

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第37期

(2024.09.09-2024.09.15)

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 •

▶ [医保赋能实现医疗资源合理分配，医院可以这么做——](#)（来源：湖南省卫生改革与发展研究中心）——第 7 页

【提要】随着国家医疗保障体系的不断完善，建立管用高效的医保支付机制，成为实现医保、医疗高质量协同发展的关键。同时，这也是党中央提出的医保改革的重要任务之一。其“管用”是指医保支付对医疗卫生资源配置总量和结构发挥杠杆作用，在促进医疗机构主动控本降费中发挥“引擎”作用，在分级诊疗制度建设中发挥协同作用。“高效”是指通过支付改革，以病种为支付单元，尊重医疗服务内在规律，为参保人购买有价值的医疗服务，提高医保基金使用效率。

▶ [构建橄榄型病种结构：以 DRG/DIP 2.0 版推动医院高质量发展的三大关键策略](#)（来源：四川省三台县中医院）——第 12 页

【提要】在当今医疗环境复杂多变的背景下，医院如何实现高质量发展成为业界关注的焦点。国家医保局近期发布的 DRG/DIP 2.0 版，为医院病种结构优化提供了更为精细化的管理工具。结合各医院的实际特点，本文将探讨如何利用 DRG/DIP 2.0 版构建橄榄型病种结构，并提出具体的实施策略，以推动医院的高质量发展。

• 分析解读 •

▶ [价值购买、规范行业……医保为医药产业带来了什么样的发展？](#)

（来源：中国药科大学）——第 16 页

【提要】在药品流通领域，以往的采购基本以省级为单位进行，各省份药价无法及时联动，且招采分离、量价脱钩等问题明显，药品流通过程中利益主体成分复杂，易滋生灰色空间。“带金销售”“以药养医”等现象严重破坏市场公平竞争、扰乱药价合理形成，对产业的发展造成了严重阻碍。规范市场秩序、净化行业生态、深化医药产业改革发展，成为必然。

▶ [在共生中演化：医学新质生产力与医保制度在相互适应中发展](#)（来源：国家卫生健康委卫生发展研究中心）——第 25 页

【提要】近代医学经历了 16 至 17 世纪的奠基、18 世纪的系统分类和 19 世纪的大发展，并在 20 世纪实现了现代医学的飞速发展。医学的发展也带来了医疗服务供给模式的变化，医务人员的专业化分工愈发精细。医学科技与现代信息技术、材料科技等的深度融合，极大地促进了医学科技发展，在更准确深入地揭示人体生理构造与疾病发生发展全过程的同时，也带来了疾病诊断和治疗模式的突破，医学科技正向着个性化、精准化、微创化、智能化、集成化和远程化发展。

• 专家观点 •

▶ [雷海潮：“四个方面”持续提升公立医院的公益性](#)（来源：中国

卫生杂志) ——第 29 页

【提要】国务院新闻办公室于 9 月 12 日举行“推动高质量发展”系列主题新闻发布会。国家卫生健康委员会主任雷海潮在会上介绍了当前卫生健康发展的基本情况和当前多项重点工作的进展成效。

▶ [余艳红：中医药高质量发展跑出“加速度”](#)（来源：中国新闻网）

——第 34 页

【提要】9 月 12 日上午，国务院新闻办公室举行“推动高质量发展”系列主题新闻发布会，国家卫生健康委员会党组成员、国家中医药管理局局长余艳红出席并介绍“十四五”时期中医药事业高质量发展有关情况。

• 地方精彩 •

▶ [成武县：实体化中心药房这样建](#)（来源：菏泽市卫生健康委员会）

——第 37 页

【提要】基层医疗卫生机构大多地处偏远、基础薄弱、分布散、规模小，由此带来基层药品配备品种不齐全、药品采购配送不及时、药学服务能力不足等“短板”。作为破解上述问题的一个创新模式，中心药房走入行业视野。2022 年 5 月，山东省卫生健康委经过深入调查研究，结合当地紧密型县域医共体建设实践，决定在全省有条件的地区分步推进县域医共体中心药房工作。两年多过去了，山东省县域医共体中心药房工作进展如何？

▶ [浙江省肿瘤医院：智慧赋能 打造全程管理新模式](#)（来源：浙江省肿瘤医院）——第 42 页

【提要】近年来，国家卫生健康委发布了《抗肿瘤药物临床应用管理办法(试行)》(以下简称《办法》)、《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》(以下简称《指导原则》)等多份文件，要求对医疗机构的抗肿瘤药物进行全过程管理。浙江省肿瘤医院药剂科在抗肿瘤药物的智慧化、全程化管理中不断创新，构建了有药可用、有径可管、有证可循、有靶可依的管理体系。

• 集中采购 •

▶ [27 省联盟 | 35 种耗材集采即将启动](#)（来源：药智医械数据）——第 46 页

【提要】日前，江西省医疗保障局征求《糖代谢等生化类检测试剂省际联盟集中带量采购文件(征求意见稿)》(以下简称《征求意见稿》)意见，即将开启糖代谢、离子微量元素、血脂脂蛋白、肝功能、胰腺类、肾功能等 6 类糖代谢等生化类检测试剂集中带量采购工作。

▶ [7 类耗材带量采购进度更新](#)（来源：福建省医疗保障局）——第 50 页

【提要】日前，福建省医疗保障局发布《福建省第五批医用耗材集中带量采购公告(第 5 号)》，公布了符合申报条件的企业及产品名单。本次集采产品为输液港、CVC 中心静脉导管(经中心静脉路入)、PICC

中心静脉导管(经外周静脉路入)、造影导管、造影导丝、血管鞘、血管止血装置等 7 类耗材。据统计,共 412 个产品进入符合申报条件的产品名单,涉及巴德医疗、贝朗医疗、山东威高、三鑫医疗等企业。

-----本期内容-----

• 医院管理 •

医保赋能实现医疗资源合理分配，医院可以这么做——

来源：湖南省卫生改革与发展研究中心

随着国家医疗保障体系的不断完善，建立管用高效的医保支付机制，成为实现医保、医疗高质量协同发展的关键。同时，这也是党中央提出的医保改革的重要任务之一。其“管用”是指医保支付对医疗卫生资源配置总量和结构发挥杠杆作用，在促进医疗机构主动控本降费中发挥“引擎”作用，在分级诊疗制度建设中发挥协同作用。“高效”是指通过支付改革，以病种为支付单元，尊重医疗服务内在规律，为参保人购买有价值的医疗服务，提高医保基金使用效率。

DRG 和 DIP 支付在分组原理、费率与点值等方面存在差异，但对于医疗机构管理乃至卫生健康事业发展方面的目标是一致的，都是旨在通过支付方式改革促进医疗机构更加精细化的管理，提高医保基金使用效率，同时推动医疗机构提升服务质量和学科建设水平。实践证明，DRG/DIP 支付方式改革对医疗机构运营管理产生了深远的影响。

本文将从 DRG/DIP 支付方式改革的内涵出发，探讨医疗机构应如何借力 DRG/DIP 支付方式改革赋能作用，采取更加积极有效的策略提升管理能力。

第一，转变管理理念，优化部门职能。DRG/DIP 支付正在积极发挥引导作用，激励医疗机构走向主动控制成本、主动规范行为、主动优化流程，向医院内部管理要效益的转型之路。医疗机构管理层需要首先从思想上转变传统“粗放式”的思维模式，贯彻精细化管理理念。同时，需要形成全院全员推行改革的良好局面，确保每位职工都参与到医院精细化管理之中。这种转变能在医疗资源有限的情况下，对每个病例的成本和收益进行精细化管理，不断优化诊疗流程，进一步降低运营成本，从而推动医疗机构在经营上实现更为稳健和可持续发展。

医疗机构应摒弃过往“多做多收”的观念，转而追求“合理收益”与“优质医疗”的双赢局面。要实现这一目标，并不是某一个部门能单独完成的，特别是仅靠医保部门是不可能独立实现的，医疗机构管理者应充分且正确的认识、理解医保支付方式改革对医院带来的积极影响，将改革目标和任务纳入医务、护理、院感管理、药学、医学装备等各职能部门的职责当中，并将职责与部门日常的运行机制深度融合，划小管理单元，从科室管理精细到病种管理。

第二，建立以病种为核心的协同共管机制，确保医疗质量和效率。医疗机构可以结合院内不同级别的会议和培训，共同推进这一机制的建立实施。会议如交班会、周会、专题会议、质控会议。其中，交班会是医院日常运营的重要环节，可以在此环节加入病种管理相关内

