

医药先锋系列之



Medical weekly pharmacy

» 医周药事

2025年第7期

(2025.02.10-2025.02.16)



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。）

• 专家观点 •

▣ [观点 | 耿鸿武：2025 集采趋势前瞻](#)（来源：医药经济报）——第 7 页

【提要】2025 年是“十四五”规划的收官之年，也是将全面深化改革推向纵深的关键之年。药品集中带量采购将持续做好“三个动作”：一是“完善”政府组织、联盟采购、平台操作的工作机制，建立以市场为主导的药品价格形成机制，发挥医保基金战略性购买作用；二是“推动”药品集采工作常态化制度化开展，继续提质扩围，加快形成全国统一开放的药品耗材集中采购市场；三是“引导”药品价格回归合理，行业发展健康，生态风清气正。

▣ [观点 | 陈雪琴：建设研究型医院 让创新成果稳步落地](#)（来源：中国卫生杂志）——第 10 页

【提要】“在研究型医院建设中，成果转化扮演着至关重要的角色。它不仅能够推动医疗技术的进步，提高医疗服务质量，还能够促进医院经济效益的增长，加快医学科研成果的普及和应用。”当被问及研究型医院建设的相关思路，宁波大学附属第一医院副院长陈雪琴做了上述回答。当前，研究型病房、科研成果转化是陈雪琴工作的关键词，而研究型医院的建设路径正是开启科研成果转化的“钥匙”。

• 分析解读 •

▶ [机遇还是挑战？谈谈全面推开医保支付方式改革这三年](#)（来源：中国医疗保险）——第 14 页

【提要】2024 年，医保支付方式改革持续深入，全国基本实现 DRG/DIP 全覆盖。2024 年 7 月 23 日，国家医保局发布按病组 (DRG) 和病种分值 (DIP) 付费 2.0 版分组方案，提出 2025 年起各统筹地区统一使用 2.0 版分组版本，提高支付方式改革工作的规范性、统一性。回首试点经验，展望新版本实施。对此，本文带您探讨三年来支付方式改革取得了哪些成效？未来发展上存在哪些特点？

▶ [深度访谈 | 中国医保改革的发轫与破冰](#)（来源：中国医疗保险）——第 21 页

【提要】中国传统职工医疗保险制度是 20 世纪 50 年代初按计划经济体制的要求建立起来的，主要由覆盖企业职工劳保医疗制度和覆盖机关、事业单位人员的公费医疗制度构成。与旧中国广大民众缺医少药，基本没有医疗保险的情况相比，传统医疗保险制度在保障职工身体健康方面发挥了重要作用，起到了历史性的进步作用。但随着我国从计划经济向社会主义市场经济转轨，传统职工医疗保险制度的弊端也日益暴露出来。

• 医药专栏 •

▶ [多省取消医院用药品数限制，对病患用药影响几何？](#)（来源：第

一财经) ——第 32 页

【提要】业界观点认为，“取消医院用药品数限制”不仅有利于三级医院优化自身药品使用结构和谈判药物等的供应保障，还有利于推进分级诊疗。为保证临床诊疗需求和参保患者合理用药权益，多地近期再度发文强调“取消医院用药品数限制”。

► [疏堵兼治，全球医疗医药腐败问题治理现状如何？](#)（来源：中国医疗保险研究院）——第 36 页

【提要】近年来，针对医疗、医药行业反腐发布了多项文件，不仅有综合性文件，如《关于整治群众身边不正之风和腐败问题工作情况的报告》，也有专项治理文件，如《关于印发 2024 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知》。根据文件，其实释放的信号非常明确——今年会对医药企业商业贿赂继续严查。但是，多部门整治医药、医疗腐败行动已持续良久，为何仍有较多医药企业以及医疗机构“顶风作案”？全球情况反腐情况如何？我国又采取了哪些行动？

• 集中采购 •

► [中成药集采部分流标！独家品种为何降价难？](#)（来源：医药经济报）——第 43 页

【提要】日前，第三批全国中成药采购联盟集中采购中选结果正式出炉，本次共有 174 个药品中选，涉及 20 个产品组、95 个产品。共有

超 150 家药企获得中选资格。其中广州白云山明兴制药、哈尔滨珍宝制药药品中选数最多，均有 3 个；其次是钓鱼台医药集团吉林天强制药、广东雷允上、河南福森药业、黑龙江金九药业等，均有 2 个药品中选。

▣ [破解医院“回款难”问题，医保局这样做](#)（来源：新浪医药新闻）
——第 48 页

【提要】近日，国家医保局官网发布《医保基金与集采药品耗材、国谈药企业直接结算加速落地 企业回款周期从 6 个月减为 30 天》，再次强调医药企业回款问题。国家医保局文章披露，截至 2024 年底，江西省 12 个统筹区已全面实行国谈药直接结算，医用耗材由 4 个批次增加到 33 个批次，全省已累计为 3983 家医药供货企业直接结算 203.45 亿元，其中 2024 年全年为 3557 家医药供货企业直接结算 90.42 亿元，货款结算周期从 6 个月缩减为 30 天左右。

• 医保快讯 •

▣ [政府工作报告：今年医保有这些安排](#)（来源：新华网）——第 52 页

【提要】近期，各省份行政一把手代表省级人民政府向人民代表大会作了 2025 年政府工作报告。根据全国 31 个省份的政府工作报告全文，笔者对各地 2024 年医保工作回顾和 2025 年医保工作安排相关内容进行了简要梳理，可对全国医疗保障工作管窥一二，供业界参考。

▶ [大数据+药品追溯码，如何深度赋能医保基金“严监管”？](#)（来源：中国医疗保险）——第 58 页

【提要】在这个信息爆炸的时代，每一盒药品都拥有了属于自己的“身份证”——药品追溯码，而大数据技术则如同一位无形的“监管者”，默默守护着医保基金的每一分钱。随着国家对医疗卫生领域信息化建设的持续加强，特别是“智慧医保”战略的深入实施，以及药品追溯码的全面推广和大数据技术的广泛应用，守护百姓健康、捍卫医保基金安全的新纪元正在开启。

-----本期内容-----

• 专家观点 •

观点 | 耿鸿武：2025 集采趋势前瞻

来源：医药经济报

2025 年是“十四五”规划的收官之年，也是将全面深化改革推向纵深的关键之年。药品集中带量采购将持续做好“三个动作”：一是“完善”政府组织、联盟采购、平台操作的工作机制，建立以市场为主导的药品价格形成机制，发挥医保基金战略性购买作用；二是“推动”药品集采工作常态化制度化开展，继续提质扩围，加快形成全国统一开放的药品耗材集中采购市场；三是“引导”药品价格回归合理，行业发展健康，生态风清气正。笔者判断，我国药品集采 2025 年的发展趋势有以下几个方面：

一是持续性推进，进入到巩固和提高的发展阶段。集采从 2018 年探索至今已经实践六年，以问题为导向不断解决和完善，积累了丰富的经验，并取得了显著效果，实现了医保基金使用的“腾笼换鸟”。现阶段，基本的路径和方法已经非常明确，下一步将进一步完善和加强。

二是提质扩围，从化学药向中成药、中药饮片、生物药领域延伸。从数据上分析，国家和地方将会把更多品种纳入带量采购，中药类将

成为重点，包括中成药、中药饮片、中药配方颗粒等，生物制品的数量也会不断增加。同时，更多医药机构将纳入集采系统管理，如村卫生室、零售药店、民营医院等。

三是省际联盟扩展成全国采购，形成相对稳定的省际采购组织。并将承担起越来越多的全国性采购项目，区域性的集中采购中心格局即将形成。

四是深化价格管理，保持企业内和企业间同通用名产品的合理差价。全国医保信息化系统打通后，产品价格愈加透明，全国药品挂网价格最低价联动机制已普遍使用，限价机制中采用最高有效申报价格和全国最低价被各地方案广泛采纳。2024 年，企业内挂网产品区域间歧视高价整治已经告一段落，未来将陆续过渡到对企业间产品的价格比对，规范企业间同通用名产品不同区域的挂网规则。医疗市场与零售市场价格联动的范围也会逐步扩大。

五是信用评价制度和医保结余留用政策成为集采的两个重要抓手。做好价格和招采的信用管理一直是近年来集采的重点，在国家和各省地市的集采方案中，这方面的要求越来越细化，已经成为企业合规经营遵循的标准。结余留用政策对医疗机构集采产品的报量、采购和使用、结算等起到了正向的激励和约束作用。

六是综合评价、竞价询价、议价成为各省市药品集采的主要方式，其中最引人关注的是综合评议。目前各省地市方案普遍将医疗机构覆

盖率、采购量占比、市场占有率作为重要指标，将供应保障、品牌、研发等纳入技术评价因素。虽然因素和权重不同，但已经形成初步的共识。在综合评议中，价格分比例差异加大，其中占比 50%~60%最为常见。

七是加速化学仿制药的国产替代，临床产品市场格局不断变化。国产仿制药企业竞争激烈，临床上中选的国产仿制药市场份额逐年保持增加趋势，临床产品的结构正在不断变化，国产替代速度加快。

八是规范集采产品进院、采购和使用，扩大医保直接结算范围，提高回款效率。驱动医疗机构按照集中采购的要求选择、采购和使用集采产品，经过六年的集采实践证明，效果不断显现。虽然仍面临一些问题，但在政策的推动下，会逐渐得到解决。

九是药店统筹、“双通道”“三进”等政策助推行业医药分开。自 2021 年国家医保局推出门诊共济保障制度以来，目前已有 27 省建立了统筹药店，统筹药店数量超过 14 万家；医保谈判产品的“双通道”政策也大大促进了产品的使用，解决了国谈产品进院难的问题。2024 年，国家医保局又推出鼓励集采产品“三进”政策，江西、陕西、山东、河南、湖南等省率先实施；广东、浙江、海南、内蒙古、新疆等地也以地级市为单位开始试点，预计 2025 年将会覆盖全国。医药分开又向前推进了一大步。

十是信息化手段和数字化技术广泛应用，大大提高医药价格治理

现代化水平和集采的专业管理和服务水平。国家及各省医药集中采购平台功能进一步完善，提升平台间价格、信用评价、供应等数据联通共享水平，协同联动机制已经形成，产品挂网全国联审通办 2025 年也将实现，推进形成全国统一开放的集中采购市场。

[返回目录](#)

观点 | 陈雪琴：建设研究型医院 让创新成果稳步落地

来源：中国卫生杂志

“在研究型医院建设中，成果转化扮演着至关重要的角色。它不仅能够推动医疗技术的进步，提高医疗服务质量，还能够促进医院经济效益的增长，加快医学科研成果的普及和应用。”当被问及研究型医院建设的相关思路，宁波大学附属第一医院副院长陈雪琴做了上述回答。当前，研究型病房、科研成果转化是陈雪琴工作的关键词，而研究型医院的建设路径正是开启科研成果转化的“钥匙”。

