

医药先锋系列之



*Medical weekly pharmacy*

# » 医周药事

2025年第4期

(2025.01.20-2025.01.26)



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。）

### • 两会前瞻 •

▶ [2025 年省级两会都聚焦哪些医保民生重点问题？](#)（来源：医药经济报）——第 6 页

【提要】日前，国家医疗保障局办公室发布关于推进基本医保基金即时结算改革的通知，明确以全国统一的医保信息平台为支撑，在做好医保基金预付的同时，充分考虑定点医药机构需求和能力，2025 年全国 80%左右统筹地区基本实现即时结算，2026 年全国所有统筹地区实现即时结算。

▶ [2025 年地方两会带来哪些“民生礼包”？](#)（来源：新华网）——第 13 页

【提要】1 月中下旬以来，全国各省区市集中迎来了一年一度的地方两会时间，与老百姓息息相关的民生事项，也都落到了各地 2025 年政府工作报告中。新的一年，老百姓将从各类暖政中收获哪些“民生礼包”？

### • 分析解读 •

▶ [2025 年医保改革趋势：三个关键词](#)（来源：医改界）——第 18 页

【提要】在人口老龄化趋势日益显著、医疗卫生总费用与住院人数迅

猛增长，以及医保、卫生健康等领域改革持续深化的背景下，医保基金的可持续发展正面临前所未有的严峻挑战。面对这一系列复杂多变的环境因素，进一步强化医保基金的监管工作显得尤为关键且紧迫。

[▶ 国家医保局发文！回顾 2024 年大数据如何为医保工作“添砖加瓦”？](#)（来源：中国医疗保险）——第 26 页

【提要】1 月 23 日，国家医疗保障局办公室发布《关于建立医保数据工作组更好赋能医疗机构发展的通知》，提出要进一步发挥医保数据赋能医疗机构发展的作用。回顾 2024，大数据在医保领域全面加“码”提速——医保码一扫，就能便捷实现挂号、取药等就诊环节；有了“比价神器”，高效购药不再是难题；影像资料打破“信息孤岛”，无需带着胶片东奔西跑；数字留痕，对欺诈骗保行为“精准亮剑”；药品也有“身份证”，全场景应用与全流程监管保障药品安全……

### • 医药专栏 •

[▶ 医保目录调整 4 月启动，首版丙类目录聚焦创新](#)（来源：医药经济报）——第 32 页

【提要】1 月 17 日，国家医保局召开的“保障人民健康 赋能经济发展”主题新闻发布会上宣布，2025 年医保目录调整将提前，预计 4 月初开始申报，争取 9 月份完成整个目录调整。2025 年内还将发布第一版丙类药品目录，丙类目录与国家基本医保药品目录调整同步开展。

▶ [有关原研药和仿制药价格的四个真相](#)（来源：首都医科大学）——第 37 页

【提要】对于原创新药，由于研发投入大、临床价值高、独家垄断销售等特性，企业通常按照社会最高承受能力定价。

• 专家观点 •

▶ [观点 | 应亚珍：DIP 付费关键技术应用和优化路径研究](#)（来源：《医保支付方式改革蓝皮书》）——第 40 页

【提要】为确保支付改革质量不断提升，各地正确把握改革方向，以《三年行动计划》为指引，抓扩面、建机制、打基础、推协同，在理论与实践互动、技术规范标准建设中稳步推进。全面了解 DIP 付费逻辑及其技术要点，使各方认识更加趋同，保证改革不走样、不走偏，有效率、有质量、有效果。基于此，本文从 DIP 付费的特点、优势和设计理念，以及实施 DIP 付费需注意的技术难点等方面，重点对 DIP 付费的关键技术应用和优化路径进行了分析。

▶ [观点 | 陈张铭：全力打造深化医改地市示范样板](#)（来源：中国卫生杂志）——第 44 页

【提要】陈张铭参与推进医改工作 15 年来，始终坚持用改革的办法破难题、促发展、开新局。突出“三个优先”，破解“组织保障”之难；突出“系统集成”，破解“三医协同”之难；突出“供给侧改革”，破解“量质并进”之难；突出“人民至上”，破解“可感可及”之难。

• 国际视野 •

▶ [零工经济背景下的灵活就业人员医疗保障国际经验](#)（来源：国家卫生健康委卫生发展研究中心）——第 46 页

【提要】世界劳工组织的数据显示，全球约有 7 亿人从事零工经济。在我国，零工经济规模逐年增长，特别是在互联网平台的推动下，外卖配送员、网约车司机和短期合同工等新业态灵活就业人员不断增加。国家统计局 2023 年数据显示，我国新就业形态就业人员已达 8400 万人。

▶ [破解天价药支付难题，美国医保打了个样](#)（来源：亿欧）——第 51 页

【提要】生命是无价的，但医保资金却是有限的。任何一个国家的卫生系统，都不可能为这些新药支付药企要求的任何价格——无论其多么具有革命性。即使是有着创新药天堂之称的美国，也不例外。基因疗法不断刷新着天价药的上限。

## -----本期内容-----

### · 两会前瞻 ·

#### 2025 年省级两会都聚焦哪些医保民生重点问题？

来源：医药经济报

日前，国家医疗保障局办公室发布关于推进基本医保基金即时结算改革的通知，明确以全国统一的医保信息平台为支撑，在做好医保基金预付的同时，充分考虑定点医药机构需求和能力，2025 年全国 80%左右统筹地区基本实现即时结算，2026 年全国所有统筹地区实现即时结算。

事实上，已有地方开始落地医保基金即时结算。1 月 3 日凌晨，安徽省淮北市医疗保障局拨付基本医保基金 219528.76 元至市人民医院账户，在安徽省率先实现医保基金即时结算。对此，安徽省人大代表、淮北市人民医院刘永刚院长称赞道：“实施即时结算改革后，医院每天都能按比例收到上一天发生的住院医保基金，这些真金白银缓解了医院垫付资金的压力，为医院可持续发展赋能助力。”

据了解，刘永刚院长称赞的即时结算是安徽省医保局落实国家医保局部署，自 2025 年 1 月 1 日起实行的医保基金结算改革新模式。实施即时结算后，医保基金拨付时限由通常 60 天左右压缩至 1 天，大幅缩短医保基金对医疗机构的回款周期，缓解医疗机构垫付资金压

力，提高医保基金使用效率。

与此同时，在今年省两会期间，刘永刚院长还建议构建安徽省互利建设体系，促进养老经济发展。随着安徽省人口老龄化进展的加速推进，养老服务需求日益增长，其中，护理队伍建设成为养老事业发展的关键环节。对此，刘永刚院长建议，推动护工纳入城镇养老、医疗、工伤等社会保险范畴，将符合条件的护工费用纳入医保的报销范围，减轻家庭养老负担，促进护工行业的职业化、社会化发展，助力安徽省养老经济繁荣，希望为安徽省老年人创造更加优质、安心的养老环境，实现养老事业与经济社会的协调发展。

今年省两会期间，各地医药界人大代表们，围绕民生健康，聚焦医保领域，还有哪些积极建言献策？

### 破解医疗机构“回款难” 安徽上线医保基金即时结算

过去，医保基金对医疗机构结算一直是“后付制”。这种基金拨付方式存在滞后性，一笔医保应付费，自患者出院后一般需要 60 天才能到医院账户上。如遇到异常结算需要沟通复议等情况，有时需要更长时间才能到账，不利于医院资金流转。

为破解这一难题，国家医疗保障局要求各省积极探索住院医保基金即时结算新模式。2024 年 12 月，安徽省医疗保障局、安徽省财政厅在全省开展医保基金即时结算改革试点，在现行医保基金结算流程和国家(安徽)医保信息平台运行基础上，以信息化智能手段为支撑，

推进“日拨付、月结算、年清算”的医保基金结算机制，即：患者办理出院结算时，医保信息平台业务子系统实时抓取患者的医保结算信息，自动按照医保基金支付金额的60%予以拨付。实施即时结算后，医保基金拨付时限由通常60天左右压缩至1天。

国家医保局表示，推进医保基金即时结算，难改的不是技术问题，而是思想观念。大量资金沉淀在医保专户上，就像“钱握在手里攥不出水”。“后付”变“现付”后，可为定点医院显著解决现金流问题。

具体而言，安徽省医保局对结算业务规则、基金核拨流程进行调整，在此基础上优化升级医保信息平台，畅通数据跑路“信息流”，做到不需要医院改造HIS系统、不增加医院成本费用、不增加医院财务等科室人员工作量，仅用不到2个月时间就实现了全省医保结算模式转换和改革举措快速落地。

下一步，安徽省医保局将进一步贯彻落实全国医疗保障工作会议精神，要用好医保基金预付、结算的政策工具箱，积极推进医保基金即时结算、直接结算和同步结算改革。

面对行业人士聚焦的“医保基金回款难”问题，安徽省医保局先行先试，给全国各省医保基金对医疗机构即时结算改革提供了可行方案。随着新模式逐渐成熟落地，有望在全国铺开，破解医药行业资金流转不畅的难题，改善医疗机构及全行业的现金流水平，更好地赋能医药行业健康发展。

## 省两会聚焦医保结算 建议加快信息化建设

无独有偶，在医保结算方面，湖南省人大代表、九三学社湖南省委会专职副主委李少阳同样十分关切，在湖南省两会上，李少阳针对医保统筹基金收支失衡、医疗机构应收账款拨付周期过长、监管不到位、医保资金回款难又慢等的现实问题，带来相关建议。

