

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2024年第49期

(2024.12.02-2024.12.08)

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，直接跳转具体文章内容。）

• 分析解读 •

▶ [第十批集采即将开标，七年集采如何确保多方共赢？](#)（来源：中国医疗保险）——第 7 页

【提要】自国家组织药品集中采购政策(以下简称“集采”)执行至今，相信很多人对集采这一词并不陌生，单不说行业内专业人士，就连普通看病就医的群众，也大多可以说出一二来，尤其在 2018 年后，我国药品集采模式逐步走向成熟，让更多的人了解、熟知并从中受益。从 2018 年“4+7”集采试点以来，我国目前已开展九批集采，前不久第十批集采药品目录和规则也已经公布。那么，我国现在整体集采的情况如何呢？又是怎样达到多方共赢的？

▶ [七载磨砺，医保药品目录调整中创新价值与理性价格的深度融合](#)（来源：天津大学药物科学与技术学院）——第 14 页

【提要】在全面推进健康中国建设以来，广大人民群众对于多元化、多层次的健康需求呈现出持续增长的态势。与此同时，创新医疗技术研发能力不断提升，众多创新药品应运而生。如何高效运用有限的医疗保险基金，最大化地促进参保人群的健康福祉，始终是国家基本医疗保险制度的核心使命。国家基本医保药品目录的准入与调整工作是践行这一使命的重大民生工程。

• 专家对话 •

▶ [专访国家卫生健康委体改司司长杨建立：把握重点 直面难点 找到改革平衡点](#)（来源：健康报）——第 19 页

【提要】日前，国家卫生健康委在福建省三明市举办推广三明医改经验培训班，国家卫生健康委党组书记、主任雷海潮出席并讲话。健康报记者在培训期间对杨建立进行了专访，杨建立说，下一步，医改迈向纵深，要坚持以人民为中心，以健康为中心，从人民群众最期盼的地方做起，从人民群众最不满意的的地方改起，以问题为导向，以目标为导向，以结果为导向，找出改革最大的公约数和最佳的平衡点。

▶ [让医保谈判药品更可及的中国方案 | 聚焦药品领域改革](#)（来源：中国卫生杂志）——第 26 页

【提要】药品是国家卫生健康事业发展不可或缺的重要组成部分，其安全性、有效性和可及性关系着人民群众的生命安全和身心健康。《中国药品供应保障制度概论》一书，在 2024 年出版发行后，得到业界的广泛关注。该书作者之一中国药科大学研究生院常务副院长丁锦希日前接受本刊记者采访，就该书中有关医保谈判药品供应保障部分的热点问题分享了观点。

• 地方精彩 •

▶ [八年试点，苏州为长护险稳健运行提供了哪些有益经验？](#)（来源：苏州市医疗保障局）——第 32 页

【提要】据《2023 年度国家老龄事业发展公报》数据显示，我国 60 周岁及以上老年人口超 2.96 亿，占总人口的 21.1%，中国已经快速进入中度老龄化国家，全球没有一个国家有我们这么多老人！并且有研究显示，老年人每增加 5 岁，日常生活自理功能下降的危险性将增加 1.12 倍，各种疾病尤其是慢性病患病率将大幅度上升，许多老年人在 65 周岁左右会出现较为明显的失能问题。国家卫健委数据显示，2021 年我国失能失智人数约为 4500 万！

▣ [广州医科大学附属妇女儿童医疗中心：算好互认的“大账”和“小账”](#)（来源：中国卫生杂志）——第 38 页

【提要】看同一种病，为何换家医院看还要重新做检查？不同医院之间的检查检验结果互认为什么这么难？为了解决这一很多患者心中的疑问，2024 年 11 月 27 日，国家卫生健康委、国家发展改革委等 7 部门联合发布《关于进一步推进医疗机构检查检验结果互认的指导意见》（以下简称《意见》），对于推动医疗机构检查检验结果互认给予了明确的政策保障。我们推出在这一改革举措得到稳步推进，并且取得初步成效的地方的具体做法和所思所想系列稿件，供业界参考。

• 医药专栏 •

▣ [四位院士共话中国创新药研发](#)（来源：中国医药创新促进会）——第 42 页

【提要】党的二十届三中全会提出，必须深入实施科教兴国战略、人

才强国战略、创新驱动发展战略。在创新药研发领域，怎样才能落实创新驱动发展战略，推进我国由制药大国向制药强国转变？四位药学界两院院士发表了观点。

▶ [国家药品谈判成效显著：提升药品可及性，减轻患者负担](#)（来源：中国人民大学卫生技术评估与医药政策研究中心）——第 50 页

【提要】2024 年 10 月 30 日，随着 2024 年国家医保药品目录调整现场谈判竞价落下帷幕，中国医保药品谈判再次引起广泛关注。通过国家医保药品谈判政策的不断推进，特别是自国家医疗保障局成立以来，中国的药品医保准入管理取得了显著进展，患者的用药负担显著减轻。国际和国内的对比数据显示，随着改革的深入，与世界一些典型国家相比，中国药品价格逐步趋于合理。

• 妇幼健康 •

▶ [加速消除宫颈癌·在行动 | 浙江推进一级预防策略实践](#)（来源：健康报）——第 53 页

【提要】2023 年，浙江省卫生健康委等 8 部门联合发布《浙江省加速消除宫颈癌工作方案》，提出普及宫颈癌防治知识、降低患病风险，加强宫颈癌筛查服务、促进早诊早治，规范宫颈癌治疗、加大医疗救治保障力度，完善宫颈癌综合防治体系、提高防治能力四项重点任务。为贯彻落实该工作方案，加快浙江省宫颈癌消除进程，在浙江省疾控中心指导下，浙江省疾控中心在推动和促进 HPV 疫苗接种、宣传普及宫

颈癌防控知识和理念方面不断实践探索，积累了一定经验。

▶ [如何完善相关政策措施，推进生育保险参保护面？](#)（来源：华中师范大学公共管理学院）——第 57 页

【提要】生育保险是保障女性生育权益、引导生育医疗资源配置的重要政策工具，应完善相关政策措施，全力支持构建生育友好型社会。要更有针对性地完善生育保险政策，需要了解我国生育相关的几个基本事实。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

第十批集采即将开标，七年集采如何确保多方共赢？

来源：中国医疗保险

自国家组织药品集中采购政策(以下简称“集采”)执行至今，相信很多人对集采这一词并不陌生，单不说行业内专业人士，就连普通看病就医的群众，也大多可以说出一二来，尤其在 2018 年后，我国药品集采模式逐步走向成熟，让更多的人了解、熟知并从中受益。

2018 年是国家医保局成立的元年，也就是在同年的 11 月 14 日，全面深化改革委员会第五次会议审议通过了《国家组织药品集中采购试点方案》，加强了药品集中采购的顶层设计，确定了“国家组织、联盟采购、平台操作”的总体思路，并要求在“4+7”城市(4 个直辖市+7 个副省级城市)开展集中采购试点，并于 2019 年 8 月 6 日，正式将集中采购政策扩围到所有省份。

不同于此前的药品采购模式，如“双信封”模式——简单可以理解为第一个信封是“质量”，将同一通用名的药品按质量分层；第二个信封是“价格”，同一通用名、同一质量层次的药品实行最低价中标，虽然此种模式一定程度改善了唯低价是取的弊端，但我国医药市场中的原研药及仿制药价格依旧很高，“专利悬崖”现象并未在我国

出现，严重影响了我国医药行业发展，国家医保局成立后大刀阔斧开始推动改革，创造性开始推行药品集采模式，得益于质量评价体系的进一步完善，改善了此前医药市场“劣币驱逐良币”的现象，真正实现了“量价挂钩，以量换价”。复旦大学公共卫生学院胡善联教授就曾在会议上讲“量价挂钩要真正挂上钩，没有量是不可能实现真正招标的低价或者可靠的”。

从 2018 年“4+7”集采试点以来，我国目前已开展九批集采，前不久第十批集采药品目录和规则也已经公布。那么，我国现在整体集采的情况如何呢？又是怎样达到多方共赢的？

一、九批集采都采购了哪些品种？效果如何？

从集采品种数和降幅看，除第六批胰岛素专项集采数量较少外（共采购 16 种），其余批次集采采购品种数量集中在 30-60 种左右，第五批和第七批分别达到了 62、61 种。从降价幅度看，各批次降幅在 50%左右，极大减轻患者负担，个别品种降幅较大，最高降幅达到 90%以上，其中，胰岛素专项集采最高降幅在 70%以上。据数据显示，2018 年以来，国家医保局已对 374 种药品展开集采，累计节约药品、耗材费用超 4000 亿元，几乎每名患者都能从中受益。如第六批胰岛素集采中选结果落地后，惠及超 1000 万患者。

从采购品种看，口服常释剂型和注射剂是采购的主流品种，占比均在 70%以上，随着集采的持续推进，集采纳入注射剂越来越多，

第七批、第八批、第九批集采的注射剂占比分别为 43.3%、69.2%、48.8%，口服常释剂型占比分别为 43.3%、28.2%、26.8%。第十批更是创下了历史之最，在 62 个品种中，注射剂多达 35 个，占了一半以上(56%)，占比也仅次于第八批。

从覆盖疾病领域看，除胰岛素专项集采外，各批集采覆盖的疾病领域在 7 个以上，心血管系统、神经系统、感染性疾病、消化系统用药在 8 批集采中均有涉及。越来越多的常见慢性病用药被纳入集采，惠及群众越来越多，政策效应显著。

二、集采政策持续优化，如何达到多方共赢？

从集采政策首次走入大众视野开始，关于集采政策的利弊争论一刻也没有停止。一方面，集采政策是对原有医药产业利益链的强有力打破，自然就衍生出很多批评、排斥、唱衰甚至反对的声音。诚然，医保、医疗、医药领域的问题错综复杂，单靠集采这一项政策确实不能完全解决中国卫生体制存在的问题，如果都抱着多一事不如少一事的态度做事，那“马太效应”特征只会在这个社会更加深化。另一方面，争论集采的原因也在于很多人对这项政策所能带来的结果表示不确定，因为是首次这样由国家牵头进行药品大规模的采购，即使国外有很多经验可以借鉴，但毕竟中国有属于自己的国情，即使操作规程一模一样，也不能保证就一定能取得预期的效果。

