

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2020.10.19-10.25

——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 •

▶ [健康管理：医保主导下的市场规模想象](#)（来源：村夫日记）——

第 10 页

【提要】面对全球性的老龄化和医疗开支持续高速增长，健康管理一直被各方寄予厚望，希望通过对慢病人群的持续管理，降低或减缓整体性的医疗开支增长。在商保较为发达的美国市场，健康管理的第三方服务得到了明确的支付方支持，但这类健康管理都属于较轻的模式，更多的偏向于由教练而非医生和护士来对病人进行管理。在中国市场，由于医保已经明确短期内不会对健康管理进行支付，这意味着一个院内的健康管理市场并不存在。唯一发展的路径还是类似互联网医疗一样，依赖巨大的寿险市场客户，但与在线问诊不同，健康管理本身是逆人性的，这与用户能通过问诊获取医生专业意见以及药品有着很大的不同。因此，在医保主导的中国市场，如果医保不去覆盖健康管理，寄希望于商保来推动第三方健康管理市场规模快速增长只能是一种市场想象。

▶ [不低于 60 城 医保局新推的按病种分值付费试点规模超过 DRG](#)

（来源：八点健闻）——第 14 页

【提要】日前，医保局发布《关于印发区域点数法总额预算和按病种

分值付费试点工作方案的通知》，这意味着 DRGs 即将再下一城。中国社会科学院经济研究所副所长朱恒鹏表示：“DIP 和 DRG 可以并存，但是 DRG 的技术含量和推进难度要高一些，在看得见的将来，DIP 应该比重会更高一点，这个方式比较适合于中国的国情”。基于大数据的病种 (DIP, BigDataDiagnosis- Intervention Packet) 分值付费办法，从上海起步，在广州发扬光大，此时，终于开启向全国推行的步伐。未来几年，试点的成功与否，有可能成为影响医保控费、医院激励机制和患者医疗费用高低最重要的事情之一。

▣ [五大场景下 医药行业数字化如何下沉落地](#) (来源：动脉网) ——
第 24 页

【提要】医疗健康作为关系国计民生的重要产业，数字化技术将会带来颠覆式创新，重塑整个医疗健康产业生态。在医疗健康行业的各个产业角色中，医药行业作为诊疗解决方案的提供方，其数字化转型正在从初级阶段向更加深入的方向行进。当深入到落地环节，数字化技术与医药产业之间的深度融合，将围绕加速医学研发创新、建立敏捷运营流程、保护医疗信息安全、优化从业人员体验、赋能患者及大众这五大落地场景，实现更加高效的企业运营。在医疗健康这个大概念中，医药是构建医疗健康生态的支柱，中国医药市场的规模从 2012 年的 9555 亿元增长到 2020 年的 21500 亿元，年均复合增长率达到 10.7%。医药行业必须顺势而为，契合数字化发展大势，主动求新突变，更好地为推动医疗健康产业向前发展贡献力量。

▶ [疫情后我国中医药产业发展现状及如何提高中医药附加值](#)（来源：火石创造）——第 35 页

【提要】近年来，随着人口老龄化时代的到来以及健康意识的普遍提高，在医疗健康支出逐渐从疾病治疗向健康护理转变，社会医疗保障福利提升，疾病预防及早期干预成大趋势的背景下，具有“治未病”独特优势的中医药产业迎来了巨大的发展机遇。尤其是在今年的特殊情况下，中医药发挥了重要作用，更是为其产业化发展提供了良好契机。2015 年中医药行业的市场规模为 3918 亿元，占中国医药市场的 32.1%。到 2020 年市场规模预计将达 5806 亿元，复合增长率为 8.2%。后疫情时代，应加速布局“互联网+中医药健康产业”，鼓励经典名方研究创新，加大中药保健品研发和推广，提高中医药附加值。尽管目前我国中成药行业呈现规模放缓的趋势，但随着政策的推动和市场的调整，行业未来前景可期。

▶ [创新药专利权补偿期延至五年，本土药企亟需补短板](#)（来源：医药经济报）——第 42 页

【提要】“为补偿新药上市审评审批占用的时间，对在中国获得上市许可的新药相关专利，国家专利行政部门应专利权人的请求给予专利权期限补偿，补偿期限不超过五年，新药批准上市后总有效专利权期限不超过十四年。”10 月 18 日，第十三届全国人大常委会第二十二次会议在完成了对专利法修改后，经授权发布的新《专利法》第四十二条明定了这款影响医药行业创新的关键内容。业界认为，中国创新

药在某些疾病领域相继出现从 0 到 1 的重大突破，完善相关法律法规志在保护有价值的创新，未来原创专利药获得保护期延长的加持，而创新水平不足的药品专利，即使获得了注册也无法起到护城河的作用，很有可能会被专利挑战所击退。换句话说，一场专利攻防战已然打响。

• 医院管理 •

▶ [中国医院竞争格局正在迎来巨变](#)（来源：看医界）——第 47 页

【提要】中国医疗市场将迎来一次重新洗牌的过程。大医院将被逼回医学中心角色：在分级诊疗改革的推动下，将有一大批三级医院回归医、教、研、防一体化的医学中心定位。大批城市二级医院面临改制或转型：随着分级诊疗的推进，基层用药情况将得到大幅改善，届时慢性病患者在三级医院诊断治疗后，在社区就可以拿药，谁还会去夹在中间的二级医院。医生办医潮来袭，社会办医力量大增：在国家解放医生、鼓励医生兼职创业的背景下，医生多点执业、自由执业，甚至医生办医潮正在涌来，当医生们的积极性被调动起来，大批医生集团及医生办的医院或将席卷医疗界，其势能非传统社会办医力量所能比。专家表示：中国医改的主力军——医生，将在社会资本的助力下，将中国现有医疗市场格局颠覆。

▶ [零加成后医院耗材管理优化思考](#)（来源：医管新世界）——第 51 页

【提要】新时代医疗卫生事业的全面改革，使得医疗卫生事业开始蓬

勃发展。医用耗材管理备受关注，其作为比较特殊的消耗性成本，已经开始有占据医疗费用比重加大的趋势，这样长此以往将会增加患者经济上的支付费用，因此，新医改后的医用耗材取消了加成，实现了零加成医用耗材管理，目前多省份已成功实现了应用耗材的管理，通过零加成实现了公立医疗机构的全面发展。医院实施药品耗材零加成管理后，虽然医院收入有所减少，但是从侧面也促进了医院实施内部优化管理，尤其是一些公益性医院，其要想实现可持续性发展，就必须强化内部管理机制，积极完善补偿机制和相关营运水平，从内在提升自身竞争实力，才能更好的应对医改政策。

▣ [医院如何做好成本控制，这四项措施必须考虑！](#)（来源：民营院长俱乐部）——第 57 页

【提要】当医疗政策不断的更新和推行，提倡社会积极办医，引起了 500 强企业对于医疗行业的投资狂潮，促进了医疗行业发展的同时，也使得医疗行业的竞争日益剧烈。这让多数医院倍感压力，陷入了营销乏力和发展困难的局面。为了提高医院的经济效益并打破困境，医院开展医院管理工作时，就要重视成本控制管理体系的完善了！专家认为，医院在完善成本控制管理体系过程中，需要考虑这四个方面：医院预算管理、动员各部门参与成本管理、提升医院绩效、完善成本控制管理体系，并落实对应的措施，就能提高员工的工作效率，进而提高医院的运营效率，并最大化医院资源的利用率。这还有利于改善医院的医疗质量，使病患满意度上升，进而为医院带来可观的病患量，

增强了医院的综合竞争力，让医院在面临医疗行业的各种挑战中无所畏惧。

· 医药资讯 ·

▶ [山东将中药配方颗粒纳入医保! 适用范围放宽到一级医疗机构](#) (来源: 医药经济报) ——第 60 页

【提要】10月19日，山东省医保局发布《〈关于做好中药配方颗粒医保支付工作的通知（试行）〉公开征求意见的公告》，决定将经省药监局备案同意、与国家规定的医保基金准予支付的中药饮片对应的、山东省工业和信息化厅等6部门批准的研究试点企业生产的中药配方颗粒，纳入医保基金支付范围，试行期2年。适用范围放宽到一级（含一级）以上医疗机构。值得关注的是，今年新冠肺炎疫情爆发期间，中药配方颗粒受到了广泛认可。自湖北将符合条件的中药配方颗粒纳入医保支付后，医药大省山东也将这一政策落地，为中药配方颗粒市场的打开带来想象空间。

▶ [千元级心脏支架将至 全国价格联动加快 械企需靠实力比拼](#) (来源: 新浪医药新闻) ——第 63 页

【提要】相关数据显示，2018年，我国经皮冠状动脉介入治疗（PCI）心脏支架市场规模达142.94亿元，增长率为10.49%。随着全国集采来袭，百亿心脏支架市场即将迎来大洗牌，支架价格有望从“万元时代”进入“千元时代”。日前，国家组织高值医用耗材集中采购办公室发布《国家组织冠脉支架集中带量采购文件》。此次带量采购，冠

脉支架首年意向采购总量为 107.47 万个，心脏支架的溢价高可达到出厂价的 8~9 倍，出厂价千元级的心脏支架到达患者手里已变成了 1 万至 2 万元，溢价主要集中在流通环节。专家指出，医疗器械流通端利润比较高，全国集采之后对中间流通商打击较大，对制造端企业影响相对比较小。未来全国价格一盘棋，低价联动下，不管企业参与不参与集采，药品耗材虚高价格部分都将遭受挤压。由于冠脉支架的主要市场在院内，综合考量下，不难预料冠脉支架的价格之战会更激烈。

▶ [12 片西地那非，药店或不到 29 元！大批药被限价](#)（来源：药店经理人）——第 66 页

【提要】按照湖南省《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》，“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。”除湖南省外，浙江、江苏、云南、新疆等地基本都出现了 15% 的限价规定。专家表示“随着集采批次覆盖加大，可能最终的结果是医保药品和集采药品严重重合，药店加价会逐步降低，形成与处方外流等并轨的方式。”

▶ [定了！国家医保局：付费方式改革将这样试点](#)（来源：医药经济报）——第 69 页

【提要】10 月 19 日，国家医保局发布《关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》，试点将以地级市统筹区为单位开展。对于业界关心的如何开展试点，文件给出了明确的要求：

一要实行区域总额预算管理；二是实现住院病例全覆盖；三是制定配套的结算方式；四是打造数据中心；五是加强配套监管措施；六是完善协议管理；七是加强专业技术能力建设。

-----本期内容-----

· 分析点评 ·

健康管理：医保主导下的市场规模想象

来源：村夫日记

面对全球性的老龄化和医疗开支持续高速增长，健康管理一直被各方寄予厚望，希望通过对慢病人群的持续管理，降低或减缓整体性的医疗开支增长。

从世界各国尤其是高度老龄化的发达国家来看，健康管理主要是医院的附属服务，核心目标是为了满足支付方的控费需求而不是医疗机构自身的主动需求。由于健康管理涉及从筛查、治疗到院外管理等多个环节，但支付方对相关各个环节的支付水平远低于住院和问诊，医疗机构的动力始终是不足的。

但另一方面，由于健康管理对医疗数据的连续性和医疗资源的全链条匹配有着明确的需求，属于院内向院外延伸的服务模式，院外公司要同时匹配如此众多的资源较为困难。而且，医疗服务本身就是高度区域化和分散化，附着于其上的健康管理也同时具备区域化和分散化的特性，这导致院外的独立第三方服务不得不按照重资源的模式去拓展。但能同时具备进行全国性拓展的企业基本不存在，因此，大部分健康管理公司只能在区域获得发展。

因此，在医疗机构动力不足、医院资源获取挑战大和难以全国性

扩张的前提下，独立第三方健康管理始终难以起量做出规模。

不过，这并不代表在部分国家的特殊市场条件下，健康管理仍能获得一定的发展。比如，在商保较为发达的美国市场，由于企业和保险公司将健康管理作为一种企业福利和医疗控费的手段，健康管理的第三方服务得到了明确的支付方支持，但这类健康管理都属于较轻的模式，更多的偏向于由教练而非医生和护士来对病人进行管理。因此，这一模式的核心是由企业福利主导的院外模式。

而在院内，随着支付方压力大增大，医院对健康管理的发展是不得不进行。比如，美国的杜克大学附属医院曾经在 20 世纪 90 年代推出充血性心力衰竭的健康管理项目，试点后非常成功，有效的降低了病人的住院率并提高了健康水平，但由于支付方的政策对其并没有激励，导致医院的收入出现了损失，也就没有动力继续下去。但随着价值医疗的实施，支付方加大了再入院率的考核，医院的健康管理动力被激发出来，杜克大学附属医院迅速将这一项目升级迭代，避免了自身可能遭受的数千万美元的罚款。

而在医保主导的市场，无论是日本、澳大利亚还是西欧，医保都是将健康管理服务的费用直接支付给医疗机构，从筛查、宣教、追踪和照护等全链条对病人进行支付。由于医保支付直接面向院内，这些费用无法向第三方转移。而且，医院虽然对健康管理的动力不足，但在医疗服务竞争日益激烈的市场现状下，医院有获取和留住病人的需求，这也导致他们更愿意将病人留在自己手里，而不是分给第三方。

不过，由于医疗服务守门人本身是一个较为昂贵的制度，在需要压低医疗成本的非高福利国家和地区很难全面推开。在医保主导的不同地区呈现出两个不同的发展方向，在有守门人制度的地区，院外和基层医疗机构会对病人进行共同管理，其中以基层医疗机构为主。而在没有守门人制度的地区，病人则更多的集中在大医院，即使政策对基层倾斜，病人也更愿意在大医院接受健康管理。但大医院事实上没有时间和精力同时管理如此众多的病人，这导致病人的实际参与率和医院的服务能力都被大大削弱了。

