

医药先锋系列之



*Medical weekly pharmacy*

# » 医周药事

2025年第8期

(2025.02.17-2025.02.23)



北京先锋寰宇大健康管理有限公司 主办

## ——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

### • 医疗速递 •

▶ [紧扣群众需求，织密分级诊疗网](#) (来源：健康报) ——第 6 页

【提要】2025 年全国两会即将召开。一年来，全国卫生健康系统坚决当好贯彻党中央决策部署的执行人、行动派、实干家，推进卫生健康事业和人口高质量发展。“打通院际壁垒推动整体医疗水平高质量发展”“制订出台医院健康管理服务分级标准”“加强双向转诊”“推动更多优质医疗资源下沉基层”……

▶ [2025 年数字医疗六大新趋势](#) (来源：医药经济报) ——第 13 页

【提要】数字医疗正在以前所未有的速度改变医疗保健面貌。2025 年，技术创新预计将继续改变医疗保健服务，哪些主要发展趋势值得关注？

### • 分析解读 •

▶ [研判：丙类目录的市场价值](#) (来源：药智网) ——第 16 页

【提要】丙类药品目录推出在即，相关话题讨论也在升温。市场关注的焦点在于哪些药能进？钱从哪里来？高值创新药支付难题能否顺利解决？由于丙类目录并不是原有医保支付下的补充目录的“回归”，而是被纳入商业医疗保险体系，与商业健康保险产品对接，因此，其

对药企的实际影响主要受到三个方面的制约，包括目录的制定、价格的谈判和药品销售网络。

▣ [低生育背景下我国生育保险转型思路和路径探讨](#)（来源：国家卫生健康委卫生发展研究中心）——第 19 页

【提要】当前，我国正面临人口少子化、老龄化的国情，人口总量呈现负增长趋势。2023 年我国出生人口 902 万人，出生率为 6.39%；死亡人口 1110 万人，死亡率为 7.87%，自然增长率为-1.48%，低生育率成为我国面临的现实问题。为了应对这一人口结构的变化，党的二十届三中全会提出要完善人口发展战略，健全覆盖全人群、全生命周期的人口服务体系，完善生育支持政策体系和激励机制，推动建设生育友好型社会。生育保险转型是适应人口发展战略调整的重要内容。

### • 医保快讯 •

▣ [循序渐进建立医保支付标准制度](#)（来源：人民日报）——第 25 页

【提要】近日，北京市医保局发布《关于完善中药配方颗粒医保报销政策的通知》，对具有中药配方颗粒国家药品标准的 200 个中药配方颗粒品种制定医保支付标准。医保支付标准既是推动药品价格回归到合理水平的重要机制，也是医保价值支付的重要手段；不仅是药品市场价格形成机制的重要工具，也是完善我国多层次医疗保障制度的重要内容，是更具市场机制的药品价格治理的改革方向，关乎医保基金支付、患者负担、医药和商保产业发展以及市场预期。

▶ [国家医保局开会：2025 年医疗反腐迈向“深水区”](#)（来源：医疗器械联盟菌）——第 32 页

【提要】近日，国家医疗保障局召开全国医疗保障系统党风廉政建设和反腐败工作视频会议，总结 2024 年全国医保系统党风廉政建设和反腐败工作的同时，部署 2025 年重点任务。会议着重强调“对象全覆盖、制度全贯通”，无疑也预示着反腐防线从医疗机构延伸至药企、经销商乃至第三方单位。因此，2025 年，医疗机构、企业以及整条医药购销链条上的各个环节都将迎来更为全面、深入的彻查。

### • 集中采购 •

▶ [关于集采药品质量的政协提案要说的几句话](#)（来源：中国医保研究会支付改革专委会）——第 35 页

【提要】据统计，经过与仿制药同台竞争，有 30 多种原研药中选。按照药品集采协议，采购量为医院报告需求量的 60%-80%，医院实际采购量达到相应规模即为完成采购协议，协议之外的部分，由医疗机构自主选择品牌，可以选择采购非中选原研药。因此，原研药在集采中即使没有中选，也不会被禁止使用。

▶ [国家集采药靠谱！全国三甲医院真实世界研究给出答案](#)（来源：中国药科大学医药价格研究中心）——第 39 页

【提要】近期，“中国医疗保险”网站集中发布了学术期刊发表的 101 篇有关仿制药与原研药比较的学术论文，经分析，其中 92 篇为

医疗机构根据一手资料开展的临床真实世界研究。我们来揭秘国家集采药品的真实世界研究，用来自 64 家三甲医院的 92 篇真实世界研究文献的科学数据告诉你：国家集采药，可以放心用！

### • 医药专栏 •

▶ [注意！这些药品严禁远程审方](#)（来源：中国药店）——第 46 页

【提要】众所周知，在药品零售体系中，远程审方发挥着非常重要的作用。当门店执业药师不在岗位时，远程审方作为有效的补充机制，保障了处方药销售的连续性，为患者及时获取药品提供了便利。然而，药店从业者必须明白，并非所有的处方药都适用于远程审方模式。

▶ [药店私域营销，这四条红线坚决不能碰！](#)（来源：新浪医药）——第 50 页

【提要】近期多地药店因私域运营踩到“合规”红线被重罚的消息出现，这些事件不仅损害了药店的声誉，更对消费者用药安全构成了严重威胁。在监管愈加严格的当下，药店如何做好合规化？

## -----本期内容-----

### · 医疗速递 ·

#### 紧扣群众需求，织密分级诊疗网

来源：健康报

2025年全国两会即将召开。一年来，全国卫生健康系统坚决当好贯彻党中央决策部署的执行人、行动派、实干家，推进卫生健康事业和人口高质量发展。一年来，全国卫生健康系统坚持“实干为要”，用不断增强人民群众健康获得感彰显2024年建议提案高质量办理的成效。

“打通院际壁垒推动整体医疗水平高质量发展”“制订出台医院健康管理服务分级标准”“加强双向转诊”“推动更多优质医疗资源下沉基层”……2024年全国两会期间，加快分级诊疗体系建设是多位代表委员关注的重点。记者在采访中发现，国家卫生健康委已将多项建议提案转化为顶层设计和切实行动，进一步增强供给侧改革的针对性、精准性与灵活性，更好地为群众就近提供公平可及、系统连续的医疗卫生服务。

**优质资源围着群众转**

**让就医流向更合理**

医疗资源区域发展不平衡、城乡差距较大，一直是阻碍分级诊疗

体系构建的关键因素。2024年，国家卫生健康委同国家中医药局、国家疾控局印发《关于进一步健全机制推动城市医疗资源向县级医院和城乡基层下沉的通知》，明确要求组织城市医院和县级医院分梯次支援乡镇卫生院、乡镇卫生院支援村卫生室，加强人员派驻，开展县乡村巡回医疗，引导优质医疗资源下沉基层。

面对群众就医难、大医院人满为患等难题，山东省青岛市将紧密型医联体建设作为“破题之钥”，探索建立多种模式医联体，推动医联体内机构整合、资源共享、药品统筹、管理同质，持续提升基层诊疗能力，通过优质医疗资源的均衡布局，合理引导患者的就医流向。

在中心城区，青岛市市南区整合区属全部公立医疗卫生机构，包括1家二级中西医结合医院(市南区中西医结合医院)和9个社区卫生服务中心，与青岛大学附属医院合作共建紧密型城市医疗集团，探索建立城市分级诊疗新模式。

“集团内部根据各机构功能定位和实际诊疗能力确定各机构收治病种目录，并根据实际运行情况进行适时调整。”市南区医疗健康集团总院长王琛举例说，将骨科固定物取出术、大隐静脉曲张高位结扎剥脱术、卒中后康复、心绞痛等符合二级医疗机构收治病种目录的病种，在牵头医院纳入限制收治病种管控；将门诊中需要长期管理的慢性病患者逐步分诊到社区卫生服务中心共管共治，以此逐步形成有序诊疗的就医新局面。

“建好病种分类收治的工作机制后，还需充分考虑居民的就医意愿，让基层能够留住患者、让患者愿意到基层就诊。”王琛表示，下派专家便是给予居民的“定心丸”。该集团通过共管病房的形式，对市南区中西医结合医院病房实行上级医院专家和现主任的“双主任制”管理，专家们带着先进技术、患者资源以及人才培养任务下沉，全面提升该院的诊治能力和救治水平。

王琛说：“最直观的变化体现在，过去市南区中西医结合医院床位使用率不足 50%，如今已增长至 90%左右，群众对医院的信任感显著增强。”

在偏远县域，青岛市莱西市曾长期被视为“医疗洼地”，是青岛市唯一缺少三级医院的区市，当地 5 家县级公立医院中仅有 3 家达到二级医院标准。2022 年，莱西市县域内住院量占比仅为 67%。鉴于此，该市将全市 5 家公立医院、16 个乡镇卫生院及 464 个村卫生室整合，组建县域医共体，并由青岛市市立医院整体托管，持续输出品牌、管理和技术。

