

医药先锋系列之



Medical weekly pharmacy

» 医周药事

2025年第13期

(2025.03.24-2025.03.30)



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，直接跳转具体内容。)

• 医疗改革 •

▶ [医疗服务价格改革如何与医保支付方式改革“同频共振”？](#)（来源：社会政策研究）——第 7 页

【提要】党的二十大报告明确提出深化医药卫生体制改革要遵循“‘医保、医疗、医药’协同发展与治理”的原则，这一原则在党的二十届三中全会上得到进一步强调。协同发展与治理的理念不仅是医保、医疗、医药三个部门之间的协同，也是三个部门内部各项政策之间的协同。基于上述背景，本文从协同发展与治理的视角，系统分析医疗服务价格改革与医保支付方式改革在政策实践中的冲突并探索二者的协同路径。

▶ [医疗服务价格改革的五个趋势](#)（来源：Latitude Health）——第 33 页

【提要】国家医学中心和区域医疗中心迎来调价红利，医保宽裕地区优先放宽总量，基层、中医与分级诊疗获重点倾斜。浙江调价总量不设年限可累计，四川严控年增幅 1%，动态调整向技术难度高、创新项目倾斜，检查类价格逐步下调，复杂手术类有望上涨，耗材集采挤出水分后优先调整定价偏低项目。

• 医药专栏 •

▶ [药品追溯码新规落地！7月1日起医保结算必须扫码，守护用药安全](#)（来源：招采网）——第 38 页

【提要】日前，国家医保局联合 4 部门发布《关于加强药品追溯码在医疗保障和工伤保险领域采集应用的通知》，其中明确，2025 年 7 月 1 日起，销售环节按要求扫码后方可进行医保基金结算，对此前已采购的无追溯码药品，列入“无码库”管理，暂可进行医保结算。2026 年 1 月 1 日起，所有医药机构都要实现药品追溯码全量采集上传。

▶ [丙类目录呼之欲出，行业有哪些期待？](#)（来源：中国卫生杂志）——第 44 页

【提要】今年 1 月 17 日，在国家医保局举办的新闻发布会上，国家医保局医药管理司司长黄心宇进一步透露，丙类目录与国家基本医保药品目录调整同步开展，计划于年内发布第一版。丙类目录对医药产业影响多大？产业对其期待如何？日前，记者就此问题采访了相关领域专家及企业人士。

• 集中采购 •

▶ [十一批国采前，集采规则变化前瞻](#)（来源：药渡仿制）——第 49 页

【提要】新一批的国采，规则再调整、再升级，已成必然趋势，控费的实质是一种平衡，如何让平衡的政策达到各方满意，新一批的国采，

能够给我们一个怎样的答案，不妨拭目以待。

▶ [医疗设备大规模集采：2025 年政策解读与行业影响分析](#)（来源：大为医疗）——第 53 页

【提要】由于医疗设备技术复杂、需求差异大，全国性集采难度较高，目前以省市级集采为主流。除安徽、广西外，河南安阳、江苏苏州等地通过“县域医共体联合采购”模式(如集中采购 CT、超声等设备)，实现以量换价目标。国家医保局明确，未来将优先对竞争充分、标准化程度高的设备品类(如 DR、监护仪等)探索集采扩围。

• 县域健康 •

▶ [“双基”联动赋能乡村医疗振兴](#)（来源：中国中医药报）——第 57 页

【提要】党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把推进乡村全面振兴作为新时代新征程“三农”工作的总抓手。乡村医疗卫生工作是乡村振兴的重要组成部分，对于提高农民健康水平、促进农村经济社会发展具有不可替代的作用。山西中医药大学认真贯彻党中央决策部署，扎实推进基层医务人才培养、基层适宜技术推广的“双基”实践项目，将医学教育和医疗技术帮扶融入乡村振兴的国家战略，赋能健康中国建设，助力乡村医疗振兴。

▶ [雷海潮回应“两会”卫生健康热点问题：今年实现 90% 以上的县域医共体达到紧密型标准](#)（来源：北京市房山区计生协）——第 64

页

【提要】党中央、国务院高度重视人民群众健康，确立了新时代党的卫生与健康工作方针，提出实施健康优先发展战略，推进健康中国行动。通过深化医药卫生体制改革，我们的医疗卫生服务不断得到优化和加强，人民群众的健康水平也在不断提升。尤其是我们注意到青少年身体发育的有关指标在不断改善，中国居民的健康素养也在持续提升。

• 妇幼健康 •

▶ [医疗领域新征程：育儿补贴成强劲“助推器”](#)（来源：推医汇）

——第 75 页

【提要】随着经济社会发展，人们生活水平提高，但生育意愿却因高房价、高教育成本、职场压力等因素下降。国家将人口问题上升为国家战略，2025 年政府工作报告提出制定促进生育政策、发放育儿补贴，标志该政策进入加速推进阶段。目前，内蒙古呼和浩特、江苏、浙江等地已发布鼓励生育政策，涵盖多方面支持。

▶ [聚焦全生命周期 筑牢妇幼健康屏障——甘肃省妇幼健康事业跑出高质量发展“加速度”](#)（来源：甘肃日报）——第 77 页

【提要】甘肃省近年来高度重视妇女儿童事业，紧盯妇幼健康工作新形势、新任务、新要求，加强顶层设计，巩固完善制度，优化配置资源，推动妇幼健康工作取得显著成效。数据显示，2024 年，全省孕

产妇死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率稳中有降，均低于全国平均水平。三项核心指标降幅趋势持续向好的背后，是全省妇幼健康战线坚持以妇女儿童健康为中心，不断健全完善妇幼健康服务体系，改进服务模式，提升服务能力，保障健康需求，使得妇女儿童健康状况得到明显改善。

-----本期内容-----

· 医疗改革 ·

医疗服务价格改革如何与医保支付方式改革“同频共振”？

来源：社会政策研究

一、引言

在我国医药卫生体制改革的进程中，医疗服务价格改革一直被视为解决以药养医问题的关键。这背后的逻辑是：若对医疗服务的支付不足时，医生会利用自身的信息优势和垄断地位抬高药品价格、过度使用药物来获得收入。因此，改革的方向是建立反映医生技术价值和劳务价值的医疗服务价格机制，推动医药分开，实现“以医补医”。这一思路从 20 世纪 80 年代、90 年代一直延续至今。国家医保局等八部门 2021 年《深化医疗服务价格改革试点方案》也遵循了这一思路，要求建立体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格形成机制。

但是，在政策实践中，医疗服务价格改革几经反复，尽管多次出台专门文件，将价格管理权从发改部门转移至新成立的医保部门，但改革效果仍不理想，医疗服务价格偏低问题依然存在，医药分开、以医补医的目标也未能实现。2021 年确定了 5 个医疗服务价格改革的城市，但医疗服务的定价机制仍未突破传统路径的束缚。面对这种改革困境，有必要对医疗服务价格改革的基本方向和实施路径进行重新

评估，与正在进行的医保支付方式改革协同推进。

国家医保局成立后，医保支付方式改革进入快车道，特别是对住院服务的 DRGs/DIP 支付方式改革，按照国家医保局的部署，通过三年行动计划到 2024 年底实现协议定点医疗机构和病种的全覆盖。从理论层面看，DRGs 与 DIP 都是根据诊断和操作对疾病进行分组，并按照病组实施打包支付。这种分组以及打包支付的方式本质上形成了一种新型的定价模式。这种定价模式中，病组的支付标准在现实操作中也是该病组的支付价格。然而，与传统的按服务项目定价方式不同，按病组进行的打包定价不再细分医疗服务、药品、器械、检查等单项费用，而是对整个病组的综合定价。这种方式不再强调医药分开，也不再区分以药养医还是以医养医，这与医疗服务价格改革中强调的实现医药分开的思路正好是相反的。

在政策实践中，这种底层逻辑的冲突体现在多个方面，既体现在医保与医疗服务机构之间的矛盾、医务人员与医疗机构以及与医保之间的矛盾，也体现在医保内部政策之间的不一致。一个经常被关注的问题是既然已经打包定价和支付了，那么是否还有必要再按照传统的项目定价路径给每一项医疗服务进行定价？二者之间的冲突如何从政策上进行协同？

党的二十大报告明确提出深化医药卫生体制改革要遵循“‘医保、医疗、医药’协同发展与治理”的原则，这一原则在党的二十届

三中全会上得到进一步强调。协同发展与治理的理念不仅是医保、医疗、医药三个部门之间的协同，也是三个部门内部各项政策之间的协同。基于上述背景，本文从协同发展与治理的视角，系统分析医疗服务价格改革与医保支付方式改革在政策实践中的冲突并探索二者的协同路径。

二、医疗服务价格与医保支付方式：理论分析

价格机制是市场经济运行的核心要素。市场经济体制下，价格由供给与需求的动态平衡决定，同时价格变动又反过来调节供给和需求：需求大于供给则价格上涨，从而刺激供给增加、价格下降，再次实现均衡，反之亦然。这是市场经济理论中的基本规律。

然而，医疗服务领域的价格机制却呈现明显的“市场失灵”特征，最典型的表现就是供给诱导需求现象。这种失灵主要源于医疗服务供给方(医生)相对于需求方(患者)具有明显的信息优势和市场支配力，从而形成了特殊的垄断地位。医生的这种垄断地位来自如下两个方面：第一，医疗服务需求的特殊价格弹性特征。具体表现为对价格上升的弹性低、价格下降的弹性高，这意味着医疗服务价格的高企不一定能抑制需求，反而会引发患者投入更多资源，而价格的下降则会引发过度需求。

第二，医疗服务的高度个性化特征。由于医疗服务的标准化程度低、预后结果不确定，且对医生个人特征的依赖程度高，使得不同医

生提供的诊疗服务的可竞争性差。这种双重特征强化了医疗服务的垄断属性。在缺乏外部干预的情况下，医生作为垄断方有能力实行一级价格歧视，即根据患者的支付能力制定差异化价格，最大化攫取消费者剩余。这也是现代国家普遍对医疗服务实施价格管理的理论依据。

然而，单纯的价格管制并不能从根本上解决医生的垄断问题。即使在价格管制条件下，医生仍然可以寻求其他途径来实现垄断租金的获取。其中，最普遍的方式就是通过医疗服务与药品的捆绑销售来规避价格管制，也就是所谓的“以药养医”。

药品市场是一个竞争性市场。在现实中，一旦药品专利保护到期，大量仿制药企业会迅速进入市场，形成所谓的“专利悬崖”现象，药品价格随即回落至竞争市场的均衡水平。然而，药品市场的特殊之处在于，虽然患者是最终使用者，但医生通过处方权掌控着用药决策。这使得药品市场面临着医生作为垄断买方的情况，进而导致医生在医药服务体系中同时拥有服务供给方（垄断卖方）和药品采购方（垄断买方）的双重垄断地位。在这种双重垄断地位下，医生可以通过将医疗服务与药品捆绑销售来实现垄断租金，具体表现为两种方式：一是抬高药品价格，二是过度用药。

这种突破价格管制的行为短期内帮助医生实现了垄断租金，但其存在的弊端也是明显的：一方面，药品被赋予了实现垄断租金的工具属性，偏离了其治疗疾病的本质功能；另一方面，为追求更高的垄断

收益，医生可能采取过度开药或人为抬高药品价格的行为，这不仅导致药物滥用，还扭曲了药品市场的正常价格机制。

为了控制医生利用垄断地位进行捆绑销售，国际上多数国家都实行医药分开经营的制度，在此制度下：第一，医疗服务收费与药品销售分离；第二，医生的处方权仅限于开具药品通用名；第三，患者拿到处方后可自主选择药品供应商；第四，由专业药剂师负责开具药品并根据患者要求确定具体商标的药品。

由此，政府对于医疗服务的价格仍然通过各种方式进行管制，但药品价格一般都放开由市场决定。比如美国的 Medicare 专门设计了对医生服务进行定价的相对价值模型 (Resource-Based Relative Value Scale, RBRVS)，对医生提供的服务进行定价；英国 NHS 则设计了国家医疗服务定价目录 (NHS National Tariff 以及 NHS Payment Scheme) 确定医疗服务的定价规则。

传统上，医疗服务的定价方法可称为“分解式定价模式”，具有两个层次的分解特征：第一层是将医疗服务与药品分离定价；第二层是对医疗服务本身进行细化分解。以美国的做法为例，其 RBRVS 模型将医疗服务细分为 7000 余个具体项目，并通过综合考量工作时间、技术难度和劳动强度等因素赋予相应的点值，再结合地区成本因素确定最终价格。这种精细化的分解定价方法为医疗服务的科学定价提供了技术支撑。

分解式定价的模式在医保支付领域则表现为按服务项目进行支付(Fee-For-Service, FFS)。而按服务项目支付与医保作为第三方付费的制度相结合则导致了医疗费用的快速上涨。第二次世界大战后,随着工业化国家社会保障制度的完善,以社会医疗保险为主的公共医疗保障制度逐渐成为医疗服务的主要筹资渠道。即使是强调市场机制的美国,也于1965年建立了面向老年人的Medicare和面向低收入人群的Medicaid两大公共医疗保障项目。医保成为医疗服务供给的主要筹资来源后,就会出现第三方付费以及由此带来的道德风险问题:参保患者与医疗服务供给方之间没有直接的支付约束,容易导致医保资金的过度使用。

在按项目支付的情况下:一方面,医疗机构的收入与服务项目数量直接挂钩,存在过度医疗的内在动机;另一方面,患者在较低个人支付压力下倾向于过度使用医疗服务。这种双重因素叠加,必然导致医疗费用的快速攀升。美国在1965年建立两项公共医疗保障制度后,医疗费用就开始出现了快速的上涨,特别是1950-1980年第三方医疗保险费用的增长率达到7.1%,远超个人现金支出的增长速度(3.0%)。这种医疗费用失控的问题同样困扰着欧洲各国。

如何遏制按项目支付下医疗费用的过快增长?各国医保体系开始寻求解决方案。20世纪70年代起,一种新型支付方式开始受到关注,即基于疾病诊断相关分组(DRGs)的前瞻性支付系统(Prospective

