

医药先锋系列之

Medical weekly pharmacy

» 医周药事

2025年第6期

(2025.02.03-2025.02.09)



北京先锋寰宇大健康管理有限公司 主办

——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。）

• 医疗改革 •

▶ [中国医疗保障制度改革发展三十年](#)（来源：中国医疗保险研究会）

——第 7 页

【提要】中国医疗保障制度改革，是 20 世纪后期重大的历史事件，是在中国共产党集中统一领导下开启的史无前例的跨世纪民生工程，深刻地影响和改善着中国人民的生活方式和健康状况。回眸中国医保制度改革发展 30 年峥嵘岁月，盘点所取得的累累硕果，展望中国医保制度改革发展新征程，全民医疗保障制度将进一步全面深化改革，促进“三医”协同发展和治理，为全体人民提供更加公平、高效、便捷、温馨的保障服务，促进共同富裕的辉煌前景。

▶ [2024 年医改政策三大主线回顾](#)（来源：医药经济报）——第 19

页

【提要】2024 年，国家出台全面深入推动医疗卫生事业发展改革系列政策，国家医改进一步推进医保支付制度改革，以全面推动药品和高值耗材国家集采提质扩面为抓手，拉动公立医院围绕提升医患服务能力，推动医疗服务价格改革，建立现代医院运行机制，实现高质量发展。

• 地方精彩 •

► [基金监管步入大数据时代，广西试点成效几何？](#)（来源：中国医疗保险）——第 22 页

【提要】国家高度重视医保工作，过去的中央全面深化改革委员会、国务院常务会议多次审议通过了关于医疗保障制度和医保基金监管等一系列重磅医保改革文件，均强调“大数据”的不可替代性，支持加强大数据分析技术在基金监管工作中的应用。2023 年 8 月广西被确定为医保反欺诈大数据应用监管试点地区。广西壮族自治区医保局，多次与公安部门沟通交流，共同分析研判打击欺诈骗保工作策略和措施，加强双方合作和协调。2024 年 9 月，将前期验证有效的数据模型部署于反欺诈平台上，大数据模型开始在守护医保基金方面“立大功”。

► [首版丙类目录 2025 年发布，各地探索商保医保新模式提速](#)（来源：药智网）——第 28 页

【提要】2025 年新年伊始，国家医保局召开新闻发布会，明确 2025 年内国家医保局计划发布第一版丙类目录，将积极引导支持惠民型商业健康保险将丙类目录纳入保障范围，其他符合规定的商业健康保险也可以使用丙类目录。可以预见，随着商业健康保险与基本医保错位发展、一体推进，将更好地支持医药创新、更加充分地保障人民群众多元需求。

• 医药专栏 •

▶ [购买“双通道”药品需电子处方，处方流转监管步入新阶段](#)（来源：中国医疗保险）——第 32 页

【提要】近年来，国家医保局在医保目录谈判中纳入了众多创新药品，其中不乏一些上市时间较短、医院尚未普及的新药。同时，基层医疗卫生机构在药品配备方面仍存在不足，导致部分参保人在获取所需药品时面临困难。为了切实保障参保人的用药可及性，维护其合法权益，国家医保部门积极支持合理的医保药品外配处方政策，确保参保群众能够及时获得所需的药品。

▶ [医保目录落地！多地取消医院用药数量限制](#)（来源：医药网）——第 38 页

【提要】医保目录落地，又一地明确各级医疗机构应取消药品进院品种和数量限制，并且，25 省明确本月底前召开药事会。

• 分析解读 •

▶ [降价、保量与临床选择可否兼得？——论带量集采中的“不可能三角”](#)（来源：健康报）——第 41 页

【提要】全面审视医药集中采购的政策历程，临床自由选择往往是导致医药费用居高不下的原因，是医改的标的之一。而医保部门主导的带量集采，其能够顺利落地也正是在限制临床自由选择的基础上得以实现的。这其中，降低采购价格、中标数量落地、临床自由选择等因

素之间，似乎存在客观约束条件，难以完全满足，本文将对此进行分析。

► [医疗费用上涨已成全球普遍趋势，该如何应对？](#)（来源：中国医疗保险）——第 45 页

【提要】由于医疗行业存在高度的“信息不对称”，普通就医群众只能“听之任之”，所以还需要国家层面大力整治医院的过度诊疗行为。在这两个因素双增的情况下，医疗费用大幅上涨是必然的。此外，除去正常的通货膨胀外，随着医疗技术的进步还可以进一步提升疾病的早期诊断率以及部分疾病发病率增加等，都导致整体医疗费用越来越多。

• 专家观点 •

► [2025 年药学服务如何落地？药店经营理念转变刻不容缓](#)（来源：医药经济报）——第 53 页

【提要】药学服务是围绕提高生活质量这一既定目标，直接为公众提供负责任的、与药物治疗相关的服务。实践药学服务需运用最新的知识与技术，具备较强工作能力、人文修养、交流技巧和丰富社会经验，通过与其他医药专业人员合作，设计、执行和监测将对病人产生特定结果的药物治疗方案，这些结果包括疾病的痊愈、减轻、疾病进程的阻止或延缓、疾病或症状发生的预防等。

► [金春林：创新药医保准入与支付标准考量要点思考](#)（来源：医药

经济专家谈) ——第 61 页

【提要】作为厚植新质生产力的重要领域，创新药产业发展潜力巨大，药企加以深耕并占领高地是应有之义。“但与近乎无限增长的医疗服务需求相比，我国医保基金总量是有限的，如何将新药及时纳入医保药品目录、以何种价格纳入、是否纳入等都是难题。国际上在创新药品价值评估领域已取得诸多进展，其考量要点值得思考与借鉴。”

-----本期内容-----

• 医疗改革 •

中国医疗保障制度改革发展三十年

来源：中国医疗保险研究会

中国医疗保障制度改革，是 20 世纪后期重大的历史事件，是在中国共产党集中统一领导下开启的史无前例的跨世纪民生工程，深刻地影响和改善着中国人民的生活方式和健康状况。

1994 年，国务院决定在江苏省镇江市、江西省九江市组织开展城镇职工医疗保险制度改革试点(史称“两江试点”)，迄今整整 30 年了。

中国医疗保障制度改革发展的 30 年，是筚路蓝缕、披荆斩棘、开拓新路的 30 年；是立足国情、实践创新、走自己路的 30 年；是将“摸着石头过河”和顶层设计相结合的 30 年；是为中国特色医保制度夯基垒台、立柱架梁的 30 年；是将国人“病有所医”的千年梦想变为现实的 30 年；是硕果累累、成就斐然、令世界称羨的 30 年。总而言之，是我国社会保障发展历史上极不平凡的 30 年。

回眸中国医保制度改革发展 30 年峥嵘岁月，盘点所取得的累累硕果，展望中国医保制度改革发展新征程，全民医疗保障制度将进一步全面深化改革，促进“三医”协同发展和治理，为全体人民提供更

加公平、高效、便捷、温馨的保障服务，促进共同富裕的辉煌前景。这怎能不令人心潮澎湃、感慨万千！无尽的思绪归结为一句话：中国特色医保制度改革发展“看似寻常最奇崛，成如容易却艰辛”。

知其由来，坚守本来，才能更好地开创未来

2016年7月1日，习近平总书记在庆祝中国共产党成立95周年大会上的讲话中强调指出：“一切向前走，都不能忘记走过的路；走得再远、走到再光辉的未来，也不能忘记走过的过去，不能忘记为什么出发。”

后印象派代表画家保罗·高更的油画《我们从何处来？我们是谁？我们到何处去？》提出了一个永恒的哲学问题。化用这幅画所蕴含的逻辑概念，似可说明，什么是中国特色的医疗保障制度，这个制度是怎么来的，以及这个制度将如何发展、行稳致远。

中国医疗保障制度既不是舶来的，也不是从天上掉下来的！而是在中国共产党的集中统一领导下，充分发挥社会主义制度的政治优势，依靠中国人民的智慧和力量，沿着我们应该建立一个什么样的医保制度、怎样建设这个制度这个主题、这条主线展开，坚持实践创新、一步一个脚印地向前走出来的。

为了便于把握医保改革演进的脉络，更好地理解“摸着石头过河”和顶层设计相结合的渐进式改革方略，以及梯次推进改革工作步骤的必要性、合理性、可行性、正确性，似可将中国医保制度改革发展演

进过程大体划分为四个时期和若干不同改革的重点阶段。

第一阶段是探索试点时期(20 世纪 80 年代中期至 1998 年底), 这个时期又可分为两个阶段。

一是地方自发改革探索阶段。从 20 世纪 80 年代中期开始, 一些地方(如吉林省四平市、湖北省黄石市等)目睹公费、劳保医疗制度日益凸显的弊端和难以为继的情况, 自发地进行改革探索, 主要内容是将医疗费用与个人支付适当挂钩等, 以遏制医疗费用不合理增长和医疗资源严重浪费。

二是国务院组织开展职工医保制度改革试点阶段(1994 年至 1998 年)。

根据党的十四届三中全会精神, 原国家体改委等四部委 1994 年出台试点指导意见, 成立国务院医保改革领导小组, 组织指导在江苏省镇江市、江西省九江市进行职工医保制度改革试点(史称“两江试点”), 根据试点的六条原则, 对城镇职工医保制度八个方面的政策框架和具体标准进行实验测算、研究论证。

为了进一步发现问题、检验政策, 总结经验、把握规律、完善政策体系, 国务院办公厅出台《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》, 将试点范围由“两江”扩大到全国 40 多个城市(扩大试点从 1996 年 4 月进行到 1998 年底)。

行者无疆, 勿忘“两江”

“两江试点”及其扩大试点的实践成果对中国医保改革发展具有启迪性、先导性的重大意义。一是在实践中逐步深化和统一了参与试点的各部门、各方面对医保制度改革必然性、重要性和紧迫性的认识，为进行医保制度改革奠定了思想基础和群众基础。二是试点坚持的六条基本原则和八个方面的政策框架和核心技术标准等为国务院科学决策，制定《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号文件）夯实了实践基础和可靠的数据支撑，使国发44号文件成为中国医保改革史上具有里程碑意义和经典效用的医保改革重要文献，一直指导着中国医保制度改革笃定前行，至今仍闪烁着中国医保改革发展的智慧之光。

第二阶段是全面建立城镇职工基本医疗保险制度时期（1999年至2003年）。

以1998年12月14日国务院正式印发《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）为标志，中国医保正式开启了在全国普遍建立城镇职工基本医疗保险制度的历史变革时期，实施了40多年的公费、劳保医疗制度退出历史舞台，单位（企业）保障转变为与社会主义市场经济体制相适应的现代社会医疗保障制度，实现了历史性跨越。

第三阶段是全面建设全民医疗保障制度时期（2003年至2017年）。

全面建设全民医疗保障制度是极具原创性和中国特色医疗制度的伟大实践，是全面提升全体人民健康保障的创世纪制度安排，是基础性、兜底性、普惠性的民生工程，有了全民健康才可能有全面小康。这个时期主要是为全面建设全民医保制度夯基垒台、立柱架梁，为全面健全完善制度夯实基础、构建框架。

由于有了建立城镇职工医保制度的实践经验和历练出来的医保队伍，这个时期是医保制度改革高歌猛进、发展最快、取得成就最显著的时期。这个时期大体可划分为五个不同侧重点的阶段。

