

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第51期

(12.19-12.25)

医保

医疗

医药

——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

· 分析解读 ·

▶ [思考 | 价值评估在国家医保战略性购买中的未来发展方向](#) (来源：中国人民大学) ——第 7 页

【提要】战略性购买是中国医疗保障制度发展方向和战略定位。党的二十大报告中明确提出，“深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理”。发挥医保基金的战略性购买作用是促进医保、医疗、医药协同发展和治理的根本办法。在实现共同富裕的过程中，伴随经济社会发展，广大人民群众对于全方位、多层次的健康和医疗保障需求日益增长，对我国医保高质量发展提出了新的要求，如何最有效地利用有限的医保基金、缓解人民群众看病就医的后顾之忧，成为国家医保战略性购买的内在使命和要求。

▶ [从 2022 年重大事件看医改趋势](#) (来源：看医界) ——第 14 页

【提要】2022 年已悄然进入尾声，回顾全年重磅的医药政策，医改仍是重中之重。医改是一项需要多部门合作的复杂系统工程，尤其需要医疗、医保和医药的密切协同配合。通过行政、市场和法律主体之间相互配合，破解医改难题，其核心还是要让所有民众都看得上病、看得起病。

• 医院管理 •

[▶ 探究美国、长庚、华西三种创新医院管理模式的特点及经验借鉴](#)

（来源：厚立医视野）——第 17 页

【提要】随着“三医联动”的医疗改革深化，以及国家公立医院绩效考核、医保 DRG/DIP 支付改革等政策实施，都在促使公立医院提升管理能力，必须向先进的管理模式转型，走高质量发展道路。高质量发展下，国家鼓励各地医院积极探索创新管理模式，如“三明模式”，找到具有普适性的实操管理模式向全国推广。笔者基于对美国、台湾长庚、四川华西医院管理体系的观察和分析，总结出三种创新管理模式的特点及异同，为医院管理者提供参考和借鉴。

[▶ 平衡成本、质量、效益，医院如何提升医疗价值？](#)（来源：看医界）——第 32 页

【提要】自医改实施以来，“价值医疗”这个词就被反复提起。作为以医疗质量为核心的价值医疗，不只关心诊疗过程，更关心健康的结果。究竟什么才是价值医疗，如何让价值医疗不只是一句空洞的口号？在由服务量驱动转向价值驱动的 DRG/DIP 支付方式改革的路上，如何实现价值医疗？

• 医药专栏 •

[▶ 1 月 1 日起实施，40 万家医保药店监管将迎新政策！](#)（来源：搜药）——第 35 页

【提要】两部门发布《违规使用医疗保障基金举报奖励办法》，2023

年1月1日施行；医保基金飞检办法也即将出台，40万医保定点药店要注意了。据了解，有些地方医保部门针对定点药店的检查早已开始，大批药店因骗保被查处。如福建漳州市医保局自6月1日起在全市范围内开展为期两个月的“三严禁、五规范”专项检查行动。截至6月底，全市共检查定点零售药店598家，查处101家。已追回或拒付基金30家次，共涉及违规违约金额55万元；处违约金23家次，共8.7万元；解除医保协议2家次；暂停医保刷卡结算6家次；限期整改35家次；约谈35家次。

[▶ 高值创新药进医保，价值评估怎么做？](#)（来源：中山大学药学院医药经济研究所）——第39页

【提要】随着我国医疗卫生体制改革的不断深入，国家基本医保目录管理逐渐科学化精细化，对申报进入医保目录的药品尤其是高值创新药开展多维度综合价值评估，在医保目录准入工作中的地位愈发重要。如何让价值评估既能遵循我国基本医疗保险“保基本”的原则，又能更加全面、高质量地体现创新药的价值，需要进一步研究完善。

• 行业报告 •

[▶ 中国智慧病理行业白皮书：商业化初露锋芒，直击病理AI的破与立](#)（来源：动脉网）——第45页

【提要】病理诊断作为绝大部分疾病尤其是癌症诊断的“金标准”，病理医生被称为“医生的医生”，钟南山院士曾为《中华病理学杂志》题词“临床病理水平是衡量国家医疗质量的重要标志”。在当前的肿

瘤治疗中，病理诊断在分子分型的检测以及对现有疗效的评估中所占的权重越来越大，病理诊断结果关乎患者后续治疗方案的选定，决定患者的生命健康。

▶ [2022 数字化心理健康行业报告](#)（来源：动脉网）——第 67 页

【提要】我国快速增长的心理健康服务需求让市场“供需不平衡”的痛点日益加剧，数字化在此背景下，应需来到心理健康服务领域。近年来，众多企业选择不同切入点推动行业数字化建设进程，探索传统心理健康服务供需不平衡、付费意愿低、服务标准化低、效果难量化等痛点的解决方案。目前，行业数字化建设情况如何？还需要哪些力量的支持？报告通过调研十余家创新企业及投资机构，访谈数十位专家、企业创始人和投资人，欲寻找其中的答案，为赛道共同努力的企业带来一些思考。

• 医保快讯 •

▶ [跨省异地就医直接结算：顶层有部署，地方有实践](#)（来源：中国医疗保险）——第 86 页

【提要】异地就医直接结算服务，是党中央、国务院的部署，是“放管服”改革的一项重要内容。因此，跨省就医直接结算不是单纯的业务工作，而是一项改革、一项政治任务、一项事关人民切身利益的惠民工程，是坚持人民至上、增进民生福祉的具体化，也是医保系统转变作风的着力点。

▶ [实现医保高质量可持续发展，这个根基性前提不可或缺](#)（来源：

中国医疗保险研究会) ——第 95 页

【提要】习近平总书记高度重视医保事业高质量发展、可持续发展，多次强调要守护好人民群众每一分“治病钱”“救命钱”，确保基金安全和稳健运行。在总书记一系列重要指示和党中央、国务院的决策部署指引下，相关部门、各方面高度重视医保基金安全、确保医保基金稳健运行、推进医保高质量可持续发展的态势基本形成并取得了阶段性的显著成果，医保基金运行的生态环境也较前有了一定的改善。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

思考 | 价值评估在国家医保战略性购买中的未来发展方向

来源：中国人民大学

战略性购买是中国医疗保障制度发展方向和战略定位。党的二十大报告中明确提出，“深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理”。发挥医保基金的战略性购买作用是促进医保、医疗、医药协同发展和治理的根本办法。在实现共同富裕的过程中，伴随经济社会发展，广大人民群众对于全方位、多层次的健康和医疗保障需求日益增长，对我国医保高质量发展提出了新的要求，如何最有效地利用有限的医保基金、缓解人民群众看病就医的后顾之忧，成为国家医保战略性购买的内在使命和要求。

战略性购买的定义

在我国，医保战略性购买有别于一般性购买，是基于价值导向的医保基金支付和价格管理职能的整合，基于人民群众利益最大化，注重整体成本效益、长远利益的购买，是一种通过有效整合有为政府和有效市场机制、充分发挥全球人数最多单一消费市场优势的购买方式。从广义上讲，DRG、DIP 等支付方式改革和药品、耗材集中带量采购、国家医保药品谈判、医疗服务价格改革试点等，都是战略购买的具体措施。医保战略购买的目的是提高医保基金使用效率，为参保

者购买具有成本效益的药品和医疗服务等。从购买的对象看，不仅可以是药品，还可以是医疗器械、医用耗材以及医疗服务项目。但总的来看，我国目前的医保战略性购买实践更加偏向于对实物的购买，未来还有很大的拓展空间。

价值评估的全球视野

对于健康领域的价值评估，世界卫生组织(WHO)、国际卫生技术评估机构网络(INAHTA)、国际卫生技术评估协会(HTAi)具有共识地认为，价值是多维的，可以通过与现有替代品相比检查使用卫生技术的预期内和可能的预期外综合后果来评估，将价值从定性的判断转为定量的科学。这些维度通常包括临床有效性、安全性、成本和经济影响、伦理、社会、文化和法律问题、组织和环境方面，以及对患者、亲属、护理人员和全人群的更广泛影响，而总体价值可能因所采取的观点、涉及的利益相关者和决策节点和环境而有所不同。

卫生技术评估(Health Technology Assessment, HTA)作为医疗卫生技术和服 务价值评估的工具，在国际上被广泛用于对健康领域所有广义卫生技术的价值评估，被应用于临床指南的制定、卫生技术准入、医疗资源配置以及医疗服务价格调整等。

而对于药品的价值评估，我们则更加习惯于使用药物经济学这个概念来指代对药品价值进行综合评价的理论工具。国际药物经济学会(ISPOR)总结“价值之花”，提出价值的12个维度，并把这些价值维度分为核心要素、常见但未统一使用的要素、潜在的创新要素、传统

支付者角度考虑的要素以及社会角度考虑的要素。显然，基于不同维度和视角的价值判断存在着明显差异，购买方可能更看重购买医疗服务所能获得的健康收益如质量调整生命年、购买所需净成本等因素，而从社会视角来看，生产力、公平性、疾病的严重性和传染性等因素也很重要。需要强调的是，基于我国社会主义制度的根本属性以及当前国家和社会发展阶段，我国基本医保的定位是“保基本”，与一些发达国家医疗保障制度的定位似乎存在较大差别，因此在价值观念、购买逻辑以及具体的考量权重、阈值设定等方面，可能会存在一定差异。

卫生技术评估和药物经济学评价的理论和方法，均通过基于评价当时能获取的最优最全的证据进行增量效果和增量成本效果“效价比”分析。那么基于得到的“效价比”信息进行谈判定价，可以在基金有限、资源有限的情况下，保障每一分医保基金购买的药品物有所值。

战略性购买实践中的高值药品价值评估

为了实现“患者有药用、企业有回报、医保可持续”这关键的显性三方和隐性两方(还包括医疗服务提供方追求患者有药用、追求技术前沿，和政府追求患者利益不受损、基金可持续、企业良性发展、各方利益能相对平衡)的共赢目标，如何完成医保战略性购买中各方价值诉求的平衡是一个实践难题，尤其是对高值药品。高值药品有一些共性特点，往往是患者需求极具刚性而竞争较小具有垄断地位，而

由于高定价导致对应的患者群体往往可能是生存下去最艰难的一些特殊群体，比如晚期肿瘤患者和罕见病患者。肿瘤药和罕见病药品等创新药品准入过程中，时常面临艰难的决策困境，一是可能因证据不充分而无法获得不确定性可控的正向价值评估结果，然而临床用药空白患者需求极大；二是可能评估发现临床价值高但是“效价比”极低，按照企业定价 ICER 值远远超出社会支付意愿阈值和负担能力，然而企业基于成本、市场策略或者竞争格局等综合因素判断后降价意愿仍然不高；三是以上两者皆存在的准入决策困境。

对于这类高值药品准入决策，我们梳理全球实践得出以下发现。对于第一类决策困境，一般通过更多临床试验和真实世界数据的累计后基于更多证据再进行价值评估后进行决策。对于第二类决策困境，综合全球实践，无外乎三类做法：一是对特殊人群用药准入调高阈值进行倾斜(这里指的是准入基本医保用药目录，所以一般要基于全社会支付意愿调查，并且充分考虑医保基金安全)，例如英国在进行超罕见病用药评估时使用约常规阈值 3.3 倍的高阈值；“效价比”高出阈值的药品仍然无法准入；二是对特殊人群用药建立专项基金，保证用药，由于英国有过惨痛的专项基金赤字教训，不少国家借鉴英国教训后一般都会设计专项基金赤字风险保护措施，包括有管理的数据收集、循证评估准入和退出机制以及预算影响分析等，“效价比”过高的药品仍然无法通过专项基金持续得到支付；三是通过构建和发挥包括基本医保、商业健康保险、医疗救助、慈善捐赠等社会支付力量在

内的多层次医疗保障体系的作用，完成用药保障。并且很重要的一点是，在这个方面目前全球并没有形成共识，所有国家和地区都随着国家和社会的发展在摸索中改进。

仍以英国为例，英国抗癌药物基金(Cancer Drugs Fund, CDF)在药品战略性购买过程中的波折和探索也体现了价值评估在辅助医保战略性购买上的关键作用。对于特殊用药可以倾斜，但是仍有限制，既需要风险管控，也需要及时调整战略。

英国高值肿瘤药品准入是在跌跌撞撞中逐步发展完善的。英国 CDF 是英国高值癌症药物准入 NHS 常规用药目录的过渡期基金来源，成立目的就是为了帮助癌症患者更快获得创新药。CDF 主要纳入未获得 NHS 国家卫生和临床技术优化研究所(NICE)推荐进入 NHS 常规目录但又有潜在高“效价比”可能的高值药品；这些药品是经过 NICE 价值评估后归类为“CDF 内有限推荐”的药品。这些药品获得 CDF 支付也是有条件的，需要签订管理准入协议并且期间必须严格收集真实世界使用数据以用于 CDF 协议支付时间截止前的再次价值评估，如果再次价值评价后不被推荐准入，则将按照管理准入协议被剔除。该基金设立之初，将疗效预期较好、临床急需，或患者没有更好替代品的创新药品都相对不设限纳入进行支付，随着预算的严重超支和社会对于其效率和公平性的质疑，CDF 重建准入退出机制，对支付药品再评价，增加成本效果评估。2016 年，CDF 再次改革，新增“CDF 内有限推荐”药品的管理准入协议，要求在协议期内收集真实世界数据用于进一步

价值评估。新版 CDF 也有了更加完善的价值评估准入机制。以所谓“天价神药”，国内价值 120 万一针的 CAR-T 疗法为例，就在上个月，NICE 发布了价值评估报告和准入初步决定，不推荐英国 NHS 将其常规用于治疗完成 1 次综合性治疗后复发或难治性弥漫性大 B 细胞淋巴瘤，也不推荐通过 CDF 支付；决策原因有二：一是疗效证据仍不充分，不确定性程度较高；更重要的原因是该疗法的“效价比”远超 NHS 可接受的支付意愿阈值（已经数倍高于常规阈值），且短期内也不存在具有“效价比”的可能性。

基本医保用药目录覆盖能力其实说到底主要看的还是保护所有参保人合理利益前提下的购买实力，不同国家不同发展阶段采取的做法不同。从价值评估来看，不同国家和地区之间，医疗保障制度不同，经济发展水平不同，基本医保支付能力不同，社会发展阶段不同，社会考虑价值偏重不同，都会带来阈值判断的不同。

习近平总书记在中央政治局第二十八次集体学习时强调，要坚持实事求是，既尽力而为、又量力而行，把提高社会保障水平建立在经济和财力可持续增长的基础之上，不脱离实际、超越阶段。经多年努力，我们建起了世界上覆盖人口最多的医疗保障网，虽然医保基金总体规模较大，但人均筹资水平还不高。《2021 年全国医疗保障事业发展统计公报》显示，城乡居民医保 2021 年人均筹资仅 889 元。受新冠疫情、经济社会发展速度等因素影响，基本医保筹资增长的可持续性也面临较大压力；同时，受人口老龄化、医疗技术发展等因素影

响，医保支出压力也在不断加大。药品以超高价格进入基本医保，在我国现有的经济发展水平和保障体制下是行不通的。特别是中国作为全球最大的单一消费市场，“以量换价”效应明显的情况下，简单因循国外高价进入中国医保也不具有可行性，“薄利多销”才是解题之道。2021 年谈判准入的罕见病用药诺西那生纳就是例证。

价值评估未来发展发向

价值评估作为工具，服务于医保战略性购买，帮助购买方在战略层面决定什么药品、技术或服务值得购买，未来对价值评估在国家医保战略性购买中的探索应在以下几个方面持续深化。第一，应用价值评估确定战略购买的优先级，医保基金的有限性决定了其所能购买的产品和服务有限，根据价值评估维度和结果构建相对优先级排序体系，有助于避免“福利陷阱”，提高医保战略性购买的公平和效率。第二，建立更加完善科学的价值评估方法学体系，尤其是在医疗服务技术和项目领域。我国仍处于基于价值评估进行战略性购买的初步发展阶段，目前的医保战略性购买实践更加偏向于对药品、耗材等物的购买，需要建立基于不同证据来源的更加完善灵活的价值评估体系以辅助和支撑医保战略性购买决策领域的未来拓展。第三，探索形成价值判断的社会共识并基于共识形成“效价比”支付意愿阈值区间，同时进一步考虑罕见病或癌症用药支付意愿阈值相比于其他疾病领域的价值倾斜。第四，希望企业能够响应树立人类命运共同体意识，承担起更多的社会责任。今年 G20 第十七次峰会上习近平主席发表重要

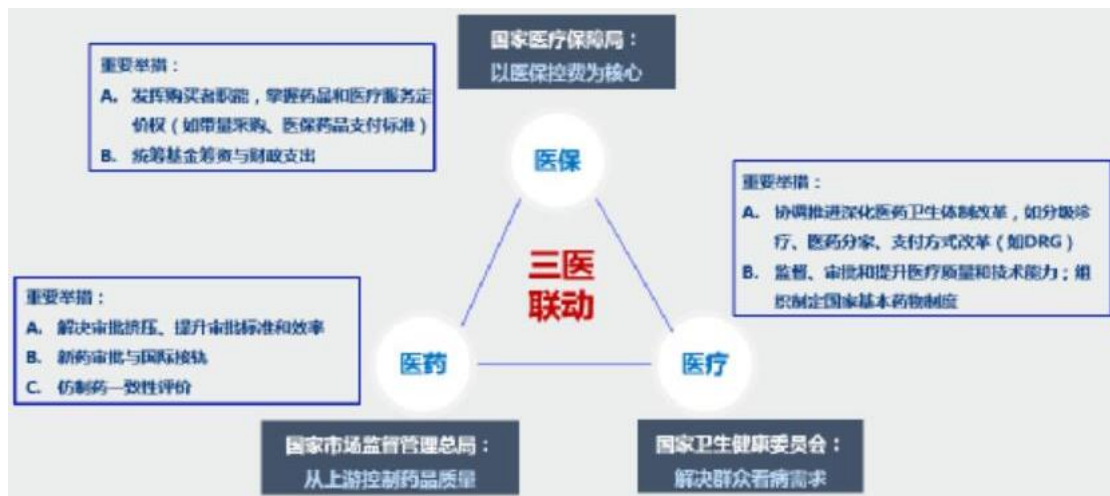
讲话，再次提出要“树立人类命运共同体意识，倡导和平、发展、合作、共赢”。在医药健康这个重要领域，企业专注研发和创新，为患者提供更多用药选择，起到了关键作用；但是为了研发成果能够真正惠及患者特别是极艰难的一些疾病领域患者，也希望企业能够积极响应树立人类命运共同体意识，承担起更多的社会责任，与支付方相向而行，合作、共赢，共同致力于缓解人民群众的疾病经济负担这个全球难题。

[返回目录](#)

从 2022 年重大事件看医改趋势

来源：看医界

2022 年已进入尾声，回顾全年重磅的医药政策，医改仍是重中之重。医改是一项需要多部门合作的复杂系统工程，尤其需要医疗、医保和医药的密切协同配合。通过行政、市场和法律主体之间相互配合，破解医改难题，其核心还是要让所有民众都看得上病、看得起病。



图表 1: 2022 年三医政策全景 数据来源: 中康产业研究中心

1. 集采范围进一步延伸，集采价格开始纠偏

2022 年初全国医疗保障工作会议指出，要常态化制度化开展药品集采，力争年内国家和省级集采药品总数累计达到 350 个以上。目前，已经开展了七批药品带量采购，共采购 294 种药品，涉及金额占公立医疗机构化学药和生物药年采购金额的 35%，集采范围正逐渐接近天花板。

值得注意的是，集采的范围不仅仅限于医保支付范围，在关系到民生痛点领域如种植牙，尽管是自费市场，医保局也可能展开集采。今年 9 月，医保局就发布了《关于开展口腔种植医疗服务收费和耗材价格专项治理的通知》，最终将三级公立医院种植牙医疗服务部分的价格调控目标确定为 4500 元，降低群众种牙费用负担。

以往厂家进入集采，必定需要出现大幅降价，而现在这一现象正逐渐纠偏。今年 11 月，《国家组织冠脉支架集中带量采购协议期满后接续采购拟中选结果公示》，2020 年集采的价格最低是蓝帆医疗 469 元/个，最高是万瑞飞鸿 798 元/个，而本次只要价格低于最高申报价为 798 元/个即可中标，并且增加了伴随服务费 50 元/个，因此有 4 个产品都参考最高申报价 798 元/个+50 元/个伴随服务，总计 848 元，总体来说续标价格较于 2020 年集采中标价，普遍都有所提升。

2. 医保目录调整常态化，续约规则利好创新药

以前国家医保目录短则 4 年、长则 8 年才调整一次。现在一年一度的医保谈判，大大加快了创新药进入医保的速度。近年来，我国陆

续开展了五批及一次试点医保谈判。

年份	谈判批次	组织部门	谈判成功	平均降幅	协议有效期
2015年	试点	原卫计委	3个	50%以上	在2016—2017年的采购周期内，各地不再另行组织谈判议价
2017年	第一批	原人社部	36个	39%	2018年1月1日-2019年12月31日
2018年	第二批 (抗癌药专项谈判)	医保局	17个	57%	2019年1月1日-2020年12月31日
2019年	第三批	新增	70个	61%	2020年1月1日-2021年12月31日
		续约	27个	26%	
2020年	第四批	新增	96个	51%	2021年3月1日-2022年12月31日
		续约	23个		
2021年	第五批	新增	67个	62%	2022年1月1日-2023年12月31日
2022年	第六批	即将开始			

