

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2020.10.26-11.01

——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 ·

▶ [盘点全国医用耗材带量采购“进度条”](#) (来源：医械汇) ——第 11 页

【提要】2020 年的耗材集采呈现铺天盖地、快速燎原之势。各省集采则呈现联盟化、加速化、由少变多的趋势。省级和地市权责明晰，省级层面的探索主要以高值耗材为主，人工晶体、冠脉球囊、冠脉支架等高值耗材成高频试点品种。而市级则以低值耗材为主。据不完全统计，截止到目前，全国共计完成 11 次省级和 4 次省级联盟的高值耗材带量采购。随着耗材国采的启动，带量采购探索步伐的加快，全国性的带量采购必然还会涉及更多“国产化程度较高，产品差异度不大，有带量采购基础”的品种，未来更大范围、更多品种集采是大势所趋。国采的展开，一轮更残酷的洗牌已经是板上定钉，经销商更是首当其冲，要想在惨烈竞争中活下来，必须要重新思考自己的定位与发展方向。

▶ ["先看病后付费"与其叫医疗卫生政策不如叫医院、商保市场策略](#) (来源：新浪医药新闻) ——第 15 页

【提要】受新冠肺炎疫情影响，医疗行业整体收入下降，公立医院与民营医院、二级以上公立医院与基层医院的竞争态势更趋激烈。“先

看病后付费”这一制度模式始于济宁市兖州中医院，而这一模式创立的初衷并无“公益”因素，而是这家医院为了摆脱经营困境采取的市场营销措施。自 2011 年下半年以来，河北、河南、山东等多地先后推行了“先看病后付费”制度试点，绝大多数是县级以下及县级的基层医院，而鲜见有大中城市的医院推行这项公共政策。“先看病后付费”必然不是免费医疗。但是，后付费或过程分段后付费的表现形式，有助于拉动医疗卫生机构之间的服务竞争、意识更新，有助于在现阶段国情条件下探索医疗、医保支付的收付费改革，有助于从多层次医疗保障走向高能效社会大健康生态。

[▶ ICU 床位数四年增幅达 16.4% 重症医学将迎来信息化大发展？](#)

（来源：动脉网）——第 20 页

【提要】每当遇到重大公共卫生事件时，重症医学科便会引起社会的广泛关注和重视。我国的重症医学起步于上个世纪八十年代初，经过 30 多年的艰辛历程，重症医学在危重病患者救治过程中的重要作用得到了广泛认可。但重症医学信息化才刚刚起步，目前仍处于探索和完善中。尽管如此，重症医学信息化仍在本次抗击新冠肺炎疫情中起到了巨大的作用。根据国家卫健委《2019 年国家医疗服务和医疗质量安全报告》的数据显示，重症医学科床位占医院床位的比例从 2014 年的 1.9%，上升到 2018 年的 2.2%，增幅 16.4%。随着床位的大幅增长，相应的医疗设备和医疗信息化也将会保持高速增长。专家表示，重症医学信息化未来 3-5 年大概向三个方向发展：信息系统前端对

ICU 相关设备及相关 IT 系统的深度集成；信息系统后端对重症临床数据平台的建设，形成重症临床数据集及专病库、专病知识库，为重症临床中的治疗域提供基础支撑；信息化厂商对医疗健康行业的生态协同。

▶ [DIP 点数法对商业健康险的挑战](#)（来源：村夫日记）——第 29 页

【提要】随着 DIP 模式的试点，在 DRG 模式之外，以点数法和新的病种分类方法来推动医保支付制度改革成为一种新的路径。随着医保支付规则的改变，对于基于医保之上来开发的商业医疗险，用户需求和由此导致的理赔需求将改变市场的趋势。不过，点数法带给商业健康险的影响与 DRG 会略有不同。虽然不管是哪种模式，核心是推动医疗服务价格的透明化，但点数法非常细化、无法在事先得知当年的点值，并将推动服务量持续扩大，导致商保在对住院费用进行评估和计算的时候面临了很大的不确定性。这带来了三大挑战：无法确切知道当年的医疗服务单价、赔付向三级医院集中和赔付件数可能在短期内快速上升。因此，随着点数法的推行，以住院保险为核心的类似百万医疗险这样的产品未来将如何应对是极大的考验。

▶ [分级管理落地，过半药店面临淘汰？四大生存出路！](#)（来源：医药经济报）——第 33 页

【提要】近日，商务部对外发布《全国零售药店分类分级管理指导意见（征求意见稿）》，征求意见截止时间为 12 月 6 日。这意味着，零售药店即将开启新的大变局。按照征求意见稿的目标，到 2020 年，

全国大部分省市零售药店分类分级管理制度基本建立；到 2025 年，在全国范围内统一的零售药店分类分级管理法规政策体系基本建立。推行分级管理，可以抬高行业门槛、逼迫药店升级，也将淘汰部分不合格的药店。在此背景下，药店经营者应该提升软硬件，至少按照二类药店要求升级老药店和布局新药店；精细化经营，通过商品分类、提高服务能力等方法，做出特色药房；取得慢病医保定点药店资格，成为国家集采品种定点药店，确保客流量；积极布局医院周边药房和互联网医疗线下药房，分食处方外流“蛋糕”。

• 药企资讯 •

▶ [中国新药许可交易数量激增 创新药企“十字路口”何去何从？](#)（来源：E 药经理人）——第 36 页

【提要】中国生物制药行业在 2019 年创下了全球生命科学领域的投资交易纪录之后，在 2020 年又相对平安无事地度过了新冠肺炎疫情的侵袭。来自 GBI 的数据显示，今年 1-8 月全球生物医药行业共签署了 287 笔交易，总规模为 123.5 亿美元，有望创下年度新高。今年的许可交易潮流反映出许多生物技术公司在越来越拥挤的赛道上所面临的压力。专家认为，在中国创新药物的生命周期面临着比 10 年前更为激烈的挑战，这要归功于每年医保目录调整过程中，因药价谈判而产生的价格断崖式下降。生物科技公司想要真正实现商业化，需要一整套不同能力的组合，这并不是是一件容易的事。因为建立一个商业平台的成本非常高，而且这也不是生物技术公司发展的核心竞争力。

未来中国生物技术公司可以自身专注于创新产品的研究，然后通过寻求合作伙伴的方式来实现产品的商业化。

▣ [区域点数法总额预算+按病种分值付费等对药企影响几何？](#)（来源：药智网）——第 45 页

【提要】日前，国家医保局印发《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》，方案提出：“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；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；试点范围以地级市统筹区为单位，对辖区内医疗机构全覆盖；实行基于大数据的监管；加强重点病种监测，确保医疗质量。”乍一看，都没有直接涉及药企。仔细推敲，每一条都有深远的用意。区域点数法覆盖总额预算、覆盖所有医疗机构，也可能覆盖几乎所有疾病种类、医保支付方式。这意味着，不仅是医生根据患者个体条件给出的处方是否经济，也倒逼相关企业、产品反思如何定价、调价，主动适应爱比价的冲动。“区域点数法总额预算+按病种分值付费+大数据监管”已有丰富的国际比较经验，从国家层级推动各省、城市启动试点，开弓没有回头箭，只会“千里之行，始于足下”。

• 医院管理 •

▣ [医院药品采购管理内部控制中存在的问题及对策分析](#)（来源：医管新世界）——第 49 页

【提要】采购流程不仅影响一个企业的经营和决策，还可能决定企业

的发展前景。由于现今社会市场发展逐渐趋于规律性，整个医药行业的产业结构也日趋稳定，同时，拓展信息技术交流渠道，为优化医药采购模式提供了新的可能性，但由于医药采购的特殊性，使其在采购管理中成本核算控制管理体系不完善、药品采购与临床使用存在矛盾、无法充分发挥内部审计部门的监管评价功效、缺失风险管理机制、信息化水平不高等问题。因此，医院应合理规范药品采购流程、加强药剂科和临床科之间的沟通与交流、验收检查采购药品、建立健全药品委员会和内部审计部门、加大付款控制力度，规范付款程序，才能顺利开展内部控制工作，提高采购管理水平。

▣ [最新：互联网医院已达 900 个，5500 多家医院可以提供线上服务](#)

（来源：医药云端工作室）——第 55 页

【提要】10 月 28 日，国新办就“十三五”卫生健康改革发展有关情况举行发布会，会上传来消息，目前全国已经有 900 家互联网医院，远程医疗协作网覆盖所有的地级市 2.4 万余家医疗机构，5500 多家二级以上医院可以提供线上服务。在缓解看病贵方面，专家表示，国家卫计委着力以降低药价为突破口，实施三医联动，推进国家组织药品集中采购和使用，着力降低虚高的药价。此外，“十三五”期间，全面推开公立医院综合改革。全部取消药品和耗材加成，破除以药补医的机制，开展现代医院管理试点，全面推进以质量为核心，公益为导向的绩效考核。健全全民医保制度。建立统一的城乡居民医保和大病保险制度。人均财政补助标准逐年提高，完善多元复合式支付方式，

建立完善医疗救治制度，积极发展商业健康保险。

▶ [移动医疗与互联网相结合初探](#)（来源：健康界）——第 57 页

【提要】在疫情的推动下，医疗行业实现突破性进展，医疗健康类 APP 在线问诊量呈爆发性增长。同时，政府也不断加码，打通医保、支付等互联网+医疗的关键环节，助力线上医疗在疫情期间发挥作用。社区医疗机构做为基层医疗机构，承担着大量医疗健康管理服务，今后实现分级诊疗，双向转诊。而移动医疗是把医疗部分检查、检测设备放到车上，再结合互联网医院模式，配备标准化电子病历、远程会诊系统、云诊断、5G 传输系统等。打破固定场所诊疗模式，依然是依托实体医疗机构开展，保证医疗质量及行业监管。未来可开展基层慢病管理、专病管理流动化服务，以移动医疗车为载体，结合互联网医院模式，“在线预约、定点下来”，实现一出家门就能诊疗模式。

• 医药资讯 •

▶ [北京医疗机构 2025 年将实现医务社工全覆盖](#)（来源：中国新闻网）——第 60 页

【提要】北京市卫生健康委员会联合北京市委社会工委市民政局等部门，于近日印发了《关于发展医务社会工作的实施意见》，明确了医务社会工作的服务内容、岗位设置、人才来源、专业人才的晋升渠道、专业人才培养方向以及其发展的保障机制等重点内容。《意见》提出，2020 年，北京市将在部分综合性医院和儿科、精神卫生、肿瘤、康复等专科医院以及社区卫生服务中心试点开展医务社会工作；到 2022

年，逐步在全市医疗卫生机构推进医务社会工作，医疗机构设立医务社会工作岗位，鼓励有条件的医疗机构设立医务社会工作部门，配备专职医务社会工作者。到 2025 年，实现全市医疗机构医务社会工作全覆盖。公共卫生机构探索开展医务社会工作，形成可推广模式。

▣ [抗肿瘤药物被纳入医院合理用药考核范畴](#)（来源：医药经济报）

——第 63 页

【提要】10 月 26 日，重庆市卫健委官网挂出对《重庆市医疗机构合理用药考核工作方案（征求意见稿）》公开征求意见的通知，其中对二级以上医疗机构（含妇幼保健院及专科疾病防治机构）的合理用药考核制定了细致评分考核内容。与过去的合理用药文件相比，征求意见稿除了对抗菌药物使用、基本药物配备使用、重点药品监控、集采药品使用等制定要求外，也特意辟出章节明确抗肿瘤药物使用和管理、以及开展治疗药物监测（TDM）的规范要求。作为一项新纳入的考核标准，抗肿瘤药物备受重视其实并不只是政策因素影响，市场情况也显示近年国内抗肿瘤药市场保持颇高的增速。而对于抗肿瘤药物超说明书用药，重庆这次则要求跟据本医疗机构的药物使用情况制定抗肿瘤药物超说明用药的目录，同时需要根据肿瘤临床诊疗指南的变化适时调整超说明书用药的目录。

