

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2022年第50期

(12.12-12.18)

医保

医疗

医药

## ——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。)

### • 集中采购 •

▶ [多个省级采购“不接受进口产品”！国产替代进程加速！](#)（来源：中国政府采购网）——第 7 页

【提要】日前，中国政府采购网发布《福建省部分乙类大型医用设备集中采购项目(2022年)招标公告》，本次福建省准备以预算 1.5 亿元采购 15 台大型医疗设备(CT、MR)，在“允许进口”选项中全部为否定，换言之，这 15 台大型医用设备，只允许国产设备参与投标。在业内看来，随着医保支付制度改革逐步深化，国家带量采购政策深入实施，在政策扶持和降本控费需求下，曾经被进口药品、医疗器械占据的院内市场，势必将遭遇越来越激烈的市场竞争。而大型医用设备集采落地开展，打破了旧有市场分配格局，国产企业获得入场券。

▶ [国谈迟到但不会缺席，提前分析目录调整 3 大看点](#)（来源：医药经济报）——第 13 页

【提要】日前，国家医保局官网发布消息，为保证现场谈判平稳有序，综合考虑新冠疫情影响和谈判工作需要，2022 年国家医保药品目录现场谈判延期开展。具体时间确定后，将提前一周左右通知各谈判主体。新一轮医保谈判颇具看点，调整将向罕见病患者、儿童等特殊人群适当倾斜，还有 HER2ADC、CAR-T 等创新药以及 4 家国产 PD-1 企业

新增适应症的谈判等，均备受关注。

### • 医保快讯 •

▶ [3 大举措，提升医院医保电子凭证结算率](#)（来源：浙江省金华市中心医院）—第 17 页

【提要】2021 年 11 月，金华市提出打造“全民安心医保城市”，助力共同富裕先行示范，将医保电子凭证推广应用作为公共服务体系的重要组成部分。随着国家、省、市医疗保障部门对医保电子凭证的推广应用，医保电子凭证结算率被逐步纳入到医保部门对医疗机构的年终考核，考核要求和考核占比逐年提高。本文以金华市某三甲医院为例，针对医院推广过程中存在的医疗服务流程设计不合理等问题，探讨提高推广应用效果的方法。

▶ [4 条举措，解决异地就医基金监管难题](#)（来源：江西省医保局）—第 24 页

【提要】近年来，随着全国统一的医保信息平台的建成和全面上线运行，异地就医结算的便捷性显著增强，越来越多的参保患者享受到了异地就医直接结算的便利，人民群众的获得感不断提升。随着异地就医人数的不断增加和时间的不断推延，可以肯定，在异地就医过程中所出现的欺诈骗保等违法违规现象将会不断增多。因此，各级医保部门在全面做好统筹地区内的常态化、规范化医保基金监管工作的同时，不断强化异地就医基金监管就是一个需要引起足够重视的问题。

## • 疫情防控 •

▶ [别慌！快来看看如何“置顶”你的免疫力](#)（来源：上海市护理学会）——第 29 页

【提要】自从优化调整疫情防控新十条措施发布以来，各地正在迅速贯彻落实优化政策。要减少新冠感染的风险，免疫系统需要的是协调与平衡。好好照顾自己的身体，给它均衡的营养、适度的运动和充足的睡眠；好好整理自己的情绪，适度屏蔽负面情绪和舒缓外界压力，让你的机体免疫力和心理免疫力维持最佳状态。

▶ [家中常备药 ≠ 囤药，按需服药，不慌不忙度过如今的感染高峰期](#)（来源：健康界）——第 33 页

【提要】新冠肺炎防控政策的持续优化，普通居民已经能够在药店自由购买到非处方(OTC)药品了，同时随着近期已经进入深冬时节，发生呼吸道不适如咳嗽、咽痛和胃肠道不适如腹泻等情况逐渐增多，很多人都关心可准备哪些药品以备不时之需。普通群众面对轻中度症状时，对症服药就能解决绝大多数情况，若严重才去医院，避免医疗资源挤兑。

## • 国际视野 •

▶ [价值医疗推动美国基础医疗市场巨变](#)（来源：Latitude Health）——第 36 页

【提要】从 2013 年的价值医疗(Value-based care)开启以来，支付方式改革推动了从商保到医疗服务方再到在线医疗服务的整体性变

革，其中又以基础医疗服务市场作为各方角逐的重点。总体来看，价值医疗推动了整个医疗市场出现了结构性的变革。围绕着用户的疗效，支付方和服务方都更注重基层和全科，市场的资金、技术和人才都涌入基层医疗市场，催生了很多新兴的商业模式。虽然其中部分模式可能失败，但为市场探索了可能的发展路径。从具体实践来看，能在有效控制成本和保证质量的前提下，在院外提供具备价格优势的替代性服务是商业模式能否成功的主要路径。

▶ [日本积累制养老金的经验教训](#)（来源：村夫日记）——第 39 页

【提要】在过去的 50 多年的发展过程中，日本的积累制主要分为五类，前四类都是 DB 型的，最后一类是 DC 型的。但从 1960 年代以来的实践来看，除了缴费确定型计划(DC)发展较为稳定之外，其他的计划最终都很难维持下去。当然，缴费确定型计划是从 2001 年才开始的，运营时间还比较短，等到经过一个完整的代际转移之后也需要重新评估其发展的前景。

### • 医疗信息化 •

▶ [2022 年中国医疗信息化十大热词，你知道几个？](#)（来源：中国青年报）——第 47 页

【提要】2022 年度医疗信息化十大热词，凸显当前中国的医疗信息化趋势。随着新兴信息技术与医疗场景的深度融合，医疗健康领域数字化势不可挡，运用信息化手段优化医疗服务也成为当今医疗信息产业关键所在。

▶ [助力基层医疗信息化建设](#)（来源：新致开源）——第 54 页

【提要】未来随着基层医疗服务水平的提升，将形成“小病在基层，大病去医院，康复回社区”的就医新格局。随着人民群众对基层医疗机构服务水平及医生能力信心建立，医疗与跨域主体的协同合作、资源整合推动全民健康信息化深入建设；未来除了被动的患病诊疗，基于可穿戴设备、健康数据及平台产品，患者能主动关注慢病、日常健康的监测。在信息化技术的支撑下，医疗知识成为普通人也可以获得的资讯，患者与医生的知识沟壑逐渐缩小，逐步实现全民健康的宏大目标。

## -----本期内容-----

### • 集中采购 •

#### 多个省级采购“不接受进口产品”！国产替代进程加速！

来源：中国政府采购网

集采逐步落地，将加速医疗器械“国产替代进口”！

日前，中国政府采购网发布《福建省部分乙类大型医用设备集中采购项目(2022年)招标公告》(下称：《公告》)，本次福建省准备以预算1.5亿元采购15台大型医疗设备(CT、MR)，在“允许进口”选项中全部为否定，换言之，这15台大型医用设备，只允许国产设备参与投标。



无独有偶，此前《中国医学科学院肿瘤医院医用磁共振成像系统项目公开招标公告》显示，中国医学科学院肿瘤医院准备以2300万采购医用磁共振成像系统，并也明确表示“不接受进口产品”。

在业内看来，随着医保支付制度改革逐步深化，国家带量采购政策深入实施，在政策扶持和降本控费需求下，曾经被进口药品、医疗

器械占据的院内市场，势必将遭遇越来越激烈的市场竞争。而大型医用设备集采落地开展，打破了旧有市场分配格局，国产企业获得入场券。曾经被进口药械产品“垄断”的领域将遭遇空前危机。

### 省级集采加速落地

#### 大型医疗设备迎来本土化

近年来，《“十四五”医药工业发展规划》《“十四五”生物经济发展规划》《“十四五”国民健康规划》《“十四五”医疗装备产业发展规划》等政策均明确鼓励医药产业高质量发展，支持国内企业加快创新实现国产替代，推动产业转型升级。

作为长期被进口品牌垄断的医疗器械行业，也成为了国家推进国产产品的一个重点领域。各省在允许采购进口医疗产品方面加大限制，在国产产品能够达到同等要求的情况下，坚决优先采购国产。

根据最新《大型医用设备配置与使用管理办法》，甲类大型医用设备由国家卫生健康委员会负责，乙类大型医用设备由省级卫生健康行政部门负责。其中，PET/CT、手术机器人、64排及以上CT、1.5T及以上MR、X刀、伽马射线等均被划入乙类大型医用设备。大型医疗设备集采有利于产品品类齐全的大型医疗设备企业发展，拥有相对健全的产品系列，加速实现进口产品的国产化替代。

现阶段，大型医用设备集采虽未大范围普及，但自2020年以来，福建省积极探索大型医疗设备集采。福建作为“医改+药改”先锋，其每一步举措都引发了行业热议。



2021年8月，福建省部分乙类大型医用设备(2021年第一批次)集中采购项目中标公告，苏州朗润的1.5T及以上MRI中标价甚至达293万元。根据公开资料得知，国产1.5T MRI终端价格在300-400万元左右，进口1.5T MRI终端价格在500-600万元左右。

如此低价的大型医疗设备，在业内引起了广泛的关注和讨论。在业内看来，随着大型医用设备集采落地开展，更多地方加入其中，赛道内的企业发展将迎来加速分化，一方面研发创新能力强、品类丰富的企业，将在国产替代加速中进一步获利，另一方面将倒逼传统设备代理商加速转型，创新商业模式，否则面临被市场淘汰风险。

本次，福建省大型医疗设备集采3台1.5T及以上MRI，总预算为1200万，换算单台预算为400万/台，相较2021年预算320万/台，价格有所提升。在293万元的历史采购价面前，今年1.5T及以上MRI的采购价格是否再破“新低”也值得行业期待。

实际上，除福建省之外，近段时间国内多省级或医疗机构也开始支持采购国产医疗器械产品，“限定国产”绝非个例：

2021年10月，北京协和医院委托中国机械进出口(集团)有限公司发布招标公告，为重点学科发展采购检验设备，包括高效液相色谱串联质谱仪、电感耦合等离子体质谱仪、全自动流式荧光诊断系统、核酸质量测定仪等，预算总计925万元。备注：只采购国产设备。

