

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2024年第47期

(2024.11.18-2024.11.24)

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 •

[▶ 推动“医保+商保”一站式结算的思考](#)（来源：国家医疗保障局大数据中心）——第 7 页

【提要】随着经济社会发展，医疗服务供给更加多元，居民收入分化及健康观念强化，群众医药服务需求呈快速释放且日益多元化、个性化态势，医保基金支出压力持续增加。基本医保的出发点是“保基本”，无法满足参保人更高水平、更加差异化与个性化的需求，因此发展商业健康保险，完善多层次医疗保障体系，具有很强的必要性和紧迫性。

[▶ 凝心聚力 攻坚克难 扎实推进新时代医疗保障信息化建设](#)（来源：国家医疗保障局）——第 18 页

【提要】习近平总书记多次强调，要运用大数据促进保障和改善民生，让百姓少跑腿、数据多跑路，不断提升公共服务均等化、普惠化、便捷化水平。国家医保局成立伊始，就把标准化信息化建设当成推进医保治理现代化的重要抓手，成立由胡静林局长任组长的网络安全和信息化领导小组，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻习近平总书记关于中国特色医疗保障制度的重要指示批示精神，强化顶层设计、优化服务流程、助力精细管理，努力促进医保治理能力和治理水平迈上新台阶，更好满足新时代人民群众对于医疗保障工

作的新期待。

### • 专家观点 •

▶ [雷海潮：以基层为重点加快建设分级诊疗体系 为群众提供就近就便系统连续的卫生健康服务](#)（来源：国家卫生健康委）——第 34 页

【提要】分级诊疗体系建设是党的二十届三中全会关于深化医药卫生体制改革的一项重要部署，是满足人民群众看病就医需求的治本之策。未来 5 年是加快建设分级诊疗体系的关键期，我们要围绕习近平总书记提出的省、市县、基层三方面目标，落实新时代党的卫生与健康工作方针，以基层为重点，加快推进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，提升基层医疗卫生服务能力。

▶ [王仁元：培育一批具有鲜明浙江辨识度的医改典型](#)（来源：中国卫生杂志）——第 41 页

【提要】11 月 18 日，国家卫生健康委在浙江省丽水市召开新闻发布会，介绍学习推广三明医改经验有关情况。浙江省卫生健康委主任王仁元介绍，浙江省认真学习推广三明经验，结合浙江实际，推动医改与卫生健康现代化建设互促共进，着力打造“看病不出省”重大标志性成果。

### • 医疗速递 •

▶ [破局养老困境、点亮银发经济，长护险有哪些新进展？这个大会](#)

[“划重点”——（来源：中国医疗保险）——第 44 页](#)

【提要】党的二十大报告明确提出要“建立长期护理保险制度”（以下简称“长护险”），为长护险的长期发展指明了方向。今年政府工作报告再次重申，推进建立长护险制度。近期，多项长护险配套细则和标准发布，这意味着长护险即将走向全面推进的关键节点。

[▶ 推进优质医疗资源下沉，需在四方面下功夫（来源：健康报）——第 51 页](#)

【提要】促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，对于解决基层医疗资源相对匮乏问题，缩小城乡卫生健康服务差距，推进基本公共卫生服务均等化、基本医疗服务均质化，提升医疗卫生服务可及性和人民群众获得感，具有十分重要的意义。

• 国际视野 •

[▶ CGP 特稿：科技创新应对健康挑战（来源：中国全科医学）——第 55 页](#)

【提要】随着全球化、人口老龄化趋势的加剧和全球气候变化，人类面临的健康挑战日益复杂多样。科技创新为应对这些挑战提供了前所未有的机遇，从精准医学到人工智能(AI)，科技的进步正重塑卫生健康管理范式。科技创新不仅是现代医学发展的引擎，更是应对未来健康问题的关键。本文旨在探讨当前面临的主要健康挑战与需求、存在的主要“短板”与不足，并提出科技创新应对健康挑战的建议。

▶ [我国大健康行业前景巨大，是未来 10 年的最大机遇之一](#)（来源：药智网）——第 62 页

【提要】中国大健康行业前景巨大，即将成为我国主要经济支柱产业之一，是未来 10 年的最大机遇之一。在政策红利的不断释放下，大健康产业即将步入蓬勃发展期，并形成新的经济增长点。近日，飞瓜数据发布《2024 年社媒电商大健康行业趋势洞察白皮书》。白皮书通过深入分析 2024 年社交电商大健康行业的市场现状、用户行为、产品趋势以及营销格局，为行业参与者提供了一份全面的指南。

### • 地方精彩 •

▶ [四川省 2025 年 1 月 1 日全面实施，将如何影响你我的生活](#)（来源：中科厚立）——第 66 页

【提要】随着医疗保障制度的不断发展和完善，医保支付方式改革成为提高医保基金使用效率、规范医疗机构诊疗行为、保障患者权益的关键举措。此次四川省按照国家相关规范和要求，调整形成《四川省按疾病诊断相关分组 (DRG) 分组目录》和《四川省按病种分值 (DIP) 付费病种库》，旨在推进医保支付方式的标准化、科学化和精细化，实现医疗资源的合理配置，促进医疗服务质量的提升，同时也是落实省级统筹、推动医疗医保协同发展的重要举措。

▶ [泰安肥城：多维度发力，筑牢医保基金监管“铜墙铁壁”](#)（来源：肥城市医保局）——第 75 页

【提要】肥城市医疗保障局将维护医保基金安全提升至首要政治使命的高度，通过多种协同共进的手段，以凌厉坚决之势严厉打击医疗保障领域违法违规行为，为保障百姓的“救命钱”筑牢坚不可摧的防护之盾，全力确保医保基金安全运行，守护人民群众的医疗保障权益。

## -----本期内容-----

### · 分析解读 ·

#### 推动“医保+商保”一站式结算的思考

来源：国家医疗保障局大数据中心

随着经济社会发展，医疗服务供给更加多元，居民收入分化及健康观念强化，群众医药服务需求呈快速释放且日益多元化、个性化态势，医保基金支出压力持续增加。基本医保的出发点是“保基本”，无法满足参保人更高水平、更加差异化与个性化的需求，因此发展商业健康保险，完善多层次医疗保障体系，具有很强的必要性和紧迫性。

2020年2月，中共中央、国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》，明确提出“到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系”。党的二十大报告也指出，要促进多层次医疗保障有序衔接，积极发展商业医疗保险。近年来，我国商保步入快速发展期，2023年全国商业健康保险保费收入9035亿元<sup>①</sup>，商业健康保险已成为多层次医疗保障体系中的重要一环。

尽管市场扩大，但商保仍面临信息不对称、信用不足、营销核验成本高企、理赔不便等问题，需要基本医保有效发挥信息网络、大数据、行政管理优势为商保提供结算、数据、监管支持，助力其创新发

展。为此，本文分析制约我国商业健康保险发展的问題，提出“医保+商保”一站式结算的建设构想，探讨发展路径，以期为医疗、医保、医药和商业健康保险发展赋能。

## 推进“医保+商保”一站式结算的意义

商业健康保险是我国多层次医疗保障体系中的重要组成部分，推进“医保+商保”一站式结算意义重大，主要体现在以下方面。

### 1. 参保群众高效就医的需要

对于同时参加基本医保和商业健康保险的参保人，往往需要先在医院办理医保结算，然后复印病历、整理票据，再到保险公司提交理赔申请，等待审核通过后，才能完成商保报销，费时费力。开展“医保+商保”一站式结算，依托医保部门联网结算系统，打通定点医院和保险公司之间的数据孤岛，实现“医保+商保”的一站式“秒赔”，参保患者在定点医院结账时就能够“医保+商保+自付”同步完成。对参保人而言，此举切实提升了就医便利度，在出院结算时，保险公司即可实时完成理赔，患者只需补齐扣除医保和商保报销后的差额即可，实现了看病结算“最多跑一次”；对商保公司而言，通过便捷可靠的信息共享平台，无须再耗费精力核查票据真实性，有效提高了服务质量和效率，节约了运营成本。

### 2. 医保自身高质量发展的需要

新形势下，医保服务内涵不断深化，不仅要实现“基本医疗有保

障”，还承担了服务医药卫生事业发展、增进人民健康福祉、激发经济社会发展新动能等新使命。工作范围由传统的待遇保障、经办服务拓展至基金监管、药耗集采、医药价格管理等新领域，工作对象由参保人、医药机构扩大到药耗生产企业、金融保险机构。这些新的任务迫切要求转变医保工作理念，以数据为纽带，以商保为支点，不断拓展对相关领域的赋能空间，以实现医保更加健康可持续发展。

### 3. 商业健康保险健康发展的需要

相较我国民众快速增长的健康保障服务需求，我国健康保险的市场规模、产品供给、信息系统以及人才建设等专业化发展水平仍相对较低。从衡量商业健康保险发展程度的两大综合指标（深度、密度）看，仍低于发达国家水平，还有很大发展空间。2022 年我国健康保险深度为 0.72%，美国为 4.9%，德国为 1.34%；2022 年我国健康保险密度为 613 元/人，日本、德国等国一般在 3000 元/人—4000 元/人，美国超过 1.6 万元/人。对商保公司而言，通过便捷可靠的信息共享结算平台，实现参保人就医结算零成本、零时滞一站式清分结算，从而高效满足群众的赔付需求，无须再耗费过多精力核查票据真实性，可有效提高服务质量和效率，节约运营成本。同时，依托国家医保信息平台积累的脱敏真实世界数据，商业健康保险产品研发效率将大幅提升，从而助力实现商业健康保险产业跨越式发展。

### 4. 多层次医疗保障体系完善发展的需要

医疗保障涉及业务领域广、牵涉利益主体多、管理运行链条长，对医疗资源配置、医药产业发展具有很强的引导性和驱动性。医药企业、保险金融企业、慈善组织等各方面对医保赋能支持产品创新、助力多层次社会保障体系建设的需求日益增长，客观上需要各级医保部门在治理理念上实现从“人工时代”到“智能时代”的转变，聚焦大数据的挖掘使用，深化医保改革，更好地联动各利益相关方，激发创新活力，促进多层次医疗保障体系完善发展和治理。

## 我国商保发展概况、存在问题及发展的有利条件

### 1. 我国商业健康保险发展概况

过去 10 年间，我国商业健康险保费收入年均复合增长率达到 33%，增速为寿险、财险等其他险种的 2~3 倍。但时至今日，由商业健康险承担的保障在全国医疗总费用支出中仍然非常有限，未能有效满足群众多层次的医疗保障需求。有研究机构统计，我国商业健康险大量的保费收入被用于营销费用、核验费用，导致 2023 年商业健康保险整体赔付仅为 3000 亿元，占卫生总费用 9 万亿元的比重仅为 3.3%。与我国医疗保障体系相近的法国，商业健康保险提供的保障占全部医疗支出的 12%。英国、澳大利亚、韩国该比重分别为 16%、26.8%、37%。这些国家的商业健康保险，不仅在其政府主办的法定医疗保险外为普通群众提供了额外的健康保障，而且还通过对高端客户提供针对性的健康保障，促进了医疗、医药、金融等产业的蓬勃发展。

## 2. 我国商业健康保险发展不足的主要原因

信息不对称。医疗保险领域是买卖双方信息最不对称的领域之一。由于缺乏全体人群的全面准确健康信息，商业健康保险公司设计的健康险产品无法精准合理定价定待遇。价格高、待遇享受条件苛刻，则参保人少；价格低、待遇享受条件宽松，则保险公司亏损。除了全面信息，特定人群、特定疾病的信息更加匮乏，商业健康保险公司在切入细分市场，开发精细化健康保险产品方面更加缺少依据，无法形成针对不同收入人群、不同患病群体等的多层次商业健康保险市场。

信用不足。由于长期的信息不对称，保险公司担心参保人隐瞒了既往病史，参保人担心保险公司不赔付，两者之间缺乏互相信任。从各保险公司公布的短期健康险产品赔付率数据可以看出，不少产品的赔付率只有 20%，赔付率最高的也低于 50%。赔付率过低，进一步加剧了信用的危机，使得商业健康保险市场进入了恶性循环。而普惠性商业健康保险(惠民保)，由于发挥了政府引导和增信作用，在不少地区取得了较好的销售成绩，恰好从反面说明信用之于商业健康保险的重要作用。

营销核验成本高企。我国商业健康保险 9000 亿元保费与 3000 亿元赔付之间的差额，大部分都用于营销和核验。一方面，由于群众参保积极性等外部支持不足，导致销售保险产品需要大量资金用于宣传、补贴。而另一方面，由于保险公司不尽掌握参保人生病就医的真

实状况，为了避免被骗保，需要付出大量成本进行核验。例如某知名保险公司为了核实一笔发生在青海的就医报销单据，需要派人专程往返于北京、青海，去多家医疗机构取证。营销核验成本如此之大，既侵蚀了保险公司的利润，又反映为过高的保费或者过低的赔付率，严重影响了商业健康保险的社会形象。