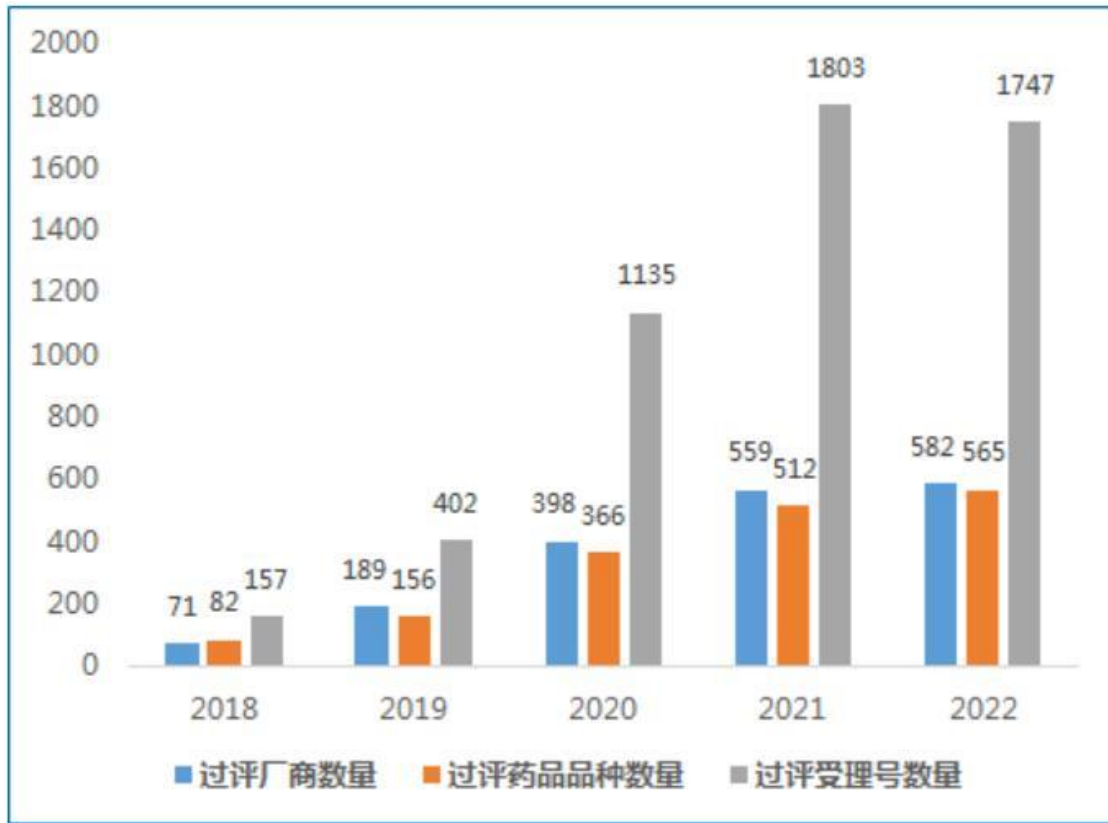
图表 2：近年医保谈判情况汇总 数据来源：中康产业研究中心

从续约规则来看，呈现边际利好。国家医保局在充分考虑相关方面的意见建议后，将新增适应证纳入简易续约考虑范围。这意味着新增适应症的品种再次降价的幅度有限。按照简易续约程序，降幅最多可能只有 25%。而去年百济神州 PD-1 替雷利珠单抗新增适应证谈判后，降价幅度达到 34%。

3. 一致性评价稳步推进，网售处方药落地

随着一致性评价的推进，过评药品及企业数呈逐年递增的趋势。过评受理号数量从 2018 年的 157 个，增加到 2022 年的 1747 个；过评药品品种数量从 2018 年的 82 种，增加到 2022 年的 565 种。

2022 年 12 月 1 日起，《药品网络销售监督管理办法》正式施行，对药品网络销售管理、平台责任履行、监督检查措施及法律责任作出了规定。随着一系列监管政策法规的出台，将让网络售药有法可依、有章可循，网络售药也将进入规范化、合规化、严监管的新时期。



图表 3：近年一致性评价情况汇总 数据来源：易联招采

[返回目录](#)

• 医院管理 •

探究美国、长庚、华西三种创新医院管理模式的特点及经验借鉴

来源：厚立医视野

随着“三医联动”的医疗改革深化，以及国家公立医院绩效考核、医保 DRG/DIP 支付改革等政策实施，都在促使公立医院提升管理能力，必须向先进的管理模式转型，走高质量发展道路。高质量发展下，国家鼓励各地医院积极探索创新管理模式，如“三明模式”，找到具有普适性的实操管理模式向全国推广。笔者基于对美国、台湾长庚、四川华西医院管理体系的观察和分析，总结出三种创新管理模式的特

点及异同，为医院管理者提供参考和借鉴。

三种创新的医院管理模式

1、美国医院管理模式

由于美国医疗的市场化程度高，医院的忧患意识强，加上专业化和标准化程度高，所以，无论是梅奥、克利夫兰、约翰霍普金斯等著名的医院，还是不知名的小型医院，整体而言，管理模式大同小异，有以下几大特点：

特点一：医生与医院是合作而非从属关系

在美国，医生是自由行医职业，靠提供自己的医疗技术服务获取报酬。其劳动价值由 RBRVS 的支付体系来体现，全美医生人员的编制总控、临床诊疗规范和临床诊疗行为处罚等均由美国医学会 AMA 制定。与此同时，医生的技术、行医品行、行医差错等评价和历史问题信息都是公开的，病人可以随时上网查证。在美国，病人更加看重医生的口碑，而不是先看医院口碑，与国内就医方式正好相反。所以医生与医院之间的关系是一种靠合同维系的松散性关系，好比和尚与庙之间“互相成就”的关系：高僧带来香火(病人)，香火旺盛的寺庙则有更多的高僧入驻。

特点二：医管职能分开

美国医院内部由专业的医院管理人员和护士共同治理。医院按照企业的管理规制，设有 CEO、COO、CFO、CMO 等职位，大型医疗系统还会在一般医院的管理职位上多配置一个主席 (President)，完成管

理的协调工作。

护士长叫护理经理 (Nurse Manager, 简称 NM), 护理部主任叫护理总监 (Chief Nursing Officer, CNO)。护理经理 NM 一般要求有护士执业证和 MBA、HMA 或者相应的管理学位, 有医疗知识, 又懂得如何经营医院。为了保障病人在诊疗过程中的绝对安全, 医院一般还会配置一个重症医学 (Critical Care Medicine) 的医生团队, 属于医院内部编制人员, 归属医院的医疗总监 CMO 办公室直接管理。

美国医和管分开的机制设置, 优缺点都非常明显。优势在于医疗技术和医院管理的职能彻底分开, 有利于执业医师专心于医疗服务能力的提升, 不参与医院内部资源的分配和经营。缺点是当医院和医生出现利益冲突的时候, 医院不能靠经济手段等强监管的机制来管控医生的行为, 只能通过第三方 AMA 的授权和仲裁机构的评议等方式来延展管理权限。

但总体来说, 这种医和管分开的机制是利大于弊。医生靠技术吃饭, 提供以病人利益为基准的专业服务才能获得更多的收入。同时与医院之间又相互监督, 不会因为医院追求利益最大化的目的而受到胁迫。

特点三：以病人为中心的疾病管理 MDT 模式

美国医疗界发现传统的临床科室体系不能适应疾病管理的要求。因病人大多有多种合并症和并发症, 导致在疾病管理中出现治疗环节上容易脱节, 造成低效率和资源浪费。为此, 美国医疗界提出了以病

人为中心的疾病管理 MDT 模式，现在已经普遍引起国内医院的关注和探索应用。

特点四：以个案病例(Case)为中心的资源管理模式

每家医院都设置有一个职位叫 Case Manager(个案管理者，简称 CM)，CM 一般要求具有医学相关专业和 MBA 学历，也就是要求他们既要知道业务常识，还要有运营、财务和基本的信息技术的操作能力。CM 归属 COO 办公室，也就是常说的营运部，日常的主要工作是分析个案病例的医疗资源消耗，比如某病人的住院天数太长，某病人的用药超标，及时提醒科室的护理经理 NM，然后由 NM 向科室主任/临床医生转达问题，并要求提出具体的解决方案。CM 下还设有一个职位叫 Social Worker(社会工作者，简称 SW)，日常工作主要涉及处理病人的自身问题，比如没人接出院，低保户的医疗费用的缴付等。SW 的工作目标就是减少治愈病人的滞留率，提高床位使用的周转率。

在以个案病例为中心的资源管理模式中，CM 的角色作用是分析问题和提供信息。通过专业训练和长期的工作经验积累，一个经验丰富的 CM 每天可以分析 50-100 份左右的病例，能够很快从病例明细的分析中抓住重点问题，并向临床表达出去。NM 的主要作用是行政管理中转站，因为她们长期和医生相处，知道医生的习惯，可以用更加灵活的沟通方式告知医生，实现具体改进任务的软着陆。

特点五：基于数据循证的决策支撑体系

美国式的医院管理模式，除了以上特点，还有一个支撑以上模式

运转的基石，就是数据分析。美国是一个数据驱动的国家，基于数据做决策更是深入人心。医院管理者都是专业的数据分析人员，受过专业培训，知道报告解决不了问题，只有通过数据分析，重证据，溯源问题才能解决系统性问题。基于此理念和背景，产生了循证医学和循证医院管理。

虽然美国医院没有绩效考核和分配体系机制，医生和医院的关系靠合同维系，没有从属关系，但在这个体系中，医生和医院各施其职，共同推动了医院运转效率的提升和资源浪费的减少。

2、台湾长庚医院管理模式

台湾长庚医院管理是在借鉴美国医院管理模式的基础上，融入企业化管理思路的成功典范，是美国医院管理的升级版本，长庚医院管理模式特点总结如下：

特点一：以病人为中心的疾病全生命周期的照护模式

基本的设计架构延续了美国的 MDT 管理模式，但基于台湾的情况，强化了以病人为中心的全程照护模式。美国医疗界一直倡导这个模式，但由于人力成本太高，没有成功实施的基础，而台湾则有此条件，因此长庚医院上世纪八十年代践行后取得了巨大成功，这也是长庚模式中两大核心之一。

特点二：医管分开

在美国的自由行医的体系中，医和管分开，长庚医院也借鉴了此种管理模式。长庚医院的医生虽然编制归属医院，但清楚地界定了医

和管的边界：医生、包括科室主任只负责医疗技术，营运部门全权负责医院的日常经营事务。

特点三：设置运营专科助理

采用企业化管理的思路，设置运营专科助理，并赋予其极大权力。只要与资源浪费相关的行为都由专科助理来规范和处理，包括流程改造、资源消耗的行为规范等等。专科助理的抓手是成本管理，目标是达到工业界的标准化管理标准。设立专科助理让长庚医院在国内业界声名鹊起，也是长庚模式中两大核心之二。

特点四：设立基于病种的绩效考核和分配体系

台湾很早就实施了 DRG 支付改革，长庚医院的管理都是落到病种管理上，围绕病种的资源消耗的管控能力，对医疗行为进行相应的考核和绩效分配，让管理落到实处。为了强化统一协调职能作用，绩效办归属在营运部门。

特点五：数据分析能力不足

由于台湾地区信息化产业发展较落后，医疗数据分析用于管理决策受到一定的限制，跟美国相比较，这是他们较明显的劣势。

3、华西医院管理模式

华西医院从上世纪九十年代开始采用长庚医院的管理模式，获得了成功。但基于国情考虑，华西医院并没有采用“以病人为中心的疾病全生命周期的照护模式”，借鉴的是“以病人为中心的资源管理”的企业化管理思路，细分了营运部门的职责和强化了其权利，扩大了

绩效考核的边界。具体而言，除了按照长庚医院的管理模式完成医和管分开和设立营运部外，还根据国情对其进行了升级。根据笔者的研究和分析，华西医管模式有以下特点：

特点一：细分营运部门职责和强化其权利

华西的运营部包括经管科和运营科。经管科主抓绩效和成本管理，运营科则负责日常的运营协调工作。运营部门的级别高于医院其他的职能部门，可与医生平等对话。

特点二：强化绩效管理机制

绩效考核是驱动管理的“鞭子”，以灵活的奖惩机制，华西医院把绩效管理的作用发挥到了极致。在国内，想要向第一流医院冲刺，就必须有强大的科研能力和成果证明。为此，华西医院早在绩效改革的初期，就将 SCI 等文章发表列入绩效考核的重要指标。

特点三：强化人才战略机制

难以获得优质的人才资源，那就拿着高薪待遇去全世界挖。华西医院的人才战略，就是从全世界挖人才，把人才当“佛”一样供着，并给予自主创业的科研环境。在《解密华西》一书中，就提到过石应康院长是如何千辛万苦到美国把中国循证医学的鼻祖 - 李幼平教授挖过来的，让人钦佩。

特点四：强化科研成果转化机制

要想留住人才，靠奖金是不够的。为此，华西医院在绩效改革的同时，设立科研转化的提成机制，从经济利益上完善留住人才的保障

机制。其中有名的例子，华西医院麻醉科主任刘进向四川大学捐出一亿元的科研转化成果。同时，华西设立了精准医学的国际性研讨平台，每年邀请国内外的顶级专家在创新医疗技术上大讨论，以此引进更多的先进技术在华西医院落地。

特点五：强化收益能力

让人震撼的是，华西医院对营运管理的定义不仅仅是人财物事，而是资源。华西把资源的定义扩大到医院所有皆为资源，包括电梯等候时间、甚至扫地规范，只要是资源，都需要优化和规范，才能最大限度地控制成本，否则就是浪费。

学习华西管理，扫地规范是有名的例子。在华西扫地，标准的步骤是二十六步，第二十七步就是时间上浪费。还有一个例子，华西运管人员会给每个医生算清楚一笔账：每减少 1 天的住院天数，全院在不增加投入的情况下，可在现在 4000 张床位基础上，增加 400 张床位使用的收益。

经过十几年的沉淀和思想洗礼，效率和成本已经深入到华西每个员工的认知中，随之产生的强大盈利能力也是必然结果。

特点六：建立民主的决策机制

华西内部建立了民主机制，赋予职工代表大会巨大的决策权利，医院发展的重大决定均由职代会决策。医和管分开，技术上听医疗主任，管理上听运营助理，实现了“术有专攻”的管理方式。同时建立基层员工畅所欲言的建议渠道，让所有人员都能够在一个平等的环境

中为医院发展献言献策。

特点七：输出管理模式，扩大品牌影响力

有了华西管理品牌后，华西医院采用加盟和托管方式，指派中层干部到市县级医院输出华西管理模式，以此不断扩大品牌影响力和市场占有率。到目前为止，加盟华西的医院多达几百家，在帮扶其他医院的同时，强化了市场的口碑优势，也为医院带来了源源不断的优质病源，缓解了医院可持续发展中病源枯竭的压力。

华西医院的成功绝非偶然，而是在其他医院管理者尚未觉醒年代，就从体系和机制上制定了非常清晰的方针路线图：1. 提升医疗技术难度，保障医疗质量。2. 把运营管理做到极致，赚取每个资源带来的收益。3. 建立实用的科技转化机制，并实惠于医疗科技创新人才。

华西利用自身口碑，以各种不同的方式扩大病源流量及来源，夯实了未来几十年可持续发展的经济基础。经过 20 多年的艰苦努力，华西成功从一家区域性的地方医院华丽转身成为国家级医疗中心和医疗科技金融的复合型医疗“巨无霸”。笔者预判，在新医改下，未来华西可能还会再增加一个医疗商业保险金融“巨无霸”的名号。

如何借鉴？

医院管理的基石在于医院文化。全国医院都在学华西，但学到的都是“术”上的东西，没有从“道”上悟出其中的底层逻辑，或者即使悟出来，但限于自身情况，也无法实施，所以，至今还没有一家医院成功复制了华西模式。

既然无法改变“道”上的计谋，作为医院的中层管理者，能否从“术”上博众取长，达到“四两拨千斤”的效果呢？答案是肯定的。

综合前面的分析，创新的医院管理模式都有以下几个共同点：

共同点一：设立医管分开、全员参与管理的文化机制

医疗技术谁来管比较容易回答，但医疗资源谁来管，大部分医院未必清楚。因此，明确医疗技术和资源管理的职责，同时把减少资源浪费、提高资源效能的管理目标落实到每位员工的实际工作中，全体员工合力才是可持续性发展的原动力。

共同点二：建立医和管之间互相信任的基石

医院职能部门与临床建立互信平等的关系，才能推进管理的深化。简单的绩效考核不能解决信任的问题，正确的解决方法是用科学的、公平的、合理的方法让职能部门和临床在统一的“数据频道”上交流和沟通，一起分析问题根源，从甲乙关系转变为同一战壕互相信任的战友关系。

共同点三：建立追因和溯源问题的管理机制

现代管理学之父彼得·德鲁克曾说过，医疗机构是目前世界上最复杂的管理机构，没有之一。医疗问题的产生既有人为因素，也有系统因素。基于瑞士奶酪模型理论，医院管理中，80%的诱发(Induced)问题源于潜在(Latent)的系统设置错误，所以，问题出现后，简单地归咎于人，不是解决问题的好方法。

由于国内医院长期缺乏市场竞争机制，因此医疗行业十分缺乏复

合型的管理分析师。当问题出现的时候，我们很少去分析问题的根源是什么，而是采用绩效来强压，或大事化小、小事化了，但只有找到根因，制定系统性的解决方案，才能防止同样问题再次出现。

共同点四：利用信息和大数据手段建立高效率的运营机制

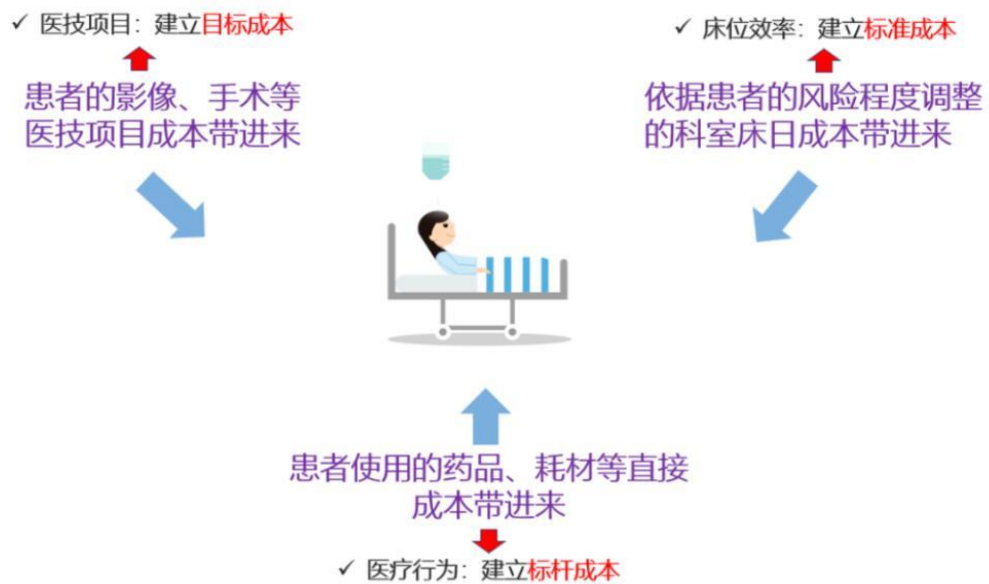
几十年前信息化水平还不足以支撑长庚医院、华西医院的管理需求，只能投入大量的人力解决管理精细到每个病例的驱动难题，比如华西医院的运营部有近 200 人。随着科技发展和大数据时代来临，医院精细化管理已可利用信息技术和数据科学等技术手段，建立以数据循证为基石的科学决策体系，以成本为抓手、收益为目标，为运营管理提供决策支撑。在信息数据化时代，医院做好数据应用，可以最小成本获得最大收益。管理瓶颈应对经验借鉴目前国内医院管理的瓶颈有两个方面：一是多部门之间的协调难题；二是各部门之间信息系统的底层数据不互通的孤岛问题。两个方面的管理瓶颈导致管理浮于表面，只能采用强监管方式，把医生当作乙方来“下指标”，管理层和医生之间产生巨大隔阂。为此，笔者以自己管理项目积累的经验，给大家分享一些应对管理瓶颈的思路和创新模式。

借鉴一：设计围绕个案病例的资源评价系统工具

在新医改下，由于 DRG/DIP 支付到病种，围绕病种资源消耗的 MDT 管理模式就显得异常重要。但采用平均值的病种资源的评价体系，如 DRG 病种/DIP 病组的药品、耗材、成本等均值评价体系，由于不能反映出病种下个案病例的差异性，难以让临床医生信服，达成问题

改进和能力提升的共识。为此，我们可以借鉴个案病例的资源管理体系，围绕个案病例的资源消耗评价维度搭建起数据循证的决策支撑体系，把资源消耗的评价落实到每个病例上，利用信息化手段和大数据技术，发现、分析和解决医疗环节中的点滴浪费，实现资源利用的最大化，达到“四两拨千斤”的作用(见图 1)，可以成功解决营运部因为专科助理人力成本高，难以复制的难题。

落地个案成本核算（自上而下到科室 + 自下而上到科室）推进运营管理



图源：厚立医视野图 1 个案全成本的组成分析

个案病例的资源管理内涵

从图中我们可以了解到每个病例的全成本构成包括直接和间接成本两大部分：

1. 直接成本：药品和耗材
2. 间接成本：医技项目成本和床日成本

从医疗业务的划分来说，直接成本与医疗行为密切相关，规范医

疗行为是医务部门的工作职责。医技项目成本与医技耗材的浪费、手术室效率、医技设备的使用效能等密切相关，需要由运营部门牵头，多部门协同提升管理水平，减少闲置成本。

床日成本与医疗行为和床位使用效率相关，需要医务部门敦促医生习惯，运营部门和科室主任协调提高床位使用率，减少低效率的时间成本。

个案病例的资源管理外延

个案病例成本除了直接与资源消耗有关的成本外，还有医院非临床部门的间接隐形成本：

1. 管理体系成本：像床位的使用权导致的资源闲置成本，医疗流程不合理导致病人的无效住院天数增加和相应的床日成本增加等。

2. 管理人力成本：医院的行政后勤人员编制臃肿，效率低下导致的管理成本增加。

3. 采购成本：集采在降低药品价格的同时，也降低了药品效果。不同厂家生产的同类药品的疗效差异巨大，会导致病人无法按期出院，床日成本增加。如何为临床医生选择性价比更高的药品是采购部门需要关注的问题。

