



# 中国卫生健康服务体系 创新案例集

© 2022

◎ 优质高效 ◎ 主动健康 ◎ 整合服务



# 目 录

## CONTENTS

|                                        |           |
|----------------------------------------|-----------|
| 前 言 .....                              | 01        |
| <b>第一章 卫生服务体系建设回顾 .....</b>            | <b>02</b> |
| 一、卫生政策回顾 .....                         | 02        |
| (一) 专项规划进一步明确“十四五”时期的发展方向 .....        | 02        |
| (二) 政府工作报告和医改重点工作任务明确年度工作重心 .....      | 04        |
| (三) 省级规划陆续出台落实优质高效的卫生服务体系建设 .....      | 07        |
| 二、卫生服务体系发展概览 .....                     | 09        |
| (一) 卫生资源总量持续增长 .....                   | 09        |
| (二) 医疗卫生服务能力增强 .....                   | 12        |
| (三) 卫生健康信息化建设有序推进 .....                | 14        |
| <b>第二章 卫生服务体系存在的不足 .....</b>           | <b>16</b> |
| 一、医疗卫生资源分布不均衡、结构不完善 .....              | 16        |
| (一) 优质医疗卫生资源集中度高，区域分布不均衡 .....         | 16        |
| (二) 基层卫生服务体系相对薄弱，分级诊疗制度尚未落实到位 .....    | 19        |
| 二、公共卫生体系短板明显、医防融合不够紧密 .....            | 20        |
| (一) 公共卫生应急能力有待提升，重大传染性疾病防控存在短板 .....   | 20        |
| (二) 医防融合不紧密，不足以支持慢性病的有效防控 .....        | 20        |
| 三、社会办医服务能力不足、个性化医疗服务需求不能充分满足 .....     | 21        |
| (一) 社会办医服务能力欠缺，违规经营现象比较突出 .....        | 21        |
| (二) 服务体系不完善，无法充分满足个性化的医疗需求 .....       | 21        |
| <b>四、互联网医疗面临发展瓶颈、基层医疗新技术应用不足 .....</b> | <b>22</b> |
| (一) “互联网+”健康医疗亟待提质增效 .....             | 22        |
| (二) 创新技术在基层医疗机构的应用稍显滞后 .....           | 22        |

## 第三章 卫生服务体系的模式创新 ..... 24

### 一、创新模式概述 ..... 24

### 二、区域协同推进分级诊疗 ..... 24

#### (一) 案例一：和平县紧密型县域医共体 ..... 24

#### (二) 案例二：安徽省天长市县域医疗共同体 ..... 27

#### (三) 案例三：四川大学华西第二医院妇儿联盟 ..... 28

### 三、全周期管理强化医防融合 ..... 30

#### (一) 案例一：河北省黄骅市“健康联合体” ..... 30

#### (二) 案例二：厦门市“三师共管”服务模式 ..... 32

#### (三) 案例三：“光明中心”能力建设及提升项目 ..... 35

#### (四) 案例四：中国胸痛中心建设 ..... 37

#### (五) 案例五：山东省“三高共管，六病同防”医防融合慢性病管理服务模式 ..... 39

#### (六) 案例六：浙江省疾病智慧筛查项目 ..... 41

#### (七) 案例七：中国特应性皮炎达标战略行动 ..... 42

#### (八) 案例八：重庆市沙坪坝区渝碚路社区卫生服务中心医防“五融合”模式 ..... 44

#### (九) 案例九：惠民保+健康管理服务 ..... 46

#### (十) 案例十：家庭医生 PLUS ..... 49

#### (十一) 案例十一：日间肿瘤诊疗规范化管理 ..... 50

### 四、数字化赋能提升基层能力 ..... 52

#### (一) 案例一：上海市仁济-花木社区心房颤动智慧化管理 ..... 52

#### (二) 案例二：山东泰安数字健共体 ..... 53

#### (三) 案例三：福州“积分制”家庭医生制度 ..... 55

## 第四章 卫生服务体系的发展建议 ..... 57

### 一、引入评审论证机制推进落实国家和省级规划 ..... 57

### 二、以医共体为抓手融合医疗和公共卫生服务体系 ..... 57

### 三、以数字化为重点夯实基层医疗卫生服务网底 ..... 57

|                                                |           |
|------------------------------------------------|-----------|
| 四、以重大疾病为切入点推动医疗服务模式优化 .....                    | 58        |
| <b>附录 I：2022 年医疗卫生相关政策列表 .....</b>             | <b>69</b> |
| <b>附录 II：各省卫生事业发展及卫生服务体系“十四五”规划 .....</b>      | <b>62</b> |
| <b>参考文献 .....</b>                              | <b>64</b> |
| <b>写作团队 .....</b>                              | <b>68</b> |
| <b>致 谢 .....</b>                               | <b>69</b> |
| <br>                                           |           |
| 图表 1. 公立医院和民营医院数量占比 .....                      | 09        |
| 图表 2. 按床位数分组的公立医院和民营医院增长情况 .....               | 10        |
| 图表 3. 不同等级医院数量增长情况 .....                       | 12        |
| 图表 4. 医疗机构卫生技术人员学历构成情况 .....                   | 12        |
| 图表 5. 2020 年 6 月 -2022 年 6 月在线医疗用户规模及使用率 ..... | 15        |
| 图表 6. 东部省份三级医院数量及占比 .....                      | 16        |
| 图表 7. 西部省份三级医院数量及占比 .....                      | 17        |
| 图表 8. 中部省份三级医院数量及占比 .....                      | 17        |
| 图表 9. 各省每百万人拥有三级医院数量对比 .....                   | 18        |
| 图表 10. 各级医院诊疗人次占比 .....                        | 19        |
| 图表 11. 各级医院住院人次占比 .....                        | 20        |
| 表格 1. 卫生人才发展主要指标 .....                         | 04        |
| 表格 2. 基层卫生健康综合试验区名单 .....                      | 06        |
| 表格 3. 各省卫生服务体系规划发布情况 .....                     | 08        |
| 表格 4. 卫生服务体系发展主要指标 .....                       | 11        |
| 表格 5. 已成立的国家医学中心 .....                         | 13        |

# 前言

## PREFACE

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。”

进入2022年后，《“十四五”国民健康规划》和《“十四五”卫生健康标准化工作规划》、《“十四五”全民健康信息化规划》、《“十四五”卫生健康人才发展规划》等专项规划又陆续发布，各省也在国家规划的指引下制定了省级健康发展规划或省级卫生服务体系发展规划。这无疑让2022年成为落实“十四五”规划的关键一年。

10月召开的中国共产党第二十次全国代表大会上，总书记也对卫生服务体系的发展提出了明确的要求：“把保障人民健康放在优先发展的战略位置，完善人民健康促进政策……促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，坚持预防为主，加强重大慢性病健康管理，提高基层防病治病和健康管理能力。深化以公益性为导向的公立医院改革，规范民营医院发展。发展壮大医疗卫生队伍，把工作重点放在农村和社区。重视心理健康和精神卫生。创新医防协同、医防融合机制，健全公共卫生体系，提高重大疫情早发现能力，加强重大疫情防控救治体系和应急能力建设，有效遏制重大传染性疾病传播。”整体的目标和方向与之前的政策保持了较高的延续性，但也在细节上有了一些新的要求，包括：第一次提出了加强重大慢性病的健康管理；明确了把发展壮大医疗卫生队伍工作的重点放在农村和社区；提出了加强重大疫情防控救治体系和应急能力建设；以及对于民营医院的发展态度由“鼓励”、“支持”调整为“规范”。这些都为持续完善和优化医疗卫生服务体系，不断增强人民群众的改革获得感、就医安全感和健康幸福感，提供了根本方针和行动指南。

回顾过去一年，尽管疫情的影响尚未消散、冲击依然存在，我国卫生服务体系的改革与转型仍在稳步推进，各种创新的探索尝试也在不断涌现。在去年《2021中国卫生健康服务体系创新案例集》中，我们全面回顾了我国卫生服务体系的建立和发展历程，并提出了向以人为本的整合型卫生服务体系（PCIC）转型需要围绕的“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）。基于去年的框架，我们在本报告中重点对2022年卫生服务体系的发展进行了回顾。同时，从整合区域资源推进分级诊疗、强化医防融合完善全周期健康管理以及数字化信息化赋能基层医疗机构的三个角度对创新案例进行了梳理。

虽然进展喜人，但我们也要充分认识到，一些影响和限制我国卫生服务体系高质量发展的因素仍然不容忽视，部分问题和挑战可能会长期存在。对此，我们也在本报告末简要地提出了一些建议，包括引入评审论证机制推进落实各级规划、以医共体为抓手促进医防融合、以数字化为重点夯实基层服务能力以及从重大疾病切入优化医疗服务模式等，希望能为我国卫生服务体系的优化和完善提供参考。



# 第一章 卫生服务体系建设回顾



2022年，新冠疫情延宕反复，对我国卫生服务体系造成了持续的冲击。截至2022年11月3日，新冠疫情在全国范围内（含港澳台）已经累计导致8,510,115人确诊和28,670人死亡<sup>[1]</sup>。

根据《柳叶刀》杂志发表的一篇论文估算，新冠大流行期间，全球超额死亡人数达1820万，超额死亡率为每10万人120人；中国超额死亡率为每10万人0.6人<sup>[2]</sup>。相较于世界各国，中国在“动态清零”、“精准防控”的防疫政策指导下，人民的健康得到了更好的维护和保障。但在此过程中，全国的卫生系统也承受了巨大的压力。这种压力是全方位的，不仅仅局限于服务能力负荷的增加，也表现在医院的经营和管理方面<sup>[3]</sup>。一方面，整个卫生服务体系都在积极应对疫情；另一方面，疫情也在一定程度上重塑着卫生服务体系。

## 一、卫生政策回顾

2022年是落实“十四五”规划的关键之年。作为对《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》、《“健康中国2030”规划纲要》等顶层设计文件要求的响应与落实，继去年发布了《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》之后，今年又有几项健康领域的专项规划陆续发布，分别围绕“十四五”期间的国民健康促进、卫生人才发展、健康信息化建设等内容，明确相应的目标和任务。

### （一）专项规划进一步明确“十四五”时期的发展方向

#### 1. 国民健康规划再次强调以健康为中心

5月20日，国务院办公厅印发了《“十四五”国民健康规划》（国办发〔2022〕11号），指出“十四五”期间要持续推动从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变，为群众提供全方位全周期的健康服务，并明确到2025年，公共卫生服务能力要显著增强，医疗卫生服务质量要持续改善<sup>[4]</sup>。在《“十四五”国民健康规划》中，确定了包括织牢公共卫生防护网、全方位干预健康问题和影响因素、全周期保障人群健康、提高医疗卫生服务质量、强化国民健康支撑与保障等在内的七项工作任务，涉及疾病预防、健康干预、医疗服务模式优化、重点人群保护、全民健康信息化、健康科技创新等与国民健康相关的方方面面。

#### 2. 以标准化支撑卫生健康发展

1月11日，国家卫健委印发《“十四五”卫生健康标准化工作规划》（国卫法规发〔2022〕2号），从顶层设计的角度对“十四五”时期卫生健康标准化工作总体要求、主要任务、重点领域、保障措施做出安排<sup>[5]</sup>。

“十四五”时期，卫生健康的标准化工作将发挥“引领、规范、支撑、保障和联通作用”，贯穿于全面推进健康中国建设、实施积极应对人口老龄化国家战略以及统筹推进常态化疫情防控和经济社会发展的各个环节。文件中提出六个推进标准化的重点领域，包括助力构建强大公共卫生体系、引领医疗卫生服务高质量发展、推动爱国卫生运动深入开展、促进重点人群健康、支撑卫生健康事业创新发展以及保障卫生健康事业安全发展。

#### 3. 全面推进卫生健康信息化

随着技术的发展和改革的深入，卫生健康信息化对于卫生服务体系优化和转型的支撑作用越来越凸显。在《“十四五”卫生健康标准化工作规划》中就特别强调，要以国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评为抓手，



对区域和医疗机构信息化建设整体水平进行测评。11月14日，国家卫生健康委统计信息中心发布《关于开展2022年度国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评工作的通知》，启动2022年度区域全民健康信息互联互通标准化成熟度测评以及医院信息互联互通标准化成熟度测评工作。

在启动互联互通标准化成熟度评测工作的前一周，国家卫健委于11月9日印发了《“十四五”全民健康信息化规划》，进一步明确了全面推进卫生健康信息化的工作方向。到2025年，我国要初步建设形成统一权威、互联互通的全民健康信息平台支撑保障体系，基本实现公立医疗卫生机构与全民健康信息平台联通全覆盖，并支持将医院信息化互联互通情况纳入医院绩效考核、医院等级评审等工作中<sup>[6]</sup>。

《“十四五”全民健康信息化规划》还提出，统筹推动全民健康信息平台建设，鼓励地方结合实际，探索多种方式，采取“国家和省两级部署，国家、省、市、县四级应用”总体框架，集约建设各级全民健康信息平台和传染病监测预警与应急指挥信息平台，全面推进医疗卫生机构信息化建设提档升级，鼓励各地因地制宜构建全民健康基础设施云，推动数字健康新型基础设施建设，全方位提升卫生健康信息化基础设施水平。

#### 4. 人才发展支撑卫生服务体系优化

人才是促进卫生健康事业高质量发展、推动健康中国建设的关键，也是支撑整合型卫生服务体系建立和转型的基础。卫生服务体系的作用是服务供给，卫生机构是服务供给的载体，专业的卫生人力才是服务的实际提供者。从本质上来说，优质高效的卫生服务体系需要依托于优质高效的卫生人才体系。

随着“健康中国”国家战略的实施，维护人民健康上升到国家战略的高度，卫生健康人才的范畴也不再局限于临床医生和护理人员。老年健康、职业健康、托育服务、健康服务业等相关领域的专业人才以及新兴专业、交叉复合型的技术人才在医疗服务质量、效率的提升中也有了越来越重要的作用。当前我国公共卫生、基层医疗机构的人才短板仍然存在，一些重点专科（如感染、病理、重症、儿科、康复、老年医学科、精神卫生和心理健康等）的人才缺口也不容忽视。我国的卫生健康人才队伍还需要继续壮大，人才结构还需要继续优化，才能与新形势、新要求相适应。

为此，国家卫健委于今年八月发布了《“十四五”卫生健康人才发展规划》，明确了“十四五”期间要实现“促进人才服务能力提高与结构优化，完善人才管理制度机制，营造人才发展的良好环境”这一总体目标，并从人才资源总量增长、人才结构和区域分布优化、人才服务能力提高等方面确立了定量的目标<sup>[7]</sup>。

从规划中各类人才发展的指标设定上，可以看到“十四五”期间卫生人才发展有几个重点方向，包括药师（士）、全科医生、公共卫生人才以及中医药人才，对这几类卫生人才数量的增长目标设定都接近甚至超过30%（详见表格1）。

与此同时，卫生人才的结构和服务能力也将进一步的优化和提升，表现在公立医院医护比逐步达到1:2左右，基层医疗卫生机构中卫生技术人员占到75%以上。

从卫生人才发展规划的具体要求中也可以看到“十四五”期间卫生服务体系发展的着力点，例如推进分级诊疗落地、提升基层服务能力、推动公立医院高质量发展、促进医防融合等。

表格 1. 卫生人才发展主要指标

| 主要指标       | 单 位     | 2020 年 | 2025 年 | 增长率   |
|------------|---------|--------|--------|-------|
| 人员总量       | 万人      | 1348   | 1600   | 18.7% |
| 执业（助理）医师   | 人 / 千人口 | 2.9    | 3.2    | 10.3% |
| 中医类别执业（助理） | 人 / 千人口 | 0.48   | 0.62   | 29.2% |
| 注册护士       | 人 / 千人口 | 3.34   | 3.8    | 13.8% |
| 药师（士）      | 人 / 千人口 | 0.35   | 0.54   | 54.3% |
| 全科医生       | 人 / 万人口 | 2.9    | 3.93   | 35.5% |
| 专业公共卫生机构人员 | 万人      | 92.5   | 120    | 29.7% |

（二）政府工作报告和医改重点工作任务明确年度工作重心

各项“十四五”规划从中长期的视角为卫生服务体系的发展设定了目标和路径，而年度政府工作报告和深化医改年度重点工作任务则对短期内的工作重点进行了部署。

在 3 月 5 日召开的第十三届全国人民代表大会第五次会议上，李克强总理代表国务院向大会作的政府工作中明确了 2022 年在提高医疗卫生服务能力方面的工作任务，主要围绕健全疾病预防控制网络，促进医防协同，推动公立医院综合改革和高质量发展，持续推进分级诊疗和优化就医秩序，加快建设国家、省级区域医疗中心，推动优质医疗资源向市县延伸，提升基层防病治病能力，使群众就近得到更好的医疗卫生服务等方向展开<sup>[8]</sup>。

5 月 25 日国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》进一步对 2022 年的工作重点进行了明确和细化，共包括了四个方面 21 项具体任务。在医疗卫生服务体系建设方面，重点关注通过优质医疗资源扩容、医院高质量发展、基层医疗机构服务能力提升等举措推动分级诊疗制度的落地和就医秩序的优化。同时也强调了通过提升疾病预防控制能力、加强医防协同等方式，增强公共卫生服务能力。

围绕政府工作报告以及年度重点工作任务中的工作要点，年内也有多项政策文件发布。我们主要从以下四个方面进行梳理与回顾。

1. 公共卫生应急立法

2022 年 7 月 14 日，国务院办公厅发布了 2022 年度的立法工作计划。在 16 件拟提请全国人大常委会审议的法律案中，有两项与公共卫生相关，分别为《突发公共卫生事件应对法草案》和《传染病防治法修订草案》<sup>[9]</sup>。目前，在我国的法律法规体系中，有三部法律法规涉及突发公共卫生事件（除上述两部外还有《中华人民共和国突发事件应对法》），为疫情应对工作提供了基本的法律支撑。随着疫情防控进入常态化，对相关法律法规

进行修订可提炼固化实践经验、解决疫情防控中遇到的突出问题，以更好地适应疫情的变化，健全我国卫生应急管理体系，提升疫情管理能力。

## 2. 医院高质量发展

2021年，国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》，明确了公立医院高质量发展的相关要求，提出建立公立医院高质量发展评价指标体系，并与公立医院绩效考核等有机结合。2022年2月9日，国务院医改领导小组秘书处印发了《关于抓好推动公立医院高质量发展意见落实的通知》（国医改秘函〔2022〕6号），并随文下发了《各省（区、市）推进公立医院高质量发展评价指标（试行）》。在公布的28项指标中，6项主要明确政府的职责，其余22项则与医院直接相关。从指标内涵来看，公立医院的高质量发展要向着整合型医疗服务体系方向发展，同时要重视经营、提升效能，以及重视医务工作人员和患者的满意度<sup>[10]</sup>。

除了公立医院，民营医院作为我国医疗服务体系重要组成部分，也需要找到高质量发展的路径。在疫情防控的过程中，发生了多起民营医院违法违规执业事件，既损害了群众健康权益，又造成了不良社会影响。出于引导民营医院规范发展的考虑，国家卫生健康委发布通知，决定自2022年3月起，组织开展为期一年的全国民营医院专项巡查行动，对所有二级以上民营医院和50张床位以上民营医院进行巡查。巡查重点包括机构设置、规范执业、运行管理、疫情防控等四个当前民营医院管理重点领域的15个重点环节<sup>[11]</sup>。

## 3. 优质医疗资源扩容

2022年对于优质医疗资源扩容的具体政策主要涉及两个方面，一是更新医疗机构设置规划的指导原则，二是有序推进“双中心”建设。

1月12日，国家卫生健康委出台《医疗机构设置规划指导原则（2021—2025年）》（国卫医发〔2022〕3号），对上一版指导原则进行了较大幅度的修订。首先，对千人口床位数指标的设定由之前的6.0增加到7.5；其次，对于省办及以上综合医院的适宜床位规模由1000床调增到3000床，对于县办综合医院以及地市办综合医院的床位规模也都有相应的调整，很大程度上鼓励了优质医疗资源的扩容。此外，新的指导原则增加了“规范公立医院分院区设置”和“医疗机构设置规划的监测和评估”两个章节，确定了优质公立医院可以举办分院区的标准。除了要考虑病床使用率、住院病人疑难程度等标准外，还要考虑外地病人收治情况，只有收治大量外埠患者的医院才可以视情况发展分院区。这意味着，只有具备明显区域辐射能力的医院才有可能建立分院区，医院要先做强才能做大<sup>[12]</sup>。

优质资源扩容的另一个重点是国家医学中心和国家区域医疗中心的建设。4月27日，国家发展改革委联合国家卫生健康委和国家中医药局发布《关于印发有序扩大国家区域医疗中心建设工作方案的通知》（发改社会〔2022〕527号），提出推动国家区域医疗中心建设从试点逐步转向面上推进，通过重点病种选医院、按照需求选地区的方式，有序扩大国家区域医疗中心建设覆盖省份，扩大重点病种覆盖范围<sup>[13]</sup>。

2021年，国家区域医疗中心的建设范围在首批8个试点省份基础上新增了12个省份以及新疆生产建设兵团，新增的省份分布在西南、西北、华北、中部地区，包括内蒙古、吉林、黑龙江、江西、广西、海南、重庆、贵州、西藏、甘肃、青海和宁夏。2022年，国家区域医疗中心将完成全国规划布局，覆盖所有省份。

同时，国家卫生健康委还在今年新增了国家检验医学中心、国家重症医学中心以及国家内分泌代谢病医学中心的设置标准，明确了以上几类国家医学中心以及国家区域医疗中心的建设规范与要求。

4. 基层服务能力提升

近年来，基层医疗机构服务能力的提升一直是国家卫生健康政策的重点。2021 年 10 月，国家卫生健康委印发《“千县工程”县医院综合能力提升工作方案（2021-2025 年）》，明确了“千县工程”县医院综合能力提升工作的总体要求和重点任务。作为对这项工作的落实，今年 3 月 29 日，国家卫生健康委印发《“千县工程”县医院综合能力提升工作县医院名单》，全面启动了“千县工程”县医院综合能力提升工作。名单中共包含了 1233 家县医院。根据规定，医院在中期评估后若被认定为与达到三级医院服务能力目标差距较大，将从名单中剔除。二级公立医院绩效考核操作手册（2022 版）的发布以及 2022 年度二级和三级公立医院绩效考核工作的启动，对于县医院综合能力提升形成了一定的牵引力，带动了名单内医院的工作推进。

乡镇以及社区级的卫生服务体系也获得了针对性的政策引导与支持。6 月 2 日，国家卫健委发布《关于深入开展“优质服务基层行”活动和社区医院建设的通知》，提出 2022 年力争新增建成 500 家左右社区医院，除了新建社区医院原则上需要达到推荐标准，还提出了“十四五”期间乡镇卫生室、社区卫生服务中心普遍达到服务能力基本标准，部分达到推荐标准的目标。在 7 月 16 日，国家卫生健康委和国家中医药局联合印发了《乡镇卫生院服务能力标准（2022 版）》、《社区卫生服务中心服务能力标准（2022 版）》和《村卫生室服务能力标准（2022 版）》等 3 项服务能力标准，主要涵盖功能任务和资源配置、基本医疗和公共卫生服务、业务管理与综合管理四个方面，用于乡镇卫生院和社区卫生服务中心自我评价与改进，并作为实地评价依据。

作为慢性病防控的重要节点，基层防病治病和健康管理能力的提升是基层卫生机构综合服务能力提升的重要维度。11 月 21 日，国家卫生健康委发布《关于建立动态调整机制加快推进基层卫生健康综合试验区的通知》，新增北京市密云区、广西壮族自治区防城港市上思县、海南省东方市、贵州省遵义市习水县四个试验区，并要求各试验区应当在推动基层卫生健康高质量发展，加强重大慢性病健康管理、提高基层防病治病和健康管理能力、创新医防协同和医防融合机制等方面先行先试，为推动基层卫生健康高质量发展探索经验、贡献方案。截至目前，全国共有 12 个县市入选了基层卫生健康综合试验区（详见表格 2）。

表格 2. 基层卫生健康综合试验区名单

| 序 号 | 省   | 基层卫生健康综合试验区 |
|-----|-----|-------------|
| 1   | 山西省 | 晋中市介休市      |
| 2   | 浙江省 | 嘉兴市海盐县      |
| 3   | 安徽省 | 淮北市濉溪县      |
| 4   | 福建省 | 龙岩市长汀县      |

| 序 号 | 省        | 基层卫生健康综合试验区 |
|-----|----------|-------------|
| 5   | 山东省      | 潍坊市寿光市      |
| 6   | 河南省      | 平顶山市郏县      |
| 7   | 四川省      | 泸州市泸县       |
| 8   | 新疆维吾尔自治区 | 伊犁哈萨克自治州新源县 |
| 9   | 北京市      | 密云区         |
| 10  | 广西壮族自治区  | 防城港市上思县     |
| 11  | 海南省      | 东方市         |
| 12  | 贵州省      | 遵义市习水县      |

数据来源：国家卫健委，艾社康整理

### （三）省级规划陆续出台落实优质高效的卫生服务体系建设

2021年7月，国家发展改革委联合国家卫生健康委等部门发布《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》，对全国卫生服务体系向整合型卫生服务体系的转型提出了要求。作为对国家建设实施方案的分解和落地，多个省份在今年陆续针对辖区内的卫生服务体系或医疗机构的设置出台了省级规划。从31个省级行政区（不含港澳台）官方发布的信息来看，截至2022年11月，共有16个省/自治区/直辖市正式公布了与卫生服务体系建设相关的专项规划，其中部分省份针对公共卫生体系或基层卫生体系未来五年的发展进行了谋划布局（详见表格3）。与此同时，共有25个省级行政区发布了“十四五”期间的省级卫生健康发展规划或健康事业发展规划（详见附录II），其中都涉及卫生服务体系建设的相关内容。

