

医药先锋系列之



Medical weekly pharmacy

» 医周药事

2025年第25期

(2025.06.16-2025.06.22)



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。）

• 集中采购 •

▶ [如何破解集采落实不到位、结算不及时、网采不达标问题？](#)（来源：北海市医保局）——第 6 页

【提要】药品和医用耗材价格虚高是深化医药价格改革、推进价格治理的重点、难点问题。党中央、国务院高度重视药品和医用耗材集采改革，习近平总书记多次强调要推进国家组织药品和耗材集中带量采购改革，常态化制度化开展药品集中带量采购。但是，在执行集采改革政策过程中，部分公立医疗机构依然存在采购不规范、结算不及时、网采率未达标等问题，本文旨在分析目前集采工作存在问题并提出对策建议，常态化推动集采改革政策落实落细。

▶ [国务院优化带量集采，哪些智库建议被采纳？](#)（来源：健康国策 2050）——第 12 页

【提要】国务院常务会议指出，要加强药品和耗材集采政策评估，总结经验、补齐短板，推动集采工作规范化制度化常态化开展。要更好促进“三医”协同发展和治理，完善公立医院补偿机制，支持医药企业提高创新能力，更好满足群众多元化就医用药需求。要加强对药品和耗材生产、流通、使用全链条质量监管，扎实推进仿制药质量和疗效一致性评价，让人民群众用药放心安心。

• 医疗改革 •

▶ [医改“改”的是什么](#)（来源：中国卫生杂志）——第 31 页

【提要】党的二十届三中全会通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》将深化医药卫生体制改革作为一项重要任务予以部署。站在新的历史起点，如何准确把握医改方向，探索切实可行的实践路径？日前在京举办的中国卫生经济学会深化医改学术交流会上，与会专家学者展开了深入探讨与交流。

▶ [以“共识”破局医保改革，从理论到实践的中国路径](#)（来源：重庆药品交易所股份有限公司）——第 36 页

【提要】长期以来，药品价格究竟保持何种价差算是公平合理，各地一直存在不同看法并有不同处理方式，为此，业界呼唤一套合理的定价机制出炉，合理的标准、统一的锚点和换算关系。今年以来，在国家医疗保障局的指导下，河北、浙江、广东、贵州、新疆五省医疗保障局联合发起的《全国省级医药采购平台药品挂网规则共识》受到业界广泛关注，其不仅是对既往地方实践的系统总结，更标志着我国药品价格形成机制迈入规则化、透明化的新阶段。

• 地方精彩 •

▶ [内蒙古兴安盟医养结合新模式](#)（来源：内蒙古自治区兴安盟蒙医医院）——第 44 页

【提要】在人口老龄化加速的大背景下，如何为老年人提供优质、高

效、全面的健康养老服务，成为社会各界关注的焦点。内蒙古自治区兴安盟蒙医医院与兴安盟社会养护院携手合作，开启了医养结合的全新模式，为解决这一难题提供了创新性方案。

▶ [福建漳州：实施“圆山计划” 建强中医药服务体系](#)（来源：福建省漳州市卫生健康委员会）——第 48 页

【提要】福建省漳州市委、市政府高度重视中医药传承创新发展，以实施“名医入漳”推动海峡两岸中医药融合发展行动(简称“圆山计划”)为抓手，建强中医药服务体系，坚持中西医协同发展，促进中医药文化传承，加快推进国家中医药传承创新发展试验区建设，在中医药领域积极探索海峡两岸融合发展新路。

• AI 健康 •

▶ [我国医疗 AI 治理体系的发展与展望](#)（来源：锦州医科大学）——第 52 页

【提要】生成式人工智能(AI)技术的出现，正促使各行各业进行升级和重构。在医疗健康这一关乎人类生命安全的特殊领域，AI 的治理工作凸显出其复杂性和独特性。当前，相关部门正在按照 AI 发展规律构建、完善其使用规则和监管框架，以规范 AI 技术的合理应用，并推动医疗健康事业的有序发展。

▶ [AI 赋能卫生决策：战略布局驱动诊疗体系智能化跃升](#)（来源：中国医科大学）——第 57 页

【提要】近年来，人工智能(AI)技术迅猛发展并广泛应用，在辅助卫生决策领域发挥越来越重要的作用，也为医疗领域带来了新的变革。

《2025 年国务院政府工作报告》中提到要持续推进“人工智能+”行动，将人工智能在医疗卫生系统的布局提升至国家战略高度，更标志着我国医疗决策系统正式迈入“人机协同、数据驱动”的新纪元。

• 医保快讯 •

▶ [医保支付装进手机里——32 家医疗机构实现“指尖结算”](#)（来源：海淀区医保局）——第 63 页

【提要】在科技创新与教育文脉交织的北京市海淀区，一场医保服务的智慧变革正悄然展开。作为连续四年稳居全市高质量发展综合绩效评价榜首的经济大区，海淀区在建设新质生产力示范区的进程中，始终坚持将民生保障与科技创新深度融合、同频共振。

▶ [从回扣竞争到信用比拼，医保新规背后的大逻辑](#)（来源：中国医疗保险）——第 70 页

【提要】五年来，从治理商业贿赂到防范供应短缺，从规范投标报价到保障产品质量，信用评价制度在实践中不断丰富内涵、拓展外延。在医保基金监管从“被动查处”转向“主动防治”的战略转型过程中，这套融合了动态监测、分级惩戒、信用修复等创新机制的评价体系，正日益成为规范医药企业市场行为、优化行业生态的核心治理工具，为构建公平、透明、可持续的医药价格形成机制提供了制度保障。

-----本期内容-----

• 集中采购 •

如何破解集采落实不到位、结算不及时、网采不达标问题？

来源：北海市医保局

药品和医用耗材价格虚高是深化医药价格改革、推进价格治理的重点、难点问题。党中央、国务院高度重视药品和医用耗材集采改革，习近平总书记多次强调要推进国家组织药品和耗材集中带量采购改革，常态化制度化开展药品集中带量采购。2021年1月22日，国务院办公厅印发《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》，要求各地加强组织领导，确保药品集中带量采购工作有序推进，为集采改革扩围提质提供了政策依据和方向指引。但是，在执行集采改革政策过程中，部分公立医疗机构依然存在采购不规范、结算不及时、网采率未达标等问题，本文旨在分析目前集采工作存在问题并提出对策建议，常态化推动集采改革政策落实落细。

集采改革成效显著成果惠及人民群众

近年来，北海市深入贯彻落实党中央、国务院关于集采改革的决策部署，聚焦群众看病就医“急难愁盼”问题，持续深化医药价格治理，以创新举措引领集采工作扩围提质，让改革发展成果更多、更公平惠及人民群众。一是持续推进集采药品和医用耗材提质扩面。2020

年1月至2025年5月，北海市累计推动41批次药品、43批次医用耗材，共827种国家集采药品和80类医用耗材落地执行。二是群众减负成果突出。通过集采改革政策的有效实施，药品和医用耗材平均降幅比例超50%，切实让群众享受到集采改革政策红利。三是资金保障落实有力。为保障集采改革政策顺利实施，同步落实集采预付金制度，按照公立医疗机构购销合同总金额40%累计14次拨付预付周转金，涉及43批次集采药品和医用耗材，累计拨付金额6169万元，有效缓解公立医疗机构在采购过程中的资金压力，促进集采改革政策平稳有序推进。四是稳步提高药品、高值医用耗材网采率。2025年1-4月，北海市药品、高值医用耗材平均网采率分别超过99%、88%以上，实现《“十四五”全民医疗保障规划》中“到2025年，公立医疗机构通过省级集中采购平台采购药品金额占比、高值医用耗材金额占比要分别达到90%和80%”的总体要求。

三大主要问题制约集采改革效能的充分释放

随着集采改革向纵深推进，新的矛盾与挑战逐渐显现，在执行、回款、网采率等环节依然面临诸多问题，不仅影响集采改革政策执行的“最后一公里”，还触及多方利益平衡等深层次领域，一定程度上制约了集采改革效能的充分释放。

（一）执行落实不到位。通过对既往部分集采批次药品、医用耗材核查，部分医疗机构在执行集采工作过程中存在对中选品种“报而不

采”、“采购进度滞后”等问题，此类问题影响集采政策的落地效果。笔者认为，主要原因可能是以下两方面：一方面，医生临床用药习惯与观念成为阻碍。医务人员长期使用特定品牌、规格的药品或耗材，已形成固定的用药习惯。即便集采中选品种在疗效相当的同时价格更低，但由于在规格、剂型、使用方式上存在细微差异，导致医务人员在临床应用中产生顾虑，进而抵触使用，最终造成“报而不采”的现象。另一方面，利益关联带来隐忧。医疗机构与配送企业存在长期合作利益关系，个别非集采产品暗藏更高回扣、返利或其他隐性利益，导致医疗机构不愿采购中选品种。经横向对比二次发票，配送企业对各类集采药品与非集采药品的顺加差价率在 3%至 8%间浮动，个别非中选品种顺加差价率超过 100%，这种利益诱惑驱使部分医疗机构不愿放弃原有产品转而使用集采品种，进而消极对待集采任务，导致未及时完成约定采购量。

（二）集采货款结算不及时。一直以来，各地医保部门坚持不懈，积极探索解决集采回款慢、回款难问题，如广西壮族自治区医保局组织各地市开展集采货款清欠行动，北海市累计完成清欠货款金额结算约 1.0 亿元，并同步落实预付金制度等举措保障回款计划顺利实施，但医疗机构回款问题由多种因素导致，以至于回款延迟现象依然存在。以北海市 2023 年 6 月-2024 年 12 月数据为例，全市集采药品结算率为 87.06%，30 天内回款率为 33.04%，这一问题不仅阻碍集采政

策效能充分释放，更给医药供应链稳定与民生保障带来挑战。笔者认为，一方面，部分医疗机构未能合理规划资金使用，未将集采货款支付置于优先保障地位，资金调配不合理使得本该及时支付的集采货款被挪作他用。同时，运行成本过高、经营不善也是重要原因。部分医疗机构由于购置设备、基建项目投入等因素，导致资金处于紧张状态，从而造成集采货款支付延迟。另一方面，政策约束力不足。现有政策对医疗机构货款结算的刚性约束条款缺失，虽明确规定集采药品、医用耗材在限定时间内结算，但个别医疗机构存在侥幸心理，认为拖欠货款违规成本低，即便被发现也仅面临通报批评等轻微处置，难以对其形成有效约束。

（三）医药网采率不达标。北海市药品、高值医用耗材网采率虽然分别超过 90%、80%的“十四五”规划目标，但仍有个别医疗机构药品或高值医用耗材网采率未达规定标准，反映出政策落地过程中存在多重梗阻，制约医药采购透明化、规范化发展。在笔者看来，原因可能存在于以下两方面：一方面，政策理解存在偏差。部分医疗机构管理人员对阳光挂网采购政策的重要性认识不足，简单将其视为“流程要求”而非“管理变革”，同时，部分公立医疗机构采购人员未及时在平台按程序操作，导致平台配送金额数据滞后，网采关键数据指标未同步纳入测算范围。另一方面，监管与考核机制不健全。监督手段单一，当前对线下采购情况主要依赖医疗机构自主上报数据，缺乏对

实际采购行为的动态监测和穿透式核查，对网采率不达标缺乏刚性约束，多以督促、通报、整改为主，未与医保资金拨付、医院等级评审等关键指标挂钩，例如，某三级公立医疗机构高值医用耗材网采率经常低于 80%，仅被要求整改，未受到实质性处罚。

多措并举推动集采改革政策落实落细

针对以上问题，建议在强化督促指导、构建集采直接结算体系、完善相关医保协议条款等方面，推动医药集采改革政策落地落实。

（一）强化指导、督促及监管。一是健全内控制度，转变观念。引导医疗机构转变工作作风，推动其健全内控制度，加强对集采工作的统筹推进，压实各科室及处方医生的考核责任，认真抓好中选产品优先使用等各环节工作。同时，组织医务人员开展集采政策与产品知识培训，通过临床案例分析、专家解读等方式，消除其对中选品种的顾虑，提高集采工作执行效率。二是动态监测，严格监管。在采购执行过程中全过程重点监测，不断规范医疗机构采购行为管理，针对医疗机构集采任务执行不到位、采购行为不规范的问题，通过约谈、通报手段及时督促提醒，进一步提升采购任务履约质量。三是斩断利益关联链条，净化市场环境。建议进一步规范配送企业顺加差价率，制定明确的价格浮动区间，对超过合理范围的品种实行重点监控与专项整治，联合市场监管、公安、纪检监察等部门，开展打击医药采购领域不正当利益行为专项行动，严查医疗机构与配送企业间的回扣、返利、

