



×



2021

中国卫生健康服务体系 创新案例集

以人为本·主动健康·整合服务
PEOPLE CENTERED INTEGRATED CARE

目录

第一章 卫生健康服务体系的发展历程

医改历程：围绕服务体系，在探索中前进

新医改前的尝试：1985年-2009年	03
新一轮医改探索：2009年-2019年	05
新医改全面深化：2019年之后	07

第二章 改革的成果及面临的问题

医改成果：理念、制度方面取得突破，卫生服务体系框架不断完善

基本确立了中国特色的基本医疗卫生制度框架	09
逐步明确了“以人为本的整合型卫生服务”发展理念	10
卫生资源的数量和质量显著提升，服务的公平性和可及性不断增强	11
卫生服务体系的结构持续优化，有序就医格局正逐步建立	12
卫生服务的效率和能力明显提高，重点疾病诊疗能力显著提高	13
卫生筹资体系得到加强和巩固，支持卫生服务体系发展	13

面临问题：卫生健康资源配置仍待优化，全生命周期管理需加强

卫生服务体系仍然存在供给不充分、分布不平衡的问题	14
高效合理的分级诊疗制度尚未完全建立	16
慢性非传染性疾病负担加重导致疾病防控面临巨大挑战	17
时有发生的重大传染性疾病爆发事件增加了疾病防控的复杂度	19
适应整合型卫生服务体系的多层次医疗保障制度建设框架尚需完善	19

第三章 卫生健康服务体系的模式创新

创新模式概述

模式创新案例集

区域协同发展	22
推进分级诊疗	26
疾病主动管理	31
完善公卫服务	41
提升信息化水平	45

第四章 卫生健康服务体系的政策趋势和建议

政策趋势：以分级诊疗制度为核心构建优质高效卫生健康服务体系

继续促进资源均衡布局,推动区域协同发展50

持续加强基层能力建设,夯实分级诊疗制度50

注重全生命周期管理,改善慢性病的医防效果51

加速公共卫生体系改革建设,完善公共卫生体系51

全面提升信息化水平,促进系统效率提升52

完善多层次医疗保障制度体系,更好地保障病有所医52

发展建议：围绕以人为本核心理念,建立健全整合型卫生健康服务体系

分层分类规划,构建高质量医疗服务体系53

以“健康”为中心,提供全生命周期的健康服务53

促进医防融合,增强疾病主动管理能力53

加强部门协同,深化体制机制改革54

全面推进数字化转型,提升卫生服务效率54

参考文献56

关于作者58

致谢60

第一章

卫生健康服务体系 的发展历程



第一章 卫生健康服务体系的发展历程

“老有所养、病有所医”是千百年来中国老百姓最朴素的愿望之一。

1949年,随着新中国的成立,中国人民的健康开始成为政府深切关注的问题,而居民的健康权益也在我国的宪法中得到了明确,《中华人民共和国宪法》规定“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下,有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。”^①

从建国之初卫生服务体系的建立,到改革开放后开展的医疗卫生体制改革,我国政府始终将解决人民群众的健康问题作为制度建设的核心原则,并在改革的探索 and 实践中逐步调整工作的重心,目前,我们正处于新一轮医药卫生体制改革的全面深化阶段,而卫生服务体系的建设理念也逐渐向“以人为本”、“一体化”转换。

但在新中国成立初期,我国经济一穷二白、百废待兴,群众健康水平落后、人均寿命极低,传染病和寄生虫病肆虐、全国性的疾病预防和卫生服务体系空白。如何有效解决人民群众的健康问题迫在眉睫,在1950年和1952年召开的第一届、第二届全国卫生工作会议上,政府先后提出了“面向工农兵”、“预防为主”、“团结中西医”以及“卫生工作与群众运动相结合”的新中国卫生工作“四大方针”,目的在于为老百姓最大限度地提供并不充裕的卫生资源,以改善人民群众的健康状况,这些方针也确定了此后三十年内我国医疗卫生事业的发展框架。

作为提供卫生服务的载体,由县卫生院、区卫生所、乡卫生委员和村卫生员所构成的基层卫生组织架构也在1950年的第一届全国卫生工作会议中被首次提出。之后进一步调整为“公社设卫生院(医院)、生产大队设卫生所(保健站)和生产队设卫生室”的农村三级卫生网络,并由半农半医的“赤脚医生”为农民提供初级卫生保健服务。

与此同时,为了解决占当时全国人口大多数的农民的卫生筹资问题,并适应农村以公社为基础的集体经济模式,上世纪50年代中期,在广大的农村地区逐步自发地兴起了合作医疗制度,这项制度在此后的二十多年为我国农村的医疗卫生事业作出了巨大的贡献,并与农村三级卫生网、赤脚医生一起被世界卫生组织誉为发展中国家普及初级卫生保健的典范。

同一时期在城市,通过在市、区两级设立医院,在街道设立卫生所,也初步形成了城市的三级医疗服务体系。而在筹资制度的建设方面,充分体现了国家将医疗卫生当作一项福利事业的治理理念,建立了公费医疗和劳保医疗两项制度,由政府 and 国营企业充当资金来源,承担公务员、学生、职工的全额医疗费用以及职工家属50%的医疗花费,逐步形成了以政府为主体向个人提供低廉甚至免费医疗卫生服务的发展模式。

1978年,党的十一届三中全会提出实行改革开放,要把工作重点转移到社会主义现代化建设上来,此前形成的卫生服务发展模式原本就只能解决较低水平的卫生服务需求,加之十年特殊时期,全国的卫生工作和卫生体系都遭受了严重的破坏,与我国社会经济发展的实际情况出现了严重的不匹配,对卫生服务体系进行改革的讨论随即提上了日程。

此后,伴随着我国社会主义市场经济体制的建立 and 不断发展,自20世纪80年代之后,我国的医疗卫生体制先后进行了两轮改革,当前正处于新一轮医药卫生体制改革的全面深化阶段。卫生服务体系作为卫生体制的重要组成部分,也在持续不断地改革 and 完善之中。

^①《中华人民共和国宪法》第四十五条, http://www.gov.cn/guoqing/2018-03/22/content_5276318.htm

医改历程：围绕服务体系，在探索中前进

从新中国成立到实行改革开放之前，政府以计划经济为基础，将医疗卫生作为计划经济体系的一部分，承担了绝大部分医疗卫生责任。国务院发展研究中心的研究表明，当时国家在卫生领域的投入仅占GDP的3%，但几乎满足了全民的基本医疗卫生服务需求。经过三十年的发展，形成了我国医疗卫生服务体系的基本框架，但受限于经济发展水平，当时的医疗服务体系呈现出“低水平、广覆盖”的特点，低水平的投入制约了医疗服务体系的扩张，计划经济下的管理模式也限制了医疗服务机构和人员的积极性，服务质量不高、管理效率低下、医药资源短缺等问题在当时广泛存在。

1978年的改革开放为医疗卫生体制改革提供了理论契机。1979年，全国卫生厅局长会议提出“卫生工作重点转移到医疗卫生现代化建设上，建设全国三分之一重点县”。同年发出《关于加强医院经济管理试点工作的通知》，接着又开展了对医院进行“定额补助、经济核算、考核奖惩”的试点。

1980年，国务院批准了卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》，奠定了之后我国医疗服务体系内多种所有制并存的基础，社会力量的参与也在一定程度上弥补了国家对医疗资源投入的不足。

之后的几年，医疗主体多元化改革开始萌动，卫生部发文试图通过在医院经济管理方面进行强化，来扭转卫生机构经营的不利局面，个别医院也开始在管理体制、人事制度等方面进行创新探索。

总体说来，在全面实行改革开放之前，我国基本建立了卫生健康服务供给体系，公费医疗、劳保医疗以及农村合作医疗构成的保障体系也基本满足了不同人群的保障需求，但这种投入水平下满足的也只能是一些基本的、层次较低的医疗卫生服务需求。在实行改革开放后的最初几年内，为了适应新时期社会经济的发展模式和发展水平，政府已经开始逐步采取一些微观层次上的举措，尤其是利用经济手段对医疗机构的运作模式进行调整，但主要是对管理手段和管理方式的调整，并未深入到体制变革的层面。

○ 新医改前的尝试：1985年-2009年

1985年，国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》^①，提出由于卫生事业发展缓慢，与我国的经济发展和人民需求都不相适应，因此要逐步增加中央和地方的卫生经费和筹资，同时“必须进行改革”，要“放宽政策，简政放权，多方集资”，由此正式开启了我国的医疗卫生体制改革，而这一年也成为我国的“医改元年”。

这一时期医改的基本思路是“放权让利，扩大医院自主权，放开搞活，提高医院的效率和效益”，基本做法是“只给政策不给钱”。在这次长达十几年的改革历程中，先后经历了改革起步、改革深入以及改革调整创新等不同的阶段，伴随其中的是政府对于医疗服务领域是否要进行市场化以及市场化到什么程度的争论和尝试。

第一轮医改正式启动后的几年中，国家在医疗卫生领域积极推行“多渠道办医”、“简政放权”等改革措施。1989年，国务院批转了卫生部、财政部等《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》的报告，提出了积极推行医疗机构各种形式的承包责任制，“允许有条件的单位和医疗卫生人员在保质保量完成承包任务，确保医疗卫生服务质量，坚持把社会效益放在首位的前提下，从事有偿业余服务。”之后，原卫生部又推出了《医疗机构分级管理办法（试行）》，改变了此前医疗机构按照行政区划隶属关系进行分类管理的方式，转而采用根据功能、技术水平、服务质量等进行等级评定的分级管理方式，目的是调整与健全我国的三级医疗预防体系，充分地利用有限的卫生资源。

^①《国务院批转〈卫生部关于卫生工作改革若干政策问题的报告〉的通知》（国发〔1985〕年62号），<http://www.gov.cn/gongbao/shuju/1985/gwyb198513.pdf>

相应的,在筹资机制方面,为了减轻政府的财政压力,避免医疗经费和资源的浪费,开始在部分城市进行社会医疗保险改革试点,对医疗费用的支付方式和费用报销标准进行调整,以控制医疗费用支出。

1991年,卫生部和国家中医药管理局公布了《中国卫生发展与改革纲要(1991~2000)》,确定新时期卫生工作的基本方针为“预防为主,依靠科技进步,动员全社会参与,中西医并重,为人民健康服务”。以此为节点,医改进入了一个新的阶段。

1992年9月,国务院下发《关于深化医疗卫生体制改革的几点意见》,进一步扩大了医疗机构的自主权,鼓励积极兴办医疗卫生延伸服务的工副业或其它产业,“以工助医”、“以副补主”,同时改革公费、劳保医疗制度,拓宽卫生筹资渠道。这一政策的出台对我国的卫生服务体系产生了强烈的刺激作用,导致医院开始积极创收以弥补收入的不足,进而忽视了医疗机构的公益属性,酿成之后广受诟病的“看病难、看病贵”问题。

1997年1月,中共中央、国务院发布《关于卫生改革与发展的决定》,明确医疗卫生机构要把社会效益放在首位,防止片面追求经济收益而忽视社会效益的倾向;提出“改革城市卫生服务体系,积极发展社区卫生服务,逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络。”同时也对配套的筹资机制提出改革要求,要建立农村医疗保障制度,深化城镇职工基本医疗保险制度改革。

《关于卫生改革与发展的决定》的另一个意义在于时隔六年之后,中央将新时期卫生工作的方针调整为“以农村为重点,预防为主,中西医并重,依靠科技教育,动员全社会参与,为人民健康服务,为社会主义现代化建设服务”,恢复了“以农村为重点”,直指改革10年来出现的农村医疗卫生状况下滑,农民医疗负担加重,重治疗、轻预防的倾向导致传染病再度流行等问题。

从体制改革的角度看,尽管中央文件明确了医疗卫生机构首先要关注社会效益,但对于医疗卫生的市场化趋势并未进行限制。虽然政府的卫生投入逐年增加,但是政府投入卫生总费用的比重却呈下降趋势,政府的投入不足以及政策的刺激鼓励,使得市场的参与度逐渐加强。2000年2月,国务院办公厅转发国务院体改办、卫生部等8部委《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》,后续又出台十余项配套政策,作为对《关于卫生改革与发展的决定》的贯彻实施,这一系列文件被解读为医改鼓励医疗服务的完全市场化,拉开了医院产权改革的序幕。在江苏宿迁,甚至出现了一百多家公立医院被拍卖,政府资本完全退出的现象。市场化一方面推动了卫生事业的快速发展,提高了服务提供能力,但另一方面由于日趋严重的趋利倾向,导致医药费用快速上涨,加剧了“看病难、看病贵”的问题,激化了医患矛盾,根据第三次国家卫生服务调查,2003年我国城乡患者两周未就诊比例为48.9%,较1993年上升12.5%;2003年应住院而未住院的比例为29.6%,尽管较1993年的35.9%略有下降,但其中中等城市的居民应住院而未住院的比例则出现了明显的上升;在接受调查的居民中,由于经济困难而自己要求出院的病人比例高达63.9%^①。同时由于政府财政投入不足,迫使我国的防疫体系被迫转向营利性的市场化经营模式,大量基层卫生院处于瘫痪状态造成基层公共卫生系统缺失,在面对2003年突发的SARS疫情时,其脆弱性暴露无遗。

这一系列的问题引发了全社会对我国医疗体制改革的全面反思,2005年,国务院发展研究中心发布《对中国的医疗卫生体制改革的评价和建议》,指出医改“在某些方面也取得了进展,但暴露的问题更为严重。从总体上讲是不成功的^②”。这一结论主要建立在市场主导和政府主导争论基础之上,之后“医改应向何处去”的争论不绝于耳;同时也在一定程度上预示了我国的第一次医改要告一段落。

①国家卫生健康委员会,《2003年第三次国家卫生服务调查分析报告》, <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/201009/49162.shtml>

②国务院发展研究中心课题组,对中国的医疗卫生体制改革的评价和建议(概要和重点), <http://news.sina.com.cn/c/2005-07-29/12246561593s.shtml>

2006年9月,由11个部委组成的医疗体制改革协调小组经国务院批准正式成立,随后委托9家机构对医改的方案进行独立平行研究。2007年党的十七大工作报告中确立了“人人享有基本医疗卫生服务”的目标,并明确“坚持公共医疗卫生的公益性质”、“强化政府责任和投入”、“鼓励社会参与”,完整提出包括公共卫生服务体系,医疗服务体系,医疗保障体系和药品供应保障体系在内的中国特色卫生医疗体制的制度框架。

回顾这一时期的卫生政策,在卫生服务体系的建設方面,提出了新的医疗机构分类管理制度,将医疗机构分为非营利性和营利性两类进行管理;与此同时,逐步出现了建立分级医疗和转诊体系意识,要求建立健全社区卫生服务组织、综合医院和专科医院合理分工的医疗服务体系,通过三级医疗预防保健网为群众提供各种医疗健康服务。卫生部在1994年出台的《医疗机构设置规划指导原则》中,进一步明确了按照三级医疗预防保健网和分级医疗的概念,设置层次清楚、结构合理、功能到位的一、二、三级医院,2002年国务院发布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,对县、乡、村级卫生机构的职能进行了初步说明,随后卫生部发布了《关于农村卫生机构改革与管理的意见》鼓励各级机构之间开展技术协作和支持。2006年卫生部《农村卫生服务体系建設与发展规划》明确了农村医疗服务体系的框架。但这些政策在很大程度上受到医疗机构追求经济效益的影响,使得政策的效果打了折扣。

○ 新一轮医改探索:2009年-2019年

2009年3月,国务院常务会议通过《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009-2011年深化医药卫生体制改革实施方案》,正式开启了我国新一轮的医药卫生体制改革(简称“新医改”)。《关于深化医药卫生体制改革的意见》明确了医疗卫生事业的公益性,提出了公平与效率的统一,在强调政府主导地位的同时,也强调发挥市场机制的作用;并且沿用党的十七大报告中提出的中国特色卫生医疗体制的制度框架,确定了我国医改的任务是“完善医药卫生四大体系(公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系),建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度”,形成四位一体的基本医疗卫生制度。在以往的实践经验基础上,2009年实施的新医改目标和方向都比较明确,改革的措施逻辑也比较合理,此后新医改的重要举措,都是对这一顶层设计的落实与具体化。

2012年,党的十八大报告中再次明确了卫生健康事业发展的方向与原则。之后,新医改将建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系和医疗服务体系作为中国特色基本医疗卫生制度的重要内容,针对医疗卫生服务体系改革工作重点放在了破解医疗资源结构性矛盾方面,通过扩大优质资源覆盖面,推动优质资源下沉,提高服务效率,优化服务模式,积极探索符合中国国情的分级诊疗制度。

为了推进整体性和系统性的医疗改革,2015年我国开始在试点省份进行综合医改,决定以省为单位,探索全面、系统的改革可行性和有效性措施,促使综合医改试点向纵深推进。同年3月,国务院办公厅印发《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》,目的在于促进我国医疗卫生资源进一步优化配置,提高服务可及性、能力和资源利用效率,指导各地科学、合理地制订实施区域卫生规划和医疗机构设置规划。其中对于规划目标的表述为“构建与国民经济和社会发展水平相适应、与居民健康需求相匹配、体系完整、分工明确、功能互补、密切协作的整合型医疗卫生服务体系”,而我国的“整合型医疗卫生服务体系”主要包括了医院、基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构等。



图1 我国的卫生服务体系构成

2016年,中国政府邀请世界卫生组织对中国医药卫生体制改革进行中期评估,同年8月,世界卫生组织、世界银行和中国政府(国家卫生计生委、财政部和人力资源社会保障部)“三方五家”联合发布《深化中国医药卫生体制改革:建设基于价值的优质服务提供体系》报告,对中国医改下一阶段的发展提出了8项建议,重点是构建“以人为本的整合医疗服务体系”^①。此后每年的深化医药卫生体制改革重点工作中都将分级诊疗制度建设、公立医院改革列为重点,着力开展整合型医疗服务体系的基础设施建设:

●2018年,《深化医药卫生体制改革2018年下半年重点工作的通知》确定的医改重点工作包括:有序推进分级诊疗制度建设、建立健全现代医院管理制度、加快完善全民医保制度、推进药品供应保障制度建设、建立优质高效的医疗卫生服务体系,以及统筹推进其他领域改革。

●2019年,《关于印发深化医药卫生体制改革2019年重点工作任务的通知》提出了更细致的规划目标,包括建立公立医院考核信息系统和提高县级公立医院综合能力、通过明确不同级医疗机构的功能定位促进分级诊疗和引导医联体有序发展,要求在城市至少建立100个紧密型医联体,在农村要建立500个以县医院为龙头的紧密型医疗共同体。