在这样的背景下，国家医保局从 2018 年开展集采开始至今已有

七个年头，九批十次的集采成果并不是出现一些杂音就能消解的。但有质疑声就说明还有改进优化的空间，七年来，集采规则不断变迁，根据采购品种的不同，个性化调整，促进我国仿制药企业的发展的同时也推动医药创新。

一是采购品种质量有保证，显著降低患者用药负担。不仅是患者甚至有部分医生对集采药品的质量也存在疑问，尤其在集采药品大幅降价后，这部分人群动不动就用“一分价钱一分货”的理论攻击集采药品质量不如原研药，还有一些人通过制造舆论讽刺集采政策，就像前一段时间广泛传播的“医院开不到原研药”事件。

从纳入集采的标准看，国家集采药品的前提就是药品必须是原研或者通过仿制药一致性评价(以下简称“一致性评价”)。2016年3月，《国务院办公厅关于开展仿制药质量和疗效一致性评价的意见》政策出台，至今化学药一致性评价启动已9个年头，可以说一致性评价的结果决定着国家化药集采的效果。集采的仿制药通常已经过一致性评价，保证了质量和疗效与原研药的一致性。同时，国家医保局在2018年就开始着手开展集采药品真实世界用药的研究，现在已经对前5批集采药品进行了大样本的用药研究，结果表明，使用集采药品与使用原研药并未显示出统计学上的差异。有了这个前提，使用集采药品确实是最具有性价比的选择。

不可忽视的是有人提出终极质疑：集采开展到现在，群众的就医

负担为啥仍然没有减轻呢?这确实是一个问题,但存在这个问题并不能证明集采政策没有效果,而是医疗费用本身就不是由单一价格因素决定的,还有一个重要的变量即“使用量”的问题。医疗市场本身就存在严重的“信息不对称”问题,可能患者在就医时多做一个非必要的项目、多开几种可有可无的药品就能将集采挤出的水分给稀释掉。医疗卫生体制改革是一项系统性工程,需要多方共同努力才可能真正让群众“有感”。

二是为未中选企业留有出口,也保证患者有用药选择权。之前,经常有业内人士调侃讲“集采中选和不中选到最后都是死,无非是一个死的慢,一个死的快”。这种悲观的观点并没有成为现实,很多中选企业的仿制药企业不仅在集采结果出来的那段时间里股价大涨,年度的营收额也有所突破。笔者在一次内部座谈会上,企业代表坦然讲,在药品集采大降价的情况下,“企业不是不赚钱了,而是跟以往‘仿制药当原研药卖’相比赚的钱没那么多了”。

那么对于未中选企业就意味着死亡吗?回答这个问题可以从采购量规则的设计出发。目前总体按照联盟地区所有参加集采的定点医药机构年度药品总用量的 50%—80%估算采购总量,具体约定采购量与中选企业数相关联,中选企业越多,采购总量就越高。具体来看,全国实际中选企业为 1 家、2 家、3 家、4 家时,分别按照首年约定采购量计算基数的 50%、60%、70%、80%给予市场。所以,剩下的 20%-50%

的市场就可由未中选企业进行竞争，未中选也不一定意味着死亡。

无法避免的是一些小型的药企由于产品单一，若被纳入集采但未能中选，就会很快丧失市场，大概率难逃死亡的命运。但从另外一个角度看，也是淘汰了不具有竞争力的企业，提升了我国医药市场集中度。

三是引入创新性规则，保障集采规范运行。在入选标准上：从第八批集采起，集采药物的入选标准由此前的“1+3”改变为“1+4”（即1家原研药+4家仿制药），不仅有利于采购品种的遴选，并给通过一致性评价的企业更长时间进行挂网、产能储备及销售工作。在中选规则上：“4+7”试点时，由于只有单家企业中选，规定降幅最大即能拟中选，在扩围阶段，中选规则调整为在不低于“4+7”中选价基础上，同品种报价最低3家企业拟中选，进一步降低集采中标价。自第二批起，中选规则基本固定，满足三个基础条件之一即可拟中选，即单位可比价 $\leq$ 同品种最低单位可比价的1.8倍、单位申报价降幅 $\geq$ 50%、单位可比价 $\leq$ 0.1元。

从第七批时，中选规则新引入“品间熔断”规则，即根据同品种价差排序，进一步淘汰价差较大的前6名品种，第九批时，又创新引入“TOP 4 & BOTTOM 2”规则，即根据同品种价差排序，进一步淘汰价差较大的前4名品种及价差较小的后2名品种，有效缩小了同品种不同企业中选价差，防止企业围标、串标。在近期发布的第十批集采

文件中，又新增“复活机制”，即同品种按规则拟中选 1 家后，接受拟中选“单位可比价”的 1.8 倍，也可拟中选；按规则中选多家，若接受同品种最高拟中选价格，也可拟中选。

四是预付医保基金，促进资金流转。医保经办机构、公立医院、医药企业之间存在的“三角债”难题由来已久，“速度慢、周期长”是医药企业长期以来货款结算的痛点，这不仅给医药企业带来巨大的资金周转压力，还推高了药品、医用耗材价格，增加了群众医药费用负担。

因此，针对集采药品的回款问题，在多份国家文件中明确提出“医保基金在总额预算的基础上，按不低于采购金额的 30%提前预付给医疗机构，有条件的城市可试点医保直接结算”。据不完全统计，内蒙古、广西、宁夏、陕西、江苏、贵州、天津、辽宁、河南、安徽、广东、河北等地已经探索医保基金与药企直接结算，但结算范围主要局限在省级集采的药品/耗材、国家集采的药品/耗材。在直接结算政策的推动下，医药企业的回款周期显著缩短，资金压力得到有效缓解。

由此可见，各地大多仅将集采药品纳入直接结算范围，那么对于非集采药品呢？

11 月 15 日，海南省医疗保障局发布通知，扩大医保基金与医药企业直接结算医药货款范围，将全省定点公立医疗机构在海南省医药采购平台采购的药品、医用耗材纳入直接结算范围。除集采药品、耗

材以外，非集采药品、耗材将在海南全面纳入直接结算。相信在国家医保局整体规划下，药企的回款难问题有望得到彻底解决。

所以从上述内容不难看出，7年集采路漫漫，不仅让群众用上了质量可靠、价格低廉的药品，还同时不断优化规则，促进医药行业行稳致远，持续深化医药卫生体制改革，也让我们期待第十批集采顺利开展，让更多的患者受益。

[返回目录](#)

七载磨砺，医保药品目录调整中创新价值与理性价格的深度融合

来源：天津大学药物科学与技术学院

在全面推进健康中国建设以来，广大人民群众对于多元化、多层次的健康需求呈现出持续增长的态势。与此同时，创新医疗技术研发能力不断提升，众多创新药品应运而生。如何高效运用有限的医疗保险基金，最大化地促进参保人群的健康福祉，始终是国家基本医疗保险制度的核心使命。国家基本医保药品目录的准入与调整工作是践行这一使命的重大民生工程。

自2018年国家医保局成立以来，医保药品目录调整周期从改革前最长8年1次缩短至每年动态调整。根据国家医保局统计数据显示，2018-2024年国家医保局累计将835个药品新增进入医保目录。同时将一批疗效不确切、临床易滥用的或被淘汰的药品调出目录。截至2024年10月底，通过谈判新增的药品在协议期内医保基金累计支出

超过 3500 亿元，惠及参保人超过 8.3 亿人次，带动了相关药品销售总额超 5100 亿元，叠加谈判降价和医保报销等多重因素，累计为参保人减负超过了 8000 亿元。经过 7 年磨砺，我国医保药品目录调整工作深刻诠释了创新价值与理性价格的深度融合。

一、创新与价值的有机统一：临床未满足需求和患者健康获益的永恒追求

纵观过去 7 年的医保药品目录调整，以临床价值为导向、专注于满足患者未被充分满足的临床需求，并且具备较高创新性与较大患者健康获益的药品，已成为医保谈判的核心。在调整工作过程中，国家医保局组织全国资深临床、药学、医保、药经等多领域专家组成综合评审组，从安全性、有效性、创新性、公平性四个维度对药品的临床价值进行评估，进而根据药品的创新程度进行分级，实现了药品价值评估从主观到客观、定性到定量，覆盖药品全生命周期的评价机制的转变。在这 7 年的目录调整工作中，药品价值评估体系的评估框架、价值维度、评估规则、组织程序等方面都保持高速完善与优化的趋势。

首先，专家评审的流程进一步优化。评审环节由最初的综合组专家和专业组专家依次评审，整合为 2022 年开始的联合评审，更好地融合了专业组(临床组)专家与综合组专家(以药学为主)的评审意见。并在最近 2 年中进一步优化了评审工作流程、加强了评审专家潜在利益冲突的回避要求，为评审工作的公平、公正保驾护航。其次，评审

内容和维度不断完善。2021 年开始在综合评审中采用五维度对药品的综合价值进行量化评审，并 2022 年开始邀请企业提交针对五个维度的资料辅助评审。2023 年根据评审需要改为四维度评审，并首次对申报谈判的药品相比于指定参照药的创新程度进行评级。在 2024 年进一步运用综合评审结论中的评述对后续价格测算进行指导。第三，目录调整规则进一步清晰化、公开化、透明化。2022 年通过实施《谈判药品续约规则》和《非独家药品竞价规则》明确了简易续约和谈判续约的规则和流程，以及为非独家非集采品种打开了医保准入通道、确定了规则。2023 年，持续更新了《谈判药品续约规则》，建立了基本覆盖药品全生命周期的支付标准调整规则，同时给予创新药品申请重新谈判、减小降幅的机会。

近 3 年，目录外药品的申报数量均超 200 个，这反映出创新药物的研发和上市速度在加快，也表明药企对医保谈判的重视程度不断提高。不断完善的药品创新价值评估机制为企业提供了明确的市场预期和回报预期，激发了企业的创新活力。随着医保目录对创新药的支持力度加大，医药产业逐渐从仿制为主向创新引领转变，产业结构和质量得到提升。