一是建立新型农村合作医疗制度(简称“新农合”)阶段(2003年起)。所谓“新”，主要是通过政府财政补助，将过去农民自发组织的合作医疗转变为具有基本医疗保险功能的“新农合”，主要解决广大农村居民缺医少药和疾病诊疗后顾之忧的突出问题。2010年，社会保险法中明确将“新农合”定义为基本医疗保险制度。

二是建立社会医疗救助阶段(2003年起)。为了更好地履行政府责任、践行社会政策的兜底功能和向困难弱势群体“雪中送炭”的社会保障理念，社会医疗救助制度于2003年正式建立，用以解决特困人群(诸如城市的“低保户”、农村的“五保户”、重度残疾人等)的基本医疗保险问题。

三是建立城镇居民基本医疗保险制度阶段(2007年起)。为了解决城镇非就业群体的基本医疗保障，在深入调查、充分论证的基础上，

2007 年国务院颁布《关于开展城镇居民基本医疗保险制度试点的指导意见》(国发〔2007〕20 号)。经过一年试点,城镇居民基本医保于 2008 年全面推开,主要解决城镇中没有就业能力的人员(俗称“一老一小”)的基本医疗保障问题。为确保这项新型制度行稳致远,国务院专门成立了城镇居民基本医疗保险制度评估专家组,进行跟踪调研评估,每年将评估报告呈报国务院。这项工作一直进行到 2018 年。

四是建立重特大疾病保障和救助制度(机制)(俗称大病保险)阶段(2012 年起)。根据党的十八大关于建立重特大疾病保障和救助制度的精神,2012 年,国家发展改革委等六部委出台《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会〔2012〕2605 号),在全国建立大病保险制度。这一制度的概念内涵、功能定位、资金来源、运行管理等存在不同认识和评鉴,在推进过程中遇到一定阻力,使之发展不够平衡,有待进一步匡正和完善,更好地发挥其制度功能。

2013 年的《政府工作报告》中正式宣布:我国全民基本医疗保险制度基本建立,基本形成了以基本医疗保险为主体,以企业补充医疗保险、公务员医疗补助、商业健康保险等为补充,社会医疗救助为托底的全民医疗保障格局。

五是整合城乡居民基本医疗保险制度阶段(2013 年起)。党的十八大以后,中央就提出了整合城乡居民医保制度的要求。2013 年,国务院也明确了整合的“时间表”。但是,由于相关部门在思想认识、

管理体制等方面存在分歧，进展较为迟滞，直到 2016 年国务院出台《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3 号）后才逐步进入“快车道”。

2023 年 11 月 6 日，河北省廊坊市医保局开展医保码激活入乡村活动。

第四阶段是全面建设中国特色医疗保障体系时期(2017 年起)。

一是以党的十九大为标志，中国特色医保改革发展进入全面建设中国特色医疗保障体系新时期。这个时期的主要任务和特征是全面贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想，坚持以人民为中心的发展理念，医保制度改革发展由基本医疗保障为中心蝶变跃升为全方位全生命周期护佑人民健康为中心。

二是以 2018 年国务院机构改革成立国家医疗保障局为标志，中国医保改革发展进入由“制”转向“治”的新阶段。国家医保局统管医保改革发展事务，从体制机制上扭转了过去制度分设、资源分散、管理分割的被动局面，使医疗保障制度改革发展走上更加公平、统一、规范、安全、协同高效、依法施治的轨道，将中国特色医保制度优势更好地转变为人民群众可感可及的治理效能。

三是以党的二十大为标志，中国医保改革进入以中国式现代化建设为中心、以促进全体人民共同富裕为核心目标，健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系。党的

二十届三中全会根据加快推进中国式现代化建设面临的新形势、新任务，对进一步全面深化医疗保障制度改革又作出最新部署，提出了一系列具有鲜明时代特色和强烈现实针对性的新概念、新论断、新要求，中国医保改革的方向更明确、重点更突出、动力更丰沛，使中国医保改革发展与中国式现代化建设同频共振、同舟共进，道路越走越宽广，坚持在发展中保障和改善民生，既尽力而为，又量力而行，全民医保制度的基础性、兜底性、普惠性本位功能进一步充分显现。

其作始也简，其将毕也必巨

经过 30 年的不懈努力，我们不但找到并建立起立足我国基本国情、适应社会主义初级阶段经济发展水平和社会主义市场经济体制需要的中国特色全民医疗保障制度，而且由“简”到“巨”，发展成为全世界覆盖人数最多的医疗保障“安全网”，实现了“人人有医保”、有效“解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”的阶段性目标，正在朝着促进全体人民共同富裕这个总目标扬帆进发。

中国医保改革发展 30 年所取得的巨大成就，不仅国人普遍认同，而且受到国际社会的高度赞誉。国际社会保障协会 (ISSA) 将中国医保改革取得的巨大成就称作“发展中国家医保改革成功的典范”，并授予中国政府社会保障杰出成就奖。

常言说得好，凡事要做到“胸中有数”。试列几组数据，以“数说医保”，看中国医保改革 30 年是如何由“简”跃升为“巨”的。

从参保人数看，“两江试点”时，参保人数仅有 45 万人左右。全民医保制度建立以后，2023 年参保人数稳定在 13.3 亿人左右，参保率占全国总人口的 95%以上。国家监测的农村低收入人口，99%以上都纳入了基本医疗保障范围。基本实现了“人人有医保”“解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”的阶段性的目标。

2024 年 7 月 18 日，贵州省毕节市大方县东关乡龙泉村卫生室，村民正在排队就诊。

从基金收入看，建立职工医保的第一年(1999 年)全国医保基金收入仅有 60 亿元;2000 年也只有 120 亿元。2023 年，全国医保基金(含生育保险)收入为 3.35 万亿元以上，总支出 2.82 万亿元左右。财政对医保的投入大幅增长，由 2003 年的年人均补助 10 元(新农合)增长到 2024 年人均补助 670 元(城乡居民医保)。

从医保药品目录和待遇享受水平看，这是最能体现医保的保障范围和保障水平的重要参数。2000 年版国家医保药品目录品种为 1300 余种(当时“新农合”目录仅有 300 种)。2024 年版国家医保药品目录品种为 3159 种(其中西药 1765 种、中药 1394 种)。2023 年，职工医保住院费用目录内基金支付比例达 84.6%，居民医保住院费用目录内基金支付比例为 68.1%。

从医疗费用负担看，通过医保药品(耗材)集采、国谈等制度化、常态化改革，使长期虚高的药品价格逐步调整到合理区间，每年为群

众减负 2100 亿元以上。深化医保支付制度改革、实施 DRG/DIP 为主的多种付费方式，逐步建立起管用高效的医保支付机制，引导和促进医疗机构进行适应性改革，规范医疗服务行为，优化资源配置，加强成本管理，提质增效。2023 年，个人医疗费用负担较 2021 年减少约 215 亿元；三重制度累计惠及农村低收入人口就医 18649.8 万人次，减轻医疗费用负担 1883.5 亿元。

从医疗服务供给看，据不完全统计，医院收入对医保基金的依存度由改革初期的不足 10%提高到目前的 80%以上。医疗服务供给发生巨大变化，千人病床数接近 7。

从就诊人次看，有群众反映，过去没有医保的时候，“小病靠扛，大病靠天”，有了医保以后就诊人次呈“井喷式”增长，两周就诊率为 7%。2023 年，全年住院率突破 20%，退休人员为 50%。全国总就诊人次由 2003 年的 20.9 亿，增长到 2023 年的 95.5 亿。

从人均预期寿命和全民健康水平看，中国人均预期寿命由新中国成立时的 35 岁、医保初创时(1999 年)的 71 岁，增加到 2023 年的 78.6 岁(高于美国)。全国人民的健康水平显著提高，稳居中高收入国家和地区前列，为实施健康中国战略，助力中国式现代化，促进全体人民共同富裕，提高人民生活品质贡献出强大的医保力量。

坚定制度自信，坚持守正创新

中国特色医保之路必定越走越宽广。中国特色的医保制度是在中

国共产党的集中统一领导下，充分发挥社会主义制度的政治优势，坚持从中国的实际出发，经过长期实践探索，守正创新建立起来的。经过 30 年运行发展的实践证明，这个制度是正确的，是立得稳、行得通、靠得住的。这个制度已经根植于全国人民心中。我们有充分的理由坚定制度自信、道路自信，既不因已经取得的成绩而自满，也不因各种民粹主义和泛福利化倾向的干扰而迷茫。我们要巩固拓展业已取得的重大制度成果及其所具有的巨大驱动力，坚信不疑、坚定不移、坚持不懈地向前走，以中国特色“医保之制”推进高质量可持续发展的“医保之治”。同时，我们也应该清醒地认识到，这个制度体系尚不健全完善，在公平、法治、安全、智慧、协同等诸多方面都还存在一些缺陷和不足，与人民群众日益增长的美好生活和健康护佑需要还有相当的距离，还有很长的路要走。在新征程中不能有丝毫的动摇和懈怠。应当全面准确深入地贯彻党的二十届三中全会关于进一步全面深化医保制度改革的最新部署，踔厉奋发、守正创新，使中国特色医保之路越走越宽广。

第一，进一步全面深化医保制度改革，必须提高政治站位。要全面准确地学习领会把握党中央关于深化改革的一系列重大决策精神，特别是党的二十届三中全会关于进一步全面深化医保改革的最新部署和要求。始终坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为统领，始终坚持以人民为中心的发展思想，始终坚持助力推进中国式现代

化、促进全体人民共同富裕为根本立足点和改革发展总目标。

第二，进一步全面深化医保制度改革，必须牢牢把握和坚持守正创新这个重大原则。始终坚持以完善医保制度体系、健全体制机制为主线；始终坚持以促进医保、医疗、医药协同发展和治理为战略重点，全面健全完善多层次、高质量、可持续的医疗保障体系，要下大力补齐商业医疗保险等多层次发展滞后这块“短板”，切实提高医疗保障综合整体能力，以满足人民群众日益增长的多元保障需要。

第三，进一步全面深化医保制度改革，必须始终坚持以公平统一、安全规范为着力点。通过不断统一、优化顶层设计、“待遇保障清单”“保障范围和标准”等系统配套的政策举措，着力解决不同地区和群体之间存在的保障不平衡的矛盾和问题。要遏制和杜绝任何地方出台与国家基本政策相左的“小政策”“土政策”，动摇干扰医保制度的本位功能和发展大局，真正实现“全国一盘棋”。

第四，进一步全面深化医保制度改革，必须树立系统思维、辩证思维、战略思维，坚持系统集成、协同高效，“致广大而尽精微”的方法论。坚持顶层设计和“摸着石头过河”相结合，问题导向与目标导向相一致，改革举措与依法施治相统一。谋划改革和工作布局要做到统揽全局、“致广大”；实际操作、保障服务要做到细致精当、“尽精微”，让群众可感可及、可心可意，防止因“细节中的魔鬼”损害大局。

第五，进一步全面深化医保制度改革，必须坚持以深化医保支付制度改革，建立健全真正管用高效的医保支付机制，以药品(耗材)集中带量采购制度化常态化改革为切入点和突破口，为创新医保治理格局探索路子积累经验。聚焦构建多方参与、协同治理促进“三医”协同发展的新格局，确保中国特色医保制度行稳致远、高质量可持续发展。