在卫生服务体系专项规划中，各地都从机构、床位、人力、设备、技术以及信息与数据等方面对未来五年辖区内的卫生发展作出了规划和展望。而在具体的指标设计中，省级卫生服务体系规划都参照了国家“十四五”医疗卫生服务体系规划和省级“十四五”卫生健康发展规划等上位规划的要求，并体现了地方特色。

在具体的任务安排上，各省的规划中都覆盖了完善疾病预防控制体系、推进医防协同、加速建设国家医学中心/国家区域医疗中心等医学高地、巩固县级医疗机构综合能力、提升基层医疗机构服务能力、围绕重点人群完善全周期健康服务体系等内容。

各省对卫生服务体系进行规划的原则尽管在表述上略有差异，但“平战结合”（或“平急结合”）以及“重心下沉”出现的频率最高。并且在重点任务的安排上，也都将构建强大的公共卫生体系、建设优质高效的医疗卫生服务体系以及完善全方位全生命周期的健康服务体系作为工作重点，这些工作又具体细化为完善疾病预防控制体系、加强突发公共卫生事件应急响应、推进国家医学中心/国家区域医疗中心建设、提升基层医疗机构服务能力、针对“一老一小”等重点人群提升托育、养老、康复等服务能力。



在地方特色方面，相较于其他省专项规划对“提质扩容”的重视，北京、上海的规划更注重均衡布局。例如，北京在《北京市医疗卫生设施专项规划（2020年-2035年）》中明确要“有序推进医疗卫生功能疏解转移，促进医疗卫生资源均衡布局”，并在总体目标中提出“以疏解为重点”<sup>[14]</sup>。上海则将“合理配置医疗机构，合理控制单体医疗机构院区规模，推动各区域医疗资源均衡布局、同质化发展”作为基本原则之一<sup>[15]</sup>。

除目标设置结合当地实际以外，围绕传统中医药民族医药服务能力建设相应的卫生应急体系和卫生服务体系也是重要的一个方面，主要体现在云南<sup>[16]</sup>、广西<sup>[17]</sup>、海南<sup>[18]</sup>等地的规划中。此外，尽管互联网医疗作为信息化的一部分在各省的规划中都有涉及，但宁夏<sup>[19]</sup>、江西<sup>[20]</sup>、青海<sup>[21]</sup>还是将互联网医院单独作为医院下的一个分类，对其定位和发展要求进行了明确：将互联网医院定义为医疗卫生服务体系的重要组成部分，并支持医疗机构以及符合条件的第三方机构设置互联网医院，开展相应的互联网医疗服务。

表格 3. 各省卫生服务体系规划发布情况

|                    | 省       | 卫生服务体系规划                                            |
|--------------------|---------|-----------------------------------------------------|
| 医疗机构 /<br>医疗卫生服务体系 | 北京市     | 北京市医疗卫生设施专项规划<br>(2020年-2035年)                      |
|                    | 上海市     | 上海市医疗机构设置规划<br>(2021-2025年)                         |
|                    | 重庆市     | 重庆市医疗卫生服务体系“十四五”规划<br>(2021—2025年)                  |
|                    | 山东省     | 山东省“十四五”医疗机构设置规划                                    |
|                    | 四川省     | 四川省“十四五”医学中心和<br>区域医疗中心设置规划                         |
|                    | 浙江省     | 浙江省医疗卫生服务体系暨医疗机构<br>设置“十四五”规划<br>浙江省省级医疗资源配置“十四五”规划 |
|                    | 河北省     | 河北省“十四五”医疗卫生服务体系规划                                  |
|                    | 江苏省     | 江苏省“十四五”医疗卫生服务体系规划                                  |
|                    | 云南省     | 云南省“十四五”医疗卫生服务体系规划                                  |
|                    | 青海省     | 青海省“十四五”医疗卫生服务体系规划                                  |
|                    | 宁夏回族自治区 | 宁夏回族自治区医疗卫生服务体系<br>建设“十四五”规划                        |
|                    | 江西省     | 江西省“十四五”医疗卫生服务体系规划                                  |
|                    | 广西壮族自治区 | 广西医疗卫生服务体系“十四五”规划                                   |



|      | 省   | 卫生服务体系规划           |
|------|-----|--------------------|
| 基层卫生 | 山东省 | 山东省“十四五”基层卫生健康发展规划 |
|      | 海南省 | 海南省“十四五”基层卫生健康规划   |
| 公共卫生 | 山西省 | 山西省“十四五”公共卫生体系规划   |
|      | 贵州省 | 贵州省“十四五”公共卫生体系建设规划 |

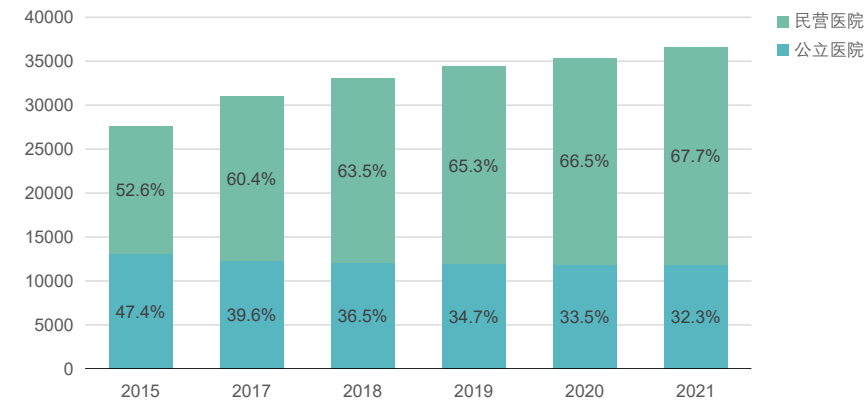
数据来源：各省政府、卫健委网站，艾社康整理

二、卫生服务体系发展概览

(一) 卫生资源总量持续增长

根据国家卫健委统计数据，2021 年底，我国医院总数为 36570 家，较上一年度增加 3.3%，其中民营医院数量为 24766 家，较上一年度增加了 5.3%，占医院总数比例首次超过了三分之二<sup>[22]</sup>。

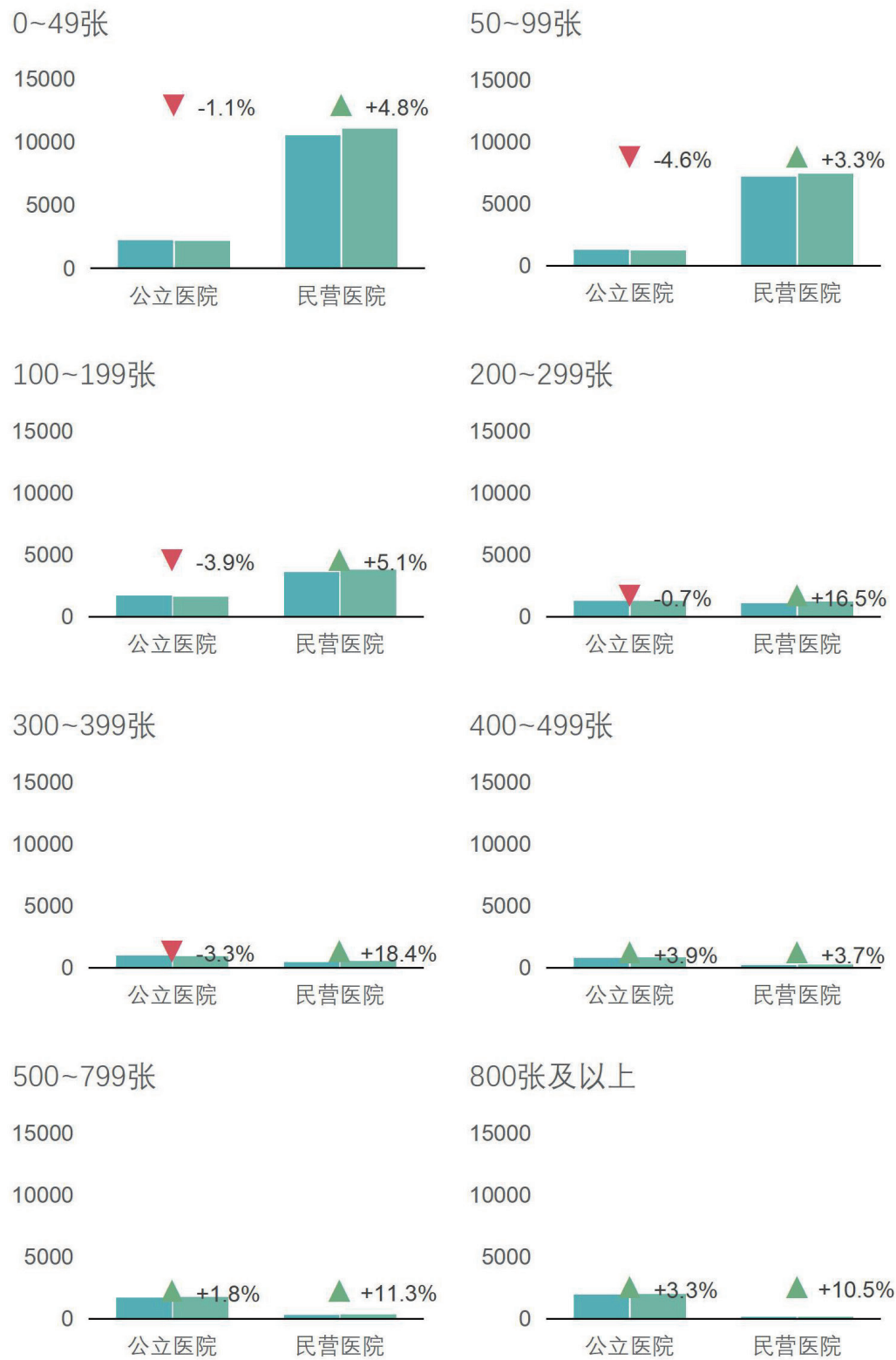
图表 1. 公立医院和民营医院数量占比



\* 数据来源：2022 中国卫生健康统计年鉴

按照不同床位数分组的数据来看，400 张床位以上的公立医院数量有所增加，而 400 张床位以下的公立医院数量都较 2020 年有所减少。反观民营医院，在所有分组中，医院数量都有增加，并且在 200 张床位以上的医院数量增幅几乎都超过 10%（仅在 400-499 张这一类型的增幅为 3.7%）。

图表 2. 按床位数分组的公立医院和民营医院增长情况



2021 年全国的医院床位数达到 741.4 万张，较 2020 年增加了 28.3 万张，涨幅 4.0%。其中，民营医院床位数增加了 8.1%，远高于公立医院 2.3% 的涨幅。

相应的，医疗机构的卫生服务总量也在稳步增长。2021 年，全国医疗机构的总诊疗人次为 84.7 亿，入院人次数为 2.47 亿，较 2020 年分别增长了 9.4% 和 7.5%。尽管涨幅明显，但尚未恢复到 2019 年疫情前的状态<sup>[22]</sup>。其中，公立医院的门诊服务量和住院人次分别增加了 17.2% 和 10.6%，均高于民营医院的增幅（民营医院的门诊服务量和住院人次分别增加了 15.4% 和 6.5%）。

表格 4. 卫生服务体系发展主要指标

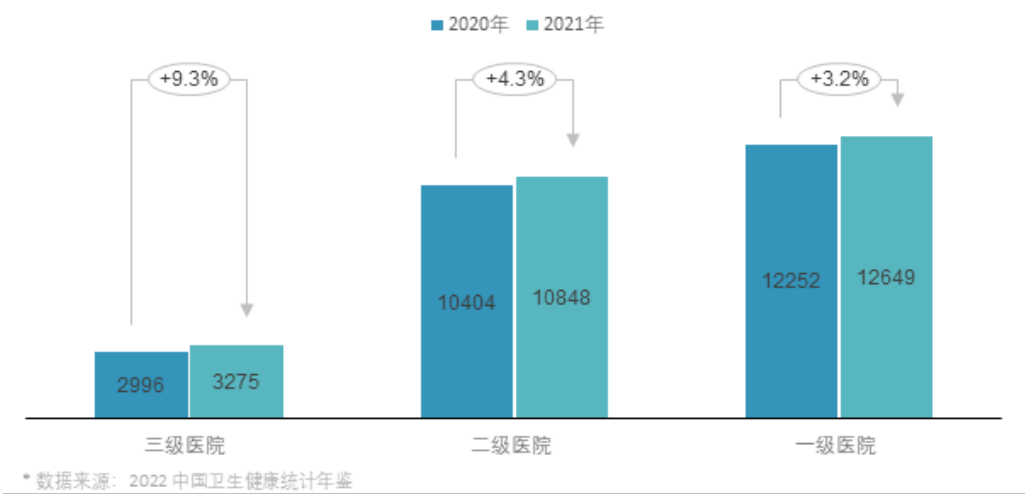
| 指标               | 2021 年  | 2020 年  | 增长率   |
|------------------|---------|---------|-------|
| 医疗卫生机构数（个）       | 1030935 | 1022922 | 0.8%  |
| 医院数（个）           | 36570   | 35394   | 3.3%  |
| 公立医院（个）          | 11804   | 11870   | -0.6% |
| 民营医院（个）          | 24766   | 23524   | 5.3%  |
| 基层医疗卫生机构数（个）     | 977790  | 970036  | 0.8%  |
| 专业公共卫生机构数（个）     | 13276   | 14492   | -8.4% |
| 卫生机构床位数（万张）      | 944.8   | 910.1   | 3.8%  |
| 医院床位数（万张）        | 741.3   | 713.1   | 3.9%  |
| 公立医院（万张）         | 520.6   | 509.1   | 2.3%  |
| 民营医院（万张）         | 220.7   | 204.1   | 8.1%  |
| 基层医疗卫生机构床位数（万张）  | 171.2   | 164.9   | 3.8%  |
| 专业公共卫生机构床位数（万张）  | 30.2    | 29.6    | 1.9%  |
| 每千人口医疗卫生机构床位数（张） | 6.70    | 6.46    | 3.7%  |
| 卫生技术人员数（万人）      | 1124.2  | 1067.8  | 5.3%  |
| 每千人口卫生技术人员数（人）   | 7.97    | 7.57    | 5.2%  |
| 每千人口执业（助理）医师数（人） | 3.04    | 2.90    | 4.8%  |
| 每千人口注册护士数（人）     | 3.56    | 3.34    | 6.6%  |

数据来源：2022 年中国卫生健康统计年鉴

(二) 医疗卫生服务能力增强

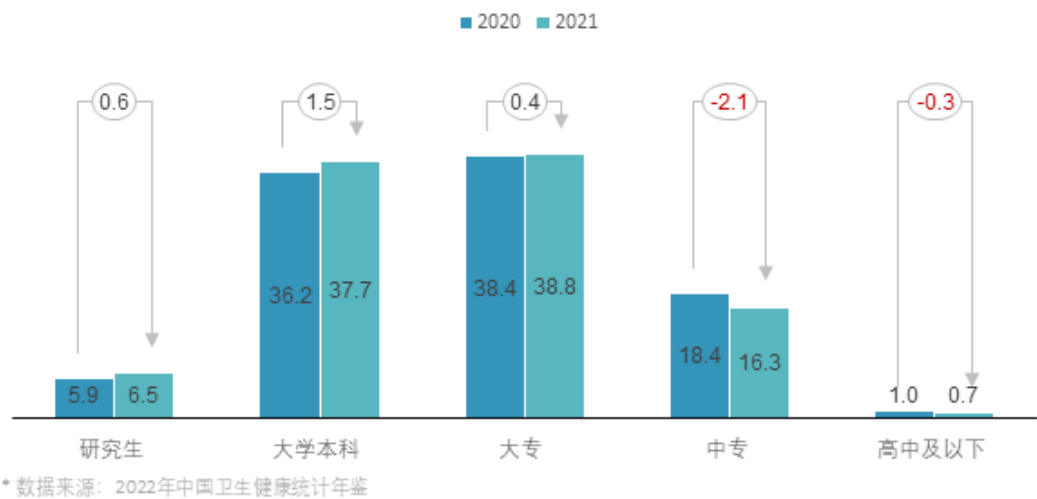
卫生资源总量的增加也伴随着卫生服务能力的增强。相较于 2020 年，各等级医院数量都在 2021 年有一定的增长，其中三级医院的增幅最大，为 9.3%，二级医院和一级医院的增幅分别为 4.3% 和 3.2%。三级医院的床位数增幅也达到 7.6%，高于二级医院和一级医院的 0.9% 和 1.9%。虽然三级医院增幅最大的情况在一定程度上反映了医疗机构发展不均衡的问题，但由于高等级医院数量与服务承载能力都在增长，医疗机构整体服务能力整体仍呈现增强的趋势。

图表 3. 不同等级医院数量增长情况



从医疗机构卫生技术人员的构成来看，2021 年，本科以上学历的人员占比为 44.2%，较上一年度增加 2.1 个百分点。

图表 4. 医疗机构卫生技术人员学历构成情况



在我国卫生服务体系的设置规划中，国家医学中心和国家区域医疗中心建设是实现医疗服务能力提升和优质资源扩容的重要手段。自 2017 年启动至 2021 年，已设立了 10 个不同疾病领域的国家医学中心。2022 年，国家医学中心进一步扩容，新增国家精神疾病医学中心和国家中西医结合医学中心。目前，全国已依托 22 家医院设置了 12 个国家医学中心（详见表格 5）。

表格 5. 已成立的国家医学中心

| 序号 | 国家医学中心         | 依托医院                                                                 |
|----|----------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1  | 国家心血管病中心       | · 中国医学科学院阜外心血管病医院                                                    |
| 2  | 国家癌症中心         | · 中国医学科学院肿瘤医院                                                        |
| 3  | 国家老年医学中心       | · 北京医院                                                               |
| 4  | 国家儿童医学中心       | · 首都医科大学附属北京儿童医院<br>· 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心<br>· 复旦大学附属儿科医院            |
| 5  | 国家创伤医学中心       | · 北京大学人民医院                                                           |
| 6  | 国家呼吸医学中心       | · 中日友好医院<br>· 广州医科大学附属第一医院                                           |
| 7  | 国家重大公共卫生事件医学中心 | · 华中科技大学同济医学院附属同济医院                                                  |
| 8  | 国家口腔医学中心       | · 北京大学口腔医院<br>· 四川大学华西口腔医院<br>· 上海交通大学医学院附属第九人民医院                    |
| 9  | 国家神经疾病医学中心     | · 复旦大学附属华山医院<br>· 首都医科大学宣武医院<br>· 首都医科大学附属北京天坛医院<br>· 首都医科大学附属北京天坛医院 |
| 10 | 国家传染病医学中心      | · 复旦大学附属华山医院<br>· 浙江大学医学院附属第一医院                                      |
| 11 | 国家精神疾病医学中心     | · 北京大学第六医院<br>· 中南大学湘雅二医院<br>· 首都医科大学附属北京安定医院<br>· 上海市精神卫生中心         |
| 12 | 国家中西医结合医学中心    | · 中日友好医院                                                             |

数据来源：国家卫健委网站，艾社康整理

在国家区域医疗中心建设方面，2019年10月，国家发改委、国家卫健委等四部门启动了国家区域医疗中心试点工作，并分两批次遴选确定了26个试点项目，分布在福建、河南、河北、山西、新疆、云南、安徽、辽宁省，给予中央预算内投资支持。2022年5月和10月，国家发改委等部门先后又发布了第三批和第四批国家区域医疗中心项目名单，分别包括24和26个建设项目，使双中心项目总数达到76个，覆盖的省份也进一步扩大到内蒙古、黑龙江、江西、海南、广西、重庆、甘肃、陕西、宁夏、山东、贵州、广东以及新疆生产建设兵团，基本覆盖到病患输出大省和医疗资源相对薄弱的省份。

### （三）卫生健康信息化建设有序推进

在应对新冠疫情的过程中，信息化发挥了巨大的作用，并且成为疫情防控的亮点之一。7月23日，国家卫生健康委统计信息中心发布了2022年全国卫生健康信息化发展指数。2022年，卫生健康信息化发展总指数为74.02，其中直辖市、省会及副省级城市总指数为77.67，高于其他地市级城市的73.49<sup>[23]</sup>。这是继2021年首次发布该指数后的第二次更新，指数首次发布时的覆盖范围包括36个直辖市、副省级城市及省会城市和其他121个地级行政区。2022年，指标覆盖了337个城市，并最终将285个城市纳入评价范围。根据国家卫生健康委统计信息中心对指数的解读，206个地市设置了卫生健康信息化技术支撑部门（占61.1%），其他131个城市通过卫生健康行政部门直接协调推动信息技术支撑工作。86.4%地市的区域全民健康信息平台实现了与医院对接。

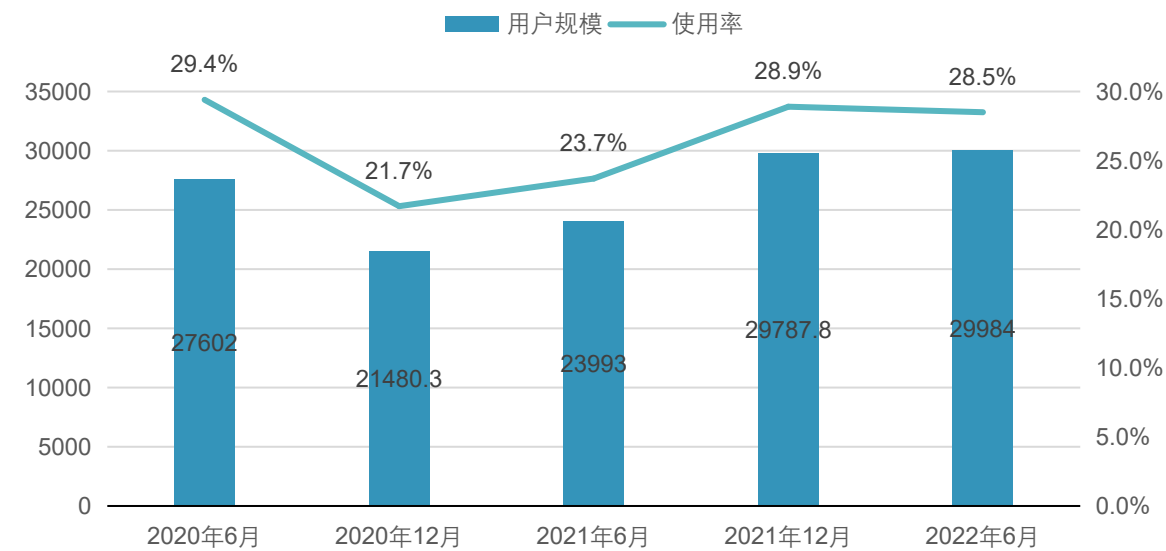
2013年，我国启动了国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评工作，2022年11月1日，2021年度国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评结果（第一批）公示，公示结果中包括16个区域和178家医院，14个区域获评四级甲等，150家医院获评四级甲等<sup>[24]</sup>。在九年间，共有169个区域主管单位、681家二级及以上医院通过互联互通等级测评。四级甲等是当前医疗健康信息互联互通标准化成熟度的期望值。在此前历次的测评结果中，四级甲等的机构占比均超过60%<sup>[25]</sup>，此次公布的结果中这一占比超过80%。指数反应出珠三角、长三角地区城市在提供远程医疗的医院占比、区域全民健康信息平台惠民功能开通率、每万人口基层医疗卫生机构分级诊疗人次、网上预约门诊人次占比等方面均表现较好；产学研用协同度提高，跨学科、跨区域协同创新成为趋势<sup>[26]</sup>。

根据中国医院协会信息专业委员会的数据，截至2021年底，我国85%的市、69%的县建立了区域全民健康信息平台并接入7000多家二级以上公立医院；超过2200家三级医院初步实现院内医疗服务信息互通共享<sup>[27]</sup>。

作为信息化的一个重要领域，互联网医疗在最近几年同样实现了快速发展。根据中国互联网络信息中心统计，截至2022年6月，我国在线医疗用户较2021年12月增长196万人，总人数达3亿，占网民整体的28.5%<sup>[28]</sup>。截至2021年底，全国30个省（自治区、直辖市）部署应用电子健康卡，总注册量达到10亿张，覆盖近70%人口，超过80%的三级医院已实现电子健康卡受理应用<sup>[27]</sup>。通过线问诊、远程医疗、互联网医院等多种形式，我国医疗资源分布不均，医疗信息共享不足等问题得到了一定程度的缓解。