商业贿赂等违法行为，维护公平竞争的市场环境。

(二)持续推进清欠行动清零见底，构建医药集采高效结算体系。

一是督促落实清欠责任，持续开展专项清欠行动。定期全面梳理医疗机构药品和医用耗材结算数据，建立“一院一档”针对未及时落实回款的医疗机构，指导其制定详细回款计划，对长期拖欠货款的医疗机构，将约谈主要负责人、完善医保协议条款等手段作为主要抓手，压实医疗机构回款责任。同时，严格落实集采预付金制度，在每批次集采中选品种落地后及时完成该批次预付周转金拨付，切实减轻医疗机构资金周转压力，确保货款及时结算。二是优化结算流程，推进集采药品耗材直接结算改革。以国家医保局工作部署为指引，按照“分级管理、统一标准、简化流程”原则，开发集采药品耗材直接结算功能模块。建议优先选取国家及省际联盟带量采购中用量大、供应稳定、临床使用成熟的品种作为试点，明确医保部门、医疗机构、医药企业在直接结算中的权责与流程。通过试点逐步总结经验，完善系统功能，逐步扩大直接结算覆盖范围，确保2025年实现集采药品耗材基本直接结算，2026年实现全面直接结算，大幅提高医疗机构回款速度，保障医药集采改革惠民政策落地见效。

(三)提升医药网采率，破除政策落地梗阻。一是强化政策宣贯与技能培训，消除认知与操作壁垒。通过专题培训、案例分析会等形式，向医疗机构管理层阐明网采对规范采购行为、降低医疗成本的战略意

义，推动其从“被动执行”转向“主动落实”。针对采购人员操作不及时、不熟练问题，编制标准化操作手册，确保数据及时录入、网采指标精准核算。二是探索构建线下采购智能监测体系，通过细化医保结算清单费用、平台配送金额、医院 HIS 系统信息明细，筛选线下采购订单，实时监测医疗机构采购行为，对高频线下采购、非中选产品采购等异常数据自动预警，形成“监测—预警—核查”闭环。三是完善考核制度体系，强化刚性约束力。在落实将药品和高值医用耗材网采率纳入核心考核指标基础上，通过完善医保协议条款约束性、惩戒性规定，对执行集采政策不到位、落实网采率不达标医疗机构，按一定比例和标准扣减医保总额预算或履约质量保证金。同时，对落实和整改不力的医疗机构，建议卫健部门下调其绩效考核评分，倒逼医疗机构压实参采主体责任。

[返回目录](#)

国务院优化带量集采，哪些智库建议被采纳？

来源：健康国策 2050

6 月 13 日，国务院常务会议研究优化药品和耗材集采有关举措。这是继 2024 年底爆发“血压不降、麻药不睡、泻药不泻”的地方“两会”舆情蔓延到全国之后，国务院首次在体制机制层面作出公开的详细部署，也是对全国“两会”期间《政府工作报告》提出的“优化药品和耗材集采政策，强化质量评估和监管，让人民群众用药更放

心”“健全药品价格形成机制”的要求予以落实。

国务院常务会议指出，要加强药品和耗材集采政策评估，总结经验、补齐短板，推动集采工作规范化制度化常态化开展。要更好促进“三医”协同发展和治理，完善公立医院补偿机制，支持医药企业提高创新能力，更好满足群众多元化就医用药需求。要加强对药品和耗材生产、流通、使用全链条质量监管，扎实推进仿制药质量和疗效一致性评价，让人民群众用药放心安心。

作为从 2020 年创办之日起就参与到价格招采政策决策咨询、政策宣教、舆论引导工作的智库平台，“健康国策 2050”对此解读出三个政策动向——

动向一：集采不会熄火，顶层设计不会动

带量集采自诞生之日起，就是党中央的决策部署。在中国，在没外部不可抗力的情况下，决策层级越高，政策稳定度也就越高。

早在 2018 年 11 月 1 日，最高领导人主持召开民营企业座谈会，江苏恒瑞医药股份有限公司董事长孙飘扬坦言，目前产业政策的某些环节仍存在瓶颈。据参会人士披露，他提到对当时刚成立的国家医保局实施“4+7”国家组织药品集中采购试点的疑虑，希望暂缓实施。据新华社电，最高领导人当时明确表态：“你说的这几个问题，中央深改委已经有顶层设计，关键是要落实。”

过了几天，11 月 14 日，由最高领导人主持召开的中央全面深化

改革委员会第五次会议，审议通过了《国家组织药品集中采购试点方案》。会议指出，国家组织药品集中采购试点，目的是探索完善药品集中采购机制和以市场为主导的药价形成机制，降低群众药费负担，规范药品流通秩序，提高群众用药安全。要按照国家组织、联盟采购、平台操作的总体思路，坚持依法合规，坚持市场机制和政府作用相结合，确保药品质量和供应稳定。

2021 年，国务院办公厅印发《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》，针对集采试点期、推广期遇到的问题，提出基本原则：

坚持需求导向，质量优先：根据临床用药需求，结合医保基金和患者承受能力，合理确定集中带量采购药品范围，保障药品质量和供应，满足人民群众基本医疗用药需求。

坚持市场主导，促进竞争：建立公开透明的市场竞争机制，引导企业以成本和质量为基础开展公平竞争，完善市场发现价格的机制。

坚持招采合一，量价挂钩：明确采购量，以量换价、确保使用，畅通采购、使用、结算等环节，有效治理药品回扣。

坚持政策衔接，部门协同：完善药品质量监管、生产供应、流通配送、医疗服务、医保支付、市场监管等配套政策，加强部门联动，注重改革系统集成、协同高效，与药品集中带量采购制度相互支持、相互促进。

2020 年，在国家医保局价格与招标采购司首任司长钟东波同志离任之际，刚成立的“健康智荟”（后更名为“健康国策 2050”）就曾刊发社论《独家 | 国家医保局司长换帅：给带量集采说句公道话》：

一方面，笔者驳斥了外界提出的“集采引发股价暴跌是顾小失大”“通过技术性规则引导企业超低报价是变相定价/限价”等说法：

对一项公共政策的评估，不仅要算经济账，还要算政治账、社会帐。因此，带量采购不仅要算经济账（“地板价”给医保省下多少钱），还要算政治账（世界大国作为采购方拥有药品定价权）、民生账（让老百姓买得到、买得起新药、好药）、廉政帐（构建一体推进不敢腐、不能腐、不想腐体制机制）。既然质疑者（阵营）要将评估带量集采的风险和损失适用于广口径，那么评估带量集采的机遇和效益也要适用于广口径。总体来说，对公共政策评估的适用口径，不能合则用，不合则弃，搞双重标准。

另一方面，在，笔者也没有盲从带量集采，对带量集采政策走向作出中长期判断（未来五年），全行业首次提出“集采退坡机制”：

“需要在风清气正、创新涌流的新环境下，逐步设计政策‘退坡机制’，实施‘以价值为导向’的定价和采购机制，建立自主价格发现、合理医药利益链的新均衡——这可作为带量采购下一阶段的新目标。”“带量采购是在特定的历史阶段执行特定的历史使命，终究要

在覆盖各类主流品种之后，由更常态化的定价采购机制、更深层次的支付方式改革、更全息化的基金监管，来发挥更大的政策红利。”

2025 年 1 月，春节前夕，在带量集采面临海内外媒体质疑、医疗界与医药界此起彼伏反对的当下，国家医保局有关领导、有关司局内部举办新春茶话会，笔者既没有“溜须拍马”，有没有“落井下石”，而是向参会的医药企业、医疗机构、全国媒体朋友讲了此前在各地调研时了解到的三个案例：

集采对医药界影响：随着集采常态化、制度化实施，因“带金销售”而出现行政处罚、司法判例记录的企业单品/其他产品要被招采信用评价制度暂停/中止药品挂网资格，再加上带量集采中选品种的极低价格使企业无力支付高额“带金”费用、进院“直通车”的集采执行考核也让企业不用担心合规销售被挤出市场，受此影响，许多营销驱动型的药企已经找不到渠道把营销费用花出去，一位区域性龙头药企营销老总告诉笔者：“我们只能把营销费用转去更合规的医学学术会议”，如果不愿意营销转型，也不愿意转向研发高利润原研药，最终捂着营销现金流也会被慢慢淘汰出市场；

集采对医疗机构的影响：带量集采叠加医药反腐整治，两者的常态化开展都让医疗机构、医疗人员的“灰色/黑色收入”大幅减少；如果说，取消药品加成（“零加成”）制度只是在账面上断绝了医疗机构对药品收入的依赖，那么，带量集采则先后剥夺了医院的选品权（仅

给非集采品种留出 20%~30%空间)、定价权(集采药品价格大幅压缩并使得医药企业无法同医院法人、医务人员个人“分利”)乃至结算权(集采药品实施医保基金同医药企业直接结算使得医院无法通过对医药企业拖延付款产生资金收益)——随着带量集采扩围到所有上市若干年以上、已有多家竞品的“老”药械(包含:药品、高/低值医用耗材、体外诊断 IVD),是可以彻底斩断医院的药械利益、为早在党的十七大(2007 年)就确立的“医药分开”战略扫清阻力的;

集采对基层患者的影响:前任总理李同志曾提到,中国有 6 亿人口,月收入低于 1000 元;经过多年的工业化、城镇化进程,我国仍有 4.6 亿多人属于农村常住人口,如今,他们连每人每年交 400 多块钱的医保都不愿意,很难想象让他们甘心为治疗慢性病支付每年超过 1000 元的医药费。正如一位医保系统领导说的,集采好不好,不能问中产阶层和富人阶层,要问广大基层患者。只有当二甲双胍等降压药的价格因集采降到一片只有几分钱,医保局才能通过将报销比例拉高到 95%,真正实现了国家卫健委(原国家卫生部、原国家卫计委)呼吁多年的“基本药物由国家兜底、患者(基本)免费”。也就是说,当国家卫健委在发布会上推广部分省份的“三高共管”“健康共同体”模式时,各级医保局已经发挥了降低药费、提高保障的政策保障作用。

回顾中国医改 25 年历史,放眼当下全国各地,我们找不到第二

项政策工具可以像带量集采这样成功实现“挤压药品流通环节水平”“倒逼医药企业由仿(仿制药)转创(创新药)”等廉政政策、产业政策目标。按照党中央提出的“先立后破，破必须立”的原则，在挖掘出、试验过足以替代带量集采的全新政策工具之前，带量集采就仍将存在相当长一段时间。

动向二：集采要符合国家宏观政策取向，实施政策后评估

上述国务院常务会议要求，“推动集采工作规范化制度化常态化开展”与“总结经验、补齐短板”并不矛盾。我们既要立足全局不放弃乃至发扬光大带量集采这一政策体系，又要正视带量集采自身存在的基因缺陷、在医保系统的内外部挑战。这需要“加强药品和耗材集采政策评估”。

早在 2020 年，在高值医用耗材首批带量集采(冠脉支架)开标并最高降价 94%之后，“健康国策 2050”意识到这种突如其来、意料之外的降价的冠脉支架可能带来的医用耗材整体市场、心外科手术行业的巨大震荡，特别是强烈价格信号可能深刻影响医疗行为、医药经营，就破天荒地邀请了原国务院医改领导小组办公室、原国家发改委反垄断局的领导，以及价格招采、公平竞争、医疗管理等不同领域的知名专家同台论证。

“集采中选不是终点，而是多部门综合治理的起点。”会上，笔者代表主办方呼吁，希望将“政策后评估”机制引入带量集采领域，

为该政策行稳致远保驾护航。会后，有关政府部门委托国家卫健委有关智库单位，开展对“高值医用耗材带量集采的综合治理”课题，笔者还在开题会上提供专家咨询意见。

实际上，政策后评估机制早就作为国务院推进公共政策督导评价的重要机制。据新华社电，2014年，国务院启动全面大督查，并在自查和实地督查基础上引入第三方评估，被称为“此次国务院督查最大的创新和亮点”。

作为国务院的“基本大法”，两任总理都很重视政策评估：

2013年，《国务院工作规则》（已修订）规定，在重大决策执行过程中，要跟踪决策的实施情况，了解利益相关方和社会公众对决策实施的意见和建议，全面评估决策执行效果，及时调整完善。

2023年，《国务院工作规则》规定，涉及社会公众切身利益的重要规划、重大公共政策和措施、重大公共建设项目等，应当充分评估论证，采取论证会、听证会或者其他方式听取专家和社会公众意见。建立健全重大决策跟踪反馈制度，加强后评估，不断提高决策质量。

因此，围绕第十批国家组织药品集中带量采购（简称“第十批国采”）政策决策、执行环节遇到的困难挑战，笔者先后在国家医保局组织的专题新春茶话会上（2025年1月），以及通过中央有关部门向高层领导呈报的《优化药品价格招采制度，实现多方利益均衡》（由于报送稿涉密，禁止公开，此为提交版题目、内容——作者注）中，

提出在“猫鼠博弈”中“紧箍咒越勒越紧”这一尖锐议题：

过去六年多，在政策缺乏透明度、可预期性的前提下，部分医疗机构通过品种替代、用量大涨、拖延企业货款等“钻空子”行为规避带量集采；作为应对，医保监管者将治理对象从“人民内部矛盾”转为“敌我矛盾”，通过带量集采的执行考核彻底剥夺了医疗机构的剥夺公立医院的各类涉药权限，通过招采信用评价、飘忽不定的集采规则剥夺了竞标方与招标方的平等协商、竞标方之间的公平竞争权限，双方明争暗斗，彼此内耗。

如果经党中央、国务院同意，国家有关部门(包括国家医保局自身)开展带量集采政策后评估，不妨围绕国务院常务会议提出的以下目标，给医保侧支持医药侧、医疗侧、治理侧的具体表现打分：

医药侧：支持医药企业提高创新能力：带量集采实施七年来，流入创新药行业的资金是多了还是少了？头部内外资医药企业的研发投入强度是高了还是低了？各级各类带量集采的竞标方数量(市场集中度)是多了还是少了？

医疗侧：更好满足群众多元化就医用药需求：带量集采实施七年来，患者能用上的“平价好药”品种数是多了还是少了？患者自主用药需求的满足率(不含：被医药企业、医疗机构诱导出来的用药需求)是个高了还是低了？为解决集采执行考核造成医疗机构缺药情况而实施的处方流转的成功率是高了还是低了？

治理侧：更好促进“三医”协同发展和治理：带量集采实施七年来，带量集采节约的药费在患者端(降低患者就医费用)、医疗机构端(提高医疗服务价格与医生薪酬)的分配比例如何?各地医保部门存不存在对地方集采(不含国家集采)中选企业拖欠货款，对医疗机构拖欠医保款?