Payment System, PPS)。DRGs 首先是一种对医疗机构产出的一个测度。这与传统按项目付费模式存在根本差异：在旧模式下，医疗机构的产出简单等同于投入成本；而在 DRGs 体系中，产出被定义为基于临床路径的标准化病组。更重要的是，DRGs 的支付标准不再以单个医疗机构的实际成本为基础，而是基于所有医疗机构完成同一病组的平均费用水平。基于医疗机构平均费用的 DRGs 定价机制引入了全新的激励模式：医疗机构只有将实际成本控制在支付标准以下，才能实现收支结余；反之则需要自行承担超支部分。这种“超支自负、结余归己”的激励机制与按项目付费形成鲜明对比，有效引导医疗机构主动加强成本管控。这是 DRGs 按病种付费背后的运行逻辑。

DRGs 病组的费率和支付价格从性质上来讲仅是医保购买的一个支付标准，不是全行业的价格，但在医保成为主要的战略购买者后，这个支付标准相当于给了 DRGs 一个上限价格，从而 DRGs 的支付标准在多数国家已经成为事实上的定价机制。但是，DRGs 下的打包付费与传统按项目的定价模式存在根本上的逻辑差异：分解式的医疗服务定价机制背后是通过医药分开定价的方式分解医疗机构的捆绑销售，实现药品和医疗服务的分开支付；但 DRGs 的打包定价机制则是将医疗服务、药品、检查等捆绑在一起进行支付，由医疗机构来确定病组的成本结构。这种打包付费的定价模式对医保而言确定了总支出的上限，有利于医保对医疗费用的控制，对医疗机构而言虽然给定了

支付上限，但也给了医疗机构更大的管理权限，可以通过成本结构的调整来压缩不必要的支出，提高资源使用效率。

当然，除了对住院服务的打包支付外，医保还有对社区的全科医学服务按人头进行支付的方式(Capitation)。按人头支付也是一种“打包”定价的方式，“包”内的是一个参保人在一定时期内的全科医疗服务(或其他约定的服务)。按人头支付方式与按病种打包支付在根本逻辑上是一致的：都是基于特定标准将一系列医疗服务打包，根据平均值来确定支付价值。英国 NHS 对签约的全科医生即采用按人头支付的方式，全科医生每签约一个居民，其支付根据一系列公式来确定，但不区分各项服务的费用。

综上所述，传统按项目分解式定价模式与医保打包支付模式存在以下四个维度的根本差异。第一，制度属性的差异：传统模式属于全行业性质的价格管理制度，直接规制行业服务价格；而打包支付模式最初仅是医保机构的购买行为规则。不过，随着医保机构战略购买者地位的确立，其支付标准实际上已演变为实质性的行业价格标准。第二，定价逻辑的差异：传统模式采用分解式思维，不仅将医疗服务与药品分开定价，还将医疗服务按技术特征细分为具体项目分别定价；而打包支付模式则采用整合式思维，将各类医疗要素统一打包定价。第三，定价依据的差异：传统模式以服务项目的实际成本为基准进行定价，而打包支付模式则以医保基金的支付能力为基准，根据基金承

受能力确定支付水平和结构。第四，激励机制的差异：传统按项目定价虽实现医药分开，但因其本质是成本补偿机制，容易诱导医疗机构提供过度医疗服务；打包支付则采用前瞻性定价方式，以医疗机构平均费用为基准，不再对单个项目成本进行补偿，从而推动医疗机构主动控制成本。

从上述区别可以发现，按项目分解式的医疗服务定价与医保的支付方式是存在深层次的制度冲突的，不仅激励的方向相反，而且对实际价格的界定思路以及背后体现的改革逻辑也是不同的。这种冲突体现在医疗服务价格改革的推进过程中，以及医保支付方式改革过程中不同参与方的利益诉求的矛盾中。面对这种深层次的制度冲突，如何在“三医协同”的治理框架下实现有效整合，推动改革政策的统筹协调，成为亟待解决的关键问题。为此，本文将从实践层面入手，系统分析我国医疗服务价格改革与医保支付方式改革的发展历程，探索化解制度冲突的可行路径。

三、医疗服务价格改革的路径与问题

广义上的医疗价格包含两个部分：一是医务人员(医生、护理人员等)提供的技术服务价格；二是诊疗过程中的物耗费用，包括医用耗材、检查检验、设备使用以及药品等。在计划经济时期，医疗机构的运行经费来自两个渠道：财政拨款主要用于保障医务人员工资、大型设备购置和基础设施建设；医疗服务收费则用于补充药品、耗材等支

出。同时，为了维持医院的正常运转，政策允许对药品收取一定的加成作为医院的运行和管理经费。由于医务人员工资有财政保障，因此从理论上讲医疗服务是不收费的，医疗服务的价格也就无从谈起。在实践中，对医疗服务的收费也几乎可以忽略不计，挂号费、床位费、护理费、检查费、手术费等也都维持在非常低的价格上。这种财政差额支付的制度一直维持到改革开放初期，成为后续医疗服务价格改革的历史起点。

在改革开放初期，我国医药卫生领域与其他经济社会领域一样，首要问题是供给严重短缺，即“缺医少药”。而我国医药卫生体制改革也是从扩大医疗机构经营自主权、激发医务人员积极性开始的。改革面临的首要问题是提升医疗机构和医务人员的收入水平。政策选择有两个方向：一是直接提高服务性收费价格，通过服务性收费提高医务人员以及医疗机构的收入，从而激发其积极性；二是提高药品、耗材、检查等物耗使用的收入，比如扩大药品加成等。

从实际的政策发展历程看，提高药品价格以及医疗机构的药品加成收入成为一个现实选择，医疗服务价格一直处在较低的水平。在药品价格上，从行政定价逐步走向双轨制，即：一部分药品实行行政定价，创新药品等逐步放开由市场调节，实行市场定价。对于医疗机构而言，在固定加成率下(15%)，提高总收入的途径有二：一是提高药品使用量，二是使用价格高的药品。在现实中，这导致了两个后果：

一是过度用药(包括过度检查等),二是药品价格的“虚高”。药品供应企业为了能够将药品销售出去,通过各种方式规避行政低价,抬高药品价格,“高价格、大回扣、高返利”成为当时医药领域的乱象。

为破解“以药养医”困局,自20世纪90年代起,提高医疗服务价格、合理体现医务人员技术劳务价值的改革思路不断被提出。这一思路延续至今,在2021年国家医保局等八部门《深化医疗服务价格改革试点方案》中仍是核心理念。但是,如前所述,在现实中提高医疗服务价格虽然一直被作为政策建议提出,但并未得以彻底实施,医疗服务价格一直处在较低的水平。医疗机构和医务人员的主要收入来源仍然是药品、耗材、检查检验等费用。其背后的原因,一些观点认为是国家层面将医疗卫生作为社会福利事业,刻意压低医疗服务价格以体现公益性。但这种观点并不能解释为什么药品的价格可以有市场价,提高药品价格同样会大幅提高患者的医疗费用。显然,医疗服务价格改革受阻的原因更为复杂。

在过去几十年医疗服务价格改革的过程中,政策实践主要探索了三条路径,其中最基本的是成本定价法。按照成本定价是多数公共服务的定价方式。但在医疗服务中,成本的测算是个难题:医疗服务作为智力密集型劳务,缺乏物化载体,其价值构成主要是医务人员的技术、经验和劳务投入,这些要素的成本难以准确量化。我国医疗机构以公立为主,理论上医生的成本(即医生的工资、福利、社会保障等)

已经由政府承担。因此，医疗服务的价格要扣除财政已经支付的部分。在政策实践过程中，这一点是明确的，即医疗服务价格要扣除财政支付部分的成本来测算。然而，财政投入的合理规模和医务人员薪酬标准却始终缺乏科学的测算依据和统一的政策标准。财政投入的复杂性进一步加剧了成本核算的难度。除了人员工资、基础设施建设、大型设备购置等显性投入外，财政支持还包括土地划拨、事业编制配置等制度性资源的投入，而这些要素的价值难以在财务账面上准确反映。由于无法全面量化财政投入的真实价值，以“扣除财政补贴后的成本”为基础的医疗服务定价方法难以操作。再加上对地方政府而言，提高医疗服务价格还会面临政策风险，从而在历次改革中调整和提高了的医疗服务价格项目并不多，医疗服务价格长期处于较低的水平。

在成本难以测算的情况下，政策实践中出现了第一个替代的方案，即将医疗服务价格与耗材使用和检查项目挂钩，通过耗材和检查成本来变相提高医疗服务价格。因为耗材以及检查设备等的物耗成本是显性的、可计算的，而这些耗材和检查、检验等又是医疗服务供给过程中必不可少的，将其与医疗服务价格相关联似乎就是合乎情理的。但是这样一来又陷入“以耗养医”和“检查检验养医”的困境中。由于耗材以及大型检查设备等的价格是市场定价，抬高耗材、设备的价格从而抬高成本、提高实际医疗服务价格成为医疗费用快速上涨的又一个顽疾。对于此种现象，政策又变为将耗材从医疗服务价格

构成中剥离出来。国家发展改革委等部门 2009 年联合印发的《改革药品和医疗服务价格形成机制的意见》中也在改革医疗服务定价方式中规定要严格控制以新设备、新试剂、新方法等名义新增医疗检查检验项目。2021 年的医疗服务价格改革方案明确提出了医耗分离、技耗分离的原则，要求能够分离出来的耗材一律从医疗服务价格构成中分离出来。

对于医生服务成本的测算难题，在政策实践中还出现了另外一个方案，即固定医生薪酬，从而倒推医疗服务价格。固定医生的薪酬等于固定了医生的成本，医疗服务的价格只要能够体现这个固定的医生成本即可。改革的思路是从原来的绩效工资制(工资收入与业务收入，以及医院、科室绩效挂钩)变为固定薪酬制，将医生的工资与社会平均工资挂钩。一些地区还以国际经验为依据将医生的年薪确定为社会平均工资的 3-5 倍。医生的固定年薪制相当于固定了医生的成本，可将其直接平摊到医疗服务价格上。

但是，医生薪酬制度的改革并未得以推广，医生薪酬与社会平均工资挂钩且高于社会平均工资若干倍的做法也没有得到推广。其背后不仅有地方财政负担过重的原因，更重要的是如下三个顾虑：一是其他公共部门群体的攀比，以及由此引发的冲突；二是在现有管理模式下，固定工资制往往陷入“干和干不一个样、干多干少一个样”的困境，降低医疗体系的资源运行效率；三是在医生仍然掌握了处方权的

情况下，有理由担心提高医疗服务价格后，药品、耗材、检查检验等费用并未真正下降，从而出现“两头翘”的问题。最后还有一个深层次的问题没有解决，即对于医生的收入仍然缺少理论依据和可量化的标准。医生收入相当于社会平均工资的 3-5 倍这只是一个经验性证据，是从其他国家的经验中总结出来的。不同国家的医疗体制、人才培养成本、执业环境和社会文化存在显著差异，这些差异直接影响医务人员服务价值的构成要素，简单的比较、挂钩缺乏令人信服的证据。

除了上述两种方式外，在医疗服务价格改革中还出现了第三种思路，即分类定价，将一部分医疗服务价格改为市场定价，政府不再干预。这种改革思路基于两个维度：一是按照医疗机构性质，区分营利性和非营利性机构；二是按照服务类型，将医疗服务分为基本医疗服务、非基本医疗服务和特需医疗服务。在此框架下，营利性医疗机构、非基本医疗服务和特需服务实行市场调节价，而非营利性医疗机构的基本医疗服务则继续实行政府指导价。2000 年国务院办公厅《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》提出了营利性与非营利性机构分类管理，医疗服务价格按照基本医疗服务与非基本医疗服务分类管理的意见。2015 年中共中央、国务院发布《关于推进价格机制改革的若干意见》，提出对于市场竞争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务项目实行市场调节价。但问题在于基本医疗服务和非基本医疗服务本就难以区分，在现实中就表现为公立医院的特需医疗服务的高价

格。而这只是一小部分医疗服务，绝大多数医疗服务价格仍然是行政定价。

在上述因素的影响下，医疗服务价格的改革虽然一直在提，各地也一直在调整，但总体的进展缓慢，医疗服务定价的框架性安排并未有根本性的改变。而这种困境也表明，分解式的、按成本定价式的医疗服务价格改革思路需要重新考察和评估，需要从三医协同发展与管理的大框架下与医保支付方式改革相协同，从推动医药卫生体系整体运行效率的角度来重构医疗服务价格体系。

四、医保支付方式改革进程中的政策冲突

现代医疗保险主要通过购买服务的方式为参保人提供保障。从医疗保险的发展历史看，早期的医疗保险比如 19 世纪 80 年代德国俾斯麦政府开始的社会医疗保险，其保障的重点是因病带来的收入损失，兼顾对医疗费用的保障。20 世纪 20 年代后，随着现代医学技术的发展，医疗费用风险开始超过收入损失风险，成为家庭面临的主要健康财务风险。医疗保险的保障也逐步转向对医疗费用的保障，医保成为医疗机构的主要筹资来源。特别是随着社会医疗保险在主要发达工业化国家的建立，社会医保成为主要的医疗机构的筹资来源。但是，在这个阶段医保对医疗服务的支付主要是按项目支付。按项目支付的逻辑就是分解式的支付，将医疗服务根据技术细节分为多个项目，医疗机构以及医生每实施一个项目就收取一笔费用。按项目支付

背后实际上是按成本支付，从而医保成为医疗机构的成本补偿方。既然是按成本补偿，其对医疗服务供给方的激励就是抬高医疗服务成本。

在这样的情况下，医保需要一套更加科学、合理的支付方式，在保证合理医疗服务供给的前提下控制不合理的、过度的医疗费用。由此，预付制的或前瞻性的支付方式开始出现。在社区全科服务领域，这种预付制体现为按人头付费(Capitation)，在住院服务上则主要体现为按病种诊疗路径分组即 DRGs 的支付方式。这种前瞻性的支付方式依据历史发生的医疗费用数据，将诊疗路径相似、资源消耗相近的项目整合到一个病种诊疗路径下，并统一进行打包支付。打包支付改变了按项目定价和按项目支付的激励方向，从分解式的按成本补偿变为医药一体的综合性的支付，但在综合支付之上给定了一个最高限价。从现实来看，支付方式的变革也确实成为各国控制医疗费用上涨的有效手段。

