

## 提要

### ■ 行业政策

- 两票制落地，药商巨头可多开一票
- 24 省份城乡医保已归口至人社部门管理 年内城乡全部实现并轨
- 医疗事故处理条例年内修订，预防医疗纠纷是重点
- 国家药监总局一次性发布了四大改革政策
- 七部委联合：9 月底前全面推开公立医院改革

### ■ 生物科技

- 全球首个第三代肺癌靶向药物在中国获批
- 全球首发：生物类似药指导原则

### ■ 医疗器械、服务

- 我国分级诊疗无法形成的根本原因
- 全国首家互联网中医医联体在广州成立
- 全球健康产业齐聚 5 月 tHIS 健康产业领袖峰会
- 财政部部署全面推开公立医院综合改革任务

### ■ 制 药

- 需求较大，一季度进口药同比大增三成
- 我国建立长效机制加以解决药品短缺问题



## 行业政策

### ● 卫计委发文全面推进卫生与健康科技创新

近日，网上热传吉林省“两票制”实施方案（征求意见稿），至此，全国已经明确**全省“两票制”**推进时间表的省份已达到**14**个，其中内蒙古、浙江和吉林为讨论稿，其他省份均为正式稿。

各省“两票制”推行具体时间表

截止目前，全国已经开始实施“两票制”的省份有**10**个，依推进的时间顺序来看分别是福建、安徽、青海、重庆、陕西、四川、湖南、甘肃、山西和海南；还有份辽宁、吉林、内蒙古和浙江这四个省在未来的**1~2**个月开始实施。

除最先实施两票制的福建、安徽和青海三个省份无明确过渡期外，其他大部分省份均有**2-6**个月的过渡期。

过渡期内，主要是给予药品生产企业确定在各省的一级商业代理关系，并且在医药集中采购服务平台/药交所平台进行更新，并签署并公示承诺书。

各省可以增加“一票”的规定

这些省份中，除福建和辽宁少数省份外，其他各省均规定了在“两票制”基础上可以增加“一票”或者特殊处理的情形，一般对于偏远地区的界定，各地因地制宜，大多数省份指乡镇、交通不便地区或是偏远山区基层公立医疗机构的，允许在“两票制”的基础上再开一次药品购销发票，以保障药品的有效供应。其实，这也是国家“两票制”实施意见里明确规定的。

各省可以少算“一票”的情形

除个别较早实施“两票制”的省份外，其他绝大多数省份均有可以少记“一票”的情形，也是国家“两票制”实施意见里明确规定的：

药品生产企业或科工贸一体化的集团型企业设立的仅销售本企业（集团）药品的全资或控股商业公司（全国仅限**1**家商业公司）、境外药品国内总代理（全国仅限**1**家国内总代理）可视同生产企业。药品流通集团型企业内部向全资（控股）子公司或全资（控股）子公司之间调拨药品可不视为一票，但最多允许开一次发票。

笔者根据公开资料整理出**133**家药商仅销售本企业（集团）药品的全资或控股商业公司名单，这些企业可以少算“一票”，实际也变相地可以增加“一票”。

### ● 24 省份城乡医保已归口至人社部门管理，年内城乡全部实现并轨

城乡居民医保并轨进入冲刺阶段。《经济参考报》记者了解到，截至目前，北京、天津、河北、内蒙古、上海、浙江、江西、山东、河南、湖北、湖南、广东、广西、重庆、云南等

除另标注外，新闻来源为 Wind 资讯、新浪财经。股指、期货和外汇报价来自金融界网站。内容仅供参考，中化集团财务有限责任公司不对依据本刊内容做出的决策负责。联系方式：v-sunyan@sinochem.com



24 个省市区对建立统一的城乡居民医保制度进行了总体规划部署或全面实现整合，并将管理部门统一划归至人社部门。

我国基本医疗保险制度曾长期呈现为多元分割运行体制，在制度分割上表现为职工医保、城镇居民医保和新农合分立运行，在基金分割上主要表现为市县统筹，风险分摊范围有限。而整合城乡医疗保险制度、发展更加公平的医疗保险体系，打破城乡户籍制度对医疗保险制度的制约，可以使医保体系在政策制定、管理运行、经办服务等方面摒除城乡户籍因素，剔除户籍制度所承载的医疗保障功能，缩小城乡居民医保差距。

城乡居民医保并轨被列入 2017 年医改重点工作，根据已经确定的时间表，这项工作将于年内完成，届时将实现覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”政策。而由于并轨实行报销范围“就高不就低”的原则，城乡居民待遇普遍提高，不少地区用药目录得到大幅扩容。

在整合前，宁夏城镇居民政策范围内报销比例约为 57%，农村居民政策范围内报销比例为 53.59%。统筹后的 2014 年，城乡居民在医保政策范围内报销比例达到 66%。北京市此前门诊报销政策，城镇居民一个年度门诊报销封顶线是 2000 元，而新农合是 3000 元，按照医保待遇不降低的原则，政策合并后，城镇居民的门诊报销统一为 3000 元，住院封顶线由 17 万元统一到 18 万元。

