总额上进行控制，忽略了对收支明细项目和专项资金的严格把控，违背了全面预算管理的初衷。

(四) 信息化水平较低

当前，大部分医院并未运用先进的信息化设备数据处理模式，仍然采用较为传统的方式，通过多个表格逐一查找、核对、登记、汇总等一系列手工处理，在这这方面的工作强度相对较大，信息在传递过程中容易出错，且耗费时间和人力，非常容易产生部分预算执行超出标准，部分预算无法达标的情况。相关数据信息不能够得到更加精

准的分析和有效评估，数据质量和有效性不断下降，没有完善的会计信息系统，加大了预算管控的难度，多部门之间的信息互通也会受阻，难以满足全体员工参与预算管理的要求，也无法有效提高医院预算管理工作的水平。

三、开展全面预算管理的对策及建议

(一) 做好顶层设计，全面推进预算管理

为了推进公立医院的全面预算管理，要抓住其中的痛点，全面对其进行改善和优化，切实强化全员重视程度。成立院级领导负责的全面预算管理委员会，负责拟定下年度预算基本目标、并经审议通过后下发给各个归口部门，结合医院内部环境、外部政策的变动，对医院组织机构、学科建设、资源配置等进行合理规划，并进一步分解细化目标，层层开展落实，以保障全面预算管理的顺利开展。这对于医院的稳步发展具有重要意义。各科室需要做好相应配合，组织全体医护人员对预算知识进行学习，并结合医院的实际情况，各自对本科室预算目标有所理解。这样才能够发挥全体员工的主动性，使得预算管理工作真正落实下去。

(二) 制定预算管理目标，构建上下联动的全员性预算管理体系

全面预算管理实施的重要前提就是要了解公立医院当前经营管理的现状，并结合医院短期战术和长期战略规划，设置科学明确的预算管理目标。

目前，大部分医院的预算管理体系不科学、不合理，主要是因为工作开展的整个过程更多的是财务部门参与，全面预算是一项全员参与的管理，医院需要建立“上下联动、左右协同”的三级预算管理模式，切实提高员工的积极性和参与度。

由预算管理委员会制定院级总预算，并下设归口职能管理部门。各个归口部门根据各自的职责负责医院收入及支出预算，业务科室是医院所有的预算责任科室，各自负责其科室的预算工作，并根据科室发展情况制定合理的业务及资源需求预算，通过“专业论证、统筹协调、有序下达”，形成较为完善科学的管理体系，尽量减少其中资源浪费的情况，实现对于医疗资源的优化合理配置。

(三) 建立完善的预算监督管理机制，强化日常资金费用控制

在医院预算管理工作中，首先应该强化责任意识，加强内部监督工作，明确各部门职责(见表 1)，给制定预算的人员，比如经办人、审核人、监督人等设置一定的权限，各自独立管理，又彼此相互制衡。对于医院经费审批，将财务报销系统融合费用预算和资金预算两个模块，预先设置各部门的年度费用和资金预算，制定相应的预算权限和审批流程，规范和约束资金的使用，加强内部审计，对超预算或者无预算的项目严格把关，强化预算执行管控，避免人工审核下的预算超支现象，这样才能够形成具有一定效率的闭环管理体系。

表 1 预算编制责任清单

责任科室	负责内容
党办、院办	宣传费、公务接待费、邮电费、交通费等
行政处	办公费、公务用车运行维护费、水电费、燃气费、洗涤费、房屋维修、基本建设、物业管理费、印刷费等
设备处	设备维修、专业设备维修维护费
人事处	人才招聘、各类人才经费、基本工资、基本养老保险、离休费、退休费、抚恤金等
医务处	医院医疗业务量、医疗赔偿支出、临床科室的业务支出、医联体等
科技处	各类学科经费、科研课题、论文版面费、专利技术等
教育处	教学项目支出、培训支出
质量管理办公室	品质管理等
信息处	医院信息网络、数据库外包、网站服务外包等
财务处	人员经费中月度绩效、提取坏账准备、各类手续费、税金及附加费用、财政项目拨款经费、差旅费、因公出国(境)费等
药剂科	药品(西药、中成药、中药饮片)费
采购中心	血库材料、医用气体、影像材料、化验材料、植入器材、介入器材、低值易耗品等
图书馆	图书采购、期刊订阅等
工会	工会福利、工会活动、子女保教费等
团委	团建活动、志愿者项目等
国家药物临床试验机构办公室	药品验证支出、药品伦理委员会支出等

(四) 加快全面预算管理人才队伍建设

公立医院管理具有较强的专业性和特殊性，需要管理人员不断提高自身的综合素质。财务部门人员应转变观念，明确自身职责，在加强会计业务的同时，主动了解医学行业中的一些基础知识，及时关注

医疗政策改革。医院在招聘财务人员时，可以着重关注一些拥有医学知识背景和财务背景的跨专业复合型人才，这样可不断提升预算管理人员的综合素质，确保预算编制的合理性。与此同时，加强预算管理人员的选拔、培训与考核，打造一支业财融合型的高质量预算管理队伍，使得预算管理后续工作更加顺利有效的完成。

(五) 信息化提升预算管理质效

医院应进行全面预算管理和医疗费用管控的信息化改革，搭建以预算管理为抓手、业财融合的一体化信息平台，打破信息系统壁垒，减少人为干预，连接医院信息系统(HIS)、成本核算系统、HRP系统、物资系统、预算系统、合同管理系统、人力资源管理系统、会计核算系统等，实现预算业务全流程闭环管理，完善业务系统预算管理功能，实现资源流通可视化、可跟踪，全面提升医院运营质效。

四、思考

(一) 全面预算管理过程应做好协调过渡

随着医院管理业务的复杂程度不断提升，全面预算管理的内容也相应需要丰富和拓展。从医院的长期战略角度而言，战略规划应充分融合进预算管理之中。从医院经济运行角度而言，预算管理是开展经济业务活动的重要前提，医院应充分发挥预算对经济运营的管理和控制作用。所以，在预算执行的过程中，医院应做好“刚柔并济”的协调过渡工作，做到预算指标“刚性”和特殊事项审批“柔性”有机结

合,在坚持预算指标严格控制管理的同时,适当保留一定的预算弹性,切实保障医院经济高效发展。

(二)提高业财融合的预算管控力

全面预算不仅需要关注数据的挖掘,更要关注的是数据背后代表的经济业务活动。以目前科室收入预算管控为例,目前医院主要依赖HIS系统对挂号收入、检查收入、化验收入、手术收入等各项指标进行监控,但是对于临床科室的医疗费用还是基于手工分析来控制,医院每月召开医疗费用控制小组会议分析讨论指标情况。对此,医院可以将HIS系统与预算系统互联,实现医疗费用项目的二级预算管控真正落实在相关部门,加强业务科室的预算管控力,将全面预算管理与业务和财务充分结合,有效提升预算管控的质量和效率。

五、结语

总之,全面预算管理工作是一个持续完善的过程,虽然在公立医院内部运营管理过程当中所起到了一定的成效,但是还有进一步提升的空间。

公立医院应该结合新医改的具体要求,坚决贯彻落实《中共中央国务院关于全面实施预算绩效管理的意见》,进一步明确预算管理目标,树立全面管理意识,营造医院内部全员参与的良好氛围,做到事前规划、事中控制、事后评价,充分发挥预算管理的重要作用。

[返回目录](#)

DRG/DIP 付费 2.0 版对公立医院运营管理的影响

来源：三智医管

2024 年 7 月 23 日，国家医保局办公室发布《关于印发按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》（以下简称《通知》），要求做好 2.0 版分组落地执行工作，加强医保和医疗改革的协同推进。随着改革的深入，部分“异化”的医疗行为和医院运营方式需要如何改变？

一、升级后的 2.0 版本有哪些方面的改变

新版分组方案为了能充分满足临床诊疗的复杂性进行了以下的升级：一是 DIP 病种库 (2.0 版) 进一步提高了分组的科学性。从表面上看 2.0 版病种库的病种数量有所减少，核心病种从 11553 组降到 9520 组，但是，由于调整了相关手术操作规则，对应的新增病种达到 1100 个，病种结构得到优化。二是升级后的 DRG2.0 版，重点对重症医学、血液免疫、肿瘤、烧伤、口腔颌面外科等 13 个学科，以及联合手术、复合手术问题进行了优化完善。三是 DIP 病种库 (2.0 版) 针对临床手术操作的复杂性，对同时出现一个以上相关手术操作、且相关手术操作资源消耗达到该病例原费用 10% 以上的病例单独成组。四是赋能医疗机构，用好特例单议机制。

