

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2020.09.07-09.13

——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。)

· 分析点评 ·

▶ [全国耗材集采箭在弦上 行业格局将发生怎样的变化?](#) (来源：动脉网) ——第 10 页

【提要】回望二十多年来的中国医改，医用耗材和药品的合理价格一直是一道困扰着改革者们的难题。要知道，每一个政策或规定中的细则，都可能对行业产生巨大的影响。也正是如此，围绕医用耗材和药品价格的拉锯战几乎贯穿了整个中国医改历程。今年 7 月，国家医疗保障局医药价格和招标指导中心发布了关于委托开展《国家组织冠脉支架集中带量采购方案(征求意见稿)》征求意见函。在首批国家级带量采购中，本次集中带量采购标的为冠脉支架产品，应经药监部门批准获得有效医疗器械注册证材质。随着耗材全国集采的临近，这场关乎中国医疗行业的新变革将不断深入。有药品国采的经验在先，耗材企业必将迎来新一轮的洗牌和重塑。但不管怎样，行业格局重塑之后，未来更具性价比和更符合临床需求的医用耗材，特别是高值耗材将越来越多，而这对行业都是正向的促进。

▶ [一文读懂互联网医疗投资策略之市场篇](#) (来源：E 药经理人) ——第 20 页

【提要】疫情爆发、医保接入给互联网医疗带来重大的变革。到今年，

中国互联网医疗的发展已历十年，这其中萌芽，有狂热、有低谷、有崛起，而今是前所未有的大机遇。近年来，互联网医疗成为“三医联动”的重要推动力量，在提升医疗质量、降低医疗费用等方面发挥着重要作用。今年初爆发的新冠疫情更是推动了医保支付制度的加速落地，多地政府积极响应。事实上，一些互联网医疗平台借助互联网医院，在各地已经不断试水打通医保支付渠道，全面布局医保服务，全力推进互联网医院的建设。从支付方的角度预测未来互联网医疗市场这块蛋糕，到2025年预计互联网医疗市场将从2019年的1117亿增长至2025年的5970亿，新增4853亿；长期来看，中国医药电商市场规模天花板约8614亿。

[▶ 7 个大品种面临变局 江西带量采购开启 八大变化透露什么信号](#)

（来源：E药经理人）——第28页

【提要】为推进江西省药品集中带量采购工作，江西省药品医用耗材集中采购联席会议办公室于9月8日发布了《江西省药品带量采购文件》。此次《文件》公布了对奥美拉唑等7个临床用量大、采购金额高的药品实施集中带量采购，并公布约定采购量、采购周期、申报资格等详细的细节。专家指出，江西此次药品集中带量采购不设置门槛限制性指标，最大程度开放市场，将未过评的质子泵抑制剂纳入采购范围，促进公开公平公正竞争，最大程度减少类似药替代现象，可以起到提升降价降费效果的作用。在这一趋势下，国家乃至各地的带量采购模式或许还将不断增多。随着各地集采政策的实施，行业环境也

将倒逼企业改革营销模式。在集采的新政的影响下，未来将有大批中小药企面临出局的风险。

▶ [医保改革新探索！央媒吹风按需结算制](#)（来源：看医界）——第 32 页

【提要】日前，新华每日电讯刊发了一篇文章值得业界思考。文章的题目是《一起骗保案引发的医保改革探索》，说的是重庆市南岸区社会保险局局长文瑛利用职务便利，收受医院贿赂，该医院通过违规招揽病人、提供虚假诊疗记录、大肆篡改信息数据等手段累计骗取医保基金 1429 万元。根据监察建议，南岸区开始了两大变革，一是由区医保局牵头建设医保智能审核系统，二是变总额分配制为按需结算制，通过医保智能监控审核系统核定实际发生的费用予以结算。重庆南岸区医保支付实行“按需结算制”，看起来是一种“创新”，实际上也是一种“回归”，这种“回归”是尊重医疗规律的体现，也是医保、医疗、医药联动的结果，之所以得到“新华社”的肯定，应该也是给正在进行的轰轰烈烈的医保支付制度改革的一次警示提醒。提醒我们，改革不是胡折腾，改革不能违背常识，改革不是推倒一切重来。

▶ [最新过度重复药品目录发布 新增两大关键信息！](#)（来源：医药经济报）——第 37 页

【提要】9 月 7 日，中国药学会在官网发布《关于发布第六批过度重复药品提示信息的公告》。该批过度重复药品提示信息目录由中国药学会和国家药品监督管理局信息中心、南方医药经济研究所共同协作，

对已获批上市药品在 2017-2019 年间的销售情况进行监测分析形成。值得注意的是，此批目录与往批目录最大不同的地方在于，提示信息新增了两项数据内容：一是基于中国上市药品目录集，对通过仿制药质量和疗效一致性评价的企业数量进行标注；二是基于药品已有批文数据库，对已有批文企业数 ≤ 3 的剂型进行标注。中国药学会表示，通过上述两项新增内容增加信息的提示作用。也有分析人士指出，该目录为医药工业主管部门提供了科学安排产业和产品结构调整的参考，有利于引导医药工业提高集中度，加快产业转型升级，实现高质量发展；与此同时，也将为药品集中采购部门提供了科学确定“分类采购”方式的参考，有利于指导药品集中采购，保证药品供应。

• 医院管理 •

▶ [从流程驱动到数据驱动 医院数字化运营管理的思考与展望](#)（来源：医管新世界）——第 40 页

【提要】当前信息化已成为引领社会变革，推动时代发展的重要驱动力，医院传统运营模式被打破，现有模式很难适应医院管理的发展。医院运营管理亟待改变思路，重新建立管理模型和管控手段，充分挖掘医疗数据带来的价值、推动医院精细化管理，数字化运营管理已然是大势所趋。随着医改的深入和信息技术的高速发展，数字化医院作为一种新型的医疗服务模式。在医院内部管理方面，数字化运营管理，已势不可挡。而医院运营管理平台作为医院管理者和决策者的有效分析工具，必须突破现有思维，打造面向医院管理者的“数字化运营管

理”，一体化、集成化，构建适用、分析最佳的业务实践模型，对数据进行精准分析，提升数据价值，为管理决策提供科学依据，全面提升医院经营决策效率，实现医院从流程驱动向数据驱动的管理模式转变，促进医院精细化管理，彻底变革医院管理模式，构建数字化运营体系。

▶ [“门诊共济”改革引四大热议：自己“钱”为何给别人用](#)（来源：经济参考报）——第 43 页

【提要】近期，国家医疗保障局就推进门诊共济保障、改革个人账户的文件稿公开向社会征求意见。其中，不少涉及人民群众切身利益的改革举措，引发社会热议：①改革是否因为统筹基金没钱了；②为啥要动个人账户的“钱”；③门诊统筹能否真正减轻个人负担；④改革后是否影响定点零售药店经营收入。以往，体育健身、养生保健品等产品在药店收入中占了相当一部分比重。此次改革拟明确个人账户的资金不能用于这类非治疗性的产品。医保管理人士表示，医保资金的使用是有法律规定的明确范围的，非治疗性产品本就不应出现在医保资金的支付范围内，不能因为这些违规使用医保资金的行为“原先有”就要继续延续下去。

• 医药资讯 •

▶ [302 个品种被“劝退” 别再研发、申报了!](#)（来源：E 药经理人）——第 46 页

【提要】9 月 7 日，中国药学会发布《关于发布第六批过度重复药品

提示信息的公告》，公布了《同一药品已获批准文号企业数在 20 家以上的过度重复品种目录（第六批）》，涉及 302 个品种，与第五批过度重复品种目录相比，本次调出 1 个品种；加上前五批目录，一共有 1474 个过度重复药品。公告显示，该目录对已获批准上市药品在 2017-2019 年间的销售情况进行监测分析，形成第六批过度重复药品提示信息目录，涉及临床药理学和治疗学分类的 14 个大类、60 个亚类。专家表示，相关部门应该根据药品注册审批情况，继续完善药品注册信息发布制度，有效引导药物研发的立项和选题，将有限的资源向具有临床价值的创新药和临床急需仿制药的审评审批倾斜，避免大量重复研发和资源浪费。

▶ [互联网诊疗再获鼓励！医药电商今年增速或超 60%](#)（来源：医药经济报）——第 49 页

【提要】国家统计局 9 月 9 日发布了居民消费指数月度报告，2020 年 8 月份居民消费价格同比上涨 2.4%。其中，医疗保健价格同比上涨 1.5%，环比上涨 0.1%。1-8 月，医疗保健价格比去年同期上涨 2.0%。同日召开的国务院常务会议也指出，消费是经济发展的重要引擎。今年消费因疫情受到较大冲击，成为经济恢复的薄弱环节。基于网络数字技术的新业态新模式，支撑了新型消费逆势快速发展，且潜力巨大。在国家政策推动和患者需求牵引下，我国互联网医疗市场迎来“井喷”式发展，网上药店的市場容量同样再创新高。专家推测，受疫情影响，医药电商市场正加速成熟，2020 年增速或不低于 60%。据透露，疫情

期间大量实体药店用户转移到线上购药渠道，给医药电商的业务带来新的发展奇迹。

▣ [门诊统筹：支付方推动医疗服务改革的重要一步](#)（来源：村夫日记）——第 53 页

【提要】伴随着门诊统筹和个帐的改革正式启动，医疗服务和药品市场将出现明显的变革。这一改革将在医疗服务端强化现有市场格局，在药品端扩大院内市场规模并收窄药品零售市场规模。如果将其与 DRG 实施之后，医疗费用将持续从住院向门诊转移结合来看，个帐显然无法承载这一转移的规模，门诊统筹也是解决这一问题的主要工具。不过，虽然门诊规模将在未来 10 年持续扩容。但这并不意味着基层门诊的春天，这个市场最大的得益者仍然是三级医院。总之，门诊统筹和个帐的改革关乎医疗体制改革的全局，绝不仅仅是个人或药品利益的得失，而是能否从支付方的角度推动医疗服务和药品市场全面转型的关键一步。

▣ [医保目录谈判四季度启动 130 多新药或入医保](#)（来源：经济参考报）——第 57 页

【提要】近日，国家医保局正式发布《2020 年国家医保药品目录调整工作方案》和《2020 年国家医保药品目录调整申报指南》，我国今年国家医保药品目录调整工作正式开启。随着医保药品目录实现常态化调整，患者用药范围、用药可及性不断增强，医保资金使用效率不断提升。同时，通过谈判加大力度促进药品价格下降，显著减轻患者

负担。业内人士认为，此次纳入医保谈判新药或超过 130 个。整体来看，一方面随着带量采购的开展，仿制药将结束高毛利的舒适期，进入“薄利多销”的模式，获取高额利润，需要转型升级，一些本土企业开始转向高仿制药、创新药；另一方面，药品集采、医保目录调整、重点监控目录，医保支付方式改革等措施为医保腾出空间，临床价值高的创新药预计会被陆续纳入。

-----本期内容-----

· 分析点评 ·

全国耗材集采箭在弦上 行业格局将发生怎样的变化？

来源：动脉网

耗材集采大幕已经拉开。

一年多来，有关耗材带量采购的政策频出。2019年7月底，国务院办公厅印发《治理高值医用耗材改革方案》，提出要完善分类集中采购办法。今年7月3日，相关部门发布冠脉支架带量采购相关方案征求意见函，冠脉支架成为首个国家级集采品种。耗材全国集采已经箭在弦上。