▣ [16 个药停产](#)（来源：药智网）——第 66 页

【提要】10 月 27 日，甘肃省公共资源交易局发布《关于对申请撤废药品取消中标挂网资格有关事宜的通知》指出，近期有 32 家药企的

46 个药品因生产线改造、成本上涨、原料短缺、停产等原因提交撤废申请。值得注意的是，在申请撤网的药品中有部分药企的产品被备注为停产，比如宝咳宁颗粒、布美他尼片、复方曲尼司特片、复方雷尼替丁片、连翘败毒片、前列地尔注射液、田七痛经胶囊、血塞通颗粒等 16 个药品。一段时间以来，由于生产线改造、成本上涨、原料短缺、停产等原因，药企申请品种撤网的现象屡见不鲜，在各省招采平台动态调整，有进有出，既要求质量又要求价格的情况下，企业申请撤网的情况将更加常态化。

-----本期内容-----

· 分析点评 ·

盘点全国医用耗材带量采购“进度条”

来源：医械汇

近期整个行业热议的带量采购话题无疑被推向了高潮。据不完全统计，截止到目前，全国共计完成 11 次省级和 4 次省级联盟的高值耗材带量采购。具体各联盟、省市带量采购的“进度条”走到哪了呢？

为了让大家更直观的了解带量采购进展，医械汇针对带量采购项目、涉及品种、采购量、竞价谈判降幅等进行系统整理，为大家呈现最全面的带量采购数据。

政策层面

2019 年 7 月国务院办公厅发布的《治理高值医用耗材改革方案》，文件提出“对于临床用量较大、采购金额较高、临床使用较成熟、多家企业生产的高值医用耗材，按类别探索集中采购，鼓励医疗机构联合开展带量谈判采购，积极探索跨省联盟采购”，同时相关部门要求综合试点省份要在 2020 年探索高值耗材带量采购。

目前已有 12 个省（市、自治区）响应，相继出台针对本省的《治理高值医用耗材改革方案》。

操作层面

2020 年的耗材集采呈现铺天盖地、快速燎原之势。各省集采则

呈现联盟化、加速化、由少变多的趋势。省级和地市权责明晰，省级层面的探索主要以高值耗材为主，人工晶体、冠脉球囊、冠脉支架等高值耗材成高频试点品种。而市级则以低值耗材为主。

耗材集采高频品种统计		
层次	产品	项目数量
国家	冠脉支架	1
省级以上	人工晶体	7
	冠脉球囊	6
	冠脉支架	3
	人工髋关节	3
	人工膝关节	2
地市（含地市联盟）	输液器	17
	留置针	17
	血液透析器	6
	注射器	5
	预充式导管冲洗器	3
	中心静脉导管	3

部分已展开的高频集采品种降幅结果如下：

1、人工晶体

目前人工晶体已成为全国带量采购覆盖率最高的品种。截至2020年10月，涉及人工晶体的带量采购项目共7个，包括3个省级联盟项目、3个省级项目、1个市级项目。部分已公布结果的降幅如下：

时间	组织	采购量	平均降幅	最高降幅
202005	京津冀及黑吉辽蒙晋鲁	60%	54.21%	84.73%
201907	安徽	80%	20.50%	暂缺
201909	江苏	70%	26.89%	38.00%
202008	上海	/	54.00%	84.00%

2、冠脉球囊

截至 2020 年 10 月，涉及冠脉球囊的带量采购项目共 7 个，包括 2 个省级联盟项目、4 个省级项目、1 个市级项目。部分已公布结果的降幅如下：

时间	组织	采购量	平均降幅	最高降幅
202008	黔渝琼联盟	70%	85.32%	90.35%
201909	江苏	70%	74.37%	81.05%
202008	湖北	/	暂缺	96.00%
202008	云南曲靖	70%	70.00%	80.00%

3、冠脉支架

截至 2020 年 10 月，涉及冠脉支架的带量采购项目共 3 个，包括 1 个全国项目、2 个省级项目。部分已公布结果的降幅如下：

时间	组织	采购量	平均降幅	最高降幅
201907	江苏	70%	51.01%	66.07%
202001	山西	70%	52.98%	69.12%

随着耗材国采的启动，带量采购探索步伐的加快，全国性的带量

采购必然还会涉及更多“国产化程度较高，产品差异度不大，有带量采购基础”的品种，未来更大范围、更多品种集采是大势所趋。

大浪淘沙，国产龙头优势凸显

国产替代一直高值耗材领域的主旋律。从此次发布《国家组织冠脉支架集中带量采购文件》中，我们可以看到国产龙头企业包揽了大部分的意向采购量，其中微创医疗占总量约达 36%，乐普医疗约达 11%；吉威医疗（蓝帆医疗子公司）约达 9.4%。

冠脉支架国采只是开始，按照部署，未来骨科、心血管、眼科、牙科等科室或都将陆续开展轰轰烈烈的国采。未来行业必然会向头部企业集中，龙头企业优势将越发凸显。

另外，集采也将催动行业变革。不断研发创新进而实现产品迭代，是企业实现持续成长的重要驱动力。高值耗材本身具有很强的护城河，一旦格局已定，搅局者必须有更大的创新点，或者颠覆性的产品，才能有机会争夺更多的市场份额。规模小、创新能力差的企业若不积极寻求转型，很容易被淘汰出局。

全国一盘棋，经销商淘汰赛开启

医疗器械价格居高不下的一个大源头，是医疗器械的经销商制度。从生产企业到医院，中间往往不止一级经销商。随着行业发展，医疗器械的经销商们已经在不知不觉间成为强势的一方，尤其是一些地区的大经销商，在行业中深耕经营多年，不仅积累了大量人脉和经验，而且掌握了地区大部分的代理渠道，在一定程度上形成了“销售

垄断”。

医疗器械“销售垄断”导致的高定价，需要引入足够的玩家来用市场化机制破除。随着耗材集中带量采购常态化、“两票制”变成“一票制”、DRG 付费推行，“全国一盘棋”的局面已成定局。耗材虚高水分不断被挤压，经销商加价空间逐渐消失。

国采的展开，一轮更残酷的洗牌已经是板上定钉，经销商更是首当其冲，要想在惨烈竞争中活下来，必须要重新思考自己的定位与发展方向。

[返回目录](#)

"先看病后付费"与其叫医疗卫生政策不如叫医院、商保市场策略

来源：新浪医药新闻

近日，国家卫健委统计信息中心发布 2020 上半年全国医疗服务情况，出现诊疗人次、出院人次、床位使用率“三下降”；全国二级以上公立医院，次均门诊费用和人均住院费用超过“两位数字增长”。2020 年 1-6 月，医院病床使用率为 68.4%，同比下降 17.5 个百分点；社区卫生服务中心为 42.5%，同比下降 11.1 个百分点；乡镇卫生院为 51.4%，同比下降 11.6 个百分点。

受新冠肺炎疫情影响，医疗行业整体收入下降，公立医院与民营医院、二级以上公立医院与基层医院的竞争态势更趋激烈。即便上述医疗卫生机构有医联体、医共体试点体系中仍有合作的努力，但民营医院、基层医院要想彻底、持续向好发展，“打铁还需自身硬”。

本文，我们借由“先看病后付费”这一最近又见报端的医疗服务创新行为，做些策略讨论。

“先看病后付费”十年不见起色

“先看病后付费”这一制度模式始于济宁市兖州中医院，而这一模式创立的初衷并无“公益”因素，而是这家医院为了摆脱经营困境采取的市场营销措施。在这一模式下，患者在办住院手续时不用先交住院押金，只要将医保证、身份证或户口本复印件交给住院处，签订《住院治疗费用结算协议书》后就能住院治疗了。实在交不起住院费的患者，可与医院签协议在两年内分期或最终一次性付清医疗费。2010年，兖州市中医院全年收入4600万元，2011年几乎翻番，突破了9000万元。2011年底，兖州市中医院的门诊量较往年同期增加85.28%、住院人次增加73.28%，500张床位爆满。自2011年下半年以来，河北、河南、山东等多地先后推行了“先看病后付费”制度试点，绝大多数是县级以下及县级的基层医院，而鲜见有大中城市的医院推行这项公共政策。

主要困难包括但不限于：一是罹患重特大疾病、异地就医的参保患者，患者自付金额不好控制；二是县级以上医院的医保报销比例相对较低，患者自付金额不好控制；三是社会诚信制度、自然人信用档案的建设还不完善；四是个别医院、地区开展的试点，往往在单打独斗、缺少支持以后黯然萎缩；五是以人民为中心、以健康为中心、以患者为中心的原则，在当时还没有清晰确立。

凡此种种，使我们一度认为“先看病后付费”理论上可以有，现实做起来到处都是风险，很可能做了不如不做。毕竟这种模式的好处也有限：一是节省患者的就医时间，略去一些中间的缴费环节；二是提早患者接受治疗的时间，“先救治后收费”；三是解决贫困人口大病治疗的经济可及，直接完成三重保障“一站式结算”。还潜藏缺点和风险：相关医院如过度治疗则更加方便作案。

“信用+保险”的模式带来新意

“据北京日报报道，北京市石景山区的北京大学首钢医院正式启用“先诊疗后付费”的“信用就医”模式，“信用就医”引入了信用承诺和保险机制，免除了患者在挂号、检查、检验、取药等环节反复排队缴费的烦恼，未来还将开通住院押金垫付。

此前，据《钱江晚报》报道，大年初一，宁波一家三甲医院连夜救治一名高危产妇，成功保住了大人和孩子；结果5天之后病人跑了，欠下2万多元的医药费。根据医院规定，欠费的20%要由科室承担，几位医生平摊了4000多块钱的医药费。”

对比这两个案例，就更明白“先看病后付费”模式十年没有起色的现实原因。以兖州中医院为代表的早期模式，当时、当地的生态场景里除了社会医疗保险制度，缺少商业保险工具的支持，比如：商业健康保险、信用保险、医疗责任保险等的支持。

在上面提到的“信用+保险”模式中，医院、相关患者、承保机构之间形成生态、利益上的共赢，并且有可能保证不损害社会医疗保

险制度、医院、相关参保患者的利益。这与社会医保基金甘愿采纳医保总额预付制的支付改革方向，是类似的道理。

我们向着重强调一下“信用+保险”模式的承保机构能因此得到什么？一方面，保险公司与相关医院、患者，与相关信息系统、工具应用拉近了距离，提高市场渗透率、影响力；另一方面，保险公司开展信用保险、综合金融，对接重特大疾病贷款。

类如中国平安综合金融服务的三级跳：从资本驱动、到“金融+可及”渠道、再到“金融+生态”的战略意图，保险公司自身及其周边生态应该认识到：在健康中国背景下，“患者有其医”的可行必要性，商保与医保衔接，除了病种，还可按费用。

“目前，患者可通过微信公众号、医院自助机申请在该医院使用“信用就医”服务。通过申请后，患者可以“一次就诊一次缴费”，免除在挂号、检查、检验、取药等环节排队缴费。

通过人脸识别、大数据分析技术，患者的“信用就医”申请可实现秒级审批。患者完成医保费用结算即可离院，个人自付金额在48小时内通过手机支付即可，还可查询医疗费用。”

具体举例说明：基于人脸识别、信用数据、大数据分析技术等，具有综合金融平台的健康保险公司除了按部就班探索商业医疗保险业务，还可以探索个人或家庭医疗信贷业务。这类信贷业务兼具营利性、公益性，支持患者更早、更多享受医保待遇，支援重特大疾病治疗。

“先看病后付费”最新适用条件

一是在民营医院、基层医院最适用。这些医院采取“信用+保险”支持的“先看病后付费”模式，优势有：第一，这些医院普遍已经出现住院床位过剩、闲置过高的境遇；第二，这些医院受新医改深化进行的不利或有利影响，但总处于被动地位；第三，这些医院按人头、按人次或按项目收费的单笔金额相对有限，逃单风险相对小；第四，这些医院总数庞大，竞争特异性小，亟待能够利用服务标签脱颖而出；第五，这些医院的探索实效很快被相同处境的竞争者复制，可能拉动分级诊疗快速推进，而二级以上公立医院的自身动力往往尾大不掉。

二是不仅在门诊，在住院部也适用。先说门诊方面，三级公立医院受住院 DRG 支付改革影响，有做大门诊业务量、互联网医疗业务量的主观意愿，因此不排除在一些信息基础条件好、信用保险产品渗透好的城市，三甲医院也会探索“信用+保险”、“信用+医保”等支持下的“先看病后付费”模式。再说住院方面，第一，贫困人口可能享受健康扶贫政策，在一些地方被允许县域内“先看病后付费”；第二，一些医院可以在“信用+保险”模式下将“先看病后付费”改为“先看病、过程分段后付费”，既减小风险，又使患病群众享受到一定实惠。

需要澄清的是，“先看病后付费”必然不是免费医疗。但是，后付费或过程分段后付费的表现形式，有助于拉动医疗卫生机构之间的服务竞争、意识更新，有助于在现阶段国情条件下探索医疗、医保支

付的收付费改革,有助于从多层次医疗保障走向高能效社会大健康生态。

[返回目录](#)

ICU 床位数四年增幅达 16.4% 重症医学将迎来信息化大发展?

