

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.03.22-2021.03.28

——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。)

· 专家观点 ·

▶ [观点 | 建设一个体系 打造五个医保 推动医疗保障高质量发展](#)

(来源：中国医疗保险) ——第 11 页

【提要】“十四五”期间，上海医疗保障改革发展将以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实习近平总书记考察上海重要讲话和在浦东开发开放 30 周年庆祝大会上的重要讲话精神，坚持“人民城市人民建，人民城市为人民”重要理念，以人民健康为中心，按照当好新时代改革开放排头兵、创新发展先行者要求，锐意进取，攻坚克难，加快建设“对标国际先进，到 2025 年，在全国率先建成与中国特色医保制度相适应、与上海超大城市实际相符合，覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障制度体系”，打造建设健康医保、价值医保、可持续医保、服务医保和智慧医保，助力提升上海城市能级和核心竞争力，促进高质量发展，实现更好保障病有所医的目标。

▶ [观点 | 聚焦医疗服务价格成本 医疗服务价格调整 三个问题待解](#)

(来源：健康报) ——第 14 页

【提要】医疗服务价格政策直接影响着医疗机构和医务人员的服务供给行为，并对费用控制、资源配置、医疗服务质量以及医疗服务过程

中的效率和公平等，产生明显的导向或制约作用。随着药品零差率和医用耗材零差率政策的实施，各地医疗服务价格得到一些调整，但整体上医疗服务价格扭曲的格局并没有得到实质性的改善。当前，在医疗服务价格制订和调整政策方面，还存在费用结构“重物轻人”、价格管理待完善、价格调整“缺依据”这三个问题亟待解决。

▶ [观点 | 国家重磅规划，医药行业要巨变！](#)（来源：药脉通）——
第 18 页

【提要】去年年底，新华社重磅发布了《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》。标志着中国又一个全新的征程即将正式启程。这一轮科技革命，大概率将影响全球经济未来 50-100 年的全球经济竞争格局。中国力争在 5G、物联网、工业互联网、航天技术、材料应用、生物科技、机器人、大数据、人工智能、区块链等等技术上寻求突破。系统布局新型基础设施，加快第五代移动通信、工业互联网、大数据中心等建设。中国工业要全面进入数字化时代，中国医药产业不能落伍！要追平、赶超跨国巨头，中国药企拥抱数字化大战略，在数字化和信息化领域构建自己的优势。

• 分析解读 •

▶ [医疗服务市场趋势：集中度大幅提升](#)（来源：Latitude Health）——
第 22 页

【提要】在政策的推动下，城市医联体和县域医共体在过去 5 年获得

了快速增长，正日益成为医疗服务的主要供给方。随着市场格局在向大型化和集团化转变，医疗服务市场的地区集中度正日益增强，这将持续挤压地区内其他医疗服务机构。随着医保支付制度改革，尤其是药品耗材的集采和 DRG 的推行，医联体和医共体可以借助集团的力量降低自身受到的冲击，但不在医联体内的其他中小型医院将不得不面临多重挑战。

▣ [136 个品种 18013 批次抽检！《国家药品抽检年报（2020）》发布](#)（来源：中国食品药品检定研究院官网）——第 24 页

【提要】2020 年国家药品抽检共完成 136 个品种 18013 批次制剂产品与中药饮片的抽检任务，样品来源涉及 3586 家药品生产、经营企业和使用单位，覆盖境内 31 个省区市和新疆生产建设兵团，由 47 家药品检验机构承担检验和探索性研究任务。药品抽检是上市后监管的重要手段，在打击违法违规、评价药品质量状况、保障公众用药安全等方面发挥着重要作用。2020 年，国家药监局坚持以“四个最严”为根本指南，组织各省级药品管理部门与相关检验机构，在全国范围内对部分药品质量开展抽查检验工作，并深化成果应用，不断加强抽检管理与顶层设计，完善制度体系、整合资源形成监管合力，服务监管的效能进一步显现。2020 年抽检结果显示，我国当前药品质量仍处于较高水平，安全形势总体平稳可控。

• 医疗信息化 •

▣ [后疫情时代 互联网医疗发展模式及特点浅析](#)（来源：火石创造）

——第 43 页

【提要】近年来，在医改、分级诊疗、消费升级、老龄化、大数据、AI 等多种因素叠加影响下，互联网医疗产业迅速发展。随着移动互联网技术与医疗服务加速融合，互联网医疗市场呈现出百花齐放之态势。近一年多由于疫情影响，国家层面诸多利好政策出台，中国互联网医疗产业进入全新发展阶段，医疗信息化、O2O 药品服务、互联网医院、智能可穿戴设备、医疗 AI 等领域集中度不断提升。

▣ [成熟度 3 级及以上医院占 2.7%，实现医疗信息互联互通还需多久](#)

（来源：健康界研究院）——第 49 页

【提要】此前，国家卫生健康委统计信息中心对“2019 年度国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评结果”进行了公示。医疗机构信息互联互通成熟度标准化测评结果为三级的仅占全国二级及以上医院的 2.7%，综合区域测评和医院测评结果来看，完成医院信息平台、临床数据中心建设应用，能对患者就医流程效率提升、辅助临床诊疗决策、帮助医院精细化管理运营的机构较少，我国当前医疗健康信息互联互通水平普遍较低。当前，医疗健康的信息互联互通更多还限于医院内部，要真正赋能互联网+医疗健康、医联体业务互动协同、分级诊疗等工作的开展，不管是区域卫生健康信息主管单位，还是医疗机构，都需要从顶层设计、整体规划出发，分步、分阶段、有侧重的进行医疗信息化建设布局。

• 医院管理 •

▶ [医院智慧管理分级标准的思考与建议](#)（来源：惠宏医管）——第 53 页

【提要】3月初，国家卫生健康委发布《医院智慧管理分级评估标准体系(试行)》(以下简称《标准体系》)，落实《关于进一步完善预约诊疗制度加强智慧医院建设的通知》有关要求，指导医疗机构科学、规范开展智慧医院建设，提升医院管理精细化、智能化水平。《标准体系》明确为参照执行，即非强制性标准，而且如何建设智慧管理在文件中并未详细提及，给医院管理者创新和探索留下空间。我们认为将分级简化为信息化和智能化两个档次，更容易理解并便于操作，管理水平是实现智慧化管理的关键障碍，提高管理人员专业化能力以及组建运管部是目前比较切实可行的做法。

▶ [4位院长倾囊相授，看懂湖南乡镇卫生院发展之道！](#)（来源：健康县域传媒）——第 60 页

【提要】一直以来，乡镇卫生院的功能多是围绕传染病、卫生服务质量和农村健康等方面，在各种约束和限制中举步维艰。对此，湖南省各县级卫生院的几位院长均表示：基本医疗要做强基本公卫要做实，这两者之间不可偏废，而在这两轮驱动当中，就是要做好医防融合，它是乡镇卫生院发展的立身之本，成事之基，动力之源。因为全国各地医疗资源条件不同，导致不同体量的乡镇卫生院在开展医防融合过程中，承担任务以及创新模式等均有较多差异化。如今，到了十四

五的开局之年，新时期，国家提出以健康中国战略为主导，以百姓健康为中心，医防融合也就顺势进入到一个新的发展阶段，这需要用新的理念，新的抓手来推动基层医疗卫生健康事业的发展，尤其是在全科医生、家庭医生以及绩效考核等方面，不断健全和完善相关规章制度和医疗卫生服务体系化建设。

• 中医药动态 •

▶ [上海通过地方立法：中医药纳入公卫应急管理体系](#)（来源：新华网）——第 70 页

【提要】上海市人大常委会 24 日表决通过《上海市中医药条例》，条例将于今年 5 月 1 日起施行。这是一部对有关中医药发展方方面面作出系统规定的地方立法，将中医药纳入上海公共卫生应急管理体系，保障市民享有优质中医药服务。其中，“覆盖全民”和“全生命周期”是两大关键词。同时，上海支持社会力量举办中医医疗机构，鼓励连锁化、品牌化发展。社会力量举办的中医医疗机构在准入、执业、基本医疗保险、科研教学、医务人员职称评定等方面，享有与政府举办的中医医疗机构同等的权利。

▶ [让“守正创新”成为中药发展的加速器](#)（来源：米内网）——第 71 页

【提要】此前两年，国家及各部委发布了一系列以“守正创新”为核心关键词的相关政策，如《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》重点任务分工方案的通知，《国家中医药管理局关于印

发中医药创新团队及人才支持计划实施方案的通知》、《国家药监局关于促进中药传承创新发展的实施意见》、《中药新药质量研究技术指导原则(试行)》的通告等。在高层重视下的政策鼓励与推动，如何改变中药产业如今“创新难有，改良不易，竞争无序、淘汰不力”的现状，是产业界需要共同回答的问题。

• 医保快讯 •

▶ [四川三大医保名单分类管理 含 18 种双通道品种](#)（来源：四川省医疗保障事务中心）——第 80 页

【提要】3 月 22 日，四川省医疗保障事务中心发布《关于做好国家谈判药品和国家药品目录内高值药品经办管理工作的通知》，公布了 18 个高值药品、国谈药中 88 个单行支付药品以及 136 个纳入乙类医保的药品分类管理模式。对国谈药品中维得利珠单抗等 88 个单行支付药品实行“五定”管理，即：定认定机构、定治疗机构、定责任医师、定供药机构、实名制管理。将国谈药品中伏诺拉生等 136 个药品纳入乙类药品管理。对重组人血小板生成素等 18 个高值药品，在治疗机构进行实名制登记和事前审核后纳入乙类药品管理。

▶ [大批罕见病药物纳入保障！成都如何做到？](#)（来源：医药经济报）——第 82 页

【提要】日前，成都市医疗保障局官方连发 6 份文件，宣布按照“尽力而为、量力而行，个人负担可承受、可持续”原则，探索建立“负担可控、责任共担”的罕见病用药保障机制，单独设立罕见病用药保

障资金，并公布了首批纳入保障的7款罕见病药物。此次成都进一步完善罕见病用药保障机制，旨在通过构建专项基金，整合运用医疗保险、医疗救助、商业保险、社会慈善、企业责任等有效资源，缓解罕见病患者家庭经济负担，增进罕见病用药可及性，改善罕见病患者身体健康状况。事实上，罕见病药物创新保障模式探索必须基于我国现有医疗保障体系，在不打破原有医保规则的前提下，为罕见病患者的用药保障提供解决思路，任何模式建设都不可能一蹴而就，成都市医保局已经走出关键一步。

· 医药电商 ·

▣ [一文看懂医药电商：“卖药”VS“用药”下的两种生态](#)（来源：表外表里）——第89页

【提要】传统电商“多快好省”模型中，“省”是消费的永恒追求。而随着互联网思维嫁接到医疗领域的尝试，医疗电商应运而生。线下用药，遵循从诊疗到买药的过程，为的就是解决药品有效性需求。换到线上，由于脱离了面对面的场景，所以对这一流程的要求更为严格。因此，适用于互联网医疗的电商新排序应该为“好、省、快、多”。互联网医疗领域的竞争在疫情的催化下变得更加火热，但疫情的泡沫迟早会退散。行业发展恢复常态的时候，能更好地满足消费者对医疗用药“好”的需求，在“省”和“快”上下了更多功夫的那些平台，或许才更有可能在这条赛道上一直跑下去。

▣ [创新监管为网售药“护航”，近九成居民愿意选择医药电商平台](#)

（来源：互联快报网）——第 101 页

【提要】今年“两会”，政府报告中提及要全面推进健康中国建设，构建强大公共卫生体系。与此同时，有专家针对网售处方药，建议加快完善相关法律法规，保障用药安全，推动网售处方药的进一步发展。业内普遍认为，政策积极向好为网上药店打开一扇更大的“窗口”，2021 年医药电商行业将迎来重大发展机遇。从慢性病患者群体切身体验来讲，慢病患者需要定期开药，药品多为长期复购，稳定且成本高，而线下购药面临“门诊等候时间长”等问题。在疫情期间的特殊情况下，慢病患者作为易感人群，线下购药还存在交叉感染风险。这时，药品种类齐全、平价的医药电商平台顺理成章成为慢性病与罕见病患者购药的首选渠道。总体而言，随着政策的大力扶持、电商环境的不断完善，医药电商可为越来越多的慢性病患者购药“减负”，而伴随着城市下沉，医药电商平台的社会价值将愈加凸显。

-----本期内容-----

· 专家观点 ·

观点 | 建设一个体系 打造五个医保 推动医疗保障高质量发展

来源：中国医疗保险

作者 | 夏科家 上海市医疗保障局党组书记、局长

转眼到了“十四五”时期，这是我国全面建成小康社会、实现第一个百年奋斗目标之后，乘势而上开启全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军的第一个五年，也是上海在新的起点上全面深化“五个中心”建设、加快建设具有世界影响力的社会主义现代化国际大都市的关键五年。“十四五”期间，上海医疗保障改革发展将以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，深入贯彻落实习近平总书记考察上海重要讲话和在浦东开发开放 30 周年庆祝大会上的重要讲话精神，坚持“人民城市人民建，人民城市为人民”重要理念，以人民健康为中心，按照当好新时代改革开放排头兵、创新发展先行者要求，锐意进取，攻坚克难，加快建设“一个体系”，打造“五个医保”，助力提升上海城市能级和核心竞争力，促进高质量发展，实现更好保障病有所医的目标，打造高品质生活。

“一个体系”即对标国际先进，到 2025 年，在全国率先建成与中国特色医保制度相适应、与上海超大城市实际相符合，覆盖全民、

城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障制度体系，推动上海医疗保障实现更高质量、更有效率、更加公平、更可持续、更为安全的发展，不断提高市民群众获得感、幸福感和安全感。

“五个医保”即建设健康医保、价值医保、可持续医保、服务医保和智慧医保，通过优化制度、完善政策、健全机制、提升服务，增强医疗保障公平性、协调性，实现待遇保障公平适度、基金运行稳健持续、管理服务优化便捷，医保治理现代化水平显著提升。

1、建设“健康医保”，推进多层次医疗保障制度成熟定型。

“健康医保”，核心是适应从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变，提供更加优质多元的医疗保障服务。适应这一新转变，必须统筹抓好底线民生、基本民生、质量民生，有效扩大多层次医疗保障服务供给，满足市民群众多样化的医疗保障需求，让市民群众生活更有品质、更有尊严、更加幸福。

2、建设“价值医保”，推动三医联动、系统集成。

“价值医保”的核心，是推动医保基金的角色与功能，从“被动买单”向“战略购买”转变。必须真正坚持以患者为中心，充分发挥医保支付方式改革、医药集中带量采购、医药服务价格改革等在深化医改中的牵引作用，加强医疗、医保、医药三医联动、系统集成，让医保基金使用更富价值、更有效率。

3、建设“可持续医保”，全力维护医保基金安全。

医保基金既要管当前，也要管长远。必须守住守牢群众“救命钱”，

织密扎牢医保基金监管的制度笼子，健全基金监管体制机制，以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为。一是改革完善医保基金监管体制，落实市、区医保部门监管职责，强化医保定点机构的主体管理责任。二是依托“一网通办”“一网统管”，充分运用人工智能、大数据等新技术，持续推进智慧监管。三是实施完善医疗保险基金信用监管，推进信用分类管理。四是强化综合监管，实施跨部门协同监管，探索引入第三方监管力量。同时，加强部门联合执法，将医保监管与卫生综合监管等有机衔接，推动医保监管结果有效运用。

4、建设“服务医保”，助力产业创新和经济社会高质量发展。

抓民生也是抓发展，民生部门通过加强保障，可以有效提升群众消费意愿，也为企业提供实实在在的市场需求。对上海医保部门而言，重点是做好“三个服务”，即服务长三角一体化发展国家战略，服务上海建设具有世界影响力的社会主义现代化国际大都市，服务生物医药产业、大健康产业创新和高质量发展。

5、建设“智慧医保”，全面提升医保治理现代化水平。

“智慧医保”的核心，在于通过数字化转型，进一步提升医保服务能级，全面提升医保治理现代化水平。一是依托上海市“一网通办”“一网统管”，进一步推进医保公共服务标准化规范化建设，加快推进服务事项网上办理，实现上海市医疗保障“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，不断提升运行效率和服务质量。二是高标准建成统一、高效、兼容、便捷、安全的“智慧医保”信息平台，推进本市

医保治理数字化转型，全面支撑精细化管理。通过不断提高数据共享和运用能力，完善医保经办管理和公共服务体系，持续提高群众的医保服务获得感。

[返回目录](#)

观点 | 聚焦医疗服务价格成本 医疗服务价格调整 三个问题待解

来源：健康报

作者 | 于保荣 对外经济贸易大学保险学院教授

医疗服务价格政策直接影响着医疗机构和医务人员的服务供给行为，并对费用控制、资源配置、医疗服务质量以及医疗服务过程中的效率和公平等，产生明显的导向或制约作用。

随着药品零差率和医用耗材零差率政策的实施，各地医疗服务价格得到一些调整，但整体上医疗服务价格扭曲的格局并没有得到实质性的改善。

当前，在医疗服务价格制订和调整政策方面，有三个核心问题亟待破解。

问题一：费用结构“重物轻人”

价格项目结构不合理，必将导致医疗机构收入结构的不合理，具体表现为：药品、检查检验、医用耗材收入所占比例高，而医疗服务部分，尤其是技术劳务费价格偏低。

这一现象，在高技术、高风险、知识密集型服务的收费上十分突出。相反，部分大型设备检查、检验项目收费仍然偏高。

分析与建议：完善价格项目规范

我国长期以来将医疗服务价格项目作为医疗服务收费付费的主要计价单位，先后出台了一些规范医疗服务价格项目管理的政策措施。但从各方反映的情况看，现有的医疗服务价格项目体系，已经不能充分适应深化改革的需要。

首先，价格项目过多过细，标准化程度不高，难以监测比较。这虽然对医疗机构内部财务管理较为方便，但增加了临床的实施成本和价格主管部门的管理成本，与群众的感受和需要也是脱节的。

其次，对临床变化和技术进步的兼容性较差。价格项目与具体临床操作过程相捆绑，临床操作的部位、步骤、方法稍有改变，就可能找不到对应的价格项目，陷入不能收费或违规套收的困境，医院对此反映强烈。

再次，强调将医用耗材打包在价格项目内进行收费，不利于体现技术劳务价值。这一做法的初衷是引导医院主动控制医用耗材成本。这种方式虽名为服务价格，但实际上物化成本成为推动价格的主要因素，难以充分体现技术劳务价值，也不适应各自成本的变化规律。特别是当医用耗材出现技术垄断、价格畸高时，医院对控制医用耗材价格无能为力，需要其他项目收入交叉补贴，又进一步扭曲了比价关系和服务行为。

改变这些现状，宜从完善医疗服务价格项目规范入手。未来的国家医疗服务价格项目规范工作应坚持以结果为导向、以服务为主体、

体现资源消耗的原则，实现立项与技术操作脱钩、服务与耗材分离、项目与编码规则衔接，构建内容明确、边界清晰、适应技术进步和临床需要，并便于评价监督的医疗服务计价单元体系。

问题二：价格管理待完善

虽然个别地区形式上实行了听证会制度，但医疗服务价格的制订，既缺少医疗机构、相关行业组织和广大群众的积极参与，也不能反映医疗服务的真实成本。

分析与建议：建立公正公开的价格形成机制

目前，社会反映强烈的医疗服务价格，其项目设立、成本构成、确定标准等政策法规很少公开，价格制订过程不透明。在医疗服务价格政策制订过程中，仍存在不适合社会发展需要、不适应卫生体制改革的因素。因此，在医疗服务价格宏观管理方面，应深入研究这些不合理因素，参考国外医疗服务价格管理经验，建立公正、公开、透明的医疗服务价格管理体制，使利益相关方能够参与价格决策过程。

在定价机制方面，可选择常用、有代表性的医疗服务，进行实际成本和标准成本的测算，将成本与目前的价格进行比较，以测量当前医疗服务价格与成本的偏离程度。比较不同种类医疗服务标准成本与实际成本中的大型设备检查类成本、医务人员劳务类成本、药品费用类成本、材料类成本等的比例关系，以测量代表性医疗服务价格结构失衡的情况与程度。在此基础上，提出合理调整医疗服务价格结构的政策建议，包括如何调整大型设备检查费、医务人员劳务费、药品和

材料费用等的比例关系，为相关政策的制订提供参考依据。

在支付机制方面，可依据医疗服务的支付方式理论，探索对不同的医疗服务内容，研究不同的作价方法。将按服务项目作价与付费，逐渐向按病例、按床日、总额预付、按服务人头、按疾病种类等不同的作价办法和支付方式转变。

问题三：价格调整“缺依据”

虽然有关部门周期性地进行物价检查和治理活动，但什么时候该调价？以什么为依据？这些问题尚不清晰，也就无从建立灵活的价格调整、价格公示和价格监测机制。

分析与建议：落实成本核算，建立价格指数

长期以来，医疗服务价格一定多年、调整困难。除了价格管理体制的问题外，主要原因就是价格调整缺乏依据。而缺乏调价依据的主要原因，则是医疗服务成本测算没有真正在医院落地。只有在成本测算的基础上，建立和完善医疗服务和医用商品的价格指数测算机制，进而建立起能够反映社会物价变动的、灵活的医疗服务和医用商品价格指数体系，才能为医疗服务价格调整提供政策依据。

医疗服务及商品价格指数是一种监测与评估医疗服务费用的有效手段。类似于宏观经济中用消费者物价指数(CPI)，通过度量一组代表性消费品及服务项目的价格水平随时间变化的相对数，来反映居民家庭购买消费品及服务的价格水平的变动系数。

