

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

创新药医保支付方式改革

2021 年 第 4 期

(总第 111 期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2021 年 7 月 15 日

编者按 随着医疗技术的飞速发展，创新药逐渐成为减轻患者病痛并提升患者生存质量的新希望，但创新药具有风险高、投入大、周期长、价格高等特点，因此如何提升药品的可及性就成为业内研究和讨论的重要议题，其中，探索适宜创新药的医保支付方式，对于保障药品的可及性、促进药品创新及产业发展具有重要意义。本期文章对创新药医保支付方式、支付标准等进行探索：思考我国创新药医保支付方式改革进展和挑战；分析我国台湾地区创新药医保支付方式经验与启示；梳理英国创新药定价与医保支付、美国创新药医保支付相关经验，为我国制定相关政策提供参考和借鉴。此外，介绍《上海市卫生健康发展“十四五”规划》4 方面 12 项重点任务，并附原文。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 14 卷 第 4 期 (总第 111 期)
2021 年 7 月 15 日
(内部交流)

主管

上海市卫生健康委员会

主办

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)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市建国西路 602 号
邮编 : 200031
电话 : 021-33262061
传真 : 021-22121623
E-mail : phpr@shdrc.org
网 址 : www.shdrc.org

顾 问 : 邬惊雷
赵丹丹

主 编 : 胡善联

副 主 编 : 徐崇勇
金春林 (常务)
丁汉升
黄玉捷

编辑部主任 : 信虹云

责 任 编 辑 : 张 苹 信虹云

编辑组成员 : 吴 美 楚玉玲

校 对 : 周 娜 汪 丽

目 次

专题研究

我国创新药医保支付方式改革进展、挑战及思考

..... 王海银, 丛鹂萱, 谢春艳, 等 (1)

我国台湾地区创新药医保支付方式改革经验与启示

..... 王美凤, 王海银, 丛鹂萱, 等 (9)

他山之石

英国创新药定价与支付经验及启示

..... 谢春艳, 王海银, 丛鹂萱, 等 (19)

美国创新药医保支付经验及启示

..... 刘 昕, 王海银, 丛鹂萱, 等 (29)

最新政策

《上海市卫生健康发展“十四五”规划》4 方面 12 项重点任务

..... (37)

征稿启事

征稿启事..... (74)

印刷单位 : 上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量 : 700 本

我国创新药医保支付方式改革进展、挑战及思考

王海银 丛鹂萱 谢春艳 王美凤 刘 昕 金春林

【摘 要】 创新药有效解决了临床没有被满足的需求，给患者带来了更多的健康获益。但创新药治疗费用高昂，如何保障其可及性是政府需要关注的重要议题。文章分析了影响创新药可及性的主要因素，归纳了我国当前支付改革进展及存在问题，基于国际创新实践经验提出了完善我国创新药支付的政策建议，为政府制定相关政策及措施提供依据。

随着医疗技术的飞速发展，创新药、器械等新技术逐渐成为临床治疗的重要支撑。为适应群众日益增长的多元化医疗需求，我国政府加快创新药和器械上市审评审批的速度，及时动态调整优化医保目录、开展国家价格谈判，取得显著成效。但部分创新药价格高，药品可及性仍是问题，因此亟需拓展和完善现有支付方式。当前，我国医保支付方式改革也在深入推进，支付制度由事后付费向战略购买转变，以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式已成为发展趋势。在现有支付方式框架下，探索适宜创新药的支付方式，对于保障其可及性、促进药品创新及产业发展具有重要的现实价值。本文梳理了我国创新药医保支付进展和挑战，提出下一步改革建议，为国家及各级政府创新药支付改革提供依据。

基金项目：循证公共卫生与卫生经济学（15GWZK0901）

第一作者：王海银，男，副研究员，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）卫生技术评估部主任

通信作者：金春林，男，研究员，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）主任

作者单位：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），上海 200031

一、我国创新药可及性的影响因素

（一）医保目录准入是影响创新药可及性的重要因素

我国多数地区对药品、医疗服务价格以及医疗服务设施的支付仍以医保目录为基础。近年来，我国医保目录调整逐渐动态化，在基金可承受的前提下，逐步将临床价值高和经济性好的药品、诊疗项目、医用耗材纳入医保目录支付范围。但由于创新药发展速度快，仍有较多费用高昂的创新药未能及时进入国家医保目录，在临床使用上将由患者自费承担，这直接影响其可及性。

（二）不同的医保支付方式对创新药可及性有直接影响

当前，各地基本采用了以总额控制为基础，以协商谈判和风险共担机制为核心，门诊按人头付费、住院按病种付费、按床日付费等多元复合支付方式，按项目付费比例在不断减少，按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）付费正在逐步扩展。按项目付费为主的情况下，医保经办机构按项目服务量乘以项目单价加总的方式进行费用被动偿付，创新药可及性相对较高。以控费为主的 DRG、按床日付费等容易导致医疗服务供给方过度压低成本，减少创新药使用。

（三）现行医保结算框架也是影响创新药可及性的因素

药品和医疗服务是整合支付，达到一定的起付线后按比例进行支付，不同地区设置不同的封顶线（见图 1）。一方面，医保总额控制以及医改的药占比考核等也会对创新药支付形成直接影响。如 2018 年 17 种抗癌药纳入国家医保目录后，国内仍然有大部分医院尤其是二级及以下医院不能及时为有需求的患者提供抗癌药。可能的原因是抗癌药费用高，会提升药占比，突破医保总额。因此，2018 年国家医保局出台文件要求针对谈判药品纳入目录导致实际发生费用超出总额控制指标及药占比的，医保部门要给予合理补偿及综合考虑。另一方面，高值创新药疗程费用高，很容易突破报销封顶线，现有支付方式未能覆盖患者后续费用。

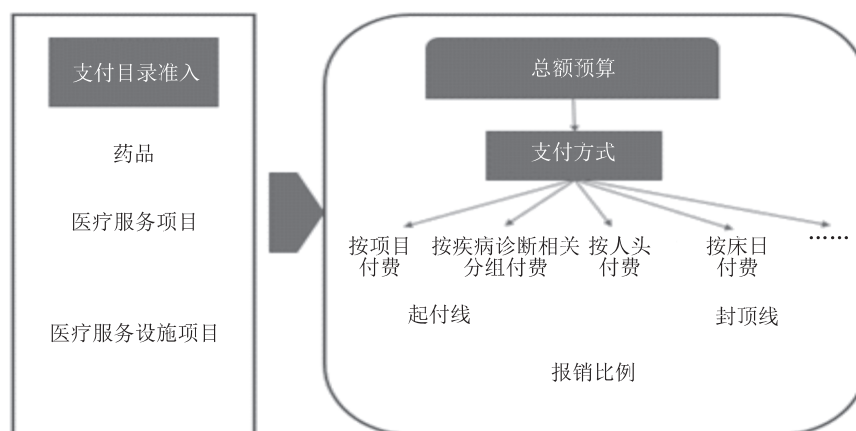


图1 我国医保支付方式改革进展

二、我国创新药医保支付方式改革进展

（一）建立国家谈判准入通道，加快创新药医保准入

2015年以来，我国逐步建立了由医保主导的创新药谈判准入机制。谈判药品遴选范围主要是临床需求大、疗效显著及治疗费用较高的专利药、创新药或独家品种。从实施进展来看，2016年原国家卫生和计划生育委员会（以下简称“原国家卫生计生委”）公布成功谈判的3种创新药。2017年，人力资源和社会保障部（以下简称“人社部”）新增设拟谈判目录，探索建立医保药谈判准入机制，谈判成功36种创新药。2018年，国家医保局谈判纳入17种抗癌药物；2019年，国家医保局谈判纳入97种创新药（见表1）。

表1 我国创新药谈判准入进展

年份	谈判主体	准入数量 (种)	创新药类别	等待期 (月)	价格降幅 (%)
2016	原国家卫生和计划生育委员会	3	慢性乙肝、非小细胞肺癌	-	59
2017	人力资源和社会保障部	36	肿瘤、心血管病、肾病、眼病、精神病、抗感染、糖尿病及罕见病	54	44
2018	国家医疗保障局	17	肿瘤	10	57
2019	国家医疗保障局	97	癌症、罕见病、肝炎、糖尿病、耐药结核、风湿免疫、心脑血管、消化等10余个临床治疗领域	<10	61

从谈判机制建设来看，基于卫生技术评估的谈判决策逐步建立。谈判要求企业根据医保部门制定“企业自主申报资料清单”，提交包括产品资质证明、药品价格、预算影响、卫生技术评估、药品专利、赠药以及创新支付等信息，由药物经济学评价和预算影响测算两个专家组进行科学客观评价，综合形成谈判价格依据。

谈判准入给创新药快速医保目录准入提供了新的通道。从准入周期来看，创新药进入医保的等待期逐步缩短，2019年谈判纳入的97种药物多是2018年新上市的创新药，有效提升了创新药可及性。

（二）地方构建补充支付方式，提升创新药可及性

2012年以来，以青岛市为代表的国内部分省市逐步建立了针对创新药的补充支付机制。该类支付机制覆盖的范围主要为恶性肿瘤、罕见病等临床必需且具有明确疗效的高值创新药，遴选途径包括患者申请、专家推荐、数据分析及医院推荐等，通过谈判机制实现创新药降费，包括降价、赠药和责任分担等多种形式，支付上突破起付线和封顶线制度限制，实现及时结算，同时在临床适应症及不合理用药方面进行管控。补充支付机制的资金主要来自财政部门专项资金。从各地纳入的品种数量来看，青岛市40多种，江苏省5种，浙江省18种，湖南省16种，成都市26种，各地实践有效地拓展了现有的医保支付方式，保障了创新药的可及性。

我国香港地区通过建立药物安全网的方式进行补充支付，目前已有39种创新药，涵盖血液学、风湿病学、神经病学、肿瘤学、内分泌学、皮肤病学等。创新药遴选考虑药品成本效益、患者依从性、用药经验等，综合确定并动态调整。香港地区补充支付的资金由撒玛利亚基金和关爱基金提供资助。申请药物安全网的患者需通过经济审查，只有符合条件的患者才能获得药物费用资助，不同家庭经济条件的患者获得的补偿比例不同。

（三）基于临床价值及疗效支付，有效管控创新药支付风险

我国台湾地区根据临床疗效，将创新药划分为突破性创新药（第1类新药）、临床价值有中等改善新药（2A类）、临床价值相近于目录内参考品的新药（2B类）。在支付方面，基于新药类别制定相应的支付标准。如第1类新药以10国（包括美国、日本、英国、加拿大、德国、法国、比利时、瑞典、瑞士、澳洲）药价的中位数作为支付标准。对我国台湾地区开展的临床试验以10国药价中位数的1.1倍进行支付。第2类药则根据药品临床价值情况，选择10国药价最低价、原产国药价及疗程剂量比例法制定支付标准，最后核价结果不得高于10国药价中位数。台湾地区每年调整药品支付标准，以专利药品的市场加权平均价格（weighted average price, WAP）为依据。如果WAP不小于原医保支付价的0.85倍，则不予调整；反之，则进行调整。如果有可供替代药品，则退出医保目录。

在按疗效支付方面，浙江省探索开展肝移植术按绩效付费方式，支付上主要根据患者术后的存活年限进行重新分配。如18岁及以上患者医院上交费用的10%到预留费用基金池。18岁及以上患者出院存活满1年，医院可结算上缴费用的5%；存活满3年，则可再次结算上缴费用的5%；存活满5年，医保从预留费用基金池中提取一定的资金奖励给医院，由医院奖励给医生，以强化医生对患者的术后护理。

（四）高值新特药直送平台分期支付，充分发挥市场配置作用

2017年以来，随着大量创新药进入医保目录，且相关政策文件提出要采取有效措施鼓励定点零售药店为参保人员提供药品，发挥药店在医保药品供应保障方面的积极作用，高值新特药直送平台（direct to patient, DTP）逐渐成为当前创新药支付模式的重要平台。国内DTP已探索针对某些具备特定属性的创新药开展金融分期付款购药模式。另外，

通过建立互助公益组织、对接慈善项目基金会等方式，提供创新药慈善援助赠药服务。如上海医药大健康云商股份有限公司与第三方保险公司合作尝试自费药分期项目，为购买肺癌药品易瑞沙的患者提供 18 个月的免息分期方案。患者每个月的药费平均 1.5 万元左右，5 个月后可以接受慈善机构提供的免费赠药。目前，浙江省内的 DTP 药房均在店内开通分期购药服务，患者只需在第三方平台在线提交分期需求，审核通过后即可核实取药。江西省实行定点医疗机构和专业药店“双通道”管理，患者可按国家谈判后的医保支付价到药房购买创新药，仅须支付自付费用。通过 DTP 分期支付方式，既能减轻患者短期支付压力，又能帮助创新厂商获得更多的市场份额，还能帮助 DTP 获取更多的患者，是一种创新的商业支付模式。

三、我国创新药医保支付方式改革存在的问题及发展建议

我国对创新药支付方式的探索，有效提升了创新药准入速度及支付可及性，但我们仍需清醒地认识到存在的问题和挑战。

（一）创新药医保支付方式存在的问题

1. 现有支付管理框架及支付方式与高值创新药不协调

由于医疗服务和药品是一体化支付，高值创新药很容易影响该体系下的总额、支付限额及结构比例，从而影响医院和医生处方行为，现有的管理模式与高值创新药不协调。

2. 快速谈判准入通道不能有效解决创新药支付问题

我国医保基本原则坚持应保尽保、保障基本，尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准。当前我国很多地区存在基金运行风险，高值创新药纳入医保支付范围是一个逐步动态过程。因此，快速谈判准入通道仍不能有效解决创新药支付的一揽子问题。

3. 疗效评价体系仍需要拓展优化

我国正在试点的按价值付费项目大多存在医疗质量评价体系不完整的问题，例如浙江省肝移植术按绩效付费项目医疗质量评价体系主要关注患者存活率，考核方面也较为单一，疗效评价体系仍需要拓展优化。

4. 医保 + 商业保险模式仍需发展完善

我国商业保险市场规模小，在创新药领域发展滞后，可以发挥的空间仍比较大。商业保险和医保间整合平台仍需发展完善。

（二）优化我国创新药医保支付方式的建议

目前，欧洲及美国等多个地区探索采用创新的支付方式来优化和解决创新药可及性问题，形成了基于条件准入协议（managed entry agreements, MEAs）、风险分担协议（risk sharing agreement, RSA）以及按揭支付等新方式，有效解决了高值创新药可及性问题。结合国际经验及我国实际，提出优化我国创新药医保支付的建议。

1. 完善创新药谈判机制，探索分类评价准则

经过几年谈判探索，我国已形成较完善的创新药谈判机制，但仍存在需要优化的几个环节。建议对支付阈值、多适应症标准等进一步明确，形成透明公开的流程方法指南。探索引入多种形式创新支付协议，提升支付效率及控制财务风险。基于疗效及经济学评价进行分类，形成基于疗效分层的不同评价通道，针对罕见病及终末期疾病，适当调整评价阈值及流程。

2. 探索引入基于条件准入协议策略，重视真实世界数据证据

针对某些创新药可能不具有成本效果，但患者人群亟需的情况，建议借鉴国际上基于条件准入协议的方法，医保对增量成本效果比高于3倍人均国内生产总值（Gross Domestic Product, GDP）的创新药，准许在限定人群或适应症下使用，并同步要求厂商进一步采集真实世界数据，

补充新的经济学评价数据，给予企业一定的应用空间，在准入周期结束后根据最新的证据调整决策，更新创新药支付规则。

3. 建立创新药安全网救助机制，充分整合慈善基金

在各地探索新特药实践的基础上，建议从国家层面建立创新药安全网补充救助机制，整合慈善基金及财政救助等多方面资金来源，对符合条件的低收入贫困人群给予用药支持，以保障创新药的可及性及公平性。

4. 鼓励支持 DTP 分期支付等市场机制，加强商业保险发展

商业保险及市场运作机制是医保的有力补充，部分地区针对创新药设计了相应的保险险种，如深圳市重特大疾病补充医疗保险，广州、珠海、佛山及苏州等也陆续推进。建议政府在总结 DTP 药房分期支付模式的基础上，进一步鼓励商业保险及市场参与，充分调动社会资源，将更多的创新药纳入商业补充支付平台和 DTP 运作平台，提升创新药可及性及运作效率和效果。

（责任编辑：张苹）

我国台湾地区创新药医保支付方式改革经验与启示

王美凤 王海银 丛鹏萱 谢春艳 刘 昕 金春林

【摘 要】 为了让患者更及时使用创新药，降低健康保险财务风险，发挥健康保险资源最高效能，我国台湾地区采取了以疗效、财务协议为基础的创新药多元医保支付方式。文章通过政策检索梳理分析我国台湾地区创新药分类、健康保险给付流程与医保支付方式的经验，以期为我国创新药医保支付方式的探索提供借鉴。

随着疾病谱的转变与难治重症的发展，疗效显著的创新药成为减轻患者病痛并提升患者生存质量的新希望、新诉求。由于创新药具有风险高、投入大、周期长等特点，药价普遍较高，这势必会给患者家庭、医保基金带来沉重负担。为使病人能承担创新药的费用，同时减少创新药的使用对政府财务的冲击，不少国家或地区陆续通过价格谈判机制对创新药纳入医保的支付方式、支付标准等进行探索。

