

医药先锋系列之



Medical weekly pharmacy

» 医周药事

2025年第24期

(2025.06.09-2025.06.15)

——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。）

• 地方精彩 •

▶ [涪陵区：建立完善基层药品联动管理机制](#)（来源：重庆市涪陵区）

——第 7 页

【提要】2024 年，重庆市全面推开紧密型区县域医共体建设，涪陵区结合前期试点工作经验，对照最新工作要求，初步构建了以重庆大学附属涪陵医院为龙头、3 家区级医院为骨干、27 家基层医疗卫生机构为基础的三级药事管理机制，着力提高全区药品供应保障和药学服务能力水平，满足人民群众日益增长的药学服务需求，助推紧密型城市医疗集团和县域医共体建设。

▶ [梁平区：打造区县域审方中心](#)（来源：重庆市梁平区）——第 13

页

【提要】数字重庆建设，简单来说，就是运用数字化技术、思维促进各领域工作体系重构，加快形成与数字变革时代相适应的生产方式，实现市域治理体系和治理能力现代化。“不仅能让政府治理‘更智慧’，也能惠及全体人民，使人民生活‘更幸福’。”是对数字重庆建设核心内容的凝练总结。

• 卫生健康 •

▶ [人工智能赋能卫生健康事业——现状、展望与挑战](#)（来源：中国医学科学院医学信息研究所）——第 18 页

【提要】人工智能(AI)技术在医疗领域的应用正逐步从理论研究迈向实践探索。当前，AI 医疗正迎来发展的关键时期。然而，这一过程仍面临诸多挑战，不仅涵盖技术与应用层面的难题，还涉及政策、监管及伦理等方面的深层次议题。充分研究 AI 技术在卫生健康领域的应用现状，分析其优势与挑战，有助于我们探索 AI 赋能卫生健康事业高质量发展的可行路径。

▶ [智慧医院与 AI 能擦出怎样的火花](#)（来源：中国卫生杂志）——第 24 页

【提要】近年来，人工智能(AI)技术蓬勃发展，先进的 AI 技术在改善患者就医体验、提升医院运营效率、医疗质量控制、处置突发公共卫生事件等方面发挥了重要作用，帮助医院开拓了新的发展思路，为医疗领域发展带来了强劲助力。紧跟科技发展的脚步，对智慧医疗如何发展、智慧医院如何建设等问题进行前瞻性思考，已成为实现公立医院高质量发展的必答题。

• 医药创新 •

▶ [中国医药突围战：医保“政策组合拳”赋能医药创新](#)（来源：中国医疗保险）——第 31 页

【提要】近年来，我国医药创新取得的显著成就，离不开药监、卫健、医保等多部门的协同推进与政策合力。多部门联动的政策生态，不仅可以打通从研发到应用的关键环节，更形成了“以临床价值为导向”的良性创新循环，使得我国医药创新从跟随模仿逐步迈向全球引领的新阶段。

▶ [医保如何“慧眼识药”？——创新药价值认定与价格管理](#)（来源：中国药科大学医药价格研究中心）——第 39 页

【提要】药品价格问题，历来是医疗改革和社会舆论的焦点。随着健康需求和医疗技术的提升与进步，创新药不断突破技术边界，给患者带来新的治疗希望。对此，国家始终高度重视医药创新能力提升，积极营造鼓励创新药发展的制度环境。从药品审评审批制度改革，到医保谈判机制等，国家多措并举支持创新药发展。

• 基金监管 •

▶ [解码“互联网+”新场景下的基金监管范](#)（来源：首都医科大学国家医保研究院）——第 46 页

【提要】“互联网+医疗健康”是医药卫生领域的创新服务模式，有利于提高服务效率、降低服务成本，满足人民群众日益增长的医疗卫生健康需求。随着“互联网+医疗健康”的发展，由于其作为相对较新的业态，存在着相关利益主体多、应用场景多等情况，与之对应的医保支付及其基金监管也面临着新挑战。

▶ [医保“两库”建设：是一小步，也是一大步](#)（来源：健康报）——第 52 页

【提要】近日，国家医保局发布医保基金智能监管规则库、知识库(以下简称“两库”)，第一批公开的规则和知识点覆盖 5 类场景的 11290 条细则。定点医药机构可以将“两库”置于本机构智能提醒等信息化系统中，也可以对接医保部门智能监管系统事前提醒功能模块，对医保基金使用行为开展自动提醒和自查自纠，将不合规的行为消除在萌芽阶段，从源头上减少使用医保基金违法违规行为发生。

• 分析解读 •

▶ [药店+康养，是未来药房的新模型吗？](#)（来源：中国药店）——第 54 页

【提要】当下，医药零售行业正处于超级内卷时代——全国药店数量从 2015 年末的 434,920 家增至 2024 年末的约 675,000 家，9 年间净增 240,080 家或 55.20%；从店均服务人口指标来看，则是从 3,180 人降至 2,086 人。

▶ [药店“清源”，重点检查“先药后方”](#)（来源：中国药店）——第 58 页

【提要】处方药销售管理事关老百姓用药安全，责任重大。近日，宁夏回族自治区药品监督管理局官网发文，加强处方药销售管理，重点检查“先药后方”。通过此次行动，形成高压震慑，引导从业人员主

动规范处方药凭处方销售行为；积极引导公众主动获取处方，凭处方购买处方药。

-----本期内容-----

· 地方精彩 ·

涪陵区：建立完善基层药品联动管理机制

来源：重庆市涪陵区

2023年，重庆市涪陵区相继成为国家紧密型城市医疗集团建设试点、首批重庆市基本药物制度和药学服务改革综合试点区县。

2024年，重庆市全面推开紧密型区县医共体建设，涪陵区结合前期试点工作经验，对照最新工作要求，初步构建了以重庆大学附属涪陵医院为龙头、3家区级医院为骨干、27家基层医疗卫生机构为基础的三级药事管理机制，着力提高全区药品供应保障和药学服务能力水平，满足人民群众日益增长的药学服务需求，助推紧密型城市医疗集团和县域医共体建设。

五项举措激发药事管理活力

一是推动用药目录一体化。涪陵区认真梳理分析院内基本用药目录，出台《涪陵区试点医疗机构基本用药供应目录遴选实施方案(试行)》。经试点医疗卫生机构推荐、专家遴选和评审公示，印发《涪陵区试点医疗机构基本用药供应目录》。该目录有药物品种1444个、品规2084个，包括基本药物1417个、集采药品1021个，持续巩固了以基本药物为主导的用药模式。

继续深化慢性病上下级用药衔接，坚持一个区域使用一张衔接清单。

修订《涪陵区医共体上下级医疗机构慢性病用药衔接统一清单(2024年版)》，该清单有慢性病病种12种、药品品种99种、品规115个、厂家102家，包括基本药物品规72个、集采药品品规82个、甲类医保药品品规45个、国家医保谈判药品品规8个，所有药品在基层医疗卫生机构均可实现医保报销。

案例：高血压患者在区级医院就诊后，回到乡镇卫生院继续治疗。通过统一用药目录和慢性病用药衔接清单，患者在基层医疗卫生机构也能获得与县级医院一致的药品服务，避免了因药品不一致导致的治疗中断。

二是推动处方审核一体化。依托医共体牵头单位及时上线运行涪陵区区域审方中心，各成员单位电子处方实时上传区域处方前置审核系统，由审方药师进行集中审核。

统一区域前置审核规则并动态优化。药师在审方过程中，对方剂规范性、用药合理性、药物相互作用等进行全面审查，对于存在问题的处方，审方中心通过信息系统反馈给开具处方的医生，医生进行修改后再次提交审核，直至符合要求。集中审方可以及时发现并纠正临床不合理用药行为。

全区所有公立医疗机构全部纳入审方成员单位，由32名基层医

疗卫生机构药师排班轮流在审方中心办公。2024年，审方中心共梳理出不合理处方2.79万条，优化审方1.53万条，有效减少了基层医疗卫生机构处方错误，提高用药合理性，保证患者用药安全。

案例：某社区卫生服务中心在集中审方实施后，处方合格率迅速提升至94%以上，不合理用药现象明显减少。

三是推动中药服务一体化。重庆中医药学院附属涪陵医院以智慧医院建设为工作抓手，持续提升医疗服务能力，成功运行智慧共享中药房，构建药事服务新模式。

制定从处方接方到流程追溯再到物流服务的标准，并对中药饮片采购、炮制、调配、煎煮和配送实行统一管理。进一步加强中药质量监管，下沉优质药事服务，减轻基层医疗卫生机构的中医运营成本。

如今，基层医疗卫生机构接入重庆中医药学院附属涪陵医院智慧共享中药房，让在基层医疗卫生机构就医的患者开具的中药饮片可以直接调配、煎煮和配送到家，患者更加省时、省力、省心。重庆中医药学院附属涪陵医院还积极推广中医药适宜技术，大力开展中医药知识与技能培训，持续提升中医药服务能力。

案例：某社区卫生服务中心曾因中药饮片短缺导致30%患者流失，智慧共享中药房运行后，中药服务覆盖率提升至95%。患者肖某的类风湿性关节炎中药治疗周期缩短15%，费用降低10%。

四是推动门诊服务一体化。以患者为中心，拓展药学服务内容。

涪陵区在区级医疗卫生机构设立药学门诊，由资深临床药师为患者提供用药评估、用药调整、用药教育等一系列专业化服务。通过互联网医院开设药学咨询板块和在门诊药房设立用药咨询窗口，药师能够帮助患者解答有关药品及其临床应用的疑问，提供安全合理的用药意见及指导。

涪陵区还在病区内开展药学诊察服务，向患者、患者家属和医务人员等提供药物信息，宣传合理用药知识，交流用药相关问题。通过一系列的药学服务举措，有效促进合理用药、提高医疗质量，确保患者的用药安全，提升患者的用药依从性，实现药物治疗效果的最优化。

案例：患者周某，基础疾病为冠心病、房颤、心功能不全，院外服用多种药物。重庆大学附属涪陵医院临床药师施某重整患者用药时发现，患者达比加群酯和利伐沙班两种抗凝药同时使用，查凝血图异常，暂停患者用药，并进行用药指导。