中国医药卫生体制改革的一个主线是解决以药养医以及由此带来的各种扭曲行为。为此，改革支付方式的思路较早就被提出。2009年，中共中央、国务院印发的《关于深化医药卫生体制改革的意见》中已经明确提出通过改革支付方式等措施完善公立医院补偿机制。2009年国家发展改革委等三部委在《改革药品和医疗服务价格形成机制的意见》中提出，在政府制定药品和医疗服务价格的基础上，改

革医疗保险支付方式，逐步实行按病种付费、按服务单元付费和总额预付。2011 年人力资源社会保障部印发的《关于进一步推进医疗保险支付方式改革的意见》明确了付费方式改革的任务目标、基本原则和实施路径，开始在实践中推动支付方式的改革。此后的历次公立医院改革文件均强调了支付方式改革。

但在 2018 年国家医保局成立之前，医保支付方式改革进展缓慢。以北京为例，虽然自 2011 年起在五家医院开展 DRGs 支付方式改革试点，但一直未能全面推开。国家医保局成立后，医保的支付方式改革成为深化医疗保障制度改革的重要内容。2020 年中共中央、国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》，专门将支付方式改革单列一个部分，要求建立“管用高效的医保支付机制”，通过支付方式改革提高基金运行效率。随后，国家医保局先后开展了 DRGs 与 DIP 支付方式改革的试点，并在此基础上制定了三年行动计划，要求 2021—2024 年实现 DRGs/DIP 支付方式的全覆盖。目前，多数地区已完成住院服务 DRGs/DIP 的支付方式改革。

但是，医保支付方式的变革与医疗服务价格的运行逻辑在现实中产生了冲突。医院的财务和薪酬制度仍按照传统的项目定价逻辑运行，即每个诊疗项目对应一个收费项目和基于成本的收费价格。按照这个逻辑，医疗机构最优的管理模式是将医院的总财务目标进行分解：医院分解到科室、科室分解到医务人员。医务人员财务目标加总

就等于科室的财务目标，所有科室财务目标加总就等于医院的财务目标。这种简单线性加总的管理模式正是按项目、依据成本定价的具体体现。当然，由于医疗服务成本的难以测度，医疗服务价格总是处在“不足”的状态，而这也成了医疗机构“以药养医”的主要理由。

医保的前瞻性打包付费方式改变了传统的定价逻辑。医保对病种的支付标准不再依据单个医疗机构的实际成本，而是基于统筹区内所有医疗机构完成同一病种的平均费用。这就与医院的运行模式产生冲突：当以平均费用确定支付标准时，总有一半病种的支付价格低于医院实际成本，使这些病种处于“亏损”状态。这正是打包付费的关键逻辑，通过医疗机构间的竞争压低病种成本，提高基金使用效率。

冲突的关键是医院作为供给方与医保作为支付方对“价格”的理解以及测算不一致。如果从按项目依据成本来定价的逻辑，那么医院是“亏损”的，因为总有部分成本没有得到补偿；但从打包付费的角度，这个“亏损”是不存在的，因为医保基金已经按照预定的基金总量以及价格进行了支付，所有“亏损”病例都有一个相应的“盈余”病例与之相对应。在现实中，经常发生的情况是，医院按照每一项的服务价格（包括医疗服务以及药品、耗材、检查检验等）的加总来测算 DRGs/DIP 病组的总费用，并以此作为 DRGs/DIP 的价格来评估医保给出的支付费用。若该加总费用高于 DRGs/DIP 的医保支付价格，则计为该病例的“亏损”，并以此测算 DRGs/DIP 对医院的补偿率。

但从医保支付的角度，按项目加总得到的费用总额不是 DGR/DIP 病组的支付价格，而只是该医院的成本。如果医院在该病组上的成本超过了医保给定的支付价格，那么医院应该通过各种措施去降低成本，而不是将之视为医保的补偿不足。在这里，从医院角度给出的价格是本院实际成本的加总，而医保作为支付方给出的价格是该地区所有医疗机构的平均费用。

具体到医务人员，如果按照之前医疗服务定价的逻辑，对于每个病例只会有“盈余多少”的差别，最差也是零收入，但不会有亏损；但在按病种打包付费下，医务人员总会遇到支付价格低于实际成本的病例。如果继续采用线性分解的管理模式，某些科室和医务人员必然会处于“亏损”状态。这也是近年来一些医疗机构以及医务人员不满于支付方式改革的主要原因。

实际上，冲突不仅存在于医疗、医保二者之间，在医保内部也存在政策之间的冲突，即在实施了 DRGs/DIP 打包付费的病种中，是否还需要按照传统项目制对每一个服务项目进行定价和支付。从目前看，这两个体系是并行的，同一个医疗服务的项目，既被包含在某个 DRGs/DIP 病组中进行了统一的支付，同时本身又有一个服务的价格。这个服务的价格在多数地区被用来作为向患者的收费依据，只有少数地区实现了二者的统一。这两个价格不仅在量上不一致，而且其背后所体现的逻辑也不一致。特别是在计算“结余”时，使用这两个价格

给出的结果往往是不一致的。

五、医疗服务价格改革与医保支付方式改革协同的政策路径

从国际经验看，随着医保日益成为医疗服务的主要购买方，以医保支付方式的逻辑重塑医疗服务定价体系已成为必然趋势。医疗大数据的积累为推行前瞻性付费方式奠定了基础。DRGs 的付费方式之所以能够在 20 世纪 60 和 70 年代发展起来，很重要的一点是医疗数据的积累以及统计技术的使用。只有在医疗数据积累的基础上，对病组的平均费用才能进行精确测算和预测。随着我国医疗数据的积累和全国统一医保信息系统的建立，已为基于大数据的病组费用测算创造了有利条件，为推行前瞻性打包付费提供了技术支撑。此外，从激励机制重构的角度，前瞻性付费既赋予医疗机构相应的自主管理权，又能通过合理激励抑制过度医疗和不合理诊疗行为。

以医保前瞻性打包支付的思路来协同推动医疗服务价格改革，总的原则是只要能够实现前瞻性打包付费的服务都要建立医保的支付标准，以医保的支付标准来引导和规范医疗机构的行为；即使那些因为各种原因没有实现打包支付的项目，其定价模式也要逐步转变为医保支付方式的定价模式。

具体的实施路径，应根据临床特征和服务场景对诊疗项目分类处理：一是对于住院服务实行 DRGs 或者 DIP 的打包支付，这项改革已在全国范围展开。其基本的原理以及在我国的政策实践已在前文进行

了论述。特别是随着我国医保信息系统的建设以及医保和医疗大数据的积累，扩大按病组付费的覆盖范围已具备技术基础。

二是要加快推进社区全科服务的按人头付费改革。按人头进行支付是国际通行的对于全科医疗服务的支付方式。社区全科医疗服务是整个医疗服务体系的基石，也是实现以治疗为中心到以健康为中心的基础。在我国医药卫生体制改革的过程中，高度重视基层社区医疗服务的发展，并将其作为实现分级诊疗的基础。2009年新医改文件中就提出了“社区首诊、分级诊疗、双向转诊”的政策目标，二十大以及二十届三中全会也再次强调了加强分级诊疗建设。然而，患者过度集中于大医院、基层医疗服务能力弱化的问题仍未得到有效解决。其背后固然有多种原因，但医保对门诊以及对社区医疗服务保障较弱、支付方式落后是一个极其重要的原因。医保应充分发挥引导资源配置的功能，抓紧建立对社区医疗服务的按人头支付，构建医疗服务的“守门人”制度。医保还应整合各部门支持社区医疗服务的资源，将其统一纳入人头费用。通过按人头付费改革，实现基本医保与基本公共卫生服务的统筹，推进医防融合。

三是对于医院的门诊服务，要适应当前诊疗模式、药物创新以及临床技术进步的变化，改变按照服务场景设置不同医保报销政策的模式，探索适合门诊特点的前瞻性打包付费模式。一方面，当前随着药物创新以及临床技术的变革，一些住院病例转为门诊治疗在技术上越

来越具有可能性;另一方面,全面推行 DRGs/DIP 支付后,部分医疗机构为规避支付限额,出现了将住院服务转为门诊的现象。如何既能保证合理的住院转门诊,同时又避免因为费用问题出现的不合理的住院转门诊,一个可行的选择是在门诊服务中实施按病种的前瞻性付费,比如国际上通行的针对门诊服务的疾病病例组合 (APG, Ambulatory Patient Groups) (Starfield et al., 1991;Goldfield et al., 2008)。

当然,在政策实践中全面实施前瞻性付费仍然需要一段较长的时间。在这个过程中,按服务项目的定价方式仍然是必要的。实际上,即使前瞻性付费能够全面实施,也仍然会存在一些不能打包的服务项目,主要是一些新的诊疗技术以及一些复杂性的项目。这些项目缺乏足够的临床数据支撑打包付费。对于暂时无法实施前瞻性付费的项目,其按项目定价也应摒弃传统的成本定价模式,借鉴前瞻性打包支付的思路。核心是把握两个要素:一是确立不同病组间的比价关系,二是根据医保支付能力和分类预算确定支付总量。在 DRGs/DIP 支付模式中,比价关系体现为权重(点值),即某病组对所有病组平均费用的比例。这个权重关系实际上给定了不同病组之间的比价关系:权重高的病组在所有病组中的排序靠前,体现了该病组的资源消耗比重较高。医保再根据年度住院基金预算,按照各病组权重分配支付总额,形成每个病组的具体支付标准。

在按服务项目定价的过程中，应借鉴上述思路：首先确定不同服务项目之间的比价关系，然后通过分类预算确定医保对所有服务项目的支付总额。虽然在确定不同服务项目的比价关系中仍然需要测算不同服务项目的成本，但由于比价关系是某项服务的平均费用占所有服务项目平均费用的比值，成本的绝对值对于价格决定而言就失去了意义。接下来，根据分类预算确定总支出额度，再按比价关系将总额分配至各项目，最终形成具体的支付标准。

当然，按照上述原则和路径来实现医疗服务价格改革与医保支付方式改革的协同，对医保的治理能力以及三医之间的协同治理提出了更高的要求。对医保而言，医保分类预算是关键，因为它直接决定支付标准和医疗服务价格。分类预算实际上是引导医疗资源在不同服务类型中的配置。要实现通过分类预算来引导资源配置，一是要从风险管理角度准确把握参保人医疗服务需求结构的变动，依据需求结构变动来调整对不同服务的预算；二是要对人口变化、经济增长以及社会结构的变化把握基金的收入与支出，实现基金的动态精算平衡；三是要遵循医疗的临床规律，把握诊疗技术以及诊疗模式的变革，针对供方的结构变化调整分类预算。

从三医协同治理角度看，改革协同的另一个关键点在于重构医院与基层医疗机构的激励机制：医院的管理模式走向弱激励机制的战略管理，而社区医疗服务机构则在按人头付费的引导下形成强激励的机

制。我国公立医院在过去几十年的改革历程中，其管理模式上一一直遵循的是强激励的机制，即医生的收入与其收费能力相关，有更高收费能力的医生，其收入也较高。而更高的收费能力并不代表其有更高的临床价值。在以药养医的条件下，使用药品、耗材、检查检验更多的医疗服务项目的收费能力更高，从而这些科室的医生收入也更高。但从临床价值的角度，这些科室并不一定就高于少使用药品、耗材、检查检验的科室。同理，在社区全科医学与医院专科医疗服务之间也存在这种收费能力与价值医疗之间的冲突。医院的专科医生提供的医疗服务同质性差，垄断性强，这也意味着其收费能力更强。

在强激励的机制下，医生有动机利用自身医疗服务的垄断性来提高收入，出现供给诱导需求的现象。在过去几十年间所谓的以药养医、药物滥用、过度诊疗等弊端无不从此而起。与之相反，我国社区医疗卫生服务体制则在“收支两条线”的管理模式下，形成了弱激励机制，即医生的收入与其提供服务之间没有关系，从而导致出现“干多干少一个样、干和干不一个样”的现象。而社区医疗卫生服务以全科医疗为主，同质性、可比性强，特别是在按人头付费的情况下具有可竞争性，更适合强激励的机制。

对于医院而言，要实现从强激励的机制转为弱激励的机制，在管理模式上则要与DRGs/DIP支付方式改革同步实现从分解式管理到战略管理的转变。在战略管理模式下，医院要实现多目标之间的协调与

平衡，并依据医务人员对战略目标的贡献分配薪酬，切断医保的支付与医务人员收入之间的直接联系。医保对医院的支付遵循市场购买原则，以实现效率，而医院对医生的薪酬要遵循战略管理的原则，以充分实现临床目标。在社区医疗卫生服务体系中实现强激励机制，首先要全面推行按人头付费，将按人头付费与家庭医生签约服务结合起来，同时要实行签约居民的用脚投票的机制，在提高效率的同时保证质量；其次，社区医疗服务的机构要扁平化，社区医疗服务中心(站)与全科医生(团队)之间的关系要改革为合作关系，以体现全科医生(团队)的核心作用，直接面向参保居民，而社区医疗服务中心(站)则转向为全科医生(团队)提供相应的服务为主。

六、结论及讨论

医疗服务价格改革一直被视为解决以药养医问题的根本措施，但改革效果始终不尽如人意。这种改革困境需要从理论层面深入分析，重新评估改革路径。随着基本医保成为医疗服务的主要筹资方，发挥其战略购买功能、引导资源配置已成为深化医改的重要抓手。在医疗服务价格改革中，医保支付方式改革的协同至关重要。这一问题在推进住院服务 DRGs/DIP 支付改革过程中日益突出：当住院服务已实行打包支付时，是否还有必要对单个服务项目进行定价？这构成了本研究的核心问题。

医保支付方式改革以实现前瞻性打包支付为导向，这与传统定价

机制有根本区别。新机制不再依据医疗机构的成本进行定价和支付，而是基于两个要素：一是病组间的比价关系(权重)，二是医保基金的支付能力。具体操作是先通过比价关系(权重)确定不同病组或者服务的排序，再通过不同类别医疗服务的预算支出确定支付总量，最后将支付总量按照比价关系(权重)分配到不同的病组或者服务上，即形成病组或服务的支付价格。实际上，在一些地区医疗服务价格改革的实践中，已开始探索与医保支付方式的协同路径。在这些实践中，一个根本性的变革就是逐渐改变以成本定价的传统路径。

