

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2021.05.17-2021.05.23

——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。）

· 专家观点 ·

▶ [观点 | 上海市医保局局长夏科家：当好国家组织药品集采“操盘手”](#)（来源：人民网）——第 10 页

【提要】此前，国务院办公厅印发《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》，明确了常态化制度化开展药品集中带量采购工作的覆盖范围、采购规则、保障措施、配套政策和运行机制，再次明确由上海市医疗保障局所属医药集中招标采购事务管理所，承担国家组织药品联合采购办公室日常工作并负责具体实施。作为“操盘手”，上海市如何推动药品集中带量采购改革常态化制度化开展？上海市医疗保障局党组书记夏科家回应：一方面，继续完善“质、量、价”挂钩的招采新机制；另一方面，继续加大探索市场发现价格的新机制，通过公开招标竞价，让市场在药价形成中发挥决定性作用。

▶ [观点 | 金春林：基本医保之外，谈谈多层次医疗保障的其他层面](#)（来源：上海市卫生和健康发展研究中心）——第 14 页

【提要】国家医保局成立后，经四权归一资源整合，我国医保的体制机制、组织结构在不断完善，希望可以满足人们多层次的健康需求。经过连续不断的探索、改革与创新，逐步形成了以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业医疗保险、慈善捐赠和医

疗救助共同发展的多层次医疗保障制度体系。但随着经济发展和人民生活水平的提高，人民的健康需求也是越来越高，甚至是快于经济发展的。医保资金的有限性和人民群众对健康需求的无限性永远是一对需要不断平衡调整的矛盾。“医保”被赋予了越来越多的期待。然而，广覆盖、保基本依然是基本医疗保险最重要的两个核心。

▶ [观点 | 高解春：论高质量医院发展中临床创新的亟待和误区](#)（来源：复旦大学医院管理研究所）——第 25 页

【提要】随着经中央深改委批准的《关于推动公立医院高质量发展的意见》的颁布，强化体系创新、技术创新、模式创新和管理创新，构建高质量新体系，重视学科建设，推进医学技术创新已成业内注目的发展纲要和航标。但对于公立医院高质量发展的核心内涵，尤其被誉为灵魂之点的临床创新，尚有许多概念混淆、认识误区需要梳理和探讨，我们只有在理念、制度、方法、措施上赢得共识、切实落实，才能取得理想结果。

• 医院管理 •

▶ [疫情常态化防控下基层医疗机构怎样落实首诊负责制？](#)（来源：老徐评医）——第 31 页

【提要】近期安徽、辽宁等地发生聚集性疫情，暴露出诊所、民营医院等基层医疗卫生机构在疫情防控方面仍存在薄弱环节。两地基层诊所、民营医院都有一个似曾相识的细节：接诊了有疑似症状的病人，却没有按规定及时转诊，也没有上报，没能尽早发现病例。最根本的

问题是基层医疗机构的“哨点”没有起作用，首诊负责制落空。在疫情防控常态下，基层医疗机构首诊负责制必须做到：认真排查是否存在新冠肺炎病毒感染风险；谨慎售卖退烧、止咳、抗生素、抗病毒这四类药品。确保医疗机构的“哨点”不成为“漏点”，疫情早发现的“责任人”不变成“稻草人”，实现疫情防控严密有序。

▶ [程剑剑：用 DRG “量化” 医院绩效管理与质量控制](#)（来源：CDSr eport）——第 37 页

【提要】DRG 作为医保控费的重要工具，不仅可用于医保支付，更能帮助医院进行临床科室的绩效管理与质量控制。河南省人民医院主任程剑剑表示，DRG 从医疗服务能力、服务效率、质量安全 3 大方面提供有效的绩效评价指标，通过指标数据的大小，可进行不同科室、医生之间的横向比较，建立行之有效的绩效分配与激励体系，实现三级综合医院的功能定位。DRG 的医疗服务能力评价指标包括 DRG 组数、CMI 值等。DRG 组数越高，说明医院收的疾病种类越多，综合服务能力越强，CMI 值越高，技术难度就越高，体现医院收治疑难疾病患者的量较大。运用 DRG 指标重构绩效管理方式，使临床医生的绩效奖金与劳动量、劳动难度、出院人次等挂钩，即由工作量总点数决定。

• 分析解读 •

▶ [医药生态链“基因重组” 投资者向这三个方向分化!](#)（来源：E 药经理人）——第 42 页

【提要】过去 5 年，中国医药行业经历了天翻地覆的变化，从 2015

年“722”事件开始，整个医药生态链已经经历了“基因重组”。在医药端，2015年开始通过临床核查、MAH制度、一致性评价、创新药优先审评等政策实施。在医保端，随着2018年5月医保局挂牌成立，仿制药品集采、创新药医保谈判、DRGs/DIP、高值耗材集采等陆续推出。在医疗端，各类临床路径和用药指南陆续推出，作为改革深水区的公立医院绩效考核体系改革也正在路上。在资本市场端，随着港交所18A新政和科创板第五套标准的推行，优质的创新药企、创新械企有机会更早登陆资本市场，加速创新成果的转化。展望未来，中国创新药发展将从完成拼数量到拼质量，从国内市场到国际市场的飞跃。品种上“商业化”、“差异化”、“国际化”将成为关键词。

▣ [“对药下症”引发争论，看网售处方药需要的理性和建设性](#)（来源：vcbeat）——第54页

【提要】最近，一个新词被发明出来，叫“对药下症”，在网上引发了广泛的争论和讨论。对于此现象，从一般意义上讲，还是应该引导病人先去线下医疗机构首诊，辨明病情、对症下药，此后可以视情况进行在线的复诊续方；而对于特征明显、符合规范的慢病患者的需求，则更应该充分使之享受到互联网的便利性。事实上，随着互联网+医疗的深入实践，一些积极的变量已经明显出现——比如利用先进计算技术加快药物研究的进程、通过互联网在线问诊，跨越时空场景，做到了医疗资源特别是优质医疗资源的更有效分发，让医疗普惠化的效益得以放大，让医疗服务、药品销售的价格都更加透明等。这也说明，

互联网用于公共治理和社会服务，有明显的、不可替代的增量价值，我们应该充分保护、引导这种新生力量的积极作用，让技术充分的造福社会。

• 医保快讯 •

▣ [如何实现门诊费用跨省直接结算？将带来哪些好处？](#)（来源：央广网）——第 58 页

【提要】为解决人民群众在跨省异地就医结算中的痛点难点问题，加快推进门诊费用跨省直接结算，国家医保局此前会同财政部印发通知，明确到今年年底前，对于高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等五个群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病，每个省份至少有一个统筹地区实现相关治疗费用跨省直接结算，走通门诊慢特病跨省直接结算路径；2022 年年底前，基本实现上述五个主要门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算统筹地区全覆盖，推进其他门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算或线上零星报销。下一步，国家医保局将继续努力，把那些老百姓期望比较大的病种进一步纳入跨省直接结算的范畴。

▣ [蔡江南：当“医保”被赋予越来越多的期待](#)（来源：中国医疗保险）——第 61 页

【提要】如今已是新医改的第 12 个年头，与 2009 年相比，我国医药卫生体制发生了翻天覆地的变化，也取得了举世瞩目的成就。随着“十三五”画上圆满的句号，深化医改将在“十四五”期间进入一个新的

发展阶段，医保作为其中重要的组成部分，也进入了结构式的存量改革的关键时期。然而，医保制度本身就错综复杂，需要调整多方面利益分配，尤其当“医保”被赋予越来越多的期待时，其改革的难度也就在无形中进一步加大，面临的问题也越来越多。诸如社会医疗保险体制国家中“医保”的角色定位究竟是怎样的？多层次医疗保障体系的建设过程中如何分配好各方职责？医保的“结构性调整”的关键点有哪些？面对这些问题，专家表示基本医保的主要功能定位是“保基本”，但近几年随着国民健康需求的提升以及社会舆论的影响，现在又被赋予了很多人新期待，比如医药创新、养老和照护、罕见病患者保障等，在保障的方向上开始“向上走”。当然其中很多工作如筹资、精准保障等方面没办法单纯依靠市场、公益组织的力量，这时政府可以适当介入，充分发挥搭平台、建机制、协调组织的作用……

• 医药速递 •

► [重磅政策出台，利好创新药企](#)（来源：国家药品监督管理局药品审评中心）——第 68 页

【提要】5月18日，CDE发布了关于药品专利纠纷早期解决机制相关专利信息登记平台公开测试等有关事项的通知，正式上线测试《中国上市药品专利信息登记平台》，标志着中国的药品专利链接制度实质性落地。无论是仿制药提交仿制药上市申请时，根据原研药的公示的专利信息作出不同的声明，还是药品监管部门根据仿制药不同声明以及专利挑战的结果，作出是否批准仿制药上市的决定，都离不开上市

药品专利信息的公示。可以说，上市药品专利信息登记平台的正式上线测试，为药品专利链接制度的施行奠定了可行之基。

▶ [生物药集采势在必行！两大难点 VS 五大对策](#)（来源：医药经济报）
——第 72 页

【提要】国家医保局成立后，在药品带量集采工作中进行了多方政策探索，在化学药领域取得了明显的效果。但由于生物制药较为复杂，集采难度大，也面临着临床可替代性和供应问题。但从政府相关部门的表态来看，这项工作的推进预期是明显的。首先，对于集采竞标药品的可替代性问题，目前已经有了政策进展；第二，对于集采中标药品，管理部门还将对其生产、存储、使用等环节进行严格监管；第三，对于生物药的产能供应问题，在带量集采工作中也有政策思路可以借鉴；第四，与厂商签订严格的供应合同，以保证中标产品的保障供应；最后，对于生物药品，如果某些品种特殊性较强，其生物类似药的可替代性不足，也可以考虑对其进行单独谈判和定价，制定单独的集采措施。如此，才能在开展集采的同时，更有效地规避风险，保护患者的利益和临床用药需求。

• 他山之石 •

▶ [紧扣中国老年人的 3 大核心需求，浅析 4 种养老社区开发方向](#)（来源：火石创造）——第 77 页

【提要】当前，我国养老机构、养老社区仍存在较大数量缺口，服务水平、服务质量、服务专业化程度仍存在较大提升空间。与此同时，

老年人的价值观、消费观与生活方式在不断更新，老年人的消费需求正朝着高层次、高质量、个性化等方向发展。随着养老产业的持续蓬勃发展，未来我国养老社区将朝着专业化、规模化、精细化、多样化等方向升级，进一步满足老年人多元化养老生活方式的需求。不同区域、不同文化背景或不同生命阶段，老年人的关注点会在以上三者之间偏移变化。根据老年人对不同生活方式的关注和选择，国内养老社区大体包括全龄混合社区、专业护理社区、养生度假社区、城市活力退休社区四种开发方向。

[▶ 从用户需求出发，医药电商打造专业服务型医药零售及营销新模式](#)（来源：动脉网）——第 86 页

【提要】作为一种互联网时代下新兴的药品消费途径，医药电商已经经历了多年的快速增长。医药电商市场的不断扩大，代表着用户对于线上购药这种新兴模式的认可。从目前的发展趋势上看，医药电商的市场规模仍然保持着强劲的增长态势，并且在短时间内不会消退。而线上诊疗的加入，使得医药电商为用户提供的服务不再仅限于买药和配送。围绕着医药产品和服务供应链形成的“诊前-诊中-诊后”全流程覆盖构成了医药电商的新模式——以患者为中心的专业服务型医药零售。未来，这种专业服务型医药零售及营销新模式将成为医药电商产业的“标配”，始终围绕着用户的需求提供解决方案。对于用户未来继续产生的新需求，医药电商的新模式也将继续覆盖，以长期可持续的服务理念，为用户提供全方位的医疗健康保障。

-----本期内容-----

• 专家观点 •

观点 | 上海市医保局局长夏科家：当好国家组织药品集采“操盘手”

来源：人民网

日前，国务院办公厅印发《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》，明确了常态化制度化开展药品集中带量采购工作的覆盖范围、采购规则、保障措施、配套政策和运行机制，再次明确由上海市医疗保障局所属医药集中招标采购事务管理所（简称“上海药事所”），承担国家组织药品联合采购办公室（简称“国家联采办”）日常工作并负责具体实施。作为“操盘手”，上海市医保部门、上海药事所如何推动药品集中带量采购改革常态化制度化开展？记者采访了上海市医疗保障局党组书记、局长夏科家。

药品集中带量采购有效降低群众负担

记者：目前，国家组织药品集中带量采购已开展了4批，请问取得了哪些成效？

夏科家：国家医保局组建成立以来，积极推进以药品集中带量采购为核心的药品招采机制改革，体现了范围全覆盖、规则全阳光、保障全方位、运行全链条的特点。前4批国家组织药品集采顺利实施，成效显著。

常态化制度化推进药品集中带量采购改革，意味着药品集中带量

采购工作将深入推进，其重要价值和意义在于：一是降低群众负担。实践已经也将持续证明，药品集中带量采购是实现药价明显降低、减轻患者药费负担最直接、最有效的方式之一。二是助推三医联动。药品集中带量采购是深化医改的关键突破口，对医改发挥着重要牵引作用。这一过程中，通过强化全链条质量监管，引导企业保证质量和供应；通过优化支付标准协同、结余留用、预付货款等关键机制，促使医疗机构确保使用；通过明确临床优先选用、纳入绩效考核等激励政策，引导医疗机构规范用药。三是促进行业提升。持续集中带量采购在净化行业生态、引领行业变革上的正效应积极显现，集中带量采购降价腾出的基金空间，让更多群众急需的新药、好药进入医保成为可能，推动更多优秀创新药企茁壮成长。同时，将进一步促进行业优化整合，为创新型企业带来更大发展空间，助推生物医药产业发展。四是将市场决定性作用和更好发挥政府作用有机统一。发挥市场决定性作用，主要是通过完善以市场为主导的价格发现机制，降低企业交易成本、净化流通领域、改善行业生态。更好发挥政府作用，主要体现在政府通过“搭平台、定规则”，更好引领生物医药产业健康发展，更有力有效降低群众看病就医负担。

优化招采机制，加强全流程管理服务

记者：国家组织药品集中带量采购工作开创了“国家组织、联盟采购、平台操作”的工作机制，上海药事所承担国家联采办日常职能并负责具体实施。请问作为“操盘手”，上海药事所将如何开展工作？

夏科家：在国家试点办统一指挥部署下，我们将认真履行国家联采办职责，完善行之有效的工作机制。联盟组建方面，重点强化医疗机构、省级招采部门、上海药事所之间委托代理关系的衔接；集采实施方面，着力完善集采组、专家组、监督组“三驾马车”相对独立的运行机制，确保公正公平；结果落地方面，继续坚持“确保质量、确保使用、确保供应、确保回款”，体现契约精神，让招采结果实实在在惠及广大患者。

加大探索药品招采改革，优化符合市场规律的招采机制。一方面，继续完善“质、量、价”挂钩的招采新机制。通过把仿制药质量一致性评价作为入围前置条件，确保带量品种的“质”；通过发挥医保“团购”效应，给中选企业明确预期，保证供应药品的“量”；通过保证企业合理利润、挤压流通领域虚高水分，确保药品合理的“价”。另一方面，继续加大探索市场发现价格的新机制。通过公开招标竞价，让市场在药价形成中发挥决定性作用。

根据国家试点办总体工作部署，全力为国家组织药品集采“操好盘”。抓住承担国家组织药品集采任务，以及上海市与国家医保局共建上海医药采购中心的契机，加强对常态化制度化开展药品集中带量采购工作的全流程管理服务。重点加强各省市对国家药品集采落地执行情况的跟踪和统计分析，从国家联采办角度加强综合统筹和统一调度。在此基础上，一手抓建平台，全力打造全国集采数据联合交换平台，围绕多中心、多模式、全方位功能定位，及时采集各地数据，加

强全方位监测,推进与各地医药采购信息互联互通。另一手抓促引领,重点探索建立医药价格指数编制和发布制度,引导医药采购供需双方,形成合理市场价格,为国家医药领域宏观决策提供重要参考。

努力带动各地药品集中带量采购常态化制度化开展

记者:《意见》明确,药品集中带量采购工作将常态化制度化开展。对此,上海市医保局有什么具体落实措施?

