

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第01期

(2023.01.02-2023.01.08)

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 •

▶ [2022 数字医疗年度创新白皮书发布：全面讲述数字医疗中国故事](#)

(来源：动脉网) ——第 6 页

【提要】在不同的具体背景下，数字医疗定义会有所区别。一般认为，数字医疗是把现代数字信息技术应用于整个医疗过程的一种新型医疗方式，是公共医疗的发展方向和管理目标。在早期阶段，数字医疗几乎等同于电子医疗(eHealth)，代表了信息及通信技术在医疗领域的应用。近年来，移动医疗(mHealth)的概念也被加入其中，并将对大数据应用和分析、人工智能、物联网等先进数字技术也包含进来。

▶ [医保 DRG/DIP 改革对医疗市场发展的影响分析](#) (来源：厚立医视野)

——第 20 页

【提要】在全民医保的新医改现实背景下，无论是医保局成立，还是医药集采实施，医保改革必然对医药服务供给乃至整个医疗产业发展有着相当大的影响。医保支付改革牵动行业格局，DRG/DIP 支付落地实施，对医疗市场发展的影响巨大。

• 带量采购 •

▶ [回顾 2022，高值医用耗材集采带来哪些新发展？](#) (来源：中国商报)

——第 32 页

【提要】2022年，“提速扩面”成为高值医用耗材集中带量采购的关键词。目前，高值医用耗材集中带量采购已扩展至消费医疗领域，且中标产品多为国内头部企业的产品，这意味着，国内企业将加速抢占国外企业市场份额，挤压中小企业的生存空间，行业集中度有望进一步提升。目前，很多企业开始加大研发力度，寻找新的利润增长点。

▶ [解读 | 种植牙联盟集采 1 月开标，4 大要点值得关注！](#)（来源：中国医疗保险）——第 35 页

【提要】2022年12月23日，四川省医疗保障局网站发布了《口腔种植体系统省际联盟集中带量采购公告(第2号)》，标志着历经一年多准备的口腔种植体大范围省际联盟带量集采工作正式拉开大幕。本次口腔种植体联盟集采在耗材品种选择上尚属首次，是零的突破，集采第一次选择了非基本医疗用品、非医保支付品目、且非公立医疗机构用量占主导的品目，破冰扩围意义非凡。

• 养老健康 •

▶ [“智慧养老”是未来发展方向](#)（来源：网易新闻）——第 39 页

【提要】2022年年底，全国首个5G+数字养老健康融合平台在上海打浦桥社区卫生服务中心落地应用，通过该平台的健康信息管理，医生可系统地浏览辖区内老人的健康信息，康复病种、康复人数、康复情况、治疗项目以及病情预警等各类数据，医护人员可每天根据信息反馈实时做出进一步康复治疗的安排。

▶ [个人养老金为养老“护航”“蓄能”](#)（来源：中国劳动保障报）

——第 41 页

【提要】近年来，随着我国人口老龄化进程加快，养老成为社会普遍关注的话题。2022 年 11 月 25 日，人社部宣布个人养老金制度启动实施，在北京、上海、广州、西安、成都等 36 个城市或地区先行落地。备受瞩目的个人养老金正式启动。税收减免、封闭运行、长线投资、安全性高……个人养老金制度从无到有，向进一步提升养老保障水平迈开了坚实的一步；夯基垒台、立柱架梁，随着制度的不断完善，其吸引力也在不断显现。

• 中医药动态 •

▶ [传承创新让香港中医药展现新生态](#)（来源：新华社）——第 46 页

【提要】香港浸会大学中医药学院是香港高校的首个中医药学院。该学院副院长李敏说，纳入高校教育，是香港中医药传承规范化的开端。“香港中医药的发展，和中央与特区政府的支持分不开。”她强调。香港致力于中医药现代化和国际化，包括中医药标准化，这是香港中医药发展和创新的方向。

▶ [加强交叉学科建设 促进中医药创新发展](#)（来源：中国中医药报）

——第 50 页

【提要】中医药学在其数千年的发展历史中，从理论体系建立之初，即展现了与哲学、天文、历法、地理、农学、冶金等各领域交融的包容性，中医药各个学科在其发展史上，从未停止过从其他学科领域吸收新的知识和方法，使得中医药学在交叉学科建设中不断取得新的成

果，促进了中医学自身知识体系的完善。

• 医保快讯 •

▶ [省内异地就医纳入 DRG 付费的必要性及可行性](#)（来源：中国医疗保险）——第 61 页

【提要】异地就医按项目付费会使异地诊疗产生更多的医疗资源浪费，可能存在医生区别对待本地和异地就医患者的风险。省内异地就医纳入 DRG 付费，是确保医保基金平稳高效运行、保障就医地和参保地群众医保权益的重要举措。DRG 作为开展医保评价的重要工具，使得省内本地与异地就医费用差异的量化对比分析成为可能，分析结果可为进一步完善省内异地就医付费政策提供依据。

▶ [持续做好异地就医直接结算，这 3 点是关键](#)（来源：健康界）——第 69 页

【提要】门诊慢特病费用结算“跨省通办”扩面增效具有现实紧迫性，要怀着紧迫感和责任感推进这项改革。从进展看，一方面，5 种门诊慢特病费用结算“跨省通办”虽然呈现出强劲的发展势头，但并未实现所有统筹地区全覆盖；另一方面，需要“跨省通办”的门诊慢特病费用结算也并非仅有这 5 种，扩大病种费用跨省结算范围的任务依然繁重。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

2022 数字医疗年度创新白皮书发布：全面讲述数字医疗中国故事

来源：动脉网

数字医疗的定义及其演进路径

在不同的具体背景下，数字医疗定义会有所区别。一般认为，数字医疗是把现代数字信息技术应用于整个医疗过程的一种新型医疗方式，是公共医疗的发展方向和管理目标。

在早期阶段，数字医疗几乎等同于电子医疗(eHealth)，代表了信息及通信技术在医疗领域的应用。近年来，移动医疗(mHealth)的概念也被加入其中，并将对大数据应用和分析、人工智能、物联网等先进数字技术也包含进来。

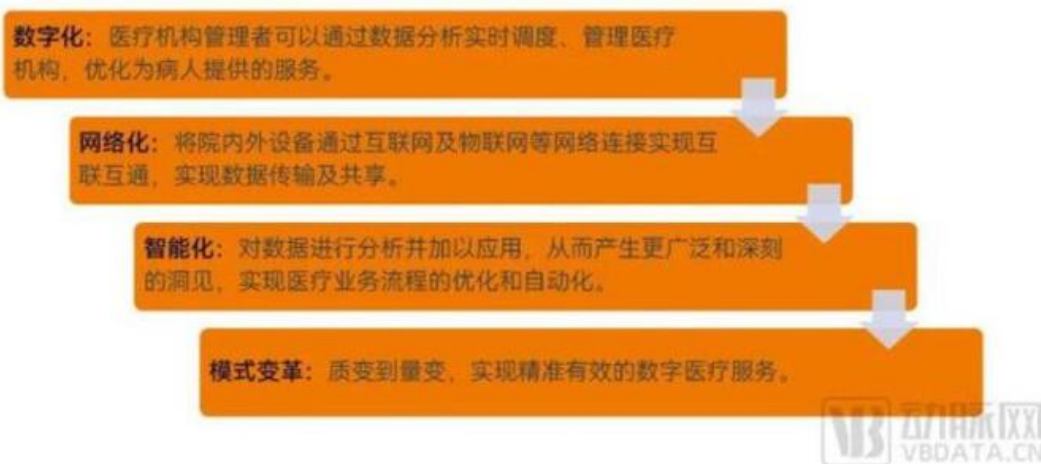
美国斯坦福数字健康中心(The Stanford Center for Digital Health)认为数字医疗包含 5 类数字医疗技术：1、人工智能(AI——Artificial Intelligence)、机器学习(ML——Machine Learning)及包括深度学习、影像处理及高级分析等各种人工智能算法；2、医疗信息化、基础设施和包括电子健康记录系统(EHR——Electronic Health Record)在内的数据管理系统；3、包括 SaaS 平台、基于云的软件工具和社交应用在内的移动应用和网络应用；4、包括远程医疗、患者参与和医患互动在内的新兴临床护理模式；5、包括可穿戴设备、传感

器和其他物联网硬件设备。



数字医疗包括疾病的治、控、诊、防、康

这也成为了目前较为公认的数字医疗的覆盖范围，并被广泛认可并根据具体情况进行调整后应用到具体场景中。借鉴这些定义，白皮书研究的数字医疗覆盖范围主要包括疾病的预防、诊断、控制、治疗和康复管理等流程中对数字技术的应用。



数字医疗可以对医疗产生巨大的好处。从支持医生每天做出的临

床决定的移动医疗应用程序和软件到人工智能和机器学习，数字技术一直在推动医疗保健的革命。总的来说，数字医疗的引入可以提升医疗服务的可及性、效率、有效性和公平性。

数字医疗的四个演进阶段

在具体体现上，数字医疗主要体现在医疗设备的数字化和网络化、医院管理的信息化、医疗服务的便利化及个性化四个方面，大体上可划分为数字化、网络化、智能化、医疗模式变革四个阶段。

随着数字化、网络化和智能化的递次实现，医疗模式变革有了相应的基础。通过量变最终实现质变，医疗制度和服务模式将得到改变，服务质量也将得到提升，当前阶段理想的数字医疗也将得以实现。

我国在数字医疗的发展上起步较晚，且早期由于数字技能能力的局限，进展较慢。不过，近几年我国在信息技术及通信技术领域实现了跨越式的发展，在数字医疗的进展上也已经有了不小的进步。

目前，我国医疗信息化已进入区域互联互通实现大数据分析，人工智能赋能辅助诊疗的 4.0 阶段，并实现了从个体到整体、从局部到广域的发展，内涵与功能得到强化，服务范围不断延伸。这使得我国数字医疗的底座已经得到了完善。

不断积累的数据为人工智能和数字疗法等新兴数字医疗手段的发展奠定了基础。其中，基于计算机视觉的医疗影像 AI 辅助诊断引人瞩目——在 2015-2020 年这个区间之内，数百家企业涌入这个赛道，超过百家企业从一级市场获得融资。

目前，随着越来越多的AI医疗器械证获批，AI影像已经逐渐迈过如果说1.0时代属于覆盖式创新，主要目的是尽可能覆盖更多的领域；2.0阶段的创新则是以1.0阶段创新成果为基础的单点式创新。

与人工智能一样，医疗信息化及智能化这一数字底座的不断完善同样为数字疗法的激活铺平了道路。这一新生事物被研究人员用于直接介入疾病治疗以改善临床治疗，并衍生出多种截然不同的数字疗法类型助力疾病的筛查、诊断、治疗及康复。但整体而言，其仍处于初期探索阶段。

总的来说，我国数字医疗经过多年多个阶段的信息化建设，目前已基本完成了数字化、网络化；并实现了一定程度的智能化。借助信息化打造的数字基础底座，人工智能和数字疗法正快速崛起，推动数字医疗从单纯的服务和管理向更加核心的诊断治疗等领域演进。

用数据分析 2022 年的数字医疗

2022年数字医疗领域在政策、市场和资本等关键外部影响因素上取得了哪些进展？代表了何种趋势？本章我们将分析政策、投融资及市场等方面的数据予以说明。

我国是典型的“大政府”，事无巨细皆有政府参与。同时，公立医疗在我国医疗服务中占据绝对比重，带有政府背景的医保也是主要的支付方。因此，政府政策对于数字医疗的发展而言极为重要。目前，通过多年持续的政策引导，我国已经在数字医疗上营造出良好发展环境，实现了对相关行业人才培养及企业发展的支持。

发布日期	政策	发布机构
2022/1/1	《“十四五”公共服务规划》	发改委、宣传部、教育部、公安部、民政部、司法部、人社部、住建部、农业部、文旅部、卫健委、退役军人部、国资委、广电总局、体育总局、统计局、医保局、中医药局、妇联、药监局
2022/1/12	《肺结节CT影像辅助检测软件注册审查指导原则（征求意见稿）》	药监局
2022/1/12	《“十四五”数字经济发展规划》	国务院
2022/1/12	《医疗机构设置规划指导原则》	卫健委
2022/1/25	《“十四五”卫生健康标准化工作规划》	卫健委
2022/2/8	《互联网诊疗监管细则（试行）》	卫健委、中医药局
2022/2/14	《医疗机构检查检验结果互认管理办法》	卫健委、中医药局、医保局、军委后勤部卫生
2022/2/17	《国家医疗保障局关于进一步深化推进医保信息化标准化工作的通知》	医保局
2022/3/1	《公立医院改革与高质量发展示范项目实施方案编制提纲》	财政部、国家卫健委
2022/3/2	《进一步加强卫生健康行业内部审计工作的若干意见》	卫健委
2022/3/3	《“十四五”中医药发展规划》	国务院
2022/3/3	《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》	卫健委、财政部、人社部、医保局、中医药局、疾控中心
2022/3/8	《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》	中医药局、卫健委、发改委、教育部、财政部、人社部、文旅部、医保局、药监局、军委后勤部卫生局
2022/3/9	《人工智能医疗器械注册审查指导原则》	药监局
2022/3/9	《医疗器械软件注册审查指导原则（2022年修订版）》	药监局
2022/3/9	《医疗器械网络安全注册审查指导原则（2022年修订版）》	药监局
2022/3/18	《临床营养科建设与管理指南（试行）》	卫健委
2022/3/23	《关于开展社区医养结合能力提升行动的通知》	卫健委、发改委、民政部、财政部、住建部、应急部、医保局、中医药局、残联
2022/3/30	《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法（试行）》	医保局
2022/3/30	《国家三级公立医院绩效考核操作手册（2022版）》	卫健委
2022/3/31	《有序扩大国家区域医疗中心建设工作方案》	发改委、卫健委、中医药局
2022/4/15	《国家医疗保障局办公室关于做好支付方式管理系统DRG/DIP功能模块使用衔接工作的通知》	医保局
2022/4/19	《公立医院运营管理信息化功能指引》	卫健委、中医药局
2022/4/27	《“十四五”国民健康规划》	国务院
2022/4/29	《全国护理事业发展规划（2021-2025年）》	卫健委
2022/5/4	《深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务》	国务院
2022/5/13	《国家二级公立医院绩效考核操作手册（2022版）》	卫健委
2022/5/26	《肺结节CT图像辅助检测软件注册审查指导原则》	药监局
2022/6/2	《糖尿病视网膜病变眼底图像辅助诊断软件注册审查指导原则》	药监局
2022/6/21	《国家内分泌代谢病医学中心设置标准》	卫健委
2022/6/21	《国家内分泌代谢病区域医疗中心设置标准》	卫健委
2022/6/29	《公立医院高质量发展评价指标（试行）》	卫健委
2022/6/29	《公立中医院高质量发展评价指标（试行）》	中医药局
2022/6/29	《关于推进优抚医院改革发展的意见》	退役军人事务部、财政部、发改委、人社部、卫健委、医保局、军委政治部、军委后勤部
2022/6/30	《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》	医保局、财政部
2022/7/1	《YY/T 1833.1-2022：人工智能医疗器械 质量要求和评价 第1部分：术语》	药监局
2022/7/1	《YY/T 1833.2-2022：人工智能医疗器械 质量要求和评价 第2部分：数据集通用要求》	药监局
2022/7/6	《关于做好2022年基本公共卫生服务工作的通知》	卫健委、中医药局、财政部
2022/7/6	《方舱医院设计导则（试行）》	卫健委、发改委、住建部
2022/7/8	《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》	医保局、财政部、税务总局
2022/7/12	《（医疗器械安全和性能基本原则）符合性技术指南》	药监局
2022/7/16	《乡镇卫生院服务能力标准（2022版）》	卫健委
2022/7/16	《社区卫生服务中心服务能力标准（2022版）》	卫健委
2022/7/16	《村卫生室服务能力标准（2022版）》	卫健委
2022/7/18	《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》	卫健委、发改委、教育部、民政部、财政部、人社部、自然资源部、住建部、应急部、市场监管总局、医保局
2022/7/21	《集中隔离点设计导则（试行）》	卫健委、发改委、住建部、疾控局
2022/7/29	《关于加快场景创新以人工智能高水平应用促进经济高质量发展的指导意见》	科技部、教育部、工信部、交通部、农业部、卫健委
2022/8/8	《医疗卫生机构网络安全管理办法》	卫健委、中医药局、疾控局
2022/8/12	《远程监测系统注册审查指导原则（征求意见稿）》	药监局
2022/8/15	《科技部关于支持建设新一代人工智能示范应用场景的通知》	科技部
2022/9/6	《国家医疗保障局办公室关于开展全国统一医保信息平台支付方式管理系统监测点建设工作的通知》	医保局
2022/10/8	《国家检验医学中心设置标准》	卫健委
2022/10/8	《国家重症医学中心设置标准》	卫健委
2022/10/8	《国家重症区域医疗中心设置标准》	卫健委
2022/10/12	《GB/T 28827.8-2022：信息技术服务 运行维护 第8部分：医院信息系统管理要求》	国家标准化管理委员会
2022/10/25	《WS/T 370-2022：卫生健康信息基本数据集编制标准》	卫健委
2022/10/25	《WS/T 811-2022：血站信息系统基本功能标准》	卫健委
2022/11/7	《“十四五”全民健康信息化规划》	卫健委
2022/11/25	《“十四五”中医药信息化发展规划》	中医药局