二、价值与价格的深度融合：医保基金可持续和参保人员可负担的切实要求

在谈判/竞价过程中，经过 7 年的不断更新和完善，药物经济学

测算组形成与国际接轨、系统科学的测算方法。药物经济学组专家通过药物经济学评价证据测算、国内各地招采最低中标价格、重点国家与地区的国际价格、同类竞品价格等多种方法，综合测算确定基准支付标准。药物经济学评价证据测算是专家采用的主要方法。专家评审过程中先对药物经济学模型和参数的质量进行评估，对评估合格的高质量研究进一步核实创新药品与参照药品的增量健康产出与增量成本的差异，并基于预先设定的经济性阈值寻找合理的价格区间。测算时，针对具有突破性创新的药品、高价值的罕见病药品等会给予更高的经济性阈值。在形成基准支付标准后，专家将根据药品的创新程度、满足特殊人群用药情况、医保基金预算影响、同类产品市场竞争关系等，对基准支付标准进行有针对性地调整。药物经济学测算过程中也还特别考虑了传统中药的特点与优势，有针对性地进一步优化评价维度和测算指标。

2024 年，药物经济学测算工作仍在持续优化，进一步体现了支持和鼓励“有显著性临床价值、有实质性患者获益”创新性的导向。测算过程中，进一步强调了临床获益的可靠性证据是药物经济学测算的基石。对于一些缺乏与参照药品头对头疗效证据的药品，鼓励企业开展研究设计客观、方法选择严谨的间接比较证据，来支持与参照药品相比的疗效优势。随着药品获批上市到准入医保之间的时间进一步缩短，也有越来越多的企业在临床试验阶段便加载收集药物经济学评

价所需的相关数据，使得药物经济学评价可以更迅速、更准确地反映药品的临床价值。在综合评审与价格测算的关联性方面，进一步加强了测算结果与创新评级之间的相关性，强调溢价与额外创新价值之间的一致性；同时确保同代、同类药品价格之间的相似性，以及不同代际、治疗分线药品价格之间的层次性。企业在与医保部门沟通时，也体现出更加充分、高效、真诚的氛围。国家医保局在谈判前的“一对一沟通”环节，组织参与谈判的企业与专家围绕拟谈判品种的支付标准测算开展了更为充分的沟通，企业获得了更多阐述产品价值定位、补充价值支持材料的机会，保障价格测算与价值体现的互相呼应。

医保药品目录调整工作经过七年的积累与磨砺，结合 2024 年调整工作的优化与完善，进一步深入诠释了“创新价值”与“理性价格”的有机结合。目录调整工作通过多维价值评估，树立了支持创新的鲜明导向，引导医药行业向关注真创新、保证高质量的方向持续发展。目录调整工作也推动形成了符合中国国情的创新药价格体系，统筹兼顾了参保人支付能力、医保基金承受能力、药品真实临床价值、企业投入和回报等因素，为创新药品在更大市场上实现价值体现提供了平台。目录调整工作还始终尊重和维护企业的主体地位，发挥市场在资源配置中的基础性作用，通过自愿参与、科学严谨、公平公正、公开透明等方面的保障性机制，尽力维护企业的合理利益、调动企业的创新积极性。

目前，医保药品目录调整已形成了科学化、规范化、循证化、透明化的创新价值评估体系。未来，伴随着创新产品研发的新趋势，期待着评审规则能进一步与时俱进，不断更新评审维度，迭代评审技术，更新评审指南，为实现更高的基金使用效率，获得更大的健康产出和引导医药产业“真”创新上发挥更大的作用。

[返回目录](#)

• 专家对话 •

专访国家卫生健康委体改司司长杨建立：把握重点 直面难点 找到改革平衡点

来源：健康报

日前，国家卫生健康委在福建省三明市举办推广三明医改经验培训班，国家卫生健康委党组书记、主任雷海潮出席并讲话。各省、自治区、直辖市和新疆生产建设兵团卫生健康委，示范项目城市、试点医院和基层卫生健康综合试验区有关负责同志参加了培训班。本次培训班上，国家卫生健康委体改司司长杨建立围绕深化医药卫生体制改革的重点难点和方法论进行培训授课。本报记者在培训期间对杨建立进行了专访，杨建立说，下一步，医改迈向纵深，要坚持以人民为中心，以健康为中心，从人民群众最期盼的地方做起，从人民群众最不满意的的地方改起，以问题为导向，以目标为导向，以结果为导向，找

出改革最大的公约数和最佳的平衡点。

医改“从哪里来，到哪里去”

健康报：新一轮医改启动 15 年以来，形成了怎样的改革逻辑？

杨建立：医改是世界性难题，面对这个难题，首先要回答医改“从哪里来，到哪里去”之问。

2009 年 3 月，中共中央、国务院印发《关于深化医药卫生体制改革的意见》，架起“四梁八柱”，确立“保基本、强基层、建机制”的基本原则，新一轮医改自此起步。

搞改革要有“水滴石穿”的功夫。从 2016 年全国卫生与健康大会召开，到党的十八届三中全会首次提出“推进国家治理体系和治理能力现代化”的重大命题；从 2021 年国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》，公立医院改革进入高质量发展新阶段，到党的二十届三中全会提出，促进医疗、医保、医药协同发展和治理。新一轮医改 15 年来，实践逻辑与理论逻辑日渐成熟，对于医改“从哪里来，到哪里去”的问题作出了清晰回答。

党的二十届三中全会通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》，擘画了进一步全面深化改革的总体部署，明确“到二〇二九年中华人民共和国成立八十周年时，完成本决定提出的改革任务”。对于改革者来说，倒计时已经开启，要深入学习领会习近平总书记关于全面深化改革的一系列新思想、新观点、

新论断，把握改革重点，直面改革难点，找到改革的平衡点，把学习成果贯彻落实到深化医药卫生体制改革的全过程、各环节。

突出重点推动医改实现新突破

健康报：以党的二十届三中全会召开为标志，深化医改进入了新阶段。在这一阶段，深化医改的重点和难点任务是什么？

杨建立：迈进新征程，深化医改要进一步统筹全局，突出重点，实现新的突破。具体来看，主要有几个方面。

（一）如何深刻认识和总结三明医改经验

学三明不是从前的“学大寨”，而是要学习三明人民至上、敢为人先的改革精神，因地制宜地学习三明医改经验。三明医改经验在实践中不断迭代升级，形成了具有可操作性的9条经验：党委政府高位推动，敢为人先；建立高效的医改决策和执行机制；促进“三医”协同发展和治理；建立稳定的投入保障机制；推动医改不断进取、循环迭代升级；发挥医保支付方式和杠杆作用；改革完善人事薪酬和编制制度；坚持以人民健康为中心；培养一支有情怀、敢担当、善作为的医改团队。

各地在学习推广三明医改经验的过程中，一方面要以增进人民健康福祉为出发点和落脚点，另一方面还要注重因地制宜，进一步增强部门间的宏观政策取向一致性，健全目标统一、政策衔接、信息联通、监管联动等机制，增强医疗、医保、医药改革的步调协同。推动地方

落实改革责任，加强党对深化医改的领导，由一位政府领导分管医疗、医保、医药，把医改纳入全面深化改革同部署同考核。发挥综合医改联系省、公立医院改革与高质量发展示范项目城市、试点医院等作用，使以三明为代表的医改经验得到进一步拓展和普及。

（二）如何重点推动地市层面改革取得更大突破

要发挥好公立医院改革与高质量发展示范项目的带动作用，激励引导一批改革创新积极性高、基础条件好的地市，率先形成市、县级公立医院改革和高质量发展经验。以地市级为单元推动深化改革，以结果为导向，对地市级医疗卫生服务体系、公立医院高质量发展、医改整体成效和医患双方满意度进行监测评价，推动形成百舸争流的改革局面。

（三）如何把握好公立医院改革与高质量发展示范项目

大范围、多层面、多领域的政策试点是具有中国特色的公共政策制定实施的重要特征之一。习近平总书记指出，试点是改革的重要任务，更是改革的重要方法。在医药卫生领域，从两江试点，到公立医院改革、分级诊疗等，无一不是试点改革的范例。政策试点既不是漫无目的的试错，也不是先入为主的试对，而是中央主导下“政策求解”的过程，从而实现稳中求变求新的目标。

所以，以地市为单元的示范项目首先要能够发挥示范突破带动作用。要有敢为天下先的精神，解放思想，大胆闯大胆试，要用活“投

石问路”的方法，用足试点探索的政策，把顶层设计和摸着石头过河结合起来，成功了逐步扩大推广，有问题及时纠偏，总结出更多可复制可推广的经验，为更大范围的推广发挥示范引领作用。

其次，示范项目要落实省市两级项目管理责任。压实示范项目城市主体责任，发挥省级管理指导和保障作用。做好全过程跟踪问效。增强“交卷”意识，完善评价指标。充分发挥专业指导机构作用，总结改革经验。规范项目资金使用管理。

再次，要在推广三明医改经验上作示范，进一步推进药品耗材集中带量采购提质扩面，动态调整医疗服务价格，完善多元复合式医保支付方式，深化人事薪酬制度改革等。

最后，要巩固提升公立医院高质量发展成效，以支持紧密型县域医共体为重点，持续提升市县级医疗服务能力。

（四）如何在保障公立医院公益性和推动高质量发展中找准改革的定位

落实公立医院公益性离不开财政、编制、价格和薪酬“四驾马车”拉动。

当前，医疗服务价格尤其是技术劳务价格相对偏低。新技术、新项目不能及时纳入医保支付体系。要协同有关部门，着力推进新疗法、新技术纳入医保报销范围，同时也要体现对于短板学科和专业的支持，在价格政策上有所倾斜。深化多元复合式医保支付方式改革。

完善薪酬制度要推动医疗机构间以及医疗机构内部不同科室、不同岗位薪酬更加合理。同时，要进一步调整医务人员的收入结构，主要是提高固定收入占比，突出公益性。要按区域卫生规划合理设置床位，严控床位规模无序扩张；建立以医院内部成本核算和合理检查、用药、治疗为基础的控费机制；持续加强医药卫生领域廉政建设，创新行业监管手段，尤其是加强穿透式监管，持续整治腐败问题和群众身边不正之风。