2019年的工作任务中将支持和鼓励医疗机构开展公共卫生服务、推进疾病预防控制体系改革列为最优先的工作任务;在推进县域综合医改中,强调“公共卫生”也要被列入区域医疗卫生体系建设的格局中。这也意味着致力于促进预防、治疗和康复服务的结合与协同发展的“整合型服务体系”正式提上了我国卫生服务体系改革的议事日程。

在这一时期,我国的医改政策主要覆盖社会医疗保障体系、基本药物制度、基层医疗卫生服务体系、基本公共卫生服务均等化和公立医院改革五个重点领域^②,核心是解决“看病难、看病贵”的问题。从整个卫生服务体系的角度观察,分级诊疗制度的建立是重中之重。建立分级诊疗制度,是深化医药卫生体制改革、建立中国特色基本医疗卫生制度的重要内容,而包括建立全科医师制度、鼓励建立医联体和医共体、加强基层医疗卫生机构投入等在内的多种制度改革都是在服务于分级诊疗体系的建设。

①世界银行,《深化中国医药卫生体制改革:建设基于价值的优质服务提供体系》

②孟庆跃,北京大学中国卫生发展研究中心,《从中国医药卫生体制改革中可以学到什么?》

○ 新医改全面深化:2019年之后

2017年,党的十九大报告中首次提出“我国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾”。医疗卫生方面要完善国民健康政策,为人民群众提供全方位全周期健康服务。2019年7月15日,国务院印发《国务院关于实施健康中国行动的意见》,制定印发《健康中国行动(2019—2030年)》。同时,国务院办公厅印发《健康中国行动组织实施和考核方案》,提出建立健全组织架构,依托全国爱国卫生运动委员会,成立健康中国行动推进委员会。由此开始,我国的新医改工作进入了全面深化的新阶段。

2019年12月28日,第十三届全国人民代表大会常务委员会第十五次会议通过了《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》(以下简称《健康促进法》),自2020年6月1日起正式实施。作为我国卫生与健康领域的第一部基础法律,《健康促进法》将我国的医疗卫生服务体系建设的原则、构成及不同机构承担的职责等在法律层面进行了明确和固化,对于构建中国特色基本医疗卫生制度和服务体系,全方位全周期保障人民健康具有重要意义。

2021年3月11日,十三届全国人大四次会议表决通过了关于《国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》的决议。作为未来中长期我国社会发展的指导纲领,《规划纲要》中对医药卫生体制改革的要求是“坚持基本医疗卫生事业公益属性,以提高医疗质量和效率为导向,以公立医疗机构为主体、非公立医疗机构为补充,扩大医疗服务资源供给。”通过国家医学中心和区域医疗中心的建设,加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局;通过加强基层医疗卫生队伍建设,完善城乡医疗服务网络;通过积极开展医疗联合体的方式,加快建设分级诊疗体系;医疗机构在承担医疗卫生服务职能的同时,还要落实相应的公共卫生责任,加强预防、治疗、护理、康复的有机衔接,创新医防协同机制。

2021年7月,国家发展改革委、国家卫生健康委、国家中医药管理局以及国家疾病预防控制局联合发布《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》,提出到2025年,“基本建成体系完整、布局合理、分工明确、功能互补、密切协作、运行高效、富有韧性的优质高效整合型医疗卫生服务体系,重大疫情防控救治和突发公共卫生事件应对水平显著提升,国家医学中心、区域医疗中心等重大基地建设取得明显进展,全方位全周期健康服务与保障能力显著增强,中医药服务体系更加健全,努力让广大人民群众就近享有公平可及、系统连续的高质量医疗卫生服务。”

健康中国国家战略要求把健康放在优先发展的战略地位,将健康融入所有政策,为此,需要消除各部门各自为政、各项政策互不联动的机制障碍,卫生服务体系将以提供全方位、全生命周期服务作为主要目标,从提供片段式的治疗转变为提供整合性的医疗卫生服务,从被动的疾病治疗发展到主动的健康管理,从注重数量转变为注重质量和价值,从发展“医疗联合体”转变为发展“健康联合体”^①。

这一时期,作为支持卫生服务体系发展的筹资保障机制也进入了全新的改革阶段,2020年3月,中共中央、国务院发布《关于深化医疗保障体制改革的意见》,明确了我国多层次医疗保障体系的顶层设计,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,以实现更好保障病有所医的目标。”多层次医疗保障体系的建立和完善,将为整合型卫生服务体系所提供的全方位、全周期的健康服务提供更好地保障,真正实现“健康中国”。

^①胡善联,《新医改十年的回顾与展望——战略、政府、市场、激励》

第二章

改革的成果及面临的问题

第二章 改革的成果及面临的问题

医改成果：理念、制度方面取得突破，卫生服务体系框架不断完善▶▶▶

回顾新医改走过的历程，其最具历史意义的成就是明确了健康中国的战略。随着健康中国上升为国家战略，中国的医药卫生体制改革发展也进入新阶段，医改的最终目标也将定位于提高人民健康水平，实现国民健康长寿，基本实现健康公平。

经过十多年的探索与实践，新医改取得的最直观的成就则是人民健康水平的显著提高以及主要健康指标和人类发展指数的全面提升。

2019年，我国居民人均期望寿命达77.3岁^①，相较于新医改刚开始时增加了近3岁（2012年发布的《中国人口普查资料》中显示2010年人均期望寿命为74.8岁），如果放在更长的时间轴上看，这一数据是解放前（35岁）的2.2倍。

从医改前的2008年到2019年，这十一年间，我国的主要健康指标达到或接近中高收入国家水平：婴儿死亡率由14.9‰降为5.6‰，下降幅度达到62.4%；新生儿死亡率由10.2‰下降到3.5‰，降幅达65.7%；5岁以下儿童死亡率由18.5‰降为7.8‰，降低了57.8%；孕产妇死亡率由34.2/10万降为17.8/10万，降低了48.0%。同时，城乡居民主要健康指标的差异不断缩小，2008-2019年，农村与城市婴儿死亡率的比值从2.83降为1.94，5岁以下儿童死亡率的比值从2.87降为2.29，孕产妇死亡率的比值由1.24下降到1.13^②。

卫生服务体系作为提供医疗卫生服务的载体，也在十余年的持续完善中取得了阶段性的进展。以提升服务能力为导向、完善运行机制为核心，基层医疗卫生服务体系进一步夯实；公立医院综合改革步伐明显加快，探索建立现代医院管理制度；多种形式的医联体建设全面推进，家庭医生签约服务深入开展，分级诊疗就医格局开始形成；覆盖全民的公共卫生服务网络不断加强，预防为主的工作方针逐步得到落实；健康服务业受到空前重视，社会办医活力正在被有效激发。

○ 基本确立了中国特色的基本医疗卫生制度框架

经过持续的深化改革，医改在基本理念、基本原则、基本路径等方面实现重大突破。在我国“十三五”开局的2016年，中共中央、国务院召开了新世纪以来的第一次全国卫生与健康大会，习近平总书记在会上指出：“要着力推进基本医疗卫生制度建设，努力在分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民医保制度、药品供应保障制度、综合监管制度5项基本医疗卫生制度建设上取得突破。”

之后的“十三五”深化医改规划中明确了建立分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管5项制度的目标任务，着力解决群众看病难、看病贵问题，由此基本确立了我国的基本医疗卫生制度框架。

回顾整个“十三五”期间，我国启动了国家医学中心和区域医疗中心的建设工作，推动高水平医疗资源的优化配置。通过在全国开展城市医联体和县域医共体建设，初步建立了各级医疗机构之间的分工协作机制，完善了医联体内常见病种的双向转诊流程；通过实行家庭医生签约、推广远程医疗服务、开展城乡医院对口支援等措施，增强了基层医疗机构的综合服务能力；通过薪酬分配、绩效考核、医保支付方式等各项关联制度的建

^①国家卫生健康委员会，《2019年我国卫生健康事业发展统计公报》，<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml>

^②国家统计局，年度数据。<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>

立，逐步明确了各级医疗卫生机构在分级诊疗体系中的定位。在全国范围内全面推行公立医院综合改革，取消药品和耗材加成，打破了过往医院“以药补医”的机制，促进医院向更加合理的运行模式转变。进一步健全了全民医保制度，基本医保参保率稳定在95%以上，异地就医直接结算的覆盖面持续扩大，有效提升了群众的参保体验。在药品供应方面，通过强化“三医联动”，协同推进药品集中带量采购，在保证用药可及的同时，有效降低了患者的费用负担。监管方面卫生健康立法工作取得重大突破，建立了综合督查制度，实现全国督查全覆盖。



图2 中国特色的基本医疗卫生制度构成

○ 逐步明确了“以人为本的整合型卫生服务”发展理念

在全面推进医药卫生体制改革的过程中，我国政府始终贯彻“以人为本”的理念，将人民群众的健康放在各项改革工作的核心。在此基础上，经过十多年的探索，逐步明确了以“人为本的整合型卫生服务 (People-Centered Integrated Care, PCIC)” 发展理念。

2021年，国家发改委、国家卫健委等部委联合发布了《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》，提出到2025年，基本建成“体系完整、布局合理、分工明确、功能互补、密切协作、运行高效、富有韧性的优质高效整合型医疗卫生服务体系”。这一方案不仅明确了整合型医疗卫生服务体系是未来发展的方向，更是对整合型医疗卫生服务体系提出了“优质高效”的具体要求。根据国家卫生健康委体制改革司许树强司长的解释，“整合型”服务主要是指根据群众健康的需要，将健康促进、疾病预防、诊断治疗、护理康复、临终关怀等各种医疗卫生服务及其管理整合在一起，协调各级各类医疗卫生机构为人民群众提供终身连贯的服务。“优质”主要指服务的技术水平和人性化程度都很高，群众既看得上病、看得好病，同时也能更方便地看病、更舒心地看病；“高效”主要是指宏观层面体系的资源配置效率更高和微观层面机构的管理运行效率更高^①。

整合型医疗卫生服务体系建设实施方案的颁布和施行，表明了整合型卫生服务体系这一理念已经在国家制度层面得到了明确，同时也意味着在我国在相关制度体系的建设中已经有了相对确定的实施路径，包括以体系整合为路径，以体制机制改革为保障，以信息化为支撑等，将健康促进、预防、治疗、康复护理、临终关怀等生命全链条的服务整合起来，提供全方位、全生命周期的健康服务和医疗卫生保障能力。

①国务院政策例行吹风会，建立中国特色优质高效的整合型医疗卫生服务体系，http://www.gov.cn/xinwen/2021-07/08/content_5623638.htm

○ 卫生资源的数量和质量显著提升,服务的公平性和可及性不断增强

截至2020年底,我国的医疗卫生机构数已达102.29万个^①,与新医改之前相比提高了14.7%;医院、基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构的数量均较医改前有显著增长,其中医院的增长幅度达到了79.6%。

卫生机构拥有的床位数在2020年底达到910.1万张,较2008年增长了125.3%,其中医院和专业公共卫生机构的床位数均实现了翻倍甚至更高的增长,基层医疗卫生机构的床位数增长也达到了70%。每千人口医疗卫生机构床位数从2008年的3.05张增加到了6.46张;2008年全国的卫生技术人员共517.4万人^②,2019年卫生技术人员首次突破千万,2020年继续增长达到1067.8万人。

2020年每千人口卫生技术人员数为7.57人,较2008年增加了97.7%,其中每千人口执业(助理)医师数2.90人,每千人口注册护士数3.34人,分别增加74.7%和1.65倍。卫生技术人员大学本科及以上学历人员所占比例为42.0%,人力资源的质量水平较新医改之前有显著提高。

表1 卫生资源指标对比(2020 vs 2008)

指标	2020年	2008年	增长率
医疗卫生机构数(个)	1022922	891480	14.7%
医院数(个)	35394	19712	79.6%
基层医疗卫生机构数(个)	970036	858015	13.1%
专业公共卫生机构数(个)	14492	11485	26.2%
卫生机构床位数(万张)	910.1	403.9	125.3%
医院床位数(万张)	713.1	288.3	147.3%
基层医疗卫生机构床位数(万张)	164.9	97.1	69.8%
专业公共卫生机构床位数(万张)	29.6	14.7	101.4%
每千人口医疗卫生机构床位数(张)	6.46	3.05	111.8%
卫生技术人员数(万人)	1067.8	517.4	106.4%
每千人口卫生技术人员数(人)	7.57	3.83	97.7%
每千人口执业(助理)医师数(人)	2.90	1.66	74.7%
每千人口注册护士数(人)	3.34	1.26	165.1%

从2008年到2018年,我国卫生人力资源的区域间分布差异也在不断缩小,东、西部地区之间每千人口卫生技术人员数的差异从1.33人缩小为0.3人,每千人口执业(助理)医师数差异从0.48人缩小为0.4人,每千人口注册护士数差异从0.54人缩小为0.1人^③。

①国家卫生健康委员会,2020年我国卫生健康事业发展统计公报,<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10743/202107/a4f8a9c98453c4d9593e07895ae0493c8.shtml>

②国家卫生健康委员会,2008年我国卫生事业发展统计公报,<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/200904/40250.shtml>

③国家卫生健康委员会,2019中国卫生健康统计年鉴

卫生资源密度的提高使得我国医疗卫生服务的可及性得到了极大的改善,根据第六次全国卫生服务调查显示,2018年我国有89.9%的家庭15分钟以内能够到达最近医疗点,特别是西部农村地区,15分钟内到达最近医疗点的家庭比例从2013年的69.1%提高到2018年的82.6%^①。

○ 卫生服务体系的结构持续优化,有序就医格局正逐步建立

在卫生服务资源实现数量高速增长和质量显著提升的同时,我国的卫生服务体系结构也在逐步地优化,整体质量水平得到了显著地提升。2020年我国三级医院、二级医院和一级医院的比重分别为8.5%、29.4%和34.6%^②,相较于2008年(6.1%、32.1%和25.2%^③),三级医院和一级医院的占比分别增加了2.4和9.4个百分点,二级医院的占比略有下降,但整体形成了较为合理的金字塔结构,有助于分级诊疗制度的建立和实施。与此同时,基层医疗机构数量的大幅增加也体现了我国医疗服务体系强基层的政策效果。三级医院,尤其是三级甲等医院占比的提升,对于提供更高水平的医疗服务也有着重要的作用。

表2 医院数量对比(2020 vs 2008)

医院等级	2020年	2008年	增长率
三级医院(个)	2996	1233	143.0%
三级甲等医院(个)	1580	765	106.5%
二级医院(个)	10404	6523	59.5%
一级医院(个)	12252	5110	139.8%
未定级医院(个)	9742	7425	31.2%

新医改初期,政府投入9650亿元用于支持基层医疗卫生机构建设。经过十多年的改革和优化,我国基层卫生服务的能力得到显著提升,基层服务体系的网底作用逐步增强,基本实现了村村有卫生室、乡乡有卫生院、每个街道都有1所社区卫生服务中心;通过医联体的建设,更多的优质医疗资源正逐渐下沉,推动构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗格局。重点人群的家庭医生签约率持续增加,从2015年的28.33%增加到2020年的75.46%,全国县域内就诊率达到94%^④,比2015年同期增长10个百分点,基层首诊得到了有效推进。患者下转的人次逐年增加,年均增长率达到38.4%。急慢分治初见成效,日间手术试点病种已经达到120种,“五大中心”建设累计超过1.4万个,双向转诊更加有序。截至2020年12月,全国共组建城市医疗集团1666个,县域医疗共同体4028个,跨区域专科联盟5900个,面向边远贫困地区的远程医疗协作网4075个。全国范围内与二、三级医院建立稳定帮扶、协作关系的社区卫生服务中心、乡镇卫生院占比达87.5%,较2015年增长39.5%。

①国家卫生健康委员会,我国城乡居民医疗卫生服务可及性提高——《全国第六次卫生服务统计调查报告》发布, <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s2908/202101/0838723e3f3a4adb835d970abd551665.shtml>

②国家卫生健康委员会,2020年我国卫生健康事业发展统计公报, <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10743/202107/a8a9c98453c4d9593e07895ae0493c8.shtml>

③国家卫生健康委员会,2008年我国卫生事业发展统计公报, <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/200904/40250.shtml>

④卫生健康委就分级诊疗制度与体系建设等答问, http://www.gov.cn/xinwen/2021-07/23/content_5626971.htm

○ 卫生服务的效率和能力明显提高,重点疾病诊疗能力显著提高

国际知名期刊《柳叶刀》曾对全球195个国家和地区的医疗质量和可及性进行评估,自1990年至2015年25年间,我国全球排名从110位提高到第60位,进步幅度位居全球第3位,是医疗质量进步幅度最大的国家之一。2016年这一排名进一步提升至第48位^①。

2020年我国医疗卫生机构总诊疗人次77.4亿人次,2008-2020年均增长3.88%;入院人数23013万人,年均增长5.96%。但2020年全国医院平均住院日为8.5天,与2008年相比下降1.2天,降幅达11.2%。在平均住院日缩短的同时,医院医师日均诊疗5.9人次,其中公立医院医师日均诊疗6.3人次,并日均担负住院2.2床日^②,医院工作效率在不断提升。2019年全国医院病床使用率83.6%^③(2020年受疫情影响下降为72.5%),但较2008年增加了2.1%^④,医院运行效率在不断优化。

截至2020年底,二级及以上公立医院中,51.2%开展了预约诊疗,91.6%开展临床路径管理,63.2%开展远程医疗服务,86.7%参与同级检查结果互认,93.7%开展优质护理服务。

通过完善激励机制,改变按项目付费的支付制度,完善公立医疗机构价格政策,取消药品加成,鼓励建设建立医联体和医共体,建立分级诊疗制度,鼓励开发和使用临床路径和指南等措施,改变了医疗机构依赖药品加成的筹资机制。根据国家卫健委《中国医疗质量和技术能力发展报告概述》数据,截至2019年,我国累计制定印发了涉及30多个专业、覆盖1212个病种的临床路径,成立了35个国家级质量控制中心,基本涵盖主要临床专业,各省(区、市)成立省级质控中心1400余个,逐步完善了我国医疗质量管理与控制组织体系。对急性心肌梗死、消化道出血等20个重点病种和颅脑手术等20个重点手术连续监测显示,大部分病种和手术的诊疗质量稳中向好。针对重点疾病的诊疗,先后成立了国家心血管病中心、国家癌症中心及相关专业国家质控中心,相关疾病诊疗已经取得明显成效,恶性肿瘤患者的五年生存率已由2000年的30.9%提升到2017年的40.5%。