来源: 动脉网

每当遇到重大公共卫生事件时,重症医学科便会引起社会的广泛关注和重视。

例如在今年抗击新冠肺炎疫情的早期,危重患者的高死亡率给社会带来了巨大的恐慌。1月底,国家卫健委以最快速度将全国一流的重症医学专家抽调到武汉,从而迅速控制了危重病情的发展和降低了病死率。根据国家卫健委的数据,当时前后派到武汉的重症医务人员超过 1.4 万名,占到了全国重症医务人员资源的 10%。

除了在重大灾害事件中冲锋在前,重症医学科也是日常疾病治疗过程中延续生命的最后一道防线。在医院里,重症医学科专门负责收治医院各科各类危重患者,并对这些具有潜在生命危险的患者进行严密的监护和有效治疗,帮助病人的身体回到稳定的状态,从而减少死亡风险。

重症医学科如此重要,但在今年抗击疫情中,却暴露出我国重症医疗资源不足的问题。疫情爆发初期,在政府的统一调配下,紧急安排了 46 家医院建立重症病房,并专门建设了雷神山和火神山两所重症医院。另外,根据 2019 年发布的《管向东:中国重症医学四十年》

一文中指出，2015 年 ICU 床位数占医院总床数的比例为 1.7%，仍然没有达到国家的最低标准（2%-8%）。

当然，重症医学科的建设不能一蹴而就。作为集现代医学成就于一身的一颗明珠，重症医学要在有限的时间里面对各种疑难病症，这不仅需要专业素质过硬的医护人员，也需要信息系统的支持。其中，重症医学信息系统是支撑重症医学临床和科研发展的必要关键因素。

近日，在哈尔滨举办的第三届冰城重症论坛上，著名咨询公司 IDC 与东软集团共同正式发布了《中国重症医学信息系统发展趋势研究报告》。针对本次报告的相关内容、我国重症医学信息系统发展的现状与未来趋势等相关问题，动脉网采访了东软医疗解决方案事业本部临床医疗事业部总经理李东、IDC 中国医疗行业高级研究经理肖宏亮，以期对我国重症医学信息系统所面临的机遇与挑战进行梳理。

重症医学信息系统能解决什么问题？

每当有急救病人被推进 ICU 时，一扇厚重的科室门便格外显眼：门内是争分夺秒的 ICU 医护人员，门外是心急如焚的患者家属。为了挽救生命，科室医护人员需要不分昼夜的与死神殊死搏斗，利用一切资源抢救生命。

但是，在传统的救治过程中，对重症患者的救治主要是依靠经验和有限的设备，这对于医护人员的能力要求特别高，加上处理各种数据指标比较繁琐，仪器种类又多，使得救治任务时间紧，难度大，不确定性因素大。因此，用于简化流程、提高效率和医疗质量的重症医

学信息系统就显得尤为重要。

根据 IDC 的调研，对于还未安装重症医学信息系统的医院来说，其重症日常工作中会面临诸多问题，其中排在前三位的主要痛点：一是手工操作繁琐复杂，医生和护士劳动强度大；二是救治中医疗质量缺少有效的控制手段和提高方法；三是重症医学科与其他临床科室的协同能力还有些欠缺。

“建立重症医学信息系统是解决这些痛点的必要条件。”东软医疗解决方案事业本部临床医疗事业部总经理李东告诉动脉网，建立重症医学信息系统的重点需求包括三个方面：一是诊疗数据的深度集成，二是基于数据的各类高级应用，三是基于数据的区域协同。

围绕这三个需求，以上提到的三个主要痛点也将逐个解决。通过集成患者的临床数据和集成医疗设备的监护和治疗数据，可以解决手工操作繁琐和数据准确性的问题；采用大数据和人工智能技术对于建立医疗质量控制是非常有效的手段，及时获取患者在医院各个科室的诊疗数据，包括科研等各类高级应用，支撑重症医学科与其他科室协同的需求，以及能够与其他医院建立区域协同机制。

不难看出，重症医学信息系统是管理各种医疗设备资源、支持护理和治疗流程的信息系统。从应用的角度看，系统包括重症临床的医生工作站、护士工作站、重症设备网络管理以及重症科研、重症医务管理、质量管理等主要模块，是综合性的重症临床信息系统，支撑重症医学科室的临床、科研和管理工作。

“从我们调研的情况来看，目前没有建立重症医学信息系统的医院中，重症医学科仍然使用医院的核心系统（传统 HIS）和电子病历系统（EMR），这些系统虽然具有一定的作用，但是基本上不能支撑重症医疗工作在治疗水平上的提升和对重症治疗质量的把控。” IDC 中国医疗行业高级研究经理肖宏亮表示。

为什么医院核心系统做不到？这是由于其在使用中不能执行实时监测，且工作中需要登录多个系统获取患者的检验检查数据。不仅如此，核心系统（HIS 系统）也面临升级换代，无法支持重症医学工作持续保持高质量；另外，在核心系统（HIS 系统）基础上的开发更为复杂，比建立专门系统更困难。

重症医学信息系统发展的四个阶段

我国的重症医学起步于上个世纪八十年代初，经过 30 多年的艰辛历程，重症医学在危重病患者救治过程中的重要作用得到了广泛认可。但重症医学信息化才刚刚起步，目前仍处于探索和完善中。

尽管如此，重症医学信息化仍在本次抗击新冠肺炎疫情中起到了巨大的作用。根据 IDC 的调查，在已经具备重症医学信息系统的医院中，有 61.8% 的医院为应对疫情进行了改造和升级，以适应新冠肺炎救治的需求。

“从这次疫情来看，我国还需加速重症医学的信息化。那如何来衡量医院通过不断建设与升级进入到哪一个阶段了呢？为此我们把重症医学信息系统的发展分为了四个层次，四个层次是逐级递进的。”

肖宏亮告诉动脉网。

具体来看，第一个层次是重症治疗工具的数字化：重症医学科能够实现数据的自动采集。目前一些医院使用核心系统和电子病历来承担，但是越来越多医院建立了专门的重症医学信息系统进行数据采集。

第二个层次是重症治疗操作的信息化：通过系统结合临床数据、医疗设备数据及临床知识库，为医生提供患者全方位 360 度临床数据展现。理想的情况是，能够将患者更多的疾病与健康相关的数据集成起来，以及把各种临床科研的论文、临床指南等集成起来，从而建立针对重症救治的临床大数据中心。

第三个层次是重症治疗技术智能化：对大数据开展人工智能，进行机器学习、深度学习等，生成临床知识库以及个性化治疗方案，开展远程医疗，促进临床诊断治疗的发展。

第四个层次是重症治疗过程智慧化：系统结合医疗设备与器械以及精准医疗数据库，全球资源库等，实现科室内智慧解决方案，通过人机互动等，为患者提供更加精准的治疗护理方案，使治疗更加智慧化，精准化、人性化，全面提升重症医学治疗水平，并可延申开展健康管理创新。

“从我国当前重症医学信息系统得进展来看，目前正处于全面信息化建设并向智能化过渡的阶段。”肖宏亮表示，重症医学信息系统的发展关键可以从三个维度来看。

一是从护理的角度，重症医学信息系统可实现数据自动采集，实现数据电子化，并于医院核心系统（HIS）、电子病历、检验检查系统（LIS）和医学影像系统（PACS）等实现数据自动导入，自动生成护理记录。

二是从医疗的角度，可全面立体掌握患者病情视图，提升救治水平和医疗质量。

三是从管理的角度，可全面掌握科室动态及统计数据，提高管理效率和医护工作者满意度，并促进构建区域性重症临床数据库，共享医疗资源，支持区域重症治疗，推进临床科研发展等。

重症医学信息系统目前还存在哪些不足？

“重症医学信息化系统的建设还有很长的一段路要走。”李东告诉动脉网，目前很多医院使用的重症医学信息系统仍处于初步的信息化阶段，只满足了对于重症护理和治疗的基本要求，但对于提高重症医学的救治水平来说还很不足。

具体来说，对于重症医学科的主任或者副主任而言，当前信息系统最大不足是“临床研究支持不足”；对于重症科医生来说，当前信息系统最大的不足是“缺乏临床诊断和治疗的辅助方案”。

除此之外，重症医学信息系统还存在与医院核心系统、电子病历和集成平台等集成不深入，患者就诊数据不充分等问题，重症医学科的医护工作者在日常操作中还没有做到得心应手。另外，患者监护数据和设备数据还没有很好的及时进入系统。

根据 IDC 的调查发现，不同岗位的医护工作者的需求也有各自的侧重点。

首先，重症医学科主任除了对于“系统支持临床科研”和“采用人工智能技术”有明确需求之外，对于“集成医疗设备和采用移动护理”也表达了强烈的需求；再者，重症医学科的医生对于“采用人工智能技术提高救治水平”的需求尤其旺盛，有 46% 的医生将这一点作为最主要的需求；最后，护士长和护士则对于“采用移动检验检查设备”和“稳定的大屏显示”的需求强烈。另外，医院在管理重症患者的家属探视方面也需要更多的通讯设备和显示设备集成，以及音频和视频的集成。

针对这些市场需求，众多厂商也开始逐渐发力重症医学信息化领域，目前主要有三种类型。

第一种是综合医疗信息系统厂商，该类以医院核心系统厂商为主，通常具有非常丰富的医院信息化建设经验，以及医疗信息系统集成和医疗数据管理以及大数据和人工智能技术能力，但在集成医疗设备的数据方面需加强，代表企业是东软集团。

东软集团凭借多年技术、业务、知识积累，全力攻关，于 2016 年重磅推出了智慧重症解决方案（E-CARE）。该方案聚焦重症医学领域，以患者为中心，围绕重症诊疗、护理、科研、管理等工作场景，将重症医学知识和物联网、人工智能与大数据等关键技术深度融合，辅助医护实现精准诊断与安全治疗，帮助管理者改善科室管理水平，

助力重症医学信息化发展。

第二种是专科医疗信息系统厂商，这一类厂商通常提供重症医学信息系统和重症监护设备的联网方案，但是在重症医学信息系统与医院其他临床信息系统集成能力方面以及数据分析与挖掘方面需要加强。

第三种是医疗设备厂商，这一类厂商提供医疗设备，基于医疗设备提供重症医学信息系统，在重症监护和设备管理方面能力很强，但是在信息系统与医院其他临床信息系统结合以及数据综合分析利用方面需要加强。

“在选择重症医学信息系统厂商时，一定要着重看是否具备综合医疗信息化技术能力，另外，最好具有成熟的核心院内产品架构、稳定的数据采集能力、可持续服务能力以及具有信息化转型的理念，这样能够在重症医学信息系统在向智能化和智慧化发展中具有创新技术开发和应用的后劲。”肖宏亮表示。

未来趋势演进

今年突发的新冠肺炎疫情，让社会对重症医学科的需求和重视程度越来越大。

根据国家卫健委《2019年国家医疗服务和医疗质量安全报告》的数据显示，重症医学科床位占医院床位的比例从2014年的1.9%，上升到2018年的2.2%，增幅16.4%。随着床位数的大幅增长，相应的医疗设备和医疗信息化也将会保持高速增长。

李东表示，重症医学信息化未来 3-5 年大概向三个方向发展：

首先，信息系统前端对 ICU 相关设备及相关 IT 系统的深度集成，不仅是监护仪、呼吸机、血滤机、微量泵、血气分析仪等传统设备的联接，还包括体外膜肺氧合（ECMO）、持续心排监测（PICCO）、主动脉内球囊反搏（IABP）、智能病床等设备的联接；对于 IT 系统不仅仅是数据互通，还要业务互通，在 ICU 内部实现真正的互联互通。