从全球市场来看，在类似美国这样的商保发达市场，健康管理分为由院内医疗机构发起的和院外由企业健康福利发起的两大市场。在前一市场，第三方主要提供信息系统和衔接服务，而在后一市场，第三方则根据企业需求提供团体健康管理服务，比如减重、慢病管理等。而在其他以医保为主要支付方的市场，健康管理主要依靠医保支付给医疗机构，而非第三方服务公司。其中原因正如上述分析提到的，所有的医保支付都明确到医生和护士在医疗机构内的具体行为，而不具备院外场景。由于医保为主的市场，商保普遍偏弱，企业健康福利市场很难做出规模，这也是为什么健康管理公司很难在医保为主导的地区做出规模的原因。

不过，即使在商保发达的市场，面向个人的健康管理市场也从未发展起来，这固然是因为个险不是发达商保市场的主力，也因为直接对个人进行健康管理的挑战巨大。在美国推出平价法案（ACA）之后，

个险曾经迎来一定的发展，但各类号称能通过健康管理来控制赔付的保险产品全部失败，最后只能依靠大规模上涨保费来覆盖亏损。

健康管理为什么只有在团体保险才能成功，其中的原因或可从已经上市的慢病管理公司 Livongo 可见一斑。当一家企业成为 Livongo 的客户，Livongo 通过客户的医疗数据进行分析，筛选出适合 Livongo 糖尿病管理项目的客户群，然后 Livongo 通过三种方式联系这一潜在客户群，包括发 email，邮寄和工作现场交流这三种方式，潜在客户群中最终加入 Livongo 糖尿病管理项目的人数就是参与 Livongo 糖尿病管理项目的会员数量。客户参与率在 2018 和 2019 年分别是 34% 和 35%。由于用户对健康管理的拒斥心理较强，使得个人付费意愿极低。这代表了健康管理的企业支付因素将是对这类商业模式起决定性作用的。

所以，正如我们在《互联网医疗：院内的流量无法衍生出院外的规模》一文中所分析的那样，企业健康福利是能推动院外第三方健康服务快速增长的唯一模式，这对互联网医疗和健康管理的原理都是一样的。在中国市场，由于医保已经明确短期内不会对健康管理进行支付，这意味着一个院内的健康管理市场并不存在。而商保市场本身较弱，主要以个险为主，无法成为真正的支付方，而团险市场过小，难以支撑起足够的规模。唯一发展的路径还是类似互联网医疗一样，依赖巨大的寿险市场客户，但与在线问诊不同，健康管理本身是逆人性的，这与用户能通过问诊获取医生专业意见以及药品有着很大的不

同。

从表面上来看，只要保险公司将这些服务涵盖在保险产品中，自然用户就得到了这些服务，既然免费的，就没有什么理由不去用。

而事实上，用户使用这些服务上也等同于耗费他们的时间，他们的需求迫切性决定了他们首先会花时间在什么样的服务上，医疗需求并非购物、饮食这样可以创造的需求，而是当下迫切产生的需求，因此对于大部分人来说，在医疗服务的获取上最多的时间用在了医生端，然后是获得检查和产品，最后才可能是非医疗资源提供的服务——保险公司提供的健康管理。只有对自身健康最有积极性的人才会主动参与疾病管理项目，而如果本身没有动力，要改变这种状况仍然是很难的（哪怕是免费，Livongo 的案例已经证明了这一点）。作为迫切性最末端的服务，用户有多少动力和迫切性去使用是极大的难点。

因此，在医保主导的中国市场，如果医保不去覆盖健康管理，寄希望于商保来推动第三方健康管理市场规模快速增长只能是一种市场想象。

[返回目录](#)

不低于 60 城 医保局新推的按病种分值付费试点规模超过 DRG

来源：八点健闻

“试点城市还没出来，不会低于 60 个”。

10 月 20 日晚上，一位医保专家和八点健闻聊起国家医保局刚发布的新政——《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方

案》（以下简称工作方案），作出如此预估。

基于大数据的病种分值付费办法，从上海起步，在广州发扬光大，此时，终于开启向全国推行的步伐。

一位接近国家医保局的人士提供的信息和上述医保专家一致，“DIP 和 DRG 试点城市不重合，分开做。我了解到的是，试点城市比 DRG（按疾病相关诊断分组）多，一个省份可能两到三个吧。”4 个月前，国家医保局版 DRG 发布，试点城市为 30 个。

今年 3 月公布的《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中，提到医保支付方式改革时，DIP 也排在 DRG 之前，并强调“为主”：

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……

“DIP 和 DRG 可以并存”，中国社会科学院经济研究所副所长朱恒鹏对八点健闻说，但是“DRG 的技术含量和推进难度要高一些，在看得见的将来，DIP 应该比重会更高一点，这个方式比较适合于中国的国情”。

《工作方案》中提出的目标是：“用 1-2 年的时间，将统筹地区医保总额预算与点数法相结合，实现住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式。……形成可借鉴、可复制、可推广的经验，为下一步在更大范围推广打好基础。”

未来几年，试点的成功与否，有可能成为影响医保控费、医院激

励机制和患者医疗费用高低最重要的事情之一。

就在上个月，国家医保局在对一份人大代表建议的回复中说：“从广州、上海等地的实践情况看，有效降低了医院管理成本，降低了医药费用支出，减轻了患者就诊负担。”

新政策酝酿已久

早在去年 10 月，国家医保局在对一份政协委员提案的回复中就说：“我局积极组织相关专家在研究分析相关地区开展按病种分值付费工作的基础上，探索基于大数据的方法，推动原来的按病种分值付费方式进一步往前发展。”

那时，首都医科大学国家医疗保障研究院刚成立不久，在国家医保局内部，研究院参照一个独立的司局级单位来管理，由局长胡静林直接分管。而此次《工作方案》中，研究院是技术指导组的组织方。

今年 3 月，能够为未来十年中国医改定调的纲领性文件《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》发布，“里面提到以按病种付费为主，为什么说的不是以按病组付费为主？比较容易看出，其实那个时候已经做了调整，现阶段要推行 DIP。”一位接近国家医保局的人士说。

今年 7 月 12 日，由国家医保局指导、国家医保研究院主办的基于大数据的病种（DIP）分值付费专家论坛在北京举行。

今年 9 月，国家医保局在对人大代表建议的回复中提到：“重点推进按病种付费，研究制定基于大数据的按病种分值付费办法”。新

政策已呼之欲出。

前天，《工作方案》终于对外公布。文件的表述上强调了“区域点数法总额预算和按病种分值付费”，这是“在原来的基础上加上了更科学的定义”，上诉医保专家说，分值一换算就变点数了。另一位专家也认为：“DIP本身就是点数法”。

另一位接近医保局的人士提出：“要注意的一个点是，这次文件里没有写DIP。因为DIP这个在中国已经很流行的称呼其实命名还不规范，之前开DIP大会，美国专家问，既然是叫基于大数据的病种分值法，为什么开头缩写不是B？这个缩写命名还需要再研究一下，所以这次发布的《工作方案》中没有直接用DIP这个英文缩写”。

按病种分值付费的模范生：广州

7月举行的DIP大会上，广州是唯一一个受邀发言的城市。在此前后，国家医保局在谈到DIP时，也都会以广州作为案例。

广州为什么会成为模范生呢？

2018年1月1日广州开始全面推广DIP，具体来说，以近三年全市定点医疗机构800余万份病案数据为基础，基于临床主要诊断编码（ICD-10 国标版）和手术操作编码（ICD-9-CM-3 广东版）的自然组合，全市病例的全样本归类为1688个相似的疾病诊断，再与不同的治疗方式组合，总计形成约12000个病种组合。

表1 DIP主目录的分级结构

序号	目录分级	构成方式	分组数量	分组应用
1	三级目录	“疾病诊断”与“治疗方式”的自然聚类,包含综合病种与核心病种。	核心病种:1.4万余组 综合病种:2499组	<ul style="list-style-type: none"> ·功能定位:支付补偿、个案监管 ·应用方向:医保支付与监管 ·应用工具:按病种分值支付、个案审计
2	二级目录	基于诊断和治疗的叠加,是对三级目录聚类。	约3000组	<ul style="list-style-type: none"> ·功能定位:资源配置,运行评价 ·应用方向:公立医院监管 ·应用工具:质量评价、绩效评价、画像系统、BI平衡等
3	一级目录	基于诊断学对疾病分类的解读,是对二级目录疾病诊断与治疗方式的聚合。	1194组	<ul style="list-style-type: none"> ·功能定位:规划设置(区域资源规划、医院学科规划等) ·应用方向:宏观调控 ·应用工具:预估模型、全面预算
4	主索引	基于解剖学和病因学建立疾病分类索引。	129组	

来源：论文《基于大数据的病种分值付费的原理与方法》

在医保总额控制的前提下，每种病种组合被赋予一定的分值（也就是点数），每家医院的总分值就是每一个病种组合的分值乘以完成数量再汇总起来，年度结算时用基金总额除以地区内所有医院的总分值得到“分值单价”，进而算出每年医保支付给当地所有医院的总费用。

此外，不同级别的医院再乘以各自的权重（2019年三级、二级、一级医疗机构的基本权重系数分别为1、0.728、0.47），以及重点学科等因素加入一定的系数，调整医院的费用趋于更合理。

相比于DRG的一口价，DIP对于疾病与治疗方式的支付价格更符合现实。例如，按以前的医保管理，胃肠类疾病病例的住院均次价格约2万。但在胃肠类疾病病例中，阑尾炎的花费只要9000元，而胃

癌的花费高达 8 万。如果一个医院收治了较多的高费用的胃肠类住院病例，就会极大地拉高均次价格，导致该院胃肠类病例的均次价格严重超标，如此则得不到医保基金相应的支付，从而导致医院亏损。因此在过往，医院在收治了高费用的病例后，就要去找一些低费用的病例来对冲均次额度，这种方式简单粗暴，一方面会出现推诿患者的现象，一方面也会导致高水准的医院大量接受低技术水平的病例，从而影响不同层级医院的合理分工。

广东省人民医院副院长袁向东说，过去医院用总额加均次这两个指标核定支付价格，但是公立医院不可能因为病例价格低而拒收患者，“比如做一个主动脉夹层手术，需要 35 万，但均次价格是 2 万 6，那科室就得收很多别的病历来平帐，因为最后是要核算到科室的。现在是按疾病难度和消耗的资源形成的分值进行医保支付，所以 35 万就是 35 万。”

DIP 推行当年，广州全市医保总额预付 127 亿元，但一年下来医院实际只发生了 116 亿元，相当于节约了 11 个亿。（详细报道见一年为广州医保节约 11 亿，大数据 DRGs 除了省钱还带来什么？）

医疗机构也收获红利。根据广州医保局的数据，2018 年职工医保获得结余的医疗机构 152 家（占比 46.34%），2019 年预计为 127 家（占比 38.72%），均远高于 2017 年的 51 家（占比 19.62%）。

同时，患者的负担却在降低。住院就医参保人群 2018 年、2019 年的人均自负比例分别下降 2.87%、1.26%。与 2018 年数据对比，共

有 3125 个病种次均费用显著下降，占全部病种的 31%，如结肠良性肿瘤：结肠活组织检查，经肠镜/结肠病损切除术，经肠镜，2018 年次均费用为 14001.96 元，2019 年次均费用为 11130.72 元，下降 20.5%。同时，药占比从 2017 年的 31.47% 降至 2019 年的 24.08%。

根据广东省另一家医院的数据，实施 DIP 之后，药品费、耗材费都在下降，而医务人员的技术劳务费在提高。

表 2 病人住院费用结构实施前后比较 [M(Q)]

费用结构分类	实施前		实施后		Z	P
	住院费用/元	占比/%	住院费用/元	占比/%		
药费	1 838.79(2 734.06)	27.53	1 617.50(2 619.54)	26.53	20.823	<0.001
技术劳务费*	992.45(2 157.45)	22.05	1 058.70(2 188.70)	23.43	6.769	<0.001
检查检验费	2 702.80(2 768.33)	29.89	2 711.20(2 757.30)	31.27	0.708	0.479
材料费	244.65(679.98)	17.48	160.03(507.59)	15.98	43.171	<0.001
其他费	49.00(267.00)	3.06	35.00(237.00)	2.78	17.535	<0.001

注：* 技术劳务费为体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格，包括诊疗、手术、护理、床位、中医等项目。

来源：论文《按病种分值付费控制住院费用及住院日的效果分析》

地区医保总额控制是怎么实现的？

广州按病种分值付费有一个总的原则：“总额控制、病种赋值、月预结算、年终清算”。

这也就是《工作方案》中提出的：

不再细化明确各医疗机构的总额控制指标，而是把项目、病种、床日等付费单元转换为一定点数，年底根据各医疗机构所提供服务的总点数以及地区医保基金支出预算指标，得出每个点的实际价值，按照各医疗机构实际点数付费。