在制度并轨过程中，管理体制也得到理顺。各地通过统筹安排，城乡医保的统一归口经办管理得以实现，减少了医保制度管理及运行成本。具体而言，除上述 24 个归口人社部门的省份之外，也有省份采取了不同策略。如陕西省城乡居民医疗保险由医保中心统一管理，医保中心主任原则上由同级医改办主任兼任。福建省建立统一的医保管理体系，成立省医疗保障管理委员会，其下设医保办承担日常工作，医保办挂靠省财政厅，相对独立运作。

清华大学公共管理学院教授杨燕绥表示，“建立统一的城乡居民医保制度后，增强了医保基金的互助共济能力，有利于发挥医保对医改的基础性作用，促进医保对医疗服务的外部激励制约，为‘三医联动’改革打下了坚实基础。”

不过，统一城乡居民医保制度，还只是改革的第一个环节。有专家在接受《经济参考报》记者采访时建议，通过建立多档次的筹资机制作为过渡，促使参保居民缴费标准与待遇享受水平挂钩。“城乡居民医疗保险制度的整合与统筹发展，很大程度上是为了逐渐缩小城乡居民的医保待遇差距。设立多档筹资机制后，参保居民根据自身需要、经济实力和意愿自由选择参保档次。随着经济发展、城乡居民收入的增加，再逐步实现城市职工医保与城乡居民医保缴费和待遇给付上的对接。”他说。

上述专家称，医保合并不是简单的机构合并，关键是明确功能、整合职能、理顺机制，实现控费目标的同时，规范医疗行为。建议未来建立医保经办机构与医疗服务机构的集体谈判机制。



## ● 医疗事故处理条例年内修订，预防医疗纠纷是重点

5月10日，医疗题材电视剧《外科风云》迎来大结局。随着剧情走势，此前有关医疗剧专业度的质疑声已经减弱，更多的声音放在了医患关系的讨论上。有业内人士评价称，该剧真实反映了现实中的医患关系，每个人物故事背后，都藏匿着创作者对于缓和医患关系的诚意。究竟该如何化解医患矛盾、促进医患和谐？今年3月20日，国务院办公厅印发的《国务院2017年立法工作计划》提出，力争年内完成对《医疗事故处理条例》的修订工作。立法工作计划特别提出将该条例修订的着力点，放在预防和处理医疗事故纠纷，保护患者和医疗机构及其医务人员的合法权益等方面。

不少专家对于修改后条例中的“预防”内容充满期待，认为该条例的修订有利于降低医疗事故发生率，缓解医患紧张关系，避免医患纠纷升级乃至恶化，在保障患者合法权益的同时，可以加强医疗机构及医务人员风险防范意识，打造高质量医疗服务体系。

### 条例部分规定不适用

《医疗事故处理条例》由国务院颁布，2002年9月1日起施行，制定了医疗质量管理、医疗事故报告、医院投诉管理等一系列制度，建立健全了医疗机构内部相关的规章制度等。

该条例实施近15年，很多规定存在与相关法律不一致或相冲突的现象。

北京丁王律师事务所律师丁国文，接触过很多医疗案件，他告诉记者，他们现在都是按照2007年施行的侵权责任法的规定来处理，《医疗事故处理条例》中医疗事故损害赔偿标准等规定已不再适用。

2015年10月，国家卫生计生委在《医疗事故处理条例》的基础上，起草了《医疗纠纷预防与处理条例（送审稿）》，报送国务院并向社会公开征求意见，拟替代《医疗事故处理条例》。

送审稿与原条例相比有不少变化：在医疗纠纷的处理上增加了人民调解的渠道；借鉴国际上同行评价的通行做法，卫生行业对医疗事故进行认定，作为行政处理的重要依据；删除了原条例中医疗事故的赔偿部分内容，医疗机构参加医疗责任保险，并对医疗损害鉴定提出了原则性的方案等。

尽管送审稿相比原条例有不少进步和改善，但送审稿中的部分规定仍存争议。

“信息公开部分仍然不够细化，鉴定二元化问题依然存在，医疗纠纷非诉讼处理途径不畅，易引发‘大闹大赔、小闹小赔、不闹不赔’等不良现象。”中国政法大学医药法律与伦理研究中心主任刘鑫指出，送审稿应在充分调研的基础上加以完善。

## ● 国家药监总局一次性发布了四大改革政策

5月11日，国家药监总局一次性发布了四大改革政策（征求意见稿），面向社会公开征求意见。

分别为：

除另标注外，新闻来源为Wind资讯、新浪财经。股指、期货和外汇报价来自金融界网站。内容仅供参考，中化集团财务有限责任公司不对依据本刊内容做出的决策负责。联系方式：v-sunyan@sinochem.com



- 1、《关于鼓励药品医疗器械创新实施药品医疗器械全生命周期管理的相关政策（征求意见稿）》；
- 2、《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）》；
- 3、《关于鼓励药品医疗器械创新改革临床试验管理的相关政策（征求意见稿）》；
- 4、《关于鼓励药品医疗器械创新加快新药医疗器械上市审评审批的相关政策（征求意见稿）》。