（五）如何以基层为重点，加快分级诊疗体系建设

分级诊疗体系建设要以习近平总书记在三明视察提出的“大病重病在本省解决，一般的病在市县解决，头疼脑热在乡镇村里解决”为目标，强化人员和服务下沉，推动“四个延伸”。

进一步推动优质医疗资源向中西部、东北地区，向省域内人口较多城市延伸。重点是推动已经设立的国家医学中心、区域医疗中心落实功能定位，进一步发挥好区域范围的辐射带动作用，新建国家和省级区域医疗中心向省域内人口较多城市倾斜，实现均衡布局。

进一步推动城市优质医疗资源向县级医院延伸。全面推进城市医院支援县级医院，核心是建立稳定的人员下沉服务长效机制，三级医院派出专业技术人员和管理干部给予县级医院医疗、药学、护理、管理等组团式常年驻守指导。

进一步推动上级医疗资源向城乡基层延伸。关键举措是全面推进

紧密型医联体建设，实现一定区域内相关医疗机构间医疗服务和管理的上下协同联动、一体化运作，每个基层医疗卫生机构都要有上级医院医师派驻，固定服务周期。推动落实大学生替代乡村医生纳入编制管理、村卫生室纳入医保定点、为中西部地区定向免费培养医科类大学生等工作，加强基层医疗卫生服务防病治病和健康管理能力。

进一步推动一定区域内医疗卫生服务互相延伸。通过检查检验结果共享互认、探索建立转诊中心等方式，增强医疗卫生服务的连续性，提升人民群众看病就医获得感。

（六）如何以改革推动落实健康优先发展战略

改革的目标之一是推动国家战略的实施。“健康优先发展战略”是党的二十届三中全会确定的重大国家战略，我们要推动建立完善健康优先发展的规划、投入、治理等政策法规体系，促进健康融入所有政策，推动各地各部门把保障人民健康作为经济社会政策的重要目标，探索以立法推动建立健康影响评价制度。

具体措施包括大力促进社会共治、医防协同、医防融合，加强慢性病重点人群管理，聚焦影响人民健康的心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病等重大疾病，推动防治关口前移，加强早期筛查、早诊早治。鼓励医务人员积极参与健康宣教，让更多的健康知识“飞入寻常百姓家”，以学校为重点推进健康教育进校园，进课堂，传播和普及“健康生活方式”，让公众真正成为自己健康的第一责任人。

新征程推进医改的方法论

健康报：面对医改这个难题，我们应该用什么方法找到改革的最佳平衡点？

杨建立：中国革命和建设的实践已经无数次证明，只要是在党的领导下，任何难题都可以攻破。既然医改是世界性难题，我们就要善于在党的百年奋斗中汲取成功密码和战胜困难的经验。要学习中央深改委抓改革的路径和方法，在改革的顶层设计中找到破解难题的答案：坚持问题导向，以调研开路，用改革破题；尊重基层首创精神，将顶层设计与实践探索相结合；注重改革的系统性、整体性、协同性，提高改革的系统集成能力。

以党的二十届三中全会召开为标志，深化医改翻开了历史性的一页，我们要抓住改革的主要矛盾，在战术上重视改革所面临的种种难题，牢牢把握国家战略，倒排改革工期，带着问题抓医改，发挥制度优势，结合中国的国情和实际，走出一条具有中国特色的医改道路。

[返回目录](#)

让医保谈判药品更可及的中国方案 | 聚焦药品领域改革

来源：中国卫生杂志

药品是国家卫生健康事业发展不可或缺的重要组成部分，其安全性、有效性和可及性关系着人民群众的生命安全和身心健康。《中国药品供应保障制度概论》一书，在2024年出版发行后，得到业界的

广泛关注。该书作者之一中国药科大学研究生院常务副院长丁锦希日前接受本刊记者采访，就该书中有关医保谈判药品供应保障部分的热点问题分享了观点。

医保目录准入规则不断改进

中国卫生：《中国药品供应保障制度概论》引用的数据是截至2023年年初的。请问，自那时起，我国医保目录准入谈判的新进展如何？相比成书时又取得了哪些新的成效？

丁锦希：综合来看，我国医保谈判成效主要体现在两个方面。

一是政策环境支持创新药发展的趋势越来越明显，医保基金的可持续性也受到了越来越多的重视。以2023年医保谈判药品续约规则为例，对于按照现行《药品注册管理办法》批准的1类化药、1类治疗用生物制剂、1类和3类中成药，其在续约触发降价机制时，可以申请以重新谈判的方式续约。国家医保局将组织专家按程序进行测算，谈判续约的降幅可不必高于简易续约规定的降幅。此外，考虑到药品在谈判过程中的降幅已经较大，对于连续纳入目录“协议期内谈判药品部分”达到或超过4年的品种，其支付标准的下调比例可在计算值的基础上减半。上述措施均体现出国家层面对创新药的支持。

二是医保谈判测算规则愈加细化，并且更加重视分类管理。既往的谈判规则规定肿瘤、罕见病用药统一按365天的用药计算年费用，但这一规则在2024年调整为“肿瘤、罕见病用药原则上按365天用

药计算年费用，如说明书中严格限定了治疗周期，则可按治疗周期计算疗程费用，并予以说明”。可见，谈判测算规则正愈加精细化和合理化。

另外，经过多年实践，医保目录结构更加优化，主要体现在病种全覆盖和治疗药物梯度化上。

对于病种全覆盖，我国医保目录覆盖病种数量逐年增多。6 年来，我国累计新调入药品 744 种，目录内西药和中成药的数量从 2017 年的 2535 种增加到现在的 3088 种，覆盖常用药、特殊疾病用药和罕见病用药，且覆盖同一疾病的一线、二线、三线治疗用药。

对于治疗药物梯度化，我国医保目录不仅包括治疗相同疾病的同线治疗药物，还包括不同代际的治疗药物。一般而言，代际越新的药物，效果越好且价格越高。

中国卫生：医保准入谈判测算环节的专家由药物经济学及基金测算专家组成。请问，出的谈判底价是以何工具或标准进行的？与实际的价格是否有偏差？

丁锦希：目前，我国医保谈判具体测算机制处于保密状态，并不公开。但总体来看，测算机制已较为科学，体现在两个方面。

一是重点测算谈判药品的临床价值，如疗效、不良反应等。这种测算是相对的，通常基于药品适应证及作用机制的相似性等原则，在医保目录内选取合适的参照药物，衡量谈判药品与参照药物相比，疗

效提升，不良反应降低的程度等，从而给予与之相适应的价格增量。

二是在衡量药品临床价值的同时考虑市场格局。若市场上已有较多同类药品，且价格水平较低，那么即使该药临床价值较高，其测算价格也不应过高。同时，价格测算还需要考虑医保基金承受能力，以量入为出为原则，降低医保基金风险。

“距离实际的科学价格是否有偏差”这个问题，目前尚无定论，只能通过谈判逐步发现真实价格。

中国卫生：书中提到了一些现存问题。目前这些问题的解决情况如何？国际经验是否完全可以照搬？

丁锦希：对于书中提到的现存问题，我们已经依据国际经验向国家医保局提出了相应优化建议。需要说明的是，国际经验只能作为参考，我国不能完全照搬。

一是中国国情特殊。近年来，我国新药上市较多，每年医保谈判药品数量多。而且，我国市场体量巨大，但是医保基金的支付能力有限，且商业保险无法起到支撑作用，所以在借鉴域外经验的同时应该考虑中国实情，选择适合我国的发展道路。

二是中国经过多年的医保改革与发展，已经建立了适合我国的医保谈判新制度与新方案，实现了某种意义上的“弯道超车”，甚至是值得其他国家和地区学习、推广的。

“双通道”机制仅是权宜之计

中国卫生：请您介绍“双通道”机制实施以来取得的最新成绩。

丁锦希：“双通道”机制实施以来，主要有三个亮点。

一是我国处方流转信息平台的建设步伐加快，处方外流率不断增加。目前全国所有省份均已启动医保电子处方中心的部署工作。医保电子处方中心共接入定点医疗机构 1 万多家、定点零售药店 6.63 万家。

二是“双通道”目录建设成果显著。目前，各省的“双通道”目录平均纳入 394 种药品，以国谈药为主、常规目录药品为辅，还纳入了慢性病用药和肿瘤用药等高值药以及患者急需的、替代性低的药品，目录范围不断扩大。

三是支付机制不断优化。一方面，针对“双通道”药品建立单行支付方式，以四川省为典型代表；另一方面，与 DRG(疾病诊断相关分组)支付方式相衔接，进一步优化创新药除外支付和补充支付方式。

中国卫生：实现“双通道”顺利运行的基础是处方流转。然而，医疗机构外配处方的积极性并不高，您建议怎样提高积极性？

丁锦希：目前我国医疗机构外配处方的积极性不高主要是责任和利益两方面因素造成的。

在责任方面，外配处方由院内医生开具，但由院外药师调配，处方外流到药店存在较大的用药风险。在法律未明文规定的情况下，责任认定与免责规定欠缺导致医生不愿使用外配处方。因此，需要完善

医院外配处方的责任界定，建立医院处方外流的考核指标体系。

在利益方面，虽然我国已实行药品零加成政策，医疗机构营收已与药品使用无直接关联，但医疗机构普遍占压医药流通企业大量资金，回款周期过长，药品收入仍是医疗机构资金周转的重要组成部分，医疗机构对处方外流仍持谨慎态度。因此，建议增设处方调剂费或处方开具费，适当增加医生收入，逐步提高医生及医疗机构处方外流的意愿。

“双通道”机制只是权宜之计，我们希望将更多药特别是住院用药引入医院。因此，解决药品进院难问题仍是重中之重。

中国卫生：药店端，尤其是直接面向患者的 DTP 药房，应该提供高质量的药学服务，执业药师要与责任医生定期沟通，共同为患者用药负责。请问，在现行医疗生态下，这两类人群沟通机制该如何加强？

丁锦希：主要从三方面入手。

一是制定药学服务收费标准，体现院内、院外药师的服务价值，并激励双方沟通交流。去年发布的《全国医疗服务项目技术规范(2023 年版)》将一些药学服务纳入收费项目。建议将这些费用的受益人群扩大至院外药师，激励院外药师主动与责任医生沟通交流。

二是提高执业药师专业素养，加强责任医生对其信任度。我国执业药师的专业服务能力较弱，医生对其信任度较低。2024 年发布的数据显示，执业药师大专及以上学历占 61.29%。因此，可通过加强