○ 卫生筹资体系得到加强和巩固,支持卫生服务体系发展

在卫生服务体系不断完善的过程中,医疗保障制度作为支撑整个卫生服务体系的筹资机制,也在不断地改革和优化。

我国在短短的二十年内建起了全世界规模最大的基本医疗保障网络,多年来覆盖率一直维持在95%以上的水平。在国家“保基本、广覆盖”的指导原则下,几乎实现了全民医保;通过将原来的新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险进行整合,改变了此前城乡割裂的二元格局,中国的老百姓不管是什么身份,在基本的医疗卫生服务方面都能享有医疗保障。全国范围内,在基本医疗保险制度之上扩展建立了城乡居民大病医疗保险,覆盖10亿多居民。

筹资水平的不断提高,确保了全民享有更好的医疗保障。城乡居民基本医疗保险人均筹资额从2008年的100元提高到2020年的833元,国家医疗保障局会同财政部、国家税务总局印发的《关于做好2021年城乡居民

①国家卫生健康委员会,中国医疗质量和技术能力发展报告概述, <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s7847/201910/c3984f96380b4eb6bdb5b8b4a399475.shtml>

②国家卫生健康委员会,2020年我国卫生健康事业发展统计公报, <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10743/202107/af8a9c98453c4d9593e07895ae0493c8.shtml>

③国家卫生健康委员会,2019年我国卫生健康事业发展统计公报, <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml>

④国家卫生健康委员会,2008年我国卫生事业发展统计公报, <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/200904/40250.shtml>

基本医疗保障工作的通知》(医保发〔2021〕32号)中,要求2021年居民医保人均财政补助标准新增30元,达到每人每年不低于580元;同步提高个人缴费标准40元,达到每人每年320元。2020年,农村贫困人口大病专项救治病种总数增至30种,大病入院救治人数81.1万人,有效减轻了贫困患者的医疗负担。

异地就医费用结算的实现,提升了群众异地就医的便利性。截至2020年底,全国住院费用跨省直接结算定点医疗机构数量为44413家,国家平台备案人数达到771万人,累计结算724.83万人次;涉及结算的医疗费用1759.00亿元,基金支付1038.43亿元,基金支付比例为59.04%^①,跨省异地就医直接结算人次、涉及医疗费用和基金支付规模均在持续增长。

在医疗保障的管理体系方面,通过组建国家医疗保障局,将原本分散的管理职能进行了整合,医保管理体制更加完善,极大地提高了医疗保障政策制定和实施的全局性、系统性和执行力。

在社会医疗保险日趋完善的同时,商业健康保险、慈善捐赠等补充形式的保障体系也在快速发展。以商业健康保险为例,2020年我国商业健康保险保费规模8173亿元^②,是2008年的14倍^③,年均复合增长率达到24.6%,2021年预计将突破万亿。与此同时,2020年商业健康保险的赔付支出为2921亿元,是2008年的16.7倍。

面临问题:卫生健康资源配置仍待优化,全生命周期管理需加强 ▶▶▶

尽管新医改开展十多年来取得了显著的成就,我国的卫生服务体系也有了长足的发展,在“健康中国”国家战略的指引下,医疗卫生服务体系建设和发展的方向得到了进一步的明确,“以人为本的整合型卫生服务”体系建设的目标和路径也逐渐清晰,但伴随着经济发展进入新常态,新型城镇化背景下,快速推进的城市化、工业化和现代化都对我国卫生服务体系的建设提出了新的要求,尤其对于满足人民群众全方位、全生命周期、多层次、多样化的卫生健康需求,实现城乡卫生健康资源更优化的配置和基本医疗卫生服务的公平可及,现有的卫生服务体系仍然面临众多的挑战。

○ 卫生服务体系仍然存在供给不充分、分布不平衡的问题

尽管相较于新医改之前,我国现在的卫生服务体系供给有了显著提升,整体分布也逐步趋于合理,但供给不充分、分布不平衡的问题仍然存在。

从卫生服务资源的绝对数量来看,存在供给不充分的问题。2020年,我国每千人口执业(助理)医师数和每千人口注册护士数分别为2.90人和3.34人,与发达国家相比仍有不小的差距——OECD国家2019年的平均每千人口职业医师数和注册护士数即分别达到3.6人和8.8人^④。2018年国务院办公厅曾在《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》(国办发〔2018〕3号)中提出到2030年,城乡每万名居民要拥有5名合格的全科医生,2020年这一数字仅为2.9。

卫生服务体系分布不均衡则体现在城乡不均衡、地区不均衡以及机构不均衡等多个方面。城市与农村的

以人为本·主动健康·整合服务
PEOPLE CENTERED INTEGRATED CARE

①国家医疗保障局,基本医疗保险跨省异地就医直接结算公共服务信息发布(第三十一期),http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/1/22/art_18_4323.html

②中国银保监会,2020年12月保险业经营情况,<https://www.cbirc.gov.cn/cn/view/pages/ItemDetail.html?docId=963080&itemId=954&generalType=0>

③中国银保监会,2008年1-12月保险业经营情况,<https://www.cbirc.gov.cn/cn/view/pages/ItemDetail.html?docId=367667&itemId=954&generalType=0>

④OECD, Health at a Glance 2021, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en>

卫生资源在过去十多年里均有显著的增长,但仍然存在较大的差距,而且在卫生人力资源方面,城市的增长速度要快于农村,二者之间的差距甚至有扩大的趋势。根据国家统计局数据显示,2019年,我国每千人口医疗机构床位数6.3张,其中城市为8.8张,农村仅4.8张;每千人拥有卫生技术人员数7.3人,但城市是农村的2.2倍;每千人拥有的执业(助理)医师数及注册护士数,城市也均为农村的2倍以上,而且这三项数据的城乡差异在2008-2019年之间在逐渐扩大。

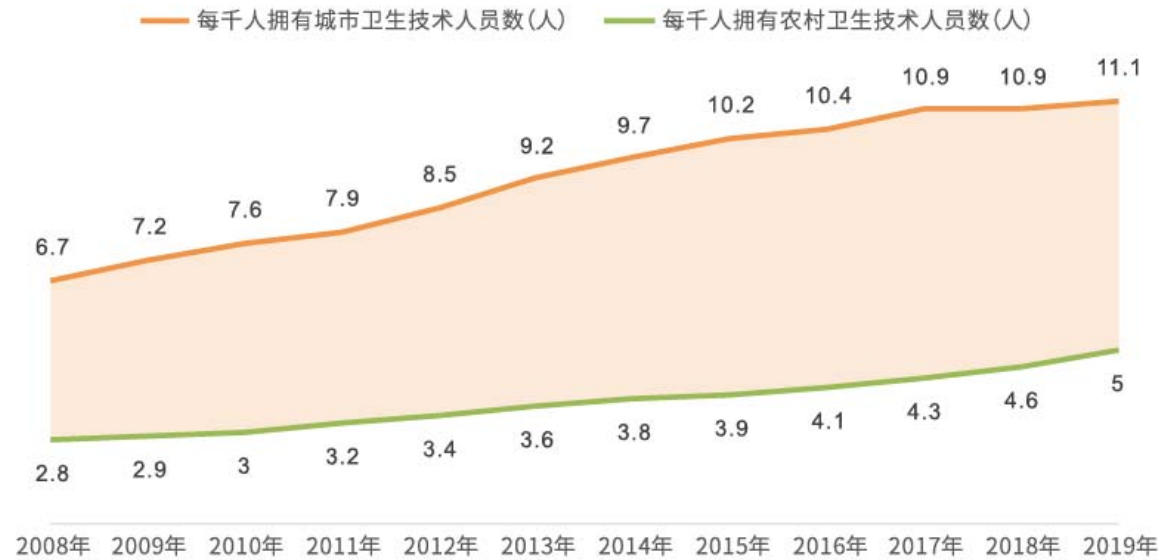


图3 我国每千人口卫生技术人员的城乡差异

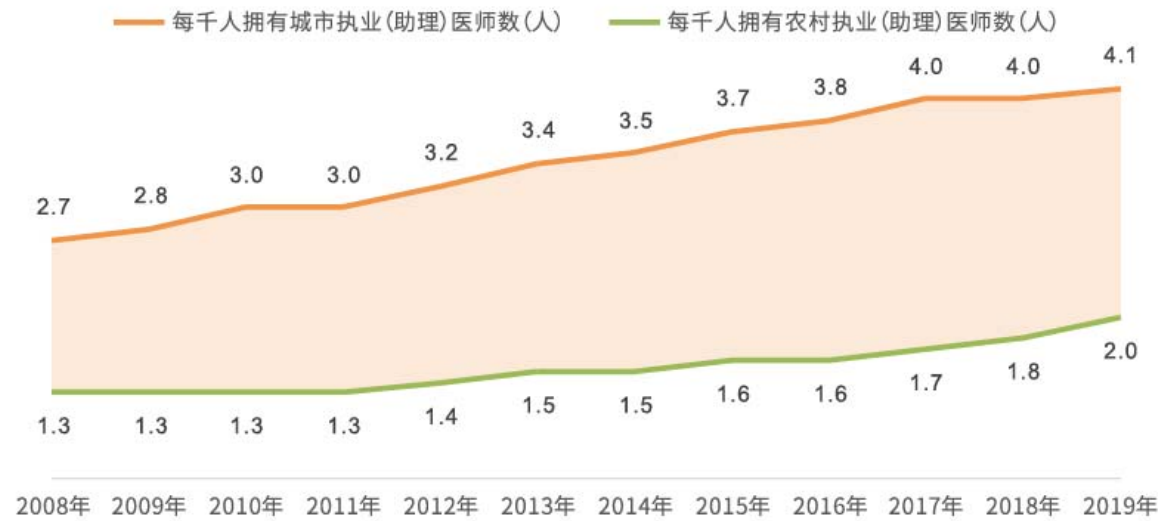


图4 我国每千人口拥有执业(助理)医师数城乡差异

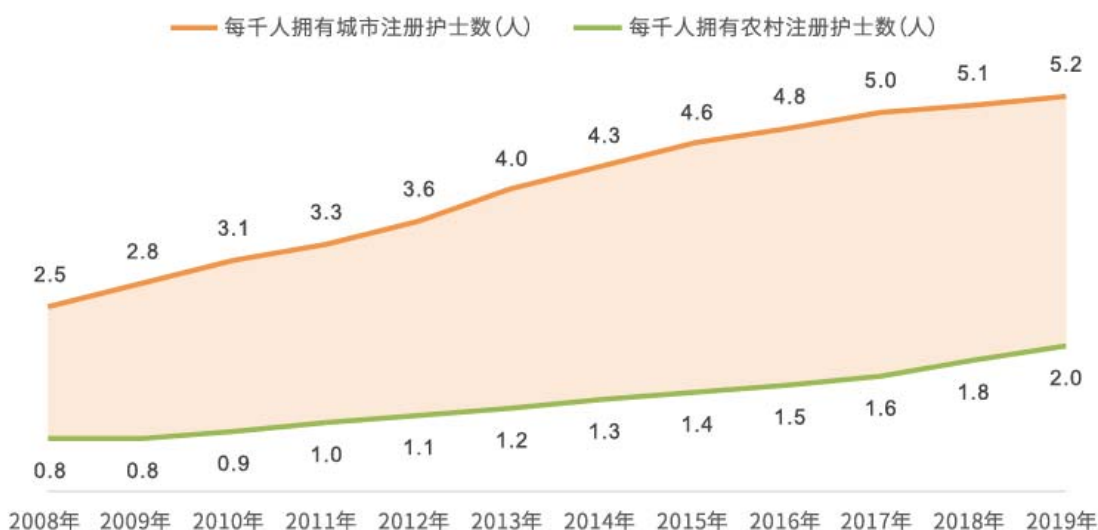


图5 我国每千人口注册护士数城乡差异

卫生服务体系的地区不均衡表现在卫生资源主要集中于经济发达的省份和城市，东部地区的卫生资源高于西部和中部。根据卫健委的数据，东部11个省份有998家三级医院，中西部21个省份有1125家三级医院^①，当然这一差异受到经济发展水平及人口流动等因素的影响，但差距是客观存在的。

机构不均衡则主要表现在不同类型医疗机构的发展趋势不一致，自2008年以来，我国的医院数量增加了74.3%，而专业公共卫生机构的数量仅增加了38.9%，且自2014年起，专业公共卫生机构的数量在以年均14.6%的速度减少。这也从侧面反映了“重治疗、轻预防”的倾向。

○ 高效合理的分级诊疗制度尚未完全建立

长期以来形成的优质医疗资源向三级医院聚集的问题不可能在短时间内发生根本性的改变。自新医改以来，全国的医疗机构总体门诊量由2009年的54.88亿人次增长到2019年的87.2亿人次，增长率接近60%，但其中各类医院的诊疗人次实现了翻倍，而基层医疗卫生机构的增长只有33.6%。住院人数的差异则更大，2009-2019年间，总体医疗机构入院人数从1.33亿增长到2.66亿，实现翻倍的增长，其中医院入院人数增长了150%，基层医疗卫生机构则只有4.5%的增长。



图6 医院及基层医疗卫生机构诊疗人次占比(2009-2019)



图7 医院及基层医疗卫生机构入院人数占比 (2009-2019)

细分到不同等级医院的门诊和住院人次来看，三级医院、二级医院和一级医院的诊疗人次分别增长了170.5%、44.3%和57.6%，住院人次依次增加了238.5%、63.8%和148.2%^①。无论是门诊还是住院，基层医疗机构的增长都显著落后于综合性医院，而在医院中，三级医疗机构的增长又显著高于一级和二级医疗机构，表明高等级医疗机构的“虹吸效应”非常明显，相比之下，基层医疗卫生服务的能力仍然是短板，整个卫生服务体系的供给能力仍然是“头重脚轻”，不同等级的医疗机构之间仍然有竞争的动机，尚未建立真正有效的协同整合机制。

此外，由于信息化水平及诊疗技术的差异，各级医院的信息系统相互独立、患者医疗信息的共享机制以及检查结果的互认机制不完善，进一步限制了各类技术对于分级诊疗支撑作用的充分发挥。

○ 慢性非传染性疾病负担加重导致疾病防控面临巨大挑战

改革开放以来，一方面我国的经济高速发展、城镇化水平不断提高、工业化进程持续推进、人民生活水平显著提升、健康水平也得到了很大的改善，但另一方面，伴随着生活水平的提高，平均期望寿命得到延长，人口老龄化程度在持续加深；城镇化、工业化水平的提高，人群的生活方式发生了改变，慢性非传染性疾病的威胁在持续加重。老年人群作为慢性病高发人群，又使得老龄化和疾病谱发生叠加影响，进一步加重了慢性非传染性疾病导致的疾病负担，使得疾病防控面临着持续的挑战和压力。

2019年，我国因慢性病导致的死亡占总死亡的比重接近90%，其中心脑血管疾病、恶性肿瘤和慢性呼吸系统疾病合计在城市和农村造成的死亡比例分别为80.4%和80.8%。

对比2008年和2018年国家卫生服务调查的数据，我国居民的慢性病患者率从157.4‰增长到342.9‰，其中恶性肿瘤的患病率由2.0‰增长至5.1‰，糖尿病患病率更是从10.7‰增长到53.1‰，心脑血管疾病和高血压患病率也都出现了翻倍。

另根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020年）》显示，我国居民膳食结构不合理的问题突出、超重肥胖的形势严峻、部分重点地区和重点人群面临重要微量营养素缺乏的问题^②，我国当前面对的慢性病防控形势仍然严峻。

①国家卫生健康委员会，2020中国卫生健康统计年鉴

②国务院新闻办公室，《中国居民营养与慢性病状况报告（2020年）》发布会图文实录，<http://www.scio.gov.cn/xwfbh/xwfbfh/wqfbh/42311/44583/wz44585/Document/1695276/1695276.htm>

表3 2019年城市居民死亡率前10位的疾病

位次	疾病名称	构成 (%)
1	恶性肿瘤	25.73
2	心脏病	23.65
3	脑血管病	20.61
4	呼吸系统疾病	10.36
5	损伤和中毒外部原因	5.74
6	内分泌营养和代谢疾病	3.42
7	消化系统疾病	2.37
8	神经系统疾病	1.45
9	泌尿生殖系统疾病	1.05
10	传染病(含呼吸道结核)	0.96
合计	-	95.34

表4 2019年农村居民死亡率前10位的疾病

位次	疾病名称	构成 (%)
1	心脏病	23.81
2	恶性肿瘤	23.27
3	脑血管病	22.94
4	呼吸系统疾病	10.79
5	损伤和中毒外部原因	7.39
6	内分泌营养和代谢疾病	2.57
7	消化系统疾病	2.10
8	神经系统疾病	1.24
9	泌尿生殖系统疾病	1.05
10	传染病(含呼吸道结核)	1.00
合计	-	96.16

○ 时有发生的重大传染性疾病爆发事件增加了疾病防控的复杂度

2003年SARS爆发后，政府加大了在疾病预防和控制方面的投入，以改善公共卫生基础设施，此后我国在传染性疾病的控制及预防上有了很大的提高，部分法定传染病的发病率持续下降。但是随着城市化的深入，人口流动的频率日渐高发、规模日益庞大，增加了传染性疾病传播的可能，同时在全球化的背景下，输入性传染病也有所增加，且大范围的传播增加了防控的难度。

从全球范围来看，仅仅在进入21世纪以来的二十年间，已相继出现了SARS、H5N1、H1N1、中东呼吸综合征(MERS)、H7N9和新冠肺炎(COVID-19)等多种新型急性传染病，与此同时，埃博拉出血热、登革热以及鼠疫等传染病的发生和传播依旧十分严重。因此，在同时面对法定传染病、突发急性传染病以及境外输入传染病威胁的情况下，我们的公共卫生体系正在接受异常严峻的考验。

2019年年底爆发的新冠肺炎，就再次凸显了我国公共卫生安全形式的复杂和严峻，在当前的内外部发展背景下，突发急性传染病的传播速度更快、波及范围更广，影响和危害也更大。相较于世界其他国家，我国的新冠疫情防控效果显著，但仍然暴露了一些问题，诸如卫生体系对于急速发展的传染性疾病准备不足，医防协同不充分，疫情初期的精准监测和预警能力有所欠缺等。

