

医药先锋系列之



# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

*2020.10.12-10.18*

## ——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。)

### · 分析点评 ·

▶ [卫健委发文整顿 2.3 万民营医院的未来将走向何处？](#) (来源：动脉网) ——第 9 页

【提要】近期，国家卫健委下发《关于开展“民营医院管理年”活动的通知》。通知显示，从今年 8 月到 2022 年 12 月，在各级各类民营医院开展“民营医院管理年”活动，该活动包括规范民营医院执业行为、保障民营医院医疗质量和医疗安全等内容。在实施步骤上，主要分三个阶段：动员部署阶段、组织实施阶段、总结交流阶段。用一句话来总结，就是民营医院得规范起来。如何规范？即在医疗质量及医院管理方面，民营医院接受和公立医院同等的监管。从目前我国民营医院发展的情况来看，可分为两条发展路径：向左走-走专科连锁之路，规模化、可复制是关键；向右走-致力中高端医疗服务市场，品牌、服务是重点。我们有理由相信，当“民营医院管理年活动”通过三年的运行后，民营医院整个行业将迎来更好的发展。

▶ [集采降价会不会压制创新药定价？](#) (来源：医药经济报) ——第 21 页

【提要】过去 5 年，医药行业政策频出，“两票制”、仿制药一致性评价、新药品管理法、医疗保障局成立、医保支付改革、带量采购、

反腐纠风等一系列“组合拳”，打破了医药人的舒适圈。中共中央国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）明确规定：全面实行药品、医用耗材集中带量采购，相关分工方案要求在2022年达成此目标。专家表示：目前临床常用的1500多个品种未来5年将全部进行带量采购，通过医保支付改革，经过数轮价格“摩擦”，让药品价格回到“地板价”，让医保实现战略性购买。在一些慢性病或特殊疾病领域，如果只有专利药，那就无法打破价格和技术垄断，导致长时间受到专利约束。所以，有了自主研发的新药，不管是首仿还是仿制药，国家层面就拥有自主定价权，可以通过带量采购把价格降下来，提高药物可及性。

▶ [互联网医疗“出圈”背后：疫情带来的流量红利能持续多久？](#)（来源：八点健闻 Plus）——第25页

**【提要】**从当年的漫天红利，到经历行业低迷潮水退去，再到如今疫情防控推动行业迎来新一轮爆发期，互联网医疗又重新站上了机遇与挑战并存的新起点。突然发生的新冠疫情，在客观上为互联网医疗提供了需求空间和用户基础。国家也陆续出台政策鼓励各级医院建设和完善医院互联网平台，发挥互联网诊疗和互联网医院高效、便捷、个性化等优势，打通线上线下服务，在线开展部分常见病、慢性病复诊，积极联合社会力量开展药品配送等服务，缓解线下诊疗压力，为疫情防控和改善人民群众就医体验创造有利条件。因此，在今后的一段时间内，有可能会迎来以综合医院为依托的，通过互联网诊疗平台为基

础的互联网医院建设的高潮。

▶ [“十四五”卫生发展规划、医保支付改革加持 中药行业有定心丸？](#)

（来源：新浪医药新闻）——第 33 页

【提要】9 月 22 日，习近平总书记主持召开教育文化卫生体育领域专家代表座谈会并发表重要讲话，就“十四五”时期经济社会发展听取意见和建议。会后发布的通稿中，九大关键任务中的第三项即为“要促进中医药传承创新发展，坚持中西医并重和优势互补，建立符合中医药特点的服务体系、服务模式、人才培养模式，发挥中医药的独特优势”。近日，一项由民间发起的《中药大品种科技竞争力研究报告(2019 版)》从“临床价值、科学价值、市场价值”三个维度，从已上市 59595 个中成药产品种，遴选出排名靠前的 579 个大品种，说明中成药行业的身家体量还是可以的，企业动力十分活跃。在医保支付方式层面，从中医药在新冠肺炎疫情救治中发挥重要作用来看，我们对中医药在住院和门诊的医保支付场景中占据一定位置保持乐观。展望未来，即便到了医保不再支付非处方药的时代，医保支付仍有可能为非处方的中成药网开一面，因为中医药具有中国特色。

▶ [投入 vs 利润 如何支持大流行病疗法研发与商业化](#)（来源：新康

界）——第 37 页

【提要】2020 年新冠肺炎大流行席卷全球，总体而言，世界各国并没有做好充分应对的准备。然而，疫情已引起了传染病领域投资、药物开发方法和监管政策的变化，这可能导致持久的创新，并有助于减

轻未来大流行病的影响。大流行病加强了对早期商业能力的需求，但是许多公司没有为新疗法的快速商业化做好准备。目前，用于大流行疾病创新防治方法的资金虽然有一些，但来源多数限于政府和侧重于短期举措的非政府组织(NGO)。在新冠肺炎大流行期间，许多国家都在努力简化手续，加快审批创新药和重定向药物。截至9月底，根据BioWorld和世界卫生组织(WHO)的数据，全球针对新冠肺炎有763款在研产品，包括疫苗和治疗药物、创新药物和重定向药物，其中约一半处于临床试验阶段。尽管新冠疫苗的创新成果仍有待观察，但初步临床结果和投资力度令人欢欣鼓舞。

### • 医院管理 •

▶ [医生注意！医疗界 10 大新变局来袭](#)（来源：看医界）——第 46 页

【提要】医疗界十大新变局机遇和挑战并存，每一个都与广大医生朋友息息相关：①医疗界正在迎来服务体验革命；②病源大量流失，内科医生被逼走向市场；③百万医生大流动：共享医生时代来了；④社会办医政策大放开，平台化成趋势；⑤行业潜规则遭冲击，医疗反腐风暴愈演愈烈；⑥大批医院将被托管、改制、降级；⑦患者看病认“和尚”时代来了；⑧医生创业潮来袭，医生企业家批量出现；⑨医生培养将回归精英教育；⑩人工智能或将取代一批医生。

▶ [“科室共建”与“科室承包”如何界定](#)（来源：药智网）——第 53 页

【提要】今年出台的《基本医疗卫生与健康促进法》规定，医疗卫生机构不得对外出租、承包医疗科室。非营利性医疗卫生机构不得向出资人、举办者分配或者变相分配收益。这中间其实就是典型的两种医疗合作的情形：一种是国家鼓励的“科室共建”，一种是严厉打击的“科室承包”。科室承包与科室共建最主要的区别在于科室是否独立于医院而运营，尤其是公立医院，其属于非营利性机构，运营中的收支结余只能用于自身发展，不得分配利润。实践中通常通过两方面来判断合作模式究竟是禁止的“科室承包”，还是鼓励的“科室共建”：①形式方面-签署的合同类型、医护人员的注册情况；②实质方面-财务收支是否纳入统一管理、私下收取费用。因此，在最一开始合作的时候就应当引起注意，不要一不小心踏入雷区，给企业造成不必要的损失。

▶ [加快医院财务管理信息化建设步伐的思路](#)（来源：医管新世界）

——第 57 页

【提要】现阶段，我国的医疗卫生体制改革正在如火如荼地进行，而信息化技术飞速进步，使互联网成为医院财务管理工作的的重要组成部分，对于会计核算和财务管理等工作都有很大影响。因此，医院管理层应高度重视财务管理工作，但现今的医院财务信息化管理工作主要存在以下问题：信息化建设的指向性不明、不能保证规划思路的科学性、财务数据的统一性比较差、财务管理工作人员的综合水平有待提升、信息化建设资金匮乏。医院业务类型比较多，也比较复杂，开展

信息化建设常常会产生各种问题。但随着社会不断发展进步，医院信息化建设也变得更加成熟，财务管理信息化将发展成为主要的管理方式，对医院财务管理工作效率和质量提高都产生很大影响。在今后的工作中，医院应正确认知、科学规划医院财务管理信息化建设，提高财务数据的一致性，做好信息化系统的维护及人才培养工作，确保各种财务管理政策都落到实处，从而真正提升医院的核心竞争力。

### • 医药资讯 •

▶ [药品集采成效显著：集中采购三批药 平均降价一半多](#)（来源：人民日报）——第 63 页

【提要】第三批国家组织药品集中采购产生的中选结果将于 11 月落地实施。截至目前，国家组织药品集中采购已开展三批，共涉及 112 个品种，平均降幅 54%，大大减轻患者费用负担；更多患者买得起药，药品的可及性大为提高；由于都是通过一致性评价质量认证的仿制药和原研药，患者用药质量也明显提高。这些成效归功于药品集中采购机制的重大创新：带量采购，招采合一；政府组织，联盟采购；自主报价，公平竞争；政策联动，形成合力。经过几轮集采之后，医生、患者逐渐认同，促进市场优化，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。

▶ [本月起湖南药店卖这些药最高只能加价 15%](#)（来源：药店经理人）

——第 68 页

【提要】10月13日，湖南省医保局发布了《关于加强对参与国家集采的医保协议零售药店管理的通知》。《通知》第一项明确，“从2020年10月20日起，医保协议零售药店参与国家集采的，允许其中选价格基础上按不超过15%加价销售。”同时，零售药店必须严格按照申报计划采购量时的申报主体和申报品种、数量来采购、销售中选药品。约定采购量完成后，可仍按中选价格继续采购，中选药品生产、配送企业要在优先保障医疗机构供应的前提下，继续做好零售药店采购供应。

▶ [吉林治理高值医用耗材 执行全国统一耗材编码](#)（来源：赛柏蓝器械）——第71页

【提要】10月13日，吉林省医保局发布《吉林省治理高值医用耗材实施方案》，要求执行国家统一的医疗器械唯一标识系统规则、医用耗材分类和编码标准，以及落实国家医保高值医用耗材分类与编码政策。据调查，现行的医用耗材种类繁多，数量庞大，“小、散、乱”的问题比较突出，且名称不规范，编码不统一，数据难以比对。国家层面缺乏统一的行业标准和编码体系，增加了招标采购、医保支付、价格监测、基金监管等工作的难度。国家医疗保障局副局长李滔指出，统一医用耗材分类和编码对促进医保精细化管理，特别是治理高值医用耗材有着重要的基础性作用。通过统一编码和分类可以实现“三可”，即可比较、可监管、可分析。

## -----本期内容-----

### · 分析点评 ·

#### 卫健委发文整顿 2.3 万民营医院的未来将走向何处？

来源：动脉网

国家卫健委决定对民营医院出手了。

近期，国家卫健委下发《关于开展“民营医院管理年”活动的通知》。通知显示，从今年 8 月到 2022 年 12 月，在各级各类民营医院开展“民营医院管理年”活动，该活动包括规范民营医院执业行为、保障民营医院医疗质量和医疗安全等内容。

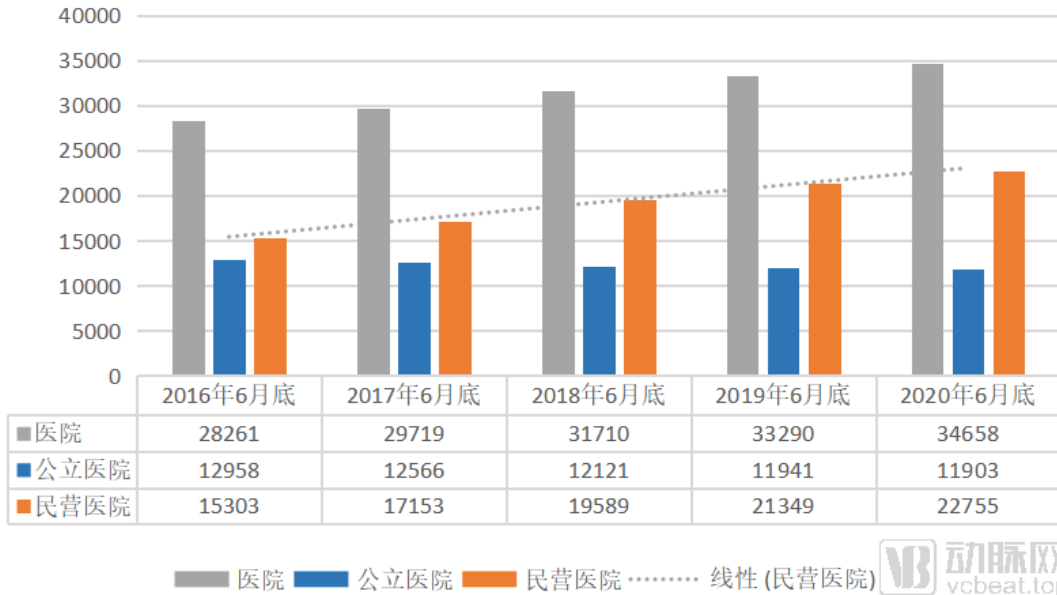
用一句话来总结，就是民营医院得规范起来。如何规范？即在医疗质量及医院管理方面，民营医院接受和公立医院同等的监管。

其实，该方案的发布早有预兆。去年，国家卫生健康委会同国家发展改革委等 10 部门联合印发的《关于促进社会办医持续健康规范发展的意见》（国卫医发〔2019〕42 号），就对促进社会办医持续健康规范发展做出了整体性部署。本次“民营医院管理年”就是进一步落实《意见》要求。