4. 医技项目技术成本：影像检查精准度不高，或者病理诊断不明确等导致的无效重复工作，也会间接推高病人的住院天数和相应的床日成本。

借鉴二：重构运营管理的组织架构和职能

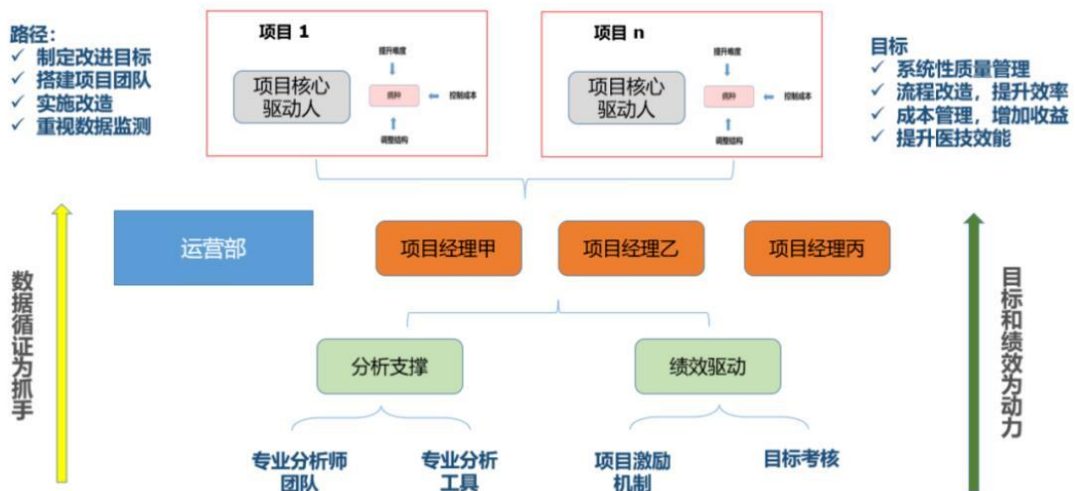
大多数医院都在探索 DRG/DIP 支付下的医院职能部门 MDT 的管理模式，但目前国内医院多沿袭传统的部门设置体制，职能科室之间的协调工作是非常困难的。即使很多医院设置了营运部门，但营运部门的工作职能和权力界定不明确，尤其是听谁指挥的问题上难以确定。

为此，我们可以借鉴美国、台湾长庚、华西三种创新管理的经验，以围绕“个案管理为中心、资源管理为目标、数据循证为抓手”重新构建以项目管理为基础的运营体系，也许可以解决运营管理落地难的问题。

运营项目，以控制成本和增加收益为项目管理的终极目标，辅以项目单项绩效提成机制为动力，将部门权利和职责之争化解为共同改进提升项目管理。

项目经理围绕数据分析团队提供的问题和证据，召集相关职能部门人员组建一个 PDCA 改进项目团队，围绕病种管理的提升难度、控制成本、调整费用结构，和管控其他相关的浪费等项目目标进行改进，根据目标完成的情况进行奖惩。

项目改进，一切按照用数据说话，用事实说话，用证据说话的工作原则，不断发现和分析业务环节中的瓶颈问题，优化业务流程，控制成本，增加收益。每个项目省下来的都是利润，持之以恒并积少成多，最后发现这才是一笔巨大的改进红利。同时在项目管理过程中，潜移默化将成本管理植入到医、技、护、辅的日常工作中，最终推动医院可持续的精细化和精益化的营运管理文化的建立(见图 2)。



图源：厚立医视野图 2 基于项目制的运营管理组织的职能分解图

设置项目制管理的组织架构，在医院的人员编制上并不会引起很大冲击，但收到的成效却是巨大的。

项目制管理可最大限度减少医院各部门之间的协调障碍，帮助医院实现“支部建在连上”的精细化管理模式，从传统的“垂直”管理模式向“水平”管理模式转型，从被动管理向基于全院参与的主动管理模式转型。

在实际的工作中，项目管理者需要具备系统性思维能力和 RCA 根源分析能力，才能在协调临床科室的基础上，解决医疗行为管理、习惯改变、系统流程优化等根源性问题。项目的奖惩机制一定要落到明处和具有公平性，否则就很容易流于表面形式和难以持续。总之，项目制的管理模式是医院实现高质量发展的落地点，值得借鉴和采纳。

[返回目录](#)

平衡成本、质量、效益，医院如何提升医疗价值？

来源：看医界

自医改实施以来，“价值医疗”这个词就被反复提起。作为以医疗质量为核心的价值医疗，不只关心诊疗过程，更关心健康的结果。究竟什么才是价值医疗，如何让价值医疗不只是一句空洞的口号？在由服务量驱动转向价值驱动的 DRG/DIP 支付方式改革的路上，如何实现价值医疗？

一、什么是价值医疗？

价值医疗，又被称为价值导向型医疗 (Value-Based Health care)，是指医疗服务机构通过监控特定患者群体的医疗效果，同时分析临床路径中实现这些效果所需的资源和成本，通过单位货币获得的医疗效果，以最优的价值作为目标，对治疗方案进行持续改进的一种医疗管理模式。价值医疗的理念核心在于价值，而其落脚点则是在后面二字：医疗。

价值医疗关注的是整体健康结果，是正向的激励，绝不是简单的控费。

二、如何实现价值医疗？

如何保证价值医疗与高质量、医保改革协同发展，平衡成本、质量、效益三者的关系，是 DRG/DIP 改革过程中值得思考的问题。在这一背景下，医院要提升医疗的价值，具体措施可以围绕优化绩效考核体系、做好成本核算、优化诊疗服务，利用信息化手段展开质控等方

面展开。

(一) 建立科学的绩效考核体系

科学的绩效体系追求的绝不是提供低价的服务，而是高性价比的服务。绩效考核的指标设定要与价值医疗追求目标相一致，关注健康的结果，主要包括临床疗效指标、健康结果指标、成本效果指标、患者满意度等。注意运用合理的激励方式，在精细化管理系统的监控下，保证医疗服务质量的前提下降低成本，医务人员进行诊疗时应同时兼顾控制成本和提高效果双重目标。这也给医务人员带来了一定执业压力，因此，也要采取积极措施，对医院人员给予鼓励，提高其优化诊疗服务的积极性。

此外，DRG/DIP 通过“总量控制”的方式，鼓励医院自发进行“结构调整”提高绩效，实现对医疗服务能力的量化评价。通过比较各医院、科室或医生收治患者的 DRG/DIP 组数，就可以评价该医院、科室或医生收治病例的范围，以及收治病例的平均权重数评价病例的难易程度和技术难度。将治疗同组疾病花费高低和住院时间来作为区域内不同医疗机构服务效率的关键指标，就可以评价院间医疗服务效率；以同类疾病的低风险死亡率评价区域内不同医疗机构风险性和安全性，就可以作为评价不同医疗机构的医疗安全指标。

(二) 做好成本核算工作

明晰成本核算的基础数据，搭建人、财、物等相关费用、收入、成本的指标体系，在基础数据上建立数据对应规则从而集成数据。做

好 DRG/DIP 成本分析，从医院、科室、诊疗组、医生四个维度做盈亏平衡分析。另外，通过医院之间、病组之间的横向、纵向比较，精准分析病组成本合理定价区间、成本结构变化，积极参与医保协商谈判，同时也为医保智能监管提供精准的依据。

DRG/DIP 改革背景下，医院由项目付费的方式转变为以成本为核心的定额付费，也从根本上降低药耗，提高了医疗服务价值占比。DRG/DIP 成本核算作为一项长期艰巨的任务，需要医院各个运营管理的相关部门协作，如医务处、财务处、病案科、统计科、信息中心、医保办等。建立标准化的核算规程、组建高素质的运营管理团队、精细化的内部管理机制。DRG/DIP 成本控制策略也不应该一成不变，应随着宏观调控，通货膨胀或通货紧缩、物价水平等相关因素的变化而有所变化和调整。

(三) 利用大数据优势，优化诊疗服务

DRG/DIP 付费制度下，优化临床路径、规范诊疗流程可以从根本上控制医疗服务成本，做到病人精准入院，改善不合理的医疗行为，从源头上做好医疗服务资源精准分配和最大化效益。

医疗机构要利用好大数据优势，建立数据模型，达到最大化科室的资源利用效率，对临床路径和诊疗流程标准化和规范化。在保证医疗服务质量和安全的前提下，提高医疗服务技术，发展优势专科。建立以患者为核心的诊疗模型，围绕患者的健康诉求，建立标准的临床路径管理及动态调整机制，依据效果优劣来优化临床路径，实时查看、

分析和评价每一个医疗行为的资源消耗和其产生的医疗效果，基于患者的实际情况确定药品、耗材、检查化验、医疗服务等资源消耗情况，以临床需求主动触发药品、耗材、设备的供应链和人力资源配置，并根据人、财、物的实际消耗测算出科室成本、DRG/DIP 成本，从而减少过度医疗，降低医疗机构运营成本，保证诊疗质量，提升患者满意度，实现医疗服务价值增值。

DRG/DIP 作为一种医疗管理工具，满足了价值医疗提升诊疗质量、改善患者体验的需求。就目前的情况来看，利用好这一工具，最大化地实现价值医疗任重而道远。一方面要通过提高诊疗技术和手段，保证医院的核心竞争力，为价值医疗的实现添砖加瓦；另一方面，可以借助科技手段对医疗行为进行监督、优化在保证诊疗质量的前提下，避免医疗资源的浪费，保证医院的可持续发展。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

1 月 1 日起实施，40 万家医保药店监管将迎新政策！

来源：搜药

两部门发布《违规使用医疗保障基金举报奖励办法》，2023 年 1 月 1 日施行；医保基金飞检办法也即将出台，40 万医保定点药店要注意了。

1、举报违规使用医保资金，最高奖励 20 万

国家医保局规划财务和法规司司长王文君此前透露，我国定点医药机构达 80 万家，具体有 40 万家定点医疗机构和 40 万家定点零售药店。

11 月 25 日，国家医疗保障局、财政部发布《违规使用医疗保障基金举报奖励办法》（下称《办法》），《办法》明确，把针对所有违法违规使用医保基金行为的举报纳入奖励范围，并结合各地实际情况，规定按照案值的一定比例给予举报人一次性奖励。《办法》同时将奖励金额上限由 10 万元提升至 20 万元，并设置了最低 200 元的奖励金额下限，充分发挥奖励激励作用，积极鼓励、引导群众参与社会监督。

此外，针对社会监督员举报是否可以获得奖励？国家医保局表示：“《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等相关文件规定，医疗保障行政部门和经办机构应通过聘请社会监督员等方式对定点医药机构进行社会监督。从目前规定看，社会监督员举报属于社会监督的范畴，因此符合领取奖励的基本条件。”

国家医保局介绍，举报欺诈骗保进行奖励的制度建立以来，各级医保部门先后奖励举报人 2570 余人次，发放举报奖励近 500 万元，天津、浙江、广西等三省（区、市）单人次获最高奖励 10 万元，根据相关群众举报线索查实并追回医保违规金额 1.58 亿元。

2、飞检新规即将出台

上述政策是鼓励相关单位内部举报，打击欺诈骗保，而医保部门自上而下的监管探索，也未曾止步。

11月24日，国家医保局发布关于《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法(征求意见稿)》(下称《暂行办法》)再次公开征求意见的公告。

《暂行办法》所称医疗保障基金飞行检查(以下简称飞行检查)，是指国家和省级医疗保障行政部门组织实施的，对定点医药机构、医保经办机构、承办医保业务的其他机构等被检查对象不预先告知的现场监督检查。值得一提的是，定点医药机构也包括定点药店，这也意味着《暂行办法》提到的医疗保障基金飞行检查同样适用于定点药店。

《暂行办法》明确，国家医疗保障行政部门负责组织实施全国范围内的飞行检查。而省级医疗保障行政部门则负责组织实施本行政区域内的飞行检查。省级医疗保障行政部门开展的省际联合、交叉飞行检查，应当在启动前向国家医疗保障行政部门备案。

同时，医疗保障行政部门可以邀请卫生健康、中医药、财政等相关部门联合开展飞行检查。根据需要，医疗保障行政部门可以聘请符合条件的信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方机构和专业人员协助开展飞行检查。

在什么情况下会启动飞行检查?《暂行办法》明确，有下列5种情形之一的，医疗保障行政部门可以启动飞行检查。

(一)年度工作计划安排的;

(二) 举报投诉线索反映医疗保障基金可能存在重大安全风险的；

(三) 医疗保障智能监控或者大数据筛查提示医疗保障基金可能存在重大安全风险的；

(四) 新闻媒体曝光，造成重大社会影响的；

(五) 其他需要开展飞行检查的情形。

值得注意的是，《暂行办法》要求，出现上述第二项至第五项规定的情形，医疗保障行政部门可直接开展检查工作。同时，强调医疗保障行政部门原则上采取“双随机、一公开”的方式组织开展年度工作计划安排的飞行检查。

事实上，今年飞检已启动，视情况检查医保药店。今年上半年，国家医保局等四部门联合发布《2022 年度医疗保障基金飞行检查工作的通知》显示，今年全国医保飞检的检查对象为，全国范围内定点医疗机构、县区级医保经办机构，视情况可延伸检查相关机构和参保人。这意味着，地方今年医保飞检对象包括零售药店。

实践来看，对药店的检查就涉及“三严禁”和“五规范”，“三严禁”即严禁盗刷医保凭证、严禁套取个人账户、严禁提供虚假发票；“五规范”即规范购销管理、规范经营项目、规范信息系统、规范服务行为、规范药品登记。

据了解，有些地方医保部门针对定点药店的检查早已开始，大批药店因骗保被查处。如福建漳州市医保局自 6 月 1 日起在全市范围内开展为期两个月的“三严禁、五规范”专项检查行动。截至 6 月底，

全市共检查定点零售药店 598 家，查处 101 家。已追回或拒付基金 30 家次，共涉及违规违约金额 55 万元；处违约金 23 家次，共 8.7 万元；解除医保协议 2 家次；暂停医保刷卡结算 6 家次；限期整改 35 家次；约谈 35 家次。

总之，医保资金不是“唐僧肉”，在医保基金监管力度加大、监管频次提高的情况下，药店人勿要在法律边缘试探，违法必被抓。

[返回目录](#)

高值创新药进医保，价值评估怎么做？

来源：中山大学药学院医药经济研究所

随着我国医疗卫生体制改革的不断深入，国家基本医保目录管理逐渐科学化精细化，对申报进入医保目录的药品尤其是高值创新药开展多维度综合价值评估，在医保目录准入工作中的地位愈发重要。如何让价值评估既能遵循我国基本医疗保险“保基本”的原则，又能更加全面、高质量地体现创新药的价值，需要进一步研究完善。

一、综合价值评估在医保目录评审过程中的重要性日渐提升

2022 年 6 月 29 日，国家医疗保障局公布《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整工作方案》，标志着新一轮医保药品目录调整工作正式启动。其中新工作方案对申报药品评审价值证据的要求相比往年更为细化，医保药品准入更加注重数据资料和综合价值证据支持，对申报药品价值证据要求更加全面，更为重视药品的多维度综合价值(表 1 所示)。综合价值评估将在有效性、安全性、经济

性、创新性和公平性五个维度对价值较高的创新产品给予更高的评分，而更高的综合价值评分则对应了更高的医保基金支付意愿阈值，为后续基金测算中对价值较高的创新药品给予更高的医保支付标准格标准打下基础。综合价值评估充分体现了医保以价值为基础的战略
性购买策略，以及面向临床必需、安全有效、价格合理
的整体支付发展方向，进一步确保医保药品目录评审工作的科学化、合理化和透明化。

表 1 国家医保药品目录调整综合组参考的维度

价值维度	维度含义
有效性	临床试验疗效
	临床实际疗效
	指南和规范的推荐情况
安全性	药品说明书收载的安全性信息
	药品不良反应监测情况
经济性	日均费用（疗程费用、年均费用）
	与常规治疗方式费用对比
创新性	创新程度
	应用创新
公平性	对公共健康的影响
	保基本原则
	弥补目录短板
	临床管理难度

其中，产品经济性评估对确定基本医保支付标准起到了重要作

用。基本医保支付标准的确立主要基于两个方面：一是药物经济学基于产品临床/综合价值的评估证据，综合考虑医保基金测算承受能力，及国际参考价等因素，科学测算确定每一个药品的医保支付意愿价（谈判底价）；二是组织医保专家与企业现场磋商谈判，根据双方共同意愿，确认最终医保支付标准格。谈判成功的药品纳入目录，价格谈判结果确定为全国统一并根据各统筹地区的医保支付比率予以支付。

基于综合价值评估和药物经济学测算，我国的医保药品目录调整工作取得了明显成效，有效节约了医保基金。自 2018 年以来，医保药品目录动态调整的前三年里，药品目录中共计新增 433 个创新药，调出 183 个疗效不确切、临床易滥用，性价比不高的药品。2021 年通过谈判降价和医保报销，年内累计为患者减负 1494.9 亿元。

过去数年中，医保对创新医药产品和技术的支持准入是一个从无到有、从少到多、从粗到细的不断探索和实践的过程。这个过程充分展现了政策制定的不断完善，不同方法论的科学探索、验证，国际经验的多方探讨和借鉴，以及不同模式试点的实践和落地。比如今年的多适应症支付及竞争性药品医保支付标准概念的引入等，都是国家医保药品目录谈判机制的完善过程。随着机制的进一步成熟，在基本医保“尽力而为，量力而行”原则的指导下，通过多维度综合价值评估，优先将更具有综合价值的创新药纳入医保，让患者可以尽早使用，是当前基本医保目录调整工作的重要内容。

二、如何进一步完善高值创新药的价值评估

经济学价值评估是创新药综合价值评估是最为重要的环节之一。在这个过程中，我们应注重以下因素以全面评估创新药的价值：

1. 鼓励真实世界研究，降低临床有效及安全证据的不确定性

近年来，创新药物从进入临床到批准上市的速度明显加快。尤其是针对有突破性进展的药物，审批的流程大为缩短，临床研究的要求也相应降低，在符合一定条件下会获得有条件的上市，并依赖上市后的研究来补充更详尽的安全及有效性证据。许多创新药物只在中国进行了验证疗效“非劣效”的桥接试验，或进行了基于小样本的选择性人群临床研究，或基于该疾病领域内首个创新药物而无法选择合适的对照组只进行了单臂研究。这项评审制度改革对于促进新药上市有显著支持作用，但也同时增加了创新药物临床有效性及安全性的不确定性，而基于这类结果来确定大范围的医保支付人群的标准，也同样具有较多不确定因素。

医保准入考虑的是大范围群体用药的准入，经济性评估需依靠高质量的临床研究证据。药物经济学家在仅有单臂研究数据，小样本研究数据，及短时间段的临床试验数据的情况下，将无法精准地评估创新药物的经济价值，需要依赖真实世界研究数据来降低其评估决策的不确定性，支持完整及高质量的经济价值评估。

对此，企业应注重收集安全性、有效性的长期证据。医保部门可酌情鼓励企业递交具有中国人群的较长期的真实世界数据，以及其他临床安全性和有效性资料，以降低经济学评估的不确定性，并作为综

合价值及经济价值评分加分项。同时，对罕见病药物及治愈性药物等特定产品，可要求加入对社会生产力影响的相关资料，重点体现该药品能否帮助患者回归正常工作、学习，或自主生活。同时，对部分高价值药物也可以考虑予以有条件的支付协议，如真实世界证据发展给付协议，允许创新药暂时纳入医保报销，但后续企业需要提交关于长期疗效和安全性的真实世界证据，再依据真实世界证据修改报销范围或支付标准。

2. 对源头创新和仿制创新设定不同激励方式，更有效体现创新价值

国际上众多卫生技术评估 (HTA) 评审机构，如英国 NICE，除考虑上述五点综合价值以外，还会在准入价值框架中纳入其他因素，特别是疾病严重程度及创新程度等因素。在创新程度方面，会对源头创新和仿制创新区分对待，进一步提高创新药的可及性。

因此，在多维度综合价值评估及经济学评估过程中，可考虑倾向性地支持源头创新，探索对源头创新药的价值差异化管理和支付方法，在评审时可适当给予源头创新药更高的卫生经济学支付意愿阈值。此外，也可尝试制定基本医保支付标准或支付上限，允许产品在此前提下纳入医保目录，但为其设置“医保最高可支付标准”和“患者支付最高标准”作为医保支付的相伴条件。在国家基本医保牵头支付一部分费用后，企业需寻求其他支付方并解决支付其余的费用，目的是保障病人自付费用限定在一定范围以内，以真正达到多元保障机

制的实施受惠于病人。

3. 进一步完善价值评估的方法学

在做好以上工作的同时，进一步完善药物经济学评估方法具有长远及重要的意义。其方法学的改良可从以下几个点入手：第一，申报企业提交的申报药品资料可逐渐进一步提高其全面性、各维度的深度（比如对疗效数据及成本数据的要求），以支持价值评估的精细化及评审程序的科学性、透明性。第二，在经济性评估中，需建立确定“对照品”的行业准则，该准则应兼顾医保目录现状、疾病特征、临床指南、临床实践以及对照药品数据可获得性等一系列因素，选择最为合适公平的价值评估对照品以全面地体现创新药的价值。第三，对模型模拟时长应有公认的行业准则，比如至少应有足量的病人能在模拟时间段中持续获益。第四，对疗效、成本参数的选择也可逐渐完善行业规范，比如重点强调大样本随机临床试验研究及真实世界数据研究。第五，重视对经济性评估中不确定性的评审，如单因素及概率敏感性分析，并以此推断出最佳价值区间，而不仅仅依赖某个基数的模型结果。