回望二十多年来的中国医改，医用耗材和药品的合理价格一直是一道困扰着改革者们的难题。这中间，无论是患者、医保，还是医院、医药和医械企业，要在一套方案中能最大程度上兼顾各方利益，并找到平衡点，无疑是极难的事。要知道，每一个政策或规定中的细则，都可能对行业产生巨大的影响。也正是如此，围绕医用耗材和药品价格的拉锯战几乎贯穿了整个中国医改历程。

事情正在迎来转机。2018年3月，国务院机构大改革，顶层设计出台。同年5月，国家医保局正式挂牌办公。众所周知，在以前的体制里，医保资金的监管分散在四个部门的手里：城镇职工、城镇居民的医保由人社部管理，新农合由卫计委管理，医疗救助由民政部管

理，而医疗服务和药品价格管理在发改委。国家医保局的成立，不仅可以使医保基金得到充分的管理和调控，还可通过超级支付方的身份去做推动行业变革等一系列事情。

手握百姓医药卫生支出的“钱袋子”，国家医保局决定要砍去医用耗材和药品价格中的“水分”。首先动刀子的，便是药价。从 2018 年开始，国家医保局先后主导了“4+7”、“4+7 扩面”、“第二批药品国采”、“第三批药品国采”四次全国性药品集采。

效果是显著的。以今年八月的第三批国家药品集中采购为例，共产生拟中选企业 125 家，拟中选药品品规 191 个，平均降价 53%，最高降幅在 95%以上，有的药品甚至降到了几分钱一片。

有了药品集采在前，耗材全国集采也提上了日程。一场关于中国医疗行业的新变革序幕，正徐徐拉开。

地方版耗材集采先行，效果初显

“长期以来，欺诈骗保、药品耗材价格虚高吞噬医保基金、过度治疗造成的‘微浪费’等，这些看似平常、‘蚂蚁搬家’式的行为积少成多，对医保基金造成了严重侵蚀。”

今年 6 月，国家医保局局长胡静林在深化医疗保障制度改革培训班上的讲稿《让改革成为医保旗帜最鲜明的底色》在互联网上广为流传，讲稿内容对药品和耗材价格虚高的问题再一次敲响了警钟。

为了应对这一现象，国家医保局从成立之初便肩负重任，从药价先切入，通过集采取得了部分药价超 9 成的最高降幅，坚定了有关部

门以带量采购为主要抓手，推进医改的决心。

在药价方面取得丰硕成果后，耗材集采的推进也在不断加速。截至 2019 年 12 月 31 日，已有 13 个省市落地高值耗材带量采购方案。安徽、江苏两个省份率先试点，其中江苏已进行了三轮带量采购；山西、山东、辽宁、甘肃、湖南、云南、重庆、海南等也先后开展落地探索；京津冀 3 省市建立以京津冀合作为基础的北方采购联盟，形成“3+5”联合采购新模式……

与药品集采的结果相似，地方版的耗材集采也取得了不错的效果。比如从 2019 年 7 月安徽省带量谈判议价工作完成情况来看，该次谈判骨科脊柱类材料总体平均降价 53.4%，单个组件最大降幅 95%；人工晶体品类总体平均降价 20.5%。按 2019 年上半年全省骨科脊柱类和人工晶体类产品网上采购额测算，两类产品年节约资金分别约为 3.7 亿元和 0.3 亿元。

集采的核心是以量换价，因此能否让医械企业大幅降价的关键点在于是否有足够的采购量。在这个基础上，目前可以称得上耗材带量采购项目的，主要分为省级、联盟、市级三大类。

全国医用耗材带量采购项目概况（数据截止到 2020 年 8 月）					
层级	国家	省际联盟	省级	地市联盟	地市
项目数量	1	4	9	8	18
产品种类	1	5	17	17	41

数据来源：首都医科大学国家医疗保障研究院

省级采购是指省级层面组织的带量采购工作。目前，安徽、江苏已经进行了耗材的带量采购工作。从中选结果来看，两省首选的品种

均为采购金额较大、临床使用较多、竞争性较强的高值耗材品种。

市级采购是指市级层面组织的带量采购工作。比如 8 月 23 日，无锡市医保局组织全市 40 家二级及以上公立医院组成的采购联盟，和 23 家医用耗材厂商“砍价”，最终 4 个品种平均降幅 48%~61.2%，主要涉及透析液、医用高分子夹板、中心静脉导管等低值耗材。

联盟采购是指跨区域团购，包括省内市级联盟，以及跨区域省级联盟。例如，7 月 25 日，青岛、淄博、烟台、潍坊、威海五市药械联采办印发《青岛-淄博-烟台-潍坊-威海公立医疗机构药械联合采购议价方案(试行)》，拿 3000 多万个输液器、留置针、预冲式导管冲洗器等低值耗材进行“以量换价”，最终获得 60.93%的平均降幅。

从采购品种来看，省级层面的探索以高值耗材为主，而市级则以低值耗材为主。无疑，省市级各自的采购方式分工较为明确。

医用耗材带量采购高频品种（数据截止 2020 年 8 月）		
层次	产品	项目数量
省级以上	人工晶体	4
	冠脉球囊	4
	冠脉支架	3
	人工髋关节	3
	人工膝关节	2
地市 (含地市联盟)	输液器	14
	留置针	14
	血液透析器	5
	注射器	5
	预充式导管冲洗器	3
	中心静脉导管	3

数据来源：首都医科大学国家医疗保障研究院

耗材集采的“三座大山”

为什么最先推进国采的是药品，而不是医用耗材？这与医用耗材集采面临的复杂性有关。其中，横亘在面前的“三座大山”是主要的因素。

第一座“大山”是医用耗材没有通用名，而这缘于耗材种类繁多、规格多样、型号复杂等特点，使得医用耗材目前尚未形成国家统一的编码标准。第二座“大山”是医用耗材的市场更加分散。第三座“大山”是绝大部分医用耗材只能在医疗机构使用，使用人员水平直接影响医疗效果。

形成“三座大山”的原因主要有三个。一是由于耗材的监管体系复杂，部分产品由省级部门审批，导致耗材规格较为多样，缺乏统一的命名规则，从而出现了一些同名异物或同物异名的现象；二是由于医用耗材本身具有研发周期短、更新换代快等特点，导致现行耗材注册批件中规格型号数量异常庞大；三是耗材的使用，特别是高值耗材的使用具有一定学习门槛，对医护人员的能力有考验。

“药品全国集采能够迅速推进的重要原因是药品的一致性评价十分成熟，而耗材一致性评价目前还未落地。”行业相关人士告诉动脉网。

针对以上问题，相关政策在不断推进与完善。2019年6月，国家医保局印发《医疗保障标准化工作指导意见》。《意见》指出，2020年将实现高值耗材全国性的统一编码，终结耗材“名号众多”时代。

同年 8 月，国家医保局发布的《国家医疗保障局对十三届全国人大二次会议第 6395 号建议的答复》指出，国家卫生健康委将配合相关管理部门建立耗材一致性评价机构，耗材也将拥有与药品同款的“一致性评价”。

耗材国采“发令枪”已响，剑指冠脉支架

首批国家级高值耗材集采，将从冠脉支架入手。

今年 7 月，国家医疗保障局医药价格和招标指导中心发布了关于委托开展《国家组织冠脉支架集中带量采购方案(征求意见稿)》征求意见稿。在首批国家级带量采购中，本次集中带量采购标的为冠脉支架产品，应经药监部门批准获得有效医疗器械注册证材质。

本次涉及的材质为钴铬合金和铂铬合金，载药种类为雷帕霉素或衍生物，药物载体涂层性质为非聚四氟乙烯的冠状支架。国家组织高值医用耗材联合采购办公室负责拟定具体技术指标。

本次的采购周期为两年，协议期满后，由各省确定供应企业、约定采购量和采购期限。供求关系、技术水平、市场格局发生重大变化的，可通过竞价、议价、谈判、询价等方式，产生中选企业、中选价和约定采购量。

值得注意的是，在采购范围和数量上，本次带量采购是目前有过的最大的采购联盟。方案提到，2019 年冠脉支架使用量超过 1000 个的公立医疗机构、军队医疗机构均应参加，其他公立医疗机构、军队医疗机构、医保定点社会办医疗机构按照所在省份安排自愿参加。已

开展该产品集中带量采购且尚在合同期内的省份，可不参加。

在约定采购量比例上，参与联盟采购的医疗机构根据 2019 年采购量申报总采购基数和各产品采购基数(不含不锈钢支架)。按总采购基数的 80%约定采购量，且保证每个中选产品采购量不低于申报采购基数的 80%。

根据富途证券整理的的数据，截止目前，冠脉支架的国产替代率已达 70%，冠脉支架的技术壁垒相对更低，但行业规模大。现阶段第二、三代的冠脉支架的占比高达 99%，竞争格局趋于稳定，市场集中度也稳步提高。

四家冠脉支架国产供应商市场份额情况				
	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年
微创医疗	23.75%	23.50%	23.31%	23.52%
乐普医疗	20.35%	20.33%	20.25%	21.02%
威医疗	16.60%	15.50%	14.90%	14.65%
赛诺医疗	8.99%	10.35%	11.62%	11.23%
总计	69.69%	69.68%	70.08%	70.42%

数据来源：赛诺医疗、华经情报网、富途证券

目前，在冠脉支架领域，国产的主要供应商有四家，分别是微创医疗、乐普医疗、吉威医疗和赛诺医疗。其中，微创医疗的市场份额最高，处于冠脉支架的龙头位置。乐普医疗与吉威医疗的市场份额紧随其后，相差不大。值得注意的是，赛诺医疗的产品全是不锈钢材质，不符合采购条件，其他三家公司都符合条件的主力产品，均有参与集采的资格。

“割肉”效果明显，集采将对行业产生哪些影响？

从目前医药国采的结果来看，集采这把“刀子”对企业的“割肉”

效果十分明显。但市场也开始担忧未中标的企业因没市场而无法分得“粥”喝，部分企业尽管中标最后也会因“大放血”导致的利润微薄而倒下。因此，通过集采形成的降价机制能否长效运转并复制呢？

首先要明确的是，带量采购的目的是为了挤出耗材价格中虚高的销售和推广费用，医械企业最终承担的价格降幅是渠道的利润空间，如果渠道利润空间较大，对于研发生产企业的影响则较小。

在耗材中，高值耗材的占比为 62.50%、市场规模约 1060 亿(2018 年数据)。由于价格高昂，高值耗材给患者造成的经济负担更重，给医保基金带来的压力也更大，也一直是政策与社会关注的焦点，国采对高值耗材发力也是基于此。

不可否认，高值耗材因技术含量、临床价值和管理成本等“高价值”部分导致的价格“实高”外，其还有“虚高”的成分，主要有以下三点。

一是价格形成机制不合理。与药品相比，医疗器械的销售更加依赖经销商，器械流通市场的竞争环境更加散乱。例如从医院终端价来看，由于器械的种类和规格较多，很难形成统一的招标采购价，不同的器械品类出厂价和终端价之间的差价不同，目前器械两票制也没有全国严格执行，为流通环节预留了较大的操作空间。

二是医保支付的相关政策缺乏。因为医疗器械的品种多样、原材料不一，所以难以进行系统的归类 and 对比。我国的医保付费主要是按照项目后付费支付，没有推出医用高值耗材的报销指导目录，也成了