理赔不便。在缺乏信息的情况下，不仅核验的经济成本极高，时间成本更高。参保人出险后，需要自行垫资，等商保公司核验完所有的票据后，才能进行赔付。过长的等待时间，过多的核验环节，大大影响了参保人理赔的体验，降低了商业健康保险的市场吸引力。

### 3. 发展的有利条件

政策支持与鼓励。国务院及相关部门发布了一系列政策文件，如《关于加快发展商业健康保险的若干意见》《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》等，明确提出要加快发展商业健康保险，满足人民群众多样化的健康保障需求。一系列政策鼓励商业健康保险产品创新，扩大服务人群和领域，有利于商业健康保险与医保、医疗、医药的协同发展。

经济增长与升级。随着我国经济的持续增长、居民收入水平的提高、健康意识的提升，广大群众对高质量、个性化的健康保险产品和服务的需求不断增长，更多人愿意购买商业健康保险来规避潜在的健康风险；老龄化社会也推动了长期护理保险等新型健康保险产品的发

展，进一步丰富了商业健康保险市场的产品线。同时，医疗技术的进步、人口老龄化的加剧和医疗费用的不断上涨，增加了个人和家庭在医疗方面的经济负担，也促使更多人寻求商业健康保险来分担医疗费用风险。

科技进步与发展。当前，大数据、人工智能等科技手段在商业健康保险领域的应用日益广泛。这些技术有助于保险公司更准确地评估风险、制定保费和提供个性化服务，从而提高了商业健康保险的市场竞争力和吸引力。越来越多的人开始关注自身健康并寻求有效的健康保障方式，数智化赋能的商业健康保险将成为重要的健康保障手段之一。

医保数据的支持。2022 年，国家医保局建设完成了全国医疗保障信息平台。作为全国质量最好、覆盖最广、时效最高、标准最统一的行业信息系统之一，平台汇集了全国 13.3 亿参保人、114 万家定点医疗机构和药店、1.7 万家医药企业、37.6 万个药品耗材的医保相关信息，支撑着全国每年约 3 万亿元、100 亿人次的医保费用的收支和直接结算，与经济社会发展高度同构。这些医保数据，为实现“医保+商保”一站式结算提供了强有力的支撑。

## 功能及案例

### 1. 功能

本文提出建设“医保+商保”一站式结算，围绕解决前述的制约

商业健康保险发展的四大原因，着力实现以下功能。

测算。参加“医保+商保”一站式结算业务的商保公司，都可以将其开发的商业健康保险产品部署在相关信息平台上，利用区块链、隐私计算等多种技术，使用国家医保信息平台上的脱敏数据，校核其定价、出险率、赔付率等关键信息，大大加速产品迭代开发过程，提高产品针对性和细分性，扩大其销售规模。

核保。商业健康保险产品对群众进行销售时，为了避免带病投保，需要参保人提供其精确的个人历史健康信息。在个人同意授权的前提下，参加“医保+商保”一站式结算业务的商保公司可以查询个人健康信息，从而大幅降低逆向选择风险，确保商业健康险产品的购买者是预期人群。

核验。所有参与“医保+商保”一站式结算的医疗票据，因为其中必然涉及基本医保的报销支出，理论上都是医保基金监管的对象。医保部门可依托全国的医保基金监管体系，核实其真实性，相应减少了商保公司自行核验成本。经过“医保+商保”一站式结算核验的医疗票据，虽可能仍存在小部分欺诈骗保的“漏网之鱼”，但在医疗票据领域仍然具有最高的可信等级。

结算。对于参与“医保+商保”一站式结算的商业健康保险产品，其设计方可将其理赔条款预先结构化、程序化。产品购买者在看病报销时，一站式结算业务平台可对所有的报销项目按照预先确定的程

序，在个人、医保、商保之间进行实时清分结算，确定各自承担金额，并实时结算给医院。这将使得商业健康保险产品核验的时间、经济成本大大降低，极大提高其产品的性价比。

## 2. 实践案例

从地方实践看，医保对商保提供网络与数据支持目前主要是三种形式：一是医保将相关数据(经个人授权后)提供商保公司使用，商保公司据此开展快赔结算。如济南市通过试点启用医保与商业保险数据授权共享系统(政保通)，实现群众授权商保公司查询医保报销信息，可线上一键赔付，有效提高了理赔效率和信息准确率，群众办理商保理赔实现“秒办”“秒到账”。二是商保机构将产品规则内置于医保系统，实现商保与医保的一站式结算。如浙江打造“浙江智慧医保大脑”，通过内置规则，将该省惠民保纳入医保一站式结算通道，为该省惠民保参保群众就医提供“一站式”结算服务。这两种方式的优点是逻辑简单高效快捷，但是医保承担的责任较多，如果在医保信息平台上搭载大量商保功能，医保必然不堪重负；如果将医保数据直接共享给商保机构，必然会引发参保人员数据安全的担忧。三是湖北孝感等正在探索的“双平台一通道”模式，医保和商保各建一个综合服务平台，两平台之间建立一个规范标准的对接通道。在医保、商保两个综合服务平台与平台通道三个方面完成三个“封装”，从而既解决了个人医保数据的安全问题，又解决了医保和商保各自的边界问题。

## 展 望

开展“医保+商保”一站式结算作为一项开创性的变革，如果成功并且推广，将对“三医”领域、金融领域、大数据领域、人工智能等领域产生广泛而深远的影响。

### 1. 引领“三医”、金融、慈善等产业发展

改革将会大幅降低现有商业健康保险的营销成本和核验成本，转化为保险公司的利润和参保人的获赔，唤醒潜在规模达数万亿元的商业健康保险市场。新的保险产品、新的增量资金，显然将极大推动医疗、医药市场的发展。此外，如果将“结算”范围扩大，覆盖到患者使用的高值医保药品、耗材，则在清分时可以将医保、商保报销的部分直接清分结算给该药品耗材的生产企业，减少中间环节占款，促进创新型药企等实体经济的发展。同时，对于慈善行业，可以通过“测算”协助其锁定特定的受助对象，以便其开发更有针对性的慈善产品。比如，慈善家想资助患包虫病的病人、患小儿先心病的儿童，都可通过一站式结算，在全国、某地、某性别、某年龄段、某籍贯、某姓氏范围内找到精准的资助对象。此外，还可通过“核验”确保善款真正帮助了患者治疗而不是被冒领挪用，大幅提升慈善的公信力。

### 2. 增加市场信用供应

一站式结算能够借助全国医疗保障系统对欺诈骗保基于政府信用和强有力的监管手段，将对提升行业市场信用起到更加有力的推动

作用。对于保险供需双方来说，参与一站式结算的产品具有比普通保险产品更高的可信度。对于商保，这些产品的出险单据由于有了基本医保打击骗保工作的加持，被骗保的概率也将大大降低；对于群众来说，这些产品由于有了基本医保的核验优势，其赔付效率将大幅提升。信用的注入，将大大扩展交易的深度和广度，促进市场进入良性循环，引导供需持续增长。

### 3. 构建强大平台经济

一站式结算可以大幅减少保险公司的信息系统、人力队伍、办公设置、延伸服务等刚性成本支出，将核验成本、营销成本转换为保险公司的利润，将会成为联系医疗、基本医保与商保公司之间的核心渠道和交易平台。下一步，这项业务还可以结合国家医保局正在开展的医保钱包(一人一账)、一人一档、一药一档、长期护理保险等应用和政策，催生更大规模的健康经济、养老经济，带动现代金融产业，对于经济发展起到不可估量的引领作用。

### 4. 催生数据赋能宝贵经验

数据是最重要的要素资源。使用公共数据推进经济发展和社会治理，是党中央明确的战略发展方向。如何探索有效、安全的用数模式，是发展数字经济的当务之急。建设“医保+商保”一站式结算，在“测算”“核保”“核验”“结算”环节，都会产生大量的数据业务需求，从而激发数据应用的新政策、新技术、新模式。因此，“医保+商保”

一站式结算，除了直接产生较大的经济和社会效益外，其用数经验和模式，也会对今后其他行业领域安全使用数据、发挥数据要素价值产生示范效应。

## 5. 推动改革深化

当前的改革已经进入了深水区。如果仅作存量改革，将涉及大量深层次的既得利益调整，面临较大阻力。开展“医保+商保”一站式结算，虽涉及“三医”、金融、数据等多个热门敏感领域，但其主要逻辑是利用人工智能、区块链等新质生产力和数据这一新质生产要素，直击当前制约有关行业发展的堵点痛点，通过做大增量蛋糕而不是进行较多的政策协调和利益博弈，来解决“三医”协同发展和治理、人口老龄化、金融创新、经济发展等改革难题。如果这项业务能够成功实施，将会丰富改革思路、完善改革模式、优化改革路径，为今后通过新质生产力来深化改革提供宝贵经验。

[返回目录](#)

### **凝心聚力 攻坚克难 扎实推进新时代医疗保障信息化建设**

来源：国家医疗保障局

习近平总书记多次强调，要运用大数据促进保障和改善民生，让百姓少跑腿、数据多跑路，不断提升公共服务均等化、普惠化、便捷化水平。国家医保局成立伊始，就把标准化信息化建设当成推进医保治理现代化的重要抓手，成立由胡静林局长任组长的网络安全和信息

化领导小组，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻习近平总书记关于中国特色医疗保障制度的重要指示批示精神，强化顶层设计、优化服务流程、助力精细管理，努力促进医保治理能力和治理水平迈上新台阶，更好满足新时代人民群众对于医疗保障工作的新期待。

## **一、提高政治站位，高起点高标准谋划新时代医保信息化建设**

加强医保信息化建设，既是助力实现医保改革发展目标的需要，也是促进解决新时代医保发展不平衡不充分主要矛盾的需要，是坚持以人民为中心的发展思想、推进医保治理体系和治理能力现代化的要求。

### **(一) 推进新时代医保信息化建设的重要意义。**

从目标导向看，实现更高质量、更加充分、更加可靠的医疗保障，必须充分发挥信息化的重要引领和支撑作用。在服务方面，坚持以人民为中心的发展思想，推进“放管服”改革，创新提升服务水平和能力，实现“百姓少跑腿、数据多跑路”，打造智慧医保、品质医保、便捷医保的品牌，需要依托“互联网+医保服务”。在管理方面，医保发展必然会带来数据从分散走向集中、管理由粗放走向精细，数据的高效集中和精细化的科学管理，需要以统一的信息系统为基础，通过统一信息系统获取大量真实的数据，进行大容量、高频度分析测算。从问题导向看，由于缺乏全国统一的医保信息平台，系统分割、衔接

不畅、数据烟囱、信息孤岛等问题严重，难以适应新形势新任务的要求，已经成为制约医保公共服务、医药服务价格改革、医保支付方式改革、基金监管等重点改革和工作开展的瓶颈。

## （二）以习近平新时代中国特色社会主义思想指导和引领新时代医保信息化建设。

习近平新时代中国特色社会主义思想和习近平总书记关于网络强国、数字经济的重要论述，为高位谋划推进医保信息化建设、全面提升全国医保标准化信息化智能化水平奠定政治基础和思想基础。在医保信息化建设中，我们始终坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚定信念，凝聚共识，直面难题，推进发展。习近平总书记指出，世界正在进入以信息产业为主导的经济发展时期，要把握数字化、网络化、智能化融合发展的契机，以信息化、智能化为杠杆培育医保发展新动能。2020年2月，《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》印发，明确提出高起点推进标准化和信息化建设，统一医保业务标准和技术标准，建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医保信息系统，实现全国医保信息互联互通，加强数据有序共享；规范数据管理和应用权限，依法保护参保人员基本信息和数据安全；加强大数据开发，突出应用导向，强化服务支撑功能，推进医保公共服务均等可及。习近平总书记重要指示和中央重大决策部署，为谋划全国医保信息化建设指明了方向、提供了遵循，我们要坚

决破除与新思想不相适应的思维定势和路径依赖，在深刻感悟新思想强大真理力量中为推进医保信息化建设注入新动能。

### **(三) 推进新时代医保信息化建设要始终做到“四个坚持”。**

一是坚持统筹规划，系统建设。从医疗保障事业发展全局的战略高度谋划信息化工作顶层设计，加强信息化工作的统一领导和集约建设，实现医保管理标准化、智能化、科学化。二是坚持标准先行，夯实基础。根据医疗保障工作实际，编制使用医疗保障领域全国统一的药品、医用耗材、医疗服务项目等业务编码标准和网络、安全、数据交换、运行维护等技术标准，形成全国统一、各地互认的“通用语言”，为推进医保信息互联互通、数据共建共享打下坚实基础。三是坚持协同共享，整合利用。研究解决医疗保障信息化建设存在的系统缺位、标准缺失、资源不均、信息孤岛、安全不足等问题，破除部门壁垒和地方分割，建设标准统一、网络互联、数据共享、交互协同的信息系统，深度开发利用数据资源，提高医保大数据应用能力。四是坚持底线思维，安全可靠。严格按照相关法律法规要求，落实网络安全等级保护制度，强化医疗保障信息化基础设施和安全保障体系建设，提高信息安全防护能力和个人隐私保护力度，增强安全动态防御、态势感知及应急处置能力，确保医疗保障网络空间安全和信息安全。