二、特例单议机制解除医疗机构的后顾之忧

本次发布的《通知》中专门提及要用好特例单议机制。为了防止

医疗机构担心总费用超标，医生不敢看病，影响病人救治，对因住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按 DRG/DIP 标准支付的病例，医疗机构可自主申报特例单议，特例单议数量提高到 DRG 出院总病例的 5%和 DIP 出院总病例的 5%，一定程度上减少了医院收治复杂病人的后顾之忧。支付方式改革的制度设计，就是让医疗机构通过规范自身医疗行为来减少病人的费用，就是让医生“该怎么看病、就怎么看病”。减少医疗机构因同一病组间的不同疾病以及同种疾病的不同患者之间存在医疗费用的差异，以及学科建设中因不断引入和使用高价高值创新药械、新技术发生亏损。

三、正确理解医保结余和医院结余的关系

DRG 盈亏与医疗机构盈亏不是一回事，DIP 结余和医院结余也不是一个概念。该两项盈利了、有结余了并不能表明医院就会盈利。医院的盈亏不仅仅取决于收入，还要受医院整体管理水平的影响，包括管理费用和成本高低的综合影响，不能把医院亏损的责任全部推到医保付费上，医保盈利了，但是医院管理水平不高仍然会造成亏损，因此，提高医院的整体管理水平迫在眉睫。医院要通过内部控制和绩效考核提高自身的运营管理水平，整合资源使用效率，进而提高医院品牌价值和核心竞争力，培育自己保有和吸引人才的能力，构建和优化自身的利益分配机制。提高医务人员满意度，医务人员满意是患者满

意的前提和保证，医院运营管理的真谛是吸引并留住患者。

四、医疗机构面对升级后的 2.0 版本如何加强运营管理

单纯解读医疗机构运行压力会因此扩大还是减少就显得比较肤浅，我们的反应是既有压力更是强化医院运营管理的动力。2.0 版分组有助于新技术新业务的开展，有助于各家医院提高四级手术占比。新的 DRG 体现了重视治疗技术和疾病严重程度方面的主导，提高了定位其他诊断影响资源消耗的精确度。对于优化医院的医疗收入结构，提高医院收入的含金量，提高医疗服务性收入占比有着积极作用，对于医院在国考中晋位升级有着很大的促进作用。有助于倒逼医院提高自身医疗技术水平，减少对检查检验设备的依赖，减少大型设备的购置成本，节约医院成本，降低资产负债率，增加医疗结余。助力医院的高质量发展，提高医院的运营管理水平。

五、医院管理层如何应对升级后的 2.0 版本

一是转变理念，要充分理解先有价格后有成本，是价格决定成本而不是成本决定价格，在 DRG/DIP 价格确定的情况下，必须控制成本才能保证医院的盈利和可持续发展，有利于医院的基业长青。要把过去成本加利润等于价格的理念去掉。二是不得将 DRG/DIP 病组(病种)支付标准作为限额对医务人员进行考核或与绩效分配指标挂钩，鼓励医务人员努力开展新技术新业务。通过绩效考核的指挥棒作用，树立医院的社会责任是为广大患者提供高效优质的医疗技术和医疗服务，

要为患者就医提供便捷的就医流程，要努力寻找患者就医的甜蜜点，使患者同时得到生理上和心理上的治疗与尊重。三是要充分认识到医院的价值是由患者创造的，患者是医院的价值创造者。要规范医疗收费行为，使患者得到从入院到出院的良好的就医体验，增加患者的就医舒适感，提高其满意度，进而影响医院的口碑。

六、财务人员如何配合好 2.0 版的落地推进

一是要协助医院领导层，以内部控制为约束，以绩效考核为导向，从组织架构、发展战略、人力资源、社会责任、医院文化五个方面加强医院运营管理。二是从业务层面加强全面预算管理，坚持“无计划勿行动、无预算勿支出”的原则。从源头上控制医院的风险点，把寻找、发现、防范风险作为医院运营的工作重点。把约束理论做为医院经济增长的理论基础，从提高有效产出、减少库存、降低运营费用三个方面挖掘经济增长点。三是要以内部控制为基础和保证、以发展战略为导向、以成本管理为原则积极开展兼顾长期利益和短期利益的绩效考核，把财务指标和质量指标有机的结合起来。把医保支付费用和质量控制指标纳入到绩效考核和医院的内部控制。四是加强业财融合，财务人员要深入到临床一线，了解医疗过程，从源头上协助指导医务人员控制成本，讲解控制哪些成本，如何控制成本，以及控制成本对科室绩效和个人绩效的好处。

总之，医疗机构要积极面对 DRG/DIP 付费 2.0 版对公立医院运营

管理的影响，挖掘潜力，构建属于自身的核心品牌资产。

[返回目录](#)

• 专家观点 •

为中国式现代化筑牢健康根基——访国家卫生健康委党组书记、主任 雷海潮

来源：中国卫生杂志

党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》，对深化医药卫生体制改革提出新要求、作出新部署。

深化医药卫生体制改革的目标和任务是什么？如何在改革中体现“实施健康优先发展战略”？怎样进一步提升人民群众看病就医获得感？新华社记者采访了国家卫生健康委党组书记、主任雷海潮。

人民健康是社会主义现代化的重要标志

问：深化医药卫生体制改革的目标和任务是什么？

答：习近平总书记强调，人民健康是社会主义现代化的重要标志。深化医药卫生体制改革的目标，就是要解决群众预防保健和看病就医最关心最直接最现实的利益问题，解决卫生健康事业发展不平衡不充分的问题，为人民群众提供更加优质高效、系统连续、公平可及的卫生健康服务，为到2035年我国居民主要健康指标进入高收入国家行

列奠定坚实基础，满足人民群众对美好生活的新期待。

锚定 2035 年基本实现社会主义现代化、建成健康中国的目标，我们要逐一对照全会部署，扎实推进卫生健康领域改革任务。

一是实施健康优先发展战略，推动建立完善健康优先发展的规划、投入、治理等政策法规体系。

二是以基层为重点加快建设分级诊疗体系，进一步推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，推进城市医疗卫生资源持续支持县域卫生服务“优服务、升能力、促管理”。

三是深化以公益性为导向的公立医院改革，促进医疗、医保、医药协同发展和治理，大力推进投入政策、编制政策、价格政策、薪酬分配政策等方面改革，加强行业综合监管。

四是持续健全公共卫生体系，总结用好新冠疫情防控经验和做法，坚持补短板、强弱项，做好新发突发传染病应对准备。

五是坚持中西医并重，完善中医药传承创新发展机制，实施“新时代神农尝百草”工程，丰富中医药救治手段。

六是健全人口发展支持和服务体系，推出一批生育支持政策，多渠道扩充普惠育幼服务供给，提高妇幼和老年健康服务水平，积极构建生育友好型社会。

七是加强卫生健康领域科技创新，促进医工结合，以国产药物、疫苗、设备、耗材为创新导向，为维护人民健康提供更多工具和手段。

促进健康融入所有政策

问：“实施健康优先发展战略”，相关改革有哪些重点部署？

答：党的十八大以来，习近平总书记多次强调“把保障人民健康放在优先发展的战略位置”，全会《决定》进一步提出“实施健康优先发展战略”，表明我们党对健康问题的认识达到了新的高度，健康在进一步全面深化改革中的重要性更加突出。

下一步改革的重点，是要推动建立完善健康优先发展的规划、投入、治理等政策法规体系，促进健康融入所有政策，推动各地各部门把保障人民健康作为经济社会政策的重要目标，探索以立法推动建立健康影响评价制度。

要深入实施健康中国行动和爱国卫生运动，持续推进健康乡村建设，大力促进社会共治、医防协同、医防融合，聚焦影响人民健康的心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等重大疾病，推动防治关口前移，加强早期筛查、早诊早治，鼓励医务人员积极参与健康宣教，让更多的健康知识“飞入寻常百姓家”，让公众掌握更多健康技能，努力控制主要健康影响因素和危害人类健康的重大疾病。

提升人民群众看病就医获得感

问：群众期盼更加便利、更加优质的医疗卫生服务，下一阶段有什么改革举措满足人民群众的美好愿望？

答：全会《决定》明确提出了加快建设分级诊疗体系的任务，这

是解决群众看病就医问题的重要措施。习近平总书记 2021 年在福建调研时要求“看大病在本省解决，一般的病在市县解决，日常的头疼脑热在乡村解决”，就是分级诊疗体系的具体衡量指标。围绕习近平总书记提出的三个目标，下一步将以基层为重点推进“四个延伸”，加快推进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，提升基层医疗卫生服务能力。