第六，进一步深化医保制度改革，必须切实提升医保队伍的治理胜任力。随着形势任务的发展，特别是医保治理由人工时代向智能时代的转变，对医保队伍(广义的)现代治理胜任力的要求越来越高。首先要求医保人必须是有信仰、有情怀、有担当、有能力的“四有医保人”，同时还要有医保专业知识及相关的经济、法律、统计学、社会学、信息技术等方面知识，成为复合型人才。中国特色医保是有温度的人文医保，要求服务既要高效又要暖心。无论现代科技如何发展，都无法替代医保人的情怀、理智和情感。“而立之年”的中国医保制度改革之路要越走越宽广，发展愿景要越来越辉煌，关键还在人、在队伍，在于医保队伍的使命担当和现代治理的胜任力。

[返回目录](#)

2024 年医改政策三大主线回顾

来源：医药经济报

2024 年，国家出台全面深入推动医疗卫生事业发展改革系列政

策，国家医改进一步深入推进医保支付制度改革，以全面推动药品和高值耗材国家集采提质扩面为抓手，拉动公立医院围绕提升医患服务能力，推动医疗服务价格改革，建立现代医院运行机制，实现高质量发展。同时，聚焦不断完善国家医疗服务体系，在健全完善全国性区域医学中心医疗体系的同时，强调以公立等级医院体系为主导，致力于全面覆盖城市基层社区公立医疗和县域乡村基层公立医疗体系，提高医疗服务能力，提升医患就医体验，以此明确突出努力推动城市和县域等级公立医院优质医疗资源向基层医疗体系下沉的坚定改革方向。

回顾 2024 年国家出台系列医改政策的主线，主要围绕深化医药卫生体制改革七大医改领域重点工作任务，聚焦以下三个指向。

第一，聚焦深入实施国家医保主导的药品和高值耗材国家集采制度。

继续致力于完善提升国家集采药品的全链条联动协同管理能力，建立医疗机构对申报入围集采药品的采购承诺和医保基金监管新机制，通过不断深入健全完善医保支付制度体系，制订新版(DRG)付费分组方案和按病种分值(DIP)付费病种库，出台国家医保目录 2024 版；另外，国家医保通过确立医疗机构处方外配的规范、建立医保基金的预付运行机制，为公立医院加速优化医药产品迭代、促进实现高质量的目标发挥督促和保障作用。

第二，聚焦促进公立医院高质量发展，明确提出努力推动几个方面的任务目标。

一是通过进一步完善加强异地就医直接结算管理服务，新增 5 种门诊慢特病相关治疗费用纳入跨省直接结算范围；二是推进医疗机构检查检验结果互认机制，规范医疗检查检验行为、保障医疗质量安全、节约医疗资源、提高医疗服务效率、改善患者就医体验；三是加强基层药品联动管理机制建设，推动二、三级医院用药目录中的慢性病、常见病药品向基层下沉，满足转诊用药需求。总体上，要通过以上相关政策的实施，促进城市紧密型医疗集团和县域医共体共同发力，推动城市等级公立医疗系统和县级医联体联动乡镇医疗机构，共同致力于将国家优质医疗资源向基层社区和村级医疗体系下沉，从而进一步加速“基层首诊，双向转诊，上下联动，急慢分治”的公立医院优质医疗资源下沉改革目标的进程。

第三，着力提升基层医疗服务能力，全面改善患者就医服务体验。

出台政策具体涉及以下几个方面：一是在二级以上综合医院规范设置建设老年医学科，完善国家在老年病诊治方面的学科建设；二是聚焦国家提出的健康乡村建设愿景，提出到 2030 年，乡村健康服务能力大幅提升，个人医疗卫生负担可承受，到 2035 年，城乡卫生健康事业发展差距和居民健康水平差距显著缩小的奋斗目标；三是出台独资医院领域扩大开放试点工作方案，打开允许外资在我国投资设立

医疗机构的政策窗口；四是确立加强首诊和转诊服务，提升医疗服务连续性的指导意见。明确提出在紧密型医联体(包括城市医疗集团和县域医共体)系统内，要建立顺畅的双向转诊制度，明确医院设立转诊服务的具体部门和职能，到 2027 年，要在省域内建立医疗机构间顺畅的转诊制度，畅通患者省域内转诊。

总体来看，国家医保局主导的公立医院药品招标集采模式全面推开以及推动医保支付制度的持续深化改革，倒逼公立医疗体系的医疗服务价格和薪酬改革；而围绕城市医疗集团主导的医疗资源下沉，提升基层医疗服务能力，完善国家和区域医疗中心、强化公卫应急服务能力，提升中医药创新水平和人才队伍建设，进一步聚焦推动公立医院高质量发展；同时，也明确提出了加强医院债务风险管控，解决医院长期债务，化解债务风险等几个主要方面，为推动公立医院高质量发展提供保障，加速推动我国医疗卫生事业改革发展的进程。

[返回目录](#)

• 地方精彩 •

基金监管步入大数据时代，广西试点成效几何？

来源：中国医疗保险

与过去打击欺诈骗保主要靠群众举报、飞行检查、在日常监督中发现线索等不同，当前基金监管广泛运用大数据模型，并根据模型指

向来办案。也就是说，大数据模型成为打击欺诈骗保的“开路先锋”，而人工核查等传统方式成为辅助手段。

国家高度重视医保工作，过去的中央全面深化改革委员会、国务院常务会议多次审议通过了关于医疗保障制度和医保基金监管等一系列重磅医保改革文件，均强调“大数据”的不可替代性，支持加强大数据分析技术在基金监管工作中的应用。

2023 年 8 月广西被确定为医保反欺诈大数据应用监管试点地区。广西壮族自治区医保局，多次与公安部门沟通交流，共同分析研判打击欺诈骗保工作策略和措施，加强双方合作和协调。2024 年 9 月，将前期验证有效的数据模型部署于反欺诈平台上，大数据模型开始在守护医保基金方面“立大功”。

“挖”出线索——大数据模型发现高编高套

DRG/DIP 实施以来，“高编高套”是常见的入组违规行为。今年 4 月，钦州市医疗保障事业管理中心根据 DRG 付费结算后台数据，利用大数据模型深入分析各医院 MCC/CC 占比，发现某乡镇卫生院 MCC/CC 组病例数占总病例数 57.89%，常年维持在较高占比水平，涉嫌 DRG 入组“多编高靠”的违规行为。

为进一步明确该乡镇卫生院具体违规情形，钦州市医疗保障事业管理中心组织专家进行现场稽查，检查医保基金结算清单信息填报的完整性和规范性，结合病历资料分析所上传的诊断和手术的真实性、

合理性。

通过查看病历资料，发现了 DRG “套高分组”问题：一、较多病历的主诊断为“肺部感染”、“支气管肺炎”等下呼吸道感染，仍填报次要诊断“急性咽气管炎”，进入“CC”组；二、较多病历在主诊断“支肺炎”或“社区获得性肺炎”下，继续填报次诊断“声带水肿”，进入“MCC”组，但根据病历材料核查，并不支持“声带水肿”诊断；三、部分病历填报次要诊断“肺源性心脏病”，进入“MCC”组，但缺少诊断依据。

根据《钦州市医疗保障局关于加强按疾病诊断相关分组(DRG)付费监督管理的通知》(钦医保发〔2024〕11号)之规定，钦州市医疗保障事业管理中心将详细的违规问题清单及整改要求文件发送至该医疗机构邮箱，对违规病例采取“退费-整改-重结-重填报”的路径进行整改；确属难按此路径整改的，在规定日期前退回多支医保基金。

大数据“堡垒”——四个模型守护医保基金

运用门诊特殊慢性病模型、高频次住院模型等4个模型，广西医保局对近两年广西医保结算数据、费用明细数据进行业务建模，分析疑点数据，部分指向性线索已陆续下发各地医保部门进行核查，并且取得初步成效。

1. 门慢门特药品模型

2020年1月至2024年9月，广西门诊总费用达1120.98亿元，

其中门诊特殊慢性病费用 253.16 亿元，占比 22.58%。广西现行医保政策明确恶性肿瘤、透析、器官移植抗排异治疗等病种无年度支付限额，极易发生倒卖门特药品、套现等欺诈骗保行为。

模型设计逻辑为参保人在两定机构的购药行为进行分析，提取药店参保人在省内医保结算明细数据，根据慢特病品种和用药量比较恒定这一个业务特性，构建慢特病人员统计期在药店慢特病支付和普通门诊支付的药品品类和药品用量等关键的业务指标，结合药品使用规格说明书的指导用量和联合用药情况，圈定并发现一部分重复开药和超量用药的人群。

经数据分析发现 185 家定点零售药店存在异常销售行为，涉及医保费用 2341.86 万元。经医保部门排查南宁 6 家药店存在假处方、过量开药等违规行为。经与公安部门协同侦查发现医药代表串通药店工作人员伪造 2000 余张处方，涉嫌骗取医疗保障基金 900 多万余元。

2. 门诊药品异常消费模型

针对基层医疗机构尤其卫生院、社区诱导、协助参保人年底“冲顶消费”违规购药，造成医保基金不合理支出现象，模型建设思路为年度内参保人门诊结算数据在年末或某个时间段内门诊统筹基金支付出现大幅度波动，年度达到或逼近封顶线，分析是否存在套取门诊统筹基金、诱导消费等欺诈骗保行为。

2024 年 7 月份应用该模型对南宁市开展专项门诊数据分析中发

现部分医疗机构存在虚假就医、虚构医药服务项目、虚开医疗服务费用等行为，涉及可疑违规金额 630 万元，目前经检察部门审查，已批准逮捕 3 人。

3. 高频次住院模型

2021 年以来，广西全域实现 DRG 付费方式改革，近几年基层医疗机构住院费用、住院人次、人次人头比逐年增加。该模型设计逻辑为同一参保人在不同医院反复住院进行数据分析，从参保人就医角度，根据疾病诊断、单次住院、不同周期内住院次数等关键指标设定异常住院阈值区间，对超阈值数据进行分析，从而发现挂床住院等欺诈骗保行为。

通过对全区 2000 余家二级及以下住院类定点医疗机构 2022 年至 2023 年住院结算数据进行分析，发现 16 家医院存在反复因“颈椎病、腰椎间盘突出”等常见疾病在多家医院周转住院疑点数据，目前已查实玉林某医院存在高套病组、分解住院、财务造假等违规违法行为，涉及违规费用 587.94 万元，当地医保部门对该院进行严肃处理和曝光，8 名当事人移交公安、检察院进一步侦查。

4. 诱导住院模型

针对定点医疗机构、医生通过以优惠住院等名义诱导患者住院，甚至伪造医疗文书、虚构住院信息等欺诈骗保行为，模型设计逻辑为同家医院在某一时间段集中出现住院人数、住院人次、住院费用激增

现象，从医院医疗资源、床位配置角度，根据历史费用、接诊人数情况进行数据比对分析，判断是否存在团伙住院、分解住院。

对全区近两年医保结算数据进行分析初步锁定 9 家定点医疗机构存在团伙住院、反复住院等情形，根据指向性的疑点数据已核查钦州市某护理院存在涉嫌虚计医疗服务、串换收费、超标准收费、违反卫生管理政策等问题，涉嫌违规金额 33.68 万元，其余线索仍在进行核查。