高值耗材滥用的原因之一。

三是医院管控意愿不强。医院和医生愿意使用高值耗材，一方面由于高值耗材技术含量和质量水准相对较高，另一方面，高值医用耗材的使用一定程度上为医院带来利益，补偿了过低的医疗服务项目价格。因此，医院的管控意愿不强。

对于耗材带量采购全面推行后会对行业带来怎样的影响，或许能从药品国采中窥得一二。从药品 4+7 经验来看，三家获得中标的企业将共享全国 60%到 70%的市场，未中标的中小企业将被彻底边缘化。这导致的结果是随着时间的推移，规模小、创新能力差的企业若不积极寻求转型，很容易被市场淘汰出局。

不仅如此，耗材带量采购常态化后将逐渐淘汰过剩产能，而国内创新能力强的头部企业，将以更大的市场份额换取更加突出的优势。产业的集中度将会进一步提升，行业“马太效应”便会加速显现。

“耗材国采会对于器械厂商的成本管控提出新要求，经销商的利润空间因此受到挤压。为了保持可持续发展，经销商应当合理配置产品管线，更加贴近临床，逐步承担培训、售后等工作，增加与厂商黏性。此外，深耕某领域或某科室、对于临床新技术更敏感的经销商，将会有更多机会。”青桐资本投资总监田丰告诉动脉网。

从趋势上看，大型且创新能力强的企业会通过以价换量，独享市场份额，中小型企业由于利润和降价空间有限、产能受限，无法与大型企业抗衡，生存受到威胁，行业集中度得到提升。

行业将重新洗牌，企业该如何应对？

前有药品全国集采对行业进行的重新洗牌，对于即将开始的耗材全国集采来说，经销商、器械商必须在控费之下，重新思考自己的定位与发展方向。

首先，对于经销商来说，特别是中小型的经销商，一旦失去了带量采购涉及的耗材品种后，就不得不转向其他政策还未覆盖的耗材品种，而这导致的结果是转换耗材品类的时间与渠道成本的升高，尤其是高值耗材带量采购的方向很有可能是未来通过医保局的平台进行销售。一旦到这个时候，过去存在的企业返利与耗材价差将不再存在。对于经销商来说，数字化的物流与后端服务或是以后的出路。

再者，对于耗材厂商来说，如何做出低价高质的产品是当前创新的重点。在这个时间点上，要么拿下区域超过70%的耗材品类，要么从这个品类中出局。而从长远来看，厂商依然需要寻求产品的“质变”，加大产品的研发力度，在创新上、医用价值上寻求更多的增量。

最后，对于创新型的高值耗材企业来说，在产品研发上需要更多考虑竞品的优劣势，做出具有创新性、有差异化的产品，防止进入“获批即死亡”陷阱。

随着耗材全国集采的临近，这场关乎中国医疗行业的新变革将不断深入。有药品国采的经验在先，耗材企业必将迎来新一轮的洗牌和重塑。对于部分企业来说，可能会顺势扩大市场份额，取得快速发展；但对于另一部分企业来说，可能遭受的是毁灭性的打击。

但不管怎样，行业格局重塑之后，未来更具性价比和更符合临床需求的医用耗材，特别是高值耗材将越来越多，而这对行业都是正向的促进。正如凤凰涅槃、浴火重生一样，耗材行业也将迎来新的春天。

[返回目录](#)

一文读懂互联网医疗投资策略之市场篇

来源：E 药经理人

无论从何种角度看，2020 年都注定将是特殊的一年。

对中国互联网医疗来说同样如此，疫情爆发、医保接入给行业带来重大的变革。到今年，中国互联网医疗的发展已历十年，这其中萌芽，有狂热、有低谷、有崛起，而今是前所未有的大机遇。伴随行业起伏的还有其中的参与者，那些浪沙淘尽后留下的企业已从小荷才露尖尖角成长为今日各个细分领域的独角兽。

十年过去，在 2020 年这个时点中国互联网医疗遇到了怎样的机遇？将带来怎样的变革？变革又将产生多大的能量创造多大的市场空间呢？

01 2020 年互联网医疗的新变局

变化是从 2019 年后半开始的。2019 年 8 月，国家医保局发布的《关于完善互联网医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》明确了互联网医疗收费标准和医保支付标准。政策导向直指互联网医疗，点燃行业提速的催化剂。

随后，一系列相关政策密集出台：

2019年12月，新药品管理法施行，仅禁止特殊药品通过药品网络销售，开放网售处方药。

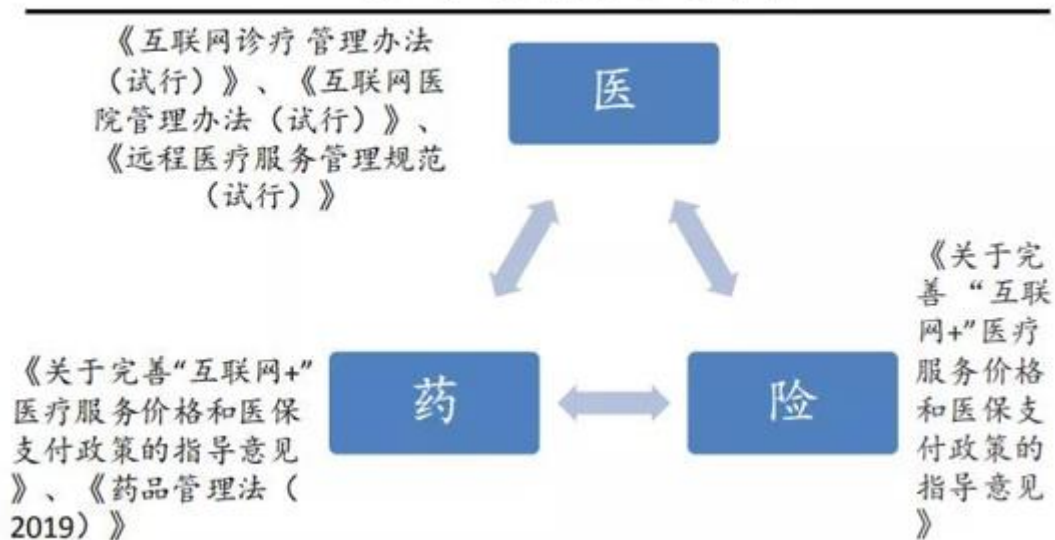
2020年2月，将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入医保支付范围，可通过定点零售药店直接结算，支付标准按统筹地区规定的医保政策，支持互联网医疗机构开具电子处方、诊疗费、药费的在线医保直接结算。

2020年3月，开放互联网医疗机构开具电子处方、开通医保结算；

2020年4月，国家发改委首次提出可进行互联网首诊。

开放供给端(互联网医院牌照、网售处方药)，增加支付端(医保)使“医”、“药”、“险”完善成基础闭环的政策体系，为互联网医疗市场的提速创造了条件。

图 互联网医疗基础政策体系



2020年初受疫情的影响，越来越多的人选择线上的方式解决自

己的就医、购药等需求。在线问诊、线上咨询、医药电商等互联网医疗用户人数激增。2020年3月20日，在国务院联防联控机制新闻发布会上提到，互联网诊疗成为医疗服务的重要组成部分，国家卫健委的委属管医院互联网诊疗比去年同期增加17倍；第三方互联网服务平台，诊疗咨询量比同期增长了20多倍，处方量增长了近10倍。

另一方面，市场教育也在这个过程中得以推进。2020年3月，国家为加强疫情防控，鼓励定点医药机构提供“不见面”购药服务。互联网企业抓住时机推出线上专业医生问诊、医保在线支付、送药到家等一系列服务。例如平安好医生在疫情期间提供了免费线上问诊、药品保障、物资驰援等服务；阿里健康则推出了在线义诊、海外诊疗帮助，并瞄准疫情需要推出快速核酸检测服务。这些服务增加了线上问诊的覆盖和频率，扩大了活跃用户群，培养了用户线上问诊和消费习惯。

2020年政策和市场的新变化，预示互联网医疗这个一直在探索商业化之路的行业，迎来了新的产业变局机会。

02 互联网+医疗 2.0：医院、药企、药店

2020年政策和市场新变化的影响下，互联网+医疗已经进入2.0时代。

在过去，市场对互联网+传统医疗的商业模式存有诸多疑问。传统医疗“低频、实体、公共品”特性显得与互联网格格不入。“低频”意味着粘性低，转化率低、成本高；“实体”意味着医疗服务必须依

托线下实体，包括诊断、治疗和药品，难以完全信息化和线上化；公共品意味着商业价值转化过程中需要面临强监管和公共监督，准入壁垒会随着行业发展逐步提高，互联网公司的发展逻辑在医疗领域无法简单复制。

而互联网医疗的高速发展将推动线下医疗服务机构(医院、药企、药店)的产业升级，集中度进一步提升。首先，互联网医疗将推动医疗价值市场化，公立和私立医院医生可提高人均服务效率与价格；其次服务频次增加；最终规模效应显现，线上线下行业集中度得到提升。

对于实体医院而言，互联网带来的主要变革在于服务的延伸。由于传统实体医院服务低频、实体、公共品的特性，互联网与实体医院的结合需要紧密协作，通过自建和平台合作两种运营模式来实现。公立医院自建线上医院有利于民众对互联网医院的逐步认可和线上就诊渗透率的提升；公立型互联网医院通过线上预约挂号、排班就诊、联网结算等形式获得患者对医院的认可和线上就诊渗透率提升；平台型互联网医院则通过远程问诊(慢病复诊、轻问诊、初诊)、线上处方购药、用药和健康管理等方式提高“诊前”能力，保障“诊后”远程服务与随访的进行。互联网医疗通过线上方式承接实体医院提供远程医疗和复诊服务，同时又能打破地域壁垒实现个人就诊全周期健康管理。

互联网将为药企带来商业模式和发展方向上的变革。通过互联网，药企的产品销售渠道将从传统医院或药店渠道向 O2O、B2C 等多种

购药场景转变，产品销售从医生主导到患者教育主导，同时发展 2B 或 2C 两种模式。线上平台销售有利于药企把握用药需求，增加复购率。同时企业通过线上平台的大数据可以进行药品追溯、患者管理和渠道拓展，通过用户反馈则可以更全面地追踪患者用药情况并提供健康管理。

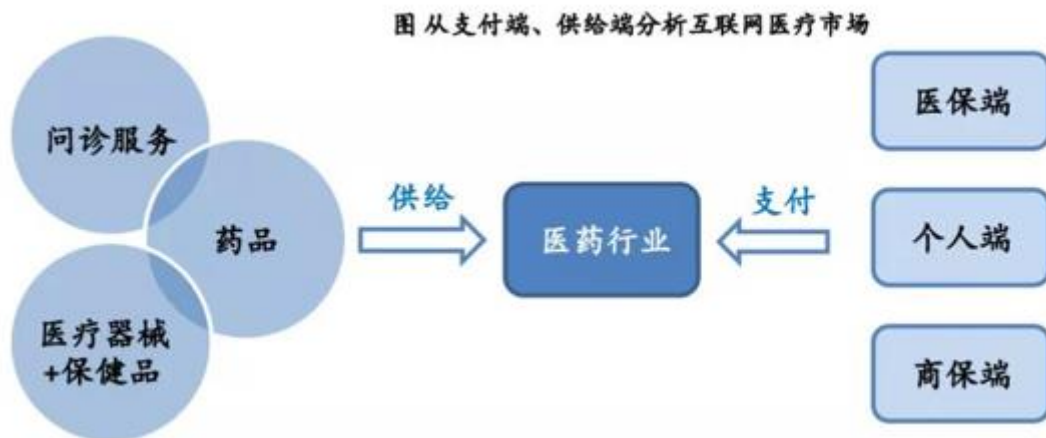
在互联网的影响下，线下实体药店将迎来五大发展趋势：首先是购买场景，将从传统的到店买药模式过渡到 O2O、B2C 等多种购药场景；其次是盈利模式，药店经营将从低毛引客、高毛盈利的模式变为线上低毛竞争、流量为王的新打法；药店对客流量的争夺也将从线下延伸到线上，流量为王；在扩张方式上，将从地理扩张与并购的模式变为争夺线上流量和不受地理局限的全域竞争；最后，互联网化将促进全流程、可追溯监管的落实，合规要求进一步提高。

