



京都律师事务所
King & Capital Law Firm

北京市京都律师事务所

医疗健康养老专刊

(2018 第 3 期 | 总十八期)



京都律师事务所
King & Capital Law Firm

中国北京市朝阳区景华南街 5 号, 远洋•光华国际 C 座 22、23 层 邮编:100020

23 Floor, Tower C, OFFICE PARK, No.5 Jinghua South Street, Chaoyang District, Beijing 100020

电话 Tel:86-10-57096000 传真 Fax:86-10-85251268

www.king-capital.com

目 录

【政策法规】	5
国家卫生计生委 财政部《关于开展 2017 年度国家基本公共卫生服务项目绩效评价（考核）的通知》	5
国家卫生计生委办公厅《关于印发 2018 年卫生计生国家随机监督检查计划》的通知	5
国家卫生计生委办公厅《关于进一步加强和改进公共场所集中空调通风系统卫生监督管理工作的通知》	5
CFDA 发布《总局关于进一步加强食品药品标准工作的指导意见》 .	6
CFDA 发布《总局关于印发〈医疗器械标准规划（2018—2020 年）〉的通知》	6
CFDA 发布《生物制品批签发管理办法》	6
CFDA、科技部发布《食品药品监管总局、科技部关于加强和促进食品药品科技创新工作的指导意见》	7
CFDA 公开征求《关于进口药品注册审评审批有关事项的公告（征求意见稿）》意见	7
CFDA 公开征求《药品审评审批信息公开管理办法（征求意见稿）》意见	7
CFDA 公开征求《医疗器械唯一标识系统规则（征求意见稿）》意见	8
CDE 公开征求《药物研发与技术审评沟通交流管理办法（修订稿）》	

意见	8
【资本动态】	8
佐力药业对科济生物医药(上海)有限公司增资	8
中源协和转让泛生子股权	9
杜比医疗获 A 轮融资	9
Atomwise 获 4500 万美元 A 轮融资	9
药明巨诺完成 9000 万美元 A 轮融资	9
Oxford Vacmedix 完成 1250 万美元 A 轮融资	9
西门子医疗拟在德 IPO 估值最多 382 亿美元	9
赤耳科技获国鸿创投等新一轮投资	10
天士力或在港 IPO 拟融资 10 亿美元	10
精华制药控股子公司完成对外投资暨工商变更	10
【行业聚焦 医生集团】	10
医改背景下“应运而生”的中国医生集团	10
医生集团的法律尴尬	15
医生集团生存的两把钥匙	18
携手医生集团，二级医院实现突围	21
美国医生集团发展以及对我国的启示	23
【产业研究】	33
2018 医药流通四大趋势	33
盘点国内 6 座主要城市的诊所接入医保支付流程条件	37
中药大品种逆境重生法则	47



医药流通政策梳理	49
2018 亚洲医健八大趋势 病床缺口将达 340 万张	52

【政策法规】

1. 国家卫生计生委 财政部《关于开展 2017 年度国家基本公共卫生服务项目绩效评价（考核）的通知》：2017 年 03 月 01 日，为贯彻落实党的十九大会议精神，持续推进国家基本公共卫生服务项目工作开展及各项任务落实，国家卫生计生委、财政部将继续对各地开展 2017 年度国家基本公共卫生服务项目绩效评价，绩效评价范围将覆盖所有省、自治区、直辖市和新疆生产建设兵团。

政策法规全文：

<http://www.moh.gov.cn/jws/s3577/201803/73d843c72ae14fad971002d722e3dd1b.shtml>

2. 国家卫生计生委办公厅《关于印发 2018 年卫生计生国家随机监督抽查计划》的通知：为进一步加强医疗卫生、传染病防治、公共卫生、计划生育监督执法工作，按照国务院关于“双随机、一公开”的工作部署要求，国家卫计委组织制定了 2018 年卫生计生国家随机监督抽查计划。国家卫生计生委监督中心负责对各地上报数据信息进行收集、汇总统计，并组织业务专家对统计结果进行分析。

政策法规全文：

<http://www.moh.gov.cn/zhjci/s7885/201802/1cc848f8a2c048138cc24a3b7e64730f.shtml>

3. 国家卫生计生委办公厅《关于进一步加强和改进公共场所集中空调通风系统卫生监督管理工作的通知》：对公共场所集中空调通风系统（以下简称集中空调）实施卫生监督管理是预防传染病和保障公众健康的重要措施。近年来，各地按照《公共场所卫生管理条例》及其实施细则和相关卫生规范要求，不断加强集中空调卫生监督管理，有效保障了公共场所卫生安全。为进一步贯彻落实国务院“放管服”改革要求，要求严格规范公共场所集中空调卫生检测，公

共场所经营者应当按照规定每年对集中空调至少检测一次，发现检测结果不符合标准的，应当及时整改，保证集中空调卫生质量符合标准要求。

政策法规全文：

<http://www.moh.gov.cn/zhjci/s5853/201802/62ba69dfc4984a26b61aa04bc1dc7bae.shtml>

4.CFDA 发布《总局关于进一步加强食品药品标准工作的指导意见》：1月19日，CFDA发布《总局关于进一步加强食品药品标准工作的指导意见》，在药品和医疗器械方面，该意见指出应加快药品标准提档升级，保障药品安全有效；提升医疗器械标准科技创新能力，引领高新技术产品发展；加强标准统筹管理；加强标准基础研究；加强标准人才队伍建设；加强国际交流合作；加强标准贯彻实施；加强组织领导；保障经费投入；完善激励机制。

政策法规全文：<http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0852/223055.html>

5.CFDA 发布《总局关于印发<医疗器械标准规划（2018—2020年）>的通知》：1月29日，CFDA发布《总局关于印发<医疗器械标准规划（2018—2020年）>的通知》，该标准规划指出将于2020年，建成基本适应医疗器械监管需要的医疗器械标准体系，主要任务包括完善机制体制，健全医疗器械标准体系；规范标准管理，有效提升医疗器械标准质量；创新引领标准提升，逐步增强医疗器械标准科技支撑能力；深化国际交流合作，力争医疗器械国际标准化工作取得新突破；全方位推进医疗器械标准实施，强化标准监督；加强组织领导；加强经费保障；加强人才队伍建设；加强医疗器械标准信息化建设等。

政策法规全文：<http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0845/223587.html>

6.CFDA 发布《生物制品批签发管理办法》：1月29日，CFDA发布《生物制品批签发管理办法》，自2018年2月1日起施行。该办法规定了生物制品批签发

工作的原则；批签发机构确定；批签发申请；审核、检验、检查与签发；复审、信息公开以及相应的法律责任。

政策法规全文：<http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0053/220852.html>

7.CFDA、科技部发布《食品药品监管总局、科技部关于加强和促进食品药品科技创新工作的指导意见》：1月25日，CFDA、科技部发布《食品药品监管总局科技部关于加强和促进食品药品科技创新工作的指导意见》，提出加强食品药品监管科技创新；着力提升食品药品领域科技创新支撑能力；建立完善科研支撑网络；引领企业提升技术创新能力；积极推动重点实验室建设；加强重大技术创新平台建设；协同推进国家临床医学研究中心建设；加强省级科技创新基地建设；支撑服务产业集群；促进科技成果转化；建立人才激励和奖励机制；加强科技和科普宣传；深化国际交流合作；加强组织领导；营造科技创新政策环境；建立科技创新资助和管理机制；强化资源统筹合作；培育高水平创新人才队伍等指导意见。

政策法规全文：<http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0852/223640.html>

8.CFDA 公开征求《关于进口药品注册审评审批有关事项的公告（征求意见稿）》意见：2月9日，CFDA就《关于进口药品注册审评审批有关事项的公告（征求意见稿）》公开征求意见，公告指出进口药品再注册申请受理后，全部资料转交总局药品审评中心审评审批，并由总局药品审评中心审评审批；《进口药品注册证》《医药产品注册证》实施新的编号模式。

政策法规全文：<http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0778/224857.html>

9.CFDA 公开征求《药品审评审批信息公开管理办法（征求意见稿）》意见：1月16日，CFDA就《药品审评审批信息公开管理办法（征求意见稿）》公开征求意见，该办法对药品审评审批信息公开的适用范围；信息公开的内容与基本要求；受理信息公开；审评审批过程信息公开；审评审批结果信息公开；其他审评审批信息公开及监督管理等作出了规定。



政策法规全文: <http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0778/222945.html>

10.CFDA 公开征求《医疗器械唯一标识系统规则（征求意见稿）》意见：2月26日，CFDA就《医疗器械唯一标识系统规则（征求意见稿）》公开征求意见，该规则对唯一标识要求；医疗器械唯一标识的定义、结构组成、基本原则和创建要求；唯一标识数据载体要求；唯一标识数据载体的定义、赋予的要求；唯一标识数据库要求；唯一标识数据库的内容及要求，数据上传、维护要求等作出了规定。

政策法规全文: <http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0779/225546.html>

11.CDE 公开征求《药物研发与技术审评沟通交流管理办法（修订稿）》意见：3月11日，CDE就《药物研发与技术审评沟通交流管理办法（修订稿）》公开征求意见，该办法对沟通交流的形式、适用范围、沟通交流的会议类型、沟通交流会议的提出与商议、会议的准备和召开、会议的延期或取消等作出了规定。

政策法规全文：

<http://www.cde.org.cn/news.do?method=viewInfoCommon&id=314379>

【资本动态】

1.佐力药业对科济生物医药(上海)有限公司增资：1月16日，浙江佐力药业召开了第六届董事会第十一次(临时)会议、第六届监事会第十次(临时)会议，审议通过了《关于全资子公司与关联人共同发起设立健康产业并购基金暨关联交易并对科济生物医药(上海)有限公司增资的议案》，同意公司全资子公司浙江佐力健康产业投资管理有限公司与佐力控股集团有限公司共同发起设立第3期健康产业并购基金，并参与科济生物医药(上海)有限公司Pre-C轮融资，产业并购基金参与增资的额度为1000万美元。



2.中源协和转让泛生子股权：2月5日，中源协和和海峡投资等于签署《股权转让协议书》，拟将持有的北京泛生子基因科技有限公司6.483%股权以1.2亿元价格转让给深圳海峡生命科学投资合伙企业。

3.杜比医疗获A轮融资：3月9日消息，杜比医疗宣布获得由杭州水木泽华基金、鼎笠资本投资的A轮融资，具体数额暂未透露。杜比医疗是由美国DOBI Global公司在中国设立的合资公司，将在美国公司已有基础上围绕动态光学乳腺成像系统核心技术，面向全球市场开展乳腺筛查设备的研发、生产和销售业务。

4.Atomwise 获 4500 万美元 A 轮融资：3月8日消息，硅谷AI公司Atomwise宣布获得4500万美元A轮融资，由Monsanto Growth Ventures领投，百度、腾讯、Data Collective参投。公司利用超级计算机进行药品研发，主要研究方向是利用人工智能来加速化合物筛选，帮助新药发现。

5.药明巨诺完成 9000 万美元 A 轮融资：3月8日消息，药明巨诺生物科技有限公司宣布完成9000万美元A轮融资，由国际知名投资机构淡马锡、红杉资本中国基金和元明资本领投，其他投资者包括元禾原点、翼朴资本、中航资本，及原有股东药明康德集团、美国巨诺生物（Juno）公司等。本轮融资将用于推进JWCAR029产品临床试验研究，扩展研发管线，并建立新的产业化生产基地。

6.Oxford Vacmedix 完成 1250 万美元 A 轮融资：3月8日消息，专注于癌症疫苗研制的牛津疫苗医学公司英国有限公司宣布完成1250万美元A轮融资，由韩国Cancer ROP和中国投资者共同完成。融资将用于临床前开发和与两个候选疫苗（ovm-100和ovm-200）I期临床试验。

7.西门子医疗拟在德 IPO 估值最多 382 亿美元：3月6日消息，西门子对外公布分拆旗下医疗业务在法兰克福IPO详情，估值最多为382亿美元，低于外界预

期的 431 亿美元。重振诊断业务将成西门子医疗未来的发展重点，同时公司也对 2017 年推出的重磅实验室设备产品 Atellica 寄予厚望。

8.赤耳科技获国鸿创投等新一轮投资：3 月 6 日消息，赤耳科技宣布获得新一轮投资，投资方为国鸿创投和前海康达科技创投。公司致力于医疗信息化的建设，专注于线上线下的医疗信息和服务领域的发展与创新，为医院、养老院、社区提供床旁健康信息化的整体解决方案，主要产品为“暖医”。

9.天士力或在港 IPO 拟融资 10 亿美元：3 月 6 日消息，中药生产商天士力生物科技子公司计划在香港首次公开招股（IPO）中融资 10 亿美元。目前，估值、拟出售股份的种类以及公司拟上市的确切百分比等细节尚未对外正式公布。据公开信息显示，旗下治疗血凝块诱发心脏病的药物在中国销量最好，另有 10 多种药物正在积极筹备当中。

