

医药先锋系列之



*Medical weekly pharmacy*

# » 医周药事

2025年第3期

(2025.01.13-2025.01.19)



北京先锋寰宇大健康管理有限公司 主办

## ——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，直接跳转具体文章内容。)

### · 中医药服务 ·

#### ▶ [2025年中医药工作有何新愿景？32位地方主任局长这样展望！](#)

(来源：中国中医药报) ——第7页

【提要】2024年7月，党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》提出“完善中医药传承创新发展机制”。在过去的一年，中医药系统认真贯彻落实党的二十届三中全会精神，齐心协力把“传承创新发展中医药”这件大事做好。在规划2025年工作的过程中，各省聚焦中医药健康服务能力、中医药科技创新和人才队伍建设等关键点，做好充分谋划和准备。

#### ▶ [“中医药+”带动湖南康养旅游创新发展](#) (来源：中国中医药报)

——第44页

【提要】随着人们生活水平的提高和对健康的重视，康养旅游作为一种融合了健康与休闲的产业新模式，逐渐成为旅游业发展的新趋势。湖南作为中医药资源大省，拥有丰富的中药材资源和深厚的中医药文化底蕴，这为中医药康养旅游的发展提供了得天独厚的条件。

## • 医保快讯 •

▶ [全国医保智能监管体系构建中，地方如何同步推进监管升级？](#)（来源：中国医疗保险）——第 49 页

【提要】基金监管是医疗保障制度的保障，如何建立一套规范化、科学化、常态化的长效监管体系，以实现控制医疗费用的不合理增长和提高医疗服务质量的双重目标，成为了新的医保课题。充分发挥人工智能的独特能力，推进视频监控、生物特征识别等技术应用，把大数据实时动态智能监控应用于医保监管，对提高医保监管工作效能和水平，保障医疗保障事业平稳、健康、可持续发展有着重要意义。

▶ [医保新规落地，影响所有的医院、医生！](#)（来源：健康中国）——第 54 页

【提要】近日，国家医保局发布《医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理经办规程(试行)》通知，宣布 2025 年 1 月 1 日起，对医保定点医药机构的支付资格进行“驾照式”管理开始全面落地。国家医保局借鉴“驾照扣分”的方式，对定点医药机构相关责任人进行记分，警示教育医务人员自觉遵守诊疗规范，主动约束手中的“一支笔”。

## • 医药专栏 •

▶ [自愿互惠，打通药耗追溯信息全链条...这场发布会说了什么？](#)（来源：中国医疗保险）——第 58 页

【提要】为推动医保药品耗材追溯信息采集与应用工作走深走实，激发各地定点医药机构工作积极性，保障定点医疗机构、定点零售药店、生产企业、流通企业等社会各方做好采集、上传等工作，提升参保人追溯码信息查询应用能力，国家医保局于1月16日举办医保药品耗材追溯信息采集应用发布活动。

▶ [定点零售药店的这些问题，将重点查处](#)（来源：第一药店）——第64页

【提要】近日，国家医保局发布通知，决定在全国范围开展2025年定点医药机构违法违规使用医保基金自查自纠工作。自查自纠的主体，重点包括定点医疗机构和定点零售药店两类主体。国家医保局通知指出，让各级医保部门主动开展数据分析，帮助定点医药机构提升自查自纠精准性。

### • 医疗速递 •

▶ [从智慧医疗看，医院信息如何互联、怎样互通？](#)（来源：科进软件）——第71页

【提要】随着医疗信息化的快速发展，医院信息互联互通已成为提升医疗服务效率、保障医疗质量和安全的重要手段。2024年2月，国家卫生健康委统计信息中心发布《关于2022年度国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评结果公示的通知》。从测评内容和评价指标看，医院互联互通交互情况、业务应用系统建设情况均已成为“硬

指标”，因此促进医院信息系统的互联互通，实现信息共享、业务协同，成为智慧医院建设的“加分项”。

▶ [国家出手！2025 年医疗机构回款大提速](#)（来源：新浪医药新闻）

——第 75 页

【提要】过去，医保基金对医疗机构结算一直是“后付制”。一笔医保应付费，自患者出院后一般需要 60 天才能到医院账户上。如遇到异常结算需要沟通复议等情况，有时需要更长时间才能到账，不利于医院资金流转。为破解这一难题，国家医疗保障局要求各省积极探索住院医保基金即时结算新模式。

### • 国际视野 •

▶ [从国际经验看药价改革趋势](#)（来源：LatitudeHealth）——第 79

页

【提要】随着快速老龄化的到来，叠加退休潮和少子化，医保面临筹资和开支的双重压力，其持续改革的动力将强化。在医保改革下，秉承先易后难的原则，药品和耗材是最先推动且能立竿见影收到实效的板块，而服务领域则主要通过 DRG 对住院费用进行支付改革。从长时段来看，从 2018 年医保改革启动直到 2023 年，医保改革的整体框架和规则得到了初步的建立。之后五年，医保改革将在对前期改革的成果进行检讨之后，提出更为精细化管理的规则。

▶ [英国“免费医疗”：弱势群体得保障，动力机制可借鉴](#)（来源：

健康国策) ——第 84 页

**【提要】**受苏联“免费”医疗服务体系的间接影响，英国于 1948 年建立国民医疗服务制度，至今已运行 70 多年。在其发展历程中，管理方式经历了从最初的行政指令到后续的管理体制改革，再到当前强调机构间的合作与整合的演变。

## -----本期内容-----

### • 中医药服务 •

#### 2025 年中医药工作有何新愿景？32 位地方主任局长这样展望！

来源：中国中医药报

2024 年 7 月，党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》提出“完善中医药传承创新发展机制”。在过去的一年，中医药系统认真贯彻落实党的二十届三中全会精神，齐心协力把“传承创新发展中医药”这件大事做好。在规划 2025 年工作的过程中，各省聚焦中医药健康服务能力、中医药科技创新和人才队伍建设等关键点，做好充分谋划和准备。

#### 北京：以首善标准扎实推进中医药发展

北京市卫生健康委党委委员 市中医药管理局党组书记、局长罗增刚

2024 年，北京市中医药工作以习近平总书记关于中医药工作的重要论述为根本遵循，以率先实现中医药现代化为目标，推动北京中医药高质量发展。积极融入首都“四个中心”建设，共同承办 2024 世界传统医药大会，充分展现北京力量、速度和温度。围绕“三轴一带”推进中医药与首都地域文化进一步结合，启动中医药高质量研发工程专项，开展 125 人才培养工程，滚动建设社区中医药特色诊区和

中医药健康文化体验馆，重大疑难疾病中西医协同攻关计划取得初步成效，推进中医疫病防治，加强妇幼、老年等重点人群中医药健康服务，不断提升人民群众的获得感和幸福感。

2025年，北京中医药系统将深入学习贯彻《习近平关于健康中国论述摘编》以及习近平总书记致2024世界传统医药大会贺信精神，贯彻落实党的二十届三中全会精神，做好“十四五”规划收官，谋划好“十五五”规划，以首善标准不断健全完善北京中医药传承创新发展机制。

进一步加强中医资源管理，推进央地融合发展，加快实施中医药振兴发展重大工程，持续推进中医重点专科建设，强化中西医协同。进一步推进中医药优质资源下沉，全面提升基层中医药服务能力，不断优化中医药服务。进一步一体推进北京中医药教育、科技、人才工作，探索建立中医药科技教育人才管理评价制度，深化中医药科技创新和成果转化。进一步推进北京中医药产业发展和对外开放交流，积极转化2024世界传统医药大会成果，加大国际交流合作、服务贸易等支持力度，实施中医药文旅消费季行动计划，探索开展“新时代神农尝百草工程”。

### 天津：打造中医药五大高地

天津市卫生健康委党委书记、主任 市中医药管理局局长王栩冬

2024年是天津市中医药工作谋篇布局、转型发展、创新突破的



深化之年，积极推进天津市中医药强市行动计划，落实“3+12”中医药传承创新发展政策体系，以建设中医药强市为目标，着力打造医疗高地、传承创新高地、人才高地、产业高地、文化高地。

一是以重大工程为抓手，打造中医医疗高地。天津中医药大学第一附属医院国家中医医学中心纳入国家首批支持项目，南开区获批国家中医药传承创新发展试验区。加快推进中医医疗集群“百千万工程”建设，持续开展“方便看中医、放心用中药、看好中医、业(夜)诊行动”行动。二是以科技引领为核心，打造中医药传承创新高地。加快推动10个国家高水平中医药重点学科和现代中药创制全国重点实验室等科技创新平台建设，2024年获得国家科技进步奖二等奖3项。三是以人才保障为基础，打造中医药人才高地。实施津沽中医药人才系统培育工程。新增天津市中医药杰出人才2名，天津市名中医(青年名中医)70名，全国基层名老中医药专家工作室10个、老药工传承工作室3个。四是以创新发展为突破，打造中医药产业高地。协同推进京津医药谷、中医药服务出口基地建设，实施中药制剂工程和名医堂试点建设工程，开展中药大品种二次开发2.0版。五是以文化传承为载体，打造中医药文化高地。实施中医药文化弘扬工程，打造“津医卫药”文化传播品牌，举办多场“潮起津卫 国韵养生”中医文化市集。

2025年，天津市将继续聚焦国内领先、世界知名的中医药强市

目标，以服务百姓健康为重点，探索组建“区域+专科”模式天津市中医医疗集团 2.0 版，做好“1+21”中医治未病和康复中心建设，更好为人民群众造福。

### 河北：推进中医药量化研究

河北省卫生健康委党组成员 省中医药管理局党组书记、局长张凯

2024 年，河北中医药系统全力推动中医药传承创新发展。河北省人民政府与国家中医药管理局签署协议，重点在中医药综合改革、中医药科技创新等 6 个方面开展深度合作。河北成立省委主要领导为组长的中医药量化研究小组，围绕中医诊断设备研发、中药材分析等方面开展研究，中医药传承创新不断拓展。

保定、石家庄、沧州三市入选国家中医药传承创新发展试验区，中国中医科学院广安门医院保定医院、北京中医药大学东方医院秦皇岛医院 2 个国家区域医疗中心建设稳步推进。初步建成以 87 个国家级中医重点和优势专科为引领、447 个省级优势专科为支撑、568 个市级中医重点(优势)专科为基础的中医优势专科网络。建设国医堂 2297 个，社区卫生服务中心和乡镇卫生院设置国医堂实现全覆盖。新增京津冀中医医联体 5 个、中医药协同发展专科联盟 11 个，京津冀协同发展取得新成效。会同河北省医保局确定中医优势病种 91 个和中医特色病种 270 个，积极探索符合中医药特点的医保支付方式改

革。在全省开展中医药文化夜市活动 3000 余场，建设中医药文化进校园特色学校 101 所。

2025 年，我们将持续推进中医药定量化研究，实施燕赵医学“岐黄赤子”培养工程和中医药文化探源工程。推进国家和省级中医药传承创新发展试验区建设，推动中医药融入百姓生活。

### 辽宁：全力推进中医药强省建设

辽宁省卫生健康委党组成员、副主任 省中医药管理局局长 张宏邈

2024 年，辽宁省坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，以习近平总书记关于健康中国重要论述为根本遵循，在国家中医药管理局的大力指导和支持下，守正创新、传承发展，全力推进中医药强省建设。

以推进中医药重大工程项目和中医优势专科建设为重点，中医医疗高地建设进展顺利；以县级中医医院和中医馆建设为重点，基层中医药服务能力明显提升；以中医药高层次人才培养和学科建设为重点，人才梯队建设成效显著；以国家中医药传承创新中心和省级中医药创新团队建设为重点，科研水平不断提高；以中药质量提升和产业现代化为重点，中医药健康产业快速发展；以弘扬中医药文化和国际合作项目为重点，中医药文化影响力和国际传播能力明显提升。

2025年是“十四五”规划收官之年，也是“十五五”规划谋篇布局之年，在新的一年里，我们将以更高的标准、更严的要求、更饱满的热情，坚决贯彻党中央、国务院的决策部署，以党建引领中医药高质量发展，着力补短板、抓人才、强产业、活机制、建高地，为人民群众提供更加优质、高效、连续、便捷、满意的中医药健康服务，为推进健康中国建设、实现辽宁全面振兴新突破贡献中医药力量。

### 山西：做好中医药强省后半篇文章

#### 山西省中医药管理局局长 魏来

2024年，山西省全力推动中医药高质量发展。进一步健全体系机制，实现了县办中医医院全覆盖，长治、运城市成功跻身国家中医药传承创新试验区。大力推进对外交流合作，成功举办2024年中国—东盟中医药产业交流宣介会。同时，牵头成立中部6省中医药高质量发展联盟，为中部崛起添砖加瓦，尽显山西担当。不断提升中医药综合服务效能，中国中医科学院西苑医院山西医院国家中医区域医疗中心建设成果显著。一体化推进中医药教育科技人才，联合省科技厅下达9项中医药科技创新工程项目，建设40个重点研究室、40个创新团队。培养74名高层次中医药人才，培训763名基层中医药人才，5559名基层人员接受中医药适宜技术培训。积极弘扬中医药文化。在66个县组织中医药文化进校园系列活动，数万名中小學生接受了中医药文化教育，“种”下中医药种子。

2025年，我们将重点做好6个方面的工作：一是做好顶层设计，加大政策供给。重点是编制好“十五五”中医药规划，引领做好中医药强省后半篇文章。二是完善服务体系，提升服务能力。加强公立中医医院管理和建设，提高服务质量和效率。推动中医药服务向基层延伸，实现全覆盖。三是壮大人才队伍，提升人员素质。培养更多高素质中医药人才，包括岐黄学者、省级优才等，加强名老中医药专家传承工作室建设。四是强化科技创新，推广优秀成果。持续实施中医药科技专项，建设好科技创新平台，用科技赋能中医药发展。五是统筹产业发展，促进提质增效。推动建设省级大型中药材交易市场和产业园，构建全产业链，扶持一批龙头示范企业。六是推动文化传播，鼓励对外交流。实施中医药文化主题公园建设项目，探索中医药国际合作新模式。

### **吉林：贡献中医药吉林智慧和力量**

**吉林省卫生健康委党组成员、副主任 省中医药管理局党组书记、局长 林天慕**

2024年，吉林省坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面学习贯彻党的二十大、党的二十届三中全会精神和习近平总书记关于中医药工作的重要论述、习近平总书记在推动东北全面振兴座谈会上的重要讲话精神，守正创新，砥砺前行，完善中医药传承创新发展机制，全面深化中医药改革，中医药服务能力、人才队伍、

科技创新等都取得了显著成绩，中医药助力人参产业高质量发展取得积极进展，实现了全省县级以上公办中医院“一次挂号管三天”、检查检验结果互认全覆盖，群众对中医药的获得感、幸福感显著提升，全省呈现出中医药事业和产业繁荣发展的良好局面。在吉林召开的第三届世界中医药科技大会和 2024 长春国际医药健康产业博览会，再次向世界展示了中医药的科技魅力和吉林省强劲的中医药产业发展活力。

2025 年，吉林将深入学习贯彻党的二十大、党的二十届三中全会精神和习近平总书记关于中医药工作的重要论述，坚持以人民为中心的发展思想，把握新发展阶段、贯彻新发展理念、构建新发展格局，进一步增强责任感、使命感、紧迫感，完善中医药传承创新发展机制，建强中医药服务体系，提升中医药服务能力，拓展中医药服务领域，发展中医药产业，弘扬中医药文化，全面推动中医药高质量发展，以中医药吉林智慧和力量助力健康中国建设！

### **内蒙古：发挥中医药（蒙医药）多元价值**

**内蒙古自治区卫生健康委党组书记、主任 自治区中医药管理局局长 刘勇**

2024 年，内蒙古自治区坚持现代医药与传统医药并重，推动中（蒙）西医药优势互补、协调发展。以高水平项目为抓手，推动优质医疗资源扩容提质。以方便群众就医为目标，完善全人群、全周期、多层次

医疗服务体系。以内涵式发展为导向，持续提升中医(蒙医)医疗服务能力。以传承创新为引领，充分发挥中医药(蒙医药)多元价值优势。

2025年，我们将运用更多改革方法、有解思维，持续完善传承创新发展机制，推动中医药(蒙医药)传承创新发展。一是发挥好改革试点示范作用。以通辽市国家中医药传承创新发展试验区为牵引，带动全局性改革协同推进，鼓励支持在服务模式、人才培养机制、科研评价机制等方面大胆创新。二是用足用好政策红利。印发内蒙古自治区人民政府与国家中医药管理局签订的中医药(蒙医药)高质量发展合作协议任务清单，对照清单出政策、找项目、抓落实。三是健全优质高效服务体系。围绕持续促进中医(蒙医)优质医疗资源提质扩容和均衡布局，强化国家区域医疗中心、特色重点医院辐射能力。四是深化科技和人才体制机制改革。深入实施中医药特色人才培养工程、岐黄工程，加大京蒙、沪蒙、辽蒙、粤蒙在专科建设、人才培养、科研领域合作力度。五是充分挖掘释放中医药(蒙医药)文化价值。探索建立多部门协同、多渠道推广的文化宣传工作机制。六是加强中医药(蒙医药)对外合作。积极推动二连浩特—扎门乌德经济合作区医疗先行区建设，深化国家中医药服务出口基地建设工作。

### **黑龙江：三甲医院“包县”帮扶县级医院**

**黑龙江省卫生健康委党组成员 省中医药管理局党组书记、局长  
徐峰**

2024年，黑龙江省中医药系统不断完善中医药传承创新发展机制，全省中医药事业和产业取得了长足进步。

中医药服务体系更加完善，县办中医医疗机构和乡镇卫生院中医馆实现全覆盖，中医医院牵头的县域医共体占已建成医共体总数的30.56%。

基层服务能力显著提升，县级中医医院全部设置了适宜技术推广中心，组织三甲中医医院“包县”帮扶县级中医医院，全面提升县级中医医院服务水平。

中医药健康旅游发展迅速，编制《黑龙江省中医药健康旅游基地建设指南》，推动健康产品与10省15市文旅部门签约合作，进入天安门、三星堆等著名景区销售，举办“龙江药膳”大赛，组织中医药文化夜市等活动，进一步丰富了中医药健康旅游的内容。

向北开放更深入，开展了一期中医药服务贸易培训，组织中医医院赴俄进行产业推介，在俄罗斯设置了“中医体验馆”。

2025年，我们将推进优质中医医疗资源区域均衡布局，推动中医优势专科集群建设，创新完善中西医结合工作机制，强化中医药涉外服务能力建设，加快构建具有中医药特色人才培养体系，推动黑龙江中医药事业产业取得新突破、再上新台阶。

**上海：发挥标准作为新质生产力引擎作用**

上海市卫生健康委党组书记、主任 市中医药管理局局长 闻大翔



在过去的 2024 年，上海中医药工作对标对表超大城市运行中的安全堵点、难点和痛点，以国家中医药综合改革示范区建设和国家中医药传承创新发展示范试点项目为主线，始终以保障和改善民生作为工作目标，多部门通力协作，着力打造多元中医药传承创新发展新机制、新场景，力争彰显中医药文化价值和力量。