这些趋势对零售药店来说，既是挑战，也是机遇。近年来医药电商的高速发展并没有影响龙头线下药店的高成长。究其原因是由于线下门店带来的便捷性与及时性，在开展 O2O 业务方面具有优势；线下药店拥有着为特定人群（中老年人为主要用药群体）提供药事服务及慢病管理等线下服务的专业能力；加之医保属地化政策壁垒的优势和相对完善的供应链管理和质控体系，线上线下得以错位发展。互联网医疗将加速淘汰中小门店，推动集中度提升，药店连锁率持续提升，龙头效应显著。

03 蛋糕有多大

2020 是互联网医疗行业里程碑意义式的一年，疫情和政策为行业发展提速。

医药行业一共有 3 个支付方，即医保、商保、个人自付。2020 年初医保的互联网支付开放，使三种支付方式都得以互联网上实现。短期医保接入线上的规模虽不大，但医保支付接入的线上问诊及慢病处方药将成为巨大的流量入口，带动商保及个人自付加速互联网化。可以从三大支付方的角度通过对互联网医疗市场的存量及增量进行详细拆分，来预测 2025 年互联网医疗市场市场蛋糕的大小和切分：



问诊市场上，根据卫生统计年鉴，2019 年的问诊量约 87 亿人次（包括公立、私立医院及基层医疗机构），其中 45 亿人次是在基层医疗卫生机构（假设平均单价 10 元），42 亿人次在医院（假设平均单价 40 元），据此测算 2019 年的问诊的市场空间约 2210 亿元，未来问诊市场将承接基层需求的转移，丰富慢病复查、轻症、首诊等治疗场景。预计问诊人次将保持 4% 左右增速，而单价逐步提升（医疗服务价格上调趋势），渗透率将从 6.2% 提升至 20%。2025 年问诊市场规模预计达

到约 4102 亿元，线上问诊市场规模约为 820 亿元。

药品市场方面处方外流联动 OTC，2025 年线上购药市场规模预计约 2090 亿。根据米内网数据，2019 年中国药品终端销售额为 17955 亿元，其中线上销售额估计 272 亿元，渗透率仅为 1-2%；线下销售额 17817 亿元。预计 2025 年所有终端药品市场规模达到 25229 亿元。而零售端的线上渗透率将逐步提高，而医院端外流的处方将有一部分流至线上：过去 3 年(2017-2019)药品市场增速为 5-7%，预计未来将保持 5-6%的增速。零售端药品的份额稳定在 23%，预计零售端的线上渗透率 2025 年达到 30%，对应产生 1741 亿元的线上零售药品规模。医院端药品可外流的处方是占比为 40%的口服制剂，预计 2025 年处方外流比例达到 15%，对应 1,166 亿的处方外流规模。假设外流处方中的 30%流到线上，规模为 350 亿。

器械及保健品市场在消费需求拉动下，2025 年线上市场规模预计达 2691 亿元。2019 年中国医疗器械零售市场规模 1,178 亿元，保健品市场约 3,163 亿元，整体市场 4,341 亿元。目前线上渗透率约 16%，线上市场规模约 700 亿元。未来医疗器械零售及保健品市场增速预计维持在 10%，线上渗透率则从 2019 年的 16%提升至 2025 年的 35%。

供给端的问诊市场、药品市场和医疗器械及保健品市场，预计 2025 年线上市场规模 5,601 亿。

从支付端分析，医保端主要由在慢病药复购、线上问诊两部分的线上市场组成，2025 年医保端线上市场规模预计将达到约 1057 亿。

其中如前述 2025 年线上问诊市场规模预估为 820 亿，假设其中 20% 由医保支付，2025 年医保问诊线上市场规模将达到约 164 亿元。2019 年医保局通过各省平台采购药品总金额 8,327 亿元，从医保支付方角度预计医保采购金额将以 5% 左右增长，预计 2025 年达到 11159 亿元规模，医院的注射制剂不能线上化，因此总渗透率较低，由此假设线上渗透率提高至 8%，医保端线上购药市场预计在 2025 年达到 893 亿。

在个人支付端，2025 年个人支付线上市场预计将达 4,262 亿。2019 年我国三大终端药品销售额实现 17955 亿元，医保采购 8327 亿元，粗略估计非医保端的药品支付规模达 9628 亿元，假设非医保端 65% 由个人支付，则 2019 年个人端药品市场规模为 6,258 亿。如前所述，假设 2025 年所有终端药品市场规模达到 25,229 亿元，预计其中 14,070 亿元由非医保端支付，非医保部分的 65% 由个人支付，线上渗透率预计为 10%，则估计 2025 年个人自付端线上购药市场约为 915 亿元。同样 2019 年医疗器械+保健品市场总和预计约为 4,341 亿元，线上渗透率约 16%。假设 2025 年保健品及器械市场规模达到 7,689 亿(增速 10%)，线上渗透率提高至 35%，由于这块市场大部分以个人支付端为主，2025 年个人端器械、保健品市场线上规模预计在 2,691 亿元。2025 年线上问诊市场规模预计为 820 亿，假设其中 80% 由个人支付，2025 年个人端线上问诊市场规模约为 656 亿元。

在商保端，商业健康险赔付支出近五年均保持 30% 以上的快速增长；2019 年健康险赔付支出 2351 亿元，按照 2020-2022 年 10%-15%

增速，2023-2025 年 8%-10%增速计算，预计商业保险支出到 2025 年增长至 4,340 亿元。商保端将作为新的增量，线上渗透率预计约 15%，2025 年线上商保端规模预计约为 651 亿。

从三大支付方的角度预测未来互联网医疗市场这块蛋糕，到 2025 年预计互联网医疗市场将从 2019 年的 1117 亿增长至 2025 年的 5970 亿，新增 4853 亿；长期来看，中国医药电商市场规模天花板约 8614 亿。

[返回目录](#)

7 个大品种面临变局 江西带量采购开启 八大变化透露什么信号

来源：E 药经理人

为推进江西省药品集中带量采购工作，江西省药品医用耗材集中采购联席会议办公室于 9 月 8 日发布了《江西省药品带量采购文件》。

此次公布的《文件》，以《江西省药品带量采购和使用工作实施方案》中明确的江西省带量采购的总体要求、采购范围、交易规则、结算支付规则、激励约束机制为原则，在今年 7 月江西省医药采购服务中心发布的《江西省药品带量采购文件(征求意见稿)》的基础上进行了修订，最终公布了对奥美拉唑等 7 个临床用量大、采购金额高的药品实施集中带量采购，并公布约定采购量、采购周期、申报资格等详细的细节。

01 变化：关注这 8 项要求

梳理此次公布的《文件》，与此前的《征求意见稿》相比，又发

生了一些变化。

首先是约定采购量部分。《文件》规定：1 家中选的，取首年约定采购量基数的 50%为首年约定采购量；2 家中选的，取首年约定采购量基数的 75%为首年约定采购量，其中 50%作为最低价中选企业的首年约定采购量，25%作为最高分中选企业的首年约定采购量。相较于征求意见稿，变化主要在于特意强调“首年”，这也给后续集采变化留出了空间。

当国采和地方集采重合时，又将如何执行？原则上来说，当国家和地方集采出现重合时，应以国家集采政策为主，刚刚公布的浙江省药品带量采购征求意见稿即按此规定，表示“如遇国家组织药品带量采购目录相同，将按国家政策要求进行调整”。但此次江西《文件》明确，当采购周期内国家药品集中采购结果与江西省药品集中带量采购中选结果重叠时，如中选企业不同的，第一年可执行江西省中选结果，第二年续约时再执行国家中选结果；如中选企业相同但价格不同的，取较低的中选结果执行。业内人士表示，这应当是已经向国家局进行过备案之后的结果。

关于报价资格，《文件》调整了对于经济技术标的考核顺序。《文件》提出，按照《关于开展江西省药品集中带量采购企业报名的通知》，在规定时间内按要求参加报名的企业，均可就报名产品递交商务标报价材料。未提交商务标报价的，按弃标处理。对于经济技术标评审得分低于 70 分或根据经济技术标入围规则未进入商务标和综合评审

的企业，其商务标报价为无效报价。而此前的征求意见稿中，实际上是先要求评定经济技术标，如果得分在 70 分一下，直接就失去了报商务标的资格。

在产能方面，此前的《征求意见稿》提出产能的要求为“企业投标品种 2019 年产量达到本次采购数量 2 倍(含)以上”，而正式版本中则取消了这一强制要求，则改为企业承诺，这或许也与此前行业的一些反馈声音有关，毕竟在量未得到充分保证的情况下，企业一般也不会盲目扩大产能，而这并不直接意味着企业没有生产能力。

另外一个变化在于对于经济技术标的最后更新时间有了变化。在经济技术标评审中，《文件》提出，如企业经济技术标有关指标存在更新，可在商务标开标前更新相关证明材料。

对于违规企业，江西也进一步处理办法。对于存在违规行为被列入“违规名单”的企业，除了取消该企业相关的申报或中选资格，视情节轻重取消该企业或相关产品自列入“违规名单”后 2 年内参与江西省药品集中采购活动资格外，还会将违规行为报送国家医保局。

值得注意的是，正式文件同时增加了对于串标的处罚规定。《文件》明确，对于相互串通申报、协商报价的，自列入“违规名单”之日起两年内取消企业所有药品参与江西省药品集中采购活动的资格。这一点在此前的征求意见稿中完全没有涉及到，如今特意提起不得不引人遐想。

《文件》还增加了药品质量检验评分细则，对注射剂的碱度、溶

液的澄清色与颜色、有关物质、水分、装量差异、可见异物、不溶性微粒、含量测定做出规定；对肠溶片、肠溶胶囊等口服常释剂型的有关物质、含量均匀度、溶出度、耐酸力、微生物限定、装量差异、含量测定、铬含量等项目提出要求。细则明确，同品规 3 批次样品的最低药品质量检验得分计算经济技术标得分。

对于江西在带量采购政策方面的探索，业内人士指出，此次江西以 PPI 类药物作为带量采购的对象，从药品质量、生产供应、降价幅度等方面建立评审体系，体现出地方集采正处于累积经验的过程中。江西通过不断调整并制定配套政策措施，使集采的成果在一定时期内快速显现，并为全国其他地区提供案例借鉴。

02 趋势：特定品种专项采购

带量采购已然成为我国药品集采的新特点，在逐渐常态化的同时，也在形成全国范围内遍地开花的新局面。

本次江西省实施集中带量采购的 7 个品种均涉及消化系统疾病，对此，江西省医保局相关负责人曾表示，江西今后的药品集中带量采购，都将按照这个思路，聚焦到单个系统、领域和病种，分批次渐次推进。业内人士指出，江西此次药品集中带量采购不设置门槛限制性指标，最大程度开放市场，将未过评的质子泵抑制剂纳入采购范围，促进公开公平公正竞争，最大程度减少类似药替代现象，可以起到提升降价降费效果的作用。