夏科家:作为国家联采办所在地医保管理部门,上海市医保局将加大实践探索,持续改革创新,坚定不移推进药品集中带量采购常态化制度化改革,并力争通过引领和带动更多地方实践,形成全国范围内主动探索、深化招采改革的局面。

全力支持国家联采办有序实施国家组织药品集中带量采购各项任务。进一步加强上海药事所队伍建设,适应常态化制度化开展药品集中带量采购工作的新要求,帮助持续提升工作能力和水平;支持国家联采办建立常态化制度化工作机制,确保规范有序运行;加强上海医药采购“阳光平台”规范化标准化建设,更好服务国家深化医保制度改革大局。

认真抓好国家药品集采结果在上海落地执行。将根据国家要求,继续做好国家集采中选药品在上海市落地执行工作,及时将执行情况数据报送国家联采办。密切跟踪药品采购和医保结算数据,和卫生健康部门共同督促医疗机构加强合理用药。对用量较大的品种,及时提醒生产企业保障好药品供应。药监部门加强监管,确保药品质量。

与兄弟省市加强联动，共同加大药品招采机制探索。学习借鉴好的经验和做法，发挥上海先行实践探索的优势，加强长三角医保一体化协同，为全国药品集中带量采购常态化制度化改革提供更多有益探索。探索对集中带量采购协议期满的品种，实行再次带量采购办法，引入综合竞价机制。对未纳入国家集采范围的品种，结合长三角医保一体化建设，探索区域联盟采购和集团采购。

[返回目录](#)

观点 | 金春林：基本医保之外，谈谈多层次医疗保障的其他层面

来源：上海市卫生和健康发展研究中心

一、近两年的“医保”被赋予了越来越多的期待，单单基本医保无法满足人民群众的多层次医疗服务需求

国家医保局成立后，经四权归一资源整合，我国医保的体制机制、组织结构在不断完善，希望可以满足人们多层次的健康需求。经过连续不断的探索、改革与创新，逐步形成了以基本医疗保险(城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险)为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业医疗保险、慈善捐赠和医疗救助共同发展的多层次医疗保障制度体系。我国城乡基本医疗保险制度仍在持续完善优化中，“以人民为中心”，发挥有限医保资金最大限度保障满足人民群众医疗服务需求的初心未变。

据全国医疗保障事业发展统计公报显示，2020年年底，参加城镇基本医疗保险人数达13.6亿人，基本医疗保险覆盖率为超过97%。

2020 年基本医保基金收入 2.46 万亿，支出 2.09 万亿元，累计结余 3.14 万亿。我国基本医疗保险制度的建立和广覆盖一定程度提高了广大人民群众医疗服务利用的可及性。

此外，医保局通过药品集中带量采购和创新药国谈战略性购买，让一部分“贵族药”开出了“平民价”，重大疾病保障能力明显提升，也通过腾笼换鸟让老百姓吃上“好药”同时，提高了医保基金运行可持续能力，同时探索符合中国国情的药物经济学方法进行现有医保目录药品的“有进有出”，实现以比较低的价格购买更多、更好医疗服务的价值医保的目标。

但随着经济发展和人民生活水平的提高，人民的健康需求也是越来越高，甚至肯定是快于经济发展的。医保资金的有限性和人民群众对健康需求的无限性永远是一对需要不断平衡调整的矛盾。“医保”被赋予了越来越多的期待。然而，广覆盖、保基本是基本医疗保险最重要两个核心。

首先，我们医疗保障的主体是基本医疗保险，分城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗医保保险，筹资和经办主体大多是地级市，地区间和制度间的不平衡不充分是非常突出的。很多地方的居民医保甚至职工医保他们对门诊医疗费用的保障能力是非常脆弱的，只保障门诊大病或特殊药品，2020 年才刚刚把糖尿病、高血压门诊费用纳入报销范围。大量的慢性病是没有门诊医疗保障的。尽管国家开始启动职工医保门诊统筹共济改革，但要覆盖所有病种以及城镇居民

医保是需要相当长的时间的。另外即使住院医疗，我们的基本医疗保险中普遍设有医保给付封顶线(国外发达国家设立的是个人自付封顶线)，绝大多数病人是没有能力支付封顶线以上部分的医疗费用的；

其次，人民群众医疗需求总体不断上涨的同时，个体间的需求和支付能力是分层次的，一个划一的制度不可能满足所有的医疗需求；

第三，医疗技术和创新药品研发不断加快，新技术、新药亟需尽快得到临床应用才能发挥其作用，只有扩大商业健康保险覆盖范围，才能将更多的基本医疗保险目录外合理医疗费用纳入医疗保险范围，才能提高疾病的医疗保险保障水平，让病人得益、才能让企业投入得到回报。

以上三方面的因素说明，单一支付方不能满足未来多样化的医疗需求，需要有更多元的支付主体做补充。多层次医疗保障体系建立、有效衔接、分工合作尤为必要，而不应局限在基本医疗保险本身的“多层次性”，也更需要给其他补充医疗保障渠道让出发展的空间。我们必须通过多层次的医疗保障体系来满足部分病人追求最新医疗技术的愿望，同时通过新技术、新药品的尽快临床应用支持企业的研发生产，织密织牢我们的医疗保障网。

二、随着多层次医疗保障体系的建设，基本医保之外可借助的补充医疗保障的力量有哪些？相关的团体/组织/机构发展现状如何？

2020 年《关于深化医疗保障制度改革的意见》强调要“坚持以人民健康为中心，加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适

度、可持续的多层次医疗保障体系”，明确提出“到 2030 年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系”。构建多层次医疗保障体系作为既定目标是我国医保改革的基本取向。

目前我国的医疗保障体系仍以基本医保为主，多层次保险和多元筹资发挥的作用还相当有限。多层次医疗保障体系应是指以满足社会成员不同层次的疾病保障与健康服务需求为目标的制度安排构成的一个整体，由三个层次相互衔接、相互补充构成。最低层为大病保险和医疗救助为主的政府负责的托底保障层；主体层为政府主导的基本医疗保障制度，包括城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险；补充层为由市场调节政府进行监督和引导的补充医疗保险，包括企业补充医疗保险、个人自主购买的商业健康保险、慈善捐赠和医疗互助。作为托底层的医疗救助其实非常重要，是衡量整个制度保障程度的重要标志，是最短的“短板”，我们必须集中动员多方（特别是政府）力量最大可能补长这个短板，比如动员发挥民政、残联、红十字会、各类慈善组织的作用和力量，拓展多元筹资渠道。强烈建议参考大多数发达国家社会保险制度的做法，尝试通过国家统筹设立医疗费用个人自付封顶线，彻底解决或至少极大缓解看病贵的问题。

具体补充型医疗保障力量包括：

企业补充医疗保险一般根据企业自身的经营、经济状况，通过收入的再分配，建立的旨在为其职工提供一定程度和范围的医疗保障的

计划。包括保障型企业补充医疗、第三方管理型企业补充医疗保险、自主管理型企业补充医疗保险。根据 1998 年的国发 44 号文件规定，在参加基本医疗保险的基础上允许建立企业补充医疗保险，保费在工资总额 4% 以内的部分，从职工福利费中列支。该模式好处在于基于团购的模式为职工购买商业补充医疗保险，性价比较高，但该模式开展和覆盖人群有限。

商业健康保险早在 2014 年《关于加快发展商业健康保险的若干意见》中就开始启动。此后，将商业健康保险纳入多层次医疗保障体系一直是一种明确的政策取向。2019 年《新版健康保险管理办法》明取将其分类为医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险、医疗意外保险。近年来商业健康保险收入增长较快，2015 至 2020 年健康险保费收入年均增长 27.67%，高于人身险的年均增长率 12.27 个百分点(15.40%)，也高于基本医疗保险基金收入年均增长率 10.58 个百分点(17.09%)。健康险占比逐年上升，2020 年占比达 24.52%(2015 年仅为 14.80%)。同时伴随居民健康意识的觉醒，商业健康保险的市场规模也在增长。2020 年我国健康保险深度是 0.80%，健康保险密度为 583.76 元/人(分别是 2013 年的 4.213 倍和 7.07 倍)。但是，仍要清醒认识到国内健康险市场的成熟度远低于国外水平，同为健康险密度指标，在 2013 年美国(商业保险模式)已达 16,800 元/人，德国(社会医疗保险模式)为 3,071 元/人。由于逆向选择道德风险、缺乏专业性没有可持续发展规划，国内商业健康保险一直处于发展规模

小，增速高，空间大的窘境。商业保险公司大多无开发针对医疗保险业务的积极性，除了寿险意外险、重大疾病、高端险种外，其他险种产品几乎没有，无法实现“商业健康保险赔付支出占卫生总费用的比重显著提高”政策目标。这种情况直到“惠民保”的崛起，居民对于商业健康保险的意识 and 参与度发生扭转。然而火热市场中应当注意筹资中的可持续发展问题避免出现泡沫，带来资金的不足和亏空的挑战。

未来需要通过战略性购买让有限的资金运行效率提高。此外，商保布局站位更高格局更大，除了商保参与社保合作，还可与医疗体检护理机构的合作，自建“保险资金+健康产业的资本投资”体系，与第三方管理机构合作等。商保应与大健康产业深度融合，贯穿大健康的产业链、服务链和生态圈，延伸健康保险服务空间。商业健康保险今后在地方补充保险、企业医疗团险和个人健康险三个领域具有巨大的拓展空间。国家药品集中带量采购未中标药品和国谈药品没有成功药品以及基本医保封顶线意外的医疗费用领域商业健康保险还有很多挖掘空间。

慈善捐助一直是加快完善社会保障体系的补充部分。2013 年民政部出台《关于加强医疗救助与慈善事业衔接的指导意见》提出要建立医疗救助与慈善事业的衔接机制，进一步鼓励慈善组织开展补缺型和补充型医疗救助。得益于政府多年的引导与支持，我国慈善医疗救助已经取得了不小的进步，参与医疗救助的慈善组织数量与资金总量

快速提高，救助形式也呈现出多样化趋势，在医疗救助体系中作用日益彰显。目前进行慈善医疗救助的主体既包括各种慈善组织，也包括非慈善组织，如医院、企业。

这些慈善主体参与医疗救助的路径也多种多样，主要包括慈善组织设立专门的慈善医疗救助基金或项目、慈善组织与企业合作开展慈善医疗救助项目、慈善组织与健康服务机构合作开展医疗救助、慈善组织外的其他社会力量也以多种形式积极参与医疗救助。尽管发展势头良好，同时也要充分发挥慈善医疗救助的作用，必须要保证其与政府主导的医疗救助制度有序协调发展，最大化发挥协调救助效果的目标。

医疗互助主要指工会、行业协会等组织的职工医疗互助补充保险，各地医保部门或保险公司组织的医疗互助保险和互联网医疗互助。

传统型工会或行业协会的医疗互助补充保险存在已久，早在1993年全国总工会就成立中国职工保险互助会，专门协调组织与管理全国各级工会的职工互助保险。目前医疗互助保险由地方医保部门或保险公司设立，作为正式的保险产品，其通过精算进行风险定价和费率厘定，遵循保险经营的等价有偿原理，其财务稳定性具有充分保障，已成为各地医疗保障体系的重要补充。近年来兴起的基于互联网的“医疗互助”项目（例如网络互助、大病网络众筹等）由于低参与成本、低门槛快速发展。这种“基于互联网的小额互保”的设计理念，大多数

互联网医疗互助计划只收取小额捐助费用，成员患病后可享有金额不等的保障金，保障金由所有成员分摊。但该模式的发展裹挟着争议，如平台吸纳资金的行为和滞留资金等。由于审核不严、监管缺失，这些以低价“杀流量”模式发展的“凑份子”式的互助项目尚未具备严格意义的风险化解机制，难以解决保险上的逆选择问题。同时由于线上化、涉众广、风控要求高、数字化技术要求高等特点，传统的监管方式已不适用。

三、在当前的体制框架下，对于加强基本医疗保障与补充医疗保障之间的衔接，有哪些可行的建议？

宏观政策层面

1. 加强各方协调

发挥社会、企业、市场、个人的共同作用，建立一个多元结构的大医保格局。厘清政府、社会、市场的责任和边界，促进多部门的协作和协调，拓展合作空间。加大促进商业健康保险、互助医疗保险、慈善事业发展的支持力度，解决产品参保率的保障的问题；整合医疗救助、大病保险等，提倡共保，多方合作，在相对平衡的机制下解决结构化的矛盾；加强宣传，引导群众增强多层次保障理念。

2. 明确各层定位

各级各类医疗保障制度在举办与责任主体、权利义务关系、满足需求层次、制度运行所遵循的法律法规政策方面有所区别。需细化各层次保障的定位、边界和内涵，进一步厘清基本医保制度与大病保

险制度，社会保险与商业保险之间的关系。对基本医疗保险制订合理的封顶线及报销比例，使其承担有限的保障责任，更加注重“保基本”。对商业保险公司应鼓励自主发展健康险业务，以更公平开放的市场环境促进商业健康保险发展。引导商业健康保险理赔设置适当的起付标准，提高产品理赔门槛，发挥商业健康保险“保大病”作用，防止出现商业健康保险因门槛过低、过度保障引发医疗浪费，进而击垮社会医疗保险运行体系的情况。同时有效保证商保公司盈利率，推动商业健康保险可持续发展。

3. 优化经办体制

探索一体化的经办管理模式，实现基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助管理体制的统一，简化服务方式，提高服务效率。建立多方参与的医保经办社会治理体系，实现共建共享。畅通沟通协商通道，广泛倾听各方诉求，消解和平衡各方矛盾，同时探索多方参与的多元化经办管理，逐步形成政府主导，社会多方参与的共治、共享格局，提升医保经办管理的效率和水平，通过竞争机制，增强医保经办活力。特别是在“惠民保”迅速发展阶段，明确政府在其中的职能定位，掌握好医保部门介入的分寸。也可创新性的试点探索基本医疗保险的“管办分离”，委托商业保险经办基本医疗保险。

4. 加强制度互济和层次衔接

多层次医疗保障体系的有效运行需要低层次向高层次的引流和同一层次不同部分之间的互济，从而筛选具有相似需求和风险性质的

人群进入相应的保障层次，从而平衡不同保障制度之间的待遇差异。如开放个人帐户为本人和家属购买商业医疗保险等方式，能够进一步打通社会医疗保险与商业医疗保险的通道，提高商业医疗保险覆盖人群范围，从而为商业医疗保险扩大保障目录，开发更加普适、大众的产品提供基础，有利于形成相互衔接的多层次医疗保障体系。如探索大病医保单独筹资与其他筹资来源对接，如设立特殊疾病慈善基金。如探索为贫困人口提供全面的医疗救助网底，建立医疗救助自付费用封顶机制。

各保障层次层面

1. 丰富健康保险产品供给和运作模式

商业健康保险作为市场化的风险分担机制，可以通过对“三大目录”进行补充，满足群众多层次保障需求；通过开发疾病险、失能收入损失险、护理险、意外医疗险等产品，满足人们对重大疾病、失能、护理等多样化的保障需求。商业健康保险要补充基本医保缺口，提升保障力度；补充高端市场，提供高效且优质医疗服务保障，提高商业健康保险产品与基本医疗保险的差异性。

从保险公司角度，应从规模型向价值型转变，充分发挥商业健康保险联系客户、医疗机构、健康管理机构和护理机构的独特地位，变被动赔付为签约开始的连续主动干预服务，为客户提供涵盖“预防-诊断-慢病管理-疾病治疗-康复-照护”全过程、全方位的健康服务和保障护航；借助科技创新细分市场、改变传统运作模式；考虑自身费率

或保险因子、利润率诉求，多设计多层次产品。

从政府角度，要深化供给侧结构性改革、推动商业健康保险创新保障内容。运用卫生技术评估(HTA)等手段，在基于价值购买的前提下，支持和鼓励商业保险行业加快制定商保的“三大目录”，这既有利于实现医保和商保在药品、诊疗项目与服务设施目录上的真正互补，也可以确保商保在具体赔付上有目录可依、有范围可循，实现目录外责任风险可控。

2. 加强基本医保和商保数据的互联互通

加大医疗、保险数据共享政策的执行力度，探索建立商业健康保险信息平台。在宏观层面要做到系统互联互通，实现基本医保、大病保险和商业健康保险的一站式结算；在中观层面要实现数据共建共享，基本医保在有限必要的原则下向商业健康保险提供基本医保、大病保险等社会保险报销脱敏数据，为健康险产品的开发提供大数据支撑，使商保产品的定价和责任设定更加科学；在微观层面，在保证客户隐私的前提下，一方面减少参保人员商业健康保险报销材料，提升服务效率，另一方面允许商业保险机构对参保客户进行风险管控，在保障合力基础上形成监督合力。在此基础上，进一步出台更为宽松、具有可操作性的商业健康保险公司与医疗机构合作政策，鼓励发展管理式医疗，联合开发共享保费、共担风险的健康险产品。

3. 加强医疗互助规范运作和协同效应

有条件的互助平台加强与现有商业保险机构的业务合作，引入保

险公司严格的服务流程务标准，探索向商业保险机构转型发展。鼓励医疗互助尤其是网络互助加强与医疗救助的衔接，在保障对象、待遇、系统、信息、经办等方面实现基本医疗保障、多种形式的补充医疗保险、商业健康保险、医疗互助和慈善捐赠的紧密衔接，充分发挥多层次医疗保障体系的制度协同保障效应。

[返回目录](#)

观点 | 高解春：论高质量医院发展中临床创新的亟待和误区

来源：复旦大学医院管理研究所

随着经中央深改委批准的《关于推动公立医院高质量发展的意见》的颁布，强化体系创新、技术创新、模式创新和管理创新，构建高质量新体系，重视学科建设，推进医学技术创新已成业内注目的发展纲要和航标。但对于公立医院高质量发展的核心内涵，尤其被誉为灵魂之点的临床创新，尚有许多概念混淆、认识误区需要梳理和探讨。

一、我国公立医院临床创新的现状和问题

应当承认，随着公立医院改革作为医药卫生体制改革的主要任务，在持续改善基本医疗卫生服务公平可及性、抵抗重大疫情、保障人民群众安全和身体健康上发挥了重大作用。但不平衡不充分的问题依然存在，尤其我国临床创新能力、技术能力和服务水平与人民群众对健康和医疗的需求的矛盾日益突出。

作为医院数、床位数、医生数和服务量都位居世界前列的我国公立医院，像维甲酸治疗白血病、断肢再植和功能手外科等在临床创新

方面可以在世界医学上被公认的突出贡献屈指可数。近年虽然在学科建设、持续医疗质量改进上有所共识和进步，但在临床创新和重大医学科学研究上，从体制机制、学术氛围、硬件支撑、投入资助、发明和贡献激励、评估和引导上都有许多缺陷和滞后，亟待积极改进和着力推进。