其次，信息系统后端对重症临床数据平台的建设，形成重症临床数据集及专病库、专病知识库，为重症临床中的治疗域提供基础支撑。有了数据平台，在治疗域中的 AI 辅助决策才有表演的舞台，才有可能在诊断、治疗、用药、营养四大领域中发挥作用；同样有了数据平台的支撑，重症临床科研、临床教学才能有的放矢。尤其是重症临床科研，通过数据平台和业务平台的结合，可以打通回顾性研究和前瞻性研究的通道，提高科研综合能力。

第三，信息化厂商对医疗健康行业的生态协同，一是建立重症区域诊疗救治平台，建立起协同、高效转诊的区域协同救治体系，实现医联体共享医疗资源，如远程会诊、远程教学、远程医疗、同步诊疗过程等，提高医联体诊疗水平，实现重症患者早期诊断和救治的目标；二是与医疗设备企业、制药企业协同，结合医疗设备、药品以及精准医疗数据库，全球资源库等，使治疗更加智慧化，才能实现重症医学信息化的高级目标。

东软凭借多年来的理解和实践，在以上方面进行重点投入并取得

了阶段性成果。

有需求，就有市场，因此也更需要好的产品与解决方案。“现代重症医学发展的最大特点是超级数字化和广泛智能化，未来重症医学信息系统的发展必然会围绕这两个方向不断迭代。”肖宏亮表示。

具体来看，超级数字化是指重症医学数字化包括三类数据，一是患者在诊疗过程各类数据，二是重症医学救治中各种监护设备和治疗设备的数据，三是重症救治中利用到学科领域的最新治疗方案和知识。相比于医院普通临床科室的数字化，重症医学科这三类数据的密度和依赖程度更高。

广泛智能化是指重症救治过程中，各个方面与维度的智能化，其是实现智慧重症的必要条件，是重症医学发展的必然趋势。其中，超级数字化正在支撑监护、治疗 and 创新的智能化，支撑医疗设备和治疗手段的智能化，创新诊疗方法和技术，促成重症医学工作模式的数字化转型。

我们坚信，随着重症医学不断朝着这个方向演进，重症医学科将筑牢生命的最后一道防线，并为健康中国目标的实现提供重要助力。

[返回目录](#)

DIP 点数法对商业健康险的挑战

来源：村夫日记

随着 DIP 模式的试点，在 DRG 模式之外，以点数法和新的病种分类方法来推动医保支付制度改革成为一种新的路径。随着医保支付规

则的改变，对于基于医保之上来开发的商业医疗险，用户需求和由此导致的理赔需求将改变市场的趋势。

虽然点数法在国际上较为通用，但主要是在门诊使用，只在部分地区在住院领域和 DRG 共同应用，但核心还是以 DRG 为主，点数法为辅。国家医保局此次推出的 DIP 模式主要以区域总额和基于大数据的分组方法来推动一种新型模式的发展，不再面向个别医院设置总额，而是设置了一个区域总额。医保基金不分解到医院，医疗机构无法预知自己到底能获得多少报销，也无法事先规划不合理医疗行为。具体到分组模式，则基于大数据方法可以设置更灵活的分组模式。传统 DRG 那样对每一个组别设置明确的上下限，并细化到各个组内的不同子类。DIP 则是每个病种单独设置价格，总的病种数可多达上万个，在这点上更类似原先的按项目付费。

点数法的实施可以有效让医疗机构陷入零和博弈之中，使他们无法再猜测自己能获得多少额度，只能增加服务量来保证自身的收益。但在点数法下，做大服务量并不代表其就能获得更多的收入，因为点数的价值每年都在改变。医保额度的增加是有限的，但服务量的增加是较快的，这就导致点数的实际价值事实上是下降的，这会在早期引发医疗机构进一步扩张服务量，但随着点数价值的持续下降，很多医疗机构特别是大型医疗机构会发现点数价值低的手术对其成本产生了越来越大的压力，也就自发的降低点数较低的服务量，以平衡成本。支付方通过总额预算和点数能有效的引导服务方，从而最终达到优化

服务和控费的目标。

不过，点数法带给商业健康险的影响与 DRG 会略有不同。虽然不管是哪种模式，核心是推动医疗服务价格的透明化，但点数法非常细化、无法在事先得知当年的点值，并将推动服务量持续扩大，导致商保在对住院费用进行评估和计算的时候面临了很大的不确定性。这带来了三大挑战：无法确切知道当年的医疗服务单价、赔付向三级医院集中和赔付件数可能在短期内快速上升。

首先，由于点数法的实施是要到年底才能知道每个点的确切价格，医疗服务的价格每年都在浮动，这对商保设计产品带来了一定的挑战，只能按照历史数据法来进行推算。虽然点数法是医保向医院的赔付价格的确定，但这也间接影响到了基于医保来对用户的自负和自费部分进行赔付的商业健康险。由于 DRG 是预付费的，商保公司在设计住院保险这类短期健康险的时候是能够预先明确医疗服务价格的，而点数法则是预付费+年底根据点值支付，导致价格透明度相对低一些，商保无法准确测算。相较于 DRG，DIP 实施后，保险公司降低保费或下调免赔额的可能性降低了。

其次，点数法必然在短期内推动各个医疗机构扩张服务量。相较于下级医院，在获取病人方面，大医院具有绝对的优势。叠加原先持续扩张的优势，三级医院将持续加大病人的流入量。从国际经验来看，即使只在门诊实施点数法，无论是德国还是日本或中国台湾地区，大型医疗机构在扩大服务量上都占有绝对的优势，即使实施类似合理门

诊量这种限制，特别是对单个机构的服务量限制后进行减半支付，仍然无法降低大型医疗机构的虹吸现象，原因是虽然超出限额后的收入降低了，但只要能控制成本，医疗机构一样能赚钱。

因此，对商保来说，点数法实施后，三级医院的赔案将出现明显上升，这将进一步推高赔付成本，影响到定价和风控，从而对产品和销售都形成压力。由于现在的住院保险产品主要限定的医疗网络集中在二级以上医院，病人如果持续向三级医院集中，商保并不能压制医疗网络，只能通过提价来覆盖可能的成本上升，但这与当前的价格战形成矛盾，对过于依赖渠道的中小型保险公司形成压力。

最后，赔付件数可能会出现上升。由于所有的医疗机构都需要扩大服务量，诱导住院的可能性比原先大幅上升，这会导致在短期内赔付的个案出现明显上升。这是对所有住院保险产品最大的挑战。尽管医院知道扩大服务量一定会导致点数单价出现下降，但在零和博弈下，自己如果不扩大服务量，别人也一定会扩大服务量，这是典型的囚徒困境。因此，持续加大对病人的吸收将成为各个医院的关键，虽然卫健委已经通过医联体和医共体给各层级医疗机构确定了地域，但在大中型城市，由于有多个医联体或医共体，医院之间的竞争将持续强化。

住院保险产品将不得不面临赔案上升的困境，如何面对即将到来的赔付压力将是所有保险公司的主要任务。虽然目前的保险产品的保障更细节化和全面，主要依靠免赔额来做风控。但如果赔付情况持续

恶化，是否要进一步提高免赔额或者提高保费，还是缩减保障范围，这些举措都有可能因为用户流失而导致的保费规模缩减。

因此，随着点数法的推行，以住院保险为核心的类似百万医疗险这样的产品未来将如何应对是极大的考验。

[返回目录](#)

分级管理落地，过半药店面临淘汰？四大生存出路！

来源：医药经济报

酝酿多时的全国药店分级管理有了实质性进展。近日，商务部对外发布《全国零售药店分类分级管理指导意见（征求意见稿）》，征求意见截止时间为12月6日。这意味着，零售药店即将开启新的大变局。按照征求意见稿的目标，到2020年，全国大部分省市零售药店分类分级管理制度基本建立；到2025年，在全国范围内统一的零售药店分类分级管理法规政策体系基本建立。

推行分级管理，可以抬高行业门槛、逼迫药店升级，也将淘汰部分不合格的药店。有机构预测，在全国范围内执行药店分级制度，药店数量将减少50%以上。药店经营者怎么办？笔者给支支招：

01 提升软硬件，至少按照二类药店要求升级老药店和布局新药店

一类药店将被边缘化，甚至大量消失，主要原因是，从品种结构分析，只能销售非处方药，大部分慢病产品都是处方药，药店消费的主力军也是中老年患者，客流在品种的影响下，没有了。失去了处方

药、饮片的药店，加上国家放开便利店销售非处方药乙类产品，同时限制保健品、非药品在药店销售，一类药店还有存在的意义吗？所以药店经营者要尽量把药店按照二类药店要求升级，迎接药店分类管理。

02 精细化经营，通过商品分类、提高服务能力等方法，做出特色药房

很多药房商品分类不专业，总觉得自己不缺品种，部分产品却经常断货，很多产品滞销，放成老批号报废，这就要从采购管理和商品分类上找原因。

再说说专业化服务，很多药店总想求全，把各个病种的患者都服务好，这个难度比较大。如果换一种思路，聚焦一个慢病，比如糖尿病，在药店建立糖尿病专员制度，通过培训，将有药师资质的驻店人员培训成糖尿病专家，给糖尿病患者提供全方位专业服务。

产品结构重视糖尿病品种的丰富性，不但有药店销售的糖尿病品种，医院的糖尿病品种也配齐，加上糖尿病病人常用治疗其他疾病的不含糖药品、保健品等，一个糖尿病特色药房就诞生了。

03 取得慢病医保定点药店资格，成为国家集采品种定点药店，确保客流量

随着我国老龄化发展，慢病病人越来越多，需要解决常用慢病药品购买和报销问题，定点药店的作用不可替代：常用慢病产品不需要每次都去医院购买，患者可以去社会定点药房购买。

“流量为王”时代，有了消费者流量，药店营业额就上来了。患者在购买高血压、糖尿病慢病品种的同时，总要购买一些保健品和中药饮片等高毛、自费产品。

04 积极布局医院周边药房和互联网医疗线下药房，分食处方外流“蛋糕”

米内网预测，未来将有 2500 亿元的院内处方药流向院外。医药分开后，院内开处方，患者凭处方在院外药房买药，医院周边药房布局就显得非常重要。

此外，首诊必须在医院。线上复诊后，医生在线上开处方，线下定点药房成为购买途径之一。药店要积极和线上互联网医疗机构合作，争取成为其线下定点销售药房。处方外流的品种具有客单价高、稳定性强的特点，病人质量也很高，所以线下药房的配套比较重要，如患者宣教、药事服务、康复指导等。

在医保控费、医药分开的大背景下，医疗改革风云变幻。政策频出不仅影响第一终端医院市场，零售行业也是医改非常重要的一部分。无论是希望在零售市场有一番作为的处方药院内推广企业，还是想要取得跨越式发展的药品零售企业，只有把握行业政策脉搏，才不至于走错方向。

[返回目录](#)

· 药企资讯 ·

中国新药许可交易数量激增 创新药企“十字路口”何去何从？

来源：E 药经理人

中国生物制药行业在 2019 年创下了全球生命科学领域的投资交易纪录之后，在 2020 年又相对平安无事地度过了新冠肺炎疫情的侵袭。在风投热钱的推动下，人们对创新疗法的兴趣越来越大，特许经营、授权合作和合资企业等相关交易量也随之大幅增加。来自 GBI 的数据显示，今年 1-8 月全球生物医药行业共签署了 287 笔交易，总规模为 123.5 亿美元，有望创下年度新高。

值得关注的是，随着中国本土生物技术公司研发能力不断增强，参与全球交易也越来越活跃。在今年前 8 个月，来自中国公司的交易贡献了近一半的价值规模。其中，在新冠肺炎疫苗研发领域，出现了 27 笔中国公司和海外公司的合作研发交易。

GBI 数据显示，截至 2020 年 8 月 31 日，许可、合作和合资企业三类交易总规模为 123.5 亿美元，2019 年全年交易规模为 138 亿美元，今年有望创下年度新高。