推进医疗服务价格改革应遵循两个原则：一是对具备条件的项目实行打包支付；二是对暂不具备条件的项目也要采用前瞻性定价思路。在政策路径的选择上，则要依据医疗服务的临床技术特征以及服务场景分类进行：对于社区医疗卫生服务尽快建立按人头支付的方式，对于医院专科门诊建立按病种的前瞻性打包支付模式，而对于住院服务则实现 DRGs/DIP 的支付方式全覆盖。

然而，这一改革在实践中遇到医疗体系激励机制和管理模式的阻碍。传统模式下，公立医院尤其是大医院，通过强激励和分解式管理，利用垄断优势和收费能力吸引医疗资源和患者。相比之下，社区医疗卫生服务以全科服务为主，本应成为医疗服务体系以及医保体系“守门人”，但在现实中却只能通过收支两条线来保障其运转，其提供基本医疗服务的能力不断弱化。由此，要根据二十大以及二十届三中全

会推进三医协同发展与治理的精神，在推动医保内部政策一致性的同时，推动医疗服务体系激励机制的变革和重构。在医院层面，转向多目标的战略管理，建立弱激励的机制；而在社区层面，则将按人头支付与家庭医生签约结合起来，加大对社区基层的资源投入，建立购买服务、居民用脚投票的强激励机制。

[返回目录](#)

医疗服务价格改革的五个趋势

来源：Latitude Health

国家医学中心和区域医疗中心迎来调价红利，医保宽裕地区优先放宽总量，基层、中医与分级诊疗获重点倾斜。浙江调价总量不设年限可累计，四川严控年增幅 1%，动态调整向技术难度高、创新项目倾斜，检查类价格逐步下调，复杂手术类有望上涨，耗材集采挤出水分后优先调整定价偏低项目。

伴随着国家医保局在各个专科的价格项目立项指南逐步推出，各地医疗服务价格改革的大致框架也已经成型。从去年公布的三个省份（浙江、四川和内蒙古）的政策来看，医疗服务价格改革已经基本确立了 5 大趋势：总量有增有减，按 3 个分类分别形成，动态调整，以价格监测为核心的综合治理，以资源消耗为基础且按照技耗分离来确定的项目管理。

首先，总量调控明确是有升有降。主要倾斜的方向有两个：医保

基金宽裕和重点扶持的专科方向。比如，根据《浙江省深化医疗服务价格改革试点实施方案》：“医药总费用增速控制好、价格总体偏低、医保基金支付能力强的区域可适当放宽调价总量”，“支持国家医学中心、国家区域医疗中心、薄弱学科、基层医疗卫生机构和中医医疗服务发展，促进分级诊疗”。

从这些表述来看，调价的总量关键在于该地区的医保基金支付能力，当然，如果能同时满足控制医疗费用增速并在价格上偏低是最理想的。不过，从现实的角度来看，总体价格偏低的地区医保基金支付能力大都处于紧平衡中，而部分经济发达地区受益于持续的人口流入和高收入，医保资金相对宽裕，调价总量需求也比较大。

另一方面，总量会向某些方面倾斜，除了支持薄弱学科是重点，基层、中医和分级诊疗也重点强调了，这在3个省份的文件里都有着明显的体现。但浙江省的政策与其余两省有一个明显的区别，国家医学中心和国家区域医疗中心是浙江重点倾斜的，但其他两省在总量调控的政策中并没有提到。而且，浙江对调价总量并没有进行年限的设置，而其他两省则明确规定调价总量限当年使用，未用完的不累计。而且四川还规定“原则上控制在上年度医疗服务收入1%以内”，这意味着四川的总量调整的年增幅是非常有限的。而浙江医保总体上较为宽裕，能够在总量上允许累计到下一年度且不设限，有助于医疗服务价格的更快调整。

年度价格调整总量的计算是按照“历史基数”乘以“增长系数”的方式来确定，主要依据是“以区域内公立医疗机构医疗服务总费用为基数，综合考虑区域经济发展水平、医药总费用规模和结构、医保基金筹资运行、公立医疗机构运行成本和管理绩效、患者跨区域流动、新业态发展等因素”。

如果结合 2022 年 7 月国家医保局发布的《关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》来看，医疗服务价格调整主要在省级层面统一进行，健全“调整程序、规则和指标体系”。具体的指标体系是医疗服务价格指数(MSPI)，“逐步将指数纳入本地区医疗服务价格调整和管理的指标体系，根据指数反映的变化趋势等，相应采取积极、稳健或谨慎的医疗服务价格总量调控和动态调整措施”。

其次，按 3 个分类分别形成。医疗服务价格改革将按照通用型、复杂型和市场调节型三类来分别形成。

通用型主要是指“医疗机构普遍开展、服务均质化程度高、临床使用频率相对较高的医疗服务价格项目”，“由省级医保部门制定全省统一的政府指导价，各市按照合理比价关系确定辖区内各级公立医疗机构项目价格”。因此，大部分医疗服务项目都是由省级定价，再由各地市根据实际情况确定最终价格。同时，再次强调了允许国家医学中心和国家区域医疗中心的服务价格可以上浮。

值得注意的是，四川的政策强调了全省通用型项目价格趋同，这

点在已经实施省级统筹的浙江却没有强调。而且，四川各地市的差异远高于浙江，四川的医疗服务价格调整值得未来持续观察。

复杂型是指通用型之外的服务项目，主要由政府指导，医院参与，主要的调整流程是“公立医疗机构在成本核算基础上提出拟调整项目和价格建议”，根据“全域统筹、两轮比选、分量确定、梯度调节”来最终确定。除了与总量调整中支持的类型一致之外，复杂型项目还强调了支持“技术难度大、风险程度高、确有必要开展的医疗服务”。

市场调节型的服务主要是指自费项目，三省都强调了市场调节型项目不能超过公立医院收入的 10%。从这点来看，公立医院特需想要突破 10% 的红线还比较困难。

而三类项目的动态调整主要受到一系列指标的约束，医疗服务价格指数是决定一个地区医疗服务价格改变的最主要参考。从目前各地已经出台的一些指标来看，主要包括技术指标、医疗服务收入占比和患者医疗费用增幅等。但这些调价指标受到约束指标的限制，约束指标主要包括居民消费价格指数、医保基金结余、次均费用增幅。如果约束指标出现下降或增幅较低，价格调整就不会启动。

当然，政策也确定了调整的时限，通用型一般是 2 年，复杂型是 1 年。而如果遇到“配合药品和医用耗材集中带量采购等重大改革任务、应对突发重大公共卫生事件、疏导医疗服务价格突出矛盾、缓解重点专科供给失衡”则可以择机启动价格调整，不需要按照原有的周

期。

再次，综合治理的核心是价格监测，配以对公立医疗机构改革的评估和强监管。医疗服务价格改革推行之后，除了药品和耗材的价格监测之外，服务价格也将一并纳入。监测的目的是“推动医疗服务价格公示、披露制度，编制报送医疗服务价格指数，综合研判价格变化趋势”，主要是为价格指数的编制提供依据。而随着公立医院的改革，“与制定和调整医疗服务价格、财政补助、医保定点协议年度考核、医保支付、信用评价、基金监管等挂钩”，总体上是服务于支付方改革和监管的需求。

最后，项目管理将真正建立在以资源消耗为基础。有关资源消耗可以回到《关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》来看，该通知提出“属于同一医疗服务以新方式或在新情境应用，资源消耗差异较大的，作为现有价格项目的加收或减收项；资源消耗差异相近的，作为现有价格项目的拓展项，按现有价格项目收费。”这一原则明确了价格项目必须围绕着国家医保局的立项指南来制定，在此基础上做增减，一方面是保持了医保待遇清单的统一，另一方面则给了地方一定的自由裁量权。

而在技耗分离的原则上，基本明确了高值耗材和医疗服务价格分离。原则与国家医保局发布的通知基本类似，“耗材在医疗服务价格项目外单独收费的，虚高价格经集中采购挤出水分后，相关定价偏低

的项目优先纳入价格动态调整范围，必要时可实施专项调整；耗材合并并在医疗服务价格项目中、不单独收费的，根据集中采购降低物耗成本的效果，适当降低医疗服务项目价格”。

当然，对新增项目尤其强调了绿色通道，这在3省文件中都强调了。“对优化重大疾病诊疗方案或填补诊疗空白的重大创新项目，开辟绿色通道，保障患者及时获得更具有临床价值的医疗服务。”其余的主要以上文提到的兼容模式来发展。

从已经落地的三省政策来看，医疗服务价格改革的基本趋势是建立总量调控的宏观指导，并向下通过微观细化到具体的类别和项目管理来进行全面的价格改革。其中最关键的是总量的确定、调价的项目和具体价格的调节机制。医疗服务价格改革总体利好医保基金宽裕的地区，国家医学中心和区域医学中心以及基层。未来医疗服务价格的趋势将与DRG/DIP改革后类似，复杂项目的价格将逐步上调，简单项目和检查项目的价格都将逐步下调。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

药品追溯码新规落地！7月1日起医保结算必须扫码，守护用药安全

来源：招采网

1. 国家医保局发布追溯码新规，药品追溯码将成医保基金结算必

须环节

3月19日，国家医保局联合4部门发布《关于加强药品追溯码在医疗保障和工伤保险领域采集应用的通知》，其中明确，2025年7月1日起，销售环节按要求扫码后方可进行医保基金结算，对此前已采购的无追溯码药品，列入“无码库”管理，暂可进行医保结算。2026年1月1日起，所有医药机构都要实现药品追溯码全量采集上传。

名称:	国家医保局 人力资源社会保障部 国家卫生健康委 国家药监局关于加强药品追溯码在医疗保障和工伤保险领域采集应用的通知		
索引号:	2025-02-00009	发文字号:	医保发〔2025〕7号
发布日期:	2025-03-19	发布机构:	

**国家医保局 人力资源社会保障部 国家卫生健康委 国家药监局关于加强药品追溯码
在医疗保障和工伤保险领域采集应用的通知**

日期: 2025-03-19 访问次数: 35597 字号: [大 中 小]

**国家医保局 人力资源社会保障部
国家卫生健康委 国家药监局关于加强药品追溯码
在医疗保障和工伤保险领域采集应用的通知**

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医保局、人力资源社会保障厅（局）、卫生健康委、药监局：

为深入贯彻党的二十届三中全会精神，保障群众用药安全，加强医保基金监管，现就加强药品追溯码在医疗保障和工伤保险

— 1 —

同时，零售药店需在顾客购药小票上显示药品追溯码信息，工伤保险医疗服务协议机构和工伤康复协议机构也需加快推进药品追溯

码的采集应用。通知要求，药品追溯码将广泛应用于医保目录谈判、商保目录制定、省级医药集中采购平台挂网及集中带量采购等领域。

《基本医疗保险药品目录》内的药品(除中药饮片、中药配方颗粒、院内制剂等)必须全部带码，新增纳入目录的药品也需承诺实现带码销售。

此外，通知还要求各部门加强协同，确保药品追溯码采集应用工作落实到位，确保药品生产、流通、使用和医保结算等全过程来源可查、去向可追；并严厉打击制售假劣药品、非法倒卖药品及串换药品等违法违规行为，维护医保基金和工伤保险基金的合理规范使用。

2. 技术创新与数据整合，医保局助力医药流通企业迈入发展新阶段

上述通知中鼓励药品上市许可持有人和生产企业在销售药品时，将各级销售包装单元药品追溯信息上传至全国统一的医保信息平台。

国家医保局已搭建医保药品耗材追溯信息采集应用平台，鼓励药耗生产流通企业上传追溯信息，并提供了详细的操作指南。这对广大药品耗材生产、流通企业而言是一项非常有价值的政策，提供了获取自身产品全链条追溯信息的权威渠道。

目前针对上传产品追溯信息的药耗生产、流通企业，国家医保局免费提供全链条药耗追溯信息查询调用服务，为企业全程管控产品供应链带来极大助益。企业可以通过这些数据，开展产品研发、优化销

售，节省追溯成本。

上药控股有限公司负责人表示：“通过终端到患者的全程追溯，平台助力流通企业精准定位问题药品流向，协助快速召回并控制风险，筑牢用药安全防线。“三码合一”主数据体系统一药品供应链标准，打通信息壁垒，每年可降低流通端 17%协同成本，成效显著。同时，平台提供的大中小包装追溯数据映射库，支持物流环节扫码复核入出库，替代传统人工模式，推动物流标准化与成本优化。”

截至 2025 年 3 月 20 日，已有超过 350 家药耗生产、流通企业对接平台，上传及下载本企业产品的追溯信息，同时有近 8000 家药耗生产、流通企业咨询追溯信息上传查询相关情况，并积极筹备对接上传工作。

3. 地方积极落实医保药品追溯制度，目标“无码不采、无码不收、无码不付”

江苏：省域内外+零售药店/民营医院全覆盖

主要针对在江苏省域范围内销售的所有药品(包括挂网销售药品和未挂网在销售药品)，主要维护药品标识码、商品码等相关信息，不包括毒麻精放、疫苗等已由其他渠道进行追溯管理的药品类型。确实无法区分是否在江苏销售的，可全量进行维护。另外，此次信息采集工作也覆盖销售至定点药店和定点民营医院的药品。

企业未按要求上传或信息不完整、不准确，将影响全省统一的药

品基础信息库建设,进而影响产品在定点医药机构的出库和医保结算等。企业需上传自 2024 年 1 月 1 日(含当日)起至当前的所有生产批次药品的追溯信息。

天津：“带码挂网”+“带码流通”+“逢采必扫”+“带码投标”

药品生产企业：落实“带码挂网”，即在药采平台上传销往天津市的药品追溯码并维护大中小包装药品追溯码关联关系。要求生产企业在产品各级包装上赋予唯一可识别的追溯码并及时更新，同时维护销售的大中小包装之间关联关系，确保药码合一、销售流向可追溯，方便统计管理。

药品配送企业：实行“带码流通”，即配送企业维护收货信息并上传追溯码；向医药机构发货时须同时上传药品追溯码。要求配送企业对追溯码实行收货核验、发货校验，确保销售药品追溯码准确无误。

