

医药先锋系列之



Medical weekly pharmacy

» 医周药事

2025年第16期

(2025.04.14-2025.04.20)



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。）

• 分析解读 •

▶ [医防协同融合，为终结艾滋筑牢防线](#)（来源：河北省健康委员会）

——第 7 页

【提要】多年艾滋病防治工作经验提示，这项工作从来不是单兵作战，而是需要多方协作、共同攻坚，每个环节都离不开跨学科、跨机构紧密协作。其中，坚持医防协同融合是应有之义。在近日召开的第十届全国艾滋病学术大会上，专家认为创新医防协同、医防融合机制为推动艾滋病防治工作高质量发展带来机遇，并展开了现场交流与讨论。

▶ [从“被动治疗”到“主动干预”，小红书如何成为医疗器械市场增长新引擎？](#)（来源：小红书）——第 11 页

【提要】当前，医疗器械市场受到政策+需求的双轮驱动，健康消费进入“全民主动时代”。一方面，国家“健康中国 2030”战略推动医疗器械产业发展，其中 2024 年《“十四五”国民健康规划》更是明确了“预防为主”方针，助力健康消费市场规模持续增长。另一方面，民众对于健康的需求愈加强烈，带动家用医疗器械需求进入爆发时期，其中线上渠道更是成为核心增长极。

• 集中采购 •

▶ [再度点名耗材设备招采，医疗全链条反腐同步推进](#)（来源：中纪委）——第 17 页

【提要】日前，中纪委官网发布中央纪委国家监委驻国家卫生健康委员会纪检监察组组长曲孝丽撰写的《深化整治群众身边不正之风和腐败问题》。文中提到，中央纪委国家监委驻国家卫生健康委员会纪检监察组作为派驻重要民生部门的纪检监察机构，深刻把握、坚决落实党中央决策部署，与综合监督单位党组同题共答、同向发力，持续推进医药领域正风肃纪反腐，切实维护好人民群众健康权益。

▶ [集采药品“三进”政策，打通购买集采药品“最后一公里”](#)（来源：易联）——第 20 页

【提要】4 月以来，各省如火如荼地开展第十批国采中选落地相关工作，目前全国已有天津、江西、山东等 8 省明确执行时间，大批国采中选产品将落地全国公立医疗机构。

• 医药专栏 •

▶ [完善退出机制！5.7 万个中药批文谁能留下](#)（来源：医药经济报）——第 28 页

【提要】国务院办公厅发布的《关于提升中药质量促进中医药产业高质量发展的意见》中提出“完善中成药批准文号退出机制，指导改良一批，依法淘汰一批”的要求，引发行业深度讨论。这一政策既是落

实《药品管理法》的法治要求，更是破解行业“批文泡沫”困局的战略抉择。

▣ [江苏、河北、福建开展药品经营环节“清源”行动](#)（来源：各地药监官网、公众号）——第 32 页

【提要】近日，河北省药监局召开全省药品经营环节“清源”行动部署暨警示教育会议，贯彻落实国家药监局要求，部署在全省启动药品经营环节“清源”行动，并对全省经营企业进行警示教育提醒。

• 医保改革 •

▣ [医保改革如何“投资于人”破堵点？——政府工作报告的民生突围密码](#)（来源：中国人民大学）——第 35 页

【提要】2025 年，我国将继续实施健康优先发展战略，促进医疗、医保、医药协同发展和治理。“健康优先”是我国医疗保障制度发展的终极方向，“三医”协同发展和治理则是我国实现“健康优先”目标的根本路径。考虑到医疗、健康的复杂性和系统性，医疗、医保、医药三方不能仅着眼于履行部门职责，还要把握系统思维、坚持集体理性，在“三医”之间加强协同合作，打通建设高质量医疗保障体系的卡点、堵点，更好地实现全体人民群众的“健康优先”目标。

▣ [医保改革再进阶：省级统筹如何释放制度红利](#)（来源：中国医疗保险）——第 40 页

【提要】中国医疗保障制度历经 30 余年改革发展，已建成全球覆盖

人口最多的基本医疗保障网络，参保人数超过 13 亿，总体参保率持续稳定在 95%。但在制度成熟定型的过程中，长期存在的市县分级统筹机制逐渐显现出深层次矛盾——全国 2800 余个统筹单位形成“蜂窝状”政策版图，区域间缴费标准、待遇水平、药品目录存在显著落差，分散的基金池难以形成风险共济效应，跨区域人口流动与属地化管理之间的制度性摩擦持续加剧。

• 医院管理 •

▣ [精准支付助力医院提质增效](#)（来源：中国卫生杂志）——第 47 页

【提要】“按病组(DRG)和病种分值(DIP)付费 2.0 版分组方案通过设置特例单议等机制，为复杂病例诊疗和创新技术应用提供了支付保障。”近日，河北医科大学第二医院医保办主任刘焕龙就落地 2.0 版分组方案接受记者采访，介绍了该院通过政策衔接、数据治理与多科室协作等创新实践，探索以精准支付助力医疗质量提升的改革路径。

▣ [高质量发展背景下公立医院全面预算管理体系建设探讨](#)（来源：三智医管）——第 51 页

【提要】在精细化管理要求下，越来越多的医院尝试从管理会计视角，应用管理工具搭建预算体系，其中以战略导向的预算管理最具代表性。本研究旨在应用业财融合、全过程管理、绩效考核等管理理念，借助战略地图、平衡计分卡等管理工具，探索综合构建战略预算的路径，弥补单一模式的不足，提高资源配置效率，推动公立医院逐步实

现全面预算管理。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

医防协同融合，为终结艾滋筑牢防线

来源：河北省健康委员会

多年艾滋病防治工作经验提示，这项工作从来不是单兵作战，而是需要多方协作、共同攻坚，每个环节都离不开跨学科、跨机构紧密协作。其中，坚持医防协同融合是应有之义。在近日召开的第十届全国艾滋病学术大会上，专家认为创新医防协同、医防融合机制为推动艾滋病防治工作高质量发展带来机遇，并展开了现场交流与讨论。

赋能全流程

艾滋病预防与治疗之间密切协作的理念体现在从检测、发现到治疗的全流程管理中。“不同机构之间、机构内部更好协作，将每个环节更紧密地衔接起来，构建更完整的服务路径是防治策略和机制创新的关键。”中国性病艾滋病防治协会副会长、中国疾控中心艾滋病防治首席专家韩孟杰表示。

这不仅意味着要让艾滋病病毒(HIV)感染者更早被发现、更及时被治疗，也意味着要考虑全流程诊疗服务的规范性和长期治疗管理的稳定性。其中涉及的环节较多。

据专家介绍，HIV感染者从首诊、确诊到开始治疗，涉及首诊医

疗机构、疾控机构、定点治疗医疗机构等多个机构。其中，还可能因延迟诊断、转介不顺畅、意愿不足等综合因素导致患者脱失的情况，要实现闭环就更需要多方共同努力。

艾滋病防治一站式服务、艾滋病医防融合门诊、快速启动抗逆转录病毒治疗(ART)、艾滋病暴露前后预防门诊等探索都是医防协同融合理念的体现，不断为全流程管理赋能。比如，河南省传染病医院(郑州市第六人民医院)提供 HIV 抗体初筛确证试验、抗病毒治疗前 HIV 耐药检测、ART 评估随访等一站式服务。贵州省开展艾滋病诊断治疗管理一站式试点，通过整合力量、优化流程进一步缩短确诊时间。江苏省无锡市成立艾滋病快速启动治疗医防融合门诊，由临床医生、公卫医师“双坐诊”，进一步缩短转介流程，助力快速启动 ART，提升患者依从性。

“创新医防协同、医防融合制度还在实践中进行探索。尽管面临跨学科跨部门挑战，但地方实践已证明其有效性。”韩孟杰表示。

进一步凝聚共识

从治疗来看，尽早开始 ART 对于降低发病率和病死率、预防 HIV 传播具有重要意义。《中国艾滋病诊疗指南(2024 版)》提出，建议对所有 HIV 感染者，无论 CD4 + T 淋巴细胞水平高低，均尽早开始 ART；建议对有条件的患者快速启动 ART(确诊后 7 日内)或在确诊当天启动 ART。在实际工作中，这对于各种技术手段组合以及各环节的衔接性

要求很高，难度不小，但也有不少医院已经可以实现当日启动 ART。

“这离不开密切配合。”广东省深圳市第三人民医院感染内科何云主任医师表示。在艾滋病诊疗临床一线工作 20 余年的何云，见证了我国 ART 多年变迁的历程。在何云看来，从流程长、患者易丢失，到快速启动治疗，医防融合的工作理念和服务模式对防治关口前移、降低传播风险无疑具有重要意义。

近年来，何云团队还将目光进一步放到了急性 HIV 感染诊疗管理上。所谓急性 HIV 感染，通常是指在发生 HIV 感染后的 6 个月内，病毒大量扩增，病毒储存库迅速建立，早期的病毒学和免疫学状态及其变化对疾病的进程具有决定性的影响。在这个阶段，HIV 感染者通常会出现急性反转录病毒综合征，临床表现多样，包括发热、疲倦、关节疼痛、皮疹等，但缺乏特异性。此外，急性 HIV 感染者病毒载量高、传播风险大，且传播性耐药突变检出率高。