截至 2020 年 8 月 31 日，全球生物医药行业共发生了 287 笔交易，其中 189 笔集中在制药领域，较 2019 年同期公布的 241 笔交易增长 19%，而 2019 年并没有受到新冠肺炎的影响。本次 GBI 统计的交易数据，既包括产品权利的直接许可/收购，也包括以终止产品许可证为目的的研发合作（例如用于评估组合疗法）。

01 趋势发现：许可交易激增

在今年前 8 个月，中国生物技术公司外包许可交易激增，反映出越来越多具有创新能力和高质量产品的中国本土生物技术公司为全球市场做出贡献。在今年前 8 个月发生的 189 个生物制药交易中，有 102 个是引入许可证和合作交易，有 44 个是来自中国的许可交易。从交易规模上看，这 44 笔交易的总价值为 53.8 亿美元，而 102 个引入许可和合作交易的总价值为 62.6 亿美元，远远领先于 2019 年 15 亿美元的对外交易规模。

信达生物占据交易前两名：信达生物和礼来的合作由来已久。早在 2015 年，双方就达成了战略联盟，计划在未来的十年里合作推出至少三种潜在肿瘤治疗药物，这项合作亦是迄今为止中国生物制药企业与大型医药企业之间最大的合作之一。今年，信达生物与礼来达成新的战略合作。根据协议，礼来将获得信迪利单抗在中国以外地区的独家许可，信达生物将获得累计超 10 亿美元款项。

信达生物正在进一步深化其全球化布局。此前，信达生物和罗氏达成战略合作。双方将聚焦于研究、临床开发和商业化多个双特异性抗体和细胞治疗产品，这些产品将直接用于血液肿瘤和实体肿瘤治疗。根据该协议条款，信达将为其非独家使用罗氏某些技术发现和开发 2:1 双特异性 T 细胞抗体 (TCB) 和通用型 CAR-T 平台而支付首付款、开发和商业化里程碑付款以及产品销售提成。信达将研发、生产和商业化这些产品。罗氏对每个产品在中国以外地区的开发和商业化

权益保留回购选择权。如罗氏行使其全部选择权，则将向信达支付总计 1.4 亿美元款项，以及，如果所有产品均成功开发及商业化，支付产品开发、获批和销售等总计约 19.6 亿美元的里程碑款项。

与此同时，2018 在我国上市的达伯舒（信迪利单抗注射液），是礼来和信达共同研发的抗 PD-1 单抗。今年 8 月，信达生物与礼来制药宣布，将扩大达伯舒（信迪利单抗注射液）的战略合作，信达生物将授予礼来信迪利单抗在中国以外地区的独家许可，礼来将致力于将信迪利单抗推向北美、欧洲及其他地区。

在前十名的许可交易名单中礼来一共出现了两次，第二次是在新冠肺炎抗体方面与君实生物的合作。近日，君实生物和礼来制药宣布，双方已达成协议，将针对由 SARS-CoV-2 新型冠状病毒引起的新新冠肺炎，共同开发潜在的预防与治疗性抗体疗法。君实生物授予礼来在大中华区以外地区进行上述中和抗体的临床开发、生产和商业化的独占许可，礼来将向君实生物支付 1000 万美元首付款。

华领医药与拜耳的合作被认为是中国生物技术领域的经典案例：这项排名第三位的许可证交易代表了一种新的合作趋势。根据协议条款，华领医药作为药品上市许可持有人将负责临床开发、注册、产品供应以及分销工作；拜耳作为推广服务提供方将负责该产品在中国的市场营销、推广以及医学教育活动。华领医药将获得 4300 万美元的预付款，此外其还将获得额外最高可达到 6.025 亿美元的里程碑付款。拜耳公司获得该产品在中国独家商业化的权利，并将根据华领净

销售额的一定比例获得服务费用。双方在初期将平均分享来自该产品在中国的净销售收入，并在未来销售额达到一定量级时，对销售收入分配比例进行相应调整。

除了华领医药，不少中国生物技术公司也已经在为创新产品寻找更成熟的合作伙伴，以规避后期商业化带来的风险。此前，康宁杰瑞已经与先声药业、思路迪医药订立合作协议，就新一代 PD-L1 抗体药物 KN035 肿瘤适应症在中国大陆的商业化达成战略合作。在去年 6 月，康方生物与中国生物制药有限公司旗下正大天晴签订合营合同成立一家合营公司，共同开发康方生物 PD-1 抗体 AK105 项目并推动该药物的注册上市及商业化。

02 特许经营趋势：1 亿美元以上大额交易增长 27%

今年前 1-8 月，特许经营许可证协议交易总规模为 62.6 亿美元，略低于 2019 年同期的 87 亿美元。去年，正大天晴与美国生物技术公司 AbproTherapeutics 达成一项肿瘤免疫学合作开发协议，正大天晴将向 Abpro 累计支付总额最高可达 40 亿美元。这一巨额交易直接拉高了去年的数据。

从大额交易数量上看，2020 年遥遥领先于 2019 年。今年前 8 个月共签署了 23 项价值超过 1 亿美元的授权协议，2019 年同期为 18 项。交易标的主要集中在创新药物领域，另外有少部分是在仿制药领域。目前，获得风投资金支持的生物技术公司是交易市场最活跃的参与者，不过，一些老牌生物制药公司也越来越积极寻求合作，以应对

未来市场改革可能对公司利润构成的威胁。

在中国生物技术行同质化现象越来越严重的情况下，如何寻求差异化发展成为破题的关键。与此同时，风投资金对回报的要求对这些生物技术公司造成了很大的压力，导致越来越多公司倾向于从海外市场购买已经批准的产品授权。这一点在交易数量上有明显体现，海外药品许可证交易数量已经从 2019 年全年的 27% 增加到今年前 8 个月的近 31%。

目前看来，美国仍然是生物技术最强大的来源国，而且未来依然会延续这一趋势。在过去 8 个月里，中国生物科技公司与美国同行共达成了 54 笔交易，2019 年全年为 48 笔；与欧洲同行共达成 25 笔交易，2019 年为 24 笔。中国风险投资机构对美国生物健康和制药公司的投资也在持续增加。根据 RhodiumGroup 最近的一份报告，在 2020 年上半年，中国风险投资机构对美国卫生、制药和生物技术公司的投资占据在所有行业投资占比到达了 45%。

从治疗疾病细分领域看来，肿瘤仍占主导地位。不过，受新冠肺炎影响，抗感染药物领域的相关交易有了明显的上升。其中，有 14% 的经营许可协议和 22% 的外包许可协议集中在针对新冠肺炎病毒治疗和疫苗研究领域。其中，礼来对君石生物的抗新冠肺炎抗体的收购是今年第八大的许可交易。

作为中国创新药研发领域的龙头企业，复星医药也入局 COVID-19 疫苗研发竞速。今年 3 月，复星医药与纳斯达克上市公司 BioNTechSE

（证券代码“BNTX”）已签署协议，复星医药获得许可在中国大陆及港澳台地区独家开发和商业化基于其专有的 mRNA 技术平台研发的针对 COVID-19 的疫苗产品。本次合作，复星医药将向 BioNTech 支付至多 8500 万美元的许可费（包括首付款、临床开发注册及销售里程碑款项）。与此同时，中国国内冠状病毒疫苗开发商康希诺生物和纳斯达克上市公司科兴生物科技，正在拉美和东南亚等新兴市场，快速启动卫生事件疫苗的国际多中心的三期临床试验。

前十大交易显示中国创新生物技术公司正在寻求投资组合多样化。

就整体发展阶段而言，在排名前十的交易中，有三笔交易是来自于商业阶段的生物技术公司，旨在补充研发药品研发管线。其中，今年最大的一笔交易是来自君实生物。君实生物以开发治疗性抗体为主，是第一家获得抗 PD-1 单克隆抗体 NMPA 上市批准的中国公司。

目前，君实生物与 RevitopeOncologyInc 及其全资子公司达成一项研发战略合作。双方将利用 Revitope 的双抗原导向 T 细胞嵌合活化技术平台和君实生物的抗体技术平台合作研发新一代 T 细胞嵌合活化肿瘤免疫疗法。Revitope 将负责针对君实生物所挑选靶点设计 5 组不同的 TEAC 肿瘤免疫疗法药物。君实生物将获得协议中产品在全球范围内的独占许可，并支付 1.6 亿美元的里程碑费用。

君实生物是 2020 年最活跃的交易参与方之一，它还从美国莱托实验室 (LetoLabs) 获得了一种新一代白细胞介素-2 (IL-2) 抑制剂，

价格仅为 300 万美元，同时与美国的 SirnaEconomics 公司、德国的 MerckKGaA 公司以及国内的科望医药（Elpicience）和亚盛医药

（Ascentage）建立了合作伙伴关系，为其 pd-1 抑制剂托利帕利马布提供了组合式配对。

在探索差异化的道路上，百济神州和 AssemblyBiosciences 就 Assembly 研发管线中三款用于治疗慢性乙型肝炎感染的临床阶段核心抑制剂在中国达成合作，其中两款目前正处于 2 期临床试验开发阶段，一款正在进行 1 期临床开发。Assembly 将获得 4000 万美元的现金预付款，并在授权候选药物开发和商业化取得成功的前提下，有资格获得至多约为 5 亿美元的潜在开发、药政及净销售额里程碑付款。

百济神州是国内生物技术集团在交易方面无可争议的领导者，在这八个月里达成了六项授权协议，其中至少有四项超过 1 亿美元的总支出承诺。今年以来，百济神州在投资组合多元化方面的努力引人注目。百济神州与英国 EUSAPharma 就两款孤儿生物制剂药物在大中华地区达成独家开发和商业化协议。在达到药政及商业化里程碑时，EUSA 将有资格获得总计至多 1.6 亿美元的付款。此外，百济神州和 LeapTherapeutics 就 Dickkopf-1 (DKK1) 抗体 DKN-01 的临床开发和商业化达成了独家选择权和许可协议。LeapTherapeutics 将有资格获得总计至多 1.35 亿美元的付款。近期，百济神州和百奥泰宣布双方已就百奥泰的贝伐珠单抗生物类似药 BAT1706 签订了一项在中国的授权、分销、供货协议。百奥泰将获得一笔首付款，并在达到注册

及商业化里程碑后有资格获得付款，累计至多 1.65 亿美元。国家药品监督管理局（NMPA）已于近日受理了百奥泰就 BAT1706 递交的生物制剂许可证申请（BLA）。

尽管交易总规模十分引人注目，但应该注意的是，相对于全球同行而言，中国企业愿意或能够承诺的预付费用规模仍然相对有限。

最大的一笔预付款项来自总部位于上海的生物科技公司箕星药业，其背后投资机构为 RTWInvestments。箕星药业与 Cytokinetics 公司就新一代心肌肌球蛋白抑制剂 CK-274 在大中华区的研发和商业化签订了独家许可协议。根据协议，箕星药业已承诺支付预付款以及另外追加 2 亿美元的研发和商业化过程中所需要的里程碑付款。此外，RTW 已同意向 Cytokinetics 购买其未来销售 mavacamten 的专利权，现金购买价格为 8500 万美元，这笔交易总计价值 4.25 亿美元。

03 十字路口

今年的许可交易潮流反映出许多生物技术公司在越来越拥挤的赛道上所面临的压力。德勤生命科学与医疗行业合作伙伴 JensEwert 和 AndrewYu 最近在接受 GBI 采访时讨论了相关方面的挑战。Ewert 认为，目前中国的生物技术公司“正处于十字路口”，过去五年它们了大量风险投资的支持，现在面临产品和解决方案给付的压力越来越大。Ewert 说：“一些前期获得了大量风投资金的公司现在可能意识到，为了做成一些有意义的事情，它们迫切需要获得更多的知识。”

Ewert 认为，在中国创新药物的生命周期面临着比 10 年前更为

激烈的挑战，这要归功于每年医保目录调整过程中，因药价谈判而产生的价格断崖式下降。

随着国家带量采购的推行拓展，对于企业的产能要求越来越高。在此背景下，医药商业公司积极争取品牌供应商及其中标品种全渠道代理业务。这种合作模式能够帮助双方进一步提升运营效率，降低运营成本，实现双方的市场发展策略并获得更大市场份额。