医保经办机构按照本年度基金预算支出的总量，预拨一定周期资金（原则上为一个月），并在周期内按点数法结算。

具体来说是怎么实现的呢？

原上海市决策委员会委员许速和国家医保研究院副院长应亚珍等作者今年9月合作发表了一篇论文，《基于大数据的病种分值付费的原理与方法》，其中介绍了操作方法。

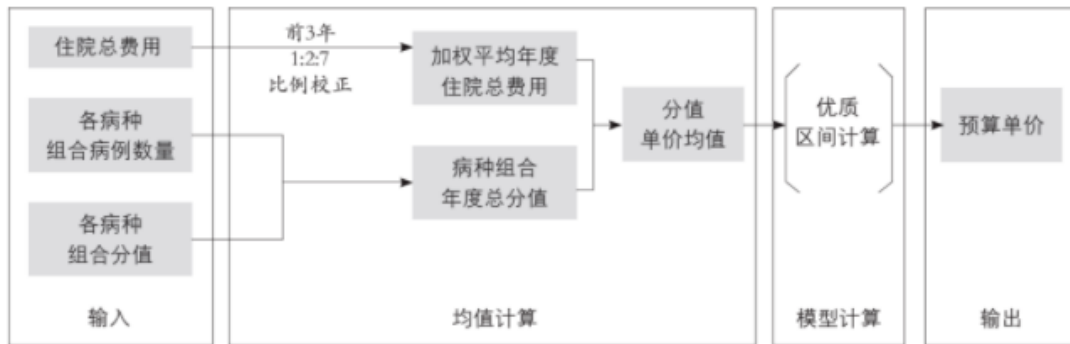


图2 DIP预算单价计算模式图

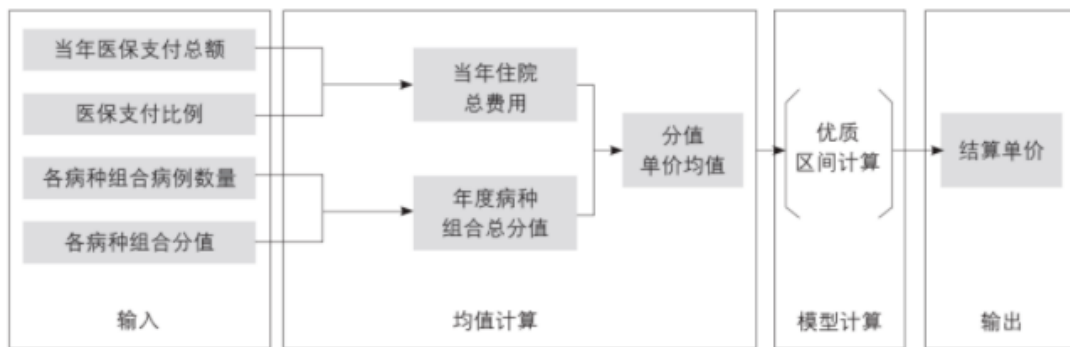


图3 DIP结算单价计算模式图

来源：论文《基于大数据的病种分值付费的原理与方法》

结合广州的具体实践，简单来说可以这么理解：每年年初基于往年数据和模型，预估一个预算，以月度为周期，按95%进行预拨付。年终或第二年年年初进行清算，用当年实际发生的年度总费用除以总点数，可以得出每个点数的单价，再乘以每个机构的点数，就是最终的结算金额。

按广州的“结余留用、合理超支分担”机制，结算金额在预算的80%-110%之间的按100%支付；在100%-110%之间的由调节金按70%进行补偿；小于80%的据实支付，超出110%的不予支付。

朱恒鹏把这一种方式比喻为高考，每一个省的招生名额是限定的，大家都努力学习，分数越高越能考上好学校（获得高点数的医院可以得到更多费用）。如果所有的医院都做得好、做得多，大家分得的就并不一定多了，因为区域的总额是限定的，当大家的点数都多时，每一个点数的单价就下降了。

但在一个区域内进行总额限制的方法，与过去针对每个医院进行总额限制的方式相比，对于医院来说，要宽松点，自由度大一点，努力的空间大一点。各医院在预算范围内由过去的“分蛋糕”转变为“抢蛋糕”。

对于患者来说，虽然整个区域医保总额限定，但去哪家医院就诊并无限定。这样的话，哪个医院做的好，哪个医院令患者满意，患者就可以去哪个医院。医院为了获得更多的支付，愿意做更多的疑难杂症、危重症，也愿意做更多的患者，因为多劳多得，优劳优得。

另一位接近国家医保局的人士则认为，对医院来说，总的费用有一个上限，可以把一些不必要的支出减少，这样结余就多，可以提高薪酬待遇。

按病种分值付费推动分级诊疗

分级诊疗是中国医改的目标之一，国家卫健委主任马晓伟曾说：“分级诊疗制度实现之日，乃是医疗体制改革成功之时。”

朱恒鹏认为，按病种分值付费有助于推动分级诊疗。“按照这个方式，希望医院根据自己的特长、比较优势、专科发展方向，能够形

成分级诊疗。比如说三级医院做疑难杂症、危急重症，专科医院做擅长的专科病种，基层医疗机构做常见病、多发病”。

同一个病种的诊疗，主要在一个医院做，其他医院因为技术原因做不了，或者成本更高，不得不放弃或者少做，那么这个病种的分值就不会摊得很薄，擅长做的医院就能以更低的成本、更高的质量、更多的数量，获得更多的支付，大家都能形成差异化竞争。

而在常见病方面，基层医院能够以成本取胜。

2019年广州设置了544个基层病种，按照固定权重系数计算，缩小基层病种在不同级别医疗机构的分值差距，引导常见病、多发病下沉到基层治疗。

比如说白内障手术，二级医院也做得很好，三级医院当然也做得很好，但是二级医院的人工成本各方面成本要低啊，所以如果分值相差不大的情况下，二级医院是合算的，甚至是赚钱的，三级医院就是不赚钱了。

目前很多三级医院也在做常见病，和二级医院同质化竞争，成本更高，按说他们会被淘汰，朱恒鹏认为，“但这就涉及到规模和人员的调整，这个改革就较难了，所以实施过程中不会那么理想，但在现行条件下应该说是一个较好的方式。”

[返回目录](#)

五大场景下 医药行业数字化如何下沉落地

来源：动脉网

医疗健康作为关系国计民生的重要产业，数字化技术将会带来颠覆式创新，重塑整个医疗健康产业生态。在医疗健康这个大概念中，医药是构建医疗健康生态的支柱，中国医药市场的规模从 2012 年的 9555 亿元增长到 2020 年的 21500 亿元，年均复合增长率达到 10.7%。医药行业必须顺势而为，契合数字化发展大势，主动求新突变，更好地为推动医疗健康产业向前发展贡献力量。

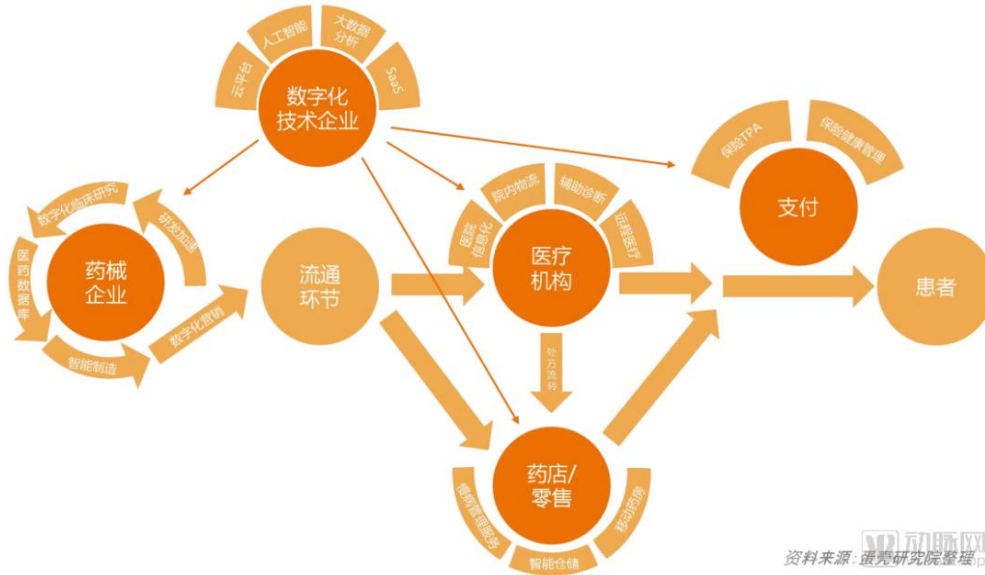
从目前医药市场发展看，医药产业数字化已经展现出了初步成效，并开始进入下一个阶段。为了更好地剖析中国医药行业数字化创新现状，探析未来创新模式，蛋壳研究院通过大量的行业专家访谈和企业调研，结合市场数据，在借鉴相关研究方法和理论的基础上，深度解析医药行业的数字化发展现状。

医疗健康行业数字化转型进入落地阶段

2019 年我国数字经济规模进一步提升。根据中国通信院发布的《中国数字经济发展白皮书(2020 年)》，2019 年我国数字经济规模达到 35.8 万亿元，占 GDP 比重为 36.2%，较上一年的 31.3 万亿元规模和 34.8% 的 GDP 占比又有了明显提升。中国的数字经济已经化为了了一股浪潮，席卷了每一个置身其中的行业。

每一次世界的技术浪潮，从未落下过医疗健康行业。医疗健康行业的数字化转型在近几年也愈演愈烈。数字化技术企业正在帮助医疗

健康行业的各个主要角色，实现全面的数字化转型。我们可以从肺癌诊疗为例，感受医疗健康行业的整体数字化发展变革。



真实世界研究正在帮助药企提高肺癌药物的有效率

提高药品的有效率是医药企业持续关注重点之一。在以往的研发手段下，提高药品的有效率只能通过调整药物结构实现，低效且复杂。以数字化技术为基础的真实世界研究，可以从大数据中挖掘有价值的生物标注物，帮助药品进一步锁定有效目标人群，从而提高药品治疗的有效率。

人工智能影像提高了肺癌诊断的精准度

医疗机构的肺癌诊断中，影像科医生发挥着至关重要的作用。经验丰富的影像科医生可以通过CT、MRI等影像学检查，精准判别患者的肺小结节，在早期筛查肺癌。但是人工阅片费时费力，影像科医生也持续短缺。如今人工智能影像识别技术已经能实现高准确率的影像判读，帮助医疗机构填补影像科医生的缺口。

互联网医疗成为患者的新就诊渠道

在疫情期间，肺癌患者不再去医院就诊购药，互联网医疗+医药电商的组合成为了肺癌患者诊疗购药的新渠道。国内的互联网医疗产业在此期间也得到了极大的发展，实现了从合法合规一直到支付环节上的一系列突破。

数字化技术辅助保险产品的设计

人工智能辅助诊断产品获批医疗器械注册证、互联网医疗实现医保支付、数字化技术助力的创新商业险产品开始进入市场，一系列的变化都昭示着医疗健康行业的数字化进程已经从概念验证阶段走向了落地阶段。

医药数字化转型下沉至五大场景



在医疗健康行业的各个产业角色中，医药行业作为诊疗解决方案

的提供方，其数字化转型正在从初级阶段向更加深入的方向行进。

近几年受整体政策环境影响，国内的医药产业的数字化转型围绕着降本增效展开。因此，当深入到落地环节，数字化技术与医药产业之间的深度融合，将围绕着五大落地场景，实现更加高效的企业运营。

数字化技术助力药品研发全流程

对于肺癌这一类发病率和死亡率都持高不下的病种而言，临床上仍然迫切的需要优质的解决方案应对患者的不同情况。虽然近几年在肺癌治疗方案上已经实现了接连的突破，比如国产的三代 EGFR-TKI 靶向药上市、多款 PD-1/PD-L1 单抗获批肺癌适应症，但是仍然无法覆盖全部的肺癌患者。

数字化技术可以帮助医药企业实现产品的全生命周期管理，从底层的数据支持，到最终的上市后药物研究，都可以看到数字化技术的身影。



医药研发行业存在着大量非结构化的数据分散于各个公开渠道中，不仅包括药品数据、临床研究数据、真实世界数据等具体切入到诊疗环节中的数据，还包括审批数据、保险数据、基因数据等更多维

度。这些散落于各处的数据，经过数据支持企业的收集、整理、加工，变成结构化的数据库，以保证人工智能技术可以正确的读取和分析，并最终产生结论。

人工智能新药研发企业将公开发表的研究成果整理成可被机器学习的知识图谱。在知识图谱的基础之上，利用人工智能技术，从大量已发表的科研成果中筛选有价值的药物分子，并进行进一步的验证、优化和预测。一方面，提高医药企业寻找高价值药物的效率，另一方面，提高药物研发后续流程中的成功率。既要增效，也能降本。

数字化的临床研究管理模式帮助原本以人力为主的临床研究，实现更高效的管理和分析。临床研究电子数据采集系统（EDC）、药物警戒系统（PV）、电子患者报告结局（ePRO）、随机性与试验供应管理系统（RTSM）等针对不同环节的组件与临床研究管理系统（CTMS）相互联通，实现从数据到人员的全面打通。

医院数字化程度的提升带来了大量的临床数据。这些临床数据在经过整理和结构化后可以被用于为药物研发阶段提供真实世界证据，用于药品上市或已上市药品的适应症拓展，或是开发药物的生物标志物以精准化目标人群。

2019年，瑞士药企诺华公司与微软签署了一项协议，研究人员将结合微软在人工智能领域的优势和诺华在生命科学领域的专长，加速新药的研发。这份为期5年的协议将在诺华设立一个“人工智能创新实验室”，并在诺华位于瑞士和都柏林的办公室，以及位于英国剑

桥的微软研究实验室，创建联合工作中心。这一计划的目的是为诺华的员工赋予研发下一代药物所需的人工智能和云计算能力。诺华计划将微软的人工智能工具应用于整个药物研发过程，包括研究、临床试验、生产、运营和财务。两家公司最初将重点放在黄斑变性的个性化治疗、应用人工智能技术开发急性淋巴细胞白血病的基因和细胞疗法，以及利用神经网络识别可能用于治疗疾病的分子三个方面。

在数字化技术切入医药行业的过程中，数字化技术与医药企业各自有自己的短板。医药企业对疾病机理和临床痛点理解深刻，但对数字化产品的开发能力相对不足；而数字化企业则精于数字化技术的应用，但是缺乏医疗领域的专业知识。

因此在现阶段的发展中有很多创新企业依托于数字化技术企业的数字化平台，为医药企业提供具有较强专业性的医药研发服务。但是随着医药行业数字化转型的不断深入，行业会逐渐行进至整合期。创新企业将会被整合进入巨头企业中，从解决方案的提供方，变成药企的专业业务部门。

数据上云关注医疗信息安全

医疗行业的数据安全一直以来都是医疗健康行业的敏感话题，对于安全性的担忧也一定程度上影响到了整个医疗健康产业的数字化进程。但是随着云技术手段的成熟和数据安全级别的持续提升，数据上云已经成为了未来医药产业发展中的必然趋势。

云计算技术的逐步完善为企业带来了沟通效率和生产力上的突

破，并且在敏捷运营、成本优化、企业合规、运营收益等多个方面体现出了自己的优势。但是另一方面，公有云服务也带来了另一问题，安全隐患。

云安全包括了很多复杂的问题，既包括保障数据不会被非法入侵，也包括保障数据、硬件和软件的完整性，以及用户与云平台之间的顺畅沟通。



资料来源：东软网络安全、蛋壳研究院整理

保障基础设施和通信的完整性是云平台的基础。云平台作为云服务的提供方，其提供的基础环境应当按照《GBT22239-2019 信息安全技术网络安全等级保护基本要求》通用要求进行建设，包括设施、硬件、资源抽象控制层等，并且按照云扩展要求部分对云平台进行安全建设。