2022 年我国数字医疗中央政策不完全统计

中央政策主要具有行业纲领性和指导性的特点，以为行业发展指引方向。我国数字医疗建设规划呈现阶段性特点，与“五年规划”密切结合，围绕规划形成一系列宏观政策。在“十四五”期间，政策则将推动“普惠民生”为核心的数字医疗加速推进，打造以患者为中心的卫生医疗体系，并同步建设智慧生态医疗。

根据动脉橙数据，截至2022年11月10日，我国中央政府在2022年共发布了59条与数字医疗相关的政策。这些政策主要围绕加快平台标准化、一体化建设，深化新场景、新技术应用，推动医疗体系高质量发展等方向展开。

2022年是实施“十四五”规划的关键一年，数字经济的重要性在我国已形成共识，其中，数字医疗是重要的组成部分。因此，围绕“十四五”规划中数字医疗相关领域的落实，我国中央政府在2022年也颁布了多条相关政策，如《“十四五”公共服务规划》《“十四五”数字经济发展规划》《“十四五”中医药信息化发展规划》《“十四五”卫生健康标准化工作规划》和《“十四五”全民健康信息化规划》等一系列中央政策。

除了围绕“十四五”规划的宏观政策，包括卫健委、中医药局、药监局和医保局等医疗行业的主管部门也需要就各自的职能范围内，就数字医疗所涉及的人工智能、信息化和数字疗法等领域发布包括具体规章、制度及标准在内的支撑政策，以实现相应的管理职能并推动数字医疗不断发展。

各地也根据中央政策的推行和深入，基于当地实际情况改进行生而来了不少针对数字医疗的地方政策；并在涉及到地方政策的落实细则时将政策落实到具体的执行部门，并明确任务分工及时间要求。

此外，各地也会根据实际，在中央给定的框架下提出自己的目标、创新做法或是试图打造的“亮点”。比如，北京市在 2022 年颁布了多条与养老、康复相关的政策中都提到了要大力利用数字医疗提升服务效率和服务水平。上海则较为重视产业扶持和发展，且人工智能作为上海市重点打造的先导产业，其与医疗场景的结合在多条当地政策中也得到了充分体现。浙江则颇为务实，以患者为中心，尽可能通过一站式服务提升医疗服务的便利性。海南则将数字疗法作为未来健康产业的重点之一，并发布了多条相应政策。

2022 年，已经切入到临床领域的 AI 影像和数字疗法在监管审批上也迎来了爆发。

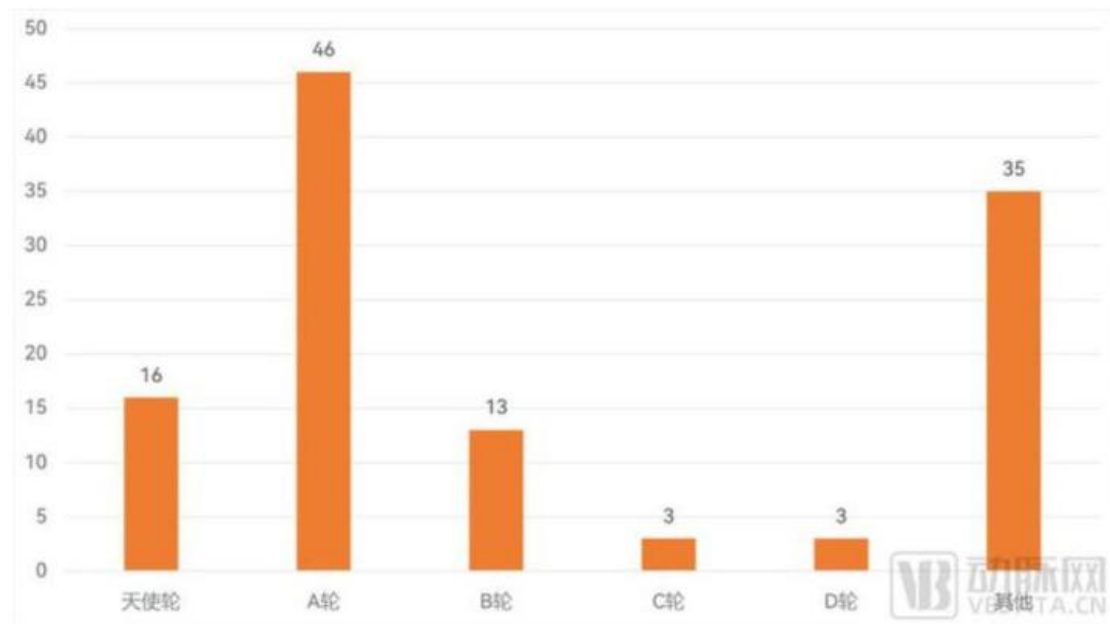
根据动脉网对 NMPA 官网的不完全统计，截至 2022 年 11 月，NMPA 共发出了 25 张 AI 三类证，是历年来 AI 三类证获批最多的一年。随着各种监管的规范，AI 三类证的审批正走入快车道。一些头部企业表现突出，甚至已经拿下多张 AI 三类证。不难发现，AI 医疗原本百花齐放的行业格局正在逐渐向更高的行业集中度缓慢演进。

在数字疗法领域，行业尚处于探索阶段，也存在一些分歧，但在数字疗法需要获得医疗器械审批这一观点上正逐渐达成共识。事实上，无论是最严格的定义或是较为宽泛的定义中，获得医疗器械认证

对于数字疗法而言都是更具说服力的。根据动脉网对公开信息的统计，截至 2022 年 11 月，NMPA 共发出了 30 张符合数字疗法定义的二类证，是历年来数字疗法医疗器械获批最多的一年。

此外，2022 年数字医疗在一级市场也有不错的表现。根据动脉橙数据的不完全统计，符合本白皮书要求的、以信息化、人工智能、数字疗法为主的数字医疗领域在 2022 年共有 108 家企业完成投融资事件共 125 起，有 16 家企业仅仅在一年内就完成了超过一次融资。

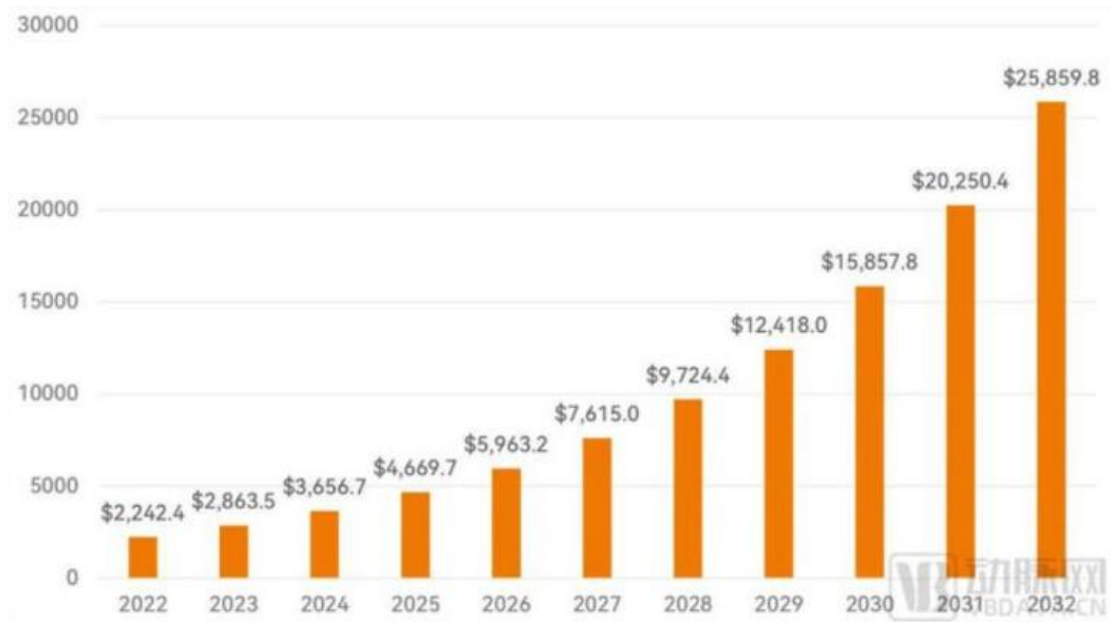
这其中，披露了投融资金额的投融资事件有 81 起，投融资总额达到 42.9 亿元。25 起融资的融资金额大于或等于 1 亿元，累积融资总额达到了 34.75 亿元，所统计的融资总额中比重达到 81% 之多，充分体现了“8020”原则。



2022 年国内数字医疗融资事件按轮次分布

从融资轮次看，A 轮融资事件是最多的，共有 46 次；其他融资事件紧随其后，共有 35 次；天使轮和 B 轮融资事件则分别有 16 次和 13

次;C轮和D轮融资事件最少,各有3次。从融资事件轮次不难看出,数字医疗大部分仍然处于中早期发展阶段。



2022-2032 全球数字医疗市场规模预测(亿美元)

虽然数字医疗的市场规模根据统计口径的不同而不一,且其所覆盖的范围之广也令估算较为困难。但大体上各统计机构都对数字医疗巨大的市场规模和巨大的发展潜力表示高度认可。根据 Future Market Insights 的数据,2022 年全球数字医疗市场规模为 2242.4 亿美元,预计 2022-2032 年间将以 27.7% 的复合年增长率(CAGR)增长,预计 2032 年市场规模达到 25859.8 亿美元的巨大市场规模。这无疑是一个巨大的市场。

五大热点凸显 2022 年数字医疗发展趋势

2022 年,数字医疗获得了长足的发展。一方面,因为政策原因,数字医疗得到了越多的推动。另外一方面,诸如大数据、5G、物联网、AR/VR 等数字技术的进步,数字医疗也在越来越多的医疗应用场景实

现落地。通过关键词的方式，我们或许可以整理出数字医疗在 2022 年的发展脉络。

● 信息化方面，云架构与互联网正推动新一阶段信息化建设

目前，经过多年政策推动，公立三级医院已基本达成院内信息化的目标，信息化建设的重点正逐渐向区域及基层信息化建设挺进。

基于 SaaS 模式的云 HIS 逐渐成为基层医疗机构信息化建设的新思路。在提供高质量产品和服务的同时，云 HIS 可以帮助基层医疗控制信息化成本投入，使其不用像传统 HIS 那样，投入大量的资金配置机房和服务器等硬件设施。同时，云 HIS 还体现出了在数据互联互通上的优势。这使其正越来越广泛地被应用到区域医疗信息化建设之中。

比如，东软承建的襄阳市卫生健康信息化能力提升工程就是这一进程的典型代表。项目纵向打通市、县、乡、村四级医疗单位，横向覆盖全市居民、医护人员、行政管理人员等群体，是全国首个采用以地市级一体化设计模式开展二级及以下医疗卫生机构业务系统建设的项目。

以云原生架构为底座，华卓科技提出了针对区域医疗信息化建设的“HaaS(Health as a Service)”平台概念。平台包含“一朵云”(区域医疗混合云)、“一套系统”(云原生架构全院信息化系统)和“一个平台”(医疗健康大数据平台)，可覆盖全区各类医疗卫生机构业务系统，实现数据互联互通协同共享。

在 2022 年，公立互联网医院的建设与升级呈现明显的加速。目前，公立互联网医院在全国互联网医院中约占 70%，数量上已占据绝对优势；以大三甲为代表的公立互联网医院运营也开始渐入佳境。另一方面，随着年底疫情政策的调整，远程问诊及处方的需求暴增已成定局，互联网医院信息系统也较以往更受重视。

比如，如奈特瑞互联网医院系统一样的典型互联网医院信息化系统可通过提供预约挂号、线上门诊缴费、图文问诊、视频问诊、远程会诊、AI 辅助诊断等方式助力企业流程优化和患者轻松就医，并集成诊前、诊中、诊后全流程所有为患者提供的便民服务，帮助企业和医院加速互联网+医疗的转型及升级。

●2022 年，AI 影像迎来了新突破

无论是所支持的适应症，还是所基于的影像设备，AI 影像获批的产品在 2022 年迎来了爆发：包括颅内出血 CT、头颈 CTA、多类型胸部骨折 CT、结肠内窥镜、脑缺血 CT 及 MR、青光眼眼底、肺结核 X 射线、颅内动脉瘤 X 射线等创新产品的出现都进一步拓宽了 AI 辅助诊断的适用范围，展示了数字医疗的巨大可能性。

同时，针对多适应症的 AI 影像医疗器械逐渐涌现。无论是通过对已获批的单适应症产品进行进一步的改进，使其支持更多的适应症；还是选择从开始阶段就支持多适应症，都代表 AI 应用多适应症将是未来的趋势。

目前，AI 正在走向基层，真正实现数字医疗助力基层的目标。

比如，九峰医疗针对基层医疗机构影像设备仍然以 X 射线设备为主的现状，研发了肺结核 X 射线图像辅助评估软件，不仅拿下了国内第一张关于肺结核的 AI 三类证，也是第一张肺部疾病 X 射线 AI 三类证，对基层结核病防治的薄弱环节提供了突破性解决方案。

此外，除了辅助医生实现疾病分诊、评估及诊断工作，AI 对现有产品的赋能加速作用也不容小觑。如深透医疗的 SupMR 一般，可通过 AI 技术直接提升现有 MRI 设备的性能，加速成像过程且提升图像质量与分辨率，并可无缝兼容多种现有 MRI 设备，在不影响放射科医师日常工作流程的情况下完成产品部署与自动化图像增强。此类 AI 赋能产品正越来越多，并获得医疗机构的广泛欢迎。

●数字疗法挺进临床，正在更多的适应症上生根发芽

数字疗法正逐渐受到关注，并越来越切入医疗核心的临床医治。借助多种数字技术的融合，数字疗法已经逐渐跳脱仅在个别适应症上有效的刻板印象，并在更多的适应症显示出可能性。尽管仍显稚嫩，但却显示出的强大生命力和近乎无穷尽的可能性不容忽视。