2012年，我国开始鼓励部分地区先行先试，如江苏省、浙江省、江西省、青岛市等地通过药品谈判机制，将创新药纳入大病医保，实现降低价格的目的。近两年国家医保药品谈判也充分显示了我国对药品创新的支持。在我国价格谈判确定支付标准的趋势下，面对真实世界疗效不确定、医保基金压力增大与重症患者对创新药的迫切需求等现状，如何进一步优化我国创新药的医保支付方式成为亟待解决的重要议题。

本文对我国台湾地区医疗保险制度框架、创新药界定、支付流程及医保支付方式等进行系统梳理，以期为我国其他地区创新药的医保支付方式改革提供参考。

第一作者：王美凤，女，助理研究员

通讯作者：金春林，男，研究员，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）主任

作者单位：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），上海 200031

一、我国台湾地区医疗保险制度

2013 年 1 月 1 日，我国台湾地区二代全民健康保险（以下简称“二代健保”）正式实施，相比于上世纪 50 年代的多种健康保险与 1995 年的一代健保，二代健保是由一般保险与补充保险筹资相结合的强制性社会保险。一般保险费主要由政府（26%）、雇主（36%）与被保险人（38%）共同承担。根据工作性质及收入水平不同，被保险人被分为 6 大类，其中针对第 1～4 类被保险人，政府会征收非薪资收入部分所得税作为补充保险费，如保险费滞纳金、烟品健康福利捐等。二代健保以台湾地区全体居民为健康保险对象（包括在台居住满 6 个月及以上的外籍人员），覆盖率达 99.9%。

我国台湾地区二代健保管理部门负责二代健保的社会筹资、医疗管理、医药定价等工作，通过与医疗机构签约来提供服务，服务类型具体包括门诊、住院、居家照护及慢性精神病康复等。

目前我国台湾地区二代健保支付方式主要采用总额预算下按项目付费为主、以疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）付费等多种支付方式为辅的混合支付模式。所有非处方药均不在基金支付范围之内，中成药则采用日剂药费的支付方式（无论使用何种中药、使用剂量多少），管理部门为服务提供方支付每人每天 30 元定额经费。

二、我国台湾地区创新药的界定与给付流程

（一）创新药的界定

我国台湾地区创新药是指在其医疗保险给付项目及支付标准规定的收载品项中，属新成分、新剂型、新给药途径及新疗效配方的药品。创新药根据临床疗效可划分为两大类。第 I 类是指持有药品许可证的厂商提出与现行最佳常用药品的直接比较或临床试验文献的间接比较，显示临床疗效有明显改善的突破创新药。若该药品是第一个建议收载的有效

治疗特定疾病的新药，没有现有最佳治疗药品可供比较，则可将该药品用于该疾病的现有标准治疗（如外科手术、支持性疗法等）作为疗效的比较对象。第Ⅱ类新药包括2A类新药与2B类新药，2A类新药是指与现行最佳常用的药品比较，显示临床价值有中等程度改善的新药；2B类新药是指临床价值相近于已收载核价参考药品的新药（见表1）。

表1 我国台湾地区创新药分类

创新药分类	第Ⅰ类新药	第Ⅱ类新药	
		2A类新药	2B类新药
分类依据	与现行最佳常用药比较，临床疗效有明显改善的突破性创新药	与现行最佳常用药品比较，临床价值有中等程度改善的新药	临床价值接近于已收载核价参考药品的新药

（二）创新药纳入健保给付流程

我国台湾地区创新药上市后，可由厂商自主发起申报。首先，厂商可根据医疗保险给付项目及支付标准的有关规定与要求，向二代健保管理部门提交创新药纳入支付目录的议案材料，创新药的核定价格也包含在内。之后，二代健保管理部门委托医药科技评估组织对创新药出具医疗科技评估报告，具体包括疾病治疗现状、创新药在当地收载情况、疗效评估报告、成本效益评估、疾病负担与财务影响及经济评价结论等；医药科技评估组织将医疗科技评估报告再提交给二代健保管理部门审核，审核后同厂商意见等一并报送给药物评审的专家组织会议讨论；会议结束后，通知厂商初步审核结果，并将评估报告、病患者意见等资料交给由医药专家、卫生技术评估专家和二代健保管理部门决策者等多方参与的会议共同决定是否将创新药纳入健保支付，行政部门会派人监督会议，但无投票权利。若会议讨论未达成共识，则将各方代表不同的意见及其财务评估等资料报请二代健保管理部门核定。如果二代健保药物共同会议讨论达成共识，若共识为“不同意”，则直接结案；若共识为“同

意”，再结合厂商意愿及有无价量协议，二代健保管理部门暂时给予收载支付，并于次年第一季度报请台湾地区二代健保管理部门核定公告（见图1）。创新药从上市到进入医保药品目录等待期大致需1年左右。另外，对在本地研发的创新药，为加速其给付的进程，二代健保管理部门已设置单一专案办理窗口，这可以缩短核价时长。

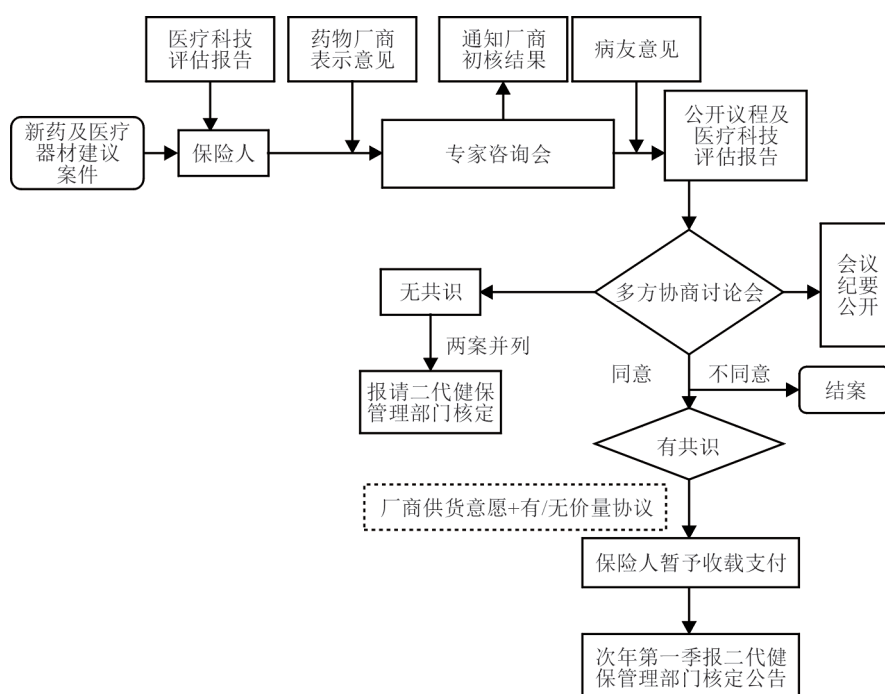


图1 我国台湾地区创新药纳入健保给付流程

二代健保药物多方协商讨论会研讨的注意点：一是在会议前，会议代表应填写利益揭露声明书，申明其本人、配偶或直系亲属财务上的利益与该会议讨论事项有无相关，有相关的会议代表应自行回避相关议案的讨论，并在当次会议召开前，填写个案回避的相关材料提交给保险人；二是会议议程及医疗科技评估报告应在会议召开7天前对外公开，并送交给会议代表，同时会后公开会议记录、会议材料及全程录音材料。

三、我国台湾地区创新药医保支付方式

我国台湾地区二代健保管理部门为加速创新药给付，确保患者及时使用，主要参考创新药的国际走势并考虑民众需求，将其他国家的药品给付管理合约（managed entry agreement, MEA）概念引入到当地医疗保险给付项目及支付标准相关规定。2018年9月，我国台湾地区卫生福利主管部门对医疗保险给付项目及支付标准的相关规定进行了部分条文修正并公告，新增以依疗效结果或财务结果为基础的协议方案，例如返还药费、终止给付条件等，提供多元风险分摊协议。二代健保管理部门表示未来药费协商将不再只是砍价，这次新增的以疗效或财务结果为基础的协议方案将成为重要工具。二代健保管理部门期望通过新药多元给付协议使创新药的使用与国际同步接轨，让病患能及时使用，同时也可以降低健保的财务风险，发挥健保资源最高效能。

尽管多数新药、新特材项目需要等到效能表现稳定后，才会纳入健保给付，但对于某些癌症或难治的重症，此类病患使用的创新药效益并没有明显优于现行健保给付药品的证据。在掌握药效部分证据前提下，新增的协议方案有助于让创新药尽快上市，使这类病人有接受新药治疗的机会。如癌症新药可能无法等到临床试验结果，暂且无法获得整体存活率相关数据，若在没有完整的第Ⅲ期临床试验状况下就上市，以替代指标（即风险指标，如肿瘤缩小程度或恶化的存活期）取代临床指标，药商就必须约定共同分摊风险，达到降低药价、减少对财务冲击的目标，但上市后创新药仍会被进一步验证疗效。以下为我国台湾地区以疗效或财务结果为基础的几种协议方案，及各方案针对创新药给付协议返还金额并入各总额医疗费用结算的规定。

（一）以疗效结果为基础的协议方案

以疗效结果为基础的协议方案，以5个观察年（每12个月为一个

观察年) 为上限, 必要时重新签订。

1. 改善整体存活方案

如果患者的存活期低于临床对照组中整体存活期中位数 (又称 “半数生存期”) 的最大者, 厂商应返还患者使用该协议药品的全部申报费用给保险人 (如 A 患者)。如果患者的存活期高于临床对照组中整体存活期中位数的最大者, 但低于该协议药品的整体存活期中位数者, 厂商应返还患者使用该协议药品费的一定比例金额 (如 B 患者)。如果患者的存活期高于该协议药品的整体存活期中位数者, 厂商无须返还患者使用该协议的药费, 药费由二代健保管理部门全部给付 (如 C 患者)。其中协议的返还药费是由保险人依据相关药品在各季度申报医嘱金额的比例, 并入总额医疗费用结算 (见图 2)。

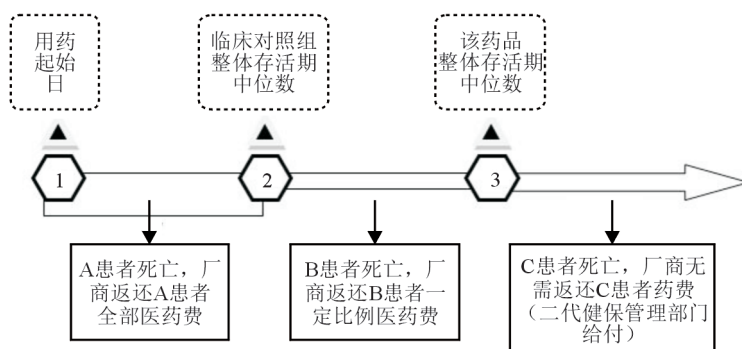


图2 我国台湾地区以改善整体存活为基础的创新药医保支付方案

2. 延缓疾病恶化方案

如果患者的存活期低于疾病无进展存活期 (progression-free survival, PFS) 中位数, 则患者的药费由二代健保管理部门给付 (如 A 患者)。如果患者的存活期超过 PFS 中位数, 则患者的药费被分成两部分, 二代健保管理部门给付患者在 PFS 中位数前的申报药费, 厂商返还患者使用协议药品超过 PFS 中位数后的申报药费给保险人 (如 B 患者)。其中返还金额并入总额医疗费用结算 (见图 3)。

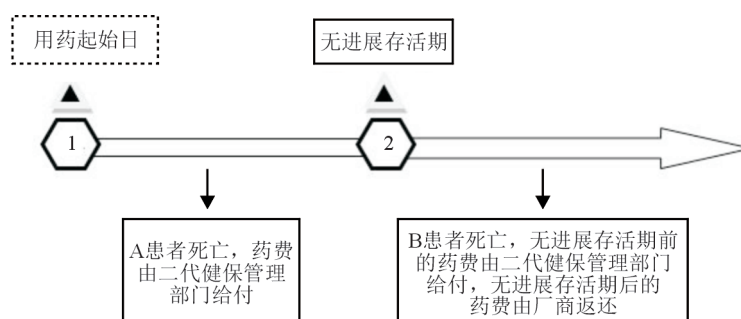


图3 我国台湾地区以延缓疾病恶化为基础的创新药医保支付方案

3. 临床疗效方案

如果患者存活期低于可评估疗效指标日，患者药费由厂商返还一定比例金额给保险人(如A患者)。如果患者存活期超过可评估疗效指标日，患者的药费被分成两部分，厂商返还患者使用协议药品可评估效果指标日前药费的一定比例金额给保险人，二代健保管理部门给付患者疗效指标日后药费(如B患者)。其中返还金额并入总额医疗费用结算(见图4)。

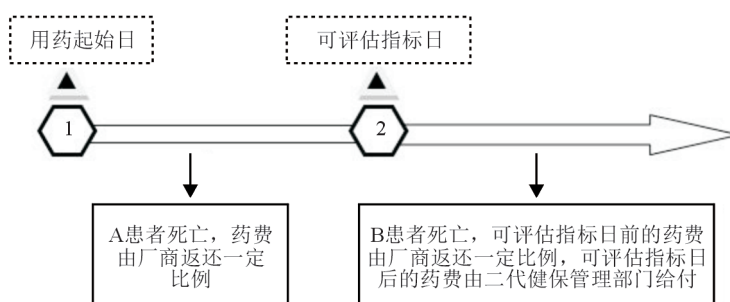


图4 我国台湾地区以临床疗效为基础的创新药医保支付方案

该协议的药品经保险人收载纳入给付后，保险人得要求厂商在一定期限内提供药品使用疗效的实证评估材料。如果给付规定有异动时，应重新审核该药品支付价格，必要时可重新签约。

该协议满足以下条件之一便会终止给付：①协议期满；②取消二代健保管理部门给付；③协议期限内，本标准已收载2种及以上相同成分不同厂商的药品或2种以上2B类新药；④协议期内，厂商或二代健保管理部门提出终止协议的建议，并经相关会议同意。

（二）以财务结果为基础的协议方案

以财务结果为基础的协议方案，也以 5 个观察年为上限，必要时需重新签订。该协议终止条件与以疗效结果为基础的协议方案一样。

1. 固定折扣方案

由厂商自愿提出返还固定比例的申报药费。

2. 药费辅助方案

由厂商负担初始治疗期间的药费，或特定有额外剂量或频率的用法用量所产生的额外费用。

3. 药品搭配方案

搭配其他药品合并治疗病患时，由厂商返还搭配药品申报药费的一定比例金额给保险人，其具体搭配数量由厂商与保险人协商。

（三）以药品价量为基础的价量协议

价量协议的期限以 5 年为原则，必要时可延长或缩短，协议满足以下条件之一便终止给付：①协议期满；②取消二代健保管理部门给付；③协议期限内，本标准已收载 2 种及以上相同成分不同厂商的药品。

价量协议视情况选择下列还款或降价方案之一或并行处理。

若选择还款方案，则可择取下列情景之一执行：①设定各个观察年（每 12 月为一个观察年）费用限量额度，如果申报药费超过限量额度，厂商偿还给保险人一定比例的金额；②厂商在各个观察年偿还申报药费一定比例的金额给保险人，偿还比例不设上限，其中限量额度计算方法是依据厂商提供的财务预估资料，采用人数乘以预估年使用量，并以健保支付价计算，作为限量额度设定的基准。

若选择降价方案，则也可择取下列情景之一执行：①设定各个观察年费用限量额度，如果申报药费超过限量额度，调整降低药品的支付价格；②在各个观察年调整降低一定比例的支付价格，调降比例不设上限。

若选择共同分担方案，即同成分不同厂牌或同药理分类药品设定共

同分摊的还款方案或降价方案。

如果采取还款方案时，则依据各药品申报的药费比率，分摊各厂商偿还的额度；如果采取降价方案时，则各药品支付价格用相同的降价比例计算（见表2）。

表2 我国台湾地区以药品价格为基础的价格协议

价格协议	适用条件	运行机制与期限	约束机制
内容细则	根据厂商提供的财务预估资料，若预估新药获得给付或扩增给付规定后5年间，有任何一年新药费高于新台币2亿元，或扩增部分的药费高于新台币1亿元。	如果满足价格协议适用条件要求，将自动适应于降价、还款协议。价格协议期限原则上为5年，必要时可缩短或延长。	台湾地区规定如果厂商在保险机构通知日起，两个月内未响应价格协议，则自该年10月1日起，支付价格降低5%或取国际药价最低价，若在次年7月底前仍未响应价格协议，在当年10月1日起再降价5%或取国际药价最低价，并以此原则逐年降价5%，直至厂商响应价格协议或协议期满。

四、经验启示

（一）建立多元支付方式，降低财务风险

我国台湾地区为了让患者使用创新药更加便捷，同时降低健保的财务风险、发挥健保资源最高效能，采取了以疗效、财务协议为基础的多元支付并存方式。与我国台湾地区相比，目前我国其他部分地区创新药的支付方式仍旧较为单一，所以医保在广覆盖人群条件下，国家与地区层面的创新药医保支付方案具体设计可能欠妥，建议应根据创新药适用疾病的种类积极探索差异化的多元医保支付方式，不仅可以一定程度上降低高昂药费对政府财务的影响，而且可凸显创新药的疗效价值。