网络加密问题、硬件和端点问题都可能导致数据被非法入侵。没有加密和强密码保护的云平台可能更容易受到外部的攻击，造成数据

泄露；或者如果云平台搭建时使用了有重大安全漏洞的设备，也可能导致数据被盗取。

因此在医药企业选择云平台时，有必要优先选择行业龙头企业提供的相关云服务，以防止安全性问题。国内外顶尖的数字化技术企业都有云平台方面的布局，并且大多在安全性上提供了全面的保障。

以微软的 Microsoft Azure 为例。Azure 提供了广泛的可配置安全选项以及对这些选项进行控制的功能，方便用户自定义安全措施来满足组织部署的独特要求，并且以高可用性、安全且灵活的网络，为跨国药企、跨境医疗等提供更具安全性的全球化网络支持。

英国药企巨头 GSK（葛兰素史克）在工作中使用了定制化个性化的安全报告解决方案 - "ZAPAPP"。解决方案中使用 Microsoft Azure、Dynamics 365 和 Power Platform 等微软数字化产品的安全解决方案。

Power Apps Canvas 应用程序用于捕获安全风险相关的数据和上下文，包括照片。Microsoft Flow 用于流程化的发送电子邮件通知。数据存储 Azure SQL 表中，并使用 Power BI 报告进行可视化。在 Ware 工厂率先部署了这款应用后，GSK 实现了安全隐患的全面快速排查，工作效率也得到了显著提升。

数字化患者管理提高患者依从性

药品的最终用户是患者。虽然患者的用药需要经过医生的诊断和处方，但是药企自身也需要对患者负责。尤其近几年在药企巨头内部越来越推崇“以患者为中心”的运营模式。阿斯利康曾在

《BMJ Journals》上发表过一篇研究性的文章，该文章在对上千位患者进行了问卷调研后，将“以患者为中心”重新定义为“在患者的开放和持续参与中始终将患者放在第一位，从而在尊重和同情的前提下为患者及其家人提供最佳体验和结果”。

在“以患者为中心”的新理念下，只是把药卖给患者显然是不行的，药企还要持续关注患者的诊疗流程、疗效、不良反应、依从性等“售后”问题。在传统的运营模式下，药企主要通过医生与患者之间产生联系。而随着互联网医疗产业的兴起，通过数字化的渠道，药企可以实现与患者之间的近距离接触，更加精准的了解患者在实际药品使用过程中的需求和结果。

虽然相关法规明令药品广告在大众媒体上对处方药进行宣传，但是，以患者为中心，为患者提供有价值的服务和患者教育却并不违规。因此虽然无法直接面向消费者宣传处方药，药企依旧可以通过患者管理的方式与患者之间产生紧密的联系。



资料来源：蛋壳研究院整理

因此在过去几年中，医药企业与互联网医疗企业（包括互联网医院、医药电商等）之间频繁合作，搭建数字化的患者管理平台。尤其在慢病管理方面，慢病患者可以在平台上对自己的病情进行长期管理，同时还可以寻医问诊和了解疾病相关的知识。而药企和医生则可以了解患者的用药品种、用药剂量、复购频次、指标变化等，并对患者的慢病管理情况进行有针对性地指导和建议。

数字化技术有效提升患者依从性。患者依从性管理是药企赋能患者中的关键环节。在传统诊疗模式下患者与医生之间的沟通交流不频繁，自我管理的过程中很容易出现依从性问题。而在互联网管理模式中，虽然患者可以实现与医生之间高频度的病况交流，但是医务人员普遍工作繁忙，可能无法对每个患者进行详细的问询沟通和解答，长此以往可能会造成患者脱失。

更加深入的数字化手段可能可以解决医疗资源的不足。比如基于人工智能的问答机器人，就可以为患者群体中的共性问题进行解答，对患者的病情进行初步的分析，并在患者有必要就诊时及时提醒患者与医生沟通，并将相关内容直接与医生同步。

比如微软推出的 MicrosoftHealthcareBot 服务使医疗保健组织能够大规模构建和部署基于 AI 的合规对话式医疗保健体验。该服务将内置的医疗智能与自然语言功能，与可扩展性工具和合规性结构相结合，使医疗健康产品的提供者（例如医院，医药企业，医疗器械企业，远程医疗等）可以让用户访问高安全性的相关医疗服务和信息。

MicrosoftHealthcareBot 可以实现人工智能驱动下的对话式医疗保健体验，赋予医疗保健组织构建和扩展智能保健助手的能力，并且保障整体流程中的安全性和合规性。

“模块化云服务搭建敏捷运营体系”、“数字化工具提升员工工作体验”等场景详见报告全文。

数字化时代医药行业的未来走向

1、医药企业与数字化原生企业融合加速

在医药企业围绕着研发、临床研究、生产管理、营销推广的综合体系完成了初步的数字化转型过程之后，药企对于数字化生产力的需求会进一步提升，从使用通用型的产品向定制化需求演进。为医药企业提供定制化服务的数字化原生企业，可能会通过并购交易活动，从数字化技术服务的提供者，转变为药企内部的职能部门，实现二者之间的互相融合。

2、云平台将成行业主流

与本地部署的 on-premise 产品相比，云平台提供的 PaaS（平台即服务）、SaaS（软件即服务）等服务类型更试合数字化转型的未来发展趋势。将办公场景假设在云平台上，医药企业不再需要规划自己的线下数据中心或网络中心，也不需要过多的精力耗费在与自己主营业务无关的数字化团队管理上。他们只需要向云端发出指令，就可以实现全方位的办公需求。

在医药领域，云平台可以为医药企业从内部流程优化、外部拓展

和医疗技术支持三个层面来提供服务。云平台降低了企业对于数字化产品的使用门槛，也降低了企业的试错成本。云平台的部署对企业的物理资源投入要求较低；订阅式的购买方式更进一步降低了企业在搭建阶段的成本投入；并且使用者可以通过 web 端随时远程访问应用，不受工作地点限制。

3、AI+大数据转化数字化成果

大数据挖掘与人工智能技术相辅相成，互相影响。人工智能技术可以从经过结构化的大数据中挖掘出新的洞见，为企业发展提供新的思路方向。

实现了初步数字化的医药企业已经开始积累自己的运营数据。这些运营数据都成为了医药企业数字化资产的一部分，为医药企业下一步的发展奠定基础。当数据积累量达到一定的阈值，医药企业将有能力从这些数据中挖掘出更多有价值的信息，实现运营数据积累-挖掘数据内涵-调整企业运营策略的内部闭环，使企业实现指数级的增长。

[返回目录](#)

疫情后我国中医药产业发展现状及如何提高中医药附加值

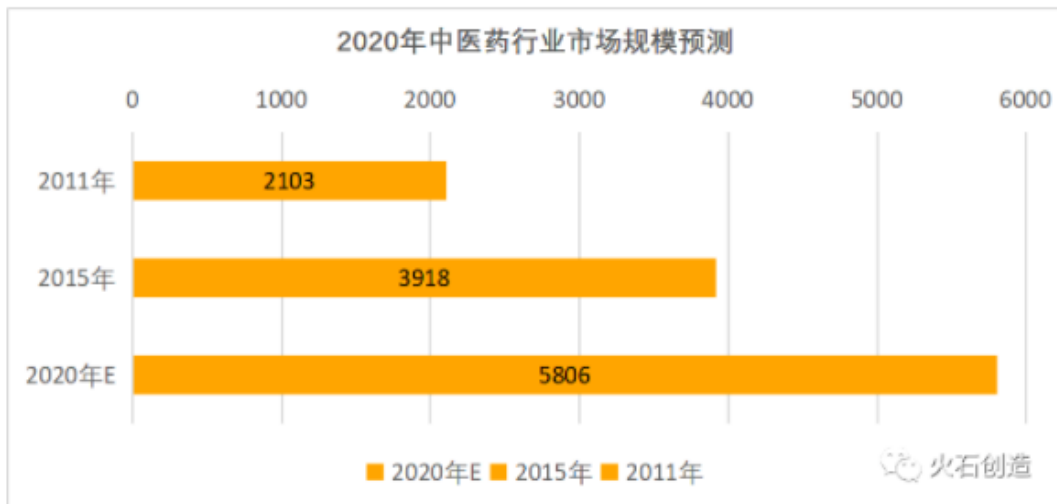
来源：火石创造

近年来，随着人口老龄化时代的到来以及健康意识的普遍提高，在医疗健康支出逐渐从疾病治疗向健康护理转变，社会医疗保障福利提升，疾病预防及早期干预成大趋势的背景下，具有“治未病”独特优势的中医药产业迎来了巨大的发展机遇。尤其在今年的特殊情况

下，中医药发挥了重要作用，更是为其产业化发展提供了良好契机。

一、我国中医药产业发展现状

中医药产业作为我国医药产业的重要组成部分，是我国最重要的民族产业之一。2015年中医药行业的市场规模为3918亿元，占中国医药市场的32.1%。2011-2015年，中医药市场规模的复合增长率为16.8%，远高于GDP的增速。2016-2020年，中医药行业仍将快速发展，到2020年市场规模预计将达5806亿元，复合增长率为8.2%。



数据来源：火石创造根据公开资料整理

二、中医药产业三大支柱

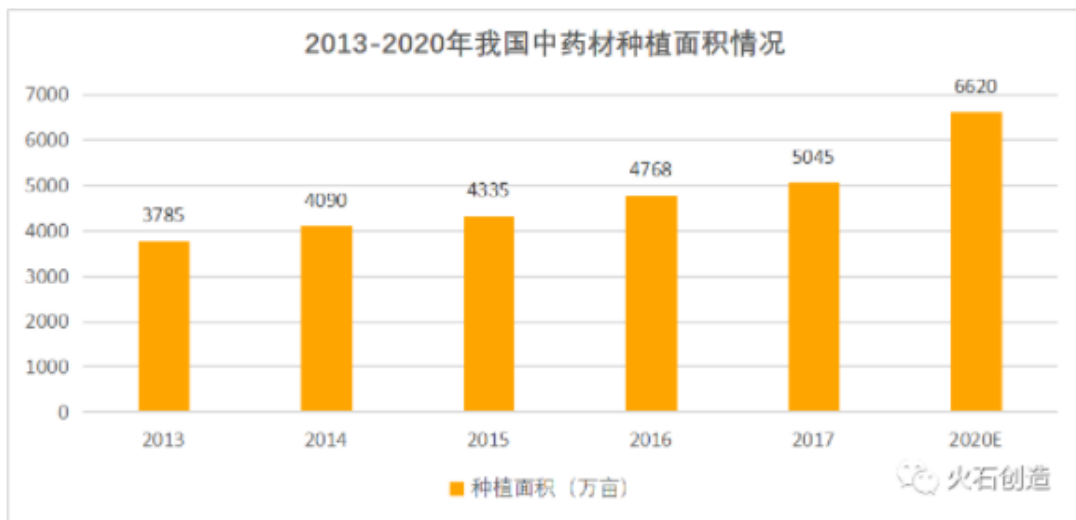
从产业链来看，中医药产业的上游是药材的种植，药材资源是中药企业的重要竞争领域，能将产业链延伸至上游、掌握名贵药材等优质药材资源的企业将成为未来的领军企业。中游主要为中药饮片厂和中成药厂，其中中药饮片的新药中药配方颗粒近年来异军突起，发展迅猛。下游则主要销往医院、药店和商超。

中医药产业包括中药材、中药饮片和中成药三大支柱产业。

1. 中药材产业

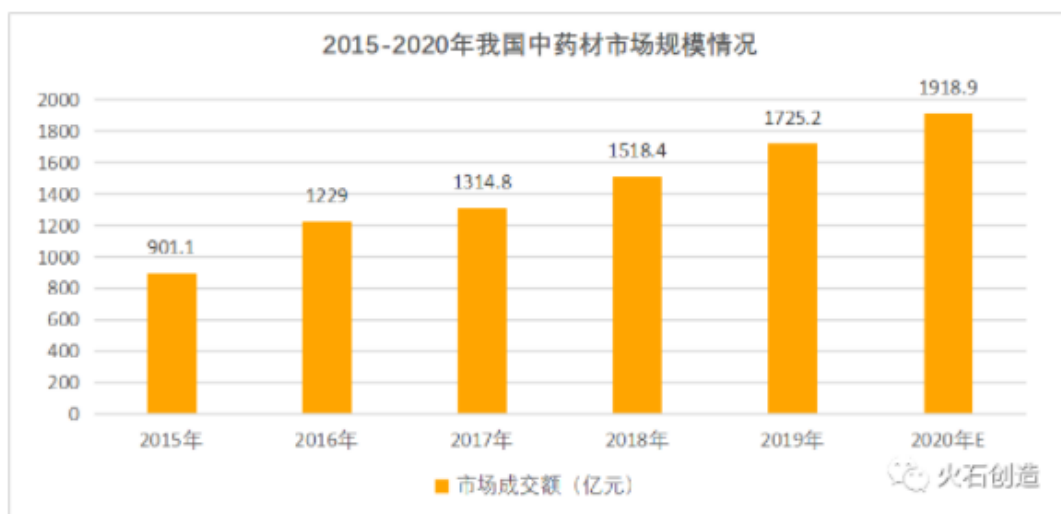
中药材种植面积不断扩大：我国中药材种植分布呈现不均衡性，从东北至西南由少增多，但常用药材的蕴藏量仍以北方居多。2016年我国中草药种植面积为4768万亩，2017年达到了5045万亩，同比增长5.81%，主要集中在吉林、辽宁、河北、宁夏、甘肃、湖北、安徽、湖南、广西、广东、云南等省市。

各地推动落实《中药材保护和发展实施方案》和《中药材产业扶贫行动计划（2017-2020年）》，中药材的种植面积进一步扩张，商务部预计到2020年我国中药材种植面积将超过6620万亩（含林地种植面积），种植品种供应量或将进一步激增。