比如，铂桐医疗就是国内第一个数字医疗赋能的疼痛管理平台，针对癌痛和非癌痛布局了多个产品，已启动了包括对疼痛的多维评估、可穿戴的院内外疼痛管理数字疗法产品、对骨转移/骨质疏松人群的骨折风险预测等 4 个产品管线；并创建了 PAINICU 新理念，建立了 CPDP 体系赋能医疗机构。

数字疗法也可以很好地为言语障碍诊断和康复赋能，如培声自主

研发的 DREAM 儿童语言评估干预数字疗法系统则是率先被纳入国家卫健委《精神障碍诊疗规范》的儿童语言评估干预数字软件工具，其指导个性化干预的初步疗效也率先在《中华儿科杂志》发表。

如速眠 CBTI 一样的线上 CBTI 数字疗法则兼顾了院内居家的多种场景，患者远程居家自助即可完成，有效降低患者的时间和交通成本，为 CBTI 在国内落地提供了切实的帮助。同时，其也与知名三甲医院合作，为其提供一体化管理方案，使其可为患者提供个性化、一对多的远程管理服务，具有更高的管理效率。

冰片医疗科技则针对呼吸系统过敏性疾病的环境过敏原、刺激物评估和干预方法的数字疗法，已完成院内处方、OTC 和消费市场的全场景商业闭环，并与医院共建数字疗法 (DTx) 研发平台及真实世界研究数据应用平台，为持续研发打下扎实的基础。

● 物联网应用使得智能院外健康管理渐成现实

居家和社区健康管理等院外管理也依靠物联网等技术的突破迎来了实际落地的大潮。2022 年，诸如院外慢病及健康管理、智能健康社区等以往被认为只是宏伟蓝图的应用场景已成为现实。借助对多种医疗健康物联网设备的组合应用，甚至打造出崭新的院外健康管理新模式。

如京东方健康科技的数智康养解决方案就聚焦社区和居家多场景健康管理，通过健康物联网平台实现“人-物-服务”的智慧化连接并完成数字化健康社区的构建。它还将专业医疗服务与社区健康管理

场景有机融合，让优质医疗服务通过互联网和物联网技术惠及社区居民。

以往被认为天然与数字技术存在鸿沟的老年人也通过物联网与人工智能的结合实现了突破。比如，渐健家医通过对其产品生态最核心能力的 AI 数智健康大脑的进一步强化，实现了对老年人健康状况的移动化、标签化、智能化管理，并将家庭医生、药械供应、医康养护服务端与老年居民、家庭医生、各级医院、监管部门等进行无缝链接。

●数字医疗细分领域技术融合大潮风起云涌

最后，数字技术的不断进步往往是数字医疗得以落实到越来越多应用场景中的重要因素。尤其是数字疗法的背后涉及了大量数字技术，如无线网络、传感器、微处理器和集成电路、人工智能、云计算及大数据、VR/AR/MR 技术等。这些数字技术与数字医疗的结合也是 2022 年数字医疗的一大看点。

在 VR 领域，凝动医疗的特定恐惧心理康复训练软件就打造出一个虚拟现实场景，医师可根据患者情况选择合适强度的任务，帮助患者识别和纠正非理性焦虑恐惧心理、对抗回避反应并进行相应放松训练，最终实现减轻焦虑及恐惧症状和改善生活质量的治疗效果。

在 AR 领域，术康则针对 6-12 岁儿童的大脑发育迟缓、ADHD、ASD 打造出心、脑、体综合提升的数字疗法就引入了 AR 互动提升远程干预的依从性和趣味性，并可结合手势识别、眼动侦测、声纹识别及运

动安全与风险建模等机器视觉/听觉技术帮助患者实现动作安全和执行达标，确保治疗效果。

启益医疗则在 2022 年接连拿下人工智能领域赛事的大奖。依托其人工智能研发能力，加上近 1000 万名患者的临床数据资源，启益医疗已研发出机器学习算法方舟平台“Onark”。借助人工智能的导入，启益医疗正聚焦慢阻肺社会认知不足、诊断治疗不足及患者管理不足等痛点。

此外，诸如复动肌骨的“悦行动”这样以数字疗法、物联网传感器为核心，并结合人工智能赋能的远程康复系统可以在骨科疾病与运动损伤的康复治疗中发挥巨大的作用，从而实现设备、患者、机构互联互通的一体化精准康复触达，打破了空间及人员的限制，为医生、治疗师及患者提供远程康复支持。

这些探索正在从量变转化为质变。“其实地上本没有路，走的人多了，也便成了路。”这些数字医疗的创新先驱们正在用自己的实际行动为后来者们蹚出一条创新之路，并打造出数字医疗的“中国范本”。

[返回目录](#)

医保 DRG/DIP 改革对医疗市场发展的影响分析

来源：厚立医视野

医保改革对医疗市场发展影响

在全民医保的新医改现实背景下，无论是医保局成立，还是医药

集采实施，医保改革必然对医药服务供给乃至整个医疗产业发展有着相当大的影响。医保支付改革牵动行业格局，DRG/DIP 支付落地实施，对医疗市场发展的影响巨大，主要体现在如下方面：

加剧医院的内卷化

DRG/DIP 支付会加剧医院对优质病源的争夺，因为优质病源意味着利润。优质病源指的是自费病人和部分医保病人。自费病人完全自费，医院只要做好成本管理，就可业务结余。部分医保病人，如没有合并症的日间手术病例、单纯的介入手术病例等，而且住院天数短，效率高，这些病例虽然不能增加 CMI 点值，但由于成本相对好控制，业务结余率高，能够为医院带来丰厚的利润。

加快医院的归一化进程

由于大型医院的床位和人员的配置都很高，管理成本居高不下，因此医保支付改革首先影响的是头部大型医院。这些医院如果不重视成本管控，会出现结余大幅下降，日常开销将难以为继的局面。但這些医院具有信息化基础好、设备先进、人员素质相对高等优势，他们容易在第一时间完成高质量发展的转型，提高“抢钱”的能力，在同一医保基金池中获得更多的份额。随着基金池的份额越来越少，接下来就将影响二级医院，但这些医院自身发展基础差，应对改革速度慢，等他们反应过来，基金池中已没有多少可分配的份额，故难以“抢到”优质病例，无论医保结余，还是业务结余多将大量下滑。

新医改最终会影响到所有医院，尤其是中间层级的医院。由于国

家要保障基层医疗，就只能牺牲中间层级医院的利益维持基层医院的支付份额。加上国家级区域医疗中心等争夺市场，医疗行业“赢家通吃”的局面将加快形成，中基层医院必然向当地头部医院靠近，要么被收购，要么成为附属，为头部医院提供病源。中间层级医院的命运基本在医改落地的时候就已被注定。

加快分级诊疗的落地

由于同一病种支付相同额度，按治疗相同病种的成本来算，大医院的人力成本高，不具备优势。因此在新医改下，三级医院将自动放弃不赚钱的一些基层病种，也可保证 CMI 点值不受影响。因此，不需要发文件，医保支付改革将作为一个强驱动力，加快分级诊疗的落地。

医疗保险行业的新机遇

医保支付改革之后，医院从医保基金获取的收入必定会减少，医院的收入减少会影响医生奖金的发放，奖金的减少会影响人才的稳留，为可持续发展设置了障碍。因此，医院会寻找更多的基金来增加收入，如医疗商业保险。如果国家放开医疗商业保险市场，对商业保险来说应该是一次历史性机遇。商业保险进入市场，可以解决病人对医疗服务不同层次需求的问题，也会促使医院提供更多优质服务。

另外一方面，由于医疗的复杂性，导致商业保险行业都不愿意涉足全医疗的保险，目前国际流行的三种解决方案。

只提供商业保险的模式：包括美国的大型保险公司，如 Blue Shield 等的常用的模式。不去深度涉足医疗业务，但采用精算方式，

也就是常用的疾病风险预测建模方法，通过算法来解决过渡医疗问题，辅以人工稽查，保证花出去的每一分钱获得最大的收益。这个模式的优势在于简单，基本不与日常业务直接关联；但劣势也非常明显，对医疗资源的浪费没有话语权，难以防范和从根本上解决浪费。

凯撒医疗的模式：这是保险公司深度介入医疗业务的成功案例，凯撒医疗集团先从一家医院开始，前后并购了美国加州的十几家医院。有了话语权才能解决浪费的根源。因此，保险公司采用直接收购医院，彻底改造和标准化各个流程环节，实现了“管理出效益”的成效，最大限度上减少医疗资源的浪费。最后的结果也是达到预期，凯撒医疗集团下的医院都基本实现盈利。

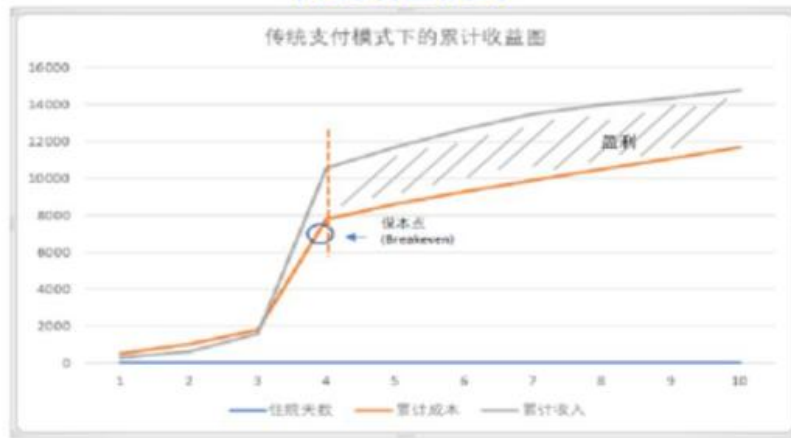
医院自己提供商业保险的模式：由外人来做商业保险，不如自己做，即可以做内部管理的提升，同时也有大量的员工和病人基数。因此，美国的大型医疗集团都先后开设商业保险业务，不但节省了每年员工需要缴纳的大量商保费用，而且自带的广大的病源基础，加上能够把控内部管理等优势，医院做起保险来可以说是得天独厚的条件，成功几率很大。时机成熟，国内是可以借鉴这个模式的。

促进医院内部效能提升

DRG/DIP 支付改革，支付方式从按项目支付变为按同病种定额支付，一定程度限制了医院收入的增长空间。传统的按项目支付，每个病例到保本点后都有利润(见图 8)，因此做大医院床位数量，意味着丰厚利润。很多医院在解密这把造富钥匙后，掀起了全国医院的大建

设运动，便有了全球最大的医院-郑大附一的“奇迹”出现。

传统增量模式



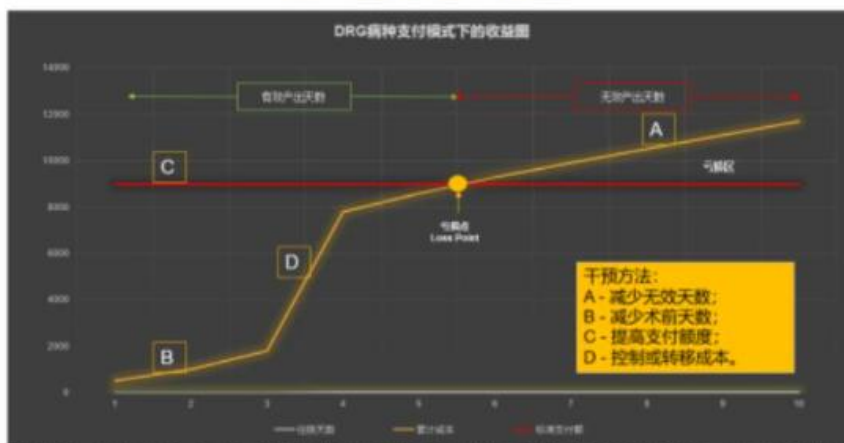
传统支付模式：达到一定保本点后，多增加病人的收入就可以转化为收益。医院有一事实上床位规模后，即可覆盖成本支出，所以规模产生效益：

形成的传统医院经营模式：**以外拓和增加病源为目标的“外拓式”粗放式管理**

图 1：传统的医疗业务增量模式

DRG/DIP 支付下，每个病例都有一个固定限额，保本点变成了亏损点，超过亏损点，住院时间越长意味着亏损越大(见图 9)。因此，在经营的压力下，医院就需要努力采取措施减少无效住院天数、控制成本等措施，延缓亏损点的出现，甚至没有亏损点。

新医改下的减量模式



DRG支付模式：总控模式下，如何进行内部的效能提升及结构提升为主要的发展目标。如何转移成本和“少输当赢”将是主要挑战

未来医院经营模式：**以控制成本和提高效率为目标的“内控式”精细化管理**

图 2：医保支付改革后的医疗业务减量模式

美国在 1983 年全面实施 DRG 支付后，医院效能提升立竿见影，全国医院的平均住院天数下降 3 天以上，费用增长也得到明显遏制，产生了临床路径、日间手术、“大门诊、小病房”等一系列改革成果的伴随产物，充分验证了医保支付改革的成功，以及可促进医院高质量发展的作用。

推动病种管理模式转变

医疗资源的大部分是诊治过程中的药品和耗材消耗，研究发现不规范的治疗导致的并发症等产生的额外成本是可以通过规范医疗行为来管控和降低的。治疗行为规范观点一经提出，受到了业界和医院的关注和欢迎。

1. 临床路径管理

美国 DRG 支付落地后，医院发现同一种诊断相关分类的病人均按同样的标准付费，与医院实际的服务成本无关，医院只有在所提供服务的成本低于 DRGs-PPS 的标准时，医院才能盈利。在这样的背景下，1985 年美国马萨诸塞州波士顿新英格兰医疗中心 (THE NEW ENGLAND MEDICAL CENTER, NEMC) 的护士 Karen Zander 第一个运用临床路径管理疾病，这种方法被证实既可缩短住院天数，节约护理费用，又可以达到预期的治疗效果。此后，该模式受到了美国医学界的重视，许多机构纷纷效仿，不断发展，逐渐成为即能贯彻质量保证法以及持续质量改进法 (CQI)，又能节约资源的治疗标准化模式，较为普遍地被称为临床路径。

理念非常好,但实际操作的难度却很大,在没有电脑普及的年代,依靠打印出来的纸质管理模式来实现预期效果是非常困难的。本世纪初,电脑普遍应用到医院、医生和护理端口日常工作中,临床路径迎来了发展高峰。美国医院大力推广临床路径,甚至在 CMO 部门下专门设置小组 (Medical Informatics) 来制定每个疾病治疗过程中的规范细节,然后对接 IT 部门将这些规则植入到医生 PC 端,随时提醒医护人员。笔者也曾参与了所在医疗集团先后好几百个自定义路径 (clinical set) 的制定。

临床路径在医院应用过程中,也出现了阻碍其进一步推广应用的问题。由于临床治疗中病人的个体差异和病情的不确定性,能够匹配和进入标准路径治疗的病例很少;与此同时,在医生 PC 端不断的提醒 (Warning) 和阻断 (Block) 让医生非常反感,打扰了正常的治疗过程。直到今日,医疗界也在反省临床路径到底该怎么实施,才能达到更好的效果,即能够帮助医生,又不干扰正常的治疗,还需解决不能入路径的病例的规范化管理问题。但无论如何,临床路径是规范医疗行为的最优方法之一。

2. 单病种管理

单病种管理是指某些病情严重、医疗资源消耗巨大的病种为管理单元,通过构建基于病种诊疗全过程的质量控制指标和评价体系进行医疗质量管理,以规范临床诊疗行为、持续改进医疗质量和医疗安全的管理方法。

