



医改的几个热点话题思考

金春林

2022年8月30日

上海市卫生和健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

目录

- **医改概况及面临形势**
- **医院高质量发展**
- **DRG支付制度**
- **药品集中带量采购与国药谈判**
- **给医改的四项建议**

国家医改启动

2009年4月，中共中央、国务院下发《关于深化医药卫生体制改革的意见》，国务院下发《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011年）》

制度框架：四梁八柱

健全四大体系

- ★ 公共卫生服务体系
- ★ 医疗服务体系
- ★ 医疗保障体系
- ★ 药品供应保障体系

完善八项支撑

- ★ 卫生管理体制
- ★ 医学科技创新和人才培养
- ★ 医疗机构运行机制
- ★ 卫生法制和行业监管
- ★ 多元卫生投入机制
- ★ 卫生信息化建设
- ★ 医药价格形成机制
- ★ 社会支持系统

“保基本、强基层、建机制”

中央、国务院关于深化医疗保障制度改革意见

以人民健康为中心，坚持问题导向、目标导向、结果导向部署医保制度改革



八个部分
28 条

一个体系

多层次医疗保障制度体系

- 以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展

四个机制

- 待遇保障
- 筹资运行
- 医保支付
- 基金监管

两个支撑

- 医药服务供给侧
- 公共管理服务



完善基本医疗保障体系

基本医保制度基本全覆盖：13.6亿参保，95%参保率。2021年基金收2.9万亿，支2.4万亿，累计结存3.6万亿

补充医疗保险、商业医疗保险、捐赠、医疗互助

基本社会医疗保险

城镇职工医保

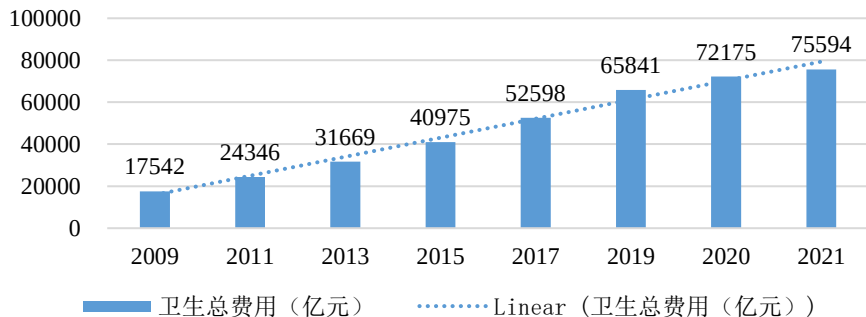
城乡居民医保

医疗救助制度

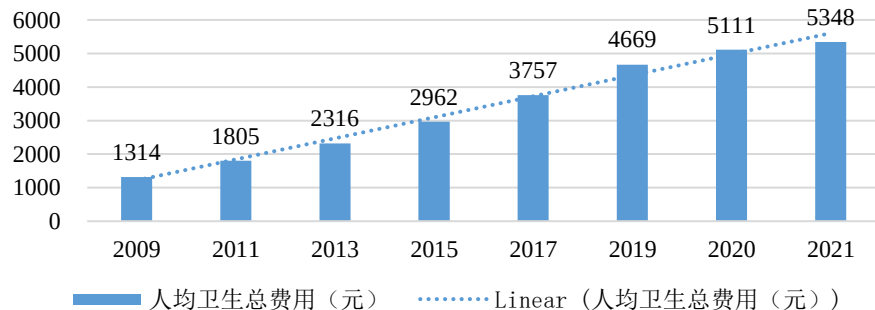
长期护理保险

政策背景：卫生费用增长快

2009年至2021年我国卫生总费用情况



2009~2021年我国人均卫生费用情况



- 医疗费用快速增长

- 2009-2021年平均复合增长率12.9%

- 人均医疗卫生费用支出增长明显

- 2009-2021年平均复合增长率12.4%

2021年卫生总费用占GDP比例6.5%
人均卫生费用5348元

数据来源：《2021中国卫生总费用摘要》、《2021年我国卫生健康事业发展统计公报》

年均复合增长率 (CAGR)：在特定时期内的年度增长率， $CAGR = (现有价值/基础价值)^{(1/N)} - 1$

卫生费用和健康产出

- 美国卫生资源投入为中国的**10倍以上** (10948美元 vs 810美元)
- 从健康产出指标来看，两国差异不大

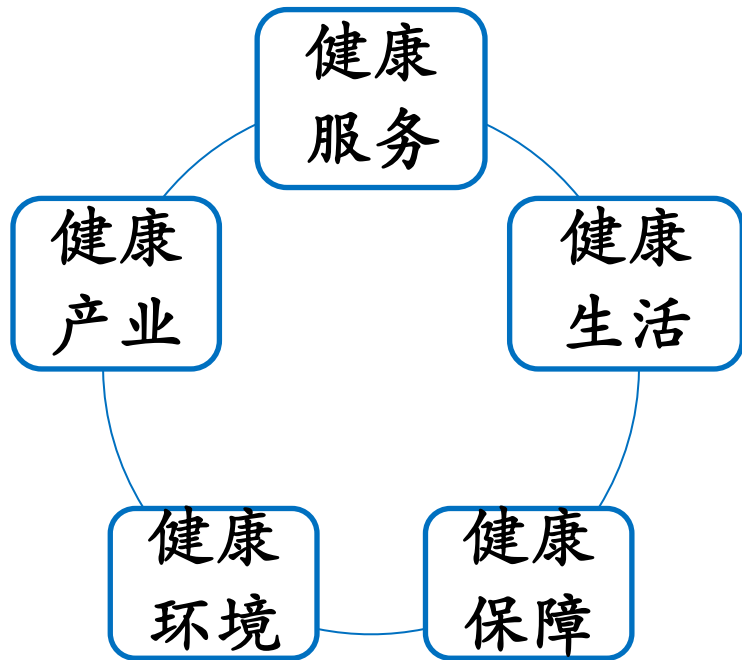
2019年部分国家和地区卫生资源投入和产出情况

国家	经常性卫生费用占GDP比重(%)	资源投入			服务过程		健康产出			
		每千人口医师数	每千人口护士数	每千人口床位数	住院率(%) *	人均门诊次数*	人均预期寿命(岁)	人均健康预期寿命(岁)	婴儿死亡率(1/1000)	孕产妇死亡率(1/10万)
美国	16.8	2.6	15.7	2.9	12.5	4.0	78.5	66	5.7	17.4
德国	11.7	4.3	13.5	8.0	25.5	9.9	81.7	71	3.2	3.2
英国	10.2	5.8	10.3	2.5	13.1	-	81.4	70	3.7	6.5
中国	5.3	2.8	3.2	6.3	18.2	6.0	77.4	69	5.6	18.3
上海	5.5	3.2	4.0	6.4	18.7	11.4	83.7	>=70	3.1	3.5