为进一步凝聚共识，《急性 HIV 感染诊疗管理专家共识(2025 版)》于 2025 年 3 月发布。何云介绍，该共识最大的更新在于不仅提出增强专科医务工作者的诊疗能力，也强调所有一线医务工作者应熟悉急性 HIV 感染的特点，具备甄别 HIV 早期感染的基本知识。从尽快启动 ART，到优化治疗方案、进行患者健康教育，该共识为各方提高警惕、扩大筛查范围、将防治关口前移提供了具体指导。

“急性 HIV 感染者的早期识别、诊疗管理和健康教育不仅对控制

病毒复制、最大限度地保护免疫功能及抑制全身免疫激活十分关键，也对遏制 HIV 进一步传播具有重要意义。”何云说。

在探索中发展

医防协同融合不仅意味着机制和业务的融合，也体现在人员、资源和信息等的深度融合上。这一点在诸多探索中已有体现。比如，有的地区在确保信息安全的情况下，实现全流程信息和数据的融合，相关医疗机构、疾控机构之间信息互联互通，为进一步实现全流程规范管理打好基础。

“早在 2014 年，我们就开始探索一站式服务的理念。多年来，这项工作不断完善成熟，给患者带来更舒心的全流程服务。”河南省传染病医院(郑州市第六人民医院)赵清霞主任医师介绍，在医防协同融合大背景下，一站式服务的理念还体现在机构内以感染科为主的多学科团队合作在应对复杂病例时能够提供更坚实的支撑。

“此外，在全省范围进一步推进快速启动 ART 的过程中，我们逐步将疾控中心相关专家纳入河南省艾滋病诊疗质量控制中心专委会。”赵清霞分享道，通过进一步织密地市艾滋病诊疗质控中心网络，从多元视角发现诊疗全流程中可能存在的问题，助力未来更深度协同融合，造福更多患者。

更进一步来看，医防协同融合意味着资源共享、整合和高效配置，其核心目标体现在如何更进一步早发现、早诊断、早治疗上。从疾病

的预防与控制尤其是传染病预防与控制的角度出发,这样的理念无疑是共同的重点。“多地也在探索多病同防、多病共防的道路方面积累了不少经验。”韩孟杰表示,在常态化做好艾滋病防治工作的同时,要进一步总结有效经验,不断完善机制,最终形成可持续、可推广的中国经验。

“也许还有很长的路要走。不过,探索过程本身就已在进一步推动各方深度融合、能力提升、意识增强,为终结艾滋病流行、守护人民健康筑牢多道防线。”韩孟杰说。

[返回目录](#)

从“被动治疗”到“主动干预”，小红书如何成为医疗器械市场增长新引擎？

来源：小红书

当前，医疗器械市场受到政策+需求的双轮驱动，健康消费进入“全民主动时代”。一方面，国家“健康中国 2030”战略推动医疗器械产业发展，其中 2024 年《“十四五”国民健康规划》更是明确了“预防为主”方针，助力健康消费市场规模持续增长。另一方面，民众对于健康的需求愈加强烈，带动家用医疗器械需求进入爆发时期，其中线上渠道更是成为核心增长极。

在此过程中，成立于 2013 年的小红书从 7 本 PDF 版的海淘购物攻略起步，逐渐发展为月活超 3 亿的多元生活方式聚集地，以 90 后

为主体的核心用户经常在小红书寻求消费灵感，养成了“遇事不决小红书”的生活习惯，并重塑健康领域从认知到决策的完整链条。

4月8日，由广东省医疗器械行业协会、国药励展主办的第四届医疗器械数字化运营创新发展大会在上海国际会展中心如期举办，小红书商业快消行业群总经理米欧与商业医疗用品行业负责人卡瑞受邀出席本次会议做主题演讲与交流论坛，向业内人士揭开小红书助推企业高质量发展，帮助专业医疗好产品从医院走进大众生活的实施路径。

一场由年轻人主导的医疗器械健康消费革命

2015年，我国首次提出推进健康中国的建设，并在2016年由中共中央、国务院联合发布《“健康中国2030”规划纲要》，正式提出健康中国战略的愿景目标和实施路径。经过十年的健康教育，从“治疗”到“预防”的理念已经渗透到我国医疗卫生体制建设的每个环节。公众对健康的关注不再局限于院内治疗，而是延伸到日常生活的每一个细节。

与此同时，医疗器械健康需求也在持续增长。根据权威数据，2024年我国医疗器械生产企业营业收入预计约为1.35万亿元，是中国医疗器械产业保持正增长的第七个年头。

而在数字平台上，医疗器械品类的健康需求同样呈现增长态势。据小红书商业快消行业群总经理米欧介绍，“后疫情时代”以来小红

书上的健康内容迎来爆发式增长，每月有 1.8 亿用户在小红书浏览、搜索健康相关内容。“近年来小红书正在见证一场‘医疗器械生活化’的革命，超过 300 类医疗器械产品从医院走向用户身边，成为了当代消费者的‘健康生活新搭子’。这说明健康已不仅和疾病、医院关联，它已经渗透进每个人的日常生活。”米欧如此说到。

这种趋势的出现，与年轻人健康需求、消费习惯的变化密不可分。当前，以社交媒体为代表的数字化平台已经成为当代人的健康百科全书，遇到健康问题消费者总会习惯性地搜索一下。以小红书为例，据其数据中台显示小红书的搜索月活用户占比高达 73%，大健康类目下症状搜索 Y24 增速更是超过 50%。

与此同时，由于用户在日常生活中承担不同的角色，因此其健康需求也呈现出明显的差异化，越来越精细的健康需求、越来越多元的健康场景、越来越高效的健康决策，均潜藏着巨大的商业机会，这对应也意味新一代消费者正在重新定义健康生活，医疗器械相关经营企业唯有重塑产品逻辑和营销策略，才能有效推进企业高质量发展。

打造破局新解法，实现第二增长曲线

在健康消费的变革关键节点，小红书正努力打造健康消费的重要入口，并成为医疗器械品牌与消费者之间的连接器。

一方面，小红书正成为年轻人认知健康产品的第一站。据米欧透露，2024 年 9 月的用户调研发现，每 3 个购买健康产品的年轻人中

就有 2 个将小红书作为了解产品的起点；调研数据更显示有 76% 的年轻用户会在小红书完成从“种草”到“研究”的全过程，这种“认知-种草-决策”的完整闭环，让小红书成为健康消费升级时代极具价值的用户心智入口。

另一方面，医疗器械行业也在面临全新变革。在渠道方面，医疗用品正在从院内走向院外，拥抱更加广阔的市场；在产品方面，以智能拐杖、卡片式血压计等为代表的创新产品不断涌现，正在成为人们健康管理的必需品。

为了实现品牌企业、优质产品与消费者之间的高效链接，越来越多医疗器械经营企业选择小红书作为连接器，通过小红书走进大众视野，借助小红书上丰富的用户内容打破传统医疗专业信息不对称等问题，协助消费者完成从产品认知到购买的全流程。

事实证明，小红书平台上所创造的创新营销模式和生意渠道，为传统与新锐医疗器械生产企业提供了更多增长空间，包括盆底肌修复仪、血糖仪、呼吸机等品类都借助小红书平台实现了院外人群资产快速累积、拓展广阔市场、打响产品知名度等不同目的，从而找准企业的第二增长曲线。

“小红书中台数据显示，2024 年是小红书大健康业务快速成长的一年，相比 2023 年我们与医疗器械品牌企业合作数量增长 86%，产品数量增长 132%，站内交易订单量增长 232%。这不仅仅是简单的

数字增长，更是新的健康消费浪潮下商业模式的升级迭代。”米欧进一步以数据阐述小红书对于企业业绩提升的破局意义。

全链条以人为本，探索健康销售新范式

长期以来，“种草”是小红书独特的商业价值所在。在小红书看来，种草是以用户为中心的理念，通过结构化的大数据分析，精准洞察用户健康痛点和消费偏好，让对的产品遇见对的人。因此小红书基于“种草”打造的营销范式，本质上是将“以人为本”的精神贯彻到营销方案的全路径之中。

在营销路径的最开端，小红书将每一个用户视为独特鲜活的个体，用真实的生活方式和生活方式理解每一个人，从而了解用户的真实健康生活态度和需求，这为制定更精准、更高效的营销解决方案奠定了坚实的基础。

此后，如何提高用户的平台粘性就成为每一个数字平台的关键挑战，而这也恰恰是小红书的优势所在。小红书多元化的博主生态和丰富的内容供给，能够让专业医疗产品通过专家科普被理解，通过普通人的场景体验被相信，从而以真实、有用、有趣的内容为载体影响消费者心智，以内容价值打动用户促成转化。

而为了让好内容高效影响消费者，小红书以科学、准确的方式洞悉用户决策路径，在品类教育、产品决策等每一个关键时刻影响用户心智。以盆底肌修复仪为例，对于这类高客单、高转化门槛的医疗产

品，小红书通过场景化、品类科普内容精准投放，为用户种下一颗需求的种子；通过多样化的内容继续触达产生兴趣的用户，加深用户理解、影响用户心智；最后通过强化搜索承接用户需求，促成用户购买。