图表 5. 2020 年 6 月 -2022 年 6 月在线医疗用户规模及使用率



\* 数据来源：中国互联网络信息中心. 第50次中国互联网络发展统计报告



## 第二章

# 卫生服务体系存在的不足

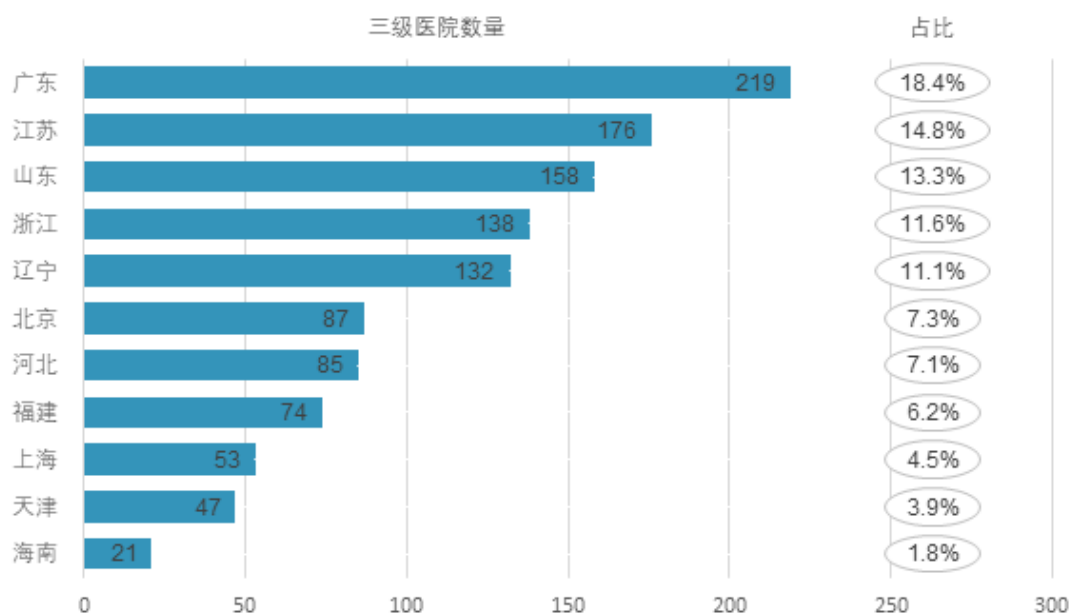
尽管我国的卫生服务设施、人力资源的数量在逐年增加，医疗服务能力也在持续提升，但一些长期存在的问题与挑战仍待解决。

## 一、医疗卫生资源分布不均衡、结构不完善

### （一）优质医疗卫生资源集中度高，区域分布不均衡

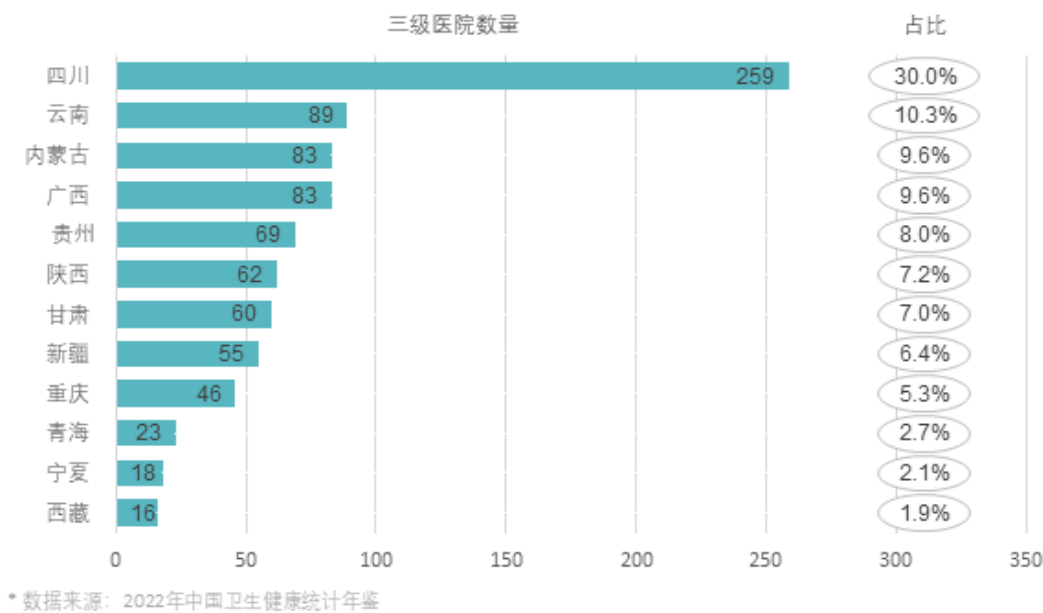
无论是在全国范围内还是局部地区，优质医疗卫生资源的分布不均衡问题普遍存在。根据卫生健康统计年鉴的统计口径，全国各省划分为东部、中部和西部，其中东部省份的三级医院数量最多，占全国总数的42.7%，中部和西部则分别为30.9%和26.4%。在地区内部，东部11个省份中，广东的三级医院数量是海南的10倍；西部12个省份中，四川的三级医院数占地区总数的30%，并超过排在其后的三个省份的总和；中部省份的三级医院分布虽然相对较平均，但排名最高的河南的三级医院占比，也超过了排名第二、第三的山西、吉林近十个百分点。

图表 6. 东部省份三级医院数量及占比

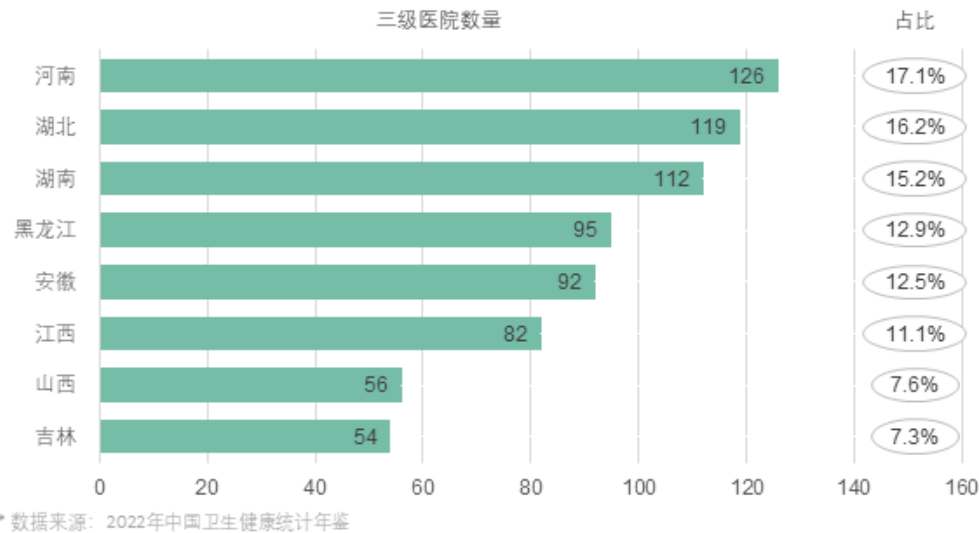


\* 数据来源：2022年中国卫生健康统计年鉴

图表 7. 西部省份三级医院数量及占比



图表 8. 中部省份三级医院数量及占比

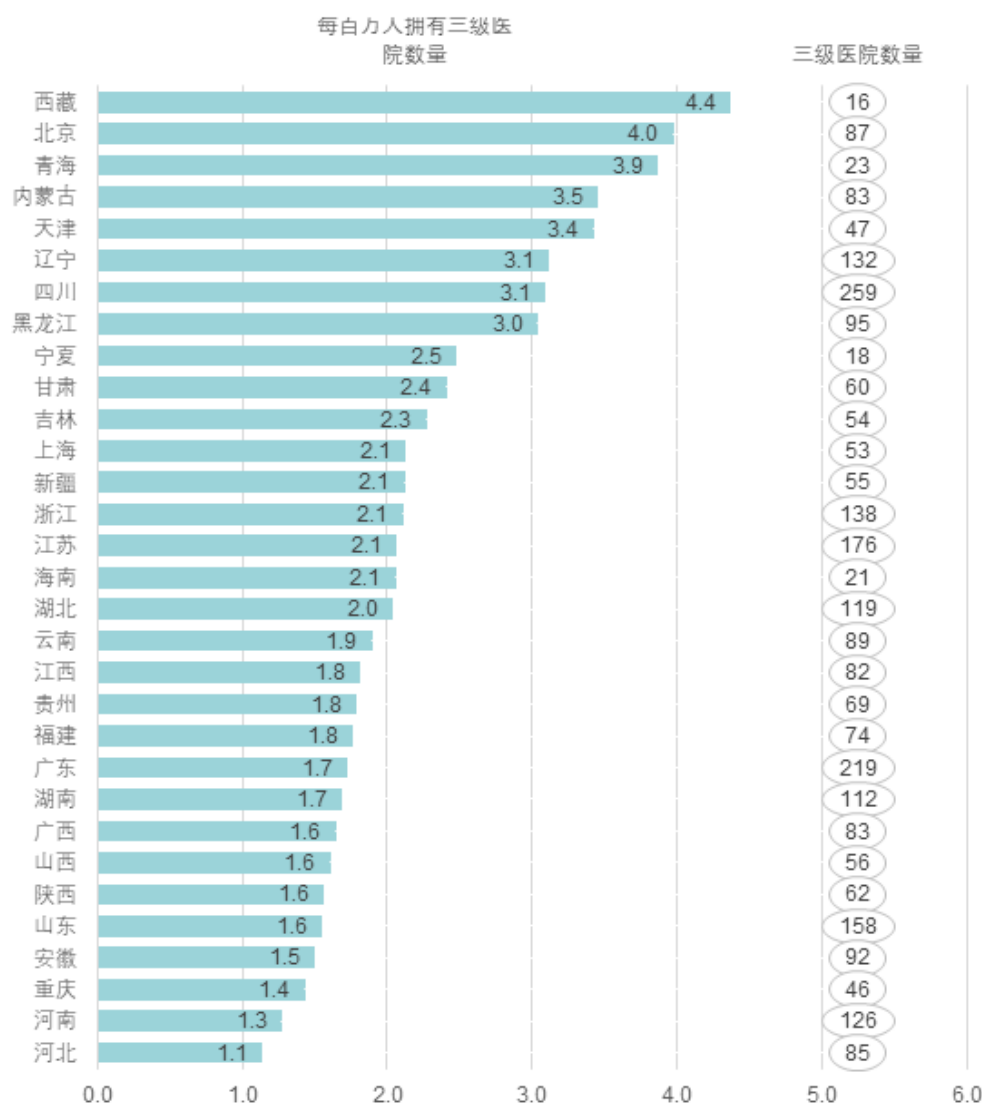


诚然，用三级医院的绝对数量进行不同省份的医疗资源对比参考作用有限，但如果考虑各省的人口规模，优质医疗资源的区域分布不均衡问题仍然存在。广东、湖南、山东、河南等三级医院数量较多的省份，在人均拥有的三级医院数量排名中只能排到中下游。东部省份整体呈现“总量足、人均少”的特征，上海、浙江、江

苏等公认的优质资源比较集中的省份也只能在全国位列中游。人均拥有三级医院数量最多的五个省级行政单位中，除北京和天津为直辖市，其余三个省份都是土地面积大、人口密度低的省份（西藏、青海、内蒙古）。位处京津冀地区的河北省人均三级医院数量在全国排名末位，仅为北京和天津的四分之一、三分之一。

如果将分析范围缩小到省内，医疗资源分布不均亦是普遍现象。即使在医疗资源丰富的北京、上海等地，优质资源的分布也主要集中在中心城区。以北京为例，全市三甲医院中超过 80% 布局在中心城区，而大兴、顺义、密云等区域内的优质医疗卫生资源相对不足<sup>[14]</sup>；上海的五个新城（嘉定、青浦、松江、奉贤、南汇）与全市平均水平相比，医疗卫生资源较少<sup>[29]</sup>；而在重庆，三甲医院主要集中在主城都市区，渝东北三峡库区城镇群、渝东南武陵山区城镇群的优质医疗卫生资源则相对有限<sup>[30]</sup>。

图表 9. 各省每百万人拥有三级医院数量对比



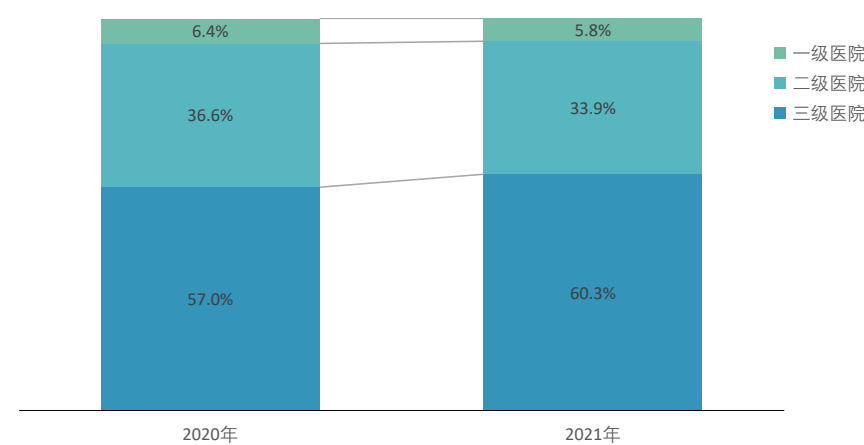
\* 数据来源：2022年中国卫生健康统计年鉴。国家统计局。艾社康整理

(二) 基层卫生服务体系相对薄弱，分级诊疗制度尚未落实到位

目前，分级诊疗制度在国家层面暂时处于起步阶段，效果尚未充分显现。一方面，高等级的医院由于长期的优势资源积累，实现了医疗水平的不断提升和专科发展的高度分化，对患者和高水平的医学人才同时产生了“虹吸”效应。在疫情前，三甲医院长期处于超负荷运转状态。近两年受疫情影响，医院病床使用率较疫情前 85% 左右的水平有所下降。2021 年，全国医院病床总体使用率为 74.6%，其中三级医院的病床使用率为 85.3%，一级医院的病床使用率仅为 52.1%。2022 年，基层医疗卫生机构的诊疗人次为 42.5 亿人次，较 2020 年增加了 1.3 亿人次，但相较于疫情前的 2019 年，仍然减少了 2.8 亿人次；其中村卫生室的诊疗人次数更是呈逐年递减的趋势，出现了资源闲置的情况。而在所有定级医院中，2021 年，三级医院诊疗人次达到 22.3 亿人次，占比为 60.3%，较上一年度提高 3.3 个百分点。与之形成对比的是一级医院和二级医院的诊疗人次占比均出现了下降。在住院人次方面，三级医院住院人次占比为 58.4%，较 2020 年增加 4.7 个百分点，一级医院和二级医院的占比同样都有所下降。

另一方面，基层医疗卫生机构基础设施还比较薄弱，人才队伍和技术能力水平也参差不齐，基层卫生人员“引不进、留不住”“无人可招”和“三低”（学历低、职称低、专业水平低）的问题还比较突出，因此难以对居民就医形成较高的吸引力。目前，我国乡镇卫生院卫生技术人员中，本科以上学历的人员占比仅为 24%，其中研究生学历占比仅有 0.1%，主要的构成为大专和中专学历；在村卫生室的人员学历构成中，本科以上学历占比不到 10%，48.3% 的人员为中专学历。此外，尽管近年来国家在持续增加基层医疗机构建设的投入，但基层医疗机构的基础设施和设备配置仍然相对滞后。在人才、设备等软硬件配置水平均面临不足的情况下，基层医疗机构很难有效地承担分级诊疗所赋予的职责。

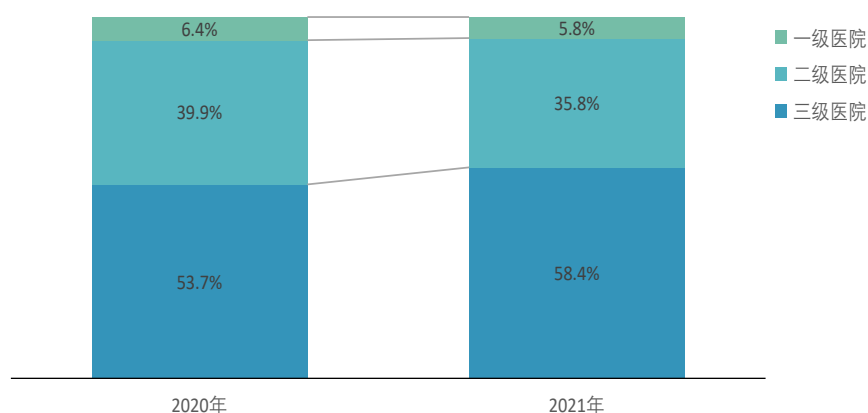
图表 10. 各级医院诊疗人次占比



\* 数据来源：2022年中国卫生健康统计年鉴，艾社康整理



图表 11. 各级医院住院人次占比



\* 数据来源：2022年中国卫生健康统计年鉴，艾社康整理

## 二、公共卫生体系短板明显、医防融合不够紧密

### （一）公共卫生应急能力有待提升，重大传染性疾病防控存在短板

尽管在防疫政策的指导和各级医疗机构的努力下，我国疫情防控的整体效果明显好于其他国家，但在此过程中仍然暴露出在重大疫情防控体制机制、公共卫生应急管理体系等方面存在明显的短板和不足。

一个优质、高效的整合型卫生服务体系需要同时承担预防和治疗这两项最为重要且相辅相成的职能。然而，长期以来我国的卫生体系都存在重医疗轻预防、重硬件投入轻人才保障等现象<sup>[31]</sup>，公共卫生体系存在明显短板也使得平急结合的协同机制尚不健全，重大疫情和突发事件防控救治能力存在不足。在法律制度层面，现有的《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规对如何开展应急响应还缺少更具实操性的规定；在职能划分层面，公共卫生应急管理体系如何与综合应急管理体系进行有机结合还不够清晰；在资金投入层面，财政投入结构失衡导致公共卫生医疗资源相对紧张；在应急技术层面，公共卫生系统的人才流失严重且缺少专业的突发公共卫生事件应急人才导致能力与需求不匹配；在数据整理层面，国家网络直报系统与医疗机构信息系统间尚未建立自动触发的预警机制，导致风险预警能力不足，无法迅速发现和处置疫情<sup>[31-33]</sup>。总体而言，我国的公共卫生体系面临投入不足、能力不足、活力不足、动力不足、人才不足、技术不足等诸多挑战，重大疫情和突发公共卫生事件救治体系有待进一步完善，亟需实现从重处置向预防为主、防抗救结合的转变，提高应对突发重大公共卫生事件的水平<sup>[34]</sup>。

### （二）医防融合不紧密，不足以支持慢性病的有效防控

随着我国慢性病发病率上升且呈现年轻化趋势，常见精神障碍和职业健康病患者数逐年增多，慢性病带来的负担日益加重。与此同时，仅靠医学的快速发展以及药物、设备等临床治疗方式远远达不到治愈甚至控制慢性病的目的。医防融合成为防控慢性病、提高人民健康预期寿命的必然选择<sup>[35]</sup>。

自新医改以来，注重治疗的医疗服务体系和注重预防的公共卫生体系都经历了深刻的变革。但随着改革的深入，两大体系之间也变得更加封闭和独立。尽管近年来越来越强调二者的高效协同和无缝衔接，但无论是从组织机制设计、服务供给，还是资金来源、人才协同以及信息互联互通等方面来看，当前我国的公共卫生体系与医疗服务体系存在明显的体系割裂，甚至呈现“两极化”的发展趋势<sup>[36]</sup>，并未真正建立起有效的“医防融合”模式。

造成“医防融合”尚未有效建立的原因是多方面的，但其中很重要的一个因素是基层医疗机构的能力欠缺和意识不足。在我国的卫生服务体系中，基层医疗机构的主要职责是提供预防、保健、健康教育、计划生育等基本公共卫生服务；常见病、多发病的诊疗服务以及部分疾病的康复、护理服务；向医院转诊超出自身服务能力的常见病、多发病及危急和疑难重症病人。基层医疗机构的能力高低在很大程度上决定了“医防融合”是否能够真正落实。一项对基层卫生人员医防工作参与情况及认知现状的调研显示，同时参与公共卫生服务与医疗服务的公共卫生人员占比仅为 30.5%，而从事公共卫生工作的卫生人员主要以护理学和临床医学专业为主，具备预防医学专业背景的人员占比仅为 15.6%；从事临床医疗工作的人员中，尽管 74.5% 的人员也会参与公共卫生服务的提供，但投入时间相对较少<sup>[37]</sup>。从基层医疗机构的人员知识培训需求来看，对慢性病与传染病防控管理及健康教育与促进等专业知识的培训需求均较大，而目前实际能获得的培训并不能完全匹配需求<sup>[38,39]</sup>。

### 三、社会办医服务能力不足、个性化医疗服务需求不能充分满足

#### （一）社会办医服务能力欠缺，违规经营现象比较突出

在我国公立医院占主导的卫生服务体系中，社会办医长期面临高端医疗卫生人才缺乏、支持政策落地难、品牌信任度低等问题。尽管社会力量开办的医疗机构数量占比不低，并且有逐年上升的趋势，但优质的医疗资源仍然主要集中在公立医院，社会办医的服务规模和能力均有待提升。

与此同时，由于营利性的特征以及缺少完善的补偿机制，部分社会办医机构忽视了医院本身应该具备的社会责任，过度追求经济利益，出现了较多的违规经营现象<sup>[40]</sup>。有研究统计了 2020 年 6 月 1 日 - 2022 年 4 月 11 日期间，因违反《基本医疗卫生与健康促进法》而受到行政处罚的医院案件。在总计 158 件可做有效分析的案件中，涉及社会办医的共 138 件，占比 87.34%。除了与公立医院相似的因医疗质量管理和内控制度不健全而受处罚之外，社会办医机构还有一些其他较普遍的、特别的受罚原因，包括未取得《医疗机构执业许可证》擅自执业，出租、出借、伪造《医疗机构执业许可证》，以及违反疫情防控管理规定和未经备案开展义诊等<sup>[41]</sup>。这体现出社会办医的安全管理意识比较薄弱，为了实现商业效益而忽视运营风险等问题。

#### （二）服务体系不完善，无法充分满足个性化的医疗需求

在我国的卫生服务体系中，社会办医是公立医疗服务体系的有益补充，满足群众多层次、多样化、差异化的健康服务需求<sup>[42]</sup>。随着经济社会发展水平的提高和健康意识的提升，人民群众的健康需求也发生了变化，呈现出多层次、多样化的特点。而人口老龄化的加剧、生育政策的优化调整，也使得“一老一小”重点人群对高质量医疗服务的需求更加强烈，儿科、妇产科、康复、护理以及医养结合的服务需求大幅增加。这些趋势理论上为社会办医提供了广阔的市场和前景，但正是由于社会办医先天存在的能力缺陷以及略显模糊的职能定位，导致社会办医很难在这些领域真正形成规模，从而导致这些需求仍然处于远未被满足的状态，形成国际化医疗

服务体系则更是相去甚远。

## 四、互联网医疗面临发展瓶颈、基层医疗新技术应用不足

### （一）“互联网+”健康医疗亟待提质增效

受益于近年来的政策扶持以及疫情影响，互联网医疗呈现出迅猛的增长势头，但与此同时也面临着新的瓶颈与挑战。根据《互联网医院管理办法（试行）》规定，互联网医院包括作为实体医疗机构第二名称的互联网医院，以及依托实体医疗机构独立设置的互联网医院<sup>[43]</sup>。我国的互联网医院以实体医院型为主，且增速更快；参与建设互联网医院的实体医院又以二级、三级综合医院占多数，专科医院增速较缓<sup>[44]</sup>。

虽然互联网医院的业务范畴正在逐步拓宽，一些医院已经能够为患者提供诊前、诊中以及诊后的一系列服务，但使用频率最高的线上服务内容仍然集中在挂号、缴费、报告查询等便民服务以及属于非核心医疗业务范畴的在线咨询<sup>[45]</sup>。

由于目前很多的互联网医院仍然采取的是以医院为主导的参与模式，初步纳入了疾病治疗和管理等服务内容，但它们看起来更像是为二级、三级医疗机构引流的工具，而非为医院分流、促进分级诊疗的手段。更有一些医院是出于宣传、应对考核的目的建立互联网医院，外在驱动大于内生决心，由此导致了同质化严重、重复建设、以及“建而不用”等问题。国家远程医疗与互联网医学中心、健康界联合发布的《2021 中国互联网医院发展报告》中就指出，超九成互联网医院处于建而不用或浅尝辄止的“僵尸状态”<sup>[45]</sup>。

除了以医院为主体建设的互联网医院外，也有一些企业主导的“互联网+医疗”产品与项目。然而，由于医疗资源主要集中在大型公立医院，企业主导的互联网医院难以深度参与到传统医疗服务的核心环节，多数仍以医疗咨询、健康管理、配药服务等周边服务为主<sup>[46]</sup>，高效、可持续的服务模式还有待探索。

“十四五”规划和 2035 年远景目标纲要提出要积极发展互联网医院，互联网与健康服务、医疗服务的结合也被社会寄予厚望，但目前互联网医院的发展还处于较早期阶段。如何在合理设置的基础上，提高互联网医疗服务的使用效率，结合地区特点和医院特长实现差异化发展，避免医疗资源的闲置和重复建设，都是亟待解决的问题。

### （二）新技术在基层医疗机构的应用稍显滞后

近年来，随着 5G 移动通信的普及以及大数据、云计算、人工智能等技术的发展，数字技术正在对各行各业带来前所未有的转变，而数字技术在医疗领域的应用一方面可以推动医学向多元化、微创化、精准化和远程化的方向发展，引领医学技术不断前进<sup>[47]</sup>；另一方面也可以推动医疗服务的模式向自助式、参与式、及时性和整合型的方向演进，助力卫生服务体系优化转型<sup>[48]</sup>。目前，我国的医疗数字化正在快速发展，数字医疗也作为战略重点被写入了国家发展规划。但整体来说，数字医疗还处于建设的起步阶段，尤其是在基层医疗机构之中，数字创新技术的应用还比较滞后，尚未真正体现出赋能基层医疗机构的作用。

创新技术的应用很大程度上要以电子化、信息化为基础和前提<sup>[48]</sup>，而我国基层医疗机构的信息化水平不一，能力参差不齐。通常来说，经济较发达地区的基层医疗机构信息化水平是相对较高的。然而，一项在江苏省开