*注：部分国家采用2018年数值；住院率为每100人出院人次数

2016年8月19日提出“健康中国2030”

涉及5大领域



总策略 - “坚持预防为主”

总目标 - “解决看病难、看病贵”

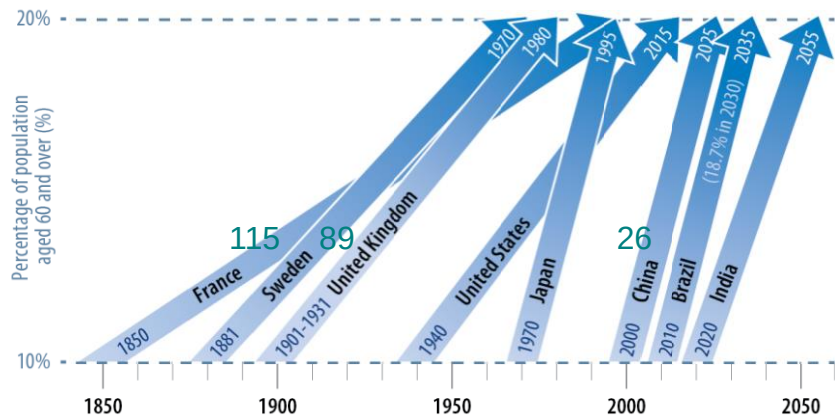
主路径 - “深化三医联动改革”

具体目标

- 健康入万策
- 全方位、全周期、全人群维护人民健康
- 预防为主：不发病、少发病、晚发病、及时诊疗
- 分级诊疗：100个城市医联体500个县域医共体

经济下行、老龄化程度加深、进程加快

60岁及以上人口占比翻番所用的时间



最长：法国，146年

最短：中国、巴西，26年

我国老龄化发展进程 (老龄委，2016)

2015-2035年，急速发展阶段，
16.1%-28.7% (60岁以上)

2035-2053年，缓速发展阶段，
28.7%-34.8%

2053-2100年，平稳发展阶段，
32%-34%

目录

- 医改概况及面临形势
- 医院高质量发展
- DRG支付制度
- 药品集中带量采购与国药谈判
- 给医改的四项建议



公立医院高质量发展

内涵

三转变
三提高

在发展方向上

从规模扩张型向质量效益型转变，提高医疗质量

在管理模式上

从粗放管理向精细化管理转变，提高服务效率

在投资方向上

从投资医院发展建设向扩大分配制度，提高医务人员待遇

高质量发展的**核心**：推进**医疗质量管理体系**和**管理能力现代化**

高质量的五个维度——“五个新”

新体系

新能力

新效率

新动力

新氛围

三个转变之一：发展方式从规模扩张转向提质增效

影响医疗服务体系的整体效率

- 供大于求
- 结构性矛盾

2



现实影响

- 大医院虹吸现象
- 基层医疗队伍不稳定
- 对技术提升构成冲击

转变

质量效率型的 集约式发展

加快优质医疗资源
扩容和区域均衡
布局

满足群众就近享
有高水平医疗服
务的需求

1



问题：追求规模速度型发展

- 扩大床位规模
- 竞相购置大型设备
- 建设分院
- 收购医院
- 做大诊疗量
- 增加业务收入



三个转变之二： 运行模式从粗放管理转向精细化管理

公立医院管理粗放

- “患者看好病，运营不亏本”的模式
- 成本意识淡薄
- “跑冒滴漏”问题突出
- 运行成本高企

 问题

 结果

大量资源浪费

经济运营效果差

资源配置效率低

转变

精细化管理

- 人的经验管理+基于制度和标准的循证管理
- 精细化、信息化、规范化、科学化水平
- 运营信息化手段，精准到科室、诊疗组、医生、病种
- 引导医院回归功能定位

三个转变之三： 资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素

多要素参与资源配置



三个提高



提高效率

通过内部精细管理
提高**医院运行效率**
通过资源纵向流动
提升**体系整体效率**



提高质量

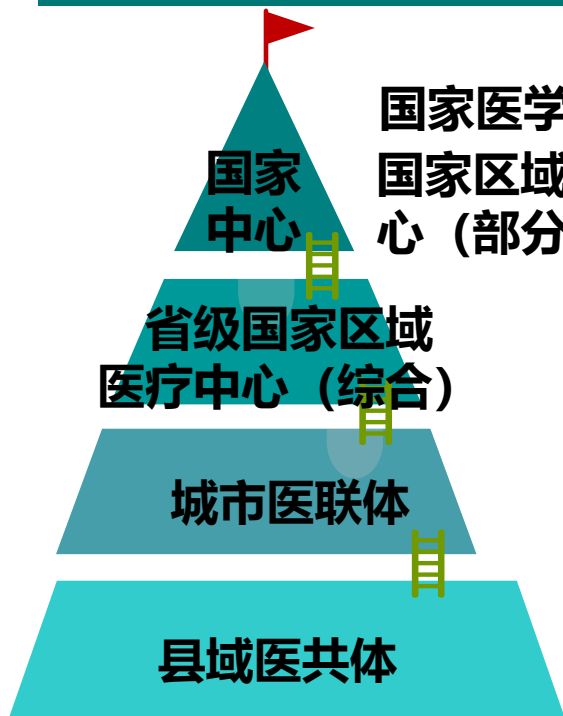
以临床路径管理为
抓手提高**医疗质量**
以信息化、人性化
管理提高**服务质量**