容。每日交班时，各科室汇报重点病种的收治情况、治疗进展及存在的问题。通过交班会，可以及时发现和解决病种管理中出现的紧急情况，确保患者得到及时有效治疗。而在周会上，应由医保、医疗、护理等相关部门共同参与，分析各病种的治疗效果、费用控制、患者满意度等情况，并针对存在的问题提出改进措施。通过周会，可以加强各部门之间的沟通协作，共同推进病种管理水平的提升。专题会议的任务则是针对特定病种或复杂病例进行深入探讨，应邀请相关领域的专家参与，共同制定治疗方案和护理措施。专题会议旨在解决病种管理中的难点问题，提高治疗效果和患者满意度。质控会议是确保病种管理质量的关键环节。通过定期召开质控会议，对病种管理的各项质量指标进行监控和分析，及时发现并纠正偏差。质控会议应由质量管理部门主导，邀请各相关科室参加，共同讨论如何提升病种管理的质量和效率。另外，还可借助各类培训，如岗前培训、业务培训、管理培训等，将病种管理的核心理念融入其中。

第三，优化与医保支付方式改革相结合的绩效分配体系。过去强调规模扩张的时期，医疗机构以经济价值作为核心价值，绩效分配采用“收入减支出”的模式，或采用 RBRVS(项目计点值)的方式。但是在 DRG/DIP 支付方式改革背景下，医疗机构需要强调价值医疗。价值医疗的核心是“两提升、一降低”，即提升医疗质量和医疗效果，降低医疗费用。价值医疗有三方面体现：一是体现具有战略价值的学科，

这类学科不一定带来直接的经济收入，但对医院发展和相关学科建设可以起到关键作用；二是体现成本控制，即体现医院日常的支出控制情况；三是体现医务人员的劳动价值。

第四，多措并举提升医疗质量，实现“三方”共赢。以往主要实施按项目付费，医疗机构的普遍态度是“慢慢诊断、慢慢治”，因为提供更多的医疗服务项目意味着更高的收益。部分医生受利益驱动，倾向于提供更多非必要的检查和化验项目以增加收入。这会导致过度医疗行为频发和患者医疗费用的显著增加，造成医保基金浪费。DRG/DIP支付方式改革的目标、关注重点和相关措施，在其落地实施过程中可以促使医疗机构在临床实践中注重规范疾病诊疗行为、优化临床路径，从而更加合理控制治疗成本、缩短住院治疗时间、降低住院费用，提高治疗效果和患者的满意度。例如，在肿瘤诊断过程中，医院可探索更先进的技术进行精准诊断和分型，并在此基础上为患者提供标准化、规范化和路径化的治疗方案，避免试错成本，提高治愈率。

同时，DRG/DIP支付强调疾病的整体治疗成本和效果，医疗机构需要更加关注减少和降低并发症和感染率。手术并发症或者术后感染的发生会明显延长住院时间，增加住院成本支出。反之，如果手术并发症或者术后感染均未发生，医院的成本支出将明显减少。因此，医疗机构应采用更强有力的手段预防可能出现的并发症和术后感染。例

如，加强围手术期的管理，在手术前后采取更严格的感染控制措施，使用更先进的手术技术和设备，以降低手术后的感染发生率。这些措施不仅有助于提高患者的诊疗安全性，也能提升医院的医疗质量。

第五，完善药学管理体系。在相对固定的医保支付标准下，医疗机构需要规范药学路径，以确保患者在使用药物时获得最佳治疗效果，同时最大限度地减少药物风险和不良事件。医疗机构可以从如下四个方面进行优化。第一，创新药学的组织设置与管理模式。医院可以建立药学管理专业委员会，或者在原相关的专业委员会中增加以病种为核心的药学管理职能，或增设药学门诊、临床药学部门以促进精准用药。第二，规范药学管理体系。从医院药物目录的遴选，到权限管理、处方审核、处方病历点评等环节，建设和完善药学管理体系。第三，建立关于药学的质控指标体系。常规的指标体系有药占比、中药占比、基药使用率等。还需要结合重点病种设置专项指标，如抗菌药、抗肿瘤药、同组/同病的辅助用药指标。第四，实施监测预警评估。对专项药物、重点病种药品的使用等情况按日、月、季、年进行预警和评估，以促进药学的规范化管理。

第六，加强患者全生命周期的健康管理。随着跨省异地就医直接结算服务的便利性大幅提升，参保患者的流动性越来越大，医疗机构如果想稳定经济收益，必须将患者的治疗效果和满意度更紧密地联系在一起。在这种情况下，医疗机构不仅需要关注患者的短期治疗，还

要重视患者的全生命周期健康管理，以降低病人外流。医疗机构通过全生命周期的健康管理，能够更全面地了解患者的健康状况，从而制定更精准的诊疗方案，提高治疗效果。

在管理体系上，医疗机构需建设病人全生命周期的管理信息化系统，记录患者的基本信息、病史、诊断结果等，为患者建立全面的健康档案，并利用时间轴线进行随访，通过数据分析，增强患者对医院的信任和依赖。

DRG/DIP 支付方式改革是一项关系全院、全员的系统工程，除以上内容外，医疗机构还可以从加强病种成本管理体系建设、加强病案管理和结算清单质量管理、加强信息化建设等方面实现管理升级。总之，面对 DRG/DIP 支付方式改革，医疗机构需要积极应对，转变管理理念，创新探索服务模式、管理方法和技术手段，以保持自身的竞争优势。

[返回目录](#)

构建橄榄型病种结构：以 DRG/DIP 2.0 版推动医院高质量发展的三大关键策略

来源：四川省三台县中医院

在当今医疗环境复杂多变的背景下，医院如何实现高质量发展成为业界关注的焦点。国家医保局近期发布的 DRG/DIP 2.0 版，为医院病种结构优化提供了更为精细化的管理工具。结合各医院的实际特

点，本文将探讨如何利用 DRG/DIP 2.0 版构建橄榄型病种结构，并提出具体的实施策略，以推动医院的高质量发展。

橄榄型病种结构的概念及其价值

橄榄型病种结构是指将住院病种分为优势病种、战略病种和劣势病种，优势病种是指在特定地区、人群或医疗机构中，发病率较高、对人群健康影响较大，且在医疗实践中具有相对诊疗优势的疾病种类，具体到每个医院，都有不同，但相同之处，医院应以优势病种形成稳定的运营基础；战略病种通常指的是疑难、危重症或罕见病。这类疾病相对于常见病和多发病而言，具有更高的诊疗难度和复杂性，不同医院应根据自身特点和优势选择重点发展的战略病种。例如，一些医院可能擅长心血管疾病、肿瘤疾病或神经系统疾病等领域的战略病种诊疗；而另一些医院则应专注于罕见病或特定类型的危重症治疗。从而形成技术和品牌的高度，提升医院的技术实力和市场竞争力，同时也代表了医院未来的发展方向；劣势病种是指由于多种因素导致诊疗效果相对较差、医疗资源消耗较高、按 DRG 付费医院亏损较多的一类疾病。一些复杂的慢性病、罕见病以及某些急性重症疾病。例如，某些晚期癌症、罕见遗传病以及重症感染等都属于劣势病种的范畴。虽然可能带来一定的经济压力，但也是医院持续改进和提升服务的动力来源，不容忽视。

在 DRG/DIP 2.0 版下，优势病种、战略病种和劣势病种的划分更

加明确。优势病种为医院带来稳定的收益，战略病种代表医院的技术创新和服务高度，而劣势病种则是医院持续改进和提升服务的动力来源。

DRG/DIP 2.0 版下的现状分析与数据洞察

通过 DRG/DIP 2.0 版的数据分析，每个医院可以清晰地看到各病组的费用、权重等关键指标。这不仅有助于识别优势病种和战略病种，还能精准定位劣势病种，为病种结构的优化提供科学依据。DRG/DIP 2.0 版中，分组设置更加细化，如主要诊断大类 (MDC)、核心分组 (ADRG) 和细分组 (DRGS) 等，这为医院提供了更为精确的数据分析工具。通过对这些数据的深入挖掘，医院可以动态调整病种结构，实现精细化管理。

构建橄榄型病种结构的具体实施策略

明确定位，夯实优势病种基础。一是精准识别与动态调整，利用 DRG/DIP 2.0 版数据，精确识别服务量大、经济效益好的病种作为优势病种，并建立动态监测机制，每季度或半年进行一次评估，确保优势病种的持续领先地位。二是政策与资源倾斜，制定专门针对优势病种的政策，如优先分配医疗资源、提供额外的绩效分配政策支持等，以巩固和扩大其地位。三是患者需求导向：持续关注患者需求变化，针对优势病种开展特色服务项目，如设立专病门诊、提供个性化诊疗方案等，以增强患者满意度和忠诚度。