当前全国各省都在未过评品种带量采购、按疾病品类带量采购、

医保支付标准、结余留用等方面都做了相应的尝试，如青海对过评药品及基础输液进行带量采购；湖南对抗菌药物进行带量采购；江西对未过评且临床用量大采购金额高的药品进行带量采购；山西对在国家、省组织谈判、集中带量采购药品以外的药品、耗材分批分类进行带量采购；武汉对胰岛素进行谈判采购等。

在这一趋势下，国家乃至各地的带量采购模式或许还将不断增多。随着各地集采政策的实施，行业环境也将倒逼企业改革营销模式。在集采的新政的影响下，未来将有大批中小药企面临出局的风险。

[返回目录](#)

医保改革新探索！央媒吹风按需结算制

来源：看医界

最近，在医疗圈最受关注的一个话题就是医保飞行检查。为什么医疗圈最关注飞检？因为几乎所到之处，都无一例外地存在“严重”问题，动辄几百万数千万。再加上之前地方出台的严格控费措施，致使基层医疗机构几乎不再敢看病。显然这不是一种正常现象。那么问题出在哪里？以老徐之见，还是医保支付制度惹的祸。

无独有偶，9月4日，新华每日电讯刊发了一篇文章更是值得业界思考。文章的题目是《一起骗保案引发的医保改革探索》，说的是重庆市南岸区的事。

南岸区的事是个什么事？

2018年，经南岸区纪委监委查实，2013年1月至2018年7月间，

时任南岸区人力资源和社会保障局党委委员、南岸区社会保险局局长文瑛利用职务便利，分 14 次收受学府医院等四家医院和张某个人送的现金共计 127.9 万元。利用文瑛等人给予的方便，学府医院通过违规招揽病人、提供虚假诊疗记录、大肆篡改信息数据等手段累计骗取医保基金 1429 万元。最终，文瑛落马并获刑，除涉案医院相关责任人外，133 名党员干部、公职人员被查处。

虽然案件得以查处，但其暴露出的医保基金监管等深层次问题更值得反思、警醒！2019 年，重庆市在深化拓展案件警示教育中启动“以案改治理、以案改监管、以案改制度、以案改作风”试点工作，文瑛案成为“以案四改”和深度剖析医保领域制度性问题的标靶。

文瑛案给予两点警示：

①负责医保基金监管的相关行业部门各管一块、各自为政，信息共享互通不足，未能充分体现整体监督效能，使部分医院得以通过系统性造假逃避条块式监管。

②医保总额预付存在明显弊端。总额预付首先要确定一个年度总额，一个医院一年能报多少医保基金，由医保局做预算时确定。这一方面造成有些医院医保基金不够用，有些医院却用不完；另一方面也造成医保部门权力过大，留下了权力寻租空间。

根据监察建议，南岸区开始了两大变革，一是由区医保局牵头建设医保智能审核系统，二是变总额分配制为按需结算制，通过医保智能监控审核系统核定实际发生的费用予以结算，医院服务好、疗效好、

技术高、收治的病人多，获得的医保基金自然多，既消除了腐败空间，又对医院起到了正向激励作用。

实践也证明，这场医保改革正在取得显著成效。短短一年间，原本紧张的南岸区医保基金去年不但保证了病人充分就医，而且年终结算时结余了 1.6 亿元，为全国医保改革积累了更多经验。

为什么要从总额预付到按需结算？

尽管我国基本医疗保险已经推行了很多年，在医保支付方式方面，各地也进行过很多不懈地探索。作为最高决策层，就医保支付制度改革方面最重要最权威的文件莫过于两个。

一个是 2017 年 6 月，国务院办公厅印发的关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见（国办发〔2017〕55 号）。指导意见指出，我国医保实行多元复合式医保支付方式。针对不同医疗服务特点，推进医保支付方式分类改革。对住院医疗服务，主要按病种、按疾病诊断相关分组付费，长期、慢性病住院医疗服务可按床日付费；对基层医疗服务，可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用，可按项目付费。探索符合中医药服务特点的支付方式，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。

指导意见要求，加强医保基金预算管理。按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，科学编制并严格执行医保基金收支预算。各统筹地区要结合医保基金预算管理完善总额控制办法，提高总额控制指

标的科学性、合理性。完善与总额控制相适应的考核评价体系和动态调整机制，对超总额控制指标的医疗机构合理增加的工作量，可根据考核情况按协议约定给予补偿，保证医疗机构正常运行。

健全医保经办机构与医疗机构之间的协商机制，促进医疗机构集体协商。总额控制指标应向基层医疗卫生机构、儿童医疗机构等适当倾斜，制定过程按规定向医疗机构、相关部门和社会公开。指导意见提出，建立健全医保经办机构与医疗机构间公开平等的谈判协商机制、“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制，提高医疗机构自我管理的积极性，促进医疗机构从规模扩张向内涵式发展转变。

请大家注意，这里提出的是“总额控制”而不是“总额预付”，二者的区别是“总额控制”，控制的只是一个“数字”，而“总额预付”支付的是大把大把的“钞票”。

另一个文件是2020年3月，中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见。已经指出，持续推进医保支付方式改革。完善医保基金总额预算办法，健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，促进医疗机构集体协商，科学制定总额预算，与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩。

大力推进大数据应用，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推广按疾病诊断相关分组付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费。探索医疗服务与药品分开支付。适应医疗服务模式发展创新，完善医保基金支付方

式和结算管理机制。探索对紧密型医疗联合体实行总额付费，加强监督考核，结余留用、合理超支分担，有条件的地区可按协议约定向医疗机构预付部分医保资金，缓解其资金运行压力。

文件也只是提出“总额预算”，没有明确“总额预付”，但对紧密型医疗联合体提出“实行总额付费”。

为什么国家最高层对医保资金“总额预付”总体上都保持谨慎态度？因为多年以来探索实施的总额预付存在太多弊端。首先，总额难定。不能有效考虑医疗机构的发展与新业务开展，而且医保部门在确定总额时难以避免“利益输送”和腐败。其次，实施总额预付，医保局是轻松了，可以撻挑子，不管不顾，可以偷懒，但医院会将大病转走不接收，特别是到了年底医保费用超了后就拒收医保病人，不但损害参保患者利益，从长远来讲，也损害医院利益，不利于医院发展进步，医院医疗质量、技术水平难以提高。

南岸区为什么要改“总额预付”为“按需结算”？南岸区所说的“按需结算”是针对总额预付的弊端，在严格落实信息化实时监管的基础上，按照医疗服务实际发生的费用结算的一种方式，这里的“需”，就是临床规范诊疗实际需要。用他们的说法“按需结算”就是“通过医保智能监控审核系统核定实际发生的费用予以结算”，其结果是医院服务好、疗效好、技术高、收治的病人多，获得的医保基金自然多，既消除了腐败空间，又对医院起到了正向激励作用。

重庆南岸区医保支付实行“按需结算制”，看起来是一种“创新”，

实际上也是一种“回归”，这种“回归”是尊重医疗规律的体现，也是医保、医疗、医药联动的结果，之所以得到“新华社”的肯定，应该也是给正在进行的轰轰烈烈的医保支付制度改革的一次警示提醒。提醒什么？提醒我们，改革不是胡折腾，改革不能违背常识，改革不是推倒一切重来。

[返回目录](#)

最新过度重复药品目录发布 新增两大关键信息！

来源：医药经济报

9月7日，中国药学会在官网发布《关于发布第六批过度重复药品提示信息的公告》。该批过度重复药品提示信息目录由中国药学会和国家药品监督管理局信息中心、南方医药经济研究所共同协作，对已获批上市药品在2017-2019年间的销售情况进行监测分析形成。据统计，共有302个过度重复品种被收录至该目录中，涉及临床药理学和治疗学分类的14个大类、60个亚类，与前一批过度重复品种目录相比，调出1个品种。

值得注意的是，此批目录与往批目录最大不同的地方在于，提示信息新增了两项数据内容：一是基于中国上市药品目录集，对通过仿制药质量和疗效一致性评价的企业数量进行标注；二是基于药品已有批文数据库，对已有批文企业数 ≤ 3 的剂型进行标注。中国药学会表示，通过上述两项新增内容增加信息的提示作用。

6大品种批文超千条

整体来看，抗生素、维矿类、抑酸药等普药仍然是过度重复品种目录上的主要品种，占据着这份名录的绝大部分名额。通过梳理可以发现，甲硝唑、葡萄糖、维生素 C、对乙酰氨基酚、复方磺胺甲噁唑和安乃近等 6 个品种的已有批文数量均超过了千条，持有复方磺胺甲噁唑品种批文的企业数量位居目录之首，达到了 960 家。

尽管在总体上过度重复品种的数量变化并不大，但具体品种相应的生产企业数量还是呈现出了逐步减少的趋势。以目录“常客”、第二批国家药品带量采购品种甲硝唑为例，中国药学会科技开发中心（CMEI）监测三年在销批文企业数量近年来都在 200 家上下浮动，今年持有该品种生产批文的企业数量相较于去年减少了 7 家。

而对于头孢泊肟酯、吡格列酮、复方甘草酸苷等刚好满足“同一药品已获批准文号企业数在 20 家以上”的条件，得以跨越门槛进入这份目录的品种而言，倘若保持现有批文注销速率，明年全新的一批过度重复品种目录或将不再出现相关品种的身影。

在过度重复的严峻竞争下，个别药企只能扮演“陪跑”的角色。在“CMEI 监测批文 CR10 销售金额占比”这一项统计指标下，苯海拉明、依托红霉素、萘敏维、维 U 颠茄铝和复方阿司匹林等 21 个品种的数值均达到了 100%，这意味着对应品种的市场份额已完全被前十名药企瓜分，其余药企尽管手持产品批文也只能望洋兴叹，对其中数量最多、拥有氯芬黄敏生产资格的 412 家药企而言尤为残酷。

新增两大指标助力企业破局

新增“过评企业数量标注”和“批文企业数 ≤ 3 的剂型标注”两大统计信息，无疑是此次目录最大亮点，为引导企业调整研发决策提供了重要参考。

2016年3月，国务院办公厅在《关于开展仿制药质量和疗效一致性评价的意见（国办发〔2016〕8号）》的文件中明确提出，“同品种药品通过一致性评价的生产企业达到3家以上的，在药品集中采购等方面不再选用未通过一致性评价的品种”。据不完全统计，广东、江西和浙江等近20个省份均已出台政策落地。在这批302个过度重复品种中，已有企业过评的品种仅有67个，所占比例不到三成，其中过评企业数量不足3家仍有30个，仍有较多机会等待药企寻觅以突围破局。

而具体到更细致的剂型上，目录中“批文企业数 ≤ 3 的剂型”的标注也将会对药企指引一定方向。以截至到8月仍未有企业过评的利多卡因为例，米内网数据显示，在2019年中国公立医疗机构终端，其以5.42亿元的成绩排在化学药麻醉剂产品TOP10第6位，尽管有106家药企拥有生产批文，但非吸入气雾剂、贴剂、非吸入气雾剂等剂型上各只有一家企业持有批文。

过度重复药品目录的逐年发布是中国药学会在贯彻落实《国务院关于改革药品医疗器械审评审批制度的意见》中有关要求的具体实践，将会发挥着科学引导企业及研发机构有序研发、优化研发资源配置、促进医药行业健康发展的关键作用。中国药学会在上述公告中提醒相