二、临床创新的概念混淆和认识误区

随着公立医院高质量发展的持续推进，学科建设是医院重中之重，是医院品牌、声誉、质量和管理基石将形成共识。当临床创新蓬勃开展时，由于相关法规、制度尚不完善，政府决策者、医院管理者和社会公众自己脑海中的概念和认识会起很大的导向作用。因此，对临床创新问题的某些概念混淆和认识误区必须逐一梳理，以正视听。

1、将高质量医院发展简单地演绎为质控规范。不知何时，论及医院高质量发展，有人会简单地联想起质控体系，将各种标准化、规范化的管理手段作为公立医院高质量发展的主要实施路径。岂不知，学科建设、技术创新、服务创新才是公立医院高质量发展的灵魂和核心。任何规范和标准，如果一成不变，固步自封将成无本之木；只有不断的理论和临床创新，反复验证，不断完善才能与时俱进，形成和国际先进水平同步，符合中国国情的诊疗规范，才能成为质量管理制度的范本。即使是区域医疗中心和县级公立医院，也应适应群众医疗需求，聚焦学科方向，才能形成学科特色优势。至于将临床创新与质控规范刻意对立的观念则更是无稽之谈，国家卫健委的公立医院绩效

考核结果提示，真正学科建设和临床创新领先的医院，其质量控制必然优秀，因为以统一诊疗规范为抓手的质量管理制度是学科建设的基石。

2、医院学科建设就是基础研究、课题、论文和获奖？尽管面向生命科学、生物医药科学前沿、面向医药领域的重大科学问题需要一定的基础研究，但应当承认这不是医院科研的强项，更不是医院学科建设的主流。医院的学科建设的核心是针对疾病预防、诊断治疗中的新技术、新产品、新方案和新策略的临床研究，强化临床创新对重大疫情、突发健康卫生事件、疑难危重疾病诊断治疗的贡献。围绕着临床创新的课题申请、相关研究、论文撰写和成果转化，尤其是新技术得到国内外同行认可，普及推广才是医院学科建设的实质内涵。

3、药物和器械的 GCP 是医院临床创新的主要模式？谈及医院临床试验，许多人会想起由新药或器械研制和生产企业发起和委托，经国家食品药品监督管理局审批，按临床试验的流程，严格在学术和伦理指导下的 GCP。这样的临床试验，创新主体往往不是医院，更不是医院临床创新的主要模式。在临床研究和临床创新中，研究者发起的非注册临床研究(investigator-initiated clinical trial, IIT)才是主流，其以临床诊断和治疗方法创新、药物新适应症拓展等临床创新研究为主要内容，发起者具有申办和研究的双重身份。IIT 对新技术、新方案、新策略的产生具有重要价值意义，是临床科研攻关的主要手段。如何充分调动临床研究者的积极性，鼓励临床创新，尽快建立和

完善 IIT 的管理方法，兼顾科学和伦理，是医院高质量发展临床创新的亟待。

4、专利转让和产品上市是临床成果转化的标志？ 在强调科研成果转化的今天，某些科研攻关的组织者、资助基金、成果评审者多以专利申报、专利转让、产品上市作为成果转化的主要形式，甚至以专利转让金额为成果标志。

于是，临床研究一窝蜂地向新药研制、器械发明转向。岂不知，临床疾病的新的诊断方法和治疗方法才是临床创新的主流，而为了保护公众的健康公益，各国法律都明确疾病的诊断和治疗方法的发明创造不能申请专利权。因此，临床创新的倡导方向、资助形式、突破性成就的表现形式，应该与其他技术领域有所区别。必须建立以国际和国内专业指南撰写或引用、国内外业内权威公认和权威杂志刊用和高引用率等为指标的科学评价体系。

三、积极推进医院临床创新的策略和建议

放眼公立医院高质量发展的明天，坚持公益性和主体地位，规模发展向内涵发展转变，以体系创新、技术创新、模式创新和管理创新达到提高医疗质量、技术能力和人民群众获得感的理想目标。在打造国家医学中心、区域医疗中心、省级高水平医院、城市一体化医疗集团和县域医共体的新型服务体系的同时，加强临床专科建设，推进医疗技术创新。对于被誉为“医院创新之魂”的临床创新，应该从体制机制、组织实施、评估体系、激励准入诸方面予以落实：

1、营造鼓励创新的学术氛围。必须要正视我国临床创新能力相对滞后的现实，要有“临床创新有风险，没有创新更危险”的亟待。从国家政府、卫生行政到医院都应该针对生命科学和临床医学科学前沿、卫生健康领域的重大问题，系统地开展基础和临床研究。要推动对原创性疾病的预防和诊治新技术、疑难杂症的关键技术的原创性、突破性的临床研究；对重大疫情和突发公共卫生事件要有快速强化攻关能力；要有在医院里营造踊跃创新、积极开展临床研究、GCP，尤其是 IIT 的临床试验的氛围。要在各级医院和医生群体中倡导积极临床创新的理念和意识。

2、尽快完善我国临床创新的法规政策。医院开展研究者发起的非注册临床研究(IIT)，无论是美国的由医院审批还是欧盟的必须经国家 FDA 批准，发达国家对 IIT 的准入、审批、资助来源、医患权益保护都有明确的相应法规。我国应尽快出台相应法规，在鼓励创新、严谨高效的原则主导下，本人建议 IIT 应在研究者按相应要求提出申请后，经医院或相应行政级别的学术机构批准后方可开展，但应该在全国统一的临床试验 APP 或网站报备注册。应该倡导政府、医院及企业和社会资助的临床试验的筹资渠道，并由开展 IIT 的相应法人主体承担管理和法律责任。

3、常态有效的临床创新评估体系和激励机制。在诸多医院学科评估、绩效考核体系中，应当强调临床创新的重要作用和权重地位。应当将临床创新被国际学术组织指南引用、国内权威学术指南撰写、

国内外权威杂志刊用和高引用率等作为主要评价指标，更应该重视创新技术、创新理论、创新诊治方法和策略在专业和行业中的推广及其社会和经济效益的评估。要在学科评估、绩效考核、职称晋升、研究生导师申报、医院学科带头人聘任中将临床创新成果，开展 IIT 等其它临床创新活动的量化指标作为重要参考。在医院绩效分配和学术奖励中，应该将临床创新的贡献作为主要激励和引导方向。

4、切实做好临床创新的组织、准入、审核和保障工作。医院高质量发展形势下，医院要将临床创新放到学科建设的战略高度上，充分发挥临床研究工作者的创新积极性。医院学科办、科研处、医务处等职能处室要发挥在临床创新上的引领和组织功能，要协调、组织和推动多学科、跨学科、临床和基础结合等临床创新工作。要落实临床 IIT、GCP 等临床试验的病房和床位、样本库和数据库、临床流行病学和统计学指导、临床研究基地等基本保障。要制定根据战略需要、国际动态、患者需求的 IIT 申请和准入标准；要建立学术委员会和伦理委员会双重审核或由权威专家和伦理专家共同组成的 IIT 准入委员会审核制度；要切实落实注册、患者告知、法律保障等工作，为医院临床创新的推动保驾护航。

总之，临床创新是公立医院高质量发展水平提升、质量保证、人民群众获得感提高纲举目张的关键，是新时期医院学科建设的灵魂和命脉。我们只有在理念、制度、方法、措施上赢得共识、切实落实，才能取得理想结果。

• 医院管理 •

疫情常态化防控下基层医疗机构怎样落实首诊负责制？

来源：老徐评医

近期安徽、辽宁等地发生聚集性疫情，暴露出诊所、民营医院等基层医疗卫生机构在疫情防控方面仍存在薄弱环节。

两地疫情反映了基层医疗机构存在哪些薄弱环节？

据 16 日安徽六安市卫健委官网发布《关于对裕安区医疗机构及执业医师严重违反疫情防控规定情况的通报》称：

①安徽六安世立医院(裕安区六安世立医院于 2006 年 8 月 12 日开诊运营，是一家集医疗、教学、科研、预防、保健、康复于一体的大型三级综合性医院)对首例确诊发热病例有多次接诊行为，均未及时进行预检分诊、隔离处置、核酸检测等管控措施，造成疫情扩散的严重后果。目前，市区两级卫生行政部门正对相关责任人进行调查询问，下一步待调查核实后，将依法予以严肃处理。

②执业医师欧某某在其妻开设的“儿童玩具”门市内，私自接诊首例确诊发热病人，其行为已经涉嫌犯罪，裕安区卫健委已将此案线索移交公安机关。

据悉，5 月 13 日在安徽合肥确诊的患者，5 月 3 日曾在一影楼老板陪同下在辽宁省营口市鲅鱼圈区李某经营的诊所就诊，但诊所并未

按规定上报，诊所大夫、影楼老板 15 日被诊断为无症状感染者。

目前辽宁营口市依据相关法律法规，已对李波诊所予以关停，吊销李波执业证书。

两地基层诊所、民营医院都有一个似曾相识的细节：接诊了有疑似症状的病人，却没有按规定及时转诊，也没有上报，没能尽早发现病例。最根本的问题是基层医疗机构的“哨点”没有起作用，首诊负责制落空。

什么是首诊负责制？

首诊负责制是医疗核心制度之一。首诊负责制包括医院、科室、医师三级。病人初诊的医院为首诊医院；初诊的科室为首诊科室；首先接诊的医师为首诊医师。

凡来医院就诊的病人，均实行医院首诊负责制。医院对诊疗范围内的病人一律不得拒诊。非诊疗范围内的病人如病情危重，危及生命的情况下应就地抢救。属下列情况可以转诊：1、非诊疗范围内的病人；2、病人及家属或单位要求转院者；3、病情确需要住院或留观，但因为医院无床位，若病情允许转运时，首诊医院的首诊医师必须在写好病历、进行必要的医疗处置及充分的病情交待、途中风险告知、患方家属在病历及知情书上签字同意，并落实好接收医院后方可转院。

初诊的科室为首诊科室，首诊科室和首诊医师应对其所接诊患者，特别是对危、急、重患者的诊疗、会诊、转诊、转科、转院、病情告知等医疗工作负责到底的制度。

(一)首诊科室和首诊医师对其所接诊的诊断已明确的患者应及时治疗。若病情需要留观察室观察治疗的病人，首诊科室的首诊医师应将病历记录清楚后收入观察室，由观察室医师继续治疗。若需要住院治疗者，首诊医师在完成门诊病历记录后开具住院证，收住入院治疗。病房不得拒绝收治，特别是危、急、重病人。如收治有困难时，应向医务科或医院总值班报告，协调处理。如因本院条件所限确需转院者，按转院制度执行。

(二)遇到复杂病例或诊断未明的病员，首诊科室和首诊医师应承担主要诊治责任，并负责邀请有关科室会诊。诊断明确后及时转有关科室治疗。诊断不明确者收住主要临床表现相关科室。

(三)对复合伤或涉及多学科的危急重病人，在尚未明确由哪一科室主管之前，首先由首诊科室负责抢救。首诊科室和首诊医师在实行必要抢救同时，及时邀请有关科室会诊、协同抢救。必要时通知医务科或总值班人员，以便立即调集各有关科室值班医师、护士等有关人员参与抢救。诊断明确后及时转主要疾病相关科室继续治疗。在未明确收治科室时，首诊科室和首诊医师应负责到底。不得以任何理由推诿和拖延抢救。

(四)对危重、体弱、残疾的病人，若需要进一步检查或转诊或转科或入院治疗，首诊科室和首诊医师负责与有关科室联系并安排医务人员做好护送及病人交接手续。如患者确需转院，且病情允许搬动时，由首诊科室和首诊医师向医务科汇报，落实好接收医院后方可转院。

(五)患者在门、急诊治疗过程中病情突然变化，首诊科室医师要到场处理。若涉及他科疾病，应在进行必要的紧急处理后，请有关科室会诊或转诊。严禁相互推诿。

(六)已收住入院的患者，经检查不属本专业病种，或主要疾病不属本专业，需要转科时，经管医师应写好病历，经有关科室会诊同意后，方可转科。

医师首诊负责制是指第一位接诊医师(首诊医师)对其所接诊患者，特别是对危、急、重患者的检查、诊断、治疗、会诊、转诊、转科、转院、病情告知等医疗工作负责到底的制度。

(一)首诊医师须按照要求进行病史采集、体格检查、做好必要的辅助检查及病历记录等，对诊断已明确的患者应及时治疗。若病情需要应收住观察室或收住入院进一步治疗。特别是危、急、重病人，必须收住入院治疗。

(二)对已接诊的非本科疾病患者，首诊医师应详细询问病史，进行必要的体格检查，认真书写门诊病历后，耐心向患者介绍其病种及应去的就诊科室。

(三)对已接诊的诊断尚未明确的患者，首诊医师应在写好病历、做好检查后，请上级医师会诊或邀请有关科室医师会诊。诊断明确后及时转有关科室治疗。诊断仍不明确者，收住主要临床表现相关科室。若因本院条件所限确需转院者，按转院制度执行。

(四)如遇危重患者需抢救时，首诊医师必须先抢救病人并及时报

告相关诊疗组、上级医师或科主任，参与抢救工作。首诊医师下班前应
与接班医师做好床旁交接班，并认真写好交接班记录后方可下班。
对已接诊的非本科室范畴的重危病人，首诊医师首先对病人进行一般
抢救，并马上通知有关科室值班医师，在接诊医师到来后，向其介绍
病情及抢救措施后方可离开。如提前离开，在此期间发生问题，由首
诊医师负责。被邀请的医师，应立即赶到现场，明确为本科疾病后应
接过病员按首诊医师的责任进行抢救，不得推诿，不得擅自离去。

(五)对复合伤或涉及多学科的危、急、重病人，首诊医师应积极
抢救病人，同时报告上级医师或科主任，并及时邀请有关科室医师会
诊、协同抢救。必要时通知医务科或总值班人员，以便立即调集各有
关科室值班医师、护士等有关人员参与抢救。诊断明确后及时转主要
疾病相关科室继续治疗。在未明确收治科室之前，首诊医师应负责到
底，不得以任何理由推诿和拖延抢救。

(六)对群发病例或者成批伤员，首诊医师首先实行必要的抢救，
及时通知医务科或总值班分流病人、组织各相关科室医师、护士等共
同参与抢救。

(七)对危重、体弱、残疾的病人，若需要进一步检查或转科或入
院治疗，首诊医生应与有关科室联系并亲自或安排其它医务人员做好
病人的护送及交接手续。

各科首诊医师均应将患者的生命安全放在第一位，严禁在患者及
家属面前争执、推诿。因不执行首诊负责制而造成医疗差错、医疗争

议、医疗事故，按医院有关规定追究当事人责任。

疫情常态化防控下基层医疗机构怎样落实首诊负责制？

作为疫情防控常态下，基层医疗机构首诊负责制必须做到：

1. 认真排查是否存在新冠肺炎病毒感染风险。按照《关于做好冬春季疫情防控期间各类诊所、医务室、门诊部及村卫生室规范诊疗的紧急通知》（山卫发〔2020〕332号）、《转发关于加强民营医院和诊所疫情防控等有关工作的通知》（山卫发〔2020〕333号）要求，凡就诊患者首先在预检分诊点（体温检测点）测量体温、询问病史（特别是流行病学史）、预检登记及查码（查验健康二维码）和扫码（场地二维码），遇到体温 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$ 或有新冠肺炎可疑症状（咳嗽、乏力、咽痛、嗅觉、味觉减退、腹泻等）者，一律指导戴好外科口罩并临时隔离，迅速报告镇卫生院，由镇卫生院负责做核酸检测采样送检或联系转诊至县医院发热门诊进一步排查。

2. 所有未设置发热门诊的医疗机构均应在醒目的位置张贴就诊告示，引导发热及/或有疑似症状者到县医院发热门诊就诊，不得擅自诊治发热患者。

3. 各医疗机构在接诊时务必做到“两个谨慎”。一是谨慎接诊三类人群（发热病人；与确诊、疑似病例接触的人群；从中高风险地区及所在市县区返乡的人员及有国外旅居史者，或健康二维码显示为黄色或红色的中、高风险者），凡遇到此三类人群一律不能随意接诊，应立即报告社区，按照国家规定实施严格隔离管控，不可马虎大意。二

是谨慎售卖四类药品，到基层医疗机构购买退烧、止咳、抗生素、抗病毒这四类药品的患者，须要求对患者加以甄别，并如实填报个人信息，必要时核对三日内核酸检测阴性证明，不得随意出售药品。

所谓的疫情防控常态化下基层医疗机构首诊负责制就是首诊医生、首诊医疗机构务必落实早发现早报告，按照政策要求不接诊发热等可疑人群并及时规范转诊至具备诊治能力的医疗机构，确保疫情不在自己手上延误以致蔓延扩散。

各医疗机构要高度重视疫情防控工作，坚持一把手负总责，主管领导负实责，对疫情防控各项工作抓实落细。对于领导不重视，工作疏忽，意识淡薄，责任心不强而导致疫情防控不力的，要严肃依法依规追究相关人员责任，直至吊销《医疗机构执业许可证》。县卫生健康综合执法大队要加强对医疗机构的疫情防控工作日常监督检查，发现问题，依法依规严肃处理。

确保医疗机构的“哨点”不成为“漏点”，疫情早发现的“责任人”不变成“稻草人”，实现疫情防控严密有序。

[返回目录](#)

程剑剑：用 DRG “量化” 医院绩效管理与质量控制

来源：CDSreport

被称之为“国考”的三级公立医院绩效考核，是检验医院改革发展成效的重要标尺。在 2019 年度考核中，河南省人民医院位列全国综合医院排名第 69 名，较 2018 年提升了 92 名，获评 A+ 等级，体现