乘政策东风

近年来，随着我国对创新药研发的支持力度和资金投入不断加大，日益增长的临床试验需求催生了更多的药物临床试验机构。药物和医疗器械临床试验机构备案管理信息系统显示，截至2024年11月，全国已有1665家机构在国家药品监督管理局备案。

除药物临床试验机构数量的增加外，国家对创新药研发的支持还体现在相关政策和规范当中。《中华人民共和国药品管理法》《药物

临床试验机构管理规定》《药物临床试验质量管理规范》等政策法规的发布使得临床试验机构的运行管理得到了广泛关注。

“这些文件支持和推动了医院临床药学的发展。”陈雪琴告诉记者，近年来，宁波大学附属第一医院将研究型病房建设作为医院重要的发展工作，建成了科研平台药械临床研究机构(GCP 平台)，承担药物、器械、特医食品、体外诊断试剂等注册类临床试验及药物上市后再评价、研究者发起的临床研究等工作，以支持医院内部药品质量控制和药物监管工作的开展。

GCP 平台下设机构办公室，机构办公室下设中心药房、资料档案室、药物专业组和器械专业组。平台现有床位 41 张，占地 1700 平方米，划分有集体宣教室、医学观察室、样本处理和储存室、知情访谈室、活动室、办公室、资料室等功能区域，同时配备符合临床试验要求的床旁心电监护仪、除颤仪、遥测监护仪以及超低温冰箱、生物安全柜、高速冷冻离心机、电子分析天平等设备。去年年底，医院入选了中国研究型医院学会遴选的研究型医院建设单位。

创新是重要一环

据了解，宁波大学附属第一医院始终以建设“国内一流、省内领航、百姓首选的研究型医院”为目标，积极推动临床型医院向研究型医院建设理念转变，在医疗服务、科学研究和成果转化等方面持续发力，着力构建基础研究平台、临床研究平台和成果转化平台，加强科

研人才队伍建设。

在医学的浩瀚星海中，研究型病房就像一颗闪耀的北极星，为肿瘤患者照亮希望的道路。“很多肿瘤中晚期患者面临着无药可用的困境，研究型病房也许是他们的最后一丝希望。”陈雪琴告诉记者，当前医院接收的血液病、淋巴瘤等疾病的患者受试意愿很高。患者意愿越高，医院创新药研发得到的支持力量就越充足。

陈雪琴认为，激发医护人员的科研创新能力是管理者需要全面思考、推进的事。要实现医院的高质量发展，就要紧抓临床创新，将创新理念延伸到医院管理的各个层面。

近3年来，医院经过全方位创新发力，共获批国家自然科学基金25项，授权专利748项(其中发明专利52项、实用新型668项、外观28项)，实现科技成果转化19项，合同金额达2000余万元，位列全省医疗机构前列。

医院持续在科研上下功夫，强化技术引领，逐步建立了以疑难复杂疾病、罕见病、区域多发病为主的临床技术创新体系。比如，前不久医院积极引入的全球第四代手术机器人，实现了重大疾病患者诊疗“最小创伤、最大功能保全”的目标。

加强药师队伍建设

对于研究型病房而言，一支好的药师队伍对研究型病房运行的质量和效率具有重大意义，主要体现在两方面。

一是增强临床试验的安全性和客观性。药师在新药临床试验中负责对试验药物的接收、发放、回收、库存的全流程管理，并参与临床试验药品的基础管理、监控试验药品的使用过程、临床试验设计等工作。正是这些工作保障着临床试验的安全性和客观性，并较大程度维护受试者的权益与安全。

二是促进新药研发和临床研究质量提升。药师在新药研发过程中，能够第一时间了解与掌握新药的发展动态与临床疗效、特性，为新药上市后的药学服务工作奠定坚实基础。此外，药师的专业知识和实践经验有助于提升临床研究的质量和进度。

陈雪琴介绍，宁波大学附属第一医院药学部现有 30 余名专科临床药师，覆盖心血管内科、消化内科、抗感染、抗肿瘤、疼痛等临床专科，现已建设成宁波地区规模最大、专业最全的临床药师队伍。

据了解，近年来医院不断完善信息化建设，以政策为导向，持续优化合理用药相关考核指标，形成合理用药的常态化管理机制，实行临床药师合理用药临床科室包干制，促进院内合理用药水平提升；在卫生健康、医保部门的支持下，实行药品管控和多学科诊疗，在抗菌药物、抗肿瘤药物及重点监控药品等药物合理管控及患者个体化药学服务等方面均发挥了积极的作用；依托药师队伍的专业力量，积极开展住院患者药学监护服务及线下药学门诊、互联网药学门诊等，持续为患者提供全方位、高质量的药学服务。

• 分析解读 •

机遇还是挑战？谈谈全面推开医保支付方式改革这三年

来源：中国医疗保险

提起医保支付方式改革，很多参保人会说，支付方式不是医院的事情吗？跟我们有什么关系？

其实不然，挂号检查、买药住院、离院结算，这些参保人看病就诊接触最多的流程。看就诊后，若费用超过起付线，每一项费用都有一部分由医保基金承担。而这部分费用，由医保基金按比例支付给了医院。

这项改革不仅事关医保基金使用，也关系广大参保人的利益。

2022 年，医保支付方式发生全面变革。国家医保局发布《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》明确从 2022 年到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展按疾病诊断相关分组 (DRG)/病种分值 (DIP) 支付方式改革工作，到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构。

2024 年，医保支付方式改革持续深入，全国基本实现 DRG/DIP 全覆盖。2024 年 7 月 23 日，国家医保局发布按病组 (DRG) 和病种分值 (DIP) 付费 2.0 版分组方案，提出 2025 年起各统筹地区统一使用

2.0 版分组版本，提高支付方式改革工作的规范性、统一性。

回首试点经验，展望新版本实施。对此，小编带您探讨三年来支付方式改革取得了哪些成效？未来发展上存在哪些特点？

一、成效显著，改革实现医、保、患三方共赢

不断优化、循序渐进，克服医保政策碎片化

——改革显现成效。截至目前，DRG/DIP 付费基本实现统筹地区全覆盖，完成《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》提出的阶段性目标。同时各统筹地区内医疗机构、疾病种类和医保基金的覆盖目标也都基本达成。1 月 27 日，国家医保局发布《国家医疗保障局办公室关于印发〈按病种付费医疗保障经办管理规程(2025 版)〉的通知》，在特例单议、即时结算、智能审核、激励约束机制等方面进行政策指导。地方层面，广东、辽宁、山东、安徽等地也结合自身情况，相继出台本省份 DRG/DIP 新规。

——基金使用效率提高，监管水平不断提升。改革实施后，部分统筹地区基金超支局面得以扭转，结算率得到提高。2019 年以来，在全国医疗服务量、住院人次数显著增长的情况下，全国基本医保支出增速保持稳定。特别是东北、中西部等医保基金收支压力较大的统筹地区，实施 DRG/DIP 支付方式后，医疗行为逐步规范，基金收支总体平衡。随着大数据技术不断发展，智能化监管体系趋于健全，同时，DRG/DIP 支付方式有效促进了医保基金监管手段的迭代升级，促进基

金监管水平不断提升。

——中医支付方式改革初见成效。部分地区在中医领域开展了 DRG/DIP 支付方式探索，建立基于价值与疗效的中医临床路径和评价体系。云南省出台《关于开展中医优势病种付费试点工作的通知》，对如何认定中医优势病种及支付标准进行规定；安徽省早在 2023 年 6 月就在黄山、宣城市分别开展按病种分值 (DIP) 付费、按病组 (DRG) 付费框架下的中医优势病种按疗效价值付费试点工作；广东省在深化医药卫生体制改革近期重点工作任务中明确提出健全中医特色医保支付体系……中医药作为我国文化瑰宝在医保支付方式改革中更要不断创新，建立具有中医药特色的医保支付方式改革体系，凸显其在医保支付中的价值。

——降低参保人看病就诊经济负担。随着 DRG/DIP 支付改革，“大处方”“大检查”“重复检查”等过度医疗行为逐渐减少，医疗费用也得到控制。对参保患者来说，医院控制成本后，对应的收费项目变少了，患者看病就医花费少了，个人负担也就减轻了。据悉，2025 年青海省卫生健康工作会议介绍，截至 2024 年，通过支付方式改革，全省住院医疗次均费用下降 1100 余元、住院床日下降 0.8 天、个人负担减少近 200 元。此外，新疆、湖南、山东等地也发布消息表示地方次均住院费用有所下降。

五大配套机制齐保障，促进医疗、医保、医药协同发展治理

得益于五大配套机制——特例单议、预付金、意见收集、谈判协商和数据工作组，有力促进了医疗医保改革协同。目前，已有 70%以上的统筹地区建立了预付金机制，95%以上的统筹地区建立完善了特例单议、意见收集、沟通协商和数据工作组机制。1 月 23 日，国家医保局公开发布《关于建立医保数据工作组更好赋能医疗机构发展的通知》，提出今年 3 月 31 日前，所有地区的数据工作组都要投入实际运作，向医疗机构公布数据。以数据赋能医疗机构，是管好用好医保基金，提高医保治理能力和水平的重要手段。

《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》中指出“促进医疗、医保、医药协同发展和治理。”医保一头连接着参保群众，减轻其看病就诊的医疗负担；另一方面在医疗、医药资源的合理配置上起到核心杠杆作用。其中，支付方式是调节医疗服务供给、规范医疗服务行为、推动医院改革等方面的重要举措。

通过 DRG/DIP 支付方式，医疗机构的管理方式由粗放式管理转为精细化管理，重新审视过去的发展路径和运营方式，医疗机构纷纷开启改革，挤掉运营成本“水分”。如厦门市中医院成立运营管理中心，专职精细化管理，优化成本与支出：通过公开招标，保障品牌质量不变；医疗设备维护原来由各供应商多头负责，如今由一家第三方公司统一提供服务，价格降低的同时，维护时间也大幅缩短。

助推健康产业发展，多元支付下商保逐渐崛起

医保支付方式改革通过影响医院，从而影响整个医疗健康行业。通过支付方式改革，加强临床路径管理，进行财务核算，促使企业在保证产品质量的同时注意产品成本，从而推动医药产业供给侧改革。

因住院时间长、医疗费用高、新药品新耗材新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按 DRG/DIP 标准支付的病例，DRG/DIP 支付中提出特例单议制度，对保障复杂危重病例充分治疗、支持新药新技术合理应用具有重要意义。此举措可以减少医疗机构和企业创新顾虑，促进产业创新发展。