10.精华制药控股子公司完成对外投资暨工商变更：2 月 06 日公告，精华制药控股子公司江苏金丝利药业股份有限公司与江苏苏欣医药有限公司、曹林祥、曹国在 2018 年 1 月 18 日签署了《股权转让协议》，金丝利药业拟以自有资金 1,606.5 万元人民币收购曹林祥、曹国分别持有苏欣医药的 40%、11%（共计 51%）的股权，本次收购完成后，苏欣医药纳入金丝利药业合并报表范围。

【行业聚焦 | 医生集团】

医改背景下“应运而生”的中国医生集团

医改中许多新现象层出不穷，不管您同意不同意，都纷纷呈现，集体飞刀、科室合作、自建医院……近年来，中国的医生集团如雨后春笋般发展起来，其速度之快、规模之猛，让许多院长与医院管理者不得不对其进行深入的分析研究。据统计，中国目前已经成立了 456 家医生集团。在此，我们谨对

其讨论一二，供关注者研究参考。南京医科大学张自虹同学对本文有重要贡献。

从昨天的综述看，大家应当明白，医生集团，又称为“医生执业团体”或者“医生执业组织”，发端于国外，英文名为“Medical Group”。即由多个医生联合形成的组织。从归属来讲，“医生集团”可能属于医院，也可能是独立的“医生组织”，一般是独立法人机构，以股份制形式运作。其本质是相对于医生独立执业而言的医生团体执业。医生集团是一个同进共退的执业团队，医生可以共享彼此的收入、共同承担损失、共享设施设备。

医生集团的主要功能是代表医生与各个保险公司和医疗机构协定报销比率，帮助医生更新行医职业资格，为医生交付医生责任险，提供助理和客服帮助医生预约患者、随访，管理患者电子病历以及其他日常管理工作。

第一，医生集团的产生可能是中国医改的大趋势。

通过对各利益相关者看法的综合分析可以看出，医生集团的产生无疑是多种因素综合作用的产物。其中，“多点执业”这一政策红利的推行、体制内医生对自由执业的强烈诉求、互联网的影响以及树立个人品牌的愿望、政府引导下的市场推动结果、医疗需求及服务多样化发展，以上五大主要因素促进了医生以合伙制建立医生集团。特别是2015年国家卫生计生委公布《关于推进和规范医师多点执业的若干意见》之后，国内大量的医生集团涌现。另外，美国医生集团的影响也是中国医生集团出现的原因。医生集团首次在中国出现可能始于1998年的万峰医生集团，但这之后并未出现规模性的发展，更谈不上对医疗服务体系结构性的影响。医生集团的再现主要得益于医生多点执业政策的放宽。医生集团作为推动体制变革的一种自发形成的力量，则承接了医师多点执业的部分功能，试图寻找除公立医院之外的其他平台，值得关注。

第二，中国医生集团目前组建的三大主要模式是什么？

一是体制外医生集团。此类医生集团一般由体制内医生在其完全脱离体制后，为实现全职自由执业而建立。其成立的目的是要打破现有医疗体制的条条框框，将医生资源引入自由竞争的市场中，实现医生要素市场化并获得相应报



酬。一般的运营模式为:首先,医生集团与医生团队签约成为医生团队的母体,为医生团体联系对口执业场所,安排医生行医,并负责与患者接洽、随访或者协调其他医疗资源;其次,医生团队与医院签约,通过提供医疗服务取得分成收入或者保险支付。这样使得医生不再是医院的雇员,而以一种平等的方式与医院展开合作。这种模式目前主要由以张强医生、万峰医生集团和杏香园为代表。

二是体制内医生集团。该类型的医生集团一般由体制内医生牵头成立。医生不离开原执业医院,仍然属于体制内成员,在工作之余采取医生多点执业等模式加入医生集团。这种模式旨在为体制内跃跃欲试的医生提供了自由执业的试水平台,化解了医生走出去的风险,同时也促进了公立医院的医生资源向基层医疗卫生机构转移。在具体运营过程中,医生集团相当于医生的经纪公司,不但为签约医生提供对口执业医院,开展医疗服务,而且通过专门的运营团队帮助医生处理专业之外的事务。这种模式的诞生充满了“中国特色”,是现有医疗体制下的特殊产物,如大家医联、中康医生集团、广州医生工作室、华西医生集团等。

三是互联网医生集团。这类平台公司的创办主体既有专业的医生团体,也包括一般的商业主体,前者如杏香园,后者如微医集团。因为这类医生集团主要依托于互联网平台公司,其注册类型一般为法人,能够对外承担独立的法律责任。此类医生集团存在的主要目的是通过互联网连接医院、医生和患者,促进三者信息的高效共享,提供先进并受信任的移动医疗服务,从而打造互联网全国分级诊疗平台和良性互动的医疗服务与健康产业生态圈。一方面医生集团为医生团队免费提供咨询、品牌传播、客户开发、服务运营、支付体系、法律风险控制等服务;另一方面作为一个信息的发布整合平台,医生在平台上发布信息,患者在平台上寻找资源,实现有效的分诊,让医疗资源获得最有效的运用。平台在整个过程中承担了综合管理的任务,充当了中介服务的作用。但是互联网医生集团是否属于医生集团尚存在争议。有研究认为这种类型只发挥第三方平台或中介的作用,医生在其中并不一定发挥主导作用,因此不符合医生集团的基本定义,但可归为准医生集团模式。

第三,中国医生集团的主要代表及标志性事件有哪些?



1. 张强医生集团：医生集团的专科化选择。

2014 年 7 月 1 日，张强医生创办的国内第一家跨专科医生集团（Dr. Smile Medical Group），正式在上海 1788 国际中心宣布正式启动。随后几个月内，上海各大三甲附属医院的优秀骨干专家陆续宣布选择自由执业，加盟张强医生集团。目前张强医生集团已经拥有 7 个专科团队。

2015 年，张强医生集团启动投资计划。在上海、北京、杭州三地建立互联网诊所，利用远程移动医疗技术提供远程会诊、患者随访、第二诊疗意见等。

2015 年 10 月，张强医生集团内的疝外科团队正式剥离。成立宇克疝外科医生集团，标志着张强医生集团开始向专科化医生集团转型，而 2016 年张强医生集团也已经明确了转型为血管外科医生集团的定位。

2016 年初，张强医生集团顺利完成从跨专科到血管专科的转型，成为国内首家血管外科医生集团。

以张强医生集团为代表的医生集团的在国内日益兴起 2015 年 9 月“中国医生集团大会”的召开则表明其已经形成一定规模。

2. 大家医联：首个由体制内医生组建的医生集团

大家医联成立于 2015 年 3 月，由两名医生、一名医疗行业职业经理人和一名律师发起，北京阜外心血管病医院心血管外科副教授、副主任医师孙宏涛是创始人之一。集团的医生来北京地区三甲医院，比如：北京阜外医院和安贞医院心血管科、北京天坛医院脑外科、同仁医院眼科、北医三院骨科和北大人民医院肝胆外科等等；医生职称均为副主任以上。

2015 年 3 月 4 日，孙宏涛医师在微博上发出声音，征集首期创业诊所新项目合伙人，短时间内受到来自患者、医生、医院等各界的关注并期望共同推进发展。

2015 年 5 月，大家医联顺利谈妥第一笔千万级投资，与此同时，北京市卫计委也发布了鼓励体制内医生多点执业的具体措施，政策红利催发了医生创业的动力，“大家医联”也成为医生创业的孵化器，目前已有近百名医生及众多医疗机构加入，专业涵盖医疗界各个领域。



3. 哈特瑞姆心律专科医生集团：医生集团瞄准基层市场

“哈特瑞姆心律专科医生集团”由7位国内知名的中青年心律失常专家联合创建。从创建伊始就致力于为心律专科的分级诊疗服务。将患者的首诊、转诊形成一个闭环。患者在基层首诊，社区全科医生发现无法处理的问题向哈特瑞姆转诊，经过专家处理后转至社区。同样从成立之初就非常关注分级诊疗的名医主刀。通过与国内三甲医院副主任医师及以上级别的医生签约，再与有空置床位的二甲及以上级别的医院签约。让名医利用空余时间到有条件的医院为更多的患者提供手术服务，通过整合医生、医院的资源，实现“大病不出县”的愿景。

哈特瑞姆创始人之一刘兴鹏表示，今后哈特瑞姆将会投资开发专供医生使用的APP，更好地开展基层培训与基层建立联系。私人医生工作室集团创始人之一林锋则表示，今后集团将会下基层培训基层医生，让基层医生知道如何转诊、怎样的患者转给怎样的专家，让基层医生承担起分诊的功能。而鲍宇克也透露，张强医生集团和宇克疝 外科医生集团会通过互联网手段对基层医生开展远程帮扶，最主要的模式是基层医生与医生集团的医生建立直接联系，由医生集团的医生利用互联网指导和培训基层医生，而医生集团也在积极探索和基层医疗机构直接形成联盟。

4. “中国医生联盟”成立

2016年2月27日，首届医生集团联盟会议暨成立仪式，在北京市张强医生集团北京总部召开，如此创举无疑给医生集团注入新的能量，让医生集团的发展上升到了一个新的台阶。“中国医生联盟”成员有：张强医生集团、冬雷脑科医生集团、沃医妇产名医集团、宇克疝外科医生集团、永春男士整形医生集团、旭光颌面外科医生集团、博德嘉联医生集团。

未来，随着公立医院人事制度改革以及支付制度改革的“落地”，中国的医生将有望回归社会人的身份。届时，我们相信中国顶尖的医生、一流的医疗服务必将使更多人群收益。



可以展望的是中国医生集团将作为一种轻资产、新平台，联接资源、联接市场、联接资本、联接要素，在未来中国医改中一定会发挥新的独特改革作用！（来源：健康界）

医生集团的法律尴尬

医生集团模式虽然正在成为医生们转型、创业的重要方向，但其在注册、经营等方面的“合法性”却仍然面临尴尬。

一、工商注册尴尬

医生集团，Medical group，又称“医生执业团体”或者“医生执业组织”，是由多个医生集团组成的联盟或者组织机构。

虽然听起来高大上，但这个名词在现行《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《侵权责任法》中无对应的法律规定。

另外，医生集团在工商注册方面存在很多限制，由于含“集团”二字，一般人会认为是办集团公司，工商部门会要求申请人按照集团公司的要求申报，但这显然是医生集团达不到的。

因此，在很长一段时间内，国内工商部门是不允许以“医生集团”的名义注册公司名称的。国内第一家体制外医生集团“张强医生集团”创始人张强透露，2014年7月他创立医生集团时，“医生集团”这几个字就未能获准注册，因此他注册的公司名称是“张强医疗科技股份有限公司”。

不过，医生集团现在已经获得多个地方的工商行政部门认可，可以顺利进行注册。

2016年3月8日，“博德嘉联医生集团医疗有限公司”在深圳成功注册，并获得营业执照。这是中国第一张带有“医生集团”字号的工商执照。

二、经营范围尴尬

虽然在注册环节获得了“通关”，但医生集团在工商登记的“经营范围”一项，仍然存在尴尬：据悉，目前医生集团在工商管理登记的经营范围，只能



从事医疗管理，医疗咨询、医疗技术研发等经营活动，而诊疗活动作为医生的本职工作，在经营范围内被明确禁止，“不得从事诊疗活动”。

这意味着，医生集团在法律意义上只是一个医生管理公司，不能接受医生注册，没法独立开展医疗服务。

而医生集团之所以不能从事诊疗服务，根本的原因是，没有获得《医疗机构执业许可证》，因此只能采取与其他医院合作而开展业务：包括将集团的医生注册在合作医院，将病人带往合作医院实施诊断与治疗。

在结算方面，医生集团也无资格向病人收费，只能以咨询费名义与合作医疗机构分成。

三、医生集团要不要取得单独的《医疗机构执业许可证》？

从法律角度来讲，医生集团只要拿到工商执照就已经是商事主体，即便没有获得《医疗机构执业许可证》，也可以通过与医院合作的方式来开展业务。

因此，《医疗机构执业许可证》不是医生集团的必要条件，但如果拥有这个许可证，可以让医生集团的发展更顺利。主要体现在四方面：

- 1、有利于购买医疗责任险；
- 2、有利于体制外市场化运营；
- 3、有利于增加医生吸引力（医生可以成为该医生集团的医疗合伙人或股东；也可以受雇于该医生集团）；
- 4、有利于打通医保（《医疗机构执业许可证》是申请医保的基本条件）

四、医生集团对患者的赔偿责任如何承担？

不同组织架构下的医生集团，在患者赔偿上存在三种方式：

（一）合伙制的医生集团

医疗作为高度专业性、独立性的行业，最适合医生集团的架构是合伙制。

合伙制意味着，如果医生集团需要承担赔偿责任，先由合伙财产来承担。而如果合伙财产不足，则由全体合伙人承担连带责任。

（二）特殊的普通合伙



相比普通合伙形式下，合伙人承担连带责任，“特殊的普通合伙”形式提供了一种更为灵活的责任承担方法。

《中华人民共和国合伙企业法》第 57 条规定：一个合伙人或者数个合伙人在执业活动中因故意或者重大过失造成合伙企业债务的，应当承担无限责任或者无限连带责任，其他合伙人以其在合伙企业中的财产份额为限承担责任。