“海派中医”的精神文脉是新时代中医药赓续发展的历史源泉。我们印发《上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划（2025—2027 年）》，确定 6 方面 18 个方向的建设任务，推进上海中医药高质量发展，筑牢中国式现代化健康根基。举办吕炳奎学术思想研讨会，继承和弘扬老一辈“中医司令”奋发开拓的使命感。召开国医大师高峰论坛，将国医大师学术思想融入国家医学中心和区域医疗中心医教研产多元协同发展新路径。积极推进名中医、流派传承人在基层社区设立工作室、工作站，促进优势资源下沉社区。开展“中医药适宜技术大比武”，提高社区中医药工作者业务素质，营造中医药服务主阵地的良好氛围。借《西医大家话中医》出版发行，开展学术研讨展示中西医协同创新的重大意义和未来价值。发挥标准作为新质生产力引擎的作用，培育标准化项目带动标准化、国际化专家团队建设，提升标准化战略与中医药事业发展的融合度。承办世界传统医药大会传统医药标准论坛，“多元、传承、创新”的主题进一步加强了中医药与世界传统医学的交流与合作。

展望 2025 年，上海将继续秉持“传承精华、守正创新”的理念，坚持文化自信，坚持守正创新，坚持深化改革，充分发挥中医药在全方位、全周期保障人民健康中的作用。我们将深入发掘中医药宝库中的精华，充分发挥中医药的独特优势；推动中医药工作理论创新、实践创新和机制创新；推进中医药标准化建设和中医药教育科技人才一体化发展。全面推进中医药现代化，推动中医药事业高质量发展。

### **安徽：加快亳州“世界中医药之都”建设**

**安徽省卫生健康委党组成员 省中医药管理局党组书记、局长 王卉晓**

2024 年，安徽省中医药工作成果斐然。从各级中医药管理力量的增强，到中医药服务体系的全方位提质扩容，再到基层中医药服务能力建设的夯实与中药产业的蓬勃发展，以及教育科技人才的协同共进和中医药文化的广泛传播，中医药夜市火爆出圈，争创国家中医药综合改革示范区建设各项举措全面推开，亳州、黄山二市获批国家中医药传承创新发展试验区，每一步都彰显着安徽中医药发展的强劲动力与蓬勃生机。这一年，我们以实际行动践行传承精华、守正创新理念，让传统中医药在新时代绽放新光彩，为守护人民健康、传承中华文化贡献安徽力量，每一份成绩都是全体中医药工作者不懈奋斗的勋章。

展望 2025 年，安徽省中医药管理局将认真贯彻落实党的二十届

三中全会精神和习近平总书记考察安徽时的重要讲话精神，围绕完善中医药传承创新发展机制，着力解决全省中医药发展的关键难题。在特色工作思路，深化“三化、三大、三融合”理念，以国家中医药综合改革示范区创建为核心，深化“五大示范”，推动中医药传承创新。在具体工作举措上，一是强化中医药服务体系内涵建设，重点打造一批国家级、省级中医重点专科；二是推进紧密型县域医共体建设，赋能基层中医药服务持续提升；三是完善中西医协同体制机制，推动中西医协同发展；四是加速中医药产业集群和标准化进程，提升皖药品质和竞争实力；五是建立名中医团队服务基层常态机制，引动优质智力资源下行；六是促进“北华佗、南新安”传承创新，加快亳州“世界中医药之都”建设；七是加大中医药文化传播力度，打造中医药集市品牌，积极开展国际合作，让安徽中医药走向世界，以更坚定的步伐推动中医药事业高质量发展，书写安徽中医药事业的崭新篇章。

### **江苏：绘就中医药高质量发展“实景图”**

江苏省卫生健康委党组成员、副主任 省中医药管理局局长朱 岷

2024年，江苏中医药系统认真学习贯彻习近平总书记关于中医药工作的重要论述和对江苏在推进中国式现代化中走在前、做示范的重要指示，全面落实国家中医药管理局部署要求，新布局建设中医药传承创新平台10个，遴选培育中医药领军人才30名、省级名中医100名、老药工12名，开设369场中医夜市，服务33.64万群众，

《家门口就医“星级”中医馆越来越火》案例入选全国干部培训教材。

展望 2025，我们将紧紧围绕完善中医药传承创新发展机制这一首要任务，以建高峰、强县域、稳基层、优服务、重保障为主线，进一步实施中医药振兴发展重大工程，努力推动江苏中医药事业高质量发展。在体系建设方面，积极创建国家医学中心、国家区域医疗中心。推进 59 个国家级中医优势专科提质升级，新增 80 家以上基层五级中医馆。在传承创新方面，推进省中医流派研究院、省中医疫病研究中心、5 个省中医临床医学创新中心、3 个省中药融合创新中心等“十大中医药传承创新平台”建设。在人才培养方面，实施“岐黄人才”培育工程，推进省中医药领军人才、省优秀中医临床人才等项目实施。在文化弘扬方面，开展中医药文化惠民活动 3000 场，不断提升群众中医药健康文化素养。新的一年，我们将以事业为纸、勤奋当墨、奋斗为笔，绘就“十四五”江苏中医药高质量发展的“工笔画”“实景图”。

### **福建：积极推动中西医协同发展**

**福建省卫生健康委党组书记、主任 省中医药管理局局长 杨闽红**

福建省中医药管理局高度重视中西医结合工作，按照党中央、国务院决策部署，在国家中医药管理局有力指导与支持下，积极推动中西医协同发展。强化政策保障，印发实施《福建省加强二级以上综合医院中医药工作 推动中西医协同发展三年行动计划（2024—2026

年)》，从 8 方面 27 条措施加强二级以上综合医院中医药工作。坚持项目带动，推动福州大学附属省立医院、福建省妇幼保健院打造“中西医结合，中医特色鲜明”的中西医协同“旗舰”医院。抓好 10 个中西医协同“旗舰”科室建设。发挥示范引领，首创糖尿病“三师共管”中西医协同诊疗模式，已写入《国家基层糖尿病防治管理指南》《国家糖尿病基层中医防治管理指南》，向全国推广。推动传承创新，推进省局共建福建中医药大学见实效，加快 20 个国家中医药管理局、省中医药重点学科建设。开展“西学中”高层次人才培养，三年培养 30 名省西学中高级人才。

2025 年，将继续落实中西医并重的方针，推进中西医药优势互补、协同发展。鼓励综合医院和中医医院积极争取国家重大疑难疾病中西医临床协作试点项目，加强中西医结合创新及中药研发，支持开展中西医协同科研攻关，推动中医药与西医药、教育、科技、人才、产业、文化等领域融合发展。

### 浙江：深化“中医处方一件事”改革

浙江省卫生健康委党委书记、主任 省中医药管理局局长 王仁元

2024 年，浙江中医药发展指数达到 80.23，连续 3 年持续保持增长态势，居民中医药健康文化素养水平达到 33.3%， “中医处方一件事”数字化改革建设项目入选首批《数字中国建设典型案例》。

2025 年是浙江实施“中医药攀登工程” 20 周年，我们将加快推

动中医药传承创新发展。第一，坚持以高质量发展为首要任务，全面贯彻新发展理念。高质量推动公立中医医院发展，积极创建国家医学中心，开展“精细化管理年”活动，加快建立现代医院管理制度；高质量发展中医药新质生产力，建设一批高能级的科技创新和成果转化平台；高质量促进中医药文化“扬帆出海”，将中国—白俄罗斯中医药中心打造成中医药海外中心标杆。第二，坚持以缩小“三大差距”为主攻方向，实现中医药服务优质均衡。推进山区海岛县中医药特色专科“百科帮扶”、县域“三中心一在线”建设提质扩面；实施基层中医药适宜技术能力提升行动，实现“乡乡有中医馆”“村村有中医药服务”。第三，坚持以改革创新为根本动力，深化中医药综合改革。推进基于中医药服务量的财政补偿机制增量扩面，健全符合中医药特点的多元复合医保支付方式，构建多元化、立体式中医药数字化综合监管体系。第四，坚持以满足人民美好生活需要为根本目的，提升人民群众的获得感。深化“中医处方一件事”改革，加快推进中药饮片全链条追溯体系建设，迭代“云上中医”“云煎药”，实现老百姓“方便看中医、放心用中药”；加强中医优势专科，实现中医药服务更加优质；实施“浙里中医·服务有礼”等活动，实现中医药服务更有特色。

**江西：“五个三”推动中医药高质量发展**

江西省卫生健康委党组成员 省中医药管理局党组书记、局长 刘

## 晓辉

2024年，江西省中医药系统在国家中医药管理局的指导下，成功举办2024上海合作组织传统医学论坛。这一年，我们坚持国家中医药综合改革示范区和中西部中医药强省引领区“双轮驱动”，中医药服务体系更加完善，中医药事业产业深度融合，中医药传承创新迈上新台阶。

2025年，我们将以国家中医药综合改革示范区建设、中医药强省行动计划为主线，奋力书写中医药高质量发展的江西答卷。

着力建强“三大阵地”，即建强“中医医疗机构阵地”“专病专科阵地”“基层中医药服务阵地”，实现中医药服务“提质”。

着力开展“三大工程”，即开展“中药创制工程”“品牌塑造工程”“数字赋能工程”，实现中医药产业规模“扩容”。

着力实施“三大计划”，即实施“省局共建中医药攻关计划”“中西医联合攻关计划”“三级医院科研飞升计划”，实现中医药科研创新“提速”。

着力打造“三张名片”，即打造“中医药文化弘扬名片”“中医药文化科普名片”“中医药对外交流名片”，实现中医药文化传承“增能”。

着力推进“三大行动”，即推进“学科专业建设行动”“特色人才提振行动”“人才激励改革行动”，实现中医药人才“升级”。

## 山东：实施齐鲁中医药名品工程

山东省卫生健康委党组书记、主任 省中医药管理局局长马立新

2024年，山东省深入学习贯彻习近平总书记重要指示批示精神，全面推进国家中医药综合改革示范区建设。山东省强化中医药综合改革，牵头成立黄河流域中医药高质量发展联盟，实施35项“揭榜挂帅”改革项目，探索中医药传承创新发展路径；推动优质医疗资源扩容下沉，加强县级中医医院建设，打造127个中医特色乡镇卫生院和455家中医药特色村卫生室、社区卫生服务站，开展“万名医护进乡村”活动，最大程度满足群众健康需求；推动国家中医药管理局中医特色疗法评价推广中心落户山东，支持山东中医药大学建设国内一流中医药大学，强化中医药高质量发展的科技人才支撑；推动中医药文化融入全省文化工作全局，省委常委会审议通过《山东省中医药文化传承发展工作方案(2024-2027年)》，成功举办第四届尼山世界中医药文化论坛；实施齐鲁中医药名品工程，推动中医药与康养、文旅等融合发展，培育推广“鲁十味”品牌，促进中医药产业高质量发展。

2025年，山东省将进一步完善中医药传承创新发展机制，健全优质高效服务体系，推动中医药和现代医学融合发展，深化中医药科技教育人才建设，弘扬传承中医药文化，促进中医药产业提档升级，力争在更多重点领域和关键环节实现新的突破。

## 湖南：抓紧中医优势专科集群建设



## 湖南省卫生健康委党组成员 省中医药管理局局长 肖文明

2024年，湖南省认真贯彻习近平总书记在湖南考察时的重要讲话和指示批示精神，锚定“三高四新”美好蓝图，以建设国家中医药综合改革示范区为引领，推动中医药事业和产业高质量发展。

一是加强能力建设。45个专科入选国家中医优势专科建设单位和培育单位，省级财政配套3000万元，建设覆盖省市县的中医优势专科集群。194支名中医团队下沉到基层，为群众提供健康服务。二是加大人才科研工作力度。省级财政分别安排1000万支持中医药科研、人才培养。“西学中”在训学员1.2万余人。三是弘扬中医药文化。“中医药文化服务月”系列活动中“夜市”火爆出圈。全省公民中医药健康文化素养水平达到30.6%。四是统筹推进产业发展。出台《关于加快推进林下中药材种植促进中药材产业高质量发展的意见》，全省中药种植面积达485万亩。打造“湘九味”道地中药材品牌，获批ISO国际标准2个。全省中医药全产业链产值首次超过1500亿元。五是及时督导抓落实。召开建设国家中医药综合改革示范区工作推进会，压实6个示范区先导市和9个试点县工作责任。国家中医药传承创新中心等4类12个国家中医药振兴发展重大工程项目全部开工建设。

2025年，我们将编制好湖南省“十五五”中医药发展规划，全面推进中医药综合改革示范区建设。持续抓紧中医优势专科集群建

设,推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局,积极实施中西协同,提升群众获得感。统筹推进中医药教育科技人才一体改革,助推中医药文化科技融合发展,办好第四届中非经贸博览会的中医药专场活动、湘赣粤港澳中医药产业协同发展联席会议第四次会议。产学研用联动发力,加快培育壮大中医药产业。

### 河南:促进中医药产业提质升级

河南省卫生健康委党组成员、副主任 周勇

2024年,河南省深入学习党的二十届三中全会精神,认真贯彻中央和省委省政府部署,召开全省中医药强省建设大会,成立河南省中医药管理局,省级中医药管理机构改革全面落地。推进国家医学中心、省中医药科学院、4个国家区域医疗中心建设。加快促进中医药产业提质升级,持续深化中医药数字赋能。聚力夯实人才梯队基础,持续实施“岐黄工程”“仲景工程”。深入挖掘中医药文化内涵,弘扬中医药文化。围绕中医药强省建设目标,多措并举,迸发合力,高质量推进中医药传承创新发展。

2025年河南省将围绕“五大高地”建设目标,奋力开创中医药发展新局面。

一是加强科技创新。积极对接和服务好省中医药科学院、国家医学中心组建和运营工作。进一步提升省中医药行业重点实验室实力,争取更多省级重点实验室,与省中医药科学院实验平台建设初步实现

共建共享。

二是夯实服务体系。以项目为牵引，全力抓好国家医学中心相关业务任务，提升国家区域医疗中心、中医医院能力。持续实施“便民就医”四部曲，小切口加强中西医协同，落实《综合医院中医药工作指南(2024版)》。

三是狠抓产业发展。联合相关职能部门，按照国家布局，推动出台一揽子促进河南省中药产业发展的政策。

四是壮大人才队伍。持续实施中医药特色人才培养工程(仲景工程)，与岐黄工程有机衔接。强化基层中医适宜技术推广培训，持续巩固“村村有中医药服务”。

五是推动文化弘扬。持续开展中医药文化与管理研究项目和中医药文化著作出版资助专项。实施中医药文化“三进”行动。

### **广东：推进“三大建设”，打造“五大高地”**

**广东省中医药局党组成员、副局长 柯忠**

2024年，是令人振奋的一年。习近平总书记在12月份短短1个月内，就先后给世界传统医药大会致贺信，考察澳门科技大学、横琴粤澳深度合作区，深入了解中药质量研究、中医药广东省实验室建设等情况，对粤澳深度合作，整合多学科先进技术，助力中医药走向世界的做法表示肯定，就中医药发展作出新的重要指示，充分体现了总书记深厚的中医药情怀，使我们中医药人尤其是广东中医药人深感振

奋、倍受鼓舞。

2024年，是充满收获的一年。广东省深入学习贯彻习近平总书记关于中医药工作的重要论述和重要指示批示精神，全力推进新一轮中医药强省建设、粤港澳大湾区中医药高地建设、国家中医药综合改革示范区建设等“三大建设”，引领广东中医药高质量发展，取得扎实成效：3个地市入选国家中医药传承创新发展示范试点；中医药广东省实验室启动运行；第六届粤港澳大湾区中医药传承创新发展大会深化大湾区中医药交流合作；广东在2022年度全国三级公立中医医院绩效考核中总体成绩跃居全国第一；全省21个地市“中医药健康夜市”掀起健康养生热潮；广东省多项创新做法被国家卫生健康综合督查组肯定和推荐。

展望2025年，我们充满期待。新的一年，广东将以学习贯彻习近平总书记考察横琴粤澳深度合作区、澳门科技大学时关于中医药的最新重要讲话和重要指示精神为动力，统筹推进“三大建设”，以打造医疗、创新、人才、产业、国际化“五大高地”为抓手，全力推动中医药高质量发展。重点是持续深化中医药综合改革；进一步健全中医药服务体系；加强中医药科研和创新能力建设；加大中医药人才评聘激励力度；充分挖掘释放中医药文化价值。

回顾2024年，我们深感欣慰；展望2025年，我们充满期待。

**湖北：探索“三位一体”融合发展模式**

湖北省卫生健康委党组成员、副主任 省中医药管理局局长邓小川

2024年，习近平总书记在湖北考察调研时对湖北寄予更高期望、赋予更大使命，为湖北省做好中医药工作指明了方向、提供了根本遵循。

一年来，湖北省积极完善传承创新发展机制，中医药工作“1+N”政策逐项落实，黄冈市中医药传承创新示范试点管理体制与人才发展机制改革成效初显。着力提升服务能力，建设国家中医优势专科、中西医协同“旗舰”科室和省级中医重点专科329个，探索开展中医优势病种同效同价付费改革。时珍实验室探索运行新机制，研究转化了一批新成果。“时珍人才”工程稳步推进，启动实施了千人培养计划，建设20个省级重点学科，组建了5个创新团队。

2025年，湖北省将积极探索中医药事业、产业、文化“三位一体”融合发展“湖北模式”，努力谱写中医药高质量发展新篇章。以“用”为导向加强中医药科技创新。大力支持湖北时珍实验室建设，促进科技创新与产业创新深度融合；坚持临床与科研结合，开展重大疑难疾病中西医协同攻关，鼓励研发确有疗效的院内中药制剂，争创若干国家中医药管理局重点实验室。优化科研项目管理机制，加大资金投入，立项支持一批省级中医药科研项目；突出“德”“绩”标准激发人才活力。深入实施“时珍人才”工程，在专学科发展与科技攻

关中，给“时珍人才”交任务、压担子，大力培养领军人才和中青年骨干人才。深化人事薪酬制度改革，健全人才评价使用机制，完善各类人才的评价标准和发展通道，鼓励人才向基层流动与跨单位交流。

### 广西：打造壮瑶医药“四名”品牌

广西壮族自治区卫生健康委党组成员 自治区中医药管理局党组书记、局长 黎甲文

2024年，广西中医药系统坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为统领，以打造“名医、名药、名技法、名馆(阁)”壮瑶医药“四名”品牌为重点，促进广西中医药(壮瑶医药)传承创新发展取得新进展。防城港市成功获批国家中医药传承创新发展试验区，14个市全部成立(加挂)中医药局。中医服务质量明显提升，全区中医总诊疗人次、出院总人次比“十三五”末分别增长8.21%、30.49%。“中医药+”健康产业融合发展，人才和科技工作稳步推进。全国三级公立中医医院绩效考核广西综合排名连续三年位居全国前十，广西连续两年(2022年、2023年)荣获中央对地方转移支付中医药资金绩效评价全国第一。

2025年，广西坚持守正创新，坚持以人民健康为中心，推动全区中医药(壮瑶医药)高质量发展。一是持续打造“四名”品牌，挖掘“四名”内涵，以品牌建设带动中医药事业产业发展。二是促进中医药服务能力提升，强化中医医院内涵建设，推进中医优势重点项目、

中医药传承创新发展示范项目建设。三是推动中医药产业发展，促进“桂十味”“桂药膳”“桂制剂”发展，推动院内制剂向新药转化。四是加强人才队伍建设，深化国家级重大中医药平台建设。五是深化拓展对外交流合作，推进国家中医药服务出口基地建设，落实桂港桂澳中医药合作协议。

### **海南：将中医药振兴发展融入自贸港封关运作大局**

**海南省卫生健康委党委书记、主任 省中医药管理局局长 李文秀**

2024年，海南省紧紧围绕“完善中医药传承创新发展机制”和自贸港“三区一中心”建设任务，全面实施中医药振兴发展工程，实现县办中医医院全覆盖；中医药特色服务能力不断增强，开展涵盖38个成员专科的8个中医优势专科集群建设，15个病种和9个基层日间病房中医病种实施中医优势病种支付。扎实推进各类中医药特色人才培养项目，人才队伍不断壮大。首家集结全省中医院力量的中医药文化市集火热开市，首个黎族医药发展蓝皮书和海南“十大南药”发布，中医药高质量发展迈出坚实步伐。

