

# **南京市智慧医疗 投资运营服务有限公司**

**新员工入职学习资料（初稿）**

# 目录

第一章 公司介绍.....	1
一、公司背景.....	1
二、组织架构.....	1
第二章 公司产品及服务介绍.....	4
一、产品及服务定位.....	4
二、公司产品介绍.....	4
1. 医保移动结算服务.....	4
2. 商保直赔快赔服务.....	5
3. “先诊疗后付费”服务和医疗个人消费信用贷产品.....	6
4. 商业健康险城市产品集.....	7
5. 互联网医院.....	10
第三章 行业介绍.....	13
一、医疗.....	13
1. 医疗服务体系发展历程.....	13
2. 医改新时代.....	14
3. 互联网+医疗健康.....	16
二、医保.....	19
1. 组建国家医疗保障局的目标和用意.....	19
2. 新机构成立后的动作.....	19
三、医药.....	21
1. 医药市场格局被颠覆，两大巨变催生新五角博弈.....	21
2. 国内医药零售行业发展预判.....	26
3. 药品销售新模式——处方外流.....	28

# 第一章 公司介绍

## 一、公司背景

2015年8月，市长办公会下发《市政府办公厅关于转发市发展改革委市卫生局〈南京市智慧医疗项目建设实施方案的通知〉》（市政办发[2015]91号），明确由南京市发改委牵头，协同南京市人社局、南京市卫计委、南京市紫金投资集团，承担我市智慧医疗市场化、产业化建设运营等相关工作。

经充分论证，2017年11月26日，成立了南京市智慧医疗投资运营服务有限公司，注册资本5000万元（南京信投占股比51%）。公司围绕“新三医（医疗、医保、医药）”联动，形成以一个国有控股公司和管理核心，多个社会化专业机构为服务延伸的南京市智慧健康服务生态圈。

公司在《智慧南京十三五规划》和《南京市智慧医疗建设实施方案》纲领的指导下，以支撑医改、提升行业、服务民生、产业发展、创新服务为基本原则和框架，探索与实践应用模式及商业服务，形成内涵广泛的南京智慧医疗体系。

公司围绕“新三医（医疗、医保、医药）”联动，积极探索、推进医疗信息产业化发展，同步进行医疗服务商业模式和技术模式创新，构建一个“1+N”模式的，以国有控股公司为核心、多个社会化专业机构为服务延伸的智慧健康服务生态圈。

## 二、组织架构

根据南京市智慧医疗投资运营服务有限公司定位、业务目标和运营管理需求，公司组织架构设置如下：



**业务合作运营部：**建立准入机制，通过招标、授权、委托等方式，与社会上各类健康服务专业化机构进行资本、业务、项目等各种形式的合作。将所需的医疗服务专项机构纳入南京市智慧医疗体系，对各专项子公司进行管理、考核。

**业务拓展部：**负责对接各类、各层次医疗公共服务和社会化服务需求，推动具体项目的需求调研、方案设计和落地实施，对项目进行本地推广和外地拓展。

**项目管理部：**负责医疗健康卫生数据运营管理平台和医疗服务信息化基础环境的顶层设计、搭建、维护、管理等工作，对公司实施的各类项目、与各专项子公司合作、共同开展的相关项目进行技术支撑、管理和监督。

**综合管理部：**负责公司日常行政、人事、商务等支撑工作。

**软件开发部：**负责公司产品、项目的规划、实施、维护；并承担产品、项目的质量审核和管理。

**研发部：**研发部使命是形成公司有竞争力的产品，从技术层面上辅助提高项目开发的效率和质量，利用区块链、大数据、人工智能等先进技术，帮助公司为老百姓提供更好的医疗服务。

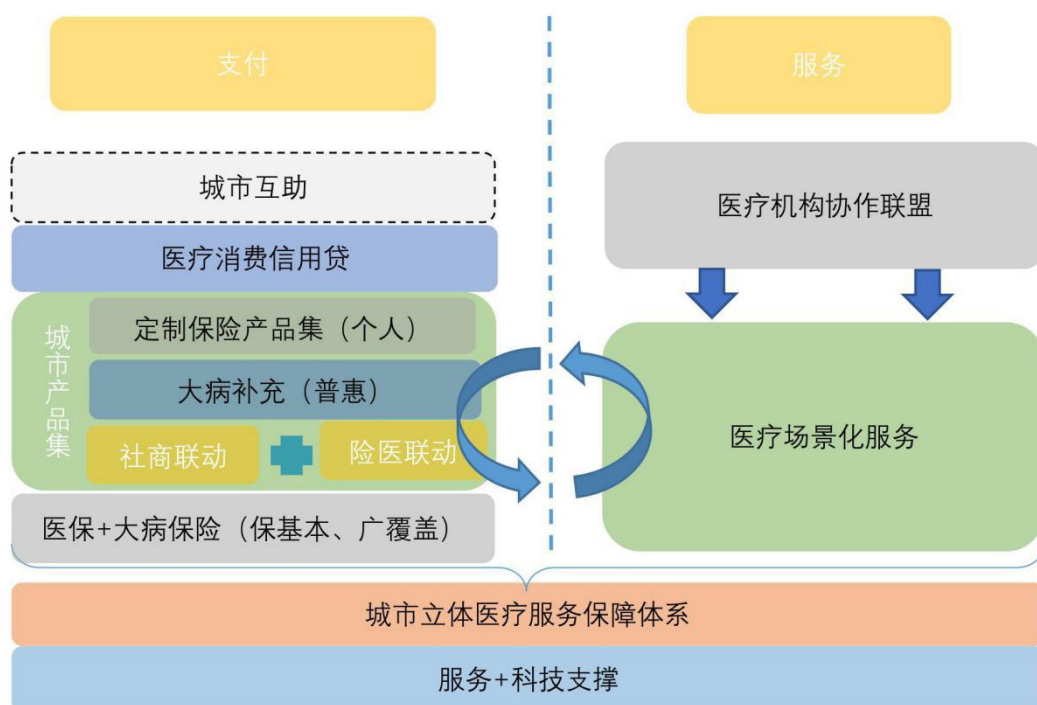
部门主要承担公司项目研发和技术研发工作。项目研发工作重点主要针对公司产品及重点、疑难项目，形成公司有竞争力的产品和解决方案，同时支持市场和项目立项工作；技术研发工作主要针对公司基础平台和框架，以便提高项目开发效率，形成公司技术积累和技术储备。