如果说，“政策后评估”是立足政策全生命周期实施的“纵向系统治理思维”，那么“宏观政策取向一致性评估”这是立足国家战略目标有效落地实施的“总一分式系统治理思维”。

相对于“三医”其他兄弟部门，医保局的央地垂直管理能力更强，政策颗粒度更细、监管基础设施更为扎实，政策见效周期更短；然而，受此影响，作为“技术派”的医保系统也更多面临“单一政策合理，但难以推导出政策组合合理”的问题，也就是遭遇“合成谬误”问题。

2024 年，党中央机关报《人民日报》曾刊登署名为“邹容、白国强”的文章《改革要精准发力、协同发力、持续发力》：

“今天，单刀直入式、局部突进式的改革往往难以奏效。推进中国式现代化对改革的系统性、整体性、协同性要求更高，需要更加注重系统集成，形成改革合力。增强政策取向一致性，是协同发力的着力点。这要求我们以全局观念和系统思维谋划推进改革，推动各领域各方面改革举措在目标、手段、实施等各方面同向发力、形成合力。

既要防止‘分解谬误’，避免把整体改革任务简单一分为之；也要防止‘合成谬误’，避免局部合理的改革举措叠加起来造成负面效应。”

为破解“合成谬误”“分解谬误”问题，在2023年、2024年底的中央经济工作会议上，连续提出了宏观政策取向一致性评估要求。2025年国务院《政府工作报告》也提出：“健全和用好宏观政策取向一致性评估工作机制，把经济政策和非经济性政策统一纳入一致性评估，统筹政策制定和执行全过程，提升政策目标、工具、时机、力度、节奏的匹配度。”

实际上，“分解谬误”在除国家以外的地方带量集采实施过程中非常普遍。据笔者调研得知：一些地方过于重视集采规则的技术性调整，而缺乏顶层设计思维、统筹协调能力。

一方面，为应对中选品种短缺、质量稳定性不足、非集采品种价格异常上涨等现实问题时，由不同的公共部门、在不同的政策阶段、以不同的政策强度分别制定“政策补丁”，但未能对上述政策“子目标”进行合理排序，部分考核指标还会相互打架；

另一方面，许多地方带量集采(省级、市级)往往多达30多页乃至上百页，充斥着各类晦涩术语、例外规则、冗长表述，除了体现技术官僚的专业性、优越感别无益处，不仅导致行政部门的政策执行成本以几何级别上升，而且导致监管对象的参与集采医药企业准入成

本、医疗机构采购成本也以几何级别上升。

将集采纳入宏观政策取向一致评价，事不宜迟。2021 年，笔者率先提出“吉祥三‘保’”这一带量集采的宏观政策目标，即集采要兼顾保质量(单体价值)、保供应(整体数量)、保控费(支付能力)三个方面。学过经济学的人都知道，保质量、保供应需要拉高价值，保控费需要压低价格，按照“价值决定价格”的理论，这存在天然的内在冲突，需要作为“技术派”的各级医保部门展现极其精妙的平衡术。按理说，医保部门不能有自身利益，只能代表参保患者的利益，那么，站在维护患者生命健康权的角度看，必须让保质量优先于保供应，保供应优先于保控费，以及让其他技术性规则(二三四级指标)服从于“吉祥三‘保’”(一级指标)。

因此，笔者在上述呈报高层领导的报告中疾呼：

一是扭转不合理的带量集采政绩观。为遏制各地医保局大搞脱离医疗、医药承受能力的“品种攀比”“低价攀比”，国家医保局不宜将集采品种数、集采价格降幅作为硬性考核指标，而要强化对地方医保局集采政策“保质量”“保供应”“保控费”闭环管理能力的考核；“保控费”考核应从单品种费用转为以患者为中心的年治疗费用/全病程治疗费用考核，从而鼓励新一代技术、新治疗方案的推广。

二是上收集采决策权，及时叫停市级集采(不含：自主开展的本市医院联盟采购)。由单一地市的医保局发起的招采项目，市场空间

有限，若仍联动大型省市的全国最低价，违反“量价挂钩”的集采规则；地市级缺乏药械大幅降价后的质量监管能力，规则随意性也加大了医保系统廉政风险；如果医药企业看不上地市小市场而弃标，还会造成患者用药短缺，不得不异地就医；我国自 21 世纪之初就实施省级药品招采，市级集采意味着历史倒退 20 多年，应当坚决叫停。

三是充分保障患者用药选择权，推广“集采品种数字化知情同意书”模式。以全国统一的标准化法律文本，保障患者对集采后临时换药的知情权，对集采中选药品与非中选的原研药、仿制药选择权，既避免医保局对不同类别、批次集采产品的质量保障张冠李戴、过度承诺，也防止医院、医生个体因使用集采药无利可图、负担太重而误导患者多用原研药。对于不适宜院外使用的药械(含：集采非中选的药械)，应当借鉴政务大厅“办不成事窗口”经验，由区域龙头医院做好兜底保障。

动向三：提高政策协同性，防控政策副作用

为了实现国务院常务会议提出的“让人民群众用药放心安心”这一终极目标，必须系统重塑价格招采制度，而不只是在技术性规则上小修小补。当前，我们必须清醒的看到，涉及带量集采的政策不是太少了，而是太多了，之所以仍然“解决不了问题”或者“解决老问题，浮现新问题”，根本上讲，是政策协同性出了问题。

作为国家健康治理研究团队，笔者建议，需要从微观、中观、宏

观三个层面，提高带量集采政策的协同性：

一是提高带量集采政策内部不同要素的协同性：

按照发达国家开展仿制药限价(不仅限于带量集采机制)的经验，要将仿制药及其过专利期的原研药的市场扩大到 80%，但是将其价格控制在 20%，对于脱离这种“二八定律”的品种，以及集采后可能带来损害临床损害的品种，则不应该纳入采购。

因此，在选品层面，要设置不适宜集采品种的负面清单，重点考虑以下方面：

基于用药安全考虑：针对治疗窗口期很窄、个体不良反应导致不可逆伤残及死亡的品种(如：急诊科用药、麻醉药品)；

基于行政效能考虑：针对本土药价仅为欧美发达国家 30%以内(或者单价在 0.5 元以内)但推动集采政策执行的综合成本过高的品种)；

基于合理价格考虑：单价已经构成全球最低价的药品(如：药品单片价格低于 0.1 元)。

今后，对于“负面清单”内品种，可采取其他替代方案予以控费，比如：药企捐赠公共卫生项目从而补齐公共卫生短板，药企发起慈善赠药项目并精准保障低收入人群，等等。

此外，在集采批次层面，为减轻医疗机构集采报量、执行负担，应从原来普遍按通用名报量，改为推广三明医改所在“三明(采购)联盟”的按疾病组(如：DRG、DIP)单元集采、湖北牵头中成药国家集

采联盟的按疾病领域集采(俗称“大打包”)模式,或者南京医保局对单家医药企业所有产品“整体谈判降价带量”模式;对于用量太少但集采执行成本太高的品种,在参与集采后,可改为区域公共仓储集中配送、区域中心药房模式,从而减少医院完成集采中选药指标额外增加的运营成本。

带量集采制度不同于之前的“省级/市级/县级招采”制度,其决策科学性、政策有效性、市场公平性的点在于,这是国家医保局声称的市场化机制,是充分遵守“招采合一”“量价挂钩”的经济学原理,破解国家医保局成立之前存在近二十年的“招而不采”“采而不用”“降价难放量”“降价难进院”等历史遗留问题。

在定价层面,重点考虑以下方面:

保障仿制药企业合理利润:在全国医药价格监测工程实施过程中,各级医保局要从单纯追求基于药品原材料成本(如:原料药购进价)的全球最低价,转为测算并纳入符合高质量发展要求的质量控制成本、工艺改进成本。不能一刀切地把所有流通成本都污名化为“腐败成本”,要允许医药企业编列合理的销售成本、运输成本、仓储成本,要允许集采中选厂商在全口径成本基础之外获得合理的利润率(如:20%左右),从而形成“以仿养创”良性循环;要允许掌握新靶点、新机制、新技术领域等新质生产力的医药企业拥有高于一般医药企业的可观利润率,不适用于成本加成定价法;

恢复设置低价熔断机制：为防止集采品种一次性大幅下降造成医药产业预期恶化，医疗机构经济管理被打乱、集采前后用药患者经济不公平，可探索“价格降幅上限熔断”“报价下限熔断”机制(如：降幅超过 70%，或单价低于 0.1 元的报价，可以允许其直接中标)；可探索“中选产品在一年内按月份梯度降价”模式；为防止集采报价变成“一锤子买卖”激发畸形低价，对于首次报价落标企业，可允许在梯度降价的月份内多次报价，一旦纳入价格区间就可中选(“复活”机制)；

遏制低价倾销等违规投标行为：要遏制一些“低小散乱差”企业，乃至一天药都没有生产过的“大包商”(即：全权获得生产厂家代理权的药品经销商)通过集采违法围标、超低价中标抢夺市场，这些“光脚不怕穿鞋”的破坏者，不仅扰乱了全行业的价格秩序，而且“一锤子买卖”也会对药品质量安全带来巨大威胁。对于明显低于药品生产成本的报价，不仅不能让其中标，而且要追求其“低价倾销”的违法责任；要研究设置企业成立年限、年产量等硬性指标，增设质量保证金制度[如：欧盟将药品上市许可人(MAH)保证金设置为 2 亿欧元]，坚决将“光脚破坏者”挡在门外。

在放量层面，要坚决叫停同一个供应区域出现两个品种(两家企业)中标的模式，防止造成中选品种仍然需要给医院管理者、药学委员会、临床医生“做工作”，从而增加中选企业违规实施“带金销

售”的廉政风险、运营负担。

二是提高带量集采政策与其他医保政策的协同性：

与医保支付标准协同：对于患者“用脚投票”愿意选择非中选原研药的，医保基金可采取差额支付模式，通过对非中选原研药、中选品种(无论原研药还是仿制药)设置较大差别的起付线、报销线、封顶线(医保报销“三条线”)，从而引导患者在价格、质量之间做出理性权衡；

与医疗服务价格协同：对于带量集采、医保支付方式改革(DRG/DIP)节约出来的医保资金，应当全面、及时、足额调整医疗服务价格，适当下放医疗服务调价权限给市级医保局，支持急诊科、儿科、老年科、康复科、精神心理科等薄弱科室“补短板”，尤其要坚决叫停医保基金出现当期亏损地区一刀切地叫停医疗服务价格调整；

与医保基金监管协同：对无合理理由超数量、超金额使用非集采中选品种的医疗机构、医务人员，要强化带量集采执行考核，对其暂停/中止医保支付资格，直至“医纪协同”加强党纪政纪问责；当然，对于医疗机构的特需医疗、国际医疗、高端医疗等并非“保基本”板块，按照国家医保局承诺的“三个不纳入”，各级医保部门应当将其排除出集采执行考核，从而更好满足参保群众更高品质的健康需求。

三是提高医保政策同其他部门政策的协同性：

与医疗政策协同：一是尽快重启中国医师协会的执业医师信用评

价、中国医院协会的医疗机构绩效评价等行业自律机制，从行政部门“要我合规”到“我要合规”；二是卫健委、医保局协同推动集采药品的专家共识上升为医学指南乃至卫健委临床路径管理，从药企“生产好药”到医院“把药用好”；三是各地加紧落实公立医院的医疗服务价格、医保支付、医疗机构绩效、医务人员编制与薪酬改革(统称“四改联动”)，加快实现一线医务人员从“经济导向(创收或控费)”到“经济中性”。