展的抽样调查结果显示，虽然 99% 的基层医疗卫生机构建立了管理信息系统且整体信息化满意度较好，但仍然存在诸多问题，例如各地卫生信息化进程不一，半数以上的基层医疗卫生机构缺少完整的影像归档和通信系统、实验室信息管理系统、医生工作站等子系统。此外，各子系统之间的数据对接不流畅<sup>[49]</sup>，患者信息在医疗机构之间不能互联互通，尤其是基层医疗机构与上级医院之间的数据共享较差<sup>[50]</sup>。在一些经济相对落后地区，基层医疗卫生机构的信息化更是面临设备、系统使用率偏低（不足 30%），运维投入的持续性不足等问题<sup>[51]</sup>。在电子化、信息化水平尚且发展不充分的情况下，对于网络环境要求更高的、数据驱动的新兴技术的应用就更加无从谈起了。



## 第三章

# 卫生服务体系的模式创新

## 一、创新模式概述

在《2021 中国卫生健康服务体系创新案例集》中,我们提出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。

基于此,2021 年的报告从区域协同发展、推进分级诊疗、疾病主动管理、完善公共卫生服务和提升信息化水平五个维度梳理了实践案例。实际上,很少有案例是在单一维度上开展创新,即使是案例中涉及到具体一项举措也可能包含多个维度。因此,在本年度的报告中,在之前框架的基础上,我们对案例的分类方式进行了调整,从“区域协同推进分级诊疗”、“全周期管理强化医防融合”以及“数字化赋能提升基层能力”三个维度对案例进行梳理。

## 二、区域协同推进分级诊疗

### (一) 案例一:和平县紧密型县域医共体

2015 年,广东省启动了县级公立医院综合改革;2017 年,选取省内 15 个试点县探索县域医联体建设,和平县位列其中。经过五年的努力,和平县医共体建设的成效得到了国家的充分肯定。2021 年,和平县医共体建设案例被国家卫健委基层健康司、卫生发展研究中心联合编写的《紧密型县域医疗卫生共同体建设典型案例 2021》收录。同年还入选了《中国改革 2021 年度地方全面深化改革典型案例》,是广东省唯一入选的医改典型。

#### 1. 面临的问题与挑战

长久以来,和平县医疗硬件建设与医疗水平在广东省处于较落后的位置。由于资金投入不足、医保资金流失,医院建设缺乏动力,许多医生离职去往外地。2015 年,响应省内医改方向,和平县启动了县域医疗共同体改革。然而,政策的早期效果并不尽如人意。由于和平县中医院、妇幼保健院发展滞后,服务能力不强,很难带动基层发展。县人民医院虽然落实政策比较到位,但由于整体机制松散,亦未能实现医疗服务水平的明显突破。

#### 2. 创新模式与举措



### 2.1. 充分整合资源，做实医防融合

吸取前期改革教训，和平县选择将“推进优质医疗资源均衡布局”作为抓手，整合县域医疗资源。从2019年开始，陆续建立急救中心、胸痛中心、卒中中心、创伤中心等十大医疗中心，让优质资源辐射带动全县医疗卫生服务能力提升。与此同时，通过建立远程心电诊断中心、远程病理诊断中心、医学影像中心、消毒供应中心等“十大资源中心”。通过将县域医疗卫生资源串联起来，向乡镇卫生院和村卫生站提供远程诊断、检验、消毒用品供应等服务。这一做法有效缓解了基层专业技术人才紧缺局面，填补了包括心电诊断等技术在村级卫生单位的空白。2021年，和平县制定了医共体信息建设总体规划方案，投入专项资金1600多万，逐步实现医共体内数据联通。

在医疗能力建设上，和平县注重不同类型医疗单位的错位发展，使资源布局与目标功能充分对应。结合当地实际情况，异地就诊排序前5名的病种被定为县级医院重点发展的专科，从而实现急病、重病、大病救治能力提升。而基层分院主要关注全科医学和个别特色专科的发展，完成常见病、多发病的治疗，为百姓提供全方位健康服务。

和平县坚持预防为主、防治结合，将医防融合变成常态。为此，和平县成立了慢病管理中心、治未病管理中心，建立了县、镇、村三级家庭医生签约团队，将全县、全人群、全生命周期的健康档案统一在一个系统中。结合和平县疾病谱，医共体制定了慢病管理范围，根据目标人群实行“分类、分标、分级、分片”管理，逐步建立慢性病县镇村三级管理网，在县域内搭建起了筛查、确诊、转诊、随访的闭环服务体系。

### 2.2. 重视人才队伍建设，为基层医疗机构输血、造血

和平县医共体在建设初期就设定了“用好本地人才、引进必需人才、培养后备人才”的方针。通过有偿服务与6个三甲医院专科团队深度合作，引进学科带头人10人、引进紧缺专业人才12人<sup>[52]</sup>。提高基层卫生人员待遇，是提升基层卫生服务能力的重要保障。2014年起，和平县开展了基层医疗卫生机构“一类财政供给、二类绩效管理”行动。到2021年，乡镇卫生院平均保障水平达到每人每年10万元左右。

和平县人民医院作为牵头医院启动了基层医务人员培训计划。所有到该院进修的基层医生，不需要支付任何费用，每人还能获得500元生活补助。医院还开展“一院一医一护”行动，选派一名医生和一名护士常驻乡镇卫生院。

然而，仅靠一家医院很难组织足够的人手下沉至全部17个乡镇卫生院。于是，和平县将17家卫生院划分成7个片区，根据片区人口分布特点和各卫生院业务发展需要，设计出“一院一策”机制：由牵头医院深度参与分院管理与学科建设，建立标准化手术室及专科协同病房，实现“一片区多学科，一分院一帮扶”的目标。医共体内根据各分院的业务发展需要，由总医院组建多学科多专业人员成立片区帮扶团队，主要以全科、内科、外科、儿科、妇产科、中医、康复等专业人员为主，其他专业为辅的帮扶团队。

### 2.3. 改革管理、评估机制，增强医共体活力

2019年4月，和平县将原来的3个医联体整合为1个紧密型医共体：以县人民医院为核心，成立医共体总医院，横向联合县中医院和县妇幼保健院，纵向联合17个乡镇卫生院、245个村卫生站，实行县镇村人财



物统一管理，形成了“医疗一盘棋、财务一本账、管理一家人”的新格局。在新架构下，县级医疗机构不再是单打独斗，按照功能定位分工协作、分级分层分类管理，医共体内人才、技术、服务、管理、信息等资源可以被充分利用。

为了打破用人壁垒，提升决策效率，和平县成立了医共体管委会、总医院领导班子、医共体“十大”管理中心三级议事决策、执行落实机构，且形成了明确的各级权责清单。总医院领导班子党委书记由县卫健局主要负责同志担任，总医院院长由牵头医院院长担任，总医院副院长分别由县中医院院长、妇幼保健院院长、中心医院院长担任，简化议事决策流程，提高办事效率和执行力。

和平县医共体建设也非常重视绩效管理体系，逐渐形成了“四个一”工作机制：

- 一周一访谈。医共体与县委宣传部对接，对总医院领导班子成员轮流进行专访，每期访谈均有明确的议题及形式。
- 一月一培训。由院班子选定课题进行有关政策学习培训，由成员单位选定课题进行专业知识培训。
- 一季一总结。有医共体专班及行政管理中心负责整理日常工作情况形成总结，每次活动都有专门简报，重大事项均有工作纪要。
- 一年一考核。根据省级政策，和平县出台了《和平县医共体总医院院长任期目标绩效考核方案》等4个考核方案。绩效考每年底举行一次，由绩效考核管理中心统筹。监测评估体系包含医共体基础数据、家庭医生服务质量指标、防止出现虹吸现象、严格实行双向转诊标准、杜绝医保骗保事件、群众服务等六大项、21小项指标。考核结果与财政补助经费分配及岗位绩效分配挂钩。

### 3. 成果与成效

#### 3.1. 有序就医格局基本形成

经过五年的探索，和平县医共体覆盖区域的县域就诊率由78%上升到91%；县域住院率由80%上升到86.7%；群众满意度由75%上升到96.2%；基层就诊率由52%提升到67.5%；牵头医院出院人次中下转患者数量占比由5.1%上升到23.7%<sup>[53]</sup>。从2017年到2020年，县域疑难重症上转率下降了18.1%<sup>[54]</sup>。

#### 3.2. 医疗卫生服务能力显著提升

2019年，和平县医共体牵头医院成为首批达到国家县级综合服务能力推荐标准的县级医院之一，并于2021年顺利通过中国基层胸痛中心认证。牵头医院高难度（Ⅲ、Ⅳ级）手术占比由21.51%上升到61.62%；收治病种数量由916种上升到1373种；开展关键诊疗技术由65种上升到207种；基层Ⅰ、Ⅱ级手术实现“零”突破，完成各类创伤手术350余台。基层分院开展新技术新项目数量达到29项。

糖尿病和高血压等慢性病得到进一步规范管理，其中合水卫生院高血压规范管理率从89.63%（2018年末）提升至100%<sup>[55]</sup>。截至2021年4月，共筛查出高血压病人17634人，糖尿病人数7577人。和平县目前已组建了106个家庭医生签约服务团队，全县常驻人口签约41.3万人，签约率达89.33%，重点人群签约12.1万人，签约率达69.6%<sup>[56]</sup>。

### 3.3. 医疗卫生资源有效利用

县域内医保基金回流 4.67%，“大病不出县”的改革目标基本实现。对比 2021 年与 2017 年数据，基层医疗卫生机构医疗服务收入占医疗收入的比例由 28.15% 上升到 32.98%；基层医疗机构床位使用率由 49.16% 上升到 67.42%。截至 2020 年，基层卫生人员福利待遇人均保障水平增加了 5.33 万元 / 年；药占比下降到 26%，较 2017 年下降 8.5 个百分点。进行改革后，重返和平县的离职医务人员达 15 人，其中高级职称 4 人，中级职称 7 人，初级职称 4 人；引进专业技术人才 18 人，其中高级职称 5 人，中级职称 3 人，初级职称 10 人。

## （二）案例二：安徽省天长市县域医疗共同体

作为安徽省县域医共体第一批试点单位，天长市于 2015 年 6 月开展县域医共体试点工作。过去几年来，天长县域医共体内涵不断升级，创造出“两包三单六贯通”的建设路径。2022 年 11 月，国家卫生健康委基层司发布 2021 年度紧密型县域医共体建设评价结果，安徽省连续两年排名全国第二。天长的医改成果也得到世界银行行长、国家卫计委相关负责人以及医改专家的高度认可。

### 1. 面临的问题与挑战

在天长市，无序就医是一个长期存在的问题，导致了矛盾的产生。县级医院医疗资源有限，群众意见大。而乡镇医院门庭冷落，存在资源浪费。另外，由于留不住病人以及县乡机构的同质化竞争，医保基金连年吃紧，难以实现可持续发展。

### 2. 创新模式与举措

#### 2.1. 创新筹资与支付模式

天长市针对供方的医保支付，以“总额预付、超支合理分担、结余留用”的原则，开展多元复合式医保支付方式改革。在改革初期，天长医共体的总额预付制只包括新农合基金，2018 年扩大至城乡居民基本医保，实行按人头打包支付，将提取 10% 省级风险金后的医保基金的 95% 作为总预算，依据参保人数统一打包支付给牵头医院进行管理。选择在其他医共体就医的患者的医疗费用由其所属医共体以购买服务形式每季度结算。结余资金按照 6:3:1 的比例在县、乡、村三级机构间分配，超支部分由牵头医院承担。同步实行 251 个病种临床路径管理下的按病种付费，53 个按病种付费“浮动定额”支付，12 个日间手术按病种付费，10 个中医药适宜技术和 10 个优势病种的按病种付费。通过对病种制定付费上限，超过上限的医保基金不支付，引导医院主动控费。而对病种实行的临床路径管理，明确治疗流程，实行表单管理，能防止医院过度控制成本，保证了治疗的完整度。对于家庭医生签约服务，天长市出台相关协议规定，部分基本医疗项目予以价格优惠，免费提供基本及重大公共卫生服务项目，并由新农合承担“有偿服务包”项目服务价格的 40%。

#### 2.2. “双处方”制度推动疾病管理“关口前移”

天长市在县级公立医院推进了“双处方”制度，即医生向就诊患者开具用药处方和个性化健康处方，实现一张处方治病、一张处方防病，将医疗服务的重心从看病治病向健康管理转变。医共体在天长市中医院设置了

治未病中心，通过糖尿病防控联盟、高血压健康干预工作站，加强慢性病管控，由医共体内乡镇卫生院、社区卫生服务中心建立档案并进行规范化管理。糖尿病防控联盟工作站的医务工作者主要负责糖尿病诊疗指南，制定个性化、规范化的治疗方案，利用网络信息平台录入患者数据，实现信息共享，对患者进行随访和健康教育。天长市中医院还运用各种中医特色技术进行健康干预。此外，天长市政府每年专门安排 600 万元，用于支持慢病患者免费服药。

### 2.3. 促进优质医疗资源纵向流动

为了提升基层专科服务能力提升，在天长市部分试点地区，牵头医院帮助基层医疗卫生机构建立特色专科、全科一专科联合门诊和联合病房。例如，天长市制订了中心卫生院特色专科实施方案，利用牵头医院的技术力量，重点加强卫生院儿科、妇产科、康复医学科等特色科室建设，实现特色专科业务增长和基层诊疗服务能力提升。

天长市医共体实行人员交流“双派送”制度，即分别在县级医院和乡镇卫生院设置 3% 左右的流动送医岗位和 5% 左右的流动送培岗位。县级医院新聘用人员试用期期满后须在基层锻炼两年。天长市明确了各级医疗机构收治病种目录及上下转诊病种清单，在医共体内结成“1+1+1”（县级医院+乡镇卫生院+村卫生室）师徒关系，牵头医院派专家入驻乡镇卫生院定期开展技术帮扶，并探索设立县级医院名医驻乡镇卫生院工作站。市内三个县域医共体之间实行“关联”转诊，根据各医共体的医疗服务强项和特色，实行互利合作，将不能收治的患者转移到其他医共体，同时不得对其他医共体的患者小病大治。

## 3. 成果与成效

到 2022 年，天长市建成了 100 余个县域医疗次中心，累计安排市县级医院中青年骨干 4000 余人次，连续一年驻点帮扶乡镇卫生院。对乡村医生的“万医轮训”累计进修培训 10 万人次。由此带来的是县级医院服务能力显著提升。2022 年，全省县域内住院率达到 85%，基层诊疗量占比稳定在 60%。基层医疗卫生机构得到发展。2018 年，县域内门急诊人次、住院人次分别达 78.1 万人次、11.7 万人次，较医改前分别增长 16.6%、41.9%。民众治病负担不断下降，县域群众“看病难”、“看病贵”的问题得到了有效缓解。2018 年天长城乡居民合并后医疗费用实际补偿比达 72.72%，较 2017 年增长 6.22%。群众就医满意度达 97.6%，医务人员平均年收入也较医改前翻了一倍。

### （三）案例三：四川大学华西第二医院妇儿联盟

四川大学华西第二医院地处成都市中心，是国家卫健委部署在西南地区的唯一一家三级甲等妇儿专科医院。医院源于 1896 年成立的仁济女医院，目前已有超过 120 年的历史。

为解决儿科分级诊疗困境，让大医院能助力基层医疗发挥作用，华西二院牵头成立“华西妇儿联盟”，开始探索儿科医联体制度创新。2017 年 11 月联盟率先在成都高新区试点。在政府、医院、央企三方合作下，华西妇儿联盟不断升级。2019 年 1 月，全国首个“闭环式妇儿健康保障体系”正式建成。目前，华西妇儿联盟已在多地实现了儿科患者的“急慢分治、上下转诊”，有序分级诊疗取得了显著成效。

#### 1. 面临的问题与挑战

### 1.1. 基层医疗能力薄弱，无法满足患儿诊疗需求

和国内许多地区一样，由于检测水平和辅助诊断设备等限制，四川省基层医院在诊疗过程中往往会出现疑难问题。加上近年来儿科疾病进展较快，基层医生的水平愈发不足以为患儿提供所需的医疗服务。建立双向转诊渠道，并保证其畅通运行就变得非常重要，特别是对于病情较为严重、需要转诊的患者。

### 1.2. 医疗资源错配，影响患者就医体验

另一方面，长期以来，由于被认为是当地最好的妇产儿童医院，大量轻症患者选择在华西二院就诊，且偏好挂专家号。数据显示，平均每天都有 4000 名孩子来到华西二院儿科看病，每个儿科医生 1 个小时要看十几个孩子。医疗资源分配错配造成了患者体验差、疑难症患者无法及时得到救治、医患矛盾激化等问题。

## 2. 创新模式与举措

### 2.1. 推进医疗资源下沉，强化基层诊疗能力

以培训考核为抓手，华西二院积极补充区域内的优质儿科医生数量，使基层医生真正成为儿童优质、便捷的“健康守门人”。

2017 年 5 月，在国家卫计委等部门支持下，华西妇儿联盟在启动了“成都市基层医生儿科医疗能力”培训，对 400 余名基层医生进行基础技能、临床思维、典型病例等方面培训。8 月份的首批考核仅有 15 名基层医生获得了联盟医生认证。在认证完成后，联盟持续对基层医院病历进行抽查、了解病人随访复查情况，考核医生在行医过程中需要提高的地方。出现问题的医生会被取消联盟医生称号。除了面对面培训，华西妇儿联盟也设计了线上培训课程，以触达更多社区医生。

除了构建完整的医生培训、进修体系，华西妇儿联盟还通过三方面实施优质资源下沉：

- 技术指导：对当地医护团队临床代教、开展技术操作指导
- 学科建设：组建资阳市雁江区妇幼保健院、生殖内分泌不孕不育中心团队
- 医院管理：组织开展“妇幼保健院骨干力量中层干部培训班”等管理工作

### 2.2. 利用远程医疗技术，实现信息资源共享与质控

早在 2012 年，华西第二院与华西医院以华西远程医疗协作网的模式合作，利用“华西远程医学中心”平台，与华西医联体中 302 家单位开展了远程医疗。在妇儿联盟成立后，华西二院继续以信息技术为纽带实现对联盟医院的帮扶，依托远程医疗平台开展远程会诊、教学、网络门诊以及超声、放射、病理、检验四大区域中心工作，对联盟医院项目实施信息管理，同时保证所有医院均可在该平台上直接查看各项信息。华西二院还借助信息技术对联盟认证医生的医疗服务质量进行控制。电子病历设置了明确的转诊红线，症状符合一定的条件，电子病历系统就会提示转诊，联盟质控专家也会得到此信息。

2019 年，华西第二院联合中国移动（成都）产业研究院、华为技术有限公司等展开合作，发布了全球首

张商用的 5G 医疗行业专网。其中，5G+VR 支持的沉浸式新生儿探视与 5G 危急重症新生儿转运系统均在华西妇儿联盟的工作中实现了应用。

### 2.3. 嵌入商业健康保险，构建开放治理生态

华西妇儿联盟在传统医联体基础上，引入了相互制健康保险产品，将三甲医院、社区医院、儿科家庭医生和患儿、家庭有机联系在一起，打通了医联体内部筹资、支付、激励、保障等环节，为儿童健康提供了全周期管理和保障。以成都高新区为例，众惠相互保险公司作为参保方提供筹资保障和控费支持，华西二院与高新区社区卫生院家庭医生和诊所共建、共治、共享签约居民和患者的数据。高新区家庭每年每户只需要 999 元保费投入就能解决孩子一年在社区医院的就诊费用。众惠相互建立了一个理事会，参与者包括众惠基金方负责人、华西二院管理者、信息技术公司、社区医生以及部分家长。这些利益相关方都能参与到保险基金的公开治理中，共同讨论、确定各类规则。

在银保监会许可下，相互保险基金中有 8% 的资金被用作开放基金。这笔资金主要用于华西二院培训、考核全科医生的知识输出费、质控考核费，结余建设投入家庭医生签约费、结余考核奖励、门诊报销大病百万医疗保障等。这一举措不仅能为医疗服务方提供激励，也能帮助基金自我造血，还能为患者可能面临的风险起到兜底作用。

2021 年，众惠与联盟合作推出了国内首款儿童哮喘单病种专属保险保障产品——华西妇儿联盟哮喘儿童“健康之路”计划。该计划不仅为哮喘患儿打造住院医疗保险金、哮喘药品费用保险金等保障，还提供健康档案、医院随访记录、华西二院转诊服务、用药提醒等一系列重要补充服务。

## 3. 成果与成效

历时五年的探索，华西妇儿联盟有效地打破不同地区之间、不同等级儿科医院科室之间的协作壁垒，推动了儿科诊疗力量协调发展，促进了全省儿科医疗服务能力不断提升。截至 2020 年 10 月，华西妇儿联盟已经培训、认证 159 名儿科方向华西妇儿联盟医生，7 名妇科方向华西妇儿联盟医生。根据 2019 年一项对 49 位联盟认证医生的问卷结果，100% 的医生认为联盟开展的培训提高了他们的诊疗能力；97.96% 认为联盟的运转制度具有激励性、信息平台具有支持性。

伴随着越来越多的医院加入到华西妇儿联盟妇幼医联体矩阵中，辖区内近 20 万儿童可在社区卫生服务中心就近获得华西二院标准化的儿科健康医疗服务（2020 年 10 月）。截至 2020 年底，基层总诊疗 6.08 万次，按路径上转 722 人次，转诊率仅 1.19%，基层复诊率 78.32%，次均费用仅 77.23 元，2020 年与 2018 年相比，基层机构总门诊量上升了 39.45%。在计划覆盖区域中，基层儿科看诊人次同比增长 79.8%，次均看诊费用同比下降 24.20%，分级诊疗效果十分明显。而 2022 年 3 月的数据显示，已有 66,730 名患儿通过联盟实现了基层首诊，其中 5,062 名患儿因病情需要，通过绿色通道转诊到华西二院，患者满意度高达 99%。

## 三、全周期管理强化医防融合

### （一）案例一：河北省黄骅市“健康联合体”



黄骅市位于河北省，是一个财政收入仅够维持基本运转的县级市。2016年10月，黄骅市政府结合当地慢性病高发、居民医疗负担日益加重的情况，牵头引入第三方商业保险公司，开始探索以预防为基础的“健康联合体”。目前，黄骅市已基本形成以政府为主导、以健康医疗大数据为平台、以村级卫生室为基础、以乡镇卫生院为枢纽、以市内二级医院为龙头、以三级医院和国家级专科科研医疗机构为支撑的健康联合体。

2018年，黄骅市受到国家卫生健康委邀请，在《北方地区深化医改工作典型经验专题发布会》上分享该市先进做法。同年，黄骅市“通过家庭医生管医保推进基层健康管理”的经验被国务院第五次大督查点名表扬。黄骅的“健康联合体”实践也得到世界卫生组织专家的高度认可。

### 1. 面临的问题与挑战

长久以来，中国许多疾病预防的实践都集中在发达地区和中心城市，而在慢病治疗需求更迫切的偏远、农村地区，有效的解决方案反而相对匮乏，“重治疗、轻预防”问题普遍存在。

### 2. 创新模式与举措

#### 2.1. 支付方式与奖惩机制创新

黄骅市通过规范居民就医和医生诊疗行为来降低医疗费用，以建立与预防保健、分级诊疗、规范诊治相一致的支付方式。为此，基层医生被赋予了医保控费的权力，他们能对签约居民在二级以上医疗机构的诊疗行为进行全程监督。一经发现异常诊疗行为，家庭医生将在手机APP软件系统上通过点击“存疑”。在注明原因后提交给医保部门，医保部门审核确认后，就可以在和各家医院在结算医保费用时进行扣除。这一制度既对相关医疗单位实现了有效监管，又能让病人少花了“冤枉钱”。

考核医保总花费的主要做法是计算家庭医生签约管理的全体签约居民年度医保总费用，打包作为家庭医生控费基数。家庭医生通过开展慢病管理、分级诊疗管理和诊疗监督引起的费用节约，按比例奖励给家庭医生或其所在基层医疗机构，从机制和利益上引导家庭医生以老百姓健康为中心开展服务。

非必要支出精打细算，但必要的投入也在持续增加。具体做法包括：将家庭医生健康管理服务费列入财政预算予以保障；居民签约家庭医生每人10元的个性化增值服务包费用全部给予家庭医生；财政投入为居民购买的健康意外险中明确规定，家庭医生在健康管理过程中，每发现一例早期肿瘤患者给予1000元奖励，如发生心脑血管疾病，可获补偿5000元。

#### 2.2. 发挥商业保险公司优势，助力慢病管理体系优化

黄骅市“健康联合体”的一大亮点是引入第三方商业保险公司，作为政府规范慢病诊疗与管理的协力者，充分发挥商业保险有效参与社会治理的功能。商业保险公司的作用体现在了慢病管理的各个重点环节，其职能具体包括：

- 设计并提供包含健康管理服务在内的大病额外保险计划
- 为签约人群慢病出现严重并发症提供保险保障
- 引入远程心电等先进医疗服务技术监测预警心梗和房颤发生

- 建立慢病预测模型进行疾病风险分层
- 通过家庭医生开展对高风险人群关键风险点精准干预
- 分析医保基金赔付情况，引入智能审核系统，助力优化医疗成本结构，构建长期可持续的医保控费机制

此外，黄骅市还积极争取医保承办商业保险公司出资，为家庭医生开展健康管理提供绩效奖励。例如，太平洋寿险就为此项目捐赠了 150 万元作为启动资金。

### 2.3. 多举措提升居民健康管理意识、基层健康管理能力

为了从源头上减少慢病发生率、促进居民健康生活方式的养成，自 2018 年 5 月以来，黄骅市卫健局共投资 610 余万元先后建立了心脑血管疾病健康管理广场、中医药健康管理广场、心理健康管理广场、眼科疾病防治健康管理广场，每年健康评估、干预 5000 余人次。依托健康管理广场作为宣传阵地，黄骅市开展了系列健康知识公益讲座。截至 2021 年 11 月，共开展“南海之夜·健康有约”、“健康相约·文星湖畔”等主题健康知识公益讲座 94 场，健康咨询人数达 22,000 余人，发放健康知识宣传页约 80,000 张。