“我们开展大规模的专家常态化派驻工作，共下沉 130 余名具有副高级以上职称的专家，医共体内 32 个重点学科的带头人和科室主任均由派驻专家担任。”青岛市市立医院莱西市医疗集团副总院长侯四川介绍，为了培养更多莱西本土人才，集团启动“雏鹰计划”“精英计划”，针对青年医生，通过师徒双选结对子的方式进行“传帮带”



人才培养;针对骨干医生,通过“走出去、请进来”等方式安排他们前往知名医院进行专项进修或参与专项培训。

如今,全腹腔镜下前列腺癌根治性切除术、膝关节单髁置换术、经皮肾镜超声波碎石取石术等越来越多高难度手术在莱西市顺利实施,一步步填补了当地医疗技术的空白。大病重病患者向县域内回流、常见病多发病患者向卫生院回流的趋势日益明显。侯四川指出:“现在当地居民能以二级医院的收费标准得到三级医院的医疗服务,就医负担大大减轻。”

## 服务串联升级

### 打造系统连续健康服务

医疗服务体系的系统性和连续性,不仅直接关乎患者的就医体验,也深刻影响着医疗服务体系的整体效能。2024年10月,国家卫生健康委发布《关于加强首诊和转诊服务提升医疗服务连续性的通知》,要求落实双向转诊机制,促进医疗服务体系协同。

“此前,医共体内5家县级医院功能有所重叠,‘各自为政’,难以满足当地居民的就医需求。我们立足莱西实际,全面调整优化院区功能定位和学科布局,将功能高度重合的莱西市人民医院与莱西市市立医院整合,将人民医院院区打造成‘龙头’综合医院,将市立医院院区打造成精神、慢病专科医院,并推动其他医院向中医综合、妇幼保健等专业特色化方向发展,实现各医院间错位协同、优势互补。”

侯四川介绍。

莱西市正逐步构建起“市—县—镇—村”一体化的整合型医疗卫生服务体系，通过“上下联动”畅通双向转诊“高速路”，建立县域远程影像、远程心电等医疗信息系统，打造医共体中心药房，实现用药目录、药学服务、药品监测、药品采购和药品储备“五统一”，让全市居民基本实现“大病不出县、常见病不出镇、小病不出村”。

医联体模式下，各级医疗卫生机构的紧密协作，让家庭医生在慢性病管理中不再孤军奋战，其背后有了一整个团队的有力支撑和协同发力，推动慢性病管理朝着系统全面的方向优化升级。

根据基层社区患者情况和整体学科发展规划，市南区医疗健康集团选定青岛大学附属医院心血管内科、内分泌与代谢性疾病科、呼吸内科、消化内科、神经内科、护理等专业具有副高级职称的医疗、护理专家，以及市南区中西医结合医院医务人员，网格化下沉到社区卫生服务中心并加入家庭医生团队，为慢性病患者提供筛查、诊断、治疗、康复、预防、健康教育、随访和临床研究一体化的全程疾病管理。

“管理范围不仅是高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病这些纳入国家基本公共卫生服务项目的慢性病，我们还选定乳腺癌、甲状腺疾病、帕金森病、炎症性肠病、肥胖症等开展全区慢性病筛查及后续全程管理工作，其中已经共管炎症性肠病患者 2000 余人、帕金森病患者近 5000 人。经过规范的一体化管理，疾病进展得到了有效控制，

患者对‘疾病有人管’的感受度明显提升，部分疾病形成了初步的临床研究成果。”王琛介绍。

## 全方位开展管理

### 迈向以健康为中心

不久前，长期处于高压工作状态下的曾先生因高血压病3级，同时伴有冠状动脉粥样硬化性心脏病、脂肪肝、颈椎病、慢性胃炎等来到福建省三明市中西医结合医院住院治疗。该院对曾先生从心理状态到心肺运动功能等各个方面进行全面评估，随后为其制定三个阶段的康复目标，帮助其熟练掌握科学锻炼和运动营养知识，并应用于日常生活，全面提升自身疾病管理能力，彻底纠正不良生活习惯。

3个月后，曾先生身体各项指标有了明显改善，尿酸、体重、腹围、体脂率等指标均下降，情绪也变得更加稳定，还养成了良好的运动和健康饮食习惯。

近年来，三明市中西医结合医院在全市率先开展以“两师两中心”（疾病管理师、健康管理医师，疾病管理中心、健康管理中心）为主要内容的健康管理体系建设，通过构建院前管健康、院中管治疗、院后管康复的一体化健康服务模式，全方位干预健康问题及影响因素，提升居民健康素养，让居民少生病、晚生病、不生大病。曾先生便是该院全方位健康管理的受益者之一。

据了解，健康管理医师和疾病管理师分别由具有10年以上临床

资质的医师和具有 15 年以上护龄的护师担任。这两支被授予新身份的队伍更加注重疾病的预防与控制，擅于运用“药物(含疫苗)、饮食、运动、心理、睡眠、中医非药物治疗”六大处方为患者提供个性化健康管理或疾病管理服务。

三明市中西医结合医院党委书记温立新表示，“两师两中心”的设立构建起了全程健康管理的闭环。在院前健康管理方面，医院针对不同人群设计涵盖健康风险筛查、重大疾病隐患筛查及中医体检等项目的定制化体检套餐，还设有检后门诊，解读报告、识别潜在健康问题并提供专科诊疗服务；患者入院后，按照“入院初始、住院期间、即将出院”3 个时间节点，疾病管理师和健康管理医师相继对患者进行全面评估，制订个性化“一病多方”治疗方案并进行针对性健康指导与宣教；患者出院后，健康管理医师安排随访计划，并由疾病管理师执行，跟踪“一病多方”实施情况并协助预约复诊。

“人们自身对疾病的认知，是影响其就医行为的重要因素。”温立新表示，在入院评估中，除了身心情况外，医院还特别设有健商测评和就医期望值评估，对于信心爆棚或情绪低落的患者，通过宣教引导进行就医期望管理，帮助患者树立正确的就医心态，促使医患双方共同朝着“防病”的目标努力，同时也有助于推动形成规范有序的就医格局。

如今，“两师两中心”健康管理体系建设已在三明全市铺开，并

取得一定成效。三明市高血压、糖尿病、严重精神障碍、肺结核等慢性病规范管理率逐年提高，到 2024 年底分别达 88.04%、87.54%、97.77%、99.1%，重大慢性病患者过早死亡率从 2016 年的 13.84% 下降到目前的 11.12%，患者就医体验感和满意度持续提升。

[返回目录](#)

## 2025 年数字医疗六大新趋势

来源：医药经济报

数字医疗正在以前所未有的速度改变医疗保健面貌。2025 年，技术创新预计将继续改变医疗保健服务，哪些主要发展趋势值得关注？

### 远程医疗继续铺开

2024 年，远程医疗成为医疗保健的重要工具。到 2025 年，远程医疗将进一步发展，提供更准确的诊断和个性化治疗。远程医疗平台将集成 AI 分析症状并实时提供建议。此外，这一技术预计将扩展到广大农村和医疗服务欠缺的地区。

2024 年斯坦福大学进行的一项研究表明：欧美远程医疗通过提供快速有效的家庭咨询，将急诊就诊次数减少超过 30%。最新统计显示；2024 年欧美远程医疗的使用量较 2023 年增加了 38%~40%。预计在 2025 年，远程医疗咨询使用量将继续上升。

### 人工智能诊断深潜

2024 年，人工智能协助疾病早期发现，提高生存率。2025 年人工智能预期将更加精确，并集成到更广泛的医疗应用。人工智能算法将分析大量医疗数据，以在患者症状出现之前识别。

2024 年谷歌的健康部门开发的人工智能系统成功识别出肺癌的早期迹象，准确率高达 95%。这一年美国西奈山医院实施了用于心脏病诊断的人工智能系统。该系统将诊断时间缩短了 50%，准确性提高了 20%。

### 可穿戴设备绽光彩

便携式设备或者可穿戴设备使患者和医生能够持续跟踪心率、血压和血糖水平等重要生命指数。例如，2024 年苹果公司推出了一款新型手表，配备能够检测心率失常的传感器，可向医生发送自动警报。据估计 2024 年可穿戴设备市场增长 25%，全球销量超过 5 亿台。2025 年的这一数字预计将超过 6 亿台。

在应用方面，2024 年，美国克利夫兰诊所使用可穿戴设备监测 2 型糖尿病患者，根据收集的数据可以实时调整治疗方案。将血糖水平降低 15%，并改善糖尿病患者的疾病控制。