四大《征求意见稿》剑指同一目标：鼓励药品医疗器械创新。

总局此番出手力度颇大，国内创新医械有望迎来大利好。其中更有多项大放开的重要举措，包括：

### 1、临床试验机构大放开

“临床试验机构资格认定改为备案管理。取消临床试验机构的资格认定。具备临床试验条件的医疗机构在食品药品监管部门指定网站登记备案后，均可接受申请人委托开展临床试验。鼓励社会资本投资设立临床试验机构，提供临床试验专业服务。”

### 2、医院和医生参与临床试验大放开

“支持医疗机构、医学研究机构、医药高等院校参与临床试验，将临床试验的条件与能力纳入医疗机构等级评审、临床重点学科认定的重要指标。鼓励三级甲等医疗机构、省属及以上高等本科医学院校的附属医院承接临床试验工作。鼓励医疗机构设立专职临床试验部门，配备职业化的临床试验人员。鼓励临床医生参与药品医疗器械技术创新活动。开展临床试验的医务人员在职务提升、职称晋升等方面与临床医生一视同仁。结合完善单位绩效工资分配激励机制，保障临床试验研究者收入水平。”

### 3、临床试验审查程序放开

“开展需审批的医疗器械临床试验前，须经申请人与审评机构会议沟通后正式申请和受理。审评机构自受理之日起60个工作日后，没有给出否定或质疑的审查意见即视为同意，申请人可按照递交的方案开展临床试验。”

### 4、境外临床试验数据国内放开

“接受境外临床试验数据。申请人在境外取得的临床试验数据，符合中国药品医疗器械注册相关要求的，经现场检查后可用于在中国申报注册申请。申请人在境外获准上市的医疗器械，除需进行临床试验审批的第三类医疗器械外，在境外获准上市时提交的临床试验数据，可作为临床试验资料用于在中国申报医疗器械注册。”

### 5、临床急需和科技创新医疗器械审批放开

“对于治疗严重危及生命且尚无有效治疗手段疾病的药品医疗器械以及其他解决临床需求具有重大意义的药品医疗器械，临床试验早期、中期指标显示疗效并可预测其临床价值的，可有条件批准上市。鼓励创新药物和医疗器械的研发，对列入国家科技重大专项和国家重点研发计划支持的创新药物和医疗器械，给予优先审评审批。”

### 5、罕见病治疗医疗器械研发和审批放开

除另标注外，新闻来源为 Wind 资讯、新浪财经。股指、期货和外汇报价来自金融界网站。内容仅供参考，中化集团财务有限责任公司不对依据本刊内容做出的决策负责。联系方式：v-sunyan@sinochem.com



“支持罕见病治疗药物和医疗器械研发。由卫生计生部门公布罕见病目录，建立罕见病患者注册登记制度。罕见病治疗药物和医疗器械申请人可提出减免临床试验申请，加快罕见病用药医疗器械审评审批。对于国外已批准上市的罕见病治疗药物和医疗器械，可有条件批准上市，上市后在规定时间内补做相关研究。”

## ● 七部委联合：9月底前全面推开公立医院改革

5月2日讯 国家卫生计生委、财政部、发改委等七部委近日联合下发通知，要求各地2017年9月30日前，全面推开公立医院综合改革，全部取消药品加成。

通知要求，7月31号前，所有地市出台城市公立医院综合改革实施方案；9月30号前，全面推开公立医院综合改革，所有公立医院全部取消药品加成。巩固完善前四批试点城市公立医院综合改革，到今年年底，试点城市公立医院药占比总体下降到30%左右；百元医疗收入中消耗的卫生材料降到20元以下；实行按病种收付费的病种不少于100个；预约转诊占公立医院门诊就诊量的比例要提高到20%以上；区域内所有二级及以上公立医院和80%以上的基层医疗卫生机构与区域人口健康信息平台对接；60%的基层医疗卫生机构与上级医院建立远程医疗信息系统。

深化县级公立医院综合改革，到2017年底，全面实行以按病种付费为主，按人头付费、按床日付费等复合型付费方式，县级公立医院门诊、住院患者人均费用和总收入增幅下降，医疗服务收入占业务收入比重提升，自付医疗费用占总医疗费用比例下降。

## 生物科技

### ● 全球首个第三代肺癌靶向药物在中国获批

肺癌是我国最常见的恶性肿瘤，在所有恶性肿瘤中的发病率与死亡率均列首位，由于早期症状隐匿，大部分患者确诊时已是晚期。不仅如此，治疗带来的耐药问题也成为患者的又一困扰，使治疗再度陷入瓶颈。今年3月，全球和中国首个**第三代肺癌靶向药物**泰瑞沙(甲磺酸奥希替尼片，AZD9291)在中国获批，并于4月中旬正式进入中国市场。