关药品生产企业和研发机构，“应充分了解市场供需状况，科学评估药品研发风险，慎重进行投资经营决策。建议各省、自治区、直辖市药品监督管理部门加强对企业的指导，对已经公布的过度重复药品提示信息，主动做好宣传工作，引导企业理性研发和生产。”

也有分析人士指出，该目录为医药工业主管部门提供了科学安排产业和产品结构调整的参考，有利于引导医药工业提高集中度，加快产业转型升级，实现高质量发展；与此同时，也将为药品集中采购部门提供了科学确定“分类采购”方式的参考，有利于指导药品集中采购，保证药品供应。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

从流程驱动到数据驱动 医院数字化运营管理的思考与展望

来源：医管新世界

当前信息化已成为引领社会变革，推动时代发展的重要驱动力，医院传统运营模式被打破，现有模式很难适应医院管理的发展。医院运营管理亟待改变思路，重新建立管理模型和管控手段，充分挖掘医疗数据带来的价值、推动医院精细化管理，数字化运营管理已然是大势所趋。

——加强财务数据管理 促进业财融合

现行医院运营系统多数处于分散、独立的状态，各系统独立运行，

系统中的数据标准自成体系，系统与系统之间无法进行业务交互和数据交换，无法有效关联数据用于分析，医院内部管理存在信息孤岛现象。为了打破这种局面，实现各项数据互联互通，必须把财务数据与业务数据融合在一起，数据同源，业财一体，而实现这个目标的关键核心在于财务数据。目前医院的业务系统只能管理本专业的业务数据，只有财务是全面反映医院经济活动的数据，而财务记账人员仍以手工为主汇总记账凭证，围绕凭证、账簿、报表业务流程作业，颗粒度太粗，导致财务数据价值大打折扣。因此，必须加强财务数据的管理，细化到原始数据，同时加强集成平台建设，实现数据打通和业务集成，将医院各业务系统一体化、集成化，打破医院信息孤岛现象，整合医院业务数据，实现数据的互联互通，真正做到数据同源、业财一体，为医院运营管理分析及绩效考核提供业务数据。

——精细化数据分析 打造闭环管理

在应用层面来说，医院运营管理包含成本、预算、绩效、物资、人力资源等方方面面的内容。而成本是财务的明细核算，成本系统除提供预算分析业务预算实际数之外，还存储着整个医院业务最明细的业务数据，是整个运营平台数据资产的核心，为预算、财务、绩效、医保等提供共享数据。在实践中，很多成本管理直接从财务取数，而财务的颗粒度本身较粗，这种核算模式使得成本核算劳伤财。医院是高度信息化的单位，已有大量的业务系统产生了大量的数据，这些数据作为医院最宝贵的资产，理应发挥其最大价值，利用信息化技术，

将原始数据精准细化，高效科学分析。立足于医院经营计划，遵循PDCA的业务架构，计划、监控、反应、检查、考核业务运营数据，以科学合理的全面预算作为业务起点，为费用系统提供实时控制依据，通过绩效作为杠杆，形成以预算为起点、绩效为终点的闭环管理。

——重构管理模型 将医院运营管理从流程驱动升级为数据驱动

结合当前医院业务发展及管理需求，要更好的助力各项政策落地，必须重新建立管理模型和管控手段——数字化运营管理。在业务流程驱动的基础上，引入数据驱动的概念，突破传统管理思维，去探索更加高效、更加合理的管理模型与运营手段，从数据驱动的角度来看运营管理，业务流程在规范管理和业务行为的同时，应该沉淀大量有价值的数 据，和前台医疗业务数据(HIS系统、病案系统等)一起，构成运营数据中心。通过互联网进行外部协同，如互联网医院发展一样，通过互联网与外部协作，充分利用技术优势，构建数字化医院管理体系，使所有的数据可追溯，可管控，通过血缘关系可以一查到底。

随着医改的深入和信息技术的高速发展，数字化医院作为一种新型的医疗服务模式。在医院内部管理方面，数字化运营管理，已势不可挡。而医院运营管理平台作为医院管理者和决策者的有效分析工具，必须突破现有思维，打造面向医院管理者的“数字化运营管理”，一体化、集成化，构建适用、分析最佳的业务实践模型，对数据进行精准分析，提升数据价值，为管理决策提供科学依据，全面提升医院经营决策效率，实现医院从流程驱动向数据驱动的管理模式转变，促进

医院精细化管理，彻底变革医院管理模式，构建数字化运营体系。

[返回目录](#)

“门诊共济”改革引四大热议：自己“钱”为何给别人用

来源：经济参考报

近期，国家医疗保障局就推进门诊共济保障、改革个人账户的文件稿公开向社会征求意见。其中，不少涉及人民群众切身利益的改革举措，引发社会热议。

门诊共济是自己的“钱”给别人用了吗，是年轻人的钱给老年人用了吗？调整个人账户使用范围是否会影响零售药店的发展？就这些热点问题，记者采访了医保专家和业内人士。

热点一：改革是否因为统筹基金没钱了

职工医保门诊共济保障改革简单地说，就是职工医保参保人的门诊费用以前主要通过“个人账户”的方式来保障，现在是通过“共济保障”，也就是统筹来报销。

有观点认为，改革是因为统筹基金没钱了，所以用个人账户的钱“补窟窿”。对此，中国社会科学院经济研究所研究员王震说，这个观点是对我国职工医保基金的收支状况不清楚所致。

数据显示，2019年我国职工医保统筹基金当年收入9279亿元，当年支出7939亿元。也就是说，在不动用累计结余的情况下，统筹基金完全可以实现当年的收支平衡。所以，补统筹基金的“窟窿”这一点并不成立。

王震说，将门诊保障的方式改为互助共济、统筹报销为主的模式，最主要的考虑是通过提高医保基金的使用效率，从而提高参保人的门诊待遇水平。

热点二：为啥要动个人账户的“钱”

变成统筹保障之后，一个明显的变化是原来从统筹基金划入个人账户的一部分资金不再划入，而是留在统筹基金共济使用。由此，一些观点认为这是“自己的钱给别人用、年轻人的钱给老年人用”。

这里需要了解“共济”的含义。它是保险的本质，也叫“大数法则”，意思是把大家的钱放在一起，给发生风险事件(疾病)的人用，共同抵御疾病风险。试想一下，当人们发生大病，但个人账户不足支付时，谁来帮你？谁又能保证年轻时就一定不发生大病，年老多病时积存的个人账户资金一定能够支付得起大病费用？

王震说，从保险的角度，不能说自己缴了费但用不上就是“吃亏”。因为保险本就是应对不确定性带来的风险。当然，个人完全可以用自己的收入和积蓄来支付疾病费用，那也就没有“医疗保险”一说了。但不论是历史还是现实，我们看到的是完全依靠个人应对疾病风险是不靠谱的，所有才有了“老吾老以及人之老、幼吾幼以及人之幼”，才有了“互助共济”的制度化保障。

热点三：门诊统筹能否真正减轻个人负担

作为参保人，门诊就医拟纳入统筹保障后，最直接的好处是待遇提升了，原来不能报销的现在能报销了。但也有一种担心的声音，门

诊统筹后，一些药品需要到医院开具才能报销，从而导致原来大量在药店就可以解决问题集中到医院，增加医院负担和个人医疗费用的支出。

王震解释说，且不说门诊待遇的提升能否抵消这种所谓“医疗费用的增加”，就从临床安全性以及患者的就医行为来看，在没有改革之前该去医院的也得去医院，在改革之后不该去医院的也没有必要去。

更何况，改革并没有取消个人账户。“原来在药店可以购买的药品仍然可以在药店购买，原来个人账户该怎么用还是可以怎么用。所以说，个人负担不会增加。”王震表示。

热点四：改革后是否影响定点零售药店经营收入

改革前，个人账户的使用渠道中，零售药店占了较高比例。一个观点认为，本次改革缩减了个人账户，零售药店客流将减少，营业收入可能下降，甚至影响药店的发展。

对此，一位业内人士分析说，2019年，职工医保个人账户总收入5840.34亿元，支出4724.48亿元。其中，在药店购药费用2029.42亿元，占支出总额的42.96%。改革后，个人账户每年还有近4000亿元的收入，再加上累计结存的8426亿，应该说个人账户还有非常大的一块规模，足以满足参保人在药店的购药需求。

他表示，门诊统筹制度的进一步建立健全，意味着慢病保障功能得到强化，零售药店作为慢病药品的主要销售渠道，潜在市场得到进一步扩大，意味着零售药店新一轮发展机遇即将到来。浙江在这方面

就提供了良好的范本。

此次改革还拟拓宽个人账户的使用范围——从只能个人支付拓宽到了配偶、子女、父母等家庭成员；从只能用于药品支付拓宽至医疗耗材、医疗器械等。“这也将进一步增加个人账户在药店的使用，使得药店在门诊费用保障方面的分量更重。”王震说。

以往，体育健身、养生保健品等产品在药店收入中占了相当一部分比重。此次改革拟明确个人账户的资金不能用于这类非治疗性的产品。医保管理人士表示，医保资金的使用是有法律规定的明确范围的，非治疗性产品本就不应出现在医保资金的支付范围内，不能因为这些违规使用医保资金的行为“原先有”就要继续延续下去。

[返回目录](#)

• 医药资讯 •

302 个品种被“劝退” 别再研发、申报了！

来源：E 药经理人

9 月 7 日，中国药学会发布《关于发布第六批过度重复药品提示信息的公告》，公布了《同一药品已获批准文号企业数在 20 家以上的过度重复品种目录(第六批)》，涉及 302 个品种，与第五批过度重复品种目录相比，本次调出 1 个品种；加上前五批目录，一共有 1474 个过度重复药品。

公告显示，该目录对已获批上市药品在 2017-2019 年间的销售情

况进行监测分析，形成第六批过度重复药品提示信息目录，涉及临床药理学和治疗学分类的 14 个大类、60 个亚类。

值得注意的是，此批目录提示信息新增了两项内容，基于中国上市药品目录集，对通过仿制药质量和疗效一致性评价的企业数量进行标注；基于药品已有批文数据库，对已有批文企业数 ≤ 3 的剂型进行标注。

01 批文数百甚至上千 不乏僵尸批文

在我国医药市场中，化学药品和生物制品品种中存在过度获批生产、已有批准文号供大于求、利用率较低的现象，市场集中程度呈现缓慢上升的趋势。

同一品种成品药，如果市场上有超过 20 家企业在生产，会造成不必要的资源浪费，而这也是中国药学会对过度重复药品进行筛选的依据，同一药品批准文号企业数 ≥ 20 家的品种就被列入《过度重复药品目录》。中国药学会相关负责人表示，药品品种“扎堆竞争”问题不容忽视，建议药企业要主动调整产品结构，实现高质量发展。

当前，很多药品市场需求已饱和或接近饱和。从《目录》数据看，此次发布的 302 种过度重复药品中看到，安乃近、复方磺胺甲噁唑、对乙酰氨基酚、维生素 C、葡萄糖、甲硝唑等 6 种药品均有上千个批文，分别为 1275 个、1284 个、1301 个、1092 个、1874 个、1839 个、1162 个；其中，已有品种批文的企业最多的是复方磺胺甲噁唑，数量达到了 960 家。梳理这份名单也可以发现，无论是在药店还是医院的