数据来源：火石创造根据公开资料整理

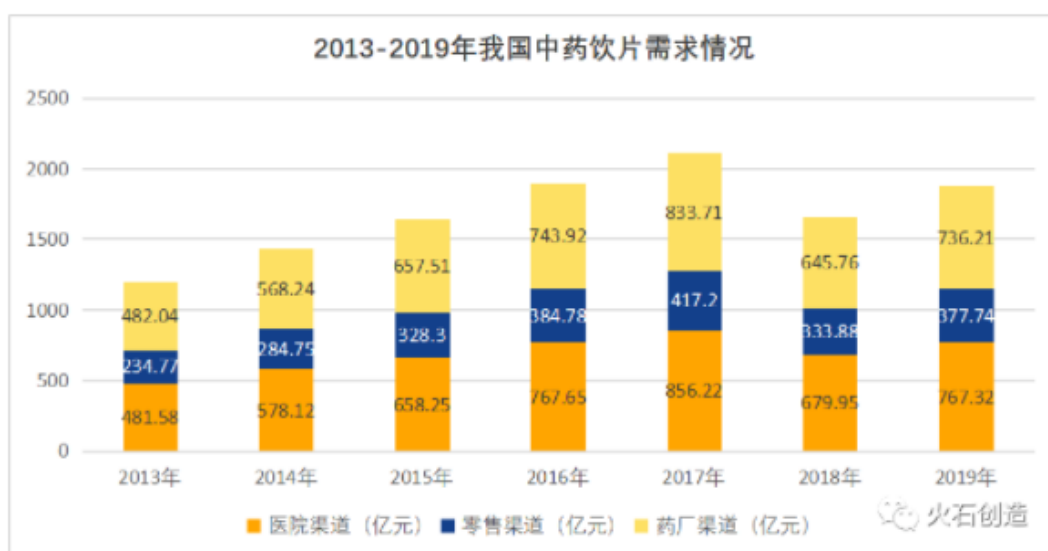
随着需求不断增长，中药材市场交易额不断攀升。2018年，我国中药材市场成交额达到1518.4亿元；2019年约为1725.2亿元；预计2020年中国中药材市场成交额将近1919亿元。



数据来源：火石创造根据公开资料整理

2. 中药饮片产业

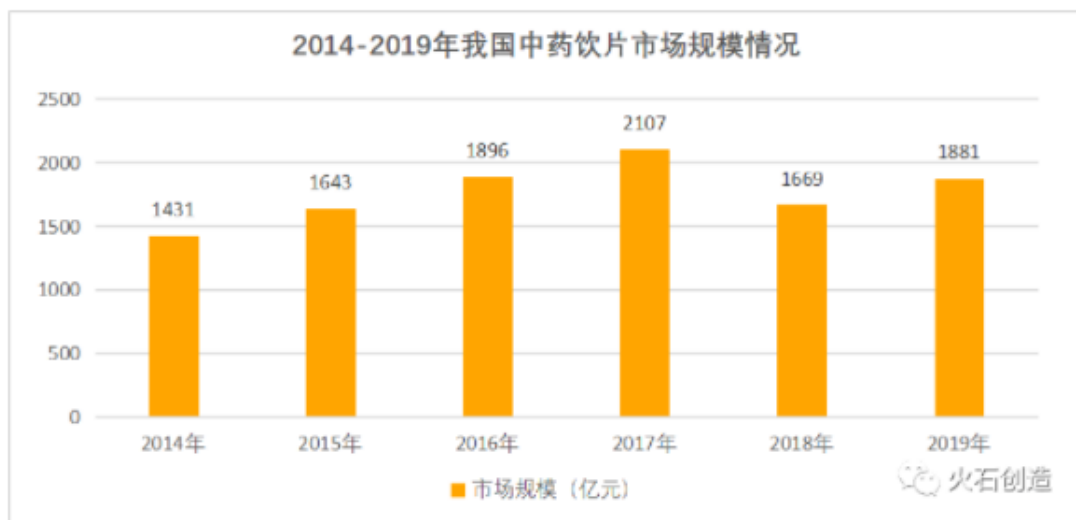
中药饮片需求增长强劲：近年来，受益于国家政策支持、居民养生保健需求和药店重视中药饮片销售，我国中药饮片市场快速增长。数据显示，2019年医院渠道规模767.32亿元，药厂渠道规模736.21亿元，二者需求占比合计达79.92%。而2019年零售渠道规模达377.24亿元，占比20.08%，增长十分强劲。



数据来源：火石创造根据公开资料整理

中药饮片市场规模持续扩容：中药饮片是中药行业的重要组成部分，近几年来保持强劲的增长势头。随着人们的健康意识的增强和对中药饮片认识的加深，中药饮片需求不断增长，发挥着越来越重要的作用。

数据显示，2011 年我国中药饮片行业市场规模约 813.68 亿元，到 2019 年增长到了 1881.27 亿元。在 2020 年的新型冠状病毒肺炎疫情中，中医药在新冠肺炎预防、治疗及康复中显现的有效性与安全性，中药饮片的市场规模有望进一步扩容。经过多年的发展，我国中药饮片行业市场化程度已比较高。行业内企业呈金字塔分布，小型企业占绝大多数，企业规模普遍偏小，行业集中度较低。



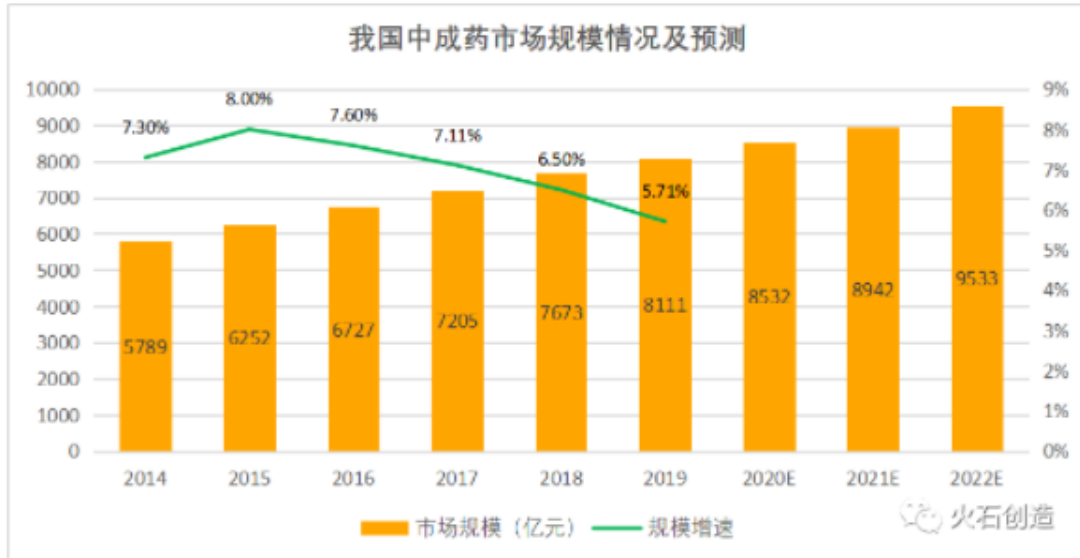
数据来源：火石创造根据公开资料整理

3. 中成药产业

中国中成药市场在 2014 年至 2019 年经历迅速增长。数据显示，中国中成药总市场规模由 2014 年的约 5789 亿元增至 2019 年的约 8111 亿元，复合年增长率约 7.0%。尽管目前我国中成药行业呈现规

模放缓的趋势，但随着政策的推动和市场的调整，行业未来前景可期。

保守估计，预计到 2023 年市场规模约 9774 亿元。



数据来源：火石创造根据公开资料整理

整体来看，我国中成药行业主要集中在中药材资源丰富的省市，如吉林、山东、江西、四川等都是全国知名的中药材产地；从发展趋势来看，这些省市的集中度不断提高，尤其是吉林省增长速度极快，而广东、天津、浙江地位有所下降。

从中成药产量来看，近年来我国中成药产量呈波动趋势。2018年，我国中成药产量为 261.9 万吨，较 2017 年同比下降 0.97%；2019 年 1-10 月，中国中成药产量为 204.7 万吨，同比增长 7.08%。

三、如何提高中医药附加值

（一）布局“互联网+中医药健康产业”

随着我国卫生与健康事业发展进入了新时期，新时代、新形势下老百姓健康需求的变化，医改攻坚带来的医疗服务格局调整，互联网、大数据、人工智能等新技术新潮流的涌现发展，必将为医疗服务提升

优化释放出巨大空间。

目前互联网+中医药领域的发展来看主要有几种模式：中药材电商、在线问诊、O2O送药、O2O推拿保健，以及通过互联网进行健康管理、中医媒体、中医教育及智能化设备等。从投资数量上看，中医O2O、在线问诊、中医连锁获投数量最多。未来随着5G的快速发展，中医药行业市场前景可观。

（二）鼓励经典名方研究创新

从神农尝百草开始，在长期临床应用过程，中药积累了丰富的临床经验，形成大量中药经典名方。自古代以来，中药经典名方一直是我国人民防病治病和抵御瘟疫流行病爆发的重要方法和手段。随着中药现代化技术进步，经典名方继续绽放风采，据不完全统计，目前上市品种有超过200个经典名方直接开发成现代制剂中药品种，仍然服务于大众健康事业。经典名方研究创新路径主要包括：

1. 经典名方中药复方制剂创新研发：2018年4月，国家中医药管理局公布《古代经典名方目录（第一批）》100首经典名方，37本古代医籍，跨越汉、唐、宋、元、明、清6个朝代，涵盖解表、泻下、和解、清热、补益等15种传统方剂功用，同时发布了《古代经典名方中药复方制剂简化注册审批管理规定》。

2. 经典名方新药研发再创新。源于经典名方的中药新药研发，充分重视中医理论、临床实践、基础研究3个维度做到“基于古方，高于古方”，并对上市经典名方开展二次开发，突破知识产权壁垒，通

过工艺技术创新、质量品质保障和上市后再评价和临床优势定位形成市场大品种。

（三）加大中药保健品研发和推广

中药保健品是指以中医理论为基础，以中草药为原料或者添加中草药提取物的方式一系列保健品。随着“健康中国”的推进，居民在收入和消费能力提升下，养生保健的意识明显增强，推动了我国对保健品的需求，中医药有“药食同源”，民间有“药补不如食补”的说法，中药保健品凭借其中医理念特色，取得了快速发展，市场规模不断扩大。在国家政策、市场需求等因素驱动下，我国中药保健品行业市场规模未来五年 CAGR 为 9%，维持稳健增长，到 2024 年达到 1493 亿元。

从中药保健品的药材成分来看，目前中国可用于中药保健品的中药材超过 200 种，其中食药两用中药 110 余种，可用于保健食品的中药 80 余种。近年来我国中药保健品专利申请数量整体呈波动趋势。从专利公开量来看，整体呈现上升趋势，截至 2019 年 5 月 30 日，专利公开量 188 项。

[返回目录](#)

创新药专利权补偿期延至五年，本土药企亟需补短板

来源：医药经济报

“为补偿新药上市审评审批占用的时间，对在中国获得上市许可的新药相关专利，国家专利行政部门应专利权人的请求给予专利权期

限补偿，补偿期限不超过五年，新药批准上市后总有效专利权期限不超过十四年。”

10月18日，第十三届全国人大常委会第二十二次会议在完成了对专利法修改后，经授权发布的新《专利法》第四十二条明确了这款影响医药行业创新的关键内容。前不久，国家药监局、国家知识产权局就《药品专利纠纷早期解决机制实施办法（试行）》征求意见。与此同时，专利强制许可制度也在大力推进。国办20号文要求“明确药品专利实施强制许可路径：具备实施强制许可条件的单位或个人可依法提出强制许可请求”。可见，国家保护真正的药物创新，推动仿制药高质量发展的立法目的日渐达成。

业界认为，中国创新药在某些疾病领域相继出现从0到1的重大突破，完善相关法律法规志在保护有价值的创新，未来原创专利药获得保护期延长的加持，而创新水平不足的药品专利，即使获得了注册也无法起到护城河的作用，很有可能会被专利挑战所击退。换句话说，一场专利攻防战已然打响。

五年补偿期意味着什么？

带量采购、一致性评价、医保控费等产业政策正在重塑整个医药市场，通过压缩仿制药市场空间，创新药迎来了分食市场的机会。若创新企业能拿出真正的 first-in-class 或 me-better 药物，相应获得的十多年上市保护销售期就是大利好。

中国医药行业最近这两年突飞猛进。去年，百济神州 BTK 抑制剂

泽布替尼在美获批上市，改写了中国抗癌药“只进不出”的历史。随后其 PD-1 替雷利珠单抗注射液获中国国家药监局的上市批准。小分子药物中，一类创新药本维莫德也是可圈可点。仅 2020 年上半年，就有 484 项新药临床首次公示。9 月份，国内 60 个新药获临床试验默示许可。随着国内创新药物品种的不断增多，技术保护成为了诸多研发主体亟待解决的问题。

而这一点国内企业过去往往较为薄弱。就新药而言，若没能及时进行专利布局，其创新成果将会大打折扣，甚至是面临毁灭性打击。

由于创新药开发周期长，需经过分子筛选、药学研究、1-3 期临床、上市申请等过程才能获批，企业在充分平衡早期申请（上市后保护期限较短）及晚期申请（技术泄露风险高）的利弊后，通常化合物专利在一期临床试验启动前提出申请。专利权生效从授权日开始计算，保护期限一般为 20 年。而药物待真正上市后，实际的保护期限只剩下 10 年左右。

为弥补审批及临床数据收集延误时间给创新药带来的损失，美国的《药品价格竞争和专利期修正案》规定可将专利药专利保护期延长 5 年。同时，又向在诉讼中成功挑战品牌药专利的仿制药授予 180 天的独占期。通过对“独占期”这一政策工具的巧妙运用，以很低的政策成本换来了对仿制药的巨大刺激。欧盟专利法也有相似的保护制度。目前，国内对保护药物创新几乎与国际同步。尽管药审改革后，新药上市周期大大缩短，但对于激烈的新药竞争来说保护期延长就意