2025年，海南省将中医药振兴发展融入自贸港封关运作大局，优化服务供给，推动三级中医院资源下沉和二级中医院组建医联体，加强中医优势专科建设，打造中医医疗服务窗口。加强人才引培，推动海南中医药高等院校和南药研究院建设，打造中医药人才交流窗口。推动产业发展与自贸港核心政策有机结合，促进中医药服务与旅

游、康养产业深度融合，打造中医药经济合作窗口。弘扬中医药文化，发挥自贸港优势，加强中医药文化宣传和对外交流，让更多的境外人员体验中医药，打造中华优秀传统文化展示窗口。

### 贵州：坚持以高质量发展统揽全局

贵州省卫生健康委党组成员，省中医药管理局党组书记、局长 张敬杰

2024年，贵州省聚焦建体系、提能力、优服务、兴产业，新增三甲中医医院7家、三级中医医院7家，实现县办中医医疗机构全覆盖；国家区域中医医疗中心、国家中医疫病防治基地、国家中西医“旗舰”医院等一批重大项目建设提质增速；实施中医药文化弘扬工程，推动中医药成为群众促进健康的文化自觉。统筹推进中医药产业高质量发展攻坚行动，着力优化产业规划布局，着力构建“贵药膳”“贵药饮”区域公用品牌；深化与上海中医药大学等高等院校合作，促进科技创新与特色资源深度融合，让中医药的芬芳在黔山秀水间弥漫，为百姓健康福祉增添了一抹温暖的色彩。

2025年，贵州省将坚持以高质量发展统揽全局，围绕“四新”主攻“四化”主战略和“四区一高地”主定位，坚持问题导向、目标导向，强化中西医协同，完善中医药传承创新和产业发展机制，全面实施中医药振兴发展重大工程和中医药产业高质量发展攻坚行动，推进国家中医药传承创新发展试验区建设，加快国家区域医疗中心、国



家中医康复中心等重点项目建设，遴选“贵药”大品种，探索全产业链发展新模式，全力推动中医药高质量发展。

### **重庆：以改革创新赋能高质量发展**

**重庆市卫生健康委党委委员、副主任 市中医药管理局局长赵勇**

2024年是重庆中医药改革创新、筑基成势的关键一年。在国家中医药管理局的悉心指导和大力支持下，重庆中医药振兴发展八大工程全面实施，市政府与国药集团战略合作持续深化，“渝十味”中药材正式发布，“中医用药一件事”数字化场景上线运行，中医药文化集市夜市火热开市，两江中医药高质量发展大会成功召开，全市中医药高质量发展迈出坚实步伐。

2025年，重庆市将继续以深化改革为动力，以体制机制创新为突破口，继续加大中医药振兴发展政策、制度供给，加快构建现代化中医药服务体系和产业体系。一是抓改革赋能。以创建国家中医药综合改革示范区为抓手，全面推进中医药领域综合改革。二是抓政策驱动。制订重庆市推动中医药产业融合创新发展、中医药科技创新能力跃升、区县级中医医院高质量发展等三大行动计划和数字中医药先行区建设实施方案，加强关键领域政策供给。三是抓规划引领。编制重庆市中医药发展“十五五”规划、重庆市中医药产业发展规划等2个专项规划，全面系统谋划全市中医药中长期发展。

### **云南：聚焦中医药人才培养**

## 云南省卫生健康委副主任 省中医药管理局局长 周洪梅

2024年，云南省中医药系统紧扣高质量发展主题任务，以维护人民群众健康为目标，坚持抓传承固根本，以文化传承引领，坚守中医药发展的根和魂；坚持强特色扬优势，以专科培育发力，不断拓展中医药特色优势新领域；坚持重协同补短板，以提升能力为要，持续完善中医药服务功能。国家中医疫病防治基地、中医药传承创新中心、中西医协同“旗舰”医院、中医特色重点医院等重大项目建设有序推进，医疗服务体系不断健全，重点学科、优势专科建设成效明显，人才科研文化协同发力，中医药传承创新发展取得新成效。

2025年，云南中医药系统将围绕国家中医药管理局重要工作部署和中医药振兴发展重大工程实施方案要求，全力推进“十四五”中医药发展规划圆满收官。重点工作包括：聚焦中医药传承型人才培养，实施省级第六批“师带徒”工作，遴选50名指导老师带教培养100名学术传承人；建设80个省级、100个基层名老中医药专家传承工作室，培养不少于2500名继承人，其中联动培养县乡医疗机构骨干不少于1000名。

## 四川：加快培育四川中医药品牌

四川省卫生健康委党组成员 省中医药管理局党组书记、局长田兴军

2024年，四川省召开国家中医药综合改革示范区和中医药强省

建设领导小组会议，把中医药传承创新发展摆在全省进一步全面深化改革全局中谋划推进。国家中西医协同“旗舰”医院、“旗舰”科室等重大项目扎实推进，一批中医医院新院区建成开诊。布局现代中药产业建圈强链，发布中药全产业链大模型“本草智库”，“川药”大品种培育工程有力推进。

2025年，四川省将完善中医药传承创新发展机制，推进中医药事业、产业、文化“三位一体”高质量发展。一是深化中医药综合改革。进一步强化“四个建立健全”，持续深化中医药人才、科技评价机制改革，深化医改中医药工作，推动符合中医药特点的多元复合的医保支付方式改革。二是促进中医药优质资源扩容下沉和均衡布局。推进国家中医区域医疗中心等项目建设，积极争取国家中医医学中心。实施中医惠民工程，开展“两专科一中心”、治未病中心、县域中医医疗次中心建设，提升中医药服务能力。三是推进中医药产业提质增效。印发推进现代中药产业建圈强链专项方案，遴选建设一批中药材大品种种植基地和中医药产业发展重点县，以科技创新引领发展中医药新质生产力，筹建天府中医药实验室，做强中药药膳、中药茶饮、健康旅游等新赛道。四是推动中医药“走出去”。主动融入“新时代神农尝百草”行动，以全球化观点开展中医药资源的开发和运用。加快培育具有国际影响力的四川中医药品牌，切实把中医药的资源优势转化为产业优势、经济优势。

## 西藏：六大工程推动藏医药传承创新

西藏自治区卫生健康委党组副书记、主任 格桑玉珍

2024年，西藏自治区坚决贯彻落实自治区党委、政府决策部署要求和全国中医药局长会议精神，坚持以“藏”为根、以“医”为本、以“药”为基、以“产”为媒，聚焦破解难点堵点，着力推动藏医药高质量发展。全国首个国家民族医医学中心——国家中医医学中心（藏医）在自治区藏医院揭牌成立，藏医药健康服务能力不断增强，藏医药科技创新和人才队伍建设不断加强，藏医药产业布局不断优化，藏医药对外交流合作和文化建设呈现新亮点，藏医药在国内外影响力不断提升。

2025年是西藏自治区成立60周年。西藏自治区以坚持“传承精华、守正创新”为主线，实施“六大工程”，加快推动中（藏）医药传承创新发展。一是实施藏医药振兴发展重大工程，推进国家中医医学中心（藏医）、省级藏医区域医疗中心等重大工程，促进优质藏医资源扩容下沉和均衡布局；二是实施基层藏医药服务能力提升工程，为乡村振兴注入健康活力；三是实施中（藏）医药人才培养工程，持续优化人才培养政策；四是实施藏医药科技创新工程，着力提升藏医药科技支撑能力；五是实施藏医药产业振兴工程，推动藏医药产业快速发展；六是实施中（藏）医药文化弘扬工程，讲好中（藏）医药故事，让中（藏）医药更好地造福人类健康。

## 陕西：高效实施中医药强省三年行动

陕西省中医药管理局副局长、二级巡视员 孔群

2024年，是陕西中医药强省三年行动开局之年。全省中医药系统认真贯彻落实习近平总书记关于中医药工作的重要论述和重要指示精神批示精神，紧扣《陕西省中医药强省三年行动方案》，联合相关部门同向发力，中医药事业发展呈现新面貌、迈上新台阶。

2024年，全省新增三甲中医医院2个，基层中医馆、中医阁分别达到1786个和2350个，中医药服务网络更为完善。46个国家中医优势专科、49个县级中医医院“两专科一中心”和51个县级中医优势特色专科建设成果显著。推行“院校+师承制”中医人才培养创新模式，为县及县以下医疗卫生机构定向招聘513名中医类专业毕业生。强化科技创新体系建设，遴选9个中医药科技创新平台、10个中医药科技创新团队和25名中医药科技创新骨干人才，遴选12个中药材产业链重点县和14个链主企业，认定6个中药材GAP基地。举办200余场中医药文化活动，认定10所省级校园中医药文化传播示范学校，着力打造秦药、长安医学、药王孙思邈、中华医祖岐伯等陕西中医药文化品牌。加强海峡两岸中医药交流，中国—哈萨克斯坦传统医学中心接诊1.8万余人次，国际影响力显著提升。

新的一年，我们将继续以改革创新和高质量发展为引领，以高效推进《陕西省中医药强省三年行动方案》为重心，以国家中医药传承

创新发展试验区和示范试点建设为突破口，破解难题、狠抓落实、务求实效，进一步强化中医药服务体系内涵和能力建设、强化人才队伍建设、深化中医药科技创新、促进中药产业提质增效。以时不我待的紧迫感、只争朝夕的责任感，奋力谱写陕西中医药事业产业高质量发展的新篇章。

### 宁夏：四方面精准施策促发展

宁夏回族自治区卫生健康委党组书记、主任自治区中医药管理局局长 吕金捍

2024年，宁夏全面落实党的二十大精神和习近平总书记关于中医药工作的重要论述，聚焦中医药振兴发展，《宁夏回族自治区“十四五”中医药发展规划》主要指标完成67%，一大批重大工程项目落户宁夏，西学中人才培养等中西医协同发展持续推进，涌现出中药技术、优秀临床等一批中医药特色人才，举办了中医药服务月、集市和北京中医药专家宁夏行等一系列文化弘扬活动，中医药工作取得明显成效。

2025年，宁夏将深入学习贯彻习近平总书记对世界传统医药大会贺信精神，以中医药振兴发展八大工程为支撑，以国家中医药管理局和自治区政府共促宁夏中医药高质量发展五个方面深度合作为纽带，重点从四个方面精准施策、全力突破。一是优质资源扩容。高标准建设国家中医疫病防治基地、中西医协同“旗舰”医院、中医特色

重点医院、中医药传承创新发展试验区，争取国家中医药传承创新中心等重大工程尽快落地实施。二是满足服务需求，打造中医优势专科和中西医协同科室集群，加强老年病科、儿科、急诊科等重点科室建设，实现县级中医医院“两专科一中心”建设全覆盖，实施中医馆内涵提升和中医阁建设。三是加强人才支撑，建立西医学习中医长效机制，培养两种医学融会贯通人才。柔性引进中医药高层次人才，开展京宁、粤宁、闽宁中医药合作交流，为宁夏中医药发展注入智慧动力。四是推动科技文化创新，构建慢性病中医药服务大模型，建设贝宁中医海外中心，推动中药材产业发展，打造“中医药+”融合发展新业态。

众力举事必成。宁夏中医药迎来了高质量发展的黄金时期，必将为保障人民群众健康、助力乡村振兴、推动经济社会发展、实现中医药现代化发挥更加重要的作用。

### **甘肃：推动中医药“三位一体”发展**

**甘肃省卫生健康委党组成员、副主任，省中医药管理局党组书记、局长 刘伯荣**

2024年是甘肃中医药高质量发展迈上新台阶的开局之年。在省委省政府坚强领导和国家中医药管理局关心支持下，甘肃聚焦中医药振兴发展、中医药强省建设目标，攻坚克难、争先进位，全力推动中医药事业提质增效、中医药产业提质增速、中医药文化提质增色，成

功举办第五届中国(甘肃)中医药产业博览会, 中医药全产业链规模 926.9 亿元, 中医药强省建设迈出新步伐、取得新成效。

2025 年是推进全省中医药工作上台阶、见成效的攻坚之年, 我们将围绕“建高地、扬优势、强龙头、夯基础”持续提升服务能力, 围绕“强龙头、延链条、聚集群”持续壮大产业集群, 围绕推动共建“一带一路”高质量发展持续推进中医药合作交流, 全力推动全省中医药事业、产业、文化“三位一体”高质量发展再上新台阶。

一是强力推进国家重大项目建设。高标准推进国家区域医疗中心、中医疫病防治基地、中西医协同“旗舰”医院、中医特色重点医院等建设项目, 持续建好高地, 确保早日发挥效应。

二是扎实推进中医优势专科建设。加强省级“三中心一专科”建设, 确保公立二级以上中医医院全部设置治未病科和康复科, 推动优质中医资源扩容提质。继续加强中医医院儿科、老年病科建设, 推动养老服务机构中医药服务全覆盖。

三是持续完善基层中医药服务体系。持续在全省开展“中医强基层、基层兴中医”行动, 争取全省县级中医院“两专科一中心”覆盖率达到 80%以上, 所有乡镇卫生院和社区卫生服务中心中医药服务量占本医疗机构医疗服务量的比例达到 40%以上。

四是加速推进中医药产业高质量发展。充分发挥中医药产业链链长制作用, 进一步延链补链强链, 持续实施“引大引强引头部”行动,



加大全产业链招商引资力度。

五是持续深化中医药文化建设。深入实施全省中医药文化弘扬工程，开展中医药文化传播行动，加强中医药人才队伍建设，加大中医药科研创新力度，推进中医药“一带一路”交流合作，持续推动16家海外岐黄中医中心(学院)建设，支持中医药服务出口基地建设。

### **新疆：加快中医药“走出去”步伐**

**新疆维吾尔自治区卫生健康委党组成员自治区中医药管理局党组书记、局长 曾斌芳**

2024年，新疆维吾尔自治区中医药管理局挂牌成立以来，坚决贯彻落实各项决策部署，召开自治区中医药系统学习贯彻党的二十届三中全会精神座谈会，始终坚定不移地与党中央保持高度统一，有力推动中医药高质量发展。完善中医药服务体系，提升中医药服务能力，目前，全区实现地(州、市)级公立中医医院全覆盖，县办公立中医医疗机构覆盖率达到74.7%。推进中西医结合工作，强化中医急救和传染病防治能力。推进中医药特色人才培养工程实施和中医医师规范化培训工作落实。举办中医药文化活动，加强中医药文化建设；出访哈萨克斯坦和乌兹别克斯坦、举办亚欧博览会大健康论坛中医药分论坛，推动中医药开放发展，加快中医药“走出去”步伐。出台《新疆维吾尔自治区中医药条例》，推进中医药标准化建设。

2025年，我局将进一步提高认识、统一思想，针对2024年工作

中存在的问题,按照《新疆维吾尔自治区“十四五”中医药发展规划》,从医疗体系完善、人才队伍建设、法规宣传与标准化、重大工程项目和产业发展、文化传播与交流等方面协同推进中医药工作。

## 青海:促进中(藏)医药传承创新

### 青海省卫生健康委党组成员、副主任端智

随着党中央国务院促进中医药传承创新发展的政策支持力度不断加大,中医药传承创新发展迎来全新的历史发展机遇。“肩负使命,步履铿锵。”回首2024年,是充满挑战与机遇的一年,是历经考验与成长的一年。

这一年里,青海省深入学习贯彻习近平总书记关于中医药工作的重要论述和重要指示批示精神,全面落实中央《关于促进中医药传承创新发展的意见》和国家中医药重大决策部署,坚持守正创新显优势,凝心聚力抓落实,不断提升中(藏)医药高质量发展新动能,中(藏)医药传承创新发展取得积极成效。

2025年,青海中(藏)医药系统将进一步增强责任感和使命感,加快推进国家区域医疗中心、中西医协同“旗舰”医院建设,加强中医优势专科和“两专科一中心”建设。

促进中(藏)医药传承创新,开展高原病中(藏)医药临床研究,探索建立藏医火灸技术研究体系,推进藏医药标准化进程,加强西学中、藏学西人才队伍建设。

实施中(藏)医药文化传播行动,推进中(藏)医药与旅游融合发展,持续提升高原群众健康素养水平。推动中(藏)医药对外交流,推进中(藏)医药走出去,深化医疗、教育、科研等多领域实质性合作。

### **新疆生产建设兵团:强基固本 夯实中医药发展基础**

#### **新疆生产建设兵团卫生健康委党组成员、副主任谢昕**

近年来,新疆生产建设兵团通过深化中医药综合改革,着力强化顶层设计、完善服务体系、夯实基层基础、提升服务能力、培育人才队伍,中医药服务能力大幅提升。

大力实施中医药服务强基工程,建成187个团场中医馆,在连队卫生室设置中医阁301个,加大基层中医适宜技术推广应用,团场医院6类10项以上中医药适宜技术推广应用覆盖率达到100%,中医药总诊疗人次数同比增长38.88%,团场医院中医药人才配备基本实现全覆盖。组建成立兵团中医药优势专科联盟,形成辐射带动和补位发展模式,带动兵团中医专科服务能力的整体提升。借助师市医(联)共同体、对口援疆、远程医疗等优质中医资源,建有基层各级各类名老中医药传承工作室27个,选派名中医、高年资医师赴基层开展坐诊、义诊、帮扶和授课,为基层群众提供免费中医诊疗服务。

坚持守正创新,大力传承弘扬中医药文化。通过举办兵团“中医药文化活动周”“名医大讲堂”“中医适宜技术应用技能大赛”等活动,推动中医药文化进社区、进校园,开展中医药知识培训980场次,

培训社区居民 3 万余人次。开展中医药文化宣传 877 场次，充分发挥中医药文化在助推“文化润疆”和增进中华民族共同体意识方面的积极作用。

下一步，我们将深入贯彻党的二十届三中全会精神，加快补短板、强弱项，坚持先立后破，持续深化中医药体制机制改革，加快构建更加完善的中医药服务体系，抓好中医药传承创新工作，强化中医药特色人才培养，抓基层打基础，推动实现兵团中医药事业高质量发展。

[返回目录](#)

## **“中医药+”带动湖南康养旅游创新发展**

来源：中国中医药报

随着人们生活水平的提高和对健康的重视，康养旅游作为一种融合了健康与休闲的产业新模式，逐渐成为旅游业发展的新趋势。湖南作为中医药资源大省，拥有丰富的中药材资源和深厚的中医药文化底蕴，这为中医药康养旅游的发展提供了得天独厚的条件。

### **“中医药+温泉”旅游康养模式**

“中医药+温泉”旅游康养模式是一种以温泉资源为依托，利用温泉的天然疗养功能和周边的自然生态，通过中药浴、中药蒸、桑拿浴等多种形式，为游客提供融合健康养生与预防保健于一体的旅游康养模式。该模式不仅帮助游客放松身心、改善健康，还通过个性化的健康管理方案，提升游客的生活质量，使他们在享受温泉的同时，体

验到中医药的独特魅力。如湖南张家界万福温泉依托其丰富的温泉资源，打造了丁香池、百草池、灵芝池、葛根池及人参池等“五行”中医药养生泡池区，提供补心、清肺、养胃、温脾等全方位的中医药养生体验；湖南郴州汝城温泉福泉汤谷则凭借其得天独厚的温泉条件，结合当地中药资源，打造当归池、枸杞池等多个特色泡池，形成独具特色的“中医药+温泉”养生模式；此外，嘉禾县中医温泉康养中心、宁乡灰汤温泉等将温泉与中医药相结合，开发出具有保健养生功能的温泉疗养项目，有效促进了当地旅游业的快速发展。