○ 适应整合型卫生服务体系的多层次医疗保障制度建设框架尚需完善

人群对于卫生服务的需求是多样的，因此对于支撑卫生服务体系的筹资机制也应当是多元的，正是基于这样的原因，国家提出了建设多层次医疗保障体系的要求。我国的医疗保障体系尽管层次丰富，但基本医疗保险之外的保障制度作用十分有限。2020年，我国基本医保基金支出21032亿元（职工医保基金支出12867亿元，居民医保基金支出8165亿元），同期，全国医疗救助资金支出546.8亿元，商业健康险的赔付支出也仅有2921.16亿元。商业健康保险作为基本医保之外的有力补充，在重特大疾病保障方面参与度还比较低，在构筑医疗保障安全网的过程中发挥的作用还不够。在基本医疗保障制度以“保基本”为基本原则的前提下，重特大疾病的保障需求仍然需要通过其他制度的不断完善以及不同制度之间的优化与衔接来予以满足。

与此同时，整合型卫生服务体系要求以健康为中心，为人群提供覆盖健康促进、预防、治疗以及康复护理等全生命周期的健康服务，与之对应的筹资保障机制也应当尽可能地满足各个环节的保障需求，但目前我国的医疗保障体系主要针对疾病的治疗提供保障，长期护理保险制度尽管已经在全国49个城市开展试点，但在运行机制、筹资渠道、评估标准等方面仍然有待完善。商业健康保险由于没有有效的数据支撑和定价依据，在除了疾病险和医疗险以外的领域也缺少产品开发的动力。因此目前的医疗保障体系还不能够适应整合型卫生服务体系的发展要求。



第三章

卫生健康服务体系 的模式创新



第三章 卫生健康服务体系的模式创新

创新模式概述

按照世界卫生组织的定义，整合型医疗卫生服务体系就是根据人们不同生命阶段的需要，卫生体系内不同层级机构通过协作进行健康促进、疾病预防、诊断治疗、康复和临终关怀等连续性服务的提供和管理，其核心理念在于以人为本，确保患者在最合适的场所得得到适当、及时、公平、可负担的高质量卫生服务，实现医疗卫生服务的整合。

我们认为，要实现向以人为本的整合型卫生服务体系（PCIC）的转型，需要做到：

以人为本：卫生服务体系服务的对象是每个个体，要解决的核心问题是满足人的健康、医疗需求，以人为本是核心理念。

整合服务：人的健康需求不仅仅产生于患病后的疾病诊断和治疗，还包括治疗之前的健康管理、疾病预防以及治疗后的康复护理甚至临终关怀，整合服务是重点服务内容。

主动管理：要保证所提供的卫生服务是适当、及时的，仅仅在产生这些需求时被动地提供服务是不够的，更高效的服务方式是主动的、前置的，主动管理是重点服务方式。

筹资保障支撑：要确保患者得到的卫生服务是可负担的，还需要在医疗保障方面提供一定的资金支持，恰当的筹资机制则是重要的保障支撑。

信息化支撑：要实现不同服务的整合连续、不同层级机构的衔接协作，还需要数据和信息的高效流转，信息化正是重要的技术支撑。

围绕以上“两个重点”（重点服务内容、重点服务方式）和“两个支撑”（筹资保障支撑、信息化技术支撑），近年来有很多创新的尝试和探索，结合未来可能的政策趋势，我们选取了部分卫生服务体系的创新案例，范围界定如下：

分类	范围	创新点
区域协同发展	中央及地方政府在医疗资源均衡布局，实现医疗卫生服务同质化方面的组织、机构创新	整合服务
推进分级诊疗	顺应新医改政策，通过公立医疗机构管理机制改革和医联体、医共体建设，提升基层医疗机构服务能力的组织、技术创新	整合服务
疾病主动管理	以重点慢性病和重点人群为切入点，开展疾病精确诊断、精准治疗以及康复管理的技术、模式创新	主动管理
完善公共卫生服务	管理关口前移，围绕疾病的预防、筛查等环节，提高疾病知晓率、筛查普及率、降低疾病发病率的技术、服务创新	主动管理
提升信息化水平	信息技术应用于区域卫生、医院管理、公共卫生等领域，以实现效率提升、转型升级、提升体验的应用创新	信息化支撑

*说明：筹资保障机制作为医疗保障体系的主要内容，本次案例集中暂不涉及；信息化技术的应用可能会应用于各种场景，因此其他领域的创新案例中也可能涉及。

区域协同发展

[国家儿童医学中心]-“发挥辐射带动作用,优化儿童医疗资源区域布局”

◎区域协同发展 ◎推进分级诊疗 ◎疾病主动管理 ◎完善公卫服务 ◎提升信息化水平

为进一步完善儿童医疗卫生服务体系,优化优质儿童医疗资源区域布局,有效提高儿童医疗卫生服务能力,2016年,经国务院同意,国家卫健委部署了国家儿童医学中心的设置规划。2017年,在上海以复旦大学附属儿科医院、上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心为联合主体设置国家儿童医学中心(上海),与以首都医科大学附属北京儿童医院为主体设置国家儿童医学中心(北京),共同构成国家儿童医学中心,分别在南北区域发挥辐射带动作用。

1. 面临的问题与挑战

1.1. 医疗资源紧张导致儿童就医难问题

长期以来,儿科医生荒、儿科医疗资源紧张一直是社会关注的话题,近年来,我国儿童医疗卫生事业迅速发展,但仍然难以适应日益增长的儿童医疗卫生服务需求,尤其是随着两孩政策全面实施,新生儿数量急剧增加,对儿童医疗卫生服务的需求更为迫切。

1.2. 儿科医疗资源地区发展不平衡加剧了就医难

优质的儿童医疗资源主要集中在少数大城市,导致很多地区的儿童患重病后只能到北京、上海等大城市求医。以北京儿童医院为例,最高时有70%的就诊儿童来自于外地。

2. 创新的模式与举措

2.1. 牵头开展主要疾病登记,促进儿童医学研究

以“全国儿童主要疾病登记”为例,是全国儿童医学中心的一项重点工作。此前,儿童疾病登记一直在各地开展但呈分散状态。中心成立后将牵头在全国范围内开展儿童主要疾病登记,并为疾病诊治的研究提供依据,从而科学编制儿科疾病防治指南、技术规范等。中心还将开展一系列解决儿童健康问题的行动,建立与产科联动机制,开展出生缺陷监测、筛查、预防等研究。儿童血液病、先心病等疾病的登记也将逐步开展。

2.2. 设置区域医疗中心,带动提高儿童医疗及预防保健服务水平

在京沪两地医疗机构共同构成国家儿童医学中心的基础上,2020年9月,国家卫生健康委发布了《关于设置国家儿童区域医疗中心的通知》,其中明确提出在东北区域、华东区域、中南区域、西南区域和西北区域,设置五个国家儿童区域医疗中心。通过儿童医学中心和区域医疗中心的配合,借力信息化手段落实分级诊疗、促进患儿有序就医,探索儿童健康及慢病居家式保健管理。同时让预防接种工作更加普及,尤其是带动偏远贫困地区的预防接种率。

3. 实践的成果与效果

3.1. 有效带动、提升当地儿童医疗服务能力,逐步实现“大病不出省”的目标

2016年被确立为创建国家儿童区域医疗中心主体单位的河南省儿童医院,同北京儿童医院全面实施资

源、平台、信息、人才、技术“五个共享”。开展合作共建以来，河南省儿童医院诊疗服务水平和区域辐射带动能力得到快速提升，截至2020年10月，累计收治疑难重症病种104个，覆盖率94.55%；累计开展核心技术106项，覆盖率84.13%。患儿外转率显著下降，2019年同2016年相比，河南省前往北京就诊的门诊患儿减少36892人次、下降28.18%，住院患儿减少457人次、下降9.28%。

3.2. 输出优质资源，推动儿科医疗资源同质化发展

2021年8月，同为国家儿童医学中心的复旦大学附属儿科医院海南分院（海南省儿童医院）正式运营三周年。在复旦儿科的全面托管下，海南分院基本实现“品牌平移、管理平移、技术平移”目标，医疗服务能力和管理科研水平全面提升。医院已完成三级儿童专科医院学科体系建设，成为海南省唯一专科设置齐全的儿童专科医院，并全面启动三级甲等儿童专科医院等级评审工作；整合学科资源创立国内首家儿童医院神经科学部，创新海南省首个胎儿医学部；儿童内科创建省级临床医学中心，小儿内科、外科、儿科、新生儿科、儿童康复科成为海南省I级临床重点专科；作为海南省儿科质量控制中心，创建全省儿科质量控制体系。

3.3. 孵化儿童专科联盟，协同开展技术攻关

2020年，国家儿童医学中心（上海）成立了心血管专科联盟。联盟以国家儿童医学中心为建设平台，以三家主任单位（上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心、复旦大学附属儿科医院、首都医科大学附属北京儿童医院）为主体，成立顾问组和学术委员会，在学术委员会指导下开展工作。首批加盟单位为国内主要儿童医疗机构和妇幼保健院，将聚焦儿童心血管专科常见、重大和疑难临床问题，协同开展技术攻关，制定诊疗共识指南；同时以核心单位作为辐射，通过互联网技术在国内积极推进儿童心血管专科知识的普及和医学再教育培训，并在联盟内部逐步推进儿童心血管疾病的登记和报告，组织开展临床多中心研究。作为心血管专科联盟牵头单位的上海儿童医学中心，已率先在国内建立了儿童心肌病和心力衰竭诊疗中心，发挥核心作用。

[复旦大学附属中山医院厦门医院]-“诊疗管理运营同质化, 厦门上海无缝对接”

◎区域协同发展 ◎推进分级诊疗 ◎疾病主动管理 ◎完善公共卫生服务 ◎提升信息化水平

为了让当地百姓在“家门口”就能享受高水平的优质医疗服务, 免受异地求医之苦, 2014年8月8日, 复旦大学和厦门市政府签订合作协议, 共建复旦大学附属中山医院厦门医院, 并于2018年1月8日开始正式运营。2020年10月22日, 紧密型跨省医联体——复旦中山厦门医院, 作为全国首家国家区域医疗中心正式揭牌, 并被赞誉为“具有全国首创意义的区域医疗中心建设的创新典范”。

1. 面临的问题与挑战

1.1. 优质医疗资源分布不平衡, 跨区域就诊的问题凸显

随着医改不断向纵深推进, 医疗服务需求持续释放, 特别是人民群众对优质医疗服务的需求释放速度加快, 而优质医疗资源相对集中于经济发达的大型城市, 为了寻求更好的医疗服务, 患者跨区域就诊的问题日益凸显。

1.2. 福建省医疗技术水平与经济发展水平不相适应

福建省医疗资源总量、医疗技术水平在华东地区排名靠后, 与福建省经济社会发展地位和百姓医疗健康需求不相适应, 不利于发挥福建“一带一路”海上丝绸之路核心区的作用。亟需通过技术平移, 有效提高省内医疗服务和技术水平, 增强医院临床疑难急危重症的救治能力, 并通过发挥高水平医院、区域医疗中心的辐射带动作用, 全面推动福建省医疗卫生事业的发展。

2. 创新的模式与举措

复旦中山厦门医院的运营管理中创新性地开展了临床“双主任”制和行政“垂直管理”, 即上海总部各科主任兼任厦门医院临床及医技科室主任, 总部行政职能部门负责人是厦门医院相应职能部门的第一负责人, 确保了医疗水平、诊疗规范以及工作流程、应急预案等医院的核心管理都保持了“同质化”。同时充分利用信息化技术, 实现了沪厦信息系统的无缝对接, 极大地提高了运营的效率。

2.1. 能力全方位输出, 创新“同质化”管理模式

中山医院创新了“同质化”管理模式, 全方位输出人才、技术、品牌等, 100多名资深专家、骨干常驻厦门医院, 各学科主任、名医工作室专家成员每周轮流赴厦看诊、手术、教学查房, 指导学科建设; 此外总部高年资的主治医师每半年一期派驻厦门, 起到了“承上启下”的重要作用。

2.2. “一体化”思路推进信息化建设, 提升运营效率

医院在规划建设初期, 就以“一体化”建设信息系统思路推进, 确保两个跨省院区可以同步运行, 加强管控, 提升效率。运用“互联网+医疗健康”、5G以及人工智能等先进技术推动落实优质医疗资源下沉。与中山医院搭建互联互通的诊疗平台, 常态化开设远程查房、远程会诊、远程视频门诊等, 更好地满足当地百姓的医疗服务需求。

3. 实践的成果与效果

3.1. 填补当地多项医疗技术空白

目前, 已有百余项各学科创新技术在厦门医院同步开展, 50多项技术更是填补了厦门、福建当地医疗空白。针对厦门本地需求组建的12个名医工作室高效运转, 规范完成了诸多外院转来的肝癌、肾癌、胃肠肿瘤及

血管病等专科疑难重症病例的手术和治疗，完成三四级高难手术占比超60%，其中肝外科、心内科、心外科、普外科、血管外科等优势学科高难手术占比达到90%以上。如今，复旦中山厦门医院已成为当地百姓口中“家门口的高水平上海医院”代名词，而且连续3年获福建省公立三级医院患者满意度测评首位。

3.2. 高质量服务辐射周边地区

厦门医院先后与厦门市第三医院、海沧区卫健局、龙海市第一医院等签订医疗技术协作，在临床专科建设、双向转诊、远程会诊、远程教学、人才培养等方面开展深层次合作，推动复旦中山总部优质医疗资源更好地从厦门岛内延伸到岛外，辐射闽西南乃至福建地区更广基层百姓。

推进分级诊疗

建立现代化高原牧区医疗服务体系，构筑偏远地区医疗远程协作网

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ○疾病主动管理 ○完善公卫服务 ○提升信息化水平

联影医疗以便民、惠民为出发点，以信息资源交换共享为主线，聚焦基层医疗机构服务能力和从业人员服务能力提升，优化医疗资源与服务流程，建立健全的全民健康信息服务体系和互联网+医疗的服务模式。

在青海省果洛州，联影医疗充分引入并借鉴上海援建资源及经验，为当地建设智慧健康云，通过远程医疗实现乡镇检查，州级写报告，统一质控，检查结果共享互认。此举大力推动了“三医”联动，盘活了医保资金。

1. 面临的问题与挑战

近年来，人民群众多层次、多样化健康需求的持续快速增长，对果洛州全州医疗卫生工作提出了更高要求。为此，改善群众就医环境，满足群众日益增长的就医需求成为摆在各级卫生行政主管部门面前的头等大事。

2019年-2020年，果洛州委州政府通过建成覆盖全州的健康智慧云平台，联通省外高端医疗资源诊断服务端口，完成HIS系统与医保系统对接以及升级改造院内其他系统等方式，率先在全省打造医疗卫生信息化技术标准，着力破解艰苦偏远地区群众看病难、就医难的问题，让群众足不出户就能享受到三级医院的诊疗服务，牧民群众看病就医的满意度、获得感和幸福感显著提升。

2. 创新的模式与举措

上海市政府合作交流办联合联影集团派出专家深度调研地区现状，走访了80%-90%果洛州地区医疗机构，以群众需求为导向，围绕解决果洛州基层医护人员短缺、基础设施薄弱的问题，构建“设备+平台+智能+教育培训”四位一体的州县乡一体化协同医疗体系，解决了基层人员不足、疑难杂症患者下高原就诊难这两大难题，提速州县乡联动融合，均衡发展；盘活了医保资金，实现一卡就医，一卡结算，使牧民群众享受到国家医保政策红利，切实降低老百姓就医费用，真正实现了小病不出乡。

3. 实践的成果与效果

自2010年7月起，上海市承接对口支援果洛藏族自治州的神圣使命，10年来，上海市委市政府、市政府合作交流办公室以高度的政治自觉和政治责任感，始终高度重视做好对口援青工作。市政府合作交流办公室携手联影集团，把医疗工作作为一项重点援青工程奋力推进，不断探索巩固和创新拓展对口医疗支援工作，持续提升受援地区医疗卫生服务能力，增强群众看病就医获得感，树立上海卫生援建品牌，取得了明显成效。

3.1. 推动业务协同，医疗资源有效下沉

2020年，智慧医疗云平台建成后，乡镇卫生院门急诊人次同比增长32.38%、住院人次同比增长58.24%。

3.2. 拓展基层医疗机构业务，有效提升医疗收入

以甘德县青珍乡中心卫生院为例，智慧医疗云平台建成后，该院业务能力和服务水平得到显著提升，通过建设门诊部、中藏医馆等业务用房，积极打造门诊、妇产、理疗、化验、心电、B超等科室，业务年收入明显提升。

3.3. 盘活医保资金

通过基层医疗机构云医院建设，与省医保系统信息系统、居民电子健康卡管系统对接，盘活医保资金。

[玉环市人民医院健共体集团]-“体制机制、数字化创新双管齐下打造县域健共体”

○区域协同发展 ◎推进分级诊疗 ○疾病主动管理 ○完善公卫服务 ◎提升信息化水平

台州市玉环市人民医院健共体集团，下设五家分院，床位880张，职工1600余人，是玉环医疗“龙头”单位。健共体以人群健康为中心，创新构建“预防+治疗+康复”的全生命周期健康服务模式，补齐短板，打造了适宜玉环当地发展的医防融合新体系。

1.面临的问题与挑战

1.1.“健康中国”对医疗机构提出全新的工作要求

“健康中国”国家战略的提出，对医疗卫生事业的发展提出了全新的要求，要逐步实现由“以治疗为中心”向“以人民健康为中心”的转变，形成“预防+治疗+康复”三位一体的健康服务模式，全方位、全周期维护和保障居民健康。

1.2.基层医疗卫生机构的能力短板亟需补强

基层医疗卫生机构的能力是分级诊疗制度运行顺畅的关键，但目前很多基层医疗卫生机构的设备条件差、专业人才短缺、诊疗技术薄弱，很大程度上制约了疾病诊疗水平的提高，影响了群众尤其是农村居民的就医获得感，亟需通过各种方式补齐能力短板。

2.创新的模式与举措

2.1.管理体制创新，融合公共卫生和临床医疗

强化“两员一中心一团队”建设，深度推进健共体集团内公共卫生和临床医疗队伍、资源、服务、信息融合。疾控中心领导班子成员为集团公共卫生专员，参与公共卫生重大决策。分院公共卫生联络员和公共卫生团队实行“联合、联动、联通”三联互动，即日常工作检查、技术指导、业务培训联合开展，重大疫情控制、突发公共卫生事件联动处置，公共卫生工作开展情况、推进进度信息联通，共同做实做强公共卫生服务。