味着市场竞争力的延长。

跨国药企就特别善于通过专利保护延长产品的生命周期。重磅降血脂药立普妥 1986 年 5 月 30 日申请的美国专利，保护了含有其通式化合物及其药学上可接受的内酯水解盐，正常到期时间为 2006 年 5 月 30 日，经过专利延长申请，保护期延长至 2009 年 9 月 24 日。其申请的后续专利则保护了阿托伐他汀及其钙盐，失效期为 2010 年 12 月 28 日。由于符合儿科用药 6 个月的市场独占期规定，专利期延长半年，实际过期日为 2011 年 6 月 28 日，在专利期内这款药取得 1250 亿美元的销售额。

我国已建立了与国际接轨的知识产权制度，企业在创新能力上有了长足的提升，知识产权保护意识也在不断增强。如 2017 年百济神州将自主研发药物专利许可给新基公司，获取 2.63 亿美元的许可费。类似这样的模式，国内很多初创企业在研发投入极大的情况下，很多都是靠着强大的自主研发能力、完备的知识产权保护和高段位的知识产权运营才孵化、成长起来的。

创新药专利布局策略是关键

事实上，中国受客观因素所致，在专利领域早已吃过不少亏。

当年，青蒿素抗疟成果卓著，可是由于当时我国尚未建立专利制度，而不得已选择以论文的形式公开，虽造福了全球疟疾患者，但这样的成果未能在专利这一块创造经济价值；我国自主开发的在白血病等肿瘤疾病治疗上效果非凡的三氧化二砷注射液因专利策略失利，致

使海外公司对这一成果在全球抢先布局，还丧失了其进一步研究和推广的先机。

反观跨国药企的发展历程，不难发现，专利布局大有文章。首先是化合物专利，而晶型专利的重要性仅次于化合物专利，是阻挡仿制药上市的第一、二道防线。

如对多晶型药物，原研药除在药品获批前申请晶型专利，还会在上市后积极开发优势晶型，申请新晶型专利。伊马替尼是具有多种晶型的，采用 β 晶型在2001年批准上市，原研药先后公开该化合物的 α 、 β 、F、G、H、I、K、 δ 、 ϵ 和非晶型形态，且阐述了 β 晶型为最稳定晶型，其他晶型在常温下，尤其在有水、醇、酮存在时易转变为 β 晶型。 β 晶型1998年7月16日申请专利，其 δ 和 ϵ 晶形2006年8月24日申请专利，而F、G、H、I和K晶形同年11月23日申请专利。通过这一专利策略，原研药在专利到期的情况下2019年仍实现了全球近13亿美元的销售规模。

面对这一巨大市场，国内企业也在专利上下功夫。石药欧意自主研发出了与 β 晶型相比更稳定的新晶型M晶型，并绕开了原研药的专利保护，且在2014年申请专利保护，这是国内产品实施专利防守反击的经典案例。今年，其甲磺酸伊马替尼片已通过一致性评价。此外还有豪森、正大天晴的国产伊马替尼在带量采购争夺战中上位。

再如，以PD-1/L1抗体为例，得到一个抗体不难，但做成一个抗体新药很难。

当年，BMS 与默沙东在 PD-1 抗体药领域发生了旷日持久的专利之争。国内 PD-1/L1 品种集合了基础研究、专利、临床开发和市场竞争等药物开发过程的元素，作为现象级创新领域，中国各大制药公司也与跨国药企在专利布局上暗地较劲。

业内人士表示，创新药延长了五年专利窗口，不知能不能对冲带量采购、医保控费的影响，但可以肯定，没有真正意义的创新药物会越来越难过。只有创新药可利用专利期延长带来利润增长。如国产创新药阿利沙坦可在众多 0.1 元的沙坦类仿制药中，卖出 6 元的溢价。

目前我国基础研究、发表论文数量基本接近于美国，但在成果转化方面还有很大空间。2018 年 3200 多家科研院所转让技术、产品等的合同额仅为 177 亿元，原创药物在临床、科研院所、药企的融合更待加强。未来生物药、改良型新药更利于出成果，因此在药品专利链接方面需攻守兼备，走差异化路线。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

中国医院竞争格局正在迎来巨变

来源：看医界

中国医疗市场将迎来一次重新洗牌的过程，那么中国医院市场竞争格局正在、以及将会发生哪些巨大变化呢？

不少业内人士表示，未来医院会有一次重新洗牌的过程。那么中

国医院市场竞争格局正在、以及将会发生哪些巨大变化呢?《看医界》为您带来独家盘点。

大医院将被逼回医学中心角色

众所周知,中国的大型公立医院啥都干,从感冒、小手术,到危急重症无所不能。

但三级医院究竟应该干啥呢?其实本来的定位很清楚,就是危急重症、科研教学等。

但现实将大医院被逼无奈,甚至饥不择食,床位越来越大,手术级别越做越低,甚至被誉为大型乡镇卫生院,将基层医疗人才和病源虹吸殆尽。

那么,在分级诊疗改革的推动下,大型公立医院将走向何方呢?业内人士坦言,现在三级医院太多,二级医院不够。我们的医疗体系应该是基层(一级医院)、临床医疗(二级医院)、医学中心(三级医院),这样一个倒金字塔型的结构。

可见,将有一大批三级医院回归医、教、研、防一体化的医学中心定位。但既然三级医院过剩,一些所谓的三级医院,在科研教学、危急重症方面并无特长,可能会被逐出医学中心的队伍,回归纯粹的临床医疗本质。其实就是要被降级了!

大批城市二级医院面临改制或转型!

哪些二级医院面临生存危机呢?实际上讲的是地级及以上城市的一些夹心层二级医院。

还有当然就是药品下沉。用一位北京市原医改官员的话说，给基层配足了药，大医院门诊可以直接少近三分之一。随着分级诊疗的推进，基层用药情况将得到大幅改善，届时慢性病患者在三级医院诊断治疗后，在社区就可以了，谁还会去夹在中间的二级医院？

一位一线城市的二级医院院长就曾对该院内科主任表示，现在应该有危机感了，很可能二级医院不再需要这么多内科医生了。

某二甲医院一位院长在接受腾讯财经采访时更是直言，现在只能熬着。

据了解，目前不少这样的夹心层医院，正在迎来改制潮。以贵阳六院为例，就是一家政府办二甲公立医院，在贵阳这样的大城市，可以说没什么发展前景可言，在没有被卖给上市公司朗玛信息前，已经是连续六年亏损，每年亏 500 万！怎么办？卖掉！交给社会资本，注入资金对医院软硬件进行升级改造。

很快，补充了“弹药”的贵阳六院就闹出了整科室挖三甲医院医生、患者的事件。可见，体制机制一改变，“病猫”秒变老虎。

然而，并不是所有的地方领导都舍得将自己的“亲儿子”卖掉，但又没有钱投入，那怎么办呢？还有一种办法就是转型。

据《看医界》获悉，从国家到地方政府，事实上近年来一直在鼓励城市二级医院转型做康复养老，但由于康复在现有医疗服务价格体系下不赚钱，不到刀架到脖子上，院长们很难下决心。

不过一些识时务的二级医院已经动起来寻求出路了。以上海市杨

浦区老年医院为例，以前是一家综合性二级医院，后因经营苦难，寻求转型康复医院，如今已经成功更名为上海市第一康复医院。其康复特色在康复资源稀缺的上海越来越抢手。

另据透露，2016年北京市就有6家二级医院转向了康复医院。可见不管是主动还是被动，大中城市一批二级医院转型康复医院已经是大势所趋。

医生办医潮来袭，社会办医力量大增！

众所周知，中国社会办医院总数量已经在2015年超过了公立医院，但也都清楚中国医疗市场的份额90%左右还在公立医院手中，无论是床位数还是诊疗人次，还是医生数量，公立医院还处于绝对垄断的地位。

但这一格局未来会被打破吗？对此业内人士表示，社会办医院占据中国医疗市场半壁江山是迟早的事，而且正在加速到来。

因为首先在经济新常态下，医疗健康产业已经被寄予国民经济重要支柱产业，正在被重点扶持，大批资本在政策持续的鼓励下纷纷进入医疗领域。

其次，在国家解放医生、鼓励医生兼职创业的背景下，医生多点执业、自由执业，甚至医生办医潮正在涌来。

据《看医界》了解，目前很多三级医院科主任级别的医生，正在合伙创办医生集团，并积极筹备建设医院、连锁诊所等。再加上一些主委级医生的带头示范效应，现在医疗界大医生越来越多地开始心

动，并正在付诸行动。

当医生们的积极性被调动起来，大批医生集团及医生办的医院或将席卷医疗界，其势能非传统社会办医力量所能比。

对此，上述业内人士直言，中国医改的主力军——医生，将在社会资本的助力下，将中国现有医疗市场格局颠覆。

[返回目录](#)

零加成后医院耗材管理优化思考

来源：医管新世界

新时代医疗卫生事业的全面改革，使得医疗卫生事业开始蓬勃发展。医用耗材管理备受关注，其作为比较特殊的消耗性成本，已经开始有占据医疗费用比重加大的趋势，这样长此以往将会增加患者经济上的支付费用，因此，新医改后的医用耗材取消了加成，减轻了患者的经济负担，促进了医疗卫生事业的全面发展。医用耗材加成成为当前公立医院改革的重要议题，及时加强对其有效的管控，并进行全过程的有效控制，能够全面提升医疗技术水平，有效的促进医院强化营运能力，在降低运营成本的同时提升医院综合效率。本文从零加成后医院耗材优化管理出发，借助有效的管控措施，积极加强医院全面预算管理和成本监控，采取必要机制，实现营运管理水平的提高。

医用耗材因为其是一种消耗性的成本，需要在一定程度上加强监控，只有对其有效的管控，并采取措施进行优化，才能全面提升医院运营水平及能力。根据我国全面深化价格机制改革的意见，国家发改

委针对未来三年价格进行了全面的改革与部署，优化医疗价格服务机制，取消了应用耗材的加成，实现了零加成医用耗材管理，目前多省份已成功实现了应用耗材的管理，通过零加成实现了公立医疗机构的全面发展。

一、零加成后医院耗材管理的背景

近年来随着医疗卫生事业的全面推进，以及新医改在我国的全面推进，医用耗材的需求量开始暴增，由于医用耗材在供应链上的相关环节层层加价，导致医用耗材价格急剧攀升，医疗机构也随意性的加成，使得医疗耗材费用加大，给患者带来了沉重的负担，同时也不利于医疗卫生水平的全面提升。新医改后，零加成的医用耗材管理形式对患者和医疗机构都是福音，其能够减少耗材药品价格的水分，促进耗材药品加成机制的取消，能够大大降低医患纠纷，降低医用耗材等设备费用，使得原有的“以药养医”、“以耗养医”退出历史，对整个医疗行业来说有着巨大的利好。

二、取消医用耗材加成对医院经营影响分析

1、耗占比偏高的部分科室收入减少较为明显

通过新医改的全面推进，在取消耗材加成的措施全面落实的背景下，大多数医院收入中减少了一些耗材的加成，取消耗材加成后使得例如 A 医院收入减少已经达到 2821 万元，从比例来看其降幅已经达到 7.48%。零加成后的医院医疗收入影响最大的就是科室，其因为消耗较多的耗材，使得其受到的影响最大，特别是一些功能性的外科和

神经内科，所占的比例都基本上达到 43%以上，故所占消耗的比例过高并受到政策影响也较大。

2、提高了医护人员劳务性收入占比

零加成实施后使得 A 医院劳务性的收入实现了近 59324.71 万元，占医疗收入比例 28.9%，特别是调价后的劳务性收入出现了 60696.71 万元的增长，占比提高到 30%，这样的趋势下进一步的降低了物耗性收费项目价格，使得一些体现劳务的人员服务价格上涨，间接地也促进了医护人员钻研技术、改善服务。

3、医院次均费用增长得到有效控制

依据对 A 医院的实地调查，通过新的政策实施后，该医院实际门诊病人次均费用 402.53 元、出院病人次均费用 18442.01 元，但通过实际的调价后逐渐降低到 399.43 元，降幅 0.8%，住院次均费用 18114.58 元，降幅 1.8%，使得医院的整体收入缩小了，大大地减轻了患者就医的困难，特别是有效地实现了预期目标。

三、零加成后医院耗材管理优化措施

1、加强供应链管理

通过新医改后，医院应建立耗材管理措施，例如建立供应链管理平台，通过现代化的互联网技术进行统一管理。如实现耗材一体可视化管理，针对医用耗材管理的趋势以及相关环节的流程，医院方应加强相关平台的建立。耗材在科室上的领取以及供应商到货后的数据入库，及最后护士登记的入库，整个环节都需要加强管理。手术室方面

更要提高耗材的配置，设立专职的库存管理员，对验收入库的高值耗材进行统一管理，配备唯一码和临时入库单，也可以通过扫码进行有效的入库管理。医院在相关高值耗材的库存管理上，应根据相关科室进行有效的耗材核对，做到统一管理，有效的进行库存核对完善相关流程才能加强管理。例如管理上可以采取自动补货，通过一些渠道捕捉医院信息，及时获取相关产品的耗材内容，通过及时自动补货进行耗材的管理，这样就需要建立一个信息管理平台，通过该平台可以及时的把握库存消耗和变动，可以大大提升医疗人员的工作效率。

例如供应链管理上可以利用智能柜，通过智能化的管理，全面识别相关品目，如供应商、效期、规格、库存数量等，通过对其有效的管理，实现自动盘点，这样能够通过相关信息及时获取补货信息，自动感知出入库信息，并实现有效的权限监控，这样智能化的管理能够大大提升效率。另外要加强智能化管理制度的全面落实，将制度落实到实处，打破原有的传统模式，积极完善库存管理，加强管理信息化水平，才能提升管理及工作效率。耗材应加强相关管理，如可以实施定点盘点，建立一些项目与核销材料的关系，对异常项目进行适时的监控和分析，实行相关目录有效的管控，通过“一物一码单品管理”原则，加大相关材料的有效管理，这样也有利于降低资金成本，实现相关耗材的有效使用。

