

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2020.10.05-10.11

——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 ·

▣ [药品降价保质、患者负担减轻 药品集采带来哪些实惠？](#)（来源：人民日报）——第 9 页

【提要】自从 2018 年 12 月国家组织药品集中采购在北京、天津等 11 个城市试点以来，采购药品品种数达到 100 多种，不同厂牌产品数 300 多个，涉及中选企业 200 多家。而让广大参保患者惊喜的是，每一次集采都让一些价格高但用量大的好药、大牌药大幅降价，平均降幅均超过一半，大大减轻了用药负担。数据显示，从试点地区情况看，群众使用原研药和通过一致性评价的仿制药占比从 50%左右大幅度提高到 90%以上，患者用药质量水平明显提升。带量集采不仅推动了仿制药替代原研药，同时倒逼企业改变不合理的“带金销售”模式，引导企业注重产品质量，而不是把大量精力放在销售上，从而改变行业生态。专家表示：“随着集采覆盖面扩大，规则的不断完善，配套政策的协同发力，带量采购的效应将越来越凸显，逐步实现政策设计之初的四个效应，即药品降价保质、药品行业转型升级、公立医院深化改革、医疗保障减负增效。”

▣ [从县域医疗市场看医共体的趋势](#)（来源：村夫日记）——第 19 页

【提要】随着《关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和

监测指标体系（试行）的通知》的发布，县域医共体的发展进入实质性的推动阶段。不过，在大医院的持续扩张和支付改革的深入，医共体的发展将面临一定的挑战。未来随着支付方改革的深入，考核体系向医疗质量偏重，行政捏合的难度会越来越高，医疗服务体系之间的协同将成为主要的发展方向。只有加快基层医疗和县级医院的服务能力提升，提高自身的技术能力，才可能缓解上级医院的供需矛盾，进而降低医疗开支。因此，发展医共体的结果其实是县级医院的增强和扩容，但是否有其他更有效的模式，特别是以病人为中心的服务模式来帮助县域内的各级医疗机构共同成长则是更值得深入关注的。

▣ [互联网医疗：院内的流量无法衍生出院外的规模](#)（来源：医疗战略咨询）——第 22 页

【提要】 中国市场巨大的医疗服务开支增长一直是吸引投资想象的，但由于医院同时具备强大的门诊吞吐能力，各个层级医院事实上控制了院内外主要的流量和收入。因此，对互联网医疗公司来说，要快速做大规模，只有抛开医院在院外另辟蹊径，本质上是销售大健康服务和产品的商业模式。首先，中国医疗市场的院内向院外的虹吸由来已久，只是在过去 20 年有不同的表现形式。但这不意味着大医院不再进行扩张，只是逐步开始形成较为隐蔽的扩张模式，其中尤其以医联体和医共体作为有效手段。其次，在大医院持续虹吸的前提下，互联网医疗如果要讲院内的故事，就必须强化与大医院的合作关系。未来随着医保个帐的缩减和门诊统筹的实施，以及中央和地方的药品集采

持续展开，医院门诊和住院将持续扩张，其中大医院仍将进一步抬升自身的占比。

▶ [带量采购生态化系统机制 “地铁式” 建设思考! ?](#)（来源：药智网）——第 25 页

【提要】第三批药品国采以后，耗材联盟集采又火上浇油，“量价挂钩、招采合一”原则使药耗集采效率掌握了核心实质。从改革的历史经验看，我们每每提到“以点带面”，一是从点到线，先完成系统性建设；二是从线到面，再扩大生态型影响。带量采购的系统性、生态型建设，既是增量改革，又是存量改革。在存量改革这条路上，我们借鉴成熟的地铁运行，获得了一些系统性、生态型建设的启示：①保证带量采购中选的药品销售权益，是机制的常态化要务；②保证带量采购机制内部的风清气正，为机制提供和谐环境；③保证带量采购机制前途上一帆风顺，就要提前开辟出轨道；④保证带量采购机制密切联系患者群众，使社会舆情保持稳定；⑤保证带量采购机制是服务于供应商的，使机制多朋友和信任；⑥保证带量采购机制倾听内外部的声音，具有好耳力和好演算。

▶ [社会办医寒冬已至？深度解析对策](#)（来源：看医界）——第 31 页

【提要】寒冬凛冽，作为逆周期的医疗服务行业也在经历着属于自己的寒冬。在由“政府监管-公立医院-事业编制-医保支付”，这四个巨无霸组成的坚冰体制下，国家将医疗纳入基本生活保障范畴，公立医院以较低的定价和医保的支付奠定了市场的整体定价水平和补贴

机制，大幅压缩了非公医疗服务的市场空间。在这样的大环境下，未来非公医疗需要在“内向型”的基础上，以更开放的心态推动“外向型进化”的过程，获取“外向型”的视野，并建设与此相匹配的内部组织形态与其它必要支撑，可分成六个目标：①定位基于市场、错位公立领头羊。②根据客户的需求去创建科室、项目、流程、产品。③提供更加便捷性、用户可及的服务。④提供改善型医疗服务。⑤开展符合医疗特质的市场营销。⑥成为飞轮中的一环。“内部的改进”可分成四个方面：内部组织和流程再造；资源引入；医疗与经营的融合；塑造外向型的医院价值观。

• 医院管理 •

▣ [探析大数据时代医院统计如何为医院管理服务](#)（来源：华夏医界网）——第 49 页

【提要】社会的不断进步逐渐带来更多的信息数据，医院内部每天都会产生大量数据，医院如何整合好这些数据并进行科学分析成为了医院发展的重要因素。医院管理层人员重视度不够；医院对统计部门的投入严重不足；没有正确认识到数据的应用价值则成为医院管理面临的挑战和问题。身处于大数据背景下，医院应该运用大数据技术更好地进行统计工作，加强学习，不断提高专业素质；健全统计制度，提高统计地位；运用大数据技术进行医院管理，通过相关管理平台，进行资源的合理分配，从而有效提升医院管理水平。

▣ [医院物资采购管理内部控制探析](#)（来源：医管新世界）——第 55

页

【提要】我国人口众多，且现阶段人口老龄化程度不断加深，人民群众对于医疗资源的需求也在不断加大，每天会需要采购大量的医疗物资。现阶段我国许多医院在进行物资采购时，采用政府采购、公开招标、院内自行采购并行的模式，因缺乏内部控制制度、没有严格的控制流程、监管力度欠缺等问题，致使医院采购成本上升，相应地医院的经济效益受到影响。物资采购是保障医院运行的重中之重，所以医院领导须更加重视物资采购的内部控制方面，在成立专业的采购部门的同时，还要制定统一的采购管理内部制度，严格规范采购业务的执行流程，通过强监管，进一步科学化和规范化物资采购管理内部控制工作。

• 医药资讯 •

▣ [采购额前 90%、231 个医院常用药将开展带量采购!](#)（来源：中国新闻网）——第 62 页

【提要】10月9日，安徽省医药集中采购平台发布《关于征求〈2020年安徽省公立医疗机构临床常用药品集中带量采购谈判议价工作公告〉意见的通知》，将对临床常用呼吸系统用药、抑酸药、肝胆疾病用药及医学影像对比剂四类药品进行集中带量采购谈判议价，拟谈判药品总数多达 231 个。这些药品将分别选取占 2019 年度该省公立医疗机构四类采购额前 90% 的产品，并结合临床实际组织专家遴选确定。除安徽以外，广西、四川、山西、山东等地区也陆续发文，决定开展

2020 年省级联盟药品集中带量采购工作，推行省内集中采购结果的价格联动。药品带量采购已逐渐成为医药产业的新常态，对参与药企而言，尽快熟络各地招采细则和入围条件，方能从容应对，实现效益最大化。

▶ [医保局重磅：门诊费用跨省直接结算扩大试点](#)（来源：医药经济报）——第 66 页

【提要】日前，国家医疗保障局官网发布《国家医疗保障局 财政部关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知》，决定在京津冀、长三角、西南 5 省（重庆、四川、贵州、云南、西藏）12 个试点省（区、市）的基础上，加快落实异地就医结算制度，稳妥有序推进门诊费用跨省直接结算试点工作。不难看出，统一将异地就医纳入就医地经办机构与定点医疗机构的谈判协商、总额控制、智能监控、医保医师管理、医疗服务质量监督等各项管理服务范围，在药品采购价格管控日趋严苛背景之下，医保支付“全国一盘棋”正在加速推进。行业普遍认为，在全新医保支付制度下，院内院外市场正在面临全新的机遇和挑战，医保支付制度改革大环境，国家重点监控目录、省级重点监控目录、按病种付费、限制西医的中成药处方权等举措都有着共同的政策导向，医保控费、药品价格、统筹支付、带量采购、企业营销等都将迎来巨变。

▶ [再度简政放权！国务院取消部分医疗机构设置审批](#)（来源：看医界）——第 70 页

【提要】近日，国务院发布《关于取消和下放一批行政许可事项的决定》，明确提出取消部分医疗机构《设置医疗机构批准书》核发行政许可。对于取消许可后卫健部门的监管方面，《决定》提出要加强事中事后监管措施，完善医疗机构设置规划方式，对社会办医疗机构实行指导性规划，并严格实施“医疗机构执业登记”，将审批结果向社会公开。审批流程方面，《决定》提出二级及以下医疗机构的审批流程由原来的“提交材料-取得设置审批-提交材料-取得许可证”，四步走简化为“提交材料-取得许可证”两步走，而且不再需要提供验资证明。对于政府部门陆续出台的关于取消部分医疗机构设置审批的政策，业内人士认为，既是机遇，也是重大挑战。

-----本期内容-----

· 分析点评 ·

药品降价保质、患者负担减轻 药品集采带来哪些实惠？

来源：人民日报

最近，又有一批药品降价了，包括二甲双胍、卡托普利、缬沙坦等药物。8月24日，迄今为止规模最大的第三批国家组织药品集中采购(以下简称集采)中选结果公布，共有55种药品191个厂牌产品中选，平均降价53%。

自从2018年12月国家组织药品集中采购在北京、天津等11个城市试点(以下简称“4+7”试点)以来，采购药品品种数达到100多种，不同厂牌产品数300多个，涉及中选企业200多家。让广大参保患者惊喜的是，每一次集采都让一些价格高但用量大的好药、大牌药大幅降价，平均降幅均超过一半，大大减轻了用药负担，比如肺癌患者一线用药原研药吉非替尼(易瑞沙)，糖尿病患者一线用药原研药阿卡波糖(拜唐苹)、乙肝患者治疗用药恩替卡韦等。

第三方评估显示，中选产品的质量和疗效已被医生和患者普遍认可和接受。对于医药行业来说，虽然经历阵痛，但是由此改善行业生态，促进良性发展。未来，将会有更多种类药品进入集采，更好地保障人民用药需求，助推健康中国建设。

每批集采药品均降价一半多

国家组织药品集中采购带着巨额的用量，以超级团购的巨大优势，换来药品的优质低价

福建省厦门市 76 岁的洪大爷患糖尿病 20 多年，同时患有高血压。10 多年前，洪大爷开始服用拜唐苹，一个月要 3 盒的量，每盒 90 多元，一年下来要花约 3300 元，药费负担有点重。最近，洪大爷去医院开药发现药便宜了，一年只需花 330 元左右，是原来费用的 1/10。

“我当时问医生是不是开错药了，不敢相信。感谢国家的好政策，帮我们糖尿病患者省了钱，还可以用上大牌药。”洪大爷说。

不仅是慢病患者，一些大病患者也因此负担大大减轻。

辽宁省铁岭市的陈先生是一个肺癌骨转移患者，近年来一直在服用吉非替尼。2019 年上半年，看到沈阳市吉非替尼每盒降到 547 元，比铁岭市便宜 1700 多元，他便找到沈阳市买药。2019 年年底，铁岭市也降价了。他算了一下，按每个月 3 盒用量计算，再报销 56%，每个月少花 5000 多元，一年药费减少 6 万元。

今年 8 月，上海市居民吴先生到上海交通大学医学院附属同仁医院，照例开一盒治疗恶性肿瘤的醋酸阿比特龙片。他惊喜地发现，原价 16268 元的药品，现在只要 2800 元，降价超过 80%，医保报销后，个人负担 1100 元。

这是国家组织药品集中采购带来的改革红利，惠及无数患者家庭。从 2018 年 12 月起，经过试点，国家组织各地以省为单位形成联盟，委托联合采购办公室，开展跨区域联盟集中带量采购。每个地区

集合了当地公立医院药品的用量，中选药品将给予 50%至 80%的市场用量，同时由医保预付货款。在有一致性评价质量认证的情况下，国家组织药品集中采购带着巨额的用量，以超级团购的巨大优势，换来产品的优质低价。