而对于医务工作者，黄骅市组织了一系列系统性专业技术培训。依托黄骅质量学校，与国家心血管病中心等科研机构开展心脑血管疾病防治等专题培训。为了引导家庭医生学习健康管理知识，争取了中国健康促进基金会的支持，在黄骅开设健康管理师资格培训班，并邀请多名权威专家面向本地家庭医生授课。同时，探索在乡镇卫生院或社区通过评选设立首席家庭医生，增强家庭医生职业荣誉感。

## 3. 成果与成效

黄骅市“健康联合体”推出后两年（2018 年），黄骅市县域内住院比例明显上升。在沧州市，区域内住院比例比 2017 年上升了 3 个百分点，大病保险支出比例也控制到了整个黄骅市最低的水平。仅从 2018 年 6 月至 12 月，全市就早发现早诊疗心梗早期患者近 50 例。

自开展家庭医生签约服务以来至 2021 年 11 月，黄骅市全人群签约率达 77.2%。在部分试点乡镇，一个月内全人群缴费签约率达 71.2%，下转率达到 50% 以上。在随机抽取 1200 人进行的一项调查中，问卷结果显示签约人群服务满意度为 98.1%，服务时效满意度为 94%，转诊服务满意度为 93.4%。

### （二）案例二：厦门市“三师共管”服务模式

从 2014 年起，厦门市以慢性病为突破口推进分级诊疗，实施家庭医生基层签约服务，形成了以大医院专科医师、基层全科医师（家庭医师）和健康管理师为组合的“三师共管”模式。签约对象以参加厦门市基本医疗保险的厦门市户籍人员为主，优先满足 65 岁以上老年居民、慢性病患者及孕产妇、儿童、残疾人等社区重点人群的签约需求。2015 年厦门市因此荣获“中国地方政府创新奖”，“三师共管”模式成为全国推广的样本。2019 年，厦门市家庭医生签约服务被编入中央组织部编写的《贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想、在改革发展稳定中攻坚克难案例》丛书。厦门的成功经验还入选世界卫生组织出版的初级卫生保健国家案例专刊，并在国际大会上被世界银行重点介绍。

#### 1. 面临的问题与挑战



2016年,《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》出台,标志着在我国正式推行家庭医生签约制度。2018年,《关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见》等文件接连发布,进一步推动了家庭医生在全国各地的发展。然而,由于待遇较低、培训体系不完善,我国能力合格的基层全科医生数量严重不足,难以匹配居民的需求。特别是对于慢性疾病,其专业化管理需要医生对防治、控制以及服药、调药都有扎实的知识与深刻的认识。这一问题进一步限制了签约服务包设计,服务内容无法做到足够精细,进而导致了居民签约意愿较低、“签而不约”等情况的发生。

## 2. 创新模式与举措

### 2.1. 合理分工、高效配合,形成“防、治、管”闭环

厦门市“三师共管”模式以团队服务为基本形式,旨在实现慢病从初筛、诊断、转诊、治疗到康复训练的闭环管理,帮助更多患者达成慢病早发现、早干预、早控制。专科医生主要负责带教和指导基层。在居民被明确诊断患有慢性病后,专科医生会负责制定相应的治疗方案,然后对接给相应的基层医疗机构,指导基层医生完成实际治疗。全科医生的主要任务是配合落实执行专科医生的治疗方案和指导健康管理师,与专科医师和健康管理师互通,及时掌握病情并进行处理。同时,全科医生掌握专家门诊的号源,如有需要,由其帮助患者预约专家门诊。健康管理师一般由护士、检验检查医生等医护人员组成,在经过国家的正式培训和考核获得健康管理师资格后即可上岗。健康管理师主要职责为:(1)向专科医生和全科医生反馈患者病情变化,帮助患者预约医师,协助双向转诊等;(2)负责患者的日常随访、家访;(3)针对民众强化个体化的健康教育。健康管理师本质上将专、全科医生没有时间做但非常重要的管理环节都承担了起来。

在此模式中,签约的居民可以获得个性化健康管理、慢病患者延长处方用药、优先预约大医院专家门诊、日常随访、健康咨询、用药指导。同时,在基层门诊就医能减免医保起付线,并享受由家庭医生推荐转诊的住院医疗费不设二次及以上起付标准等福利。

在“三师共管”模式实践早期,厦门市选择糖尿病与高血压作为重点关注病种。近年来,此模式在其他慢性疾病中也得到了有效运用。2018年,厦门市在海沧区启动了40岁以上高危人群慢阻肺筛查试点。依托“三师共管”模式,海沧区内各卫生服务中心进行筛查随访,对新发慢阻肺、急性发作等患者,开通绿色通道转诊至海沧医院,经专科医生治疗、稳定后转诊回社区中心,再由全科医生、健康管理师指导康复训练,专科医生进行评估。

### 2.2. 区域卫生信息化

为了实现高效、精细化的慢病管理,厦门市在打造“三师共管”模式时也使用了大量信息化技术,并实现了与其他卫生信息平台的打通、联动。

厦门市区域慢病分级诊疗服务平台是厦门市区域卫生信息平台三大“支柱”之一,其架构共分为三个层次:一是市级慢病综合管理平台(收集各子平台慢病患者数据,对慢病数据进行数据挖掘、形成决策分析报告,根据慢病数据分析报告和指导工作);二是医联体(区级)慢病管理子平台(确诊慢病患者,将慢性病患者转送到所在社区的医疗机构进行管理);三是社区慢病管理子平台(对慢病患者健康档案的建立和管理,负责慢病

患者日常就诊、用药管理、随访管理等）。

厦门市推出了包括微信、APP 和 PC 等多个终端的“厦门 i 健康”。通过微信公众号，居民可以直接与家庭医生在线签约，并围绕签约展开健康管理、医生咨询与指导、预约挂号、疫苗接种等服务。家庭医生可以通过手机 APP 掌握居民健康状况，及时响应签约居民的诊疗需求，提供健康咨询、代预约挂号等健康服务。

在线慢病管理系统实现了“医院 - 社区 - 疾控中心”之间的慢病健康档案共享，以及日常化监测、随访的同步。当患者确诊为慢病时，相关信息会被登记、上报。随后，家庭医生会及时跟进治疗，根据患者具体情况，进行“红、黄、蓝”标签分类，建立差异化管理模式，提供具有针对性的预防和治疗解决方案。此外，由于信息联网，居民可以通过家庭医生，在社区完成基础检查。检查结果经健康网络传输至上级医院，由后者审核结果、进行诊断、出具报告。就医程序因此大幅简化，居民在家门口就能享受三级医院诊疗的便利。

### 2.3. 多元的激励措施与完善的绩效考核系统

“三师共管”模式推出后，厦门市也同步实施了类型多样的激励措施，以提升基层医师工作的积极性。

在费用方面，厦门市采取的是三方共同买单的模式。拥有厦门市户籍的居民，其家庭医生签约服务费为 120 元 / 年，其中医保基金承担 70 元，基本公共卫生服务经费承担 30 元，居民个人每年只需承担 20 元。120 元费用按照“2-8-2”比例分配，其中 20 元由基层医疗卫生机构统筹用于家庭医生签约相关工作，80 元由团队长（家庭医生）在考核后进行团队内自主分配，另外 20 元在综合考核后按考核分数激励签约团队。

为了使奖金分配有据可循，厦门市着力建设以签约居民为主体的第三方反馈评价体系，主要包含基层医疗卫生机构的签约居民知晓率、居民满意度、服务覆盖率、通联信息准确率、医保管理、重点人群管理、普通签约居民管理、慢性病患者管理质量、签约居民基层首诊意愿等指标。从执行上来看，考核体系由“机构自评 - 区级考核 - 市级二次复核”三部分构成：由区级进行现场考核、收集资料、重点核实项目数据真实性及满意度等主观指标，再由市级从绩效考核系统后台抓取数据，进行全口径复核。

## 3. 成果与成效

“三师共管”模式实现了医防融合、防治结合，明确了医院与基层医疗机构之间的功能定位，有助于提高基层慢病医养护水平，构建医患之间紧密联系的桥梁，延伸上级医院的品牌效应，提高社区居民就诊信任度，让患者得到连续、系统的诊疗和健康管理。

截至 2021 年 6 月，厦门市家庭医生签约服务 85.56 万人，签约覆盖率 33.61%；重点人群中 65 岁以上老年人签约服务 17.24 万人，签约率 74.22%。同年 1 月的满意度调查显示，签约居民的基层首诊意向率达 86.89%，满意率达 95.08%。

基层服务能力的提升，带动了基层医疗卫生机构门诊量大幅上升，对民众就医习惯的改变起到了有效引导。三级医院总门诊量逐年下降，而基层门诊量从 2013 年到 2020 年增了 350%。2020 年，厦门市基层普通门诊量占比超过 55%，基层慢病门诊量占比超 75%。

随着家庭医生签约服务的开展，每位全科医师可签约患者不超过 1500 人，提升了基层执业的成就感与荣

誉感。基层医疗工作人员的收入从2010年平均不到7万元到2020年的23万元,10年间实现了228.6%的增长,使得基层岗位的吸引力逐步提升。

此外,“三师共管”模式被证明对改善患者健康状况有显著作用。一项包含831名高血压患者的对照实验结果显示,在加入“三师共管”模式一年后,试验组患者的血压控制率、运动率较未加入的患者(对照组)明显提高,体质量指数较后者明显降低。同时,试验组经过“三师共管”干预后,总胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇均较管理前下降。

### (三) 案例三:“光明中心”能力建设及提升项目

随着中国老龄化,“三高”人群增多,眼底疾病在我国的发病率不断上升。据初步流行病学调查预计,中国有近4000万的眼底病患者,其中300万出现视力损伤时需要及时进行标准化的诊断和治疗。这也是世界卫生组织防盲行动中的重点。由于早期检查的不规范,大量患者未获得及时规范的诊疗,使得目前治疗人群都是比较晚期,仅不到30万患者获得规范化诊疗。

与此同时,我国眼底疾病的诊疗资源非常有限且分布不均,疾病诊疗的规范化水平也有待提高。提升全民的眼健康水平,促进我国眼科发展,已成为国家相关职能部门、眼病科研机构、医疗机构和临床医生的共同关注点。

2022年1月4日,国家卫生健康委印发《“十四五”全国眼健康规划(2021-2025年)》也提出了提高眼底病早诊早治能力的要求。北京白求恩公益基金会与国家眼部疾病临床医学研究中心合作发起“白求恩·光明中心能力建设及提升项目”,旨在促进眼底疾病规范化诊疗,推进眼底疾病诊疗同质化建设,探索符合我国国情的眼底慢病管理干预模式,提升患者的生活质量。

#### 1. 面临的问题与挑战

##### 1.1. 眼底疾病对人群健康影响巨大

眼底病是致盲的首位因素,其患者占到了全部致盲病患者的54.7%。根据《中国眼底疾病早筛早诊早治蓝皮书》数据,目前我国各类眼底病患者总数近4000万,每年新增眼底病患者超300万,近50%的患者年龄分布在40-60岁之间。随着人口老龄化加剧、生活方式改变,与年龄和代谢相关的眼病日益加重,使得眼底病成为我国主要的致盲眼病,严重威胁着我国人民的视力健康。

##### 1.2. 规范化的诊疗模式普及程度低

随着医疗科技的发展,治疗技术已经不再是限制眼底疾病治疗效果的主要因素,而专业医生资源的短缺、规范化诊疗流程的普及程度低成为目前影响眼底疾病防治效果的主要短板。我国现有的眼底专科医生数不足5000人,眼底病患者接受标准治疗的比例仅为10%,患者对眼底疾病的知晓率不到10%。眼底病规范化诊疗流程在基层推广不足还导致公众认知度低、诊断率低、治疗率低等问题。同时,也造成了一个眼底病患者往往需要花费6-9个月才能得到规范诊疗,极大耽误了最佳治疗窗口期,贻误了病情,造成视力不可逆的损伤。

#### 2. 创新模式与举措

由国家眼部疾病临床医学研究中心牵头、中华医学会眼底病学组专家担任学术委员会发起的“光明中心”项目，通过搭建眼底学院、建立眼底疾病标准化诊疗 SOP 等方式，打造中国眼底疾病规范化诊疗协作网络，在培养更多专业人才的同时改善患者健康。

### 2.1. 建立标准化的眼底病诊疗模式

光明中心建立了清晰简单的标准化诊疗 SOP，覆盖挂号、检查、诊断、随访等诊前、诊中、诊后各个环节，明确医师、技师和护士参与的关键诊疗节点，并对各节点的实施要求予以细化，提高诊疗效率及眼底病规范诊疗率。

### 2.2. 制定简单明确的标准推动早期筛查和干预

光明中心的诊疗规范中采用了简单明了的核心标准，有助于早期筛查和早期干预的普及推广：对矫正视力低于 0.8 的患者进行常规 OCT 筛查，做到早发现、早诊断；对于 CST（视网膜厚度）大于 250 的黄斑水肿或新生血管类患者，及时实施抗 VEGF 一线治疗，做到早治疗，有效辅助基层医院实现眼底病的早发现、早诊断及早治疗。

### 2.3. 搭建创新平台培养专业人才

针对国内眼底专科医生资源短缺、专业且系统的培训体系欠缺等问题，光明中心依托国内专家组成的学术委员会，打造了国内唯一的系统性眼底专科培训体系，面向医生、技师和护士提供线上线下相结合的培训课程，提升广大眼科医务人员的眼底疾病诊疗能力。

## 3. 成果与成效

### 3.1. 创建了覆盖广、规模大的诊疗协作网络

截至 2022 年 10 月，全国报名参加光明中心项目的医院数达到 1544 家，正式运行创建的医院数达到 1004 家，项目医院几乎覆盖全国所有省市。累计有 13679 名医生、1243 名技师以及 1983 名护士参与到光明中心的运行中，管理着 341785 名眼底病患者，已经成为国内覆盖范围最广、医院数最多、临床医生团队最大的眼底病规范化诊疗协作网络。

### 3.2. 建立科学专业的慢病管理平台，提高眼底疾病的诊疗效果

光明中心通过规范的随访和深度的医患沟通，大幅提升了眼底疾病患者的依从性和复诊治疗率，目前管理的眼底病患者 OCT 检查率达到 91%，接受抗 VEGF 一线治疗实施率达到 88%，连续 5 个月复诊的预约率达到 59%，阶段性结果已经超越国内平均 2 次复诊治疗的现状。随着就医依从性的提升，患者的平均视力也提升 0.18，达到 0.41，摆脱了 WHO 界定的低视力水平。

### 3.3. 促进了区域内眼底病专科能力建设

光明中心项目的开展也帮助很多医院提高了诊疗能力和效率，带动了区域内医联体的建设，促进分级诊疗

制度的落地。例如潍坊医学院附属医院眼底病科获评山东省精品特色专科，也吸引了 40 多家医院加入眼底病的专科联盟。佳木斯大学附属第一医院作为东部地区眼科专科联盟的牵头单位，与下属 16 家医院成立了医联体，推动上下转诊，并且牵头定期举办学术交流活动，提升了基层医疗机构的诊疗能力。山西省眼科医院自成为“光明中心”指导单位以来，也在省内建立了 17 家标准中心，逐步推进“光明中心”项目向县域下沉。

光明中心项目自开展以来，获得了各级眼科医疗机构的支持和关注，作为目前国内覆盖范围最广、医院数最多、临床医生团队最大的眼底病规范化诊疗协作网络，将在国家卫生健康委医政医管局的指导下，协同多方力量，持续推动落地《十四五眼健康》中眼底病的“早发现、早诊断、早治疗及规范随访”，共同实现眼底疾病规范诊疗，造福更多的眼底疾病患者。

#### （四）案例四：中国胸痛中心建设

心血管系统疾病是当前世界范围内造成死亡人数最多的慢性病，中国约有 3.3 亿患者，每年每 1000 人中就有 3 人死于心血管疾病，其中以急性胸痛为主要临床表现的急性心肌梗死是心血管疾病的重要死因。

在政府领导、行业推动、医疗机构参与、社会支持的运作模式下成立的中国胸痛中心通过多学科合作，构建院前、院中、院后一体化的医疗服务体系，为胸痛患者提供快速准确的诊断、危险评估和恰当的治疗手段，提高了疾病的早期诊断和治疗能力，降低了胸痛患者的死亡率，并对重大疾病的防治形成了很好的示范作用。

##### 1. 面临的问题与挑战

###### 1.1. 急性心肌梗死造成巨大的疾病负担

我国心血管疾病患病人数达 3.3 亿，以急性胸痛为主要临床表现的急性心肌梗死是心血管疾病重要死因，2021 年农村和城市居民急性心肌梗死的死亡率分别为 83.26/10 万和 56.49/10 万，居所有疾病别死亡率的首位。有研究预测到 2030 年，我国心肌梗死患者将增至 2260 万，意味着将给家庭和社会造成巨大的负担。

###### 1.2. 针对急性胸痛相关的致死性疾病救治不足

国外经验表明控制危险因素和及时规范救治可以有效减少心血管疾病造成的死亡，但长期以来，我国的急救体系不能适应急性心肌梗死的救治需要。患者从发病到就诊的耗时长、院前与院内救治分离导致急救延误严重，基层医疗机构的诊疗能力不足且缺少与高等级医院之间的有效协作等问题普遍存在，严重影响了疾病的有效救治。

##### 2. 创新模式与举措

中国胸痛中心通过将有效的治疗技术整合到高效的医疗模式中，建立高效协同的区域救治网络，将患者救治工作从医院延伸至院外，缩短患者总缺血时间，提高胸痛患者的规范化救治水平。

###### 2.1. 建立适宜的标准化认证体系

针对医疗资源分布不均、各级医疗机构诊疗水平差异较大的现状，中国胸痛中心制定了两个版本的认证标



准——标准版和基层版。标准版适用于具备直接经皮冠状动脉介入治疗（PPCI）能力的医疗机构。基层版则适用于暂不具备 PPCI 条件的基层医院。基层版、标准版针根据医疗机构的能力水平设置差异化的标准，更加充分地利用了已有的医疗资源，并通过加强各级医疗机构的联动落实了分级诊疗制度。

## 2.2. 强调区域协同的救治理念

胸痛中心强调区域内医疗机构的协同联动，建设标准中明确要求认证的胸痛中心要与当地的“120”急救系统及网络医院建立合作，通过信息化技术实现各级各类医疗机构之间及与“120”急救体系的数据共享，落实联合救治计划、培训机制、质量改进机制，共同为提高急性胸痛患者的救治效率提供服务。

## 2.3. 实现患者的全流程管理

通过制定《胸痛救治单元建设实施方案》，指导基层医疗机构承担协同救治中两个“一公里”的作用，即急性胸痛患者救治启动的“一公里”，以及救治后患者在社区长期管理的“最后一公里”，实现救治和长期管理的衔接，建立了院前急救、院中救治和院外随访康复的全流程管理模式。

## 2.4. 强化质量控制体系实现持续改进

在省、市卫生行政部门的支持下，建立了全国 - 省级 - 市级三级质控体系，通过开展飞行检查、建立奖惩制度等方式，定期向国家卫健委报送全国胸痛中心质控报告。在医院建立内部常态化的质控方案和机制，加强数据库填报及质量管理，客观评估全国胸痛中心建设水平，确保关键指标持续改进。

# 3. 成果与成效

## 3.1. 初步建成全国胸痛中心救治网络

截至 2021 年底，全国共有 5280 家医院参与了胸痛中心建设，其中 2096 家通过了中国胸痛中心认证，实现 100% 的省份覆盖、93% 的地市级城市覆盖、96% 的县覆盖，初步形成了全国胸痛中心救治网络。

## 3.2. 降低了急性心肌梗死患者的病死率

胸痛中心建立以来，我国急性心肌梗死患者的院内死亡率持续降低，2021 年，标准版胸痛中心和基层版胸痛中心患者的院内死亡率分别为 3.39% 和 3.85%，显著低于胸痛中心建立以前 10% 的水平。即使受到疫情影响，标准版胸痛中心的院内死亡率略高于 2019 年的 3.29%，但也远低于其他国家疫情期间的水平。

## 3.3. 提高了患者及时获得有效治疗的比例

接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者平均入门至导丝通过（D2W）时间呈下降趋势，2021 年平均时间为 74 分钟，显著低于 2012 年时的 115 分钟，标准版胸痛中心 80% 和基层版胸痛中心 78% 的患者能够在入门 90 分钟内开通血管。

为患者提供及时、有效的再灌注治疗，最大限度地缩短了 STEMI 患者心肌总缺血时间。标准版胸痛中心和基层版胸痛中心 12 小时内到达医院的 STEMI 患者接受再灌注治疗的比例都达到 85.6%，同样呈现出逐年改善



的趋势。

### （五）案例五：山东省“三高共管，六病同防”医防融合慢性病管理服务模式

针对慢性病高发的现状，2017年，山东青岛市创新提出糖尿病、高血压病和高血脂患者“三高共管”理念，建立了与之相适应的签约服务收付费、医保支付及队伍建设政策体系。2019年，国务院印发《健康中国行动（2019-2030年）》，正式提出了“三高共管”，要求同时做好高血压、糖尿病、血脂异常的规范化管理。响应政策号召，同时总结青岛市成功试点经验，山东省在全国率先探索“三高（高血压、高血糖、高血脂）共管”标准化诊疗路径，并且将冠心病、脑卒中、肾病综合征、眼底病变、周围神经病变、周围血管病变6种主要并发症（即“六病”）的预防、筛查、治疗、康复也纳入闭环管理。山东省在基本公共卫生服务、家庭医生签约服务、医共体机制框架下，整合相关要素，优化管理流程，探索构建以人为中心、以健康结果为导向的“三高共管六病同防”一体化服务模式，并以此为切口，推动整合型服务和分级诊疗格局落地。

#### 1. 面临的问题与挑战

##### 1.1. 慢性病防治工作道阻且长

慢性疾病已经成为不容忽视的重大公共卫生问题，高血压、脑卒中、冠心病、糖尿病等慢性疾病是我国居民的主要健康问题，慢性病导致的疾病负担占总疾病负担的近7成，对我国经济社会发展造成了重大影响。根据卫健委监测数据显示，山东省2020年重大慢性病过早死亡率为15.48%，低于全国平均水平（16.5%），但与北京、上海、浙江等先进省市相比尚有差距。

##### 1.2. “医”与“防”融合程度有待加强

目前，针对传染病和慢性病等疾病都普遍提出“医防融合”的工作要求。所谓医，主要指临床工作，所谓防，主要指公共卫生。近年来，在不断的努力下，山东省基本公共卫生服务均等化水平不断提升，重点人群管理服务质量有效提高，家庭医生签约服务覆盖面逐步扩大。但值得注意的是，“医”与“防”之间仍有一定程度的分离，基本公共卫生服务与医疗卫生服务“两张皮”的现象依然存在，家庭医生签约服务在就医、转诊、用药、医保等方面的作用还未得到有效发挥。

#### 2. 创新模式与举措

##### 2.1. “以人为本”的整合型慢性病管理服务模式

受一直以来以医院专科服务为中心的模式制约，一方面慢性病人每年只花几个小时与医务人员交流，另一方面，专科医生极少能考虑患者的自我管理、个人健康优先事项或日常生活，而这些恰恰是慢性病最主要的治疗内容。近年来世界卫生组织提出“健康整合”，它既是一种理念，也是一种范式，针对的是健康而不是疾病，是一种全人、全生命周期服务理念。“三高共管、六病同防”试点工作正是对我国长期以来以医院专科服务为中心的服务模式的改革与挑战，将改变医院是医疗服务初次诊疗场所的角色，把基层卫生服务机构作为服务主体，加强基层卫生服务能力；并通过跨专业、跨学科，整合各级各类医疗服务。

随着“三高共管”的推进，山东省逐步在全省建立以疾控中心为健康管理技术支撑和管理主体，以医共体牵头医院为临床技术支撑，以乡镇卫生院和社区卫生服务中心为纽带，以家庭医生团队为“网底”的医防融合的县域整合型服务体系。具体表现形式为“三级协同”，建设“三高之家”、“三高基地”和“三高中心”，工作内容是为每一个三高六病患者制定以年度为单位的医防融合一体化照护计划，为居民提供连续的分层分级服务。

通过三高六病患者的精准连续管理，让牵头医院、基层医疗卫生机构在服务功能上从按病种简单分级转为按病程上下协同，以服务为纽带促进成员单位从形式整合走向实质整合，从单向整合走向双向整合，从低水平整合走向高水平整合。

## 2.2. 颁布全国首个“三高共管”一体化服务指南

为深入推进“三高共管 六病同防”医防融合慢性病管理试点工作，经过参阅大量国家管理指南、手册和专家共识，总结近20年慢性病整合式服务体系和一体化服务路径的探索经验，融合该省基本公共卫生服务、家庭医生签约服务和医共体建设实践情况与世界卫生组织“以人为本的整合型卫生服务”内涵，山东省卫健委印发了《“三高共管 六病同防”诊疗路径与一体化服务指南》（以下简称《指南》）。《指南》从技术上明确了不同类型疾病多学科诊疗、共管标准化问题，从流程上明确了不同病程服务间的连贯和衔接问题，从机制上明确了医疗、公共卫生、基层医疗卫生机构协作问题，在理论、制度、管理、技术等方面均有所创新。并且注重与基层现状和服务能力的衔接，解决当前服务中存在的标准不一、精度不够、责任不清、转诊不畅等问题，为有效管理高血压、高血糖、高血脂及其常见并发症提供指导和路径。为了推动规范化诊疗路径的全面普及与《指南》的落地，山东省至今年年中已举办线上培训班6期，培训11万人次，为基层培养适宜的慢性病“防、治、管、康”复合型人才。