众所周知，从 2001 年国家放开医疗市场以来，我国的民营医院数量迎来了快速增长。根据国家卫健委发布的全国医疗卫生机构数显示，截至 2020 年 6 月底，全国医院数量达到 3.5 万个，其中公立医院 1.2 万个，民营医院 2.3 万个。与 2016 年同期比较，我国民营医

院数量在 5 年时间里增长了近 50%。不难看出，无论从规模还是增速来看民营医院均已超过公立医院。

近五年我国医院数量变化图



伴随数据增长的，是民营医院不断曝出的负面新闻。例如四川内江一民营医院聘用无医师执业资质的人员，伪造检验报告夸大病情，甚至利用病人在手术台时的疼痛与昏迷状态进行敲诈勒索；又比如深圳一女士到市内某民营医院门诊部看病后，被诱导接受高价微创治疗，并被滞留在二楼观察室，院方要其凑够医疗费用后再进行医治……

每一个负面事件背后，都是民营医院在野蛮生长过程中，不断上演的有关医疗救死扶伤的公益性质与短期商业利益之间的纠葛大戏。部分民营医院盲目逐利，使得民众对民营医院的信任缺失，也损害了行业的长远发展。

虽然不可否认的是，大多数民营医院都在认认真真做好医疗服

务。但劣币驱逐良币，一些民营医院好不容易积攒的口碑与信用，可能就因同行的一个负面而顷刻瓦解。因此，规范民营医院的管理和保障其医疗质量已经迫在眉睫。

从“民营医院管理年”活动的推出来看，这个时间节点已经来临。

### 民营医院的问题出在哪？

进入 21 世纪后，我国民营医院的发展虽说不上一日千里，但也可谓顺风顺水。

特别是从 2009 年新医改以来，国家对民办医疗的发展越来越重视。十九大报告也明确指出：“支持社会办医，发展健康产业。”一系列政策的出台助推着民营医院快速崛起。数据不唬人，2019 年和 2009 年相比，我国民营医院足足增加了约 253%。

尽管从规模上看，民营医院已经“长大”不少，甚至“个头”（医院数量）高过了公立医院，但其存在的“虚胖”（医院数量多，但诊疗人次低）、“多病”（医疗事故频发），以及“挑食”（重营销，轻医疗）的问题比较严重。

用数据说话。首先来看“虚胖”（医院数量多，但诊疗人次低）的问题，根据国家卫健委统计中心发布的《2019 年 1-11 月全国医疗服务情况》的数据，2019 年 1-11 月，全国医院总诊疗人次达 34 亿人次，其中公立医院为 28.9 亿人次，民营医院为 5.2 亿人次。也就是说，民营医院在 2019 年 1-11 月提供的诊疗服务只占总比的 15.3%，而同期民营医院的数量是公立医院的 1.85 倍，因此民营医院在诊疗

服务的贡献上还处在相对较少的阶段。

再来看“多病”（医疗事故频发）的问题。虽然没有一个对全国所有医院的医疗事故进行统计的官方数据，但近年法院曝出的数据和案例也能一定程度上说明问题。今年5月29日，上海市长宁区人民法院发布的《2015-2019年医疗美容纠纷案件司法审判白皮书》显示，2015年到2019年间，上海长宁法院受理医疗美容纠纷案件共计94件，案由主要为医疗损害责任纠纷（占比达82.28%）、医疗服务合同纠纷和健康权纠纷。值得注意的是，所有案件均发生在民营医院。

最后看“挑食”（重营销，轻医疗）的问题。与公立医院不同，市场营销是民营医院为提高业务量、增长效益而采取的一项重要举措。但问题在于，对于部分民营医院（特别是小而散的民营医院）来讲，其花在营销上的费用占比过高，压缩了其医疗服务的成本，使得医疗质量难以保证。一位不愿透露姓名的民营医院院长告诉动脉网，在他了解的一些民营医院里，就存在营销占比达到40%左右的情况。

不仅如此，民营医院的骗保问题也饱受诟病。根据有关媒体梳理中国裁判文书网发现，从2014年至2019年5月，民营医院骗取医保基金的案件，已公布裁判文书为93例。医疗保险定点民营医院成为欺诈骗保的重灾区，超量售药、串换药品、虚假售药、虚记多记费用、挂床住院等问题严重。

最为重要的是，民营医院在人才方面也特别稀缺。对于医疗机构而言，医生永远是最核心的资源，但高质量的医生资源往往掌握在公

立医院手里。在我国现有的医疗体系下，大多数优秀人才就业的第一选择，并不是民营医院，而是有编制和职称晋升吸引力的公立医院。

当然，尽管民营医院有这样或那样的问题，但一杆子不能打翻一船人，毕竟踏踏实实认认真真做医疗服务的民营医院始终不在少数。而且以上提到的问题，公立医院或多或少也会有，之所以民营医院更为突出，有行业因素、社会认知等各方面的原因。

因此，如何让民营医院走上规范的道路，从而改善整个行业生态成为了当务之急。

### 像管公立医院一样管民营医院

早在 15 年前(2005 年)，我国便开展过“医院管理年活动”，为期 3 年，活动主题是“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”。与这次活动主要针对民营医院不同，当时的重点是公立医院。

从具体落实上，当年的“医院管理年活动”在 6 个方面进行发力。特别是“提高医疗质量，保障医疗安全，提高医疗服务的安全性和有效性”被提到了最重要的位置。

本次“民营医院管理年”与当年的活动在管理方式上大同小异，但侧重的思路不太一样。后者的重点是提高医疗服务质量，而本次“民营医院管理年”则重在强调依法合规。

具体来说，本次活动对民营医院提出了三大方面的工作要求。一是完善各项规章制度，包括建立健全内部质量管理和控制制度、完善医疗技术临床应用管理制度等。二是严格依法执业，规范医疗行为，

例如严格按照核准登记的执业地址和诊疗科目开展诊疗活动，使用规范的诊疗服务项目名称。三是加强日常管理，构建长效机制，包括充分运用医疗质量管理工具和信息化手段开展日常医疗质量管理和控制等方面的内容。

在实施步骤上，主要分三个阶段。

第一阶段是动员部署阶段，时间是2020年8—11月。主要是国家和省级卫生健康行政部门制定活动方案和具体实施方案，明确工作重点、组织分工、活动安排，落实各项活动内容。

第二阶段是组织实施阶段，从2020年12月—2022年9月。该阶段内又分3个阶段。

第1阶段主题为“依法执业、规范诊疗”，时间为2020年12月—2021年6月。工作重点是加强民营医院依法执业，完善各项规章制度，规范诊疗行为，夯实基础。

第2阶段主题为“提升质量，保障安全”，时间为2021年7—12月，重点任务为在规范诊疗的基础上进一步提升医疗质量，提高医疗服务能力和水平，建立民营医院医疗质量管理与控制体系，加强临床专科服务能力建设，有效保障医疗安全。

第3阶段主题为“长效管理、树立典型”，时间为2022年1—9月，重点任务为落实各项规章制度，形成民营医院管理的长效机制。对活动中服务质量、履行社会责任、群众满意度等方面成效突出的民营医院给予表扬，树立模范和典型，带动和促进民营医院为广大群众

提供更加优质便捷的医疗服务。

第三阶段是总结交流阶段，从 2022 年 10—12 月。国家将对活动开展情况进行总结，组织召开活动经验交流会，宣传、推广好的做法和先进经验，进一步建立健全医疗质量、医疗安全管理的长效机制。

为保障活动取得实效，《方案》要求，加强组织领导，将“民营医院管理年”活动纳入卫生健康系统重点工作；全国各级各类民营医院要以此为契机，进一步加强医疗机构管理，改进医疗质量，提升自身服务能力和水平。树立推广一批管理规范、质量过硬、群众满意、社会认可的民营医院典型。探索建立民营医院管理长效机制，加强常态化、规范化、精细化管理。

### 他山之石：爱尔眼科是如何跑出来的？

与大多数行业不同，医疗行业不仅仅是一门生意，其还需要兼顾救死扶伤的公益性质。这使得民营医院在商业模式跑通前，会迫于生存压力将有限的资金着重放在网络竞价排名等获客方面，而往往忽略了学科建设、口碑建设和服务建设等。

幸运的是，在社会办医领域，我国这些年跑出了爱尔眼科、通策医疗等优质民营医疗机构。其在发展的过程中也经历过各种各样的问题，有些是民营医院所共有的，有些又是其特有的，但无论怎样，对于民营医院来说，学习与借鉴它们在处理问题时的方式方法，将有益于在医院管理上有新的思路和启发。

其中，作为眼科连锁行业的领跑者，爱尔眼科的市值已经在 2000

亿左右浮动，近五年营业收入和净利润的复合增长率均在 30%以上。促使爱尔眼科快速发展的原因很多，以下主要从三个方面分析爱尔眼科是如何进行医疗质量及医院管理的。

首先爱尔眼科十分重视医疗技术的研发。虽然在医疗服务行业，研发在整个支出的占比与其他医疗细分领域差别很大，但随着企业逐渐规模化，其是否拥有独特且行业领先的医疗技术也成了能否走得更好的重要因素。根据爱尔眼科 2019 年年报，目前该企业已经形成了“三院”、“七所”、“两站”医教研体系和成立了武汉大学附属爱尔眼科医院、武汉大学爱尔眼科临床学院、武汉大学爱尔眼科研究院。

不仅如此，爱尔眼科多名专家的学术论文在全球权威期刊在线发表，申请和开展了多项国际级、省部级、市局级科研课题，在国家级项目、省级重点研发计划项目上取得了突破。值得一提的是，爱尔眼科的医教研平台与其分级连锁模式相辅相成，对企业资源协同和全集团医学技术支撑、人才培养体系建设提供了强大助力。

二是人才团队的打造上，采取了充分的股权激励。在爱尔眼科，具有一定核心技术的技术型人才或管理型人才可作为合作股东同爱尔眼科合资设立新医院，包含新设医院、扩建医院或并购医院。

为了激励人才，爱尔眼科开展了合伙人模式股权激励等多种激励计划以释放管理效率，提升扩张速度，合伙人计划与股权激励计划为公司提供了良好的可并入公司的医院标的。在提升核心人才的积极性的同时，也弥补了公司在快速扩张的同时所面临的医疗人才短缺、人

才流失的现状。

三是在管理结构上，实行高效的内容分级管理制度。爱尔眼科在管理层面有三级，分别是集团决策层、中层监督执行层面、底层运营层面。

集团决策层面是从集团整体的战略规划出发，在进行宏观的统筹和监控的同时，对部分非核心投资及管理决策权进行适当的权力下放。在集团层次上，爱尔眼科设置分科室的学术委员会以及分科室的市场部门：学术委员会对各个眼科相关科室的技术、质量、人才培养进行统一的管理监督；市场部门站在全国战略布局的层面对集团所属各类资源进行全国市场范围内的经营和整合。

中层监督执行层面是根据各省战略布局对集团下放权力及任务的严格执行，且拥有对下属省内各等级医院进行监督管理的权利。

底层运营层面针对的则是各级医院，实行的双岗制度，即 CEO 及院长分制，专业人做专业事。具体来说，CEO 负责日常经营、市场和行政管理工作，院长负责所有医疗行为相关事务的监督和执行情况。

效果是显著的。根据爱尔眼科的年报数据，2009 年到 2019 年，管理费用占营业收入比例实现了稳定降低，由 23%降低到 13%。不难看出，在这一系列措施引导下，爱尔眼科的管理效率得到了大幅提高。

### 民营医院向左走与向右走

尽管民营医院的数量在不断创新高，但不得不承认，与公立医院相比，民营医院在整体的医疗与科研水平等方面还存在一定的差距。

特别是在社会公众对民营医院的信任感未建立起来之前，民营医院还有很多的事要做，第一件就是要解决依法合规的问题，并提高医疗服务质量。

在这个过程中，活下去对民营医院也十分重要，因此民营医院要找到适合其发展的路径与商业模式。首先在认知上，民营医院要意识到其竞争对手并不是公立医院，而是要与公立医院形成错位互补，来完善我国的医疗生态。二是在具体执行上，民营医院要将服务质量放在核心位置，因为只有好的口碑才能走得更远。

那民营医院如何选择合适的路径呢？从目前我国民营医院发展的情况来看，主要有两种大的方向，以下对两种方向进行简单的分析探讨。

### **向左走：走专科连锁之路，规模化、可复制是关键**

经过几十年的发展，专科连锁已经成为了我国医疗服务行业最成熟的商业模式。无论是爱尔眼科、通策医疗、锦欣生殖和海吉亚医疗等知名民营医疗机构，都是各自专科领域内的佼佼者。

专科连锁的优势何在？一是专科有利于集中资源，使民营医院与公立医院形成差异化竞争优势。二是专科医院的创办门槛和难度相对较低，复制性较强，在连锁化后，集团付出的营销费用可以被各家医院所摊薄。三是有利于民营医院受到社会资本的青睐，从而吸引产业界的资金与资源。四是对于专科连锁来说，人才的集中度会更好，因此培养团队的效率更高。