五是推动上下帮扶一体化。涪陵区在荔枝街道社区卫生服务中心、龙潭中心卫生院、焦石中心卫生院开设社区药学工作室试点，选派区级经验丰富的4名临床药师下基层一对一进行帮扶，指导社区药学工作室开展药学服务工作。2024年完成登记慢性病患者220人次、用药教育46人次、处方点评800份、住院医嘱点评90份、药学查房270人次，开展讲座5次。这既为医共体单位提供了同质化的药学服务，提高患者药物治疗的依从性，保障药物治疗的效果；又扩大了药

学服务供给覆盖面，试点药师加入家庭医生签约团队，提供长期处方管理和延伸处方、居家药学服务，促进规范用药和上下用药联动管理。

案例：龙潭中心卫生院肖某在帮扶中为一名多重用药的老年患者优化用药方案，将每日服药次数从5次减至3次，药物不良反应发生率下降40%。

改革成效凸显

通过上述五大改革措施，涪陵区的协同分工、医疗质量、规章制度都有了进一步的优化。

部门协作有力有效。药学服务联动改革涉及医共体各成员单位的多个部门，通过建立统一的管理机制和 workflows，强化各部门之间的沟通与协作。牵头单位与基层医疗卫生机构在药学服务方面形成紧密合作关系，能够共同为患者提供优质的医疗服务，进一步提升医共体的凝聚力和协同发展能力。

医疗服务有量有质。通过集中审方和药师参与临床诊疗等方式，及时发现和纠正不合理用药，提高处方质量和药物治疗的安全性、有效性。智慧共享中药房的运行确保基层医疗卫生机构药品的及时供应和质量可靠，为患者提供便捷的药学服务。这些举措能够有效提升医共体整体的医疗服务质量，增强患者对医共体的信任度。

落实制度有章有法。分级诊疗制度框架下，患者在医共体内能够享受到同质化的药学服务，无论是在基层医疗卫生机构还是医共体牵

头医院，都能获得规范的药品治疗和用药指导。这显著增强了患者对基层医疗卫生机构的信任，有效促进了分级诊疗制度的落实，同时优化了医疗服务体系的整体效能。

下一步的打算

通过不断完善改革措施，持续推进药学服务创新，涪陵区将为全区群众提供更加优质、高效、便捷的医疗卫生服务，助力健康涪陵建设。

一是建设区域中心药房。建立全区药品供应保障一体化管理机制，建设区域中心药房并完善信息化管理平台，实现药品采购、库存管理、处方审核、药品调度、患者用药信息等的实时共享和互联互通。

二是拓展药学服务领域。特别是加强对慢性病患者的长期用药管理，探索建立居民长期用药档案，定期进行随访和用药评估。同时，利用大数据、人工智能等技术，对药学服务数据进行分析和挖掘，为临床合理用药提供更精准的支持和决策依据。

三是完善绩效考核机制。加大对各级医疗机构药学专业人员的培养力度。进一步优化药师绩效考核指标体系，更加突出药学服务质量、患者满意度和临床合理用药等方面的考核。将绩效考核结果与药师的薪酬待遇等挂钩，充分调动药师的工作积极性和主动性，推动药学服务质量的持续提升。

[返回目录](#)

梁平区：打造区县域审方中心

来源：重庆市梁平区

数字重庆建设，简单来说，就是运用数字化技术、思维促进各领域工作体系重构，加快形成与数字变革时代相适应的生产方式，实现市域治理体系和治理能力现代化。“不仅能让政府治理‘更智慧’，也能惠及全体人民，使人民生活‘更幸福’。”是对数字重庆建设核心内容的凝练总结。

2021年，重庆市梁平区开始探索推进紧密型医疗卫生共同体建设工作。自建设之初，梁平区卫生健康委便充分认识到药学服务在紧密型县域医共体建设中的重要性，同步组织推进药学服务工作，在加强药师培训、建立药学质控中心、助力药学服务同质化等方面投入了大量精力。2024年3月，梁平区卫生健康委依托数字重庆建设，积极争取财政资金投入，建成了覆盖全区公立医疗卫生机构的区域审方中心。

全方位干预 保障患者用药安全

“区域审方中心由梁平区人民医院牵头建设，覆盖了全区36家公立医疗卫生机构以及375家村卫生室。”据梁平区人民医院院长周海川介绍，按区域审方中心的相关建设方案，梁平区人民医院成立了由25名临床药师组成的审方工作小组，审方人员主要以牵头医院的临床药师、高年资药师为主，以成员单位药师为补充，3人一组，实

行轮班集中办公。

据了解，2024年梁平区卫生健康委顺利争取到区委、区政府180余万元的财政支持用于区域审方中心建设，力争实现全区处方审核标准化、同质化。在审方中心建设初期，梁平区卫生健康委全面组织了区级及基层专家，对药品审方工作的具体需求进行了详细分析，包括系统功能、数据处理能力和用户界面等，以确保购买的系统能够满足实际工作需要。

“在审方系统界面可以看到，今日处方问题类型排名前五位分别是超适应证、超剂量范围、超配伍浓度、超多日用量和超给药途径，已审核完成任务数为6027，药师审核任务数为625，药师干预任务数为135。”采访当日，梁平区人民医院药剂科主管药师蒲鹏向记者具体介绍了区域审方中心的运行机制：先由系统按照内设规则进行智能审方，系统将筛选出的高警戒级别处方推送至药师工作台，由药师进行人工审核并标记出需要修改的用药事项，详细反馈至医师端，由医师进行一次或多次的修改，直至处方合理，顺利通过系统查验。

在早前的审方系统试运行期间，梁平区人民医院就已将近三年不合理用药处方的数据录入审方系统，对不合理处方的共性问题进行梳理归纳，将形成的具有区域特点的审方规则嵌入系统，尽可能地让不合理处方在前置审方环节就能够被系统拦截，提高审方效率。为进一步做好审方系统的规则维护，梁平区成立了区级药事管理与药学治疗

委员会，其专家团队涵盖护理、临床药学、管理、院感等方向。每周召开常态化质控会议，经多学科讨论后对规则库进行动态修订，逐步完善审方规则。

不仅是梁平区人民医院，在区内诸多基层医疗卫生机构中，保障患者用药安全都离不开药师的亲力亲为。抵达梁平区袁驿中心卫生院的时候，记者见到了下派临床药师蔡熟志。据梁平区袁驿中心卫生院院长许国成介绍，2024年5月，按照梁平区卫生健康委要求，蔡熟志从梁平区妇幼保健院下派到袁驿中心卫生院，工作内容之一便是定点开展医共体药学巡诊工作。聚焦基层高血压、糖尿病等常见慢性病，蔡熟志通过查阅病历资料了解患者病情，并积极与医务人员沟通，给出药学巡诊建议。以对糖尿病患者实施团队协作下的药物治疗管理为例，干预后患者空腹血糖达标率、糖化血红蛋白达标率和血压达标率均显著高于干预前；糖尿病和高血压患者的用药依从性评分均显著高于干预前。

审方+监管 让系统发挥更大效用

加强处方质量监管、提升药事服务水平是患者用药安全的重要保障。区域审方中心凭借其“AI智能审核+人工审核”的二重审方模式，对全域所有医疗机构的处方进行实时质控，正在成为越来越多县域医共体的选择。梁平区的独到之处在于，其审方系统并非一直是独立、封闭的系统。据梁平区卫生健康委党委书记、主任刘剑介绍，2023

年，梁平区启动智慧医疗信息平台建设，后依托该平台建立了药品信息监管系统，实现了药品实时智能监管。该系统使用国家 YPID 编码，对全区 412 家医疗机构药品入库、出库、使用数据进行采集，实现了对基药配备使用占比、门诊和住院次均药费、抗菌药物使用等 15 个指标的智能监测。下一步，审方系统将和药品信息监管系统适时融合。

“监管指标实现三级贯通，既可以查看全区、分机构的情况，也可以详细查询相关科室和个人的情况，并对重点药事服务监管指标以短信方式进行智能预警。”梁平区星桥镇卫生院院长杨光荣介绍，当前，区、乡、村三级医疗机构的药品信息监管系统实现了借助信息化手段对用药类别结构、采购价格变动、重点药品监控、短缺药品预警、基药使用、抗菌药物使用、注射类药物使用、处方及个人用药情况进行全面监管，能够提升信息化治理水平，为卫生行政管理提供决策依据。

此外，梁平区还基于药品信息监管系统得到的监管指标数据，建立了“药品监管驾驶舱”平台。“药品监管驾驶舱”系统大屏纳入基药处方占比、基药配备品种占比、基药配备金额占比、总药占比、抗菌药物处方占比、抗菌药物收入占比、门诊次均药费、住院次均药费等核心指标。管理者通过“驾驶舱”能够快速了解全区药品合理使用情况，进一步提升行政监管能力。

刘剑告诉记者，未来，梁平区将在以下三个方面实现审方系统和

药品信息监管系统的交汇融合，通过对大数据的汇集，实现对患者健康的全面服务。

一是数据共享与交互。通过建立审方系统和药品信息监管系统之间的数据共享机制，实现患者用药信息、药品质量信息和价格信息等实时交换。如审方系统可以将患者的用药异常情况反馈给药品信息监管系统，药品信息监管系统根据这些信息对相关药品进行重点监管；药品信息监管系统也可以将药品的质量检测结果和价格调整信息及时传递给审方系统，为医生调整用药方案提供参考。

二是精准审核处方。审方系统可以利用大数据和人工智能技术，将患者的病史、过敏史、当前正在服用的药物等信息进行整合分析。在医生开具慢性病药物处方时，系统自动对比，检测是否存在药物相互作用、剂量不当、重复用药等问题。例如，对于有高血压和糖尿病的患者，审方系统可以快速判断同时开具的降压药和降糖药是否会产生药物相互作用，如存在风险则提示医生调整处方，提高用药的安全性和有效性。

三是协同决策支持。在制定慢性病管理政策和治疗方案时，两个系统可以协同提供决策支持。审方系统提供临床用药数据和分析结果，药品信息监管系统负责提供药品市场和政策信息，两者共同为决策者提供全面、准确的依据，制定出更加科学合理的慢性病管理策略。