临床研究显示，与化疗相比，奥希替尼对于经一代EGFR-TKI药物治疗发生T790M突变的患者，具备良好的疗效和安全性，不仅能显著抑制肿瘤进展，也大大提升了患者的生活质量。泰瑞沙的上市，不仅让患者可以摆脱耐药困境，同时三代靶向药物与之前的靶向治疗精准接力，全程靶向治疗，让患者获得高质量的生存。

#### 探索靶向治疗耐药机制，强效精准抑制T790M突变

肺癌作为危害我国公众健康的重大疾病，给社会、家庭和个人带来了沉重的疾病负担。据统计，我国每年新发病的肺癌患者超过73万人[1]，肺癌死亡人数超过61万[2]，而总体五年生存率仅为16.1%[3]。



武汉大学人民医院宋启斌教授介绍，在我国，非小细胞肺癌患者约占肺癌病例总数的85%[4]，其中约30%-40%会发生EGFR基因突变[5]，突变率远高于欧美人种。2000年以来，靶向治疗发展迅猛，以易瑞沙为代表的第一代EGFR-TKI药物的应用，推动了我国肺癌诊疗进入靶向时代，使患者的生存期得到显著延长。

为了克服T790M耐药突变，阿斯利康的科学家经过对耐药机制的持续探索，成功研发出疗效与安全性兼具的第三代靶向药物奥希替尼，强效精准抑制T790M突变。广东省人民医院吴一龙教授介绍：“我们在临床试验中欣喜地看到，对于经一代EGFR-TKI治疗后病情进展的T790M突变患者，奥希替尼取得了喜人的效果，它能与EGFR敏感突变和T790M突变位点结合，强效、精准地抑制由于T790M突变引起的肿瘤耐药。去年世界肺癌大会公布的AURA3临床试验中，奥希替尼第一次显示出超过10个月的无疾病进展生存期，而以往的化疗取得的只有4-5个月，同时，疾病进展风险相比化疗降低了70%。此外，奥希替尼在疗效和安全性之间取得了良好平衡，不良反应小，耐受度和依从性高，能更好地确保患者从治疗中获益。”

### 企业社会多方并举，全方位提升药物可及性

奥希替尼在中国获批后，为了提高药物的可及性，阿斯利康第一时间携手慈善机构及第三方机构，希望能够为患者快速推出全方位的可及性方案。在奥希替尼上市的同时，阿斯利康支持中华慈善总会，同步启动“泰然新生泰瑞沙慈善援助项目”，为符合项目条件的患者提供从检测到药品援助的全方位支持；同时，阿斯利康还积极与上药云健康-益药金融和华泰保险合作，推进奥希替尼分期付款和保险项目，致力于通过多元化的金融援助方案减轻治疗负担。

## ● 全球首发：生物类似药指导原则

全球首发！欧洲药品管理局和欧盟委员会日前发布有关生物类似药指导原则，以便让医护人员更好地了解如何使用此类药品。

生物类似药是指，在质量、安全性以及有效性方面与已获准注册的参照药具有相似性的治疗用生物制品。欧洲药品管理局的专家圭多·拉西教授说：“现在，生物类似药已经是欧盟地区所提供的生物疗法的一个组成部分。”

为了让医护人员更好地了解此类药物的研发、审批和监管信息，欧洲药品管理局和欧盟委员会携手欧盟各国科研人员制定了这一指导原则。

同化学仿制药相比，生物类似药的技术和投资门槛较高，所需的研发时间也较长。但由于此类药品能够更好地满足公众对生物治疗产品的需求，因此很多国家都非常重视生物类似药的研发和管理，并出台了针对生物类似药的指导原则。

据欧洲药品管理局称，自欧盟在2006年批准第一种生物类似药以来，临床数据表明，在欧洲审批通过的此类药物与其他生物药品具备同样的安全性和有效性。目前为止，该机构下属的人用药品委员会已经批准了28种此类药物。

除另标注外，新闻来源为Wind资讯、新浪财经。股指、期货和外汇报价来自金融界网站。内容仅供参考，中化集团财务有限责任公司不对依据本刊内容做出的决策负责。联系方式：v-sunyan@sinochem.com



据业界分析人士称，虽然生物类似药目前所占市场份额不大，但在不久的未来，此类药品将迎来发展黄金期。

## 医疗器械、服务

### ● 我国分级诊疗无法形成的根本原因

毋庸讳言，我们目前的**分级诊疗**体系建设不算成功。无论是通过行政手段强令遏制三级医院扩张，还是组建医联体，都难以奏效。即便是被寄予厚望的医保，面对强势的三级医院，当前也难以发挥引导医疗资源配置和医患诊疗行为的关键作用。分级诊疗难以形成的根本原因在于医疗体系的行政垄断以及与之配套的行政等级制。

#### 医保引导患者基层首诊的效果有限

有人提出，可以通过限制**医保**补偿资格和补偿比例的办法把患者留在基层，通过拉开基层与医院的**医保**报销比例，引导患者留在基层首诊，或者不在社区首诊、自行到医院门诊的费用不予报销，但这种方法的效果很有限。