与药监政策协同：一是要提高仿制药质量疗效一致性评价的门槛，从“一过性”评价转为全过程监管、穿透式监管乃至基于大数据、人工智能的全息化监管，特别是加强对辅料、包材等间接影响药效的监管；二是要在药品上市后监管方面，尽快实现卫健委的药品临床综合评价数据、医保局的医保结算数据与基金监管数据、药监局的药物不良反应与药物警戒数据的互通共享，实现基于真实世界证据的协同监管、高效能监管；三是在质量评价方面，应率先在集采药品引入患者自主报告解决(PROs)机制，将患者的健康结局指标尽可能客观化、结构化。

与医药产业政策协同：一是品种选择方面，对于已经纳入中央多部门协同的《创新药目录》的品种，考虑到其前期研发投入较大，即便是上市超过2年，即便是同品种超过3家(既然药监局已经批准上市，就不能让上市药企为最低价背锅)，也要在5年内获得“集采豁

免”资格;二是公平竞争方面,对于为了追求获得当年集采投标资格而在集采标书发布前几天“压哨上市”“压哨过评”但尚未获得临床验证的品种,应当被禁止获得本批投标资格,也就是设置集采投标品种必须有一年的临床应用过渡期;三是扩大集采品种推广范围,由商务部、国家医保局联合开展集采中选品种在东盟国家、中东国家等“一带一路”沿线国家的推广,而且尊重当事国的卫生/社保体制,保障企业生存空间,禁止强行在当事国适用于中国国内集采中选价格。

近期,国家医保局围绕《进一步优化药品集采政策的方案》在行业内征求意见。根据流出的征求意见稿。笔者很欣慰的看到,我们在专题新春茶话会提交给国家医保局领导、通过中央有关部门提交给高层领导的智库报告、思维导图中,已经有若干条得到国家医保局初步采纳,具体包括:

集采负面清单:低销量产品(违反“二八”定律)、窄窗口期品种(影响用药安全)谨慎纳入带量集采;

提高投标门槛:对带量集采的投标方设置药品生产质量要求(排除一天药品都没有生产、低价倾销的“大包商”);

恢复低价熔断、低价保护机制(单价低于一定阈值的品种自动中选,不受1.8倍的高价熔断规则限制,防止差比价机制下的降价死循环);

为医院保留少量自主用药空间：集采协议量为医疗机构报量的一定比例，剩余用量可按需采购原研药等非中选品种；而且，因临床指南药物推荐变化、抗生素使用限制政策等导致临床需求发生重大变化时，集采执行考核中不要求必须完成约定采购量，仅要求体现优先使用中选品种。

[返回目录](#)

• 医疗改革 •

医改“改”的是什么

来源：中国卫生杂志

党的二十届三中全会通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》将深化医药卫生体制改革作为一项重要任务予以部署。站在新的历史起点，如何准确把握医改方向，探索切实可行的实践路径？日前在京举办的中国卫生经济学会深化医改学术交流会上，与会专家学者展开了深入探讨与交流。

政府当好“领路人”

公立医院作为医疗卫生服务体系的主体，保障其公益性是医改的重要目标。国家卫生健康委有关司局负责人在会议中提出，2023年，66.6%的公立医院实现收支平衡，较2022年提高9.7个百分点，公立医院运营状况有所好转。但部分省份实现收支平衡的公立医院占比仍

较低，一些地区仅有 20%左右的公立医院能够实现收支平衡。这些数据折射出公立医院在外部保障和内部运行机制方面仍有完善空间。

推动公立医院回归公益本质，政府在其中扮演着关键角色。上述负责人表示，公立医院公益性必须依靠公共财政的有力和持续支持，政府要切实履行好领导、保障、管理和监督责任。

国际经验表明，政府对公立医院的直接投入要达到公立医院总收入的 20%~30%才能有效规范公立医院行为。2018 年以来，全国公立医院财政补助收入占费用总额的比例总体呈上升趋势，但财政补助仍显不足，各地比值差距较大。因此，探索建立与经济发展水平相适应、与财政收入增长相协调的投入增长机制，是未来强化政府保障的着力点。

“要落实政府办医责任，按照规定落实政府对符合区域卫生规划的公立医院投入政策。积极稳妥推进化解公立医院符合规定的长期债务，严禁举债建设和超标准装修。同时，研究拓宽筹资渠道，用好特需医疗服务政策，积极发展商业健康保险，规范支持公立医院接受社会捐赠，鼓励科研创新科技成果转化。”上述负责人说。

在顶层设计指引下，地方实践也落地有声。近年来，为了让医疗机构卸下包袱、轻装前行，重庆市按照“锁定存量、严控增量、分级分类、综合施策”的思路，多措并举优化筹资、化解债务。重庆市卫生健康委财务处处长李小成介绍，该市持续加大财政投入，强化政府

对公立医院六项投入责任，财政补助收入占总支出的比重由 2016 年的 6.06% 提升至 2023 年的 15.4%，高于全国平均水平。针对公立医院存量债务，重庆市优化存量债务结构，采取置换存量债务、与债权人协商降低资金成本、延长贷款期限等方式降低偿债成本。为了控制增量，重庆市一方面建立偿债资金池，近 5 年，各级政府投入化债资金 25 亿元，其中市级资金 4 亿元；另一方面，健全经济运行数字化治理体系，每月监测预警，严控新增债务。一系列措施下，2024 年，重庆市收不抵支的公立医院数量占比降至 24.28%，为全国公立医院债务化解提供了有效参考。

维护公益性 也要调动积极性

中国卫生经济学会副会长、中国人民大学医改研究中心主任王虎峰提出，落实公立医院公益性，还需配套改革同步推进。一要完善编制动态调整机制，保障优秀人才供给；二要建立医疗服务为主导的收费机制，根据医保基金筹资水平变化、药品和医用耗材集中带量采购节省的费用空间以及医学技术新的发展趋势，把已经证明临床有效的、得到专业认可的新技术、新项目及时纳入价格管理和医保支付范围；三要优化薪酬体系，确保“两个允许”（允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励）要求落实，缩小不同层级医院间收入差距，平衡医院内部科室差异，提高固定薪酬比例。

“需要明确的一点是，薪酬改革政策不等于降薪，要与价格改革、支付改革、内部治理等工作相衔接，要处理好增量和存量改革的关系，是增量结构、增长幅度的调整。目前探索的年薪制和绩效工资模式不是搞‘削峰填谷’，而是推行‘限高托底’，扩大中间收入群体。提高薪酬固定占比也不等于吃大锅饭，要处理好维护公益性和调动积极性的关系。”国家卫生健康委有关司局负责人表示。

构建整合高效卫生健康体系

“现有医疗卫生体系内，各要素(如医疗机构、公共卫生机构)定位不清、协同不足，存在‘逐利化’‘碎片化’‘供给失调’等结构性矛盾。且以疾病为中心而非健康为中心，科室设置、资源分配均围绕疾病治疗，忽视预防、康复及健康管理。”清华大学健康中国研究院院长梁万年指出，过去医改侧重制度变革，如医保支付、价格调整等，但体系变革滞后，需从“治理性改革”转向“发展性改革”。构建以人为本、以健康为中心的整合型卫生健康体系是大势所趋，也是实现健康优先发展战略的重要路径。

广东省佛山市顺德区的改革实践为整合型卫生健康体系建设提供了经验。以“健康保障”为目标，顺德由各镇街公立医院牵头，整合社区卫生服务中心、70家民营医疗机构，组建10个紧密型健康共同体，探索出“农村包围城市”的新路径。顺德区卫生健康局党组书记洪新田介绍，顺德整合区域内医疗服务资源，融合公共卫生资源组

建而成的健共体，实行行政、人员、财务、绩效、医保、业务、质量、药械、信息和后勤“十统一”，牵头医院院长同时担任镇街疾控中心主任、社区卫生服务中心主任，落实健康管理责任，为人民群众提供疾病预防、治疗、康复、健康促进等同质化、连续性服务，实现“不得病、晚得病、好看病、看好病”的目标。

在分级诊疗方面，顺德以急慢分治为突破口，聚焦慢性病下沉管理。通过专家、技术、药品、检查、管理精准下沉，以及医保政策倾斜等措施，推动高血压、糖尿病患者到村(居)卫生站点的就诊比例逐年上升，有效缓解了大医院的压力，提升了基层服务能力。

同时，顺德创新提出“五医融合”模式，通过医防融合、医育融合、医校融合、医企融合、医养融合，将服务阵地前移至全生命周期各年龄段的主要活动场所。以“一老一小”为例，在学生健康管理方面，顺德将学校卫生室转型为社区卫生服务延伸点，解决了校医室无法报销的问题。通过配备专业医务人员、开展常态化公共卫生服务和近视眼、脊柱侧弯等五大疾病筛查，提升了学生健康管理水平。在医养结合服务方面，顺德探索出“社区医养结合”模式，利用社区卫生服务站点闲置用房和医务人员闲余时间，为失能、半失能老年人提供普惠性医养结合服务，实现“养老不离家”，同时满足老年人的情感需求和健康照护需求。顺德通过这些做法，将医疗、预防、健康促进等服务融入不同群体的日常生活场景，实现了从单一公共卫生工作向

医防融合的转变。

[返回目录](#)

以“共识”破局医保改革，从理论到实践的中国路径

来源：重庆药品交易所股份有限公司

长期以来，药品价格究竟保持何种价差算是公平合理，各地一直存在不同看法并有不同处理方式，为此，业界呼唤一套合理的定价机制出炉，合理的标准、统一的锚点和换算关系。

今年以来，在国家医疗保障局的指导下，河北、浙江、广东、贵州、新疆五省医疗保障局联合发起的《全国省级医药采购平台药品挂网规则共识》受到业界广泛关注，其不仅是对既往地方实践的系统总结，更标志着我国药品价格形成机制迈入规则化、透明化的新阶段。

类似于《全国省级医药采购平台药品挂网规则共识》的医保“共识”是指在国家或地区的医疗保障制度框架下，各方参与者就如何实现高效、公平、可持续的医疗保障达成的一致认识，其本质是在公平与效率的平衡中，凝聚多方对医保制度设计的共同认知。在“三医”协同发展和国家治理能力现代化背景下，各级医疗保障部门通过“共识”方式制定政策、实施政策，在上下级政府间，政府和市场主体间，政府和社会间以“共识”的方式形成对医保工作的共同的认识、价值与理想，标志着我国的医保治理迈入一个新台阶。

医保共识的三重维度与表现形态

从属性看，医保共识它兼具公共管理共识的普适特征，更凸显三大独特维度。一是上下级医保部门在医保政策执行中的共识，体现为政府共识。二是医保部门在政策制定过程中，需要推进医疗、医保、医药、医院、医生、患者等多方统筹联动，形成合力，体现为社会共识。三是医保部门相关政策制定、执行与医疗、医药行业核心利益紧密相关，需要与医疗、医保、医药“三医”等相关利益方达成的共识，体现为“市场”共识。

在表现形式上，医保共识不仅体现在出台的“共识”上，还表现在出台的相关指南、倡议、规则和标准中。

五大机制驱动共识生长

一是多维度利益诉求价值协同。核心聚焦于“三医协同”理念的深入实践，以及多方主体的广泛参与，旨在促进医疗保障、医疗服务、医药产业三者的协同发展，携手共建多元化的治理模式，其关键在于确保利益相关者的有效参与与制度构建。

二是国家、地方医保部门“双向奔赴”。共同致力于政策的执行，形成了一个以政策执行为共同目标的“行政共同体”。“行政共同体”表达的是上下级医保部门间围绕“基于某项改革的政策制定、执行”这一共同目标而展开互动的组织体系。在这个组织体系中，各级医保部门之间共同承担“制定、执行、反馈”责任，各级医保部门会对改革任务产生共同认知与共同情感，并在此基础上形成以政策执行为共

同目标的“行政共同体”。

三是局部探索向整体推开演进。体现出典型的“试点验证—经验总结—规范推广”路径特征。以《省级医药采购平台药品挂网共识》的形成过程为例，在共识正式出台之前，河北省等省市已经率先尝试了药品挂网的改革措施，上海市则探索了红、黄标分级警示药价虚高的规则。这些地区性的探索努力，为随后形成的全国性共识奠定了坚实的实践基石。

四是数智化技术赋能。现代化治理背景下，共识的形成依赖于以数智化为代表的技术支撑。以全国统一的医疗保障信息平台建设为例，该平台不仅统一了医保业务编码标准、数据规范和经办服务，还构建了国家、省、市、县四级医疗保障信息互联互通、数据有序共享的智能监控网络，有效提升了医保服务的效率和质量。

五是回应改革压力的“策略化工具”。主要涉及政策年度更新与目标任务持续优化调整、地方试点经验推广、多部门协作机制、反馈沟通机制等。

三大导向引领“共识”建构

在基本逻辑层面，共识的形成主要基于三方面的考量。

以人民健康为中心是价值逻辑。中共中央、国务院2020年发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出，医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排，

坚持以人民健康为中心是医保改革的基本原则。这一价值取向在医保药品目录的动态调整中得到充分体现，通过开展国家集采、国家谈判，以及推进特例单议机制和药品价格治理等措施，有效促进了新药好药的及时纳入医保目录，支持了创新药物的临床应用，减轻了患者的医药费用负担。