此外，商业健康险逐步崛起，成为创新药支付体系的关键力量。国家医保局印发的《医保带来的发展新增量》中提到，正在积极谋划探索推进医保数据赋能商业保险公司、医保基金与商业保险同步结算及其他有关支持政策。覆盖 29 个省份的商业惠民保、49 个城市开展的长护险试点无一不是商业保险在支付方式改革方面的有益尝试。支付方式改革带来的医疗服务降本增效，将有利于商业健康保险业务发展模式的不断扩展。

二、行则将至，2.0 版本后医保支付方式改革何去何从

改革的目的是实现多方共赢。对于医保方而言，医保支付方式改革使得付费更加科学规范，有利于提高基金使用效率，通过改革支付方式，激励医院和医生控制成本，减少资源浪费，引导医疗机构提高诊治疾病能力，提供高品质服务；对于参保人，可以享受到价值医疗、

价值医保。三年计划已取得一定成效，但在提质增效方面仍存在挑战。大数据技术崛起、结算方式探索不断深入、患者健康服务需求增加……深化医保支付方式改革还有漫漫“取经路”。

用数据赋能医保支付方式改革

医疗支付改革直接影响医疗机构与医生，如何在支付和结算上使用数据提高效率尤为重要。通过建立数据公开机制，用数据说话，引导医疗机构在数据中找到医保和医疗的平衡点和发展规律。

对于医疗机构而言，科学发展规划和运行机制转变是支付改革成功的重要条件。深化改革需要医疗机构在运行机制上做出相应改变，包括预算管理、成本管控、绩效改革等方面。笔者调研时发现，一些医疗机构已经运用大数据等技术，如建立 DRG 信息集成管理平台，多维度测算医院、科室、医疗组、疾病组的技术水平、费用结构和效率指数，为医院的管控决策提供数据支撑，并对异常行为和费用超标实时预警监控。

进行结算改革，推进即时结算

长期以来，医院回款慢是许多医药企业头疼的大问题。这一现象与定点医疗药机构经营管理不善、债务负担较重、现金流量不足、偿债能力较弱等问题有关。为破解这一难题，1 月 16 日，国家医疗保障局办公室发布《关于推进基本医保基金即时结算改革的通知》，明确 2025 年全国 80%左右统筹地区基本实现即时结算，2026 年全国所

有统筹地区实现即时结算。

在政策支持下，17 个试点城市开展基本医保基金即时结算改革，今年开年部分试点地区紧锣密鼓展开相关工作。1 月 15 日，郑州市医保基金“即时结算”功能模块上线首日，顺利完成 238 笔拨付业务，支付基金高达 5630.36 万元，成效显著；目前，北京非总额预付的医药机构从费用申报到医保基金拨付，全市平均时限为 6.74 天，最短时限为 1.35 天；2 月 10 日，滨州市沾化区支付首笔医保基金 2952.72 元，标志着山东省医保基金“即时结算”国家试点正式落地实施……

通过医保基金快速、及时的结算，有利于缓解医疗机构医疗费用的支付压力，帮助医药企业提供良好的运营环境，降低运营成本，也对创新药的研发和药品的供应有了保障。

特例单议机制，加大创新药支持力度

2.0 版本在 1.0 版本基础上进一步进行了优化，其中与“创新药”相关的是“特例单议机制”。

1.0 版本虽然大大降低了患者诊疗费用，但对于费用高、临床创新药需求较大的病例，仍存在不足。一方面，患者疾病需要高质量创新药治疗，但现有病组付费机制下医疗机构资金压力较大；另一方面，创新药企业研发新药成本高昂，往往需要汇报收回成本，过度降低价格会损害药企合理盈利的权利。

因此，2.0 在此基础上大力推进“特例单议”机制，对住院时间

长、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适用 DRG/DIP 标准支付的病例，为复杂的、重特大疾病、急危重症患者留了一扇窗。医疗机构可自主申报特例单议，通过“一事一议”的思路，加大医保支付，引导医疗服务向“价值医疗”方向转变，边际利好优质创新药企。

守住“保基本”，做好“多层次”，医保支付方式改革具有专业性、复杂性、长期性。2025 年，在三年行动计划收官基础上，运用更科学高效的 2.0 版本分组方案，推动医保支付改革持续深化。我国医保支付方式改革未来如何？我们拭目以待。

[返回目录](#)

深度访谈 | 中国医保改革的发轫与破冰

来源：中国医疗保险

口述者：中国经济体制改革研究会原会长宋晓梧

1996 到 1998 年，我担任国家体改委分配和社会保障司司长，同时兼任国务院职工医疗保险制度改革领导小组办公室主任，亲历了医疗保险制度改革的起步阶段。1998 年至 2002 年，我又以国务院医药卫生体制改革部际协调小组工作班子负责人的身份，继续投身医疗卫生体制改革。

这期间，我先后参与了 1998 年职工医疗保险改革方案、2000 年城镇“医·保·药”三项制度共同推进改革方案、2002 年“新农合”医改方案的起草工作。中国医保改革之发轫与破冰也正是在这一时

期，包括医疗保险在内的社会保障体系框架初步构建，医药卫生体制改革也开始启动。

“两江试点”及扩大试点，可以说是中国医疗保险制度改革的起点，起到了“发轫”的作用。回望这段时光，我的心中满是感慨与怀念。

背景：为什么要进行医保制度改革？

中国传统职工医疗保险制度是20世纪50年代初按计划经济体制的要求建立起来的，主要由覆盖企业职工劳保医疗制度和覆盖机关、事业单位人员的公费医疗制度构成。与旧中国广大民众缺医少药，基本没有医疗保险的情况相比，传统医疗保险制度在保障职工身体健康方面发挥了重要作用，起到了历史性的进步作用。但随着我国从计划经济向社会主义市场经济转轨，传统职工医疗保险制度的弊端也日益暴露出来。

我这里列举几组数据和案例，供大家了解情况。

一是医疗费用增长速度过快，国家财政和企业均难以承受。由于传统的医疗保险制度规定职工就医费用由国家财政和企事业单位负担，个人基本不交费，职工缺乏节约医药费用的动力，加上改革过程中对医院实行了“以药补医”的政策，允许医院从售药中得到15%的药品批发零售差价，以补充政府对医院投入的不足，这就大大刺激医药费用的上涨。据统计，1978年，我国公费和劳保医疗费用支出是

27 亿元，到 1997 年全国职工医疗费用则增长到 773.7 亿元，增长了 28 倍，远远高于同期财政收入增长幅度。职工医疗费用长期大量增长，使国家财政难以承担，企事业单位负担日益沉重。

二是对医疗供需双方缺乏费用制约机制，医疗经费严重浪费。传统医疗保险制度对供需双方缺乏有效的制约，职工节约医疗费用的意识淡薄，长期在这种制度下运行，使得一些人小病大养、盲目追求高标准医疗消费。一些医疗单位在利益驱动下，追求业务收入，经销贵重药、进口药、高档营养滋补品，甚至出现医生给病人开电热毯、电饭锅等日常消费品的情况。据卫生部门估计，各种形式的医疗资源浪费约占全部医疗费用支出的 20% 左右。按 1997 年 773.7 亿元的支出水平概算，仅当年浪费就达 160 亿元左右，实属可惜。

三是盲目重复引进高档医疗设备，造成卫生资源配置上的浪费。当时有些医疗机构进口核磁共振、CT 等高档医疗设备，不仅造成卫生资源配置上的严重浪费，还诱导了过剩医疗需求，结果出现大量不按常规检查、重复检查的现象。据卫生部门统计，全国 CT、核磁共振设备的阳性检出率远低于国际一般水平。

四是缺乏合理的医疗经费筹措机制和个人积累机制，职工医疗费用无稳定来源。在企业经营效益差时，职工医疗费支付发生困难，不少企业采取低额包干做法，如每月给职工 3 元或 5 元作为医疗包干费用，或者拖欠职工医疗费，使部分职工的基本医疗得不到保障。尤其

是一些没有参加大病统筹的困难企业，医疗费严重不足，职工医疗费不能及时报销，拖欠现象十分严重，有地方摸底，医疗费用欠费白条要几十年才能还清。

我记得当时广州的某自行车厂有一名职工得了肾病要做透析。这个厂子总计几百名职工(具体人数我现在记不清楚了)。面临的情况就是：如果单位给他凑齐医疗费，那么这个厂子流动资金就没有了，仅仅这一个重病职工的医疗费就可能拖垮一个企业。如果不给他凑齐费用，就要眼睁睁看着这个工人无钱医治。在当时，这种情况并不鲜见。

五是医疗保障的覆盖面窄，管理和服务的社会化程度低。随着当时外商投资企业和私营企业有了较大发展，这些企业的职工在基本医疗方面的合法权益得不到保障，将成为潜在的社会不安定因素。而医疗保障管理和服务的社会化程度低主要表现在，公费医疗机构薄弱，劳保医疗实际上是单个企业办保险，职工医疗费用支出和管理基本由企业包下来，新老企业之间，不同行业、不同企业之间负担畸轻畸重，缺乏社会互济。

在此背景下，传统的劳保、公费医疗制度改革势在必行。所以说，“两江试点”及扩大试点是被当时严重的社会问题倒逼进行的道路选择。它们承载着双重使命，既要解决旧有保障制度的弊端，保障职工就医需求，同时作为经济体制改革的配套制度，又要为企业解困。它们代表的是一种新的医疗保险机制，即社会医疗保险制度改革。

试点：“两江”留给我们的宝贵经验

在上述背景下，职工医保制度改革开始了。1994年4月，经国务院批准，国家体改委、财政部、劳动部、卫生部印发了《关于职工医疗制度改革试点意见的通知》，对镇江市、九江市的试点工作做出部署，这就是后来大家常说的“两江试点”。“两江试点”可以说是开启了中国职工医保制度改革的新篇章，正式开始了改革的“破冰”之旅。经过两年多的实践，国务院又在总结“两江试点”改革经验的基础上，批准下发了《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》，将改革扩大到50多个试点城市。

通过试点，医疗保障制度改革的目标和原则进一步明确。我曾将这些基本原则总结为10条。一是为城镇全体劳动者提供基本医疗保障，以利于形成比较完善的社会保障体系；二是基本医疗保障的水平和方式要与中国社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应，国家、单位和职工三方合理负担医疗费用；三是公平与效率相结合，职工享受基本医疗保障待遇与个人对社会的贡献挂钩，以利于调动职工的积极性；四是职工医疗保险制度改革要有利于减轻企事业单位的社会负担，有利于转换国有企业经营机制，建立现代企业制度；五是建立对医患双方的制约机制，促进医疗机构深化改革，加强内部管理，提高医疗服务质量和工作效率，遏制浪费，同时建立健全对医疗机构的合理补偿机制；六是推进区域卫生规划，有计划有步骤地推进企事