研究证实，在规范化诊疗中病种的资源消耗可以明显下降。

单病种质量管理相关理念最早起源于 80 年代初美国提出的疾病诊断相关分类法 (Diagnosis Related Groups, DRGs) [1]。2003 年起，对急性心肌梗死、心力衰竭、肺炎、膝关节置换术、髋关节置换术、冠状动脉旁路移植术等病种实施单病种质量管理，建立了以循证医学证据为基础的医疗质量核心指标评价系统，主要包括过程指标、结果指标、患者满意度指标及运营效率指标。

单病种虽然占全部疾病病种的数量不多，但资源消耗却非常大，按照二八定律原则，做好这些病种的规范管理，就可以起到抓大放小的作用。为此，由国家卫健委医院管理研究所张振伟教授牵头组织全国上百个临床专家，制定出 51 个单病种的管理规范，从具体的医疗行为到资源消耗评价都有详细的上报要求。

医院管理模式转型

按项目支付制下，医院运营可以不关心成本，但在 DRG/DIP 支付下，成本的增减成为医院盈亏的关键要素，成本管控不好，会导致医院收益减少。新医改下，医院要想不亏损，就要转变运营模式，从传统的业务增量模式变为业财融合的精细化模式。要做好业财融合下的成本管理，首先要分析清楚在新医改下病例的主要成本构成：

1. 医疗行为成本

指的是药品耗材的原材料成本。有些医院管理者对这块成本很难理解，因药品耗材已是零加成，怎么还算成本呢？药品耗材即是收入

也是成本，从医保局拿回来的补贴算收入，临床诊疗过程中药品耗材的用量高低因人而异，而 DRG/DIP 医保支付是基于当地的同一病种的费用均值，药耗用量超过均值部分则转化为成本。综合医院的药品耗材费用占总费用的 55%以上，药品耗材又与医疗行为相关，因此统一归集为医疗行为成本(注：超过病种均值费用的不一定是过渡医疗行为)。

2. 时间效率成本

医疗行业是服务型行业，如果床位被低效率或者无效率占用，或者床位闲置，都不能产生收益，随着时间的流逝，每时每刻都有成本的产生，也即人力成本分摊不出去，这些都统一归集为时间效率成本。目前医院采用的传统工业流水线成本作业法的核算中，时间效率成本约占全部成本的 30%，但由于有效和无效的时间价值很难认定，这些成本往往被忽视。

3. 资源管理成本

主要是设备折旧、试剂用量管理、科室二级库中非计价物品管理等产生的成本，如设备闲置、过渡使用试剂、或者非计价物品的浪费等导致的成本。资源管理成本的高低与非临床科室，如医技部门的资源管理能力密切相关，各部门资源管理能力低下，资源管理不合理，导致经营成本增加，结余能力降低。

4. 管理成本

行政后勤的管理成本，如管理人员越多、行政效率低导致的成本

也都会由医院买单，降低收益能力。

分析清楚成本之后，我们来看看新医改对医院管理模式的影响。首先，病种支付将挑战传统的院、科、组的三级管理模式，管理必须要下沉才能“赢得”医改比赛。其次，成本核算的挑战，现有的医院成本管理大多数还是基于科室层面的全成本核算，DRG/DIP病种的成本核算将是每家医院必须重视的财务方法。再次，疾病的标准化和规范化治疗，如加强临床路径的实施等有助于控制成本。最后，业财融合的管理模式，指的是基于成本核算的病种的资源消耗管理，包括规范医疗行为和习惯、提升管理效率和效能等。

医保支付改革的“副作用”

医保支付改革一定会导致医院的收入减少，收入的减少也必将带来诸多矛盾，同时在利益驱动下，缺斤短两的不端行为也将成为常态，除了常见的编码高靠、推诿病人、成本转移等行为之外，笔者认为还会出现如下的一些非常难解的矛盾和问题。

三大矛盾

利益的重新分配是在医保、医院和医生之间发生的，因此也就会在三者之间产生矛盾，同时牵连病人。

医患矛盾：医生面临成本控制和绩效管理的压力，在面对风险高和急重症病患的时候，将遭遇是否应该救治的道德困境。如果不尽心救治，患者的生命得不到保障；如果救治，治疗成本又会影响自己这个月的绩效奖金。这种困境如果处理不好，只能让本来已经尖锐的医

患矛盾更加尖锐。

医院内部矛盾：新医改下，如何既能够控制费用的增长，又能够实现持续发展对医院来说是一个巨大挑战。当医生收治的病人都是在同一病种的平均值之上的重症患者，医院不能做到公平合理地评价医生的医疗行为，扣除医生绩效奖金，将导致医院内部管理层和医生之间的矛盾加剧。医院管理的不合理会影响医生的诊疗行为，如降低服务质量、让病人提前出院、转移成本、让病患自费买药买耗等，医院内部矛盾最终也将由病人来买单。

医院和医保局之间的矛盾：主要发生在大型医院，尤其是各种层级接受大量转院病人的医疗中心。这些病患不但风险高，而且已经被非规范治疗过，导致医院不得不承担更高的新的诊疗成本。如果医保局不能处理好这类病人的费用问题，将给这些医院正常的医疗秩序带来困境。

医疗不足问题

这将是医院收入减少的常态问题。“价廉物美”是人们的理想期望，除非是颠覆性产品或者服务，一般情况下，价廉是以质量下降或者缺斤短两的折扣行为作为控制成本的代价。因此，如何能够既能控制成本，又能提升医疗效果，让医疗服务具有较高性价比是全球业界、乃至政府需要关注和解决的议题。

价值医疗：化解矛盾的解决方案

医保支付改革下成本与质量要兼顾平衡，现有的医疗模式难以做

到物美价廉，我们必须寻求新的解决思路。美国哈佛大学商学院管理学迈克尔·波特(Michael Porter)教授提出的价值医疗，被卫生经济学家认为是最高性价比的医疗，它的核心是提升医疗质量和医疗效果和降低医疗费用。价值医疗的内涵正是医院高质量发展的目标，所以可以成为医保支付改革难解矛盾的解决方案。

价值医疗概念的出现不是偶然的，是由美国医疗界的 PPS (Pay For Service) 体系发展而来，也即按提供的服务来支付的体系。在 DRG 的控费压力下，医疗质量下降，尤其是医疗不足的问题凸现。DRG 支付下，医生的确提供了医疗服务，同时也获得了相应的补贴，但无法评价这些服务是否保证了质量，是否保证了患者安全，是否增加患者额外的负担，是否让患者满意等等服务质量问题。价值医疗的提出是为了弥补医保支付评价不足的问题，业界做了一个衡量医疗价值的公式：

价值=以患者中心的一系列医疗效果/整个医疗过程中的全部的医疗开支

在这个公式中，有两个重点：效果和成本。成本容易核算，但效果的定义则比较复杂，目前国际流行的定义包括：治疗的有效率、安全性、效率、成本有效率、病人满意度和体验感、医疗质量、公平性和可及性等八个维度的评价指标，也构成了欧美医院评价医疗服务的主体指标。价值医疗在保障病患利益的同时，也保障了医保基金支付出去的每一分钱能够获得相应的性价比的收益。

价值医疗重构了医疗评价体系，从传统的医疗质量和医疗安全，扩大到治疗的有效率、成本有效率、病人体验感、公平性和可及性等新的评价维度；从传统的围绕医院的管理指标，扩大到以病人为中心的治疗效果，以及治疗成本的有效率。价值医疗进一步强化了“补需方”为主导的市场驱动的医疗服务，让资金提供方-医保局和服务接受方-病人，均实现了在价值医疗体系中的利益最大化，这将是未来对医保基金使用的主流评价体系。

[返回目录](#)

• 带量采购 •

回顾 2022，高值医用耗材集采带来哪些新发展？

来源：中国商报

2022 年，“提速扩面”成为高值医用耗材集中带量采购的关键词。目前，高值医用耗材集中带量采购已扩展至消费医疗领域，且中标产品多为国内头部企业的产品，这意味着，国内企业将加速抢占国外企业市场份额，挤压中小企业的生存空间，行业集中度有望进一步提升。目前，很多企业开始加大研发力度，寻找新的利润增长点。

高值医用耗材集采“提速扩面”

2022 年，诸多高值医用耗材陆续进入集采之列，包括冠脉支架、人工关节类耗材、骨科脊柱类耗材，以及心脏电生理医用耗材等。

经过集采，这些高值医用耗材的价格有不同程度的降低。例如

2022年9月进行的国家骨科脊柱类耗材集采,产品平均降价84%;2022年11月进行的冠脉支架国家集采接续采购中,平均中选支架价格为770元左右,平均降价93%。

值得关注的是,2022年的高值医用耗材集采还拓展到了消费医疗领域,例如种植牙、正畸耗材和OK镜(即角膜塑形镜)。

据了解,在消费医疗领域,被集采的产品主要有以下特点:第一,临床用量大;第二,毛利率高,有价格下降的空间;第三,市场竞争充分,以便调动企业参与集采的积极性。像种植牙、正畸耗材和OK镜等相关产品的生产厂家竞争激烈,且存在未纳入医保范畴的高毛利热门消费医疗产品价格虚高的情况。

从目前的情况看,高值医用耗材集采可以挤出流通环节不合理的价格水分,减轻患者的医疗负担,提高产品的渗透率,同时大大降低采购成本。例如,在国家组织的骨科脊柱类耗材集采中,按约定采购量计算,预计每年可节约费用260亿元。

“国产替代”加速到来

长期以来,中国高值医用耗材的大部分市场份额被国外厂商所占据。而在2022年的高值医用耗材集采中,“国产替代”趋势明显。例如心脏电生理集采拟中选结果显示,在单件采购模式中,国内主流企业基本全部中标,个别国外企业弃标或出局;在骨科脊柱类耗材集中带量采购中,国产品牌的中标率高达88%;在正畸耗材集采中,隐形正畸产品国内企业报量占比80.6%,已显著高于国外企业。

目前，国内企业在产品成本方面更具竞争力，而国外企业在工具、生产、专利费用等各方面的成本更高，在价格方面并未占据太多优势。因此，中选产品多为同质价低的国内头部企业的产品。通过集采，国内头部企业不仅可实现市场份额的加速提升，还占据了渠道优势、赢得了医生信任，为以后更多的新产品进入医院打下了很好基础。

行业分化加速集采倒逼企业创新

高值医用耗材集采不仅加速了“国产替代”进程，而且还加剧了行业分化。据了解，在集采中，头部国内企业不仅在产品价格上占据优势，在产能以及供货能力方面同样具备优势，这导致中小企业难以与头部企业抗衡。随着集采的“提速扩面”，这些规模小、创新能力差的中小企业难以获得更多的市场份额，致使行业集中度进一步提升。

除了加剧行业分化外，集采也在倒逼企业创新。由于不少高值医用耗材的中标价降幅很大，对国内企业的业绩造成了一定的短期压力，不少企业已持续加大研发投入，以获得新的利润增长点。目前相关企业研发的方向包括新材料、新技术，新材料包括可吸收、可降解材料；新技术主要指核心零部件或关键技术方面的突破，例如 3D 打印技术、组织工程技术等；还有企业专注于服务和疾病的解决方案，包括术前规划、术中导航、术后康复，其中手术机器人、手术导航系统、康复医疗器械等成为热门赛道。如果企业能在上述领域有所突破，不仅能为自身建立起坚实的壁垒，而且还能更好地促进行业发展。

对于企业而言，随着高值医用耗材集采的“提速扩面”，依靠高额营销费用获取市场，生产同质化产品就能“躺赚”的日子已一去不复返，未来企业要想脱颖而出，还需更加努力，坚定地走产品创新、品类扩充之路。

[返回目录](#)

解读 | 种植牙联盟集采 1 月开标，4 大要点值得关注！

来源：中国医疗保险

2022 年 12 月 23 日，四川省医疗保障局网站发布了《口腔种植体系统省际联盟集中带量采购公告(第 2 号)》，标志着历经一年多准备的口腔种植体大范围省际联盟带量集采工作正式拉开大幕。本次口腔种植体联盟集采在耗材品种选择上尚属首次，是零的突破，集采第一次选择了非基本医疗用品、非医保支付品目、且非公立医疗机构用量占主导的品目，破冰扩围意义非凡。在采购方案的制定上牵头省份也是深思熟虑，力求精益求精，让各方满意。对于本次口腔耗材带量集采方案，相关要点梳理分享如下：

1、联盟省份多、带量规模大，充分体现“以量换价”

本次口腔种植体带采名为“省际联盟集采”，实际覆盖范围包含了全国所有省份，几乎可以达到“国采”的效果。再有，本次集采报量规模巨大，各产品系统类别的首年意向采购量，按参加本次集中采购的医疗机构报送的首年采购需求的 90% 定量。其中，四级纯钛种植体产品系统首年采购需求量为 2,494,956 套，首年意向采购量为

2,253,818 套；钛合金种植体产品系统首年采购需求量为 375,087 套，首年意向采购量为 339,335 套。如此大规模带量也充分体现了国家医保战略采购、以量换价的战术策略。

2、市场权重高，主流企业全部到位

本次带量集采，不但区域内主流公立医疗机构全部参与，很多省市在口腔种植领域规模较大的非公立医疗机构也参加了报量集采，即主流市场带量集采，如此充分提高了本次招采的市场权重，防止出现集采后留有空白区域，防止仍有部分机构保持高价耗材和高价服务存在，做到真正惠及民生。再者，从参与本次集采报名企业来看，两种材质产品 A 组企业分别是 15 家、9 家，B 组企业分别是 30 家、8 家，行业主流企业全部到位，充分说明了企业对于本次集采的重视。主流企业的积极参与既有利于促进竞争降价，也有利于保障市场的供应稳定，以及进一步提升主流产品的市场集中度，培育壮大产业优势企业，在发挥集采战略采购降价作用同时，客观上起到一定的产业格局调整、优化的作用。

3、采购方案考虑周密，计算精准

以上两点我们明显看到了国家医保和联盟牵头省份在采购战略运用上非常到位，接下来对于集采最为重要和直接影响的就是招采方案，即采购战术。

纵观整个采购方案，可谓考虑周密，计算精准。首先谈到考虑周密，整个方案内容从企业资质、投标文件要求、操作流程、竞价分组、

中选规则等常规和关键环节表述上清晰完整，全面周到，中规中矩。

讲到计算精准，主要体现在产品最高有效申报价的确定、不同厂家产品入围价格计算、“复活”中选价格的计算等几个至关重要的采购要素上。对于 2380 元的最高有效申报价，有企业表示意义不大，行业内很多企业现实成交价甚至不到 1000 元，但实际上也有进口高端品牌达到 3000—5000 元，因此，对于最高有效申报价格的确定要兼顾不同厂家和产品利益，也对最终中标后计算集采降幅成果有重要意义。此外，本次种植牙集采的难点之一就是投标产品在现实市场上成交价格差的巨大，仅从公布文件上各产品基准价(最低有效采购价)来看，最高价差达 5 倍之多，在无法清晰区分同类产品性能差异情况下，单纯比价格、比降幅或简单价格排名都存在诸多不足。

因此，四川招采部门在各厂家产品入围价格计算上下了重要功夫，这也是迄今为止在所有联盟集采、省市集采中从未有过的计算方式——K 值法。其首先计算了所有申报产品价格间比值 K 值(1—5.48)，及 \sqrt{k} (1—2.34)，规定各厂家产品系统申报价格应不高于自身产品系统的基准价 $\times (100\% - \sqrt{k} \times 15\%)$ 即价格最高的要在自身系统基准价基础上降价 30% 方可入围，价格最低的降价 15%，之所以选 15% 作为确立入围降幅的计算值肯定是经过反复精准测算的，K 值的引入正是为了平衡价差较大产品入围价格的控制，具有较高的技术难度。

