

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第07期

(2023.02.13-2023.02.19)

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 •

▶ [探讨 | 中医药服务该如何按 DRG/DIP 付费？](#)（来源：中国医疗保险）——第 7 页

【提要】随着改革的不断深入和广泛开展，中医药服务价值如何在按 DRG/DIP 付费中得到合理体现越来越受到关注，这也是 DRG/DIP 医保支付方式改革需要直面的问题。而要真正在 DRG/DIP 付费体现中医药服务的价值，关键是 DRG/DIP 医保支付方式的设计要符合中医药服务的特点。这也就是为什么国家要在多个文件中反复强调“探索建立符合中医药服务特点的医保支付方式”的原因所在。

▶ [种植牙集采后续，医疗服务价格这样调整](#)（来源：每日经济新闻）——第 10 页

【提要】今年 1 月，四川医保局牵头的种植牙耗材集采刚落下帷幕。2 月，种植牙价格规范动作延伸到了服务价格上。根据四川医保局 2 月 13 日发布的通知，将从严确定种植牙全流程医疗服务价格调控目标。四川省单颗常规种植牙医疗服务价格全流程调控目标为不超过 4400 元（不含允许放宽情形上浮值），调控系数 n 统一取值为 97，即调控总价为“调控目标”乘以“97%”。通知还规定，将分类规范口腔种植医疗服务收费；开展口腔种植医疗服务收费治理等。

• 医院管理 •

▶ [分院区管理再收紧，“一院多区”的信息化建设要点分析!](#)（来源：CDSreport）——第 17 页

【提要】在“一院多区”模式下，如何实现多院区“同步、同质”发展是巨大的挑战。近 1 年来，国家卫生健康委陆续发布了 3 个与分院区建设相关的重磅文件，推动“一院多区”进入规范管理时代。基于此，CDSreport 结合文献研究、专家课程等，梳理了相关政策的核心内容与分院区建设现状等，为“一院多区”的信息化、同质化管理提供借鉴。

▶ [重磅！2023 年中央一号文件发布，基层医疗有 5 大看点](#)（来源：基层医师公社）——第 22 页

【提要】近日，《中共中央 国务院关于做好 2023 年全面推进乡村振兴重点工作的意见》。这是 21 世纪以来，第 20 个指导“三农”工作的中央一号文件。全文共九个部分，较去年，无论在具体数量还是纵深内容上，今年《意见》都增加了不少干货。涉及基层医疗方面的内容，基层医声公社提炼了以下五大看点：解决乡村医生薪酬待遇问题；把卫生人才引到农村来；提升基本公卫服务能力，加速县域统筹；做好农村疫情防控，压实责任；为基层减负，减轻填表负担。

• 医药监管 •

▶ [处方外流新政来了！院外合规监管趋严，“回扣”重拳打击](#)（来源：医药经济报）——第 27 页

【提要】2月15日，国家医保局发布《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》（简称《通知》），明确提出各级医保部门要采取有效措施，鼓励符合条件的定点零售药店自愿申请开通门诊统筹服务，为参保人员提供门诊统筹用药保障。通知强调，定点零售药店应当遵循公平合法、诚实信用和质价相符的原则，为参保人员提供价格适宜的药品，既要尊重市场机制又要坚持好承担好定点属性，加强自律；此外，加强基金监管。通过日常监管、智能审核和监控、飞行检查等多种方式，严厉打击定点零售药店欺诈骗保等违法违规行为，对违反有关法律法规的，依法依规严肃处理，情节严重的移交司法机关。

▶ [耗材集采品类持续扩容 国产替代加速到来](#)（来源：中国医药报）

——第 35 页

【提要】2022年，“提速扩面”成为高值医用耗材集采的关键词。目前，我国高值医用耗材集采逐渐铺开，国家集采、联盟集采、省级集采强力推进。集采规则不断创新完善，集采模式日臻成熟，采购品种范围持续扩大，中选产品降价趋于温和。同时，高值医用耗材集采已扩展至消费医疗领域，且中选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，国产替代有望加速到来。

• 养老健康 •

▶ [应对老龄化问题的逻辑](#)（来源：健康界）——第 42 页

【提要】人类社会的每个个体，都会经历出生，发育，成长，成熟，老化，死亡的阶段。而在老化到死亡过程中，每个个体先是经过老化，衰弱，废用等生理机能和身体功能变化导致的生物学老化，然后会带生活能力的低下和社会能力的下降的社会学意义的老化。众多的个体的生物性和社会性老化导致了老化的社会化-社会老龄化。社会老龄化带来的社会问题一是身体功能下降而退出职场失去劳动报酬后的供养负担，二是老年人群健康水平下降带来的医疗负担，三是生活能力和社会能力下降的失能失智问题导致的照护负担。

▶ [医疗到照护还是养老到照护](#)（来源：三国智库）——第 53 页

【提要】伴随社会深度老龄化和失智失能老年人群的不断增长，社会的照护负担日益剧增。世界各国都相继建立了照护体系。照护体系发展有两种模式，一是主流的从医疗到照护模式，另一种则是从养老到照护模式，两种模式具有不同的发展路径获取的健康绩效也大相径庭。

• 医药电商 •

▶ [平台邀请、药企试水 直播售药悄然上路](#)（来源：医药网）——第 59 页

【提要】九州通旗下的好药师大药房、叮当快药作为抖音平台首批受邀店铺，自今年 1 月中旬起开始直播卖药。此举引起业内广泛关注。业内人士认为，直播售药作为一种药品销售新模式，或将对监管提出挑战。

[▶ 《2022 年度医药电商白皮书》：从供给端看中国医药电商市场！](#)

（来源：药融云）——第 63 页

【提要】随着医药行业政策的不断推陈出新，相关部门在加速推进“互联网+医疗健康”落地。同时，疫情推动的医患行为转变，带来药企品牌及医药流通的改变，我们可以看到，国内医药健康行业正迎来巨变。总结过去，展望未来，今天这篇文章从医药行业的市场需求出发，通过供给端来看看中国医药电商市场的发展及变化。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

探讨 | 中医药服务该如何按 DRG/DIP 付费？

来源：中国医疗保险

2021 年 11 月 19 日，国家医保局制定印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，标志着 DRG/DIP 医保支付方式改革在全国范围内全面启动。随着改革的不断深入和广泛开展，中医药服务价值如何在按 DRG/DIP 付费中得到合理体现越来越受到关注，这也是 DRG/DIP 医保支付方式改革需要直面的问题。

而要真正在 DRG/DIP 付费体现中医药服务的价值，关键是 DRG/DIP 医保支付方式的设计要符合中医药服务的特点。这也就是为什么国家要在多个文件中反复强调“探索建立符合中医药服务特点的医保支付方式”的原因所在。关于中医药服务的特点，概括起来讲：

一是在理论上，强调辩证施治和标本兼治。

二是在诊断上，主要是基于医生个人临床经验的积累、通过“望闻问切”等手段对患者的疾病做出判断。

三是在治疗上，主要是运用扶正祛邪、阴阳平衡的学术思想和医疗理念，通过中药调理或中医疗法，巩固患者的免疫系统，提升患者的自愈能力，从而促成患者恢复健康。

目前，将 DRG/DIP 医保付费应用到中医诊疗服务中存在的主要困

难，集中体现在两个方面：

一是在病种(组)分类上。尽管国家在 2021 年颁布了《中医病证分类与代码》，但在 DRG/DIP 医保支付方式的实施过程中依然面临着两方面的困难。一方面，中医病证与西医病种(组)之间并不能完全一一对应，而是更多地表现为一对多和多对一的关系，从而客观上使得确定中西医诊治的医保支付标准的比价关系存在着一定的困难。另一方面，中医诊治的灵活性，通常也较难实现临床路径和诊疗操作的标准化。如果纯粹按照国际疾病诊疗分类标准(ICD)就有可能出现部分中医病证无法入组、诊疗不能编码的情况，导致一部分中医诊疗的病例不能按照 DRG/DIP 支付方式进行付费结算；而如果将中医病证强行入组、削足适履式地按 DRG/DIP 付费，则有可能使得中医诊疗服务价值得不到真正的体现，进而影响甚至制约中医药事业的传承创新发展。

二是在分值(权重)计算上。计算病种分值(权重)是确定 DRG/DIP 医保支付标准十分重要的一步，而一个病种(组)的分值(权重)又更多取决于该病种过去的例均医疗费用。西医治疗的医疗费用主要包括药品耗材费用、检查检验费用、医疗服务费用，而纯中医治疗的医疗费用则主要包括中药材(中成药)费用、医疗服务费用。此前，由于医疗服务价格没有理顺，医疗服务价值被人为地严重低估，以药养医、以耗材养医、过度用药、过度检查的现象比较普遍，药品耗材费用和检查检验费用构成了医疗费用的大头，医疗费用的构成是不合理的。这

也就导致了在常规的病种(组)分值(权重)计算中,由于历史原因,中医病种天然地处于不利位置,中医诊疗服务的价值未能在 DRG/DIP 医保支付中得到充分体现。

如何在 DRG/DIP 医保支付方式改革中积极支持中医药传承创新发展,促进我国中医药事业在继往开来中持续不断地推陈出新,笔者认为关键是 DRG/DIP 支付方式的设计要体现中医药服务的价值,实现按疗效价值付费。概括起来讲,主要包括:

一是对能够与西医病种实现一一对应的中医病证,实行 DRG/DIP 支付的“同病同效同价”。具体来说,就是组织相关专家根据临床经验,对中医病证结合医保版《中医病证分类与代码》、《疾病诊断分类与代码》、《手术操作分类与代码》进行遴选分析,确定能够与西医疾病诊断细化分组实现相互对应的中医病证,实现医保基金对中医药服务的价值购买,在医保支付标准上实现与西医诊疗服务的“同病同效同价”。

二是遴选具有相对诊疗优势的本地中医病证,基于价值理念赋予公平合理的分值(权重)。具体来说,就是:首先,按照路径清晰、费用明确的原则,组织相关专家遴选出在当地具有相对诊疗优势的中医病证;其次,基于价值购买理念,组织人员认真测算,充分征求多方意见,最终对每一个遴选出来的中医病证赋予一个能够为各方接受且相对公平合理的病种分值(权重)。

三是对中西医结合治疗优于单纯西医治疗的病种适度增加中西

医结合治疗病种的分值(权重)。一些实行中西医结合的疾病治疗效果(比如：恶性肿瘤放化疗后的中医减毒增效，手术后的中医调理，等等)，无论是短期内让患者快速改善疾病症状、缩短住院天数，还是从长期来看改善患者的生存质量和远期预后，往往都比单纯的西药治疗效果要好。因此，有必要对这些病种分值给予适当倾斜。具体来说，就是：组织专家综合循证依据和实践经验，遴选出相应的中西医结合治疗的疾病病种，并在认真测算和反复征求相关部门及专家意见的基础上，增加中西医治疗结合治疗的病种分值。

四是在设置医疗机构等级系数时适度向中医医疗机构倾斜。这主要是为了体现中医药服务特点和优势，当然也是国家医保局和国家中医药管理局在《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》中的明确要求。

[返回目录](#)

种植牙集采后续，医疗服务价格这样调整

来源：每日经济新闻

今年1月，四川医保局牵头的种植牙耗材集采刚落下帷幕。2月，种植牙价格规范动作延伸到了服务价格上。

根据四川医保局2月13日发布的通知，将从严确定种植牙全流程医疗服务价格调控目标。四川省单颗常规种植牙医疗服务价格全流程调控目标为不超过4400元(不含允许放宽情形上浮值)，调控系数n统一取值为97，即调控总价为“调控目标”乘以“97%”。

通知还规定，将分类规范口腔种植医疗服务收费；开展口腔种植医疗服务收费治理等。

种植牙服务价格不超过 4400 元

不同价区设置不同调控价

继 1 月，被称为“史上最难集采”的口腔种植体系统集中带量采购在四川成都开标后，2 月 13 日，四川医保局再发布《关于做好口腔种植医疗服务收费专项治理有关工作的通知》(以下简称《通知》)。

川医保发(2023)2号 四川省医疗保障局关于做好口腔种植医疗服务收费专项治理有关工作的通知

来源：时间：2023-02-13

分享到：

四川省医疗保障局
关于做好口腔种植医疗服务收费专项治理
有关工作的通知

图片来源：四川省医保局官网

此举意味着，四川种植牙价格规范动作从耗材进一步延伸到服务。

《通知》要求，从严确定种植牙全流程医疗服务价格调控目标，并确定四川省单颗常规种植牙医疗服务价格全流程调控目标(以下简称调控目标)为不超过 4400 元(不含允许放宽情形上浮值，下同)，并作为第一价区三级公立医疗机构调控目标，第二价区及第三、四价区三级公立医疗机构调控目标分别为不超过 4300 元及 4200 元。根据四川省之前发布的《关于建立医疗服务价格动态调整机制的实施意见(试行)》分级定价规定，确定第一价区、第二价区及第三、四价区的二级及以下公立医疗机构调控目标分别为不超过 3667 元、3584 元及

3500 元。

在此基础上，各市(州)在确定调控总价时，调控系数 n 统一取值为 97，即调控总价为“调控目标”乘以“97%”。各地拟定公立医疗机构单颗常规种植牙医疗服务价格全流程总价时不得超过相应价区调控总价。