**财务部：**开展财务会计工作，组织编制财务报告及制定公司预算、财务收支计划、信贷计划，并组织实施；组织进行财务成本计划完成情况的分析，提出改进措施或建议；参与公司的生产经营、业务发展以及投资方案的重大经营决策。

## 第二章 公司产品及服务介绍

### 一、产品及服务定位

公司整体业务定位以居民为中心，通过“社商联动（医保与商保联动）”+“险医联动（商业保险与医疗健康机构联动）”，为城市提供商业健康险产品集，和对应的医疗健康服务，解决老百姓看病支付能力弱和无法获得高质量医疗服务的痛点，构建城市级的立体医疗保障体系。



### 二、公司产品介绍

#### 1. 医保移动结算服务

##### （1）产品介绍：

随着医疗服务的改善和移动支付的发展，通过手机等移动端支付诊疗费用已较为普及。智慧医疗“医保脱卡支付”项目，直接接入各医院 HIS 端口，通过“我的南京”等客户端，实现医保、自费项目一

键支付，免去了用户必须携带医保卡、必须现场挂号、必须多次排队缴费的问题，节约患者时间，优化就医体验，打通医院多个使用场景，节约时间成本。

## 2.商保直赔快赔服务

### （1）产品介绍：

商保直赔快赔服务通过商保平台搭建医疗机构与保险公司的交互桥梁，实现商业保险用户离院即实时结算的业务模式，全程实现电子化在线核算，无需线下传递纸质报销单据和发票，做到入院即报案，出院即结算的新型商业保险报销模式。该服务实现了医疗机构信息系统和保险机构理赔系统之间的实时对接以及患者就诊数据的实时共享，同步实时反馈保险公司核赔信息，实时结算。让数据多跑路，老百姓少跑路。创新区块链技术在医疗+保险行业的应用，确保患者数据在安全、可信、授权、加密的模式下使用，真正做到可用不可见。

商保直赔快赔服务流程如下图所示：



商保直赔快赔服务**对于患者**而言，不仅免去了患者漫长复杂的商保理赔流程（报案、整理发票、递交材料等），更提高了患者的资金流转率，直赔秒赔，快赔最快当天到账。让商业保险“更接地气”。极大地方便患者就医、提升患者就医体验。

**对于医院**而言，通过提供该服务，能够体现医院以患者为中心的服务意识，提升医院品牌形象，为医院导流更优质病源开拓渠道资源。

**对于保险公司**而言，借助该平台，不必再将纸质材料翻译成电子材料，缩短了理赔周期的同时，提高了数据的准确性，能够快速完成理赔金的转账支付，从根本上实现了防范虚假理赔、保险欺诈等风险。

### 3. “先诊疗后付费”服务和医疗个人消费信贷产品

#### （1）产品介绍：

“先诊疗后付费”服务是指，患者在就诊、住院过程中，不用频繁排队缴费，待所有诊疗结束后再支付费用，减少就医等待时间，改善患者就医体验。从医院角度来讲，能够减少患者在医院的就诊等待时间，改善患者就医服务体验；实现医疗费用线上结算与支付，减少医院运营成本，缩短患者排队缴费时间，改善医患关系，节约社会资源总成本，促进社会和谐。

医疗个人消费信贷为患者提供了信用支付、分期付款的支付方式，解决患者一次性支付大额诊疗费用的问题，避免因为诊疗费用不能及时到位而延误正常诊疗，缓解老百姓看病贵和“因病致贫、因病返贫”的社会问题。是对“先诊疗后付费”医疗服务模式的更进一步的提升和创新。



#### 4. 商业健康险城市产品集

“商业健康险城市产品集”立足城市基础医疗保障水平，通过对我市近3年基本医保运行数据分析，针对性设计了以财政适当投入、撬动社会力量充分参与，形成“低投入、全覆盖、强保障”的补充医疗保险机制。产品集（分普惠、半普惠）将增强民生福祉获得感、满足感，提升我市在新一轮城市竞争中的软实力。

普惠产品——“惠民健康保”

（1）产品由来：

根据市智慧医疗公司的业务定位，为发挥国有企业在社会力量参与民生保障上的引领作用，2018年上半年，公司拟借鉴学习深圳市“重疾补充保险”模式，在现行医保政策上叠加针对我市医疗特点的城市定制化商业健康险，进一步减轻参保群众，特别是罹患重疾市民的个人自负医疗费用负担，有效降低群众因病致贫返贫风险。市智慧医疗公司根据全市推进智慧医疗工作的职责分工，申请市发改委给予项目支持。经市发改委研究决定，联合市卫计委、人社局等部门先期开展关于设置惠民补充健康险的课题研究。

