



澳中友好协会  
Australia China Relationship Association

# 中外医讯

(内部赠阅)

澳大利亚澳中友好协会  
支持单位：  
上海威豪医疗科技有限公司  
第19期  
2016年4月刊

## 要目导读

体外诊断行业深度解析：崛起中的朝阳行业  
目前，国内体外诊断行业（IVD, In-Vitro Diagnostics）正逐步崛起。相对于国外成熟市场，国内呈现基数小、增速快的特点。受医保控费影响，国内医疗机构15%药品加成逐步取消，诊断等医疗项目“此消彼长”。我们认为IVD行业有望受益于医改的大趋势，长时间保持较快的成长速度。

## 明星院长

岳阳中西医结合医院院长 —— 房敏

## 热点聚焦

体外诊断行业深度解析：崛起中的朝阳行业  
澳大利亚医疗卫生体制情况介绍

## 专家视角

分级诊疗是医疗服务精细化的必由之路  
中国医改如何超越利益集团

---

# 目 录

## 【医疗时讯】

首个国家级中医药发展规划将出台 .....	1
《阿里零售平台健康消费报告》发布 .....	1
医用设备检查费大降 医疗器械企业或受冲击 .....	1
武汉公立医院改革正式启动 .....	1
《2015 年中国癌症统计》发布 .....	2
国家医疗设备产业发展迅速 .....	2
上海市第一人民医院牵手支付宝打通医保结算 .....	2
国内首家脑科医生集团“落地”上海国际医学中心 .....	3
澳大利亚研究出新型抗癌药物 治愈效果喜人 .....	3
Bluebird 生物医药基因疗法研究结果未能达到预期 .....	4
三诺生物巨额收购美国尼普洛诊断有限公司 .....	4
美国胰岛素制造商 Mannkind 正在选择出售公司 .....	4

## 【人物聚焦】

岳阳中西医结合医院院长-房敏 .....	5
----------------------	---

## 【中外医院】

中国人民解放军空军总医院 .....	6
复旦大学附属儿科医院 .....	6
澳洲 Healthscope 医疗集团 .....	7
泰国 BNH 医院 .....	7

## 【产品推荐】

北京鼎志通业电子科技有限公司 .....	8
----------------------	---

## 【热点聚焦】

体外诊断行业深度解析：崛起中的朝阳行业 .....	9
澳大利亚医疗卫生体制情况介绍 .....	16

## 【专家视角】

分级诊疗是医疗服务精细化的必由之路 .....	21
中国医改如何超越利益集团 .....	23

## 【展会信息】

## 首个国家级中医药发展规划将出台

在国务院新闻办公室今天举行的国务院政策例行吹风会上，国家中医药管理局副局长于文明表示，日前召开的国务院常务会议研究讨论了《中医药发展战略规划纲要（2016-2030年）》，这是首次在国家层面编制中医药发展规划，标志着中医药发展已列入国家发展战略。

按照国务院工作部署，2014年5月，国家中医药管理局启动了《战略规划》编制工作，组织开展专题研究和实地调研，多次召开行业内外专家座谈会、论证会，多次征求国务院相关部门意见和建议，广泛听取意见。于文明表示，此文件汇集了国务院各相关部门、各地中医药管理部门以及社会各界的智慧和共识，具有广泛的代表性，对医药事业发展有着重要而深远的意义。

《战略规划》设置两个阶段性目标：到2020年，实现人人基本享有中医药服务，中医药服务可得性、可及性显著改善，中医药产业成为国民经济重要支柱之一。到2030年，中医药治理能力和治理体系现代化水平显著提升，中医药在治未病中的主导作用、在重大疾病中的协调作用、在疾病康复中的核心作用得到充分发挥，公民中医健康文化素养大幅度提升，实现中医药服务领域全覆盖。

《战略规划》提出，“在每个地市级区域和县级区域，原则上设置1个市办中医类医院和1个县办中医类医院”。到2020年每千常住人口公立中医类医院床位数需达到0.55张，每千常住人口卫生机构中医执业（助理）医师数需达到0.4人。

《战略规划》还提出，进一步放宽社会办医的准入条件，减少行政审批，加快社会办中医类机构发展，鼓励社会力量举办连锁中医医疗机构、中医类专科医院，只提供传统中医药服务的中医门诊部、中医诊所，不受医疗机构设置规划、区域卫生规划布局限制。推进中药工业数字化、网络化、智能化建设，加速中药生产工艺、流程的标准化、现代化，逐步形成大型中药企业集团和产业集群，中药工业总产值占医药工业总产值30%以上。

## 《阿里零售平台健康消费报告》发布

近日，阿里研究院联合阿里健康首度发布了《阿里零售平台健康消费报告》，从数据来看，北京的口罩消费额位居全国第一，占比超1/6，而黑龙江的口罩消费增幅最快，超过了200%。

## 医用设备检查费大降 医疗器械企业或受冲击

广东湖北等五省设备检查费大降，医疗器械企业或受冲击。自2015年第四季度起，“降价”似乎成了医疗器械圈子的代名词。不仅仅是医用耗材费用下降，医用设备检查费也跟着降了下来。

## 武汉公立医院改革正式启动

2月1日起，武汉公立医院改革将正式启动，武汉市首批18家医院取消药品加成。

### 《2015 年中国癌症统计》发布

由国家癌症中心副主任赫捷院士、全国肿瘤登记中心主任陈万青等共同完成的《2015 年中国癌症统计》，近日在国际知名学术期刊《临床医师癌症杂志》(CA) 上刊发。

### 国家医疗设备产业发展迅速

根据国家统计局数据，截止 2014 年年底，中国医疗设备产业达到了 4200 亿人民币，年增长率为 15%，远高于国际医疗设备产业年增长率 7%。在全球市场，医疗设备和药品的消费额比例大约为 1: 1，发达国家医疗设备占比更高，而我国医疗设备和药品费用比例约为 0.32: 1，大大低于国际平均水平。国家卫生计生委和工信部表示，国产医疗设备为国家扶持重点。

### 上海市第一人民医院牵手支付宝打通医保结算

近日，上海市第一人民医院（简称“市一医院”）与支付宝合作，在沪上综合性医院中首次打通医保结算，无论自费患者还是医保患者都可以在医院“一站式”自助服务机、挂号窗口及医生诊室通过支付宝扫码支付医疗费，这也是在支付宝医保结算在沪上综合性医院的首次成功实施。

原先窗口付费的排队时间在高峰期至少为 20 分钟，而患者使用支付宝付费，从插卡挂号到完成付费所花费的时间仅为 20 秒。

自 2016 年 2 月 22 日，市一医院支付宝业务正式运行以来，4 个门诊日内已有 1396 次支付宝交易，单日最高交易数达 455 笔。

早在 2012 年，市一医院就全面完成了“一站式”自助预约机服务项目，患者可以通过自助预约机完成预约挂号等功能，且可以通过充值医保账户使用一站式自助付费。

院方透露，相较以往的自助服务方式，账户充值需要提前充钱，且充钱数量只能为整数，付完款后账户若有结余也无法找零，如果需要退零还需要前往医院专门的窗口排队办理，同时，银行卡结算又需要插卡输密码，整个过程相对较为复杂，现在，自助结算方式增加了支付宝结算后，就医付费环节更少，更便捷。

除了自助服务机和挂号窗口，支付场景还延伸到了诊室。医生开完处方后可在电脑显示屏上生成付款码，患者通过扫码完成付费。对于口腔、针灸、推拿、妇产科等需要先缴费再回诊室看诊的科室而言格外方便，大大节省患者来回往返窗口排队缴费时间，改善就医体验，提升医生看诊效率。

但值得一提的是，院方强调，使用支付宝业务的患者与之前使用“一站式”自助预约付费一样，必须是该院的复诊患者，曾在医院就诊并且留下就诊记录方可使用，一旦有过一次就诊记录，第二次患者仅需携带医保卡或就诊卡即可使用支付宝付费。

上海市卫生系统发布的《进一步改善医疗服务行动计划》中提出，建议“医院通过诊室内记账、诊间结算、手机等移动设备支付，减少患者排队次数，缩短挂号、

缴费、取药排队时间”，市一医院此次打通非现金交易医保结算，正是这一计划的有效尝试。

据院方介绍，除了通过支付宝扫码完成相关的诊疗费用外，患者还可以通过支付宝关注“上海市第一人民医院”服务窗，实现在线预约挂号，缴费账单，电子报告，叫号查询等就医服务，缩短患者同医院间的距离，这一功能将尽快实现。

届时，“未来医院”将成为现实，患者可以通过一部手机完成几乎所有就医过程，医院负责提供高质量的诊疗服务、信息服务商则负责打通周边环节，提升就医体验，简化就医流程。

### 国内首家脑科医生集团“落地”上海国际医学中心

近日，被称为“上海医改试验田”的上海国际医学中心与国内标志性“医生集团”之一的冬雷脑科医生集团正式签约。专家认为，医生集团模式旨在更好释放医生生产力以服务于患者，这种欧美模式能否成功落地本土，将成为医生集团未来发展的关键。

上海于 2011 年 12 月 15 日开始实施执业医师多点执业，上海国际医学中心是多点执业试点的单位之一。据来自上海国际医学中心的数据显示：从 2014 年 5 月 28 日正式运行至 2015 年底，来这里多点执业的医生已经达到近 200 名；同时，上海国际医学中心还与沪上 10 家三级甲等医院建立了战略合作关系。

据了解，冬雷脑科医生集团是国内首家脑科医生集团。宋冬雷医生是原复旦大学附属华山医院神经外科教授、主任医师、博士生导师。去年 9 月，冬雷脑科医生集团正式宣布成立，同时宋冬雷医生正式宣布自由执业和多点执业。

医生集团是按照欧美国家的“MedicalGroup”翻译而来，其本质是医生执业的一种方式，即团体执业。两三个医生结合起来就可以团体执业，团体执业的特点是他们共享彼此的收入，共同承担损失，共享设施设备，这是一个同进共退的执业团队。有统计报告显示，截至 2015 年，全美已有超过 28 万个医生执业团体。

在美国行得通，是否意味着在中国一定能够成功？对此，市医改办副主任许速表示，在体制、社会保险、商业保险、患者就医习惯等与欧美皆不同的现状下，目前，如何让医疗行为落地成了医生集团发展的最大掣肘。“在经历了 2015 年前三个季度的投资市场热捧之后，事实上，医生集团普遍开始谋划的是这一问题。许多医疗集团甚至开始思考开医院或者诊所。然而，无论开医院还是日间手术中心，这对于资金能力并不强大的医生集团本身来说，无论成本还是人力都是一件压力巨大的事，并不是每个医生集团都能做的。”

### 澳大利亚研究出新型抗癌药物 治愈效果喜人

据澳洲媒体报道，今天发表的一篇期刊文章提到，癌症患者在尝试一种新型药品后取得了可喜的效果，甚至有望治愈癌症，而这种新药是由墨尔本的研究人员研制出来的。

据了解，由澳洲分队组织的研究是在 Royal Melbourne Hospital 和 Peter MacCallum Cancer Center 展开的，团队利用研究出的新药“Venetoclax”（一种小分子 Bcl-2 的抑制剂，Bcl-2 是一种蛋白质，会延长癌细胞的存活期）在癌症患者身上进行试验。

据 New England Journal of Medicine 报道，临床试验历经四年时间，新型药物被用在墨尔本和美国共 116 名癌症患者身上，试验结果显示新药可以明显地减少血癌细胞的数量。