提高待遇

建立科学的绩效考核制
度和薪酬增长**长效机制**
增强医务人员的**获得感**
、**幸福感、安全感**

1-新体系



国家医学中心
国家区域医疗中心（部分专科）

省级国家区域
医疗中心（综合）

城市医联体

县域医共体

➤ 国家医学中心和区域医疗中心成第一梯队

以医院声誉和创新水平为**导向**

➤ 省级层面的“1+X”竞争激烈

学科建设是所有医院的**第一要务**

➤ 区域医联体织成基本医疗保障网络

规范化的质量控制和优化流程成为**必须**

2-新能力

区域定位

区域内优势的学科

学科在区域内的地位
人无我有，人有我精

需求导向

区域内**重点病种**是什么？

区域**内外出就医的主要病种**是什么？



主流学科

主流学科：带动力

非主流学科：突破力

学科丰度

学科的高度毋庸置疑

学科的丰度：需要涵盖该学科的主要领域

3-新效率

运营管理模式改变

企 日间化管理模式

企 多学科诊疗

企 ERAS诊疗模式

企 责任制整体护理

企 中医综合诊疗模式

➤ 日间手术

病床周转率提升↑ 医保结余空间扩大↑ 医院结余空间扩大↑

➤ 外科快速康复ERAS

减少创伤应激 加快创伤恢复 住院天数少

指数单价偏离度小 医保及医院总结余提 患者经济压力显著减轻

➤ 多学科诊疗模式MDT

病种指数单价下降 每指数检查化验收入下降
每指数劳务性收入提升 医保结余及医院结余分别提升

➤ 中医综合诊疗模式

多专业一体化诊疗模式，全链条服务模式，实施重大疑难疾病中西医临床协作试点

➤ 信息化

推动云计算、大数据、物联网、区块链、5G等新一代信息技术与医疗服务深度融合
推进智慧医疗、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院信息标准化建设

4-新动力

人事管理制度

- 落实公立医院人员编制标准，建立动态核增机制
- 落实公立医院用人自主权，对编制内外人员待遇统筹考虑
- 落实岗位管理制度，按照医、护、药、技、管等类别合理设置岗位实行竞聘上岗、合同管理
- 增加护士配备，公立医院医护比达1:2左右

薪酬分配制度

- 允许医疗卫生机构突破先行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励
- 动态调整公立医院薪酬水平，合理确定人员支出占业务支出的比例
- 建立体现岗位职责和知识价值的薪酬体系，以岗定责、以岗定薪、责薪相适、考核兑现
- 核定的薪酬总量，多种方式自主分配
- 自主设立体现行业特点、劳动特点和岗位价值的薪酬项目，主要负责人实行年薪制

医务人员培养评价制度

- 医学生早临床、多临床、反复临床，医学人文教育
- 规范化培训、医学教育制度、中医药师承教育

绩效评价制度

- 坚持公益化导向，优化绩效考核指标体系
- 重点考核医疗质量、运营效率、持续发展、满意度评价等
- 内部绩效考核以聘用合同为依据，以岗位职责完成情况为重点，将考核结果与薪酬分配挂钩
- 完善城市医疗集团和县域医共体绩效考核制度，促进资源下沉

5-新氛围：坚持党建引领



充分发挥医院
党委领导作用

切实加强医院领导
班子、干部队伍和
人才队伍建设

着力提升医院基
层党建工作水平

抓好思想政治工
作和医德医风建
设

不断强化对医院
党建工作的领导
和指导

把方向管大局
、作决策促改
革保落实

把好思想政治
关，注重专业
能力、专业精
神

教育、管理
、监督，做
好组织、宣
传、凝聚、
服务

医德医风考
评、医德 “
一票否决”
、新时期职
业精神

医院党委履行
党风
廉政建设主体
责任
和监督责任

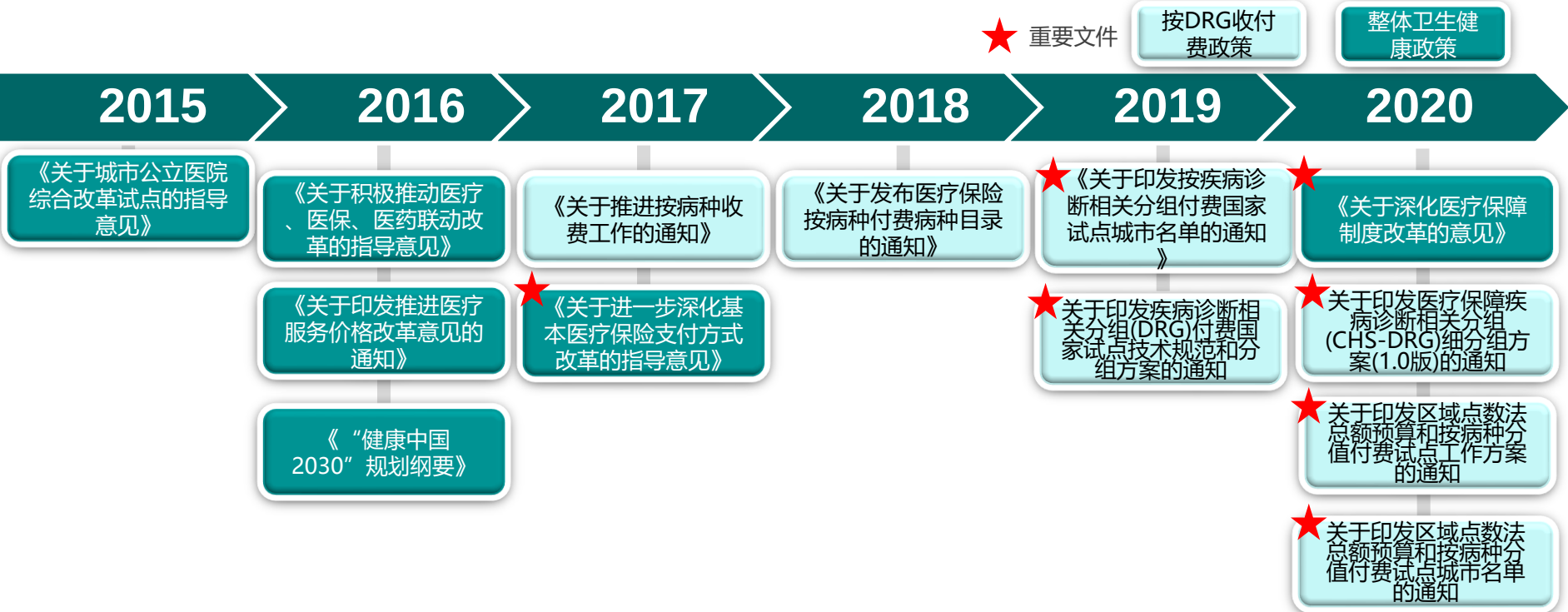
目录

- 医改概况及面临形势
- 医院高质量发展
- **DRG支付制度**
- 药品集中带量采购与国药谈判
- 给医改的四项建议

2004年8月，卫生部办公厅下发了《关于开展按病种收费管理试点工作的通知》
选择了天津、辽宁、黑龙江、山东、河南、陕西、青海等7地探索按病种收费管理试点

2009年4月，中共中央国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号)
完善支付制度，积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式