四川省医疗服务价区划分及调控目标表

价区	市(州)	三级公立医疗机构调控目标	三级公立医疗机构调控总价 (调控目标*97%)	二级及二级以下公立医疗机构调控目标	二级及二级以下公立医疗机构调控总价 (调控目标*97%)
第一价区	成都(含省管公立医疗机构)	4400 元	4268 元	3667 元	3557 元
第二价区	攀枝花、德阳、绵阳、乐山、宜宾、泸州、眉山、南充	4300 元	4171 元	3584 元	3476 元
第三价区	自贡、雅安、遂宁、阿坝、内江、广安、广元、达州、资阳	4200 元	4074 元	3500 元	3395 元
第四价区	甘孜、凉山、巴中	4200 元	4074 元	3500 元	3395 元

注：1. 我省调控系数 n 统一取值为 97；
2. 表内所列调控总价不含允许放宽情形上浮值。

图片来源：四川省医保局官网

针对“种植牙服务全流程”如何界定，《通知》也给出了明确定义。按照《专项治理通知》中对“诊查检查+种植体植入+牙冠置入”的单颗常规种植牙医疗服务价格实施整体调控的要求，调控目标包含单颗常规种植全过程的诊查费、生化检验费、影像检查费、麻醉费、种植体植入费、牙冠置入费、医学 3D 建模(口腔)、医学 3D 模型打印(口腔)、医学 3D 导板打印(口腔)和药品费，不包括拔牙、牙周洁治、

根管治疗、植骨、软组织移植、即刻种植和即刻修复加收、颅颌面部种植体植入加收、临时冠修复置入等服务费用及种植体系统及牙冠(义齿)医用耗材费用。

公立重指导、私立重规范

技术领先、成功率高等机构可放宽 10%

针对不同机构、不同服务,《通知》加以了细化指导。

按照国家医疗保障局相关规定,符合经济发达、人力成本高、口腔种植技术领先的地区可向省医疗保障局申请放宽调控目标,最高放宽幅度不超过 10%。属于国家口腔医学中心或口腔种植专业列入国家临床重点专科的医疗机构,以及口腔种植成功率高、公开服务质量信息、承诺接受监督和检查的医疗机构,可分别向医疗保障部门申请放宽 10%。放宽调控目标部分主要在种植体植入和牙冠置入两个项目的价格水平上体现。

经济发达、人力成本高、口腔种植技术领先判断指标

1. 2021 年人均 GDP 排名处于全国前 20%;
2. 城镇单位就业人员平均工资排名处于全国前 20%;
3. 辖区内设有口腔专科医院(三级公立),或口腔种植专科独立设置、运行超过 3 年的三级公立医院不少于 3 家;
4. 调查登记统计的单颗常规种植牙医疗服务费用高于调控目标;
5. 非省会城市、非计划单列市申请放宽调控目标的,需要以所在省的省会城市获准放宽调控目标为前提。

注：1. 所列条件同时符合才属于可放宽的情形。

2. 副省级省会城市、计划单列市符合放宽条件的，允许放宽调控目标限中心城区；放宽幅度以调控目标为计算基准，同时涉及多种放宽情形的，分别计算后加总。

图片来源：四川省医保局官网

针对公立与私立牙科机构，《通知》也做出了不同指导。

针对公立机构，《通知》提出要加强对其的政策指导。各市(州)医疗保障局要根据价格管理权限梳理相关公立医疗机构开展单颗常规种植牙全流程医疗服务项目清单，结合本地区调控总价，在考虑已定价的诊查费、生化检验费、影像检查费、麻醉费等通科项目总费用的基础上，合理制定种植体植入费、牙冠置入费、扫描设计建模费等新增的专科项目价格，且不高于同等级省管公立医疗机构价格。

对于全牙弓修复种植、颅颌面种植、复杂植骨等技术难度大、风险程度高的项目，允许与常规种植牙手术价格拉开适当差距。

针对民营机构，则要引导其规范收费行为。民营医疗机构口腔种植牙服务价格实行市场调节，定价应遵循公平合法、诚实信用和质价相符的原则，对比本地区公立医疗机构，制定符合市场竞争规律和群众预期的合理价格。

对于区域内种植牙集采中选产品使用率高、主动承诺接受价格全流程调控、口腔种植费用经济性优势突出、评价排名靠前的民营医疗机构，由各地医疗保障部门在官方网站上展示价格和费用情况，为患者就医提供指引；对价格高、采用“介绍费”、“好处费”买卖客源引流的，予以公开曝光。

为加强口腔种植医疗服务收费治理，《通知》还明确规定医疗机构应严格执行价格公示和明码标价制度；建立口腔种植价格异常警示制度并加强各类各级医疗机构监测检查。

多省份出台价调控方案

种植牙价格已有不同程度下降

前述《通知》的出台，实际上是四川省调控种植牙价格从耗材到服务端的延续。

今年1月，口腔种植体系统集中带量采购在四川成都开标。在国家医保局指导和协调下，四川省医保局牵头形成口腔种植体系统省际采购联盟。全国近1.8万家医疗机构参与集采，采购需求量共287万套，约占国内年种植牙数量（400万颗）的72%。

据国家医保局公布资料显示，此次拟中选产品平均中选价格降至900余元，与集采前中位采购价相比，平均降幅55%，预计2023年3月下旬到4月中旬，种植牙费用综合治理结果落地实施，患者将全面享受到降价后的种植牙服务。

而近期，河南、安徽、广东等多省也陆续发布了开展种植牙医疗服务价格调控的相关通知。

如河南省方面发布通知，要求自2月10日起，河南单颗常规种植牙医疗服务价格全流程调控目标为4300元，单颗常规种植全流程费用不高于调控目标的97%。价格调控后，河南省口腔种植医疗服务价格平均降幅近50%。

安徽省要求省属三级公立医疗机构单颗常规种植牙全流程医疗服务及药品总费用不超过 4280 元，所标注价格为省属三级公立医院最高政府指导价。该政策将于 3 月 1 日起执行。

广东省医疗保障局官网 1 月 20 日发布《关于做好口腔种植医疗服务收费专项治理有关工作的通知》，明确全省 21 个地市口腔种植类医疗服务价格分为 3 个价区，单颗常规种植牙医疗服务价格调控目标为不超过 4500 元(不含种植体系统、牙冠等医用耗材)，自 3 月 1 日起实施。

目前已经发布或落地相关政策的省市，均将种植牙服务价格调控在 4000 元上下的范围内。

一家私立连锁牙科机构的工作人员说，他所在的机构今年 2 月 1 号才刚刚对种植牙进行过调价。以瑞士 ITI 种植体为例，其中价格较贵的型号调价前为 18800 元/颗，降价后约为 15000 元/颗。价格稍低的型号降幅更大，原价 15800 元/颗，降价后单价约为 10000 元/颗，

该工作人员表示，上述价格均为种植牙耗材集采后的优惠价，也是打包收费。当问及调整种植牙服务收费后，前述价格是否还有降价空间时，该工作人员表示，“我们是打包收费，没有额外的服务收费，所以后续应该不太有降价空间”。

另一家公立医院牙科的工作人员给出了更低的报价。前述 ITI 种植体中价格较高的型号从约 20000 元/颗降到了 13000 元/颗，价位稍低的型号从 14800 元/颗降到了约 9000 元/颗。该工作人员也表示，

医院采取的是打包收费，没有单独加收服务费，只有没有骨粉、骨膜等单独项目不会另外加钱，“等几个月来做应该也是跟现在差不多的价格”。

可以看到，在四川带头开展种植体集采后，公立及民营牙科机构种植牙整体价格已经有不同程度下降，但服务价格能否进一步明确和规范，还有待进一步厘清和落地。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

分院区管理再收紧，“一院多区”的信息化建设要点分析！

来源：CDSreport

在“一院多区”模式下，如何实现多院区“同步、同质”发展是巨大的挑战。

近1年来，国家卫生健康委陆续发布了3个与分院区建设相关的重磅文件，推动“一院多区”进入规范管理时代。基于此，CDSreport结合文献研究、专家课程等，梳理了相关政策的核心内容与分院区建设现状等，为“一院多区”的信息化、同质化管理提供借鉴。

超100家大三甲已建设分院

“十四五”以来，为促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，提高资源利用效率，国家多措并举，加紧推进医联体、县域医共体、紧密型城市医疗集团、单体多院区的建设。其中，多院区与其他三者有

着本质上的区别，《医疗机构设置规划指导原则(2021-2025年)》将其界定为：分院区属于非独立法人，其人、财、物等资产全部归主院区所有。

我国的多院区建设“萌芽”于20世纪90年代中期，在深化医改的引导下，部分医院通过迁建、新建、联合重组等方式形成一定规模的多院区医院。随着公立医院改革的推进，大型公立医院掀起“一体多院”建设潮。据八点健闻统计，在复旦版《2019年度中国医院排行榜》位列前十名的医院中，平均每个医院设有3.5个院区；2020年以来，全国范围内有近20个地区、102家三甲公立医院建设分院。

对于大型公立医院来说，发展多院区的必然性包括内因与外因两方面。内因在于：单一院区空间规模受限，严重制约医院整体发展；提高资源利用效率，降低服务成本；提升品牌知名度和影响力。而外因在于：地区人口分布改变引起人群医疗服务需求的改变；符合政府优化卫生资源配置的需要；应对疫情等突发公共卫生事件，快速转换医院功能的需要。

可以说，跨区域、多院区管理模式已成为大型公立医院未来发展的趋势，也被大三甲当作重点目标来实践。

“一院多区”政策在收紧

我国多院区建设从探索到驶入“快车道”已走过近30年的历程，但在2021年前一直缺乏国家政策指引。2021年2月召开的全国医疗管理工作会议明确提出，研究出台引导大型公立医院一院多区发展的

政策,既要控制单体机构规模扩展,又要引导优质医疗资源扩容倍增、区域布局协调发展。

2021年6月,国务院发布《关于推动公立医院高质量发展的意见》,提出支持部分实力强的公立医院在控制单体规模的基础上,适度建设发展多院区,发生重大疫情时迅速转换功能。这是国家首次在政策层面将多院区建设明朗化。

在政策风向发生变化的同时,国家对分院区建设的监管也开始收紧。2022年1月,国家卫健委印发《医疗机构设置规划指导原则(2021-2025年)》,首次规定了分院区建设的基本条件、标准和规模限制等,建立数据模型明确医院建设发展的不同阶段。提出申请设立分院区的三甲公立医院,原则上病床使用率要持续超过90%高位运行,平均住院日处于全国同类别医院前10%等。同时指出,到2025年末,符合条件的公立医院举办分院区不得超过3个。在这一点上,已有部分“一院多区”的规模超标。

(一) 公立医院申请设置分院区的基本条件。原则上支持部分综合实力强的公立医院,在严格控制单体规模基础上建设分院区。申请设立分院区的公立医院原则上应当满足以下条件:三级甲等公立医院,病床使用率持续超过90%高位运行,平均住院日处于全国同类别医院前10%(以平均住院日短为优),住院病人疑难程度(CMI值)排名为所在省份同类别医院的前10%,现有院区绩效考核等级连续三年A+级以

上（专科医院 A 级以上），近三年未发生重大医疗安全事件和严重行风问题。

摘自：《医疗机构设置规划指导原则（2021-2025 年）》

2022 年 6 月，国家卫健委发布《关于规范公立医院分院区管理的通知》，对分院区的设置审批、执业登记、命名、评审评价、临床技术管理、医疗质量管理等方面进行了明文规定。该文件首次明确公立医院分院区与主院区医疗质量同质化的管理要求，保障患者在不同院区间就诊能够获得相对一致的诊疗服务，避免出现摊薄、稀释优质医疗资源的问题。

2023 年 1 月，国家卫健委印发《委属(管)医院分院区建设管理办法(试行)》，规定了委属(管)医院分院区建设的总体要求、建设要求、审批程序、建设管理等。明确原则上，到 2025 年末，除国家医学中心、国家区域医疗中心及承担北京医疗卫生非首都功能疏解等任务的项目单位，委属(管)医院不得跨省建设分院区，拟开设分院区的医院应无长期负债。同时，再次强调分院区建设重点在于提升区域重大公共卫生事件应急处置能力。

第三章 建设要求

第十条 原则上，到2025年末，除国家医学中心、国家区域医疗中心及承担北京医疗卫生非首都功能疏解等任务的项目单位，委属（管）医院不得跨省建设分院区。

第十一条 委属（管）医院规划建设新院区的，应满足《医疗机构设置规划指导原则》分院区设置要求。原则上，拟开设分院区的医院应无长期负债。国家医学中心、国家区域医疗中心及承担北京医疗卫生非首都功能疏解任务的医院可按实际情况确定分院区床位规模。

第十二条 以并购等方式接收现有医院、设施等作为分院区的，且拟接收医院、设施等涉及法律纠纷、产权关系不明确、近三年发生影响严重的扰乱医疗秩序等违规违法事件的，国家卫生健康委将暂缓或不予办理分院区审批等程序。

委属(管)医院分院区建设的 3 点要求

通过制定“强监管”政策，引导医院根据自身发展阶段适度、规

范建设分院区，推动“一院多区”按标准、统一步调发展，实现全院“一盘棋”，从而真正发挥单体多院区的作用。

“一院多区”的信息集成与管理要点

在“一院多区”模式下，如何实现多院区“同步、同质”发展是巨大的挑战。尤其是在信息化建设方面，多院区信息系统如何有效整合、互联互通？如何利用大数据提升医疗质量和学科竞争力？某三甲医院的“无围墙”信息一体化建设给出了有意义的参考。