数据显示，中选药品在临床受到欢迎，约定用量完成度较高。

“4+7”试点一年期满后，25 个中选药品平均完成约定采购量的 2.4 倍，中选药品采购量占同种药品采购量的 78%。

上海是“4+7”试点城市之一，也是最早做带量采购的地区。李玲是上海交通大学医学院附属同仁医院药剂科主任药师，同时也是上海市药学会医院药学专业委员会副主委。她告诉记者，上海执行国家带量采购配套政策做得很好，比如留有“出气孔”，可选择中选药，也可选择非中选药。医院宣传做得很到位，执行到位，即使是原研药换成仿制药，患者接受度也比较高。上海还对每批次药品用近红外光谱检测，确保质量过硬。实施以来，临床不良反应报告仅几份，认可度较高。

不再“唯低价是取”

高质量要求的入围门槛意味着即使中选药品价格低，质量也有保证

每片 0.15 元的苯磺酸氨氯地平片、每片 0.034 元的对乙酰氨基酚片、每片 0.014 元的卡托普利片、每片 0.015 元的盐酸二甲双胍片……一些中选药品价格低至 1 毛钱、1 分钱，质量是否可靠？这种

集采是不是回到“唯低价是取”的老路？

上海市医保局价采处处长龚波说，“4+7”试点中，通过一致性评价的仿制药企业不多，加上采购试点范围不大，为体现带量规模效应，因此只有报价最低的药品获得中选资格。但从全国扩围集采开始，品种品规增加，采购量扩大到全国，根据市场竞争格局确定最大可中选企业数量，在第三批集采中，一个品种的最大可中选企业扩大到8家。参与集采的药品是通过一致性评价的仿制药，质量水平高，这种情况下的中标不同于以往不区分质量层次的“唯低价是取”。高质量要求的入围门槛也意味着即使中选药品价格低，质量也有保证。

记者采访了一些原来用原研药后来换中选仿制药的患者。在上海市五里桥社区卫生服务中心全科诊室，服用拜唐苹10多年的林大爷正在开药。上个月，林大爷换了集采中选药品。“一开始害怕效果不好，先开了一盒，一试还不错，就选了。”林大爷说。

五里桥社区卫生服务中心主任黄雷介绍，目前医院用的国家集采药品有26种，苯磺酸氨氯地平、阿卡波糖分别作为高血压、糖尿病患者常用药，虽然不再是原研药，但每天都能开出200多盒。“这些药品用量大，降幅也大，换药之后效果不错，受到患者的欢迎。”今年4月20日是第二批集采药品落地第一天，不少患者当天专门到医院买药。

对于一些药品降到“超低价”，专家分析，一些小企业在用“超低价”博取中选几率，是因为不中就死，中了还能活下来，但如果后

续没有新品种跟进，仍很难存活。相较之下，大企业越来越理性，它们成本控制得好，质量有保证，产品线也稳定，随着市场业态的优化，它们会从中胜出，赢得市场。

有人提出，如此低的价格，企业利润空间太小，会影响创新。多家企业表示，仿制药不涉及研发成本，所以相对来说成本非常低。在很多国家，仿制药都是薄利多销的。要不要降价换市场，企业有自身的战略考虑。

对企业来说，仿制药与创新药是两个体系，不可能靠卖仿制药去赚回研发创新药的钱。从国际经验来看，创新药的融资很少是靠仿制药利润来填补的，更多还是靠资本市场比如风投、股市等渠道融资。

在第三批集采中，江苏豪森药业有 6 个产品参与投标，5 个产品中选。在第三批集采中，豪森多个产品大幅降价中选，但并没有影响创新步伐。公司有关负责人表示，集采规则越来越完善，医院执行到位，实际用量远远大于报量，给了企业很大的信心。企业积极向创新型企业转型，目前有降糖、肿瘤、血液类等几个 1.1 类创新药等待上市。

“专利悬崖”出现了

带量集采让过了专利期的原研药无法维持高价，价格大幅下降，患者买得起大牌药了

在这几轮集采中，一些高价原研药接连遭遇“专利悬崖”，有人喊原研药要在集采中“撤退”。然而，事实上并非如此。

原研药“专利悬崖”首次出现是在2018年12月“4+7”试点。当时，原研药吉非替尼报出了547元的全球最低价，比原价下降76%。在业内看来这不仅仅是降价，而是开启了原研药“专利悬崖”的新药价时代。

“专利悬崖”是指原研药专利到期后，由于仿制药品出现导致价格大幅下降的现象。在我国，很多专利药品到期后，仿制药品迟迟未能出现。即使出现也因为没有一致性评价质量认证，在招标时无法确认仿制药质量层次，带量采购没有真正落实，因此过了专利期的原研药仍然维持高药价，并占据较大市场份额。仿制药无法替代原研药，患者的用药负担居高不下。

“4+7”试点时，情况已经完全改观。第三代治疗非小细胞肺癌的靶向药已上市，国内首仿药品也已上市，作为第一代产品吉非替尼很快要被市场淘汰。在大量仿制药纷纷通过一致性评价、国家开始组织带量集中采购药品的情况下，原研药吉非替尼的价格“大跳水”成为应对市场竞争的明智选择，成为了我国医药史上的首次“专利悬崖”。

在今年1月第二批药品集采中，原研药“专利悬崖”再次出现。原研药糖尿病用药阿卡波糖降价幅度超过90%；治疗风湿性关节炎的原研药美洛昔康片，降价幅度超过80%，每片价格从2元下降到0.18元。

在第三批国家组织药品集中采购中，涉及的原研药更多。虽然仅

有 3 款原研药中选,但是跟前几次集采一样,原研药企业均积极参与,并非“撤退”。

龚波说:“原研药一般价格较高,集采以量换价,需要药品大幅降价。在国内外药品集采中,仿制药中选是正常现象,原研药中选都是例外。”从原研药企业角度来看,中不中选跟企业自身的发展战略息息相关。是占领中选市场,还是占领非中选市场的用量,会给国内国外各大市场造成什么影响等等,这些都需要考虑。

复旦大学公共卫生学院教授胡善联说,能大幅降价的药企,降下来的主要是流通环节高昂成本,这些中标企业大多又控制了原料来源,所以能够实现大幅降价。一些原研药大幅降价是为了新一代产品能迅速占领市场。“这昭示了企业将来创新的方向,将给整个医药产业带来新的气象。”

数据显示,从“4+7”试点地区情况看,群众使用原研药和通过一致性评价的仿制药的占比从 50%左右大幅度提高到 90%以上,患者用药质量水平明显提升。

“带金销售”消失了

带量集采推动平价仿制药替代高价原研药,患者爱用的低价药重新“复活”,企业注重产品质量,不再以回扣促销售

带量集采不仅推动了仿制药替代原研药,同时倒逼企业改变不合理的“带金销售”模式,引导企业注重产品质量,而不是把大量精力放在销售上,从而改变行业生态。

过去，一些药品存在“带金销售”现象。药品以底价给代理商，靠层层回扣销售出去，价格往往能比出厂价高出数倍甚至十几倍，形成价格虚高。

“以前药品集中招标没有带量，药品虽然中标，但进入医院还有门槛，仍然采用‘带金销售’模式。带量集采让企业有了预期，明白中选就有了市场，可以综合考虑成本、市场、发展战略等因素来报价。告别不合理的‘带金销售’模式，有助于改善行业生态，促进行业良性发展。”北大医学部主任助理、卫生经济学教授吴明说。

因“带金销售”模式转变，在第二批集采中，一些过去患者爱用的低价药重新“复活”，回到市场。比如，解热镇痛药对乙酰氨基酚，中选价格为 0.03 至 0.07 元/片，略高于历史上 0.02 元/片的最低销售价格，使低价药有了一定利润，并获得市场，还有牙疼用药甲硝唑、抗生素常备药阿莫西林等。

这些低价药品生产成本不高、竞争非常激烈。过去由于流通模式原因，无法负担“带金销售”的成本，低价药反而难以打开市场，被高价药“逆淘汰”，患者难以低价买到药品。这就是过去大家熟知的药品“降价死”现象。国家组织药品集中采购和使用以后，通过带量采购、确保使用，企业不再需要进行销售公关，低价药得以“复活”回到市场。

一些注重质量的企业通过集采赢得市场。在第三批集采中，四川汇宇制药的注射用阿扎胞苷以每支 260 元中选。它是首仿药品，以前

已在欧洲首仿上市。通过集采，这一产品不用专门组建销售团队就可以进到医院，实现薄利多销。“我们注重产品质量，产品出来就迅速通过一致性评价。现在经过集采就能进入医院，这也是带量采购给市场发出的信号——质量过硬才能进入医院，赢得市场。”四川汇宇制药负责人说。

集采对持有上市许可证的企业也有利。专注于产品研发的上市许可证持有人(企业)，没有销售队伍。带量采购政策让这类产品直接进了医院，不需要额外的“带金销售”成本。

上海安必生制药是一家上市许可证持有人企业，在“4+7”试点时，公司总经理季冉认为，采购带量可以减去做学术会议和市场推广的费用，保证利润。在第三批集采中，企业产品再次中选。

吴明认为，从目前情况来看，药品带量集采是公立医院补偿机制改革、推进“三医联动”的突破口。经过几轮集采之后，中选药品增多，金额占医保支付比例越来越高，医生、患者逐渐认同。同时因价格大幅降低，医保腾出空间优化药品结构，有利于药品创新。医保采购药品的结余医院可以留用，促使医院主动控制成本，撬动公立医院改革。

更多药品迎来“超级团购”

带量集采进入常态化运行轨道，意味着患者可以长期用上优质优价的药品，惠及更多患者

从第二批集采开始，国家组织药品集采进入常态化运行轨道，今

后，越来越多产品将纳入带量集中采购。

今年7月15日至16日，国家医保局召开座谈会，就生物制品(含胰岛素)和中成药集中采购工作听取专家意见和建议，研究完善相关领域采购政策，推进采购方式改革。这释放了将更多药品纳入带量集采的信号。

集采常态化意味着可以长期用上优质优价的药品，不仅是西药，将来还包括中成药以及糖尿病患者常用的胰岛素注射剂等。北大药学院教授史录文认为：“国家组织的药品带量集采机制，以其采购、支付、回款、使用等环环相扣，‘三医’联动的协同配合，保障药品质量，及时供应。对患者来说，可以享受长期的改革红利，药费减少，同时因为中选药品整体质量都不错，逐步建立对民族制药工业的认可度，能更好地维护人民健康。”

目前，三批集采涉及的药品仅有112种，而我国城镇职工医保基本用药达到2000多种，没有进入集采的未通过仿制药一致性评价的药品数量仍较多。但在带量集采效应之下，越来越多的药品面临降价压力。

按照有关规定，对部分价格与中选药品价格差异较大的药品，将渐进调整支付标准，在两三年内调整到位；一些地方专门针对一些药品品种开展专项带量集采。今年8月，上海市出台文件，鼓励本市公立医疗机构以医疗联合体、单体，或自愿组成采购联盟等形式，对非集采中选药品探索开展药品集中议价采购。

今后，带量集采机制仍需要在实践中不断完善。在采访中，一些药企向记者反映，一些药品经过集采，价格接近“地板价”，建议启用与集采价相同的医保支付标准，让中国医药企业多一些发展空间、患者多一些选择空间；按照集采规则，同种药品有3家通过一致性评价可自动触发集采，但有些产品通过一致性评价后两三年仍未有其他过评的产品，无法参与集采；一些医院表示，希望尽快落实“结余留用、合理超支分担”办法，提高医疗机构采用中选药品的积极性。

“随着集采覆盖面扩大，规则的不断完善，配套政策的协同发力，带量采购的效应将越来越凸显，逐步实现政策设计之初的四个效应，即药品降价保质、药品行业转型升级、公立医院深化改革、医疗保障减负增效。”吴明说。

[返回目录](#)

从县域医疗市场看医共体的趋势

来源：村夫日记

随着《关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系(试行)的通知》的发布，县域医共体的发展进入实质性的推动阶段。不过，在大医院的持续扩张和支付改革的深入，医共体的发展将面临一定的挑战。

作为三级医院之外最大的医疗服务市场，县域市场的发展正在逐步获得关注。但县域市场未来发展的态势仍不明朗，虽然医共体已经在全国获得推开，但依靠行政强力合并的医共体模式面临可持续性发