创新药物价值的合理体现一直为国际上广泛深入探讨的内容。而对价值的全面合理评估则需要依赖于扎实的临床证据，对创新的科学定义及倾向性支持，及评估方法学的完善提高。本文所提出的鼓励运用真实世界研究数据支持临床疗效及安全性的评估，区分源头创新及仿制创新，完善药物经济学方法学等建议，希望能够为未来进一步完

善医保目录准入价值评估有所参考。

[返回目录](#)

· 行业报告 ·

中国智慧病理行业白皮书：商业化初露锋芒，直击病理 AI 的破与立

来源：动脉网

病理诊断作为绝大部分疾病尤其是癌症诊断的“金标准”，病理医生被称为“医生的医生”，钟南山院士曾为《中华病理学杂志》题词“临床病理水平是衡量国家医疗质量的重要标志”。在当前的肿瘤治疗中，病理诊断在分子分型的检测以及对现有疗效的评估中所占的权重越来越大，病理诊断结果关乎患者后续治疗方案的选定，决定患者的生命健康。如此看来，病理诊断似乎是一个无限风光的行业，但事实恰好相反。

因为处于“幕后”，病理业内人自嘲病理科是医院的“角落科室”；与其高技术含量的医疗服务相对立，病理医师是医技科室中收入最低的一群人。我们在诸多影视作品中感受过急诊科的“分秒必争”、看到过手术外科的“惊心动魄”，而以“一台显微镜伴终生、遍阅吨级病理切片样本”来总结自身工作生涯的病理医师在退休那一刻的荣光，却似乎无人记录。

病理诊断行业陷入了“人才成长慢-科室发展难-人才招不到”的恶性循环。中国病理诊断需求量大且逐年高速上涨，而产业却面临病

理医生匮乏、病理资源严重分布不均的问题。病理诊断行业供需失衡，亟待有效工具打破发展困境。数字与智慧病理的诞生，通过提升病理医师工作效率、促进优质病理专家资源下沉，就像一剂解决行业痛楚的良药，让传统的病理诊断行业经历变与革，引导病理科室从“幕后”走向“前台”。

当下正是智慧病理行业发展的关键时刻。病理行业“四化”进程的不断推进、数字病理设备的国产化、病理数据的不断积累、企业多种灵活商业模式的探索以及摩尔定律下存储成本的不断降低，都为智慧病理进一步发展成熟铺好了沃土。

行业正孕育着哪些发展机会？一线创业企业经历了怎样的商业化探索，目前如何落地、未来如何推进？“病理+AI”的首张三类证会在什么时候由谁拿下？行业快速发展的同时面临哪些问题？行业的未来趋势是什么、爆发节点在何处？……

蛋壳研究院与近 20 位身处一线的创业者、资深病理专家以及正在寻求投资机会的优秀创投人进行了长达 40 余小时的深入讨论，制作了《中国智慧病理行业白皮书》，尝试回答以上疑问，力求为业内人士展现病理诊断行业正在发生的这场生动变革，剖析行业未来发展趋势。

病理诊断发展的最新阶段：数字与智慧病理时代

2000 年前的古代，通过尸体解剖等方式，人类开始了最早的病理探索。一直到 20 世纪 30 年代，电子显微镜诞生，超微病理时代开

启，病理学研究从细胞和亚细胞水平过渡到分子水平，开始研究疾病的起因和发病机制。进入 21 世纪，生命科学领域发展突飞猛进，一系列新方法、新技术、新设备等加速融入病理学研究和诊断中，精准病理时代，在互联网、人工智能等技术加持下，数字与智慧病理时代拉开序幕。

2012 年，我国远程病理诊断开始推广。2015 年前后，得力于国家大力支持“互联网+智慧医疗”，我国远程病理会诊普及率快速提升。远程病理会诊的发展，使得传统病理诊断和会诊模式突破时空限制，大大提高了医疗机构的病理诊断质量和诊断效率。

碍于实际国情，相比欧美等发达国家，我国病理诊断行业在数字化方面发展的较为缓慢和不充分，长久以来大部分病理诊断实践还是“一台显微镜+病理组织切片”的传统人工诊断模式。但病理诊断在数字化方面的发展与积淀，仍然为我国病理诊断的智慧化奠定了不错的发展基础，使得在 2016-2017 年，我国基本与全球同步，开启了智慧病理的发展。



中国进入数字与智慧病理时代发展的不同阶段 数据来源：调研访谈，蛋壳研究院制图

智慧病理的出现，在促进病理医师诊断工作效率提升、改善病理

资源分布不均现状的同时，也有力地推动病理行业完成数字化变革。

当下的智慧病理通常指主流的人工智能辅助病理诊断环节，但这只是智慧病理应用场景的一部分。目前常规病理制样的先进性还仅限于自动化脱水、包埋和染色等制样环节，还缺乏基于病变可视化信息(包括临床和分子影像等)的自动而智慧取材、基于器官组织个体化特性的智慧制样与质控(包括免疫组织化学染色和分子病理)等。

智慧病理诊断也不仅限于基于组织、细胞的形态学特征进行辅助诊断，而是集患者的临床症状和体征信息、临床检验结果和影像信息、病理形态与免疫组化、分子病理于一体，通过人工智能辅助诊断系统获得的“病理表型组”整合式诊断。整合式病理智慧辅助诊断，是下一代诊断病理学(Next-generation diagnostic pathology, NGDP)的核心内涵。



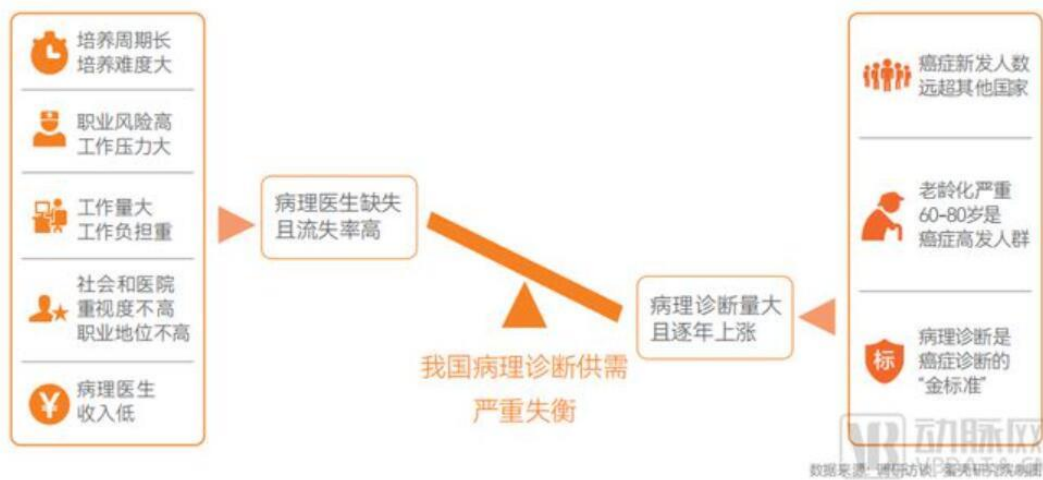
人工智能在肿瘤精准医疗中的多模态诊断模式 数据来源:《生命科学》期刊, 蛋壳研究院制图

未来, 基于影像、病理及基因等的大数据进一步被挖掘, 人工智

能技术与医疗大数据的融合不断深入，整合式病理表型组智慧诊断将为全面量化肿瘤异质性，实现恶性肿瘤精准预后预测开拓新思路。在人工智能的加持之下，人类更快地向 NGDP 时代进发，患者将得到更加精准的个性化诊疗。

病理行业当前面临诸多痛点，智慧病理发展势在必行

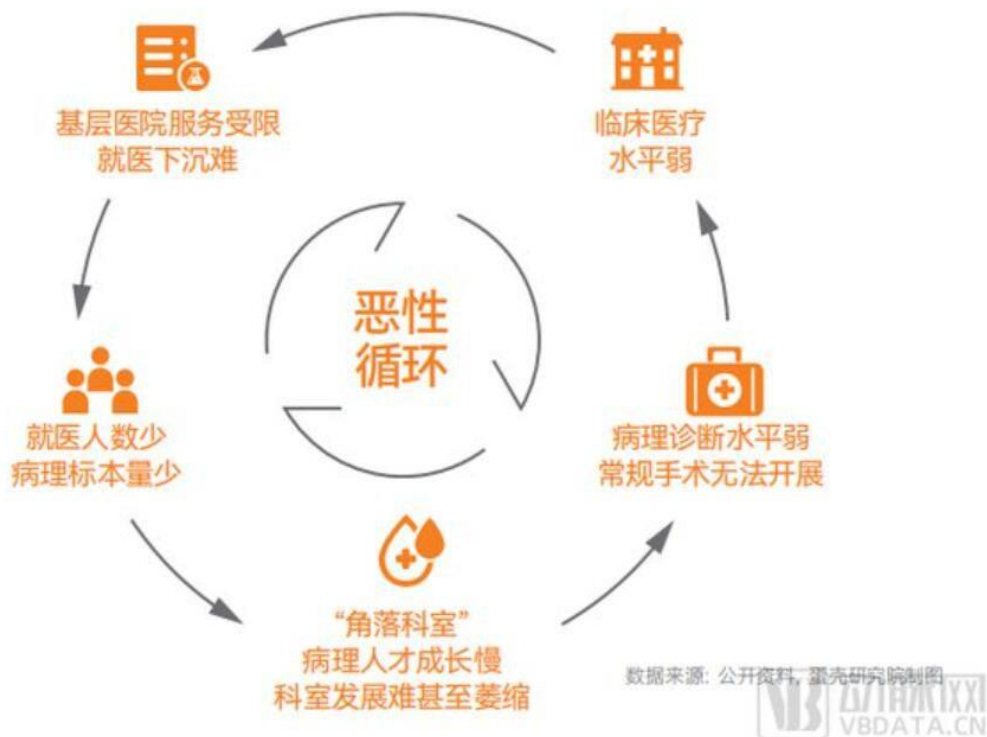
中国患癌人群基数大，且呈现不断上升的趋势，加速释放病理诊断市场需求，但我国病理医生匮乏、病理资源分布严重不均，行业供需失衡。



病理诊断行业供需严重失衡 数据来源：调研访谈，蛋壳研究院制图

中国是世界第一人口大国，癌症新发人数远超世界其他国家。2022 年 2 月，国家癌症中心发布最新一期全国癌症统计数据：2016 年中国恶性肿瘤发病人数为 406.4 万人，比世界平均高了 67.66%。此外，由于恶性肿瘤发病率随年龄增加逐渐上升，而中国老龄化进程加剧，中国患癌人数持续增加。病理诊断作为绝大部分疾病尤其是癌症诊断的“金标准”，行业对于病理诊断的需求进一步增加。

然而，由于我国病理行业存在病理医师培养周期长、培养难度大、工作量大、收入低等问题，病理科室陷入了“人才成长慢-科室发展难-人才招不到”的恶性循环，导致病理医生缺口大、病理资源分布严重不均。



我国病理科陷入“人才成长慢-科室发展难-人才招不到”的恶性循环 数据来源：公开资料，蛋壳研究院制图

按照原国家卫生部 2009 年发布的《病理科建设与管理指南(试行)》中规定的“二级、三级医院均需设置病理科，每 100 张床位需配置 1-2 名病理医师”标准计算，截止 2021 年末，病理医师需求量约为 14.17 万人，而现有病理医师仅 2.1 万人，中国病理医师缺口高达 12 万人。根据医政医管局 2019 年 9 月抽查数据，全国抽查的 9620 家医院中有 5758 家医院未设置病理科或未开展病理业务，约占抽查

医院总数的 59.9%。病理医师、技术人员资源稀缺，难以满足临床需求。

此外，从各等级医院分布来看，我国病理医师资源分布严重不均：据《2015 国家病理科医疗质量报告》统计，2014 年我国 61.8%的执业病理医生分配在三级医院，仅有 0.9%的病理医生分配在一级医院，而 2014 年一级医院的数量占有所有公立医院的 44.3%。

行业供需严重失衡，亟待有效工具打破发展困境，而要解决我国病理医生缺口大、病理资源严重分布不均的问题，提升病理医师工作效率、促进优质病理专家资源下沉是破解行业难题的关键。

在病理切片数字化的基础上，依托海量的数字化病理切片所形成的丰富数据集，借助计算机的强大运算能力及深度学习能力，AI 辅助诊断软件可以助力实现智慧化的病理阅片，以迅速、标准化的方式处理医学影像，分辨出单个小区域内被标注为“肿瘤”的像素，对可疑影像进行勾画、渲染，并给出辅助诊断建议。



大幅提升诊断效率，促进优质病理专家资源下沉，病理 AI 辅助诊断工具有望破解行业困境
数据来源：调研访谈，蛋壳研究院制图

有数据表明，病理 AI 系统投入临床使用，在保证 100%灵敏度的条件下，能够减少病理医生 65%-75%的无谓读片工作，从而直接将注意力全部集中在可疑位点，做出快速、准确、重复性高的病理诊断。

此外，由于 AI 不受环境条件和疲劳程度的影响，诊断结果一致性好，可重复性高，能够很好地消除病理医生之间的主观判读差异，提升病理医师的诊断准确率。通过病理 AI 辅助诊断，不仅能够缓解患者就诊压力，同时有助于解决我国病理资源严重分配不均的问题。

政策、技术、资本多方因素推动，智慧病理发展势在必行。

近年来，国家连续发文鼓励和扶持病理诊断行业的建设与发展，可以看到国家对我国病理诊断行业存在问题的重视以及推动病理行业向好发展的决心。

时间	部门	文件名	主要内容
2014年3月	国家发改委、国家卫计委	《关于组织开展省院合作远程医疗政策试点工作的通知》	明确提出重点开展以视频会诊、 病理诊断 、影像诊断、远程监护、手术指导、远程门诊和远程查房育为主要内容的远程医疗服务和双向转诊服务。
2015年5月	国务院	《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》	推动医疗资源集约化配置。依托县级公立医院建立检查检验、 病理诊断 、医学影像等中心，有条件的地方可探索单独设立，降低医疗成本。
2015年9月	国务院	《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》	探索设置独立的区域医学检验机构、 病理诊断 机构、医学影像检查机构、消毒供应机构和血液净化机构，实现区域资源共享。
2016年11月	国家卫计委	《关于印发病理诊断中心基本标准和管理规范（试行）的通知》	鼓励 病理诊断中心 向连锁化、集团化发展，建立规范化、标准化管理与服务模式；对拟开办集团化、连锁化病理诊断中心的申请主体，可以优先设置审批；病理诊断中心应当与三级医院病理科建立协作关系，通过信息化平台、远程会诊等形式，不断提升技术水平，保证病理诊断质量。
2016年12月	国家卫计委	《卫计委发布病理诊断中心基本标准和管理规范（试行）通知》	设置 病理诊断中心 等医疗机构对于实现区域医疗资源共享，提升基层医疗机构服务能力，推进分级诊疗具有重要作用。各省级卫生计生行政部门要充分认识这项工作的重要意义，切实加强组织领导，完善配套政策，确保工作顺利开展。
2017年1月	国务院	《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》	健全完善医疗卫生服务体系。鼓励社会力量举办医学检验机构、 病理诊断机构 、医学影像检查机构、消毒供应机构和血液净化机构，鼓励公立医院面向区域提供相关服务，实现区域资源共享。
2017年7月	国务院	《关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》	明确提出要建立健全医学人才培养供需平衡机制，加强全科、儿科、 病理科 等紧缺人才培养。

2018年6月	国家卫健委、国家中医药管理局	《关于进一步改革完善医疗机构、医师审批工作的通知》	在保障医疗质量安全的前提下，医疗机构可以委托独立设置的医学检验实验室、 病理诊断中心 、医学影像诊断中心、医疗消毒供应中心或者有条件的其他医疗机构提供医学检验、 病理诊断 、医学影像、医疗消毒供应等服务。卫生健康行政部门可以将该委托协议作为医疗机构相关诊疗科目的登记依据，并在诊疗科目后备注“协议”。城市医疗集团和县域医共体的牵头医院应当符合相应医疗机构基本标准，具备医学检验、 病理诊断 、医学影像、消毒供应等服务能力。
2018年11月	国家卫健委	《关于印发全面提升县级医院综合能力工作方案(2018-2020年)的通知》	夯实平台专科，重点加强 病理科 、医学检验科、影像医学科等学科的建设。
2019年5月	国家卫健委、国家中医药管理局	《关于印发开展促进诊所发展试点意见的通知》	鼓励将诊所纳入医联体建设。鼓励医联体内二级以上医院、基层医疗卫生机构和独立设置的医学检验中心、医学影像中心、消毒供应中心、 病理中心 等机构，与诊所建立协作关系，实现医疗资源共享。
2020年12月	国家卫健委	《抗肿瘤药物临床应用管理办法(试行)》	为避免抗肿瘤药物的无指征使用，该文件规定应当根据组织或细胞学 病理诊断 结果，或特殊分子病理诊断结果、基因靶点检测结果等，确认患者适用后方可开具抗肿瘤药物。
2021年6月	国务院	《关于推动公立医院高质量发展的意见》	提到加强临床专科建设:重点发展肿瘤、 病理 等临床专科，以专科发展带动诊疗能力和水平提升。
2021年11月	国家卫健委	《“千县工程”县医院综合能力提升工作方案(2021-2025年)》	提出加快建设高质量人才队伍，加大对重点领域、紧缺专业、关键岗位专业技术人才的引进力度，加强包括 病理科 在内的14项学科专业和骨干人才培养培训，构建人才梯队，并提出“力争通过5年努力，全国至少1000家县医院达到三级医院医疗服务能力水平”的总体目标。

国家推进病理科和病理中心建设的相关政策 数据来源：公开信息整理，蛋壳研究院制图

在近年的医保改革中，病理诊断不仅没有受到影响，还出现了病理诊断收费标准逆势提高的发展趋势，体现了国家对于病理医师技术劳务价值的肯定。

以北京市为例，2019年北京市正式实行医耗联动综合改革，化学发光免疫诊断项目收费总体下调5%-10%，而病理诊断相关项目收费明显提高，其中部分项目收费涨幅超过200%。

政策春风同时吹向“AI+医疗”，“AI+病理”得到快速发展，成为各国竞争的新赛道、国家重点培育的人工智能领域创新应用。

时间	部门	文件名	主要内容
2016年3月	国家工信部、发改委、财政部	《机器人产业发展规划(2016—2020年)》	促进服务机器人向更广领域发展，实现系列化，个人/家庭服务机器人实现商品化
2016年5月	国家发改委、科技部、工信部、中央网信办	《“互联网+”人工智能三年行动实施方案》	支持在制造、教育、环境、交通、商业、健康医疗、网络安全、社会治理等重要领域开展人工智能应用试点示范，推动人工智能的规模化应用

2016年6月	国务院	《关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》	将健康医疗大数据应用发展纳入国家大数据战略布局, 推动健康医疗大数据资源共享开放, 全面深化健康医疗大数据应用, 规范和推动“互联网+健康医疗”服务培育健康医疗大数据应用新业态, 加快医疗健康数据安全体系建设
2016年9月	国家工信部、发改委	《智能硬件产业创新发展专项行动(2016-2018年)》	鼓励医疗机构加快信息化建设进程, 推动智能医疗健康设备在诊断、治疗、护理、康复等环节的应用
2016年10月	国务院	《“健康中国2030”规划纲要》	规定全面建成统一、权威、互联互通的人口健康信息平台, 规范和推动“互联网+健康医疗”服务, 加强智慧医疗等关键技术突破。
2016年12月	国务院	《“十三五”国家信息化规划》	推动健康医疗相关的人工智能、生物三维打印、医用机器人、可穿戴设备以及相关微型传感器等技术和产品在疾病预防、卫生应急、健康保健、日常护理中的应用
2017年1月	国家卫计委	《“十三五”全国人口健康信息化发展规划》	充分发挥人工智能、虚拟现实、增强现实、生物三维打印、医用机器人、可穿戴设备等先进技术和装备产品在人口健康信息化和健康医疗大数据应用发展中的引领作用, 促进由医疗救治向健康服务转变, 实现以治疗为中心向以健康为中心的转变
2017年6月	国家卫计委	《“十三五”卫生与健康科技创新专项规划》	数据分析和机器学习等技术研究, 开发集中式智能和分布式智能等多种技术方案, 重点支持机器智能辅助个性化诊断、精准治疗辅助决策支持系统、辅助康复和照看等研究, 支撑智慧医疗发展
2017年7月	国务院	《新一代人工智能发展规划》	推广应用人工智能治疗新模式新手段, 建立快速精准的智能医疗体系。探索智慧医院建设, 实现智能影像识别、智能病理分型和智能多学科会诊。
2017年12月	国家工信部	《促进新一代人工智能产业发展三年行动计划(2018-2020年)》	到2020年, 在工业、医疗、金融、交通等领域汇集一定规模的行业应用数据, 用于支持创业创新。推动医学影像数据采集标准化与规范化, 加快医疗影像辅助诊断系统的产品化及临床辅助应用
2018年3月	国务院	《2018年政府工作报告》	加强新一代人工智能研发应用, 在医疗、养老、教育、文化、体育等多领域推进“互联网+”
2018年4月	国务院	《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》	完善“互联网+医疗健康”支撑体系
2018年4月	国家卫健委	《全国医院信息化建设标准与规范(试行)》	利用人工智能技术对疾病风险进行预测, 实现医学影像辅助诊断、临床辅助诊疗、智能健康管理、医院智能管理和虚拟助理
2018年4月	国家卫健委	《关于深入开展“互联网+医疗健康”便民惠民活动的通知》	加快推进智慧医院建设, 改造优化诊疗流程。推进智能医学影像识别、病理分型和多学科会诊以及多种医疗健康场景下的智能语音技术应用, 提高医疗服务效率
2018年4月	国家卫健委	《关于促进人工智能和实体经济深度融合的指导意见》	稳步推进教育、医疗、能源、公共安全等领域数据的内部整合、共享与对外开放, 制定数据资源清单和开放计划, 支持相关企事业单位联合人工智能企业围绕应用场景开展人工智能服务, 鼓励优质机构人工智能服务能力和资源向地方开放
2018年4月	国务院	《国家新一代人工智能开放创新平台建设指引》	鼓励人工智能细分领域领军企业搭建开源、开放平台, 面向公众开放人工智能技术研发资源, 向社会输出人工智能技术服务能力, 推动人工智能技术的行业应用, 培育行业领军企业, 助力中小微企业成长
2018年5月	国务院	《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》	鼓励医联体内上级医疗机构借助人工智能等技术手段, 面向基层提供远程会诊、远程影像诊断等服务; 研发基于人工智能的临床诊疗决策支持系统, 开展智能医学影像识别、病理分型等多种医疗健康场景下的应用
2018年8月	国务院	《关于进一步做好分级诊疗制度有关重点工作的通知》	加快推进信息化建设。医联体内充分借助人工智能等技术手段, 提高基层医疗卫生机构基本医疗服务能力, 医联体内医疗机构间实现检查检验结果实时查阅、互认共享。2018年底前, 远程医疗要覆盖所有城市医疗集团和县域医共体; 2020年底前, 远程医疗要覆盖医联体内基层医疗卫生机构。