业单位医疗机构的社会化,逐步实现卫生资源的优化配置与合理利用;七是公费、劳保医疗制度要按统一的制度和政策同步改革,职工医疗保险基金的筹集方式和基本结构要统一,基金使用可以分别管理,独立核算;八是实行政事分开,政府主管部门制定政策、规章,职工医疗保险基金的收缴、给付和营运等由相对独立的社会医疗保险事业机构承担,各方面要加强管理和监督,保证资金的合理使用;九是医疗保险基金实行预算管理,专款专用,不得挤占挪用,不得用于平衡财政预算;十是医疗保险制度实行属地管理、中央和省(自治区、直辖市)两级机关和所属企业、事业单位都要参加所在地的社会医疗保险,执行当地统一的缴费标准和改革方案。

我这里有一些历史数据佐证了当时处在试点阶段的医疗保险制度改革取得的初步成果。

一是职工的基本医疗得到保障。新的医疗保险制度改变了过去那种由企事业单位各自包揽医疗费用、不同单位之间职工医疗水平苦乐不均的现象,使一些过去因经费不足看不起病的职工得到了基本医疗保障。例如,镇江市 1997 年职工两周患病就诊率为 81.70%,比 1994 年的 69.65%上升了 12.05 个百分点;改革前后,由于经济困难原因未就诊的比例,工人从 13.1%下降到 3.9%,教师从 15.9%下降到 5.0%。

二是医疗费用增长过快的势头有所遏制。在职工基本医疗保障水平有所提高的前提下,医疗费用的增长率与改革前或全国相比有所降

低。例如，九江市行政事业单位 1996 年人均医疗费用比 1994 年增长 11.6%，低于全国公费医疗人均费用年增长 20% 的幅度。镇江市 1996 年实际发生的医疗费用比 1994 年增长 21.02%，低于 1990 年至 1994 年年递增 33.4% 的幅度。大型设备检查人次和贵重药品使用量均下降。

三是促进了医院的内部管理。医疗保险机构为保证医疗基金的收支平衡，合理使用，对医疗机构实行了定额结算等制度，同时加强对医院医药费用的检查、监督，从而促使医疗机构增强了成本核算意识，加强了内部管理和各方面的改革，医疗服务质量有所提高。

概括说，镇江市、九江市和其他扩大试点城市在探索医疗保险新制度方面取得了明显的成绩，改革的目标和原则都是正确的。可以说，“两江试点”是在当时复杂的社会经济背景下展开的，承载了既定的改革任务。在这方面来说，“两江试点”成功完成了使命。

当然通过试点暴露出新的问题和深层次矛盾，也为进一步深化医疗保险制度改革提供了宝贵经验。例如，随着改革的深入，出现了社会统筹基金普遍超支和个人账户基金透支的问题，这些问题影响了整个基金的收支平衡。造成这一现象有医院方面的原因，在当时医务人员收入和医院销售药品收入直接挂钩的情况下，医院医生不仅不怕“一账多用”，反而可能鼓励医疗消费。这关系到医疗机构自身的运行机制问题。

我当时就深切体会到，仅靠医保改革单兵突进、单打独斗是行不

通的，这是“小马拉大车”，是拉不动医院管理体制和药品生产流通体制改革的。它必须与医疗机构的管理制度、药品的生产流通制度紧密结合起来，形成一股强大的合力。只有对这三者进行协同改革，才能确保整个医疗卫生体系的顺畅运行和持续发展。

后来针对这个问题，1998 年李岚清副总理专门批示：只改医疗保险，不搞医院和药品流通体制改革，医药费是降不下来的。国务院成立了部际联席会议，我当时是工作班子的负责人。2000 年出台的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》为医、保、药三项改革奠定了基础雏形。无论是当时提出的“三改并举”，还是“三医联动”，都是立足实际，对相关领域内在关联性的深刻而准确的认识和把握。

致敬：我们要学习什么样的“两江精神”？

改革需要勇气、智慧。“两江试点”及扩大试点任务艰巨，情况复杂，实际工作中遇到了许多困难，无论是国务院领导、相关部委负责人还是试点城市的同志们，大家上下一心，攻坚克难。试点工作不仅输出了宝贵的改革经验，还凝聚成一股改革精神。

国务院决定试点之初就成立了职工医疗保险制度改革领导小组，国务委员彭珏云同志任组长，几个主要部委分管的副主任或副部长任成员。我非常敬佩彭珏云同志这样的老革命家的工作作风。她抓医保改革这项工作非常认真细致。在她的领导下，团队非常民主，不仅兼顾各个部门的观点，也积极听取医院院长、专家学者、职工代表等的

意见，大家可以充分发表自己的想法。经过多轮协商、酝酿，最终达成一个个共识。

在我印象中，彭珮云同志到“两江”调研至少有八次，我陪同她到“两江”也有五六次。镇江、九江有很多著名景点，但是她没有参观过其中任何一个，去了就开展调研。我们经常是白天调研、晚上开会，最大的“消遣”就是饭后在住处走走。

彭珮云同志还有一大功劳，就是从“两江试点”起，她就坚决反对搞职工医疗保险双轨制，不赞成像职工基本养老保险那样，把职工医疗保险分成企业与国家机关事业单位工作人员两种制度。在“两江”医改的多次讨论中，彭珮云同志坚定地表示，一定要建立一个统一的城镇职工基本医疗保险制度。这也在后来的44号文件中得以体现。

同时，我也由衷地敬佩镇江市、九江市的基层医保工作者，他们真的是摸着石头过河，面对很多未知和挑战，硬是闯出了一条新路。不管是大热天还是冷风刺骨的时候，他们都得在外面跑，挨家挨户地去给大家办参保的事儿。有时候，为了给大家解释清楚政策，得反复说好几遍，但他们总是特别耐心，不嫌麻烦。有几句形容他们工作状态的话，我至今还记得，叫“跑破鞋底子，磨破嘴皮子，撕破脸皮子”，这是他们到企业开展医改试点工作的真实写照。

基层医保工作者的实践与创新，不仅为当地居民带来了医保的福

社，更为医疗保险制度改革的整体推进积累了宝贵的经验与启示。医疗保险制度改革是世界性难题，而试点城市按国务院的有关精神大胆探索，特别是镇江市、九江市有“敢为天下先”的胆魄，在中国医疗保险制度改革的历史上起了探路人的作用，应该给予充分肯定。

可以说，镇江市、九江市和绝大多数扩大试点城市像勇敢的拓荒者，不断摸索、试错，进而作出了正确的道路选择，为我国医保改革的制度定型、全面实施积累了宝贵而丰富的经验。所有的探索最终凝聚为 1998 年颁发的《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，也就是医保史上著名的“44 号文件”。这个文件确立了职工医疗保险制度的基本框架，为后续中国医疗保险体系向全民覆盖扩展奠定了基础。至此，我国医疗保障制度迈入了一个新的发展阶段。

思考：从“两江试点”说开去

知史明鉴。我们回望历史，不仅仅是知其然，还要知其所以然。比如，最近舆论广泛提及的：我们为什么选择了“社会医疗保险制度”？这背后有着深刻的历史背景。20 世纪 90 年代初中期，国有企业正处于改革的攻坚阶段，由于历史的原因，当时国有企业整体效益亟待提高，国家财政也十分紧张，学习借鉴欧洲、日本、美国等绝大多数发达国家的经验，我们选择了走社会医疗保险这条路。社会医疗保险则通过个人、单位和个人三方的共同分担，既保证了医疗服务的可及性，又实现了医疗资源的合理配置，避免了免费医疗可能带来的

种种弊端。据我所知，东欧的前计划经济国家在经济制度转向市场经济后，也都选择了社会医疗保险制度。当然，每个国家的社会医疗保险筹资水平、雇主与职工的缴费水平、医疗保险费的支出水平等各不相同，但基本原则是一致的。

还有的人认为，在计划经济的劳保医疗和公费医疗制度下，看病基本不花钱，可以说是免费医疗。为什么以前可以做到免费医疗，现在反而做不到呢？对此，我们需要从计划经济的基本分配理论谈起。计划经济体制下，根据马克思在《哥达纲领批判》中阐述的社会产品分配理论，劳动者在得到工资分配之前需要做“六项扣除”。一是用来补偿消费掉的生产资料部分。二是用来扩大生产的追加部分。三是用来应付不幸事故、自然灾害等的后备基金或保险基金。四是社会的一般管理费用。五是用来满足共同需要的部分，如学校、保健设施等。六是为丧失劳动能力的等等设立的基金。这第六项扣除可以理解为永久丧失劳动能力如养老或暂时丧失劳动能力如伤病等设立的社会保障基金。

所以，计划体制下表面上看工人无需自己缴纳养老和医疗保险费，但实际上这些成本已从工资中扣除了，形成了国家保障模式。但是苏联、东欧以及我国的历史经验证明，国家全包下来的养老、医疗保障制度并不成功。医改当前面临的问题并不能成为走回头路的理由。

三十年来，医保改革不断深化，取得了显著的成效。随着经济社会的发展和人民群众对医疗保障需求的不断提高，我们需要继续深化医保制度改革，完善医疗保障体系，让人民群众享受到更加优质、高效的医疗服务。医保改革仍然任重而道远。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

多省取消医院用药品数限制，对病患用药影响几何？

来源：第一财经

业界观点认为，“取消医院用药品数限制”不仅有利于三级医院优化自身药品使用结构和谈判药物等的供应保障，还有利于推进分级诊疗。

为保证临床诊疗需求和参保患者合理用药权益，多地近期再度发文强调“取消医院用药品数限制”。

新疆维吾尔自治区医保局(下称“新疆医保局”)近日发文称，自2月1日起，取消医保定点医疗机构用药品种和数量限制。至此，新疆成为继上海、广东、四川、北京、河北等地之后，又一明确“取消医疗机构用药数量限制”的省份。

2019年以前，国家三级医院等级评审的一项指标曾要求“三级综合医院原则上不超过1500种药品”，但2020年以后相关部门已取

消了该评审指标。

目前，对医疗机构配备药品品种数限制无上位法依据。根据《医疗机构药事管理规定》，医疗机构应当根据《国家基本药物目录》《处方管理办法》《国家处方集》《药品采购供应质量管理规范》等制定本机构《药品处方集》和《基本用药供应目录》，该规定并未对医疗机构药品采购做出数量上的限制。

“从国家政策层面来看，有关医疗机构用药数量限制的相关考核规定早已被取消。然而，医院本身存在较强的‘控费’内在驱动力，同时个别省份或医院在评审过程中或仍然坚持此前的考核惯例。”上海市卫生和健康发展研究中心主任金春林在接受采访时表示。