### **(四) 推进医保信息化建设要牢牢把握统一的核心要求。**

新的医保信息平台最大特点是统一，统一是灵魂和基础。要建设

全国统一的医保信息平台，构建全国医保“通用平台”；贯彻全国统一医保业务信息编码，形成全国医保的“通用语言”；推广全国统一医保电子凭证，打造全国医保“通用介质”；部署全国统一医保业务中台，集聚全国医保“通用能力”；部署信息平台建设，实现全国医保的“通用功能”。以统一为前提，实现六大功能：一是规范高效“大经办”。按照统一平台支撑和统一标准规则，构建统一的医保业务基础管理信息化支撑体系，形成全国医保业务经办系统一体化应用格局。二是便捷可及“大服务”。按照国务院“放管服”要求，构建统一的医保公共服务信息化支撑体系，统一公共服务入口和工作门户，提供标准化医保业务服务、价格与采购服务、政策服务、知识服务、档案服务、消息服务、数据服务等公共服务，推进公共服务“线上一网通、线下一门办”改革。三是智能精准“大治理”。构建医保智能监管和宏观决策支持信息化支撑体系，全面支持医保智能监控、基金监管、内部控制、目录管理、价格管理、信用管理、运行监测、宏观决策等业务工作，助力提高医保现代化治理能力，增强医保基金使用安全性、规范性和有效性。四是融合共享“大协作”。依托国家医保标准化体系和集约化平台，构建横向与政务部门、纵向与各地医保部门的信息共享通道，逐步推动医保公共数据资源和服务资源开放共享，实现信息共享和业务协同，促进医保与医疗、医药“三医联动”。五是在线可用“大数据”。构建国家医保基础信息库和大数据库，建

立健全全国统一的医保数据交互管理机制，逐步实现医保大数据的聚合贯通、深度挖掘及在线应用，提升医保一体化经办、便捷化服务、智能化监管和科学化决策能力。六是安全可靠“大支撑”。建立国家医保数据中心，建设国家医保基础设施和应用支撑能力，为数据共享、业务协同、资源整合和服务开放提供安全可靠的技术保障。

## 二、聚焦民生服务，医保信息平台建设取得阶段性成效

在充分调研论证的基础上，国家医保局率先统一医保业务标准和技术标准，加快建设全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医保信息系统。2020年10月，国家医疗保障信息平台主体建设顺利完成，为建成纵向贯通、横向联通、内外互通、生态融通的全国统一医保信息平台奠定坚实基础。2020年11月，国家医保信息平台在广东省率先落地应用；目前，国家医保信息平台在广东、青海、河北、海南、贵州、甘肃、新疆7省区四十多个市(地)落地应用，其中青海省成为全国首个国家医保信息平台业务功能全层级完整上线并实现全省全覆盖的省份。通过落地应用，充分证明了平台可操作、可实施，符合医保实际工作需要，具有比较明显的先进性、前瞻性，为全面推进全国统一的医保信息平台建设增强了信心、打牢了基础、积累了经验。新的信息平台已经对改善民生、优化管理发挥了积极作用。

### (一) 跨省异地就医系统全面升级。

2019年12月，国家异地就医备案小程序投入使用，全国统一跨

省异地就医备案服务工作正式启动。2020年5月，国家医保信息平台跨省异地就医管理子系统成功上线，系统覆盖全国31个省份和新疆生产建设兵团、400多个医保统筹区、29317家医疗机构，实现全国范围内跨省异地就医自助备案和住院费用直接结算。2021年2月1日起，27个省(区、市)依托国家异地就医结算系统统一开展普通门诊费用(不含门诊慢特病)跨省直接结算试运行。住院费用跨省直接结算定点医疗机构4.4万家，并支持医保电子凭证、身份证、社保卡等多类身份介质。国家平台累计结算费用1759亿元，门诊费用直接结算试点累计直接结算医疗费用7.5亿元。跨省异地就医管理子系统满足了群众异地就医刚需，有效适应了人口跨区域流动就医需求，提高了医保治理和服务能力，得到全社会的普遍赞赏。

## (二) 医保电子凭证全面应用。

2019年11月24日，医保电子凭证首发仪式在山东省济南市举行。医保电子凭证不依托实体卡，可与身份证、二维码、面部特征等相关联，支持在就医购药、医保查询、跨省异地就医备案、亲情账户绑定、医保业务系统登录等所有医保相关业务，全国范围内跨渠道通用。2021年，全国参保人均可激活医保电子凭证，全渠道激活用户超过6.3亿，31个省份已经支持医保电子凭证就医购药，接入定点医疗机构超17万家，定点零售药店超30万家。疫情期间，各地积极使用医保电子凭证实现互联网医保服务无卡办理，促进医保脱卡结

算，避免实体证、卡的直接接触，减少病毒传播风险，切实为参保群众提供更加方便快捷的医保服务，为打赢新冠肺炎防控战役和优化“互联网+”医保服务提供有效助力。在武汉疫情防控关键期，为满足门诊重症慢病患者的复诊购药需求，国家医保局紧急在武汉上线了医保电子凭证，武汉市参保患者均可通过刷脸校验身份，领取自己的“电子身份”，不出门、不拿卡即可享受线上复诊购药、医保结算等便捷服务。2020年11月，国家医保局印发《关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》，明确了“互联网+”医疗服务医保支付的范围、场景、方式及要求。在为群众提供“不见面”“零接触”“长处方”“少跑腿”等全新体验方面，医保信息平台发挥着越来越重要的作用。在做好医保信息化工作、让服务更加便民的同时，我们也不忽视老年人使用智能技术遇到的问题，信息系统支持传统服务模式，按照老年人的需求有针对性地解决问题，切实提高老年人的医保服务便捷性。

### **(三) 基础设施建设完成终验。**

2021年，国家医保局信息化基础设施相关的机房以及通信基础设施、服务器和存储设备、网络和安全设备、身份认证密码体系、监控中心和机房配套、云平台6个分项全部完成终验，机房、各类硬件网络安全设备、核心业务区和公共服务区云平台等正式运行。建立数据中心计算资源和服务互备的同城双活机制，建成IaaS、PaaS、DaaS

三个池化云服务体系，搭建从国家到省级医保部门的专网线路，完成全国医保网络 IP 地址规划和域名规划。各项基础设施的建成，为医保信息平台各业务子系统投入使用打下了坚实的基础，有效支撑了各项医保业务平稳、高效、安全运行。

#### **(四) 医保编码全面贯彻执行。**

疾病诊断和手术操作、药品、医用耗材、医疗服务项目等 15 项全国统一的医保信息业务编码制定发布和全面推广，医保“通用语言”基本形成。一方面，在“四统一”（统一规划、统一分类、统一发布、统一管理）和“最大公约数”原则下，国家医保局发布了医保业务编码规则和方法，形成跨区域、跨层级、跨部门、跨业务的全国医保“通用语言”。另一方面，建立编码标准数据库和动态维护机制，搭建国家、省、市三级联通的动态维护平台，实现对编码标准数据库的动态维护。医保业务编码标准在全国范围内贯彻实施，推进全国医保数据全覆盖、编码全转换、系统全贯通，为全国医保基础信息标准化、全国医保大数据聚合应用打下了坚实的基础。

### **三、注重务实创新，积极构建医保信息融通共享新平台**

全国统一的医保信息平台是复杂的民生服务信息系统，集民生性、社会性、专业性、技术性、生态性于一体，可供借鉴参考的历史经验与同类案例较少，整个建设过程是一个不断突破、持续创新的过程。我们创新搭建了以 HSAF(Healthcare Security Application

Framework) 框架为核心，以“六化”（标准化、云化、中台化、微服务化、国产化、智能化）为要素的自主可控运行支撑体系，探索了一套具有前瞻性、先进性的医保信息化建设新模式。

### **(一) 构建医保信息平台新架构。**

国家医保信息平台的架构定型，综合考虑了安全性、先进性、扩展性及成熟度等因素，综合云计算、微服务、分布式、中台化等主流技术，研发落地了 HSAF 国产化平台架构，方便当前绝大多数商用、开源云进行适配。这种架构选型实现了医保业务能力的统一、稳定和共享，支撑了医保业务服务的可共享、可复用、可扩展，消除了医保信息孤岛和系统烟囱，满足医保服务功能增加，并实现对医保业务新需求的快速响应、高速交付。新架构的优势在正式上线的业务子系统中得到了充分验证和体现。目前在线运行系统的监测数据显示，医保信息平台运行稳定，各项技术指标表现优异，与原来的医保信息系统相比，运行速度提高了数倍。以广东省为例，新系统门诊结算平均 0.9 秒，老系统需要 5 秒；新系统入院办理平均 0.4 秒，老系统需要 4 秒；新系统住院结算平均 1.3 秒，老系统需要 10 秒。

### **(二) 创造系统建设实施新模式。**

有了强大的信息平台架构和统一的业务编码标准，全国医保信息平台能够采用“统一平台+多元应用+统一标准”的建设模式，构建共建、共享、共用、共治、共发展的生态体系，从而支撑建设统一、高

效、兼容、便捷、安全的信息系统。全国医保信息平台能够支撑医保多类业务领域(待遇保障、医药服务管理、医药价格和招标采购、基金监管、公共服务等),多类业务功能(业务经办、公共服务、智能监控、决策分析等),多个业务层级(国家、省、市、县、基层),并连接多类服务主体(医疗机构、药店、护理机构、商保公司、金融机构等),适配多种云平台(商业和开源云平台),兼容多类身份介质(医保电子凭证、社保卡、身份证等),承载全国几百个医保统筹区统一业务和特色业务。采用新架构、新标准、新模式的全国医保信息平台,可以消除此前的数据鸿沟、信息孤岛、技术壁垒、应用烟囱、部门藩篱,形成标准全国统一、数据两级集中、平台分级部署、网络全面覆盖、项目建设规范、安全保障有力的平台格局,支撑全国医保跨区域、跨层级、跨业务、跨部门、跨系统的信息共享、业务协同和服务融通,确保全国医保信息系统“一盘棋”。

### (三)运用中台技术新理念。

国家医保信息平台是国内首例研发落地国产化平台架构的全国性政务服务系统。如果说 14 个业务子系统是国家医保信息平台这座“大厦”的四梁八柱,那么中台系统就是这座大厦的地基。我们在平台设计开发过程中,按照“统一、共享、稳定”原则,抽取了基本信息中心、统一认证中心、参保中心、征缴中心、结算中心、电子凭证中心、移动支付中心等基础、通用的业务中心,将业务中心按需部署

在国家平台、地方平台的核心业务区和公共服务区，形成了全国统一的医保业务中台。在此基础上，分级(中央、地方)分区(核心业务区、公共服务区)部署“强约束”“基础约束”“弱约束”3种类型14个医保业务子系统，共同形成了全国统一的中台化业务服务支撑体系。采用中台理念设计的医保信息平台能够适应医保业务变化快、渠道多、横向纵向交互频繁等特点，通过中台的业务复用能力，在保持核心业务稳定的前提下，通过共享、复用的模式，加速前台开发进度，保证新的业务功能快速上线。中台的优势在国家平台地方落地应用、跨省异地就医管理子系统全面升级、医保电子凭证全面推广过程中得到了充分的验证和体现，可以说是发挥了重要作用，体现了独特能力，取得了很好的应用效果。

#### **(四) 夯实医保信息化底座。**

自2019年4月医保信息平台全面开建以来，在系统上下的共同努力下，经过一年多的聚力创新、攻坚克难，完成了国家医保信息平台的落地应用，15项医保信息业务编码得以全面推广，逐步夯实了全国医保信息化的数字底座和标准底座。数字底座方面。在国家局，网络系统、云平台、安全系统等基础设施全面投入使用。在地方，大部分省份完成医保信息化基础设施建设工作，建设或租用了数据中心机房，贯通了纵向到街道乡镇、横向到各个医药机构的医保专网。完成医保数据迁移，将历史数据迁移至新系统并同步开展数据治理工

作，提升数据质量。标准底座方面。按照“统一规划、统一分类、统一编码、统一维护、统一发布、统一管理”要求，形成自上而下、统一规范的医保信息业务编码体系。建立编码标准数据库，做到码库结合，实现了医疗保障数据的统一和规范；搭建动态维护平台，最大程度兼顾各级医保部门和医疗机构、药店、企业等各方的不同。目前公布的编码标准数据近 1500 万条，夯实了全国医保“书同文、车同轨”的“标准底座”。如医保疾病诊断、手术操作分类与代码的特点是“多版本兼容”；医疗服务项目数据库将国家与地方代码“编码全兼容，结算不影响”，实现了编码全兼容；医保药品分类与代码的特点是“一药一码”，覆盖范围为经药品监督管理部门批准上市的全部药品（西药、中成药、中药饮片、医院制剂）；医保医疗耗材编码的特点是“一品一码，码库结合，满足应用”，有效解决了现行医用耗材种类繁多、数量庞大、“小、散、乱”等突出问题。