接受此次试验的患者中，有 79% 的慢性淋巴性白血病（CLL）患者对药品呈现出了阳性反应；另外有 20% 既往接受过治疗但失效的患者，在参加试验后体内竟然完全没有癌细胞的踪影了。

这次具有历史意义的研究标志着抗癌药物在研制出 30 年后首次用于人体试验。

血液科医生 Andrew Roberts 教授表示，新型药物可阻断 Bcl-2 恢复能够告诉细胞（包括癌细胞）自我毁灭的信号传导系统。Roberts 教授称：在很多病例中我们都可以看到服过药物后，患者体内的癌细胞就融化消失了，这对于失去其他治疗选择的患者来说是个非常振奋人心的结果。

### **Bluebird 生物医药基因疗法研究结果未能达到预期**

最近，基因疗法的先驱 Bluebird 生物医药公司近日在美国血液病学会会议上公布了其基因疗法 LentiGlobin BB305 的最新临床研究结果。然而，这一结果未能达到预期，使公司股价遭受重创，基因疗法的前景蒙上了一层阴云。

### **三诺生物巨额收购美国尼普洛诊断有限公司**

1 月 28 日，中国血糖监测行业领军企业三诺生物收购美国尼普洛诊断有限公司交割仪式在长沙举行。此次收购涉及金额 2.725 亿美元（约合人民币 17.9 亿元），系中国医疗器械行业近年最大的海外收购案之一。三诺生物由此成为全球第六大血糖仪企业。

### **美国胰岛素制造商 Mannkind 正在选择出售公司**

据路透社近日援引知情人士报道，美国胰岛素制造商 Mannkind 正在进行战略选择，包括选择出售公司。据悉，Mannkind 是吸入型胰岛素产品 Afrezza 的生产商。

### 岳阳中西医结合医院院长-房敏

房敏院长，上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院院长、党委副书记、岳阳临床医学院院长，医学博士，主任医师，教授，博士研究生导师。国家 973 首席科学家，国家杰出青年基金获得者，国家百千万人才，上海市领军人才。国家教育部重点学科学术带头人，国家中医药管理局推拿重点学科带头人，国家中医药管理局室推拿生物力学三级实验室主任，全国推拿重点专科协作组组长，上海市灸推拿重点学科学术带头人，中华中医药学会常务理事、推拿分会主任委员，中国中西医结合学会理事、上海市中医药学会副会长、上海市中西医结合学会副会长、上海市中医药学会推拿分会主任委员、上海市康复医学会常务理事兼神经康复专业委员会副主任委员、《针灸推拿医学杂志》副主编、《颈腰痛杂志》编委、《中西医结合学报》编委。国家自然科学基金委评审专家、上海市卫生系列高级职称评审委员会专家。

房敏院长是中国针灸推拿学、康复学界中坚力量的代表性人物，他主要从事中医非药物疗法防治脊柱退行性疾病、四肢骨关节病和运动损伤类疾病等的临床和应用基础研究。他带领岳阳医院中医针灸推拿临床康复专科团队成为卫生部国家中医临床重点专科，在广大患者和全国同行界形成了很高的服务影响力和专科号召力，显著提升了学科的国际影响力。作为全国首位推拿学专业博士，房敏率先结合生物力学、康复医学等多学科交叉方法和技术，在脊柱病四肢骨关节病的关键致病因素、干预手段、疗效机制等研究领域取得了系统性创新成果，率先提出脊柱病“筋骨失衡，以筋为先”学术思想，提出了脊柱病“先治筋，后调骨”的防治理念，实现了脊柱病非手术治疗的诊疗模式创新，奠定了手法治疗学的领先地位，推动了中医推拿学科的标准化、国际化进程。他主持的国家重大基础研究计划（973 项目）、国家杰出青年科学基金、国家自然科学基金等 30 余项国家级和省部级科研项目的科研成果先后获得上海市科技进步奖一等奖（二项）、教育部高校科技进步奖二等奖、中华医学科技奖三等奖、中国中西医结合科技奖二等奖、上海市医学科技奖二等奖等多项奖励，发表学术论文 150 余篇，申请专利 25 项，授权 17 项。

房敏院长在医院管理上不断进取，带领岳阳医院成为全国卫生系统先进集体、全国重点中西医结合示范单位、全国医院文化建设先进单位、卫生部数字化医院示范单位，连续九届蝉联“上海市文明单位”称号，受国家中医药管理局委托，制定《全国中西医结合医院工作指南》，成为全国及上海市中西医结合主要临床及研究基地，2012 年在全国中西医结合医院三级医院等级复评审中，岳阳医院荣获第一名。2013 年 1 月，原国家卫生部授予房敏“2011—2012 年度卫生部有突出贡献中青年专家”称号，还曾先后荣获“上海市劳动模范”、“上海市新长征突击手”、“上海市优秀学科带头人”、“银蛇奖”、“科技启明星”、“曙光学者”、“优秀曙光学者”、“医苑新星”、“医苑新星 20 年 20 人特殊贡献奖”、“全国健康促进卓越院长”等多项荣誉。

## 中国人民解放军空军总医院

中国人民解放军空军总医院是中国临床航空医学医疗和研究的领军基地，是中国国防医学中不可或缺的重要方阵。

如今，医院已发展成为集医疗、教学、科研和预防保健于一体的大型综合性医院，正在向研究性医院迈进。目前，总占地面积 15 万平方米，建筑面积突破 30 万平方米。实际展开床位 1000 余张。设 50 多个专业科室。拥有高端医疗设备等总价值 5.9 亿元，年门诊量 200 多万人次，收治量约 4 万人次。

医院拥有中西医结合正骨治疗科、皮肤科、中医学科群 3 个国家中医药管理局重点学科和专科专病中心，1 个全军皮肤病研究所，8 个全军医学专科（专病）中心，设有空军招飞体检队，以及一批具有特色的学科。

医院追踪国际医学科技发展，开展了肝、肾移植，胰一肾联合移植，眼角膜移植等多器官移植应用研究；半相合骨髓移植、干细胞移植临床研究；三维适形定向放射治疗肿瘤应用研究；纤维内窥镜技术应用研究；各种激光治疗技术应用研究；飞行员飞行心理指导干预；以及腹腔镜、关节镜等各类介入微创技术等。

医院多次被评为全军为部队服务先进医院，全军优秀医院、全国百强医院、2011 年改革创新医院；医院党委多次被空军党委评为师旅级先进党委。

## 复旦大学附属儿科医院

复旦大学附属儿科医院创建于 1952 年，系国家卫生计生委三级甲等医院，是集医、教、研、防为一体的综合性儿童专科医院，是全国儿科学重点学科、国家“211”工程和“985”工程建设单位，是最早被国家授予儿科学硕士、博士学位授权点、临床医学（儿科学组）博士后流动站的单位。目前是中华医学会儿科分会前任主任委员单位；上海医学会儿科学会主任委员、上海医学会小儿外科学会主任委员单位。是《中华儿科杂志》主编单位。是国家和上海市儿科专科医师及住院医师规范化培训基地；上海市儿科临床质控中心依托单位。连续 7 次蝉联上海市文明单位。2014 年，医院荣获“上海市五一劳动奖状”。

医院年门急诊服务量逾 226 万，出院病人突破 3.7 万，住院手术 1.7 余万。医院专业设置齐全，共设 45 个临床专业医技科室，目前有 7 个专科被确定为国家临床重点专科，包括新生儿、急诊与重症医学、小儿消化科、中医儿科、新生儿疾病重点实验室、小儿外科、临床护理。新生儿、外科、心血管、传染病等专业曾先后被列为卫生部临床学科重点专业。新生儿科还是上海市医学重点学科，儿科学是上海市重中之重重点学科，小儿外科是上海市小儿外科疑难重症临床医学中心，呼吸急救专业是上海市医学领先专业。



## 澳洲 Healthscope 医疗集团

Healthscope 集团成立于 1985 年，在澳大利亚私人医疗行业中可谓历史悠久，早在 1994 年就在澳洲证券交易所上市。在 2010 年 10 月，集团业务被凯雷集团和 TPG 公司收购，集团随后也退出了澳洲证交所。集团被收购后，业务发展良好，于 2014 年 7 月 28 日重新在澳洲证交所上市。

集团拥有 46 家医院和 52 家医疗中心和皮肤诊所，现已成为澳大利亚最大的综合医疗提供商，在医疗界 healthscope 起着至关重要的作用，为澳大利亚人的健康提供创新服务。Healthscope 提供私人医院，医疗中心，并在澳大利亚每一个州和领土提供病理服务。Healthscope 医疗集团在澳大利亚、新西兰、马来西亚、新加坡等国都提供医疗服务，年营业额 18 亿澳元，每年医疗耗材和设备的花费达 2 亿澳元。

高质量的医疗服务，优秀的员工，先进的医疗设备设施一直是集团不变的追求。集团在服务质量和创新上已经处于业界领先水平。集团目前拥有约 1 万 7 千名员工，致力于为患者提供高端的医疗服务。

Healthscope 是超过 21,500 个澳大利亚人的首选雇主。Healthscope 的目标是成为一个优质的私营医疗服务的公认的领导者。

## 泰国 BNH 医院

有着 110 多年历史的贵族医院泰国 BNH 医院位于泰国的首都曼谷，早于 1898 年由英国驻泰国大使乔治勋爵 George Grenville 先生出资建立，前身为“曼谷护理医院”，最初为外籍人士提供护理，自此成为泰国的首家私立医院。1901 年，国王拉玛六世向 BNH(当时 BNH 还是一个非营利组织)拨款拓展泰国的护理业务，以纪念其父王拉玛五世。医院服务对象主要是外国人，包括：外国领事、在泰国旅居及营商的外国人、泰国本土的上流社会人士和跨国公司的员工等。

1991 年，泰国 BNH 医疗中心成立，以建立新的国际标准的私营医疗医院，来满足日益增长的国内和国际市场的要求。为应付外国人和本地人对私立国际医院服务日益增长的需求，泰国 BNH 医院于 1996 年扩建，现已成为泰国一家治疗和服务达五星级水平的综合医院，拥有多个专科诊所，其中包括试管婴儿中心、心脏科、体检中心、皮肤及美容中心、糖尿病和内分泌诊所、胃肠和肝脏诊所、脑神经科、脊椎中心、外科手术和矫正外科、妇产科等等。

泰国 BNH 医院提供完全参与他们的病人与专科医生和全科医生的最高质量的医疗服务咨询、诊断，规划和执行治疗。在泰国 BNH 医院，“家庭医生”的概念得到了高度重视。

位于 BNH 医院的试管婴儿中心早于 2003 年成立。由一组拥有超过 10 年经验从事不孕不育治疗的专家组成，吸引了来自世界各地不同国籍的人到此寻求不育治疗和移植前遗传学诊断。

## 北京鼎志通业电子科技有限公司

鼎志电子股份（DINTEK）有限公司创立于 1990 年，总部设在台湾。作为业内知名的通信布线厂商，鼎志不仅向客户提供完善的高智能化布线产品，还提供一站式全方位的系统解决方案，随时准备满足客户对信息技术基础设施的需求。