战略布局，引领未来发展。首先专项资金与技术支持，设立针对战略病种的专项研发基金，用于支持新技术、新疗法的研发和推广。同时，加强与外部科研机构的合作，引进先进技术和设备。其次对人才培养与激励，建立针对战略病种的人才培养计划，包括进修、学术交流等。同时，设立创新奖励机制，对在战略病种领域取得显著成果的团队和个人给予丰厚奖励。再次进行品牌建设与市场推广：针对战略病种开展品牌建设活动，如举办公学术会议、发表科研论文等，提升医院在该领域的知名度和影响力。同时，通过市场推广活动吸引更多患者前来就诊。

精细管理，优化劣势病种服务。一要实行数据驱动的管理决策，利用 DRG/DIP 2.0 版数据，对劣势病种进行深入分析，识别亏损原因，如费用控制不当、住院时间过长等。基于数据结果制定针对性地改进措施。二要进行流程优化与成本控制，针对劣势病种，优化诊疗流程，减少不必要的检查和治疗环节，降低医疗成本。同时，加强药品和耗材的管理，降低药耗比。三要跨部门协作与持续改进，建立跨部门协作机制，确保信息共享和沟通顺畅。定期召开病种管理会议，讨论劣势病种的改进进展和存在的问题，并制定下一步的改进措施。同时，鼓励医护人员提出改进建议和创新思路，形成持续改进的文化氛围。

总结与展望

构建橄榄型病种结构是推动医院高质量发展的关键所在。通过

DRG/DIP 2.0 版的应用和上述具体实施策略的执行，医院可以更加精准地识别和优化病种结构，提升整体运营效率和服务质量。未来，随着医疗技术的不断进步和患者需求的多样化，医院还应继续深化对橄榄型病种结构的研究与实践，不断探索新的发展模式和服务方式，以满足人民群众的健康需求，推动医疗卫生事业的持续发展。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

价值购买、规范行业……医保为医药产业带来了什么样的发展？

来源：中国药科大学

改革开放 40 多年来，我国医疗保障水平不断改善，医药产业的发展日新月异，但在这个过程中也存在许多亟待解决的问题。诸如，医保目录一度更新滞后，同时国家与地方医保目录存在差异，难以统一划定药品采购范围。在药品流通领域，以往的采购基本以省级为单位进行，各省份药价无法及时联动，且招采分离、量价脱钩等问题明显，药品流通过程中利益主体成分复杂，易滋生灰色空间。“带金销售”“以药养医”等现象严重破坏市场公平竞争、扰乱药价合理形成，对产业的发展造成了严重阻碍。规范市场秩序、净化行业生态、深化医药产业改革发展，成为必然。

以国家医保局的成立为契机，医药产业发展迎来里程碑式的突

破，上述难题也顺利得以解决。2018年，国家医保局成立，整合招标采购、价格管理、医保支付三项职能，将药品价格决定权收归一体，统一在全国范围内进行药价治理。在全国范围内，医保目录更新、药品带量采购以及独家药品谈判等方面呈现出常态化发展的趋势，药价治理成效显著。同时，为了顺应时代发展，医保部门推动建立了全新的药品价格形成机制，构建了医保支付标准与中选价格协同的基本框架，引入了医保准入与药品采购联动机制。各类药价治理措施与医保进行创新性结合，促使医保在时代的变革中焕发新活力，全力赋能医药产业发展。

医保为医药产业带来了什么样的发展？

近年来，医保助力医药行业发展的指向性愈加明显。

首先，始终坚持将创新作为推动医药产业高质量发展的核心驱动力，建立了以新药为主体的医保准入和谈判续约机制，缩短了新药纳入医保的时间。在此基础上，医保对于国谈药品的支出规模也呈现上升趋势，由2019年的494亿元增加到了2023年的1389亿元，4年增加了1.8倍，表明了医保鼓励创新发展的决心。其次，坚持政策引领，净化行业生态，破除“带金销售”对于自由市场的桎梏。通过集采、国谈等药价治理手段，规范行业行规，防止医药腐败问题稀释医药事业改革红利，确保药价治理成果落到实处。最后，促进深层次、高质量“腾笼换鸟”，与医药企业共享改革红利，并给予仿制药企业

更多空间进行研发投入，从而推进仿制药企业产业结构转型升级。综上所述，医保体系的建立健全成就了医药行业的创新性、规范性、转型性发展，成为医药行业持续发展的坚实支柱与能量源泉。

医保通过战略购买和价值购买促进创新药的研发

在促进药物创新研发方面，医保利用“统一筹募基金，代表广大参保者实现战略购买、价值购买医疗服务”的职能，通过医保目录的动态调整、续约机制的工作简化、带量采购的正面导向、价格治理鼓励新药发展等政策引导的方法，提高我国创新药品开发的能力和水平，从而实现创新药物领域的高质量发展。

一是医保目录的动态调整。医保通过创新药品的价格谈判已经形成了“一年一调”的目录动态调整机制，将医保目录调整周期从原来最长8年缩短至1年，使得更多的新药能够在上市短时间内纳入医保。这不仅加快了新药惠及患者的步伐，也成为了创新药品迅速拓展市场的重要渠道，大幅缩短了创新药的销售回报周期，5年内新上市的药品在当年医保目录新增药品中的占比，已从2019年的32%提高到2023年的97.6%。以我国首个进入国家医保目录的PD-1抑制剂信迪利单抗为例，在没有进医保前，2019年的销售额仅为10.16亿元；2019年底医保谈判成功后，2020年的销售额就超过了22亿元，增幅超110%；2021年销售额已达到30亿元以上。创新药纳入医保后高额且快速的市场销售回报，极大地激励了医药企业对创新药品研发的投

入。根据艾昆纬《2023 全球医药研发全景展望》分析整理的数据显示，中国药企研发管线在全球的份额占比在不断提高，尤其是新型生物制药(EBP)的研发管线份额增速最为明显，从2017年的9%提升至2022年的20%。并且在过去5年时间里，生物医药板块研发投资的交易活动发生了变化，总部位于中国和韩国的企业越来越多，而总部位于欧洲的企业则越来越少。活跃研发管线的激增与生物医药投资风向的转变，反映了近几年中国创新药研发投资的力度之大，也侧面反映了医保尤其是独家创新药品的谈判准入政策激励对我国创新药研发的促进作用。

二是续约机制的工作简化。谈判药品续约规则的建立和完善，是巩固谈判成果、稳定各方预期、提高工作效率、确保谈判工作持续健康发展的基础性规则。通过定位药品的销售周期和进程、研判药品持续释放的创新价值，医保部门综合考虑药品对基金、患者使用的影响，将满足相应条件的药品按类别、要求调入常规目录或续签协议，兼顾首次续约、多次续约等不同情形，可以给予企业和社会稳定的市场预期，促进创新药品的持续合理保值。

三是带量采购的正面导向。一方面，集采通过纠正以“回扣竞争为主”的伪市场机制，促进形成风清气正的药品流通和使用环节，形成公平公正的医药市场，激发企业创新的内生动力，从而战略性地加大药品研发投入。例如，某集团作为国内传统大型医药制造工业企业，

多年来积极参与集采。据公司披露的年度财报显示，2023 年该集团研发投入高达 48.3 亿元，同比增长 21.2%，并且目前已有超过 60 个重点在研药品进入临床或上市申报阶段。另一方面，随着集采提质扩面的持续推进，对市场成熟药品进行充分的价格调整，能够有助于优化医保基金结构，使更多的基金用于购买更具价值的创新性药品等优质医疗服务，进一步推动创新药品的发展。

此外，在创新药首发定价的价格治理激励上，国家医保局也作出了一定的尝试。在坚持“药品价格由市场决定，更好发挥政府作用”的政策前提下，支持高质量创新药品获得“与高投入、高风险相符的收益回报”，提供“绿色通道”挂网、稳定期保护等政策扶持，提高我国创新药研发的发展质量。

医保通过整顿医药市场规范行业秩序

在规范医药行业秩序、推动行业正向发展方面，医保探索完善“量价挂钩”的药品集中采购制度和以市场为主导的药品价格形成机制，并通过综合价格治理的方式促进药价区域均衡协调，引导形成公平公正的医药市场环境。

一方面，国家药品集采提质扩面的常态化开展规范了医药企业行为，从而引导企业转变营销模式，将竞争核心回归产品本身，净化了医药卫生领域的行业生态。在过去“招采分离、量价脱钩”的招采模式下，药品流通链条利益主体复杂，导致了药品销售领域的灰色地带。