#### 四、增强督导力度，扎实推进医保信息化建设落地应用取得新成效

国家医保信息平台在地方的落地应用，标志着全国统一的医保信息平台建设已经由国家平台建设为主转入到以地方平台建设为主的新阶段。消除全国数百个医保统筹区林立的烟囱系统，完成从各地离散建设到全国统一建设的转变，依然面临着诸多困难。采用全新信息平台架构和业务编码，平台建设工程量大、架构复杂、专业性强，也

存在诸多挑战。下一步，我们要继续凝心聚力，直面困难，清醒认识医保信息化建设面临的问题和挑战，攻坚克难，精准发力，以“钉钉子”精神扎实推进医保信息化建设落地应用取得新成效。

### **(一) 统一步调，确保地方项目建设“不掉队”。**

国家平台虽已通过终验，但能否满足全国各地医保业务需求，能否为参保人、定点医药机构、医保经办机构等带来良好的使用体验，还得靠地方落地。目前地方平台建设发展不均衡，进度快的省份已经落地应用国家平台，进度慢的省份项目方案尚未完成报备。全国统一的医保信息平台包含国家平台和地方平台两个有机组成部分，任何一个部分建设滞后，都影响全国平台作用的有效发挥。国家医保局紧扣“全国一盘棋”，按照全国医保信息化建设总体部署，结合各地实际，在不断总结推广已上线省份工作经验的基础上，协调信息化建设进度快、工作扎实的省份派出相关负责同志，赴进度较慢的省份开展实地指导和帮助，切实发挥以点带面的作用。下一步要坚持激励与约束并重，继续加强督导，完善工作进度评价通报机制，进一步发挥先行省份的带头作用，以点带面、整体推进，确保全国建设整体进度。

### **(二) 统一标准，确保各地标准实施“不打折”。**

充分认识医保标准化工作的重要性紧迫性，着力提升标准化建设能力，保证 15 项业务编码落地应用不打折扣。一是加强技术指导。积极跟进全国各省、市、自治区编码贯标情况，及时响应处理各地贯

标工作中的问题，组织专家指导组进行逐一论证解决，确保按期完成标准落地应用工作。二是加强宣传培训。通过召开培训会议、观看培训视频等形式，组织各级医保部门、医疗机构编码维护应用人员，学习业务编码规则和方法、动态维护操作流程和要求、编码落地应用工作任务与方式等内容，为编码标准的顺利落地提供坚实的人才队伍保障。三是加快映射对接。做好本地医保政策目录数据和老信息系统目录数据的梳理准备工作，按照“省对国家码”“市对省码”“两定对医保码”的步骤，实现信息业务编码与国家编码标准数据库的映射校验工作，做到“项项有码，条条有数”。四是完善政策标识。要做好现行医保待遇政策标识，并做好贯标质控审核工作，及时发现解决问题，做好规范性治理和合规性治理，保证数据时效性、准确性和完整性。五是做好评估验收。根据贯标方案要求按期分批做好贯标验收工作，通过后方可在新系统中正式应用，实现认码说话，以码算数，确保医保新老数据无缝对接，群众看病结算不影响，待遇无差错。

### **(三) 统一建设，确保地方落地应用“不走形”。**

地方在建设平台过程中要依托全国统一的技术体系、平台架构、中台服务、业务子系统及配套标准规范，建设地方医保信息平台。严格按照可行性研究报告和初步设计方案，开展后续的系统设计工作，做好项目实施计划，确保后续工作规范、稳健、可行。在下发医保信息平台基础版后，要加强培训、加快落地。要牢牢把握已有功能“应

用尽用”、差异功能“能配尽配”、特色功能“最小必须”原则，国家平台已有业务服务必须直接使用，差异化业务服务采用国家平台提供的参数、规则、流程及算法编排功能，最大限度的适配使用，特色化业务只能在业务中台上进行本地组装开发。国家医保局制定并印发了总体标准、流程规范、技术规范 3 大类 33 项信息化标准规范，用于指导、规范和约束全国医保信息化建设。各地要严格遵循标准规范开展平台建设和项目实施，确保技术路线统一、技术平台融通及技术能力共享。

#### **(四) 统一要求，确保平台建设运行“不出险”。**

在快速推进国家医保信息平台落地应用的同时，必须不断强化、时刻绷紧“安全”这根弦。一是加强廉洁自律，保障项目建设安全。在医保信息平台建设全过程中，要自觉按照相关要求合法合规搞建设，主动接受纪检监察部门监督，确保项目建设“零污点”，合力打造经得起检验的“阳光工程”。二是加强系统安全。要通过技术手段，夯实网络安全基础防护工作，形成整体的网络安全技术、安全管理和安全运维体系架构模式，确保系统安全；要制定安全技术标准、技术规范、规章制度，并抓好落实，形成全员参与、责任到人的安全防控体系。三是确保数据安全。要做好安全管理、数据隔离，杜绝非法访问，保障数据存储安全；要用好加密技术，防止数据传输、移动、复制时外泄，保障数据传输安全；在数据分析、报送时，要对敏感数据、

隐私信息进行数据脱密、脱敏处理，确保核心关键数据牢牢掌握在自己手中，保障数据使用安全。

[返回目录](#)

### • 专家观点 •

## 雷海潮：以基层为重点加快建设分级诊疗体系 为群众提供就近就便系统连续的卫生健康服务

来源：国家卫生健康委

分级诊疗体系建设是党的二十届三中全会关于深化医药卫生体制改革的一项重要部署，是满足人民群众看病就医需求的治本之策。习近平总书记 2021 年在福建考察时强调要“做到大病不出省，一般病在市县解决，日常疾病在基层解决”。党的二十届三中全会通过的《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，“促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，加快建设分级诊疗体系，推进紧密型医联体建设，强化基层医疗卫生服务”，为进一步推进分级诊疗体系建设指明了方向、提出了明确要求。未来 5 年是加快建设分级诊疗体系的关键期，我们要围绕习近平总书记提出的省、市县、基层三方面目标，落实新时代党的卫生与健康工作方针，以基层为重点，加快推进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，提升基层医疗卫生服务能力。

围绕“大病不出省”，进一步推动优质资源向中西部和东北地区、向省域内人口较多城市延伸

国家医学中心和区域医疗中心建设是破解群众跨区域就医难题的重要举措。党的十八大以来，我们立足国情实际，建设了 13 个类别的国家医学中心，开展 125 个国家区域医疗中心建设项目，设置 114 个省级区域医疗中心，1400 余项诊疗技术在受援省份得到应用，在全国诊疗人次逐年上涨的情况下跨省和跨区域就医稳中有降。下一步，要进一步解决好区域医疗卫生体系建设和资源分布不平衡不充分的问题。

一方面，对于已经设立的国家医学中心、国家和省级区域医疗中心，坚决杜绝盲目扩大规模、举债建设、把设施建设视为能力建设等问题，聚焦发挥区域范围内辐射带动作用的初心，在政府投入、编制保障、薪酬分配、队伍建设等方面深化制度性安排，推动国家和省级“双中心”（以下简称“双中心”）落实功能定位，努力建成区域内群众危重症转诊会诊中心、突发事件紧急医学救援派出中心、承担指令性任务中心、医务人员进修培训首选中心、帮扶基层医疗卫生机构的支持中心、落实深化医改任务的改革中心、以临床需求为导向的科技创新中心、维护公益性和遵法守纪示范中心。

另一方面，新建的“双中心”要向中西部和东北地区、向省域内人口较多城市倾斜，避免资源过度集聚，削弱服务可及性。要积极融

入西部大开发、中部地区崛起、东北全面振兴等国家区域协调发展战略，推动布局优质医疗资源，带动提升区域整体水平。持续实施临床重点专科“百千万”工程，加强中医优势专科建设，避免同一地区同一专业领域或建设方向重复投入、以硬件条件和规模大小代表专科发展水平、不注重人才培养和梯队建设等问题，重点向薄弱地区和薄弱专业倾斜，如儿科、产科、病理、精神、麻醉、感染等，促进各专业协同发展。

### 围绕“一般病在市县解决”，进一步推动城市优质医疗资源向县级医院延伸

市县医院是分级诊疗体系的中间层级，是保障群众看一般病不出县、增加便利性、降低看病就医负担的关键一环。近年来，我们持续实施“千县工程”，组织 1900 多家三级医院对口帮扶近 1500 家县级医院；以县级中医医院为重点，支持建设“两专科一中心”（在县级中医医院建成两个中医特色优势专科和一个县域中医药适宜技术推广中心），全力推进县级中医医疗机构建设；组织实施万名医师支援农村卫生工程，连续 13 年累计派出 199 支国家医疗队超过 1300 名医务人员，以县乡为重点开展巡回医疗服务；会同中央组织部开展医疗人才“组团式”支援帮扶，支援西藏、新疆、青海 35 家医院和 158 家国家乡村振兴重点帮扶县人民医院。截至 2023 年底，远程医疗覆盖所有县级医院，我国 92% 的县级医院达到二级及以上医院医疗服务能力。

下一步，要通过机制性安排巩固城市优质医疗资源对市县医院全面带动提升局面，进一步提升市县医院诊疗能力和水平。

2024年初，国家卫生健康委等3部门部署启动了城市医疗资源向县级下沉工作，各地正在推进落实。下一步工作的重点是扩大支援范围、细化支援方式、深化支援内容、量化支援要求，建立起稳定的人员下沉服务长效机制。要根据地方实际，强化支援工作的统筹衔接，按照统筹布局、分区包片的原则，三级医院派出专业技术人员和管理人员，常年驻守县级医院给予医疗、药学、护理、管理等方面的指导，参与县级医院重大决策，帮助县级医院优化管理架构，完善管理制度，制定中长期发展规划，健全绩效评价与薪酬分配体系，因地制宜培育骨干人才。加强县域常见病、多发病诊疗能力，急危重症患者抢救能力和传染病防控等公共卫生服务能力，畅通城市医院和县级医院之间的转诊通道，提高医院管理科学化、信息化、规范化、精细化水平。从2024年9月开始，国家卫生健康委所属44所医院全部开展年度巡回医疗服务工作，引导更多三级医院帮扶二级医院和基层，形成稳定格局。同时，积极支持县级医院发展，推动落实地方政府财政补助责任，推动市县级公立医院持续提升服务能力，重点加强医疗质量安全、运营管理、人才队伍和学科建设、患者就医体验等工作。

**围绕“日常疾病在基层解决”，进一步推动上级医疗资源向城乡基层延伸**

基层是分级诊疗体系的网底，始终是解决群众看病就医问题的重中之重。党的十八大以来，卫生健康系统进一步树立大抓基层的鲜明导向。截至 2023 年底，全国建成各种形式的医联体 1.8 万余个，以省为单位全面推开县域紧密型医联体建设。全国 89.8% 的县实现县级医院派驻人员至乡镇卫生院全覆盖，医联体影像中心覆盖全国 66.9% 的乡镇卫生院，基本实现社区卫生服务中心、乡镇卫生院中医馆设置全覆盖。不断扩大农村订单定向免费医学生招生规模，历史性地将大学生乡村医生纳入编制管理，历史性地消除贫困地区乡村两级医疗卫生机构和人员空白点。实现基本医疗有保障目标，超过 82% 的乡镇卫生院和社区卫生服务中心达到了“优质服务基层行”能力标准，基层医疗卫生机构诊疗人次占比保持在 50% 以上。下一步，要从基本国情和工作实际出发，保持战略定力，全面推进紧密型医联体建设，确保年年有新提升。

推进紧密型医联体建设的目标是实现一定区域内相关医疗机构间医疗服务和管理的上下协同联动、一体化运作，每个基层医疗卫生机构都要有上级医院医师派驻，固定服务周期，通过机制化保障努力使基层医疗卫生服务能力持续提升。在广泛试点和经验总结基础上，2024 年全面推开县域紧密型医联体建设。力争到 2025 年底，全国 90% 以上的县基本建成布局合理、人财物统一管理、权责清晰、运行高效、分工协作、服务连续、信息共享的县域医联体。到 2027 年底，紧密

型医联体基本实现县(市、区)全覆盖。统筹县域中医药服务资源,发挥县级中医医院龙头作用,提升基层中医药服务能力。人才队伍建设是卫生健康事业发展的百年大计。目前基层有 495 万卫生健康从业人员,其中有 110 万乡村医生,是维护最广大人民群众生命健康的一支关键力量。我们正在动态推动落实大学生乡村医生纳入编制管理、村卫生室纳入医保定点、为中西部地区定向免费培养医学专业高校毕业生等工作。同时,继续以基层为重点壮大卫生健康人才队伍,加强基层全科医生的培养培训,提高规范化诊疗和技术水平,完善基层人才激励机制。健全国家级医疗机构重点帮扶农村低收入人口和欠发达地区基层医疗卫生机构制度,促进基层医务人员数量和水平双提升。充分发挥信息化支撑作用,积极完善并用好远程医疗服务网络,推广“分布式检查、集中式诊断”服务模式,鼓励各级医院开展互联网诊疗服务,向城市社区和农村居民提供常见病、慢性病在线服务,进一步提升医疗服务的可及性和便捷性。