在医疗服务体系中也可以通过编制相应的“医疗服务价格指数”，

选定基期，通过当期价格与基期价格的比例来监测医疗服务价格的动态变化。通过医疗服务价格指数的编制，探索建立灵敏的动态调整机制，并通过总量控制、分类管理、考核激励、综合配套，提高医疗服务价格治理的社会化、标准化、智能化水平。

[返回目录](#)

观点 | 国家重磅规划，医药行业要巨变！

来源：药脉通

2020年11月，新华社重磅发布了《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》。中国，又一个全新的征程即将正式启程。

十四五规划正处于第四轮科技产业革命的边缘，新科技将成为最关键的变量。回顾前三轮科技革命，第一轮(工业化)和第二轮(能源)中国基本处在恶补阶段，第三轮是跟进与迎头赶上(信息技术)；即将到来的第四轮科技革命(物联网、5G、区块链、人工智能、生物科技等)，中国已经成为了全球新科技领域的一股重要力量。

这一轮科技革命，大概率将影响全球经济未来50-100年的全球经济竞争格局。中国力争在5G、物联网、工业互联网、航天技术、材料应用、生物科技、机器人、大数据、人工智能、区块链等等技术上寻求突破，文件提到，要构建系统完备、高效实用、智能绿色、安全可靠的现代化基础设施体系。系统布局新型基础设施，加快第五代移动通信、工业互联网、大数据中心等建设。

中国工业要全面进入数字化时代，中国医药产业不能落伍！

医药工业数字化是什么？

2020年11月1日出版的第21期《求是》杂志发表了中共中央总书记、国家主席、中央军委主席习近平的重要文章《国家中长期经济社会发展战略若干重大问题》，文章指出：

我国线上经济全球领先，在这次疫情防控中发挥了积极作用，线上办公、线上购物、线上教育、线上医疗蓬勃发展并同线下经济深度交融。我们要乘势而上，加快数字经济、数字社会、数字政府建设，推动各领域数字化优化升级，积极参与数字货币、数字税等国际规则制定，塑造新的竞争优势。

药脉通 CEO 张瑞表示，要推动各领域的数字化升级、构建全面数字化社会，只有包括医疗和医药产业等在内的关系国计民生的基础行业，都能数字化、信息化的时候，整个国家、社会以及经济的发展才是真正实现数字化和信息化。

在过去 20 年，中国的衣食住行实现了互联网化和数字化，并创造出了阿里、腾讯等一大批优秀企业。互联网和数字化的下一个浪潮就是产业互联网化。而产业互联网的核心，就是生产关系和生产资料都能利用互联网这个新的生产工具实现在线化和数字化。这样才能在生产资料和生产关系全面信息化和数字化基础上，会产生全新数字化生产力。

2019年6月，刚刚成立一周年国家医保局印发《医疗保障标准

化工作指导意见》，制定了药品、耗材、医院、医生、医疗服务、医保等编码原则，实现了医疗和医药产业的生产资料的数字化。此次，医保为互联网打开支付大门，实现了部分部分生产关系的数字化和信息化。

张瑞表示，国家医保局掌握医保资金，掌握了药品、耗材和医疗服务等生产资料、生产关系的定价权，而要通过这个杠杆去倒逼企业实现生产资料和内部生产关系全新组合建构，在旧生产力条件下，可能没有办法很好地完全实现。但利用全新的生产工具，是有希望带领医疗和医药行业突破新的生产力。这也就是指导意见里面所说的，重塑医药卫生管理和服务模式，优化资源配置等背后意义。

例如利用数字化和信息化，河北省医保局对医院药品采购进行实时监测，医院采购价高于平均值的均被勒令整改，医院谈判降价或者替换低价药品。这只是数字化和信息化初见成效，未来，医药和医疗行业的生产关系无疑将迎来更为全面数字化和信息化。

全面信息化时代，药企要做什么？

很多头部企业已经将追平、赶超国际领先企业作为目标，在数字化和信息的全新时代中，中国医药产业可以做什么？

张瑞表示，跨国药企的成就和竞争优势来自于第二次工业革命之后的生产力爆发，他们虽然引入了一些信息化、数字化的工具，但是，它的生产资料不在线，生产关系不在线，所以有大量的管理盲区，这些管理软件只是数据断点和信息断点，并不是真正的数字化和信息

化。

借助互联网，淘宝作为后来者实现了对工业化时代零售巨头——沃尔玛的弯道超车，如今阿里市值已经超过沃尔玛。

中国社会要全面进入数字化时代，中国医药产业不能落伍。要追平、赶超跨国巨头，中国药企拥抱数字化大战略，在数字化和信息化领域构建自己优势。

互联网能够和医药产业链条上哪些环节结合，变革医药行业行业呢？张瑞曾经将医药产业概括成这样一个链条：



即针对患者未被满足的医疗需求，药企研发创新药品，然后传递给医生，对于专利药来说，传递的不仅仅是药品，还包括药品相关疾病诊疗知识，即通过医药代表将产品附加的医药知识传递给医生，最终通过医生变成诊疗服务提供给患者，最后买单医保、患者、商业保险等实现买单。这其中关涉到整个产业链条，包括研发、生产、流通、销售等等所有涉及生产关系和生产资料的事情都实现在线化和数字化。

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

医疗服务市场趋势：集中度大幅提升

来源：Latitude Health

在政策的推动下，城市医联体和县域医共体在过去 5 年获得了快速增长，正日益成为医疗服务的主要供给方。随着市场格局在向大型化和集团化转变，医疗服务市场的地区集中度正日益增强，这将持续挤压地区内其他医疗服务机构。随着医保支付制度改革，尤其是药品耗材的集采和 DRG 的推行，医联体和医共体可以借助集团的力量降低自身受到的冲击，但不在医联体内的其他中小型医院将不得不面临多重挑战。

未来 5 年，医疗服务市场趋势将仍然以大医院为主导，借助城市医联体，大医院将变得强者恒强。而县域医共体本身实力有限，随着医保统筹层次上抬之后，病人存在持续流失的压力，未来能否保证医共体的规模化扩张取决于其能否发展出有自身特色的业务，进行差异化竞争。

虽然医联体和医共体的主要目标是强基层，但大体量的基层医疗机构要真正增强仍然需要依靠自身能力的提升，而不是依靠短期的医疗资源下沉和财政补贴。从过去 5 年来看，真正获得增长的只有社区卫生中心，这主要是城市内的药品目录较易统一，社区开药容易吸引一部分慢病人群尤其是老年人，这带动了整体服务量的持续上升。而且，城市大医院的虹吸会产生溢出效应，很多病人更愿意下转进入社

区，除了开药，也可以开展康复等较为简单的诊疗行为，提高就医的便捷性。

而乡镇卫生院的发展并不如人意，自身增长较缓，即使有医共体的推进，也很难真正推动其发展。乡镇卫生院的主要挑战是其整体实力本身就弱于城市社区，药品目录也无法在短期内扩大。更关键的是，县医院的虹吸意愿较大，乡镇很难真正留住病人。由于面临城市大医院的虹吸，县医院本身就受到市场的挤压，尤其是伴随着医保统筹层次的上抬，病人可在一个地级市内自由就医，打破了原来只能在县域内就医的限制。为了对抗自身的病人流失所造成的损失，县医院只能去虹吸下层的病人，乡镇卫生院长期的发展会面临进一步的压力。

从整体来看，城市医联体虽然结构较为松散，但大型医院借助医联体稳固自身的基本盘，同时持续虹吸下面县域和周边的病人进入，未来的增长将会持续加速。

而县域医共体虽然已经将县域内的病人都掌控在手里，但由于缺乏与上级医院的竞争力，未来将面临很大的挑战。从可能的发展模式来看，投靠城市内的大医院是最为现实的发展模式，通过成为城市医联体的一员，尤其是大医院的医生定期坐诊和手术，将为自身带来持续的病人流入，从而保证自身的发展。或者与城市大医院错位竞争，发展自己的优势专科，但这需要财政持续投入和优质医生的延揽，不是短期内能立竿见影的。

而从医保改革的角度来看，药品集采和 DRG 对医院将形成持续的

冲击。其中，药品集采的效果更直接，导致部分医疗专科的收入出现明显的下降。在耗材集采随后跟上的情况下，住院这一医院的主体收入将受到更大的冲击。由于大医院的耗材占比更高，受到冲击也更大，为了弥补损失，大医院需要进一步虹吸病人以填补收入，这将对下级医院带来更大的压力。而 DRG 其实也起到了类似的作用，只不过 DRG 的实施需要较长时间的推进，对医院的冲击是长期的，不像药品和耗材那么快速和直接。

从国际经验来看，在医保改革的推动下，医疗服务机构需要强化自身的能力来对冲风险，医院市场会出现合并浪潮。医联体和医共体则直接就从政策上推动了医院的合并，两者共同推动了医疗服务市场的集中度持续快速提升。在这样的市场趋势下，地区性的医疗机构将出现垄断的趋势，如果不能成为医疗集团的一员，就必须进行真正差异化的竞争，但这仍需大体量的投入和时间，不再是中小公司能够进行布局的市场。

[返回目录](#)

136 个品种 18013 批次抽检！《国家药品抽检年报（2020）》发布

来源：中国食品药品检定研究院官网

2020 年国家药品抽检共完成 136 个品种 18013 批次制剂产品与中药饮片的抽检任务，样品来源涉及 3586 家药品生产、经营企业和使用单位，覆盖境内 31 个省区市和新疆生产建设兵团，由 47 家药品检验机构承担检验和探索性研究任务。



国家药品抽检年报（2020）

药品抽检是上市后监管的重要手段，在打击违法违规、评价药品质量状况、保障公众用药安全等方面发挥着重要作用。2020年，国家药监局坚持以“四个最严”为根本指南，组织各省级药品管理部门与相关检验机构，在全国范围内对部分药品质量开展抽查检验工作，并深化成果应用，不断加强抽检管理与顶层设计，完善制度体系、整合资源形成监管合力，服务监管的效能进一步显现。2020年抽检结果显示，我国当前药品质量仍处于较高水平，安全形势总体平稳可控。

一、概述

为贯彻落实《中华人民共和国药品管理法》和《中华人民共和国疫苗管理法》，2020年，国家药监局根据《药品质量抽查检验管理办法》等有关要求，以品种为主线，坚持问题导向和风险控制原则，密切结合监管需要，制定年度抽检计划和实施方案。国家药品抽检采取“分散抽样、集中检验、探索研究、综合评价”的工作模式，按照国家药监局的统一部署，各省级药品监管部门负责组织各行政区域内的样品抽取，并将同一品种的全部样品交由同一药品检验机构集中检验；检验机构确认收到样品后，采用“非现场结算”方式统一支付购样费用，并将检验结果以“电子检验报告书”的形式在线传递至有关

省级药品监管部门。在法定标准检验的基础上，各检验机构紧盯突出问题、结合监管需求开展有针对性的探索性研究，对抽检品种进行“综合体检”，及时发现、防控风险隐患，督促企业落实质量安全主体责任。

2020 年国家药品抽检共完成 136 个品种 18013 批次制剂产品与中药饮片的抽检任务，样品来源涉及 3586 家药品生产、经营企业和使用单位，覆盖境内 31 个省区市和新疆生产建设兵团，由 47 家药品检验机构承担检验和探索性研究任务。对检出的 104 批次不符合规定产品，国家药监局均依照“风险控制-依法处置-排查原因并整改-信息公开”的监管模式，确保风险关闭、警示用药安全。一方面，迅速组织各级药品监管部门及时监督相关企业或单位采取召回、暂停生产销售等有效风险控制措施，对涉事企业或单位依法进行调查处理，深入排查原因、彻底消除隐患；另一方面，以通告的形式，依法及时向公众发布不符合规定产品信息，筑牢公众用药安全防线，全年共发布药品质量通告 6 期。针对探索性研究发现的问题线索，国家药监局综合研判，依照风险等级及时采取控制措施，对个别涉嫌违法违规生产的企业，组织开展针对性检查；对其他一般性问题，采取风险提示等措施督促相关企业排查整改。

二、抽检数据分析

（一）抽样情况

2020 年国家药品抽检共抽取制剂产品与中药饮片品种 136 个，

包括化学药品 77 个、中成药 48 个、中药饮片 8 个和生物制品 3 个，其中国家基本药物品种 45 个；共抽检样品 18013 批次，包括生产环节 4106 批次、经营环节 13143 批次和使用环节 764 批次(见图 1)，涉及 1053 家药品生产企业、2186 家药品经营企业和 347 家药品使用单位，各省(区、市)样品抽取情况以及所抽取样品的标示生产企业所在地区抽样分布情况，分别见图 2 与图 3。

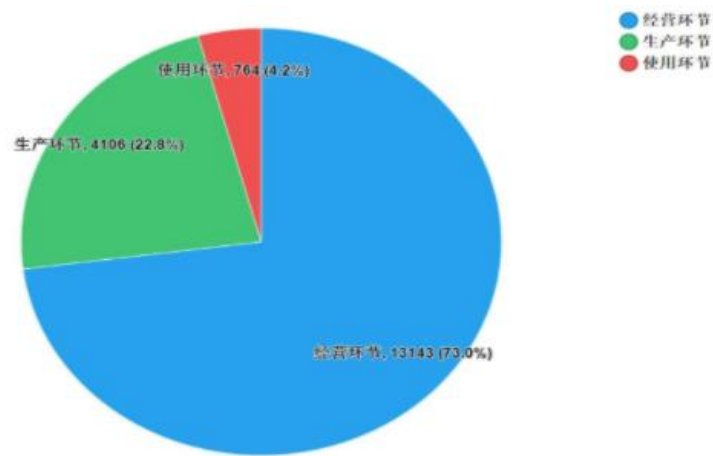


图 1. 生产、经营、使用环节抽样情况

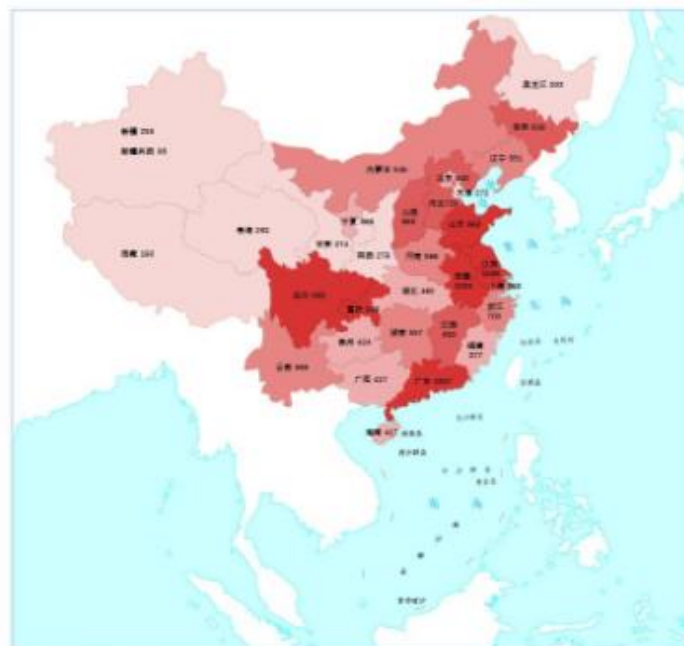


图 2. 抽检样品来源分布图

(注：图中数字为各省抽样批次数，颜色由浅到深分别表示抽样批次数由低到高)

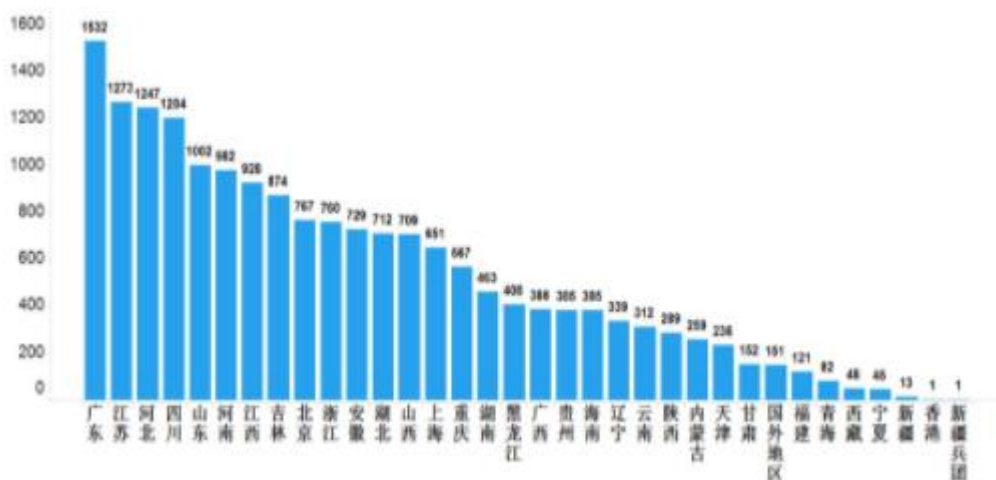


图 3. 抽检样品产地分布图

(二) 药品制剂抽检数据分析

2020 年国家药品抽检共抽检制剂产品 16645 批次。经检验,16568 批次产品符合规定, 77 批次产品不符合规定, 其中有 2 批次样品按照补充检验方法检验检出金胺 0。抽检的 128 个品种中, 全部样品符合规定的制剂产品有 106 个, 共 13179 批次。其中, 化学药品有 64 个品种 8046 批次, 中成药有 39 个品种 5043 批次, 生物制品有 3 个品种 90 批次。

1. 化学药品

2020 年国家药品抽检共抽检化学药品 77 个品种 10217 批次, 涉及生产环节 2370 批次、经营环节 7322 批次和使用环节 525 批次。经检验, 不符合规定 43 批次, 在生产、经营和使用环节检出不符合规定产品 15、27 和 1 批次, 分别占对应环节全部样品的 0.6%、0.4%和

0.2%(见图 4)。

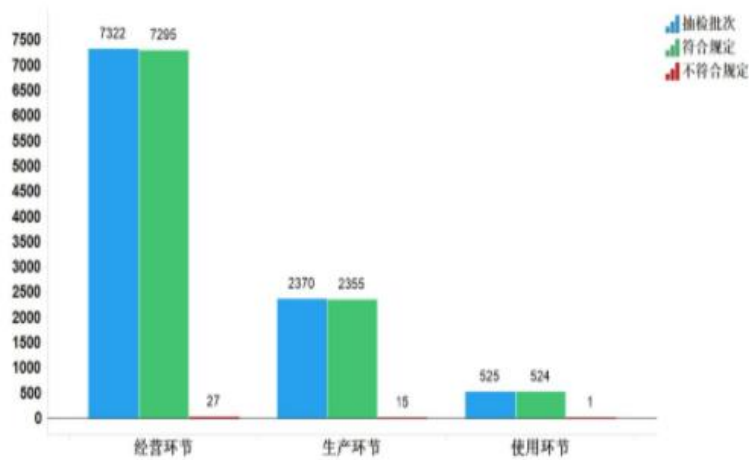


图 4. 化学药品各抽样环节检验信息示意图

2020 年国家药品抽检共涉及 18 个剂型，共有 8 个剂型存在不符合规定产品。其中，注射用无菌粉末(28 批次)、片剂(7 批次)、胶囊剂(2 批次)、肠溶片剂(2 批次)、颗粒剂(1 批次)、注射剂(1 批次)、口服溶液剂(1 批次)、缓释片剂(1 批次)，分别占对应剂型全部产品的 1.5%、0.3%、0.2%、0.9%、0.2%、0.1%、0.4%和 1.6%(见图 5)。

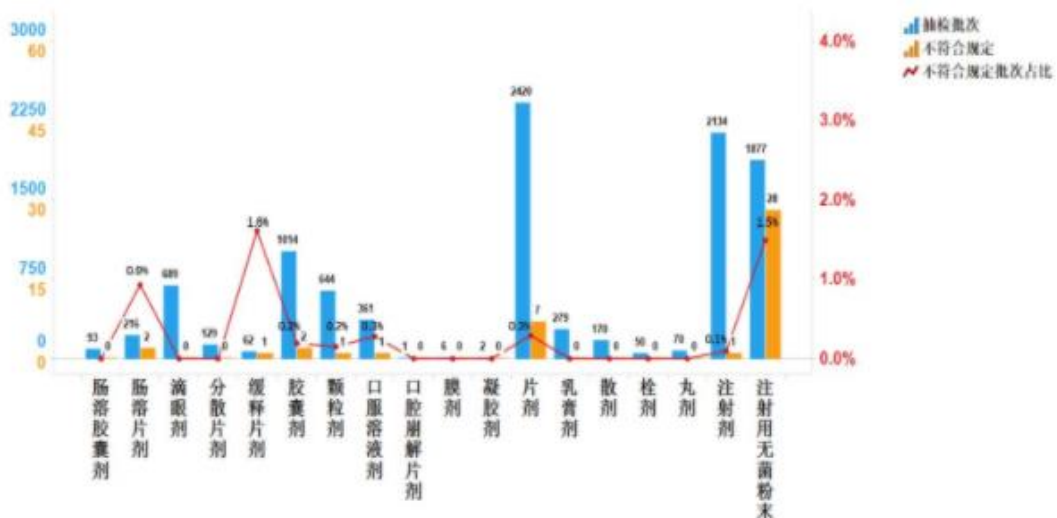


图 5. 化学药品各剂型检验信息示意图

不符合规定项目包括性状、检查和含量测定，不符合规定产品数

量依次为 1、42 和 1 批次，分别占全部不符合规定项目的 2.3%、95.4% 和 2.3%(见图 6)。

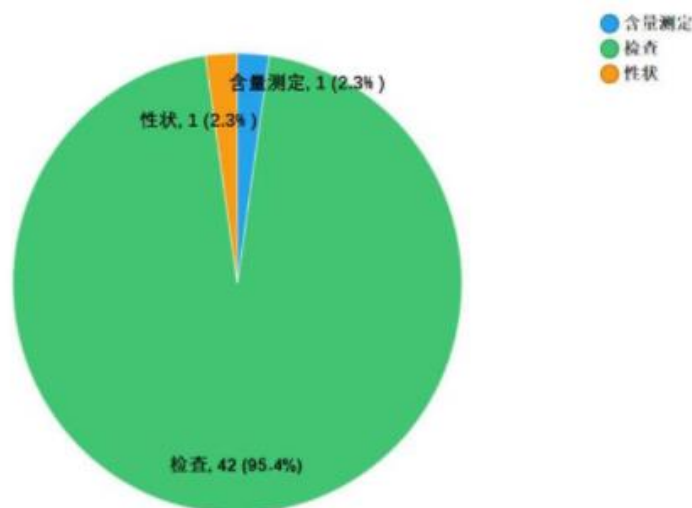


图 6. 化学药品不符合规定项目分布图

(注：某些不符合规定产品涉及多个不符合规定项目)