两定机构：在采购药品过程中严格查验追溯码，做到“逢采必扫”。

带量采购：在药品集中带量采购中，将具备药品追溯码闭环管理能力作为参加药品集中带量采购的资质条件，对无法提供追溯码的药品不得参与投标，做到“带码投标”。

4. 现存挑战与企业药品追溯体系建设方案

根据 2024 年行业调研数据显示，目前仍有 31%的企业追溯系统未与监管平台对接，药品追溯码体系的全面推广仍面临技术、成本、协同等多重挑战。

一、现存挑战如下：

1. 企业追溯系统与监管平台对接率低

尽管政策要求企业建立追溯系统，但部分企业(尤其是中小企业)由于技术能力不足或成本压力，尚未完成与国家级/省级监管平台的对接，导致数据孤岛现象，影响监管效率。

2. 中小药企赋码成本高

药品追溯码的赋码、扫码设备及系统改造涉及较高成本，对中小药企而言，赋码成本占生产线改造成本的15%-20%，成为其推广的主要阻力。部分企业甚至因成本问题选择低效的临时解决方案，影响追溯效果。

3. 技术标准不统一

不同企业采用的追溯码标准(如一物一码、批次码等)及数据格式存在差异，导致跨企业、跨平台数据互通困难，影响全链条追溯的完整性。

4. 供应链协同不足

药品流通涉及生产、批发、零售、医疗机构等多个环节，部分企业信息化水平低，上下游数据无法实时共享，导致追溯链条断裂。

二、在全链条追溯体系推进下，渠道流向数字化管理是关键举措之一，通过建立完善的数据采集和分析系统，企业可以实现对全渠道流向的监控。

1. 建立数据中台

标准化是数据中台是药品流向管理的基础，通过建立统一的数据中台，整合生产、流通、销售等环节的数据，能够实现数据的统一管理和高效应用。数据中台建立包括数据整合汇聚、数据清洗和标准化以及数据储存和管理三个部分。

2. 建立药品流向管理体系

以数据中台为支撑，构建药品流向监控平台。通过可视化界面展示药品实时流向，使得药品在不同地区的分布与流动轨迹可视化。同时，设置预警规则，如药品窜货、异常价格、异常销售等情况自动预警，方便企业及时处理异常问题。

[返回目录](#)

丙类目录呼之欲出，行业有哪些期待？

来源：中国卫生杂志

去年12月14日召开的全国医疗保障工作会议透露，我国将研究探索形成医保丙类药品目录(以下简称丙类目录)。今年1月17日，在国家医保局举办的新闻发布会上，国家医保局医药管理司司长黄心宇进一步透露，丙类目录与国家基本医保药品目录调整同步开展，计划于年内发布第一版。丙类目录对医药产业影响多大?产业对其期待如何?日前，记者就此问题采访了相关领域专家及企业人士。

1. 丙类目录药品定位或已明晰

我国医疗保障体系正面临保基本与促创新的双重考验。复旦大学公共卫生学院教授胡善联指出，当前改革的核心在于满足人民群众多层次多样化医疗服务需求，这或许就是制定丙类目录的初衷。

黄心宇在1月17日国家医保局举办的新闻发布会上提出了对丙类目录的国家层面设想。他说：“这项工作我们目前有几点考虑：一是在药品范围上，丙类目录作为国家基本医保药品目录的有效补充，主要聚焦创新程度很高、临床价值巨大、患者获益显著，但因超出保基本定位暂时无法被纳入国家基本医保药品目录的药品。二是在使用范围上，国家医保局将采取多种激励措施，积极引导支持商业健康保险将丙类目录药品纳入保障范围。三是在工作安排上，丙类目录与每年的国家基本医保药品目录调整同步开展，计划于今年年内发布第一版。工作程序拟参照医保目录调整程序，但会发挥好市场主体的决定性作用，保险公司充分参与。丙类目录药品的商业健康保险结算价格由国家医保局组织保险公司与医药企业协商确定，探索更严格的价格保密措施。四是在支持落地应用上，国家医保局将探索优化调整支付管理政策，丙类目录药品可不计入参保人自费率指标和集采中选可替代品种监测范围，符合条件的病例可不纳入按病种付费范围，实行按项目付费。”

胡善联表示，上述论断给了纳入丙类目录药品较为清晰的定位：创新程度高、临床价值巨大、患者获益显著、价格高昂而未能纳入国

家基本医保药品目录。

2. 价格保密机制需更加明确

胡善联表示，黄心宇在新闻发布会上对丙类目录的介绍，有两点非常重要：一是目录内的药品怎样遴选，二是目录怎样通过与商业健康保险合作落地执行。针对第一点，药品遴选一定要体现创新程度高，而这离不开价格保密机制。

胡善联介绍，此前，有关部门就完善药品价格形成机制向业内专家征求意见，其中提到了价格保密机制。胡善联认为，该机制为创新药的发展提供了保障，也为丙类目录的制定奠定了基础。丙类目录的推进方案拟与商业健康保险形成协同机制，推动商业健康保险机构承担更大费用分担比例。其结算价形成机制将由保险企业与制药厂商协议商定，并试点实施严格的药品定价信息保护机制。这种保密机制既有助于企业维持全球价格体系稳定，又能为我国创新药研发营造有利的市场环境。

胡善联表示，虽然世界卫生组织长期倡导药品定价透明化以优化国际价格谈判机制，但现实情况是，越来越多国家通过法律条文或商业协议对药品定价实施保密管理。2024年，经济合作与发展组织对43个国家和地区开展的一项专项调研显示，32个国家和地区(占比74.4%)未公开披露药品价格信息。即便公布官方指导价，因存在商业折扣等市场因素，实际成交价也往往显著低于公示价格。胡善联说：

“未来，创新药的定价要与医保支付标准分离。医保报销按支付标准，而价格与支付标准之间的差价由患者支付。因此，医保支付标准实际上是一个内部参考价格。”

3. 他山之石能否借鉴

针对丙类目录怎样通过与商业健康保险合作落地执行的问题，胡善联介绍，前文提到的完善药品价格形成机制征求意见稿提出了创新支持型商业保险公司的概念，要求保险公司将创新药权益类投资规模提升至总资产的5%。如果按2024年保险业总资产测算，那么理论上可形成1.75万亿元创新药支持资金。

然而，我国商业健康保险的发展远没有达到预期。据统计，2023年，我国卫生总费用支出为90575.8亿元，商业健康保险支出为9035亿元，仅占卫生总费用支出的9.98%。其中，国内规模最大、发展最快的惠民保，对创新药总体支付资金约为15亿元，也仅约占商业健康保险对创新药支付总额的21%。

那么，国外的商业健康保险模式是否对我国有借鉴意义？中国人民大学卫生技术评估与医药政策研究中心执行主任、人口与健康学院副教授吕兰婷介绍，美国实施的是以商业健康保险为主、公共医疗保险为辅的医疗保障制度。Medicare作为美国最重要的公共医疗保险项目之一，其Part D处方药保障主要由商业健康保险公司负责具体运营。同时，美国根据药品价值、性价比及基金预算影响等因素对药

品进行分级,并赋予不同支付标准,等级越低的药品的报销比例越高。德国的医疗保障制度以强制性法定医疗保险为主,其商业健康保险覆盖率略高于 10%。德国商业健康保险对创新药的赔付比例较高,且保障参保者可更快获得创新药。加拿大的全民医疗保险不保障门诊处方药、牙科和眼科服务等费用,其商业健康保险则主要针对这部分进行保障。相比其他商业健康保险,新加坡综合健保双全计划(IP)的定位最接近于我国惠民保,其受政府指导,发挥补充保障作用。截至 2023 年上半年,IP 在新加坡的覆盖率约为 71%。

“回到我国的商业健康保险,我想说的是,其发展还面临挑战,核心问题在于没有与医疗服务供给形成高效对接。提供更多的高值创新药保障可能是当前我国商业健康保险多样化、可持续发展的突破口。”吕兰婷说,“必须明确的是,当下,任何国家和地区的商业健康保险和多元支付体系都不是完美的。因此我们期待,我国通过构建多元支付体系,能够逐渐满足人民群众多层次多样化医疗服务需求,让中国经验成为世界的一个创新样板。”

4. 一些问题仍待探索

一家专注 CAR-T(嵌合抗原受体 T 细胞免疫疗法)开发和销售的某创新医药公司 CEO(首席执行官)向记者透露,作为创新药企,他对丙类目录的期待是动态准入,为创新药纳入目录开辟绿色通道;建立横向(企业、商业健康保险、医保)和纵向(中央财政建立丙类目录风险

调剂金, 地方财政给予进一步补贴) 风险共担机制; 给予商业健康保险公司灵活空间, 发挥市场效率优势; 与现行商业健康保险政策做好衔接; 建立全国医疗数据平台, 打通医保、商业健康保险、医院、药企数据链。

胡善联认为, 我国或可通过鼓励企业为员工购买商业健康保险、允许符合规定的事业单位按制度要求使用财政资金购买商业健康保险、探索使用医保个人账户购买商业健康保险、建立创新药产业投资基金等方式来增加丙类目录对企业的吸引力。

“当然, 企业的困惑远不止这些: 丙类目录怎样能体现药品真创新? 医保支付标准如何与价格分离? 第一版目录应该有多少种药品? 如何在医院落地? 目录中的药品是否要分类分层? 有无社保与商业健康保险叠加保险的可能? 如何防止潜在风险与争议?” 胡善联说, “目前, 国家正在加紧制定丙类目录及相关配套政策, 相信这些问题也都会在政策中有所考虑。在目录出台的那天, 所有问题都会有答案。”

[返回目录](#)

• 集中采购 •

十一批国采前, 集采规则变化前瞻

来源: 药渡仿制

最近关于药品价格的事情非常多: 那边价格治理进入深水区, 线

上线下比价如火如荼，这边集采也有一些信息传出，某企业因为质检没过关，又被取消了中选资格。刚刚结束的大会上，“优化药品集采政策，强化质量评估和监管，让人民群众用药更放心”成为了今后全国从上到下开展集采的“指导思想”，依据此，业内传出集采有关部门要开一场关于优化集采政策的会议。根据业内“传说”，主要有五个方面，笔者对此一一简析，如下：

一、鼓励原研配备，医院考核中不再强制中选品种的量，鼓励买到原研药。

今年一月，国家局在某个调研场合中，再次书面表示：“集采协议量一般在医疗机构报量的60%-80%，剩余部分由医疗机构自主选择拟采购品牌，无‘一刀切’不允许采购使用‘进口原研药’的制度安排”。话虽这样说，作为圈内人士来看的话，只要完成了协议量，其它的量仍然是可以用原研的。但是如果不再强制中选品种的量，那么也就意味着量没有了保证，没有了保证的量，谁还会去以价换量呢？用流行的话说，带量采购的实质难道不就是一个双向奔赴的过程？！

二、未来集采选品种时，更多考虑已充分竞争的品种，市场太小或竞争不充分的先不采。

本身市场竞争不充分的品种也没有进入国采，现在每批国采的门槛已经是层层加码，到了7家的起步线。但市场太小的品种不进入集采，相信大家是充分拥护支持的，毕竟市场培育是需要一个阶段性过

程的,如果市场还没有做起来,就直接用降价把市场的结构给调整了,也不符合这么多真金白银去做一致性评价企业的预期。以量换价,首先量要对得起价格。另外,放水养鱼,多养大鱼,并形成涌动的蓄水池,才能让市场永不枯竭。

三、投标企业限制,刚拿B证的企业控制投标。

为保障集采药品的质量,将对投标企业进行限制,特别是刚拿B证的企业。这一措施将有助于筛选出具备一定实力和信誉的药品企业,确保采购过程的公平性和透明度,进一步提高集采药品的质量。本身B证企业就是一种轻资产运营模式,其核心职能在于药品研发、市场布局及销售渠道管理,而将实际生产环节委托给具备生产资质的C证企业完成,但现在市场上充斥着太多的二道贩子,买进卖出只图快钱,严重扰乱了市场秩序,背离了B证本身应该具有的内涵。所以,继续严格控制B证的政策,只能说,是这些B证公司自己作的,谁也不能怨不得。

四、探索按厂牌报量,可能不再选省。

目前国采的政策是,选择区域第一顺位企业优先在供应地区中选择1个地区。优先选择完毕后,从第一顺位企业开始,所有拟中选企业按顺位依次交替确认剩余地区,每个拟中选企业每次选择1个地区,重复上述过程,直至所有地区选择确认完毕。这样做的好处是市场格局相对清晰,每个地区确保独家中选。但最大的问题就是相关区

域的中选药品会从一定程度上影响且干扰临床患者用药习惯，并且对一线处方权有所制约，而且，区域独家中选，并不有利于市场持续竞争，有造成区域垄断之嫌。因此，笔者早在两年多以前，就曾经在不同场合提出过相关建议，即相关产品各企业中选后，组织方将中选的采购量依据中标顺位按比例划分给相关企业，允许多家企业同时中选。但按厂牌报量的问题在于，很多企业又会把工作重心直接锁定医疗机构，对于那些光脚降幅最大的企业，由于之前市场基本上没有多大的销售，中选后，可能会面临医院开发的难关。另外，对于一个省多家厂牌中选的局，医疗机构如何平衡选择使用？这需要规则制定者多听听一线医生的呼声与诉求，多方面统筹考虑。

五、支付标准政策替代接续。

支付标准政策如果能够替代接续的话，前提是国采方案已经足够成熟了，但从前几批国采来看，每一次地方国采的接续，仍然有企业的品种降幅相当的惊人。支付标准政策的出台，是基于充分挖掘出药品价格的真正面目，包括现在正在开展的价格治理，也是同样的逻辑，如果价格不真实，贸然用支付标准替代接续，恐怕效果不一定会达到预期。

无论如何，新一批的国采，规则再调整、再升级，已成必然趋势，控费的实质是一种平衡，如何让平衡的政策达到各方满意，新一批的国采，能够给我们一个怎样的答案，不妨拭目以待。

医疗设备大规模集采：2025 年政策解读与行业影响分析

来源：大为医疗

一、政策核心：省级集采深化，国产化路径清晰



The screenshot shows the official website of the Anhui Provincial Medical Security Bureau (安徽省医疗保障局). The page displays a notice regarding the procurement of Class B large medical equipment in 2025. The notice is titled '关于开展2025年全省乙类大型医用设备集中采购工作的通知' (Notice on the implementation of centralized procurement of Class B large medical equipment in Anhui Province in 2025). The notice is dated 2025-03-07 and is effective. The keywords are '乙类大型医用设备' (Class B large medical equipment) and '集中采购' (centralized procurement).