而国家药品集采始终坚持“招采合一，以量换价”的招采原则，简化医药企业销售程序，降低医药企业销售费用，成功切断了药品销售端的灰色利益链。例如，积极响应国家集采政策的某药业公司，其在2019年第三季度的销售费用为3亿元，而2020年第三季度的销售费用下降至2亿元，国家药品集采通过公开透明、公平公正的规则，引导企业进行质量和价格的竞争，减少了大量带金销售的营销成本。

另一方面，医保通过对“四同”药品的价格治理也构建了公平公开的医药市场，维护了良好的价格秩序，重塑了医药领域风清气正的市场环境。2024年3月7日，国家医保局发布《关于促进同通用名同厂牌药品省级间价格公平诚信、透明均衡的通知》(医保办函〔2023〕104号)，提出针对“四同”药品(即通用名、厂家、剂型、规格均相同的药品)进行价格规制，明确3月底前要基本消除“四同”药品省际间的不公平和歧视性高价。对行业的发展而言，价格治理是对过往少数企业利用省际间的信息差异制定歧视性高价的纠偏以及对企业非法获利的止损，有助于引导企业价格行为更加规范诚信，重塑医药市场公平、诚信的市场环境，促进省际间药品价格更加透明均衡。同时，结合国家药品集采、医保目录谈判等药品价格治理措施，进一步优化药品价格形成渠道，激发医药市场的竞争活力，推动医药行业形成以临床疗效等“产品力”为中心的良性竞争格局，带动我国医药健康产业的蓬勃高质量发展。

医保完善市场竞争机制促进产品质量提升和产业结构优化

在推动医药产业结构转型方面，医保利用带量采购完善健康合理的市场竞争机制，使企业更加注重药品本身质量、疗效的竞争，促进了我国仿制药整体质量水平的提升，并推动了医药产业结构的优化发展。

具体而言，国家药品集采通过设置合理的市场竞争机制，将过评仿制药与原研药、参比制剂视作同一质量维度进行市场竞争，使得高质量的仿制药能够有机会与原研药品同台角逐，对仿制药行业的发展起到了积极的促进作用。通过设定仿制药的一致性评价作为参与集采的门槛，能够在一定程度上带动医药企业开展仿制药一致性评价的积极性，提高我国药品的整体质量，我国化学仿制药过评品种数已经从2018年的不足200种逐年上升到目前的超过6000种。此外，为进一步检验并保障中选药品的质量和疗效，国家医保局早在2019年就组织开展了集采中选药品疗效与安全性评价的真实世界研究，并于2021年委托多家医院开展了新一轮更大规模更广范围的真实世界数据研究。两次真实世界研究采取科学、严谨的统计学方法，多中心、大样本、全方位地对集采药品的安全性、有效性进行评价，结果表明，集采中选仿制药的临床疗效和安全性与原研药相当，集采真正实现了降价不降质，保障群众用药的高质量水平。

同时，药品集采公平、公正的市场竞争加速了产业结构的健康优

化发展，持续带动医药市场高水平良性运转。一方面，国家药品集采加速了我国仿制药对原研药的替代，集采品种仿制药的使用比例从集采前的 70% 提高到 88%，促进了我国用药结构的调整，有利于提高整体产业的发展。另一方面，集采有助于促进企业兼并重组与专业化运作，提高资源配置效率，为具有规模效益的企业提供了充分发挥自身优势的舞台。从集采的中选结果看，头部企业凭借着高质量、集约化生产以及多管线的优势，在国家药品集采中占据了更多的有利地位、中选更多产品，从而在无形中有利于提升产业的集中度。2013 年至 2021 年间，我国医药市场的集中度稳步提升，医药工业 20 强企业的销售份额由 2013 年的 30% 提升到 2021 年的 34%。此外，集采也为中小企业提供了“弯道超车”的机会，越来越多的企业加入到集采当中，促进了医药产业的持续发展。

医保为什么能够促进医药产业的升级发展？

从机制上看，医保作为医疗服务的第三方支付者，可以充分整合参保人员的购买意愿，通过与企业进行“以量换价”的战略性博弈，提升医保购买的基金绩效。本质上，医保谈判、集采及综合价格治理都是以市场为主导，政府参与监管的药品价格形成机制，都体现了有为政府与有效市场相结合的原则，而非一味砍价的唯低价论。医保部门围绕常态化、制度化开展医保谈判和集中采购活动，是为了清除药品流通领域不合理高额费用，并不影响企业的正常利润。经过多年探

索实践，通过谈判机制调整医保目录的制度臻于成熟，量价挂钩的集中带量采购制度也逐步完备，医保营造出风清气正的药品流通和使用环境，给予企业稳定良好的市场预期，从而赋能医药产业的长效发展。

从配套措施上看，医保联合多部门打好政策“组合拳”，确保政策落实衔接有序，形成上下联动、统筹发展的医药产业格局。一方面，建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制是破解国谈中的量价难题、构建支付价格链的重要措施，能有效解决新增目录药品进院难的问题，打破产业发展的阻碍。另一方面，保证使用和保证回款是集采促进产业转型升级闭环的两大配套环节。医疗机构优先畅通集采药品的落地使用，压实集采用量，只有确保了中选产品的使用，才算是走好了带量采购药品的“最后一公里”。同时，通过建立集中带量采购基金预付、探索医保基金直接结算医药货款的方式，缩短了医药货款结算周期，加快了企业资金回笼，从而引导市场形成长期稳定的预期，推进产业高质量发展。

行远自迩，踵事增华。国家医保局成立以来，我国医疗保障事业一路滚石上山、披荆斩棘。医保部门围绕机制作用，修正建构治理理念，通过确立完善国谈、集采、药价治理、医保支付方式改革等制度政策，建立健全相关配套规则体系和技术支撑体系，重塑了医疗系统利益机制，从而激发了医药企业创新内生动力，有力推动了医药行业的高质量发展。

在共生中演化：医学新质生产力与医保制度在相互适应中发展

来源：国家卫生健康委卫生发展研究中心

人类对疾病和健康的认知是一个不断发展的过程，医药服务的供给模式(即医学模式)经历了神灵主义模式、自然哲学模式、机械唯物论模式、生物医学模式、生物—心理—社会医学模式几个阶段，可以说，人类对疾病和健康的认知决定了医学模式。

近代医学经历了 16 至 17 世纪的奠基、18 世纪的系统分类和 19 世纪的大发展，并在 20 世纪实现了现代医学的飞速发展。医学的发展也带来了医疗服务供给模式的变化，医务人员的专业化分工愈发精细。

医学科技与现代信息技术、材料科技等的深度融合，极大地促进了医学科技发展，在更准确深入地揭示人体生理构造与疾病发生发展全过程的同时，也带来了疾病诊断和治疗模式的突破，医学科技正向着个性化、精准化、微创化、智能化、集成化和远程化发展。

实际上，医学模式的演化过程就是医药卫生生产力不断发展的结果。其核心要素是科技创新，科学技术进入卫生健康服务过程与生产力的人和物要素结合，直接转化为更高效的生产力。

医疗保障制度是化解参保人疾病治疗费用风险的制度安排。虽然很多人认为，影响健康经济风险的要素包括老龄化、疾病谱变化、医

学技术进步等，但本质上最核心原因其实是医学进步，即生产力的发展。老龄化、疾病谱变化是医学(包括公共卫生)技术不断进步的结果。在漫长的传统医学时代，人们化解健康风险的方式是风险自留，即由家庭承担相关风险。农业社会成熟后，风险分担方式转为由血亲关系支撑的熟人社群内部事后“凑份子”式的“众筹”。当传统的风险分担方式不再能化解风险，便需要政府组织基于大数法则的陌生人之间的事前风险分摊方式。

医疗保障制度的发展，提高了人们对卫生服务利用的水平，促进了新技术的应用，助推了医学的更快进步。长期来看，医保和医药卫生的发展是共生—演化的关系。医保的初始定位是补偿与健康相关的经济损失，后来演变成为医疗服务购买，进而又对医疗服务体系的供给方式和资源配置产生影响。医保的功能通过支付制度改革不断发展，对需方设置的起付线、封顶线等会对患者的就医行为会产生影响；对供方采用的按项目付费、按人头付费、按床日付费、按病种付费、总额预付等，包括结余留用机制在内的激励机制实际上对基金的“剩余索取权”进行了变革，因此也就影响到了生产关系中的一系列核心内容，包括所有制、人们在生产中的地位和相互关系，以及分配制度。现实中，医保与医疗对诊疗是否合理、技术是否适宜的理解与判断，本质上都是生产力与生产关系之间的磨合。例如，日间手术服务旨在提高医院运行效率和患者体验，但有可能因为医保政策对此类服务未

