

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第02期

(2023.01.09-2023.01.15)

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。)

· 分析解读 ·

▶ [这场数字健康盛会揭示，千亿居家健康设备正成热点](#) (来源：动脉网) ——第 7 页

【提要】随着新冠疫情背景下人们健康意识的加强，这一板块也受到了越来越多的关注，参展企业的数量和知名度也逐年攀升。在 CES 2023 上，医疗健康板块已从原本笼统的医疗健康大板块(Health&Wellness)变为更为聚焦的数字健康(Digital Health)板块，也更符合 CES 的调性。CES 在消费电子领域的影响力毋庸置疑，加上其近年来持续在医疗健康领域的投入，一些医疗健康行业巨头也开始对 CES 产生了兴趣——在 CES 2023 上就出现了雅培和欧姆龙医疗这样的行业领导品牌。那么，2023 年的 CES 上又有哪些医疗健康的新突破，展现出什么样的发展趋势呢？

▶ [新冠药品价格形成机制对医保支付价的影响](#) (来源：村夫日记) ——第 16 页

【提要】2023 年 1 月，国家医保局发布了《新冠治疗药品价格形成指引(试行)》(以下简称《指引》)。自从国家医保局成立以来，药价形成机制主要以集采和国家药品价格谈判为主，但其他药价形成路径并没有真正落地。《指引》给出了新的药价形成机制，有助于市场理

解政策未来的发展方向。

• 带量采购 •

▶ [口腔种植体系统集采结果出炉，平均降幅 55%，价格平均降至 900 余元！](#)（来源：国家医保局）——第 19 页

【提要】1 月 11 日，口腔种植体系统集中带量采购在四川开标，产生拟中选结果。在国家医保局指导和协调下，四川省医保局牵头形成口腔种植体系统省际采购联盟，全国各省份均积极参加。拟中选产品平均中选价格降至 900 余元，与集采前中位采购价相比，平均降幅 55%。本次集采汇聚全国近 1.8 万家医疗机构的需求量，达 287 万套种植体系统，约占国内年种植牙数量(400 万颗)的 72%，预计每年可节约患者费用 40 亿元左右。针对此次集采，省际联盟联采办负责人就有关问题接受记者采访。

▶ [第八批集采来了！剖析国采规则的想象空间](#)（来源：医药健康地方台）——第 24 页

【提要】近日，国家组织药品集中采购办公室发布《关于报送第八批国家组织药品集中采购品种范围相关采购数据的通知》。这标志着国采第八批终于“落地”。文件显示，涉及企业应在 1 月 12 日前完成报量测试，1 月 13 日正式启动报量，2 月 21 日前各省完成审核。按照时间估算，第八批集采或将在四月进行。参与报量的机构包括：各省份公立医疗机构、军队医疗机构均应参加；其他社会办医疗机构按所在省份相关规定自愿参加。各省医保部门会将 2021 年历史采购量

数据导入系统供医疗机构报量参考，各医疗机构提交采购需求量即可。

• 医疗速递 •

▶ [13 部委联合发文：支持国企办医！华润、国药、通用被“点名”](#)

（来源：国务院）——第 33 页

【提要】近期，国务院国有资产监督管理委员会、国家卫生健康委员会、中央机构编制委员会办公室、国家发展和改革委员会等 13 个国家部委办局联合印发《支持国有企业办医疗机构高质量发展工作方案》（下称《工作方案》）的通知，为支持国有企业办医疗机构高质量发展明确了工作方案，共八项二十一条。《工作方案》明确指出支持由“以医疗健康为主业的国有企业进行重组并购”，点名了通用医疗、华润医疗、国药集团三家央企以及山东、陕西的省级集团，并最重要地预告了要“确保国企办医与政府办医享有同等待遇”。

▶ [国家医保局新副局长上任，多次发文谈 DRG/DIP 改革](#)（来源：人社部）——第 35 页

【提要】国家医保局于 2021 年发布《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，DRG/DIP 支付方式改革从“30+71”（30 个城市 DRG 付费国家试点+71 个城市 DIP 付费国家试点）走向全面覆盖，同时分四个方面，提出共 16 项工作任务。《计划》指出，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；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。

• 医院管理 •

▶ [DRG 付费下，医保结算清单该如何填写？](#)（来源：金豆数据）——第 39 页

【提要】医保 DRG 付费，科学分组是前提，精确付费是保障。为了更准确分组和付费，国家医保局推出医保结算清单作为 DRG 付费的主要依据。因此医保结算清单填写是否规范、准确，会直接影响病例入组，与医院经济效益息息相关。本文将 A 县 DRG 医保结算清单上报为例，带大家了解“医保结算清单”填写方式。

▶ [DRG 付费时代，医院如何分好医保基金这块“蛋糕”](#)（来源：昆明市医保局）——第 42 页

【提要】随着改革的不断深入，医改也进入了深水区，改革各方逐渐形成共识：在总额预算管理下，开展适应不同疾病、不同服务特点、激励与约束并重的多元复合式医保支付方式的医保支付方式改革，也许是实现医保、医院和医生与患者多方共赢一个不错的选择。尤其国家医疗保障局成立后，在政府的合理组织和制度安排下推进三医联动，协调各方利益，发挥医保基金战略性购买作用，以切实从根本上解决人民群众“看病贵、看病难”的问题。

• 医疗信息化 •

▶ [医保基金智能监管平台构建与应用](#)（来源：河北省人民医院）——

—第 48 页

【提要】作为医院收入的重要组成部分，医保基金决定着医院的生存和发展。提高医院精细化管理水平，保障医保基金合理使用，是目前亟待解决的问题。本研究以河北省人民医院医保工作为例，介绍了信息技术支持下的医保基金智能监管模式。

▶ [我国医联体内医疗机构信息化建设现状调研](#)（来源：国家卫生健康委医院管理研究所）——第 50 页

【提要】医疗联合体(以下简称“医联体”)是整合区域内医疗资源，促进优质医疗资源下沉，提升基层医疗机构服务能力的重要举措。在信息技术支撑下，医联体平台依托内部信息系统、电子病历系统业务，向外延伸开展远程医疗/远程会诊、分级诊疗/双向转诊、运行管理等服务。本研究调研了全国医联体内医疗机构信息化建设现状，总结医联体内医疗机构信息化建设存在问题，并提出了改进建议。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

这场数字健康盛会揭示，千亿居家健康设备正成热点

来源：动脉网

美国西部时间1月5日-8日，一年一度的CES国际消费电子展(简称CES 2023)在拉斯维加斯召开。这也是CES在经历了两年疫情影响后第一次全面恢复线下展会。更值得注意的是，最近几年，CES愈发关注数字健康等方面的进展，并试探性地开设了医疗健康板块。

随着新冠疫情背景下人们健康意识的加强，这一板块也受到了越来越多的关注，参展企业的数量和知名度也逐年攀升。在CES 2023上，医疗健康板块已从原本笼统的医疗健康大板块(Health&Wellness)变为更为聚焦的数字健康(Digital Health)板块，也更符合CES的调性。

CES在消费电子领域的影响力毋庸置疑，加上其近年来持续在医疗健康领域的投入，一些医疗健康行业巨头也开始对CES产生了兴趣——在CES 2023上就出现了雅培和欧姆龙医疗这样的行业领导品牌。

那么，2023年的CES上又有哪些医疗健康的新突破，展现出什么样的发展趋势呢？

居家检测诊断等家用医疗器械必将成为未来趋势

一直以来，如何在居家环境下实现患者重要体征信号的监控、检

测，进而实现疾病诊断一直是数字健康努力的方向之一。

通过居家方式，患者不用前往医院即可实现对自身健康状况的了解和管理。一方面，患者不用因为一些简单的例行检查前往医院，方便了患者；另一方面，这也是对医疗资源的节约。尤其在后新冠时代，居家健康检测对于医患双方都具有巨大的价值。

此外，居家检测诊断是缓解医疗资源不均衡问题的有效手段之一，高精度的居家健康设备有助于覆盖更多的人群和更多医疗资源匮乏的地区，实现一定程度上的医疗公平。

据研究机构测算，中国家用医疗器械市场规模已从 2017 年的 533.3 亿元增长到 2021 年 1025.3 亿元，并将在 2026 年将达到 1783.6 亿元，2021-2026 年 CAGR 为 11.14%。市场增长可见一斑。如果将这些医疗器械与消费电子概念嫁接，其成长规模恐怕更将上一个台阶。

在 CES 2023 上，这种趋势被体现得淋漓尽致。最为引人瞩目的几款数字健康产品都可归于居家健康。

这其中，最受人关注之一的数字健康产品无疑是来自 Withings 的家用尿液分析仪。

提起 Withings 这个品牌，早在当年就相当有个性。在智能手表的初始年代，各品牌纷纷以一个比一个科幻的设计来提醒用户自身的智能手表属性。Withings 的智能手表则是极少数返璞归真，从外表上几乎分辨不出与普通手表差异的产品。

自那之后，Withings 在不少形态的智能健康硬件上进行了尝试，

并收获颇丰。目前，其产品线除了智能手表和手环，也包含床垫、秤、血压计及温度计等形态的智能硬件。

在 CES 2023 上，Withings 展示了 U-Scan 家用尿液分析仪，将智能健康概念引入到卫生间。这个形状犹如鹅卵石的智能硬件可以固定在马桶中——基于鹅卵石的外形，它可以保证收集的尿液被收集器采集。