展的挑战，未来随着支付方改革的深入，考核体系向医疗质量偏重，行政捏合的难度会越来越高，医疗服务体系之间的协同将成为主要的发展方向。

县域医疗服务市场的主要危机集中在：第一，以乡镇卫生院和村医为主的基层市场普遍性的弱势而无法吸引用户。第二，基层弱势导致病人涌向县级医院，加剧了县级医院的基层化。第三，县级医院的基层化导致更高的需求无法满足，病人涌向城市三级医院，加剧有限的医疗资源与扩大的需求之间的矛盾，推高了医疗开支。

只有加快基层医疗和县级医院的服务能力提升，提高自身的技术能力，才可能缓解上级医院的供需矛盾，进而降低医疗开支。但从数据来看，基层的服务能力很低，不是短期就能提升的，而县级医院的提升相对容易。因此，发展医共体的结果其实是县级医院的增强和扩容。

从服务数量来看，县级医院在门诊和住院上的增速分别达到 4% 和 5%，而乡镇卫生院却都只有 2%。在收入构成上，乡镇卫生院有 46% 来自财政补贴，服务收入只占 29%，可见其门诊整体的吸纳能力处于较弱的状态，2018 年的日均门诊量只有 102 人次。

而县医院则通过吸纳乡镇的门诊和住院，近年来整体发展较快，成为仅次于三级医院的板块。服务收入占比 40% 左右，药品、检查和卫生材料收入占比仍是主力，分别达到 29%、12% 和 9% 左右，尤其是检查费用在县级医院的住院部分抬升较明显。

不过，县级医院的优势主要体现在门诊吸纳和常规住院，真实的服务能力仍属薄弱。从服务效率来看，县级医院的病床使用率并不低，将近 90%，但住院天数接近三级医院。由于县级医院的服务能力比三级医院低很多，处理的更多是常规疾病，但住院时长却接近三级医院，这表明县级医院的服务效率较低，主要靠拉长住院时间来获利。而乡镇医院的床位使用率只有 60%，这表明其被县级医院吸纳病人情况较为严重。

从其他国家和地区的经验来看，随着支付方改革的启动，医院只有保持一定规模才能抗衡由此带来的营收压力，特别是在争抢病人上进入白热化之后。因此，医疗机构之间的合并将渐趋频繁。但对大部分中小型医疗机构来说，大部分仍然选择独立发展，这就引发了医疗机构之间的联合模式，以共同发展来应对市场变革。不过，与欧美市场不同，东亚地区仍然具有自身的特色。大医院越来越强的情况下，中小型医院的转型如果不能与大医院走差异化路线，就只能背靠大医院发展，成为其附属。

因此，医共体是一种有自上而下式的探索，通过在县这一区域内的多机构合并来发展，以达到多机构之间的合作，从而推动自身体量的发展和应对支付方即将到来的全面改革。但是否有其他更有效的模式，特别是以病人为中心的服务模式来帮助县域内的各级医疗机构共同成长则是更值得深入关注的。

[返回目录](#)

互联网医疗：院内的流量无法衍生出院外的规模

来源：医疗战略咨询

中国市场巨大的医疗服务开支增长一直是吸引投资想象的，但由于医院同时具备强大的门诊吞吐能力，各个层级医院事实上控制了院内外主要的流量和收入。因此，医疗服务的增长主要受益方集中在大中型医疗机构手中，而不是单体的诊所或小医院，遑论线上第三方医疗服务平台。

不过，即使能从院内手中获取很小的一部分也足够支撑一家公司的成长，过往的互联网医疗故事大都从这个角度展开。但事实上，在医院持续高速扩张的前提下，只有院内虹吸院外的流量，并不存在院内向院外流动的可规模化的市场。因此，对互联网医疗公司来说，要快速做大做强，只有抛开医院在院外另辟蹊径，本质上是销售大健康服务和产品的商业模式。如果长期执着于院内服务供应商的角色，虽然也能在长周期(10-20年)获得一定的增长，但显然无法满足资本退出的要求。而且，院内市场本就是一个高度碎片化的市场，更何况还有大量的传统院内信息化厂商在这一市场分一杯羹，要在其中获得高速增长和快速规模化的可能性几乎不存在。

首先，中国医疗市场的院内向院外的虹吸由来已久，只是在过去20年有不同的表现形式。在2015年之前，大医院的虹吸是可以从表面很容易识别的，这主要体现在大医院尤其是三甲公立医院在门诊和住院上的双位数增长，通常在10%-20%之间。但自从政府出台一系列

限制大医院扩张的政策之后，大医院的部分部门增速回落到个位数。

但这并不意味着大医院不再进行扩张，只是逐步开始形成较为隐蔽的扩张模式，其中尤其以医联体和医共体作为有效手段。对高等级医院来说，住院是具备更高价值的板块，建立庞大门诊服务体系也主要为住院建立转化通道。如果能通过控制下级医疗机构的门诊来达到筛选的功能，自身门诊增速出现下降是可以接受的。

从数据来看，三级医院在 2016、2017 和 2018 年的门诊增速分别只有 8.67%、6.13%和 6.94%。但 2019 年又出现了反弹，增速达到 11.35%，不过，这主要是国家药品集采之后药价下降较快，病人回流大医院所致。但住院的增速则并未出现明显的下降，三级医院在 2016-2019 年的增速分别为 12.55%、9.24%、10.67%和 12.82%。

未来随着医保个帐的缩减和门诊统筹的实施，以及中央和地方的药品集采持续展开，医院门诊和住院将持续扩张，其中大医院仍将进一步抬升自身的占比。

其次，在大医院持续虹吸的前提下，互联网医疗如果要讲院内的故事，就必须强化与大医院的合作关系。但大医院本身并不缺乏扩张的能力，只是在互联网的技术和运营能力上略有欠缺，这也是传统医疗信息化厂商在过去几年持续深耕的领域。不过，这一市场非常碎片化，主要的原因是医疗机构的竞争是极其属地化的，信息化公司的扩张看似可以覆盖全国，但事实上只在部分地区拥有优势，在 B 端关系的维护上无法做到类似 C 端那样赢家通吃的模式。对于本身缺乏在院

内强资源的第三方平台公司，进入技术服务领域并不存在持续扩张的优势，而且面临原先在院内占优的医疗信息化公司的竞争，很难快速发展出规模。而且，即使行业领先的医疗信息化公司在互联网医疗领域的营收规模增长也很慢，远低于院外市场的规模。

因此，唯一能快速规模化的是院外的服务和产品销售，这主要集中在企业健康福利和大健康产品。由于医保主要覆盖医疗机构，并不覆盖非医疗场景下的服务和产品。这两部分主要的支付方分别是企业和个人。而商业保险主要覆盖的是住院，对互联网医疗的作用并不大。

从企业健康福利来看，中国企业在健康福利的支出主要是体检，基于其上的是企业补充医疗保险，在价格战持续的情况下，这两者都很少会去覆盖互联网问诊服务。能够覆盖这一服务的主要是高毛利的企业。当然，与健康险相比，由于寿险单价较高，互联网问诊嵌入其中是可以做到一定规模的，这也是目前市场能够发展的主力。不过，这一市场的营收创造主要来自线下，因此，市场相对分散，如果不能凭借线下巨头的规模优势，营收创造的速度相对于互联网要慢很多。

从大健康产品销售来看，由于主力产品不是刚需性的药品，而是保健品和其他大健康周边产品，这完全属于传统电商范畴，电商巨头在这一领域具备绝对优势并能快速创造出足够的规模体量。因此，在产品销售领域并无什么悬念，未来市场的竞争仍将集中在电商巨头之间。

从过去市场发展的路径来看，即使在美国，院内市场一样是高度

碎片化且无法快速规模化，院外可快速规模化的互联网医疗商业模式主要是企业福利市场，中国则增加了大健康产品销售这一新型模式。因此，互联网医疗在中国可选的道路只有院内和院外两种模式，院内发展较慢但周期长，且传统信息化公司更具优势。院外主要依赖大健康服务和产品的销售，目前还看不到在院外另辟蹊径的可能性，不存在其他有价值的商业模式。

[返回目录](#)

带量采购生态化系统机制 “地铁式”建设思考! ?

来源：药智网

第三批药品国采以后，耗材联盟集采又火上浇油，“量价挂钩、招采合一”原则使药耗集采效率掌握了核心实质，在超低价出现、行业恐慌加剧的背景下，我们关注行业、产业的响应适应能力、生存发展空间。

从改革的历史经验看，我们每每提到“以点带面”，一是从点到线，先完成系统性建设；二是从线到面，再扩大生态型影响。带量采购机制目前再系统性、生态型方面均有不少短板，尚需要不断开阔眼界借鉴。

本文，我们受成熟的地铁运行启发(如东京地铁)，探讨带量采购机制有待完善的一些视角。

“东京是亚洲第一个建造地铁的城市，1927年12月30日，亚洲第一条地铁在东京开通，是从新桥车站到上野车站之间的路段，全

长 2.2 公里。

如今，东京的地铁总共有 13 条线，共 286 个车站，构成了东京首都圈四通八达的铁路交通网络。这些地铁车站有两个特点：一是地面进出口多，像大手町车站，总共有 50 多个进出口；二是没有安检。”

东京的地铁设施都有哪些标配呢？类比借鉴，给完善带量采购机制哪些启示呢？

启示一：保证带量采购中选的药品销售权益，是机制的常态化任务

“安装有滚梯。半封闭站台挡板，防止发生人身事故。”

分析

带量采购中选药品就好像进入地铁系统中的乘客，带量采购的药品使用端可以看作药品生产环节的延伸部分，也需要有滚梯、滚动的输送线和流动数据。假如借鉴药品生产环节的诸多管控因素、措施，我们就知道，目前在流通、销售、处方、使用环节还有多少空白需要弥补。

然而，事实情况是：带量采购中选药品是有可能在机制中跌倒、湮灭的，这在地铁系统看来是及其可怕的事情。假如乘客从半封闭站台挡板跌落轨道，一定引起全车站乃至全系统的精神紧张和快速响应动作。如此类比，我们认为：带量采购机制需重视带量采购中选药品流入机制和流出机制的量的比较，两者如不吻合，一定能显示某种问题。而那些与此最为利益相关的其他中选或非中选药品以及相关销售

端也要参与给出合理解释，一切处于监控。

启示二：保证带量采购机制内部的风清气正，为机制提供和谐环境

“安装有升降式电梯，连接检票口与车站。”

分析

所谓带量采购内部的关系和谐，绝不可能是卿卿我我，一定充斥着激烈竞争、预谋竞争。所以，和谐环境的唯一出路是机制公平公正、权威并且透明。

一方面，对于表面上的合理用药行为却仍然缓解、解决不了药价虚高药品横行的现象，就要借助综合医改联动的具体举措，打出“升降式电梯”的效果来。

另一方面，对于个别带量采购中选药品仍然带金式倾销的行为，就要及时给予警示提醒，避免其被强制拽上“升降式电梯”，直接从机制中清退。

启示三：保证带量采购机制前途上一帆风顺，就要提前开辟出道

“站台上座椅，供乘客候车。”

分析

继续把地铁乘客比作药品的话，有一些上车的乘客好像执行周期中的带量采购药品，有一些站外、站内等候的乘客，特别是站内等候的乘客就好像提出参与申请的药品、企业。理想状况是：形成偌大的

候车空间，在候车室开辟出有秩序的等候区域，甚至条列。

回到带量采购机制，将所有药品及时纳入研判视野是必要的，不必限于医保目录内的药品有哪些，否则招采效率就要在医保目录效率有限的基础上再打折扣。这样起码可以解决两个直接问题：一是最新获批上市的药品，马上就能提出企业、产品的参与申请；二是那些因获批、市场、中选遇到不合理困难的企业、产品，马上就能提供监管所需的信息情报，由多部门来处理。

启示四：保证带量采购机制密切联系患者群众，使社会舆情保持稳定

“站台上售有售货亭(分人工售货亭和自动售货亭)。自动检票机具备同时使用手机、交通卡和纸质车票通行的功能。”

分析

带量采购中选药品那么多，降价那么厉害，但放在患者群众的普惠式需求上，还有很长一段路要走。比如：马上就有评论反映，药店甚至医院都很难买到带量采购中的一些降价药品。从收集上来的解释理由看到：医院由于技术、资金原因，对一些谈判药、带量采购药没有需要、没有能力引进。药店由于营利需要、自由选择权利以及处方限制，目前尚未大规模引入上述药品。

借鉴地铁系统做法，解决办法包括但不限于：一是扩大带量采购药的处方外流。医院能力及意愿有限，就必须将药品销售环节过渡给慢特病定点药房、社会零售药房和医药电商，在不增加安全风险的前