2015年深化公立医院改革以来，相关部委都陆续印发了一系列文件，推进按病种/DRG收付费改革



DRG改革：30个国家试点城市

- 2019年5月，国家层面真正意义上启动对DRG付费方式改革，酝酿多时的按DRG付费
排好日程表和路线图



4个直辖市
26个其他市

工作安排：按3个时间节点稳步推进

顶层设计阶段

2019年9月底前，国家医疗保障局会同财政部、国家卫生健康委、国家中医药局成立DRG付费国家试点工作组，确定试点城市



1

- DRGs付费试点城市深度参与，共同确定试点方案，探索推进路径

2

- 制定并完善全国统一的DRGs付费政策、流程和技术标准规范

3

- 形成可借鉴、可复制、可推广的试点成果

模拟运行阶段

2019年9月-2020年12月，试点城市模拟运行，按月收集各地数据，不断修正完善DRG分组规范和标准



实际付费阶段

2020年12月-2021年12月，符合条件的试点城市启动DRG实际付费。提出完善DRG付费体系和下一步推广方案



国家医保局,财政部,国家卫生健康委,国家中医药局.
关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知[EB/OL].
http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/5/art_37_1362.html.

■ CHS-DRG 包含 26 个主要诊断大类(MDC), 376 个基本组(ADRG), 618 个细分组

□ 229个外科手术操作组、26个非手术室操作组、363个内科诊断组

DRG 分组思路

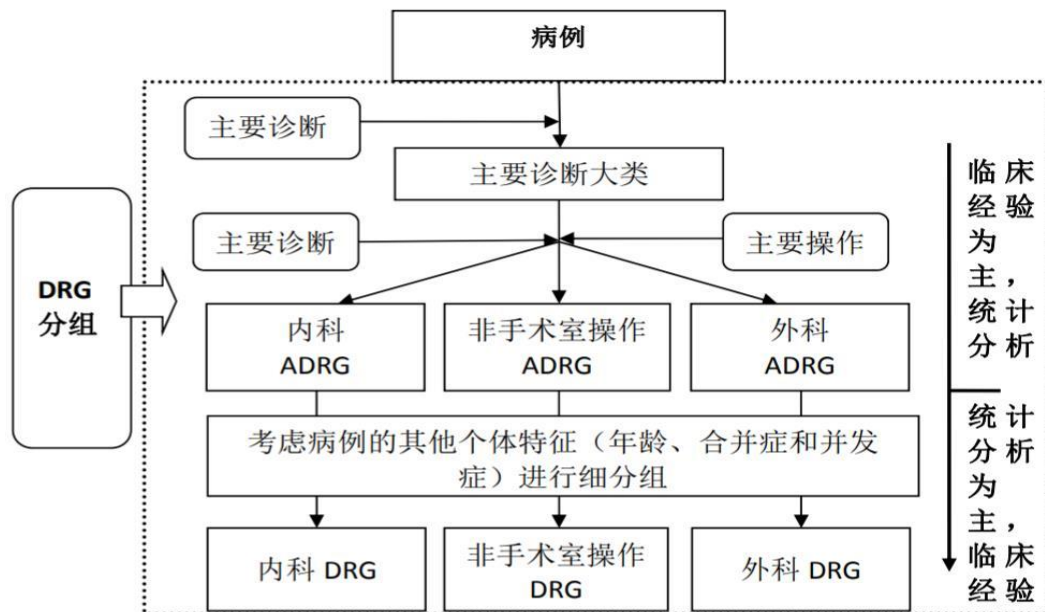


表 2 CHS-DRG 主要诊断大类 (MDC)

序号	MDC 编码	MDC 名称
1	MDCA	先期分组疾病及相关操作
2	MDCB	神经系统疾病及功能障碍
3	MDCC	眼疾病及功能障碍
4	MDCD	头颈、耳、鼻、口、咽疾病及功能障碍
5	MDCE	呼吸系统疾病及功能障碍
6	MDCF	循环系统疾病及功能障碍
7	MDCG	消化系统疾病及功能障碍
8	MDCH	肝、胆、胰疾病及功能障碍
9	MDCI	肌肉、骨骼疾病及功能障碍
10	MDCJ	皮肤、皮下组织及乳腺疾病及功能障碍
11	MDCK	内分泌、营养、代谢疾病及功能障碍
12	MDCL	肾脏及泌尿系统疾病及功能障碍
13	MDCM	男性生殖系统疾病及功能障碍
14	MDCN	女性生殖系统疾病及功能障碍
15	MDCO	妊娠、分娩及产褥期
16	MDCP	新生儿及其他围产期新生儿疾病
17	MDCQ	血液、造血器官及免疫疾病和功能障碍
18	MDCR	骨髓增生疾病和功能障碍, 低分化肿瘤
19	MDCS	感染及寄生虫病 (全身性或不明确部位的)
20	MDCT	精神疾病及功能障碍
21	MDCU	酒精/药物使用及其引起的器质性精神功能障碍
22	MDCV	创伤、中毒及药物毒性反应
23	MDCW	烧伤
24	MDCX	影响健康因素及其他就医情况
25	MDCY	HIV 感染疾病及相关操作
26	MDCZ	多发严重创伤