围绕“大病不出省”，进一步推动优质医疗资源向中西部、东北地区，向省域内人口较多城市延伸——

目前我们已经在全国建设 13 个类别的国家医学中心，在 29 个省份开展 125 个国家区域医疗中心建设项目，1400 余项诊疗技术在受援省份得到应用。下一步要重点推动已经设立的医学中心、医疗中心落实功能定位，进一步发挥好区域范围的辐射带动作用，新建国家和省级区域医疗中心要向省会城市以下人口较多城市倾斜。

围绕“一般病在市县解决”，进一步推动城市优质医疗资源向县级医院延伸——

目前，我国 92% 的县级医院达到二级及以上医院医疗服务能力。在此基础上，我们已经启动了相关工作，全面推进城市医院支援县级医院，核心一条就是建立稳定的人员下沉服务长效机制，三级医院派出专家给予县级医院医疗、药学、护理、管理等常年驻守指导。

围绕“日常疾病在基层解决”，进一步推动上级医疗资源向城乡

基层延伸——

关键举措是全面推进紧密型医联体建设，实现一定区域内相关医疗机构间医疗服务和管理的上下协同联动、一体化运作，每个基层医疗卫生机构都要有上级医院医师派驻，固定服务周期。今年已经在试点工作基础上全面推开了相关工作，我们要求紧密型县域医共体建设到 2025 年底，力争覆盖 90%以上的县市，到 2027 年底基本实现县市全覆盖。目前基层有 495 万名卫生健康从业人员，其中有 110 万名乡村医生，发挥了“健康守门人”的重要作用，在中央编办、教育部、人力资源社会保障部、国家医保局的大力支持下，我们正在推动落实大学生乡村医生纳入编制管理、村卫生室纳入医保定点、为中西部地区定向免费培养医科类大学生等，加强基层医疗卫生服务防病治病和健康管理能力。

围绕解决群众看病就医中遇到的转诊、检查检验等问题，进一步推动一定区域内医疗卫生服务相互延伸——

通过检查检验结果互认、探索建立转诊中心等方式，增强医疗卫生服务的连续性，进一步增强群众获得感。

通过上述“四个延伸”，相信人民群众看病就医获得感将得到明显提升。

公立医院改革以公益性为导向

问：全会《决定》提出“深化以公益性为导向的公立医院改革”，

如何推进这项改革？

答：公立医院是医疗卫生服务体系的主体，其服务和绩效表现直接关系大多数群众的看病就医感受。

深化公立医院改革的重点是加快健全维护公益性、调动积极性、保障可持续的公立医院运行机制，这其中，公益性是导向，调动积极性、保障可持续是基础。需要各级政府落实财政补助政策，建立编制动态调整机制，让更多医疗卫生工作者更加有保障。健全目标统一、政策衔接、信息联通、监管联动等医疗、医保、医药协同机制，建立健全体现以医疗服务为主导的收费机制，定期评估、动态调整。深化公立医院薪酬制度改革，优化薪酬结构，提高医务人员固定收入占比，推动医疗机构不同科室、不同岗位薪酬更加合理，同步优化绩效工资结构，加大固定收入所占比重。

同时，引导规范民营医院发展，加强与商业健康保险的衔接，满足群众多样化健康需求。持续加强医药卫生领域廉政建设，创新行业监管手段，尤其是加强穿透式监管和智能监管，持续整治腐败问题和群众身边不正之风。

[返回目录](#)

DRG/DIP 付费 2.0 版如何落地？国家医保局 3 场解读会提出 6 条建议

来源：中国医疗保险

2024 年 7 月 23 日，国家医保局发布了按病组和病种分值付费 2.0

版分组方案，8月3日-4日，国家医保局充分践行“开门办医保”理念，连续举办三场按病组和病种分值付费2.0版分组方案解读活动，并进行了网络直播。

三场解读分别围绕医保医疗协同改革、DRG2.0版分组方案和DIP2.0版病种库等内容进行了详细解读，从活动现场来看，“中国医疗保险”针对临床关注度较高的问题进行了归纳梳理。

DRG/DIP 2.0版解读会六大核心速览

DRG 付费实施后会影响到医疗机构收治复杂疑难病人吗？

DRG/DIP 付费后会不会导致患者15天被出院？

DRG/DIP 支付标准会作为限额与医生的奖金挂钩吗？

DIP 分组更细，有意无意产生“高编高套”，如何监管和避免？

辅助目录作为DIP病种库的特色，如何在实践中发挥其正向和负向作用？

DIP 2.0如何助力医院实现高质量发展与医保支付方式改革的有机结合？

一、DRG 付费实施后会影响到医疗机构收治复杂疑难病人吗？

在DRG付费方式实施以来，临床上确实存在不少杂声，医保局在此次直播中从医院管理层面再次回应了该问题。解读活动上，广东省人民医院副院长袁向东明确表示，这属于对政策的误解。

一是DRG/DIP付费是在总额预算的情况下，按照资源消耗来确定

权重和分值，疾病越复杂，权重和分值就会越高。如在治疗主动脉夹层疾病时，保守治疗、主动实施扩张修复术、部分切除、人工血管置换术等不同的手段，其支付标准都是不一样的。

二是在特例单议机制让医疗机构在收治患者时无后顾之忧。袁院长表示，2.0 版本将特病单议的 DRG 比例从 1% 提高到 5%，这是对医院的福利，仍以主动脉夹层举例，患有多种疾病的患者整个手术后花了 45 万，若按照 29 万的支付标准，医院无疑是超支的，此时医院就可申请特病单议，按项目结算弥补复杂疾病的超额费用。此外，国家医保局医保中心副主任王国栋表示，特例单议的申请通过率高达 90% 以上，解决了医院收治危重复杂病例的后顾之忧，是一个很好的制度设计。

三是医保支付方式改革促进了医院的精细化管理，通过精准的管理控制不合理费用，包括检验、检查、用药、耗材和治疗等，促使产生结余资金来支持学科的发展、新技术的应用，来更好应对疑难患者。

二、DRG/DIP 付费后会不会导致患者 15 天被出院？

针对这个问题，国家医保局在此前已进行过多次回应，医药管理司司长黄心宇曾在新闻发布会上明确表示医保局从未制定 15 天出院的规定，那么在临床上是否真的有此类事情发生，又该如何避免？

河南省安阳市人民医院副书记张劲夫回应称，公立医院的住院床位是一种相对稀缺的公共资源，要保障患者的公平性和可及性，必须

要保持较高效率的床位周转率。另外，张书记认为支付方式改革改的是医保和医院的关系，并不是医院和患者的付费关系，这是大家容易搞混的一点，为保障医院的均衡、可持续发展，就必须通过内部流程的优化达到成本控制的最佳平衡点。而且，DRG/DIP 的付费标准反映的是历史平均值，这就不可避免在同一个病种中患者住院时长存在差异，针对一些住院时间较长的危重疾病患者，特例单议机制也为此类患者打开了一扇窗。

黄心宇司长也表示，造成患者 15 天被出院的原因十分复杂，不仅需要医疗机构更加明确出入院标准，医保部门也会去探索如按床日付费等方式满足病人住院需求，同时，患者也需要改变观念，与医保、医疗“相向而行”。

三、DRG/DIP 支付标准会作为限额与医生的奖金挂钩吗？

业界有人称实施医保支付方式改革后，医生需要一边拿听诊器，一边拿计算器，反映出不仅是患者可能对医保的某些政策有所误解，医生端也存在这个现象。北京协和医院张婷医生表示，DRG 实施是从宏观上做的调整，促使医疗资源分配更加合理，这并非是去克扣临床医务人员或者医院的钱。

同样，北京大学人民医院主任王茹表示，医院的所有盈亏是不跟临床直接挂钩的，医疗机构的主责是治病救人，是提高医疗质量。作为医院管理者，若某个病组是亏损的，重点在于分析病例、和临床去

沟通，来确定病人的检查是不是该做，这个手术是不是合适等，规范临床路径让这种亏损越来越少。

四、DIP 分组更细，有意无意产生“高编高套”，如何监管和避免？

DIP 国家病种库 2.0 版包含核心病种 9520 组，优点是比较尊重临床实际，但是由于分组较细，病种之间的边界不清晰，这种客观现实可能导致有意和无意的“高编高套”。