国家推进“AI+医疗”领域发展的相关政策 数据来源: 公开信息整理, 蛋壳研究院制图

产品审评审批方面，从原来“一刀切”的三类证，到依据产品的预期用途、算法成熟度等因素综合判定管理类别，国家对人工智能类医用软件申报条件进一步放宽，刺激行业快速发展。

2021年7月8日，国家药监局发布《人工智能医用软件产品分类界定指导原则》，明确了用于非辅助决策的人工智能医疗软件将按照第二类医疗器械管理。由于二类证可由地方审批，审批速度加快、审批难度降低，行业受到激励、发展进一步加速。

另外，由于政策大力支持基层开展免费两癌筛查，带来强劲基层病理诊断需求的同时，促进病理AI行业进一步发展。2022年1月，国家卫健委印发《两癌(宫颈癌和乳腺癌)筛查工作方案》，提出到2025年底，要实现适龄妇女宫颈癌筛查率达到50%以上，宫颈癌筛查早诊率达到90%以上，乳腺癌筛查早诊率达到70%以上。方案还规定，筛查服务对象范围由以往的农村适龄妇女扩大为城乡适龄(35至64周岁)妇女。

为提高宫颈癌和乳腺癌的基层防治能力，政府鼓励积极运用互联网、人工智能等技术，病理AI发展加速。目前，包括湖北在内的多个省份都已经将宫颈液基细胞学计算机辅助分析纳入社保收费目录，收费金额150-220元/例不等。以宫颈癌筛查为例计算我国宫颈癌细胞病理筛查潜在市场规模，以我国适龄女性每人年均0.5次宫颈液基薄层细胞学检查(TCT)检查计算，约为442亿元。

全球病理行业千亿级市场规模，目前病理AI行业尚处于发展早

期，发展潜力大，未来市场空间广阔。据 2020 年世界病理学大会报告数据，预计到 2024 年，全球病理行业市场规模将从 2019 年的 303 亿美元增长至 444 亿美元，复合增长率为 6.1%。据 GrandViewResearch 数据，2019 年全球数字病理学市场规模为 7.676 亿美元，预计到 2027 复合年增长率为 11.8%。“AI+病理”大有可为。

病理诊断行业痛点解决迫在眉睫、多项政策多重加持，伴随着相关技术的不断发展，近几年数字与智慧病理领域颇获资本青睐。

企业	最新融资轮次	融资金额	投资机构	融资日期
华银健康	Pre-IPO	10000万元	高特佳投资、广发乾和	2020年12月
优纳医疗	被收购	未披露	被麦克奥迪(300341.SZ)收购	2022年3月
兰丁高科	D轮	32000万元	阿里健康、以太投资	2018年8月
视见科技	C轮	3700万	深圳市招商局、北辰星河、徕卡显微系统	2020年3月
江丰生物	C轮	1亿元	盛山资产领投	2022年7月
赛诺特生物	C轮	1亿元	高创兴港互联网基金、普华博达、壹阳产业投资、河南省中小企业发展基金等	2022年9月
迪英加	B+轮	近亿	深创投	2020年12月
志诺维思	B轮	6000万	华盖资本、复容投资、清控金信蓝色微生物基金、君联资本、梧桐树资本	2019年11月
衡道病理	B轮	1亿元	海尔医疗基金，飞图创投等	2021年3月
深思考	战略融资	未披露	华为旗下全资子公司哈勃投资	2019年9月
复星杏脉	战略融资	超亿元	复星医药、国药中金、上海安亭实业发展有限公司	2022年8月
梅傲生物	A轮	数千万	普华资本	2018年4月
智影医疗	A轮	未披露	深圳海创基金	2018年5月
智睿医疗	A轮	未披露	广州呼研所医药科技有限公司、施迪斯医药技术有限公司, GU, JIMMY, 广良投资	2020年10月
赛维森科技	A轮	数千万元	广州万孚生物	2021年6月
银元方青	A轮	6000万元	鲲鹏股权投资、鼎玺股权投资	2021年11月
透彻未来	Pre-A轮	数千万人民币	普华资本、磐霖资本、图灵资本等	2020年4月
飞秒科技	Pre-A轮	数千万元	远毅资本	2021年12月
微瞰智能	天使轮	250万元	上海众合创业投资、优势资本	2017年5月
知见生命	种子轮	未披露	未披露	2020年11月
志盈医学	战略融资	185万元	广州万孚生物	2020年11月
英特美迪	天使轮	未披露	北京天峰德晖投资管理	2021年1月

数字与智慧病理领域最新融资事件一览 数据来源：蛋壳研究院

商业化现状：纯软件收费难，搭配设备耗材服务形成整体解决方案

目前，国内智慧病理产业链上游主要包括病理诊断仪器设备、试剂耗材研发生产企业，提供常规病理诊断仪器设备、数字病理设备，以及各类试剂耗材；中游为病理 AI 软件研发企业，进行各类病理 AI 软件系统的研发；下游主要包括各级医院/其他医疗机构和第三方独立实验室/第三方病理诊断中心等，提供第三方病理诊断服务。



中国智慧病理产业图谱 数据来源：各企业官网，蛋壳研究院制图

由于看好病理 AI 产业的发展前景，除了病理 AI 初创企业本身，智慧病理产业的上下游企业也纷纷布局病理 AI 软件系统的研发、互

联网科技巨头也参与其中。

企业	具体布局
罗氏	2022年11月，罗氏诊断推出的创新数字病理AI生态平台，在整合其原有病理诊断产品的核心优势基础上，新增了AI人工智能的创新引擎，打造从自动化染色、数字化扫描、到智慧化分析的端到端整体解决方案。
江丰生物	2017年12月，江丰生物成立杭州智团信息技术有限公司布局人工智能辅助诊断，并于2019年斩获了业内基于深度学习的病理AI二类证，布局研发了包括包括宫颈癌、胃癌、甲状腺肿瘤等疾病以及免疫组化定量分析的人工智能病理诊断系统软件。
英特尔/江丰生物	2018年，英特尔与江丰生物共同成立病理人工智能联合实验室，专注研发人工智能在病理领域的创新应用。
英特尔	2020年4月，英特尔资本领投病理人工智能及数字病理创新企业江丰生物B轮融资。
安必平/腾讯	为推动病理科智能化，安必平与腾讯合作，由安必平提供病理科的数据和标注资源，腾讯输出算法能力，共同开发宫颈细胞学人工智能辅助诊断系统，目前该产品已完成多中心科研评价研究，即将进入产品注册证申报工作。
华银健康/腾讯	2018年，华银健康携手腾讯签署“医学人工智能开发项目”战略合作协议，以推进AI病理技术的研发和应用。
腾讯	腾讯在2017年发布腾讯觅影后，对AI在病理诊断中的应用做了深入探索，围绕染色归一化、结直肠癌病理诊断、结直肠息肉分类、淋巴结转移检测、免疫组化(IHC)等方面的临床痛点进行了AI在病理诊断方面的研究。
腾讯/金域医学 舜宇光学科技	2020年4月，腾讯AI Lab宣布联合舜宇光学科技、第三方医学检验机构金域医学宣布三方研发的智能显微镜获得NMPA注册证，成为国内首个获准进入临床应用的智能显微镜产品。
华为/金域医学	2018年7月，华为和金域医学正式启动全面战略合作，其中一项重要内容是医疗AI在宫颈癌筛查上的应用。合作方向确定后，金域围绕该项目组建了团队。团队的核心是金域的病理医生，主要负责训练数据集的标注和校验。华为云也同步跟进，投入了一个5、6个人的专家团队，一起进行模型的训练和调优，整个过程持续了近一年。2019年6月，华为技术有限公司与第三方医学检验机构金域医学联合宣布，双方合作研发的AI辅助宫颈癌筛查模型在排阴率高于60%的基础上，阴性片判读的正确率高于99%，阳性病变的检出率也超过99.9%。
阿里	2021年11月，阿里健康领投医疗人工智能企业武汉兰丁智能医学股份有限公司D轮融资。
阿里	2018年，由阿里健康牵头，兰丁高科、图玛深维等12家医疗健康AI企业共同建立面向医疗AI行业的第三方人工智能开放平台。医院以及金域医学、华银健康等第三方检测平台等构成了病理AI行业下游的应用终端，通过提供海量临床病理数据与产业链上游企业密切合作，进一步推进病理诊断的信息化、自动化和智能化。

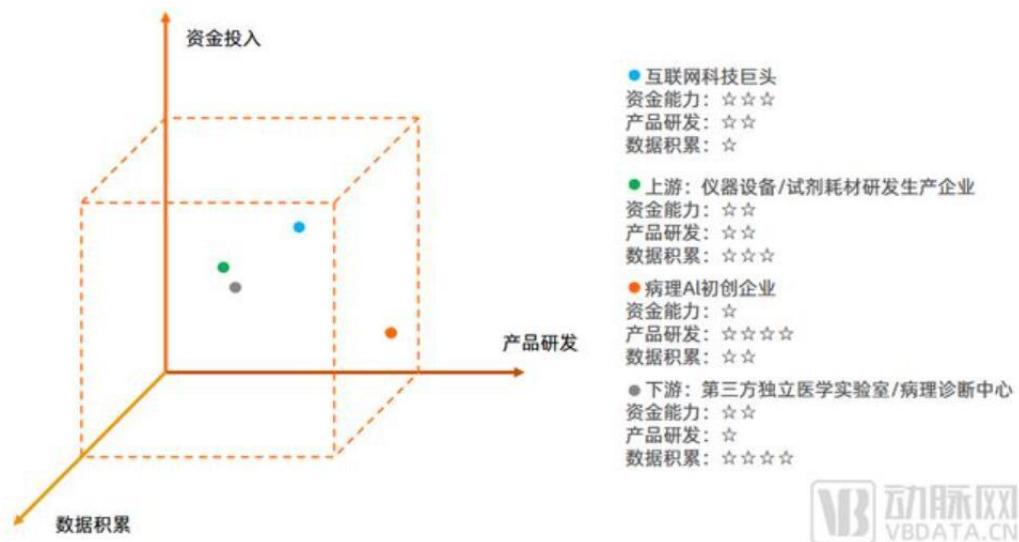
智慧病理产业上下游企业、互联网巨头纷纷布局病理AI 软件研发 数据来源：公开信息整理，蛋壳研究院制图

不同产业方布局病理 AI 辅助诊断系统的研发，具有不同的优势特点。

蛋壳研究院认为，病理 AI 初创企业具备领先的产品研发能力，产品竞争优势明显，且企业本身运作以及对于市场需求的捕捉和反应非常灵活，能更深入一线市场洞悉临床需求和痛点；上游医疗器械/试剂耗材企业、第三方病理诊断中心布局病理 AI 领域优势在于具备

底层病理数据资源与渠道优势，产业上下游资源丰富，同时与医院合作紧密；跨界的互联网科技巨头布局病理 AI 领域，优势在于财力雄厚、算法技术人员充沛且无须追求中短期产业化盈利，能够与各大医院/企业并行开展项目合作，高效产出科研成果。

然而，尺有所短、寸有所长，产业各方同样具有能力短板，不是所有企业都适合到病理 AI 领域“分一杯羹”。蛋壳研究院在报告中对不同产业方布局病理 AI 软件研发的不同优势和短板进行了详细分析，此处限于篇幅不再扩展。



不同产业方布局病理 AI 软件研发具有不同优势特点 数据来源：调研访谈，蛋壳研究院制图

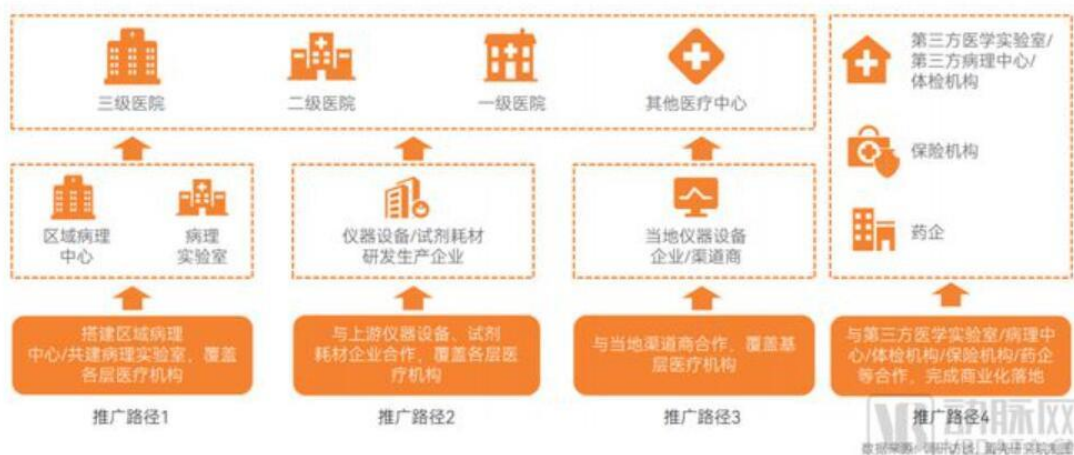
纯软件收费难，病理 AI 企业通过提供软件+仪器设备配套、软件+试剂配套以及软件+仪器设备+试剂+整体服务配套打包整体方案等以“B2B”“B2H”“B2B2H”等多种商业模式灵活落地。

纯软件收费难，原因在于，医院作为病理 AI 软件研发企业的主要付费方，通常却未设置单独购买软件服务的预算，多数省份未建立

数字化相关收费目录，多数医院未建立数字化相关收费标准。于是，病理 AI 企业业务逐渐向上下游延伸布局，通过间接途径完成软件产品的收费。对于医院而言，消费软件+仪器设备配套、软件+试剂配套一体化解决方案不仅在采购方面更加顺畅，在产品出现问题时找寻责任方也更加便利，问题能够得到更迅速地解决，避免了从多方购买产品可能出现的责任推诿现象。

针对部分区域医院普遍病理资源匮乏，即使购买软硬一体化配套方案也难以开展有效病理诊断的情况，部分病理 AI 软件研发企业还试着以提供全套仪器设备/试剂耗材+软件+整体服务的形式，向区域医院主体进行按次收费以覆盖各项支出成本。

通过医疗器械/试剂研发厂商、当地渠道商、第三方独立实验室/第三方病理诊断中心/体检机构/保险机构等“推广合作桥梁”，病理 AI 企业间接实现向医院或患者的收费，推进商业化落地。报告中对每类商业模式进行了详细的介绍与分析，此处限于篇幅不再扩展。



病理 AI 产品主要推广路径 数据来源：调研访谈，蛋壳研究院制图

相比影像 AI 等领域，病理诊断领域有着自动化、标准化、数字

化、信息化程度低，发展慢等特点，这使得 AI+病理领域的发展不如 AI+影像等领域发展成熟而快速。但蛋壳研究院认为，正是由于这诸多发展“劣势”，病理 AI 软件研发企业的商业落地模式反而更加灵活和多样化。

在智慧病理行业上游，我国在仪器设备、试剂耗材等方面高端市场，进口厂商占据主导，但国产企业在广阔的中低端市场占有很大发展空间。通过与发展空间大、发展势头快速的上游仪器设备/试剂耗材厂商携手，病理 AI 企业与上下游企业在业务上相互协同、促进，优势互补，从而实现共赢。当下，病理 AI 行业商业化探索仍处于初期，未来市场空间广阔。

不过，由于不同领域产品所需团队能力不同、所含竞争要素不同、产品开发思维不同等，未来智慧病理产业在以提供整体解决方案的最终产品形态下，产业各方应进一步加强协同方能实现社会资源的效益最大化。对于大部分企业而言，盲目的领域扩张不仅会造成资源的浪费和消耗，投入后的进展难达预期，而且还会压缩核心团队的生存空间。

未来待病理 AI 软件未来获批三类证后，将进一步打开市场空间。按照《人工智能医用软件产品分类界定指导原则》中规定，用于非辅助决策的人工智能医疗软件可按照第二类医疗器械管理，在刺激行业进一步活跃发展的同时，也让很多企业打了“擦边球”。国内多家企业成功获批病理 AI 二类证，但其辅助诊断性能具有较大差异，品质

不一。多数医院消费这类产品存在顾虑。待国家完善相关审评审批标准，病理 AI 获得真正代表其价值的三类证，将类似 AI+影像领域产品获批三类证成功纳入大多数医院收费目录，进一步打开市场空间。

挑战与对策，智慧病理行业未来趋势展望

虽然近几年数字病理赛道涌入不少企业，但总体上 AI 病理诊断还是处于一个非常初期的发展阶段，面临诸多挑战。病理 AI 产品由于专业壁垒高、研发周期长，近几年陆陆续续已“劝退”了不少布局该领域的产业团队。

数据问题是限制当前病理 AI 行业发展的最大壁垒。病理 AI 软件算法模型开发需要大量优质训练数据，但病理 AI 行业的数据面临质和量的双重挑战，优质且大量的训练数据难以获得。临床上病理 AI 产品众多，但品质参差不齐。

病理AI产业发展面临数据挑战		对策与未来趋势
数据量不足	病理科数字化程度低 病理数据存量少	病理医师、企业，加强对社会，尤其是医院行政管理层的市场教育工作，引导其对病理诊断与临床的重要性的认识 国产替代，降低数字病理设备及存储等配套建设成本，在保证扫描图像质量、机器稳定性前提下，提升速度及通量 产业各方协同，病理AI+远程会诊，提供整体配套服务方案 通过搭建区域病理中心、共建病理实验室，外包给第三方病理诊断中心等形式，解决不同层级医院病理诊断需求 加快制定法律条例，确定责任，规范安全和伦理问题
	精标注数字病理 切片数据获取难度大 数据积累慢	
	数字病理切片数据 获取难度大 成本高，数据增量少	
数据质量参差不齐	病理科建设投入少，数字病理设备及存储等配套建设投入大	政府主导，携手国内病理专家，制定病理诊断统一标准 规范人员流程操作，提升各环节自动化程度，促进标准化 产业各方加强协同，推进行业标准制定，图像数据归一化 算法模型主动适配不同维度数据，提升算法模型鲁棒性
	病理医师进行切片扫描动力不足	
	病理医师匮乏，工作量大，无暇标注	
	数据存于医院及第三方病理中心 获取难度大，数据监管安全	
	无统一诊断标准，资深病理医师匮乏 精标注数据质量不一	
	前处理环节繁琐，制片方式多样 人为操作误差，数据非标准化	
	从前处理到切片扫描成像 每一步骤的非标准化 均影响数据质量	
	不同品牌不同型号扫描仪 导致图像格式、图像质量、图像颜色等 不同影响AI算法训练结果准确性	

病理 AI 领域面临的数据挑战、对策与未来发展趋势 数据来源：调研访谈，蛋壳研究院制图

俗话说“开源节流”，要提升病理科室的“四化”建设程度，促进病理 AI 更高效、快速发展，除了“节流”——上游设备及耗材的

国产替代推进医院建设病理科投入成本降低，同时也要“开源”——加强社会、尤其是医院行政管理层对病理诊断于医疗行业重要性的认识，加大对病理科的建设投入。

数字病理切片扫描仪作为发展数字病理的重要设备，虽然目前国产化程度并不低，但医院普及度并不高。设备本身的价格是一方面，配套存储成本同样是影响数字病理发展的大阻碍因素。好在随着存储成本遵循摩尔定律逐年降低，越来越多的国产扫描仪厂商在市场机制的调配下，积极发挥本土优势，经过不断的技术攻关，也不断提升着产品的性价比，进一步推动扫描仪等数字病理设备进院、下沉基层市场。

上游设备/耗材企业在病理科建设的花费上“打主意”，进一步发展国产替代，病理 AI 企业同样在探寻多种模式，推进病理 AI 产品的商业化落地以解决盈利问题，通过搭建区域病理中心、共建病理实验室等形式，不断提升病理 AI 产品的覆盖率。

通过大医院的辐射作用，联合多家基层医疗机构，以搭建区域病理中心、共建病理实验室等形式，能够分散病理科室的数字化、智慧化建设成本，发挥规模效应，更有利于基层医疗机构进行数字病理和智慧病理的发展，实现资源效益最大化，解决因病理科室建设预算不足、病理资源匮乏而导致的病理诊断供求不平衡的问题。此外，对于基层医院而言，将病理诊断任务外包给第三方医学实验室/病理诊断中心也是应对自身病理资源不足的有效方式。