“无围墙”信息一体化的整体架构是依托医院信息中心，在单体多院区、长三角医联体、紧密型医联体之间，采用网络直连、前置机模式、区块链技术等不同方式构建起多院区临床数据中心、多院区科研数据中心、多院区运营数据中心，从而解决各院区系统不一致、流程不统一等问题，支撑智慧临床、科研教学、运营管理、患者服务等各项应用，实现“一网一云一中心”的最终管理模式。

其中，信息一体化的网络架构，建立在数据中心(私有云)基础上，通过互联网为患者提供服务，通过单体多院区专网、医联体专网实现院区间数据共享，同时利用 5G 专网技术，在远程影像、教学、应急救援、远程手术等方面进行尝试性建设。

此外，该院还应用了 AI、区块链等技术，从安全、服务等各个方面提升整个信息系统的完整性。包括：基于 AI 技术进行数据隐私处理和医疗大数据治理，实现标准化医疗数据治理；医疗数据脱敏；疾病风险预测；语法、用语自动修正；减少人工重复劳动。基于区块链

技术进行医联体电子病历交互,实现信息平台去中心化,可持续发展;助力医联体同质化诊疗,便于上级医院监督治疗方案执行情况;电子病历跨区跨院完整记录、展现等。

借助无围墙信息一体化建设和各项应用服务,医院有望实现合理使用各院区资源,为患者提供便捷就医保障;在各院区、各医联体成员医院的信息系统之间,构建安全统一的信息标准平台,有效控制系统对接成本,优化医疗服务流程,提升医疗服务质量等目标。切实通过信息化建设,全力支撑和推进医院高质量发展。

新技术下的多院区信息集成方法

基于新一代集成引擎技术,构建支撑多院区/集团化医院的数据中台一体化集成建设:在集团化医院逐步建设统一的数据中心过程中,各院区的信息系统通过光纤实现互通;数据整合和交换均由集团平台实现,同时在集团的信息平台上搭建基于集团的应用和服务;通过强大的负载延展性和特性化部署能力,DevOps 式开发、生产的双环境支持,让整个医院信息联通流程规范和可靠。

[返回目录](#)

重磅! 2023 年中央一号文件发布, 基层医疗有 5 大看点

来源: 基层医师公社

5 个看点, 释放基层医疗卫生体系建设积极信号。

近日,《中共中央国务院关于做好 2023 年全面推进乡村振兴重点工作的意见》(以下简称《意见》)发布。



(受权发布) 中共中央 国务院关于做好2023年全面推进乡村振兴重点工作的意见

2023-02-13 21:20:21 来源：新华网

新华社北京2月13日电

中共中央 国务院关于做好2023年全面推进乡村振兴重点工作的意见

(2023年1月2日)

截图自/新华网

这是 21 世纪以来，第 20 个指导“三农”工作的中央一号文件。全文共九个部分，相较去年，无论在具体数量还是纵深内容上，今年《意见》都增加了不少干货。

涉及基层医疗方面的内容，基层医声公社提炼了以下五大看点：

1、解决乡村医生薪酬待遇问题

《意见》第七部分(二十七)条提到，统筹解决乡村医生薪酬分配和待遇保障问题，推进乡村医生队伍专业化规范化。

从国家政策的持续发布再到近年来地方政府的有效推动，百万乡村医生的核心诉求，陆续得到落实。在去年一号文件基础上，《意见》再次强调要解决薪酬和待遇问题，村医有望迎来更有利的发展机遇。

另外，继去年、前年同类文件对乡村医生学历、资质提出明确要求后，今年再做“加法”，统筹推进乡村医生队伍专业化规范化。这也意味着，乡村医生队伍作为基层医疗体系建设的重要分支，在乡村振兴全面推进的背景下，专业水平也将增效提速。

2、把卫生人才引到农村来

乡村振兴，关键在人，农村医疗卫生人才队伍的优化十分必要。《意见》明确指出，实施乡村振兴人才支持计划，组织引导教育、卫生、科技、文化、社会工作、精神文明建设等领域人才到基层一线服务，支持培养本土急需紧缺人才。

一是引导城市专业技术人员入乡兼职兼薪和离岗创业。允许符合一定条件的返乡回乡下乡就业创业人员在原籍地或就业创业地落户。

二是继续实施农村订单定向医学生免费培养项目、“特岗计划”，实施“大学生乡村医生”专项计划。

三是完善城市专业技术人员定期服务乡村激励机制，对长期服务乡村的在职务晋升、职称评定方面予以适当倾斜。

3、提升基本公共卫生服务能力，加速县域统筹

“推动基本公共服务资源下沉，着力加强薄弱环节”，提升基本公共服务能力是每年中央一号文件的重要话题。

今年《意见》强调，推进医疗卫生资源县域统筹，加强乡村两级医疗卫生、医疗保障服务能力建设。梯度配置县乡村公共资源，紧密型医疗卫生共同体、养老服务联合体，推动县域普遍服务类设施城乡

统筹建设和管护。

2019 年，全国启动紧密型县域医共体建设试点以来，各地加快推进建设。据央视网最新消息，我国正在 800 多个县(市、区)试点建设紧密型县域医共体，推动优质医疗资源下沉，促进分级诊疗制度形成。

在城市化加快、老龄化加速的进程中，公共卫生能力建设将城乡医疗资源和养老保障加速融合，在县域范围内整合成一盘棋。

4、做好农村疫情防控，压实责任

新冠疫情期间，广大基层医疗卫生机构承担大量社区疫情防控、隔离场所管理、核酸采样、疫苗接种等任务，经受住了重大考验，得到国家高度认可。但我们也清楚地认识到，农村防控工作仍存在短板，不容松懈。

“做好农村新冠疫情防控工作，层层压实责任，加强农村老幼病残孕等重点人群医疗保障，最大程度维护好农村居民身体健康和正常生产生活秩序”依旧是今年重点工作之一。

农村地区作为疫情防控的主要战场，在常态化防控时期，仍然要不断提高农村传染病防控和应急处置能力，以应对不确定的重大疫情及突发公共卫生事件，兜好医疗网底。

5、为基层减负，减轻填表负担

自进入 2019 “基层减负年”以来，国家为基层减负的声音就未曾中断过。

今年《意见》再次提出，“深化纠治乡村振兴中的各类形式主义、官僚主义等问题，切实减轻基层迎评送检、填表报数、过度留痕等负担，推动基层把主要精力放在谋发展、抓治理和为农民群众办实事上。”国家严词之下，基层有望从繁多的文件和会议中抽出身来，全身心投入到提升农村医疗质量中去。

综合来看，农村医疗卫生走向高质量发展是必然趋势，也是必经之路。今年的一号文件涉及基层医疗卫生的部分，有三个重点需要密切关注：

第一，关注两个“统筹”的力度。一个统筹，解决基层医生服务动力的问题，有人看病。一个统筹，解决基层人才服务能力不足的问题，看好病。

第二，细化人才激励机制，推动基层医疗人才培养。近年来，相关部门频繁发文，多次提及要发挥城市医生的优势带动基层医生专业素质的提高，证明在基层医疗人才培养上，一直在狠抓落实。

第三，紧密型医共体持续发力。作为统筹城乡融合发展的要素在中央一号文件提出，医共体的改革动作被赋予更强的使命，或将推动基层医疗改革进一步持续向前。

2023 年是党的二十大召开后的第一年，也是建设中国式现代化的开局之年。透过中央一号文件，我们可以预见基层医疗领域更美好的明天。

[返回目录](#)

· 医药监管 ·

处方外流新政来了！院外合规监管趋严，“回扣”重拳打击

来源：医药经济报

2月15日，国家医保局发布《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》（简称《通知》），明确提出各级医保部门要采取有效措施，鼓励符合条件的定点零售药店自愿申请开通门诊统筹服务，为参保人员提供门诊统筹用药保障。

通知强调，定点零售药店应当遵循公平合法、诚实信用和质价相符的原则，为参保人员提供价格适宜的药品，既要尊重市场机制又要坚持好承担好定点属性，加强自律；此外，加强基金监管。通过日常监管、智能审核和监控、飞行检查等多种方式，严厉打击定点零售药店欺诈骗保等违法违规行为，对违反有关法律法规的，依法依规严肃处理，情节严重的移交司法机关。

将门诊保障待遇延伸至定点零售药店，意味着参保人员在定点医疗机构和定点零售药店享受相同的门诊保障待遇。相比于普通定点零售药店，纳入门诊统筹管理的零售药店显然需要符合更高要求、接受更严格的监管。今年以来，多地发布医药反腐政策文件，商业贿赂违法行为得到监管重拳严厉打击。

定点药店纳入门诊统筹

合理优化院内院外资源

今年以来，广东、湖北、四川等省份实施职工医保门诊共济保障

改革,明确开展职工医保门诊统筹,按规定报销参保人普通门诊费用,并同步调整职工医保个人账户计入办法。

国家医保局此前表示,职工医保门诊共济保障改革,参保患者在定点零售药店购药既可以使用个人账户,也可以凭外配处方享受统筹基金报销。为更好方便参保群众待遇享受,还将实施支付方面的创新。一是支持患者持外配处方在定点零售药店结算和配药,享受与在就诊医疗机构同等的报销待遇。二是探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围,提高享受待遇的便捷性。三是探索推进电子处方流转,更好解决购药结算的需要。此外,还将协同相关部门在家庭医生签约服务、基层医疗卫生机构和定点药店配药联动上,进一步完善支持措施。

本次发布的《通知》,旨在切实贯彻落实好《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》有关要求,明确申请开通门诊统筹服务的定点零售药店应当符合医保部门规定的医保药品管理、财务管理、人员管理、信息管理以及医保费用结算等方面的要求,能够开展门诊统筹联网直接结算。省级医保部门要因地制宜制定具体的管理办法、公开办理流程,并加强对统筹地区相关政策的协调。统筹地区医保部门要优化申请条件、完善服务流程,及时为符合条件的定点零售药店开通门诊统筹服务。

针对门诊统筹基金支付范围,《通知》强调参保人员凭定点医药

机构处方在定点零售药店购买医保目录内药品发生的费用可由统筹基金按规定支付。定点零售药店门诊统筹的起付标准、支付比例和最高支付限额等，可执行与本统筹地区定点基层医疗机构相同的医保待遇政策。

专家表示，医疗保险归根到底是一种社会保险，这就意味着它具有互助共济、责任共担、共建共享的性质，在不另外筹资、不新增单位和个人缴费负担的前提下，提高门诊保障水平，这是门诊统筹基金支付的核心思路。定点零售药店纳入门诊统筹，在方便患者购药的同时，也能够进一步活跃院外市场，合理优化院内院外医疗资源。

从院内到院外

全面打击“回扣”行为

长期以来，医药企业以“营销”为核心导向，依靠高额的“回扣”来拉动销售增长，这已经被监管部门严厉打击的违法行为，难以长久持续地推动企业发展。随着医药反腐重拳连年出击，回扣专项行动的展开，医药行贿、带金销售等违法行为正在面临瓦解。

日前，上海市市场监督管理局曝光一批商业贿赂案，其中一起涉及药房为提升药品销量向多名医生行贿的情况，引发了医药市场强烈关注。

按照上海市市场监督管理局发布的案例通报，上海复美东佳大药房为了提升硫辛酸、头孢克肟、特尔津、安胎益母、静丙、白蛋白、奥硝唑、阿奇霉素和头孢克肟 10 片装等药品的销量，在 2022 年 3 月

至 2022 年 7 月期间，按照对应销量向上海某医院多名医生行贿。

上海市市监局表示，上海复美东佳大药房的行为违反了《反不正当竞争法》第七条第一款第(三)项的规定，涉嫌犯罪。

按照《反不正当竞争法》第十九条要求：经营者违反本法第七条规定贿赂他人的，由监督检查部门没收违法所得，处十万元以上三百万元以下的罚款。情节严重的，吊销营业执照。

在业内看来，经营者采用财物或者其他手段进行贿赂以谋取交易机会或者竞争优势，不仅败坏了社会道德和行业风气，使市场竞争变成贿赂、人情及关系网的恶性博弈，还可能造成物价虚高，破坏社会稳定。

事实上，医药回扣一直是医药营销环节的顽疾，除了医院与药企、医生与医药代表外，在处方外流的背景下，原来院内的一套处方回扣、带金销售等不正当竞争行为，也搬到了院外销售，零售药店，以及院边药房。

今年 1 月，浙江杭州萧山区市场监管局公布消息，杭州为善堂大药房有限公司自 2020 年 7 月 22 日以来购入 600 盒某银离子抑菌剂于萧山某医院周边独家销售，药店法人授意萧山某医院医生在打印给患者的院处方笺手写该品牌抑菌剂(含简称等)且备注涉事药店名称，使消费者以为购买的消毒产品是药品，造成消费者高价购买消毒产品(进价 35 元/盒，售价 178 元/盒)。据悉，至案发时涉事药店已售 475 盒上述消毒产品，其中 363 次系处方引流方式销售。据《反不正当竞

争法》第十九条规定，该药店被处罚款 10 万元。

在药品集采常态化、制度化推进下，落标的药品进不了医院，但却依然可由医生开处方，让患者到指定院外药店取药，由药店负责统方，医生凭处方照样领取药品的回扣。有业内人士指出，伴随院内市场的持续监管高压，药品回扣的空间逐渐被挤压，主战场自然而然从医院转移到院外药店，院外购药回扣的问题并有着愈演愈烈的趋势。

随着医药反腐的不断推进和执行，监管部门在治理院内带经销商的问题同时，也关注到院外市场。因此医药反腐已经不再局限于院内，院外也非法外之地。

2022 年底，山西省药监局发布《关于做好在全省公立医院常态化开展治理院外购药吃“回扣”问题专项整治工作的通知》。要求加大对院边店的“票、证、账、货、款”的核查，坚决杜绝白条、便条等非正规处方销售处方药品的行为，并“对院外购药数量金额较大的药店进行约谈、提醒，对发现的违规‘统方’等线索及时通报卫健部门”等。