提下，实现专门的处方外流，找到带量采购药的使用出路。二是重视医生、患者所反映的带量采购药可及性不顺畅问题。可由医生、患者向战略购买者在当地的代表反映问题，并对反馈问题进行垂直管理，践行首问负责制和第一责任人，目的是将带量采购的执行周期作为常抓不懈、创新作为的主战场，为扩大版图打好每一仗。

启示五：保证带量采购机制是服务于供应商的，使机制多朋友和信任

“站台上要有行车时刻表、行车路线图、车站出口示意图、车站附近地图。站台上要有免费的饮水装置。”

分析

带量采购活动从一到二、从三到万，不再讲究奇兵、秘密，而重视预热、包围。类比地铁系统，带量采购逐渐要有行车时刻表(第四轮及以后)、行车路线图(比如 500 个品种)、车站出口示意图(带量成效等)、车站附近地图(可能干涉带量采购药合理使用的药品，或不公布)、免费饮水装置(为药企提供便利的、高效的规则咨询和解释)。这里将成一个生态。

启示六：保证带量采购机制倾听内外部的声音，具有好耳力和好演算

“车站里有公共厕所，大多数已经更换了带有温水冲洗功能的座便器，免费提供卫生纸。”

分析

任何一个行业、任何一事物，都要面对垃圾话。而垃圾话不全是空穴来风，不全是先入为主的武断意见，不全是不可利用的废材料。带量采购机制要行稳致远，首先要掌握合理性。而合理性需要视野、听阈广阔。以 500 个品种举例，一方面说明战略购买者有一定远见、计划，另一方面也预示着在具体执行过程中，必要根据视野、听阈再机动灵活地调整。在合理性之外，涉及人文和谐层面，战略购买者应为企业、行业鼓励正能量，指明合作方向。

从以上分析，我们看到：带量采购的系统性、生态型建设，既是增量改革，又是存量改革。在存量改革这条路上，我们借鉴成熟的地铁运行，就能获得一些系统性、生态型建设的启示。

在本文最后，我们举以下例子说明情况。大兴机场投入运营后，从北京北部地区去这座机场，行程耗时及费用都激增，从北六环出发，打车费用一般在 300 元。这说明新机场投入运营，对系统性有明显利好，对生态型有一定影响。带量采购机制就要思考：如何减少这种影响的不利方面，比如避免带量采购药去争夺本来低价药、好用药的院端市场；增加这种影响的有利方面，比如有效引导带量采购药对带金药、高价难及药的积极替代。

在机场，出发层和到达层往往不同层，乘客要么出发，要么到达，中间在天上兜或大或小的圈子。在地铁，到达层再往上或下走一层，就是出发层，乘客几乎永远处于出发状态，出发十分便利。我们在地铁运行看到大站快车，看到时间空间紧密交集在一起。这对带量采购

机制的启示是：成熟的带量采购机制使产品、企业永远处于出发状态，相关利益、供需各方的努力工作不囿于第几批活动前后那几天，可以说成熟带量采购不打烊。

[返回目录](#)

社会办医寒冬已至？深度解析对策

来源：看医界

非公医疗在获取优质医生上面临着极大困难，土地的区位差、覆盖人流不足而成本高，牌照的限制多，品牌差距大导致民众信任感差距大，同时公立三甲所建设的新院从设备、设施、环境、信息化角度都相比一般非公机构占据绝对优势，似乎非公机构仅仅在动员效率上、灵活性上和市场敏感度上尚有一些优势。在这样的大环境下，我们应如何利用我们的比较优势，打造属于非公医疗的核心竞争力，从而在未来的环境中生存下去？

寒冬凛冽，作为逆周期的医疗服务行业也在经历着属于自己的寒冬。10年的时间让资本认识到医疗服务行业似乎是一个排斥资本，只有播种没有收获的行业。10时间对于资本的学习周期不算短，对于一间医院的发展和医改的进程则是弹指一挥间。医改进程之艰难，从时间上大幅落后于其他行业改革这一点上可见一斑。

视线的另一边，无论是国家推动的医改，还是互联网大佬们试图对于医疗行业的“颠覆”，都在遇阻后发生了一些变化。很多互联网医疗的口号都从“颠覆医疗”转变为“拥抱医疗”，无论互联网新贵、

还是非公医疗，在医疗服务的探索布局中都遇到了巨大的阻力。其中一个重要的原因是：“政府监管-公立医院-事业编制-医保支付”的链条坚固异常。无论是单独一点在支付层面使劲的商保或 HMO 模式，在医生层面使劲的医生集团，在医院层面使劲的私立医院，或是在客户层面发力的线上问诊，都起不到很好的效果，目前只有补充现有体制，助力医改、助力公立系统发展，或与现有体制资源错位、相互补充的经营思路才取得了阶段性的成功。另一方面，在由“政府监管-公立医院-事业编制-医保支付”，这四个巨无霸组成的坚冰体制下，国家将医疗纳入基本生活保障范畴，公立医院以较低的定价和医保的支付奠定了市场的整体定价水平和补贴机制，大幅压缩了非公医疗服务的市场空间。

以上两个原因使得非公医疗的市场空间被大幅压缩。此时对于非公医疗来讲最重要的议题是选择其“市场定位”。目前看基本上有两种定位思路，一是规避型定位：在一些公立不易操作的、有差异化特性的、或相对边缘的领域进行布局(妇儿、医美、体检、眼科、口腔、康复、诊所、基因检测等)，二是补充型定位：在一些助力医改与公立互补互促的细分领域中发展(康复、智慧医疗、线上医疗、AI 辅助、医疗学术培训平台等，当然传统的医药、设备、信息化、渠道也属于支持公立发展的类别，但不属于医疗机构)。

大部分的非公医疗机构都属于第一类定位，公立与非公定位看似不同，但在很多情况下，患者仍然是直接比较二者的价格、技术、服

务、品牌、位置与可及性等各类因素的，而在这些方面公立三甲基本可以碾压一般的非公机构，特别是在医疗丰富的地区，无论是人才、技术、教学科研，还是原来私立引以为傲的环境、服务、内部管理，这使得非公医疗机构承受着巨大的压力。因此，我始终认为资本布局单体医疗机构，是不应该将关注点放在单体机构的收益回报上的。在未来的大健康产业的布局中，医疗机构(也包括与医生的连接)作为医疗版图中的中枢神经和流量入口、连接器，是核心资源的掌握，是作为未来科技、AI 数据化的重要试炼场，甚至是整个生活服务模式下的核心支柱之一，会在大健康变革的进程中发挥重要价值。

作为身在其中的医疗人，我们不禁要问，在面临着被公立巨无霸大幅压缩的市场空间中，非公医疗将如何过冬?非公医疗在获取优质医生上面临着极大困难，土地的区位差、覆盖人流不足而成本高，牌照的限制多，品牌差距大导致民众信任感差距大，同时公立三甲所建设的新院从设备、设施、环境、信息化角度都相比一般非公机构占据绝对优势，似乎非公机构仅仅在动员效率上、灵活性上和市场敏感度上尚有一些优势。在这样的大环境下，我们应如何利用我们的比较优势，打造属于非公医疗的核心竞争力，从而在未来的环境中生存下去?

如何应对以上的困局，让我们先从目前医院的两个特质讲起。

第一个特质是公立医疗处于典型的供方市场，而非公医疗则逐步过渡到典型的需方市场。工业革命开启的工业时代解决了人类物质短缺的问题，物质由短缺转为相对丰富，而供给端经济在逐步向需求端

经济过度。医院虽属于医疗服务行业中的一部分，但一直以来却展现出极为“内向”的特质，与在激烈市场竞争中为客户杀红了眼的“服务行业”格格不入。一座座公立三甲挺立在最核心的地段，每一个病人在医院和医生面前都拿出了他们最谦卑的一面。公立医院内部的流程、环境、科室设置和产品服务在过去 20 年中鲜有变化。由此可以看出，公立医疗整体处于典型的供方市场，即客户多数时候在医生、医院面前是弱势群体。而客户则在不断对非公医疗提出越来越严格的服务标准、医疗技术提升的要求，并导致了价格上更加惨烈的竞争，这种大公立供方、非公需方的状态一度让非公机构非常迷失，其实这种向需方的过度已经基本完成。

第二个特质是医疗是一个低频需求、严肃私密的行业。这一点非常重要，使医疗区别于一般的消费服务类行业。第一个影响，在低频的需求下，伴随着信息不对称，对于常见病部分患者会自己购药处理，部分有条件患者会谨慎的选择大公立诊治，留给无论是非公实体机构还是线上机构的客户都是少之又少。来到非公机构的还有很大一部分是冲着公立多点专家去的，或公立转诊来的，而这并不是非公医疗自身的核心竞争力。第二个影响，低频需求导致品牌无法很快进入客户的心智，无法形成重复消费和记忆，因此大部分医院的知名品牌真的都是“百年老字号”，而非公的发展往往没有这个时间。第三个影响，与同为低频消费的旅游相比，医疗本身的需求是被动的，导致用户很难被广告、代言等手段激发，很多市场宣传手段都不是很好用。第四，

注重隐私和权威的特征使得客户在很多时候由于隐私不愿传播，无法形成我们期待的口口相传(在部分科室如妇儿、口腔这类适合和人聊天的项目仍然适用口碑)，政府也会规范、阻断一些裂变性的传播，一些过分夸张的病毒式传播在医疗市场里往往又适得其反。本身市场营销是任何非公企业的竞争优势，但以上在需求、市场方面的特点使得非公医疗的日子变得更加难过，传统的、新媒体的、市场化的传播手段都不一定能起到很好的作用。

伴随着以上的一个困局、两个特质，我认为未来非公医疗需要在“内向型”的基础上，以更开放的心态推动“外向型进化”的过程，获取“外向型”的视野，并建设与此相匹配的内部组织形态与其它必要支撑。

这里并不是要丢弃国内外前辈传承下来的有关医院数十年经验打造的知识结晶，比如预算体系、绩效体系、成本核算体系、内控体系、学术发展体系、教学体系、专科体系、薪酬体系等，有一些也是在不断演进蜕变的，更多的是数十年经营的经验结晶，包罗万象且非常实用，值得每一位医疗人借鉴。上述体系固然是支撑每一个医院生存发展的必要条件，但仔细观察，他们无一不是从医院自身出发，以“大供方”心态思考发展的结果，这体现了目前的国内医疗在思维上仍然是从自身出发，这对于现在的三甲大公立或10年之前的非公医疗机构而言是适合的。但现如今，如果认为我们只要有几个科室、有几台设备、再挖来几个专家、投入几百万做做市场就能够生存?或我

们再把上面这些精细化管理所需的部分做好，发挥出组织的效率就会成为和协和、长庚一样的业内翘楚，是不切实际的。这些是医院生存的必要条件，但并不足够。

我们在一个困境、两个特质的局面下，首先要做的就是视角的外向转换，只关注自己有什么、能做什么、怎么做的高效已经远远不够了，把市场营销与内部运营、医疗服务割裂来思考也是万万不能的，对于非公机构来讲，在整体上推进“外向型进化”是新时期下发展的必要过程，一切都在探索，需要不断地试错、再改进。

非公医疗的“外向型进化”指的是由“供给驱动”转向“客户驱动”。可以分成五个目标，一、定位基于市场、错位公立领头羊。二、根据客户的需求去创建科室、项目、流程、产品。三、提供更加便捷性、用户可及的服务。四、提供改善型医疗服务。五、开展符合医疗特质的市场营销。六、成为飞轮中的一环。

第一、定位基于市场、错位公立领头羊

对于非公医疗机构，我们的第一议题始终是“定位”。在过去的蓝海时期，我们可以根据自己的一招鲜、特色业务选择定位。现如今的医疗服务市场我们不仅要有自己的专长优势学科，还需要参考当地人口、需求、疾病谱、消费能力有敏锐的嗅觉，同时，对于公立同类学科的调研必不可少，并需要以此来确定本院的初步定位以及后续延展的可能方向，目标是在区域树立独特的核心竞争力。这里重点说一下对于公立的调研。比如，如果我们准备在北京开设一家儿童医院，

我们可以调研北京儿童医院、首都儿科研究所附属儿童医院两家领头羊以及一家私立儿童医院，可以梳理几家医院对应的核心内外科项目，根据科室大小、科室医生数多少来判断科室的实力和在医院内的权重；通过科室患者多少、排期程度、等候住院人数与实际床位数之比、外地患者比例等指标衡量未被满足的需求还有多少；通过自费、高端客户比例、市场对于价格的敏感度衡量未来价格的空间有多大；通过公立价格是否过低导致供给不足、是否存在若干可以开展但未开展的项目等几个指标来衡量供给端是否仍有较大的空间；目的是寻找至少一个细分优势学科，成为当地最好，以点带面吸引客户，并获得客户对于本机构的普遍能力的认可，比如：