U-Scan 具体的工作流程听上去并不复杂：当热传感器检测到尿液时则激活液体收集器并收集尿液，随后尿液将进入内部的微流体回路，并被注入检测舱进行分析。系统将获取用户的生物标志物并进行分析，并将分析结果通过无线连接同步到用户手机上的 Withings Health Mate。检测结束后，剩余尿液被排出，并借助马桶的冲洗动作对系统进行清洁。

尿液蕴含多种生物标志物，也是多种健康状况检测的“金标准”。不过，前往医院检测对于一些患者来说并不轻松，若能在居家环境下完成尿检无疑更为理想。然而，从居家环境采集尿液并进行分析一直有很大的挑战性。U-Scan 经历了长达 4 年时间的研发，并申请了 13 项专利，克服了多种设计上的困难。

与传统的尿检需要用户手动获取尿液样品或采用试纸的方式不同，U-Scan 采用了可更换的滤芯设计，单个滤芯可使用差不多 3 个月的时间。滤芯内部包含数十个可转动的测试舱，确保每次检测时使用的是未使用的测试舱从而对检测造成污染。

据介绍，U-Scan 目前已完成开发的滤芯可以检测尿液酸碱平衡，以及人体碳水化合物、维生素 C 和水合作用的水平。它还可以分析尿液中的激素水平，以为女性提供月经周期预测或帮助备孕。未来，根据市场需求和用户的定制要求，Withings 还将进一步开发更多种类的滤芯，从而进一步释放设备潜力。

U-Scan 不仅可以满足普通家庭用户的需求，也可满足专业医疗的需求。Withings 也开发了专业的 U-Scan Professional，可与 Withings RPM 这一远程患者监控方案组合，从而为患者提供远程医疗，也为合作伙伴提供可信的健康数据。

目前，研发人员正在尝试使用 U-Scan 来实现非侵入性癌症筛查，并为临床研究提供动力，以改善胱氨酸肾结石和尿酸肾结石患者的随访。

Withings 已确定 U-Scan 将在今年第二季度在欧盟上市，并已向 FDA 提出了在美国上市的申请。

新加坡企业 Aevice Health 的 AeviceMD 则是另一款备受关注的居家健康监测产品，并获得了 CES 2023 数字健康类别唯一一个最佳创新称号。这款只有硬币大小的智能可穿戴听诊器可以提供持续且互联的护理，以便在家监测及早期检测患者的哮喘恶化。

众所周知，哮喘是全球主要的呼吸系统慢病，其疾病管理的核心在于有效的日常管理，而非院内管理，尤其对于哮喘易发人群的儿童而言更是如此。AeviceMD 便是这样一款简单又强大的智能可穿戴听

诊器，可以为患者提供持续且互联的护理，以便在家监测及早期检测患者的哮喘发作。

这款智能可穿戴听诊器可检测哮喘和 COPD 等疾病的异常肺音，并将测量值(呼吸频率、心率和喘息)记录到患者手机 app 中，通过人工智能分析跟踪并预测疾病是否恶化。此外，它还可以用于远程诊断，以虚拟听诊器的形式为医生记录和回放胸部声音，并提供相应的数据参考，为医生决策提供参考。

AeviceMD 每天的使用时间可长达 10 小时。考虑到儿童敏感的皮肤，它采用了用于先进伤口护理的杜邦 Liveo 柔性皮肤粘合剂粘合剂，兼具安全性、生物相容性和温和性，非常适合儿童的敏感皮肤。

在过去的一段时间里，指夹式血氧仪在国内呈现一“夹”难求的状态，主要的原因是短时间急剧膨胀的巨大需求；但另外一个原因也是因为其功能较为单一，仅能检测血氧和心率，家庭储备意愿不足。作为 PPG(光电容积脉搏波)方案(指夹式血氧仪及可穿戴设备测量心率和血氧的主要方式)的主要供应商，Valencell 希望能够为指夹式设备赋予更多的功能。

在 CES 2023 上，Valencell 展示了这种可能性。这个小设备利用指夹式设备的 PPG 传感器，可在不到一分钟的时间内测量血压，无需传统的充气气囊或袖带——是的，其原理与无袖带式智能手表一样。

测量结果不仅将显示在设备内置屏幕上，也可以通过蓝牙传输到

与之匹配的手机 app 上，以便实现对高血压的居家检测和慢病管理。这就为已有的指夹式设备赋予了新的生命力，快速简单的操作也大大提升了居家健康管理的意愿。

除了这几款设备外，CES 上还有不少有意思的居家健康产品，比如摩托罗拉具有跌倒检测功能的智能手表；具有传感器，可测量睡眠心率和呼吸的 ErgoSportive 智能床；可检测用户打鼾并自动充气减缓打鼾的 Motion Pillow 2023 智能枕头；可无创测量患者动脉硬度、中心血压(心脏血压)、脉压和其他传统血压设备无法提供的专有动脉健康指标的 CONNEQT Pulse 等。

从 CES 上的居家健康管理产品不难发现，居家检测的功能和准确度相比以往都有了大幅提升。更令人振奋的是，一些产品已经可以提供医疗级的检测精度，并正在通过监管部门的监管流程中。对于居家健康管理来说，这无疑是个巨大的利好。

“医疗味”愈发浓厚，医疗健康行业巨头正抢滩 CES

近年来，部分医疗健康行业巨头也开始关注消费领域，并因此关注在消费电子领域具有巨大影响力的 CES。全球糖尿病管理当之无愧的巨头之一雅培就是其中之一。从 2022 年到现在，雅培已经连续两年参加 CES 并发表主题演讲，也是第一家在 CES 上发表主体演讲的专业医疗企业。

雅培的决定并不让人意外。作为公司最为重要的业务之一，CGM(连续血糖监控)在技术上的不断精进使其产品形态和应用场景逐

渐越来越符合 CES 消费设备的调性。这也是为何雅培逐渐对 CES 产生兴趣的重要原因。在去年的 CES 上，雅培也重点展示了当时全球体量最小的血糖传感器——Libre 3。

不过由于 CES 2023 在专业医疗属性上的增强，雅培也放心大胆地展示了最近发布并通过 FDA 审批的几款专业医疗器械，包括 Alinity m 猴痘实验室解决方案、Aveir 单腔无导线起搏器和 Proclaim Plus 脊髓刺激 (SCS) 系统三款产品均获得了 CES 2023 创新产品的称号。

Alinity m 猴痘实验室解决方案是为了应对紧急的猴痘病毒检测需求开发而来。这种 PCR 检测解决方案可以在全球广泛运作的雅培 Alinity m 实验室测试仪上运行。它采用了两个靶点，因此即使面对病毒变异仍能有效应对。

Aveir 单腔无导线起搏器是目前全球唯一一款具有独特映射功能的起搏器。它允许医生测量心脏内电信号，并在最终植入前确定设备的正确位置。当使用 ISO 标准设置时，其预计电池寿命可比目前市面上其他无导线起搏器延长两倍，达到 12-13 年的寿命。此外，它还是目前唯一一款设计为可根据治疗需要取出的无导线起搏器——当电池耗尽时，医生可以通过静脉快速取出，无需开胸。

最近获得 FDA 批准的 Proclaim Plus 脊髓刺激 (SCS) 系统则建立在雅培专有的 BurstDR 刺激疗法之上。这一植入式设备可提供脉冲或脉冲的温和电能，以在疼痛信号从脊髓传播到大脑时改变它们，从而

缓解慢性疼痛。

值得一提的是，它所采用的 FlexBurst360 疗法可覆盖多达六个躯干和/或四肢区域的疼痛，并可以根据个人治疗需求的发展进行调整。该系统无需充电，其电池可使用长达 10 年时间，并可与雅培的 NeuroSphere Virtual Clinic 配合使用，从而让患者可与医生远程联系并接受远程编程调整。

坦白而言，如果放到以往，这几款专业的医疗器械不大可能在 CES 上展示。但在 CES 2023 上，类似的通过 FDA 审批的专业医疗器械相比以往多了不少。这也使得 CES 在医疗领域的“专业味”更加浓厚，也使得雅培愿意将这些专业医疗器械放到 CES 上展示。

相比雅培，另一个医疗器械巨头欧姆龙参加 CES 的历史更长。毕竟，在家用医疗器械上，欧姆龙多年来已经建立了极强的品牌号召力。如果你稍加注意就会发现，欧姆龙的电子体温计在前一段时间频频在微信朋友圈亮相，其市场占有可见一斑。

在 CES 2023 上，欧姆龙也展示了几款专业的医疗解决方案，包括即将在英国开通远程患者监测服务 Viso、心房颤动 (AFib) 解决方案以及有关 Omron Connect app 的更新。

Viso 远程患者监控服务已获得 NHS 批准，将于 2023 年初在英国落地。它将帮助慢性病患者把在家中利用欧姆龙医疗器械测量出的健康数据分享给医生。借助这项服务，医生可以监控患者的身体状况和服药依从性，从而改善慢性护理管理。

在英国，患者可以选择挂号预约全科医生(GP)，全科医生将针对各类患者的不同病症提供从初次就诊到长期治疗的服务。由于使用该平台可以管理患者的病症，全科医生的工作量得以减少，同时可以早期发现严重的心脑血管疾病。

事实上，Viso 并非欧姆龙在远程患者监控上的第一次发力。在 Viso 之前，欧姆龙就已经在美国提供了它的首个远程患者监控服务 VitalSight。可通过与欧姆龙血压计配合为高血压患者提供远程监控及疾病管理服务。

针对房颤的解决方案则是欧姆龙在 CES 2023 上展示的另一解决方案。在过去一段时间有关病毒性心肌炎的解读中，相信大家已经听说过房颤这个专业术语。事实上，房颤代表了心脏的亚健康状态，一旦处理不当将产生诸多危险，并使得脑卒中等疾病的发病率大幅提升。