除了江西，江苏、北京、广西等地的医保局、医管局或卫健委等也曾专门发布相关文件通知，明确禁止医务人员引导患者到指定药店、公司购买药品和耗材，重点查处在医疗机构内发生医务人员违规让患者到指定地点购买药品(耗材)的行为。

有业内人士表示，全国性的医药反腐风暴一直在进行中，此次山西针对院外购药吃“回扣”问题的专项整治工作，表明地方对于医疗

领域持续进行的整改已经走向深水区，医疗反腐将不会放过任何一个漏洞。从治理院内医药回扣问题到院外，严打医药回扣已开始扩围，在国家各个监管部门形成的合力之下，医药商业贿赂行为将在未来无所遁形。

坚守合规“红线”

院内院外迎最严监管

目前，处方外流已是大势所趋。根据《2021 年医药终端格局和工业百强结构变化》报告显示，2019 年院内市场规模达到 13000 亿元左右，院外市场约 9000 亿元；而到 2029 年，院外市场将以 16000 亿的总体量，打平甚至超过院内市场。

与此同时，IQVIA 数据显示，2020 年在我国院外市场中，零售渠道处方药销售约占 47.9%，且该比重在近年来呈增长态势。院边店又是在院外承接处方最主要的载体。

由于绝大多数院边店都为医保定点药店，医保部门也将成为监管的重要一环。

2021 年 6 月，国家医保局发布《医疗保障法(征求意见稿)》，对院内院外定点医药机构均提出严格要求，医保基金使用违规的处罚力度进一步明确且加强。

第六十一条定点医药机构存在未建立医疗保障基金内部管理制度、未按照规定与医疗保障信息系统进行对接等情形的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；拒不改正的，处 1 万元

以上 5 万元以下的罚款;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理。

第六十二条定点医药机构发生医疗保障基金使用不规范行为的,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;造成医疗保障基金损失的,责令退回,处造成损失金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款;拒不改正或者造成严重后果的,责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理。

第六十三条定点医药机构及其工作人员骗取医疗保障基金支出的,由医疗保障行政部门责令退回,处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款;责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务,直至由医疗保障经办机构解除服务协议;有执业资格的,由有关主管部门依法吊销执业资格。

此外,强调确保处方来源真实、合规,保障患者安全用药,也是处方外流的监管重点。有业内人士认为,院边店与互联网医院合作,通过互联网平台将处方进行合规处理完成处方外流承接,将是一个重要选项,在这种情况下,违规统方等违法违规行为将在信息化、大数据技术面前无法遁形。

2022 年,国家卫健委和国家中医药管理局此前联合发布了《互联网诊疗监管细则(试行)》,线上诊疗服务必将会迎来结构性调整,此前打“擦边球”的企业必须慎重对待,面对高风险的违规行为,要

花更多精力在合规经营上。其中第二十一条对互联网诊疗活动中处方的管理，与国家药监局对药品监管导向同声相应。第二十一条医疗机构开展互联网诊疗活动应当严格遵守《处方管理办法》等规定，加强药品管理。处方应由接诊医师本人开具，严禁使用人工智能等自动生成处方。处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。严禁在处方开具前，向患者提供药品。严禁以商业目的进行统方。

2022年5月，国家药监局发布《中华人民共和国药品管理法实施条例(修订草案征求意见稿)》。其中，第九十六条至第九十八条提到开具、审核、调配、核对电子处方的相关要求。

市场普遍预期，医保支付方式改革持续深入，医保基金使用监管力度强化，政策范围扩大至院内院外，零售渠道市场的利润和品类将遭遇巨大冲击，以往带金销售、野蛮生长的时代将一去不返。

如今，医保支付方式调整如火如荼，个账统筹支付调整逐步深入，医保合规监管力度愈发严格，终端服务专业化要求持续提高，百姓用药保障力度大幅提升。锚定新稳态，融注新动能，疫后全球大变局，开启中国医药经济进入新阶段，这是守正创新、勇毅前行的新时代，也是凝心聚力、乘风共进的新起点。2023年2月19~21日，由国家药品监督管理局南方医药研究所主办、《医药经济报》承办的“第三十四届全国医药经济信息发布会”将在珠海隆重举行，让我们共同关注院外市场高质量发展新机遇。

[返回目录](#)

耗材集采品类持续扩容 国产替代加速到来

来源：中国医药报

2022年，“提速扩面”成为高值医用耗材集采的关键词。目前，我国高值医用耗材集采逐渐铺开，国家集采、联盟集采、省级集采强力推进。集采规则不断创新完善，集采模式日臻成熟，采购品种范围持续扩大，中选产品降价趋于温和。同时，高值医用耗材集采已扩展至消费医疗领域，且中选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，国产替代有望加速到来。

耗材集采逐渐铺开

国家集采：“骨科”尘埃落定，“支架”期满接续

2020年10月16日，国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布《国家组织冠脉支架集采文件(GH-HD2020-1)》，打响了我国高值医用耗材集采的“第一枪”。2021年6月21日，第二批国家组织高值医用耗材集采在天津启动，聚焦人工关节类骨科高值医用耗材。

2022年7月11日，《国家组织骨科脊柱类耗材集采公告(第1号)》发布，这是继冠脉支架、人工关节后启动的第三批国家组织高值医用耗材集采。此次集采根据颈椎、胸腰椎手术需要，覆盖颈椎固定融合术、胸腰椎固定融合术等5种骨科脊柱类耗材，形成14个产品系统类别，拟中选企业152家，拟中选产品平均降价84%，预计每年可节约费用260亿元。

2022年9月9日，《国家组织冠脉支架集采协议期满后接续采

购公告(第1号)》发布,国家组织冠脉支架集采协议期满后接续采购拉开序幕,共有3696家医疗机构参与报量,比上一轮增加了1288家;首年采购需求总量约为186.5万个,较上一轮的需求量增加约53万个。此次冠脉支架接续采购为高值医用耗材国家集采的首次续约,探索了适用于集采协议期满后接续的采购规则,为地方集采到期后的接续工作打造了“国家模板”。

联盟集采：“电生理”再加码，“种植牙”首纳入

众成数科统计数据显示,2022年我国共开展14次高值医用耗材省际联盟集采,涵盖心脏起搏器类、人工晶体类、骨科创伤类等13种高值医用耗材品类。“延续”“创新”,是2022年高值医用耗材省际联盟集采的关键词。人工晶体、骨科耗材、冠脉介入类等2021年集采热门品种在2022年省际联盟集采中得以延续,但覆盖区域及集采频次均较2021年有所下降。与此同时,2022年省际联盟也在不断探索新领域集采模式,口腔正畸托槽、口腔种植体系统等口腔耗材首次纳入集采范围。此外,血液透析类、心脏介入电生理类、人工耳蜗等高值医用耗材品类也在2022年进行首次省际联盟集采。

从高值医用耗材省际联盟集采覆盖范围来看,口腔种植体系统、心脏介入电生理类及弹簧圈覆盖地区数量位列前三。

单独省级集采：锐意进取，安徽项目数量位列第一

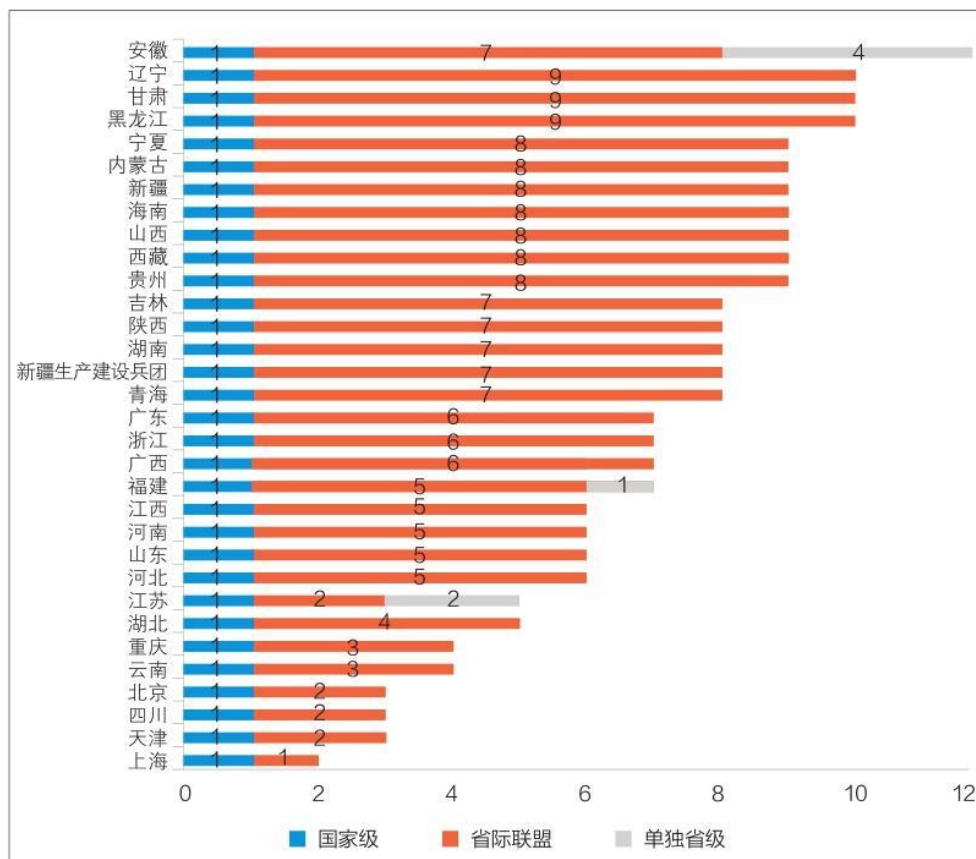
众成数科统计数据显示,2022年江苏、福建、安徽3省共开展7次高值医用耗材单独省级集采,涉及11种品类。

2022 年，福建省对弹簧圈、冠脉介入类、消化介入类等 5 种高值医用耗材进行单独省级集采，集采品类数量在进行单独省级集采的省份中位列第一；安徽省高值医用耗材集采较为活跃，全年共开展 3 次单独省级集采，品种涉及超声刀头、药物涂层球囊等。

集采模式日臻成熟，耗材集采提速扩面

2022 年，除国家集采外，省际联盟集采、单独省级集采也纷纷展开。从全国各省(区、市、兵团)参与集采次数来看，安徽省共参与 11 次，数量居全国首位；辽宁、甘肃和黑龙江参与次数并列第二，均为 10 次；并列第三的是宁夏、内蒙古、新疆、海南、山西、西藏和贵州 7 个省份，均参与 9 次(详见图)。

图 2022 年全国各省(区、市、兵团)开展高值医用耗材集采次数情况(单位:次)



从各省(区、市、兵团)参与省际联盟集采次数来看,辽宁、甘肃和黑龙江省参与次数最多,均为9次;宁夏、内蒙古、新疆、海南、山西、西藏和贵州7个省份参与次数并列第二,均为8次。

从开展单独省级集采次数来看,安徽省次数最多,共4次;江苏省和福建省次之,分别为2次和1次。

采购品种范围扩大

2022年,全国高值医用耗材集采共涉及11个大类24个品种,主要聚焦血管介入治疗和骨科两大领域。血管介入治疗耗材代表品种有弹簧圈、冠脉导引导管类等;骨科耗材代表品种有骨科脊柱类和骨科创伤类。

2022年,骨科创伤类、冠脉导引导管类、冠脉导引导丝类、血液透析类和超声刀头为集采的主要采购对象,采购次数均为2次,覆盖省份2至20个不等。

2022年,低值医用耗材集采涉及3个大类7个品种,主要包括基础卫生材料、体外诊断试剂和注射穿刺类材料。其中,肝功生化类检测试剂集采覆盖23个省份,在所有低值耗材集采中覆盖省份最多;静脉留置针集采覆盖9个省份,覆盖省份数量位列第二。

中选产品降价趋于温和

截至目前,2022年国家级、省际联盟和单独省级集采项目中,共12个项目公布了中选产品价格平均降幅。其中,国家级骨科脊柱类集采中选产品价格平均降幅达84%。省际联盟集采项目中,19省

(区、市、兵团)联盟的骨科创伤类集采中选产品价格平均降幅最大，高达 83%；辽宁、黑龙江联合组织的血液透析类集采中选产品价格平均降幅最小，仅为 26%。单独省级集采中，江苏开展的常用腔镜吻合器集采中选产品价格平均降幅最大，达到 79%；福建开展的弹簧圈集采中选产品价格平均降幅最小，仅为 46%(详见表)。

表 2022 年国家级、省际联盟、单独省级部分集采品种价格降幅情况

级别	集采品种	覆盖省(区、市、兵团)	平均降幅
国家级	骨科脊柱类	全国各省(区、市、兵团)	84%
省际联盟	骨科创伤类	安徽、北京、福建、甘肃、广东、海南、河北、黑龙江、吉林、辽宁、内蒙古、山东、山西、四川、天津、西藏、新疆、新疆生产建设兵团、浙江	83%
	冠脉导引导管类	安徽、甘肃、贵州、海南、黑龙江、湖南、吉林、辽宁、内蒙古、宁夏、青海、山西、西藏、新疆、新疆生产建设兵团、浙江	45%
	口腔正畸托槽	安徽、甘肃、广西、贵州、海南、河南、黑龙江、辽宁、内蒙古、宁夏、青海、山西、陕西、西藏、新疆	43%
	冠脉导引导丝类	安徽、湖南、浙江	40%
	血液透析类	辽宁、黑龙江	26%
单独省级	常用腔镜吻合器	江苏	79%
	骨科创伤类	江苏	73%
	神经专用弹簧圈	江苏	54%
	弹簧圈	安徽	54%
	超声刀头	江苏	49%
	弹簧圈	福建	46%