抽检数据显示，生产环节与经营环节出现不符合规定情况高于使用环节，且注射用无菌粉末在上述两个环节占比较大，分别检出不符合规定产品 13 批次与 15 批次，占对应环节不符合规定样品的 86.7% 和 55.6%；不符合规定项目均为检查项，涉及“溶液的澄清度与颜色”“可见异物”“有关物质”等检验项目，不符合规定原因主要与生产工艺不稳定、包装材料质量控制不严、贮藏条件选取不当存在关联。提示生产企业应严格包装材料入厂检验，优化生产工艺管理与关键质量参数控制，重点关注分装与灭菌工艺的稳定性；经营企业应完善药品储存、运输过程管理，提升温湿度控制水平，重点关注需遮光、冷藏贮存的药品。

2. 中成药

2020 年国家药品抽检共抽检中成药 48 个品种 6338 批次，涉及 12 个剂型，在生产、经营和使用环节各抽取样品 1072、5197、69 批次。经检验，符合规定 6304 批次，不符合规定 34 批次(含 2 批次产品经补充检验方法判定不符合规定)，分别在生产与经营环节检出不符合规定产品 1 和 33 批次，分别占对应环节全部样品的 0.1%和 0.6%(见图 7)。

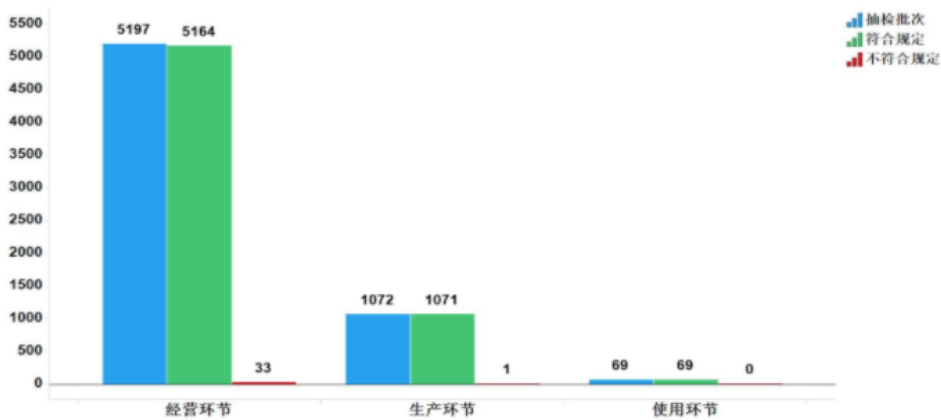


图 7. 中成药各抽样环节检验信息示意图

不符合规定项目主要涉及检查、性状、鉴别、含量测定等，不符合规定产品数量依次为 14、2、15 和 2 批次，分别占全部不符合规定项目的 40.0%、5.7%、42.9%和 5.7%(见图 8)。

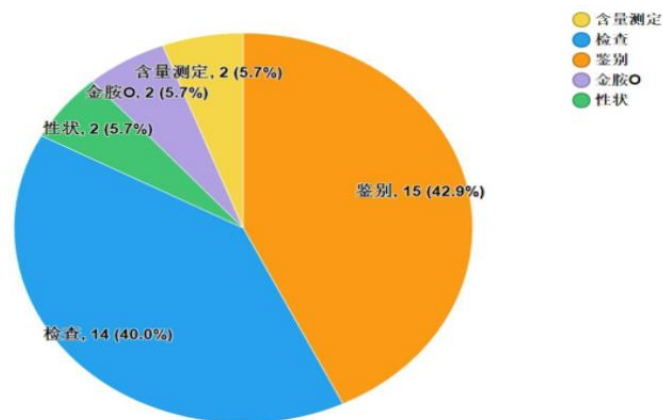


图 8. 中成药不符合规定项目分布图

(注：某些不符合规定产品涉及多个不符合规定项目)

不符合规定产品主要涉及 5 个剂型，其中丸剂(16 批次)、颗粒剂(7 批次)、片剂(5 批次)、散剂(5 批次)和注射剂(1 批次)，分别占对应剂型全部样品的 2.0%、0.5%、0.4%、2.7%、0.1%(见图 9)。



图 9. 中成药各剂型检验信息示意图

抽检数据显示，丸剂与散剂不符合规定批次占比较高，不符合规定项目包括鉴别与检查，不符合规定原因主要与药材掺伪、制剂工艺控制不严等存在关联，提示有关企业应加强人员培训，规范生产管理，严格工艺规程与购进药材质量控制。

3. 生物制品

2020 年国家药品抽检共抽检生物制品 3 个品种 90 批次，其中治疗类品种 1 个，预防类品种 2 个(见图 10)。样品均抽自生产环节，剂型均为注射剂。经检验，所检项目均符合规定，合格率为 100%。

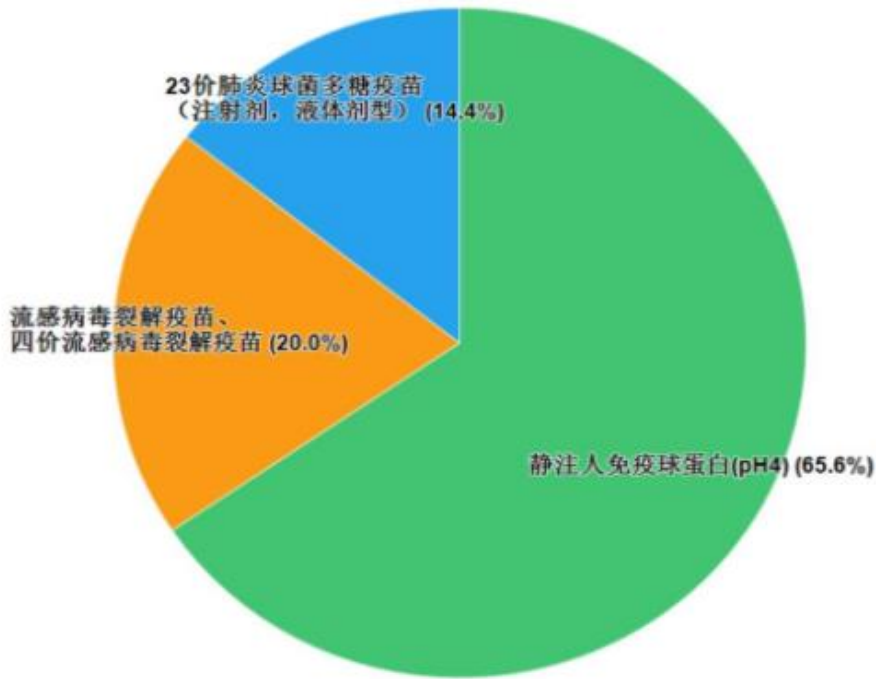


图 10. 生物制品抽检品种信息示意图

4. 国家基本药物

2020 年国家药品抽检共抽检基本药物(不含中药饮片)37 个品种 6167 批次，在生产、经营和使用环节各抽取样品 1260、4625 和 282 批次。经检验，不符合规定 25 批次，分别在生产与经营环节检出不符合规定产品 8 和 17 批次，涉及 4 个剂型。

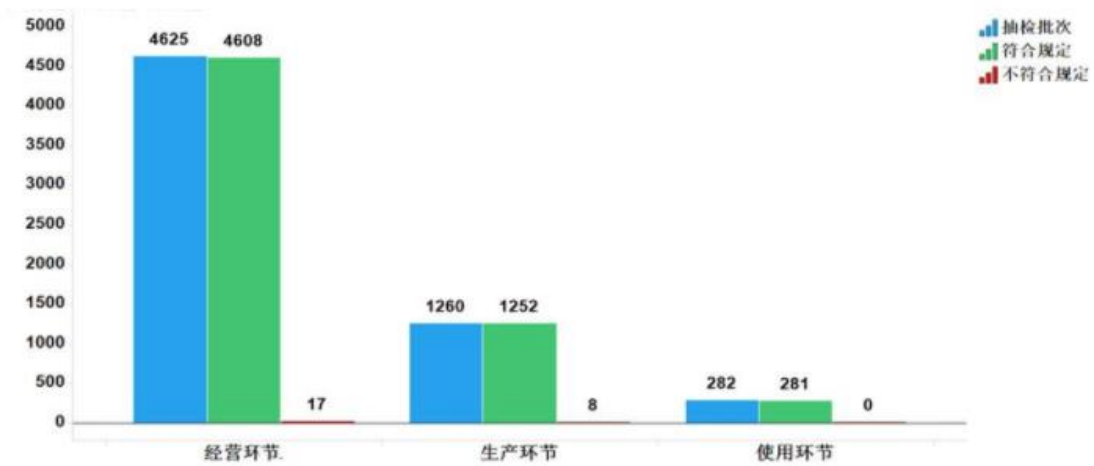


图 11. 国家基本药物各抽样环节检验信息示意图

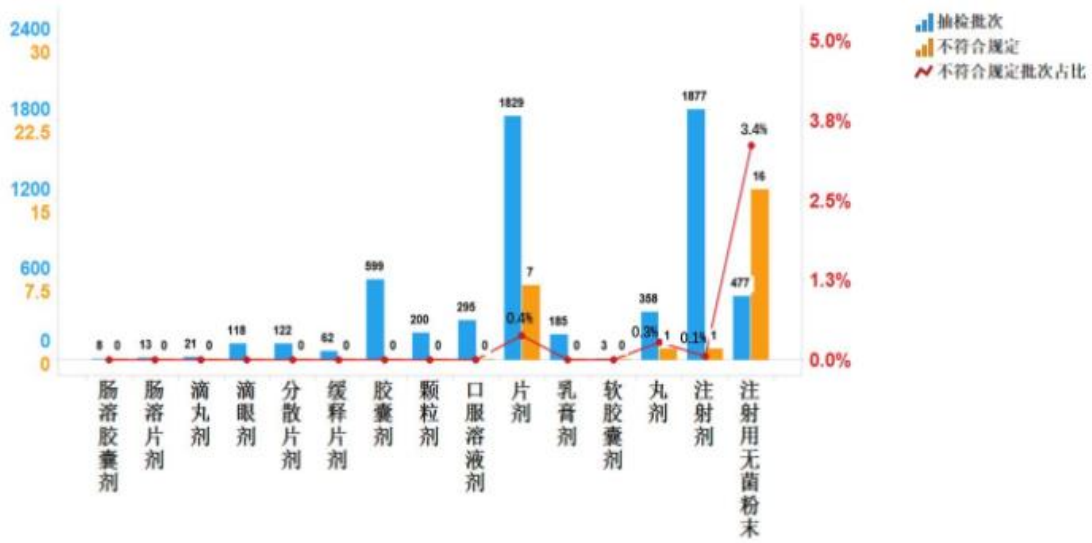


图 12. 国家基本药物各剂型检验信息示意图

5. 抗病毒中成药专项

2020 年国家药品抽检设置了抗病毒中成药专项，以有效识别风险、保障临床常用关键抗病毒中成药的质量。

2020 年共抽检抗病毒中成药 932 批次，涉及 5 个剂型(图 13)。

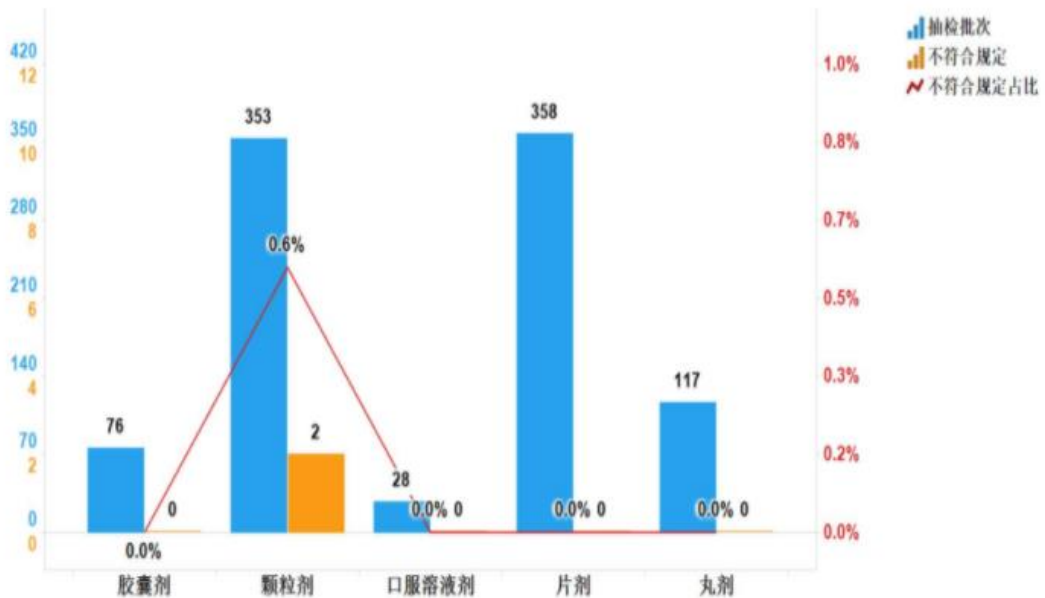


图 13. 抗病毒中成药专项各剂型检验信息示意图

经检验，符合规定 930 批次，合格率 99.8%。在生产、经营和使用环节各抽取样品 137、790 和 5 批次，分别在生产与经营环节检出

不符合规定产品 1 批次(图 14)。

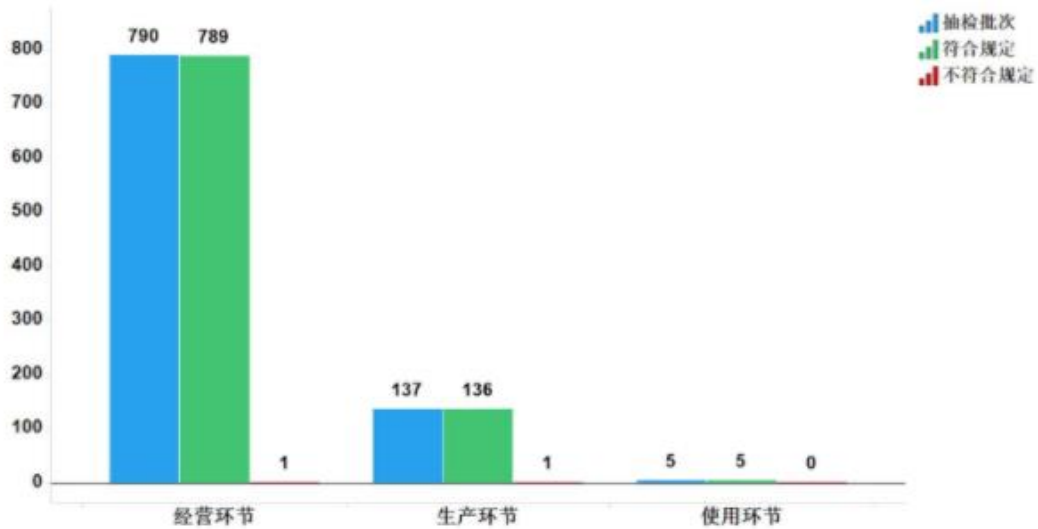


图 14. 抗病毒中成药专项各抽样环节检验信息示意图

(三) 中药饮片专项抽检情况

2020 年，国家药监局组织开展了中药饮片专项抽检。主要针对近年来销量增大的中药饮片中较为突出的掺伪掺杂等问题，以及种植/养殖、加工炮制等不规范而造成的质量问题，开展检验和探索性研究。

2020 年国家药品抽检共抽检 8 个中药饮片品种 1368 批次。经检验，符合规定 1341 批次，不符合规定 27 批次(见图 15)。不符合规定项目主要涉及总灰分(2 批次)、性状(23 批次)、杂质(2 批次)、鉴别(4 批次)和含量测定(1 批次)等方面，分别占全部不符合规定项目的 6.3%、71.9%、6.3%、12.5%和 3.0%(见图 16)。

2020 年国家药品抽检发现的主要问题有：一是掺伪、正伪品混用问题，如制川乌中混入部分附子；二是有害残留物质超限问题，如部分批次前胡农药残留超限；三是采收与加工炮制不规范，如广藿香

未按标准方法采收，部分批次黄精加工炮制不规范造成总灰分超标。抽检结果提示，有关企业应规范采收加工及炮制工艺，加强进厂或投料前检验，严格储运条件，控制环境湿度，提高质量意识。

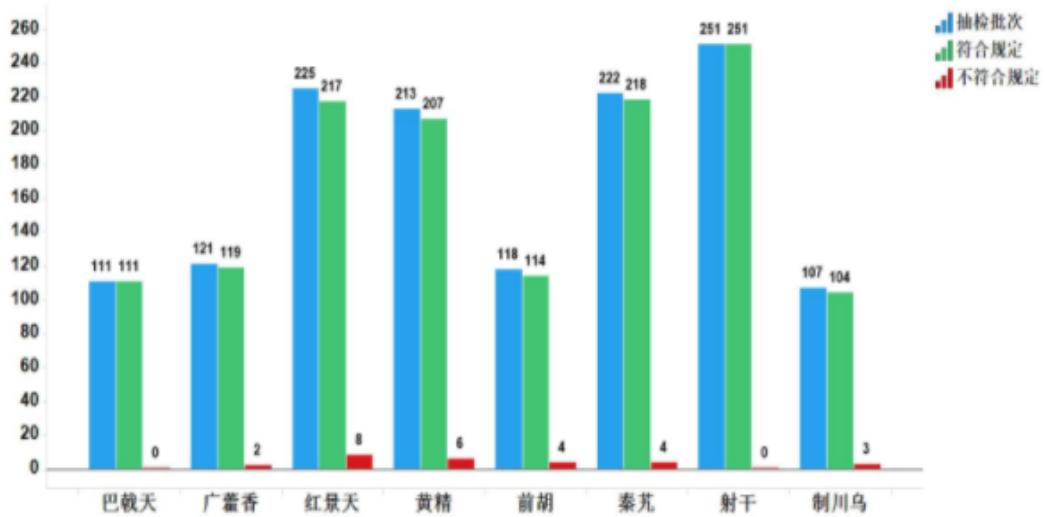


图 15. 2020 年中药饮片专项抽检结果示意图

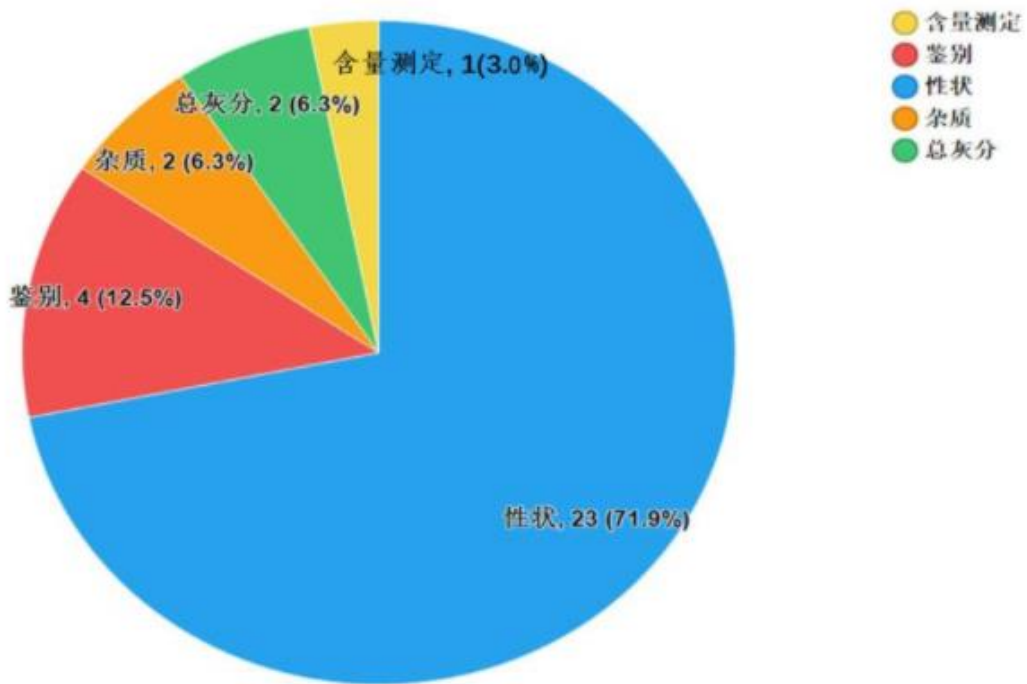


图 16. 2020 年中药饮片专项不符合规定项目分布图

(注：某些不符合规定产品涉及多个不符合规定项目)