首先，通过**医保**引导患者到社区首诊，不能改变社区就是没有好医生的事实。认为只要把患者留在基层，基层医生看的病人多了，经验丰富了，就能够成为好大夫的想法是不切实际的。好大夫是通过竞争带来的自我提升压力和优胜劣汰逐渐训练形成的，没有优胜劣汰机制，一个天资不足者就是看一辈子病人也成不了好大夫，没有竞争压力，即便是一个高材生也未必有足够动力成为好大夫。

其次，在患者支付能力普遍大幅提高的情况下，患者很可能直接放弃**医保**报销，全额自费去质量有保障的大医院看病，基层即使再怎么提高**医保**报销比例也很难留住大部分患者。另外一部分人可能到社区卫生服务中心拿转诊单到医院看病，转诊成了走过场，这样的操作只是给打定主意要去医院看病的患者徒增麻烦。

从实际实施情况来看，实施了**医保**门诊统筹制度的地区，都或多或少地拉开了不同层级医疗机构的门诊报销比例，基层报销比例高、医院报销比例低，或辅以提高经社区转诊的医院报销比例等措施。

#### 强制转诊忽视社会经济体制的时代变迁

有人提出，包括**医保**强制转诊在内，更强硬的转诊要求能促使患者形成“有序就诊”，他们给出的佐证是计划经济时代已经通过“强制基层首诊”制度形成了分级诊疗体系，当时即便是城市居民也没有蜂拥到高等级医院看门诊，农民更是少有进城看病的现象。因此，继续通过计划手段配置医疗卫生资源，恢复“强制基层首诊”制度才能有效恢复分级诊疗制度，才能解决“看病难、看病贵”问题。这种观点无疑忽视了社会经济体制的时代变迁。

第一，计划经济时代，城乡居民收入水平很低，负担不起自费去医院看病的负担，当时所谓的“有效的分级诊疗体系”绝非政策安排的结果，而是城乡居民收入低下的自然结果。

除另标注外，新闻来源为 Wind 资讯、新浪财经。股指、期货和外汇报价来自金融界网站。内容仅供参考，中化集团财务有限责任公司不对依据本刊内容做出的决策负责。联系方式：v-sunyan@sinochem.com



建国前没有什么转诊制度，也没有出现全国人民蜂拥北京看协和的局面。时至今日，城乡居民收入水平大幅提高，自费能力越来越强，对医疗服务水平和质量的要求越来越高。

第二，另一个关键因素是疾病谱的变化，当时的门诊主要治疗感染性疾病，如感冒、痢疾等，这类疾病来得快治得也快，技术要求不高，基层卫生室的医生就足以诊治，的确也不需要去医院，而今天的大部分门诊疾病是心脑血管疾病、糖尿病等慢性病，这些慢性病的诊断更为复杂，初诊确诊往往需要到高水平医院，诊断和治疗所需技术水平已经大大高于计划经济时代诊断感染性疾病的要求。

### 通过行政手段组建医联体不可行

通过建立公立医疗机构联合体的方式促进形成分级诊疗制度，把优质医疗资源下沉到基层，这是组建医联体的政策初衷。但实际上，通过行政力量组建医联体的做法有两点错误之处：

第一，公有制占主体的前提下，行政分级管理和财政分灶吃饭的格局难以突破，不可能建成真正意义上的医疗联合体。

第二，即便个别地区三甲医院、二级医院和社区中心能够通过经济纽带建立紧密型联合体，这个医联体也弊大于利。医联体的寡头垄断地位，使其可以高技术、高质量为诱饵，挟患者以令医保，索取更高的额度。

### 根本原因：医疗体制行政等级制

形成分级诊疗体系的关键在于，社区有患者信任的好医生坐诊，常见病、多发病不需要去三级医院门诊排队解决。但在现行医疗体制下，基本没有这样的可能。阻碍好医生流向并留在社区，根源在于医疗体系的行政垄断以及与之配套的行政等级制。

众所周知，我们的医疗服务体系由公立机构主导，时至今日 90% 的医疗服务还是由公立机构提供。行政部门通过一整套行政手段维持公立医疗机构垄断医疗服务供给的格局迄今未变。

## ● 全国首家互联网中医医联体在广州成立

近日，广东省中医院、深圳市宝安中医院（集团）、广州微医互联网医院三方签约，成立**全国首家中医医联体**。

据悉，中医医联体将重点围绕远程会诊中心、培训中心、影像诊断中心、检验诊断中心、转运中心等项目的共建，通过微医硬件、软件、平台、服务和医疗互联网能力的应用，实现医联体内医疗资源共享、远程会诊、学科建设等全方位的医疗健康服务，提升医联体内成员综合服务能力，另悉，中医医联体后期成员将覆盖全国 120 多家中医医疗机构。

广东省中医院院长陈达灿表示：互联网技术可以帮助医院延长服务半径，特别是在各医联体成员单位之间、上下级医院之间。在保证信息安全的基础上，通过互联网进行连接，医联体可以建立成患者数据集成共享平台，对患者来说，就像在“家门口”就可以看专家“。