当然，民营专科连锁医院目前仍在质变前夜，还有诸多行业问题需要解决。一是目前能够迅速做大的专科有限，比如以眼科、牙科、体检为代表的专科连锁医院整合力度最强，在雄厚资本支持和运作下，行业头部企业通过快速扩张和复制，成为在特定专科领域内的行业引领者，业务版图遍布全国甚至辐射欧美。二是对于技术壁垒较高的专科领域，如儿科和肿瘤医院，由于其单院投入资金巨大，成为制约其连锁模式应用的重要因素。

值得注意的是，在专科连锁的过程中，规模化、可复制是关键。一是规模化能带来更低的价格，即连锁医院对下游客户议价能力更强，销量更有保障；二是可复制能带来更标准可靠的医疗服务，这使得患者对医院服务和产品质量更有信心，也更乐于为更高质量的产品和服务买单。

随着专科医院向基层市场下沉、民众对专科连锁的品牌认知加强、社会资本涌入、相关专科在模式上的突破，民营专科连锁医院必将迎来大发展，甚至每个专科领域都有可能创造百亿与千亿市值的专科连锁龙头。

### **向右走：致力中高端医疗服务市场，品牌、服务是重点**

根据智研咨询发布的《2019-2025年中国高端医疗服务行业深度调研及投资前景分析报告》，近年来我国高端医疗服务发展极其迅速，2018年中国高端医疗行业服务人数为1400.8万人次，同比增长25.1%；行业市场规模达到4230亿元，同比增长20.9%。

中高端医疗服务业是健康服务业的重要组成部分，也是国家健康服务业重点鼓励发展的方向之一。2011 年以来，国家和上海市出台了多项政策，鼓励包括高端医疗在内的社会办医事业的发展。

但总体上看，我国高端医疗服务业的发展仍较为缓慢，主要是有两方面的原因。

一是从政策、社会和经济等外部因素来看，我国在支持社会办医的相关政策推进上还相对缓慢，患者的就医观念上依然倾向于去公立医院就医，对医疗救治类的需求更多，健康管理类的占比还相对较少。

二是从人才、技术、管理等内部因素来看，我国中高端医疗服务正处于发展初期，存在人力资源总量不足、人才队伍建设不完善、技术实力不及公立医院、品牌影响力较弱以及管理难度大等诸多问题。

尽管如此，中高端医疗服务市场的前景依然十分可期。这主要得益于我国经济的快速增长，带来了一批具有消费能力且重视医疗服务质量的用户群体，另外随着老龄化社会的到来，有关康养类的医疗项目也会迎来爆发期，而这部分项目对医疗服务的要求也会越来越高。

因此，对于民营医院来说，在中高端市场扎根也成了其发展的重要方向之一。而该方向的核心是要树品牌与重服务，通过精细化的运营来为用户提供最优的体验。

## 总结

从消息出来到政策确定，“民营医院管理年活动”便一直在引发热议。乐观者认为，“民营医院管理年活动”的举办，将会极大地规

范民营医院的经营管理问题；悲观者则认为，在规范管理之下，民营医院在中短期内将面临经营困境，或将倒闭一大片。

诚然，当给民营医院套上“紧箍咒”后，其发展将受到很多监管，甚至会在短期因标准化、规范化而感到不适，甚至影响经营业绩。但只有在保障了医疗质量和依法合规后，整个民营医院的行业生态才会迎来良性循环。

因为，医疗行业的特殊之处在于，它是生命攸关、救死扶伤的行业。而这一特性，决定了医疗行业的发展需要合规、合矩。当“民营医院管理年活动”通过三年的运行后，我们有理由相信，民营医院整个行业将迎来更好的发展。

[返回目录](#)

### 集采降价会不会压制创新药定价？

来源：医药经济报

过去5年，医药行业政策频出，“两票制”、仿制药一致性评价、新药品管理法、医疗保障局成立、医保支付改革、带量采购、反腐纠风等一系列“组合拳”，打破了医药人的舒适圈，2016年启动的药品审评审批制度改革和已经进入到第3批的国家带量采购政策无不预示着整个医药行业正在重塑，进行周期性变革。

带量采购已经成为深化医疗保障改革的有力抓手。中共中央国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）明确规定：全面实行药品、医用耗材集中带量采购，相关分工方案要求

在 2022 年达成此目标。近期，国家医保局也频频放话，对于带量采购原则上要应采尽采。

有业内人士担心，国采大幅降价可能影响创新药的学术教育和定价。比如被纳入第三批国采的阿哌沙班、维格列汀和托法替布等上市时间并不长，原研药落标而仿制品大降价中标可能会压制创新药的定价。

### 尽快实现国产替代

事实上，阿哌沙班和维格列汀已经在中国上市 10 年。相比之下，托法替布 3 年多的时间确实较短。从这三个产品的上市时间和适应症领域来推测，笔者认为，这三个品种纳入集采可能更多地是考虑惠及部分罕见疾病谱人群，而最重要的还是专利期原因。

目前，维格列汀国内仅有来自诺华的进口药在销售。随着该药专利即将到期(化合物专利在中国于 2019 年 12 月 9 日到期)，仿制药竞争加剧，豪森已经拿下首仿，虎视眈眈瓜分“蛋糕”。而阿哌沙班在中国的销量远远比不上利伐沙班，国外和国内获批的适应症导致其销量不温不火。托法替布 2017 年才在中国上市，但专利期无效，原研和国产品因为专利期问题对簿公堂。

一方面，产品新，价格贵。另一方面，市场培育需要时间。既然已经有实力生产首仿或者仿制药，国内药企自然不会放弃这个机会。按照国家医保局的讲话信息，结合深化医改的制度，到 2025 年，医疗保障制度更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、

基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务。

笔者预测，目前临床常用的 1500 多个品种未来 5 年将全部进行带量采购，通过医保支付改革，经过数轮价格“摩擦”，让药品价格回到“地板价”，让医保实现战略性购买。在一些慢性病或特殊疾病领域，如果只有专利药，那就无法打破价格和技术垄断，导致长时间受到专利约束。所以，有了自主研发的新药，不管是首仿还是仿制药，国家层面就拥有自主定价权，可以通过带量采购把价格降下来，提高药物可及性。

### 学术推广不能停

让医保充分发挥战略购买的价值，充分利用医保基金监管的抓手，确实提高全民医保是全民小康的更高要求，也是全民脱贫的重要衡量指标。对于我们这样一个发展中国家，意义非常重大。有专家指出，中国医药市场范围渗透区域大，无论是核心还是基层市场，很多在中国上市多年的产品观念依然不温不火，甚至连商品名都不为大众所知。一方面，这跟企业的营销能力渗透率有关，主要表现在营销网络建设和营销人员专业推广，另一方面，也和产品有关系。

有人提出：“前几轮集采的立普妥、络活喜、拜唐苹已经中断临床学术推广，为什么立普妥、络活喜的销售额还能逆势上扬？”原因可能有以下几点：一是企业自动降价，在其他竞品中选后，产品主动降价。二是全渠道营销，医药电商、基层民营市场全覆盖。三是产品

品牌“红利”，这样的产品少之又少，品牌管理得太好了，加上集采后时代，营销策略得当，有好的业绩也不足为怪。

但并不是所有产品都具备这种能力，比如阿哌沙班、维格列汀和托法替布。实际上，这三款产品和其他国内企业中标产品已经形成品牌分化。进口产品没有中选，部分百姓只能通过其他途径自费购药，如果中选，中选区域也不需要担心销量，及时中断学术推广也无伤大雅。或许国内企业也会做一些学术宣传，毕竟集采也不能不要销售队伍，一部分营销人员还需要负责集采产品。

### 新药三五年收回成本

至于经典品种仿制药价格便宜，会不会影响创新药物定价。回答这个问题，要先关注另一个问题，即创新药物的变现能力和时间。众所周知，现在所有A股H股科创板等所有创新药企基本没有扭亏为盈，大多数处于亏损阶段。当然，这些企业上市时间短，都是5~10年左右，很多产品还在研。但资本是现实的，一旦长时间无法盈利，资本肯定会考虑撤出。同时，虽然我国的药品审评审批制度进行了改革，政策形势对创新药一片利好，但在专利期和创新药的政策扶持方面还需要一些实打实的帮助和规定，包括制度上的完善。

搞清楚这个逻辑，就不难理解，仿制药价格低廉并不会影响创新药定价。现在的形势和趋势，药企都非常清楚，按照国内目前的政策环境，一个创新药如果是爆品，3~5年内就必须想办法盈利，收回所有成本。

专利药大概率是这种情况：第 1 年上市，自费。第 2 年进入国家谈判，降价。第 3 年进入国家医保目录，看适应症。第 4 年看竞品情况，是否续保？是否继续申请一线或者二线医保？到了第 5 年、第 6 年，差不多就要考虑进入集采了。高毛利周期被压缩得很短。越是时间短，创新药定价越不能低。任何一个创新药的定价都需要考虑资本投资回报率、研发时间成本、组织渠道建设，更需要把握接下来迅速盈利的机会。

随着医保支付改革深入推进，医保目录调整常态化，医保战略价值购买，无论是专利药、创新药还是仿制药，其核心本质还是“降价换量，腾笼换鸟”。时间会证明一切。

[返回目录](#)

### 互联网医疗“出圈”背后：疫情带来的流量红利能持续多久？

来源：八点健闻 Plus

“同类项目线上和线下的比价关系需要考虑，互联网医疗和分级诊疗的关系也需要慎重权衡，因为互联网的便捷性并不能解决优质医疗资源的稀缺性。”在一场以后疫情时代互联网诊疗为主题的研讨会上，国家卫生健康委卫生发展研究中心医保研究室主任顾雪非提出了自己对互联网医疗医保支付的看法。从当年的漫天红利，到经历行业低迷潮水退去，再到如今疫情防控推动行业迎来新一轮爆发期，互联网医疗又重新站上了机遇与挑战并存的新起点。

2015 年 12 月，浙江大学医学院附属第二医院的院长王建安通过

电脑上一个略显简陋的页面，根据患者提供的复诊资料，开出了一张“继续服用立普妥”的在线处方。

这张线上处方的诞生，在当时政府还没有放开电子处方的背景下，其对于互联网医疗的意义不亚于当年小岗村 18 位农民按下红手印的包产到户契约。就在前一年，互联网大厂纷纷入局“跑马圈地”，不断有药企开始试水互联网想趁早分一杯羹。短短一年，互联网医疗公司数量扩张到 5000 家，融资总额接近 2000 亿，2014 年也被称为“互联网医疗元年”。在当年的互联网大会上，马云放出豪言：未来医院颠覆传统就诊模式，未来三十年，医生将找不到工作，医院、药厂越来越少。

后来的故事中，淘金者铩羽而归，诸多当时动辄千万级别、上亿级别的投融资，也成了被吹散的泡沫。

同期，国家卫生计生委卫生发展研究中心的副研究员顾雪非主持了两项“互联网+医疗健康”研究项目。大部分精力研究医保政策，也投入相当一部分时间研究互联网医疗的他断定，互联网医疗会成为一种趋势，能够提高整个医疗服务体系的效率。6 年后，一场突如其来的公共卫生事件让顾雪非的话一语成谶。

通过平安好医生等在线平台去开启一场即刻进行的远程问诊，完成在线复诊、处方、购药，几乎成为疫情期间大部分患者的选择。零接触、响应快、突破空间地理等优势，使得互联网医疗服务更加被政府和民众认可和接受，迅速发展。互联网医疗也逐渐从小众视野“出

圈”成了大众需求，互联网医疗服务的发展也再次迎来了机遇。

有数据显示，受疫情影响，2020年互联网医疗市场规模预计将达2000亿元，同比增长46.7%，是2015年以来的最高增速。企查查数据显示，2020年上半年互联网医疗相关企业注册量6.3万家，同比增长153%。

从互联网医疗平台使用情况来看，根据国家卫健委三月份披露数据显示，疫情期间委属管医院互联网诊疗比去年同期增长17倍，有第三方平台互联网诊疗咨询量增长20多倍，处方量增长近10倍。以平安好医生为例，疫情高峰期间，平安好医生APP访问人次超过11.1亿次，APP注册量是疫情前的10倍，新增用户日均问诊量是疫情前的9倍；截至6月底，平安好医生注册用户数已达3.46亿。

但与此同时，虽然有了疫情防控的需求、互联网技术的长足进步、人民群众更加开放的接受态度以及国家政策支持“BUFF加成”，势头正盛的互联网医疗依然存在很多问题，“法律法规的限制、医院和医生的积极性不高、医保政策不支持等。但造成其困境最为要害的因素恐怕是互联网医疗的定位和模式问题。”顾雪非在接受八点健闻采访时表示，推进健康中国战略“互联网+”是必选项，但是我国互联网医疗尚处于成长初期，还存在不少困难和挑战。