### “中医药+养老”旅居康养模式

“中医药+养老”旅居康养模式是一种以老年人需求为核心，依托自然美景和中医药文化，建立专业的养老社区或旅居基地，提供中医诊疗、养生讲座、传统健身等一体的旅居康养模式。该模式为老年人打造一个舒适、健康的居住环境，帮助他们实现高质量的晚年生活。在这里，老年人不仅可以享受到专业的医疗护理，还能参与丰富多彩的文化活动，感受中医药文化的熏陶，度过温馨、健康的晚年时光。如湖南株洲凤凰谷通过打造中医药康养社区，以社区养老与居家养老相融合、医养和康养相结合，为中老年人提供“预防—治疗—康复—护理”全生命周期的中医药康养服务；湖南善孝堂老年康养中心通过“中医药+整体养护”的服务体系，为老年人提供中医理疗、康复治疗等服务；湖南泰康之家·湘园活力中心打造医养融合社区，设有中

医康复特色专科，为老年人提供便捷的中医医疗服务；此外，怀化博世康怀仁生态康养园、江华水口镇特色康养旅居项目等通过创新“中医药+养老”的旅居康养模式，为老年人提供了更加多元化、个性化的康养服务。

### “中医药+田园”生态康养模式

“中医药+田园”生态康养模式是一种以田园风光为依托，结合中药材种植、药材采摘、药膳制作、农事体验等资源，为游客提供融合中医药文化和农事体验于一体的生态康养模式。该模式注重生态保护和可持续发展，游客可以在田园中亲身参与农业生产，了解中药材的生长过程，感受田园生活的宁静与乐趣。如湖南安化县诚丰生态庄园种植了400多个品种的本地野生中药材，包括草本药园、生态茶园和休闲田园，将中医药养生理念融入田园旅游中，为游客提供生态康养体验；湖南安仁华夏湘众神农百草园以中药材种植为核心，结合田园观光、农事体验和中医药文化展示，打造集种植、科普、休闲于一体的生态康养基地；湖南溆浦雪峰山中医药康养旅游基地结合瑶医瑶药文化和森林资源，打造集高山避暑、药膳调理、田园休闲于一体的康养体验；此外，澧县马踏溪中药材特色产业园、湘潭县兴宏运湘莲种植基地等依托丰富的中药材资源，打造了独具特色的中医药田园康养旅游模式。

### “中医药+森林”自然康养模式

“中医药+森林”自然康养模式是一种以森林资源为基础，结合中医药“天人合一”理念，为游客提供森林疗养、森林休憩、中医养生等多样化的自然康养模式。该模式利用森林生态资源、景观资源、食药资源和文化资源，帮助游客在清新的空气中放松身心，恢复活力。游客可以在森林中进行瑜伽冥想、芳香疗法等活动，感受大自然的宁静与和谐。此外，森林中的天然食材和草本植物也为健康饮食提供了丰富的选择，使游客在享受自然的同时，获得身心的双重滋养。如湖南涟源龙山森林康养基地以森林富氧环境和中医药文化为基础，推出康养运动和养生产品，开展中医药文化研学、中草药科普研学、森林科普研学等研学内容，实现中小學生到退休老人全年齡段覆盖；湖南浏阳大围山森林康养基地利用其丰富的森林资源优势，开发了森林浴、森林疗愈等项目，结合中医药资源，打造禅修养生基地，通过自然认知、户外研学等活动，增强游客的参与感；此外，幕阜山森林康养基地、九观湖森林康养基地、方家桥森林康养基地等通过中医药疗法与森林环境相结合，为游客提供全方位的康养服务。

### “中医药+小镇”休闲康养模式

“中医药+小镇”休闲康养模式是一种以中医药康养小镇为载体，结合当地的自然景观和中医药文化资源，为游客提供具有中医药特色的旅游休闲、养生度假、康复疗养等一体化的休闲康养模式。该模式不仅为游客提供了一个充满中医药文化氛围的旅游目的地，还通

过专业的中医诊疗、养生讲座、针灸推拿等活动，帮助游客调理身体、放松心情。游客可以在小镇中漫步，参观中药博物馆、养生馆等，了解中医药的历史与发展，享受独特的康养之旅。如湖南浏阳社港镇依托浏阳市骨伤科医院和江氏正骨术，大力发展中医药康养旅游，实现从“一棵苗”到“一条链”的转变，因地制宜打造文旅康养特色小镇；湖南湘西红枫谷康养小镇坚持“三医融合，天人合一，立体康养”的康养旅游理念，以民族医学作为养生的亮点，成为湘西地区康养旅游集散中心；邵东廉桥中药材小镇结合廉桥丰富的中药材资源，开发中医药健康旅游项目，如中医药养生讲座、药膳品尝、中医药文化体验等，吸引游客前来体验中医药养生文化。

### “中医药+人文”文化康养模式

“中医药+人文”文化康养模式是一种以中医药人文景观和文化资源为依托，结合当地的历史和民俗，为游客提供中医药文化体验、熏陶、学习等全方位的文化康养产业模式。该模式通过参观名医故居、参加中医药文化节、聆听专家讲座等方式，让游客深入了解中医药的历史与发展，感受传统文化的魅力。游客不仅可以在这里学到实用的中医药知识，还能增强对中华优秀传统文化的认同感和自豪感。如湖湘中医药文化博物院通过展示湖湘中医药文化的历史、名医名家和传统技艺，游客可以了解中医药文化的传承与发展，同时参与中医药健康养生活活动；长沙仲景文化园以中医药文化为核心，设有中医药文化



体验馆，游客可以参与中医药知识科普、传统疗法体验等活动，感受中医药文化的深厚底蕴；长沙马王堆汉墓遗址依托其深厚的中医药文化底蕴，开展多种文化体验活动，游客可以通过参观汉墓遗址、了解古代中医药文化，体验中医药文化的博大精深；此外，湖湘中医名家与非遗体验馆、九芝堂中医药博物馆、株洲炎帝陵等，通过展示中医药与地方文化、旅游和康养产业的深度融合，形成了独特的文化康养模式。

[返回目录](#)

## • 医保快讯 •

### 全国医保智能监管体系构建中，地方如何同步推进监管升级？

来源：中国医疗保险

“智能监管系统成为医疗机构安全规范使用医保基金的‘第一道防线’，让医院从源头上避免违规行为的发生，提升医疗服务的合规性，维护医保基金安全。”2024年12月10日，南宁市第八人民医院医生在接受“中国医疗保险”记者采访时表示。据介绍，广西壮族自治区(以下简称“广西”)推动全区1267家定点医疗机构实现院端事前提醒功能，其中503家二级及以上医疗机构，接入率达78%，位列全国第五，实时对医疗机构的诊疗过程、诊疗行为全过程监督，极大减少违规情况发生。截至目前，全区累计提醒和预警207.28万

人次，提醒和预警支出金额 2.33 亿元。

基金监管是医疗保障制度的保障，如何建立一套规范化、科学化、常态化的长效监管体系，以实现控制医疗费用的不合理增长和提高医疗服务质量的双重目标，成为了新的医保课题。充分发挥人工智能的独特能力，推进视频监控、生物特征识别等技术应用，把大数据实时动态智能监控应用于医保监管，对提高医保监管工作效能和水平，保障医疗保障事业平稳、健康、可持续发展有着重要意义。2021 年，广西获评“优秀国家医保局基金监管方式创新试点”，在医保基金监管规范化、科学化、数字化等方面，走在了全国的前列。

### 优化“两库”建设，提升智能监控专业性、精准性

我国自 2019 年起开展医保基金智能监控“示范点”建设，2022 年明确了医保基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法，2023 年形成科学规范、全国统一的“两库”框架体系。2023 年，国家医保局通过智能审核和监控拒付、追回医保基金 26.72 亿元。目前，医保基金智能监管子系统已在我国所有统筹地区上线应用。

2024 年以来，广西为了贯彻落实《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17 号）和《国家医疗保障局关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》（医保发〔2023〕25 号）等有关要求，全面建立健全智能监控制度，实施大数据实时动态智能监控，深化医疗保障信息平台智

能监管子系统应用，积极构建事前、事中、事后全环节监管的基金安全防控机制，织密织紧基金监管防线。

在推进智能监控系统的建设过程中，广西不仅紧跟国家政策导向，还紧密结合本地医疗保障实际情况，致力于打造一个既高效又贴合地方特色的智能监管体系。值得关注的是，广西在优化智能审核规则库和知识库工作方面推出了自己的“创新做法”。2024年以来，广西多次组织各市医保部门和部分综合医院专家研讨论证并广泛征求意见，对《2023年度定点医疗机构医保违约违规风险清单》进行进一步优化，并对《2023年药品目录》、国家、自治区飞行检查、专项检查进行梳理，形成《广西2024年动态调整智能审核规则(第一批)》。

截至目前，制定启用本地化规则500余条，对规则库实行医保管理类、临床诊疗类，药品类等三大类分类精细化管理，创建知识点3万余条，涵盖院端事前提醒知识点1289条，院端事中预警知识点1424条，经办端事中审核知识点3.4万条，同时针对广西39个门诊特殊慢性病病种1644种药品进行门慢双通道药店限病种用药规则事前结算拦截，为智能审核和监控运用提供坚实的基础。

“截至2024年10月，广西全区医保基金智能监控系统审核2595家定点医药机构存在违规情形，确认违规金额1576.73万元，违规确认率高达63.82%。”广西医保基金监管事务中心相关负责人介绍，

广西对于智能监管“两库”的管理基本由医学背景专业的在职在编人员完成，每次对规则库和知识库调整均会邀请医保部门、医药机构的监管专家进行评审并广泛征求意见，会对每一个项目设置不同的指标阈值，致力于提升广西“两库”的专业性、精准性。

### 以智能提醒“小切口”，助力基金生态“大净化”

“智能监管系统通过事前提醒功能，对医务人员不合理检查、诊疗、用药行为进行实时提醒和实时反馈。这有助于医务人员科学诊治，引导他们依法合理规范开展医疗服务和计费收费，有效避免因对医保政策不熟悉带来的违规风险。”广西医保基金监管事务中心相关负责人在接受采访时表示。

据介绍，广西鼓励定点医药机构开展事前提醒，通过基金拨付、协议考核等措施，推动全区 1267 家定点医疗机构实现院端事前提醒功能，其中 503 家二级及以上医疗机构，接入率达 78%，实时对医疗机构的诊疗过程、诊疗行为全过程监督，极大减少违规情况发生。

“很方便，事前事中功能应用落地几乎是无感的。”南宁市第八人民医院的医生对智能监控平台的接入表示了高度的认可。他们表示，自功能接入以来，医院医保领导工作小组定期刷新后台数据，密切关注数据的变化趋势，核实可疑数据，并总结分析问题数据产生的原因及解决思路。这种“无感式”的监管方式，使得医生们在工作中几乎感受不到额外的压力，但却能够确保医保基金的合理使用。

在过去，很多医生都担心因对医保政策不熟悉而产生违规行为。但现在，有了智能监管系统的帮助，他们能够更加自信地开展工作，确保医疗服务的合规性。同时，这也为医疗机构提供了一个有效的监管手段，帮助他们避免违规行为的发生，从而维护了医保基金的安全和稳定。

此外，随着医保管理的不断规范和医保飞行检查的常态化，医疗机构对于有效的监管手段的需求也越来越迫切。智能监管系统的引入，正好满足了这一需求。它不仅能够提高监管的效率和准确性，还能够为医疗机构提供一个公正、透明的监管环境，促进医疗服务的持续改进和提升。

“智能提醒作为‘小切口’，正在为医保基金生态的‘大净化’提供有力的支持。”广西医保基金监管事务中心相关负责人表示。

### **持续发挥智能监控效能，守护群众“救命钱”**

近年来，广西坚持以“零容忍”的坚决态度严厉打击欺诈骗保行为，不断完善医保基金常态化监管工作，建立长效监管机制，努力让基金监管网扎得更密更牢。

据介绍，2024年1-12月，广西全区共现场检查定点医药机构19837家，查处9454家，其中行政处罚145家，约谈4991家，暂停医保627家，解除医保协议575家，移交司法机关40家，移交纪检监察机关278家，移交其他部门155家，追回(含拒付)资金3919家，

收取质量保证金 580 家；处理违法违规个人 196 人；累计追回(含拒付) 医保资金 7.08 亿元。

为了巩固和深化打击欺诈骗保成果，广西将建立健全信用评价体系，对定点医药机构实施信用分级分类管理，对严重失信行为进行联合惩戒，形成有效的震慑效应。此外，广西还将加强跨区域协作，与周边省份建立医保基金监管信息共享和联合执法机制，共同打击跨地区欺诈骗保行为，构建更加紧密的医保基金安全防护网。

下一步，广西表示将继续深化医保基金监管工作，通过持续优化监管机制，利用大数据、云计算等现代信息技术手段提升监管效能，实现对定点医药机构的精准监管和全面覆盖。同时，广西将进一步加大宣传力度，提高公众对医保基金安全重要性的认识，鼓励社会各界参与监督，形成全社会共同维护医保基金安全的良好氛围。在此基础上，还将持续推动自查自纠工作的深入开展，督促定点医疗机构建立健全内部管理制度，从源头上防范医保基金违法违规行为的发生，确保每一分医保资金都能用在刀刃上，切实保障广大参保群众的切身利益。

[返回目录](#)

**医保新规落地，影响所有的医院、医生！**

来源：健康中国

近日，国家医保局发布《医疗保障定点医药机构相关人员医保支

付资格管理经办规程(试行)》(以下简称经办规程)通知,宣布2025年1月1日起,对医保定点医药机构的支付资格进行“驾照式”管理开始全面落地。

2024年9月,医保局召开新闻发布会,宣告开始建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度。医保局副局长颜清辉表示,医务人员手握处方“一支笔”,处于医保基金使用链条的关键环节,发挥好医务人员的主观能动性,能有效防止相当部分违法违规问题的发生,对于做好医保基金监管工作十分重要。

在这一背景下,国家医保局借鉴“驾照扣分”的方式,对定点医药机构相关责任人进行记分,警示教育医务人员自觉遵守诊疗规范,主动约束手中的“一支笔”。

而经办规程的出炉意味着这一规则进一步落地。

### 记分制管理将这样落地

在国家医保局去年9月发布的文件中表示,如果发现相关人员行为涉及违规,医保将按照问题的严重程度对其予以记分,相对较轻的问题记1~3分,重一点记4~6分,更严重的记7~9分,最严重的将记10~12分,甚至有可能一次性记满12分。

在经办规程中则对如何扣分进行了细化,文件明确,对同一医保基金使用违法违规负面情形负一般责任者、重要责任者、主要责任者应按对应记分档次内从低到高记分。对主动交代情况、如实说明问题、

主动挽回损失、消除不利影响的相关责任人员，可在同一记分档次内从轻记分或减轻一档记分。对教唆或强迫他人违法违规，或者存在主观故意、拒不配合、拒不改正的相关责任人员，可在同一记分档次从重记分或加重一档记分。

此外，在同一次监督检查中，发现涉及医保基金使用的相关责任人员有不同类型违法违规行为的，应分别记分，累加分值。同一违法违规行为涉及不同负面情形的，按最高分分值记分，不分别记分。多点执业的医师在各执业点记分应累积计算。担任多家定点零售药店主要负责人的人员在各定点零售药店记分应累积计算。

根据分数积累情况，相关责任人员记分累计未达到9分的，医疗保障经办机构向相关责任人员所在定点医药机构通报记分情况。

相关责任人员记分累计达到9分，未达12分的，医疗保障经办机构根据实施细则，视情节轻重暂停相关人员医保支付资格1-6个月。

相关责任人员记分达到12分的，医疗保障经办机构终止其医保支付资格。其中，累计满12分的，终止之日起1年内不得再次登记备案；一次性记满12分的，终止之日起3年内不得再次登记备案。

### **扣分可修复，表现好可获评“医保好医师”**

被扣分后还可以修复，经办规程明确：相关人员提出记分修复申请的，经其所在定点医药机构审核同意后，报属地医疗保障经办机构。



医疗保障经办机构收到申请后，根据实施细则对相关人员整改情况进行复核，对积极改正、主动参与本机构医保管理工作的可以采取减免记分、缩减暂停或终止期限等修复措施。

此外，相关责任人员登记备案状态暂停、终止期满前 15 个工作日，可由相关人员提出资格恢复申请，经定点医药机构审核同意后，报当地医疗保障经办机构。医疗保障经办机构收到申请后，原则上 10 个工作日内进行评估并将结果告知该定点医药机构。具体时限可由各地自行确定。

通过评估的，恢复相关责任人员医保支付资格，医疗保障经办机构通知相关责任人员发生记分处理行为所在的定点医药机构，将登记备案状态维护为正常。

其中，暂停资格恢复的，年度内记分累计计算；终止资格恢复的，需重新作出承诺和登记备案。

未通过评估的，医疗保障经办机构告知相关人员发生记分处理行为所在的定点医药机构，由定点医药机构通知相关人员。

为了更好对医务人员强化此意识，文件对医疗服务质量优良、基金使用效率高，且无医保基金违法违规行为的相关人员，可予以医保好医师、好药师正向激励，并鼓励定点医药机构将其与个人绩效考核挂钩。

[返回目录](#)

## • 医药专栏 •

### 自愿互惠，打通药耗追溯信息全链条....这场发布会说了什么？

来源：中国医疗保险

药品追溯码是药品的唯一“电子身份证”。2024年4月，国家医保局在全国范围开展药品追溯码采集应用试点工作。今年年初，国家医保局进一步推动药品耗材追溯信息采集应用，全方位开展面向生产端和流通端的追溯信息采集，打通追溯信息全链条。

为推动医保药品耗材追溯信息采集与应用工作走深走实，激发各地定点医药机构工作积极性，保障定点医疗机构、定点零售药店、生产企业、流通企业等社会各方做好采集、上传等工作，提升参保人追溯码信息查询应用能力，国家医保局于1月16日举办医保药品耗材追溯信息采集应用发布活动。

#### 健全完善药品耗材追溯体系，打通追溯信息全链条

医保药品耗材追溯信息在我们日常生活当中至关重要，它不仅可以帮助保障药品耗材质量安全，维护人民群众健康权益；提升医保基金使用效能，确保医保基金安全；加强数据赋能联动，推进相关产业健康发展；还可以发挥大数据治理机制作用，促进相关机构精细化管理。

据国家医保局大数据中心主任付超奇介绍，截至目前，累计采集国家医保药品追溯信息158.06亿条，覆盖31个省份及新疆生产建设兵团，接入88.09万家定点医药机构，接入率达94.7%。

自 2024 年 4 月启动医保药品追溯信息采集工作以来，至今已取得显著成效。目前，国家医保局正会同人社、卫健、药监等部门，共同研究制定文件，协同推进药品追溯码在医保、工伤领域的全流程、全量采集和全场景应用，努力在 2025 年 6 月底前实现应采尽采、应扫尽扫、能接尽接。

越往下游，涉及的主体越多，异质性越强，同时价值越大。尤其在最后的就诊销售环节，追溯信息包含地理位置、医院、药店、患者、医生处方等多种信息。面对如此复杂的情况，国家医保局采取了一系列优化措施来确保药耗追溯信息采集应用工作高效且有效进行。