医保基金监管已经进入大数据时代

国家医保局从 2022 年开始，依托全国统一的医保信息平台，建立反欺诈数据监测专区，研究开发了“虚假住院”“医保药品倒卖”“医保电子凭证套现”“重点药品监测分析”等大数据模型，并于 2023 年在全国范围内选取了多个城市开展“全国反欺诈大数据应用监管试点”工作。医保基金监管点多、线长、面广，要织牢织密基金监管网，必须要用大数据、信息技术赋能。

国家医保局强化大数据筛查手段在医保基金监管中的应用，严厉打击各类欺诈骗保行为。例如今年 5 月国家飞行检查组对河南省郑州市、周口市部分定点医药机构进行的检查，即在事前，运用大数据模型，对被检城市医保基金使用数据作了筛查，根据可疑线索，指定郑州管城豫丰医院、周口市商水庆康医院为被检机构，初步发现涉嫌欺诈骗保问题。国家医保局在通报中还特别提到，可疑线索是在事前运

用大数据模型，对被检城市医保基金使用数据进行筛查时发现的。

在 2024 年 9 月 27 日国家医保局召开的《关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》新闻发布会上，国家医保局副局长颜清辉表示，今年以来，国家医保局飞行检查已覆盖全国所有省份，检查定点医药机构数量达 500 家，查出涉嫌违规金额 22.1 亿元。其中通过大数据模型线索，以“四不两直”的方式开展专项检查的定点医疗机构数量达 185 家，查出涉嫌违规金额 8.1 亿元，查实欺诈骗保机构 111 家。此外，今年 1 至 8 月，全国各级医保部门共追回医保资金达 136.6 亿元。

医保基金监管已经进入大数据时代。大数据赋能，让医保基金监管不仅有了“最强大脑”，还有了“千里眼”“顺风耳”。数据的背后，正充分发挥支撑作用的信息化手段，也为释放医保改革的价值红利提供了更多可能性和想象空间。

[返回目录](#)

首版丙类目录 2025 年发布，各地探索商保医保新模式提速

来源：药智网

加快发展商业健康保险，有助于完善我国多层次医保体系建设。近年来，随着《全链条支持创新药发展实施方案》《关于加快发展商业健康保险的若干意见》《国务院关于加强监管防范风险推动保险业高质量发展的若干意见》等一系列政策文件陆续发布，我国商保步入

快速发展期。

2025 年新年伊始，国家医保局召开新闻发布会，明确 2025 年内国家医保局计划发布第一版丙类目录，将积极引导支持惠民型商业健康保险将丙类目录纳入保障范围，其他符合规定的商业健康保险也可以使用丙类目录。可以预见，随着商业健康保险与基本医保错位发展、一体推进，将更好地支持医药创新、更加充分地保障人民群众多元需求。

基本医保稳健运行

丙类目录搭建加快

我国本医疗保障的体系主要涵盖三个方面，职工医保、居民医保，困难群众医疗救助以及大病保险，这是基本医保体系的三重保障。

2023 年我国医保基金总收入达到 3.35 万亿元，其中职工医保为 2.29 万亿元，居民医保收入 1.06 万亿元。据国家医保局，2023 年职工医保参保人数达到 3.71 亿人，其中在职 2.71 亿人，退休 1 亿人；居民医保参保人数为 9.63 亿人。

中信证券医疗健康产业首席分析师陈竹指出，目前我国基本医疗保险体系稳健运行，基本实现了全民覆盖，参保覆盖面稳定在 95% 以上，参保质量持续提升，在降低生育成本、助力乡村振兴、异地就医直接结算、药品目录扩容、支付方式改革等方面成果显著。

与此同时，基本医保的出发点是“保基本”，具体规则是经过严

密的测算与评估，很难满足参保人更高水平、更加差异化与个性化的需求。并且随着人口老龄化进程加快，养老支出负担压力持续增大。

发展商业医疗保险，有助于构建生物医药产业的市场体制，完善价格形成机制，为创新药产业发展构建一个良性发展的市场环境。因此，加快完善多层次医疗保障体系，即基本医疗保险、补充医疗保险、商业健康保险、慈善、工会互助和医疗救助等支付方式相互补充，显得尤为重要。

2024 年 11 月，国家医保局发文称，正积极策划推进医保数据赋能商业保险公司、实现医保基金与商业保险同步结算等支持政策，促进商保市场与基本医保之间的良性互动。同年 12 月，国家医保局部署了 2025 年医保工作要求，明确健全多层次医疗保障体系，满足群众多元化医疗保障需求。

紧随其后，2025 年 1 月 17 日，国家医保局召开“保障人民健康 赋能经济发展”主题新闻发布会。明确今年，在基本医保现有的甲乙分类基础上，研究制定丙类目录。

据介绍，丙类目录主要聚焦创新程度高、临床价值大、患者获益显著但超出保基本的功能定位、暂时还无法纳入基本医保药品目录的品种；在使用范围上，国家医保局将采取多种措施，积极引导支持惠民型商业健康保险将丙类目录纳入保障范围，其他符合规定的商业健康保险也可以使用丙类目录。

业内人士普遍认为，丙类目录的探索，是国家医保局完善我国医疗保障药品目录体系的一次重大尝试。医保部门真支持创新、支持真创新、支持差异化创新的导向进一步得到彰显。

商保市场发展空间大

各地新模式探索提速

过去 10 年间，我国商业健康险保费收入年均复合增长率达到 33%，增速为寿险、财险等其他险种的 2~3 倍。但是，商业健康险承担的保障在全国医疗总费用支出中仍然非常有限，未能有效满足群众多层次的医疗保障需求。

有研究机构统计，我国商业健康险大量的保费收入被用于营销费用、核验费用，导致 2023 年商业健康保险整体赔付仅为 3000 亿元，占卫生总费用 9 万亿元的比重仅为 3.3%。

陈竹表示，我国商业健康保险发展不足的主要原因包括信息不对称、信用不足、营销核验成本高企、理赔不便四个方面，无法形成针对不同收入人群、不同患病群体等的多层次商业健康保险市场。

目前探索过程中，各地皆有不同的实践成果。如济南市通过试点启用医保与商业保险数据授权共享系统(政保通)，实现群众授权商保公司查询医保报销信息，可线上一键赔付；浙江省则打造“浙江智慧医保大脑”，通过内置规则，将该省惠民保纳入医保一站式结算通道。

这两种方式的优点是逻辑简单高效快捷，但是医保承担的责任较

多，如果在医保信息平台上搭载大量商保功能，医保承压巨大。但是若将医保数据直接共享给商保机构，必然会引发参保人员数据安全的担忧。

除此之外，湖北孝感等正在探索的“双平台一通道”模式，医保和商保各建一个综合服务平台，两平台之间建立一个规范标准的对接通道。在医保、商保两个综合服务平台与平台通道三个方面完成三个“封装”，从而既解决了个人医保数据的安全问题，又解决了医保和商保各自的边界问题。

推进商业健康保险对我国医疗、医药、医保等多体系的帮助是显而易见的。陈竹表示，一方面，弥补基本医保结余压力，实现医保可持续发展。另一方面，进一步满足群众高效就医需求，满足“品牌性、便利性、舒适性”需求。除此之外，创新药械纳入商保，还有助于鼓励医药企业研发创新。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

购买“双通道”药品需电子处方，处方流转监管步入新阶段

来源：中国医疗保险

近年来，国家医保局在医保目录谈判中纳入了众多创新药品，其中不乏一些上市时间较短、医院尚未普及的新药。同时，基层医疗卫

生机构在药品配备方面仍存在不足，导致部分参保人在获取所需药品时面临困难。为了切实保障参保人的用药可及性，维护其合法权益，国家医保部门积极支持合理的医保药品外配处方政策，确保参保群众能够及时获得所需的药品。

但此前国家医保局在组织大数据筛查和专项飞检中都发现少数定点医疗机构和医药机构的外配处方管理还比较粗放，不仅造成了医保基金的浪费，还严重威胁了参保人的身体健康。

为了更好地去保障参保人就医购药的权益，完善医保药品外配处方的管理，堵塞外配处方管理中存在的漏洞，2024年10月16日，国家医保局发布《关于规范医保药品外配处方管理的通知》（以下简称“通知”）。通知明确，自2025年1月1日起，配备“双通道”药品的定点零售药店均需通过电子处方中心流转“双通道”药品处方，不再接受纸质处方。

全国陆续跟进，全面推进电子处方中心建设

根据通知，各地要依托全国统一的医保信息平台，抓紧部署应用医保电子处方中心功能，连通医保经办机构、定点医疗机构、定点零售药店，确保电子处方顺畅流转。特殊情况需要延长纸质处方使用时间的，由统筹地区报省级医保部门同意，并向国家医保局备案，延长时间不超过3个月。

这一政策出台后，全国各地纷纷响应，加速推进电子处方中心建

设。例如，河北省邯郸市医保局印发通知明确，自 2025 年 1 月 1 日起，该市定点医疗机构处方外配服务将全面使用医保电子处方，不再使用手写纸质处方。同时，支持将电子处方打印成纸质处方，方便老年人等有需求的参保人持打印的电子处方前往定点药店购药。

一些地方的医保局对于特殊情况也进行了明确。如江西省吉安市医保局明确，获取电子处方后，不便到市区购药的参保人应与所选择的“双通道”药店联系好结算及配送药品等事宜，在结算完毕后，“双通道”药店送药给参保人时，参保人需持本人身份证和所购药品拍照并签字收货等。

不难发现，目前全国各地正陆续开展电子处方中心建设，利好消息也在不断传出，但各省情况千差万别，也导致“双通道”药店处方流转落实情况有所不同：有些地方已全民实现电子处方，如上海；有些地方“双通道”药店大多已实现电子处方，但在部分偏远地区或特殊情况下，纸质处方仍被接受，比如广西、广东、云南等；有些地方“双通道”药店电子处方、纸质处方并存，处于过渡阶段，如湖南、陕西、内蒙古等。但以上信息可能因时间、地区政策调整等因素而有所变化，请以当地最新政策为准。

电子处方流转落地，群众就医购药更便捷

随着电子处方流转的逐步推进，越来越多的患者开始享受到这一政策带来的便利。

“现在药店就能买到阿来替尼胶囊，真是太方便！”一位患者不由赞叹。据“中国医疗保险”获悉，广西北海市城乡低保人员冯先生，罹患肺癌，需使用阿来替尼胶囊治疗，他凭医院开出的电子处方直接在“双通道”药店购得所需药品，药品费用为 12745.60 元，经基本医疗、大病保险、医疗救助三重保障“一站式”报销 12686.34 元，个人仅需负担 59.26 元。

过去，患者在医院开完药后，若需前往院外药店购药，需携带纸质处方，流程繁琐。如今，医保电子处方流转成功打破这一障碍。患者在医院完成就诊缴费后，医生开具的电子处方将自动加密上传至医保信息平台，经平台审核后，处方实时流转至患者选定的具备资质的药店。患者到店出示医保电子凭证，药店即可查阅处方，经药师审核无误后予以售药。