终端市场中，302 种药品其市场份额 70%~90%都被销售量前 10 的企业占据。

对于同一药品上千批文的情况，专家认为，这与过去药品品种过度申报有关，药品批文一般每 5 年可重新申请再注册，再次申报要求与成本都比新获得批文低。行业人士表示，通常同一药品可因厂家不同、药品规格不同、剂型不同都会有不同的批文，但很多企业不生产药品也不注销批文，因此出现不少“僵尸批文”。以甲硝唑为例，其具有批准文号的企业有 797 家，其中相当数量的企业已不生产、销售该药品，但为了保留生产线，以备日后生产需要，企业不会主动注销批文。

02 一致性评价或将缓解扎堆生产

此次目录新增“过评企业数量标注”和“批文企业数 ≤ 3 的剂型标注”两大统计信息，无疑是最大亮点。

业内普遍认为，一致性评价或许可以对药品产能严重过剩、过度重复用药问题有所缓解。一致性评价促使仿制药在临床上替代原研药，提升我国的仿制药质量和制药行业的整体发展水平的基础上，让药品过度重复现象得到一定程度的缓解，药品同质化明显的势头得以一定程度上的遏制。

根据“同品种药品通过一致性评价的生产企业达到 3 家以上的，在药品集中采购等方面不再选用未通过一致性评价的品种”要求，大批未通过一致性评价的仿制药，无疑将被踢出市场面临淘汰，争先仿

制、低价竞争的恶性局面将得到有效控制。在 302 个过度重复品种中，仅有 67 个品种已有企业过评；其中过评企业数量不足 3 家有 30 个。

03 指导企业调整研发策略

据了解，制定过度重复类目录的目的，主要是为了提示研发机构调整研发决策，减少乃至停止过度重复品种的注册申请，实现药品审评审批资源向创新药、首仿药转移。同时提示生产企业调整生产决策，在保持药品质量和保障供应的前提下，开展良性市场竞争。作为科学安排产业和产品结构调整的决策参考依据，引导医药工业提高集中度，加快产业转型升级实现高质量发展。作为科学确定“分类采购”方式的参考依据，指导药品集中采购，保证药品供应。

近 5 年来，国家不断加强对过度重复药品市场的监管。中国药学会连续发布的《过度重复药品目录》便是一种信号。中国药学会受国家药品监督管理局委托已发布多批过度重复药品提示信息目录，近两年来已有上万个药品批准文号被注销。

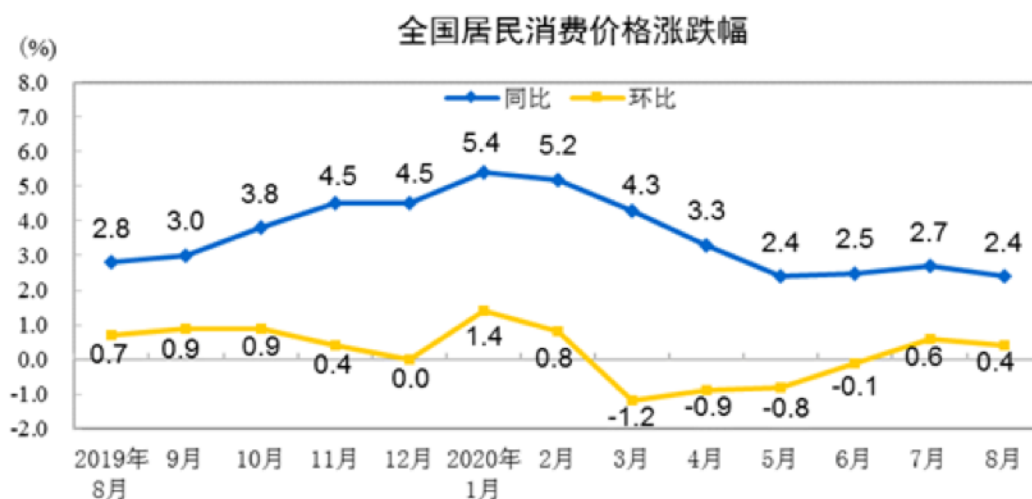
也有观点提出，相关部门应该根据药品注册审批情况，继续完善药品注册信息发布制度，有效引导药物研发的立项和选题，将有限的资源向具有临床价值的创新药和临床急需仿制药的审评审批倾斜，避免大量重复研发和资源浪费。

[返回目录](#)

互联网诊疗再获鼓励！医药电商今年增速或超 60%

来源：医药经济报

国家统计局 9 月 9 日发布了居民消费指数月度报告，2020 年 8 月份居民消费价格同比上涨 2.4%。其中，医疗保健价格同比上涨 1.5%，环比上涨 0.1%。1-8 月，医疗保健价格比去年同期上涨 2.0%。



来源：国家统计局

同日召开的国务院常务会议也指出，消费是经济发展的重要引擎。今年消费因疫情受到较大冲击，成为经济恢复的薄弱环节。基于网络数字技术的新业态新模式，支撑了新型消费逆势快速发展，且潜力巨大。要打通制约经济增长的消费堵点，鼓励市场主体加快创新，更大释放内需，增强经济恢复性增长动力。推动新型消费扩容提质。创新无接触消费模式。推广在线开放课程、互联网诊疗等服务。

线上服务再迎鼓励

在 2018 年国务院办公厅印发《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》后，相关部门就陆续出台了涉及互联网诊疗、互联网医院、远程医疗服务、“互联网+医疗健康”等多个配套政策。截至 2019 年，已有 11 个省份建设“互联网+医疗健康”示范省，全国设立 530 多家

互联网医院，5500 多家二级以上医院提供线上服务，9100 多家医院开展远程医疗。

而今年新冠疫情更是加速了“互联网+医疗健康”相关政策的出台。正如国家卫生健康委规划司司长毛群安所言，“互联网+医疗健康”具有突破时空的便捷特点。由于远离“线下接触”，避免了患者交叉感染，疫情期间各地依托“互联网+医疗健康”为群众提供防疫科普、在线咨询、心理疏导、远程会诊、慢病复诊、药品配送等一系列服务，承接并分流了群众的医疗健康需求，降低了线下人群聚集感染的风险。

在分析人士看来，疫情期间医疗机构的主动调整以及民众医疗习惯的转变，促使互联网医疗健康行业实现突破性进展。艾瑞研究院发布的《2020 年中国互联网+医疗行业研究报告》显示，从 2019 年 11 月疫情出现直至 2020 年 4 月疫情形势逐渐好转，医疗健康类 APP 与网页的月度有效使用时间有了明显增加，其中医疗健康类 APP 的增量同比去年同期显得十分迅速。根据艾瑞测算，在疫情高峰期的 2 月，医疗健康 APP (包含在线医疗、医药电商、慢病管理、运动健康等种类) 的日活同比 2019 年 2 月，平均增长率高达 14.08%。分析认为，疫情让更多用户接触并适应线上的医疗消费习惯，预期对互联网+医疗的使用认知在疫情后也将持续保持。

更大的利好来自医保的支持，在 2019 年国家医保局首次提出将互联网服务纳入医保后，各地也在稳妥推进。疫情期间国家医保局和

国家卫健委联合印发《关于推进新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+”医保服务的指导意见》，更是加速了利好的兑现。湖南省医疗保障局日前发布的《关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的实施意见》就明确，针对属于全新内容的“互联网+”并执行政府调节价格的基本医疗服务，试行期满公布正式价格后，省医保局综合考虑临床价值、价格水平、医保支付能力等因素，确定是否纳入医保支付范围。不过，湖南省方面也强调，要坚持线上线下服务价格与经济性改善程度相匹配，使线上服务可以比传统就医方式更有利于节约患者的整体费用。

医药电商加速成熟

其实，在今年7月十三部委联合发布的《关于支持新业态新模式健康发展激活消费市场带动扩大就业的意见》就已提出，重点扶持线上服务新模式，积极推动发展互联网医疗，鼓励在线购药模式。

在国家政策推动和患者需求牵引下，我国互联网医疗市场迎来“井喷”式发展，网上药店的市場容量同样再创新高。米内网数据显示，2019年中国网上药店销售规模突破千亿大关，达到1251亿元，同比增长38.2%。尽管与前些年的高速增长相比，网上药店药品销售市场增速有所放缓，但仍要远远高于传统的实体药店，其绝对增长额更是不容忽视。

业内专家推测，受疫情影响，医药电商市场正加速成熟，2020年增速或不低于60%。据透露，疫情期间大量实体药店用户转移到线

上购药渠道，给医药电商的业务带来新的发展奇迹。据不完全统计，有 66%以上的药店开始考虑和准备开通 O2O 服务，超过 30%的药店正在逐步开通。

[返回目录](#)

门诊统筹：支付方推动医疗服务改革的重要一步

来源：村夫日记

伴随着门诊统筹和个帐的改革正式启动，医疗服务和药品市场将出现明显的变革。这一改革将在医疗服务端强化现有市场格局，在药品端扩大院内市场规模并收窄药品零售市场规模。如果将其与 DRG 实施之后，医疗费用将持续从住院向门诊转移结合来看，个帐显然无法承载这一转移的规模，门诊统筹也是解决这一问题的主要工具。不过，虽然门诊规模将在未来 10 年持续扩容。但这并不意味着基层门诊的春天，这个市场最大的得益者仍然是三级医院。

门诊统筹和个帐改革涉及了医疗服务和药品两个不同的市场，这两个市场紧密相连，但又有各自的特点。首先，从医疗服务市场来看，个帐改革后将有 2000 多亿元资金注入，这作为门诊改革的准备金，能够有效保证政策的实施。同时，随着个帐金额的缩减，原先在药店购药的群体将更多进入医疗机构就诊以获取药品，这将推动门诊市场的扩张，对所有医疗机构都是利好。

但这只是从总体来看，如果从筹资和服务能力这两方面来看，不同地区和不同类型的医疗机构之间的差距是非常大的。

第一，从筹资来看，目前仅北京、上海和广东三省的个帐结余已经占到整体结余的近 50%，如果算上东部发达地区的其他省份，个帐结余更高。个帐收入直接和工资挂钩，由于东部发达地区的平均工资较高，尤其是高收入人群较为集中，个帐收入总体较高。如果将现有个帐的单位缴纳部分划入统筹，东部发达省份的统筹基金增长较多。而中西部和和其他经济相对欠发达地区的医保个帐本身就金额较低，他们的统筹基金获取的金额其实相对有限。而目前筹资的悖论是欠发达地区的医保资金入不敷出，统筹划入资金有限意味着这些地区的门诊统筹的报销额度将较为有限。而东部地区由于资金较为宽裕，门诊统筹的报销额度可以相对较高。如果要提高中西部的报销额度，仍然需要中央的财政转移支付。

第二，从医疗服务能力来看，三级医院在门诊诊次占比逐年上升，将在门诊统筹政策下进一步壮大。三级医院的门诊诊次从 2015 年的 15 亿次上升到 2019 年的 20 亿次，增速则从 2016 年的 8.67% 到 2019 年直接突破两位数为 11.35%。同时，在总诊次的占比也从 2015 年的 19.51% 上升到 2019 年的 23.62%。虽然基层的门诊诊次占比目前仍然是最高的，从 2015 年的 43.4 亿次上升到 2019 年的 45.3 亿次，但增速非常低，从 2016 年的 0.69% 上升到 2019 年的 2.72%，占比则从 2015 年的 56.44% 下降到 51.95%。