据介绍，国家医保局将建设医保药品耗材追溯信息采集应用平台，按照“12345X”的思路采集相关信息。其中，“1”是搭建一个医保药品耗材追溯信息采集应用平台，“2”是实现国家级、省级两级部署，“3”是开展采集、部署、调用三项工作，“4”是传输三码映射关联信息、大中小包装级联信息、追溯码识别规则、全链条追溯信息四种信息，“5”是服务行业管理部门、生产企业、流通企业、定点医药机构、参保群众五类主体，“X”是赋能未来其他广阔场景，当中包括医药、保险、银行、人工智能等主体。

### **助力企业供应链精细化管理，赋能医药行业创新发展**

区别于之前，本次会议主要面对相关的行业管理部门、生产与流通企业、消费者。会议邀请了部分前期对接国家医保局并且持续上传

追溯信息的企业代表，他们分享了对追溯码采集工作的经验和认识。

站在生产者角度，贵州信邦制药股份有限公司代表提出了三点认识。

在患者层面，可以识别假药、回流药，在发生药品召回事件时提高处理效率，保障用药安全；其次，药品耗材追溯可以提高企业数字化管理能力，快速响应市场需求，提升企业形象，助力企业供应链精细化管理，持续提升企业运营效率；纵观整个行业发展，药品耗材追溯信息有利于规范企业市场行为，助力创新药研发，赋能医药行业发展。

应扫尽扫，能扫尽扫，能用尽用是许多开展药品耗材追溯工作企业的工作准则，在具体开展与实际落地过程中仍面临许多挑战。如信息上传与对接需求多样、数据准确性完整性不足等问题。

上药控股全国信息技术中心代表表示，此次发布会提出建设“12345X”医保药品耗材追溯信息采集应用平台，将在信息调用等方面发挥巨大作用，结合企业自身推动流程变革、信息系统升级等举措，解决成本增加、效率低下等问题。“相信此次医保药品耗材追溯信息采集应用发布会使得企业信息获得更加准确，企业效率也会进一步提升。”

**参保人如何维护用药安全?国家医保局：牢记“留存剪扫维”购药五步法**

药品耗材追溯体系的建立和完善，标志着在药品安全管理方面又进入了一个关键的环节，迈出了关键的一步。

药品追溯码是印制在药品包装盒上的 20 位唯一代码，相当于每一盒药品的“身份证”，是药品一“出生”即被赋予的标志信息。若在流通过程中药品追溯码重复出现，则该药品就可能是“回流药”、假药或是被串换销售。同时，通过药品追溯码，相关部门还可实时动态查看药品耗材生产、配送、零售各个环节信息。

当我们买到药品后，可以在国家医保服务平台 APP 上扫一扫药盒上面的药品追溯码来了解相关信息。如果界面提示“未查询到该产品信息”，可能是因为药品销售机构未上传追溯信息，建议索要药品来源单据；如果界面显示只有一次追溯信息，并提供详细信息，说明药品来源合法；如果发现多次记录，就可能是回流药，有权申请赔偿。

按照有关药品和医保管理规定，一盒药品只能卖一次，一盒药品的追溯码，也只应有一次被最终销售扫码的记录。若在流通过程中药品追溯码重复出现，该药品就可能是被“串换”销售的，或者是“回流药”、假药。

药品安全跟参保人的权益紧密相关，当参保人发现自己购买的药品有回流倒卖风险的时候，该如何进行有效的维权？

“5 个字，也就是购药五步法——留存剪扫维。”国家医保局大数据中心副主任赵秀竹对广大人民群众呼吁，第一步留，把什么留下

来?需要把购药的发票以及标注上的药品追溯码拍照留下来。第二步存,要把药盒带有追溯码的一面,以及药盒的正面剪下来、留下来、存下来。第三步剪,我们有些药可能没有吃完,或者是已经过期了,这样的药要把药盒剪掉,并且里面的药品也要剪角,可以防止不法分子倒卖转卖。第四步是扫,一定要扫药品追溯码,核验一下是否存在回流或者倒卖的风险。第五步是维,也就是维权,如果经过核验发现药品存在回流或者是倒卖的风险,依据相关法律,可以前往买药的地方进行合法的维权。

## **自愿互惠、数据赋能,生产、流通企业六问国家医保局**

### **1. 坚持互惠互利原则,企业如何查询脱敏后的数据?**

付超奇表示,对于生产企业,我们通过平台核实企业资格,凡是在医保局平台注册,并上传生产环节追溯信息、三码映射关联信息、大中小包装级联信息的企业,均可以从平台获取脱敏信息。

### **2. 作为药品生产、流通企业,如何通过药品耗材追溯信息来提高企业的管理效率?**

通过对生产企业、医院、药店等机构药品耗材追溯信息的收集,实现了从药品生产、流通到最终的销售环节信息的全量采集,包括药品经手哪个开发商,最终到哪位消费者手上。国家医保局大数据中心编码标准处处长曹文博表示,医保局无法对药企提供消费者详细信息,但希望通过信息脱敏,将合规数据提供给企业,帮助企业利用数

据提供更优服务。

### 3. 针对生产企业为什么要采取自愿互惠原则?系统接口改造成本较高如何解决?

终端追溯信息的价值含量占整个链条的 99%以上,本着互利互惠的原则,药品耗材追溯工作的开展旨在用终端信息换取前端生产信息。工作开展过程中,医保局与药监局等相关部门保持密切合作,基于自愿互惠原则,任何一个生产企业都可以跟社会上非常广泛的信息系统厂商进行交流对接,通过充分谈判获取合理价格,付超奇补充道。

### 4. 医保药品耗材追溯信息采集和应用工作中,有哪些属于药品生产企业的责任?

根据药品管理法,药品上市许可持有人、合作生产企业需要建立药品耗材追溯制度并实施,保证药品在全生命周期中可追溯。贵州信邦制药股份有限公司代表表示,生产企业需要做的就是将对三码映射的信息、大中小包装的体验信息与生产环节追溯信息上传到国家医保信息平台等相关的平台。

### 5. 如果产品的信息发生变化,企业该如何维护药品耗材追溯信息?

国家医保局按照采码不赋码原则推进医保追溯信息上传工作,因此追溯码变更工作主要由企业自身完成。如果产品包装信息发生变更,在药品出库时,将新的药品耗材追溯信息于国家医保信息平台进

行上传，由国家医保局进行审核，并形成新的三码映射关系。

## 6. 当前国家医保局对于药品耗材数据信息在真实世界研究中的应用是如何规划考虑的？

付超奇表示，在数据的应用上，对于符合条件的药品生产企业、流通企业、医药机构、公众，可以通过查询服务提供赋能和支撑。

但是，未来的赋能场景是 X，其他对这些数据感兴趣的机构他们将如何使用？数据应用有两个关键点，第一，数据本身涉及广大的参保人，有一定的个人隐私的敏感性。为了面向其他的主体，首先要进行脱敏的处理，使其变成公共数据，而不是个人的隐私数据。第二，需要把这些数据放在一个可信可管、安全可靠的基础设施里，让相应的获得权限的主体能够使用。

下一步，国家医保局将把脱敏的数据往可信数据空间中注入，然后按照空间的一系列管理规则让符合规定的主体进入并使用数据。这不仅对真实世界的研究提供了有利支撑，还有效打击了假药、利好商业保险以及赋能平台企业。

[返回目录](#)

### 定点零售药店的这些问题，将重点查处

来源：第一药店

近日，国家医保局发布通知，决定在全国范围开展 2025 年定点医药机构违法违规使用医保基金自查自纠工作。自查自纠的主体，重



点包括定点医疗机构和定点零售药店两类主体。

根据通知，国家医保局要求在 2025 年 3 月底前，各级医保部门根据本地化的问题清单，组织辖区内所有定点医疗机构和定点零售药店，对 2023—2024 年医保基金使用情况开展自查自纠，形成自查自纠情况报告，及时退回违法违规使用的医保基金。国家医保局通知指出，让各级医保部门主动开展数据分析，帮助定点医药机构提升自查自纠精准性。

### 01 宽严并举 严厉打击非法流通

实际上，类似通知并非国家医保局首次下发，去年医保局就已在全国范围内组织开展过一次定点医疗机构自查自纠工作，此番为二次组织开展，某种程度也预示这该动作将成为医保局查处定点医药机构违法违规使用医保基金的常规动作。

一些药店在医保局给予宽限时日自查自纠，却仍抱有侥幸心理，经查处后陆续受到严厉惩处，且这些违规违法行为不定期被公之于众。

2025 年 1 月 10 日，国家药监局就公布了 4 起药品违法案件典型案例。其中，武汉某零售药店，经查在 2018 年 11 月至 2023 年 4 月，从非法渠道购进并销售非法添加“西地那非”成分的涉案产品，经当地市场监督管理局认定为假药。违反了《中华人民共和国药品管理法》第九十八条第一款规定。当地市场监督管理局依法对该公司处以吊销

药品经营许可证、罚款 255 万元的行政处罚，该司法人被处以终身禁止从事药品生产经营活动的行政处罚。

国家医保局此前披露的数据，2024 年 1-11 月，全国各级医保部门共追回医保资金 242.3 亿元，常规飞检和专项飞检相结合，及时查处了无锡虹桥医院和哈尔滨 4 家药店欺诈骗保等大案。

根据国家医保局去年 10 月公布的案件事实，哈尔滨一药店有 96 名参保人员购药金额巨大，调查后发现哈尔滨 4 家药店依托上万张手写假处方欺诈骗保，涉案金额超亿元，公安部门对 4 家药店全部刑事立案，共冻结涉案医保基金 6223 万元，采取刑事强制措施和治安处罚共计 51 人，该起重大药店骗保事件引发社会广泛关注。

一桩桩欺诈骗保大案，无不警示着药品零售从业者们，也为国家各地药监部门在查处类似违规行为提供了方向。

2025 年 4 月起，国家医保局将对全国范围内定点医药机构自查自纠情况，通过“四不两直”方式开展飞行检查。对自查自纠不认真、敷衍塞责，或隐瞒不报、弄虚作假的定点医药机构，一经查实，将坚决从重处理。

对经反复动员仍未自查到位的，将予以公开曝光，并按照有关要求，加强与纪检监察机关信息贯通；对相关人员，按照《关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》，进行支付资格记分管理。对自查自纠工作主动性不足，存在区域性、普遍性、

突出性问题的省，国家医保局将向省级人民政府办公厅函告情况。

## 02 药店这些问题，将重点查处

国家医保局针对 2024 年飞行检查，收集到的零售药店常见问题，梳理形成违法违规使用医保基金典型问题清单。《第一药店财智》根据国家医保局披露的问题清单，大体梳理为以下 5 种主要违法违规行为：

### ①空刷参保人员医保凭证

收集并空刷参保人员医保凭证，在未真实销售药品的情况下，将统筹基金额度套刷后计入参保人员“会员账号”，留存额度供未来使用，尤其是年底突击刷卡，将该年度统筹基金额度转入次年使用；或为刷卡人员提供返还现金、赠送礼品等服务等行为，骗取医保基金支付费用。

### ②回流倒卖串药

明知参保人员、中间商等购买医保药品用于倒卖，仍向其进行售卖并申请医保基金支付；通过非正规渠道购进“回流”药品并进行二次销售；将实际销售的化妆品、保健品，以及米面粮油、口罩、酒精等生活日用品，串换为医保目录内药品进行销售，申请医保基金支付相关费用；将医保基金不予支付的药品串换成医保目录内药品，申请医保基金支付相关费用。

### ③非医保支付范围医药费用纳入医保结算

将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算,如将不符合药品目录中医保支付条件的药品纳入医保基金结算;将单方不予支付的中药饮片组合销售;无处方销售处方药,申请医保基金支付相关费用。

#### ④超量开药或协助冒名购药

药店自建诊所或与社会办诊所合作,根据售药需要随意开具与患者病情不符、用量不符的药品处方;超量多开药品,申请医保基金结算相关费用。特别是年底,诱导参保人员集中刷卡,消费医保统筹基金支付限额购买超出参保人员本人需求的药品。

为门特门慢待遇参保人员,开具非认定病种治疗用药,申请使用医保门特门慢待遇支付相关费用;未对患者购药身份进行审核,向男性参保人员售卖妇科用药。

#### ⑤伪造变造资料

销售处方药,涂改药品处方;或向无医师开具处方的患者销售处方药、申请医保基金支付费用,并通过自行伪造,引导参保人员伪造,通过互联网人工智能自动开方,自行联络医生、医药代表等,伪造或获取来路不明的虚假药品处方。

在过往违规使用医保基金典型案例中,还有一些非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算;未按要求采集、上传药品追溯码……

另据业内人士提醒，定点零售药店应对检查，还需要重点注意的问题有：

1. 是否符合医疗保障定点零售药店设置条件、是否开展打击欺诈骗保宣传，在门店形成宣传氛围。

2. 药品与非药品、处方药与非处方药、外用药与内服药是否分类、分区管理，且有醒目专有标识。

3. 营业期间药师或执业药师是否在岗，是否存在伪造、变造处方配售药品的行为。

4. 是否违规销售处方药，必须凭处方销售的处方药是否索取、留存了处方或病历。

5. 是否超范围经营。

6. 是否经营假劣药品、是否存在网络非法销售药品。

7. 冷藏冷冻药品冷链运输、储存等是否符合要求。

8. 是否违规销售处方药、违法经营含兴奋剂药品。

9. 是否按规定使用国家统一医保编码。

10. 电子医保凭证是否正常使用。

### **03 做好自查 切勿被“杀鸡儆猴”**

业内人士认为，自查自纠是非常有效的监管形式，也是严管严查前非常必要的环节，体现法也有温情的一面，对知错能改，或因疏忽而犯错的连锁，有 1 次改过自新的机会。对于监管部门而言，这不仅

可以降低监管成本，也能让医保基金监管的震慑形成了一种高压态势，让从业者深刻认识到基金监管无小事。

随着医保基金监管机制的日益严格，越来越多药店开始重视合法合规的经营之道，当然，其代价就是非合规之外的业务增量将越来越少，甚至不复存在，且未来合规成本的增加亦将不可避免，业内人士指出，非违规行为更多出现在小连锁，单体药店。

不过大中型连锁也要防微杜渐，一旦被医保局惩处，将是起到“杀鸡儆猴”的效应，在过去的2024年，不乏有些大型连锁药店也因违规行为被医保局惩处，引发主流媒体报道，引起行业热议……

在医保基金监管愈发严格的当下，不少连锁寻求摆脱医保监管，直接主动退出医保定点资质；也有越来越多连锁也正寻求转变依赖医保支付以获取高额利润的传统经营模式，重新聚焦于消费者的核心需求，致力于提供真正符合消费者意愿并愿意为之付费的优质服务。只有不断满足并超越消费者的期望，药店才能实现可持续发展，赢得长远的市场竞争力。

[返回目录](#)

## • 医疗速递 •

### 从智慧医疗看，医院信息如何互联、怎样互通？

来源：科进软件

随着医疗信息化的快速发展，医院信息互联互通已成为提升医疗服务效率、保障医疗质量和安全的重要手段。

2024年2月，国家卫生健康委统计信息中心发布《关于2022年度国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评结果公示的通知》，公布了参加测评的20个区域和189家医院测评结果，包含连云港市第一人民医院在内的多家医院获评最高等级“五级乙等”。从测评内容和评价指标看，医院互联互通交互情况、业务应用系统建设情况均已成为“硬指标”，因此促进医院信息系统的互联互通，实现信息共享、业务协同，成为智慧医院建设的“加分项”。

#### 标准化分级方案

##### 01 电子病历系统是核心

医院信息互联互通的核心是电子病历系统。电子病历不仅记录了患者的诊疗信息，也是实现医院内部信息共享和医疗机构间信息交换的基础。

为了实现医院信息的互联互通，需要建立健全电子病历信息化建设工作机制，强化电子病历在医疗机构信息化建设过程中的核心地位。

## 02 标准化建设是关键

在推进医院信息互联互通的过程中，标准化建设是关键。《医院信息互联互通标准化成熟度测评方案》从数据资源标准化、互联互通标准化、基础设施建设和互联互通应用效果等 4 个方面，设置了 11 个分类 315 个测评指标，全面评估医院信息化建设情况。

通过标准化建设，可以解决信息孤岛、信息烟囱问题，实现医院内部不同部门、不同系统之间的信息整合和互联互通。

## 03 全民健康信息平台已基本建成

2022 年 7 月，国家卫生健康委联合国家中医药局和国家疾控局印发《“十四五”全民健康信息化规划》，提出在不断夯实信息化基础设施建设、持续推进“互联网+医疗健康”便民服务与健康医疗大数据应用发展的基础上，通过开展互通共享三年攻坚、健康中国建设等一系列优先行动，推动全民健康信息化向数字健康跃升。

2023 年 11 月《国家卫生健康委就全国医疗机构信息互通共享三年攻坚行动举行发布会》上国家卫生健康委卫生健康规划司司长毛群安在发布会上介绍，目前，国家全民健康信息平台已基本建成，省级统筹区域全民健康信息平台不断完善，基本实现了国家、省、市、县平台的联通全覆盖。

目前，已经有 8000 多家二级以上公立医院接入区域全民健康信息平台，20 个省份超过 80% 的三级医院已接入省级的全民健康信息平



台，25 个省份开展了电子健康档案省内共享调阅，17 个省份开展了电子病历省内共享调阅，204 个地级市开展了检查检验结果的互通共享。

#### 04 信息互联互通，需要新基础设施

虽然强化信息互联互通有着重要意义，不过在实践过程中，医院仍然面临众多挑战，比如标准化改造工作量大、信息安全要求提高、新技术应用尝试难等。

具体来讲包括：

##### 1. “信息孤岛”严重

医院部署的 HIS、EMR、PACS 等诸多应用与架构独立建设，皆为按项目采购，数据之间并未有效打通，底层 IT 架构包括虚拟化、小机、超融合等多种形态，未形成标准化、统一的医疗数据资源；

##### 2. 互联不互通

业务分散在多个架构之中，不同品牌的 IT 资源更迭导致扩容速度慢、时间长，甚至无法扩容；

##### 3. 数据难流动

数据流动起来才有价值，但受架构限制，多源异构，且不同热度的(热、温、冷)数据很难按需分级存储并进行全生命周期管理，数据迁移风险大；

##### 4. 灾备难规划

互联互通须守住安全这一底线，传统灾备方式备份速度慢、恢复耗时长等问题，亟需一套专业的灾备方案，保障业务系统持续运行。

## 05 如何搭建满足要求的运营系统

医院构建完善的运行管理体系以满足互联互通和评估要求的最佳途径是从顶层设计和规划医院运行管理体系，及时梳理现有运行管理体系的功能和缺陷，进行有针对性的改进。具体来说，医院可以遵循以下原则来构建运营管理系统：

### 1. 强化整体规划

医院最好在建设之初就把数据和信息流的整合作为一个重要目标，以战略目标为基础，以战略制定-战略实施-战略实施-战略评价的过程为基础，借助信息工具，构建战略管理闭环、预算管理闭环和绩效管理闭环，并将这些管理闭环落实到业务中。

### 2. 推动前瞻探索

除了构建面向当前运营需求的基础运营管理系统之外，医院还需要密切关注国家的医改政策，以及医疗业务的发展，强化运营管理方面前瞻探索。

### 3. 重视医疗信息集成平台的选择

医院信息集成平台是医院流程智能化和管理精细化的基础支撑。作为医院运营管理的信息化工具基础，选择合适的信息集成平台是满足国家政策要求、推动运营管理体系完善的重中之重。

医院互联互通建设是一项庞大的系统工程，如果说临床应用系统部署建设属于信息化初级阶段，那么互联互通就属于中高级阶段。

因此，要让医院信息化建设有序高效地推进，实现互联互通并能取得实效，应该成立专门的信息化建设领导小组，而且要由一把手亲自担任组长，统一协调、共同协作，才能让信息化建设有坚强保障。