**互联网医疗更大的价值是什么？**

**问：此次疫情过后，互联网医疗行业会迎来行业新的爆发期吗？**

**答：防控疫情的需要，民众的健康需求，政府鼓励其发展政策的**

助推，会共同促使互联网医疗在疫情后更加蓬勃发展。

**问：所以，疫情过后，互联网医疗能颠覆传统的医疗模式吗？**

答：突然发生的新冠疫情，在客观上为互联网医疗提供了需求空间和用户基础。需求的增加是推动互联网医疗相关政策和互联网医疗可持续发展的真正动力。但其实前些年我们讨论的更多是在现有医疗卫生体系下建立一个全新的互联网医疗模式，甚至被炒作为传统诊疗模式的替代者，但现实中互联网医疗对传统医疗卫生服务体系的影响较为有限。

**问：为什么说影响有限？**

答：有法律法规的限制、医院和医生的积极性不高、医保政策不支持等。但造成其困境最为要害的因素恐怕是互联网医疗的定位和模式问题。

**问：那您认为线上与线下是一种什么样的关系呢？**

答：事实上，线上的互联网医疗和线下的传统医疗模式不是非此即彼，而应是一种互补和融合的关系。

**问：在这种互补和融合的关系里，互联网医疗应该怎么去定位？**

答：准确地说，目前的互联网医疗可以作为线下医疗的有益延伸和补充，受制于当前的技术局限和政策因素等多方面影响，互联网医疗公司提出的“颠覆医疗”是无法完全替代传统的线下医疗服务。在此阶段，互联网医疗服务还只能是面向特定疾病提供在线诊疗。

**问：您认为，互联网医疗最重要的价值是什么？**

答：互联网医疗更大的价值，可能在于把传统线下部分疾病的诊断、治疗方案的遴选、治疗措施与手段借助互联网技术予以分解优化，又通过物联网等进行服务流程重组整合，进而形成与传统医疗服务不同的提供模式。

问：所以现在阻碍互联网医疗发展的最大难点是什么？

答：监管。

问：具体体现在哪些方面呢？

答：互联网医疗监管的难点在于：一是没有标准，没有标准，何谈监管？行业应该自己组织制定一些标准，自行约束。像去年，有一个很典型的案例，人民网记者上传同一张宠物狗的照片充当处方下单，在5家购药平台通过了审核。再就是患者隐私，一些互联网医疗平台存在病人隐私泄露的风险。

问：对于一个行业的发展，政策的支持是必不可少的。根据您的观察，这些政策在短期和中长期内，分别对需求端、供给端产生怎样的影响？

答：新冠疫情爆发后，国家出台政策鼓励各级医院建设和完善医院互联网平台，发挥互联网诊疗和互联网医院高效、便捷、个性化等优势，打通线上线下服务，在线开展部分常见病、慢性病复诊，积极联合社会力量开展药品配送等服务，缓解线下诊疗压力，为疫情防控和改善人民群众就医体验创造有利条件。

2020年5月，国家卫生健康委印发《关于进一步完善预约诊疗

制度加强智慧医院建设的通知》指出，各省(区、市)要加快建立互联网医疗服务监管平台，优先建设具备监管和服务功能的平台，并依法依规加快对互联网诊疗和互联网医院的准入，推动互联网诊疗服务和互联网医院健康、快速、高质量发展。同时，要进一步完善远程医疗制度建设，提高远程医疗服务利用率，推动远程医疗服务常态化，充分发挥远程医疗服务在下沉医疗资源、方便群众就近就医方面的积极作用。因此，在今后的一段时间内，有可能会迎来以综合医院为依托的，通过互联网诊疗平台为基础的互联网医院建设的高潮。

#### 医保能解决互联网医疗的支付难题吗？

问：您刚才提到医保政策的问题，此前国家有相关政策表示，将会把互联网医疗服务纳入到医保范畴之内，据您了解，目前这方面的落地情况如何？

答：疫情暴发以后，国家医保局出台《国家医保局国家卫生健康委关于推进新冠肺炎防控期间开展“互联网+”医保服务的指导意见》等多个文件，强调充分发挥互联网诊疗咨询服务在疫情防控中的作用，进一步推动国内互联网医疗服务发展。武汉、北京、上海等城市将具备互联网诊疗服务资质的医疗保险定点医疗机构为参保人员提供的常见病、慢性病“互联网+”复诊服务纳入医疗保险支付范围，实现线上诊断、处方外配、在线支付和线下药物配送上门服务。

问：互联网医疗服务项目纳入医疗保险支付会对患者和医疗机构造成什么影响？

答：从民众的角度看，由于医保支付承担了部分在线诊疗的医疗费用，在一定程度上增加了互联网医疗的经济可及性和服务利用，将会提高居民寻求线上诊疗的积极性，促进居民就医方式和习惯的转变，加速互联网医疗服务需求的增长。同时，医保支付也为各级医疗机构提供互联网医疗提供了有力支撑。但有些地方虽然医保付费但支付标准偏低，未充分考虑医生的时间成本，因此医生的积极性也不高。

**问：目前互联网医疗的医保支付存在哪些问题？**

答：诸如细化互联网医疗服务项目清单、确定服务价格机制、完善医保支付方式、优化基金风险管控等问题有待解决。

**问：在存在这些问题的前提下，互联网医疗如何才能持续的良性发展？**

答：互联网医疗长期良性发展的前提之一是需要买单者为其所提供的服务付费。实际上，由谁来为它们付费，这是必须面对的问题。从长远看，它们的支付方一定是医保。要么是社会医疗保险，要么是商业健康险，不同之处在于需求层次的差别。

**问：未来“互联网+医保”趋势是会是怎样的？**

答：“互联网+医保”未来的发展趋势有两种路径。一是按照传统思路，有条件、有标准的服务项目报销。二是在整合型医疗服务的大背景下，医共体打包付费。

**问：那这两种模式您觉得哪一种更具备借鉴意义呢？**

答：现在对于我们来说，比较有借鉴意义的是，我们建立的医联

体、医共体，背后的转变并不是医疗机构的联合，更重要的是我们将过去以治病为中心的付费方式，转变成为健康付费。在这种情况下，倒逼医疗机构通过联合，来更加关注人群的健康。如果在医联体、医共体内开展线上线下服务相结合，一定会更具成本效果。医疗机构和医生也会自行把握线上服务的边界，以确保医疗质量和安全。

### 互联网可优化优质医疗资源配置

问：您觉得目前行业里的互联网医疗产品，满足用户的需求了吗？

答：互联网医疗现阶段解决的仍然是一些非常浅层次的一个患者需求。

问：为什么这么说？

答：现阶段无法解决深层次的医疗问题，比如优质医疗资源稀缺这样的问题。此外，即便是在疫情防控的特殊情况下，互联网医疗在首诊、分诊、慢病复诊等方面发挥了重要作用，也仅是满足了部分医疗需求。其中慢病复诊已无政策障碍但可能受制于技术（身份识别等）和利益分配机制。而互联网上的首诊，性质更像是一种分诊机制——从诊断学的角度上是“问诊”而不是全面的诊断。

问：互联网首诊跟线下首诊区别在什么地方？

答：其一，从医学诊疗角度来看，互联网医疗的首诊更像是一种分诊机制，它不是一个完整的诊疗过程，相当于做了一个问诊。互联网首诊是否可行应该是在不同病种、不同场景下开展讨论。换句话说，病种是否可以首诊，取决于线上诊疗能否达到医疗标准，这在不同的

专科情形是不同的。一个很明显的事实，我们已经在线下和医生有过交流，再去线上复诊；和完全没有面对面问诊，直接在线上“与陌生人”交流，是两种完全不同的体验。医生对自己开出去的处方要负法律责任，而处方是否合理很大程度取决于获取的信息是否完备。

问：大家都知道互联网透明、开放，所以很多人会期待互联网医疗可以把优质医疗资源释放到更广大地区，您可以和我们分享一下您的看法吗？

答：在今后的一段时间内，有可能会迎来以综合医院为依托的，通过互联网诊疗平台为基础的互联网医院建设的高潮。我更希望慢病管理、家庭医生签约服务、以人为中心的整合型医疗卫生服务在互联网的加持下得到更好的发展。

[返回目录](#)

## “十四五”卫生发展规划、医保支付改革加持 中药行业有定心丸？

来源：新浪医药新闻

关于“500个品种，要带量采购”的传闻，提到了一条：品类覆盖上，中成药也要纳入。从流传的名单看，里面中成药真的没有多少。这印证了大家对于中药行业改革的一贯印象，即“创新难有、改良不易、竞争无序、淘汰不力”。

正愁目录没处挑，天上掉下个粘豆包。近日，一项由民间发起的《中药大品种科技竞争力研究报告(2019版)》从“临床价值、科学价值、市场价值”三个维度，从已上市59595个中成药产品种，遴选

出排名靠前的 579 个大品种。

虽然是一份产品为纲的排行榜，但个别企业的不同品种能连号占据排行榜，可见兼具一定的广告性质。这在市场看来，无可厚非，而且也不影响我们多角度借鉴、思考。本文，我们从这份排行榜出发，探讨中医药、中成药的价改。

### “十四五”卫生发展规划让中药行业吃下定心丸

9 月 22 日，习近平总书记主持召开教育文化卫生体育领域专家代表座谈会并发表重要讲话，就“十四五”时期经济社会发展听取意见和建议。会后发布的通稿中，九大关键任务中的第三项即为“要促进中医药传承创新发展，坚持中西医并重和优势互补，建立符合中医药特点的服务体系、服务模式、人才培养模式，发挥中医药的独特优势”。此前于 6 月 1 日实施的《基本医疗卫生与健康促进法》第九条明确：国家大力发展中医药事业，坚持中西医并重、传承与创新相结合，发挥中医药在医疗卫生与健康事业中的独特作用。

我们可以认为，当前时期是中医药传承发扬、市场再发展的大好时机。但与此同时，我们需认清两点事实：一是受药品带量采购机制的冲击，化学仿制药的临床用量有明显增长，所占比例有潜在的增长趋势。带量采购机制对药企、制药行业来说，正发生着从伤害少数企业、产品的垄断利益到帮助整个赛道、行业重塑市场效率的现象变化。二是在三医联动给的新医改轨道里，中医药与分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民医保制度、药品供应保障制度、综合监管制度不可

能割裂开，但目前亟待发挥更多影响，需要去追赶。

### 从一份中成药排行榜看中药行业的整体大发展

首先，至少有这 579 个中成药大品种入围了一份排行榜，说明中成药行业的身家体量还是可以的，企业动力十分活跃。在我们看来，中成药(包括中药注射剂)、中药饮片、中药颗粒之间有一些细微的特征差别：中成药的标准成品属性更强，中药饮片相比之下有点像耗材，中药颗粒显示出包装形式创新和原材料气质。一方面，中成药同时面临着中药行业内部的板块竞争。另一方面，在中成药的细分领域，在这 579 个大品种之外可能存在中成药类短缺药。

第二，在中成药乃至中药行业的内部排行上，在科学价值、临床价值、市场价值三个维度方面，应该存在一些联动性。在我们看来，科学价值与临床价值之间互相认证，两者对市场价值共同提供巨大支持。与化学药品处方不同，中成药乃至中药的处方更加依赖医疗部门的使用介绍和危险担保。一方面，中医部门要为“创新难有、改良不易、竞争无序、淘汰不力”承受压力。另一方面，中药企业要发挥经营的冲刺力，政策不限制市场竞争，欢迎价格竞争。

第三，在中成药乃至中药行业的医药商业、医疗服务等后续流通、使用环节上，有着更全方位的话语权甚至是定价权。在我们看来，一方面，中药行业的流通环节相比于化学药、生物药更显重要，相关的医药商业、医疗服务只要有商誉加持，往往溢价很多。换句话说，带量采购对中药行业没有对待其他药品分类那般好使。没有中成药带量

采购，就难出现单品种的临床大放量，中医和中药结合发挥作用面临险峻环境。另一方面，中药行业可往非处方药转移。

### 医保支付范围、支付方式、支付标准改革影响

首先需要澄清的是，借助天然提取物及其有限组合的概念，一些中成药品种相对适合往非处方药发展，或许不需要借助医保用药市场发力放量。众所周知，目前医保支付范围对非处方药特别是乙类非处方药有收紧压力和排除趋势。但是，展望未来，即便到了医保不再支付非处方药的时代，医保支付仍有可能为非处方的中成药网开一面，因为中医药具有中国特色。

理由之一：《基本医疗卫生与健康促进法》第八十五条明确：国务院医疗保障主管部门应当对纳入支付范围的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准等组织开展循证医学和经济性评价，并应当听取国务院卫生健康主管部门、中医药主管部门、药品监督管理部门、财政部门等有关方面的意见。评价结果应当作为调整基本医疗保险基金支付范围的依据。

在医保支付方式层面，从中医药在新冠肺炎疫情救治中发挥重要作用来看，我们对中医药在住院和门诊的医保支付场景中占据一定位置保持乐观。无论按病种付费(如中医药的优势病种)、按人次付费、按项目付费等方面，以中成药为代表的中药分类，以中医药为特色的医药结合均可能发挥总成本相比较低的优势，从而在临床应用中提高影响，并吸引患者。