而对于非因故意或重大过失造成的损害，各合伙人承担连带责任。

（三）公司制

公司以资产为限对外承担法律责任；股东以出资承担责任。

五、医生集团合伙注意事项

1、“干股”的问题

为了吸引专业人才（如技术负责人或者很牛的儿科医生），有的医生集团会向人才给出一定的“干股”（未出资而获得的股份）。创始人要注意保证自己对公司的控制权，可以借鉴“同股不同权”的方式。

2、“股权代持”的问题

有的医生不舍得离开公立医院的职位或者有其他顾虑，会选择股权代持，法律会保护医生对股权的所有权，但表决权也是需要间接委托解决的，这当中是存在风险的。

3、股权激励的问题

余怀生表示，医生集团如果采用合伙模式，在员工股权激励方面要谨慎，不要拍脑袋决定。对于股权激励的员工，最好是要设置好激励条件，比如业务员业务拓展任务完成就获得股权激励，否则没有，做到有激励、有限制。

对于员工激励的股权份额，余怀生建议维持在 10%~15%之间，不要超过 20%，否则容易导致高层流失。

4、预留股权

医生集团可以预留一部分股权，以备后期吸引人才。医生集团可以预留 15%~20%股权给后来的牛人。否则，如果到后期让原有持股员工从股份中切出一定比例的股权，会影响员工心态。（来源：亿邦动力网讯）

医生集团生存的两把钥匙

2018 年两会，霍勇医生提出《以医生集团为切入点助力国家分级诊疗》的提案，虽然这不是第一次提出，但尖锐一点地指出：医生集团这种职业生态并没有得到决策部门的重视与真心扶持，并没有从法律的层面予以“合法化”。医生集团的执业模式，并不是中国首创，是美国医生执业的主要模式。我很早就对这一模式提出了我的很多见解。医生集团这几年走得不稳、不顺畅，医生集团组建者“筚路蓝缕，以启山林”的创业精神如何与其梦想理想落地，颇值创业者再度深思。

最近半年来，医生集团发展势头强劲，不少医生集团也以规模大为荣。最近的医改政策也非常强劲，不少公立医院面临着极大的挑战的同时，不少本就跃跃欲试医生们相继离开体制，走向社会。这种势头随着改革的不断深入，公立医院的公益性陆续回归，医生执业多样化会越演越多彩。决策部门如何因势利导，如何建章立制去适合这种改革新趋势，使我们医改的各项任务都可以顺利地、符合市场规律地落实好，尤其是如何使医疗资源通过市场来调配的作用发挥好成为我们当务之急。

基于医生职业的特性和目前医生的执业生态，本文想从两个方面再次阐述我的观点。

首先一个是医生的身份问题。解决医生的身份问题不是医生自己的冲动，而是我们 2009 年的医改方案就提出来，逐步把医生从单位人向社会人转变，逐步实行院长职业化管理。到底医生是医院的还是社会的不仅仅是认识问题，而是影响医生执业生态的根本问题。只要我们认定医生是社会的，那医生就不应该仅仅是医院的。在国外，医生首先是社会人，以自由执业的状态出现，然后才是执业模式的选择。执业模式包括“单位人”的全职雇员，一旦契约（合同）解除，他依然是社会人；也包括与医院合作的“合伙人”PHP，医生个体或医生 group（是译为团队还是集团不再在这里讨论）与一家医院或多家医院签订的合作关系；当然，更有医生个体的诊所、联合诊所等等。

在中国医改的今天，医生依然是医院的单位人，在单位的状态下，医生是出于“卖身”的状态（为了描述形象点），医生所做的一切必须符合医院的规

章和执业伦理，医生所作出的贡献归功于医院（版权所有），医生想做什么必须经过雇主的同意。你在单位里是彻底全职，节假日都不得兼职，香港公立医院体系的医生为例；如果是兼职，你可以在自己的时间里做你想做的事；如果是特殊规定的，即使你在公立医院全职，你也可以休息日在其他地方行医，以色列公立医院为例。

举一个例子：两弹三星的科学家们他们是单位（国家）招聘或分配的（不管是高新还是普通薪），他不能到其他企业去兼职，他所产生的专利和成果是“单位”的（国家的），他们的薪酬是年薪或月薪计算的。他的退休福利是由单位提供的。那么医生的个人影响力是谁的呢？医生的影响力是在“单位”的背景下形成，这种社会影响力表面上是自己创造的，实际上与宿主医院这块“金漆招牌”同在。也就是说，只有医生成为社会人，你个人的品牌才是真正属于你自己。事实上，很多知名专家不管在“单位”怎么牛，一旦离开“单位”名声与日剧下，如果不善于品牌经营，他的社会价值——“营利”的能力大不如前。这说明：专家“游弋”到体制外，不仅会看病，还必须有一个管理你价值的平台。

如果医生的身份解决了，医生才可以真正走向自由执业，医生才可以“从容不惧”地开诊所，靠一项部门政策或一个会议精神去“鼓动”、“允许”医生多点执业，显然是“漫不经心”和画饼充饥的态度。当然，在国家“鼓励”医生多点执业的现状下，医院也应该积极配合，以一种包容的心态，纳天下之英才，不断提升医院与医生的粘合性。当今共享平台经济和互联网经济的发展，如何适应医院平台管理，而不是恐惧与阻扰，这才是医院管理者应有的态度。

医生集团也是需要管理的，这种管理是不断创新的！如果依然用传统的管理理念和方式走出来，或另立山头，成本巨大，甚至磨耗了医生长期积累的宝贵财富。医生是靠知识、经验和职业伦理为生的职业，独立性、差异性、人文性很强，医生的知识与经验也有它的生命周期的。对于投资者，如果仅仅看到单位人医生的现在的影响力来进行资本运营的，没有去考虑这种文化影响力如何传承的话，到头来也许“血本无归”。

第二个要说的就是医院与医生分账支付。我的医改三观是：公立医院的公益性回归；医生的知识价值回归；尊重生命的价值观回归。医生集团难以发展很大程度上医生的收入与医院的收入捆绑在一起，医生的知识价值难以独立体现！医生的价值体现无非有三种状态：一是“卖身”，医生做多做少与工资没有太大的关联——大部分国家的公立医院体系，香港、美国的梅奥、凯撒等医院是这种支付方式；二是卖技术，医生看一个病多少钱——美国的分账支付系统；三是业务收入“承包”，创收后收减支提成，二级乃至三级再分配——中国的公立医院系统。这三种分配形式，唯独第三种露骨地体现公立医院的营利性。由于价格体系也畸形，一种“薄利多销”观点主导着这个医疗系统，导致对医生知识价值和对生命价值观的认识的严重偏差。

中国医改多年做了很多举措，效果不佳，支付制度没有很好的突破是一个关键原因，它影响着医生、医院的医疗行为，也影响类似医疗下沉、医联体实现、医生流动的根本原因。说的刻薄一点，尊重生命的价值观没有贯穿整个制度建设和支付制度建设中。比如说：当病人从医生的诊断中得到不用住院的医嘱时，医生的价值根本无法体现。事实上这就是支付制度没有将医生知识价值与医院服务独立分账，而是鼓励医生通过病人住院和服务收费来体现医生的价值的，也鼓励病人住院才能获得更高的报销率。换句话说，医生的固定收入占总收入 10-30%，大部分是通过“创收”获得，通过薄利多收。在换句话说，越大医院才可以批准获得大型设备的购置，越是拥有更多的“获利”机会，越是吸引医生往医院跑，越是造成病人不管大病小病都往大医院跑。这种支付又怎么可以会吸引医生走向基层呢？这种定价系统必然造成这种结果：同一种“优质的资源”到了基层就会掉价，同级医生不同的医院就有递减式的报价，相同的治疗方法在不同的医院也是递减式的定价。这本身就是对知识和生命的不尊重。

仅上述两点，足以解答医生集团、多点执业等使医疗下沉的政策难以实现的原因。如果加上正在推行的一系列改革，比如，医院药品、耗材零加成销售，医院难以拿出“额外”的钱来支付医生集团，尤其是“技术帮扶”，医生集团将会走向更低估。目前，体制内的医生流出到体制外的势头在加速，这也对医院平台建设者带来新思考，新改变。（来源：健康界）



携手医生集团，二级医院实现突围

近年来，上海医疗服务市场渐呈多元化竞争态势。一方面，许多大型公立医院越做越强，资源吸附力不断提升；另一方面，一些规模较小或位于大医院周边的二级医院，以及部分民营、混合所有制医疗机构发展迟缓，甚至面临生存危机。可是，也有不少原先优势并不突出的医疗机构通过合理定位、锐意革新，闯出了发展新路。即日起，本报选取若干“特色发展”的医疗机构予以解析，以期总结经验、推进医改。

周边三级医院林立，无法从人才、技术上与其抗衡；又不同于社区卫生服务中心定位于基层与便捷：二级医院究竟该如何突围？上海市浦东新区浦南医院开启了一场“医院平台化”改革征程：以开放包容的胸怀，携手 26 家医生集团打造共享医疗。

一、“发展危机”倒逼改革

2017 年，浦南医院交出一份令人满意的答卷。自 2015 年下半年引入医生集团，2016 年医院业务量激增 38%，2017 年又在此基础上增长 10%。“2015 年以前，医院每天门急诊量约为 2500 人次，现在日均门急诊量几乎不低于 3500 人次，最高达 4500 人次以上，大型医疗设备的使用率成倍增长，三四级手术占日均手术比例也增加至 30%。”院长刘卫东介绍。

若从申城的版图上，看浦南医院着实存在着“发展危机”：仁济医院、上海儿童医学中心、东方医院等三级医院与之毗邻，呈弧形分布；隔江望去，市九医院、瑞金医院也不远，这让这家二级医院犯了难，“临床和科研的发展核心是人才，但好几年里，由于专家骨干引不进、青年人才留不住，哪怕是诸如神经外科的重点学科，我们也曾面临后继无人的窘境。”

这样的情况在本市二级医院中并不罕见。有什么扭转的办法吗？浦南医院大胆尝试与“医生集团”这个新兴事物联手发展。

二、医生集团带来的双赢

1999 年，留日归国的刘卫东接任浦南医院院长，确立起“大专科、强综合”概念；2003 年，医院创立国际医疗部，开创性地与外国医生团队进行多点执业合作，如由美、德、日、法等 8 国颅底神经外科专家联手打造的“世界顶级医生集团”在浦南医院设立了中国独家临床基地。国内医生集团先驱人物之一、冬雷脑科医生集团创始人宋冬雷在浦南医院建立了临床基地。

医生集团有什么不同？“专家会从‘为医院干’到‘为自己干’，从把病人当‘病’来看到当‘人’来看；年轻医生也会从‘要我学’到‘我要学’。”浦南神经外科住院医师郑佳佳深有感触，2016 年起，他先后在宋冬雷和孙成彦的团队里进修了一年半，“平均每天都有三四台手术可以跟，工作量翻了一番，动手机会也多了。”郑佳佳说，医生集团大多配备专门的医生助理、客服与质控人员等，诸如医嘱小结撰写等工作被剥离出来交由专人，“宋冬雷教授每天都会带着团队的医生至少查房 3 次，大家都能全身心投入医疗服务。”

科研也是青年医生成长中不可或缺的“另一条腿”，郑佳佳说，医生集团并非不重视科研，反而正因有足够多的病例，青年医生可进行基于临床数据的研究，同时避免编造数据等令人诟病的问题。

如今，丰富的医生集团资源让浦南医院的学科更精细化：神经外科从 1 个专科团队发展到了 7 个，“若按照传统公立医院引进人才的方式，实现这样的配置或许需要花费几千万元。”刘卫东说，平台化建设解决了资金问题，形成双赢。

三、不为我所有，但为我所用

截至目前，已有 26 个医生集团先后将浦南医院作为执业“着陆点”。对于一些“公立医院民营化”的声音，刘卫东并不赞同，“为什么老百姓对医疗现状不够满意？因为大家只认‘庙’不认‘和尚’，医生们无论好坏都代表着医院，而不是自己。只有有了个人品牌，医疗质量才能真正成为生命线，这和公立还是民营并无关系。”

如此大规模的引入后，医院如何管理？据透露，以脑外科住院患者为例，这里除了床位费按特需标准收取外，其余诊疗费用、药费等按照公立二级医院统一标准，“简单而言就是实行规范化管理并保留优胜劣汰机制，精神文明、医德医风等方面一视同仁，所有医生集团的分配考核与医院原有科室也相同，但针对医



生集团提出的如设备、床位等需求，我们会最大程度解决。”

“不为我所有，但为我所用”，是浦南医院与医生集团携手的诠释。刘卫东认为，“医生集团的引入盘活了棋局，也从服务上为公立医院带来了诸多启示。”正如浦南神经外科二病区、冬雷脑科集团浦南医院基地护士长王英子提到的一个细节：不少年轻的脑瘤患者因为爱美，不舍得剃光所有头发，在许多医院无法达成的这个小需求，在医生集团就只需剃掉几厘米见方的条索状头发，“与之相配的是更为严格的消毒步骤，但患者的笑容让我们觉得很值得。”