由于创新药的种类繁多，包括罕见病药、肿瘤药等，所以不同创新药可能有不尽相同的最为适宜的医保支付方式，如针对罕见病的创新药，我国可以考虑多层次医疗保障体系，依据财务结果为基础的协议方案，初始疗程药费由厂商支付，后续药费由医疗保障部门、慈善组织和个人

等多方分担；但厂商需协助寻找第三方慈善组织，并由第三方慈善组织负责管理。而对肿瘤药应充分考虑延缓 PFS 或改善整体存活期等疗效协议方案。此外，对创新药也可探索分类分比例支付模式，如不同创新药可根据效果程度等的不同采取不同的报销比例。

（二）加强创新药效果评估，各地医保支付因地制宜

2020 年 9 月，国家医疗保障局发布《2020 年国家医保药品目录调整通过形式审查的申报药品名单》，象征着我国拟每年对医保用药目录进行更新，临床价值高的创新药更能及时纳入，同时新纳入目录药品可同步确定支付标准。但面对部分价格昂贵的创新药（如抗癌药物），纳入医保目录并不代表使用，如何提高患者使用创新药的可及性成为各方关注的另一问题。

故在创新药纳入医保目录的基础上，更要注重医保目录内各类创新药在各省市医院落地效果的评估，真正做到纳入即用、用即有效。由于我国各地患者流行病学特征和医保基金可承受能力等不同，统一支付模式在实践应用中存在一定问题，顶层政策设计应根据各地经济发展水平与居民可承受能力为不同地区留有一定的微调空间。此外，在加快创新药医保支付评审与落地的同时，亦需大力加强财务风险管控，确保医保基金可持续发展。

总之，在我国大部分地区创新药医保支付方式较为单一的现状下，应根据试点地区实施政策和社会经济发展水平等特点以及药物种类等，积极探索多元支付模式的可行性与有效性，提升医保基金使用效率，注重创新药物政策在各省市落地效果的评估。

（责任编辑：吴美）

英国创新药定价与支付经验及启示

谢春艳 王海银 丛鹏萱 王美凤 刘 昕 金春林

【摘 要】 英国创新药定价和支付制度经过数十年摸索，不断改良和创新。近年来，英国更是实施品牌药定价与可及自愿计划（voluntary scheme for branded medicines pricing and access, VPAS）来大幅提高英国国家卫生服务体系的价值。与此同时，英国创新药支付协议在疗效导向协议和经济导向协议等方面也都有新的探索。文章梳理汇总了英国创新药定价与支付经验，为我国创新药定价与支付改革提供参考和借鉴。

英国国家卫生服务体系（National Health Service, NHS）是以税收筹资为主的福利体制，其对英国公民所需的医疗卫生服务基本实现全覆盖。民众需要的药品、医疗器械、诊断技术等医药卫生技术要纳入 NHS 支付时，必须要通过英国国家卫生与临床优化研究所（The National Institute for Health and Care Excellence, NICE）的评价。NICE 成立于 1999 年，其职责包括制定基于循证的各种临床指南，对医药卫生产品和技术进行卫生技术评估，评价其是否能纳入 NHS 的使用范围。

一、英国创新药定价历史沿革

英国的创新药主要指的是具有新活性物质（New Active Substances, NASs）的药品，这与原研药或品牌药有很大部分重合。从历史上看，英国对创新药价格主要通过实施药品价格调控计划（pharmaceutical price regulation scheme, PPRS）进行管理。PPRS 是英国医药工业协会作为制药公司代表与英国卫生部签订的一个自愿协议。此协议仅适用于

第一作者：谢春艳，女，助理研究员

作者单位：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），上海 200031

品牌处方药，包括大部分创新药。实施该方案的目标有三方面：一是在合理价格下确保向 NHS 提供安全、有效的药品，控制药品费用；二是推动制药行业能够继续药物的研究和开发，以确保新药不断被研制出来；三是鼓励本国与其他国家药品市场有效竞争发展。PPRS 对制药公司向 NHS 销售后的总利润进行间接控制，用利润控制和价格调整代替药品价格的管制，允许制药公司自行制订药品价格。

英国的药品价格管制采用的是间接的管制手段，其内容主要包括利润控制和价格调整。利润控制是销售给 NHS 的药品的投资回报率应保持在 17% ~ 21% 之间，或销售回报率不高于 6%。制药企业的具体目标利润率由卫生部根据市场经营状况、公司资产和药品创新程度等进行确定。价格调整是指在更新 PPRS 时，无论药品是否具有成本效益，NHS 均会对已经在 PPRS 目录内的药物价格进行降价调整，通常为降价 5%。NHS 与药企通过谈判签订药品定价协议，价格经过调整后形成《药品价格目录》，患者依据此价格从 NHS 中报销。

英国创新药定价经过数十年摸索，不断改良和创新。2007 年，英国公平交易委员会（Office of Fair Trading, OFT）的一份报告中指出英国在控制成本和鼓励创新方面存在不足，建议 PPRS 应从利润控制定价转向药品价值定价机制，药品定价应反映其对患者的临床疗效与治疗价值。2019 年，英国对创新药定价和支付政策进行调整和更新。2019 年 1 月 1 日，PPRS 到期，品牌药定价与 VPAS 替代了 PPRS 的角色并正式实施。该计划旨在大幅提高 NHS 的价值，确保 NHS 的可负担性，同时降低商业风险、货币风险以及 PPRS 协议到期后患者治疗的连续性风险。

二、品牌药定价与可及自愿计划

（一）利益相关方

VPAS 是医药产业、NHS 和政府支持创新和造福英国各地患者

的共同承诺，多方就支持新技术和新药品的引进达成共识。VPAS 的成员及相关利益方包括：英国健康与社会服务部作为英国政府的代表，NHS 委托服务理事会，英国制药工业协会（Association of the British Pharmaceutical Industry, ABPI）以及参与 VPAS 的品牌药制造商，NICE 在 VPAS 的实际运行中也发挥着重要作用。政府部门提供所有新药和重要适应症的国家信息库，制药行业承诺提供更全面、更具前瞻性的信息，这将为改善现有的新药引入计划提供更好的支持。

（二）适用产品范围

VPAS 适用于 NHS 卫生服务的所有品牌药。因此，VPAS 应适用于以下情况（无限制）：品牌仿制药、体内诊断、血液制品、透析液、通过招标程序和中央或地方提供的品牌产品合同、生物医药产品（无论是否为品牌药品）。

VPAS 不适用的情况包括：私人处方或 NHS 以外的其他销售药品；NHS 相关法规所规定的全科医疗服务合同相关清单中所列的药物（例如英格兰是 2004 年法规全科医疗服务合同附表一所列的药物）；牙科麻醉剂；非处方药（NHS 销售的 P&GSL 品牌药除外）；对于 NHS 销售的 P&GSL 品牌药，如果 NHS 处方费用额在任何年份少于 50 000 英镑，卫生部有权将其排除在 VPAS 之外。

（三）通过英国国家卫生与临床优化研究所价值评估鼓励创新

NICE 将继续发挥其世界领先的作用，就药物的使用提供循证指南和建议，这是确保 NHS 所用药品具有价值的重要机制。相关方已达成协议，除非有特殊理由，所有新药都将通过 NICE 流程进行评估。使用的标准成本效益阈值将保持在当前范围内 [每质量调整生命年（Quality-adjusted life years, QALYs）20 000 ~ 30 000 英镑]。

所有新的活性物质在其第一个适应症中，以及延长其上市许可可以添

加 1 个重要的新治疗适应症，这些情况都将会进行适当的 NICE 评估。NICE 将采用非肿瘤治疗与肿瘤治疗相匹配的评估时间表原则，但前提是产品的证据基础已充分开发，以使 NICE 的评估具有与当前预期相同的严格性和确定性。NICE 将非肿瘤药物的评估时间下调为 6 个月，这意味着非肿瘤药物评估时间大大缩短。

在衡量药品健康效益方面，2019 年英国 VPAS 表示会保持跟踪和评估新产品的使用情况以及对患者预后的影响，并承诺继续开发包括创新积分卡在内的评估工具。

此外，VPAS 计划重点关注 5 个能带来最高健康益处类别的疾病领域的新药。新计划的实施预计能加速跟进最具创新性和最有价值的药物，预计能使患者较以往提前 6 个月获得新药物，这大大提高了药品的可及性。

（四）通过灵活的商业安排提高可及性

英国 NHS 提出计划为绝大多数具有临床和成本效益的新药提供量身定制的方案，对具有卓越价值和健康益处的药品进行激励。该计划拟定由 NHS 委托服务理事会（NHS Commissioning Board, NHS England）开发新的商业框架，从英国现有商业环境出发，充分发挥商业灵活性，通过 NICE 流程提高创新药可及性和可负担性，从而提高具有成本效益药品的使用率。为增加创新药支付方式的商业灵活性，VPAS 沿用了过去 PPRS 所设计的患者用药可及性计划（patient access scheme, PAS），鼓励具有较高成本效益的高价值创新药通过增加 QALY 权重，更快的进入支付通道。无论企业是否参与 VPAS，都可以使用这些灵活机制。这些商业方面的灵活机制在应用过程中需要考虑风险、可负担性以及成本效益等价值因素。NHS England 在运用灵活商业机制时的目标如下：持续提升 NHS 的价值，确保和提高 NHS 的支付能力，应对商业风险，解

决性价比风险，确保患者治疗的连续性。如果参与此计划的企业很难快速形成具有成本效益的 NHS 目录价格，可以选择简单的保密折扣作为首选的替代方式。

此外，政府和 NHS England 认识到与制药行业代表进行公开和定期对话的重要性，建立及时沟通机制，通过多机构参与来加强信息共享。鼓励制药行业通过早期参与等多种渠道提出诉求和建议，并及时提供新产品申请的相关信息。支持制药商通过最便捷的渠道进行卫生技术评估和商业谈判，便于更高效地发现具有性价比的新药。

（五）通过利润控制和制药商支付机制提高可负担性

为了控制品牌药费用的增长，2019 年 VPAS 继续实施类似于 2014 年 PPRS 中的利润限制和制药商支付机制，即将品牌药的销售额限制在一个商定的增长水平，目前品牌药的销售额在未来五年内的增长不会高于 2%。如果费用增长额超过了规定的比例，参与该计划的制药公司将每年销售额的一定比例支付给 NHS，以提高 NHS 使用创新药的可负担性，2019 年这一比例为 9.6%，随着计划的实施会根据一定的方法来调整这一比例。该计划预期每年为 NHS 节省支出 9.3 亿英镑。政府在提高自身可负担性的同时，也关注企业创新研发的可负担性。创新产品（新活性药物）不包括在销售额内，另外 OTC 药品、平行进口的药品及年销售额低于 500 万英镑的小公司，将通过享受豁免来获得创新支持。

三、创新药支付协议

有学者根据国际主流分类标准，将英国创新药支付协议分为疗效导向协议和经济导向协议。

（一）疗效导向协议

疗效导向协议是指药品费用支付方与制药厂商之间，通过对药品实际疗效或提高患者生命质量的具体效果衡量分析，作出最终给付范围、

给付额度或给付种类等医保覆盖决定，从而在临床和经济的双重不确定背景下，为患者提供获取新医疗技术的途径。这种基于结果风险分担的支付方式，其着重于药物的治疗结果和药价相联系，常用于创新药物、高价药物。药品制造商通过提出价格谈判申请，就报销额度、比例、方式等与 NHS 进行磋商，再通过 NICE 进行重新评估。

英国癌症药物基金（Cancer Drugs Fund, CDF）支付的抗癌药很多采用疗效导向的支付方式。为保证抗癌药品和卫生技术的有效可及，英国在 2011 年成立了 CDF，初衷是增加患者获得被 NICE 拒绝的创新抗癌药物的机会，为提高抗癌新药的可及性提供另一条途径，同时为制药公司提供快速获得 NHS 支付的机会，并确保 NHS 能以更低的成本购买更高价值的抗癌医药技术，提高支付的性价比。在 CDF 成立之初，因为缺乏药物的准入和退出机制，很多低价值的抗癌药都纳入了癌症药物基金支付，造成了不可持续的财政压力。

为解决上述问题，NICE 和 NHS England 合作开发了 CDF 的新模式。经过为期 12 周的公众咨询，CDF 于 2016 年 7 月进行了修订并重新启动，成为一个新的管理下的可及性计划，主要变化如下：有了明确的抗癌药 CDF 准入和退出标准，所有新的要经过上市许可的抗癌治疗药物以及抗癌药物新的许可适应症，都要提交给 NICE 进行评估。

NICE 也对创新抗癌药的卫生技术评估流程方法进行了更新和补充。在 2016 年以前，NICE 对创新的抗癌药进行卫生技术评估之后，对 NHS 支付只有推荐和不推荐 2 个结果。2016 年后，NICE 采纳了与 CDF 联合制订优化后的抗癌药物评价流程和方法。此方法将审批结果定为 3 级：推荐在常规治疗中使用，不推荐在常规治疗中使用，推荐在 CDF 下使用。如果评估委员会经过评估得出结论，临床疗效和成本效益相关结果存在很大的不确定性，则无法推荐该药物在常规治疗中使

用，在这种情况下，如果药品满足以下条件，委员会则考虑推荐该药品在 CDF 下使用：在适当的考虑到特定疾病终末期的情况下，增量成本效果比有可能满足常规使用标准；有可能通过收集接受 NHS 服务的患者的结果数据来解决临床不确定性的问题；收集到的数据（包括已经进行的研究）有可能为指南的后续更新提供信息。对于推荐在 CDF 下使用的药物，则按照后续将要签订的管理使用协议中的价格支付（通常会有折扣），因为此时还没有签订协议，可先按 NICE 评估中的价格支付，在后续的管理使用协议签订后再把多余的费用退还给 CDF。如果后续没有达成 CDF 管理使用协议，则制药公司需要返还 CDF 已经支付的药品费用，并继续支付已经用药治疗的病人后续费用。

对于推荐在 CDF 内使用的药物，制药公司和 NHS England 之间需要签订一份保密的管理使用协议（managed access agreement, MAA），协议由两个关键部分组成。一是数据收集安排，列出需要收集的结果，以解决临床不确定性的关键领域。这些数据要根据每个病人的具体情况收集，并由 NHS England、NICE、英格兰公共卫生署（Public Health England）和制药公司共同商定，并参考患者和临床医生的意见。二是 CDF 商业协议，要确定药品在管理使用期间的报销水平，决定了药品在此期间的成本。由 NHS England 和制药公司之间签订保密协议，由 NICE 提供信息，并将逐案审议。然而，报销水平应反映决策的不确定性，制药公司需要提供一份报价，报价估算要反映合理的成本效益范围，低于 NICE 确定的相关的成本效益阈值（即每 QALY 20 000 ~ 30 000 英镑，或按生命终末期的标准为每 QALY 50 000 英镑）。

在 CDF 下管理使用的药物期限通常为 24 个月，在这期间制药公司可以调整药品价格、收集临床效果数据，之后再次经过 NICE 卫生技术评估，确定是否纳入 NHS 覆盖用于常规治疗使用。

（二）经济导向协议

经济导向协议是指将药品价格及补偿费用与财政预算相联系，不改变药品的公告价格，根据除真实治疗结果外的相关因素提供一定折扣/返利或设置阈值来控制药品费用支出。经济导向协议主要包括患者群体层面的总费用分担及个体患者层面的患者风险分担两类。

群体层面主要形式有折扣协议和固定价格协议。折扣协议是指采取对药品公告价格提供一定折扣的方式，保证成本效益不低于预先设定的阈值。此类协议在世界各地都较为常见，也是英国目前采用最多的形式。固定价格是指将药品治疗费用固定在一个特定数值或范围内，保证治疗费用与用量无关。

个体层面是风险分担以个体患者药品使用量为参考依据，一般为特定情形下，向特定患者免费提供药品。这种模式可以将药品初期使用疗效风险及个体患者差异风险合理地在厂商和政府之间分配，保证协议达成，主要形式有赠药协议和治疗费用限额协议。赠药协议指制药厂商将高价药品直接提供给特定类型患者免费或接近免费使用，较多用于紧急情况、政府之间的发展援助和多余药品的回收处理。英国赠药协议包括为特定类型患者免费提供药品、为所有患者提供特定疗程药品，以及大剂量药品按小剂量药品支付费用。

四、启示与建议

（一）加强科学研究，建立综合性的创新药价值评估框架

英国创新药价值定价机制努力使价格管理中的各方利益达到平衡，并有效配置资源。目前我国药品定价仍以社会平均成本为依据，并未顾及各方利益来按价值论价。我国应加强相关研究，积极建立起药物经济学评价体系，撰写药物经济学评价指南，通过价格与价值的考量来进行价格谈判。加快建立科学合理的创新药定价和支付机制，进行综合性的

价值评估至关重要。价值评估除了目前关注较多的临床价值和经济学价值，还应逐渐纳入患者体验及生命质量、社会效益等因素综合考量。对于药品准入、定价和支付，以卫生技术评估为工具，逐步建立一套整合临床价值、经济价值、患者价值、社会价值等多维度的综合性价值评估框架。

（二）完善创新药评估和支付流程，确保政策的透明性

清晰明确的流程，能有效减少执行过程中人力、物力的浪费，也可以提高相关部门的评估效率，减少多次评估带来的时间成本。因而，完善创新药评估的流程至关重要。建议增加价值评估和政策执行过程的透明性和及时性，有效规范企业的研发生产过程，保证评估结果的合理性和真实性。另外，可借鉴英国经验，通过各种灵活的商业安排，加快药品的评估和支付流程，也保证创新药的可及性。