特色亮点创新显现

2021 年，我国高值医用耗材集采主要集中在心血管、骨科耗材两个领域。2022 年，高值医用耗材集采仍集中在心血管和骨科领域，但呈现出一些新的特色和亮点。

第一，聚焦低国产化率，集采深入神经介入类耗材。由于发展起点低、研发难度高等，国产高值医用耗材难以打入市场与国际品牌角力。近年来，随着本土企业先后攻克心血管介入、骨科耗材等领域的技术难题，国产产品乘集采之势逐渐进入主流市场，但神经介入类耗材始终为国产高值医用耗材的“短板”。以弹簧圈为例，截至 2021 年底，我国仅有 9 款弹簧圈产品获批上市，市占率不足 5%。2021 年在河北省开展的神经介入耗材弹簧圈集采中，有两款国产产品中选，自此拉开了神经介入类耗材集采和国产替代的帷幕。2022 年共开展 4 次弹簧圈集采，23 个省份参与其中，7 家国内企业中选。

第二，扩展至消费医疗领域，口腔类耗材大规模集采。随着人民生活水平提高，口腔种植、口腔正畸等同时具有医疗和消费两种属性的医疗需求不断增加。但由于民营医院市场份额占比较大、口腔医疗领域费用负担重等问题日益突出，2022 年高值医用耗材集采尝试啃下口腔材料这块“硬骨头”。围绕口腔种植体系、口腔正畸托槽两大典型溢价产品，从公立医疗机构集采切入，通过量价挂钩的方式获得降价成果，再通过及时调整医疗服务费用，实现种植牙费用整体降低。公立医院费用降低后，以此作为“基准价”带动院外消费市场价格体系调整，从而实现医疗、消费两个领域的价格调整。

第三，规则趋于温和，集采价格降幅缩小，企业承压降低。医用耗材集采开展以来，冠脉支架的“打骨折”式降价，让不少企业及投资者对行业的现状及未来表示担忧。2021 年和 2022 年国家分别开展

人工关节、骨科脊柱类医用耗材集采，中选产品价格平均降幅在 82% 至 84% 之间，相较于冠脉支架 93% 的降价幅度趋于温和。此外，2022 年 11 月国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布的冠脉支架期满接续采购公告显示，最高有效申报价为 798 元/根；同年 12 月 21 日中选结果公布，中选支架的平均价格为 770 元/根，较首次集采平均价格上涨 10%。

第四，集采品类扩容，体外诊断试剂 (IVD) 首次开展联盟集采。高值医用耗材作为医疗器械领域率先开展集采的品类，经过两年多的努力和沉淀，最终实现了消费端和供给端双赢。纵观医疗器械全产业，IVD、医疗设备市场空间广阔，不少领域处于被跨国企业占据甚至垄断的局面，设备销售价格层层加码的乱象给医院造成了极大的成本负担。早在 2016 年，安徽省就率先开展了乙类大型医用设备集采，为安徽省内医疗机构减轻了负担。2022 年 12 月，江西省牵头开展的 23 省(区、市、兵团) 肝功生化类检测试剂省际联盟集采，是首次全国范围内的 IVD 联盟集采，标志着我国医疗器械集采正式扩容至高值耗材以外的品类。

[返回目录](#)

· 养老健康 ·

应对老龄化问题的逻辑

来源：健康界

一、从老化到老龄化

人类社会的每个个体，都会经历出生，发育，成长，成熟，老化，死亡的阶段。而在老化到死亡过程中，每个个体先是经过老化，衰弱，废用等生理机能 (Physiological function) 和身体功能 (body function) 变化导致的生物学老化，然后会带生活能力 (Activities of Daily Living) 的低下和社会能力 (Social ability) 的下降的社会学意义的老化。众多的个体的生物性和社会性老化导致了老化的社会化-社会老龄化 (图-1)。

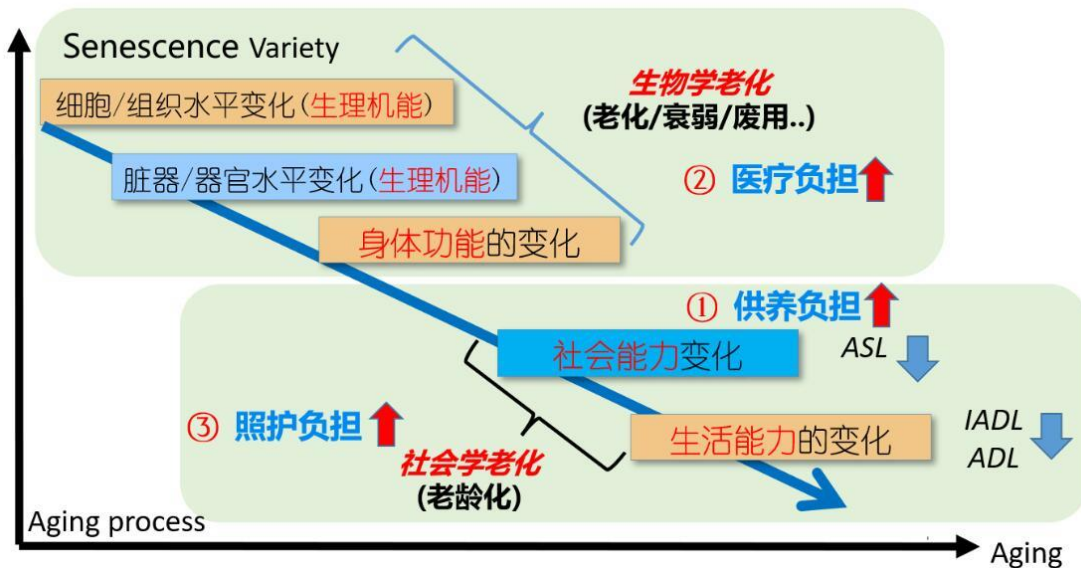


图-1 从老化到老龄化

社会老龄化带来的社会问题一是身体功能下降而退出职场失去劳动报酬后的供养负担，二是老年人群健康水平下降带来的医疗负

担，三是生活能力和社会能力下降的失能失智问题导致的照护负担。即老龄社会的供养和医疗以及照护三大负担。

这也是近几十来发展起来的生物人口学的基础也是解决老龄化问题的重要理论。传统的社会学和人口学理论学科体系中并没有包括健康学和卫生经济学等内容，所以在解决现实和深度老龄社会中的老年医疗照护等核心问题常常会力不从心捉襟见肘。而从老化到老龄化的理论要比用传统人口学和社会学理论入手解决老龄问题，在底层逻辑和上层框架方面更合理，更贴近老龄社会现实。

二、从五个老有到六个老有——老龄化问题的历史共识

1982年，联合国在维也纳举办了第一次老龄问题世界大会，同年3月为参加大会，经国务院批准，我国成立了老龄问题世界大会中国委员会。联合国第一次老龄问题世界大会之后，同年10月，老龄问题世界大会中国委员会更名为中国老龄问题全国委员会，随后全国各普遍建立老龄工作机构，老龄工作逐步开展起来。

2.1 从五个老有到六个老有

1984年8月，全国首次老龄工作会议在北京召开，时任国家副主席王震出席会议，首次提出了“五个老有”（老有所养、老有所医、老有所学、老有所为、老有所乐）的老龄工作目标和七项老龄工作主要任务。这五有成为了三十多年来我国应对社会老龄化挑战的核心政策。进入二十一世纪，伴随社会深度老龄化，老年失能失智人群越来越多，给个人和家庭以及社会带来越来越多的照顾或照护负担。2016

年 WHO 的《中国老龄化与健康国家评估报告》中的针对失能失智老年的照护问题，首次提出了照护依赖和依赖率的概念，并且侧重指出了，老年照护依赖是社会主要的公共卫生问题，必须重视满足失能失智老人的照护依赖的需求，“老有所依”也成为老龄社会必须面对的重大挑战。1984 年提出的”五个老有”的应对社会老龄化挑战的核心政策也自然要增加“老有所依”一项，即”五个老”有转变为”六个老有”（图-2）。所以应对老龄化问题挑战的从”五个老有”到”六个老有”，既反映了当代老龄社会面临的现实问题，也是个逐渐形成的历史性共识。

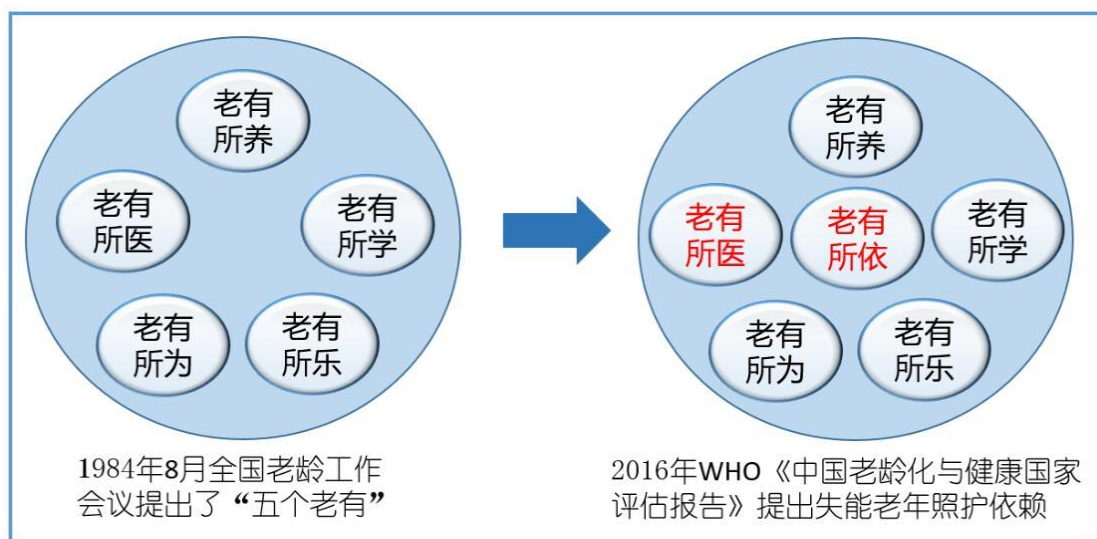


图-2 从”五个老有”到”六个老有”

2.2 “六个老有”的社会属性

尽管应对老龄化问题挑战的核心政策从”五个老有”发展到”六个老有”，但是这六个老有在我国现有和在相当一段期间的经济发展水平条件下，同时参照日本，欧美等先行国家经验可以得知，老龄社会的”六个老有”的每个”老有”的权重是不同的。其中，老有所养

和老有所医以及老有所依这三项是作为老龄社会的兜底性社会保障(雪中送炭),而老有所为和老有所学以及老有所乐这三项则属于一般性社会需求,如有则是锦上添花。属于社会保障性的政策需要社会保险支付的支撑,属于一般性社会需求则可由市场化运营和社会支持(图-3)。

六有	属性	内容	属性	方式	支付	支付	服务内容	服务形式	服务转型	服务供给	服务属性
有养	社会保障	供养/养老	生活	养老金(社会/企业/商业/救助)	现金	每月	个人意愿		①生活/照护/医疗一体化	市场	市场化
有医		医疗	健康	医疗保险(社会/商业)	服务/实物(个人支付封顶)	服务时支付	预防/治疗 (ADL改善维持导向)	机构/社区/居家	②基于居家协调社区机构服务资源	非盈利特殊法人化为主	准市场
有依		照护		介护保险(社会/商业)	服务/实物	先评估等级按月	预防/照护 (ADL改善维持导向)	机构/社区/居家	③居家终老		准市场
有为	社会支持	延时退休	社会	改变雇佣制度	减税	培训				多元	市场化
有学		终身学习	社会	办学多元化						多元	市场化
有乐		适老化	社会							多元	市场化

图-3 六个老有的属性

三、从“五险一金”到“六险一金”——老龄社会保障

3.1 从“五险一金”到“六险一金”

2016年7月,人力资源和社会保障部发布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,明确在全国15个地区探索建立“为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障的社会保险制度”。随后各试点城市在保险的筹资体系建设上也做出不少探索,有的试点城市采取政府补贴方式,比较普遍的是在城镇职工的社会保险的中增加了长期照护保险或长期护理保险的项目。使得原来的职业期的“五险一金”(养老,医疗,工伤,

生育，失业，住房)增加为”六险一金”。但职工退休以后可以享受的就是养老保险和医疗保险以及照护保险这三大老龄社会保障。其中，医疗和照护保障应该属于老年健康保障范畴(图-4)。