区域点数法总额预算和按病种分值付费

- 2020年10月14日，印发试点工作方案通知
- 2020年11月3日，印发71个试点城市名单

2020年12月



2021年3月起



2021年12月底前

试点城市使用实时数据和本地化的分组方案实行预分组，做好付费技术准备工作

具备条件地区（技术准备和配套政策）备案后先行启动实际付费

全部试点地区进入实际付费阶段

省（区、市）	试点城市
天津市	天津市
河北省	邢台市、唐山市、廊坊市、保定市
山西省	阳泉市
内蒙古自治区	呼伦贝尔市、赤峰市、鄂尔多斯市
辽宁省	抚顺市、营口市
吉林省	辽源市
黑龙江省	佳木斯市、伊春市、鹤岗市
上海市	上海市
江苏省	淮安市、镇江市、宿迁市
安徽省	宿州市、淮南市、芜湖市、阜阳市、宣城市、黄山市
福建省	厦门市、宁德市、莆田市、龙岩市
江西省	赣州市、宜春市、鹰潭市
山东省	东营市、淄博市、潍坊市、德州市、济宁市、泰安市、滨州市
河南省	焦作市、商丘市
湖北省	宜昌市、荆州市
湖南省	常德市、益阳市、邵阳市
广东省	广州市、深圳市、珠海市、汕头市、河源市
海南省	三亚市
四川省	泸州市、德阳市、南充市
贵州省	遵义市、毕节市、黔南自治州
云南省	文山州、昭通市
西藏自治区	拉萨市、日喀则市
陕西省	韩城市
甘肃省	定西市、武威市、陇南市
青海省	海东市
宁夏回族自治区	固原市、石嘴山市
新疆维吾尔自治区	阿克苏地区、哈密市

挑战一：创造基础条件，尤其**医患关系**

实施
DRG
S
支付的
4个条件

统一的疾病诊断编码和手术操作编码

病案质量达标，诊疗流程相对规范

安全稳定的硬件平台和网络服务

医患之间相互信任

医患之间
缺乏信任

**实施
DRG**

激化矛盾



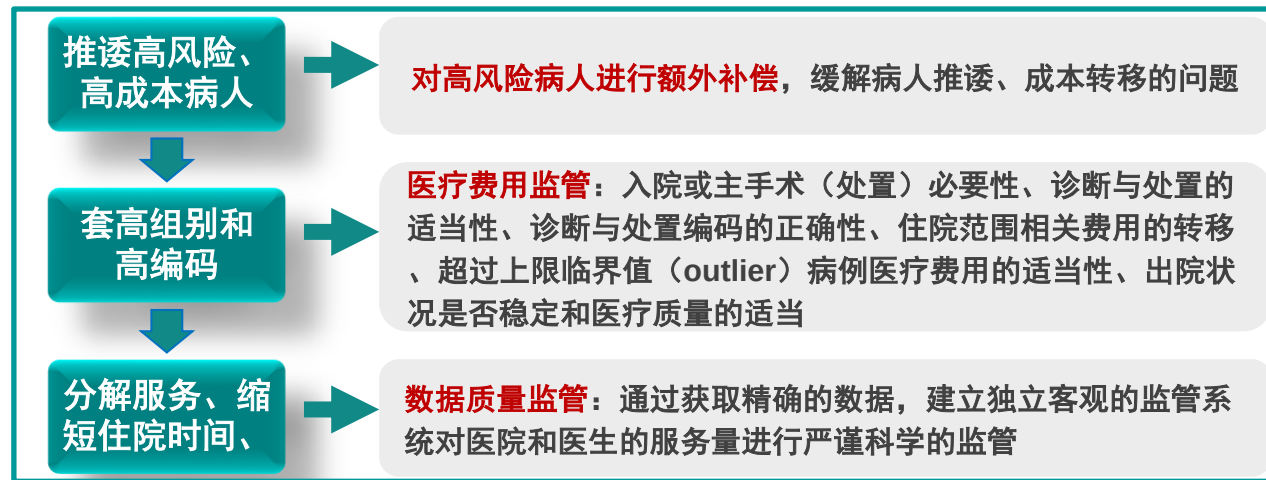
**构建医疗信用评价体系
重塑医患信任**

15项信息业务编码标准

6月27号 完成 4 项编码标准	9月26号 完成 11 项编码标准
医保疾病诊断、手术操作分类与代码	定点医疗机构代码
医疗服务项目分类与代码	医保医师代码
医保药品分类与代码	医保护士代码
医保医用耗材分类与代码	定点零售药店代码
	医保药师代码
	医保系统单位分类与代码
	医保系统工作人员代码
	医保门诊慢特病种
	医保按病种结算病种
	医保日间手术病种
	医保结算清单



挑战二：逆向选择（过度医疗→过少服务）



针对医疗质量下降风险



采取积极的监管措施予以
按DRG支付和按绩效支付

- 在DRG成本控制的压力下，肯定会有一段时间的磨合期，短期内可能会对医疗服务质量产生影响
- 医保监管只是针对“极大值”和“极小值”，对于大量、普通的医疗服务尚无足够资源进行监管
- 通过完善的制度设计，明确告诉医院应该如何做，尽可能避免非预期行为——如住院前检查化验向门诊转移或出院后配药向门诊转移，可采取住院前一星期在门诊的同病种诊疗服务一并打包（美国：72小时原则）、出院后短期内的配药一并打包等方式
- 建立正向激励机制，引导医疗服务行为逐步规范——医生想办法以疗效最佳、成本最低的方式治疗疾病

挑战三：患者多层次的消费需求 & 医疗技术飞速发展

- 明确另行支付的服务/药品 / 耗材目录等
- 考虑技术革新带来的诊疗模式和成本的变化，定期更新和维护



典型国家DRG系统更新与维护情况

国家	分组器		支付标准	
	更新频率	涉及的数据跨度	更新频率	涉及的数据跨度
奥地利	每年	2-4年	4-5年（根据需要）	2-4年
英国	每年	每年数据进行的小调整；5-6年用于大修	每年	3年（考虑通胀因素）
爱沙尼亚	没有规定	1-2年	每年或服务表格修改后	1-2年
芬兰	每年	1年	每年	1年内
法国	每年	1年	每年	2年
德国	每年	2年	每年	2年
爱尔兰	每四年	主要引进原来版本的修订	每年	1-2年
荷兰	没有规定	-	每年或必要时	2年，或者是协商
波兰	没有规定	1年	1年	1年
葡萄牙	没有规定	未实施	没有规定	2-3年
西班牙	两年	-	每年	2-3年
瑞典	两年	1-2年	每年	2年



挑战四：同病不同治，同病不同价

浪费问题突出

产出标化后，最高最低医院
每RW费用相差约4000元



以8万总权重为例，单个医
院多支出：**3.2亿元**

RW是指病种相对权重系数

医院名称	每RW费用（元）
上海市	16249
华东医	15390
上海市	15123
上海交	14692
上海市	14588
复旦大	14411
上海交	14323
上海市	14209
复旦大	14133
上海交	14054
崇明县	13962
复旦大	13931
上海市	13917
复旦大	13651
上海市	13623
上海交	13372
上海市	13329
复旦大	13152
上海市	12858
上海市	12703
上海交	12607
上海市	12435
上海交	12270
上海交	12192