(四) 探索性研究

2020 年国家药品抽检探索性研究发现的^{主要问题有}：一是违法违规生产，个别企业低限、过量或使用替代品投料，违反关键制法，质量保障体系缺失以致生产线污染等问题依然存在；二是生产工艺设置不合理或控制系统缺失，导致同一品种质量存在差异；三是部分品种防腐剂、重金属、农药残留超限；四是原药材与辅料质量控制不严，部分企业使用掺伪、染色的原药材和劣质辅料用于成方制剂生产；五是包装材料相容性不好影响产品稳定性。

三、抽检结果应用

药品抽检是药品监督管理部门根据监管需要，依法对生产、经营和使用的药品及其责任主体所采取的抽查检验行为，其根本目的是识别防控风险、消除安全隐患。2020 年，药品监管部门充分利用国家药品抽检结果，严厉打击制售假劣药行为，不断推动监管机制创新和抽检数据深度利用，完善药品抽检管理体系，提高风险防控能力。

一是严格核查处置。2020 年，国家药品抽检的靶向性进一步提升，基于往年抽检数据，加大流通环节抽检力度，保障经营与使用单位药品质量；同时，遴选临床用量较大、使用范围较广的抗病毒中成药设置专项抽检，全年共抽检抗病毒中成药 932 批次，排查潜在隐患，有效降低了区域性、系统性风险。针对 104 批次不符合规定的产品，国家药监局牢固树立风险意识，第一时间采取查封查扣、暂停销售等控制措施，并组织各省级药品管理部门对涉事企业或单位进行调查处理，有力震慑不法企业，净化市场环境。

二是形成监管合力。为提高药品抽检工作服务监管的效能，2020年，国家药监局不断推动抽检数据深度利用，将抽检结果与检查、稽查执法等工作有机衔接，形成监管合力。例如，探索性研究发现部分批次复方甘草酸铵注射液抗氧化剂超限，经检查发现个别企业涉嫌擅自违规过量投料；检验中发现，部分批次元胡止痛片存在金胺O，经检查发现个别企业质量控制不严，使用劣质药材投料。不断提升的检验研究水平与高效协同的质量监管体系，有效遏制个别企业的侥幸心理，提高了企业的质量安全意识。

三是完善制度体系。新修订的《中华人民共和国药品管理法》《药品质量抽查检验管理办法》和《药品抽样原则及程序》对药品抽检工作提出了更高的要求。2020年，国家药监局组织相关单位完善制度管理体系、创新监管方式方法，一方面对原有的通知文件进行优化整合，印发《国家药监局关于进一步加强国家药品抽检管理工作的通知》并配套制定若干工作程序，构建了相互衔接、上下联动的全新管理文件体系，畅通管理制度内循环；另一方面，建立专家分析研判机制，对药品抽检全周期涉及的品种遴选、异议申诉、质量评议等工作进行综合研判，确保各项措施的科学性。目前，药品抽检专家库有来自监管、检验、审核查验、不良反应监测、标准制定等多个领域的专家500余名。

四是加强信息化建设。为提高智慧监管水平，中检院在国家药监局带领下，进一步完善全国药品抽检信息平台建设，充分整合最新信

息技术，实现检验报告书等相关文件的线上传递，确保数据发布与信息传递的统一性和规范性；构建即时推送和风险预警模块，随时跟踪工作任务和自动分析抽检数据。截至目前，国家药品抽检工作已实现从品种遴选到核查处置的全生命周期、实时在线管理。此外，为推动数据转化赋能，平台将积累的海量数据与深度研究报告向各有关单位开放共享，现已纳入抽检信息 154 万余条，质量分析报告、年度质量状况报告、专题研究报告等上千册，为审核查验、标准提高等监管决策提供了重要参考。不断提高的信息化建设水平，极大提升了抽检工作运转效能，同时为样品购买等新政策、新要求的顺利实施提供有力的技术支撑。

五是促进高质量发展。对于探索性研究发现的一般性问题，药品监管部门通过“药品质量提示函”等形式反馈相关企业，不断推动企业落实主体责任，督促企业提升质量保障体系。例如，消栓再造丸的探索性研究提示，部分批次产品的挥发性成分含量下降可能与原药材打粉后放置时间过长有关；呋塞米注射液的探索性研究发现，部分企业选取的包装材料可影响药品稳定性。在此基础上，中检院继续在官方网站公开国家药品抽检的探索性研究情况，2020 年共发布 63 个品种的新建检验方法、联系方式等内容，方便相关单位共享利用，围绕发现的药品质量问题和检验检测新技术进行交流，促进行业高质量发展。

六是搭建共治平台。为深化信息公开，促进社会共治，2020 年，

国家药监局继续以通告的形式，向全社会发布不符合规定产品信息；同时，国家药监局网站开设抽检信息查询平台，向社会公开国家药品抽检结果，并提供相关数据查询，目前已收录不符合规定药品数据 1.5 万余条。2020 年 12 月，一年一度的“药品质量安全年会”以线上形式举办，年会基于国家药品抽检结果，分析药品质量状况，分享最新检验检测技术，助力企业质量管理水平提升，为药品检验机构与相关企业搭建沟通交流平台，进一步夯实企业主体责任和提升监管效能。

四、结语

2020 年，全国药品监管部门认真落实党中央、国务院决策部署和国家药监局有关工作要求，坚持人民至上、保障用药安全有效、助力疫情防控，顺利完成国家药品抽检工作。检验及研究结果显示，我国药品质量仍处于较高水平，整体安全形势平稳可控。

2021 年是“十四五”规划的开局之年，也是迎接后疫情时代曙光的关键之年。国家药监局将继续慎终如始抓好疫情防控，扎实做好“六稳”“六保”工作等决策部署，坚持完善药品抽检管理体系，不断创新监管的制度机制和方式方法，认真贯彻落实《中华人民共和国药品管理法》和《中华人民共和国疫苗管理法》，协同高效做好新形势下的药品抽检工作，着力保障药品安全形势稳定。

小贴士

1. 药品抽检历史沿革

1956年，我国首次提出药品计划抽检的概念；1964年，原卫生部第一次制定国家级年度药品抽检计划并组织实施；1984年颁布《中华人民共和国药品管理法》，第一次从法律上明确了药品抽检工作的地位；1986年，实行药品质量公报制度；1990年，实行药品抽检收费制度，即抽检药品须由被抽检单位付检验费；2001年，《中华人民共和国药品管理法》修订，取消了药品抽检收费制度，所需费用由财政列支；2019年，《中华人民共和国药品管理法》再次修订，明确“药品监督管理部门根据监督管理的需要，可以对药品质量进行抽查检验”“抽样应当购买样品”。

2. 药品标准检验

药品标准检验是指具有检验资质的药品检验机构，依据国家药品监督管理部门批准的法定检验标准中的检验方法，进行全项目或部分项目的检验，并依法出具检验报告书的过程。

3. 探索性研究

探索性研究是指在国家药品抽检过程中，除按照国家药品标准进行检验并判定药品是否符合标准规定之外，针对可能存在的质量问题，应用该品种国家药品标准以外的检验项目和检测方法对药品质量进行进一步分析研究的过程。探索性研究结果不作为判定药品合格与否的依据，可为进一步提升药品质量水平、加强药品监管提供技术支持。

4. 国家基本药物

基本药物是适应基本医疗卫生需求，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，公众可公平获得的药品。国家基本药物目录是各级医疗卫生机构配备使用药品的依据。《国家基本药物目录(2018年版)》中的药品包括化学药品和生物制品、中成药、中药饮片3部分，其中，化学药品和生物制品主要依据临床药理学分类，共417个品种；中成药主要依据功能分类，共268个品种；中药饮片不列具体品种，颁布国家标准的中药饮片为国家基本药物，国家另有规定的除外。

5. 药品补充检验方法

药品检验补充检验方法和检验项目(药品补充检验方法)适用于有掺杂、掺假嫌疑，且国家药品标准规定的检验方法和检验项目不能检验的药品检验。经国务院药品监督管理部门批准后，使用补充检验方法和检验项目所得出的检验结果，可以作为药品监督管理部门认定药品质量的依据。

6. 检验项目

性状项下记载药品的外观、臭、味、溶解度以及物理常数等，在一定程度上反映药品的质量特性。

鉴别项下规定的试验方法，系根据反映该药品的某些物理、化学或生物学等特性所进行的药物鉴别试验，不完全代表对该药品化学结构的确认。

检查项下包括反映药品的安全性与有效性的试验方法和限度、均一性与纯度等制备工艺要求等内容；对于规定中的各种杂质检查项

目,系指该药品在按既定工艺进行生产和正常贮藏过程中可能含有或产生并需控制的杂质(如残留溶剂、有关物质等);改变生产工艺时需另考虑增修订有关项目。

含量测定项下规定的试验方法,用于测定原料及制剂中有效成分的含量,一般可采用化学、仪器或生物测定方法。

[返回目录](#)

• 医疗信息化 •

后疫情时代 互联网医疗发展模式及特点浅析

来源: 火石创造

近年来,在医改、分级诊疗、消费升级、老龄化、大数据、AI等多种因素叠加影响下,互联网医疗产业迅速发展。随着移动互联网技术与医疗服务加速融合,互联网医疗市场呈现出百花齐放之态势。

近一年多由于疫情影响,国家层面诸多利好政策出台,中国互联网医疗产业进入全新发展阶段。本文主要围绕医疗信息化、O2O药品服务、互联网医院、智能可穿戴设备、医疗AI等领域,浅谈后疫情时代互联网医疗发展模式及特点。

01、医疗信息化

医院是医疗信息化的主要对象,围绕医院信息化构建的IT系统,分别支撑医疗、医保和医药,是医疗信息化的主要环节。其中医疗IT是核心,主要包括HIS(医院管理系统)、PACS(影像归档和管理系

统)、分级诊疗平台等。

承载医院信息化的主要企业多集中在老牌医疗软硬件公司。这些老牌公司有先天的医院资源优势。随着医疗信息化系统的技术水平、等级要求等越来越高,技术实力一般、产品可靠性不高的中小厂商将逐步淘汰。国内医疗信息化市场竞争格局将逐步向成熟市场靠拢,行业集中度将逐步提升。

表 1 医疗信息化主要模块代表企业

主要模块	代表企业	产品说明
云 his	卫宁健康 创业慧康	云 HIS 主要面向医联体、医共体、中小医疗机构,帮助它们充分利用信息技术,提升业务能力,融入到健康医疗互联网生态,提供医疗协同、数据协同
远程会诊	创业慧康 东软集团 海纳医信 蓝卫通	主治医生可以通过远程医疗系统与医学专家进行高清视频面对面会诊,还可以一键共享 HIS(医院信息系统)中的患者数据对患者的病情实时交换意见,提高会诊效率
远程影像	明天医网 华海盈泰	取代传统胶片,用数字胶片减少污染和浪费。远程影像可以实现疑难病例会诊、远程诊断、区域典型病例库管理和远程读片示教、远程心电会诊等协作功能,有效破解医疗资源分布不均短板
电子病例	嘉和美康 东软集团 重庆中联	医院通过电子病历以电子化方式记录患者就诊信息,包括:首页、病程记录、检查检验结果、医嘱、手术记录、护理记录等,其中既有结构化信息,也有非结构化的自由文本,还有图形图象信息,涉及病人信息的采集、存储、传输、质量控制、统计和利用
云 pacs	华海盈泰 明天医网	医院及医疗机构将医疗影像系统 PACS 部署在云端,医生、专家及患者使用各类终端通过网络直接访问影像数据

来源:根据公开资料整理

02、020 药品服务

020 模式是近年来医药电商积极涉足的新兴领域。除了阿里、京东这些电商巨头,还有连锁药店企业,就连美团、饿了么等外卖平台也纷纷入局。020 模式,通俗理解即患者在线上平台进行下单,然后

药品被配送员从线下门店送到消费者手中；或者患者线上下单，到线下药店直接取药。其中以前者情况居多。

互联网电商平台凭借流量和资本的显著优势，强势扩张“抢占市场”，几乎瓜分整个市场。和传统线下药房相比，电商巨头自建物流体系与供应链体系，在运输药品上有着巨大的优势。京东健康在招股书中表示，公司仅用3年便建成11个药品仓库和超过230个其他仓库，覆盖超过200个城市，成为全国规模最大的医药零售渠道，处方药最快可30分钟送达。除了线下物流网络，电商巨头还占据着线上流量入口和用户粘性。

表 2 O2O 药品服务代表企业发展模式

代表企业	合作线下药房数量	模式	配送时间
阿里健康	截至 2020 年底覆盖门店 4 万家	合作 O2O 联盟+战略投资龙头连锁药店	14 个城市 30 分钟送达；140 个城市 1 小时送达
平安好医生	截至 2020 年底合作药店 11.1 万家	合作线下、轻资产模式，1 小时送达的闪电送药服务	1 小时内
卫宁健康	截至 2019 年底合作药店 8 万多家	自有+合作，药连体+处方共享平台	1 小时内
京东健康	截至 2019 年底合作药店 2 万多家	合作线下药店	1 小时内，北京、上海等部分城市实现 30 分钟送达
叮当快药	截至 2020 在全国收购 3000 家线下实体门店来配合其医药 O2O 模式	合作线下药店	28 分钟之内
送药 360	暂无数据	自建物流、24 小时服务、合作线下药店	1 小时内 

来源：根据公开资料整理


03、互联网医院

互联网医院是实体医院的线上模式。根据卫健委 2018 年 9 月印发的《互联网医院管理办法(试行)》，互联网医院必须有实体医疗机

构作为线下支撑，互联网医院所能开展的科室设置和诊疗科目不得超出所依托的实体医疗机构的科目范围。

资料显示，2019 年全国 100 余家互联网医院中，医院主导型互联网医院占比达到 41%；企业主导型互联网医院占比 59%。新冠疫情中，迅速增长的居家问诊需求、国家医保局将其纳入医保支付、相关主管部门颁布多项政策等，使得互联网医院迎来多重利好。

表 3 互联网医院主要发展模式

模式	主要特点	代表医院
医院自建	医院主导建设和运营，把部分医生搬到网上，进行网上问诊服务	浙大附一互联网医院、四川大学华西互联网医院、广西省人民互联网医院
医院和企业共同创建	医院主导，互联网企业提供技术服务，参与运营，以诊疗费分润	银川智慧互联网医院、贵阳郎玛贵州互联网医院、阿里健康网络医院
企业自办平台	申报成立互联网医院公司，自己成立实体医院建立互联网医院	乌镇互联网医院  火石创造

来源：根据公开资料整理

04、智能可穿戴

我国医疗供需缺口为可穿戴医疗设备带来新机遇。可穿戴医疗设备前景广阔，主要原因如下：一方面，我国人口老龄化造成医疗需求的急剧增长；另一方面，我国医疗资源供给严重短缺，尤其在偏远地区。供需缺口为可穿戴医疗设备发展带来机遇。

未来，冠心病、高血压、糖尿病等慢性疾病的患者将不仅接受药物治疗，还可以接受包括远程监测、远程治疗方案调整、生活方式管理和可穿戴式给药在内的整体疾病管理方案。

当前，我国的医疗可穿戴设备仍处在初级发展阶段。从以下各类

智能可穿戴产品的生产企业来看，还没有独占鳌头的巨头企业。智能可穿戴设备很依赖大数据，快速积累用户并获取用户健康数据是首要问题，数据问题将成为行业壁垒。

表 4 部分智能可穿戴产品代表企业

产品	企业代表	产品说明
智能血压仪	幻响神州、百略医学	依据脉搏波医学原理,基于光电传感器,运用独特的算法来实现血压的测量
心率血氧探测仪	统捷通讯 深圳市赛亿科技	由于血管周期性的起搏,从血管到光电传感器的距离发生了周期性的变化,只要传感器不断发射绿光,接收端就会收到周期性的吸收峰,对信号进行一定的处理就能得到心率曲线
智能睡眠	迈迪加、慕思	人工智能技术和私人定制、健康睡眠系统相结合,形成了个性化、智能化睡眠定制体系解决方案
iHealth 智能云血压计	九安医疗联合小米	一键测血压,实现个人健康管理
体温检测	鱼跃医疗、高德红外、 大华股份、海康威视等	产品包括体温无线管理系统和中央监控系统
心电监测	MagicMed 脉极客、 朗锐慧康等	该设备包含一个心脏检测器,与之连接的一个能够连续记录患者心电图数据的无线数据传输终端,并能将数据传输到公司自建的数据监测中心

来源：根据公开资料整理

05、医疗 AI

我国 AI 产业迅速发展。根据火石创造数据库，截至 2021 年 3 月 23 日，涉及到医疗 AI 业务的企业达到 2245 家，其中上市公司 19 家，C 轮及以上公司 31 家。

以其中江浙沪企业(约 143 家)的研究方向和布局来看，医学影像和辅助诊疗是两大热门方向，集结的 AI 企业数量共计有 45 家，约占整个 AI 市场份额的 30%多。

但同时，还有很多企业朝向聊天机器人、疾病风险预测、药物挖掘、健康管理等方向。整体来看，国内医疗 AI 企业细分赛道呈现出分散竞争态势。

表 5 医疗 AI 细分赛道布局

产品名称	布局企业	主要功能
聊天机器人	科大讯飞、康复夫子等	根据与用户的交谈，智能化的通过病情描述判断病因
医学影像	推想科技、翼展科技、腾讯觅影等	通过计算机视觉技术解决病灶识别与标注、靶区自动勾画与自适应放疗和影响三维重建
医疗辅助诊断	图玛深维、新屿科技等	为医生疾病诊断与制定诊疗方案提供辅助。现在 ai 辅助诊断正确率达 98%以上
疾病风险预测	华大基因、图玛深维、泓信生物等	通过基因测序与检测，提前预测疾病发生的风险
药物挖掘	华为、字节跳动、思路迪、舶众数据等	将深度学习技术应用于药物临床前研究，达到快速、准确的挖掘和筛选合适的化合物或生物，提高新药研发成功率的目的
健康管理	碳云智能、秒健康、爱康、瑞安医疗等	基于用户的基本生活数据，借助人工智能技术平台制定智能健康方案，个性化的精准健康管理

来源：根据公开资料整理

小结

通过对中国互联网医疗几大发展模式梳理可以看出：

- 1) 互联网医疗方向多样，呈现百花齐放的局势，没有一家独大；
 - 2) 头部互联网企业争相入局互联网医疗，介入最多的也是医药，借助流量优势发展医药电商分其一波红利；
 - 3) 互联网医疗存在行业壁垒，懂医疗又懂互联网的企业极少。
- 互联网与医疗结合之路漫漫，未来仍需克服不少难题。

[返回目录](#)

成熟度 3 级及以上医院占 2.7%，实现医疗信息互联互通还需多久

来源：健康界研究院

为指导各区域卫生和医院信息标准化建设，推进医疗健康信息互联互通和共享协同，规范区域和医院信息互联互通标准化成熟度测评工作开展，国家卫生健康委统计信息中心于 2020 年 7 月 30 日正式印发新版《区域全民健康信息互联互通标准化成熟度测评方案(2020 年版)》和《医院信息互联互通标准化成熟度测评方案(2020 年版)》，进一步完善医疗健康信息互联互通标准化成熟度评价规则和科学性。

一、为什么医院要实现信息互联互通？

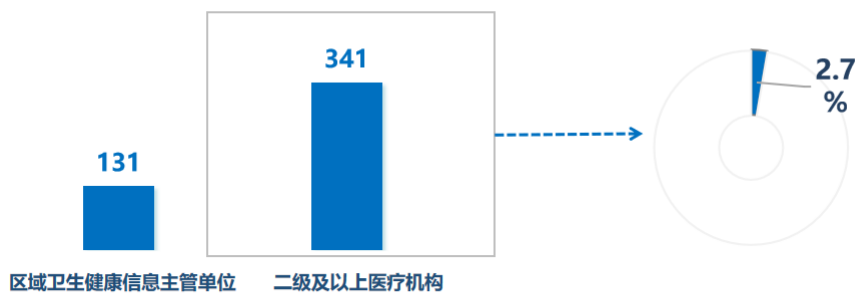
关乎医院“信息孤岛”问题的破除。当前，医院普遍面临一个现实问题，即各级医疗机构都存在严重的“信息孤岛”。一方面，不同医院使用不同厂家的系统软件，存在架构不同，数据无法互通；另一方面，不同信息系统产生的数据，都存储在各自的数据库里，很多时候只能用于单一业务，阻碍了数据的整合与共享。

关乎互联网+医疗健康、医联体业务协同等便民、惠民举措的实践。2020 年 12 月 10 日，国家卫生健康委、国家医疗保障局、国家中医药管理局联合发布《关于深入推进“互联网+医疗健康”“五个一”服务行动通知》，“五个一”中，首先提到推动“一体化”共享服务，提升便捷化、智能化、人性化的服务水平，主要包括坚持线上线下一体融合，优化医疗服务流程，推动区域信息共享互认，方便老年人就医等内容。信息互联互通共享能否实现直接关乎互联网+医疗

健康、医联体业务协同实践落地，关乎患者就医体验的提升。

二、全国医疗健康信息互联互通进展如何？

医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评为 3 级及以上医院占比仅 2.7%。2020 年 9 月 16 日，国家卫生健康委统计信息中心对“2019 年度国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评结果”进行了公示。截止 2019 年，全国互联互通标准化成熟度测评结果在三级及以上的，区域卫生健康信息主管单位 131 家，二级及以上医疗机构 341 家。根据国家卫健委 2019 年统计公报披露的二级及以上医院数量 12436 家，医疗机构信息互联互通成熟度标准化测评结果为三级的仅占全国二级及以上医院的 2.7%，综合区域测评和医院测评结果来看，完成医院信息平台、临床数据中心建设应用，能对患者就医流程效率提升、辅助临床诊疗决策、帮助医院精细化管理运营的机构较少，我国当前医疗健康信息互联互通水平普遍较低。