市智慧医疗公司先后与多家有能力有意愿包括平安健康、利安、国寿、新华、泰康在线等在内的保险公司进行了沟通交流，后续有意愿合作进入课题阶段的为平安健康和泰康在线。2018年5月，南京市智慧医疗投资运营服务有限公司在南京市发改委、人社局、卫计委、信息中心等多部门的协调下，联合东南大学、南京医科大学、平安健康险、泰康在线、平安医保科技等多家单位的专家学者组成了课题组。

课题组对 2015 年至 2017 年南京市基本医疗保险运行情况进行多个维度的分析测算，提出了以财政适当投入、撬动社会力量充分参与，形成“低投入、全覆盖、强保障”的补充医疗保险机制的思路。但由于在经费保障来源上，课题设计为“政府投入、市场运行”模式，需要进一步深入论证和研究，因此，该课题暂未定论上报。

但通过参与该课题研究，市智慧医疗公司认为，有条件、有义务尝试“市场投入、市场运行”的模式，在尽可能保留惠民属性的基础上，适当调整保费和保障内容，继续开展城市定制化商业健康险，并通过综合对比，从资质、案例、方案、服务等方面考察，最终确定了平安健康险为承保机构。

## （2）产品介绍：

惠民健康保是一款一年期的医保补充住院团体医疗商业保险。重大疾病的大额医疗费用支出基本集中于住院费用，惠民保精准定位刚需，简化产品方案，简单易懂保根本。购买了该产品的南京市民，无论罹患何种疾病，只要进入南京市大病医疗保险理赔范围（医保范围内个人自付 2 万元以上）的住院医疗费用，经社保统筹及大病保险报销后的医保目录内剩余费用，均可由“惠民保”按 100%比例报销，最高赔付金额度为 100 万元。

低至 49 元的价格、不限年龄、放宽既往症的投保条件，让绝大多数市民均可准入，只为降低市民发生大病时的因病致贫风险，同时避免过度福利化导致医疗费用的无序增长。

“惠民健康保”于 2018 年 12 月 17 日至 2019 年 2 月 28 日正式开放，全市统一生效日为 2019 年 3 月 1 日。投保开放期内，可通过登陆“我的南京”APP、南京卫生 12320 公众号参与投保。

### （3）产品创新优势：

对比市场上一般商业保险，惠民健康保在“惠民”上具有以下七大创新：

#### ■ 无犹豫期和等待期

几乎所有的商业保险多会设置犹豫期和等待期，惠民健康保面向数百万南京市职工或居民推广，3 月 1 日起正式生效，生效后即可享受待遇，更灵活和人性化。

#### ■ 无需健康告知

健康告知是购买健康险第一步，也是最重要的一环，会把很多人拦在外面。近年来部分省市推出的医保卡余额购买商业健康险也会设置健康告知。惠民健康保完全不设置，让保险惠及更多基本医保覆盖的老百姓。

#### ■ 既往症赔付大数法则

普通商业保险，通常都通过严密的精算假设，明确对既往症进行除外。惠民保通过应用社保数据分析，精算南京市大病医疗费用水平，设定不同参保人群数时不同的既往症责任范围，让产品形态更具柔性，属于国内首创。同时，结合南京实际设定的 12 种大病既往症，若投保规模能达到 260 万就能纳入承保范围，对南京市民而言是真正的实惠。

## ■ 责任免除同基本医保

商保的责任免除通常会比基本医保的责任免除要略高，惠民保将责任免除直接与南京市基本医保保持一致，在确保了医保待遇延续性的同时，又简化了惠民保核保手续，间接压缩成本让利于民。

## ■ 标准医院降至医保定点医院

普通商业医疗险的赔付范围一般都要求二级及以上公立医院，如果在一级医院如社区医院等则无法赔付。惠民保将赔付标准医院降至医保定点医院，把一级医院和民营医院也纳入到赔付范围，现在绝大多数医院都是医保定点，范围更广。

## ■ 没有年龄限制

按照普通的投保规则，年龄越大意味着患病概率越高，保费越高，而超过 65 岁以上的老人几乎没有商业保险可以购买。惠民健康保大胆突破，让老年人有了可以托底大病医疗费用的商保选择。

## ■ 理赔时效缩短至 3 日

平安健康险通过和智慧南京合作商保快赔系统的对接，打磨业务流程，提高运营效率，将普遍需要 10-30 个工作日的理赔时效缩短至 3 个工作日，大大缓解投保人的资金压力，提升客服体验。

# 5. 互联网医院

## （1）背景及意义

2018 年 4 月 28 日，国务院办公厅印发《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》，就促进互联网与医疗健康深度融合发展作出部署。

近年来，“互联网+医疗健康”服务新模式新业态蓬勃发展，健康医疗大数据加快推广应用，为方便群众看病就医、提升医疗服务质量效率、增强经济发展新动能发挥了重要作用，但也遇到一些新情况，需要及时加以规范引导。

《意见》指出，要深入贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想 and 党的十九大精神，推进实施健康中国战略，提升医疗卫生现代化管理水平，优化资源配置，创新服务模式，提高服务效率，降低服务成本，满足人民群众日益增长的医疗卫生健康需求。要突出包容审慎、鼓励创新的政策导向，鼓励医疗机构运用“互联网+”优化现有医疗服务，“做优存量”；推动互联网与医疗健康深度融合，“做大增量”，丰富服务供给。