然而，由于症状不易察觉，且很容易被忽视，至今为止，房颤仍然难以被诊断且极易被检测遗漏。在 CES 2023 上，欧姆龙展示了内置心电图技术的上臂血压计，在测量血压的同时记录每日心电图，通过将血压监测和心电图技术相结合来首次实现对房颤的早期发现。

不仅如此，欧姆龙还在探索利用包括人工智能等更多创新技术来检测房颤。此外，欧姆龙也在 CES 上也宣布了对 OMRON connect 这款健康管理 app 的更新。比如，新的教育组件将在 2 月提供，为用户提供有关健康食谱的信息。今年稍晚，欧姆龙还计划为 app 加入社区功

能，以使 app 的用户可以实现社交功能。

值得一提的是，2023 年也是欧姆龙创立 50 年的重要里程碑。在过去 6 年中，欧姆龙发布了不少创新产品，改变了全球心脏健康市场的格局。在 CES 2023 上，这种成果无疑也得到了再次展示。

除了雅培和欧姆龙医疗，德康 (Dexcom) 也在 CES 2023 上展示了刚刚通过 FDA 审批的 G7 连续血糖监测 (CGM) 及配套的 G7 接收器。此外，不少新兴的具有一定规模的数字医疗企业也在 CES 上做了展示。不难看出，越来越多的医疗健康巨头正在慢慢注意到 CES，并将其作为新品发布的一个渠道。

不难看出，本届 CES 再次将全球家用医疗器械的热潮展示在我们面前，并展示了居家检测和健康管理的无限潜力。结合后疫情时代对各种家用医疗器械的巨大需求，这无疑代表了一大趋势。

正因为此，越来越多的知名医疗品牌正陆续开始登陆 CES，数字医疗在 CES 中的分量越来越重要。假以时日，CES 成为数字医疗的一大盛会，这并非不可能。

[返回目录](#)

新冠药品价格形成机制对医保支付价的影响

来源：村夫日记

2023 年 1 月，国家医保局发布了《新冠治疗药品价格形成指引（试行）》（以下简称《指引》）。自从国家医保局成立以来，药价形成机制主要以集采和国家药品价格谈判为主，但其他药价形成路径并没有

真正落地。《指引》给出了新的药价形成机制，有助于市场理解政策未来的发展方向。

由于抗击疫情的需要，新冠药物有其特殊性，虽然部分已经临时进入医保，但对于如何确定其医保支付价仍然是不明确的，此次《指引》的发布给出了一个新的规则。根据国家医保局的政策解读，这一新规则遵循三大原则：企业自主定价、共管共治和全周期多层次引导。

首先，《指引》明确了企业可以自主定价，这一点较以往是有着明显的突破。但《指引》强调了企业需要根据生产经营成本、市场供需和临床价值来制定价格。具体来说，价格构成分为“制造成本、期间费用、销售利润和税费”。在成本上，除了原料药成本，研发成本给出了明确的标杆，直接研发费用分摊不低于5年，限门诊的处方按照不低于1000万人份的标准分摊，可在院外零售端则按照2000万人份的标准分摊。《指引》没有给出仅限于住院使用的药品研发成本分摊标杆。这意味着研发费用分摊的标准相对还是较高的，监管认为市场需求会较高，事实上对成本会明显压低。

而对期间费用率也给出了明确的标杆。其中，销售费用率、管理费用率和财务费用率是与A股上市医药公司近三年平均水平看齐，在这一标杆周围浮动，如果高于科创板上市医药企业近三年平均水平的10%，则必须调整报价。

另外，就药品的创新性和经济性，药企需要做出特别说明。《指引》明确了申报的成本测算明显高于经济性评价结果的，原则上以经

济性评价结果为主。这意味着经济性还是药价形成机制的主要决定原则。

因此，虽然，企业可以自主定价，但实际上，监管对成本给出了明确的原则和标杆，药价的伸缩空间不是无限的，还是有着明确的范围。

其次，就共管共治来看，一方面是指政府监督，不作政府定价、不作行政审批，只提供药价指引，强化事前事中和事后监督。另一方面是指社会共治，申报企业除了需要提交医疗机构出具的临床专业意见书，还需要提交行业协会推荐书，“对特别说明事项和报价是否符合行业公允性提出推荐意见”。

最后，从全周期多层次引导来看，主要是定期动态评估和协同监管来推动价格形成机制不断完善。

从价格动态调整来看，调整周期频次是较高的，首年是3个月一次，次年是6个月一次。触发调整的关键是销量是否达到测算的指标，这里隐含的原则还是集中在以量换价。当然，如果对照药价下降或国际上出现降价，药价也会触发调整。《指引》明确了对照药品降价超过30%和该药品国际价格中位数下降超过10%都会触发调整。其他调整触发因素主要是转为本地化生产和价格失信行为。

整体来看，药价调整频次是非常高的，这是考虑到新冠用药的销量会非常大，以量换价来动态调整可以降低医保和病人的总体负担。

总之，新冠药品价格指引是继集采、谈判之外一种新的药价形成

机制，这一机制与国际主要医保国家的药价形成机制更类似，主要通过药企自主定价、政府和行业协会共同监督的方式来确定药价，主要的思路虽然依旧是以量换价，但在早期给了企业更多的空间。当然，最初的药价也不是随心所欲的制定，而是要根据原料成本、研发成本和期间费用这三项来确定整体的成本，并叠加流通费用、税费和利润等来确定最终的药价。对各项成本，指引都给出了标杆，比如研发成本的分摊最低数量、销售费用对标 A 股上市公司平均费用等。而在药物的创新性和经济性的评估也给出了一定的空间，对国产相关药品有一定的鼓励作用。当然，药价不是一成不变的，随着在市场上获得更大销量，药价会动态调整，这就是《指引》中强调的全周期多层次引导。

[返回目录](#)

• 带量采购 •

口腔种植体系统集采结果出炉，平均降幅 55%，价格平均降至 900 余元！

来源：国家医保局

1 月 11 日，口腔种植体系统集中带量采购在四川开标，产生拟中选结果。在国家医保局指导和协调下，四川省医保局牵头形成口腔种植体系统省际采购联盟，全国各省份均积极参加。拟中选产品平均中选价格降至 900 余元，与集采前中位采购价相比，平均降幅 55%。

本次集采汇聚全国近 1.8 万家医疗机构的需求量，达 287 万套种植体系统，约占国内年种植牙数量(400 万颗)的 72%，预计每年可节约患者费用 40 亿元左右。针对此次集采，省际联盟联采办负责人就有关问题接受记者采访。

一、本次口腔种植体系统联盟集采是否达到预期目标？

答：

本次口腔种植体系统集采联盟由四川省医保局牵头，全国所有省份均参加。共有 55 家企业参与，所有的主流企业均已参加，其中 39 家拟中选，中选率 71%。拟中选产品平均价格降至 900 余元，与集采前中位采购价相比，平均降幅 55%。中选价格区间在约 600 元至 1850 元左右。全国共有近 1.8 万家医疗机构参加报量，汇聚 287 万套种植体系统需求量，约占国内年种植牙数量(400 万颗)的 72%，每年可节约费用 40 亿元左右。中选企业既包括一些知名国际企业，也包括威海威高、常州百康特等国内企业，集采前价格较高的士卓曼、登士柏、诺保科种植体系统从原采购中位价 5000 元降至 1850 元左右，市场需求量最大的奥齿泰、登腾种植体系统从原采购中位价 1500 元降至 770 元左右，中选产品丰富，可有效满足临床需求。

二、群众能以什么价格用上本次集采中选的种植体产品？

答：

在公立医疗机构，医疗服务项目和医用耗材分开计价收费，医用耗材执行“零差率”销售政策，中选价格就是患者最终向医院支付的

种植体价格。

在民营医疗机构，口腔种植价格实行市场调节，允许民营医疗机构在种植体中选价格基础上加成一定比例。我们倡导民营医疗机构加价适度，实现患者利益和医疗机构发展的共赢。为保障患者知情权、提高透明度，引导患者作出适宜选择，本次集采中选价格将向社会公开发布，各省医保局官网也将长期公布种植体集采中选价，方便患者对比民营医疗机构加价幅度，引导患者前往价格合理的医疗机构就医。同时，也将对价格虚高、收费不合理、虚假宣传的医疗机构予以公开曝光，引导民营医疗机构制定符合市场竞争规律和群众预期的合理价格，真正让患者享受到集采降价实惠。

三、此次集采对群众种植费用的下降和种植服务的拓展有何影响？

答：

口腔种植的费用大致分为种植体、牙冠和医疗服务三个部分，这也是医保部门开展口腔种植价格综合治理的着力点。本次集采通过“带量”促进竞争，挤出了种植体的价格水分。下一步，四川医保局将于近期率先开展牙冠竞价挂网，促使牙冠价格更加透明合理，其他省份将及时跟进联动四川的牙冠挂网价格。同时，各地医保部门正在按既定目标同步开展口腔种植医疗服务价格全流程调控，通过发挥公立医疗机构价格之“锚”作用，引导民营医疗机构合理定价。通过以上多项治理措施，预计种植一颗牙的整体费用(含医疗服务、种植体

和牙冠)有望降低 50%左右。当然以上只是平均价格降幅。具体情况中,如果原来价格较高的降幅将更为明显,原来已经平价种植的也将有所降价,总体看群众费用负担将显著减轻。另一方面,由于价格的大幅下降,很多以前因为经济原因而未接受治疗的群众,现在都能承担得起种植牙治疗的费用。据估算,国内种植牙数量将在现有基础上出现明显的增长,这意味着大量新增患者的口腔健康和生活方式,将因为本次种植牙集采而得到明显改善。同时,民营医疗机构的广泛参与有效提升了口腔种植医疗服务的可及性,还有助于群众需求的进一步释放并得到满足。最后,本次集采中众多国内品牌中选,这优化了种植牙耗材的供应结构,有利于国产种植体生产企业的销售和研发,最终将有利于国内患者享受到质优价宜的种植牙产品。

四、本次集采中选结果什么时候落地实施?