[返回目录](#)

• 卫生健康 •

人工智能赋能卫生健康事业——现状、展望与挑战

来源：中国医学科学院医学信息研究所

人工智能(AI)技术在医疗领域的应用正逐步从理论研究迈向实践探索。当前，AI 医疗正迎来发展的关键时期。然而，这一过程仍面临诸多挑战，不仅涵盖技术与应用层面的难题，还涉及政策、监管及伦理等方面的深层次议题。充分研究 AI 技术在卫生健康领域的应用现状，分析其优势与挑战，有助于我们探索 AI 赋能卫生健康事业高质量发展的可行路径。

赋能疾病诊疗 开启智能医疗新阶段

AI 技术的发展使疾病诊疗由原来的传统模式逐步进入智能化阶段。凭借强大的数据分析能力和深度学习算法，AI 在临床实践中的作用日益增强，尤其在疾病风险预测、医学影像诊断、术后疗效评估以及并发症预测等方面表现出较高的准确性和稳定性，推动医疗服务向精准化、智能化和个性化发展。

将 AI 技术应用到疾病的诊断中有助于释放医务人员的时间和精力，使医务人员专注于较复杂的病例或病人本身的情况，有更多时间、精力去关注病人的实际需要。例如，华为“神农 3.0”医疗大模型融入“诊前一术中一术后”智能诊疗全流程，DeepSeek 在多家三甲医院的本地部署等正在推动疾病诊疗模式从“专家经验驱动”走向“数

据与算法协同决策”，成为临床诊疗的重要辅助工具。

除此之外，人工智能在疫苗与药物研发领域同样发挥着不可替代的作用。目前，我国已有多家生物医药企业将 AI 技术融入研发流程，显著提升了新药及疫苗的研发效率。随着科学技术的持续发展，AI 将在疾病诊疗方面发挥更大的作用，推动我国医疗卫生事业迈向智能化的新台阶。

优化资源配置 缓解“看病难、看病繁”

长久以来，基层医疗卫生服务仍然存在短板，医疗资源分布不均衡制约了基层医疗服务整体水平的提升。破解这一难题的关键在于优化医疗资源的布局和配置，而人工智能技术的发展为此提供了新的解决思路。当前 AI 在医疗资源配置中扮演的角色，正从“流程优化工具”转为“系统重构推手”，在破解三甲医院过载困境的同时，重塑了医疗资源的空间分布格局。

例如，可通过 AI 技术推进分级诊疗制度完善、加强基层医疗卫生机构能力建设，通过 AI 预问诊系统、远程医疗等数字化手段，推动形成“基层首诊+智能分诊+远程确诊”的服务闭环，有效优化医疗资源配置，促进优质医疗资源向县域和社区下沉，打造低成本普惠型的人工智能基层医疗体系，进而缩小城乡医疗服务差距，推动医疗卫生事业公平化发展。

此外，人工智能也可以通过优化医院的管理运营来优化资源配

置。在日常管理工作中，对医院排班、病房分配、手术安排等环节进行智能优化，从而提升医院管理效率和资源调度能力。

助力传染病防控 保障公共卫生安全

疫情防控是国家公共卫生安全的重要组成部分，而人工智能的深度应用能够显著提升中国公共卫生体系的应对能力。AI 正在推动公共卫生体系从“事件响应型”转向“风险预警型”，比如在新冠肺炎疫情期间，AI 在疫情监测、传播预测、疫苗研发等关键领域发挥了重要作用，为政府科学制定防控政策、优化公共卫生管理提供了有力支撑。

在疫情监测方面，AI 通过分析交通流量、社交媒体数据及病例报告，实现了对疫情传播轨迹的实时追踪，为政府精准研判疫情变化趋势、调整防控措施提供了科学依据。同时，基于大规模数据建模和智能预测算法，AI 能够模拟疫情的传播路径，提前预警潜在的高风险区域，为资源调配和防控决策提供数据支撑。随着技术的持续创新和政策的积极引导，AI 在卫生应急管理中的作用将进一步深化，为未来的公共卫生安全体系提供更强有力的技术支撑。

驱动政策制定 健康治理迈向智能化

随着人工智能在卫生健康领域的深入应用，其角色已从单纯的技术工具升级为治理引擎，逐步参与到卫生治理的政策制定、效果评估、服务优化等多个环节，使卫生治理从“经验驱动”迈向“数据驱动”。

2024 年国家卫生健康委发布的《卫生健康行业人工智能应用场景参考指引》明确列出 84 个应用场景，其中不少场景聚焦于健康信息分析、医保管理、服务质量评价和重点人群健康干预等内容，为政策制定和实施反馈提供可量化、可追踪的科学依据。

未来，在鼓励技术创新的同时，应持续加强顶层设计，推动医疗数据互联互通，构建统一的数据共享标准与协作机制，以充分释放 AI 医疗的潜力，促进其在更大范围内落地应用。

挑战一：数据安全与隐私保护

医疗数据作为驱动 AI 医疗发展的核心要素，因其具有高度敏感性，使得隐私保护与数据安全成为行业发展的最大挑战。医学人工智能发展必须以高质量数据作为支撑，而构建兼顾隐私保护与数据价值的治理体系迫在眉睫。目前，AI 医学数据标准化体系尚未健全，数据动态更新机制有待完善，跨部门数据治理缺乏协同。数据孤岛现象突出，影响医学人工智能创新发展。因此，需要健全数据分类分级管理制度，建立基于医疗数据特征的分级授权机制，以确保数据使用的合规性与安全性。

在技术层面，可借助隐私计算技术，如联邦学习、同态加密等，实现“数据可用不可见”的应用模式，在严格保护患者隐私的同时，支撑 AI 模型训练与医疗数据分析。

在数据共享方面，可采用“原始数据不出域、数据价值可流通”

的创新模式，依托区块链技术构建分布式医疗数据协作网络，以实现数据共享的安全性与可控性。

此外，建议加快建设国家级医疗数据共享平台，构建“技术创新+制度保障”双轮驱动的数据治理框架，推进医疗数据可信流通平台试点建设，构建覆盖数据采集、存储、传输、使用的全生命周期管理体系。

挑战二：监管难题与伦理风险

人工智能医疗的快速发展衍生出一系列复杂的伦理与监管难题。在责任界定方面，辅助诊断过程中的责任归属尚不明确；在技术应用层面，算法公平性存疑、数据安全隐患突出，且存在诸多伦理规范体系空白。AI 医疗的广泛应用必须依赖完善的法律法规与清晰的管理政策，通过构建分级分类监管机制、明确各参与主体权责边界、制定符合临床实践的评价标准，实现技术应用的安全可控，降低潜在风险。现有伦理审查机制多基于传统医学研究场景，难以有效应对 AI 医疗场景中可能出现新型伦理挑战，如知情同意模糊、过度依赖 AI 技术、人机协作关系重构等；同时，AI 的“黑箱”特性导致模型决策缺乏可解释性，缺乏算法透明度，也对临床接受度、患者信任度和责任判定带来挑战，需加强模型透明度和算法可审计性建设。

可在借鉴国际经验的基础上，立足我国医疗体系特点与技术现状，制定符合中国特色的监管框架，实现技术创新与风险管控的平衡。

目前，国家药品监督管理局(NMPA)已建立针对AI医疗设备的审批流程，但面对技术迭代加速的现实，仍需持续优化提升监管效率。建立风险等级分类的动态监管制度，通过算法监测、流程记录和结果评估，实现从“事后纠错”到“全周期预警”的政策闭环，建立完善AI医疗监管机制。

人工智能技术的广泛应用为我国医疗体系的改革注入了强劲动能。在政策支持、技术创新、产业升级的多维推动下，AI医疗正沿着智能化、精准化、普惠化的路径加速发展。但需认识到，若要实现AI医疗技术的全面落地与长效应用，仍需系统性破解数据治理难题、完善伦理监管体系、强化专业人才储备，通过多维度协同推动行业生态成熟。

未来，AI医疗将作为“健康中国战略”的重要支撑力量，其应用范围不只局限于医疗服务环节，而是贯穿“战略设计—政策执行—效果评估”全过程。这就需要我们深化政策引导，持续优化法规体系，构建覆盖数据全生命周期的安全防护机制，筑牢AI医疗合规发展的制度根基；积极拓展国际合作空间，促进跨学科知识融合创新，并加大对基层医疗的数字化赋能力度。通过上述举措，推动AI医疗技术在更广泛的场景中落地应用，为全球医疗事业发展贡献“中国智慧”与实践经验。

[返回目录](#)

智慧医院与 AI 能擦出怎样的火花

来源：中国卫生杂志

近年来，人工智能(AI)技术蓬勃发展，先进的 AI 技术在改善患者就医体验、提升医院运营效率、医疗质量控制、处置突发公共卫生事件等方面发挥了重要作用，帮助医院开拓了新的发展思路，为医疗领域发展带来了强劲助力。紧跟科技发展的脚步，对智慧医疗如何发展、智慧医院如何建设等问题进行前瞻性思考，已成为实现公立医院高质量发展的必答题。

浙江的未来医院图景

浙江省是我国最富饶的省份之一，不仅拥有较好的医疗资源，也有着雄厚的科技创新底蕴。这为智慧医院与 AI 技术的融合提供了优渥的环境。

浙江省卫生健康委规划发展与信息化处处长刘小舟介绍，基于各项发展优势，浙江省在 2022 年率先提出未来医院建设的创新理念，启动浙江省未来医院建设探索工作。2023 年，浙江省围绕未来医院的内涵特征、创新领域、路径方法等开展深入研究，提出未来医院建设总体架构，发布《浙江未来医院建设白皮书 1.0》。2024 年，浙江省进一步聚焦建筑、设备、数字化深度融合，遴选 14 类未来医院单元化、模块化实景，提炼可复制可推广的实践做法，推出《浙江未来医院建设白皮书 2.0》。刘小舟介绍，浙江省正在构建“1—3—5—7”