（三）加强利益相关方参与，建立创新药支付的多方协作机制

只有社会多元相关利益方广泛参与、互动、博弈、谈判和协商，就创新药的价格、质量和支付标准等达成共识、形成契约，形成共同遵循的规范，才能保障各项改革政策顺利推进并取得成效。一方面要与制药企业等多方合作，从共赢的角度吸引制药企业参与价值评估的各个方面，保护创新，多方磋商。另一方面要扩大社会力量的参与，社会相关力量既包括医疗机构、医务人员等服务提供方代表，也包括学会、协会组织和学术研究机构，还应包括作为参保人的患者代表和社会公众。通过多方参与协商与合作，从而确保价值评估体系的合理性和科学性，推动制药领域的良性发展和全国药品技术的稳定快速发展。

（四）建立数据库，提高数据的可获得性和真实性

卫生技术评估辅助定价的合理性依赖数据的可获得性和真实性。2019年英国施行的品牌药物定价和获取强调及时高质量数据的重要性。

英国卫生部在保护商业机密性和保持市场竞争性的情况下，可以查看协议企业的数据。同时，NHS 为 ABPI 提供支持，寻找相应的解决方案以提高联合药物治疗中的健康益处，同时也便于计算和确认组合治疗的花费。而我国现阶段在数据的可获得性方面存在困难，也尚未建立起恰当的卫生技术评估官方评价指南和证据提交指南。共建数据库可以加速医药行业的信息化管理，加速对有较高价值的新药的审核通过，提高创新药的利用效率。

（责任编辑：张苹）

美国创新药医保支付经验及启示

刘 昕 王海银 丛鹏萱 王美凤 谢春艳 金春林

【摘 要】近年来，为了提高患者创新药的可及性，以及提高公共医疗保险基金的可负担性，美国公共医疗保险逐步探索基于价值的创新药支付模式。基于价值的创新药支付模式主要分为两大类：基于财务风险的订阅模式和基于患者情况的支付模式。文章通过文献梳理、政策分析以及案例研究的方法，分析美国创新药医保支付经验，为我国创新药医保支付方式的建立提供参考和借鉴。

随着创新药快速加入市场，患者生命质量得到显著改善。为了提高患者用药的可及性，以及减少创新药对医保基金和患者家庭可负担性的压力，目前美国已有 7 个州的医疗救助计划探索基于价值的创新药支付模式。本文通过研究美国公共医疗保险创新药的支付模式，分析美国的创新药支付经验，为我国创新药支付方式改革提供参考。

一、美国公共医疗保险体系

美国公共医疗保险是由国家政府支持，旨在于为特殊人群提供医疗保障服务，包括联邦医疗保险（Medicare）、医疗救助计划（Medicaid）、儿童健康保险计划（State Children's Health Insurance Program, SCHIP）以及军人健康险（Veterans Affairs, VA）等。

不同的公立医疗保险项目的服务对象有所不同。联邦医疗保险是美国联邦政府为 65 岁及以上的老年人、不足 65 岁且残疾的患者，以及终末期肾病患者提供的政府医疗保险。医疗救助计划、儿童健康保险计划以及军人健康险分别是为低收入人群、低收入家庭的儿童、现役及退役

第一作者：刘昕，女，研究实习员

作者单位：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），上海 200031

的军人及家属提供医疗保障服务的计划。

在公立医疗保险项目中，参保人数最多的项目是联邦医疗保险和医疗救助计划。其中，2018 年联邦医疗保险的参保人数达到 58 741 843 人，约占美国总人口的 18%。到 2020 年 9 月，医疗救助计划的参保人数达到 70 587 631 人，儿童健康保险计划的参保人数达到 6 719 083 人。

二、美国创新药医保支付模式

（一）创新药界定

创新药指由美国食品药品监督管理局（U.S. Food and Drug Administration, FDA）批准的原创新药（Novel Drug）。原创新药是指在过去未曾满足临床需求的药品，其中的药物活性成分此前未获得美国 FDA 批准。原创新药具体包括首创药（first-in-class）、罕见病药品（drugs for rare diseases）以及其他原创新药（other notable novel drug）。

（二）创新药医保支付模式

近年来，美国的公共医疗保险体系主要面临以下挑战：创新药的价格逐年提高；由于缺乏相应的谈判工具，公共医疗保险项目为高值药品过度支付；患者购买药品的自付金额逐年提高等。基于公共医疗保险预算压力增加和患者创新药的可及性和可支付性降低的问题，美国的公共医疗保险开始探索基于价值的创新药支付模式（Value-Based Purchasing, VBP）。基于价值的支付模式主要分为两大类：基于财务风险的订阅模式和基于患者情况的支付模式。基于患者情况的支付模式包括：基于患者结局的支付模式和基于患者依从性的支付模式（见图 1）。自 2018 年以来，目前 7 个州的医疗救助计划实行基于价值的支付模式，其中包括：亚拉巴马州（Alabama）、科罗拉多州（Colorado）、路易斯安那州（Louisiana）、马塞诸塞州（Massachusetts）、密歇根州（Michigan）、俄克拉荷马州（Oklahoma）、华盛顿州（Washington）。

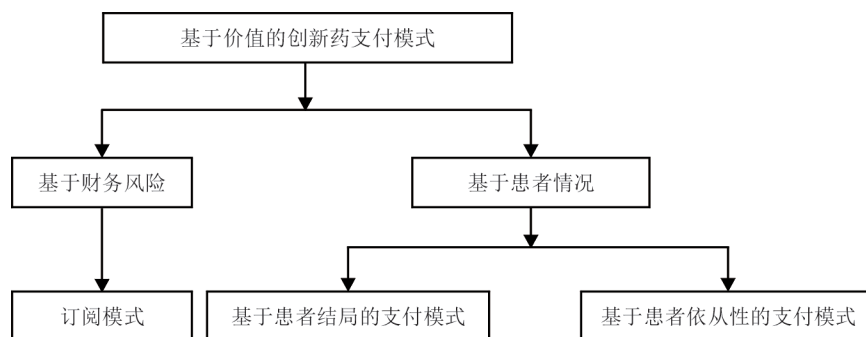


图1 美国公共医疗保险基于价值的创新药支付模式

1. 订阅模式

(1) 定义

订阅模式是通过美国的州医疗救助计划和制药厂商签订协议，在一定时期内，制药厂商收取一定的费用，同时向州医疗救助计划提供一定数量的药品。支付方式可以采用预付款的形式，或预付款结合额外支付或折扣的形式。在期限方面，相对较长的协议期限可以吸引制药厂商参与基于财务风险的订阅模式支付协议的谈判。但是如果未来更具成本效果的药品进入市场，使得患者获益增加，以及医保基金压力相对减少，那么相对较短的协议期限可以将这种可能性带来的潜在的风险最小化。因此，在订阅模式中，各州基于医保基金预算以及药品的研发管线订立协议期限，并可以在协议中加入一些条款，以此应对市场变化。关于药品数量方面，在合同期限内，制药厂商可以不限量的提供州医疗救助计划所需的药品。

通过订阅模式，州医疗救助计划可以提高患者用药的可及性，同时可以控制预算，降低财务风险，降低药品的总费用。制药厂商通过协议，可以获得相对稳定的收入，同时扩大市场份额。

(2) 案例分析—基于 Epclusa 授权仿制药的订阅模式合约

由于路易斯安那州治疗慢性丙型肝炎疾病复旦中，故建立 2019—2024 年丙型肝炎消除计划（the 2019—2024 hepatitis C elimination plan），

其中包括实施在美国首创的直接抗病毒药物的采购计划，即订阅模式。路易斯安那州医疗救治计划和吉利德科学公司（Gilead Sciences, Inc.）的全资子公司 Asegua Therapeutics 签署了订阅模式协议。路易斯安那州在 5 年协议期间内，每年将给 Asegua 公司固定支付约 58 000 000 美元，5 年支付总额约 290 000 000 美元，不需要按照每个患者的用药量付费。Asegua 公司将在 5 年内不限数量的为路易斯安那州的医疗救助计划和监禁人群中的患者提供伊柯鲁沙（Epclusa）的授权仿制药（见图 2）。伊柯鲁沙是 2016 年 FDA 批准的原创新药，是最新的直接抗病毒药物之一，可以用于全部 6 种基因型丙肝患者的治疗，包括肝硬化患者和非肝硬化患者。

通过订阅模式，患者用药的可及性提高。在 2018 年，医疗救助计划和矫正监管中心有 1 100 名左右的患者得到治疗。预计到 2024 年，路易斯安那州将为医疗救助计划和监禁人群中 80% 的患者提供有效治疗。

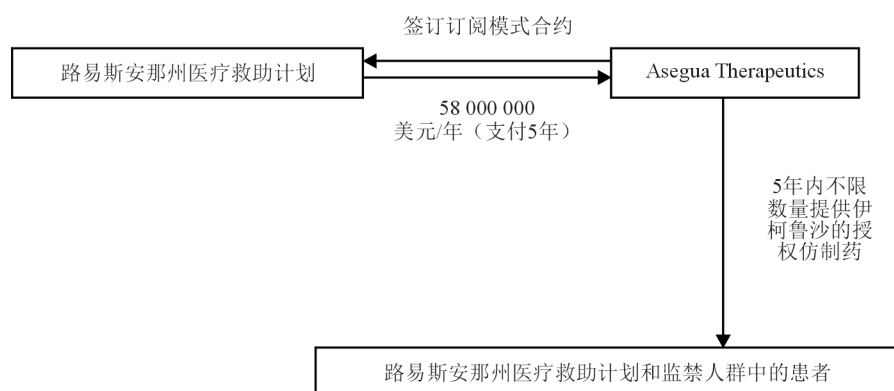


图 2 美国路易斯安那州医疗补助计划与 Asegua 签署订阅模式合约

此外，订阅模式有助于医疗救助计划提高保险基金的可负担性。根据路易斯安那州 2019—2024 年丙型肝炎消除计划，2018 年路易斯安那州治疗不足 3% 患者（医疗救助计划和监禁人群中患者约为 4 万人）的费用超过 3 000 万美元。如果基于过去的支付模式，治疗 31 000 名患者至少需要 775 000 000 美元。与吉利德科学公司签署订阅模式后，路易斯安那州 5 年支付 290 000 000 美元，可治愈 31 000 名患者。

2. 基于患者结局的支付模式

(1) 定义

基于结局的支付模式是将药品费用和药品在某一患者或者某患者群体中产生的实际效果相联系。该模式可以基于临床的结局指标和患者报告的结局指标。协议的参与方包括医疗保险、患者、制药厂商以及医疗机构。参与方的财务风险同药品的实际效果相关联，可以促使各参与方共同努力，以提高患者的结局指标。

(2) 案例分析——基于癫痫患者结局的支付模式合约

吡仑帕奈 (Fycompa) 是由日本药企卫材 (Eisai) 研发的首创的抗癫痫药物，该药是一种高度选择性、非竞争性的 α -氨基-3-羟基-甲基-4-异唑丙酸 (AMPA) 谷氨酸受体拮抗剂。谷氨酸是介导癫痫发作的主要神经递质。作为 AMPA 受体拮抗剂，吡仑帕奈能通过靶向突触后 AMPA 受体-谷氨酸的活动，减少与癫痫发作相关神经元的过度兴奋，该作用机制与目前市售的抗癫痫药物不同。2018 年，俄克拉荷马州卫生保健局 (Oklahoma Health Care Authority, OHCA) 与卫材子公司签署了一份基于患者服用吡仑帕奈结局的价值支付合同，旨在于减少 OHCA 癫痫患者的住院率。如果服用吡仑帕奈不能降低住院率，卫生保健局将要求卫材以补充返款的形式返还资金。同时，卫生保健局取消对吡仑帕奈的事先授权要求 (见图 3)。基于吡仑帕奈住院率的价值支付合同，一方面有助于改善癫痫患者结局，节约住院相关的卫生医疗资源；另一方面，药企可以扩大市场份额，获得稳健的收益。

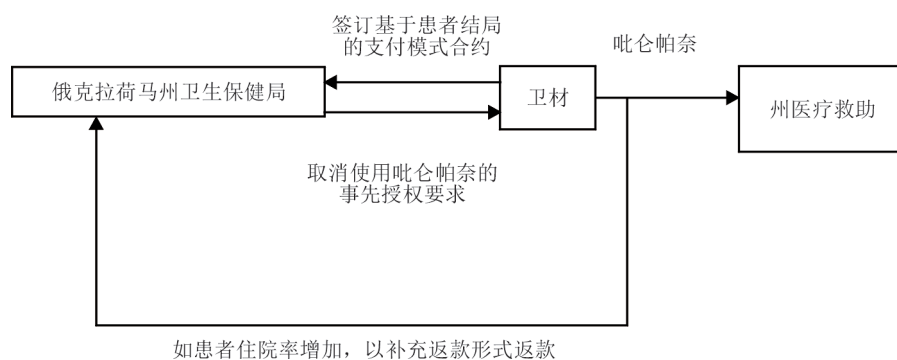


图3 美国俄克拉荷马州卫生保健局与卫材签署基于患者结局的支付模式合约

3. 基于依从性的价值支付模式

(1) 定义

基于依从性的支付模式是将药品费用和患者用药的依从性相联系。依从性是药物治疗有效性的基础，也是取得最佳治疗结局的基本条件。患者用药依从性差，会增加发病率，导致不良的健康结局。在基于依从性的支付模式中，如果患者的依从性提高，那么制药厂商将下调药品的价格。

基于依从性的支付模式可以提高患者的依从性，改善患者的结局指标；减少因依从性差导致其他相关医疗费用的增长，缓解医保的财务风险；提高制药厂商药品的市场份额、增加药品的使用量、增加药品的销售额。

(2) 案例分析——基于患者依从性的支付模式合约

美国约有1%的人口患有精神分裂症。由阿尔科姆斯（Alkermes）公司生产的阿立哌唑兰罗西尔（Aristada）缓释注射剂是2015年FDA批准的原创新药，用于治疗成人精神分裂症。阿立哌唑兰罗西尔为长效治疗药物，可以大幅度地提升患者的生活质量。

2018年，俄克拉荷马州卫生保健局（Oklahoma Health Care Authority, HCA）与阿尔科姆斯公司签署了一份基于阿立哌唑兰罗西尔依从性的支付合约。合约的目的在于鼓励患者提高用药的依从性，从而

改善患者的治疗效果。在一年的合约中，如果患者能够定期注射阿立哌唑兰罗西尔，实现依从性的目标，阿尔科姆斯将每隔一个月降低阿立哌唑兰罗西尔的价格，俄克拉荷马州卫生保健局将通过阿尔科姆斯返款的形式获得资金。患者使用药物的时间越长，补充返款的数额会越高（见图4）。

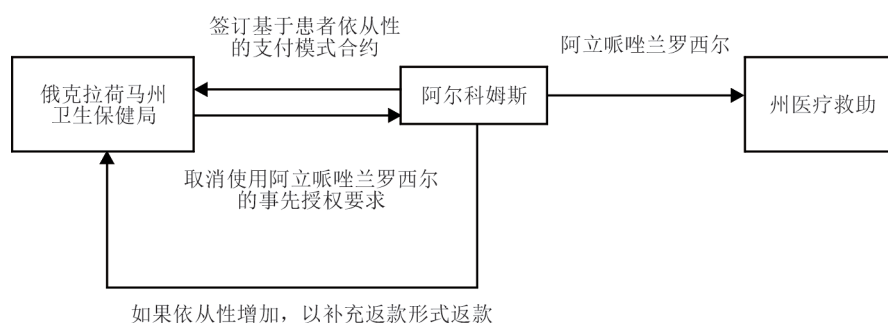


图4 美国俄克拉荷马州卫生保健局与阿尔科姆斯签署的基于依从性的支付模式合约

基于阿立哌唑兰罗西尔依从性的支付合约，有助于提高精神分裂症患者用药的依从性，有益于改善患者结局，减少单次用药费用，以及节约由于依从性差导致相关的卫生医疗资源支付；另一方面，药企通过获得取消使用阿立哌唑兰罗西尔事先授权的要求，提高药品使用量，扩大市场份额，获得稳定的收益。

三、美国创新药医保支付方式经验启示

（一）构建完备智能化的信息数据系统，为创新支付方式提供数据支持

完备智能化的信息数据系统可以提供药品使用的真实世界数据。基于智能化的信息数据系统，美国医疗救助计划可以获得患者用药的安全性、依从性和患者疾病负担等完整、准确且时间跨度较长的证据。这些证据是美国不同州的医疗救助计划设计创新支付方式的重要基础。

目前，我国缺乏相关智能化信息数据系统和真实世界数据。因此，我国需要通过开发建立信息系统，真实采集病患用药期间的相关效果指

标，为设计开发基于患者情况的协议方案提供更多的数据支撑。数据库构建可以通过系统对接医疗机构，自动抓取信息，抓取的数据包括能够反应患者治疗过程中的短期生理生化指标和长期终点指标，以此为探索构建基于患者结局和患者依从性的创新支付模式建立基础。

（二）设计合理的创新支付模式，提高患者价值和经济价值

基于创新药的真实世界数据特征，合理设计创新支付模式，包括模式类型、结局指标、约定年限、支付或返款比例等内容。合理的创新支付模式，可以改善患者结局，减少患者疾病负担，提高医保基金的利用效率。