了该院综合能力的快速提升。

“取得这个成绩，最重要的是从绩效管理着手，提升内涵质量水平。”在近期直播的第二期医管必修课上，河南省人民医院医务部主任程剑剑分享了医院国考成绩的“晋升”之道。

01一用 DRG “量化”评价服务绩效优劣

DRG 作为医保控费的重要工具，不仅可用于医保支付，更能帮助医院进行临床科室的绩效管理与质量控制。程剑剑表示，DRG 从医疗服务能力、服务效率、质量安全 3 大方面提供有效的绩效评价指标，通过指标数据的大小，可进行不同科室、医生之间的横向比较，建立行之有效的绩效分配与激励体系，实现三级综合医院的功能定位。

“DRG 的医疗服务能力评价指标包括 DRG 组数、CMI 值等。DRG 组数越高，说明医院收的疾病种类越多，综合服务能力越强；CMI 值越高，技术难度就越高，体现医院收治疑难疾病患者的量较大。”程剑剑介绍，运用 DRG 指标重构绩效管理方式，使临床医生的绩效奖金与劳动量、劳动难度、出院人次等挂钩，即由工作量总点数决定。“例如同样是做手术，根据手术难度，阑尾炎可能有 2 个点，肝切除却有 10 个点。”由此鼓励医生在能力范围内执行更高难度的诊疗项目，体现出医生劳动价值。

在临床科室的绩效考评中，河南省人民医院将时间消耗指数及 CMI 值纳入绩效考核，并利用时间消耗指数及费用消耗指数，参考 CMI 值制定平均住院日及次均费用目标值。

以制定各亚专科平均住院日目标值为例，“我们会根据亚专科实际情况制定相对公平的年度目标值，比如 2018 年时间消耗指数小于 1 的亚专科，2019 年的目标值是上一年度平均住院日的实际完成值。时间消耗指数大于 1 的科室，就要求其平均住院日目标值预期下降幅度应至少不低于全院下降水平。”程剑剑说到，通过平均住院日的考核，达到加速床位周转、提升服务效率的目标；同时通过入组病例数、病组权重及总权重，监测科室病种收治情况，确定核心病种类型，挖掘优势病种，以打造专科品牌。

02—“对标管理”打造满分指标

医院“国考”成绩取决于 26 个国家监测指标的评价结果，河南省人民医院结合实际工作情况，对国考指标进行分解、量化，整理形成了自身特色的绩效考核指标体系，并围绕指标导向要求进行“对标管理”，由此提高考核指标的管理质量，在手术患者并发症发生率、I 类切口手术部位感染率、低风险组病例死亡率、抗菌药物使用强度 (DDDs) 等多个指标上取得了满分。

以抗菌药物使用强度管理为例，河南省人民医院成立了抗菌药物科学化管理 (AMS) 小组，将 DDDs、微生物送检率纳入绩效考核，并制定各亚专科目标值。“如果科室的复杂手术多了，抗菌药物使用强度增加，我们会按 CMI 升高情况校正科室的目标值，通过量化、合理的目标使临床科室有清晰的控制方向。”程剑剑介绍，另外根据国家要求，明确所有的治疗性用药都要进行微生物送检，使临床用药从经验

性治疗转为目标性治疗，减少抗菌药物耐药性的发生。

“最重要的一环是让医生正确认识，我们由 AMS 团队成员，加强对各临床科室的培训考核。”程剑剑说到，另外还制定结构化病历文书模板，要求医生在患者病程记录里，详细阐明抗菌药物的使用依据。通过一系列管理措施，使医院 DDDs 从 2018 年的不得分提升到 2019 年的满分。

在手术类指标的管理上，“国考”的考核要求是手术占比要增加，并发症、感染率等指标降低。

以“出院患者手术占比”为例，做好该指标管理关键在于提高手术开台准时率、降低择期手术术前平均住院日、术后化疗转至肿瘤日间病房、加快外科科室床位周转效能等。河南省人民医院将该指标分解为 9 个指标，纳入临床科室绩效考核方案中，通过改进服务流程、提高手术服务能力，缩短患者住院时间。“让病人在同样的时间内，得到最恰当的救治，花最少的钱达到最好的满意度，这是我们努力的方向。”

03—信息化手段提高指标管理能力

“国考”的量化评价，推动医院进入精细化管理阶段，运用信息化手段提高管理质效。“我们在院病人有 7000 多，医务部门光靠人力只能做到事后抽查，难以了解每个医生的质控标准落实情况，信息化手段可以节省人力投入，实现过程管理。”程剑剑认为，信息化手段已成为医疗管理的必选项，为医院质控工作提供抓手。

以单病种质量控制为例，作为国家监测指标之一，“国考”考核的是平均住院日、病死率等 4 个结果指标的逐步降低情况。医院要满足考核要求，重点是落实单病种质量控制类指标的临床执行率，这些指标关系到患者疾病的转归、预后等。河南省人民医院应用惠每临床决策支持系统(CDSS)，进行相关质控指标的事中质量评价、缺陷提醒、数据统计与自动上报等，实现单病种的全过程管理闭环，促进医疗质量的持续改进。

“以 VTE(静脉血栓栓塞症)防治为例，这是国家及医院都非常重视的质控工作，我们应用 CDSS 可以按照规范防治流程，在关键节点自动评估在院患者的 VTE 风险，并针对中高危患者推荐预防措施，保护患者安全。”程剑剑表示，信息系统的动态预警、数据反馈，在提高防治效率上达到了很好的效果。

此外，由于“国考”约 90%的数据来源于病案首页，提升病案首页质量已成为医院参与考核的基础。“我们的要求是临床写得准、编码员编得对、财务费用准、信息传得全。”程剑剑表示。

对此，医院不仅将病案首页填报情况纳入绩效考核，同时使用 CDSS 按照国家病案质控标准，在临床、编码员填写的过程中实时校对数据质量与修正提醒，提升病案内涵质量与准确性。“我们 2019 年的国考排名提升将近 100 名，这与病案首页质量的改善也是非常密切的”。

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

医药生态链“基因重组” 投资者向这三个方向分化！

来源：E 药经理人

过去5年，中国医药行业经历了天翻地覆的变化，从2015年“722”事件开始，整个医药生态链已经经历了“基因重组”。

在医药端，2015年开始通过临床核查、MAH制度、一致性评价、创新药优先审评等政策实施，中国药审制度基本与国际接轨，大批创新药陆续问世。

在医保端，随着2018年5月医保局挂牌成立，仿制药品集采、创新药医保谈判、DRGs/DIP、高值耗材集采等陆续推出，以药物经济学为核心的医保付费评价体系基本建立。

在医疗端，各类临床路径和用药指南陆续推出，作为改革深水区的公立医院绩效考核体系改革也正在路上。

在资本市场端，随着港交所18A新政和科创板第五套标准的推行，优质的创新药企、创新械企有机会更早登陆资本市场，加速创新成果的转化。

如果说十年前，中国资本市场还只是充斥着化药、中药和医药商业，生物药无足轻重。现在来看，中国医药产业链则呈现Biotech、Biopharma、Bigpharma三足鼎立，CRO、创新器械、互联网医疗、医疗服务四轮驱动的状态。从资产配置上，医药行业已经和食品饮料行业一样成为投资界重点配置的两大行业。

展望未来，中国创新药发展将从完成拼数量到拼质量，从国内市场到国际市场的飞跃。品种上“商业化”、“差异化”、“国际化”将成为关键词。

在商业化上，Bigpharma 和 Biopharma 会占据主流，其会拥有完整的立项、临床、注册、市场准入、学术推广、销售能力，投资者的关注点将从关注“管线”走向关注“管线”和产品收入并重。在差异化上，随着 Biotech 密集成立，新一波创始人们将不再追求企业的“大而全”，而是会聚焦做 Best-in-class (BIC)、First-in-class (FIC) 药物，成为垂直细分领域“小而美”的公司。在国际化上，将通过 License-out 逐步拓展海外市场，最终走向商业国际化的 4.0 阶段。

接下来我们将从政策篇、商业化篇、国际化篇、资本化篇四个角度全面解构中国生物医药产业链的形成、发展及趋势。

政策篇：觉醒，觉醒，再觉醒

01 医保谈判：大幅降价成常态，药物经济学评价将成主导

目前，医保谈判已经成为创新药放量的重要催化剂。安罗替尼进医保一年增长了 19 倍，奥希替尼上市后凭借医保两年内成为百床大院 TOP10 用药品种……这样的例子不胜枚举。

过去，创新药在国内获批之后往往很难实现放量提速，主要原因在于我国的药物招标、进院采购、医保准入等环节周期过长。如今，经过多轮医保动态调整及对创新药的鼓励，创新药进入医保周期大幅缩短，上一轮医保谈判品种从获批上市到进入医保最短的不足 5 个

月。

展望未来，创新药在上市初期以较大幅度降价纳入医保谈判目录已逐渐成为常态。快速推进研发抢夺先发优势，以及合理的定价策略等方面成为创新药市场竞争的重要因素。

同时，药物经济学评价将成医保谈判准入中创新药评价的主导。目前，至少有 5 个国家澳大利亚、加拿大、美国、意大利、西班牙已经制定和颁布药物经济学研究准则，旨在研究和评价各类药物与药物治疗的经济背景，为合理用药、药政管理和新药的研究和开发提供决策依据。

02 DIP：割裂现有医疗利益链，小荷才露尖尖角

上世纪 80 年代，DRGs 在美国推出，经过六代改进，在控制医疗费用增速及提高医疗资源使用效率等方面取得显著成效。此后，DRGs 在全球 40 多个国家和地区被应用推广。

我国亦在探索 DRGs 支付体系，并推出了 DIP 模式。2011 年，DRGs 正式应用于北京部分医院的医保支付，2019 年 6 月，医保局确定 30 个城市作为 DRGs 试点城市。相比传统的项目制付费，DRGs 模式更为科学，但在我国推行的过程中存在一定程度的“水土不服”，诊疗体系的差异和较低的医疗信息化程度，使得 DRGs 在我国推行基础并不完善。

在这种情况下，DIP(区域点数法总额预算和按病种分值付费方案)应运而生。2020 年 10 月医保局发布 DIP 试点方案通知，次月发布 DIP

试点城市名单，共 71 个城市入围。整体而言，目前 DIP 推行尚处于“小荷才露尖尖角”，缺乏足够的结果和经验作为参考。

兴业证券认为，2021 年的试点值得关注，其未来的落地将可能对现有医疗利益链产生重大影响。首先，医院主动控费意愿影响下，进口替代和外包降低成本模式将持续发展；其次，门诊或日间手术将得到发展；此外差异化医疗服务需求将增加。不过，DIP 只是一种切分医保“蛋糕”的方法，并不影响医保资金总额的逐年增长。

03 集采继续扩围，跨通用名集采

自 2018 年实行药品带量采购以来，经历四轮集采后，投资人已逐渐脱敏。

展望未来，仿制药品种中选集采，通过较大幅降价实现以价换量，转为低毛利率品种为企业贡献少量利润将逐步成为常态。除少数壁垒较高、竞争格局较好的品种外，大部分仿制药可能都将经历这个过程，我国仿制药市场逐步和海外趋同。

同时，集采范围将逐步由口服制剂转向注射剂、生物类似物等领域，兴业证券预计这些领域未来亦将快速接轨带量采购。

其中，注射剂行业将迎来供给侧改革。注射剂由于其给药特点，一直被各国药监部门视为风险程度较高的品种之一。考虑到注射剂质量差异更为明显，且更改工艺难度更高，同时开展一致性评价工作需投入成本，预计后续部分质量不规范、不达标的注射剂品种将有望逐步退出市场，质量规范的大型药企的集中度有望进一步提升。

目前，胰岛素已经历过地方试点集采，在武汉市的集采中最高降幅为 43%，预计胰岛素集采后续在地方试点将加快进度，且有可能成为第一批纳入全国集采的生物制品。此外，单抗生物类似药后续亦有可能纳入集采，但综合考虑最终结果存在相对温和化的可能性。

值得关注的是，随着集采推进，跨通用名以适应证和治疗效果来分类采购存在可行性。同时，当前市场存在部分品种进入集采后相应竞品加速放量的情况，为规范市场，后续亦可能会尝试跨通用名集采。

综上所述，不仅仅是仿制药，me-too 和 me-better 类的药品，无论是小分子药物还是大分子药物，也存在被纳入集采的可能性。从长期来看，产业升级趋势将进一步加强，我国创新药市场将迈入 2.0 时代，BIC 和 FIC 药物将成为创新药企业能否胜出的关键，当前创新药市场的机会窗口正在逐步关闭，未来头部企业的竞争优势将会不断加强。

商业化篇：Biotech 关口之战

01 靶点竞赛：红海拼杀，短兵相接

随着管线推进，药企靶点之争也由研发 PK 进入到商业化 PK。

不同之处在于，商业化 PK 将更加严峻。研发 PK 通常是资本、人才等要素的军备竞赛，亦或是创意、试验方案的独到之处；而商业化 PK 确实赢家通吃的“零和博弈”。

麦肯锡报告指出，一般来说，FIC 类药品平均获得 45%左右的市占率，第二上市产品市占率为 27.9%，第三为 14%。但这一理论建立

在商业化能力相近的药企上。在中国，商业化能力的差异对药品市占率和销售额爬坡起着关键性作用。以 PD-1 为例，恒瑞的卡瑞利珠单抗 2019 年 5 月上市，2020 年 Q1 销售额就冲到 10 亿元；而君实的特瑞普利单抗 2018 年 12 月上市，同期销售额为 1.72 亿元。

从过去两年的 IND 靶点格局变化，EGFR、CDK4/6、PD-1、TNF、HER2 等靶点已经走进商业化阶段，将迎来新一轮竞争。

02 传统药企转型突围的五大路径

传统药企转型进入见成效的时期。

传统药企转型创新一般有 5 种路径：自主研发 In-house、并购 M&A、授权许可 License-in、合作开发、成立子公司/分拆等途径。

自主研发转型最为典型的代表是恒瑞、中国生物制药、翰森和信立泰等。这一路径非常考验药企综合能力，包括研发投入、研发人员储备、管线建构能力等。

并购模式最为典型的代表是绿叶制药、石药集团、贝达药业。自建往往所需时间较长、风险较大，而并购从风险控制层面更为适合。并购也是国外成熟药企长期以来获得新管线的重要方式。绿叶制药在 2019 年 12 月收购山东博安生物后，从化药领域扩展至生物药领域；贝达药业通过收购天广实获得贝伐珠单抗类似物增厚自身管线。

授权许可是 Biotech 常用模式，但传统药企也有尝试通过 License-in 转型创新，较为典型的罗欣制药。从 2015 年来，罗欣制药先后引进了特戈拉赞、普卡那肽等丰富其在消化领域的产品管线。

合作开发也是一种模式，尤其在 MAH 制度出台后，较为典型的企业是誉衡药业。2015 年与药明康德签订了 10 亿元《生物医药战略合作框架协议》，借助后者平台开发生物药。

成立子公司也是转型创新中较为灵活的方式。典型的是复星医药设立复宏汉霖、复创医药等，丽珠医药设立丽珠单抗，科伦药业设立科伦博泰等。

目前来看，传统药企转型主要局限在于人才的储备、经验的不足和体系化研发平台的搭建，如何吸引人才完善梯队建设或许是破局关键。

03 Biotech 离 Biopharma 还差什么？

现阶段，国内已成立的 Biotech 有 90% 都希望能够转型成为 Pharma。

但从 Biotech 到 Biopharma，面临一系列挑战，其中最为核心的就是“研产销”一体化经验的缺失和规模效应的差距。

以生物药全流程“研产销”为例：

在研发上，Biotech 受限于多方因素影响，很难做到多线程同时推进，在研发效率上低于 Pharma。在临床阶段，由于缺乏较大的临床团队，临床试验主要依赖 CRO，在试验进度的把控上逊色于 Pharma；在上市注册阶段，与监管部门沟通经验匮乏。这些因素均会导致 Biotech 整体研发效率和速度可能落后于 pharma。

在生产方面，对 biotech 而言，GMP 厂房建设、质量控制和产能

合理预估都是从 0 到 1 的学习过程。在销售方面，商业化团队建设关乎创新成果兑现能力，和 pharma 相比，biotech 在医院资源、进院能力、销售人数和覆盖力度上存在较大差距，此外也没有足够的产品线配合推广联合用药，短时间很难通过加大投入追赶。

04 License-in 长存，License-out 加速

未来很长时间，License-in 模式会作为管线构建的重要模式而存在。

在欧美市场，Bigpharma 和 Biotech 间成果交易已经是常态化的行为，并共同支撑起整个医药行业创新氛围的良好运转。在这些市场，License-in 交易的活跃度高，近年保持着 3 位数以上的许可交易量和 60 亿美元中位数的年交易额。

授权合作也成为国内药企“引进来”和“走出去”的途径。国内 biotech 通过 License-in 找到了全新的商业模式，即引进国外 biotech 的早期管线，依靠国内基数较大的患者群快速推进临床试验，商业化阶段通过医保谈判快速放量。

此外，还衍生出了 LIDL0(License-in-Development-License-out)的商业模式，即买入早期管线在国内临床快速开发，再授权给海外公司商业化，赚取项目价值上的差价，之后公司重复这一过程，不断复制，形成闭环。