### **围绕解决群众看病就医中转诊、检查检验等问题,进一步推动一定区域内医疗卫生服务连续互认**

便利性是分级诊疗体系的应有之义,是人民群众看病就医最关心最直接最现实的利益问题。随着经济社会发展水平和人民生活水平不断提高、医疗卫生服务体系不断完善,人民群众更加重视健康、追求健康,不仅要求看得上病、看得好病,还希望看病更舒心、过程更便

利、服务更体贴。下一步，要聚焦群众看病就医的切身利益和感受，持续增强医疗卫生服务的连续性，提升人民群众看病就医获得感。

当前，不同医疗机构之间的转诊难是影响群众看病就医感受的一件烦心事。要畅通基层与二三级医院间的转诊、转介服务，在医联体和设区的市域内率先实现进步。要落实首诊负责制和院间转诊机制，以实现市域内、省域内院间、诊间连续性医疗服务为目标，强化制度设计，明确医疗机构和医师责任，上级医院向基层下沉门诊号源、预留床位，畅通各级医疗机构间转诊渠道和安排。建立医联体统一的药品目录和供应保障机制，促进上下级医疗机构用药衔接。支持康复、护理、医养结合等接续性医疗机构发展，逐步建立以机构为支撑、社区为平台、居家为基础的接续性医疗服务体系。

影响群众看病就医感受的另一件烦心事是不同医疗机构、不同地域之间的医疗服务不共享。要以国家区域协调发展为依托，把握不同省市的实际条件，根据疾病发生发展规律，循序渐进推进基本公共服务均等化，分类推进转诊、检查检验、突发事件紧急医学救援、献血优惠、新生儿出生“一件事”多证联办等服务便利共享，为一体化发展提供制度保障。鼓励作为紧密型医联体或医疗集团牵头医院的公立医疗机构通过设置检查检验中心等，面向区域内各医疗卫生机构提供同质化检测服务，实现区域优质资源高效共享和信息互通。

[返回目录](#)

## 王仁元：培育一批具有鲜明浙江辨识度的医改典型

来源：中国卫生杂志

11月18日，国家卫生健康委在浙江省丽水市召开新闻发布会，介绍学习推广三明医改经验有关情况。浙江省卫生健康委主任王仁元介绍，浙江省认真学习推广三明经验，结合浙江实际，推动医改与卫生健康现代化建设互促共进，着力打造“看病不出省”重大标志性成果。

### 点面结合，创新推动医改

“在点上，浙江省鼓励基层首创，以丽水市、湖州市、衢州市三个中央财政支持公立医院改革与高质量发展示范项目城市为重点，探索培育了一批群众有感、具有鲜明浙江辨识度的医改典型。”王仁元介绍成果时说。

如丽水市首创“固定+流动”巡回诊疗服务。目前该改革举措已在全省推广，浙江省统一配置500辆标准化巡回车，建成了183个“智慧流动医院”。湖州市通过医保总额预算、做实医防融合、打造“三医”协同数字治理平台等方式，率先推动县域医共体向健共体转型。衢州市探索打造区域医疗次中心等医改新做法。

王仁元介绍，在面上，浙江省坚持“三医”协同，纵深推进联动改革。强化保障，坚持“建设靠政府、运行靠服务”，稳定政府投入，同时，严控医药费用不合理增长。按照“腾空间、调结构、保衔接”

的路径，推进药品耗材集中带量采购，切实降低药品耗材费用负担；同时调整医疗服务价格，医疗服务收入占比从2016年的27.30%提高到35.93%；提高医务人员薪酬待遇，落实“两个允许”，工资总额增量向基层倾斜。下一步，浙江省将推动三明医改经验做法在浙江的深化落地。

### 从“三个高”入手，实现看病不出省

“看病不出省”是浙江省深化医改、建设卫生健康现代化的重要目标。近年来，浙江省深入实施医学高峰攀登行动，在国家公立医院绩效考核中成绩优秀。目前，浙江省从全国流出病人最多的省份之一变成流入病人最多的省份之一。

王仁元说，浙江省着重从抓“三个高”入手。

一是高水平医院。高标准建设1个国家医学中心和7个国家区域医疗中心，落地首个中国科学院直属医学研究所，构建“医产学研政”协同创新体系。坚持省市县三级联动，加快打造高水平县级医院，深化医疗卫生“山海”提升工程，筑牢“看病不出省”的县域基础。同时，紧扣“高、精、特、新”，布局建设一批高水平专科医院，带动医疗服务能力整体提升。

二是高质量专科。以解决临床问题为导向，坚持优中选优、错位发展，按照“大综合、强专科”的发展模式，加快资源整合和机制优化，重点支持16家省级三甲医院建成50个特色突出、优势明显的重

大疾病诊治中心，成为“头部专科”，定位在省内看别人看不好的病，做别人做不了的手术。

三是高层次人才。坚持“人才强卫”战略，启动医学创新人才国际化培养三年行动，实施公立医院薪酬改革、高层次人才“编制池”、科技成果奖励等激励政策，深化国家医学高层次人才培养与合作改革试点，为打造“医学高峰”注入新活力。目前，浙江省国家级卫生人才总数达到 330 人。

### 十项措施，解决百姓就医的烦心事

“这些年，我们从医疗卫生服务领域‘最多跑一次’改革，到推出看病少排队、付费更便捷等十项举措，再到从构建全国首个行业‘健康大脑+’，我们始终把让群众看病更便捷、更舒心作为深化医改的一项重要目标。”王仁元说。

针对“到什么医院看病”“看什么科”“药该怎么吃”等烦心事，浙江省以全国首个医学人工智能大模型为支撑，上线“数字健康人·安诊儿(Angel)”，实现导医导诊、预约挂号、扫码支付、报告查询、用药指导、居家护理、复诊续方等线上服务的“一站式”串联，目前已覆盖省市医院 92 家，累计服务超 1400 万人次。

针对“转院怎么办”的烦心事，浙江省率先开展连续医疗服务和畅通转诊服务，落实门诊首诊负责制，构建院内“一站式”、院间“双向通”和院后闭环管理的连续诊疗服务新模式。积极推广多学科会诊

服务模式，实现三级医院门诊和住院全覆盖。建成全省“连续医疗服务分级诊疗平台”，累计转诊服务 71 万人次。下一步，浙江省将选择肿瘤等重点病种，推动构建从重点人群筛查、专科复诊、疾病治疗到诊后管理的全流程服务模式，特别是要以体检为切入口，加强报告解读、异常提醒、专科预约等跟踪服务。

针对“重复检查”等烦心事，通过统一建设浙江省检查检验结果互认共享平台来破解“不能认”，通过完善医保预算总额来破解“不愿认”，通过制定统一的互认项目目录、编码和质控标准来破解“不敢认”。该平台现已覆盖所有二级以上公立医疗机构及乡镇卫生院，累计互认 4774.4 万项次。

[返回目录](#)

## · 医疗速递 ·

### 破局养老困境、点亮银发经济，长护险有哪些新进展？这个大会“划重点”——

来源：中国医疗保险

党的二十大报告明确提出要“建立长期护理保险制度”（以下简称“长护险”），为长护险的长期发展指明了方向。今年政府工作报告再次重申，推进建立长护险制度。近期，多项长护险配套细则和标准发布，这意味着长护险即将走向全面推进的关键节点。

长护险，俗称社保“第六险”。作为社会保障补短板的重大制度安排，长护险在积极应对人口老龄化、保障失能群体方面被寄予厚望。

为持续推进多层次社会保障体系建设，鼓励和引导更多社会力量投入长护险服务行业，推广长护险试点经验及产业发展经验和成果。11月16日，第二届长护险大会在江苏省南通市开幕，来自全国各地的医保部门、高校科研机构、医疗机构、护理机构、相关企业等600余人齐聚南通，探讨长护险国内外发展现状、服务与管理、信息化建设与应用、产业与发展等相关领域新问题和热点难点，以期推动我国长期护理险服务向专业化、规范化、标准化和品牌化发展。

国家医疗保障局党组成员、副局长李滔表示，我们要坚持多元筹资，合理分担，夯实单位、个人、政府、社会等多方筹资责任；量本筹资，缴费水平和收入水平挂钩；动态调整，增强制度的灵活性和可持续性。我们要坚持保障基本，稳定预期，合理确定保障范围和待遇标准，重点解决失能人员基本护理保障需求，对失能人员的基本需求予以支付。我们还要坚持多元主体、多方保障，稳步推进建立长期护理保险制度为主体，商业长期护理保险、相关社会救助制度政策等共同造就的多层次的长期护理保障体系。

### **“第六险”是应对老年失能风险的制度选择**

在当前老龄化、少子化叠加发展背景下，推进建设长护险制度体系，能够有效解决“一人失能，全家失衡”难题，满足庞大且刚性的

专业医疗护理服务需求。

据统计，2023 年全球 60 岁以上老年人口 11.5 亿，预计 2050 年将达到 21 亿。而中国是唯一一个老年人口超过 2 亿的国家，仅用 20 年即走过老龄化到中度老龄化的进程。

在第二届长护险大会上，国家医疗保障局待遇保障司司长樊卫东指出，我国目前老龄化形势严峻，截至 2023 年底，全国 60 周岁及以上老年人口 29697 万人。今后 10 年，我国每年新增 60 岁以上老年人口数超 1000 万，老龄化进入快速增长期。其中 60 周岁及以上老年人口数量 2022 年新增 1268 万，2023 年新增 1693 万。

“我国的人均预期寿命虽然达到了 78.6 岁，但是健康预期寿命不到 70 岁。也就是说，平均老年人带病生存将近十年，这其中不乏一些失能的老年人久病卧床。目前我国失能老人约 4000 万，到 2035 年将超过 6500 万。”樊卫东司长继续表示。

此前，国家统计局官网公布了《中国统计年鉴 2024》。数据显示，2023 年中国 65 岁及以上人口数已经达到 21676 万人，老年抚养比为 22.5%。换言之，每 4.4 名劳动年龄人口就要负担 1 名老年人。

为针对人口老龄化、减轻失能老年人的家庭负担，全球探索了长护险制度的机制——即国家通过社会保险“大众参与、小众受益”的风险分担机制来化解失能老人的经济风险。

不同的国家有不同的国情，不同的国情又会走出不一样的长护险

制度模式。在大会上，华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院副研究员张韦总结了全球长护险制度有津贴模式、社会保险模式、商业保险模式、混合模式、乐龄健保模式等，这为中国建设长护险制度提供了思路和经验。

借鉴于国际经验，中国也探索出符合中国国情发展的长护险制度。我国长护险制度最早于2012年在山东青岛探索，2016年和2020年在全国开启两轮试点，目前已先后在北京、天津、南通、成都、宁波、上饶等49个城市开展。49个试点城市在扩面、扩资、扩员、扩能等方面持续发力，为探索适合我国国情的长护险制度框架提供经验积累。

国家医疗保障局数据显示，目前全国49个试点城市约1.8亿人参加长护险，累计超过260万人享受了待遇，为群众减负超800亿元。

### **标准化、信息化让长护服务管理更高效**

随着长护险覆盖面的不断扩大，如何进一步优化服务体系和经办管理成为了社会各界关注的焦点。在这方面，各个试点城市均探索出了一套行之有效的管理模式，为全国其他地区提供了宝贵的经验。

例如，广州市构建了清晰的经办服务管理体系——即以医保经办机构为主，通过公开招标确定2家代理经办机构和4家评估机构，形成“1+2+4”的经办管理体系。

其中“1”就是医保中心，市医保中心负责制定长护险评估操作

规范，审核拨付评估费用，负责经办管理、参保登记基金拨付、信息系统建设回复等；各分中心负责辖区内长护险管理工作，组织开展核查评估，负责待遇审核、费用结算审核，协议和监督管理等。

南通市则是统一全市各环节的工作标准，如待遇支付、失能评估、照护服务、考核评价的标准。2023 年南通市制定居家护理服务项目地方标准 26 项，明确照护服务流程、技术要求、注意事项等，并引入 6 家商业保险公司参与长护险的经办管理，分片服务、定期轮换，实现经办服务全市“同质化”“标准化”。

“长护险评估认定标准，为参保人提供更加精细化、科学化的服务，才能实现缴费负担与待遇水平的动态平衡，推动长护险的可持续发展。”南通市医疗保障局局长张劲松表示。

值得一提的是，由于长护险具有供方主体多、服务人员职业门类多的特点，采用智能化技术手段来优化服务管理变得尤为关键。

一方面，智能化技术手段能够有效简化复杂的行政流程，提高服务效率和准确性。目前，全国已有多个试点城市已搭建经办业务数字化服务平台，如宁波“甬有长护”、苏州“长护 APP”、呼和浩特“青城长护”、青岛“青 e 办”等，功能涵盖待遇申请、查询评估进度与结果护理管理、待遇结算等功能，满足了经办管理、统计分析、参保人服务、稽核监管等需求。

另一方面，通过数据分析和智能监控，可以及时发现并解决潜在

的问题，确保制度运行的透明度和公平性，从而更好地服务于参保人员，提升整体服务质量。宁波、苏州、南宁、北京石景山等地不断探索线上+线下的监管手段，运用信息化大数据，推进智能化监管。其形成了日常考核、年度考核和结合，专项稽核、举报稽核同支撑，实地入户走访、网上数据筛查互补的多元监督体系。