1) 对于公立的招牌优势学科，特别是那些声名远扬、外地患者比例高、等候情况严重的学科，非公应尽量与公立在此领域展开科室共建的策略，以此方式借助公立的声望和实力建设自有科室，并吸收公立溢出的患者。

2) 对于公立不愿开展或较弱的科室，可能是因为患者性价比低公立主动排斥。如果同时该学科还具备患者需求较多，具备一定的医保外项目(或非公本身可以自主定价)，那么我们可以以此学科作为一个选择来重点打造。

3) 对于某科室的几个核心项目，公立想开展但由于各方面原因(设备、人员、政策、定价、与原有业务匹配度等)尚未开展，同时有具备较大的定价空间的，那这也是我们可以重点打造的。

4) 对于公立学科当中消费大部分是医保外的、自费、高端客户较多的学科，操作难度不大投入不大的，也是我们应该重点关注的。

5) 我们可以参考当地领头私立儿童医院的学科配置，如果区位不同，他们的实际经营成果很值得我们参考和借鉴。

6) 当然我们更需要通过自己比大机构更加敏锐的嗅觉去挖掘、引领未被公立看到的需求，正如之前的体检、高端妇儿、口腔、医美等业务。

在选择好学科定位及未来发展方向后，我们需要招揽合适的人才，一般可以参考以下几个标准：

1) 在业内有一定声望、有学术、协会的资源，具备和大三甲谈合作的基础；

2) 有招募梯队人才的资源和能力；

3) 有科室经营、管理的能力和意识；

4) 对于学科建设有认识，有前瞻性；

5) 对其他临床、医技、行政管理配合有基本管理能力；

6) 对市场、客户的需求有敏感度和执行力。

第二、根据患者的需求去重构科室、项目、产品、服务

1) 从患者的症状、感知、直接的需求出发，思考规划一些特色学科，比如目前比较热门的运动康复中心、心血管慢病管理中心、生殖中心、疼痛中心、发热中心、睡眠障碍中心、儿童成长发育中心、视光中心等；这是现代医院需要形成的思维模式和科室规划的能力。

2)从“客户所处的特殊阶段”面临的需求，着力打造闭环式的整体服务。比如针对新生儿的“新生儿中心”，比如面对非疾病儿童的“儿童健康管理中心”，比如针对各类产后生理、心理问题的专业化的“产后康复中心”，比如针对老年、慢性病患者的“慢性病管理与康复中心”打造等；这类科室不只是在疾病层面提供医疗服务，更多的可以从前端预防、保健，中端就诊、治疗、手术；后端的慢病管理、康复、营养膳食、回访、复诊、运动等方面进行续贯式服务，更加体现非公机构在服务上的特点和家庭式、续贯式特点。

3)除了科室层面的结构调整，我们可以提供直接对应客户需求的产品、套餐，比如把一些患者无法辨认的项目进行整理，推出满足客户认知层面的套餐项目：胶囊内镜全消化道检查套餐，儿童生长发育评估套餐，儿童过敏筛查套餐，新生儿黄疸套餐等。以上的规划设置力求能够以更精确的客户需求入手，直击客户痛点，甚至引领客户的某些前瞻性需求，以此来提升非公机构的竞争力。

对于以上科室、产品、服务的重构，我们面临的问题可能是医院内部临床传统科室、诊疗中心、细分专科之间的交叉、重叠，以及组织如何重构以匹配崭新的服务形态的问题。如果每个临床单元都是一组人马必然会造成成本的大幅上升，而频繁的会诊也会造成管理得混乱，因此如何在发挥人员调配灵活的优势，又同时注重各细分专科学术技术上的专业性是一个需要突破的问题，这个在下文中会进行探讨。

第三、提供更加便捷性、用户可及的医疗服务

随着科技的进步和客户对于服务的更高的要求，未来的所有服务都将向着“便捷性”的角度演变，目前我们身边各类商品、服务都已非常的贴身、智能、触手可及，但医疗始终呈现了相对“自成一体”的特性。未来，随着国家层面对于分级诊疗的大力推进，保健、回访、持续照护、家庭医生、远程医疗，以及各类提前预防、提升机能的项目都将变得更加可及和有价值。尽管目前无论何种形式的医疗服务仍然依附在实体医疗机构上，同时具体的实体医院受到牌照的限制在很多省市仍然很难做到人人触手可及，但未来的医疗科技必然会使得医疗服务“更加便捷而触手可及”，会有更大部分的服务在家获取，同时也会有更多的服务由大医院下沉至社区诊所。相信未来除了大三甲作为诊疗中心、学科中心仍保持为了应对重症高效一体的内部构造外，绝大多数社区医院、社会办医机构、专科医院、药诊店都将演变成患者的“入口”或患者的“健康管家”，并以环绕式、延伸式服务争夺属于自己的客户。这个变化可以参考过去 10 年零售行业的变化，大部分零售功能在家通过线上完成，另一部分在家周边的便利店完成，大商场转型成为一些无法替代的体验性服务(比如电影、餐饮、高档时装、书店、娱乐、街区)的提供者，而不再是实物商品的售卖方。医疗与零售有很大的不同，但该来的仍旧会来到。

第四、提供改善型医疗服务

提供改善型医疗服务是非公医院需要的第四方面的转变。尽管目

前很多大三甲的设施、环境、甚至服务已经达到了非常高的水平，但服务仍应是非公机构的优势所在，从动员和意愿上非公机构应该做的更好。在医院界一直讨论的问题是，应该以患者为中心，还是以医生为中心？这个问题在实务中很好解答，作为医院应该树立以患者为中心的经营理念 and 价值观，引导基层服务人员倾尽全力提升患者的体验，消除患者的病痛，抚慰患者的心灵，这也是医护人员与生俱来的天职和获取价值感的最主要来源。医院的管理层则需要不断地把员工、临床放在重要的位置上，不断地支持、改善他们的工作环境并提高他们的幸福感、获得感。改善型服务的目的是要使客户获得更好、更多样、更深入的体验，方式可以参照目前绝大多数高端私立妇儿提供的更加高端温馨的环境、专业贴心、细致入微的服务；也可以是在服务流程、形式上打造环绕式的诊疗理念，使患者在预防保健阶段，出院后的康复阶段都获得完美的体验。

第五、开展符合医疗特质的市场营销

前面介绍了医疗的低频、私密、严肃的低传播特性。对于大多数疾病类非公医疗(妇产、口腔、医美、体检等属于服务消费类，思路不同)，需要我们摆脱传统 2C 传播的思维，形成 2B 营销的思路。既然媒体直接激发患者的效果差，同时患者之间的传播乏力、意愿差、频次低，我们能够做的是通过能够直接影响患者决策主体来帮助我们做出宣传，达成传播。比如我们直接在媒体广告效果不好，我们可以尝试联合媒体做新闻，让媒体和专业性为我们背书。比如做直接的义

诊效果一般，我们可以联合周边地区医院做联合门诊、联合会诊，借助下游转诊以会诊形式对我方专家的认可，达成患者对于专家的双重高度认可。比如患者之间的口口相传比较少，我们可以打通内外部相关的科室，为我们进行传播甚至是适当情况下的转诊。比如我们直接做客户的销售、加微信效果差，我们可以通过保险公司、周边企业客户、大商家、小区领袖、大群主为我们做宣传，激活他们的客户形成对我们的认知。一些项目对于客户来讲是低频消费，但综合在一个更大的平台上，就可能成为一个值得购买并体现渠道对客户增值服务、企业对员工关心的有效手段。C端转化成本越来越高，也有越来越多的机构开始转向B端，但这里要特别说明，在B段的合作不可能只是以转诊、买流量为方式，而是要深入了解B端的商业模式，与自身的业务形成创新性共赢，为合作方增添长久的价值才是正路。

六、成为飞轮中的一环

在完成符合市场的定位、学科的重构、产品研发及市场推广等目标后，我们已经可以充分焕发出自身的活力了，这时候怎么能让活力加倍？仍然是向外看。全国层面的分级诊疗势在必行，区域医联体和专科医联体都在逐步形成，医保、医药、社区等各类的资源已经快速的附着在这个已经启动的大飞轮上。作为非公医疗，能否成为这个未来主力医疗圈中的一环，成为这个快速转动，服务于全国80%-90%患者中的一环是未来我们能否更大焕发活力的契机。非公医疗可以突破自身姓公还是姓私的壁垒，充分拥抱主力的分诊体系，与区域大三甲、

专科打三甲、教学科研机构、社区医院建立起充分的共赢互助的关系，融入其工作的飞轮，与其共同服务更多的患者。

同时商业保险也将继续拓展其健康方面的功能，药品销售将更多的依赖药店，随着互联网医疗的推进更多的服务将通过线上和社区完成，越来越多的消费类、健康管理类、消费养生类健康机构和产品也会陆续出现，在这样的大趋势下，大健康领域会形成越来越多的小飞轮，与公立体系的大飞轮卡在一起，快速的转动，非公医疗也应该更多的尝试与以上的商保、药店、互联网、社区、消费健康类、渠道商家建立关系，让自身的活力通过这些飞轮更快的转起来，传播到更多的客户身上。

医院未来的“外向型进化”任重道远。这几项变化但凡参与医院管理的人都知道没有一项不是内部改革的深水区，没有一项不是难啃的骨头。为了达成以上目标，我们要能在组织内部锻造强壮的体格和精神，坚定地推进变革，并确保在过程中组织的凝聚和团结。“内部的改进”分成四个方面，一、内部组织和流程再造；二、资源引入。三、医疗与经营的融合；四、塑造外向型的医院价值观。

第一、组织和流程的再造

组织上需要由以医院为主、学科为主的组织结构向“以患者为中心”的组织结构进行转变。原有的学科教育体系不变，医生始终是有着教学分科的专业和标签，同时现有的科室结构也很具有学术上的科学性。如前文“外向型进化”中所述，我们新组的科室需要从患者的

症状、需求、感知出发进行重构，比如心血管慢病管理中心、运动康复中心、发热中心、睡眠障碍中心、儿童生长发育中心、视光中心等，这些中心往往需要原有的传统科室多科室合作才能应对。我们可以将面向客户的疾病中心作为一个虚拟科室，主要作用是通过多科室联动形成更具竞争力、更加面向客户需求的功能集群。在患者来时，通过首诊，联合几个科室医生共同诊疗，甚至专家会诊，形成医生围着客人转的形式。内部医生护士在信息系统配置到位下，根据患者的到院流线形成环绕式的分布作业流程，而不像原先医生不管患者多少，提前排班等候，患者围着医生转；这也超越了一些医院在一般物理意义上患者来了以后来到某个诊室，固定科室的医生奔跑在各诊室间纯粹物理意义上的以患者为中心。在这样的机构中我们需要做到使医生以个人为单元，灵活参与医疗业务，以多人为单元交互参与学术、教研、管理，这确实对医院的组织管理能力提出了更大的考验，但对于规模相对不大，医生饱和度不高的非公机构来讲，还是值得尝试的一步。

东南沿海世界工厂的案例也许可以给予医疗行业以启示。中国珠三角享有世界工厂的美誉，其提供的产品既需要精专，同时在欧美新品牌、型号做出调整时有需要及时响应，这两点往往是矛盾的，一个大工厂如果太精专就需要大批量高级设备、往往在调整时比较困难。珠三角的解决方案是形成了数以万计的小而精的、针对某一特定细节精专加工的厂商，他们处于产业链的不同位置，既共同协作输出了最

精专、高性价比的产出，同时其机构之间的灵活组合也满足对于市场对于新产品、新型号灵活性的需求。这是医院内部分工时可以借鉴的。

在组织具备灵活性的基础上，我们进一步推进业务流程的变革，做到真正从客户角度出发，以最大限度的保证客户安全、医疗质量、就医体验和便捷性。组织和流程的再造往往是一体的。在后勤、物资、采购、信息领域，我们同样可以尝试让物资围绕患者需求转的灵活机制。医院是一个相对封闭的主体，可以对于设备、物资尝试物联网的应用，将物资进行数据共联，物资可以尝试以患者为中心的选型——采购——入库——二级库分配——院内调配——反馈调整的循环，大型设备同样可以尝试以患者需求——分析统计——采购/租赁——院内调配——反馈调整的循环。通过以上方式提升了物资、设备的使用率和竞争力，同时有助于提升内部效率减少浪费和院内大量的跑冒滴漏。

第二、资源引入

非公医疗机构在医生、护理、学术、品牌、技术资源方面都天然的处于劣势，自身在底蕴不足、医护力量不足、医疗技术不足的前提下，在向“外向型”医院转化的过程中将面临“无米之炊”的窘境，没有充分的资源和额外的精力去深化医疗服务，只能让变革成为空谈。因此，非公医疗机构需要提前积蓄一切可能的力量，主动积极地推动资源的引入。