2.2.以常见慢性病为切入口，提供连续服务

以高血压、糖尿病和慢阻肺等常门诊见慢性病为抓手，推出“医疗延伸服务包”，将患者出院后的后续诊疗规划打包，由专科医生、护士和家庭医生共同负责病人的健康管理，探索基于健共体的慢病全程管理长效机制，提升患者就医体验。同时引进社会力量开展慢性病防治工作，探索建立商业健康险运行新模式，引导居民转变健康观念，主动参与自我健康管理。

2.3.应用临床及公共卫生数据绘制“疾病地图”

2019年，玉环创新启动“疾病地图”绘制工作，动态分析近5年市域内外住院病人病种、住院天数、医保支付情况等信息，建立区域疾病风险预判模型，精准规划医疗资源配置、针对性开展重点疾病治疗、慢病监测及早期筛查等工作。在“疾病地图”指导下，集团按照区域内高发疾病病种，在海山、大麦屿、玉城分别建立了骨关节疾病、消化科疾病、妇科专家联合门诊。

2.4.区域及医院卫生信息化整合

建立影像、检验、心电、病理、消毒供应“五大共享中心”，实行分院检查、总院诊断、结果互认，提供与大医院同质化的诊疗服务，同时根据分院病种分布，在分院设14个全-专科联合门诊、联合病房，提升分院诊疗能力，让群众在家门口就可享受到与大医院同质化的诊疗服务。

2.5.医保数据实时更新，确保基金安全

通过搭建医保支付智慧管理云平台,全市232家医保定点机构均接入数据平台,实现医保数据的实时联网、同步更新,并可对定点医保机构信息、医保使用率、门诊均次费用等50多项重点关键指标进行监测,确保医保资金安全运行。

3.实践的成果与效果

3.1.双向转诊机制运行良好,基层就诊有序

截至2020年10月,分院上转患者同比增长23.8%,集团总院下转患者同比增长32.5%;基层就诊人次同比增加36%,实际就诊率达77.42%。2020年全年的县域就诊率和基层就诊率达83.06%、77.98%,分别较2018年增长13.87、4.91个百分点。市域高血压、糖尿病患者规范管理率分别达85.66%、86.23%，“两慢病”患者基层就诊率达85.13%。

3.2.运营效率提升,节约医疗费用和医保基金

通过全面整合卫生专网、卫生信息数据平台打造的全域远程会诊中心、心电中心、检验中心、影像中心、病理中心,全面推行“云影像”技术服务,避免了重复检查。截至2020年10月,已服务百姓免打胶片22万人次,节约费用1500多万元。在医保资金的利用方面,由于医院可以直接观测到本院的医保费用支出情况,因此促使医院进行主动控费,提高医保基金使用效率。

[天津市基层数字健共体]-“数字化赋能区域基层医疗卫生服务”

○区域协同发展 ◎推进分级诊疗 ○疾病主动管理 ○完善公卫服务 ◎提升信息化水平

医联体建设作为推进分级诊疗的重要抓手，正在日益成为医改的重点，2021年7月，随着红桥区卫健委与天津微医总医院完成基层健共体合作协议签署，天津市全市16区267家基层医院全部完成签约。这标志着一个以健康为目标，以家医签约和慢病管理为抓手，以绩效分配为杠杆的紧密型互联网医联体初步完成体系构建，正式向“管理、责任、服务、利益共同体”迈进。

1. 面临的问题与挑战

1.1. 医联体建设的深入开展面临带破解的难题

2017年以来，医联体建设在全国各地展开，部分解决了群众看病就医问题，但仍然面临如何进一步减轻大医院压力，提升基层医院诊疗能力，落地分级诊疗以及如何发挥医疗健康大数据的价值，形成以人民健康为中心的责任医疗体系等问题，必须寻找全新的解决思路来实现突破。

1.2. 基层医疗机构的信息化尚未实现互联互通

天津从2013年起推进基层医疗机构的信息化建设，2017年国家提出“全面启动多种形式的医联体建设”时，也要求医联体内实现信息互联互通，但天津市基层的基本医疗服务领域尚未实现全市互联互通。

2. 创新的模式与举措

依托天津市人民政府与微医集团签署的《数字健康战略合作协议》，2020年4月，在天津市卫生健康委主导下，天津微医总医院（天津微医互联网医院）牵头、协同全市267家基层医疗卫生机构共同组建“天津市基层数字健共体”，加速推进基层卫生健康信息化建设，实现基本医疗、基本公卫服务等各类数据互联互通，进而可以全程管理人群健康。

2.1. 管理技术创新

天津数字健共体通过云管理、云服务、云药房、云检查“四朵云”赋能基层，为百姓提供诊前、诊中、诊后全流程的医疗和健康维护服务。其中“云管理”平台加速推进基层卫生健康信息化建设，目前已初步实现基本医疗、基本公卫、家医签约等系统的数据互联互通；“云服务”平台集中受理并开展受居民关注的居家医疗、健康管理等服务，提升基层服务能力；“云药房”平台引入“互联网+药品保障”服务模式，强化基层药品保障；“云检查”平台着力推进“基层检查、上级诊断”的服务模式，实现基层检测能力统一，检验信息互联互通、结果互认。

2.2. 服务模式创新

在服务模式上，基层数字健共体通过大力发展远程会诊，完善双向转诊机制，统一药事管理服务，深化家庭医生签约服务，将全国顶尖专家团队牵头研发的慢病健康管理系统嵌入到各成员单位，提高慢病管理水平。

2.3. 激励机制创新

天津基层数字健共体通过数字化手段赋能基层医疗机构，规范管理路径，为患者提供标准化、智能化的慢病管理服务。以糖尿病管理为切入点，在依托互联网医院的紧密型医联体内，探索医保“整体打包付费”“按人头打包付费”等支付方式；根据医疗健康管理质量考核结果，落实“结余留用、超支不补”的激励约束机制。

3. 实践的成果与效果

3.1. 赋能基层医疗卫生机构，促进患者回流

目前,天津市已有60家基层医疗机构逐步落地了基层数字健共体相关服务,累计服务患者数超过5.6万人,完成基层数字健共体内处方流动近10万张。通过数字化、信息化手段为基层医疗卫生机构赋能、为家庭医生赋能,实现常见病、慢性病患者回流基层就医。

3.2.缓解医疗机构线下接诊压力,助理疫情防控

面对新冠疫情,在市卫健委、医保局和市委网信办统筹指挥下,天津微医互联网医院迅速上线并投入疫情防控工作,集结全国5.6万名医生为近180万人次提供了在线义诊服务,有效缓解线下医疗机构接诊压力,“天津模式”被国家卫健委发文向全国推广,实现了疫情防控与经济社会发展双战双赢。

构建肠癌精准诊疗生态，助力患者获益最大化

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ◎疾病主动管理 ○完善公卫服务 ○提升信息化水平

结直肠癌作为在中国发病率仅次于肺癌和胃癌的癌症，每年导致近40万新增患者，而通过对疾病进行基因诊断和精准治疗，可以帮助医生优化治疗方案，使患者更好地获益。目前国内对于结直肠癌进行基因诊断的普及率仍然很低，远远落后于发达国家和地区。

默克中国长期致力于推进结直肠癌精准诊疗和行业规范的制定，并通过联合产、学、研、医等各界力量，合力推进结直肠癌诊疗一体化方案，构建结直肠癌精准诊疗生态圈，以期提升结直肠癌领域精准检测的标准化和规范化，改善精准检测的可及性，帮助患者获得有效的精准治疗，惠及更多晚期结直肠癌患者。

1. 面临的问题与挑战

1.1. 结直肠癌疾病高发，但防治呈现“三低”特点

结直肠癌是困扰中国患者的恶性程度最高的癌症类型之一。根据国家癌症中心数据显示，2015年，我国新发结直肠癌病例约38.8万例，发病率和死亡率分别为28.2/10万，13.61/10万。但目前我国的结肠癌防治呈现患者疾病知晓率低、早期诊断率低及靶向治疗率低的“三低”特点。由此导致了我国的结直肠癌患者不能早发现、早治疗，《中国中晚期结直肠患者诊疗现状调查》中期结果表明，83%的患者在首次确诊时已处于中晚期，44%的患者出现肝、肺等部位转移，给治疗和预后带来巨大压力。

1.2. 精准检测的普及不够影响了精准治疗的效果

近年来，随着诊疗水平的进步和靶向药物、免疫治疗的出现，我国结直肠癌5年生存率有了明显的提升，达到50%，但同一些先进发达国家70%的5年生存率相比，仍有很大的提升空间。差距背后的原因很大程度上在于精准检测和精准治疗技术的运用。德国、法国等发达国家结直肠癌的基因检测率约在92%到93%之间，而我国结直肠癌患者的RAS检测率仅为19.1%，尤其在二、三线城市或医疗水平欠发达地区，基因检测技术的普及率更低，与之相对的便是精准治疗的低效应用，靶向药使用率仅为37.3%，一线治疗EGFR药物使用率仅占靶向药物使用36.1%。

2. 创新的模式与举措

默克中国自2016年起开始携手行业资源，布局推进结直肠癌的精准检测及标准化。并在2020年成立结直肠癌精准联盟，促进结直肠癌的精准治疗和行业规范的制定，以进一步提升中国结直肠癌诊疗水平，让更多的结直肠癌患者获益。

2.1. 结直肠癌精准检测标准建立

2016年，默克与厦门艾德生物合作，共同推进结直肠癌分子标志物检测；2017年，与全国大型三甲医院共同建立分子生物标志物检测培训基地，推动检测标准化；2018年4月，中华医学会病理学会分会发布《结直肠癌分子生物标志物检测专家共识》，明确推荐对临床确诊复发或转移性结直肠癌患者，在治疗前应先行结直肠癌分子标志物RAS和BRAF基因突变检测；2019年7月，与金域医学强强联手，共同推动结直肠癌分子标志物检测的规范化和标准化。

2.2. 结直肠癌精准检测标准质控体系普及

与中华医学会病理学分会合作推动将大肠癌的生物标志物检测纳入病理实验室的标准质控体系,以提升医院的质控水平,提高精准检测的能力,目前已有近300家医院通过了这项质控标准。

3. 实践的成果与效果

3.1. 基因检测作为推荐写入诊疗指南

2020年4月中国临床肿瘤学会(CSCO)最新发布的《结直肠癌诊疗指南》中,建议对所有新确诊的结直肠癌患者,均应进行RAS、BRAF和MSI的检测。基因检测技术的普及有望为转移性结直肠癌的精准治疗奠定基础,帮助医生根据基因的突变类型制定最合适的治疗及用药方案,从而给结直肠癌患者带来更多的生存获益。

3.2. 建立合作生态改善精准检测的可及性

通过与检测公司、各科医生的协同合作,一方面提升结直肠癌领域的精准检测能力、精准检测的标准化和规范化;另一方面可以借助标准规范的院外送检平台,满足那些尚未能建立分子病理检测平台的医院的检测需求,并确保检测质量,有效解决检测方法和流程不一致、检测周期长、价格贵等实际问题,改善精准检测的可及性,惠及更多晚期结直肠癌患者。

DDR检测教育计划构建精准诊疗体系, 开启肿瘤基因测序时代

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ○疾病主动管理 ○完善公卫服务 ○提升信息化水平

为响应国家《“健康中国2030”规划纲要》的总体部署, 进一步提升卵巢癌精准诊疗水平, 规范肿瘤基因检测领域, 加速推进医疗器械科技产业发展, 自2016年以来, 阿斯利康推动建立以二代测序为检测方法开展BRCA等DDR通路相关基因的检测标准, 推动医院二代测序实验室建设, 提升卵巢癌诊疗水平, 建立基于二代测序方法检测下的肿瘤基因检测规范, 开启肿瘤基因测序精准时代。

1. 面临的问题与挑战

1.1. 卵巢癌恶性程度高, 诊疗方案近30年无突破

全球每年新发卵巢癌约30万例, 仅中国就有约5万例。但在过去的30年内, 卵巢癌的治疗手段仅限于手术治疗和化疗, 70%的卵巢癌患者确诊时即为晚期, 70%的患者一线治疗三年内会复发, 70%的患者5年内出现进展和死亡, 其造成的死亡率在妇科恶性肿瘤中高居第一位, 亟需更好的治疗方案, 以改善卵巢癌病患的治疗结局。

1.2. 精准检测普及不足且缺乏标准, 影响了精准治疗方案效果

近年来肿瘤靶向药物的研发日新月异, 2018年, 卵巢癌领域的首个靶向药物PARP抑制剂在国内获批, 使得部分携带基因突变的卵巢癌患者无疾病进展期超过五年, 给卵巢癌带来一线治愈的希望。PARP抑制剂是一类与DNA损伤修复通路障碍形成“合成致死”作用, 以发挥抗肿瘤作用的靶向药物, 涉及的靶点包括BRCA、HRR和HRD, 随着药物的获批和纳入医保, 伴随诊断与基因检测的需求也逐步扩大, 但国内基因检测领域方兴未艾, 临床与大众均缺乏认知, 诊断体系缺乏标准与规范, 亟需建立基因检测相关的平台、试剂、人才认证体系。

2. 创新的模式与举措

自2016年起, 阿斯利康中国携手行业资源, 布局推进卵巢癌的精准检测及标准化, 同时建立二代测序技术肿瘤靶点基因测序的应用与规范, 推动卵巢癌的精准治疗及行业规范的制定, 以进一步提升中国卵巢癌的诊疗水平。2019年起捐赠由北京爱谱癌症患者关爱基金会发起的卵巢癌患者关爱公益项目, 提升公众认知, 降低患者诊疗门槛, 为卵巢癌患者建筑关爱城墙。

2.1. 建立卵巢癌基因检测标准

2016年, 阿斯利康成立BRCA诊断团队, 致力于提升妇科肿瘤领域专家对BRCA检测的认知, 并协助医院建立院内二代测序实验室, 为BRCA检测等需要应用高通量测序技术的检测项目搭建平台。2016年至2018年携手艾德生物、燃石医学、赛默飞科技在国内多家三甲医院举办多期“NGS BRCA检测培训班与模范实验室互访”。2018年BRCA在中国专家的认知从不足20%提升至80%。2017年中华病理学杂志发布了《BRCA 数据解读中国专家共识》, 2018年中华医学会病理学分会发表《基于下一代测序技术的BRCA基于检测流程中国专家共识》, 2021年中华医学会病理学专委会对《BRCA1/2数据解读中国专家共识》进行更新, 建立了基于NGS技术的BRCA检测方法学标准和解读规范。2019年携手艾德生物开展BRCA试剂盒IVD注册, 为试剂合规合法使用扫除障碍。

2.2. 构建DDR通路相关基因精准检测质控体系

2020年中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会、中华医学会病理学分会联合制定并发表《上皮性卵巢癌PARP抑制剂相关生物标记物检测的中国专家共识》, 将卵巢癌的基因检测从BRCA向HRR、HRD延展, 2021年

6月前列腺癌也获批首个靶向治疗药物适应症，加速推动二代测序技术在BRCA、HRR、HRD的应用。

2021年，顶级妇科肿瘤专家、分子病理专家，携手阿斯利康、默沙东及国内NGS领导企业华大基因、普瑞精准、艾德生物、观合医药等共同成立卵巢癌HRD检测联盟^①，为HRD状态这一新检测手段的产品技术、性能验证、标准建立奠定坚实基础。

2020年国家病理质控中心(PQCC)发起，中华医学会泌尿外科分会和中华医学会病理学会共同指导开展“精泌前行-HRR检测校准项目”，面向医院病理科室和诊断公司开展HRR基因检测校准实验，以严格的质控标准进行考核，构建HRR检测与解读标准，共计24家医院实验室组织样本检测合格，15家第三方实验室组织与ctDNA样本检测均合格，为临床专家与患者提供可靠的检测渠道。2021年PQCC继续开展BRCA、HRR、ctDNA HRR校准项目，持续提升国内基因检测水平。

3. 实践的成果与效果

3.1. BRCA检测写入多个临床指南(卵巢癌、乳腺癌、前列腺癌)，优化诊疗路径

2018年中华医学会肿瘤学分会最早在国内发表《中国乳腺癌患者BRCA1/2基因检测与临床应用专家共识》，推荐乳腺癌患者进行BRCA检测以判断遗传易感性。中国抗癌协会泌尿男生殖系肿瘤专业委员会发布《中国前列腺癌患者基因检测专家共识》明确推荐基于NGS方法的HRR检测人群、检测方法和标准。2019年NCCN指南推荐卵巢癌患者应当进行BRCA检测以指导用药和判断遗传风险。2020年NCCN指南和《中国前列腺癌患者基因检测专家共识(2020)》均推荐前列腺癌患者进行HRR基因检测。2021年NCCN指南推荐胰腺癌患者确诊时进行胚系或体细胞基因检测，以进行遗传咨询和指导后续治疗。

3.2. 多个院内NGS实验室落地，规范基因检测路径

2016年时，国内仅有3家院内NGS实验室，如今已有超过50家医院具备独立开展NGS基因检测项目的能力。为适应2021年国家卫健委关于IVD和LDT的发展要求，推动已有注册证的BRCA检测准入落地，加速了HRD等重要检测产品IVD的进程，同时协助院内实验室、第三方实验室开展LDT，推动肿瘤伴随诊断试剂盒在国内的普及，满足了肿瘤病患最新的诊疗需求。2021-2022年将携手生态圈合作伙伴继续在分子病理人才培养与认证，共建院内实验室，构建区域分子诊断中心，为肿瘤精准诊疗提供了合规、高质量的检测途径。

^①北京爱谱癌症患者关爱基金会(微信公众号)，“群测群利 共普芳华”中国HRD检测联盟正式成立，2021.02.04

重精长效针剂医院社区一体化创新服务模式

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ◎疾病主动管理 ○完善公卫服务 ○提升信息化水平

2018年《严重精神障碍管理治疗工作规范2018年版》出台和2019年6月26日国家七部委联合印发《全国肇事肇祸等严重精神障碍患者专项摸排工作方案》，均明确推荐对治疗依从性差、家庭监护能力弱或者无监护的危险性评估3级以上精神分裂症患者免费提供长效针剂治疗，掀起了我国精神卫生工作的新篇章。

迄今全国已有20个省87个社区项目应用第二代长效针剂来开展“医院社区一体化模式”。长效针剂显著改善精神分裂症患者的依从性，降低复发风险，显著改善患者功能，促进其回归社会，减轻照料者负担；同时能够帮助增进医患关系，提升精神障碍患者管理工作。