中国社会保障学会副会长严娟认为，有了标准化、同质化的大数据以后，通过多维度的数据分析能够精准渗透，实现人力最简化、效率最大化。这不仅有助于提升长护险制度实施的整体水平，也为相关政策的制定和调整提供了科学依据。

### 以长护产业发展点亮银发经济

“一位家中长辈因长护险受惠的瘦弱女孩子泣不成声。”国家医疗保障局医药服务管理司原副司长李淑春说，“无论是精神还是外力上，长护险都给予了她很大的帮助，可谓是天降甘霖。”二十届三中全会将“加快建立长护险制度”部署为重要改革内容后，国家层面出台多个文件，在编码、定点机构管理、人员准入、信息系统建设等方面提供政策指导，逐步推进建设多层次的长期护理保障体系。

长护险制度全面建设的基础性保障是加强长护服务机构的定点管理，加强定点管理是发挥长护基金战略购买的重要支撑，也是提高长护支付管理水平的重要内容。定点管理要以人民健康为中心，准确把握动态平衡、公平公正、权责明晰的总体要求。一是宽进严出，在

机构成为定点后在内部管理等方面从严要求；二是体现数字化智能方向，明确机构具备信息化条件，实现信息管理与运输；三是为地方进一步探索留下空间，明确各地在政策基础上结合本地实际制定实施细则。

而在促进定点机构管理任务落地实施的同时，更要不断加强护理队伍建设。2023年，49个试点城市参加长护险人数共18330.87万人，享受待遇人数134.29万人，护理服务人员30.28万人，据有关专家学者测算可知，护理服务人员需求数量至少200万以上。

针对护理服务人员出现的庞大需求，各试点城市在从业人员资质、地方职业标准、从业人员培训等方面不断进行实践。在从业人员资质上，青岛、北京等地标准为具有相应职业资质并在本地长护险职业技能培训中合格；在地方职业标准上，晋城等地规定长期护理员分为五个级别，各级别技能要求和相关知识要求依次递进；在从业人员培养培训上，例如北京根据从业人员资质和工作经验，分为亲属培训和职业技能培训两类。

在国家层面上，不断加大对“长期照护师”培训评价等支持力度，推动从业队伍培训体系化评价规范化、职业体面化补贴制度化，增强行业吸引力和队伍稳定性，尤其对居家服务机构中取得“长期照护师”职业技能等级认定证书的从业人员，给予培训、入职、岗位等补助，促进行业薪酬水平提升。

除此之外，各地方在长护险产业发展上结合实践进行了有效探索。上海作为首批试点城市之一，建立了“1+x”政策体系，坚持低起步、市场化、制度定位，使得长护险与基本医疗保险产生协同效应；成都在长护实践中坚持政府主导，构建以政府经办为基础，社会力量为补充的经办体系，在入住类、居家上门类、辅具类医疗机构准入上建立了不同的标准。

推动长期护理保险高质量发展，需准确把握核心政策要点，健全完善配套支撑机制措施，在试点基础上不断完善发展，让失能人员的幸福底色更浓，银发经济的惠民亮色更显。

[返回目录](#)

### 推进优质医疗资源下沉，需在四方面下功夫

来源：健康报

促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，对于解决基层医疗资源相对匮乏问题，缩小城乡卫生健康服务差距，推进基本公共卫生服务均等化、基本医疗服务均质化，提升医疗卫生服务可及性和人民群众获得感，具有十分重要的意义。

近年来，针对优质医疗资源总量相对不足且布局不均，部分病种市域外就诊率较高，医保资金运行压力较大等问题，山西省运城市坚持新发展理念，构建新发展格局，高效率、多维度、全方位为卫生健康事业发展蓄势赋能，医疗卫生服务能力不断提升。

促进优质医疗资源扩容下沉，必须从均衡布局优质医疗资源网络、健全优质医疗资源下沉机制、兜牢医疗卫生服务网底、加强支持性政策保障力度四个方面下功夫，积极构建整合型医疗卫生服务体系。

一要高位统筹，上下贯通，合理配置优质医疗资源。着眼全方位扩容、均衡性布局优质医疗资源，加快建设省级区域医疗中心，建强市县两级龙头医院，积极打造县域医疗次中心，持续开展“优质服务基层行”活动，不断壮大优质医疗资源总量，形成“市优、县强、乡活、村稳”的分级诊疗格局。目前，运城市有三级医院 10 家、二级医院 40 家。市中心医院作为承接省级区域医疗中心建设单位，连续 3 年在全国三级公立医院绩效考核中稳居“A”级别，位居山西省地级市医院之首，并获批 4 个国家级、9 个省级重点建设专科。在该市 13 家县级医院中，9 家县级医院被纳入国家首批“千县工程”县医院综合能力提升工作县医院名单；2023 年，成功创建 8 个县域医疗次中心，2024 年又遴选 12 个中心乡镇卫生院开展创建工作。

二要政策激励，“推拉”结合，不断健全下沉帮扶机制。要让优质医疗资源持续性下沉，仅靠情怀是不够的，既要有“推下去”的硬性机制，更要有“拉下来”的利益驱动。

运城市中心医院牵头成立医共体、医联体、专科联盟、远程医疗等多种形式并存的城市医疗集团，辐射带动市区医疗卫生机构服务能

力整体提升，促进城市社区医疗卫生保健服务全覆盖。13个县(市、区)均成立以人民医院为龙头、整合乡镇卫生院和社区卫生服务中心、县域内唯一法人的医疗集团，强化优质医疗资源扩容下沉和共享帮扶。卫生健康部门将优质医疗资源下沉纳入绩效考核范畴，强化对医院和医务人员的考核，确保优质医疗资源下沉“落得下”。

三要能力再造，供需匹配，切实兜牢基层服务网底。随着城镇化进程的不断演进，农村大量人口尤其是年轻人向城区集聚，使得农村人口进一步减少而老年人占比进一步提升。促进乡村医疗卫生体系健康发展，突出一般头疼脑热救治、急危重症识别、疾病预防和全人群健康管理等工作，让农村居民就近获得更加公平可及、系统连续的医疗卫生服务。

近5年来，运城市推行“县管乡用”和“乡招村用”，共计为县、乡医疗机构招聘专业技术人员2091人，采取公开招聘、派驻帮扶、统筹调剂、岗位培训、学历提升“五个一批”方式，在全省率先提出并基本实现了“一村一名大学生村医”目标，大学生村医成为基层医疗卫生服务的中坚力量；扎实开展基层卫生人才能力提升培训项目，累计培训在岗村医15864人(次)。运城市通过新建、改扩建、回购等方式，实现行政村集体产权标准化村卫生室全覆盖，市财政投资2000万元连续两年共遴选200个村卫生室，按照星级达标工程、功能完善工程、基础设施建设工程等进行改造提升。该市做实家庭医生签约，

不断增强基层医疗卫生机构与居民的黏性，让下沉的优质医疗资源“沉得值”、基层医疗卫生机构“接得住”。

四要部门联动，破立并举，持续完善支持保障政策。推进优质医疗资源下沉，不能局限于医疗机构硬件设施以及医务人员短期到下级医疗机构坐诊、查房和规定性帮扶等，还需要相关部门的支持，打破现有影响下沉积极性的政策规定，使下沉措施有法可依、健康发展。

编制部门须建立落实编制动态管理机制，使下沉人员到受援医疗机构任职时，能够“名正言顺”、做到人编岗一致。财政部门要落实政府对公立医院的投入责任，减轻医院运行压力，助力医院推进优质医疗资源下沉。人力资源社会保障部门需探索建立引导优质医疗资源下沉的薪酬分配机制。医保部门需研究在县级医疗集团医保基金按人头打包付费的背景下，优化调整 DRG 费率，选择部分无并发症或合并症、医疗费用相对稳定、各级别医疗机构都能开展的病组，按照低级别医院费率计算病组支付标准，倒逼高级别医疗机构主动推进优质医疗资源下沉，想方设法将治疗难度较低的患者留在基层，合力提升县域内就诊率、基层就诊率。推进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，只有进行时，没有完成时。统筹发展全局，综合各方利益，既突出公益导向，又尊重市场法则，持之以恒、稳妥有序推进，才能以经济、可持续的投入产出高效、优质的医疗卫生服务。

[返回目录](#)

## • 国际视野 •

### CGP 特稿：科技创新应对健康挑战

来源：中国全科医学

随着全球化、人口老龄化趋势的加剧和全球气候变化，人类面临的健康挑战日益复杂。全球化带来了全球性健康问题的出现，传染病的传播速度和范围明显增加，影响更加深远；气候变化不仅直接影响着人类健康，还通过改变生态系统和病媒生物分布等方式间接增加传染病暴发风险；与此同时，人口老龄化使得慢性非传染性疾病负担持续攀升，共病等复杂健康问题日益凸显，给医疗卫生健康系统和社会服务保障系统均带来了巨大挑战。而科技创新为应对这些挑战提供了前所未有的机遇，从精准医学到人工智能(AI)，科技的进步正重塑健康管理范式。科技创新不仅是现代医学发展的引擎，更是应对未来健康问题的关键。未来应加强卫生健康体系建设、创新医防协同及医防融合机制、加强科技攻关与创新、AI 赋能基层能力提升，以更好地应对健康挑战，增进人类福祉。

随着全球化、人口老龄化趋势的加剧和全球气候变化，人类面临的健康挑战日益复杂多样。科技创新为应对这些挑战提供了前所未有的机遇，从精准医学到人工智能(AI)，科技的进步正重塑卫生健康管理范式。科技创新不仅是现代医学发展的引擎，更是应对未来健康问题的关键。本文旨在探讨当前面临的主要健康挑战与需求、存在的主

要"短板"与不足，并提出科技创新应对健康挑战的建议。

### 全球及我国面临的主要健康挑战与需求

第一，传染病始终是人类最为严峻的安全威胁。传染病防控关乎国家安全、社会稳定、人类进步、大国博弈，是国家核心利益和国家意志的体现。随着全球化趋势加剧和全球气候变化，新发传染病暴发的风险及其不确定性增加，全球化带来了传染病传播的加速，传播范围也不断增加，对社会经济的影响更加深远；气候变化不仅可以直接影响人类健康，还通过改变生态系统和病媒生物分布等方式间接增加了新发传染病的暴发风险。面对未知的"X 疾病"，提升大流行防范与应对能力尤为重要。从全球视角看，许多国家已先后部署了重要的科技战略计划来系统提升传染病应对能力，防范大流行风险。例如美国的"新发传染病威胁的预测"计划、"国家微生物组"计划以及欧盟的"地平线 2020"计划等。做好传染病防控是确保国家安全、推进健康中国建设、构建人类卫生健康共同体的战略需求。

第二，慢性非传染性疾病的疾病负担持续增加。慢性非传染性疾病是造成过早死亡的首要原因。近期研究发现，过去 30 年全球疾病负担已逐渐从传染病、孕产妇和新生儿疾病为主向慢性非传染性疾病为主转移；预计到 2050 年，导致伤残调整寿命年的前四大原因分别是缺血性心脏病、卒中、糖尿病和慢性阻塞性肺疾病。根据《2022 中国卫生健康统计年鉴》，我国居民慢性病患者率从 2008 年的 157.4%

上升至2018年的245.2%；2021年我国城市居民主要疾病死亡的首要原因为心脏病(死亡率 165.37/10 万)，其次为恶性肿瘤(死亡率 158.70/10 万)、脑血管病(140.02/10 万)、呼吸系统疾病(死亡率 54.49/10 万)；2021年我国农村居民主要疾病死亡的首要原因为心脏病(死亡率 188.58/10 万)，其次为脑血管病(死亡率 175.58/10 万)、恶性肿瘤(死亡率 167.06/10 万)、呼吸系统疾病(死亡率 65.23/10 万)。

第三，共病流行问题造成健康协同管理困难。除了单一类别疾病所致的健康威胁外，多种疾病或健康问题共存等共病(comorbidity)或共流行(syndemic)问题日益凸显。共病流行特指涉及在人群中同时存在两种及以上疾病或健康问题。共病流行理论表明，多种疾病同时存在且与社会和环境因素相互交织，叠加危害人群健康。

第四，人口老龄化是全球面临的一个重大挑战。联合国《世界人口展望 2022》报告数据显示，随着全球生育率持续下降和预期寿命的不断提高，人口结构金字塔倒挂，加剧了全球老龄化问题；估计全球65岁及以上人口的比例将从2022年的10%上升到2050年的16%。中国已进入“深度老龄化”社会，少子化和长寿趋势使得老龄化持续加深。老龄化社会的到来必然引起公众健康需求的变化。如何主动应对人口老龄化及其所致的公众健康需求的变化，也是卫生健康系统面临的另一个重要挑战。