“实现医保电子处方流转直接结算，是提升医保服务效能的一项重要举措。通过处方流转可以简化参保患者看病购药报销流程，优化医疗服务体系和药品流通体系。”广西北海市医保中心有关负责人在接受采访时表示，通过电子处方信息共享平台，医生开具的电子处方会实时传送到相应的平台，患者可以根据自己的需求，选择在医院药房取药，或者到就近的定点药店购药，简化了就医购药报销流程，大大节省了患者的时间和精力。

加强处方监管，严打“真病人假处方”乱象

在大数据分析赋能下，推进落实电子处方流转更有利当前医药管理和医保基金监管。

要知道，在以往，处方外配的标准在不同省区存在差异，有的省区有统一规定，而有的则由地级市自行制定，这导致了处方管理标准的五花八门。

处方来源方面，各地规定不一，有的要求处方必须从医院流转，以确保其真实性和合法性；而有的地方则认可互联网电子处方或手写盖章处方，这在一定程度上增加了处方监管的难度。

从国家医保局此前已披露的信息来看，不少药店存在存在大规模伪造特药处方，涉嫌为倒买倒卖医保药品者提供便利等情况，如之前曝光的“黑龙江哈尔滨 4 家药店伪造上万张处方欺诈骗保案件”，涉及金额超过亿元。

对于配备“双通道”药品的定点零售药店均需通过电子处方中心流转处方，不再接受纸质处方等相关措施落地，不少业内人士表示，这不仅与处方外配趋势下的治理要求相契合，也是堵住医保基金监管漏洞的有利之器。

江西省医保局待遇保障处原处长蔡海清对此也表示，随着大数据、区块链、云计算、物联网、人工智能等信息新技术的广泛应用，这些新技术在极大提高医保管理服务工作效率的同时，更为数据安全和传输质效提供了更可靠的保证。医保药品外配处方通过电子处方中

心进行流转,可以有效规范定点医疗机构的处方开具行为和定点零售药店的处方调剂行为,从而有效防止虚假处方、大量开药、无方配药等违规行为的发生。

构建三医联动监管体系,织密群众用药安全防护网

随着电子处方中心建设在全国全面推进落地,它将成为连接医疗、患者与药品之间的关键桥梁。而在此背景下,医疗、医保、医药三方面的协同监管显得尤为重要,为医保电子处方的规范使用构筑起坚实的“防火墙”。

医疗机构作为处方开具的源头,应全面梳理并管理所有外配处方,确保它们都被纳入外配处方目录之中。对于目录之外的药品,医疗机构需设立严谨的审批程序与监管措施,同时利用信息化手段实现处方从开具到执行的全程可追溯。

医保部门则扮演着审核与监督的重要角色,需加强对外配处方的日常审核力度,定期比对定点医疗机构与定点零售药店之间的处方数据,确保信息的准确性与一致性。

对于处方量大、金额高或数据异常的情况,医保部门应给予重点关注,通过政策指导与实地检查相结合的方式,强化监管效果。同时,他们还需基于数据分析结果,不断优化报销政策,引导民众合理用药。

在医药领域,药监部门则负责为医保电子处方的落地实施提供“兜底”保障。他们需加强对药品生产环节的监管,提高抽检频次,

确保药品质量符合国家标准。此外，药监部门还应将处方药销售作为监管的重点内容，督促企业严格遵守法律法规，规范经营行为。对于发现的违法违规行为，药监部门应依法予以严厉查处，并向社会公示，形成强大的震慑力。

总之，构建医疗、医保、医药三医联动监管体系，是确保医保电子处方安全、合理、高效运行的关键所在。通过打破信息壁垒，凝聚监管合力，为群众编织起一张紧密的用药安全防护网，切实保障他们的用药安全与健康权益。

[返回目录](#)

医保目录落地！多地取消医院用药数量限制

来源：医药网

医保目录落地，又一地明确各级医疗机构应取消药品进院品种和数量限制，并且，25省明确本月底前召开药事会。

又一地取消医院用药数量限制

2月1日，由新疆自治区医保局、自治区卫健委联合发布的《关于取消医保定点医疗机构用药品种和数量限制有关工作的通知》正式开始执行，强调此前关于医疗机构《基本用药供应目录》品规数已不再作为对医疗机构的评审指标要求，各级医疗机构应取消药品进院品种和数量限制。

新疆在通知中明确，各级医保、卫健部门要按照国家医保局、国

家卫健委要求，优化完善医疗机构药品使用考核机制，将合理使用的谈判药品单列，不纳入医疗机构药占比、次均费用等影响其落地的考核指标范围。

要加强对医疗机构临床用药行为的指导，督促辖区医疗机构合理配备使用谈判药品，不得以医保总额限制、医疗机构用药目录数量限制、药占比、DRG/DIP 支付方式改革、已纳入单行支付管理等为由影响谈判药品落地。

同时，各级医保部门要指导定点医疗机构按照相关要求和医保协议约定配备诊疗所需药品，将合理配备、使用目录内药品的有关要求纳入协议管理。

对目录内填补保障空白或大幅提高保障水平、历史数据难以反映实际费用的药品，相关病例可特例单议或暂不纳入 DRG/DIP 付费，保证临床诊疗需求和参保患者合理用药权益。

早在 2023 年 7 月，广东省卫健委就率先发布《广东省医疗机构药品目录管理指南(征求意见稿)》，提出放宽对医疗机构药品配备的限制，取消之前对各级医院药品数量的上限规定。

同年年底，上海市医保局在发布 2023 年版医保目录时明确，对各级医院的用药目录品种数不设数量限制。今年，上海在发布最新版医保目录执行通知时再次强调对各级医院的用药目录品种数不设数量限制。

此外，北京、四川、山东济南等地也明确取消了医疗机构药品数量限制。

25 省要求本月底前召开药事会

药品进院方面，新疆明确各级医疗机构要自国家新版医保药品目录公布后两个月内及时召开专题药事会，且每年药事会议不少于 2 次。

对于最新版医保目录，新疆提出各级医保定点医疗机构应于 2025 年 2 月底前召开药事会，及时调整本机构用药目录，畅通国家谈判药品进院渠道，并于 3 月底前将召开专题药事会及药品配备情况报告属地医保、卫健部门。

据统计，目前绝大多数省份均已明确对药事会召开的时间要求。

广东、河南、河北等 25 省均依照国家局通知，提出各定点医疗机构原则上应于 2025 年 2 月底前召开药事会；

上海、江苏、浙江、天津等 4 省更快一步，提出在目录公布或执行 1 个月内召开药事会。

据国家医保局转发的《多款国谈药已开出首张处方，新药入院“应配尽配”》一文消息，新版医保目录执行后，多款国谈药已开出处方，包括治疗慢性排异的甲磺酸贝舒地尔片、儿童专用流感药速福达(玛巴洛沙韦干混悬剂)、用于治疗眼底病的双通路药物法瑞西单抗等。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

降价、保量与临床选择可否兼得？——论带量集采中的“不可能三角”

来源：健康报

1. 问题与背景

基于“以量换价”政策机制的医药带量集采工作，是我国医保部门近年来重要的医改进展。管理部门通过汇集医疗机构的需求数量，和医药厂商进行竞价招标，有效挤压了医药价格“水分”，又保证了中标数量的真实落地，获得了丰硕的政策成果。

在带量集采工作中，同组竞价的产品，通过一致性评价或专家论证后，被认为是同质的，彼此间可以进行临床替代。这是带量集采工作的基础前提。但在集采落地过程中，医疗方往往认为中标产品和之前使用的有所不同，强推替代会影响临床诊疗的质量。有些专家也因此呼吁，认为带量集采工作也应该尊重临床选择权，要纳入医疗人员的专业判断和自由调整。

但是，全面审视医药集中采购的政策历程，临床自由选择往往是导致医药费用居高不下的原因，是医改的标的之一。而医保部门主导的带量集采，其能够顺利落地也正是在限制临床自由选择的基础上得以实现的。这其中，降低采购价格、中标数量落地、临床自由选择等因素之间，似乎存在客观约束条件，难以完全满足，本文将对此进行分析。

2. 带量集采工作中的“三角制约关系”

带量集采工作的基本机制，就是以量换价，即：管理部门用汇集而成的医疗需求数量，和厂商进行博弈，换取厂商优惠报价，并保证中标数量的真实落地。这其中，“降低价格”和“保量落地”是重要的两环。

而临床专家对于带量集采工作的推进，也客观上会存在抵触情绪。一方面是医疗人员都有自己熟悉惯用的品牌，一旦更换，会有不熟悉不放心的感觉；另一方面是不同厂商的产品，或多或少存在差异，即使产品质量没有差别，厂商的服务和技术支持也是各有不同。因此，为了满足临床个性化的需求，就有声音发出，要求带量集采工作中也遵守临床意见，给予临床专家一定的选择权。

但是，从理论上分析，以量换价、带量集采工作中，“价格降低、数量保证、临床自由选择”这三件事情之间，存在互相影响、互相制约的关系。这三者中，可以选择其中任何两个进行追求和实现，但同时就要牺牲第三个因素。

其一，如果选择“价低”+“临床自由选择”，则集采落地数量就难以保证。这方面是有经验教训的。在医保部门推动带量集采之前，既往很多医药集中招标采购，都是招标不保量。厂商竞价准入后，管理部门并不保证落地数量，医疗机构和临床专家有自由选择权，由此导致后续落地成本较高，厂商缺乏意愿去保持持续供应，导致中标品种

在市场上销售数量有限,甚至有些品种不久后便退出了市场,导致“中标见光死”的窘境,民众获得感不强,政策惠民效果因此受限。

其二,如果选择“价低”+“量大”,即以量换价、保证落地的带量集采政策,此时临床自由选择就必然受限。因为,如果临床自由选择权仍在,那后续落地时就依然面临高昂的交易费用。厂商在集采竞价中价格水分已经被挤压,利润空间有限,后续缺乏意愿和能力去投入资源克服交易费用,因此供应数量和持续性就难以保证。如此,为了保证集采降价且大量供应的政策成果得以保持,就必须限制临床的自由选择权。

其三,如果选择“量大”+“临床自由选择”,则降低价格的幅度和力度就需要控制,不能过分追求降价效果。这是因为,既要满足临床的自由选择,又要让中标产品有大数量的落地应用,厂商必须投入很多的营销资源去克服交易费用,此时价格就不能过分挤压,要给厂商留出足够的利润空间。如此情况下,挤压价格水分的难度就会显著增加了。

综上所述,在以量换价、带量集采工作中,“价低、量大、医疗自由选择”三者难以同时满足,必须有所取舍,基于政策目标选择其中两个来进行追求,才能使政策落地具有可行性。

3. “三角制约关系”的启示和意义

本文通过政策经验和理论分析,论证了在以量换价、带量集采工

作中降低价格、保证落地数量、医疗自由选择三者间存在三角制约关系，即：工作中只能选择其中两个进行实现，另一个就不要放松或放弃，难以实现三者全面满足。

由于医疗卫生工作的重要性，人们普遍希望能获得高质量且费用合理的医疗医药服务，带量集采工作中也会面临多样化的社会需求和复杂的社会舆论。有时，带量集采中会面临临床专家的质疑，认为医保“越俎代庖”，在替临床选药，伤害了医学的专业性；有时，带量集采中会考虑降价为主，保量为辅，把后续决策权尽量留给临床专家。出于美好的愿望，以量换价、带量集采工作中也总是希望能满足各方面需求，促进安定团结。