成立的十多年间，鼎志人不懈努力，在设计、开发、生产、安装和服务等过程中实施标准化管理和控制，建立起一整套完善的企业标准和企业制度，现公司产品已涵盖所有综合布线领域。至 1995 年全面进入大陆以来，DINTEK 全身心投入于中国的信息发展建设，致力于市场的深度拓展，服务对象遍于政府机关、学校、银行、企业、智能社区等各行各业，重要客户已达数千多个。DINTEK 卓越的国际品质和服务荣获 ISO9002、美国 UL、ETL、加拿大 C（UL）、欧洲 3P 认证，成为布线行业中少数获此殊荣的生产厂家。至今 DINTEK 已在欧洲、东亚、中国（北京、上海、沈阳、哈尔滨、重庆、武汉、西安、郑州）等地设有分支机构，是名副其实的全球网络，公司承诺在当今市场中为客户提供最及时、最优质、最有价值的布线解决方案，为客户提供最满意的服务。

### DINTEK 发展历程

- 1990 年，成立于台湾，主要提供通讯连接器件；
- 1992 年，获美国 UL WIRING HARNESS 认证；
- 1995 年，通过 ISO 9002，成立北京分公司；
- 1999 年，成立欧洲及韩国分公司；
- 2000 年，通过 ETL 认证；
- 2001 年，通过 3P 认证；

### 鼎志综合布线上海地区医疗行业成功案例：

1. 上海市第一、第三、第五、第六、第七、第八、第九、第十人民医院
2. 上海瑞金医院、嘉定分院
3. 新华医院、崇明分院
4. 上海普陀区中心医院
5. 上海市东方医院
6. 上海市浦东医院
7. 上海市儿童医院
8. 上海市曙光医院
9. 上海中医药大学附属龙华医院
10. 上海第六人民医院奉贤分院、临港分院
11. 上海市闵行区中心医院
12. 上海市精神卫生中心

### 体外诊断行业深度解析：崛起中的朝阳行业

来源：中国化工仪器网

目前，国内体外诊断行业（IVD，In-Vitro Diagnostics）正逐步崛起。相对于国外成熟市场，国内呈现基数小、增速快的特点。受医保控费影响，国内医疗机构15%药品加成逐步取消，诊断等医疗项目“此消彼长”。我们认为 IVD 行业有望受益于医改的大趋势，长时间保持较快的成长速度。

#### 产业链分析：专业化与规模化铸就行业未来

龙头企业产业链的不断完善，有望享受规模化协同红利及专业化技术溢价。

上游：原料突破即为利润。上游诊断酶、抗原、抗体等原料仍为国外企业所垄断，国内研发能力突出的公司正逐步加强原料的研发，突破即为利润。

中游：生产、渠道、销售政策等因素导致强者恒强。生产环节，生化诊断及酶联免疫诊断短期内仍将是市场主流，化学发光对酶联免疫替代将是趋势，龙头企业有先发优势。渠道环节，行业内多采用“仪器试剂”捆绑代理销售模式，大型企业有较强的议价能力。销售环节，采购政策逐步清晰，不按方法学定价的省统一招标改革后，政策对国产倾斜，行业格局有望重新洗牌。

下游：消费主体的多样性决定，全面解决方案是核心竞争力。地市级以下医院因资金有限及对高端检测技术的需求，将是未来国产进口替代的理想阵地。独立诊断实验室因医院盈利需求，发展模式与国外略有不同，专业化的服务与特检项目有望成突破点。总体来看，能够提供全面解决方案的 IVD 企业具备核心竞争力。

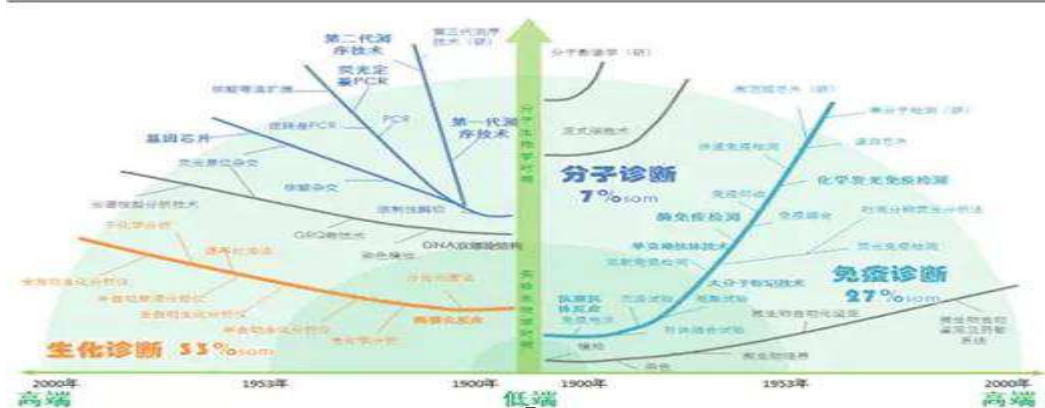
#### 细分子行业：三分天下，将持续高景气

生化诊断：竞争日趋激烈，但随着医疗中枢的下移，基层市场对性价比较高的生化诊断需求释放，稳健发展有望维持。免疫诊断：酶联免疫的化学发光替代大势所趋，技术领先企业将率先享受技术溢价。分子诊断：市场占比最小，发展最快的子行业。随着基因测序的兴起，有望成为 IVD 行业的主流之一。

#### 体外诊断——现代医学治疗的基石

体外诊断（IVD）是指将血液、体液、组织等样本从人体中取出，使用体外检测试剂、试剂盒、校准物、质控物等对样本进行检测与校验，以便对疾病进行预防、诊断、治疗检测、后期观察、健康评价、遗传疾病预测等过程。

图 1：体外诊断技术的发展过程及未来趋势



体外诊断行业的发展伴随生物化学、免疫学、分子生物学等领域的发展而发展，可分为三个发展阶段。第一阶段，20 世纪之前萌芽时期，使用一些传统的医学诊断技术；第二阶段，20 世纪初期，随着现代医学的发展及酶催化反应与抗原抗体反应的发现，体外诊断逐步兴起。第三阶段，1953 年后，DNA 双螺旋结构、单克隆抗体技术、大分子标记技术等运用推动整个体外诊断行业跨越式发展。

体外诊断按检测原理或检测方法分类，主要分为生化诊断、免疫诊断、分子诊断、微生物诊断、尿液诊断、凝血类诊断、血液和流式细胞诊断等诊断方法，其中生化、免疫、分子诊断是目前我国体外诊断的主要方法。

### 国际相对成熟，国内崛起迅速

2008 年全球体外诊断试剂市场 370 亿美元，2013 年约 466 亿美元，5 年复合增长率 4.72%。北美、欧洲、日本等成熟市场收入占比相对较高，合计约在 80% 以上。中国、印度、拉美、东欧等地区合计占比 10%。

中国体外诊断行业尚处产业发展初期阶段，呈现基数小、增速快等特点。2013 年国内体外诊断试剂市场 48 亿美元，同比增长 20%，前 5 年复合增长率 17.98%，远高于国际市场同期增速。

国际主流诊断试剂品种较为丰富，且市场占有率较为匀称，快速检测发展较为成熟占比 29%，微生物、免疫、生化分别占比 18%、15%、8%；国内产品种类相对较为集中，且竞争相对较为激烈。其中，免疫诊断占比 33%，生化诊断占比 27%。

### 行业发展，契合医保控费需求

随着新医改的推行，医保覆盖率和覆盖水平大幅提高，随之医保结余率下降，医保压力逐年增加。2014 年城镇基本医保基金支出 8134 亿元，结余 1528 亿元，结余率仅为 15.78%。以 2008-2014 年结余率下降速度推测，至 2020 年全国城镇基本医保基金将首次见底。

政府卫生支出比例不断增加，截止 2013 年，政府支出超过 9500 亿元，支出占比超过 30%。长此以往，医保费用将远远超出政府承受范围，医保控费势在必行。而医保控费的一个核心环节即为医疗设备及药品使用率的提升和取消药品加成。

据估计体外诊断可以影响约 70% 的医疗决策，却占全球医疗卫生总支出不到 1%。体外诊断的发展与运用，有助于以小博大，优化医疗设备及药品使用过程，提高使用效率。另一方面，计划经济时代医院遗留下来的 15% 的药品加成收入将在医改过程中逐步取消。而医院作为一个经济体，未来会将更多注意力投入医疗服务或诊断科室，以弥补其药品收入下降的损失。“重药品，轻服务”现状将逐步得到纠正，医疗服务及体外诊断将在此消彼长中得到快速发展。

政策层面，自 2005 年 12 月发改委发布《关于组织实施生物疫苗和诊断试剂高技术产业化专项的通知》以来，国家对包括体外诊断在内的生物高新技术一直持鼓励、支持态度。9 年间发改委、国务院、科技部、卫生部等部门颁布相关支持文件十余个。沐浴政策春风，有助于体外诊断行业整体的快速发展。

### 产业链分析：专业化与规模化铸就行业未来

#### 上游：原料进口占比较高，突破即为利润

体外诊断试剂上游的核心原料包括诊断酶、引物、抗原、抗体等，此外还有各种精细化学原料，包括氯化钠、碳酸钠和各种氨基酸以及有机酸等，这些精细化工品的作用主要是调配诊断试剂的缓冲溶液系统。

由于生产工艺、产物纯度等因素影响，国产原料离生产要求仍存在一定差距，目前诊断酶、抗体等主要原料仍依赖国外进口。以 2011 年上市的利德曼为例，2008 年-2011 年中进口原料成本费用均在总成本 50%以上，其中 2011 年进口原料成本占比 67.19%。考虑到利德曼是少数原料研发上有较多突破的公司，我们预计全国原料平均进口成本占比在 70%以上。

目前国内各大诊断试剂龙头均加大原料研发力度，掘取上游原料毛利。如利德曼自上市以来一系列诸如乙肝表面抗原、乙肝 e 抗体、甲状腺球蛋白原料的研发成功，获得上游原料利润溢价，促使公司毛利不断提升。至 2014 年，公司毛利率 61.83%。（2011 年公司上市，2010 年毛利率相对较高）

### **中游：政策逐步清晰，国产龙头强者恒强**

根据行业生命周期理论，体外诊断行业正处行业生命周期中成长期阶段。这一时期的市场增长率很高，需求高速增长，技术渐趋定型，行业特点、行业竞争状况及用户特点已比较明朗，企业进入壁垒提高，产品品种及竞争者数量增多。行业龙头将享受行业高速发展的红利，随着行业集中度的提升而不断快速发展。

### **生产：企业集中度低，进口替代自下而上进行中**

目前国际体外诊断市场行业集中度相对较高，罗氏、西门子、雅培、强生、贝克曼、BD 等 6 大企业占据体外诊断市场近 60%的市场份额，垄断优势明显。国内行业集中度相对较低，规模最大的科华生物 2014 年营业收入 12.18 亿元，相较于 2014 年 305 亿元的国内市场，市场占有率不到 4%，国内企业集中度相对较低，同时也意味着国内企业未来有更多的发展机遇。

相较于国外企业，国内体外诊断公司虽然在国内大的三级二级医院国内企业有较大的劣势，但在一些低端市场已经在逐步完成进口替代。

试剂方面，高端市场仍以进口产品为主。从 2012 年国内体外诊断试剂细分行业来看。低端的生化国产试剂已逐步超过进口试剂，如血气电解质、尿液生化检测等领域市场份额均已超过 60%。免疫检测虽然在酶联免疫方面取得一定的突破，但高端的化学发光检测依旧为外资企业所垄断，2012 年市占率仅为 18%。分子诊断方面由于对原料要求相对较低，国内试剂发展较为迅速，2012 年市占率达到 72%。此外血液检测的流式细胞术及微生物检测方面，国内进展较为缓慢，大部分诊断试剂仍需进口。