金春林表示，近期以来，有一种社会观点认为，医院之所以不进或少进谈判药、进口药，是因为受到“用药数量限制”“药占比”等相关考核要求的钳制。但事实上，这一药品“进院”障碍已逐渐打通。实践中，由于药品加成政策的取消，DRG/DIP支付方式改革对于医院总额控费提出了更高的要求，医院自身的药品使用动力不足。在此背景下，多地卫生健康行政部门重申强调这一考核变化，旨在落实医院的主体责任。医院应该结合自身功能定位和服务能力，合理确定使用药品品种和数量。

亦有业界观点认为，随着监管部门对于国谈药快速落地提出的严格要求，“取消医院用药品数量限制”的政策主要利好于谈判药物。

根据《关于印发〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2024 年)〉的通知》，定点医疗机构原则上应于 2025 年 2 月底前召开药事会，根据新版目录及时调整本机构用药目录，保障临床诊疗需求和参保患者合理用药权益。不得以医保总额限制、医疗机构用药目录数量、药占比为由影响药品进院。

随后，北京、上海两地医保局相继发布通知，自 2025 年 1 月 1 日起，不得以医保总额限制、医疗机构用药目录数量、药占比为由影响药品进院。

新疆医保局此次亦明确，优化定点医疗机构绩效考核和协议管理。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。

但值得注意的是，由于“一品两规”（医疗机构购进药品，同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过 2 种）的规定依然存在，“取消医疗机构用药数量限制”并不意味着医院能够任意扩大“进院”药品数量。

不过，为应对更复杂的临床需求，针对儿童用药等部分药品的医院采购政策已出现进一步“松绑”的苗头。

比如，新疆此次提出，遴选儿童用药（仅限于药品说明书中有明确儿童适应证和儿童用法用量的药品）时，可不受“一品两规”和药

品总品种数限制，进一步拓宽儿童用药范围。去年10月1日执行的《江西省医疗机构药品配备目录管理指南》亦有类似表述。

此外，在金春林看来，“取消医院用药品数限制”不仅有利于三级医院优化自身药品使用结构和谈判药物等的供应保障，还有利于推进分级诊疗。“长期以来，下级医院尤其是基层医院的药品采购数量和品种小于三级医院，这导致部分慢病患者、肿瘤患者无法分流至基层‘凭处方拿药’。近年来，随着医联体、医共体建设，这一问题已有所改善。但要想上下级医疗机构真正实现用药衔接，还需要更多的政策支持。”

国家卫健委去年年底曾发文明确，建立健全基层药品联动配备使用机制。

其中，高血压、糖尿病、慢阻肺病用药不受“一品两规”限定；2025年起，乡镇卫生院用药品种与县级医院保持联动，其他医疗卫生机构持续优化用药品种，以省为单位分类明确县(市、区)域内基层用药采供用报联动管理机制化措施。

新疆医保局在前述政策文件中亦提出，以国家基本药物目录、国家医保药品目录以及国家集采中选药品为基础，遵循上下级用药衔接原则，持续开展基层药品联动，扩大基层用药种类，更好地满足患者用药需求。

[返回目录](#)

疏堵兼治，全球医疗医药腐败问题治理现状如何？

来源：中国医疗保险研究院

近年来，针对医疗、医药行业反腐发布了多项文件，不仅有综合性文件，如《关于整治群众身边不正之风和腐败问题工作情况的报告》，也有专项治理文件，如《关于印发 2024 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知》。

2025 年新年刚开启，两大部委就相继发布了文件，其一是国家医保局在 1 月 11 日发布的《关于开展 2025 年定点医药机构违法违规使用医保基金自查自纠工作的通知》，从定点医疗机构端规范诊疗行为，将严厉查处“串换药品/项目”以及“将不属于医保基金支付范围的费用纳入结算范围”的欺诈骗保行为；其二是市场监督管理总局 1 月 14 日发布的《医药企业防范商业贿赂风险合规指引》，明确提到，医药企业是防范自身商业贿赂风险的第一责任人，应当落实主体责任，加强内部控制与合规管理，自觉抵制商业贿赂行为。从医药企业端规范药品推广销售行为，也再次将医药反腐的“火焰”烧得更旺。

根据文件，其实释放的信号非常明确——今年会对医药企业商业贿赂继续严查。但是，多部门整治医药、医疗腐败行动已持续良久，为何仍有较多医药企业以及医疗机构“顶风作案”？全球情况反腐情况如何？我国又采取了哪些行动？

被遗忘的希波克拉底誓言

前段时间，“伪造基因检测报告骗取医保基金，公司高管被带走”的事件在业界传播的沸沸扬扬，性质恶劣程度令人震惊，也反映出某些医药企业存在系统性合规风险，需要深刻自查自纠。在如此高压态势下，仍有顶风作案者，包括笔者在内的很多人都不禁疑问一句为什么会出现这种情况。

部分医药企业一边投入巨额资金研发新药、救命药，一边又疯狂推高药品价格“阻碍”普罗大众用得上药，是“天使”亦是“魔鬼”，究其根本都是人类的私欲在作祟。同样，某些医生甚至医院院长、书记一边是手术台上救死扶伤的“拯救者”，一边又在觊觎交错中迷失本心，希波克拉底誓言被遗忘的一干二净。1月18日，国家医保局就转发了宁夏纪委监委反腐专题片《为了人民的利益》第二集《维护百姓安康》，披露了银川市第二人民医院原院长赵经川、吴忠市人民医院原院长罗向红，以及中宁县人民医院原院长严学军的贪腐问题。

道法并治，才能使一个国家国祚绵长，被人拥护；道法并受，才能使一个人被人爱戴，被人信服。

道德与法治作为约束人们行为的两大手段，缺一不可。从现在看，似乎法治这一硬约束成为政府治理的重要手段，毕竟可以把规则落在白纸黑字上，管理和处罚起来也简单，有据可依。2024年3月1日，

新修订的刑法予以实施，扭转了长期以来医疗反腐主要惩罚受贿方，行贿方只要坦白、配合，就可免于起诉的弊端。在新的刑法修正案中，增加了对行贿罪从重处罚的7种情形，在食品药品、社会保障、医疗等领域，行贿被列入加重处罚的情形之一。二十届中央纪委三次全会上也明确强调，要强化受贿行贿一起查。

但从深层次来看，医疗腐败正是医疗行业在快速发展过程中，制度与文化建设滞后的结果。现代医疗体系面对日趋庞大的医疗需求、复杂多样的医药技术和巨额的资金流动，在利益面前，传统的职业道德约束似乎显得“力不从心”。并且，随着医疗、医药反腐的持续深入，出现越来越多隐蔽的贿赂手段，比如“定制式”招投标、“规避式”委托采购、“供股式”入股分红、“福利式”研讨培训、“影子股东”与“影子公司”等。因此，医疗反腐并非一蹴而就，需要在较长时期内完善和纠偏政策法规和机制，为行业创造合规经营的空间的同时更需要引导其在思想上认同这种模式。

利益驱动，医疗医药腐败遍布全球

其实，不光在我国医药、医疗腐败问题突出，国外众多国家亦如此，各国也都是在不断完善制度建设，才获得了长远的发展。

比如，普渡制药通过行贿美国医疗系统以及政府官员，其旗下的阿片类止痛药物——奥施康定在上市后5年销售额便突破了10亿美元，直接导致了美国阿片药物的滥用，同时也催生了美国的阳光法案，

也即《医疗支付公开法案》(The Physician Payment Sunshine Act), 要求企业公开向医生和医院提供的价值超过 10 美元的支付或者礼品, 并且公众可以通过美国联邦医疗保险与联邦医疗补助计划服务中心(CMS)的公开数据库查看。完善信息披露机制, 引入公众监督力量, 让美国医疗腐败问题在一定程度上有所改善, 不过, 随之也出现了一些问题, 比如影响学术交流、科研合作等, 但不可否认, 美国这一做法给全球医药行业发展提供了宝贵的经验。

再如, 与我国目前情况十分相似的日本也曾一度出现医疗体系臃肿、分销商层层加码、医生收回扣等问题。日本除了效仿美国阳光法案制定公开信息机制外, 主要采取的是医药分离制度以及药品集采制度, 破除了捆绑在药企和医院之间的利益藩篱。1988 年, 日本政府启动对于药物的全面集采, 涉及 13000 多种药物, 每两年(2021 年后改为每年)进行一次对医保目录品种的价格调整, 次均降幅超过 6%, 日本对药品价格的调控一直延续至今。

加强对药企的监管力度是日本政府另一控制医药腐败的重要手段。日本为了限制药企带金销售乱象, 于 80 年代提出医药代表(MR)资格制度, 于 90 年代末正式施行, 以资格考试的形式规范医药代表的销售行为。在日本, 医药代表必须通过“入门教育”和“继续教育”后获得资格证书持证上岗。对比我国目前大众普遍对医药代表这一职业群体持负面看法的现状, 医药代表在日本是被法律认可的对社

会有贡献的职业。

在日本这项改革依旧在进行，比如强化“继续教育”向终身学习过渡、颁布《MR 认定纲要》，要求在工作时佩戴 MR 徽章等，看似“无用”的改革实际上是通过人文激励来让医药代表怀着崇高的志向和使命感为患者而开展活动。

另外，以实行全民免费医疗而闻名世界的加拿大也无法避免医疗腐败。可能会有人说：反正免费医疗，医疗腐败不增加患者支出又有什么关系？事实真是如此吗？据 Express Scripts Canada 的调查，如果发现患者有私人医保计划，有 30% 的医生会直接开昂贵的专利药或者收取患者红包减少其等待时间，甚至部分诊所通过向患者加收会员费来保证优先就诊。所以说并不是免费医疗的国家就不存在医疗腐败，只要存在腐败就会影响患者的就医体验和就医负担。

我国医保部门做了哪些努力？

面对此种状况，国家医保局也不断联合其他部门持续努力以扭转医药市场的不正之风，为企业创造一个合规经营、合规盈利的环境，最终让患者能用上价格合理的药品。从堵疏结合的角度看，其措施有以下几种：

一是自国家医保局成立以来，已连续开展多年飞行检查，严厉打击欺诈骗保行为。飞行检查的范围不断扩大，2023 年将定点药店纳入、2024 年开启全国范围内定点医疗机构自查自纠、2025 年又将自

查自纠范围延伸至定点零售药店，并要求全国各地区在3月底前完成自查自纠，于4月正式启动飞行检查。同时对相关人员按照《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》，进行支付资格记分管理。通过“驾照式记分”，引导相关人员全面落实定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度，当积分达到一定分值，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。不仅如此，各地均强化医保行刑衔接，协同联动公安部、卫生健康等部门深挖欺诈骗保犯罪行为，查处了一批骗保大案。可以说，2025年医保基金监管严的态势已经非常明确。