但由于社会资源的稀缺性和竞争性，客观上我们难以满足全部的需求，只能在具体决策情景下进行合理选择。如果本文所阐述的“不可能三角”是成立的，那么在不同决策目标下就必须进行取舍：如果要实现充分价格竞争并保证落地，则临床自由选择权就必须加以限制；如果要保证临床工作的灵活度和个性化，在招标数量或定价强度上就要有所妥协，等等。

当然，本文的阐述也只是从某个角度进行的分析，仅供相关管理者和工作人员参考。文中所提出的“三角制约”理论也可能不够完善合理，需要在未来的理论研究和工作中进行验证和深入。

[返回目录](#)

医疗费用上涨已成全球普遍趋势，该如何应对？

来源：中国医疗保险

近几年，单从我们自身就医经验看，确确实实能感受到就医费用在持续上涨，“不敢”生病、“小病扛一扛就过去了”“能少去医院就尽量少去”已成为大部分群众的共识和选择，因为，进趟医院少则几百，多则数万元，若没有医保报销纯靠自费，医疗负担就能压垮很多人。前段时间美国发生的“学霸枪杀商保巨头案件”也恰恰反映了美国人民群众对不堪重负的医疗费用以及美国医疗、医保体系的反抗。

诚然，我国从 2009 年深化医药卫生体制改革开始，已经取得了弥足珍贵的成果。比如我国已建成世界上最大的医疗卫生服务体系和医疗保障体系，用占 GDP2%的医保费用保障了 95%居民的基本医疗需求，实现了从有没有到好不好、优不优的转变，越来越多先进的医疗技术和创新药品纳入到医保报销范围，切实保障了群众的就医需求。

但话又说回来，很多群众依旧有这样一个质疑：为何看病越来越贵？国家的改革成效到底在哪？因此，笔者想就这个问题和大家做个简单的探讨和回应。

全球医疗通胀趋势显著，不可避免但需控制

“通货膨胀”这个词大家可能都比较熟悉，其反映的是社会整体物价水平上涨的程度，若在医疗卫生领域发生了涨价，就被称为“医

疗通胀”，所反映的是医疗费用上涨。

从全球看，医疗通胀趋势都较明显，呈现持续攀升的态势。据《2024 年全球医疗趋势报告》显示，预计 2024 年平均医疗成本通胀率为 10.1%，高于 2023 年的 9.2%，为 2015 年以来的最高水平。这是个什么水平可能普通群众难以准确感受，简单来讲就是，2023 年治疗某个疾病需要 100 元，到了 2024 年预计就要花费 110 元才可以！而 2024 年全球总体通胀率为 5.8%，相比 2023 年的平均值 6.7%下降了 0.9%。由此可见，医疗通胀率不仅持续上涨，还远高于总体通胀率。在全球经济增速放缓的大背景下，各国在承受如此涨幅迅速的医疗费用上都较吃力。根据国际货币基金组织预测，2024 年全球经济预估增长速度为 3.2%，基本与 2023 年持平。

从我国 2024 年 8 月 29 日发布的《2023 年我国卫生健康事业发展统计公报》（下称“公报”）显示，2023 年我国卫生总费用初步核算为 90575.8 亿元，为近年来首次突破 9 万亿元（2022 和 2021 年全国卫生总费用分别为 85327.5 亿元和 76845.0 亿元），全国人均卫生总费用为 6425.3 元，比 2022 年的 6044.1 元增加了 381.2 元，是 2010 年 1490.1 元的 4.3 倍。

从另一组数据看，我国医疗费用上涨的趋势或将持续更久。2024 年 10 月 11 日，民政部、全国老龄办发布《2023 年度国家老龄事业发展公报》显示，截至 2023 年末，全国 60 周岁及以上老年人口 29697

万人，占总人口的 21.1%，全国 65 周岁及以上老年人口 21676 万人，占总人口的 15.4%。按国际惯例，当一个社会中 65 岁及以上人口占比达到总人口的 14%-21%，就会被称为中度老龄化社会，达到 21%以上为重度老龄化社会。以此为标准，我国已进入中度老龄化社会，且有加重趋势。

据上海市卫生和健康发展研究中心主任金春林介绍，由于老龄化趋势加速，将带来更大的医疗服务需求，与此同时，医院建设、医保门诊统筹保障扩面等，也会加大医疗需求的释放，但是近年来我国 GDP 增长速度有所放缓。在这样的局面下，“全国卫生总费用占 GDP 比重还可能进一步提高”。

是什么原因导致医疗费用年年上涨？

这个问题的答案比较复杂，笔者只能谈一谈不成熟的认识。

首先，笔者认为，大家需要理性看待医疗费用上涨这一现象，这是社会向前发展的必然趋势。随着科技的进步，越来越多疑难杂病在高科技医疗设备和创新药物的开发下得到缓解或者治愈，这必然会导致医疗费用上涨。为了保障更多的群体可以使用上创新产出成果，各国医保部门也使劲浑身解数提高报销比例或者降低产品的费用，比如，2021 年我国在医保目录调整中将一支 70 万元的诺西那生钠价格下降至 3.3 万元，惠及更多罕见病脊髓性肌萎缩症 (SMA) 患者。不过，任何涨幅都要有度，都要与社会经济水平相适宜，否则就需要政府干

预。

第二，医疗费用受到单次就医成本和使用率/量的叠加影响。影响单次就医成本的因素有很多，比如药品和耗材价格、检查检验费用、医务人员服务费用等，尤其是检查检验费用占据了普通患者就医费用的大部分。到医院开几个检查，动辄上千元，这样的经历我们基本上都有过，设备更新换代一次，费用就上涨一轮，群众苦检查检验费久矣。

基于此，国家医保局自成立以来，便着手推动大范围的医疗服务价格规范治理，将一些量大价高的检查检验项目合理下调价格，减轻患者看病就医负担。另外，随着药耗集采的深入，部分药耗价格已降低较多，比如，冠状心脏支架从数万元降低至 700 元，人工耳蜗从 20-30 万元降至 5 万元。

第三，使用率/量这一因素就很好理解了，量用的多，费用自然就高上去了，甚至在价格下降的情况下，依旧可以实现医疗费用的正增长。一方面，人们越来越关注自身的健康问题，年诊疗人次越来越多。2023 年我国总诊疗人次为 95.5 亿，比上一年增加了 11.3 亿人次，入院人次 30187.3 万，比上年增加 5501.1 万人次；另一方面，每人/次就医开药量或检查量也呈上升趋势，甚至衍生出“大处方”、“就医先检查”、“不检查不看病”等现象，这不仅导致医疗资源的浪费，也加重了群众看病就医负担。

针对大处方问题，国家医保局发布《国家医疗保障局办公室关于规范医保药品外配处方管理的通知》，集中治理医保外配处方使用，规定“五必查”：纸质处方使用量大的、单个处方开药剂量大的、同一参保人重复超量开药的、单体定点医疗机构纸质处方开方多的、重点科室医保医师开方数量大的必查。

针对检查检验费用高，除降低单项检查检验费用外，国家医保局在每年的医保基金飞行检查中，也重点检查医院是否存在过度诊疗的违法违规行为。此前，国家医保局就公开点名了数家医疗机构涉嫌过度检查，对患者开展的检查项目临床意义不大，浪费医疗资源。比如内蒙古自治区人民医院对短期住院患者多次开展“糖化血红蛋白”检测以及多种基因检测、病毒检测等存在此类问题，涉及费用高达 500 余万元。

由于医疗行业存在高度的“信息不对称”，普通就医群众只能“听之任之”，所以还需要国家层面大力整治医院的过度诊疗行为。在这两个因素双增的情况下，医疗费用大幅上涨是必然的。

此外，除去正常的通货膨胀外，随着医疗技术的进步还可以进一步提升疾病的早期诊断率以及部分疾病发病率增加等，都导致整体医疗费用越来越多。

医疗费用上涨是否会带来医疗服务质量的提升？

回答这个问题，我们可以首先从美国的说起。美国作为超级大国，

凝聚了全球最强的医药创新，可以说美国让人有可能且快速享受到最好的、最新的医疗服务。但实际上，美国每年花费数万亿元亿美元，医疗排名仍为最后一名。

不同于我国社会保障体系，美国的医保体系是市场化和商业化的。据有关数据显示，从 1999 年到 2024 年，美国的医保保费一路飙升，无论是个人还是家庭，都涨了 4 倍多。家庭医保平均从 5791 美元/年涨到 25572 美元/年，个人从 2196 美元/年涨到 8951/年，但美国 2024 年个人平均收入才 5.9 万美元出头。相对比我国几百元的保费，美国保费可谓是“天价”。

2024 年，独立医疗研究公司 the Commonwealth Fund 针对 10 个高收入国家医疗系统绩效展开了一项分析，报告展示了综合排名、医疗可及性、行政效率、公平性、医疗成果、护理流程六大排名。结论是：美国在医疗领域支出最多却表现最差，不仅总体排名最后，公平性、医疗成果和医疗可及性也排在末尾。这恰恰说明了医疗支出多不一定能够换来医疗质量的提升，体制机制是影响医疗质量的关键。

那么我国呢？

一是就医持续便捷。尤其在医保结算上体现更为显著，近年来国家积极推行“智慧医疗”政策，从“持卡就医”到“扫码就医”再到“刷脸就医”，满足了居民多样化就医需求，并且浙江、广东、江苏等地先行先试，探索“信用就医”模式，在医疗机构中开展“先诊疗

后付费”，签约患者在整个诊疗过程只需要一次性支付汇总费用即可。另外，持续简化优化异地就医备案服务，打通跨省异地就医直接结算路径，让更多的参保群众不再为异地就医和报销“多跑腿”。

二是服务效率持续提升。根据最新的数据显示，2023 年中国三级公立医院门诊患者预约到院后的平均等待时间已经缩短至 17.72 分钟，相较于 2022 年的 18.09 分钟有所减少，体现了医疗机构在优化门诊流程和服务效率方面的努力。此外，全国急诊留观患者的平均滞留时间也从 2022 年的 18.66 小时缩短到 16.85 小时，进一步减少了患者的等待时间。而美国群众若需要看专科医生，等待时间从一个月至半年时间不等，急诊病人未得到及时救治导致病情恶化甚至死亡的案例也时有发生。

此外，患者在今后无需带着检查检验胶片“东奔西走”。2024 年 12 月 1 日，国家医保局在江苏省南京市鼓楼医院正式启动医保影像云共享路径，各省份影像管理机构系统中的影像目录数据可上传到国家医保影像数据云共享中心，全国的医保影像信息将逐步实现共享互通。

那群众到底何时能从中获益呢？

据国家医保局发布信息称，力争 2025 年底，实现全国医疗机构通过国家医保影像数据云共享中心可调阅北京、上海、广东等地区医学影像信息；2027 年底，力争实现全国医保影像云数据“一张网”“路

路通”，解除广大患者重复检查费时、费力、费钱的痛点问题。

三是用药范围持续扩大。至今国家医保局已连续开展了 7 次医保目录调整，新调整的国家医保药品目录内药品总数达到 3159 种，其中西药 1765 种、中成药 1394 种。中药饮片部分 892 种。按照映射关系，大约有 70% 的药品被覆盖在基本医保目录内，同时，医院使用的药品有 90% 左右都属于医保目录内药品。