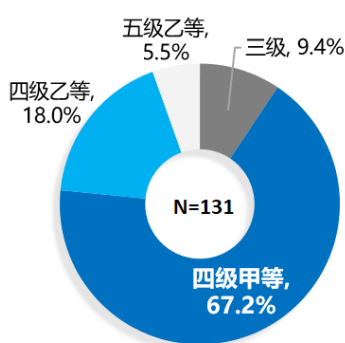
图表1：2013年-2019年 医疗健康信息互联互通标准化成熟度为3级及以上的机构数量

图表2：二级及以上医疗机构中医疗健康信息互联互通标准化成熟度为3级及以上的机构数量占比

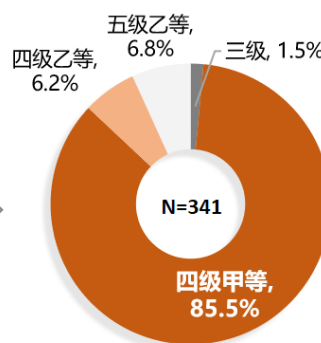
数据来源：国家卫健委、健康界统计分析

四级甲等成为当前医疗健康信息互联互通的目标和期望值。通过

对2013年到2019年医疗健康信息互联互通标准化成熟度评价结果分析,我们发现,不管是针对区域卫生健康信息主管单位还是医疗机构,评价结果为四级甲等的机构占比均超过2/3,四级甲等是当前医疗健康信息互联互通标准化成熟度的期望值。达到医疗健康信息互联互通标准化成熟度四级甲等,需要建立医院信息平台、独立的临床数据中心,为辅助临床诊断决策的临床知识库,这也是目前医院,尤其是三级及以上医院为实现信息互联互通最普遍的举措。



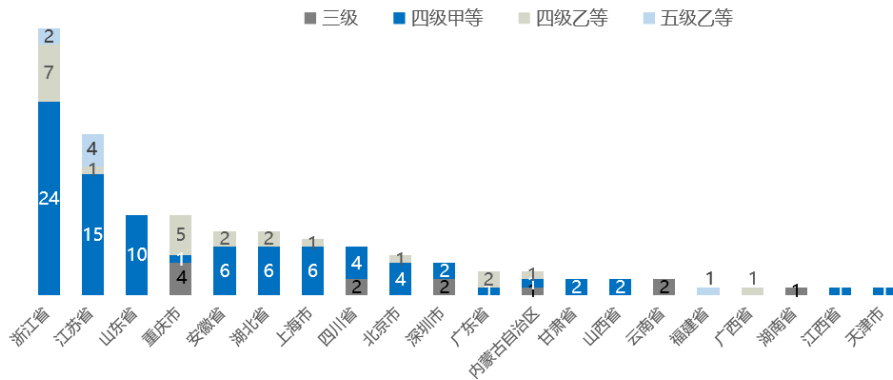
图表3: 2013年-2019年 区域卫生健康信息主管单位 医疗健康信息互联互通标准化成熟度评测等级细分



图表4: 2013年-2019年 二级及以上医疗机构 医疗健康信息互联互通标准化成熟度评测等级细分

数据来源: 国家卫健委、健康界统计分析

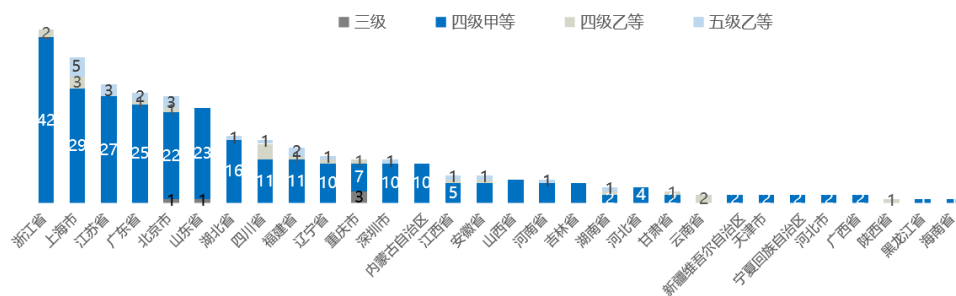
长三角地区代表了中国区域医疗健康信息互联互通的最高水平。首先,就区域卫生健康信息主管单位的医疗健康信息互联互通标准化成熟度评价结果来看,浙江和江苏两省区域卫生健康信息主管单位的医疗健康信息互联互通标准化成熟度评价均在四级乙等及以上,占全国区域卫生健康信息主管单位信息互联互通标准化成熟度评价三级及以上的比重为40.5%,医疗健康信息互联互通的平均水平明显高于其他区域。



图表5：2013年-2019年 区域卫生健康信息主管单位医疗健康信息互联互通标准化成熟度为3级及以上-分区域

数据来源：国家卫健委、健康界统计分析

其次，医疗机构与区域卫生健康信息主管单位医疗健康信息互联互通标准化成熟度评价结果基本一致。长三角地区最主要的三个省市：浙江省、上海市、江苏省医疗健康信息互联互通标准化成熟度均在四级乙等及以上，且占全国医疗机构信息互联互通标准化成熟度评价三级及以上的比重为 32.6%，接近 1/3，长三角地区代表了中国区域医疗健康信息互联互通的最高水平。



图表6：2013年-2019年 二级及以上医疗机构医疗健康信息互联互通标准化成熟度为3级及以上-分区域

数据来源：国家卫健委、健康界统计分析

总结

当前，医疗健康的信息互联互通更多还限于医院内部，要真正赋能互联网+医疗健康、医联体业务互动协同、分级诊疗等工作的开展，不管是区域卫生健康信息主管单位，还是医疗机构，都需要从顶层设计、整体规划出发，分步、分阶段、有侧重的进行医疗信息化建设布局。此外，长三角地区作为医疗信息互联互通建设发展较为成熟的区域，也可以从国家层面，对其成功且可复制的做法，做成范本在全国范围内推广学习。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

医院智慧管理分级标准的思考与建议

来源：惠宏医馆

3月4日，国家卫生健康委发布《医院智慧管理分级评估标准体系(试行)》(国卫办医函〔2021〕86号)(以下简称《标准体系》)。

《标准体系》是落实《关于进一步完善预约诊疗制度加强智慧医院建设的通知》(国卫办医函〔2020〕405号)有关要求，指导医疗机构科学、规范开展智慧医院建设，提升医院管理精细化、智能化水平。

《标准体系》明确为参照执行，即非强制性标准，而且如何建设智慧管理在文件中并未详细提及，给医院管理者创新和探索留下空间。我们认为将分级简化为信息化和智能化两个档次，更容易理解并

便于操作，管理水平是实现智慧化管理的关键障碍，提高管理人员专业化能力以及组建运管部是目前比较切实可行的做法。

一、智慧管理分级内容

1、建立分级评估标准体系的目的

1. 明确医院智慧管理各级别实现的功能，为医院加强智慧管理相关工作提供参照。

2. 指导各地、各医院评估医院智慧管理建设发展现状，建立医院智慧管理持续改进体系。

3. 完善“三位一体”智慧医院建设的顶层设计，使之成为提升医院现代化管理水平的有效工具。

2、分级内容

《标准体系》明确，评估对象为用信息化、智能化手段开展管理的医院。该标准仅针对医院管理的核心内容，从智慧管理的功能和效果两方面进行评估，评估结果分为0级至5级，为地方及医院推进智慧医院建设提供参照。

1. 0级是指无医院管理信息系统；

2. 1级是指开始运用信息化手段开展医院管理，但不具备数据交换共享功能；

3. 2级是指初步建立具备数据共享功能的医院管理信息系统；

4. 3级是指依托医院管理信息系统实现初级业务联动；

5. 4级是指依托医院管理信息系统实现中级业务联动；

6.5 级是指初步建立医院智慧管理信息系统，实现高级业务联动与管理决策支持功能，各管理部门能够利用院内运营管理等系统，完成业务处理、数据核对、流程管理等医院精细化管理工作等。

3、简化分级

我们认为这 6 个级别，可以分为两个档次。0 级不参与分档，因为《标准体系》中明确了 0 级的标准是不采用信息化系统，比如采用手工方式收集门急诊、住院有关数据，手工绘制医疗、护理质量管理报表。目前来看，医院普遍都有 HIS 和 EMR 系统，只是系统应用程度不同而已，所以暂不讨论 0 级情况。

1. 第一档

第一档是 1-4 级，基本在讨论业务数据集成和信息共享问题，我们概括为信息化。

比如财务系统的 3 级，描述如下：

(1) 医疗收入数据能够与相应业务系统对接，包括门急诊和住院收费数据；

(2) 重要支出数据能够与相应业务系统对接，包括药品试剂、物资耗材采购消耗、职工薪酬等数据；

(3) 会计科目与医疗科目能够对照。

2. 第二档

第二档是 5 级，基本在讨论通过集成的数据进行分析、预测和决策，我们概括为智能化。

比如，财务系统的 5 级，描述如下：实现会计决策辅助，可支持财务进行运营收支平衡(损益平衡)分析。

3. 两个档次的关系

信息化和智能化互相制约、相互促进。信息化包括了数据集成和信息共享。智能化包括分析、预测、决策等功能。

数据集成是为了信息共享，信息共享的目的是为了决策，而决策所体现的管理水平则决定了数据集成和信息共享的程度和形式。如何建立可以集成的数据系统和共享的信息系统，包括建立数据字典、知识库等，均属于基础性工作，是技术层面的问题，而数据集成和信息共享的实现形式、程度等则决定于管理水平。后者决定了前者的形式和程度，而前者会制约和帮助后者实现，所以两者是协同、互相制约、相互促进的关系。

举个简单的例子，是否需要再申请一台 CT。首先需要搜集到所有 CT 机器的使用情况，包括开关机时间、运行时间、停机时间及原因，如果达到 3 级，这些数据可以从 PACS 系统中提取，但是 CT 的运行时间与门急诊人次和住院人次有密切关系，需要将业务量情况和 CT 机使用情况进行数据集成，通过过往几年数据汇总，这些数据就成为信息，与财务部门的设备成本和收益情况进行汇总后，信息就达到共享的阶段。如果结合业务量动态预测，以及 CT 采购成本和收益等决策模型运行，就形成一套简单的设备采购智能决策系统。可见，缺乏应用场景，即没有智能化的想法，数据集成范围和信息共享到哪

些部门就成为问题，但若实现不了信息化，那么智能化实现也会非常困难。

二、存在的问题

1、医院管理水平与智能化要求不相匹配

一个错误认识是实现信息化，可以提高管理水平，实现智能化。比如，每家医院都会对床位使用情况进行分析，一般会选择床位使用率和平均住院日指标两个指标。哪个为主，哪个次要，指标的方向等都要根据实际情况。很多医院认为资源一定要用足，再考虑是否用到高效，所以建议只考核床位使用率，达标后再考核平均住院日。其实资源是要先用好，再考虑是否用足，床位使用率一般来说只能用作监测，而不用来考核，甚至分配的。可见，如果指标选择不好，智能化可能是南辕北辙。

大家对信息化的一个批评还集中在信息化上马后并没有解决效率低的问题。很多医院在开展管理信息化工作时，想法是要提高效率，改进流程，但实际运行的时候却发现，信息化系统只是将原有内容和流程电子化，并没有起到该有的作用，甚至有时候效率反而更低了。比如在医院核算和发放奖金的部门，在工作量的内容计算和点数调整上比较频繁，每次通过信息后台更改，效率反而低了。

2、信息部门承载太多功能

实现智慧管理第一步是管理信息化，但是管理信息化不是信息部门的事情，而是各个职能部门，或者是运营部门的事情。提需求部门

负责项目申请及框架设计，信息管理部门是技术服务提供商，负责项目构想和技术实施之间的沟通，以及商务运作，而很多医院则由信息管理部门负责项目构想。这就是为什么很多医院的信息系统基础建设速度很快，但数据集成和信息共享实现程度很差的原因。

3、管理部门协调不到位

管理部门之间的协调也是实现智慧管理的一个重要障碍。一些信息集成项目，比如 HRP、仪表盘等项目，各个部门之间的沟通、分管院长之间的隔阂会导致信息系统成为信息孤岛。

三、建议

总体上，我们认为提高管理人员的专业能力是根本解决途径，在此之前，组织框架改进也是必须的。

1、提高管理人员的专业能力

提高管理人员的专业能力决定了智能化的程度，智能化又决定了信息化的程度。所以，关键一步就是提高管理人员的专业能力。管理作为一门学科，必须要求管理人员熟悉管理学的基础知识、掌握管理基本工具、了解管理最新前沿。

最简单的例子是，很多医院管理者并不理解数据和信息的区别。以为搜集的数据越多越好，以为提到信息就是信息科或者信息管理部的事情。以为信息系统建设好，能把数据集中起来，就是智慧管理，其实还只是第一步。并且，数据要经过处理，带有一定意义的才是信息。

举例来说，2021年3月门急诊人次数30万，这个是数据，不是信息。对管理决策没有任何意义。如果和2021年2月门急诊人次数，以及2020年3月份门急诊人次数进行比较，得出同比增长5%、环比下降3%的结论，这个才是信息。明白数据和信息的区别，是建立信息系统的的第一步。因为这样我们才能初步理解我们需要什么数据，以及如何整合。

2、建立运营管理部

管理能力全面提升有难度，且部门隔阂也难跨越。国家卫健委在前一段时间相继发布了关于运营、预算、成本管理方面文件，从文件中，以及从医院运行的实际也不难看出，运营是综合性的工作，要组建一个担负综合性职能的运营管理部，负责全院运营数据的综合管理，包括运营基础数据的搜集、分析、预测以及决策。以及项目管理，包括了项目策划、跟踪和改进，以及相关的资源配置建议，即根据PDCA循环进行管理。在现行的副院长分管部门，而不是分管工作的体制下，组建运管部是比较切合实际的做法。

在组建运营管理部、规划工作职责以及运管人员培养方面，台湾长庚医院、成都华西医院都有非常成熟经验可供大家学习，且这套模式在上海、湖北、广东等地不少三级甲等医院成功落地。

最后，我们提醒一下，信息化不解决智慧管理问题，而是管理思想和水平的体现，并帮助实现智慧管理。建议医院要先从管理水平上着手，根据医院自身实际需求和水平建设信息化系统。不要急于

上马各种信息系统，这样很容易形成一哄而上，又一哄而散的局面。

[返回目录](#)

4 位院长倾囊相授，看懂湖南乡镇卫生院发展之道！

来源：健康县域传媒

一直以来，乡镇卫生院的功能多是围绕传染病、卫生服务质量和农村健康等方面，在各种约束和限制中举步维艰。转折点发生在 2020 年，在新冠疫情的巨大考验下，乡镇卫生院的定位和作用开始突起，进入 2021 年后，以强基层为重点的能力提升计划（详见“中央一号文件”）开始抛向广大乡镇卫生院。

站在“十四五”开局的风口浪尖，体量庞大的乡镇卫生院如何寻求发展？在基本公卫和医防融合之间，院长们如何发声？这些声音指向哪里？又能在多大程度上作用于现实。我们带着这一问题走进湖南，并从中选取了 4 个不同区域内的代表性乡镇卫生院，试着从他们的发展脉络中找到一些共识。

湖南省卫生健康委基层卫生健康处处长陈鸿君

医防融合是乡镇卫生院发展的立身之本、成事之基、动力之源

这几年，县域卫生健康事业的发展非常关键，而乡镇卫生院则是关键中的关键，湖南省在五个方面（1. 基本医疗要做强；2. 基本公卫要做足；3. 体制机制要搞活；4. 人员队伍要稳定；5. 群众要满意）真抓实干，目前取得了比较好的成绩。

首先说，基本医疗要做强基本公卫要做实，这两者之间不可偏废，

我们始终强调医疗和公卫要两轮驱动，缺一不可，而在这两轮驱动当中，就是要做好医防融合，它是我们乡镇卫生院发展的立身之本，成事之基，动力之源。我们率先在长沙县开展高血压医防融合试点，目前都已经在全省进行推广，现在湖南所有的基层医疗卫生机构，乡镇卫生院和社区卫生服务中心都可以看到高血压专病门诊，还有一部分是示范门诊。另外在湘潭市和平江县开展糖尿病医防融合试点，目前也在持续推进中，开展这些试点以及后期的全省推广，都可以带动乡镇卫生院的发展。

下一步，湖南将坚持从这五个方面做好“医防融合”工作：首先是坚守理念，以人民健康为中心，一定要内化于心，外化于行，把人民群众的健康、幸福、满意当成我们基层卫生人员的追求。不管你是主观上也好，还是客观上，只有看得了病才能知道怎么去防病，只有真心真意为老百姓防病，他得了病才会找你看病。

第二点是能力提升，就是要求我们的乡镇卫生院既能防病，又能看病。我们计划 2021 年开展基层岗位大练兵和技能大赛。前几年，我们也在做，但是不成系统，不成体系，今年我们要把它当作一个重点来抓，我们也安排了比较多的经费来支持。基层医务人员包括管理人员，一定要利用碎片化时间，随时学、随时考，全员学、全员考。另外，省市县乡各级定期组织学，组织抽考（理论和实操，实操视频远程监控）。县、市、省逐级竞赛，随时抽取参赛，组织奖以全员学习、考试情况打分评选。

第三点是信息系统。第一步：基层卫生信息 3.0 系统改进：基层诊疗时必须查看监控档案，无档则建档，有误则修正，无误则完善；第二步：各级医疗机构诊疗信息推送分发至患者所在家庭医生团队或基层医疗机构，家医跟进管理、服务；第三步：将居民电子健康卡中的健康档案除个人基础信息、基础健康信息外，再增加个人就诊信息、个人自我管理健康记录信息；第四步：二级以上医疗机构诊疗时在医院信息系统可随时查看患者健康档案。

第四点是改革绩效薪酬管理，将“医防融合”落到实处。基本公共卫生考核实行绩点制。做多少事，给多少钱；效果好，多给钱；造假的，扣钱要狠，处罚要严。

第五点是真正意义上的紧密型县域医共体是医防融合的最好实现载体。真正意义上的医共体有两个前提：医保资金的打包和留用；集团内人、财、物的统一管理。具备上述条件的医共体，只有改革集团内部绩效薪酬，才能实现“以治病为中心”转向“以健康为中心”。算清了账，就会主动搞好医防融合，希望老百姓尽量不生病、少生病、得病也希望是小病、希望小病不转大病、大病能在县域治疗。

湖南省长沙县果园镇卫生院院长王涌江

医防融合：开启高血压防治新篇章

果园镇，位于长沙县东北部，现有 7 个村、社区，长沙县果园镇卫生院现服务人口 27793 人，管理高血压患者 3820 人，糖尿病患者 1000 人，65 岁以上老年人 3968 人。卫生院以优质服务基层行为核心，

以家庭医生签约服务为抓手，以信息化技术为手段，以基本公共卫生服务项目为重点，落脚点从“治病”转为“防病”，实施了富有特色的高血压医防融合工作。已荣获国家级群众满意度医院、市级文明单位、全国“敬老文明号”、市改革创新优秀单位、市医养结合示范单位等称号。

在介绍高血压医防融合的具体做法时，王涌江表示，医防融合的重点有六个方面：一是高血压示范门诊，提供五个一服务（一个明确的诊断，一张适宜的处方，一些基本的药物，一项健康咨询和跟踪服务和一条急诊救治绿色通道）；二是上下转诊机制，按照优质服务基层行的要求，开通医联体、医共体绿色通道，形成有序就医的双向层级就诊模式；三是村卫生室管理，遵循县治、乡管、村访的原则，各村卫生室都设置了高血压免费监测点，并开通医保报销服务；四是信息化手段，通过“线上线下互通、数据实时共享”，实现高血压患者分级分类管理。前期为 300 名高血压老年患者免费发放了穿戴式便携血压计。；五是免费体检；六是家庭医生签约，各家庭医生签约服务团队成员及村医每季度对高血压患者进行随访。

在一系列举措的保障下，果园镇卫生院的高血压医防融合工作取得了明显成效：提升了高血压患者发现率、行为改变率、服药率、依从性、血压控制率；高血压管理人数增长 23%，心脑血管事件发生率下降 17.59%；高血压患者县内就诊同比上升 29.54%，就诊率上升 15.16%；高血压预防-筛查-诊断-治疗-转诊-随访-自我管理全链条医

防融合。

湖南省醴陵市白兔潭镇中心卫生院院长唐芳

医防融合全程服务，打造基层健康管理新模式

白兔潭镇中心卫生院位于醴陵市东部，离城区 27 公里，现开放床位 435 张，临床科室 11 个，现有职工 336 人，其中专业技术人员 278 人，高级职称 21 人，中级职称 93 人，目前有 3 家医共体成员单位，是湖南省乡镇首家二级综合医院，2019 年 KPI 在全省乡镇卫生院排名第二。2020 年的门急诊人次超 15 万，住院人次 18112 人次，手术 2430 台，其中三、四类手术占比 41.2%。

作为湖南省乡镇卫生院的“明星医院”，在谈及医防融合的具体做法时，唐芳指出，首先是坚持一个理念—治未病的理念，强化基层设施建设，提升优质服务能力；其次是运行一套机制，将日常医疗服务和公卫服务结合运行。按照选优配强的原则，组建公卫服务团队专业技术人员 35 人。提高效率，采取临床科室对口支持公卫团队，心血管科对口支持慢病管理团队，妇产科对口支持孕产妇服务团队。全方位，将公卫思维融入日常医疗服务，依托医疗服务做实公卫服务。通过绩效考核，确保运行机制。

