

2020年中国移动医疗用户规模达6.61亿人

互联网医疗,火了更要稳

随着互联网医疗的蓬勃发展,网上问诊、在线就医、无接触式购药等模式逐渐走进人们的日常生活。在经历快速发展之后,互联网医疗行业如何走得更稳?

“智慧医院”方便快捷

如今,越来越多人享受到互联网医疗带来的便捷服务。艾媒咨询近日发布的数据显示,2020年中国移动医疗用户规模达到6.61亿人,中国移动医疗市场规模达到544.7亿元。业内人士分析指出,人们对医药电商、互联网医疗等平台的使用需求进一步提升,“互联网+”在医疗领域的应用逐步扩大,中国互联网医疗行业迎来新的机遇。

防疫期间,一些公立医院积极拥抱互联网,整合医疗力量,用互联网医疗开辟了“第二战场”。

来自国家卫健委的数据显示,中国目前有超过1100家互联网医院,7700家二级以上医院提供线上服务。三级医院网上预约诊疗率已达50%以上,90%以上的三级公立医院实现了院内信息互通共享。远程医疗协作网覆盖所有的地级市2.4万余家医疗机构。

“借助互联网技术,实体医疗服务得以延伸和下沉,一定程度上打破了优质医疗资源的地域及供需不平衡。”中南大学湘雅三医院院长张国刚在接受记者采访时指出,防疫期间,互联网医疗的发展大大缓解了线下门诊的压力,避免了交叉感染,满足了人们防控疫情的迫切需求。“在实际工

作中我们发现,依托大数据技术建设‘智慧医院’,患者的就医体验也得到大幅度改善,就医时间明显缩短,甚至能够实现‘零等待’。”

发展瓶颈亟须突破

过去一年多,在线购药、远程问诊等需求呈爆发式增长,互联网医疗的价值被不断释放,成为众多资本眼中的香饽饽,但互联网医疗火热发展的背后,行业仍有诸多局限性和待解决的问题。

2020年11月,国家医疗保障局发布《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》,强调完善“互联网+”医保服务的医保支付政策,并鼓励各地依托全国统一的医保信息平台实现处方流转。

业内专家指出,处方流转不等于处方外流,纳入医保的前提是医疗机构要有电子处方流转能力,而哪些药、哪些病可以在线上报销以及异地就医如何结算等细则还需进一步明确。

互联网医疗迅速发展的背后,是刚性的民生需求。互联网医疗仍然面临用户习惯养成、市场推广、商业模式等方面的难题。

“互联网医院建设大多需要与技术公司合作。如何在保障医疗质量和安全

的同时探索出成功的商业模式,维持自身生存与发展,这是我们面临的一个困惑。”张国刚向记者指出,目前,互联网医院的服务范围从慢病管理拓展到多病症诊疗,质量把控是重点也是难点问题。“一些第三方互联网医院平台‘电商化’特征明显,利用流量‘卖药变现’成为常见模式,必须加以警惕。”

北京中医药大学法律系副教授邓勇在接受记者采访时分析,互联网医院连接多主体、服务方式和种类多样化,是未来“互联网+医疗服务”深化发展的重要方向。但目前来看,互联网医院存在线上服务功能定位分级不清晰的问题,未形成与线下同质统一的云端分级诊疗功能。在商业模式不完善、盈利能力不足等诸多问题中,现行互联网医疗服务模式还存在“以药养医”等风险。此外,信息安全保护、药事监管等问题也亟待重视。

让医疗服务更有“温度”

今年的《政府工作报告》明确要求,促进“互联网+医疗健康”规范发展。

据国家卫健委统计,目前全国30个省份已建立了互联网医疗服务监管平台,提升了线上监管能力。专家指出,在互联网医疗准入、设立、运营、信息安全等方面,要加强对互联网医疗事前、事中、事后监管,

使互联网医疗的发展更加规范。

邓勇认为,对互联网医疗的监管对策应包括以下几个方面:一是明确各级互联网医院和医疗服务的功能定位,形成互联网医疗分级诊疗新格局;二是构建具有可操作性的互联网医疗信息监管机制,加强对数据生命周期各个环节的保护;三是加强互联网医疗服务监管平台的建设,通过大数据、人工智能手段构建互联网药品智慧监管机制。