培训、定期考核等方式提高执业药师的专业素养。

三是建立固定的责任医生与执业药师搭帮负责机制，促使社区零售药店的执业药师与对应区域的社区医生或家庭医生建立固定的搭帮关系，建立常态化沟通机制。

[返回目录](#)

• 地方精彩 •

八年试点，苏州为长护险稳健运行提供了哪些有益经验？

来源：苏州市医疗保障局

据《2023 年度国家老龄事业发展公报》数据显示，我国 60 周岁及以上老年人口超 2.96 亿，占总人口的 21.1%，中国已经快速进入中度老龄化国家，全球没有一个国家有我们这么多老人！并且有研究显示，老年人每增加 5 岁，日常生活自理功能下降的危险性将增加 1.12 倍，各种疾病尤其是慢性病患病率将大幅度上升，许多老年人在 65 周岁左右会出现较为明显的失能问题。国家卫健委数据显示，2021 年我国失能失智人数约为 4500 万！

面对人口老龄化及庞大的失能人群，我国做好准备了吗？又该怎么抓住“银发经济”机遇？

其实，早在 2006 年，国务院就提出探索建立长期护理保险（以下简称长护险）等社会化服务制度；2015 年，在《中共中央关于制定国

国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议》中再次明确提出要“探索建立长期护理保险制度”；2016年，人力资源和社会保障部印发《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80号），开启了长护险制度试点工作，首批共有14个省（自治区、直辖市）的35个城市参加；2020年，国家医保局联合财政部印发《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》，将14个省（自治区、直辖市）的14个城市加入试点范围，国家长护险试点城市增加至49个。

2017年，苏州获批成为全国首批长护险试点城市，在全覆盖、保基本、多层次、可持续的原则下，探索推进系统化政策举措、多元化筹资方式、精细化评估办法、差别化支付标准、社会化管理监督五方面改革，逐步打造出长护险实施的“苏州样本”，不仅全面保障了苏州失能人员的生活，其有益经验也值得全国学习。

截至2024年10月，苏州长护险参保人数达1155.6万人，长护险基金累计支出25.88亿元，受惠群众达12.16万人，有效改善失能人员生活质量，减轻家庭照护负担，改革试点经验值得被深入剖析。

制度保障：构建“1+N”的政策体系

苏州聚焦长护险实施的重点领域和关键环节，系统构建并完善相关配套政策，形成了“1+N”的政策体系。“1”是指2017年6月以市政府名义印发的《关于开展长期护理保险试点的实施意见》，明确了试点的指导思想和原则、主要内容、工作要求等；“N”是指覆盖失

能评估、经办管理、支付结算、监管规范等领域的 20 余项配套文件，为医保部门推动改革试点提供制度依据。

在制度设计上，着重体现社保“第六险”普惠属性，在全国试点城市中率先实行全员参保政策，不设置参保年龄、类型等限制，将全市参加职工、居民基本医保群众纳入保障范围，以长期处于失能状态的参保人群为保障对象，重点解决重度、中度失能人员基本生活照料和与生活照料密切相关的医疗护理所需费用。

资金保障：采取多元化筹资方式

影响长护险稳健运行的一大问题就在于筹资结构过于单一，尤其在医保基金吃紧的情况下，如何多元化筹资方式也是试点城市在八年试点中着重探索的方向。目前，首批试点城市初步建立起社会、单位、个人、财政等多渠道筹资机制，并明确了各方责任负担，但是主要来源仍为医保基金。

按照互助互济、责任共担的多渠道筹资要求，苏州坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的目标，建立权利义务相匹配、稳定可持续的长护险筹资机制。从 2023 年开始，长护险基金筹资由单位缴费、个人缴费和医保基金划转组成，并对职工和居民参保人员实行分类定额筹资。职工参保人员每年个人缴费 24 元/人，在职职工单位缴费 84 元/人(退休职工由基金划转)；居民参保人员每年个人缴费 24 元/人，基金划转 30 元/人。筹资机制的进一步完善健全，确保长期护理

保险制度运行稳定可持续。

标准保障：探索精细化评估办法

如何科学界定一个人是否失能，是长护险制度实施的关键，探索精细化评估办法，是确保失能人员公平公正享受试点红利的基础。

苏州采取初次评估、复核评估、重新评估的组合式评估办法，失能评估通过率超过 83.3%，确保“失能的人享受得到、骗保的人难以得逞”。初次评估，即参保人员首次提交失能评估申请，符合失能等级评估条件的，商保机构随机派单给评估机构，评估机构需在 15 个工作日内指派 2 名评估人员，经预约后上门按照国家《长期护理失能等级评估标准(试行)》进行评估，评估人员逐项对照进行综合评分，得出评估结论。

复核评估，即经公示有异议、参保人或监护人对初评评估结论有异议或者经商保机构、医保经办机构抽查、监督发现参保人员不符合评估结论可提出复评申请，由医保经办机构委托司法鉴定机构进行。复评结果为最终结论。

重新评估，即已享受长护险的参保人员失能状况发生变化，需要重新进行评估认定。一般由护理机构及时向商保机构提出，商保机构组织第三方评估机构进行再次评估，及时调整或终止参保人员长护险待遇。这种精细化的评估方法，较好地保证了长护险评估的科学性和准确性，提高了待遇认定的权威性。同时，苏州积极支持国家评估标

准的设计制定，提供了改革试点本地方案、重要数据和实践经验，在
多轮国家评估标准征求意见中提出了优化建议，贡献了苏州智慧。

待遇保障：实施差别化支付标准

苏州长护险实行机构护理和居家护理两种模式，对两种模式实行
不同的待遇支付标准，实施差别化支付标准，可以有效促进医疗护理
资源高效合理配置。

同等情况下，居家护理的待遇支付标准高于机构护理，鼓励引导
群众选择居家护理模式，促进医疗护理资源高效合理配置。对于居家
护理，重度、中度失能人员上门服务时间分别为 36 小时/月和 26 小
时/月。费用标准为生活护理 40 元/小时和医疗护理 50 元/小时，其
中由长护险基金分别支付 37.5 元/小时和 47.5 元/小时；对于机构护
理，长护险基金按照重度失能人员 30 元/天、中度失能人员 23 元/
天的标准支付。2024 年 1-10 月，苏州全市住院护理待遇享受人数
10285 人，居家护理待遇享受人数 54908 人。

同时，进一步拓展保障范围，2023 年苏州又将患有阿尔茨海默
病性痴呆、路易体痴呆等 18 个病种的失能人员纳入失能失智保障范
围，将护理床、轮椅、助行器等辅助器具租赁费用纳入长护险基金支
付范围，确保失能人员“享受到”服务，更要“享受好”服务。

管理保障：推进社会化管理监督

为充分调动全社会参与改革试点的积极性主动性，苏州充分发挥

本地商业保险机构发展早、基础好、数量多、竞争力强的突出优势，引入商保机构承担评估复核、费用结算、宣传培训、服务质控等管理职责。

在此基础上，医保部门就可更好集中精力进行政策设计、制度建设、机制完善和考核监管，与商保机构形成协同管理格局，不仅有力吸引优质商业保险企业集聚，撬动养老护理服务行业发展，也提供了更多优质就业岗位。

同时，苏州积极上线配套信息辅助系统，为长护险监管助力。设计开发长期护理保险信息系统的PC端和移动端，涵盖长护险申请、评估、入住、结算、稽核全业务流程，根据经办管理、商保、评估、护理等不同机构类型分别设置模块使用权限，解决了护理服务实时监管难题，长期护理服务供给也从“保基本”向“提质效”转变。

2023年，全市暂停、解除协议管理护理机构7家，暂停62名违规护理人员提供服务，协议管理考核扣回违规费用和考核款共计348万元。

下一步，在长护险在全国铺开的背景下，更需要地区间进行充分的经验交流，助力本地长护险更加行稳致远，与此同时，也要注重对产业的带动，推动信息化、智能化技术与长期护理服务融合，引导增强长期护理服务供给，助力银发经济。

[返回目录](#)

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心：算好互认的“大账”和“小账”

来源：中国卫生杂志

看同一种病，为何换家医院看还要重新做检查？不同医院之间的检查检验结果互认为什么这么难？为了解决这一很多患者心中的疑问，2024年11月27日，国家卫生健康委、国家发展改革委等7部门联合发布《关于进一步推进医疗机构检查检验结果互认的指导意见》（以下简称《意见》），对于推动医疗机构检查检验结果互认给予了明确的政策保障。我们推出在这一改革举措得到稳步推进，并且取得初步成效的地方的具体做法和所思所想系列稿件，供业界参考。

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心（简称广妇儿中心）作为国家儿童区域医疗中心（中南）、第二批国家区域医疗中心建设输出单位，长期承担广东省及中南地区妇女儿童医疗、科研、教学、儿童保健及突发性公共卫生事件应急任务，妇女儿童医疗健康服务综合实力连续12年稳居全国第一方阵。同时，该中心也是第一批进驻广州市检查检验结果互认平台的试点医疗机构。多年来，该中心积极落实互认政策，完善配套设施与制度，互认次数在广州市名列前茅，那么，广妇儿中心是如何结合自身特色让互认政策落地生根，互认又给中心带来了哪些改变？

充分利用信息化力量

检查检验结果互认是指不同医疗机构之间的检查检验结果可以

相互认可。实现互认的先决条件是什么?广妇儿中心主任周文浩认为,实现互认的先决条件就是要建立统一的互认平台,实现数据互联互通。作为广东省首批“互联网+医疗健康”示范医院建设单位,该中心始终致力于提升信息化水平。2018年,广妇儿中心成为全国首批通过国家医院互联互通标准化成熟度五级乙等医院,2020年又取得国家电子病历系统功能分级应用评价七级认证。较好的信息化水平为该中心实现数据互联互通,落实互认政策打下了坚实的基础。

周文浩介绍,随着互认平台不断升级,越来越多的医疗机构入驻平台,更多的检查检验项目实现互认,不仅优化了患者就医体验,节省了时间和金钱,也提升了中心的周转率和医疗效率。目前,中心的互认项目包括检查检验结果相对稳定、费用较高、质量可监控、对疾病诊断和治疗短期内影响不大的医学检查和影像检查项目。涵盖了临床生化、免疫、微生物检查、普通放射线检查以及甲、乙类大型医用设备检查等领域。