在政府的支持下，区域病理中心更有能力承担像数字病理切片扫描仪等动辄数十万甚至百万的重资产硬件设备，以及在信息、存储系统方面进行基础建设投入。在具备基本硬件条件的基础上，区域病理中心将病理切片实现数字化并上传至区域病理诊断云平台，进一步开展数字+智慧远程病理诊断，解决了基层病理资源覆盖不足的问题，促进分级诊疗，也保证了医院创收。

第三方医学实验室/病理诊断中心在自主性、创新性、机动性方面能力强，相比公立医院具备明显的成本优势和专业化优势，集约化经营下可以最大程度提高病理诊断设备和医师资源利用率，大量承接来自基层医疗结构的标本外送。

共建病理实验室是一些企业通过采取提供病理诊断所需的各类仪器设备，试剂耗材，AI 辅助诊断软件以及病理医师资源，通过与妇幼保健院共建病理实验室的方式来解决基层医疗机构病理资源匮乏、病理科建设不足的问题。由于是在医院、协会和当地卫健委的监督指导下进行，实现了病理诊断的质量控制，提升当地妇幼保健院的病理诊断阳性检出率的同时，也为医院创造了经济效益。

搭建区域病理中心、共建病理实验室、外包给第三方病理诊断中心是当前病理行业进一步解决我国病理医生匮乏、病理资源严重分布不均问题的有效解决方案，也是产业未来的发展趋势。三种模式适应不同的区域主体情况，各有落地场景和对应发展优势，蛋壳研究院在报告中对三种模式进行了详细的论述分析，读者有兴趣可自行下载报

告了解。

针对当前数字病理切片数据质量参差不齐的问题，一是需要政府主导，携手国内病理专家，推进制定病理诊断统一标准；二是需要规范人员流程操作，提升流程自动化程度，促进病理诊断前处理环节的标准化。另外，产业各方加强协同，开放数据接口、推进行业标准的制定，图像数据归一化，病理 AI 企业让算法模型对不同维度数据进行适配，提升算法模型鲁棒性等都是当前病理 AI 企业面临数据质量问题的重要解决方案。

此外，一些新技术如飞秒激光无标记影像技术由于无需切片和染色即可生成标准化数字影像，能够直接规避病理切片、染色、切片扫描过程带来的数据差异，是作为病理 AI 模型输入的理想数据，产业可投以关注。

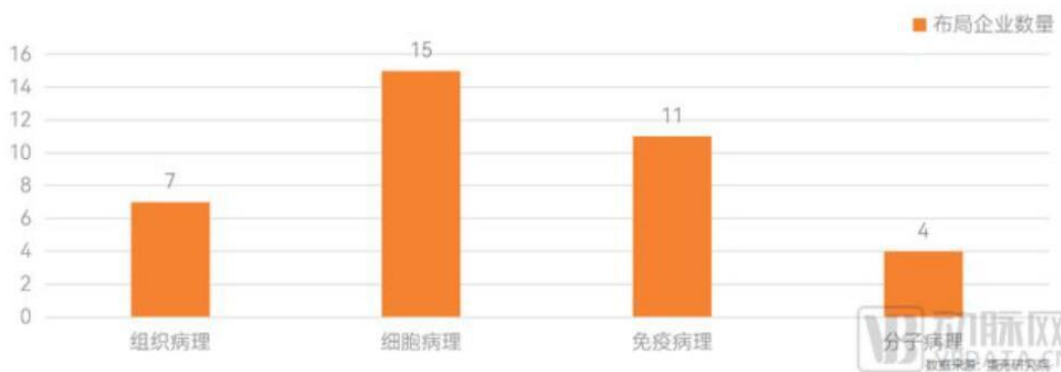




智慧病理行业面临的盈利挑战、对策与未来发展趋势 数据来源：调研访谈，蛋壳研究院制

盈利问题，是目前整个 AI+医疗领域的目前面临的难题，除了进一步加大市场教育，提升社会对于软件价值的认识之外，病理 AI 辅助诊断工具在病理诊断各应用场景须得进一步丰富以满足科室需求。

当下，病理 AI 辅助诊断工具在病理诊断各应用场景发展不均衡。企业在数据积累多、市场规模大、形态学特征相对简单的细胞病理领域(主要指 TCT)扎堆；除了辅助病理诊断，病理诊断各环节待解决痛点多，但 AI 介入发展尚少。



国内病理 AI 企业在病理诊断各领域布局情况一览 数据来源：蛋壳研究院

未来，细胞病理领域产品应进一步开展更大范围的临床验证，提升细胞病理 AI 算法模型的准确度，向获批三类证做准备。对于组织病理 AI 产品来说，由于组织学病理形态学特征复杂，背景噪音多，除了保证精标注数据、产品开发思路正确，要完成让组织病理复杂的形态学特征判别标准让人工智能“领会”的工作，需要团队在算法上有所创新；提升相关产品算法模型准确度的同时，拓展产品功能、扩

大病种覆盖范围以满足科室多病种辅助诊断需求也同样重要。病理 AI 软件覆盖到 80%左右日常样本量的时候可能是该领域的爆发点。

除了辅助病理诊断，病理切片的前处理环节如取材、制片、质控等都是 AI 可以介入的应用场景，有待企业进一步开发。除了横向覆盖，在多模态信息的深层次解读上，智慧病理产品还有更多的应用场景和开发空间。

精准医疗时代，蓬勃发展的靶向治疗、免疫治疗展现了对于免疫病理和分子病理的更多需求。如免疫组化中的很多指标，需要进行精准定量分析，其结果会直接影响到恶性肿瘤的用药和患者预后。但免疫组化结果的判读在检测和病理医生诊断过程中，存在主观性判读的稳定性和一致性差、图像分析工具脱离正常工作流程、无法精准定量分析、指导药物治疗抗体的判读标准不统一等问题。AI 辅助进行免疫组化结果的精准判读，已经在肿瘤诊断、指导治疗策略选择、疗效评估以及预后预测等方面显示出良好的应用前景。随着未来免疫病理、分子病理进一步发展，病理 AI 将在药物临床科研领域，释放更多市场潜力。

[返回目录](#)

2022 数字化心理健康行业报告

来源：动脉网

前言

我国快速增长的心理健康服务需求让市场“供需不平衡”的痛点

日益加剧，数字化在此背景下，应需来到心理健康服务领域。近年来，众多企业选择不同切入点推动行业数字化建设进程，探索传统心理健康服务供需不平衡、付费意愿低、服务标准化低、效果难量化等痛点的解决方案。

目前，行业数字化建设情况如何？还需要哪些力量的支持？报告通过调研十余家创新企业及投资机构，访谈数十位专家、企业创始人和投资人，欲寻找其中的答案，为赛道共同努力的企业带来一些思考。

核心观点

● “互联网平台类企业”创新服务模式，呈融合发展之势，数字化产品是新业务增长点。

● “数字疗法产品类企业”创新服务工具，安全性、有效性是立身之本。

● 心理咨询行业亟待新的职业机制，为行业发展铸造坚实基础。

● 数字化发展初期，企业携手合作重要于竞争，共同激发潜在市场需求。

获取本报告全文，请扫描文末二维码添加小助手，若已经添加过请主动询问。

数字化为心理健康服务铸造新模式、新工具

■ 数字化为提升可及性、有效性而生

传统心理健康服务资源不充足、分布不均衡。据 2018 年发布的《中国城镇居民心理健康白皮书》数据显示，我国 16.1%的人口（近

2.3 亿人)存在不同程度心理问题。近年来,这一数据有明显攀升的趋势。以抑郁症为例,据 2021 年中国科学院发布的《中国国民心理健康发展报告 2019-2020》显示,全国抑郁症人群占比平均为 17%左右。

在我国心理问题人群越来越庞大的同时,心理健康服务资源的短缺也日益加剧。目前,国内心理健康服务的职业人员包括精神科医生、心理咨询师和心理治疗师。

职业人员	认定部门	处方和诊断	主要工作地点	对标人群	主要提供服务	群体数量
精神科医生	国家医学考试中心	有权	医院	严重心理问题、心理障碍、精神病	药物治疗 物理治疗	超5万
心理咨询师	人力资源与社会保障部	无权	企业、学校、咨询机构、咨询工作室等	一般心理问题、严重心理问题、心理障碍	心理咨询等 心理干预方式	约110万
心理治疗师	人力资源与社会保障部 国家卫生健康委员会	无权	医院	一般心理问题、严重心理问题、心理障碍	心理咨询等 心理干预方式	不足1万

我国每 10 万人平均拥有精神科医师不足 4 人,与国际标准还有一定差距。同时,虽然心理咨询师有上百万人,但实际上仅有不足 10 万人从事心理咨询行业的专职或兼职工作,缺口巨大。我国心理健康服务资源除了匮乏以外,还存在分布不均的情况,主要分布在省级和市级,基层十分匮乏。

数字化为提升心理健康服务可及性、有效性而生。在此背景下,数字化应需来到心理健康服务领域,并开启了不可逆的加速发展之路。数字化心理健康服务是指基于互联网、大数据、人工智能和 VR 等技术,在心理健康的预防与教育、筛查、评估、干预和治疗等服务环节提供新的服务模式及新的服务工具,从而让有限的心理和医学资源能覆盖更多的人群,并获得更有效的服务结果。

■政策与资本双驱动，众多企业涌入数字化心理健康赛道

政策对心理健康重视度不断攀升。近年来，政策端频频发文，覆盖了心理卫生服务的意见指导、具体落地和后期的持续推广，指出要建立和完善心理健康教育、心理热线服务、心理评估、心理咨询、心理治疗及精神科治疗等衔接合作的心理危机干预和心理援助服务模式。

时间	文件名称	发文单位	主要内容
2018年11月	全国社会心理服务体系试点工作方案	国家卫健委、中央政法委、中宣部等十部委	建立心理健康机构、社会心理服务机构、学校心理咨询中心、精神卫生医疗机构、社会工作服务机构、心理健康自愿组织的合作机制，形成连续性的服务链条，实现共同发展。
2019年7月	健康中国行动（2019-2030）	健康中国行动推进委员会	建立和完善心理健康教育、心理热线服务、心理评估、心理咨询、心理治疗、精神科治疗等衔接合作的心理危机干预和心理援助服务模式。提出到2022年和2030年，居民心理健康素养水平提升到20%和30%。
2020年1月	新型冠状病毒感染的肺炎疫情紧急心理危机干预指导原则	国务院联防联控机制	将心理危机干预纳入疫情防控整体部署。
2020年2月	关于开展线上服务进一步加强湖北疫情防控工作的通知	国务院	开展心理援助服务。
2020年2月	关于设立应对疫情心理援助热线的通知	国务院联防联控机制	要求各地要在原有心理援助热线的基础上设立应对疫情心理援助热线，每条热线至少开通2个席位，结合本地公众需求提供24小时免费心理服务。
2020年3月	关于新冠疫情心理疏导工作方案的通知	国家卫健委	要求有关部门根据重点人群特点和心理服务需求，提供关心关爱、社会支持、心理疏导等服务，必要时请精神科医师会诊或转介至精神卫生医疗机构就诊。
2020年3月	关于加强应对新冠肺炎疫情工作中心理援助与社会工作服务的通知	国家卫健委、民政局	提出要将心理援助与社会工作服务纳入疫情防控的整体部署。
2020年4月	新冠肺炎患者、隔离人员及家属心理疏导和社会工作服务方案	国家卫健委、民政局	以社区为主要阵地，建立心理疏导和社会工作服务网络，并提供了6种针对性的服务要点。
2020年4月	关于印发入境人员心理疏导和社会工作服务方案的通知	国家卫健委等七部委	通过开展新冠肺炎防控和心理知识宣传，以及相关政策解读，减轻因认知不足、环境不适所致负面情绪；利用互联网和热线等平台为入境人员提供线上心理疏导和社会工作服务。
2020年4月	全国社会心理服务体系试点2020年重点工作任务及增设试点的通知	国家卫健委等十部委	50%以上的村要设立心理咨询室，20%以上医院需要开设精神心理门诊，并增设武汉为全国社会心理服务体系建设新试点区域。
2020年7月	国家卫生健康委关于全面推进社区医院建设工作的通知	国家卫健委	鼓励结合群众需求建设特色科室，有条件的可设立心理咨询门诊。
2020年9月	新冠肺炎疫情防控常态化下治愈患者心理疏导工作	国家卫健委办公厅	方案强调各地区要将治愈患者心理疏导纳入疫情防控整体部署，将心理疏导工作与其它防控措施同步实施。
2020年9月	探索抑郁症防治特色服务工作方案	国家卫健委办公厅	建立健全包括精神科医师、心理治疗师、心理咨询师、社工等在内的专业化心理危机干预团队。到2022年在试点地区初步形成全民关注精神健康、支持和参与抑郁症防治工作的社会氛围。
2020年10月	关于加强和完善精神专科医院医疗服务意见的通知	国家卫健委、国家发改委、教育部等七部委	面向基层开展心理咨询、心理康复等服务，补齐基层精神专科医院资源短板。加强精神专科医院医疗服务体系建设，提升精神专科医院服务能力，增加精神科医师数量，优化精神科专业技术人员结构。
2020年11月	关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议	中共中央	坚持中西医并重，大力发展中医药事业。提升健康教育、慢病管理和残疾康复服务质量，重视心理卫生和心理健康。

2021年3月	关于印发全国社会心理服务体系 建设试点2021年重点工作任务 的通知	国家卫健委、中央 政法委、教育部 等九部委	要求辖区100%精神专科医院设立心理门诊，40%的二级 以上综合医院开设精神（心理）科门诊，提升医疗机构 心理健康服务能力。
2021年11月	关于进一步落实青少年抑郁症 防治措施的提案	教育部	将抑郁症筛查纳入学生健康体检内容，建立学生心理健 康档案，评估学生心理健康状况，对测评结果异常的学生 给予重点关注。

此外，在政策引导下，部分地区已经开启了将心理治疗费用纳入医保的探索。这一系列政策都显示了国家对民众的心理健康水平的高度重视。在此背景下，心理健康服务领域也迎来了众多专注数字化的企业，旨在通过技术与专业知识的融合，让有限的心理健康服务资源覆盖更广的群体并不断探索、创新服务模式、服务工具，从而提升整体可及性、有效性。

资本推动心理健康服务的数字化建设。除了政策的指引和支持，嗅觉敏锐的资本也早已开启了对数字化心理健康服务领域发展的支持和投注，越来越多专注于数字心理健康服务领域的企业获得融资。

以互联网医疗为服务方式的“互联网平台类企业”总体融资轮次更靠后，以数字疗法为研发方向的“数字疗法产品类企业”总体数量更多，融资轮次偏早期。可见，前者发展更为成熟，竞争格局初显；而后者是目前更为新兴的赛道，是企业创新和资本投注新的热门方向。

■ 互联网医疗和数字疗法推动心理服务数字化建设

数字化创新服务模式、新增服务工具。为了更好调研行业数字化现状及未来趋势，我们将专注于心理健康服务的数字化企业分为了“互联网平台类企业”与“数字疗法产品类企业”。

对比板块/企业发展方向	互联网平台类	数字疗法产品类
主营业务	心理垂直领域平台搭建 (可分为咨询类、诊疗类)	自助式心理健康服务工具研发 (可分为消费级、医疗级)
核心价值	平台入驻医生、咨询师的数量、资质	产品的有效性、满足市场需求的程度
核心团队要求	互联网技术、平台化思维	心理专业、互联网、交互体验设计等复合背景
数字化应用重点	供需两端的高效连接、行业资源整合	产品迭代, 不断提高产品力
提升可及性的途径	线上交流、打破地域限制	专业经验沉淀、降低服务价格
提升有效性的途径	便捷复诊、提高依从性	创新工具, 提供更多有效心理健康服务手段

“互联网平台类企业”让心理服务更便捷、提升可及性。诊疗类互联网平台，如昭阳医生、好心情、小懂健康等，主要通过互联网医院平台为严重心理问题及心理障碍患者提供线上复诊及药品配送；咨询类互联网平台，如壹心理、简单心理、壹点灵等，则主要通过自建的互联网平台为严重心理问题、一般心理问题及健康人群提供心理咨询服务。两者通过线上服务模式补充传统线下诊疗的弊端，让获得心理服务的过程更便捷，提升可及性及有效性。

数字疗法为心理服务带来更多服务工具，提升有效性。以数字疗法为探索方向提供具体服务产品的企业，根据产品应用场景和市场定位不同，分为消费级和医疗级两大类。布局消费级产品的企业，如各色科技、KnowYourself(知我探索)、心岛日记等，主要目标用户为一般心理问题及健康人群，提供自助式或半自助式数字化产品，帮助其改善情绪从而更加积极、健康地生活。

布局医疗级产品的企业，如心景科技、望里科技、正岸科技等，多对标较为严重的心理问题以及其引起的如失眠、成瘾等对社会生活有严重影响的行为障碍。该赛道产品，通常以软件结合可穿戴等硬件为载体提供数字疗法，并定位于通过有效性临床试验结果获得国家医疗器械证，通过触达医院及医生，以处方的方式来到患者面前。此外，

在更宽泛的精神心理范畴，儿童自闭症、儿童发育障碍也是医疗级数字疗法类产品集中的细分领域，行业涌现出如大米和小米、北大医疗脑健康等企业专注于此。

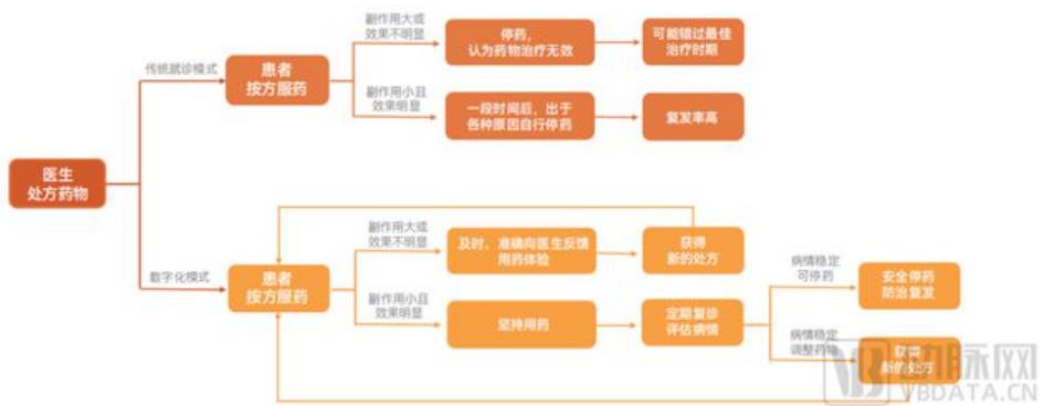
平台类企业提升服务可及性、呈融合发展之势

■ 诊疗类互联网平台，便捷复诊、提升用药依从性

高效沟通，找到最佳药物方案，提升服务体验感。目前，可供医生和患者选择的心理治疗药物品类较多。具体到每一个患者，到底什么药物或哪几种药物联合使用有效且副作用更小，需要经历一个无法避免的“试错过程”。患者需要在使用新药物处方的前 1-3 个月期间，将自己的用药感受频繁、及时且准确地与医生交流，在与医生的充分沟通下，共同找到最佳用药方案。

在传统就诊模式中，摆在患者寻找最佳用药方案路上最直接的待解决问题主要有两点。第一，由于患者需要长期在同一个医生门诊就诊，需要“迁就”医生的门诊时间，这对大部分上班族来说，往往需要提前预约医生和提前请假，这些“就医成本”常常导致复诊不及时，甚至直接放弃复诊。

第二，由于门诊医生时间有限且患者数量众多，医生很难准确记住每一个患者的药物调整过程。因此，要利用好有限的问诊时间需要患者自我有较高的信息归纳总结能力，以便让医生在最短时间里明白药物使用过程，并给出药物调整方案建议。实际上，传统诊疗模式中的这两大问题“难住”了大多数需要用药的心理疾病患者。



数字化心理健康服务模式中，互联网就诊让用药患者的长期复诊变得容易，免去患者来回医院和提前预约、请假的奔波。患者只需要通过手机端在空余时间将用药反馈及想要得到的帮助以图文形式上传(可多次补充)，让情况被完整记录，就可获得更精准的药物建议。这样一来，患者“足不出户”就能完成及时的药物反馈和定期的复诊流程。患者可在互联网医疗模式下找到最佳用药方案，使得坚持长期、定期复诊变得更加容易。

数字化服务，助力提升诊疗效率和准确性。数字化心理线上诊疗模式除了可以带来以上互联网属性赋予的便捷外，基于大数据和人工智能等技术，在患者问诊、医生接诊和开具处方、患者药物购买等环节也提供了诸多数字化服务以提升线上就诊效率和准确性。

患者在完成线上挂号后进入患者主诉环节。没有医学背景的患者难免会“抓不住重点”，出现提供信息“质量”不高或提供信息不全不足以支撑诊疗的现象。这将导致医生接诊过程需要反复询问，使整个问诊过程长达数小时甚至数日。



诊疗平台运用人工智能等技术，以 AI 小助手问答或问卷的形式引导患者将诊疗相关信息以更全面、更直接、更有效的方式叙述，保障信息的完整有用，提升患者和医生的沟通效率。

基于此数字化服务，医生随后的接诊环节效率得到大幅提升。此外，平台在大数据技术基础上，通过诊治指南及平台大量真实就诊数据不断锻炼算法，为医生提供诊疗环节的辅助诊断建议，进一步提升接诊效率并助力提升诊疗准确性。

值得一提的是，目前，行业内成熟度较高的诊疗类平台还配置了完整的药品供应链，药品目录与医院相当。医生开具处方并由患者在线上完成付款后，药物即可快递到家。不仅如此，平台基于处方中药物量及用药方式，还会在药物即将用完时推送复诊提醒。这一系列数字化服务在不同环节多维度提升了线上诊疗效率和准确性。