然而，这种合作模式明显削弱了公司研发投资创造的回报，限制了公司未来潜在的发展空间。但是，考虑到大量新产品的推出和对人力资源的激烈竞争，国内外大药企相互合作可能是充分挖掘产品潜力的最佳选择，尤其是在糖尿病等一些覆盖人群比较广泛的疾病领域。

Andrew Yu 认为，“生物科技公司想要真正实现商业化，需要一整套不同能力的组合，这并不是是一件容易的事。因为建立一个商业平台的成本非常高，而且这也不是生物技术公司发展的核心竞争力。Yu 认为，未来中国生物技术公司可以自身专注于创新产品的研究，然后通过寻求合作伙伴的方式来实现产品的商业化。

这也是行业正在发展的一个趋势。GBI 数据显示，在 2019 年末和新冠肺炎疫情爆发期间，风险投资资金再次流入中国生物制药公司。今年第二季度，中国生物技术公司共完成了 47 笔融资，第三季度完成了 64 笔融资。从融资规模上看，已经达到了去年第一季度的最高值 31 轮。明显可以看到，在后疫情时代，中国生物制药行业正在重新走回到增长的道路，将引领全球重大创新生物技术的崛起，

交易量有望在今年和明年继续创造新的高度。

[返回目录](#)

区域点数法总额预算+按病种分值付费等对药企影响几何？

来源：药智网

2020年10月19日，国家医保局印发《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》，要求各省组织试点城市申报材料，在10月20日之前报送。方案提出：“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。”“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。”“试点范围以地级市统筹区为单位，对辖区内医疗机构全覆盖。”“实行基于大数据的监管。”“加强重点病种监测，确保医疗质量。”乍一看，都没有直接涉及药企。仔细推敲，每一条都有深远的用意。

本文，笔者试图探讨“区域点数法总额预算+按病种分值付费+大数据监管用”对药企有哪些影响？

从病种到品种，点数反映着自上而下的变化

区域点数法覆盖总额预算、覆盖所有医疗机构，也可能覆盖几乎所有疾病种类、医保支付方式。以一个单病种举例，目前围绕该病种所进行的一切医疗、医药服务行为，只要有偿的，都会费用留痕，都将进入大数据池。以糖尿病临床治疗为例，有十几大类药品区分，过去选择其中不同用药方案，当然有经济性差异。未来再来观察治疗

用药方案，不仅能从专业上判读技术性，更方便从经济合理性方面给出评价。这意味着，不仅是医生根据患者个体条件给出的处方是否经济，也倒逼相关企业、产品反思如何定价、调价，主动适应爱比价的冲动。

从医疗到医保，价值要证明自下而上的主张

过去，相关企业、产品只要做好医院准入、临床放量就快做好一切。在“区域点数法总额预算+按病种分值付费+大数据监管”试点扩面以后，任何企业、产品必须具备大志气、大决心，继续窝在少数几家合作医院里放量，显然经受不住大数据清洗发现问题的考验。层出不穷的不带金、只带量的竞争企业、产品，深刻地影响着相关赛道，吸引综合医改的监管部门来做重点监测。因为改革方向是高效、透明，企业、产品的竞争对手已不再仅是熟悉的同行，包括预防、治疗、康复服务，包括跨品类、跨代际的药耗，都可以带来费用数据上的竞争。

按病种分值付费，对创新药的定价利与弊

国家通过抗癌药谈判，解决了一部分市场刚需药品向医保用药市场的渗透难题，当时没有承诺约定采购量，还是最大程度地坚持了市场原则。一是相信患者有需要，二是相信医院会支持，三是相信竞争需完善，四是相信国产可替代。不管本土或进口专利药，它们只在仿制药、类似药、最新药上市以前那几年算是创新药，而且必须有确切的安全疗效，才可较自由地定价、调价。按病种分值付费，一手抓数据，对创新药是不利的，再好的东西也要比价、也要有合适价格；一

手抓绩效，对创新药是有利的，只要坚持提供有价值的服务，就有说服力。

按病种分值付费，对医药行业是个空前机会

事出蹊跷必有妖。在大数据分析上千个统筹区的病种救治费用数据后，胜负分明。任何一家制药企业、医药商业很难覆盖全国、全部医药机构，当然，这个想法可以作为奋斗目标。但至少在一两个品种、品规上，坚持这种想法是极不经济、极不现实、极为疯狂的想象。按病种分值付费方式铺展开以后，医药生产、流通上的这种局限性正好为大数据差异比较所用。要及时摆正努力方向，医药商业是可以告诉病种救治费用畸高的地区：你们是缺了没有好材料。我们期待更多数据向产业界开放。可以预言：医药研产不会那么拥挤，将鼓励差异。

真正地腾笼换鸟，从辅助用药到重特大疾病

众所周知，对罹患重特大疾病的患者处方过量化疗药物是谋财害命，处方过量辅助用药也是谋财害命，但性质轻了一些。“按病种分值付费+大数据监管”不仅能比较出来统筹地区内外的用药品种、品规差异，还能比较得到辅助用药的数量、金额占比。所以，从医保支付绩效、医院管理绩效的维度看，辅助用药首当其冲，需要规范使用、经济处方。所腾出来的医保资源和费用空间，将无条件地向重特大疾病治疗用药报销上倾斜，着力缓解“看病难看病贵”。

医保、医疗、药耗、患者等数据将形成海洋

各统筹地区之间的按病种分值付费机制运行水平，好比四大洋互

联互通。有几个特征可以表现出来：一是海平面其实是不等高的，但差异不大。二是各海域的洋底地形不同，海上天气有别。三是会存在丰富、有序的洋流，周而复始地拉动海洋运转。四是频繁的风暴、浪潮，冲击形成全球各地类似的沙滩。

医疗、医药的服务供方在这个生态环境里：可能像盐一样结晶，体现一定价值；可能像水一样蒸发，被时间所淘汰。这个过程可能极慢，类似化石形成的周期，但方向是没有改变的。海上必然有船，把医院比喻为船，医药就被放在一艘艘小船上飘摇。如果把船压得又衰老又沉重，有一起倾覆沉没的危险。

DRGs 可誉为巨型巡航舰队、海上工厂或者养殖网箱，从 DRGs 或任何精细化管理诞生出来管用高效的医保支付成果，都有原产地标签，都印证了医疗规律和卫生评估，都将传檄而定。一小撮、一小撮患者可能被选拔进行权益观察，一小队、一小队医生可能被聘请作为顾问医生，时间会留到不可忍而触发。

“区域点数法总额预算+按病种分值付费+大数据监管”已有丰富的国际比较经验，从国家层级推动各省、城市启动试点，开弓没有回头箭，只会“千里之行，始于足下”。这对想干事、能成事的药企来说，比什么都好。对基于能力、观念走相反道路的企业、产品比什么都糟。

[返回目录](#)

· 医院管理 ·

医院药品采购管理内部控制中存在的问题及对策分析

来源：医管新世界

采购流程不仅影响一个企业的经营和决策，还可能决定企业的发展前景。由于现今社会市场发展逐渐趋于规律性，整个医药行业的产业结构也日趋稳定，同时，拓展信息技术交流渠道，为优化医药采购模式提供了新的可能性，但由于医药采购的特殊性，使其在采购管理中存在很多问题。因此，医院应加强内部控制，维护人们的生命安全，缓解社会矛盾。

一、医院药品采购管理内部控制的背景和意义

社会经济的快速发展为我国医药行业提供了更多机遇，相应的管理体制也得到了进一步完善。近几年，虽然我国的医疗水平不断提升，医疗环境也得到了改善，但是城乡居民“看病贵”仍是目前医疗行业要解决的重点问题。造成该现象的主要原因是医疗药品价格居高不下，导致药品采购成本不断上升。基于此，医院有必要开展药品采购管理内部控制，并结合实际需求管控医疗药品采购成本，降低药品价格，在增加医院收益的同时，缓解人们看病难的问题。同时，政府应扶持医药企业，完善相关法律法规，保障其长期稳定发展。此外，医药企业之间的竞争日益激烈，医院建设速度在不断加快，提升药品采购管理内部控制水平是提升医院竞争实力的重要组成部分，应给予高度重视。

二、影响医院药品采购管理内部控制的因素

1、成本核算控制管理体系不完善

目前，由于很多医院在药品成本管理上缺少完善的核算控制管理体系，药品在采购过程中存在采购渠道复杂、回扣较多、折扣率相对较高等问题。很多大型医院在采购药品时，为了降低采购成本，提高经济效益，一般都从药品生产厂商、配送厂商等处进货，导致供应商之间的竞争压力相对较大。

供应商为了获取更多效益，往往会采用折扣促销的方式销售药品，最常见的折扣方式有两种，一是明面折扣，折扣金额通常会直接上交医院；二是暗地折扣，大多通过给领导人或者采购人回扣的方式销售药品，并通过药品推销获得一定的提成，不仅会增加成本核算控制管理的难度，还会影响药品采购市场的秩序。

2、药品采购与临床使用存在矛盾

一些特殊性药物或者用量较少的药品，在购买一段时间后会由于不经常使用而出现搁置过期的现象，但是如果购置该类药品或者采购数量相对较少，又会导致在临床实验中出现用量不足、缺货、断货等问题，进而影响临床治疗效果，也会增加药品采购部门与临床部门之间的矛盾。以荧光素钠注射液和血液滤过置换液为例进行说明。①荧光素钠注射液一般用于治疗眼科疾病，是眼科中较常储备的药物种类，不过由于用量相对较少，在采购时会限制其数量，但即使这样也很容易出现药品搁置过期的情况，等到再次使用进货时，又会因为缺

货导致供不应求，影响临床实验效果。②血液滤过置换液的存储时间相对较短，其在一般医院中的用量极少，药品存放过期现象较为普遍，再加上采购成本高，不仅为医院带来了严重的经济损失，还会造成下次采购困难，出现配送不正常等问题。

3、无法充分发挥内部审计部门的监管评价功效

首先，医院内部审计部门构建不完善，一些医院甚至没有审计部门，是由其他部门代替的，从而导致无法充分发挥审计职能。其次，即使建立了完善的审计部门及审计制度，但是由于审计人员自身专业能力有限，不能很好地开展审计工作。此外，一些医院审计部门人员虽然拥有很多实践经验，但是由于年龄过大，无法从事相关工作，导致审计工作表面化现象严重，无法有效发挥作用。再次，审计制度统一性差，开展工作缺乏标准规范支持，从而会影响内部审计效果。最后，不重视内部审计工作，开展审计工作时缺乏全面性、系统性，无法及时指出并准确评估医院运营中存在的风险事项，最终无法充分发挥各部门的职责，影响内部审计效果。

4、缺失风险管理机制

缺失风险管理机制使医院在风险管理中处于被动局面，无法及时识别和防范药品采购中存在的风险事项，从而不利于医药企业的长远发展。具体来说，首先，医院对风险认知不全面，未设置专门的风险评估机构，无法有效预防和控制存在的问题，降低了药品采购管理的效果。其次，在药品采购风险评估中，由于技术、工具以及方法等不

合理性，导致评估结果不准确，不利于提高风险控制效率。再次，医院并未聘请专业风险评估机构开展风险评估工作，导致其无法及时识别药品采购中存在的风险事项，给医院带来了严重的经济损失。最后，随着媒体、网络的快速发展，给医院风险识别和防范工作带来了困难，在风险发生后不利于启动紧急预案，医院处于被动地位，不利于树立良好的形象。

5、信息化水平不高

随着信息技术的发展，医药电子商务成为医院行业建设的主流趋势。建立医药电子商务网络需要统一规范物流配送平台，从而更好地进行医药信息交流和共享，提升医院药品采购管理水平。但是，由于目前构建标准的不完善性，平台建设存在一些问题。例如，虽然一些城市医院企业已经开始建立药品编码标准，但只能在限定区域内实行，无法进行有效拓展和推广；因在药品数据库、编码及信息数据管理系统接口等在技术标准上存在差异，导致药品信息流通管理系统多元化、复杂化；受数据信息技术应用范围限制、物流自动化程度偏低、信息化意识薄弱等因素影响，医药企业信息化平台构建存在较多问题，影响了药品流通效率。