据观察，中医药在一老一小的医保人群、在疫情防控期间的用药群体、在常见病/慢性病的治疗及预防保健方面均有一定优势。可见，支持中医药发展的支付方式必然与管用高效性质紧密结合，必然投射为医保基金可承受的支付标准、患者易接受的收费水平。这必然需要规范诊疗方案、推行合理用药，必然促使地区总中医药师制度落地和网红中医药师出现。

为做好中医药事业，我们建议：一是发挥道地药材的影响力和服务价值，落实国家及地方相关发展规划；二是发挥中医药在基层医疗场景得天独厚、舍我其谁的优势；三是适度放开西医处方中成药的权利，转而在医联体、医共体加强中医部门的话语权。

[返回目录](#)

### 投入 vs 利润 如何支持大流行病疗法研发与商业化

来源：新康界

2020年新冠肺炎大流行席卷全球，总体而言，世界各国并没有做好充分应对的准备。然而，疫情已引起了传染病领域投资、药物开发方法和监管政策的变化，这可能导致持久的创新，并有助于减轻未来大流行病的影响。上述变化带来了重大机遇与挑战，各国政府和制药企业携手加紧寻找疫情的创新解决办法。同时，国际社会必须从新冠疫情的应对中吸取教训，加大对传染病疗法研发与商业化的扶持力度。

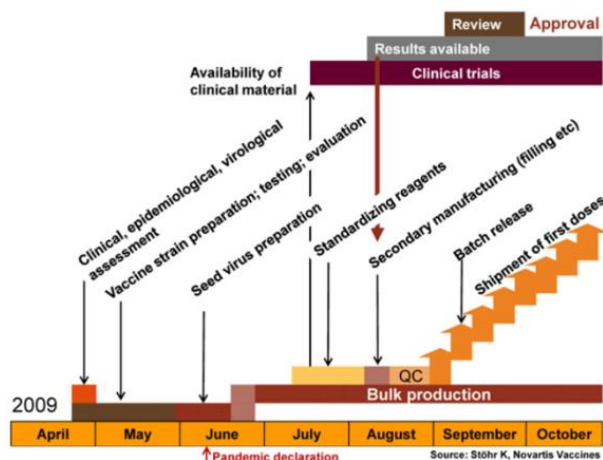
温故而知新，通过回顾过去的大流行病情况，有利于制药行业做

好应对未来大流行病的准备。在分析过去大流行病期间的成功做法的基础上，发掘当前可获得的资金和收入机会，弥合投资和商业可持续性之间的潜在财务缺口，从而更好地激励针对大流行病的创新。

### 既往大流行病疗法的成功有限

回顾过去的大流行病，只有少数具有成功的防治方法。H1N1 流感大流行可能是成功应对的最佳例子：在研发开始后的 4-6 个月内，并且在美国第二次大流行高峰之前的 1 个月获得了疫苗。总共有 11 种疫苗获得了世卫组织 (WHO) 的预认证并得到广泛分发。大流行流感疫苗的最大供应商 GSK 报告称，在大流行开始后的第一年销售额为 29.5 亿美元。在 2009 年 H1N1 疫苗开发过程中，经过验证的流感疫苗技术平台被用于加快 H1N1 疫苗的临床开发。监管机构允许药企将大流行流感疫苗作为改变毒株的季节性疫苗进行注册，从而免除了初步安全性测试的需要，并且加快了监管审查和批准。这使得大流行流感疫苗的大规模开发和分发的速度比新冠疫苗更快。

图表 1. 2009 年首批 H1N1 流感疫苗的研发生产过程



来源：Novartis Vaccines、中康产业资本研究中心

与大流行流感疫苗形成对比的是埃博拉病毒 (EBV) 疫苗，迄今为止 EBV 疫苗的商业成功仍比较有限。在埃博拉病毒大流行之前，由于几次小规模疫情，疫苗已经在开发中。2014 年流行开始后，开发和生产迅速增加，但在疫情得到控制后放缓。在首次爆发埃博拉疫情 5 年后，默克 (Merck & Co) 公司于 2019 年 12 月推出了 ERVEBO。全球疫苗和免疫联盟 (GAVI) 授权在 2025 年前提供 1.87 亿美元资金，用于购买疫苗储备，以应对未来的疫情。近期所有其他大流行病，如 SARS、中东呼吸综合征 (MERS)、寨卡病毒 (ZIKA) 等，在鼓励成功的创新方面收效甚微。

然而，考虑到新冠疫情规模空前，以及对人类健康、社会和经济造成的全球性影响，以上两种大流行病无法与新冠肺炎相提并论。为了迅速确定防治方法，众多国家政府、制药企业和研发机构迅速投入了大量资源和努力。截至 9 月底，根据 BioWorld 和世界卫生组织 (WHO) 的数据，全球针对新冠肺炎有 763 款在研产品，包括疫苗和治疗药物、创新药物和重定向药物，其中约一半处于临床试验阶段。尽管新冠疫苗的创新成果仍有待观察，但初步临床结果和投资力度令人欢欣鼓舞。

### 目前对大流行病创新激励的局限

目前，用于大流行疾病创新防治方法的资金虽然有一些，但来源多数限于政府和侧重于短期举措的非政府组织 (NGO)。

政府资助来自个别政府，或者来自世界卫生组织等跨政府组织。资金

以研究资助或高级购买协议的形式提供。例如，欧盟委员会已经注册了 159 亿欧元的承诺，美国 BARDA(生物医学高级研究与开发局)已经承诺了与 5 家疫苗制造商达成超过 22 亿美元的协议，另外还有 3.59 亿美元用于潜在的新冠肺炎治疗。政府资金通常具有商定的价格上限和/或捐赠要求(特别是对低收入国家)，以确保广泛获得潜在的治疗。

非政府组织(NGO)可以为大流行病研究提供直接赠款，并向公私伙伴关系组织提供捐款，如 CEPI(流行病防范创新联盟)，还向结合非政府组织和政府资金的全球疫苗和免疫联盟(Gavi)提供捐款。为应对新冠肺炎，盖茨基金会捐赠了 5000 万美元给新冠肺炎治疗加速器、2500 万美元用于开发和配送诊断试剂，以及 5000 万美元给 GAVI。然而，NGO 的资金往往有限，侧重于使低收入国家能够获得疗法，并且分散在几个重点领域，这限制了长期可持续性。

私人投资者包括风险资本和大型制药公司，这些公司希望合作研发其他公司的候选药物或者获得许可。然而，由于投资回报的不确定性和过去有限的商业成功，投资者通常对以传染病为重点的资金持谨慎态度，因此这类投资相对较少。根据硅谷银行(Silicon Valley Bank, SVB)的统计，在过去 3 年里，只有 5% 的风险投资(总计 420 亿美元中的 22 亿美元)投入到预防感染的疫苗与药物研发中。

除了资金，伙伴关系是通过提供资源和分担风险来支持和培育创新的另一种方式。然而，在新冠肺炎大流行之前，学术界对冠状病毒等新病原体的高级研究兴趣有限，而且由于对投资回报率的担忧，制

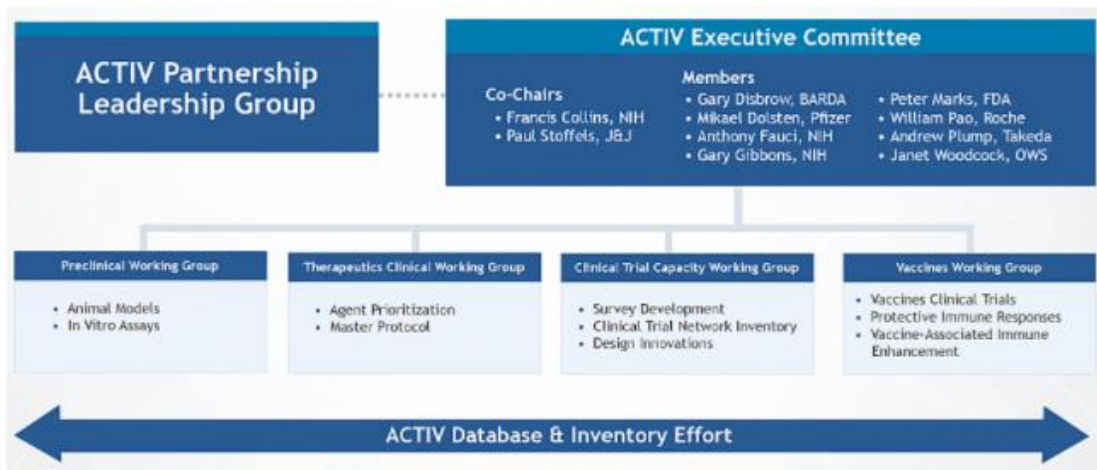
药行业对这一基础研究的投资兴趣有限。

由上可见，目前对传染病的可用资助和伙伴关系机制是有限的和短期的。为了克服这些挑战，一些短期和长期战略被提出，以帮助支持针对未来大流行病的持续创新。

### 跨企业跨行业合作提高研发和生产效率

大流行病加强了对早期商业能力的需求，但是许多公司没有为新疗法的快速商业化做好准备。大小制药公司之间的合作可以协调工作，重点在于确定潜在的大流行病解决方案，并支持有前景的疗法和疫苗的生产。一个例子就是美国国家卫生研究院 (NIH) 的加速新冠肺炎治疗干预和疫苗 (ACTIV) 项目，该项目汇集了众多制造商，以确定和推进最有前景的治疗和疫苗。

图表 2. 美国 NIH 建立的 ACTIV 组织结构图



来源：NIH、中康产业资本研究中心

此外，可以通过制药公司、支付者和/或雇主团队组成的联盟，在大流行病研究方面建立协作关系，以预先确定大流行病的疗法的报

销。雇主或支付者可投资设立一个大流行病研究和缓解基金，以确保计划成员在大流行病疗法获得监管批准后即可免费或以有上限的价格获得指定数量的产品。信诺环球(Cigna)人寿保险公司最近开始实行的 Embarc 权益保护计划即为一个类似的概念，雇主团体每月支付会员费用来覆盖预料之外的基因疗法费用。

跨行业合作可以帮助支持大流行病解决方案的开发。新冠肺炎的大流行已经带来了几个此类合作的例子，如通用电气医疗保健(GEHealthcare)与福特、Vantec(日立物流万特可)与通用汽车、富士康与美敦力等公司之间的呼吸机生产合作。在这些例子中，一家公司提供技术专长，而另一家提供材料和生产能力。

### 短期投资便于对特定流行病的立即反应

目前的短期资金主要来自政府和非政府组织，它们通过投资于公司和研究机构来推动研发。然而，另一种方式是“拉动式”供资机制，即政府提供预先市场承诺，承诺为开发的任何大流行病疫苗或治疗提供一定的费用。该策略已经在包括 H1N1、埃博拉病毒、肺炎链球菌等的多种情况下使用，但通常只依赖于高收入国家，并且只激励在开发进度上走的更远的公司。

为应对这些挑战，国际政府或金融机构可实施由非盈利智库——全球发展中心(Center for Global Development)提出的市场驱动的基于价值的先行承诺(MVAC)。在这种模式中，单个国家的贡献取决于人口规模和支付能力，从而确保高、中、低收入国家的贡献。低收入

和中等收入国家获得可负担的疗法，而高收入国家的需求被适当货币化。此外，价格可以依疗效和安全性而不同，以鼓励开发更加有效的疗法。

图表 3. 市场驱动的基于价值的先行承诺 (MVAC) 模式示意



来源：CGD 官网、中康产业资本研究中心

另一个可能解决大流行病研发早期投资不足的选择是债券，投资者、制药公司和非政府组织可在一段预定时间内筹集资金。基金由第三方管理，他们将资金投资于典型渠道，在预定时间后返还给投资者，并附加利息，除非出现与大流行病相关的机会。此方面的一个例子是大流行病紧急融资基金 (Pandemic Emergency Financing Facility, PEF)，该基金由世界银行设计，目的是在低收入国家疾病爆发前预先汇集资金，以便迅速做出反应。在这种安排中，私人投资者提供 3 年的前期资金。如果在此期间出现符合条件的大流行病，部分资金将拨给各国政府和预先批准的组织，用于应对大流行。否则，投资者会收回他们的钱和利息。

图表 4. 大流行病紧急融资基金 (PEF) 机制示意



来源：世界银行、中康产业资本研究中心

### 长期投资支持对未来大流行病的持续研究

先前的大流行病遇到的主要问题之一是，在危机期间对大流行病的研究和资助无处不在，一旦威胁显著消退则随之枯竭。长期资金供应的不确定性抑制了制药公司开发疫苗或药物的积极性。然而，大流行病导致国家 GDP 的损失和单个公司收入的损失，显然比每年在大流行病药疫苗和药物上相对较小的公共投资要多得多。正在进行新冠肺炎大流行清晰地证明了这一点。

可以采取两种不同的方法来解决这个问题，分别侧重于政府驱动的资金或私人资金。首先，正在进行的政府和非政府组织资助应该集中在大流行或传染病的公共研究上，而不是依赖私人公司。政府可以提供持续的学术资金，用于开发泛毒株疫苗平台，以便在发生大流行病迅速针对一种新病毒进行调整。更进一步的是，政府可以同意支付