## 2.3. 数据采集标准化，定期开展监测评估

在试点中，区域健康信息平台建设工作不断被强调，以实现基层和牵头医院、医疗和公卫服务、专业服务和自我管理等信息共享。规定将“三高共管”数据的采集和汇总规范统一化，支持在线协诊、签约、随访、远程会诊和疾病风险评估等工作的便捷开展，随访数据要全部实现智慧采集。为了提升患者鼓励管理水平和积极性，开发或利用智能辅助系统提高诊疗、协诊和质控水平，探索打卡积分等方式。

与此同时，为保证人群慢性病管理效果，定期开展监测评估。综合利用基本公共卫生服务、电子病历、高血压协管系统和心脑血管事件监测系统数据，建立监测指标体系，对患者管理和医防融合效果进行监测，及时评估试点成效，调整完善工作策略。

## 3. 成果与成效

参考最先试点的青岛市经验，从2018年青岛市在城阳区试点开展“三高共管三级协同”医防融合工作开始，2020年在全市推广，截至2021年7月，青岛市“三高”等慢性病人签约83.6万人，较政策实行前增长了8%，纳入“三高共管”管理人群血压、血糖和血脂达标率较纳入管理之前分别提高了15.3%、6.2%和44.1%，效果显著。

当前，为期三年的“三高共管，六病同防”全省试点建设工作仍在稳步推进中。根据山东省卫健委公布，

2021年,全省试点地区已将362.4万名“两高”或“三高”患者纳入一体化服务模式,截至2022年5月完成205.7万名患者的心血管疾病风险评估,97.9万名患者根据病情需要接受了三级协同服务。

## (六) 案例六: 浙江省疾病智慧筛查项目

为降低结直肠癌、慢阻肺两大重点疾病的发病率与死亡率,浙江省政府于2020年将重点人群结直肠癌筛查列为该年十大民生实事之一,随后又在2022年将慢阻肺免费筛查项目纳入城乡居民“三免三惠”健康行动,推动规范化、长效化、智能化筛查机制的形成。重点人群结直肠癌筛查项目是全国首个省域全覆盖的癌症筛查项目,成功入选了浙江卫生健康2020年十大影响力事件。

### 1. 面临的问题与挑战

伴随着居民收入水平的提高,饮食结构与生活方式的变化,结直肠癌发病率逐年上升。结直肠癌已成为威胁浙江省居民健康,导致医疗支出快速增长的重要癌种。数据显示,浙江省结直肠癌世标率高于全国平均水平12.41%。2019年,浙江省结直肠癌新发病例数为2.3万,占所有癌症发病数的10.61%,在所有癌症中列第3位;死亡病例数为0.9万,占所有癌症死亡数的9.54%,在所有癌症中列第4位。结直肠癌在50岁以后人群中的发病率增长尤其迅速。

以慢性阻塞性肺疾病为代表的慢性呼吸系统疾病也给浙江居民带来了沉重负担。由于患病周期长、反复急性加重、有多种并发症,慢阻肺对中老年患者的生活质量有较大影响。数据显示,浙江省40周岁以上居民慢阻肺患病率为11.25%,略低于全国,但较往年增速明显。同时,居民慢阻肺知晓率低(3.99%),肺功能检查普及率低(2.86%),严重影响了慢阻肺的早期防治。

在日益突出的疾病防控需求面前,传统的人工筛查存在诸多不足:依赖人工填写各类文书,筛查效率低;筛查涉及的人群数量庞大,数据管理难度较大等。

### 2. 创新模式与举措

#### 2.1. 结直肠癌筛查

2020年,浙江省肿瘤防治办公室基于依图医疗(现深睿医疗)“AI防癌地图”项目,为浙江地区高危人群结直肠癌筛查行动,专门研发了省域癌症筛查信息平台。该平台融合了医疗信息化、人工智能、大数据等先进技术,能够实现省内癌症筛查项目信息的统一接入与管理,满足筛查流程管理、智能质控、数据安全、大数据分析等多样化需求,并具备良好的敏捷拓展能力,为“筛-诊-治”提供全流程支持。为了确保筛查效率及技术水平,浙江省肿瘤防治办公室对全省肠镜操作医师进行了技术规范培训并组织考核,进一步提升省内结直肠癌筛查及诊疗水平,推动省域结直肠癌均质化、规范化。

#### 2.2. 慢阻肺筛查

依托慢阻肺筛查与管理大数据平台,浙江省形成了特色的“AI+5G智能服务慢性肺部疾病全程规范管理”工作模式。慢阻肺筛查与管理大数据平台具有以下特点:

- 充分考虑到医生的使用体验，秉承“让工具多干活，给医生提效能”的理念，依托物联网+云计算技术，全省肺功能数据通过物联网实时自动对接，无需人工录入，大大减轻了医生的工作量。
- 充分融合各同渠道信息，涵盖筛查、诊断、治疗、随访管理等全流程诊疗数据，并对全程进行质控管理，确保平台数据的真实性和有效性。三重质控机制的加持能提升医生工作效率。各部门共享信息，及时发现筛查过程中的问题并整改，有助于提升筛查质量，这也有利于上下级医院信息互通和双向转诊。
- AI 技术可根据所填选项自动计算得分，辅助医生对患者疾病等级与状态进行分析判断，让医生能更精准地进行患者管理，提供更好的诊疗方案。
- 从患者角度来看，疾病流程设计充分遵循国内外指南与分级诊疗政策，促使优质医疗资源下沉到基层，实现疾病同质化和规范化管理，为居民带来更好的就医体验。

3. 成果与成效

截至 2022 年 9 月，浙江重点人群结直肠癌筛查项目累计完成风险评估和便潜血检查近 460 万人，结肠镜检查近 30 万例、筛查出结直肠癌 3000 多人、进展期腺瘤 30,000 多人、非进展期腺瘤近 60,000 人。筛查项目不仅实现了结直肠癌的早期诊断，还对处于“早早期”的结直肠癌进行了提示和预警，也让更多民众了解到“早诊早治”的重要性。筛查项目有效节省了民众的医药费用、减轻了疾病负担。据初步推算，2020 年浙江省实施此项目后，可节省医药费用和医保基金远期支出 28.7 亿元。

慢阻肺项目已经覆盖近 1700 家机构；项目参与人员超过 1.5 万；初筛问卷人数超过 55 万；肺功能检查人数超 11 万；肺功能质控 A 级优秀率 78%，C 级及以上合格率 95%。项目已在浙江省 11 个地市全面启动，累计培训近 6000 位项目人员，取得了显著成效。

(七) 案例七：中国特应性皮炎达标战略行动

为规范我国特应性皮炎的诊疗模式，带动皮肤科发展，促进皮肤科医生诊疗能力，加速推动健康中国 2030 的建设，辉瑞“中国特应性皮炎达标战略行动 - 诊疗能力提升工程”项目乘政策东风顺势启航。项目致力于推动学术发展，为医院皮肤科注入发展源动力，为临床医生诊疗行为提供驱动力，赋予 AD 专病门诊新内涵。

1. 面临的问题与挑战

1.1. 特应性皮炎（Atopic Dermatitis，AD）是疾病负担最高的非致命性皮肤病

WHO 全球疾病负担研究显示，目前全球有至少 2.3 亿 AD 患者。大多数国家人群的终身患病率超 15%，其中儿童（< 7 岁）患病率可达到 25%，成人患病率为 7%-10%。在我国，成人 AD 占门诊皮炎患者的 4.6%，1~7 岁儿童 AD 患病率约为 12.94%，1 岁以下儿童发病率更是高达 30.48%。

1.2. 中国 AD 诊疗不规范问题十分普遍

AD 诊疗中的一大难题在于患者难以得到规范化、同质化诊疗。调研显示，在过去一年中，中国超过 50% 的 AD 患者没有固定的就诊医生，仅 1/5 的患者有明确的复诊计划并严格执行，近 60% 患者复发或加重时才会就诊，约 90% 患者没有进行严格的自我评估。

## 2. 创新模式与举措

### 2.1. 创新性理念

项目提出了中国特应性皮炎达标治疗（treat to target, T2T）的目标。达标治疗是一种设计治疗策略的理念，强调以患者的个体化需求为核心设定治疗目标，并以目标为导向，以患者需求为核心，对患者进行密切监测，根据定期评估结果，及时、动态调整治疗方案达到症状缓解、皮损清除、生活质量改善和疾病长期控制的目标。本项目的 AD 达标治疗目标设定为——到 2030 年，中国中重度 AD 治疗达标率提升 30%，实现 T2T 规范化系统治疗率达 60%，中重度 AD 患者达标治疗路径纳入率达 60%。

### 2.2. 体系化建设

此战略行动注重体系化建设，具备“层次高、维度广、人群全”的特点。首先，在顶层建设上，由卫健委带头宣教，并成立专家委员会，预计覆盖 55 位行业内知名专家。其次，通过“医教研管教”五大主体助力，实现多维度能力提升。以 T2T 达标治疗患者全程管理模式为核心理念，针对院长、主任、临床医生、护士、药师等人群进行培训提升能力。基于咏柳科技或管理积累数据促进科研转化，实现患者诊疗前中后期全程管理，并建立管理随访模式，以全国中心带动地市门诊建设，建设院内门诊。再次，实现“院医药护患”广覆盖，共同发力，提高 AD 规范化诊疗水平、管理达标率以及患者满意度。

### 2.3. 诊疗能力提升

项目提出“以门诊建设、达标路径、基线为标准”、“学科建设、临床诊疗双维度”推动基于特应性皮炎达标治疗理念的全程管理规范诊疗，合理用药提升诊疗水平，促进治疗达标率提升。学科建设层面，（1）成立专委会，覆盖全国核心专家；（2）基于基线完成达标门诊标准设置，设置了 2023 年完成全国 80 家中心建设的目标；（3）利用现有医联体系统快速将达标门诊诊疗理念扩展至 500 家医院，实现 AD 分级诊疗、传播推广渠道建设。临床诊疗层面，继续开展全国主题高峰论坛，打造 HCP 系列学术推广活动，传播药理学和临床合理用药理念；基于 AI 诊断工具、AD 患者登记系统，开展达标治疗全程管理，促进专题科研；以核心牵头医院为主，搭建医生能力培训体系课程，开展远程医生培训，提高诊疗能力。

### 2.4. 可量化模式

通过摸底调研的方式，项目确立了 AD 诊疗临床现状基线数据，为门诊建设、达标率目标设置奠定了基础，也为后续制定“中国 AD 指数”积累了依据。同时，以基线为参照，持续追踪达标数据，并开发达标罗盘，对数据进行清晰的可视化展示。

### 2.5. 持续性发展

以达标罗盘为导向，不断促进诊疗体系的升级与建设，促进科研成果转化。以点带面，开展达标诊疗医生教育和达标病患者管理，推动达标治疗的临床实践落地。建立核心医院达标数据，发挥示范中心的标杆作用，开展区域达标经验分享、学术交流和区域协作体系，以中心医院辐射，促进区域学术能力整体发展。



### 3. 实践的成果与效果

战略行动采取三步走的策略，分阶段达成项目落地的目标。

#### 3.1. 第一阶段：达标治疗专家指导建议引领 AD 治疗新理念

以国际经验为基础，全国 33 位皮肤科专家结合中国特应性皮炎管理的临床实践特点，制定了《中重度特应性皮炎系统药物达标治疗专家指导建议》（以下简称达标治疗指导建议），并于 2022 年 8 月在《中国皮肤性病学杂志》正式发布。达标治疗指导建议把达标治疗理念引入中重度 AD 的系统治疗，为提高我国中重度 AD 临床管理水平提供了临床实践参考。

#### 3.2. 第二阶段：建立达标门诊标杆单位

2022 年底前，确定项目的整体发展模式，确定达标门诊的建设和管理模式。通过客观数据建立疾病诊出率基线，并完成项目的启动以及整体模式和基准线的发布。预计建立 80 家标杆医院，并以各级别标杆医院作为试点，探索项目模式的可行性。

#### 3.3. 第三阶段：通过医联体模式辐射全国，建立全国协作网络

2023 年初，以牵头医院为主，选定二级联动医院，建立互访绑定机制，并协助牵头医院将其 AD 诊疗特色模式进行复制和推广。2024 年初步建成全国协作网络及体系，全体参与单位能定期交流“提高重度 AD 治疗的达标治疗率”相关经验。

### （八）案例八：重庆市沙坪坝区渝碚路社区卫生服务中心医防“五融合”模式

重庆市沙坪坝区渝碚路社区卫生服务中心始建于 2011 年，位于沙坪坝区三峡广场核心商圈。作为重庆市医防融合改革示范单位，自 2018 年 6 月 1 日开始，中心全面开展“管理融、队伍融、服务融、绩效融、信息融”的医防“五融合”健康管理服务模式，为全国基层机构医防融合树立了典型案例。自模式推出以来，渝碚路社区卫生服务中心被评为“全国百强医防融合示范中心”，涌现了“国家基本公共卫生服务项目考核评估专家”、“重庆市基层好医生”等荣誉，并受邀在国家卫健委基层高血压医防融合管理推进会上分享经验。

#### 1. 面临的问题与挑战

近年来，虽然中央政府不断强调“医防融合”的重要性，但在地方层面，落实医疗服务体系与公共卫生体系的协同仍然面临着艰巨挑战。一方面，“重治疗轻预防”的理念根深蒂固，基层医疗机构纵向、横向信息交流不畅通，加上同时具备医防技能的医务人员十分匮乏，资源的整合利用有难度。另一方面，由于职能下沉，基层医务人员的工作量越来越重，通常需要身兼多职。然而，由于医生的技术水平有限，与居民的健康需求并不对等，实际提供的医疗卫生服务往往不充分。

#### 2. 创新模式与举措

##### 2.1. 调整组织架构，打破团队间壁垒



为了真正实现不同职能人员的高效协作，渝碚路社区卫生服务中心对组织结果进行了大幅度调整。在新架构下，顶层领导团队成员同时分管部分医疗工作、部分公共卫生服务项目以及行政后勤管理。关于医疗服务的开展，形成了“6个科室+3个家医大团队+12个家医小组”医防融合组织架构。具体而言，将医教科和药剂科合并为医教药剂科，取消公共卫生科，将人员分流至全科医学科与预防保健科；在全科医学科下设两个家庭医生大团队、十个家庭医生小组，承担门诊和住院医疗服务，以及按社区划分的老年人、高血压、糖尿病等项目，为重点人群提供中医药服务；预防保健科下设一个家庭医生大团队两个家庭医生小组，负责妇儿科门诊、孕产妇儿童健康管理及严重精神障碍患者、肺结核患者健康管理。每个大团队都配备了公共卫生医师、中医医师、上级专家、药剂师、志愿者、社区干部、健康管理师，协助家庭医生小组开展工作。针对12个家庭医生小组共同开展的六个项目，设置了六名项目总监与九名项目专干，负责项目的指导培训与质量控制。

## 2.2. 改造就诊流程，提升就医体验

渝碚路社区卫生服务中心将基本公共卫生服务植入到医疗服务全过程，从而有效利用了患者的时间。具体做法是：将业务用房分为六大区域（门诊区、家医区、住院区、接种区、中医区、医技区）；在门诊区和家医区分别设置慢病联合门诊工作室和家庭医生工作室，门诊区设置一个家庭医生签约服务健康管理站，接种区设置一个妇幼健康管理站，体检中心设置一个健康管理站。这样一来，一次门诊既能完成疾病诊治，又能享受慢性病的筛查、随访、健康教育、免费体检、用药指导等服务。

家庭医生工作室负责门诊和住院医疗服务及高血压、糖尿病、老年人等重点人群健康管理，开展签约、履约服务；慢病联合门诊室由中心的全科家庭医生与上级医院派驻专家组建。以疾控中心为指导、综合医院为支撑、基层医疗卫生机构为托底的管理模式，能够实现高血压和糖尿病的优先分级诊疗和双向转诊。

## 2.3. 整合医防考核，激活基层服务动力

渝碚路社区卫生服务中心也重新制定了绩效考核标准。以“多劳多得、优绩优酬”为原则，建立了“三级考核、合理分配”的绩效制度。

所谓的“三级考核”就是中心对科室（团队）、科室（团队）对小组、小组对成员。科室（团队）之间交叉考核分值用于科室（团队）绩效核算，科室（团队）内部逐级考核分值用于小组、成员的绩效核算。每季度考核个性化签约目标进度、质量，个性化有偿服务包收入的50%算作家医团队的额外绩效，不纳入团队绩效总额，奖惩分明。

除了整体绩效考核改革，卫生服务中心也致力于优化医疗服务体系中具体环节。以病历质量提升为例，中心每半年开展一次病案质量评比，随机抽取每个医生病历。抽到的病历先交由医联体医院专家评分、点评，再由本中心评比小组成员评分、讨论，以评促改、促建。严格的三级考核，要求甲级病历率 $\geq 99\%$ 。考核结果与绩效挂钩，是评先评优、晋职晋称资格的重要参考依据。

## 3. 成果与成效

到2020年底，渝碚路社区卫生服务中心为80,200人次提供门诊服务，医联体预约诊疗人次由2018年的962人上升到2,218人，双向转诊人次由2018年的96人升至204人，高血压患者健康管理人数4,410人，

糖尿病患者健康管理人数 1,836 人，规范化管理率达 80%，血压血糖达标率 70%，家庭医生签约率达 98%。

根据居民经济负担及健康需求，卫生服务中心精心设计了 35 个个性化签约服务包。2020 年 1-9 月，共签约个性化有偿服务包 1,319 个，同比增长 660%；累计收入 36.82 万元，同比增长 810%。中心的家庭医生制签约服务在历次区级考核中均获满分。

2020 年，渝碚路社区卫生服务中心在沙坪坝区公卫年终考核中名列第三名。测评结果显示，82% 的签约居民表示愿意优先考虑在中心就诊，同比增长 3.6 个百分点；居民依从性、满意度、获得感都得到了提升，签约服务总体满意率为 96.4%，同比增长 3.8 个百分点。医疗服务流程优化也让基层医疗人员的工作开展更加顺利。2020 年二季度，服务中心职工满意度为 99.2%，同比增加 4.1 个百分点。

### （九）案例九：惠民保 + 健康管理服务

自 2015 年深圳市推出“重特大疾病补充医疗保险”以来，惠民保在国内实现了快速发展。截止到 2021 年底，全国已有 27 个省份推出了 200 多款惠民保产品，参保总人次达 1.4 亿。为了实现惠民保的可持续发展，多地对产品进行了迭代与升级。其中，在惠民保中加入健康管理服务成为了一个亮点。这一做法对于实现居民健康的全周期管理，提升惠民保的续保率，带动保险与健康管理的互相促进与融合均有积极作用。

#### 1. 面临的问题与挑战

根据国家金融与发展实验室发布的报告，2021 年 7 月初至 2022 年 6 月底，共有 112 个惠民保产品陆续进入保障期，保费收入 109.70 亿元，比上一年度增长 64.11%。然而，惠民保项目整体理赔率较低、因受益人群有限导致续保率不高，加之主流模式允许有既往症的人员参保，惠民保的可持续性面临挑战。此外，虽然今年下半年各地密集推出了升级优化版本的惠民保，但许多新加入的服务实际发生概率较低，参保者获得感较弱。民众的全面保障需求和高心理预期，与惠民保的有限保障之间，产生了难以调和的矛盾。

#### 2. 创新模式与举措

##### 2.1. 长沙惠民保推出胃幽门螺旋杆菌检测服务

长沙惠民保是湖南省医疗保障局、长沙市医疗保障局共同指导的普惠型补充医疗保险，具有“惠民工程、老少同价、带病可保”等特点。为了降低胃部疾病的发病率、为长沙市民提供更坚实的医疗保障，今年 7 月，长沙惠民保在原来的健康管理服务基础上，新推出了价值超 200 元的“胃幽门螺旋杆菌检测服务”。此项服务为前 25 万名参保人免费提供。检测方法采用临床最常用的非侵入性检测，具备准确性高、操作方便等优点。长沙惠民保还提供检测包往返免费邮寄服务，从而让民众不出家门就能完成检测。

##### 2.2. 广东省珠海市“大爱无疆”项目“爱健康”行动

2020 年 12 月 17 日，珠海市公布了《珠海市附加补充医疗保险“大爱无疆”项目“爱健康”行动》方案，探索开展健康管理服务新模式，以此促进珠海从“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变。第一期健康管理服务于 2021 年 1 月 1 日正式实施，针对危害珠海居民健康较为严重的肺癌、结肠癌、直肠癌、胃癌和食管癌

5 种恶性肿瘤，对 2021 年全部“大爱无疆”参保人实施“早查早诊早治”行动。通过参保人自愿参与填写《恶性肿瘤患病风险筛查问卷》，由中国人寿珠海分公司健康管理团队根据问卷进行初步癌症风险评估，筛选出需要进一步进行专科鉴定的参保人。经专科专家确认符合患病高风险条件者，通知其前往定点医院进行专项检查，费用由“大爱无疆”按 90% 比例支付。此外，对于检查出有风险的参保人，优先建立健康档案并提供科学规范的全周期、全方位健康管理服务。2022 年，“爱健康”行动持续推进，特定病种筛查范围从五种扩大至七种高发恶性肿瘤（新增乳腺癌、鼻咽癌）。符合病种筛查条件的参保人可以获得特定筛查项目补偿（检查费用的 90%）。

#### 2.3. 龙江惠民保

2022 年 9 月，黑龙江省首个全省性惠民型商业健康保险“龙江惠民保”正式推出。“龙江惠民保”不仅有涵盖医保目录内外住院医疗费用和特定药械费用的保障责任，还为参保人提供 10 项健康管理增值服务。根据产品手册的介绍，十项服务可以分成“关爱型服务”与“就医型服务”两大类，具体服务内容见下方表格。

| 服务类型  | 服务项目          | 项目详细信息                                                                                                    |
|-------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 关爱型服务 | 图文问诊 + 线上药品折扣 | 保障期限内，全年无限次图文方式进行交流，全科专家坐诊答疑。图文上传，无地域限制；一人开通，全家受益。                                                        |
|       | 重大疾病早筛        | 通过参保人基础信息、过往病史、家族遗传史、饮食、运动生活习惯以及历史体检报告等智能评测用户疾病风险。测试后智能获取健康评级以及健康测评报告，对潜在疾病风险进行分析，给出相应改善建议，并推荐相应疾病筛查体检项目。 |
|       | 在线慢病管理        | 从健康知识科普、饮食运动计划、用药提醒等维度，为慢病患者提供互联网 + 健康医疗服务，以及慢病数据管理。                                                      |
|       | “健康拍”非接触式健康监测 | 参保人用“健康拍”随时随地用手机扫脸监测体征。“健康拍”根据指标结果、被保险人基础信息和运动生活习惯等计划健康指数，对常见疾病的潜在风险提供个性化预警与改善建议。用户还可与家人共享健康数据。           |

| 服务类型  | 服务项目             | 项目详细信息                                                                                                                                                                          |
|-------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 就医型服务 | 全球找药服务           | 为被保险人安排海南博鳌乐城就医服务，提供海外药品（就医服务过程中产生的相关费用由被保险人自行承担）。                                                                                                                              |
|       | 临床试验申请服务         | 为患者提供最新的临床信息和重大疾病医疗咨询服务，帮助重大慢性疾病的患者加入药物研究组，提供免费用药的机会，提高患者的生活质量。                                                                                                                 |
| 就医型服务 | 癌症基因监测优惠服务       | 覆盖肺癌、胃癌、结直肠癌、乳腺癌等数十个瘤种，可检测所有已知 / 未知的基因变异类型及免疫治疗相关生物标志物。取样便捷、全流程可监控、所有检测数据均可追溯。服务团队可 48 小时内响应全国样本采集需求（省会城市 24 小时内），并由专属病案经理提供全程一对一服务（病情沟通、样本送检、报告解读）。被保险人享受代金券服务，最高可享受 6000 元折扣。 |
|       | 肿瘤 MTB 多学科会诊优惠服务 | 被保险人享受代金券服务，最高可享受 3000 元折扣。依托医疗科技国际化的 NGS 检测，指导患者的肿瘤临床诊疗。平台覆盖美国知名医院和 1000+ 美国顶尖肿瘤医生资源，提供受法律和保险双重保障下的远程会诊和定制化诊疗服务，并可在国外专家指导下进行长期随访。                                              |
|       | 质子重离子医院直通车服务     | 根据被保险人资料进行专业评估。经评估后，为被保险人申请上海质子重离子医院的肿瘤治疗咨询、质子重离子治疗指导、肿瘤治疗分诊、协助被保险人申请院际会诊、健康讲座、门诊及住院预约直通车服务。                                                                                    |
|       | 国内多学科会诊优惠服务      | 被保险人罹患肿瘤确诊并提交肿瘤 MTB 多学科会诊服务申请后，可享受代金券服务，最高可获得 800 元折扣。服务以线上方式进行，专家团队来自于全国著名三甲医院如北京大学肿瘤医院、中国医学科学院肿瘤医院等。                                                                          |

2.4. 其他城市惠民保

| 惠民保项目 | 健康服务                                                    |
|-------|---------------------------------------------------------|
| 广州惠民保 | 肿瘤疾病咨询、分诊服务、早筛问卷及体检建议、处方咨询、用药咨询、药品配送、患者随访、新药试验协助、慈善援助指导 |

| 惠民保项目 | 健康服务                                                                                                                                                             |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 京惠保   | (1) 疾病预防 (含风险评估、癌症及肿瘤筛查); (2) 健康咨询 (含公益咨询、在线图文问诊、药事咨询、健康问问); (3) 慢病管理 (含健康专栏、慢病药品配送); (4) 健康促进 (含用药提醒、用药福利计划); (5) 健康体检; 以及 (6) 就医服务 (含重疾就医指导、重疾门诊绿通 + 陪诊、康复追踪)。 |
| 鹿城保   | 自主健康管理服务 (我 AI 健康)、慢病管理服务、医疗问诊服务、肿瘤基因检测折扣服务和抗疫专区服务<br>共 6 大类 19 项健康管理服务                                                                                          |
| 八桂惠民保 | 全球找药服务、临床试验申请 (患者招募) 服务、癌症基因检测优惠服务、重大疾病早筛、质子重离子就医直通车等 8 项健康增值服务                                                                                                  |