License-out 则是国内药企“走出去”的第一步。2020 年国内药企在许可交易上表现活跃，尤其是与跨国药企的合作增加，能够向跨

国药企许可授权，也表明这些国内药企的研发能力和产品达到了国际前沿水平，有走向国际化的潜力。

国际化篇：估值溢价源于全球商业化

市场向创新药转型，差异化和国际化是方向

当前，我国创新研发水平与国际的差距正在逐步收窄，中国正在经历“仿制药~难仿药~同类最佳~同类首创”的转变与突破。

从中长期计议，由 Me-too/Me-better 向 Best-in-class 过渡，最终开发 First-in-class 的药物，是我国从医药大国转变为医药强国的重要途径。

由于同类最佳需要考虑更多宏观因素，包括创新性、临床价值、竞争情况、生命周期等，中国药企更需要学习从“Fast-follow”到“Smart-follow”的转变，差异化是方向之一。即既对研发能力、研发速度及确定性有一定要求，同时对上市后的市场情况、细分赛道竞争情况、差异化情况也有相应要求。具备差异化的创新药企往往具有更大的议价空间和自主定价权。

国际化则是另一发展方向及要求。创新药打破了原来仿制药销售区域的局限性，受限于国内支付体系，企业也需要借助海外以“养活”创新药并同时走出去。

当前国际化所处阶段为临床国际化。中美双报是本土创新药多地报批临床最主要的模式，也将是未来本土药企国际化的发展趋势。中美双报可以加速药物审评审批，提升研发回报，提高国际影响力；但

对本土企业的创新程度要求高，同时面临来自欧美日等竞争，还面临医生处方习惯、种族、法规要求等系列差异带来的挑战。

资本篇：运作的风靡与高光后的困惑

01 注册制+18A：pre-IPO 成为追逐热点，风险更甚

2018 年、2019 年、2020 年，港股 18A、科创板、创业板注册制陆续开板，国内医药生物企业迎来了一波上市热潮，二级资本市场接力一级市场携手助推中国创新。

退出门槛的降低也让符合相关板块上市要求的科创企业成为了一级市场追逐的热点，而临门一脚的 pre-IPO 更成了一级市场投资者眼中的“香饽饽”。

但与此同时，资本蜂拥造成的估值倒挂，突击入场的限售要求，与退出时点的把控等问题均需要谨慎思考。如同一类型的企业乃至同一企业，在不同市场都可能有不同股价表现。在 A 股通常表现为“先高后低”再趋于合理，在港股及海外市场往往相反。

对于二级市场投资者而言，投资阶段的前置，也要求其更多地像一级投资者一样思考，从专业技术出发，尝试建立新的估值“锚”。

某种程度上，一二级市场的融合将在 2020 年后的医药行业生态中进一步提速。可以预见，未来医药生物行业研究将愈发专业化，这种对于技术的深入研究也将会带来投资者的分化，市场中或将衍生出具有定价能力的“领投者”和进行资产配置“跟随者”。

02 投资者将分化：专业化、头部化、细分赛道差异化

市场上的医药生物领域的投资机构逐渐分化,投资者的“专业化、头部化、细分赛道差异化”是近些年医药生物投资领域出现的三大趋势。

近年来,一批拥有新治疗方式、新技术平台或是疗方式、新技术平台或是在已知靶点和成熟治疗领域下的创新产品,对投资机构提出了专业挑战。

另一方面,“强者恒强,弱者恒弱”的马太效应正在我国医药行业上演,一级市场无独有偶地出现了头部投资者“抱团”局面。通过2020年投融资梳理,不难发现,一级市场资金呈现出往头部项目集中的趋势,同时头部基金出手次数的差距拉大。二级市场,医药基金头部化、集中化情形非常明显。截至2021年1月,Wind行业下医药基金共184支,前十大基金规模占比约39%。

资产标的质地“纯度”越来越高,细分领域差异化越来越大。与往年相比,近年在科创板上市的多数资产均聚焦于自己的前沿技术上,譬如成都先导(CXO)、康希诺(疫苗)、天智航(手术机器人),商业模式、产品及所处治疗也是截然不同,对医药生物投资研究提出极大挑战。未来投资人主要聚焦方向和领域差异或将分化。

03 孵化成新趋势

生物医药企业孵化的故事在大洋彼岸并不新奇,美国有多家生物技术公司由基金和创始人共同成立、孵化。

譬如:Atlas-venture 孵化了罕见病基因疗法公司 GenerationB

ioThirdRock 孵化了 Agios(白血病和血液类罕见遗传病新药研发公司)、BluebirdbioCAR-T、基因疗法)等;ARCHventure 孵化抗艾药企 VirBio;FlagshipVenture 孵化 mRNA 疫苗头部企业 Moderna 等。

十年前生物医药融资环境并不乐观,几乎没有投资者愿意在种子轮进入,仅有少部分投资者愿意投向这些早期公司。

近年来,随着创新药环境的改善,中国也不乏 PE 公司孵化企业上市的案例,譬如通和毓承孵化的欧康维视、康桥资本孵化的天境生物和云顶新耀等。

在孵化模式下,通常公司创立时便已明确资金来源,科学家团队只需要专注研发和资深擅长的业务,不需要分心寻找投资。并且,科学家和投资人在公司孵化成立之初便对业务方向达成共识,通过授权引进的战略方向也都确定清晰。

相对于传统的创业型公司来说效率高、融资快,很快在国内医药土壤上进行了一系列过渡实践,与科学家一起从头到尾孵化出一家公司,最终由投资人来控股,参与制定核心发展战略。这种模式下,初创药企拥有了互联网企业的融资速度,成立 2~4 年便能 IPO 上市,这种速度对国内其他初创药企而言并不多见。

但生物医药投资往往需要比较强的专业性,要求创始人有能力去读懂和判断早期产品的优劣,靶点、适应证对应的产品竞争格局。另外,投资人与科学家团队的关系管理也成公司成功关键因素之一。

[返回目录](#)

“对症下药”引发争论，看网售处方药需要的理性和建设性

来源：vcbeat

最近，一个新词被发明出来，叫“对症下药”，在网上引发了广泛的争论和讨论。

的确，因为“对症下药”是我们每个人的基本常识，所以“对症下药”显然有悖于基本的认知和逻辑，任何人看到这个词都会自然而然的对这种做法的正当性、合法性产生质疑。

从一些相关报道的文章披露的记者调查中，我们的确不难发现，的确出现了一些互联网药品零售平台对于处方药的销售上，相应的审核流程被过度简化、形式化，从而造成了一些存在风险的处方药、甚至是精神类、麻醉类药品被轻易买到的情况，这显然蕴涵有巨大的社会风险。可以说，相关报道对平台、患者敲响了警钟，这种提醒的紧迫性、必要性，是不容置疑的。

比如，一个比较夸张的细节是，有记者甚至用一个未成年人的虚拟身份，买到一款可以用于局麻的药品。如果情节属实，显然，这个平台不但没有尽到基本的监督责任，而且应该受到相应的监管甚至处罚，这是毋庸置疑的。

不过，笔者也注意到，在相关主题点击率很高的几篇文章的评论区，有大量的读者留言，其中较多的读者也提出了自己的看法——网售处方药，不宜一刀切。

为什么会有一些读者给出这样的建议呢，其实仔细浏览了这些评

论后就不难发现，支持网售处方药的主要是一个群体——慢病复诊续方的患者群体。

笔者的亲友里也有慢病患者，经常需要去医院复诊开药，特别是某些比较特殊的药品，按规定一次只能开具 1-2 周的药量，这样的医院的门诊往往特别繁忙，其主要原因就是按规定因为一次给付的药量较少，维持时间较短，患者需要频繁的复诊续方。

不得不说，线下医院对这些病人的需求的满足是比较人性化的，因此也出台了针对性的办法——开设专门的复诊取药门诊，即预留一到两个诊室，专门对长期用药、用药种类相对固定、病史明确清晰、在医院已有就诊记录的慢性疾病患者，采取相对简化的流程，进行简单的询问后即给予开方、开药，这种带有便民服务性质的“复诊续方门诊”在北京的一些三甲医院，已经存在了很久，而且绝非灰色地带，在北京市的“京医通”便民服务中，可以明确选择这类服务。

因此，我们不难发现，在互联网上“对症下药”的，其实必然包括甚至很可能主要是这类慢病续方患者，而且大多是中老年患者（或其子女亲友代行），他们的实际情况，决定了对药品的种类、品牌需求明确、指向精准，而在线复诊开方购药，明显的较之反复去医院开药更为便利，也更加节省时间和金钱。这说明了，互联网售药在便利性、可及性上存在明显优势；在中国逐渐进入老龄化社会的当下，其受益群体的广泛性，似乎也毋庸置疑。

那么，一方面是有明显的积极社会效益，另一方面又是存在明显

的漏洞和风险，我们到底该如何选择呢？笔者认为，应该以理性、建设性的眼光，全面的审视这个问题。

从法律的角度，网售处方药是有法可依的，2019年8月26日，我国通过了新修订的药品管理法，其中为网售处方药确立了“线上线下一致”的主要原则，要求网络售药的主体必须是取得了许可证的实体企业。此外，药品管理法还列出了不能在网上售卖的特殊药品种类，明确必须放开可以开长期处方的慢性病用药，为网络售药行为提供了法律原则和法律底线。

因此，笔者认为，既然法律规定了网售处方药的底线，那么除了继续坚持这个底线外，还应该主动的完善、强化相关流程的建设，以求得社会效益最大化和社会风险最小化的相对优解。

首先，既然法律明确规定，按照现有规定，互联网平台医疗仅限于“为患者提供部分常见病、慢性病复诊”，那么互联网健康平台就应该严格在这个范围内行事，并且应该充分利用先进的产业互联网技术，在病人的身份识别、复诊行为识别、既往处方记录、用药风险评估等方法，充分发挥互联网、大数据的作用，做到精准锁定人群，提供合法合规服务。

当然，这种做法的全面实施需要一定的前提条件，比如病人的就诊记录的共享与隐私保护之间，是否存在矛盾？边界为何？都需要继续探索。

但毫无疑问，从发展的眼光看，应该在全社会范围内加强医疗机

构、在线药房和线下药房的数字化建设、数字化打通和数字化治理，实现病历、处方的电子化、数字化流转和监督，加强在线诊疗从业人员的工作流程的依法合规建设，从而不仅仅从法律上，也从技术上把“精准对接慢病复诊续方人群”落到实处。笔者相信，在这些领域，新兴的 AI、大数据等技术会大有作为。

另外，为了避免记者调查中的诸多乱象继续出现，应该加强相关的法规建设和行业自律，实施分级分类的精细化管理，在保护合理、合法且有积极社会效益的互联网在线诊疗、药物销售行为得以正常运转的同时，针对不同病种、不同药品、不同场景，也实施不同力度和方式的管理。

其中，对于合理合法、普惠效益明显的处方药，可以进一步理顺流程，放开网购渠道；对于明显存在较大的乱用、滥用风险较大的处方药，应该设置红线、严格管控，这是毋庸置疑的。

因此，对于“对症下药”的现象来说，从一般意义上讲，还是应该引导病人先去线下医疗机构首诊，辨明病情、对症下药，此后可以视情况进行在线的复诊续方；而对于特征明显、符合规范的慢病患者的需求，则更应该充分使之享受到互联网的便利性。

事实上，随着互联网+医疗的深入实践，一些积极的变量已经明显出现——比如利用先进计算技术加快药物研究的进程、通过互联网在线问诊，跨越时空场景，做到了医疗资源特别是优质医疗资源的更有效分发，让医疗普惠化的效益得以放大，让医疗服务、药品销售的

价格都更加透明等。这也说明，互联网用于公共治理和社会服务，有明显的、不可替代的增量价值，我们应该充分保护、引导这种新生力量的积极作用，让技术充分的造福社会。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

如何实现门诊费用跨省直接结算？将带来哪些好处？

来源：央广网

为解决人民群众在跨省异地就医结算中的痛点难点问题，加快推进门诊费用跨省直接结算，国家医保局近日会同财政部印发通知，明确到今年年底前，各省份 60% 以上的县至少开通一家普通门诊费用跨省联网医疗机构，各统筹地区基本实现普通门诊费用跨省直接结算；2022 年年底前，每个县至少有一家定点医疗机构能够提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务。

什么是门诊费用跨省直接结算？如何才能实现跨省直接结算？直接结算有什么好处？带着这些问题，记者近日对国家医保局医疗保障事业管理中心副主任李淑春进行了专访。

随着人口流动性增加、患者医疗需求的增加，跨省异地就医结算具有非常重大的现实意义，国家医保局一直在推进这项工作。跨省异地就医直接结算包括住院费用跨省直接结算和门诊费用跨省直接结算，其中，门诊费用跨省直接结算又包括普通门诊费用跨省直接结算

和门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算。

2016 年，住院费用跨省异地就医直接结算开始启动，目前全国已实现。为有效化解门诊医疗费用的个人经济负担，越来越多的地区将门诊费用纳入统筹基金支付，给老百姓报销门诊费用。报销就涉及到结算，2018 年，长三角开始探索门诊费用跨省直接结算，西南五省，京津冀也相继推进。2020 年，国家医保局、财政部联合印发了试点文件。

按照国家医保局、财政部最新要求，今年年底前，各省份 60% 以上的县至少开通一家普通门诊费用跨省联网医疗机构，各统筹地区基本实现普通门诊费用跨省直接结算。这是继今年 2 月门诊费用跨省直接结算试点省份扩大后，门诊费用跨省直接结算又一重大部署。

从今年 2 月开始，全国 27 个省份的 189 个统筹地区可依托国家异地就医结算系统统一开展普通门诊费用跨省直接结算试运行，也就是说，开展普通门诊费用跨省直接结算的地区正在逐步扩大。在这些地区，已根据参保地规定备案的医保患者，在跨省联网定点医疗机构就医时，可以使用自己的社会保障卡或医保电子凭证，就医后只结算需要个人负担的费用，不用再回到参保地报销。

李淑春说，医保部门正在扩展方便老百姓异地就医备案的途径。“异地就医备案是实现跨省异地就医直接结算的第一步，以前推出住院费用跨省异地就医直接结算的时候，参保人要按照参保地规定办理备案手续。近些年，各地结合国家放管服改革的要求，进一步简化了

备案流程，优化了服务。现在门诊费用跨省异地就医直接结算我们是这样规定的，如果你住院备案了，特别是那些异地长期居住的、异地工作的，包括异地安置的老人，就不用再次专门备案。前期没有办理住院备案的，可以按照参保地的规定办理异地就医备案手续，同时享受异地住院和门诊费用直接结算服务。为方便群众备案，各地进行了很多尝试，有的地区开通了自助备案，有的地区可以通过国家异地就医线上备案小程序和服务平台 APP 备案，不用再跑回老家去办。”

按照规定，跨省异地就医人员直接结算的门诊费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定，基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等报销政策执行参保地规定。即“就医地目录，参保地政策”，这一规定简单来说就是哪些药、检查项目和医用耗材可不可以报销要看在不在就医地的目录内，这就是就医地目录。至于从什么起点开始报销、报销多少，则要看参保地的具体规定，这叫参保地政策。这一规定延续了住院费用跨省异地就医结算的规定。李淑春说：“总之，这是在我国国情的基础之上，确定的一个切实可行的能够实现跨省异地就医直接结算，又相对有利于参保人的政策。”

李淑春介绍，现在普通门诊费用跨省直接结算的路径已经走通，门诊慢特病跨省直接结算路径正在探索中。

“其实大家可能还是比较关注门诊慢特病，因为经济负担相对比较重，而且病程时间也比较长。我们已经在西南五省以高血压、糖尿病两个病种来试点。现在已经结算了，说明这条路是切实可行的。异

地就医直接结算说起来好像很简单，其实实现跨省就医直接结算要5-6个环节联动，要做的工作真的很细致，需要一步一步地往前推。下一步，我们将在高血压、糖尿病的基础上，把那些发病率高、病程长、群众负担重的病种再一步步扩展，实现包括门诊费用在内的医疗费用都能直接结算。”李淑春说。

国家医保局、财政部近日在通知中明确，今年年底前，对于高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等五个群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病，每个省份至少有一个统筹地区实现相关治疗费用跨省直接结算，走通门诊慢特病跨省直接结算路径。

2022 年年底前，基本实现上述五个主要门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算统筹地区全覆盖，推进其他门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算或线上零星报销。

下一步，国家医保局将继续努力，把那些老百姓期望比较大的病种进一步纳入跨省直接结算的范畴。

[返回目录](#)

蔡江南：当“医保”被赋予越来越多的期待

来源：中国医疗保险

2009 年，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》出台，标志着我国正式迈入医改新纪元，并且，对我国随后十几年三医联动制度建设和医疗卫生行业发展产生了深远影响。而 2006 年，

已经在美国学习、生活、工作近二十年，在卫生经济和卫生政策的教学、研究和咨询领域有着丰富经验的蔡江南教授，就开始参与到新医改复旦方案的设计中，前后三年，每年回国 3 个月，就这样在越洋的往返奔波中为新医改贡献着自己的力量。

如今已是新医改的第 12 个年头，与 2009 年相比，我国医药卫生体制发生了翻天覆地的变化，也取得了举世瞩目的成就。随着“十三五”画上圆满的句号，深化医改将在“十四五”期间进入一个新的发展阶段，医保作为其中重要的组成部分，也进入了结构式的存量改革的关键时期。

然而，医保制度本身就错综复杂，需要调整多方面利益分配，尤其当“医保”被赋予越来越多的期待时，其改革的难度也就在无形中进一步加大，面临的问题也越来越多。诸如社会医疗保险体制国家中“医保”的角色定位究竟是怎样的？多层次医疗保障体系的建设过程中如何分配好各方职责？医保的“结构性调整”的关键点有哪些？面对这些问题，近日对资深医卫政策专家、上海创奇健康发展研究院创始人兼执行理事长蔡江南近与中国医疗保险的对话中，谈了谈他的一些想法。