“依托医院的信息化建设,广妇儿中心已经实现将所有检查检验结果实时上传至广州市互认平台。截至2024年9月底,广妇儿中心互认次数已经超过6万次。”广妇儿中心医务部主任贾炜告诉记者,虽然现阶段互认工作推进比较顺利,但也面临着如检查检验结果质量需要更加标准和规范、影像数据的储存能力和调阅速度需要提升等问题。未来,医院会不断提升信息化水平,让互认更快更安心。

一切从患者实际情况出发

据了解，广妇儿中心由原广州市儿童医院、广州市妇婴医院、广州市妇幼保健院、广州市人口和计划生育技术服务指导所整合而成，该中心的服务对象主要聚焦在儿童和妇女这两类就诊人群。如何让互认政策更好地惠及患者？贾炜表示，儿童和妇女都是相对脆弱，需要格外照顾的人群，特别是婴儿和孕妇，每多做一次检查或者多在医院停留等候，不仅会让患者多受罪，也深深牵动着患者家属的心。

“儿童患者主要以急性病和传染病为主。小朋友的哭声总是让人心疼，但是为了保障患者安全，一切要从患者实际情况出发。需要重做的检查不能省略。”广妇儿中心内科门诊主任李淑华告诉记者，由于患儿家长和医生对于病情的理解往往存在差异，家长焦急的心态和复杂的诊疗过程很容易产生冲突。“我们看过很多发热症状的查验结果，受制于检查时间或技术相关原因，部分医院未能检查出致病原因，这就无法进行互认，需要重新检查。一些焦急的家长就会质疑某项检查结果明明没有问题，为何还要重复检查，从而产生误会。”李淑华表示，沟通是消解误会的好方法，很多患儿家长不知道虽然检查项目相同，但是各家医院的检查手段和仪器不同可能不尽相同的情况，在医生告知相关情况后，大部分患儿家长能够理解医生是为了患者的健康考虑，从而积极配合。

2023 年，广妇儿中心分娩量达 2.8 万人次，该中心每年的产检

需求非常大。贾炜介绍，由于产检持续时间较长，如果不对产检结果进行互认，很可能会限制孕妇的产检选择，使得本就行动不便的孕妇还要多跑路、多受罪。为此，中心强化人文关怀，充分利用互认政策，让孕妇做产检更加便利。在方便患者的同时也进一步提升了中心的口碑。

医生诊疗时间更短了

实施互认除了给患者带去便利，还给一线医生带去了哪些改变？记者来到广妇儿中心的儿科诊室，唐医生正在操作互认平台，几分钟后就完成了整个接诊过程。“以前诊疗一个患儿，我要先了解病史和症状再开检查项目，患儿检查完后还要拿结果来找我，时间跨度较长。有了互认平台后，我可以省去部分患者检查和看结果的环节，诊疗一位患者的时间更短了。”唐医生告诉记者，互认平台上大部分的结果都是可以采用的，因为能上传至这个平台的结果都已按照《医学实验室——质量和能力的专用要求》(ISO15189)的要求进行了把关，有个别情况需要再做检查时，我也会和患者说明情况。“实施互认后，最直观的感受就是诊疗过程更快了，既减轻了医生的压力，也让患者更舒心。”唐医生说。

实施互认虽然给患者带去了便利，但是检查检验次数的减少势必会影响医院创收，对医生的绩效影响有多大？李淑华表示：“互认政策对医生的绩效影响不是很大。因为我们中心今年的门诊量超过了

500 万次，互认带来的经济损失只占一小部分，而且医保也有相关的补偿政策。医疗机构最重要的还是要提升自身的医疗技术水平，只有不断提升医疗技术水平才能留住更多的患者，医疗机构最核心的内涵还是要服务患者，要算‘大账’不算‘小账’。”

周文浩表示，未来，广妇儿中心将致力于“降本减负”，持续提升中心信息化水平，进一步推进互认的标准化和规范化，加强和广州市及广东地区的互认力度，努力让患者获益。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

四位院士共话中国创新药研发

来源：中国医药创新促进会

党的二十届三中全会提出，必须深入实施科教兴国战略、人才强国战略、创新驱动发展战略。在创新药研发领域，怎样才能落实创新驱动发展战略，推进我国由制药大国向制药强国转变？以下四位药学界两院院士发表了观点。

中国科学院院士陈凯先：高度重视原始创新，加大基础研究和原创药物研发的投入力度。

中国工程院院士王广基：细胞治疗药物研发不仅需要突破传统药物研发中的许多技术瓶颈，还要在安全性、有效性、质量控制等方面

取得重大突破。

中国工程院院士王锐：医科院药物所自成立以来，一直坚持走独具特色的产学研相结合的发展道路，打造出品种快速繁育转化的“内循环协和模式”。

中国工程院院士蒋建东：要真正推进新药研发和产业化，必须克服产学研一体化中的诸多难题。

中国生物医药行业近年来经历了前所未有的发展。国家在药物研发领域的政策支持、资金投入和技术突破，使我国成为全球药品市场的重要一员。近日，由中国医学科学院主办，中国医学科学院药用植物研究所、药物研究所、医药生物技术研究所以及医学生物学研究所、药品医疗器械监管科学研究所承办的第三届中国药学事业发展大会在北京市召开。与会专家表示，近年来，我国创新药研发热情空前高涨，获批上市的药品数量持续增加，取得了显著的成绩，但依然存在原始创新能力不足、一些技术瓶颈有待突破等问题。

新药研发进全球第二梯队前列

随着国家在医药创新领域战略布局的深化，特别是“重大新药创制”国家科技重大专项的实施，我国生物医药行业迎来了飞速发展的机遇。国家药监局的统计数据显示，今年1月至11月22日，国家药监局批准一类创新药38个，其中中药3个、化药20个、生物制品15个，另有已完成技术审评待审批的创新药1个。另外，我国近5

年批准的化药及治疗用生物制品，在重大公共卫生疾病、恶性肿瘤等严重危及生命和影响生活质量的多个疾病适应证领域实现了治疗药物的首次批准和更迭，持续推进了罕见病用药、儿童用药领域的新药和好药上市，不断满足了患者临床用药需求。

对此，中国科学院院士、中国科学院上海药物研究所研究员陈凯先表示，我国在新药研发管线和上市数量指标上已步入全球第二梯队的前列，特别是在临床研究和药物创新的速度上展现出强大的增长潜力。

然而，尽管数量上取得了快速增长，但我国创新药研发在原始创新能力方面仍显不足。陈凯先分析认为，原始创新，即从“零”到“一”的突破，代表了技术进步的核心。整体上，我国的药物研发仍集中在模仿创新上，原创性突破较为稀缺。这种创新模式在一定程度上限制了我国药物研发的科学意义和市场价值。以肿瘤、免疫性疾病为例，国内药物研发的同质化现象较为严重，创新点集中在少数热门靶点上，真正的“first-in-class”（首创）新药还相当缺乏。

此外，陈凯先还表示，跟踪式创新模式还制约了我国生物医药产业抢占全球市场的先机。尽管某些类别的获批新药数量超过了国外，但在全球药品市场所占的份额上，我国仍处于较低水平。例如，国外最早研发上市的两种肿瘤免疫治疗抗体药物就占据了该类药物全球销售额的 73%，而我国批准的该类药物品种为 10 多种，市场份额仅

占 4%。

中国工程院院士、中国药科大学教授王广基进一步指出，细胞治疗和基因治疗作为生物医药领域的重要研发方向，正逐渐成为新药研发热点。然而，我国在这些领域的原始创新和技术积累还不够深厚。王广基认为，细胞治疗药物研发不仅需要突破传统药物研发中的许多技术瓶颈，还要在安全性、有效性、质量控制等方面取得重大突破。

王广基表示，细胞治疗药物在体内的增殖过程非常复杂，需要通过更先进的技术手段进行精确追踪和监控。目前，尽管我国在细胞治疗和基因治疗的研究上取得了初步进展，但真正能够与国际顶尖水平竞争的核心技术依然缺乏。

陈凯先指出，原始创新对基础研究的能力和水平要求更高，探索性更强，因而研发周期更长，失败的风险更高。这就要求我国要大力加强基础研究和关键核心技术攻关，同时加强资本市场和审评审批政策等各环节对原始创新的支持，营造有利于原始创新、有利于涌现更多从“零”到“一”技术突破的生态环境。

创新链布局应进一步完善

新发展阶段，在我国药物研发体系中，科研机构和企业定位须进一步明确，创新链的布局要进一步优化和完善。陈凯先介绍，过去，国内药企的研发能力相对薄弱，技术和人才不足，大多数只能研发仿制药物。近年来，随着国家政策的引导支持和改革的深化推进，不少

企业的创新药研发能力不断提升，一些老牌企业向创新研发方向转型，新兴生物技术公司快速崛起，使我国药物研发格局发生重大变化。

“与过去新药研发主要依赖科研院所和大学不同，现在我国药物研发的主体已经转向企业。”陈凯先介绍，目前，我国每年研发获批的新药大多来源于企业。这种变化反映了企业创新能力的提升，在新药研发和产业化过程中，企业发挥的作用日益显著。

陈凯先表示，然而，在一些核心技术和前沿领域，尤其是关系到原始创新的新靶点和新机制发现等方面，多数药企仍然力不从心。因此，科研院所、大学和药企的角色应该要有相应的侧重和调整。科研院所和大学应将更多精力集中在原始创新、新靶点发现及新机制探索上，并通过加强与企业的合作，为企业的药物研发不断开辟新的前沿方向，提供关键核心技术支撑，建立新的赛道，引导企业避免过度的同质化竞争，从而引领整个行业技术的进步。

陈凯先说：“科研院所和大学还需要进一步拓展国际化视野，加强与国际科研机构和合作，吸引全球人才，尤其是在基础研究和原始创新领域，争取有更多的科研突破。”

产学研一体化的有效实践

2024年7月5日，国务院常务会议审议通过《全链条支持创新药发展实施方案》，提出要调动各方面科技创新资源，强化新药创制基础研究，夯实我国创新药发展根基。对此，中国工程院院士、中国