答:

中选结果产生后,我们将组织医疗机构确认采购量,并督促中选企业按要求生产、备货。同时,四川省医保局将针对种植牙过程中配套使用的牙冠耗材开展竞价挂网,促使牙冠价格透明,回归合理水平,其他省份也将及时跟进联动四川的牙冠挂网价格。预计本次种植体集采结果及竞价后的牙冠挂网价格将于 2023 年 3 月下旬到 4 月中旬在各省陆续落地实施,届时各地口腔种植医疗服务价格也调整到位,患者将全面享受到降价后的种植牙服务。

五、为什么能有那么多民营医疗机构来参加集采?

答：

4年多来，医药集中带量采购改革在挤出药品耗材价格水分、改善医药流通领域生态方面取得的积极成效深入人心。作为口腔医疗服务的主要提供者，民营医疗机构普遍希望通过集采降低种植牙耗材成本，也希望通过参加联盟集采提高声誉、扩大社会影响力、增加患者认可度，体现社会责任。在行业有意愿、群众有期盼的情况下，有1.4万家民营医疗机构积极响应参加，这将大大方便群众享受价格适宜的种植牙服务。联盟各省份的医保局官网近期起将公布种植体集采中选价以及各地参加集采的民营医疗机构名单等信息。我们也请患者就医时，关注就诊机构是否参与种植牙集采、医疗收费情况等，优先选择合适的医疗机构就医，更好享受政策红利。

本次集采共有55家企业参与，其中39家拟中选，中选率71%。中选企业既包括一些知名国际企业，也包括威海威高、常州百康特等国内企业。集采前价格较高的士卓曼、登士柏、诺保科种植体系统从原采购中位价5000元降至1850元左右，市场需求量最大的奥齿泰、登腾种植体系统从原采购中位价1500元左右降至770元左右，中选产品丰富，实现与临床需求的良好匹配；纳入了四级纯钛及钛合金2种材质性能更好、临床认可度更高的种植体，并覆盖了口腔种植体其他耗材部件，能够满足绝大多数临床使用需求。1.4万家民营医疗机构积极参加此次集采，占医疗机构总数的80%。民营医疗机构的广泛参与将大大方便群众享受价格适宜的种植牙服务。

下一步，医保部门将做好集采中选结果落地实施前的准备工作，近期还将对种植牙过程中配套使用的牙冠耗材开展竞价挂网，同步落实口腔种植医疗服务价格全流程调控，使种植牙服务的三类主要费用构成同步下降。

[返回目录](#)

第八批集采来了！剖析国采规则的想象空间

来源：医药健康地方台

近日，国家组织药品集中采购办公室发布《关于报送第八批国家组织药品集中采购品种范围相关采购数据的通知》。这标志着国采第八批终于“落地”。

国家组织药品集中采购办公室

关于报送第八批国家组织药品集中采购品种范围相关采购数据的通知

各省、自治区、直辖市、新疆生产建设兵团医疗保障局：

根据《国务院办公厅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》（国办发〔2021〕2号）精神，按照国家组织药品集中采购和使用工作的部署要求，请各省份组织本地区医疗机构开展第八批国家组织药品集中采购需求量填报工作，现就相关事宜通知如下：

文件显示，涉及企业应在 1 月 12 日前完成报量测试，1 月 13 日正式启动报量，2 月 21 日前各省完成审核。按照时间估算，第八批集采或将在四月进行。

根据这份文件，本周五正式启动报量，各省份开始组织本地区医疗机构开展第八批国采药品采购需求量填报工作。参与报量的机构包括：各省份公立医疗机构、军队医疗机构均应参加；其他社会办医疗机构按所在省份相关规定自愿参加。各省医保部门会将 2021 年历史采购量数据导入系统供医疗机构报量参考，各医疗机构提交采购需求量即可。

这其中有两个关键看点。

一是纳入品种的数量和特征。

网传文件中公布了报量品种目录，包含了近 40 个入围品种、181 个品规。包括多个抗菌素大品种，其中不乏奥司他韦干混悬剂、哌拉西林他唑巴坦注射剂、头孢哌酮舒巴坦注射剂等几十亿元的大品种。从目录看主要有两大变化：1、从 3+1/4+0 到 4+1/5+0，纳入门槛提高了；2、口服溶液产品不在目录内。

当然，我们也不难发现，第八批集采的品种同样延续了第七批集采中出现了竞争格局超过 20 家的品种的风格，品种多为 1+3 及以上的竞争格局，因此或许竞争激烈和价格降幅程度也将延续。

据悉，2022 年 7 月，第七批集采在上海开标，295 家企业的 488 个产品参与投标，217 家企业的 327 个产品获得拟中选资格，被称为

史上最“卷”国采。奥美拉唑以 28 进 10、入选者降幅均超过 90% 获封“最卷品种”；抗癌药仑伐替尼降幅高达 97%，先声药业以最低价 3.2 元中标，抗癌药的价格赶不上一支雪糕。

二是在规则上是否再次完善。

事实上，本次集采在规则上是有足够的想象空间。此前在第七批集采开标后，有专家表示 48% 的平均降幅看似温和又暗藏玄机，因为“相较于二到五批集采，整体的限价是偏低的。例如国产第五批是有 60 个左右的产品，取得原研的价格是有 27 个，而国产第七批取得原研的价格只有 4 个，这个限价给的还是偏低。”而本次第八批集采的限价延续第七批集采的风格可能性比较大。

行业内流传的第八批“目录”

品规编号	品种名称	规格
1	阿加曲班注射剂	2ml:10mg
2	阿加曲班注射剂	20ml:10mg
3	阿托西班注射剂	0.9ml:6.75mg
4	阿托西班注射剂	5ml:37.5mg
5	氨甲环酸注射剂	2ml:0.1g
6	氨甲环酸注射剂	2ml:0.2g
7	氨甲环酸注射剂	2.5ml:0.25g
8	氨甲环酸注射剂	5ml:0.25g
9	氨甲环酸注射剂	5ml:0.5g
10	氨甲环酸注射剂	10ml:1g
11	氨甲环酸注射剂	0.25g
12	氨甲环酸注射剂	0.4g
13	氨甲环酸注射剂	0.5g
14	氨甲环酸注射剂	1.0g
15	氨甲环酸注射剂	100ml:氨甲环酸 0.5g 与氯化钠 0.84g

品规编号	品种名称	规格
16	氨甲环酸注射剂	100ml: 氨甲环酸 0.5g 与氯化钠 0.85g
17	氨甲环酸注射剂	100ml: 氨甲环酸 1.0g 与氯化钠 0.68g
18	氨甲环酸注射剂	100ml: 氨甲环酸 1.0g 与氯化钠 0.7g
19	氨氯地平阿托伐他汀口服常释剂型	5mg/10mg(以氨氯地平/阿托伐他汀计)
20	氨氯地平阿托伐他汀口服常释剂型	10mg/10mg(以氨氯地平/阿托伐他汀计)
21	氨氯地平阿托伐他汀口服常释剂型	5mg/20mg(以氨氯地平/阿托伐他汀计)
22	氨氯地平阿托伐他汀口服常释剂型	5mg/40mg(以氨氯地平/阿托伐他汀计)
23	丙氨酰谷氨酰胺注射剂	100ml: 20g
24	丙氨酰谷氨酰胺注射剂	50ml: 10g
25	丙氨酰谷氨酰胺注射剂	10g
26	丙氨酰谷氨酰胺注射剂	20g
27	丙戊酸钠注射剂	3ml: 0.3g
28	丙戊酸钠注射剂	4ml: 0.4g
29	丙戊酸钠注射剂	5ml: 0.5g
30	丙戊酸钠注射剂	10ml: 1g
31	丙戊酸钠注射剂	0.4g
32	非洛地平缓释控释剂型	2.5mg
33	非洛地平缓释控释剂型	5mg

品规编号	品种名称	规格
34	非洛地平缓释控释剂型	10mg
35	呋塞米注射剂	2ml: 20mg
36	呋塞米注射剂	20mg
37	呋塞米注射剂	40mg
38	骨化三醇口服常释剂型	0.25 μg
39	骨化三醇口服常释剂型	0.5 μg
40	甲钴胺注射剂	1ml: 0.5mg
41	甲钴胺注射剂	0.5mg
42	氯沙坦氢氯噻嗪口服常释剂型	氯沙坦钾 50mg 和 氢氯噻嗪 12.5mg

43	氯沙坦氢氯噻嗪口服常释剂型	氯沙坦钾 100mg 和氢氯噻嗪 12.5mg
44	氯沙坦氢氯噻嗪口服常释剂型	氯沙坦钾 100mg 和氢氯噻嗪 25mg
45	米氮平口服常释剂型	15mg
46	米氮平口服常释剂型	30mg
47	那屈肝素（那曲肝素）注射剂	0.3ml:3075AXaIU/IU
48	那屈肝素（那曲肝素）注射剂	0.4ml:4100AXaIU/IU
49	那屈肝素（那曲肝素）注射剂	0.6ml:6150AXaIU/IU
50	那屈肝素（那曲肝素）注射剂	3075AXaIU