中国医疗保险：作为 2009 年新医改方案研究的参与者之一，您如何评价新医改的实施效果，哪些设计目标已经基本实现？

蔡江南：

新医改的成就是毋庸置疑的，医保覆盖全民、医疗效率提升、基

层就医更便捷、跨省就医结算更快、药品检查降价、因病致贫返贫减少……不过从“三医”角度来看，我以前经常在会议上分享我的观点，取得最重大的成果就是全民医保的覆盖，建起了世界上最大的医疗保障网，世卫组织也曾经对此进行称赞。

其次是近几年三医领域开展一些成效明显的改革。比如在医保领域，2018 年国家医保局成立之后又推出了新一轮的改革措施，让医保改革从原来以“扩面”为主的增量改革转变为以“提质”为主的存量改革，开始频繁地触动既有利益格局，不管是政策的发布还是执行层面上都是需要克服重重困难的，但确实成绩有目共睹。

药品、医疗器械领域的改革则主要是从 2015 年开始，在国家药监局的组织领导下，对我国的审评审批制度开展了一系列改革，这不仅对于推动我们国家的创新药研发、仿制药质量的提升，进而提升整个医药行业发展水平产生了重要意义，而且极大提升了我国人民群众的用药可及性。

医疗服务领域，十年来在医疗服务能力和医疗卫生条件上有了明显提升——医院规模扩大、设备更新换代、医务人员结构改善、医疗资源布局优化……中国在实现全民健康覆盖方面迅速迈进，基本医疗卫生服务可及性更加均衡。

中国医疗保险：但即便这样的，对于新医改的成效仍然存在很多争议，您认为哪些环节仍需要进一步完善或者变革？

蔡江南：

从改革的角度来说，我认为一些根本性、深层的体制机制的问题并没有得到彻底解决。其中比较明显的就是医疗服务领域的制度改革，这是我们国家医改当中的最大的难点，并且从某种程度上制约和削弱了我们在其他两个医领域(医保、药品)的改革。

比如我们谈了很多年的分级诊疗、强基层、使得老百姓看病能够方便、容易，提高医疗领域当中“以人为本”的医疗，这方面和最初的改革目标还是有很大差距。此外还有医疗机构和医务人员的收入、补偿机制，都还没有发生根本性变化，由此也使得医疗领域的一些顽疾无法彻底根除，如医务人员与药品、耗材、检查检验之间的利益链问题，优质医务人员特别是基层医务人员短缺的问题等等。

中国医疗保险：这些一直以来都是很多学者反复讨论的问题，这个堵点到底在哪里？

蔡江南：

这个堵点是思想上转变的不够充分，以及不愿意调整既有利益格局。因为需要发生利益格局的调整改变，要动奶酪、动蛋糕，这是很难的。尤其当这一部分奶酪和蛋糕是和政府有关部门、政府有关人员紧密相关的时候，相当于“要革自己的命”。

在现有的公立医院体制框架下，我觉得想要做彻底的变革很难，但即使再难，这些事情也一定要去慢慢推进，因为患者对于医改的获得感很大程度上来自于医疗服务领域，能够直接为患者带来实惠。

中国医疗保险：您认为在社会医疗保险体制的国家内，应当如何

平衡“政府”和“市场”的关系，“政府”应当发挥什么样的作用？

蔡江南：

我一直有一个观点，不光在医保、医疗领域，在其他领域的制度改革也适用。就是凡是市场、社会(如第三方公益组织)能够独立做的事，政府就尽量少参与；换个角度来说，政府要承担更多公共属性的职责，定制度、定标准、定规则。

具体到医保领域，政府应该更多在筹资、监管方面起作用；而在具体的经办、运营上可以尝试更多让市场、社会发挥作用，也就是“管办分离”。毕竟政府的编制、资金、收入都是有限的，很难将保险、精算、技术、信息专家纳入体制内，而商业化、社会化的机构可以按照市场法则，通过高薪资吸引到一流人才，从而能够用市场化的效率完成经办、运营等工作。

中国医疗保险：近两年的“医保”被赋予了越来越多的期待，“医保”是否已经承担了超出其职责范围的一些责任？哪些是需要其他部门或者社会组织更多参与？

蔡江南：

我同意这个观点。基本医保的主要功能定位是“保基本”，但近几年随着国民健康需求的提升以及社会舆论的影响，现在又被赋予了很多新期待，比如医药创新、养老和照护、罕见病患者保障等，在保障的方向上开始“向上走”。

但实际上，基本医保更多应该“向下走”，就像我刚才说的应该

更多关注市场、社会不愿意做或者做不了的方面，比如社会弱势群体，他们的医疗保障网还没有织牢；再者，一些因病致贫、因病返贫的情况仍然时有发生。并且，如果基本医保“向上”发展的过多，其实会挤压商业医保的发展空间，所以应当通过待遇清单的方式把基本医保的发展空间界定清楚。

对于刚刚提到的养老和照护、罕见病患者保障，则应该更多通过多层次医疗保障体系来实现。当然其中很多工作如筹资、精准保障等方面没办法单纯依靠市场、公益组织的力量，这时政府可以适当介入，充分发挥搭平台、建机制、协调组织的作用。

中国医疗保险：“十四五”是医保改革从控制总量过渡到调整结构的关键时期，从筹资到支付，您认为医保的“结构性调整”的关键点有哪些？

蔡江南：

说几个主要的方面。一是医保的支付应该把支付标准和价格区别开来。比如带量采购、医保谈判，政府的谈判应该是定的支付标准，而不应该是价格，价格更多应该依靠市场的力量决定。比如说政府通过谈判确定的价格是 100 元，但它的市场价格可以是 150 元，这 50 元的差额可以由第三方来（比如商业健康保险）来支付，或者有愿意用这些药的患者也愿意支付这个差额。这对于医疗服务提供方和医药产业的发展都是有利的，并且能够使得医保费用控制和医药产业发展之间的矛盾得到某种协调。

二是在医保领域中如何推行管办分离。这在 2020 年医保制度改革顶层设计的重磅文件《关于深化医疗保障制度改革的意见》中也有提到，“推进医疗保障经办机构法人治理，积极引入社会力量参与经办服务，探索建立共建共治共享的医保治理格局”。医保部门可以做一些探索，把部分经办工作交给市场化、商业化的第三方机构来做，推动医保经办效率、经办水平的提升。就像我前面说的，现在政府都把这些工作揽在自己手里，但缺乏编制和专业人才力量，很难把水平提高。

三是医保经办、研究的经费来源，这方面可能需要通过立法来实现。目前从世界范围来看，社会保险体制的国家基本都允许从收缴的医保保费中列支一部分同于经办相关工作的开支，这是合情合理的。而我国通过财政拨款的方式其实并不能完全保障经办机构的资金来源，一定程度上造成经办管理人员短缺，难以吸纳高质量、高水平的专业人才。

不仅如此，部分国家如美国，允许从政府收缴的保费中支出一部分比例用于委托高校、第三方咨询公司、医疗机构等开展医保相关研究，研究成果用于改善医保管理。如果使用得当，这部分资金为医保管理带来的收益是会显著高于支出的，并且也有助于减少政府部门与企业间的利益关联(如企业赞助研究经费)，希望在这方面多做制度探索。

[返回目录](#)

· 医药速递 ·

重磅政策出台，利好创新药企

来源：国家药品监督管理局药品审评中心

1、重磅政策出台

5月18日，CDE发布了关于药品专利纠纷早期解决机制相关专利信息登记平台公开测试等有关事项的通知，正式上线测试《中国上市药品专利信息登记平台》，标志着中国的药品专利链接制度实质性落地。



(图片来源：CDE 官网)



(图片来源：CDE 官网)

据了解，药品专利链接制度是指，创新药的药品注册申请人提交

注册申请时，需要进行规定范围内的专利登记；改良型新药和仿制药申请人，则应当声明涉及的原研药专利及其权属状态，并在规定期限内告知相关药品上市许可持有人和专利权人。

专利权存在纠纷的，当事人可以向法院起诉，期间不停止药品技术审评。对通过技术审评的药品，药品监管部门根据法院生效判决、裁定或者调解书作出是否批准上市的决定；超过一定期限未取得生效判决、裁定或者调解书的，药品监管部门可批准上市。

总的来说，药品专利链接制度是指将药品上市审批程序与药品专利纠纷解决程序相衔接的制度，而上市药品专利信息的公示制度是其重要组成部分之一。

无论是仿制药提交仿制药上市申请时，根据原研药的公示的专利信息作出不同的声明，还是药品监管部门根据仿制药不同声明以及专利挑战的结果，作出是否批准仿制药上市的决定，都离不开上市药品专利信息的公示。

可以说，上市药品专利信息登记平台的正式上线测试，为药品专利链接制度的施行奠定了可行之基。

2、鼓励新药研发

专利链接制度的存在意义有两方面，一方面通过授予专利权保护创新药，鼓励新药创新，另一方面允许仿制药企业在原研药专利到期之前展开仿制工作而不必担心因研究和申报而造成的专利侵权行为，鼓励仿制药企业发起专利挑战，从而促成仿制药尽快上市，避免原研

药企抱守专利。

这一制度的文件起源是，2017年5月国家食品药品监督管理总局发布的《关于鼓励药品医疗器械创新保护创新者权益的相关政策（征求意见稿）》，文件首次提出了“建立药品专利链接制度”，标题“保护创新者权益”的字眼已将文件鼓励创新目的表露完全。

而在专利链接制度之前，国内目前正在配套实施的是，2017年国家食品药品监督管理总局发布的用以登载上市药品信息平台——《中国上市药品目录集》。业内人士分析，这一政策的出台是为了满足“仿制药一致性评价”的要求，落实2017年10月中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于深化审评审批制度改革鼓励药品医疗器械创新的意见》的相关部署，目前仍发挥作用。

据了解，过去中国还没有药品专利链接制度时，2007年的《药品注册管理办法》就有相关“专利和独占权声明”的规定，但药监部门与国知局、法院等尚未进行职能上的链接，缺乏相应实施条例和办法，导致规定成为“空中楼阁”，行政审批难以落地和执行。

因此，中国药监局在评审仿制药时仅关注其申报材料的真实性和科学性，但不对其是否专利侵权做出评价和判断，导致不能在药品获批之前消除专利纠纷的隐患，产生了一些混乱。

此外，相较于国外医药行业已发展成熟的，通过合法解决专利壁垒实现仿制药提前上市的商业模式，国内由于没有完善的法律约束此现象并不多见。这显然不利于医药行业的创新发展。

有业内人士分析，此次药品专利链接制度实质性落地，标志着中国政府正在通过法规的完善来实现创新药和仿制药的平衡。

3、利好这些药企

近年来，我国鼓励医药领域的创新研发，政策对医药行业的导向，逐渐向提高效率、淘汰过剩产能、鼓励创新的高质量发展转变。一方面，通过带量采购节约医保费用，腾笼换鸟给创新药，另一方面，在审评审评中加大绿色通道，创新药上市的速度大大加快。

一系列利好政策之下产生了不错的效果，已经有越来越多的企业开始进行了创新，且投入很大，效果显著。

公开数据显示，医药制造业企业整体研发经费外部支出由 2011 年的 211.25 亿元增长至 2019 年的 609.60 亿元，年化复合增长率高达 14.15%。此外，2018 至 2020 这三年，国产 1 类新药上市进入收获期，共有 32 个上市。从年份上来看，2018、2019 年均有 9 个 1 类新药获批，2020 年大爆发，有 14 个上市。

从研发公司来看，近 3 年，恒瑞获批 1 类新药最多，有 4 个，分别是马来酸吡咯替尼、卡瑞利珠单抗、氟唑帕利和甲苯磺酸瑞马唑仑。豪森次之，有 3 个获批，聚乙二醇洛塞那肽、氟马替尼以及阿美替尼。百济神州、歌礼药业和和黄均有 2 个获批，其余均只有 1 个。

国家推动医疗行业的创新发展，对于这些创新药企自然是利好的，而其他企业想要搭上政策的顺风车，也要加大研发投入，积极开展创新研究。相信在未来我国的创新药产业会发展得越来越好。

生物药集采势在必行！两大难点 VS 五大对策

来源：医药经济报

国家医保局成立后，在药品带量集采工作中进行了多方政策探索，在化学药领域取得了明显的效果。接下来，带量集采工作将延续到生物药领域。虽然由于生物制药较为复杂，集采难度大，社会上也产生了诸多议论之声，但从政府相关部门的表态来看，这项工作的推进预期是明显的。

生物制药是医药产业未来的主流方向。随着化学新药资源的日渐匮乏，医药产业界将目光越来越多地投入到生物药领域。对于创新性强、技术复杂的生物药品，其是否适用带量集采，会产生哪些风险，需要如何防范和应对，都需要建立清晰的理论体系和全面的制度安排。

现状

患者、医保经济负担沉重

当前，随着诸多原研生物药的专利过期，生物类似药上市数量也在不断增加。据报道，我国有近 500 种生物类似药在研，到 2022 年预期有近 50 款上市。

相比化学药，生物药的定价普遍较高。由于生产和应用技术复杂，医药界普遍认为生物类似药和原研药并不完全相同，在疗效和安全性方面会有差异。

但是，如果将每款生物类似药都看作独家产品，那么其价格就会居高不下，从而给患者和医保带来沉重的经济负担。

“专利悬崖”不明显

目前国内药企如海正、信达、复宏汉霖等都有生物类似药产品，仿制了美罗华、赫赛汀、修美乐等知名原研药，其价格与原研品总体上差异并不显著，尚未形成明显的“专利悬崖”。

从这个意义上说，基于化学药带量集采的经验，推进生物药的带量集采，以促进市场竞争和价格回归，是有现实意义的。

难点

临床可替代性：集采的主要障碍

药品带量集采的本质，是将临床上互相可替代的药品放在一起竞价，价低者赢得市场，从而促使厂商尽可能报出低价，以实现购买方的价值追求。由此可见，带量集采能够得以实施的关键，是同组竞价的药品必须具有临床可替代性。也就是说，中标产品要能够替代未中标产品在临床上使用。

可以理解，如果集采竞标的药品互相之间不能替代，那么中标药将不能完全满足临床需要，对医疗工作将形成阻碍。同时，如果不同质量的药品可同组竞价，则低质产品很可能凭借低价淘汰高质产品，形成“劣币淘汰良币”，最终市场上存活下来的将都是低质药品。

由于生物药的技术含量高、工艺复杂，在生物药带量集采中确保临床可替代性就显得越发重要。很多专家指出，由于生物药的复杂性，

生物类似药通常无法完全复刻原研药的制造工艺，最终在疗效和安全上可能存在差异。这种顾虑，是阻碍生物药开展带量集采的主要障碍，也是医药产业界热衷于投资生物药品研发、并设定较高市场售价的底气所在。显然，如果不能克服这个困难，那么生物药的带量集采是很难顺利推进的。

供应问题：生物药比化学药压力大

药品带量集采的另一个重要因素，是中标药品的产能供应问题。带量集采的核心理念是“以量换价”，购买方拿出巨大的未来销量，来换取厂商尽可能低的报价。这其中就可能存在矛盾：报价越低越容易中标，而厂商成本压力越大，需要完成的供应量却可能越高，从而出现供应困难的风险就越大。

在生物药领域，由于工艺复杂，其产能和供应的压力就会比化学药更大，风险也会更明显。因此，产能问题也将是阻碍生物药带量集采的重要因素之一。

对策

当然，虽然生物药的带量集采存在一些困难和风险，但相关政策考量和制度设计也一直在推进中。

1、生物药相似性综合评价

首先，对于集采竞标药品的可替代性问题，目前已经有了政策进展。众所周知，化学药带量集采中采用了“一致性评价”方法，即：化学仿制药和参比制剂开展生物等效性研究，证明了等效才能获得集

采入围资格。由于生物类似药难以开展此类评价研究，因此被认为难以跨越这道关隘。

但是，现实中一致性评价主要应用于化学药的国家集采层面，在各地集采试点中往往超出了这个范畴，对未过评药品进行集采。各地试点中，采用专家审评、质量打分、综合评价等多种技术手段来设定集采药品的入围标准，也取得了集采的推进。这说明带量集采并非一定要遵循严格的“一致性评价”，其他评价工具也可以适时采用。

为推进生物药研发、采购和处方等相关工作，国家药监局药品审评中心于 2021 年初发布了《生物类似药相似性评价和适应症外推技术指导原则(征求意见稿)》，在其中提出了生物药相似性评价的概念，即：基于药学研究、非临床研究、临床比对研究等多方面证据，对生物药进行综合评价，从而确定生物类似药与原研(参照)药的整体相似性。

这个文件的发布，为生物类似药的替代性评价和进一步的带量集采奠定了基础。未来，基于专家综合评价证明有相似性的生物药和生物类似药，可以在临床上互相替代，就可以顺利开展带量集采工作。

2、生产、存储、使用严格监管

基于化学药带量集采的经验，除了一致性(或相似性评价)，对于集采中标药品，管理部门还将对其生产、存储、使用等环节进行严格监管，确保药品质量安全；药品不良反应监测平台也将对集采药品相关不良反应进行严密监视，发现问题将及时预警。