仪器方面，多领域逐渐完成进口替代。相对于国产试剂的弱势，在体外诊断仪器方面，国内制造在多个领域已经取得较大的突破。生化检测国产仪器市占率 2012 已超过进口仪器。免疫诊断仪器进口替代正在进行中，2012 年即使免疫诊断中相对高端的化学发光仪器市场占有率也已达 54%。而更为高端的分子诊断、微生物诊断、流式细胞诊断仪器则更多依赖进口。

### **渠道：“仪器 试剂”代理为主，越封闭越盈利**

营销渠道上以代理为主，直销为辅。目前体外诊断行业企业主要选择三种销售模式来销售产品：自建渠道、通过专业经销商或与产业链上大额营销单位（如体外诊断仪器生产商）进行优势互补来销售其产品。几种模式在产业链的利润分配上有所不同。直销模式中，企业能更贴近终端客户，更有效了解医院需求，增强客户黏性，但费用较高；而代理制模式下一般企业会以终端价格的一定比例向经销商供货，由经销商处理各种费用；第三种附属大额营销单位的则通常是有一定产品优势但缺乏一定渠道的小型创新型试剂生产公司的经营模式。

目前我国体外诊断试剂生产企业约 300~400 家，其中规模以上企业近 200 家，但年销售收入过亿元的企业仅约 20 家，企业普遍规模小、品种少。而各下游单位或组织较为分散且需求不同，因此采用直销渠道营销产品的成本相对较高，企业往往选择成本相对较低的代理商模式。即使规模大如罗氏诊断，其进入中国后最早选择的依旧是总代理为主，2008 年后才慢慢介入直营团队

销售模式以“仪器 试剂”捆绑销售为主。体外诊断设备或试剂的销售模式主要有仪器或试剂的直接销售、直接投放、折价销售、第三方租赁与第三方合营等模式。其中直接投放最为普遍，厂商免费赠与设备并合同约定在未来的一段时间内需购买其对应试剂。这种营销模式在一定程度上保证了客户黏性，但在实际操作过程中往往由于销售人员为完成业绩而非最优投放而有较大的损失。折价销售在一定程度上避免了此类问题的出现，但作为下游医院方会优先考虑直接投放模式。因此实际过程中两种销售模式各有所长，主要看看厂商与医院方的议价能力与技术先进程度等。

### **销售：政策倾斜国产，采购模式调整利好龙头**

近年国内医药行业政策逐步清晰，外企去“超国民待遇”大势所趋。IVD 行业政策逐步倾斜国产，利于加速进口替代。新版《医疗器械监督管理条例》要求进口体外诊断试剂增加原产国上市销售证明。部分省份开启集中采购，鼓励国产的趋势更为明显。《全国医疗服务价格项目规范（2012 年版）》不按方法学收费的大方向基本确定，先进方法学将不能收取更高费用，有利于国内产品的进口替代。

招标形式分为“入围式”与“竞争式”。入围式选取大批品牌作为备选，由于中标率较高、对国产和进口企业影响均较小。而竞争式则是选取 3-5 个品牌作为备选，由于国产品牌众多，中标率相对较低，龙头企业由于规模优势及品牌影响力，将在“竞争式”招标具有相对优势。

对体外诊断的收费政策逐步清晰，2012 年初步确立的《全国医疗服务价格项目规范（2012 年版）》目前仍在对接过程中，预计各地将陆续正式公布，虽然各地具体实施进度有所不同，但检验项目不按方法学收费的方向基本确定。先进方法学将不能收取更高的费用，整体检验项目收费将走低，鼓励医院使用性价比高国内产品。由于国内体外诊断产品多属中低端产品，且方法学相对较为简单，成本较低，新政策调整将利好国内企业，尤其是国内龙头企业。

### **下游：需求日益差异化，大而全将受益良多**

### **医院：中层医院需求释放，高端国产有望获益**

下游医院市场是体外诊断市场的主要消费终端之一。2013 年国内医院检验试剂采购总额约 45 亿美元，占医院耗材类采购总量 21%，预计占全国体外诊断试剂使用量九成以上；其中化学发光与酶联免疫试剂占比最高，分别占试剂使用量的 23%、20%，血液监测占比 19%，常规生化 18%，分子诊断 4%。

高端医院重技术，低级医院重成本，中级医院是国产品牌理想客户。高端三甲医院由于外资产品的先入为主，加之对科研和设备品牌的追求，更有意愿使用高通量、全自动的进口产品或高端检测方法，此外较高的门诊量，病人经济承受力也足以支撑高端设备的运作。而基层医院由于经费和病人数目有限，难以形成规模效应，对高通量的新检测技术需求并不大。

相较而言，三乙/二甲等中层医院既有一定动力追求高端检验方法，又受限于资金不足，因此相对便宜且性价比较高的国产品牌是进口产品的理想替代品。中层医院是国产品牌的理想客户。

### **得产业链得天下，并购将成为捷径**

除了产品的广度有利于企业满足需求日益差异化的趋势，保证业绩的增长。产业链的完整程度对企业业绩的稳定性与增速也有明显的正向作用。一方面完整的产业链有助于公司经营分散风险，保证经营的稳定性。另一方面协同效应有助于公司获取超额收益，增厚业绩。

比较行业内主要的几家公司产业链布局和利润增长情况也可发现，产业链越齐全越靠下游，业绩越好越稳定。迪安诊断深耕华东第三方独立诊断实验室市场，业绩增长迅速，潜力巨大。达安基因布作为分子诊断龙头，以中山大学医学体系为依托，独立诊断实验室为平台，布局产业链生产、销售、服务领域。而广州金域、利德曼等公司布局产业链较短则同期增速在 10%左右，目前利德曼正不断加大上游原料研发力度并升级原有生化诊断产品，未来有获得产业链协同收益。而完善产业链最迅速最有效的方式即为优质资产的并购，从 2013 年初至当前海外关于体外诊断并购已经超过 10 起，其中最大的为 Carlyle Group 对 Ortho-Clinical Diagnostics 的收购，价值总额 41 亿美元。

国内的产业整合并购也较为普遍。包括人福医药收购北京巴瑞、新华医疗收购长春博讯等介入体外诊断行业产业链的整合。目前，国内体外诊断行业内直接并购相对较少，这是由于目前国内体外诊断公司产品相似度较高，产业链布局有一定局限性。未来随着行业内公司的不断成熟，并购将成为完善产业链的一调捷径。

### **细分子行业分析：三分天下，将持续高景气**

#### **生化诊断：受益于医疗中枢下沉**

生化诊断是指通过各种生物化学反应或免疫反应测定体内酶类、糖类、脂类、蛋白和非蛋白氮类、无机元素类、肝功能等指标的检测手段，主要应用于医院的常规检测，系医疗检测的基本组成部分。

我国生化诊断市场起步早，基于生化分析仪的开放性，在发展初期，国内生化诊断企业主要以生产试剂产品配套进口生化分析仪的方式切入市场。目前，国内生化诊断试剂市场发展较为成熟，整体技术水平与国际接轨，试剂品种齐全。国产品



牌并凭借产品性价比和优质市场服务等优势，已占据国内生化诊断试剂市场约三分之二的份额，主要企业有利德曼、中生北控、北京九强、科华生物、四川迈克等。随着国内企业资本实力增强，生化分析仪的研发技术也迅速提高，一些试剂厂商（如科华）已开始从事生化仪的生产销售，并出现了迈瑞等专业仪器生产商。

从供给端来看，由于以往国内一线城市三级医院配置进口高速生化分析仪较多，且进口产品在技术和质量方面仍具备一定优势，因此目前在一线城市三级医院等高端市场国外企业（如罗氏、贝克曼等）仍占主导优势，其他市场则已普遍被国内企业占领。随着国内企业试剂产品技术质量以及生化分析仪自主开发能力的不断提升，未来我国生化诊断试剂市场的国产化替代趋势将进一步增强。

从需求端来看，一方面，我国肥胖人群的扩大导致葡萄糖、甘油三酯及胆固醇等生化诊断需求增多，且新检测项目的持续开发为生化诊断试剂市场带来了稳定增量（一些原本采用酶联免疫检测的项目现可以在全自动生化分析仪上检测）；另一方面，随着我国医疗卫生体制改革的进一步推进，政府对基层医疗投入逐步加码，医疗中枢逐步下沉，县级医院全自动生化分析仪和基层医院半自动生化分析仪将逐渐普及，生化诊断试剂市场的整体需求规模将继续呈现高速增长。

#### **免疫诊断：酶免的化学发光替代**

免疫诊断是利用待测物质与其相对应物质之间专一特异性反应而建立起来的一种高选择性诊断方法，常通过抗原抗体的免疫反应实现检测，利用各种载体放大反应信号增强检测的灵敏度（标记物有同位素、酶、化学发光物质），包括放射免疫、酶联免疫、化学发光等，主要对体内小分子蛋白、激素、脂肪酸、药物等物质进行检验，常用于传染性疾病、内分泌疾病、肿瘤、孕检、血型抗原等蛋白类靶标的检测。酶联免疫标记物为酶，常用来检测某一抗原或抗体。试剂具有成本低、可大规模操作等特点，是目前国内免疫诊断试剂中的主流。而 TFT-化学发光试剂灵敏度高、特异性强、重现性好，可用于高自动化的半定量和定量分析，而且检测时间较快、重现性好，是免疫试剂的重要发展方向之一。

目前，我国免疫诊断市场呈现化学发光和酶联免疫并存的局面。酶联免疫技术成熟，并具有较强的成本优势，在二甲和三乙医院有着广阔的市场，国内厂商凭借其较低的成本和灵活的销售，占据着较高份额。而在大多数三甲医院，由于检验样本量大，对成本敏感性较弱，化学发光已取代酶联免疫成为主流，主要以贝克曼、罗氏、西门子、雅培、日本东曹等国外品牌为主，特点为仪器试剂为全部封闭配套试剂，自动化程度较高。目前化学发光免疫诊断的试剂及仪器大多由国际巨头提供，国产高性价比的半自动化学发光免疫诊断尚处于推广期，仅占约 4% 的份额，主要厂商有北京新产业、北京倍爱康、北京泰格科信、北京科美、郑州安图、厦门波生等。

我们认为，化学发光有望逐步完成对酶联免疫的替代，原因如下：

医院提升检验质量的需要：诊断是进行有效治疗的基础，检验质量对医疗机构而言至关重要。技术更先进的、检验精度更高的检验方法和检验仪器，满足医院的检验质量要求。



医院抬升业内地位的需要：在我国，医院等级评选往往设定一些硬性的指标，比如是否配备某类大型医疗器械等，这也间接推动了医院追求技术更先进的诊断仪器。另外，医院为了提升业内地位、抢夺地区病源，也需要配备如化学发光仪等高端诊断产品。

医院保障收入的需要：在医药控费的背景下，医院以药养医的模式面临转型，新的增收渠道是医院必须考虑的问题。价格并不虚高的体外诊断产品具备一定的抗政策干扰能力，是理想的增收手段，且技术更先进的检验方法收费更高，同样的检验项目，化学发光比普通酶联的收费要高 1-3 倍，医院自然更倾向于使用。

这一替代进程在三甲以下医院中体现的更为明显，一方面其大多采用酶联免疫诊断，检测效率和效果已不相协调，面对优质患者相对不足的状况，购买新的设备，缩短检查时间，为患者提供更好的服务将有助于吸引更多患者前来就诊；另一方面，三甲以下医院资金实力不足，地方政府补贴也相对较少，性价比较高的国产化学发光设备将更契合其实际需要，拓展空间十分广阔。