二是持续推动药品耗材追溯码全场景应用，并加强大数据模型的应用，对欺诈骗保行为实现精准打击。国家医保局于今年1月1日起全面推进“码上”严监管，对串换倒卖医保药品、空刷套刷医保卡、伪造处方等违法违规使用医保基金行为开展精准打击，加大处置力度。

三是强化社会监督力量在基金监管领域的应用。2024年国家医保局首次召开社会监督暨举报奖励大会并公开发放20万元最高奖励，动员全社会力量参与监督。除此之外，2024年国家医保局首次因“Castor 支架”价格虚高问题，向上海微创心脉医疗科技(集团)股份有限公司发函公开问询。公开问询作为一种透明监管的手段，不仅回应了群众信访，也为其他企业在市场销售过程中规范价格行为传

递了重要信号。

中医上讲究疏堵兼治，在行政领域亦是如此，国家医保局在严打不法行为的同时，也在努力为医药企业创造更多合规利润空间。

国家医保局价格招采司司长丁一磊在 1 月 17 日“保障人民健康 赋能经济发展”新闻发布会上讲到，部分药品价格虚高问题不仅是价格问题，也是腐败问题，比如药品进院背后代理商存在的猫腻操作都直接推高了药品价格。

在这样的情况下，国家医保局一方面大力开展医药集中带量采购，跳开代理商环节，由医院公布采购量，生产企业公开竞争，中标企业药品直接进医院，药品进院无需花费大量的推广费，而在之前药价中约 30%-40% 是销售推广费用。为了解决医药企业回款慢问题，国家医保局大力推行货款直接结算、预付款等一系列制度。目前已有多个省份已将集采药耗纳入直接结算范围，后续还将继续考虑将非集采药耗纳入，大大降低了企业的运营成本。

另一方面，集采节约的 80% 资金用于支持创新。2018 年以来，国家组织药品带量采购累计节省医保基金 4400 亿元左右，其中用于谈判药使用超 3600 亿元；同时，创新药进医保的速度也在加快。2023 年，新上市的药品中有 98% 被纳入医保目录，其中 57 个品种实现了“当年获批、当年纳入目录”，5 年内新上市药品在当年新增品种中的占比从 2019 年的 32% 提高至 2023 年的 97.6%。

虽然各国都对医疗医药腐败问题以“零容忍”的态度进行治理，但想要彻底根除腐败可能只是一种愿望。放眼全球，无论是美国颁布阳光法案，引入公众监督力量，还是日本大力推动实施医药分离制度、医药代表资格制度，以及我国从堵疏结合的角度，一方面大力打击不法行为，另一方面还积极实施集采制度、动态调整医保目录、加快货款结算等，各国医药、医疗市场仍有腐败问题时有发生。在这样的状况下，必须与腐败分子持久性“博弈”，也更需要有强有力的政府部门进行联合“作战”，比如国家医保局可以联合国家卫生健康委、药监局、公安局等部门，对医疗医药腐败问题进行全方位的监管。

国家医保局自成立以来也一直秉持“开门办医保”的态度，联合多部门大力推行改革，努力作为，为保障人民健康，赋能经济发展做出了巨大的贡献。不过，有时候做的越多，议论声就越大，尤其是网络盛行的时代，舆论裹挟下部分群众被迫站队，但功在千秋，自有后人评说。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

中成药集采部分流标！独家品种为何降价难？

来源：医药经济报

中成药独家品种的集采难题尚待解决。

日前，第三批全国中成药采购联盟集中采购中选结果正式出炉，本次共有 174 个药品中选，涉及 20 个产品组、95 个产品。共有超 150 家药企获得中选资格。其中广州白云山明兴制药、哈尔滨珍宝制药药品中选数最多，均有 3 个；其次是钓鱼台医药集团吉林天强制药、广东雷允上、河南福森药业、黑龙江金九药业等，均有 2 个药品中选。

值得一提的是，本次集采覆盖了临床用量大、竞争格局复杂的 38 个独家品种，但益气复脉颗粒、生脉饮软胶囊、消栓合剂等 19 个独家品种/剂型未出现在最终名单中。无独有偶，近期收官的安徽省 2024 年度中成药集采中也出现了独家品种流标的情况，这让独家品种集采难的问题再次受到关注。

北京中医药大学卫生健康法治研究与创新转化中心主任邓勇看来，在全国及安徽省集采中独家品种流标，与企业市场优势、地方集采限制不足及企业策略考量密切相关。独家品种因市场垄断地位固化，企业“以价换量”意愿低，不愿因集采大幅降价。

价格优势渐失

独家中成药遭撼动

从价格降幅来看，尽管官方尚未公布平均降幅，但相比前两批中成药国采来看，第三批部分厂家品种的集采价格降幅超市场预期，如太行药业的清开灵注射液降价幅度达 96%，次低价降幅也到 93%；哈药集团中药二厂的双黄连注射剂降价幅度也超 90%；此外，地榆升白、

丹参、保妇康降幅也都在 80%以上。

注射用炎琥宁是此次集采竞争最为激烈的品种之一，吸引了 31 家企业申报，共有 52 个品规参与竞争；同时约定采购量也是最高的一组，预约采购量超过 1.07 亿支。中选的企业分别为瑞阳制药、哈药集团生物工程、松鹤制药、一品红、誉衡制药等，产品平均降价 86%。其中，宏明博思降的降幅最高为 93%，80mg 拟中选价不到 9 毛钱；一品红也降了 92%；哈药集团生物工程的拟中选价格最低，为 0.85 元；而重庆药友制药、荷普药业等企业的 40mg 品规产品皆未中选。

相比之下，部分独家品种如舒肝宁注射液、芪龙胶囊等虽然同样中选，但整体降价幅度较为温和。

舒肝宁注射液是贵州瑞和制药的独家品种，据米内网的数据，2021 年其年销售额已经超过 10 亿元，集采后，其价格也从此前的 30.04 元降至 18.40 元的中选价，降幅接近四成。

虽然部分独家中成药在集采中依然保持了一定的竞争地位，但也有品种逐渐失去了价格优势。江西青峰药业的喜炎平注射液作为此次集采中的增补中选品种，其 2023 年全国院内市场的销售额超 20 亿元，并且在第三终端市场份额的销售规模也在不断扩大。然而，该产品的中选价格仅为 5.4 元，相较于此前湖北省医保局公示的最低挂网价 21.5 元、省际联盟集采价 19.6 元以及基准价 21.5 元，实现了 75% 的大幅降价。

在中成药集采过程中，独家品种的处理相对复杂，企业需要综合考虑市场影响与经济效益。随着集采政策的持续推进以及“三同四同”药品价格治理工作的不断深入，中成药市场正面临前所未有的价格挑战，独家中成药原有的价格优势也逐渐被削弱。风云药谈创始人张廷杰指出，中成药集采的范围将持续扩大且力度不断加强，未来将有更多独家品种被纳入集采范畴，以进一步优化市场结构。

针对独家品种流标或未中选对企业自身的影响，邓勇表示，放弃集采可能影响长期市场份额：若竞争对手中选集采，在公立医院市场份额扩大，独家品种企业可能流失部分对价格敏感的患者，长期可能影响市场份额。独家品种流标后，若企业在院外市场竞争加剧，可能有新企业崛起；若企业将资源更多投入研发创新，也可能有新的市场格局，不一定使行业集中度上升。

创新集采规则

价格坚冰终将消融

自中成药进入集采视野以来，从地方集采到国家集采，独家中成药是否接受集采的游戏规则以价换量依然是业界的关注点之一。

第三批全国中成药集采中纳入了血脂康胶囊(片)、喜炎平注射液、益气复脉颗粒、舒肝宁注射液、生脉饮软胶囊等 38 个独家品种。在最终名单中，益气复脉颗粒、生脉饮软胶囊、消栓合剂等 19 个独家品种/剂型未出现。

就在2月6日公布的安徽省2024年度中成药集采中，也出现了独家品种退出的情况。“脑心通、脑心络、脑心安口服”“参松养心、稳心口服”两个采购组，包含了脑心通胶囊、通心络胶囊、脑心安胶囊、参松养心胶囊、稳心颗粒5个独家品种，均未在拟中选结果中公示，业界猜测可能是品种流标。

中国医药物资协会副秘书长林志华认为，集采的“以量换价”模式对独家品种的吸引力有限。虽然集采可以带来一定的采购量，但独家品种企业可能认为集采带来的降价幅度无法弥补其利润损失。独家品种在市场上往往具有独特性，缺乏可替代的产品，通常具有较高的市场地位和利润空间，对价格的敏感度较低，更倾向于维持较高的价格以获取利润。在集采中，企业需要在价格和市场份额之间做出权衡，而独家品种企业往往更倾向于选择后者，即保持较高的价格，放弃集采带来的市场份额。

独家中成药在医药市场长期一枝独秀。米内网发布的2023年中国城市实体药店中成药销售数据显示，2024年上半年，在中国城市实体药店终端，137个中成药销售过亿，其中62个为独家品种，独家品种合计销售额超170亿元。

邓勇表示，独家品种通过专利保护、剂型壁垒等构筑起市场防线，市场垄断地位固化，如桂龙药业的桂龙咳喘宁胶囊放弃安徽集采，主攻零售端利润更高。此外，流标可能更倾向保护院外市场，如葵花药

业护肝片，企业可凭借院外市场高市占率，放弃部分院内市场，通过“院内损失院外补”策略维持利润。

不过邓勇也指出，集采流标可能影响用药可及性。在公立医院，流标品种采购量受限，患者获取不便；若院外市场供应不足或价格较高，也会增加患者获取药物的难度和成本。但如果企业能保障院外市场供应，且患者有支付能力，用药可及性的影响可能相对较小。

事实上，集采不仅关注价格因素，还综合考虑了医疗机构认可度、药品企业综合排名、药品企业创新力、药材品质等多项指标。这促使企业在提升产品质量的同时，也要注重市场认可度和创新能力。集采过程中，对中成药的质量标准提出了更高的要求。集采通过质量分层、一致性评价等手段，确保中选药品的质量可靠。这不仅保障了患者的用药安全，也提高了市场对中成药的信任度。

业界普遍认为，集中采购可规范市场秩序、提高市场透明度、稳定采购需求，在一定程度上有助于稳定中药材的价格，避免价格的大幅波动。因此，质量标准提升、集采规则创新与产业链整合为打破中成药价格“坚冰”提供了可能。

[返回目录](#)

破解医院“回款难”问题，医保局这样做

来源：新浪医药新闻

国家直击药耗回款难，医院、企业均已受益。

国家医保局直击回款难 企业坦言：没了后顾之忧

近日，国家医保局官网发布《医保基金与集采药品耗材、国谈药企业直接结算加速落地 企业回款周期从6个月减为30天》，再次强调医药企业回款问题。

2024年12月14日，国家医保局在全国医疗保障工作会议上提出，“要积极推进医保与医药企业直接结算，2025年全国基本实现集采药品耗材、国谈药的直接结算，2026年全国全面实现集采药品耗材、国谈药的直接结算”。