针对新发现毒株的疫苗的研发费用，即使这些毒株目前还未大流行，以确保对每一种新病毒进行最佳准备。有前途的候选疫苗可能成为与具有临床试验和生产能力的制药公司进行合作或转让的基础。

第二种方法是大型制药公司的联合投资基金，以持续资助正在进行的研究。该基金可由一个小组或第三方管理，并被用于投资有希望的大流行病技术，随着产品商业化和利润再投资于新的研发项目，该基金有可能在长期内实现自给自足。

### 加快大流行病疗法的监管途径

目前尚无明确的途径来加速疫苗开发，这就抑制了参与研究的积极性。在新冠肺炎大流行期间，许多国家都在努力简化手续，加快审批创新药和重定向药物。美国 FDA 创立了冠状病毒治疗加速项目 (CTAP)，为制药公司提供交互式反馈，加快试验方案的审批，并且协助寻找和批准患者用于产品的临床试验或紧急使用。欧盟于 2014 年创立了欧盟有史以来最大的研究和创新计划——欧洲地平线 2020 (European Horizon 2020) 计划，其中包含了资助和加速疫苗开发。今年即将到期，欧盟又推出了地平线欧洲 (Horizon Europe) 计划，将于 2021 年 1 月开始执行。美国、欧盟以及其他国家都应努力使大流行病产品的快速途径正规化和标准化，包括优先审查、减少临床试验要求，以及就如何获得快速审查提供明确指导的框架。

上文提及的美国 NIH 创立的公私合作伙伴关系项目——加速新冠肺炎治疗干预和疫苗 (ACTIV)，也支持简化临床试验设计和审批。

与 ACTIV 类似的“休眠的”公私伙伴关系可以被唤醒以快速简化临床试验设计和评估，这是一个有希望的选择，可以在加快发展的同时减轻政府的负担。

## 结 语

目前制药行业已经开足马力，寻找新冠肺炎的疫苗和药物。众多临床试验已经开始，但是由于结果的不确定性，其中一些将成为商业上的重磅产品，而另一些将在监管要求面前苦苦挣扎。新冠肺炎大流行的范围是前所未有的，对如何在大流行中保持创新提出了更多的问题。对于大流行病研发缺乏长期激励机制的困境，政府和行业人士应当努力寻求切实可行的解决办法，使大流行产品的研发和商业化更具持续性，从而更好地防范未来的大流行病。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### 医生注意！医疗界 10 大新变局来袭

来源：看医界

#### 1、不承认医疗是服务业？医疗界正在迎来服务体验革命！

据了解，一些医疗界人士不承认医疗是服务业，担心把医生等同于“服务员”。事实上，不管如何强调医疗的特殊性，医护提供的是医疗服务这一点无法改变。

对此，一位业内人士直言，是否承认医疗为服务业，是医生自由

执业的前提;并直言,中国医疗将迎来体验革命。

啥是体验革命呢?众所周知,长期以来,中国人看病叫求医,公立医院人山人海,患者体验差,医患矛盾不断。但随着经济的发展、民众收入水平的提高,过去能够将就的糟糕体验很难再将就下去,整个医疗界的服务升级在患者体验方面必将迎来一次革命。

首先,在大批涌现的社会办医院领域,和公立医院主要竞争什么?技术?恐怕短时间内还很难,但在服务体验方面大有可为,完全可以由此实现弯道超车。

不仅如此,据《看医界》了解,走向市场的医生,一般都非常重视患者体验,在医疗服务的患者体验上可谓精益求精。一家医生集团甚至打出了“不允许患者不满意”的口号。不是说强迫患者满意,而是一定要找到患者不够满意的地方,改进服务后让患者满意。

可以预见的是,随着社会办医的快速发展,大批医生走向市场,中国医疗界正在迎来一场医疗服务的体验革命,在这一进程中将实现多方受益,还必将倒逼公立医院服务体验改革。

## **2、病源大量流失,内科医生被逼走向市场!**

据《看医界》获悉,上海一家知名三甲医院某内科专科患者一年竟然下降了四分之一。事实上,据了解,随着取消药品加成改革的推进,内科正在成为公立医院的包袱,一位院长甚至直言,内科现在是看一个亏一个。

当内科不再是公立医院的创收科室,内科医生的前途开始堪忧,

再加上分级诊疗改革的推进，一些三级医院内科将面临着一方面缺患者，另一方面患者来了又亏钱的窘境。

再加上疫情因素，以及互联网医院的快速发展，大量处方或将外流到互联网渠道。如此一来，内科医生迫于生计将不得不自寻出路。

据了解，一些大型共享平台医院就是借助公立三甲医院内科医生走向市场的机遇，吸引了一批内科医生到医院坐诊，还因此吸引了一批内科患者前来就诊，医院门诊量翻倍增长。

此外，内科医生开诊所也将是一大趋势，反过来也将大大推进分级诊疗制度的建设进程。

### 3、百万医生大流动：共享医生时代来了！

医生资源具有典型的共享经济属性，即使是在绝大多数医生被困在体制内的情况下，飞刀、走穴从未停止过，因此被开玩笑说，一到周末，机场形形色色的人流中，飞刀医生颇多。

但据《看医界》了解，长期以来，中国的医院，无论公立还是私立，都对优质医生资源形成了根深蒂固的占有欲，非要挖过来独享才罢休。

然而随着政策的持续解放，医生大流动的到来，独享优质医生资源越来越困难，越来越不现实。

再加上疫情因素，医生全职流动更加谨慎，全职挖优秀医疗人才的成本对于不少医疗机构来说或难以承受。

可行的出路，就是共享优质医生资源，让医生自由执业。医生可

以在多家医院执业，还可以自己开医院、办诊所。

对此，业内人士表示，共享医生，将极大地提高优质医生资源的使用效率，解决优质医生资源配置不均衡的难题。

#### **4、社会办医政策大放开，平台化成趋势！**

近年来，随着政策的持续放开，社会办医投资火热，医疗机构批量涌现，但走出人才困境呢？

据《看医界》了解，在一些医生自由执业的欧美国家，医院和医生的关系就好比舞台和舞者，舞台就是医院，舞者就是医生，医院为医生提供执业舞台，医生可以在多个舞台“演出”。

遗憾的是，目前不少私立医院管理者和投资人对于医生多点执业、自由执业并不热情或有颇多担心。

以一位三甲私立医院老板为例，一方面担心多点执业医生不负责任，出了事拍屁股走人，另一方面也担心医生集团未来也办医院，等于培养了竞争对手。

对此，业内人士表示，一些公立医院都能够成为医生集团及医生团队多点执业的舞台，一些还没有醒过神来的私立医院或许真应该好好反思了，否则将错过非常好的发展机遇。

#### **5、行业潜规则遭冲击，医疗反腐风暴愈演愈烈！**

众所周知，药品价格虚高是畸形的“以药养医”医药卫生体制造成的，导致要靠灰色收入来保障医生职业的吸引力，这一制度也是导致医生群体被污名化的重要原因之一，甚至还导致不少院长、科主任

及普通医生被查甚至入狱。

一位知名三甲医院科主任甚至直言：“感谢行业潜规则，不然没人做医生。”

但是很显然，这一畸形的格局到了需要被打破的时候。据《看医界》了解，医疗反腐从未停歇，但很明显近几年风暴愈演愈烈。别说院长，就连落马科主任的数量似乎数都数不清，而且牵出不少窝案，整科室的医生被查，安徽滁州甚至还发生了一县医院大多数医生被查的事件。

对此，业内人士表示，取消“以药养医”绝不是简单地取消医院层面的药品加成，在持续提高医技性服务价格、医生阳光收入的大趋势下，大幅压缩药品回扣环节，打击医疗腐败势在必行，一些回扣重点科室正在成为医疗反腐重灾区。

## 6、大批医院将被托管、改制、降级！

前段时间，山西太原被爆出三家三甲医院主动按照二级医院标准收费的消息，引起业内哗然，甚至被部分媒体解读为“医院自降等级”。

事实上，这样的医院被改制或“降级”是大趋势。用北京卫计委党委书记方来英的话说，中国根本不需要这么多三级医院。再说这些医院根本达不到三级医院应承担的科教研及临床为一体的责任，本身活着都困难。因此，随着医学中心建设大潮的到来，一些类似名不副实的三级医院将面临托管、改制、降级等命运。

不仅如此，一些大中城市二级医院也基本上是上述命运，被大医

院托管或被改制将成为大概率事件。

值得关注的是，在县级医院领域，一些药企正在发起凌厉的托管、改制攻势，能改制的改制，不同意改制的就合作建新院，再不济就托管。

## 7、患者看病认“和尚”时代来了！

长期以来，中国患者看病都是认庙不认和尚，打听哪家医院好，打听到了直接找这家医院的科主任，准没错。

但据了解，随着市场经济逐步深入医疗领域，中国医生的品牌意识开始觉醒，无论是体制内还是体制外的医生，都越来越重视个人品牌的建设，力图通过互联网、社交媒体、短视频平台等途径拓展品牌影响力并直接获得患者认可；患者也不再满足于到了医院被随机分配医生的服务，开始主动寻求品牌医生提供服务。

可以预见的是，移动互联网时代，在解放医生的大潮下，中国医生品牌将迎来大洗牌，一批在患者心目中的全国医生品牌及区域医生品牌将脱颖而出，越来越多的患者将奔着医生的品牌联系就医。而一旦拥有了品牌和患者流量，将极大地促进医生的解放进程。

## 8、医生创业潮来袭，医生企业家批量出现！

在解放医生的大潮中，政策上鼓励医生办医是一大趋势，无论是开诊所还是办医院、医生集团，无论是兼职创业还是全职创业都可以。

据《看医界》了解，越来越多的医生正在创办诊所、医院、医生集团，从纯粹的医生身份向企业运营管理者的身份转变。

不仅如此，在互联网时代，借助互联网平台创业也是一大趋势，一些已经获得一定线上流量的医生纷纷转型创办医疗健康咨询平台。

在这一进程中，不仅将创造巨大的社会价值和市场价值，极大地推进医疗健康产业的发展，还将催生一批医生企业家，而且身价不菲。

## 9、医生培养将回归精英教育！

在7年制退出历史舞台之后，中国医学教育又迎来重大改革，国务院办公厅公布《关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》，明确要求严格控制医学院校本科临床医学类专业单点招生规模。并严控8年制招生数量。

医学院招生数量将被缩紧，这将意味着医学院大扩招时代将一去不复返；不仅如此，中专、大专临床医学专业也有望退出历史舞台，初中毕业学医的中国式尴尬将逐步成为历史。

未来，5年本科教育加上3年的住院医师规范化培训，再加专科医师规范化培训将成为中国医学教育的主流，八年一贯制临床博士培养数量不仅将被紧缩，也将黯然失色。

其中，在住院医规培期间，有望实现规培医生的社会人身份，即规培完了再找工作。这一系列改革将意味着学医的时间成本大大提高，医学教育改革朝着精英化方向发展。

对此，一位资深医学教育专家向《看医界》表示，医学必须是精英教育，但也应该是精英待遇，二者缺一不可，否则将很难吸引优秀人才学医，从医。

## 10、人工智能或将取代一批医生!

马云曾经夸下海口说让医生失业，在医疗界引起巨大争议。其实说的就是人工智能。那么，人工智能究竟会不会取代医生?答案是，不可能完全取代，但会取代一部分医生，尤其是一些低于平均水平的医生或将被人工智能取代。

除了比较直观的皮肤科外，病理科、影像科等一批科室都或将受到人工智能的巨大冲击。

[返回目录](#)

### “科室共建”与“科室承包”如何界定

来源：药智网

《关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》和《关于促进社会办医加快发展的若干政策措施》等文件中明确，鼓励地方探索公立医疗机构与社会办医疗机构加强业务合作的有效形式和具体途径。鼓励公立医疗机构为社会办医疗机构培养医务人员，提高技术水平，并探索开展多种形式的人才交流与技术合作。鼓励具备医疗机构管理经验的社会力量通过医院管理集团等多种形式，在明确责权关系的前提下，参与公立医疗机构管理。

今年出台的《基本医疗卫生与健康促进法》明确规定，医疗卫生机构不得对外出租、承包医疗科室。非营利性医疗卫生机构不得向出资人、举办者分配或者变相分配收益。

这中间其实就是典型的两种医疗合作的情形：一种是国家鼓励的

“科室共建”，一种是严厉打击的“科室承包”。那么，这两者的区别在哪里？界定的边界在哪里？在与医疗机构开展合作的过程中如何才能避免陷入“科室承包”的雷区呢？

我们首先要了解科室承包的定义，其出现在《卫生部关于对非法采供血液和单采血浆、非法行医专项整治工作中有关法律适用问题的批复》中，“科室承包”概念界定为：医疗机构将科室或房屋承包、出租给非本医疗机构人员或者其他机构并以本医疗机构名义开展诊疗活动。