我国创新支付模式的设计可以参考借鉴多种灵活的协议支付模式，应用多层次、多种类的支付管理方法，建立精细化管理流程，从而提高临床价值、患者价值和经济价值。

（三）加强多部门多学科合作，为创新药的支付提供合作交流环境

创新药医保支付协议的建立是一个复杂的系统工程。创新药的医保支付模式建立需要加强多学科、跨部门共同合作交流。美国创新药支付模式的建立是基于联邦医疗保险、医疗救助计划、医疗机构、药企和患者等利益相关方的参与。

我国创新支付模式的设计需要加强国家医疗保障局、各省市医疗保障局、相关卫生行政部门、医疗机构、药企、患者、第三方评估机构等多方交流合作，为建立创新药的医保支付模式提供协作交流环境。此外，多学科团队需要通过合作，实现数据挖掘和数据分析等工作。

（责任编辑：信虹云）

《上海市卫生健康发展“十四五”规划》

4 方面 12 项重点任务

在 7 月 15 日下午举行的市政府新闻发布会上，上海市副市长宗明介绍了《上海市卫生健康发展“十四五”规划》（以下简称“《规划》”）（见附件 1）的主要内容。

一、《规划》编制的总体考虑

过去五年，上海坚持健康优先发展战略，推动卫生健康高质量发展，进一步完善医疗卫生服务体系，提升医学水平和服务能级，稳步提高居民医疗保障待遇，扎实推进长三角卫生健康一体化，全方位全周期保障人民健康和生命安全。

2020 年，本市居民主要健康指标保持发达国家和地区水平，户籍人口平均期望寿命达到 83.67 岁，上海地区婴儿死亡率、孕产妇死亡率分别为 2.66‰、3.66/10 万。特别是在疫情防控过程中，上海出台了“1+5+1”公共卫生体系建设的政策法规，强化了公共卫生应急指挥体系、监测预警体系、医疗救治体系、科研攻关体系和物资保障体系，巩固了公共卫生安全防线，坚决守住城门、守牢国门。

二、“十四五”时期上海卫生健康发展目标

“十四五”时期，上海卫生健康发展将深入践行“人民城市人民建，人民城市为人民”重要理念，推进高质量发展，为人民群众高品质生活奠定健康基础。

《规划》编制坚持 4 方面发展理念：

一是坚持人民至上、生命至上，推动以治病为中心向以人民健康为中心转变，进一步改善健康公平，尽最大努力维护人民群众生命健康。

二是坚持系统治理、共建共享，把卫生健康作为城市治理的重要内容，将健康融入所有政策，加快形成大卫生、大健康治理格局和全社会促进健康的强大合力。

三是坚持战略导向、服务发展，更加注重服务国家战略和城市发展，积极应对人口结构变化挑战，提升医学科技创新策源力，持续增强城市能级和核心竞争力。

四是坚持追求卓越、改革创新，聚焦人民群众健康需求，对标国际最高标准、最好水平，深化改革，激发发展活力。

“十四五”时期，卫生健康发展目标用“3+7”概括，即：

“三个总体目标”：一是建设以人民健康为中心的高品质健康服务体系；二是建设具有全球影响力的健康科技创新中心和全球健康城市典范；三是建设成为全球公共卫生体系最健全的城市之一。

“七个分目标”：

一是居民健康水平持续提升。市民健康素养水平达到36%以上，常见恶性肿瘤诊断时早期比例达到37%以上；人均健康预期寿命达到71岁以上。

二是健康服务体系更加完善。基本建成现代化疾病预防控制体系，重大疫情和突发公共卫生事件应对能力达到国际一流水准，区域性医疗中心服务水平明显提升，初步建成适宜、综合、连续的社区健康服务体系。

三是医疗服务品牌更加响亮。医学科技创新能力显著增强，打造一批世界知名、全国领先的医学学科，重大疑难疾病诊治能力逐步提升。

四是健康服务业规模和质量显著提升，成为城市重要支柱产业。

五是卫生健康智慧化程度不断提升，成为智慧化健康服务高地。

六是医疗保障体系进一步完善，建成多层次医疗保障体系。

七是全行业治理水平明显提高，基本建成智慧化监管体系。

《规划》还提出 19 项发展指标，如，人均健康预期寿命、常见恶性肿瘤诊断时早期比例、平战结合医院储备床位数、三级医院复诊患者中使用互联网医疗的比例等。

三、“十四五”时期上海卫生健康重点任务

《规划》提出 4 个方面 12 项重点任务。突出 5 个“更加注重”：一是更加注重服务城市发展，二是更加注重公共卫生发展，三是更加注重优质医疗资源扩容和均衡布局，四是更加注重卫生健康数字化转型，五是更加注重体制机制创新。

第一方面，强化公共卫生治理。2 项重点任务：一是持续推进公共卫生服务体系现代化建设。推进疾病预防控制体系现代化，打造权威的健康教育与科普体系，发展精准化健康管理服务，建设覆盖全人群全生命周期的心理健康服务网络，深化爱国卫生运动，推动将健康融入所有政策。二是健全公共卫生应急管理体系，完善应急指挥体系，强化监测分析预警与快速响应，强化应急医疗救治和应急物资保障，完善公共卫生应急社会治理，提高突发公共卫生事件应急处置能力。

第二方面，服务人民高品质健康生活。3 项重点任务：一是发展整合型、智慧化、国际化医疗服务，建设高品质医疗服务体系。进一步明确各级医疗机构功能定位，推进优质医疗资源扩容下沉和均衡布局，加快新城医疗卫生资源配置，做实分级诊疗，发展智慧化、国际化医疗，提升医疗服务质量。二是坚持需求导向、综合施策，优化妇幼、儿童青少年、残疾人、低收入人群、老年人等重点人群健康服务，增加医疗卫生服务供给。三是推进海派中医传承创新，优化中医药服务网络，突出海派中医流派建设，以流派建设为载体、以社区为基础，推进中医药传承精华、守正创新，提高中医药服务水平，打造中医药发展高地。

第三方面，服务国家战略和城市发展。3 项重点任务：一是坚持数

智驱动、融合创新，打造医学科技创新路线图。促进医学与相关学科融合发展，加强公共卫生科技攻关，发展数字化、高水平临床研究，打通医学科技成果转化链条，到 2025 年，在临床研究平台建设、临床试验规模、临床诊治指南制定等方面处于全国领先、亚洲先进水平。二是服务国家和区域发展战略，全力推进长三角卫生健康协同发展，深化长三角公共卫生合作、医疗服务协同、医保一体化发展，推进临港新片区卫生健康开放创新发展，服务国家对口帮扶战略，推进区域协同发展。三是推进健康服务业高质量发展，加快健康服务业集聚区发展，培育互联网医疗、国际医疗旅游等新业态。

第四方面，优化全行业管理。4 项重点任务：一是推进体制机制改革创新，加强“三医联动”和政策协同，对公立医院实行分类管理，完善公立医院补偿机制，逐步强化医学科技成果转化、国际医疗、健康管理等在医院收入构成中的比重，引导公立医院发展方向。二是健全多层次医疗保障体系，完善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、医疗互助共同发展的成熟定型的医保体系。三是加快卫生健康人才发展，推进医学教育创新发展，促进医工、医理、医文学科的深度融合，深入推进“医学+X”复合拔尖创新人才培养。加快各类紧缺人才培养，集聚高端创新型、国际化人才。四是深化“放管服”改革，加强全行业综合监管，推动监管智能化、标准化、精准化。

下一步，上海将全力以赴抓落实、抓推进，为加快建设“五个中心”和具有世界影响力的社会主义现代化国际大都市，为健康上海和增进人民健康福祉作出新的更大贡献。

（转载自上海发布2021年7月15日发布的信息，编辑部整理）

附件

上海市人民政府关于印发 《上海市卫生健康发展“十四五”规划》的通知

沪府发〔2021〕10号

各区人民政府，市政府各委、办、局：

现将《上海市卫生健康发展“十四五”规划》印发给你们，请认真按照执行。

上海市人民政府

2021年7月5日

上海市卫生健康发展“十四五”规划

为服务经济社会发展大局，满足人民群众日益增长的高品质健康服务和医疗保障需求，按照新时期卫生健康工作方针和健康中国建设总体部署，根据《上海市国民经济和社会发展的第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》，制定本规划。

一、发展基础

“十三五”期间，本市坚持健康优先发展战略，出台实施《“健康上海2030”规划纲要》《健康上海行动（2019—2030年）》《关于完善重大疫情防控体制机制健全公共卫生应急管理体系的若干意见》《关于推进本市健康服务业高质量发展加快建设一流医学中心城市的若干意见》《上海市深化医药卫生体制综合改革试点方案（2016—2020年）》等政策文件，推动卫生健康事业高质量发展，全方位全周期保障人民健康和生命安全。

居民主要健康指标保持发达国家和地区水平，户籍人口平均期望寿命达到 83.67 岁，婴儿死亡率、孕产妇死亡率分别为 2.66‰、3.66/10 万，各项改革发展任务基本完成。

（一）落实卫生健康工作方针，服务体系进一步完善

1. 公共卫生安全防线更加牢固。出台“1+5+1”公共卫生体系建设法规政策，完善重大疫情防控体制机制，提高抵御重大疫情风险的能力。坚持科学防控、动态防控、联防联控、群防群控，外防输入、内防反弹，因时因势调整防控策略，落实全流程闭环式管理，完善常态化防控机制。1649 名医务人员驰援疫情防控主战场。全市卫生健康系统经受住了新冠肺炎疫情的考验，取得了抗击疫情重大战略成果。

2. 公共卫生服务能力持续提升。市疾病预防控制中心新建项目开工建设，启动区级疾病预防控制中心达标工程，完善发热门诊、哨点诊室功能和布局，建设突发公共卫生应急事件处置系统。疫苗接种实现“五码”联动，结核病、艾滋病等重大传染病保持低流行水平，重大慢性病过早死亡率降到 10% 以下，常见恶性肿瘤诊断时早期比例上升到 35% 以上。全市急救平均反应时间缩短至 12 分钟以内，卫生应急处置能力明显提高。市民健康素养水平达 35.57%，高于全国平均水平。

3. 以“老、小、旧、远”为重点补短板、强基层。加快老年医疗、护理等资源配置，建设市老年医学中心，全市家庭病床超过 7 万张，老年护理床位达 8 万余张。危重孕产妇、新生儿会诊抢救网络进一步完善，建成东南西北中五大儿科医联体，综合医院和社区卫生服务中心儿科建设进一步加强。推进区域性医疗服务圈和新一轮社区卫生服务机构标准化建设，做实家庭医生“1+1+1”组合签约，分级诊疗有序推进。

4. 促进中医药传承创新发展。中医药服务体系进一步完善，建成四大区域中医医联体和 29 个市级中医专科专病联盟，中医药全面融入社

区健康服务。中医临床特色优势专科、专病服务能力不断提升，9个专科被列为国家区域中医（专科）诊疗中心建设单位，7个专科被列为国家重大疑难疾病中西医临床协作试点。建成2个国家中医临床研究基地和一批国医大师、全国名中医、名老专家传承工作室。推动5个国家级海外中医药中心建设。牵头制定的传统医学标准首次纳入世界卫生组织国际疾病分类体系。

（二）贯彻国家和城市发展战略，服务能级进一步提升

1. 推进长三角卫生健康一体化。签署长三角卫生健康发展合作备忘录、公共卫生合作协议、医疗保障协同发展协议。协同推进瑞金医院无锡分院、仁济医院宁波医院、滁州市第一人民医院等合作医院建设，在青浦区建成长三角（上海）智慧互联网医院，在嘉善县推广上海智慧健康驿站。建立组织病理、临床检验等9个长三角医疗质控中心，成立罕见病实验诊断协作中心、院前急救和示范区家庭医生联盟，区域急救转运信息共享平台覆盖长三角22个城市，建立卫生监督联动执法机制。实现长三角41个市级统筹区和8100余家医疗机构异地门诊医保“一卡通”。

2. 实现亚洲医学中心城市建设目标。服务科技创新中心建设，实施“腾飞计划”和第一轮临床研究三年行动计划，建设158个市临床重点专科，29家市级医疗机构内设临床研究中心。建设国家儿童医学中心（上海）、国家口腔医学中心（上海），筹建国家神经疾病医学中心和国家传染病医学中心，建成6个国家临床医学研究中心和国家肝癌科学中心、转化医学国家重大科技基础设施（上海）。搭建临床研究服务平台，加强医疗机构与生物医药企业在医疗器械、药物和疫苗研发、肿瘤细胞治疗等领域的合作。科技创新取得丰硕成果，获32项国家科学技术奖、82项中华医学科技奖、157项上海科学技术奖，一系列研究成果被纳入

国际临床指南。全市卫生健康系统新增 4 名两院院士、2 名国医大师和 22 名国家杰出青年科学基金获得者，两院院士达到 36 位、国家杰出青年科学基金获得者 96 人、入选上海市领军人才培养计划 304 名。

3. 推进健康服务业高质量发展。公立医院品牌稳步提升，在全国三级公立医院绩效考核中名列前茅。新虹桥国际医学中心等“5+X”健康服务业集聚区蓬勃发展。支持健康服务业新业态发展，建成 50 家互联网医院，率先开展国际医疗旅游试点。社会办医品牌逐步凸显，一批高水平社会办医疗机构成为医学院校教学基地。加快健康大数据开发应用，在健康保险等领域率先取得突破。

此外，圆满完成三届中国国际进口博览会卫生健康保障任务。大力推进健康扶贫，“组团式”援藏、援疆和对口帮扶贫困县医院等取得显著成效。与“一带一路”国家开展中医药、公共卫生、卫生应急、卫生援外等领域合作交流进一步加强。

（三）创新卫生健康和保障制度，发展活力进一步激发

1. 推进信息便民和“放管服”改革。全面实施“医疗付费一件事”“医疗费报销一件事”“出生一件事”，公立医疗机构实现脱卡就医、信用就医。推广证照分离改革，实行政务服务事项“一网通办”，开展简易事项“无人干预”办理试点，推行个人事项全市通办。优化营商环境，实行诊所开办备案制和医师、护士区域注册制，优化医疗技术备案、诊疗科目设置、乙类大型医用设备管理等。实施公共卫生领域告知承诺改革。

2. 完善现代医院治理机制。建立党委领导下的公立医院院长负责制。推进现代医院管理制度试点，建立健全公立医院绩效考核机制，完善医疗服务评价，实施医疗费用监测与控制。全面取消公立医疗机构药品、耗材加成，稳妥有序调整 1894 项（次）医疗服务价格。全市公立医疗机构 44 项医学影像检查资料和医学检验结果实现互联互通互认。新华-

崇明医疗联合体建设试点取得初步成效。

3. 深化医保支付方式改革。完善医保总额预算管理，在 6 家医疗机构实施按病种付费试点，在 2 家市级医院和 11 个区实施按大数据病组分值付费试点，在崇明区试点城乡居民医保参保人员医疗费用按人头付费。对基层定点医疗机构给予医保预算额度倾斜，支撑社区卫生服务综合改革和紧密型区域医疗联合体建设。

4. 优化药品招标采购机制。建成医药招标采购“阳光平台”，率先开展药品带量采购试点，三批 42 个药品价格平均降幅 54%，为全国改革提供上海经验。组织实施三批四次国家药品集中采购，“4+7”国家集中采购 25 个药品平均降价 52%，扩围后平均降价 59%，第二批 32 个和第三批 55 个药品平均降价 53%。开展高值医用耗材集中带量采购试点，首个试点品种平均降价 72%。

5. 稳步提高医疗保障待遇。完善职工医保和城乡居民医保制度体系，将外来从业人员和被征地人员纳入职工医保，开展个人账户结余资金购买商业保险试点，整合城乡居民医保制度，推进长期护理保险试点。职工医保最高支付限额提高到 55 万元，居民住院报销比例提高到 75%，居民大病保险再次报销比例提高到 60%，其中低保低收入家庭提高至 65%。职工医保单位缴费费率下调至 9.5%。

6. 优化卫生健康全行业管理。完善综合监管制度，构建医疗服务全过程监管体系，建立 57 个市级临床专业质控中心。开展新一周期医院等级评审。完善医疗机构和医师不良执业行为记分制度，出台实施整治药品回扣“1+7”配套文件，排查整治卫生领域黑恶问题和医疗乱象。修订出台《上海市基本医疗保险监督管理办法》，制定医保医师约谈、记分管理、举报奖励等政策。市级医院住院患者满意度位居全国前列，社区卫生服务在第三方满意度测评中连续五年位居全国首位。

二、面临形势

（一）卫生健康日益成为服务国家战略、提升城市竞争力的重要支撑

卫生健康发展同国家和城市整体战略紧密衔接。“三大任务一大平台”等重大战略任务，迫切要求加快卫生健康制度创新、推动资源要素跨区域流动，实行开放式创新和国际化发展，提升参与全球健康治理的能力，打造与城市功能定位相匹配的卫生健康服务和保障体系。

（二）公共卫生安全风险对城市治理形成重大挑战

新冠肺炎疫情防控进入常态化，但外防输入、内防反弹压力依然很大。城市治理面临多种传染病威胁并存、多种健康影响因素交织的复杂挑战。人口高度密集、人员国内外流动频繁，增加了突发公共卫生事件的风险，迫切需提升公共卫生安全防控能力。