对于有意的“高编高套”，山东省医保局副局长李元芝介绍了山东省的做法：第一，通过政策培训和交流以引导医疗机构加强自我约束；第二，提高医保结算清单填报质量，加强病案编码；第三，运用大数据手段加强医保费用的审核，对违规情形纳入协议履约考核；第四，依托医保智能监控系统审查对易高套病种进行重点专项核查。国家医保局医药管理司司长黄心宇补充道，随着医保部门数据集中能力的加强和数据分析能力的提升，无论是经办审核和基金监管都有规范措施。

对于无意的“高编高套”，医院同志反映由于医院缺乏病案编码的专业人才而对医生的临床诊断给予错误的编码，导致数据上传报错率比较高。厦门大学附属第一医院医务处处长许中表示从全国来看，各医院病案室建设工作由于历史原因导致欠账较多，没有足够重视医院内部病案体系专业化建设，也是当前 DIP 实施的痛难点。但是，病

案数据一方面上传到国考平台，另一方面上传到医保结算平台，跟医院的“钱”和“名”都息息相关，医院提升编码专业性刻不容缓。第一，补足编码员是基础。按照每月一千份出院病例配备一个编码员和一个审核员，审核员最好由临床经验人员担任。第二，进行适当的信息化投入。建设专业的病案管理系统，有条件的医院可上线人工辅助系统。广州医科大学附属第一医院副院长黄伟青针对病案管理中心任务过重和人员不足的问题分享实践经验——倡导每个学科有一个兼职的编码员，让临床的医生和医护人员都懂得编码的原则和分组规则。

五、辅助目录作为 DIP 病种库的特色，如何在实践中发挥其正向和负向作用？

病种库是由主目录和辅助目录组成，但是在现在的整个改革推进当中相对较弱。

首都医科大学国家医保研究院副院长、DIP 技术指导组应亚珍表示，辅助目录是对主目录有着正向和负向的校正作用。正向的辅助校正即乘系数，应用于如疾病的病情差异导致资源消耗与平均值偏离，且成一定规律；负向校正即折扣扣减，应用于如熟悉规则的医疗机构，可能采取针对性的方式来争取利益最大化，比如诱导住院、风险选择、遏制需求。

六、DIP 2.0 如何助力医院实现高质量发展与医保支付方式改革

的有机结合？

新技术、新项目的开展是确保医疗机构技术领先、实现高质量发展的重要载体，医保应该也正在对医院高质量发展、学科可持续发展起正向促进作用。

厦门大学附属第一医院医务处处长许中表示，一方面从特殊个案上充分利用好特例单议机制；

另一方面，医院和医保部门紧密联系、落实协同。如厦门每半年组织一次新技术和新项目和审议工作，医院可随时提交申请，医保部门定期组织专家审议，审议通过后直接入组。且从厦门市一附院实践来看，新入组的新技术和新项目往往点数较高，鼓励了医疗机构大力提升新技术和新项目，是公立医院高质量发展与医保协同发展的有机结合。广东省广州市医保局副局长林立补充广州经验，广州作为国内医疗高地，设立特殊项目加成，且每年评议、及时成组，打消医院顾虑。

通过直播解读 DRG/DIP 2.0 版分组方案，国家医保局向公众展示其推动医保支付方式改革的决心和成果，增强公众对医保制度的信任和理解。未来，我们期待 DIP/DRG 2.0 方案能够在实践中不断完善和发展，进一步规范医疗服务，提高医保基金使用效率，为人民群众提供更加优质、高效、便捷的医疗服务。

[返回目录](#)

• 医院信息化 •

北京大学第三医院：升级互联网医院 服务全生命周期

来源：北京大学第三医院

自 2018 年在医院 APP 上线图文咨询功能以来，北京大学第三医院坚持从服务患者角度出发，持续探索互联网+全生命周期的医疗健康服务模式，推动互联网医院建设。截至目前，北医三院互联网医院注册患者近 200 万人，累计提供 60 万人次的互联网诊疗及咨询服务，为 6 万多名患者提供了处方开具及全国药品配送服务，互联网医院患者满意度达 95.4%。

“全时空”增加服务供给

北医三院互联网医院采用“碎片+实时”出诊模式，医生可通过移动端为患者提供咨询建议或为复诊患者开具处方及检查检验项目，实现了一周 7 天 24 小时不间断提供医疗服务。同时，增设固定时段实时医患视频交流的云诊室功能，患者可在预约时段和医生进行视频复诊，部分科室可实现北京医保全程脱卡结算，保障了医疗服务的连续性和稳定性。

“全方位”创新服务模式

北医三院于 2022 年实现医、药、护、技线上协同，全方位服务患者。医院优化传统服务模式，先后推出消化科线上评估团队、增设麻醉科云诊室等，开展线上评估访视、病历解读及复诊取药。过去，

无痛胃肠镜的检查流程较为繁琐。患者不得不多次到院才能完成全部检查。为解决这一问题，2022年9月，医院成立了消化科线上评估团队，并逐渐纳入放射科、超声医学科医生。通过评估整改，原本分散的无痛胃肠镜流程被重新整合为诊前咨询、无痛胃肠镜评估、麻醉评估、术后复查四个环节，无痛胃肠镜患者来院次数从6次减少到3次。截至2024年1月，医院累计完成线上无痛胃肠镜评估15000余例，2024年1月当月线上评估例数占无痛胃肠镜检查总数近70%。在此基础上，医院麻醉科通过云诊室开展门诊评估业务，截至目前已完成100余例无痛胃肠镜的麻醉风险评估。

医院还开展了互联网+药事服务，专业药师在线解答患者用药疑问，提供科学的个性化用药指导。同时开放互联网+护理服务，组建了肾病与透析、新生儿居家照护、孕产妇一体化管理及肠造口等15支护理专业团队，免费为患者解答护理疑惑，方便了老年、行动不便患者、孕产妇、新生儿等特殊群体就医，延伸了护理服务范围。此外，医院开放多学科诊疗及罕见病团队的线上咨询评估，患者可在线提供既往就医资料，向医院高水平诊疗团队问诊。

“全流程”丰富服务内涵

以信息技术为依托，北医三院持续改进服务流程，逐步提升智慧医疗服务水平。

作为首批接入北京市“京通”平台的互联网医院，北医三院互联

网医院实现了线下号源与互联网诊疗平台直联和信息共享，市民可通过统一入口，完成医院预约挂号。互联网医院逐步推出在线预约检查、手术查询等功能。患者可通过手机移动端完成超声、X线及CT等影像检查项目的预约改约，家属在手机端可实时了解患者手术的进程状态。同时，互联网医院还支持云胶片、检查检验报告、电子病历、电子票据下载以及住院病案线上复印邮寄等功能，患者查询更便捷。利用人工智能等信息技术，北医三院在传统诊疗服务基础上，持续向诊前的健康管理、健康体检、预问诊、智能分诊和诊后的慢性病管理、随访康复等全流程服务延伸，切实解决患者线下诊疗的痛点难点问题，提高了患者健康管理意识。

[返回目录](#)

无锡市中医医院：智慧医院建设的“中医智慧”

来源：无锡市中医医院

把中医诊室“搬”进患者家里，望闻问切之后，大夫开出药方，患者坐在家中等待快递将中药送上门……这样的就医流程，已经成为无锡市民的看诊日常。

“中医移动诊室”项目是无锡市中医医院在探索智慧医院建设中的一个创新尝试。近年来，从“电子病历”到“智慧医疗”的迭代见证着医院信息化建设的内涵变迁。智慧医院建设不再局限于电子病历等特定医疗信息化手段，而是聚焦人民群众实际就医需求，以电子病

历、智慧服务、智慧管理“三位一体”重构医疗生态。

无锡市中医医院院长顾晓峰认为，将传统的中医药和现代化的信息技术结合，是中医院形成新质生产力、实现高质量发展的重要途径，“核心是让患者受益，让更多人体会到中医药文化的魅力。”

因地制宜 走中医药自己的发展之路

无锡市中医医院是无锡市唯一一家市属中医综合医院，承担着无锡市及周边地区居民的中医药服务职能。医院开展中医智慧医院建设的动力，除了方便患者，还源于自身需求：现代中医院需要高效、高质量的医疗服务供给和高水平的管理决策能力，从而促进患者就医体验的提升。此外，无锡市中医医院是南京中医药大学的附属医院。作为一家兼具教学职能的中医医院，中医科研与教学的深入开展同样离不开信息化的有力支撑。