“回款按时与否，直接关系到医疗机构的运营和资金周转。”李少阳认为，在制度设计上，应该明确医保部门和医疗机构还款账期，不能将所有资金压力最终传递到医药企业。同时，通过加快全省医保信息化建设，实现医保业务全流程数字化，以完善医保费用审核机制，提高医保基金使用效率。“比如通过数据共享、智能化管理等方式，进一步优化医保结算流程，缩短审批和支付时间，探索电子化结算、智能审核等方式，以提高结算效率。”

李少阳还指出，随着人口老龄化加剧和疾病谱发生改变，湖南医保费用支出逐年持续增长，可参考产业供应链相关金融模式，开展协同创新，开放多元融资渠道，包括建立第三方预付、商业保险、社会捐赠等方式，以有效缓解医保和医疗机构资金压力，同时通过调整医保缴费标准、扩大医保覆盖面、优化医疗服务结构等措施，确保医保统筹基金的收支平衡。

黑龙江省人大代表、省工商联副主席、省科协副主席胥军则建议，通过加强医保信息化建设，为医保高质量发展赋能。胥军指出，随着

我国医疗保障体系的不断完善和深化，医保信息化建设已成为推动医保事业高质量发展的重要引擎。当前，医保信息化建设正处于关键时期，面临着诸多机遇与挑战。

为了进一步提升医保服务效能，促进医保事业可持续发展。胥军指出，首先，加强信息安全防护及基础设施建设。赋能医保基金安全、多层次医疗保障体系、促进全民参保、支付方式改革、医疗服务价格改革、集中带量采购提质扩面等医保重点改革方面发挥更大的作用。

其次，胥军建议加强构建医保智能化业务协同体系。依托医保信息平台，构建医保智能化业务协同体系，加强医保信息平台的全面应用，面向全省医保业务部门提供“智能查询、智能分析、智能显示、智能共享”的数字集成。

最后，胥军还建议加强促进信息技术、人工智能共同发展。加快医保与信息技术、人工智能的协同发展，推动全省医保大数据与黑龙江数据政府建设有机融合，赋能医保事业高质量发展，赋能医药机构和医药产业高质量发展，赋能医保、医疗、医药协同发展和治理。

## **加大基层医疗保障力度**

### **重点关注罕见病、妇女、儿童群体**

在省两会期间，福建省另一位人大代表兰琼提出了《关于城乡居民医保建立缴费年限和筹资水平、待遇水平相挂钩机制的建议》，其中分析了主动“弃保”群众的想法，建议探索建立缴费年限和筹资水

平、待遇水平相挂钩的机制，保障医保制度的可持续性。

“要完善对居民医保连续参保人员和零报销人员的大病保险待遇激励机制，城乡居民医保相应的筹资金额(个人缴费部分)也可根据其连续缴费年限进行适当地缩减或补贴，个人缴费部分的金额也应同职工医保一样纳入个人账户，余额累计使用，也可共济，还可享受个人账户的累积，增强获得感。”兰琼还建议加强门诊保障，同步降低门诊起付线、提高最高支付限额和支付比例，可根据连续参保年限分阶梯设定，进一步减轻参保人员的医疗费用负担。

与此同时，基于对基层医疗卫生的深入了解，新疆维吾尔自治区人大代表卡米夏提·吐尔达肯提出了多项政策建议，如建议医保改革及医疗改革宣传方式多元化，建议各级医院影像数据共享，避免重复检查，以电子胶片取代传统物理胶片，在节省医疗费用的同时还能节能环保。这些建议对于推动基层医疗卫生发展、解决看病贵看病难问题具有重要意义。

在罕见病领域，江苏省人大代表、南京医科大学附属儿童医院院长张爱华表示：“我们需要更多地去关注罕见病群体，帮助他们脱离困境。”建议应全面完善罕见病医疗保障相关政策，切实为患者家庭减轻负担。“一方面有很多高值的罕见病药物还没有纳入医保的范畴里，另外一方面现行的政策也需要进一步完善。”

张爱华坦言，目前仍有很大一部分罕见病用药虽然已经进入医

保，但只能在住院期间使用，门诊用不了，对于需要长期用药的病人来说不仅增加了经济负担，无形中也导致了医疗资源的耗费。“我们期待罕见病的医保是多层次的保障，在政府专项医保覆盖的同时，还需要商业保险、慈善救助作为补充，形成可持续、可发展、完整规范的医疗保障体系。”

陕西省人大代表、大荔县妇幼保健院院长王丽表示，作为守护妇女和儿童健康的医疗工作者，深知儿童在就医过程中所需的平均住院费用相较于成人来说是较低的，但目前执行的儿童医保起付线与成人执行的是同一个标准，报销比例相对较低，给基层家庭、多孩家庭造成了一定的经济负担，引起了基层群众的广泛关注。建议适度调整改革儿童的医保起付线标准，减轻儿童在医疗方面的经济压力，缓解看病负担，提高儿童医疗服务的公平性和可及性。

与此同时，湖南省人大代表、郴州市发展投资集团城市运营公司董事长谢雯提出了将产后康复项目纳入医保范畴的建议，将产后子宫复旧、乳腺疏通，盆底康复等最常见项目纳入湖南省医保目录。“科学统筹纳入医保目录项目。”谢雯认为，产后康复的项目中，产后子宫复旧、乳腺疏通和盆底康复是最常见的项目，这些项目有助于孕产妇身心健康，提高其生活质量，“建议将以上三项纳入湖南省医保目录”。

[返回目录](#)

## 2025 年地方两会带来哪些“民生礼包”？

来源：新华网

1 月中下旬以来，全国各省区市集中迎来了一年一度的地方两会时间，与老百姓息息相关的民生事项，也都落到了各地 2025 年政府工作报告中。

新的一年，老百姓将从各类暖政中收获哪些“民生礼包”？一起来看看。

### 就业：明确新增就业数量推出真招实招

过去一年我国就业形势保持总体稳定。面对就业压力，今年各地又将推出哪些稳就业新举措？

经济重镇浙江省的政府工作报告提出，实施就业优先战略；确保城镇新增就业 100 万人以上，保持 2300 万省外劳动力和 240 万省外脱贫劳动力在浙稳定就业。河北省提出促进高质量充分就业；确保零就业家庭动态清零，城镇新增就业 86 万人。湖南省明确，城镇新增就业 70 万人。甘肃省提出，继续支持 1 万名未就业普通高校毕业生到基层就业，城镇新增就业 30 万人。

为保障重点群体就业，各地真招、实招不断。山西省将实施重点领域、重点行业、城乡基层和中小微企业就业支持计划，做好高校毕业生、农民工、脱贫人口等重点群体就业，以工代赈吸纳低收入群众务工。云南省将推广“幸福里”就业服务做法，招“小商”、建“微

工厂”，办好家门口务工车间。

高校毕业生就业持续受到社会各界的广泛关注。甘肃省政协委员、甘肃省人力资源和社会保障厅厅长周丽宁说，促进高校毕业生就业要不断开辟吸纳就业新空间，要持续加大政策支持保障力度，不断优化公共就业服务，继续开展好“大学生就业驿站”“人才夜市”“零工市场”“人社局长直播带岗”等就业服务，确保高校毕业生等青年群体就业形势总体稳定。

### **生育：进一步降低生育、养育、教育成本**

一些地方拿出真金白银，减轻家庭“三育”负担。

云南省政府工作报告明确，落实生育补贴政策，提升优生优育服务水平，全面实施新生儿“出生即参保、出院即报销”，健全普惠托育服务体系。重庆市提出，稳妥推进生育津贴即申即享。福建省将制定完善生育补贴、普惠托育服务专项奖补等政策，推进公办幼儿园改造新增普惠托位。

为缓解教育焦虑，一些地方加快扩大优质教育资源供给。湖南提出，推动义务教育优质均衡发展，建立与人口发展相适应的教育资源配置和转换机制。天津提出，深入实施基础教育扩优提质行动，完善集团化办学、城乡结对帮扶等优质均衡发展推进机制；新建改扩建中小学校 11 所，新增学位 1.62 万个。

湖南省人大代表、湖南省长沙市仰天湖教育集团总校长刘菲菲

说，配置教育资源要适应人口变化形势的要求，缩小城乡、区域、校际之间的教育差距，实现教育公平的目标；应依据学龄人口数量和结构变化，动态调整教师编制，确保教师数量与学生数量相匹配。

### **医疗：优质医疗资源扩容下沉**

新的一年，各地政府工作报告把推进医疗资源均衡布局当做重点来抓，让群众在家门口就能看好病。

天津市政府工作报告提到，促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，推进紧密型医联体建设。新疆提出，实施医疗卫生强基工程，深化以公益性为导向的公立医院综合改革，推进县域医共体建设，推进优质医疗资源规划布局、扩容下沉和能力提升。

一些地方还推出便利化就医举措。比如，北京提出新增电子病历共享应用、检查检验结果互认医院 60 家，覆盖二级以上医疗机构 97% 的门诊量。江西提出 90% 以上的村(社区)配备家庭健康指导员。福建将拓展推广先诊疗后付费、“免陪照护服务”、检查检验结果互认、远程诊疗等医疗便民举措。