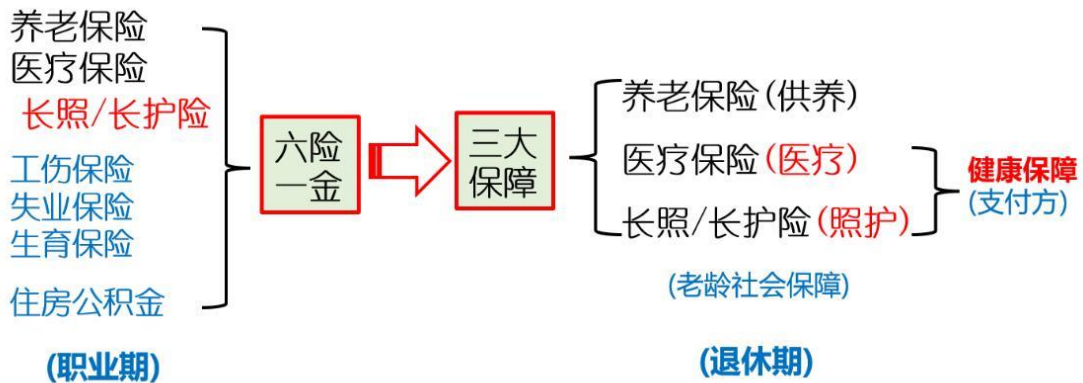


图-4 老龄社会保障

3.2 老龄社会保障的属性

老龄社会保障可归纳为老有所养(养老/供养保障)和老有所医(医疗保障)以及老有所依(照护保障)三大老年社会保障制度体系。其中，养老/供养保障主要由养老保险支付现金；医疗保障由医疗保险支付服务/实物，照护保障由照护保险支付服务/实物。同时，养老金到退休年龄即可每月领取，如何使用消费由退休者自由支配；医疗保障使用取决于老人健康状况(急性期/康复期等)，就医时即时支付服务。照护保障使用需要经过社会评估认定照护需求等级，按月提供服务支付。特别需要说明的是，以老人退休金和储蓄等为主要支付方的个人消费基本是纯市场行为，而以医疗照护保险为主要支付方的医疗照护服务市场，按卫生经济学和照护经济学的观点是准市场或内部市场行为，在发达国家绝大多数的医疗和照护服务机构是非盈利机构(图

-5)。所以，养老和医疗以及照护三大保障是有本质区别的制度体系，不能用“养老”一词混淆。

保障内容	保障方式	支付内容	支付方式	服务关系
供养/养老	养老保险/救助/储蓄	现金	每月	市场化
医疗	医疗保险	服务/实物	服务时支付	准市场
照护	照护保险	服务/实物	先评估等级按月支付	准市场

图-5 老龄社会保障属性

四、健康老龄化——老年健康保障

世界卫生组织(WHO)在 2015 年的《关于老龄化与健康的全球报告》中，将健康老龄化定义为“发展和维护老年健康生活所需要的功能和功能发挥的过程”即健康老龄化就是老年人的功能和功能发挥。功能是指包含体力和脑力的内在能力，即是‘个体在任何时候都能动用的全部体力和脑力的组合’。功能发挥是是功能与友好环境的相关作用，即为‘使个体按照自身观念和偏好来生活和行动的健康相关因素’。

内在能力只是决定老年人能做什么的因素之一。功能发挥是老年人居住的生活环境以及老年人与生活环境的相互关系。对于能力处于任何水平的老年人，能否完成自己认为重要的那些事情，最终要取决于其生活中能提供必需的医疗照护服务资源和无障碍友好环境的老年社会保障。所以即使老年人内在能力有限，如果能够得到抗炎药物和康复等医疗服务和辅助器材(如拐杖、轮椅等)等照护服务以及易于出行的交通设施环境等资源，并且这些服务是可达性(距离/效果/负担可及)的社会保障。即使身体有残障，他们仍然能够去商场购物。

这种个体与环境的结合及其相互关系的功能发挥，也是在医疗照护服务资源的支撑下，使个体能够按照自身观念和偏好来生活和行动的健康相关因素(图-6)。

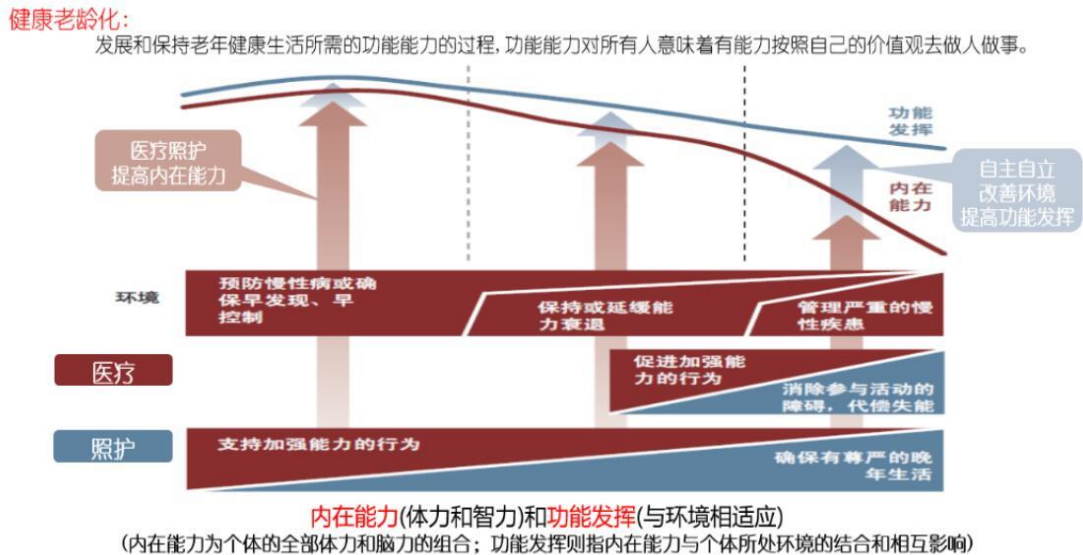


图-6 健康老龄化

五、老龄化问题的误区

普通逻辑是研究与概念、判断、推理等基本思维形式的应用直接相关的思维方法。概念是普通逻辑(概念、判断、推理)的基础，也是思维的基本单位。明确概念是判断与推理的前提和基础，如果没有清晰的概念的界定，由此而来的判断和推理就也就很难保证其正确性。2000 年以来，国内有关应对老龄化挑战出台的政策层出不穷，其政策用语也五花八门，什么养老产业/老龄产业/银发产业，什么医养结合/长期护理。这些概念既没有严格定义，也经不起推演，所以造成了在政策落实上破绽百出。因此严格定义概念和概念推理的逻辑思维，走出老龄化问题误区，在政府决策中显得格外重要。

5.1 养老就是供养老人

进入 21 世纪我国与其他发达国家一样，快速进入老龄化社会，同样面临着老龄化带来的各种挑战。”养老“自然成为街头巷尾热议的话题，特别是开放了二胎生育政策，再次勾起了几代人的”只生一个好，政府来养老“的集体记忆，“养老”一词从未像其他汉语词汇那样，令国人刻骨铭心。因此，“养老”一个作为政府曾经的承诺，必然会作为政府制定社会保障政策的重点内容，也是政府必须做的民生工程。

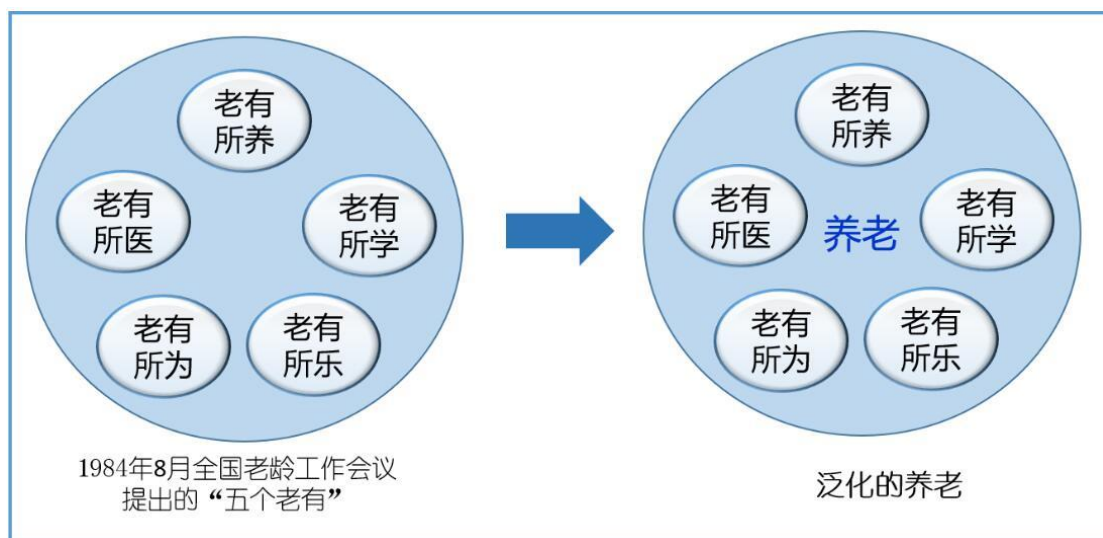


图-7 养老就是老有所养的的供养老人

在汉语中“养老”一词历来是有明确定义的。何谓“养”？在古文《说文》中有“养，供养也”一说，在《荀子·礼论》中有“及能生之不能养之”的解释，另外在《韩非子·五蠹》中也有“不食力而养足”。即对不能自食其力者供养起来。所以“养老”就是供养老人，为老人提供生活所需要钱物，即五个老有中的“老有所养”。在现代 社会我国与其他发达国家一样，都通过建立完善的社会养老金保险体系为供养老人提供保障。不能把“五个老有”都称为养老(图-7)。

5.2 医养结合是什么

医养结合的政策用语最早出现在2013年国务院办公厅的35号文件《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》中。在文件的(六)积极推进医疗卫生与养老服务相结合的条款中描述为”推动医养融合发展。各地要促进医疗卫生资源进入养老机构、社区和居民家庭。卫生管理部门要支持有条件的养老机构设置医疗机构。医疗机构要积极支持和发展养老服务，有条件的二级以上综合医院应当开设老年病科，增加老年病床数量，做好老年慢病防治和康复护理”。不少官方媒体把”医养结合”概括为”养老机构有医疗，医疗机构能养老”。”医养结合”中”医”概念很明确指的是医疗服务，但是医疗服务也是依据患者的健康状态在对应的机构提供相应的服务，医疗服务和机构也要分急性期，危重期，康复期(恢复期)，生活期，终末期不同类型。在我国的医疗行政和资源规划和布局中，一直有针对包括老人在内的急救患者的急救半径和反应时间的布局，对非急救患者也要三级医疗圈的布局，无论老人居家，社区，养老机构生活，出现医疗需求都能获得可及性的服务。”医养结合”把百姓口头语的“养老”延伸为政策用语时，并没有作严格的定义和解释，还没有把医疗服务”医”的类型区分清楚，同时又忽视了失能失智老年的照护需求。这些为后续的政策解读和实施带来极大的混乱。在随后各地政府的具体实施中，政策的解读也五花八门，如医养康结合，医养康护结合。在实施的项目上凡是与“养“字相关的都可八仙过海自行定义，如养老地产，养

老金融，以房养老等。

2013 年推出”医养结合”已经约有十年了，无论是媒体的”养老机构有医疗，医疗机构能养老”描述，还是政策执行过程中所出现的案例，用”服务可及性”的卫生经济学的术语都说明了”医养结合”指的是老年健康(医疗照护)服务的可及性。如果”医养结合”政策的制定者有点卫生经济学常识，直接用老年健康服务的可及性表述，就不会发明这种似是而非的政策用语了。

5.3 Long Term Care 是长期照护不是长期护理

1) Long Term Care 翻译

2000 年日本实施了介护保险制度，日本的介护一词译自英文 Care, 因为英文的 Nursing 在日本一直翻译为看护在中国则翻译成护理。因此日文的介护就不能翻译为护理，只会翻译成照护或照顾或照料。自然 Long Term Care (LTC) 最应该翻译为是长期照护或长期照顾而不是长期护理(参考下英德日中对应表)。

英文	德文	日文	中文
Nursing	Pflege	看护	护理
Care	Krankenpflege	介护	照护
Long Term Care (LTC)	Langfristige Krankenpflege	长期介护	长期照护
LTC insurance	Krankenpflege Versicherung	介护保险	照护保险

图-8 Long Term Care 翻译

2) 护理学体系内没有长期护理

现代护理学经过长期发展，已经形成了基于护理模式和服务场所的完整业务体系。

a. 基于护理模式体系：

①功能制护理 (functional nursing): 是以完成各项医嘱和常规基础护理为主要工作内容的集权式的护理工作模式。

②责任制护理 (primary nursing): 是以患者为中心, 按评估/计划/实施/评价的程序化全面连续护理。

③整体化护理 (systematic approach to holistic nursing care): 以社会化的患者为中心, 以健康问题为导向将护理管理各个环节程序化系统化的工作模式。

④优质护理: 优质护理是在实施责任制分工方式基础上整合基础护理, 为患者提供全面、全程、连续的整体化护理服务。

b. 基于服务场所体系:

①临床护理 (clinical care) ②社区护理 (Community/regional care) ③家庭护理 (Home Care)

由此可见, 在现有的护理学体系内并没有基于护理时间长短的护理业务体系, 自然没有所谓的长期护理的说词(图-9)。

护理模式: 功能制护理(以疾病为中心的阶段)
责任制护理(以病人为中心兼顾身、心两方面)
整体化护理(以整体人的健康为中心关注健康→健康问题为导向)

业务分类: 临床护理(Clinical Nursing) 生活护理/基础护理
社区护理(Community Nursing) 家庭护理(Home care)