三、医院药品采购管理加强内部控制的主要措施

1、合理规范药品采购流程

在药品采购中，医院应做到逐层上报、审批，保证药品采购的合理性。医院各门诊、科室应先将所需药品统计整理后上报给药剂科，

经药剂科审查签字后，交由相应的采购人员进行审批，之后再行采购作业。同时，在药品采购过程中，要按照国家制定的相关标准进行合法、合理采购，保证药品质量。此外，纪检部门、财务部门和审计部门应加大对药品采购科室的监督和管理力度，保证采购工作合法、合理开展，避免损失。

2、加强药剂科和临床科之间的沟通与交流

针对药剂科与临床科之间存在的矛盾，医院应进行有效协商，以降低药品采购问题出现的概率，确保顺利开展相关工作。当药品出现滞留情况时，药剂科应提醒相关科室尽量协调使用，以免过期浪费，并通过及时沟通，制订合理的解决方案，提高药品的利用率，减少因过期等问题给医院带来经济损失，确保日常工作有序开展。

3、验收检查采购药品

在药品验收中，医院可根据自身条件设立专项部门或者安排专人进行验收，并制定完善的验收制度，确保药品到货后能够有序开展验收工作，保证药品质量。同时，在验收环节内，医院应根据采购单的相关内容，联合各部门共同开展药品验收工作，对品种、数量、规格、质量等内容进行对比和记录，确认无误后方可入库保存，便于各科室领用。为了达到全过程控制的目的，医院必须合理设置各个岗位，明确各个岗位的职责、权限。在这一过程中，还要求采购部有效跟踪药品配送企业履行采购合同的实际情况、配送情况，确保及时供应药品。此外，医院应对整个采购环节进行详细追踪记录，并坚持信息化管理，

加强整个采购过程的可追溯性，便于及时找出其中存在的问题及原因，提升管理水平。

4、建立健全药品委员会和内部审计部门

医院通过建立健全药品委员会和内部审计部门，能够更好地保证药品采购流程的规范性，减少不良行为，提高采购质量。工作人员在与临床科室核对药品信息后填写药品采购清单，详细标明药品名称、规格和数量等信息，然后交由药品委员会审批。药品委员会还要对药品采购数量进行有效管理和监督，确保药品采购数量，在减少库存占用、资金浪费的基础上，增强供应的有效性，同时通过制定相关管理制度，防止发生采购无效事件。

5、加大付款控制力度，规范付款程序

在支付采购款过程中，财务部门必须有效审核付款内容的真实性，核对发票内容，保证款项支付的合理性、合法性，避免出现风险和损失，如发现虚假药款发票，需立即查明原因，及时上报处理；当发现虚假药款发票时，应拒绝向药商付款，避免出现资金损失；对于审核无误的药款发票，则应由主管领导审批签字，财务部门根据审批意见付款。根据国家规定标准要求，药品采购款支付应以银行转账方式为主，禁止出现其他不合规的付款方式，保证医院顺利开展日常工作。

四、结语

药品采购管理内部控制是医药企业开展经营活动的基础和前提，

也是不容忽视的重要环节。医院只有重视内部控制，制定完善的管理体系和制度，构建合理的管理机构，才能顺利开展内部控制工作，提高采购管理水平，加强药品供应的及时性，为医院开展日常工作提供助力。

[返回目录](#)

最新：互联网医院已达 900 个，5500 多家医院可以提供线上服务

来源：医药云端工作室

10月28日，国新办就“十三五”卫生健康改革发展有关情况举行发布会，会上传来消息，目前全国已经有900家互联网医院，远程医疗协作网覆盖所有的地级市2.4万余家医疗机构，5500多家二级以上医院可以提供线上服务。

国家卫健委党组成员、副主任于学军介绍，在解决看病难方面，国家卫健委主要是抓促进优质医疗资源下沉和均衡配置的工作。

一是有序推进区域医疗中心建设，考虑病种流向等因素，在8省开展试点，逐步优化全国层面的高水平的医疗资源配置。推进医联体建设和县域综合医改，现在84%的县级医院已经达到二级以上的医院水平。2019年全国县域内常见病、多发病就诊率已经达到90%左右。

二是加强资源和服务整合。全国组建城市医疗集团已经达到1408个，县域医疗共同体达到3346个，跨区域的专科联盟达到3924个。同时推进家庭医生签约服务，试点社区医院建设，提升基层医疗水平。

三是持续深化“放管服”促进健康产业和社会办医规范发展。

四是加快“互联网+医疗健康”发展，远程医疗服务覆盖面大大拓展。

目前全国已经有 900 家互联网医院，远程医疗协作网覆盖所有的地级市 2.4 万余家医疗机构，5500 多家二级以上医院可以提供线上服务。

据介绍，2019 年，全国开展远程医疗服务超过了 2172.3 万人次。截至 2019 年底，258 个地市实现区域内就诊一卡通。运用信息化技术优化服务流程，二级以上医院普遍实行预约诊疗、就诊导航、移动支付等线上服务。三级医院预约诊疗率超过 50%。

在缓解看病贵方面，于学军表示，国家卫健委着力以降低药价为突破口，实施三医联动。推进国家组织药品集中采购和使用，着力降低虚高的药价。4 个直辖市和 7 个副省级城市首批 25 个试点药品中选价格平均降幅达到 52%，随后又扩大到全国，第二批中选药品价格平均下降 53%。开展药品价格谈判，对进口抗癌药等实施零关税。完善国家基本药物制度，规范药品使用管理，保障短缺药品供应。

此外，“十三五”期间，全面推开公立医院综合改革。全部取消药品和耗材加成，破除以药补医的机制，开展现代医院管理试点，全面推进以质量为核心，公益为导向的绩效考核。健全全民医保制度。建立统一的城乡居民医保和大病保险制度。人均财政补助标准逐年提高，完善多元复合式支付方式，建立完善医疗救治制度，积极发展商业健康保险。

移动医疗与互联网相结合初探

来源：健康界

医疗行业的特殊性在互联网+下，并没有得到很稳定发展，一直磕磕绊绊多年。

一、当前互联网医疗模式

互联网+已经很多年了，其他行业的互联网+，如火如荼地改变了人们生活，颠覆了许多传统行业。医疗行业的特殊性在互联网+下，并没有得到很稳定发展，一直磕磕绊绊多年。

各家互联网企业纷纷投向医疗行业，好像非要颠覆医疗来不可。往往离开医疗本质去空谈，医疗本质是什么?.....“有时能治愈、常常去帮助、总是在安慰”!缺少人文关怀的医疗是冰冷的。

互联网医疗已经步入 2.0 时代了，在向 3.0 迈进。最终 3.0 阶段将会实现全面的互联网医院，囊括在线问诊、诊断、远程治疗、处方开具、送药到家等服务内容。目前我国互联网+医疗行业已整合了移动医疗服务商、医疗设备制造商、IT 巨头、风险资本、移动运营商、应用开发商、数据公司和保险企业等众多参与者，形成了以互联网健康险以及在线医疗为主的产业格局。

在疫情的催化下：新冠疫情黑天鹅推动行业实现突破性进展，医疗健康类 APP 在线问诊量呈爆发性增长。同时，政府也不断加码，打通医保、支付等互联网+医疗的关键环节，助力线上医疗在疫情期间

发挥作用。疫情后还会持续性增长，各家三甲医院不甘示弱，纷纷上线自己的互联网医院，医院有自身优势，病历电子化、

医疗信息化(PACS、LIS、RIS等)、医生、患者、科普教育。很容易增加粘性，有利于随访及患者管理。热度不减今后竞争将更加激烈！

二、慢病管理模式

随着社会进步，健康水平提高和人口寿命增加，我国发达地区城市人口，逐步进入老龄化社会。结合一些统计数字会发现；2019年我国65岁及以上人口占比已高达12.6%，事实上，根据WHO国际标准，65岁及以上人口占比超过7%即已标志社会步入老龄化。

慢病管理：国家已经把65岁以上老年人健康管理、高血压患者、2型糖尿病患者、0--6岁儿童、严重精神病患者社区管理等纳入“国家基本公共卫生服务”中，结合居民健康档案建立、社区家庭医生签约服务，统一由国家财政负担。

基层慢病互联网模式中，互联网在排队叫号、检查报告、一站式结算、诊后随访等就医流程中带来了巨大的改变。慢病管理信息化企业通过与基层医疗机构的广泛合作，可以为慢病患者提供包括体检、诊断、电子病历、专家咨询、药物配送等全流程的慢病管理服务，同时结合线下医院、药房和体检中心等，形成闭环的服务模式。

未来互联网慢病管理公司需要更加关注慢性病患者教育，不断提升患者认知，让这批用户认识到互联网慢病管理服务的便捷性与必要

性，增加服务类慢病管理的营收。社区医疗机构做为基层医疗机构，承担着大量医疗健康管理服务，今后实现分级诊疗，双向转诊。落实国家十三五健康规划要求，通过互联网+医疗，有效促进优质医疗资源纵向流动，提高基层医疗机构的医疗服务能力和诊疗水平，实现“基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治”的分级诊疗就医新格局。

三、移动医疗+互联网在慢病管理、专病管理的应用

移动医疗顾名思义，是把医疗部分检查、检测设备放到车上，再结合互联网医院模式，配备标准化电子病历、远程会诊系统、云诊断、5G传输系统等。打破固定场所诊疗模式，依然是依托实体医疗机构开展，保证医疗质量及行业监管。

移动医疗车内配备，数字化X光机、超声、心电图、采血生化检查等，可以满足基础医疗需求。车载设备可调整，衍生出其他专科检查，专病管理。以机动灵活性、稳定性满足在城乡道路上行驶。未来可开展基层慢病管理、专病管理流动化服务，以移动医疗车为载体，结合互联网医院模式，“在线预约、定点下来”，实现一出家门就能诊疗模式。当前已经与体检中心合作全科体检车项目，与基金会合作女性乳腺癌筛查项目，正在使用中。后疫情时期，包括移动核酸检测、移动P3实验室、移动CT应运而生，防止交叉感染方面发挥独特作用。

[返回目录](#)

• 医药资讯 •

北京医疗机构 2025 年将实现医务社工全覆盖

来源：中国新闻网

为进一步改善医疗服务，构建和谐医患关系，北京将发展医务社会工作，帮助患者及家属预防、缓解和解决因疾病所导致的情绪、心理和社会问题。今年，北京在部分综合性医院和儿科、精神卫生、肿瘤、康复等专科医院等开展医务社会工作，到 2025 年实现全市医疗机构医务社会工作全覆盖。这是北京市卫生健康委新闻发言人高小俊 26 日介绍的。

明确医务社会工作的服务内容、岗位设置等

医务社工身穿白大褂穿梭在医院，但不是医生，也不同于医院里的志愿者。那么，他们是干什么的，如何开展工作？

北京市卫生健康委员会联合北京市委社会工委市民政局、北京市教委、北京市财政局、北京市人力社保局等部门，于近日印发了《关于发展医务社会工作的实施意见》（简称《意见》）。

高小俊表示，《意见》明确了医务社会工作的服务内容、岗位设置、人才来源、专业人才的晋升渠道、专业人才培养方向以及其发展的保障机制等重点内容：

——服务内容主要包括心理-社会支持、社会资源整合、医患关系调适、志愿者管理、社区健康服务等。

——岗位设置方面，要求各医疗机构设立医务社会工作岗位；有

条件的医疗机构可设立医务社会工作部门或二级科室；公共卫生机构可探索设立医务社会工作岗位。

——人才来源方面，鼓励各医疗机构通过社会招聘、部门转岗、购买服务等方式配置专职医务社会工作者，积极通过招募或项目合作等方式，引导社会志愿者、社区工作者参与医务社会工作，补充和壮大医务社会工作人才队伍。

——晋升渠道方面，医务社工纳入专业技术岗位管理范围。建立社会工作者职业资格与专业技术职称对应关系。取得社会工作者职业水平证书的人员，用人单位可根据工作需要聘任相应级别专业技术职务。

——人才培养方面，从完善继续教育、建立实习基地、完善督导体系、鼓励实务研究等方面，加快培养一批适合卫生健康需求的复合型医务社会工作专业队伍。

——发展保障机制方面，建立健全政府部门协同配合机制、医务社会工作多元投入保障机制、社会力量参与医务社会工作服务机制，逐步建立健全医务社会工作服务体系。

与医疗团队、志愿团队协作构建和谐医患关系

“目前，我院有专职医务社工3人，服务覆盖18个临床科室，每年服务患儿超过1万人次。”首都儿科研究所党委书记刘中勋表示，该院医务社工协助患儿及家长解决对疾病的恐慌、对医院环境的不适等问题，提供个案和小组服务。同时，医务社工还链接社会资源，提