天津市人大代表、天津市人民医院院长高明说，各地在补齐医疗资源分布不均短板、提升医疗机构服务质量的同时，还应关注患者的就诊感受，进一步提升群众对医疗服务的满意度。

### **养老：养老金、养老设施水平将进一步提升**

2024 年末，我国 60 岁及以上人口首次突破 3 亿人。让老年人安

享幸福晚年，也是各地政府新一年民生工作的发力方向。

北京等多地提到，适当提高退休人员基本养老金，提高城乡居民基础养老金。

广东省政府工作报告提到，开展老年健康促进行动，加强适老化改造和无障碍环境建设，发展社区支持的居家养老，扩大普惠养老服务，推进乡镇敬老院优化整合和转型发展；优化老年助餐服务，深化“长者饭堂”建设。吉林省将为 7000 户困难老年人家庭实施适老化改造；新建改建合作助老餐厅和助餐点 1000 个。贵州提出，为 2 万名特殊困难老年人提供居家上门服务，完成 8000 户特殊困难老年人家庭适老化改造。

广东省政协委员、广东省工商联常委李婧说，长期护理保险制度既能发挥“兜底”作用，也可以在需求端刺激和扩展老年人的养老服务需求，提升老年人养老支付能力。她建议加快推动建立完善长期护理保险制度体系，进一步满足老年人的养老服务需求，减轻老年人养老支付压力，促进社会养老服务产业发展。

### **住房：让百姓从“有房住”到“住好房”**

记者梳理发现，在不少地方的政府工作报告中，“好房子”成为高频词汇。

北京市政府工作报告提出，优先向轨道交通站点和就业密集地区供应住宅用地，建设筹集保障性租赁住房 5 万套、竣工各类保障房 8

万套;加大新开发居住区配套设施补短板力度,建设适应群众高品质生活的“好房子”。浙江省提出,稳妥推进现房销售试点和“好房子”建设试点,更好满足刚性和改善性住房需求。陕西省将完善并提升住房建设标准,加大“好房子”供给。

各地还将大力实施城市更新、老旧小区改造,让“老房子”变成更宜居的“好房子”。上海市提出,全面完成中心城区零星二级旧里以下房屋改造,完成31万平方米不成套旧住房改造,启动25个城中村改造项目。天津将推进30个城中村改造项目,启动180个城镇老旧小区改造。

“老旧小区改造是城市有机更新的重要一环,一头连着城市发展,一头连着民生福祉。”天津市人大代表、天津市河东区大王庄街道党工委书记王虹说,通过老旧小区改造,社区更新了老旧管网设施、增加了停车位和智能充电设施、平整了小区路面、增设了口袋公园等居民活动场所,精细入微、人性化的改造让群众居住品质得到了显著提高。

[返回目录](#)

## • 分析解读 •

### 2025 年医保改革趋势：三个关键词

来源：医改界

2025 年是“十四五”规划的收官之年，也是将全面深化改革推向纵深的关键之年。日前召开的全国医疗保障工作会议明确提出 8 项重点工作，并要求各级医保部门坚定不移推进医保改革，守好用好人民群众的“看病钱”“救命钱”，赋能医药机构和医药产业高质量发展，促进医疗、医保、医药协同发展和治理。

今天，我们选取 3 个医保改革关键词，与您一起伫立岁首，回望来路，展望未来。

#### 关键词：基金监管

##### 治理层面的挑战与完善

在人口老龄化趋势日益显著、医疗卫生总费用与住院人数迅猛增长，以及医保、卫生健康等领域改革持续深化的背景下，医保基金的可持续发展正面临前所未有的严峻挑战。面对这一系列复杂多变的环境因素，进一步强化医保基金的监管工作显得尤为关键且紧迫。

##### 挑战 | 软硬件升级带来新问题

当前，医保基金监管面临多重挑战，既包括技术、制度等基础设施层面的不足，也涉及人员行为、骗保手段日益复杂以及体制改革深化带来的新问题。在技术方面，尽管大数据、人工智能、区块链等新

技术已初步应用于医保基金的数字化监管，但其实际效能仍有待提升。目前，医保数据主要集中于结算环节，缺乏过程数据的支撑，导致大数据在事前预防和事中监控中的作用未能充分发挥，同时数据真实性的有效验证也尚未实施。此外，部分数据系统孤立存在，兼容性差，数据传递存在滞后性，且大数据技术与实际需求之间存在不匹配的问题。尽管一些地区已建立了电子数据收集与存储系统，但这些系统的实时监测、动态分析及智能预警功能尚未得到充分开发和利用。

医院和医生等利益相关者的行为也对医保基金的安全构成重要影响。公立医院在承担社会责任的同时，也面临着生存和发展的双重压力。医生的行为则既受专业操守的约束，也受机构内部激励机制的影响。部分医疗机构在内部监督中缺乏对医保基金使用行为的明确规范，导致医生的不当行为难以及时纠正。此外，也有医院因对相关法规和政策了解不足，而无意中违反了规定。

随着体制改革的深化，新的挑战也随之而来。特别是在按疾病诊断相关分组(DRG)/按病种分值(DIP)支付模式下，个别医疗机构出现了推诿重症患者、过度节约成本、高编高套、低标入院、分解住院、虚假住院等不当行为，进一步加剧了医保基金监管的难度。

### **完善 | 建立立体的长效机制**

站在新的历史节点，未来的医保基金监管工作需全面深化法治根基、加速技术创新、促进多方协同合作、强化信用体系建设、拓宽社

会监督渠道，并着力提升监管队伍的专业能力。

首要任务是强化法治建设，确保医保基金监管有法可依、执法必严。《医疗保障基金使用监督管理条例》的出台是依法监管的重要里程碑，但未来仍需更高层次的法律支撑及健全的执法监督机制，以保障法律法规的全国一致性执行。

智慧监管将成为关键驱动力，依托全国医保信息平台，整合数据资源，构建实时监控系统。大数据分析、人工智能算法将助力自动化监控基金支付与医疗行为，及时发现并预警违规行为。为此，需加大资金、人力和技术投入，推动医保大数据与智能监控知识库的建设，加速子系统开发，并推广地方成功经验，吸引科技企业参与技术创新与应用。

监管队伍的专业化建设同样不可或缺，需加强医保基金监管执法机构与队伍建设，建立标准化的执法流程和考核机制。执法人员需接受全面培训，并注重新技术应用能力的培养，以确保监管工作的规范化与高效性。

跨部门协同监管是构建安全防线的关键，需打破部门壁垒，完善联合执法机制，特别是在打击骗保行为上，医保、卫生健康、市场监管、公安等部门需紧密合作，通过信息共享与联合行动，迅速有效应对违法行为。异地就医结算政策的实施更需加强顶层设计，建立高水平的区域协作平台，统一结算标准，畅通数据共享，明确责任分工，

构建全国协同监管网络。

此外，信用体系的建设与应用将为医保基金监管提供长效机制。引入市场机制与社会监督，丰富医保信用评价结果的应用场景，将其与医疗机构的准入、评优、资金分配等紧密挂钩，并建立退出机制，确保信用管理的实效性，切实保障医保基金的安全与高效使用。

**关键词：支付方式**

### **改革带来的机遇与新局**

2024年标志着按疾病诊断相关分组(DRG)/按病种分值(DIP)支付方式改革三年行动计划的圆满结束。在这三年间，DRG/DIP支付方式的深入推行不仅促进了医保管理体系的日益成熟，更为我国医疗服务体系开启了新的发展阶段与格局。

步入2024年7月，国家医保局正式颁布了《关于印发按病组(DRG)和病种分值(DIP)付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》，明确指出从2025年起，全国各统筹区域需统一采纳2.0版分组标准，旨在进一步提升支付方式改革工作的规范性与统一性。

回顾过往的试点历程，并展望2.0版方案的全面推行，DRG/DIP支付方式改革无疑为我国医疗服务体系带来了诸多新机遇：它推动了医疗机构成本效益意识的增强，促进了医疗资源的优化配置，同时也为患者提供了更加透明、高效的医疗服务。然而，这一改革进程同样伴随着诸多挑战：如何确保医疗质量与成本控制之间的平衡，如何有

效应对可能出现的医疗行为扭曲,以及如何进一步完善相关的监管与评估机制等,都是亟待解决的问题。

### 机遇|全方位规范与管理升级

DRG/DIP 支付方式通过对疾病的严重程度、治疗难度及资源消耗等关键要素进行量化评估,利用总权重、病组(病种)数量、病例组合指数及次均住院费用等核心指标,为医疗质量控制与绩效管理提供了科学依据。这一支付机制的实施,促使医疗机构在合理用药与耗材管理上追求更高水平的精细化。

在药物使用方面,DRG/DIP 支付强调基于循证医学原则与临床诊疗指南,确保药物选择的科学性与精准性,旨在避免过度医疗,如大处方、不必要的大检查等,从而优化医疗资源和医保基金的分配。医院药学团队需专注于药物安全与疗效研究,强化药物不良反应监控,并深入进行同类药品的临床药学与经济学评估。管理上,通过将重点药物的适应症整合至诊疗信息系统,并强化处方点评,医院药学部门致力于提升合理用药水平,减少不合理支出,有效控制诊疗成本。

针对医用耗材的管理,面对种类繁多、价格差异大的耗材,医院需在采购、管理及临床使用环节实施科学管控。这包括明确高值耗材的适应症,开展耗材临床使用的卫生技术评估与经济学评价,对新耗材进行科学论证,以及对大型昂贵设备进行成本效益分析等,旨在实现耗材管理的集约化和精准化。