这些管理措施，也都可以应用于生物药带量集采中，以确保集采药品的质量可靠性和用药安全性。

3、规定入围产品和厂商的资质

对于生物药的产能供应问题，在带量集采工作中也有政策思路可以借鉴。在化学药和医用耗材的带量集采中，管理者对入围产品的资质有明确的规定，尤其是医用耗材(冠脉支架)集采试点，选择了市场上销售量较大的成熟产品和厂商。

因此，对于生物药的集采，预计对入围产品和厂商的资质和供应能力也将有全面的考量，以确保中标后的持续供应。

4、与厂商签订严格的供应合同

另一方面，集采中标厂商需要和管理部门签订严格的供应合同，才能获得中标资格。合同中将明确中标厂商必须保质保量地进行供应，否则会基于约定条款进行惩罚。这也就规范了厂商必须量力而行地进行集采竞标，中标后必须保证供应。

这些合同约束措施预计也会应用于生物药带量集采，以保证中标产品的保障供应。

5、对某些产品进行特定采购方法

考虑到生物药品的复杂性，其带量集采工作也需要有灵活的政策设计。虽然集采的理论核心是“同质化可替代产品的同组竞价”，但也有专家认为不同品牌和厂商的产品始终存在差异，单纯竞价并不适宜，因此提出了“一品一策”的政策思路。由于药品种类众多，每个

产品都单独制定方法的成本太高，但对于某些具体产品进行特定采购方法，是可以考虑的。

对于生物药品，如果某些品种特殊性较强，其生物类似药的可替代性不足，也可以考虑对其进行单独谈判和定价，制定单独的集采措施。如此，才能在开展集采的同时，更有效地规避风险，保护患者的利益和临床用药需求。

结语

随着化学药品带量集采工作的推进，生物药品的带量集采也将逐步开展。虽然由于生物药的复杂性，其带量集采存在一定的风险和阻碍，但为了更有效地使用医保基金，实现有价值的购买，这项工作的推进是有其必要性的。

目前生物药领域已经建立了相似性评价的思路，并且有化学药和医用耗材带量集采的既往经验可做参考，相信生物药的带量集采工作也将建立适宜的制度体系，获得顺利开展。

[返回目录](#)

• 他山之石 •

紧扣中国老年人的 3 大核心需求，浅析 4 种养老社区开发方向

来源：火石创造

根据国务院第七次全国人口普查数据，目前我国 60 岁及以上老年人口数量已达 2.6 亿人，占比总人口数量 18.7%，人口老龄化程度

不断加剧，催生养老服务需求快速增长。

当前，我国养老机构、养老社区仍存在较大数量缺口，服务水平、服务质量、服务专业化程度仍存在较大提升空间。与此同时，老年人的价值观、消费观与生活方式在不断更新，老年人的消费需求正朝着高层次、高质量、个性化等方向发展。

随着养老产业的持续蓬勃发展，未来我国养老社区将朝着专业化、规模化、精细化、多样化等方向升级，进一步满足老年人多元化养老生活方式的需求。

养老社区是指将养老养生理念与传统房地产开发相结合，从规划、建筑、装修、园林景观、运营服务等方面进行全方位适老化布局与设计，为老年人提供具有良好居住环境、便捷生活服务、完善医疗保障的住宅社区。

构建理想养老社区的关键是精准把握老年人对于生活方式的关注点。中国老年人在生活方式的选择上有三个重要关注点：纽带关注、生命关注和自由关注。纽带关注是指关注基于血缘关系的家庭化生活方式和基于熟人关系的社区化生活方式，生命关注是指关注围绕健康保障、生命延续展开的生活方式，而自由关注则体现在对个体心理愉悦、精神自由的强烈追求。

不同区域、不同文化背景或不同生命阶段，老年人的关注点会在以上三者之间偏移变化。根据老年人对不同生活方式的关注和选择，国内养老社区大体包括全龄混合社区、专业护理社区、养生度假社区、

城市活力退休社区四种开发方向。

01 全龄混合社区

全龄混合社区也叫隔代亲情社区或跨代亲情社区，主要针对 60 岁以上老年人“老有所养、老有所医、老有所教、老有所学、老有所为、老有所乐”的纽带关注需求，以全生命周期为主线，以全年龄段人群为目标客群，营建适宜全年龄段客群混合居住的大型成长型活力社区，打造居住人群的第一居所所在地。

一般多布局于城市近郊位置，配置各类养老设施、教育设施等综合性配套设施，满足全年龄段人群的多样化生活服务需求，并通过持有、委托运营等方式提供持续服务。

全龄混合社区主要包括以下三种服务方式：

1. 家庭居家养老服务主要面向自理老人，以家庭适老化住宅为载体，由家庭成员提供养老资源，自然实现保障功能，自然完成保障过程，自然形成代际之间的经济转移。相对于社会养老而言，家庭养老促进代际交流，更能给予老年人精神归属感。多采用产权销售为主、租赁为辅的方式。

2. 社区居家养老服务具有社区日间照料和居家养老支持两大功能。主要面向家庭日间暂时无人或无力照护的社区半自理老年人，以养老公寓为载体，采取上门服务的形式，收取抵押金+月租赁服务费，提供生活照料、家政服务、康复护理、医疗保健、短期托养、安全援助、精神慰藉等服务。

3. 机构养老服务主要面向失能、半失能的老年人，以老年护理院为载体，采取内设医疗机构或与专业医疗机构合作的医养结合方式，收取抵押金+月租赁服务费，提供生活照料、医疗保健、康复护理、紧急救援、临终关怀、精神慰藉等专业性服务。

全龄混合社区投资规模大、建设周期长，无论是各类配套设施产品的组合、多功能复合型空间规划的落位，还是整体运营操盘的能力，都很考验开发方的综合实力。

代表案例：良渚文化村·随园嘉树随园嘉树位于杭州良渚文化村内，距离杭州市中心 20 公里、半小时车程。随园嘉树占地 100 亩、建筑面积 74580 m²，包括活力长者社区(16 栋健康公寓)、1 栋护理中心以及集中式养老配套。

随园嘉树主打社区邻里型养老模式，其核心要点是老人摆脱对子女的依赖，但不脱离社会和子女，引导老人进入一种全新的邻里关系，慢慢沉淀成社区文化，并最终打造成为项目名片。活力长者社区面向健康活力老人，提供 24 小时管家式服务，护理中心主要面向中风康复、术后康复、失能老人，引进澳大利亚长者护理理念，与浙大附属邵逸夫医院、杭州 128 医院、胡庆余堂等多家医疗机构达成战略合作，提供医疗、康复、个性化护理服务。

此外，完善的配套服务也是随缘嘉树一大王牌。作为良渚文化村的一部分，随园嘉树既可享受到丰富的自然资源，又可借力于完善的城镇级大配套环境，同时自身作为养老服务配套，也成为完善社区配

套服务的重要组成部分。“金十字”养生休闲区是随园嘉树的服务配套区域，集中提供文娱、学习、商业等功能，包括餐厅、健身房、便利店、咖啡吧、老年大学等，其中健康管理中心作为社区级医疗配套，联合随园护理院，以及浙一医院良渚门诊部、浙江省老年病医院，构建了从小病门诊到大病急救的三级诊疗体系。

目前，随园嘉树已形成居家、社区、机构养老的产品闭环，搭建起一套独立的养老开发服务体系，并已输出到 40 多个点为机构养老提供运营服务。

02 专业护理社区

主要针对有一定照护需求的老年人，提供完善的专业护理医疗服务，满足其强烈的生命关注需求。一般包括两种开发形式：一种是项目坐落于主城区，土地产权不可变现，规模较小，投资较高，周边或自身配建有优势医疗配套设施，老人客源较充沛，产品具备较高溢价能力，持续盈利或获得中长期回报机会较大；另一种是项目坐落于近郊，规模较大，需自身配建强势医疗资源，盈利模式通常为高额会员费/押金+月服务费用。

专业护理社区前期医疗、养老等配套设施要求高、投入大，高额会员费/押金可能导致前期项目入住率偏低，因此对开发方的资金规模和运营能力均提出了较高要求。

代表案例：重庆一院青杠老年护养中心重庆青杠老年护养中心位于重庆市璧山区青杠街道，由重庆医科大学附属第一医院投资兴建，

是国家发改委批准、正在运行的全国第一家大型公立医院主办的养老机构。护养中心占地面积 1073 亩，设置养老床位 3000 张、医疗床位 1000 张，由普通护养区、临湖护养区、临湖疗养楼、学术交流中心、老年医院、护理职业学院等组成，全部建成后，将成为集养生文化、康复理疗、医疗护理、休闲娱乐等功能为一体的重庆市首家大型五星级综合性养老机构。

依托于重庆医科大学附属第一医院、老年医院、护理院，青杠老年护养中心实现了医疗、护理、养老、康复的全程无缝连接。老年医院开通“绿色救治通道”，当护养中心的老人出现严重病情时，24 小时待命的救护车可在第一时间将老人转往重医附一院本部，相关科室会无条件提供床位，保障老人的安全和健康。护理院则是全国大型公立医院下属第一家，主要收治处于急性病恢复期、因慢性病需要长期康复照护和有认知障碍的老年人、肿瘤晚期患者，以及因其他原因导致长期卧床、生活不能自理、处于失能或半失能状态的老人。

普通老年护养区主要面向自理老人，老年公寓则入住居家养老老人，高级护养区及临湖疗养楼可满足有特殊需求的老人及家庭，护养中心每月还对老人的健康状况进行评估，向老人家人提交健康报告，同时提供专业的医疗、康复和保健服务。康复治疗中心将物理治疗、语言治疗、骨质疏松治疗、熏蒸治疗、运动治疗等国外先进治疗理念与针灸、火罐、按摩、磁疗等中国传统治疗方法相结合，为老人提供个性化的功能训练、康复理疗。

03 养生度假社区

主要针对低龄健康老年人及其家庭，提供相应的养生养老服务，满足老年人的自由关注需求。多布局于自然人文资源丰富的旅游目的地，或气候、环境较好的城市远郊，配建基本医疗保障和完善休闲养生设施，打造老人及其家庭的第二居所或候鸟式养老居所。也可配置自我中心化的强势医疗资源，兼顾介助/介护老人的康复需求。项目规模不受限制，既可以是小型养老酒店、中型度假村，也可能是大型一站式养生目的地。

养生度假社区的开发关键点在于巧妙利用在地生态资源、深度挖掘文化元素，打造特色而具有差异化的养生度假主题，在此基础上进行文化内涵渲染与意境营造，并通过具体养生项目的设计来进一步强调与突出主题。

代表案例：雅达国际健康生态产业园雅达国际健康生态产业园位于浙江桐乡乌镇，背靠乌镇 5A 级景区，是雅达国际在国内投资建设的首个复合型休闲健康养老主题园区。园区充分利用现有自然环境要素，突出“阳光、空气、水系、植被、水鸟”的生态主题，建筑布局巧妙结合地形、依水就势，保持人工环境与自然环境相协调。

园区占地面积约 1500 亩，整体划分为休闲度假、健康医疗、养生养老三大组团，设置雅达国际康复医院、颐乐学院(老年大学)、乌镇雅园(自助养老社区)、雅达银龄汇(老年用品展示区)、松龄雅达医养中心、乌镇达园(高端休闲度假区)和 Alila 国际度假酒店等板块，

全产业链打造“轻康养”文旅度假休闲养老模式。

除了生态休闲、文化旅游等度假式养老体验，无处不在的人性化适老化设计、独创的学院式养老新模式以及康复与护理相结合的医疗配套也是其亮点所在。

园区对养老社区内所有建筑均做了特殊的适老化设计与处理，例如为保证老年人的居住安全，所有通道均为无障碍通道，餐厅、客厅、卧室、卫生间均设有安全呼叫按钮，房间内所有家具、窗台角均为圆弧形，此外，风雨连廊、自动感应门、加宽楼梯、降低台阶高度等诸如此类的精细化设计几乎遍布各个角落。

学院式养老的核心配套即颐乐学院，也是国内最大的老年大学。颐乐学院占地 150 亩，总建面 3.5 万平方米，由 14 栋彼此独立但又有风雨连廊联通的小建筑群构成，总体按照书院建筑形制布局。课程大纲由颐乐学院和杭师大共同研发，目前已设计健康养生、人文社科、艺术、休闲体育、生活五大系 72 门课程和 85 项活动供学员选择。此外，还配建有几十亩的颐乐农场，老人们每年花 500 元，就能拥有 15 m²的小天地。

医养结合的产业模式是园区运营服务的价值重点。雅达国际康复医院引入德国高端康复医疗品牌 Medicalpark，专注于神经系统疾病、骨科疾病、运动损伤和亚健康人群健康管理等康复治疗服务。国际养老护理中心则为半自理老人和全护理老人提供订单式护理服务。

雅达国际健康生态产业园以老年人中心，“颐、乐、学、为”

多维度关注老人精神世界，配合各种顶级设施，最终打造成为中国最文艺的养老目的地，实现老有所养、老有所学、老有所医。

04 城市活力退休社区

主要针对高知高收入的低龄健康老年人，提供全方位、高品质的“Lifestyle”生活方式服务，满足其子女不在身边、不愿意离开原居住区域但又希望过上优质养老生活的综合关注需求。项目一般小而精，房间数量控制在 200~500 间，多以高端养老公寓的形式，分布于经济发达城市的主城区，周边交通便利，高端医疗配套齐全。针对目前中国城市发展情况，位于主城区的仓库、厂房以及经营不善的酒店，其地段价值高、取地成本低，可考虑通过城市旧改或升级再造的方式，对其配套设施和服务全面升级，适度配置医疗和健康配套，转型改造成为高端养老公寓。

城市活力退休社区目标客群基数较小，且适合开发的城市较少，因此相当考验开发方的运营资源和团队引入能力以及精准定位客群能力。

代表案例：韩国顶级老年公寓 TheClassic500TheClassic500 位于首尔广津区紫阳洞，紧邻韩国知名大学建国大学，距离城市森林公园仅 2 公里，地铁 2 号线和 7 号线交汇于此，交通便捷，周边方圆 500 米遍布乐天百货、乐天影院、艺术中心等生活休闲场所，生活极为方便。项目由建国大学财团开发及运营，与建国大学共享医疗、教育配套。

与传统观念里的老年公寓低密化、低层化的设计理念截然相反，TheClassic500 由地下 6 层、地上分别为 50 层和 40 层的高层组成，致力于打造城市地标型建筑。

项目主要面向企业家、律师、教授、艺术家等韩国最顶级的高知高收入老年群体，提供五星级酒店的服务水平和配套，配置 24 小时医疗护理中心、SPA 健身中心等专用的养老服务设施，定期举办丰富、高质量的老年文体活动。

项目收费昂贵，5 年入住期限内每户保证金高达 8.8 亿韩元(折合人民币 500 万元)，每月固定的管理费、生活费、餐饮费等费用人均约 200 万韩元(约合人民币 11400 元)。但凭借便利的地理位置、齐全的配套设施、绝佳的居住环境，项目开业五年即实现 100%入住率且供不应求。

[返回目录](#)

从用户需求出发，医药电商打造专业服务型医药零售及营销新模式

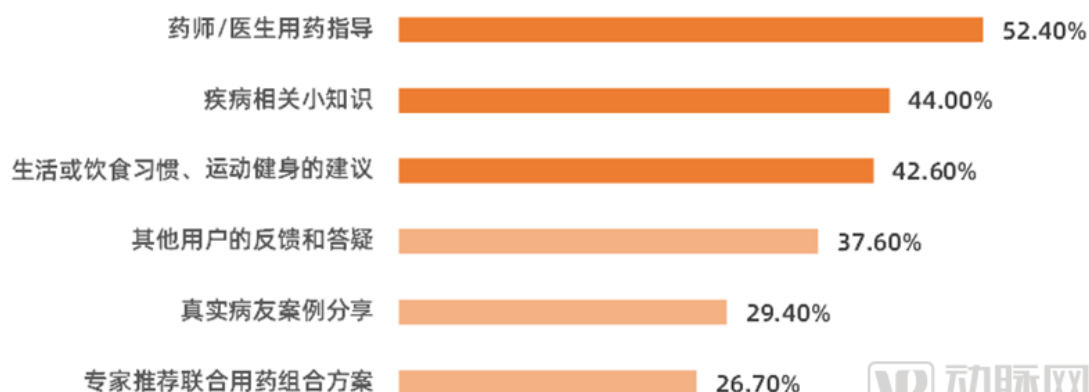
来源：动脉网

作为一种互联网时代下新兴的药品消费途径，医药电商已经经历了多年的快速增长。医药电商市场的不断扩大，代表着用户对于线上购药这种新兴模式的认可。从目前的发展趋势上看，医药电商的市场规模仍然保持着强劲的增长态势，并且在短时间内不会消退。