目前，智慧医院建设已在全国范围内铺开，已有不少成熟的案例可供借鉴参考。然而，顾晓峰却认为不能简单地“依葫芦画瓢”：“中医诊疗有自身的特色和规律，中医院的智慧医院建设也应该把握这些规律，因地制宜地探索适合自己的建设路径。”

从传统来看，中医诊疗主打一个“慢”字：医生耐心细致地了解患者的身体情况，中药疗效也在日积月累中慢慢显现。但是在快节奏的现代社会里，高效便捷的医疗服务供给是大势所趋。智慧医疗建设就是调节“慢”与“快”之间平衡的天平。无锡市中医医院通过信息

化赋能“院外—诊前—诊中—诊后”全流程优化，使患者在导诊、挂号、就诊、取药等事项上节约时间，从而保证看诊过程“慢而精”。

千人千面的诊疗模式也是中医诊疗的特色之一。相比于西医相对标准化的治疗流程和用药方案，中医在诊断、开方、治疗手段上都有着个性化的元素。因此，中医院既需要遵循医疗质量管理的普遍规律，也需要更加精准地把握中医药诊疗的特殊性。医疗质量管理是智慧医院建设的重点内容。顾晓峰认为，中医院在医疗质量管理的内容、方法，甚至细化到客观指标上，都有相当一部分与西医医院不同，这也带来了中医院信息化建设的特殊性。

顾晓峰举了一个例子。中药是中医院的特色。针对中药质量管理进行信息系统设计时，可以借鉴现有用药监测系统的设计规律，但又需要考虑到中药审方的特殊性。例如，由于患者体质的差异，同一类病症可能对应不同的用药组合，其间的用药逻辑较为复杂，难以用统一、标准化的算法来判断。

如何将个性化的中医诊疗行为信息化、智慧化，需要向临床实践要答案。中医有许多流派，对于同一类病症，不同的流派可能有不同的看法。如何破解中医智慧医院建设中的难点，顾晓峰将实践路径分为了两步：第一步是将医生个人的经验总结凝练、上升为理论；第二步是将不同医生的理论汇集为对于某一类病症的专家共识，最终形成诊疗规范，作为信息系统建设的逻辑依据。“这将是一个漫长的过程，

但总要去尝试，因为这是未来的方向。”顾晓峰说。

智慧杠杆撬动分级诊疗

在参与医联体建设的过程中，无锡市中医医院发现了当地老年患者的就医困境：去医院通常需要家属请假陪同，甚至一些长期卧病在床的老年人还需要救护车护送。“我们经常说让信息多跑路，让患者少跑腿。如果进一步思考，能否让患者不跑腿，在家中就能完成常见疾病的诊疗？”顾晓峰说。

中医诊疗的特点是更多依赖医生的临床经验，对于检查检验结果的依赖度较低。据此，无锡市中医医院利用集成门诊系统打造“中医移动诊室”的思路应运而生。

“中医移动诊室”起初被设置在各种义诊现场，用来解决诊后的开药、随访等延续性问题，而后被“搬”到了居民的家中。基于医联体合作机制，患者可以通过所在地社区卫生服务中心预约“中医移动诊室”上门服务。这在一定程度上提升了当地居民的基层首诊率，促进了分级诊疗的开展。结合进社区、进企业、进学校等常态化义诊活动，智慧医疗推动优质资源下沉基层的愿景正在成为现实。

与传统家庭医生上门服务不同，在“中医移动诊室”项目中，由来自无锡市中医医院的医生联合二级中医院及社区卫生服务中心的医护人员共同组建“3+2+1”医护团队，来到患者家中开展门诊综合诊疗服务，同时开展医联体中高级别单位对基层医生的带教。

具体来讲，医护团队通过安装在便携式电脑上的集成门诊系统终端，在患者家中即可完成门诊病历书写、中药处方开具等诊疗步骤。看诊数据和处方与医院的 HIS 系统同步对接，实行药品库存联动，收费标准与在无锡市中医医院院内就医保持一致，但免去了中医诊疗服务的挂号费。在中药房的药师们进行线上审方后，患者手机将收到支付提示，实现一键支付和医保实时结算。智能煎药系统将提供“一站式”的配药、代煎、邮寄送药服务，让患者获得足不出户的便捷就医体验，形成居家就医的闭环服务。

据统计，从去年 7 月推出“中医移动诊室”项目以来，参与服务的医护人员已超过 600 人次，共为 7000 余名居民提供了中医诊疗服务。其中，无锡市中医医院派出的上门服务医生主要来自患者就诊需求量大的治未病科、康复科、心血管科、脑病科等科室，均为副主任医师及以上职称；二级医院和基层卫生服务机构派出的医生均为资深主治及以上级别，其中高级职称占比 50%。“医生大多是利用非出诊或休息时间带领科室团队上门提供服务，其工作量同样纳入科室的工作量统计，并计入绩效收入予以兑现。”顾晓峰说。

如何同步患者的历史诊疗信息，如何建立起中医特色的慢性病健康管理档案库，如何提升药品智能配送的时效性……这些都是“中医移动诊室”项目目前面临的问题。未来“中医移动诊室”项目将进一步完善制度设计，形成固定的服务模式，同时实现从中医诊疗向中医

健康管理的转变，让“好中医”惠及更多患者。

不做信息化的“发烧友”

近年来，无锡市中医医院获评“全国数字化医院试点示范单位”“全国中医医院信息化示范单位”，牵头制定7个信息化领域的国家卫生行业标准、1个中国中医药信息学会团体标准。不过，谈及对于未来医院信息化建设的打算，顾晓峰的回答是“量力而为”。

“目前，智慧医院建设的标准正在逐步明朗化。在标准的基础上，如何形成正确合理的顶层设计是必须关注的问题。”顾晓峰表示，医院的发展阶段、服务定位、基础条件水平都决定了信息化建设的力度和方向。智慧医院建设可以根据预判适度超前，但医院不应脱离自身发展实际，盲目地成为信息化建设的“发烧友”。

以无锡市中医医院为例，作为一家市属中医医院，医院定位于满足无锡市本地居民对中医药诊疗服务的需求，在此基础上适度辐射周边地区。中医智慧医院建设的“度”应以满足当地居民医疗卫生服务需求及相应的医教研工作需求作为标尺。

“医院为开展信息化建设所投入的成本是巨大的，因此，对度的把握非常重要。智慧医院建设不能急功近利，而要夯实基础，脚踏实地，利在长远。”顾晓峰说。

[返回目录](#)

· 医保速递 ·

国办发文，城乡居民医保迎来哪些政策利好？

来源：中国青年报

目前，我国城乡居民医保覆盖9亿多人，其中包括无法参加职工医保的农村居民、老年人、儿童等群体。“在制度运行过程中，我们还存在一些问题，比如(城乡)居民医保筹资机制还不够完善，参保群众连续参保还缺乏激励，中断参保也缺乏制约。”国家医保局副局长黄华波在国务院新闻办8月1日下午举行的政策例行吹风会上说。

国务院办公厅日前印发《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》(以下简称《指导意见》)，提出建立对城乡居民医保连续参保人员和零报销人员的大病保险待遇激励机制。

与职工医保相比，居民医保非强制参保，缺乏激励机制。记者此前在采访农村居民时发现，他们中有的人认为城乡居民医保性价比低，连续多年缴纳医保费用和缴纳一年医保费用享受的报销比例相同，而且如果缴纳了保费，但是没有生病的话，保费就“白交”了。

关于这个问题，《指导意见》制定了专门的解决方案，规定自2025年起，连续参加居民医保满4年的参保人员，之后每连续参保1年，可适当提高大病保险最高支付限额。对当年基金零报销的居民医保参保人员，次年可提高大病保险最高支付限额。连续参保激励和零报销激励，原则上每次提高限额均不低于1000元，累计提高总额不

超过所在统筹地区大病保险原封顶线的 20%。

国家医保局待遇保障司司长樊卫东在吹风会上解释说，如果一个地区的城乡居民大病保险最高支付限额是 40 万元，那么激励机制“奖励”后可以提高 8 万元，即大病保险最高支付限额累计是 48 万元。

樊卫东说，之所以把提高大病保险最高支付限额作为连续参保激励和基金零报销激励奖励，是因为对大多数人来说，大病最容易导致因病致贫、因病返贫。按照激励措施，只要连续参保、基金零报销，这个额度会一直增加下去，直到增加至大病保险最高支付限额的 20% 为止，等于每年多了一份额外的保障额度。