最后，关于产品“复活”降幅计算，对于按 A 组按中选规则未中

选产品，方案给予了复活机会，规定其申报价格不高于自身产品系统的“ $\text{基准价} \times (100\% - K \times 15\%)$ ”，或申报价格不高于自身产品系统的“ $\text{基准价} \times 55\%$ ”，均可获得拟中选资格。例如对于复活规则一，对于K值为5的产品，降价75%即可复活，对于K值为1的产品，降价15%即可复活；对于复活规则二，直接同意降价55%即可复活。对于投标方来说，这两个复活规则符合其中之一即可中标，这是本次招采方案给出的保底中标参考。

整体来看，虽然对于按规定直接中选的排名前60%产品降幅是否高于55%暂时无法预判，但从招采方案设计和分量方案上看，各厂家应该会给出一个较为满意的降价。总之，本次种植牙集采方案中技术难度最大的就在于此，入围和中选价格的预判与计算充分体现了招采方的智慧和胆识。

4、配套政策措施筹划细致、到位

本次招采涉及产品特殊，使用范围广，从大城市到小县城，从大医院到普通诊所，既有国际大品牌又有国产小品牌，如何保障中选产品和企业能够保障各地供应和医疗使用至关重要。2号集采方案充分考虑到了各种可能出现的情况，在招采方案中就厂家的技术服务保障、工具保障、产品供应保障等方面做了充分的预案保障，可以说配套政策措施筹划细致到位，为保证集采成果顺利落地执行打下了坚实基础。

总之，口腔种植牙的集采是我国医用耗材带量采购工作的一次破

冰扩围，意义重大。从本次口腔种植牙联盟带量采购方案和准备情况看，招采方准备充分，投标格外重视，采购方案细致周密，尤其对于最高有效申报价的确定、不同厂家产品入围价格计算、“复活”中选价格的计算等几个至关重要的采购要素上，充分体现了招采方的智慧和胆识，为此次集采工作顺利开标奠定了坚实的基础。

[返回目录](#)

· 养老健康 ·

“智慧养老”是未来发展方向

来源：网易新闻

2022年年底，全国首个5G+数字养老健康融合平台在上海打浦桥社区卫生服务中心落地应用，通过该平台的健康信息管理，医生可系统地浏览辖区内老人的健康信息，康复病种、康复人数、康复情况、治疗项目以及病情预警等各类数据，医护人员可每天根据信息反馈实时做出进一步康复治疗的安排。

“智慧养老”概念提出已逾10年，进展缓慢

早在2012年时，“智慧养老”的理念就已经被提出。2013年，全国老龄委专门成立了“全国智能化养老专家委员会”，鼓励发展我国智慧养老服务事业和相关产业。随后，国务院等相关部门也陆续发布了《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》、《智慧健康养老产业发展行动计划(2017-2020年)》、《开展智慧健康养老应用试

点示范的通知》等明确提出了“促进智慧健康养老产业发展”的目标任务，加快智慧健康养老产业发展。

但受限于以下原因，智慧养老的进展缓慢：

1、养老观念及养老产业有待发展、完善。目前，我国养老产业和养老服务体系的发展不完善，无论从养老形式、养老产品、养老服务等方面，均不够成熟。同时，传统的养老观念尚未改变，基于过去多年“养儿防老”思想，养老靠自己的观念尚未形成。

2、技术限制智慧养老的发展和普及。智慧养老的发展和普及有赖于5G、大数据、云网融合等信息技术，目前相关技术已经日益成熟，但尚未完全运用到养老产业中。且目前老年人对于互联网的使用不够熟悉，也限制了智慧养老的普及。

3、政策监管、政策支持有待完善。智慧养老的发展要建立完善的政府和社会的合作关系，对于智慧养老的发展必须有完善的行业监督机制，也需要给予相应的政策支持，才能吸引更多的社会资本投入到智慧养老的发展中。

“智慧养老”是未来发展方向

1、打破养老地域限制，开展养老“云端”服务。“智慧养老”的优势在于可以打破物理界限，通过互联网开展养老服务、医疗健康等方面的服务功能，通过“云端”将原本局限于养老机构、医疗机构的服务延展至家庭。

2、提高医疗资源的利用效率。医疗是养老环节中最为关键的一

环，但受制于目前医疗机构、医疗设备的运营成本等因素影响，医养结合不如人意。通过智慧养老，可以提高医疗资源的利用效率，降低运营成本，通过平台和技术为老年人提供及时、便利、精准的医疗服务，实现医养一体化的服务模式。

3、服务产品更加人性化和个性化。除了医疗服务之外，“智慧养老”可以通过智能设备实现对于长者的情感陪伴和互动娱乐。丰富老年人的活动形式、加强与家庭成员的互动，提高长者的晚年生活质量。

[返回目录](#)

个人养老金为养老“护航”“蓄能”

来源：中国劳动保障报

“享受当下”还是“未雨绸缪”？近年来，随着我国人口老龄化进程加快，养老成为社会普遍关注的话题。2022年11月25日，人社部宣布个人养老金制度启动实施，在北京、上海、广州、西安、成都等36个城市或地区先行落地。

备受瞩目的个人养老金正式启动。税收减免、封闭运行、长线投资、安全性高……个人养老金制度从无到有，向进一步提升养老保障水平迈开了坚实的一步；夯基垒台、立柱架梁，随着制度的不断完善，其吸引力也在不断显现。

进一步提升养老保障水平

“个人养老金是什么？参加个人养老金制度，是不是未来养老都

得靠自己?谁都能参加吗?”不久前,家住山西省临汾市的王斌听闻个人养老金制度正式启动后提出了这些疑问。

对此,中国社会科学院社会发展战略研究院社会保险研究室主任房连泉表示,个人养老金是政府政策支持、个人自愿参加、市场化运营的补充养老保险制度。简单来说,就是在基本养老保险制度之外,国家鼓励大家再开一个账户,自己往里交钱,自主投资相关金融产品,比如银行理财、基金等,这样以后退休了,就能多领一份养老金。

党的二十大报告提出,发展多层次、多支柱养老保险体系。在我国人口老龄化的背景下,个人养老金制度的实施在我国多层次社会保障体系建设中具有里程碑意义。

“在我国多层次、多支柱养老保险体系中,第一支柱是基本养老保险,第二支柱是企业年金和职业年金,第三支柱就是个人养老金,由于过去缺少全国统一的制度性安排,第三支柱是我国养老保险体系的短板。”复旦大学经济学院教授封进表示,在“老有善养”的现实需求下,个人养老金制度建设有利于满足人民群众多样化的养老保险需求,能够让老年生活更有品质、更有保障。

根据规定,所有在中国境内参加城镇职工基本养老保险或者城乡居民基本养老保险的劳动者都能参加个人养老金制度。“目前中国基本养老保险参保人数达 10.5 亿人,除退休人员外,一旦个人养老金全面发展起来,未来的个人养老金资产规模将非常大,并有利于推动金融市场发展。”房连泉说。

按照《关于推动个人养老金发展的意见》，个人养老金资金账户资金用于购买符合规定的银行理财、储蓄存款、商业养老保险、公募基金等运作安全、成熟稳定、标的规范、侧重长期保值的满足不同投资者偏好的金融产品，参加人可自主选择。

“个人养老金产品具有多样性，有利于满足不同群体的投资需求，同时也有利于促进市场竞争，促使金融机构开发更好、更多的金融产品，参与到个人养老金制度中。”封进说。

个人养老金的发展不仅有助于解决普通民众的补充养老问题，还将改变家庭的理财习惯。“个人养老金制度建设有利于将‘赚快钱’观念转变为全生命周期下的养老储蓄，优化家庭资产配置。”房连泉表示。

多因素吸引社会关注

“我听说是自负盈亏，这与自己去买银行或者公募基金的养老产品有什么区别？个人养老金产品有什么特点值得我们去购买？”在采访中，多位投资者都表达了类似的疑惑。

在封进看来，对于个人来说，税收优惠和投资回报是个人养老金具有吸引力的关键。封进指出，与购买普通银行理财或者基金、商业保险的另一个区别是，人们用个人养老金投资金融产品，可享受延期征税等税收优惠政策。

《关于个人养老金有关个人所得税政策的公告》明确，对个人养老金实施递延纳税优惠政策。在缴费环节，个人向个人养老金资金账

户的缴费，按照 1.2 万元/年的限额标准，在综合所得或经营所得中据实扣除；在投资环节，计入个人养老金资金账户的投资收益暂不征收个人所得税；在领取环节，个人领取的个人养老金，不并入综合所得，单独按照 3% 的税率计算缴纳个人所得税，其缴纳的税款计入“工资、薪金所得”项目。

“按照规定，现在每年缴纳个人养老金的上限为 1.2 万元。照此推算，对于月净值收入 1 万元的参加人，每年可节税 360 元，一个月收入为 2 万元的参加人每年可以节税 1200 元。”封进说，也就是根据参加人的年收入水平测算，每年可节税 360 元至 5400 元。

根据规定，个人养老金产品及其发行、销售机构由相关金融监管部门确定。个人养老金产品及其发行机构信息应当在信息平台 and 金融行业平台同日发布；个人养老金产品应当具备运作安全、成熟稳定、标的规范、侧重长期保值等基本特征。

“简单来说，能买的理财产品是经过监管优选的，其运作更为审慎、安全性更好，能一定程度上降低投资风险，再加上良好的资产组合和科学的资产配置，有利于保障参加人获取较好的投资收益。”房连泉说。

除了税收优惠和安全性高，个人养老金资金账户实行封闭运行也是受众普遍关心的话题。“我们年轻人购买金融产品，面对盈亏的波动，搞不好脑子一热就‘梭哈’了。封闭运行就像是有‘第三方’控制着，我们能更稳定地获得收益。”今年 29 岁，具有金融投资经验

的陈狄欣说，形象化来说就是“学霸”筛选稳健靠谱的产品，提供给投资者选择，从而增强投资定力，保障长期收益。

“从国外的经验看，在个人养老金发展初期，参加人主要选择银行类产品，安全性较高，但收益率不高。随着资本市场发展，权益类投资的回报率在长期看远远高于银行理财产品，共同基金是很多参加人的首选。”封进说。

推动我国个人养老金制度行稳致远

2022年4月，国务院办公厅印发《关于推动个人养老金发展的意见》，随后有关个人养老金实施办法、财税政策、金融产品规则等配套政策陆续出台，个人养老金蹄疾步稳加快建设。

2022年11月25日，人社部宣布个人养老金制度启动实施，在北京、上海、广州、西安、成都等36个城市或地区先行落地，覆盖了全国31个省份。有关专家表示，试点名单覆盖区域之广、推进速度之快高于预期。

关注金融市场多年，在北京互联网公司工作的马勇健在知道个人养老金制度启动实施后，表现了出了强烈的购买欲望。

“对于我们年轻人来说，多一份保障，老年后就多一分‘底气’。”马勇健说。像马勇健一样关注个人养老金的年轻人不在少数。

“随着人民群众养老意识的增强，社会养老金融需求将进一步释放。”封进认为，投资回报是吸引力的关键，面对未来我国养老投资的实际需要，金融机构在提升产品稳健性和安全性同时，要提供多样

化投资产品供参加人选择。

同时，封进还建议，由于 1.2 万元的扣除额缺乏吸引力，考虑到通货膨胀的因素，为增加制度的吸引力，应当对税前扣除的限额实行动态调整，但也不应过于频繁地对扣除限额和缴费比率等进行调整，可考虑以 3-5 年为一个周期，根据收入水平和通胀水平调整一次扣除限额和比例。

对于普通投资者参加个人养老金制度的建议，房连泉认为，商业养老保险、银行理财、储蓄存款以及公募基金各有优势，个人养老金产品虽然通常是低风险的，但参保者仍要擦亮眼睛，选择与自身风险承受力相匹配的产品。同时，养老投资是一个长达数十年的过程，其本质在于资产的长期保值增值，需要投资人尽早进行科学、合理的规划。此外，由于大多数投资人缺乏相应的金融知识和风险意识，也需要政府部门进一步加强养老金融教育，引导具备条件的人员参与其中。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

传承创新让香港中医药展现新生态

来源：新华社

香港气候湿热，凉茶店随处可见。不少凉茶祛热除湿，药食同源，以中草药为主要成分，基于体质有不同配方，历史上从广东传来，一

度是香港民间日常保健和防治疾病的主要选择。

“小时候家里也会煮凉茶，喝了身体会舒服。”张振海说，“凉茶有药用价值。”

今年 34 岁的张振海是香港 8000 多名注册中医师的一员。他已从香港浸会大学中医药学院毕业留校任教至今 8 年。学院创立于 1998 年，是香港回归祖国的第二年。

传承：首个高校中医药学院

香港浸会大学中医药学院是香港高校的首个中医药学院。该学院副院长李敏说，纳入高校教育，是香港中医药传承规范化的开端。

“香港中医药的发展，和中央与特区政府的支持分不开。”她强调。

回归之前，香港中医药处于自生自灭的“荒野”状态，医师私人执业或附设服务于中药店。如今，包括制订中医师注册制度和中药标准在内的行业规管，为香港居民带来了更高质量的中医服务。与此同时，中医药教学科研生气勃勃，富有特色。

据李敏介绍，香港浸会大学中医药学院中医学和生物医学(西医)教学并重，已培养了 900 多名本科毕业生，不少成为了中医师、药剂师、针灸师和营养师。

中医学教学中，典籍要背诵，以继承最纯正的中医诊治思想；一至六年级都有临床实践，包括三个月的专科研修和一年的毕业实习。

中医必须要有疗效，需从“纸上”走到阵上“用兵”。李敏强调

说，中医的生存和发展赖于临床实践。在香港，法规仅容许中医师使用中医理论指导下的诊治手段，“中医师需要具备更扎实的中医辨证思维能力和临床诊治水平”。

学院不少老师来自北京、广州和南京等地的中医药大学。张振海说，他遇到的良师，不仅使他成为技术过硬的骨科大夫，更启发他传承和弘扬中医文化的责任感。

“一辈子的事业由此而决。”尽管在香港，中医医师的收入不如西医。在临床部做助理教授的张振海说，他使用正骨推拿和针灸等中医技术减轻病患的痛苦，能做到西医做不到的事情，“我不后悔”。

创新：中医药现代化与国际化

香港致力于中医药现代化和国际化，包括中医药标准化，这是香港中医药发展和创新的方向。

年过五十的李敏曾在内地两所大学读中医，在日本东海大学读西医，2001年加入香港浸会大学。在学院，李敏教中医内科，科研上聚焦老年帕金森症、阿尔茨海默症。其团队基于中药复方研制的新药，已有成果获得专利。

在李敏看来，中医新药研制是一个从古老的中医药宝库中挖掘新知识、进行跨学科研究、利用现代科技、创造新解决方案的转化和应用过程。

从6种药材到小分子多功能有机化合物，其在研新药把中药的“旧酒”装进现代的“新瓶”。不过，李敏强调，为了保证药效，疾

病机制研究应与针对疾病的新药研发并重，无论何时，不能废医存药，“中医辨证施治的核心不能改”。

“继承不泥古，发扬不离宗。”李敏认为，香港浸会大学中医药学院的办学理念，恰恰体现了香港开放与包容的多元文化与国际思维，而这正是香港中医药发展与创新的一大优势。

“国际思维就是要在继承传统中医药理论和知识的前提下，接受现代化的新思维，开展广泛研究合作，让国际社会有效认识、学习和运用中医药，从而造福全人类。”她说。

服务：首个中医医院

2003年香港抗击“非典”，中医药介入并取得成功。今年上半年香港第五波新冠疫情肆虐，中医药在抗疫中依然发挥了巨大作用，并再度提升了大众对其的认同。

数据显示，今年2月到5月，仅香港浸会大学中医药学院即为确诊患者提供远程义诊服务逾4.1万人次，单日接诊最多达1172人次，总计处方配发中药17万多剂。香港浸会大学受特区政府委托运营的启德暂托中心还为130多名确诊老人提供了中医住院治疗服务。