对于医疗资源的获取是永无止境的，无论是否已经形成了自己的核心竞争力，甚至是建立了所谓的区域生态系统，只要当我们想到三

甲医院每年会有数以百计的优秀毕业生来到医院实习工作，非公机构的新资源获取就永远不能停歇，需要以更大的力度去争取，逆水行舟、不进则退。获取资源不一定意味着成本的大幅增加，我们可以将资源分类，采用不同层级的方式进行雇佣、共建、合作、多点、储备等不同方式获取资源。当然一定的资金投入，向外引进新鲜血液是必不可少的。

在个人层面，应尽一切努力获取、维护院内外医生、专家资源，以长期发展为重。在科室层面，应寻求与其他专业机构、公立、个人的合作、共建，内部创业、外部竞争与权责利对等的体制机制往往是带来生命力的重要因素。在医院层面，以开放性态度推进与公立机构、医生集团的品牌、技术合作，务必追求共赢。一切单方面的赢利机制都是不可持续的，即便是占了便宜也不是长久之计。最后，我们要以开放性态度拥抱互联网和信息技术。

第三、医疗与经营的融合

医院以患者为中心的转型需要解决的另一个重要问题是医疗专家与经营团队之间的思想融合。在优化转型过程中，医疗专家对于业务流程、学科内涵、教研体系的深刻理解是经营管理者所缺乏的，而经营管理团队对于产品服务、财务绩效管理、战略规划的了解又是医疗专家们所缺少的。因此，在日常事务中会时常形成矛盾，造成医疗和经营之间的脱节甚至对立，各自谨守自己的立场而排斥其他的改变。这里建议，医疗端与经营端的思想、知识、能力都需要取得较大

程度上的融合和信息流通，这是高层决策合理正确的前提条件，更是创造性变革能够实施的重要基础。日常工作中每一次矛盾都是双方磨合共融的机会，双方应好好把握，达成在医疗与经营上的融合，并共同积极的寻求符合医疗、经营双方向的转变。

第四、塑造外向型的医院价值观

医院的价值观是一切行为的基础，是全员目光汇聚及内在精神所在。非公医疗机构一般都是以公司形式存在的，也就是他们都有属于自己的股东，属于自己的盈利、分红甚至上市目标。但生存压力和财务指标可以是高管的关注重点，但不应是医院价值观和全员的日常关注所在。这只会让医院放弃 1 年以外的拓展机遇和结构变革，从而全部关注于短期的成本缩减和短期的流程优化。

医疗行业的特殊性在于医疗是赋有道德感、使命感的一项工作，同时医疗的决策又往往是存在信息不对称，患者的治疗是基本听命于医护团队的，这就使得短期的股东利益与道德使命感之间存在着天然的矛盾。但短期利益是糖衣毒药，会有两方面的副作用。第一、会引导虚假医疗、过度医疗而忽略医疗本质。第二、会使医院的注意力只关注冲刺短期业绩而不愿进行中长期的投入与变革，从而错失资源获取和结构再造的机会。作为股东需要清醒的认识到这一点，避免以短期业绩作为全员的基础价值观，只会使医院陷入长期失去竞争力的陷阱。非公医疗机构的长期竞争力来源于其能否做到“客户驱动”的“外向型”经营模式，形成在选择定位、医疗模式、产品服务、便捷可及、

改善体验方面相较于三甲的竞争力。面对这个命题，医疗机构对于自身价值观与股东经营战略的长期统一显得尤为重要，二者不统一，则上下二心，经营组织都会摇摆。前面提到的“外向型进化”涉及到组织、流程、资源、产品服务等重大支柱的调整，是个庞大的系统工程，不可能一蹴而就。因此，医院的价值观需要能够强调：客户驱动、长期发展、开拓创新、过硬的医疗品质与充分的人文精神等核心元素。以此来使医院获得“外向型”人格和视野，并凝聚广大临床工作者于“治病救人、为客户和员工创造福祉”的主基调上，使得后续的优化调整能够顺利实施。医院价值观确定后相应的战略规划应在此核心逻辑下提出对5年期、3年期、1年期任务的具体指标，体现具体的经济财务目标，使得医院的发展以“外向”的价值取向、行动模式为底层逻辑，通过霹雳高效的手段和执行去满足中长期发展目标。

非公医疗面临着市场空间被严重挤压的窘境，但正是因为存在着这样的挤压才会有未来的释放。我们在过去十年间体会到了供方市场转需方市场的滚滚车轮和医疗行业低频需求这两个不同于一般行业的特质。以上的一个背景和两个特质指引我们看到未来非公医疗演变的方向，“外向型进化”是非公医疗的必经之路。非公机构没有公立的资源，因此没有资格享用“患者围着医院转”的内向供方思维，同时更不能使医疗屈服于短期的盈利，我们需要从外到内，从定位、学科、产品、服务、营销到组织、价值观都凝聚在一起，为客户创造更好的医疗。

• 医院管理 •

探析大数据时代医院统计如何为医院管理服务

来源：华夏医界网

伴随着时代发展与社会进步，我国医疗卫生行业也在逐渐向前发展，在发展与变革的过程当中，医院的管理与治理不断面临新的挑战与问题。社会的不断进步逐渐带来更多的信息数据，医院内部每天都会产生大量数据，医院如何整合好这些数据并进行科学分析成为了医院发展的重要因素。因此，本文主要分析了目前医院内部统计工作的现状与存在的问题，针对存在的问题，有针对性地提出了解决途径。

医院的统计数据主要是详细记录每一名患者的患病情况，早期主要采用手写方式填写每一名患者的案例，帮助医院更好地进行病情分析和后续治疗。但是伴随着时代的进步和医院规模的扩大，医院逐渐产生越来越多的数据，靠这种方式显然是不合理的。在大数据时代，医院统计必须依靠大数据，主动学习大数据管理技术与模式，从而对医院的各项数据进行收集与管理。从一定程度来说，一个医院的大数据信息管理水平直接影响到医院未来的发展状况。但是我国目前在使用大数据进行信息统计方面仍然存在一定问题，落后于其他发达国家，难以满足目前的发展需要，医院必须对这些问题建立起充足认识，才可以获得更好的发展。

一、医院在大数据背景下统计管理现状与问题

在传统的医院经营模式下，医生主要负责药物研究和诊断患者，并没有将过多的精力放在对于大数据的研究上，导致医院的统计工作仍然处于较低层次与水平，统计工作并没有充分发挥出其应有的意义。很多医院并没有建立起系统完善的统计流程，进行数据收集的人员也不具备足够的专业素养，获取到的数据不一定具有真实性。即使获取到真实的数据，没有足够专业的人员进行分析，也不会产生足够的作用与影响。也就是说，由于受到传统老旧的医院经营模式和尚未完善的大数据管理系统的影响，我国大部分医院并没有在大数据时代下做好统计管理工作，大数据技术也就无法发挥出其应有的巨大价值。我国医院进行统计工作的主要问题如下。

（一）医院管理层人员重视度不够

在传统医疗模式下，医生主要进行救治患者，不断讨论各种医疗难题。但是在大数据时代，医院更需要做的是将过去的病情进行收集与统计，对于疑难杂症进行统一分析，这就体现了医院进行统计工作的重要性。很多医院管理层人员对于统计没有很高的重视程度，投入的人力和资金较少，并没有建立起科学有效的数据分析体系。并且统计部门的人员并没有较高的专业素质，工作积极性也有待提高，使得最终收集出来的数据难以做到准确与全面，基于这些数据进行的决策也就不能做到客观真实。医院作为一个盈利企业，领导人员并没有意识到大数据时代进行数据分析的重要性，没有意识到应当顺应时代发

展的潮流，不够重视对于信息数据的统计与管理，这种决策上的偏差很容易使得医院难以很好地满足患者的需求，进而导致整个医疗行业整体服务质量下降。

（二）医院对统计部门的投入严重不足

很多医院在进行数据统计与分析时并没有配备足够完善的机器与设备，统计部门与其他部门难以做到有效沟通与联系，信息的流通性很低。在大数据时代背景下，医院收到的信息数据不断增多，数据分析的重要性也日益加强。但是很多管理者并没有意识到进行数据统计对于医院发展的重要意义，在进行数据统计时仅仅关注于患者的患病情况和缴费情况，统计内容非常单一片面，难以形成一个完整的数据整体以备进行之后的分析，并没有真正发挥出大数据技术的优越性，不利于提高医院的数据管理与分析水平。目前仍有很多医院的数据统计部门仍然采用手工方法进行统计，这样的方法显然落后于大数据时代，很可能产生偏差，不能保证数据的真实性与完整性。除此之外，相关统计人员没有规范统一的统计数据方法，填写数据的表格不科学，不完善。种种表现根本上都是因为医院缺乏对于数据处理的整体管控，由于没有整体管控，统计部门的人员往往只凭借经验进行数据统计，这样得出的结果真实性有待商榷。

（三）没有正确认识到数据的应用价值

在大数据时代，收集到的数据几乎可以分析任何问题，帮助医院决策人员正确决策。但是很多医院决策人员并没有及时转换观念，没

有认识到大数据时代进行数据统计的重要性，不能认识到数据的应用价值。医院统计部门的工作人员虽然大批量收集数据，制作成各种表格，但是收集到的数据往往都是分散开的，对于各种数据缺乏整体性的观念。将各种数据杂糅在一起，很容易导致真正有价值的数据被忽视，而没有价值的数据却经常出现，这样很难真正实现数据真正的应用价值。在大数据逐渐发展的背景环境下，信息化时代逐渐到来，大数据对于医院的信息管理化水平有着至关重要的作用。但是目前很多医院并没有体会到数据的真正应用价值，没有发挥出数据的服务作用，由于管理者对于大数据意识的忽视，最终不利于医院的长远健康发展。

二、大数据时代背景下促进医院统计服务于医院管理的方法探究

(一) 统计人员加强学习，不断提高专业素质

大数据时代的到来和现代医学技术对医院统计部门的人员提出了更高的标准和要求，统计人员必须及时转变思想，了解当前的形势与状况并积极顺应形势，熟练掌握大数据时代下医院数据统计的方法，在巩固原有知识的同时，还需要加强对计算机技术、网络技术、数据管理知识、统计知识等的学习，不断提高自身的专业素质和大数据思维。同时要锻炼自己的耐心，不断提高细心程度，做好每一项数据的收集与分析。统计部门的工作人员必须熟练掌握统计工作的各项业务流程与具体内容，数据的收集、分类、处理、分析等各个步骤都要做好，每一个步骤都做到认真对待，细心完成。此外，要将最终的

分析成果及时汇报给公司决策人员，帮助决策人员更好地进行决策。这要求统计人员必须始终保持细心认真地工作态度，确保数据收集的准确性和数据分析的正确性，不断适应时代发展的需求，为医院更好地提供服务。

（二）健全统计制度，提高统计地位

医院想要真正的做好统计工作，必须让统计工作发挥出其真正的职能与作用。医院在发展过程中，除了要进行药品研制和患者诊断，还应不断加强信息化程度，顺应大时代的发展潮流。统计部门在工作过程中要做到协调统一，整体布局，树立大局意识。一旦发现问题，要及时解决，不断创新，不断更新数据分析系统，更好地进行数据分析，最终促进大数据时代背景下医院统计工作的不断发展与进步。除此之外，想要实现更加科学的数据统计管理，必须建立起完善的指标体系，将原有单一的统计内容扩大化，增加新的统计指标。医院在运行中的各个环节都应该体现出统计指标纳入统计管理当中，从而建立起新型的医疗管理体系。医院一旦发生问题，都可以从这个体系中得到实时反应，决策人员可以更好进行决策。另外，针对统计管理体系，应该制定起相关的规则与制度，将相关工作人员的行为及时规范起来，有利于统计工作更好地开展。

（三）运用大数据技术进行医院管理

在进行医院管理时，主要分为对于医生、患者的管理，对于医院财务状况的管理何对于医院药品的管理。首先，大数据可以对医生和

患者进行有效管理。运用大数据技术对医务人员的上班时问、业绩表现及患者评价进行及时记录，可以结合多项指标，计算出每一名医务人员的最终薪资水平，进而有效规范医务人员的行为，提高医务人员的服务质量，更好地进行医院管理。同时还可以记录好患者的就诊时间和病情情况，方便更好地进行后续治疗。其次，大数据可以对医院的财务状况进行有效管理。针对目前很多医院的收费标准较为混乱，收费种类较多的问题，大数据都可以进行有效规范。医院的财务管理不仅包括对患者的收费，还包括发放医务人员的薪资和购买医疗器械、医疗药物以及相应的医院环境建设。通过大数据手段，可以建立起详尽的资金收支表格，更好地分析医院的资金运行状况和财务运营状况，帮助医院管理人员更好地管理资金。最后，大数据可以对医院的药品进行有效管理。医院每天都必须消耗很多药品，药品需要精力采购、入库和出库等多个步骤，这些步骤都需要很多工作人员进行完成，工作量十分巨大，很容易产生错误。运用大数据技术可以更好地完成这些步骤，有效提高工作效率，减少错误的发生。