3. 成果与成效

由于以上惠民保项目的新举措开展时间较短，目前还未有大量关于其具体成效的数据。但从参保数据来看，引入健康服务无疑增加了民众的参保意愿。以 2022 年“长沙惠民保”为例，发售仅 3 天就实现 10 万人投保，收集保单近 20 万份，胃幽检测申请超 4 万份。企业微信用户沉淀率达到 30%，胃幽申请率 25%，均达到项目预期。截至 2022 年 11 月，已有 6 万人使用了互联网居家胃幽检测创新医疗服务。龙江惠民保产品上线 48 小时后，投保人数就已突破了 100 万。

另一方面，引入疾病筛查类服务已转化为看得见的健康成果。2021 年，珠海市“大爱无疆”项目在累计为 6.8 万人早期筛查，完成各类检测 1626 例，发现癌前病变 518 例，确诊肺癌 1 例。此确诊病例因发现早，手术预后好、恢复快、花费少，而且还避免了后续放化疗。截止 2021 年 6 月底，累计赔付超 1.7 万人次，合计赔付金额突破 2 亿元，重特大疾病参保人报销比例提升 25 个百分点，抗肿瘤自费药平均减负率达 88%。

(十) 案例十：家庭医生 PLUS

为提升百万医疗保险客户就医理赔服务体验，平安健康险推出家庭医生 PLUS 服务。服务围绕客户就医、理赔需求，在家庭医生线上服务的基础上，串联慢病服务、陪诊陪护、理赔服务、重疾就医专案管理等环节，打造一站式主动服务，增加客户粘性，增强客户信任。

1. 面临的问题与挑战

经过近十年的高速增长后，中国健康险行业的发展进入了瓶颈期。数据显示，2021 年健康险保费收入 8803.6 亿元，同比增长 7.7%。对比 2020 年 15.7%、2019 年 29.7% 的增速，连续两年面临双位数下降。这反映出健康险正步入行业总体趋势向好与短期因素制约的阶段。一方面，“惠民保”的出现一定程度上影响了健康险市场；另一方面，随着社会保障体系逐渐完善以及经济下行期，居民的健康需求也发生了深刻的变化。



伴随着后疫情时代的到来，居民对健康服务和健康管理的意识不断提升，健康险公司必须从“保健康人”走向“保人健康”。

## 2. 创新模式与举措

### 2.1. 全新引入家庭医生 PLUS 体系

平安健康保险推出了全新迭代的“平安 e 生保·百万医疗 2023”产品，贴心打造了家庭医生 PLUS 体系，通过专属家庭医生、就医陪诊、住院陪护为用户开启省心服务权益。

区别于市场上其他的家庭医生产品，平安专属家庭医生聚焦用户体验，建设自有全科和专科医生团队，为每位用户都配置了专属家庭医生，做到主动随访、主动关怀。一人投保，全家都可以享受一对一服务，获得各类健康问题的专业解答。

### 2.2. 建立线上线下服务闭环

除了提供线上服务，平安健康险进一步打通了线下就医等流程。在用户痛点集中的线下就医与住院环节，引入就医陪诊和住院陪护，从取号、就诊、缴费、检查到取药全程陪伴用户。针对市场上陪诊服务能力参差不齐的问题，平安健康险陪诊服务团队 80% 为自有全职成员，且所有陪诊人员均经过专业培训后才能上岗。为了管控服务质量，陪诊全程严格执行 4 类规范 +17 项标准服务流程。

在住院陪护服务方面，以领先行业的“1V1 专属”、“专业队伍”、“专业规范”三专标准，从基础照护、清洁卫生、情况观察、专项照护到关怀陪同全面覆盖，为用户提供全天候专属照护。

### 2.3. 快捷理赔提供便捷服务

为了提高理赔效率，平安健康险在业内率先推出“出院三日赔”服务。区别于传统的出院、报案、客户交单、结案支付的理赔模式，平安健康保险通过打通就医理赔全流程，开启了住院报案、代办交单、出院支付的平安理赔新模式，将出院理赔周期从行业平均的 55 天缩短到最长三天。据统计，目前接受平安健康险出院代办服务的用户平均 4 小时就能结案。

## 3. 成果与效果

家庭医生 PLUS 作为平安健康保险崭新的健康服务体系，赋予传统百万医疗保险产品全新内涵。这一服务将作为“平安 e 生保·百万医疗 2023”的亮点之一，覆盖平安健康保险超千万客户，预计家庭医生将服务超百万人次。

### （十一）案例十一：日间肿瘤诊疗规范化管理

为深入贯彻落实国务院办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70 号），国家卫健委发布《进一步改善医疗服务行动计划》，将“推行日间手术”作为改善医疗服务行动的重要措施。2021 年，国务院办公厅再次发布《关于推动公立医院高质量发展的意见》，将发展日间手术作为提升医疗资源使用效率的重要手段，进一步激发了医疗机构开展日间医疗的积极性。在政策指导下，百济神州携手国家卫



生健康委医院管理研究所，共同发起“行知日间-中国肿瘤日间规范化管理提升项目”，以日间肿瘤诊疗规范化服务管理为切入点，推进实现急慢病分治，提高医疗资源利用率和医疗服务效率，节约医保统筹基金，减轻患者经济负担，提高患者生活质量。

## 1. 面临的问题与挑战

### 1.1. 我国恶性肿瘤发病率逐年升高，患者“住院难”亟待解决

我国恶性肿瘤发病率每年增幅约 3.9%，死亡率增幅保持在 2.5%，随之而来的是肿瘤患者的治疗需求逐年增加。如何合理利用有限的医疗资源，缓解住院难并更好地为肿瘤患者服务是医院亟待解决的问题。

### 1.2. 日间诊疗在所有肿瘤诊疗行为中所占比例较低

肿瘤日间诊疗是指恶性肿瘤患者白天在医院接受诊疗、夜间回家休息的一种新型医疗服务模式，目前已经成为西方发达国家最普遍的肿瘤诊疗模式。然而，受经济水平、医院能力以及医保制度等因素的影响，日间诊疗在我国的普及程度较低，且地区进展差异较大，在很大程度上制约了我国有限医疗资源的合理化使用。

## 2. 创新模式与举措

百济神州携手国家卫生健康委医院管理研究所，共同发起“行知日间-中国肿瘤日间规范化管理提升项目”，基于中国恶性肿瘤日间诊疗开展现状，针对日间诊疗在管理模式、制度流程、信息化建设等方面的问题，形成集辅导、交流、观摩为一体的综合平台，以推动我国肿瘤日间诊疗工作的发展，提高医疗资源的有效利用。

### 2.1. 组织建立日间诊疗标准

建立核心专家组，推动《中国肿瘤日间诊疗专家共识》的研讨、编制与评审，从机构要求、病房设置、医务人员设置、患者收治标准及流程、医疗安全、随访管理、转诊及应急预案、医疗管理及质控等多个方面，对中国医疗环境下的日间诊疗进行阐述和指导。同时还组织编写《日间医疗质量与安全规范化建设白皮书》。

### 2.2. 开展县级肿瘤日间诊疗阳光行动

在国家癌症中心、中国医科院肿瘤医院的指导和支持下，与博鳌肿瘤创新研究院合作，开展市县级肿瘤日间诊疗阳光行动，以日间诊疗服务为切入点，指导市县级医院开展规范化诊疗、日间诊疗预约随访、日间治疗培训及质控审查，通过数字化管理体系，提高市县级医院的诊疗、宣教等工作效率，提高床位使用率，提升市县级医院肿瘤诊治服务水平，加速推动肿瘤诊疗的规范化和信息化。

## 3. 成果与效果

《日间医疗质量与安全规范化建设白皮书》将于 2022 年 12 月 29 日第二届全国日间医疗质量与安全高峰论坛发表，填补中国日间诊疗管理规范缺失的空白。县级肿瘤日间诊疗阳光行动项目一期计划为期 3 年，将建设 10 家市县级日间诊疗示范中心以及 100 家市县级标准肿瘤日间病房，完善基层肿瘤日间诊疗功能，落实日间肿瘤病房诊疗规范，推动市县级医院日间肿瘤服务规范化发展。

## 四、数字化赋能提升基层能力

### （一）案例一：上海市仁济 - 花木社区心房颤动智慧化管理

为了打造以区域联合体为框架的疾病分级诊疗模式，探索房颤专病规范建设，提高房颤患者救治水平，在上海市卫健委、上海医学会的支持下，上海市房颤中心联盟于 2019 年 12 月 20 日正式成立。在此背景下，上海多区开始探索以社区为重心、以互联网为载体的房颤智慧化管理体系。其中，浦东新区花木社区卫生服务中心与上海交通大学仁济医院的实践因成效显著、创新性较强，获得了较大关注。2020 年 11 月 14 日，花木房颤管理模式在中国房颤扬子江论坛上作为创新模式社区的唯一代表发言。同年 12 月 11 日，此模式被中国房颤中心总部首发。

#### 1. 面临的问题与挑战

心房颤动（简称“房颤”）是一种病因复杂的心律失常。虽然房颤是一种很常见的疾病，但公众对其认知程度却远远不及高血压、冠心病。在我国，房颤的诊疗面临诸多挑战，例如无症状患者比例高、早期诊断率低、药物治疗不规范、患者随访与管理欠缺、长期治疗的依从性较低。因此，房颤综合规范化管理迫在眉睫。

一项基于 2015-2020 年间 30,244,930 位上海市民诊疗信息的研究发现，上海市房颤患病率为 0.88%（样本中筛查出了 268,466 名患者）。在 2021 年，上海市民的平均预期寿命达到 84.11 岁。由于上海已步入老龄社会且老龄化进程仍在加速，房颤及其并发症将到来愈加沉重的医疗和社会经济负担。

#### 2. 创新模式与举措

##### 2.1. 运用远程心电图诊断以及预警平台

2009 年成立的上海交通大学医学院远程心电诊断中心，在花木卫生服务中心的房颤管理体系中扮演了重要角色。此平台不仅能实时接收花木卫生服务中心心电图室上传的文件，还能在五分钟内反馈心电图诊断报告。平台内嵌的房颤预警地图，可根据心电图的发送位置信息，将房颤患者的诊断和预警信息即时推送至花木房颤联合门诊，提醒全科医生及时进关患者的疾病信息采集和治疗干预，同时也将信息发送至仁济-花木同质化诊疗平台。

##### 2.2. 自主开发抗凝决策系统

为了给房颤患者提供标准化的全程抗凝管理解决方案，仁济医院自主开发了“爱抗凝”的微信小程序。小程序主要分为抗凝决策和患者管理两个模块。抗凝决策模块以最新的临床指南为依据，结合患者具体情况，推荐个体化的抗凝治疗方案、抗凝药物转换及围术期抗凝药物管理等。患者管理模块则可以记录患者基本信息及每次随访情况，并分析患者卒中、出血风险的变化，提供患者抗凝治疗的净效益数据，为患者提供全程化的房颤抗凝管理。

##### 2.3. 增强患者数据库建设，形成智能 AI 房颤随访管理系统

为了尽可能减少辖区内房颤患者筛查遗漏，仁济-花木房颤中心通过医院内的心电图室、心电机，体检、社区高危人群四种方式进行房颤筛查、评估，并构建了完备的患者数据库。同时，考虑到社区房颤患者分布较分散，随访工作存在一定的难度，仁济-花木房颤团队利用智能交互平台通过 SIM 卡语音网关人工智能外呼患者，借助语音识别和自然语言处理技术，对辖区内的房颤患者进行分析整理，设计 AI 随访路径，效地减少了社区医生的随访工作量，也让患者方便快捷地获得了优质服务。

### 3. 成果与成效

花木社区卫生服务中心成为仁济房颤中心分中心后，至今已基本实现了对花木社区房颤患者的医、管、防、转四位一体新模式。2017 年 1 月至 2020 年 12 月，花木卫生服务中心通过远程心电图诊断平台完成了 32,382 人次心电图诊断，其中 2017-2020 年常规门诊远程心电平台总数 11,196 例次，房颤 373 例次，房颤发现率为 3.33%；65 岁老年人体检心电图总数 21,724 例次，房颤 675 例次，房颤筛查率 3.11%。从房颤联合门诊开设到 2020 年末，社区卫生服务中心房颤专病门诊接诊患者达 185 名，其中 132 名已接受规范化治疗。针对 185 名患者的调查显示，78% 的患者认为房颤专病门诊使诊疗更方便，对门诊医生服务态度的满意度高达 97.84%。

同时，仁济-花木房颤管理团队已对 326 名患者开展了电话随访工作。随访方案为初筛患者 3 个月内每月随访一次，3 个月后待方案稳定后每季度随访一次。AI 随访过程中自动记录不良事件，其中牙龈出血 17 例，皮肤瘀点瘀斑 13 例。AI 随访平台的应用对抗凝药物的用药情况以及记录不良出血事件提供了便利性。

## （二）案例二：山东泰安数字健共体

2019 年 9 月，山东省泰安市携手微医集团成立了全国首家慢病互联网医院，打造“互联网+医疗+医保+医药”慢病全流程管理创新模式。依托数字健共体建设，泰安市全力推进医、药、保的数字化协同，一方面对医院门诊慢病管理服务流程进行革新，推动慢病服务实现线上线下融合；另一方面，建设数字化慢病管理体系，提升全市慢病管理水平。2020 年 6 月，泰安市与微医泰山互联网医院签署医保定点协议，成为了山东省首个由医保部门与互联网医院签署医保服务协议的地级市。因其带来的显著成效，“泰安模式”得到国家和山东政府的高度认可，于 2021 年开始在山东全省 16 地市推广，并得到了中央电视台、新华社等媒体的宣传报道。

### 1. 面临的问题与挑战

近年来，随着人口老龄化趋势不断加快，中国居民疾病谱发生了重大变化。慢性病的隐秘性、治疗周期长等特点，给慢病防治带来了较大挑战。根据泰安市医保局统计，2021 年全市慢性大病患者 23.6 万人，且逐年增长。长期以来，泰安市面临着慢性病医保支出占比高、增长快，群众看病难、取药流程繁琐等难题。

### 2. 创新模式与举措

#### 2.1. 流畅、高效的线上线下载问诊购药流程

在泰安市医疗卫生部门的推动下，泰安市 15 家医院分两批开通了门诊慢病的线上医保服务。市民通过微信搜索并关注“健康泰山”公众号，点击“去问诊”即可进入线上便民门诊。目前，门诊已涵盖内科、外科、

妇科、儿科、中医科、五官科等科室。健康泰山”线上复诊服务大多为“0元义诊”，并提供图文问诊、电话问诊2种形式，其中图文问诊可在接诊24小时内不限次数交流，电话问诊沟通时长可达15分钟，患者可充分咨询病情。咨询过程中，医生可以核查患者在院（咨询医生所在的医院）就诊的病历、用药情况，以保证对患者进行科学、可靠的用药指导。在医生完成在线接诊和开出处方后，患者完成在线支付即可由药店寄送药品到家。药品配送由供应慢性病药品为主的国泰民安大药房统一配送，即使在疫情期间快递也能实现隔日送达。

同时，为了适应慢病患者就医习惯，便于医保服务管理，泰安市在微医泰山互联网医院设置了“泰安市门诊慢病医保患者复诊专区”。将高血压、糖尿病、冠心病、脑梗塞等30余种门诊慢病病种纳入线上复诊支付范围，实行线上和线下慢病病种、报销政策、药品品种的三项统一。

## 2.2. 应用多项先进科技，创造智能化、数字化的诊疗体验

泰安慢病互联网医院还建设了智慧中药房。由于采用了先进的自动化调剂技术，每个处方从原本人工调剂的5~6分钟压缩到小于20秒。同时，药师对原始处方、重量和照片进行三重复核，确保调剂正确率达到100%。煎煮过程由现代智能化技术的控制。同时，全流程采用唯一条码识别管理，各个环节都能被精准记录。依托智慧中药药事服务平台，智慧中药房可以无缝连接到医院的医疗信息系统，实现患者处方的实时流转和采集。

15家线下慢病服务中心应用了微医的CDSS慢病决策支持系统。患者利用数字化平台，将日常血糖监测的数据反馈给其主治医师，从而让他们第一时间就可以知道患者的情况，及时修正患者可能存在的不良习惯、不健康行为。此外，服务中心还引入智能摆药机。医师开具电子处方后，智能摆药机按单次服药量自动将药品分装，根据早、中、晚服药种类和数量，用不同颜色区分，为患者特别是高龄患者根据医嘱服药提供便利。

## 2.3. 打造数字化医保基金智能监管平台

除了优化患者服务，泰安还对医保智能监控实施流程进行重造，推出了“数字化医保智能监管平台”。通过此平台，医保局、医院和药事服务机构可实现信息互通共享，对医师下达医嘱、开具处方和检查项目等工作进行事前提醒、事中预警和事后审核的全流程监管。同时，平台包含的大数据应用可以通过实时监控、智能分析、双重稽核、智慧管理等功能，实现智能控费。依托泰安市健共体，全市已有101家医疗机构接入平台。其中，泰安市岱岳区使用了药店视频监控、医院远程查房、集成药店供应链等创新的监管手段，率先实现了县域定点医药机构智能监管全覆盖，走在全国前列。

泰安的智能监管平台上包含“宏观分析”、“机构监控”、“药品监控”、“结算监控”四个功能区，覆盖医疗机构、药品、报销结算等不同领域。在监管机制上，综合日常监管、专项检查、明查暗访、信访举报等渠道，加强对信息综合分析运用，形成合力。同时，加强医保信用体系建设，分别建立医疗机构、医保医师、参保人员和药品供应企业信用评价体系。

泰安市还以医保智能监控为基础，让不同时期、不同场景医疗健康数据能够实时、动态地完成结构化整合，构建出居民数字健康画像。这不仅让接诊医生能一键查询患者信息，提升诊疗效率，也为未来医保商保融合提供了基础大数据。

### 3. 成果与成效

自 2020 年以来，泰安市 15 家慢病服务中心采取线上线下结合的方式，服务门诊慢性病患者 150 多万人次。截至 2021 年，泰安市慢病互联网医联体服务已覆盖全市 23.6 万门诊慢性病患者，就诊时间由过去的 2 ~ 3 小时缩短到 20 ~ 30 分钟，医院门诊压力分流 20% 以上。

全流程智能监管平台充分发挥了医保对医疗、医药资源合理配置与科学使用的核心杠杆作用。与接入前相比，泰安市中心医院的门诊慢性大病患者次均处方金额从 550 元降低到 480 元，下降了 12.7%；大处方、大检查现象明显减少，医疗支出节约 10% 以上，年节约医保基金近 1 亿元，群众个人负担下降 5% 以上。同时，由于数字化赋能，“三医”真正实现有效联动。

### （三）案例三：福州“积分制”家庭医生制度

2017 年，福州市出台家庭医生签约实施方案，家庭医生制度在全市正式落地。为了给市民带来更便捷高效的服务，2021 年福州市对制度进行了升级，推出了全国首创的“积分制”家庭医生签约服务。2022 年 7 月，国家卫健委在《卫生健康工作交流》（第 85 期）基层卫生健康工作专刊（第 10 期）对福州市“积分制”家庭医生签约服务的建设成效进行了点名表扬。同年 11 月，《人民日报》也对福州的创新模式进行了专门宣传报道。

#### 1. 面临的问题与挑战

2017 年，福州家庭医生制度推出后，获得了大量当地民众的欢迎。然而，想要签约家庭医生的居民，必须持医保卡到基层医疗卫生机构现场办理，因此存在耗时较长、对行动不便的群体较不友好等问题。同时，由于信息宣导不到位、对基层医疗水平不信任，家庭医生服务对民众的吸引力不足，签而不约等现象较为普遍。

#### 2. 创新模式与举措

##### 2.1. “智能签约”省心省力

“积分制”家庭医生签约服务含 9 个服务包，包括 1 个健康服务包，以及孕产妇、儿童、老年人、高血压、糖尿病、肺结核、精神障碍患者和常见病诊疗等 8 个重点服务包，居民签约时可对号入座、简单易选。每个服务包均明确服务对象、服务内容、服务频次，确保清楚签约、明白履约。健康服务包为国家免费提供的基本公共卫生服务，重点服务包每人每年 20 元。

升级后的家庭医生签约服务全流程都可在“榕医通”上完成。民众只需要通过手机登录“榕医通”微信公众号，点选“家庭医生 - 医护上门”模块，即可在平台上发起需求。线上医疗机构在平台上“抢单”并提供相应服务后，居民可以对其服务进行满意度评价。“医护上门”服务于 2022 年 6 月 1 日投入使用。该模块上线了 46 项居家医疗服务项目，包括更换胃管、导尿、膀胱冲洗等 31 项医疗护理服务，3 项康复治疗服务，以及 12 项中医服务。

除“居民手机端”外，福州市还与易联众公司联合开发了“健康顾问手机端”与“家庭医生 PC 管理端”，从而打通了信息屏障。医疗机构家庭医生在签约平台可以随时随地查看签约、履约、预约等信息，开展各类医疗服务。



## 2.2. 线上线下有效联动

除了享受服务包清单中列出的内容，签约居民还可线上点对点咨询健康问题，获取医疗专业的建议及针对性的健康教育知识。如需面对面沟通，每年随时随地可优先预约健康顾问 4 ~ 6 次和健康顾问所在医院其他医师 2 ~ 3 次。根据规定，健康顾问每年至少面向其所在家庭医生团队的基层成员开展 2 次业务培训，也可以通过基层坐诊、远程门诊、专科咨询、科室共建、联合门诊（病房）、带教示范等方式提升基层医疗服务能力。

为了缓解民众住院难等问题，福州市从 2021 年 2 月启动家庭病床服务试点，符合条件的市民通过“榕医通”手机端在线上申请，或到试点医疗机构现场申请。申请后会有专门医护人员上门进行评估。在家住院费用可按照医保相关标准报销，而且省去了交通费、护理费和床位费。

## 2.3. 以“分”促“活”，提高医患满意度

“积分制”家庭医生签约服务的核心是积分。在居民端，签约居民手机登录“榕医通”微信公众号家庭医生模块，通过主动校对或更新本人电子健康档案、及时参与家庭医生签约满意度年度调查问卷、及时确认或评价履约记录、阅读科普知识及资讯等均可获得相应积分。积分可以免费兑换中医理疗、肝肾功能检查、心电图检查、成人 II 类疫苗优先预约等增值健康服务。在医生端，福州市制定了签约服务费、基本公共卫生服务经费补助和医保支付考核办法以及具体指标。相关数据从平台抓取，得分自动生成，确保工作可考核、补助有依据。其中基本公共卫生服务经费补助部分与签约居民体验度、满意度、基本公共卫生服务任务完成率、基层医疗卫生机构门急诊量增幅、签约居民电子健康档案开放率挂钩；医保支付部分与签约对象基层诊疗量占比、门诊医保费用支出情况挂钩。

## 3. 成果与成效

截至 2022 年 9 月 9 日，“积分制”家庭医生签约居民已达 23.4 万人，172 家医疗机构已经上线医护上门服务。除了公立机构，福州辖区内具备服务资质的二级及以下医疗机构将逐步纳入医护上门服务“抢单”范围。



## 第四章 | 卫生服务体系的发展建议

## 一、引入评审论证机制推进落实国家和省级规划

国家和省级的卫生服务体系规划明确了“十四五”期间的发展方向，但这些规划的作用更多地体现为一种指引工具或参考指南。将规划转化为实实在在的成果需要各级地方政府的有效实施及行业主体的积极参与。省级规划中的指标还需要逐层分解至地市乃至县一级，并根据各地市、县域内的实际情况设定各类医疗卫生机构发展的目标和任务。在制定市、县级卫生服务体系规划的过程中，可以考虑建立评审论证机制，由省级专家对各市的医疗卫生服务体系规划进行论证，再由各市的卫生行政部门组织对县级规划的论证。通过逐级论证的形式确保各级规划的目标一致性，以及上级规划目标分解的完备性。在规划执行的过程中，还应当加强对执行情况的监测以及执行效果的评估。建议在五年的执行周期内，以年为单位实施定期监测分析和滚动修正，并及时公开机构设置和规划布局调整的信息。在评审论证以及监测评估的过程中，如有必要也可以引入第三方机构参与。

## 二、以医共体为抓手融合医疗和公共卫生服务体系

为了推进健康中国建设，真正实现由“以治病为中心”向“以健康为中心”转变，我国一直致力于不断完善公共卫生服务体系和医疗服务体系。从健康中国战略的需要和疫情防控常态化的现实需要出发，对公共卫生体系和医疗服务体系进行融合都具有重要的意义，既可以节约成本、增强资源分配的公平性，也可以提高卫生服务的效率、改善卫生服务的质量[36]。基于已经广泛开展的医联体、县域医共体建设，需要将其功能进一步扩展至公共卫生领域，对目前正在部分地区进行的健共体试点进行深化和推广。我国分级诊疗制度的重要目标是要实现“大病不出县”、90%的治疗控制在县域内，而县域内疾病诊疗最重要的服务单元就是县域医共体。《“十四五”国民健康规划》中也提出了“探索推进疾病预防控制机构专业人员参与医疗联合体工作，推动县级疾病预防控制机构与县域医共体协同发展”。因此，县域医共体为医疗卫生与公共卫生的融合提供了很好的抓手。可以尝试对县域内的公共卫生机构与医疗机构进行机构整合，明确各个层次医疗机构的责任与职能，推动机构纵向衔接与融合。同时也要对现有的服务，包括基本公共卫生服务、传染病防治、重大公共卫生服务、常见病和多发病的诊疗服务以及部分疾病的康复、护理服务等进行整合。增加县域内防治复合型的公共卫生人力资源部署，改革薪酬制度，加强公共卫生机构、基层医疗卫生机构以及医院之间从业人员的人才培养、薪酬待遇、绩效考核等方面的协同，促进机构间的人才流动与交流。