### 分子诊断：基因测序的迅速崛起

分子诊断是应用分子生物学方法检测患者体内遗传物质的结构或表达水平的变化而做出诊断的技术，其核心是基因诊断技术。分子诊断因其量化特征，在精度上较传统生化与免疫诊断高，是诊断市场的高新技术。

常用的基因诊断技术包括聚合酶链式反应（PCR）、荧光原位杂交（FISH）、基因测序以及基因芯片技术。FISH 主要应用于细胞遗传领域，如癌症检测、产前检测等，精确度与灵敏度相对较低；基因芯片技术成本相对较低，检测较为迅速，较为精准；PCR 技术操作简单、快速，但只能检测一个或几个基因。基因检测技术则在精度上更为准确，可测通量更多，是最适宜个体化诊断的分子诊断技术。随着技术的进步，成本随之下降，基因测序将引领分子诊断技术。

DNA 测序技术共经历了三代，自第二诞生后，基因测序产业发展提速，全球基因测序市场容量从 2007 年的 794.1 万美元增至 2013 年的 45 亿美元，6 年 CAGR 为 33.52%。随着技术的推广与设备的普及，预计未来几年全球市场仍将保持高速增长。

国内目前基因检测技术主要运用于个体化用药基因检测与无创产前 DNA 检测，两者均是未来个体化医疗的重要前提。无创产检是未来新生儿重要的个体化医学检测，个体化用药基因检查则是更为直接的个体化诊断措施。

## 澳大利亚医疗卫生体制情况介绍

澳大利亚联邦位于大洋洲，国土面积 760 多万平方公里，由 6 个州和 2 个领地组成。2011 年人口 2262 万，GDP 为 1.372 万亿美元，2010 年的人均国民收入为 4.62 万美元。2010 年人均期望寿命男性为 79.5 岁、女性为 84 岁，列居世界第三，其他卫生指标在经合组织国家中居于中上水平。

### 一、覆盖全民的医疗保障制度。

一是构建了覆盖全体居民的国民医疗照顾制度（Medicare）。1984 年，澳大利亚通过了《全民医疗保障法》，建立了 Medicare 制度，实现了全民医疗保障。所有澳大利亚公民、永久居留者以及一些与澳大利亚签订了医疗互惠协议国家的公民均可享受 Medicare 提供的福利：全免费的公立医院急诊、门诊和住院医疗服务；免费或部分补贴的私人全科和专科医疗服务；补贴的社区私人药品服务；全免费的病理检验、影像检查和治疗服务等。

二是实施了独具特色的药品津贴计划（PBS）。澳大利亚早在 1948 年就实行了 PBS，最初仅免费提供数量有限的拯救生命的药品，后逐渐演变成提供广泛受补贴的药品。目前，PBS 药品目录大约有 2500 类药品，每年更新约 600 多类，大多数处方药物都属于 PBS 补助范围。购买 PBS 目录内的药品费用主要由联邦政府支付，个人仅需支付较小部分。澳大利亚对列入 PBS 目录的药品的审核和管理十分严格，须经国家的严格审批才能上市，药品补贴顾问委员会对药品有效性和成本进行严格审查，通过后才能列入 PBS 目录。

三是设置了医疗费用支出安全网。首先，澳大利亚政府为 Medicare 设立了“安全网”，一旦病人个人支付的费用达到临界值（2009 年，对于拥有医疗优惠卡的低收入家庭，其达到安全网的临界值是 555.70 澳元，对于其他的病人则是 1111.6 澳元），病人将会得到其自付费用 80% 的额外补贴。其次，医生收取超过 Medicare 收费标准以上的费用与报销标准之间的差价不能超过一定的限额（2006 年确定为 63.9 澳元）。再次，病人购买 PBS 目录内的药品支出超出临界值（每年 1 月 1 日根据消费者价格指数调整，2012 年，一般病人临界值为 1363.3 澳元，优惠卡持有者临界值为 348 澳元），一般病人每个处方仅需付费 5.8 澳元，优惠卡持有者不再需要付费。最后，政府鼓励使用疗效相似、便宜的非专利通用名药品，对同一种类（同化学名）药品的补贴额度相同，并按照成本最低的药品来确定。如在同一种类药品中患者选择了价格较高的药品，差额部分须由患者自付。

四是对费用控制机制进行了积极探索。澳大利亚付费机制主要有三个类型：一是以投入或者成本为依据，即政府通常依据卫生机构的职工数量、床位数以及以往的财政投入作为下一年财政投入预算的基础。目前，这种付费方式越来越少。二是以需要为基础。即以人群卫生需要为依据的付费制度，如根据各区域人口数量、人口密度、年龄性别构成、社会经济状况、标准化死亡率、生育率等分配资金。这种付费方式在公共卫生与健康促进领域应用较为广泛。三是以产出为依据，即主要是

按项目付费和按疾病诊断相关组（DRGs）付费。按服务项目付费主要应用在全科医生和专科医生所提供的医疗服务项目上，按 DRGs 付费主要应用在政府购买医院提供的医疗服务上，澳大利亚制定了统一的疾病诊断相关分组，采用病例组合方式的付费方式，核算医院的拨款。

五是大力推动私人健康保险发展。联邦政府在 1997 年开始实施“商业医疗保险激励计划”：政府通过减税（个人所得税）的方式，对所有购买商业医疗保险的个人或家庭给予所交保费 30% 的补贴。1999 年，联邦政府规定：凡是在 30 岁后才购买商业医疗保险的人，其保费每年递增 2%。不过投保期超过 10 年就不再适用这一规定。2005 年，联邦政府对 65 岁及以上的人群又放宽了补贴金额：政府对 65-69 岁人群的商业医疗保险保费给予 35% 的补贴，70 岁以上给予 40% 的补贴。1999 年，联邦政府推出了“终身医疗保险计划”，旨在寻求公、私立卫生系统的协调发展，让人们拥有选择特需和个性化医疗服务的机会。“商业医疗保险激励计划”和“终身医疗保险计划”推动了商业医疗保险的发展。1999 年 30% 的人购买了商业医疗保险，2011 年 6 月上升到 44.3%。2009 年，商业医疗保险共筹资 135 亿澳元，约占卫生总费用的 12%，支付的资金占卫生总费用的 8%。商业医疗保险参保者可选择医生、优先住院和 Medicare 服务范围外的服务，主要用于私立医院、牙科服务等支出（见图 1）。

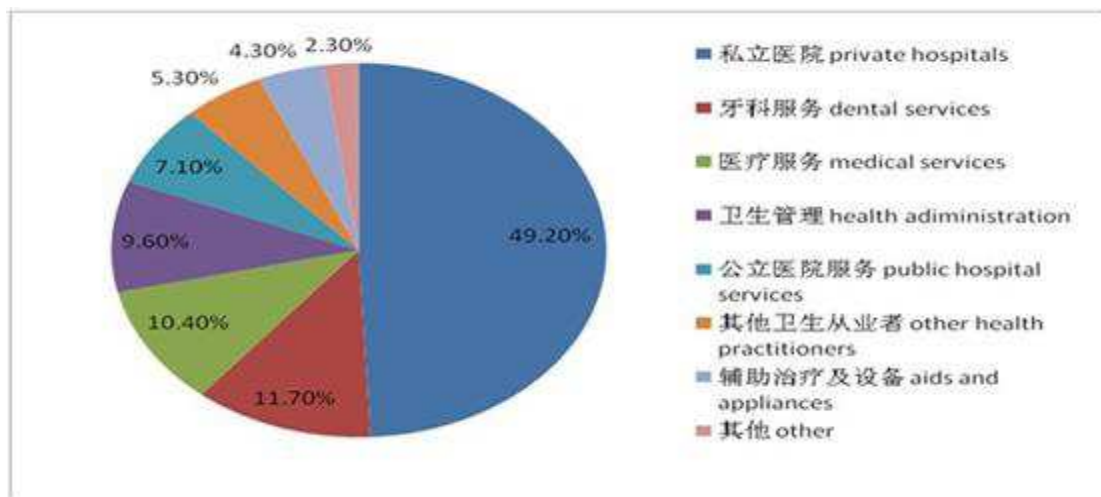


图 1 2009 年商业医疗保险支出构成

注：其他包括病人的交通服务、医疗、辅助治疗和设备、社区和公共卫生。

资料来源：AIHW 2011。

## 二、分工协作、混合多元的医疗服务提供体系。

澳大利亚的医疗体制呈现出混合、多元化的特点，按照医疗服务等级划分，主要有初级（全科）医疗、专科医疗和住院医疗等；在提供者方面，既有公立的社区卫生服务机构、医院，也有营利的和非营利的私人诊所、医院、老年/伤残照顾机构和社区服务机构。

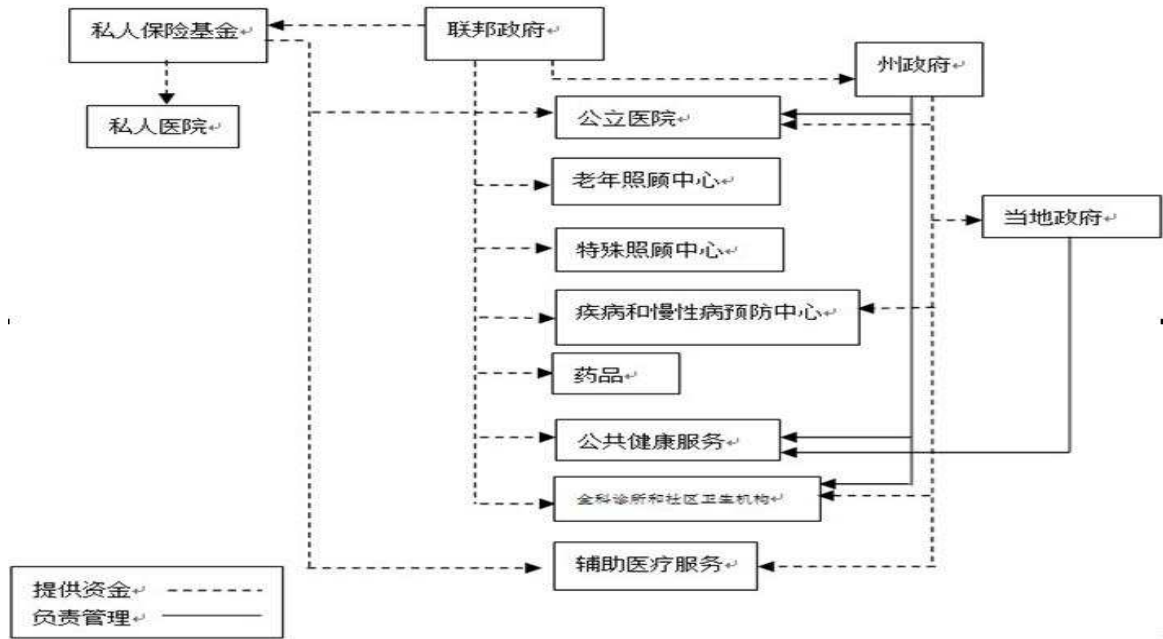


图2 澳大利亚医疗卫生体系

一是全科诊所和社区卫生机构起到“守门人”的作用。全科医生是初级卫生保健服务的主要提供者，主要包括普通疾病的问诊、体检、咨询、处方、治疗、小手术、避孕、转诊、计划免疫等。全科医生如按照 Medicare 规定的收费标准收取费用，则患者无须自付费用，高出 Medicare 规定标准费用由患者自付。全科医生基本上都以个体方式执业，并朝着规模化方向发展，与牙科医生、药师等一起建立服务联盟。根据澳大利亚改进卫生服务评估组随机调查结果，在 1000 名接受调查的全科医生中，由 2-4 名全科医生建立服务联盟的占 43%，5-9 名的占 29%。