图-9 护理模式及分类

3) WHO 的长期照护定义

世界卫生组织 (WHO) 2000 年的世界卫生报告《建立老年人长期照护的国际共识》中对长期照护作了定义, 即长期照护是由非正式照护提

供者(家庭,朋友和/或邻居)和/或专业人员(卫生,社会和其他)开展的活动系统,以确保缺乏完全自理能力的人能根据个人的优先选择保持最高可能的生活质量,并享有最大可能的独立,自主,参与,个人充实和人的尊严。台湾出版的《长期照护》教科书中也有长期照护的定义,如”长期照护是针对身心功能障疑者,在一段长时间内,提供一套包括长期性的疗,护理,个人与社会支持的照顾;其目的在促进或维持身体功能,增进独立自主的正长生活能力(Kane 1987年)”。又如”长期照护是针对功能失能的人提供长时期,正式或非正式的健康及健康相关支持服务,以到达使个案能维持最高独立性的目标(Evashwick 2005年)”,因此长期照护是个完整的体系,其核心是支持受照护者享有最大可能的独立,自主,参与,个人充实和人的尊严。虽然长期照护中涵盖了部份基础护理和生活护理内容,但是绝对不等同于护理,更是与长期护理风马牛不相及。

[返回目录](#)

医疗到照护还是养老到照护

来源: 三国智库

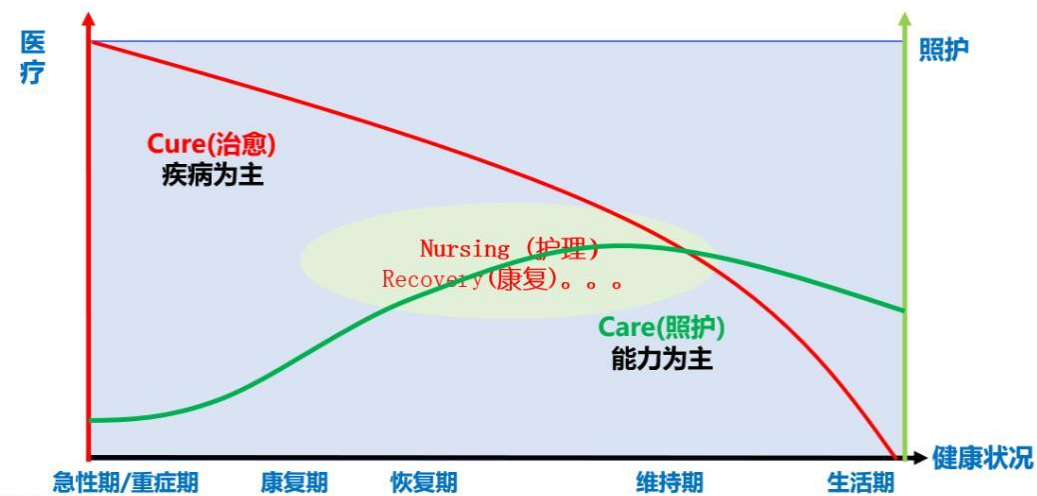
伴随社会深度老龄化和失智失能老年人群的不断增长,社会的照护负担日益剧增。世界各国都相继建立了照护体系。照护体系发展有两种模式,一是主流的从医疗到照护模式,另一种则是从养老到照护模式,两种模式具有不同的发展路径获取的健康绩效也大相径庭。

一、医疗到照护模式

日本欧美等老年照护发展先行国家，它的发展是遵循医疗到照护的过程，首先急性期住院治疗，出院后康复期的康复医院，护理院身体功能，然后就是以恢复生活能力为目标的照护机构，最后回归生活期的社区和居家生活(图-1)。

治愈(cure):

有时治愈,常常帮助,总是去安慰(To Cure Sometimes, To Relieve Often, To Comfort Always)



照护(Care):

独立,自主,参与,个人充实和人的尊严。保持自我决定权;持续原有生活模式;发挥残存身体机能。

图-1 从 Cure 到 Care

但是伴随深度老龄化的到来，高龄人群的生理机能和身体功能以及生活能力的恢复需要更长的时间(3-6个月)，原有的照护机构和服务资源满足不了日益增加的需求，导致完成急性期和康复期治疗的老年患者滞留在医院，形成了被称为”社会性住院”的特有社会现象。为解决此类困境，由医疗机构举办照护机构以缓解”社会性住院”现象。虽然由医疗机构举办照护机构，是能很大层度上缓解”社会性住院”难题，但是以治疗疾患的医疗资源来解决老年人生活期的生活能力恢复和维持服务，并且由医疗保险支付中长期照护服务费用，成本很高十分不经济，也给医疗保险带来极大的压力。在这种情况下显然

建立一个独立于医疗体系的，聚焦在改善和维持身体功能和生活能力等的照护保障体系就成为必然选择。所以从上世纪九十年代开始，世界各老龄化失能化程度严重的发达国家纷纷建立了长期照护保险支撑的照护保障制度体系，例如，美国，德国，日本等国。

由于这种由医疗到照护的发展模式，是由以疾病为中心的医疗体系演变为能力维持改善的照护体系发展而成的，照护体系继承和借鉴了医疗体系行业属性和支付保障以及风险管理等制度体系。例如医疗保险—照护保险；疾病预防—照护预防；护理制度（护理单元，床护比等）；不良事件管理；危急重症处理流程，机构设置规划（医疗圈，急救半径等）等。由于发达国家的老龄化与少子化的原因，人口增长极低甚至出现负增长现象，原有的疾病治疗为主的医疗床位出现过剩，而照护床位严重不足。所以在照护服务设施的设置上，更多的是将医疗设施和医疗床位转变位照护服务设施和照护床位。另外，在经济学的学科发展上也出现了对应于卫生经济学的照护经济学。

二、养老到照护模式

我国以上个世纪五十年供养照顾三无老人（无劳动力、无子女，无收入）为起点的养老院/福利院发展至今已经有近六十多年的历史了。特别是 2000 年以后，伴随老龄化和老人失智失能化的加剧以及民营企业等举办养老机构的发展，养老机构入住的绝大多数是具有很高健康风险的失智失能者和高龄老人，提供的名为养老服务实质属于健康照护服务。这是我国特有的从养老到照护的发展模式。然而由养

老发展而来的养老照护模式，没有经历过从急性期重症期恢复期生活期等医疗到照护的发展过程，也没有相应的医疗服务的经验和制度等方面的积累。应对照护上无论是健康理念和体系组织以及服务技术常常是捉襟见肘，时常需要政府主管部门出台应急政策打打补丁。

2.1 基于生活服务和伺候为主的现有养老机构的服务对象。绝大多数是有高血压，糖尿病等基础疾患和老年综合症以及有失能失智或失能失智风险的高龄人群(图-2)。其提供的服务本质上已经是医疗照护服务，并且随着入院时间越长(年龄越大),健康风险预告，照护需求也越大。进入养老机构时仅仅依靠老年能力评估来划分入住者的健康风险并长时间作为日常照护的护理依据，在具体护理实施中常常会遇到跌倒，脑卒中等抢救不及致死的不良事件。

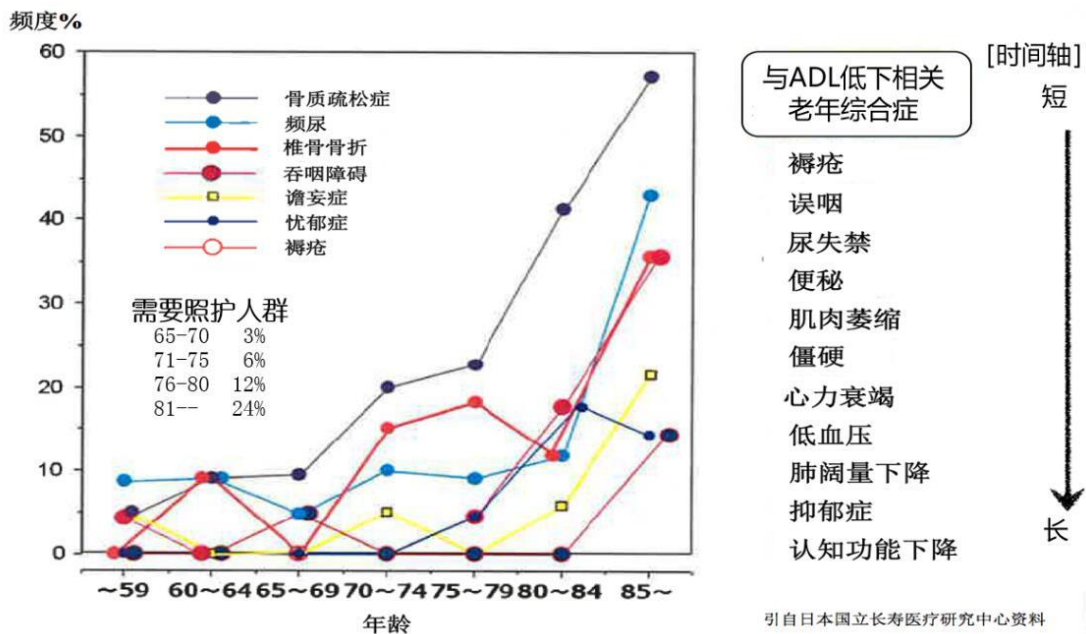


图-2 老年综合症与照护需求

2.2 现有的养老机构以及主管部门普遍把机构看作一个普通的服务企业来运营，在经营风险管控上，在发生入住老人的意外事故时，

首先考虑的是企业如何规避风险，而不是老人的危安。例如，老人发生跌倒和脑卒中等意外事故时，首先考虑的是联系家属，而不是把打120电话和现场施救放在最优先等级。老人入住机构时也不会按医疗照护的要求，依据入住者的健康状态设置不同护理单元和床护比以及提供相应的护理，并且随老年健康状态变化做出及时调整。

2.3 绝大多数的养老机构的设置地点也不会依据医疗卫生资源区域配置情况，顾及医疗圈和急救半径以及急救反应时间等规划原则，尽可能利用现有医疗照护资源实现服务的可及性。相反的是偏离医疗圈，远离急救半径和反应时间范围。入院老人一旦出现重病急抢救状况，往往抢救治疗不及导致重疾和死亡。还有不少养老机构，为了解决入住老人的就医问题，机构自行设置医疗服务部门。即使这样，底层逻辑错乱，也会出现问题。例如，北京某知名养老企业，为解决2000多老人的就医问题，设置了需要服务数万人才能持续运营的社区医院，结果是社区医院的医生护士嫌病人太少，长时间对提高业务无益，纷纷辞职进城某高就。最终入住老人还得进城看病吃药，医疗拖垮了养老。

2.4 作为养老~照护模式的延申出现的医养结合模式，即养老机构能医疗医疗机构能养老。这里不谈医养结合概念的合理性，但其误导性是显而易见的。需要长期照护的老人住在短期住院的急性期医院，用贵重的治疗疾病的资源，长期服务能力改善与维持的老人，不仅会造成资源的极大浪费，也会挤兑正常的急性危重医疗秩序。另外，

不少民间资本在投资高端养老机构时都配置较高等级的医疗科室，这些科室不仅投资成本高，请专业医生护士等的维持成本更高，导致了高成本运营的养老机构的不可持续。特别是近些年来，民政系统在全国各地投资建设了数万各床位的公建民营的养老机构，在建设规划时既没有考虑当地医疗资源的配置和区域老年人群的健康状态分布，也不懂得医疗向照护转型的发展趋势。在机构床位数和医疗资源配置等上也不顾及建成民营后的经营成本和经营者的需求。盲目建设的结果，相当数量的公建养老机构，至今无法找到接盘经营的民营企业。

2.5 同时这种模式在发展过程中饱受我国特有的各地高等级医院中老干部病房服务模式的影响，许多民营高端养老机构，追求生活设施设备高档和设置不适当的临床医学科室，公立养老机构和福利院设置手术室重症监护病房等急性期重症期的临床科室。这些既造成服务错配和医疗资源的极大浪费。

三、中国：医疗到照护进行时

2018 年底，老龄委并入卫健委合署办公并成立了老年健康司，省地市的卫健委相应设立老年健康处和科，主管老年人群的健康。2019 年 8 月，卫健委老龄健康司，印发《老年失能预防核心信息》的通知。

2021 年 8 月，卫健委针对失智失能老人提出了老年健康照护的概念，并实施医疗服务机构的转型，全国有 2000 个二级医院转为老年医院，2000 个二级医院转为护理院，2000 个二级医院转为康复医

院，另外，作为一级医院的社区卫生服务中心也要设立老年康复护理等床位，为失智失能老人提供近距离的健康照护服务。尽管我国的照护发展比发达国家晚了 10 多年，但是老年健康已经聚焦在失能失智的照护上，走上了各国共同的医疗~照护的照护的发展模式。

[返回目录](#)

• 医药电商 •

平台邀请、药企试水 直播售药悄然上路

来源：医药网

九州通旗下的好药师大药房、叮当快药作为抖音平台首批受邀店铺，自今年 1 月中旬起开始直播卖药。此举引起业内广泛关注。

业内人士认为，直播售药作为一种药品销售新模式，或将对监管提出挑战。

企业试水直播售药

抖音是字节跳动旗下的短视频社交平台，吸引了众多商家入驻和消费者关注。2022 年 12 月 7 日，抖音发布通知，宣布“OTC 非处方药”类目正式上线，明确是定向招商，其资费标准为 10 万元保证金及 3%的技术服务费率。

今年 1 月中旬，好药师大药房、叮当快药分别以“我是好药师”“叮当智慧药房卖场旗舰店”直播账号在抖音平台试水直播售药。

2 月 7 日，九州通在互动平台公开表示，“我是好药师”账号从

1月18日开始连续直播3天，观看人数累计超过37万人，已积累粉丝21.4万人。

据了解，直播期间，“我是好药师”账号主要销售布洛芬缓释胶囊、连花清瘟胶囊、美林布洛芬混悬液、整肠生地衣芽孢杆菌活菌胶囊等OTC热门药品。

公开数据显示，截至2月12日，“我是好药师”账号粉丝关注数增至21.9万人，排名第一的热销产品为售价39元的美林布洛芬混悬液(规格2%*100ml)，已售9138件。