在激励的同时，《指导意见》还建立了相关约束机制，明确自 2025 年起，除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中参保期参保或未连续参保的人员，设置参保后固定等待期 3 个月，其中未连续参保的，每多断保 1 年，在 3 个月的固定等待期基础上再增加 1 个月的变动等待期。同时，考虑到参保人的实际情况，《指导意见》还提出，允许参保人通过缴费修复变动等待期，缴费参照当年参保地的个人缴费标准，每多缴纳 1 年的费用，可以减少 1 个月的变动等待期。

樊卫东指出，需要注意的是，连续断缴 4 年及以上的，修复以后的变动等待期不少于 3 个月，加上原有 3 个月的固定等待期，则需至少等待 6 个月，等待期间不能享受医保报销。

黄华波指出，城乡居民医保以个人缴费和政府补助共同作为筹资

来源，以 2023 年为例，个人缴费标准为不低于 380 元，国家财政给每人补助 640 元，远超个人缴费额度。

财政部社会保障司负责人郭阳介绍，自从城乡居民医保制度建立以来，财政补助一直占城乡居民医保基金收入的 60%以上，是城乡居民医保筹资的主要来源。财政补助标准也在持续提高，从 2003 年制度建立之初的 20 元，已经提高到 2023 年的 640 元，增长了 30 多倍。2019 年-2023 年，各级财政累计拨付城乡居民医保补助资金约 3 万亿元，其中中央财政下达了 1.8 万亿元。

樊卫东说，城乡居民医保一直坚持权责对等原则，城乡居民只要按规定缴费参加居民医保，就可以享受相应的待遇，包括住院医疗、普通门诊、门诊慢性病、门诊特殊疾病、大病保险、生育医疗等多方面保障。

关于城乡居民医保的政策待遇，樊卫东介绍，住院费用方面，医保政策范围内报销比例达到 70%左右。在做好住院保障的基础上，各地普遍把治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的慢性病、特殊疾病门诊费用纳入基金支付范围，恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等还可以参照住院管理和支付。2019 年起，还将高血压、糖尿病患者基层医疗机构开的降血压、降血糖药品纳入保障范围，不设起付线，报销比例达到 50%以上，这“两病”门诊用药保障机制目前已惠及 1.8 亿“两病”患者，减轻用药负担 860 亿

元。在保大病方面，参保人患病住院后发生的高额医疗费支出，通过基本医疗保险报销后，个人自付费用还可以通过大病保险进一步保障。以 2023 年为例，大病患者报销水平在基本医保报销基础上再提高至少 15 个百分点，参保患者的费用负担大大减轻。

针对部分群众确实参保压力大的情况，各级财政每年还安排城乡医疗救助补助资金，资助困难群众参加城乡居民医保，并对他们在经过医保报销之后的个人自付费用给予进一步救助。2019 年-2023 年，中央财政一共下达城乡医疗救助补助资金 1507 亿元。

以低保对象为例，2023 年个人缴费 380 元，医疗救助平均资助超过 200 元，个人缴费不到 180 元。2023 年医疗救助共资助 8020 万困难群众参保，监测的农村低收入人口参保率持续稳定在 99%以上。

另外，关于职工医保个人账户共济，《指导意见》进行了进一步优化，将共济范围扩大到了近亲属，可以用于本人近亲属缴纳居民医保参保费用。近亲属是指民法典中规定的配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。如果这些近亲属是参保人，在报销医疗费用时，可使用共济人的个人账户进行结算。

[返回目录](#)

加快标准化建设步伐，助推基本医保制度更加公平可及

来源：中国医学科学院医学信息研究所

早在 20 世纪之初，泰勒就提出了“科学管理理论”，用科学化、

标准化的管理方法代替经验管理，大幅度提高了劳动生产率，成为大规模生产活动的理论基础，实现了现代化管理从经验主义向科学管理的转变。

现如今，标准化已成为经济活动和社会发展的技术支撑。2021年，中共中央 国务院印发《国家标准化发展纲要》，其中明确提出“推进基本公共服务标准化建设”，在幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶等方面，实施基本公共服务标准体系建设工程，让发展成果更多更公平惠及全体人民，凸显了“标准化建设”的紧迫性和必要性。

基本医疗保障制度作为减轻群众就医负担、增进民生福祉的重大制度安排，其标准化水平与广大人民群众公平、便捷享有各项医保待遇息息相关。

自《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）颁布以来，我国先后建立起城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险制度，形成了覆盖全民的基本医保制度体系。

2018年，国家医保局成立，推动“三医”协同治理与发展开创了全新局面。当前，随着全民医保制度的快速发展，医保服务的复杂性、协同性日益提升，需要加快标准化建设步伐，助推基本医保服务均等化、普惠化、便捷化。

全民医保制度下为何需要标准化?

(一)为公平医保提供制度支撑

我国在医保制度建立初期,为优先解决制度扩面和有效管理的难题,统筹层级普遍较低,这种决策体制适应了特定发展阶段的需要,为推动新型医保制度的确立和全民覆盖发挥了积极作用,但同时也造成了各地在医保待遇、管理服务、信息化建设等诸多方面的碎片化。

以医保药品目录为例,2019年以前,我国基本医保药品目录由国家制定之后,各省可根据情况增补,由于各地区医保基金可支付水平、医药产业发展等存在一定差异,导致用药可及性并不均衡。根据2017年各省的基本医保药品目录,上海市品种数达4505个,增补品种有1970个;广西省品种数为3043个,增补品种有508个,而宁夏等地区其增补品种仅为200个左右。这些目录差异不仅造成了不同地区基本医保参保人的待遇不平等,也成为新型城镇化进程中流动人口异地就医的制度障碍。

国家医保局成立以来,从国家层面建立了医保药品目录的动态调整机制,并通过3年时间完成各省自行增补的药品消化,形成全国统一的医保药品目录,为推动全国基本医保参保人的用药公平迈出了重要一步。

随着医保改革的深化,在考虑各地经济社会发展水平的基础上,仍需要在医保管理服务的更多领域缩小地区差异,标准化将成为促进

医保公平的重要制度支撑。

(二)为智慧医保提供技术支撑

全民医保的推进以及医疗服务需求的增加，带动了医保服务量的快速增长，为医保服务和监管提出了严峻挑战。

2022年，全国医保待遇享受人次高达42.61亿人次，是10年前的2.55倍。如此海量的业务必须依赖大数据、云计算、区块链、人工智能等现代信息技术，从而赋能医保及相关领域的改革、管理和服务。

但受限于医保制度发展初期的体制碎片化，相应的信息系统建设与信息标准也呈现典型的“地方化特征”，截止2017年，全国近400个统筹地区均自建了信息系统，数据、技术标准差异极大，数据难共享、信息孤岛等问题突出，医保制度的全覆盖却并未形成医保大数据的直接优势，限制了智慧医保在提升管理服务水平和支持宏观决策方面的作用。

随着医保管理体制的统一，全国医保信息平台得以建立，并先后研究制定并颁布了医保药品、医用耗材、医疗服务项目等18项医保信息业务编码标准，以及《医疗保障信息平台云计算平台规范》等37项医保信息平台技术规范，为医保领域的智慧化应用创造了重要条件。

在此基础上，DRG/DIP付费方式改革，门诊慢特病跨省异地就医

直接结算等改革纷纷落地，“信用支付”、“智能审核”等服务管理模式创新相继实现，成为促进医疗、医保、医药协同发展和治理的重要新质生产力。面向医保治理能力现代化的新要求，发挥智慧医保的潜力更加需要标准化建设赋能，实现数据的可用、可信、可流通。

(三)为协同医保提供协作支撑

党的二十大报告提出要促进“三医”协同发展和治理，这不仅是深化医改的重要内容，也是实现健康中国战略目标的重要举措。

医保作为医疗和医药服务的重要筹资来源，在深化改革的重塑治理格局、优化资源配置等任务中发挥着基础性作用，只有保证与医疗、医药的协同并进，才能确保各项改革目标一致、发挥实效。

当前，医保战略性购买机制不断健全，药品集中带量采购、供应保障，药品谈判、落地作用，支付方式改革及监管等规则持续完善，对于稳定各界预期，形成改革合力具有重要推动作用。随着相关机制的常态化推进，标准化将进一步推动医保与医疗、医药主体协同的政策联动机制落地，形成有效协作支撑。