实践中常见的科室承包主要有两种模式：

（一）医疗机构将本机构的科室交与非本机构人员或其他机构，自主经营，自负盈亏，并以本医疗机构名义开展诊疗活动；

（二）医疗机构将本机构的部分房屋交与非本机构人员，同意其在本医疗机构内设立相应科室，或者同意其以本医疗机构名义在本医疗机构院外设立相应医疗科室，自主营业，并以本医疗机构名义开展诊疗活动。该模式本质上应归属于出租、出借《医疗机构执业许可证》的行为。

我们再来了解一下科室共建的界定：

（一）科室共建合作模式下的共建科室自始至终处于医院自上而下的管理体系下，全面纳入医院的统一管理。合作方不参与医院的利润分配，而是每个月收取固定的管理费用或者服务费用。

（二）科室共建模式下社会办医疗机构承担的角色是参与管理，与

医院的合作是一种优势互补的模式。比如，具有丰富专家资源的医生集团与基层医院共建科室，对基层医院进行技术培训；擅长医院管理运营的社会力量与医院达成合作，提供科学高效的管理服务。

通过以上对于“科室承包”和“科室共建”的模式界定分析，很明显可以得出结论：科室承包与科室共建最主要的区别在于科室是否独立于医院而运营，尤其是公立医院，其属于非营利性机构，运营中的收支结余只能用于自身发展，不得分配利润。

实践中通常通过以下实际情况来判断合作模式究竟是禁止的“科室承包”，还是鼓励的“科室共建”：

#### （一）形式方面

##### 1、签署的合同类型。

双方通常会签署协议，如果为明确签署的是《承包合同》或者《租赁合同》的，很容易被认为存在“科室承包”问题，但是如果双方签署的是《合作合同》或者《科室共建合同》，就需要进一步进行判断；

##### 2、医护人员的注册情况。

医护人员的执业注册是一大审查要点，如果在平时的检查过程中发现医护人员的执业地点、人事关系、劳动或劳务关系均不在合作医院的，其将被认为存在“科室承包”问题，同时医护人员个人可能存在非法行医的问题，将收到相关部门的行政处罚。因此，合法的科室共建应当将医护人员的在合作医院进行执业登记。

## (二) 实质方面

### 1、财务收支是否纳入统一管理。

如果合作医院另行设立结算账户，其实际也不是由合作医院掌控，或者在财务科目中明确列明“房租”等字眼的，其就是典型的“科室承包”。因此，科室共建的运营管理一定是纳入医院的统一财务管理的。

### 2、私下收取费用。

有些医院内部设立院中院，部分科室的收入完全不通过医院进行，而是由第三方管理公司收取，这种在实践中将被认为是典型的“科室承包”，医疗行为的相对方是有医疗执业资质的医疗机构和患者，其之间才存在医疗服务合同关系，管理公司不具备收取诊疗服务费的资质。因此，科室共建一定不可以私下收费。

以上就是实践中用来判断合作模式是否合法通常的判断依据，因此，在最一开始合作的时候就应当引起注意，不要一不小心踏入雷区，给企业造成不必要的损失，除此之外，在合作过程中有关医疗纠纷的处理，相关费用的结算等也需要早期进行约定，不要等产生矛盾后再去解决，防范于未然才是上策。

医疗卫生事业直接关系到人民群众的身体健康和生命安全，只有在保障医疗安全与质量的前提下不断探索社会力量与公立医院合作的多种模式，才能真正为医疗改革注入新鲜血液，促进优质医疗资源的流动。

## 加快医院财务管理信息化建设步伐的思路

来源：医管新世界

科技水平的不断提高，信息的智能化发展，为我国财务制度改革奠定了一个良好的基础，医院财务管理工作也因此产生了很大变化。为了促进医疗改革工作高效完成，必须不断提高医院财务管理工作的信息化水平，只有这样才能够更好地保障医院顺利经营，提高医院的经济效益和社会效益。本文分析了我国医院行业财务管理信息化的发展现状，并针对存在的问题展开了分析，通过制定问题解决措施，希望能够促进我国医院财务管理信息化建设实现可持续发展。

现阶段，我国的医疗卫生体制改革正在如火如荼地进行，而信息化技术飞速进步，使互联网成为医院财务管理工作的的重要组成部分，对于会计核算和财务管理等工作都有很大影响。通过有效应用信息化平台，各种会计数据和管理数据能够得到进一步整合和优化，可以有效提升医院的财务管理工作水平。此外，为不断提高财务管理工作的质量，医院还需要对财务管理开展规范化建设，不断完善医院财务管理制度，从而为医院财务管理信息化建设奠定良好的基础。

### 一、信息化技术对于医院财务管理工作的的重要性

随着社会的不断发展进步，人们各方面的生活条件逐渐改善，对医疗服务的质量也有了越来越高的要求。在开展医院财务管理工作时，使用信息化技术可以保证医院管理工作的规范性和标准性，还可

以显著降低医院运行期间的各项成本支出，满足医院经济核算工作对于现代化管理的需求。此外，医院通过信息化管理工作可以提高数据的明确性，使数据有更强的针对性，从而为医院制定各种决策提供一个可靠的依据，对科研、教学等工作都有十分积极的作用。在医院信息化建设工作中，所设立的内部局域网数据管理信息平台可以对医院财务资金走向、项目应用情况和内部消耗情况进行实时监控，从而可以大大提高财务工作的效率，更好地保证工作的准确性。因此，信息化建设对于医院财务管理工作乃至医院的正常运营都有着举足轻重的作用。

## 二、医院财务管理信息化建设中存在的问题

在医院的各项管理工作中，财务管理是重要的构成部分，财务管理工作的质量对医院财务情况会产生很大的影响，甚至还会影响医院整体的运营和管理情况。因此，医院管理层应高度重视财务管理工作，但现今的医院财务信息化管理工作主要存在以下问题。

### 1、信息化建设的指向性不明

现阶段，部分医院在进行财务信息化管理建设招标以及调研工作时，并未考虑自身实际情况，常常通过引入同行成功经验进行，导致医院在进行财务信息化建设管理工作时，主体不明，所谓的信息化建设变成了对手工作的简单替代，无法真正发挥信息化管理的优点。由于财务管理信息化建设存在盲目性，导致医院财务管理体系不能真正发挥作用，对后续管理工作也不能产生积极影响，不能实现医院信息

化管理的最终目标。

## 2、不能保证规划思路的科学性

在医院信息化管理工作中，财务管理是极重要的一项内容，但要在财务管理信息化的基础上才能够更好地进行这项工作。现今，很多医院在制定整体信息化管理决策时都未全面考虑思路的科学性，整个工作过程中没有明确方向，因此，在实际财务管理信息化建设期间，常常会出现资金短缺、扶持政策不科学等问题。

## 3、财务数据的统一性比较差

目前，很多医院在开展财务管理工作时都不能很好地保证数据的统一性，无法保障管理的规范性和科学性。很多医院的财务数据都缺乏统一的标准、编码信息不完善，各种资源无法很好共享，财务数据整合以及利用率偏低，资金流向工作量非常大。比如，在进行 HIS 某项数据统计工作时，路径取数比较多样化，常常会导致绩效统计数据接口位置产生偏差，降低数据共享的准确性，还会对财务管理的信息化进程产生不良影响。

## 4、财务管理工作人员的综合水平有待提升

医院在建设、维护以及运营财务管理信息化系统时，都必须由高水平的专业化人才进行，专业人才的需求比较大。在医改中，对于人力资源方面也有重点规定，要求专业技术工作者能为信息化系统运行提供支撑。从业者除了要有高超的计算机业务工作水平、综合素质外，还要了解会计专业知识，但是，在实际开展工作时，这种人才非常稀

缺。综合性人才欠缺，会在后续工作过程中导致各种各样的问题，常见的有数据处理水平低等。医院已有的工作人员不能很好地促进信息化建设，如何吸纳更多的专业化、综合化人才就成为一项十分重要的工作。

### 5、信息化建设资金匮乏

随着医院现代化水平的不断提高，大部分医院领导和财务管理工作者开始意识到信息化建设对于医院发展的重要作用。但医院各项业务具有比较强的专业性，信息技术和医院融合难度很大；医院在开展信息化建设时，需要大量的硬件和软件投入，还需要投入资金维护系统、培养人才等，资金需求比较大，导致很多小规模医院常常无法做好这项工作，极大阻碍了财务管理水平提高。

## 三、提高医院财务管理信息化建设水平的对策

### 1、正确认知医院财务管理信息化建设

首先，医院领导人员应当更新自己的观念，在关注专业业务知识学习的同时，高度重视管理模式改进和创新。现今，信息发展速度非常快，医院在积极开展信息化建设时，一定不能盲目跟风，必须要对其进行科学统筹规划。对于医院财务管理工作者来说，需要正确认识信息化建设，要有一定的紧迫感，管理人员需要在政策方面进行支持，对于信息化建设，提供人力、物力和财力方面的支持，只有这样才能更好地开展财务管理信息化建设。

### 2、科学规划医院财务管理信息化建设

在医院所有信息化建设中，财务管理信息化建设是非常重要的组成部分，所以医院管理人员必须给予高度重视，在内部设立完善的资金监管体系，从而保证各部门间的数据及时有效传递，使医院财务管理信息化系统集成管理工作水平得到提高，为医院制定各项决策提供数据支持，这样能够进一步降低财务风险。不仅如此，医院还必须做好财务信息化建设的整体规划工作，这样能够通过提高财务管理质量来提升医院核心竞争力，使财务管理工作和医改、经济发展间有更好的契合性，促进医院财务管理工作的规范化和科学化发展。

### 3、提高财务数据的一致性

为了保证财务管理的信息化系统在日后得到更好应用，医院必须在信息化建设过程中保证其规范性和合理性。首先，必须针对医院财务管理工作的开展标准化管理。只有制定科学、高效的核算方式才能保障财务管理工作的顺利开展，医院管理工作的标准化程度才会更强。通过对数据进行深入分析，对医院业务的进步有着非常积极的作用。其次，保证科目管理的统一性，为达成核算方式统一性的目标，需要先开展科目统一化管理工作，为编制财务报表打下良好的基础。最后，财务报表的格式应当保持一致，财务报表的标准性能够提升数据汇总、统计、处理以及分析的效率，这样可以很好地提升财务信息化处理的准确性，还可以提高财务工作的效率。因此，提升医院财务核算方法、科目管理以及报表格式的一致性，能够大大增强医院财务管理信息化的管理能力。

#### 4、做好信息化系统的维护及人才培养工作

随着信息化系统的飞速进步，信息数据的来源更加多样，由之前的 LIS、PACS、HIS 等系统发展为现今的护士站、医生站等形式，数据来源产生了很大变化，这要求系统更新和维护工作水平也随之提高，只有这样才能更好地保证医院财务管理信息化建设的质量。医院在信息化管理工作中，必须要有专业人员的支持，这样才能更好地保证数据处理、分析和备份工作的质量，避免各种突发事件对财务数据的不良影响，因此，医院必须高度重视人才培养和聘用工作，只有会计专业知识丰富、计算机技术水平较高的人才才能够很好地保证财务管理信息化建设、运营和维护工作质量；重视财务工作者的技术培训工作，使操作人员能够掌握信息化系统的操作模式，更好地提升财务管理信息化工作的质量和效率。

#### 四、结 语

医院业务类型比较多，也比较复杂，开展信息化建设常常会产生各种问题。但随着社会不断发展进步，医院信息化建设也变得更加成熟，财务管理信息化将发展成为主要的管理方式，对医院财务管理工作效率和质量提高都产生很大影响。在今后的工作中，医院应采取更加有力的措施促进医院信息化建设，确保各种财务管理政策都落到实处，从而真正提升医院的核心竞争力。

[返回目录](#)

• 医药资讯 •

**药品集采成效显著：集中采购三批药 平均降价一半多**

来源：人民日报

国家组织药品集中采购走向常态化运行，让患者受益。截至目前，药品集采已开展三批，共涉及 112 个品种，平均降幅 54%，大大减轻患者费用负担；更多患者买得起药，药品的可及性大为提高；由于都是通过一致性评价质量认证的仿制药和原研药，患者用药质量也明显提高。同时，对行业生态改善、公立医院改革都有撬动作用。

第三批国家组织药品集中采购产生的中选结果将于 11 月落地实施。截至目前，国家组织药品集中采购已开展三批，共涉及 112 个品种，平均降幅 54%。

**集采顺利推进**

**药品降价保质**

上海市 69 岁的杨女士患有非小细胞肺癌，每个月定期去上海交通大学医学院附属同仁医院开药。去年 3 月 20 日之后，她常用的吉非替尼片(商品名易瑞沙)从每盒 2280 元降到 547 元，每月自付费用从 2730 元降到 630 元，这让杨女士异常惊喜。

大幅降价的易瑞沙是进口原研药，多年来价格昂贵。国家组织药品集中带量采购之后，该药价格大幅下降到全球最低，惠及大量买不起这种昂贵好药的患者。

从“4+7” 11 个城市试点，到今年 8 月 20 日第三批药品集采中

选结果出炉，国家组织药品集中采购走向常态化运行。目前，集采工作顺利推进。“4+7”试点中，25个中选药品实际采购量达约定采购量的2.4倍，中选产品采购量占同通用名采购量的78%；截至今年8月底，2019年底全国扩围试点采购进度达约定采购量的1.8倍；除湖北推迟到6月外，其他省份均按时实施第二批集采中选结果，截至8月底，采购执行进度达74%；今年8月20日产生第三批集采中选结果，与当前同种药品最低采购价相比，中选药品平均降价53%，中选结果将于11月落地实施。