未来医院发展框架。其中，“1”是指以人民健康为一个中心；“3”是指以居民、医护人员、管理者为三类对象；“5”是指以万物互联、全景智能、数字孪生、医术精湛、绿色人文为五个基本特征；“7”是指以新基建、新医疗、新服务、新管理、新科研、新环境和新生态为七个创新领域。

在浙江省人民医院，建设未来医院是近年来的重点工作。杭州医学院副院长、浙江省人民医院院长葛明华介绍，浙江省人民医院建设未来医院的方法为“四专一部”。“四专”指成立数字化工作专班、设立数字医疗首席专家、配备数字专员、打造未来医疗示范专区(滨江院区)，“一部”指设立信息化与人工智能部。2018年，浙江省人民医院对信息化系统进行升级，新系统以互联网 JAVA 语言(编程语言)作为开发工具，实现了 HIS(医院信息系统)和 EMR(电子病历系统)一体化；同步建设多院区数据中心，确保数据准确、一致、实时、全面。此外，新系统还支持移动应用，具备医疗数据查询等功能，医务人员可在移动端完成医疗文书工作，明显提高工作效率。

“未来，浙江省人民医院计划从四个方面让 AI 技术为医院发展注入新动力。”葛明华介绍，在数字底座方面，主要从数据处理、AI 技术、信息安全、云计算四个方向发力；在数据库与队列建设方面，聚焦专病数据库的建设和队列研究；在复合人才培养引育方面，通过制订招聘计划、拓展招聘渠道、建立评估机制、吸引海外人才等措施

加深“人才池”；在政策标准方面，推动政府参与制定医学 AI 行业的标准与规范。

AI 助力运营管理提质增效

运营管理作为医院发展的重要一环，必须与时俱进地创新与改进，而 AI 技术具有强大的计算与分析能力，与医院运营管理工作的需求高度契合。借助 AI 技术开展医院运营管理，可在数据治理、数据挖掘、辅助决策、精细化运营分析等领域对医疗机构管理者给予帮助，从而提升运营管理效率。

中国联通智慧医疗军团、联通数智医疗科技有限公司首席架构师郑宇浩介绍，目前已有医院与中国联通围绕医疗 AI 创新应用开展合作，聚焦手术环节，构建起覆盖全生命周期的数据管理体系；借助相关技术搭建智能模型聚合平台，基于医疗场景打造“手术非常准”“手术智能体小依”等工具，全面赋能术前谈话、术后康复、病历书写、手术全流程跟踪等医疗服务核心环节。

合作实践表明，AI 技术通过智能分析手术运行效率、精准检索关键信息，并结合 PDCA 循环(管理工具)质控模型，可实现手术报告自动化生成与流程精细化管理。这一模式不仅能为临床医生提供实时决策支持，还能通过智能提醒服务改善患者就医体验，推动医疗服务质量和运营效率同步提升，惠及患者。

数据治理成为发展新方向

数据作为训练 AI 大模型的基础，其治理工作面临不少挑战和机遇。

西安交通大学第二附属医院(西北医院)副院长、医学人工智能研究院常务副院长徐颂华告诉记者，当前，数据治理主要面临四方面挑战。一是隐私和安全挑战。保护患者隐私、确保数据安全性涵盖技术、法规和伦理等多个层面，是必须要守住的底线。二是数据标准化和互操作性挑战。医疗数据的多样性和来源不一致性，导致数据标准化和系统互通过程中的困难，亟须统一的标准和协议，确保数据在不同系统中顺利流通。三是数据质量和一致性挑战。数据质量直接影响医疗决策和患者治疗的有效性。四是合规性挑战。AI 技术的日新月异，要求相关部门和机构不断适应和遵循新的法规，确保数据和技术合法合规使用。

徐颂华认为，当前在数据治理方面也同样存在着重大机遇。一是智慧医疗数据为数据驱动的医疗服务提供了强有力的支持。二是 AI 在医疗领域的广泛应用为医疗数据治理带来了新的可能性。三是医学 AI 和数据的结合，让全生命周期的健康服务成为未来的发展方向。

在广东省人民医院，围绕数据治理的多项探索正在如火如荼地开展。广东省人民医院信息管理处处长、广东省医学科学院医学大数据中心主任梁会营介绍，该院积极打造保障数据“供得出、流得动、用得好”的人员队伍，同时搭建数据自由流通平台，在布局一体化数据

开发利用基础设施的基础上，打造了健康医疗数据可信认证链“粤康链”。此外，医院持续增强健康医疗数据管理能力，促进数据要素智能化发展，并构建了健康医疗数据资产化标准体系。通过上述探索，医院成功打通了健康医疗数据要素流通的“最后一公里”，成为数据的提供方、加工方、运营方及需求方。“健康医疗数据要素化将成为医疗领域发展的新方向。”梁会营说。

谨慎应对大模型幻觉问题

AI 大模型幻觉是指其生成内容与客观知识、内部逻辑相悖的现象。学术界将这种幻觉分为内在和外在两种，事实性错误、文不对题、“一本正经地胡说八道”等可能都是大模型幻觉的表现。

在医学领域，AI 大模型幻觉问题尤为突出。对此，浙江大学生物医学工程与仪器科学学院副院长林辉认为，由于医学知识更新速度快，加之网络数据质量参差不齐，使得 AI 大模型在学习时容易“新旧不分”。同时，医学知识专业性强、病症复杂，AI 大模型基于统计学概率的响应方式难以精准判别疾病类型，易引发诊断和治疗方案错误。“医学是一个低容错性的领域，任何差错都可能危及患者生命。大模型幻觉对医学领域危害极大，需要格外关注。”林辉说。

据介绍，数据和模型技术是导致 AI 大模型幻觉的两大主要因素。在数据方面，现有关于罕见病的学习语料和医疗数据非常少，受制于知识的局限性，用专业知识对 AI 大模型进行微调也存在局限性。在

模型技术方面，现有 AI 大模型的响应模式大部分基于统计学概率，无法满足医学的严格要求。

如何应对 AI 大模型幻觉？林辉认为需要从四个方面入手。一是用于训练 AI 大模型的医疗知识要权威并确保真实；二是在技术上要尽可能训练 AI 大模型理解疾病的因果关系；三是完善检测评估办法，加强对 AI 大模型幻觉的快速识别能力；四是搭建服务于 AI 大模型的知识平台，整合资源，降低幻觉出现概率，提升推理精度。

“AI 大模型在医学领域潜力巨大，但各方应保持审慎态度，充分利用医学知识，推动 AI 大模型在医疗场景安全、有效地应用，让循证医学为大模型把关。”林辉说。

直面问题让 AI 成为得力助手

近年来，AI 技术发展迅猛，但要在医学领域实现广泛应用，还需解决诸多难题。

“当前，医疗 AI 仍存在模型推理能力不强、模型知识利用度不够、依赖单一模型风险高等问题。”复旦大学智能医学研究院常务副院长刘雷认为，造成这些问题的原因是目前医疗 AI 在知识利用上还停留在浅度输出和简单逻辑整合这一层面，尚未能用生物医学逻辑对知识进行整合与推理。

刘雷表示，我国在算力和基础大模型等方面的条件已相对成熟，通过基于医院数据进行预训练和微调或可提升医学 AI 的辅助能力。

此外，利用整理完备的知识图谱增强 AI 大模型的推理能力，可降低其在医疗领域实际应用中发生错误的概率。

除了 AI 自身面临发展困难外，AI 技术与医疗领域的融合发展也面临数据工程耗时长、AI 大模型训练和应用落地难、AI 集群可用度低等问题。对此，华为公共事业军团数智化转型咨询规划总监王煜有以下三点思考。

一是随着 AI 大模型由单模态向多模态演进，海量数据引入，需要加速提高相关归集、处理、管理的数据工程能力。

二是行业 AI 大模型和应用的开发落地，需要环境易安装、模型易开发、应用易搭建的 AI 业务平台。

三是 AI 集群承载任务数量快速增长，需要不断提升全系统调度效率，实现系统效能最大化。以华为与上海交通大学医学院附属瑞金医院联合发布的病理大模型为例，由于要处理的数据量极大，华为创新数据处理技术，利用分布式存储、智能调度等技术提升算力利用效率，通过极简应用开发、低代码开发、零代码维护等方式赋能病理大模型的应用与落地，让 AI 技术更好地为医疗服务。

此外，医渡科技首席 AI 科学家闫峻表示，建设智慧医院是大势所趋，而评价智慧医院的建设程度不能只以医院拥有的研发资金、先进设备和人才数量等为标准，还要关注医院是否对 AI 在医疗领域的相关应用有深刻理解，以及是否具备使用和驾驭 AI 技术的能力。

· 医药创新 ·

中国医药突围战：医保“政策组合拳”赋能医药创新

来源：中国医疗保险

《2009年医改意见》的颁布实施，标志着新一轮“三医联动”改革的开始，主要目的是通过整合医疗、医保、医药三个领域的资源和政策，实现医疗服务效率的提升、医疗费用的合理控制以及医药产业的健康发展。而后，不断深化医药卫生体制改革，从联动到协同发展和治理。

根据日前举办的2025东湖医疗保障研讨会上，国家药品监督管理局药品注册管理司副司长王海南的分享，创新药批准数量逐年增加，2018年为11个，2024年为48个。且据王海南介绍，现在的中国创新药的创新含金量跟十年前比，也是大大提高，“我们现在是‘全球新’，而不是‘本国新’”。以一个鲜活的例子来说，中国研发的抗肿瘤药物泽布替尼2024年在美国市场的销售额突破20亿美元，同比增长106%。“十年前不敢想的事，现在已经有鲜活的例子摆在眼前了”，王海南感慨道。

近年来，我国医药创新取得的显著成就，离不开药监、卫健、医保等多部门的协同推进与政策合力。多部门联动的政策生态，不仅可

以打通从研发到应用的关键环节，更形成了“以临床价值为导向”的良性创新循环，使得我国医药创新从跟随模仿逐步迈向全球引领的新阶段。

国家药品监督管理局通过深化审评审批制度改革、优化临床试验管理，为创新药研发提供了更加高效、科学的监管环境，使得“全球新”药物得以加速落地。卫生健康部门则在临床需求端发力，通过完善诊疗指南、推动创新药进入临床路径，确保优质药物能够精准惠及患者。与此同时，医保部门作为民生部门，也作为经济部门、赋能部门，坚持惠民利企，通过多种举措，既缓解了患者看病负担，又赋能着医药创新——