对于中医医联体的特色，微医董事长兼 CEO、广州互联网医院董事长廖杰远说，中医讲究师承，医联体体系突破了传统的物理空间的限制，把名老中医的专业经验传承到医联体内其他医生。过去必须面对面完成的传承，现在通过互联网可以实现一对多的传承，能使得更多基层医生的能力得到提升。

“医联体的核心是‘联’，以前的医疗体系是横切的，在一定程度上连接成本较高、协作较难；互联网建设的医联体是垂直的，打通了省市县区域中心医院分级诊疗平台。”廖杰远说，目前互联网医院的发展突破口就是建立以实体医院为依托的新型医联体。

廖杰远透露，未来，中医医联体将继续探索建设学科联盟的新模式、新机制，并融入“一带一路”建设，将中医药输出国门，让“一带一路”沿途省份和国家的群众享受到高效、便捷、优质的中医药健康服务。

## ● 全球健康产业齐聚 5 月 tHIS 健康产业领袖峰会

作为“十三五”开局之年的 2016，随着“一纲要、两规划”（《“健康中国 2030”规划纲要》、《“十三五”卫生与健康规划》、《“十三五”深化医改规划》）的印发，标志着健康中国建设，从思想到战略，从纲领到行动的顶层设计基本形成。

而在 2017 年，则是将健康中国战略从“路线图”向“施工图”细化转变的一年。作为全球最大的健康产业盛会，tHIS 健康产业领袖峰会（The Health Industry Summit, tHIS）扮演着产业升级与战略细化的“核心枢纽”作用。不仅融合全球健康产业优质资源，提供行业交流与资源对接，更是推动我国大健康产业优秀企业产品“走出去”、本土企业国际化的优势平台。

今年的 tHIS 健康产业领袖峰会将于 2017 年 5 月 15-18 日在国家会展中心（上海）再次隆重启幕，预计届时将吸纳来自 30 多个国家和地区的超过 7000 家参展企业，以及来自 150 多个国家和地区的超过 21 万名观众。同期还将举办超过 160 场会议及活动。同时进一步延伸产业链条，加大资源整合与吸纳，将服务于医疗器械上游产业的综合平台 ICMD（中国国际医疗器械设计与制造技术展）；全球保健食品、营养品、健康食品的品牌推广及渠道拓展平台 NHNE（中国健康营养博览会）；完善药用辅料的应用与渠道 PHARMEX（中国国际药用辅料、功能食品配料展）也纳入峰会体系，真正实现了大健康全产业链大融合。

正是因为产业融合平台的重要性，GE、飞利浦、西门子，迈瑞、鱼跃、威高、联影、新华等医疗器械类巨头企业；国药集团、上药集团、华润医药、中国医药、华药集团、力诺集团、康美药业、维乐维、威海百合生物等知名药品、保健品企业；天津医药集团、齐鲁制药、尔康制药、赛得力、黄山胶囊等原料药企业也选择与峰会旗下的相关展会长久相伴。

以互联网为核心的新一轮科技和产业革命，给人们的生产方式和生活方式带来巨大变化，同时也给产业带来了新鲜血液。在 CMEF（医博会）上将推出的“智慧健康”展区，集中展示人工智能、移动及远程医疗、大数据及互联网、3D 打印、AR&VR 等智慧健康设备，这些



都承载着改变人类医疗水平的使命。有多家国内外知名医疗器械企业表示“医疗数字化”、“智慧医疗”已成为发展重心。

而对于 PharmChina（药交会）与 NHNE（中国健康营养博览会）而言，NHNE 展馆规模的突破、近万种蓝帽子产品集中亮相以及药交会高效对接模式的升级，将更具关注性。API China（原料会）也不例外，无论是展商规模还是发布的正规产品数量，抑或近 20 场行业动态会议，都在往年的基础上添砖加瓦，再次升级。

日前，迈瑞医疗国内营销系统副总经理徐超先生分享到：对迈瑞而言，CMEF 医博会是非常盛大的产业展会盛宴，是非常好的形象、产品展示传播渠道，迈瑞成立 25 年来，每一届都从未错过。如迈瑞医疗一样的优秀企业还有很多，他们从行业发展初期、医药产业高速发展黄金期到发展新常态时期，都与 CMEF 医博会、药交会等相伴走过。

随着全民健康的普及，国家对于大健康产业投入逐渐加大，以及各种政策红利的有力推动下，大健康产业正剑指 16 万亿市场，进入高速发展期。巨大“风口”带来了许多市场机会。

作为中国大健康产业投资类最重要的论坛之一，本届中国医疗健康产业投资大会以“健康中国的投资新机遇”为主题，强强联手国药资本、中金公司，将作为 tHIS 健康产业领袖峰会的开场“大戏”于 5 月 13-14 日峰会前夕在上海中星铂尔曼酒店举办。