建设发展互联网医院有以下几点意义，一是在互联网环境下，利用互联网强大的整合能力和协同能力，便于整合和配置医疗服务资源，满足群众健康医疗需求，提供便捷医疗区域服务的平台和通道；二是，集互联网+与大数据应用服务于一体，具有深度连接线下医院各级各类服务和资源的能力，具备线下服务和线上服务相整合融合的能力，能提供社会真实、可靠、有效、增值的健康医疗服务；三是，线下是本院内各科室及社区医疗资源加入区域互联网医院，形成具有协同联动服务以及共享数据和应用服务的意愿，并遵循互联网医院基本管理的要求；线上是在数据共享和大数据服务下的各类基本信息服务，以及面向群众、面向监管、面向协同单位的各类服务及其聚合和管理，整体上形成区域互联网医院统一的对外网上服务体系。

## （2）产品介绍

智慧医疗互联网医院是依托南京市各三级医院的强科室并将各科优势医疗资源汇集的在线诊疗平台。将患者与医疗、医保、医药、商保等平台数据与资源有效链接，向患者提供包括诊前健康咨询、在线问诊、电子处方、药品配送、医保支付、诊后患者管理、健康保险等在内的“线上+线下、全科+专科”的全人、全程、全家的医疗服务。

## 第三章 行业介绍

### 一、医疗

#### 1. 医疗服务体系发展历程

改革开放近四十年来，在医疗服务体系方面，最为突出的成就是医疗资源尤其是硬件资源快速增长。医疗保障制度发展则取得了更大成就，实现了全民医保，初步建立了适应市场经济体制的医疗保障制度。医疗供需两方面成就的取得，核心原因是政府财政投入力度的加大，尤其是 2003 年以后。当然，这得益于改革开放带来的经济高速发展。

但是我们也应看到，卫生资源不合理配置及医疗费用连续性上涨，部分抵消了政府投入的效果，医保基金也是不堪重负，患者疾病经济负担不降反升，极大降低了人民群众的获得感和满意度。进入新时期，必须以健康促进和提高生命全程的质量为目标，以大卫生、大健康为改革理念，对卫生服务体系进行以价值为导向的改革，不断满足人民群众对健康生活的美好需要。

基于此，“价值医疗”应运而生。这一理念最早由美国学者提出，卫生经济界也称其为“最高性价比的医疗”，是指以患者为中心，在一定成本下创造最优的医疗价值，通常从医疗服务成本、效果或质量（如 QALY、治愈率、可及性等）、患者就医体验三个维度来考量。要推动“价值医疗”在我国的跨越式发展，医保、医疗、医药三方必须高效联合、紧密互动，以患者为中心，以价值为导向，提升新医改的

整体性、系统性和协调性。

## 2.医改新时代

**医保：建立基于价值、兼顾公平的支付机制。**新成立的医保局在统一管理三大社会医疗保险后，将成为医疗服务及药品耗材的主要支付方。当前，医疗技术日新月异、创新药物层出不穷，医疗需求不断增长，医疗费用快速上涨，在卫生资源有限的情况下，医保局应厘清职能、明确定位，从被动付费者转为战略购买者，提高医保基金的使用价值，保障卫生服务的公平可及、质量安全。一是利用卫生技术评估、药物经济学评价、多维度决策模型等工具，综合评判卫生技术及药品耗材的临床价值、经济价值和社会价值，同时兼顾伦理、医学和社会实际需求，遴选高性价比的卫生技术及药品耗材纳入医保支付范围，并形成动态调整机制。二是改革医保支付方式，在医保基金区域总控的基础上，实行按人头、按病种、按床日、按服务单位以及 DRGs 等打包付费方式，遏制过度医疗，控制医疗费用上涨。三是针对消耗资源多且疗效不确切的新技术新项目，积极探索以治疗效果（如患者生存率、满意度等）为主要支付标准，以此激励供方转变服务行为，减少无效医疗，提高医疗服务质量。

**医疗：建立以患者为中心、优质高效的服务体系。**医疗机构及其医务人员是实现价值医疗的主要载体，应改变以疾病为中心的服务模式，围绕患者的实际需求，提供全生命周期、一体化、连续性的服务。为此，必须打破健康促进、疾病预防和诊断治疗



的组织界限，构建上下接续、医防结合的整合型医疗服务体系；同时，充分利用信息化手段，积极探索医联体、医共体等多种方式，促进优质医疗资源下沉，提升基层医疗服务能力，推进家庭医生签约服务，逐步形成基层首诊、分级诊疗、双向转诊、急慢分治的服务模式，打造合理就医格局，为患者提供高性价比的医疗服务。另外，取消公立医院的行政级别，建立权责清晰、运行高效的现代医院管理制度；深化医务人员薪酬制度改革，开展公立医院绩效评价，完善以价值为驱动的补偿机制，使其更多关注手术成功率、治愈率、生存率、患者满意度等质量和效果指标，从而真正实现“价值医疗”。

**医药：建立高性价比的药品保障体系。**新医改以来，公立医院全面实行了药品销售零差率政策，在一定程度上遏制了药品费用的快速上涨，但是药品滥用、虚高定价以及迷信进口药品等现象依然存在，阻碍了价值医疗的实现。对此，应完善药品生产、流通、使用等环节的政策措施，真正为患者提供高性价比的药品。一是开展仿制药质量和疗效的一致性评价，从生产源头上为患者提供疗效确切、经济安全的药品，减少药品费用支出。二是加快药品流通领域改革，落实药品购销“两票制”改革，减少无价值的流通环节；组建药品采购联盟，对共性药品联合进行集中招标采购，以量换价，为患者提供优质低价的药品；优先采购通过一致性评价的仿制药，不能“唯低价是取”，为药企留有合理的利润空间，保障药品的可持续供应。三是加强药品使用环节的监管，