未来，是否会有更多医院试水医生集团这一模式？刘卫东说，在此之前需要思考两个问题，“第一，医生集团最终的发展趋势应与律师事务所类似，希望有关部门能尽快出台政策，便于更多医院对接医生集团；第二，目前我国商业保险对劳务的支付仍很缺失。未来，商业保险的覆盖面有待进一步扩大。”（来源：解放日报）

美国医生集团发展以及对我国的启示

随着医药卫生体制改革不断向纵深推进，医生集团开始在我国出现。2014年6月，首个医生集团——张强医生集团宣布成立。2016年3月，国内首张医生集团营业执照“深圳博德嘉联医生集团医疗有限公司”被正式批准工商注册。目前，我国医生集团形式多样、规模不等、模式不一、目标不同。总体而言，医生集团（Physician Group）是医生团体执业（Group Practice）的机构实体，即两个或更多医生通过采用签约合作制等方式组成团队或集团，为患者提供一种或多种专科医疗服务。

从理论看，医生集团的出现会对我国医师多点执业、医疗事业单位人事制度改革、薪酬制度改革、塑造医生品牌等产生影响，但我国当前在政策上、法律法规上并未对医生集团的商业性质、运营模式、服务范围、营利和非营利等方面进行详细规定，当前的保险制度也未对医生集团这一新生服务模式提供相应的执业保障，医生集团在我国未来的发展仍需进一步探索。

相比之下，医生集团在美国有较长时间的探索与积累，已发展成较为普遍的执业模式，并有相应法律法规监管医生集团的执业行为，值得我国借鉴。为此，



本文总结了美国医生集团的执业模式、运营规定、商业模式、法规等情况，并对比分析了中美医生集团的发展差异，为我国医生集团的未来发展提供可借鉴依据。

一、美国医生执业模式发展情况及特点

（一）多种执业模式并存，团体执业为主流模式

美国存在个体执业、团体执业、雇佣执业等多种医生执业模式，每种形式的医生数量随时间不断变化。其中，团体执业普遍采用签约合作制，指 2 个或更多医生组成团队或集团为患者提供一种或多种专科医疗服务，团体执业的机构实体可以称作医生集团。美国医学会（American Medical Association, AMA）2014 年的统计结果显示，团体执业在美国是最为普遍的执业模式，占有所有执业模式的 66.9%。

2012—2014 年，单学科团体执业从 45.5%下降至 42.2%，而多学科团体执业从 22.1%增加至 24.7%。2014 年，在单学科医疗服务中，2~4 人的团体执业是最为普遍的模式，占全部单学科执业团体数的 42.0%；而在多学科医疗服务中，50 人以上的团体执业是最为普遍的模式，占全部多学科执业团体数的 36.9%。

（二）雇佣执业模式呈上升趋势，且多为 40 岁以下医生

2012—2014 年，选择雇佣执业模式医生的数量从 5.6%上升至 7.2%，40 岁以下的年轻医生居多。美国医学会最新数据表明，2014 年，有 59%的 40 岁以下医生选择雇佣执业，年龄越小选择这一执业模式的比例越高，年轻医生选择雇佣执业的可能性约为高年资医生的 2 倍（表 1）。

表 1 2014 年医生年龄与其所有权地位分布（%）

表 1 2014年医生年龄与其所有权地位分布 (%)

所有权地位	40岁以下	40~54岁	55岁以上
所有者	34.1	48.5*	60.0*
雇员	59.0	46.0*	33.3*
独立	6.9	5.5	6.7
合计	100 (603人)	100 (1556人)	100 (1341人)

资料来源：美国医学会2014年医生执业基准统计分析

注：* $P < 0.01$

（三）医院收购团体执业的比例在增加

近年来，医院不仅直接雇佣医生，也会采取全部或部分收购团体执业等途径成为团体执业的所有者。2014年，32.8%的医生效力于医院完全或部分所有的执业组织，比2012年增加了3.8%，而2007—2008年间这一比例仅为16%。面对多样化的执业模式，美国政府在监管过程中不仅强调对医生个人执业行为的监管，而且针对不同的执业模式制定针对性的法律体系及监管措施。

二、美国法律对于医生集团（团体执业）的规定

美国有许多关于医生执业行为的法律法规，涉及医生执业许可、行为监督和事故责任判定等多个方面。其中，《斯塔克法》(Stark Law) 作为联邦政府颁布的法律，对医生集团（团体执业）的定义、性质、运营、服务内容进行了详细规定。

（一）医生集团必须注册为单一、合法实体机构

《斯塔克法》规定，当2名以上医生共同注册成为单一合法实体后，医生的执业行为才能被判定为团体执业。这一实体可以是营利性的，也可以是非营利性的，但必须以提供指定卫生服务 (Designated Health Services, DHS) 为目标。



指定卫生服务包括实验室检测、物理及心理治疗、放射科检测、放射疗法、上门服务、门诊处方、住院服务等联邦医疗保险（Medicare）涉及的 10 大类服务内容。

在符合以医生团体执业为目标的前提下，不仅限于医生，任何组织都可以发起建立医生集团。医生集团的注册形式也十分多样，在地方政府许可的范围内可注册如医疗服务公司、有限责任公司、基金会、非营利公司、非法人协会等机构或组织。同时，《斯塔克法》明确规定，单一合法实体不包括以下形式：从转诊中获取利益的非正式隶属关系、从同一医生执业管理公司分离出的不同执业小组、医院、医疗系统或其他组织。

（二）医生集团至少提供 75%的医疗服务

《斯塔克法》强调医生集团应以医疗服务为主营业务，即通过共同使用办公空间、设施、设备、人员，为患者提供医疗护理、咨询、诊断、治疗等服务。医生集团的执业范围由集团内医生的执业许可范围决定。集团内医生提供的所有病人护理服务必须是以集团名义提供的。

同时，针对患者的医疗服务至少占集团工作量的 75%以上。医生在提供医疗服务时，必须合法记录其所有医治时间与医治项目，如时间卡、预约安排或个人日志等。若医生在治疗过程中采用可替代方法，则必须明确其服务效果的可预测性、一致性、可证实性和可记录性。

此外，医生集团需要按期向联邦医疗保险和医疗救助中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）更新所有成员医生信息。这些信息包括每名与集团有经济关系的医生执业编号（Unique Physician Identification Number, UPIN）、相关联卫生服务机构、服务范围与开展项目等。

（三）医生集团必须建立统一的资金管理机制

一方面，集团内部应制定决策机制以统筹控制集团资产与收支。集团应具有中央决策机制，对集团的资产、债务、预算、保险经费、工资等进行统一决策。同时，由集团统一处理账务、会计申报等事项。另一方面，集团所有成员医生的医疗服务收入由集团统一处理。成员医生提供服务时的收款方应使用集团的统一



账单、账号和财务报表，收到的金额也必须被视为集团的收入。医生集团必须每年以书面形式证明在过去的 12 个月中，所有成员医生有 75%以上的医疗服务是通过集团提供的，这些服务账单是集团账号而非个人或其他账号，医疗服务收入也统一归属于集团收入而非个人收入。

《斯塔克法》规定，除了特殊规定里说明的绩效奖金和利润分成，没有一个集团执业的医生可以直接或间接地从转诊服务里获得补偿。

（四）医生集团的总利润主要来源于医保资金

医生集团的总体利润主要源于 Medicare 或者 Medicaid 等美国联邦医保项目指定的卫生服务款项以及商业医疗保险的报销款项。集团内医生可以通过利润分成和劳务绩效奖金等方式获得报酬，但报酬不得与转诊行为相关。在利益分配方面，医生集团可以按照人均或者服务贡献对利润进行分配。在此过程中，现行医疗服务与操作术语（Current Procedural Terminology, CPT）编码是美国医疗保险确定支付金额以及集团内部利益分配的主要依据。医生在诊疗过程中记录所有有关服务内容与信息的编号（如为初诊患者提供 20 分钟以内的评估与管理服务，编码为 99 202）。服务结束后将所有提供的项目填写表格报送保险公司。保险公司根据医生填写的信息确定患者自付、医生劳务、设备设施使用等各部分金额，最终产生患者自付账单并支付医生集团、医疗机构相应金额，再由医生集团进行劳务分配。

CPT codes 是美国医学会研发的一种基于临床路径的编码方式。1983 年，CMS 采用该系统记录医生的医疗行为，并作为判定支付金额的标准。随后，该标准被广泛应用于其他商业保险中。这些保险既包括针对患者的医疗服务收费及补偿，也包括针对医务人员的医疗行为与医疗事故的判定

总体上，美国法律要求医生集团应为单一的合法实体，服务内容强调医疗服务为主体，服务范围仅限于集团内医生的执业证书范围，医疗服务收入主要源于医保费用，并根据相应的劳务薪酬标准集中分配集团利润与医生劳务。

三、美国医生集团与医院关系的主要类型

2011 年，美国医院协会（American Hospital Association, AHA）根据医



生与医院的关系,将医生集团与医院的关系分为无壁垒医生集团、医生医院组织、管理服务组织、一体化薪酬模式、股权模式、基金会模式等。

（一）无壁垒医生集团

无壁垒医生集团（Group Practice Without Walls, GPWW）是指医生在加入医生集团后在其自有机构中执业，分摊经济风险、财务、市场推广、管理等成本。如两名拥有个人诊所的医生合伙注册成立医生集团，以集团医生的身份在各自诊所中执业。

无壁垒医生集团内医生在提供医疗服务时，收入全部进入同一税号中，该集团可共享配套服务带来的收入。这种模式的主要特点是具有很好的灵活性，允许一定程度的自治，也没有所有者权利的层次区分，对在诊所中执业的医生更具有吸引力。

（二）医生医院组织

医生医院组织（Physician Hospital Organization, PHO）是指一个医生集团与一个或多个医院形成合营企业（Joint Venture），在为患者服务时以单一组织的形式管理医疗合同，但双方在运营中仍然保持各自的行政管理与财务自主性，是目前存在时间最长、最为普遍的模式。根据是否对医生设定准入门槛，PHO可以分为松散型（Open PHO, OPHO）与紧密型（Closed PHO, CPHO）两种形式。OPHO 对所有医务人员开放，即合资企业成立后医生集团与医院的所有成员都视为 PHO 的成员医生。CPHO 则设定了成员医生的准入要求，这些要求可以根据医生的专业、服务成本效果等制定。

（三）管理服务组织

管理服务组织（Management Service Organization, MSO）一般为医院或 PHO 下设的独立营利性公司，主要负责提供与医生执业相关的管理服务、以营利性的运作模式管理医疗服务合同与服务网络的构建，通过投资决策等为所有者创造利润。MSO 不是医生集团，而是通过提供非医疗服务来协调医生集团与医院资源的机构，其法人为独立于医生集团的管理人员。MSO 的收入来源由两部分构成：



医生合同管理等服务项目费用，以及依据合作合同获得 PHO 的收入分成。这一组织主要由非医疗人员构成，按照固定工资或 PHO 公司的利润份额支付员工薪酬。这一模式的主要目标是使医生集团与医院的合作更为紧密，并保持医生集团与医院双方的专业性与专注性。

（四）一体化薪酬模式

一体化薪酬模式（Integrated Salary Model, ISM）是指一个由医院、医疗服务公司/医生集团和教育型或研究型基金会组成的独立合法的实体。其中，医疗服务公司要求由医生掌控董事会。一般情况下，这个实体以及 3 个组成部分都是非营利的，享受税务赦免政策。

梅奥诊所是一体化薪酬模式，诊所向医生支付固定工资，医生工资不与患者数量和服务量相关，而是根据市场决定。这种做法可以减少医生提供过度医疗的动机，不必通过增加接待患者的数量和服务项目来增加收入，激励医生与患者进行充分沟通，并对每个患者的服务质量负责。

（五）股权模式

股权模式（Equity Model）由两部分团队组成：一是由部分或全体成员医生拥有的医生集团，即核心团队；二是由核心团队拥有的管理服务组织。在这一模式下，核心团队是管理服务组织的所有者，拥有管理服务组织的普通股权。凯撒集团总体上采用了股权模式。凯撒集团由保险公司、医院集团和医生集团三个部分组成。医师在凯撒集团工作满 3 年后可以选择拥有凯撒的股份，成为股东，享受集团的利润分红。

（六）基金会模式

基金会（Foundation）模式与 MSO 类似，负责管理设备设施、工具和供应等管理业务。基金会以非医疗人员为主，一般是医院的附属子公司或与医院从属相同的母公司，通过与医生拥有的实体（医疗机构、医生集团、私人诊所等）签约，共同提供医疗服务。这一模式享受税务豁免权，但必须满足以下条件：所有服务以慈善为目标，如在提供服务时考虑患者的支付能力；基金会的净利润不能分配

至控股人与医生；明确限制医生参与基金会治理的权限，签约医生比例不能超过董事会的 20%。

克利夫兰诊所是基金会模式的典型代表之一，由克利夫兰诊所基金会（CCF）控股并运营。该集团拥有 14 家医院，分布于俄亥俄、佛罗里达、内华达、加拿大和阿布扎比。由基金会雇佣非医疗人员并与医生签订合同。