2025 年，此类设备预计将变得更先进，与移动应用程序和远程医疗平台集成程度更高，促进更主动和个性化的护理。

### AR 助提升手术精度

增强现实 (AR) 已开始为外科医生在手术过程中提供增强的视野

和实时数据，从而改变了手术方式。2024 年 AR 被用于缩短手术时间。到 2025 年这项技术预计将在世界各地的手术室中进一步普及使用。

外科医生将使用 AR 眼镜将医学图像和手术指南直接叠加到他们的视野中，从而提高准确性并降低错误风险。2024 年，AR 在欧美复杂手术中的使用量预计增加了 30%，多家医院提升 AR 系统采用率：美国麻省总医院采用 AR 系统，提升外科医生执行脊柱手术的精度；瑞士苏黎世大学医院的髋关节置换手术中使用了 AR，使手术时间缩短了 20%，患者康复率提高了 30%。

### 大数据精耕个性化

大数据在医学中的使用使得治疗更加个性化和有效。美国梅奥诊所 2024 年的一项研究利用大数据开发了一种算法，可以预测患者对不同癌症治疗的反应，从而提高治疗成功率。2024 年，大数据分析使欧美 70% 以上的慢性病患者可以进行个性化治疗，显著改善健康状况。

此外，约翰霍普金斯医院 2024 年利用大数据为乳腺癌患者提供个性化化疗。这种方式将副作用减少了 25%，并将患者生存率提高了 15%。

### 区块链护航数据安全

在数字时代，医疗数据的安全性日益受到人们关注，区块链技术有望成为保护医疗信息完整性的重要工具。该技术将实现医疗数据安全

全存储和传输，确保只有经过授权的个人才能访问敏感信息。此外，区块链将有助于防止欺诈并确保数据管理的透明度。

例如，挪威奥斯陆大学医院 2024 年将区块链技术应用于患者数据管理。该技术将安全事件减少了 50%。2025 年数字医疗的趋势有望彻底改变医疗保健。医疗技术将继续进步，提高卫生服务的质量和可及性。

[返回目录](#)

## • 分析解读 •

### 研判：丙类目录的市场价值

来源：药智网

丙类药品目录推出在即，相关话题讨论也在升温。市场关注的焦点在于哪些药能进？钱从哪里来？高值创新药支付难题能否顺利解决？

由于丙类目录并不是原有医保支付下的补充目录的“回归”，而是被纳入商业医疗保险体系，与商业健康保险产品对接，因此，其对药企的实际影响主要受到三个方面的制约，包括目录的制定、价格的谈判和药品销售网络。

#### 目录制定标准

与国家医保局成立前的省级医保制定的补充药品目录不同，丙类目录的制定由国家医保局统一指导，将在全国形成一个统一的目录。



不过，由于丙类目录将基于惠民保展开，而各地惠民保的筹资水平差异较大，因此，很难以相同的目录进行全国性的覆盖，以指导为主的特性可能更容易落地执行。

从目前披露的相关信息来看，丙类目录对药品的遴选将集中在临床急需、真实创新和相对高价的药品上。但是，由于惠民保的实际支付能力有限，药品的年花费仍将会设封顶线，这意味着原先已经进入部分惠民保的类似 CAR-T 这样超高价的药品，需要有较为明显的价格降幅才能进入丙类目录。

有业内人士认为，医保目录内针对相关靶点治疗的药品将不会被纳入丙类目录，比如 PD-1 已经被医保纳入，丙类目录将不再涵盖。但从实际销售来看，目前惠民保的药品目录添加了不少用户认知较强和市场需求明确的自费产品，特别是类似 K 药这样的 PD-1 产品。如果排除这类药品，惠民保的卖点可能会受影响。因此，如何在患者需求和监管之间取得平衡是对目录制定的考验。

### 以量换价挑战

从价格谈判来看，由于商保体量较小，支付给特药的金额较为有限，参照医保以量换价的模式具有较大的挑战。因此，丙类目录的制定需要大幅收窄其包含的药品数量，集中在少数具有谈判可能的特药更有价值。采用广撒网的模式，最终丙类目录支付给单个药品的金额将极为有限，很难达到以量换价的目标。即便是这样，由于惠民保目

前支付给特药的金额在 20 亿~30 亿元左右，要将有限的资金投放到具体的标的上，其可覆盖的单品必须狭窄。

此外，惠民保虽然向既往症开放，但对既往症用户的赔付比例一般在 30%左右，既往症用户的实际负担比例仍然较重，更多还是以有较强支付能力的大城市用户为主。即使价格获得了明显下降，既往症用户的支付能力仍将极大制约用户的药品使用意愿，需要其他支付手段配合，这时，组合保险产品的价值将凸显出来。未来开发新型保险产品来提高用户的支付能力至关重要。

### 加强良性互动

药品销售网络是保证药品目录落地的关键，丙类目录药品能否进院值得关注。例如，患者在住院期间对一些特药有需求，药品进院才能更好地推进治疗的协同性。

当然，由于丙类目录由商保报销，在医院的考核制度下等同于自费并受到严格的监管，因此，丙类目录下的药品可能主要依托于院外药房。随着院外药房的监管趋严，丙类目录对药店网络的筛选也将受政策影响，诚信记录良好的药店会更有优势。

总体来看，丙类目录将只是一个小目录，其能否做大的关键与商保对特药的实际支付规模息息相关，与商保本身的规模并没有强关联。我国的商保本身是以满足用户高风险支出保障为主要目标，因此主要集中在住院这一高支出领域。随着现代医疗技术和治疗的变革，

重疾的治疗逐渐向门诊溢出，但门诊也存在一定的风险。参照海外市场的经验，可能短险和长险的组合仍是中短期较为有效的市场解决方案。

此外，单独开发药品保险也是一个思路。参照美国 Medicare Part D(处方药保险)的案例来看，单独政府主办，商保承保的药品保险虽然极大地扩展了用户的药品福利，但也对财政造成负担。如果没有财政对药品高价部分的兜底，仅依靠商保的保费难以覆盖全部高价药。因此，药价谈判不失为一个解决办法，但前提仍是相关保险规模的扩大。随着政策的推出，下一步的关键在于如何提高商保对药品的实际支付规模，以及市场和监管的持续互动。

[返回目录](#)

### 低生育背景下我国生育保险转型思路和路径探讨

来源：国家卫生健康委卫生发展研究中心

当前，我国正面临人口少子化、老龄化的国情，人口总量呈现负增长趋势。2023 年我国出生人口 902 万人，出生率为 6.39%；死亡人口 1110 万人，死亡率为 7.87%，自然增长率为-1.48%，低生育率成为我国面临的现实问题。为了应对这一人口结构的变化，党的二十届三中全会提出要完善人口发展战略，健全覆盖全人群、全生命周期的人口服务体系，完善生育支持政策体系和激励机制，推动建设生育友好型社会。生育保险转型是适应人口发展战略调整的重要内容。

## 一、生育保险转型的基本思路

### 1. 从缴费型向普惠型转型,从基于劳动关系向基于国民身份发展

从国外生育保障政策经验来看,多数国家对于生育保障政策的理念思想为一项带有福利性的社会政策,实行生育保障国民全覆盖制度,对非就业女性、贫困群体等都制定有较为完善的生育保障措施。生育保险是对生育行为其社会价值的认可,因此,在当下鼓励生育行为,强调公平、普惠的社会保障理念下,实现制度安排满足有需要者的需要,做到应保尽保。一方面为体现生育保险的公平性,有必要将碎片化的职工生育保险、城乡居民医疗保险合并统一为以国民身份为主体,覆盖全体国民的生育保险制度,扩大生育保险的覆盖群体;另一方面为体现生育保险的普惠性,有必要将生育保险由雇主缴费型转型为国民普惠型的生育保险制度,让所有育龄妇女获得生育保障,增强人群横纵向的公平。

### 2. 从企业、家庭责任为主向政府、社会、企业、家庭多元责任为主转变

现行生育成本主要由企业和家庭承担,法律规定生育保险由企业承担缴费责任。在工业社会,个人及家庭的自我保障功能弱化,自我保障能力有限,这难以适应低生育率背景下国家人口战略发展的需要。因此,生育保险的转型方向应向政府责任回归发展,生育成本由社会、国家、企业、家庭等多元主体共担转变。一方面,在资金来源

上政府应增加财政投入，承担部分生育成本，减轻企业负担，化解女性隐性就业的歧视问题。另一方面在制度设计和监督管理上，国家政府部门拥有较强的调控能力，可以通过政策、法律等措施调整社会资源的再分配，引导社会资源向生育服务领域流动，缓解社会不足的问题。