第三，推行全专家庭医生签约服务模式，组建“1+1+1+N”模式，即 1 个全科医生，1 个公卫医生，1 个乡村医生，N 个专科医生(中医、妇产科医生、儿科等)，目前全镇家庭医生签约率 41.62%，重点人群家庭医生签约率 80.13%。第四是以两病为突破口，推动实现慢性病

服务全链条医防融合，目前，高血压、糖尿病的规范管理率分别为 90.53%、88.14%，血压血糖控制率分别为 82.37%、91.56%。第五是探索个人、家庭和医院的三方共管。

湖南省桃江县大栗港镇中心卫生院院长刘萍

做实公卫和临床，促进医防融合

大栗港镇位于桃江县地理中心，下辖 16 个行政村和 1 个社区，总人口约 8.2 万人，是桃江县人口较多，面积较大的乡镇之一。大栗港镇中心卫生院现有职工 104 人，其中医卫高级职称 4 人、中级职称 10 人、初级职称 68 人，全科医生 8 名。现开放床位 100 张，年门诊量 56000 人次左右，年出院病人 5000 人次左右。全镇公卫服务人口 63200 人，老年人 9689 人，高血压 7923 人，糖尿病 2520 人。配备公卫专干 18 人，慢病专干 3 人，组建家庭医生签约服务团队 17 个，乡村医生 61 人。

对于医防融合，刘萍指出，首先是要强化组织管理，上下联动、全面推进公卫工作，从 2016 年起，桃江县委县政府将基本公卫服务项目工作纳入对乡镇部门的年度绩效考核，大栗港镇党委政府也将基本公卫服务项目工作纳入了对村支两委的年度绩效考核范畴；其次是聚焦慢病管理，做到早发现早干预，全面开展慢性病普查，将确诊的患者纳入健康管理。组建了临床医生为主的 17 个家庭医生团队，每季度入户，针对性地为重症慢性病患者、签约服务对象进行健康检查和健康指导。

2020 年签约 34706 人，签约率 54.76%，其中高血压、糖尿病患者签约率分别为 84.39%、83.44%。乡村医生每季度入户，为慢性病患者面对面随访评估、分类干预，提供健康生活方式指导。高血压、糖尿病患者面访率分别为 99.8%、99.72%。29716 名居民查阅了健康档案，查阅率达到 49.86%。

第三是聚焦服务能力，提升医疗服务水平，全面加强慢性病人才培养，建立慢性病示范门诊和监测点，加强临床科室建设，加强医疗设备装备和使用，建立远程会诊和智慧体检平台和规范医生执业行为。

第四是聚焦群众感受，加强三医联动保障。一是加强药品供应保障。加强慢性病患者的药品供给服务，目前的日常高血压用药有 5 类 12 个品种 16 个品规，糖尿病用药有 7 类 8 个品种 14 个品规。二是加强门诊报销保障。2020 年，我院和 17 个行政村卫生室相继开通了普通门诊和“两病”门诊报销，慢性病患者门诊相关药品费用，即报即销，共有 11729 人、27584 人次享受了报销，累计补偿门诊药费 188.9 万元(含卫生室)。三是加强急诊救治保障。我院与县人民医院、县中医医院、市中心医院签订了协议，建立了绿色就诊通道，保障慢性病患者急性发作得到及时救治，降低慢性病患者过早病死率。仅 2020 年，我院上转 293 人。

第五是聚焦核心环节，拓宽融合途径。坚持实施“临床公卫协同，指导督查并举”的办法。医—治疗+管理：通过慢性病专病门诊，加

强医生医疗救治和健康管理职能职责，形成“治疗—管理—报销”一条龙服务。防—防治+预防：通过家庭医生签约服务，加强医生送医送药上门服务。医防结合：加强村卫生室的指导，鼓励和支持乡村医生参与“两病”门诊报销服务，满足群众就近拿药的需求。在体制机制建设、专业队伍建设、专科门诊建设、信息化建设、服务模式创新等核心环节持续发力。

湖南省湘潭县花石镇中心卫生院院长马海泉

做好医防融合，提升服务能力，实现分级诊疗

湘潭县花石镇位于湘潭县西南部，是全国最大的湘莲集散地，现辖区人口 9 万 5 千人，花石镇中心卫生院职工 140 人，开放床位 170 张，年住院人次 6000 人次，年门诊人次 30000 人次，年业务收入 2600 万元。

如何做好医防融合工作，马海泉总结了以下八点：一是成立了由临床医师、护士、村卫生室医生、公卫管理人员以及上级医院专家组成的 22 个家庭医生团队，分片包干，承担辖区老年人免费体检、建档、义诊、健康讲座、慢性病人管理、随访、健康生活指导、联系就医、转诊等工作。目前辖区建档 44862 人，其中 65 岁以上老年人 6252 人，高血压患者 3685 人，糖尿病 1054 人。二是创建了医防融合微信群，临床医生与慢病管理科实现信息互通，资源共享，家庭医生团队的临床医生根据慢病管理信息进行电话随访，跟踪管理，进行健康饮食、运动、服药指导，上门服务，预约门诊诊疗、安排住院等，同时

将随访和检查情况反馈至慢病科进行信息更新,更好的提高管理满意率。

三是辖区所有村卫生室设立血糖以及血压监测点,对所在村的居民进行血糖、血压监测,目前全院高血压、糖尿病门诊年就诊 4000 余人次。四是院内开设了高血压和糖尿病规范门诊,选派高年资主治医师坐诊。用显眼的颜色和字体标识“高血压示范门诊”“糖尿病示范门诊”。五是扩充了糖尿病、高血压病、心脑血管病、呼吸系统疾病等的用药目录,现在配备西药 240 余种,中药饮片 350 种。六是对村卫生室转诊来的患者以及普通就诊患者进行慢性病筛查,确诊后开具规范个体化适宜的处方,进行健康宣教,健康生活指导等。同时公卫慢病科建立档案,签订家庭医生服务协议,家庭医生团队的村卫生室医生跟踪随访,进行健康监测(血压、血糖等),健康生活、饮食指导以及用药指导。

七是对行动不便的病人,提供个体化上门服务,家庭医生团队免费上门进行心电图、B 超、血糖、血压以及体格检查,对患者进行健康饮食、运动、心理等生活方式以及用药的指导。八是 2020 年摸查确诊新发的糖尿病 35 人,高血压病 70 人。对慢性病患者早发现、早治疗,提升患者预期生活质量,并结合微信宣传教育和家庭医生签约服务 App 等的应用,提高管理率和规范管理率。

国家卫生健康委卫生发展研究中心卫生服务体系研究部副主任
苗艳青

医防融合一直存在在基层医疗卫生机构的日常工作中，只是过去没有被那么明确的提出来，实际上从我们整个乡镇卫生院的定位及发展来说，乡镇卫生院围绕百姓健康这一中心，一方面要做好基本医疗服务，常见病多发病的治疗，一方面也要投入时间和精力做预防保健工作。

因为全国各地医疗资源条件不同，导致不同体量的乡镇卫生院在开展医防融合过程中，承担任务以及创新模式等均有较多差异化，但无论是哪种模式，提供哪些服务，都绕不开筹资问题，2003 年之前，全国乡镇卫生院的发展可谓千差万别，这当中的主要原因是财政补贴不到位。2009 年以后，提供基本公共卫生服务的职能要求没有得到很好落实，后来，乡镇卫生院被要求开始做基本公共卫生服务，这看起来拓宽了筹资渠道，但由于当时老百姓的理念比较落后，所以使得这项工作的开展非常困难，开始说，这一时间段内，我国医防融合工作是各自分开的。

如今，到了十四五的开局之年，新时期，国家提出以健康中国战略为主导，以百姓健康为中心，医防融合也就顺势进入到一个新的发展阶段，这需要用新的理念，新的抓手来推动基层医疗卫生健康事业的发展，尤其是在全科医生、家庭医生以及绩效考核等方面，不断健全和完善相关规章制度和医疗卫生服务体系化建设，在乡镇卫生院绩效考核方面，湖南省推出的 KPI 排名的做法可以说是提供了一个很好的参考，相信湖南省 2173 所乡镇卫生院在此标准下一定可以做出更

好的成绩。

[返回目录](#)

· 中医药动态 ·

上海通过地方立法：中医药纳入公卫应急管理体系

来源：新华网

上海市人大常委会 24 日表决通过《上海市中医药条例》，条例将于今年 5 月 1 日起施行。这是一部对有关中医药发展方方面面作出系统规定的地方立法，将中医药纳入上海公共卫生应急管理体系，保障市民享有优质中医药服务。其中，“覆盖全民”和“全生命周期”是两大关键词。

《上海市中医药条例》着眼于提高基层社区中的中医药服务可及性，规定上海的市、区人民政府以及乡镇人民政府、街道办事处应当采取措施，在中医药设施设备配置、人员配备和服务提供等方面提供相应保障，提升社区卫生服务中心(站)、村卫生室等基层医疗卫生机构的中医药服务能力，推进中医药融入家庭医生制度建设，实现中医药在家庭医生团队服务中的全覆盖。

同时，上海支持社会力量举办中医医疗机构，鼓励连锁化、品牌化发展。社会力量举办的中医医疗机构在准入、执业、基本医疗保险、科研教学、医务人员职称评定等方面，享有与政府举办的中医医疗机构同等的权利。

高品质的药材是优质中医药服务中的重要一环，质量把控也应贯穿药材生产、使用、流通的全生命周期。对此，条例规定要建立信息化追溯体系：药品生产企业购进中药材、中药饮片，应当建立进货查验记录制度。中药材、中药饮片的经营者应当建立进货查验和购销记录制度，并标明中药材产地。鼓励药品生产企业、中药材和中药饮片经营者、医疗机构、行业协会按照相关法律、法规和技术标准，建立信息化追溯体系。

为进一步保障老百姓吃上“放心药”、提高便利性，条例明确，上海市中医药管理部门应当会同药品监管等相关部门制定中药饮片代煎服务规范，加强对代煎服务的质量监督管理。并且，经上海市药品监管部门批准，医疗机构配制的中药制剂可以在指定的医疗机构之间调剂使用。

[返回目录](#)

让“守正创新”成为中药发展的加速器

来源：米内网

“这是一个明确的信号！”回想起2019年10月25日全国中医药大会，这位应邀参与此次会议的中药企业负责人，仍然非常激动，“围绕中医药传承创新，对中药行业的进一步发展，定位清晰，方向明确”。

随后两年，国家及各部委发布了一系列以“守正创新”为核心关键词的相关政策，如《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》重点任务分工方案的通知，《国家中医药管理局关于印发中

医药创新团队及人才支持计划实施方案的通知》《国家药监局关于促进中药传承创新发展的实施意见》《中药新药质量研究技术指导原则(试行)》的通告等。

但高层重视下的政策鼓励与推动，如何改变中药产业如今“创新难有，改良不易，竞争无序、淘汰不力”的现状，是产业界需要共同回答的问题。

01 守正创新

全国中医药大会，是新中国成立以来第一次以国务院名义召开的全国中医药大会。国家领导人、高层次专家、各省主管中医药领导、产业界代表均悉数到场。“全国中医药大会是中医药发展史上具有里程碑意义的大事，标志着中医药发展进入了新的历史时期”，中国工程院院士张伯礼认为。

大会次日，国务院正式对外发布《关于促进中医药传承创新发展的意见》，共二十条，其中第九条中明确提出：“及时完善中药注册分类，制定中药审评审批管理规定，实施基于临床价值的优先审评审批制度。加快构建中医药理论、人用经验和临床试验相结合的中药注册审评证据体系，优化基于古代经典名方、名老中医方、医疗机构制剂等具有人用经验的中药新药审评技术要求，加快中药新药审批。”

这条意见被认为是我国鼓励中药创新发展的重要突破口。我国中药长期以来采用的是与化药几乎一致的审评、审批、注册方法，中医药《意见》的颁布让中医药人看到了这一“痼疾”改善的希望。

此外，面对新冠疫情的爆发，中医药交出了亮眼的成绩单，对疫情防控起到了至关重要的作用。2020年9月，在国家各层次领导充分肯定中药的作用并提出持续完善中药审评审批机制，促进中药新药研制和产业推动的推动下，国家药监局发布《中药注册分类及申报资料要求》，关于构建符合中药特点的审评审批机制就此展开。

随后，2020年12月，国家药品监督管理局印发《关于促进中药传承创新发展的实施意见》（以下简称“《中药意见》”），这一文件被视为是2019年中医药《意见》对中药部分的细化版。

《中药意见》专门就健全符合中药特点的审评审批体系，做了详细的说明，提出推进实施调整中药注册分类、开辟具有中医药特色的注册申报路径、构建“三结合”的审评证据体系，结合中药临床应用特殊情形，明确实施优先审评审批、附条件批准和特别审批的具体情形，鼓励有明显临床价值中药新药的研制，并加快其上市进程。《中药意见》一经发布，广盛原董事长徐胜就进行了仔细研读。但徐胜的心情“有些复杂”，“很高兴，这表明适合中药创新的政策开始落地了，但是又有些担心，一些问题能不能从根本上得以改变，还有待观察”。

徐胜认为，中药审评审批体系的建立，一定要真正的建立在中药特色之上，“中药是基于中华文化的一套医学体系，而不是以西方科学为基础的，如果不去正本清源，很多问题都难以突破。”

突破的核心在于中药分类，应该把中成药和植物药进行明确的区

分。徐胜的划分标准是，以中医阴阳五行理论构建的产品才是中药，此外要划分到植物药里面。例如青蒿素，确实有治疗效果，但它并不是按照中医理论来治病，还有很多单方制剂、中药注射剂等应该以植物药来管理。

徐胜关心的内容也在《中药意见》中有所体现，第六条中提出“根据中药注册产品特性、创新程度和研制实践情况，改革中药注册分类，不再仅以物质基础作为划分注册类别的依据，开辟具有中医药特色的注册申报路径。”徐胜期待的这些能够早日真正的落到实处。

启迪科技服务集团副总裁郭海涛除了分类及审评体系，他还关注企业现有情况与接下来新的改革内容的链接上，比如“中药生产涉及多个环节，随着中药现代化的发展，当企业申报的时候，可能出现多种工艺都有改变的情况，如果按照原来申报工艺去生产，实际代表着落后，如果按照先进的更符合时代发展潮流的技术去生产，就意味着改变了整个生产方法。

对此，《中药意见》也有说明：“鼓励二次开发。制定中药改良型新药研究相关技术要求，支持运用符合产品特点的新技术、新工艺以及体现临床应用优势和特点的新剂型改进已上市中药品种。优化已上市中药变更相关技术要求”，郭海涛表示，“技术创新的速度和制度革新的速度需要匹配”。

“《中药意见》基本上说清楚了什么是符合中医药特点的审评审批体系，其传递的理念已经走到了行业前沿。此外，产业界期待中医

药有一套独有的话语体系存在，这需要组织架构上面能够同步”，某业内人士的观点与徐胜不谋而合，“目前中医及中药由不同部门管理，但是中医和中药密不可分，该如何协调这两者之间的管理关系，也非常需要智慧”。

尽管建立具有中医药特色的审评审批体系，仍有种种问题有待解决，不过他们都表示，已经感受到政策正在一步步推进，中药审评审批这一潭深水已被搅动。

2021年2月9日，国务院发布《关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》中再次明提出：“尊重中药研发规律，完善中药注册分类和申报要求。优化具有人用经验的中药新药审评审批，对符合条件的中药创新药、中药改良型新药、古代经典名方、同名同方药等，研究依法依规实施豁免非临床安全性研究及部分临床试验的管理机制。充分利用数据科学等现代技术手段，建立中医药理论、人用经验、临床试验‘三结合’的中药注册审评证据体系，积极探索建立中药真实世界研究证据体系。优化古代经典名方中药复方制剂注册审批。完善中药新药全过程质量控制的技术研究指导原则体系。”

如今方向已明，无论现在状况如何，可以肯定的是打造符合中医药特色的审评审批制度大幕已经开启。

02 激发活力

改革完善中药审评审批机制的核心目的之一是鼓励中药新药研发，而中药新药研发“式微”已有时日。这体现在新药上市的数量上，

统计显示，2016 年~2019 年，获批的中药新药仅有 10 个。2020 年，全国共有 48 个新药获批上市，其中仅有 3 个中药新药，而这还是近 5 年来获批中药创新药最多的一年。

“中药创新非常不容易”，在 2020 年国家医保谈判新闻发布会现场，国家医保局医药服务管理司司长熊先军感慨道。在发布会现场，医保局共邀请了 4 家企业代表到场分享，其中有两家为中药企业代表。

参与分享的一家企业是湖南方盛制药，该公司 2019 年底获批的小儿荆杏止咳颗粒，是中药六类新药，其处方来源于全国知名儿科专家、湖南中医药大学第一附属医院欧正武教授治疗小儿外感咳嗽经验方。

对于中药新药研发，徐胜思考的方向与湖南方盛制药所做方向相似，对于很多已使用的中成药进行二次研发，将其临床疗效进行深入研究，明确疗效及适应证，完善说明书，这应该是中药新药发展且重点突破的方向，“大部分临床使用的中药还是非常有价值的，只是优势没有体现出来”。

另外，对于个别有临床基础但是还没有成药的经典名方或者院内制剂进行研究开发也是方向之一。2020 年医保谈判成功的桑枝总生物碱片、小儿荆杏止咳颗粒，均是在既有中成药或者经典方的基础上进行再研究。

2019 年获批的金蓉颗粒，其研发来源为广州中医院，是在院内

制剂削癖口服液的基础上进行创新研发;2017年获批的丹龙口服液是来自江苏人民医院的院内制剂;2016年获批的九味黄连解毒软膏的研发来源是中医土方,联合成都中医药大学进行研发。

创新的目标是满足临床未被满足的临床需求,在这个理念下,中药、化药、生物药的目标是一致的。做好基于疗效的产品临床定位,是每一家中药公司需要考虑的方向。例如,肿瘤患者放疗后,人的皮肤全都很容易溃烂,而一些中药就有很好的疗效来缓解症状和患者不适。如果企业能够快速跟进,用已上市的中成药满足这样的临床需求,通过临床研究增加适应症,也不乏一种策略,“但是这种临床需求往往有一定的时间窗口,需要企业快速跟进”,国家卫健委中日友好医院副主任药师李耿表示。

这又要回到一个非常现实的问题,中药企业是否真正重视研发。中药企业投入不足长期存在。数据显示,2019年中药企业研发投入占营收比的中位数仅3.28%,只有33家中药企业达到这个水平,研发投入占营收比超10%的仅有两家,分别为龙津药业和康缘药业。其中,龙津药业研发投入2930.05万元,占营收比为10.64%;康缘药业研发投入4.65亿元,占营收比为10.18%。还有32家中药企业研发投入低于3.28%的中位数。其中,白云山、大理药业、太安堂、云南白药、信邦制药、国发股份的研发投入占营收比均未超过1%。“目前大部分中药企业的管理者还停留在卖药阶段,很少有考虑去做临床,做研发”,上述业内人士感慨道。

做临床的目标肯定是要明确疗效，而不是为了积累数据。“中药要体现出竞争力，就一定要做很多对比，比如说降糖，西药能降糖，而若中药只是辅助降糖，那么中药的竞争力就大打折扣。”郭海涛表示。

归根到底，中药创新“应该还是在有效性上的创新，而不是在一些剂型上，一些模糊概念上的创新，”曾经受邀参加全国中医药大会的企业界代表表示。

03 摸索前进

2020年中国医药健康行业新增上市公司共42家，仅有3家中药领域企业（维康药业、葫芦娃、贵州三力），而化药和生物制品分别为9家与10家。

已经上市的老牌中医药企业，近年来令人印象深刻的不是开发出了多少中药新药，而是让人眼花缭乱的转型之路，如片仔癀和以岭药业均在既有中药市场优势的基础上押宝化药，天士力则已经形成了化药集群；步长制药从中药企业向全领域转型；九芝堂则通过投资生物药、布局日化领域寻求转型；马应龙、同仁堂、东阿阿胶等则在多元化之路上狂奔.....