索引号:	11340000MB1599553A/202503-00011	信息分类:	医疗服务价格及招采
发布机构:	安徽省医疗保障局	生成日期:	2025-03-07
文号:		有效性:	有效
生效时间:	有效	废止时间:	暂无
名称:	关于开展2025年全省乙类大型医用设备集中采购工作的通知		
关键词:	乙类大型医用设备 集中采购		

安徽经验：分层分级采购模式成熟

安徽省自 2020 年率先实施省级乙类大型医用设备集采后，2025 年政策进一步强化“产品分层、医院分级、项目分包、价采合一”机制。新规要求公立医疗机构使用非财政资金采购的乙类设备(如 CT、MRI、DSA 等)全部纳入集采，并需于 2025 年 3 月 31 日前完成采购申报。数据显示，2020-2021 年安徽通过集采累计节约资金超 4.5 亿元，单台设备降幅普遍达 30%-50%。

广西突破：财政资金采购全面纳入监管

广西明确自 2025 年 3 月 1 日起，政府及国企所属医疗机构使用

财政性资金采购乙类设备或单价超 1000 万元的医用设备，统一由自治区公共资源交易中心实施带量采购。进口设备需经行业主管部门论证并报市级以上财政部门审批，严控非必要进口采购。政策同步鼓励非财政资金采购机构参照执行，强化国产设备采购导向。



当前位置: 首页 > 政府信息公开 > 法定主动公开内容 > 政策文件 > 自治区政策文件

发文单位: 自治区卫生健康委 自治区发展改革委等

成文日期: 2025年02月20日

标 题: 自治区卫生健康委 自治区发展改革委 自治区财政厅 自治区商务厅 自治区国资委关于进一步做好全区大型医用设备集中采购工作的通知

发文字号: 桂卫财审发〔2025〕1号

发布日期: 2025年02月24日

自治区卫生健康委 自治区发展改革委 自治区财政厅 自治区商务厅 自治区国资委关于进一步做好全区大型医用设备集中采购工作的通知

全国趋势：区域集采成主流模式

由于医疗设备技术复杂、需求差异大，全国性集采难度较高，目前以省市级集采为主流。除安徽、广西外，河南安阳、江苏苏州等地通过“县域医共体联合采购”模式(如集中采购 CT、超声等设备)，实现以量换价目标。国家医保局明确，未来将优先对竞争充分、标准化程度高的设备品类(如 DR、监护仪等)探索集采扩围。

二、行业变革：国产替代加速，外资品牌承压转型

国产设备中标率显著攀升

大规模集采成为国产设备抢占市场的关键机遇。以海南 2025 年超声设备集采为例：200 套设备预算 1.9 亿元，最终国产占比超 90%。外资品牌中仅中标 13 套，且单价较国产同类产品高 30%-50%。

价格竞争驱动行业洗牌

集采模式下，设备均价降幅普遍达 30%-40%。安徽首批集采中，1.5T MRI 单价从 1200 万元降至 750 万元，64 排 CT 从 650 万元压至 380 万元。低价竞争倒逼企业优化供应链，中小厂商因利润挤压加速出清，行业集中度向头部企业倾斜。

外资品牌策略调整：本土化与高端化并行

面对集采压力，外资企业加速本土化生产，并转向高端细分市场（如 7T MRI、PET-MR）。某外资品牌医疗宣布扩大中国研发投入，计划推出专供基层市场的经济型 CT 机型，试图在政策夹缝中开辟新赛道。

三、市场机遇：设备更新潮启动，基层与西部成增量蓝海

千亿级设备更新需求释放

国家发改委 2025 年设备更新政策明确中央财政对东、中、西部地区补贴比例分别为 85%、90%、95%。2025 年 1 月数据显示，DR、DSA、CT 等设备销量同比激增 47%-161%，积压需求开始释放。业内预计，

2025 年 Q1 各省政策落地后，采购订单将迎爆发式增长。

基层医疗市场爆发式增长

县域医共体建设推动基层设备升级。2024 年 9-12 月，县级医院设备采购金额同比增速由负转正 (14.5%-22.6%)，广东、甘肃等省县域医共体设备更新预算均超 5 亿元。国产厂商凭借性价比优势 (基层市场占比超 70%) 快速抢占份额。

西部地区成政策倾斜重点

国家对西部地区设备更新补贴比例最高 (中央承担 95%)，叠加集采支持，西部采购需求快速升温。广西、云南等地三甲医院近期招标中，明确要求国产设备参与率不低于 50%，为本土企业开辟新战场。

四、未来挑战：技术创新与市场分层成关键

1. 国产高端化瓶颈待突破 尽管国产设备在中低端市场占据优势，但高端领域 (如 3.0T MRI、256 排 CT) 仍依赖进口。2025 年集采政策或向高端设备延伸，倒逼本土企业加强核心技术研发。

2. 外资品牌 "以价换量" 风险 外资企业若为保份额大幅降价，可能冲击其高端品牌定位；若坚守价格，则面临市场份额流失。平衡策略将成为未来竞争焦点。

3. 智能化、数字化设备需求崛起 随着 AI 影像、远程诊疗技术普及，具备智能化功能的设备将成为集采新标的。本土企业需加快技术融合，构建差异化竞争力。

2025 年医疗设备大规模集采与设备更新政策叠加，推动行业进入深度调整期。国产厂商凭借政策红利与性价比优势，持续扩大中低端市场份额；外资品牌则面临“高端守擂”与“基层渗透”的双重挑战。未来，技术创新能力、基层市场响应速度、智能化设备研发水平，将成为企业突围的核心竞争力。行业格局重塑中，唯“技术+政策”双轮驱动者方能立于潮头。

[返回目录](#)

· 县域健康 ·

“双基”联动赋能乡村医疗振兴

来源：中国中医药报

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把推进乡村全面振兴作为新时代新征程“三农”工作的总抓手。乡村医疗卫生工作是乡村振兴的重要组成部分，对于提高农民健康水平、促进农村经济社会发展具有不可替代的作用。山西中医药大学认真贯彻党中央决策部署，扎实推进基层医务人才培养、基层适宜技术推广的“双基”实践项目，将医学教育和医疗技术帮扶融入乡村振兴的国家战略，赋能健康中国建设，助力乡村医疗振兴。

基层医务人才培养实践

基层医务人才队伍建设是强化农村医疗卫生服务体系的关键。山

西中医药大学作为高素质中医药人才培育基地，致力于构建全方位的基层健康服务知识体系，为乡村医疗振兴提供人才支撑，守好群众健康的第一道防线。

定向医学生免费培养为乡村医疗振兴注入新活力

国家实行农村订单定向医学生免费培养工程，目的在于为乡镇卫生院及以下医疗机构培育从事全科医疗的卫生人才。山西中医药大学自2011年开始招收中医学专业定向免费教育医学生，15年间招生人数由每年50名扩至100名。学生入校即签订协议，毕业后到定向的基层医疗卫生机构工作。学校以“毕业后能够在乡镇卫生院、社区医院等基层医疗卫生机构从事预防、医疗、保健、康复、健康教育为一体的全科医疗服务工作的应用型中医人才”为培养目标，人才培养方案注重将基层实践计入学分，基层、全科、实践成为定向生培养的核心要素，把“为党育人、为国育才”的初心落实在教书育人的全过程各方面。经过系统的理论学习和实践锻炼，500余名毕业生已充实到各县区基层一线，逐渐成为基层医疗工作的中坚力量。比如，2017届毕业生李奇敏同学服务于临汾市尧都区屯里镇卫生院，每日门诊量20余人次；2021届级梁逸飞同学服务于汾阳市贾家庄镇卫生院，疗效深受周边群众好评……山西中医药大学的毕业生正以青春之活力在基层一线发光发热，成为乡村振兴道路上一道亮丽的风景线。

大学生“三下乡”活动为乡村医疗振兴展现新担当

山西中医药大学坚持党建引领、特色赋能，推进开展有声有色、有形有影、有感有效的大学生寒暑期“三下乡”活动，多次受到团中央表彰嘉奖。2024年暑期，学校紧扣“青春为中国式现代化挺膺担当”主题，组织88支实践队1300余名师生走进山西7个市35个县区，累计开展志愿服务1440余小时，覆盖人群5720余人次。第四临床学院“团团助力，康养送爱”社会实践队在下乡途中目睹交通事故，立即对伤员进行紧急止血、固定包扎，成功救助伤者，深刻体悟了敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆的医者精神。“寻访基层好医生”实践活动，成为中医院校特色品牌项目，通过对46名村医“一对一”访谈、观摩学习，学生们用脚步丈量祖国大地，用眼睛发现中国精神，用耳朵倾听人民呼声，用内心感应时代脉搏，决心以基层好医生为榜样，扎根基层，做群众健康的第一线守护者。通过系列实践活动，青年学生一方面进行健康知识普及，提供特色理疗服务，让百姓在服务中认识中医、感受中医、信任中医；另一方面，在乡村医疗振兴的火热实践中见世面、长才干、壮筋骨，让青春在祖国和人民最需要的地方绽放绚丽之花。

定制化继续医学教育为乡村医疗振兴锻造新动力

山西中医药大学认真落实学习型社会建设中“人人皆学、处处能学、时时可学”的重要责任，通过强化医学继续教育，坚持开展基层中医药医务人员系统培养，先后完成全省中医基层骨干人才培训项

目、非中医类别医师中医药知识学习班、全国西学中基层骨干人才培养项目、中医药优势技术技能培训强基工程项目以及中医疫病防治骨干人才高级培训班等，对基层中医药骨干人员开展中医基础理论、中医经典临床运用、基层常见病症的中医药治疗、中医药康复治疗、中医药适宜技术等培训，有力提升基层医务人员医疗诊治水平。

近五年共开展系统培训 12 期，培训 4319 人次，通过集中理论学习、“一对一”跟师实践，帮助学员内化中医思维，运用中医理、法、方、药认识疾病、处理疾病，强化基层中医药卫生技术人才队伍建设，提升了基层中医药服务能力和水平。比如，昔阳县李家庄乡安阳岭村卫生室的吴成功医师经过系统培训，运用磁圆梅针、火针治疗腰椎间盘突出、滑膜炎，成效显著，深受好评；和顺县中医院郭素红医师应用小儿推拿治疗小儿发热、腹痛、咳嗽，采用梅花针叩刺加拔罐治疗带状疱疹，得到百姓认可。

基层适宜技术的推广实践

国家《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》指出，到 2025 年，“100% 社区卫生服务中心、乡镇卫生院能够规范开展 10 项以上中医药适宜技术”。山西中医药大学在多年中医适宜技术下基层的实践中进行了丰富探索。

组织医疗小分队让适宜技术沉下去

近五年，山西中医药大学各临床学院组织多支医疗小分队，深入

基层一线，系统推广具有较高安全性、有效性，易操作、成本低的中
医适宜技术。第一临床学院(中医临床学院)开展 8 期“注射疗法治疗
内痔适宜技术推广”培训，惠及基层医疗服务人员 970 人次；第二临
床学院(针灸临床学院)开展“新九针操作及应用”“中医基础知识
及适宜技术”“艾灸疗法的应用”等基层培训 12 期，培训 1737 人次；
继续教育学院开展 25 期农村适宜技术推广，培训 2439 人次。各医疗
小分队针对磁圆梅针、督灸、火龙灸、火针、锋钩针、刮痧、拔罐、
贴敷、熏洗、推拿等 10 多项山西地方特色鲜明的适宜技术开展重点
培训，取得了良好的社会效益。比如“基层中医适宜技术与经方应用
培训”吸引 960 名基层医务人员参加，学员们进一步掌握了经方扶阳
治疗内科常见病的临床应用；“基层适宜性技术推广应用项目培训暨
乡村医生能力提升培训班”吸引 363 人，推进了糖尿病及并发症中西
医结合特色诊疗适宜技术推广。通过深入基层、送教上门，教师们在
教与学的互动中，更加精准地掌握了基层所需所盼，促进了有的放矢
开展教学活动。

开展定点帮扶让适宜技术活起来

乡村振兴定点帮扶工作开展以来，山西中医药大学派驻和顺县横
岭镇工作队把“中医特色适宜技术传授”作为特色党建品牌，通过定
期培训基层医生各类适宜技术要点，让中医适宜技术真正走进田间地
头。第一临床学院、第三临床学院对繁峙县金山铺乡的定点帮扶秉持

“以人为本、服务社会”的理念，送技术、保健康，助力乡村医疗振兴。第二临床学院与省内6所县级中医院、8个乡镇卫生院和社区服务中心建立专科医院医疗联合体，以重点专科特色开展适宜技术帮扶，同步采用中医“师带徒”的方式，让适宜技术落地开花。第四临床学院赴榆社、和顺、汾西等地积极开展对口支援，为受援单位培养专业技术人才，切实提升基层中医药服务能力，打通了服务基层群众的“最后一公里”。通过定点帮扶，大大提升了基层医疗服务能力和服务质量，减轻了群众经济负担，缩小了城乡和地区之间的医疗差距，为完善医疗卫生服务体系做出了贡献。

创设续航学习解开技术困惑

基层医务工作者是中医适宜技术的具体实施者，他们的所学所思、所践所悟直接决定了技术推广应用的水平和成效。山西中医药大学主动搭建中医专家交流平台，在各类学术会议召开期间穿插安排基层医生答疑解惑专场；同时，通过推进中医药优势技术技能培训强基工程、开办经方扶阳治疗疑难病理论与实战高级研修班、新九针在骨关节病中的应用专项技术高级培训班等，为掌握适宜技术的基层医生答疑解惑，推进适宜技术的全链条、全过程、全方位实战学习，备受学员好评。今年，学校党委进一步做出了成立乡村振兴医师学院的部署，着力整合优质教育资源供给，及时掌握基层一线医疗需要，系统满足学员学习诉求，动态优化基层医疗服务，打造校地“双向奔

赴”“协作呼应”的新样板。

赋能效应最大化的实践设想

山西中医药大学的“双基”实践在探索中前进，在前进中完善。如何实现乡村医疗振兴赋能效益最大化，帮助基层医务服务人员专业能力再提升，更好满足基层群众的健康需求，是学校下一步努力的方向。