医学科学院药物研究院院长蒋建东认为，科研院所和企业作为创新药研发的重要科技创新资源，二者之间密切合作，即构建紧密的产学研一体化模式至关重要。

然而，产学研一体化模式的构建并不容易，许多科研机构与企业之间的合作并不顺利，导致科研成果难以转化为新药。蒋建东认为，要真正推进新药研发和产业化，必须克服产学研一体化中的诸多难题。

在科研院所与企业合作方面，中国医学科学院药物研究所(以下简称医科院药物所)通过与所办企业的深度合作，探索出一条适合中国国情的创新药物研发转化模式，为产学研一体化提供了有益借鉴。

蒋建东介绍，医科院药物所不仅是一家国家级药学科研机构，还办了多家企业，形成了一种独特的所办企业模式。在该模式下，医科院药物所不依赖企业营利，允许其自主发展，并以技术输出和原创新药转化的方式支持其发展，提高所办企业的核心竞争力。这种模式的关键在于其管理机制：虽然医科院药物所与所办企业均是独立的法人单位，但企业的高层管理人员大多来自医科院药物所，确保了科研成果能够迅速转化为产品。

对此，蒋建东解释，正是由于所办企业的高层管理人员来自医科院药物所，原创新药的转化机制才更为顺畅，少去了很多不必要的中间环节。蒋建东说：“科研院所与企业之间的合作常常充满不确定性

和漫长的谈判周期。这些谈判可能持续几个月甚至几年，有时企业的管理层更换也会影响谈判的进展。医科院药物所与所办企业之间的合作模式，可以确保合作关系较为稳定，让药物所开发的原创新药能在所办企业迅速投入生产。这种效率和速度远超一般的科研机构和企业之间的合作。”

蒋建东表示，这种模式也有效避免了科研成果的外泄。例如，医科院药物所在确保所办企业生产环节的保密性和严密性符合要求后，才会将其开发的保密药品交由所办企业规模化生产。医科院药物所与所办企业之间通过严格的保密协议和技术控制，确保核心技术和商业秘密的安全。

中国工程院院士、中国医学科学院药物研究所执行所长王锐表示，医科院药物所自成立以来，一直坚持走独具特色的产学研相结合的发展道路，打造以医科院药物所创新药物研发为核心的品种快速孵育转化的“内循环协和模式”。该模式以医科院药物所为策源地，中下游涵盖了多家所办企业。依托该产学研一体化的孵化模式，由医科院药物所研制的双环醇、人工麝香、紫杉醇注射液、灵孢多糖注射液等多个新药得以获批上市、投入生产、进入市场。

“医科院药物所的成功并非偶然，而是基于长时间的积累和经验。中国原创新药的研发面临巨大的风险和挑战，而医科院药物所的成功模式正是应对这一形势的有效实践。未来，国家应继续支持这一模式，

帮助更多的科研机构实现高效的科研成果转化，同时鼓励企业和科研院所之间的长期合作。”蒋建东说。

未来的突破方向在哪

陈凯先表示，未来，我国要在全球药品市场中占据更加重要的位置，必须在以下几个方面实现突破。

首先，高度重视原始创新，加大基础研究和原创药物研发的投入力度。尤其是在基因治疗、细胞治疗等前沿领域，我国必须聚焦核心技术的攻关，加强与国际同行的合作与交流。

其次，优化产学研一体化模式。科研机构与企业的深度合作，能够确保科研成果转化为市场产品，并推进创新药物产业化。在这一过程中，科研人员的积极性和创造性至关重要。因此，我国必须通过政策引导和资金扶持，为科研人员发挥创新提供保障，同时加强科研机构与企业之间的互动与合作，解决技术转化过程中的瓶颈问题，为我国药物研发注入新的动力。

再次，要抓住新的技术革命浪潮带来的发展机遇。随着人工智能、大数据和新兴技术的迅速发展，药物研发将发生革命性的变化。这些新技术将大幅提高药物研发效率，缩短研发周期，降低成本，并加速创新药物市场化进程。陈凯先指出，未来，新兴颠覆性技术平台的建设将成为推进药物研发的重要举措。

最后，加强“出海”和国际化合作。随着全球药品市场竞争的日

益激烈，国际化合作将成为中国生物医药企业的必然选择。通过与国际药企、科研机构合作，中国药企不仅能够汲取和借鉴国际经验，也将有力推进国际市场的拓展，加快创新药物“出海”。

[返回目录](#)

国家药品谈判成效显著：提升药品可及性，减轻患者负担

来源：中国人民大学卫生技术评估与医药政策研究中心

2024 年 10 月 30 日，随着 2024 年国家医保药品目录调整现场谈判竞价落下帷幕，中国医保药品谈判再次引起广泛关注。通过国家医保药品谈判政策的不断推进，特别是自国家医疗保障局成立以来，中国的药品医保准入管理取得了显著进展，患者的用药负担显著减轻。国际和国内的对比数据显示，随着改革的深入，与世界一些典型国家相比，中国药品价格逐步趋于合理。

一、药品价格与经济发展水平更加匹配

有关专家通过分析 IQVIA™ 全球药品销售数据库的数据发现，2017 年到 2022 年间，参加国家药品谈判的药品在全球范围内的价格差异显著。研究对数据较全的 140 种国谈药在 15 个国家的价格进行了比较。这些国家包括 10 个在谈判时进行了价格参考的国家(美国、英国、法国、德国、意大利、加拿大、澳大利亚、日本、韩国和土耳其)，以及与中国经济水平具有一定可比性、同为发展中国家的“金砖国家”(巴西、俄罗斯、印度、南非)。随着国家医保局的成立及其

对药品价格大刀阔斧的管理和改革，特别是 2019 年之后，中国成为这些国家中相关谈判药品价格与人均 GDP 匹配程度最高的国家，匹配度远高于美国、意大利、德国等发达国家。这一变化也反映了中国医保药品准入政策的有效性。在改革前，药品价格曾与中国的经济水平脱节，脱离了作为发展中国家的实际情况。如今，药品价格的调整更加符合国家经济发展水平，也大大缓解了患者在用药方面的经济压力。

二、谈判政策推动药品使用频率大幅提高

对全国 1500 多家医院的数据分析表明，国家医保药品谈判政策的实施显著提高了药品的使用频率和累计覆盖率。尤其是在 2023 年度谈判药品中，新上市的药品快速进入医院市场，使用频率在政策实施后增长了 13.36 倍。与此同时，药品价格指数显著下降，日均费用降低了 7.57%至 64.87%不等，极大地降低了患者的经济负担。随着我国药品谈判工作制度化和常态化，105 个谈判新增的药品能够快速放量，大大缩短了进院时间。使“能否进入医保目录”成为新药上市后“缓慢爬升还是快速起飞的重要分水岭”。国家药品谈判政策不仅在性价比上取得突破，更通过缩短药品进入医院的时间，快速提高了药品的市场覆盖率(企业受益)和患者可获得性(患者受益)，保障了患者能够及时、有效地使用到所需药物。

三、优化药品流通，减少患者负担

与一些发达国家相比，中国在药品流通环节上也做出了重要优化。根据国际价格对比的研究，2022 年中国药品的零售价格与出厂价格之间的差距已大幅缩小，是 10 个参照国以及金砖五国中差距最小的国家。这一变化反映了中国医保通过控制终端价格以及实施两票制，大幅减少了流通环节成本，减轻了患者的经济负担，同时也降低了企业的流通成本，避免了不必要的中间费用，实实在在诠释了健康领域的“多方共赢”。

四、持续深化改革，推动医保政策常态化

随着国家药品谈判政策的逐步深化和持续推进，确定药品医保支付标准的科学性和合理性得到进一步增强。这一政策有效地优化了医保准入机制，提高了医保资金的使用效益，使得患者能够以更加合理的价格获得必需药物。与此同时，药品谈判政策的实施使得制药企业对中国市场的信心进一步增强，创新药品在医保目录中的准入变得更加快速和顺畅，有利于促进企业的创新动力，推动了创新药品落地和使用，在守住医保“尽力而为，量力而行”之上尽全力保障了患者能够尽快用上了可能有更高健康收益的创新药。

通过药品谈判和落实“最后一公里”相关政策的推动，药品的可获得性和使用频率显著提高，尤其是在一些以前较为昂贵或难以获得的创新药品方面，患者的经济负担得到了大幅度的减轻。这些积极的变化使得医保不断朝着更高效、更公平、更普惠的方向发展。政策的

常态化实施将使得医保制度更加稳定，药品改革的成效也将持续显现，进一步提升民众的健康保障水平。医保准入谈判将继续发挥重要作用，预计将在未来进一步扩大药品的可及性，为更多患者带来实实在在的福祉。

[返回目录](#)

• 妇幼健康 •

加速消除宫颈癌 • 在行动 | 浙江推进一级预防策略实践

来源：健康报

今年 11 月 17 日，是世界卫生组织发布《加速消除宫颈癌全球战略》四周年纪念日。持续争取社会对消除宫颈癌的支持，唤起公众对预防宫颈癌的正确认知，调动社会各界的积极性，共同破解宫颈癌防治难点，携手向消除宫颈癌目标迈进，再次成为热点话题。

我国印发的《加速消除宫颈癌行动计划(2023—2030 年)》明确，通过为年轻女性接种 HPV 疫苗、在适龄女性中开展宫颈癌筛查、及时治疗宫颈癌及癌前病变等三级预防措施能够有效防控并最终实现消除宫颈癌，目前我国 9~45 岁的适龄女性可自行选择接种二价、四价和九价 HPV 疫苗。

浙江省高度重视宫颈癌防控工作。2023 年，浙江省卫生健康委等 8 部门联合发布《浙江省加速消除宫颈癌工作方案》，提出普及官

颈癌防治知识、降低患病风险，加强宫颈癌筛查服务、促进早诊早治，规范宫颈癌治疗、加大医疗救治保障力度，完善宫颈癌综合防治体系、提高防治能力四项重点任务。为贯彻落实该工作方案，加快浙江省宫颈癌消除进程，在浙江省疾控局指导下，浙江省疾控中心在推动和促进 HPV 疫苗接种、宣传普及宫颈癌防控知识和理念方面不断实践探索，积累了一定经验。