“就像培育一棵树，需要选对土壤、适时浇灌，才能收获果实。我们通过种草让更多医院端的好产品走进大众生活。”小红书商业医疗用品行业负责人卡瑞补充到。

更为重要的是，面对消费渠道的去中心化，小红书也在重构医疗器械的消费闭环，让购买决策不再受限于医院药店的物理边界，让用户借助闭环电商、外溢电商、线下引流三大路径，实现整个营销闭环的全域转化落地。

目前，小红书已经初步形成一套医疗器械院外营销方法论：即一切从人出发，实现“产品 x 人群 x 买点”的精准匹配。投前阶段，小红书会基于精准的洞察工具，为品牌找到更多好机会、好人群、好买点；投中阶段利用科学的预算工具，帮助品牌策略落地，不断优化策略效果；投后阶段则提供高效度量工具，不断优化人群资产的流转效率，持续迭代经营策略。

以助听器品类为例，该品类长期以来面临认知不足、难以转化的挑战，小红书与助听器新锐品牌的合作中，首先着眼于提高消费者认知度，通过联合发起“这届老年人听话吗”等公益活动引发真实用户情感共鸣，创造产品消费需求。随后，小红书再以搜索场域的全面布

局做承接，让处于不同认知阶段的用户都能被持续影响，精准掌握用户的购买诉求，从而产生转化行动，最终帮助新锐品牌突围，在助听器赛道找到一席之地。“小红书种草的效果不是马上显现的，需要一个长久的转化周期，在促进转化的基础上，种草还能建立消费者对企业与产品的品牌背书，对产品长期的营销有非常大的正向作用。”卡瑞补充表示。

显然，数智化正在进一步打破医疗与消费的边界，使健康管理成为一种与消费者无缝链接的日常生活方式。而小红书则以生活方式社区的定位，用内容驱动健康消费市场，用数据赋能品牌业绩增长。“我们期待与更多医疗用品的行业伙伴携手，重塑健康消费新想象，我们更期待成为大众医疗用品消费指南，让医疗用品真正走进普罗大众的日常生活，让好的产品在这里被看见，让好的生意在小红书长出来。”米欧如此总结到。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

再度点名耗材设备招采，医疗全链条反腐同步推进

来源：中纪委

中纪委再度点名耗材、设备招采，医疗全链条反腐同步推进。

01 持续推进医药反腐 坚决防止医疗腐败反弹

4月13日，中纪委官网发布中央纪委国家监委驻国家卫生健康委员会纪检监察组组长曲孝丽撰写的《深化整治群众身边不正之风和腐败问题》。

文中提到，中央纪委国家监委驻国家卫生健康委员会纪检监察组作为派驻重要民生部门的纪检监察机构，深刻把握、坚决落实党中央决策部署，与综合监督单位党组同题共答、同向发力，持续推进医药领域正风肃纪反腐，切实维护好人民群众健康权益。

继续紧盯综合监督单位“关键少数”、关键岗位，紧盯药品、高值医用耗材、医用设备、工程项目招投标、科研经费使用管理等重点领域和关键环节，严惩“蝇贪蚁腐”，狠纠顽瘴痼疾，坚决防止医药领域腐败问题和不正之风反弹回潮。

驻国家卫生健康委纪检监察组切实落实关于集中整治的部署要求，以卫生健康行业突出问题为“靶点”，攥指成拳、集中攻坚，合力整治靠医吃医、套取医保资金、损害医患关系等突出问题。

高值耗材、医疗设备价格高昂，掌握采购主导权的关键人物容易陷入腐败泥潭，近期又有多名医院一把手因操纵设备招采落马。

4月11日，“清风开封”发布《关于5起工程项目招标投标领域腐败和违法犯罪问题典型案例的通报》，其中医疗领域占据两席，分别为开封市中医院原党委书记周广辉和兰考县中医院原党总支书记蔡乃宇违规干预和插手工程项目问题。

2020年至2023年，周广辉利用担任市中医院党委书记的职务便利，为某建设集团有限公司等单位和个人在工程项目承接、招标代理、医疗设备采购等方面提供帮助，非法收受财物。

2016年至2023年，蔡乃宇利用担任兰考县中医院院长、书记等职务上的便利，安排其亲属承接医院餐厅扩建、医疗废物处理中心等工程项目。在采购医疗设备过程中，违规接受请托，提前商定设备参数信息，帮助特定公司中标，非法收受财物。

02 医疗器械采购监管升级 医院大检查已全面启动

基于高行业壁垒，医疗领域的腐败呈现出链条性和隐蔽性。

4月14日，中纪委在《纪检监察机关着力深化风腐同查同治 以“查”“治”贯通阻断风腐演变》一文中，介绍重庆市北碚区纪委监委把个案剖析与类案分析结合起来，摸排药品、耗材、设备等医药用品“明招暗定”行业潜规则，坚持风腐同查同治，斩断医疗领域腐败利益链。

据悉，该区纪委监委督促区卫生健康委制定《北碚区公立医疗机构药品使用、耗材使用“双十”管理制度》，纪检监察机关通过约谈、发函提醒等方式压实医院、监管部门责任，督促案发单位聚焦药品和医疗器械采购、工程建设、财务管理等关键环节，完善内控制度。

耗材、设备采购始终是各地医疗领域审计重点内容。广东、江苏、安徽、山东等多地均公布过由审计揪出的医院招采腐败情况，其中多

个项目涉及金额破亿元。

医保监管被称为医药反腐的“探照灯”，中纪委近期的文章中也多次提到医保监管问题。

按照国家医保局部署，现阶段(4月1日)已进入医保部门抽查复查的飞行检查阶段，对自查自纠不认真、敷衍塞责，或隐瞒不报、弄虚作假的定点医药机构，一经查实，将坚决从重处理。

从自纠自查发布的检查范围来看，今年在心血管内科、骨科、血液透析、康复、医学影像、临床检验6个领域的基础上，新增了肿瘤、麻醉、重症医学3个领域。

4月3日，国家医保局会同9部门召开工作部署推进会，会上提出要紧盯医保基金使用监督管理涉及的重点对象和重点问题，开展全链条打击治理，推动形成高压态势。

根据《2024年医疗保障事业发展统计快报》显示，2024年全国医保系统共追回医保基金275亿元，查实欺诈骗保机构2008家。

“严格医保基金监管”已被写入政府工作报告，同时在智能监管手段加持下，2025医保监管将进入到更严格、更精准的阶段。

[返回目录](#)

集采药品“三进”政策，打通购买集采药品“最后一公里”

来源：易联

4月以来，各省如火如荼地开展第十批国采中选落地相关工作，

目前全国已有天津、江西、山东等 8 省明确执行时间，大批国采中选产品将落地全国公立医疗机构。

地区	执行时间
天津	4月1日
江西	4月16日
山东	4月25日
内蒙古	4月28日
广东	4月30日
广西	4月30日
辽宁	4月30日24时
河南	4月30日

集采药品“三进”政策，加速集采药品下沉基层

传统集采药品供应主要依赖公立医疗机构，为了解决基层医疗机构药品配备不足的问题，多省推进集采药品“三进”政策，加速集采药品下沉基层。

集采“三进”国家政策框架分四步走

从去年 5 月开始，国家医保局领导先是从顶层设计上强调，之后赴贵州、广西等多地开展调研鼓励地方结合实际创新路径，最后推进村卫生室纳入医保定点，确定关键配套措施，从制度上保障基层机构愿意采购、使用集采药品，形成“政策闭环”，推动集采药品在基层“用得上、用得顺”。



集采“三进”政策，从试点到多省实施

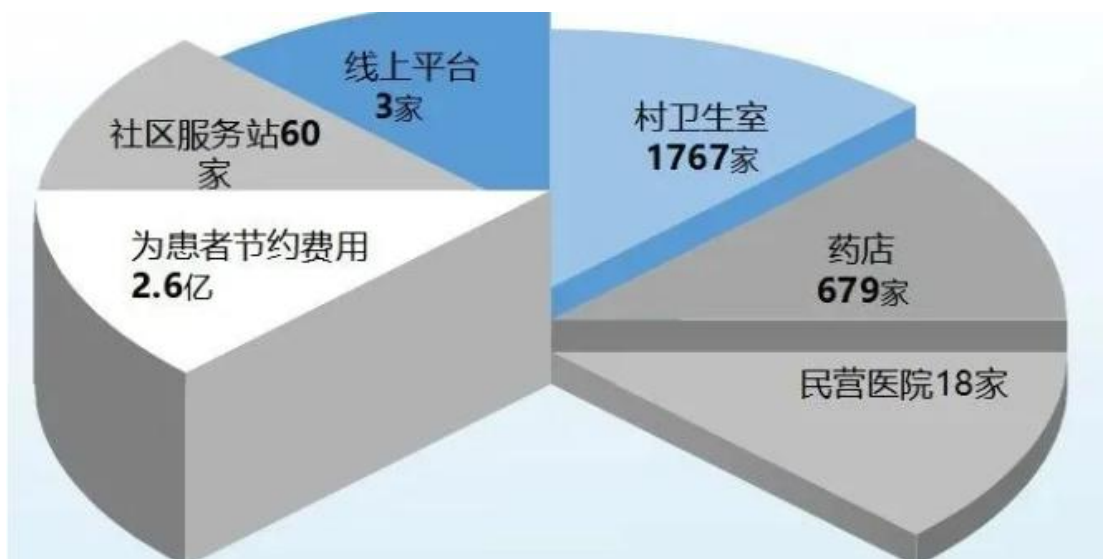


2022年，山东淄博率先试点，启动了集采药品“四进”，随后，江西萍乡学习其经验在2023年3月也进行了相关试点。目前，全国已有江西、陕西、湖南等多省发布集采药品“三进”实施方案，打通购买集采药品“最后一公里”。