2020年12月，安徽省医保局就全省乙类大型医疗设备集采征求意见，文件中明确提出：“发挥规模效应，以量换价，鼓励采购国产

设备。”“市县级以上公立医院，第2台及以上大型医疗设备配置，在实际执行落地时原则上全部选择国产；市县级以下的公立医院首台配置就要选择国产。”早在此前一年，国家工信部以及国务院也曾出台类似政策鼓励、扶持国产设备进院。

此外，广东省卫健委印发的《广东省2018-2020年乙类大型医用设备配置规划和技术评估标准(试行)的通知》，鼓励公立医疗器械使用单位优先配置国产自主品牌乙类大型医用设备，逐步提高国产医用设备配置水平。

此前，云南省公布的一份2.7亿招标文件也显示，招标设备不接受进口产品，全部要求国产。

在各地政策的倾斜下，也为国产医疗设备搭建起广阔的市场舞台。随着医疗采购改革节奏的加快，大型医疗设备终于走到了带量采购的叉路口。目前，全国多地开展落实具体行动，以量换价，支持国产设备。相信在不久的将来，我国大型医疗设备的市场格局或将进入崭新的一页。

## **“国产替代”正当时！**

### **把握弯道超车好时机**

既要节省医保基金，又要保证质量和供应，让患者获益。“国家集采”聚焦的是未被满足的临床需求，“三医联动”改革牵动支付端政策调整，让药品、医疗器械、耗材逐步成为了医疗机构的成本端。因此，“国产替代”“腾笼换鸟”已经成为我国医药产业新时期发展

的关键词。

如今，我国集采已经实现常态化和制度化，并取得较好的社会效益。随着国家药品集中带量采购稳步前进，不仅将的大范围、多类型药品纳入范围，“临床用量大、采购金额高”的进口药品也逐步被覆盖。

有业内专家预测，根据以往的集采情况和集采政策要求，未来的第八批国家集采中，大概率会集中在化药和生物类似药领域，中药、医疗器械和耗材紧随其后。

实际上，与药品集采不同，国内医疗器械、耗材等领域由于技术“卡脖子”问题，国产替代一直进展不佳。部分医疗机构由于复杂的原因和经济因素的考虑，很少愿意去采购国产耗材和设备。

然而，一方面由于一批优秀的国产器械品牌不断奋发赶超，突破技术桎梏的它们开始亮相世界，另一方面，国家层面不断出台政策支持鼓励。今年以来，自上而下的耗材领域国产替代之风从未停止。

2022年1月，国务院常务会议上决定：常态化制度化开展药品和高值医用耗材集中带量采购，进一步降低患者医药负担；2月，国家医保局副局长陈金甫在国务院政策例行吹风会上表示，医用耗材带量采购将进一步延伸到脊柱类耗材，进而基本实现耗材中最大的板块——骨科耗材的主体覆盖。

此后，国家组织医用耗材联合采购平台发布《国家组织骨科脊柱类耗材集中带量采购公告》，继冠脉支架、骨科人工关节之后，骨科

脊柱耗材正式成为第三类纳入国家集采的高值耗材。

除此之外，各省际集采也纷纷加入队伍，试图通过集采“弯道超车”，把握实现细分领域国产化替代的最好契机。

10月，福建省药械联合采购中心日前发布《心脏介入电生理类医用耗材省际联盟集中带量采购公告(第1号)》。此次集采由于有27个省份，且电生理类耗材是首次纳入省际带量采购名单，而被业界广为关注。



### 心脏介入电生理类医用耗材省际联盟集中带量采购公告（第1号）

来源：福建省药械联合采购中心 发布时间：2022年10月14日 10:05 浏览量：7371 【字体：大 中 小】

心脏电生理市场是为数不多的暂未能实现国产化替代的细分领域之一，市场主流仍以进口为主。因此，这将给国产品牌带来多少影响，国产器械企业如何加速突破技术瓶颈，全面推进国产替代等，也是业内热衷于此的重要原因。

还有上个月，吉林省牵头组建的21个省(区、市)省际联盟针对神经介入耗材弹簧圈类医用耗材的集采。弹簧圈是神经介入领域的主要耗材之一，该领域同样长期由进口产品主导，此前尚未开展过省际联盟集采。



市场人士分析认为，不难看出，国产产品需求量正在逐步提升，与过去相比，国产品牌产品已经具备一定的能力同进口产品较量，曾经被进口药械产品“垄断”的领域将遭遇空前危机。

时至今日，我国医疗的新技术、新材料、新产品、新业态层出不穷，我国医疗产业规模效益呈现爆发式增长，产业生态也具有国际竞争的實力。各大医疗机构对国产产品的认可程度进一步加深。

行业普遍认为，随着医保支付制度改革逐步深化，国家带量采购政策深入实施，在政策扶持和降本控费需求下，曾经被进口药品、医疗器械占据的院内市场，势必将遭遇越来越激烈的市场竞争，医疗机构的选择也是顺应了“三医联动”改革的趋势，“国产替代”正当时！

[返回目录](#)

### 国谈迟到但不会缺席，提前分析目录调整 3 大看点

来源：医药经济报

12月6日，国家医保局官网发布消息，为保证现场谈判平稳有

序，综合考虑新冠疫情影响和谈判工作需要，2022 年国家医保药品目录现场谈判延期开展。具体时间确定后，将提前一周左右通知各谈判主体。



新一轮医保谈判颇具看点，调整将向罕见病患者、儿童等特殊人群适当倾斜，还有 HER2ADC、CAR-T 等创新药以及 4 家国产 PD-1 企业新增适应症的谈判等，均备受关注。

### 中药新药数量陡增

国家医保目录谈判机制逐步进入常态化阶段，基本保持一年一次的频率。截至目前，已完成 5 批谈判。对于今年的谈判，企业也一直在积极准备。微芯生物表示，“双洛平医保谈判正常进行中。”艾力斯也表示，“正积极推动伏美替尼一线治疗适应症纳入国家医保目录，减轻患者支付压力，进一步提高药品可及性，为明年的销售打下良好基础。”

某外企相关负责人告诉记者，“参与初次谈判和续约准备的资料

不同。初次谈判需要提供药物经济学模型和预算影响分析模型，续约则需要评估产品的临床疗效、安全性用药时长、依从性的真实世界研究。”

另值得关注的是，今年医保谈判中，中药新药数量大幅增加。数据显示：50 个中成药通过初审，数量同比 2021 年增加 61.3%；其中目录内通过初审中成药为 15 个，同比 2021 年增加 87.5%，目录外中成药为 35 个，同比 2021 年增加 52.2%。除益心酮滴丸外，49 个通过初审名单的中药品种均为独家品种。从注册分类来看，本次通过医保初审品种中有 8 个中药创新药品种，均为 1.1 类中药新药，其中 6 个为 2021 年获批的品种，包括康缘药业的银翘清热片，以及以岭药业的解郁除烦胶囊、益肾养心安神片等。

对此，有证券公司分析指出，从新药准入端看，自 2019 年国务院办公厅发布《关于促进中医药传承创新发展的意见》开始，卫健、医保、药监部门等相关配套政策相继落地，包括《中药注册分类及申报资料要求》《关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》等，中药新药获批数量在 2021 年创新高；从医保支付端看，中药新药，尤其是中药创新药进入医保路径较为通畅，准入和支付端的政策结合将帮助后续中药新药快速在医院端实现放量。

### 简易续约细节阐明

业界对如何续约也保持高度关注。根据方案，今年医保目录调整

首次公布了目录内的独家产品续约规则以及非独家产品竞价规则。按照《基本医疗保险用药管理暂行办法》有关要求，原则上谈判药品协议有效期为两年，协议期满需进行续约。续约方式分为纳入常规目录管理、简易续约和重新谈判三种形式。

不久前，国家医保局官网连续公开全国人大代表或政协委员的建议、提案的答复。不少答复意见释放了利好信息，体现了国家医保局进一步支持创新药发展的态度。国家医保局对全国人大代表、恒瑞医药董事长孙飘扬等提出的有关“谈判药品续约”的建议进行的答复强调，“2022年国家医保目录调整谈判药品续约过程中，我们充分考虑相关方面的意见建议，将新增适应症纳入简易续约考虑范围，简化流程、提高效率。”

据了解，对于独家产品、且协议期医保基金实际支出未超过预估值200%、且预计未来预算增幅合理的产品，进行简易续约，根据实际支出超过预估值的比例进行梯度价格下调。

### 双重“背靠背”保公正

如何科学开展谈判?在一场研讨会上，专家指出，“在医保谈判中，药物经济学测算与药品申报信息保持逻辑一致，并制定测算指南，强化证据质量，规范证据等级，倡导精准测算、统一参数选择。采取双重‘背靠背’测算，即同一个药物在药物经济组有两个专家背靠背测算，同时药物经济组的结果也与基金测算组的结果产生‘背靠背’的状态，保证测算结果的公正性和准确性，并平衡临床价值与基金可



持续。”

整体来看，今年医保目录调整规则对独家品种仍有降价压力，非独家产品企业价格战竞争激烈。有证券公司分析认为，从申报目录调整的规则上看，适应症或功能主治发生重大变化的药品也可进行申报，鼓励企业加大创新力度以增加患者用药福利，而不是一味模仿，造成行业资源浪费。即使独家与非独家产品在价格方面均具有压力，但独家产品价格参照为自身，降价压力相对缓和，利好创新型药企，提高创新能力或为药企最佳选择。

[返回目录](#)

## • 医保快讯 •

### 3 大举措，提升医院医保电子凭证结算率

来源：浙江省金华市中心医院

2019年11月，国家医疗保障局率先在河北、吉林、上海、福建、山东、广东等地区开展医保电子凭证和移动支付工作，2020年以来，其他省份陆续启动医保电子凭证的推广和应用工作。

2020年12月，浙江省医疗保障局发布《关于加快推进“互联网+医保”发展促进医保数字化转型的意见》，指出应加强医保标准化、数字化建设，推进电子凭证、电子病历、电子票据应用，为参保人提供更具幸福感、获得感和安全感的数字化、智能化服务。

2021年11月，金华市提出打造“全民安心医保城市”，助力共

同富裕先行示范，将医保电子凭证推广应用作为公共服务体系的重要组成部分。随着国家、省、市医疗保障部门对医保电子凭证的推广应用，医保电子凭证结算率被逐步纳入到医保部门对医疗机构的年终考核，考核要求和考核占比逐年提高。本文以金华市某三甲医院为例，针对医院推广过程中存在的医疗服务流程设计不合理等问题，探讨提高推广应用效果的方法。