对张振海来说，义诊和启德中心的服务经历已成为他难忘的记忆。展望未来，他期待和校友们能在香港的首家中医医院行医。

2022年6月2日，香港首家中医医院和相邻的特区政府中药检测中心破土动工。医院计划于2025年建成，特区政府表示这是香港中医药发展的一大里程碑，并委托香港浸会大学中医药学院以公私营

合作模式运营。

特区政府 2018 年宣布将中医药纳入香港公共医疗系统，包括在 18 个地区所设的中医诊所资助特定的门诊服务。而香港浸会大学中医药学院直属诊所现已增至 10 间，不断参与和见证着香港中医药社区服务的延伸。

其中，学院在九龙的雷生春堂诊所每日最多 4 名医师同时接诊，日均就诊 75 人次。数据显示，从 2012 年投入服务到今年 11 月 30 日，雷生春堂到访约 55 万人次。

不过，到访数字大约一半是雷生春堂的参观人数。这栋 1931 年建成的 4 层唐楼，建筑风格融合中西，是香港“活化”或再利用的历史建筑，又已评为法定古迹，其深厚底蕴吸引着大量游客。它的底层曾为药铺，售卖颇有名气的中医跌打药水，而今在卖凉茶，其中至少两种是香港浸会大学教授的新配方。柜台上，三个葫芦形的大铜壶古香古色。

“雷生春堂是一个多么能体现多元文化和传承的地方！”李敏感叹。除了诊室，雷生春堂顶部两层走廊均设展板，讲述雷生春堂的变迁，更讲述香港中医药发展的新纪元。

[返回目录](#)

加强交叉学科建设 促进中医药创新发展

来源：中国中医药报

- 中医学从理论体系建立之初，即展现了与哲学、天文、历法、

地理、农学、冶金等各领域交融的包容性。

- 中医药学科交叉应避免学科简单合并，不能简单地用现代科学的评价体系对中医药进行评价，或用现代医药的分析模式对中医药疗效和临床机械地进行分析。

- 中医药交叉学科设置满足社会经济需求和国家生命健康战略需要，要站在国际视野和学术前沿，准确把握交叉学科发展态势。

学科交叉融合是当前科学技术发展的重要特征，是新学科产生的主要源泉，是培养复合型创新人才的有效路径，是经济社会发展的内在需求。促进学科间的交叉融合、优化交叉学科布局，已成为引领当今世界科学研究迈向高质量创新发展的新范式。

中医药学在其数千年的发展历史中，从理论体系建立之初，即展现了与哲学、天文、历法、地理、农学、冶金等各领域交融的包容性，中医药各个学科在其发展史上，从未停止过从其他学科领域吸收新的知识和方法，使得中医药学在交叉学科建设中不断取得新的成果，促进了中医药学自身知识体系的完善。

中医药交叉学科传承创新体系逐步完善

党和国家高度重视医学教育和中医药教育交叉学科发展。2019年发布的《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》提出，围绕国家战略需求及中医药重大科学问题，建立多学科融合的科研平台。在中医药重点领域建设国家重点实验室，建立一批国家临床医学研究中心、国家工程研究中心和技术创新中心。完善中医药产学

研一体化创新模式。2020年，国务院办公厅印发了《关于加快医学教育创新发展的指导意见》，提出以新医科统领医学教育创新，强力推进医科与多学科深度交叉融合。2022年3月印发的《“十四五”中医药发展规划》要求，推进中医药和现代科学相结合，推动中医药和西医药相互补充、协调发展。2022年6月，国家中医药管理局等四部门联合印发的《关于加强新时代中医药人才工作的意见》指出，实施多学科交叉创新团队建设专项。打造一批多学科交叉创新团队，培养一批多学科交叉创新人才。加强与人工智能、生物医学、哲学社会科学等相关领域的学科交叉融合，培育高层次复合型中医药人才。2022年10月国家中医药管理局印发《“十四五”中医药人才发展规划》，提出瞄准中医药重大战略发展需求，依托全国重点实验室等平台，强化有计划、有组织的科研攻关，推动更多中医药多学科交叉创新人才从国家科技创新主战场上涌现出来。

近年来，在交叉学科实践中，我国建立了一大批国家级中医药临床基地，设立了一批国家级、省部级中医药重点实验室和协同创新中心，综合性大学、中医药大学、医药企业、科研院所涌现了一批交叉学科研究所，长学制、高层次学科交叉人才培养模式不断创新，国家级中医药交叉科研成果获得突破，交叉学科产学研一体化体系逐步构建，中医药交叉学科传承创新体系逐步完善，中医药交叉学科建设明显加快，质量不断提升。

中医药学科交叉应避免简单拼凑组合

中医药学科在交叉学科建设取得成绩的同时,也存在一些亟待解决的问题。中医药学科鉴于自身学术体系特色,具有相对稳定性,学科布局较为单一,主干学科和次要学科建设水平差异较大,未能奠定不同学科相互交叉的学术基础。交叉学科的各种学科挂靠在不同的学科、学院、研究院,条块分割,学科建设的体质机制有待进一步健全。对中医药学科交叉的认识和实践出现了偏差,简单把两个或者两个以上的学科拼凑在一起,学科交叉变成学科简单合并,如把中医药学科和一些信息学科、生命学科组合在一起,在交叉的目标、途径等方面缺乏研究,没有形成交叉学科的理论体系;对学科交叉的发展内涵和发展趋势缺乏战略规划,对学科交叉的创新点和突破点缺乏研究,学科交叉没有实质内容,泛化了交叉学科的概念。在学科交叉的实践上,简单地用现代科学的评价体系对中医药进行评价;用现代医药的分析模式对中医药疗效和临床机械地进行分析。中医药交叉学科要克服出现的问题,扎实推动传承创新,着重高质量发展,重点要做好以下几个方面的工作。

加强顶层设计,保持中医药学交叉学科的先进性

一是要做好需求分析。中医药交叉学科设置要做好市场需求分析,要满足社会经济需求和国家生命健康战略需要,要站在国际视野和学术前沿,准确把握交叉学科发展态势,制定中长期交叉学科建设规划,避免盲目设置。

二是要坚持“四个面向”。中医药交叉学科设置必须坚持“面向

世界科技前沿、面向经济主战场、面向国家重大需求、面向人民生命健康”，要根据发展定位、科研条件、人才队伍等因素进行设置，以交叉学科建设全面促进社会经济、科研创新和中医药高等教育发展。

“双一流”中医药高校和国家级科研院所，要发挥学科优势，促进基础学科和应用学科的融合发展，着力打造交叉学科交叉群，着力解决生命健康的重大健康课题，为全国卫生健康事业提供高质量的服务。地方中医药高校、临床医院、科研院所的中医药交叉学科设置要扎根地方、服务当地，着力为地方经济发展和卫生健康事业发展服务。

三是要整合发展资源。中医药学科资源有限，必须选择特色和优势学科进行中医药交叉学科建设，坚持“有所为、有所不为”的原则，选择好学科交叉突破点，把有限的资源用在优势学科领域，在交叉学科的设置上符合中医药发展规律，整合资源，集聚力量，以特色和优势学科推动一流交叉学科建设。

四是要做好动态调整。中医药交叉学科的设置是对中医药学术研究和创新的根本性和战略性重组，由于国家、区域和卫生健康领域面临的问题和需求不断变化，由于知识生产的迭代更新，需要进行适时调整，以保持交叉学科建设的先进性。

凝练学科方向，保持中医药交叉学科的合理性

一是加快制定交叉学科清单。中医药行政主管部门、中医药专业委员会、中医药行业协会等全国性行政、学术组织要组织中医药高校、中医药企业、临床医院、科研院所等积极论证，尽快制定中医药交叉

学科指导性清单。目前在教育部完成备案的 729 个交叉学科中，只有 3 所中医药高校的 6 个学科，中医药交叉学科的设置需要加强。中医药相关部门要认清交叉学科发展形势，加大资源投入，加速交叉学科设置并做好高质量的建设工作。

二是要明晰学科交叉的路径。首先要加强中医药学内部学科的基础学科和临床学科的交叉、中医药学科和少数民族医药学科的交叉、中医和中药学科的交叉等。其次要加强中医药学科和现代医学学科的交叉，重视中西医结合，促进中西医学学科融合发展。再次，要加强中医药学科与自然科学、现代科技、信息技术、人工智能、大数据等学科的交叉，充分利用现代科学技术，拓展中医药学科的创新发展。还要加强中医药学科与人文社会科学的学科交叉，从哲学、人类学、文化学等学科方面促进中医药交叉学科的多元发展。

三是要发挥研究方向的引领作用。在确定中医药交叉学科名单的基础上，不断凝练交叉学科研究方向。在研究当前学科建设发展趋势和规律的基础上，做好调查研究，提高科研方向的敏锐性，合理设计研究方向，瞄准学科前沿，突出交叉特色，满足社会需求，紧贴国家战略，处理好理论创新和应用转化、传统特色和最新发展之间的关系，使交叉学科研究方向引领学科发展创新。

理顺管理体制，提升中医药交叉学科的制度性

一是要做好体制机制建设。要做好中医药交叉学科制度建设，明确建设目标、建设途径、建设内容，为交叉学科建设制定科学的专业

管理体制。要明晰交叉学科中高校、企业、医院等相关方的定位、职责，制定战略规划、任务分解、资金划拨、人员配置、利益分配、科研转化、科研激励等各方面的综合管理制度，消除管理障碍。

二是要建立良好的竞争机制。推进中医药交叉学科科研管理改革，赋予交叉学科更多科研自主权，赋予学科带头人和学科团队更大技术路线决定权、经费支配权和资源调度权。在交叉学科重大科技项目申报时，实行“揭榜挂帅”制度，形成中医药交叉学科之间以科研项目和科研成果为导向的良性竞争机制。

三是要形成良好的学科文化。要加强中医药交叉学科文化建设，为学科建设营造良好的氛围。学科文化是学科共同的价值追求，要结合交叉学科的研究方向、研究方法和科研成果，形成交叉学科新的文化特色，提高学科话语权，凝聚学科团队意识，倡导积极的学术文化氛围，提高学科学术治理能力。

加强平台建设，促进中医药交叉学科的创新性

一是要建设一流创新平台。要围绕国家战略需求、人民生命健康及中医药重大科学问题，建立多学科融合的科研平台，从多学科交叉的角度，争取在国家重点实验室建设上有所突破，在此基础上实现国家级、省部级等各层级科研平台联动化、一体化发展。

二是要申报一流科研课题。不断创新的科学研究是交叉学科产生和发展的内驱力，而科研课题是科学研究的抓手和载体，没有一流的科研课题，交叉学科就失去了发展动力。中医药交叉学科要充分利用

国家交叉学科项目和科研与卫生主管部门的多学科交叉团队建设专项，积极参与国家和省市关于未来科技发展的重大科技专项、前沿技术和基础科学专项、重大学科研究计划，缩小学科发展差距。

三是要加强成果转化。要促进中医药交叉学科的产学研一体化建设，不断创新产学研合作体制机制，促进校企合作、校地合作，搭建区域性服务平台，服务行业、服务社会、服务基层。要成立专门的交叉学科科技成果转化机构，加强科技成果转化体制机制和平台建设，探索并开展多形式、多层次的科技成果转化，提高科技成果供给水平，以科技成果转化的效益为中医药交叉学科建设进一步提供优质资源和原始创新的动力。

四是要加强学术组织建设。政府、高校、医院、企业、科研院所等要加强中医药交叉学科科研创新发展战略学术组织建设，成立交叉学科学术委员会、研究委员会或专家咨询委员会等咨询机构和决策机构，建立一批跨学科的实体研究院和研究中心，就交叉学科核心问题进行深入研究，制定交叉学科配套政策，促进中医药交叉学科学术组织健康有序发展。

加强人才培养，提高中医药交叉学科人才的规模性

一是引进学科带头人。中医药交叉学科首先要引进高层次人才，尤其要积极引进各学科具有交叉学术背景的学科带头人，形成前瞻和原创的学科思想体系，掌握更大的学术话语权，树立交叉学科品牌效应，吸引更多优秀学者和优质资源，组建中医药交叉学科人才团队。

二是促进团队创新能力。在理论研究和科研实践中，要围绕交叉学科的教学、项目、医疗等方面，促进学科人才的参与度，促进学科人才多学科思维能力、以多元研究方法解决问题的能力，促进学科人才的敏锐的前沿科研意识和理论创新能力。

三是中医药人才培养模式创新。树立大卫生、大健康新理念，强调服务于生命全周期、健康全过程，注重医防并重，促进中医药学教育由“以疾病治疗为中心”向“以促进健康为中心”转变，将大健康理念融入中医药交叉学科医学教育各环节、各阶段，统筹学科、专业、课程、教材一体化建设，以学科交叉为载体创新中医药学人才培养模式。要根据新兴交叉学科的特点，厚实多学科基础，实行大类宽口径培养，创新本科人才培养。要增设交叉创新课程，加强中医药长学制高层次人才培养。要大力促进中医药高等院校、科研机构博士培养与博士后工作站的多学科交叉人才培养，扩大高层次多学科交叉人才规模。

加强学科评价，保持中医药交叉学科的有效性

一是优化学科评价体系。要优化中医药交叉学科评价体系，突出交叉学科建设中的质量、贡献和特色评价。要重点突出中医药交叉学科建设服务国家和区域经济社会发展的实际贡献，突出学科对国家和区域卫生健康的服务能力和社会贡献，突出学科理论建设和临床治疗中的“代表性著作和论文”和“典型案例”的评价，突出科研的原创性、突破性成果的评价，引导中医药交叉学科聚焦解决中国卫生健康

问题，解决医疗卫生难题，建立以解决问题为导向的交叉学科评价模式。

二是优化学科生态体系。要充分分析中医药交叉学科之中的新兴学科和传统学科、理论学科和临床学科、医学学科和人文社会学科之间的学科交叉规律和特征，充分考察中医药交叉学科的整体布局和融合程度，激发新兴学科和交叉学科的发展动力，进一步营造良好的学术创新环境，提升学科创新能力，促进学科卓越发展。

三是充分发挥大数据的作用。要充分利用教育行政部门、卫生行政部门、专业指导委员会、行业协会开展的课程评估、专业评估、水平评估、专业认证评估、审核性评估等各种评估形成的数据资源，结合国际上学科评价资源，做好评估指标和体系的大数据资源建设工作。善于利用大数据资源，进行大数据分析。要通过不同学科大数据深度挖掘和比较，发现中医药交叉学科的内在发展规律和学科特色，避免评估单一指标的影响，找出学科建设短板，改进学科建设策略，促进中医药学科内涵发展。

四是要形成中医药学科评价的良性竞争机制。要及时研究中医药交叉学科的优势，也要及时总结中医药交叉学科评估之中出现的共性问题，建立公开透明的学科评估查询平台，公布交叉学科评估的总结报告和建设性意见，促进不同地区和不同院校之间的交叉学科评估交流。