打击“药品回扣”等商业贿赂，真正做到因病施治、合理用药，保障患者用药的安全性、有效性、经济性和方便性。

### 3.互联网+医疗健康

#### （1）背景介绍：

2018年7月12日，国家卫生健康委员会、国家中医药管理局联合发布《关于深入开展“互联网+医疗健康”便民惠民活动的通知》，要求在全行业开展“互联网+医疗健康”便民惠民活动。据悉，这是《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》发布后的首批配套文件之一，主要聚焦如何用“互联网+”解决老百姓就医过程中的操心事、烦心事，以期缓解看病就医难题，提升人民健康水平。

《通知》主要包括就医诊疗服务更省心、结算支付服务更便利、患者用药服务更放心、公共卫生服务更精准、家庭医生服务更贴心、远程医疗服务全覆盖、健康信息服务更普及、应急救治服务更高效、政务共享服务更惠民、检查检验服务更简便等10个方面的30条具体措施。

《通知》提出，在确保医疗质量和信息安全的前提下，积极为患者在线提供部分常见病、慢性病复诊服务，以及随访管理和远程指导，逐步实现患者居家康复。到2020年，三级医院要实现院内医疗服务信息互通共享；医疗机构通过省级、地市级等相关专业医疗质量控制合格的，在相应级别行政区域内检查检验结果实行互认，并实现医疗

联合体内电子健康档案和电子病历信息共享、检查检验结果互认，避免患者重复检查；实现地市级区域内医疗机构就诊“一卡通”，患者使用电子健康卡就可在任一医疗机构挂号就诊、检查检验、信息查询等。

《通知》鼓励有条件的医疗机构推进“智慧药房”建设，实现处方系统与药房配药系统无缝对接。同时，结合区域全民健康信息平台，实现现有公共卫生信息系统与居民电子健康档案的联通整合。到2020年，实现远程医疗服务覆盖全国所有医疗联合体和县级医院，并逐步向社区卫生服务机构、乡镇卫生院和村卫生室延伸。医疗联合体牵头医院要建立远程医疗中心，推广“基层检查、上级诊断”模式。

据悉，国家将适时遴选推广一批“互联网+医疗健康”便民惠民示范典型，不断促进便民惠民活动深入开展、取得实效。

## （2）互联网医院的优势：

- 借助互联网医院落实国家分级诊疗政策，促进优质医疗资源下沉；
- 顺应信息技术发展趋势，适应医疗健康服务模式的转变，主动拥抱互联网+，提升线上线下一体化服务能力，改善居民就医体验；
- 探索互联网医疗规律，探索公立医院在“互联网+医疗”出现之后如何拓展和延伸医疗服务，为国家制定相关政策提供决策参考。
- 通过互联网医院将医院优质医疗资源推向更大的范围，让更多患者和同行了解医院，提高专家与学科的知名度，扩大医院品牌影响力。

## （3）建设互联网医院的前置条件：

- 首先，必须取得《医疗机构执业许可证》，也就是说，必须有一家实体医院。好大夫自建的医疗机构，其许可只能用于线上诊疗；而一般医院拿到的医疗机构执业许可证是线上线下诊疗可以通用的。想拿到后者可以参考的方式是和医院合作，挂靠医院取得资质，如微医宁夏互联网医院。此外，还需要有医师执业许可、多点执业备案等，保证互联网医院的合法性。当然，还需要注意各省市之间不同的规定。
- 其次，必须有强大的 IT 能力，能够实现流畅视频会诊，远程病例资料有效传输，精确分诊、电子处方等。同时必须从技术方面保证信息安全和隐私不被泄露。据悉，微医平台是按照公安部最高安全等级要求做出来的。现在微医的数据中心是除了支付宝之外，第二个有网监直接派驻警务室的数据中心。
- 第三就是有全职专业的服务团队，协助医患沟通，做整个的服务流程和质量控制。这一点是微医集团创始人廖杰远最为看重的微医核心优势之一。确定三个条件都能达成之后，你还要找到当地政府愿意支持你的原因。能否通过一个互联网医院把一个地区的政策管理、卫生体系和社保体系打通，实现各县市医院的网上问诊，这可能会决定当地政府是否同意审批。

## 二、医保

### 1. 组建国家医疗保障局的目标和用意

2018年3月，十三届全国人大一次会议表决通过了国务院机构改革方案，决定组建国家医疗保障局。一举终结了以往分散在发改、卫生、人社、民政等部门的药品和医疗服务价格管理、新型农村合作医疗、城镇职工和城镇居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助等职责，对于建立完善统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控，统筹推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好保障病有所医，意义十分重大。关于国务院机构改革的说明中明确指出，组建国家医疗保障局意在实现两个目标：一是完善统一的医疗保险制度，提高保障水平，确保基金合理使用、安全可控；二是统筹推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好保障病有所医。

过去近十年国家医改积累的经验是，第一，需要统合医保基金管理，改变此前的基金碎片化、职权分散化特征，使医保基金成为有力的、基于市场机制的资源配置者；第二，需要医保管理部门发挥更大的作用，平衡、协调改革带来的对既有利益的冲击，并成为改革的关键撬动者。——这是上述两个目标的深层用意所在。

### 2. 新机构成立后的动作

新机构建立后，医保基金将得到高度统合。此前分散在人社部、卫计委和民政部的职工医保、居民医保、生育保险和医疗救助资金集

中由医疗保障局统一管理。根据 2017 年数据估算，这些医疗保障资金总规模超过 1.8 万亿，构成医疗费用六成以上的集团购买力量，为政府集中力量有效引导医疗资源合理配置、规范医患双方诊疗行为提供了经济支撑和组织基础。