### 3. 从单一资金保障向综合资金、服务保障协同发展

生育保险的本质是为了维护妇女身体健康、维持生育期间正常的生活和经济支出。目前我国生育保险的保障内容构成主体为短期内单一资金保障，具体呈现为假期支持和经济支持，对比发达国家的货币政策、育儿照料政策、假期政策、就业促进和保护政策、性别平等政策等，缺乏综合服务供给的保障机制。生育保险应逐步扩大资金给付范围，改变目前单一的现金供给措施，协同服务保障待遇缓解现金供给压力，构建现金-服务组合给付模式，切实保障女性和家庭的生育权益。除生育行为发生期间的产护费用和产假中的工资给付外，应考虑生育后的育儿支持如育儿服务补助等。为切实保障生产妇女的身体健康和新生儿健康成长的权益，应协同教育、卫生健康等部门协同服务供给，同时人社部门也应提供专门针对女性，尤其是母亲的专项就业扶持，如妇女再就业培训等，缓解女性生育就业间的冲突。

## 二、生育保险转型的发展路径探讨

### 1. “两阶段、三群体、有弹性”的渐进式改革策略

第一阶段推进在职职工医保全覆盖生育保险。从数据分析可以发现，虽然两险合并，但是生育保险覆盖人数仍少于在职职工医保参保人数。例如 2023 年，我国职工医保参保 37095 万人，其中，在职职工 27099 万人，全国参加生育保险 24903 万人，两者相差 2000 万人左右。参加职工医保而未参加生育保险往往是小微企业，这些企业虽然缴费压力较大，但是缴费基数小，而生育保险费率较低，在生育保险转型后政府筹资责任的回归，可以探索缴费部分减免的方式或者采取税收优惠支持的方式，逐渐实现生育保险全覆盖。第二阶段，针对灵活就业人员和城乡居民，可以采取更具选择性的弹性参保方式，根据满足女性生育保障需求，化解女性就业者因生育中断收入的风险，通过缴费政府补贴的方式激励待生育女性自愿参保。这种方式具有以下优势，给予中间地带的群体一定政策的选择权，对象识别更加精准，政府财政负担相对较轻，与现行的生育保险制度衔接，且能够平稳促进生育保险制度的转型，对整体权利义务均衡的社会保险体系冲击较小。为了减少逆选择，前期可根据基金收支和财政收入增长，设置一定期限的等待期，即连续缴费时间。随着经济社会发展，条件成熟，生育保障逐渐实现全人群覆盖。

## 2. 生育服务与医疗服务的融合协同

生育服务涵盖医疗、女职工劳动保护、托幼、教育等多方面内容，其中医疗服务作为涉及孕育全过程的重要环节，提高生育服务和医疗

服务的供给质量，促进两项服务融合协同，能够更好地保障生育行为。增加生育医疗相结合的服务供给，一方面需医疗先行，配备足够的产科医护人员和床位数量，提供专业水平高、素质高的医护人员，合理公平分配医疗资源，解决生育医疗资源紧张的难题，保障欠发达地区的妇女权益。另一方面，三孩政策全面放开后，面对高龄产妇数量增加问题，把生殖辅助相关的医疗服务纳入医保报销范围。各基层医疗如社区卫生站可提供孕前检查、预防的前期工作，承担孕妇前后期部分的生育医疗职能，建立起良好的分级诊疗机制，化解基层资源闲置与优质医疗资源不足并存的问题。

### 3. 政府责任回归的多元筹资机制

为普惠型生育保险制度提供资金支持，缓解保险基金发展和企业成本压力，有必要将基金的单一筹资模式转型为三方筹资模式，即将原单一企业缴费改为企业、政府、社会三方参与投保。企业职工由用人单位代缴生育保险费的同时，国家也需要按一定标准专项投入生育保险中，共担生育成本。对于非在职人员、城乡居民等群体，政府应提供其在户籍所在地以自愿形式参加生育保险的权利，政府在筹资渠道上应起到兜底作用。此外，提高生育保险统筹层次，发挥社会保险的大数法则作用，推进省级统筹，以此增强生育保险基金筹资力度。同时增强生育基金的稳定性，统一收取统一支付，方便基金管理，实现生育保险制度的可持续化运营发展。

#### 4. 扩大生育保险支付范围和优化支付方式

除产前到产后的短期现金支付与休假补偿，生育保险应扩大其保障范围，为新生儿提供从生育，到养育，再到教育的成长服务。探索设立育儿补助、育儿服务项目，在0-3岁时按月发放；设立完善的儿童托育项目，为家庭减轻人力成本负担，同时也帮助女性实现生育与就业之间的矛盾；增设父亲陪同产假和家庭共同育儿假，使男性承担部分养育责任，减轻女性育儿压力，增强家庭责任感。对于生育过程中最直接的医疗成本，应改革其支付方式，优化生育保险报销流程。一方面需通过将生育保险医疗服务费纳入医疗保险，实行统一的经办与管理，解决家庭报销费用难、报销项目模糊、报销标准不清等困境。另一方面，政府应集合专家、智库力量，从女性生育角度出发，讨论出确切的可纳入医疗保险费用的相关生育项目，方便统一报销管理、减少人们使用生育保险报销生育医疗费用困难现象的同时，也减少了女性生育多孩的忧虑风险与后顾之忧，切实多方位保障女性生育时的身体健康。

#### 小结

生育保险制度为女性就业者提供了重要的保障机制，有利于国家人口战略的发展。随着少子老龄化、低生育率等问题凸显，生育保险制度面临转型的迫切要求。结合当前制度设计和运行中的问题，提出适应于新时代背景，及人口发展理念、外部社会经济环境的变化和社



会保险内部公平性需要的生育保险转型理念及实现路径,即构建多层次服务内容供给与多方主体共担生育成本的全民普惠型生育保险制度,是完善人口发展战略、促进人口高质量发展的重要举措。

[返回目录](#)

## • 医保快讯 •

### 循序渐进建立医保支付标准制度

来源: 人民日报

近日,北京市医保局发布《关于完善中药配方颗粒医保报销政策的通知》,对具有中药配方颗粒国家药品标准的 200 个中药配方颗粒品种制定医保支付标准。医保支付标准既是推动药品价格回归到合理水平的重要机制,也是医保价值支付的重要手段;不仅是药品市场价格形成机制的重要工具,也是完善我国多层次医疗保障制度的重要内容,是更具市场机制的药品价格治理的改革方向,关乎医保基金支付、患者负担、医药和商保产业发展以及市场预期。

#### 内涵解析

医保支付标准是指基本医疗保险参保人员使用医保项目(药品、耗材、医疗服务项目)时,基本医疗保险基金支付费用的基准。在支付标准以内的部分由参保人和医保基金按比例分担,支付标准以外的部分由参保人自付。

医保支付标准政策内涵有四个要素：保障基本、结算基准、发现价格、引导价格。

首先医保支付标准体现“保基本”的功能定位，根据医保基金的支付能力确定支付标准，通过支付标准与市场价格的“双轨”机制，满足不同支付能力群众的多元化需求。

其次医保支付标准不是支付方式，是医保基金支付费用的结算基准，与按比例支付相结合，包括基金与个人按比例付费部分，通过利益机制引导医生和患者选择合理的医保项目。

其三医保支付标准不是价格，但可以影响价格，通过药品实际交易市场中的真实数据发现市场真实价格。

其四，医保支付标准的政策目标是引导药品价格合理形成，通过药品疗效价值与价格二者的均衡，体现医保药品性价比，符合以价值为导向的医保战略性购买方向。

### 政策探索

医保支付标准在国际上已经有成熟的经验，在国内虽然尚未建立统一的制度，但国家一直在探索分类形成支付标准。2015年5月国家发改委等7部门印发《推进药品价格改革的意见》，明确除麻醉和第一类精神药品外，药品实际交易价格主要由市场竞争形成。同时通过制定医保支付标准探索引导药品价格合理形成的机制。2018年之后，国谈药品和国采药品的支付标准制定规则逐渐清晰，但是国家层

面针对全品种的支付标准政策一直没有出台。

2020年，国家医保局在《基本医疗保险用药管理暂行办法》第十二条明确了药品医保支付标准的确定办法：独家药品通过准入谈判的方式确定支付标准；非独家药品中，国家集采中选药品，按照集采的有关规定确定支付标准；其他非独家药品根据准入竞价等方式确定支付标准；执行政府定价的麻醉药品和第一类精神药品，支付标准按照政府定价确定。

2021年年底，国家医保局办公室印发《关于开展医保药品支付标准试点工作的通知》，旨在探索完善确定医保药品支付标准的方法、路径以及有效机制。

### 实施现状

（一）新纳入医保目录的独家药品通过国家谈判确定支付标准。实行“一品一价”，价格与支付标准合一，全国执行统一价格和支付标准。但是各地根据基金支付能力分别设定了不同的先行支付比例。

国谈药品支付标准建立了动态调整机制。根据谈判规则，按通用名确定全国统一的支付标准，如谈判药品出现协议期满、有同通用名药品上市、被纳入药品集采等情况，省级医保部门可根据市场竞争情况、同通用名药品价格或药品集采中选结果等，调整该药品的支付标准。