中国医院协会副会长方来英指出,互联网医疗是在新型互联网技术、医疗关系、产品设施基础上发展出来的,相关制度法规、职业准则亟待完善。除了规范化,互联网医疗的发展还应该注意保持医疗服务的温度。

“‘互联网+医疗健康’本质上应是‘医疗健康+互联网’,即互联网是手段,医疗质量和安全永远是第一位的。”张国刚指出,在互联网医疗火热发展的今天,要敢于“泼冷水”,在积极投入资源的同时也应高度关注其问题和短板。“今后,要在远程诊疗、审核处方、线上交易等各个环节进行严格的闭环管理。互联网医疗行业的从业者要清醒地认识到,必须严格要求自己,确保对患者的人文关怀。只有这样,互联网医疗才会有明天。”

据人民网



涉及3亿多参保人

这项医保改革有哪些重点?

日前,国务院办公厅印发《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》,通过将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围,改革职工医保个人账户,建立健全门诊共济保障机制。

这是一次涉及3亿多参保人切身利益的改革。个人账户的“钱”少了吗?个人账户的“钱”能给谁花?为什么自己的“钱”要给别人花?国务院新闻办22日召开的新闻发布会上,相关部门负责人做出回应。

个人账户的“钱”少了吗?

根据意见,在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入,计入标准原则上控制在本人参保缴费基数的2%,单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

“通过调整个人账户计入方式,单位缴费部分不再划入个人账户。”国家医保局副局长陈金甫说,基本上个人账户新计入都会减少,但个人账户新计入的减少并不意味着整体保障功能降低。

陈金甫表示,个人账户减少并不意味着个人保障会损失,而是放到共济保障的“大池子”里,形成新的保障机制。新的保障机制保障效能将显著放大,用大数法则化解社会群体的风险。

也有人提出,能不能让政府增加门诊保障的缴费投入?

“不能为了增加福利而竭泽而渔。”陈金甫说,保险部门可以提出给单位多缴费、让个人多缴费,但每增加一笔缴费,相应就会减少从业人员的一笔收入,也会增加单

位负担,不利于社会经济的发展。

个人账户的“钱”能给谁花?

意见明确,个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用,以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

“家庭共济是对于个人账户而言。”国家医疗保障局待遇保障司负责人樊卫东说,这次改革后,职工个人账户使用范围将拓展,主要动用的是个人账户的“小池子”,可以说是“小共济”。

陈金甫说,个人账户的存量基金使用范围拓宽,并不等于个人可以随意使用或者无限扩大范围。他表示,个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

为什么自己的“钱”要给别人花?

“门诊共济保障将帮助参保人实现

风险代际转移。”陈金甫说,参保人年轻时没病,到老年时容易生病,但是仅仅依靠个人积累是有限的,社会积累可以更大范围解决公众治疗需求。

“门诊共济保障也可以进一步释放医保基金效能。”陈金甫说,2020年按照统筹基金和个人账户的相关统计,个人账户累计结余1万亿元,改革以前,这笔钱是别人无法使用。新的保障机制总体上是基金平衡转移,用于实实在在的医疗服务购买,有利于人群基金的共济,也有利于制度的可持续发展。

这也将对优化基层医疗资源配置、提升基层服务能力和群众普通门诊保障产生集合效应。

对基层医疗机构来说,共济保障机制直接支付的不仅是就诊费用,也是对基层医疗服务的投入,实现基层医疗服务的充分共济和资金保障。这将对参保人产生直接的制度红利。参保人的一些疾病可以在基层医疗机构诊治,从而降低就医成本。

统筹基金的钱将用在哪里?

意见提出,普通门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员,政策范围内支付比例从50%起步,随着医保基金承受能力增强逐步提高保障水平,待遇支付可适当向退休人员倾斜。

“初步估算,这一项制度可以为退休人员减轻门诊费用负担近1000亿元。”樊卫东说。

陈金甫介绍,建立普通门诊统筹,逐步将门诊里多发病、常见病纳入医保统筹基金报销;加强慢性病、特殊疾病的门诊保障,将费用高、治疗周期长的疾病门诊费用也逐步纳入医保统筹基金支付范围。同时,除了在定点医疗机构就诊,参保人可以持医院外配处方在定点零售药店结算和购药,符合规定的纳入统筹基金的支付范围,相应的定点零售药店也将纳入。

陈金甫表示,各地要结合本地实际,细化政策规定,通过3年左右过渡期实现改革目标。

据新华社