在检验检查方面，采用精准的检验检查小套餐替代传统的大套餐，是提升管理效益的关键举措，这对医院跨学科团队的知识与经验提出了更高要求。

此外，高级别医院因诊疗成本相对较高，在诊治病情相似的常见病患者时，其医保结余往往少于低级别医院。这一经济激励机制促使高级别医院更加专注于收治复杂、高难度的病例，从而推动分级诊疗制度的落实，优化医疗资源配置。当前，提高医疗服务效率与精准诊治已成为医院运营管理的核心目标。这不仅能够减轻患者的就医负担，增加医院的医保结余，还能确保医保基金的合理使用，实现医疗机构、医保系统与患者三方的共赢局面。

### **新局 | 管理全链条还需完善**

DRG/DIP 支付方式改革在为卫生健康服务体系发展带来新机遇的同时，也带来了新的挑战，需要构建新格局。合理的疾病分组、科学的病组(病种)权重设置、地方医保部门对 DRG/DIP 支付方式的正确理解与科学执行、医疗机构对 DRG/DIP 的正确认识及建立相应的管理制度、医疗机构与医保部门的合作和互动机制、对医疗机构诊断和治疗编码造假的防范机制……这些环节都对 DRG/DIP 支付方式改革的顺利推进起到至关重要的作用，任何一个环节如存在缺失或缺陷，都将导致改革走向异化。这就要求地方医保部门提升对 DRG/DIP 支付方式的<sub>理解程度和落实水平</sub>，医院提升管理效能、建立相应的激励机制。

目前，DRG/DIP 支付主要应用于住院病例，占医疗资源和医保基金的额度有限。在建立门诊共济制度的地区，门诊服务支出占据相当可观的医保基金。随着门诊共济保障改革的实施，门诊患者转住院的现象将得到遏制，有助于提高医保基金的使用效率。但各地、各级医疗机构提供的门诊医疗服务在性质、内容和管理方式上差异较大，门诊服务的医保支付管理更为复杂，这就需要国家层面进一步完善、细化分级诊疗制度。

随着以 DRG/DIP 支付为代表的医保支付方式改革的落地，医疗服务体系的效率和医疗资源使用效率也将进一步提升，患者的获得感进一步增强。另外，支付方式改革的进一步实施还需要以医疗服务价格机制改革为支撑，要建立同服务、同病组(病种)、同价格制度，助力形成有利于稳定基层医务人员队伍和吸引优秀的社区医生的良性制度。

**关键词：药品目录**

### **鼓励创新的突破与展望**

2024 年共有 91 种药品被新增纳入国家基本医保药品目录，其中 89 种通过谈判或竞价方式进入，2 种为国家集中采购中选药品被直接纳入。《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2024 年)》(以下简称《2024 年医保药品目录》)持续优化药品结构，突出体现了对创新药的支持，为患者提供了更多高质量的药物选择。

## 突破 | 体现“真创新”的含金量

《2024 年医保药品目录》最为突出的特点之一，是更加强调临床不可替代性和多维度价值，鼓励“真创新”。在评审阶段，评审专家从药品临床价值、可替代情况、纳入目录必要性等方面，对药品进行了严格的审查，评审通过率较上年度下降 15.2%。

临床价值不充分、价格不合理的药品，以及改头换面的老药未能通过严格审查。一类创新药成为今年国谈的绝对主角，被纳入目录的 91 种药品中，有 38 种为“全球新”创新药，其谈判成功率超过 90%，较整体成功率高 16%。

医保谈判作为我国医保基金战略性购买的标志性举措，通过药品价格与价值匹配，助力初步实现政府、企业、参保人员多方共赢的格局。2024 年医保谈判尤其体现出支持“真创新”的力度，推动产业转型升级。

对已进入国家医保药品目录 3 年的上市公司的代表性品种销售额进行统计发现，创新药被纳入医保药品目录后，第 1 年销售额增长超 300%，3 年增幅达 800%以上。完善续约规则使大量创新药稳定续约，市场份额得到保障。同时，国谈结果也为医药企业、研发机构等指明了目标，激发其研发真正符合临床需求的药品的积极性，促使资源向创新聚集，推动产业结构不断优化。

[返回目录](#)

## 国家医保局发文！回顾 2024 年大数据如何为医保工作“添砖加瓦”？

来源：中国医疗保险

1 月 23 日，国家医疗保障局办公室发布《关于建立医保数据工作组更好赋能医疗机构发展的通知》，提出要进一步发挥医保数据赋能医疗机构发展的作用。回顾 2024，大数据在医保领域全面加“码”提速——医保码一扫，就能便捷实现挂号、取药等就诊环节；有了“比价神器”，高效购药不再是难题；影像资料打破“信息孤岛”，无需带着胶片东奔西跑；数字留痕，对欺诈骗保行为“精准亮剑”；药品也有“身份证”，全场景应用与全流程监管保障药品安全……

### “码”上就医成为现实

医保码的发展是医保信息化的一个缩影。自 2019 年推广医保电子凭证(简称医保码)以来，其从仅在结算环节可用到可在预约挂号、签到就诊、诊疗检查、报告查询、药房取药等全流程使用，减少排队等待时间，提升看病买药体验。截至目前，全国已有 12 亿人激活医保码，覆盖 31 个省(区、市)和新疆生产建设兵团，接入 93 万家定点医药机构。

医保码的推广使得无卡就医成为现实。国家医保局有关负责人介绍，医保码日结算超 1450 万人次，结算率达到 41.5%，住院费用结算系统平均响应时间仅 0.8 秒，结算时使用医保码完成线上医保支付，平均可以为每位就诊人节省 43 分钟，帮助老年人平均每次就医

再省 15 分钟。

据公开数据可知，全国已有超 2.5 亿人绑定医保亲情账户，30 个省(区、市)支持刷脸就医，极大改善了“一老一小”的医保服务体验；22 项业务实现“一码通”，高频事项做到“码上办”；医保部门加快推进“一人一档”库建设、“医保+商保”一站式结算，让参保群众看病就医更便捷、更高效、更有保障。

### 小程序里有着大民生

“比价神器”以“即送价”为基准进行比价，为漫天要价套上“笼头”。为了整治药品不合理高价乱象，国家医保局下发《关于开展“上网店，查药价，比数据，抓治理”专项行动的函》，明确在药品价格信息监测中引入网络售药平台“即送价”和其他渠道药价进行对比。

目前，陕西、辽宁、河北等 29 个省份已经搭建定点药店药品公开比价小程序。陕西省自药品比价功能上线后，在提高药品价格透明度、降低参保人员负担等方面取得了显著成效，预计将使参保人员的购药成本下降 10%~15%；辽宁省医保局指导大连市、沈阳市相继推出门诊统筹定点医药机构配备药品“比价神器”，截至去年 6 月，大连门诊统筹药品“比价神器”已被使用 525 万次……通过建立统一的药品价格信息平台，实时收集药品价格信息，实现参保群众在手机上便捷实时地查询药品价格，便于群众自主比对、自主选择。

### 云端储存、信息共享，医保影像云打破信息孤岛

医保影像云共享路径的启动，是国家医保平台迈向我国 14 亿人健康平台的关键一步。2024 年 12 月 1 日，国家医保局在江苏省南京市鼓楼医院正式启动医保影像云共享路径，全国的医保影像信息将逐步实现共享互通。

为患者带来便利，简化就诊流程，提高就诊效率。通过医保云影像，患者能通过手机随时查阅本人发生过所有健康档案资料，看病时拎着片子“东奔西走”、查阅既往病情时“翻箱倒柜”的现象将逐步消失。相关报道显示，江苏省已有 2000 多家医疗机构接入江苏省影像云平台，每天医疗机构要向平台上传 35T~40T 的数据。

医保影像云的发展一方面在数据存储和传输上将大大推动云计算、5G 等相关产业的发展，助推人工智能技术发展和云存储、云计算等的技术创新；另一方面，通过智能分析医疗影像数据，可以有效识别医保基金使用过程中的不当行为，确保基金安全，惠及广大参保人。

### 数据下的医保基金监管“风暴”

过去五年，国家高度重视医保工作，多次审议通过关于医疗保障制度和医保基金监管等一系列重磅医保改革文件，强调“大数据”的不可替代性，支持加强大数据分析技术在基金监管工作中的应用。通过大数据，扩大监管覆盖面、消除监管死角和盲区，牢牢守护了群众的“看病钱”。2024 年，全国共追回医保基金 275 亿元。目前国家

医保局已经构建了“重点药品监测”“虚假购药”“非法倒卖医保药品”等大数据模型，精准筛查各类可疑线索并下发各地核查。

运用大数据模型，“拔出萝卜带出泥儿”。给女性患者开具“前列腺核磁”，给男性患者开具“妇科检查”；有的医疗机构明目张胆，公开拉人虚假住院；心脏彩超报告上出现腹部肠管图像；店内空无一人，销售量不停上涨，不到一年销售额多达 20 余万元；串换药品、超量开药、为暂停医保结算的定点零售门店代为进行医保结算、药品购销存记录不匹配、处方药销售不规范等问题频出……在信息化时代，一些欺诈骗保行为十分隐蔽，传统监督方式很难发现线索，大数据模式将医疗电子数据信息尽量纳入，总结规律、形成模型，并拿模型与实际信息进行比对，使得欺诈骗保行为无处遁形。