更加聚焦基层医疗人才培养的全科性

基层医疗工作的特点在于病种多、范围广。在乡村医疗人才培养方案的制定上要进一步突出全科教育特点，帮助学生具备全科医生的综合诊疗能力，使其能够胜任基层医疗服务的“多面手”角色，促进以全科医师为重点的基层医疗健康队伍建设。

更加聚焦基层适宜技术推广的指向性

学校目前已经开展的基层适宜技术近 30 种，但因山西各地区地理环境、气候条件、生活方式等的不同，技术应用各有侧重、尚不均衡。作为推广主体，学校将进一步因地因时制宜，建立一套吻合不同地区、不同季节的适宜技术应用手册，推进适宜技术的各方面潜力再释放。

更加聚焦基层群众中医药知识的普及性

基层百姓对中医的认知差异较大，学校需要强化中医技术和中医药知识的传播与普及，让更多的群众了解中医疗法，选择中医适宜技

术。通过中医药健康知识宣讲，开展中医义诊帮扶，提供特色理疗服务，让百姓在可感知的医疗服务中认识中医、了解中医，让中医药知识融入民众日常，走进千家万户。

基层卫生服务能力是乡村全面振兴的健康保障。山西中医药大学实施“双基”联动，推进系统化多样化的基层医务人才培训和多渠道多角度的基层适宜技术推广，在打造高素质中医特色鲜明的基层医疗队伍、提供优质医疗服务上作出了有益尝试。下一步，学校将继续努力实践习近平总书记关于健康中国建设和中医药工作的重要论述，牢记使命、勇于担当，为乡村振兴贡献山西中医药大学的智慧和力量。

[返回目录](#)

雷海潮回应“两会”卫生健康热点问题：今年实现 90%以上的县域医 共体达到紧密型标准

来源：北京市房山区计生协

日前，十四届全国人大三次会议举行记者会，民政部、人力资源和社会保障部、住房和城乡建设部、国家卫生健康委四部门负责人就相关问题回答中外记者提问。与卫生健康相关的问题和回答如下：

澳门日报记者：过去一年，我国经济实力、科技实力、综合国力持续增强。现代化最重要的指标还是人民健康。当前，我国居民健康水平如何？在普及居民健康生活方式上，需要重点关注什么？今年将就此开展哪些工作？

雷海潮：

2024 年中国居民的预期寿命已经达到了 79 岁

党中央、国务院高度重视人民群众健康，确立了新时代党的卫生与健康工作方针，提出实施健康优先发展战略，推进健康中国行动。通过深化医药卫生体制改革，我们的医疗卫生服务不断得到优化和加强，人民群众的健康水平也在不断提升。尤其是我们注意到青少年身体发育的有关指标在不断改善，中国居民的健康素养也在持续提升。

根据我们最新的统计快报结果，2024 年中国居民的预期寿命已经达到了 79 岁，比 2023 年提高了 0.4 岁，提前实现了“十四五”国民经济和社会发展规划的目标要求。应该说，这样的成绩取得是相当不容易的。在国际上来看，一个国家和地区它的人均预期寿命超过 75 岁，一般来说，每年也就是平均增长 0.1~0.2 岁的预期寿命。

我们统计了 53 个中高收入国家，中国排在第四位。如果我们放在 G20 国家里面来看，人均预期寿命 79 岁，排在 G20 国家的第十位。而且即使与高收入国家相比，我们也超出了 21 个高收入国家的预期寿命。说明中国人的优秀传统文化、良好生活方式，还有健康中国、健康优先发展的一系列战略的实施，对于改善健康所产生的效果是直接的。

我们也看到，2024 年的人均预期寿命比 2019 年提高了 1.7 岁。特别值得一提的是，我们把全国 31 个省区市人均健康水平再做一个

观察的话，各省份之间的健康水平差距在逐步缩小，说明健康公平性也在得到改善。党中央、国务院实施的区域协调发展战略、城乡融合战略，都在卫生健康领域当中见到积极的成效。

我们也注意到，北京、天津、上海三个直辖市和山东、江苏、浙江、广东、海南，上述八个省份的人均预期寿命超过了 80 岁。未来中国居民预期寿命提高的潜力仍然是明显的，仍然是可望可期的。我们在健康水平改善的同时，也认识到老百姓追求健康改善的愿望越来越强，我们的努力也需要持之以恒。

要持续深入地开展体重管理和慢性病防控

我们也面临着传染病和慢性非传染性疾病的双重挑战，卫生健康工作需要持续加强，要落实好党中央健康优先发展战略。当前危害中国老百姓健康的主要危险因素来自于慢性非传染性疾病。而慢性非传染性疾病很多致病因素跟每个人的生活行为方式、饮食和体育锻炼都密切相关。比如说体重异常的问题，我们在生活条件改善的同时，也出现了摄入的能量更高、运动相对缺乏等问题，所以就导致一些人出现体重异常，容易导致高血压、糖尿病、心脑血管疾病、脂肪肝，甚至一部分的癌症也和体重异常有一定的关联。加强生活方式的干预，每一个人做好自己的健康第一责任人是非常关键的。

去年我们联合在座的民政部，还有教育部等 15 个部门，启动实施了“体重管理年”行动。当然我们认识到体重管理不是一年两年就

能够马上见到成效的，而是需要持续推进。“体重管理年”实施的首期三年体重管理行动，目的就是在全社会形成重视体重、管好体重，健康饮食、积极参与运动锻炼等良好的生活方式和习惯。

通过大家的共同行动，特别是提出了“健康体重一起行动”的口号，全社会都在积极响应。我们关注到有些单位的食堂饮食更加健康了。我们也关注到一些城市中的健康步道、公园的健康环境也越来越优化了，越来越多的人也更加关注自己的体重健康指标。这些都为我们的慢性病防控打下良好基础。

我刚才提了体重管理和慢性病防控需要持续深入地开展下去。国家卫生健康委聘请了奥运冠军做体重管理社会宣传员，也开发了微信的表情包，目的是让体重管理和慢性病防控融入到大家的日常生活，今后我们将继续从三个方面来推进慢性病的防控工作，特别是体重管理的工作。

第一方面，要继续推动政府、行业、单位和个人落实好四方责任。慢性病防控尤其需要全社会共同参与，大家都要为体重管理营造良好的社区环境、单位环境和社会环境。我们注意到一些家庭当中已经配置了体重秤，随时监控自己的体重变化情况。有的宾馆和酒店也已经在房间里面标配了体重秤，这就为经常出差旅行的朋友们监测体重提供了条件。所以我在这里呼吁，更多的宾馆酒店参与到这样的行动中来，为我们的体重管理、慢性病防控创造积极有利的条件。

第二方面，我们要持续做好有关慢性病防控和体重管理方面的知识宣传。在座的媒体朋友们可能也知道，我们从去年启动了时令节气与健康的新闻发布传播行动，基本上每两周我们要举办一次时令节气与健康知识新闻发布会，这样的工作我们今年要继续坚持。而且我们要动员医疗卫生机构积极开展健康知识的宣传和传播，进一步提升居民的健康素养。

第三方面，我们还要注重防治结合，提供一些个性化的服务。因为毕竟有些同志体重管理得不太好，腰围大了，体重也超了，有的甚至患上了慢性病，所以需要专业医生和专业医疗机构的帮助。因此，我们引导医疗卫生机构设立体重门诊，为受体重问题困扰的居民提供良好的专业咨询环境和平台，在自己的努力和专业机构人员的帮助下，能够更好地管好体重，健康生活。谢谢大家。

贵州广播电视台记者：群众看病都希望就近就便。中央经济工作会议和政府工作报告中都提出，实施医疗卫生强基工程，国家卫生健康委将如何推动这项工作，让基层医疗服务更加优质高效？

雷海潮：

基层一线健康“守门人”超过 500 万人

基层为重点，是新时代党的卫生与健康工作方针的要求。去年年底召开的中央经济工作会议明确提出要实施医疗卫生强基工程。今年的政府工作报告又对此进行了安排。前几天也是在这里，国家发改委

主任已经就医疗卫生强基工程进行了大致的描述。我在这里想跟大家报告的是，我们正在会同国家发改委对医疗卫生强基工程进行深入的谋划，落实中央经济工作会议和今年政府工作报告的有关要求。

当然，您刚才提到一个问题，基层到底能力强不强？我想这是一个相对的问题。基层主要是解决居民的常见病和多发病，总体上来说这些年的水平能力已经有了很大程度的提高。我们不能用评价专科医院的眼光来评价基层医疗卫生服务，因为各自的功能定位不一样。尽管医疗卫生机构分了一级、二级和三级，主要是针对功能而言，而不是针对医疗卫生服务的能力和水平。

经过这些年的发展，我们国家的医疗卫生体系还是相对健全的。比如说在乡镇、社区和村，有超过 60 万所的基层医疗卫生机构在为老百姓提供日常的预防、保健、康复以及医疗服务。超过 500 万名的基层医务人员工作在基层一线，老百姓看病就诊能够在就近的地方，在家门口解决问题。

90%以上的村卫生室都已纳入医保报销定点范围

各级党委政府顺应人民群众的要求，大力发展完善基层医疗卫生服务体系，去年我们和国家医保局一起推动符合条件的村卫生室纳入医保的报销定点范围。据统计，现在 90%以上的村卫生室都已经纳入，极大地方便了老百姓看病、就诊和费用支付。

另外，财政部从中央财政支持地方卫生发展的角度，近两年投入

了近9亿元，为中西部地区更新升级乡镇卫生院的医用设备。这些支持也正在见到积极的成效。所以我想我们对基层医生服务的明天和未来以及现状都应该充满信心。

老百姓利用越多，医生的经验也会越多，也更能够为我们的患者提供更加富有经验的、更加良好的优质医疗服务。所以需要医患双方共互动，也需要各方面公共政策的大力支持。

今年实现90%以上的县域医共体达到紧密型标准

下一步，我们在医疗卫生强基工程方面主要是从基层、基础和基本三个方面进行谋划。第一方面是强基层，第二方面是固基础，第三方面是保基本，将中央部署的医疗卫生强基工程进行细化和实化。在工作安排上，我们正在会同国家发改委等制定实施方案。

在强基层方面，今年要进一步推动紧密型县域医共体，实现90%以上的县域达到紧密型标准，到2027年底，紧密型县域医共体基本实现全覆盖。紧密型县域医共体就是指在县域范围内把县、乡、村三级的资源和服务联系起来，县医院要发挥好牵头和带动作用，支持基层。现在我们到一些地方去看已经实现了在乡村检查，在县医院集中诊断，结果相互认同。这样既提升了诊疗服务的质量，也节省了患者的时间。这方面的工作我们要继续推进。

在固基础方面，要进一步提升基层服务能力，我们提出来三级医院要去帮扶二级医院，二级医院要去带动一级、带动基层。在乡镇一

级，都要有中级以上职称的专业人员，由上级医院来派驻，为居民提供长期的有质量保障的医疗服务。我们还要进一步加强基层的信息化能力，应用人工智能辅助技术，提升基层的服务能力和水平条件。另外，我们也会督促指导各地进一步提升和更新基层医疗卫生机构设备设施水平，优化改善看病就诊的条件。

第三方面就是保基本服务方面，在今年的政府工作报告提到，今年人均基本公共卫生经费要再增加 5 元钱，达到人均 99 元。人均基本公共卫生服务经费提升后，我们将在优化服务内容、提升服务频次、保障服务质量方面进一步改善。

这些都是医疗卫生强基工程的一些基本考虑。当然，在今后工作当中，随着工作的进一步深入，其内容、范围和力度方面可能还会有所加强、有所深化。中央所提出的医疗卫生强基工程是非常值得期待的，这也是稳增长、促消费，有力保障经济社会高质量发展的坚实举措。国家卫生健康委将按照党中央、国务院的决策部署，把这项工作切实组织好实施好。

新华社记者：当前，儿科和精神卫生资源相对短缺，居民看病就医尚有不便。我们关注到今年到 2027 年是国家卫生健康委确定的“儿科和精神卫生服务年”，请问具体有哪些措施？

雷海潮：

全国 98%的县医院已经设置了儿科

这个问题很专业，也是我们着力解决的医疗卫生服务过程当中的结构性的问题之一。儿科和精神卫生服务跟老百姓的健康息息相关，现在家庭都很注重孩子的健康成长，另外随着经济社会的发展，人们对精神卫生服务的需求也在与日俱增。国家在发展儿科和精神卫生服务方面也一直做出一些努力。根据我们现在的统计，就儿科医疗服务来说，全国有 8000 多所综合医院都能够提供儿科的门诊或者住院医疗服务，98%的县医院已经设置了儿科。在精神卫生服务方面，我们现在有 3000 所左右的综合医院，都可以提供精神卫生方面的诊断治疗康复服务。

另外我们的服务能力也在显著提升。可能媒体朋友也关注到，就在前几天，3月5日，北京市在亦庄开发区启动了北京儿童医院新院区的建设，将通过三到四年的时间建成。因为北京儿童医院是国家儿童医学中心，这也是按照国家的有关规划和要求在推进的项目建设。

除此之外，我们在儿科医生的培养、精神科医生的训练方面也在积极投入，也设立了国家儿童区域医疗中心，精神疾病方面也设立了国家精神疾病的医学中心。这些为老百姓看病就诊都提供了高水平的服务。但是正如刚才我提到的，在服务当中还是有一些短板，还是有弱项。特别是我们对比老百姓的需求来看，尤其是到了冬春季，呼吸道疾病高发，儿科的医疗服务在局部地区也会出现紧张的情况，在一些大城市表现得比较突出。

另外，精神卫生方面的需求增长也非常迅速。人们也希望在情绪调节等方面，得到一些科学规范的指导。所以在发展儿科和精神卫生服务方面，我们还需要持续用力。总的来说，我们从以下三个方面来予以加强。

第一个方面，还是要健全儿科和精神卫生的服务体系。虽然 98% 的县医院已经设置了儿科，但是意味着还有 1%~2% 没有儿科方面的服务能力。所以我们要着力提升，对还没有设置儿科的医院，尤其是县医院的服务空白，进行填补。