升医院人文环境。

值得一提的是，他称，首都儿研所实施“医务社工+志愿者”的管理模式，医务社工以患者需求为导向，策划志愿服务项目，并有针对性设计志愿服务计划和岗位，对服务过程进行督导，延伸了志愿服务内涵，提升了志愿服务的专业化、项目化水平。

清华长庚医院医务社工部部长张蕾表示，该院建院之初即设立专门的医务社工部门和岗位，现已形成个案服务、病友团体、社服基金、社区服务、志愿服务五大业务版块。医务社工经由临床医师或护理人员转介，与有特殊需求的患者建立联系，协助患者梳理家庭支持系统、提供情绪疏导和情感支持，链接社会资源（比如众筹平台、基金会等）协助解决经济问题等。

北京大学第六医院精神疾病康复中心主任程嘉也指出，传统的门诊和住院医疗服务更多地关注患者的症状，难以促进患者的精神康复，而医务社工所持有的价值观、理论与技能，则可以与医疗团队合作，促进患者精神康复。

2025 年实现全市医疗机构医务社会工作全覆盖

根据《意见》提出，2020 年，北京市将在部分综合性医院和儿科、精神卫生、肿瘤、康复等专科医院以及社区卫生服务中心试点开展医务社会工作；到 2022 年，逐步在全市医疗卫生机构推进医务社会工作，医疗机构设立医务社会工作岗位，鼓励有条件的医疗机构设立医务社会工作部门，配备专职医务社会工作者。

到 2025 年，实现全市医疗机构医务社会工作全覆盖，服务体系基本完善；服务专业化规范化水平明显提升；专业人才数量和质量基本满足需要；社会力量广泛参与，社会公众普遍认同。公共卫生机构探索开展医务社会工作，形成可推广模式。

高小俊指出，下一步，北京将逐步破除医务社工发展的体制机制障碍，精心培育医务社会工作科学发展，不断适应民众日益增长的卫生健康服务需求，这也是适应医学模式转变的现实需要，是彰显医学人文的重要举措。

[返回目录](#)

抗肿瘤药物被纳入医院合理用药考核范畴

来源：医药经济报

10 月 26 日，重庆市卫健委官网挂出对《重庆市医疗机构合理用药考核工作方案（征求意见稿）》（以下简称“征求意见稿”）公开征求意见的通知，其中对二级以上医疗机构（含妇幼保健院及专科疾病防治机构）的合理用药考核制定了细致评分考核内容。

与过去的合理用药文件相比，征求意见稿除了对抗菌药物使用、基本药物配备使用、重点药品监控、集采药品使用等制定要求外，也特意辟出章节明确抗肿瘤药物使用和管理、以及开展治疗药物监测（TDM）的规范要求。

市场加深倒逼规范提升

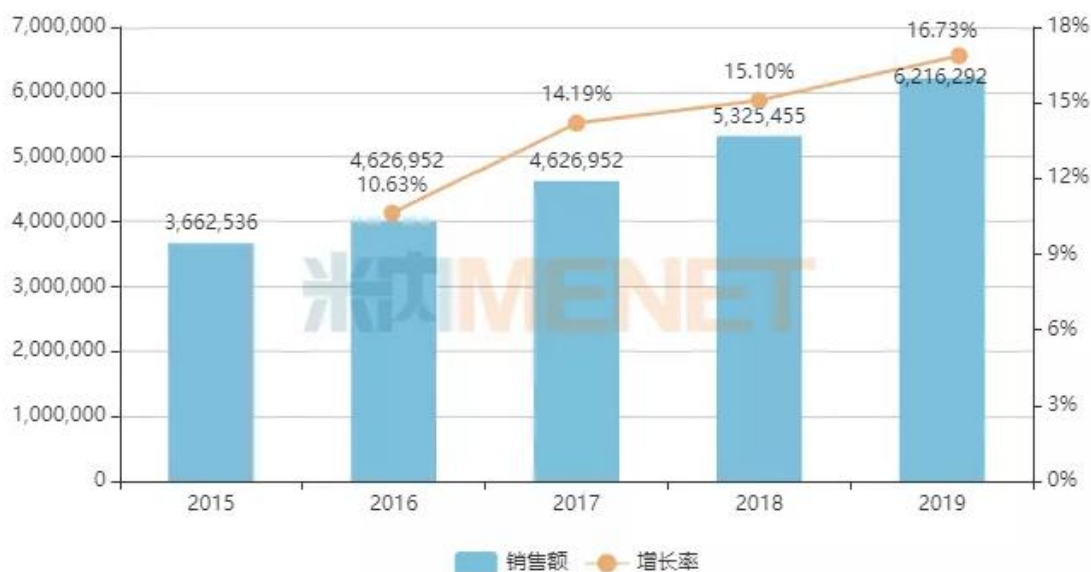
根据征求意见稿所附的《重庆市二级以上医疗机构合理用药考核

标准（试行）》（以下简称“考核标准”）的安排，抗肿瘤药物使用和管理一项共占 15 分，比重与“国家基本药物配备使用”相同，仅次于“加强处方事中事后监管，提高处方质量”（30 分）。

根据文件要求，二级以上医院须设立抗肿瘤药物管理工作组，定期开展抗肿瘤药物规范化管理及合理应用培训；实施抗肿瘤药物分级管理，临床医生经抗肿瘤药物规范化管理及应用培训后授予相应处方权。同时，要建立包括临床药师的肿瘤多学科诊疗团队（MDT），参与临床药物治疗工作。开展抗肿瘤药物使用合理性专项评价，规范抗肿瘤药物超说明书用药，有超说明书用药目录，并动态调整。

作为一项新纳入的考核标准，抗肿瘤药物备受重视其实并不只是政策因素影响，市场情况也显示近年国内抗肿瘤药市场保持颇高的增速。米内网数据显示，最近几年在中国城市公立医院、县级公立医院、城市社区中心及乡镇卫生院（简称中国公立医疗机构）终端抗肿瘤药的销售规模快速上涨，2016-2019 年增速分别为 12.44%、16.36%、19.10%、21.30%，2019 年涨至 961 亿元。尽管受到临床用药推荐“能口服不注射”原则影响，抗肿瘤用药领域仍然是注射剂市场占较大（市场占比达 64.74%），但增速稍稍低于水平线，2016-2019 年的增速均保持在 10%以上，市场潜力依然可观。

2019 年中国公立医疗机构终端抗肿瘤注射剂的销售情况（单位：万元）



来源：米内网中国公立医疗机构终端竞争格局

肿瘤诊疗质控或全面铺开

其实，对于抗肿瘤药物的临床应用监测，已有颇长一段时间。为规范医疗机构和医务人员用药行为，降低医药费用，国家卫健委不仅制定印发了《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》，也建立了“抗肿瘤药物临床应用监测网”对全国设立肿瘤科的三级综合医院和肿瘤专科医院，开展合理用药监测。

国家癌症中心主任赫捷日前透露，抗肿瘤药物临床应用监测工作在持续开展，对全国 1400 余家医疗机构抗肿瘤药物合理使用情况进行监测，目的在于诊疗质控的全方位管理和加强抗肿瘤药物的规范使用。

此外，目前已有 28 个省份成立了省级肿瘤相关质控中心，未来肿瘤单病种质量控制管理将是重点之一。据悉，目前国家肿瘤单病种质量控制平台正在建设中。国家肿瘤质控中心以乳腺癌为试点，开展

了乳腺癌诊疗规范化质控试点建设工作，目前全国已有 200 家三级以上医院纳入试点范围，肺癌单病种质控也在试行中。国家癌症中心、国家肿瘤质控中心下一步将对医疗机构肿瘤诊疗质量相关指标开展持续监测，促进肿瘤诊疗质量持续改进，不断完善肿瘤诊疗质控体系。

事实上，重庆的考核标准也提出了多个细致的指标，如要求临床药师对高龄、妊娠期、哺乳期、肝肾等脏器功能不全的具有潜在用药高风险患者开展药物治疗管理（MTM），包括信息收集、药物治疗分析评估、药物治疗目标和治疗方案的制定、药物治疗方案的干预以及跟踪随访。

而对于抗肿瘤药物超说明书用药，重庆这次则要求跟据本医疗机构的药物使用情况制定抗肿瘤药物超说明用药的目录，同时需要根据肿瘤临床诊疗指南的变化适时调整超说明书用药的目录。

[返回目录](#)

16 个药停产

来源：医药网

16 个药品停产

10 月 27 日，甘肃省公共资源交易局发布《关于对申请撤废药品取消中标挂网资格有关事宜的通知》指出，近期有 32 家药企的 46 个药品因生产线改造、成本上涨、原料短缺、停产等原因提交撤废申请。

甘肃省公共资源交易局

甘交易医字〔2020〕第 117 号

关于对申请撤废药品取消中标挂网资格 有关事宜的通知 (第 35 批)

据梳理，申请取消中标挂网资格的药品有注射用阿魏酸钠、宝咳宁颗粒、鼻炎康片、布美他尼片、盐酸二甲双胍片、复方曲尼司特片、喉咽清合剂、复方雷尼替丁胶囊、连翘败毒片、注射用硫辛酸、注射用盐酸洛美沙星、氯雷他定胶囊、前列地尔注射液、氢化可的松注射液、舒筋丸、替加氟注射液、通便灵胶囊、血塞通颗粒、银杏叶片等，既有常用的中成药，也有常见的化药。

值得注意的是，在申请撤网的药品中有部分药企的产品被备注为停产，比如宝咳宁颗粒、布美他尼片、复方曲尼司特片、复方雷尼替丁片、连翘败毒片、前列地尔注射液、田七痛经胶囊、血塞通颗粒等 16 个药品。

同功能主治药品替代供应

通知就 46 个申请撤网药品的后续供应问题，安排如下：

(一)独家品种。本批次共 3 个独家品种申请撤废，具体为：国药集团德众(佛山)药业有限公司鼻炎康片(0.37g*96)、珠海星光制药有限公司前列通瘀胶囊(0.4g*60)、天士力医药集团股份有限公司消渴清颗粒(6g*15)。以上 3 个品种撤废后，医疗机构可选择同功能主治

替代药品采购。

(二)独家中标挂网药品。本批次共 7 个品种 9 个规格的药品在甘肃省药品采购平台独家中标挂网，撤废后医疗机构可选择同功能主治替代药品采购，同时甘肃省公共资源交易局将启动应急绿色通道阳光挂网，欢迎同品种其他未中标挂网企业申报。

(三)其他。本批次共 34 个撤废药品，平台有同品种、不同规格中标挂网药品可保障供应。

总的来说就是，对此次撤废品种，鼓励其他企业同功能主治药品申请阳光挂网，通知明确甘肃省对性价比优于平台已中标挂网的药品实行免备案阳光挂网。

相应药企将被处理

此外，通知还规定，为保障医疗机构正常采购，自 2020 年 10 月 31 日起，取消撤废药品的中标挂网资格，并按照《甘肃省药品集中采购诚信管理办法》的相关规定给予企业相应处理——其中新增阳光挂网药品在 1 年内撤废的，1 个药品给企业记不良记录 1 次，撤废后一年内不得再次申报；1 年至 2 年之间撤废的，按照每批次申请撤废品种数量处理；2 年以后撤废的免于处理。

因不可抗力等原因、药监局撤销批准文号、企业关停并转等原因造成无法供应的，根据企业提交的免于处理申请，原则上可免于处理。

最后，根据甘肃省医疗保障局、甘肃省公共资源交易局联合下发的《关于进一步做好药品新增阳光挂网工作的通知》内容要求，企业

申请撤废的药品 1 年内不再接受其挂网申报。

一段时间以来，由于生产线改造、成本上涨、原料短缺、停产等原因，药企申请品种撤网的现象屡见不鲜，在各省招采平台动态调整，有进有出，既要求质量又要求价格的情况下，企业申请撤网的情况将更加常态化。

[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