2018年-2021年，长效针剂医院社区一体化模式累计惠及超过一万名患者，覆盖模式也在向更多地区扩展。

1. 面临的问题与挑战

1.1. 高复发是重性精神障碍患者管理难题

精神分裂症是一种慢性且严重精神障碍疾病，高复发是该疾病主要难题与挑战。有数据显示，患者出院后至再次复发的平均时间为6个月，离院一年复发率40.8%。而中断药物治疗是复发的主要原因，68.9%的患者因为自行停药、减药或不规律服药导致病情复发再住院。目前传统治疗以口服药物为主，但精神分裂症患者难以自主坚持每天服用口服药物，血药浓度检测结果显示仅23%的患者按照医嘱服药，照料者负担严重。故医生、患者及其照料者期待更有效、更简便的治疗手段，提高依从性。

1.2. 重性精神障碍疾病负担重，影响社会平安稳定与经济发展

国家严重精神障碍信息系统在册患者629.9万人，贫困率55.4%，其中大多数患者缺乏劳动能力，需要长期服药治疗及监护照料，加重经济负担和家庭照料成本，极大消耗社会医疗资源，预计2012-2030年精神疾病将导致中国经济增长缩水超过9亿万美金，严重影响社区经济发展。同时约10%的严重精神障碍患者出现肇事肇祸的风险，危害社会安全稳定，造成社会严重问题与不良影响。

2. 创新的模式与举措

西安杨森致力于引领重精医院社区一体化的治疗和管理理念变革，与我们的客户一起积极搭建与推广重精长效针剂医院社区一体化服务模式。鼓励使用长效针剂抗精神病药物，提高患者长期服药的依从性和提高生活自主性。同时加强医院社区一体化精神卫生服务体系的建设，助力患者再社区康复、实现功能恢复。

2.1. 多服务方协同

在该模式中，急性期患者由辖区精神病院门诊首先收治，康复期患者转至社区卫生服务中心进行管理，社区对患者进行后续筛查与评估，定期随访与协助患者长效针剂用药服务。

2.2. 多渠道资金来源

该模式以多渠道资金来源，在政府多部门的支持下（政法委、卫健委、医保局、财政局、民政、残联等）共同降低患者自付。

3. 实践的成果与效果

迄今全国已有20个省87个社区项目应用第二代长效针剂来开展“重精医院社区一体化模式”，累计服务超过1万名患者。

3.1.重点区域项目的阶段性成果

云浮“长效监护·稳定回归”一月一针长效针剂治疗行动。项目启动于2020年1月。2020年云浮市首次在册严重精神障碍患者肇事肇祸杀人案“零发生”，并将这一“零发生”成效保持至目前。今年9月17日至19日，中央政法委相关领导在深圳市调研基层社会治理工作并召开座谈会时，针对精神障碍患者肇事肇祸事件多发，明确提出要借鉴云浮市将精神障碍患者全覆盖、基本全免费治疗等做法，解决患者服药难、家庭脱困难、社会接纳难的问题，健全政府、社会、家庭三位一体的关怀帮扶体系。

3.2.其他各地区项目阶段性效果

通过长效针剂创新地治疗技术及管理模式，在确保患者治疗效果前提下切实提高治疗依从性的关键环节，有效地减少疾病复发和降低危险性，有助于消除社会对精神病人的歧视，促进患者社会功能恢复，是一项多方共赢的举措，也是建设“平安中国”、“健康中国”、“健康扶贫”的一项有效举措。

慢性肾脏病的筛查、预测、全病程管理系统整体完善

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ◎疾病主动管理 ○完善公卫服务 ○提升信息化水平

近年来,慢性肾脏疾病已经发展为影响人群健康、造成疾病死亡的重要因素之一,我国慢性肾脏病的患病率高达 10.8%,并呈现逐年增高的趋势,造成了巨大的疾病负担。同时由于基层医疗机构在早期诊断、治疗方面仍然存在短板,影响了整体的防治效果。

在慢性肾脏病的防治方面,构建全国慢性肾脏病防治综合体系,力争建立 1000 家CKDMC,管理 1000 万慢性肾脏病患者,实现对高危人群的整体筛查,力争在未来 10年助力我国肾脏病发病率下降 1%,各种并发症发生率下降 10%。

1.面临的问题与挑战

1.1.慢性肾脏病患病率高发

目前全球有超过 8.5 亿人因为各种原因而身患肾脏疾病,是癌症患病人数的 20 倍;每年因慢性肾病死去的人数超 240 万,成为增长最快的第六大死因。在我国,每 10 个成年人中就有一名慢性肾病患者,且慢性肾脏病(CKD)及尿毒症的患病率呈现逐年升高的趋势。一项全国范围的多中心横断面研究结果显示:我国 CKD 的患病率为 10.8%。据此估计,我国 CKD 患病人数高达 1.195 亿。

1.2.基层防治工作刻不容缓

我国幅员辽阔,各地区间社会经济水平及人民生活方式差异大,使各地区CKD患病情况也存在明显的差异。特别是分别在广东农村和城市开展的流行病学调查显示,农村地区的CKD患病率高于城市(13.6%vs.10.1%)。我国CKD庞大的患病人群已是不争的事实,从基层和社区重视CKD的防治工作已是刻不容缓。

1.3.基层医疗机构的早期诊断和治疗尚有待规范

慢性肾病患者到了晚期—尿毒症期,需要长期血液透析、腹膜透析或者肾脏移植,给家庭、社会和医保带来沉重负担。目前医疗界已经认识到慢性肾病的危害,但很多基层医院、中小型医院对于该病的早期诊断、治疗还存在着诸多误区和不规范的地方。

2.创新的模式与举措

针对临床上急需慢性肾脏病早发现、早诊断、早管理的需求,慢性肾脏病全程管理中心(Chronic Kidney Disease Management Center, CKDMC)着力于早期筛查、精准诊治,与全程管理三个方面,全方位覆盖CKD诊疗过程中“疾病隐匿性高”、“社会知晓度低”与“诊疗规范缺乏”三大核心痛点。

2.2.1.自研肾损自主筛查终端机

采用冷光源反射测定原理,可进行14项肾相关指标的高精度检测,同时重建设备的人机交互与数据处理流程,极大降低使用门槛。

2.2.慢性肾脏疾病的知识图谱

利用OCR技术,利用专家经验、临床指南、医学文献等语料文本库训练模型,通过对识别患者的检验报告、病史病例数据进行结构化处理,完成病患的病情分级、诊疗建议。

2.3.基于物联网和大数据的院内外数据平台

建立中心间统一的标准化数据管理系统,患者院内和院外数据实时上传,运用标准化信息加密脱敏和整

合技术,实现对患者状态的实时追踪与管理。

2.4.专业慢性肾损康复方案

依据团队权威临床专家与营养学专家的研究,根据患者的患病阶段、并发症情况等特殊情况制定的针对性CKD定制食谱。

3.实践的成果与效果

3.3.1.指导CKD诊疗流程标准化

在服务内容上,CKDMC 通过硬件终端设施、管理服务软件(APP)与数据中心帮助医院搭建管理系统,同时指导建设 CKD 全流程标准化诊疗流程/路径与标准,最后融合线上线下、院内外数据进行统一全流程管理,做到帮助患者享受优质医疗服务的同时,优化医院的管理能力与绩效。

3.2.建立协同服务网络及支持体系

CKDMC 在 2021 年 1 月 1 日启动后,迅速建立了由国家中心-核心单位-网络单位与基层单位组成的四级协同的全覆盖-分级服务网络,推出了自主肾损筛查终端机器、慢病管理终端机器、患者自我管理平台等全套业务工具以及 CKDMC 标准化诊疗检测包与全程服务网络等完整的支持体系。从 2021 年 1 月份到 2021 年 11 月份,完成了 19 个省80 家医院的核心单位建设和百余套终端网络设备的部署。

助力筛查标准化,提升糖尿病肾病的早期诊断和规范化治疗

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ◎疾病主动管理 ○完善公卫服务 ○提升信息化水平

为实现“健康中国2030”规划纲要目标,进一步提升糖尿病患者规范管理率、治疗率和控制率,持续提高糖尿病并发症筛查率,2019年,国家卫健委部署了糖尿病防治行动。

2020~2021年,中国初级卫生保健基金会通过试点,在全国数千家医院落地了《健康中国糖尿病及并发症筛查标准化项目》,阿斯利康通过资助基金会,推动筛查标准化,提升糖尿病肾病的早期诊断和治疗规范化,惠及更多糖尿病患者。

1.面临的问题与挑战

1.1.糖尿病患者中慢性肾病高发,但防治呈现“三低”特点

糖尿病会引发视网膜病变、糖尿病足、糖尿病肾病等多种并发症,其中糖尿病肾病是并发症治理的重要部分。根据2019年研究数据显示,糖尿病患者中慢性肾病的患病率为35.5%^①。糖尿病患者一旦合并慢性肾病,死亡风险将成倍增加。但目前我国糖尿病肾病管理呈现知晓率低、早期筛查率低和早期诊断率低的“三低”特点。由此导致了糖尿病肾病不能及早发现、及早治疗,给糖尿病患者的治疗和预后带来巨大压力。

1.2.早期筛查的普及不足,影响了早期诊断和治疗的效果

近年来,随着诊疗水平的进步,我国糖尿病的治疗率和控制率有所改善,但仍处于较低水平,早期筛查的普及不足在一定程度导致了这一结果。据2016年一项社区筛查结果研究的数据显示,慢性肾病患者中未诊断人数是已诊断的4.71倍^②。另有研究显示糖尿病患者中肾病相关尿蛋白检测率不足50%^③,早期诊断率不足20%^④。早期肾功能可逆,是治疗的关键时间窗,但早期诊断率的不足,将影响治疗的及时性和患者长期的预后。

2.创新的模式与举措

自2020年起,阿斯利康中国携手行业资源,推进糖尿病及并发症的诊疗规范化。在2021年资助中国初级卫生保健基金会,联合糖尿病领域专家,发起了《健康中国糖尿病及并发症筛查标准化项目》,通过推动筛查标准化,提升糖尿病及并发症的早期诊断和治疗规范化,让更多的患者获益。

2.1.建立“1+9+3000”糖尿病肾病筛查标准化推进体系

2021年3月,在国家卫健委的指导下,联合糖尿病领域专家团正式启动UACR项目,并明确由专家团领衔,建成全国9大区域中心,同步辐射数千家医院的筛查标准化推进体系;2021年3~6月,全国9大区域中心专家联合区域卫健委,相继启动了区域UACR项目;2021年6月前,全国数千家医院启动UACR项目,至此1个专家团、9大区域中心和数千家医院的筛查标准化推进体系顺利建立。

2.2.建立筛查与院内诊疗结合的模式

2021年,阿斯利康资助中国初级卫生保健基金会,持续推进UACR筛查,优化筛查流程,将UACR公益筛查与院内诊疗有机结合,形成了“筛-诊-治”结合的创新模式。通过快速免费筛查识别患者的肾病进展,实现院内诊疗的优化。

①Sci Rep. 2019 Jul 18;9(1):10408

②中华肾脏病杂志2020年·2·1月第36卷第1期 Chin J Nephrol, January 2020, Vol. 36, No.1

③United States renal data system.annual data report 2018,1:29-44

④Szczech LA,et al.PLoS One.2014 Nov 26;9(11):e110535

3.实践的成果与效果

3.1.全面推进糖尿病肾病筛查标准化和理念普及

通过持续推进UACR筛查,提升了糖肾早期诊疗意识,提高了糖肾诊疗的能力,目前已有数千家医院常规开展UACR筛查,覆盖并教育数万名项目医生。

3.2.建立合作生态改善糖肾规范化筛查和治疗的可及性

通过与卫健委、检测公司和医生的协同合作,提升了糖肾筛查的标准化和早期诊断率,同时通过快速免费的筛查,有效解决了常规检测周期长、价格贵等实际问题;另一方面借助学术体系的搭建,提升糖肾的诊疗水平,提高创新治疗方案的可及性,惠及更多糖尿病患者。

[无锡肝癌早筛综合防控]-“公私合作共促城市癌症早筛”

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ○疾病主动管理 ◎完善公卫服务 ○提升信息化水平

由于成因复杂，高危因素较多，加之人口基数庞大，我国的肝癌防治面临较大的困难，并且时常发生因病致贫的现象。“健康中国2030”提出了癌症防控的总体目标，以实现更高水平的全民健康。无锡市通过与国家癌症中心签署战略合作备忘录，成为国家重大公共卫生服务项目“城市癌症早诊早治”项目实施地区，并与泛生子基因科技有限公司合作，启动肝癌早筛综合防控示范项目，打造全国肝癌综合防控示范城市。

1. 面临的问题与挑战

1.1. 缺少可靠的筛查技术，影响肝癌的早期诊断

肝癌作为我国高发癌症之一，一直排名恶性肿瘤发病前5位、死亡第2位，对国民的健康造成了巨大的影响。由于国内长期没有可靠的筛查技术，导致绝大部分患者一旦确诊就已是中晚期，错过了治疗的黄金时间。

1.2. “健康中国”国家战略对癌症的防控提出了明确的目标

《“健康中国2030”规划纲要》确立了实现更高水平全民健康的奋斗目标，提出“针对高发地区重点癌症开展早诊早治工作”，并且明确到2022年和2030年，总体癌症5年生存率分别不低于43.3%和46.6%；高发地区重点癌种早诊率达到55%及以上。

2. 创新的模式与举措

2020年11月，由国家癌症中心参与指导、江苏省无锡市惠山区人民政府和国内精准医疗领域的领军企业泛生子共同发起的无锡市惠山区区域性“肝癌早筛综合防控”示范项目正式启动。通过应用先进的液体活检技术，预期提高肝癌早期诊断水平，进而改善肝癌5年生存率，为全国癌症防控新模式提供经验。

2.1. 早筛技术的大规模应用

项目采用国家癌症中心与泛生子合作研发的肝癌早筛液体活检技术HCCscreen，将实现先进的基于液体活检的癌症早期筛查技术在高危人群中的大规模应用，建立和推广肝癌早筛技术规范。

2.2. 开展创新科普行动

2021年3月，作为示范项目的重要组成部分，在国家癌症中心的指导下，无锡市第五人民医院携手中国抗癌协会及泛生子，共同开展“科学筛查、保护肝脏”全民科普大型公益义诊活动，推出“线上直播科普+线下义诊咨询+免费肝癌早筛”的科普行动，并为符合条件的百位肝硬化患者免费提供HCCscreen™肝癌早期筛查检测。

3. 实践的成果与效果

3.1. 逐步实现高危人群全覆盖

未来三年，将以惠山区为支点，实现对无锡高危人群的肝癌筛查全覆盖，致力于逐步将无锡建设成为全国低肝癌综合防控示范城市。

3.2. 围绕筛查及防控开展全周期服务

为了更好地承接肝癌早筛综合防控示范项目和国家重大专项研发，泛生子将在无锡（惠山）生命科技产业园设立癌症早期筛查中心总部基地，打造先进的早筛研发、检测运营及检测产品生产制造基地，围绕癌症早期筛查及综合防控提供全周期服务，涵盖科学普及、早期筛查、精准诊疗、随访及康复管理、保险服务等。

推进区域肿瘤精准早控, 构建多级联动管理路径

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ◎疾病主动管理 ◎完善公卫服务 ○提升信息化水平

为推进区域肿瘤早筛及防控, 提升居民健康意识, 项目率先在广东省化州市三个社区开展试点, 计划覆盖至少10万居民; 借助前沿肿瘤风险模型, 项目预计在社区早筛过程中定位超过3,000名肿瘤高危患者, 并建立专项疾病管理档案, 以改善肿瘤早期发现情况。

以打造专业、便捷和智能的肿瘤早控管理计划为目的, 充分结合县域医共体的特色和发展现状, 项目联合南方医科大学南方医院以及化州市医共体各级医疗机构, 构建了四级联动分级诊疗模式; 并且依托多项数字化技术和平台, 打造了数字化肿瘤“筛查+随访+诊断+治疗”闭环式健康管理模式; 同时还将特别组建了一支健康管理师团队, 通过多方面技术培训提升专业服务能力。

项目以高效的数字化工具(数字化肿瘤风险预测模型、医院数字化随访平台、院外患者管理平台)赋能院内外筛查-诊治-随访疾病管理闭环, 最终实现精细化疾病管理。

1. 面临的问题与挑战

1.1. 基层医务人员有限、能力及能动性不足

医务人员人手有限、肿瘤防治知识缺乏, 肿瘤早筛工作会进一步增加当前基层医院公共卫生医务人员的工作负担, 且基层医务人员缺乏肿瘤早筛相关专业、系统性知识, 亟需规范培训。此外, 医务人员绩效考核体系有待创新, 在传统公共卫生项目开展过程, 医务人员因激励不足、考核机制落后等, 无法发挥足够的主动能动性。

1.2. 基层肿瘤防治工作多为单点开展, 无法形成持续有效管理

基层肿瘤防控工作多为单点开展的公共卫生项目, 仅进行单项筛查或疾病教育, 未实现疾病从科普预防、早筛早诊、个性化随访管理的闭环, 真正为患者带来福利。

1.3. 基层医疗诊疗能力落后、与上级医院协作能力不足

基层医院硬件设施落后、人员诊疗水平较低, 无法支持社区居民在筛查过程必要的检查检验; 信息系统建设落后, 缺乏与上级医疗机构协作能力。

1.4. 患者参与意愿低

由于个人隐私、对疾病了解缺乏等多重原因, 基层患者参与意愿较低。

2. 创新的模式与举措

2.1. 构建省县镇乡四级联动的医共体诊疗模式

针对县域医务人员诊疗能力不足、人手不住的痛点, 建立“以人民主动健康为目标”的“省县镇乡四级联动”模式。创新绩效考核体系, 确保基层公共卫生人员的有效激励及推进。

2.2. 建立肿瘤早控管理标准路径

基于“早期筛查、提前预测、及时干预和系统化管理”的思路, 结合县域医共体的发展现状和建设方向、以及居民的疾病认知和诊疗习惯, 和专家团队一同设计了可因地制宜的规范化疾病管理路径, 以确保肿瘤早控工作的专业性、有效性和可持续性。