四是药耗费用持续降低。我国已开展十批药品集采和五批高值医用耗材集采，共纳入 435 种药品以及人工耳蜗、外周介入耗材、人工晶体、运动医学器械、人工关节、骨科脊柱类耗材、心脏支架等多种高值耗材产品。据测算，2018 年以来，药品集采累计节约费用 6300 亿元左右，其中有 80% 的节约费用用于支持创新。

当然除了上述内容外，我国政府还做了很多努力来提升医疗服务质量，比如，药价治理、规范和整合医疗服务项目、数据赋能多层次医疗保障体系完善等。

所以说，医疗费用增多并不必然带来医疗服务质量的提升，主要还是看各国医疗、医保系统以及政府的担当作为如何。最后，笔者在这里想要再次提醒大家，在医疗费用持续上涨的情况下，未参保缴费的群众请尽快参保，千万不要因错过世界上最具有性价比的保障而追悔莫及。此外，有余力的群众还可在基本医保的基础上配置一份商业健康保险，比如惠民保、百万医疗险等，更能全方位降低就医的医疗

负担。

[返回目录](#)

• 专家观点 •

2025 年药学服务如何落地？药店经营理念转变刻不容缓

来源：医药经济报

药学服务是围绕提高生活质量这一既定目标，直接为公众提供负责任的、与药物治疗相关的服务。实践药学服务需运用最新的知识与技术，具备较强工作能力、人文修养、交流技巧和丰富社会经验，通过与其他医药专业人员合作，设计、执行和监测将对病人产生特定结果的药物治疗方案，这些结果包括疾病的痊愈、减轻、疾病进程的阻止或延缓、疾病或症状发生的预防等。

近日，山东省药监局制定印发新版《山东省药品零售连锁企业管理办法》，对加强药品零售连锁企业许可管理及药品零售执业药师配备等方面提出新要求。自 2025 年 1 月 1 日起实施，有效期 5 年。在药学服务方面，《办法》明确，连锁企业应按药品经营质量管理规范规定配备足够的、符合相关资质与经验的执业药师等药学技术人员，并制定管理制度与措施，确保执业药师等药学技术人员在岗履行质量管理与药学服务职责。

药学服务是药店核心竞争力这一理念已毋庸置疑。如何做好药学

服务?零售药店需要具备哪些能力?药店经营理念需要做出哪些改变?工零合作又能产生哪些价值?糖康欣药事服务中心创始人朱亚军、山东医药零售行业协会秘书长左磊、漱玉平民大药房客户价值中心总监段二玉三位行业专家,向我们分享了他们在行业内浮浮沉沉多年的实践与经验。

什么是药学服务?与医疗机构相比,零售药店提供药学服务应当侧重在哪些方面?

左磊:零售药店的功能不只有卖药,还是一个传播健康知识、提倡健康生活方式的宣传场所。药店应该像播种机一样,把“健康理念”播种下去,培育健康生活方式,传递用药安全等知识。另一方面,药学服务应该侧重在慢病管理上,在药物治疗疾病之外,需要有足够的时间进行患者教育和管理。例如讲解疾病形成机理、提醒健康生活习惯、注意情绪管理、管理疾病档案等内容。

朱亚军:零售药店的专业化,一方面要体现在管理上,要为患者提供建档监测、生活饮食管理、健康科普、疾病预防等管理。另一方面,零售药店的专业化并不是要比医疗机构专业,而是要比患者专业。

以糖尿病为例,糖尿病并发症是糖尿病患者需要重点关注的问题,患者需要严加控制,以避免出现糖尿病眼病、糖尿病足、糖尿病肾病等并发症。对于大多数糖尿病患者来说,自主控制是很困难的,通过医院控制也是难以实现的,此时,就需要有专业药学服务能力的

药店介入患者的疾病管理。

段二玉：与医疗机构相比，零售药店提供药学服务应当侧重在三个方面。首先，零售药店应确保药品品种齐全，包括同类药品中不同品牌、剂型、规格的选择等。并根据患者的症状和需求，药师在合法合规的前提下，为患者提供详细的用药咨询服务，解答患者关于药品用法、用量、不良反应、禁忌证、药物相互作用等方面的问题。

其次，为长期用药的患者建立用药档案，记录患者的基本信息、用药史、过敏史等，以便更好地跟踪患者的用药情况，提供个性化的药学服务。还要注意提醒患者按时服药，并对患者进行定期随访，了解患者的用药依从性和药物治疗效果，及时发现并解决用药过程中出现的问题。

最后，要重视结合季节特点和常见疾病流行情况，向公众宣传疾病预防知识和保健方法，提高公众的健康意识和自我保健能力。同时，教导患者如何正确阅读药品说明书，以及如何正确储存药品等。

人口老龄化加快、慢病患者越来越多，这对于执业药师专业能力提出了哪些新需求？

左磊：执业药师是零售药店经营的必备条件，但更关键的是，执业药师如何发挥更专业的健康指导作用。目前，普遍执业药师不具备专业药学能力，随着人口老龄化加快、慢病患者增多，执业药师的专业性提升刻不容缓。

经过多年实践与统计，首次培训后有效果的比例不超过 17%，只有 36%的执业药师(包括药店店员)可以通过反复培训达到专业药学服务标准。尽管比例不高，但这种比例足以覆盖一个药店的专业服务需求，所以专业能力的提升要落脚在培训上。此外，还要树立文化理念。零售药店的专业能力提升，必须是自上而下的，要从领导层开始，明白药店工作者的职业价值，要让他们对职业有使命感，对工作有自豪感，对岗位有归属感，拥有了这些后，才会有主动服务患者的意识。结合以上两点，2024 年，我们给某大型连锁药店提供的 170 场培训，就聚焦在药品专业知识、疾病科普、职业认同、患者教育、沟通方式等内容上。

朱亚军：近年来，国家一直大力培养执业药师，但迄今为止，执业药师仍然是不足的，特别是县镇乡等基层。所以，我们需要转变专业药学服务人士培养的思路。还以糖尿病为例，在糖尿病患者管理方面，相关管理的指标和方式是有明确的标准和指南的，如食物摄入量、含糖量计算等等。一个药店店员很难具备全面的药学服务知识，但通过短期培训和学习，做好糖尿病这一单病种的管理和数据监测流程，并不困难。

所以，药店的专业性体现在医生和患者之间的空白地带，把这一部分内容做细、做强、做专业是我们要发力的地方。在全国几十家规模以上连锁的项目培训中，我们已经打造上了一套成熟的、可复制的

培训方案。

段二玉：第一，要深入了解老年病和慢性病病理生理机制，熟悉多病并发情况的药物治疗策略。例如，某些降压药可能会影响血糖水平，或者治疗冠心病的药物可能与治疗糖尿病的药物存在相互的治疗效果。此外，执业药师需要及时学习这些新的指南内容，以便为患者提供更前沿的治疗指导。

第二，老年人的生理机能衰退，如肝肾功能下降，药物代谢和排泄能力减弱。执业药师需要合理指导药物剂量，确保药物既能发挥治疗作用，又不会因药物蓄积而产生毒性。此外，执业药师要根据慢病患者各项数据指标，精准调整药物剂量和种类，并注重培养药物不良反应监测和处理能力。

第三，老年患者可能存在听力、视力、认知等方面的障碍。执业药师在沟通时，要使用简单易懂的语言，放慢语速，并且要有足够的耐心。还要重视长期健康管理，建立患者的用药档案；并通过定期随访，了解患者的用药依从性、药物疗效和不良反应情况。

从“以药品为中心”向“以患者为中心”转变，这对医药行业各方提出了“全流程、全周期的药学服务能力”的整体需求，从您的角度来说，经营和发展思路有哪些转变

左磊：2016年，处方外流政策开始探索，掀起零售药店行业“狂欢”，认为是新的发展机遇，药店可以承接医疗机构的“蛋糕”。然

而当局者迷，“处方外流”的身后是医改大政策，目的是破除“以药养医”，加速推进医药行业转型升级。如果只是将药品利润换一身份承接，那医改的价值就没有发挥出来。

如何应对处方外流政策?我认为“品类重构，场景再造”，即经营重点向非药品转移，才是药店经营的关键。用药治疗仅仅是健康周期的一环，通过宣传健康知识和患者教育，让老百姓掌握健康生活方式，达到“治疗”向“预防”前移的健康意识，才是药店经营的利润所在。

任何一个行业都会从不成熟走向成熟。2024 年闭店潮出现，2025 年或将愈演愈烈，但这并不是坏事，它会让医药零售行业变得更加的垂直且专业。现在很多药店都在进行品类调整，要在未来的 1~2 年的时间内，非药品类比例不断提高，有望调整到 55%或更多。

朱亚军：“专业化可能是未来唯一出路”，近两年来，行业各大论坛、专家、从业者不约而同产生了这一结论。为什么过去 20 年大家不重视药学服务，不提倡专业化?专业化在过去就不重要了吗?

过去 20 年是医药零售蓬勃发展的 20 年，彼时药店解决的是基础的卖药问题，突出了零售属性。但药店和服装鞋帽等大零售是不一样的，药店不只要解决买药的问题，还能解决消费者的健康问题，具有公益和专业属性。这就要求极大的消费者信任度，特别是这两年药店数量从 48 万飞速增长到 70 万家药店，如果仍然忽视专业能力建设，

必然迎来消费者的“抛弃”。

当下，医改政策持续推进、消费者健康需要不断提高，很多零售药店仍然保留着过去单纯“卖买”的经营理念，还在通过加大营销、促销手段吸引消费者，就必然要承担消费者流失的后果。“现在生存下来都很难，要先考虑赚钱，哪有精力去做专业化服务。”过去 20 年的成功经验，如今却成为现在发展的桎梏。

段二玉：在专业服务方面，要提升药师的专业水平和服务能力，不仅要能够准确地调配药品，更要为患者提供详细的用药指导、药物相互作用咨询、不良反应监测等服务。在健康管理方面，从单纯的药品销售转向提供综合健康管理服务，并建立顾客健康档案，记录顾客的基本健康信息、用药历史等，以便进行跟踪服务和健康管理。在多元化经营方面，除了销售药品，还应拓展健康相关产品的经营，满足顾客多样化的健康需求。还要开展一些增值服务，如代客煎药、送药上门、健康讲座等，提高顾客的满意度和忠诚度。在线上线下融合方面，利用互联网技术，为顾客提供便捷的购药渠道和咨询服务。同时，将线上线下的服务进行整合，实现线上线下同品同价、库存共享、线下体验线上购买、线上咨询线下取药等功能。

您认为可以从哪些方面加大加深“工零合作”，助力药学服务体系建设和行业支持？请分享一些“工零合作”助力专业化服务的案例。

左磊：消费者购买药品，需要经历从了解、到熟悉、到相信、再

到习惯的四个阶段。在工零合作中，“不伤客、引流、利润”是合作的基础，除此之外，更重要的是不要在营销上过度的动脑子，而是在专业技能上长脑子。在患者教育和产业营销之间要把握尺度，急于产品营销的大会会带来负面影响，让消费者产生抵触情绪。此外，一些工业企业，在面对有竞品竞争的情况下，不愿意去患者教育，反而忽视了做好患教，会极大提升行业信任度，有助于全行业的品牌效应。