## 当前存在的主要科技"短板"与不足

从宏观体系上看，当前存在的"短板"主要有科学、技术、政策、管理4个方面。本文重点阐述在应对传染病、慢性病两大类疾病中的科技"短板"与不足。

### 应对重大传染病疫情

一是关键共性机制基础研究不足。由于关键共性机制基础研究不足，导致新发突发传染性病原体出现后，常难以及时快速提供有效疫苗和特异性药物。

二是疫情监测预警系统仍不健全。疫情防控多源监测数据融合不足，难以及时预警。从全球看各国都在布局传染病疫情监测系统。但总体来看，目前监测系统相对单一，常是以比较小的哨点监测网络或者以医院为基础的被动监测系统，对于多渠道主动监测(例如泛病原体监测、环境污水监测、社区监测、媒体监测、人口流动、行为监测、实验室网络监测与有效联动等)的应用尚不足。

三是疫情传播趋势预警技术不足。多数传染病传播趋势预警技术依然采用传统的卫生统计学和流行病学方法，而运用大数据、AI、大模型等前沿技术建模预警技术开发依然不够，不能及时发现异常苗头，难以早期有效指导防控，快速遏制疫情传播与扩散。

四是病原体检测甄别技术不够。一旦新发传染病出现，需要现场快速识别未知病原体，研判疫情态势，以便采取针对性干预措施。然

而目前病原体检测甄别技术仍不能充分满足快速识别未知病原体的迫切需要。

五是治疗手段和设备技术仍然不足。新发传染病的特异性药物研发不足、可用的有效治疗手段有限。此外，重症风险早期识别和分级预警技术也不足。现有生物医药核心技术与设备相对分散，亟须形成完备的供应链、产业链。

### 应对慢性非传染性疾病

一是现代防控理念缺乏。过去更多是希望从生物医学技术上对慢性病进行干预。由于慢性病的病因复杂不清，仅用单纯生物学技术干预很难有针对性和明显成效。如果要真正有效防控慢性病，亟须借助多学科协作的手段，不仅在生物学技术层面，更应从全系统技术层面，即从身体、心理、社会、环境等与健康相关的因素进行全景式综合干预。

二是管理模式有待完善。不同国家创造了适合自身医疗卫生体系的健康管理模式，但是一种模式是否可以推广至其他国家与地区受到多种条件影响。对于不同国家、不同地区、不同人群，慢性病或共病管理的范式，从组织体系到机制设计、从策略制定到具体措施组合、从体系要素到资源配置等，都需要根据各地实际情况进一步优化完善。

三是管理规范有所欠缺。目前，慢性病患者数量不断增加，但管

理体系和规范未能及时跟进，导致很多患者得不到持续、系统的照护和管理。医疗资源分配不均，信息共享障碍严重，基层医疗卫生机构能力建设不足。因此，亟须建立和完善慢性病管理规范，加强基层医疗能力建设，推动全方位的健康服务，提高患者生活质量。

四是疾病过程管理不足。既往更多侧重供方导向的管理。如何把供方、需方、社区、公众等多主体广泛发动起来，与卫生健康专业机构管理进行有机融合，形成多主体健康共治模式，以便全周期、全过程高效管理慢性疾病，都是值得深入思考的问题。这种共治管理创新模式不仅适用于慢性病管理，也能有效解决复杂的共病管理问题，满足积极应对人口老龄化的国家战略需要。

### 科技创新应对健康挑战的建议

针对上述不足和挑战，建议从以下4个方面通过科技创新应对健康挑战。

建议一，加强卫生健康体系建设。体系建设应重视提高其韧性和防御能力。过去的卫生健康体系主要以疾病为中心，医防分立。当前，如何实现体系的有效强化、延伸与融合，尤为重要。在强化传统生物医学技术能力及传统疾病诊断和治疗能力的基础上，体系建设应更多地以健康为中心，注重“预防为先”。例如，以传染病应对为例，无论是医疗体系还是公共卫生体系，都需要具备快速识别传染病异常苗头的的能力，以实现新发突发传染病的早发现、早诊断、早处置，减少对

公众健康、社会经济、国家安全的威胁，这一点至关重要。

建议二，创新医防融合、医防协同机制。医防融合与医防协同是全球面临的重要议题，目前全球范围内的医防融合效果仍不理想。无论是传染病防控还是慢性病防控，医疗与预防都不可分割。医疗机构作为公共卫生体系的重要组成部分，必须贯彻这一理念。医疗机构应承担公共卫生职能，其在传染病和慢性病防控方面的表现应成为考核评价的重要依据。强化医防协同，推进服务产品的医防融合，是提升整体健康防护能力的关键举措。

建议三，加强重大科技集成攻关与创新。疾病防范、应对人口老龄化和气候变化都需要科技赋能。过去更多关注组织体系，包括传统的人力资源配置和设施设备配置。而实际上，信息化和各种科学技术产品能够极大地增强相关工作者的能力。因此，必须加大对科技集成攻关与创新的投入，推动前沿技术的应用，以提升在应对重大健康、人口老龄化、气候变化等挑战方面的系统性能力。

建议四，加强 AI 赋能基层能力建设。基层是卫生健康服务的“最后一公里”，有效应对健康挑战必须把基层放在最优先的位置。如能充分利用现代化信息技术，特别是 AI 技术，将会更加有效地赋能基层。例如，通过 AI 驱动诊断工具和决策支持系统，基层医生可以获得更准确的诊断和治疗建议，提升医疗服务质量；通过大数据分析和 AI 算法，基层可以实时监测传染病的传播趋势，早期识别潜在的

暴发风险;通过智能设备和健康监测管理系统,基层医生可以及时调整慢性病患者的治疗方案,协同管理共病风险;对于处于健康或亚健康状态的个体,可通过数智健康技术提升健康管理效率,提供精准智慧化健康管理服务,更好地应对全球各种健康挑战。

[返回目录](#)

## 我国大健康行业前景巨大,是未来 10 年的最大机遇之一

来源:药智网

据相关机构预测,到 2025 年,我国健康产业市场规模有望突破 10 万亿元大关,预估 2030 年市场规模将达到 16 万亿元,其中,互联网社群电商以其独特的社交属性和高效的供应链体系,正逐步成为推动健康产品普及的重要力量。

中国大健康行业前景巨大,即将成为我国主要经济支柱产业之一,是未来 10 年的最大机遇之一。在政策红利的不断释放下,大健康产业即将步入蓬勃发展期,并形成新的经济增长点。可以说,错过大健康产业就错过一个时代。

近日,飞瓜数据发布《2024 年社媒电商大健康行业趋势洞察白皮书》。白皮书通过深入分析 2024 年社交电商大健康行业的市场现状、用户行为、产品趋势以及营销格局,为行业参与者提供了一份全面的指南。

### 一、大健康行业现状

随着全球健康趋势的推动，消费者对健康产品的需求不断增长。年轻人越来越重视健康保健和养生，推动了大健康产品市场的快速发展。社交电商平台，为大健康品牌提供了新的营销和销售渠道，也为消费者提供了丰富的产品选择和良好的消费体验。

全球健康大环境趋势下，人们对自身健康及饮食调养的意识与重视度越来越高，健康产品正逐渐成为消费者日常生活中不可或缺的一部分。在不断增长的消费需求下，以及国家相关部门的不断推动下，大健康产品已经进入健康产业细分市场发展快车道，成为当下较为热门的行业。

从 2023 年开始，大健康产品就进入了高速增长期。尤其是年轻人健康保健与养生意识的提升，含营养补充成分的零食、养生茶饮、即食/即饮化等功能食品不断涌现。社交电商平台，作为拥有庞大用户基础和高度互动性的平台，为大健康品牌提供了一个展示产品、教育消费者和促进销售的新渠道。

## 二、大健康产业的市场规模和发展趋势

### 1. 大健康行业市场规模

从中国大健康市场规模预测来看，2018 年以来中国大健康行业飞速发展，2023 年市场规模达到了 7.09 万亿元，年复合增长率 72%。从国家统计局的居民医疗保健支出数据来看，2018 年以来的 6 年间，全国居民人均医疗保健消费支出由 1685 元增长至 2460 元，整体呈波

动式上涨趋势，用户对医疗保健商品与服务的消费意愿在不断增强。

## 2. 大健康行业发展历程

从大健康行业与发展历程看，我国医疗卫生体系改革加速提升，大卫生、大健康的观念开始普及，以往以治病为中心逐渐向以人民健康为中心转变。从大健康行业政策来看，国家相关部门不断出台大健康行业长期政策，积极引导健康生活方式及“治未病”的理念，带动国民对健康的诉求持续增长。

## 三、大健康行业用户趋势

从人群认知水平来看，过去6年，全国居民健康素养水平稳步提升超过10个百分点。从人群行为来看，居民养成关注健康知识、定期运动和体检的习惯，愿意在健康领域进行相关消费，购买健康相关的产品、服务。从人群年龄层来看，我国65岁以上人口占比超过15.4%进入老龄化阶段，老年人健康保健需求加剧，大健康市场前景广阔。

银发用户的关注焦点主要集中在身心健康与社交满足两方面。一是身心健康，他们关注如何通过合理的饮食、适量的运动以及正确的医疗保健来维护自身的健康状况，寻求抗衰老、预防常见老年病的养生方法，寻找科学愉悦的退休生活方式。

此外，在关口前移的趋势下，36-45岁用户群体也非常渴望获取健康信息。健康管理，已蔚然成风。二是社交满足。随着年龄增长，许多银发用户积极寻求与外界交流的机会，希望通过网络平台建立新

的社交关系。银发用户热衷通过网络分享自己的生活经验和兴趣爱好，与志趣相投的人建立联系。

## 四、行业分类与市场规模

### 大健康行业界定与分类

大健康是健康概念的延伸，它围绕着人类衣食住行、生老病死等一系列活动而展开，贯穿于疾病预防、诊治护理以及保健管理的全生命周期。5 亿疼痛患者，3 亿关节病人，2 亿腰颈椎病人群。我国轻医疗技术突破震撼全球生命科学院士联合哈佛归国教授十年研发 sPL 专利科技。包括疼痛精准靶向修复、关节损伤再生修复、腰颈椎病微创修复、安全有效双重保障、口碑裂变客源无忧

### 大健康行业销售分布

从大健康细分市场结构来看，医疗服务市场占据了最大的市场份额，达到 53.9%。药品市场紧随其后，占据了 19.6% 的市场份额。非药品产品市场、消费医疗服务市场和医疗基础设施市场的市场份额分别为 13.7%、9.8% 和 2.9%。从中国医药电商行业市场规模来看，2023 年医药电商市场规模 2936 亿元，同比增长 16.5%，医药电商市场在未来仍有广阔的发展空间和潜力。

总体来看，大健康行业在社交电商平台上发展迅速，未来有望继续保持增长态势。

[返回目录](#)

## • 地方精彩 •

### 四川省 2025 年 1 月 1 日全面实施，将如何影响你我的生活

来源：中科厚立

随着医疗保障制度的不断发展和完善，医保支付方式改革成为提高医保基金使用效率、规范医疗机构诊疗行为、保障患者权益的关键举措。此次四川省按照国家相关规范和要求，调整形成《四川省按疾病诊断相关分组(DRG)分组目录》和《四川省按病种分值(DIP)付费病种库》，旨在推进医保支付方式的标准化、科学化和精细化，实现医疗资源的合理配置，促进医疗服务质量的提升，同时也是落实省级统筹、推动医疗医保协同发展的重要举措。

#### 主要内容解析

##### 统一执行与切换时间

开展 DRG 付费的市(州)需统一执行四川 DRG 分组目录，开展 DIP 付费的市(州)统一执行四川 DIP 病种库。已开展实际付费的市(州)应于 2025 年 1 月 1 日切换执行，成都市直接使用新目录开展 2024 年付费工作，具备提前切换条件的市(州)可提前启用。这确保了全省医保支付方式的统一性和规范性，有利于集中管理和数据分析，也为医疗机构提供了明确的执行时间表，便于其调整工作流程和系统配置。

##### 动态调整机制

省医保局将依据国家最新方案对分组目录和病种库进行动态调整优化，各地也要结合本地实际情况调整基准点数(分值)和系数等。同时，要建立符合中医药特点的医保支付机制和完善双侧手术支付政策等。这使得支付方式能够与时俱进，适应医疗技术发展和本地医保基金运行状况，保障付费的精准合理，也体现了对中医药和特殊手术支付的关注，促进医疗服务的多元化和专业化发展。

### **系统配置与上线**

各地要加强全省支付管理子系统的功能应用，完成相关配置、测试等任务，确保 2025 年 1 月 1 日正式启用。这强调了信息化建设在医保支付方式改革中的重要性，通过完善系统功能，提高支付方式改革工作的规范性和统一性，实现高效的医保结算和管理。

### **完善配套措施**

#### **特例单议工作**

对于不适合按 DRG/DIP 标准支付的病例，如住院时间长、费用高、使用新药耗新技术等情况，实行特例单议。各地按季度组织专家评审，特例单议数量有比例限制，同时对国家(省)医学中心等可适当增加申请数量。此外，还探索除外机制，对定点医疗机构申请的新药耗新技术等进行研判，经专家评审通过后可按项目付费，“双通道”药品暂不纳入 DRG/DIP 付费。