## 06 总结思考

医院信息互联互通是医疗信息化发展的重要方向。通过标准化建设、平台建设和安全保障等措施，有望实现医院内部和医疗机构间的信息共享和业务协同，为患者提供更加便捷、高效、安全的医疗服务，推动医疗健康事业的高质量发展。

[返回目录](#)

## 国家出手！2025 年医疗机构回款大提速

来源：新浪医药新闻

1 月 13 日-14 日，国家医保局连发三文，公布医保基金对医疗机构即时结算改革最新进展。

### 落实国家医保局部署

#### 「后付制」变为「即时结算」

过去，医保基金对医疗机构结算一直是“后付制”。一笔医保应付费用，自患者出院后一般需要 60 天才能到医院账户上。如遇到异常结算需要沟通复议等情况，有时需要更长时间才能到账，不利于医

院资金流转。

为破解这一难题，国家医疗保障局要求各省积极探索住院医保基金即时结算新模式。

据国家医保局披露，安徽省医保局落实国家医保局部署，自今年1月1日起实行医保基金结算改革新模式。在国家医保局党组书记、局长章轲的关心指导下，安徽省创新“日拨付、月结算、年清算”的医保基金结算机制。患者办理出院结算时，医保信息平台业务子系统实时抓取患者的医保结算信息，自动按照医保基金支付金额的60%予以拨付。

实施即时结算后，安徽医保基金拨付时限由通常60天左右压缩至1天，大大缩短医保基金对医疗机构的回款周期，缓解医疗机构垫付资金压力，提高医保基金使用效率。以2024年安徽省住院医保基金支出额测算，将有170多亿元医保基金提前2-3个月支付给定点医院。

除安徽外，国家医保局还介绍了海南省、福建省厦门市的医保基金结算新模式。海南省依托全省医保基金统收统支优势，实现省级结算平台直接拨付全省医院医疗费用，并不断探索推动全省范围医保基金即时结算工作，大幅提高基金拨付效率，缓解医疗机构资金周转压力。

海南早在2023年就启动了医保基金省级统一结算支付，其最后一

改过去“当月费用、次月申报、30日拨付”的结算方式，在全省范围建立起省医保中心直接与医院之间“一对多”的即时结算模式，通过省级结算平台拨付全省职工医疗、居民医疗保险基金待遇和各类预付、清算资金，医药机构的回款周期从“一月一付”加快到申报后7天支付，由省中心依据“每月申报费用的90%”直接拨付给医药机构，经办效率和医保基金回款速度大幅提升。

2024年12月1日起，海南省医保中心将支付给医药机构的预付资金拨款周期从实施初期的申报后7天拨付优化调整为最快于申报后的次日拨付，医药机构资金周转效率再次加速。

目前，福建省厦门市全市2000余家定点医药机构均已接入即时结算系统，全面实现医药机构及医保基金即时结算两个“全覆盖”。

### **即时结算+直接结算**

#### **回款账期加快缩短**

过去，药械回款周期漫长，各方资金周转压力较大。目前，国家及地方层面正在推进改革，预计回款问题得到进一步解决。

去年11月，国家医疗保障局党组书记、局长章轲带队赴内蒙古自治区调研医疗服务价格改革、医保信息化等工作时指出，积极探索医保直接结算、即时结算、同步结算，推动多层次医疗保障体系建设。

2024年12月召开的全国医疗保障工作会议中明确提出，2025年，优化医保支付机制，赋能医药机构健康发展。推动医保与定点医药机

构即时结算，与医药企业直接结算。

医院、医保、企业之间资金流动效率过低，是造成回款三角债问题的原因之一，企业产品供给到医院后，回款环节却成为老大难。地方层面不断创新举措，打通资金流转通道中的阻力点。

其一是加快医保基金到医院端的效率。以安徽为例，过去参保患者出院时只缴纳个人自付费用，医保报销部分需要当月进行逐笔汇总，于次月 15 日前向医保经办机构申请支付；医保经办机构受理后，再在 30 个工作日内完成审核、拨付等流程。这种基金拨付方式存在滞后性，大量资金沉淀在医保专户上。

安徽省医保部门、财政部门、金融机构和医疗机构的通力协作，通过改造医保信息平台内部关联子系统、优化医保信息平台与医院 HIS 系统现行数据交互接口和字典、全面畅通医保信息平台与银行支付管理平台链路、开发上线即时结算“实时监测”专项模块等，最终实现医保基金即时结算改革。

海南省医保部门构建了事前、事中、事后全流程医保基金监管机制，大力推进智能监管系统应用。在启动医保基金省级统一支付和即时结算改革之前，海南已实现“智能审核事前提醒”定点医疗机构全覆盖，实时监管全部险种的住院、普通门诊、特殊门诊、异地就医、计生手术等医疗费用。

有医院人士表示，事前提醒有效帮助医务人员避免违反医保政策

的风险，也能让其很快熟悉医保相关支付政策规定。

据了解，目前海南省医保事前提醒规则已扩充到 17 大类 440 小类 242419 条，累计提醒违规 127.27 万次，累积事前提醒服务医疗机构 3256 家，记录提醒疑似违规金额 53391.97 万元。通过推动医保监管关口前移，海南省实现医疗机构事前提醒全覆盖，确保医保基金在高速流转的即时结算环节安全。

医保基金与企业直接结算也是目前正在推进的一项重要举措。

多地已开展了医保基金对集采中选企业的直接结算，企业的货款结算周期从原来的至少 6 个月缩减为 30 天左右，以内蒙古为例，2024 年 1-6 月共为 164 家集采中选药品配送企业直接结算货款 43 亿元，为企业节省资金成本近 1 亿元。国家医保局明确表示，下一步将在更大范围推进医保基金对药品耗材企业的直接结算。

接下来，医保基金即时结算、直接结算改革将继续推进，医药行业资金流转不畅难题有望破解。

[返回目录](#)

## • 国际视野 •

### 从国际经验看药价改革趋势

来源：LatitudeHealth

随着快速老龄化的到来，叠加退休潮和少子化，医保面临筹资和

开支的双重压力，其持续改革的动力将强化。在医保改革下，秉承先易后难的原则，药品和耗材是最先推动且能立竿见影收到实效的板块，而服务领域则主要通过 DRG 对住院费用进行支付改革。从长时段来看，从 2018 年医保改革启动直到 2023 年，医保改革的整体框架和规则得到了初步的建立。之后五年，医保改革将在对前期改革的成果进行检讨之后，提出更为精细化管理的规则。

具体到药价改革来看，自从 2018 年开始的 4+7 集采以来，药品集采已经进展了十轮，国谈也开展了七轮。虽然药价调整规则已经明确，但由于仍有大量药品未进入集采和国谈，医保支付价仍在试点，对于下一步的药价改革往何处走，市场仍有一定的不确定性。

从海外医保改革的发展趋势来看，医保支付价一直是药价改革的基石。只有医保支付价全面铺开，政策的可预期性才能得到加强，对市场的预测也将更为明确。因此，未来医保支付价将如何确定并实施将是市场关心的重点。

从各国医保支付价的调整来看，一般分为直接和间接两种模式。直接模式主要是通过药价谈判、药价设定和药价调查来完成，根据谈判和调查的结果来确定药价调整的幅度。而间接模式则主要是通过调整医保向医院、医生和患者的支付规则来进行调整。

从直接模式来看，药价谈判是各国对高价药的主要调整手段。由于药价越来越高，即使是从来不进行政府药价谈判的美国也通过《通



胀削减法案》开启了药价谈判。药价谈判主要的依据是从本国医保支付能力的角度出发，通过测算单品的销量来确定对医保资金的消耗金额，并结合药物经济学的角度来确定单品的药价。

由于各国医保预算的差异，医保支付价的差异还是非常明显的。从标价上来看，虽然美国最高，但药企获得的实际销售价格却并不一定非常高。以 Ozempic 为例，虽然在美国的标价是 936 美元/月，而其他国家中，日本标价最高，达到 169 美元/月，表面上看美国是日本的将近 6 倍。但是，Ozempic 在美国的净价只有 290 美元/月，只比日本高出 72%。在标价和净价之间的返点直接给了 PBM 公司，但 PBM 将返点的 90-100% 返还给了医保。因此，美国的医保支付价实际上是净价 (ASP)，只是未来将逐步从 PBM 谈判变为医保直接下场谈判。

美国独特的药品定价体系对药企在全球市场维护价格较为有利，而在其他国家，医保支付价在标价和净价之间也是有着明显的差异的，这就需要药价调查来发现，从而对药价进行持续性的调整。

以日本为例，2019 年，日本要求全部药品批发经销商都需要参加药价监测，其他机构则是按照分层随机抽样参与，其中医院抽样率为 1/40，诊所抽样率为 1/400，零售药店的抽样率为 1/120。抽样调查以医保定点机构为主，但药品并不局限于医保目录内，目录外一样需要申报。通过药价监测，日本政府会计算出药价偏差率（当前药价和实际销售药价的偏差）、仿制药数量比例、替代仿制药的适当医疗

费用效果、成交量和总体药价基数比例等指标，作为新一年药价调整的主要参考。其中药价差是最核心指标之一，因为这将决定新一年药价的总体降幅，其目标主要是消灭药价差。

而在德国，早在 1989 年就推出了参考定价法案(Fixed Reference Price, FRP)，通过实施内部参考定价(Internal Reference Pricing, IRP)，德国明确了医保支付价。2011 年德国颁布了 Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) 法案，政府直接干预新药定价。引入的干预主要包括两个方面，一是评估新药和现有类似产品相比，对治疗效果是否有提升。二是对第一步中评估出来有提升效果的新药，进行政府和药企之间的药价谈判。而如果在第一步中新药没有效果提升，政府则更具同类组别药品的参考价来定价。参考价是值在同类药品中，根据价格最高的三个药品以及最低价格的三个药品，经过计算后得出政府对这类药品的参考价。

从间接模式来看，仿制药替换和病人处方费则是经常会采用的工具。首先，仿制药替换是各国通用的模式，主要的目标是将价格更低的仿制药去替换昂贵的原研药并逼迫原研药降价以获得竞争力。

以德国为例，生物类似药开具的全国处方数量额度是由德国法定医保 (Statutory Health Insurance, GKV) 和法定医保医师协会 (National Association of Statutory Health Insurance Physicians, KBV) 共同商定的，但这在不同地区是有差异的，因为地

区协会可以自由设定更高或更低的处方数量目标。当然，为了达到处方配额目标，医生受到一定的监管以保证合规。

为了推动仿制药替代原研药，日本的处方调剂费用向仿制药倾斜。从2012年到2020年，经过8年中4次改定，不仅药店仿制药替代率要求大幅提高，而且对低于一定比例的仿制药替代率的药店进行处罚，要倒扣点数。

2020年4月起，仿制药替代率75%以上的药品调剂费从18点下降为15点，80%以上的持平为22点，而85%以上的则从26点上升为28点。同时，对仿制药替代率为40%以下的药店进行处罚，每单倒扣2个点，这一政策举措较原先的20%以下有很大的提升。通过上述举措，日本仿制药的处方量占整体的比例已经在2019年达到79.9%，基本完成了政策设定的目标。

其次，患者额外支付处方费是抑制患者使用高价药的工具，但在亚洲国家较少使用。德国患者的处方药自付比例较低，最低为5欧元，最高为10欧元。但如果患者要使用更昂贵的药品，只有药价低于医保支付价的一定比例，患者才无需支付处方费。这一手段抑制了患者对同一通用名下较高价格药品的追逐，导致高价药销量出现大幅下滑，迫使药企持续阶梯式降低价格。

通过上述对海外市场的分析可以看出，医保支付价的制定有多种工具，但药价谈判、药价设定和药价调查是最主要的工具，仿制药替

代虽然间接，但效果比较理想，也会是支付方力推的方式。从中国的政策趋势来看，药价谈判和集采是目前主要的定价手段，集采更类似药价设定，但具备一定的市场博弈，也更有弹性。药价监测已经展开，只有仿制药替代还没有大的举措推出。虽然集采本质就是仿制药替代，但集采外仍有大量品种，这些品种如何推进仿制药替代将是未来政策的主要看点。

[返回目录](#)

### 英国“免费医疗”：弱势群体得保障，动力机制可借鉴

来源：健康国策

受苏联“免费”医疗服务体系的间接影响，英国于1948年建立国民医疗服务制度，至今已运行70多年。在其发展历程中，管理方式经历了从最初的行政指令到后续的管理体制改革，再到当前强调机构间的合作与整合的演变。虽然政策工具发生了诸多变化，但制度创建时的理念却一直沿用至今。强调公平、保护弱势群体和发展社区医疗服务一直是其持续发展的重要基石。英国国民医疗服务体系常被拿来与中国的医疗保障体系进行比较，并在国内学术界和公众中引起了广泛关注。

然而，由于中英两国的经济发展水平、人口结构和医疗需求等因素存在较大差异，简单比较单一指标容易导致误导性结论，英国单项成功政策并不一定适应我国国情。因此，全面认识英国国民医疗服务

体系的制度理念和运行现状，而非仅限于单一政策工具和指标，对于构建与中国式现代化相适应的医疗保障制度具有重要意义。

## 一、引言

2023年7月5日，英国举办了庆祝国民医疗服务(NHS)制度建立75周年的纪念活动，这对英国国民而言具有里程碑意义。2022年的一项社会调查表明，93%的英国人认为在使用医疗服务时应该免费，84%的人认为人人应享有接受医疗服务的权利。

正如英国 NHS 宪法开篇第一句写道：“国民医疗服务制度属于全体国民。”英国人从成为受精卵到出生，直到死亡，在每个生命阶段，国民医疗服务与每个人的生活密不可分，深受英国人民热情欢迎。国民医疗服务制度包含了公平、平等和同情心的价值观，符合英国的社会文化观念，该制度的建立和发展是英国人理性选择的结果。54%的英国人最引以为傲的是国民医疗服务制度，远远高于英国的历史(32%)、文化(26%)和民主制度(25%)。

对于很多英国国民来说，世界瞬息万变，英国脱欧使部分国民产生了国家认同危机，但国民医疗服务制度却是一颗定心丸，不仅保障了国民健康的权利，还强化了身份认同，增强了国家凝聚力和向心力。尽管国民医疗服务制度存在一些不足，但并非国内某些观点所攻击的那样，认为该制度不可持续和效率低下，甚至濒临破产，而是经过70多年仍在不断完善，以满足英国人民日益增长的多样化医疗需求。

研究英国国民医疗服务制度的发展和运行，对于保障我国人民健康、解决我国社会问题，以及构建与中国式现代化相适应的医疗保障体系具有重要参考价值。

国内学者和民众在理解英国国民医疗服务制度时容易产生一些认识误区。一种观点认为英国医疗支出水平很高，这种观点通常基于与我国医疗费用的简单比较，然而由于两国经济发展水平和老龄人口占比等因素存在较大差异，很难直接比较两国的医疗支出水平。

此外，尽管有人认为英国医疗体系不堪重负，但调查显示，有43%的英国民众支持通过增加税收来解决医疗体系资金不足。两种观点的差异反映出一个问题：英国的医疗费用支出究竟是否合理？另一种观点认为，英国医疗服务在使用时存在收费项目，所以并不能称为“免费”或者直接否定“免费医疗”的存在。这种观点忽视了服务收费的具体细节，如哪些服务收费、收费额度以及是否所有人都需要支付。忽视这些关键因素可能导致认知偏差，从而误导我国医疗保障体系的建设。

本文旨在通过分析英国国民医疗服务制度的发展历史和运行现状，并结合英国学者和民众的观点，全面审视其医疗保障制度，进而回应我国学界和民众对英国医疗保障制度的认识误区。这有助于纠正国内对英国医疗保障体系的误解，促进学界与政策制定者更客观地评估医疗保障制度的一般规律及国际经验，为完善我国医疗保障体系提

供参考。

同时，本文探讨了英国医疗保障体系的制度理念及其延续至今的宝贵经验，揭示了制度理念与改革措施之间的关系，即制度建立时的核心理念和原则一直延续至今，而改革主要涉及政策工具的调整，旨在提升医疗服务质量和体系效率，实现制度理念和目标，满足人民不断增长的多元化和个性化医疗需求。本文通过回应国内的认识误区和研究制度理念和政策工具的关系，总结适合我国国情的国际经验，为完善我国医疗保障体系和实现健康中国战略提供了有益的思路。

## 二、国民医疗服务制度的建立和动因

1948年7月5日，英国建立了国民医疗服务制度，奠定了福利国家的基础。理解国民医疗服务制度的建立动因，有助于深入探讨国家在医疗保障领域的角色和地位，强调公平与正义在医疗保障制度中的重要性，并为我国完善医疗保障制度提供理论支持。探讨国民医疗服务制度的建立动因，可以分为两个时期——

一是1946年《国民医疗服务制度法案》的出台，确立了制度的基本理念和原则，包括政府对国民健康的责任及提供全民医疗保障的承诺；

二是1946年至1948年间，这一时期主要探讨了制度的具体实施问题，争论的焦点集中在医生与政府的关系上。

### 01 制度理念的确立和动因

1946年7月，英国健康部部长贝文推动通过了《国民医疗服务制度法案》，确立了医疗保障体系的四大基本原则：覆盖全民、患者使用医疗服务时无需付费、提供综合全面的医疗服务，以及资金来源于国家税收。国民医疗服务制度的建立受到了英国国内经济、社会和政治因素的影响，同时也借鉴了苏联和瑞典等国家的制度经验。

从英国国内环境来看，二战给英国经济和社会造成了严重破坏，建立完善的医疗保障制度既是经济复苏的目标，也是实现经济复苏的重要手段——

一方面，重建公共服务和医疗保障体系是英国国内经济社会复苏的重要任务之一；

另一方面，建立一个覆盖全民且人人可负担的医疗服务体系，可以为战后重建提供健康高效的人力资源。

从英国国内社会来看，旧有的医疗服务体系难以为继，英国国民迫切需要新的医疗保障制度来满足其健康需求，并渴望中央政府在医疗保障中发挥重要作用。原有的医疗保障制度具有碎片化和混乱的特征，医疗服务由地方政府、私立部门和慈善组织等机构分散提供，民众能否获得医疗服务和高质量服务主要取决于个人的经济能力。英国当时运行的医疗保障制度有三种——

第一种是针对低收入工人群体建立的社会医疗保险，由雇主和雇员共同缴费，但报销范围只涵盖全科医生和药费，不包括工人的住院



费用。同时，全科医生服务主要采取小作坊式私人化运营，受限于成本问题，未采用最新的医学技术和诊疗设备，难以满足患者的医疗需求。此外，医疗保险覆盖面极窄，不包括工人的家属，儿童、老人和女性被排除在制度外。两次世界大战期间，失业率上升，很多人缺少收入来源，导致医疗保险制度岌岌可危。

第二种是针对穷人建立的济贫制度。根据济贫法，绝对贫困的人群通过家计调查后，可以接受免费的医疗服务，但是必须入住济贫院，医疗服务质量差且污名化患者，使得弱势群体不愿寻求政府的援助。

第三种则是由慈善部门向部分穷人提供的医疗服务，患者无需支付费用，但慈善医院排斥赤贫和传染病患者。而且从二战之后，由于资金短缺，慈善医院开始向病人收费，低收入人群很难获得医疗服务。