### 1、应用现状分析

根据国家医疗保障局数据，截至 2022 年 6 月，医保电子凭证全渠道激活用户已突破 12 亿，接入定点医疗机构约 40 万家，定点零售药店约 40 万家，适龄参保人员的激活率接近饱和，已具备全面推广使用的条件。虽然激活率和覆盖面均大幅提升，但医保电子凭证在医院的结算率有待提高，通过鱼骨图分析发现，医院医保电子凭证在初期推广过程中主要存在以下问题(见图 1)。

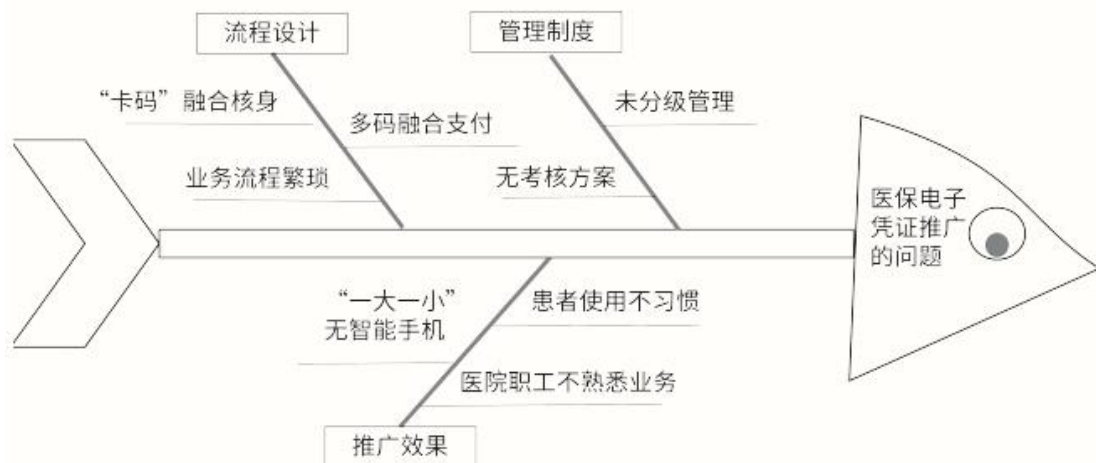


图1 医保电子凭证推广问题分析

#### 医疗服务流程设计待改进

医疗服务流程设计主要存在三方面的问题：一是医保电子凭证与众多实体卡的多卡融合问题；二是与微信、支付宝等第三方支付码的多码融合问题；三是医院目前先诊疗后付费的流程设计导致患者在诊间结算时，需要发起门诊挂号、挂号结算、就诊信息上传等多次医保交易，而每次医保交易均需对应一次医保电子凭证扫码操作。

### **专项管理制度不完善**

医保电子凭证涉及医院就诊流程的众多环节，可能造成就医“堵点”。首先，医保电子凭证功能涉及医院多部门、多岗位职责，一定程度上增加了服务工作和运营管理的难度。其次，医院对医保办等相关部门的考核多停留在整体层面，并没有分级管理、逐级分解，尚未形成有效的考核制度和激励措施。最后，由于未形成问题闭环管理制度，当患者在医院推广服务点(如收费处、诊间、护士站等)出现医保电子凭证使用问题时，部门之间存在相互推诿的情况。

### **医院日常推广效果不佳**

医保电子凭证是国家医疗保障局推出的医保数字化服务，公众对于医保数字化的认知不高，导致在医院的推广效果不佳，主要存在以下原因。一是就医人群中的老年慢性病患者无智能手机或者有携带实体社保卡的习惯，使用意愿不高。二是由于当前互联网诈骗事件频发，医保电子凭证涉及医保个人账户基金支付，患者对其激活和使用存在防范心理。三是医院职工对医保电子凭证的便捷性、安全性、使用流程认知不够，主动引导患者使用的意识不强。

## 2、金华某三甲医院的推广做法

### 重构医疗服务流程

统一身份认证体系。实名制就医是实现居民健康数据信息互认和数据共享的前提。因此，通过优化基于医保电子凭证的建档流程，实现医保电子凭证与实体卡的融合，能够提高实名制就医率，实现区域内通行通用。在具体实践中，医保电子凭证归集为一种虚拟就诊卡，通过患者主索引中心可以对所有认证注册的实体卡、虚拟卡统一管理，确保患者身份的唯一性，实现患者从挂号、就诊、缴费、检查、入院到出院结算等全诊疗过程身份信息的通用性。

统一支付体系。在原有的就诊流程中，患者需要多次到自助机或人工窗口排队缴费，影响就医体验。通过统一支付平台的建设，由平台对接微信、支付宝、医保电子凭证、银联等各类支付渠道，为 HIS 收费系统、自助服务系统、移动 App、医院门户等各类涉及缴费、结算、充值的业务系统提供一体化的结算界面，极大方便了患者多渠道安全便捷支付。同时，采用电子自动对账和智能账目处理，提升了医院财务部门的工作效率，有效降低了账目出错的概率。

优化就医流程。以提高使用医保电子凭证就诊效率为核心，推动医院内部流程再造，推行全天候、全预约、全自助、全网络、全方位的“五全”信息惠民便民模式。根据医保电子凭证 Token 的校验规则，聚焦小场景进行流程迭代升级。在门诊诊间结算场景下，患者扫码后，医院 HIS 系统通过本机缓存保存医保电子凭证 Token，利用同一 Token

可校验 10 次、2 小时内有效的特性，医生在诊间就诊结束后接连发起门诊挂号、门诊结算等一系列医保交易，做到一次就诊只需扫码一次(见图 2)。

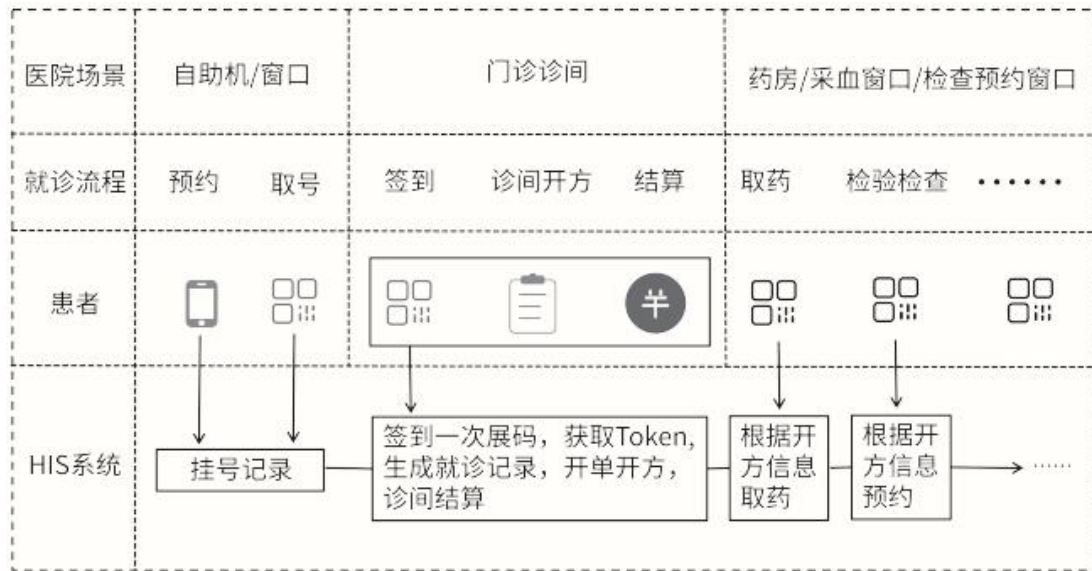


图2 医保电子凭证流程优化图

### 制定专项管理制度

医保电子凭证是兼具线上线下属性的医保服务方式，应用场景正处于不断开发调整阶段，医院需要制定和落实专项管理制度保障其持续推广应用。一是建立问题闭环处理制度。在制度落实过程中，遵循首问负责制，做好患者就诊服务，定期总结问题及解决方案反馈至各服务渠道，统一指引口径。通过建立由医保、财务、门诊部、医务、护理、信息等多部门参与的工作协调机制，有效落实医保电子凭证结算工作。二是建立医保电子凭证专项激励考核制度。针对诊间收费、窗口收费、自助机收费、护士站收费等分场景制定考核要求，并且通过分级管理精细到科室及个人，将医保电子凭证结算率与结算人员结

算率挂钩，提升医务人员服务患者、加强与患者沟通的积极性和主动性，持续提升患者就医满意度。门诊诊间结算场景和产科门诊结算情况见表 1 和表 2。

**表1 门诊诊间医保电子凭证结算表**

门诊科室	医保电子凭证结算人次	总结算人次	医保电子凭证结算率 (%)
产科门诊	1728	2036	84.87
乳甲外科门诊	2036	2571	79.19
结直肠肛门外科门诊	856	1145	74.76
妇科门诊	3654	4766	76.67
.....	.....	.....	.....
便民门诊	2040	4668	43.71
老年病专科门诊	860	1995	43.11
急救中心	1613	4665	34.58
儿科门诊	1107	4870	22.73

注:统计时间为2022年8月

**表2 产科门诊医保电子凭证结算表**

结算医生	医保电子凭证结算人次	总结算人次	医保电子凭证结算率 (%)
产科医生B	365	400	91.25
产科医生H	63	70	90.00
产科医生C	93	104	89.42
产科医生D	57	66	86.36
.....	.....	.....	.....
产科医生G	97	114	85.09
产科医生A	196	240	81.67
产科医生F	408	515	79.22
产科医生E	127	172	73.84

注:统计时间为2022年8月

### 常态化宣传推广

医院搭建“院内+线上”宣传矩阵。一方面，在院内各场景利用海报、宣传大屏等发布医保电子凭证的激活流程和亲情绑定的使用流程。医院志愿者办公室安排培训并设置专项岗位，确保患者在就诊时

获得全流程指导。通过在自助机、收费窗口、门诊签到机处让患者提前展码完成挂号、签到、结算等操作，提高结算率和医院运作效率。另一方面，医院和医保部门加强交流与合作，在公众号、视频号等渠道进行线上宣传，通过流程图、短视频等形式简捷直接地引导患者领取和激活电子凭证，同时结合线下推广活动，及时解决患者使用过程中遇到的问题。