2、耗材成本管控

医用耗材的供应链管理有效实现耗材的购买、使用的动态管理，

但是控制相关成本仍然要给予时刻关注，例如采取一品一码的管理，可以使耗材自动核销和精确核算，可以使得相关科室的费用明细细化，展示出相关科室的管理效益。规范化的收费管理流程，能够实际的反映相关耗材成本，有效的提升收费和实际之间的内容，实现精准的有效成本控制。实践中应加强相关成本监控，特别关注收入、成本消耗定额，监测库存消耗的管理水平，通过多维度的查询方式，实现耗材成本的管控。例如可以通过周期性报表反映实际消耗量，这样能够准确掌握耗材的消耗，大大的提高耗材成本的管控水平，最终实现医院运营效益的提升。

3、全面预算管理

医院要加强全面预算管理，特别是要监管科室，尤其是管控手术室和放射科，这两个科室所需要的耗材预算指标较多，因此，全面预算管理应重点关注这两个科室，例如在管理中剥离这两个科室的耗材数，经过合理地检测及预算管理，有效地预测下年度病人数制定耗材预算。管理中严格监管耗材的使用管理，做好有效地成本控制，才能为预算奠定良好地预算基础。全面预算管理要聘请专家组，对实地的记录进行考察，核查相关过程，做好相关使用管理规范，在程序上确保合法性和安全性，做到有效的必要性和规范性，才能使得预算更加的规范化。

新技术技术以及新项目的全面引入，更需要进行实地的监控管理，日常中加强相关程序的合法性和安全性，才能使得高耗材得到有

效的监控。全面预算管理要加强各项成本的有效监控，降低医用耗材的成本，减少相关消耗，提升并调整进行优化，提升运营管理质量，减少相关价格的加成，制定一些指标措施，才能看到管理的效果。实施全面预算管控，要将指标分解到各个科室和临床，积极进行绩效引导以及劳务价值的提升，通过相关政策减少风险，并积极加强各个部门的有效沟通，才能为全面预算管理做好铺垫。

4、加强耗材绩效考评

医院应通过相关政策重点监控相关耗材，并在实践中设定评价体系和监督机制，再充分考虑到医疗质量和成本的前提下，结合患者满意度，设立一些科学化的量化评价指标，通过这些指标加强耗材绩效考评。根据绩效考评结果实现相关的评价。

针对医用耗材要实施动态监控机制，通过相关数据的有效监控，实现成本消耗报表的呈现，设置相关预警机制，有效的预防相关风险。加强相关绩效考评，针对一些不合理的亏损和耗材损失，进行有效的考核和分析，只有在分析问题的基础上提升考核质量和安全性，才能真正实现库存安全性的监控。

5、注重评价与监控机制

医院应注重评价与监控机制的建立，构建评价体系，设立科学化的量化评价指标，都可以使医院实现有效的效益提升。例如绩效考核中可以设置百元耗材占比指标，对临床科室设置考核值，这样的管理能够实现效益的晋升。医院可以建立医用耗材动态监控机制，例如可

以通过成本数据实现监控，通过各个科室成本消耗对比表，时刻监控每月的数据，对超出的数据进行预警提示，实现对数据的有效监控。监控耗材的质量和安全性，需要预防意外的发生，尤其是对相关特殊库存进行特殊管理。

医院要想实现可持续性发展，就必须加强相关评价和监督机制的落实，积极加强相关部门的有效合作，例如引进相关审计考核机构，对内部管理质量耗材情况进行监控，完善内部补偿机制，强化评价与监控，才能提高自身营运水平。另外医疗服务机构和财政补助要时刻关注，通过对其的有效引入，能够提升自身竞争实力，更好的应对时代发展的变化。

四、结束语

综上所述，医院实施药品耗材零加成管理后，虽然医院收入有所减少，但是从侧面也促进了医院实施内部优化管理，尤其是一些公益性医院，其要想实现可持续性发展，就必须强化内部管理机制，积极完善补偿机制和相关营运水平，从内在提升自身竞争实力，才能更好的应对医改政策。

[返回目录](#)

医院如何做好成本控制，这四项措施必须考虑！

来源：民营院长俱乐部

当医疗政策不断的更新和推行，提倡社会积极办医，引起了 500 强企业对于医疗行业的投资狂潮，促进了医疗行业发展的同时，也使得

医疗行业的竞争日益剧烈。这让多数医院倍感压力，陷入了营销乏力和发展困难的局面。为了提高医院的经济效益并打破困境，医院开展医院管理工作时，就要重视成本控制管理体系的完善了！

梅奥国际认为，医院在完善成本控制管理体系过程中，需要考虑这四个方面：医院预算管理、动员各部门参与成本管理、提升医院绩效、完善成本控制管理体系。

一、医院预算管理

在医院预算管理上，医院应该保证医疗质量，并引入供应链管理方式，从采购、方式、供应、管理和评估的环节切入。在采购时，医院应当结合时间、消耗情况和高性价比，选择信誉、质量、物流好的供应商。期间，医院应当在响应政策下，不妨采用安全、可追根查源、参数预试等在线采购方法。医院还应当与供应商构建有效合作的模式，提高供应商的供给效率。在管理上，医院要制定医疗耗材、可追根查源等准则，并且可以将数据链接到财务、业务、HIS系统等。此外，医院还要从不同的环节了解运营管理的情况，进行科学性的评估。

二、动员各部门参与成本管理

医院的成本管理贯穿在医院各项工作开展的全过程，也波及到医院全体员工的利益，因此需要医院各员工和各部门互相配合。在成本管理中，医院应当搭建医院成本管理团队，倡导医院各部门做好成本管理工作。例如财务部门，需要负责医院成本管理，固定资产盘点和统一相关流程；人力资源部则要根据医院规模，实行岗位设置，并定

期维护人员和工资成本，最大化发挥人才的专业技能。而对于医疗工程部，就要对设备进行风险控制和监管。药品部门应当建立药品、试剂等原材料的管理，计算数量，压缩库存，降低储存成本，避免药品霉变过期等等。

三、提升医院绩效

提升医院绩效，也是成本控制的突破点。医院要提升医院绩效，需要改良医疗服务流程，对病患进行分流，进而控制病患就诊的等待时间。然后，医院还要使临床路径标准化，制定每个 DRG 的费用，在定额费用内以最少的资源治好病。除此之外，医院还应该改善医疗环境，提高医疗服务水平，进而提高了病患满意度和病患量。

四、完善成本控制管理体系

医院应当完善成本控制管理体系，在期间，医院应当从整体上考虑问题，而非仅追求成本的降低医院的成本管理。成本控制管理体系主要包括预算、控制、核算和分析。在预算上，医院要充分考虑到每个科室的发展计划和需要；而在控制上医院要针对不良因素，采取一系列预防和管制措施；然后在核算上，医院应当采用四种三级分配方法来进行分类核算，对医院和各部门计算出总成本和单位成本。而常用的医院成本分析可以从因子、比率、比较、结构、趋势和收支等角度进行分析。

综上所述，医院在完善成本控制管理体系过程中，考虑以上四个方面并落实对应的措施，就能提高员工的工作效率，进而提高医院的

运营效率，并最大化医院资源的利用率。这还有利于改善医院的医疗质量，使病患满意度上升，进而为医院带来可观的病患量，增强了医院的综合竞争力，让医院在面临医疗行业的各种挑战中无所畏惧。

[返回目录](#)

• 医药资讯 •

山东将中药配方颗粒纳入医保！适用范围放宽到一级医疗机构

来源：医药经济报



《关于做好中药配方颗粒医保支付工作的通知（试行）》公开征求意见的公告

发布日期：2020-10-19 11:11 浏览次数：94次 字号：[大 中 小]

《关于做好中药配方颗粒医保支付工作的通知（试行）》公开征求意见的公告

10月19日，山东省医保局发布《〈关于做好中药配方颗粒医保支付工作的通知（试行）〉公开征求意见的公告》（以下简称“征求意见稿”），决定将经省药监局备案同意、与国家规定的医保基金准予支付的中药饮片对应的、山东省工业和信息化厅等6部门批准的研究试点企业生产的中药配方颗粒，纳入医保基金支付范围，试行期2年。适用范围放宽到一级（含一级）以上医疗机构。

值得关注的是，今年新冠肺炎疫情爆发期间，中药配方颗粒受到

了广泛认可。自湖北将符合条件的中药配方颗粒纳入医保支付后，医药大省山东也将这一政策落地，为中药配方颗粒市场的打开带来想象空间。

使用量不得超出中药饮片的 30%

征求意见稿指出，中药配方颗粒按照医保目录“乙类药品”管理，有关医保支付规定参照国家药品目录中对应中药饮片的规定执行，各地不得自行调整。标注“□”的品种，单独使用时医保基金不予支付，且全部由这些中药配方颗粒组成的处方医保基金也不予支付。中药配方颗粒个人首先自付比例由各统筹地区根据医保基金承受能力确定。个人首先自付后，剩余的药品费用按统筹地区基本医疗保险政策执行。

同时，征求意见稿强调，中药配方颗粒作为中药饮片的补充，其处方遵循中药饮片处方管理规定。要加强对中药配方颗粒适用及价格的管理，防止价格虚高，增加群众负担。试行期间，山东省批准的研究试点企业生产的纳入医保支付的中药配方颗粒适用范围放宽到一级（含一级）以上医疗机构。同一医疗机构中药配方颗粒的使用量不得超出中药饮片的 30%。加强中药配方颗粒质量管理和临床使用的考核评价，确保使用效果，合理诊疗、合理用药。

此外，各统筹地区医保部门要将定点医疗机构使用中药配方颗粒情况纳入定点医疗机构协议管理和考核范围，完善考核评价指标，加大监督检查力度。利用医保信息监管平台加强中药配方颗粒使用监

测，准确掌握使用情况，防止药品不合理使用，避免基金不合理支出。对串换项目等套保骗保行为，要追回医保基金，依法依规严肃处理。

将符合条件的中药配方颗粒纳入医保正是不久前山东省医疗保障局联合四部门出台的《关于加强医疗保障支持中医药发展的若干措施》的落地。值得关注的是，今年以来，越来越多地区发布《促进中医药传承创新发展的实施意见》，中医药系列产品将受到更多的政策支持。

各地医保政策不一

在今年的新冠肺炎疫情防治中，中药配方颗粒被广泛运用，得到了医生、患者的认可。作为关键政策，医保支付正在向中药配方颗粒打开。今年上半年，湖北省4部门联合发布《关于将省内试点企业生产的中药配方颗粒纳入基本医疗支付范围的通知》，自7月1日起，准予已经认定的省内试点企业生产的中药配方颗粒纳入省内医保，在全省二级以上定点医疗机构使用，试行期限两年。

其实早在2009年，北京就将中药配方颗粒纳入《北京市基本医疗保险和工伤保险药品目录》的报销范围。值得关注的是，目前，各地对中药配方颗粒医保支付的政策不一。北京、浙江、云南等省市直接明确中药配方颗粒纳入医保，还有一些地区，例如深圳市将中药配方颗粒纳入中药饮片管理，按规定实现医保记账。另外，也有部分省份，例如河北、湖北、山东是将本省企业生产的中药配方颗粒纳入医保。

不过，也有一些省市，例如福建、黑龙江、广东汕头则选择对中药配方颗粒不予医保报销。2017年，福建省公布第一批医保补充目录时将其剔除基本医疗保险基金支付范围。

国际市场上，日本、韩国等地均已将中药配方颗粒纳入医保。放眼国内，在业界看来，医保政策将对中药配方颗粒的市场产生巨大影响，只有在医保加持下才能实现销售放量。由于受到一系列政策调整，今年以来中药市场出现负增长。在此大环境下，由于中药配方颗粒市场仍处于快速培育中，利好政策不断。而据国家医保局拟议生物制品和中成药集中采购座谈会上传出的消息，中药配方颗粒暂不纳入集采。目前全国范围内已有几十家企业获得了中药配方颗粒的试点生产资格。在医保政策鼓励下，未来中药配方颗粒的市场充满想象空间。

[返回目录](#)

千元级心脏支架将至 全国价格联动加快 械企需靠实力比拼

来源：新浪医药新闻

相关数据显示，2018年，我国经皮冠状动脉介入治疗（PCI）心脏支架市场规模达142.94亿元，增长率为10.49%。随着全国集采来袭，百亿心脏支架市场即将迎来大洗牌，支架价格有望从“万元时代”进入“千元时代”。

支架集采引发利润缩水，股市反响强烈

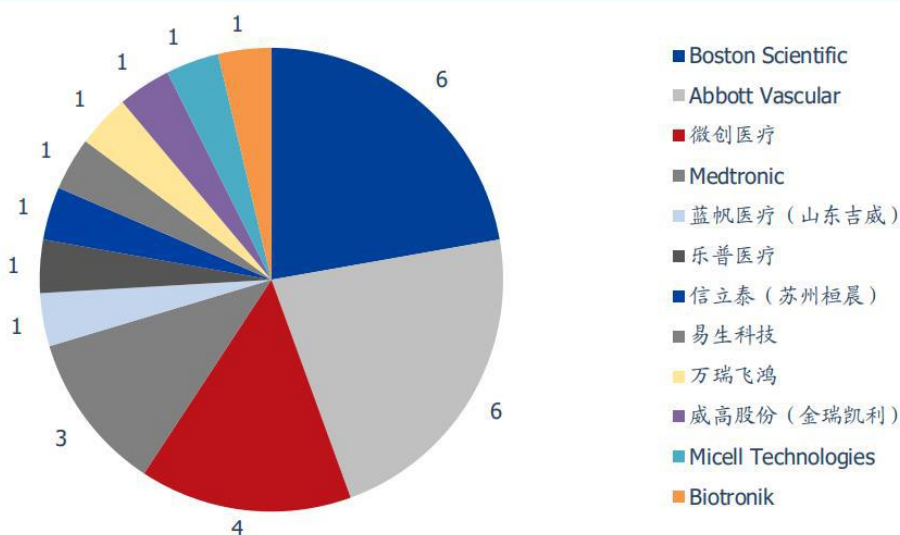
10月16日，国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布《国家组织冠脉支架集中带量采购文件》。此次带量采购，冠脉支架首年意