能及时调整而在推动中有所障碍。再比如，我国约有 3000 万乙肝患者，但集采前由于新一代抗病毒药物价格昂贵，大量患者没有得到规范治疗，恩替卡韦等新一代抗病毒药物纳入集采降价后，迅速取代老一代抗病毒药，显著提升乙肝患者治疗质量。世界卫生组织认为，中国的集采打破乙肝抗病毒药物的高价壁垒，有助于实现 2030 年消除病毒性肝炎作为公共卫生威胁的目标。

从长期来看，医疗保障制度与医药卫生发展是相互适应的发展过程。短期内，在筹资水平有限的情况下，如何支持医药新质生产力，则十分考验政府部门的治理能力。事实上，近年来相关文件中已有清晰的表述。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出，要发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，促进健康中国战略实施；要坚持系统集成、协同高效，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。不仅如此，《“十四五”全民医疗保障规划》提到的“优化医疗保障协同治理体系”，也涉及医保支付机制、医药价格形成机制、基金监管体制机制、协同建设高效的医药服务供给体系等多个方面。部分地方的医保部门更是牵头出台了支持创新医药高质量发展的综合性政策措施。

当然，挑战也是显而易见的。相对于被动支付，战略性购买是基于绩效拨付医保基金，追求参保人群健康结果最大化，关注效率、质

量、公平，基于人群的健康需要来分配资源。要实现医保的战略性购买，需要在治理机制(如医保的功能定位、保险人体制、问责、监管、医疗机构的自主权等)、保障范围(对应资源的配置效率)、支付方式(对应服务提供的技术效率)、信息系统(如了解人群健康需要并评价绩效)等方面开展改革。当前医保改革通过支付单元和支付标准对住院医疗行为有了较好引导，但对大量医疗服务向门诊转移、大医院对基层患者的“虹吸”却依然没有破题，这也导致分级诊疗效果有限，住院率居高不下。

对于新药新技术的支付，卫生技术评估(HTA)已经成为各个国家和地区决策考量的重要因素，但各地经济水平和基金承受能力的差异却导致应用上出现不平衡，疾病负担、医疗服务的公平性、社会规范和伦理问题、民众的认知等都会影响最终的决策结果。尽管我国基本医保目录决策对卫生技术评估提供了最大的应用场景，但仍面临着技术和治理两个层面的挑战。

以高值药品为例，如何平衡好鼓励创新和降低人群负担之间的关系，就十分考验医疗保障的治理能力和治理体系。除常规支付模式外，医保和企业之间可以根据财务风险或结局风险进行风险分担，签订量价协议、折扣协议、费用上限协议、实证发展补偿协议、结果保证协议等，以平衡多方利益并促进新药可及。但在筹资水平既定的情况下，如果目录范围过于宽泛，则会影响保障的高度(即报销比例)——这是

保障水平的另一重要维度，也是公平性的重要指标。倘若两者不可兼顾，应优先确保充分的报销水平以确保低收入人群的可及性；未被满足的需求，应通过商业健康险等补充保障来解决。

[返回目录](#)

• 专家观点 •

雷海潮：“四个方面”持续提升公立医院的公益性

来源：中国卫生杂志

国务院新闻办公室于9月12日举行“推动高质量发展”系列主题新闻发布会。国家卫生健康委员会主任雷海潮在会上介绍了当前卫生健康发展的基本情况和当前多项重点工作的进展成效。

居民健康素质素养明显提升

党中央、国务院高度重视健康发展的有关谋划，国家卫生健康委通过实施健康中国行动、爱国卫生运动以及基本公共卫生服务项目等一系列卫生健康措施，在提高居民健康素质素养方面取得了明显进步。

首先，个人健康意识得到了明显提升。国家卫生健康委与各地卫生健康部门、疾控部门、中医药部门开展了大量的高频次健康知识传播行动，为提升个人健康意识给予支持。据统计，中国居民健康素养水平从2018年的17.06%提高到2023年的29.70%。

第二，人民群众的健康水平得到了明显提升。2022年，我国儿童青少年总体近视率51.9%，较2018年下降1.7个百分点，青少年近视发生率恶化趋势得以遏制，而且正得到进一步巩固。2023年，全国报告的新发职业病病例数比2018年下降了48.6%。2023年，全国5岁以下儿童死亡率降低至6.2‰，孕产妇死亡率降低至15.1/10万，达到我国历史上最好水平，也达到了国际上中高收入国家先进水平。

第三，环境和重大疾病对人群健康的影响得到了持续改善和控制。近年来，我国空气、水以及土壤等环境指标得到明显改善，公众生活品质得到了提升。同时，我国重大慢性病的过早死亡率已经从2018年的17.36%下降至2023年的15%。

目前，我国已经创建1052个国家卫生城市和国家卫生县区，2637个国家卫生乡镇。建设过程中，公共财政发挥了积极的推动作用和保障作用，国家实行的基本公共卫生服务均等化项目从2009年的人均15元提升到2024年的人均94元。

党的二十届三中全会进一步提出了“实施健康优先发展战略”。下一步，国家卫生健康委将认真落实中央的决策部署，深入研究健康优先发展的战略内涵、具体政策、实施措施，特别是在发展规划、政府投入、社会治理等各方面，研究出更加精细的治理政策法规体系，以实现健康优先发展的战略目标。

紧密型县域医共体建设有望提早实现预期目标

近年来，国家卫生健康委不断推进紧密型县域医共体的试点与全国统一行动。截至今年8月底，我国紧密型县域医共体数量已经发展到2171个，推进速度符合预期，并有望提早实现预期目标。

县域医疗卫生机构也在大力帮扶城乡基层，形成了“一级帮一级、上级帮下级”的良性互动局面。截至2023年底，我国免费培养的农村订单(定向)医学生已经超过8万人，为农村输送了源源不断的较高素质的专业技术人员。当前，90.9%的县已经实现了县级医院派驻人员到乡镇卫生院服务的全覆盖，派驻人员的驻守服务时长原则上不少于半年，而且要定期轮换，以保证乡镇卫生院有足够数量、足够能力的专业人员为老百姓提供服务。

此外，巡回医疗、远程诊疗等方式已经在县域范围内被广泛采用。根据监测，“基层检查、上级诊断”的方式已经覆盖了三分之二的乡镇卫生院，并形成了有效的发展路径与推进措施。

根据计划，到明年年底，90%以上的县要建立县域医共体，紧密程度要有新提升，实现上下级机构的协同度更加良好、信息更加融通、人员交流更加频繁，使得基层服务能力与水平得到持续提升和改善。

“四个方面”持续提升公立医院的公益性

对于深化以公益性为导向的公立医院改革，党的二十届三中全会已经作出明确部署，可以从四个方面进行理解与学习贯彻。

第一个方面，要坚持以公益性为导向，把公益性放在第一位。公立医疗机构作为提供医疗服务的主体力量，在医院的具体管理、发展理念、宏观规划和政府投入等方面，都要突出公益性。

第二个方面，要建立公立医院编制动态调整机制。国家要制定相应的动态调整标准，各地应该落实好公立医院编制动态调整有关工作，使有资质、有能力、有良好医德医风的医疗专业技术人员能够得到编制保障，安心从事为老百姓服务的医疗工作。

第三个方面，要建立以医疗服务为主导的收费机制。当前，价格改革的主要任务是根据医保基金筹资水平变化、药品和医用耗材集中带量采购节省的费用空间以及医学技术新的发展趋势，把已经证明临床有效的、得到专业认可的服务项目和技术，及时纳入价格管理和医保支付范围。另外，对于一些长期偏低的医疗服务价格项目，在医保基金和老百姓可支付的限度范围内进行必要调整。同时，还要建立和完善以多元支付为主体的医保支付体系，支持技术发展、控制费用不合理增长。

第四个方面，完善公立医院薪酬体系。薪酬制度改革应确保“两个允许”的政策落地，并“做好三个结构调整”。“两个允许”意味着有关部门在核定公立医疗机构人员绩效工资时，要把总量核准，要动态调整，使医务人员的绩效工资与经济社会和物价水平的变动相同步，体现医生的劳动价值，鼓励优劳优得、多劳多得。“三个结构调

整”包括：第一个结构调整，公立医疗机构要坚持把公益性作为基本出发点和落脚点，逐步缩小公立一、二、三级医疗机构之间的绩效工资水平差距；第二个结构调整，坚持公益性的要求，逐步缩小医疗机构内部不同专业、不同科室之间薪酬待遇差距，使儿科、病理、精神卫生、麻醉、全科、产科等相对比较短板弱势的专业医务人员的收入待遇得到改善；最后一个结构调整，要按照公益性的要求，逐步提升医务人员绩效工资中固定收入所占比例，适当调控灵活收入奖金部分的比例，使之更加符合公益性的定位，鼓励医疗卫生专业人员多钻研技术，多提供良好服务。