2.3. 数字化技术和工具赋能

以高效的数字化工具(肿瘤风险预测模型、社区肿瘤筛查平台、高危患者化随访平台、肿瘤辅助决策工具、

院际远程会诊平台)赋能县域医共体的诊疗能力和协作能力提升,最终实现精细化疾病管理。

2.4.多维度调动居民积极性

通过多维度手段,包括基层政府宣传动员、患教会、数字化患者运营等手段,充分调动居民对于肿瘤筛查的认识和参与度。

3.实践的成果与效果

遵循规范化早控管理路径,在各项运营管理工作(例如人员培训、健康教育、绩效管理等)的保障下,项目自开展以来,已完成对辖区10万居民筛查任务,各个实体瘤筛查工作已全面启动,并对患者进行肿瘤风险识别。其中,肝病领域识别高风险患者约23%,肺及胃肠领域分别筛查出12%、11%、10%的高危患者;针对高危患者的后续随访工作也在有序推进。

技术下沉覆盖肿瘤早筛最后一公里

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ○疾病主动管理 ◎完善公卫服务 ○提升信息化水平

《健康中国行动(2019-2030年)》中提出了癌症防治行动,要求政府、社会和个人都要参与到癌症的防治工作中来,采取积极预防、早期筛查、规范治疗等措施,降低癌症的发病率和死亡率。其中对发病率高、筛查手段和技术方案比较成熟的胃癌、结直肠癌、宫颈癌、乳腺癌等重点癌症,制定筛查与早诊早治指南。各地根据本地区癌症流行状况,创造条件普遍开展癌症机会性筛查。华大基因通过与地方政府合作开展人群癌症早期筛查,实现技术下沉,推动癌症早筛的普及和规范。

1.面临的问题与挑战

1.1.癌症危害严重但早期筛查的普及率较低

近年来,癌症已成为严重威胁我国人群健康的主要公共卫生问题之一,但国内早癌筛查的普及率较低,民众普遍意识不足。根据中国中晚期结直肠癌患者诊疗现状调查中期结果显示,64%的患者在患病前不了解结直肠癌高危因素,85%的患者对早期筛查缺乏认知,这也导致大部分患者首次确诊时已到了中晚期。

1.2.医疗资源分布不均影响了癌症早期筛查的可及性

对于医疗资源分布不均、交通不便的县乡村,“最后一公里”是癌症早期筛查的一大阻碍。

1.3.癌症的预防需要集合各方资源多管齐下

癌症的防治需要政府、医疗机构、公益组织等各方共同努力,一方面倡导健康生活,普及预防筛查、早诊早治等知识,帮助公众认识到癌症可防可治,提高公众防癌意识,另一方面加快早癌筛查的标准化规范化体系建设。

2.创新的模式与举措

2.1.智能筛查车,打通“两癌”筛查最后一公里

2021年7月,由欧美同学基金会、赤城县委县政府发起,华大集团、北京赤城企业商会等支持的女性“两癌”(宫颈癌和乳腺癌)公益筛查项目启动,通过“两癌”智能筛查车将智能乳腺超声和HPV自取样检测一体化,面向当地30-64岁女性群体提供机动灵活的筛查服务,既无需耗时费力前往指定医院筛查,又可避免多次重复预约和等待,在“家门口”即可“一站式”完成宫颈癌和乳腺癌两项筛查,对筛查覆盖率的提升起到促进作用。

2.2.基于社区网格化模式开展肠癌早筛

华大基因与湖南省长沙县第一人民医院签署肿瘤防控合作协议,并正式启动“基于社区网格化模式开展肠癌早筛”民生工程,免费为45-75岁长沙县居民提供结直肠癌基因检测服务,此后又陆续在昆山市和三明市沙县区开展的基于社区网格化模式的肠癌早筛民生工程,助力肠癌防控从注重疾病诊疗向预防为主、防治结合转变。

2.3.多方协同联动,实现资源整合

通过各方的资源整合,政府、基金会、商会、科技企业多方联动,集合各方之所长,让早期“两癌”和癌前病变的患者得到有效治疗。

3.实践的成果与效果

在2017年,华大基因创新推出“互联网+HPV自取样”模式,让民众足不出户,就能实现居家检测,截至2020年底,华大基因HPV检测服务已覆盖全国30个省130个地市,累计完成检测超过570万例。

在赤城县开展的“两癌”筛查项目开展两个月时,已完成登记预约近7000人,HPV检测和乳腺超声检查均出具报告6000余份。

[中山大学附属第一医院]“- 联动医护药技, 打造线上线下一体的互联网医院”

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ○疾病主动管理 ○完善公卫服务 ◎提升信息化水平

中山大学附属第一医院以线下实体医院的优质医疗资源为支撑、线上互联网院区为入口, 提供在手机端就可实现的预约挂号、名医问诊、慢病续方、开单配药、检验检查预约、护理上门服务、健康教育和随访管理等医护药技多项联动服务, 拓展传统互联网医院的服务范围, 覆盖诊前、诊中、诊后的全流程, 通过专病专家专属门户引流疑难杂症患者, 打破实体医院壁垒、扩大服务半径, 促进优质专家医疗资源下沉, 打造线上线下一体化的创新型“无院墙”智慧医院。

1. 面临的问题与挑战

1.1. 数字经济社会的发展对医疗服务提出更高要求

伴随着数字经济社会和疫情常态化时代来临, 日益增加的多样化、精细化医疗需求对互联网医疗服务提出了更高要求。新冠疫情期间, 智慧医院和互联网医院在满足就医需求方面发挥了积极的作用, 因此国家卫生健康委也提出了“进一步完善预约诊疗制度, 加强智慧医院建设”的要求。

1.2. 传统的医院服务体验有待提高

传统的医院由于卫生资源相对集中在高等级医院, 导致患者就诊时等候时间长, 问诊时间短, 在挂号、候诊、检查以及购药等各个环节耗费大量等候时间, 就医体验亟待改善。

2. 创新的模式与举措

2.1. 前沿技术服务赋能, 提升就医体验

在打造无院墙的互联网医院过程中, 中山医院综合采用了人工智能、大数据、物联网、云计算等前沿技术, 在互联互通互操作、信息共享的基础上, 实现了诸多赋能服务和便利患者的应用。例如支持患者远程人脸识别实名建档、为操作不便的家属(儿童和老人)实名绑定就医卡、线上线下智能导诊、就诊环节精确导航、协同会诊等, 极大地增强了患者的就医体验。

2.2. 数据互联互通, 实现高效流转

通过院内院外信息数据的互联互通, 共享医疗记录, 实现了患者历次门诊、住院、体检、咨询、随访等健康资料的安全统一调阅。处方流转平台支持院内取药、院内配送、线下药店购药、线下药店配送等多种电子处方流转购药模式。

2.3. 注重信息安全, 保护医患隐私

通过电子签名严格把关医生开立处方、药师审核处方, 用虚拟号码保护技术, 将医生、患者的号码形成虚拟号码并全程录音, 方便咨询, 确保双方隐私。

3. 实践的成果与效果

3.1. 便利的多元服务模式节约就诊时间

医疗服务模式多元, 复诊患者在家即可开药、续方、预约检验检查, 在疫情常态化期间, 平均为每位患者节约来院及等候时间67.65小时。

3.2.方便外地患者就医问诊

自上线互联网医院以来,中山一院已开通了85个云诊室,共570名专家坐诊云端,其中副高及以上职称专家共计376人(占66%),医生可为患者提供零距离、全周期的服务(线上咨询、复诊预约、线下看诊、随访宣教)。互联网医院访问患者中,来自广州市外地的患者达90.2%。

[厦门健康医疗大数据平台]-“数据应用推进医疗健康数字化、智能化”

○区域协同发展 ○推进分级诊疗 ○疾病主动管理 ○完善公卫服务 ◎提升信息化水平

2016年6月24日,国务院办公厅印发《关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》,首次将健康医疗大数据确定为重要的基础战略资源。为落实国家战略部署,打造国家健康医疗大数据中心,国家卫计委按照“1+5+X”的总体规划,确定了五大医疗健康大数据区域中心的试点省市,厦门入选试点城市,通过建立健康医疗大数据中心和产业园区,推进和规范健康医疗大数据的应用发展。

1.面临的问题与挑战

1.1.数据开放共享程度低,产生大量信息孤岛

随着我国医疗卫生信息化进程的推进,海量的健康医疗数据在持续的产生,但大量的数据散落在各处,没有建立互联互通机制,导致各医疗机构大量有价值的数据变成了“数据孤岛”,没有发挥数据应有的价值。

1.2.数据应用水平不高,制约智慧健康产业发展

当前各行业都在向“互联网+”、智慧化方向转型,健康医疗大数据的发展也已经上升至国家战略层面,云计算、大数据、移动互联网等技术的不断发展为健康医疗数据的深化应用提供了更多可能,但数据标准、共享的不完善,数据应用水平不高,已经成为制约智慧健康产业发展的重要因素。

2.创新的模式与举措

2.1.采用互联互通、协同共享的总体架构

厦门市健康医疗大数据平台通过大数据汇聚技术实现医疗机构、公共卫生机构、其他政府部门、第三方机构、居民个体等不同数据源的健康医疗数据采集和汇聚。厦门在全国率先建立了市民健康信息系统,将居民的门诊、住院、体检、妇幼、社区就诊记录与计划免疫等信息进行了有机的整合,形成全方位、全周期的终身电子健康档案,覆盖全市95%以上的常住人口。

2.2.建立大数据应用开放平台支撑应用实践

通过大数据应用平台向第三方机构开放,使用者可以在平台内通过授权方式对数据进行分析、加工、使用,并将结果带走,但原始数据仍然保留在平台。由此,可以为各类应用提供底层的服务和数据支撑,丰富健康医疗数据的应用场景。

3.实践的成果与效果

3.1.实现互联互通标准化,有效减少重复检查

2018年,厦门健康医疗大数据平台通过国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评,成为全国唯一获得最高等级评定的地市级互联互通医疗健康信息系统。目前,每月居民电子健康档案共享30万人次以上。就诊信息的互联互通和共享也减少了患者在不同医疗机构就诊时的过度治疗和重复检查,有效减轻群众的医疗负担。

3.2.丰富健康数据应用场景,提升群众服务体验

基于健康医疗大数据平台,厦门市开展了多个健康医疗大数据应用实践,包括全市门诊统一挂号预约平台、智能导诊系统、统一支付平台等“互联网+医疗服务”,覆盖就医就诊的各个环节。通过将电子健康卡与市民卡、医保卡进行多卡融合,市民凭借电子健康卡二维码即可实现就诊、家庭医生签约、慢性病长处方续方等多

种便捷服务,切实改善了医疗服务的便利性,提升了群众的就医体验。

3.3.提供科学决策支持,应对突发公共卫生事件

2020年1月,为了应对新型冠状病毒感染肺炎疫情,基于厦门市健康医疗大数据平台,4天内研发出“新冠肺炎监控溯源系统”,并在全市医院和市疾控中心上线,一周内实现全市社区、口岸系统对接上线。运用大数据技术搭建防疫框架,提供了高度智能化的技术保障,让信息化服务于政府精准防疫和科学决策。

第四章

卫生健康服务体系的 政策趋势和建议

第四章 卫生健康服务体系的政策趋势和建议

政策趋势：以分级诊疗制度为核心构建优质高效卫生健康服务体系▶▶▶

随着《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》的发布，我国未来中长期的社会发展目标基本明确。展望2035年，我国将基本实现社会主义现代化，建成健康中国，基本公共服务实现均等化，人的全面发展、全体人民共同富裕取得更为明显的实质性进展^①。

在“十四五”期间，我国的民生福祉将达到新的水平，基本公共服务均等化水平明显提高，多层次社会保障体系更加健全，卫生健康体系更加完善。

在这样的目标指引下，未来我国医疗卫生服务体系改革的政策势必将更加注重质量提升和均衡布局，更加注重优质扩容和深度下沉，更加注重早期预防和医防协同。而《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设方案》的发布，进一步明确了未来五年我国卫生服务体系建设完善的方向，预计未来的政策将延续几个方向的趋势。

○ 继续促进资源均衡布局，推动区域协同发展

卫生资源的均衡布局主要体现在横向的资源扩容和纵向的能力下沉两个方面，2017年由原国家卫生计生委印发《“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划》（国卫医发〔2017〕3号），启动了我国的国家医学中心和国家区域医疗中心的规划工作。依托于现有的高水平医院设置国家医学中心和国家区域医疗中心，提升整体和区域医疗服务能力，构建以国家医学中心为引领，国家区域医疗中心为骨干的国家、省、市、县四级医疗卫生服务体系，整合推进区域医疗资源共享，促进医疗服务同质化，减少患者跨区域就医。

2019年正式启动国家区域医疗中心建设试点，2020年国家卫健委批复同意了首批10个试点项目，在最新的2021年《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》发布后，将启动第二批16个区域医疗中心试点，预计2023年将完成区域医疗中心的全国规划布局，并在2025年基本完成国家区域医疗中心建设^②。

未来5年，预计要在各地建设120个左右的省级区域医疗中心，引导优质医疗资源向省域内医疗资源薄弱地区输出，而围绕国家医学中心和区域医学中心的建设工作，也势必将在学科规划、资金支持、管理考核以及支付保障方面出台更多的支持政策，从试点向面上推进。

○ 持续加强基层能力建设，夯实分级诊疗制度

分级诊疗制度是中国特色基本医疗制度的重要甚至首要构成要素，其完善与否直接关系到我国新医改的成败，而分级诊疗制度的成功很大程度上取决于基层医疗卫生机构的服务能力。

《深化医药卫生体制改革2021年重点工作任务》中提出继续推动基层首诊、双向转诊，专科联盟和远程医疗协作网的发展，同时提升县级医院的综合服务能力，打造优势专科，提高县域就诊率，从而推进县域医共体的建设，提升基层服务能力。

以人为本·主动健康·整合服务
PEOPLE CENTERED INTEGRATED CARE

^①《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》，http://www.gov.cn/xinwen/2021-03/13/content_5592681.htm

^②国家发展改革委：2025年基本完成国家区域医疗中心建设，<http://finance.people.com.cn/n1/2021/0719/c1004-32162352.html>

作为加强基层服务能力建设的重要举措,国家卫健委也一直将医联体、医共体的建设作为构建分级诊疗制度的重要抓手加速推进。2019年,先后确定了118个医联体建设试点城市^①和567个紧密型县域医共体试点县^②。2021年11月3日,国家卫健委又印发《“千县工程”县医院综合能力提升工作方案(2021-2025年)》,提出到2025年,全国至少1000家县医院达到三级医院医疗服务能力水平,在县域内重点建设临床服务、急诊急救、县域资源共享和医共体高质量发展的“五大中心”,发挥县域医疗中心作用,为实现一般病在市县解决打下坚实基础。

由此可见,按照县乡一体化、乡村一体化的原则,积极发展以县医院为龙头的紧密型县域医共体仍然是未来一段时间内提升基层服务能力建设的重要内容。围绕医联体、医共体的管理考核、医保支付、信息化建设等内容,加强规范化管理,以便能够提供连续性、便捷性、持续性的医疗卫生健康服务将会是政策关注的重点方向。

○ 注重全生命周期管理,改善慢性病的医防效果

从习近平总书记在2016年全国卫生与健康大会上提出要推进疾病治疗向健康管理转变。到2017年国家卫健委印发《中国防治慢病中长期规划(2017-2025年)》,再次明确了通过早诊早治降低高危人群发病风险的策略。再到2019年政府工作报告中强调“要实施癌症防治行动,推进预防筛查、早诊早治和科研攻关,着力缓解民生的痛点。”以及国家卫健委等10部门联合印发的《健康中国行动-癌症防治实施方案(2019-2022年)》,针对慢性疾病开展早诊早治推广行动、进行个性化的健康干预逐渐成为癌症、脑卒中等重点慢性疾病防控的主流趋势。按照《中国防治慢病中长期规划(2017-2025年)》中确定的目标,到2025年时,慢性病危险因素要得到有效控制,实现全人群全生命周期健康管理,要如期实现这一目标,还需要进一步建立健全完善的服务体系,以覆盖疾病预防、筛查、诊断、治疗、康复的全流程,依托社区卫生服务中心和乡镇卫生院提供疾病筛检和风险评估,依托专业公共卫生机构开展个性化的健康干预,依托各级医疗机构落实慢性病患者的分级诊疗。通过建立健全疾病预防控制机构、医院和基层医疗卫生机构之间分工协作、优势互补的合作机制,加强医防合作,推进慢性病防、治、管整体融合发展。

○ 加速公共卫生体系改革建设,完善公共卫生体系

2020年9月,习近平总书记主持召开专家学者座谈会,并发表题为《构建起强大的公共卫生体系 为维护人民健康提供有力保障》的重要讲话,提出改革完善疾病预防控制体系、稳定公共卫生事业投入机制、加强疾控人才队伍建设、健全重大疫情救治体系等要求^③。自2020年以来,上海、北京、广东等地陆续制定了加强公共卫生体系建设的三年行动计划,其他部分省份也发布了推进公共卫生体系建设的政策文件,作为此次新冠疫情冲击最大的湖北省,更是在2020年6月出台了《关于推进疾病预防控制体系改革和公共卫生体系建设的意见》及改革完善疾病控制体系、加强基层卫生服务体系和公共卫生应急能力建设、加强院前急救体系建设、加强公

①国家卫健委,《关于开展城市医疗联合体建设试点工作的通知》(国卫医函〔2019〕125号),<http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3593g/201905/7968047177184923b682a48b2f2a97b9.shtml>

②国家卫健委,《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》(国卫基层函〔2019〕121号),<http://www.nhc.gov.cn/jws/s3580/201905/833cd709c8d346d79dcd774fe81f9d83.shtml>

③习近平:构建起强大的公共卫生体系 为维护人民健康提供有力保障,http://www.gov.cn/xinwen/2020-09/15/content_5543609.htm

公共卫生人才队伍建设等多个配套文件,以推进公共卫生体系治理现代化。提升防控救治能力,加快补足公共卫生端“短板”已经成为全国各级政府的普遍共识。

2021年5月13日,国家疾病预防控制局正式成立,作为隶属于国家卫健委的副部级机构,未来将负责指导疾病预防控制体系的建设、规划指导疫情监测预警体系建设、公共卫生监督管理等工作,其成立也标志着我国的疾控机构职能从单纯预防控制疾病向全面维护和促进全人群健康转变,在一系列重大项目的带动下,加速公共卫生体系的建设进程。

○ 全面提升信息化水平,促进系统效率提升

自上世纪90年代信息化技术在我国起步之初,我国即启动了国民经济信息化的起步工程——“三金工程”,随后各部委开始在“三金工程”的基础上建立各个领域的信息化工程,包括卫生领域的“金卫工程”、医疗保障领域的“金保工程”等。新医改启动以来,在政策的鼓励、社会治理水平的提升、技术的进步等多重因素影响下,信息化在卫生服务体系中的应用得到了普及,覆盖了区域卫生、医院管理、公共卫生及医疗保障等各个方面,应用的场景也日渐丰富,从最初面向B端(组织机构)的信息采集和传输扩展至远程医疗、“互联网+”诊疗、医保在线支付、异地就医结算、线上购药、慢病管理等各种面向B端和C端(个人用户)的场景。