挑战五：区域总额预算+DRG/DIP=内部人控制机制

机理一：辖区内医疗机构全覆盖

- 在统一的付费规则下，鼓励各医院之间的竞争，激励医院加强自我管理，在竞争中获得上风

机理二：区域点数法总额预算

- 不再细化明确各医疗机构的总额控制指标，而是把项目、病种、床日等付费单元转换为一定点数

机理三：按照实际点值结算

- 根据各医疗机构所提供服务的总点数及地区医保基金支出预算指标，得出每个点实际价值，按照各医疗机构实际点数付费

**放开单体医院医保总额控制
不再是医保和单个医疗机构的博弈
而是医疗机构之间的博弈**

囚徒困境 自相残杀 恶性竞争

- 技术水平一致、服务趋同，医院追求更多的点数，低水平的重复竞争，病种分值贬值，最终给所有医疗机构带来不良影响



命运共同体 专业分工 良性竞争

- 差异化的医疗服务——提供疑难杂症、危急重症或某专科疾病的高质量诊疗服务
- 凭借高分值的优质服务形成优势，以获得更多医保支付

2021年11月26号，国家医疗保障局发布《**DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知**》（医保发〔2021〕48号），提出加快建立管用高效的医保支付机制，在三年试点取得初步成效基础上，**加快推进DRG/DIP支付方式改革全覆盖**



**国家医疗保障局**
National Healthcare Security Administration

请输入关键词查询

搜索

[首页](#) [时政要闻](#) [医保新闻](#) [机构设置](#) [政策法规](#) [信息公开](#) [统计数据](#) [机关党建](#) [互动交流](#)

[首页](#) > [政策法规](#) > [政策法规](#)

视力保护色: □ □ □ □ □ □

名称:	国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知		
索引号:	2021-02-00030	发文字号:	医保发〔2021〕48号
发布日期:	2021-11-26	发布机构:	

国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知

日期: 2021-11-26 访问次数: 3205 字号: [大 中 小]

国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知

医保发〔2021〕48号

国家医保DRG/DIP改革三年目标

目标	2022年	2023年	2024年
统筹省份启动不低于	40%	30%	30%
统筹地区DRG/DIP医院覆盖不低于	40%	30%	30%
统筹地区DRG/DIP病种覆盖不低于	70%	80%	90%
统筹地区医保基金支付， DRG/DIP不低于	30%	50%	70%

后DRG时代即价值医疗和价值医保时代

➤ 客观认识DRG

- DRG是一个工具，但现在被赋予并寄托了太多功能——别将DRG神话，必须在中国背景下谈中国的DRG
- DRG具有一定的控费效果，但鉴于医疗特殊性，在卫生领域更应关注医疗质量
- DRG成功实施，合理分组是前提，准确定价是关键，中国目前的现实条件特别是医患关系不容乐观

	病例数	每个病例服务数量	费用控制	技术效率	质量改进	管理容易程度	透明度
按项目付费	+	+	-	0	0	-	0
按DRG付费	+	-	0	+	0	-	+
总额预算	-	-	+	0	0	+	-

➤ 价值医疗和价值医保

- 21世纪是通过国家治理提高经济社会发展质量的新时期，建立医保基金价值指数，科学评价医疗保险基金的使用价值是必然趋势

DRG1.0版

- 打包定价与结余留用
- 以医保预付标准支持医院的战略管理、预算管理和成本管理，促其在提高质量与效率的同时控制成本
- 以其竞争优势实现结余留用



DRG2.0版

- 开包验证与合理超支分担
- 用专业的成本疗效分析报告来证明疾病组资源消耗的合理性，支持综合医疗机构接诊疑难危症、支持医生临床创新
- 合理超支部分分别由财政、医保和医院分担

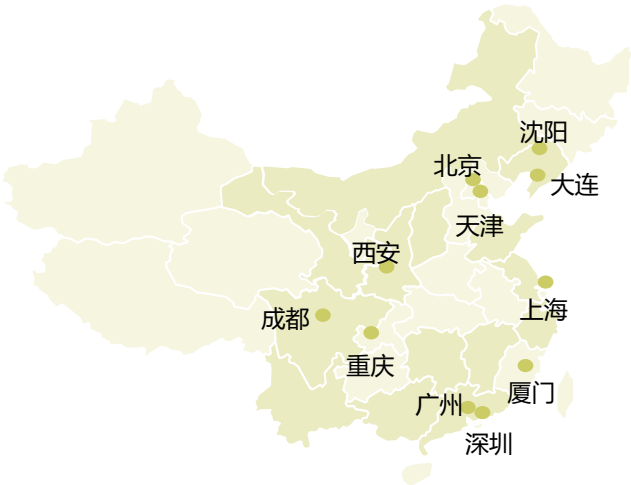
目录

- 医改概况及面临形势
- 医院高质量发展
- DRG支付制度
- 药品集中带量采购与国药谈判
- 给医改的四项建议

政策范围：国家药品集中采购试点政策2018年12月首先在4+7城市实施

4+7药品带量采购试点城市

《方案》选择11个城市（4个直辖市：北京、天津、上海、重庆；7个重点城市：沈阳、大连、厦门、广州、深圳、成都、西安）开展“4+7”城市药品带量采购试点工作

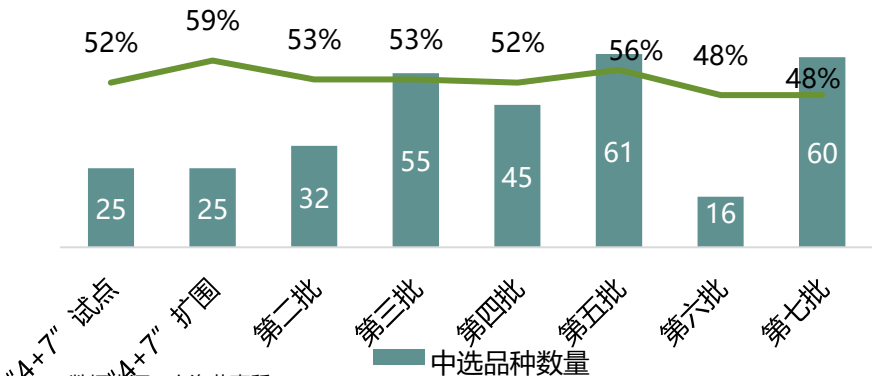


采购总量
试点地区所有公立医疗机构年度药品总用量的60%-70%估算，最低价独家中标、标期1年
采购范围
- 参与企业为大陆上市产品的生产企业或进口总代 - 按药品通用名进行遴选25种药品 - 企业必须要保证有足够的生产能力
采购方式
国家组织，联盟地区公立医疗机构为集中采购主体
采购规则
- 入围企业3家以上的为充分竞争，采取招标采购的方式 - 入围企业2家的为不充分竞争，采取议价采购的方式 - 入围仅1家企业的为无竞争，采取谈判采购的方式