下一步，国家卫生健康委将落实完善以上工作思路和初步考虑，持续提升公立医院的公益性，调动和保持医务人员的积极性，加强综合监管，使公立医院发展与经济社会发展形成良性循环和互动。

加快区域均衡布局和医疗服务同质化

优质医疗资源不足与分布不均衡是一个全球共性问题。我国高度重视这一问题，并采取了一系列卓有成效的措施。

第一，扩充优质医疗资源的规模和容量。近年来，我国从国家医学中心、国家区域医疗中心、省级区域医疗中心三个层面来推动优质医疗资源的扩容，先后设置了13个专业的国家医学中心，125个国家区域医疗中心，114个省级区域医疗中心。通过多层次建设，我国医疗资源以及服务能力有了明显的跃升，在东、中、西部之间分布更

加均衡。

第二，着力下沉优质医疗资源。近年来，国家卫生健康委先后推动了三级医院对口帮扶县级医院和“万名医师支援农村卫生工程”，使得优质医疗服务能够送到基层老百姓身边。日前启动的44所委管医院巡回医疗工作，首次实现了在年度巡回医疗当中，国家委属委管医院全覆盖。此外，根据统计，在临床重点专科新增建设项目中，40%的项目设置在省会以外的城市，体现了为均衡提供医疗服务所作出的政策安排。

第三，发挥信息化的支撑作用。当前，全国互联网医院数量已经达到3340所，每年提供的互联网诊疗服务量超过1亿人次，对医疗服务形式提供了有力补充。

日前，国家卫生健康委公布将在国内9个城市试点推进外资医院设置工作，为这9个城市的营商环境与居民就医选择提供更多支持。下一步，国家卫生健康委将突出体制改革，按照党的二十届三中全会的决策部署，进一步推进医疗服务内容与形式更加多元化，服务层次更加清晰。

[返回目录](#)

余艳红：中医药高质量发展跑出“加速度”

来源：中国新闻网

9月12日上午，国务院新闻办公室举行“推动高质量发展”系

列主题新闻发布会，国家卫生健康委员会党组成员、国家中医药管理局局长余艳红出席并介绍“十四五”时期中医药事业高质量发展有关情况。

中医药服务能力显著提升

余艳红指出，实施“十四五”中医药发展规划和中医药振兴发展重大工程以来，15项主要发展指标，3项已经提前完成、其余指标全部符合预期。2023年，全国中医类医疗机构9.3万个、总诊疗人次达到15.4亿人，较2022年机构数增加了29.2%，总诊疗人次增加了67.4%。一体推进中医药教育科技人才取得新成效。

在教育方面，推动成立了中国中医药联合研究生院，建设321个高水平中医药重点学科。承接国家重点研发计划“中医药现代化”重点专项，中医药领域建设了7个全国重点实验室、2个国家临床医学中心，布局46个国家中医药传承创新中心。

在人才建设方面，实施中医药特色人才培养工程，构建了领军人才、优秀人才、骨干人才梯次衔接的高层次人才队伍。“十四五”以来，中医药领域新增两院院士5名，评选表彰30名第四届国医大师和101名全国名中医，截止到去年底，全国中医执业医师数(包含助理医生)已经达到86.8万人。中医药认可度和影响力持续提升。《中国中医药大会》亮相中央电视台，中医药文化夜市人气火爆，中医养生“圈粉”年轻人，中医药正逐步成为群众促进健康的文化自觉。

中医药服务中国特色大国外交更加主动，建设了 30 个高质量的中医药海外中心，中医药纳入中国中亚峰会成果清单，纳入中越两党两国最高领导人双边互访成果，上合组织传统医学论坛连年举办，中医药援柬医疗队成为民心相连的纽带，人类卫生健康共同体的中医药底色不断擦亮。下一步，将聚焦“完善中医药传承创新发展机制”，进一步全面深化中医药改革，更好地服务健康中国建设和服务经济社会发展。

中西医协同发展持续推进

余艳红表示，国家卫生健康委、国家中医药管理局始终坚持中西医并重，注重中医药相互补充、协调发展，实施中西医协同推进工程，在机制建设、模式创新、人才支撑等方面打出了一系列的“组合拳”。

一方面，中西医协同体制机制建设不断加强。在机构改革中，国家中医药管理局独立设置中西医结合与少数民族医药司，从国家层面统筹推进中西医结合工作。会同国家卫生健康委对综合医院中医药工作作出专门部署，开展综合医院中西医协同发展能力提升行动，推动综合医院、专科医院、妇幼保健机构建立“有机质、有团队、有措施、有成效”的中西医结合模式。

另一方面，中西医协同服务能力不断提升。90%以上的二级以上公立综合医院开设了中医临床科室，在全国首次遴选确定了 62 家中

西医协同“旗舰”医院和 559 个中西医协同“旗舰”科室。聚焦重症胰腺炎、慢性稳定型冠心病、肿瘤等严重影响人民健康的重大疑难疾病，开展中西医协同攻关，显著提高了临床疗效。同时，中西医结合人才支撑作用不断强化。会同教育部探索开展中西医结合 9 年制教育改革试点，推动本科临床医学类专业开设中医药必修课程，大力发展西医学习中医教育培训。

[返回目录](#)

• 地方精彩 •

成武县：实体化中心药房这样建

来源：菏泽市卫生健康委员会

基层医疗卫生机构大多地处偏远、基础薄弱、分布散、规模小，由此带来基层药品配备品种不齐全、药品采购配送不及时、药学服务能力不足等“短板”。作为破解上述问题的一个创新模式，中心药房走入行业视野。2022 年 5 月，山东省卫生健康委经过深入调查研究，结合当地紧密型县域医共体建设实践，决定在全省有条件的地区分步推进县域医共体中心药房工作。两年多过去了，山东省县域医共体中心药房工作进展如何？

近年来，山东省菏泽市成武县深度整合县域医疗卫生资源，组建了以县人民医院为牵头单位，县公立中医医院、县妇幼保健计划生育

服务中心，以及 13 个乡镇卫生院、105 家村卫生室为成员单位的紧密型县域医共体。

在此基础上，成武县高度重视药品供应保障工作，将构建药品供应保障体系作为推进“三医”协同的重要抓手，积极推动智慧化中心药房建设，坚持 3 个理念，发挥 3 个作用，强化 5 个统一。目前，成武县依托县域医共体建设，推动药事服务信息互联互通，提高基层医疗卫生服务能力，提升医疗资源使用效率，打造普惠民生的卫生健康服务品牌。

坚持 3 个理念多维赋能强建设

一是坚持信息化理念。成武县投资 500 万元，建立全县统一的中心药房信息化系统。依托该系统，药品基础信息实现四码合一，医共体内部药事服务信息实现互联互通，监督管理逐步走向数字化。中心药房做好药品全程扫码追溯工作，在采购、验收、养护、发放及使用全过程利用设备进行扫码，减少人为操作错误，实现药品溯源闭环管理。

二是坚持智能化理念。药品仓库环境监测实现智能化。仓库各区域设置全自动智能温湿度监控系统，自动提取温湿度数据，发现异常及时报警，确保在库药品质量。药品仓储设备实现智能化。库房配备整件立体货架 10 组，可存储 2000~3000 件药品，配备机器人拆零货架 48 组 284 个层架。药品验收入库后，库房对其进行二次赋码，实

现拣货“货找人”，大幅度提升拣货精准度和工作效率。药品运输实现智能化。中心药房利用物联网技术，智能监控车辆运送路线、周转箱运送轨迹等，精确进行时间记录，冷链药品转运过程实现箱内温度实时监测、验收打印转运温度记录等，充分确保转运药品的质量安全。

三是坚持标准化理念。储配中心被分为药品区和耗材区，对急救药品实行专区管理，实现建设标准化。中心药房以医共体药品目录为主，科学遴选用药范围，保障患者用药能够用得上、用得起、用得好，实现管理机制标准化。目前，中心药房用药目录包含国家基本药物约 570 种、集中带量采购药品 304 种、谈判药品 35 种。此举有效解决了基层慢性病、常见病用药配备不全等问题，确保居民享受改革红利。

发挥 3 个作用同频共振促联动

一是发挥县级协调抓总作用。成武县委、县政府坚持县级统筹、高标定位、提早谋划，把医共体和中心药房建设作为“一把手”工程，召开专题会议研究探讨。成武县还成立以县委书记、县长为组长，卫生健康、医保等 15 个部门主要负责人为成员的领导小组，推进医疗、医保、医药整体协同，对组织架构、资金投入、信息化建设等提出方向目标，确保组织保障坚强有力。