在监督医保大数据的基础上，国家医保局创新大数据监管，积极推进药品耗材追溯码采集应用，精确打击“回流药”“串换药”。2024 年 4 月在全国范围开展药品追溯码采集应用试点工作；同年 11 月，国家医保局首次通过药品追溯码对假药、回流药问题“亮剑”。国家医保局发布的公告显示，通过对各地上传的药品追溯码开展分析，发现 11 个省份 46 家医药机构疑似存在复方阿胶浆药品串换、回流药、假药等线索情况，要求相关医保部门进行核查。截至目前，累计采集国家医保药品追溯信息 158.06 亿条，覆盖 31 个省份及新疆生产建设兵团，接入 88.09 万家定点医药机构，接入率达 94.7%。

加强对定点医疗机构、定点药店监管，国家医保局将监管对象从机构延伸到个人，联合有关部门出台医保支付资格管理制度，实行“驾照式记分”，在一个区域被记分处理的，信息会在全国共享，实现跨机构、跨区域联动。

### 医保数据公开进程加速

2024年7月，国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知指出，建立医保数据工作组。此后，各统筹地区积极响应，截至2024年11月中旬，12个省份已从省级层面出台数据工作组有关工作规则，19个省份的部分统筹地区层面出台有关工作规则。例如，江苏省南京市建立“医保高铁”信息平台，实现数据实时公告。

医疗数据公开对于医疗机构、医疗健康领域来说发挥巨大的作用。在数据开放的进程中，民营医疗机构、保险公司等第三方机构的融入备受关注，由于缺乏相应数据支撑，个人信息保护要求，保险公司很难掌握参保人生病就医的真实状况，更无法发挥其保险作用。而随着医疗和医保数据稳步开放，保险公司能够通过医疗数据降低核保成本，稳升赔付水平，促进商保市场与基本医保形成积极正向的良性互动。

### 数智赋能，不断提高参保群众获得感、幸福感、安全感

结合“医保码”，联通就医购药全流程，推进医疗与医保有效衔

接。未来，国家医保局正在打造医保便民“三电子两支付”服务体系，包括医保码(医保电子凭证)、医保电子票据、医保电子处方、医保移动支付、医保可信支付等，联通就医购药全流程，形成服务优化全闭环，推动服务体验全新升级。

比价程序更公开更透明，带给百姓更多便捷与实惠。持续指导各地加快落实定点药店比价小程序建设任务，不断提高比价小程序的知晓率和使用率，为零售药店行业营造公平竞争的市场环境，为群众提供更加公开透明的购药服务，促进药品零售行业健康有序发展。

云影像疏通看病就医堵点，实现健康信息连续贯通。丰富大量的影像数据，可为医疗健康行业算法及人工智能训练提供大规模、高质量数据集，能够显著推进智能诊断技术的发展，还能深入进行相关疾病的研究，进一步促进新药研发，加速人工智能行业的迭代升级。国家医保局指出，2027年底，力争实现全国医保影像云数据“一张网”“路路通”，有效解除广大患者重复检查费时、费力、费钱的痛点问题。

追踪“数字足迹”，推进“码上”严监管，让违法违规行为无处遁形。充分发挥药品追溯码数据价值，建立“12345X”医保药品耗材追溯信息采集应用平台。拓展监管应用场景，对串换、倒卖医保药品、空刷套刷医保卡、伪造处方等违法违规使用医保基金行为开展精准打击，加大处置力度。

此外，国家医保局提出要大力赋能商业保险，进一步推动商业健康保险与基本医保的有效衔接。有效发挥医保系统平台全国统一、广泛覆盖、标准规范和医保大数据规模大、结构好、更新快等优势，积极赋能商保加快发展，不断完善“1+3+N”多层次医疗保障体系建设。

通过数据整合，进行数据赋能，推动医疗健康领域新质生产力的融合共进；吸收互联网、大数据等领域发展成果，建立“一人一档”“一药一档”“一人一账”“一检一档”等应用，为相关主体构建个性化画像；精准监管，了解基金流向和使用情况，对重点机构进行针对性监督……未来，大数据、云计算等技术将推动数智建设在医保领域实现新跃升，提升参保人就医质量和效率，多举措保障医保基金安全、高效、合理使用。

[返回目录](#)

## • 医药专栏 •

### 医保目录调整 4 月启动，首版丙类目录聚焦创新

来源：医药经济报

1 月 17 日，国家医保局召开的“保障人民健康赋能经济发展”主题新闻发布会上宣布，2025 年医保目录调整将提前，预计 4 月初开始申报，争取 9 月份完成整个目录调整。2025 年内还将发布第一版丙类药品目录，丙类目录与国家基本医保药品目录调整同步开展。

同时，国家层面将在上半年开展第十一批药品集中采购，在下半年开展第六批高值医用耗材集中采购。

## 未获批新药也可预申报

### 丙类目录聚焦创新

国家医保局医药管理司司长黄心宇在会上表示，丙类目录作为基本医保药品目录的有效补充，主要聚焦创新程度很高、临床价值巨大、患者获益显著，但因超出“保基本”定位暂时无法纳入基本医保目录的药品。

在使用范围上，国家医保局将采取多种措施，积极引导支持商业健康保险，将丙类目录纳入保障范围。

时间安排上，丙类目录与每年的基本医保药品目录调整同步开展，计划于今年年内发布第一版。工作程序拟参照医保目录调整程序。

“我们将注重发挥好市场主体的决定性作用，鼓励保险公司充分参与，丙类药品的商保结算价格由国家医保局组织商业保险公司与医药企业协商确定，同时探索更严格的价格保密措施。”

在丙类目录落地应用上，国家医保局表示将探索优化医保的支付管理政策，对于丙类目录可不计入参保人自费率的考核和集采中选可替代品种的监测范围，符合条件的病例可以不纳入按病种付费范围，实行按项目付费。

临床对创新药有需求，创新药需要巨额的研发投入，国家基本医

保的原则是“保基本”，基金存量有限，这往往构成三难局面。

2024年12月14日全国医疗保障工作会议上提出：“探索创新药的多元支付机制，支持引导普惠型商业健康保险及时将创新药品纳入报销范围，研究探索形成丙类药品目录，并逐步扩大至其他符合条件的商业健康保险。”引发各界热议。

黄心宇在发布会上说，在基本医保现有的甲乙类目录的基础上研究制定丙类目录是完善我国医疗保障药品目录体系的一次重大尝试，有利于发挥医保部门政策优势、专家优势和管理服务经验，为商业健康保险确定药品保障范围提供公共服务，支持商业健康保险在多层次医疗保障体系中发挥更大作用；有利于构建创新药多元支付机制，支持医药新质生产力发展；有利于满足患者多层次医疗保障需求，提高医疗保障水平，减轻疾病治疗经济负担。

据他介绍，7年来，国家医保药品目录已经累计新增了835个新药好药，特别是去年新增的“全球新”的创新药达到了38种，创历年新高，医保部门“真支持创新，支持真创新，支持差异化创新”的导向进一步得到了彰显。

黄心宇表示，具体的工作方案我们将尽快进行完善，尽快地向社会公开征求意见。由于丙类目录要与商业健康保险产品对接，必需留有一定的产品设计、精算、落地的时间，从今年开始，医保药品目录调整时间会适当提前，预计从4月1日开始申报，争取9月份完成。

同时，为尽量减少对行业的影响，经过反复研究，今年国家医保局拟采取“预申报”的过渡措施。即对4月初申报开始时尚未获批但预计今年5月底前能够获批的新药，企业可进行预申报，只要该药能在5月底前正式获得批准，就能够参加后续的专家评审环节。

## 上半年开展第11批集采

### 推进直接结算、即时结算

“有记者提到2024年医保目录新增了38种创新药，给药企极大鼓舞。这恰恰是因为集中采购节约基金留出来的空间。2018年以来，国家组织药品带量采购累计节省医保基金4400亿元左右，其中用于谈判药使用超3600亿元。也就是说“老药”集采省下来的钱80%用于创新药，自助餐没有降档，而是保证质量的前提下老菜品批量采购，且增加了很多新菜，集采充分发挥了减负担、腾空间、促改革的动能转换作用，符合促进新质生产力发展方向。”国家医保局价格招采司司长丁一磊介绍，2025年医保部门将继续深入推进药品、高值医用耗材集中带量采购。国家层面将在上半年开展第11批药品集中采购，在下半年开展第6批高值医用耗材集中采购，并适时启动新批次药品集采。

同时，将在地方层面开展具备专业特色的全国联盟采购预计达到20个左右，包括中成药、中药饮片以及高值耗材等，预计2025年国家和联盟组织开展的药品集采品种将达到700个。

另据国家医保局官网消息，1月11日全国医药价格和招标采购工作会议上提到，将全面推动集采药品进基层医疗机构、进民营医疗机构、进零售药店，推动医保基金和医药企业直接结算，赋能医药机构和医药产业高质量发展。

丁一磊在1月17日发布会上介绍，对于回款困难的企业，通过推进医保基金和医药企业直接结算，极大地减轻了企业的资金占用的压力。以内蒙古一家著名的医药企业为例，通过在集采当中和医保基金直接结算，近年来节约了4000多万元的资金占用成本，这些都是对企业真金白银的收入。所以，医保今年将进一步推进医保基金和医药企业在集中采购的药品和耗材上的直接结算，赋能广大的医药企业。

在面向医疗机构结算方面，1月16日，国家医保局发布通知，提出以全国统一的医保信息平台为支撑，在做好医保基金预付的同时，充分考虑定点医药机构需求和能力，2025年全国80%左右统筹地区基本实现基本医保基金与定点医药机构即时结算，2026年全国所有统筹地区实现基本医保基金与定点医药机构即时结算。具体结算范围是指定点医药机构发生的医药费用，包括普通门诊、门诊慢特病、住院、生育、药店购药等医药费用。