向采购总量为 107.47 万个，由联盟地区各医疗机构报送采购总需求的 80%累加得出。集采品种范围为冠状动脉药物洗脱支架系统，材质为钴铬合金或铂铬合金，载药种类为雷帕霉素及其衍生物，不区分其他具体产品参数。

目前国产冠脉支架价格在 0.9-1.1 万元，进口冠脉支架为 1.5-1.9 万元，此次入围产品符合“申报价 ≤ 最低产品申报价 1.8 倍”或“申报价低于 2850 元”可获得拟中选资格。这意味着最低参考价在 2850 元，从竞价规则上来看，业内预计此次集采大概率会影响现有的冠脉支架出厂价体系。

本次冠脉支架集采所上报的首年意向采购总量中共涉及 12 家企业，其中 7 家国产、5 家进口，27 个不同支架产品在列。

图表 3: 本次集采意向采购量中各企业所涉及支架品种数量



资料来源: 联合采购办公室, 国盛证券研究所

来源: 国盛证券

具体来看，微创医疗、波士顿科学、雅培、美敦力涉及的产品比较多；乐普医疗、蓝帆医疗（山东吉威）、威高股份（金瑞凯利）、

易生科技仅一个产品；信立泰（苏州桓晨）、万瑞飞鸿、Biotronik、MicellTechnologies 仅一个品种，但意向采购量小。国产三巨头微创、乐普、吉威，再加上外资波士顿科学、雅培和美敦力将构成此次集采竞价的主力军。

10月19日开盘，受冠脉支架国采消息影响，乐普医疗、微创医疗、蓝帆医疗等医械龙头企业股价应声下跌。其中微创医疗收盘大跌11.93%，乐普医疗重挫8.83%，信立泰大跌5.29%。10月20日收盘，微创医疗、乐普医疗、蓝帆医疗等股价都有小幅度回升。

价格厮杀在所难免，全国低价联动在即

此前据媒体报道，心脏支架的溢价高可达到出厂价的8~9倍，出厂价千元级的心脏支架到达患者手里已变成了1万至2万元，溢价主要集中在流通环节。分析人士指出，医疗器械流通端利润比较高，全国集采之后对中间流通商打击较大，对制造端企业影响相对比较小。

本轮冠脉支架国采将于11月5日开标，目前冠脉支架国产品种市占率70%-80%，此次冠脉支架集采之后，预计市占率比较低的国产厂家或以低价竞争进入换取份额，另外外资企业的报价也值得关注，如果外资报价低于或等于2850元参与，会对国产品牌价格造成一定的压力。

值得关注的是，近日国家医保局官网在对十三届全国人大三次会议第4696号建议的答复中提到，“目前国家医保局正在建立全国统一药耗信息库。国家医保局依托医疗保障信息平台建设了药品和医用

耗材快速集采功能模块系统（简称快采系统），印发《关于开展全国药品和医用耗材集中采购数据快速采集的通知》（医保办发〔2019〕49号）开展数据快速集采工作。当前已收集2019年全国各省、各医院药品交易价格和交易量，现正制定全国共享价格数据表，拟尽快完成后发各省，为开展价格联动工作提供数据。”

在全国版、地方版药品耗材集采密集开展之际，国家医保局也在加快制定全国药品耗材集采信息库，为开展价格联动工作做准备。另外，此次冠脉支架国采最低参考价，吻合之前江苏省支架集采试点里最低中标价。在江苏省支架集采里，多款万元支架价格降至千元，其中乐普医疗钴基合金材质的GuReater，报价2850元，降幅达64.54%。

未来全国价格一盘棋，低价联动下，不管企业参不参与集采，药品耗材虚高价格部分都将遭受挤压。由于冠脉支架的主要市场在院内，综合考量下，不难预料冠脉支架的价格之战会更激烈。

随着全国耗材编码的加快，耗材国采进程将会更容易推进，野村东方国际证券预计明后年还将完成人工晶体、关节、球囊等主要类别的集采。

[返回目录](#)

12片西地那非，药店或不到29元！大批药被限价

来源：药店经理人

12片一盒的西地那非（规格：25mg），药店售价或不到29元...

10月20日开始，集采药品被限价

按照湖南省《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》，“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。”

据了解，除湖南省外，目前在浙江、江苏、云南、新疆等地基本都出现了15%的限价规定。如不出意外，15%的加价比例或成为共识。

不过有所区别的是，在这些提出15%限价规定的地方，有的这个加价是由医保支付（浙江省可以医保支付）的，有的需要患者自付。

有行业从业人员告诉笔者，“这是想和医保药品并轨，既要保证药店利润和积极性，又要保证集采药品价格稳定。”

他表示，“随着集采批次覆盖加大，可能最终的结果是医保药品和集采药品严重重合，药店加价会逐步降低，形成与处方外流等并轨的方式。”

西地那非，单片仅2.4元

截止目前，已有三批药进入了国家集采名单：第一批有25个药，涉及阿托伐他汀钙片、氨氯地平、恩替卡韦等品种；第二批有32个药，涉及阿卡波糖、阿奇霉素、头孢拉定等品种；第三批有55个药，涉及布洛芬、枸橼酸西地那非、盐酸二甲双胍等品种。

如果按照这个比例计算，齐鲁生产的阿托伐他汀钙片（规格：10mg*14片）零售价或不到2元（该药中选价1.68元，每盒零售最高限价1.932元）；拜耳生产的阿卡波糖片（拜唐苹，规格：50mg*30片）或不到8元（该药中选价5.42元，最高限价6.233元）；齐鲁

生产的枸橼酸西地那非片（规格：25mg*6片/板*2板）或不到29元（该药中选价24.98元，最高限价28.727元）。

粗略计算，单片阿托伐他汀钙片零售价才0.138元，单片阿卡波糖片零售价才0.208元，单片西地拉非片零售价才2.394元。

虽然国家给了15%的差价空间，但是药店挣不挣这个钱又是一回事。据三湘都市报报道，在湖南，益丰大药房等首批降价的连锁药房，目前暂不计划加价15%。

也就是说，虽然湖南省给了零售药店15%的差价空间，但企业并不看中，愿意让更多患者享受到国家集中采购政策福利以及购药的便利。

此外，在几个月前，就有消息传出，国家集采品种覆盖将按照采购金额排序，覆盖前80%的品种，遴选出500个品种。也就是说，除了以上100多个药外，还会有几百个药被限价。

加价15%，对药店是利好

“很多人觉得加价15%上限太苛刻，我到不这么认为。”前面那位从业人员还表示，“集采药品本来以医疗渠道为主，药店本身对其没有多大话语权。过去慢病类商品大家都拿来引流，很多商品都是零毛利甚至负毛利相互竞争，现在统一了利润空间，反而说不好干。”

“其实无论是患者，还是医保支付，都给药店留下了足够空间。”他强调，“主要是这类商品本身不是药店的重点商品。除了个别商品，对药店来说是利好而不是利空，你不能拿着正常商品的利润来看带量

采购商品。”

在他看来，这本来是件好事。药价下降了，引流效果更好，还有15%的毛利，药店自己采购引流商品都做不到。

“过去拜唐苹之类都是零毛利负毛利引流，现在反而毛利上涨了。广东的拜唐苹之前也是这种打法，只是在别的商品上通过商品配置拉升了整体毛利率。”他谈到，“带量采购商品并没有动到整体药店商品配置，从一定程度是提高了引流商品毛利。”

医保药品，或也被限价

还有一点需要注意的是，按照浙江省文件，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，上浮额以最小包装计最高不超过200元。

简单的理解就是，在浙江省，不仅带量采购药品会被限价，医保药品也会被限价。

[返回目录](#)

定了！国家医保局：付费方式改革将这样试点

来源：医药经济报

10月19日，国家医保局发布《关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》。根据文件要求，试点将以地级市统筹区为单位开展。用1-2年的时间，将统筹地区医保总额预算

与点数法相结合，实现住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式。



哪些城市可参与试点？这份文件明确指出，以地级市统筹区为单位，应符合：有较强的参与基于大数据的病种分值付费方式改革意愿或已开展病种分值付费工作的，对辖区内医疗机构全覆盖；医保部门有能力承担国家试点任务，牵头制定本地配套政策，并统筹推进试点；试点城市已做实基本医保市级统筹，近年来收支基本平衡；医保经办机构具备较强的组织能力和管理服务能力，具备使用疾病诊断和手术操作、药品、医用耗材、医疗服务项目、医保结算清单等全国统一的医保信息业务编码的基础条件均在试点范围内。

七大举措环环相扣

对于业界关心的如何开展试点，文件给出了明确的要求。

一要实行区域总额预算管理。需要提醒业界关注的是，今后将不

再细化明确各医疗机构的总额控制指标，而是把项目、病种、床日等付费单元转换为一定点数，年底根据各医疗机构所提供服务的总点数以及地区医保基金支出预算指标，得出每个点的实际价值，按照各医疗机构实际点数付费。有点像过去“计工分”的感觉。

二是实现住院病例全覆盖。国家层面统一确定病种分值目录库、核心与综合病种的划分标准等。试点城市根据本地数据，按照统一病种组合规则，形成各自城市的病种分值目录核心病种与综合病种库。具体做法就是，试点城市按照本地区前3年数据进行全样本数据病例平均医疗费用测算，确定核心病种的分值。

三是制定配套的结算方式。根据按病种分值付费的特点，完善相应的医保经办规程和协议管理流程。医保经办机构按照本年度基金预算支出的总量，预拨一定周期资金（原则上为一个月），并在周期内按点数法结算。需要重视的是，试行分值浮动机制，引入医疗机构等级系数，区分不同级别医疗机构分值，并动态调整。对适合基层医疗机构诊治且基层具备诊治能力的病种，制定的病种分值标准在不同等级医疗机构应保持一致。

四是打造数据中心。在具备使用全国统一的相关医保信息业务编码的基础上，开展医保结算清单、医保费用明细表等的质量控制工作。开展医保信息系统数据库动态维护、编码映射和有关接口改造等工作，为医保支付方式改革和医保管理精细化打下基础。

五是加强配套监管措施。实行基于大数据的监管。加强基于病种

的量化评估，促进地区医疗服务透明化，避免高套编码、冲点数等行
为。

六是完善协议管理。对总额预算、数据报送、分组、结算等予以
具体规定，明确医疗机构、经办机构等权责关系，落实有关标准、制
度。

七是加强专业技术能力建设。形成以保证质量、控制成本、规范
诊疗、提高医务人员积极性为核心的按病种分值付费和绩效管理体
系。探索将门诊按人头、按项目，紧密型医共体总额付费转化为点数，
并与住院服务点数形成可比关系，实现全区域点数法总额预算。

分步实施，2021 年底前全部实际付费

记者注意到，这份文件旨在逐步建立以病种为基本单元，以结果
为导向的医疗服务付费体系，尤其需要注意的是，国家在加强基于病
种的量化评估，使医疗行为可量化。2020 年 10 月底前，国家医保局
将评估并确定试点城市名单。

按照文件安排，2020 年 10-11 月，各试点城市报送历史数据，
由国家医保局统一组织使用试点城市数据形成本地化的病种分组。开
展国家试点技术规范培训，指导试点城市掌握病种组合、分值付费的
基本原理和方法，完善病种分值付费国家试点的配套文件。结合全国
医保信息平台建设，按照最新技术标准规范和统一医保信息业务编码
标准，由各试点城市完善与试点医疗机构的信息接口改造，实时采集
所需数据。自 2021 年 3 月起，具备条件的地区备案后将先行启动实

际付费；2021 年年底前，全部试点地区进入实际付费阶段。

去年，国家医保局公布了 30 个 DRG 付费国家试点城市名单。而此次文件所涉及的按病种分值付费，被认为是脱胎于 DRGs、但管理更为简单、更适合我国大部分地区国情的支付方式。

眼看，付费改革已定出时间表，业内人士认为，医院加强运营绩效管理时不我待。虽说病种分值付费有利于医院之间相互监督，降低参保人员医疗费用负担，但仍然是任重道远，如何考虑同病同质同价，那么机构系数的设定就要与医疗服务能力相关联。另外，病种分数会不会出现挑肥拣瘦的推诿现象，因而病种点数应考虑引导降低。其三，病种分值设置的科学合理性，也是一大难题。总结 DRG 付费试点城市的经验，仍面临五大难点：一是对信息化建设要求严，谁为此买单？二是对专家依赖大。这是一项覆盖面广的工作，协调成本大；三是对病案首页质量要求高，这是 DRG 分组的基础，医院级别越低越难以保证质量。四是对成本数据验证难，五是对医保人员要求高，这些问题都是亟待解决的现实难题。

未来药品上量纳入病种分组是前提

10 月开始，武汉市 77 家 DRG 付费试点医疗机构将按病组“打包”支付进行清算，目前已确定 651 个 DRG 组。北京、天津、上海、佛山、昆明等 30 个城市作为 DRG 付费国家试点城市开始陆续进入模拟运行阶段。“未来疾病治疗更垂直，转型价值驱动的医学营销已势不可挡。”业内专家此前告诉记者，企业在医院的市场营销对象和方式都在改

变。促进医院合理用药，就是要通过学术临床数据影响临床医生。从这个角度讲，药企产品进入医保并非进了“保险箱”，真正要上量药品纳入相关疾病组是前提。

以深圳医联体为例，南山区医疗集团总部及集团成员单位，收录了集团所有成员单位药品目录，将社康中心药品由原来的 460 种增至 2000 余种，这种区域微循环用药结构慢慢融合。而以“总院制”管理闻名的三明市，2019 年包干总额 25.68 亿元，包干结余 2.81 亿元，结余占比 10.98%。这种总医院总额包干模式相当于总医院和医保部门共同承担医保监督责任，2019 年按 C-DRG 结算的占 74.77%。一个改变正在初见雏形，医院端科室与医保已逐步融合，医院用药就会逐渐向产品驱动模式转变。

[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