01 试点城市：山东淄博、江西萍乡

山东淄博：集采药品“四进”组合拳

据国家医保局发文介绍，山东淄博市打出集采药品“四进”组合拳，打造“城乡全覆盖、全流程智能化”的集采落地新模式。经四年实践探索，集采药品已延伸覆盖淄博市 679 家药店、1767 家村卫生室、60 家社区服务站、18 家民营医院，参与单位集采药品种类平均 70 种以上，实现全市五区三县全覆盖，累计为患者节约费用 2.6 亿余元。



江西萍乡：严格执行“五统一”、加强三方协调

随后江西学习淄博的经验，在萍乡市进行了相关试点。

萍乡市医保局严格按照标准筛选、确定试点药店，对确定的 73 家集采惠民药店全部注册江西省医保信息平台招采系统药品采购账号；

严格执行“五统一”标准：统一药店标识、统一专区专柜、统一

价格公示、统一制度上墙、统一监督管理，以确保集采惠民药店的标准
化、规范化运行；

加强中选厂家、配送公司、药店三方协调机制，确保采购途径畅通、
药品保供稳价，确保医改红利真正落到群众身上。

02 全省执行：江西、陕西、湖南……

江西：集采药品可顺加不超 15% 销售

江西借鉴了萍乡市和相关省、市集采惠民药店改革试点经验做法。
按照“自愿参与、稳步推进、惠民便民”的原则，由省医保局负责牵
头统一制定实施方案，各设区市医保局具体组织，以零售药店、村卫
生室、民营医院为主体，开展集采药品“三进”行动，让改革成果惠
及更广大人民群众，引导有关药品价格回归合理水平，切实减轻群众
用药负担。截止到去年 9 月底全省现有 4605 家单位（零售药店 2503
家、民营医疗机构 35 家、村卫生室 2067 家）配备和销售集采药品。

部分配备要求

品种选择：参加集采药品“三进”行动单位在遵循国家药物配备使
用和医保药品目录有关规定的基礎上，从《“三进”药品品种》和
《“三进”推荐配备药品品种》中自主遴选药品品种，其中《“三进”
推荐配备药品品种》药品选择占比原则上不低于 60%。

价格要求：参加集采药品“三进”行动单位应双标签公示集采药

品中选价格和销售价格，按集采中选价顺加不超 15% 销售。一体化管理村卫生室严格落实药品“零差率”销售政策。

陕西：集采药品允许适当加价销售

去年 9 月，陕西省医保局发布《陕西省开展集采药品“三进”行动实施方案(征求意见稿)》，明确在全省开展集采药品进“零售药店(包括连锁/单体药店)、民营医疗机构、村卫生室(包括社区卫生服务中心/站)”行动，鼓励参加集采药品“三进”行动的单位做到“五统一”，并发布了第一批药品品种目录，涉及 285 个品种 1071 个药品。

价格要求：参加集采药品“三进”行动的药店应双标签公示集采药品中选价格和销售价格，可允许适当加价，具体由各市(区)结合医保基金等因素确定；医保定点民营医疗机构和“以镇代村”管理的村卫生室须严格落实药品“零差率”销售政策。

重庆：分类细化“零差率”销售要求

去年 10 月，重庆发布“三进”工作方案，明确在国家和重庆市集中带量采购落地执行的中选药品中确定《重庆市“三进”集采药品清单》，由市医保局统一发布《清单》，并实施动态调整。

价格要求：

企业按不高于集采中选价格供应。

村卫生室自愿参加，在《清单》中自主遴选药品，实行“零差率”销售。

进民营医疗机构。药品可按照实际购进价格按一定比例加价销售，鼓励实行“零差率”销售，并对销售价格进行承诺。

进零售药店。药品可按照实际购进价格按一定比例加价销售，鼓励实行“零差率”销售，并对销售价格进行承诺。

-----不同渠道，集采药品配备要求-----

对于不同渠道，各省“三进”方案对于集采药品配备数量有所差异。

省份	药品配备			
	零售药店	民营医疗机构	村卫生室	线上平台
江西	连锁门店≥50种； 单体零售药店≥50种	综合型民营医疗机构≥50种， 专科民营医疗机构≥20种	≥20种	-
山东	≥50种	≥50种	≥30种	自愿参加≥50种
湖南	连锁门店≥60种 单体零售药店≥50种	-	-	-
湖北	≥50种	-	-	-
陕西	医保定点连锁零售药店≥50种； 单体零售药店≥50种	综合型民营医疗机构≥50种， 专科民营医疗机构≥20种	≥20种	-

集采药品“三进”实施，对多方产生深远影响

纵观各省“三进”实施方案，不同地区的具体政策和实施情况可能会有所差异，但其总体目标都是为了让集采成果惠及更多群众，提高药品的可及性和可负担性，同时促进医药市场的健康发展，未来，或将有更多的省份加入到“三进”行动的行列中来，对患者、零售药店、民营医疗机构、村卫生室及医药企业都将产生深远影响。

对患者的影响

方便患者购药，尤其是解决了部分患者买药贵、距离远、不方便等难题，让患者在家门口就能买到质优价宜的集采药品，减轻医药费用负担，提升用药的可及性和便捷性。

对零售药店的影响

对于有较多基药、慢病、长处方药品的上市公司等参与集采且有适合品种适合患者自行在药店用处方购买的企业将获益。随着行动规模、加入的省份地区的不断扩大，相关集采药品的消耗量、使用量也可能发生变化。而对于药店等涉及实体，集采药品“三进”单位可能会在市场竞争中取得优势，未参与的单位可能面临竞争压力，这或将成为未来院外医药市场竞争的门槛。

对村卫生室的影响

提升了集采药品的可及性，平均配备药品种类增多，涵盖了治疗高血压、糖尿病等常见疾病的药品，满足群众就近享受用药报销服务的需求。

对医药企业

集采药品“三进”行动扩大了集采药品的市场覆盖范围，增加了药品的销售量。对于集采中选企业来说，这有助于进一步释放产能，提高市场份额。此外，由于市场竞争的加剧，可能会对企业的价格策略和市场推广方式产生影响。

对民营医院的影响多选择

拓展了集采改革成效，形成与公立医院互相补充的供应保障机制。民营医院可配备更多集采药品，为患者提供更多选择。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

完善退出机制！5.7 万个中药批文谁能留下

来源：医药经济报

国务院办公厅发布的《关于提升中药质量促进中医药产业高质量发展的意见》中提出“完善中成药批准文号退出机制，指导改良一批，依法淘汰一批”的要求，引发行业深度讨论。这一政策既是落实《药品管理法》的法治要求，更是破解行业“批文泡沫”困局的战略抉择。

中成药批准文号的实质是国家对药品合法性和质量的权威认证，是中成药上市许可标志和法律“身份证”，具有国家监管强制约束力，是标准化管理的核心工具和全生命周期监管的锚点，起到统一技术标准和质量追溯的作用。监管数字化与中成药研究评价、审评审批、检验检测、检查核查、监测评价数据密切关联，与中成药处方、工艺、质量、标签及说明书(有效性和安全性的临床数据)绑定。凝聚着持有人(药品生产企业)研发、生产工程化和商业化数据以及专利、技术秘密、生产条件、质量管理体系等有形无形资产。批准文号以国家公信力对药品质量的背书，保障社会公众用药安全，可公开查询国家药监

局等数据库，增强消费信任和辨识度。

批准文号由来

中成药批准文号始于 1978 年《药政管理条例》，首次明确省级卫生部门核发药品批准文号，1984 年《药品管理法》确立地方文号的法律地位，2001 年修订的《药品管理法》取消地方文号，2002 年原国家药监局发布《关于统一换发并规范药品批准文号格式的通知》，将中成药文号统一为“国药准字 Z+8 位数字”，随后保健药品整顿新增了“国药准字 B+8 位数字”、经典名方审批新增了“国药准字 C+8 位数字”。依持有人(药品生产企业)申请按品种及规格核发。

现行退出机制

依据《药品管理法》及《药品注册管理办法》等相关法律法规，目前中成药批准文号的退出路径主要有：(1)持有人主动申请注销。企业因市场、生产等原因主动放弃文号。(2)再注册失败。药品批准文号有效期为 5 年，到期未申请或未通过再注册。(3)上市后评价。因安全性或有效性问题导致注销文号。(4)监管处罚。如生产过程中违反药品 GMP 规定，被吊销文号。(5)国家组织的药品再评价。根据风险评估结果导致撤销上市，强制退出。(6)其他行政管理。如濒危药材管理，麝香、牛黄、穿山甲、豹骨等限制使用或替代等导致文号退出或变更。

中成药批准文号退出机制涉及企业端和监管端，企业端履行主体

责任和社会责任,根据企业经营发展策略,通过研发创新、技术改良、技术转移,调整产品结构,主动进行批准文号的增持或减持;通过自持品种的再评价或评估,主动放弃品种文号。监管端通过审评审批、检验检测、检查核查、监测评价等手段,打击违法行为,以及通过其他行政管理行为,保障药品安全有效可及,依法增加或减少、吊销特定品种批准文号。