总体上，美国医生集团与医院关系的多样化促进了医疗服务提供市场分工的逐渐细化。尽管在不同模式下各类机构的性质、运营规则不尽相同，但各类机构的职责与分工较为明确。医生集团主要负责提供医疗服务。医院等医疗机构负责提供场地、设备等必备的基础设施以及助理医师、护士和术后护理团队等辅助医疗服务。管理服务组织等机构则负责运营管理及投资决策等非医疗服务（表 2）。

表 2 医生集团与医院关系的分类

表 2 医生集团与医院关系的分类			
	性质	服务内容	拥有者
无壁垒医生集团	营利/非营利	医疗	医生
医生医院组织	营利/非营利	医疗	合营
管理服务组织	营利	非医疗	独立法人
一体化薪酬模式	非营利	医疗、科研、教育	合营
股权模式	营利	医疗及非医疗	医生集团
基金会	非营利	非医疗	医院

4

四、美国医生集团与医疗保险的关系

在美国，卫生服务资源的利用主要由医生控制，医生提供的医疗服务被认为是各类卫生服务组织运转的基石。因此，各类医疗服务计划在制定之初便强调其对于医生行为的潜在影响。而保险是监管医生执业行为的主要工具。

（一）医生集团与医疗保险的关系

美国医疗保险模式主要包括按服务项目支付和管控型支付两种模式。全国性

医疗保险大多都是按服务项目支付。一部分私人医疗保险公司属于管控型医疗保险，旨在限制医疗费用不合理增长和对医疗服务的无序使用。参保人在使用某些医疗服务前（如做医学检查、住院治疗等），需经保险公司同意。

这些保险模式主要采取与医疗机构或者医生集团谈判的方式，与机构、集团确定合作协议，成员医生在服务过程中均按照统一协议进行管理。[13]如保险公司与某家医院签订合作协议后，这家医院的所有雇佣医生便成为这项保险计划的服务医生。患者购买这一保险后，会在医院雇佣医生中选择固定的全科医生负责日常保健和基本医疗服务。当患者需要专科手术时，则由该全科医生转诊至医院内相应科室。医生集团和医院类似。医生集团与保险公司签订合作协议后，成员医生在协议框架下提供服务，保险公司对服务审核后将报销经费拨款至集团，再由集团统一分配至成员医生。

（二）针对医生执业行为的相关保险

在美国，除针对医疗服务的商业医疗保险外，医生执业保险也十分多样。这些保险包括针对医院与医生的医疗事故险（Malpractice Insurance）、物资产业及一般责任险（Property & General Liability），劳动报酬险（Workers Compensation）、医保欺诈滥用险（Medicare and Medicaid Fraud and Abuse）等。[19]

在医疗服务过程中，大部分医院及医生集团会购买针对机构的医疗事故责任险，用于误诊、延误治疗、转诊意外等事故赔付。当发生医疗纠纷及相关诉讼时，检查机构会对 CPT 报表等所有服务过程进行评价，并判定医疗服务的合理性。若法庭判定医疗机构败诉，则由医疗机构负责对患者进行赔付。

但是，如果医疗机构或医生集团认定医生在该服务过程中存在明显故意犯错的现象与行为或其他医院不愿赔付的情况，也可以拒绝赔付。在此情况下，则由责任医生个人赔付。因此，为防止医疗机构拒绝赔付的现象，一些医生也会购买责任保险。

五、中美医生集团发展情况对比

我国医生集团是随着思想解放、政策放宽而逐步产生的。自 2015 年以来，

医生集团在发展过程中显示了强大生命力。但一些医生集团发展思路尚不清晰，商业模式的可持续性有待验证，需要法律、法规规范其行为，更好地引导、规范、扶持医生集团的发展。

目前，我国医生集团发展面临一些困境与问题。一是缺乏对医生集团的性质、监管和规范的法律法规。二是缺乏医生集团与签约机构的利益分配相关标准。三是体制内外同时执业，巨大的收入差别可能导致“转移病人”现象。四是缺乏医生责任保险，多点执业中的责任界定不明确。五是医生集团在晋升、科研方面存在政策障碍。

总体上，由于发展时间短，发展路径还在继续探索中，相关部门对于我国医生集团的注册形式、集团性质、服务范围、服务收入来源等内容并没有相应的法律法规，与美国医生集团存在较大差异（表 3）。

表 3 中美医生集团现状与相关规范对比

		美国	中国
医生执业模式及其与医院的关系	医生执业模式	个体执业、团体执业、雇佣执业等	主要为体制内雇佣执业
	医生与医院的关系	医生是社会人，与医院、医生集团等为合作关系	医生为单位人，与医院为雇佣关系非排他性，存在体制内外同时执业现象
	各执业模式间关系	较为独立，加入团体执业后须保证至少75%的医疗服务经过集团提供	尚无明确规定要求团体执业医生通过集团提供服务的比例
医生集团的现状与规范	注册形式	单一的合法实体，如公司、基金会、非营利组织、专业实习计划，或协会等	多为投资管理公司、医疗科技公司、非法人联盟等；尚无相关法规
	机构性质	营利与非营利并存	营利性，尚无相关规定
	服务内容	医疗服务应占75%以上	尚无相关规定
	执业范围	集团内医生的执业许可范围	尚无相关规定
	资金管理	集团统一管理、分配	尚无相关规定
	总利润来源	主要为医保资金	尚无相关规定
医生集团的现状与规范	利益分配	多以CPT codes等标准进行分配	尚无相关规定
	与其他机构合作模式	明确区分以提供医疗服务为主的医生集团，和以提供管理服务的MSO等组织	兼具医疗服务与医生经纪人公司等形式，尚无明确区分。法律法规也没有明确规定
	与医保合作	保险公司与医疗机构、医生集团合作，并适用于其成员医生、雇员	医保与医疗机构合作，适用于所有雇佣医生；医疗保险与医生集团合作模式尚不明确
	医生执业保险	医疗事故险、物资产业及一般责任险、劳动报酬险、医保欺诈骗用险等多种商业保险	尚无针对医生个人的执业保险
	医患沟通	医生集团75%以上的医患沟通必须由集团医生完成	尚无相关规定
	转诊	集团医生不能从转诊中获得收入	尚无相关规定

6

六、启示

目前，我国医生集团仍处于体制转型和制度建设完善的探索阶段，其组织形式、服务内容、监管体系均不完善，可持续性有待观察。因此，我国应积极借鉴其他国家经验，尽快完善相应法律法规，规范医生的多点执业、自由执业、团体执业行为，引导医生集团这一新生事物健康、有序发展。



（一）完善相应法律法规，规范其行为，引导其发展

医生集团所面临的风险并非不可克服，应积极引导其向有利于医改目标的方向健康发展。一方面，发挥医生集团对社会办医的推动作用。另一方面，尽快制定相应法律法规，规范医生集团运营及执业行为，避免其可能带来的不利影响，防止逐利行为危害社会利益，确保其在符合医改原则与指导思想下可持续发展。

（二）推动建立相应保障政策

医生多点执业、自由执业，不仅需要医生提高自身的医疗技术能力与职业精神，还需要创造有利于医生成长的政策氛围。应研究制定有利于多点执业医生、自由执业医生职称评审、科研项目申请、继续教育等方面的相关政策，为医生变成社会人创造有利环境。

（三）加快研究和制定医生责任险

医生加入医生集团进行多点执业或自由执业时，医疗纠纷与医疗事故的责任判定不仅涉及医疗机构，还会涉及医务人员和医生集团。应加快研究针对医务人员与医生集团的责任险，避免医疗机构承担所有责任与风险，促使医生对自己的医疗行为负责。

（四）持续跟踪、正确对待、及时总结

目前，社会各界对医生集团的出现与发展各持己见、众说纷纭。应切实加强党的领导，密切跟踪、观察其运行和发展，持续关注各利益相关者诉求，及时总结，积极处理医生集团发展过程中出现的各类问题，引导其在有利于医改目标实现的框架下健康发展。（来源：中国卫生政策研究）

【产业研究】

2018 医药流通四大趋势

刚刚过去的 2017 是中国医药流通结构发生剧变的一年，这种变化的结果很

多将在 2018 年展现出来。最为具有代表性的就是“两票制”今年会在全国各省全面展开，并且可以预见局部地区将试点推行“一票制”。可以说，2018 年将是中国未来相当长一段时期内医药流通经济的新启始年。

一、供应链扁平化趋势显著

随着“两票制”的推行，药品出厂经过最多一个医药物流平台企业的服务即直达销售终端（医疗机构）将成常态。

在这一大前提下，工业药企、医药物流企业、医疗机构将比以往任何时候都更具有紧密的合作机会与需要。以往层级配送的药品流通形式和管理体系，已经不符合政策需求和市场导向，而工业药企和规模商业药企会成为医药供应链扁平化管理的直接推动者。

另外，大型医药流通企业基于现代物联网技术应用的医院药品院内物流延伸服务方兴未艾，实现了企业和医院药品供给信息的共享，迈出了整合药品供应链资源的决定性一步。可以预见，各区域内的龙头医药流通企业将不断向当地主流医院输出院内药品供应链智能化物流延伸服务解决方案，在更高程度上推动医药供应链管理的扁平化，提升配送效率，提高药品流通企业响应医院药品订单的供应链协同能力。

根据全国药品三方物流联盟的调研，很多规模商业药企已投入资金研发或使用医院院内信息系统、针对工业药企的供应链管理系统等工具，实现与上下游客户的信息高效共享、订单共生和线下及时服务。如江苏省医药有限公司在南京市儿童医院开展的医院内部物流（SPD）项目，通过“全流程质量追溯管理、零库存管理、精细化管理”的信息化技术手段和智能设施设备，实现该省医药公司、医院、科室、患者之间的多位一体化管理，从而达到药品、耗材、器械设备等医疗相关产品在供应、分拣、配送等各个环节科学化、系统化、现代化的全程质量监管，高效提速医院供应链管理营运。

同时，工业与下游医院机构也逐步接受了彼此更加紧密的共生关系，很多机构的组织体系已经做出了调整，并向扁平化趋势迈进。据笔者了解，修正药业等近年来不断在国内各省区自建、共建各类医药商业企业，试图实现供应链体系更加高效、扁平化和接地气，已经取得了一定成绩。



二、信息技术贴上“智慧”标签

管理与物流体系的扁平化离不开物流体系和智慧信息技术的支持。去年 10 月，国务院办公厅下发《关于积极推进供应链创新与应用的指导意见》（国办发〔2017〕84 号）（下称《指导意见》），该文件的发布在系统上支持了智慧信息技术在医药流通业的运用。

事实上，以“两票制”为代表的政策导向有助于推动大型药品物流服务平台的成长，更大储存能力、更大拆零处理能力、更高效与快捷的配送要求、更远范围的异地仓库的协同管理，车辆的同温异地调配等，无一不要求现代药品物流体系必须具备大数据的处理与分析、管理能力。在销售终端，无论是医院用药的快捷配送还是药店终端的会员健康服务管理，都需要智慧信息技术的商业化运用更加贴近民生，才能有效整合新药研发生产、流通使用、疾病谱变化及患者健康需求、消费习惯等数据信息的商业使用。

在实践中，一些科技公司如上海通量信息科技等已在多个大型医药物流中心案例中使用了智慧货到人缓存系统、拆零货到人自动拣选系统，以及针对百姓个人的自动发药机系统，极大缩短了药品物流过程，提高了准确率和响应率。深圳鑫泉健康网也在研发个人居家使用的智慧小药箱，实现针对个人用药需求自动下发面向药店的补货订单，实现针对不同药品的温湿度自动管理等功能。据悉，这一定位与思路赢得了境内外部分药企或投资资本的青睐。

还有，国药平顶山二期项目中使用到了机器人作业：机器人箱拣区的整箱货物来自高位货架区与零箱收货入库，自动分拣区主要负责机器人区与拆零区货物进行自动分拣。笔者了解到，本项目的移动机器人实现“货到人”作业，在所有涉及分拣库区的业务流程中（包括上架、补货、拣货、盘点、退货等），员工均无需进入分拣库区内部，只需在工作站等待，系统就会自动指派移动机器人将目标货架运到工作站。待员工在系统指导下完成业务后，再将货架送回到分拣库区，由此，作业效率得以大幅提升，有效降低了人工强度及成本。相比传统人工仓，机器人运作效率提升 2~3 倍，快仓系统单台工作站拣选效率可达 250 箱/小时；空间利用率提升 15%，仓库储量提升 1.5 倍多。

可以预见，智慧信息技术在中国医药大健康领域将更加贴近老百姓，更加人

性化，有望成为支持企业管理的基础技术，也将围绕“人”的健康需求继续长足发展。

三、第三方物流开始盈利

第三方医药物流中心在国内某些省份有五六年运营历史，但真正盈利的不多。正是“两票制”的实施给予了药品三方物流成长的机会：“两票制”实行后，大量挂靠或实力不强的医药流通企业、自然人将消亡，这些业务自然而然地将聚集在优质的大型医药物流企业手中。