品规编号	品种名称	规格
51	那屈肝素（那曲肝素）注射剂	4100AXaIU
52	那屈肝素（那曲肝素）注射剂	6150AXaIU
53	依诺肝素注射剂	0.2ml:2000AXaIU
54	依诺肝素注射剂	0.4ml:4000AXaIU
55	依诺肝素注射剂	0.6ml:6000AXaIU
56	依诺肝素注射剂	0.8ml:8000AXaIU
57	依诺肝素注射剂	1.0ml:10000AXaIU
58	依诺肝素注射剂	4000AXaIU
59	依诺肝素注射剂	40mg:4000AXaIU
60	依诺肝素注射剂	100mg:10000AXaIU
61	氢溴酸伏硫西汀片	5mg

62	氢溴酸伏硫西汀片	10mg
----	----------	------

品规编号	品种名称	规格
63	氢溴酸伏硫西汀片	20mg
64	生长抑素注射剂	0.25mg
65	生长抑素注射剂	0.75mg
66	生长抑素注射剂	2mg
67	生长抑素注射剂	3mg
68	酮咯酸氨丁三醇注射剂	1ml:15mg
69	酮咯酸氨丁三醇注射剂	1ml:30mg
70	酮咯酸氨丁三醇注射剂	2ml:60mg
71	托拉塞米注射剂	2ml:10mg
72	托拉塞米注射剂	2ml:20mg
73	托拉塞米注射剂	4ml:20mg
74	托拉塞米注射剂	10mg
75	托拉塞米注射剂	20mg
76	熊去氧胆酸口服常释剂型	0.25g
77	熊去氧胆酸口服常释剂型	0.05g
78	熊去氧胆酸口服常释剂型	0.1g
79	盐酸奥普力农注射液	5ml:5mg
80	左氨氯地平（左旋氨氯地平）口服常释剂型	2.5mg
81	左氨氯地平（左旋氨氯地平）口服常释剂型	5mg
82	左布比卡因注射剂	5ml:37.5mg
83	左布比卡因注射剂	10ml:50mg
84	左布比卡因注射剂	10ml:75mg

品规编号	品种名称	规格
85	左卡尼汀注射剂	1g
86	左卡尼汀注射剂	0.5g
87	左卡尼汀注射剂	5ml:1g
88	左卡尼汀注射剂	5ml:2g
89	左炔诺孕酮片	0.75mg
90	左炔诺孕酮片	1.5mg
91	阿莫西林克拉维酸口服常释剂型	0.1875g(2:1)
92	阿莫西林克拉维酸口服常释剂型	0.375g(2:1)
93	阿莫西林克拉维酸口服常释剂型	0.15625g(4:1)
94	阿莫西林克拉维酸口服常释剂型	0.3125g(4:1)

95	阿莫西林克拉维酸口服常释剂型	0.375g(4:1)
96	阿莫西林克拉维酸口服常释剂型	0.625g(4:1)
97	阿莫西林克拉维酸口服常释剂型	0.2285g(7:1)
98	阿莫西林克拉维酸口服常释剂型	0.457g(7:1)
99	阿莫西林克拉维酸口服常释剂型	0.5g(7:1)
100	阿莫西林克拉维酸口服常释剂型	1g(7:1)
101	阿莫西林钠克拉维酸注射剂	0.3g(5:1)
102	阿莫西林钠克拉维酸注射剂	0.6g(5:1)
103	阿莫西林钠克拉维酸注射剂	1.2g(5:1)
104	氨曲南注射剂	0.5g
105	氨曲南注射剂	1g
106	氨曲南注射剂	2g
107	奥硝唑注射剂	3ml:0.5g

品规编号	品种名称	规格
108	奥硝唑注射剂	5ml:0.5g
109	奥硝唑注射剂	6ml:1g
110	奥硝唑注射剂	0.25g
111	奥硝唑注射剂	100ml:奥硝唑 0.25g 与氯化钠 0.86g
112	奥硝唑注射剂	100ml:奥硝唑 0.25g 与氯化钠 0.9g
113	奥硝唑注射剂	100ml:奥硝唑 0.25g 与氯化钠 0.825g
114	奥硝唑注射剂	100ml:奥硝唑 0.5g 与氯化钠 0.83g
115	奥硝唑注射剂	100ml:奥硝唑 0.5g 与氯化钠 0.9g
116	奥硝唑注射剂	100ml:奥硝唑 0.5g 与氯化钠 0.825g
117	奥硝唑注射剂	250ml:奥硝唑 0.5g 与氯化钠 2.25g
118	奥硝唑注射剂	100ml:奥硝唑 0.5g 与葡萄糖 5.0g
119	比阿培南注射剂	0.3g
120	达托霉素注射剂	0.35g
121	达托霉素注射剂	0.5g
122	伏立康唑注射剂	0.1g
123	伏立康唑注射剂	0.05g
124	伏立康唑注射剂	0.2g

品规编号	品种名称	规格
125	复方磺胺甲噁唑口服常释剂型	磺胺甲噁唑 400mg, 甲氧苄啉 80mg
126	甲硝唑氯化钠注射剂	100ml: 甲硝唑 0.5g 与氯化钠 0.8g
127	甲硝唑氯化钠注射剂	250ml: 甲硝唑 1.25g 与氯化钠 2.0g
128	甲硝唑氯化钠注射剂	25mg
129	甲硝唑氯化钠注射剂	50mg
130	甲硝唑氯化钠注射剂	0.1g
131	甲硝唑氯化钠注射剂	10ml: 50mg
132	甲硝唑氯化钠注射剂	20ml: 0.1g
133	甲硝唑氯化钠注射剂	100ml: 甲硝唑 0.5g 与氯化钠 0.85g
134	甲硝唑氯化钠注射剂	100ml: 甲硝唑 0.5g 与氯化钠 0.9g
135	甲硝唑氯化钠注射剂	250ml: 甲硝唑 0.5g 与氯化钠 2.15g
136	甲硝唑氯化钠注射剂	250ml: 甲硝唑 0.5g 与氯化钠 2.25g
137	甲硝唑氯化钠注射剂	100ml: 甲硝唑 0.2g 与葡萄糖 5g
138	甲硝唑氯化钠注射剂	250ml: 甲硝唑 0.5g 与葡萄糖 12.5g
139	利福平口服常释剂型	0.15g
140	利福平口服常释剂型	0.225g
141	利福平口服常释剂型	0.3g
品规编号	品种名称	规格
142	磷酸奥司他韦干混悬剂	0.36g
143	磷酸奥司他韦干混悬剂	12.5ml: 75mg (分散后 60ml: 360mg)
144	哌拉西林他唑巴坦注射剂	0.5625g (哌拉西林 0.5g 与他唑巴坦 0.0625g)
145	哌拉西林他唑巴坦注射剂	0.625g (哌拉西林 0.5g 与他唑巴坦 0.125g)
146	哌拉西林他唑巴坦注射剂	1.25g (哌拉西林 1.0g 与他唑巴坦 0.25g)
147	哌拉西林他唑巴坦注射剂	2.5g (哌拉西林 2.0g 与他唑巴坦 0.5g)

148	哌拉西林他唑巴坦注射剂	1. 125g (哌拉西林 1.0g 与他唑巴坦 0.125g)
149	哌拉西林他唑巴坦注射剂	2. 25g (哌拉西林 2.0g 与他唑巴坦 0.25g)
150	哌拉西林他唑巴坦注射剂	3. 375g (哌拉西林 3.0g 与他唑巴坦 0.375g)
151	哌拉西林他唑巴坦注射剂	4. 5g (哌拉西林 4.0g 与他唑巴坦 0.5g)
152	头孢地尼颗粒	50mg
153	头孢哌酮舒巴坦注射剂	0.5g(1:1)
154	头孢哌酮舒巴坦注射剂	0.75g(1:1)
155	头孢哌酮舒巴坦注射剂	1g(1:1)
156	头孢哌酮舒巴坦注射剂	1.5g(1:1)

品规编号	品种名称	规格
157	头孢哌酮舒巴坦注射剂	2g(1:1)
158	头孢哌酮舒巴坦注射剂	3g(1:1)
159	头孢哌酮舒巴坦注射剂	4g(1:1)
160	头孢哌酮舒巴坦注射剂	0.75g(2:1)
161	头孢哌酮舒巴坦注射剂	1.5g(2:1)
162	头孢哌酮舒巴坦注射剂	2.25g(2:1)
163	头孢哌酮舒巴坦注射剂	3g(2:1)
164	头孢噻肟注射剂	0.25g
165	头孢噻肟注射剂	0.5g
166	头孢噻肟注射剂	0.75g
167	头孢噻肟注射剂	1g
168	头孢噻肟注射剂	1.5g
169	头孢噻肟注射剂	2g
170	头孢噻肟注射剂	2.5g
171	头孢噻肟注射剂	3g
172	头孢噻肟注射剂	4g
173	头孢西丁注射剂	0.5g
174	头孢西丁注射剂	1g
175	头孢西丁注射剂	2g
176	头孢西丁注射剂	3g
177	注射用头孢地嗪钠	0.25g
178	注射用头孢地嗪钠	0.5g
179	注射用头孢地嗪钠	1g

[返回目录](#)

· 医疗速递 ·

13 部委联合发文：支持国企办医！华润、国药、通用被“点名”