二是发挥园区要素保障作用。成武县出台《成武县县域医共体中心药房建设实施方案》，将中心药房定址在成武县工业园区，提供建

筑面积 2600 平方米的标准化厂房，全力支持中心药房建设；同时投资 1000 万元建成符合药品经营质量管理规范(GSP)要求的综合保障储配中心。

三是发挥县域医共体统揽助推作用。得益于县域医共体建设成果积累，成武县在全市率先建立了中心药房，构建了县域医共体用药衔接、资源共享、成本共担机制，推动了县域内医疗机构上下用药衔接，完善了基层药品供应保障体系，提升了基层药学服务能力，成为山东省首批试点县。

强化 5 个统一优化服务强基层

一是统一药品目录。中心药房以县域医共体药品目录为主目录进行准备，对基层诊疗范围以内的药品进行筛选，遴选循证证据充足、使用频度高、剂型规格适宜的药品。同时，中心药房利用医院信息系统配套模块对各成员单位药房药品目录进行授权，落实统一药品目录管理。

二是统一药品采购。中心药房遵循国家基本药物制度、医疗保障局药品采购管理规定和药品集中带量采购工作常态化开展要求进行采购，通过平台完成药品信息化输入，全面落实“两票制”。

三是统一药品储备。中心药房建成符合 GSP 要求的综合保障储配中心，设置冷藏库、阴凉库和常温库，分设药品区和耗材区，设置办公区和信息监控平台区。中心药房建立短缺、易短缺和急抢救药品的

储备机制，实行专用货架、专人管理，设定储备量预警上下限额，及时确定采购计划，补充储备药品。

四是统一药学服务。中心药房选派优秀药师每月对成员单位药师进行线上线下业务培训考核，提升药师对药品管理法律法规的掌握水平，促进其在处方点评、患者用药教育、药品监测等方面的专业素质和实践能力的提升。同时，中心药房着力降低药品不良事件发生率，为患者提供更加安全、有效的药学服务。

五是统一药品使用监测。中心药房借助信息化手段对县域医共体药品字典进行统一维护管理，将药品采购使用管理分类代码与县域医共体内部药品编码、医保编码、商品码、药品本位码衔接，确保各项运行数据的统计监测便捷、准确。

聚焦 3 个目标精准高效保运转

一是运转高效。牵头医院统一对集中带量采购药品品种信息上传至医保结算平台进行直接结算，对非集中带量采购药品品种则通过供应商在院采购结算与用后结算。两种模式并存使得供货周期从原来的 7 个工作日缩短至 3 个工作日；统一对短缺药品、急抢救药品、重大疾病防控所需药品等进行储备，共储备 100 余品种，价值达 200 万元，做到早预警、早处置，提升了区域内药品供应保障能力。

二是资源利用高效。中心药房按时、保质、足量将药品配送至各成员单位，信息化应用实现了对采购使用全过程的溯源闭环管理；全

程扫码确保了基层医疗卫生机构的临床用药需求和用药安全；统一配送使各成员单位节省了采购、配送等成本。

三是管理高效。中心药房与医院信息系统对接获取补货依据，自动化补货提高库存周转速度，减少各成员单位库存资金压力。县域医共体实现了对各成员单位药品库存的监管。通过中心药房智慧化平台，牵头医院了解各成员单位采购、成本消耗，为医共体管理提供数据依据，同时为决策提供数据依据。

[返回目录](#)

浙江省肿瘤医院：智慧赋能 打造全程管理新模式

来源：浙江省肿瘤医院

新型抗肿瘤药物上市的增多和高质量研究证据的层出不穷，为肿瘤患者的治疗带来了更多选择。如何规范抗肿瘤药物合理使用也成为管理的重点和难点。

近年来，国家卫生健康委发布了《抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）》（以下简称《办法》）、《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》（以下简称《指导原则》）等多份文件，要求对医疗机构的抗肿瘤药物进行全过程管理。浙江省肿瘤医院药剂科在抗肿瘤药物的智慧化、全程化管理中不断创新，构建了有药可用、有径可管、有证可循、有靶可依的管理体系。

有药可用 多维度保障可及性

抗肿瘤药物，尤其是新药、价格昂贵药品，存在大量的院外药品使用需求，包括国谈药品、临时用药、自备输注药品、外配药品、慈善援助药品、临床试验用药。如何准确遴选、分层配备、同质管理，从而保障临床用药需求，是工作难点。

在药品遴选上，医院从引进需求评价和药学技术评价两大维度构建了抗肿瘤药物遴选评价体系，综合评价临床治疗需求、政策需求，涵盖有效性、安全性、经济性、创新性等维度，依据评价结果进行多层次配备。以打通国谈药品进院“最后一公里”为例，医院构建评价体系，开发国谈药品医嘱系统，精准适配国谈药品适应证，确保患者享受政策红利，同时避免不必要的药品金额增加。目前，医院抗肿瘤国谈药品的院内配备率达 94.6%，做到“应配尽配”。

针对“双通道”国谈药品、临时用药、患者自备药品、外配药品、慈善援助药品、临床试验用药，医院开发了信息化软件，在医院信息管理系统内实现了对上述院外药品的同质化管理。在用药患者精准管理方面，例如慈善援助药品、临床试验用药等，医院均能实现获赠患者或临床试验入组患者及其数量的点对点管理，在此基础上实现了标准化、信息化、协同化、监管化的“四化”管理，与院内药品在准入管理、药品管理、物流管理、医嘱开具、事前审方、事后点评等环节实现同质化管理，切实保障用药可及性，提升肿瘤患者用药安全性。

有径可管 强化闭环管理

医院建立了“药品引进—分级管理—采购/储存—属性设置—处方权管理—医嘱开具—前置审方—调剂配置—转运—给药—监护—点评—监测—异动分析—提升改进”的抗肿瘤药物闭环管理路径，筑牢抗肿瘤药物使用安全防线。

抗肿瘤药物分级管理是《办法》中的核心内容之一。《办法》建议根据安全性、可及性、经济性等因素将抗肿瘤药物分为限制使用级和普通使用级。医院相应制定了抗肿瘤药物分级管理目录并实时更新，每年对医生进行抗肿瘤药物知识的培训并开展考核，综合医生职称、工作年限、培训与考核情况授予相应等级的处方权。医院将抗肿瘤药物分级管理目录及医生处方权限维护至医院信息管理系统，保证医生根据处方权限开具相应级别的抗肿瘤药物。

自2012年起，医院引入合理用药管理系统和前置处方审核平台，严密构筑“前置软件拦截+审方药师审核+调剂药师复核”的三道“防火墙”。截至目前，医院累计自定义合理用药规则6700条，年拦截不合理医嘱1.5万张。通过“事前审核、事中监督、事后评估”的闭环式管理模式，医院保障了抗肿瘤药物使用的安全合理。

有证可循 构建超说明书用药管理体系

在肿瘤治疗中，超说明书用药普遍存在。为此，医院构建了超说明书用药管理体系，通过备案申请途径和临时申请途径满足不同患者的超说明书用药需求。尤其是临时超说明书用药申请途径为后线治疗

时无标准治疗方案推荐，且超说明书用药循证证据质量等级不高的患者提供了路径。同时，医院进一步明确国外说明书、权威指南、临床研究的范围及证据质量要求，规范超说明书用药循证证据的纳入标准，进而逐步形成涵盖免疫检查点抑制剂、抗体偶联药物、纳米抗肿瘤药物等药物的院内合理使用指导意见。

针对超说明书用药管理过程中因循证证据信息量大、信息时效性强、临床药师配备不足所致循证效率和质量不高等问题，医院基于人工智能技术构建了抗肿瘤药物拓展性临床使用循证评估体系，实现了基于关键词的生物医学研究文献的自动检索、信息提取、循证评估、决策建议等功能，以自动解析肿瘤诊疗指南和临床研究证据，进而提高超说明书用药的管理效率。同时，医院建立《抗肿瘤药物拓展性临床使用人工智能辅助循证系统技术规范》，促进不同层级医院智能化与同质化发展。

有靶可依 首创靶点检测信息管理系统

对于特定的新型抗肿瘤药物，患者表达敏感分子靶点是其获益的重要决定因素。《办法》和《指导原则》均要求，在国家卫生健康委发布的诊疗规范、临床诊疗指南、临床路径或药品说明书中明确需要患者进行靶点检测的靶向药物，在其使用前均要经靶点基因检测。为此，医院率先建立了新型抗肿瘤药物靶点检测管理系统。