加强国际交流，保持中医药交叉学科的开放性

一是提高国际学术话语权。要鼓励本土化和国际化相结合，从我国卫生健康事业的关键问题出发，避免生搬硬套西方学科理论体系和实践经验，探索适合中医药交叉学科发展的特色理论和路径。要树立交叉学科发展的国际化理念，坚持用一流科研建设开拓国际视野。要以中医药原创研究，构建国内外学术共同体，促进学术对话，提升国际学术话语权。

二是促进学科的国际合作与交流。要制定“引进来、走出去”学科人才发展规划，形成交叉学科国内外人才的互动和促进。要引进国际化创新团队，既要引进国际专家、学者，尤其是大师级人才，也要引导出国留学人员归国，充分发挥国际学者的科研引领作用，带动中医药科研的国际化发展。要引进国外优质教育资源，积极加强与高水平大学进行联合培养、合作办学，促进交叉学科专业建设和课程建设。

三是深度参与科研项目的国际合作。要充分利用中医药国际合作专项和合作基地建设，申报国际中医药科研项目。要联合国际高校和科研院所共同申报重大科研项目，积极借鉴国外的学术理论和科研方法。选准研究方向，与国际知名科研中心和医疗中心深度合作，打造了一批固定的合作平台，以平台建设促进学科的国际竞争力和影响力。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

省内异地就医纳入 DRG 付费的必要性及可行性

来源：中国医疗保险

异地就医按项目付费会使异地诊疗产生更多的医疗资源浪费，可能存在医生区别对待本地和异地就医患者的风险。省内异地就医纳入 DRG 付费，是确保医保基金平稳高效运行、保障就医地和参保地群众医保权益的重要举措。DRG 作为开展医保评价的重要工具，使得省内本地与异地就医费用差异的量化对比分析成为可能，分析结果可为进一步完善省内异地就医付费政策提供依据。

本文对山东省异地就医情况进行对比分析，考察异地就医纳入 DRG 付费的必要性和可行性，为相关决策和研究提供参考。本研究以 2021 年全省 246 家二级以上公立医疗机构住院患者诊疗数据为基础，包括约 1000 万份病例数据。除去数据较差无法分析的病例，有 834.8 万份病例纳入分析。

研究结果

1. 异地就医基础数据

模型中共计 834.8 万份病例，其中 79.58 万份为省内异地就医病例，占总病例数的 9.5%，与该省 2021 年省内异地就医病例数 112 万份有一定差异。从大数据分析角度，数据体量差异对分析结果造成的影响较小。

各城市病例流入流出情况。A 城市和 B 城市为病例净流入，其他

城市为净流出。A城市流入病例最多(56.28万例)，P城市流出病例最多(12.25万例)，流出率18.99%(见图1、图2)。

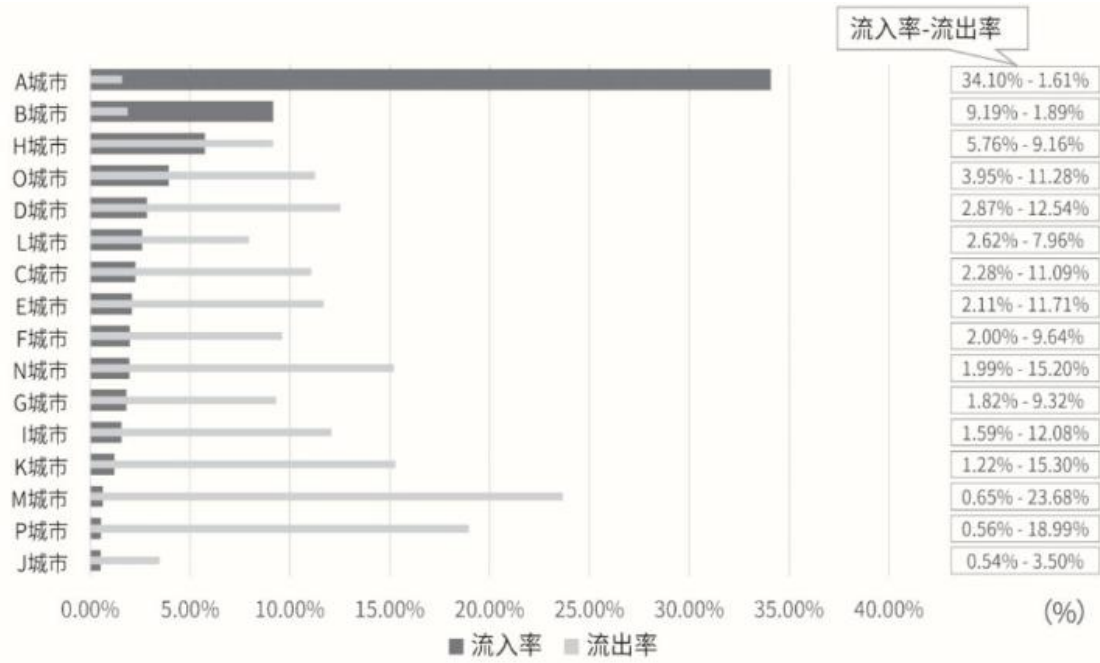


图1 各城市流入流出率统计图

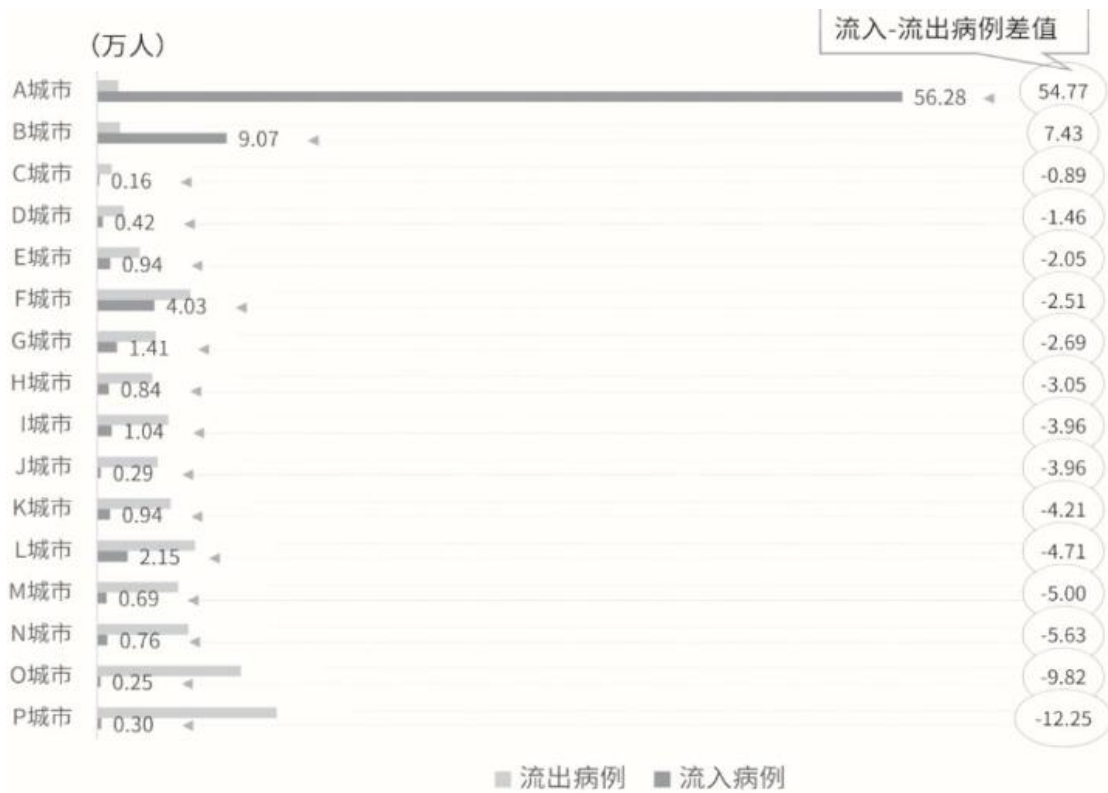


图2 各城市流入流出病例统计图

医疗机构病例流入情况。异地就医病例流入主要集中在省级大型三级公立医疗机构，H01(11.9 万例)、H152(11.8 万例)、H09(9.5 万例)。多家大型公立医院流入病例占其总收治病例数的比例均超过了 50%(见图 3)。为保障参保人权益和医疗基金运行效率，将省内异地就医纳入 DRG 刻不容缓。

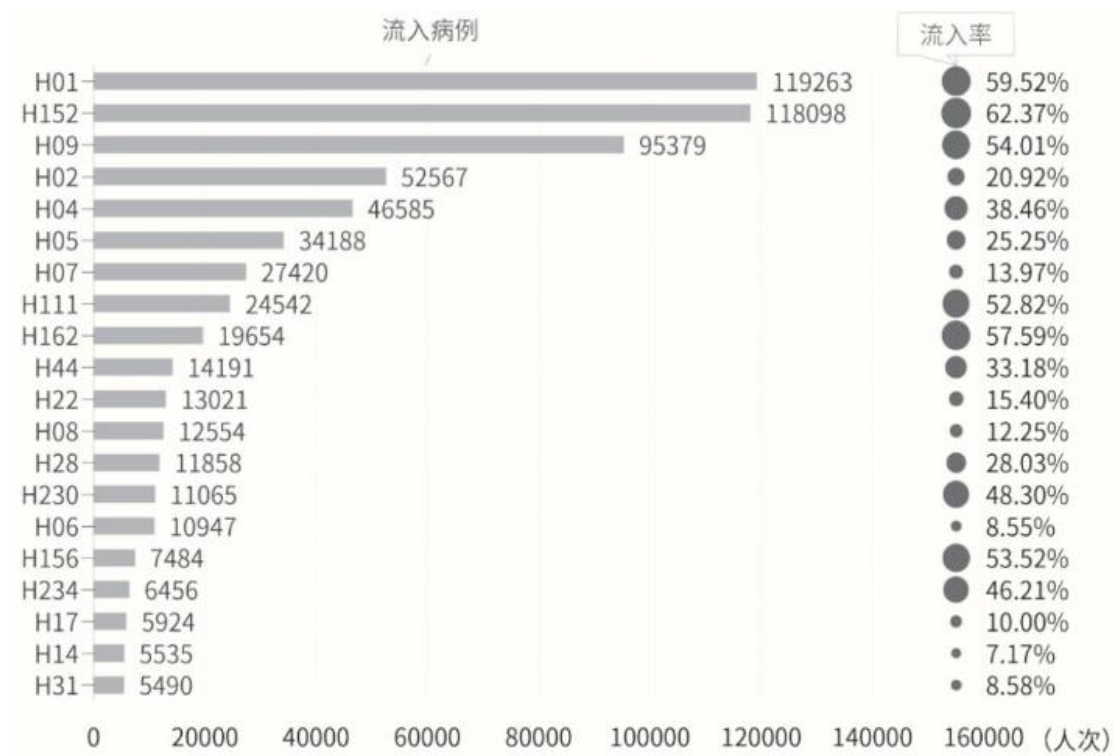


图3 各医疗机构流入病例TOP20

异地就医主要病组情况。省内异地就医共覆盖 613 个 DRG 分组，病组覆盖率 97%，其中前 4 组均为恶性增生性疾患相关病组，占总体异地就医病例的 19.62%；其他病组占比较高的有 OZ19-与妊娠有关的其他疾患、CB39-晶体手术等(见表 1)。省内异地就医前 20 个病组共 310678 例，占有异地就医病例的 39.03%。例均权重 0.99，说明异地就医流出病例的复杂程度低于所有病例的平均水平，部分异地就医

病例具备向参保地回流、向县级及以下医疗机构下沉的条件，可以通过付费政策加以引导，提升医保基金使用绩效。

表1 省内异地就医前20个病组

病组	病组名称	权重	病例数	占比(%)
RU13	恶性增生性疾患的其他治疗,伴并发症或合并症	0.64	104700	13.16
RW19	恶性增生性疾患治疗后的随诊检查	0.51	19459	2.45
RU11	恶性增生性疾患的其他治疗,伴严重并发症或合并症	0.86	16019	2.01
RV15	与放射治疗有关的恶性增生性疾患,不伴并发症或合并症	2.61	15881	2.00
OZ19	与妊娠有关的其他疾患	0.68	15617	1.96
CB39	晶体手术	0.9	15011	1.89
RE13	恶性增生性疾患的化学治疗和/或其他治疗,伴并发症或合并症	0.94	13769	1.73
FR39	心绞痛	0.93	11691	1.47
GZ15	其他消化系统诊断,不伴并发症或合并症	0.84	10379	1.30
ER13	呼吸系统肿瘤,伴并发症或合并症	1.73	9419	1.18
DV19	头、颈、耳、鼻、咽、口非恶性增生性疾患	0.95	9070	1.14
HR19	肝胆胰系统恶性肿瘤	2.15	9010	1.13
CZ19	其他眼部疾患	0.43	8667	1.09
GR15	消化系统恶性肿瘤,不伴并发症或合并症	2.06	8618	1.08
NZ19	女性生殖系统其他疾患	0.82	7573	0.95
KR19	内分泌腺体肿瘤	2.28	7556	0.95
CB19	玻璃体、视网膜、脉络膜手术	1.42	7426	0.93
GZ13	其他消化系统诊断,伴并发症或合并症	0.93	7262	0.91
RG15	恶性增生性疾患的靶向、免疫治疗,不伴并发症或合并症	0.99	6841	0.86
BR23	脑缺血性疾患,伴并发症或合并症	0.94	6710	0.84
合计	例均权重	0.99	310678	39.03

考虑到各市本地就医费用差异较大，异地就医主要集中在 A 城市和 B 城市，为避免对分析结果造成较大影响，选择 A 城市和 B 城市进行异地就医与本地就医费用差异性对比分析。异地就医例均费用高于本地就医例均费用 1.47 倍，差异相对较大，需进一步从病组维度进

行对比分析(见表 2)。

表2 A市和B市异地就医与本地就医总体费用差

类别	例均费用(元)	费用差(元)	费用差比例(%)
异地就医	22126	7039	46.7
本地就医	15087		

例均费用差异较大的病组。筛选省内异地就医与本地就医费用差比例在 50%以上,且总病例数在 9000 以上的 20 个病组作为例均费用差异较大的病组,其中 BZ13-神经系统其他疾患,伴并发症或合并症、DT19-中耳炎及上呼吸道感染等 5 个病组在 A 城市的费用差比例超过 100%,即省内异地费用是本地费用的 2 倍以上。5 个病组权重相对较低,均低于均值 1(见表 3),统计的 20 个病组的整图 1 各城市流入流出率统计图图 2 各城市流入流出病例统计图(%)60 观察思考体权重也低于均值 1,权重为 0.91。

表3 例均费用差异较大病组

病组	病组名	权重	病例数	异地就医	例均费用(元)		费用差(元)		费用差占比(%)	
					A城市	B城市	A城市	B城市	A城市	B城市
BZ13	神经系统其他疾患,伴并发症或合并症	0.69	2101	是	25144	14921	13662	5716	119.00	62.10
			20505	否	11482	9205				
DT19	中耳炎及上呼吸道感染	0.34	2150	是	10725	8078	5662	1968	111.80	32.20
			15754	否	5063	6110				
DS19	平衡失调及听觉障碍	0.59	3167	是	17407	6594	9036	589	108.00	9.80
			14222	否	8371	6005				