2022年国家医保局发布《谈判药品续约规则》，明确纳入常规

目录管理、简易续约和重新谈判三种谈判药品续约规则，并相对应地明确各自的医保支付标准确定方式。

(二)新纳入医保目录的非独家药品通过竞价确定支付标准。医保局组织专家对申报竞价准入的通用名药品测算医保支付标准，参与申报的企业提交报价，如果有1家企业的报价不高于医保方测算的支付标准，则该通用名药品纳入医保竞价药品目录，并以各企业报价中的最低者作为该通用名药品的支付标准，参与报价企业的市场售价不得高于最后一次报价。竞价规则还建立兜底机制，如企业报价低于医保支付意愿的70%，则以医保支付意愿的70%作为该药品的支付标准。

实现了支付标准与药品销售价格的分离，为非独家药品支付标准的探索提供了创新思路。

(三)仿制药通过药品集中带量采购确定医保支付标准。2019年1月1日，国务院办公厅印发《国家组织药品集中采购和使用试点方案》，明确对于集采药品，在医保目录范围内的以集采中选价格作为医保支付标准，原则上对同一通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，医保基金按相同的支付标准进行结算。如患者使用的药品价格与中选药品集中采购价格差异较大，可渐进调整支付标准，在2~3年内调整到位，并制定配套政策措施，鼓励非中选企业主动降价，向支付标准趋同。实施过程中，国家集采药品允许多家企业同时中选，出现“一品多价”，即同一品种在不同省份的医保支付

标准不相同的情况。

(四)“两非”药品(非国谈,非集采)支付标准的确定各地也有所探索。浙江、福建、安徽、天津等地不乏试点经验值得总结。

### 协同治理

建立医保支付标准制度体系需要“三医”协同治理。通过全面实行付费总额预算,探索总额控制与点数法的结合应用,医疗服务价格动态调整,激励医院内部建立新型运行机制;通过加快推进按病种、按人头等付费方式,将医院为主体的成本控制转化为以医生为主体的处方环节的过程控制;通过深化公立医院人事薪酬制度改革,充分调动医务人员积极性,促进医生形成合理用药的内生动力;通过相关政策的协同衔接,共同引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品和医用耗材,进而引导其市场价格合理形成,助力医保在遵循“保基本、广覆盖”原则的同时,更好实现“战略购买”和“价值购买”。

### 形成机制环环相扣

医保支付标准形成机制具体包括五个环节。

#### (一)药品分类

药品分类是制定医保支付标准的核心。可以按照药品替代性、质量效果的等效性和临床的功能性进行三次分类。

第一次按替代性分类分为竞争性产品与非竞争性产品。

1. 非竞争性产品采用谈判的办法确定价格标准。

独家品种国家谈判已经开展6轮，规则已比较成熟，建议探索试行谈判价格与支付标准分开机制。

药物经济学专家组根据药物不同价值(突破、改良、相当、不及)，参考国际市场价格和参照药价格等因素，综合考虑增量成本-效果比(ICER)，合理确定相关阈值，提出药品谈判的建议基准价格。

医保基金测算主要根据医保基金和患者的承受能力、临床用药需求、药品临床价值、创新程度、市场竞争等因素，测算医保基金可接受的支付范围，提出谈判药品的建议医保支付标准。

2. 竞争性药品符合条件的通过集采或竞价办法确定支付标准。

国采中选药品，以中选价格为基础确定医保支付标准；对同通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，实行同一医保支付标准；省级集采中选药品，由省级医保部门按照中选价格确定医保支付标准。

对多家中选产品按最低中选价确定支付标准；对实际价格与支付标准差距较大的品种，可以设定价格红线，建立渐进调整机制。鼓励集采非中选药品企业主动降价，向支付标准趋同，减轻患者负担。

3. “两非”药品通过招采平台价格数据监测和其他各种渠道广泛采集价格信息和成本信息，按照一定规则测算确定支付标准。未过评的仿制药，医保支付标准不得超过同通用名下已过评的药品。

4. 麻醉药品和一类精神药品根据政府定价按通用名确定国家统一的支付标准。

第二次按等效性分类。

1. 已通过一致性评价(含视同过评和生物类似药)的品种,按通用名确定统一的支付标准。制定完善全国统一的药品差比价规则,通过选取代表品并计算差价比价的方式,确定同一通用名称下不同剂型、规格的药品的支付标准。仅限于儿童使用的药品应单列代表品。

2. 未实施一致性评价药品或因质量差异较大等原因,不具备按通用名制定支付标准的,可按照不同企业生产的药品,即按“厂牌”制定医保支付标准,实行“一厂牌,一支付标准”。但原则上不超过同一通用名下已通过一致性评价的药品的支付标准,使医保支付标准制度发挥引导优质优价的政策杠杆效应,防止医药市场发生“劣币驱良币”现象,保障优质药品的有效供应。

第三次按功能性分类,药品治疗功能性可以分为治疗性、辅助性、营养性。

## (二) 数据采集

信息采集的准确性和可比较性是制定医保支付标准的基础。数据采集范围包括药品价格信息、成本信息和采购使用量信息等。以全国招采平台信息为主要基础支撑,充分利用一切可能的渠道采集相关信息,如药品口岸价、协议价、出厂底价、零售药店价、线上“即送价”

等，并逐步规范数据采集渠道。

### (三) 测算方法

测算方法是形成科学合理的药品支付标准的保证，包括唯价测算法、量价测算法、差比价规则、药物经济学评价法和基金支付能力评估法等。

### (四) 动态调整

根据药品生命周期、竞争格局、质量层次变化、医疗技术进步、经济发展和医保基金状况，动态调整支付标准。动态调整分为定期调整和相机调整。同时配以 R 值(价差区间)平衡，逐步稳定药品价格预期，建立合理的药品价格形成机制。调整周期与国家医保谈判、药品集采周期相衔接，原则上每两年调整一次。集采或竞价续约两次后直接纳入支付标准动态调整机制管理。

### (五) 监督评估

建立监督评估机制，定期评估支付标准的实施效果。分析对利益主体即医保基金管理机构和参保人、定点机构和医生、药品市场和企业的影响，确保其有效性和公平性。

[返回目录](#)

## 国家医保局开会：2025 年医疗反腐迈向“深水区”

来源：医疗器械联盟菌

国家医保局最新会议划重点，医疗反腐迈向“深水区”。



近日，国家医疗保障局召开全国医疗保障系统党风廉政建设和反腐败工作视频会议，总结 2024 年全国医保系统党风廉政建设和反腐败工作的同时，部署 2025 年重点任务。

会议强调：

突出治理重点，聚焦医保基金管理、使用、监督等方面开展重点治理；

加强工作协同，全力配合纪检监察机关工作，健全问题线索移送机制，贯通融合各类监督，强化监督合力；

同时，强化责任落实，紧紧扭住落实责任制这个“牛鼻子”，坚持内容上全涵盖、对象上全覆盖、责任上全链条、制度上全贯通……

毫无疑问，2025 年全国医疗领域反腐不仅聚焦医保基金管理、使用、监督等方面，开展重点治理跨部门联动作战也将成为新常态。医保部门与纪检监察、公安、审计，让医药领域灰色交易无处遁形。

此外，会议还着重强调“对象全覆盖、制度全贯通”，无疑也预示着反腐防线从医疗机构延伸至药企、经销商乃至第三方单位。

因此，2025 年，医疗机构、企业以及整条医药购销链条上的各个环节都将迎来更为全面、深入的彻查。

### **中纪委频频点名，医疗反腐迈向“深水区”**

自 2025 年初以来，医药领域反腐斗争的高压态势便持续显现。

1 月 7 日，广东省茂名市高州市人民医院前院长王茂生涉嫌收受

超过 2 亿元回扣的重大案件细节曝光，再度将医疗行业的腐败问题置于公众瞩目的焦点之下。

在同月举行的二十届中央纪委四次全会上，同样清晰表明立场：要坚定不移地推进反腐败斗争，保持战略定力与高压态势，毫不松懈，坚决打赢这场反腐的攻坚战、持久战和总体战。

会议着重强调了金融、国企、能源、消防、烟草、医药、高校、体育、开发区、工程建设及招投标等多个关键领域的系统性整治。

紧接着，2 月 6 日，中纪委官方网站发布《时代专论 | 科学把握当前反腐败斗争形势和任务》一文，再次聚焦医药领域的腐败问题。

因此，2025 年针对重点领域和关键对象的监管力度将持续加大。并且，本轮行动的具体内容和形式也早已明确。

今年 1 月，国家医保局发布通知，决定在全国范围开展 2025 年定点医药机构违法违规使用医保基金自查自纠工作。

随后，河北、内蒙古、山西、新疆等地于近日先后发布相关自查自纠通知。明确此次行动紧盯的重点内容包括肿瘤、麻醉、重症医学、心血管内科、骨科、血液净化、康复、医学影像、临床检验等 9 个重点领域，以及定点药店常见问题。