澳大利亚有各类社区卫生机构，主要提供预防、保健、康复、健康教育等公共卫生服务。社区卫生机构大多数由政府主办，资金主要来源于州政府和联邦政府拨款，也有少量个人付费。此外，政府也会购买私人部门的社区卫生服务。澳大利亚建立了分工明确的转诊体系（见图 3）。一般情况下，居民要到专科医生或者综合医院看病，必须经全科医生转诊，否则将无法享受 Medicare 的补贴，仅有 11.5% 的患者会被转诊。

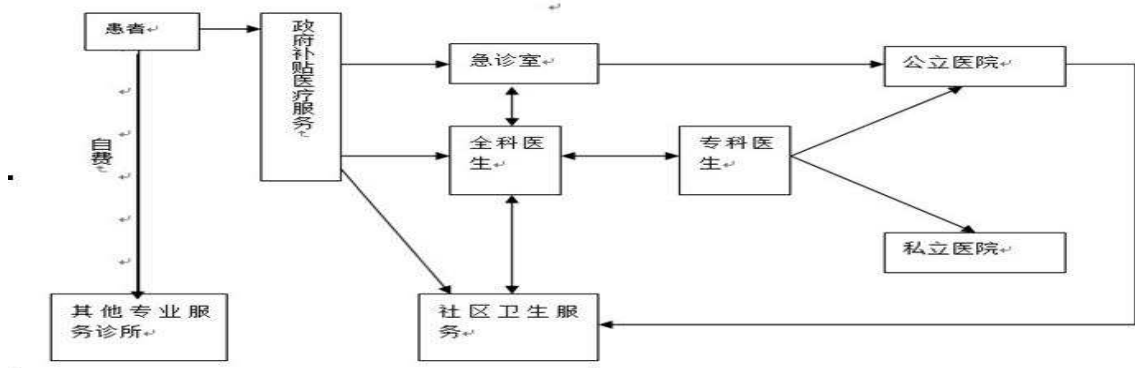


图3 澳大利亚转诊系统图

二是专科医疗服务是重要组成部分。专科医疗服务是指由私人专科医生或者医院提供的专科服务。高年资的专科医生通常开设私人诊所，同时又在公立医院和私立医院工作，有些还担任医学院校的教学职位。澳大利亚全国卫生服务调查结果显示，大约 2% 的社区居民两周内曾看过专科医生。看专科医生通常需要预约，患者有时需要等候很长时间。私人专科医生提供的医疗服务也由 Medicare 支付，但仅支付规定费用的 75%-85%（诊所为 85%，私立医院为 75%），差额部分由个人自付。

三是公立医院主要承担疑难杂症和危急病人，在医疗服务体系中起“兜底”作用，私立医院主要提供更高端的个性服务。澳大利亚公立医院一般由州（领地）政府管理，并接受联邦政府和州（领地）政府的共同资助。最大的公立医院床位数超过了 1000 张，但是超过 70% 的公立医院床位数少于 50 张。公立医院和私立医院均可接受 Medicare 和私人医疗保险的病人，公立医院主要接收急诊、全科医生或专科医生转诊的病人，提供急诊、门诊和住院治疗服务。私立医院通常只接收短期治疗有效、低成本病人，不设急诊科，一般不愿接收癌症等高成本病人。公立医院医生工资一般由政府发放，也可进行私人行医收取服务费。私立医院的医生主要通过 Medicare 和病人支付获得报酬。

2010 年，联邦政府的医疗卫生预算中，32.8% 用于支付公立医院的住院医疗费用，38.8% 用于支付急诊等非住院医疗费用，17.9% 用于支付药品费用，7.5% 用于补贴私人医院的医疗服务费用，3% 用于公共卫生方面的支出。而州政府的医疗卫生预算中，66.7% 用于支付公立医院的住院医疗费用，4.76% 用于补贴私立医院，4.76% 用于补贴牙医支出，19.5% 用于支付社区卫生机构的支出，4.28% 用于公共卫生方面的支出。

2010 年，公立医院运行费用中超过 62% 用来支付工资，私立医院运行费用中大约 50% 用来支付工资。2006-2010 年，公立医院的运行费用年均增长 5.9%；2004-2009 年，私立医院运行费用年均增长 3.6%。

### 三、职责明确的卫生行政管理体制。

联邦政府主要负责 Medicare、医疗管理与人才培养、药品补贴与合理利用、社会救济服务、人群健康服务（如计划免疫、HIV 危害降低项目等）、应急反应体系、国境卫生检疫、信息系统建设和科学研究等，一般不举办医疗机构。州（领地）政府直接负责卫生保健管理，对辖区内的私立医疗机构进行监管，保障卫生服务的质量与安全。政府对公立医院实行宏观和间接管理，不直接干预医院的人员招聘、院长聘任、财务预决算、业务运行和内部分配。典型模式是成立医院董事会。董事会成员通过公开报名选拔后，由州（领地）的卫生部部长任命。董事会作为政府代理人，对医院实行监督管理，其职能包括聘任医院院长（或 CEO），审查批准医院的年度工作计划、财务预决算，审批大型设备的购置、更新和基建项目计划，评价医院的运行状况和院长的工作业绩，沟通医院与社会各界的联系，争取和接受社会各界对医院的捐赠等。

### 四、稳定的卫生资金筹措机制。

澳大利亚主要通过一般税收、医疗保障税和个人支付三种方式筹措卫生资金。Medicare 所需资金大部分来源于一般税收，其他来源还包括在个人收入所得税中征收医疗保障税、社会筹资或接受慈善团体捐助。医疗保障税税率目前为公民纳税收入的 1.5%。对于没有购买商业医疗保险的高收入者，联邦政府将会征收医疗附加税。2010 年，澳大利亚的卫生总费用为 1303 亿澳元。从来源结构看，联邦政府占 42.7%，州（领地）政府占 26.4%，个人占 18.3%，商业医疗保险及其他占 12.6%（见表 1）。卫生总费用占 GDP 的比重为 9.3%（OECD 国家平均比例为 9.6%），人均卫生费用支出为 5287 澳元（见表 2）。

表 1 2000-2010 年澳大利亚卫生筹资来源构成（%）

年份	政府			商业医疗保 险	非政府部门		总计
	联邦政府	州（领地）政 府	总计		个人	其他	
2005	42.8	25.3	68.1	7.6	17.4	6.9	31.9
2006	42.0	25.8	67.8	7.6	17.4	7.2	32.2
2007	43.2	25.5	68.7	7.6	16.8	6.9	31.3
2008	44.1	25.1	69.1	7.8	17.1	6.0	30.9
2009	43.7	26.3	69.9	7.5	17.5	5.0	30.1
2010	42.7	26.4	69.1	7.6	18.3	5.0	30.9

注：其他主要来自意外伤害保险公司。数据来源：AIHW 卫生支出数据库。

表 2 2000-2010 年澳大利亚卫生总费用情况

单位：亿澳元

年份	卫生总费用	GDP	占比%
2005	866.85	9948.03	8.7
2006	949.38	10830.6	8.8
2007	1035.63	11759.49	8.8
2008	1136.61	12522.18	9.1
2009	1213.53	12933.8	9.4
2010	1302.66	13990.7	9.3

数据来源：AIHW 卫生支出数据库，ABS 2012a。

### 五、统一高效的医疗信息系统。

澳大利亚在医疗资源信息共享方面实现了信息化管理，建立了统一的数据库，实现数据的标准化、规范化，加强对各类医疗信息的总结、分析、归纳和动态管理。就诊人员的详细信息包括出生、死亡、就诊情况、药房售药记录等均可在网上直接查询，Medicare 持卡者在全国各个医疗机构就诊均可直接刷卡。

## 分级诊疗是医疗服务精细化的必由之路

### 专家解读国务院办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》

分级诊疗是我国当前医改的重要内容，扎实有序推进分级诊疗制度建设，标志着我国医改进入新阶段，医疗服务发展模式开始转型。由过去几年重点建立和完善医疗保障制度，强化患者费用保障机制，到同步重视精细化管理服务；从强调包括公立医院改革在内的体制改革，到同步重视医疗资源配置和使用，分级诊疗将供方和需方有机连接起来，将改革和发展统一起来，将管理和服务结合起来。深入认识和理解分级诊疗的文件精神，做好分级诊疗试点工作，需要把握以下几点。

#### 一、深入领会文件关于合理配置和科学使用医疗资源的精神，明确各层级医疗机构定位是做好分级诊疗工作的基础。

当前我国在看病问题上与过去的情况相比发生了很大的转变，出现了新的特征，既不是过去的整体上“缺医少药”的问题，也不是简单的“看病贵，看病难”的问题，而是看病就医过多集中在大医院，导致医疗成本增高，大医院人满为患，挂专家号难的问题。解决这个问题的治本之策，就是合理配置医疗资源，使优质医疗资源下沉，同时，建立分级诊疗体系，使医疗资源发挥最佳的效能。

文件提出城市三级医院主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务；城市二级医院主要接收三级医院转诊的急性病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者。县级医院主要提供县域内常见病、多发病诊疗，急危重症患者抢救和疑难复杂疾病向上转诊服务。基层医疗卫生机构和康复医院、护理院等（以下统称慢性病医疗机构）为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。这个工作目标不仅是分级诊疗的工作目标，也是医改工作的重要内容，更是研究制定“十三五”规划所必须重点谋划的问题，逐步建立与分级诊疗工作相适应的、完善的医疗服务体系。

#### 二、按照文件要求，建立以患者为中心的医疗机构之间的分工合作机制是分级诊疗工作的核心。

分级诊疗的精髓是以患者为中心的整合式医疗，医疗机构提供连续性的医疗服务。医疗服务资源布局围绕需求来配置，医疗服务的流程围绕方便患者来设计，分级诊疗的目标就是方便群众看病就医，为他们提供高质量的便捷服务。过去，由于缺乏分级诊疗，经常出现患者有病乱投医的情况，既影响了诊治，又浪费了医疗资源。在分级诊疗体系下，患者是否需要转诊，转诊到那家医院，找哪位专家合适，医疗机构和医生之间应该发挥应有的作用，医疗机构之间建立起制度化的沟通机制，重新优化医疗机构的分工合作机制，以最大程度的方便患者就医。

文件提出“构建医疗卫生机构分工协作机制”，特别提出“严控医院床位规模不合理扩张，逐步减少常见病、多发病复诊和诊断明确病情稳定的慢性病等普通门



诊，分流慢性病患者，缩短平均住院日，提高运行效率”。这对做好上下级医院之间的分工合作提出了很高的要求。首先是疑难病症能够及时收治，目前大医院的病种结构特征不明显，有相当部分的普通病人在大医院就诊。因此，如何将应该收的病人收下，应转下去的病人能够转下，这是第一个要解决的问题。第二，是实现向下转诊。这是分级诊疗中的一个难点，也是重点。这个环节必须要打通，否则分级诊疗就无法运转起来。要做到这一点，就要研究制定适应分级诊疗的诊疗标准，各地根据实际情况制定病种目录，以病人的病情为依据，该上转的上转，该下转的下转，只有这样分级诊疗制度建设就抓住了根本，就会产生积极效果。