来源：国务院

近期，国务院国有资产监督管理委员会、国家卫生健康委员会、中央机构编制委员会办公室、国家发展和改革委员会等 13 个国家部委办局联合印发《支持国有企业办医疗机构高质量发展工作方案》(下称《工作方案》)的通知，为支持国有企业办医疗机构高质量发展明确了工作方案，共八项二十一条。

《工作方案》明确指出支持由“以医疗健康为主业的国有企业进行重组并购”，点名了通用医疗、华润医疗、国药集团三家央企以及山东、陕西的省级集团，并最重要地预告了要“确保国企办医与政府办医享有同等待遇”。

《工作方案》对国企医院纳入地方规划、资金投入、医院定级、医护人员职称评定、科研项目申报等方面明确出台支持政策。

落实全国剥离国有企业办社会职能和解决历史遗留问题工作、支持推动国有企业办医疗机构高质量发展，是国企改革三年行动部署之一，2017 年 8 月，国资委、中央编办、人社部、原卫计委等六部委印发《关于国有企业办教育医疗机构深化改革的指导意见》，要求完成国企办教育、医疗机构的集中管理、改制或移交。

据了解，国有企业的医疗机构通过移交地方、资源整合、关闭撤销、重组改制等多种方式积极推进改革。据统计，截至 2022 年 6 月，

完成相关改革任务的国资系统监管企业所办医疗机构中，移交地方政府 506 个、以医疗健康为主业的国有企业整合 978 个、引入社会资本改制 440 个、关闭撤销 591 个，航天科工、兵器装备集团、中国石油等 54 家中央企业和山西、江西、河南等 23 个省(区、市)全面完成改革任务。

《工作方案》内容：

功能定位：《工作方案》明确国有企业办医疗机构要坚持公益性，承担基本医疗服务提供、急危重症和疑难病症诊疗以及承担医疗卫生机构人才培养、医学科研、医疗教学等任务。同时承担法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援外、国防卫生动员、支农、支边和支援社区等任务。

《工作方案》明确对国有企业办医疗机构用医疗水平高、技术能力强、人事管理完善、具有自主评审医院的三级医院，可试点开展高级职称自主评审，职称评审结果纳入国家或地方高级职称信息库。同时鼓励有条件的国有企业办医疗机构申报医疗卫生领域重点课题和重大项目。

国有企业办医疗机构应当纳入国家公立医疗机构绩效考核体系。

统筹规划：将国有企业办医疗机构纳入区域医疗卫生规划和医疗机构设置规划。在医院等级评审、床位设置、大型医用设备配置许可、医疗卫生用地划拨等各类审批、备案事项中落实与政府办医同等政策。

国有企业办医疗机构纳入分级诊疗体系和各级医联体建设。具备条件的国有企业办医疗机构可牵头组建医联体。

符合条件的国企办医疗机构可纳入医保定点范围。

资金投入：国有企业对举办的医疗卫生机构落实经费保障责任，医疗机构改革和发展建设、设备购置等支出，按照出资关系由举办企业承担必要支出。公共卫生服务等支持可享受与其他医疗机构同等政策，由地方政府按规定予以补助。

人才支撑：《工作方案》中对国有企业办医疗机构用医疗水平高、技术能力强、人事管理完善、具有自主评审医院的三级医院，可试点开展高级职称自主评审，职称评审结果纳入国家或地方高级职称信息库。同时鼓励有条件的国有企业办医疗机构申报医疗卫生领域重点课题和重大项目。

集团化运营管理优势：在重要央企剥离医疗机构的同时，以健康产业为特色的中央企业通过整合等方式，在行业内形成了新势力。通用集团、国药集团、华润医疗三家以医疗健康为主业的国有企业积极参与重组并购，提高医疗资源集成效应，医疗资源优化整合效果显著。

[返回目录](#)

国家医保局新副局长上任，多次发文谈 DRG/DIP 改革

来源：人社部

01、53 岁上任副局长、曾为人社部社保中心副主任

1 月 10 日，人社部发布国务院任免国家工作人员公告，任命黄

华波为国家医保局副局长。



黄华波，湖北孝感人，1970年1月生，1996年7月参加工作，在职研究生学历，经济学博士。

公开资料显示，黄华波曾任人社部社会保险事业管理中心副主任，2018年5月国家医保局正式挂牌后，黄华波先后任监管组副主任、基金监管司司长、医药服务管理司司长等职务，现被任命为国家医保局副局长。

包括黄华波在内，国家医保局目前共有四位副局长，另三位分别为施子海、李滔、颜清辉。

这位新任副局长的履历与颜清辉以及国家医保局原副局长陈金甫有着相似之处——均曾在人力资源社会保障部任职。

据悉，颜清辉曾任人社部医疗保险司处长、工伤保险司副司长，2013年至2018年任人社部医疗保险司副司长，目前为国家医保局副局长；陈金甫曾在2008年至2018年间任人社部医疗保险司副司长、司长，2018年起任国家医保局副局长，已于去年9月退休卸任。

除办公室外，国家医保局还有其它六个内设机构，包括规划财务

和法规司、待遇保障司、医药服务管理司、医药价格和招标采购司、基金监管司、机关党委(人事司)，各司具体职能可参考下图：

02、多次发文谈 DRG/DIP 支付改革

截至 1 月 12 日下午，国家医保局官网暂未更新最新的人事组成及其负责领域。

黄华波近一年发布于“中国医疗保险”公众号的 5 篇署名文章中，出现频次最高的 3 个词汇分别是“医保”“改革”“DRG/DIP”，分别被提及 189 次、153 次、140 次。

2011 年 5 月，人社部发布《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》，提出有条件的地区可逐步探索按病种分组(DRG)付费办法，进入 DRG 早期探索时期。

十年后，国家医保局于 2021 年发布《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，DRG/DIP 支付方式改革从“30+71”（30 个城市 DRG 付费国家试点+71 个城市 DIP 付费国家试点）走向全面覆盖，同时分四个方面，提出共 16 项工作任务。中国卫生信息与健康医疗大数据学会中医药专委会委员、执业医师齐正伟曾表示，按国外经验 DRG 模式试点周期一般是 3-5 年。此前，中国已经历了 2019 年的顶层设计、2020 年的模拟运行、2021 年的试点区实际付费，2023 年将进一步向全国推进。

《计划》指出，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；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。

03、DRG/DIP 改革加速行业分化部分产品将被“拒之门外”

从量化指标来看，《计划》要求统筹地区启动 DRG/DIP 付费改革工作后，按三年安排实现 DRG/DIP 付费医疗机构病种全面覆盖，每年进度应分别不低于 70%、80%、90%，2024 年启动地区须于两年内完成。

有业内人士认为，DRG/DIP 支付方式改革前期需要大量样本、数据作参考，以判断费用合理性，在初期“要求 70%还是时间紧、任务重”。

比如，有的地区启动初期难点是领导决心和部门共识，有的地区缺乏启动资金，有的地区数据清洗、测算和病种分组困难，有的地方系统建设和功能开发上线成为障碍……黄华波认为，这需要各地针对当地实际锁定难点集中攻关。他还表示，DRG/DIP 改革关键还是靠人来推动来实现。

无论是医保部门还是具体医疗机构，都需要大量精准掌握 DRG/DIP 付费原理和规范标准，熟练使用 DRG/DIP 付费工具的主管领导和业务骨干。

按照《计划》中“双百行动计划”的要求——国家医保局每年培训省级骨干 100 人(含省级医保局分管领导、医药处负责人、业务骨干各 1 人);地市业务骨干 100 人(新启动改革地区各 1 人)，黄华波预计，再用几年的时间，全国医保和医疗机构可以培训出一大批精通 DRG/DIP 付费的业务骨干。

此外，DRG/DIP 支付改革从来不是单线运行，其与医保谈判药品“双通道”管理、带量采购等构成的组合正在更新药品的市场准入标准。

从市场角度看，这些改革会加速医药行业的分化与重构，提高行业集中度，而那些缺乏成本优势、临床价值、创新能力、市场准入条件的产品都将被拒之于公立医院门外。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG 付费下，医保结算清单该如何填写？

来源：金豆数据

医保 DRG 付费，科学分组是前提，精确付费是保障。为了更准确分组和付费，国家医保局推出医保结算清单作为 DRG 付费的主要依据。因此医保结算清单填写是否规范、准确，会直接影响病例入组，与医院经济效益息息相关。

本文将 A 县 DRG 医保结算清单上报为例，带大家了解“医保结算清单”填写方式。

A 县医保结算清单数据获取模式

A 县开展住院服务的定点医疗机构有 59 家，除中医、精神疾病和康复类专科外，符合 DRG 付费条件的 50 家医疗机构，已全部实行 DRG 付费。

A 县 DRG 付费医院医保结算清单数据获取模式主要有两种。第一种为“采集式”，由病案部门主导，结算清单采用“只采不填”的方式，即从医院电子病历系统、HIS 系统、财务系统等直接采集，病案部门负责审核。第二种为“填报式”，由临床科室主导，医生填写病案首页和医保结算清单，病案室负责审核管理。

“采集式”医保结算清单

A 县乡镇及社会办定点医疗机构医保结算清单数据全部来自病案首页，医院 HIS 系统看不到医保结算清单，直接上传数据后生成结算清单。这种模式以医疗为基础，临床医生只需填写病案首页，既减少了医生工作量，又避免了人为因素干扰，同时能够有效避免诊断和手术操作的缺填漏报。但“采集式”模式以病案为主导，在实际操作过程中，医生有着“从始至终选择同一疾病为主要诊断”的病案书写习惯，以及“应填尽填”的临床思维，因此直接从病案首页采集而来的结算清单可能不符合结算清单填写规范，导致入组错误、病例歧义或高编。医院医保部门上传之前无法查看医保结算清单，不能完成对结算清单主要诊断、手术及操作及费用关联的审核监督。医保局反馈问题清单环节中，医院只能对实际付费后反馈的清单问题进行排查整改，工作相对滞后。