[返回目录](#)

## • 集中采购 •

### 关于集采药品质量的政协提案要说的几句话

来源：中国医保研究会支付改革专委会

在今年的上海两会期间，上海市部分政协委员在提案中反映某些集采药品疗效欠佳，其中一名常委在接受媒体采访时更是直言集采药存在“麻药不睡，血压不降，泻药不泻”等问题，从而引发社会热议。对此，国家有关部门高度重视，迅速组成联合调研组调查了解有关情况。

调研结束后，联合调研组于近日接受了人民日报健康客户端记者专访，公布了调研结果，认为“总的来看，此次关于‘血压不降、麻药不睡、泻药不泻’等说法，多来自他人转述和主观感受”。

虽然说调查结论并没有让笔者感到意外，但还是有些感慨。如果提案依据只是来自“他人转述和主观感受”，却没有对真实世界作深入考证，不管怎么说，作为一名医疗科技工作者，不仅与严谨的要求相差甚远，也难免有道听途说、主观臆断之嫌。

翻看主提案人接受媒体采访时的视频，可以将其原话的大意归纳如下：在国家药品集采的背景下，确实把价格压低了，对于减轻老百姓的用药负担也是起了很大作用，但也带来了另外的问题，在这么价格低的情况下，药物质量可能不稳定，老百姓或者医院医生的感受，比如抗生素过敏、血压不降、麻醉药病人不睡、肠道准备的泻药不泻

或者量不够，建议让医生对原研药和仿制药有更多的用药选择权。

细细琢磨提案人面对记者采访时的发言，上面这段话的一些说法其实十分值得商榷。

首先，提案人说“在国家药品集采的背景下，确实把价格压低了……在这么价格低的情况下，药物质量可能不稳定”。这句话的言下之意是，国家集采使药品价格大幅降低，导致药物质量没有保证。

我们姑且不去纠缠提案人的上述说法是否有相应的证据支撑，但简单地将集采药品的低价与劣质划上等号显然与事实不符。国家开展药品集采工作以来，保证药品质量就一直是国家严防死守的底线，突破了底线相关人员必然要受到惩罚。具体举措包括：一是参与集采的药品必须通过质量和疗效一致性评价，这是仿制药入围竞标的前置条件，以保证参与集采药品的基本质量。二是在集采规则设定上并非唯价低者中标，而是综合考虑包括药品质量、企业生产能力、供应稳定性以及历史采购数据等多个因素，并建立了对恶意低价竞标的防范机制。例如，评标委员会会评估投标人的报价是否明显低于其他通过符合性审查投标人的报价，以及该报价是否可能影响产品质量或诚信履行，防止企业通过不合理的低价中标，损害采购人的利益和破坏正常的采购秩序，以此确保中选药品不仅价格合理，而且质量可靠、供应稳定。三是国家药监和医保部门对中选企业实施严格的监管和约束，确保药品生产、流通、使用等环节的质量安全。四是药监部门对

发现的个别有质量风险的产品，无论是原研药还是仿制药，都立即采取暂停生产、进口、销售等措施，并且予以严肃处理、公开曝光，保障人民群众用药安全。过去几年，已经使用的前9批1600多个中选产品中，共有9个药品因质量风险被取消中选资格，其中6个进口药（含3个原研药）、3个国产药，相关企业受到严肃处理，就是明证。

对于一些集采药的大幅降价，许多人担心其价格能否覆盖成本。俗话说得好：杀头生意有人做，亏本买卖无人干。参与集采的药品由药企自主报价，作为一个参与市场竞争的企业，它的报价必然是一个能够维持企业生存发展的合适价格。否则，无疑是自寻死路。集采药品的中选价格之所以能够覆盖成本，不外乎下面三大原因：一是中选药品能够直接进医院，销量有保证，大幅节约了营销费用；二是“带量”能够形成规模效应，充分利用产能，降低边际生产成本，同时利用规模采购提升对上游供应商的议价能力，节约原料采购成本；三是规模化稳定生产环境下，企业进行生产线自动化改造，进一步降低生产成本，并稳定质量。因此，中选企业可以在保证质量的前提下薄利多销。

其次，提案人在说完低价集采药质量可能不稳定之后，特别举例“比如抗生素过敏、血压不降、麻醉药病人不睡、肠道准备的泻药不泻或者量不够”，其依据是“老百姓或者医院医生的感受”。

作为长期工作在医疗一线的医疗专家，即使不追求统计学意义上

的严谨，起码也应该明确指出在临床治疗过程中，哪个企业生产的哪种集采药出现了多少起类似“血压不降、麻药不睡、泻药不泻”的情况，也算是为上述说法提供一些案例支撑。如果连这个功课都不做，而只是将“老百姓或者医院医生的感受”作为支撑国家集采药质量不稳定的依据显然过于草率。

再次，提案人提出“让医生对原研药和仿制药有更多的用药选择权”显然是对集采药的使用政策不太了解或者有所误解。我国的药品集采从来就不是仿制药集采，药品集采政策从诞生之初就鼓励原研药与仿制药同台竞争，在参与集采的药品中事实上就包括了相当数量的原研药。据统计，经过与仿制药同台竞争，有 30 多种原研药中选。再说，按照药品集采协议，采购量为医院报告需求量的 60%-80%，医院实际采购量达到相应规模即为完成采购协议，协议之外的部分，由医疗机构自主选择品牌，可以选择采购非中选原研药。因此，原研药在集采中即使没有中选，也不会被禁止使用。根据调研组掌握的资料，瑞金医院在配备集采药的同时也配备了相应的非中选原研药，其提供的材料显示，“在引入 24 个集采降压药的同时，保留有相对应的 18 个原研品种的降压药；抗细菌药物方面，引入了 48 个集采品种，保留了相应的 21 个品种的原研药物；麻醉和肌松药物中，在引入 6 个集采品种的同时，保留了 4 个相应品种的原研药品”。

最后，笔者想说的是，无论是原研药还是仿制药，在临床使用的

不同患者之间肯定会表现出不同的个体差异，既可能是来自个体的主观感受，也可能是临床表现的疗效区别。在根据这些表象作出结论之前，一定要本着务实的科学态度进行认真细致的考证，坚持用事实和数据说话，这是一名医疗科技工作者应有的基本素养。如果只是选取少数几个个例、甚或只是基于“他人转述和主观感受”来“证明”仿制药疗效不佳或者原研药疗效不佳，显然既不严谨，也不科学，更不可取！

[返回目录](#)

### **国家集采药靠谱！全国三甲医院真实世界研究给出答案**

来源：中国药科大学医药价格研究中心

#### **“集采中选的仿制药这么便宜，效果好吗？”**

自国家药品集采政策实施以来，这类疑问一直存在。国家组织集采的药品，全部通过了质量和疗效一致性评价，即仿制药的药物活性成分、给药途径、剂型和规格等与原研药相同，并且在体内的吸收代谢、血药浓度等与原研药一致，做到生物等效，这也是国际上公认的最严格标准，与美国、欧盟等使用的方法一致。但是，仍有一些人提出生物等效不等于临床等效。实际上，几乎所有国家都认为通过一致性评价的仿制药和原研药在临床治疗上是等效的。

医学发展是无止境的，对科学的追求是无止境的，有一批医院和学者过去几年一直在努力通过科学的设计、大样本的比对，用客观的

患者诊疗数据验证集采药品在临床真实世界中的疗效和安全性。近期，“中国医疗保险”网站集中发布了学术期刊发表的 101 篇有关仿制药与原研药比较的学术论文，经分析，其中 92 篇为医疗机构根据一手资料开展的临床真实世界研究。我们来揭秘国家集采药品的真实世界研究，用来自 64 家三甲医院的 92 篇真实世界研究文献的科学数据告诉你：国家集采药，可以放心用！

## 一、真实世界研究是什么？

真实世界研究是在真实临床诊疗环境下收集到的与患者有关的数据，通过对数据进行分析能够获得药品疗效和安全性的临床证据。对国家集采药品开展真实世界研究，能够切实了解国家集采药品在临床中的“实战效果”。

截至目前，全国范围内至少已有 64 家三甲医院针对国家集采药品开展相关研究，包含首都医科大学宣武医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院等权威机构，全面覆盖了我国东部、中部、西部和东北四大地区。这些医院不仅拥有丰富的临床经验，还在医药研究领域具有很高的影响力和权威性。92 篇学术论文(涉及 54 个集采品种)分别发表在了《Drug Design, Development and Therapy》、《中国药房》等国内外知名期刊，研究结果对于临床实践具有重要的参考价值。