价值导向的准入机制——医保谈判与双通道政策对创新药的激励

我国于 2017 年确立医保谈判准入制度，2019 年便实现医保准入谈判的常态化、规范化，而且每一年在机制设计上不断完善规则、引入新工具，2024 年明确“支持真创新、真支持创新”。

在医保准入的评审阶段增加创新性权重、在谈判阶段充分考虑创新价值、在续约阶段实行降价保护等措施，建立了全流程支持创新药发展的机制。并且，将“全球新”药品作为重点支持对象，包括 1 类化药、1 类治疗用生物制品、1 类和 3 类中成药。就谈判结果来看，2024 年创新药谈判成功率超过 90%，大幅高于整体 76% 的谈判成功率。

创新药不仅谈判成功率高，还加速创新药医保准入，缩短商业化周期。国家医保局建立了适应新药准入的医保目录动态调整机制，打造了创新药进医保的年度通道，创新药进入国家医保的频率从原来的最长 8 年缩至 1 年。“一年一调”的常态化机制大幅缩短了创新药从获批上市到进入医保的时间，例如长效胰岛素依柯胰岛素注射液于 2024 年 6 月批准上市，在我国获批上市半年内即被纳入国家新版医保目录。

创新药在进入医保目录后通过双通道政策以及自费率考核松绑等快速放量，疏通国谈创新药临床使用的“最后一公里”。2024 年 11 月 28 日，国家医保局医药服务管理司司长黄心宇在新闻发布会上表示，“绝大多数的创新药在进入目录后能够实现快速放量，获得合理的市场回报。国家医保局数据监测显示，去年(即 2023 年)谈判新增的 105 个药品，在今年(即 2024 年)10 月份的销量比今年 1 月份已经增加了 6 倍，创新药放量明显。”医保对创新药的支持远不止于“进目录”，更在于打通市场放量的关键环节，这种“准入+落地”的组合拳，使得创新药不仅获得医保身份，更能快速形成真实市场规模。

值得注意的是，部分省市医保部门支持国谈药之外的创新药(可能处于市场导入期或数据积累阶段)通过绿色通道快速挂网。比如北京市支持国谈药之外的创新药目录药品通过绿色通道快速挂网，并且

不计入基本医保自费率指标并通过“双通道”药店保障供应，从而解决定点医疗机构医师因用药目录限制、自费率指标约束而开不出、不愿开创新药的问题。

创新医疗的价值标尺——百项新增价格项目为尖端技术铺路

国家医保局已发布的 27 批医疗服务价格立项指南中，涉及新产品、新设备的新增价格项目达 100 余项，涵盖了人工心脏、人工耳蜗、人工喉、质子放疗、脑机接口等领域。

记者从国家医保局举办的“医保部门助力科技创新”分享会上获悉，新技术新产品纳入医保价格项目关注的是满足临床急需、技术相对成熟、促进增量发展、体现技术价值四个维度。此外，医保对于创新产品的定价方式，或者说价值认定方式，也在发生改变，从传统的“成本加成”定价模式，转向“临床价值+社会效益”的复合评估体系。例如，2024 年 3 月《神经系统医疗服务价格项目立项指南》突破性将脑机接口技术单独立项，打破“先成熟后收费”行业惯例。

在为创新产品付费的同时，新技术新项目的患者个人负担费用大幅降低，充分释放患者端需求。国家组织高值医用耗材集中带量采购已覆盖冠脉支架、人工关节、骨科脊柱类耗材、人工晶体、运动医学类耗材、人工耳蜗、外周血管支架等。以去年 12 月集采的人工耳蜗类耗材单套(含植入体、言语处理器)为例，价格从平均 20 余万元降至 5 万元左右，5 家竞标企业最后全部中选，其中报价最低的正是用

量最多的进口品牌美笛乐。

除了产品方面，立项指南对新服务技术也更加友好、更加支持成果转化。拿中医类医疗服务价格项目立项指南来说，新的项目颗粒度更大，基本覆盖了中医涉及的所有诊疗服务，并且，价格立项充分鼓励现代科技与传统中医技术理念相结合，例如，越来越多仪器设备通过产生电、热、冷、磁、震动、光等物理效果，替代传统针具治疗疾病。立项指南通过设立“仪器针法”价格项目，解决此类创新成果的收费问题，有利于加快成果的转化。

支付改革的弹性空间——特例单议与除外支付为医疗创新提供缓冲带

以往按项目付费模式下，医院根据提供的每一项服务(如检查、药品、手术)收费，收入与项目数量直接挂钩，容易导致“大检查、大处方”等过度医疗行为。虽然新技术可以单独收费，但医院可能倾向于选择成熟且利润更高的传统项目，而非创新技术和新项目。

按病种付费 2.0 版分组方案，特别引入特例单议、除外支付机制，支持临床使用新技术。在 2024 年 7 月召开的 2.0 版分组方案的新闻发布会上，黄心宇明确表示，对因住院时间长、医疗费用高、使用新药品、新耗材、新技术、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，医疗机构可自主申报特例单议，特例单议数量原则上为 DRG 出院总病例的 5%或 DIP 出院总病例的 5%以内。

特例单议机制是 DRG/DIP 支付方式改革的重要组成部分，对支持新药新技术合理应用具有重要意义。在改革之初便提出特例单议机制，但执行中各地申请条件、评议规则、数量比例有较大区别，对此，明确提出了特例单议的数量，原则上不超过 DRG 出院总病例的 5% 或 DIP 出院总病例的 5%，同时要求医保部门定期组织专家审核评议、定期对审核情况进行公告公示。

不仅是特例单议机制，除外支付机制的政策规定也让创新药械企业看到了希望，新技术、新药品、新器械的推广应用已经被各地医保部门充分考虑在了 DRG/DIP 等医保支付方式改革中。2.0 版分组方案明确，对符合条件的新药耗新技术在应用初期按项目付费或以权重(点数)加成等方式予以支持。后期积累足够数据后再纳入 DRG/DIP 付费。

资金链的供给侧改革——医保对企业直接结算重塑医药产业现金流生态

在传统结算模式下，医疗机构采购药品后，医保基金需经医院再支付给企业，回款周期普遍长达 6 个月以上，形成“医保-医院-企业”三角债链条。企业资金长期被占用，不仅影响研发投入、创新动力受挫，更有甚至，会影响到中小型企业资金链稳定性。

医保部门自 2024 年起全面推进医保基金与医药企业直接结算，并不断扩大结算范围。例如，江西省实现医保基金直接结算政策对集

采药品耗材、国谈药的全覆盖；海南省将全省定点医疗机构集中采购的药品、医用耗材和创新药械纳入医保基金直接结算范围，并进一步将范围扩大至定点公立医院采购的所有药品和医药耗材。

去年12月14日，国家医疗保障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”。

通过直接结算，不仅提高了医药采购资金使用效率和透明度，降低了药企的资金成本，还有了更多的流动资金投入到创新当中。

创新成果的守护机制——药品追溯码系统成为医药创新的“防护盾”

对于创新型医药企业来说，仿冒产品通过非法渠道流入市场会严重侵蚀正版药品的市场份额和利润空间，更可能因劣质仿冒品的安全隐患而损害企业声誉。

过去，创新型药企需要自建防伪系统和打假团队，打假维权成本高昂，严重挤占了企业的研发资金。更令人担忧的是，部分仿冒药品的有效成分含量不足甚至含有有害物质，不仅危害患者健康，还可能导致消费者对整个品类失去信心，这对投入巨大研发资金的创新药企无疑是雪上加霜。

针对这一顽疾，国家医保局创新性地将药品追溯码系统与医保支

付深度绑定，为追溯技术的应用提供了强有力的制度保障。通过“无码不结”的硬性规定，追溯码成为药品进入医保报销体系的必备条件，这一设计极大提升了追溯系统的覆盖面和执行力度。

保障患者用药安全有效的同时，统一的国家级追溯平台让药企摆脱了自建防伪系统的重负，同时拿回本该拥有的市场份额和利润空间。

同时，通过追溯码可以精准打击侵权行为，保护创新药的知识产权。一旦发现侵权产品，可以通过追溯码迅速定位其来源和流向，为打击侵权行为提供有力证据，让侵权者无处遁形，形成医药创新坚固的“防护盾”。

写在最后：

中国经济正在经历深刻的变革，医药产业的价值导向也正在转向“实质创新”。近年来，无论是医保部门、卫健部门、药监部门，还是进出口部门、科技部门等，多部门协同构建的创新生态已初见成效，国产创新药屡创佳绩，这些实实在在的成就印证了中国医药创新的韧性与活力。

当前，既无需夸大风险，将阶段性调整曲解为医药产业寒冬期；也不必妄自菲薄，忽视本土创新的突破与潜力。政策层面“真创新、真支持”的导向愈发清晰，市场端“良币驱逐劣币”的机制正在形成。对于医药企业而言，唯有坚定创新初心，以临床价值为锚点，方

能在这场产业升级中赢得未来。中国的医药创新，不是寒冬将临，而是春山可望。

[返回目录](#)

医保如何“慧眼识药”？——创新药价值认定与价格管理

来源：中国药科大学医药价格研究中心

药品价格问题，历来是医疗改革和社会舆论的焦点。随着健康需求和医疗技术的提升与进步，创新药不断突破技术边界，给患者带来新的治疗希望。对此，国家始终高度重视医药创新能力提升，积极营造鼓励创新药发展的制度环境。从药品审评审批制度改革，到医保谈判机制等，国家多措并举支持创新药发展。

然而，创新药普遍具备“高成本、高风险、高不确定性、治疗周期长”的“三高一长”特征，其价格、准入和支付成为医保的现实挑战。面对医保基金有限、临床需求无限的矛盾，医保部门的每一次谈判、每一项价格决策，实质上都是在做资源配置的价值抉择——是在疗效、安全、经济与可及之间的综合权衡。