“我们正指导各地落实好医保基金预付制度，在“先给钱”的同时，还积极推进“快给钱”，加快实现即时结算。即时结算的核心是

大幅压缩结算周期，努力提高资金拨付频次和效率，实现多次拨、快速拨。”国家医保局医保中心主任王文君说。

在基金运行方面，国家医保局规财法规司司长蒋成嘉介绍，2024年我国医保基金收支平衡、略有结余，医保基金安全可持续。基金收入方面，医保基金初步汇总数据显示，2024年，全国基本医保基金总收入3.48万亿元，同比增长4.4%。其中职工医保基金收入2.37万亿元，居民医保基金收入1.11万亿元。基金支出方面，全国基本医保基金总支出2.97万亿元，同比增长5.5%。基金结余方面，全国医保统筹基金当期结余0.47万亿元，其中职工医保结余4164亿元，居民医保结余519亿元。统筹基金累计结存3.87万亿元，其中职工医保3.05万亿元，居民医保0.82万亿元。

[返回目录](#)

## 有关原研药和仿制药价格的四个真相

来源：首都医科大学

### 一、原创药品价格高到普通家庭难以承受

对于原创新药，由于研发投入大、临床价值高、独家垄断销售等特性，企业通常按照社会最高承受能力定价。以2023年全球销售额最高的药品——帕博利珠单抗注射液为例，其于2014年上市，处于专利期内，用于治疗黑色素瘤、结直肠癌等，一支规格为4ml:0.1g，每三周一个疗程，一个疗程通常使用两支。每支4ml:0.1g的帕博利

珠单抗注射液在东北亚地区的单价分别为：中国 17918 元，日本 10528 元，韩国 11254 元，台湾地区 10952 元，中国人均收入最低，但进口企业定价最高。按自费估算年费用 30 万元左右，多数家庭很难承受，好在患者可使用高性价比的国产 PD-1/L1 进行替代，如百济替雷利珠单抗、信达信迪利单抗、恒瑞卡瑞利珠单抗、君实特瑞普利单抗等，或者经济条件不够好的中国患者可以向帕博利珠单抗进口企业请求申请实施患者援助赠药计划，自费 8 支达到 14 万元后，可另免费注射 30 次 60 支，对于癌症患者几乎等于终生免费。

## 二、原研药在中国的定价远高于发达地区

即使市场上存在不少同适应症药品或同通用名其他品牌，知名跨国企业仍然可通过品牌优势，利用患者的高度信任和长年的医生教育，让过专利期的原研药在国内享受世界上独有的高定价，并获取超额利润。以阿托伐他汀钙片(立普妥)为例，中国 10mg 单片 3.23 元；台湾地区 10mg 单片 1.70 元；德国 10mg 单片 1.06 元；加拿大 10mg 单片 1.02 元；土耳其 10mg 单片 0.97 元；比利时 10mg 单片 0.64 元。跨国企业在中国定价远高于发达国家和地区，而我国部分患者和医生仍对高价原研药趋之若鹜，虽然难以理解，但可见进口企业在国内大获成功且品牌早已深入人心。这款 1996 年上市的成熟药品，在众多他汀类降脂药中独秀于林，已累计为相关药企带来约 2000 亿美元的高额回报。

### 三、仿制药价格只有原研药的十分之一非常正常

药价虚高到离谱时，普通患者对药企甚至医生恨得牙痒；集采降价后，又可能对低价仿制药的质量有些信心不足；可能的原因之一是不够了解国际上仿制药和原研药价差所致。

参考美国 Association for Accessible Medicines 在 2023 年发布的《The U.S. Generic&Biosimilar Medicines Savings Report》报告，可以看到，竞争充分的药品，仿制药价格很多都比原研药价格低 90%以上，几美分的仿制药产品在美国比比皆是。

### 四、低价仿制药上市后会致高价原研药份额迅速萎缩

据 IQVIA 发布的《仿制药及生物类似物趋势、问题及展望》报告，美国 50 亿张处方药品中，专利期内的创新药 (Patented drug) 用量占 10.2%、专利到期的品牌药 (Branded Generics，对应国内的原研药) 用量占 4.2%、非品牌仿制药 (Unbranded Generics，大致对应国内的集采中选仿制药) 用量占 85.5%，但三者的金额占比分别为 79.2%、9%、11.8%。

简单测算可得出三条结论，一是美国处方药市场遵循“二八”法则，10%的处方量是有专利的创新药，占用了 80%的处方药金额；90%的处方是无专利的通用名药品，仅占 20%的处方药金额；这样的用药结构，既稳固了大部分国民的用药基本盘，又极大鼓励了医药企业不断推出创新药品的动力。二是专利一旦到期，专利悬崖十分显著，高

价原研药的市场份额急剧萎缩，萎缩到什么程度呢，相当于美国 90 张通用名药品处方中，原研药只有 4.2 张，仿制药则高到 85.5 张，后者用量是前者的 20 倍。三是仿制药价格远低于原研药，注意这四个关键数字，9% 的金额对应 4.2% 的原研药，11.8% 的金额对应 85.5% 的仿制药，打个不完全严谨的比喻，差不多的意思是，4.2 张原研药处方用了 9 元钱，而 85.5 张仿制药处方用了 11.8 元。两者相比，原研药单价是仿制药单价的 15.5 倍，仿制药单价则是原研药单价的十五分之一。

所以，“一分价钱一分货”“便宜无好货”“就要用原研”，可能在药品领域也不是完全绝对正确，至少在美国的处方药领域不是那么具有现实参考意义，这或许能给当下老龄化急剧上升的中国一点点启示。

[返回目录](#)

### • 专家观点 •

#### 观点 | 应亚珍：DIP 付费关键技术应用和优化路径研究

来源：《医保支付方式改革蓝皮书》

按照党中央、国务院对医保改革发展的决策部署，2020 年 10 月，国家医疗保障局正式启动实施区域点数法总额预算和按病种分值付费的国家试点，覆盖 71 个城市（包括天津、上海两个直辖市）。国家

医疗保障局于 2021 年 11 月印发了《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》(以下简称《三年行动计划》), 提出加快推进 DRG/DIP 支付方式改革全覆盖。截至目前, 全国已有近 200 个统筹区开展 DIP 改革, 占医保所有统筹区的一半以上。

为确保支付改革质量不断提升, 各地正确把握改革方向, 以《三年行动计划》为指引, 抓扩面、建机制、打基础、推协同, 在理论与实践互动、技术规范标准建设中稳步推进。全面了解 DIP 付费逻辑及其技术要点, 使各方认识更加趋同, 保证改革不走样、不走偏, 有效率、有质量、有效果。基于此, 本文从 DIP 付费的特点、优势和设计理念, 以及实施 DIP 付费需注意的技术难点等方面, 重点对 DIP 付费的关键技术应用和优化路径进行了分析。

## 一、特点及优势

DIP 付费是基于中国本土实践总结提炼而成的支付体系, 立足价值购买, 突出区域总额预算管理和支付标准制定, 体现了医疗服务的复杂性及内在规律, 具有较强的包容性。DIP 付费的推行, 将深刻影响医保自身的高质量发展, 以及医保、医疗和医药的协同发展与治理。

### (一) 中国特色的医保支付方式

DIP 付费方式起源于地方实践, 通过总结提炼广东、上海、江苏、安徽、江西等地区科学有效的实践经验, 形成理论与实践的互动, 制定和持续完善 DIP 付费理论体系和技术规范, 体现出适应国情、基于

大数据和信息化的中国特色和时代特征。

## **(二)一整套新的支付体系**

DIP 支付方式根植于医保支付基本理论，其核心特征有两个：一是源于临床实际，即基于真实世界数据，客观反映病种诊断、操作和资源消耗的共性特征；二是借助大数据进行必要的科学校正，并以此构建完整的支付体系。

## **(三)DIP 设计的主要优势**

与按项目付费相比，DIP 付费更具有可比较性和可分析性。它通过建立病种组合(caseMix)，以病种为计价(付费)单元，将不同医疗机构的医疗服务产出由不可比变为可比；可以按病种开展分析，如疾病严重程度、资源消耗、治疗效果等。DIP 依据真实世界数据，精准体现临床行为特征、资源消耗差异，是病种真实成本的发现机制，还能与服务体系、功能定位综合考量，助推分级诊疗。

## **二、基本原理**

作为深化医保支付方式改革的重要组成部分，DIP 付费以大数据为支撑，将点数法和区域总额预算相结合，从而引导医疗卫生资源合理配置，更好地体现医务人员的技术劳务价值，有效保障参保人员的基本医疗需求，并推进医保基金稳健高效运行。

### **(一)以大数据为基础**

大数据的汇集与应用贯穿于 DIP 病种分组、区域总额预算、分值

点值计算、结算清算、监管考核和监测评价等关键技术环节，连接医管理、医疗服务乃至经济社会发展全链条，为促进医保精细化、科学化管理，购买价值医疗奠定了更加坚实的基础。

## **(二) 以区域点数法总额预算为前提**

DIP 以区域点数法总额预算为前提，计算病种结算、清算点值和支付标准，以确保基金分配的合理性，防范医疗机构“冲分值”带来医保基金风险，同时调控区域内医疗资源配置的规模和结构，使其趋于合理。