### 三、按照文件精神，自愿原则是当前试点阶段需要重点把握的一个问题。

文件提出“立足我国经济社会和医疗卫生事业发展实际，遵循医学科学规律，按照以人为本、群众自愿、统筹城乡、创新机制的原则”，开展分级诊疗工作。其中自愿原则需要深入理解。首先，分级诊疗制度是国际上通行的做法，也是医疗服务精细化管理的必由之路。笔者认为：分级诊疗是由一系列规章制度、人才技术和激励约束机制作保障的，不同层级、不同类别医疗机构之间在医疗服务上的一种分工合作的状态，可以有多种实现形式，其实质是一种基于医疗服务需求的逐级筛选过程以及医疗资源配置和使用效率最大化、患者管理服务精细化的医疗服务形态。因此，分级诊疗从制度建设角度看，是必须做的，不是可有可无的。第二，当前我国医疗资源配置不均衡的问题很突出，基层医疗服务能力不足、人才缺乏，多数地方不具备强制实行分级诊疗的条件，很多配套措施亟待调整和完善。因此，不能用强制的办法进行。应基于实际情况，主要采取激励的措施，不搞一刀切。既避免操之过急，又要积极推进，鼓励群众自愿参与。第三，让积极参与的患者获得益处。在一些地方，根据当前管理的基础、现实条件，可以选择一些病种先行进行分级诊疗。起步阶段可以是少而精，病种可以不多，但管理服务一定要到位，做到精细化管理。让群众体会到分级诊疗的便捷和益处，试点地区做出分级诊疗的品牌，群众有了好的体验和正确认识，就为总结经验和全面推开打下了好的基础。

### 四、及时出台配套政策，把握好机制转变和利益平衡这个关键点，使分级诊疗逐步深入并能持续发展。

要深刻认识到，分级诊疗工作“牵一发而动全身”，其实质是利益格局的调整，特别是医疗机构之间的利益再调整和再平衡。因此，分级诊疗的支持政策要配套，让患者在获得高质量服务的同时，同步实施分级诊疗的制度建设。

在医保支付方式改革方面，文件提出要强化医保基金收支预算，建立以按病种付费为主，按人头付费、按服务单元付费等复合付费方式；探索基层医疗卫生机构慢性病患者按人头打包付费；完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策，适当提高基层医疗卫生机构医保支付比例；将符合条件的基层医疗卫生机构和慢性病医疗机构按规定纳入基本医疗保险定点范围。在价格政策方面，文件提出合理制定和调整医疗服务价格，对医疗机构落实功能定位、患者合理选择就医机构形成有效的



激励引导；理顺医疗服务比价关系，建立医疗服务价格动态调整机制。财政部门要落实财政补助政策。其他有关部门要按照职责分工，及时出台配套政策，抓好贯彻落实。

这些配套政策应瞄准建设分级诊疗制度这个总目标，协同配套，形成合力。改变过去无序就医的旧机制，逐步建立科学配置和使用医疗资源，有序就医的新机制，使医改不断深入，促进我国卫生事业持续健康发展，让患者在分级诊疗制度建设中获得实惠。

## 中国医改如何超越利益集团

作者：王绍光、樊

鹏

在整个政策制定过程中，国内相关有组织利益团体一般通过两个步骤发挥作用：一是内部完成对企业与行业利益诉求和意见、建议的整合；二是通过各种方式将企业和行业的意见和建议传递给决策者。

这些行业协会所代表的利益“面”非常大，以医药零售行业为例，中国有 34.1 万家零售药店，有 600 多万名职工，如果政府忽略他们的利益诉求，可能会带来意想不到的社会后果。在实际的政策制定过程中，那些代表面广、知名度高的行业协会的意见往往能够得到政府的重视。

在医疗改革政策制定的过程中，除了各行业协会在各环节利用一切正式和非正式的机制或途径参与各方互动，积极创造条件影响医改政策制定外，政府也开辟了各种渠道，尽力倾听行业协会对医改的意见。综合各方位的观察，这些国内有组织利益团体主要通过以下几个途径参与和影响决策：

### 直接协助决策者进行政策酝酿

在西方国家，政府制定行业政策或立法机关立法过程中，往往会邀请相关领域的行业协会参与，为决策者提供意见或草案，这种情况在中国新医改政策制定中同样普遍存在。

在政策制定过程中，决策者十分重视即将出台的新政策对社会经济平稳发展可能产生的影响，为了妥善处理公平正义与经济发展之间的关系，各部门的决策者普遍都会邀请医药领域行业协会的人士参与政策制定，他们不仅向决策者提供相关行业报告，而且协助决策者进行相关议题的调研、分析工作，甚至参与了某些政策的酝酿、起草工作。

在政策制定工作启动之初，决策者最需要倾听行业协会的意见，这是因为后者对改革所涉及经济领域的情况以及可能产生的社会影响最有发言权。决策者借助行业协会，不仅可以深入了解改革所面临的问题、化解改革可能出现的难题，而且需要征求它们对于改革的意见和建议，预防性地减少政策在实施推广阶段的阻力。

早在 2002 年，国务院酝酿“医药分业”试点的时候，时任国家发展计划委员会副主任的汪洋就曾召集中国医药商业协会和浙江省医药商业协会有关人员座谈，

征求他们关于医药分业改革的意见，通过这两个行业内知名度最高、影响力最大的协会来了解医药行业的情况。此后，在医改的大讨论阶段，政府医疗卫生主管部门也不止一次约谈了相关医药协会的负责人。

在政策方案的起草初期，决策部门希望从行业协会那里获取决策所必要的数据和信息，获得这种机会的组织往往会直接参与到政府部门的调研中来；即使是各种组织自主开展调研，也可以在向决策部门提供相关数据的同时，“搭车”递交符合本行业利益诉求的相关建议。

根据我们的访谈，2006年8月，国务院深化医药卫生体制改革部际协调工作小组成立不久，当各医药行业组织了解到，主要政策制定部门当时正在针对医改需要解决的重点问题展开各项调研时，它们就开始通过各种方式跟踪各主要决策部门关注的焦点，并主动与各部门接触。

仅以中国医药商业协会为例，它在这一过程中就曾协助国家药监局、发改委等部门进行了多次调研。该协会还获得了发改委的正式课题委托，通过征求成员企业的意见并开展独立调研，从行业角度就医药行业的现状、问题、发展趋势以及实际的医药价格形成机制、现存的企业差率以及利润分配情况，向各决策部门提交了大量参考资料和报告，其中仅向发改委提交的正式报告就有四份，这些报告成为医改初期政策酝酿制定的基础。

### 利用与公共传媒合作表达意见

虽然向决策者直接提交报告或直接参与调研和方案起草工作是影响决策最有效的方式，但并不是所有有组织利益团体的代表在政策制定的所有阶段都能获得决策部门的青睐，这样的机会毕竟是有限的。为了反映自己的意见，有组织利益团体的代表往往还会借助媒体舆论的力量，来吸引决策者的注意。

在整个医改政策制定的过程中，相关医药协会与舆论媒体的合作十分活跃。它们通过与纸媒、网站、电视等各类公共传媒进行合作，在向大众传递行业意见和建议的同时对决策者施加压力。由于操作娴熟，它们的某些意见往往能够在短时期内成为舆论的焦点，甚至在很大范围内激起热烈的公共辩论，最终成功地获得决策者的重视。

在访谈中我们了解到，相关医药协会与媒体的合作十分普遍。比如，在医改政策制定的几年中，中国医药企业管理协会曾数次与搜狐网、人民网等网络平台展开合作，透过这些网站传递其关于改革的意见。它们之间开展合作的方式十分灵活，有时是主动安排行业协会的领导接受专访，通过网络等平台直接表达意见；有时则由行业协会组织规模不等的企业研讨会，然后通过重要的媒体将研讨会的意见向外传递。如果协助政策制定者进行政策酝酿，可以称为有组织利益团体直接游说的话，那么与媒体的合作活动则可以视为一种“借力型”的外部游说。

### 组织召开各种类型的研讨会

为了配合舆论报道的需要，企业和行业协会有时还会组织召开各种形式的研讨会，邀请业内企业家、学术界人士以及参与政府部门决策的官员或智囊前来参加，针对医改政策制定所涉及的各项对企业和行业发展休戚相关的政策议题展开讨论或辩论。通常情况下，主要由企业、行业协会以及它们所邀请来的学者发言，政府官员则以倾听为主。

例如，2007年9月，在医改协调小组《关于深化医药卫生体制改革的总体方案（征求意见稿）》形成的前夕，北京医药行业协会就组织了在京的10家大型医药企业召开了一次研讨会，并就医药行业发展所面临的困境等问题公开向决策者建言，希望能在新医改方案中考虑企业的利益，并出台政策改善当前的企业经营困境。

这种研讨会有时并不是有组织利益团体单方面的努力，而是它们与其他利益相关者展开合作、互动的结果。借助于这些研讨会，企业、行业以及支持它们的研究机构之间会就某些问题进行协商，并尽量达成一致意见，进而形成书面材料递交给部门决策者，或者借助网络等媒体将这些价值和信息传递给大众。

在整个医改政策制定过程中，这种现象十分普遍，各主要的行业协会都曾组织过不同规模的研讨会。

2007年12月10日，正值医改协调小组酝酿拿出《关于深化医药卫生体制改革的意见（征求意见稿）》的前夕，由原劳动和社会保障部副部长王东进任会长的中国医疗保险研究会（2007年3月成立）在北京组织召开了“医疗保险费用结算办法研讨会”，来自政府部门、学界，以及医疗机构、医保经办机构的专家和学者百余人参会，部分部门决策领导和专家就医保付费方式展开了激烈的交锋。医保付费是医保管理的难点，其管理过程充满了作为参保人利益代言人的经办机构与医疗服务机构之间的利益博弈。在这次会议上，王东进会长作了演讲，代表协会对医改政策制定工作提出了建议。

### 资助研究机构形成政策方案

企业及行业协会等有组织利益团体除了通过各种公开研讨会的形式与医疗问题专家、政策研究机构之间建立联系、共同建言以外，它们有时还会直接拿出资金资助那些与自己的立场比较一致的专家和研究机构，使其从事某项政策议题的研究。受到这些资金资助的政策专家和机构，往往也会“投桃报李”，通过以下两个步骤促进彼此之间共同目标的实现：

第一，进行相关的理论研究或实地调研，最终的成果往往成为企业和行业协会与决策部门接触时进行分析的基础，或者干脆可以说是它们用以说服决策者的重要依据。

第二，这些专家和机构还会有针对性地形成一些意见或方案，并通过各自的渠道递交给相关决策者。从事这些活动的研究机构不仅包括社会自主研究机构或隶属于大学的政策研究机构，同时还包括政府部门所属的政策研究机构，后者的意见和方案有时可以通过各种“内参”直抵最高决策层。

从新医改政策备选方案的设计和选择阶段开始，相关利益团体就频频接触一些已经进入政策制定轨道的专家，开启了部分政策研究群体和相关利益组织的一段长期“蜜月”之旅。通过访谈我们了解到，2007年春，在医改协调小组公布某受托方案之后，包括国内和国际医药产业的代表就开始联系各家方案的负责人，寻求合作。如某国内医药企业管理协会，正是在这一阶段找到了北京某公共政策研究中心的负责人，希望以该中心为平台，资助其展开讨论并影响舆论。这一中心后来直接参与了中国社科院对各家医改方案的综合评估工作。