随之统合的是长期分散的管理职权。国家医保局集中了药品（耗材）、医疗服务和检查的目录确定、价格管理、采购职能，以及签约定点医药机构、费用支付和服务监管职能，这些职能此前分散在国家发改委、卫生计生委和人社部。只要机构整合得当、职权设置合理，此次改革有望一举解决此前职能重叠、职权分散导致的“政出多门、相互扯皮”问题，大大提高行政效力，最大程度发挥社会医保的战略性购买职能，实现合理使用基金、不断提高保障水平的改革目标。

在需方力量得以集中的情况下，实现前述两大目标，深化改革的关键就集中指向落实医疗服务体系“管办分离”、打破公立医疗机构行政垄断，实现供方有效竞争，这是实现医保引导医疗资源合理配置和促进医患双方诊疗行为合理化的关键。

“供需分开，管办分离”是适应市场经济体制的医疗服务体系的基本特征，也是二十多年来党中央明确提出并积极推进的改革方向。从职能设置上看，国家医疗保障局没有推进医疗服务体系改革的职权。打破医疗服务体系管办不分和公立医院行政垄断的医疗改革，仍需顶层设计、顶层推进。

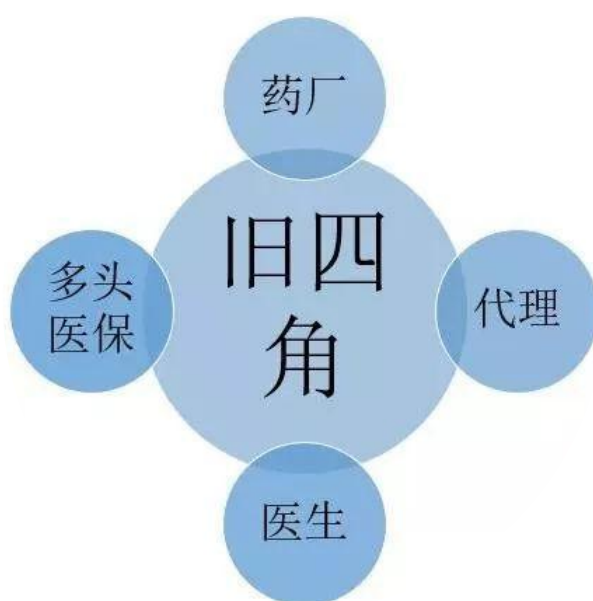
支撑上述改革成功的希望，是实现国家治理现代化的新理念以及坚持推进改革的决心和魄力。

### 三、医药

#### 1.医药市场格局被颠覆，两大巨变催生新五角博弈

##### （1）传统医药市场的旧四角

对于医药市场的参与者，我们笼统的分为五个角色——支付方、供给方、渠道方、技术支持方和监管方。传统的医药市场，主要由“四角关系”构成，如下图所示：



其中，多头医保作为支付方，不仅本身存在多头参与的情况（职工医保、居民医保及新农合），也存在多头管理的情况，发改委管定价、医保中心管支付、卫计委管资格（招投标）；支付方的分散也给医药市场的百花齐放创造了土壤，使得一批中小药企获得了崛起的机会。

药厂作为供给方，不仅要研发产品，也要生产并推广产品。由于历史原因，以部分辅助用药为代表的神药登上了历史舞台，区别于国外公平可及（罕见病也有治疗和报销的权利）、专药专治（细分适应

症+对口药品）、商保覆盖（参与药品上市谈判及为产权药品高价买单）的情况，神药们“广泛的适应症/功能主治+足够的价格空间+医保买单”的特征更适合当时的环境，尤其是09年新医改之后得到了飞速发展。

代理商作为渠道方，在过往的历史中扮演着重要的角色，他们是药厂及医院的桥梁，是产品及医生的通路，是获得医保支付或销售资格的敲门砖。

医生，区别于医院，在此被归类为技术支持方，是因为他们既是实际的技术拥有者，也是面向患者的实际处方开具者。他们在不断的学习，并推动着医药产品在终端的发展。不仅如此，由于“倒三角”的存在，三级医院医生有着极高的话语权，从感冒发热到肿瘤治疗，都可开具对应的药品。

监管方（药监局）虽然很重要，但并未跻身传统四角的一员，这是因为存量市场的药品供给足够丰富，新增市场（新品审批）效率不足、门槛不高，导致对于大部分供给方而言，中标和进目录比做产品更重要，一鸟在手胜过双鸟在林。

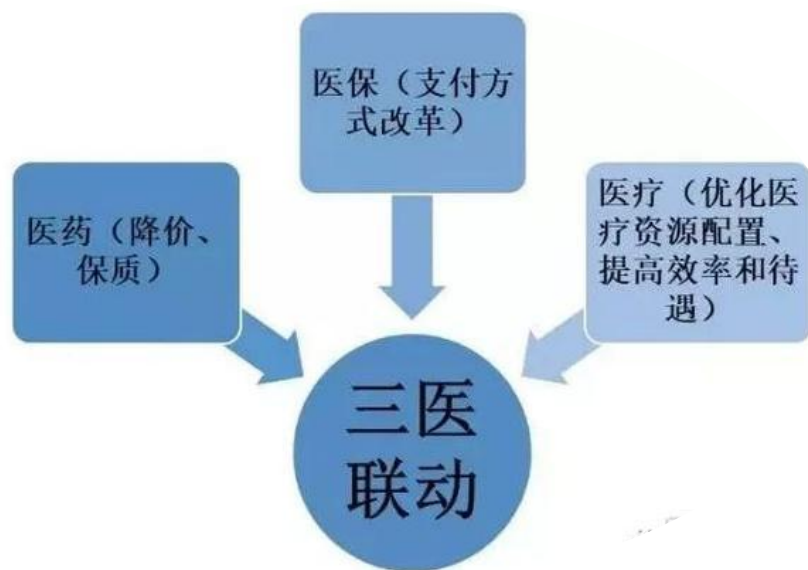
传统市场由于“多”，支付方多、供给多、渠道多、医生可选择的产品和患者多，各方势力相对均衡，大家处于一个共荣的状态，共同的目标是把医药市场的蛋糕做大，让人民群众用得上药，合作远大于博弈。在基药目录更新和招投标之际，会有适当调整，但不会引起格局的本质变化。