## 二、哪些集采药被重点“盯梢”？四大类药品全解析

### 1、降压药：效果不缩水



常见降压药包括苯磺酸氨氯地平、厄贝沙坦等，国内现已有 7 家三级医院开展了 8 项真实世界研究，分别是氨氯地平(上海交通大学医学院附属瑞金医院、中山大学附属第七医院、西安交通大学第一附属医院、曲靖市第二人民医院)、缬沙坦氨氯地平(山东省滕州市中医医院)、厄贝沙坦(曲靖市第二人民医院)、厄贝沙坦氢氯噻嗪(中山市人民医院)、培哌普利(东莞东华医院)。以苯磺酸氨氯地平为例，上海交通大学医学院附属瑞金医院的研究表明，针对原发性高血压患者，采用原研及仿制氨氯地平治疗均能获得较好效果，均可有效降低血压水平，且安全性相当。西安交通大学第一附属医院在 2024 年开展的一项真实世界研究结果显示：接受苯磺酸氨氯地平原研药和仿制药进行高血压治疗的患者临床疗效、用药依从性优良率、不良反应发生率无统计学差异，原研与仿制苯磺酸氨氯地平治疗高血压的有效性、用药依从性和安全性均相当。同年，中山大学附属第七医院的一项研究表明，集采苯磺酸氨氯地平片在治疗高血压临床效果与安全性与苯磺酸氨氯地平片原研药基本一致的基础上，还具有经济实用等特点，有助于提高患者用药依从性以及高血压控制率，值得推广应用。

## 2、降糖药：血糖稳得住

保持正常的血糖水平对维护身体健康至关重要，国内现已有 7 家三甲医院开展了 8 项真实世界研究，分别是阿卡波糖(广东药科大学附属第一医院)、二甲双胍(首都医科大学宣武医院、中山大学附属第

七医院)、甘精胰岛素(山东中医药大学附属医院)、格列美脲(上海交通大学医学院附属瑞金医院、首都医科大学宣武医院)、维格列汀(珠海市人民医院、南京鼓楼医院)。二甲双胍是目前全球应用最广泛的口服降血糖药,用于治疗糖尿病已有 60 多年历史。首都医科大学宣武医院通过比较数千例糖尿病患者发现仿制药和原研药的血糖达标率(即 HbA1c<7%)并无统计学差异。

### 3、抗菌药: 感染治得好

目前国内现已有 22 家三甲医院针对抗癌药物开展了 23 项真实世界研究, 分别是伏立康唑(广西医科大学第一附属医院、解放军总医院、中山大学附属第一医院)、利奈唑胺(浙江大学医学院附属第一医院、复旦大学附属华山医院、川北医学院附属医院)、莫西沙星(河北医科大学第一医院、连云港市第一人民医院、中国科学技术大学附属第一医院)、替加环素(昆明市第一人民医院、四川省人民医院)、头孢地尼(首都医科大学宣武医院)、头孢呋辛钠(安徽省合肥市第二人民医院、浙江省嘉兴市妇幼保健院)、头孢哌酮舒巴坦(大理大学第一附属医院、攀枝花市中心医院、宿迁市第一人民医院)、美罗培南(南华大学附属长沙中心医院、新疆维吾尔自治区人民医院)、头孢曲松(昆明市第一人民医院、山东第一医科大学第一附属医院)、头孢他啶(安宁市第一人民医院)、左氧氟沙星(福建医科大学附属协和医院)。

其中, 头孢哌酮舒巴坦作为我国多个领域的抗感染指南推荐为首

选的经验性用药，在治疗多种耐药革兰阴性菌感染中发挥重要作用。三所三甲医院的研究结果均显示，集采仿制药与原研药具有相似有效性和安全性。此外，作为多种感染的一线治疗药物的头孢曲松，山东第一医科大学第一附属医院对比了集采仿制药与原研药的有效性和安全性。研究结果显示虽然 3 种感染的细菌清除率低于原研药，但在临床有效率、死亡率和放弃治疗率方面仿制药与原研药两者相当，仿制药肝功能、肾功能、血常规异常同时发生的患者比例低于原研药。

#### 4、抗癌药：疗效不打折

癌症作为全球范围内最严重的健康问题之一，引起了广泛的关注和研究。目前国内现已有 7 家三甲医院针对抗癌药物开展了 10 项真实世界研究，分别是阿比特龙(中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院)、阿扎胞苷(首都医科大学宣武医院)、奥沙利铂(暨南大学附属第一医院)、吉非替尼(淮北市人民医院、德州市人民医院)、甲磺酸伊马替尼(河北医科大学第四医院)、卡培他滨(中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院)、培美曲塞(中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院)、硼替佐米(海军军医大学第二附属医院)、替吉奥(首都医科大学宣武医院)。研究结果显示集采仿制药与原研药的疗效并无统计学差异。

例如治疗非小细胞肺癌的口服靶向药吉非替尼，已有学者采用来自不同地区的数据证实国产吉非替尼与原研药治疗 EGFR 敏感突变的

晚期 NSCLC 疗效及不良反应相当，而国产吉非替尼的治疗费用不到原研吉非替尼的 1/2(国产吉非替尼治疗费用为 2118.43±137.93 元/月，原研吉非替尼为 5945.48±247.48 元/月)。此外，电影《我不是药神》中特效药“格列宁”的原型为甲磺酸伊马替尼(格列卫)，是治疗慢性粒细胞白血病的重要用药。河北医科大学第四医院通过比较服用甲磺酸伊马替尼仿制药和原研药胃肠间质瘤患者的血药浓度与不良反应，结果显示仿制药和原研药的安全性无差异。

### 三、为什么会有人觉得仿制药“不好用”呢？

从 64 家三甲医院针对国家集采药品开展的 92 项真实世界研究的研究结果来看，原研药和仿制药的疗效、安全性并无统计学差异。但为什么网络上和身边部分群众有时会反映自身在用药过程中存在药品疗效不好的感受呢？原因有三。

#### 1、个体差异

在用药治疗的过程中，不同的人体质不同，所以就可能会产生个案差异。以盐酸二甲双胍片为例，研究证明原研药和集采仿制药的疗效无统计学差异(糖化血红蛋白(<7%)的达标率，原研组 78.9%、集采仿制组 83.4%)，也就是说集采的仿制药与原研药疗效相同，不论患者使用的是原研药还是仿制药，都将会会有 80%左右的患者控制糖化血红蛋白达标，也将会会有 20%左右的患者疗效不佳。但是如果仅从 20%疗效不佳的患者中选取个案来“证明”仿制药的疗效不佳，是不科学

不合理的。因为想要在患者中找出仿制药疗效不佳的个案并不困难，找出原研药疗效不佳的例子也不困难，不能单一的使用个案情况来“证明”一个药品的好与坏，而要看这个药品在所有患者中的总体治疗效果。

## 2、“越贵越有效”的观念并不适用于药品这种特殊商品

在日常生活中，一些消费者会以为药品“越贵越有效”。但药品不同于一般消费品，其生产成本、销售费用和真实的盈利水平往往迥异于人们对日常消费品的理解，药品的价格和质量也没有必然联系。国家药品集采降低了药品价格，但中选药品的质量都始终受到监管部门的严控。药品质量是监管的底线，药监部门一直对集采中选药品的质量进行严格监管，每年都会对国家集采药品实行中选企业检查和中选品种抽检两个“全覆盖”，目前覆盖了已使用的国家集采所有品种和涉及的 600 多家药品生产企业。截至目前，已有 9 个药品因质量风险被取消中选资格，其中 6 个是进口药(含 3 个原研药)、3 个是国产药，相关企业均受到严肃处理。

## 3、传播规律

没有任何一种药物是 100%有效的。在仿制药和原研药都对大部分人有效的情况下，往往是感受到疗效差的少部分人体会深刻、更愿意反映出来，而用药好的“大多数”患者一般不会去主动反映。在信息传播的过程中，听起来具有冲击力的说法和个例通常比看起来“枯

燥无趣”的科学求证更具有传播力。

#### 四、小结

全国 64 家三甲医院的真实世界研究证明，国家集采药靠谱！总体来看，国家集采的仿制药与原研药在疗效和安全性上并无差异。有关部门将持续完善集采政策、严格坚持质量标准、持之以恒加强监管，将人民健康放在首位，持续推进健康中国战略实施，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

[返回目录](#)

### • 医药专栏 •

#### 注意！这些药品严禁远程审方

来源：中国药店

2025 年 1 月 27 日，辽宁省药监局印发《关于修订〈辽宁省药品零售连锁经营监督管理办法(试行)〉的通知》(辽药监流〔2025〕10 号)，这一政策的出台，在药品零售行业引发了广泛的关注与讨论。

此次通知重点对《辽宁省药品零售连锁经营监督管理办法(试行)》第二十条第二项第四款内容作出修订：经营注射剂(降糖类药物除外)、生物制品(降糖类药物、口服制剂除外)、第二类精神药品、医疗用毒性药品等品种的连锁门店应当配备在岗执业药师，提供线下药学服务活动。