朱亚军：工业企业应该转变对零售药店的定位，从b端向c端转变。在工业企业视角里，零售药店应该与消费者站为一队，工业企业要帮助零售药店梳理全流程的慢病管理，在人才技术、患者管理、疾病培训等方面的加强培训。

比如慢病患者并发症的品种产品，如果药店店员专业知识储备不足，不知道这个产品的作用与疗效，自然就不会对其进行销售，就会导致无法精准销售，自然就流失这部分消费者。此外，拥有专业能力也会让消费者产生信任，从而促使交易的达成率；如果只是单纯靠营销，或者将面对患者的重要工作全权交给零售药店，自然就降低达成交易的概率。

段二玉：加强信息共享与沟通。上游工业企业和零售药店共同搭建一个信息共享平台，企业可以在平台上发布药品的最新信息，如产品特点、适应症、用法用量、不良反应等；药店则可以反馈药品的销售情况、顾客的用药反馈、市场需求变化等信息，双方根据这些信息

及时调整生产和销售策略。

通过信息共享，上游工业企业还可以实时了解零售药店的药品库存情况，合理安排生产和配送计划，避免药品缺货或积压。例如，采用先进的库存管理系统，实现库存的自动预警和补货提醒，提高供应链的效率和效益。

进而优化供应链管理。双方合作优化物流配送流程，提高药品配送的及时性和准确性。企业可以与专业的物流企业合作，建立高效的配送网络，确保药品能够快速、安全地送达药店。同时，药店可以提供配送地址、收货时间等信息，配合企业完成配送工作。

除此之外，还可以开展联合培训与教育。上游工业企业利用自身的专业资源，为零售药店的药师提供专业培训，包括药品知识、药学服务技能、疾病管理等方面的培训。双方合作开展患者教育活动，针对一些常见疾病或慢性疾病，如糖尿病、高血压等，举办健康讲座、义诊等活动。企业提供专业的医学资料和宣传手册，药店提供场地和组织患者参与，提高患者的健康意识和用药依从性。

[返回目录](#)

金春林：创新药医保准入与支付标准考量要点思考

来源：医药经济专家谈

从“制药大国”迈向“制药强国”的历史征程中，创新药产业无疑是实现这一战略目标的关键支撑力量。随着顶层设计不断加大对药

品研发创新的支持，我国医药产业将迎来高质量发展的关键阶段。

在全链条支持创新药发展的时代背景下，我国创新药产业已展现出蓬勃的发展态势。据米内网预测，中国公立医疗机构终端药品销售额将以每年 1%-2% 的复合增长率，增长至 2029 年的约 14000 亿元。虽然院内市场规模的增速已然放缓，但产品结构上会发生较大变化。其中，创新药将从 2019 年的 1000 亿元(约占 8%) 增长至 4500 亿元(约占 32%)。

然而，与美国、日本等国家相比，我国创新药销售额所占比例尚小，仍有较大的增长空间。在业内看来，我国创新药销售额占比持续提升的发展趋势不可阻挡，但在现阶段，创新药的商业环境仍有待进一步改善。随着上市数量的不断增多，面对新药研发的高投入、高风险、长周期等特性，创新药品价值评估的重要性和紧迫性不容忽视。

在上海市卫生和健康发展研究中心主任金春林看来，作为厚植新质生产力的重要领域，创新药产业发展潜力巨大，药企加以深耕并占领高地是应有之义。“但与近乎无限增长的医疗服务需求相比，我国医保基金总量是有限的，如何将新药及时纳入医保药品目录、以何种价格纳入、是否纳入等都是难题。国际上在创新药品价值评估领域已取得诸多进展，其考量要点值得思考与借鉴。”

价值评估方法灵活多样药品创新含金量是关键

目前，国际上有多种常见的创新药品价值评估方法，包括基于药

物经济学评价增量成本效果比(ICER)阈值调整、创新药品价值评估分级、国际参考价、风险分担协议、创新药品不确定性管理等。其中,英国、美国、澳大利亚、日本、韩国等国家均主要采用 ICER 这一评估指标,我国目前同样以此为主要评判标准。

该方法采用经济学理论基础,通过测量和对比拟评估药品和参照药品的经济成本与健康产出,并将医疗成本差值与健康产出差值做一比值,进而得到决策指标 ICER。其中,健康产出通常使用质量调整生命年(QALY)作为衡量指标。在实际决策时,决策者会将 ICER 与一个外部参考值(意愿支付阈值)进行对比,从而判断评估药品是否具有经济性。

金春林指出,各国的 ICER 阈值不尽相同,但都与本国经济发展水平密切相关。例如英美日韩四国设定的高值创新药品 ICER 阈值,通常为本国人均 GDP 的 1.3-2.9 倍不等。我国 ICER 阈值一般为人均 GDP 的 0.6-0.8 倍,最高不超过 1.5 倍。因此,国内创新药的定价相对美国而言会低很多,这与后者的生物医药产业发达不无干系。

法国则是在疗效改善分级的基础上开展价值评估,同时关注创新药对医疗服务的改善程度。据金春林介绍,法国的价值评估内容包括根据药品有效性、安全性、质量可控性、依从性、创新性、社会属性等指标,进行临床效益水平(SMR)和临床效益改善程度(ASMR)评价并形成相应等级。

其中,SMR 评级是确定药品报销资格和报销比例的主要依据,ASMR 评估则为等级 I-III 的药品谈判定价。参考欧盟市场参考价和 ASMR 级别,法国允许谈判后的价格可以高于参照药品。金春林坦言:“法国其实就是从两个维度评价创新药品,一个是使用该药本身带来的效果,另一个是与现有疗法比较产生的效益。”

德国评价的思路与法国大同小异,其新药定价和医保补偿同样基于临床效益评价的分类等级管理。“德国所有新批准上市的药品需要与参照物比较附加效益,价值评估维度包括生存时间(死亡率)、并发症、生活质量等,并分类为重大、显著、较小、不可测量、无、小于参照药物等等级,以此实现按照价值支付,优质优价。”金春林总结道。

值得一提的是,日本能够给予创新价值适宜的溢价。根据有无类似药物,日本对上市的新药分别采取类似药定价法和成本定价法。若有相似药物,日本则根据药物的创新程度,如新的作用机制、更高的疗效或者安全性、改善目标疾病的治疗、有益的药物配方等,给予 5%-120% 的溢价范围。

特别是针对获得“先驱认定”且在日本优先上市的药品,日本会直接给予 10%-20% 的溢价。金春林举例道,BMS 的 PD-1 抑制剂纳武利尤单抗在日本定价便是美国定价的 2 倍之多。“给予突破性创新高回报、高激励,也使得日本药企在免疫疗法、ADC 等诸多创新领域拥有

较强的竞争力。”

此外，国际参考价也是多个国家评估创新药品价值的重要依据。其中，加拿大以此为基础，并根据不同治疗水平的提高程度，确定创新药品价格，同时颁布过高价格指南以确定价格上限；韩国则以此制定了无替代药的创新药品支付价，若药品能延长危及生命的罕见病生存期，便取美国、日本、德国、法国、瑞士、英国和意大利等七国调整平均价。

依据创新程度差异化管理真实世界数据可支持涨价

近二十年来，我国医药产业经历了从以仿制药为主导，到逐步实现跟随式创新，进而迈向源头创新的跨越式发展历程，这是政策和市场需求推动的结果。

站在新的发展阶段，制药企业需要深刻理解监管部门鼓励的是何种创新，方能更好地适应政策导向，以在激烈的市场竞争中脱颖而出。金春林坦言，从两个维度看，不同创新药的价值的确存在差异。“一是看临床价值，是否满足临床需求，解决无药可用的困境；二是看创新价值，是否开拓全新技术领域，引领更多同类药品上市和医保准入。”

与此同时，随着君实生物的特瑞普利单抗、和黄医药的呋喹替尼、百济神州的泽布替尼、传奇生物的西达基奥仑赛等一批出海药品在欧美市场获得高定价，国产创新药也亟需撕掉“低价”标签。金春林认

为，国产创新药取得现有出海成绩并不容易，且未来在其他地区获得高定价会更加困难，因为越南等多个国家均施行比价制度。

当前，通过树立支持“真创新”的政策导向，运用药品价值评估、药物经济学评价等技术工具，我国医保部门在有限的基金支撑能力下已尽可能平衡好参保人多元化需求、医务人员临床用药以及医药产业发展创新的需要，助力高临床价值、高创新水平的药品获得与之匹配的价格。尤其是以健康价值为核心的创新价值评估分类，更是打破了“50 万/30 万”的刚性。

金春林表示，在目前的医保谈判中，评审专家更加关注“临床价值、预算影响”两要素。“即以增量疗效为核心，以临床价值为导向，测算药品的目标人群范围、市场份额大小对基金预算的影响。未来，医保部门可能会更加关注创新药物是否能够填补现有治疗领域的空白、增加治疗方案的连续性、改善治疗效果、扩大患者的选择范围以及促进市场竞争等。”

实际上，药品创新性具有不同维度的属性。在科学价值上，需要关注的是新机制、新靶点以及不可替代的治疗地位；在治疗价值上，需要聚焦的是临床疗效提升、严重不良反应减少、生命质量提高、依从性提高等；在社会价值上，需要重视的是改善疾病负担，以及带来中长期社会整体获益，如产业发展、技术国有化等；在患者需求上，需要关注的是未满足需求、儿童用药，罕见病、严重危及生命的疾病

等。

因此，如何全方位、全周期地衡量一个药品的价值至关重要。金春林指出，在现有医保谈判的策略上，参照药的选择直接影响谈判价格。尽管参照药品原则上应为同治疗领域内临床应用最广泛的目录内药品，但在实际应用中面临较大挑战。“一是常规治疗是上市多年的传统药品，处于不同生命周期；二是标准或常规治疗方案有多个；三是弥补临床空白的突破性疗法，但当前同领域没有可比药品；四是多适应症药品各适应症下符合原则的参照药不同等。”

在此背景下，金春林建议制定我国高值创新药品国际参考价差异化管理办法，价格水平根据创新程度不同差异化管理。“针对本土自主研发、国内首发上市(无替代药)的高值创新药，参考同适应症药品国际价格情况或相似药品国际价格的比价关系。具有重大或者显著附加临床收益(取得突破性创新或者疗效有大幅度提高)的创新药价格不得超过参考国同种创新药的中位价，具有较小附加临床收益的创新药价格不得超过参考国同种创新药的最低价等。”

同时，还可以通过真实世界数据支持，弥补经济性证据中的不确定性，减少专家评审和测算环节风险。此外，针对目前续约规则仅考虑医保基金支出这一价值维度，无法全面体现续约药品价值的局限性，金春林建议当续约药品新增适应症时，增加其他价值维度考量(如采用快速综合价值评分)，对价值较高的续约药品予以一定幅度的降

价幅度缩减。

而对于未过专利期的续约药品，若其治疗费用已处于同治疗领域内的最低水平且替代对照药的，金春林建议设立价格稳定期，若真实世界数据表明比对照药成本效果好且节约医保基金的，甚至可以适当涨价。“生命是无价的，药品肯定有价，无价与有价之间如何科学平衡，需要业界共同努力探索。”

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号

北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司

公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药 城: <http://www.yaochengwang.com>

地 址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

电 话: 010-68489858