在郭海涛看来，这些在摸索的企业大多都有一个庞大的销售体系，除了体系内业务布局外，构建生态链也非常重要，“不一定要亲力亲为，可以靠投资来形成产业生态链”“中医药目前所处的阶段，注定它不会如生物药那般爆发式发展”。

不过，对于行业龙头的多元化布局，作为老中药人，徐胜有些不是滋味，当行业诸多代表性企业这样做的时候，事实上说明了中药企业对中药发展方向的迷茫，“行业内沉下心，研究中药的人或者企业越来越少，这是行业最悲哀的事情。”

一边是业绩表现平平，另一边是重重政策加持，中医药企业如何做，才能让行业焕发新活力？

郭海涛的建议很简单：传统的中小企业就是把药做好，把销售做好，把品牌做好，“目前行业并没有太多泡沫，大家按照行业自身发展规律去发展，踏踏实实做好药，这很重要”。

考虑到在医保谈判和中药集采势必推行的的大势下，即将面对生产端涨价，支付端降价这一矛盾。郭海涛认为，未来中药发展的趋势或许与日本一样，“很多中药的品种定位就是不进入医保目录内，如日本那样，做最好的中药，做精致的中药，由患者作为支付者”。另外就是治未病的药物，“中国老龄化趋势，会给中药行业带来最大的增长”，这也是中药企业努力的方向之一。

徐胜对中药的未来充满信心，“我们有使命和责任，让中药真正的价值发挥出来。”他用实际

行动来证明了自己的信心。2019 年徐胜选择了创业，他已经做好了至少吃苦 10 年的准备，“过去中药固步自封很厉害，很多技术没有为中药所用，未来科技一定会为中药赋能”。

如今，资本也被鼓励进入中医药领域。2021 年 2 月 9 日，国务

院发布《关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》中，加强融资渠道支持赫然在内。文中提出，积极支持符合条件的中医药企业上市融资和发行公司信用类债券。鼓励社会资本发起设立中医药产业投资基金，加大对中医药产业的长期投资力度。

当政策逐渐落地，资金到位，中医药的春天还会远吗？

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

四川三大医保名单分类管理 含 18 种双通道品种

来源：四川省医疗保障事务中心

3 月 22 日，四川省医疗保障事务中心发布《关于做好国家谈判药品和国家药品目录内高值药品经办管理工作的通知》，公布了 18 个高值药品、国谈药中 88 个单行支付药品以及 136 个纳入乙类医保的药品分类管理模式，并自 2021 年 3 月 1 日起实施。

88 个单行支付药品：五定管理，省本级医保支付 75%

对国谈药品中维得利珠单抗等 88 个单行支付药品(附件 1)实行“五定”管理，即：定认定机构、定治疗机构、定责任医师、定供药机构、实名制管理。

供药机构管理：88 个单行支付药品实行双通道供药保障，即由 29 家治疗机构和 40 家定点零售药店共同作为供药机构负责供应保障。40 家供药药店名单详见原文。

支付比例及封顶线累计：省本级单行支付药品基本医疗保险统筹基金支付比例为 75%。一个自然年度内，单行支付药品费用统筹基金累计支付不超过 15 万元，并计入省本级参保人员本年度基本医疗保险封顶线。

费用结算：省本级和省内异地就医参保人员在省本级供药机构联网结算时，属于医疗保险基金支付部分由供药机构与省医保事务中心结算；参保人员个人负担的费用由个人与供药机构结算。

136 个纳入乙类药品：按省级医保现行政策执行

将国谈药品中伏诺拉生等 136 个药品(附件 2)纳入乙类药品管理。

供药机构：由各定点医疗机构负责该类药品的供应保障。

费用结算：参保人员个人负担部分由个人与定点医疗机构结算，医保支付部分由定点医疗机构与省医保事务中心结算。

封顶线累计：纳入乙类药品管理的谈判药品按照省本级医疗保险现行相关规定支付，并计入省本级参保人员本年度封顶线。

18 个高值药品：双通道供药保障，同一病种原则上选择用其对应的一种药品

对重组人血小板生成素等 18 个高值药品(附件 3)，在治疗机构进行实名制登记和事前审核后纳入乙类药品管理。

供药机构：高值药品实行双通道供药保障，同单行支付药品供药机构。其中选择 40 家供药药店作为供药机构的，治疗机构需将用药

处方上传至省医保事务中心备案。

费用结算：省本级和省内异地就医参保人员在省本级供药机构联网结算时，属于医疗保险基金支付部分由供药机构与省医保事务中心结算；参保人员个人负担的费用由个人与供药机构结算。

用药管理：治疗机构应做好用药管理工作，对同一病种原则上选择使用其对应的一种药品，有国家颁布或推荐的临床诊疗指南、临床路径及药品说明书等明确依据的除外。

异地就医管理

省本级异地就医备案人员在备案地就医使用单行支付药品及高值药品，须提供病种和用药认定(事前审核)的相关检查检验资料，由省本级认定(治疗)机构进行综合评估认定(事前审核)后，现金垫付的费用按省本级相关政策规定予以支付。

若备案地已开通特殊药品省内异地就医直接结算业务，省本级参保人员也可在当地的认定(治疗)机构依托省内异地特药系统进行综合评估，通过认定(事前审核)后，发生的药品费用按省本级相关政策规定予以支付。

[返回目录](#)

大批罕见病药物纳入保障！成都如何做到？

来源：医药经济报

3月18日，成都市医疗保障局官方连发6份文件，宣布按照“尽力而为、量力而行，个人负担可承受、可持续”原则，探索建立“负

担可控、责任共担”的罕见病用药保障机制，单独设立罕见病用药保障资金，并公布了首批纳入保障的 7 款罕见病药物。



公平适度的待遇保障是增进人民健康福祉的内在要求。去年 5 月，由四川省医疗保障局、成都市医疗保障局指导的“惠蓉保”正式上线，以政策型商业保险模式将 16 种高发肿瘤特药和 4 种罕见病治疗用药纳入保障。

此次成都进一步完善罕见病用药保障机制，旨在通过构建专项基金，整合运用医疗保险、医疗救助、商业保险、社会慈善、企业责任等有效资源，缓解罕见病患者家庭经济负担，增进罕见病用药可及性，改善罕见病患者身体健康状况。

明确用药保障范围

“46 万年费”有门槛

近年来，我国对罕见病和“孤儿药”保障工作十分重视，从国家层面先后出台多项政策，对“孤儿药”进行优先审评审批，并于 2018 年由国家五部委联合发布《第一批罕见病目录》；同时，2018 年版和

2020 年版国家医保目录都相继纳入了罕见病相关药品，2020 年版国家医保药品目录共计纳入 24 种罕见病的 55 种治疗药品，提高了我国罕见病患者的用药可及性。

针对罕见病药物的医疗保障，不少地区结合本地实际开展了各具特色的地方实践，浙江、上海、山东、深圳、安徽等多个地市综合运用财政资金补助、设立专项基金、开展大病谈判等模式，摸索和积累经验，出台政策鼓励多方主体积极参与，多渠道、多样化救助补贴罕见病患者。

专家分析指出，浙江、台湾等地区都是在人均 GDP 达到或超过 10 万元时建立并完善重特大罕见疾病医疗救助制度，成都市发改委数据显示，2019 年人均 GDP 首次突破 10 万元大关，现阶段完善和构建罕见病药物保障制度恰逢其时。

按照此次发布的政策，成都市罕见病用药保障资金主要来源于成都市大病医疗互助补充保险资金，单独设立科目核算，结余清零。该资金将按照上一年度大病医疗互助补充保险筹资总额的 2% 筹集罕见病保障资金，市医保局会同市财政局根据保障资金运行情况，调整筹资比例。

此前，成都市医疗保障局、成都市财政局、成都市卫生健康委员会三部门联合发布《关于建立罕见病用药保障机制的指导意见》，对罕见病药品实行年度总费用限额准入制：

年度总费用限额不超过医保支付限额与患者个人负担限额之和，

其中患者个人负担限额应在成都市居民人均可支配收入的1至2倍间进行确定;药品年度总费用低于限额标准的药品,方可纳入罕见病用药保障范围。

按照这一原则,成都市医保局在《关于罕见病用药保障有关问题的通知》明确,国内获批已上市的罕见病药品,同时符合以下规定可申请纳入本用药保障范围:

(一)药品适应症属于国家罕见病目录中载明的疾病;

(二)药品属于符合突破性治疗药物特征的罕见病创新药;

(三)在医保支付40万/年、个人负担6万/年的限额条件下,患者可获得持续规范用药。

成都作为四川省经济实力最强的城市,对应居民收入一直领跑全省,人均可支配收入较高,以2019年为例,全市居民人均可支配收入39503元。参照经济数据测算,综合考虑城镇居民和农村居民存在的收入差异和负担水平,“个人负担6万/年”的限额基本符合本地经济情况。

多方筹资可持续

促进多层次保障体系

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。为深入贯彻党的十九大关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署,着力解决医疗保障发展不平衡不充分的问题,《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》特别指出

要“促进多层次医疗保障体系发展”“探索罕见病用药保障机制”。

行业普遍认为，围绕罕见病药物保障需要探索多样化、多渠道的模式，同时，罕见病保障管理体系机制的广度、深度、场景多元度、多方筹资可持续等问题，着实得到了广泛关注。

在保障广度方面，自今年1月至今，成都罕见病用药保障范围药品经过此前征集申请，政策落地同期发布了首批7个入围药物名单，涵盖了四氢生物蝶呤缺乏症、脊髓性肌萎缩症、粘多糖蓄积症、戈谢病、特发性心肌病(ATTR-CM)、肺动脉高压、庞贝病等七个罕见病治疗领域的药物。这些药物不仅包括了此前部分省份已经纳入地方罕见病药物保障体系的注射用阿糖苷酶α、注射用伊米苷酶等品种，也包括诺西那生钠注射液等没有进入其它地方保障范围的高价格品种。考虑到国家医保局已经将我国上市且有适应症的50余种罕见病药物中的40余种纳入国家医保药品目录，成都市的保障广度得到进一步扩大。

成都市罕见病用药保障药品范围及认定标准

序号	药品名称	剂型	规格	生产厂家	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
1	盐酸沙丙蝶呤片	口服常释剂型	100mg (以C ₉ H ₁₅ O ₃ ·2HCl计)/片	百傲万里(上海)生物医药技术咨询有限公司	四氢生物蝶呤缺乏症	1.血液氨基酸分析、尿液蝶呤谱分析和基因分析符合四氢生物蝶呤缺乏；2.血液苯丙氨酸浓度>120μmol/L。	1.病情诊断证明书；2.血液氨基酸分析、尿液蝶呤谱分析和基因检测报告；3.苯丙氨酸浓度检查报告。	3个月
2	诺西那生钠注射液	注射剂	5ml:12mg(按诺西那生计)支	瀚健生物科技(上海)有限公司	脊髓性肌萎缩症	1.临床表现和体征检查符合脊髓性肌萎缩症；2.运动神经元存活基因检查外显子7的纯合缺失或复合杂合突变；3.肌电图显示神经源性损害(儿童非必须)。	1.病情诊断证明书；2.运动神经元存活基因检测报告；3.肌电图检查报告(儿童非必须)。	4个月
3	依洛硫酸酯酶α注射液	注射剂	每瓶5ml(含依洛硫酸酯酶α 5ml, 5mg/瓶)	百傲万里(上海)生物医药技术咨询有限公司	黏多糖贮积症	1.临床表现符合黏多糖贮积症；2.外周血白细胞、血浆或经培养的皮肤成纤维细胞IVA型缺陷酶活性测定低于正常10%或基因检测发生突变；3.尿黏多糖定性或定量试验；4.影像学检查符合黏多糖贮积症改变。	1.病情诊断证明书；2.外周血白细胞、血浆或经培养的皮肤成纤维细胞缺陷酶测定或基因检测报告；3.尿黏多糖定性或定量试验检查报告；4.心脏超声心动图或骨髓X线或头颅MRI检查报告。	24周

4	注射用伊米苷酶	注射剂	400 单位/瓶	普诺菲(中国)投资有限公司上海分公司	戈谢病	1.临床表现符合戈谢病; 2.符合下列之一: ①外周血白细胞或培养皮肤成纤维细胞检测葡萄糖苷酶活性低于正常值 30%; ②基因检查显示葡萄糖苷酶基因突变。	1.病情诊断证明书; 2.外周血白细胞或培养成纤维细胞葡萄糖苷酶活性检查报告和(或)基因检查报告。	6 个月
5	氨基吡啶双羟盐口服常释片	口服常释片	61mg/粒	辉瑞投资有限公司	特发性心肌病(舒张性)或(舒张性)肥厚型心肌病	1.影像学检查、基因测序和(或)组织学活检符合 ATTR-CM 特征; 2.成人(年龄≥18 岁)野生型或遗传型甲状腺素蛋白淀粉样变性。	1.病情诊断证明书; 2.心脏彩超和(或)心脏磁共振检查报告,同时具备心肌核素 PYP 显像阳性; 3.组织活检和(或)基因检测报告。	3-6 个月
6	奥雷利厄单抗注射液	注射剂	20ml, 20mg/瓶	先科药业(合肥)有限公司	肺动脉高压(WHO 第 1 组)	1.肺动脉高压(WHO 第 1 组)的患者; 2.右心导管检查或超声心动图符合肺动脉高压; 3.肺动脉高压患者评估符合 2018 年中华心血管病 WHO 肺动脉高压指南规定的心动 IV 级和高危状态。	1.病情诊断证明书; 2.右心导管检查或至少 2 次超声心动图检查报告。	3-6 个月
7	注射用阿糖苷酶	注射剂	50 mg/瓶	普诺菲(中国)投资有限公司上海分公司	戈谢病	1.临床表现符合戈谢病; 2.血液酸性α-葡萄糖苷酶活性降低; 3.基因检查显示酸性α-葡萄糖苷酶编码基因突变或病理学检查阳性。	1.病情诊断证明书; 2.血液酸性α-葡萄糖苷酶测定检查报告; 3.基因或病理学检查报告。	3 个月

在保障深度方面，成都极为重视罕见病药物各类保障叠加后的实际支付情况，药品费用采取一个治疗年度内“累加计算、分段报销”的方式：对一个治疗年度内 20 万元(含 20 万)以内药品费用的报销比例为 70%，20 万元~46 万元(含 46 万元)范围药品费用由保障资金据实结算。同时，严格要求企业“在国内有赠药方案的药品，纳入成都罕见病用药保障后，不得降低原赠药力度。”

在多元场景方面，成都罕见病用药保障机制要求由具备罕见病诊治能力的医疗机构负责提供罕见病患者疾病的认定和诊治服务，由罕见病药品生产商(供应商)选定的特药药店作为罕见病药品定点配送机构，罕见病患者应在罕见病定点医疗机构就医，在罕见病药品定点药店购药和结算。住院、门诊及双通道药店等多元场景正在得到打通。

在多方筹资和可持续方面，成都罕见病用药保障机制提出，整合运用医疗保险、医疗救助、商业保险、社会慈善、企业责任等有效资源，当年度保障资金超年度预计使用保障资金额时，由大病医疗互助

补充保险资金和药品生产企业(或供应商)共同分担;鼓励药品企业协同其他社会组织提出创新支付方案,以达到药品年度总费用限额;引导和支持社会组织、商业健康保险参与罕见病患者家庭负担保障,对在实施罕见病用药保障后,仍存在经济困难的家庭进行帮扶,精准减轻罕见病患者家庭经济负担。

事实上,罕见病药物创新保障模式探索必须基于我国现有医疗保障体系,在不打破原有医保规则的前提下,为罕见病患者的用药保障提供解决思路,任何模式建设都不可能一蹴而就,成都市医保局已经走出关键一步。

部分已上市未纳入国家医保目录的罕见病药物

罕见病适应症	药物通用名称	企业
非典型溶血性尿毒症	依库珠单抗	阿斯利康
阵发性睡眠性血红蛋白尿	依库珠单抗	阿斯利康
黏多糖贮积症 I 型	拉罗尼酶浓溶液	赛诺菲
庞贝病	阿糖苷酶α	赛诺菲
戈谢病	伊米苷酶	赛诺菲
法布雷病	阿加糖酶β	赛诺菲
	阿加糖酶α	武田
遗传性血管性水肿(HAE)	拉那利尤单抗	武田
脊髓性肌萎缩症	诺西那生钠	渤健
黏多糖蓄积症 IVA型	依洛硫酸酯酶α	BioMarin (百傲万里)
四氢生物蝶呤缺乏症	沙丙蝶呤	BioMarin (百傲万里)
高苯丙氨酸血症	沙丙蝶呤	BioMarin (百傲万里)
特发性心肌病 (ATTR-CM)	氯苯唑酸软胶囊	辉瑞
血友病	艾美赛珠单抗	罗氏
神经营养性角膜炎	塞奈吉明滴眼液	东沛制药
黏多糖贮积症II型	艾度硫酸酯酶β	北海康成
肺动脉高压	曲前列尼尔注射液	兆科药业

· 医药电商 ·

一文看懂医药电商：“卖药” VS “用药” 下的两种生态

来源：表外表里

传统电商“多快好省”模型中，“省”是消费的永恒追求。正是抓准了这一点，拼多多在阿里模式和京东模式之外开辟了第三种模式。

随着互联网思维嫁接到医疗领域的尝试，医疗电商应运而生。但在这个专业化门槛更高的领域，情况似乎有些不同。

药品是一种特殊的商品，它不能独立使用，需要在医生、药师指导下，按时按量对症服用，才能达到治疗疾病的目的。

线下用药，遵循从诊疗到买药的过程，为的就是解决药品有效性需求。换到线上，由于脱离了面对面的场景，所以对这一流程的要求更为严格。

因此，适用于互联网医疗的电商新排序应该为“好、省、快、多”。

那么，该领域里各大互联网医疗平台，在这几方面的成果如何呢？本文将对此展开具体分析（医药领域对SKU丰富度需求较弱，本文就不展开探讨）。

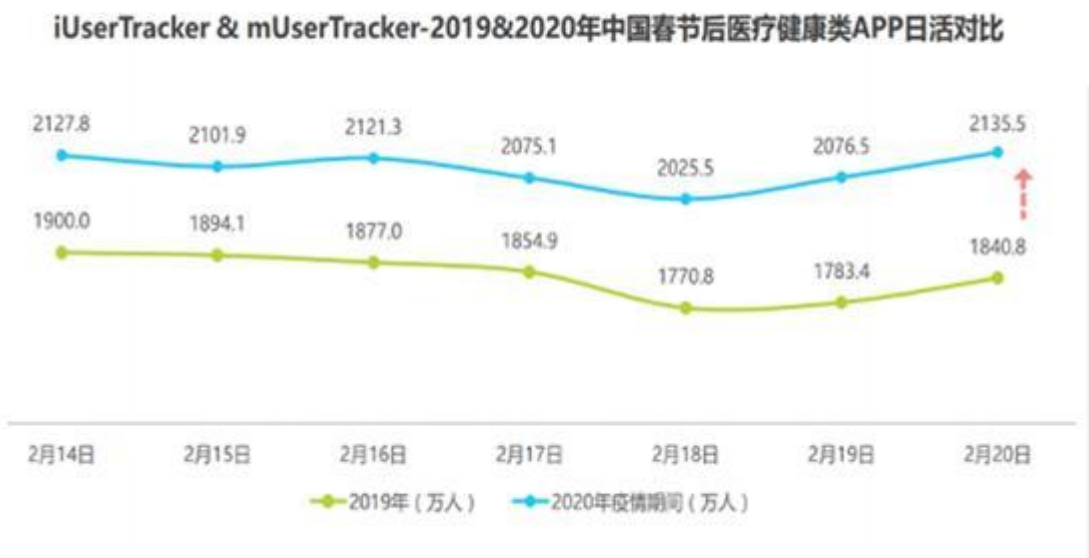
好：流量是意外，留存是“试金石”

疫情特殊时期，线上医疗收割了一波意料外的流量，无论是阿里

健康、京东健康、平安好医生等大平台，还是微医、春雨医生们，都有享受到。

根据艾瑞咨询数据，2020年春节，医疗健康类App日活跃用户数同比2019年明显提升。

图 2：新冠疫情加速互联网医疗在消费者端渗透



数据来源：艾瑞咨询，安信证券研究中心

但随着生活的恢复，有多少可以留存，成为投资者普遍关注的焦点。而平台如何承接疫情催化下，线上医疗行业对用户教育作用，扩大留存优势，取决于用户对平台的信任和依赖程度。

表外表里分析认为，平台对用户线上就诊信心的打造，通常覆盖了以下三个方面：

①医疗资源充沛，7x24h 在线

如果问“为什么人们都愿意去三甲医院看病”，一般会收获“三甲医院拥有更先进的技术设备；那里的医生拥有丰富的诊疗经验；某

些短缺药品的供应只有三甲医院才能拿到”等答案。

其实，总结起来就是：三甲医院医疗资源丰富。

而医疗平台想要达到像三甲医院那样在患者心中的地位，需要做得更多。

比如，如何让患者无论 7x24h 任何时候，什么疾病，都能够找到相应的专科医院、专科医生，且医院间、医生间能够有所挑选。

由此来看，医疗平台医疗资源充沛的前提是囊括足够多的医院、医生。那么，各平台目前的搭建进度如何呢？

- 据阿里健康 2021H1 财报：阿里健康合作的二级(二甲)和三级(三甲)医院数量超过 4000 家。

- 据平安好医生 2020H1 财报：平安好医生合作医院达到 3700 多家，其中，三级医院近 2000 家。

- 据京东健康招股书：京东健康家庭医生覆盖全国 2700 多家三级医院。

不过，我们发现，在合作医院数量相差不大的情况下，平安好医生和阿里健康的签约医生人数差距悬殊。如下图所示，2019 年，阿里健康平台医师数量为 42000 人，远超平安好医生的医生人数 7814。

表 16: 京东健康、阿里健康、平安好医生师资和问诊量

医师力量	
京东健康	65,000 名自有及外部医师
阿里健康	执业医师、执业药师和营养师合计超 42,000 人，主治、副主任及主任医师超 29,000 人
平安好医生	自有医疗团队 1836 人，签约外部医生 5978 名

资料来源：京东健康招股说明书，阿里健康 2020 年报，平安好医生 2019 年报，安信证券研究中心

悬殊的医生数量资源差距究竟为何？我们接着探究。

②问诊水平够高，隔屏诊脉才不是“神话”

互联网技术的蓬勃发展，让“悬丝诊脉”不再是医疗神话。但隔着屏幕的问诊，也对医生提出了更高的专业要求。

综合来看，线上问诊平台囊括三甲医院的多少，以及合作主治、副主任、主任医师的多少部分决定着平台整体医疗质量的高低。

2020H1 财报显示，平安好医生签约的外部医师，全部来自三甲医院，拥有主治、副主任、主任医师资质。

體驗。截至2020年6月30日，我們簽約合作外部醫生（均為三級甲等醫院副主任醫師及以上職稱）5,978名（外部醫生主要提供非實時的在線諮詢，線下名醫二診等非核心服務）；合作醫院較年初增長近400家達到3,700多家，其中三級醫