促进“三医”协同发展和治理是核心逻辑。构建共识的关键在于聚焦共同关注的重点工作与领域，推动理念上的融合、资源上的整合及方法上的聚合。需要强化政策的统筹协调能力，确保各项改革政策目标协同并进；需要打破信息壁垒，将“三医”数据共享与业务联动置于更加显著的位置，以提升协同治理效能及运行评价水平；需要合理配置医疗、医保、医药领域的资源，促进“三医”基于可持续发展的高质量发展。

共建共治共享是构建共识措施的重要逻辑。各级医保部门不仅可以在“共同理解”的基础上建构共识，而且利益的矛盾与冲突有可能在建构共识的过程中得到有效地化解或控制。为此，不管是挂网规则共识、医保支付方式改革、国家集采还是医疗服务项目立项指南，无一不体现医保、医疗、医药相关部门共同参与，体现在政策协同、信息联通、资源共享、功能互补、监管联动上。

四重维度诠释价值目标

在价值目标层面，共识蕴含着多元价值取向，主要基于以下四方

面的考量。

一是公平正义，筑牢制度基石。例如，对特例单议共识。是对按病种付费标准的必要补充，确保改革科学性与公平性，回应临床发展需求，让医疗机构能够及时应用新技术，提高诊疗水平，极大提振临床医师对其开展技术创新、提高诊疗能力的信心和底气。

二是共治共享，创新治理格局。多元治理不仅包括政府部门间的协同，还涉及医疗机构、商业保险、慈善组织、患者代表等社会力量的参与。例如，国家医保局在推进 DRG/DIP 支付改革时，特别强调要促进“三医”联动改革的整体性、系统性和协同性，确保群众能够享受到高质量、高效率且负担得起的医药服务。

三是阳光公开，提升治理效能。通过建立药品挂网公示、医疗服务项目立项指南、特例单议的定期公示等制度，通过聚集相关行业、社团智慧，建立全国统一的医保业务编码标准、数据规范和经办服务标准，规范了医保支付政策确定办法，减少了地方自由裁量权，提高了医保管理的规范性和一致性，提高了医保治理的透明度和公信力，增强了社会及相关部门对医保制度的信任和支持。

四是价值购买，引领健康投资。通过激励约束机制的建立，主动追求购买对卫生系统绩效、公平性及价值创造的塑造，前瞻性回应公众和社会的长远健康需求并实现医保制度的公平、高效和可持续发展。这在 DRG/DIP 支付改革中表现突出。通过“结余留用、超支分担”

的支付机制，激励医疗机构主动控制成本、提高效率，同时允许医疗机构在打包付费机制下拥有对医保基金结余部分的支配权，形成正向激励。

医保共识的多维落地

通过强化共识在医保改革、管理和服务中的实践应用，有效应对了改革过程中的复杂挑战，进一步稳固了医保制度的长期稳定发展态势，除挂网规则共识外，还在以下几个方面发挥着关键作用。

推动国家集采。基于国家医保局等部门指导，由中国药师协会发起并联合部分医疗机构和相关专家学者共同编写《医疗机构国家组织集中采购药品管理中国专家共识》聚焦于医疗机构执行国家组织药品集中采购政策的全过程，深入分析政策执行现状，旨在提出针对性的个体化、精准化管理措施，为临床合理使用集中采购药品提供指导，推动药品集中带量采购工作的常态化和制度化进程。

推动医保支付方式改革。通过构建多方参与、共建共治共享的治理体系，进一步增强了支付方式改革的普适性和科学性：一是分组方案更加贴合临床实际需求。国家医保局通过医保信息平台收集医疗机构真实历史数据，形成基础数据库，并广泛征求临床专家和医疗机构的意见建议，形成科学、精准的 DRG/DIP 分组方案。二是特例单议机制更加规范合理。医保共识明确了特例单议的时间要求、纳入比例和情形范围。这一机制既保障了医保基金安全，又尊重了医疗行为的复

杂性和特殊性。

赋能智能监管体系建设。2025 年 5 月 23 日，经广泛征求超过 200 余家医疗机构的意见，国家医保局正式对外公布了首批医保基金智能监管规则，这些规则旨在通过内置到智能监管子系统的事前提醒模块，帮助医务人员在开处方时避免违规行为，从而在问题萌芽阶段就得到解决；旨在通过智能监管系统，提前预警并拦截超量开药、性别不符用药等问题，从而从源头减少医保基金违规使用行为。

构建医保与用药安全防线。2024 年 4 月，国家医保局在全国范围内开展药品追溯码采集应用试点工作，并通过官方发文、深入调研、举办医保药品耗材追溯信息采集应用发布活动以及广泛科普等方式，大力推动药品追溯体系建设。2024 年 12 月 2 日，国家医保局邀请 51 家医药零售企业参加加强药品追溯码医保监管应用恳谈活动。活动结束后，部分行业协会和生产、批发、实体零售、网上售药医药企业主动发布《关于积极响应药品追溯码医保监管应用倡议书》，倡议全体员工及行业同仁积极做好药品追溯码“赋码、扫码、上传”等工作，共同维护医保基金安全和保障人民群众用药安全。

促进多层次医疗保障体系构建。体现在制度协同与责任共担。医保共识推动基本医保、大病保险、医疗救助与商业保险等形成协同网络，明确各层次责任边界。体现在公平性提升与共同富裕。医保共识通过慈善资金与医保目录内费用兜底结合，确保弱势群体获得全方位

保障。体现在可持续性保障与韧性增强。通过扩大个人账户使用范围拓宽筹资途径，实现一站式结算、强化智能监管等一系列举措，有效保障了多层次医疗保障体系的可持续发展；体现在国际经验借鉴与全球贡献。中国多层次医疗保障体系形成了以基本医疗保险为主体，医疗救助、补充医疗保险、商业健康保险等共同发展的模式，为全球医疗保障体系的构建提供了有益的参考。联合国报告高度评价中国多层次体系，强调其“法定医保为主导、补充保障协同”的模式，为发展中国家提供可复制方案。

医保共识作为推动医疗保障制度改革与高质量发展的核心机制，旨在实现公平正义、多元协同、效率提升和可持续发展的价值目标。通过对医保部门所发布的“共识”、指南及倡议等文件分析，可以明确地观察到，医保改革已从往昔的政府单向管理模式，转型为多元主体携手参与的协同治理新范式。

未来医保共识的发展将更加注重系统集成、协同高效，增强改革的全局性、系统性、协同性。期待在以下方面取得新进展：

一是深化“三医”协同共识，筑牢信任基石，促进多方深度协作；深入了解彼此需求，实施成效评估，精准衡量资源与目标；敏锐洞察障碍与风险，未雨绸缪，提前科学布局；充分利用大数据、人工智能等前沿技术，携手共建，提升治理效能。

二是“三医”系统互通，信息共享持续强化。在政府一体化、智

能化公共服务平台建设的基础上，“三医”信息化融合程度进一步加深，数智化管理能力得到显著提升。

三是医保支付方式改革向纵深推进。随着医保支付方式改革进入2.0时代，DRG和DIP支付方式将更加精细化，在提升医疗服务质量和效率基础上，更加关注临床实际和患者需求。

四是多层次医疗保障体系更加完善。基本医保、大病保险、医疗救助与商业保险、慈善医疗、医疗互助等将形成更加紧密的协同网络。基本医保与商业医疗保险协同发展取得新成效。

五是医保监管步入智能化与精准化的新阶段。全力推进医保基金智能审核与监控体系建设，打造规范化、科学化、常态化的监管新模式，形成经办日常审核与现场核查、大数据分析、全场景智能监控等多种方式的常态化监管体系，确保基金安全、高效、合理使用。

[返回目录](#)

• 地方精彩 •

内蒙古兴安盟医养结合新模式

来源：内蒙古自治区兴安盟蒙医医院

在人口老龄化加速的大背景下，如何为老年人提供优质、高效、全面的健康养老服务，成为社会各界关注的焦点。内蒙古自治区兴安盟蒙医医院与兴安盟社会养护院携手合作，开启了医养结合的全新模

式，为解决这一难题提供了创新性方案。

医养结合：时代呼唤的养老变革

随着老年人口的不断增加，老年人的健康和养老问题日益凸显。传统的养老模式往往将医疗和养老服务分割开来，老年人在患病时需要在医院和养老院之间来回奔波，不仅增加了就医成本和时间，也给老年人及其家庭带来了极大的不便。医养结合模式的出现，正是为了打破这种“医养分离”的局面，将医疗资源与养老资源有机融合，让老年人在享受养老服务的同时，能够及时获得专业的医疗救治和护理，真正实现“老有所养、病有所医”。这一模式不仅满足了日益增长的健康养老需求，也是应对人口老龄化挑战、推动社会可持续发展的必然选择。

携手合作：开启医养结合新篇章

2024年11月，兴安盟蒙医医院与兴安盟社会养护院签订合作协议，正式开启医养结合的探索与实践。在签约仪式上，“老年口腔健康服务站”“老年心理关爱服务站”“老年安宁疗护监测服务站”揭牌，这些服务站将为老年人提供更加全面、专业的健康服务。兴安盟蒙医医院将充分发挥自身的医疗技术优势，每周派遣专业医护团队深入兴安盟社会养护院为老年人提供问诊、专家会诊、康复治疗等服务。同时，双方建立了快速绿色转诊通道，一旦老年人出现紧急医疗状况，能够迅速转送至医院进行救治并享受出院统一结算政策，确保老年人

的生命健康得到及时保障。此外，医院还在兴安盟社会养护院开展蒙医特色诊疗项目嵌入式服务，将传统蒙医学的独特优势融入到养老服务中，为老年人提供更具针对性、个性化的康复治疗方案。

深度融合：打造全方位健康养老服务体系

为了确保医养结合服务的有效实施，医院与兴安盟社会养护院不断深化合作，从多个维度推进双方资源的深度融合。

在医疗服务方面，医院充分发挥蒙医药特色优势，为兴安盟社会养护院的老年人建立专属健康档案，详细记录身体状况、疾病史、用药情况等信息，并结合蒙医“三根学说”“五疗理论”，为每位老年人制定个性化医疗方案。除常规身体检查、慢性病管理和康复训练外，医护团队运用蒙医传统诊疗手段，如放血疗法、针灸、推拿、药浴等，为患有颈椎病、腰腿痛等慢性病的老年人进行调理；针对失眠、焦虑等心理问题，采用蒙医心身医学理论开展心理疏导，并辅以蒙药熏香疗法改善情绪状态。此外，医院还定期为老年人提供蒙医体质辨识服务，根据赫依、希拉、巴达干的体质分型，提供相应的蒙药养生茶饮、食疗方案，指导日常起居。在安宁疗护阶段，运用蒙医药缓解晚期病症痛苦，结合蒙医临终关怀理念给予精神慰藉，全方位提升老年人健康水平与生活质量。

在养老服务方面，兴安盟社会养护院为老年人提供舒适的居住环境、贴心的生活照料、丰富的文化娱乐活动等，致力于给老年人打造

一个温馨、和谐、快乐的养老家园。同时，兴安盟社会养护院积极配合医院的医疗服务工作，在日常护理中，护理人员依据蒙医“六基证”理论，通过观察老年人尿液、粪便、舌象等体征，结合蒙医时令养生理念调整饮食与作息安排；在康复训练监督环节，还配合医护人员指导老年人进行蒙医传统健身操练习，通过特定的肢体运动调和三根平衡；在生活照料中，定期使用蒙药香薰净化居室空气，运用沙棘膏、獾油膏等蒙药制剂预防压疮，以蒙医护理技术辅助医疗服务，确保蒙医药特色诊疗方案有效落地。

在人才培养方面，双方加强合作，共同开展医护人员和养老服务人员的培训。医院为兴安盟社会养护院的工作人员提供专业的医疗知识和技能培训，提升他们的医疗服务水平；兴安盟社会养护院则为医院的医护人员提供养老服务方面的培训，让他们更好地了解老年人的生活需求和心理特点，从而提供更加人性化的医疗服务。通过人才的交流与培养，打造了一支既懂医疗又懂养老的专业服务团队。

显著成效：老年人受益，社会认可

自双方开展医养结合合作以来，取得了显著的成效，得到了老年人及其家属的广泛认可和好评。对于老年人来说，医养结合模式带来了实实在在的便利和福祉，在养护院就能享受到专业的医疗服务，一旦身体不适，医护人员能够第一时间进行治疗，大大缩短了就医时间，提高了救治效率。同时，个性化的医疗方案和康复训练，也让老年人

身体状况得到了明显改善，生活质量大幅提升。这种医养结合模式也得到了社会各界的高度关注和认可，它不仅为当地的养老服务事业提供了新的思路和借鉴，也为其他地区开展医养结合工作提供了经验和参考。

展望未来：持续创新，拓展医养结合新路径

未来，双方将进一步加强信息化建设，利用互联网、大数据、人工智能等技术，打造智慧医养服务平台。通过该平台，可实现老年人健康数据的实时监测、分析和共享，医护人员可以远程为老年人提供健康咨询、诊疗服务等，让医疗服务更加便捷高效。