### 3、应用成效

#### 提升医保电子凭证结算率

医保电子凭证自 2021 年 1 月在医院上线以来，结算率显著提升，实现了医保电子凭证与医疗服务流程的深度融合，支持患者“码卡”融合全流程使用。经过一年多的推广应用，该院逐步形成了以医保电子凭证为媒介，线上免接触、线下免排队的医疗服务模式，不断丰富应用场景反向推动了市民激活和使用医保电子凭证的热情。截至 2022 年 8 月，金华市医保电子凭证结算率达 49.47%，居浙江省第一。作为金华市最大的综合性三甲医院，该院结算率高于全市平均水平 1.79%。

#### 构建多层次医院服务体系

医保电子凭证既是实名身份认证媒介，又是医保结算支付凭证，服务体系主要包括三个方面。一是医保电子凭证在挂号、收费、签到、取药、打印报告等环节的应用促进了“码卡”身份认证体系的融合，方便患者随意切换就诊介质，提升医院实名制就医率。从 2021 年 1

月到2022年8月，医院实名制就医率从96.8%提升至98.6%，除了少数急诊患者外，门诊和住院患者均已通过身份证、医保卡、医保电子凭证等渠道覆盖实名制就医。二是医保电子凭证扫码支付标志着医院多码混合支付体系的融合，有效提升了患者支付效率，为门诊患者每人平均节省约3.8分钟。三是医院上线了医保移动支付，患者可以在手机移动端实现医保一次性支付，减少了支付等待时间。

#### 4、小结

在总结医保电子凭证推广应用的基础上，医院构建了一套多介质融合的身份认证体系和高效便捷的一体化支付体系。下一步，医院将在确保医疗服务秩序平稳有序、医疗信息安全的前提下，进一步扩大受众人群，持续推进医保电子凭证应用的广度和深度，构建起基于医保电子凭证的全流程诊疗体系。此外，积极拓展“互联网+医保”的应用范围和功能，将医保电子凭证作为患者线上唯一身份进行人员参保查询、个人账户查询等，迭代升级互联网医院医保掌上付、药品“网订店送”医保付、医院刷脸医保付等新应用场景，提升现代医院的专业化管理水平，让患者享受高效便捷的医保服务。

[返回目录](#)

### 4 条举措，解决异地就医基金监管难题

来源：江西省医保局

近年来，随着全国统一的医保信息平台的建成和全面上线运行，异地就医结算的便捷性显著增强，越来越多的参保患者享受到了异地



就医直接结算的便利，人民群众的获得感不断提升。根据 2022 年 11 月 26 日全国医疗保障跨省异地就医直接结算公共服务信息最新发布的数据显示，截至 2022 年 10 月底，全国住院费用跨省联网直接结算累计 1639.23 万人次；门诊费用跨省联网直接结算累计 3665.74 万人次。今年 1 至 10 月，全国住院费用跨省直接结算 473.83 万人次，基金支付 628.80 亿元；全国门诊费用跨省直接结算 2418.37 万人次，基金支付 34.82 亿元。如果将省内跨统筹区异地就医的情况也一并考虑进来，数据可能还会翻上几番。

随着异地就医人数的不断增加和时间的不断推延，可以肯定，在异地就医过程中所出现的欺诈骗保等违法违规现象将会不断增多。因此，各级医保部门在全面做好统筹地区内的常态化、规范化医保基金监管工作的同时，不断强化异地就医基金监管就是一个需要引起足够重视的问题。

从目前的情况来看，异地就医基金监管工作主要存在如下三个方面的问题：

一是主观上动力匮乏。早在 2018 年 8 月 4 日，国家医保局、财政部、人社部和国家卫健委在《关于切实做好当前跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（医保发〔2018〕6 号）中就要求，“就医地要按相关文件要求，将异地就医人员一视同仁纳入本地统一管理”；2022 年 6 月 30 日，国家医保局和财政部在联合印发的《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保

发〔2022〕22号)中再次强调,“就医地医保部门要把跨省异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容”。

但是,由于异地就医患者不属于就医地医保部门的参保服务对象,就医地医保部门也不负责为异地就医患者买单,更何况开展这项工作还需要投入额外的人财物资源,导致许多就医地的医保部门在主观上就对异地就医的监管工作动力不足;再加上,异地就医监督考核等激励约束机制尚不健全和完善,就医地医保部门也就没有压力像管理本地就医那样实施全面严格有效的监督。

二是客观上力量不足。医保部门作为一个新成立的机构,人手少、工作任务重、改革压力大是一个客观事实,一些地方现有的基金监管力量本身就不足,且还没有进行有效的整合,在这种情况下,日常的医保基金监管工作还常常力不从心、力有不逮,对异地就医的基金监管工作也就只能更多地表现为“心有余而力不足”了。更何况,一般来说,能够吸引疾病患者长途跋涉前往异地看病就医的地方,与其参保地相比较,通常都是医疗资源比较丰富的地方,异地就医患者必然也会比较多。如果由就医地医保部门全面开展异地就医基金监管工作,对于本来就人手紧缺的就医地医保部门来说,无疑是“雪上加霜”。虽然说,国家医保局等相关部门多次发文,要求“落实就医地和参保地监管责任,就医地医保部门要把跨省异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容”,同时强调要“健全跨省异地就医直接结算基金监管机制,完善区域协作、联合检查等工作

制度，……加强监督考核”。但从实施情况来看，可以说还不尽如人意。

三是实操中手段不够。在就医地医保部门还未能对异地就医进行有效监管的情况下，参保地医保部门既不能实现对异地就医参保人员的就医行为进行实时监控，又很难对异地医疗机构、异地就医人群进行有效监督，导致异地就医监管难度较大。另外，由于异地就医监管的成本较高、取证困难，违规处理也难以落实。一些地区受经费限制，一年也难以组织几次检查，即使在审核中发现了一些报销单据明显存在疑问，也无法进行有效的调查核实。而对已经确证了的一些问题，也只能对违规的参保人员进行处理，而对违规医院则无计可施，无疑助长了一些医院对异地就医患者的违规行为。

为有效化解异地就医的基金监管难题，笔者认为，可以采取如下4条措施。

一是稳步提高医保基金的统筹层次。目的是通过统筹层次的提高，将原来的“异地”变为“本地”，将原来“别家的事”变成“自家的事”。具体实施步骤：首先要真正地全面做实统收统支甚至是垂直管理体制下的市级统筹，而不是名义上的市级统筹、实际上的县区级统筹，或者是预算管理下的市级统筹；然后是积极创造条件，稳步推进省级统筹，可以先试水预算管理基础上的省级统筹，在积累了一定经验之后，再开始探索垂直管理体制下的省级统筹。当然，理想的状态是最终实现全国统筹。

二是完善区域间协同联查合作机制。重点是要“落实就医地和参保地监管责任，就医地医保部门要把跨省异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容”。同时，“配合参保地做好相关核查”。具体来说，就是建立定点医疗机构两地参保人就医信息共享机制，加强区域合作，建立就医地与参保地跨区域基金监管联合检查、异地协查、问题线索横向移送、异地就医违规问题协同处理等工作机制。

三是建立异地就医基金监管激励约束机制。目的是推进异地就医工作重心要由“联起来”向“管得好”转变。约束方面，探索建立基金监管综合评价制度，将异地就医监管情况纳入综合评价制度中，将就医地医保部门履行异地就医监管职责情况纳入对各地医保部门的绩效考评指标，并将考核结果作为相关资金分配的重要参考。激励方面，认真落实医保发〔2022〕22号文件规定，将“跨省异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回参保地账户，行政处罚、协议违约金等由就医地医保部门按规定处理”。在此基础上，笔者认为还可以进一步考虑制定相关政策规定，按照就医地医保部门所追回的医保基金的一定比例，由参保地对就医地医保部门给予财政补助。这样做，一方面，是为了激励就医地医保部门的工作积极性；另一方面，也是为了弥补其因为开展异地就医基金监管工作所额外增加的经费开支。

四是深化 DRG/DIP 医保支付方式改革。随着 DRG/DIP 医保支付方

式改革在全国范围内的全面广泛深入开展，建议由国家医保局制定相关的政策文件，改变现行参保地医保部门按服务项目向就医地医保部门结算的方式，将异地就医费用统一纳入就医地 DRG/DIP 的医保支付方式之中。具体做法是：由参保地和就医地医保部门共同协商，根据前几年参保地在就医地发生的医疗费用情况，适当考虑医疗费用的正常增长，确定当年度参保地拨付给就医地的异地就医费用，由就医地统一纳入其年度的 DRG/DIP 付费管理之中。对于因为各种原因导致异地就医费用未能实现直接结算、转由参保地医保部门实行手工零星报销的，则相应扣减拨付给就医地的异地就医费用额度。这样的一个改变，使得就医地医保部门对异地就医的基金监管成为了其自身工作的一部分，从而有效地激发起履行异地就医监管职责的积极性和主动性。

[返回目录](#)

## • 疫情防控 •

### 别慌！快来看看如何“置顶”你的免疫力

来源：上海市护理学会

自从优化调整疫情防控新十条措施发布以来，各地正在迅速贯彻落实优化政策。

随着全国疫情政策的逐步放开，你是否意识到，考验每个人的防疫意识、自防措施、自身免疫等的时候真的到来了！

国家提倡“每个人是自己健康第一责任人”，你的免疫力足够抵挡病毒吗？

要减少新冠感染的风险，免疫系统需要的是协调与平衡。好好照顾自己的身体，给它均衡的营养、适度的运动和充足的睡眠；好好整理自己的情绪，适度屏蔽负面情绪和舒缓外界压力，让你的机体免疫力和心理免疫力维持最佳状态。