用户的购药环节大规模转入线上后，与购药配套的诊疗服务也需要相应的由线上提供，这样才能满足用户在购药指导方面的需求。因

此医药电商需要进一步构建自己的诊疗服务能力，才能应对用户在诊疗需求方面的提升。

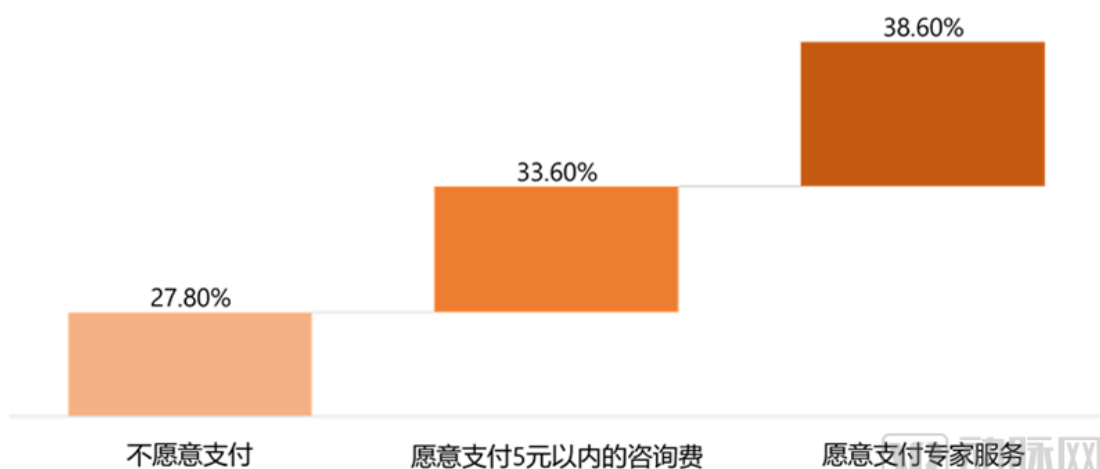
附加服务关注度



数据来源：医药电商用户调研

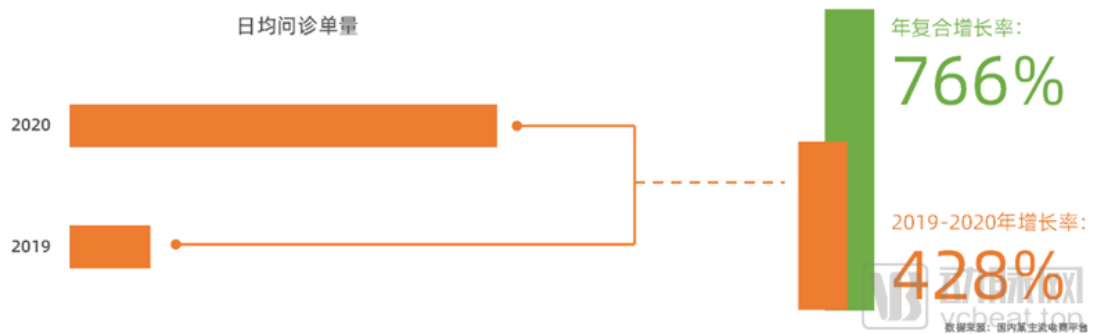
经过一番疫情的洗礼，用户对于线上诊疗的认同感得到了明显的加强。有超过一半的用户在调研中表示会关注医药电商平台上提供的“药师/医生用药指导”。这说明首先从用户的基础需求上，用户是需要医药电商平台上获得相关诊疗服务的。

用户对网上咨询医生的付费意愿

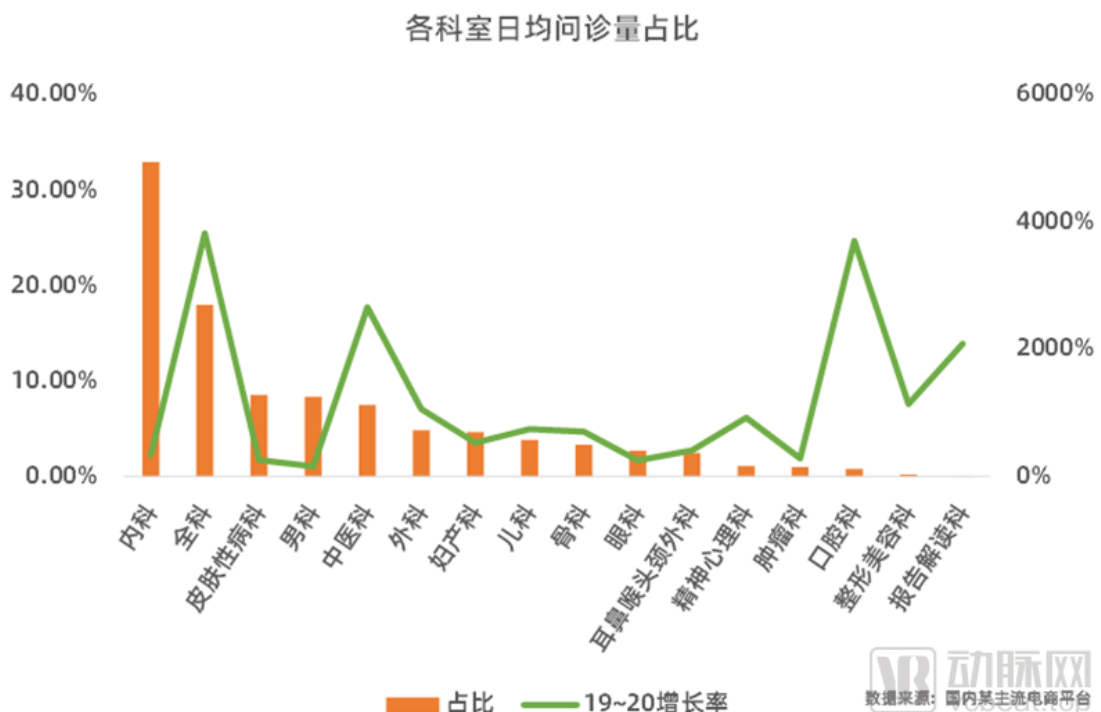


数据来源：医药电商用户调研

其次，用户不仅需要服务，而且对诊疗服务付费也表现出积极的态度。从目前的用户调研情况上看，有超过 70%的用户愿意支付相关的咨询费用，并且有接近 40%的用户群体愿意支付相对较高的金额选择专家服务。



从医药电商提供的诊疗服务数据上可以明显看出，用户对于线上问诊的认同感已经在 2020 年的疫情中转化到了实际的问诊量上。



2020 年国内某主流医药电商平台提供的问诊服务，较 2019 年增长了 428%。医药电商在疫情期间不仅承接了药品供应的责任，同时

也承接了大量的线上问诊需求，使问诊量达到新的里程碑。

从科室分布上看，线上诊疗更易实现或更有优势的科室已经承接了大量的诊疗需求，同时保持着较高的增长率。内科和全科是典型的适合线上诊疗的科室。内科诊疗主要通过病史询问加上用户上传的一些检查资料，在线上也可以正常开展；全科则是覆盖了常见病、多发病和一般急症的多面手，是患者在科室选择不明确时的第一选择。

由于疫情的催化作用，一些此前占比较低的科室在诊疗量上也发生了明显增长。因此在后疫情时代，医药电商可承接的线上诊疗需求尚未被完全释放，未来还有很大成长空间。

互联网复诊续方，实现慢病患者一站式解决方案

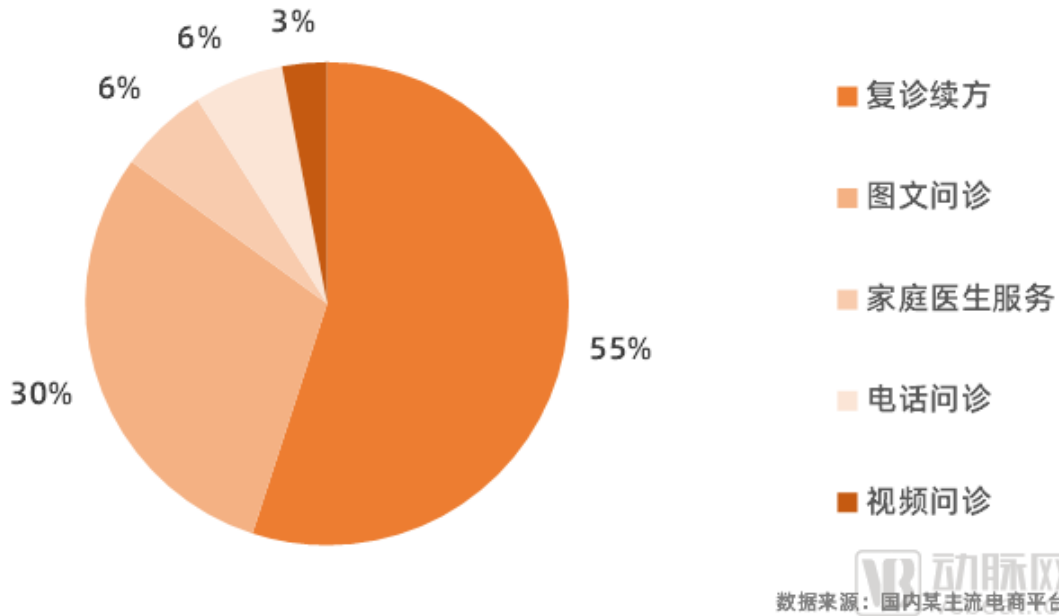
在互联网诊疗中，获益最明显的就是复诊患者。复诊患者已经经过医生首诊给出的基础判断，患者的病情发展相对容易掌握，很多情况下患者的后续用药也不会发生明显变化。因此复诊活动更加具备在线上开展的可能性。

医生只通过与患者之间的线上沟通，就能基本掌握患者的疾病进展情况，在线上开具复诊处方。

政策也因此将互联网诊疗主要规范在复诊阶段。从 2018 年的《互联网诊疗管理办法(试行)》开始就强调了“不得对首诊患者开展互联网诊疗活动”。

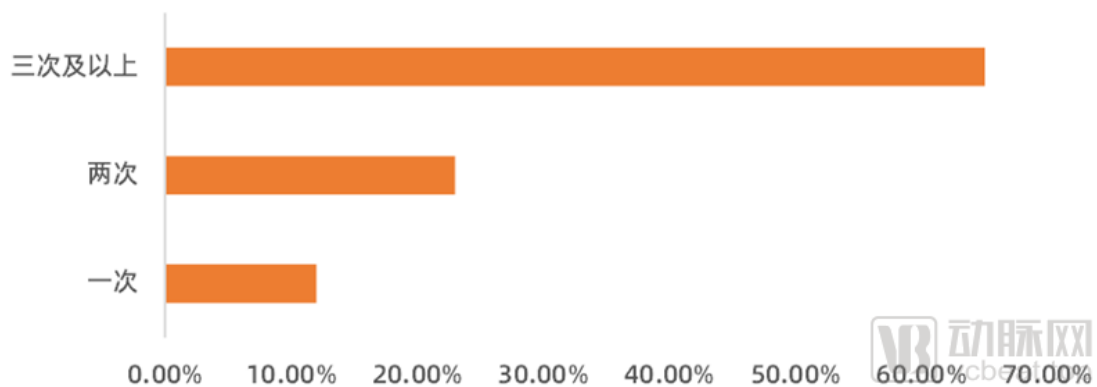
随着疫情带来大量的线上诊疗需求，互联网复诊正加速形成规范体系，整体市场持续扩容。

各类问诊服务使用占比

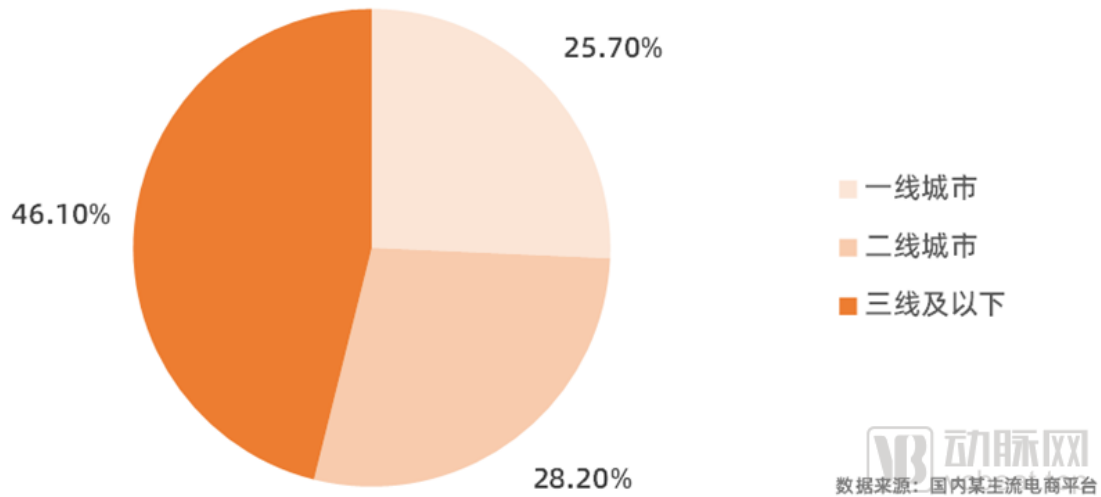


医药电商的诊疗服务也指明了同样的方向。复诊续方成为了用户在医药电商平台上使用最频繁的问诊服务类型，占比超过 50%，将以图文问诊为主的轻问诊彻底甩在身后。医药电商平台上的复诊患者如今已经享受到了复诊续方+线上购药的便利，引来越来越多的复诊患者通过这一途径完成自己的长期慢病管理。

肿瘤药物用户每年购药频次分布



肿瘤药物用户地域分布图



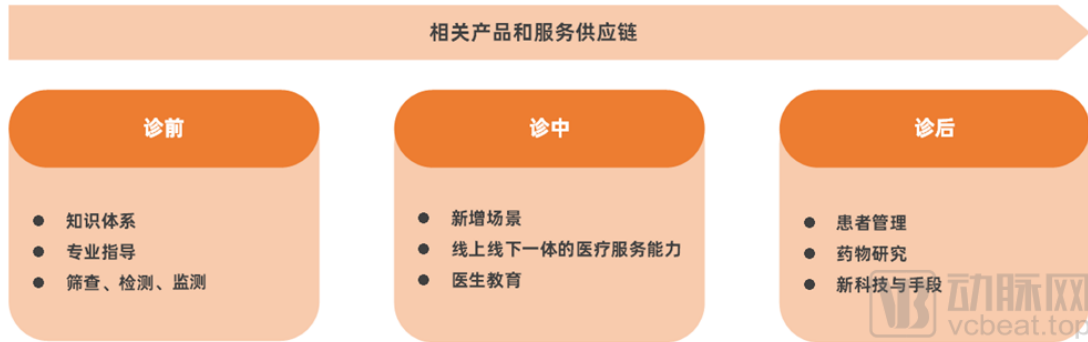
以肿瘤药物用户为例，在医药电商平台上购买肿瘤药的用户中，有近 70% 的用户平均每年购买肿瘤药三次及以上，表现出极高的用户黏性。而且这些用户中有接近一半来自于三线及以下城市，也就是近年来引发广泛讨论的基层市场。

肿瘤药很多属于新特药，新特药在基层市场中的供应一直存在比较大的缺口。新特药在基层的用量有限，并且储存要求高，基层医疗机构、药店一般不会稳定供药。用户即使拿到了医生开具的处方，在居住地就近医院及院边店也买不到。这种供需之间的不平衡就成为了医药电商切入肿瘤药市场的关键。医药电商受地域限制低的特点在肿瘤药供应的场景中的得到了充分体现，并就此打开了巨大的下沉市场。

线上诊疗切入，专业服务型医药零售及营销新模式形成

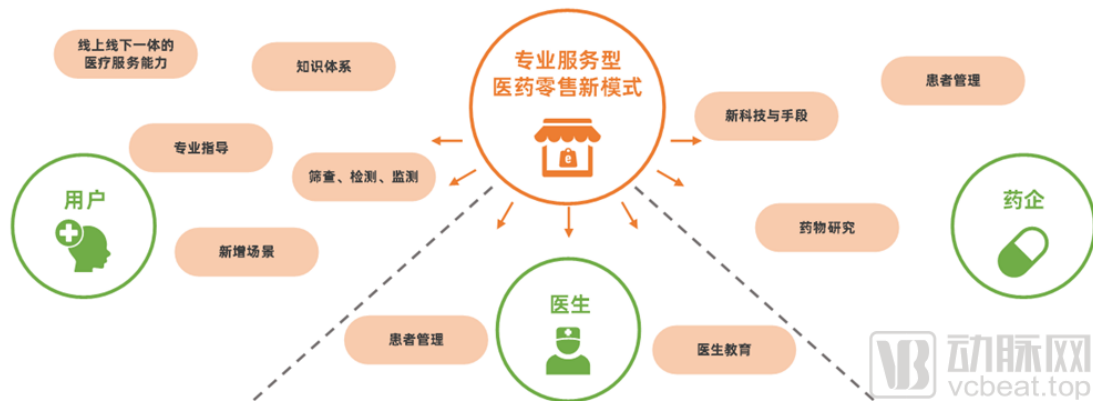
随着第一批医药电商核心用户群体的产生，用户对医药电商提出

了更多购药之外的需求。在以往的商业模式中，医药电商已经建立了自己的药品供给能力和药品配送能力，而用户的新需求则聚焦在了线上问诊环节，希望能够通过医药电商实现问诊与药品购买之间的无缝衔接。



线上诊疗的加入，使得医药电商为用户提供的服务不再仅限于买药和配送。围绕着医药产品和服务供应链形成的“诊前-诊中-诊后”全流程覆盖构成了医药电商的新模式——以患者为中心的专业服务型医药零售。

这种新模式的出现对于不同需求的广泛用户群体均有着不同程度的购药体验提升。



在偏向于自我诊疗的 OTC 产品方面，患者教育和平台传递的正确

健康观念，可以有效提升用户自我诊疗的准确率；处方药方面则在线上连通了医生与患者之间的沟通链路，尤其对复诊患者有明显的助力作用。

未来，这种专业服务型医药零售及营销新模式将成为医药电商产业的“标配”，始终围绕着用户的需求提供解决方案。对于用户未来继续产生的新需求，医药电商的新模式也将继续覆盖，以长期可持续的服务理念，为用户提供全方位的医疗健康保障。

[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