## （2）两大变化下的新五角博弈



近些年，两大变化让国内医药格局发生了根本性的转变，一是医保的理念从“广覆盖”向“控费”变化；二是医疗健康观念由“以疾病治疗为主”，逐步转为“全生命周期的健康管理”。

近几年医改会议的关键词大体相同，政策具备一致性和连贯性，均围绕三医联动展开：



政策的变革带动了参与者的变革，中国的医药市场变更为“新五角”，从合作变成了博弈。



支付方上，由“多头医保”变成了“强势医保”。国家医保局的成立，结束了定价与支付的分离，汇集了职工医保、城镇居民医保和新农合的资金。近期的抗癌药谈判、“4+7”带量采购的“意外结果”，均彰显了医保局的“强势”。由支付方带动的变革势在必行。

在供给方上，“药厂”的角色过渡为“持证人”。这既保障了研发机构能集中资源做擅长的事、免除生产的投入，又能有效促进专业分工、提升效率。

在渠道上，代理将被CSO所替代。代理在过往更多的代表着商务关系的分工。而在目前鼓励创新、鼓励优胜劣汰的政策指引下，商务的职能被弱化，药企的重心也会从“利益驱动”转换为“价值驱动”。在过往，药企的竞争是中标及价格空间，是仿制药和中成药小圈子内的厮杀；现阶段，争的是研发，是质量，是品牌，是“未被满足的临床需求”或“更好的病种解决方案”。这是一场跨越院内院外、跨越医保覆盖的竞争，需要CSO这种角色去弘扬产品价值。

在技术支持上，除医生以外，药师也从边缘登上了大舞台。2018年7月，国家卫生健康委员会、国家中医药管理局、中央军委后勤保障部3部门联合制定了《医疗机构处方审核规范》；《规范》提出，“药师是处方审核工作的第一责任人。药师应当对处方各项内容进行逐一审核。医疗机构可以通过相关信息系统辅助药师开展处方审核。所有处方均应当经审核通过后方可进入划价收费和调配环节，未经审核通过的处方不得收费和调配”。

与之关联的政策是“疾病分类诊断”（DRGs），未来主流病种都

会有着相对标准化的诊疗流程、检验手段和用药指导，医生实际的发挥空间变小了。

而国内 45 万的执业药师，将承担起审方的重任。这批人既扮演着二次复核的角色，也扮演着“控费者”的角色，可以拒绝医生不合理的处方。可以期待，在未来 PBM 真正推行的时候，药师将是一个重要的参与者。

作为新入选的角色，监管方在新的医药江湖中扮演着更为重要的角色。加入 ICH、实施临床默许、创新审评提速、进行仿制药一致性评价和中药再评价，药监系统从一个纯粹的“审批者”变身为一个“引导者”，引领着医药从业者向更好的质量、更契合的临床需求和更良性的竞争迈进。

选择投入研发的决定、选择研发方向的能力比过往任何一个时期都要重要。此外，随着新技术的推进，诸如“基因编辑婴儿”等应用及伦理的问题也会被前所未有的关注。

博弈的形成，意味着大家的立场也有所变化；过去一起“做大蛋糕”的思维，将转化为一定程度上的“零和博弈”。一旦一方有积极的动作，其他各方也会积极应对，形成新的动态平衡。

国家的核心诉求，是要物美价廉的仿制药替代价格高昂的进口原研药，让老百姓用上消费得起的好药，使医保可持续，使产业升级换代。这个目标，也是各方都愿意达成的成果。可以预见，其他三方也会积极反馈，一个政策不会剥夺一个行业的生存空间。大家有意愿、也有能力去营造一个新的平衡和更良性发展的医药市场。

中国的医药市场有着自身独特的情况，这是长久以来形成的，我们无法照搬任何一个国家的医疗体系，也不会重复他国的医药发展路径。虽然目前仍有不完美之处，但中国的医疗改革依然是成功的，并在不断改进之中。我们也相信政府有魄力、有智慧去解决目前的问题。

## 2.国内医药零售行业发展预判

国内医药零售行业与美国有共同点，也有差异点。共同点在于人口结构变化、医药分开加速、药品供应提升、支付方控费需求增强等，差异点在于市场集中度、信息化水平、商保支付能力等。但有很大概率，未来国内医药零售业态会走向美国模式，或者至少是美国模式的一种“变形体”。

在这个过程中，国内的医药零售企业主要做了两件事，一件事是**大规模并购整合**，一件事是**提升药学、医学服务能力**。

从并购整合看，资本参与是主要表现。近年，广发信德、高瓴资本等专业投资机构，广药白云山、天士力集团、步长制药等工业企业在参与医药零售行业的投资并购，加上上市系医药零售企业加码对小型连锁药店的兼并，医药零售行业的“圈地运动”开展地轰轰烈烈。而互联网+医药企业如阿里健康的加入则给行业带来了更多制衡的力量。