医保视角下“创新药”的价值认定

1. 什么是“创新药”？

依据我国现行的《药品注册管理办法》，国家药品监督管理局(NMPA)从药品研发与审批的角度出发，主要关注药物的结构新颖性、作用机制、研发路径及其科学技术属性，强调药物“境内外均未上市

销售”具备原创性结构、靶点或机制，能够在药理毒理、药代动力学等临床前研究中显示出显著差异。

总体来看，技术突破是 NMPA 判断“创新性”的基础，同时 NMPA 支持“以临床价值为导向”。此外，药学工艺、递送技术、成分组合等平台型创新，也可能被视为“技术创新”的体现，获得审评审批层面的认定支持。

然而，医保部门作为公共支付方，其根本目标是实现患者健康获益最大化与基金使用效率最优化的平衡。因此，在对创新药进行认同时，医保部门更加强调“临床价值优先”，关注药品在真实使用情境中能否带来切实的健康提升，例如，是否具有更少的不良反应、更好的疗效，能否覆盖尚未满足的治疗需求，以及是否在医保可承受范围内产生足够的增量健康效益。

这也意味着，单纯技术层面的创新，并不必然转化为患者层面的健康获益，更不必然构成医保支付意义上的“高价值”。一种药物即使具备全新分子结构或递送方式，在药学路径上具有较高的研发技术含量，但若其在临床试验或真实世界研究中未显示出优于现有治疗方案的显著效果提升，或成本效益远低于可替代药品，医保部门仍会持谨慎态度。

2. 谈判中的价值认定环节

医保谈判已开展 7 年，主要工作环节包括企业申报、形式审查、

联合评审、企业递交谈判材料、支付标准测算评估、谈判/竞价和结果公布。

创新药的价值认定，首先体现在企业申报时对目录调整范围的限制。以《2024 年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整工作方案》为例，目录外调整范围首先强调了“经批准上市的新通用名药品”、“适应症或功能主治发生重大变化”，即“新结构、新机制、新用途”，同时突出“5 年内”，即在时间维度上同步进行创新认定。

其次在于联合评审阶段。对新药临床价值进行分级分类确定，通过与目录内药品可替代性的比较，结合临床药学专家的评价，将药品分为新增型药品(填补相关临床领域空白的突破创新)、升级型药品(具有临床价值的改进)、改良型药品(临床价值的相当)和同质型药品。

重中之重，在于支付标准测算评估阶段。采用以成本效用分析(CUA)为主的药物经济学评价方法，构建评估模型，定量认定创新药相对于对照品产生的增量价值，尤其以质量调整生命年(QALYs)为核心指标，重点关注该创新药品带来的增量健康效益。

谈判机制下创新药价格的形成与管理

1. “价值导向”的首次定价

通过联合评审的创新药，医保局以价值为导向，通过支付标准测

算评估和现场谈判对其进行定价。

支付标准测算评估的主体包括药物经济评价和预算影响分析(BIA)，分别建模定量评估创新药较对照品的增量 QALY 和增量成本，计算增量成本效果比(ICER)，并基于外部阈值(WTP)倒推得到具有经济性的药品价格；构建 BIA 模型，结合目标适应症的流行病学信息、市场份额信息，依据医保基金可负担程度，倒推得到基金可接受的药品价格；同时，结合国际参考价格、招采最低中标价格、年治疗费用等，综合评估形成谈判的“信封价”，即医保意愿支付最高价。

医保支付的本质是预期稳定的、带量的战略性购买，对此，创新药企业基于研发生存投入和市场占有预期而自带可接受最低价，在现场谈判环节，创新药企业有两次主动报价机会，若报价范围低于“信封价”的 115%，可进入与医保局磋商环节。最终，在企业可接受最低价与医保意愿支付最高价的契约集合中产生最终的医保药品支付价格。

2. 准入后的价格管理机制

价格谈判成功并不代表药品永久“锁定医保”。为防止药品进入目录后价格倒挂、临床使用不合理、基金风险累积等问题，医保局对谈判药品的价格管理设定了协议期和动态调整机制。

协议期一般为 2 年，期内医保部门通过医保信息平台与集采平台对其使用范围、用量增长、区域分布、价格执行情况等进行实时或定期

监测，确保谈判结果在实际支付中得以落实。

动态调整机制与协议期协同相伴，根据到期和即将到期、基金实际支出情况、支付范围调整情况(是否新增适应症)、竞争格局变化情况等，医保局设定了纳入常规目录管理、简易续约和重新谈判(与首次谈判定价一致)三种路径来调整管理创新药的医保支付价格，规则条件明确，下调比例呈阶梯式分布，例如 0%、5%、10%和 15%，具体可见每年发布的《谈判药品续约规则》。

创新药价值与定价的思考与展望

综合前文所述，医保局十分重视创新药的价值认定，构建了从准入前评估、谈判博弈到准入后动态调整的全流程机制，但存在一定完善空间。

1. 创新价值认定标准有待进一步明确与细化

从制度层面来看，医保局尚未形成一套统一、定量、操作性强的创新药认定标准。以《2024 年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整申报指南》为例，指南对“创新性”的表述为“包括但不限于：主要创新点；该创新带来的疗效或安全性方面的优势；是否为自主知识产权的创新药；药品注册分类；(中成药)传承性情况”。相较于 2023 年版本，取消了“是否为国家‘重大新药创制’等科技重大专项支持药品”，整体内容仍以定性描述为主，企业在申报过程中存在较大的主观解释空间。

不过，2024年2月，医保局发布的《关于建立新上市化学药品首发价格形成机制 鼓励高质量创新的通知(征求意见稿)》，提出“以药学和临床价值为基础，结合循证证据”进行新上市药品企业自评。自评量表共3部分13组34个评价项，最高可获得的点数为150点，有望建立量化的创新价值认定标准。

2. 定价方式有必要多元化发展并与增益价值分级挂钩

在目前的谈判定价体系中，主要基于药物经济学评价创新药价值增量，结合预算影响分析等进行谈判定价，但企业普遍反映尚不明确“价值增量”与“价格结果”之间的明确关联路径，不清晰“多少临床价值增量可换取多少价格空间”。

今年业内热议的《关于完善药品价格形成机制的意见(征求意见稿)》中指出“坚持支持创新、价值优先，……，采取有差别的价格措施”，对比国际经验，中国台湾(外部参考定价)、德国(谈判定价或内部参考定价)、日本(梯度加价幅度)等地区均建立了较为成熟的价值分级与差异化定价体系，对此可以深入学习、择优借鉴，逐步引入“增量价值分层-支付价差异化”机制，以引导企业真正聚焦具有临床实质意义的高质量创新。

同时还可结合我国已有实践进行机制联动。将新上市药品企业自评量表点数等级与可接受议价区间挂钩，使得点数更高的药品在定价谈判中享有更大灵活空间，推动价值导向与定价机制深度融合。

3. 价格动态管理考虑引入基于真实世界证据的“结局风险分摊”

当前医保目录准入后的价格管理，主要以基金财务风险防控为核心，聚焦总量控制和使用监测，重点在于保障基金安全，防止支付预冲击，暂未涉及体现患者临床价值改善的结局风险分摊，即基于创新药进入医保后的真实世治疗效果进行补偿或调价，如英国的管理准入协议。

特别对于附条件上市的创新药而言，谈判时递交的有效性和安全性证据可能不足以完全支撑确定性的价值定价，仍需要借助上市后的真实世界证据，对治疗结局、长期安全性进行跟踪，探索设置“价值验证周期”（例如4年），若疗效未达标，则启动价格下调或退出机制，构建“价值支付—风险验证—价格调整”的动态链条，规避因疗效证据不足带来的支付风险，同时能引导企业加强上市后药品管理与价值佐证，建立正向反馈机制。

同时，医保局正在探索的商业健康险创新药目录制度，可视为结局风险分担路径的前置制度安排。商业健康险创新药目录药品通常为具有潜在临床价值但不具备普遍支付基础的新药品，可优先以部分支付、价格分离方式进入临床使用范围，在积累真实世界数据的基础上，作为“待观察、再谈判”的候选药品。这种先入商业健康险创新药目录、后凭疗效证据参与正式医保谈判的路径，既保障了患者的用药机会，也为医保基金“花得其所”提供了验证通道，有望成为价值导向

医保的重要机制支撑。

结语

从价值认定到价格形成，再到目录准入后的动态管理，医保部门一直努力在支持医药创新、保障患者可及与控制基金风险之间寻找平衡点，但相关政策和机制的建设不是一朝之功，仍需持续探索和完善。

[返回目录](#)

· 基金监管 ·

解码“互联网+”新场景下的基金监管范

来源：首都医科大学国家医保研究院

“互联网+医疗健康”是医药卫生领域的创新服务模式，有利于提高服务效率、降低服务成本，满足人民群众日益增长的医疗卫生健康需求。新冠疫情期间，医保部门将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入医保支付范围，鼓励定点医药机构提供“不见面”购药服务，为慢性病、常见病患者的线上复诊和取药提供了便捷，增强了人民群众就医获得感，同时也降低了因人员流动造成的传播风险。随着“互联网+医疗健康”的发展，由于其作为相对较新的业态，存在着相关利益主体多、应用场景多等情况，与之对应的医保支付及其基金监管也面临着新挑战。

数字时代重构医疗服务时空边界

2018 年是我国“互联网+医疗健康”的元年：4 月，国务院办公厅印发《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》，明确提出发展“互联网+”医疗服务、完善“互联网+”药品供应保障服务等内容；同年 9 月，国家卫生健康委出台了关于互联网诊疗、互联网医院、远程医疗的三个试行管理规范，为促进我国互联网医疗发展起到了积极作用。2019 年 8 月，国家医保局印发了《关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》，完善“互联网+”医疗服务价格项目管理，初步明确了“互联网+”医疗服务的医保支付政策。

2020 年，国家卫生健康委、国家医保局出台了《关于推进新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+”医保服务的指导意见》；国家卫生健康委先后出台了推动互联网医疗服务发展和规范管理、“互联网+医疗服务”项目技术规范及财务管理工作等通知，对“互联网+医疗服务”规范发展提出了要求；同年年底，国家医保局出台了《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》，进一步明确了“互联网+”新场景下的医保支付政策。