临床价值是核心

据业内人士透露,“休眠批文”交易价格已从2019年的平均80万元降至当前的不足10万元,2023-2025年通过动态评估、再注册审查等机制注销的文号,主要涉及疗效不确切、长期未生产的品种,多数为企业主动注销。

预计2025年中成药销售额将突破5000亿元,按现有文号数量计算,单文号平均产值不足900万元;但实际市场高度集中,“休眠批文”品种由于历史原因,大部分安全性和有效性数据来源于处方药味及方剂功效的推测或经验总结,符合中医药和临床试验要求的临床数据的品种数还不多,为其尚待补齐的短板,严重影响大品种培育和市场销售。另外相当部分中成药品种因疾病变化、治疗方式改变,未生产和销售,如含朱砂的小儿制剂等,建议企业评估后主动申请注销,以减少维护成本。通过真实世界研究(RWD)补齐临床数据短板,赋予中成药临床价值。

完善退出机制

中成药品种多、批准文号多，类同方多，涉及的生产企业多，同品种市场竞争激烈，如六味地黄丸有 178 家企业持有批准文号。受限于历史原因、当时的技术条件，临床数据不足、长期依赖传统经验而非现代循证医学验证，质量标准模糊等问题制约其高质量发展。

笔者认为，应以临床价值为导向，守正创新、激浊扬清，分类管理经典名方制剂、适应症明确的制剂和参照中药管理的天然药物制剂。基于传统的经典名方制剂、主要是证候类中成药，如六味地黄丸、四物汤，强调守正；对于适应症明确的中成药，则应逐步分阶段进行评价，通过 RWD 以及二次开发等手段，补齐临床数据短板。对于参照中药管理的天然药物制剂如益母草流浸膏、甘草流浸膏、颠茄浸膏强调质量稳定可控，参照现代标准管理。鼓励通过技术转移，同剂型品种向优势企业聚集，组织开展同品种、同证候或同适应症品种再评价，充分利用检验检测、检查核查、不良反应监测以及医学循证等手段多维评价，激浊扬清，培育中成药优势品种或大品种。

结 语

完善中成药批准文号退出机制，需平衡科学监管、产业生态与公共利益，未来陆续会有相关政策出台。通过“强制退出”清除风险品种、“主动退出”优化资源配置，是中医药现代化的关键一环，实现中医药高质量发展的动态平衡，是“有进有退”的产业发展规律。5.7

万个批文中的“水分”逐渐蒸发，留下真正具有临床价值的“黄金批文”。

[返回目录](#)

江苏、河北、福建开展药品经营环节“清源”行动

来源：各地药监官网、公众号

江苏部署开展药品经营环节“清源”行动

4月11日，江苏省药监局以视频形式召开药品经营环节“清源”行动工作部署会议。

会议指出，开展“清源”行动既是加强药品经营环节监管执法、保障人民群众用药安全的重要举措，也是落实医保基金管理突出问题专项整治工作要求、推进集中整治群众身边不正之风和腐败问题的重要举措。各级药品监管部门要以“清源”行动为抓手，结合上级部署要求、结合落实药品经营环节年度监督检查计划、结合风险隐患排查，严厉打击制售假劣药品、非法渠道购进药品等违法行为，强化对药品经营企业的监督检查，规范药品网络销售行为，严格药品经营许可管理，推动企业落实药品质量安全主体责任和追溯责任。

会议强调，要坚持问题导向、风险防控，压实监管部门责任，强化上下协同联动和跨部门查办协作，严格规范涉企检查，促进“三医”协同发展和治理，确保“清源”行动取得实效。

河北召开全省药品经营环节“清源”行动部署暨警示教育会议

近日，河北省药监局召开全省药品经营环节“清源”行动部署暨警示教育会议，贯彻落实国家药监局要求，部署在全省启动药品经营环节“清源”行动，并对全省经营企业进行警示教育提醒。

会上，河北省药监局药品流通处处长张晴通报今年第一季度药品经营环节监督检查情况；河北省医保局基金监管处副处长吴智龙介绍医保部门打击“回流药”重点措施并通报典型案例，对药品经营企业开展了警示教育，督促企业警钟长鸣、合法经营。

会议指出，开展“清源”行动是贯彻落实中央纪委国家监委关于集中整治群众身边不正之风和腐败问题工作的重要举措。此次行动自即日起开始，至2025年11月底结束，以严厉打击出租出借证照、制售假劣药品、非法渠道购进药品、违规网售药品等违法违规行为为重点，消除一批风险隐患，查处一批大案要案，公布一批典型案例，切实筑牢药品安全根基和防线，提升人民群众的安全感、获得感和幸福感。

会议要求，将存在多起线索指向、既往接受过行政处罚、年度药品网络销售额较大的药品经营企业以及药品网络交易第三方平台、开展药品异地委托储存业务或多仓管理的企业、疫苗配送企业、城乡接合部以及农村地区药品零售企业和个体诊所作为重点单位，加强风险信息收集、筛选和风险信号综合研判，健全常态化风险会商机制，打好风险处置的“主动仗”，让监管跑在风险前面。要严查严打违法违规行为，切实做到“六个严查”“六个不放过”“六个严禁”和“两

个一律”，强化监管震慑，净化市场生态。

会议强调，要持续强化协同联动，坚持全系统“一盘棋”，强化与公安、医保等部门协作以及与纪检监察机关信息贯通，形成严厉打击违法违规行为的合力。要坚持线上线下一体推进，实现穿透式监管。要严格规范涉企检查，严控入企检查数量，提升检查实效。

福建召开全省药品经营环节“清源”行动部署会

4月11日，为深入贯彻习近平总书记关于群众身边不正之风和腐败问题集中整治工作的重要指示精神，落实国家药监局工作部署，省药监局召开会议部署推进药品经营环节“清源”行动。

会议指出，“清源”行动紧盯群众反映强烈的突出问题，以药品批发企业、药品零售连锁企业总部、药品零售企业(含零售连锁门店)、药品网络交易第三方平台为检查执法对象，通过加大监督检查和案件查办力度，严厉打击出租出借证照、制售假药劣药、非法渠道购销或倒卖“医保回流药”、伪造处方或篡改处方销售药品等违法违规行为。

会议要求，一要准确把握行动目的和任务，以高度的政治责任感扎实推进“清源”行动。要加快解决药品经营环节的突出问题，严格规范网络售药业态，严防严控非法渠道购进和销售药品行为，筑牢药品质量安全的坚实底线。二要持续加大案件查办力度，以查处大案要案成果彰显“清源”行动成效。要坚持重拳出击、露头就打、严惩

重处，对可能涉及违法违规的线索追查到底，严厉整治药品经营领域风险。三要深度强化协同配合，以高效联动的工作格局凝聚“清源”行动强大合力。要通过强化上下协同联动，加大与医保、卫健、公安等部门的跨部门查办协作力度，加强与纪检监察机关的信息贯通，形成联合整治药品经营环节风险隐患的良好工作格局。

[返回目录](#)

• 医保改革 •

医保改革如何“投资于人”破堵点？

——政府工作报告的民生突围密码

来源：中国人民大学

第十四届全国人民代表大会第三次会议于2025年3月5日上午在北京人民大会堂开幕，国务院总理李强代表国务院向大会作了政府工作报告。政府工作报告强调了药品集采、创新药发展、支付方式改革等内容，为我国医疗保障体系进一步深化改革、加快发展指明了方向。2025年是“十四五”规划的收官之年，政府在民生保障领域精准施策、积极作为，不仅将为“十五五”创造良好开局打下坚实基础，而且能够进一步推进实现中国式现代化。政府工作报告提出要强化宏观政策民生导向，推动更多资金资源投资于人、服务于民生，形成经济发展和民生改善的良性循环。民生政策也要积极“投资于人”，在

强化人口素质提升和健康养老保障等方面持续发力，助力经济高质量发展。其中，医疗保障作为一项重要的民生保障，不仅能够促进人口健康人力资本积累，还可化解人民群众疾病医疗后顾之忧，进而助力消费提振，促进我国经济持续健康发展。因此，医疗保障政策的持续加力是实现我国民生保障“投资于人更加高效”“拉动经济更加强劲”的关键举措。

先来看政府工作报告对我国医保工作的整体部署。2025 年，我国将继续实施健康优先发展战略，促进医疗、医保、医药协同发展和治理。“健康优先”是我国医疗保障制度发展的终极方向，“三医”协同发展和治理则是我国实现“健康优先”目标的根本路径。考虑到医疗、健康的复杂性和系统性，医疗、医保、医药三方不能仅着眼于履行部门职责，还要把握系统思维、坚持集体理性，在“三医”之间加强协同合作，打通建设高质量医疗保障体系的卡点、堵点，更好地实现全体人民群众的“健康优先”目标。

2025 年政府工作报告对我国医疗保障领域相关工作进行了具体部署，包括优化药品集采政策、健全药品价格形成机制、推动基本医保省级统筹、深化医保支付方式改革、建立药品耗材追溯机制、加快建立长期护理保险制度等。结合我国医疗保障实践，我们可以大致将以上这些工作归纳为三个方面。第一是支持医药领域高质量发展。药品集采和创新药谈判的大规模开展，在不断挤压药品价格水分、为人