连锁率是一个重要的衡量指标，在大规模并购整合下，医药零售行业连锁率迅速提升，头部企业的市占率增加更快。预计未来连锁药店行业并购整合动作仍将持续，直到并购成本超过市场对未来的预

期。

另外，考虑到国内零售药店行业的地区差异，全国性的、比肩沃博联和 CVS 的药店网络很可能不会出现，而是形成区域龙头的格局。

医药分开、处方外流的机会被看做是零售药店行业未来的重要增长机会。目前也有百洋易复诊、微信、阿里健康、九州通、铜世圈等公司在布局此类业务，西安、成都、重庆、天津等地政策也比较支持，但是全国性的、大面积的医院处方院外流转还未成型。

制约处方院外流转主要有三大因素：处方来源、医保支持、药品供应保障和药事服务能力，涉及医院、医生的利益和收入结构调整，医保控费难度增大，连锁药店服务能力缺失等问题。

从美国经验看，电子处方共享平台模式是可行的：据 Medscape 的数据，电子处方已占美国全部处方的 77%，医生在监管部门获得处方资质，通过医生识别号、电子签名等方式监管医生处方行为，避免处方药滥用，电子处方可以便捷地在医生诊所、零售药店之间对接，方便患者取药和续方。

从技术实现角度看，电子处方共享平台并不复杂，随着监管细则出台，或可在国内推行，这将利好药品零售行业发展。

结合美国经验，对于我国药品零售行业未来发展有以下几个预判：

- 医药分开将持续推行，零售药店规模将超过医院规模；
- 处方共享平台将成为连接医院、药店的重要枢纽，电子处方应用成为常态；

- 并购整合将提升行业集中度,未来行业格局可能是几家全国龙头+若干区域龙头;
- DTP 药房、专业药房迅速发展,成为独立于一般连锁药店的重要业态;
- 药品供应保障能力、药事服务能力将成为零售药店护城河,为连锁药店提供此类服务的“赋能”企业有一定的市场机会;
- PBM 模式在国内仍缺乏基础,有赖于商业健康险、医保控费意愿和药事服务需求提升;
- 零售药店将与互联网医疗、医药电商、O2O 等模式融合,全渠道打通成为行业常态,会员管理、运营能力有助于市场竞争,也催生了创业机会。

### 3.药品销售新模式——处方外流

(1) 2019 年,药店凭电子处方卖处方药

日前,重庆市人民政府发布《重庆市加快“互联网+医疗健康”发展行动计划(2018—2020 年)的通知》(以下简称《通知》)。  
《通知》要求,共建共享“互联网+”药品供应保障服务体系。其中包括:对线上开具的常见病、慢性病处方,经药师审核后,医疗卫生机构、药品经营企业可委托符合条件的第三方机构配送。

2019 年,探索建立电子处方信息共享流转机制,零售药店试行凭电子处方销售处方药。也就是说,医院开的处方,药店第一时间就可以看到,患者在哪卖药,自己决定。

## （2）新的药品销售、配送模式

《通知》显示到 2020 年，推行基于电子处方流转的线上药品销售、配送新模式。

什么新模式？根据现有的案例预判，医生处方后，会根据患者居住地的远近，给合适的药品经营企业下单，然后直接配送到家。医院的处方和零售端互联互通、实时共享。现有的营销模式面临冲击，医生和药商之间的利益链开始松动，这才是药品的互联网思维，处方真正外流了。

## （3）明年释放 1000 亿的市场

处方外流一直是政策鼓励并要求的。2017 年 2 月 9 日，国办发布《关于进一步改革完善药品生产流通使用政策的若干意见》，其中就明确表示：门诊患者可以自主选择在医疗机构或零售药店购药，医疗机构不得限制门诊患者凭处方到零售药店购药。

实际上，医院的药占比控制，一直是处方外流的推动力。据国金证券分析，目前中国零售药店内处方药销售额约 1052 亿元；根据国家相关文件指导，预计将药占比下降到 30% 以下。

假设 2018 年和 2019 年药占比分别降为 29% 和 28%，若参照 2017 年的 31.1%，明年将有约 1000 亿金额的处方外流药品从医院端外流到零售药店终端，几乎等于现在药店端处方药翻倍体量。

## （4）禁止药房托管，医院、医生乐见处方外流

与此同时，国家卫健委、中医药管理局禁止药房托管，也会进一步加快处方外流的速度。在两部 11 月 26 日联合发布的《关于加

快药学服务高质量发展的意见》中明确，公立医院不得承包、出租药房，不得向盈利性企业托管药房。

在零差价下，禁止托管，医院对药品的盈利需求有所下降，另外，联系到目前的“4+7 带量采购”，医生的回扣空间被消灭。处方时留在医院还是跑出去，医院和医生的障碍已经削弱很多。

多方合力、多方推动，处方外流的渠道，已经非常清晰和顺畅。在此之下，重庆决定 2019 年开始让电子处方流转，实际上是给出了行业的发展动向。

#### （5）天津、西安、梧州等多地州在行动

其实，早在今年 3 月份，重庆就做好了准备。在重庆食药监局发布《关于零售药店试行凭电子处方销售处方药的通知》中表示，试行凭电子处方销售处方药的零售药店，要采取与医疗机构对接的方式，实行计算机联网并通过信息系统从医疗机构获取电子处方。

3 月 29 日，天津市场和监督质量管理委员会正式发布《市市场监管委关于零售药店试行凭电子处方销售处方药的通知》，宣布试行凭电子处方销售处方药的决定。此外，根据公开报道，西安市、苏州、梧州、淄博等地也在探索、试行这种模式。