（三）经济社会发展和人口结构变化将深刻影响卫生健康服务供需格局

人民群众对高品质健康服务需求大幅增长，供需不匹配矛盾日益凸显。区域一体化加快，统筹服务全国人民与保障本地居民就医的难度加大。老龄化程度进一步加深，癌症、心脑血管疾病以及失能失智等日益成为家庭和社会的沉重负担，倒逼卫生健康服务和保障政策调整。全市出生人口数量呈逐年减少态势，要求加快构建生育友好型社会，促进人口长期均衡发展。

（四）科技革命和产业变革推动卫生健康服务和保障体系深刻转型

现代医学与生物、信息、材料、工程等前沿技术交叉融合态势愈发明显，合成生物学、微生物组、脑科学、干细胞等前沿医学技术研发提速，新疗法、新药物、新材料和新器械创新迸发，5G、人工智能、大数据、物联网等信息技术深刻改变卫生健康服务和管理模式，要求卫生健康顺应城市数字化转型发展战略，加快行业治理变革。

（五）卫生健康领域主要矛盾的新变化对改革发展提出新诉求

优质资源总量不足、布局不均衡，新城卫生健康事业发展有待加快。卫生健康服务体系整合、协同不够，重大疫情和突发公共卫生事件应对能力不足，区域性医疗中心能级有待提升，基层服务品质仍需加强，中医药发展创新不足、传承不够，多元化健康服务体系有待培育。高水平临床研究不足，医学科技创新策源力亟待提升。公立医疗机构服务供给与功能定位不够一致，保障公益性的机制有待健全，看病难、看病贵问题仍比较突出。不断增长的医疗费用对医保基金收支平衡形成较大压力，需要深化“三医联动”，提高行业管理水平，积极应对矛盾和问题，促进卫生健康事业更高质量发展。

三、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，全面落实习近平总书记考察上海重要讲话和在浦东开发开放 30 周年庆祝大会上重要讲话精神，深入践行“人民城市人民建，人民城市为人民”重要理念，认真落实总体国家安全观和新时期卫生健康发展方针，打造整合型、智慧化、高品质健康服务体系，建设覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，服务人民群众高品质生活，提高人民群众对卫生健康服务的感受度，在打造健康上海品牌中提升城市能级和核心竞争力，在推进长三角卫生健康一体化发展中发挥龙头带动作用，为加快建设具有世界影响力的社会主义现代化国际大都市作出新的更大贡献。

（二）基本原则

1. 坚持人民至上、生命至上。推动以治病为中心向以人民健康为中

心转变，以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，医防融合，中西医并重，尽最大努力维护人民群众生命健康。

2. 坚持系统治理、共建共享。把卫生健康作为城市治理的重要内容，将健康融入所有政策，积极参与国内外合作和全球健康治理，加快形成大卫生、大健康治理格局和全社会促进健康的强大合力。

3. 坚持战略导向、服务发展。主动顺应科技和产业变革大趋势，积极应对人口结构变化挑战，推动健康服务和保障体系转型发展，提升医学科技创新策源力，持续增强城市能级和核心竞争力。

4. 坚持追求卓越、改革创新。对标国际最高标准、最好水平，推进供给侧改革，优化营商环境，激发卫生健康发展活力，建设整合型、智慧化、高品质健康服务体系。

（三）发展目标

建设以人民健康为中心的整合型、智慧化、高品质卫生健康服务体系，实现医疗保障待遇公平适度、运行稳健持续、服务优化便捷，向着具有全球影响力的健康科技创新中心和全球健康城市典范坚实迈进，建设成为全球公共卫生体系最健全的城市之一。

——居民健康水平持续提升。市民健康素养水平逐步提高，重大慢性病过早死亡率逐步降低，常见恶性肿瘤诊断时早期比例逐步提高。市民主要健康指标保持发达国家水平，人均健康预期寿命不低于 71 岁。

——健康服务体系更加完善。基本建成现代化疾病预防控制体系，重大疫情和突发公共卫生事件应对能力达到国际一流水准。区域性医疗中心服务水平明显提升，初步建成适宜、综合、连续的社区健康服务体系。

——医疗服务品牌更加响亮。培育若干医学协同创新集群和研究型医院，医学科技创新能力显著增强，打造一批世界知名、全国领先的医学学科，重大疑难疾病诊治能力逐步提升。

——健康服务业规模和质量显著提升。逐步形成内涵丰富、布局合理、结构优化的健康服务业体系，成为城市重要支柱产业。

——卫生健康智慧化程度不断提升。初步形成与健康服务智慧化相配套的制度体系，成为智慧化健康服务高地。

——医疗保障体系进一步完善。建成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、医疗互助共同发展的多层次医疗保障体系。

——全行业治理水平明显提高。行业管理法治化、标准化、智慧化水平进一步提升，基本建成智能化监管体系。

“十四五”卫生健康发展指标

序号	指标名称	属性	2025 年目标
1	人均预期寿命（岁）	预期性	84 左右
2	人均健康预期寿命（岁）	预期性	≥ 71
3	婴儿死亡率（‰）	预期性	≤ 5
4	5 岁以下儿童死亡率（‰）	预期性	≤ 4
5	孕产妇死亡率（1/10 万）	预期性	≤ 7
6	常见恶性肿瘤诊断时早期比例（%）	预期性	≥ 37
7	居民健康素养水平（%）	预期性	≥ 36
8	千人口医疗机构床位数（张）	预期性	7.5 左右
9	平战结合医院储备床位数（张）	约束性	≥ 8000
10	千人口执业（助理）医师数（人）	预期性	≥ 3.6
11	千人口注册护士数（人）	预期性	≥ 4.7
12	千人口全科医生数（人）	预期性	0.45 左右
13	精神科执业（助理）医师数（人 /10 万人口）	预期性	4.8
14	二级以上精神专科医院开设儿童青少年心理门诊比例（%）	约束性	80
15	院前急救平均反应时间（分钟）	约束性	稳定在 12 分钟以内
16	千人口献血率（‰）	预期性	17.5
17	三级医院复诊患者中使用互联网诊疗的比例（%）	预期性	≥ 10%
18	参保职工医保政策范围内住院报销比例（%）	约束性	稳定在 80% 左右
19	参保居民医保政策范围内住院报销比例（%）	约束性	70% 左右

注：人均预期寿命、人均健康预期寿命、5 岁以下儿童死亡率以户籍人口为统计对象。

四、主要任务

（一）推进公共卫生体系现代化，提高公共卫生服务水平

1. 推进疾病预防控制体系现代化。按照国家要求推进疾病预防控制体系改革，建设医防融合、运转高效、响应及时的疾病预防控制体系。实施市疾病预防控制中心新建工程项目、区疾病预防控制中心达标建设和能力提升工程。在市疾病预防控制中心，建设一批公共卫生重点学科群和重点实验室，对标国家区域公共卫生中心建设标准，率先建成在全国具有较强影响力和引领示范效应的区域公共卫生中心。加强疾病预防控制机构与高校、科研机构合作，共建高水平公共卫生学科。鼓励医学院校设置公共卫生与预防医学相关专业并加强学科建设。完善疾病预防控制信息化建设，建立多部门业务协同和信息共享机制，推进健康大数据在公共卫生领域的应用。提高医疗机构绩效考核评价中疾病预防控制工作的权重，完善与居民健康结果相挂钩的公共卫生和社区卫生服务激励机制。

2. 打造权威的健康教育与科普体系。将健康教育与科普纳入国民教育体系，推动全民健康科普运动，探索更经济、更高效的健康投入产出路径。发挥市健康促进中心作用，统筹各类健康教育资源，建设市级健康科普专家库、资源库，打造全媒体、广覆盖、高效率的健康科普信息发布平台和传播网络，引导市民积极参与健康促进活动。加强健康教育与促进学科和人才队伍建设，在医疗机构建设健康科普基地，强化医疗机构和医务人员健康教育与促进职责，将健康科普工作作为医疗机构绩效考核和医务人员职称评定的重要内容。充分发挥医务人员、教师、科学家、学术团体和媒体等在健康科普中的作用。实施居民健康素养提升工程，推进市民自我健康管理小组建设，到 2025 年，参与健康自我管理小组的人数达 95 万人。推进无烟环境建设，强化公共场所控烟监督

执法，以青少年为重点开展控烟宣传教育，努力减少新增吸烟人口。

3. 发展精准化健康管理服务。以癌症、糖尿病、高血压、脑卒中、慢阻肺等疾病为重点，加快推进医防融合的疾病综合防治服务管理体系建设，提高居民对公共卫生服务的感受度。鼓励公立医院整合健康管理资源，推动院内体检中心向健康管理中心转型。依托健康云平台，完善慢性病多因素综合风险评估、筛查、干预和管理机制，支撑居民健康自主管理。实施癌症防治行动，普及防治核心知识，以大肠癌、肺癌、胃癌、乳腺癌、宫颈癌等为重点，完善筛查策略，提高早发现、早诊断比例和五年生存率。加强艾滋病、结核病、病毒性肝炎等传染病患者社区规范管理，强化重点人群高危行为干预和随访管理。完善疫苗免疫效果评价体系，巩固预防接种服务全程可追溯管理。完善视觉、口腔健康管理网络，落实分级分类视觉服务管理，实施健康口腔行动。

加强职业健康管理与服务，强化职业人群肌肉骨骼疾患、工作压力综合征和新发职业病危害因素监测和干预。推进职业病危害精准防控，建立噪声、高危粉尘、高毒物品等在线监测体系。加强职业健康技术支撑体系建设，推进职业病防治机构升级达标。依托“一网通办”平台，推进职业健康“一件事”服务。落实好国民营养计划实施方案，对重点人群实施营养干预。推进食品安全标准建设，加强食品安全风险监测评估。

4. 加快精神卫生服务能力建设。构建覆盖全人群全生命周期的心理健康服务网络，打造医防融合、功能互补、市区协同、优质高效的精神疾病综合防治服务网络。做强市精神卫生中心，建设重性精神疾病临床诊疗中心，支持创建国家精神医学中心。建设市、区联动的精神专科医院联盟，打造互联网精神专科医院平台。推动市强制医疗所和区精神卫生中心建设。分类设置和管理精神专科床位，推动优质资源下沉，提升

精神专科诊疗服务同质化水平。加强以家庭为基础、机构为支撑的社区精神障碍康复养护网络建设，培育康复与养护服务类社会专业组织和机构，促进精神障碍患者康复后回归社会。发展严重精神障碍患者家庭照护服务，完善救治救助政策。健全社会心理健康服务网络，规范心理健康服务行业发展。提升精神专科医疗机构和综合性医疗机构心理治疗及心理咨询服务功能，普及常见精神障碍防治知识，提高人群对抑郁、焦虑等心理行为问题的自我识别能力。健全自然灾害、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件处置心理援助与心理危机干预工作机制。

5. 深化爱国卫生运动。充分发挥爱国卫生运动制度优势、组织优势、文化优势和群众优势，组织开展群众性爱国卫生运动，将爱国卫生运动与传染病、慢性病防控紧密结合，全面改善人居环境，加快形成文明健康、绿色环保的生活方式，推动环境卫生治理向全面社会健康管理转变。巩固提升国家卫生区镇创建成果，开展健康城市、健康村镇建设，推进社区、企业、单位、学校、家庭等健康“细胞”工程，营造健康环境、培育健康人群，提高全社会健康管理主动性和积极性。推动将健康融入所有政策，推广健康影响评估应用，把全生命周期健康管理理念贯穿于城市规划、建设、管理全过程各环节。

（二）健全公共卫生应急管理体系，提高突发公共卫生事件应急处置能力

6. 完善应急指挥体系。建设市公共卫生应急指挥中心，构建统一领导、权责匹配、权威高效的公共卫生大应急管理体系。健全突发公共卫生事件应急响应制度，完善应急预案并建立定期修订制度。将生物安全纳入城市安全体系，制定生物安全事件预防、应对等预案。依托城市运行“一网统管”平台，建设公共卫生突发事件应急处置系统。

7. 强化监测预警与快速响应。以新发突发传染病、食源性疾病、不

明原因疾病为重点，完善监测哨点布局，强化症候群、疾病、危险因素和事件的监测和分析。依托市大数据资源平台，实现公共卫生基础数据整合共享，推进以人为核心的多元信息汇聚与疾病风险评估预警，建立智慧化风险预警多点触发机制。推进二级以上公立综合医院标准化发热门诊建设，加强社区发热哨点诊室能力建设。在住院医师规范化培训中强化感染性疾病、呼吸与急危重症专业诊治能力，开展面向临床医师的流行病学、传染病临床救治和风险警觉意识教育。充分利用全社会公共卫生实验室检测资源，构建由疾病预防控制机构、医疗机构、第三方检测实验室等组成的公共卫生病原检测实验室网络和平行实验平台。

8. 强化应急医疗救治。加强公立医院公共卫生科室标准化建设，落实公共卫生职责。建立健全分级分层分流的重大疫情救治体系，优化传染病救治资源布局，加强传染病医院、综合性医院和儿科、妇产科、精神科等专科医院传染病区建设，在有条件的区域新建传染病医院。在市、区两级公立医院推进隔离留观床位建设，完善急救急诊、重症监护治疗病房功能布局和设施设备，加强重症医学、感染、战伤创伤急救、护理能力建设，强化院感防控。健全院前急救转运体系，实现急诊急救信息互联互通、无缝衔接，支持远程指导急救转运和应急救治。组建化学灾害医学应急救援网络和救援队，提升化学灾害监测预警评估、现场处置、实验室分析和医疗救治能力。根据人民防空相关专业规划，在建设医疗卫生设施时，同步落实人民防空建设要求。加强应急心理救助和心理危机干预网络平台与专业队伍建设，并纳入各类突发事件应急预案。加快公共卫生应急救治能力储备，建立后备定点医院整体转换机制和应急救治“预备役”制度，完善应急状态下医疗卫生机构动员响应、人员调集、征用腾空和区域联动机制。健全应急状态下保障基本医疗卫生服务的机制。

9. 完善公共卫生应急社会治理。分区域分等级评估公共卫生安全风险，实施分级分类防控。完善社区治理体系，加强基层防控能力建设，加快补齐农村公共卫生服务短板。优化爱国卫生群防群控模式，开展不同场景的公共卫生应急演练，推动专业防控和群众参与有机结合。制定大型公共设施转换为应急救治设施的预案，以街镇为单位储备临时可征用设施，新建大型建筑预留应急转换接口。健全信息公开、媒体与互联网管理制度，提升舆情引导与处置能力。推进长三角区域防控预案对接、信息互联互通和防控措施协同。加强公共卫生国际交流合作。

10. 强化应急物资保障。建设市公共卫生应急物资储备中心，健全应急物资储备预案，科学调整储备品类、规模和结构，加强医用防护物资、药品、试剂和疫苗等储备。完善应急物资储备机制，加强实物、信息、生产能力和技术等储备，对无法快速生产采购的物资，实行实物储备并建立轮换使用机制。统筹各级各部门物资保障资源，提高物资使用效率。建立应急状态下应急药械包容审慎监管机制和血液制品原料血浆保障机制。鼓励居民家庭储备适量应急物资。完善全球采购机制。构建应急智能物流服务平台，建立紧缺物资运输快速通道。

11. 强化应急医疗保障。建立健全平战结合的医疗保障长效机制，在突发重大疫情等紧急情况下，确保医疗机构先救治、后收费，确保患者不因费用问题影响就医。探索建立特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，针对性免除医保支付目录、支付限额、用药量等限制性条款，减轻困难群体就医就诊后顾之忧。推进基本医疗保险基金和公共卫生资金统筹使用。

（三）发展整合型、智慧化、国际化医疗服务，建设高品质医疗服务体系

12. 进一步明确医疗机构功能定位。将市级医院建设成为具有一定

国际影响力的危重疑难病症诊疗中心和医学科技创新、临床医学人才培养的主要基地，打造一批国内领先、国际知名、特色鲜明的医疗中心，提高危重疑难病症诊疗水平，推动若干高水平市级医院创建国家医学中心和国家区域医疗中心。把服务能力强、技术水平高的区级医院建设成为区域性医疗中心，强化常见病多发病诊疗、急危重症抢救、疑难病转诊、基层医疗卫生人员培训等功能；鼓励和引导其他区级医院通过功能转型、业务整合、布局调整等，成为医疗服务体系的有效补充。把社区卫生服务中心打造成为政府履行基本卫生健康服务、全科医生执业、市场资源整合、医养结合支持的综合性平台。优化多元办医格局，推进社会办医与公立医疗机构协同发展。

13. 推动优质资源扩容和均衡布局。中心城区原则上不再增加治疗床位，以整合现有资源、提高运行效率为主，强化感（传）染、临床研究、康复、老年护理、精神卫生等短缺资源建设，提升优势学科能级。符合条件的市级医院通过改造升级等形式，加强应急医疗救治和医学科技创新等功能。郊区着力加强区域性医疗中心能力建设，重点提升急诊、胸痛、卒中、创伤、产科、儿科等服务能力，合理配置各类专科医疗机构。支持金山、崇明等远郊地区加强医疗资源配置，加强金山区与中山医院、第六人民医院、同济医院、龙华医院，崇明区与新华医院、第十人民医院、岳阳医院等的深度合作，切实提升区域性医疗中心的能力和水平。鼓励和支持医疗资源丰富区域二级医院转型为康复和长期护理机构。新建社区卫生服务中心床位不少于 100 张，强化康复、护理、安宁疗护等功能。