■ 咨询类互联网平台，匹配供需两端，把控咨询质量

数字化助力找到合适的咨询师，降低试错成本。和找寻最佳药物方案相似，找到最适合自己的心理咨询师也不是一蹴而就的过程，往往也需要数次尝试，有一个难以避免的试错过程。

每个咨询师擅长的领域和每一个来访者的心理问题成因都是独一无二的，如果来访者能够在寻求咨询时找到擅长领域与自己心理问题成因最大程度重叠和匹配的咨询师，将极大提高咨询的有效性，缩短来访者寻找“对症”咨询师的试错过程。

那么，如何更快、更高效在众多咨询师中找到适合自己的那一位，从而降低试错成本呢？数字化服务给出了可行的解决方案——通过大数据算法进行匹配推荐，并通过每次咨询的反馈持续训练算法。



数字化课程及培训，提升行业咨询服务能力。自 2017 年 9 月我国人力资源和社会保障部取消了心理咨询师资格证考试认定至今，国家对于心理咨询师的相关认定和监管机制一直处于空白状态，已获证咨询师也缺乏获证后持续培养的相关机制和资源。因此，行业一直处于“自由生长”的状态，心理咨询师专业能力良莠不齐，合格、优秀的咨询师数量难以满足市场巨大的需求。

在这样的背景下，心理咨询类平台企业开始借助数字化技术手段，逐步建立起相应的心理咨询师培训体系以及相关的“品控”制度。这些平台除了为心理咨询师提供职业平台外，也在一定程度上担任起

“持续教育”与“监管”的角色。

在“持续教育”方面，数字化技术让心理咨询相关专业培训线上线下充分结合。线下定期的集中式培训加上线上长期培训及督导，让行业有限的优质心理培训资源能够覆盖更多职业心理咨询师，共同提升心理咨询的服务质量。在“监管”方面，平台设置了来访者反馈机制，通过满意度、脱落率、改善率等维度对咨询师技能水平进行考核，并通过大数据算法给出相应评级。对于未达到考核标准的咨询师，平台会按照评级结果要求咨询师完成相应的理论学习及督导和实践等。

不过，归根结底，要完善咨询师“监管”的问题，给来访者和咨询师充分的保障，为行业良性发展保驾护航，最终还得依靠国家层面的相关政策法规。当年心理咨询师资格认证被取消的初衷，也是为了能够出具更规范、有利的政策法规以给予行业良性发展的土壤。经过多年的自我探索及对国外经验的结合，相信未来会有相关政策法规的出台，更有力、更系统、更全面地“监管”心理咨询行业。

■ 互联网平台呈融合发展之势，数字化产品成为企业新增长点

医生与咨询师“割裂”，未协作治疗心理问题。药物和心理咨询在治疗原理、起效时间、价格和起效成分等维度都不相同，对于心理问题的治疗和改善并不是二选一的关系，需要根据求助者心理问题严重程度、服务诉求、经济实力等因素，在不同时期给予相应的融合型解决方案。

目前，我国心理服务领域，药物处方和心理咨询是由精神科医生

和咨询师两个不同的角色提供，两类专家目前并未形成有效的协作机制。

差异维度	药物治疗	心理咨询
专业人员	精神科医生	心理治疗师、心理咨询师
专业人员职责	基于物理检查、生化检查等排出器质性病变及其它可能因素，准确确诊心理问题并处方相应药物	基于认知行为、精神分析等专业心理学咨询技术，通过与求助者建立长期互动，帮助改变认知
治疗原理	药物直接作用于神经，通过药物机理干预神经递质浓度，调整情绪变化	通过长期的互动和人际关系方式，改善认知和情绪，从心理结构方面调整情绪变化
有效成分	药物相关化学成分	咨询过程中的专业、有效互动
起效时间	快	较缓慢，且个体差异大
治疗主要目标	改善症状，从而避免失眠、自杀倾向等对生活带来较大影响和痛苦的行为	改变认知，从而解决造成心理问题的根源
费用	较低，通常每月几十元~几百元，部分药物可报销	较高，每月几千元甚至上万元，几乎不可报销

互联网心理平台，用数字化打造药物与心理咨询的融合方案。专注咨询和诊疗的两类平台逐步通过自建或合作的形式向彼此的业务延伸，以形成融合型药物和心理咨询服务的闭环。

此外，除了药物与心理咨询的融合，线上和线下的融合也是心理平台类企业共同展现出的发展趋势。据调研，心理治疗过程，尤其是心理咨询板块，线上与线下体验还未能达到对所有求助者效果相当的程度，线下心理服务依然拥有不可或缺的地位。因此，心理平台类企业也纷纷创建了线下的诊所、咨询室等，为求助者提供线上线下融合的心理健康服务。

数字化产品成为新的业务增长点。除了上述的融合趋势，互联网平台类企业也积极布局数字化产品领域。一方面，基于自身平台沉淀的大量数据打造相关算法，不断提升医生、咨询师的服务效率，如人工智能辅助诊断产品、面部情绪识别产品、AI 小助手诊前病历整理产品等。另一方面，通过自主研发或合作的形式为求助者提供自助式

或半自助式数字化产品，强化心理干预效果，如各类自测问卷、心理相关课程、冥想类情绪调理产品等。

对于互联网平台类企业来说，布局产品领域不仅是对原有业务线的巩固与加强，更是有力的全新业务增长点。医生和咨询师作为平台最重要的服务资源，运用数字化提升其效率是提高平台服务能力上限的重要途径；而来访者可付费自行购买体验的自助式产品也将对平台沉淀的大量求助者的需求进行更深入地挖掘和满足，从而获得新的业务增长点。

数字疗法丰富心理服务“工具箱”，产品打磨没有捷径

■心理健康数字疗法创新服务工具，提升可及性、有效性

沉淀宝贵干预经验，提升专业服务可复制性、可及性。心理健康服务资源的核心之一是精神科专家及心理咨询的专家所掌握的大量专业心理相关知识，以及在此基础上获得的丰富的诊疗、干预经验。

传统诊疗中，这些都只能通过与专家们建立直接联系获得，而在数字化技术加持下，它们可以被一一沉淀下来，以数据的形式被记录、归类和标准化。基于这些宝贵的数据，运用大数据及算法技术，通过人工智能让在真实世界被验证过的有效干预方案在需要的时候自动重现。最终，通过提升专业服务的可复制性降低对专家的依赖，达到以人机交互为主、专家为辅的干预过程，从而提升服务可及性。

创新数字疗法类产品层出不穷，消费级和医疗级齐发力。目前，心理健康服务领域的数字疗法类产品根据适用人群、市场定位等不

同，分为消费级数字化产品、医疗级数字疗法两类。

差异维度	消费级	医疗级
目标人群	受心理困扰的健康人群、一般心理问题等	确诊神经心理疾病需要治疗的人群
产品作用	改善、缓解由心理问题引起的情绪问题或失眠等行为障碍。	针对国家认定目录的心理疾病，进行预防、治疗、管理等，并需保证安全性且临床验证有效
是否需要医疗器械证	否	是
应用场景	居家、机构、企业等	医院或居家
产品性质	通常为软件	大多为软件、硬件的结合
使用流程	用户线上购买即可使用	医生开具处方或科研项目中使用
商业模式	toC、toB	toH (D) toC/科研项目合作

消费级产品更注重由心理问题引起的情绪、行为的改善和缓解，而医疗级产品侧重针对国家认定目录的心理疾病在预防、治疗和管理中确保安全性的前提下，有临床验证的效果产出。

■消费级数字化产品填补市场空白，打造差异化是关键产品力

大量轻症的心理健康服务需求待满足，消费级数字化产品应需而生。轻症用户一般是暂时受困于轻度心理问题，又或者是想要保持或追求更好生活状态的健康人群。因此，传统治疗手段中的药物治疗并不适用，而一个稳定长期的心理咨询计划又显得性价比欠佳。在巨大的市场需求驱使下，行业涌现出众多数字疗法类的心理健康服务数字化产品。用户仅需线上下单就可自助使用、开启自我调节的心理干预之旅。

C 端还是 B 端有待市场验证。目前，消费级心理健康干预数字化产品有两大主要市场推广模式：toC 直接触达消费者和 toB 让企业买单为员工提供数字化心理干预。

ToC 产品由于付费方是用户自己，因此在产品使用过程中，“用户自我驱动力”有天然的优势。基于软件形式的消费者自助式使用的

数字化产品起效的一个关键点是依从性，也就是坚持体验完整周期的干预方案，其中，“用户自我驱动力”是很重要的影响因素之一。得益于高“用户自我驱动力”，toC 模式的产品在获得大量真实用户使用数据以优化、迭代产品数据以及获得用户共创机会上更有优势。

硬币的另一面则是 toC 产品居高不下的推广门槛及成本。据调研，近年来疫情里程碑式提高了国民对心理健康的重视程度，然而对于心理健康的付费意愿并没有随之增加，反而有缩减的趋势。行业人士认为，toC 产品的放量关键还是在于效果保证的前提下，不断降低价格。

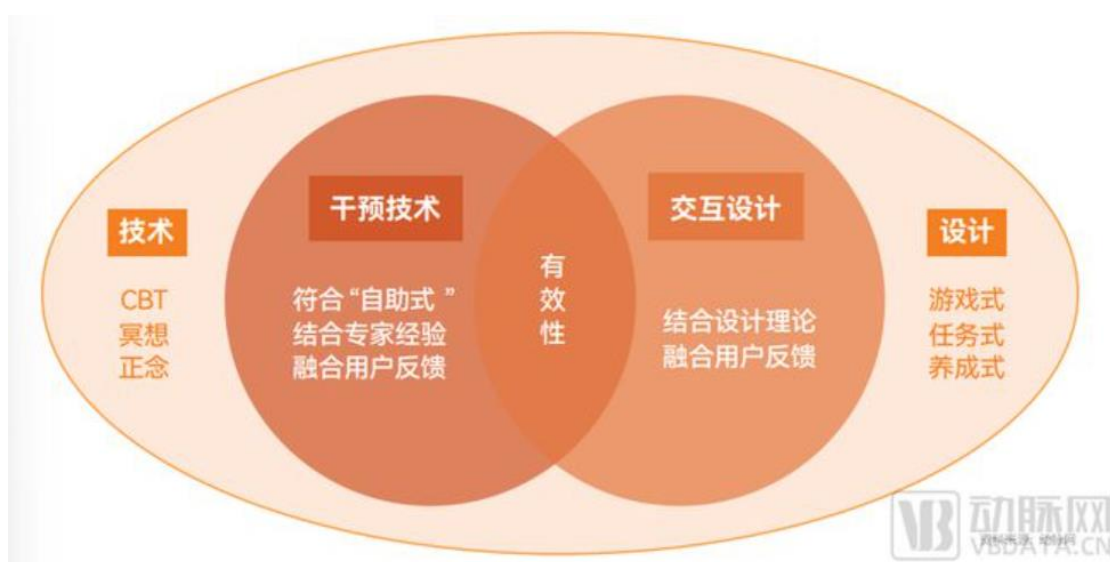
对比维度	toC	toB
付费方	用户个人	企业
费用	以周期为单位（通常为2周至数周不等） 几百元至一千元之间	通常以年为单位 按照选择服务项目数每人几十元至百元之间
产品使用方	用户个人	企业员工
产品结果交付方	用户个人	企业员工和企业管理层
产品个性化需求	较强	较弱
产品与用户共创可能性	大	较小

ToB 模式的产品在“获得付费”方面有明显的优势。但与此同时，由于付费方和使用方不统一，也就是企业员工也许并没有或还未发现自己有心理健康服务的相关需求，因此无法拥有足够的自我驱动去体验完整的产品。此外，由于产品结果交付方也并非仅有使用方，存在企业员工有偏向性、针对性地完成产品体验任务，导致产品体验数据不真实的潜在可能。这对想要不断通过真实数据优化、迭代产品性能的数字化产品企业可能不太有利。

因此，toC 的产品需要利用好真实用户的使用数据与共创意愿，加速产品迭代、提高“疗效”的同时提升产品数字化性能、减少对人

工的依赖，从而降低服务价格打开更大的 C 端市场；toB 的产品应把握好“有人买单”的窗口期，探索更优的用户意愿启动方案以获得更有效的数据迭代产品性能，不断提升“疗效”，树立有效性口碑从而留住付费企业的同时开拓更多的企业。

不过，如长岭资本管理合伙人蒋晓冬在调研中强调，目前，心理健康服务领域专注于产品打造的企业应更注重产品力及产品效果打造，在这个增量市场中，比商业模式更重要的是如何为市场带来好的、用户真正需要的有效产品。



有效性是产品差异化关键，依赖用户体验、专家经验与技术的有机结合。据调研，目前用于消费级设计数字疗法类数字化产品的理论基础是相似的，这自然难以避免产品在行业发展初期的同质化现象，要摆脱同质化的关键点在于不断提升产品有效性。而有效性提升的其中的两个关键打磨维度就是“干预技术”和“交互设计”，两者相辅相成，呈螺旋式共同提升产品有效性。

产品打磨的过程没有捷径，早期高成本、重人力的产品打磨是树立产品长期市场地位、竞争壁垒的必经之路，也终将为企业赢得更大的市场。在此期间，企业要做的就是更短的时间里获得更多有效的真实数据，加快产品迭代升级，不断提高产品有效性的同时提升产品自助性，从而降低产品成本，降低市场定价以在更大的市场中放量。

■ 医疗级数字疗法创新治疗手段，与传统治疗方案形成优势互补

数字疗法多集中于评估环节，治疗环节最少。目前我国获批的数字疗法中，运用于评估环节的产品占比最多，用于疾病治疗的产品占比最少。行业亟待更多针对心理疾病目录疾病的治疗类产品出现，并通过 NMPA 批准后投入临床治疗使用。

“产品打磨”与“临床试验”齐头并进，打造高有效性医疗级数字疗法。据调研，精神心理健康领域定位于医疗级的数字疗法，在心理健康干预技术与数字化技术基础之上，有诸多不同的新技术与新学科融合的尝试。这类结合减轻了用户的“使用难度”，提高用户的依从性；同时，可以增加对用户状态评估和把控的精准性，从而不断调整产品设计，提高产品使用的有效性。

目前，精神心理领域医疗级产品的适应症多集中在失眠障碍、成瘾和创伤后应激障碍。如上所述，医疗级产品由于与新技术和学科融合的尝试，让产品天然拥有一定的“差异化”。但其产品打磨依然不能松懈。这需要运用大量真实用户数据不断打磨算法，并同时延伸出更多更具个性化的干预方案，以应对不同的疾病阶段、不同的病程

度患者的需求。

通过持续的“产品打磨”，产品拥有了满足市场需求的安全性、有效性后，就将迎来“临床试验”考验。医疗级产品定位临床，获得NMPA的医疗器械证是上市的基础。目前，我国精神心理数字疗法领域发展处于极早期，相关医疗级产品并没有太多产品临床试验设计的参考方案。因此，有效可行的临床试验设计也是企业需要攻克的一个“上市难关”，企业需要与各专家共同基于产品特性、预期达到的验证目标探讨合理的临床试验设计并严格实施。

数字疗法为传统诊疗手段提供有力补充，而非替代。行业亟待更多行之有效、标准化更高、可复制性更高的精神心理疾病的治疗手段和工具出现，以补充传统治疗手段的不足，打破其局限性。

数字疗法是前景充满想象的选择之一，需要紧紧围绕专业知识、行业指南和专家经验，运用技术作为助力手段，提高诊疗效率、可及性和可复制性。数字疗法并不是对传统治疗手段或医生专家的代替，而是作为有效补充，在安全性、有效性得到验证的前提下，提升传统治疗的效率和效果，为数字化心理健康服务工具添砖加瓦、做行业发展的加速器。

未来趋势

■数字化趋势不可逆，行业尚处发展初期，企业铸造各自护城河

未来，平台类企业竞争格局将逐步清晰。头部企业平台不断占领更大的市场，产品类企业也将不断推出基于循证的、经过充分市场验

证的安全且有效的心理健康服务类产品，各细分领域逐步出现拥有绝对竞争壁垒的优势产品。

■行业亟待新的咨询师职业机制，为数字化发展打造坚实基础

行业人士表示，我国正积极建立心理咨询师相关职业体系。由于我国医疗体系、保险支付体系、人民心理健康服务需求与欧美等国家存在诸多不同，虽然国外较为成熟的职业体系具有参考价值，但难以照搬使用。

不过，可以明确的是，提高心理咨询师“准入”标准、完善持续培训和职业监管体系是整体的方向。相信，不久的将来，心理健康服务领域将迎来新的心理咨询师职业机制。届时，心理健康服务行业将在更坚实的基础上继续快速发展，进而也将加速数字化建设进程。

■平衡“产品打磨”和“市场推广”，铸造良性发展环境

在心理健康服务需求端，用户意识快速增长，但真正的付费意愿还有待市场教育的渗透和靠一批批“尝鲜”用户的满意度建立市场对行业的信任。在政策和资本的高度关注和支持下，市场被完全激发只是时间问题，在此重要阶段，相比在目前已开发的有限市场中去竞争，企业之间更应携手建立市场信任，沉下心耐心打磨安全、有效的产品，共同开发数字化心理健康服务行业的真实市场规模。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

跨省异地就医直接结算：顶层有部署，地方有实践

来源：中国医疗保险

异地就医直接结算服务，是党中央、国务院的部署，是“放管服”改革的一项重要内容。因此，跨省就医直接结算不是单纯的业务工作，而是一项改革、一项政治任务、一项事关人民切身利益的惠民工程，是坚持人民至上、增进民生福祉的具体化，也是医保系统转变作风的着力点。

顶层决策部署：“民生情暖暖的”

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》强调，“适应人口流动需要，做好各类人群参保和医保关系跨地区转移接续，加快完善异地就医直接结算服务”。这里的“加快完善”强调的就是增强紧迫感，目标是“适应人口流动需要”，目的是解决人民群众最关心、最迫切、最现实的需求，是坚持人民至上理念的具体化，为我们做好异地就医直接结算工作指明了方向，提供了根本遵循。

“落实异地就医结算”——这是国家“十四五”规划和 2035 年远景目标纲要作出的部署。

国务院近年来的政府工作报告，年年都对跨省就医直接结算提出要求。

2019 年政府工作报告提出，“抓紧落实和完善跨省异地就医直接结算政策，尽快使异地就医患者在所有定点医院能持卡看病、即时

结算，切实便利流动人员和随迁老人”。2020 年政府工作报告提出了新要求：开展门诊费用跨省直接结算试点。2021 年政府工作报告则提出，“推动门诊费用跨省直接结算”，这标志着门诊费用跨省直接结算从试点进入全面推行的新阶段。2022 年政府工作报告强调，完善跨省异地就医直接结算办法。试点一推动一完善，其力度年年加大，进度年年加快，群众获得感一年比一年更加充实。

值得深刻领会的是，党中央、国务院对异地就医直接结算服务作出顶层设计、进行顶层推动，充分彰显了我们党全心全意为人民服务的根本宗旨，是坚持人民至上理念、切实增进民生福祉的具体化。

国家医保局坚决贯彻落实党中央、国务院决策部署，出台了一系列贯彻落实中央决策部署的政策举措。一直把异地就医结算服务作为践行以人民为中心的发展思想的一项惠民工程来推进，作为学党史、悟思想、办实事、开新局的着力点，作为解决老百姓“急难愁盼”问题的突破口。

2021 年 9 月，由国务院办公厅印发的《“十四五”全民医疗保障规划》（国办发〔2021〕36 号）对“落实异地就医结算”作出专项部署，提出“完善异地就医直接结算服务。加强国家异地就医结算能力建设，实现全国统一的异地就医备案，扩大异地就医直接结算范围，逐步实现住院、门诊费用线上线下一体化的异地就医结算服务”。规划提出“实施国家异地就医结算能力建设工程”，对“十四五”期间落实异地就医结算服务作出全面具体部署。

2019年5月，国家医保局联合财政部出台《关于切实做好2019年跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（医保发〔2019〕33号），强调切实转变作风，各统筹地区医保经办机构要贯彻以人民为中心的服务理念，急群众所急，想群众所想，真心耐心细心做好各项服务，以人民群众是否满意为标准，及时妥善解决群众异地就医过程中出现的各种问题。

2020年6月，国家医保局联合财政部印发《关于切实做好2020年跨省异地就医医疗费用结算工作的通知》（医保发〔2020〕23号），提出要加强组织领导，针对群众反映集中的堵点、痛点问题，积极主动作为，及时破解难题。

2020年9月，国家医保局联合财政部印发《关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知》（医保发〔2020〕40号），强调要坚持以人民为中心的发展思想，积极稳妥有序探索基本医疗保险门诊费用跨省直接结算实现路径，提供优质、高效、便捷的医疗费用结算服务，进一步提升人民群众的幸福感和获得感。

2020年7月，为提供快捷的备案服务，国家医保局办公室发出《关于开展自助开通异地就医直接结算服务试点工作的通知》（医保办发〔2020〕34号），决定开展自助开通异地就医直接结算服务试点，取代现行备案管理，依托国家医保服务平台App，为参保群众提供更加方便快捷的跨省异地就医结算服务。

2021年4月12日，国家医保局联合财政部印发《关于加快推进

门诊费用跨省直接结算工作的通知》(医保发〔2021〕27号),提出到2022年底前,每个县至少有1家定点医疗机构能够提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务;基本实现5个门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算统筹地区全覆盖。此件旨在贯彻落实当年政府工作报告重点任务和《国务院办公厅关于加快推进政务服务“跨省通办”的指导意见》(国办发〔2020〕35号)的要求,解决人民群众在跨省就医结算中的“急难愁盼”问题。强调“持续优化异地就医线上备案服务,推行“承诺制”“容缺后补制”,推进异地就医备案“零跑腿”“不见面”等线上服务。要求各级医保部门紧紧围绕党中央、国务院决策部署,进一步提高站位,始终将医保事业高质量发展同人民美好生活需要紧密结合起来,切实解决参保群众异地就医结算中遇到的“急难愁盼”问题。