民群众谋求实惠的同时，也面临着加强集采药品质量监管、激发创新药产业发展动力等方面的迫切治理需求，需要全社会理性审视、着眼全局、科学应对。第二是深化支付方式改革。支付方式改革是引领医疗保障走向价值付费与健康促进、维护医保基金安全、撬动“三医”协同发展的“重要杠杆”，必须持续深化，在不断优化改革方案、促进政策落地中实现“三医”的高质量协调。第三是完善待遇保障机制。完善医疗保障待遇机制是增强人民群众获得感、幸福感、安全感的关键，也是医疗保障“投资于人”的关键举措，更是促进社会公平的现实需要。

再来看政府工作报告提到的医保重点工作。如前所述，医药、支付和待遇是我国 2025 年医保改革的重点领域，应当深刻领悟这些工作的精髓要义，为深化医疗保障高质量发展奠定基础。

在支持医药服务高质量发展方面，政府工作报告提出要健全药品价格形成机制，制定创新药目录，支持创新药发展。创新药产业是我国打造医药新质生产力的关键领域，根本目标在于进一步满足人民群众的临床用药需求，从“有医有药”向“优医优药”升级。健全药品价格机制与制定创新药目录，本质是构建“患者可负担、企业可持续、基金可支撑、社会可接受”的医药创新生态，通过价格信号引导资源向高价值领域配置，通过药品目录分类管理，既可优化临床用药结构，还能精准支持创新药产品。有关部门在支持创新药工作实施的过程中

需要注意三个关键问题：第一，“创新”程度的界定标准要规范、透明、清晰，避免成为企业“套利工具”；第二，需要加强药监、医保、卫生健康等部门的政策协同联动，避免出现“支持链条”断裂的情况；第三，要逐步引导商业健康险强化创新药品支付能力，加快构建创新药多元支付格局。我国医疗保障领域将继续通过政策支持、机制创新、要素支撑，以真金白银来践行“真支持创新、支持真创新”，最终实现从“仿制驱动”向“创新驱动”的产业升级。

在支付方式改革方面，政府工作报告提出要深化医保支付方式改革，促进分级诊疗。DRG/DIP 改革实现了全国大部分地区群众就诊经济负担显著下降、医保基金使用效率提升，但还是有少数医疗机构出现了临床“挑选病人”、医生“拿着计算器看病”等异化现象。为进一步深化改革、完善支付环节，我国推出了 DRG/DIP2.0 版分组方案。在深化支付方式改革的进程中，我们一是要更加重视考核方式的科学协同，拒绝“一刀切”，避免医疗机构将指标分解到每个医生头上，推动公立医院运营管理与医保支付方式配套协同；二是要重视不同支付方式之间的协同，进一步破除多元支付方式改革中的痛点、堵点；三是要高度重视地区协同、机构协同，加快打通异地 DRG/DIP 支付结算，推进医保基金与定点医疗机构即时结算。同时，在坚持基层报销比例适度提升的基础上，继续落实将村卫生室纳入定点管理，DRG/DIP 对基层病组实行“同病同付”，提升基层诊疗积极性。坚持完善总额

预算管理制度方向，加快推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，通过优化医患行为和规范诊疗过程，提高医保基金使用效率。不仅如此，还应进一步推进多元医保支付方式改革与卫生领域优质资源扩容下沉、区域紧密型医共体建设相结合，提升基层服务能力、优化医疗资源配置，推动分级诊疗落地实现，推进从“以疾病为中心”向“以健康为中心”的真正转型。

在医保待遇保障机制方面，政府工作报告提出要提高居民医保人均财政补助标准 30 元。通过财政转移支付不断提升居民医保的筹资能力，这将进一步增强医保基金的支付能力。政府工作报告同时指出，要稳步推动基本医疗保险省级统筹，健全基本医疗保险筹资和待遇调整机制。当前，省级统筹是提升医保基金共济能力和保障水平的关键举措，此举有助于进一步实现医保制度的公平性和可持续发展。各地可结合实际情况，考虑从调剂金制度起步，逐步实现省级统筹，最终实现省级统收统支。不仅如此，提高医保基金统筹层次还有助于进一步解决我国医保领域长期存在的区域间政策碎片化、基金抗风险能力不足等问题，一定程度上缓解地区基金穿底风险、提高基金整体利用效率。公平适度的待遇保障是增进人民健康福祉的内在要求，合理筹资、稳健运行则是医疗保障制度可持续的基本保证。我们要进一步优化基金筹资体系，均衡好个人、单位与政府的三方筹资责任，建立与国情相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资

机制，坚持“以收定支、动态平衡”的可持续模式，确保待遇保障水平与经济社会发展同步，为积极应对老龄化、实现健康优先奠定条件。在完善筹资分担和调整机制上，应进一步探索完善与收入挂钩的筹资模式，合理确定费率并实行动态调整。

[返回目录](#)

医保改革再进阶：省级统筹如何释放制度红利

来源：中国医疗保险

中国医疗保障制度历经 30 余年改革发展，已建成全球覆盖人口最多的基本医疗保障网络，参保人数超过 13 亿，总体参保率持续稳定在 95%。但在制度成熟定型的过程中，长期存在的市县分级统筹机制逐渐显现出深层次矛盾——全国 2800 余个统筹单位形成“蜂窝状”政策版图，区域间缴费标准、待遇水平、药品目录存在显著落差，分散的基金池难以形成风险共济效应，跨区域人口流动与属地化管理之间的制度性摩擦持续加剧。

为了提高基本医保的统筹层次，缩小区域差距、提高基金运行效率，推进共同富裕，党中央、国务院高度重视提高基本医保统筹层次工作，多次作出高位部署，要求推动基本医保省级统筹：早在 2010 年，《中华人民共和国社会保险法》就提出基本医保要实现省级统筹；2020 年中共中央、国务院在《关于深化医疗保障制度改革的意见》

中提出，推进基本医保省级统筹；自该年起，连续三年政府工作报告都提出“推动基本医保省级统筹”；党的二十大报告也专门提出，要健全社会保障体系，推进基本医保省级统筹。

据介绍，截至 2024 年底，全国已有 12 个省份实现职工医保省级统筹，城乡居民医保省级统筹省份达 12 个，其中北京、天津、上海、重庆 4 个直辖市及陕西、宁夏、四川、海南、江西等省份实现职工、居民医保“双统筹”。这场制度变革正在重塑中国医保体系的底层逻辑：从“地方性制度安排”向“省级治理共同体”跃迁，从“分散决策”转向“全域协同”，在 14 亿人口规模上探索健康权益的公平性实现路径。

打破壁垒，重塑治理逻辑

医保省级统筹的推进，本质上是打破地方利益藩篱、重构治理体系的过程。以安徽、陕西为代表的省份率先行动，通过“七统一”改革整合省内差异化政策，覆盖参保范围、筹资缴费、待遇保障等核心领域，终结了省内政策“蜂窝状”割据的混乱局面。

首先是制度上的统一，从“一市一策”到全省规范。在制度统一的关键突破中，安徽省的实践具有典型意义。据安徽省人民政府办公厅发布的《关于基本医疗保险省级统筹的实施意见》，提出 7 项重点任务，从 2024 年起分三阶段，将在全省范围逐步实现参保覆盖范围、筹资缴费、待遇保障、基金运行、基金调剂、医保支付、医保公共服

务“七统一”。其中，2025年起，组织实施居民医保省级统筹相关政策，实施居民医保省级调剂金制度；规范统一职工医保筹资与待遇保障等配套政策。

其次是基金池的重构，从分散运作到省级统收统支。如陕西将基本医保省级调剂金纳入省级社会保障基金财政专户集中管理，单独建账，专款专用，实行统一的会计核算，任何单位和个人不得挤占、挪用、借用，不得用于平衡财政预算和工作经费。

而在利益协调的机制创新上，宁夏将医保基金统筹调剂金纳入基金预算管理体系，采取“预拨结算制”提高医保基金使用效率，在全国属首创。据介绍，宁夏去年在2021年建立调剂金申请考核机制的基础上，将调剂金管理方式由“被动申请”调整完善为“主动补给”，明确以事前调剂“风险”为目标、事后考核为“指挥棒”，充分发挥医保基金使用绩效、基金监管、审计巡视等综合考评作用。此外，还把医保基金统筹调剂金因地制宜地设置为紧急调剂和正常调剂两部分，以保障各分统筹区基金运行的韧劲；将医保基金统筹调剂金从累计结余，转为调剂当年收支赤字并于基金预算同步编制和审核，更及时、灵敏地预防缺口风险，精准确定调剂金额。其实，这种机制设计揭示出改革的关键逻辑：省级统筹不是“大锅饭”式的平均主义，而是通过激励相容的制度安排，实现区域互助与自我革新的动态平衡。

成效显现，释放制度红利

基本医疗保险统筹层次作为医保治理体系的核心参数，其提升过程本质是医保治理现代化的重要实践。遵循“大数法则”原理，通过扩大统筹单元实现风险共济能力升级，不仅成为优化基金运行效率的必然选择，更是推进共同富裕背景下医疗公平的重要保障。当前省级统筹改革在多地试点中已显现出显著制度红利，具体体现在三个维度：

一是基金安全边际获得实质性强化。省级统筹通过构建全域资金池，显著增强了医保基金的抗风险韧性。四川改革实践表明，省级调剂金机制有效平抑了地区间基金波动，多个市州脱离风险预警区间，基金运行稳定性实现跃升。这种机制创新实质是构建省级风险共担机制，通过再分配效应提升整体抗风险能力，为应对老龄化等长期挑战奠定坚实基础。