### **完善协商谈判机制**

医保部门和定点医疗机构要建立协商谈判机制，共同制定总额、点数(分值)、系数等核心要素。医保部门要及时反馈质控、分组及结算情况，省医保局和各地设立专门邮箱收集意见建议。加强了医保部门与医疗机构之间的沟通与合作，提高了医疗机构在支付方式改革中的参与度，有利于制定更加合理、符合实际的支付政策，促进医保支付方式改革的顺利推进。本次调整将会对医保基金、患者、临床科室以及公立医院均产生多方面的影响对医保基金的影响提高使用效率通过 DRG 和 DIP 付费，医保基金能够更加精准地分配到不同的疾病治疗组和病种上，避免了过去按项目付费时可能出现的过度医疗和浪费现象。根据试点地区的数据显示，实施 DRG 和 DIP 付费后，医保基金的使用效率明显提高，在相同的基金规模下，能够为更多的参保患者提供医疗保障。

### **增强基金可控性**

付费方式的改革使得医保部门能够对医疗费用进行前瞻性的预测和控制。根据分组目录和病种库的付费标准，医保部门可以提前估算每个病例或病种的大致费用，从而制定合理的预算计划。这有助于增强医保基金的收支平衡能力，降低基金运行风险，确保医保制度的可持续发展。

### **对患者的影响费用负担减轻**

实施 DRG 统一支付后，患者医疗费用负担得到切实减轻。根据

四川省医疗保障局医药价格与招标采购处处长马健介绍，一些地区患者次均医疗费用、个人负担均有所降低。这主要是因为 DRG 支付方式促使医疗机构更加注重成本控制，减少了一些不必要的检查和治疗项目。患者因为少做了一些不必要的检查治疗，可以减轻个人负担，让患者在看病就医过程中更加省心、省力、省钱。

### 促进分级诊疗

DRG 统一支付有力地促进了分级诊疗。一些地区落实基层病种“同病同质同价”后，基层医疗机构收治患者的积极性提高，高等级医疗机构收治此类患者积极性下降。这使得患者能够更加便捷地在基层医疗机构获得优质的医疗服务。以宜宾市为例，该市遴选了 12 个基层常见病、多发病相关 DRG 病组为基层病组，进入相关病组的病例，全市不同等级的医院执行同样的支付标准，实现全市同病同效同价。这样一来，患者可以就近就医，节约了交通、住宿等社会成本。

### 不影响结算体验

DRG 统一支付不影响患者出院结算体验。患者出院继续按原医保支付比例报销，即时结算出院。医保部门按月度与医疗机构结算各病种(病组)费用中应由医保基金支付的部分。这种结算方式既保证了患者的权益，又提高了医保支付的效率。在广元市，全市 351 家定点医疗机构实现 DRG 付费全覆盖后，患者的出院结算更加便捷。同时，医保部门的月度结算也让医疗机构能够更加及时地获得医保资金，提

高了医疗机构的运营效率。

### 对临床科室的影响政策理解与挑战

DRG 付费方式的推行，对医生的政策理解能力提出了更高要求。然而，目前部分医生对 DRG 政策理解不透，这可能导致一系列问题。例如，DRG 付费下，医保部门对高倍率患者按照一定比例依然实行按照项目付费，还有单议病种等政策，但由于宣传和培训不到位，医生对这些政策理解不深入。这可能使得医生在面对危急重症患者时，担心费用超支而推诿患者。此外，DRG 由于分组少，导致组内医疗费用差异大，对于危急重症患者，灵活度处理原则不高，倍率设置区间太大，接诊危急重症患者医院亏损较大，这也增加了医生的顾虑。

### 工作热情变化

DRG 付费方式实施后，医生的工作热情可能会降低。医生需要花费时间和精力去计算 DRG 费用，担心费用超支而被扣工资。谁也不想辛苦工作一个月还要提心吊胆会不会被扣工资，这样无形中会把原本用来看病或者提高医术的时间和精力拿来计算费用。面对复杂的病情和不可预测的情况，医生在按病种付费的模式下可能感到束手束脚。对于中重症以及重大手术患者，很多情况不可预测，按病种付费可能不适用，这让医生在治疗过程中承受较大压力。

### 临床科室应对之策

面对 DRG 付费带来的挑战，科室应采取一系列应对之策。首先，

要加强内部培训，提高医务人员对 DRG 付费制度的认识和应对能力。通过培训，使医务人员了解 DRG 付费的原理、方法和影响，帮助他们树立成本意识、风险意识，提高医疗服务质量。其次，要积极与医保部门保持密切沟通，共同应对 DRG 付费制度带来的挑战，确保疑难杂症患者得到及时救治，提高医疗服务质量。在医保资源分配方面，不能简单粗暴采用统一权重和费率分配的方式，最好采用成本分配法，在病种成本核算不到位的前提下，选择使用历史费用法较好，不能完全按照当期的费用分配，否则容易导致医疗费用的增长失控。

### **对公立医院的影响发展模式转变**

在 DRG 统一支付模式下，医院的发展模式从规模化发展转向差异化、精细化发展。过去，医院可能更注重扩大规模，增加床位和设备，以吸引更多患者。然而，在 DRG 支付下，这种模式不再可持续。医院需要优化病种结构，根据自身的优势和特色，选择适合的病种进行重点发展。医院可能会加强对疑难重症疾病的诊治能力，提高病例组合指数(CMI)值，从而获得更高的医保支付。同时，医院还需要加强学科建设，提升专科专医专技能力。

### **临床管理优化**

DRG 统一支付促使医院以临床路径为核心，规范治疗流程，提高医疗质量，降低医疗费用和成本。临床路径作为一项质量效益型管理方式，能够明确每个病种的诊疗流程和标准，避免不必要的检查和治

疗，提高医疗资源的利用效率。根据统计数据，医院可以通过加强对临床路径的执行情况的监督和考核，确保医疗质量的稳定和提高。建立了临床路径管理办公室，对每个科室的临床路径执行情况进行定期检查 and 评估，并将结果纳入科室绩效考核，有效地提高了临床路径的执行率和医疗质量。

### **运营管理变革**

以病种管理为核心，医院的预算、成本和绩效管理模式发生了重大变革。在预算管理方面，医院需要构建适用于不同临床特色的，以病种为基础的全面预算模型，对病床的成本、项目成本、年度的医疗服务量等进行精细的测算，避免出现医院账面高而医保支付低的不良局面。在成本管理方面，医院要更加注重控制诊疗成本，通过参与国家药械集中带量采购、优化资源配置等方式，降低药品、耗材等成本。在绩效管理方面，医院要从基于医疗项目点值模式的绩效考核方案向以 DRG 支付为导向的优劳优得考核方向转变，将病例组合指数 (CMI) 等指标纳入绩效考核当中，导向医生收治疑难患者。

### **信息化建设需求**

DRG 统一支付对医院的信息化建设提出了更高的要求。医院需要完善信息系统，保障 DRG 管理和传统系统适配，提升医院核心竞争力。医院要建立完善的 DRG 结算端管理系统，能够生成覆盖 DRG 结算要求的结算清单，按照统一接口标准生成数据集，并通过网络连接

至医保经办机构的相关系统并成功提交结算清单数据集。医院要加强对 DRG 数据生成过程的信息化管理，支持诊疗数据产生、出院数据汇集和结算数据确立等各个阶段的信息处理工作。

在诊疗数据产生阶段，医院要支持临床医生规范、准确、完整记录数据，支持应用统一医学名词术语，支持开展病历书写的形式质控和运行病历质控等。此外，医院还可以利用数据分析技术，监控医疗过程中的效率和质量，为决策提供科学依据。通过建立数据分析平台，对 DRG 数据进行深入分析，发现了一些医疗成本高、效率低的病种和环节，并采取了针对性的改进措施，提高了医院的运营效率和效益。

公立医院发展趋势 DRG 支付、DIP 支付与三明医改存在紧密的关联医保基金管理创新：

三明医改于 2013 年率先把城镇职工医保、居民医保、新农合三类医保经办机构整合成市医疗保障基金管理中心，通过医保支付方式改革，构建多元复合型医保支付体系。这是三明医改的关键举措之一，为后续医疗、医药等方面的改革奠定了基础，也为 DRG、DIP 支付方式的探索提供了实践经验。

为支付方式改革提供实践基础：三明医改在早期就开始探索按病种付费等支付方式改革，积累了大量关于医保支付改革的实践经验和数据。这些经验和数据为后来 DRG 支付和 DIP 支付的推广提供了重要的参考和借鉴，使得这两种支付方式在其他地区的推行更加顺利。

全国医改的借鉴：三明医改取得显著成效后，其经验在全国范围内得到推广。DRG 支付和 DIP 支付作为有效的医保支付方式改革手段，成为各地学习三明医改经验的重要内容。

推动医疗服务模式转变：DRG 支付和 DIP 支付与三明医改的目标相契合，都是为了促进医疗资源的合理配置和医疗服务的规范化。通过这两种支付方式的推广，可以引导医疗机构加强内部管理，提高医疗服务效率，控制医疗成本，从而推动医疗服务模式从以治疗为中心向以健康为中心转变。

目标一致性：三明医改强调医疗、医保、医药 "三医联动"，DRG 支付和 DIP 支付在实施过程中也需要医疗、医保、医药各方面的协同配合。这两种支付方式的推行可以促进医疗机构提高医疗服务质量，促使医药企业降低药品和耗材价格，同时也有利于医保基金的合理使用，与三明医改的 "三医联动" 目标一致。

相互促进作用：DRG 支付和 DIP 支付的实施可以为三明医改的深入推进提供有力的支持。通过支付方式的改革，可以促使医疗机构加强成本控制，优化医疗服务流程，提高医疗服务质量，从而进一步推动医药卫生体制改革的深化。同时，三明医改的其他改革措施，如药品耗材集采、医疗服务价格调整等，也为 DRG 支付和 DIP 支付的顺利实施创造了有利条件。

[返回目录](#)

## 泰安肥城：多维度发力，筑牢医保基金监管“铜墙铁壁”

来源：肥城市医保局

肥城市医疗保障局将维护医保基金安全提升至首要政治使命的高度，通过多种协同共进的手段，以凌厉坚决之势严厉打击医疗保障领域违法违规行为，为保障百姓的“救命钱”筑牢坚不可摧的防护之盾，全力确保医保基金安全运行，守护人民群众的医疗保障权益。

### 一、创新宣传，提升服务，营造良好氛围

宣传工作是医保基金监管的前沿阵地，肥城市医保局在这方面下足了功夫，创新形式，拓展渠道，全方位加强基金监管宣传力度。通过面对面讲解医保知识，基层医保经办服务人员能力水平显著提高，一支“医保明白人”队伍逐渐在肥城形成。“医保政务直播间”更是开启了医保宣传的新路径，在抖音平台每周固定开播，解读医保政策。这些宣传举措，不仅让医保知识深入人心，更为基金监管工作赢得了广泛的社会支持。

### 二、完善制度，搭建平台，凝聚监管合力

制度建设是医保基金监管的关键支撑。肥城市建立了医保基金监管联席会议制度，由分管副市长担任召集人，定期召开专题会议，听取工作汇报，为医保基金监管工作提供高位引领。同时，多部门联合监管机制的建立更是一大亮点。纪委监委、医保、公安、卫健等部门协同作战，开展医保基金使用联合行动。在联合行动中，医保部门负责对

医保基金支付情况进行梳理和分析，确定重点检查的医疗机构和项目；公安部门运用侦查手段，对涉嫌诈骗医保基金等犯罪行为进行调查；卫健部门从专业医疗角度对医疗机构的诊疗行为是否合规进行评估；纪委则对监管过程中的公职人员履职情况进行监督，防止出现内部腐败和不作为现象。

### 三、网格管理，精细服务，提升监管效能

在定点医疗机构监管方面，肥城市制定并完善了《定点医疗机构网格化监管实施方案》。依据方便管理、地域相邻的原则，将 14 个镇街划分为 7 个网格区块，形成“带队领导 + 业务骨干”的包保监管机制。在网格监管中，网格小组每月至少对所负责的定点医疗机构进行一次现场检查，检查内容包括医保报销流程是否规范、药品进销存是否相符、医疗服务行为是否存在过度诊疗等情况。对于检查中发现的问题，现场提出整改意见，并跟踪整改情况，确保问题得到彻底解决。这种网格化管理模式，确保每一个监管环节都有人负责，每一个问题都能在网格内得到妥善处理，真正做到人在格中定、事在网中办，将问题解决在基层。

通过上述多维度的发力，肥城市医保基金监管形成了一个有机的整体。从宣传引导到制度建设，从联合行动到网格管理，各个环节相互配合、相互促进。这一系列举措不仅有效打击了医疗保障领域的违法违规行爲，更在全市范围内营造了良好的医保基金使用氛围，切实

保障了医保基金的安全稳定运行，为肥城市人民群众的医疗保障权益筑牢了一道坚实的“铜墙铁壁”，让医保真正成为造福人民的民生工程。在未来的工作中，肥城市医疗保障局将继续秉持以人民为中心的发展思想，持续完善医保基金监管体系，以适应不断变化的医保工作形势，为人民群众提供更加优质、可靠的医疗保障服务。

[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