同时，双方还将积极探索多元化的医养结合服务模式，除了现有的医养结合模式外，还将逐步开展社区医养结合服务、居家医养结合服务等，让更多的老年人能够享受到医养结合带来的福利。此外，双方还将加强与其他相关机构和企业的合作，整合社会资源，共同推动医养结合产业的发展。如与保险公司合作，开发适合老年人的商业健康保险产品，为医养结合服务提供资金支持；与养老用品企业合作，引进先进的养老设备和用品，提升养老服务的质量和水平。

[返回目录](#)

福建漳州：实施“圆山计划” 建强中医药服务体系

来源：福建省漳州市卫生健康委员会

福建省漳州市委、市政府高度重视中医药传承创新发展，以实施

“名医入漳”推动海峡两岸中医药融合发展行动(简称“圆山计划”)为抓手,建强中医药服务体系,坚持中西医协同发展,促进中医药文化传承,加快推进国家中医药传承创新发展试验区建设,在中医药领域积极探索海峡两岸融合发展新路。

抓统筹强保障,汇聚中医药发展新动能

一是强化顶层设计。印发《漳州市实施“名医入漳”推动海峡两岸中医药融合发展行动方案(试行)》《漳州市推进国家中医药传承创新发展试验区建设工作方案(2024—2028年)》,各责任部门结合职责出台一系列配套政策措施,构建形成“1+N”中医药融合发展政策体系,创新整合第一、二、三产业的各类要素资源向中医药产业聚集,探索出“政府强力推动、国企搭台转化、人才高位嫁接、产学研用一体”的中医药传承发展新模式。二是坚持高位推进。高规格成立由2名市领导为双组长的“圆山计划”工作专班,设立“1+6”组织机构,涵盖综合协调组及“名医入漳”“名院驻漳”“名药兴漳”“名企进漳”“名品聚漳”“项目基金”六个专项工作组。制定“两单一表”并实行清单跟督、动态管理,建立“各组周例会、半月汇报进度、专班月调度、定期呈专报”工作制度,着力建立上下联动,全域贯通中医药融合发展新机制。三是加大投入保障。将中医药事业发展经费纳入本级财政预算,自2024年起,除中医药发展专项经费保障外,市财政每年再安排3000万元用于支持“圆山计划”,推动国家传承创新

发展试验区建设。设立漳州圆山大健康产业招商基金、片仔癀盈科基金，2支基金目标规模各10亿元，中医药发展动力更加强劲。

强基础提能力，打造中医药发展人才新高地

一是聚名医，育人才。出台《漳州市支持“名医入漳”管理办法(试行)》，多渠道推动高层次专家团队来漳合作，全力打造名医汇聚平台。“圆山计划”签约合作蒋建东、杨宝峰、程京、王琦4位院士，推动闽台地区提高科研能力和水平。创新医疗领域“师带徒”引育帮扶模式，激励医疗机构通过设立“名医工作室”，国有企业引进名医开展“师带徒”活动。截至目前，全市累计有117名入漳名医和185名本地医师徒弟配对，设立174家“名医工作室”、25家名医馆(国医馆)。名医(团队)线上、线下会诊2.2万余人次，线下接诊7.1万余人次，完成手术1.2万余台，培训医疗人员超2.7万余人。二是引名院，谋共建。积极对标国优，高位嫁接，主动寻求与国内高水平医院、研究院、高校合作引入帮扶资源。出台《漳州市支持“名院驻漳”十条措施》，就高水平医院来漳办医、协作帮扶加大政策扶持力度。市政府与广州中医药大学、福建中医药大学正式签署合作框架协议，全市有12家公立医院与10家省级以上名院建立帮扶共建关系，并建立19个专科联盟。三是夯基石，筑网底。打通中医药服务群众“最后一公里”，全市已有13家省级精品中医馆建设单位，县域政府办公立中医医疗机构、公立综合医院中医科室设置、基层医疗机构中医

馆建设、社区卫生服务站提供中医药服务实现“四个全覆盖”。注重中医药传承创新发展，培育推动漳州市中医院林向前工作室入选国家级老药工传承工作室建设项目。收集整理漳州名老中医学术思想、临床研究等经验，出版《漳州名老中医学术菁华》。成立漳州市慢性病“三师共管”中西医协同诊疗指导中心，探索打造慢性病中西医协同防治新样板，优质中医资源离百姓更近一步。

抓业态促融合，探索中医药多元发展新路径

一是兴名药，扩规模提标准。高标准建设道地药材和闽南特色中药材种植基地、研发基地，获批3个福建省百亩中药材全程可追溯生产(GAP)示范基地。有序推进经典名方、院内制剂和新药开发工作，漳州市中医院与片仔癀药业公司、同溢堂药业开展制剂研发试验合作。二是进名企，抓招商促落地。实施“圆山计划”产业项目清单化管理。漳州市政府与广州中医药大学合建的漳州市圆山中医药产业研究院于7月12日揭牌，完成12项中医药科技成果转化。目前，全市累计有医药健康项目64个、总投资额253.82亿元。三是创名品，塑品牌促交流。推动中医药“入岛出海”，闽台中医文化交流中心，海峡两岸医药健康融合发展示范基地、师带徒示范基地、名医联谊基地落地漳州。首届闽台中医药融合发展大会、第二届闽台青草药文化学术研讨会在漳州举办。持续推进“名医馆进景区”，全市首家三级甲等医院名医馆(漳州市中医院名医馆)在漳州古城正式开业，为游客和

市民提供中医药治疗、中药饮体验、非遗展示等服务，实现中医药文化与旅游资源的深度融合。

[返回目录](#)

• AI 健康 •

我国医疗 AI 治理体系的发展与展望

来源：锦州医科大学

生成式人工智能(AI)技术的出现，正促使各行各业进行升级和重构。在医疗健康这一关乎人类生命安全的特殊领域，AI 的治理工作凸显出其复杂性和独特性。当前，相关部门正在按照 AI 发展规律构建、完善其使用规则和监管框架，以规范 AI 技术的合理应用，并推动医疗健康事业的有序发展。

我国医疗 AI 治理体系的发展方向

当前，我国对医疗 AI 有着严格的管控机制，在审评要点、指导原则、质量管理体系等方面出台了多项政策，严格约束 AI 在医疗中的使用规范，为 AI 医疗领域建立风险可控的发展路径。相关的法律法规建设呈现出以下三个显著的发展方向。

从分散管理到系统规范

早期政策《中华人民共和国网络安全法》(2017)从数据安全角度单方面切入，其中第 21 条明确要求网络运营者采取数据分类、重要

数据备份和加密等措施;第 37 条则首次提出“关键信息基础设施运营者在中华人民共和国境内运营中收集和产生的个人信息和重要数据应当在境内存储”的要求,这对医疗 AI 企业处理 CT、MRI 等影像数据产生了直接影响。

2021 年出台的《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》形成了“数据采集——处理——应用”的全链条监管。《中华人民共和国个人信息保护法》第 28 条将医疗健康信息列为“敏感个人信息”,要求处理此类信息需取得个人单独同意,并告知处理的必要性及对个人权益的影响。该法第 24 条还对自动化决策做出专门规定,要求保证决策的透明度和结果公平公正,这对 AI 辅助诊断系统的算法设计提出了明确要求。

《国家 AI 产业综合标准化体系建设指南(2024 版)》的出台,标志着 AI 监管向标准化、体系化方向发展。该指南详细列出了基础共性标准、关键技术标准、产品服务标准、行业应用标准等,这些都为 AI 在医疗行业的应用提供了依据和标准。

从安全底线到创新促进

政策导向已从单纯防范风险转向安全与发展并重,2019 年科技部发布《国家新一代 AI 创新发展试验区建设工作指引》,支持北京、上海、深圳等城市建设 AI 试验区,推动场景创新和产业集聚,同时对企业给予税收优惠。2021 年修订的《中华人民共和国科学技术进

步法》第 103 条中，要求建立科技伦理委员会，为 AI 医疗创新划定伦理边界；在第 38 条新增“引导建立社会化、专业化、网络化、信息化和智能化的技术交易服务体系 and 创新创业服务体系，推动科技成果的应用和推广。”的表述，说明国家在保障安全的同时，更注重发展和应用。

从国内治理到国际协同

2017 年国务院印发《新一代 AI 发展规划》，这是我国首个系统性 AI 战略文件，提出了“三步走”目标，即：2020 年 AI 总体技术与世界先进水平同步；2025 年 AI 基础理论实现重大突破；2030 年成为世界主要 AI 创新中心。

此外，2023 年我国提出的《全球 AI 治理倡议》指出，AI 治理攸关全人类命运，是世界各国面临的共同课题。在世界和平与发展面临多元挑战的背景下，各国应秉持共同、综合、合作、可持续的安全观，坚持发展和安全并重的原则，通过对话与合作凝聚共识，构建开放、公正、有效的治理机制，促使 AI 技术造福于人类，推动构建人类命运共同体。协议一经提出，就获得了世界各国的响应，到目前为止，多个国家和组织公开支持该倡议并签署了协议，这也表明我国的 AI 治理已走到了国际舞台的前沿。

我国医疗 AI 治理体系的最新进展

当前，我国医疗 AI 领域问题最为突出的是 AI 立法缺失、数据安

全问题和伦理问题。近年来，治理体系围绕三个方面开展了一系列的工作。

在产品准入方面，2023 年 4 月，国家互联网信息办公室就《生成式 AI 服务管理办法(征求意见稿)》公开征求意见，率先就生成式 AI 监管这一议题给出中国方案。在 AI 法未立法之前，为了适应社会需求，各部门出台了很多相应的管理制度和政策。国家药品监督管理局 2021 年发布《AI 医用软件产品分类界定指导原则》，将 AI 软件分为三类管理，细化了 AI 医疗产品审批标准。2022 年，国家药监局器审中心发布了《AI 医疗器械注册审查指导原则》，规范了 AI 医疗器械的注册申报资料和技术审评要求，以确保产品的安全性和有效性。

在数据治理方面，医疗 AI 的发展高度依赖海量的患者医疗数据，这些数据包含敏感个人信息(如基因、病史)，因此，匿名化处理不足或数据泄露可能导致法律纠纷和伦理危机。

为解决相应的问题，除了提高技术能力、开放共享程度，更需要一个统一的标准，在此方面中国电子商会发布了一项数据分类团体标准，根据医疗健康数据的影响对象和影响程度，并参考数据重要程度、敏感程度、数据规模、数据精度等因素，确定医疗健康数据的安全等级。国家卫生健康委发布的《卫生健康行业数据分类分级指南》明确了责任“谁管业务，谁管数据，谁管数据安全”，并将数据分为三级：

核心数据——基因序列、罕见病病例等(禁止出境);重要数据——住院病历、体检报告等(安全评估后可出境);一般数据——挂号信息、健康科普等(可自由流动),并针对各类数据制定了相应的管理办法。

在伦理规范方面,现有的医学伦理审查规范在AI医疗领域存在很多空白,无法全面涵盖AI技术应用所带来的伦理问题。例如,在AI算法的设计和应用过程中,可能存在算法偏见,导致对某些特定人群的不公平对待;在AI误诊或技术故障发生时,如何界定开发者、医疗机构和医生的责任,缺乏明确的法律规范等。

我国《新一代AI发展规划》提出了建立AI伦理框架,强调医疗领域需保障数据安全。2023年由中国电子技术标准化研究院发布的《AI伦理治理标准化指南》要求医疗AI系统需通过伦理审查,确保透明可追溯。同年5月科技部发布了《人类遗传资源管理条例实施细则》,对AI医疗研究做出特别规定:使用500例以上基因数据需伦理审查,跨国合作研究需科技部备案,数据出境需通过安全评估。

在责任划分方面,《中华人民共和国民法典》中规定,若AI产品缺陷致损,生产者承担无过错责任,但医生“合理使用”可免责。某些地区的政策中要求医院保留AI决策日志,作为责任判定依据。

我国医疗AI治理体系的运用前景

综上,我国的AI治理体系还需要进一步完善。在法律法规与标准建设方面,一要完善《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共

和国个人信息保护法》在医疗领域的实施细则，制定医疗 AI 专用法规。二是要推动医疗 AI 算法、数据标注、系统测试等全流程标准化，建立统一的伦理审查框架。

在数据安全与隐私保护方面，要建立医疗数据分级分类管理制度，明确医疗机构、企业和患者的数据权限。在伦理与公平性保障方面，要防范对特定人群误诊风险的算法偏见，确保医疗资源的公平可及。在动态监管与多方协同方面，要求政府、医疗机构、科技企业、伦理委员会和公众共同参与，共同制定治理规则。

医疗 AI 将逐步从“替代人力”转向“增强人力”，提升医疗质量、降低医疗成本和促进公平，成为“健康中国”战略的重要支柱。医疗 AI 治理体系的建设则需在技术创新与风险管控之间找到平衡，才能朝着更加规范化、透明化的方向发展。