5 月 1 日前推动全国统一使用 12356 心理援助热线

另外，我们把儿科和精神卫生服务作为今年国家卫生健康委为民服务办实事的八项工作之一。在精神卫生服务方面，我们提出来的目标是到今年年底每个地市都能够设置一个心理门诊或者睡眠门诊，因为有些朋友也会受到一些心理和睡眠焦虑的困扰，也需要一些专业人员的帮助，所以在原来的基础上要补齐服务方面的个别空白点。

另外我们向公众提供更加便利的精神卫生服务。去年我们会同工信部设立了全国统一的 12356 心理服务援助热线，现在全国已经有多个省市实现了全省号码的统一。我们的目标是到今年五一前，能够推动全国所有省区市统一使用 12356 这个热线来提供精神卫生方面的服务。

此外，我们还要大力开展精神疾病、预防、保健康复方面的健康

知识宣传。我们要举办不少于 5000 场次的国家和省市级的心理健康知识的讲座，进一步做好精神卫生科普宣传方面的工作。各级地方政府卫生健康部门都有这方面的责任，我们也应该积极组织科普知识进万家、进社区，让老百姓都能够掌握一些心理保健方面的知识和技能技巧。

第二个方面，在人才队伍建设方面还要作出努力。为什么儿科和精神科的医生比较紧缺，主要还是这两个专业相对来说劳动强度比较大，也不容易与患者沟通，或者说存在一定的难度，因为患儿方面往往通过家长和监护人来和医生进行沟通，这是间接的，医生有的时候凭借很多经验去理解患儿的痛苦和疾病的过程，所以培养一个儿科医生周期比较长，儿科收费水平也比较低，儿科医生在医疗机构当中收入待遇不高，所以也影响儿科医生队伍的持续发展。精神科的医生也是这个问题。所以我们在壮大和引导队伍发展方面还需要通过薪酬制度的改革，来推动儿科和精神科，也包括急诊急救、中医、感染、病理这些短板弱项专业的发展，这就需要我们和人力资源社会保障部等有关部门共同配合，推动公立医院薪酬制度改革。

最后一个方面，要进一步提升能力。刚才我也提到国家在儿科和精神疾病方面都有国家医学中心和区域医疗中心，但是我觉得既然这是短板和弱项，国家医学中心和区域医疗中心的数量还应该适当扩增，来加强对全国服务方面的统一培训和引导规划。另外，我们会同

财政部进一步加强儿科和精神科临床重点专科建设。当然地方的各级卫生健康部门也需要加强重点专科的建设，这样能够为需要的居民、家庭提供更加良好的服务。

就精神卫生服务来说，也是需要多部门共同努力作为的。包括今天在座的民政部，我们在社区的精神康复方面都有密切的合作。同时也需要全社会的共同参与和共同关心，来为儿童，为精神疾患或者受到心理情绪问题困扰的朋友们提供更加良好的服务，让大家生活得更美好、更健康、更有质量。谢谢。

[返回目录](#)

• 妇幼健康 •

医疗领域新征程：育儿补贴成强劲“助推器”

来源：推医汇

近年来，我国人口出生率持续走低，人口老龄化加剧。为应对这一挑战，国家出台生育支持政策，其中育儿补贴政策备受关注。2025年，多地发布相关细则，为育儿家庭提供经济支持，也为医疗和财经领域带来新机遇与挑战。

随着经济社会发展，人们生活水平提高，但生育意愿却因高房价、高教育成本、职场压力等因素下降。国家将人口问题上升为国家战略，2025年政府工作报告提出制定促进生育政策、发放育儿补贴，标志

该政策进入加速推进阶段。目前，内蒙古呼和浩特、江苏、浙江等地已发布鼓励生育政策，涵盖多方面支持。

对医疗领域的影响

育儿补贴政策对医疗领域影响深远。一方面，刺激母婴相关消费，推动母婴护理、儿童教育等产业链发展。2023 年中国母婴市场规模达 6.65 万亿元，预计 2025 年突破 8 万亿元，部分上市公司围绕母婴全周期布局，如湖南达嘉维康旗下嘉辰医院建设辅助生殖中心。另一方面，带动新生儿数量增长，增加儿科医疗服务需求。国家医保局将生育支持药物纳入医保，各地也探索扩大生育相关服务医保范围，提高医疗服务可及性与可负担性。

对财经领域的影响

从财经角度看，育儿补贴政策短期刺激母婴相关消费，带动母婴产品、托育服务等行业发展；长期有助于提振生育意愿，为相关产业链拓展市场空间。不过，该政策也影响财政资金分配与使用。据银河证券测算，发放全国性育儿补贴每年需约 2300 亿元财政资金，预计带动 1500 亿元消费，这对财政资金使用效率提出更高要求。

面临的挑战与应对措施

育儿补贴政策实施面临挑战，如需要大量财政资金支持，且政策效果受社会观念、职场环境等因素影响。对此，政府和社会应采取措
施应对。一方面，加强财政资金管理监督，专款专用，鼓励社会资本

参与，形成多元化投入机制；另一方面，营造生育友好社会环境，加强宣传引导，完善职场生育保障措施，为职场父母提供便利。

育儿补贴政策给医疗和财经领域带来机遇与挑战。政府和社会需共同努力，加强政策协同，优化资源配置，营造良好环境，以实现人口长期均衡发展，推动医疗和财经领域可持续发展。

[返回目录](#)

聚焦全生命周期 筑牢妇幼健康屏障——甘肃省妇幼健康事业跑出高质量发展“加速度”

来源：甘肃日报

妇女儿童健康是全民健康的基石。

我省近年来高度重视妇女儿童事业，紧盯妇幼健康工作新形势、新任务、新要求，加强顶层设计，巩固完善制度，优化配置资源，推动妇幼健康工作取得显著成效。数据显示，2024年，全省孕产妇死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率稳中有降，均低于全国平均水平。

三项核心指标降幅趋势持续向好的背后，是全省妇幼健康战线坚持以妇女儿童健康为中心，不断健全完善妇幼健康服务体系，改进服务模式，提升服务能力，保障健康需求，使得妇女儿童健康状况得到明显改善。

完善制度建设 深化服务内涵

2024 年是实现“十四五”规划目标任务的关键一年。省卫生健康委顺应人民对美好生活的新期待，坚持预防为主、防治结合的工作思路，深入推进“健康入万策”行动，印发《甘肃省妇幼健康促进行动方案》《甘肃省万人减残降残行动方案》，指导各地进一步加强妇幼健康服务建设，拓展服务链条和服务内容，深化服务内涵，提升服务能力和水平。

“我们不断完善妇幼健康服务配套政策，健全妇幼健康服务体系，完善全生命周期服务链条，优化妇幼健康服务，进一步提升妇女儿童健康获得感。”省卫生健康委党组书记、主任张浩说。全省各地妇幼健康系统亮实招、拿硬招、出新招，努力为广大群众提供全生命周期的妇幼健康服务，不断满足妇女儿童健康需求——

天水市统筹推进妇幼保健机构等级创建工作，推动妇幼健康服务体系高质量发展。目前，全市共有 7 家妇幼保健机构通过省级现场评审，标准化建设达标率为 87.5%。通过标准化创建，各医院医疗服务流程逐步规范，市县两级质量管理体系进一步完善，妇幼保健机构绩效管理、运营效率不断增强；

武威市坚持预防为主、防治结合原则，新生儿遗传代谢病筛查率、听力筛查率均稳定在 99% 以上，新生儿先天性心脏病筛查率保持在 90% 左右，确诊患儿的救治率和康复干预率持续提升，众多患儿得以早发现、早诊断、早治疗，最大限度降低残疾程度；

张掖市甘州区以妇幼保健院为龙头，乡镇卫生院(社区卫生服务中心、站)、村卫生室为枢纽，助产医疗机构为支撑，构建形成了“防—治—管”一体、三级互动、融合发展的妇幼健康服务体系，守牢守好母婴安全底线；

陇南市成县妇幼保健院加快推进儿童早期发展中心建设，整合儿童保健科、社区卫生服务站、疫苗接种室等科室资源，建成集保健、早教、康复为一体的新型特色优势科室，致力提供儿童成长全过程综合服务；

.....

为筑牢母婴安全防线，我省不断加强危重孕产妇和新生儿救治中心建设与管理，已累计建成危重孕产妇和新生儿救治中心各 113 个，并对危重孕产妇救治体系进行技术评估。加强孕产妇妊娠风险筛查与评估，对危重孕产妇实行专案管理，密切跟踪母婴安全形势，为危重症病例和孕产妇新生儿健康安全保驾护航。

妇幼健康事业高质量发展，离不开高层次人才赋能增效。仅 2024 年，全省培训基层产科、新生儿科和儿童保健、出生缺陷防治专业人员近 300 名。值得一提的是，2024 年 6 月，我省组队参加全国妇幼健康职业技能竞赛，2 人荣获个人三等奖，进一步锤炼了队伍，提升了危重症救治、宫颈癌防治、儿童眼保健等服务能力。

提升服务水平 彰显服务特色

我省着眼儿童生长全过程、妇女生命全周期，不断完善儿童健康、母婴健康、生殖健康服务网络，扩大优质服务资源供给，提高生育全程基本医疗保健服务水平，服务卫生健康事业发展大局。

2021年，我省启动国家“云上妇幼”远程医疗平台(甘肃省)建设工作。该平台以省妇幼保健院为主导，深入实施省域妇幼健康“大手拉小手”行动，可开展远程培训指导、远程会诊转诊、远程超声、远程病理诊断等业务，是一个高标准、全流程、易推广、可拓展的妇幼远程医疗云平台。

“‘云上妇幼’充分发挥‘互联网+’优势，面向全省各级助产机构免费开放，同时支持电脑端、手机APP等多场景应用，极大提升了远程医疗的便捷性与可及性。”甘肃省妇幼保健院党委委员、副院长曹永春告诉记者。截至目前，“云上妇幼”远程医疗平台已覆盖全省各级妇幼保健机构及助产机构，累计开展远程会诊2055例，远程转诊2162例，远程培训1213场次，各项工作量总体优于国家考核要求。

服务网络全面覆盖，特色服务深受青睐，甘肃妇幼健康事业正稳步向前。

在做强做优国家级医疗平台的基础上，我省还进一步发挥中医药优势，大力推进妇幼中医融合发展，累计支持12家妇幼保健机构加强中医特色专科建设。截至目前，全省二级以上妇幼保健机构中医科

设置率达 70%以上，75 家妇幼保健机构门诊中医诊疗人次占比达 5% 以上。

长期以来，庆阳市依托“岐黄故里”优势资源，围绕妇幼健康新需求，努力寻求妇幼健康特色发展路径，不断打造具有本地特色的妇幼健康服务模式，在全市妇幼保健机构构建“妇幼健康+中医药”服务网络体系，不仅推动妇幼中医融合发展加快步伐，更促进中医药传承创新发展。

随着全省妇幼健康事业发展，各地群众均享受到实惠。组织实施新生儿多种遗传代谢病筛查、免费孕前优生健康检查、增补叶酸预防神经管缺陷、脱贫地区儿童营养改善、农村妇女宫颈癌和乳腺癌检查、阻断艾滋病梅毒乙肝母婴传播项目……一个个妇幼健康公共卫生服务项目落地实施，让广大妇女儿童真切感受到“关爱”就在身边。

提升专业水平 助力健康成长

建设生育友好型社会，关注母婴身心健康不可或缺。全省妇幼健康系统围绕甘肃健康“十大工程 30 项行动”，与省残联、省民政厅等联合开展万人减残降残行动，建立联席评估机制，合力推动任务落实。

兰州市全面落实妇幼健康促进行动和万人减残降残行动，通过加强危重孕产妇救治体系评估、提升产科儿科专业人员能力等一系列措施，不断织密织牢母婴安全保障网，推动妇女儿童健康状况持续改善。

作为甘肃省儿童早期发展示范基地、甘肃省营养学会营养科研示范基地，兰州市妇幼保健院儿童早期发展中心承担着全市各级医疗保健机构儿童健康管理业务指导、技术培训、托幼机构卫生保健管理、市属中小学体检等工作。特别是自2010年起，医院开展高危儿早期发展干预技术后，逐步培养了一支综合素质高、业务能力强的专业队伍，在高危儿管理及康复治疗等方面积累了丰富的经验。

去年年底，兰州市托育机构婴幼儿养育照护能力提升培训班在市妇幼保健院举办，为全市妇幼保健机构和从事婴幼儿养育照护服务工作的保育人员，搭建了沟通交流平台，建立起儿保和托育互动通道。

“我们连续多年采取‘走出去’和‘请进来’的方式，针对全市托育机构和妇幼保健机构开展专项培训，进一步强化婴幼儿养育照护‘医育结合’理念，发挥出提升管理水平和锻造专业队伍的积极作用。”兰州市妇幼保健院儿童早期发展中心主任张永花说。

全省多措并举，着力推进妇幼健康工作走深走实。

我省深入实施健康儿童行动提升计划和母乳喂养促进行动计划，为0—6岁儿童提供生长发育监测、体格检查和视力检查等健康管理服务，加强儿童健康系统管理，改善儿童健康服务质量。目前，3岁以下儿童健康系统管理率和7岁以下儿童健康管理率均保持在95%以上。推进“健康从娃娃抓起”行动，加强婴幼儿营养喂养和儿童早期发展服务，0—6岁儿童眼保健和视力检查覆盖率达到94.56%。

全省各地不断完善出生缺陷筛查、诊断、治疗和康复服务网络，强化婚前、孕前和产前检查、产前筛查与诊断、新生儿疾病筛查，把好婚前、孕前、孕期和新生儿四道关口，扎实推进出生缺陷综合防治，提高出生人口素质。

“看病难”“看病贵”等问题，是各级政府关心的大事。苯丙酮尿症是少数可治疗的先天性代谢病之一，患者需要终身食用不含或低苯丙氨酸成分的食品以控制病情。对此，2024年，我省进一步优化调整苯丙酮尿症患者医疗救治和医保报销政策，将该病特殊医学用途食品等采购纳入甘肃省药品和医用耗材招采平台进行采购，实行定点医疗机构管理，切实解决群众身边难题。同时，积极申请社会组织支持，为多种遗传代谢病、先天性结构畸形、功能性出生缺陷等患儿申请救助补助资金，有效减轻患儿家庭负担。

[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