大会依托于来自依托来自全球 7,000 家医疗健康产业平台、云集 500+产业界和 500+投资机构合伙人，将着重聚焦 4 大最热门的投资领域的创新公司，届时将邀请 100+医疗健康领域上市公司最高管理层出席，并精选 80 名最具代表性和创新型公司最高管理层进行路演。目的就是构建中国最高规格的医疗健康产业投资生态圈，打造首屈一指的产业与投资对接的直通车。

2016 年以来，在“一带一路”的国家战略指导下，tHIS 健康产业领袖峰会的优质资源整合与推荐工作也在扎实推进，大力帮助我国大健康产业优秀企业“走出去”，且逐步使得“带路”的覆盖范围不断扩大，除了走向周边的亚太区域，也在更多的走向欧美，与全球领先的企业充分竞争。世界也已经开始翘首企盼，由 tHIS 健康产业领袖峰会引领下的健康全球化新征途。

## ● 财政部部署全面推开公立医院综合改革任务

记者 2 日从财政部获悉，财政部发布通知部署了全面推开公立医院综合改革的七项重点任务，包括 2017 年全国公立医院医疗费用平均增长幅度控制在 10% 以下、9 月 30 日前所有公立医院全部取消药品加成（中药饮片除外）等。

重点任务具体为：

（一）贯彻落实《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》（国办发〔2015〕33 号）和《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办



发〔2015〕38号），逐条逐项落实改革任务，深化医疗、医保、医药联动改革，增强改革的系统性、整体性和协同性。

（二）贯彻落实《中共中央办公厅 国务院办公厅转发〈国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见〉的通知》（厅字〔2016〕36号），学习先进经验，结合地方实际大胆探索创新，推动公立医院综合改革向纵深发展。

（三）贯彻落实《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》（国卫体改发〔2015〕89号），2017年全国公立医院医疗费用平均增长幅度控制在10%以下。各省（区、市）及兵团要设定2017年度医疗费用增长控制目标，结合实际分解到各地市、县（市、师）和公立医院，并于5月15日前报国家卫生计生委、国家中医药局备案。国家将对各省（区、市）及兵团公立医院医疗费用增长情况进行排名和通报。

（四）全面推开城市公立医院综合改革。7月31日前，所有地市出台城市公立医院综合改革实施方案；9月30日前，全面推开公立医院综合改革，所有公立医院全部取消药品加成（中药饮片除外）。国家卫生计生委、国家中医药局属（管）医院全部参加属地公立医院综合改革。2017年启动改革的城市，地市级医改领导小组要全面贯彻落实国家和省级党委、政府关于公立医院综合改革的政策要求，在深入调研、精心测算、充分协商、科学论证的基础上，以目标和问题双导向，制订任务明确、路线清晰、措施有力、分工具体的实施方案，确保公立医院综合改革平稳有序推进。省级医改领导小组要严格审核把关，确保改革举措指向明确、实用管用、解决问题。实施方案印发后，于7月31日前报国家卫生计生委备案。

（五）巩固完善前4批试点城市公立医院综合改革。巩固取消药品加成成果，进一步健全公立医院维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制和科学合理的补偿机制。到2017年底，前4批试点城市公立医院药占比（不含中药饮片）总体下降到30%左右；百元医疗收入（不含药品收入）中消耗的卫生材料降到20元以下；实行按病种收付费的病种不少于100个；预约转诊占公立医院门诊就诊量的比例要提高到20%以上；区域内所有二级及以上公立医院和80%以上的基层医疗卫生机构与区域人口健康信息平台对接；60%的基层医疗卫生机构与上级医院建立远程医疗信息系统。

（六）拓展深化县级公立医院综合改革。进一步总结提炼推广公立医院综合改革示范县（市）经验，积极推进县域医疗服务共同体建设。到2017年底，全面实行以按病种付费为主，按人头付费、按床日付费等复合型付费方式，探索符合中医药特点的支付方式，鼓励中医药服务提供和使用；县级公立医院门诊、住院患者人均费用和总收入增幅下降，医疗服务收入（不含药品、耗材、检查、化验收入）占业务收入比重提升，自付医疗费用占总医疗费用比例下降。

（七）扩大公立医院综合改革示范。各省（区）分别确定1个城市作为省级公立医院综合改革示范城市；各直辖市分别确定1个区（县）开展省级示范工作。除安徽、福建、江苏、青海4省外，各省（区）及兵团分别推荐1个县（市、师）作为第二批国家级示范候选县（市、

除另标注外，新闻来源为Wind资讯、新浪财经。股指、期货和外汇报价来自金融界网站。内容仅供参考，中化集团财务有限责任公司不对依据本刊内容做出的决策负责。联系方式：v-sunyan@sinochem.com



师)。省级示范城市、国家级示范候选县(市、师)和直辖市示范县(区)名单经省级医改领导小组同意后,于5月15日前报国务院医改办。国务院医改办将会同有关部门遴选确定若干国家级示范城市和第二批国家级示范县(市、师),发挥典型引路作用,树立改革样板,扩大公立医院综合改革成效。各地要创造条件支持示范地区加大改革力度,在重点领域和关键环节突破创新、先行先试,以点带面把公立医院综合改革引向深入。