以服务半径和服务人口为依据，加强医疗资源配置。每 100 万人口配置 1 家三级综合医院。每 30-50 万人口配置 1 家区域性医疗中心。每个街镇配置 1 家社区卫生服务中心。中心城区每 3-5 个居委会或 1-2 万人口配置 1 所社区卫生服务站，郊区及农村地区每个行政村配置 1 所村

卫生室（社区卫生服务站），服务范围大于5平方公里的，可增设1家村卫生室（社区卫生服务站）。到2025年，全市每千人口床位达到7.5张左右。

14. 加快新城医疗卫生资源配置。建设与新城经济社会发展水平相适应、与居民健康需求相匹配的医疗卫生服务体系。根据人口导入进程等，适度超前配置新城基本医疗卫生资源。推进市级优质医疗资源向新城下沉，建设中山医院青浦新城院区、新华医院奉贤院区、儿科医院奉贤院区、第六人民医院临港院区二期扩建工程、第一人民医院南部院区二期扩建工程和瑞金医院北部院区二期扩建工程，加快国际和平妇幼保健院奉贤院区和嘉定新城市中医医院投入运行。在新城建设一批区域性医疗中心，提升医疗服务能力和水平。加强新城专业公共卫生机构或分支机构（站点）建设，强化公共卫生服务。按统一标准配置基层医疗卫生机构，优化社区卫生服务功能。加快新城医疗卫生人才队伍建设，形成规模适宜、结构合理的高素质人才队伍。

15. 做实分级诊疗制度。推进以家庭医生为基础、区域性医疗中心为支撑的分级诊疗体系建设。开展新一轮社区卫生服务机构功能提升与建设优化工程，分类分步推进社区医院建设，打造社区康复中心、护理中心与健康管理中心，强化医防融合、全专结合的全生命周期健康服务。持续推进“1+1+1”医疗机构组合签约，制订实施分层分类签约服务策略，强化老年人、慢性病患者和长期照护居民签约服务，将家庭医生签约服务延伸至功能社区，覆盖更多家庭。推进区域性医疗中心服务能力标准化建设，加大市级医院对区域性医疗中心的支持力度，建设关系更为紧密的医疗联合体，建成40家左右定位清晰、功能齐全、标准统一、群众认可的区域性医疗中心。推进基于信息技术的医疗联合体建设，探索以医疗联合体为单元的医保支付制度改革。完善医疗联合体内分工协

作模式，进一步畅通双向转诊通道，形成比较成熟的“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”分级诊疗模式。

16. 推进服务智慧化。加快健康网三期建设。依托“一网通办”和“一网统管”平台，优化就医场景，建设全市排队叫号平台，深化出生、医疗付费、医保报销等“一件事”便民应用，开展全流程核酸检测登记管理，全面推行电子病历卡应用，实现居民就诊信息电子化记录和手机APP查询。推进“互联网+”医疗便民惠民服务，建设互联网医院服务总平台，支持医疗机构发展互联网医疗，完善移动诊疗系统和远程医疗体系，推动互联网医院品牌化、特色化发展。加快智慧医院建设和医院信息标准化建设，完善以患者为中心、全流程闭环的智慧化医疗服务模式。推动“社区卫生服务中心+互联网”发展，开展面向居民的家庭医生签约、健康管理、健康照护、药品配送等智能化服务。在社区引入医疗人工智能影像辅助诊断平台、全科医生辅助诊疗平台和远程会诊网络系统。实现智慧健康驿站街镇全覆盖，完善居民健康账户。

17. 发展国际化医疗服务。鼓励有条件的医疗机构建立国际医疗部，推进医疗服务标准与国际接轨。积极培育与国际接轨的高端家庭医生服务市场，扩大高品质家庭医生服务供给，满足多层次健康服务需求。加快医疗支付体系与国际接轨，鼓励医疗机构与国际商业健康保险公司开展合作，推进国际医疗保险结算，强化商业健康保险对国际化医疗服务的支撑。

18. 提高医疗服务质量。完善医疗服务标准和规范，推进医疗服务同质化。鼓励医疗机构围绕疾病诊治临床路径，打破原有学科框架，推进内外科一体化、配套学科平台化，构建以患者为中心的专病化、集约化疾病诊治中心。加强临床药学重点专科建设，建立临床用药药师、医师、护士衔接机制，加强药品临床使用监测与综合评价，发挥处方审核、点

评和药学门诊等作用，做实抗菌药物使用与管理“三网联动”。继续实施改善医疗服务行动计划，促进医患沟通，完善患者社会心理服务体系，推动医务社工和医院志愿者服务发展。完善医院评审体系。优化献血点布局，加强血液质量安全体系建设，保障临床用血和血液安全。

（四）坚持需求导向、综合施策，优化妇幼、儿童青少年、残疾人、低收入人群、老年人等重点人群健康服务

19. 提升家庭生育养育意愿和能力。按照国家统一部署，优化生育政策，不断完善支持家庭生育的经济社会政策和公共服务。持续开展人口出生监测和生育形势研判。加强优生优育服务，完善以托幼一体为主、以普惠性资源为主导的0-3岁婴幼儿托育服务体系，推进母婴设施建设，降低生育、养育、教育成本。实施“健康家庭—家庭发展能力建设”项目。完善计划生育家庭奖励扶助政策和计划生育特殊家庭扶助关怀机制。

20. 优化妇幼和儿童青少年健康服务。实施母婴安全行动计划，强化母婴安全救治体系，进一步完善危重孕产妇、新生儿会诊抢救网络。加强生殖健康服务，完善出生缺陷防治体系，完善产前诊断（筛查）、新生儿疾病筛查网络。优化落实妇女“两病”筛查项目，加强更年期、老年期妇女健康管理服务。加强儿童青少年常见病和健康影响因素监测与干预，开展儿童青少年心理健康科普宣传，促进心理和行为问题的早期识别、干预和康复；实施儿童青少年近视综合防治行动，开展分级分类视力健康服务与管理，建设若干近视综合防控示范区和示范学校；落实儿童口腔健康基本公共卫生服务。加强儿童罕见病诊治工作。关爱特殊儿童，加强医教结合，落实学前特殊儿童个性化保健服务，完善特殊儿童早期发现与干预机制，拓展特殊儿童医教结合服务领域。

21. 促进残疾人和低收入人群健康。增强全社会残疾预防意识，加强对致残疾病以及其他致残因素的防控，开展全人群、全生命周期的残

疾病预防。完善残疾人康复服务体系，加强残疾人康复和托养设施建设。根据低收入人群突出健康问题，因户因人因病精准施策，促进低收入人群健康。

22. 发展老年健康服务。建成市老年医学中心并投入运行，推动二级以上综合医院、中医医院、中西医结合医院设立老年医学科。加强重大老年医学问题研究，提高老年医学临床研究水平。全面推进老年友善医疗机构建设，帮助更多老年人跨越就医“数字鸿沟”。加快康复护理床位建设，鼓励社会兴办老年康复护理机构。深化医养结合，加强医疗卫生与养老等的合作与衔接，发展医养结合服务，推广社区居家医养结合模式。加强老年健康管理，实施重点疾病早期筛查和健康指导，强化运动等非医疗健康干预和心理健康服务。开展老年失能失智预防和干预试点，强化失能失智社会认知教育和早期筛查评估。

23. 完善长期护理保障制度。实施长期护理保险试点，推动制度体系成熟定型。建立健全多渠道筹资机制，体现个人、社会、政府多方责任和义务。以失能失智老年人为重点，优化统一需求评估制度，完善评估标准和规范。规范长期护理服务有效供给，提高服务质量。鼓励商业保险机构提供多层次长期照护保险产品并参与经办相关服务。

24. 加强安宁疗护服务。依托相关区级医院，建设区级安宁疗护中心，开展安宁疗护机构规范化建设。引导医疗、护理、养老和社区托养等机构开展安宁疗护服务，加强机构、社区与居家服务相衔接。研究和推广针对终末期患者常见症状的安宁疗护中医适宜技术。普及安宁疗护文化理念，营造良好社会氛围。

（五）推进海派中医传承创新，打造中医药发展高地

25. 优化中医药服务网络。做强市级中医医院，巩固中医药特色优势，做深服务内涵，在全国保持引领和示范地位。在市级中医医疗机构探索

设立国际部，满足多层次中医药服务需求。加强新城中医医疗资源布局，支持市级中医医院迁建郊区或在郊区设置分院，扩大郊区中医类医院床位配置规模，提升基层中医机构服务水平，培养一批基层名中医，提高优质中医药服务可及性。加强中医药急救救治、传染病防治等能力和网络建设，强化设施设备配置和人才技术储备，打造一支高水平中医疫病防治和紧急医疗救治队伍。推进综合医院中医科发展。支持社会力量举办具有特色优势的中医医疗机构。

26. 促进海派中医传承发展。汇聚全国各中医药学术流派优势，打造中医药流派知识创新体系和技术创新体系，构筑中医药流派传承创新基础平台。探索建立中医药流派传承人认证制度，完善师承学习模式，形成以传承人为主导的流派人才培养体系，加强青年中医人才培养。建设中医流派特色优势临床专科中心和中医药流派专科专病联合体，弘扬各中医药流派专长和特色。推进中医药流派融入社区健康服务，鼓励在社区建设中医特色专病专科，提升社区中医药服务水平。加强海派名老中医学术思想和临床经验、老药工传统技艺活态传承，挖掘民间诊疗技术和方药，实现数字化、影像化记录。

27. 提升中医药服务水平。实施中医药临床强优行动，在中医肝病、肿瘤、外科、针灸、推拿、康复等领域争创一批国家中医医学中心和区域中医医疗中心。建设一批中医临床重点专科、特色优势专科和中医特色康复医学中心、非药物疗法示范中心。强化中西医协同，以中为主、以西为辅，推广中西医结合医疗模式，建成一批在全国具有示范引领作用的重大疑难疾病中西医协作诊疗中心。依托上海市中医药循证医学研究中心，加强中医药临床研究方法学和循证研究能力建设，开展中医药防治重大疑难疾病临床研究，推动研究成果转化和应用。实施治未病健康工程，在康复、妇儿、养生养老等领域发挥优势作用，推动中医药与

长期照护、安宁疗护等服务相衔接。建立饮片质量追溯系统，全面提升中药饮片质量。支持传统经典中药和现代中药创新，鼓励基于医疗机构制剂的中药新药研究，促进本市中医药产业创新发展。

28. 推进中医药服务智慧化、标准化、国际化。推进“智慧中医”建设，完善中医药服务信息化标准和规范，建成覆盖医疗服务、“治未病”、健康管理、医养结合等的中医药综合信息平台。发展互联网中医医院，开展互联网中医药服务。推进大数据和人工智能为中医药发展赋能，加快中医智能辅助诊疗系统开发和应用。建设中医药国际标准研究中心，建立中医药标准研究、制定、推广、监测和认证体系，制定推广一批中医药标准。建设若干高质量海外中医药中心、太极健康中心、国际合作基地。

29. 推动中医药文化传播。深入挖掘海派中医药文化核心内涵，研发中医药文化创意产品，打造系列海派中医药文化品牌。建设国内领先的中医药文化科普基地。推动中医药文化进校园，加强中医药文化特色课程建设，开发中医药科普读物与益智类游戏，建设中医药特色示范学校及中药百草园示范基地，提升青少年中医药健康文化素养。普及中医养生保健知识、技术和方法，推动中医药健康养生文化转化和发展。

（六）坚持“数智”驱动、融合发展，打造上海医学科技创新路线图

30. 促进医学与相关学科深度融合。继续实施重点学科和专科建设计划，建设一批全国领先、世界一流的医学学科。以严重危害健康的疾病为重点，推进基础医学与临床医学融合发展，开展致病机理、预防、诊断和治疗等的联合攻关。聚焦癌症、心脑血管疾病、内分泌代谢疾病、罕见病等，加快精准医学突破。推进大数据和人工智能在医学科技创新领域的应用，加快发展智慧医学，在人工智能辅助诊疗、机器人治疗系统等方面形成新的技术群，以数字化为纽带推进多组学综合分析、3D生物学技术医学应用、靶向治疗与细胞治疗和新型疫苗研发。支持医学

与新兴学科交叉融合发展，推进工程生物学、半导体合成生物学等在医学领域的应用，发展智能细胞、脑机融合等前沿技术。

31. 加强公共卫生科技攻关能力建设。加强传染病防控和公共卫生科技攻关体系和能力建设。制定科技攻关应急行动指南，提高紧急状态下科技攻关的指挥、行动和保障能力。强化公共卫生科技协同攻关，培育跨学科、跨领域的科研团队，推进医教研产协同和国内外科研协作，优化数据、平台等科研资源共享和开放机制。建设市重大传染病和生物安全研究院、市传染病与生物安全应急响应重点实验室，择优布局市级重点实验室、工程技术中心、企业技术中心以及新型研发机构。发挥中医药原创优势，研发有效治疗技术和药物。加快公共卫生科技成果转化，推动创新药物、疫苗、检测产品和医疗器械应用，推广公共卫生安全防控技术和临床应用经验。

32. 发展数字化、高水平临床研究。推进临床研究平台建设，加快形成以国家重点实验室、国家临床医学研究中心、国家转化医学中心为龙头，以市级医院临床研究中心为骨干，医疗卫生机构和生物医药企业共同参与、医工紧密结合的临床研究体系。布局若干高水平研究型医院、医学创新集群和医企融合示范基地，建设上海临床研究中心、上海国际医学科创中心和上海市免疫治疗创新研究院，发挥转化医学国家重大科技基础设施（上海）作用，加快产出一批示范性、标志性研究与转化成果。继续实施市级医院临床研究三年行动计划，推进市级医院临床研究中心规范化、特色化建设，建设标准化研究型病房。完善临床数据采集、存储、交换、利用机制，支持整合开发健康云平台、医联平台、生物医药临床研究平台、全实验室自动化平台、区块链医疗解决方案、精准医疗知识库等数据平台，推进基因组学、蛋白质组学、代谢组学、表型组学等科研数据与居民电子健康档案、电子病历等医疗数据融合应用，建立

一批专病临床研究数据库，支持临床真实世界研究。全面接轨国际临床研究标准和规范，组织开展多中心、大样本临床研究，积极参与临床研究国际标准和通用规范制定。聚焦重大疑难疾病诊治，产生一批具有国际影响力的临床研究原创成果，形成一批疾病诊治国际指南和标准。到2025年，在临床研究平台建设、临床试验规模、临床诊治指南制定等方面处于全国领先、亚洲先进水平。

33. 打通医学科技成果转化链条。发挥转化医学国家重大科技基础设施（上海）、市级医疗机构临床研究中心等作用，搭建合作与转化平台，加快心脑血管疾病、癌症、内分泌代谢疾病、出生缺陷、老年性疾病等重大疾病研究成果转化。在市级医院建立“临床诊疗－临床研究－技术研发－成果转化”一体化机制和服务平台。加快制定创新技术、医学影像设备、健康数字产品、新型治疗产品的临床研究与应用规范，推进临床检验创新成果转化和实验室自建检测方法的临床研究应用。支持医疗机构设立科研成果转化部门，鼓励委托第三方机构开展技术转移服务。鼓励产业园区、行业组织等建立产学研医对接平台，推动医学科技成果转化。

34. 构建跨国医学远程交流合作平台。依托临床研究平台、临床科技成果转化平台等，构建跨国医学远程交流合作平台，深化国际医学科技创新合作。支持参与全球医学科技创新，加强与国内外高水平研究机构和医疗机构等的交流合作，与“一带一路”国家（地区）共建联合实验室和研发基地。在生命健康等多学科交叉领域，积极培育并适时发起国际大科学计划和大科学工程。支持国际知名医学科技组织落户健康服务业园区。

（七）服务国家和区域发展战略，全力推进长三角卫生健康协同发展

35. 完善长三角卫生健康一体化平台建设。做实长三角卫生健康省

际协作平台，完善合作需求对接和工作统筹机制。推进长三角健康信息平台互联互通，加快建立数据互通业务标准和居民电子健康档案交换机制，向长三角居民提供健康档案查询、预约挂号、急救地图信息查询等服务，打造统一的便民惠民医疗健康服务入口。建设长三角卫生健康一体化发展专家库。建立长三角职业健康管理协作平台，实现长三角区域职业健康信息互通、数据共享和业务协同。建立综合执法监督联动协调平台，加强执法交流合作，联合查处跨省市重大违法违规案件。

36. 深化长三角公共卫生合作。建立长三角突发公共卫生事件定期会商和交流机制，联合开展公共卫生应急培训和演练，建立可疑病例区域通报机制，加强跨区域人员行动轨迹追溯管理。推进区域立体化急救体系建设，加强医疗救援合作。围绕疫情防控和中国国际进口博览会保障，实行应急状态下区域物资共享和紧急调拨。完善公共卫生应急物资储备体系，建立长三角重要防疫物资互济互保互换常态化机制。研究制定公共卫生科技攻关联合行动指南，持续加强临床诊治、医疗器械与诊断产品、药物及疫苗研发、病原学与流行病学等领域的联合科技攻关。开展中医药应对新发突发公共卫生事件应急协同攻关。发挥区域领先学科与重点专科的辐射作用，强化学科间的合作与优势互补，共建高水平公共卫生学科。在长三角一体化示范区率先推进卫生健康制度和标准一体化，先行启动一批不受户籍限制的基本公共服务。