减轻用药负担。三批集采共112个品种，平均降幅54%。按约定采购量测算，每年费用从659亿元下降到120亿元，节约539亿元。按报销比例60%计算，可为患者节省216亿元，为医保基金节省323亿元。其中，治疗乙肝的替诺福韦酯和恩替卡韦两种药物年治疗费用从2015年的约2万元和9000元降低至70元左右，得到世界卫生组织高度评价。

促进药品可及。近3000万例慢病乙肝患者中，规范治疗率仅11%。高血压患者约2.45亿例，血压控制率仅17%。大幅降价后，乙肝用药恩替卡韦11个试点城市销量从6800万片增加至2.07亿片，使用该药治疗的患者净增近2倍。高血压用药氨氯地平、厄贝沙坦、氯沙坦销量普遍增长1倍左右，患者用药可及性大幅提升。

提高用药质量。“4+7”试点药品落地后，通过一致性评价的仿制药快速投入临床，并迫使高价原研药降价促销，让以往有病而吃不

起药的群众用上了高质量药品。试点地区群众使用过一致性评价仿制药和原研药等高质量药品的比例从 50%提高到 90%以上，明显提高了用药质量水平。

增强保障水平。集采带动同病种药品价格全面下降，为各地探索门诊统筹、提高慢病重病报销比例腾挪出空间，有力支撑了创新药医保准入谈判工作，间接扩大用药保障范围，有力提高了保障水平。

### 创新采购机制

#### 挤出药价水分

这些成效归功于药品集中采购机制的重大创新。

带量采购，招采合一。我国主要医药企业的销售费用占营业收入比例高达 40%。在过去“量价脱钩、招采分离”采购方式下，低价中标药品由于没有所谓销售费用空间而导致“降价死”。国家组织药品集中采购的核心就是以合同形式承诺在采购周期内完成约定采购量，通过以量换价、确保使用，明确药企市场预期，使其不必再为药品进医院而做各种营销工作，降低销售费用，真正挤掉药价虚高空间。

政府组织，联盟采购。创造性地建立“政府组织、联盟采购、平台操作”的工作机制，设立政府和联采办双层架构，形成政策制定和具体操盘既紧密联系又相互独立的运行体系。各省在试点和扩围实施中形成了一套较为成熟的政策执行体系。

自主报价，公平竞争。通过制定规则、强化保障，允许符合条件的企业“自愿参与、自主报价、公平竞争”，引导企业以成本和质量

为基础开展公平竞争，持续完善以市场为主导的药品价格形成机制。同时，将通过一致性评价的仿制药纳入遴选范围，使得质量和疗效类似的药品“同台竞争”，避免了招标竞价过程中出现的“劣币驱逐良币”现象。

政策联动，形成合力。统筹安排采购、使用、医保支付、货款结算等相关改革举措，医保部门采取三大配套措施发挥医保基金杠杆作用：医保基金按不低于约定采购量的30%预付货款，鼓励直接向企业支付，促进医疗机构及时结清货款；建立医疗机构使用中选药品激励机制，对因价格下降和合理使用中选药品后节约的医保费用，按不高于50%的比例直接留用给医疗机构；基于中选价制定通用名药品医保支付标准，从而鼓励患者使用价格较低的中选产品。同时，相关部门密切协作，如卫生健康部门在中选药品优先进公立医院、培训医务人员等方面做了大量工作；药监部门积极推进仿制药一致性评价，加强中选药品监督检查，严格防范质量问题；工信、商务等部门在保障产能和配送方面提供了大力支持。

北大药学院教授史录文认为，国家组织的药品集中采购解决了原来集中采购没法带量、及时回款的问题，配套政策到位，以集采为突破口，实现“三医”联动，保障药品质量、及时供应。对患者来说，药费减少，用药质量得到提高。随着一致性评价不断扩容，将促进企业不断整合，企业有更多精力专注研发，将整体提升医药工业创新能力、发展水平。

## 改善行业生态

### 降成本促研发

部分企业在第三批集采中多个产品中选，由于采购执行度高，销售成本大幅下降，货款及时回笼，给了企业很大的信心，同时积极创新研发新产品，研发积极性大大提高。多个产品中选的某知名企业 2019 年研发投入 39 亿元，同比增长 46%，另一知名企业研发投入 37 亿元，预计 3 年内将达到 100 亿元……

降销售成本、稳市场预期、促产品研发，集中采购像一根杠杆，撬动行业变革，改变了医药行业生态。集采通过确保用量压缩企业销售费用，通过及时回款降低企业财务成本，从而在降低药价的同时确保生产企业合理利润。中标产品越多、营销转型越彻底的企业，效果越明显。重点企业数据表明，中选产品销售人员平均压缩 49%，销售费用占销售金额比例从 40% 下降到 5%—10%。两批集采落地以来，中选产品采购进度快于预期，及时回款率接近 100%，对维持企业现金流、促进复产发挥了重要作用。

销售成本下降，但产品市场份额却得到有力的保证，仿制药替代原研药效应明显。“4+7”试点中标产品销量均大幅增长，25 个产品有 20 个市场份额增幅超过 10%；试点期间，原研药销量占比从 33% 下降到 17%，联盟扩围后继续下降到 11%，过评仿制药对原研药实现有效替代。同时，集中带量采购改变了医药行业生态，推动医药企业重视研发创新。

“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。国家组织开展的药品集中带量采购让企业有了预期，明白中选就有了市场，因此考虑成本、市场、发展战略等报价，实现了充分的市场竞争。告别不合理的模式，有助于改善发展生态，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，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，医生、患者逐渐认同，促进市场优化，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。

[返回目录](#)

### 本月起湖南药店卖这些药最高只能加价 15%

来源：药店经理人

#### 这些药，药店最高只能加价 15%

10月13日，湖南省医保局发布了《关于加强对参与国家集采的医保协议零售药店管理的通知》（以下简称《通知》）。



《通知》指出，为切实做好国家组织药品集中采购和使用工作，进一步加强对参与国家集采的医保协议零售药店(以下简称‘零售药店’)的管理，根据国家医疗保障局政策要求，提出了5个方面的措施。

其中，《通知》第一项明确，“从2020年10月20日起，医保协议零售药店参与国家集采的，允许其在中选价格基础上按不超过15%加价销售。”

简单理解就是，从本月20日开始，湖南省所有参与国家集采的零售药店，销售集采中选药时，最高只能在中选价的基础上加价15%。

同时，《通知》指出，各统筹地区在零售药店医保协议管理、特门特药药店管理、医保支付标准等工作中，另有规定或协议约定的，仍按原政策执行。现阶段，不对零售药店实行基金预付、医保资金结余留用等政策。

### **限价15%，或成为共识**

从目前形势来看，零售药店参与集采已是必然。至于如何定价销售中选药，15%的加价比例，或在全国范围内达成共识。

今年9月1日开始执行的《浙江省提升药品集中采购平台功能推进医保药品支付标准全覆盖改革方案》明确，所有纳入该省药械采购平台在线交易的医保目录内药品(不含自行采购产品)，均纳入医保药品支付范围。其中，定点公立医疗机构与民营医疗机构医保药品执行相同的支付标准。定点零售药店医保药品支付标准统一按医疗机构

支付标准上浮 15%(不含国家和省谈判药品)执行,上浮额以最小包装设计最高不超过 200 元。

5 月 13 日,新疆自治区医保局发布的《关于落实自治区药品集中采购和使用试点扩围工作医保配套措施的通知》也谈到,医保定点零售药店参与此次扩围工作的,可允许其在中选价格基础上加价不超过 15%,超出支付标准的部分统筹基金不予支付由患者自付,支付标准以下部分按统筹地区政策报销。

根据《云南省零售药店实施药品集中采购公约》,参加集采单位原则上需要按照上报计划完成年度采购量,出现异常需及时报备。在价格方面,须遵法守纪,政府谈判集采品种在门店销售价格差价率上浮不得超过 15%。

### **中选药品, 严禁跨地域或跨企业串换、转卖**

此外,《通知》还强调,零售药店必须严格按照申报计划采购量时的申报主体和申报品种、数量来采购、销售中选药品。未报量的国家集采批次或某批次未报量的品种不纳入国家集采范围;除以总公司名义统一报量的零售药店,其总公司采购药品可按规定流转至所属子公司外(仅指省内子公司或下属门店),严禁零售药店跨地域或跨企业串换、转卖国家集采中选药品。

对于已参与国家集采的零售药店,必须严格按程序在省医药采购平台在线采购中选药品。未参与国家集采的零售药店,在带量采购合同期内,不再接受其参加国家集采的申请。在组织新一年度带量采购

合同签订工作时，各医保统筹地区应重新组织计划采购量填报，按照自愿原则，重点将特殊门诊协议药店纳入国家集采范围。

在带量采购合同期内，零售药店要严格按照约定采购量，中选药品生产、配送企业要切实做好零售药店的中选药品供应保障。约定采购量完成后，可仍按中选价格继续采购，中选药品生产、配送企业要在优先保障医疗机构供应的前提下，继续做好零售药店采购供应。

《通知》要求，要加强对零售药店的日常监督和考核管理，开展专项约谈、定期通报、点名批评、暂停国家集采药品采购资格等方式，规范零售药店行为，确保相关工作的顺利开展和有效落实。各统筹地区发现零售药店违规加价销售、串换、转卖集采中选药品等行为，要做好相关取证并书面报告省医保局，省局在核实有关情况后，将按规定严肃处理。

[返回目录](#)

## 吉林治理高值医用耗材 执行全国统一耗材编码

来源：赛柏蓝器械

### 全国统一耗材编码

10月13日，吉林省医保局发布《吉林省治理高值医用耗材实施方案》（下称《实施方案》），要求执行国家统一的高值医用耗材编码标准。执行国家统一的医疗器械唯一标识系统规则、医用耗材分类和编码标准。

以及落实国家医保高值医用耗材分类与编码政策。在国家平台上

开展动态维护，强化国家统一编码标准在高值医用耗材注册、采购、流通、使用、支付和监管等环节的衔接应用。

按照国家要求，严格执行并落实国家医保医用耗材目录准入管理及相关支付政策要求，及时开展医用耗材编码数据库更新维护。

在此之前，9月30日，国家药监局官网发布《国家药监局国家卫生健康委 国家医保局关于深入推进试点做好第一批实施医疗器械唯一标识工作的公告(2020年第106号)》。

要求第一批实施唯一标识的医疗器械注册人于2021年1月1日起，严格按照《医疗器械唯一标识系统规则》等有关要求开展产品赋码、数据上传和维护等工作，并对数据真实性、准确性、完整性负责。

上述公告显示，受新冠肺炎疫情影响，唯一标识试点深度尚有不足。为充分验证唯一标识制度实施的成效，经研究，决定将唯一标识系统试点时间延长至2020年12月31日。

对于试点品种，在现有试点品种的基础上，以自愿原则，鼓励企业将更多品种，特别是国家卫生健康委办公厅印发的《第一批国家高值医用耗材重点治理清单》中的产品纳入试点范围。

### **治理高值耗材的先决条件**

国务院新闻办公室消息，国家医疗保障局副局长李滔表示，统一医保医用耗材分类和代码是高值医用耗材治理的基础和先决条件。

据调查，现行的医用耗材种类繁多，数量庞大，“小、散、乱”的问题比较突出，且名称不规范，编码不统一，数据难以比对。国家

层面缺乏统一的行业标准和编码体系，增加了招标采购、医保支付、价格监测、基金监管等工作的难度。

李滔指出，统一医用耗材分类和编码对促进医保精细化管理，特别是治理高值医用耗材有着重要的基础性作用。通过统一编码和分类可以实现“三可”，即可比较、可监管、可分析。

据了解，在此之前，《中国医疗保险》杂志曾发布《医保医用耗材分类与编码标准研究》一文显示，通过“全国医疗保障信息业务标准化情况”调查各省及地级市使用医用耗材编码情况，共收集 32 个省、直辖市、自治区及 341 个统筹市的信息。

发现医用耗材医保支付编码规则使用情况比较繁杂。有 6 个省份使用 7 种不同的医用耗材编码标准，9 个省份使用 3 至 6 种不同的编码标准，只有 4 个省份编码统一，但其使用的编码标准也各不相同。

2018 年，原国家卫计委卫生发展研究中心支付制度与医学编码研究中心相关负责人等人发布《建立我国医用耗材分类编码体系的设想与思考》一文分析：

因无全国统一的医用耗材分类编码规则和指导原则，当时已有的耗材分类编码体系间各自独立、缺少衔接，且企业产品规格、型号复杂多样，计量单位和标准均由各企业自行制定，加上没有统一的医用耗材通用名，使得一物多码、一码多名的现象普遍，种类繁多的医用耗材分类编码标准现状给医用耗材的监管工作带来了极大的困难。

[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