国家医保局文章披露，截至2024年底，江西省12个统筹区已全面实行国谈药直接结算，医用耗材由4个批次增加到33个批次，全省已累计为3983家医药供货企业直接结算203.45亿元，其中2024年全年为3557家医药供货企业直接结算90.42亿元，货款结算周期从6个月缩减为30天左右。

长期以来，医药领域存在“回款难”问题，严重占用医药企业的现金流。

“医保基金直接结算后，我们每月都能及时、稳定地收到回款，有效促进了企业资金高效流动，企业运营效率提高了，没了后顾之忧，可以将更多的资金投入到其他医疗服务创新，实现更高质量发展。”江西某医药企业负责人说道。2020年以来，医保基金与该企业累计直接结算货款52.9亿元。

去年5月国家医保局《回款时间从6个月减为30天》一文中提到,福建省内多家药械供应企业表示,药械货款通过医保统一结算后,收款时间固定,有利于企业加强资金统筹规划,显著降低了企业运营成本,提升了资金使用效率。一名企业负责人表示,仅以2023年为例,公司由于应收账款回笼加快,每年可综合降低成本约600万元。

截至目前,天津、山东、福建、江西、内蒙古、湖南、辽宁、安徽、河南、河北、江苏等多地均开始推进医保与企业直接结算的模式,多地回款周期已压缩到30天。

即时结算与预付金并行 医院压力缓解、药耗流通改善

基于直接结算模式,企业回款压力已得到缓解。作为药耗流通的另一环,医疗机构也迎来医保结算模式的改革,并于今年明显加速推进。

1月13日-14日,国家医保局连发三文,点名即时结算

据国家医保局介绍,实施即时结算后,安徽医保基金拨付时限由通常60天左右压缩至1天,以2024年安徽省住院医保基金支出额测算,将有170多亿元医保基金提前2-3个月支付给定点医院。

1月16日,国家医保局发布《国家医疗保障局办公室关于推进基本医保基金即时结算改革的通知》(简称《通知》),明确2025年全国80%左右统筹地区基本实现基本医保基金与定点医药机构即时结算,2026年全国所有统筹地区实现基本医保基金与定点医药机构即

时结算。

根据《通知》，结算时限为从定点医药机构申报截止次日到医保基金拨付不超过 20 个工作日；全面实施智能审核，做好按月审核、拒付扣款，严格规范基金支出。

据国家医保局发布会介绍，从今年元旦启动以来到 1 月 16 日下午 5 点，共有 397 家医院即时结算 2181 笔，资金 7197 万元；河北、浙江、贵州、海南、青海等省份也在全省积极推进。

同为缓解医疗费用垫支压力的重磅举措，医保基金预付工作的推进也迎来提速。

2024 年 11 月，国家医保局办公室、财政部办公厅发布《关于做好医保基金预付工作的通知》，明确定点医疗机构于每年度 1 月上旬自愿向统筹地区医保部门申请预付金。

某券商在调研报告中提到，医保局建立医保预付金制度与过往鼓励医保直接还款给流通企业的目的一致，均为缓解医院垫资压力，进而加快商业公司回款速度，有望改善流通行业经营基本面，促进行业周转效率及规模提升。

基于资金前置，医疗机构资金周转压力将得到缓解。同时伴随医保即时结算、直接结算改革继续推进，医药流通上下游账期均有望改善。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

政府工作报告：今年医保有这些安排

来源：新华网

近期，各省份行政一把手代表省级人民政府向人民代表大会作了2025年政府工作报告。根据全国31个省份的政府工作报告全文，笔者对各地2024年医保工作回顾和2025年医保工作安排相关内容进行了简要梳理，可对全国医疗保障工作管窥一二，供业界参考。

2024年医保工作回顾中，多个省份重点提到“药品耗材带量采购、基本医保参保、异地就医直接结算、医保筹资、医保待遇”等方面的工作，核心思路在于强调并解决“切实降低患者经济负担、方便群众就医购药、稳妥提高医保待遇”等急难愁盼的民生难题。

10个省份提到药品耗材带量采购。天津深化医药集中带量采购改革，580种药品和26种医用耗材价格大幅降低；山西执行集采药品数量连续3年排全国前列；内蒙古医药集中带量采购减轻群众就医负担172亿元；福建省级集采药品耗材平均降价47.4%，节约了医疗费用，减轻了就医负担；广西新增301个集中带量采购品种；海南药品集采品种数、联盟数均排名全国前列；重庆提前完成“十四五”药品耗材集中带量采购规划目标；四川新增落地集采降价药品231个、耗材6类；宁夏集采药品、耗材分别达719个和33类；新疆持续扩大药品和医用耗材集中采购范围，累计节省医药费用300亿元以上。

8 个省份提到基本医保参保工作。黑龙江基本医保参保人数超额完成国家目标任务，超目标人数居全国第一；福建推进全民参保；江西基本医保参保率稳定在 95%以上；山东实施“全民参保·福暖万家”工程；广东放宽在常住地、就业地参加基本医保的户籍限制，实现新生儿出生即参保；云南基本医保参保率达 97.6%；甘肃基本医疗保险参保率稳定在 95%以上；新疆基本医疗保险参保 2366.7 万人。

8 个省份提到异地就医直接结算。浙江省内异地结算定点医院开通率达 100%；山东异地就医直接结算率 90%以上；广西纳入跨省直接结算的定点医药机构达到 1.9 万家；四川异地就医结算范围进一步扩大；陕西启动工伤保险跨省异地结算；青海异地就医直接结算范围进一步扩大；宁夏跨省异地就医住院直接结算率达 91%；新疆启动自治区工伤保险跨省异地就医直接结算试点。

6 个省份提到医保待遇稳步提高。天津基本医保待遇稳步提高；河北群众就医实际报销比例进一步提升；上海医保待遇标准稳步提高；福建切实加强医疗保障，职工、居民住院报销比例分别提高至 85.6%、68.5%；湖北低保对象、特困供养人员、困难残疾人等保障标准稳步提高；广西强化医保对生育的支持，报销生育费用 7.5 亿元，发放生育津贴 17.3 亿元。

6 个省份提到职工医保个账共济。山西职工医保个人账户共济范围扩大至近亲属；辽宁全面实施职工医保门诊共济保障机制改革；江

西职工医保个人账户家庭共济扩围至“近亲属”；山东完成职工医保门诊共济改革；重庆职工医保门诊共济保障改革平稳落地；四川实现个人账户跨省共济使用；宁夏扩大职工医保个人账户共济范围。

5 个省份提到医保省级统筹工作。辽宁工伤保险实现省级统筹；福建完善工伤保险省级统筹制度；山东启动实施职工医保省级统筹；湖北持续推进基本医疗保险省级统筹；四川实施调剂金式基本医保省级统筹。

另外，还有 4 个省份提到长期护理保险方面。江苏长期护理保险实现设区市全覆盖；浙江长期护理保险参保人数达 4526 万人；广西长期护理保险制度试点惠及 1.7 万个家庭；重庆长期护理保险待遇享受范围扩大到中度失能人员。3 个省份提到智慧医保大数据应用。江西在全国率先落地应用医保码“一码付”；四川开通医保个人账户线上购药并在全国率先试点“医保钱包”；青海“智慧医保”覆盖全部参保群众。3 个省份提到医保经办工作。山西村医服务和医保结算覆盖所有行政村；湖南村卫生室全部实现医保结算联网；广东镇村医保服务实现全覆盖。2 个省份提到居民医保财政补助。吉林城乡居民基本医疗保险补助标准提高到每人每年 670 元；山东提高居民医疗保险补助标准。1 个省份提到医保报销范围。广西新增 211 项医保报销项目。1 个省份提到医疗服务价格改革。内蒙出台医疗服务价格改革方案。

在存在问题分析上，几乎所有省份都提到医疗等民生领域存在短

板弱项，这对新阶段的医疗保障工作提出了更高要求。

2025 年医保工作安排方面，多个省份拟重点“提高居民医保财政补助标准、促进三医协同发展和治理、建立健全长期护理保险制度、推进基本医保省级统筹、带量采购扩面提质、全民参保精准扩面、强化基金监管”等工作。各省份 2025 年医保工作核心思路包括“进一步提高居民医保抵抗风险的能力、进一步提高医保基金使用效率、进一步切实降低患者就医经济负担、进一步促进医疗事业和医药产业高质量发展”。

19 个省份提到提高居民医保财政补助标准。北京、山西、辽宁、黑龙江、江苏、安徽、山东、河南、湖南、广东、广西、重庆、四川、贵州、云南、甘肃、青海、宁夏、新疆均拟适当提高城乡居民医保财政补助标准。

14 个省份促进医疗、医保、医药协同发展。北京强化“三医”联动，深化公立医院改革；内蒙古、江苏、福建、重庆、四川、甘肃、青海、宁夏促进和推进医疗、医保、医药协同发展和治理；山西深化医药卫生体制改革，以公益性为导向深入推进公立医院改革；辽宁深化“三医”协同发展治理；山东推进“三医联动、六医协同”集成改革；海南加快“三医联动一张网”二期建设；新疆持续深化医疗、医保、医药“三医联动”综合改革。

14 个省份拟建立健全长护险制度。吉林推动长期护理保险扩大

覆盖面；上海扩大长护险服务供给；浙江持续推进长护险提质扩面，新增参保人数 1500 万人，实现长护险制度基本覆盖；安徽推行长期护理保险；山东推进居民长期护理保险全覆盖；河南加快建立长期护理保险制度；广东加快建立长期护理保险制度；广西扩大长期护理保险制度覆盖面；海南稳步推进长期护理保险开展；重庆完善多层次医疗保障体系和长期护理保险制度；四川积极推广长期护理保险制度；贵州扩大长期护理保险制度覆盖面；西藏加快建立长期护理保险制度；宁夏推动建立长期护理保险制度。

14 个省份拟推进省级统筹相关工作。内蒙古、辽宁、安徽、贵州启动实施基本医疗保险省级统筹；黑龙江巩固失业保险、工伤保险省级统筹成果；山东健全职工医保、工伤保险省级统筹制度；浙江、湖南、广东、新疆推进基本医疗保险省级统筹；云南推进失业、工伤、医疗保险省级统筹；陕西强化基本医疗、工伤、失业保险省级统筹；甘肃强化失业保险、工伤保险省级统筹；黑龙江巩固失业保险、工伤保险省级统筹成果。