2021年9月,国家医保局办公室联合财政部办公厅印发《关于开展门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点工作的通知》(医保办函〔2021〕4号),要求试点地区医保部门要提高政治站位,扎实有力抓好落实,将门诊慢特病费用跨省直接结算作为“为群众办实事”的重点举措,不折不扣地完成任务。

2022年6月,国家医保局联合财政部出台《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》(医保发〔2022〕22号,以下简称22号文件),首次提出“深化基本医疗保险跨省异地就医直接结算改革”,强调坚持政策优化集成、管理规范统一、业务协

同联动，让人民群众享受“服务高效便捷”的跨省就医服务。

纵观上述文件，彰显以下几个共同点：坚持人民至上，急群众所急，为群众办实事，切实解决人民群众在异地就医结算中遇到的“急难愁盼”问题；提高政治站位，将党中央、国务院的部署落实落地落细；提出“深化基本医疗保险跨省异地就医直接结算改革”命题，持续提升人民群众获得感、幸福感、安全感……这些共同点告诉我们，异地就医直接结算服务，是党中央、国务院的部署，是一项改革、一项政治任务、一项事关人民切身利益的惠民工程，是坚持人民至上、增进民生福祉的具体化，也是医保系统转变作风的着力点。

人性化足足的，温度感暖暖的，民生情浓浓的，政策举措棒棒的，体现了党和政府全心全意为人民服务的根本宗旨。这是各地医保部门的同志对国家出台的政策举措的普遍感受。这一感受正在转化为地方各级医保部门贯彻国家决策部署的动力。

实践的回应：“精准化棒棒的”

联系本地实际，推出一系列站位讲高度、认识讲深度、服务讲温度、落实讲力度的政策和服务举措，是各地的普遍做法。笔者查看浙江、河北、河南、青海、内蒙古、广东、四川等地的网站发现，这套做法被当地媒体等社会相关各界称之为“高质效的服务”“四季如春的服务”，点赞站位的高度、认识的深度、服务的温度、落实的力度是“精准化棒棒的”。

站位讲高度。各地普遍把做好异地就医直接结算作为贯彻党中

央、国务院决策部署的一项实际行动来抓，作为一项民生实事来办，并且有具体举措。普遍的做法是“六个纳入”。一是纳入常态化党史学习教育活动“学党史、悟思想、办实事、开新局”的一项重要内容，各级医保部门的党组织从讲政治的高度做好这项服务工作，并充分发挥党员的先锋模范作用，在跨省就医直接结算服务岗位设立“党员先锋岗”或组建“党员先锋队”，解决跨省就医直接结算中遇到的各种难点、堵点，使党建引领、政治统领落实到位。二是纳入贯彻国家决策部署的一项实际行动，用大局观念指导跨省就医直接结算服务。三是纳入坚持人民至上理念，为人民群众破解“急难愁盼”问题的一道必答题，层层压实责任抓落实。四是纳入深化医保制度改革、推进医保事业高质量发展的一项不可或缺的重要举措，提出以人民群众获得感、幸福感、安全感作为检验医保事业高质量发展的成色。五是纳入医保系统行风建设的重要议事日程，普遍建立并实施了“好差评”制度，许多地方的医保部门还开展了“作风建设年”活动。六是纳入深化“放管服”改革的一项重要内容，将提升跨省就医直接结算服务效率和推进医保经办数字化转型作为先手棋来下。

例如，河南省郑州市将门诊慢特病保障作为践行党史学习教育“我为群众办实事”的一项重要工作，成立由“一把手”任组长的专项工作组，多次到定点医疗机构、区县(市)调研，听取民众心声，加强顶层设计，高位推动，实现了慢特病申报、评审认定等环节的全程网办，办结时限由过去 60 个工作日缩短为 1 个工作日，由过去半年

办理一次改为随来随办，极大改善了参保群众的体验。笔者查看各地医保部门网站发现，郑州的做法具有代表性，为提升异地就医直接结算效率，便于于民，缩短办事时限、随来随办、应办尽办已成为各地的普遍做法。

认识讲深度。各地医保部门注重研究跨省就医特别是门诊慢特病跨省直接结算的特点，将其概括为“急、广、高”三件事：急，它是一件攸关人民群众健康的急事，在贯彻以人民健康为中心的医保发展理念下，必须急事急办，从速办妥，体现人民至上、生命至上理念；广，在慢性病多发的背景下，它是一件涉及面较广的事，容不得出差错，必须精细化办理，提高经办服务的精准度；高，即要求高，门诊慢特病相关费用跨省直接结算是一件务必一次办好之事，因为跨省就医的参保群众多为流动人口、随迁老人，为了不影响他们异地就医和工作、生活，必须做到一次办好，避免他们来回奔波或反复联系，绝不能把这件事拖成老百姓的烦心事。

为了办好这三件事，各地医保部门通过深化“放管服”改革提效率，通过持续开展“我为群众办实事”活动提升精细化水平，通过深入推进医保经办数字化转型赋能经办服务提质增效。办事环节、办事材料实现应减尽减，网办、代办成为普遍现象，群众少跑腿、信息多跑路成为现实。例如，湖北黄冈市医保局开展“高效办成一件事”活动，参保群众只需通过国家医保局异地就医备案小程序、“鄂汇办”App、电话、微信等方式，就可办理异地就医备案手续。全市11个县

(市、区)全面实现异地就医门诊费用直接结算，本市外地参保群众持社会保障卡即可在异地定点医疗机构进行门诊费用结算。通过开设经办服务“掌上办”，市医保局微信公众号“黄冈医保”与“鄂汇办”App完成对接，可实现实时查询个人账户收支明细、药品目录、定点药店等12个事项网上办，可办理异地安置退休人员备案、常驻异地工作人员备案、异地转诊人员备案等业务8项。据了解，许多地区已实现90%的高频事项网上办，“最多跑一次”或“零跑腿”已在多地成为现实。

服务讲温度。“不见面”办已成为普遍现象，“不见面”办本身就是一种温度，让群众“零跑腿”就能办成事，群众的温暖感油然而生。四川省成都市参保人员尹先生在接受访谈时说，如今网络发展了，办事效率提高了，让老百姓很容易得到想要的服务，进一步密切了党群、政群、干群关系。68岁的尹先生自我介绍说，自己虽有手机，但不会“掌上办”，因年纪大也没打算学会“掌上办”，但成都市医保局的同志很热心，手把手地教他学会了“掌上办”，这种事连他的子女都没有做到。通过这个过程，他不仅掌握了“掌上办”的技能，而且还收获了医保局同志的一份温暖，他把这种温暖称为“网络结缘”。习近平总书记指出：“要坚持传统服务方式和智能化服务创新并行，针对老年人、残疾人等群体的特点，提供更加贴心暖心的社会保障服务。”总书记的这一教诲，已在成都和全国各地开花结果。

落实讲力度。各地医保部门的主要做法是“五加强”：加强由“一

把手”担纲的组织领导，并成立专门工作班子；加强随时办结、限时办结、容缺后补办结、一次办结等相关制度建设；加强经办机构、医疗机构相关人员的经办能力建设，以能力提质效，有些地区还创新性成立了异地就医服务中心，旨在建设专业化的机构和队伍；加强预测分析，制定专项计划或实施方案，有目标、有计划地推进跨省就医直接结算；加强对异地就医直接结算运行情况的监督检查、实效考核等机制建设。

例如，山西省大同市成立医保异地就医直接结算工作专班，市医保局主要领导任组长，相关科室和经办机构负责人为成员，分工负责政策制定、解读和信息协调，协同解决推进异地就医直接结算工作中出现的问题。针对具体工作，制定任务台账，确定责任部门和责任人，限时完成，挂图作战。坚强有力的组织领导推动全市异地就医直接结算取得显著成效。2021年，外省来大同人员住院直接结算涉及41家定点医院，2643人次，结算金额1646.04万元；外省来大同跨省门诊刷卡结算236人次，涉及30家定点医院，医保个人账户支付3.46万元。大同市参保人员在全国26个省市的985家医院，异地就医住院直接结算20390人次，统筹基金支付18263.63万元；在全国21个省市门诊刷卡10万人次以上。江苏省镇江市医保局从2021年初着力打造“异地就医e路畅通”服务品牌，跨省住院直接结算服务网络覆盖全国所有省份和统筹地区，异地就医门诊费用直接结算拓展至29个省份和新疆生产建设兵团的331个统筹地区。2021年，全市跨省就

医费用直接结算 10.37 万人次，医疗总费用 3.28 亿元，参保群众切实享受到异地就医直接联网结算带来的便捷。

[返回目录](#)

实现医保高质量可持续发展，这个根基性前提不可或缺

来源：中国医疗保险研究会

习近平总书记高度重视医保事业高质量发展、可持续发展，多次强调要守护好人民群众每一分“治病钱”“救命钱”，确保基金安全和稳健运行。在总书记一系列重要指示和党中央、国务院的决策部署指引下，相关部门、各方面高度重视医保基金安全、确保医保基金稳健运行、推进医保高质量可持续发展的态势基本形成并取得了阶段性的显著成果，医保基金运行的生态环境也较前有了一定的改善。但是，必须清醒地看到，防范医保基金风险、确保医保基金稳健运行和可持续发展是一项复杂的系统工程和需要长期奋发努力的艰巨任务，是实现医保高质量可持续发展的根基性前提。兹事体大，切不可有丝毫的松懈和含糊。

(一)

之所以说医保基金稳健运行是医保高质量可持续发展的根基性前提，是因为医保基金是医保制度建设和发展的物质基础，具有极端重要性，如果没有医保基金的稳健运行，医保便成了“无本之木、无源之水”。只有持之以恒、锲而不舍地不断夯实筑牢医保基金稳健运行这个“根基”，医保才可能高质量可持续发展，否则，一切都无从

谈起。

医保制度是民生保障制度体系中最具基础性、普惠性、兜底性的重要制度安排。这个制度安排的物质基础(根基)就是医保基金。医保制度建设和发展的逻辑起点就是筹集医保基金——根据疾病发生风险的规律和特点,通过筹集基金的办法,运用“大数法则”和互助共济方式,分散和化解仅靠社会成员个体之力无法抗御的疾病风险、护卫人民群众健康、增进社会公平正义、维护社会和谐稳定。从这个意义上说,医保制度建设起始于医保基金(筹集)、医保制度效能的发挥有赖于医保基金(支付),在一定意义说,就是用基金这个经济手段和办法化解社会风险、解决社会问题。如果没有足够的医保基金或医保基金不能稳健运行,发生了系统性财务风险,遑论医保高质量可持续发展?!

(二)

我国现行的职工基本医疗保险制度(简称“职工医保”),是在改革施行了几十年的劳保、公费医疗制度的基础上建立的。初创时遇到的首要问题就是“钱从哪里来?人往哪里去?”,也就是基金如何筹集问题。根据筹资、保障水平必须与经济发展水平相适应,企业、个人、政府合理分担的原则,参照历史数据,又实地调查了几十个城市大量的典型数据,经过定性与定量的综合分析考量,在国家层面确定了企业缴纳职工工资的 6%左右;职工缴纳个人工资的 2%;企业和个人缴纳医保基金(包括 4%的企业补充医疗保险金)均在税前列支;同时,将企

业缴费的 30%左右划入个人账户，个人缴费计入个人账户。在这里附带说一下，一段时间以来，有些论者指出，医保基金不应该是“以收定支”，而应该是“以支定收”。这是他们不谙医保由来的缘故。在制度启动设定初始费率时，筹资多少正是根据“以支定收”确定的。而当基金筹集起来以后，在制度稳定运行阶段，当然就要坚持“以收定支、收支平衡”（通俗地讲就是“有多少钱办多少事”）的原则了。这是不容置疑的。

（三）

经过 20 多年时间和实践的检验，总体上说，当年国家确定的基金筹集的原则、“三者”分担的比例等是比较适宜的，即符合当时经济发展水平和“三者”的承受能力。正因为如此，才使得医保基金规模逐步发展壮大、医疗保障的实力不断提升。曾记否？初建职工医保制度的 1999 年，全国医保基金收入只有 60 多亿元，2000 年，也只有 120 亿元左右。当时医疗机构收入中来自医保支付的占比很低（据调查大体在 5%—7%左右），在他们看来无足轻重，很难发挥医保支付的“杠杆作用”，医保机构也缺少“话语权”。

随着医保覆盖面的不断扩大，特别是后来城乡居民医保制度的建立和整合，全国参保人数达 13.6 亿人，参保率稳定在 95%以上，各级财政对医保的投入持续增长，基本医保基金（含生育保险）规模不断发展壮大，到 2021 年基金收入达到 2.8 万亿元，支出 2.4 万亿元，累计结存 3.6 万亿元。

由于医保基金保障实力增强，群众获得的医疗保障范围、保障水平也不断扩大和提高。譬如医保药品目录由 2000 年的 1300 多种扩大到 2021 年的 2860 种，增加了一倍多；职工医保政策范围内的报销比例达到 80% 以上，居民医保达到 70% 左右，群众负担的医疗费用降到 27% 左右，为 20 年来最低。医疗机构收入中来自医保支付的比例一般都在 70% 左右。

古人说“长袖善舞、多钱善贾”。由于医保基金实力的不断增强，在较好保障参保人员基本医疗需求的同时，2018 年以来，医保在助力脱贫攻坚和抗击新冠疫情的“攻坚战”“总体战”中也发挥了制度优势、作出了重要贡献。据不完全统计，医保扶贫惠及“因病致贫”人口 5.3 亿人次，助力近 1000 万户困难家庭脱贫。在抗疫斗争中，医保实施的“两个确保”“五个办”等应急举措，为群众接种疫苗提供经费保障，促使核酸检测多次降价，为困难企业纾困解难，缓缴医保费等，减轻企业负担 1500 亿元以上，等等。举凡诸端，既说明中国特色医保的制度优势，也证明我国医保基金建立和发展的基本面是好的，经受住了一定时间和实践的检验。

(四)

充分肯定医保基金运行发展的基本盘，并非全盘肯定、一切皆好，而是要以历史唯物主义和辩证唯物主义的观点和方法，冷静清醒地分析考量存在的不足和风险，以与时俱进的态度、积极而审慎地兴利去弊，健全完善医保基金运行机制，改善基金使用效率，强化综合监管，

方能永葆稳健运行的态势、支撑医保高质量可持续发展。

因各种猖獗的滥用、欺诈、套取医保基金等违法犯罪行为造成的医保基金的损失和运行风险已经讨论得比较多了，也引起了相关责任主体的高度重视。这里仅从医保基金运行机制的维度讨论存在的不足和风险。我认为主要表现在这么四个方面：

一是受思想认识和历史条件的局限而在制度初创中产生的“先天不足”。诸如对“统账结合”制度模式中基本医保与基本养老保险制度的运行规律和特点，特别是二者的区别认识得不透彻；将医保个人账户作为职工缴费参保的激励手段而对医保个人账户作用的“有限性”认识不足；对划入个人账户资金比例规定过于原则宽泛，导致一些地方“自由裁量权”过大，划入个人账户的比例过大（有的地方甚至高达50%左右），削弱了基金的共济保障能力；对个人账户资金的使用既有限制过死的问题，也有疏于管理的问题，既造成了“苦乐不均”，又产生了不良的社会影响，给坊间诟病医保提供了口实。

二是对城乡居民医保的缴费责任没有作出明确而具体的规定。特别是个人缴费责任不到位，缴费占比偏低，政府按人头定额补助（占到基金的总额的80%以上），并未与个人及家庭收入挂钩，看似很“公平”，实际上既造成责任失衡，又助长了泛福利化倾向和一些人对政府的过度依赖，这是医保可持续发展的最大隐患和风险。

三是一些地方违背《社会保险法》的相关规定突破基金支付范围。常常以所谓“特事特办”“为群众办好事”等名义自行其是，诸如有

些地方在医保助力脱贫攻坚中对“困难户”搞叠床架屋式的“多重救助保障”；在实施大病保险中用医保基金支付商保机构承办大病保险的成本和利润；在抗击新冠疫情中将常态化核酸检测费用纳入医保支付；有的地方还把“辅助生殖”费用也纳入医保基金支付的范围等等，严重损害了基金的完整与安全。

四是新形势新变化带来的新挑战新风险。由于社会主要矛盾的变化和人口老龄化、城镇化、就业多样化的快速发展，使得原有的筹资机制、筹资规则等都面临新的严峻挑战，如不根据新形势、新变化适时创新完善筹资主体、筹资规则、筹资渠道、征缴方式，同时提升基金统筹层次、建立中央调剂金制度等新举措，医保基金稳健运行的风险势必增大。事实上，现在一些地方的职工医保基金尚有一定结存，但居民医保基金已经发生透支了。全民医保覆盖的 13.6 亿人中，10 亿多人参加的居民医保，这可是绝对的“大头儿”，是决定医保基金能否稳健运行的关键所在，也是医保高质量可持续发展的“瓶颈”，必须引起更高程度的警觉和重视，并积极创造条件审慎稳妥地加以解决。

(五)

医保基金稳健运行有五个最基本、最重要、最显著的特征：基金筹集均衡合理可持续、保障待遇公平适度权责清晰、基金使用依法依规富有效率、基金监管严密有力协同高效、医保法制健全完善依法施保。

为进一步夯实筑牢医保基金稳健运行这个根基性前提，确保医保高质量可持续发展，就要按照党中央关于医保制度建设发展的统一部署，在习近平新时代中国特色社会主义思想，特别是他深刻总结的关于促进社会保障高质量发展、可持续发展的“五个坚持”的指引下，务必在医保基金运行五个基础性关键性机制和环节上持续用力：

在健全完善均衡可持续的筹资机制上持续用力。这是医保基金稳健运行的逻辑起点和医保高质量可持续发展的基本保证，也是必须随着经济社会的发展与人民群众健康需要和各方承受能力不断调适的过程。职工医保筹资机制和筹资规则要根据缴费主体、征收主体、最低缴费年限和缴费标准的变化作相应调整，重点是在积极稳妥深化个人账户改革的同时，逐步统一地区之间缴费标准、最低缴费年限和统筹层次，藉以增强公平性和可持续性。居民医保要着力均衡政府与个人的负担，缴费标准要与居民可支配收入挂钩，增强个人保障责任和缴费意识，在规范筹资机制和筹资规则的基础上，实现居民医保基金稳健运行和制度高质量可持续发展。

在保障待遇公平适度、权责清晰上持续用力。要坚持保障待遇与经济发展水平和各方承受能力相适应的基本原则，使规范统一待遇清单与参保者权责相对应、与国家经济发展形成良性循环。一是要用定性分析和定量分析的研究方法对“公平适度、权责清晰”作出可量化、可操作、可检查的规范规定。二是根据经济发展大局，按照“稳”字当头、稳中求进的工作总基调，把控好待遇清单(三个目录)动态调整

的范围、频次和力度。在经济下行压力加大的形势下，这一点尤其值得注意。

在提升医保基金使用效率上持续用力。医保基金使用效率的高低是直接关涉基金使用的公平性、可持续性和人民群众获得感的关键环节。医保基金使用效率高，通俗地说就是医保基金要用于临床必需、诊治合理、技术适宜的医药服务上，“用相对较低的费用成本，让患者获得相对较好的医药服务”，尽量减少或避免花“冤枉钱”“无效钱”。针对存在的问题，要特别强调必须依法依规使用医保基金，坚决反对假借“为群众办好事”或“特事特办”的名义，乱开医保基金使用的口子，把医保变成一个“筐”，什么费用都往里面“装”。要通过持续推进医保支付方式改革，加强基金预算绩效管理、创新医保协议管理、深化“三医联动”、加快构建多方协同治理医保新格局、合理使用医疗资源等，综合施策、系统集成，方能不断提升医保基金的使用效率、增强人民群众的获得感。

在严厉打击欺诈骗保、深度净化基金运行环境上持续用力。猖獗的欺诈骗保行为给医保基金造成极大损失，直接影响医保基金稳健运行。近年来在党中央、国务院的决策部署下，医保部门与相关部门通力合作、重拳出击，保持零容忍的高压态势，已经取得显著成效，既减少了基金损失，又对深度净化基金运行环境起到了重要的推动作用。但是，应该清醒地认识到严厉打击欺诈骗保的形势依然艰巨，任务相当繁重，必须坚持综合施策、标本兼治的方略，持续重拳出击，

一刻也不能松懈。应着力抓住三个关键环节，一是与相关部门建立“联防联控机制”，落实主体责任，打好“总体战”。二是构建综合监管体系，既要从制度、体制、经办管理上查漏补缺，织密扎牢“制度笼子”，又要注意运用现代科技手段，扩大用好智能监管系统。三是用足用好基金监管的法制重器，切实形成全流程、全方位依法监管、依法打击欺诈骗保的阵势和格局。

在加强医疗保障法律体系建设、推进医保法治化上持续用力。医疗保障法律体系建设严重滞后，医保法治化程度不高是医保基金稳健运行和医保制度健康发展的重大制约因素。加快推进医保法律体系建设不仅是确保基金稳健运行的现实需要，也是深化医保制度改革，实现法治医保，使中国特色医保制度更加成熟定型的根本保证和客观标志。近年来，医疗保障立法研究不断深入，并取得了重大的成果，还草拟出《医疗保障法(征求意见稿)》。无论从医保理论研究的维度考量，还是医保实践发展的维度考量，应当说，研究制定医疗保障法的时机和条件基本具备，需要立法机关审时度势、果敢决策。在医疗保障法出台后，紧跟着陆续制定一系列与之配套的条例、规章一类的法律文件。可以预期，随着医疗保障法律体系的不断健全完善，医保基金的稳健运行一定会再上一个新的台阶，开创新的局面，更好地推进医保事业高质量可持续发展，中国特色医保制度优势一定会更加充分地展现。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858