这一规定的出台，引发了业界对于哪些药品不能远程审方的深入探讨。

众所周知，在药品零售体系中，远程审方发挥着非常重要的作用。当门店执业药师不在岗位时，远程审方作为有效的补充机制，保障了处方药销售的连续性，为患者及时获取药品提供了便利。然而，药店从业者必须明白，并非所有的处方药都适用于远程审方模式。

### 远程审方的来龙去脉

要搞清楚这个问题，我们要先了解远程审方的发展历程。

远程审方这一模式起源于美国，最初是由阿斯利康和辉瑞等药企在 DTP 模式中引入的一种药学服务模式。这种模式允许患者从医院获得处方后，直接到药店购买药品，而药店则通过远程审方平台进行处方的审核和用药指导。

在我们国家，2012 年出台的《国家药品安全“十二五”规划》，以及当年新修订的《药品经营质量管理规范》对于零售药店执业药师配备提出了比较高的要求，各省对完成执业药师配备任务存在压力。因此，从 2013 年开始，各地开始探索远程审方模式。首先是湖南开始试水，之后广西、广东、浙江、江苏、福建、青海、内蒙古、四川等地迅速跟进，相继启动试点项目。

2017 年 2 月，国务院办公厅发布了《关于进一步改革完善药品生产流通使用政策的若干意见》，明确“鼓励有条件的地区依托现有

信息系统，开展药师网上处方审核、合理用药指导等药事服务”。这一政策推动远程审方模式在全国范围内快速发展，几乎覆盖了全国各地。

但是在国家层面，药品相关法律法规以及规章，并没有针对远程审方作出统一、具体的规定，甚至没有明确提及“远程审方”或“远程药学服务”的概念，更未对可远程审方和不可远程审方的处方药类别作出明确界定。目前，主要依靠各地区药监部门以规范性文件的形式对远程审方进行规范，其中不少地区明确规定了部分药品禁止通过远程审方的方式审核处方。

### **哪些药品不能远程审方？**

此次辽宁省规定，注射剂(降糖类物质除外)、生物制品(降糖类物质、口服制剂除外)、第二类精神药品、医疗用毒性药品等药品不允许远程审方。实际上，在此之前已有多个地方出台类似的规定。

### **河南省**

2019年12月13日，河南省药监局印发的《关于开展药品零售连锁企业执业药师互联网+药事服务试点工作的指导意见》中明确，销售医疗用毒性药品和第二类精神药品暂不实施互联网+药事服务。

### **四川省**

2023年12月20日，四川省药监局发布的《四川省药品零售经营监督管理办法》中明确，医疗用毒性药品、第二类精神药品不得采



用远程形式进行处方审核。

## 上海市

2024年8月28日，上海市药监局印发的《上海市药品零售企业许可验收实施细则》也规定，对医疗用毒性药品、第二类精神药品、含特殊药品复方制剂等国家有特殊管理规定的药品不得采用远程审方形式进行处方审核。

从各地政策来看，对不能远程审方的药品品类界定存在一定差异，综合来看，主要有以下几类：

**医疗用毒性药品：**这类药品毒性剧烈，治疗剂量与中毒剂量相近，使用不当会致人中毒或死亡，需执业药师现场严格把关，确保用药安全。

**第二类精神药品：**此类药品直接作用于中枢神经系统，使之兴奋或抑制，连续使用能产生依赖性，其销售和使用的监管十分严格，远程审方难以保证对药品使用风险的有效把控。

**含特殊药品复方制剂：**含特殊药品复方制剂成分特殊，部分药品存在滥用风险，例如含麻黄碱复方制剂可被用于非法制毒，所以需要更严格的现场审核监管。

**注射剂(部分地区有特殊规定)：**注射剂直接进入人体血液循环，相较于其他剂型风险更高，现场审方更有利于保障用药安全。

**生物制品(部分地区有特殊规定)：**生物制品成分复杂，不同剂型

和用途差异大，对其处方审核要求更为严格，需要专业人员现场评估。

辽宁省出台的新规，不仅是对远程审方模式的一次重要调整，更是对人民群众用药安全的一次强有力守护。随着药品零售行业的不断发展，我们期待更多地区能够出台更加科学、合理的政策，推动行业健康发展，确保患者能够便捷、安全地获取所需药品。

同时，我们也呼吁广大药品零售从业者密切关注政策动态，严格遵守相关规定，共同维护一个安全、有序的药品零售环境。只有这样，我们才能为人民群众提供更加优质、高效的药学服务，推动整个行业的持续健康发展。

[返回目录](#)

### **药店私域营销，这四条红线坚决不能碰！**

来源：新浪医药

如今，药店行业已从“流量红利时代”变为“留量竞争时代”。相对而言，公域流量成本高，用户黏性小，所以，私域运营的价值重新被审视，它不仅是工具的升级，更是从“以货为中心”到“以人为中心”的转变。

然而，近期多地药店因私域运营踩到“合规”红线被重罚的消息出现——2024年3月，重庆一药店因在微信群直播售卖药品，且违规储存药品，被重罚195万元，并且禁止其前法定代表人十年从事药品生产经营活动；同年6月，天津某药店4名员工因在朋友圈发布处

方药广告被罚 5 万元；近期某连锁药店在社群营销中打“擦边球”，以健康咨询为饵诱导购买保健品并涉嫌虚假宣传，已被监管部门立案调查。

这些事件不仅损害了药店的声誉，更对消费者用药安全构成了严重威胁。在监管愈加严格的当下，药店如何做好合规化？

### **私域营销这四条红线不能碰！**

#### **红线一：处方药宣传零容忍**

依据《广告法》第十五条明确规定，处方药仅允许在国务院卫生行政部门和药监部门共同指定的医学、药学专业刊物上发布广告。不得在朋友圈、微信群、短视频、直播等大众传播渠道出现处方药名称、功效、价格等宣传信息。

#### **红线二：药品直播销售要合规**

任何单位或个人在直播平台销售药品，必须同时持有《药品经营许可证》和《互联网药品信息服务资格证书》，并且，为确保药品来源合法、销售行为规范，药品直播销售受到地域限制，严禁跨地域配送。

在直播宣传中，必须坚守真实性原则，禁止使用夸大其词的绝对化用语，如“疗效最佳”“包治百病”，也不得利用医生、患者的形象进行直接或间接的推荐证明，以免误导消费者。

#### **红线三：私域运营资质要完整**

私域运营的企业需确保企业微信认证、小程序备案、社群管理记录等资质和记录的完整性。同时，若健康咨询类服务涉及诊疗建议，必须配备执业药师实时审核，不得违规提供医疗咨询服务。

#### **红线四：用户数据避免滥用**

依据《个人信息保护法》及相关法律法规，私域运营中用户数据的收集与使用必须遵循合法、正当、必要的原则。即未经用户明确授权，不得擅自收集健康信息、交易记录等敏感数据，防止用户隐私泄露，保护用户的个人信息安全。

#### **药店私域营销，如何做好合规化？**

在私域营销中，药店如何避免“踩雷”，如何避免触碰合规红线？关键在于建立一套系统化的合规策略，从源头预防合规风险。

首要任务是明确合规要求，建议药店员工深入研读微信、抖音等平台关于药品推广的限制条款，以及《药品管理法》《广告法》等相关法律法规，确保营销活动合法合规。

员工作为私域营销的直接参与者，其合规意识至关重要。药店应加强对员工的合规培训，通过分享合规操作要求和典型案例，解读法律法规，提升员工的法律素养和风险意识。并定期举办合规培训和分享活动，让合规理念深入人心，避免药店员工因无知或侥幸心理而导致违规。

在数智化方面，AI 智能体可以帮助药店进行实时监控和预警，

例如可以自动识别营销文案中的敏感词汇，提醒修改；在直播售药场景中，实时监测主播言辞，防止出现夸大疗效和出现绝对化词语等违规现象。同时，AI 还能优化话术，提升营销内容的合规性和吸引力。

在推广非药品类产品时，药店需确保宣传内容真实准确，避免夸大功效或误导消费者，不得暗示产品具有治疗作用及使用制造紧张氛围的词汇，特别需注意避免使用医保等敏感词汇进行宣传。

与第三方团队合作时，药店需明确合规责任，通过签订协议、建立审核机制等方式确保合作过程中的合规性。对第三方团队进行定期评估，确保其营销技术和服务质量符合要求。在与直播团队合作时，对其直播脚本进行事前审核；与社群运营团队合作时，要求明示活动规则并定期检查执行情况，通过强化一系列管理，降低合规风险。

合规是药店私域营销的“生命线”，药店唯有严守合规底线，将药品安全置于首位，才能在监管趋严的背景下实现可持续发展。在私域营销的过程中，药店人需时刻警惕合规风险，以专业服务和诚信经营赢得用户信任，真正做到“留量”而非“流失”。

[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