## **(三) 以病种为单元制定付费标准**

病种是落实临床路径、评价治疗过程和诊疗效果的单元。DIP 病种分组致力于形成与临床更为契合的付费单元，将真实世界全量历史数据(一般为过去三年)和标准数据(即临床路径下的资源消耗)相结合，对支付标准进行纵向、横向比较分析和校正，以客观、精准地反映疾病严重程度、治疗复杂状态、资源消耗水平，促进临床行为规范。

## **(四) 收支差异形成激励约束**

目前，医保部门对定点医疗机构实行 DIP 付费，而定点医疗机构对病人的自付费用仍按项目收费。定点医疗机构年度清算总额高于实际记账金额时，产生基金结余，可作为医疗机构的发展资金和绩效奖励；低于实际记账金额时，产生基金超支，合理的超支通过评议后给予分担，实行“结余留用、合理超支分担”的政策，体现了医保基金

对定点医疗机构的激励约束。

[返回目录](#)

## 观点 | 陈张铭：全力打造深化医改地市示范样板

来源：中国卫生杂志

陈张铭参与推进医改工作 15 年来，始终坚持用改革的办法破难题、促发展、开新局。

突出“三个优先”，破解“组织保障”之难。健康发展优先规划。牵头印发一系列指导性、纲领性文件，加强卫生健康规划与不同层级规划的有效衔接，推动医疗卫生事业产业全市一体化、区域差异化、资源利用最优化和整体功能最大化发展。健康政策优先保障。推动市、县两级成立由党政主要领导任双组长的公立医院综合改革与高质量发展工作领导小组，进一步坚持和加强党的全面领导。成立卫生健康行业党委，将全市公立、民营医疗卫生机构一并纳入管理，将党建优势转变为发展优势。健康投入优先安排。全市财政卫生健康投入从 2019 年的 31.7 亿元逐年增加到 2023 年的 56.2 亿元、年均增长 15.4%，卫生健康支出占一般公共预算支出比重长期稳定在 12% 以上。发挥政府债券投资拉动作用，安排债券 75.8 亿元，医疗卫生基础设施建设全面提速。

突出“系统集成”，破解“三医协同”之难。集采改革腾空间。全面落实国家和省际联盟药械集采，创新以紧密型城市医疗集团为单

位对非集采药品耗材开展集体议价采购。价格改革调结构。调整医疗服务价格 891 项，调增部分纳入医保统筹支付，总体不增加群众负担。全市公立医院医疗服务收入占比从 2019 年的 37.8% 提升至 41.4%。支付改革保衔接。推行按 DRG、按人数、按床日等多元复合医保支付方式改革。在全省率先试点中医、临床心理日间病房医保结合新模式。人事改革促发展。制定《公立医院编制动态使用管理办法》等系列文件，建立高层次人才编制池。将员额与编制总量共同纳入岗位设置和薪酬核定基数，在医疗集团建立编制“周转池”，在医共体实施“统招共用”。薪酬改革添活力。完善薪酬水平核定办法，健全薪酬总量专项激励机制，近五年医务人员人均绩效累计增长 20.60%。

突出“供给侧改革”，破解“量质并进”之难。构建整合服务体系。在全省率先完成紧密型医联体区县网格化布局、全覆盖建设，建成监测预警、早筛早防、分级诊疗、随访康复相融合的紧密型医联体。试点由市属医院托管、领办区级医院，引导区级综合医院、妇幼保健院和乡镇卫生院融合发展，为解决城市公立医院“腰不硬”等共性难题探索改革出路。建强区域卫生高地。系统实施“提优扩能”计划，被确定为四川省首批省级区域医疗中心，全市新增国家级临床重点专科 2 个、中医优势专科 4 个。2023 年，市域内就诊率达 95.56%。提升基层服务能力。全市县域急诊急救“五大中心”全部建齐，按照二级综合医院标准建成县域医疗卫生次中心 12 个、社区医院 10 个；86

家乡镇卫生院、社区卫生服务中心全部达到国家“优质服务基层行”基本或以上标准；村卫生室建设达标率稳定在 70%以上。影像、心电等 4 个远程医疗协作网覆盖全市所有乡镇。全市基层诊疗量占比 55.26%。

突出“人民至上”，破解“可感可及”之难。赋能智慧医疗。以“市区一体化、全市一家医院”为目标，推动打通全市医疗卫生机构业务数据，逐步实现居民健康诊疗信息互通共享。全市公立医院与川渝两地公立医院互认检查检验项目达 161 项。抓实内部治理。以业财融合为切入点，试点建设精细化运营管理平台，实时监测、智能分析预警业务动态、财务状况、服务质量及绩效表现等多维度信息。助力社会治理。探索现代医学参与社会治理实践，建设特有的社会心理服务体系自贡模式，形成“前端普遍服务、中端监测预警、末端精准干预”的社会心理健康全程服务链。

[返回目录](#)

## • 国际视野 •

### 零工经济背景下的灵活就业人员医疗保障国际经验

来源：国家卫生健康委卫生发展研究中心

在数字经济和全球经济结构转型推动下，零工经济在全球劳动市场中占据了日益重要的地位。零工经济作为一种新兴经济模式，它以

网络平台为基础，独立自主且具备特定能力的劳动者为主体，工作内容为碎片化任务，具备灵活的工作时间、地点和方式，以最大程度实现供需匹配。在不同国家和地区，零工经济中的从业人员被称为“灵活就业者”“非正规就业者”或“非典型工作者”。根据工作性质、雇佣关系及工作平台的不同，零工经济的从业人员可分为多种类型，其中灵活就业指非全职且不签署无固定期限合同 (Open-ended Contracts) 的工作，主要包括自雇 (Self-employment)、兼职工 (Part-time Work) 和临时工 (Temporary Employment)。这些工作类型通常缺乏正规就业的稳定性与保障性，从业者通过各种平台参与短期或临时劳动合同或基于项目提供劳务。尽管灵活就业人员享有更高的自由度与弹性，但他们通常不受劳动法律规定的标准雇佣条款约束，而面临不稳定的收入和较少的福利保障。

世界劳工组织的数据显示，全球约有 7 亿人从事零工经济。在我国，零工经济规模逐年增长，特别是在互联网平台的推动下，外卖配送员、网约车司机和短期合同工等新业态灵活就业人员不断增加。国家统计局 2023 年数据显示，我国新就业形态就业人员已达 8400 万人。

## **(一) 零工经济对灵活就业人员医疗保障带来的挑战**

### **1. 稳定参保难**

灵活就业人员为了养家糊口而作出的决策，反映了零工经济新业态的现实需求。根据全球就业报告 (2022 年)，约 40% 的零工经济从业

人员每月收入低于最低生活保障标准，且收入波动较大。此外，灵活就业人员常常面临频繁变动和就业中断，造成医疗保险参保的稳定性差，从而影响他们获得基本医疗保障的能力。

## 2. 雇主责任确定难

零工经济的“去雇佣化”显著冲击了传统劳动关系。当前，劳动力的雇佣不再是基于长期全职合同，雇主在提供医疗保障等福利方面的责任变得模糊。由于大多企业只通过互联网平台间接使用劳动者，形成“用工单位+平台+个人”的新模式，劳动者与企业之间的关系逐渐松散。在传统劳动关系中，雇主有义务为员工提供医疗保险和工伤保险等社会保障，而在零工经济中，许多平台将从业者视为独立承包人。这使得雇主通常不需要为他们提供传统福利，导致灵活就业人员无法享有基于劳动法保障的医疗保险等福利。随着零工经济发展，灵活就业人员面临多重医疗保障挑战，亟须政策支持以保障其基本生活和健康权益。

## (二) 全球零工经济国家医疗保障政策比较

### 1. 美国

在美国，灵活就业人员通常通过私人健康保险、政府提供的医疗补助(如 Medicaid)或健康保险市场进行参保。然而，根据美国劳工统计局(BLS, 2022)的数据，灵活就业人员的医保参保率显著低于全职员工，尤其是低收入群体的医保覆盖率不足 40%。这一现象反映了

美国医疗保障体系在覆盖灵活就业人员方面的不足。

为应对这一挑战，许多美国保险公司和技术平台开始推出专门为灵活就业人员设计的医疗保险产品。这些产品包括按天、月或季度购买的“按需健康保险”、提供最低限度医疗保障的“低保费基础医保” (Low-Cost Basic Health Plans)，以及多个灵活就业人员共同加入的“共享经济健康保险” (Shared Economy Health Insurance)。这些新型商业健康保障形式在一定程度上有助于缓解灵活就业人员在医保方面的困境。根据 Ally Health 报告，2023 年按需健康保险用户的平均月保费约为 150 美元，收入较低的灵活就业者可通过平台提供的政府补贴将保费降至 50 至 80 美元。2023 年，低保费基础医保计划的参保人数约为 500 万，其中大部分为年收入低于 25000 美元的灵活就业人员。美国健康保险市场数据显示，这些基础医保计划的平均月保费为 120 美元，且多数灵活就业人员可以通过政府补贴降低实际支付金额。

## 2. 欧盟成员国国家

大多数欧盟成员国建立了相对完善的全民医疗保障体系，确保所有国民无论就业形式如何均能获得基本医疗服务。在此背景下，为了让自由职业者和灵活就业人员享有与传统全职雇员相似的社会保险待遇，2014 年，比利时政府实施了“自雇人员社会保障改革” (Self-employed Social Security Reform)，旨在为自由职业者提供