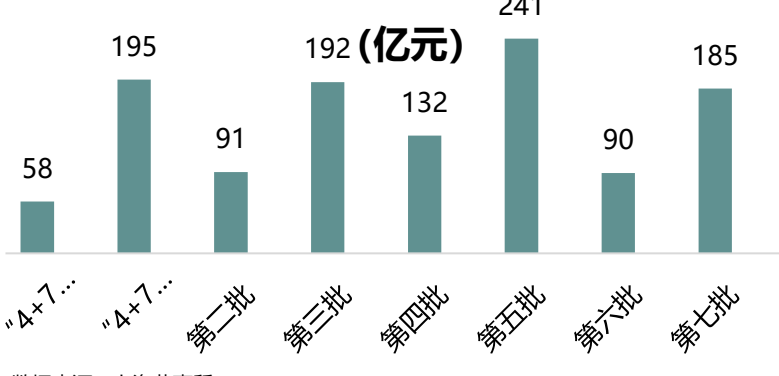
七批八轮国家集采药品采购规模及降幅（亿元）

	"4+7" 试点	"4+7" 扩围	第二批	第三批	第四批	第五批	第六批 (胰岛素专项)	第七批
开标时间	2018.12.17	2019.9.30	2020.1.17	2020.8.20	2021.2.8	2021.6.30	2021.11.26	2022.7.12
执行时间	2019.3-4	2019.12	2020.4-6	2020.11	2021.5	2021.10	2022.5-7	预计 2022.10-11
中选品种数量	25	25	32	55	45	61	16	60
报量采购金额（亿元）	77	108	88	226	254	550	170	700
价格平均降幅	52%	59%	53%	53%	52%	56%	48%	48%
价格最高降幅	96%	98%	93%	95%	98%	99%	74%	98%

七批集采中选品种数量、平均降幅



每批集采为试点地区/全国一年节约药费



数据来源：上海药事所

数据来源：上海药事所

第七批国家组织药品集中采购竞争格局

■ 替补机制与“品间熔断”机制，集采规则再优化

- 改善供应不足问题，缩小供应价格差异，促使企业降价竞争

■ 市场规模大，过评企业大增加加剧竞争

- 第七批国采涉及的通用名药品于集采前一年（2021年）在全国公立医疗机构的销售额约700亿元
- 同一品种下竞品数量大增，最多的为奥美拉唑注射剂有多达28家企业符合条件

■ 注射剂数量为历次国家集采占比最多

- 第七批国采涉及注射剂29个，占总数61个的47.5%
- 除第六批胰岛素专项外，历次国采涉及注射剂品种数量及占比最多的一次

■ 全身抗感染药物集采的数量最多

- 共有12种（其中抗细菌药11种，抗真菌药1种）
- 头孢类药物作为大品种是本次集采的重头戏

■ 慢性用药数量持续增加

- 硝苯地平、美托洛尔等临床需求较大的高血压产品纳入
- 慢病治疗领域竞争加剧，行业洗牌在所难免

■ 肿瘤治疗药物受到青睐

- 著名的肿瘤治疗药甲磺酸仑伐替尼胶囊、舒尼替尼口服长释剂型、咖啡因注射液等均被纳入名单



国家集采常态化下逐渐变得成熟且完善
经过充分的验证后，进一步扩大集采范围的时机和条件已经成熟

药品供应保障体系相关的配套政策措施

1 完善药品集中采购和使用制度，明晰其在医改中的政策定位，以集中采购为突破口进一步深化三医联动改革

2 加快医保支付改革，尽早探索和制定药品**支付标准**

3 依托于**药品临床综合评价**，以真实世界数据推动药品遴选和合理使用

4 理顺激励机制，调动医疗机构和医务人员的积极性

- 合理调整医药费用结构，更好地**体现医护人员的劳动价值**，促进公立医院绩效及薪酬制度改革

5 完善配套政策的制定与落实，大力推动我国仿制药产业的健康可持续发展

- 重视仿制药产业的发展趋势，促进**仿制药质量提升和工艺优化**的投资活动增加，大力推动我国仿制药产业的健康可持续发展

耗材集采降价明显，冠脉支架进入千元时代

国家组织冠脉支架集中带量采购拟中选结果公示

各相关单位：

现将国家组织冠脉支架集中带量采购（采购文件编号：GH-HD2020-1）拟中选结果进行公示（详见附件），公示时间为2020年11月5日至2020年11月8日。如有异议，请于公示期内向联合采购办公室提出复议并提供合法有效证据材料，逾期不再受理。未提供相应证据材料的，原则上不予受理。

联系地址：天津市河东区红星路79号1楼，天津市医药采购中心业务受理室

联系电话：022-24538156

办公时间：上午8:30—11:30，下午1:30—4:30

附件：国家组织冠脉支架集中带量采购拟中选结果

国家组织高值医用耗材联合采购办公室

2020年11月5日

序号	产品名称	注册证号	企业名称
1	药物涂层支架系统（雷帕霉素）	国械注准 20173461407	山东吉威医疗制品有限公司
2	药物洗脱冠脉支架系统	国械注准 20193131802	易生科技（北京）有限公司
3	冠脉雷帕霉素洗脱钴合金支架系统	国械注准 20163462305	上海微创医疗器械（集团）有限公司
4	钴合金雷帕霉素洗脱支架系统	国械注准 20173460564	乐普（北京）医疗器械股份有限公司
5	药物洗脱冠脉支架系统	国械注进 20163460682	Medtronic Inc.
6	冠脉雷帕霉素洗脱钴合金支架系统	国械注准 20203130662	上海微创医疗器械（集团）有限公司
7	药物支架系统	国械注准 20163461174	深圳市金瑞凯利生物科技有限公司
8	铂铬合金依维莫司洗脱冠状动脉支架系统	国械注进 20153130608	Boston Scientific Corporation
9	依维莫司洗脱冠状动脉支架系统	国械注进 20173466661	Boston Scientific Corporation
10	冠状动脉钴合金可降解涂层雷帕霉素药物洗脱支架系统	国械注准 20163460595	万瑞飞鸿（北京）医疗器材有限公司