综合来看，英国旧的医疗保障体系存在诸多弊端——

第一，碎片化严重，覆盖面窄，即使存在上述三种制度仍未覆盖全民，特别是弱势群体，且获得医疗服务的机会和质量越来越依赖个人的经济能力。

第二，由于医疗服务机构涉及多个主体，缺少协调合作机制，难以满足老年人和儿童等弱势群体的复杂医疗需求。

第三，地方政府主要负责当地的医疗服务，包括公立医院、社区医疗服务和环境卫生服务等。地区之间医疗资源分配不公平，英国人迫切需要中央政扮演积极角色，规划和协调医疗资源，满足国民的医

疗需求。

在旧的医疗保障制度难以有序运行的同时，为治疗二战空袭受伤的民众，英国建立了紧急医疗服务制度，赋予中央政府指导地方政府和慈善医院的权力。

新制度在一定程度上克服了碎片化服务的缺陷，医疗资源和医务人员可以在不同机构和地区之间流动，各机构之间沟通协作能力增强，提升了医疗服务质量和效率，深受英国人民喜爱。基于当时的社会背景，英国人民逐渐认识到旧的医疗保障制度已难以持续，地方政府提供的医疗服务也难以满足群众需求，战后需要重建新的综合全面的医疗服务体系。而中央政府在战争中对医疗服务的干预给民众留下深刻印象，英国人民希望中央政府在未来的医疗保障制度中扮演更重要的角色。

在政治领域，英国保守党和工党逐渐达成共识。为顺应民意，工党提出了更为彻底的改革措施，并及时通过立法来巩固成果。基于当时的社会背景，保守党和工党都认识到，政府应在未来的医疗保障制度中发挥主导作用。1942年，《贝弗里奇报告》发布，揭示了当时的五大社会问题：贫困、疾病、无知、肮脏和懒惰，主张建立覆盖全民且综合全面的医疗保障制度。该报告引发了广泛的社会讨论，给当时执政的保守党带来了改革的压力。1944年，保守党发布了医疗保障制度的白皮书，并确立了三个基本原则：制度覆盖全民，提供全面

的服务，且患者使用时无需支付费用。这些提议也成为后来国民医疗服务制度的根本性原则。

但是，为了减少政治阻力，保守党主张维持旧的管理体制，即中央政府负责规划，而地方政府拥有较大的自主权，负责管理和提供医疗服务。慈善医院可以独立运行，与政府签订合同并保持合作。根据这一制度安排，新的医疗保障制度将由地方政府主导，地区间医疗资源分配不公平的状况并没有改善，不同性质医疗机构之间协调困难，多元化的管理体系导致管理成本上升。为克服上述弊端，1945年工党上台执政后，提出了更加彻底的改革措施。1946年，《国民医疗服务制度法案》出台，在继承已有共识的基础上，提出在地方政府之上设立区域委员会，负责管理和分配医疗资源，地方政府只承担提供公共卫生服务的责任。同时，慈善医院也纳入医疗保障管理体系，由区域委员会管理，以避免多重管理体系的弊端。

由此可见，基于社会背景和民众需求，英国主要政党在制度理念上达成共识，而在执行方式和管理体制上的改革，具体方案受到执政党和政治家思想的影响。在制度创建的关键阶段，贝文通过法律手段巩固了工党的施政理念和执行方案，奠定了国民医疗服务制度的基础，因此被誉为“国民医疗服务制度之父”。

值得注意的是，英国医疗保障制度的建立还受到国际经验影响。过往研究往往只关注国民医疗服务建制的国内动因，忽视了国际因素

的影响，特别是苏联和瑞典医疗保障制度的宝贵经验。英国并非世界上首个实行全民“免费”医疗的国家。早在1920年，苏联建立了覆盖全民且无需个人直接付费的医疗保障体系，成为实施“免费”医疗制度的先驱。英国社会主义医学协会是工党的重要智囊团之一，在二战期间为工党提供建立新医疗保障制度的建议，包括全民覆盖和免费使用等措施。从1931年开始，社会主义医学协会考察了苏联和瑞典等国的医疗体系，并高度评价了苏联的医疗制度特征，包括医生关注病人健康而非获取经济利益，以及各医疗机构之间的高效合作。

因此，社会主义医学协会提倡医生作为国家工作人员领取薪酬，消除医生从患者身上谋取私利的渠道。由此可以看出，英国国民医疗服务制度的建立可能间接受到了苏联制度的影响，即通过影响社会主义医学协会的提案，进而影响工党和贝文的政治主张，最终间接影响了英国医疗保障体系的设计。

## 02 制度的建立和政治动因

虽然《国民医疗服务制度法案》早在1946年就已出台，但由于利益集团的反对，新的医疗保障制度直到1948年才建立。事实上，早在1944年工党和保守党在制度理念上已基本达成共识，但关于管理方式的激烈争论推迟了新制度的建立。当时最大的反对声音主要来自医生，贝文的初步设想是将医生纳入国家雇员范畴，由政府发工资，但医生对此表示反对。理由主要有三个——

第一，收入问题。在新制度建立前，患者需自费看病和住院，医生们担心实行国家薪酬制度后自己的收入会减少。

第二，职业自主权。医生们希望保持职业控制权，新的制度提案会限制他们的自主权，使他们成为政府雇员，而非独立执业的医生。

第三，社会地位。新制度建立前，医生被视为知识渊博和受人尊敬的专业人士，社会地位较高。如果成为政府雇员，可能降低他们的社会地位，导致不满情绪。

面对医生的反对，贝文采取了多种措施以推动新制度的诞生。为解决薪酬问题，贝文向高级专家许诺了丰厚报酬，包括终身薪水和与通货膨胀指数挂钩的养老金，并允许他们继续私人执业，保障医生的经济利益。为回应医生对职业自主权和社会地位的诉求，贝文允许全科医生自由执业，政府按人头付费购买医疗服务，医生并非政府雇员，医疗机构仍可以独立运行管理。贝文起初设想通过限制医生在发达地区的数量来实现医疗资源的公平分配，但这一举措被迫取消，改为采用经济手段鼓励医生去欠发达和医疗资源薄弱地区执业。

此外，在医学教育领域，教学机构独立于医院的行政管理系统，直接接受中央健康部门管理。最终，国民医疗服务形成了三重管理体制，即医院由区域委员会管理，全科医生受国家的购买服务合同的约束，社区医疗服务(包括产妇护理和预防性服务)由地方政府管辖，后来这些服务又归区域委员会管理。经过贝文与各方的讨论、协商和妥

协，国民医疗服务制度最终得以建立。

新制度的建立是一个漫长而渐进的过程，在这个过程中，既有支持家长式管理的理性主义者，也有寻求最大限度利用医学技术的医学专家，他们的不断协商和努力发挥了主导作用。最终结果代表了理性、公平与效率价值观的胜利。在达成制度理念共识的前提下，各方努力在政策工具和管理方式上达成一致，以提供更公平高效的医疗服务。

### 03 国民医疗服务制度的基本原则和影响

基于上述背景，1948年7月5日，英国国民医疗服务制度应运而生，制度建立之初的四大基本原则延续至今——

第一，全民覆盖。全体国民不论其就业状况和经济社会地位，也不论其是否有商业医疗保险，所有人都平等享有接受医疗服务的权利。

第二，患者在接受服务时无需直接支付医疗费用。常见的误区是将这一原则视为“免费”，即个人无需支付任何经济成本即可无条件接受医疗服务，是“天上掉馅饼”。这一观点未能考虑到，英国国民医疗服务制度和中国的社会保险制度一样，都是通过预先筹集资金来确保其正常运作。也就是说，在疾病发生之前，个人已经通过税收或保险缴费履行了经济责任，因此并非免费的午餐。更重要的是，医疗服务的享受并非无条件，而是基于医疗需求。医生在诊断和治疗疾病时，不会考虑患者的性别、种族、就业状况、和保险类型等与疾病无

关的因素，也不会根据患者的经济状况而对其区别对待，更不会试图从患者身上获取经济利益。相反，医生会专注于病情本身，满足患者的个性化的需求。患者无需直接支付费用，这一原则是国民医疗服务制度的核心理念，也体现了英国政府致力于提供公平全面医疗服务的承诺，确保每个居民在需要医疗服务时，不受财务状况的限制，都能够获得适当的治疗。

第三，提供综合全面的医疗服务。英国医疗保障体系致力于提供覆盖整个医疗光谱的服务，服务内容涵盖了从预防到治疗的各个方面，包括初级医疗保健、家庭医生服务、专科服务、紧急医疗、住院治疗以及慢性病管理等。

第四，资金主要来源于中央财政拨款。国民医疗服务制度的资金主要依靠税收和中央支持，避免对地方政府的依赖和地区间因资源禀赋差异造成健康不公平。另外，中央政府能够更高效地规划和协调医疗资源，有助于应对全国范围内的医疗需求。

国民医疗服务制度在某种程度上成了英国福利国家的代名词，体现着英国社会公平、包容和关怀的价值观，成为英国国家的重要标志。新制度的建立在保障国民健康与增强国家认同方面发挥了重要作用，同时也产生了深远的国际影响——

首先，在资本主义西方工业化国家中，英国率先实行覆盖全民的医疗保障制度，其先进的理念和原则使世界其他国家纷纷效仿。二战

初期，大部分工业化国家的公共医疗服务只覆盖部分人群，并未覆盖全体国民。国民医疗服务制度的建立使澳大利亚、挪威和荷兰等欧洲国家，以及智利、古巴和斯里兰卡等国家纷纷借鉴英国的成功经验，吸收英国的理念来保障本国人民的健康权利。

其次，国民医疗服务制度的创立引发广泛国际讨论。英国的成功经验证明政府主导和中央集中管理的医疗保障制度可以有效地提供服务，引发世界各国广泛讨论政府在提供医疗服务中的角色。英国基于患者医疗需求而非身份地位来分配医疗资源的理念，促使瑞典、挪威等国在医疗服务体系中强调横向公平。

最后，英国的成功经验，特别是其向全体国民提供医疗服务的制度理念，成为社会团结进步的象征。这表明，国家可以通过集体化手段消除医疗服务使用中的经济障碍，进而改善国民健康水平并提高国民幸福感。英国向世界其他国家宣传推广类似的价值观和政策，也可以理解为一种文化价值观输出。

### 三、国民医疗服务制度的改革和动因

英国建立国民医疗服务制度之后，不断进行改革，以提高制度运行效率和服务质量，满足民众日益增长的医疗需求。自上世纪六十年代起，英国国民医疗服务制度迅速发展，不仅新建了许多医院，还引入了先进的医疗技术。同时，该体系也将精神健康服务融入了整体的医疗架构之中，更加注重通过社区服务而非仅仅依赖大型精神病医院



来提供支持，以此来适应时代的进步和满足公众的健康需求。

## 01 1979—2009 年：管理体制改革

1979 年，以撒切尔夫人为首的保守党上台执政。受英国国内外因素的影响，新政府迫切需要改革国民医疗服务制度——

第一，新政府在意识形态上支持自由市场原则，反对政府干预市场，主张减少税收，控制公共服务领域的公共支出，并对公共服务筹资和供给进行私有化改革。

第二，在 20 世纪 80 年代，英国面临高通货膨胀和政府债务等经济压力，这迫使撒切尔政府在公共开支领域实施节约成本的措施。

第三，当时社会上普遍认为国民医疗服务制度效率低下。医疗保障体系主要依靠中央政府集中管理，导致决策流程繁琐、反应迟缓，资源分配不够灵活，还导致人力、物力、财力等资源的浪费，从而降低了医疗服务的效率。因此，英国民众呼吁改革，同时公众舆论也发生变化，越来越多的英国人开始支持在医疗保障领域引入自由市场原则。

第四，撒切尔政府在改革英国医疗体系时，也受到了其他国家尤其是美国医疗改革的显著影响。以市场为导向的运作机制引起了英国政府的重视，启发了撒切尔政府的改革。

基于上述背景，撒切尔政府对管理体制进行了一系列改革——

第一，减少医疗体系的管理层级。1982 年，英国通过法案废除

了区域医疗管理局，以提高效率并减少管理费用支出。

第二，将“内部市场”引入医疗服务体系以提升管理效率。从1990年到1994年，英国政府将医疗系统分为购买方和供给方两大主体。购买方主要是医疗管理局，负责规划和购买医疗服务。供给方包括医院、社区服务和急救中心等服务提供者，它们成为了半独立的市场主体。医疗管理局将75%的预算分配给300个社区服务中心，部分全科医生可根据当地医疗需求购买专科医院的服务。

第三，通过立法保障患者权益，并引入多项医疗服务质量的绩效指标。1991年，英国颁布《病人宪章》，确保排队等候住院的患者能在两年内接受入院治疗。英国又引入多项绩效指标，比如降低癌症、心脏病和中风等疾病的死亡率，提高服务质量。为缓解公共支出压力，撒切尔政府计划引入商业医疗保险并增加个人负担，但该政策遭到国内反对并未执行。

1997年，新工党上台执政，当时社会环境发生了一些变化，急需新的医疗保障制度改革——

首先，上世纪九十年代末，英国经济状况逐渐好转，使政府可以在医疗服务领域投入更多资源。

其次，低效率的医疗服务体系难以适应英国人民日益增长的需求，尤其是就医排队时间过长的问题并没有得到解决。

再次，随着国际医疗保障制度实践和理论的发展，英国政府借鉴

其他国家的改革经验，比如瑞典等欧洲国家的医疗保障制度和美国实行的管理医疗制度，以整合资源和提高服务质量。

因此，在这一时期英国政府继续深化管理体制改革，且更加关注患者本身。

第一，加强对医疗服务质量的外部监管。从1998至2009年，英国先后成立了国家医疗与临床卓越研究所(NICE)、医疗保健改善委员会(CHI)和服务质量委员会(CQC)，利用“有形的手”克服原有服务制度的缺陷，监管医疗服务质量，进而保障患者权益。

第二，设置管理目标，减少排队等待时间。2000年，英国政府出台医疗服务计划，规定了医疗机构让患者等待服务的最长时间，包括急救服务最长等候时间不超过四小时，全科医生转诊至医院的时间不得超过18周。同时，英国增加了对医院的投资，并扩充了医生与护士的队伍，以此来提升医疗服务的供给能力。这些措施有效地减少了患者排队等候的时间，从而改善了医疗服务的整体体验。

第三，成立社区服务集团，负责协调和管理当地的初级保健服务。1999年，英国通过了《国民医疗服务体系重组法》，废除了之前由全科医生购买专科服务的做法，成立了新的社区服务集团，负责整合医疗资源。由于社区服务与患者联系更为紧密，让社区服务集团购买服务可以更好满足患者的医疗需求。

从1979年至2009年，英国国民医疗服务制度进行了重大的管理

体制改革。改革内容包括重组和减少管理机构，强调医疗机构之间的相互竞争，通过立法保障患者接受高质量医疗服务的权利，管理方式也从最初的行政命令和问责转变为法律合同和外部监管，以追求高效率和高质量的服务。但制度建立之初的基本理念和原则没有改变，改革的主要目的仍是服务于实现既有的制度目标，进而增进英国人民的福祉。

## 02 2010 至今：医疗资源整合

2010 年，保守党和自由民主党组建联合政府，开始了新一轮的改革。英国社会经济状况发生了变化，社会各界期盼医疗保障制度能够适应新的时代需求——

首先，从经济上看，2008 年金融危机后，英国经济陷入衰退，公共财政状况严峻，医疗服务预算也承受着巨大压力。为了缓解财政紧张的状况，英国政府不得不削减公共支出，以此努力降低国家的负债水平。这一政策调整对公共服务领域，尤其是医疗系统产生了深远的影响。

其次，从社会需求因素来看，随着英国人口老龄化程度的加剧，慢性病发病率不断上升，生活不能自理人数增加，这促使医疗保障制度更加关注慢性病管理，同时也要求整合医疗服务与社会照料服务，以满足老年人的医疗和生活照顾需求。

最后，公众对医疗保障体系的期望不断增长，英国民众越来越期

望获得及时、高质量和个性化的医疗服务。随着医疗服务信息透明度的提高，民众对自身健康状况的了解程度也随之增加，他们更加关注自己在医疗决策中的权利和角色，这也要求医疗服务更加重视患者的需求和意见。

新政府延续并深化过往的管理机制改革，比如采用委托购买服务的方式，以提高服务效率并满足患者需求。这一时期，改革措施更加注重整合医疗资源：身体和精神健康服务整合，社区服务和专科服务整合，以及医疗服务和社会照料整合。

2012年，英国通过《医疗和社会服务法案》，成立临床委员会(CCGs)以取代社区服务集团，新委员会由全科医生主导，包括护士和专科医生等临床人员，负责规划、协调和委托购买医院、社区医疗及精神健康服务，以满足本地居民需求。2022年，新版《医疗和社会服务法案》规定由综合护理制度(ICSS)替代临床委员会。为预防疾病、改善国民健康水平以及减少健康不公平，英国政府建立了综合护理制度，由医疗机构、社会照料组织、志愿部门和当地政府等利益相关者组成，规划当地的医疗服务和影响健康的服务，包括教育、住房、就业和公共安全等，打破不同服务之间、不同服务供给者和不同层级服务之间的衔接壁垒，从而为当地人口提供个性化服务。

2010年之后，英国在分配医疗资源时，利用医疗机构之间的竞争机制和合作方式以提高效率，而后者越来越成为政策焦点。这一时

期，英国面临财务危机，在新冠疫情的影响下，医疗服务体系也面临诸多问题。比如为了优先治疗急诊和新冠病毒患者，英国暂停了非紧急治疗服务，导致非急诊患者排队等候时间延长，公众满意度下降。

#### 四、国民医疗服务制度运行现状

国民医疗服务制度是英国福利体系的重要支柱，公平、保护弱势群体和团结社会的制度理念深入人心，使英国国民感到自豪，塑造了英国人的身份认同，也是医疗保障制度成功的宝贵经验。研究该制度的筹资机制、服务递送和监管体系，对于建设中国特色医疗保障体系具有重要参考意义。

##### 01 筹资机制

英国国民医疗服务的资金主要来自一般税收(81%)，个人和雇主缴纳的国民保险(18%)，以及1%的个人自费。有观点指出，国民医疗服务制度对英国财政构成了沉重的负担。具体来看，2021年英国政府在医疗上的支出占到了财政总支出的21%，相比之下，中国政府同一年在医疗费用上的支出仅占财政总支出的10%。

首先，这种观点未意识到中英两国的制度差异，英国政府医疗费用支出基本涵盖所有费用，而我国政府医疗费用支出只占总支出的28.2%，社会保险和个人医疗费用支出占比则分别为44.8%和27.0%。仅对比政府医疗费用支出占财政总支出的比重忽视了两国国情和统计口径的差异，很容易误导大众。国际上常用的跨国比较指标有两个：

一是医疗总费用占 GDP 的比重，二是人均医疗费用支出，即医疗总支出除以全国总人口。根据世界卫生组织的统计数据，2018 年英国医疗费用支出占 GDP 比重为 9.73%，人均医疗费用折算成人民币 30344 元。为应对新冠疫情，英国增加了医疗费用支出，2021 年其医疗支出占 GDP 的比例为 12.36%，人均医疗费用达到 41202 元。将这些数据与我国进行比较并不具有参考意义，因为两国的人口老龄化程度不同，英国老年人口占比更高，相应地其医疗需求也更大。此外，我国和英国的劳动力成本以及医疗服务内容也存在较大差异，简单比较这些指标无法准确反映各自的国情及医疗体系的实际情况。