此一背景下，国内知名医药物流规划设计与自动化集成商牵头成立了全国药品三方物流联盟，据悉，现已构建了覆盖全国绝大部分省份的医药物流标准化服务网络。其中的一些联盟成员单位如云南昊邦、昆明鑫源堂等是国内较早取得三方物流运营资质的企业，目前都有超过 150 家的药品、器械客户入驻并接受专业的三方物流服务。数据显示，这两家企业的医药三方物流板块已经开始盈利。

同时，京东物流也正式介入了药品三方物流，在国内多个区域与全国药品三方物流联盟的成员单位合作，正在推广“医药云仓”业务。有消息显示，目前已经完整覆盖中国主要省区，下一步将以省为单位进一步细耕市场。邮政物流、顺丰、中铁等也纷纷加快了进入医药三方物流市场的步伐。

此外，以苏州点通物流、上海百奥泉物流等为代表的专业医药、器械三方物流承运商业，还重点拓展了冷链药品、器械、体外诊断试剂等产品的运输市场，其盈利性也在成长之中。

四、电商经营宽进严管成常态

2017 年医药电商迎来了多次政策的变化：当年年初取消医药电商 B、C 证，大幅降低了实体零售药店进入互联网领域的门槛。国务院 13 号文的发布，明确支持“互联网+药品流通”“网订店送、网订店取”等创新模式。9 月底国务院公布新一批取消行政许可的事项，备受关注的互联网药品交易服务企业（第三方）的审批（医药电商 A 证审批）也涵盖在内，被业内视为医药电商的“全面解禁”。

在国务院取消审批的文件中，亦同步强调取消审批后，食药监管部门会对互联网药品交易服务企业严格把关，加强事中事后监管。有关部委近期还发文强调

处方药外流暂不可实现，本质上还是强调了在外部条件不具备的情况下，百姓健康始终是需要放在第一位的考量因素。

不难预见，未来医药电商行业“宽进严管”是常态，医药电商企业面临的不再是拿证时一次性考察，而是事中、事后的监管措施，真正的全程管理。当然，目前被鼓励的网订店取、网订店送的药品线上零售模式，若能与各地医疗机构正在试点的电子处方外流对接，承接相关业务，做到凭真实处方销售处方药，机会仍存。（原标题：赋能 2018：医药流通四大趋势，技术革命颠覆传统 来源：医药经济报）

盘点国内 6 座主要城市的诊所接入医保支付流程条件

对于大部分的基层诊所创业者来说，是否接入医保支付至关重要。

“佳杏社区连锁诊所刚刚成立，我就打通了医保支付，让周边居民信任诊所。”重庆佳杏医疗创始人李长江告诉动脉网。

据上海通江资本投资集团有限公司投资总监许丹表示：“社区诊所的核心是医保，可作为前期获客的入口，让老百姓走进来接受一些实实在在对他们有利的服务才能争取信任，形成口碑宣传，带来更多的用户。这也会成为我们寻找投资标的，决定是否投资项目的条件。”

距离重庆千里之外的杭州，诊所、门诊部等医疗机构也积极接入医保支付。比如丁香诊所在 2017 年 4 月也接通了医保支付；4 个月后，微医全科中心也接入了萧山区医保支付。

从这些案例中看，或许给人一种错觉：诊所接入医保支付很容易。实际上，这恰恰是诊所的痛点，也消磨了诊所创业者太多的热情。因为门槛过高，审批太严，时间太长……多少诊所被拦在门外，所以一提起申办医保定点，诊所似乎都有说不尽的辛楚。

那么诊所接通医保支付全程需要多久时间？办理哪些手续？医保评分标准是哪些？各个地区的接入标准是否一样？

带着这些疑问，动脉网根据公开资料检索，挑选了这 6 座城市的诊所申请医保支付的过程，有北京、深圳、杭州、成都、天津、重庆。希望带给诊所创始人

一些帮助。

9 年前，国家发布允许诊所接入医保支付的政策

事实上，关于允许诊所接入医保支付的相关政策，在 1999 年 5 月 11 日的时候，为了贯彻落实《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44 号），劳动保障部、卫生部、中医药局制定了《城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》（以下简称“办法”）。

办法中提到了定点医疗机构，含义是指经统筹地区劳动保障行政部门审查，并经社会保险经办机构确定的，为城镇职工基本医疗保险参保人员提供医疗服务的医疗机构。

定点医疗机构审查和确定的原则是：方便参保人员就医并便于管理；兼顾专科与综合、中医与西医，注重发挥社区卫生服务机构的作用；促进医疗卫生资源的优化配置，提高医疗卫生资源的利用效率，合理控制医疗服务成本和提高医疗服务质量。

哪些机构可以申请医保定点（医保支付）？首先是经卫生行政部门批准并取得《医疗机构执业许可证》的医疗机构，以及经军队主管部门批准有资格开展对外服务的军队医疗机构。如图所示：

申请医保定点机构的种类汇总	
1	综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院；
2	中心卫生院、乡（镇）卫生院、街道卫生院、妇幼保健院（所）；
3	综合门诊部、专科门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、民族医门诊部；
4	诊所、中医诊所、民族医诊所、卫生所、医务室；
5	专科疾病防治院（所、站）；
6	经地级以上卫生行政部门批准设置的社区卫生服务机构。

诊所申请医保支付的条件也必须符合以下要求：符合区域医疗机构设置规划和医疗机构评审标准；遵守国家有关医疗服务管理的法律、法规和标准，有健全

和完善的医疗服务管理制度；严格执行国家、省（自治区、直辖市）物价部门规定的医疗服务和药品的价格政策，经物价部门监督检查合格；严格执行城镇职工基本医疗保险制度的有关政策规定，建立了与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度，配备了必要的管理人员和设备。

当诊所愿意承担城镇职工基本医疗保险定点服务的医疗机构，应向统筹地区劳动保障行政部门提出书面申请和材料：

提交书面申请和材料	
1	执业许可证副本；
2	大型医疗仪器设备清单；
3	上一年度业务收支情况和门诊、住院诊疗服务量（包括门诊诊疗人次、平均每一诊疗人次医疗费、住院人数、出院者平均住院日、平均每一出院者住院医疗费、出院者平均每天住院医疗费等），以及可承担医疗保险服务的能力；
4	符合医疗机构评审标准的证明材料；
5	药品监督管理和物价部门监督检查合格的证明材料；
6	由劳动保障行政部门规定的其他材料。

其中办法中提到的最关键一点是：“各省（自治区、直辖市）劳动保障行政部门可根据本办法组织卫生等有关部门制定实施细则，本办法自发布之日起施行。”

真实的情况是：虽然全国各地均根据当地的情况重新颁布了政策，也能找到国家颁布办法的影子，但是诊所接入医保支付的数量一直不多，反倒是医院和药店接入较多。其中推动速度最快的是安徽省，到 2012 年，已经有宣城市、合肥市等城市的诊所接入医保支付，而芜湖市却迟迟未接入。

多年后，各地区逐步落实诊所接入医保支付

在 2016 年 10 月，河南省原阳县人民医院孟庆远曾说：“随着新医改推进，从整体设计及目前我国医疗体制与现实的医疗需要，个体医疗纳入医保是大势所趋，势在必行，不过是时间早晚而已！”

从国务院办公厅《关于促进社会办医加快发展的若干政策措施》提出“纳入

医保定点报销，不得将所有制性质作为医保定点的前提条件”可以看出：政府对社会办医高度重视，意在创造有利条件。通过加大社会资本办医，增加提高民营医疗机构数量质量，希望用“鲶鱼效应”来改善和推进医疗资源的优化配置，缓解“看病难看病贵”。

同时，个体诊所既有合法资格，又有简易快捷特点。它与公立医院及民营医疗机构相比，不过是形势、资金、结构比例和服务量的不同而已，且具备合格的职业功能为医保提供服务。让个体诊所接入医保支付，分解村室村医医疗卫生健康患者的负担，倒逼和推进基层医疗的医疗资源重新合理配置，进而提高基层医疗的整体综合医疗水平。

这些诊所是在市场经济的环境下诞生，竞争是与生俱来的基因。他们为社会提供价廉、优质医疗服务，已与消费者有较深的信誉基础，非常了解区域人文地理及特殊人群的医疗需求，纳入医保定点，一定能发挥其优势，在提供优质基本医疗服务的同时，有能力、有条件、有优势积极开展区域公卫、慢病管理、老年体检、卫生健康宣传，特别是开展家庭签约服务，因为长期与消费者营造的良好关系氛围，所以有明显的优势及优越性。

不管是诊所的资格、条件、能力，还是个体医疗自己和周围群体的愿望，尤其是目前政府面临分级诊疗巨大压力，可以说个体医疗纳入医保，是大势所趋，是基层人群求医所向。

随后全国各地均结合当地情况，出台一系列关于医保监管的暂行规定，目的是希望让基层诊所接入医保支付。如图所示：

北京医疗机构申请医保定点的概括

申请资料

- 1、《北京市基本医疗保险定点医疗机构申请表》（社区卫生服务中心/一级及以上医疗机构）
- 2、《北京市基本医疗保险社区卫生服务站申请表》（社区卫生服务站/养老机构内设医疗机构）
- 3、《医疗机构执业许可证》
- 4、医疗机构等级证书
- 5、年检合格证明
- 6、《大型医疗仪器设备清单》
- 7、《执业医师登记表》
- 8、卫生技术人员技术资格证书、执业证书、花名册
- 9、员工工作/劳动合同书、聘用书
- 10、申请月上上月的《北京市社会保险个人权益记录》（按照规定缴纳社保医疗机构）
- 11、医疗服务场所产权或租赁合同相关资料
- 12、该机构执行本市社区药品零差率销售政策确认函。（社区卫生服务机构）
- 13、《中国人民解放军事业单位有偿服务许可证》和《中国人民解放军事业单位有偿收费许可证》、法定代表人公民身份证（中国人民解放军、中国人民武装警察部队所属医疗机构）
- 14、其它相关资料

申办流程

- 1、首先申请认定机构填写申请表。
- 2、然后申请机构人员携带规定资料前往所在区县社保局进行申请。
- 3、社保局工作人员对资料进行审核。
- 4、审核合格的，组织现场检查。
- 5、现场检查合格的，进行公示，且由北京市社保局组织人员进行复审。
- 6、复审通过后，书面征求市卫生、中医、食药、物价等管理部门意见。
- 7、根据意见确定结果，向社会公布新增预选定点医疗机构名单结果。

其他

办结时限：7天；
申请时间：无；
受理机构：北京社保局及各区社保机构



天津医疗机构申请医保定点的概括	
申请资料	
医疗机构或药店的详细情况说明和证明，包括资质证明、管理人员和医护技人员基本信息、劳动合同或聘用合同以及参加社会保险情况资料、诊疗项目、医疗设施、信息系统、管理制度、医疗质量、营业状况等；	
申办流程	
1. 定点向注册地所在区县人力社保局提交下列材料申请； 2. 医疗机构或药店的详细情况说明和证明，包括资质证明、管理人员和医护技人员基本信息、劳动合同或聘用合同以及参加社会保险情况资料、诊疗项目、医疗设施、信息系统、管理制度、医疗质量、营业状况等； 3. 未来三年医保基金需求预期报告； 4. 遵守医保规定及履行服务价格标准的承诺书。 5. 初评与终评，接到服务机构完整申请资料后，应及时进行实地勘察。 6. 在实地勘察后，区县人力社保局组织本区县的卫生计生、市场监管、经办机构、已经纳入定点的医疗机构、药店及部分参保群众代表，对申请单位的服务项目、规模、标准及价格进行集中评议。 7. 评议结果报市人力社保局终评。市人力社保局评议时，邀请市卫生计生、市场监管(药监)、发展改革(物价)、财政、经办机构等部门和已经纳入定点的医疗机构、药店及部分专家，对区县人力社保局的实地核查程序，标准进行集中评议。初评和终评主动接受并邀请纪检监察部门监督。 8. 公示与发证。评议结果向社会公示，公示期为7天，公示期间接受社会举报监督。公示期满无异议的，市人力社保局正式发布确认定点的决定,颁发定点证书。 9. 联网与签约。医疗保险信息部门应在定点资格确认后，及时与定点单位实施联网工作，同时医保经办部门与定点机构要及时签订《医疗保险服务协议》，纳入全市医保联网结算系统。	
其他	
办结时限：20个工作日； 申请时间：月初； 受理机构：各区县人力社保局	