有了以上相关政策的支持，“互联网+医疗健康”相关服务多模式开花，出现了互联网诊疗、在线健康咨询、远程医疗、互联网购药、线上慢病管理、数字健共体等诸多应用新场景。

同时，在部分新场景也有了医保支付的跟进及探索。资料显示，截至 2023 年 6 月，我国互联网医疗用户规模达 3.64 亿人，全国互联

网医院超过 3000 家，开展互联网诊疗服务超 2590 万人次；省、地市、县、乡、村五级远程医疗服务网络加快健全，远程医疗服务县区覆盖率达 100%，远程医疗协作网已覆盖所有地级市的 2.4 万余家医疗机构。新业态正重构传统医疗服务的时空边界。

四类医保支付新场景下的监管内涵

“互联网+医疗健康”新场景涉及医保支付的主要有远程医疗、互联网诊疗、在线健康咨询、互联网购药四类。

一是远程医疗。根据《远程医疗服务管理规范(试行)》，远程医疗是指某医疗机构(以下简称邀请方)直接向其他医疗机构(以下简称受邀方)发出邀请，受邀方为邀请方患者诊疗提供技术支持的医疗活动；或邀请方、第三方机构搭建远程医疗服务平台，受邀方以机构身份在该平台注册，受邀方或其他医疗机构主动对需求做出应答。可见，远程医疗是不同医疗机构间依托互联网的诊疗行为。其中涉及的医保支付为患者就诊医疗机构的远程诊疗服务相关项目。

二是互联网诊疗。根据《互联网诊疗管理办法(试行)》第二条，互联网诊疗是指医疗机构利用在本机构注册的医师，通过互联网等信息技术开展部分常见病、慢性病复诊和“互联网+”家庭医生签约服务。医保的相关政策规定明确予以支付的就是这类医疗服务，并且协议签订及具体的支付对象为开展“互联网+”医疗服务的医疗机构依托的实体医疗机构。从各地实践来看，互联网诊疗可进一步分为实体

医疗机构互联网诊疗和互联网医院的互联网诊疗。由此可知，互联网诊疗的医保支付基本范围为参保人在本统筹地区实体医院的互联网诊疗(含实体医院的互联网医院诊疗)可以纳入医保支付。“平台型互联网医院”的支付限于其依托的线下实体医疗机构所在统筹区参保人诊疗。

三是在线健康咨询。健康咨询是用户通过互联网平台(如网站、移动应用、小程序等)获取医疗健康相关信息、症状分析、初步诊断建议、疾病预防指导、健康管理方案等非现场医疗服务。其主要特点在于为初步诊断，且未有处方行为。按照政策规定，“互联网+”医疗服务定点医疗机构复诊并开具处方发生的诊察费和药品费，可以按照统筹地区医保规定支付，意味着“在线健康咨询”医保基金不予以支付。但在实际操作中，不乏“虚构处方”或“开具处方”将在线健康咨询转为“互联网诊疗”，进而获得医保支付。

四是互联网购药。2022年，国家市场监督管理总局发布了《药品网络销售监督管理办法》，对药品互联网销售需要的条件、药品范围、销售要求等做了具体规定，让互联网药品销售有办法可依。2023年，国家医保局印发了《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》，明确了统筹基金的支付可以涵盖药店的药品。结合文件规定，互联网购药基本是个人账户支付，涉及药品类别可分为处方药品和非处方药品。2024年，国家医保局办公室印发《关于规范医

保药品外配处方管理的通知》，明确“原则上，定点零售药店凭本统筹地区定点医疗机构外配处方销售的药品，符合规定的可以纳入医保统筹基金支付范围，暂不接受本统筹地区以外的医疗机构外配处方”，对药店相关处方流转进行了规范。

“审慎深”原则下的区块链+AI 监管新范式

在以上新场景的医保基金监管时，可基于“审慎深”原则与区块链、AI 等技术的深度融合，构建起立体化、智能化的监管体系。

这一范式不仅回应了新场景下多元主体、复杂流程的监管挑战，更可通过技术赋能实现从“被动防御”到“主动治理”的转变。

“审”——全流程数字化核验与准入管理。“审”的核心在于对监管链条的精细化拆解与风险节点的审核排查。基于区块链技术，可构建全流程数据存证平台，将互联网医院准入资质、医师执业信息、患者就诊记录、处方流转轨迹等关键数据上链，利用其不可篡改特性实现监管要素的“源头可信”。如图 1 所示，在互联网诊疗复诊核实环节，可以通过对接医院 HIS 系统与医保结算数据，打通数据壁垒，利用 AI 算法自动校验患者历史就诊记录，避免“简单问答式复诊核实”的可能风险；在患者与医生身份验证中，可以结合生物识别技术(如人脸识别、指纹认证)，确保诊疗主体身份真实可溯，杜绝冒名就医、虚假处方等问题。而针对跨统筹地区诊疗结算，可通过区块链实现参保地、就医地、平台机构间的数据实时共享与交叉验证，从

源头筑牢监管防线。

“慎”——风险分级的试点与技术缓冲机制。“慎”的本质是在创新发展与风险防控间寻求平衡，避免“一刀切”监管或盲目扩面带来的系统性风险。可构建用于新场景的风险评估模型，通过分析诊疗频次、处方金额、跨区域结算占比等多维指标，对互联网医院、定点零售药店进行风险分级管理。例如，对高频次开具慢性病药品等触发智能预警，优先纳入人工复核范围。同时，区块链技术可实现监管规则的“可编程化”，在试点阶段设置智能合约参数(如限定特定病种、支付限额、地域范围)，逐步扩大合规场景覆盖。这种“技术缓冲”既能为新业态留足创新空间，又能通过试点数据反哺监管规则迭代，形成“实践—反馈—优化”的良性循环。

“深”——大数据驱动的风险洞察与精准治理。“深”的关键在于挖掘数据价值，通过机器学习与区块链数据穿透，实现对隐蔽性违规行为的深度识别。在互联网诊疗场景中，可基于AI构建异常行为分析模型，识别“虚构诊疗”(将咨询转为诊疗服务)、“过度诊疗”(如同一患者短时间内重复购药)等行为，再结合存证的问诊视频、处方文本等非结构化数据，进行交叉验证，例如在互联网购药中，可探索精准定位“异地集中采购”“同一地址多次配送”等可疑行为。

另外，还要实现技术协同，构建监管闭环。区块链与AI的协同应用形成了“数据可信—智能监测—精准处置”的完整闭环。区块链

确保数据源头真实、流转可溯，解决新场景中“数据孤岛”与“信任壁垒”问题；AI 则通过模型训练实现风险的高效识别，弥补人工监管不足。两者结合不仅破解了互联网场景中“部分环节非实名”“流程隐蔽性强”的监管难点，再结合“审慎深”的实施原则，可为医保基金在数字时代的安全守护提供可复制的技术范式。未来，这一监管体系将进一步向智能化、前瞻性升级，持续赋能“互联网 + 医疗健康”新业态的行稳致远。

[返回目录](#)

医保“两库”建设：是一小步，也是一大步

来源：健康报

近日，国家医保局发布医保基金智能监管规则库、知识库(以下简称“两库”)，第一批公开的规则和知识点覆盖 5 类场景的 11290 条细则。定点医药机构可以将“两库”置于本机构智能提醒等信息化系统中，也可以对接医保部门智能监管系统事前提醒功能模块，对医保基金使用行为开展自动提醒和自查自纠，将不合规的行为消除在萌芽阶段，从源头上减少使用医保基金违法违规行为发生。

此举看似是医保信息化建设的一小步，实则是医保基金监管与医务人员诉求相向而行的一大步。近年来，医保基金监管持续打出重拳，有力保障了医保基金安全。然而，不少定点医药机构和医务人员反映，医保政策较为复杂，难以全部掌握其中的知识点和规则，由此在“迎

检”的过程中，会因为医疗行为没有精准符合医保规则而受到处罚。同时，因为一些医保政策长期未调整，监管过程中也常出现监管规则滞后于医学实践的情况。可想而知，当医保基金监管与医疗行为之间缺乏一套“通用规则”时，不仅医务人员会遭遇“委屈”，医保执法也难免会有“底气不足”的情况。

为此，广大医务人员普遍希望，推进医保基金监管改革，帮助定点医药机构和医务人员规范涉及医保基金使用的医药服务行为，规范医保基金使用行为。其中的重点在于，坚持事前、事中、事后相结合，加快推进医保基金智能监管子系统的建设应用，把一些医保政策中明确的规则和要求以及实践中定点医药机构容易出现的问题，内置到智能监管子系统的事前提醒模块。一旦医务人员在开处方的时候出现违规行为，系统就会发出提示，把问题解决在萌芽阶段，在向经办机构传送结算单据前也可以进行预审和自查。

此次，国家医保局发布“两库”，给定点医药机构加强医保智能审核装上了“数字导航”，让定点医药机构在促进医保合规方面有了更权威的依据和更有效的工具。“两库”已初步搭建起医保智能监管框架，而随着政策调整与临床创新，医保智能监管须构建长效机制，从“基础应用”迈向“智慧升级”。比如，组建由医保政策专家、临床医生、药学专家等构成的专家库，紧跟新药上市、新型诊疗技术应用、医保支付方式改革等变化，及时更新智能监管规则；从医药机构

收集临床应用意见，依据反馈适时评估优化规则，尤其是细化规则中的“合理例外”情形。

“两库”的落地，本质上是医保部门与医疗机构的“双向赋能”。对医保部门而言，可以通过技术手段提升监管效能；对医疗机构而言，可以借助智能工具进一步强化合理诊疗。为保障“两库”更好落地，一方面需强化培训与宣传，针对医保工作人员和医务人员开展专项培训，确保熟练掌握规则与系统操作方法；另一方面，将“两库”应用效果纳入医保定点机构年度考核，对执行有力、成效显著的机构给予政策倾斜或奖励。随着“两库”功能的持续迭代与应用场景的拓展，医疗、医保、医药协同发展和治理的路也将越走越宽。