经常感冒，易被感染；

经常感到疲惫，懒言少语；

伤口愈合能力差；

经常口腔溃疡；

胃肠功能弱；

睡眠质量差、记忆力下降。

如果你符合 3 点以上，证明你免疫力下降了。

**如何提高自身机体免疫力？**

**补充营养**

**蛋白质**

蛋白质是免疫细胞制造与生长所需的原料，可以从鱼、肉、蛋、奶、豆类中摄取足够而均衡的蛋白质。

**蔬菜水果**

各色蔬菜水果提供植化素、维生素、矿物质，帮忙维护免疫系统的功能。植化素是自由基的清道夫，能减少免疫细胞受损；维生素 C

帮助免疫细胞增殖；维生素 A 可以维持表皮细胞和黏膜的完整性。

### 补充维生素 D

补充维生素 D，能增强钙的吸收，从而增强各种免疫细胞的功能，帮助抵抗呼吸道感染。

### 海鲜类

尤其是牡蛎含有丰富的锌，可以增强白血球功能，是免疫系统不可或缺的营养素；鱼类中富含的 omega 3 有抗炎作用。

### 积极运动

运动之后肌肉细胞分泌的细胞激素，会促进多种免疫细胞功能活化，例如刺激淋巴球 T 细胞快速增生；但是长时间剧烈运动，则会使某些免疫细胞功能下降。建议每日 30~60 分钟中等强度的运动，不论是有氧或阻抗运动，对免疫力提升都是有帮助的。

### 保证睡眠

睡眠不仅可以帮助大脑记忆，对于免疫记忆也一样有帮助。适当的睡眠品质可以提升免疫 T 细胞功能。研究显示，相较于每日睡足 8 小时的人，睡不足 7 小时者感冒的机会提高了近 3 倍。

### 如何提高自身心理免疫力？

中医理论认为，精神状态的波动和变化会损伤正气，影响人的免疫力。面对疫情，需要保持良好的心态，避免焦虑、紧张等负面情绪。

### 科学理性筛选有效信息，不信谣、不传谣

通过官方渠道了解有关防疫信息及防控措施，相信科学知识，积

极配合做好疫情防控工作，做到不信谣、不传谣；学会理性分析判断，尽量减少浏览网络上来源不明的种种信息，以免被不良信息和负面情绪所裹挟，影响自己的正常工作、学习与生活。

### **注意觉察、关照和接纳自己与家人的负面情绪，学习调节情绪的方法**

疫情期间，大家难免会出现紧张、焦虑、愤怒等负面情绪，这是人面对应激事件的正常心理反应，是机体的自我保护机制。所以当负面情绪到来后，我们需要接纳它，而不是排斥或压抑，可以用正念冥想、呼吸放松法、肌肉渐进式放松法，还可以采用听音乐、绘画等方法来调节情绪。

### **保持积极沟通，增进情感交流**

建议多与家人积极沟通，营造温馨的家庭氛围，努力增进夫妻、亲子之间的感情，多谈感受、少评判，多关心、少指责，多拥抱、少打骂，鼓励和引导孩子做一些力所能及的家务劳动，提高生活自理能力和劳动技能；利用电话、微信等方式与亲人、同学和朋友保持联系，彼此鼓励支持，增进亲情和友谊，减少孤独感，增强战胜疫情的信心。

让我们一起共同将免疫力置顶，做好“自己健康的第一责任人”！

[返回目录](#)



## 家中常备药 ≠ 囤药，按需服药，不慌不忙度过如今的感染高峰期

来源：健康界

新冠肺炎防控政策的持续优化，普通居民已经能够在药店自由购买到非处方(OTC)药品了，同时随着近期已经进入深冬时节，发生呼吸道不适如咳嗽、咽痛和胃肠道不适如腹泻等情况逐渐增多，很多人都关心可准备哪些药品以备不时之需。

普通群众面对以下轻中度症状时，对症服药就能解决绝大多数情况，若严重才去医院，避免医疗资源挤兑哦。

### 1、发热/肌肉酸痛/咽痛/头痛

1) 对乙酰氨基酚混悬液/片，适用于3岁以上儿童。

2) 布洛芬混悬液/片，适用于6岁以上儿童。

#### 注意事项①

这两种都是安全的退热、止痛药，选择一种药物及其一种剂型即可。不能交替服用和超说明书剂量服用哦。

### 2、干咳/少痰咳嗽

右美沙芬片/口服溶液，适用于6岁以上儿童。

#### 注意事项②

咳嗽是一种自身保护性反射，是最基本的一种反应，通过咳嗽可以把呼吸道内的病原体咳出来。如果咳嗽症状不是特别严重，不应该吃止咳药。

若咳嗽症状非常严重，有出现呼吸困难的倾向或影响到正常睡眠

与休息的时候，可以适当地服用，用药前一定要仔细阅读说明书。

### 3、咳嗽/脓痰

- 1) 氨溴索口服液，适用于6岁以上儿童。
- 2) 羧甲司坦片，适用于2岁以上
- 3) 乙酰半胱氨酸颗粒，部分厂家禁用于2岁以下儿童。

#### 注意事项③

咳嗽可促进痰液排出，不可一味止咳，上述止咳药需在医师/药师指导下服用，不建议自行用药。

1岁以上小儿可用蜂蜜缓解症状，6岁以上小儿可用蜂蜜/硬糖缓解症状。

### 4、鼻塞/流涕/头晕等感冒相关症状

- 1) 酚麻美敏颗粒/片，适用于2岁以上儿童。
- 2) 复方氨酚烷胺片，适用于2岁以上儿童。

#### 注意事项④

这些复方制剂因成分含有止咳、缓解鼻塞、止痛、退热药等成分，不可再与对乙酰氨基酚、布洛芬、右美沙芬等单一制剂合用哦。

### 5、腹泻

- 1) 蒙脱石散，适用于全年龄段儿童。
- 2) 口服补液盐III，适用于2月以上儿童。
- 3) 双歧杆菌四联活菌、双歧杆菌三联活菌、地衣芽孢杆菌、酪酸梭菌二联活菌等益生菌制剂，适用于儿童。

### 注意事项⑤

腹泻期间，饮食清淡，不要吃重油重盐和对胃肠道刺激性大的食物。

需要注意查益生菌制剂的保存条件哦，有一些益生菌制剂需要放置在冰箱的冷藏层，有些常温避光保存即可。

小儿腹泻应注意补充水分及电解质，多喝温水，按照说明书用法用量补充口服补液盐III。

## 6、过敏症状

氯雷他定、西替利嗪，适用于6月以上儿童使用。

### 注意事项⑥

「备」是有必要的，但「囤」药不可取！备药数量：适量准备1~2盒即可。

### 注意事项⑦

大家在选择药品剂型时，需要注意口服溶液、混悬液等液体瓶装药物制剂，开封后保存时间大多不超过4周；打开后如需存放可尽量放进冰箱，并在瓶身写上打开日期；再次使用前如出现异味、变色、结晶等情况，不建议继续服用。

### 注意事项⑧

备药前别忘了检查家中已有的药品是否超过有效期，并与家庭成员多沟通，避免重复购买。

药物都有保质期，存储也有一定的条件要求，保管不当容易变质，

过多药物长期存放容易造成浪费。

冬季感染不可怕，继续戴好口罩，做好自身防护；若发生感染，放平心态，积极对症处理，做自己健康的第一责任人！

[返回目录](#)

## • 国际视野 •

### 价值医疗推动美国基础医疗市场巨变

来源：Latitude Health

如果说 2020 年是数字医疗的高光时刻，2022 年则是美国基础医疗市场的整合大年。从 2013 年的价值医疗(Value-based care)开启以来，支付方式改革推动了从商保到医疗服务方再到在线医疗服务的整体性变革，其中又以基础医疗服务市场作为各方角逐的重点。

价值医疗实施之后，支付方对病人的再入院率严格考核，如果病人反复入院，医疗机构会被罚款。这逼迫医疗机构开始关注病人出院后的状态，更好地管理这些人。由于病人的治疗效果会直接关系到医院的收入和利润，医院才有动力去分析这些病患的数据，找出风险最高的病人，并尽可能避免他们再次产生高支出项目，如再次进入急诊室、再一次入院。

因此，医院的治疗效果不仅由医院本身的治疗效果决定，还取决于病人在出院后是否得到了持续的关注和其必需的医疗服务，如康复、护理的效果。院外的医疗服务质量也决定了病人未来的风险。医

院有动力去和支付方一起推动院外医疗服务协同，共同确保治疗效果。这就将疾病管理从院内治疗衍生到院外服务。院外服务包括持续治疗(门诊，专科，家庭医生)，康复服务，护理等急性期后服务环节。

另一方面，在门诊领域，快速诊所和应急诊疗中心是由控费而推动的最大受益者，其中尤以应急医疗中心为主要的对象。为了降低急诊室的非必须用户，支付方正在采用各种手段推动用户使用应急医疗中心，比如之前 Anthem(现改名为 Elevance)在某些州就不再报销急诊室费用。当然，Anthem 的做法只是一个极端的例子，但支付方将用户从急诊室导流到应急医疗中心的趋势将越来越强烈。而快速诊所的发展更多的是满足没有家庭医生的新加入保险的用户，特别是那些购买了高免赔额保险的用户，当然那也包括一部分等不及预约的小病用户。

受到这两方面的推动下，美国基础医疗板块成为继数字医疗之后最火热的医疗投资并购领域，仅 2022 年就发生了多起大型并购。其中，医疗服务方以 HCA 和 Tenet 为代表，分别大举并购应急医疗中心和日间手术中心，Tenet 以 11 亿美元并购了 SurgCenter Development 的 92 家日间手术中心。零售领域以 CVS、Walgreens 和亚马逊为代表，CVS 以 80 亿美元收购 Signify Health，Walgreens 支持旗下连锁诊所 VillageMD 以 90 亿美元收购医生集团和应急医疗中心 Summit Health。作为在线零售的巨头，亚马逊则以 39 亿美元收购线下连锁诊所 One Medical。

而如果上溯到过去 3 年，支付方的动作也很大，2019 年，联合健康以 49 亿美元收购 DaVita 的诊所和日间手术中心。2021 年，Humana 完成了对 Kindred at home 的全资收购，并与私募股权投资公司 Welsh Carson 成立合资公司开设以 CenterWell 为品牌的老年人基础医疗诊所。2021 年，Anthem 和 CareMax 确定了在未来拓展 50 家诊所。2022 年，Cigna 则通过旗下的 Evernorth 参股了 VillageMD 与 Summit 合并后的实体。

另一方面，虽然不具备足够的体量优势，保险科技公司也纷纷进入基础医疗服务，BrightHealth 成立了 NeueHealth，其业务主要是收购、整合并提供基础医疗服务，同时也为 Bright Health 管理医院网络服务，其功能和定位类似 United Health 旗下的 Optum Health。Clover Health 则开发了 Clover Assistant 这一技术平台，帮助医疗机构管理 Medicare 用户的服务，包括理赔、支付、就诊等。不过，由于自身缺乏规模优势，保险科技公司在基础医疗的发展仍处于相对早期，媒体甚至曝出 Clover 支付 150 美元给用户以激励其去使用 Clover Assistant 的医疗机构就诊。