如何建设高质量的医保标准化之路？

早在2019年，国家医保局即印发了《医疗保障标准化工作指导意见》（医保发〔2019〕），并于2024年成立了全国医疗保障标准化工作组，设计形成了以基础共性标准、管理工作规范、公共服务标准和监督评价标准为主体的国家医疗保障标准体系架构，为开展标准化

工作提供了体制和机制保障。

推动高质量发展是当前和今后一个时期医疗保障制度建设的根本要求，面对当前不同地区、人群之间的制度差异，人口形势和新型就业形态的演变冲击，需要不断深化优化医保标准化建设机制，增强医保管理和服务的公平性和可及性，为基本医保制度进一步成熟定型提供重要助力。

一是强调标准“普惠”属性，确保标准面前人人平等。医疗保障事关广大人民群众最关心、最直接、最现实的切身利益，必须强化标准的“普惠”属性，使标准化的医保服务触及每一位参保人，方能保证医保制度的“公平性”。

因此，要加强各项医保标准的前期研判和宣传推广，避免因社会经济不平等客观因素而非参保人主观因素造成的标准不可及问题，对于特殊人群，如老年人、儿童、残障人士等，需建立标准适用性评估机制，确保能否通过适宜方式获取相关的标准化服务，发挥标准化在推进基本医保服务均等化中的作用。

二是协同推进标准化与信息化发展，提升医保服务可及性。标准化与信息化互为基础，必须统筹推进标准化与信息化协同发展，通过先进的信息技术赋能医疗保障各个领域的标准化服务，建设医保服务的“最短半径”，实现标准化服务能力最大化，提高群众获取医保服务的可及性。

三是提升医保标准的内外联动，促进标准化深入人心。医保标准既涉及不同层级、不同地区，也涉及财政、税务、医药机构、企业等不同主体，需统筹兼顾各个业务相关方的已有流程、标准，形成全链条标准体系的“最大公约数”，形成标准化建设合力。

四是加强标准应用评估，形成以评促建的正向激励。我国医保制度的广覆盖特征决定了其标准化实施影响之深远，必须加强对标准实施的应用评估，及时分析其预期效果的实现程度和非预期效果的可能影响，以有效评估推动有效应用，不断提高标准制定的质量，充分发挥其在医保高质量发展中的积极作用。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

国家医保局发文：注射剂或将率先开启“三同”治理时代

来源：21 新健康

国家医保局正式发文，宣布启动注射剂价格治理行动，各地需在 8 月 30 日前全部落实到位。药品价格治理向纵深处发展。

8 月 4 日，国家医保局发文表示，国家医保局办公室印发了《关于规范注射剂挂网工作的通知》（以下简称《通知》），要求各地简化注射剂挂网方式，统一按最小制剂单位挂网，并做好挂网方式切换前后的价格协同、风险防范等工作。

此前，中国医药创新促进会发文认为，《通知》可以被看成是关于“三同药品”价格治理比较正式的文件。不过，有业内人士认为，此次《通知》虽然向“三同”（同品、同厂、同剂型、不同规格）治理迈出了一步，但更像是一份过渡阶段的规范要求，离真正意义上的三同治理其实还有一定的距离。

“这两种观点都有一定的合理性。一方面，它确实一定程度上对注射剂的挂网工作进行了规范，朝着‘三同药品’价格治理迈出了一步，具有一定的正式性。另一方面，从更严格的‘三同’治理标准来看，可能还存在一些不足和需要进一步完善的地方，因此也可以视为过渡阶段的要求。”北京中医药大学卫生健康法治研究与创新转化中心主任邓勇教授向记者介绍。

也有业内分析师向记者表示，无论是“四同”还是“三同”，最根本的都是对药品价格进行管理，让药品价格更透明，减少不公平的价格问题。

邓勇表示，如今，药品价格治理越来越严格，这背后有多方面的意义。

首先，可以保障患者权益，通过降低药品价格，减轻患者的用药负担，提高患者的用药可及性和治疗效果；

其次，可以促进医药行业健康发展，治理药品价格虚高问题，有利于规范医药市场秩序，促进医药企业的公平竞争；

再次，可以提高医保基金使用效率，合理控制药品价格，有助于减少医保基金的支出，保障医保制度的可持续发展。

以最小制剂单位挂网

《通知》中首先指出“注射剂以最小制剂单位挂网”，这也是此次规范注射剂挂网工作的核心。

具体而言，《通知》指出，各省医保局指导医药集中采购机构统一实行注射剂(含水针、粉针、输液等各类注射剂)按最小制剂单位(具体如支、瓶、袋等，组合包装按套)挂网。目前实行最小包装单位挂网的地区，按照最小包装单位挂网价除以包装数量，转换成最小制剂单位的挂网价和医保编码。切换后平台展示、数据上传、统计分析、监测比价等统一使用最小制剂单位挂网价，不再按照实际包装重复挂网。

按照常识，相同成分相同规格相同厂家的注射剂，每盒包装多少支，折算到每支价格上不应存在明显差异。然而，从监测情况看，部分产品包装数量的倍数关系与价格倍数关系显失合理。

国家医保局发文指出，以某企业的碳酸氢钠注射液(10ml:0.5g)为例，5支/盒的挂网价格为6元，10支/盒的挂网价格为135元，分别折算每支的价格相差超11倍。究其原因，有的是过去企业利用地区间信息差，变换包装变相涨价形成的不公平高价、歧视性高价；有的是药品通过“质量和疗效一致性评价”，过评前后高价低价并存的

价格矛盾。

《通知》明确指出，对于“三同”注射剂，多种最小包装单位在同一医药集中采购机构挂网的，分别换算相应的最小制剂单位价格，原则上以低值为该类注射剂挂网价。换算结果低值和高值分别对应仿制药通过质量和疗效一致性评价前后的有效挂网价，且高值不高于同通用名其他过评药品挂网监测价的中位数和原研药、参比制剂挂网监测价的 60%的，医药集中采购机构可接受高值挂网价。

而为了防范挂网方式切换的潜在价格风险，《通知》指出，按照新挂网价与历史挂网价的差异程度，分别采取黄标和红标管理。其中，新挂网价与换算结果最低值的比值大于 1.8 倍且小于等于 3 倍的药品平台信息标识为黄色，比值大于 3 倍的药品平台信息标识为红色。在采购单位下单时，黄标药品弹窗提示采购风险，建议优先采购低风险药品；红标药品弹窗警告采购风险，医院应优先采购低风险药品。

值得一提的是，尽管国家医保局此前并未正式对外公开相关政策，但已有多地陆续开展行动。

据不完全统计，此前，山东、天津、江苏、广西等多地发文表示，根据《国家医疗保障局办公室关于规范注射剂挂网工作的通知》（医保办函〔2024〕61号）有关要求，开展注射剂价格专项调整行动。其中，江苏同步公示了需要调整的名单，共涉及 308 个产品；天津公示了需维护单支医保编码的药品清单，共涉及 153 个产品。

影响几何？

实际上，自去年8月以来，国家医保局就开始启动实施挂网药品价格治理。在统一挂网药品价格数据信息、落实分区管理、推进互联互通的基础上，针对同一药品省际间挂网价格差异悬殊、同药不同包装规格价格差异远超合理范围等情况，各省医保局开展“四同”药品价格协同治理，消除了一大批不公平高价、歧视性高价，取得了阶段性成效。

如今，价格治理专项行动进一步聚焦到了注射剂。此次专项治理为何会选择注射剂而不是其他药品？

邓勇认为，这可能基于多方原因，首先，注射剂的使用相对直接且快速作用于人体，其安全性和有效性的监管要求更高；其次，注射剂在医疗机构中的使用量较大，对医疗费用的影响较为显著；再者，可能是由于之前在其他药品领域的治理经验积累，使得在注射剂领域开展治理具备了一定的条件和基础。

从市场规模看，根据仲康开思系统数据，注射剂在2023年全国等级医院市场规模超5400亿元，其中化学药占据主要份额。米内网数据显示，如包括全国所有公立医疗机构在内，即包括乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心/站等，2023年，注射剂市场规模高达6791亿元，其中，化学药注射剂占比64.61%、生物药注射剂占比27.5%、中药注射剂占比7.89%。

“此次注射剂价格治理也可能对二级市场产生一定的影响。”邓勇表示，一方面，对于部分依赖高价注射剂产品获取利润的医药企业，其股价可能会受到一定的压力。

另一方面，对于那些具有成本控制优势、创新能力强且产品结构多元化的企业，可能会在市场竞争中获得更多机会，从而对其股价产生积极影响。总体而言，市场的反应取决于投资者对各企业适应政策变化能力的预期。