相比之下，阿里健康对平台签约的医师资质并没有具体的分类要求，综合来说，整体医师素质可能不及平安好医生。

截至報告期末，與本集團簽約提供在線健康服務的主任、副主任及主治醫師中級職稱以上級別的醫生超過39,000人，較半年前增加近10,000人。

医师资质、素质过硬，平台的“面子”有了，但“里子”呢——互联网医疗平台真的会投入大量时间进行问诊，提高平台的医疗水平吗？

我们认为，这可能要取决于平台和医院的合作模式。

此前，平台对医院的吸纳最普遍的方式是从医生层面、科室层面直接引入。但随着全国范围内电子健康系统的建立，各医院逐渐部分转移线上，医院自己的线上系统和平台线上就诊之间难免会出现竞争。

因此，更好的合作方式是在吸纳初期，通过帮助医院建立 SaaS 系统长期利益捆绑，进行双赢发展。

目前而言，多家线上医疗平台都已布局 SaaS。

例如，阿里健康 2018 年入股卫宁健康；平安好医生 2018 年收购万家医疗，帮助医院、诊所实现对患者的一对一管理；腾讯的企鹅杏仁也在前期主攻医疗智慧，帮助医院建立完善医疗信息系统。

通过双赢的合作模式，平台能够吸引足够多问诊水平高的医生，在短期内迅速提高患者对平台的信任和依赖。而累积起来的用户规模效应，形成丰富的案例数据，又可以进一步推动医疗水平提升。

③用户画像越聚焦，诊断案例越丰富

既然是脱胎于传统电商，互联网医疗的竞争核心也离不开一个关键词：流量。其不仅意味着平台是否能形成商业闭环，还决定着怎样的业务方向能代表互联网医疗的未来。

我们注意到，阿里健康、京东健康、平安好医生三大平台都存在着集团内交叉引流的情况。



左：淘宝；中：京东；右：平安金管家

淘宝的 App 首页设置了阿里健康的流量位，京东的移动端也开辟了专门的看医购药入口，各自依靠庞大的电商用户群体，为医疗板块引流。

而且用户在淘宝搜索购买药品时，排在前面的多是阿里健康大药房自营药品，增加购药几率。京东的搜索结果同样如此。

平安好医生则通过平安集团旗下众多子公司 App 中的插件为其引流。如平安金管家将“问医生”入口放在醒目位置。点击页面后，可通过健康导航，完成问诊、买药。

不同的导流渠道模式，可能导致京东健康和阿里健康的用户需求逻辑，和平安好医生的用户需求逻辑有所不同。

京东健康和阿里健康用户导流，更大程度展示的其“能卖药”，而不是“能看病”，偏向“买药逻辑”。业绩数据显示，阿里健康和京东健康确实更擅长卖药，卖药收入占总营收的比重大于平安好医生。



Source: 公司公告; 洞见数据研究院

注：京东健康、平安好医生会计期间均为自然年，阿里健康为会

计期间为当年4月1日至次年3月31日。

平安好医生通过保险业务导流，用户有着看诊需求，从问诊到自然买药，趋向“用药逻辑”。因此，其在线医疗服务发展得相对更好，2017-2019年，占比总营收比例，与京东健康、阿里健康始终拉开差距。



Source: 公司公告; 洞见数据研究院

京东健康在线医疗收入未单独披露，此处使用的是数字化营销及其他服务收入(在线医疗服务收入只占其中很小一部分)。

2019年，平安好医生的日均问诊量达到83万人次，高于阿里健康的40多万人次，京东健康9万人次。

表 16: 京东健康、阿里健康、平安好医生师资和问诊量

	医师力量	日均问诊量
京东健康	65,000名自有及外部医师	9万次
阿里健康	执业医师、执业药师和营养师合计超42,000人，主治、副主任及主任医师超29,000人	曾超40万
平安好医生	自有医疗团队1836人，签约外部医生5978名	831千人次

资料来源: 京东健康招股说明书, 阿里健康2020年报, 平安好医生2019年报, 安信证券研究中心

两种不同的用户需求逻辑下，形成的是不同的用户画像。

一般来说，“买药逻辑”下，用户一般都是买完即走，跟购买普通的电商商品没有本质区别，不会有过多的沟通；而“用药逻辑”下，因为用户群体大多有持续看诊需求，因此比临时来买药的用户，稳定性更好、粘性也更高。

这一点在活跃用户规模上有一些交叉验证。

2017年，平安好医生的活跃用户规模绝对值小于京东健康，但从2018年开始，平安好医生的活跃用户规模和增长速度超过了京东健康。



Source: 公司公告; 洞见数据研究院

由于统计口径上，京东健康为年活跃用户数，平安好医生为月活数，所以真实情况平安好医生的年活可能会更高一些。

通过扩大问诊规模，积累多元的用户画像案例，是互联网医疗的

基础建设，需要纵向深挖。不过，在业务上进行横向出击，也是各平台比较注重的打法。事实上，如果说在线医疗满足的是用户对医疗安全的统一需求，那么其他业务的开辟或延伸，旨在解决不同用户的差异化需求。比如对急性药消费者来说，快更重要，但对慢性病患者来说，可能更注重价格便宜。

省：药品花费之痛“不可承受”

没有人想生病，但谁也不能保证自己这一辈子都不生病。所以大家避讳的看病吃药，在某种程度上恰恰符合经济学定义的刚需特性。

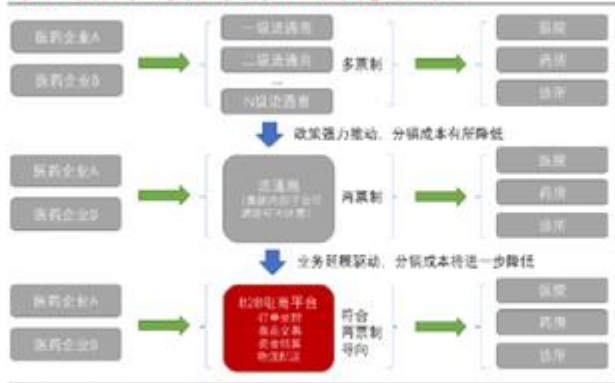
深谙这种需求，传统线下药店多采用“低毛获客，高毛盈利”的模式，倾向于向患者推销毛利率高的药品。

由于缺乏相关知识，消费者只能被动接受，特别是对需要长期服药的慢性病患者来说，在药品方面的花费往往是“不能承受之痛”。

医疗电商的商城类业务，即是针对这一差异化痛点展开的。

电商渠道由于医药流通环节少，分销成本进一步降低，本身就有价格优势。同时，医药电商通常采用低毛利、高销量的方式提高渗透率，药品价格对患者很友好。

图 9：我国医药流通与医药电商 B2B 模式销售流程对比



Source: 招商银行研究院; 方正证券研究所

图表 67：医药电商 B2C 电商商品毛利及成本构成

收入分析	医药电商	传统零售连锁
商品毛利	19.3%	25-30%
成本构成	利用第三方平台	自建官网
平台建设成本	—	一般需投入5000万元，如药房网至今已投入过亿。
入驻与交易费用	企业入驻平台一般先交保证金，以天猫为例，10-15万元保证金，每笔交易手续费5%，物流成本5-8%，人工5%	—
营销推广成本	一般情况下，营销费占销售额7-10%，如为某单品拿下流量入口，高达几百万。	缺流量，自建推广费用比入驻高得多，新客户平均成本为117.5元。

此外，疫情催化下互联网医疗纳入国家医保支付范围的日程加快，常见病、慢性病“互联网+”复诊服务将纳入国家医保支付范围。这会进一步消除线下和线上的壁垒，让患者习惯于网上问诊、买药。

图表 18: 互联网医疗相关的医保支付政策

发布时间	政策/事件	要点	影响
2018年4月	《关于促进“互联网+医疗健康”的发展意见》	逐步将符合条件的互联网诊疗服务纳入医保支付范围	将建立健全互联网诊疗收费政策
2019年6月	《深化医药卫生体制改革2019年重点工作任务》	2019年9月底前完成互联网诊疗收费和医保支付政策文件的制定	明确推进互联网医疗纳入医保支付
2019年8月	《关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》	符合条件的“互联网+”医疗服务，按照线上线下公平的原则配套医保支付政策	明确推进互联网医疗配套医保支付政策
2020年3月	《国家医保局 国家卫生健康委关于推进新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+”医保服务的指导意见》	经卫生健康行政部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗活动的医疗保障定点医疗机构，按照自愿原则，与统筹地区医保经办机构签订补充协议后，其为参保人员提供的常见病、慢性病“互联网+”复诊服务可纳入医保基金支付范围	明确常见病、慢性病“互联网+”复诊服务可纳入医保基金支付范围
2020年3月	《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》	将符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围，支持“互联网+医疗”等新服务模式发展。适应异地就医直接结算、“互联网+医疗”和医疗机构服务模式发展需要，探索开展跨区域基金预算试点	探索跨区域基金预算试点
2020年4月	《关于推进“上云用数赋智”行动 培育新发展实施实施方案》	在卫生健康领域探索推进互联网医疗医保首诊制和预约分诊制，开展互联网医疗的医保结算、支付标准、药品网售、分级诊疗、远程会诊、多点执业、家庭医生、线上生态圈接诊等改革试点、实践探索和应用推广	预期互联网医疗医保范围将扩大
2020年10月	《国家医疗保障局关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》	各地可从门诊慢特病开始，逐步扩大医保对常见病、慢性病“互联网+”医疗服务支付的范围。探索“互联网+”医疗服务异地就医直接结算。有条件的统筹地区可以依托全国统一医保信息平台，加快推进外购处方流转相关功能模块应用，探索开展统筹地区间外购处方流转相关功能模块互认，加快推进全国统一的医保信息平台建设。今年年底前各统筹地区医保部门要制定本地“互联网+”医疗服务医保支付管理办法，完善经办流程和协议范本。	预期各地互联网医疗医保支付政策可于年内发布，2021年可有实质进展；跨地区互联网医疗医保支付提上日程

来源：国务院，中泰国际研究部

但开通线上医保推广至全国，需要一个长期的过程，且很难囊括所有病种。这部分线上触达的不足，目前正在由互联网医疗平台弥补。

比如，平安好医生和平安系保险合作推出健康守护 360(曾称为就医 360)，实现互联网医疗和商业保险协同合作，用户从问诊到购药，都享有一定报销。

日常预防险种之外，平台还延伸了细分险种。2020年5月，平安好医生推出针对慢性病可报的保险产品，是医疗服务更具适用性的升级。

基于此，**平安健康APP聚焦全国3亿慢病患者投保需求，5月15日最新推出一款慢性病可报可报的保险产品——平安i康保·百万医疗（慢病版），只要符合条件都可投保，满足慢病患者投保百万医疗险的刚性需求，让更多的慢病患者享受到充分的保障。**

与平安好医生相比，由于保险牌照限制，阿里健康和京东健康目前不能在保险进行支持。但其依靠电商供应链的规模效应，可以将药品价格进一步压低，由此为患者“省钱”。

以一些常见慢性病用药的价格为例，综合来说，京东健康和阿里健康在实际药价方面相对会便宜一些。

常见慢性病用药价格对比 (12月19日)			
单位：元/盒	京东健康	阿里健康	平安好医生
高血压药：依伦平 厄贝沙坦氢 氯噻嗪片12.5*14片	14.00	15.00	21.00
糖尿病药：格华止 盐酸二甲双 胍片0.5g*20片	26.00	28.00	28.00
高脂血症药：立普妥 阿托伐他 汀钙片20mg*7片	46.50	47.00	48.00
乙肝药：雷易得 恩替卡韦分散 片0.5mg*7片	52.90	53.00	58.00
慢性胃炎药：丽珠得乐 枸橼酸 铋钾胶囊0.3g*40粒	39.00	42.00	38.60

Source: 公开资料; 洞见数据研究院

可以看到，无论是医疗健康和保险融合，帮患者报销费用，还是通过供应链采购优势，压低药价，都在一定程度上补充覆盖了医保不能触达的“看病贵”问题。而对各医疗平台来说，供应环节减轻了慢性病患者负担之后，更激烈的竞争布局在讲求时效性的“最后一公里”，核心是满足部分患者对“快”的需求。

“快”：压缩配送时间，谁也绕不过

在传统电商的简单化模型里，从消费者端出发，用户线上购物就是出钱来买便利。医疗电商当然也符合这个模式，但它更有其独特性：

一些突发轻症，紧急用药的情况，比如感冒发烧，需要把配送时间压缩到极致。这是对平台配送能力的考验，谁也绕不过去。

据中信证券对购药场景的调研对比显示，医疗电商线上渠道的配送方式有 B2C 和 O2O 两种。其中，B2C 为常规配送；O2O 场景，则是平台与线下药店合作，抢时效的送达模式。

购药场景对比			
对比维度	线下	B2C	O2O
产品	产品同质化程度高，导致其他维度的重要性加强		
价格	居中	具有成本优势，价格最低	配送费加成，价格最高
咨询服务	专业药师咨询，服务质量较高，用户信任度高	线上药师咨询，资历参差不齐，服务质量得不到保障，用户信任度低	
配送	药店密度较高，就近购买	1-2天，相对较慢	1小时内，时效性强
购药场景	不确定用药，需要咨询，且需求较急	用药需求不急，不太需要咨询，储备常用药等消费频次高的药和保健品	注重时效性，符合年轻人消费习惯；确定用药，部分常见病如感冒咳嗽等用药

资料来源：中信证券研究部

在 B2C 配送场景，由于时间弹性较大，各平台的服务没有拉开差距。但 O2O 端，不同的平台有不同的侧重优势。

如下图所示，阿里健康依靠菜鸟物流网络，京东健康依靠京东物流系统，在部分城市可实现 30 分钟内送达；平安好医生等其他平台大多依靠外部物流合作，统一实现一小时内送达。

主要市场参与者O2O布局情况				
	开始布局O2O的时间	合作线下药房数量	模式	配送时长
阿里健康	2016年	截至2020年O2O联盟覆盖门店超4万家	合作O2O联盟+战略投资龙头连锁药店	14个城市30分钟送达，140个城市1小时送达
平安好医生	2018年	截至2020年H1合作药店11.1万家	合作线下，轻资产模式，1小时送达的闪电送药服务	1小时内
卫宁健康	2016年	截至2019年底合作药店8万多家	自有+合作，药联体+处方共享平台	1小时内
京东健康到家	2015年	截至19年底超2万家	合作线下药店	1小时内，北京、上海等部分城市实现30分钟送达

资料来源：各公司财报，中信证券研究部

41

在覆盖率方面，2020H1 阿里健康覆盖的门店为 4 万多家，京东健康 2019 年底覆盖 2 万家，而同期平安好医生合作药店达 11.1 万多家。

不过，抛开复杂的竞争因素，各平台在完成送达用户的“最后一公里”后，都不同程度地贯通了就医用药的整个流程。

而解决用药有效性，打通就诊—卖药环节，在充分满足好、省和快需求的基础上，培养起用户的购买惯性，平台间真正的流量竞争或许才能称得上开始。

小结

互联网医疗领域的竞争在疫情的催化下变得更加火热，但疫情的泡沫迟早会退散。

行业发展恢复常态的时候，能更好地满足消费者对医疗用药“好”的需求，在“省”和“快”上下了更多功夫的那些平台，或许才更有可能在这条赛道上一直跑下去。

[返回目录](#)

创新监管为网售药“护航”，近九成居民愿意选择医药电商平台

来源：互联快报网

疫情防控常态化下，“互联网+医药”已经驶入快车道。

今年“两会”，政府报告中提及要全面推进健康中国建设，构建强大公共卫生体系。与此同时，有专家针对网售处方药，建议加快完善相关法律法规，保障用药安全，推动网售处方药的进一步发展。

业内普遍认为，政策积极向好为网上药店打开一扇更大的“窗口”，2021年医药电商行业将迎来重大发展机遇。

此前艾瑞咨询发布的《中国居民购药调研白皮书》(以下简称《白皮书》)也印证了这一事实，电商平台已成为我国居民的重要购药渠道，60.3%的居民表示过去一年中曾使用过电商平台购药，且购药频次已达到5.8次每人每年。



样本：N=1294，于2019年8月通过艾瑞iClick在线平台调研获得。

为什么越来越多的人选择在网上药店购药？

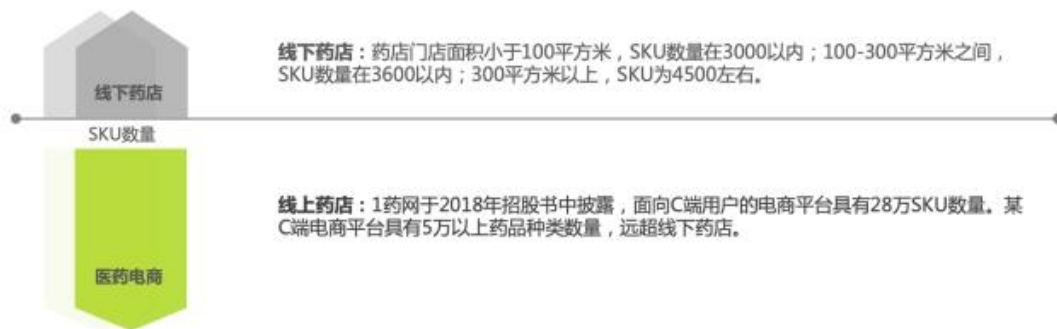
过去一年，疫情重塑了消费者线上线下的购药行为。医疗需求的爆发，线上购药的良好体验让消费者对于医药电商平台的认知进一步提升、线上购药习惯形成，以及在线医疗普及率提升。

《白皮书》显示，有近九成居民表示愿意电商平台购药。促使消费者选择医药电商平台的主要因素来看，排在前三位的分别是“更多的品牌选择”、“具备更安全保障”以及“更低的价格”。

而传统购药方式却存在较多痛点，线下药店受实体门店限制品种

有限，且店员给人的推销感较强。网上药店则聚合了大量药企、药店资源，拥有庞大的SKU储备。主流电商平台的SKU数量通常为线下药店的10-60倍。无论是家庭常备药品还是慢性病与罕见病用药，用户都可以在医药电商平台上买到。

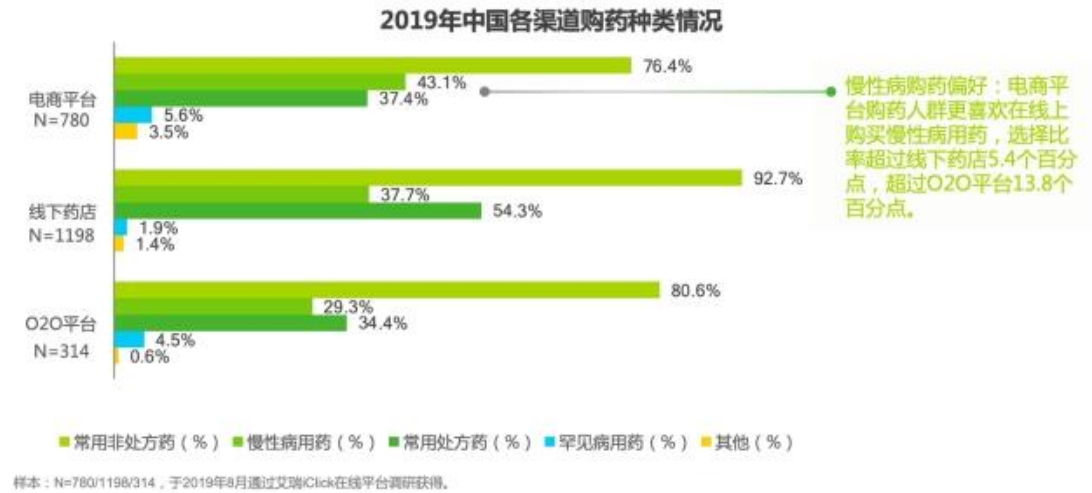
2019年中国医药电商v.s.线下药店SKU数量



此外，用药成本也影响着患者的购药决策，线上购药成本逐步降低已成事实。线下实体药店与网上购药因何定价不同？有业内人士指出，实体药房的药品价格一般是根据周边3公里的药店来定价的，有些连锁店是按片区来定价的。而医药电商却不同，基于电商平台的信息透明性，消费者便利比价，得以适当减少药品开销，降低用药成本。尤其在抗疫过程中，BC2平台曾有效保障了全国诸多偏远地区的慢病药供给，在医疗防护物质调配，价格管控上也起到了关键作用。

从慢性病患者群体切身体验来讲，慢病患者需要定期开药，药品多为长期复购，稳定且成本高。而线下购药面临“门诊等候时间长”等问题。在疫情期间的特殊情况下，慢病患者作为易感人群，线下购药还存在交叉感染风险。这时，药品种类齐全、平价的医药电商平台

顺理成章成为慢性病与罕见病患者购药的首选渠道。



满足患者购药需求同时，医药电商平台提供的正规药师/医师咨询服务能够有效弥补低线城市线下药店药师及药品资源的不足。此外，不少电商平台还先后推出过安全用药相关的 AI 系统、药品风险管理系统、家庭安全用药手册等一系列加强用药安全的“互联网+”手段。随着创新监管与电商平台们的安全用药体系不断升级，可以预见，被一路“护航”的网售处方药将会被更多消费者接纳。

总体而言，随着政策的大力扶持、电商环境的不断完善，医药电商可为越来越多的慢性病患者购药“减负”，而伴随着城市下沉，医药电商平台的社会价值将愈加凸显。

[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
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司
电 话：010-68489858