[返回目录](#)

AI 赋能卫生决策：战略布局驱动诊疗体系智能化跃升

来源：中国医科大学

近年来，人工智能(AI)技术迅猛发展并广泛应用，在辅助卫生决策领域发挥越来越重要的作用，也为医疗领域带来了新的变革。国务院 2021 年发布的《“十四五”数字经济发展规划》提出要加快医疗等领域数字化赋能，推动 AI 在辅助诊断、精准治疗等场景落地。2022 年，国家卫生健康委在《“十四五”全民健康信息化规划》中也强调

了推动 AI 技术在疾病筛查、影像识别、药物研发中的应用。在此基础上，《2025 年国务院政府工作报告》中提到要持续推进“人工智能+”行动，将人工智能在医疗卫生系统的布局提升至国家战略高度，更标志着我国医疗决策系统正式迈入“人机协同、数据驱动”的新纪元。

现状：驱动卫生决策体系重塑

目前，我国传统卫生决策体系仍有三大结构性矛盾亟待解决。首先，一线医师的认知偏差可能影响诊断的准确性，且繁重的工作负荷可能降低诊疗决策的质量。其次，医疗机构间技术标准的碎片化、数据安全的隐患以及利益协调的复杂性可能阻碍医疗领域决策分析体系的科学化发展。最后，医疗资源的区域和层级分布不均，导致健康公平性存在差距，也进一步增加了三甲医院的诊疗压力。在此背景下，AI 赋能的卫生决策正在引发医疗体系的范式革命。

AI 赋能卫生决策是指 AI 技术(如机器学习、云计算、医学大数据等)整合多源异构数据，对卫生领域的临床诊疗、疾病防控、资源分配及政策制定等环节提供智能化支持，从而提升决策的精准性、效率与科学性。其本质是以数据驱动和算法优化为核心，重构传统依赖经验的卫生决策模式，推动从个体诊疗到公共卫生管理的全链条智能化转型。这种变革将医疗决策从“医生经验+单点数据”的直觉模式，升级为“全维数据+算法推演”的精准范式。

方向：瞄准四大核心领域

2017 年国务院印发的《新一代人工智能发展规划》中提到人工智能发展进入新阶段，并呈现出深度学习、跨界融合、人机协同、群智开放、自主操控等新特征。与此同时，AI 技术正在驱动全球医疗健康体系决策逻辑与运行范式的重塑，不断推动卫生决策向精准化、动态化与科学化发展。

临床诊疗决策，从经验直觉到精准导航 在临床诊疗领域，AI 通过智能辅助诊断与个性化治疗两大路径重构医疗决策体系，实现智能化精准决策效能的提升。2023 年，阿里达摩院、上海市胰腺疾病研究所等机构合作开发了用于胰腺癌早期检测的 AI 模型 PANDA，成功构建从定位胰腺到检测病灶，再到分类病变的三步式深度学习框架，突破了传统胰腺癌检测依赖医生经验的局限。其基于超 3000 例手术病例训练集及全球多中心验证，使胰腺癌早期筛查准确率提升至人眼诊断难以企及的水平，标志着临床决策从经验驱动向 AI 导航的范式跃迁。

公共卫生防控，从被动响应到主动防御 AI 赋能的公共卫生体系正在构建传染病预警与慢性病管理双重防线。2019 年，平安科技与重庆市疾病预防控制中心、中国人民解放军陆军军医大学、清华大学联合研发了一项应用自适应 AI 模型 SAAIM。该模型通过整合历史流感样病例百分比、气象数据、百度搜索指数和微博等多源数据，成功

实现了中国重庆地区不规则季节性流感活动的实时预测，为复杂城市环境下流感防控提供了兼具准确性和时效性的智能决策支持。

医疗资源优化，从虹吸效应到智能均衡 AI 技术正重塑医疗资源分配格局，通过智能分诊、手术机器人辅助基层及远程诊疗等应用，破解三甲医院虹吸效应。随着《“十四五”全民健康信息化规划》推进，AI 赋能的线上诊疗网络正成为破解医疗资源结构性矛盾的关键抓手。当前，北京、上海等地逐步依托 AI 预问诊系统与远程会诊模块，形成“基层首诊+智能分诊+远程确诊”的服务闭环。这种“智能调度+实时监控”的双轮驱动，正在重塑医疗资源的空间分布格局。

政策制定与评估，从模糊经验到科学循证 AI 在医学政策制定与评估中正推动从经验驱动向数据循证的科学决策转型。2024 年国家卫生健康委等三部门联合发布的《卫生健康行业人工智能应用场景参考指引》，将 AI 定位为覆盖诊疗全流程的辅助工具，明确了 84 个应用场景，涵盖疾病预防、诊断、治疗及康复管理，通过动态数据整合破解医疗信息孤岛难题。与此同时，我国正加速构建涵盖数据质控、临床准入、效果评估的全生命周期政策框架，推动 AI 医疗从“辅助工具”向“生态体系”演进，为健康中国战略注入新动能。

前景：从技术潜能到系统变革

科技部、国家卫生健康委联合发布的《“十四五”卫生与健康科技创新专项规划》提出要加快基于人工智能技术的疾病诊断治疗、脑

机接口、智能穿戴健康设备等前沿领域的发展。在此框架下，AI 技术正在重塑医疗决策的底层逻辑。

从算法突破到终端落地的技术迭代 当前，AI 正经历从底层算法革新到终端场景渗透的跨越式发展阶段。这一进程既源于算力、数据和算法的协同突破，也由产业需求与硬件生态的变革所驱动。目前，AI 的演进路径已从实验室的理论创新延伸至现实世界的系统性重构。

首先，算法层的突破为终端落地奠定了基石。开源生态的繁荣加速了这一进程——国产大模型 DeepSeek 以低成本策略突破技术壁垒，实现了跨模态理解能力的跃升。其次，技术落地的重心正加速向终端迁移。随着移动芯片性能的跃升与边缘计算的发展，智能手机、可穿戴设备等终端硬件成为 AI 核心载体。高通、华为等企业推出的专用推理芯片，可运行强化学习算法，催生手机端模型自进化的可能。最后，技术迭代与产业需求的共振，推动人工智能向“深度赋能”阶段演进。

与此同时，伦理治理与可持续发展成为不可忽视的维度，中国 17 家企业签署《人工智能安全承诺》，正将伦理原则转化为可操作的技术标准。这场从算法到终端的迁徙，标志着 AI 从“工具属性”向“生态属性”的质变。随着技术突破与场景落地的双向奔赴，一个更智能、更普惠的数字化社会图景正在展开。

从个体诊疗到全球健康治理的场景拓展方向 AI 技术正促进全球

医疗卫生体系的协同发展与资源共享。跨国医疗协作平台借助多语言大模型与实时翻译技术，打破地域限制，使欠发达地区可通过云端对接国际专家资源，这种技术赋能让医疗资源分配从“区域割裂”转向“全球协同”。

例如，目前基于自然语言处理和机器学习等技术研发的“健康地图” (HealthMap)、蓝点 (BlueDot) 等智能化传染病监测预警系统逐渐建立，已在多个国家被用于流行病的监测与预警。当前，AI 正从个体健康管理、精准诊疗的技术工具，演变为支撑公共卫生决策、推动全球医疗公平的治理基座，标志着人类健康事业向“主动防御、全域联动”的新阶段迈进。

AI 赋能卫生决策的本质，是通过技术不断革新辅助推进临床诊疗的精准化、公共卫生的主动化、资源调配的智能化以及政策制定的科学化。目前，通过国家政策推动及区域链技术进步，医疗信息数据互通已取得显著进展。国家卫生健康委 2023 年统计数据显示，全民健康信息平台已联通 90% 的三级医院和 65% 的基层医疗卫生机构，推动医疗数据标准化共享。

未来，AI 辅助医疗的发展趋势应是“人机协同”的新生态，既促进诊疗效率的提升，又降低医疗风险，实现临床价值最大化，实现“健康中国”的美好愿景。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

医保支付装进手机里——32家医疗机构实现“指尖结算”

来源：海淀区医保局

在北京大学肿瘤医院门诊大厅，清晨七点的挂号长队是过去很长一段时间司空见惯的景象。如今，患者李女士轻触医院 App 上的“医保移动支付”按钮，不到 30 秒便完成了挂号缴费的全部流程，手机屏幕清晰显示着费用分解明细：“费用总额 330 元，医保基金支付 210 元，个人账户支付 120 元”——这是北京市海淀区自 2023 年启动医保移动支付试点后呈现的日常画面。

截至 2025 年 5 月，海淀区启动医保移动支付的 32 家医疗机构结算总次数已经突破 93 万笔，结算总金额达 0.94 亿元。这一数据的背后，既有三甲医院重症患者通过“亲情账户”由子女远程代缴的挂号及检查费用，也涵盖了社区医疗机构中“两病”（即高血压、糖尿病）患者的降压药、降糖药支付场景。医保移动支付的普及，正以数字化手段重塑就医结算流程，让医疗支付从“窗口排队”迈向“指尖秒付”，为不同年龄层、不同病情的患者提供更加便捷、更加智能的医保服务体验。

区级统筹：

构建改革“动力引擎”

在科技创新与教育文脉交织的北京市海淀区，一场医保服务的智

慧变革正悄然展开。作为连续四年稳居全市高质量发展综合绩效评价榜首的经济大区，海淀区在建设新质生产力示范区的进程中，始终坚持将民生保障与科技创新深度融合、同频共振。

2023年2月，在国家医保局总体部署及北京市医保局统筹指导下，海淀区医保局正式启动医保移动支付试点工作。这一举措新增线上医保支付渠道，实现了医保费用线上实时分解结算，不仅提高了医保结算的精准度与效率，让医保基金使用更规范透明，也在为患者节省就医时间的同时，助力医疗机构优化就诊秩序，形成了医、保、患三方受益的共赢格局。

作为北京市“三医”领域重点改革任务，医保移动支付工作在海淀区得到高度重视：区领导统筹调度医保、卫生健康、市场监管等多部门协同推进，针对全区200余家社区医疗机构统一使用政务云部署基层医疗信息系统这一特点，区医保局与区卫生健康委联合选取蓟门里社区卫生服务中心作为试点，通过组织专项业务培训、指导流程梳理、协调系统承建商完成技术改造与联调测试。该中心不仅成为北京市首家实现医保移动支付功能的社区医疗机构，更以其“试点经验”为全区同类机构的扩面推广提供了可复制的操作范本。

医保创新：

编织服务“立体网络”

为筑牢医保移动支付平稳运行的坚实屏障，海淀区医保局创新构

建“巡查督导—技术保障—宣传推广”三位一体服务网络，形成全链条、可持续的运维保障机制。

一是协同联动，开展常态化巡查督导。区医保局充分整合多方资源，主动协调医疗机构、软件开发商、金融机构及第三方支付平台，形成跨部门协同工作机制。移动支付功能上线后，组建专业服务保障团队，定期深入医疗机构开展系统稳定性巡查和操作规范性督导。针对巡查中发现的参保群众“支付失败”“退费延迟”等缴费难题，以及医务人员“对账差异”“系统报错”等操作困惑，建立“发现—反馈—整改”闭环机制，持续优化服务流程，确保支付系统稳定运行。

二是技术赋能，构建多层次应急保障体系。区医保局牵头成立专项应急保障小组，实施“三级响应”工作机制，与市级医保部门、定点医疗机构保持日常动态联动，每日与市医保局实时共享交易数据，与定点医疗机构确认系统状态。不仅如此，区医保局每年还会组织开展多场景应急演练，模拟医保网络中断、终端设备故障、数据安全被攻击等突发状况，以进一步加强网络安全应急响应能力建设，提高应急响应工作水平。2024年的实战演练，以医保网络中断、医保终端设备病毒感染等突发事件为切入点，通过“机构快速上报—值守组即时调度—医保局统筹处置”的全流程协作，高效完成了患者疏导、秩序维护、系统修复与事件总结，显著提升了医疗机构应急处置能力，为支付安全筑牢技术防线。

三是广泛宣传，打造全方位宣传矩阵。区医保局整合线上线下资源，打造立体化宣传网络。线上依托区医保公众号、融媒体平台及卫生健康系统官方渠道，发布图文解读、操作视频等有关医保移动支付的可视化内容，累计阅读量突破2万人次；线下在医保服务大厅、社区街道设置宣传专区，通过海报张贴、视频轮播、现场讲解等形式普及政策。不仅如此，区医保局还同步升级了咨询服务体系，将移动支付操作指南纳入对外咨询知识库，大幅提升群众问题解答精准度，切实打通政策落地“最后一公里”。

机构发力：

打造特色“应用场景”

海淀区以医保移动支付试点为契机，激活区域医疗服务创新动能。全区各家医疗机构积极响应、主动作为，严格对标全市部署推进改造升级，组织专题培训、深入研讨院内结算流程优化方案、开展系统功能升级改造和多轮测试联调。不仅如此，在推进过程中，各家医疗机构还十分注重患者体验，通过多种渠道加强宣传引导，培育用户使用习惯。基于不同医疗机构的服务特色和患者群体特点，探索出“一院一策”的个性化应用方案，为医保数字化改革在全市推广提供了丰富实践样本。