总之，医院相关技术人员应该加快建立起大数据分析平台，针对每一项数据都做好切实的分析与管理，每一名统计人员都需要有过硬的专业素质，在保证数据的真实性与完整性的前提下，进行科学有效的数据分析，最后要将得到的分析结果及时提供给决策人员。决策报告中包括患者的病情状况，医务人员的业绩状况，医院的财务状况和药品、设备状况，这样可以方便决策者进行科学决策，对医院进行更

好的管理，从而进一步推动医院在大数据时代背景下的健康长远发展。

三、结语

身处于大数据背景下，医院应该运用大数据技术更好地进行统计工作，服务于医院管理，每一名医院决策人员和管理人员都需要认识到大数据分析的重要性，认识到大数据技术可以更好地促进对于医院的管理，必须加强对于大数据技术的学习，通过相关管理平台，进行资源的合理分配，从而有效提升公司管理水平。

[返回目录](#)

医院物资采购管理内部控制探析

来源：医管新世界

公众耗材等的采购是如今热议话题之一。现阶段我国许多医院在进行物资采购时，采用政府采购、公开招标、院内自行采购并行的模式，因内部控制一定程度上存在问题，致使医院采购成本上升，相应地医院的经济效益受到影响。文章将重点阐述医院物资采购业务中所存在的内控问题，并在此基础上提出针对性的改善建议，以期提高医院的内部治理水平。

一、引言

我国人口众多，且现阶段人口老龄化程度不断加深，人民群众对于医疗资源的需求也在不断加大，每天会需要采购大量的医疗物资。医院物资采购不同于一般采购，因为市场上部分设备耗材生产厂家极

少，供需关系导致成本控制不易实现。对于目前的医院而言，一方面，医院希望从采购环节开始，降低各种采购成本，包括医疗设备耗材和日杂用品的成本；另一方面，医院物资采购的内部控制方面存在各种不足，会导致采购成本较高。这一矛盾是本文研究的初衷。

二、医院物资采购管理内部控制存在的不足

1、医院缺乏完善的物资采购内部控制制度

1.1 未建立规范化的采购制度

目前，医院并非皆设有专门的采购中心，且缺乏规范化的采购内部控制制度对医院采购业务进行监督；抑或是即使建立了相关制度，但是流程粗糙，没有采用内部牵制手段控制，且分工不明确，经办与审批人员权责不明，难以有效监督医院采购业务的各个环节。同时，采购部门的询价、招投标与供应商确定、合同审批与签订以及资金结算等过程，信息披露与透明度不足，不利于医院对于采购业务的内部控制，容易产生道德风险。

1.2 采购制度中的决策权配置不当

部分医院对于采购业务的决策权配置失当，过度集中在医院高级管理者手中，而其他利益相关人员的意见无法充分吸纳，违背了全面性原则。同时，由于医院管理层可能非财务管理专业出身，而具有专业知识的财会人员却难以参与物资采购业务的决策过程，这使得决策权过于集中，内部牵制和不相容职务相互分离也无法实现，从而导致内部控制无法制约医院管理的权力。

2、医院的物资采购没有严格的控制流程

由于医院每天需要进行采购的物资量极大且种类繁多，临时应急采购亦经常发生，然而大多数医院却缺乏科学规范的采购管理控制流程，流程严控、多层监管更是无从谈起，这些问题重点体现在以下三个方面：一是对于医院采购模式的管理，多集中在采购环节，对验收环节的重视力度不够，难以发挥督促作用，采购部门各项职能不能有效分离；二是采购部门人员通过询价方式采购的部分物资，无法精准对比此类用品的市场价格，因此很难进行监督；三是财务科的年度预算表难以匹配各职能部门的实际采购需求，每年的临时采购金额频繁高于年初所制定的预算，使得财务与相关科室对经费申请、审批、使用等一系列流程感到模糊，影响医院的正常运转。

3、医院对物资采购的监管力度欠缺

3.1 监督机制不完善

缺乏完善的物资采购内部控制监督管理，由于人力不足，审计科难以全流程监督医院物资采购活动。许多医院的审计科仅在采购中核对金额、合同以及签字手续等，工作流于形式，对于采购工作人员以及相关招标活动的合规性要求不严格。此外，还存在职能科室的内部控制活动在部门自行实现的情况，审计科只在最后环节签字确定，欠缺全流程跟进，没有做到实时跟踪审计，内部控制的作用完全无法发挥。

3.2 信息化覆盖不全面且处理不及时

目前许多医院的信息化系统仍在构建期,存在不同职能部门的信息系统无法及时共享数据、医院各项业务覆盖面不全、医院的预算执行情况 and 绩效数据滞后等问题。因为不完善、不统一的信息系统:一方面使得预算、绩效等相关指标没有及时调整;另一方面使得采购流程审批模糊,重要信息被忽视,降低工作效率。

三、医院物资采购内部控制管理问题的改善性建议

1、建立专业的物资采购管理部门

针对以上在医院采购管理中所存在的内部控制问题,首先应做到专人专岗。医院需要成立专业的采购业务归口管理部门,在部门内部针对各个工作环节设置人员,包括采购人员、记录人员、统计人员和复核人员等。同时,从采购负责人开始充分贯彻内部控制的意义。此外,医院应做好培训工作,通过内部自我学习和外部邀请专家教学并行的方式,帮助采购部门人员的专业能力不断提高,提升医院整体实力。

2、制定统一的物资采购管理内部控制制度

医院应当遵循内部控制原则,在充分考虑市场的情况下,制定系统完善的物资采购内部控制制度。医院应当成立采购归口管理部门,对采购业务做好日常审核工作,既重视成本问题,也充分考虑采购部门人员的岗位职责与分工情况,避免出现不相容职位不分离的现象;将工作重心放在可能产生重大风险的事项上,以保证医院资产的安全完整;医院还应当加强职代会以及财会人员在决策过程中的建议作

用，保证采购制度的全面性；同时，物资采购管理内部控制制度应当跟随时代发展的脚步进行动态调整，通过采购业务评估机制定时接收采购管理部门和各职能部门的意见反馈，及时调整制度要求或者删除冗余的环节，从而保证制度对时下市场环境的适应性。

3、严格规范物资采购管理内部控制流程

3.1 建立科学的采购预算管理模式

要提升医院领导层对于采购预算管理的相关认识，还要建立系统化管理的体系，由预算管理委员会来负责相关具体的招标采购预算，达到加强管控的目的。医院应当秉承制度规范、流程约束、数字严控的预算管理理念，细化采购预算时要考虑全面，既能够满足职能部门的需求，也避免超过采购预算金额，从而确保采购预算的执行。根据医院的实际采购需求，科学分析招标采购的成本、数量；再对应需求情况，完善下一期计划，相应地调整预算指标，适当减少医院在招标采购方面所占用的资金，以此达到更加高效的招标采购质量。医院进行招标采购涉及多个部门，所以需要预算委员会内部做好监督管理工作，使得医院招标采购过程更为快捷。

3.2 规范财务工作流程，以此达到加强内部控制力度的目的

医院作为与人民群众日常生活息息相关的单位，日常资金流动量巨大，财务工作繁重。从采购业务相关的财务管理人员，到决策方式、审批权限、监督体系和统计核算，都需要对流程进行严格控制，从而加强内部控制，防止在采购业务中出现财务风险。

首先，对于采购业务的整个流程，需要成立专门委员会来对接，帮助专业采购部门与其他相关部门建立顺畅的联系，并将与采购相关的财务工作纳入委员会监管范围。专门委员会所有委员应以身作则，严格遵守招标采购相关的法律法规，防范相关财务风险。其次，医院的专门委员会对于整体招标部门的相关工作要进行科学合理的划分，要分工有效，确保招标工作的合理运行。同时在处理重大决策问题上，要把整体利益作为重中之重，明确少数服从多数的原则。医院要保障采购工作的公开透明，采购流程内相关的职能部门需同心协力，互相督促并接受内外部监督，采购委员会相关成员也应承担职责，帮助完善招标采购管理监督体系，实现全流程监督跟踪，规避财务风险。最后，医院应当以季度为单位制定物资需求预算表，并以此为基础进行财务筹划，从而有针对性的、有计划性的补给物资。同时，统一制作物资采购的财务统计模板，分发至各职能部门，严格规范统计时间与统计格式，要求内控部门定期监督检查，防止成本核算环节出现各种纰漏。

4、增加对物资采购管理的监管力度

对于医院采购管理的监督不足主要在于忽视了内部审计的作用。内部审计可以对单位风险进行评价，提高医院的管理、控制和治理水平。内部审计部门作为医院物资采购的内部控制部门，应当充分利用自身在采购管理中的角色，全流程参与采购业务的各个环节，从严要求相关工作人员的执行情况，从而增加监管力度。为了转变当今内部

审计在医院采购管理中普遍流于形式的现状，首先，要树立在采购管理中内部审计的权威性，强化内部审计的控制作用，保证信息披露与数字统计的时效性，降低采购工作人员的信息源优势，为采购委员会的工作提供参考；其次，增加内部审计部门工作人员的独立性，禁止多岗位兼职的情况，避免内审人员以职务之便放松对职能部门的要求，发生道德风险；最后，应当不断推进内部审计部门的人才储备，通过外部聘请和内部学习的方式，提高内审人员的专业能力，通过考核与激励措施保持内审部门工作效率，从而全面提高医院的内部审计质量。

此外，医院应当整合内部信息资源，进一步推进信息系统建设，保证初始数据采集的及时性，实现内部控制信息化管理。健全的信息化系统能够提高采购业务处理效率，降低采购管理部门和各职能部门之间的沟通成本，同时增加采购业务及相关财务信息披露的透明度，有助于最大化发挥内控管理过程的监管效果。

四、结论

物资采购是保障医院运行的重中之重，所以医院领导须更加重视物资采购的内部控制方面，在成立专业的采购部门的同时，还要制定统一的采购管理内部制度，严格规范采购业务的执行流程，通过强监管，进一步科学化和规范化物资采购管理内部控制工作。

[返回目录](#)

• 医药资讯 •

采购额前 90%、231 个医院常用药将开展带量采购！

来源：中国新闻网

**关于征求《2020年安徽省公立医疗机构临床常用药品集中带量采购谈判议价工作公告》
意见的通知**

信息来源：安徽省医药集中采购服务中心 发布时间：2020/10/9 阅读次数：5696

根据《安徽省公立医疗机构临床常用药品集中带量采购谈判议价实施方案》（皖医保秘〔2020〕号），省医药联合采购办公室拟定了《2020年安徽省公立医疗机构临床常用药品集中带量采购谈判议价工作公告（征求意见稿）》，现公开向社会征求意见。相关单位如有意见和建议，请于规定时间内反馈（盖公章）。

时间：2020年10月9日-10月12日

地址：合肥市庐阳区益民街20号（援外培训中心大楼六楼）省医药集中采购服务中心咨询室

电话：0551-62634508

10月9日，安徽省医药集中采购平台发布《关于征求〈2020年安徽省公立医疗机构临床常用药品集中带量采购谈判议价工作公告〉意见的通知》（以下简称“征求意见稿”），将对临床常用呼吸系统用药、抑酸药、肝胆疾病用药及医学影像对比剂四类药品进行集中带量采购谈判议价，拟谈判药品总数多达231个。这些药品将分别选取占2019年度该省公立医疗机构四类采购额前90%的产品，并结合临床实际组织专家遴选确定。

多轮谈判形成带量采购最终价格

对于企业较为关注的入围细则，安徽在征求意见稿中作出详细说明。根据谈判流程，安徽首先会让企业确认由专家议定的产品入围价，

企业若不接受此价格，将不接受该产品谈判。不过，征求意见稿并未对产品入围价的形成机制加以解释，在业界看来，此价格或将是对应产品有一定成交量的历史较低实际交易价格，这第一道门槛或将直接导致部分企业率先出局。

接受谈判的产品将依据专家论证列入相应产品竞争组，从分组情况可以看到，呼吸系统用药无疑将会是竞争最为白热化的小组，其四个竞争组合计的拟谈判药品数将多达 88 个。分组完成后的企业将按产品申报降幅，并填报《谈判自愿降价承诺函》，以确定谈判基准价 [产品谈判基准价=该产品谈判入围价×(1-申报降幅)]。