### 行业协会领袖向决策者建言

除了利用网络、媒体以及研讨会等各种间接的方式向决策者传达意见以外，有组织利益团体还不时通过更直接的方式向决策者“建言”。其中，通过企业或行业协会的领袖当面向决策者反映意见是一种重要形式。

在中国，这些重要的企业和行业协会的领导当面向决策者反映意见的渠道很多，有时他们会受到决策领导的约见，后者会主动倾听他们的意见，但是在更多情况下，他们会通过私人关系找到决策者。根据中国的法律，所有行业协会都必须按照规定挂靠一家行政单位，后者对其负有政治上的责任，因此这些行业协会往往与政府有着千丝万缕的联系。

不仅如此，许多大型行业协会领导（会长或秘书长）往往由政府决策部门退休的官员担任，广泛的人脉资源和持久的情感纽带使得他们拥有更多向决策者建言的机会。比如某医药企业协会的会长就是某部某重要部门的原司长，他很容易就能找到部长，代表他的团队当面向部长表达行业意见。

有时候，这些行业协会的领袖及企业界的人士还会利用各种高峰论坛，向前来出席会议的政府决策层领导当面陈述他们的意见，对于重要的领导，他们会递交事先准备好的书面材料或报告。比如2007年海口高峰论坛以及全国各地的药品交易会，都是他们向决策者进言的好机会。

### 向决策部门有组织“上书”

通过企业和行业协会的领袖向决策者反映意见，属于相关利益团体较为“温和”的参与方式。之所以这样说，是因为“进言者”与“纳言者”之间存在较好的社会关系和沟通基础，基本没有组织性的动员与对抗。但与之相对的，在新医改政策制定过程中，相关利益团体还采取了另外一种不太温和的方式，这就是有组织“上书”。

无论是在政策的酝酿阶段还是已经基本明朗的阶段，如果政策忽略了某些相关利益团体的利益或与其利益相违背，它们就会通过自己的组织形成拥有广泛支持的意见或建议，向决策者强力“上书”。

在中国，一些有影响力的企业或行业协会的组织能量有时会令人吃惊。它们往往为了反对政府的某项政策，动辄组织上百家甚至几百家企业，甚至与数十家地方

行业协会联合，向相关主管部门提交它们的建议。这种“上书”活动主要针对决策部门、部际协调机构以及最高决策者三个层次。

在新医改政策制定过程中，针对个别决策部门的“上书”主要发生在 2008 年 10 月《意见(征求意见稿)》出台之前。这些“上书”多数是专门针对某项具体政策，希望政府放弃原有的计划。在这一阶段，中国多家医药企业协会向发改委等决策部门提交过自己的意见书，其中规模最大的是中国医药企业管理协会的两次有组织“上书”。

2007 年 3 月 1 日，国家发改委公布第 22 次药品降价方案的第二天，中国医药企业管理协会召集了 100 多家医药企业开会，最后向国家发改委提交了两份建议；2007 年 4 月 7 日，国家发改委公布了第 23 次药品降价方案，中国医药企业管理协会又组织了大批医药企业进行了第二次“上书”。

从访谈中我们了解到，先后共有 100 多家医药企业参与这次活动，由中国医药企业管理协会负责起草的“上书”文件，最后以协会的名义发出。

早在 2005 年 6 月，以中国医药企业管理协会、中国化学工业协会为代表的全国 24 家医药协会就曾联名“上书”国务院，反对原定于 6 月初出台的 22 种医保药品降价方案，要求降低降价幅度，成功推迟了该方案按时出台。

### 向部际协调机构和最高决策者“上书”

除了针对某项具体的政策问题向决策部门“上书”以外，整个医改过程中，还出现了数次有组织利益团体针对国务院医改领导小组等部际协调机构及国务院最高决策者的大规模“上书”活动。

早在 2007 年医改启动之初，就已经出现了针对部级以上决策者的有组织“上书”活动，例如前文提到的中国医药企业管理协会的两次“上书”。根据访谈我们了解到，组织者在将意见书提交国家发改委的同时，还以公对公的方式将意见书直接发给了医改协调小组和国务院。

这两次“上书”的文件不仅针对当时发改委的医药价格调整，而且直指医药卫生领域“四个不分开”的体制性问题。“四个不分开”指政事不分、管办不分、医药不分、营利性与非营利性医疗机构不分。

该协会认为，要改变这一症结主要取决于中央的决心。在向医改协调小组提交建议书的过程中，该协会甚至动用了一些私人关系，目的在于确保医改协调小组的决策者们能够注意到他们的意见，并尽快审阅。

医药领域有组织利益团体更大规模的“上书”活动，则是出现在 2008 年底《意见(征求意见稿)》公开征求群众意见的阶段。一系列有组织“上书”活动之所以集中出现在这一阶段，有两个最直接的原因：

第一，改革方案《意见(征求意见稿)》明显忽略了某一方面的利益，激起了企业界的强烈反弹。2008 年 11 月，中国医药商业协会组织全国 33 家医药协会联合“上书”，这一事件的背景很有代表性。

当时刚刚公布的《意见(征求意见稿)》中的一些规定,明显忽略了全国 30 多万家零售药店的利益,给这些药店的生存和市场地位造成了严重的影响。由于它们所反映的问题潜在影响很大,涉及的人群也很广,“上书”引起了最高决策者的注意。

最后由国务院主管副总理李克强专门签署了意见,安排各相关部委尽快组织人力,当面倾听企业与行业协会的意见,并采纳了其中合理的要求。根据对该协会负责人的访谈我们得知,由于国务院领导的介入和指示,各主管部门对于这次见面表现十分积极,对行业协会提出的正当诉求给予了充分考虑,并在多个方面吸纳了他们的意见。

第二,企业界及行业协会利用决策者向全民征求意见的机会,就改革的总方案反映了它们的意见和建议。比如中国医药企业管理协会,通过系统地征求来自企业和行业内部的意见,制定了一份专门针对《意见(征求意见稿)》的《十四条建议》,最后分别递交当时新成立的医改领导小组及国务院主管副总理。接受本研究访谈的一位该协会的负责人认为,它们的这些意见在医改方案的最终稿中有九条得到了直接反映,四条得到了间接反映。

另外在《意见(征求意见稿)》出台后,来自全国近 30 个省、市、自治区的 170 名公立医院院长也通过联名方式签署了一份《中国医院院长医改建议书》,向决策者表达了他们的群体诉求。最后该建议书被成功提交给医改领导小组。

虽然这些组织都通过“上书”的形式向最高决策者反映意见,但是背后的渠道却各不相同。有些行业协会通过最简单的公对公邮寄的方式获得决策层的回应;也有些组织借助私人关系,将自己的建议转交到最高领导者的案头;更多的组织则是公私渠道并用,在通过正常渠道提交建议的同时,为了使自己的“上书”能够在决策者那里获得更快或更有效的反馈,不吝通过一些私人关系提高这些建议被采纳的可能性。

### 通过“两会”代表委员向决策部门施压

在新医改政策制定过程中,医药流通和生产领域的企业及行业协会还积极动员包括全国人民代表大会和中国人民政治协商会议的“两会”代表委员在内的体制内力量,帮助它们间接向决策者提交建议并相应施加压力。截止到 2009 年医改方案出台之前,全国共有 43 名医药界的全国人大代表,数十位全国政协委员。

这些医药界的“两会”代表委员与医药企业和行会组织之间有着千丝万缕的联系。从访谈中我们了解到,中国医药企业管理协会等行业组织自 2008 年 2—3 月的“两会”期间就开始接触“两会”代表委员,寻求他们的帮助。2008 年 10 月,《意见(征求意见稿)》公开征求意见,这些行业组织迅速联合一些研究机构的政策专家,共同邀请了 40 余名参加过全国“两会”的医药界代表委员在北京召开座谈会,共同商讨医药行业对新医改政策的意见。

中国医药企业管理协会《十四条建议》形成以后，又于 2009 年 3 月 8 日邀请了当时正在北京参加“两会”的代表委员，在北京国宾酒店组织了一次大型的见面会，43 名医药界的全国人大代表中有 37 人出席了这次会议。

现在，医药界的全国人大代表、政协委员的座谈会已经制度化，由几十家医药界行业协会组织，邀请多达 60 余位“两会”代表出席，同时邀请相关部委办的官员参加。

在行业协会组织人员的协助下，最后形成了极有针对性的一系列建议稿，由不同的代表、以不同的身份递交给全国人大及全国政协会议。这些建议经过全国人大的法定程序，按建议内容分别送交各相关政府主管部门，根据法律，后者必须对这些建议作出回应。本研究对卫生部一位曾亲身参与医改政策制定的官员的访谈印证了这一事件，站在决策者的角度，他们认为当时这些议案给他们带来了很大压力，在政策修订的阶段不得不对此作出一些回应。最终，来自医药界“两会”代表委员的这些建议，不少被国务院医改协调小组采纳，成为最终政策文件的一部分。

### 通过全国工商联向决策部门反映意见

在影响医改政策制定的有组织利益团体队伍中，还有一支力量不太容易引起人们的注意，但它们同样行动起来尝试影响政策制定，这就是中国的民营医院群体，包括私营，中外合资、合作以及股份制等多种形式的非公立医院。

在中国新医改启动之前，民营医院的数量大概有 1500 家左右，约占全国医院总量的 10%。由于它们数量少，因而与公立医院相比，它们在医改政策制定过程中的影响力也相对较小。在结构分布方面，中国的民营医院大小不均，且比较分散，这也使得整个行业内部利益整合的机制相对缺乏，能力相对较弱。

在这种情况下，民营医院群体中那些发展势头较好、知名度较高、拥有较强经济实力的医院，主动担负起了向决策层反映本群体诉求的任务。由于医改的多个方面将牵涉到民营医院和民间资本的发展，因此它们也在通过全国工商联或一些特殊的渠道向决策层反映意见。

2007 年“两会”期间，全国工商联提交了《关于建议将有条件的民营医院纳入基本医疗保障体系的提案》，建议政府或对有条件的民营医疗机构加以改进和提高，或吸收有特色的民营医疗机构，将其办成可以由政府买单的民营医疗机构。

2008 年 10 月《意见(征求意见稿)》出台后，一些民营医院的代表又找到了全国工商联，成功说服了后者，由全国工商联出面向中央提交建议，表达民营医院对医改的政策诉求。这份建议提出，新医改的政策制定必须在关键性的政策环节给出明晰的政策安排，其中最重要的是要真正实现“管办分开”，形成多种所有制并存、公平有序竞争的医疗服务格局，合理引导民间医疗服务市场投资。

**【展会信息】**

全球黑色素瘤会议

展会时间：2016年7月14-15号

地点：澳洲布里斯班

国际心率失常大会

展会时间：2016年7月14-15号

地点：澳洲布里斯班

第五届全球药剂师大会

展会时间：2016年7月14-16号

地点：澳洲布里斯班

第四届亚太全球健康护理大会

展会时间：2016年7月18-20号

地点：澳洲布里斯班

神经康复学国际会议

展会时间：2016年7月21-22号

地点：澳洲布里斯班

神经肿瘤科国际会议

展会时间：2016年7月21-23号

地点：澳洲布里斯班

编发：澳大利亚澳中友好协会上海代表处

网址：<http://www.acbcg.com>

电话：021-54070485 传真：021-54070471

地址：上海市华山路2018号汇银广场北楼2302室

邮编：200030