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

药店+康养，是未来药房的新模型吗？

来源：中国药店

当下，医药零售行业正处于超级内卷时代——全国药店数量从2015年末的434,920家增至2024年末的约675,000家，9年间净增240,080家或55.20%；从店均服务人口指标来看，则是从3,180人降至2,086人。

受此影响，加之2024年、2025年前五个月整体消费环境的复苏

乏力，CPI、PPI 指标表现持续低迷，以及叠加医保统筹+飞检、线上业务渗透率持续提升等因素，全国实体药店市场规模出现 2000 年以来的首次缩水——从 2023 年的 5,160 亿元降至 2024 年的 5,095 亿元，下滑 1.26%；2025 年第一季度，全国样本药店 3 项关键指标均出现明显滑降。

药店需重新定位

药店发展的低潮期，其实正是整个行业非常适当的转型变革期。

怀仁大健康产业集团董事长林承雄分析称：“从路径来看，少数药店可以往专业化的‘药诊店’和 DTP 药房转型，大多数药店则是需要从‘以疾病为中心’向‘以健康为中心’转变，不再只是简单地引进一些非药类项目，更重要的是重新定位，并同步实现经营模式的转型变革。”

在他看来，新的定位将开启药店行业未来 30 年的第二增长曲线。“传统的药店会员仅仅停留在购买药品层面，一年到店也就十来次，消费不过一两千元，但如果转型为健康生活消费，那到店频次将增至一年几十次，消费总额或许能达到一两万元。”

事实上，国家政策也在引导零售药店向着新方向转型。

2024 年 7 月，国务院发布《关于促进服务消费高质量发展的意见》，其中指出，零售药店要强化在健康促进、营养保健等方面的功能。

2025年4月，商务部、国家卫健委等部门联合下发《促进健康消费专项行动方案》，又明确提出，要“发挥行业协会作用，引导零售药店拓展健康促进、营养保健等功能。发挥零售药店执业药师优势，开展合理用药、慢性病管理等健康知识咨询和宣传，推广健康消费理念”。

“当前，国内药店的收入构成中，药品占比70%以上；而日本药妆店的收入构成多元，处方药+OTC占比不超过40%。”林承雄表示：“结合我国独特的文化+资源优势，药店在成为健康生活服务商过程中，药店+康养将成为药店转型变革的重点方向之一。”

药养店/康养药局——“药店+”的新实践

5月29日，怀仁大健康在湖南省怀化市举办了“怀仁五调康养园正式开园仪式”，汇聚医药行业、康养行业权威人士于一起，同时还举办了“首届五调康养与大健康产业创新发展峰会”。

在峰会上，怀仁大健康与燕喜堂、德生堂、陕西广济堂、青岛同方、陕西众信等10家企业共同开启“未来药店——康养药局新模式发布暨首店改造启动仪式”。

诚然，国内众多药店都需要系统的改革，包括：场景改造，增加体验和社交场所；服务模式的改变，从卖产品赚差价，到卖方案、卖模式、卖消费卡；产品结构的改变，如从卖药品到提供康养服务；营销方式的改变；激励机制的改变……

现实中，我们也看到众多药店在做着各类融合的实践，包括药店+诊所、药店+理疗馆、药店+中医馆、药店+母婴店、药店+彩票站、药店+奶茶店……但不可言说之痛在于，要么是重资金投入，要么是重人工操作，要么是盈利周期长，要么是新场景融合较难，要么是无法大规模地进行复制。

那么，能否推出一个全新的模式，既能解决药店对于流量的焦虑，又能带来实实在在的市场增量，还能通过全新场景的打造，为消费者提供差异化、非标化的服务呢？

怀仁大健康在探索“药店+康养”融合模式的过程中，结合药店的痛点，给出了自身的解决方案——未来药店的典型形态是药养店或康养药局。

林承雄表示，药养店或康养药局与传统药店有着明显不同，表现在门店形态、店铺大小、辐射半径、业态内容、盈利模式、身份底座（角色定位）等方面，特别是药店的身份底座（角色定位）发生了巨大的变革与升维。

对于药养店与康养药局的区别，林承雄表示，前者注重中医药生活化，后者则是在前者基础上的进一步扩容升级，更加突出银发人群的健康服务和精神需求等内容。“在店面的整体布局上，按照中医五行原则进行分区布局，分为基础药房区（满足消费者日常用药需求）、检测体验区（提供检测服务与健康指导）、理疗康复区（开展专业理疗

康复服务)、中药生活区(展示中药生活产品,推广中药生活理念)、草本饮品区(销售养生草本饮品,普及草本养生知识);在功能上,更加注重场景体验、老龄社交、健康宣教、专业服务,体现线下流量的入口价值。”

据林承雄透露,怀仁大健康还正在筹备成立“中国药店变革创新产业联盟”,意在团结药品零售产业中的变革力量,共同推动中国药店突破创新,帮助药店从“单一药品销售终端”向“国民健康守护者”的转型跨越,承载“检-药-康-养”的多元功能,成为社区流量入口,老百姓家门口的健康管家。

[返回目录](#)

药店“清源”，重点检查“先药后方”

来源：中国药店

处方药销售管理事关老百姓用药安全,责任重大。近日,宁夏回族自治区药品监督管理局官网发文,加强处方药销售管理,重点检查“先药后方”。

重点检查“先药后方”

为进一步规范零售药店处方药销售行为,切实保障公众用药安全,深入推进药品经营环节“清源”行动,宁夏回族自治区药品监督管理局近日印发《关于规范零售药店处方药销售管理的通知》和《关于加强零售药店处方药销售管理的告知书》。重点事项涉及执业药师、

处方管理，重点检查“先药后方”违规行为。通过此次行动，形成高压震慑，引导从业人员主动规范处方药凭处方销售行为；积极引导公众主动获取处方，凭处方购买处方药。

1. 执业药师方面

要求零售药店严格执行《处方药与非处方药分类管理办法(试行)》，明确处方必须经执业药师审核、签字，严禁执业药师“挂证”或兼职，执业药师不在岗时应挂牌告知。

2. 处方管理方面

处方来源方面，强调要求零售药店主动引导患者通过签约的互联网医院远程诊疗获取处方，且必须由患者本人发起问诊；处方调配方面，严禁零售药店先销售处方药后开具处方的违法违规行为，远程审方连锁药店须严格执行审方制度，从源头杜绝“先药后方”乱象；重点检查方面，要求各地药品监管部门结合药品经营环节“清源”行动和医保基金管理突出问题专项整治，将先销售处方药后开具处方的行为作为重点，加大监督检查力度。

3. 检查方法

通过比对互联网医院处方开具时间与药店销售系统记录，精准判定违规行为，依法严厉查处先销售处方药后开具处方、未凭处方销售处方药、伪造处方等违法行为。

执业药师和处方管理是药监部门和医保部门共同治理的点位

5月28日，国家医保局公众号发布《关于对定点零售药店药师“挂证”等情况开展核查的公告》(以下简称“公告”)，全国执业药师“挂证”大核查已经来了。该“公告”披露：通过对全国定点零售药店4月份以来的医保结算数据进行筛查分析发现，部分药师姓名(对应同一身份证号)出现在多家定点零售药店的药品费用明细中，可能存在药师信息被假冒或药师“挂证”的违规情况，既威胁了人民群众用药安全和医保基金安全，也损害了正规注册药师的合法权益，共涉及24个省份、23997家定点零售药店、9563名药师。其中跨省份，共涉及22个省份，289家定点零售药店，135名药师；跨地市，共涉及19个省份，3154家定点零售药店，792名药师；同一地市跨机构，共涉及24个省份，20701家定点零售药店，8583名药师。为核查相关信息，国家医保局要求相关定点零售药店及其药师、相关地区医保部门及时配合开展工作。省级医保部门于2025年6月30日前向国家医保局上报核查结果。

2024年，国家新闻媒体曝光的药店伪造处方事件，使得外配处方成为监管部门关注焦点。2025年4月3日，国家药监局召开药品经营环节“清源”行动部署会。会议强调，开展“清源”行动要强化上下协同联动和跨部门查办协作，紧盯群众反映强烈的突出问题，切实排查化解风险隐患，打击药品经营违法行为，规范网售业态，严防假劣药流入。由此，进入本月无论是国家监管层面还是地方层面，一

场针对执业药师挂证和处方药销售管理的大检查已经到来。而且，大概率药监部门会和医保部门等多部门联合检查，检查结果则会产生联动，形成联合惩戒效应。

执业药师“挂证”现象和处方药销售违规处置严厉

执业药师和处方药销售管理关乎老百姓用药安全和医保基金使用安全。因此两大监管部门对于执业药师“挂证”现象和处方药销售管理的处置是很严厉的。

药监部门依据《国家药监局关于规范药品零售企业配备使用执业药师的通知》，对查实的“挂证”执业药师要录入全国执业药师注册管理信息系统、撤销其注册证书并坚决予以曝光；还要将“挂证”执业药师纳入信用管理“黑名单”，实施多部门联合惩戒；依据《药品经营和使用质量监督管理办法》第七十二条“药品零售企业有以下情形之一的，由药品监督管理部门责令限期改正；逾期不改正的，处五千元以上五万元以下罚款；造成危害后果的，处五万元以上二十万元以下罚款：

未按规定凭处方销售处方药的；

以买药品赠药品或者买商品赠药品等方式向公众直接或者变相赠送处方药、甲类非处方药的；

违反本办法第四十二条第五款规定的药师或者药学技术人员管理要求的。”

医保部门对查实存在药师被假冒或“挂证”或未按规定提供药学服务、处方违规等行为的定点零售药店，视情节轻重给予约谈、限期整改、暂停医保服务协议、解除医保服务协议等处理；对涉及违反药品经营管理有关规定的，移送药品监督管理部门处理；对涉及违法犯罪的，移送司法机关追究刑事责任。

综上，药店作为承接执业药师从事药学服务和医保结算服务的载体必然会成为监管部门重点检查对象，在目前强监管的态势下，应积极主动调整经营行为，从而形成合规经营和便民服务的良好行业氛围，保持可持续地健康发展。

[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