“填报式”医保结算清单

临床医生是结算清单填报“第一责任人”，在不影响医疗行为的前提下，赋予临床医生“据实填写、修改医保结算清单”的权限，HIS

系统对医生开放填报页面，由医生按照要求进行填报。医保办、病案室、信息科等履行监督管理职能，同时对清单质控结果进行跟踪，确保清单上传质量。这种模式有效提高了清单数据质量，也更接近于临床真实消耗。但是，临床医生填报医保结算清单，可能会为了获得更高支付标准，选择权重较高的诊断作为主诊入组，出现主观“高编高靠”。

清单填写建议

(一) 编码要准

依照医保结算清单填写规范填报疾病诊断和手术操作信息，是获得合理的 DRG 分组的前提。无论“采集式”还是“填报式”模式，都存在病组高编高套风险。医院应充分发挥院内 DRG 管理系统作用，将电子病历、费用明细与医保结算清单“智慧”关联。通过费用分析，剔除无资源消耗相关诊断，鉴别正确主要诊断，合理入组，避免高编。同时，在费用基础上，结合电子病历，对疑似漏报项目进行预警，规避低编损失。保证结算单更接近临床过程和实际资源消耗，以提高医保基金使用效率。

(二) 审核要严

医保结算清单是医保经办部门结算医保费用的关键，也是医保行政部门进行 DRG 监管的重要依据。医疗机构加强审核力度，联合医务部、病案室、医保办、信息科加强专项审核和监管，定期抽取 DRG 付费病案，按照清单填报要求、疾病治疗原则和临床路径管理要求，重

点审核歧异病例、低权重病例、极值病例等异常病例，指导临床质控分析，督促整改，以提高医保结算清单质量。

(三) 责任要清

在结算清单填报过程中，临床医生、医保部门、病案部门三者缺一不可。临床医生必须规范患者疾病诊断的选择，确保准确完整上报；病案部门进行质量监管，既要保证结算清单无缺填漏报，又要保证填报客观真实；医保部门应承担培训和监管主体责任，确保医生掌握规范并填报合理，保障清单上传质量。

[返回目录](#)

DRG 付费时代，医院如何分好医保基金这块“蛋糕”

来源：昆明市医保局

随着改革的不断深入，医改也进入了深水区，改革各方逐渐形成共识：在总额预算管理下，开展适应不同疾病、不同服务特点、激励与约束并重的多元复合式医保支付方式的医保支付方式改革，也许是实现医保、医院和医生与患者多方共赢一个不错的选择。尤其国家医疗保障局成立后，在政府的合理组织和制度安排下推进三医联动，协调各方利益，发挥医保基金战略性购买作用，以切实从根本上解决人民群众“看病贵、看病难”的问题。于是，全国各地开始积极探索开展 DRG/DIP 付费改革试点。事实也证明，这种付费方式改革的转变不仅让医保掌握了基金使用的主导权，也让优胜劣汰的原则在医疗行业得以充分体现：没有先进的医疗技术设备、高素质的医护人员和良好

的医疗服务，这样的医院终究会面临被淘汰的风险，医疗服务将进入“良币驱逐劣币的时代”。

从长远来看，推行医保支付方式改革，无论是对控制医疗费用不合理增长，提高基金使用效率，保障基金安全、可持续；还是对规范医疗服务行为、优化医疗资源配置，促进医疗机构高质量发展，都具有积极效果，最终也都将为参保群众带来幸福感、获得感。可以说，这一改革真正践行了以人民为中心的发展理念。因此无论是从哪个方面讲，开展 DRG/DIP 付费，从来都不是搞不搞的问题，而是必须全力以赴、全面推广的问题。正是基于这样的认识，国家医保局在组织全国试点的基础上，又于去年 11 月印发了《关于 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，要求从 2022 起，用三年的时间在全国范围内组织符合条件的定点医疗机构开展 DRG/DIP 付费改革。

那么，在“医保做蛋糕、医院分蛋糕”的支付方式新时代，医院该如何才能更好适应改革发展、在激烈的竞争中立于不败之地呢？以 DRG 付费改革为例，医院应当做好以下 7 点：

1. 要更加自觉地推进医院内涵式发展。DRG 支付方式改革，给医院“粗放式”增收带上了“笼头”，让医院增收遇到了“天花板”瓶颈，它考验的是医院开展精细化、精确化、精准化管理的能力。因此，医院要坚持与医保的改革保持同频共振，快马加鞭推动医院发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放化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，实现更高质量

发展。作为管理者，要综合考虑 DRG 核心指标，建立全院医保预算模型；实时分析病案分组数据，实现新技术、新项目快速识别、反馈、应用；及时调整低中高病组总量指数占比，优化总量指数结构；构建成本管理模型，建立临床路径与病种权重对应关系，以优质临床路径规范医疗行为；将 CMI 等指标引入考核指标体系，督促临床提升诊疗能力及服务水平。

2. 要始终坚持人才立院。政以才治、业以才兴。DRG 付费时代，医院的生存之道、取胜之道就在于医疗服务技术水平，在于医疗服务人员素质，没有优秀的医务人员，没有过硬的医疗服务技术，很难获得一定数量的患者，更难获得较好的医保支付。如何在有限的医保基金池内抢到更多更大的蛋糕，一靠人才，二靠服务。提高服务质量是为了吸引和留住更多的普通患者；提高医务人员素质则是为了增强和扩大医院的竞争力、影响力，吸引更多的疑难危重患者，确保医院在与众多同级别医院的竞争中立于不败之地。要站在更大的范围和更高的层次来审视、分析医院的人才队伍建设情况，着眼长远发展、形成竞争优势，在加强院内已有医务人员学习培训的同时，有必要从全国各地引进更多优秀的知名的医疗技术专家，通过他们不断打造属于医院的特色专科、优势病种。

3. 要注重把握好控制医疗成本与提高医疗服务质量的平衡。在项目付费模式下，医院为获得较高的医保补偿，需要通过多收治住院患者、多提供医疗服务项目等才能实现，以致大部分医院都出现了严重

的过度医疗、过度检查、过度用药(材)等现象。而 DRG 基于预付制，基于区域次均费用水平，给各个病组设置了收入封顶线，在支付标准外再多做项目、多做检查都是医院的成本。因此，必须摒弃一切“过”的医疗行为，从严控制不合理、不必要的检查、治疗和用药行为，通过“节约”、“节省”来创收。要牢固树立向成本控制要效益的观念，坚持因病施治，切实杜绝不合理、不必要的检查、治疗和用药(材)行为；同时也要确保成本控制有“度”，不能太过，努力“保障医疗服务质量”与“控制医疗服务成本”之间的平衡，并为医疗服务新产品、新技术的发展留出适当空间。

4. 要突出抓好重点科室建设。进入医保支付方式改革的新时代，医保开始向价值医疗买单，高风险、疑难危重的病种权重较高，低风险轻微的病种权重较低。如果医院医疗服务技术水平不高，低权重的病组(病种)较多，医院的经济附加值就比较低。付出越多越没有好的回报。比如三甲医院，其功能定位主要是收治疑难危重患者，必须以开展三、四级手术为主，只有全面提高高权重 DRG 病组的占比，提高与同级别医院之间的 CMI 比值，医院才能创造良好的经济效益；反之，如果把大量的人力、物力、财力用于收治常见病、多发病这些该由基层医院主要收治的患者身上，医院不可能有好的未来。因为基层病种/病组的不断完善、DRG 权重谈判的深入开展，会导致收治常见病、多发病患者越多，医院亏的越多。因此，随着 DRG 付费改革的深入推进，各级医院一定要按照“小病不出乡、大病不出县、疑难危重

症到三级医院”的要求，认真梳理、严格明确自己的收治病种范围，切实把科室建设重心放在与医院自身地位、身份相适应的地方。三级医院与二级医院之间要注重加强医联体建设，积极推动内科专家力量下沉，最大限度地把常见病、多发病患者消化在县区。

5. 要树立正确的激励导向。按项目付费时代，医院强调的是“量效”，侧重多收患者和多做项目，以获得较好的收益，管理导向是粗放式增长。DRG 则不同，更多的强调病案质量、技术服务能力等“质效”。简单讲，就是按照 DRG 付费，如果医院的绩效考核体系依然采取传统方式，就会出现对多提供的医疗服务，面临不仅医保不买单、医院还要支付科室绩效的“双亏”局面。因此，开展 DRG 付费后，医院必须切实加快建设 DRG 付费模式下的绩效考核体系，促进广大医务人员努力提升学科能力并增强自主成本管控意识。绩效激励的过程中尤其要把握两个方面：一是要注重通过优化病组和 CMI 值绩效设计，加大对对风险程度高、技术难度大的医疗服务项目的绩效激励，积极引导医务人员向“医疗服务能力提升”要待遇；二是要以同一统筹区域内开展 DRG 付费的同级别医院之间的区域平均医疗效率指标为依据，建立科学的薪酬激励机制，积极引导医务人员向“向医疗效率提高”要待遇。

6. 要科学核算医疗服务成本。传统的医院成本核算是基于科室成本核算，关注事后成本核算结果，不太重视精细化项目及病种成本核算与事前管控。而 DRG 基于病种支付、基于预付制，等于把治疗疾病