二是制度公平性实现系统性重塑。省级统筹突破原有碎片化格局，推动医保治理向标准化迈进。安徽“七统一”改革框架具有示范意义，通过参保范围、筹资标准、待遇清单等维度的一致性建设，有效弥合地区间待遇落差。这种统一化进程不仅促进权利公平，更通过标准化管理提升服务效能，形成“制度平权”的治理效应。

三是基金管理效能形成闭环提升。统筹层级提升倒逼治理精细化转型，形成“激励-约束”双重机制。四川建立违规增支扣减制度，宁夏创新采取“预拨结算制”，将调剂金管理方式由“被动申请”调

整完善为“主动补给”，提高医保基金使用效率，共同指向管理效能提升。这种机制设计通过绩效考评强化地方主体责任，将基金监管从被动应对转向主动防控，实现管理范式从粗放向精准的转型升级。

这些改革成效印证了省级统筹的多重价值：既是风险治理的技术优化，更是推进医疗公平的制度突破，同时形成倒逼治理能力提升的改革压力。随着改革深化，需进一步探索跨省协同机制，完善多元共治体系，使医保统筹红利持续释放，为健康中国建设注入持久动力。

问题显现，改革面临深水区挑战

在充分肯定省级医保统筹改革阶段性成效的同时，仍需清醒认识到改革已进入深水区。随着制度红利的持续释放，一系列结构性矛盾开始显性化，亟待构建系统性解决方案。

此前，中国社会保障学会副会长浙江大学国家制度研究院副院长金维刚在《实现“基本医保省级统筹”还需哪些努力》一文中就对当前改革面临的深层挑战做了较为系统性的分析，主要集中体现在四个相互交织的维度：

一是就医流向失序问题凸显资源错配困境。省级统筹破除地域壁垒的初衷，客观上形成“虹吸效应”的意外后果。统一支付标准虽便利了患者流动，却导致省会及中心城市三级医院承载超负荷需求，基层医疗机构则陷入服务量萎缩困境。这种“强者愈强、弱者愈弱”的循环，不仅推高医保基金支出增速，更使本已失衡的医疗资源分布雪

上加霜，形成“看病难”问题的新形态。

二是省级统筹模式下，容易导致纵向财政责任划分出现制度性错位。省级财政兜底责任加重与市级监管动力衰减形成双重压力：市级政府既缺乏扩面征缴积极性，又减少对基金运行的实质性监管。这种权责错配导致治理体系出现“真空地带”，亟需建立与统筹层次相匹配的责任分担机制，重构“权责对等、激励相容”的治理框架。

三是省级调剂金分配机制则面临公平性质疑。作为过渡性安排的省级调剂金制度，其运行逻辑本质上是区域间财政再分配。但这种模式，一定程度上损害发达地区参保者权益，且难以可持续保障欠发达地区需求。现行分配机制缺乏科学测算标准，人为干预空间较大，容易引发地区间利益博弈，亟待构建基于多维指标的精准调剂模型。

四是经办体系碎片化更成为制约统筹效能的体制性障碍。垂直管理缺位导致省级医保部门调控能力弱化，属地化管理体制下，市级经办机构缺乏省级统筹意识，省级部门仅能通过业务指导施加有限影响。

这种“形统实分”状态，使统一政策执行出现地域性偏差，基金调度效率大打折扣。破解之道在于创新管理体制，在保持适度地方灵活性的同时，强化省级对关键环节的直接管控能力。

其实，不难发现，当前改革仍面临央地权责划分、区域发展差异、多元主体利益平衡等深层次挑战。对此，中国宏观经济研究院社会战

略规划研究室副主任关博也表示，医保统筹层次的提升不仅是基金风险池的简单扩大，更是对制度结构和主体关系的根本性调整，需在制度权责、财务风险管理和“三医”协同方面做好三方面再平衡：一是应逐步明确省级、市级在医保政策制定、政策执行方面的权限，既要继续落实省级以下的经办和基金监管职能，同时要合理提升省级在医保管理中的责任权重，逐步形成全省“一盘棋”的制度设计，使医保制度在省级统筹框架下达到财权与事权的平衡一致；二是当期财务稳定与长期可持续的再平衡，强化基金的财务抗风险能力，是提升医保制度统筹管理层次的核心功能；三是推进医保与医疗、医药“三医联动”改革省级协同，真正实现从“治病为中心”向“健康为中心”的治理升级。

写在最后：从“蜂窝状”割据到“共同体”治理，医保省级统筹不仅是一场制度升级，更是国家治理能力现代化的生动实践。当省级蓄水池托起区域公平的底线，当数字化治理穿透属地化管理壁垒，中国正以制度创新破解超大规模社会的治理难题，为 14 亿人织就更紧密的健康保障网。

这场改革揭示的深层逻辑在于：唯有打破行政藩篱、激活制度协同，才能在高质量发展中实现全民健康权益的“最大公约数”，为全球提供超大规模人口健康治理的中国方案。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

精准支付助力医院提质增效

来源：中国卫生杂志

“按病组 (DRG) 和病种分值 (DIP) 付费 2.0 版分组方案通过设置特例单议等机制，为复杂病例诊疗和创新技术应用提供了支付保障。”近日，河北医科大学第二医院医保办主任刘焕龙就落地 2.0 版分组方案接受记者采访，介绍了该院通过政策衔接、数据治理与多科室协作等创新实践，探索以精准支付助力医疗质量提升的改革路径。

多学科协作，提升数据治理

中国卫生：为落实 2.0 版分组方案，医院开展了哪些工作？

刘焕龙：2024 年 7 月，国家医保局发布《关于印发按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》。针对 2.0 版分组方案，河北省医保局进一步细化操作规范，并积极组织医保专家、病案专家、临床专家对病种进行多次论证，确定省内 DIP 病种库调整方案。医院积极配合省医保局论证病种，多次派出专家配合省医保局完成了对《河北省本级按病种分值 (DIP) 付费 2.0 版病种目录库》的论证与修订，并在院内做好政策衔接与组织保障。

根据国家医保局要求，医院完成医院住院管理系统 (HIS) 与 2.0 版分组方案对接，重点优化病案首页编码映射，确保诊断与手术操作编码符合国际疾病分类和国家手术操作编码规范。

医院借鉴多学科诊疗(MDT)模式,组织相关部门形成MDT管理团队。在医院党委的引领下,医院绩效提升办公室、财务处、医保办、病案室等多部门联合组成MDT管理团队,创新工作模式、工作思路,拓展服务广度,积极服务各临床科室,帮助科室分析DIP数据、病案数据。MDT管理团队深入临床科室一线面对面分析科室数据,注意走访重点科室并组织交流培训,覆盖所有临床医生及科室DIP秘书。培训内容涵盖新版分组规则、特例单议申报流程、病案首页填报规范等。医院建立“临床—病案—医保”三方联审机制,重点核查主要诊断与手术操作的匹配度、合并症与并发症填报的准确性。在MDT模式下,医院医保办联合病案、财务、信息部门成立DIP专班,多学科协作,进行数据治理,定期分析超支病例产生的原因。

医院部署DIP管理系统,信息化赋能推进精细管理,在医生端实时提示入组规则和费用风险,实现对医保结算清单的事前、事中质控,减少入组错误情况。医院定期分析科室DIP数据,提出改进措施,优化临床路径,缩短平均住院日。

分组更精细,特例更科学

中国卫生:2.0版分组方案回应了医院的哪些需求?

刘焕龙:在1.0版病种库阶段,病种分组较粗糙,尤其是对肿瘤、重症医学、血液免疫等专科的分组不能充分体现临床实际。2.0版分组方案包含9250组国家核心病种,与1.0版相比,减少了2033组,

集中度更高。另外，针对 1.0 版病种库中缺少肿瘤基因治疗、分子治疗、免疫治疗以及部分放射治疗等情况，2.0 版分组方案增补了对应病种，分组更精细，覆盖更全面。

2.0 版分组方案在分组规则上，也有所突破。一是对手术操作的界定，2.0 版分组方案采用“主要诊断+主要手术操作+相关手术操作”进行聚合，入组逻辑更加清晰，病种组合更加明确。二是依据资源消耗对相关手术操作进行遴选，2.0 版分组方案将相关操作资源消耗达到该病例原诊疗费用 10%以上的情形单独成组。这一调整使病种结构更科学合理，能够精准体现实际临床情况，避免了由病种分组过粗或过细导致的支付不合理问题，让医保支付更贴合实际医疗服务。2.0 版分组方案提高了分组的科学性和准确性。这有助于医疗机构根据准确的分组和支付标准，控制成本，避免不必要的医疗资源浪费，同时激励医院提高医疗服务质量，以获得更好的经济效益和社会效益。

医院在收治复杂危重症患者、利用新技术时，往往要面对一定的经济风险。2.0 版分组方案的特例单议机制有助于解决这一痛点。

目前，河北省规定医院满足以下条件之一就可申报特例单议：住院天数超过上年度同级别定点医疗机构该病种平均住院天数 5 倍(含)的、住院总费用超过上年度同级别定点医疗机构该病种次均住院费用 5 倍(含)的、监护病房床位使用天数超过该病例住院床位使用总天数 60%(含)的、需转科或多学科联合诊疗的疑难复杂病例、因运用创新