值得关注的是，注射剂在国采中属于“重头戏”，梳理发现，前九批国采共有 374 个品种中选，含注射剂 138 个，占比 37%，其中，化药注射剂 122 个、生物药注射剂 16 个。第十批国采即将到来，注射剂尤其是化药注射剂备受关注，截至 6 月 12 日，有 56 个化药注射剂(按产品名统计)的竞争企业(原研+过评) ≥ 5 家。而药品价格治理，包括此次的注射剂价格治理，或将对即将到来的第十批国采产生一定的影响。

邓勇认为，近期的药品价格治理有助于降低药品采购成本，提高采购效率，使国采在价格谈判中更有依据和底气。同时，可能促使药企更加注重产品质量和成本控制，优化产品结构，推动行业的整合和升级。此外，也可能对医疗机构的用药选择和医保基金的支出产生影响，进而影响国采的品种和规模。

[返回目录](#)

药品集采铺好乙肝患者“求生路”——真实世界研究之恩替卡韦

来源：中国医疗保险

曾几何时，肝炎——肝硬化——肝癌，这所谓的慢性乙肝三部曲，是慢性乙肝病毒携带者心头挥之不去的梦魇。很多慢性乙肝患者，经历了中药、草药、护肝西药、各类保健品的长期轮番轰炸，最终仍然难逃肝硬化、肝癌的结局。

“中国的肝癌 92%是由乙肝引起的，世卫组织曾经有预测，到 2030 年中国将有 1000 万的人死于与肝病相关的疾病。”中山三院感染性疾病科学科带头人、教授高志良强调了乙肝临床治愈的重要性：

“乙肝临床治愈可显著降低患者的肝癌发生风险，改善患者远期不良结局。”

一线治疗药物——恩替卡韦

据中华医学会感染病学分会名誉主任委员，复旦大学附属华山医院感染科翁心华教授介绍，中国乙肝的口服抗病毒治疗可以追溯到 2000 年以前。中国第一个乙肝口服抗病毒治疗药物拉米夫定正式应用于乙肝治疗，拉开了中国乙肝口服抗病毒治疗发展的序幕。

拉米夫定 (LAM) 做为最早上市的乙肝抗病毒药物，曾经的战绩功不可没。但从耐药性来讲，拉米夫定 1 年的耐药率接近 20%，5 年以上耐药率达到 50% 以上。一开始疗效很好，继续使用后大多数会出现乙肝病毒耐药，肝炎重新发作。翁心华教授指出，乙肝抗病毒治疗的

第一个五年经历了“从天堂到地狱”过山车一样的五年。

第二代抗乙肝药物阿德福韦酯(ADV)于2005年在中国上市。其特点是抗病毒作用较弱,且长期用药需警惕可能导致的肾功能不全、低磷血症及骨软化风险,特别是范可尼综合征(成人出现蛋白尿、葡萄糖尿、软骨病等,幼儿出现严重营养不良、生长发育缓慢等)的发生。

第三代抗乙肝药物恩替卡韦(ETV)是由百时美施贵宝研发的一款乙肝药物,在国外获批上市和中国上市的时间是一样的,都是2005年,这是人类历史上第一个高效、低耐药的口服抗乙肝病毒药物,世界上各大临床指南都把恩替卡韦作为一线抗病毒药物。

不能停药的恩替卡韦是否买得起?

患者不能擅自停掉恩替卡韦的原因是需要长期吃药抑制病毒复制,减轻对肝脏的损伤。所以坚持服药对维持药物疗效、减少疾病复发具有重要意义。

诚然,恩替卡韦在我国上市后,成为乙肝患者的福音,但数十元一片的售价让很多患者望而生畏。

研究团队采集解放军总医院第五医学中心、首都医科大学附属北京佑安医院及首都医科大学附属北京地坛医院三家中心共1060例患者的数据进行验证,比较原研药博路定(规格:0.5mgx7,价格:141.53元/盒,厂家:中美上海施贵宝制药有限公司)和国内仿制药润众(规格:0.5mgx28,价格:13.76元/盒,生产厂家:正大天晴药业集团

股份有限公司)的经济性水平。

在治疗前的 24 周内，政策前，润众组和博路定组的平均药物治疗费用分别为人民币 1419.87 元和 2622.97 元。政策后，润众组和博路定组的平均药物治疗费用分别为 82.55 元和 1222.69 元。

几块钱一盒的恩替卡韦效果能行吗？

随着恩替卡韦渡过专利保护期，国内超强仿制技术不仅为国内患者提供了比肩原研产品的药物，而且治疗费用更低。“4+7”药品集中采购实施，正大天晴的恩替卡韦分散片价格为 13.76 元/盒 (0.5mg*28 片)，平均每片为 0.62 元，较之前各省招标价格降幅在 90% 以上。

药品是健康所系的特殊商品，不仅要考虑经济性，即普通群众能否负担得起，更要考虑有效性和安全性。

有效性相同。使用 PSM 校正润众组和博路定组的基线差异后，集采政策后，2.35% 的润众组和 2.23% 的博路定组在 24 周时表现出病毒学突破。如表 1 所示的基线特征，组间没有统计学差异 ($P = 0.889$)，对于 PSM (博路定组：润众组 = 1: 3)，与 CVR 一样相同的变量，我们观察到两者之间无统计学差异 ($P = 0.757$)。政策执行前后，两个润众组之间无统计学差异 ($P = 0.15$)，使用 PSM (政策前润众组：政策后润众组 = 1: 1)，我们也没有观察到统计学差异 ($P = 0.89$)。

表1 政策实施后24±4周进行病毒学突破最终筛查的患者的基线特征

Variables	博路定 (n=359)	润众 (n=2514)	P value
Age, years	45.7±11.5	43.8±11.7	0.004
Gender, male/ female	277/82	1818/696	0.053
Cirrhosis, yes / no	13/346	146/2368	0.090
HBVDNA undetectable (<100 IU/mL), yes / no	225/134	1430/1084	0.038
ALT normal, yes / no / missing	260/99/0	1753/749/12	0.378
HBeAg-positive, negative/ positive/ missing	130/109/12 0	745/727/104 2	0.008

除病毒学应答外，血清学应答和生物学应答也无统计学差异，即有效性相同。

安全性相同。政策后，润众组和博路定组的血清肌酐升高率 (SCr)，血清肌酸激酶升高 (SCK) 和血小板减少症 (TcP) 分别为 1.35%，10.6%，18.50% 和 4.28%，8.04%，13.38%。润众组和博路定组之间的 SCr，SCK 和 TcP 均无统计学差异。

依从性提高。药物治疗响应率 (MPR) 是衡量患者用药依从性的重要指标，在治疗前的第 24±4 周，润众组和博路定组的 MPR 分别为 92.78 % 和 93.26 %。政策实施后，分别为 93.73 % 和 93.72%。

结语

生命是宝贵的，是不可复制的，是独一无二的，每个人都应该享有平等的生命权利。当疾病威胁到这种权利时，医保和医疗体系应不断进步。根据世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 提出的“2030 年消除病毒性肝炎作为公共卫生危害”的目标，届时慢性

乙型肝炎新发感染率要减少 90%、死亡率减少 65%、诊断率达到 90% 和治疗率达到 80%。”乙肝一线药物纳入集采极大促进我国完成这一民生目标。

另外，大家以为其他国家不想集采吗？并不是！美国 2024 年对于在美上市的医药及医疗设备公司至少面临三大严峻挑战，其一便是《降低通胀削减法案》（IRA）首次打破制药公司的垄断定价权，联邦老年医保 Medicare 在 2 月初与首批 10 个畅销药的药商进行医保集采谈判。但是，集采谈判引起了诸多制药巨头的众多意见，多家药企以及美国药物协会先后就该法案向美国政府提起诉讼。

而我国自 2018 年“4+7”带量采购以来，积极推进药品采购改革，经多年努力，带量采购（简称“集采”）已逐步实现常态化、制度化。五年多来，我国累计开展九批十轮国家集采，共纳入 374 个品种，平均每批约中选 41 个品种。集采已经成为行业常态。6 月 6 日，国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务》（以下简称《工作任务》）明确，要推进药品和医用耗材集中带量采购提质扩面。药品集采事关人民健康，我们应利用好我国的制度优势，持续不断为 14 亿百姓谋幸福，降低用药负担、提升用药质量、增强用药可及性以及治疗效果，与此同时，腾笼换鸟以实际行动鼓励国内创新药发展。

[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



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