其次，将英国和同等高收入国家相比更具有参考意义，英国医疗支出水平和同等高收入国家相比偏低。2023 年，英国国王基金发布的报告称，与美国、日本和地缘接近的欧盟等高收入国家相比，英国人均医疗费用支出低于其他国家平均水平，医疗费用总支出占 GDP 的比重在疫情前也低于平均水平，疫情之后则略高于平均水平。与实行社会保险制度的德国和日本相比，英国医疗支出处于中间水平，并无证据表明英国的医疗费用高于其他同类高收入国家。相反，英国学者认为，与同等高收入国家相比，英国的医疗支出水平有待提高，尤其是应加大对预防性服务的投入。并且，英国民众也认为医疗领域投入过少，43%的民众认为应提高税收来增加医疗服务的投入。因此，认为英国医疗费用负担沉重且导致财务危机的观点使用了误导性指标，

忽视了英国的国情，并且没有考虑到英国民众的呼声。

最后，医疗费用的筹资机制与支出水平没有必然联系。一项对143个国家的研究发现，筹资机制和医疗总支出没有明显的关系，支出水平更多受经济发展水平及人口老龄化程度的影响。另有研究指出，与税收筹资制度相比，社会保险制度增加3%—4%的人均医疗支出，原因在于患者受自付成本影响，往往“小病拖大病”，直到病情恶化才去就诊，反而增加了高成本住院服务的使用，导致人均医疗费用增加。综合来看，认为英国税收机制导致医疗费用增加的观点缺少事实依据。

另有观点认为，有11%的英国人需按照40%或更高的税率缴税，英国的国民医疗服务制度建立在高税收的基础上，是导致高税收的“罪魁祸首”。如果实行该制度，则全体国民需要“买单”。这一观点混淆了英国税收和医疗制度之间的关系，英国税收支撑的不仅仅是国民医疗服务制度，还涵盖了儿童津贴、教育、失业津贴和残疾津贴等“从摇篮到坟墓”的各种福利支出。另外，根据上文的国际比较，英国医疗费用支出水平在同等高收入国家中低于平均水平，甚至低于实行社会保险制度的德国。因此，国民医疗服务制度和高税收没有必然联系。

虽然国民医疗服务制度的资金主要来自一般税收，但并非每个人都需要缴纳相同的金额。英国实行累进税率，在资金筹集过程中包含



了“劫富济贫”的再分配机制。尽管由于中英两国的经济发展水平不同，很难简单比较个人税后收入，但仍可以从税收结构看出英国的税收和国民保险再分配力度比我国更大。当个人年收入低于个税起征点12570英镑(约合人民币113130元)时，不需要缴纳任何费用。而在我国，月收入5000元以下的人员虽不缴税，但仍需缴纳社会保险费用。而且低收入群体在缴纳社会保险费时，即使收入较低，仍需按照最低缴费标准来缴纳。此外，对于年收入超过40万的高收入群体而言(2023年，英国个人年薪中位数为34963英镑，约合人民币314667元)，英国的征税和劫富济贫再分配力度更大。这种制度设计也体现了英国人对公平及扶助弱者的追求。

## 02 服务递送

服务递送是指向患者提供医疗服务的机制，回答“谁接受服务”、“在何种条件下个人可以接受服务”以及“如何接受服务”的问题。英国的国民医疗服务制度覆盖全民，人人享有接受医疗服务的权利，并且涵盖所有医疗领域，包括医疗保健、专科服务和精神健康等。在接受服务时，个人通常无需支付医疗费用，但仍有四类服务需要个人付费，包括部分处方药、牙科、配眼镜以及因医疗需要使用的假发或辅助品。由于存在收费项目，有种观点认为英国国民医疗服务在使用时并不“免费”。这种观点忽视了个人自费的金额和豁免条件

首先，从宏观角度看，个人自费部分仅占英国医疗总支出的 1%，这一比重极低，表明个人负担压力较小。

其次，收费项目和标准较为明确，且不会给个人造成过重负担。以处方药为例，英国按照处方药的种类收费，每种统一价格为 9.65 英镑(约 86.85 元人民币)。假设医生给病人开了 3 种处方药，病人需支付 28.95 英镑(约 260.55 元人民币)。值得注意的是，避孕药品及住院病人的处方药均为免费。即使收费最贵的牙科项目，其费用为 306.8 英镑，也仅相当于英国纳税起征点(12570 英镑/年)的 2.4%，占个人年收入中位数的 0.9%。

最后，即便存在收费项目，弱势群体在很多情况下可以豁免费用。所有收费项目都存在多种一般和额外豁免费用的条件。两种条件不叠加，只要满足其中任何一项，个人即可不用付费。豁免条件基本涵盖所有贫困及老弱病残的情况，还包括享受税收减免和政府收入支持的人员。因此，英国国民很少担心医疗费用无法承担。

综合来看，个人自费支出在英国的医疗体系中所占比例极低，确保了弱势群体能够无需承担费用而获得医疗服务。普通人也无需担心因小病而导致的经济负担，或是因费用问题而无法就医。因此，国民医疗服务制度有效地保障了每个人享有健康权利，使得医疗服务对所有公民来说都是可及且可负担的。

英国医疗服务在使用时是免费的，很多人认为这会导致人满为

患，民众即使没病或小病也去专科医院，造成医疗资源的过度使用和浪费。这个问题涉及英国医疗服务递送的另一个方面，即在何种条件下个人能接受服务。英国实行全科医生(GPs)首诊制，全科医生担任“守门人”角色。在搬到新住所后，英国国民需要在当地社区诊所注册，注册后方可就诊。

一般情况下，个人无法直接去看专科医生，需由全科医生推荐转诊才能去专科医院看病。如果遇到突发情况，个人可以拨打急诊电话，经过急诊医生和护士评估后，再转诊到相应的专科医院。在评估医疗需求时，医生完全根据个人病情的严重程度做出转诊的决定。在资源有限的情况下，会优先治疗病情较重的患者。同时，如果个人选择自费，也可以直接去接收自费病人的医院就诊。

虽然在使用医疗服务时患者需遵循特定路径，但这并不意味着个人没有选择权——

首先，个人可以根据自身偏好，比如离家距离和服务评价等因素，在当地多家社区诊所中选择一家注册。

其次，在全科医生转诊时，医生会向患者推荐多家医院，个人可自由选择就诊的医院。

最后，在治疗过程中，医生向患者提供多种治疗方案，患者拥有充分的知情权，双方共同商讨并确定适合患者的方案。

### 03 服务监管

为保障患者安全并提高医疗服务质量，英国制定了外部监管措施。从监管主体角度看，英国成立了多个独立的非政府部门来监管医疗服务。国家医疗与临床卓越研究所(NICE)负责制定医疗和临床指南，向医疗机构提供最新、最有效的治疗方案。服务质量委员会(CQC)负责对医疗服务质量进行评分。从监管流程上看，英国制定了质量提高框架(Quality Improvement Framework)。简而言之——

首先由政府层面确定医疗政策的基本方向。

随后，相关机构负责制定具体且可执行的服务质量标准。在此基础上，进行服务质量的评估，并将评估结果向公众公开，以便患者根据这些评分选择适合的医疗机构。

同时，对于表现优异的医疗机构，相关机构会给予相应的奖励。此外，医疗机构也会通过合作与学习，不断掌握新技术，以此提升自身的服务质量。

针对医院就诊排队时间长的问题，英国通过出台法律规定 92%的非紧急治疗患者最长等候时间不超过 18 周，所有患者等候时长都不应超过 52 周。在排队等候期间，患者可以接受检查和吃药，确保在治疗前病情不会恶化。另外，急救服务的最长等候时间不超过四小时。但是由于英国医疗体系资源投入不足，每千人医院病床、医生和护士的数量低于同等高收入国家，根据 OECD 数据，2021 年英国每千人病床数为 2.42，远低于德国(7.76)和日本(12.62)，甚至不足我国病床

数量(5.2)的一半,资源不足导致排队等候时间延长。同时,排队等候时间还受到需求的影响,包括人口结构变化和疫情带来的医疗需求增加,以及医疗资源供给与需求不匹配等因素。目前,没有实证经验表明特定医疗体制本身会导致患者排队时间增加。

虽然英国政府出台了多项监管措施,但世界上没有绝对完美的医疗保障制度,国民医疗服务制度也不例外,依然存在一些不足。其中最显著的问题是排队等候时间长,尤其是疫情之后,排队等候人数增加。正如前文所述,排队时间长并非单纯的制度缺陷,还涉及医疗资源投入的问题,包括英国病床和医疗资源投入少。在评价英国国民医疗服务制度运行的效率时,应综合使用多项指标——

一项对 11 个高收入国家的医疗保障制度比较研究发现,英国国民医疗服务制度仅次于挪威、荷兰和澳大利亚,排名第四。

另外一项研究则指出,在 18 个同等高收入国家中,英国国民医疗服务制度的资源投入较少,医疗人员数量较少,膝盖、臀部和白内障等常见手术的排队等候时间处于中等水平,在预防性死亡率等健康结果指标上落后于大多数其他国家。

但是,英国国民医疗服务制度较好地避免了灾害性医疗支出,让国民免于疾病后顾之忧。同时,由于采取了政府单方付费系统,节省了管理成本。此外,由于强调社区医疗服务,住院率较低。由于不同研究关注的制度评估指标不同,很难断言英国国民医疗服务制度运行

效率高或低。在评估制度效率时，应关注具体指标。

## 五、对我国医疗服务制度发展的启示

纵观英国国民医疗服务制度的发展历史及其运行现状，尽管经历了多次改革，从最早通过行政命令分配资源，到后来的管理体制改革以提高效率，再到目前强调各主体之间合作与资源整合，改革的目的是提高医疗服务体系的效率，但这些措施主要是管理方式的变化，而其制度理念并未改变。强调横向公平、保护弱势群体以及重视社区预防性服务是英国国民医疗服务体系的重要基石。在既定制度理念下，通过改革提高制度运行效率，以更好实现制度目标，是英国国民医疗服务制度成功的重要原因。制度理念也塑造了英国人的制度认同和国民身份，推动了医疗保障制度的发展。这些经验对完善我国医疗服务体系具有重要借鉴意义。

### 01 坚持横向公平的制度理念

在分配和使用医疗资源时，应强调横向公平原则，即具有相同医疗需求的人应享有平等接受服务的权利。为实现该政策目标——

一方面，英国向全体国民提供全面综合的医疗服务，并且在使用时个人无需付费，免除个人的疾病后顾之忧，确保障人人都享有健康的权利。

另一方面，在分配医疗资源时，英国根据患者的需要而非他们的社会经济地位决定治疗顺序和方案，这保障了人人都享有平等获得医

疗服务的权利。

我国早在 2012 年就已经实现医疗保险全民覆盖，但由于制度设计的原因，不同医保类型的报销范围和比例存在较大差异。这无疑加剧了医疗服务使用的不公平性，特别是城乡居民医保患者，由于待遇水平较低，医疗收费更像是对患者生病的惩罚性税收，扭曲其就医行为，出现了“有病不治”和“小病大治”的现象。由于居民医保门诊报销比例较低，居民有时会选择住院治疗小病，医保报销机制诱导其使用高成本且不必要的服务，导致医疗资源浪费，并加重医保支出压力。

因此，我国应逐步缩小并最终取消不同医保类型之间的待遇差距，在保障城镇职工权益不变的同时，优先提高居民医保的报销比例和待遇，从而实现人人享有公平就医的权利。在分配医疗服务资源时，我国应坚持横向公平的原则，取消根据身份、社会地位和收入水平分配资源的制度设计，让患者根据疾病需求使用服务，每个人都平等享有健康权益，增强人民的国家认同和凝聚力。

## 02 重点保障弱势群体的健康权益

保护低收入等弱势群体，减轻其医疗费用负担，以去除其疾病后顾之忧。为保障低收入群体的健康权益，英国采取两项措施消除国民使用医疗服务的经济障碍——

一是在筹资过程中减轻低收入群体的税费负担，低于个人所得税

起征点的国民无需缴纳任何税费。

二是在使用医疗服务时，即便存在个别收费项目，英国政府也设置了多种豁免收费条件，覆盖低收入和老弱病残人群，避免其因经济能力不足而不去看病的现象。

我国应不断完善医疗保障体系，重点向低收入等弱势群体倾斜，消除其使用医疗服务的经济障碍。虽然我国个人所得税专项扣除包括大病医疗和补充医疗保险等福利措施，但居民收入必须达到个税起征点以上才能获益。再加上个税征收采取累进税率机制，政策导致收入越高获益越大。低收入群体因未达到个税起征点，即便有沉重的医疗、养老和育儿负担，也无法享受个税减免政策。

此外，医疗保险实行职工医保和居民医保报销双轨制，低收入群体主要参加的是居民医保，报销比例低，使得有医疗需求但经济困难的人群因个人负担太重而无法使用医疗服务，医疗保险制度并不能起到真正的疾病保障功能。制度性的差异化安排只会造成马太效应，导致穷者愈穷，富者愈富，加剧社会割裂。因此，我国在完善医疗保障制度时，政策的群体定位应更具针对性，更加关注弱势群体的需求，减轻其看病的经济负担，免除其疾病后顾之忧。

同时，在筹资过程中，应遵循缴费负担和收入水平呈正相关的原则，根据个人经济能力承担相应的缴费义务，避免缴费负担转嫁给低收入者，而服务利用有利于高收入者，进而导致低收入人群对医保制



度的不满。

对此，我国需要改革医疗保险待遇给付和资金筹集政策——

一方面，提高弱势群体，特别是老弱病残等居民的医疗保险待遇水平，提高门诊报销比例，避免发生小病不治，进而恶化成重症的现象，增加住院医疗成本，危害人民群众健康。同时，也应完善医疗救助和医保报销封顶线等政策，切实减轻个人医疗负担。

另一方面，个人应根据收入和经济能力缴纳医疗保险费用，并适用于所有类型的医疗保险制度。在目前的资金筹集过程中，居民医保缴费采取按人头付费的方式，并没有考虑个人的支付能力，未遵循负担和收入水平呈正相关的原则，反而加重了低收入者的负担。

近年来居民医疗保险个人缴费逐年增长，引发部分民众不满。居民医疗保险资金筹集方式急需结构性改革，逐步实现缴费与经济能力挂钩，保障弱势群体权益，避免制度性的“劫贫济富”。以往制度过分强调享受待遇权利与缴费义务的对等关系，这一理念显然无法满足我国共同富裕的时代要求和人民日益增长的医疗需求。

应逐步将医保基金发展理念转变为缴费与经济能力挂钩，且待遇优先保护弱者。最后，在对待遇给付和资金筹集政策进行改革时，可以考虑同步进行，加大政策宣传力度。让公众认识到随着缴费水平提高，待遇也在逐步提升，医疗保险政策是一张“安全网”。通过这种方式，可以缓解群众的抵触情绪，进而保障改革的顺利进行。

### 03 推进社区医疗服务改革

全科医生在英国医疗服务体系中发挥着两个重要作用——

一是扮演守门人角色，识别、筛选和转诊需要专科医疗服务的患者，避免专科服务资源浪费，提升医疗服务效率。

二是全科医生提供预防性医疗服务，包括定期进行健康检查、疫苗接种、慢性病管理和健康生活方式建议等，有效防止小病恶化成大病，减少住院等高成本医疗服务的使用。

早在上个世纪六十年代，我国就发展了社区医疗服务，通过“赤脚医生”降低了传染病发病率以及婴儿和孕产妇死亡率，这一成就获得了联合国和世界卫生组织等国际社会的高度评价。2009年以来，我国也不断强化基层医疗服务，一些地方的试点方案证明了发展社区医疗服务不仅可以提高基层服务使用率和慢性病患者的健康水平，而且还能缓解社会不公平，保障老年人、女性、低收入和疾病高发人群的健康权益，还能使医疗资源欠发达的农村和西部地区获益。

由于目前我国医疗服务体系仍然以由医院为主导，医院为谋取经济利益，缺少从治疗性服务向全人口疾病预防服务转变的动力。将病人转诊到社区会损害其经济利益，这种机制无疑会导致高成本专科医疗服务的过度使用，构成了我国近年来慢性病管理效果缓慢的因素之一。

因此，我国应继续推进和完善社区医疗服务改革，发挥社区和家

庭医生的重要作用，避免高成本医院服务的资源浪费。同时，发挥社区预防疾病的功能，完善与中国式现代化相适应的医疗保障体系。

#### 04 创新与我国国情相适应的制度理念

医疗保障制度的主要政策目标有三个：

一是免除人民因经济负担而产生的疾病后顾之忧；

二是不断满足人民群众日益增长的医疗需求，

三是提升全民健康水平。

因此，为了更好地满足人民群众的健康需求，促进社会公平正义，应基于医疗保障制度目标和社会发展规律，转变制度发展理念，构建一个能够适应共同富裕时代要求的高质量医疗保障体系——

首先，应提高我国医疗费用支出水平。目前，我国医疗费用支出占 GDP 的比重为 6.5%，仅占英国、德国和日本支出水平的 50%至 60%，而我国每年人均医疗支出为 0.53 万元，仅占英德日的 11%至 17%。我国正从中等偏上收入国家向高收入国家迈进，医疗保障支出水平也应该符合国际社会地位并参照高收入国家，尤其是和我国实行相同社会保险制度的德国和日本。这意味着我国应不断提高医疗费用支出水平，进而为实现高质量的医疗保障制度提供坚实的物质基础。

其次，创新发展医疗保险基金的支付理念，实现从“以收定支”向“以支定收”的转变。目前，我国医保基金采取“以收定支”的理念，支出水平由当年的基金收入决定。为确保医保基金收支平衡，管

理部门会限制医保的报销水平，比如当年基金支出大于收入时，医保基金会减少对医疗机构的支付，进而增加人民群众的自付负担。在以收定支的财务模式中，为控制费用，医疗保险的报销方式采取了医保基金封顶的做法。这无疑加重了人民群众，尤其是重大疾病患者的经济负担。为了满足人民群众日益增长的医疗需求，我国应在保证医保制度财务稳健运行的条件下，取消基金支付封顶线，转变设置为患者自付封顶线，为人民群众看病提供稳定的预期，免除群众的疾病后顾之忧。

再次，随着人口老龄化的加剧和疾病谱的变化，我国应不断优化医疗资源配置。由于人口老龄化和生活方式等因素的变化，我国疾病谱发生了从传染病向慢性病的转变，老年发病率上升，环境污染和不健康生活方式等因素导致疾病种类增多。为应对这些挑战，我国应优化医疗资源配置，提供符合老年人需求的医疗服务，加大对慢性病治疗的支持。此外，加强预防和健康管理工作也至关重要。通过优化资源配置，加大健康教育的投入，引导群众养成健康生活方式，降低慢性病的发病率。通过预防措施，减轻高成本住院等医疗费用支出的压力。同时，应完善多层次医疗保障体系，除法定医疗救助和医疗保险外，鼓励商业医疗保险和慈善医疗的发展，创造环境支持个人参加商业医疗保险，不断满足人民群众个性化和多样化的医疗需求。

最后，通过法治化实现医疗保障的制度目标，加强相关法律法规

的制定和完善。法治化不仅能够明确政府和相关机构的责任和义务，还严格规范了医疗机构、医务人员和医疗服务行为，包括医疗服务质量标准、收费规定和医疗纠纷处理程序等，从而确保医疗保障制度有序运行。同时，建立有效的监督和问责机制，对医疗保障制度执行情况进行监督，发现并及时纠正违法违规行为，做到有法可依。长远来看，法治化可以确保人民群众享有医疗保障的权益，为公众提供清晰、稳定的制度预期，增强群众对医疗保障制度的信心，建立公平、可靠、有序和可持续发展的医疗保障制度，提升人民的国家认同和民族自豪感。

[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

北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司

公司官网

医药梦网：<http://www.drugnet.com.cn>

药 城：<http://www.yaochengwang.com>

地 址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号

电 话：010-68489858