深圳医疗机构申请医保定点的概括	
申请资料	
(加盖申请医疗机构公章) 1.《深圳市社会医疗保险定点医疗机构申请书》(原件); 2.《医疗机构执业许可证》(复印件); 3.《事业单位法人证书》、《民办非企业单位法人登记证书》或者《营业执照》正、副本,军队医疗机构还应当提交军队对外有偿服务许可证(复印件); 4.医疗机构等级评审文件、设置批准书或者卫生计生行政部门出具的相当等级证明材料(复印件); 5.医疗机构出具的医疗保险信息化专职管理人员任职证明(原件); 6.医疗保险信息系统故障和事故管理规范(原件),可参照预约系统《深圳市社会医疗保险信息系统对接须知》中的《信息系统故障和事故管理规范范文》制定。	
申办流程	
1.登录深圳市社会保险基金管理局官网 (http://www.szsi.gov.cn/), 点击“办事服务-社保在线服务-企业网上申报-新增定点医疗机构、定点药店申请预约系统”。 2.受理。社保分局对申请材料进行登记、审核,材料齐全的,予以受理,材料不齐或者材料不符合要求的,在5个工作日内一次性告知申请医疗机构或零售药店。申请医疗机构或零售药店收到材料补正通知后,应当在5个工作日内补正,逾期不补正的视作放弃申请。 3.核对。深圳市社会保险基金管理局及各辖区社保分局在自受理申请之日起20个工作日内通过信息系统对相关材料、行政处罚情况进行核对,必要时进行现场核查;不符合条件或者卫生计生、市场监管等行政部门正在对申请医疗机构或零售药店的违法行为进行调查的,核对不予通过,并书面告知申请医疗机构或零售药店。 4.公示。深圳市社会保险基金管理局对核对通过的医疗机构或零售药店名单在深圳市社会保险基金管理局网站进行公示7天。公示期内未收到举报或者收到举报但经核查不影响定点的,确定为拟新增定点机构。 5.签约。公示结束后,深圳市社会保险基金管理局及时与拟新增定点机构签订服务协议,签约地址深圳市福田区深南中路85号深圳市人才园5楼深圳市社会保险基金管理局综合业务处。 6.新增定点医药机构在公示后半年内不签订服务协议的,视作放弃申请。服务协议期间有新增约定事项的,通过补充协议予以明确。	
其他	
办结时限: 20个工作日; 申请时间: 每月首5个工作日现场办理辖区内; 受理机构: 各社保分局	

杭州医疗机构申请医保定点的概括	
申请资料	
1.《杭州市基本医疗保险协议定点医疗机构自评表》。 2.《医疗机构执业许可证》的正本复印件、副本和《组织机构代码证》的原件及复印件。其中，营利性医疗机构另需提供《营业执照》的原件及复印件，非营利性医疗机构提供《民办非企业单位登记证》的原件及复印件。 3.县级及以上卫生计生部门确认的医疗机构等级证明、执业医师（包括执业助理医师、乡村医师）注册证明、劳动合同等相关材料原件及复印件。 4.已开展的医疗服务项目清单、药品清单，经省卫生计生部门批准购置的大型医用设备清单。 5.医疗机构用房产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图等相关资料原件及复印件。 6.经办机构规定的其他材料。	
申办流程	
1. 准备材料，提交申请。《浙江省省级、杭州市基本医疗保险协议定点医疗机构申请书》《杭州市基本医疗保险协议定点医疗机构自评表》等一系列材料，具体时间和资料列表，以公告为准。 2. 医保办工作小组根据提交的材料，进行现场审核。 3. 等待结果公示。「杭州市人力资源和社会保障网」会将最终结果公示 7 天，资质审核是否通过，以公示结果为准。 4. 预备会。市医保局和市人力社保信息中心，将对通过资质审核的医疗机构进行培训，讲解《杭州市医保定点签约业务流程》。 5. 系统改造，对接到医保系统。联系 HIS 开发商。根据《杭州市基本医疗保险定点医药机构设备要求》进行设备购置和改造。宽带连接。医保要求专网专线，指定网络运营商华数/电信。携路由器到信息中心进行配置路由器联调、测试HIS 开发商进行医保接口 HIS 改造到医保信息中心申请开通市民卡应用，到市民中心购买 PSAM 芯片，医疗机构与开发商确认市民卡接口 HIS 改造事宜、购买市民卡刷卡硬件。 6. 业务考试。在对系统进行技术改造的同时，诊所的负责人还要准备参加业务考试，考试内容包括《杭州市基本医疗保障办法》、《杭州市基本医疗保障办法主城区实施细则》等。 7. 申请验收。按照「医疗机构医保现场验收标准」进行自检，自检无误后，填写《验收申请表》并传真至医保局，正式申请验收，等待医保局和信息中心安排上门时间。 8. 签署协议。正式签署协议后，购买定点标牌，并开通医保结算，到此为止，正式通关。	
其他	
办结时限：7个工作日； 申请时间：每年3月或9月； 受理机构：各区、县（市）人力资源和社会保障局	



成都医疗机构申请医保定点的概括

申请资料

- 1、《成都市基本医疗保险定点医疗机构申请书》；
- 2、《医疗机构职业许可证》和《组织机构代码证》或《营业执照》；
- 3、医疗机构等级证明材料（若无等级则无需提供）；
- 4、主要医疗设备清单；
- 5、服务能力介绍资料。

申办流程

- 1、申请单位备齐规定资料到成都社保局提出申请；
- 2、社保工作人员受理申请，并对资料进行审核；
- 3、社保机构组织医保经办机构对申报的医疗机构进行现场考核。
- 4、按照规定原则和现场考核情况，确定基本医疗保险定点医疗机构名单；
- 5、申请单位到市政务中心人力资源和社会保障局窗口领取办理结果；
- 6、医保经办机构与取得定点资格的医疗机构签订服务协议并联网。

其他

办结时限：20个工作日；
申请时间：每逢单月头2个工作日；
受理机构：成都社保局或医保局





重庆医疗机构申请医保定点的概括

申请资料

- 1.《重庆市医疗保险定点医疗机构申请书》（申请书由市人力社保部门统一格式，申报单位在网站上自行下载）；
- 2.《医疗机构执业许可证》正副本复印件；
- 3.《重庆药品交易所入市协议》复印件；
- 4.大型医疗仪器设备清单；
- 5.上年度业务收支情况及可承担医疗保险服务能力介绍材料；
- 6.社区卫生机构还须提供经卫生行政部门批准设置的批文和证明材料；
- 7.医技人员花名册及执业证件复印件、参加社会保险的证明材料；
- 8.其它要求提供的材料。

申办流程

- 1、参保单位填写《基本情况调查表》；
- 2、参保单位向医保经办机构填报《参保单位基础信息采集表》和《参保人员基础信息采集表》；
- 3、到医保经办机构领取《重庆市社会保险登记表》、《基本医疗保险证》、《门诊病历》及有关参保登记的表册；
- 4、将《重庆市社会保险登记表》和参保登记所需的各种证件资料(机关、事业单位须报证件资料包括：国家质量技术监督部门颁发的组织机构代码统一代码证书、批准成立证件、退休人员退休审批件等原件及复印件；企业单位须报证件资料包括：国家质量技术监督部门颁发的组织机构代码统一代码证书、营业执照或其他核准执业证件、地税登记证件、退休人员退休审批件等原件及复印件)报送医保经办机构审批；
- 5、医保经办机构在自受理之日起10个工作日内审核完毕；
- 6、经审核符合条件后，准予参保登记；
- 7、参保单位每月15日前填报《重庆市基本医疗保险市级统筹医疗保险费申报表》进行缴费申报；
- 8、经医保经办机构审核合格后，缴费单位领取《重庆市基本医疗保险市级统筹医疗保险费缴费通知单》；
- 9、缴费单位在每月1日—10日凭《重庆市基本医疗保险市级统筹医疗保险费缴费通知单》到税务部门办理缴费手续。

其他

办结时限：10个工作日；
申请时间：每月15日；
受理机构：重庆市医疗保险管理中心

（来源：动脉网）

中药大品种逆境重生法则

一、前言

随着医疗改革不断深化，我国的医药生态格局和行业运行规则正在剧变，以临床价值、科学价值为核心的科技创新驱动，成为中药产业发展的核心推动力，而中成药在整个中药产业中处于核心地位。

中药大品种是中药产业发展的“牛鼻子”，具有产业全局带动作用，其基本特征是“临床价值大、科学价值强、市场价值高”。此前，共有 548 个大品种入围中华中医药学会发布的《中药大品种科技竞争力报告（2017 版）》，而目前我国中药品种批准文号有近六万个，大品种数量约占百分之一。

通过对入围的中药品种进行分析，笔者发现，广东、贵州和四川三个省份入围品种数最多。其中，广东省有 44 个，其品种治疗领域广泛，包括了心脑血管疾病、呼吸系统、五官科、泌尿系统、肝炎、骨骼肌肉、肿瘤、儿科、妇科、消化系统等 15 个疾病类别。而在治疗领域，心脑血管疾病药物最多，有 115 种，骨骼肌肉用药和妇科用药紧跟其后。在入围的大品种中，独家产品成为绝对的主流，体现出其独特的竞争优势；部分准独家产品也有一定的竞争力；超过十家生产企业，通过品牌化、差异化定位，有不少品种成长为大品种。

在医药产业发展模式大变革时期，传统的医药模式正面临重大的挑战，尤其是中小型中药企业。在中药现代化的今天，企业如何培育中药大品种，在逆境中获得新生？需要转变思维，在充分把握国家利好政策的前提下，回归健康本原价值，提升企业创新能力，打造企业引擎产品。

影响中药大品种培育的现行政策：

- 1、医保控费、招标降价、二次议价、降药占比、两票制、营改增；
- 2、限辅助用药、限门诊输液、精准医疗；
- 3、《中药材保护和发展规划（2016-2020 年）》《中医药健康服务发展规划（2015-2020 年）》《中医药发展规划纲要（2016-2030 年）》《中医药法》。
- 4、暂缓一致性评价、分级诊疗、拟放开中药配方颗粒、放开中医诊所审批。



二、明确产品定位

（一）品种明确

深入挖掘适合的中药大品种，可以是已上市的药物、国家基本药物目录和医疗保险目录的药物，也可以是企业独家品种，或从传承中医药理论的经典名方中寻求突破，或发挥中药保护品种的优势，深挖其市场潜力。

（二）疗效明确

临床上的大品种必须适应于大病种、常见病，如果临床需要少，很难培育成一个大品种。然而，适应症并非多多益善，品种适应症应做减法，而非做加法，应在实验研究基础之上进行临床研究，聚焦适应症，找出其中的亮点，追求最佳临床效果，而不是一味扩大适应症。

（三）推广明确

例如，丁桂儿脐贴。该药是儿科领域第一个获得国药准字的新型中药透皮给药制剂，精准定位儿童腹泻零售市场，依据产品外用贴剂优势，突出无须喂药和打针的给药方式。“拉肚子，不吃饭；止腹泻，助消化”，是这个产品持续、一致的品牌宣传定位。

三、加大科技投入

企业除需加大自主投入外，还可结合国家的配套支持，朝国家支持的方向进行合理研究。

笔者梳理发现，自 2008 年启动国家重大新药创制专项以来，国家共资助了中药大品种改造项目 79 项。国家自然科学基金的资助方向可以为企业战略布局提供方向。在中药大品种领域，主要资助领域为中医内科、中西医结合临床基础和中药药效物质。整体更偏向于支持基础和应用基础研究，通过对基础的研究，促使科研成果能够临床转化，改进产品的生产工艺、提高质量水平、增加临床用药的合理性与针对性、降低不良反应发生。



四、科学合理评价

未来，随着我国医药改革的深化，药品监管、医保支付、辅助用药管理等药物政策都需要科学化的决策，要靠证据支持，用数据说话。而中药大品种评价还存在一些问题：一方面有效性评价不足，未能确定真正的适应人群；一方面是科学性研究基础比较薄弱，未能全面阐释作用机理；再者，中药大品种在研究上的协同创新还不够，未能形成有效研究的范式。

喜炎平注射剂作为清热解毒类的代表性中药，其在安全性评价、工艺优化与参数精准化、质量控制体系、作用机理与临床评价等方面均做了大量工作，由于科技工作基础扎实，在防治重大疾病目录中均有收载，为该药的推广应用起到了很好的学术指导和支撑作用，通过凸显临床价值和科学价值，实现了较高的市场份额。

五、与医院和资本有效对接

推进中药大品种发展，除了中药企业自身的努力外，外部资源的有效对接也必不可少。企业应和医院密切结合，针对临床需求开展大品种的临床深化研究，组建研究型医院联盟，集体开展一些大型高质量的临床研究。

另外，资本市场对于大品种的培育，同样不可或缺。中医药有着不同于西药的独特属性与发展规律，两者之间有着完全不同的商业模式。北京中证万融医药投资集团副总裁王洪飞曾公开表示，“每一个中药大品种，或者是潜在大品种，都有不断研究提升的必要和可能。大品种培育是马拉松，不是百米赛跑，只有坚持长期的投资，才能产生巨大的价值。”（文/ 安金蒙 来源：医药经济报）

医药流通政策梳理

在“两票制”、《药品管理法》修订、GSP 认证制度取消、监管部门检查人员职业化、医药监管线上线下并行等一系列政策的出台并推行下，医药流通企业经营压力越来越大，合规成本也越来越高，违法成本越来越大。