推进医疗服务信息的标准化,建立基于人口健康信息平台的远程医疗服务体系有助于优化医疗资源配置,实现优质医疗资源下沉,推动我国分级诊疗制度的逐步建立和完善。推进以电子病历为核心的医院信息化建设,可以逐步实现医院的现代化转型,建立医疗、服务、管理“三位一体”的智慧医院系统,提高卫生服务效率、创新服务模式。推进以居民健康档案为核心的公共卫生服务信息化,有助于推动以慢性病综合防治为重点的居民自我健康管理模式落地,并在信息互联互通的前提下,减少不必要的重复用药和检验检查。

2020年正式实施的《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》中提出:“国家推进全民健康信息化,推动健康医疗大数据、人工智能等的应用发展,加快医疗卫生信息基础设施建设,制定健康医疗数据采集、存储、分析和应用的技术标准,运用信息技术促进优质医疗卫生资源的普及与共享。县级以上人民政府及其有关部门应当采取措施,推进信息技术在医疗卫生领域和医学教育中的应用,支持探索发展医疗卫生服务新模式、新业态。国家采取措施,推进医疗卫生机构建立健全医疗卫生信息交流和信息安全制度,应用信息技术开展远程医疗服务,构建线上线下一体化医疗服务模式^①。”医疗卫生领域的信息化建设将不再简单地被当作提升效率的工具,而是完善我国人口健康信息服务体系建设和推进健康医疗大数据应用的重要支撑。

○ 完善多层次医疗保障制度体系,更好地保障病有所医

2020年3月,中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》首次对我国的医疗保障体系进行了顶层设计,提出了建设和完善多层次医疗保障体系的目标,着力解决我国医疗保障领域存在的诸如制度碎片化、待遇不平衡、保障有短板、改革不协同等问题^②。为了实现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”的目标,未来将重点围绕完善待遇保障、健全筹资运行、提高支付效率、保障基金安全等方面推进医疗保障制度的改革,并

^① 国务院,《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第四十九条, http://www.gov.cn/xinwen/2019-12/29/content_5464861.htm

^② 关于深化医疗保障制度改革答记者问, http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/3/5/art_38_2810.html

发挥医保基金在深化医药服务供给侧改革中的引领作用，推动解决医疗服务体系领域深层次的体制机制问题、适应整合型卫生服务体系的要求，在缓解看病贵问题上取得更大成效。

发展建议：围绕以人为本核心理念，建立健全整合型卫生健康服务体系▶▶▶

○ 分层分类规划，构建高质量医疗服务体系

随着国家医学中心及国家区域医疗中心建设工作的推进，未来将在现有的三级卫生服务体系的基础上进一步发展和完善，形成国家、省、市、县四级医疗卫生服务体系。分级、分类规划和管理的医疗卫生服务体系有助于实现患者的分层、分流，也有助于减轻跨区域就医的压力并减少由此带来的医疗资源浪费。

考虑到我国各地的经济水平及卫生资源禀赋差异，还是应当根据各地的实际情况，对卫生资源进行分级规划，如在经济发达地区继续依托现有的优质医疗机构，建立具备国际影响力的国家医学中心，并结合国家战略区域规划，带动京津冀、长三角、粤港澳大湾区等区域的卫生服务协同发展。在经济相对欠发达的省份和地区，则考虑相应地增加政府投入，集中精力建设高水平的区域医疗中心，以辐射本省患者为目标，提高主要疾病的诊疗能力，将患者尽可能的留在辖区内就医，减少跨区域就医的压力。在基层则进一步强化县级医院的带头作用，围绕县医院推进县域医共体的建设，整合医共体内机构的管理和服务，提升县域医疗服务能力，实现大病不出县。

与此同时，还要注重医疗服务机构的分类管理和规划，在充分发挥公立医疗机构的主导作用之时，也要激发社会办医力量的动力和活力，积极引导第三方服务机构开展集约化的病理诊断、医学检验、影像检查、血液透析等服务，提高诊断治疗的规模化和标准化，在降低医疗服务成本的同时提高检查效率，健全高质量的医疗服务体系。

○ 以“健康”为中心，提供全生命周期的健康服务

新形势下，卫生服务体系的改革和完善必须按照健康中国战略的要求，贯彻“以人民健康为中心”的大卫生、大健康的理念，提高卫生服务的系统性和协调性，医疗服务和公共卫生服务并重，疾病预防、疾病治疗、疾病康复等措施并举，避免“重治疗、轻预防”的倾向。通过做实家庭医生签约服务，建立居民健康的“守门人”机制，优先接诊家庭医生上转的患者，提高签约居民获得感；通过做实基本公共卫生服务项目，面向居民开展健康教育和健康体检，重点加强高血压、糖尿病等患者的健康管理。通过制定强化医疗服务质量，制定常见疾病的诊疗规范和指南，提高疾病诊断和治疗的同质化及标准化。通过鼓励基层医疗机构设置和增加康复医疗床位，激励社会力量开办康复医疗中心等措施，增加康复医疗服务的供给。

○ 促进医防融合，增强疾病主动管理能力

“预防为主”是新中国成立初期所倡导的卫生工作方针，并且一直以来作为指导我国卫生工作的重要原则，尽管随着社会经济的发展，生活方式、生活环境发生了重大改变，疾病谱也由建国初期的传染性疾病为主

转变为现在的以慢性非传染性疾病为主,但“预防为主”的理念仍然适用。世界卫生组织曾有研究表明,在各种影响健康的因素(生物学因素、环境因素、行为方式因素等)中,对人类健康影响最大的是生活与行为方式因素^①,而这些风险因素中,多数是可以通过适当的健康教育和行为干预进行预防 and 控制的。

2019年,国家卫健委基层卫生健康司发布《关于做好2019年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》,在山西、辽宁、广东、重庆、贵州、云南、陕西等7省份,以高血压、糖尿病等慢性病管理为突破口,开展医防融合试点工作^②。在试点过程中,各地已经有了一些有益的尝试,但也暴露了一些政策供给不连续、权责划分不明确、医保支付方式不匹配、绩效评价体系不完善、卫生信息资源联结不充分等问题,仍然需要从资金投入、医保支付、信息化建设等方面给予更多的政策支持,并鼓励更多的地区进行医防融合的试点工作,及时总结经验并适时推广复制,真正实现从注重疾病诊疗向防治结合的转变,增强疾病的主动管理能力,实现疾病防治关口前移,不仅解决“看病难、看病贵”的问题,还要尽可能地让群众“少得病、晚得病”。

○ 加强部门协同,深化体制机制改革

卫生服务体系的完善和可持续发展,除了自身需要具备合理、稳定的结构,能够提供优质、高效的服务之外,也离不开各种配套制度体系为其提供强有力的支撑,包括管理体制、医保支付制度、人事薪酬制度等在内的各项机制均需要发挥更好的保障作用;除了卫生健康部门作为主管单位发挥规范牵引作用之外,财政、医疗保障、发展改革等相关部门也要充分参与。因此在省、市、县等执行层面,有必要建立由地方政府牵头,各部门及相关方共同参与的管理机制,按照优化、协同、高效的原则,明确权责清单,统筹推进当地卫生服务体系的建设工作。同时,推动卫生行政部门与医疗保障管理部门的深层合作,通过完善医保支付方式,动态调整医疗服务价格,建立合理、有效的利益调节机制,引导基层医疗卫生机构主动做好疾病预防和健康管理工作,提高医保基金使用效率,优化医疗机构诊疗行为。在财政支持方面,要根据实际需要,依据有关公立医院和基层医疗卫生机构的补助政策和公共卫生服务补助的管理要求,对医疗机构进行足额的补助,并在医共体内部实行统一管理、集中核算,按绩效发放。在薪酬制度改革方面,进一步完善基层医疗卫生机构绩效工资制度,优先保障基层医疗卫生机构的用人需要,在公立医疗机构内部建立以绩效为核心,与药品、耗材和检查检验收入脱钩的、优绩优酬的分配机制。

○ 全面推进数字化转型,提升卫生服务效率

自新医改以来,信息化技术在我国卫生领域的应用已经非常普遍,各种不同的信息系统已经覆盖了医院、医保、公共卫生等几乎所有应用场景。以电子病历为核心的临床信息化系统建设、以控费为目的的医保控费系统建设、以及以“互联网+医疗”为重点的医疗信息化改进成为近年来卫生服务体系信息化建设的热点。但以往的信息化更多局限在数据的采集、存储、传输、提取、交换等方面,目的主要是实现各类医疗机构管理效率的提升。

^① WHO, Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

^② 《关于做好2019年基本公共卫生服务项目工作的通知》(国卫基层发〔2019〕52号), http://www.gov.cn/xinwen/2019-09/05/content_5427467.htm

随着卫生服务体系结构的转变,医联体、医共体建设的推进,以及整合型卫生服务模式的探索,原本以单个机构为主要应用范围的信息化已经逐渐落后于实际需求,而且不同行业、不同机构之间信息不互通、不共享的问题也限制了数据价值的发挥。近几年互联网、大数据和人工智能等新技术的出现和普及,一方面为全行业实现数字化转型提供了契机,另一方面也通过在各类应用场景的渗透推动着卫生领域向全面数字化的方向转型。

2019年4月,世界卫生组织发布首份数字卫生干预指南,提出各成员国可以通过10种方法,利用移动电话、平板电脑和计算机等手段,使用数字卫生技术来改善人民的健康和基本服务的新建议^①。在我国,上海、浙江等地也都出台了与医疗卫生领域数字化转型的相关文件^②,但在其他地区,还需要推动信息化、数字化技术的应用。与此同时,也要在政策上对卫生领域的数字化建设提供支持和激励,例如通过医保支付鼓励互联网医疗服务的发展,通过数据共享平台的建立促进医疗、医药、医保数据的互联互通,通过加大资金投入加快医联体、医共体信息系统的建设,通过加强基层医疗机构的信息化水平促进远程医疗等应用更快的落地等,提升医疗卫生机构协同服务水平和政府监管水平,同时也提升人群就医的服务可及和服务体验。

①WHO, 世卫组织发布首份数字卫生干预指南, <https://www.who.int/zh/news/item/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions>

②上海市卫生健康委员会, 关于印发《上海市“便捷就医服务”数字化转型工作方案》的通知(沪卫信息〔2021〕5号), <http://wsjkw.sh.gov.cn/zhgl2/20210607/6cab5f1b39f44211a60c1fcb2a5f1d06.html>

参考文献

- 1.国务院发展研究中心课题组.对中国的医疗卫生体制改革的评价和建议(概要和重点)[J].中国发展评论,2005,(增刊1)
- 2.习近平.构建起强大的公共卫生体系 为维护人民健康提供有力保障[J].求知,2020(10):4-7.
- 3.王晓玲,伍凤兰.制度的逻辑、困境与出路——新医改背景下医疗政府管制模式重构[J].河北师范大学学报(哲学社会科学版),2012,35(05):44-48.
- 4.颜昌武.新中国成立70年来医疗卫生政策的变迁及其内在逻辑[J].行政论坛,2019,26(05):31-37.
- 5.姚力.从卫生与健康事业发展看新中国70年的成就与经验[J].毛泽东邓小平理论研究,2019(11):52-57+107.
- 6.孙广亚,张征宇,孙亚平.中国医疗卫生体制改革的政策效应——基于综合医改试点的考察[J].财经研究,2021,47(09):19-33.
- 7.管仲军,陈昕,叶小琴.我国医疗服务供给制度变迁与内在逻辑探析[J].中国行政管理,2017(07):73-80.
- 8.费非.梁万年:整合型医疗卫生服务体系建设是下一阶段医改重心[J].中国医药科学,2020,10(01):1-3.
- 9.孟庆跃,杨洪伟,陈文,孙强,刘晓云.转型中的中国卫生体系[J].世界卫生组织亚太卫生体系和政策观察,2015,5(7).
- 10.鲍勇,张安.中国健康事业研究回顾与展望:献给建国七十周年[J].中华全科医学,2019,17(09):1433-1436.
- 11.陈润卿.创造健康社会:新中国成立七十周年我国卫生事业发展研究[J].环渤海经济瞭望,2019(12):74-76.
- 12.胡善联.新医改十年的回顾与展望——战略、政府、市场、激励[J].卫生软科学,2019,33(08):3-6.
- 13.王坤,毛阿燕,孟月莉,杨玉洁,董佩,邱五七.我国公共卫生体系建设发展历程、现状、问题与策略[J].中国公共卫生,2019,35(07):801-805.
- 14.孟庆跃.建设以人为本的卫生服务体系[J].中国卫生政策研究,2015,8(10):1-4.
- 15.朱化儒.我国公共卫生体系建设发展历程、现状、问题与策略[J].医学食疗与健康,2020,18(04):197+216.
- 16.代涛.整合的入口在哪里[J].中国卫生,2018(10):19-20.
- 17.石光,刘秀颖,李静,白京霞,阎惠芳,李兰芬.中国公立医院社会功能相关政策的演变[J].中国卫生资源,2003,6(1):3-5.
- 18.代涛.医联体建设应把握关键环节[J].中国卫生,2017(05):16-17.
- 19.马丽平,陈晔,杨婷婷.我国医疗服务体系发展历程及思考[J].中国医院,2013,17(05):24-26.
- 20.曹荣桂.中国医院改革30年——历史进程、主要成就与面临的挑战[J].中国医院,2008(09):1-8.
- 21.郭轩荧,杨帆.我国基层慢性病医防融合的多种实践形式与推进障碍[J].南京医科大学学报(社会科学版),2021,21(03):201-206.
- 22.许芷浩.习近平关于人民健康重要论述的思想内涵、内在逻辑和实践价值[J].中共郑州市委党校学报,2020(04):11-19.
- 23.刘也良,王祎然.价值医疗与主动求变[J].中国卫生,2020(09):29-31.

24.代涛.我国卫生健康服务体系的建设、成效与展望[J].中国卫生政策研究,2019,12(10):1-7.

25.薛澜,彭宗超,钟开斌,吕孝礼,黄严忠,胡颖廉,孔锋.中国公共卫生应急指挥体系探析[J].中国工程科学,2021,23(5):1-8.

26.汪晓东,张炜,赵梦阳.习近平总书记关于健康中国重要论述综述[OL]□https://www.ccdi.gov.cn/toutiao/202108/t20210807_247898.html

关于作者

贾凌霄

贾凌霄主要负责机构的知识管理与研究工作，并参与多层次医疗保障相关的咨询项目。贾凌霄先后就读于华中科技大学与复旦大学，拥有社会医学与卫生事业管理专业背景，并获得管理学硕士学位。在加入艾社康之前，贾凌霄曾先后在医药市场研究机构、大型保险公司任职，从事医药、医疗保障相关的政策研究与战略研究，并负责搭建了内部售前咨询知识库体系。工作之余，他喜欢广泛地阅读各类书籍。

尚舒

尚舒担任艾社康产业合作与咨询助理总监，负责艾社康未来健康创新平台核心客户管理工作，和咨询研究业务的项目策划、业务拓展、项目管理等工作。她重点关注医保改革、商保创新、价值医疗、多层次医疗保障体系建立等话题，在创新资源整合、企业政策倡导与影响力建设等相关项目中拥有丰富经验，曾发起并执行艾社康多项新业务模式的创新实现。

指导委员会

刘畅

艾社康东南亚和大中华区负责人，兼任香港中文大学和昆山杜克大学的兼职教授，主要负责健康和老龄领域创新平台的搭建和发展，并带领团队开展行业研究和咨询项目。曾参与撰写《Affordable Excellence》、《A City for All Ages》等出版书籍。

谢宇

谢宇主要负责机构咨询与研究项目。主要研究方向为医院管理、卫生政策，8年内主持或主笔11项、主要参与超过20项课题，发表包括SCI在内的文章41篇（其中第一或通讯作者文章18篇），积累了较为丰富的研究经验和项目管理经验。担任国务院医改办公立医院改革试点2017年、2018年评估专家，世界银行中国安徽、福建两省医改项目2018年、2019年评估专家、2018—2019年度联合国人口基金项目专家、国家商务部全球卫生治理智库专家。历经卫生部医改办创建、国务院医改办与体改司成立期间的政策制定过程，在卫生政策制定与研究等方面积累了较为丰富的经验，与中央和地方政府医改相关部门建立了较好的联系；在负责国家新农合平台建设的综合协调期间，协助推动了与9省16家医院的信息联通并督促数据上传工作。担任《中国卫生政策研究》编辑部主任4年，通过杂志的平台熟悉并与国内重要的卫生政策研究专家学者建立了密切的联系。2015—2018年推动期刊进入CSCD核心库、北大中文核心等国内主要期刊评价核心目录，2017年复合影响因子、5年影响因子分别为1.928、2.195，连续多年在医药卫生管理类期刊中排名第一。任中国医院协会分支机构管理部主任，主管44个分支机构，在医院管理行业与医疗机构建立了较为密切的联系。

陈梦吉

陈梦吉是世卫组织西太平洋地区办事处的创新负责人。在此职位上,为该地区的国家办事处和会员国提供指导和技术支持,和联合国机构及其他国际发展机构共同开发、测试和扩展可规模化的政策、数字,及社会创新解决方案。

致 谢

本项目由中国医药教育协会、中国健康促进基金会联合发起并提供指导。艾社康团队完成了案例集的整理和撰写。

本次案例集能够集结成册，得益于西安杨森、默克中国、联影医疗、开心生活科技等合作伙伴提供的各种创新实践素材，也得益于业内专家给予的行业洞察和指导建议，更得益于我们所处的这个发展日新月异的时代。

案例集的撰写过程中，项目团队与来自政策研究以及行业实践领域的多位专家学者、产业代表进行了研讨和交流，我们十分感谢他们给予的宝贵意见。

作为健康领域的一员，我们非常荣幸能够成为我国卫生领域改革浪潮的亲历者和见证者，更加荣幸能够成为卫生服务领域不断创新发展的观察者和记录者。

最后，本案例集中的部分案例由项目团队根据国内各类报道资料及专家建议整理而成，其中的数据可能存在滞后性，观点也有一定的局限性，恳请各位读者批评指正。

以人为本·主动健康·整合服务
PEOPLE CENTERED INTEGRATED CARE



未来健康



艾社康