医院建立了新型抗肿瘤药物靶点检测需求目录，重点关注同一药

物检测需求或靶点因病而异的情况，参考国内外药品说明书、权威指南共梳理 200 余条靶点检测需求。针对在无法获得靶点检测结果的情况下进行靶向治疗的难点问题，医院建立了明确的靶点检测管理与医嘱/处方开具路径，尤其针对特殊的临床需求明确了在无相应靶点检测信息的情况下允许使用靶向药物的条件，同时加强了患者知情同意的管理。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

27 省联盟 | 35 种耗材集采即将启动

来源：药智医械数据

江西征求 35 种耗材集采文件意见，27 省联盟采购即将来袭。

27 省联盟，采购 35 个品种

日前，江西省医疗保障局征求《糖代谢等生化类检测试剂省际联盟集中带量采购文件(征求意见稿)》(以下简称《征求意见稿》)意见，即将开启糖代谢、离子微量元素、血脂脂蛋白、肝功能、胰腺类、肾功能等 6 类糖代谢等生化类检测试剂集中带量采购工作。

本次集采由江西省、天津市、河北省、山西省、内蒙古自治区、辽宁省、吉林省、黑龙江省、上海市、安徽省、福建省、河南省、湖北省、湖南省、广西壮族自治区、海南省、重庆市、四川省、贵州省、

云南省、西藏自治区、陕西省、甘肃省、青海省、宁夏回族自治区、新疆维吾尔自治区和新疆生产建设兵团等 27 个地区参与，规模堪比国采。

采购品种为 6 大类共 35 个产品，以 ml 和测试为单位，分别制定最高有效申报价。其中，离子微量元素中的总铁结合力(TIBC)为新增品种。

分组规则及拟中选规则如下：

竞价分组：

1. 同一品种下，不区分方法学，根据包装计量单位分为 ml 组和测试组。根据分组后医疗机构的采购需求，将 ml 组和测试组的企业分别再分为 A、B 两个竞价组。满足以下条件之一的，进入 A 组：

(1)按采购需求量从多到少依次排序，承诺满足全联盟地区全部采购需求且在全联盟或任一联盟省(自治区、直辖市、新疆生产建设兵团)累计采购需求量前 70%的企业；

(2)按全联盟有填报采购需求量的医疗机构数量由多到少依次排名统计，在有采购需求量的企业当中，排名前 30%(并列不连续排名，向下取整)的企业；

(3)任一联盟省(自治区、直辖市、新疆生产建设兵团)有填报采购需求量的医疗机构数量由多到少排名第 1 名的企业。

未满足进入 A 组条件的其他企业进入 B 组。

2. A 组企业不足 10 家时，从采购需求量不为零的 B 组企业中，按采购需求量由多到少逐一补充企业进入 A 组，最多补足 10 家。B 组企业补充进入 A 组的过程中，如果最后一个名额有多家采购需求量相同的企业，则全部进入 A 组。

按上述规则调整之后，如果 B 组企业不足 5 家，则 B 组企业全部纳入 A 组。

拟中选规则：

1. 拟中选规则一：同一竞价单元内，根据企业排名确定拟中选企业，拟中选排名与企业排名规则相同。按企业排名由高到低排序，取有效申报企业数量的 60%(四舍五入取整)为拟中选企业数量。若最后一个拟中选名额有多家排名相同的企业，则一并为拟中选企业，不受拟中选企业数量限制。实际有效申报企业数少于 3 家时也适用本规则。

2. 拟中选规则二：按"拟中选规则一"未能中选的 A 组企业，若其申报价格等于或小于最高有效申报价的 0.6 倍，增补为拟中选企业，且不受拟中选企业数量限制，其拟中选排名位列按"拟中选规则一"中选企业之后。实际有效申报企业数少于 3 家时也适用本规则。

根据《征求意见稿》，本次带量采购周期原则上为 2 年。

IVD 行业集采，提质扩围中

IVD 行业已成为集采重点聚焦的领域。2022 年 12 月，江西省牵

头开展 23 省肝功生化试剂联盟集采中选结果出炉，产品平均降幅 68%，全联盟 23 个省预计可节约资金 20 亿元。2023，安徽省牵头开展了 25 省联盟体外诊断试剂集采，试剂价格平均降幅为 53.9%，预计年节省采购金额近 60 亿元，安徽省年节省采购金额约 2.88 亿元。

今年开年以来，IVD 领域的集采进一步加速。3 月，江西牵头的 24 省肾功能心肌酶生化类检测试剂省际联盟集采，中选产品价格平均降幅 77%，年节约采购资金近 40 亿元。5 月，京津冀联盟启动了肝功、肾功和心肌酶生化类检测试剂带量采购，共涉及 54 个品种。

国家医保局于 5 月发布的《关于加强区域协同做好 2024 年医药集中采购提质扩面的通知》(以下简称《通知》)强调，各省份要抓紧"补缺"，对于体外诊断试剂等已有多个省份开展的品种，通过带量价格联动等方式纳入集采范围。《通知》同时提到，国家医保局要重点指导江西牵头开展生化类体外诊断试剂联盟采购、安徽牵头开展肿瘤标志物等体外诊断试剂联盟采购等全国联采工作。

7 月 29 日，安徽省医保局召开了体外诊断试剂全国联盟集中采购企业座谈会，听取企业对拟开展的 2024 年体外诊断试剂全国联盟集采目录和规则的建议和意见，正式迈出了肿瘤标志物等体外诊断试剂联盟采购的第一步。而本次江西对糖代谢等生化类检测试剂联盟集采文件征求意见，也是全国联采工作的再进一步。

据了解，生化领域整体技术壁垒较低，本土企业竞争较充分，当

前已在产品质量以及市场占有率等方面占据了一定优势。此外，尽管生化类检测试剂的利润率相对较低，但集采仍有一定降价空间……

结语

国家医保局强调，全国联采重点覆盖国家组织集采以外品种，以及采购金额大、覆盖人群广的"大品种"，持续扩大集采覆盖面。本次江西牵头的糖代谢等生化类检测试剂集采，涉及 35 个品种，覆盖 27 个省份地区，其中选结果的影响势必辐射全国，同时生化行业的格局也将重塑。

[返回目录](#)

7 类耗材带量采购进度更新

来源：福建省医疗保障局

福建公布符合申报条件的企业及产品名单，7 类耗材集采进度再加快。

412 个产品，符合申报条件

日前，福建省医疗保障局发布《福建省第五批医用耗材集中带量采购公告(第 5 号)》，公布了符合申报条件的企业及产品名单。

本次集采产品为输液港、CVC 中心静脉导管(经中心静脉路入)、PICC 中心静脉导管(经外周静脉路入)、造影导管、造影导丝、血管鞘、血管止血装置等 7 类耗材。据统计，共 412 个产品进入符合申报条件的产品名单，涉及巴德医疗、贝朗医疗、山东威高、三鑫医疗等

企业。

根据此前发布的文件，本次带量采购周期为 2 年。

通用介入领域，集采加速中

介入治疗在我国起步晚但发展迅速，目前已形成庞大的市场，且其市场规模仍处在高速增长阶段。据了解，介入手术较依赖医疗器械等工具，而随着人口老龄化加剧以及心脑血管等疾病治疗渗透率提升，相关耗材用量将持续增大，介入耗材市场前景十分广阔。

介入耗材主要可分为血管介入(心血管介入、神经介入、主动脉及外周介入等)和非血管介入类产品，除冠脉介入等较成熟的领域外，介入市场诸多细分领域由外资企业主导。好在，在国产企业加速技术革新及产品推广下，已有多个细分赛道出现了突破性进展。以神经介入领域为例，从管线布局上看，国内多家神经介入企业在出血、缺血、通路市场基本都完成了综合覆盖，也在不同的细分领域建立了优势。

本次福建省采购的 7 类医用耗材均可归为通用介入类耗材，此类耗材此前已开展过省级联盟带量采购工作。2023 年 9 月，河南省牵头山西、内蒙古、辽宁等 23 个省(区、兵团)，开展了通用介入类和神经外科类医用耗材带量采购。其中，通用介入类申报企业 148 家，拟中选企业 120 家，中选率 81.08%;申报产品 13519 个，中选产品 11956 个，中选率 88.44%，总体平均降幅 65.40%。

福建本次对 7 类通用介入类耗材进行采购，或将推动该类耗材价

格再下探。与此同时，临床上仍有未被满足的各类需求，需要更多疗效显著的耗材以辅助治疗，我国耗材市场将继续生长。

结语

随着人口老龄化加剧及居民生活方式改变，各类疾病发生率将持续升高，相关医疗需求也呈现出稳定增加的趋势。对国内企业而言，做好研发创新、提高产品质量，将有望进一步增强竞争力并占据更多市场份额。

[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



北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司
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