虽然基层的门诊诊次是三级医院的一倍多，但由于基层的均次费用是三级医院的 1/3-1/5，基层的门诊市场规模事实上是远低于三级

医院的。随着病人在门诊统筹政策的影响下，尤其是在个帐缩水下，三级医院的门诊占比和市场规模将获得进一步推升。

其次，从药品市场来看，由于实施门诊统筹和个帐改革是同步的，医保个帐资金的缩减将推动个人减少在药店的刷卡消费，直接去基层医疗机构或者医院就诊。这将推动院外药品零售市场的缩减和院内药品市场的扩容。如果叠加药品集采的全面推开，尤其在部分 OTC 药品纳入集采之后，医院和药店之间的价格出现长期倒挂，这一趋势将持续加大。

从个帐的角度来看，根据国家医保局发布的 2019 年统计公报，职工医保个人账户在药店支出费用 2029 亿元。而 2019 年，职工医保个人账户收入 5840 亿元，比上年增长 10.3%。一旦个帐收入减半，用户愿意留给药店的费用将明显降低。

由于医保个帐的资金量缩减，个人可能会改变原先的习惯，减少去药店购药的需求，因为去药店消费需要全部从个帐支付，但如果是门诊统筹则可以至少有 50% 由医保基金报销。另一方面，院内和院外的药价倒挂也影响了消费者的意愿。自从 2015 年医院药品零差价实施以来，零售药店正在面临越来越大的挑战，随着药品集采的展开，特别是医保支付价在未来最终落地，药店对院内原先的药价优势已经荡然无存，在医药电商领域也是同理。如果没有价格优势，院外的渠道吸引力将越来越弱，这也是医院的门诊量逐年大增的原因之一。

最后，从 DRG 的实施影响来看，为了满足打包付费的要求，医院

有将住院费用向门诊转移的需求，如果不实施门诊统筹，病人只能使用有限的个帐资金，自费金额将大增，不利于病人的减负。

实施 DRG 之后，由于单个病案的打包支付，将非手术项目从住院剥离是医院的主要操作手段。无论是德国推出的整合医疗(门诊和住院的整合)，还是台湾地区的医院加大门诊发展力度，都是为了更方便的将可剥离的住院项目移入门诊。但是，为了不让这些收入被其他医疗机构获取，所有的医院都在加大门诊的发展力度。如果结合美国市场来看，也是相同的趋势，一旦支付方加大对住院的监管，医院就扩大收购基层诊所的规模，以此保证自身的总收入不下降。

因此，从 DRG 实施的角度来看，门诊统筹是必须推出的改革举措。其他国家和地区医保本身就没有个帐，并不会存在个帐管门诊政策导致病人最终不得不自费的问题。

不过，由于中国的基层住院实力薄弱，大医院在住院领域更具优势，从住院向门诊的费用转移也将是以大医院为主，这将推动大医院的门诊更上台阶。三级医院的住院人次占总住院人次的比例从 2015 年的 32.44% 上升到 2019 年的 39.42%，成为目前住院领域最大的板块。2017 年，三级医院住院收入接近 1.1 万亿元，且 2013 年到 2017 年的年均增速达 15%。相比之下，二级医院和一级医院的住院收入规模分别只有 4643 亿元和 538 亿元。因此，承接住院费用转移的最大板块也将是三级医院的门诊，这也意味着门诊统筹的费用将主要流入这一领域。

总之，门诊统筹和个账的改革关乎医疗体制改革的全局，绝不仅仅是个人或药品利益的得失，而是能否从支付方的角度推动医疗服务和药品市场全面转型的关键一步。

[返回目录](#)

医保目录谈判四季度启动 130 多新药或入医保

来源：经济参考报

近日，国家医保局正式发布《2020 年国家医保药品目录调整工作方案》和《2020 年国家医保药品目录调整申报指南》，我国今年国家医保药品目录调整工作正式开启。

随着医保药品目录实现常态化调整，患者用药范围、用药可及性不断增强，医保基金使用效率不断提升。同时，通过谈判加大力度促进药品价格下降，显著减轻患者负担。值得一提的是，此次将是 2016 年以来，连续第 5 年谈判，也是医保目录进行常态化调整的第 2 年。

医保目录调整在即

国家医保局医药服务管理司司长熊先军表示，今年医保目录调整仍将综合考虑基本医保的功能定位、药品临床需求、基金承受能力。其中，纳入新冠肺炎相关的呼吸系统疾病用药，为新冠疫情防控常态化提供支撑，努力实现药品目录结构更加优化、管理更加科学规范、支付更加管用高效、保障更加公平可及。

具体来看，目录外西药和中成药若满足新冠肺炎相关的呼吸系统疾病治疗用药、纳入基本药物目录、纳入临床急需境外新药名单、鼓

励仿制药品目录或鼓励研发申报儿童药品清单、第二批国采中选药品等多个条件中任一，均可申报调入。

对此，熊先军表示，此次目录调整是首次实行企业自主申报，评审范围对拟纳入评审药品进一步聚焦，而不是将已经上市的所有药品纳入评审范围。同时，鼓励创新，只要符合条件，企业均可申报，国家医保局则将按照相关工作程序、工作要求及时对这些材料进行审核。

在医保支付方面，熊先军表示，将加强医保支付标准管理。他表示，本次调整将对所有新准入目录的药品一律通过谈判或竞价的方式同步确定支付标准，有利于提升医保基金的使用效率，同时也有利于减轻患者的自付费用负担。

“坚持有进有出，优化升级。”熊先军表示，将通过综合因素选定调出药品名单。包括被专家评估认为风险大于收益的药品，目录内“僵尸药”，国际上普遍撤市的药品，以及可以被替代且价格比较贵但谈判失败的独家产品将被调出目录，从而为更多临床价值高的药品进入目录腾出空间。

熊先军透露，虽然2020年医保目录调整工作起步相对较晚，但已经制定明确详细的任务图、时间表。按照进度安排，本次药品目录调整工作预计于年底前完成，争取2021年起落地执行。

时间表确定 谈判将是重中之重

工作方案显示，今年目录调整阶段将分别为准备阶段、申报阶段、专家评审阶段、谈判和竞价阶段、公布结果阶段。其中，谈判竞价阶

段将于 10-11 月进行。

“今年谈判成功几率可能会低于往年。”熊先军表示，根据征求意见反馈内容，今年工作方案将创新药截止时间进一步放宽，从 2015 年以来截至 2020 年 8 月 17 日的新上市或者适应证/功能主治发生重大变化的药品均纳入评审范围。“主要是希望对于那些刚刚获批的创新药，特别是拥有自主知识产权的创新药，给予更快的医保目录准入机会，同时也让参保人能够尽早用上有更好临床价值的创新药，尽快从目录调整中受益。”他说。

但熊先军也坦言，时间进一步放宽，创新药数量，尤其是刚上市不久的创新药数量会有所增加。这些品种由于刚刚上市，企业为了保证一定效益难免定价会较高，所以能否接受医保的谈判价格尚是未知数，预计今年的谈判成功率可能会低于往年。

资料显示，2019 年医保目录谈判成功率为 64.7%，参与谈判的 150 个药品中，共有 97 个谈判成功。其中，119 个新增药品中，有 70 个谈判成功，包括 52 个西药和 18 个中成药。31 个续约药品中，有 27 个谈判成功。从总体数据上看，70 个新增药品平均降价 60.7%，27 个续约药品平均降价也达到 26.4%。

值得一提的是，此前以往医保目录调整，准入门槛一般截至上一年的年末，当年新批准上市的药物只能等到下一次医保目录调整。而这次，直接把时间扩大到方案公布之日(8 月 17 日)，这是第一次。同时，医保目录评审范围不再是由专家遴选，而是实施准入制度，由

企业自主申报，符合条件便可进入评审。

熊先军提到，从医保部门的角度来讲，希望有更多更好的药品能够及早上市、及早纳入医保支付范围，但中国还是一个发展中国家，基本医保的筹资有限，2019年居民医保人均筹资只有800元左右，其中三分之二是财政补贴。必须强调和坚持基本医疗保险“保基本”的定位，能够尽力而为，量力而行，价格合理。“创新药的可及性不能只通过基本医疗保险这一条道路，可以通过商业保险等满足不同层次的医疗需求。”

熊先军指出，新冠肺炎疫情下，今年医保基金支出有所增加的同时，减税降费减少了今年医保基金的收入。但上半年常规医疗费用支出有所减少，整个医疗费用有所下降，下半年或有所反弹。综合来看，今年的医保基金总体情况紧平衡。也正因为此，在开展目录调整工作的过程中，将进一步加强医保基金支出影响分析，确保基金平稳运行。

也因此，我们也必须考虑到在目前的国情下医保基金的承受能力，需要在鼓励创新和保证医保基金可持续方面做一个平衡。我们的基金测算专家也会测算新药纳入后对基金的影响，从而确定其医保可以纳入的“底价”。

的确，据了解，此前舆论中治疗脊髓性肌肉萎缩症的“天价”续命药——诺西那生钠注射液自2019年在国内上市以来，之前就被纳入医保谈判日程。但由于与企业谈判后价格一直未降下来，始终没办法进入到医保目录。

“医保目录适用于全国，需确保进入医保目录的药各地都能用得起。此类罕见病药物一旦纳入医保目录后，对于欠发达地区来说，基金用于支付高价罕见病后，其他基础疾病可能保障不了，后续还可能会造成地方经济压力，所以最根本的解决方式就是国家和药企谈判，将价格谈下来。”有业内人士说。

以价换量 130 余药品或入医保

中国化学制药工业协会副会长张自然表示，国谈价格下调是因为谈判成功的品种的确实现了销量的大幅上升，企业得到了实惠，企业由观望转为积极参与——估计 2020 年的国谈企业参与度将会更高。

“以 2017 年第二批谈判成功的阿斯利康的氟维司群为例，由于国谈品种在下半年才逐渐落地，所以其 2017 年销售额整体增速只有 70%，但 2017 年第四季度增速则大涨，高达 121%，2018 年的第一、二季度增速更是高达 182%和 210%，企业通过医保谈判达到了以价换量的效果。”

资料显示，2019 年医保谈判一共涉及 150 个药品，其中 119 个新增谈判药品和 31 个续约谈判药品，70 多家企业参与，价格平均降幅 60.7%。具体来看，中康 CMH 数据显示，精氨酸谷氨酸从 354 元/支降至 54 元/支，阿达木单抗从 7820 元/支降至 1290/支，降幅均超 80%。

有报道指出，今年上半年国家药监局批准的进口、国产新药共有 31 个。其中进口新药里有罗氏的阿替利珠单抗注射液、武田的注射

用维多珠单抗等；国产新药里有豪森药业的首个国产三代 EGFR-TKI 抑制剂甲磺酸奥美替尼片、百济神州的首个原研 BTK 抑制剂赞布替尼胶囊等。此外，恒瑞医药的 PD-1 产品卡瑞利珠单抗、阿尔茨海默病药物甘露特钠胶囊等，以及近日引起业内热议的渤健生物旗下脊髓性肌萎缩症 (SMA) 治疗药物诺西那生钠注射液也有望纳入。

对此，业内人士认为，此次纳入医保谈判新药或超过 130 个。整体来看，一方面随着带量采购的开展，仿制药将结束高毛利的舒适期，进入“薄利多销”的模式，获取高额利润，需要转型升级，一些本土企业开始转向高仿制药、创新药；另一方面，药品集采、医保目录调整、重点监控目录，医保支付方式改革等措施为医保腾出空间，临床价值高的创新药预计会被陆续纳入。

[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
中国妇幼保健协会大厦一层
电 话：010-68489858