省内异地就医病例数较多的病组。筛选异地就医病例数最多的 20 个病组发现,其中 18 个组的异地就医例均费用高于本地就医,异

地就医比本地就医例均费用高 2535 元(23.2%)。A 城市和 B 城市前 5 个病组异地就医与本地就医费用差如表 4 所示。

BZ15	神经系统 其他疾 患,不伴 并发症或 合并症	0.54	1697	是	20026	15334	11368	7736	131.30	101.80
	12706		否	8659	7598					
FR41	冠状动脉 粥样硬化 /血栓/闭 塞,伴严 重并发症 或合并症	0.76	384	是	30116	15340	17063	7563	130.70	97.20
	9734		否	13053	7777					

表4 A城市和B城市异地就医与本地就医费用差

病组	病组名	权重	异地 就医	例均费用(元)		费用差(元)		费用差占比(%)	
				A城市	B城市	A城市	B城市	A城市	B城市
RU13	恶性增生性疾患的其他治疗,伴并发症或合并症	0.64	是 否	9254 9071	5992 5716	183	275	2.00	4.80
RV15	与放射治疗有关的恶性增生性疾患,不伴并发症或合并症	2.61	是 否	29259 28183	30681 29083	1076	1598	3.80	5.50
OZ19	与妊娠有关的其他疾患	0.68	是 否	10194 8965	6549 6506	1229	43	13.70	0.70
CB39	晶体手术	0.9	是 否	11178 9157	11791 9425	2021	2366	22.10	25.10
RE13	恶性增生性疾患的化学治疗和/或其他治疗,伴并发症或合并症	0.94	是 否	11042 11307	10367 9234	-265	1134	-2.30	12.30

研究结论

1. 异地就医集中现象明显

地域流入流出统计结果显示,该省异地就医群体主要集中在 A 城市和 B 城市,其他城市均为净流出,并且 A 城市优势明显,流入率为 34.10%。医疗机构流入流出统计结果显示,该省流入异地病例最多的为省级大型三级公立医疗机构。多家大型公立医院流入病例占其总收治病例数的比例均超过 50%。

2. 异地就医病例以轻症为主

统计结果显示，轻症病例(DRG 权重小于 1)占异地就医总病例数的 60%以上，且轻症病例主要流向大型公立医院，如 H01、H09、H152 三家医疗机构的收治病例数占 41.7%。大型公立医院收治疑难危重症的功能定位、开展优势学科建设的龙头带动作用不明显。

3. 异地就医费用高于本地

以异地就医流入比例较高的 A 城市和 B 城市为例，医疗机构收治异地病例的次均费用比本地病例高 7039 元(46.7%)。从异地就医病例数最多的 20 个病组来看，在低难度病例方面，医疗机构收治异地病例的例均费用也要比本地病例高 2535 元。

建议

1. 统一技术方案，进行相关信息系统升级改造

信息系统升级和数据采集是 DRG 付费改革的基础和前提。可由省医保局牵头制定统一的技术方案，完成省内异地就医相关系统升级，支持异地就医结算明细和医保基金结算清单数据上传。各市医保部门做好省内异地就医 DRG 系统与基金结算清单系统、结算系统的对接，实现异地就医 DRG 付费的审核稽核、参保地与就医地数据共享、费用清分等功能。同时，各市医保部门组织医疗机构及时上传病例数据，在患者出院后 7 日内做到数据“应传尽传”，并做好数据完整性、规范性校验。

2. 省内异地就医费用纳入就医地 DRG 付费管理

首先，通过数据模拟测算、与定点医疗机构沟通协商等方式，充

分考虑异地就医病例类型及权重情况，合理确定异地就医按 DRG 付费标准，充分体现医务人员技术劳务价值和医保政策导向。另外，对医疗机构积极诊治疑难危重症、急抢救、合理使用新药新技术等造成病例费用与病组付费标准有较大差异的，要加强专家论证，按照特病单议、除外支付等规定程序予以合理补偿，充分调动医疗机构积极性。

3. 省内异地就医费用纳入就医地审核监管和考核评价

一是就医地医保部门将省内异地就医 DRG 付费病例纳入本地审核监管，病例抽查比例不低于 5%，重点审核高套分组、分解住院等违规行为。审核确定的违规费用要及时追溯扣除，并将处理结果及时反馈参保地医保部门。二是更新完善定点医疗机构协议履行考核评价指标体系，增加异地就医直接联网结算率、次均住院费用增长率等相关指标。指标分值不低于整体履约考核分值的 10%。对异地就医费用值排名靠前的医疗机构，纳入重点监测范围，建立住院病组费用监测制度，定期分析通报。三是督促医疗机构稳步提高省内异地就医直接结算率，对于省内异地就医直接结算率低于 85% 的医疗机构，就医地经办机构按季度通报，并在年底考核时予以扣分。

4. 逐步推行“同城同病同价”

从异地就医病例数最多的前 20 个病组来看，多为恶性肿瘤放化疗、晶体手术等低权重病组，临床路径基本统一、治疗难度不高，各级医疗机构均能够承接。可选取部分适宜病组设置相同的医疗机构系数，推行“同城同病同价”，并逐步扩大病组范围。异地就医医疗机

构在收治“同城同病同价”病例时，付费标准不再区分医疗机构等级等因素。使低权重的病例逐步向参保地回流、向县级及以下医疗机构有序下沉，提升医保基金使用绩效。

[返回目录](#)

持续做好异地就医直接结算，这3点是关键

来源：健康界

跨省就医直接结算，本身就是一项便民利民的好政策。医保系统坚持人民至上理念，提供精细化的医保服务，又为这项好政策增添了浓浓的民生情怀，让人民群众感受着党和政府的关爱和温暖。

老百姓的体验：“幸福感满满的”

听说笔者是来了解门诊慢特病跨省就医直接结算情况的，刚走出诊室的林先生爽快地接受了访谈：“我不知道用什么词来表达我的心情，只觉得幸福感满满的。”

林先生是7年前从东北一家企业工会主席岗位上退休的，当年便和老伴一起来京住在女儿家，属长期异地居住人口。其间，因换膝关节住过院，老两口还因患高血压需要定期到医院开苯磺酸氨氯地平片。

谈起跨省异地就医结算政策，林先生说，国家实行的依居住地直接结算政策，是一项彰显人性化、体现科学化的好政策。科学化体现在，我国已实现全民参保，但全民不可能都在参保地看病，总会有一部分人因居住地、就业地、就学地、养老地等变化，到参保地之外的

地方看病。顺应这种变化，国家及时采取跨省异地就医直接结算政策，这是医保政策与时俱进不断完善之举，为医保事业注入了可持续发展的生命力，更为老百姓办了一件大好事，这就是科学化的实际表现。

“人性化体现在，老百姓盼什么来什么。”林先生接着说，“居住地、就业地、养老地发生变化的参保群众，都盼望着能在变化后的地方实现就近看病和报销医疗费。老百姓的所盼，很快成为国家所应：几年前就实行了住院费用跨省直接报销，这就是我所享受的幸福感；后来，国家又实行了门诊费用跨省直接报销，我的幸福感又增加了一分；去年又传来好消息，国家再次出台文件，决定实行门诊慢特病跨省直接报销，并在今年开始施行。这么一来，住院费用、普通门急诊费用、门诊慢特病治疗费用都可以跨省直接报销了，实现了跨省就医直接结算的‘三级跳’，这是人民至上理念在医保领域开花结果的一个实例。我和老伴是‘三级跳’的全程享受者，所以我最有资格说‘我的幸福感满满的’。”

林先生还补充说，自己退休前也是一名文字工作者，注重咬文嚼字。此前，医保部门在统计门诊异地就医结算人次、费用、基金支付额度等数据时总得加个括弧，注明“不包括门诊慢特病”，今后这个括弧可以取消了。

林先生的感受反映了千千万万老百姓的心声，也是近几年跨省就医直接结算扩面增效的真实写照。

据人民网报道，截至2022年8月，全国已有280个统筹地区启

动了高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等 5 种门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算，进一步扩大了门诊费用跨省直接结算覆盖范围。

与此同时，住院费用跨省直接结算运行稳定，门诊费用跨省直接结算取得全面进展。

住院费用跨省直接结算方面，截至 2022 年 11 月底，全国住院费用跨省联网定点医疗机构数量为 6.39 万家。2022 年 1 月至 11 月，全国住院费用跨省直接结算 525.64 万人次，基金支付 700.83 亿元，环比分别增长 3.6%、6.5%。住院费用环比的增长说明跨省住院就医实际需求呈增长态势，跨省住院费用直接结算政策适应了这种增长态势。

门诊费用跨省直接结算方面，截至 2022 年 11 月底，全国门诊费用跨省联网定点医疗机构 8.59 万家（其中门诊慢特费用跨省联网定点医疗机构 1.26 万家），定点零售药店 22.34 万家。2022 年 1 月至 11 月，全国门诊费用跨省直接结算 2794.29 万人次，基金支付 40.48 亿元；其中门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算 18.84 万人次，基金支付 1.81 亿元，环比分别增长 5.7%、9.4%。门诊费用环比的增长说明跨省门诊就医实际需求呈增长态势，跨省门诊费用直接结算政策适应了这种增长态势。

实际上，近年来我国医保跨省就医直接结算改革一直在深化和完善——由住院扩展到门诊，由普通门诊扩展到门诊慢特病。与之相适

应，跨省就医直接结算定点医疗机构数量、跨省就医直接结算人次、费用、基金支付比例等均呈现年年增长态势。其中——

2019年，全国跨省就医直接结算定点医疗机构为2.76万多家，全年跨省异地就医直接结算272万人次，医疗费用648.2亿元，基金支付383.2亿元，日均直接结算7452人次。

2020年，全国住院费用跨省就医直接结算定点医疗机构为4.44万多家，全年跨省住院585万人次，其中跨省直接结算300.23万人次，跨省直接结算医疗费用742.80亿元，基金支付438.73亿元。

2021年，全国跨省住院费用直接结算440.59万人次，涉及医疗费用1070.20亿元，基金支付624.63亿元。门诊费用跨省直接结算试点工作稳妥推进，开通联网定点医疗机构4.56万家，联网定点零售药店8.27万家，门诊费用跨省直接结算949.60万人次，涉及医疗总费用23.82亿元，基金支付13.21亿元。算上省内异地就医，2021年职工医保参保人员异地就医6434万人次，居民医保参保人员异地就医4318万人次，加起来超过1亿人次。

2022年11月底，全国住院费用跨省直接结算525.64万人次，基金支付700.83亿元。门诊费用跨省直接结算2794.29万人次，基金支付40.48亿元，其中门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算18.84万人次，基金支付1.81亿元，门诊费用跨省直接结算范围进一步扩大。将林先生“满满的幸福感”称之为亿万参保群众的普遍感受符合实情。

“跨省通办”扩面增效：“持续性足足的”

9月26日，李克强总理主持召开国务院常务会议，部署推进政务服务“跨省通办”扩面增效举措，指出政务服务“跨省通办”是深化“放管服”改革的重要举措，有利于降低办事成本，进一步激发市场活力，便利群众异地工作生活。会议决定，在已实现187项政务服务“跨省通办”基础上，聚焦企业和群众关切，新增22项覆盖面广、办理频次高的事项。其中，就包括对个人门诊慢特病费用结算实行“跨省通办”，并且要求加强政府部门信息共享，统一业务标准，推动更多“跨省通办”事项网上办、一次办。

经过几年的不懈努力，我国基本医保跨省就医直接结算改革已取得突出成效，解决了参保群众跨省异地就医中遇到的一大批“急难愁盼”问题，老百姓的获得感更加充实。面对成效，各地医保人表示，党和政府对医保事业高质量发展的要求，人民群众日益增长的美好生活需要，异地就医直接结算改革的进程和特点，都要求我们进一步提高政治站位，牢记医保人“不断增进人民健康福祉、建设健康中国”的初心使命，以奋进新征程、建功新时代的境界和实干精神，为医保“跨省通办”扩面增效赋予源源不断的动力，使这项服务的持续性足足的。

就如何持续做好跨省就医直接结算服务，接受访谈的医保同行谈了他们的具体思路。

门诊慢特病费用结算“跨省通办”扩面增效具有现实紧迫性，要

怀着紧迫感和责任感推进这项改革。从进展看，一方面，5种门诊慢特病费用结算“跨省通办”虽然呈现出强劲的发展势头，但并未实现所有统筹地区全覆盖；另一方面，需要“跨省通办”的门诊慢特病费用结算也并非仅有这5种，扩大病种费用跨省结算范围的任务依然繁重。22号文件提出，到2025年，群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病相关治疗费用逐步纳入跨省直接结算范围。可见，门诊慢特病费用结算“跨省通办”扩面增效面临任务重与时间紧的矛盾，因为许多统筹地区的门诊慢特病达到十几种甚至几十种，惟有持续发力，笃行不怠，善作善成，方可实现目标。同时，文件还提出，到2025年，住院费用跨省直接结算率提高到70%以上，普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻一番。这是量化目标，是刚性任务，是庄严承诺，只能实现，不可失信。文件明确的，到2025年“基本实现医保报销线上线下都能跨省通办”的目标也须付出不懈努力。好在实现上述目标具有更多有利条件，门诊慢特病费用结算“跨省通办”呈现出来的强劲发展势头，说明此项政策举措深得民心 and 医保人之心，也说明持续推进这项政策“跨省通办”扩面增效势在必行、势在必行。乘胜前进、趁势推进，实现扩面增效的时机更加成熟。

跨省就医永远在路上的特点决定了持续发力的持久性，要树牢持续奋进、久久为功的理念。异地就医是一个由人口流动、流动就业决定的动态持续的过程。人口流动、流动就业的常态化、长期性，决定了未来即使依据社会保险法的规定实现了基本医保的省级统筹，跨省

异地就医费用直接结算仍然存在。可见，跨省就医直接结算只有一个接一个的起点，没有终点。持续做好跨省异地就医费用直接结算具有必然性，要求我们既要立足当前，实现到 2025 年底前的目标任务，更需从长计议，从基础建设、制度建设、队伍建设、理论研究等方面，不断加强这项事业的持续性。实际上，我们在这些方面的建设上既有进展和成绩，也有短板和缺陷。如地区间在信息化、制度化建设等方面发展不平衡，地区间、部门间业务协同联动机制不完善，专业能力不足，等等。现实状况要求我们着眼于可持续，加强补齐短板、填平缺陷的紧迫感和责任感，不断增强人民群众的获得感。

深化做好跨省就医直接结算服务必要性重要性的认识，切实提高政治站位，增强民生意识。如前所述，跨省异地就医直接结算不是一项单纯的业务工作，而是一项改革、一项政治任务、一项民生工程。让群众少跑腿，大力实施网上办、掌上办、“不见面”办，减环节、减材料——这些事看起来很具体，实际上都是国家“放管服”改革的要求，把做好跨省就医直接结算作为一项改革来对待，十分贴切；做好跨省就医直接结算服务是党中央、国务院的决策部署，进而也是增强“四个意识”的必然要求，把做好跨省就医直接结算服务作为一项政治工作来抓，是应有之义；做好跨省就医直接结算服务是解决民生领域“急难愁盼”问题的一项重要任务，是坚持以人民为中心的发展理念的需要，把做好跨省就医直接结算服务作为一项民生工程来实施和推进，是民心所向，民意所致。

理念是行动的先导，思路决定出路。有了住院、普通门诊、门诊慢特病医疗费用“跨省通办”扩面增效的紧迫感和责任感，有了跨省就医直接结算一直在路上的理念及其笃行不怠、久久为功的持续奋进精神，有了将“跨省通办”作为一项改革、一项政治任务、一项惠民工程的站位和民生情怀，特别是有了在人民至上理念指导下创造的实践经验，基本医保跨省就医直接结算改革一定会持续深化，人民群众的获得感、幸福感、安全感一定会更加充实、更有保障、更可持续。

[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