北京大学肿瘤医院以技术迭代为引擎，2024年全面升级智慧服务体系。依托自有App搭建医保移动支付平台，实现挂号、问诊、检

查、取药全流程线上闭环。针对老年患者及异地就医人群推出“亲情账户”远程代缴功能，子女可通过微信端“亲情付”跨地域完成就诊全流程操作。同时，医院还打通了支付宝、微信等多平台入口，满足不同群体的使用习惯。不仅如此，医院还通过展板宣传、官网公告、精准推送等方式扩大知晓度，并持续优化 App 界面，降低操作门槛，真正实现“让数据多跑路，让患者少跑腿”。

作为北京市首批通过验收的试点单位，航天中心医院聚焦全流程线上服务升级。通过微信小程序集成互联网复诊、医保移动支付、检查预约、药品配送等功能，打造“一站式”就医平台。针对 50 岁以上患者占比近 80% 的特点，医院在就诊大厅设置专职志愿者提供“一对一”适老服务。移动支付上线后，医院累计完成 26.9 万人次结算，显著缓解了窗口服务压力。患者刘女士感叹：“如今复查开药线上就能完成，连检查预约、药品配送都能一键搞定，甚至医生还会线上提醒我下次的复查时间，这服务真是太贴心了！”

北京四季青医院则以医保移动支付为抓手，推动服务效能跃升。自功能上线后，手工收费窗口减少了 50%，医院将更多资源投入到患者操作指导与就医咨询中。调查显示就诊患者中，95% 认可操作的便捷性，88% 认为排队时间明显缩短，90% 对支付安全性表示肯定。“现在手机点几下就能缴费，还能实时查看报销明细，太方便了！”王女士的切身体验，正是智慧医保服务惠民的生动写照。

作为全市唯一的社区医疗机构试点单位，蓟门里社区卫生服务中心率先探索医保移动支付与医疗电子票据融合应用。居民通过“京通”小程序即可完成挂号、缴费、报销全流程操作，并支持“医保亲情账户”代缴功能。“一个手机就能管理全家医保，电子票据还能自动保存到相册。”正在帮父母代缴检查费的杨先生感慨道。这种“家庭账户+电子凭证”的创新模式，不仅提升了社区医疗服务包容性，更为全区 200 余家社区医疗机构数字化转型提供了可复制的范本。

在各方的共同努力之下，海淀区 32 家试点医疗机构全部完成了医保移动支付改造。这项改革不仅将缴费场景从实体窗口迁移至移动端，实现医保费用实时分解结算，更通过优化就医流程、提升服务体验，切实减轻窗口压力，让“数据跑路”替代“群众跑腿”，为全市医保数字化改革积累了丰富经验。

科技领航：

扩容移动支付“未来场景”

下一步，海淀区医保局将紧扣国家及北京市医保局工作部署，以数字化改革为引擎，多维度推进医保移动支付服务升级，构建更具包容性、更有温度的智慧医保生态。

一是支付渠道更多元，新增微信支付场景，破解地域限制。在现有 32 家已上线医保移动支付的医疗机构中，全面打通微信支付渠道，实现多平台覆盖，满足不同用户习惯。同步推进 20 家三级医疗机构

开展京津冀异地移动支付试点，打破地域壁垒，让异地就医患者享受与本地一致的“指尖支付”便利，助力京津冀医疗保障协同发展。

二是服务场景更纵深，拓展特病诊疗与退费功能，优化用户体验。针对门诊特殊病患者，开发定制化移动支付场景，实现门诊特病费用线上实时结算。聚焦“退费难”问题，打通技术链路，建立线上化退费流程，缩短资金周转周期。同时，在 19 家社区医疗机构新增医保移动支付功能，将智慧服务延伸至基层，让社区居民在家门口即可体验便捷支付。

三是技术应用更前瞻，试点刷脸结算，探索未来支付形态。选取部分医疗机构开展刷脸支付试点，依托生物识别技术实现“无介质、零接触”结算，重点解决老年患者忘带实体卡、操作智能设备困难等问题，进一步提升结算效率，为构建“适老化+智能化”双轨服务体系提供技术范本。

这场以“多元支付、场景扩容、技术创新”为核心的升级行动，不仅是海淀区医保服务从“基础覆盖”向“精准服务”跨越的重要里程碑，更以先行先试的探索精神，为全国医保数字化改革提供了“海淀样本”。

未来，随着更多智慧场景的落地，医保服务将更精准地触达群众需求，让民生保障在科技赋能中彰显更多温度与质感。

[返回目录](#)

从回扣竞争到信用比拼，医保新规背后的大逻辑

来源：中国医疗保险

随着我国医疗保障体系进入高质量发展阶段，医药价格形成机制改革逐渐步入深水区。国家医保局近期印发的《关于进一步完善医药价格和招采信用评价制度的通知》，标志着我国医药领域信用体系建设进入新时代。这份文件的出台并非孤立事件，而是对 2020 年 8 月《关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》的深化与升级，更是应对带量采购常态化背景下新型市场行为的重要制度创新。五年来，从治理商业贿赂到防范供应短缺，从规范投标报价到保障产品质量，信用评价制度在实践中不断丰富内涵、拓展外延。在医保基金监管从“被动查处”转向“主动防治”的战略转型过程中，这套融合了动态监测、分级惩戒、信用修复等创新机制的评价体系，正日益成为规范医药企业市场行为、优化行业生态的核心治理工具，为构建公平、透明、可持续的医药价格形成机制提供了制度保障。

制度演进：从单点突破到系统重构的历史脉络

医药行业商业贿赂乱象曾严重扰乱市场秩序，2016-2019 年的司法数据显示，全国百强制药企业中超半数存在商业贿赂行为，个别企业三年涉案 20 余起，单笔回扣金额高达 2000 万元。这一触目惊心的行业现状直接催生了 2020 年 8 月《关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》的出台。该制度根据法院判决或行政处罚认定的

药品带金销售和围标串标等案件事实，开展信用评级、分级处置、信用修复等工作，促使企业公平参与市场竞争，获得合法收益。截至2024年底，评定失信企业735家，其中“特别严重”失信企业7家、“严重”失信企业40家、“中等”失信企业76家、“一般”失信企业612家。从实施效果看，多数失信企业能够正视自身存在问题，主动采取降价等措施修复信用。这一制度对于规范企业经营行为、维护药品耗材价格秩序、营造公平公正的医药采购交易环境发挥了积极作用。

但随着带量采购覆盖范围从单一品类扩展至化学药、生物药、高值耗材等全领域，医药市场生态发生深刻变化，部分企业开始出现报量不采购、供应不及时、质量降标等新型信用风险，反映出原有制度对多元化违规行为的适应不足。为此，国家医保局发布新版医药价格和招采信用评价制度，其变化体现了系统化治理思维：

在评价对象上，将药品上市许可持有人、药品和医用耗材生产企业、与生产企业具有(直接或间接)委托代理关系的经销企业、以及配送企业等全链条主体纳入统一管理，覆盖从研发到销售的完整产业链。

在评价维度上，从单纯的商业贿赂扩展至价格异常波动、供应保障、质量安全、数据真实性、协议履行等方面，形成全方位评价体系，使评价更加精准。

这种系统化设计有效解决了早期制度“头痛医头”的局限性，使信用评价真正成为贯穿医药全生命周期的基础性制度。正如行业内相关专家所言：“新规不是简单的规则修补，而是对医药市场信用治理理念和方法的全面升级，标志着我国医药监管进入信用治理新时代。”

机制创新：信用约束与市场激励的再平衡

本次制度修订的核心突破在于建立了分级分类的信用惩戒体系，体现了精准施策的监管智慧。本次制度修订将失信评价中“一般”“中等”“严重”和“特别严重”四档，简化为“失信”“严重失信”“特别严重失信”三档。

对于商业贿赂导致的“特别严重失信”由原先的 200 万元以上调整为 100 万元以上，“严重失信”由原先的 50 万—200 万调整为 50 万—100 万。

对于涉税违法导致的“特别严重失信”由原先的 1000 万元以上调整为 250 万元以上，“严重失信”由原先的 100 万—1000 万调整为 50 万—250 万，“失信”由原先的 10 万—100 万调整为 5 万—50 万。

对失信行为涉及向医疗保障部门(含医药集中采购机构)工作人员行贿及给予其他不正当利益，或在国家组织集中带量采购中围标串标的，按最高失信等级顶格评定。此外，药品医用耗材大幅涨价，幅度超过物价总水平累计增速 100%以上或涨幅明显超过行业平均水平

将评定“失信”。

以低于成本的报价竞标扰乱集中采购秩序，或以欺诈串通投标、滥用市场支配地位等方式竞标扰乱集中采购秩序，既遂的评定为“严重失信”。在国家组织集中带量采购工作中实施围标的，以及价格异常监测中被赋予红灯 10 次及以上的将被直接评定为“特别严重失信”。这种精细化评定标准和处理规定既避免了“一刀切”对产业发展的伤害，又确保了惩戒措施的精准有效。

特别值得注意的是创新引入的信用修复机制，体现了监管的人性化考量。企业可通过终止失信行为、处置责任人、提交合规整改报告、公开致歉声明、剔除价格虚高空间($\geq 20\%$)、退回不合理收益、有效指证失信行为的实际控制主体等多种方式修复信用。这种设计体现了“惩前毖后、治病救人”的监管哲学，为误入歧途的企业留有改过自新的制度空间。

配套建立的“信用承诺书”制度具有重要创新价值。该制度要求企业在参与招采前签署具有法律效力的承诺文件，明确列出禁止行为和相应责任，将事后追责转变为事前信用约束。承诺书不仅作为招采资格审查要件，更成为后续纠纷处理的重要依据。

而在失信信息采集方面，省级集中采购机构建立了多维度协同机制。首先依托各级人民法院、市场监管局、税务局、审计局等部门的公开裁判文书和行政处罚决定文书进行基础数据采集；对于信息披露

不完整的情况，通过主动与相关机关沟通协调，或提请同级医疗保障局介入获取补充信息；同时结合日常监管工作，通过价格监测、投诉举报核查等渠道，动态掌握医药企业在定价、投标、履约及营销环节的失信行为证据。这种立体化的信息采集网络既保障了数据来源的权威性，又确保了失信行为认定的全面性和时效性。

治理升级：从惩戒威慑到生态重塑的价值跃迁

医药信用评价体系经过五年迭代，已从单纯的违规惩戒工具升华为驱动行业生态重构的核心引擎。其价值跃迁体现在三个维度：

一是竞争逻辑的重构。新规通过将信用评价与带量采购资格直接挂钩，从根本上改变了企业的竞争策略。这种“信用即市场”的导向，推动企业从价格战、回扣营销转向质量竞争、合规竞争。国家医保局数据显示，集采节省的 4400 亿元资金中，已有超过 3600 亿元投向创新药领域。

二是行业价值的再发现。信用评价体系通过量化指标，使企业社会责任的履行转化为可交易的市场信用资产。以某国产创新药企为例，其因疫情期间保障重点药品供应获得信用加分，最终在抗癌药集采中获得优先谈判权。这种制度设计创新性地解决了医药领域“劣币驱逐良币”的困局，使合规经营者的隐性成本得以显性补偿。

三是治理范式的突破。新规构建的“监测-评价-惩戒-修复”闭环，标志着医药监管从传统“命令控制型”向“智能协同型”转变。

通过对接全国信用信息共享平台，医保部门与市场监管、税务等部门建立实时数据交换机制。这种基于大数据的协同治理，既提升了监管效能，又大幅降低了企业合规成本。

纵观全球主要医药市场，不难发现在价格监管方面形成了各具特色的模式。美国通过《反回扣法》和《虚假申报法》构建严密的商业贿赂防控体系，欧盟则依托《透明指令》建立药品定价信息披露机制。而相比之下，我国医药价格信用评价制度的创新性体现在三个方面：一是将司法判决与行政监管无缝衔接，实现“一案双查”；二是建立动态可调节的信用修复通道；三是将价格监测与信用评级直接挂钩。这种“三位一体”的设计，使我国制度既吸收了国际经验，又形成了本土特色。

站在“十四五”规划收官之年的历史节点回望，医药价格和招采信用评价制度的完善，折射出我国医疗保障治理体系现代化的演进轨迹。从初期侧重违规惩戒，到如今注重信用引导；从单一部门管理，到多主体协同共治；从事后被动处置，到全流程动态防控，制度的每一次升级都体现了对市场规律和监管科学的深刻把握。

医药信用评价制度的演进，本质上是我国医药治理从行政主导转向法治化、市场化、智能化的重要标志。正如一位行业专家所言：“当信用成为医药行业的通行货币，当诚信经营成为企业的自觉追求，中国医药产业才能真正实现高质量发展。”这或许就是 2025 新规最深

远的变革逻辑——通过信用之治，培育医药新生态，造福全民健康。

[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