除了服务方和支付方，第三方的数字医疗公司也涌入基础医疗服务。数字医疗公司进入基础医疗分为两种模式，一种是类似 Teladoc 和 Amwell 这类在线问诊公司，它们强调以线上部分替代线下问诊，让线上起到一部分基础医疗的作用。但随着美国疫情的退潮，线上问诊更多还是作为补充而不是替代，难以再出现高增长，在线问诊市场

大幅退潮。另一种模式是通过与商保或医保签约对用户进行管理，获取人头费作为营收，并与线下全科医生组织签约共同管理用户，采取风险共担结余留用的模式，以获取的结余费用分成作为主要利润来源。与在线问诊相比，这一模式虽然能收取高昂的人头费，但用户全年的医疗开支都将从人头费中支出，风险极高。数字医疗公司扮演的是再保险的角色，但又缺乏再保险的风控能力，这导致所有这类公司都出现高额亏损。

总体来看，价值医疗推动了整个医疗市场出现了结构性的变革。围绕着用户的疗效，支付方和服务方都更注重基层和全科，市场的资金、技术和人才都涌入基层医疗市场，催生了很多新兴的商业模式。虽然其中部分模式可能失败，但为市场探索了可能的发展路径。从具体实践来看，能在有效控制成本和保证质量的前提下，在院外提供具备价格优势的替代性服务是商业模式能否成功的主要路径。

[返回目录](#)

## 日本积累制养老金的经验教训

来源：村夫日记

在过去的 50 多年的发展过程中，日本的积累制主要分为五类，前四类都是 DB 型的，最后一类是 DC 型的。但从 1960 年代以来的实践来看，除了缴费确定型计划 (DC) 发展较为稳定之外，其他的计划最终都很难维持下去。当然，缴费确定型计划是从 2001 年才开始的，运营时间还比较短，等到经过一个完整的代际转移之后也需要重新评

估其发展的前景。

雇员年金基金 (EPF)

税率优惠适格年金基金 (TQPP)

国民年金基金 (NPF)

新给付确定型计划 (New DB)

缴费确定型计划 (DC)

### EPF 计划的失败

EPF (Employee Pension Fund) 计划原先是政府鼓励企业和个人在养老上进行更多的积累以推动养老基金的增加, 这是一种将公共养老金私有化的探索。EPF 计划是将厚生年金中的一部分, 通常是将工资的 2.4-5% 返还到 EPF 的基金中, 这部分基金作为积累制的方式存在, 而不纳入公共养老金的现收现付制度。当初推出这一制度的主要原因是, 在 1960 年代, 公务员的养老金给付得到了大幅上升, 但企业员工的养老金给付水平还较低, 政府希望能拉平两者之间的差距。但如果额外添加一个积累制的基金势必加大企业的负担, 因此, 最终就是将厚生年金的一部分切割出来变成积累制的养老基金。

由于积累制的养老金主要依靠投资收益, 随着日本经济在上个世纪 60 年代起飞, EPF 计划是较为成功的, 由于年均回报都在 9% 以上, 退休人员从其中获得了较高的补充养老金。但随着 90 年代的日本经济进入低谷, EPF 的收益出现了明显的下滑, 很多年份的收益甚至是负数。这导致 EPF 计划出现了严重的亏损, 也损害了 90 年代以后的



退休人员的利益，导致其养老金收入下降。面对市场的不满，雇员、企业都希望退回到现收现付制度，彻底放弃积累制。但要回退到积累制就必须先把亏损补上，但企业已经没有能力来补充这个缺口了。

到了 2002 年，日本政府允许企业即使在亏损状态下也可以终结 EPF 制度(代行反上)，这推动了 EPF 的快速衰弱。EPF 基金从 1966 年起步的 142 个基金到 1996 年顶峰的 1883 个基金，最后到 2016 年只剩下 199 个基金。EPF 是养老金私有化的典型代表，在其高峰期，日本 37%的雇员都参与到了这个基金。但随着投资收益的受损，大部分企业和雇员都退出了，到 2016 年参与的人数只占 8%的雇员。

从 EPF 计划来看，积累制受制于经济增长，由于日本战后有一个长达 30 年的经济景气，EPF 的发展也受惠于此。但随着经济进入失去的二十年，积累制的 EPF 同样也受损严重。这表明无论是积累制还是现收现付制，都是高度受制于经济发展的，无法通过改变支付模式来缓解老龄化。对于现收现付制，经济下滑后的给付水平下降是无法避免的，但给付水平的下降是稳定的。但对积累制，经济下滑后导致的收益率高度波动，养老金给付的稳定性较差。这也是为什么最后大部分 EPF 基金都回归到现收现付制。

### **税率优惠适格年金基金(TQPP)的逐步退出**

税率优惠适格年金基金(Tax-Qualified Pension plan)是 1962 年建立的，由于可以免税且没有最低参保额的要求，因此受到了中小企业的欢迎。1997 年到最高峰，有 1060 万雇员参与，占厚生年金保

险的 32%。TQPP 主要委托给信托银行和寿险公司管理。但同样受制于经济快速下滑，TQPP 基金的回报率也快速下降，到 1996 年就下降到 2.5%，后来更是下降到 1%。这么低的收益率显然也无法支撑其继续运营下去。更重要的是，政府改革了公司的会计准则，TQPP 从原来的表外资产变为公司的表内资产。由于 TQPP 的低收益率导致其对公司的利润产生了影响，大部分公司都希望尽快结束这一制度。因此，大部分的 TQPP 都被终止并有很大一部分转化到新给付确定型计划 (New DB)。

### **新给付确定型计划 (New DB)**

在 EPF 和 TQPP 都逐步退出的情况下，日本政府建立了新给付确定型计划 (New DB)。这一计划一方面是为了承接那些失败的计划，另一方面也让更多的企业可以有动力加入这一计划。鉴于在经济低增长的情况下，积累制很容易出现低回报，新给付确定型计划很少有积累制，大部分是协议制。目前总共参保人数是 780 万。

### **国民年金基金 (National Pension Fund)：危机爆发的延后**

国民年金基金 (NPF) 主要面向非雇员，主要包括医生、律师、农民和会计师等职业。参保资格为年龄 20-60 周岁并符合条件的人，开始领取养老金的年龄为 65 岁以上。由于这些人不是雇员，无法按照一定工资比例去缴纳保费。因此，NPF 设定了最高的参保限额为 68000 日元/月。政府根据 47 个县和 25 个职业设立了不同的 NPF。到 2015 年底，养老金的缴费者是 45 万人，领取者是 47.5 万人。由于大部分

非雇员并没有参加，NPF 对市场的影响并不大。

不过，由于投资回报的持续下降，NPF 的收益也持续下降。但之前退休的人员获取的养老金还是按照高收益率来设定的，这引起了现在缴费人群的不满。如果按照荷兰模式来处理就是对不同代际设定不同费率，现在退休的人员只能按照低收益率来领取养老金。这虽然同样引起用户不满，但至少保持了基金的可持续性。为了安抚这一部分人群，日本政府选择了将所有 NPF 合并的方法。这虽然能够短暂缓冲问题的爆发，但也意味着未来政府仍不得不面对基金不可持续的问题。

### 缴费确定型计划(DC)发展缓慢

缴费确定型计划(DC)在日本是 2001 年之后才被引入的，发展时间并不长。DC 计划引入的主要原因是投资收益率下降之后，日本积累制的 DB 对企业造成的负担太大，很多大型企业希望直接将 DB 计划变成 DC 计划，无论以后收益率是否下降都和企业无关。另外，日本企业员工流动率在加大，原先企业的那些需要积累较多工作时间才能获取的养老金的吸引力在下降，DC 计划有助于吸引日益频繁流动的员工。

虽然 DC 计划在日本也被称为日本版的 401K，但两者的区别较大。日本的 DC 分为雇主支持的 DC 和个人 DC(iDeCo)，个人只能参加其中的一个。雇主 DC 很类似企业年金，但只由雇主缴纳一个固定的数额，与企业的利润是无关的。雇主如果同时也提供 DB 计划，雇主 DC 的缴

费上限原先是 18000 日元/月，现在是 27500 日元/月，如果没有 DB 计划，缴费上限是 36000 日元/月，现在是 55000 日元/月。个人 DC 则是由个人直接缴纳的，与企业无关，企业也不能帮助员工缴纳个人 DC。

从规模来看，DC 计划是积累制中规模最小的，年金和公司 DB 计划是规模最大的前二位，2020 年的规模分别是 100 万亿日元和 97.3 万亿日元。其他积累制养老金为 38.4 万亿日元。

DC 计划在日本推行有 20 年了，但发展的很缓慢，尤其是个人 DC。截止到 2020 年，积累的资产规模中，雇主 DC 为 14.9 万亿日元，个人 DC 为 2.1 万亿日元，分别占日本所有积累制养老资产的 5.9% 和 0.8%。

日本 DC 计划发展缓慢是有原因的。第一，和所有的个人积累制 DC 一样，日本的个人 DC 也是税延型的，即缴纳时免税，领取时再缴税。但也正如其他国家一样，由于中低收入人群不能在税收上获得优惠，其参加的意愿非常低。

第二，由于设置了较低的缴纳上限和雇主无法参与，个人 DC 计划的参与者热情也不高。而且，由于 DC 计划是一定要等到退休后才能领取，一旦从一家有 DC 计划的公司跳槽到一家只有 DB 计划的公司，DC 计划必须转变成个人 DC 且无法取出。这种比较僵化的制度制约了个人的意愿。

第三，目前市场投资回报率较低，个人的投资意愿也很差，很难

说服他们将资产配置到低收益甚至是负收益的 DC 计划中。另外，DC 计划都要委托投资机构管理，但这些投资机构都要收取管理费，在投资市场不稳定的情况下，这导致很多 DC 计划连本金都保不住，更难说服其加入这一计划。截至 2011 年 6 月，有超过 60% 的 DC 计划用户都损失了本金。