更具适应性的社会保障制度。自 2020 年起，该制度调整了医疗保险缴费比例，采用收入挂钩和渐进式增长的方式，更好地反映个体收入的变化。此外，2023 年，比利时政府推出新的“长期低收入补贴”，旨在支持年收入低于 20000 欧元的自由职业者和灵活就业人员。平均每月补贴为 150 欧元，能够覆盖医疗保险费用的 30%至 40%。补贴金额根据每年收入情况进行动态调整，确保与自雇人员的收入水平相匹配。

丹麦则出台了“自雇人员社会保障计划”，允许灵活就业人员根据收入和需求选择适合的保险方案。2023 年，丹麦的自雇人员超过 50 万，约占总劳动人口的 15%。其中约 75%的自雇人员(约 38 万名)参与了医疗保险。

为了应对收入不稳定对社保参与率的影响，丹麦政府允许自雇人员根据收入波动调整缴费额度，减轻经济困难时期的负担。自雇人员可以选择按月、季度或年缴纳社会保险费用，政府也提供财政补贴或低息贷款，以助其维持社会保险缴费。

零工经济的快速发展催生灵活就业群体数量的不断扩大，由此引发的社会保障问题并非我国独有。通过借鉴上述国家和地区的实践经验，可为我国完善新就业形态下劳动者权益保护政策提供重要的理论支持与实践参考，以更有效应对挑战。

[返回目录](#)

## 破解天价药支付难题，美国医保打了个样

来源：亿欧

生命是无价的，但医保资金却是有限的。任何一个国家的卫生系统，都不可能为这些新药支付药企要求的任何价格——无论其多么具有革命性。即使是有着创新药天堂之称的美国，也不例外。基因疗法不断刷新着天价药的上限。从 100 万美元到 200 万美元再到 350 万美元/针，全世界没有一个国家的卫生系统可以负担起，包括美国也颇为头疼。在一项研究中，研究者根据数学模型对当时处于项临床后期的 109 项基因疗法进行评估。模拟结果表明，从 2020 年 1 月至 2034 年 12 月，预计将有 109 万美国患者接受基因疗法，期间支出峰值将会达到 253 亿美元，总计 3060 亿美元。沉重的社会负担，为基因疗法的支付改革埋下伏笔。日前，Bluebird、Vertex/CRISPR 的 SCD 基因疗法，与美国 CMS (美国联邦医疗保险和医疗补助服务中心) 正式达成按“按结果付费”的协议，将于明年 1 月正式推出新的支付模式。这，会为天价药的商业化痛点，撕开一道口子吗？基因疗法的价格之困

“天价”几乎成了基因疗法的专属形容词，并且，没有最贵，只有更贵。2022 年 8 月 17 日，美国 FDA 宣布批准 Bluebird 开发的基因疗法 Zynteglo 上市，用于治疗  $\beta$ -地中海贫血患者。Zynteglo 的定价高达 280 万美金，由此成为当时全球最贵的疗法。当年 9 月 16

日，Bluebird 另一款基因疗法 Skysona 获 FDA 批准上市，用于治疗罕见的神经系统疾病“脑肾上腺脑白质营养不良”，定价 300 万美元。随后，FDA 批准 CSL 和 UniQure 共同研发的基因疗法 Hemgenix 上市，用于治疗 B 型血友病。售价一剂 350 万美元，再次刷新全球最贵药物的纪录。尽管有一劳永逸的潜力，但高昂的价格，让大多数基因疗法在 10 余年来，商业化举步维艰。全球第一款获得批准的 AAV 基因疗法 Glybera，在 2012 年上市，用于治疗脂蛋白脂肪酶缺乏症。由于价格太高，一次治疗需要 100 万美元，并且适应症罕见，上市后仅有一位患者接受过治疗，最终在 2017 年黯然退市。Zynteglo 此前也遭遇过类似的困境。获 FDA 批准之前，Zynteglo 已率先在欧洲获批上市。但由于定价高达 157.5 万欧元(约合 1210 万人民币)。面对这一高定价，德国政府不愿意全价买单，上限是“半价”支付。最终，Bluebird 决定携 Zynteglo、Skysona 退出欧洲。上文提及的 Bluebird、Vertex/CRISPR 的 SCD 基因疗法 Casgevy、Lyfgenia，也都遇到了商业化困境。在今年 8 月份，这两款产品获批后六个多月，Vertex 和 bluebird 均未报告开始有患者使用各自的 SCD 基因疗法进行治疗。原因很简单，这两款基因疗法的定价分别为 220 万美元(Casgevy)和 310 万美元(Lyfgenia)，又是突破天际的高价。而它们所针对的镰状细胞病(SCD)，是一种不成比例地影响美国黑人的遗传性血液疾病。根据美国 CMS 官网，美国大约有 10 万名美国人患有镰状细胞疾病，

他们当中近半患者参与了美国政府所谓的“穷人医保” Medicaid。数据显示，Medicaid 覆盖了大约 50%-50%的镰状细胞患者。与 SCD 相关的住院和其他健康事件每年给美国卫生系统造成近 3 亿美元的负担。随着基因疗法的推出，为患者带来治疗希望的同时，也让 Medicaid 支付压力山大。无论是从患者还是医保角度，这类天价疗法都亟需支付体系的再创新与突破。按效果付费的新探索

美国医保的尝试，或许能带来新希望。今年 1 月 30 日，CMS 宣布将推出 CGT 准入模型，以响应拜登政府进一步降低处方药成本的号召。Bluebird、Vertex/CRISPR 的 SCD 基因疗法正是该模型率先试点的产品，以探索细胞基因治疗新的付费方式，提高可及性，减轻医保负担。由于镰状细胞病患者的支付必须依赖支付方，而仅依靠各州自身的用户体量，也很难在价格上获得谈判优势。正因此，CMS 希望通过按疗效付费和联邦保险的类带量采购，来降低价格。根据 CMS，这项计划是通过基于结果协议(OBA)支付给制造商的款项，而付费数目与一定时间内患者的健康结果挂钩，同时 CMS 也希望挂钩药品销量。其核心有三：在该模型下，如果基因治疗在长期改善健康结果方面的成功率低于预期，药物制造商将向医疗支付方退还部分治疗费用。协议还将包括其他价格让步，如基于数量的回扣或保证回扣。CMS 将代表各州与制造商就为 Medicaid 为主要支付方的受益人提供的细胞和基因治疗进行谈判。该模型允许 CMS 将各州聚集在一起，进行多州基

础上的谈判，而不是每个州都与制造商建立自己的 OBA。CMS 还将负责建立财务和临床结果衡量标准、协调数据和评估结果。各州仍将负责支付细胞和基因治疗的费用，但价格回扣将根据 CMS 谈判的特定结果而确定。这些组合模式不仅可以降低患者和保险提供者的经济风险，还能激励制药企业和医疗服务提供者不断优化和改进治疗方案。同时，CMS 还表示随着效果显现，后续还将对更多细胞基因治疗药物采用这种付费模式。年初时，CMS 表示将在接下来一年里与参与的各州及药物制造商合作，建立一个框架，来提高 SCD 基因疗法的可及性。经过 10 个月的努力，12 月 4 日，CMS 终于宣布 Bluebird、Vertex/CRISPR 已经与其达成协议，参与这一试点模型。CMS 将于 2025 年 1 月正式推出新的支付模式，个别州也可以选择参与该安排。很显然，这块试验田的成功与否，将会直接影响这些天价药物未来的商业价值走向。能否给国产 CAR-T 带来破局新思路

目前，国内对于天价疗法的解决，寄希望于增量——商保。比如 CAR-T 等高价疗法，虽然能够进入初审目录，但却难过药物经济学评价这一关。考虑到医保基金紧平衡的现实，尤其是在当前人口老龄化的严峻形势下，基金的长期压力正在增加。这种情况下，要进一步鼓励创新药发展，只靠医保是不够的。对于行业来说，如果无法解决支付问题，创新药将无法从商业化环节获得可以反哺研发的收入，无法实现真正的良性循环。对此，业内将更多的希望，寄托于商业保险。

2022 年，商业健康险保费收入占卫生总费用的比例为 10.2%，而支出占卫生总费用的比例仅为 4.2%。从保险深度和密度来看，与海外相比，国内商业健康险的发展水平仍然不足。国内商业健康险发展水平较低，其中一个关键因素是数据资源的不联通。人群的全面健康信息主要掌握在医保和公立医院手中，商业健康保险公司无法获取，因此设计的健康险产品无法进行精准合理的定价和待遇设定。从 9 月以来，行业内关于商业健康险的催化事件频出，医保局、保险业、医疗机构均有所参与，这些事件的共同点都是围绕信息数据的共享和交互，以及落地实践。在各种政策和事件的催化下，商业健康险发展的核心堵点之一有望得到解决。不管怎样，商业健康险都有可能带来一定的支付增量。医保局医保中心副主任王国栋在此次发布会上也表示，随着医药技术快速发展，一些昂贵的细胞治疗、基因治疗药物相继上市，仅靠基本医保制度难以完全支撑，国家医保局正在着力构建“1+3+N”的多层次医疗保障体系，为创新药拓展更大的发展空间，更好满足人民群众多层次医疗保障需求。接下来，推动商业健康保险与基本医保的有效衔接将是大势所趋。当然，参考美国关于天价药的支付模式，探索永不止步，按疗效付费，适合国内吗？

[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