好药师大药房相关负责人表示，选择入驻抖音直播售药，是因为抖音提供了一个销售平台。“在这个场景下，好药师在直播间售卖‘四类药品’，为消费者提供了便利。”

叮当快药则在抖音平台开设了3个账号，截至2月12日累计粉丝数达11万人。其中，直播账号“叮当智慧药房卖场旗舰店”主要销售药品同样是布洛芬、连花清瘟等退热止咳类药品。

叮当快药相关负责人公开对媒体表示，叮当快药已与字节跳动旗下的“小荷健康”达成重要合作，未来将全面入驻小荷健康商城、抖音抖店和抖超小时达业务，并陆续开展直播、O2O即时达、B2C等多种形式的合作。

据了解，抖音在药品直播带货领域尚处于试水阶段，目前是定向邀请特定品牌商家入驻，以测试直播售药的整个流程和运营模式。

药品销售模式创新

随着移动互联网的兴起，加之疫情的影响，消费者逐渐养成线上购药、在线问诊的消费习惯。以阿里健康和京东健康为例，两家公司2022年上半年分别实现收入115亿元和202亿元，同比增长分别为22.9%和48.3%。

但在业内人士看来，无论是阿里健康、京东健康，还是主打网订店送的叮当快药，其销售模式本质上还是和线下药店一样，是在“等客上门”。

“直播售药是一种新的销售模式。在该模式下，药品企业利用社交化交易平台，打破了以往零售药店‘等客上门’的销售模式，通过内容、互动等宣传推广吸引顾客，能为企业带来巨大的流量。”北京药赋能科技有限公司CEO邵清表示，叮当快药的直播场均观看人数超7万人，从数据上看，直播售药有很大的价值优势，这种新业态会对传统连锁药店形成挑战。

与此同时，随着“短视频+社交电商”营销模式的爆发，抖音等头部短视频平台也全力切入本地生活赛道，从医药健康到外卖不一而足。据了解，百度健康也将开启品牌药企直播销售。邵清认为，未来还会有更多的企业加入直播售药的探索中，“只有先行者才会有更多的机会”。

相对于邵清的乐观，部分业内人士对直播售药保持观望态度。据悉，抖音首批邀请了七八家医药企业，只有好药师大药房和叮当快药真正试水直播售药；益丰大药房、一心堂、漱玉平民大药房等连锁药

店虽然开通了抖音账号，但目前仍未有直播行为。好药师相关负责人直言，直播售药会如何发展，“现在尚不清楚”。

不仅如此，与其他商品直播间主播的激情售卖不同，“我是好药师”和“叮当智慧药房卖场旗舰店”两家店铺的主播表现冷静，只是不断重复药品说明书的内容，并多次强调自己并非专业药师，不能为大家提供准确的药品使用方法，具体的使用指导请详阅说明书。

审慎看待未来发展

在过去很长一段时间，无论是监管部门还是直播平台，对直播售药都持谨慎态度。

2020年11月，市场监管总局发布《关于加强网络直播营销活动监管的指导意见》明确规定，在网络直播营销活动中，未经审查不得发布医疗、药品、医疗器械等法律、行政法规规定应当进行发布前审查的广告。

2022年12月1日，《药品网络销售监督管理办法》正式实施，对药品网络销售管理、第三方平台管理及各方责任义务等作出明确规定。

同年12月27日，抖音继当月7日宣布“OTC非处方药”类目上线后，又发布《【OTC非处方药】品类管理规范》，要求对于“OTC非处方药”仅允许在商品橱窗、抖音商城等货架形式进行售卖，不允许商家、达人以直播、短视频形式进行推广。

江苏省南通市市场监管局原调研员缪宝迎对直播售药也持审慎

态度。他认为，药品与其他商品不同，需要经省级药品监管部门审批许可才能做广告，直播间主播宣读药品说明书的行为是否属于药品广告，还值得探讨；同时，消费者对药品的实际需求、对商家的信任度及购买的方便性都会影响其购买选择。

“从目前来看，直播售药产品多为退热止咳类药物，这其实是为了满足消费者在特殊时期的特殊需求。而事实上，我国医药零售终端市场已经成熟，可以满足消费者的购药需求，长期来看消费者通过直播购药的需求并不大。” 缪宝迎补充说。

据商务部发布的《2021 年药品流通行业运行统计分析报告》，截至 2021 年底，全国零售连锁总部 6596 家，下辖门店 33.74 万家，零售单体药店 25.23 万家。且据不完全统计，2021 年医药电商直报企业销售总额达 2162 亿元(含第三方交易服务平台交易额)。

此外，有受访者担心，如果各电商平台和医药企业纷纷开设直播售药，或将给监管带来压力。还有消费者表示，不会考虑在直播间买药，除非是为了抢购市场紧缺药品。

[返回目录](#)

《2022 年度医药电商白皮书》：从供给端看中国医药电商市场！

来源：药融云

随着医药行业政策的不断推陈出新，相关部门在加速推进“互联网+医疗健康”落地。同时，疫情推动的医患行为转变，带来药企品牌及医药流通的改变，我们可以看到，国内医药健康行业正迎来巨变。

互联网技术的兴起改变了医药产业的传统交互模式。用户希望获得更加便捷高效的购药体验，于是医药电商便应运而生。为了更好地剖析中国互联网医药产业发展现状，探析未来创新模式，药融云咨询团队通过用户调研，结合市场数据分析，在借鉴相关研究方法和理论的基础上，深度梳理医药终端产业在过去几年中的发展态势，推出了《医药销售终端革命——医药数字化营销研究 2022》

总结过去，展望未来，今天这篇文章从医药行业的市场需求出发，通过供给端来看看中国医药电商市场的发展及变化。

一、人口结构、疾病谱、卫生费用支出等

1. 人口结构变化

“十四五”时期，我国将迈入中度老龄化阶段，60 周岁及以上人口可能突破 3 亿人。与此同时，第七次全国人口普查(以下简称“七普”)数据表明，2020 年我国育龄妇女总和生育率为 1.3，低于总和生育率警戒线 1.5，与人口自然更替率 2.1 尚有较大距离。这两个数据表明，我国人口形势正进入高龄少子化阶段。

老龄化、少子化、长寿化，这是当前我国人口结构呈现出的趋势。纵观我国人口老龄化的形势，呈现出两个明显特点。一是老年人口规模庞大。2.6 亿，这是“七普”数据显示的我国 60 岁及以上人口数量，占总人口数的 18.70%。二是老龄化进程明显加快。根据第六次全国人口普查数据和第七次全国人口普查数据，2010~2020 年，我国 60 岁及以上人口比重上升了 5.44 个百分点，65 岁及以上人口上升了 4.63 个百分点。

与上一个 10 年相比，上升幅度分别提高了 2.51 和 2.72 个百分点。

与人口老龄化同时存在的，是长寿化。国家卫健委发布的《2019 年我国卫生健康事业发展统计公报》显示，2019 年我国居民人均预期寿命提高到 77.3 岁，比 2018 年提高 0.3 岁。“七普”数据显示，十年来，我国高龄老年人口比重持续提高：2020 年，80 岁及以上人口有 3580 万人，占总人口的比重为 2.54%，比 2010 年增加了 1485 万人，比重提高了 0.98 个百分点。

2. 疾病谱变化

①1940-1970 年：抗感染药

②1970-1990 年：高血压药

③1990-2005 年：高血脂药+精神疾病药物

④2005-2015 年：自身免疫疾病

⑤2015-至今：抗肿瘤药物

⑥2030 年以后：疾病谱有可能进一步演变

3. 卫生费用

2022 年 7 月 12 日，国家卫健委发布《2021 年我国卫生健康事业发展统计公报》。

2021 年全国卫生总费用初步推算为 75593.6 亿元。其中：政府卫生支出 20718.5 亿元，占 27.4%；社会卫生支出 33920.3 亿元，占 44.9%；个人卫生支出 20954.8 亿元，占 27.7%。人均卫生总费用 5348.1 元，卫生总费用占 GDP 的比例为 6.5%。

全国卫生总费用(2018-2021 年)

指标	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
卫生总费用 (亿元)	59121.9	65195.9	72175.0	75593.6
政府卫生支出	16399.1	17428.5	21941.9	20718.5
社会卫生支出	25810.8	29278.0	30273.7	33920.3
个人卫生现金支出	16912	18489.5	19959.4	20954.8
卫生总费用构成 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
政府卫生支出	27.74	26.73	30.4	27.4
社会卫生支出	43.66	44.9	41.9	44.9
个人卫生现金支出	28.61	28.4	27.7	27.7
卫生总费用占 GDP (%)	6.43	6.6	7.1	6.5
人均卫生费用 (元)	4237	4656.7	5111.1	5348.1

图片来源：《药融云 2022 年度医药电商白皮书》

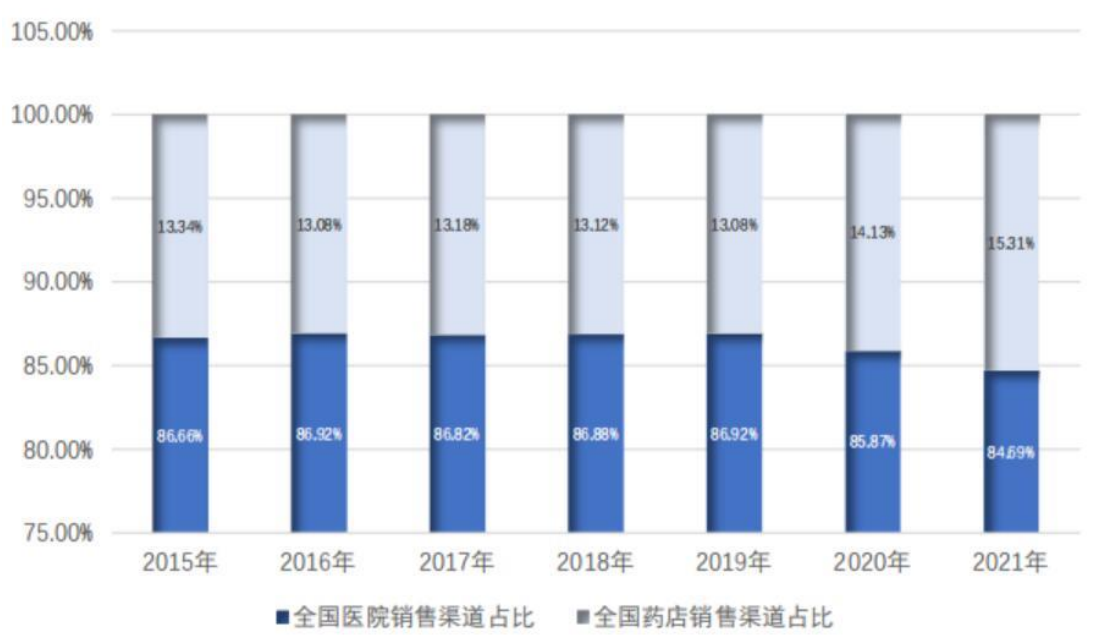
二、处方外流

近些年来，国家出台多个文件，明确禁止医院限制处方外流。只不过在以往药品还是医院利润点时(加成、托管药房或返利)，医疗机构让处方外流的动力不强。

近年来随着带量采购的不断发展，处方药价格大幅下滑，医院也就没有牢牢抓住药品的迫切性。此时，部分药品的处方外流大门越开越大，这提供给患者更多购药的选择渠道，外流处方流至零售端，同时，外流处方也流到线上。

从药融云药品销售数据库的数据进行对比就能看出，药店销售渠道的占比逐年扩大，医院渠道的占比在缩小，特别是 2020 和 2021 这两年，药品销售外流趋势明显。

药品主要销售渠道销售占比对比



数据来源：药融云药品销售数据库

三、疫情催化购药转线上

新冠肺炎疫情培养用户线上购药习惯，网上购药已经成为社会大众熟悉的模式，由于用户受隔离、通行限制等政策约束，“转线上”成为问题的唯一解决方式，催化医药电商行业渗透率快速提升。与此同时，在2020年2月疫情暴发后，国家卫健委出台《关于加强信息化支撑新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作的通知》，鼓励在线开展部分常见病、慢性病复诊及药品配送服务。疫情叠加政策推动，医药电商加速发展。

四、国内非处方药扩容

与实体药店相比，线上药店出售的主要是非处方药和保健品为主，近几年来国内非处方药品数量持续扩容也为医药行业市场增长提供动力。据药融云 OTC 药遴选及转换目录数据库可以看到，从我国非

处方药品种数量来看，2020 至 2022 年 10 月，我国累计超过 100 个处方药转为非处方药。同时，在 5065 个 OTC 产品中，有 1392 个产品属于双跨品种。这些双跨品种在渠道销售上更加灵活，相信在线上销售也会逐步放量。

五、保健品及医疗器械

保健品作为老年群体的刚性需求，2021 年中国保健品市场规模增至 2708 亿人民币。据 Euromonitor 数据，2020 年国内保健品主要渠道占比分布为直销 25%、药店 23%、电商 40%。在家用器械领域，近年来，家用血压计、血糖仪、小型按摩器销售非常火爆。据药融云全球医疗器械市场数据库显示，2021 年我国伤口护理、病人监护和糖尿病护理三个领域的相关家用设备市场规模为 409 亿元。

[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