从日本养老金发展的进程来看，现收现付制度仍然将是养老金制度的核心基础，积累制的养老金只能作为有效的补充。从现收现付制度来看，缴纳比例的增加和养老金福利的下降是老龄化社会的必然，这导致代际之间的不平衡，也会引发年轻人对养老金制度的脱离，这都不利于养老金体系的发展。因此，在持续老龄化的过程中，加大财政支持力度和推动企业和个人在养老金的积累也极为重要。

但是，积累制的养老金是不可能成为养老金的主要来源，无法从根本上改变现收现付制度所面临的问题。从世界各国来看，推迟退休年龄、降低养老金给付金额、鼓励老年人继续就业等手段仍将是政府的主要策略。

从本质上来说，养老金的可持续性取决于经济的发展。在经济增速较快的时候，现收现付制养老金收入的增速也较快，积累制养老金的回报率也较高，这都较好的保证了养老金的可持续性。但并没有什么经济体的发展可获得永远的高增长，一旦经济增速逐步或快速下滑，养老金的可持续性都会出现问题。在这点上，积累制并不能抵抗风险，甚至在风险上要远高于现收现付制。因为积累制高度依赖投资

收益，而在经济下滑期，投资收益的波动加大，导致积累制下的养老金本金受损。如果只是 DC 计划还好，不用去填窟窿，一旦是 DB 计划的积累制养老金，就必须要把亏损弥补上，这就导致政府和企业不得不背上沉重的负担。

从总体上看，保证公共养老金的可持续性并适度发展 DC 型的积累制计划作为补充是未来长期的发展方向。但面临老龄化社会的压力，延迟退休和削减养老福利也将是长期的趋势。对于中国这样一个在个人积累制养老计划刚起步的国家，未来整体的市场空间还是比较大的，但需要吸取类似日本的教训，以确定缴费型为主 (DC)。不过，由于缺乏美国和日本那样的雇主缴纳一部分资金，个人的缴费意愿相对有限，这压制了整体的可能市场规模。

Latitude Health 已推出最新研究报告《药品+保险模式的趋势和挑战》。该报告通过对不同市场的保险与药品结合的发展模式进行较为全面的分析，指出中国药品+保险的模式虽然在一定程度上提高了保障能力，但产品整体的可持续性挑战较大。未来的发展更多取决于用户的购买意愿和能力，而这些取决于支付制度改革后所推动的需求转向。

[返回目录](#)

## · 医疗信息化 ·

### 2022 年中国医疗信息化十大热词，你知道几个？

来源：中国青年报

2022 年度医疗信息化十大热词，凸显当前中国的医疗信息化趋势。随着新兴信息技术与医疗场景的深度融合，医疗健康领域数字化势不可挡，运用信息化手段优化医疗服务也成为当今医疗信息产业关键所在。

下面，我们来逐一盘点医疗信息化上榜热词 TOP 10。

#### 一、区域医疗中心

国家区域医疗中心主要定位于，在疑难危重症诊断与治疗、医学人才培养、临床研究、疾病防控、医院管理等方面代表区域顶尖水平。协同国家医学中心带动区域医疗、预防和保健服务水平提升，努力实现区域间医疗服务同质化。2022 年我国将基本完成全国范围内国家医学中心和国家区域医疗中心的规划布局，减少群众跨区域就医；每个省份选择 2 至 3 个设区的市开展紧密型城市医疗集团试点。

#### 二、互联网+

"互联网+"简单的说就是“互联网+传统行业”，随着科学技术的发展，利用信息和互联网平台，使得互联网与传统行业进行融合，利用互联网具备的优势特点，创造新的发展机会。随着《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》（国办发〔2018〕26 号）、《关于深入推进“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动的通知》（国

卫规划发〔2020〕22号)等文件印发以来,各地迅速行动、创新落实,推动“互联网+医疗健康”发展取得了明显成效,形成了部门协同、上下联动的良好态势。

### 三、互联互通

医院信息互联互通标准化成熟度测评工作的开展是对医院信息化水平评价、监督、保障和提升医疗服务质量的重要举措,无论对医院实现科学化、规范化、标准化管理,还是推动医疗事业可持续发展,都具有极其重要的意义。

为指导各地区域卫生和医院信息标准化建设,推进医疗健康信息互联互通和共享协同,规范区域和医院信息互联互通标准化成熟度测评工作开展,国家卫生健康委统计信息中心正式印发《区域全民健康信息互联互通标准化成熟度测评方案(2020年版)》《医院信息互联互通标准化成熟度测评方案(2020年版)》,旨在不断加强全民健康信息标准化建设,加快推进国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评工作,强化卫生健康信息标准的推广与应用,以测促用、以测促改、以测促建,促进各地区、各医疗机构信息化水平的提升和信息资源的集聚整合与互联互通。

### 四、人工智能

人工智能是研究、开发用于模拟、延伸和扩展人的智能的理论、方法、技术和应用系统的一门新的技术科学。国务院印发的《新一代人工智能发展规划》中提出推广应用人工智能治疗新模式新手段,建



立快速精准的智能医疗体系。探索智慧医院建设，开发人机协同的手术机器人、智能诊疗助手，研发柔性可穿戴、生物兼容的生理监测系统，研发人机协同临床智能诊疗方案，实现智能影像识别、病理分型和智能多学科会诊。

从而提高人民生活水平和质量的目标，加快人工智能深度应用。近日，国家卫生健康委办公厅发布《关于通报表扬数字健康典型案例(第二批)的通知》，文中提及多家医院基于人工智能技术进行了积极的探索和实践。

## 五、数据治理

数据治理是组织中涉及数据使用的一整套管理行为，是实现数字战略的基础，其最终目标是提升数据的价值。医院数据治理工作对于医疗机构提升数据管理与决策水平具有重要指导作用。在 2021 年底，国家卫生健康委在对政协十三届全国委员会第四次会议第 2889 号(医疗体育类 161 号)、第 3421 号(医疗体育类 284 号)提案答复的函中部署了下一步工作目标和计划，工业和信息化部将推动数据治理能力提升，指导相关单位围绕数据价值评估、数据安全等方面，进一步完善大数据相关标准规范，助力健康医疗大数据发展。

## 六、智慧服务

医院智慧服务是智慧医院建设的重要内容，指医院针对患者的医疗服务需要，应用信息技术改善患者就医体验，加强患者信息互联共享，提升医疗服务智慧化水平的新时代服务模式。建立医院智慧服务

分级评估标准体系(Smart Service Scoring System, 4S),旨在指导医院以问题和需求为导向持续加强信息化建设、提供智慧服务,为进一步建立智慧医院奠定基础。

2019年3月,国家卫生健康委办公厅印发《医院智慧服务分级评估标准体系(试行)》,构建患者智慧服务体系,开展医院智慧服务应用评价工作。2021年9月,国家卫生健康委和国家中医药管理局制定的《公立医院高质量发展促进行动(2021-2025年)》中,明确指出到2022年,全国二级和三级公立医院智慧服务平均级别力争达到2级和3级。

## 七、DRG/DIP

DRG(按疾病诊断相关分组),是用于衡量医疗服务质量效率以及进行医保支付的一个重要工具,其实质上是一种病例组合分类方案,即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素,将患者分入若干诊断组进行管理的体系。

DIP(按病种分值付费),是用一个模糊数学的办法来解决医保支付的问题,包括了按病种付费和总额预算管理,这种付费方式将统筹区域内所有医疗机构的利益捆绑在一起,让医疗机构结合成“命运共同体”,彼此之间相互监督和约束。

2021年底,国家医疗保障局印发《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》(医保发〔2021〕48号),通知中指出要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,坚持以人民健康为中心,以加快建立管

用高效的医保支付机制为目标，分期分批加快推进，从 2022 到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务，推动医保高质量发展。

到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 付费方式改革工作，先期启动试点地区不断巩固改革成果；到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。完善工作机制，加强基础建设，协同推进医疗机构配套改革，全面完成以 DRG/DIP 为重点的支付方式改革任务，全面建立全国统一、上下联动、内外协同、标准规范、管用高效的医保支付新机制。

## 八、智慧管理

医院智慧管理是“三位一体”智慧医院建设的重要组成部分。为落实《关于进一步完善预约诊疗制度加强智慧医院建设的通知》（国卫办医函〔2020〕405 号）有关要求，指导医疗机构科学、规范开展智慧医院建设，提升医院管理精细化、智能化水平，国家卫生健康委组织制定了《医院智慧管理分级评估标准体系（试行）》，为指导各地、各医院加强智慧医院建设的顶层设计，充分利用智慧管理工具，提升医院管理精细化、智能化水平，特制定医院智慧管理分级评估标准体系。

文件明确了医院智慧管理各级别实现的功能，为医院加强智慧管理相关工作提供参照。指导各地、各医院评估医院智慧管理建设发展现状，建立医院智慧管理持续改进体系。完善“三位一体”智慧医院

建设的顶层设计，使之成为提升医院现代化管理水平的有效工具。

## 九、高质量发展

党的十九届五中全会通过的《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》明确提出，“十四五”时期经济社会发展要“以推动高质量发展为主题”，其中公立医院是我国医疗服务体系的主体，为推动其高质量发展，更好满足人民日益增长的医疗卫生服务需求，2021年国务院办公厅和国家卫生健康委先后印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》（以下简称《意见》）和《公立医院高质量发展促进行动（2021-2025年）的通知》，《意见》明确了公立医院高质量发展的目标、方向、举措，是新阶段公立医院改革发展的根本遵循，对全面推进健康中国建设、更好满足人民日益增长的美好生活需要具有重要意义。

自一年多来，各地各部门贯彻落实《意见》，加快推进各级各类公立医院高质量发展，发挥高水平公立医院高质量发展示范引领作用。国家卫生健康委选择9个省（市）的14家大型高水平公立医院开展公立医院高质量发展试点，通过委省共建方式，打造公立医院高质量发展的样板、建立现代医院管理制度的模板，带动全国公立医院上台阶、上水平。

明确了公立医院高质量发展的目标、方向、举措，是新阶段公立医院改革发展的根本遵循。《意见》提出加强公立医院主体地位，以建立健全现代医院管理制度为目标，加快优质医疗资源扩容和区域均

衡布局，充分发挥公立医院在保障和改善民生中的重要作用，推动我国公立医院整体进入高质量发展阶段。力争通过5年努力，公立医院发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素，为更好提供优质高效医疗卫生服务、防范化解重大疫情和突发公共卫生风险、建设健康中国提供有力支撑。