8 个省份拟加大全民参保力度。河北深入实施医保全民参保计划；吉林完善新业态从业者等重点人群参保政策；黑龙江持续推进基本医保参保扩面；浙江促进灵活就业人员、新业态从业人员参保扩面和权益保障；福建健全基本医疗保险参保长效机制；广西稳定基本医疗保险参保率在 97% 以上，全面取消在就业地参保户籍限制；海南深入实

施全民参保计划；四川健全基本医保参保长效机制；新疆全面取消在就业地参保户籍限制。

6 个省份带量采购扩面提质。天津拓展药品、医用耗材集采品种和范围；黑龙江持续推进医药集采提质扩面；安徽推进药品和医用耗材集采扩围提质；广东扩大药品和医用耗材带量采购范围；广西增加集中带量采购品种，建好用好中国—东盟医药区域集采平台，增加集中带量采购品种；重庆推动药品耗材集中带量采购扩围提质。

5 个省份提到强化医保基金监管。内蒙古强化医保基金常态化监管；黑龙江健全医保基金常态化监管体系；江西加强医保基金运行管理；广东加强医保基金使用监管；宁夏强化医保基金监管机制。

5 个省份提到智慧医保大数据运用。山西拓展智慧医疗应用场景；内蒙古加快智慧医疗等领域应用创新；海南建立省“三医”大数据中心；四川扩大“医保钱包”个人账户跨省共济。贵州加快推进数据赋能医保高质量发展先行区建设。

另外，4 个省份提到医疗服务价格动态调整。北京完善医疗服务定价和动态调整机制；天津深化医疗服务价格改革；广东有序推进医疗服务价格改革；四川稳步推进国家深化医疗服务价格改革全省试点。3 个省份提到深化医保支付方式改革。天津深化医保支付方式和医疗服务价格改革；福建完善医保支付方式；宁夏统一全区医保支付方式。3 个省份提到统筹提高医保待遇水平。天津完善医保待遇政策；

上海统筹调整医保待遇标准;江西健全基本医疗保险筹资和待遇合理调整机制。

通过梳理各地政府工作报告中2024年工作回顾和2025年工作安排的医疗保障相关内容,结合国家医保局2024年度工作总结会议和2025年全国医疗保障工作会议相关精神,可以深刻理解政府在医疗保障等民生领域的努力方向和工作思路。

提高医疗保障水平、减轻患者就医负担是改善民生福祉、提升群众幸福指数的关键举措。进一步促进医疗、医保、医药协同发展和治理,平衡好患者、医疗、医保、医药四方利益亦是经济社会的重要话题。各地医保部门和医保工作者可相互借鉴,进一步找准工作方向,明确工作重点,用好方法路径,为新时代强国建设贡献医保力量。

[返回目录](#)

大数据+药品追溯码,如何深度赋能医保基金“严监管”?

来源:中国医疗保险

在这个信息爆炸的时代,每一盒药品都拥有了属于自己的“身份证”——药品追溯码,而大数据技术则如同一位无形的“监管者”,默默守护着医保基金的每一分钱。随着国家对医疗卫生领域信息化建设的持续加强,特别是“智慧医保”战略的深入实施,以及药品追溯码的全面推广和大数据技术的广泛应用,守护百姓健康、捍卫医保基金安全的新纪元正在开启。

追溯码：为药品安全和医保基金监管上“锁”

想象一下，当你从定点医药机构购买一盒药品时，只需轻轻一扫包装上的追溯码，这盒药品从生产源头到销售终端的“前世今生”便一目了然。这不是科幻电影中的场景，而是现实生活中正在发生的真实故事。药品追溯码，这个看似简单的电子标识，正悄然改变着药品行业的生态，为药品安全筑起了一道坚实的防线。

国家医保局明确提出，到 2024 年底，所有定点医药机构必须落实“药品追溯码”应用，2025 年 7 月 1 日前实现“药品追溯码”应扫尽扫，流程覆盖率达 100%。这一举措意味着，每一盒在医保定点医药机构销售的药品，都将被纳入药品追溯体系，其流向、库存、销售等信息都将被实时记录、监控。

对于消费者而言，药品追溯码的应用无疑是一颗“定心丸”。通过国家医保服务平台 APP 的“药品追溯信息查询”模块，消费者可以轻松查询到通过医保结算的部分药品的追溯信息，包括药品名称、生产厂家、批号、有效期等关键信息，从而确保所购药品的安全性和有效性。

而对于医保部门来说，药品追溯码则是一把“利剑”。通过追溯码，医保部门可以实时监控药品的流向，有效防止倒卖回流药、串换药品等违法违规行为的发生。一旦发现异常，医保部门可以迅速锁定问题源头，采取相应措施，确保医保基金的安全。

此前，国家医保局基金监管司司长顾荣在加强药品追溯码医保监管应用恳谈活动中也表示，“医保部门加强药品追溯码监管，既是维护广大参保人用药安全和合法权益的重大举措，也是支持企业高质量发展的重大举措。同时还可以帮助企业防止产品被假冒、打击倒卖药品黑色产业，维护企业合法权益。药品追溯码应用之后，药品流通零售环节的回流、串换和空刷、假冒，将逐一彻底暴露在大数据面前，相关企业必须牢固树立合法意识，大力加强员工培训，坚决杜绝类似违法违规行为。”

而在此前，国家医保局发文也再次呼吁各定点医药机构：一定不能有侥幸心理，要加强教育培训，严格规范作业，认真自查自纠，若有违规及时向当地医保部门报告并主动退回涉及医保基金。充分落实自我管理主体责任，共同守护好老百姓的“看病钱”“救命钱”。

与此同时，为了支撑药品追溯码的全面推广，国家医保局还建立了追溯码、医保编码和商品码的“三码合一”映射库，以及大、中、小包装追溯码的级联映射库和各类追溯码的识别库。这些数据库的建立，不仅降低了定点医药机构和生产、流通企业的扫码工作强度，还实现了扫码入库出库工作的高效、便捷。

值得关注的是，在业内人士看来，药品追溯码的应用为医保部门提供了一个全新的监管数据维度。一位医保业内人士表示，“比如支付方式改革之下的医保基金监管难题有望通过追溯码获得新的破解

方法。简单来说就是，通过追溯码，监管部门可以追踪药品从生产到销售的全过程，确保数据的真实性和完整性。这种真实的数据基础，使得监管部门能够更准确地识别和分析医保支付中的问题，如超高编码、诊疗不足、专项费用以低标准入院以及挂床等违规行为。”

大数据技术：让监管“无死角”

如果说药品追溯码为药品安全上了一把“锁”，那么大数据技术则是一把“钥匙”，能够打开隐藏在数据背后的秘密，让监管“无死角”。在定点医药机构监管领域，大数据技术的应用正逐步成为打击欺诈骗保行为的新利器。

通过大数据技术，医保部门可以对定点医药机构的医保结算数据、药品销售数据等进行深度挖掘和分析。这些看似零散的数据，在大数据技术的加持下，能够形成一张庞大的“数据网”，揭示出定点医药机构运营的规律和趋势，发现异常数据和可疑行为。

值得注意的是，2022 年开始，国家医保局就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。通过各类大数据模型，筛查出一系列可疑线索，联合公安机关精准打击。

“大数据时代，任何违法违规痕迹都会被留存。”国家医保局副局长颜清辉介绍，2024 年医保飞行检查更加注重发挥大数据的作用，

如通过“限制性别类诊疗、检查、用药”筛查线索，追回医保基金近3200万元。

此前，国家医保局也公开介绍，2022年医保局通过大数据分析技术，仅一周时间就完成对全国42万余家定点医疗机构近38亿条海量数据筛查分析，发现大批可疑线索，有效破解了传统人工核查发现难、效率低的难题。

而在医保智能审核和监控方面，医保部门依托智能监控子系统，动态采集分析业务数据，可实时筛查医保异常结算情况，精准定位虚构就诊记录等欺诈骗保行为，做到全方位、全流程、全环节智能监控。2022年，全国医保部门通过智能监控子系统拒付和追回医保资金达38.5亿元。

可见，大数据技术的应用不仅提高了监管的效率和准确性，还降低了监管成本。传统的监管方式往往需要大量的人力、物力和时间投入，而大数据技术则能够实现对定点医药机构运营的实时监控和预警，让监管更加精准、高效。

强化监管措施：织密医保基金“安全网”

药品追溯码和大数据技术的应用只是医保基金监管迈入新纪元开启的初步探索，为了构建更加高效、智能、精准的医保基金监管体系，确保医保基金的安全与高效运行，国家医保局还采取了一系列强化监管的措施，进一步织密了医保基金的“安全网”。

一方面，国家医保局加强了对定点医药机构的日常监管和专项检查。通过定期或不定期的现场检查、数据比对等方式，对定点医药机构的运营情况进行全面摸底，及时发现和纠正问题。同时，针对群众反映强烈、问题突出的定点医药机构，开展专项整治行动，严厉打击欺诈骗保行为。从国家医保局获悉，2024年1月至11月，全国各级医保部门共追回医保资金242.3亿元。2024年9月前，医保飞行检查就已覆盖所有省份，2024年已检查500家定点医药机构，数量超过此前5年总和。

另一方面是建立多部门协同监管机制。国家医保局加强与卫生健康、市场监管、公安等部门的沟通协调，形成工作合力，共同打击欺诈骗保行为，比如2024年4月，国家医保局等六部门联合发布的《2024年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》，明确了专项整治工作的指导思想、工作重点、部门职责分工、工作举措和工作要求；5月，国家卫健委、国家医保局、国家市场监管总局等14部门印发《2024年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知》，通知指出，强化医保基金监管，保持打击欺诈骗保高压态势……通过跨部门信息共享和联合执法等方式，实现对定点医药机构的全链条监管，确保医保基金的安全和有效使用。

此外，国家医保局还积极推动社会共治，鼓励群众参与医保基金监管。2024年11月1日，国家医保局在京召开医保基金社会监督暨

举报奖励大会，会议公布了国家医保局首次聘任的医保基金社会监督员名单，并为到会代表颁发了聘书。据悉，此次会议共有 40 名社会监督员代表受聘，共同为医保基金安全保驾护航。会议还为 6 名在维护医保基金安全方面作出贡献的举报人现场颁发奖金共计 72.14 万元。国家医保局通过设立举报奖励制度、开展宣传活动等方式，提高群众对医保基金监管的认识和参与度，让群众成为医保基金监管的“眼睛”和“耳朵”，共同守护医保基金的安全。

医保基金稳定运行是 13 亿多参保人享受医保待遇的基础。蚕食医保基金，损害的是每个参保人的利益。毋庸置疑，随着药品追溯码的全面普及与大数据技术的深度应用，医保基金的监管正步入一个前所未有的智慧化、精准化时代，这不仅是对传统监管模式的一次革新，更是对人民群众健康权益的坚实保障。

[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