医疗技术和创新药导致费用较高的。省医保局对特例单议病例报销不设置上线，符合申报条件的病例在每月 10 日前均可以申报。

创新实践路径，推进优化分组

中国卫生：医院如何利用 2.0 版分组方案支持医院高质量发展？

刘焕龙：结合特例单议、预付金等 6 项机制，医院探索创新实践路径。医院联合医保部门制定院内特例单议申报指南，明确新药品、新技术项目的申报标准。医院将特例单议机制与临床创新联动，建立临床、医保联合专家组，每月筛选高倍率及极高倍率支付病例并通知临床科室，通过特例单议机制争取医保政策支持，同时积累数据用于进一步优化分组。

目前，医院建有神经内科、心血管内科、心脏大血管外科、急诊科等 10 个国家级临床重点专科。其中，神经内科于 2012 年被评为国家级临床重点专科，神经内科亚专科齐全，对脑血管病、神经系统感染性疾病等疾病的诊治及基础研究处于国内领先水平。视神经脊髓炎谱系疾病为神经内科罕见病，治疗此种疾病需使用特殊药品伊奈利珠单抗注射液，费用较高。对此，省医保局对医院数据进行分析，将此药纳入特例单议创新药品支付范围，使医院可以得到合理的补偿支付，提高了临床治疗的积极性。

另外，医院能够开展经导管主动脉瓣植入术(TAVI)，手术量居全国前列。2.0 版分组方案将 TAVI 纳入本地核心病组，分值为 3124.26，

匹配了技术难度，可覆盖资源消耗。

中国卫生：目前，医院对于支付方式改革还存在哪些需求？

刘焕龙：一是建立分组动态更新机制。如基因治疗等部分新技术尚未被纳入分组目录，需建立更灵活的分组调整周期，建议每半年更新一次。

二是提升数据透明度，推动数据共享。希望医保部门公开分组底层逻辑和辅助目录，便于医院有针对性地优化临床路径。

三是促进异地就医报销协同。目前，跨省病例分组规则差异导致异地结算存在争议，建议在国家层面推进分组标准统一。

四是进一步优化绩效评价体系，现有绩效考核仍侧重考察工作量，建议建立以“疾病复杂度+结余管理”为核心的新绩效评价体系。

未来，河北医科大学第二医院将继续以数据为基础、以临床为核心、以机制为纽带，探索支付改革与医院高质量发展的深度融合路径，为全国提供可复制的实践经验。

[返回目录](#)

高质量发展背景下公立医院全面预算管理体系建设探讨

来源：三智医管

2021年1月，国家卫生健康委与国家中医药管理局联合发布《关于印发公立医院全面预算管理制度实施办法的通知》（国卫财务发〔2020〕30号），旨在推进公立医院实施全面预算管理工作。

2021年6月，国务院办公厅发布《关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号），提出加强全面预算管理，提升发展新效能。

传统的预算管理强调以财务收支为导向，更多关注局部利益和短期财务指标，与战略关联度不高，对业务活动引导不足，执行结果缺乏反馈，绩效考核流于形式。

在精细化管理要求下，越来越多的医院尝试从管理会计视角，应用管理工具搭建预算体系，其中以战略导向的预算管理最具代表性。

本研究旨在应用业财融合、全过程管理、绩效考核等管理理念，借助战略地图、平衡计分卡等管理工具，探索综合构建战略预算的路径，弥补单一模式的不足，提高资源配置效率，推动公立医院逐步实现全面预算管理。

全面预算体系建设思路和实施路径

01 建设思路

在健全医院预算管理组织体系的前提下，Z医院通过SWOT分析法确定医院战略，运用战略地图、平衡计分卡等将战略分解为预算目标，并编制战略预算方案；预算审批下达后，通过执行与控制预算落实战略；借助预算考核与评价优化战略，打造“战略-预算-绩效”全过程闭环管理体系。战略导向下的全面预算管理体系优化框架如下图。



02 实施路径

健全组织架构

组织架构有四个层级：一是上级业务主管部门对医院预算实行全面管理；二是医院全面预算管理决策机构，即党委会、院长办公会，对年度预决算方案进行审批；三是医院全面预算管理领导机构，即预算管理委员会，负责审议医院预算管理制度、预算方案和预算调整等，并下设预算管理办公室，牵头负责日常预算工作；四是医院全面预算执行层面，分为预算归口管理部门及预算科室。

明确战略目标

运用 SWOT 分析法，从医院内部的优势与劣势，外部的机遇与威胁方面进行综合评价，进而明确战略目标(如下图)。

		优势(S)	劣势(W)
内部		1. 地理位置优越，群众就医需求量大；2. 硬件设施齐全，诊疗仪器先进；3. 专科设置齐全，人才队伍稳定，医疗服务功能强大	1. 在国内影响力不够，“高精尖”人才数量偏少；2. 医院综合排名、专科声誉仍有较大提升空间；3. 医院现有空间受限，影响患者就医体验
		机遇(O)	威胁(T)
外部		1. 抗疫工作中勇于担当，声誉度和认可度提升；2. 国家对医疗保健越来越重视，医院正在规划建设“高端综合医疗救治基地”	1. 省内医疗资源丰富，行业竞争激烈；2. 分级诊疗政策促进患者合理流动，一定程度上减少了周围市县居民来院就诊数量

Z 医院以建设国际一流综合性研究型教学医院为战略目标，以公立医院高质量发展促进行动为参照，持续提升管理水平，优化资源配置，稳步推进医教研防各项工作。

科学编制战略导向预算方案

预算编制以战略为导向，按照“以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点”的原则，科学预测年度目标，合理配置内部资源。预算编制按照“上下结合、分级编制、逐级汇总”的程序层层组织进行。

(1) 战略分解与目标下达。预算管理委员会根据医院战略制定年度预算目标，可借助管理工具实现。如战略地图是描绘工具，平衡计分卡是评价工具，关键绩效指标应结合专项工作设定。指标目标值在参考历史数据的基础上，综合政策导向及工作开展实际设定。责任部门关注业务范围和职能归属，以保证预算目标具有挑战性和可实现性。预算目标经预算管理委员会审查后与预算编制任务一同下达。各责任部门通过落实预算目标确保战略实施与落地。

(2) 编制上报。预算以战略为导引，以业务为依据，其核心是资源的有效配置。各预算编制部门需在战略指导下制定行动计划，编制医疗业务工作量、财政专项、科研教学项目等业务预算，作为编制预算的直接路径，并匹配所需要的财务资源，形成年度预算。责任部门根据下达的预算目标，结合归口管理事项及日常运行所需编制预算。

(3) 审查。预算管理办公室对各部门上报的预算进行汇总，提出

综合的建议，反馈给相关部门予以调整，形成预算草案，并上报预算管理委员会审查。

(4) 审议批准。预算管理委员会审查通过的预算草案，依次提交院长办公会议、党委常委会议审议批准。

(5) 下达执行。预算管理办公室将审议批准的年度预算，下达给各临床医技科室和职能部门执行。

执行与控制预算

预算批复下达后，各执行科室应将指标细化分解，责任到人，形成全员、全方位的预算执行责任体系。医院层面，应按照事前预算申请、事中授权审批、事后预算反馈等流程监测执行情况。预算管理办公室定期组织预算执行分析会，通报执行情况，研究解决执行中存在问题，为管理者提供医院运营状况信息，以提高决策的时效性。

建立战略预算绩效考核机制

建立“预算编制有目标、预算执行有监控、预算完成有评价、评价结果有反馈、反馈结果有应用”的全过程预算绩效管理机制，并构建预算编制、执行、决算与绩效目标、监控、评价有效结合的一体化管理链条。一是构建核心预算绩效考核指标体系。二是加快预算绩效管理信息化建设。三是合理应用预算绩效考核结果。

建设成效

本研究的预算管理体系解决了战略与预算脱节的问题，促使资源

合理配置。Z 医院资源配置效率逐年提高，医教研各项工作有序进行，综合实力稳步提升。

结论

本研究综合运用多种管理工具，将抽象的战略与具体的预算进行有效转化，并通过绩效考核完善全过程管理体系，加强资源调配与优化，促进各类业务协同推进，共同实现医院战略。另外，预算指标体系从战略目标确定、预算编制、执行及考核全方位呈现了医院预算管理路径，并通过具体部门结合战略目标编制上报预算展示了业财融合效果，为医院组织各层级的预算管理提供了框架，促使其以国家政策导向、医院战略发展、自身业务特点为指引，“跟政策、配资源、强落实”，提升预算效益，助力医院高质量发展。

全面预算管理实施中，首先，医院应明确自身功能定位和发展目标，解决发展战略“是什么、为什么、怎么办”的基础问题。预算管理办公室依据医院战略，分解为数字化、可落地的战略重点，各归口管理部门和预算科室结合自身职能定位，制定核心诊疗能力提升、教学质量改善、人才梯队建设、学科与科研发展、技术和设备升级置等工作计划，使预算编制落到实处。其次，医院应进一步推进战略与预算管理、绩效考核、内部控制和审计监督的紧密衔接，强化预算执行预警和偏差纠正，发挥战略“方向标”与预算“指挥棒”的双重引导作用。本研究建立的“战略—预算—绩效”全过程闭环管理体系，有

助于提升医院管理水平。

[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