2017 年相关监管部门为贯彻落实“四个最严”的要求，政策层出不穷。而对

于医药流通企业而言，2017 年可以说是摸着石头过河。

进入 2018 年，企业需要适应政策变化，改变经营理念，提高合规意识，才能越走越远。为此，笔者对 2017 年医药流通重要政策法规进行梳理及浅析。

2017 年医药流通相关政策汇总

内容	发布部门	发布时间
印发关于在公立医疗机构药品采购中推行“两票制”的实施意见(试行)的通知(国医改办发[2016]4 号)	国务院医改办、国家卫生计生委、食品药品监管总局、国家发展改革委、工业和信息化部、商务部、国家税务总局、国家中医药管理局	2017 年 1 月 11 日
国务院办公厅关于进一步改革完善药品生产流通使用政策的若干意见国办发[2017]13 号	国务院办公厅	2017 年 2 月 9 日
总局办公厅关于开展城乡接合部和农村地区药店诊所药品质量安全集中整治的通知(食药监办药化监[2017]90 号)	食品药品监管总局	2017 年 6 月 28 日
总局办公厅公开征求《〈中华人民共和国药品管理法〉修正案(草案征求意见稿)》意见	食品药品监管总局	2017 年 10 月 23 日
总局办公厅关于加强互联网药品医疗器械交易监管工作的通知(食药监办法[2017]144 号)	食品药品监管总局	2017 年 11 月 2 日
总局办公厅公开征求《网络药品经营监督管理办法(征求意见稿)》意见	食品药品监管总局	2017 年 11 月 14 日
《互联网药品信息服务管理办法》	食品药品监管总局	2017 年 11 月 21 日
《医疗器械网络销售监督管理办法》(国家食品药品监督管理总局令第 38 号)	食品药品监管总局	2017 年 12 月 22 日
总局办公厅关于公布第一批聘任的国家药品 GSP 检查员名单的通知(食药监办药化监[2017]190 号)	食品药品监管总局办公厅	2017 年 12 月 29 日

一、整治整合医药批发

2017 年 1 月，国务院医改办、国家卫生计生委、食品药品监管总局等八部委共同制定了《关于在公立医疗机构药品采购中推行“两票制”的实施意见》(试行)，此意见定义了“两票制”实施的范围和推行时间。自此，各省就公立医疗机构执行“两票制”陆续拉开了序幕。

“两票制”的执行无疑是对医药流通企业的一次“洗牌”，对于以公立医院为主要客户群体的中小型医药企业是一种压力。同时，相关监管部门利用“两票制”的契机，加强了对医药批发企业的监管。



“两票制”规定出台后不久，2017 年 2 月 9 日，国家食药监总局发布《国务院办公厅关于进一步改革完善药品生产流通使用政策的若干意见》（国办发〔2017〕13 号），进一步明确推进药品流通体制改革的目的是要培育大型现代药品流通企业，鼓励大型企业兼并中小企业，同时再次强调“两票制”要在 2018 年全面推开，要求药监部门重点严厉打击租借证照、虚假交易、伪造记录、非法渠道购销药品、伪造或虚开发票等违法违规行为。

在行业整合和监管趋严的背景下，中小型医药流通企业的发展可谓举步维艰。

二、监管延伸到零售

2017 年 6 月，国家食药监总局发布《总局办公厅关于开展城乡结合部和农村地区药店诊所药品质量安全集中整治的通知》（食药监办药化监〔2017〕90 号），这是继 2016 年 5 月总局发文重点整治医药批发企业后，针对零售终端开展的专项整治。其提出整治重点包括企业违法回收药品，超范围经营药品，购进药品未索取发票，违规销售含特殊药品复方制剂、米非司酮等具有终止妊娠作用的药品等内容。这场整治淘汰了不少药店，其中不乏一些大型连锁企业的药店。

三、进一步完善“互联网+”

随着“互联网+”行动的不断推进，药品医疗器械产业与互联网融合不断加快，药品医疗器械网络销售日趋活跃。

在此环境下，2017 年 11 月、12 月，国家总局分别发布了《网络药品经营监督管理办法》（征求意见稿）、《互联网药品信息服务管理办法》、《医疗器械网络销售监督管理办法》（国家食品药品监督管理总局令第 38 号），监管由线下继续向线上延伸。

其中，《网络药品经营监督管理办法》以六章共 57 条内容，规定了网络药品的销售管理、交易服务平台管理需要的硬件、软件等内容。《医疗器械网络销售监督管理办法》的出台则填补了医疗器械网络销售监管的空白，不仅明确了器械网络销售企业、器械网络交易服务第三方平台提供者的法律责任，还规定了相关责任人的惩戒措施。



四、药品检查员职业化

继 2016 年底国家级药品检查员颁证及宣誓仪式后，2017 年 12 月底，国家食药监总局办公厅聘任并公布了第一批国家药品 GSP 检查员名单，这为日后取消 GSP 认证、加强事后监管提供了人力保障。此后，148 名 GSP 检查员将奔赴全国各地的医药经营企业开展各项检查。未来，医药流通企业将随时被飞检。

五、修订核心法律适应需求

2017 年 10 月国家食药监总局办公厅发布《〈中华人民共和国药品管理法〉修正案（草案征求意见稿）》意见。其中，直接关系到医药流通企业的关键内容包括：

一是**取消药品经营质量管理规范认证制度**。也就是取消 GSP 认证的制度，日后将不会核发 GSP 证书，实行药品许可证与 GSP 证合二为一，采用日常监管替代 GSP 认证。待正式修订稿落地，一旦企业违规，撤证风险将会大大增加。

二是**增加药品职业化检查制度**。这是为日后提高检查的专业性、合法性提供保障。

三是**落实处罚到人**。对存在资料数据造假和被吊销许可证的单位及其直接负责的主管人员和其他直接责任人员，十年内行业禁入。因药品安全犯罪被判处有期徒刑以上刑罚的人员，终身不得从事药品的研制、生产、经营、进出口活动。作为公司直接负责管理的人员或直接责任人，一旦为了谋取经济上的利益而做了违法违规的事，不仅饭碗丢了，还会在医药行业寸步难行，甚至终止医药职业生涯。药品上市许可持有人、研制单位、生产企业、经营企业、医疗机构故意实施违法行为或存在重大过失，或者违法行为情节严重、性质恶劣或造成严重后果以及其他严重不良社会影响的，对单位直接负责的主管人员和其他直接责任人员处以其上一年度从本单位取得的收入百分之三十以上一倍以下罚款。可见，企业违法的成本高了，而与企业关联的责任人担负的责任也更大了。（文/伍清华 来源：医药经济报）

2018 亚洲医健八大趋势 病床缺口将达 340 万张

墙里开花墙外香。伴随一系列生物医药人才引进计划以及产业支持政策的落地，中国生物医药行业的“一举一动”越发受到海外重视。此前，健康点曾经报道过，美国政界、学界人士以及媒体对中国在生物医药人才方面的招募计划作出了相当警惕的评论。实际上不仅是中国，整个亚洲地区生物医药领域高速增长的品质都吸引到了相当多西方人士的关注。而近期，弗诺斯特沙利文预测，2018 年亚洲医健领域将迎来 8 大趋势。

2018 年亚洲医疗健康行业增长潜力在数字上体现得最为直观。

“2018 年亚洲医疗保健行业产值将增加 11.1%，这意味着 2018 年亚洲将成长为全球医疗健康产业增长最快的地区。” 咨询公司弗诺斯特沙利文（Frost & Sullivan）近日发表的报告估算，2018 年亚洲地区医疗保健行业的产值规模将达到 5170 亿美元。这一判断主要基于 3 方面考虑：首先，2018 年亚洲地区将会有更多新医疗技术应用到医健领域，技术进步将带来显著增长；其次，更多创新医疗项目将增加医健产品的可及性；最后，在传统的医院服务之外，更多形式的院外医疗健康服务正在加速。而这三点因素将大大增加亚洲地区医健行业的深度和广度。 但与此同时，弗诺斯特沙利文方面也指出，2018 年亚洲医健行业在医药可及性及可负担性方面仍然面临巨大挑战。政策如何鼓励创新？新的医健领域商业模式如何得到支撑？如何开发出以患者为中心的医疗技术平台？如何在行业发展中强调患者价值？都是 2018 年亚洲地区医健行业发展需要回答的核心问题。 基于上述机遇和挑战，弗诺斯特沙利文资深医疗合伙人 Reenita Das 预测 2018 年亚洲医健领域将迎来八大趋势。这八大趋势可以说是 2018 年亚洲医健领域发展的“牛鼻子”，并且对于认识和推动 2018 年中国医健领域变革发展也会有参考价值。

预测 1: 病床缺口达 340 万张

医健行业近些年一直尝试寻找替代住院的医疗护理方案，特别是在比较基础的基本医疗及保健服务领域，以降低居高不下的医疗成本。此前，健康点曾经报道过，日本很早就有推行针对老人的介护保险，北京去年也推出了政策性的长期护理险试点实施方案，一个核心目的就是发展基于老人社区的非住院的医疗护理服务，降低医疗护理成本。 尽管如此，医院基础设施开发仍然会是 2018 年亚

洲地区投资的热点板块。弗诺斯特沙利文预测，伴随医疗服务需求的快速增长，亚洲地区 2018 年病床缺口将达到 340 万张。病床缺口意味着产业发展的巨大机会，亚洲将成为医健行业热土。世界卫生组织预测，到 2030 年之前，亚洲地区医疗健康工作者人数将达到 1100 多万。

预测 2：200 多万亚洲人将购买商业健康保险

商业健康保险在亚洲迎来机会，有意愿购买商业健康险的亚洲人 2018 年将达到 200 多万。即使全民保险体系比较完善的日本和新加坡也会有此倾向。医疗保健服务成本在 2018 年将会继续上涨，消费者将更多投资于商业健康保险，以平滑高额医疗健康支出带来的风险。

而保险公司一方面积极探索商业保险销售渠道以获得新客源，一方面推出了全新的健康保险产品，借助于新技术来更好地管理消费者健康。随着消费者需求不断增大以及保险公司技术不断提升，亚洲地区商业健康保险市场将会显著扩容。

预测 3：海外就医将风靡中国和印度

海外就医将成为中国及印度中上阶层获得优质医疗服务的重要途径。200 多万印度人和中国人将选择出国就医，他们将前往美国，德国，日本，韩国，泰国和马来西亚等国家寻求本国无法提供的医疗服务。医疗旅行本身将不再只是为了治病所做的“无奈之举”，而是作为能够享受高质量医疗健康服务的阶层象征。

预测 4：家庭监控平台和家庭护理服务将超过 5 亿美元

几年前，在亚洲地区掀起了一股“家庭护理平台”的技术热潮，这股热潮为行业发展奠定了相当的基础。随着家用传感器，机器人和智能家居健康监测平台及服务近些年来在亚洲日益普及，家庭监控平台和家庭护理服务行业在 2018 年将迈向全新的阶段。弗诺斯特沙利文预计，行业整体产值将达 5 亿美元。

预测 5：中国将成为医药创新“后起之秀”

包括新加坡，日本，澳大利亚，韩国和印度在内的主要国家近期频繁推出新政策，以减少创新药和医疗器械的时间和成本。这一众国家中，中国是“佼佼者”。

2017 年，中国推出了包括“国办 36 条”在内的支持医药创新的政策，创新药的加速审批已提上日程。2018 年，中国将继续推出有益于药品及医疗器械创新的政策。

预测 6：3.44 亿亚洲人需要精神健康服务

尽管一度被亚洲国家视作为是“社会禁忌”，但随着人们认识的逐步扭转，精神卫生正在成为一个重要的产业机遇。政府及相关从业人员不断普及心理健康的相关教育，精神疾病患者及心理咨询师、精神科医生的权力得到重申，精神病患者与社会的隔膜逐渐被打破，精神卫生领域在 2018 年将成为制药企业以及科技创新企业十分关注的重要增长机会。

预测 7：数字化平台将使临床试验市场增长 20%

随着成本压力以及新药研发失败率的上升，药品公司逐渐考虑采用数字化方式推进药品的临床研究。诸如大数据，人工智能（AI），物联网（IoT）设备，移动医疗平台，可穿戴设备及互联网众包（crowd-sourcing）平台的出现使得亚洲地区药品临床试验流程得到优化，预计这些技术在 2018 年将使得亚洲地区临床试验市场增长 20%。

预测 8：“按价值付费”模式将备受瞩目

现在风靡全球的“按价值付费”、“按疗效付费”模式还未在亚洲地区得到普及。IT 供应商，医疗技术公司和制药公司正与公共和私人支付方合作，为价格比较昂贵的医疗服务及产品开发基于疗效的保险报销模式。此前，健康点曾经报道过，浙江人社 2017 年有试点按绩效付费的医保付费模式。2018 年，日本可能引入诺华 CAR-T 疗法基于结果付费的报销模式。

亚洲医疗保健消费者的角色 2018 年将发生显著变化。伴随数字技术的发展，消费者将能够更加自由的选择就医的场所、方式以及偏好的医生。这将引发亚洲地区医疗模式在 2018 年出现明显转变，监管的加强将迫使医疗服务提供者提供更加以患者为中心，定价和方式更为透明的医疗服务。能够提供多元化、多层次医疗服务的平台将在 2018 年获得巨大成功。（来源：健康点）

声明： 本期刊作为行业分享资讯，特对各大主流媒体资讯进行摘录和整理，不代表京都律师事务所的专业意见，如涉及到版权问题请及时联系我们进行删除。



欢迎关注北京市京都律师事务所公众号