具体分组及药品总数

药品种类	分组名称	拟谈判药品数	合计
医学影像对比剂	含钆制剂组	9	31
	含碘制剂组	22	
抑酸药	口服制剂组	17	41
	注射剂组	24	
肝胆疾病用药	保肝药组	51	71
	生长抑素组	8	
	乳果糖组	12	
呼吸系统用药	进口制剂组	23	88
	国产口服制剂组	19	
	国产注射剂组	36	
	国产吸入制剂组	10	

(各组别药品数后期依据企业确认谈判入围价情况调整)

紧接着，安徽将根据竞争组内有效申报降幅产品数，结合产品申报降幅从大到小排序进行淘汰、确定谈判药品及企业。当出现申报最小降幅相同的情况时，在 2019 年度全省网上采购额最小的产品将被

淘汰。或是出于临床客观存在的患者需求考量，安徽淘汰机制并不激进，给予了药企一定的降价空间。

同竞争组产品数 (N)	淘汰产品数
$N < 5$	0
$5 \leq N < 10$	1
$10 \leq N < 20$	2
$20 \leq N < 30$	3
$30 \leq N < 40$	4
$40 \leq N < 50$	5
$50 \leq N < 60$	6

最后，在谈判基准价的基础上，入围谈判产品还将继续与专家组经过两轮的谈判议价，谈判成功后才得以形成带量采购谈判价。征求意见稿提出，带量采购谈判价即为企业的实际供货价，应包括税费、配送费等在内的所有费用。

地方带量采购加速探索

在第三批国家药品集中带量采购即将落地的背景下，省级和地方药品带量采购亦在加速探索中。

除安徽以外，广西于近日正式发布该省药品集团采购(第二批)采购产品清单，涵盖头孢哌酮钠舒巴坦钠、哌拉西林钠舒巴坦钠、奥拉西坦等 100 个品种。值得注意的是，名单中的主力军仍是目前过评数量不多的注射剂，品种数量多达 84 个。而采购主体除了已加入该药品采购集团的所有公立医疗卫生机构外，广西也鼓励医保定点社会办医疗机构、零售药店加入参与。

由四川、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、海南、西藏等六省二区组成的省际采购联盟也发文，决定开展 2020 年省级联盟药品集中带量采购工作，涉及曲克芦丁注射剂、七叶皂苷注射液、烟酸注射剂、硫辛酸注射剂、雷尼替丁注射剂、咪达唑仑注射剂、环磷腺苷葡胺注射剂等 17 个药品，而具体的约定采购量、采购方式以及采购要求还有待进一步确认。

而山东省内的临沂、枣庄、济宁、菏泽四个城市则组成鲁南经济圈采购联盟，从 10 月 1 日起推行省内集中采购结果的价格联动。根据四市医保局联合发布的《鲁南经济圈公立医疗机构药品(耗材)采购联盟关于推动市域药品(耗材)集中采购价格政策联动的通知》，对山东省内其他地市级联盟开展的药品(耗材)集采结果，经鲁南经济圈联盟市采购联合体共同研究认定联动产品后，以联盟市公立医疗机构同类产品不低于年度使用量的 50%进行跟标。

值得注意的是，鲁南经济圈采购联盟也将推动相关产品降价。按照四市要求，对此前山东省内各市级带量采购过的品种，当出现院内有在用其他未中选厂家产品的情况时，应根据该省内地市级集采中选产品价格和支付标准，与厂家议价谈判，确保保留使用的产品在合理价格水平。当院内在用品种厂家不同意降价的，采购联合体成员单位将根据中选产品规格、质量、型号、行业集中度、临床使用要求等因素，替换选取 1-2 种联动产品。而医疗机构配备同类产品达到 2 家或以上的，价格最低的产品年度用量份额不低于 40%。

药品带量采购已逐渐成为医药产业的新常态，对参与药企而言，尽快熟络各地招采细则和入围条件，方能从容应对，实现效益最大化。

[返回目录](#)

医保局重磅：门诊费用跨省直接结算扩大试点

来源：医药经济报



日前，国家医疗保障局官网发布《国家医疗保障局 财政部关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知》（简称《通知》），决定在京津冀、长三角、西南5省(重庆、四川、贵州、云南、西藏)12个试点省(区、市)的基础上，加快落实异地就医结算制度，稳妥有序推进门诊费用跨省直接结算试点工作。

目前，伴随国家医保体系逐步统一支付标准，缩小异地就医待遇差别不可逆转，以国家带量采购和医保价格谈判为契机，省级医保目录增补取消的呼声逐渐增大。

行业普遍认为，在全新医保支付制度下，院内院外市场正在面临全新的机遇和挑战，医保控费、药品价格、统筹支付、带量采购、企业营销等都将迎来巨变。

总额控制智能监控

医保支付“全国一盘棋”

跨省异地就医直接结算是指符合条件的参保人员跨省异地就医时，只需向就医地的医疗机构支付需个人承担的费用，其他费用由就医地社保经办机构审核后按协议约定与医疗机构结算，参保地与就医地再按月清算。

事实上，以往中国的医保资金都是由各地方统筹，不同市、县的报销比例都存在差异，正因如此，全国各地的报销比例和药品目录都不一样，尽管目前跨省异地就医住院报销已在全国实施，但跨省门诊异地就医直接结算尚未在全国开展。

近年来，跨省异地就医直接结算是我国政府在医疗医保领域推出的重大惠民政策。自2016年国家异地就医结算系统上线以来，医保异地就医支付工作总体运行平稳，结算人次、结算资金稳步上升，系统故障率持续下降，越来越多民众享受到直接结算的便利。

2017年9月下旬，全国所有省级异地就医结算系统、所有统筹地区均已实现与国家异地就医结算系统的对接，政策覆盖异地安置退休人员、异地长期居住人员等四类人群。

据国家医保局发布的数据显示，截至2019年9月底，跨省异地

就医定点医疗机构数量为 22856 家，二级及以下定点医疗机构 20105 家，国家平台备案人数 490 万，累计结算人次 343 万。

按照最新《通知》要求，在 2020 年底前，总结京津冀、长三角、西南 5 省等先行试点地区可复制可推广的试点经验，依托国家医保局跨省异地就医管理子系统，进一步扩大门诊费用跨省直接结算试点范围，探索全国统一的门诊费用跨省直接结算制度体系、运行机制和实现路径。

不难看出，统一将异地就医纳入就医地经办机构与定点医疗机构的谈判协商、总额控制、智能监控、医保医师管理、医疗服务质量监督等各项管理服务范围，在药品采购价格管控日趋严苛背景之下，医保支付“全国一盘棋”正在加速推进。

控制增量优化存量

支付端改革进行时

今年 5 月，《政府工作报告》强调落实开展门诊费用跨省直接结算试点。与此同时，在国家医保局、财政部挂网的《关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》中明确：加强就医地管理，将跨省异地就医全面纳入就医地协议管理和智能监控范围。

不仅如此，国家医保局严格落实医保基金监管责任，通过督查全覆盖、专项治理、飞行检查等方式，保持打击欺诈骗保高压态势，构建基金监管长效机制。

此次《通知》进一步提出：

切实加强就医地监管。就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在定点医药机构确定、医疗信息记录、医疗行为监控、医疗费用审核和稽核等方面提供与本地参保人相同标准的服务和管理，并在与定点医药机构协议管理中予以明确。就医地经办机构要加强业务协同管理，严厉打击医保欺诈行为，及时将异地就医人员的违法违规行通报至参保地经办机构。

强化异地就医资金管理。门诊费用跨省直接结算医保基金支付部分实行先预付后清算。预付金原则上来源于参保地医疗保险基金。门诊费用跨省直接结算预付金和清算资金管理参照跨省异地就医住院医疗费用直接结算管理流程。

事实上，近年来围绕医保支付合规监管，国家医保局已经开展多轮打击欺诈骗保专项治理活动，实现对全国定点医疗机构和零售药店监督检查全覆盖，公开曝光欺诈骗保典型案例，众多医院和药店都面临着巨大的医保资金规范化使用考验。

在优化医保支付存量的同时，药品报销支付“增量”管控也在逐步深入。2019年7月，国家医疗保障局发布《关于建立医疗保障待遇清单管理制度的意见(征求意见稿)》明确，原则上不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内的药品。

这意味着，各地原则上不得出台超出清单授权范围的政策措施，而在此之前，国家医保目录在调整过程中，各省对医保目录乙类药品一直有15%的调整(调入、调出)权限。

业内专家分析认为，医保支付制度改革大环境，国家重点监控目录、省级重点监控目录、按病种付费、限制西医的中成药处方权等举措都有着共同的政策导向，即贯彻“腾笼换鸟”核心思路，将更多基金空间留给更具临床价值的产品，从而在支付端更全面满足公众就医需求，缩小地区差异，未来医保在支付端起到的市场资源分配作用将更加巨大。

[返回目录](#)

再度简政放权！国务院取消部分医疗机构设置审批

来源：看医界

近日，国务院发布《关于取消和下放一批行政许可事项的决定》，明确提出取消部分医疗机构《设置医疗机构批准书》核发行政许可。

《决定》提出，取消三级医院、三级妇幼保健院、急救中心、急救站、临床检验中心、中外合资合作医疗机构、港澳/台/独资医疗机构之外的医疗机构《设置医疗机构批准书》核发行政许可。

防止以服务之名行审批之实

对于取消许可后卫健部门的监管方面，《决定》提出要加强事中事后监管措施：要完善医疗机构设置规划方式，对社会办医疗机构实行指导性规划。加强对社会资本投资医疗机构的服务，同时注意防止以服务之名行审批之实。

并提出，要严格实施“医疗机构执业登记”，并将审批结果向社会公开；开展“双随机、一公开”监管、重点监管等，畅通投诉举报

渠道，依法处理医患纠纷和医疗事故，加大对医疗机构的监督检查力度，发现违法违规行为要依法查处并向社会公开结果；依法实施信用监管，如实记录违法失信行为，实施差异化监管措施，对严重违法的医疗机构及其从业人员实行行业禁入。

从“四步走”简化为“两步走”

实际上，在 2018 年 6 月，国家卫健委发布的《关于进一步改革完善医疗机构、医师审批工作的通知》中，就已经提出，二级及以下医疗机构设置审批与执业登记“两证合一”。除三级医院、三级妇幼保健院、急救中心、急救站、临床检验中心、中外合资合作医疗机构、港澳台/独/资医疗机构外，举办其他医疗机构的，卫生健康行政部门不再核发《设置医疗机构批准书》，仅在执业登记时发放《医疗机构执业许可证》。

这也意味着二级及以下医疗机构取消设置审批。

此前，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，设置医疗机构需要首先向相应的卫生行政部门提交“设置可行性研究报告”，并取得《设置医疗机构批准书》，其中包括了大小 14 项内容；取得设置审批后，还需填写《医疗机构申请执业登记注册书》，并提交近 10 项相关材料，经过公示、审批合格后才能取得《医疗机构执业许可证》。

至此，二级及以下医疗机构的审批流程由原来的“提交材料-取得设置审批-提交材料-取得许可证”，四步走简化为“提交材料-取得许可证”两步走，而且不再需要提供验资证明。

社会办医投资者需注意

对于政府部门陆续出台的关于取消部分医疗机构设置审批的政策，业内人士认为，既是机遇，也是重大挑战。

此前，原广东卫计委巡视员廖新波曾向《看医界》表示：对于投资者来说，是重大利好也是重大挑战，公平竞争的强度加大；对于大医院和现有医院来说是挑战，所有挑战的战场在专科、服务和成本管理，更多的准三类以下的技术包括日间手术被小医院分账，更多原来看似复杂和难度系数大的病种也随着医生的流动而分流。

《看医界》专栏作者、陕西省山阳县卫健局副局长徐毓才也认为，审批设置的取消对于基层卫生医疗机构，尤其是社会办医、医生办医来说，流程的简化，可谓是一项“利好”，但是社会办医投资者需要注意的是，医疗机构设置批准最关键的是医疗机构设置的标准，尽管审批流程减少了，而准入的标准没有降低。

“一些投资者由于没有吃透政策，没有摸清楚医疗机构设置的方方面面的要求，有可能花费了很多精力，但没有通过行政部门的现场验收，最后可能登记注册不了。”徐毓才建议，开办医疗机构必须首先把国家对医疗机构建设的要求吃透，如果不懂，行政部门现场验收不合规，医疗机构需要再通过改造才能达标，对于投资者来说可能损失更大。

[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