37. 推进长三角医疗服务协同。汇聚长三角优势专科专家资源，开展远程医疗咨询、跨区域危重及疑难病人会诊、特约会诊等服务。推进长三角代谢病、康复医学、血液病以及中医肝病等专科联盟和化学中毒救治远程协作中心建设，逐步统一区域内医学诊断标准、治疗方案和质控标准。完善长三角血液应急联动保障机制，推进血液管理工作的同质化和信息共享。建立中医流派传承、医疗、教育等领域协作机制。加快

医学科技创新协作，协同打造国家或国际领先的优势学科群，联合推进重大疾病科研项目攻关。加快长三角一体化示范区优质医疗资源布局，推进长三角（上海）智慧互联网医院二期项目建设。

38. 深化长三角区域医保一体化发展。推进实施统一的基本医疗保险政策，逐步实现药品目录、诊疗项目和医疗服务设施目录的统一。探索建立跨区域的医保经办管理一体化机制，率先实现基本医保公共服务便利共享。推进长三角区域药品、耗材招标采购联动，探索实施区域联合采购。完善医保异地结算和协查机制。

39. 推进临港新片区卫生健康开放创新发展。支持引进境内外高层次紧缺医疗卫生人才和先进医疗技术与装备。强化医企联动，服务区域内生物医药创新发展。引进一批特色专科，发展若干高水平社会办医疗。以海派中医为特色，打造中医健康旅游国际品牌。率先推进制度创新，对拟入驻项目应用先进医疗技术采取评估管理办法，支持符合条件的医疗机构应用部分尚未在国内批准上市的产品，允许有条件的医疗机构按照相关要求，开展自行研制体外诊断试剂试点。

40. 服务国家对口帮扶战略。加强对新疆、西藏、青海、云南等对口支援地区的医疗卫生帮扶，继续支持福建、安徽等省的区域医疗中心建设。加强对受援地初级、中级和高尖精医疗卫生人才队伍培养。深入推进“组团式”支援，推动新疆喀什第二人民医院、西藏日喀则市人民医院从创三甲向强三甲迈进。推进以互联网为依托的医疗联合体和专科联盟建设，不断提升受援地基层医疗卫生服务能力。

（八）推动健康服务业高质量发展，为经济转型升级注入新动能

41. 推进“5+X”健康服务业集聚区发展。支持新虹桥国际医学中心、上海国际医学园区、徐汇枫林生命健康产业园区、嘉定精准医疗与健康服务集聚区等加快联动发展、优势互补。鼓励依托高水平医院，开展产

学研医结合，集聚健康科技企业，培育以临床研究和转化为特色的新兴健康服务业园区，支持广慈－思南转化医学国家创新产业园区发展。在崇明世界级生态岛、环淀山湖建设国际康养旅游集聚区。

42. 培育健康服务业新业态。加快发展互联网医疗，进一步放宽互联网诊疗范围，将符合条件的服务项目纳入医保报销范围。推进新型基础设施建设，完善健康大数据开发应用机制，建设医疗大数据训练设施、人工智能医疗测评数据库、人工智能算力验证机制和评估规范，鼓励医企合作，促进医疗人工智能发展。加快发展国际医疗旅游，培育一批具有国际竞争力的服务品牌，形成比较规范的服务市场体系。在健康服务业集聚区和自贸试验区临港新片区加快海派中医流派特色资源布局，推进中医药健康旅游示范基地建设，开发中医药健康旅游产品。大力发展中医药服务贸易，培育一批具有国际竞争力的市场主体和服务品牌。

43. 优化健康服务业营商环境。推进健康服务业发展政策落地，对社会办医预留规划发展空间，支持高水平社会办医发展。在乙类大型医用设备配置规划数量中，安排部分配置规划用于支持社会办医发展。扩大国外已批准上市的抗肿瘤药物在本市先行定点使用范围。支持公立医院与社会办医在人才、技术、管理等方面开展合作。完善相关资格认定政策，支持高水平社会办医成为医学院校教学基地和住院医师、专科医师规范化培养基地。制定实施高水平社会办医认定及纳入医保标准。

（九）深化医药卫生体制改革，推动发展方式转变

44. 推动卫生健康服务整合协同。健全公共卫生机构、医疗机构和社区卫生服务机构协同合作机制，依托家庭医生制度，整合公共卫生、医疗和健康管理服务，推动医防融合、全专结合、医养结合，将家庭医生制度打造成支撑整合型卫生健康服务体系的基础。完善家庭医生签约服务激励机制和绩效考核，健全家庭医生管费用的激励约束机制。加强

区域性医疗中心对社区家庭医生的技术支撑，提升家庭医生服务质量。推进专科专病联盟建设，促进医疗服务同质化和分级诊疗。

45. 推进公立医院外部治理机制改革。强化公益性和内涵发展，制定公立医院履行公益性的运行标准。完善补偿机制，推动有条件的公立医院通过强化医学科技成果转化、发展国际医疗服务和健康管理服务。按照研究型医院、临床型医院等不同发展定位，对公立医院实行分类管理。科学评价医院成本、产出和医生绩效等，引导医院和医生提高效率、控制成本、提升服务能级。以三级医院医疗资源下沉、基层服务能力提升、居民健康改善和服务对象满意度等为考核重点，完善医疗联合体综合绩效考核制度，将考核结果与政府投入、医保支付、绩效工资总量、院长绩效等挂钩。

46. 优化公立医院内部运营管理机制。全面加强公立医院党的领导，深化党委领导下的院长负责制。以章程为引领，促进公立医院完善运行和治理机制。推动公立医院建立基于全面预算的全业务、全流程闭环管理体系，强化医疗服务全成本核算和成本控制，形成符合医疗发展规律的人、财、物等资源配置体系，实现收支平衡、略有结余。加强公立医院预算执行审计监督，规范收支行为。制定公立医院工作基本负荷标准。转变公立医院薪酬分配机制，根据规划定位、医疗服务数量与质量、病种难易度、患者满意度、临床科研产出、成本控制、医疗费用控制等要素，合理核定公立医院绩效工资总量，优化薪酬结构，重点向临床一线、业务骨干、关键岗位、紧缺学科以及支援基层和有突出贡献的人员倾斜。

47. 推进医保、医疗、医药联动改革和政策协同。发挥医保在推进医药服务供给侧改革中的引领作用，深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革，完善医药服务价格形成机制，增强医药服务可及性，促进医疗服务能力提升，保障市民群众获得优质实惠的医药服务。完善基本药

物制度，加强基层医疗机构与二级以上医疗机构用药衔接，逐步提高各级医疗机构基本药物使用比例。

（十）以人民健康为中心，健全多层次医疗保障制度体系

48. 完善公平适度的待遇保障机制。完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系，推进医疗保障制度更加成熟定型。落实国家医疗保障待遇清单制度。根据经济发展水平和基金承受能力，稳步提高医疗保障水平。稳步推动职工基本医疗保险个人账户改革，完善门诊共济保障机制。强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，促进各类医疗保障互补衔接，提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平。做好职工医疗互助保障计划、少儿住院互助基金等与基本医疗保险制度的衔接平衡。完善罕见病用药保障机制。健全医疗救助制度，建立防范和化解因病致贫长效机制，增强医疗救助托底保障功能。

49. 健全稳健可持续的筹资运行机制。深入实施全民参保计划，增强全民参保意识，确保应保尽保。建立与本市经济社会发展相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资分担和调整机制，均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，优化职工医保统筹基金和地方附加基金结构和功能，优化居民医保个人缴费和政府补助结构，研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资机制。巩固完善基本医疗保险市级统筹。加大对医疗救助投入力度，拓宽医疗救助筹资渠道，促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险相协调，提高救助资金使用效率。科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。加强基金中长期精算，构建收支平衡机制，健全基金运行风险评估、预警机制。

50. 建立管用高效的支付机制。完善医保目录、协议、结算管理。持续推进总额预算管理框架下的多元复合医保支付体系建设。推行按病

种付费为主的多元复合式医保支付方式，分类推进按疾病诊断相关分组付费（DRG）和按病种分值付费（DIP）试点，对医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，对门诊特殊慢病按人头付费。支持紧密型医联体健康发展，完善“结余留用、合理超支分担”办法。探索建立符合中医药特点的医保支付方式。探索以价值为导向的按绩效付费。探索医疗服务与药品分开发付。

51. 健全严密有力的基金监管机制。健全基金监管体制机制，落实市、区医保监管职责，强化医保定点机构主体管理责任。完善医保监督检查常态机制，依托人工智能、大数据等技术，持续推进智慧监管。完善医疗保险基金信用监管，推进信用管理。实施跨部门协同监管，探索引入第三方监管力量，强化社会监督。完善欺诈骗保举报奖励制度。综合运用协议、行政、司法等手段，严肃追究欺诈骗保单位和个人责任，对涉嫌犯罪的依法追究刑事责任，坚决打击欺诈骗保、危害参保群众权益的行为。

52. 优化医疗保障公共管理服务。推进医保公共服务标准化、规范化，实现全市医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算。落实电子证照在经办服务中的应用，精简办理材料、优化办理流程、缩短办理时限，加快推进服务事项网上办理，提高运行效率和服务质量。加强监督执法队伍、经办服务队伍建设。推进医疗保障经办机构法人治理，积极引入社会力量参与经办服务，规范和加强与商业保险机构、社会组织合作，完善激励约束机制。建成全市统一、高效、兼容、便捷、安全的智慧医保信息平台。

53. 加快发展商业健康保险。支持和推动商业保险、医疗服务、健康管理等融合发展，鼓励商业健康保险公司开展健康管理服务，开发相关的健康保险产品，推动健康保险从理赔型保险向管理型保险转型。加

强大数据在健康保险开发领域的应用，丰富健康保险产品。鼓励企业、个人参加商业健康保险及补充保险，持续拓展职工医保个人账户资金购买商业健康保险产品种类，鼓励研发商业补充性长期护理保险产品。发展税优健康保险业务。

（十一）全面加强人才队伍建设，为卫生健康高质量发展提供智力支撑

54. 加快医学教育创新发展。推进创新型医学院校建设，与国际著名医学院校开展联合办学和人才培养。发挥医学院校特色，以培养医学科学家、医学工程师、研究型医学技师等高端医学人才为目标，促进医工、医理、医文学科的深度融合，加速推动医学学科建设和发展，深入推进“医学+X”复合拔尖创新人才培养，强化高端基础医学人才、临床研究人才和临床药学人才培养。坚持医教协同，推进医学院校教育、毕业后教育、继续教育一体化，完善医学人才培养供需平衡机制，按需调整优化培养结构。建立健康医疗教育培训云平台，为医务人员提供便捷的终身教育。

55. 加快各类紧缺人才培养。推进公共卫生人才队伍提质扩容，着力培养病原学鉴定、疫情形势研判和传播规律研究、现场流行病学调查、实验室检测等疫情防控人才，强化感染性疾病、呼吸系统疾病、重症医学、急救创伤及医院感染控制等医疗救治人才队伍建设。分类建设传染病、消毒与感染控制、病媒生物控制、食品与饮水卫生、精神卫生、核生化等专业应急处置队伍。加强全科医学学科建设和面向全体医学生的全科医学教育。加强中医全科人才培养，探索建立中西医融合的全科医师培养模式。以中西医结合、中药、中医康复和儿科等为重点，加强中医药人才队伍建设，支持中医药优才学院等高层次人才基地建设。强化麻醉、全科、儿科、老年、精神科、病理、护理、康复、临床药师、医

务社工等人才队伍建设。完善住院医师和专科医师规范化培训制度，扩大“5+3+X”项目培养规模，加强公共卫生与临床医学复合型人才培养。完善基层和郊区人才扶持机制，充实和稳定郊区基层卫生人才队伍。

56. 加快创新人才培养和引进。完善战略科学家发现、培养、激励机制，培养和引进医学科技交叉融合领军人才、优秀学科带头人和复合型创新人才队伍，开展医师科学家培养改革试点。对公共卫生人才培养实施倾斜政策。探索卫生人才自主引进和遴选机制，对引进的高层次、创新型人才和团队给予资助，对高峰人才实施个性化政策。

57. 优化人才考核、评价和激励政策。科学核定各级各类公共卫生机构人员编制，优化专业技术岗位结构比例，公共卫生专业人才职称评定实行单列，建立人员薪酬动态增长机制。完善医学人才评价体系，优化临床医师职称评定制度，强化临床实践评价，突出临床研究人才创新成果和转化，畅通成果转化人才的晋升通道。医院对高层次人才可自筹经费、自定薪酬，超过部分不计入单位绩效工资总量等措施。建立医院与卫生健康、医保部门人员交流机制。

（十二）推进法治化、标准化、智能化，逐步实现行业治理现代化

58. 加强立法、标准化工作。贯彻落实国家相关法律法规，按照法定程序，完成《上海市发展中医条例》修订，研究制订《基本医疗卫生与健康促进法》实施条例。实施好《上海市医疗卫生人员权益保障办法》。贯彻落实《医疗保障基金使用监管条例》，推动修改完善政府规章。进一步完善卫生健康标准体系。依托国际标准化组织中医药技术委员会、世界卫生组织传统医学国际疾病分类研究与服务评价中心等平台，制定和推广一批中医药相关标准，推动国际疾病分类标准传统医学部分的国内和国际应用。

59. 加强行业综合监管建设。巩固市、区两级行业综合监管会商机

制，形成高效协同的综合监管工作体系。健全以信用监管为基础、随机抽查和重点检查相结合的监管机制，全面实施分级分类信用监管，深入开展失信惩戒。强化对公立医疗机构公益性、成本控制、执业行为的监管，对健康服务新业态、新技术、新模式实施包容、审慎、有效监管。开展智慧卫监信息化项目建设，推进“非接触式”监管。依托“一网统管”平台，开展医疗废物可追溯管理、居民小区生活饮用水卫生智能监管。开展执法机构规范化建设和执法装备标准化建设，推进执法人员能力提升工程。

60. 深化“放管服”改革。深化“一网通办”工作，推进指南精准化、材料个性化、申请自动化、审核智能化。持续开展行政审批事项清理、深化行政审批制度改革。放宽市场准入门槛，持续推进“证照分离”改革，严格执行市场准入负面清单管理。提升卫生健康领域公共服务水平，营造法治化、国际化、便利化的营商环境。

61. 加强精神文明和政风行风建设。强化医务人员医学人文素养和职业道德教育，弘扬新时期医务人员职业精神，大力宣传先进典型，营造廉洁高效的职业环境。加强精神文明创建，提高全国文明单位和市文明单位的覆盖面。做好新闻发布、政策解读、舆论引导和突发事件应对，加强医疗纪实节目制作和医学科普宣传，为促进医患和谐与行业发展营造良好氛围。完善医疗纠纷预防和处理制度、第三方调解机制，强化纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风联席会议机制，严厉打击各类违法违规行，联合开展案件查处及惩戒，形成行业新风正气。依法打击涉医违法行为，维护医务人员正常执业的法治环境。

五、保障措施

（一）加强组织领导

坚持党对卫生健康事业发展的领导，坚决贯彻落实党中央对卫生健

康改革发展各项决策部署。各区要将本规划主要目标和指标纳入本区域国民经济和社会发展规划，制定年度目标和任务清单，认真组织落实。卫生健康、医保、发展改革、财政、编制、人力资源社会保障、教育、科技、经济信息化、民政、规划资源等部门按照各自职责，共同推进规划落实。市、区卫生健康部门要建立健康影响评估机制，系统评估各项经济社会发展规划和重要政策、重大工程对健康的影响。

（二）完善投入机制

完善职责明晰、分级负责的医疗卫生财政投入机制。按照医疗卫生领域事权和支出责任，市、区两级政府落实好各项投入政策，加强资金保障。优化财政支出结构，重点向公共卫生能力提升、医疗资源均衡布局、中医药传承创新、临床研究和科技创新、学科建设、人才培养和智慧化健康服务体系建设等方面倾斜。完善政府主导、全社会参与的卫生健康多元化筹资投资机制，动员社会支持医疗卫生事业发展，大力发展慈善事业，鼓励社会组织和企业投资健康领域，形成多元化筹资格局。

（三）加强监测评估

建立规划监测评估机制，定期对规划实施情况开展评估，建立信息公开公示制度，接受社会监督。完善规划中期和终期评估制度，对监测评估中发现的问题，及时研究解决，对规划落实不力的部门和单位，加强督查和约谈，确保规划目标实现。

征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证第 K0649 号），2008 年 11 月正式创刊发行，每年发行 8 期，主要设有、医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫生健康委员会相关司局，国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、国家卫生健康委员会统计信息中心；各省市卫生健康委员会规划发展处、财务处、政策法规处；上海市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫生健康委员会领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有 4～5 篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成

刊。每篇文章 5000 ~ 8000 字为宜。

2. 来稿应结构完整论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：phpr@shdrc.org。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 1 本。不收取任何版面费。

五、联系方式

地 址：上海市徐汇区肇嘉浜路 789 号 邮 编：200032

网 址：www.shdrc.org

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从公众号查阅）

联系人：张 苹 信虹云

电 话：021-33262062 021-33262061

邮 箱：phpr@shdrc.org

发送对象：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处

国家卫生健康委员会相关司局、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、
国家卫生健康委员会统计信息中心

中国医学科学院医学信息研究所

美国中华医学基金会合作项目单位

上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门

各省市卫生健康委员会政策法规处、财务处

上海市卫生健康委员会领导及有关处室

上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会

相关医疗卫生单位

全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

Shanghai Health Development Research Center

(Shanghai Medical Information Center)

中国 上海

Shanghai China