中标价

469元

548.99元

590元

645元

648元

750元

795元

775.98元

776.31元

798元

山东吉威Excrossal心跃支架报价低至469元，与最新挂网价格13300元相比，降价超过96%

耗材集采降价明显，第二批人工关节进入千元时代

国家组织人工关节集中带量采购 拟中选结果公示

发布日期: 2021-09-14

各相关单位:

现将国家组织人工关节集中带量采购(采购文件编号: GH-HD2021-1)拟中选结果进行公示(详见附件), 公示时间为2021年9月14日至2021年9月17日。如有异议, 请于公示期内向联合采购办公室提出复议并提供合法有效证据材料, 逾期不再受理。未提供相应证据材料的, 原则上不予受理。

联系地址: 天津陈塘科技商务区服务中心四楼(天津市河西区洞庭路20号)

联系电话: 022-24538155

办公时间: 上午9:00—12:00, 下午1:30—4:30

附件: 国家组织人工关节集中带量采购拟中选结果

国家组织高值医用耗材联合采购办公室

2021年9月14日

序号	产品系统类别	竞价单元	申报企业	医疗器械注册人
1	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	A组	北京爱康宜诚医疗器械有限公司	北京爱康宜诚医疗器械有限公司
2	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	A组	山东威海海星医疗器械有限公司	山东威海海星医疗器械有限公司
3	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	A组	捷迈(上海)医疗国际贸易有限公司	Biomet Orthopedics 邦美骨科公司 Biomet UK Limited 邦美英国有限责任公司 Zimmer GmbH 瑞士捷迈公司
4	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	A组	强生(上海)医疗器械有限公司	DePuy Orthopaedics, Inc. 德培依(美国)骨科股份有限公司 DePuy International Limited
5	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	A组	强生(上海)医疗器械有限公司	Waldemar Link GmbH & Co. KG 沃尔德马林克有限公司
6	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	A组	强生(上海)医疗器械有限公司	GO German GmbH
7	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	A组	强生(上海)医疗器械有限公司	Aesculap AG
8	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	苏州欣荣博尔特医疗器械有限公司	CORENTEC CO., LTD 科邻太有限公司
9	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京中安泰华科技有限公司	北京中安泰华科技有限公司
10	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京蒙太因医疗器械有限公司	北京蒙太因医疗器械有限公司
11	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
12	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
13	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
14	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
15	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
16	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
17	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
18	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
19	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
20	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
21	陶瓷-陶瓷类髋关节产品系统	B组	北京威高亚华人工关节开发有限公司	北京威高亚华人工关节开发有限公司
22	陶瓷-聚乙烯类髋关节产品系统	A组	史赛克(北京)医疗器械有限公司	Howmedica Osteonics Corp. 美国史赛克豪美迪克骨科公司

髋关节平均价格: 35000元→7000元

降幅不如支架, 降价82%

膝关节平均价格: 32000元→5000元

国家医保药品目录谈判：共启动了六批

■ 2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》

首次提出药品谈判机制

■ 2015年，国务院办公厅下发《关于公立医院药品集中采购工作的指导意见》

提出对部分专利药品、独家生产药品，建立公开透明、多方参与的价格谈判机制

■ 2015年11月启动首次国家药品谈判，目前国家层面共启动了**五批**，覆盖癌症、罕见病、慢性疾病等多个重大疾病领域

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
组织单位	原国家卫生计生委	国家人力资源社会保障部	国家医疗保障局	国家医疗保障局	国家医疗保障局	国家医疗保障局
入围种数	3种	36种	17种	97种	119种	94种
平均降幅	58.7%	44%	56.7%	60.7%	50.64%	61.71%
涉及领域	抗病毒 抗肿瘤	抗肿瘤、心血管病、精神病、抗感染、糖尿病等	12个实体肿瘤药、5个血液肿瘤药	抗肿瘤、罕见病用药、糖尿病、乙肝、类风湿性关节炎、儿童用药等	抗肿瘤、罕见病、肝炎、糖尿病、风湿免疫、心脑血管、消化等	肿瘤、慢性病、抗感染、罕见病、妇女儿童等用药

医保目录：动态调整，有进有出，腾笼换鸟

- 2000年第一版目录诞生，2004年第一次修订，2009年第二次调整，再之后长达8年没有调整，显著影响药品可及性和基金使用效率。
- 人力资源社会保障部于2017年4月发布《关于公开征求建立完善基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录动态调整机制有关意见建议的通知》，将逐步建立动态调整机制，2019年目录调整距2017年版仅隔两年多。
- 从2020年目录调整开始，拟每年对医保用药目录进行更新。
- 2017年药品获批到进医保时间中位数为13年。而2020年缩短至两年。



调整原则：保基本、提质为主，增量为辅

	医保目录总数	西药数	中药数	比上一版净增	截至谈判当年年底的协议期内国谈药品总数
2021年常规	2860	1486	1374	60	275
2020年常规	2800	1426	1374	91	221
2019年谈判后	2709	1370	1339	66	114
2019年常规	2643	1322	1321	55	53
2018年谈判后	2588	1345	1243	17	36
2017年谈判后	2571	1328	1243	36	3
2017年常规	2535	1297	1238	363	-
2009年常规	2172	1140	1032	275	-
2004年常规	1897	1027	870	362	-
2000年常规	1535	913	622	-	-

目录

- 医改概况及面临形势
- 医院高质量发展
- DRG支付制度
- 药品集中带量采购与国药谈判
- 给医改的四项建议

**建立正向激励机制
体现以人为本**

**加大价格（支付）杠杆
提高战略性购买效率**



**设立个人自付封顶线
率先解决看病贵**

**利用价值医疗手段
“医保” → “健保”**

率先、突破、示范、引领



**谢谢！
敬请批评指正！**

jinchunlin@shdrc.org