由点到面

推进 HPV 疫苗免费接种民生实事项目

2021 年，宁波市鄞州区在浙江省内率先开展初一女生免费和补贴接种 HPV 疫苗工作；2023 年，台州市和丽水市在全市范围开展初一女生免费接种国产二价 HPV 疫苗民生实事项目，均取得了较好成效，推动了目标人群疫苗接种认知和意愿的提升。在此基础上，2024 年，浙江省政府将“为全省所有适龄女生免费接种二价 HPV 疫苗，2024 年重点为 13~14 岁女生接种”纳入省级民生实事项目，2024 年全省目标任务数为 5 万人。

摸底接种意愿，有针对性地开展健康教育和宣传。为了解浙江省公众参与民生实事项目和接种 HPV 疫苗的意愿，确保民生实事项目更好地满足公众需求，2024 年 3—4 月，浙江省疾控中心协同教育部门完成对全省 11 万余名适龄女孩 HPV 疫苗接种意愿调查。同时，开展专项健康教育与宣传活动，制作相关科普视频、折页等资料，在社区卫

生服务中心、学校等场所播放及发放；依托传统媒体和新媒体平台，以通俗易懂的方式向公众传播宫颈癌防控和 HPV 疫苗接种相关知识，持续提高公众对 HPV 疫苗的认知度和关注度。

开通绿色通道，贴心服务提高接种可及性、便利性。为方便在校女生接种 HPV 疫苗，浙江省内多地开展周末接种和专场接种服务，并通过延长接种周期、开展分时接种、增加每日服务时间、开通专线咨询电话等措施，丰富服务形式，提升便民力度，优化服务质量。宁波市奉化区大部分学校设置临时接种点，开展集中接种，相关学校落实专人负责协助接种单位通知并督促目标人群及时完成接种。湖州市德清县接种门诊增加接种频次，设立 HPV 疫苗独立接种台，并开设了“母女同行”“姐妹组团”快速通道。这些举措切实为家长和学生带来了便利，赢得了广泛好评。

数字化助力

优化 HPV 疫苗接种模式

在预防接种数字化改革领域，浙江省充分发挥数字经济发展先行省的优势，依托大数据、云计算、物联网等前沿技术，对免疫规划信息系统进行全面升级，推动系统数字化转型。2024 年 4 月 25 日，在浙江省杭州市举行的第 38 个“全国儿童预防接种日”主题宣传活动中，浙江省疾控局和浙江省疾控中心正式宣布启用浙江省免疫规划智慧服务信息系统。该系统通过浙江省一体化在线政务服务平台（简称

“浙里办”)上线“浙里接种”应用,为公众提供优质高效、智慧便捷的 HPV 疫苗接种服务。

HPV 疫苗在线摇号和预约,兼顾效率与公平。HPV 疫苗上市后,一度面临“一苗难求”的紧张局面。为保障 HPV 疫苗分配的公正性和透明度,2021 年,浙江省在“浙里办”应用上线 HPV 疫苗摇号功能,有接种意愿的女性可以平等获得 HPV 疫苗接种机会。随着 HPV 疫苗的供需逐渐平衡,2024 年,“浙里办”应用开放 HPV 疫苗在线预约功能,更好地满足广大公众的接种需求。

推出电子预防接种证和疫苗身份证,保障接种安全。2022 年 6 月,浙江省嘉善县推出全国首张电子预防接种证,随后在全省范围内推广使用,公众可通过“浙里接种”应用申领。电子预防接种证将同一个人不同年龄段的疫苗接种信息归总合一,随查随用,解决了一人多本证、纸质证明携带不便和接种信息查询难等问题。2024 年 3 月,在电子预防接种证的基础上,“浙里接种”应用再添“疫苗身份证”新功能。3 月 20 日,全国首张“七码合一”疫苗身份证在浙江省杭州市西湖区发布,7 月实现全省覆盖。受种者接种疫苗后,可在“浙里接种”应用查看该疫苗生产、流通、冷链、接种的全过程、全要素信息。电子预防接种证和疫苗身份证的使用推广,让公众享受更加舒心的接种服务,对疫苗更加放心、对规范管理更有信心。

开辟省级线上科普阵地,全覆盖做好健康知识普及。强化预防接

种健康教育，依托浙里健教——浙江省健康科普数智(AI)创新平台，浙江省在“浙里接种”应用开辟“科普推荐”和“数字医生”栏目，邀请浙江省健康科普专家库免疫规划科普分库的专家拍摄短视频，开展多样化疫苗知识宣传，并陆续上线疫苗通识、疫苗针对性疾病知识、免疫程序等类目，2024年增设HPV疫苗民生实事项目宣传专项，公众打开“浙里接种”应用即可查看官方权威科普信息。

当下，宫颈癌防控仍然面临诸多挑战，任重而道远。如与国外相比，国内HPV疫苗接种策略有待进一步优化，公众对HPV疫苗接种的认知仍然不足且存在一定偏差。下一步，浙江省将继续秉持“关口前移、预防先行”的理念，开展更广泛、更深入的公众健康教育和宣传，提供更惠民、更便民的预防接种策略和服务，推动建立更系统、更全面的医防融合和协同机制，与社会各方携手合作，促进加速消除宫颈癌目标早日在中国实现，为创造没有宫颈癌的未来作出贡献。

[返回目录](#)

如何完善相关政策措施，推进生育保险参保扩面？

来源：华中师范大学公共管理学院

生育保险是保障女性生育权益、引导生育医疗资源配置的重要政策工具，应完善相关政策措施，全力支持构建生育友好型社会。

要更有针对性地完善生育保险政策，需要了解我国生育相关的几个基本事实。

一是我国高龄产妇越来越多。2020 年，我国女性初婚年龄平均为 28 岁，且初婚年龄仍在持续推迟。《2019 年全国妇幼健康监测主要结果分析报告》（以下简称《分析报告》）数据显示，我国 35 岁及以上孕产妇占比已经达到 15.77%，其中城市高达 17.28%。高龄女性辅助生殖需求较高、产检需求也更高，分娩的风险和费用因此也会更高。

二是我国剖宫产率远超世界卫生组织(WHO)提出的 15%的警戒线。《分析报告》数据显示，2019 年全国产妇平均剖宫产率为 44.47%。自 2017 年起，我国剖宫产率基本维持在 45%左右。剖宫产对后续生育能力和生育意愿有一定影响，且会显著增加再次生育时母婴的健康风险和医疗服务费用。一般来说，剖宫产费用是顺产的 2 倍左右。

三是孕产妇主要集中在二三级医院分娩。三级医疗机构的分娩费用会高于二级医疗机构，一般为二级医疗机构的 1.2 倍—1.7 倍。

四是大量医院产科长期收不抵支。伴随着生育率快速下降，不少医院已将产科、妇科合并，以妇科“养”产科。

五是产妇无痛分娩使用率较低。有调研数据显示，截至 2020 年，全国无痛分娩的使用率只有 30%左右。使用无痛分娩能够显著降低女性分娩疼痛感，不仅有利于降低产后抑郁症的发生概率，也有助于提高女性二胎、三胎的生育意愿。

谈完生育现状，还应再了解一下我国生育保险的几个基本事实。

一是生育保险覆盖范围有限。相关统计公报显示，2023 年职工医保参保在职职工 27099 万人，生育保险参保在职职工 24903 万人。根据各地区现行政策，这 2000 多万人的参保人数差距为灵活就业人员。

二是生育相关医疗费用保障待遇有限。分娩费用方面，有调查显示职工医保参保人住院分娩实际报销比例为 70%左右。产检次数方面，WHO 推荐的孕妇产前检查次数为不少于 8 次，而《分析报告》显示，2019 年城市孕妇产前检查少于 5 次的占比 7.25%，不少于 8 次的占比 68.37%。实际上，随着我国孕产妇年龄逐渐升高，产前检查次数理应更高。但检查费用方面尚未对高龄产妇进行加成或差别支付，保障水平有限。

三是生育津贴支付政策尚未统一。法律规定，参保职工应该领取的生育津贴应按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资计发。在实际操作中，各地区计发标准不统一，一些地区生育津贴是根据上年度或上月单位职工医保月缴费基数平均值计发，且地方间在计算缴费天数也有差异。此外，不少地区的生育津贴尚未实现社会化发放，仍由单位直接发放给产妇本人，难以确保单位完全落实相关政策。

基于以上情况，笔者认为生育保险制度应从四大方面进行完善。

一是扩大生育保险覆盖面，将灵活就业人员纳入生育保险覆盖范围。目前仍有不少省份未推出允许灵活就业人员参加生育保险的政

策。未来应确保所有参加职工医保的参保人都能同时参加生育保险，保证在覆盖人群中做好两险合并实施。

二是提高生育相关医疗费用待遇保障水平，改善产妇分娩体验感。全国应统一将辅助生殖纳入医保报销范围；适当提高产检费用报销比例。同时尽快增设无痛分娩等与优化生育服务相关的医疗服务项目，满足产妇多元化需求，改善分娩体验。

三是规范生育津贴支付。应在全国层面统一规范生育津贴的支付天数，健全生育假期成本分担机制，均衡企业成本负担并健全孕产妇劳动保护制度。同时进一步做实社会保险缴费基数，优化生育津贴发放流程，通过即申即享、社会化发放来不断提高生育保险参保人的获得感。

四是加大生育相关医疗服务支持力度。首先，对于产前检查按人头打包付费，明确规定产前检查服务包，提高产检服务利用率，降低遗传病、畸形率和孕产妇死亡率，保障孕产妇和新生儿健康。其次，在 DRG/DIP 付费改革中，规范住院分娩医疗费用支付标准，向二级医疗机构倾斜，合理确定顺产与剖宫产支付标准，引导医疗机构和医务人员鼓励孕产妇顺产，在提升基金使用绩效的同时，也能降低孕产妇家庭经济负担。最后，提高高危产妇住院分娩 DRG/DIP 付费权重/分值，尤其是扩大对危急重症孕产妇和高龄孕产妇的支付权重/分值，保障医疗服务合理支付及高危孕产妇的看病权益。

生育保险的上述改革完善将有助于建立生育友好型社会，实现国家人口高质量发展，但无疑也会给生育保险基金带来一定的资金支出压力，为此应尽早谋划，做好政策储备。

[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