## 十、智慧医院

智慧医院主要包括三大领域，第一个领域是面向医务人员的“智慧医疗”，即以“电子病历”为核心，进一步夯实智慧医疗的信息化基础；第二个领域是面向患者的“智慧服务”，以其建设为抓手，进一步提升患者就医体验；第三个领域是面向医院管理的“智慧管理”，以其建设为手段，进一步提升医院管理精细化水平。总结医院信息化建设实践，建立医疗、服务、管理“三位一体”的智慧医院系统，进一步发挥信息技术在现代医院建设管理中的重要作用，不断提高医院治理现代化水平，形成线上线下一体化的现代医院服务与管理模式，为患者提供更高质量、更高效率、更加安全、更加体贴的医疗服务。

2022年5月底，从国家卫生健康委（国务院医改领导小组办公室）相关负责同志就《深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务》答记者问中获悉，今年将继续推动地方抓好贯彻落实，点面结合推进各级各类公立医院高质量发展工作走深走实。“十四五”期间，中央财政加大投入力度，支持以地市为单位推广三明医改经验，持续深化公

立医院综合改革。通过项目实施，指导示范城市率先形成市县级公立医院高质量发展经验，着力提升市县级公立医院诊疗能力，规范诊疗行为，落实分级诊疗制度，加强临床专科建设和人才培养；着力加强智慧医院建设，推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设和医院信息标准化建设；着力控制医疗费用不合理增长，加强医院全面预算管理，促进资源有效分配和使用。

[返回目录](#)

## 助力基层医疗信息化建设

来源：新致开源

### 1. 政策驱动基层医疗发展

2018年9月：国卫基层函〔2018〕195号文件印发。要求逐步建立起符合我国基层医疗卫生机构特点的服务能力标准和评价体系。力争使乡镇卫生院和社区卫生服务中心的服务能力达到基本标准。

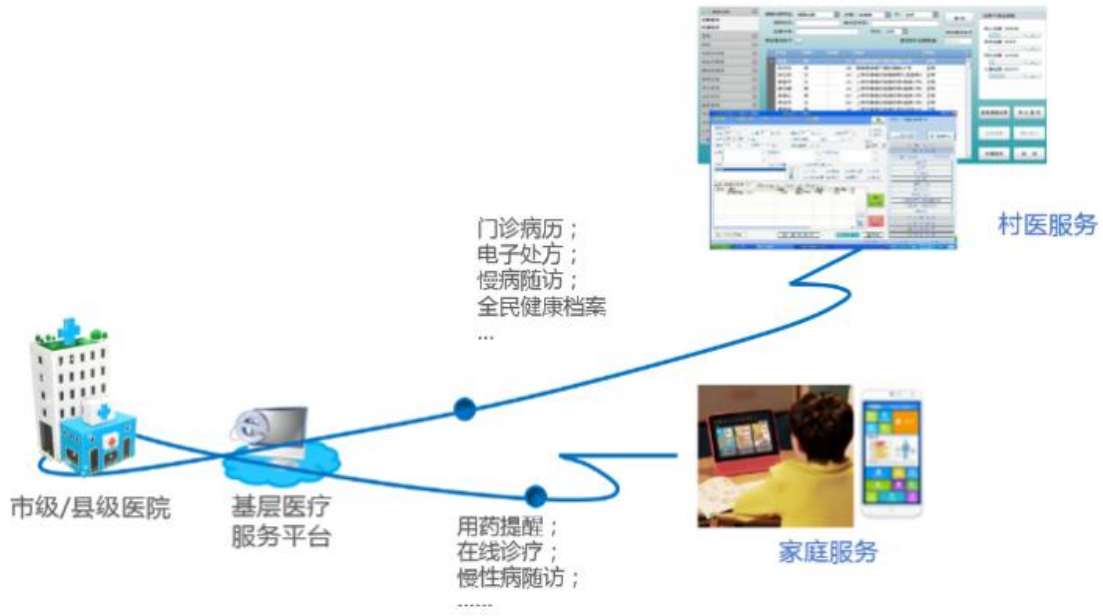
2019年3月15日：国卫办基层函〔2019〕210号文件印发。决定在20个省开展社区医院建设试点，提升基层医疗卫生服务能力。

2022年11月21日：国卫办基层函〔2022〕403号文件，要求加快探索基层卫生健康高质量发展的有效路径，加强基层卫生健康治理体系和治理能力、强化县域内医疗卫生资源统筹和布局优化、加强重大慢性病健康管理、提高基层防病治病和健康管理能力。

打造村医服务系统：以“居民健康档案管理”为核心，为老人、儿童、孕产妇、慢性病患者、一般成人等全部人群提供持续的诊疗、

体检、随访记录等医疗健康服务。

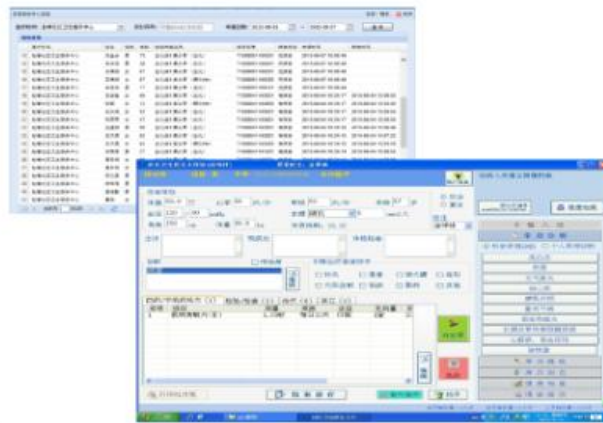
打造家庭服务系统，打造居家的医疗健康服务！



村医服务系统：围绕村医职能(为乡镇居民提供基本公共卫生及基本医疗服务)，建立符合国家规范的健康档案、健康教育、预防接种、重点人群体检及随访、医疗服务等信息服务系统，提高基层医疗信息的数据化、规范化水平。

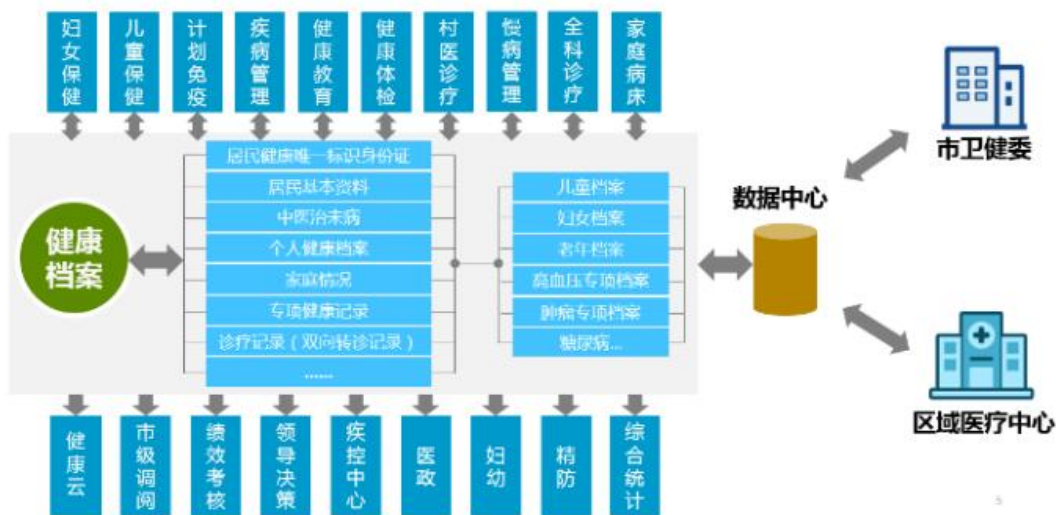


-  终身电子健康档案；
-  医疗服务数据实时同步至健康档案；
-  实时生理指标检测，更新健康档案；
-  慢性病管理和预警；
-  健康教育服务，提升居民健康素养；
-  孕产妇健康监护；
-  上下级医疗机构联动，提供会诊服务。



村医服务系统页面

### 健康档案数据架构



### 3. 基层医疗信息化建设的意义

据国家官方数据，2012-2021 年基层医疗机构门诊服务量从 41.1 亿人次增加到 42.5 亿人次，基层医疗服务的压力也在逐年增加，信息化建设一方面可以帮助基层医务人员提高工作效率，另一方面也可通过远程诊疗、分级诊疗等方式实现医疗资源的重新整合、优化、再分配，更好的服务于基层患者，提高居民的就医质量和健康水平。

基层医疗改革，关系着人民群众的切身利益，关系着国家基本卫



生保健，是一项民生工程，通过优化配置，使基层医疗卫生资源得以提升，真正实现造福于民。

#### 4. 未来的发展方向

(1) 通过信息化的方式，弥补基层医疗水平的短板，提供专业的诊疗知识库，辅助医疗。引入 AI 智能诊断、线上问诊、远程会诊服务等。

(2) 集成医疗设备，如将血压、血糖、体温、心电图等常规检测服务集成至基层医疗服务体系，让诊疗过程有客观医学数据辅助，也可实现常见慢性病糖尿病、高血压的日常筛查、监测。

(3) 拓宽诊疗模式。一是推行骨干医师团队签约服务 1+N 模式，即镇卫生院骨干医师+公共卫生、护理人员和有能力的乡村医生组成 2—3 个基层医疗服务队，定期深入村组开展巡诊、宣教，健康体检、管理和咨询等，进一步提升服务能力及服务质量。

(4) 增加家庭医生签约服务，提高家庭医生人员数量和资质标准，签约后可定期为辖区居民提供健康体检服务、慢性病随访服务、医疗出诊服务等

未来随着基层医疗服务水平的提升，将形成“小病在基层，大病去医院，康复回社区”的就医新格局。随着人民群众对基层医疗机构服务水平及医生能力信心建立，医疗与跨域主体的协同合作、资源整合推动全民健康信息化深入建设；未来除了被动的患病诊疗，基于可穿戴设备、健康数据及平台产品，患者能主动关注慢病、日常健康的

监测。在信息化技术的支撑下，医疗知识成为普通人也可以获得的资讯，患者与医生的知识沟壑逐渐缩小，逐步实现全民健康的宏大目标。

[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



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号  
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858