财政部要求,各级卫生计生、财政部门要发挥牵头作用,各级医改办要发挥统筹协调作用,建立任务台账,明确时间表、路线图,把责任压实、要求提实、考核抓实。国务院医改办对有时间节点和指标要求的改革任务建立《全面推开公立医院综合改革部分重点任务台账》,各省(区、市)及兵团医改办于每月15日前报送上月进展。国务院医改办将开展专项督导检查,按月通报各地进展,对工作滞后、延迟改革的城市进行约谈。此外,各地要建立考核问责机制,把全面推开公立医院综合改革作为全面深化改革的重点任务,纳入政府绩效考核内容。国务院医改办将会同有关部门继续开展公立医院综合改革效果评价考核工作,考核结果与中央财政补助资金挂钩,对真抓实干、成效明显的地方加大激励支持力度,对改革不力、落实不到位的地方问责追责。

## 制 药

### ● 需求较大,一季度进口药同比大增三成

需求大,一季度医药品进口金额同比大增30%!而就在昨日,外资药企巨头勃林格殷格翰宣布加码布局中国市场、启用本土生物制药基地。

今年一季度我国医药品进口金额累计59.35亿美元,同比上涨30.1%,其中3月进口金额高达24.95亿美元。行业观察人士表示,外资药企看好中国市场成长性,将加快产业布局步伐;而我国医药需求大,更多的成熟进口药将加大对中国市场的开拓力度。此外,中国药企也在努力加速进入欧美市场。勃林格殷格翰透露,借助其生物制药和合同生产平台,中国本土药企可加快越洋步伐。

### ● 我国建立长效机制加以解决药品短缺问题

解决药品短缺,既要消除药品相关不当制度的阻碍,让市场发挥配置资源的决定性作用,又要更好地发挥政府在短缺药品预警、储备等方面的积极作用,建立起保障短缺药品的长效机制。对困扰市场多年的**短缺药问题**,我国政府正建立长效机制加以解决。日前,国家卫生计生委召开了“2017年深化医改重点工作任务专题发布会”,相关负责人透露,针对短缺药问题,政府将出台“关于短缺药供应保障”相关文件。

药品短缺是世界性难题,不论发达国家还是发展中国家都存在一定程度的药品短缺。目前,各国都将实现药品可及性、保障人人享有基本医疗作为国家药物政策的主要目标,而药品短缺已成为实现这一目标的主要障碍,引起了各国的高度关注。

除另标注外,新闻来源为Wind资讯、新浪财经。股指、期货和外汇报价来自金融界网站。内容仅供参考,中化集团财务有限责任公司不对依据本刊内容做出的决策负责。联系方式:v-sunyan@sinochem.com



但也应该看到，我国药品短缺问题并未得到根本解决，部分常用廉价药、罕见病用药短缺仍时有发生。比如，实施心脏外科手术的常用必备药鱼精蛋白就曾多次出现短缺，致使不少医院心脏病体外循环手术被迫暂停。

目前，我国药品短缺的原因比较复杂，既有药品市场因某疾病而需求突然增加，又有政府层面的定价政策不合理、招标体系不完善、公立医院“以药补医”等制度因素所造成。

按理说，廉价药价格便宜，安全有效，可谓“物美价廉”，本应受到市场的欢迎，药品企业也可以薄利多销，可是药品相关政策却阻碍了廉价药的供给。以公立医院的“以药补医”为例，由于医疗领域存在着医患信息不对称，患者只能听命于医院，成为被动的医疗消费群体。而在我国“以药补医”没有根本改变的情况下，公立医院为了维持其运行，必然会选高价药以获取更大利润。药品企业也自然会选择生产利润空间大的高价药，而疗效相同的廉价药逐渐被冷落。

应该说，十八届三中全会以来，医改继续向前推进，并逐步理顺医药领域中市场与政府的关系，从放开药品价格到取消公立医院“以药补医”，我国正在逐步消除药品相关政策的阻碍，让市场机制更好地发挥在资源配置中的作用，促进廉价药重回市场。

与此同时，我国也在更好地发挥政府有形之手的积极作用，以期完善廉价药的供给，并着手建立短缺药的长效机制。比如，2016年12月，国家卫生计生委就发布了《关于临床必需、用量小、市场供应短缺药品定点生产试点有关事项的通知》，工业和信息化部、国家卫生计生委、国家发展改革委、国家食品药品监管总局组织开展试点，目前已完成地高辛口服溶液、复方磺胺甲 唑注射液、注射用对氨基水杨酸钠3个品种的定点生产企业招标工作。

总之，药品短缺的原因，既有市场失灵，也有政策失灵。对此，解决药品短缺，既要消除药品相关不当制度的阻碍，让市场发挥配置资源的决定性作用，又要更好地发挥政府在短缺药品预警、储备等方面的积极作用，建立起保障短缺药品的长效机制，促进廉价药重回市场，实现药品的可及性，保障人人享有基本医疗。