的费用事前打包，强调事前成本预算核算、事中成本管控、事后成本分析评价等全流程管理，由此，原来医院的许多收费项目收益现在成了成本。因此，要按照合理诊断、合理检查、合理收治、合理治疗、合理用药、合理收费的要求，将成本核算细化到病组/病种成本，切实算清各个 DRG 病组/病种医保支付标准与医疗成本之间的盈亏情况，全面开展科室、病种“经济贡献度和学科贡献度”分析，指导各个科室精准地按照每个病组/病种的医保支付标准进行成本管控，同时为科学评价医师绩效和精准成本管控提供数据支撑。

7. 要持续发力基础建设。一是要加强结算清单填写培训。正确、规范、完整的结算清单，是 DRG 准确支付的主要凭据，其中主诊断填写是否科学合理直接影响到医保支付率，而清单填写则是完整率直接决定是否能入组，并影响对高倍率、低倍率、超高病例的管理。因此，一定要从编码员队伍建设抓起，不断加强医务人员首页和清单填写培训，着力提高医院数据质控水平。二是要加强信息化建设。DRG 付费基于大数据分析原理，支付颗粒度到病种，不仅需要病案首页数据，还需要 HIS 数据、成本数据、绩效数据等，是医院行政管理的 MDT，是典型的业财融合。因此，一定要建立完善的信息系统，为医院实施精细化、精准化、精确化管理提供可靠的信息平台支持。三是加强道德风险防范。开展 DRG 付费的初期，医务人员有可能出现诊断升级、分解出院、选择性收治病人等现象，而这些行为都是医保要严厉打击和查处的，因此医院应加强对医护人员的价值观引导，不要以身试险。

• 医疗信息化 •

医保基金智能监管平台构建与应用

来源：河北省人民医院

作为医院收入的重要组成部分，医保基金决定着医院的生存和发展。提高医院精细化管理水平，保障医保基金合理使用，是目前亟待解决的问题。本研究以河北省人民医院医保工作为例，介绍了信息技术支持下的医保基金智能监管模式。

1、传统医保基金监管模式

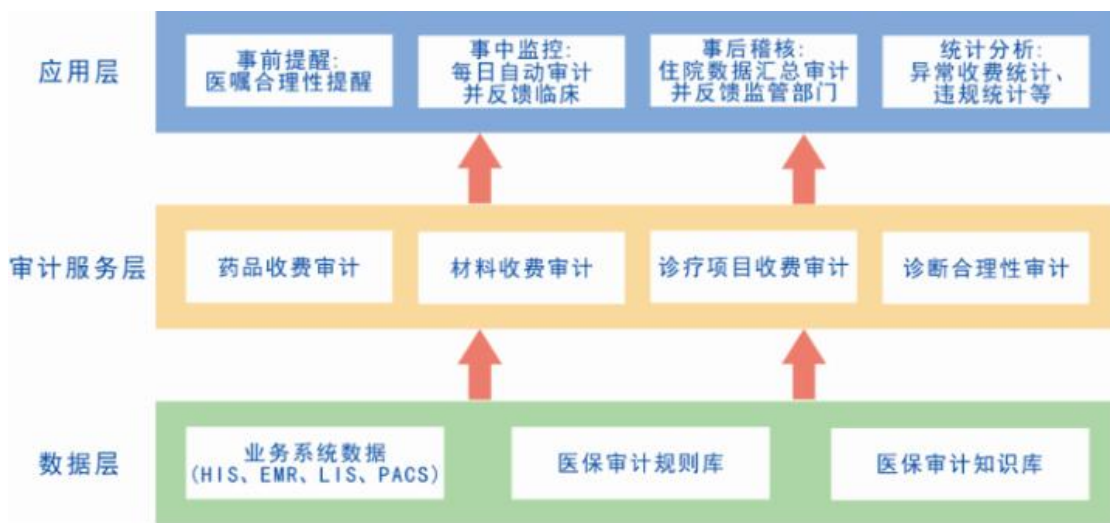
传统医保基金监管模式下，医疗机构主要依靠医保管理部门人工抽检规避违规情况，后期由社保中心统一对医保数据展开核查，对疑似违规问题进行汇总并反馈给医疗机构。

该监管模式存在如下问题：(1) 主要聚焦事后监管，缺乏事前和事中闭环监管链条；(2) 主要依靠人工审查，效率低下，难以覆盖全部医保违规风险点；(3) 医保政策专业性强，医护人员由于对医保政策理解偏差可能造成违规；(4) 事后监管为被动监管，监督作用有限。

2、医保基金智能监管模式

为解决传统医保基金监管模式存在问题，河北省人民医院依托信息技术构建了医保基金智能监管平台，其总体架构分为数据层、审计服务层、应用层。数据层分为 3 部分：一是通过医院信息集成平台与

数据中心整合医院信息系统(HIS)、电子病历系统(EMR)、实验室信息管理系统(LIS)、影像归档和通信系统(PACS)等业务系统数据;二是构建医保审计规则库;三是构建医保审计知识库。审计服务层是基于医保审计规则库与知识库对患者诊疗数据进行系统审计,包括对药品收费、材料收费、诊疗项目收费以及诊断合理性等进行规则校验。应用层是通过医保审计规则库开放的 REST API 服务接口嵌入 HIS 进行事前提醒、事中监控、事后稽核,并依托“智能审计引擎”对在院患者诊疗信息进行动态审计,完成违规医疗行为的智能监管和审计分析。如下图所示。



3、应用效果

自 2021 年 2 月平台全面上线应用以来,该院不断完善医保审计规则库,共建立规则 14 706 条。通过患者转科或出院时的强制审核,及时拦截了违规问题,有效避免了违规扣款,实现了不合规事项的闭环管理。截至 2021 年底累计阻断违规问题 32 180 次,涉及金额 1 506.49 万元,违规纠正率达 94.38%。

通过违规问题分析，该院进行针对性管控，有效减少了违规医疗行为的发生。统计数据显示，该院 2021 年全年医保拒付比例从 1.14% 下降至 0.21%，院内重点监控指标医保目录外药品费用占比从第一季度的 1.93% 下降至第四季度的 0.91%。

[返回目录](#)

我国医联体内医疗机构信息化建设现状调研

来源：国家卫生健康委医院管理研究所

医疗联合体(以下简称“医联体”)是整合区域内医疗资源，促进优质医疗资源下沉，提升基层医疗机构服务能力的重要举措。在信息技术支撑下，医联体平台依托内部信息系统、电子病历系统业务，向外延伸开展远程医疗/远程会诊、分级诊疗/双向转诊、运行管理等服务。本研究调研了全国医联体内医疗机构信息化建设现状，总结医联体内医疗机构信息化建设存在问题，并提出了改进建议。

研究方法及研究对象基本情况

调研面向全国参与医联体建设的医疗机构。通过在线调研方式进行，调研时间为 2021 年 7 月-9 月。调研问卷由医疗信息化行业专家参与制定，浙江省和上海市 20 所医疗机构进行试点填报，再由专家修订后形成最终版调研问卷。

本次调研收到反馈问卷 2 704 份，剔除逻辑矛盾、数据缺失比例超过 50% 的问卷，有效问卷为 2 462 份，有效率为 91.05%。参与调研医疗机构来自我国东、中、西部地区的 16 个省(自治区、直辖市)。

医联体内医疗机构信息化建设存在问题

1、信息化建设标准不健全，数据规范标准不统一。

医联体内医疗机构信息化建设缺乏统一思路，没有形成统一的信息化建设体系，各医疗机构各自为政，信息化水平参差不齐，导致医联体间信息共享困难，亟需出台统一的医联体内医疗机构信息化建设标准。

2、信息安全意识有待提高。

医联体内大部分医疗机构独立进行网络安全建设，数据安全管理体系基础不牢固，没有统一规划，信息安全意识薄弱，造成管理难、效率低、平台安全架构松散等问题。

3、资金与人才保障措施有待落实。

医联体内医疗机构信息化建设资金主要来源于自筹，医疗机构资金有限，亟需扩大资金渠道。同时，信息化人才引进和培养方式也有待完善，尤其是基层医疗机构。

医联体内医疗机构信息化建设对策建议

1. 以需求和应用为导向。根据医联体内医疗机构信息化建设目标，合理、科学规划，以数据联通、信息共享为目标，在不同类型医联体内建设适合其业务发展的信息沟通机制、数据传输机制、网络安全机制等，有规划、有步骤地推进医联体内医疗机构信息化建设步伐。

2. 落实保障措施。政府需统筹建立医联体内医疗机构信息化建设的人、财、物管理机制。建立分工协作机制和利益共享机制，一方面

加大医联体、医疗机构的信息化资金投入，可通过增加政府投入资金、吸纳社会力量支持等方式扩大资金渠道；另一方面注重信息化人才培养，在人才专业化培养、晋升机制上下功夫，使人才“留得住”。

3. 增强网络安全防护。各医联体内医疗机构应高度重视信息安全管理，落实基础安全保护措施，如部署安全套接字层/数字证书等，防止黑客入侵。建立医护人员账号个人负责制，对医护人员盗取患者信息行为进行严格追责。健全信息安全监督管理制度，配备专业人员进行信息安全和网络安全管理。

4. 制定智慧医联体建设标准。信息化建设可从基层入手，以医疗记录共享为切入点，以点带面，建立区域化信息共享网络。加强基层医疗机构信息化建设，提高基层医疗机构数据质量，增强医联体内医疗机构数据接入能力。政府部门可根据不同医联体类型制定医疗机构信息化建设标准，以保证数据的联通性、共享性。可先在部分地区进行试点，根据试点反馈不断调整，最终把建设标准推向全国。

[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