在此基础上，为了适应疫情防控常态化的要求，提高整个医疗卫生服务体系对传染病疫情和突发公共卫生事件的响应能力，还要以县域医共体建设为载体，制定平急结合的工作机制和责任清单，增强应急状态下医共体内各机构的动员响应、区域联动和人员调集能力，以及人员和设施设备的平急转换能力，保障应急状态下基本医疗服务的供给。

## 三、以数字化为重点夯实基层医疗卫生服务网底

基层医疗卫生机构承担着大量的基本医疗服务和公共卫生服务工作，是整合型卫生服务体系的基石，也是实现“医防融合”的关键节点。通过各种医联体、医共体以及健共体的建设是提升基层医疗卫生机构服务能力的重要手段，但医联体、医共体的高效运转都要以上下级医院之间的信息联通共享为基础。远程医疗、医学人工智能等新技术的运用可以帮助基层医疗机构提高服务的效能，但这些技术的应用也要以信息化、数字化为前提。

加快补齐基层医疗卫生信息化的短板，提升基层卫生健康信息化的综合治理能力对于基层医疗卫生服务能力的提升至关重要。

各省、市应当加强当地基层医疗卫生机构信息化建设的政策引导和顶层设计，提高统筹规划的层次，尽可能实现辖区内基层卫生信息化的均衡发展，为互联互通和信息共享打好基础。在建设过程中，应当以国家现有的标准和规范为基准，推动基层卫生信息化的标准化，同时可以结合地方实际需要增加个性化的功能、鼓励创新性的应用。在信息互通共享方面，也应当由省 / 市级部门出台政策和标准，鼓励省市级医院的电子健康档案与基层医疗机构的医疗服务信息进行联通对接，在保证信息安全的前提下向基层医疗机构开放，以便实现患者随访、复诊、健康管理等服务在基层的无缝衔接；通过提升远程医疗服务、远程培训、临床辅助决策等能力，推动“互联网 + 医疗健康”服务示范，强化大医院对基层医疗机构的带动作用，加快实现基层首诊、合理分流患者。

#### 四、以重大疾病为切入点推动医疗服务模式优化

在可预见的未来，随着生活方式的改变、人口老龄化的加剧，慢性病造成的威胁和负担很可能进一步加重。在推动医疗和公共卫生服务更好融合的基础上，基层医疗机构可以在慢性病的防治和管理方面发挥更大的作用。相应的，针对慢性病全流程的管理服务模式也将进一步优化和改变。在“医防融合”理念的引导下，通过建立清晰的诊疗标准和规范的诊疗流程，将院前筛查、急救、院中诊断、治疗和院后康复、随访等工作进行有效衔接，为患者提供一体化、全流程的健康服务将是医疗服务模式发展的必然趋势。

根据不完全统计，目前我国已经建立了包括哮喘管理中心、中国胸痛中心、标准化代谢性疾病管理中心、慢性肾脏病全程管理中心、前列腺癌诊疗一体化中心、肺癌诊疗一体化中心、高血压达标中心、心衰中心、房颤中心等在内的多种专科疾病的规范化诊疗中心。尽管其中多数还处于逐步健全和完善或是刚刚起步探索的阶段，但从建立时间较长的中国胸痛中心的实践效果来看，结合疾病特点，抓住医疗质量提升的关键环节对其进行标准化、体系化建设，逐步完成从医疗技术到医疗模式的过渡是可以有效提高疾病防治效果，改善患者健康状况的。因此可以尝试从对人群健康造成较大影响的重大疾病入手，探索建立不同疾病的规范化诊疗中心，以标准化为工具，引导疾病诊疗模式的转型和优化，加速构建多种疾病的防控体系。

附录 I：2022 年医疗卫生相关政策列表

| 时间         | 发文机构                       | 政策名称                                                |
|------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|
| 2022/01/11 | 国家卫生健康委                    | 关于印发“十四五”卫生健康标准化工作规划的通知                             |
| 2022/01/12 | 国家卫生健康委                    | 医疗机构设置规划指导原则（2021—2025 年）》（国卫医发〔2022〕3 号）           |
| 2022/01/28 | 国家卫生健康委办公厅                 | 国家卫生健康委办公厅关于印发日间手术推荐目录（2022 年版）的通知（国卫办医函〔2022〕38 号） |
| 2022/02/08 | 国家卫生健康委办公厅、<br>国家中医药局办公室   | 关于印发互联网诊疗监管细则（试行）的通知（国卫办医发〔2022〕2 号）                |
| 2022/02/09 | 国务院医改领导小组秘书处               | 关于抓好推动公立医院高质量发展意见落实的通知（国医改秘函〔2022〕6 号）              |
| 2022/02/14 | 国家卫生健康委、国家医保局、<br>国家中医药局等  | 关于印发医疗机构检查检验结果互认管理办法的通知（国卫医发〔2022〕6 号）              |
| 2022/02/24 | 国家卫生健康委                    | 关于规范公立医院分院区管理的通知（国卫医发〔2022〕7 号）                     |
| 2022/03/01 | 财政部办公厅、<br>国家卫生健康委办公厅      | 关于组织申报中央财政支持公立医院改革与高质量发展示范项目的通知（财办社〔2022〕7 号）       |
| 2022/03/01 | 国家卫生健康委办公厅                 | 关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知（国卫办医函〔2022〕58 号）         |
| 2022/03/03 | 国家卫生健康委、财政部、<br>人力资源社会保障部等 | 关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见（国卫基层发〔2022〕10 号）             |
| 2022/03/11 | 国家卫生健康委                    | 关于开展 2022 年度全国民营医院专项巡查行动的通知（国卫医函〔2022〕45 号）         |
| 2022/03/29 | 国家卫生健康委办公厅                 | 关于印发“千县工程”县医院综合能力提升工作县医院名单的通知（国卫办医函〔2022〕88 号）      |
| 2022/03/30 | 国家卫生健康委办公厅                 | 关于印发国家三级公立医院绩效考核操作手册（2022 版）的通知（国卫办医函〔2022〕92 号）    |

| 时间         | 发文机构                          | 政策名称                                                            |
|------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 2022/03/31 | 国家卫生健康委办公厅、国家医保局办公室、国家中医药局办公室 | 关于做好 2022 年紧密型县域医共体建设监测工作的通知<br>(国卫办基层函〔2022〕93 号)              |
| 2022/04/24 | 国家卫生健康委办公厅                    | 关于开展第一批全国医养结合示范县(市、区)和示范机构创建工作的通知<br>(国卫办老龄函〔2022〕128 号)        |
| 2022/04/27 | 国家发展改革委、国家卫生健康委、国家中医药局        | 关于印发有序扩大国家区域医疗中心建设工作方案的通知<br>(发改社会〔2022〕527 号)                  |
| 2022/05/04 | 国务院办公厅                        | 关于印发深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务的通知<br>(国办发〔2022〕14 号)               |
| 2022/05/13 | 国家卫生健康委办公厅                    | 关于印发国家二级公立医院绩效考核操作手册(2022 版)的通知<br>(国卫办医函〔2022〕165 号)           |
| 2022/05/20 | 国务院办公厅                        | 关于印发“十四五”国民健康规划的通知<br>(国办发〔2022〕11 号)                           |
| 2022/05/31 | 国家卫生健康委办公厅、国家中医药局办公室          | 关于深入开展“优质服务基层行”活动和社区医院建设的通知<br>(国卫办基层函〔2022〕183 号)              |
| 2022/06/01 | 国家卫生健康委办公厅                    | 关于印发医疗机构门诊质量管理暂行规定的通知<br>(国卫办医发〔2022〕8 号)                       |
| 2022/06/21 | 国家卫生健康委办公厅                    | 关于印发国家内分泌代谢病医学中心及国家内分泌代谢病区域医疗中心设置标准的通知<br>(国卫办医函〔2022〕216 号)    |
| 2022/06/29 | 国家卫生健康委办公厅、国家中医药管理局办公室        | 关于印发公立医院高质量发展评价指标(试行)的通知<br>(国卫办医发〔2022〕9 号)                    |
| 2022/07/05 | 国家卫生健康委                       | 关于印发卫生健康系统贯彻落实以基层为重点的新时代党的卫生与健康工作方针若干要求的通知<br>(国卫基层发〔2022〕20 号) |
| 2022/07/05 | 国家卫生健康委、财政部、国家中医药局            | 关于做好 2022 年基本公共卫生服务工作的通知<br>(国卫基层发〔2022〕21 号)                   |
| 2022/07/08 | 国家卫生健康委、国家发展改革委、民政部等          | 关于进一步推进医养结合发展的指导意见<br>(国卫老龄发〔2022〕25 号)                         |

| 时间         | 发文机构                 | 政策名称                                                    |
|------------|----------------------|---------------------------------------------------------|
| 2022/07/16 | 国家卫生健康委、国家中医药局       | 关于印发乡镇卫生院服务能力标准（2022 版）等 3 项服务能力标准的通知（国卫基层函〔2022〕117 号） |
| 2022/07/28 | 国家卫生健康委              | 关于设置国家精神疾病医学中心的通知（国卫医函〔2022〕123 号）                      |
| 2022/07/28 | 国家卫生健康委              | 关于设置国家中西医结合医学中心的通知（国卫医函〔2022〕124 号）                     |
| 2022/08/08 | 国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局 | 关于印发医疗卫生机构网络安全管理办法的通知（国卫规划发〔2022〕29 号）                  |
| 2022/09/23 | 国家卫生健康委办公厅           | 关于启动 2022 年度二级和三级公立医院绩效考核有关工作的通知（国卫办医函〔2022〕325 号）      |
| 2022/10/08 | 国家卫生健康委办公厅           | 关于印发国家检验医学中心设置标准的通知（国卫办医函〔2022〕370 号）                   |
| 2022/10/08 | 国家卫生健康委办公厅           | 关于印发国家重症医学中心和国家重症区域医疗中心设置标准的通知（国卫办医函〔2022〕344 号）        |
| 2022/11/07 | 国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局 | 关于印发“十四五”全民健康信息化规划的通知（国卫规划发〔2022〕30 号）                  |
|            |                      | 关于开展 2022 年度国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评工作的通知                   |
| 2022/11/17 | 国家卫生健康委办公厅           | 关于建立动态调整机制加快推进基层卫生健康综合试验区建设的通知（国卫办基层函〔2022〕403 号）       |
| 2022/11/20 | 国家卫生健康委办公厅           | 关于印发医疗机构日间医疗质量管理暂行规定的通知（国卫办医政发〔2022〕16 号）               |
| 2022/11/22 | 国家卫生健康委办公厅、国家中医药局综合司 | 关于深入开展“优质服务基层行”活动加强基层医疗卫生机构绩效评价的通知（国卫办基层函〔2022〕410 号）   |



附录 II：各省卫生事业发展及卫生服务体系“十四五”规划

| 省份  | 卫生健康规划                | 卫生服务体系规划                                |
|-----|-----------------------|-----------------------------------------|
| 北京  | “十四五”时期健康北京建设规划       | 北京市医疗卫生设施专项规划<br>(2020年-2035年)          |
| 天津  | -                     | -                                       |
| 河北  | 河北省“十四五”国民健康规划        | 河北省“十四五”医疗卫生服务体系规划                      |
| 山西  | -                     | 山西省“十四五”公共卫生体系规划                        |
| 内蒙古 | 自治区“十四五”卫生与健康事业发展规划   | -                                       |
| 辽宁  | 辽宁省“十四五”卫生与健康发展规划     | -                                       |
| 吉林  | 吉林省卫生健康“十四五”规划        | -                                       |
| 黑龙江 | -                     | -                                       |
| 上海  | 上海市卫生健康发展“十四五”规划      | 上海市医疗机构设置规划(2021-2025年)                 |
| 江苏  | 江苏省“十四五”卫生健康发展规划的通知   | 江苏省“十四五”医疗卫生服务体系规划                      |
| 浙江  | 浙江省健康产业发展“十四五”规划      | 浙江省医疗卫生服务体系暨医疗机构设置“十四五”规划               |
| 安徽  | 安徽省“十四五”卫生健康规划        | -                                       |
| 福建  | 福建省“十四五”卫生健康发展专项规划    | -                                       |
| 江西  | 江西省“十四五”卫生健康发展规划      | 江西省“十四五”医疗卫生服务体系规划                      |
| 山东  | 山东省“十四五”卫生与健康规划       | 山东省“十四五”医疗机构设置规划、<br>山东省“十四五”基层卫生健康发展规划 |
| 河南  | 河南省“十四五”公共卫生体系和全民健康规划 | -                                       |

| 省份 | 卫生健康规划                  | 卫生服务体系规划                       |
|----|-------------------------|--------------------------------|
| 湖北 | 湖北省卫生健康事业发展“十四五”规划      | -                              |
| 湖南 | 健康湖南“十四五”建设规划           | -                              |
| 广东 | 广东省卫生健康事业发展“十四五”规划      | -                              |
| 广西 | 广西卫生健康发展“十四五”规划         | 广西医疗卫生服务体系“十四五”规划              |
| 海南 | 海南省“十四五”卫生健康规划          | 海南省“十四五”基层卫生健康规划               |
| 重庆 | 重庆市卫生健康发展“十四五”规划        | 重庆市医疗卫生服务体系“十四五”规划（2021—2025年） |
| 四川 | 四川省“十四五”卫生健康发展规划        | 四川省“十四五”医学中心和区域医疗中心设置规划        |
| 贵州 | -                       | 贵州省“十四五”公共卫生体系建设规划             |
| 云南 | 云南省“十四五”卫生健康事业发展规划（送审稿） | 云南省“十四五”医疗卫生服务体系规划             |
| 西藏 | -                       | -                              |
| 陕西 | 陕西省“十四五”卫生健康事业发展规划      | -                              |
| 甘肃 | 甘肃省“十四五”卫生健康事业发展规划      | -                              |
| 青海 | 青海省“十四五”卫生健康事业发展规划      | 青海省“十四五”医疗卫生服务体系规划             |
| 宁夏 | 宁夏回族自治区卫生健康事业发展“十四五”规划  | 宁夏回族自治区医疗卫生服务体系建设“十四五”规划       |
| 新疆 | 新疆维吾尔自治区卫生健康事业“十四五”发展规划 | -                              |

- [1] 实时更新：新型冠状病毒肺炎疫情地图 [EB/OL]. 百度 . /2022-11-04. [https://voice.baidu.com/act/newpneumonia/newpneumonia/?from=osari\\_pc\\_3](https://voice.baidu.com/act/newpneumonia/newpneumonia/?from=osari_pc_3).
- [2] Wang H, Paulson K R, Pease S A, 等 . Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21[J]. The Lancet, Elsevier, 2022, 399(10334): 1513-1536.
- [3] 公立医院债务攀升 地方政府补偿机制落实难 [EB/OL]. /2022-11-16. <http://www.caixin.com/2022-07-14/101913125.html>.
- [4] 国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知（国办发〔2022〕11号）\_政府信息公开专栏 [EB/OL]. /2022-11-15. [http://www.gov.cn/zhengce/content/2022-05/20/content\\_5691424.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2022-05/20/content_5691424.htm).
- [5] 国家卫生健康委 . 国家卫生健康委关于印发“十四五”卫生健康标准化工作规划的通知 [EB/OL]. /2022-11-22. [http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-01/27/content\\_5670684.htm](http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-01/27/content_5670684.htm).
- [6] 国家卫生健康委 . 关于印发“十四五”全民健康信息化规划的通知（国卫规划发〔2022〕30号） [EB/OL]. /2022-11-23. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3585u/202211/49eb570ca79a42f688f9efac42e3c0f1.shtml>.
- [7] 国家卫生健康委 . 国家卫生健康委关于印发“十四五”卫生健康人才发展规划的通知 [EB/OL]. /2022-11-22. [http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-08/18/content\\_5705867.htm](http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-08/18/content_5705867.htm).
- [8] 李克强 . 政府工作报告——2022年3月5日在第十三届全国人民代表大会第五次会议上 [EB/OL]. /2022-11-21. [http://www.gov.cn/premier/2022-03/12/content\\_5678750.htm](http://www.gov.cn/premier/2022-03/12/content_5678750.htm).
- [9] 国务院办公厅关于印发国务院2022年度立法工作计划的通知（国办发〔2022〕24号）\_政府信息公开专栏 [EB/OL]. /2022-11-15. [http://www.gov.cn/zhengce/content/2022-07/14/content\\_5700974.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2022-07/14/content_5700974.htm).
- [10] 徐毓才 . 公立医院高质量发展评价指标来了！5大启示 [EB/OL]. 2022-02-11/2022-12-02. //c.m.163.com/news/a/GVSU712305149RLM.html.
- [11] 国家卫生健康委关于开展2022年度全国民营医院专项巡查行动的通知 [EB/OL]. 2022-03-11/2022-12-02. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7657/202204/24257ddac7e946ba9050e87ef57d962e.shtml>.
- [12] 国家卫健委 . 医疗机构设置规划指导原则（2021-2025年）政策解读 [EB/OL]. 2022-02-01/2022-12-02. [http://www.gov.cn/zhengce/2022-02/01/content\\_5671605.htm](http://www.gov.cn/zhengce/2022-02/01/content_5671605.htm).
- [13] 国家发展和改革委员会 . 关于印发有序扩大国家区域医疗中心建设工作方案的通知（发改社会〔2022〕527号） [EB/OL]. /2022-11-04. <https://www.ndrc.gov.cn/xxgk/zcfb/tz/202204/>

- t20220427\_1323260.html?code=&state=123.
- [14] 北京市医疗卫生设施专项规划（2020年-2035年）[EB/OL]. /2022-11-16. [http://wjw.beijing.gov.cn/zwgk\\_20040/ghjh1/202109/t20210910\\_2490429.html](http://wjw.beijing.gov.cn/zwgk_20040/ghjh1/202109/t20210910_2490429.html).
- [15] 上海市卫生健康委员会. 关于印发《上海市医疗机构设置规划（2021-2025年）》的通知[EB/OL]. /2022-12-02. <http://jds.wsjkw.sh.gov.cn/zxghjh/20211022/50bb0973811b44469af11e55bd983e95.html>.
- [16] 云南省人民政府. 关于印发云南省“十四五”医疗卫生服务体系规划的通知（云政发〔2022〕48号）[EB/OL]. /2022-12-02. [http://www.yn.gov.cn/zwgk/zcwj/yzf/202209/t20220919\\_247364.html](http://www.yn.gov.cn/zwgk/zcwj/yzf/202209/t20220919_247364.html).
- [17] 广西壮族自治区人民政府办公厅. 关于印发广西医疗卫生服务体系“十四五”规划的通知（桂政办发〔2022〕4号）[EB/OL]. /2022-12-02. <http://www.gxzf.gov.cn/zfwj/zxwj/t11211201.shtml>.
- [18] 海南省卫生健康委员会. 关于印发《海南省“十四五”基层卫生健康规划》的通知[EB/OL]. /2022-11-25. [https://wst.hainan.gov.cn/swjw/xxgk/0200/0202/202112/t20211209\\_3109741.html](https://wst.hainan.gov.cn/swjw/xxgk/0200/0202/202112/t20211209_3109741.html).
- [19] 宁夏回族自治区卫生健康委员会. 宁夏回族自治区医疗卫生服务体系“十四五”规划[EB/OL]. 2022-01-12/2022-12-02. [http://wsjkw.nx.gov.cn/xwzx\\_279/tzgg/202201/t20220112\\_3281099.html](http://wsjkw.nx.gov.cn/xwzx_279/tzgg/202201/t20220112_3281099.html).
- [20] 江西省人民政府办公厅. 关于印发江西省“十四五”医疗卫生服务体系规划的通知[EB/OL]. 2021-10-28/2022-12-02. [http://hc.jiangxi.gov.cn/art/2021/10/28/art\\_38264\\_3701432.html](http://hc.jiangxi.gov.cn/art/2021/10/28/art_38264_3701432.html).
- [21] 青海省人民政府办公厅. 关于印发青海省“十四五”医疗卫生服务体系规划的通知[EB/OL]. 2022-02-16/2022-12-02. <https://wsjkw.qinghai.gov.cn/ztbd/jkqhagwsyd/zcwj/2022/02/16/1644979387788.html>.
- [22] 国家卫生健康委员会. 2022中国卫生健康统计年鉴[M]. 中国协和医科大学出版社, 2022.
- [23] 全国卫生健康信息化发展指数（2022）在第五届数字中国建设峰会上发布[EB/OL]. /2022-11-21. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=ec80eecf6231409d82581bbac5098332>.
- [24] 国家卫生健康委统计信息中心. 国家卫生健康委统计信息中心关于2021年度国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评结果（第一批）公示的通知[EB/OL]. 2022-11-01/2022-11-28. <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8553/202211/990c2c4ad9864052a469369d92322edb.shtml>.
- [25] 动脉网. 八年通过503家医院, 医疗互联互通测评呈现3大趋势[EB/OL]. 2021-08-03/2022-11-28. <https://wap.peopleapp.com/article/rmh22441137/rmh22441137>.
- [26] 卫生健康信息化发展指数发布 --- 河北省卫生健康委员会[EB/OL]. /2022-11-21. <http://wsjkw.hebei.gov.cn/>.

- gov.cn/html/zwyw/20220805/390067.html.
- [27] 中国医院协会信息专业委员会. 数说十年·我国卫生健康信息化工作成效 [EB/OL]. /2022-11-28. <https://www.chima.org.cn/Html/News/Articles/15780.html>.
- [28] 中国互联网络信息中心. 第 50 次中国互联网络发展状况统计报告 [R]. 2022.
- [29] 上海五个新城缺乏优质医疗资源? 报告建议: 这些市级三甲医院主体转移至新城 [EB/OL]. /2022-11-24. <https://www.jfdaily.com/wx/detail.do?id=402472>.
- [30] 重庆市人民政府关于印发重庆市医疗卫生服务体系“十四五”规划(2021—2025 年)的通知 [EB/OL]. /2022-11-24. <https://www.cq.gov.cn/zt/zcztclwz/detail.html?policyId=4420>.
- [31] 王卓然, 李明穗, 蒋慧莉, 等. 我国突发公共卫生事件应急防控体系建设研究 [J]. 中国工程科学, 2021, 23(5): 18-23.
- [32] 李雪峰. 健全国家突发公共卫生事件应急管理体系的对策研究 [J]. 行政管理改革, 2020(4): 13-21.
- [33] 胡薇, 马赛, 翟铁民, 等. 突发重大公共卫生事件后基层医疗卫生服务体系的发展研究 [J]. 中国卫生经济, 2022, 41(4): 59-62.
- [34] 姜长云, 姜惠宸. 新冠肺炎疫情防控对国家应急管理体系和能力的检视 [J]. 管理世界, 2020, 36(8): 8-18+31+19.
- [35] 吴思英, 蔡莹莹, 徐兴燕, 等. 我国常见慢性病“医-防”整合的挑战和机遇 [J]. 中国公共卫生, 2019, 35(10): 1289-1292.
- [36] 王俊, 朱静敏, 刘颖. 中国公共卫生体系与医疗服务体系融合协同机制研究 [J]. 公共管理与政策评论, 2022, 11(2): 65-73.
- [37] 郑喆, 郭岩, 陈浩, 等. 医防融合背景下我国基层医疗卫生机构医防工作现状及认知调查 [J]. 现代预防医学, 2022, 49(21): 3932-3936+3992.
- [38] 李丽芬, 陈浩, 刘毅, 等. 医防融合背景下我国基层医疗卫生机构卫生技术人员现状调查 [J]. 医学与社会, 2022, 35(9): 20-25.
- [39] 张然, 郭岩, 陈浩, 等. 医防融合背景下基层卫生技术人员的培训现状和相关知识需求调查 [J]. 现代预防医学, 2022, 49(10): 1912-1920.
- [40] 侯玉芬, 童靖壹. 从新冠疫情看社会办医的障碍与对策研究 [J]. 经济研究导刊, 2021(15): 140-142.
- [41] 邓明攀, 刘春林, 段强. 医院行政处罚案例分析及管理启示 [J]. 中国医院院长, 2022, 18(11): 70-76.
- [42] 国务院新闻办公室. 国务院政策例行吹风会(2019 年 6 月 12 日上午) [EB/OL]. /2022-11-25. <http://www.gov.cn/xinwen/2019zccfh/39/index.htm>.

- [43] 卫生健康委 中医药局关于印发互联网诊疗管理办法（试行）等 3 个文件的通知 [EB/OL]. /2022-11-29. [http://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content\\_5358684.htm](http://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5358684.htm).
- [31] 中国医学科学院医学信息研究所：《2020 年中国互联网医院发展报告》，载中国医学科学院医学信息研究所、池慧、李亚子、郭珉江主编《互联网医院蓝皮书：中国互联网医院发展报告（2021）》，社会科学文献出版社，2021，第 1-40 页。皮书数据库：[http://ycfw.library.hb.cn:8000/rwt/PISHU/https/P75YPLURNF3XR7JPMNYX4LUDNG/skwx\\_ps/initDatabaseDetail?siteId=14&contentId=13516389&contentType=literature](http://ycfw.library.hb.cn:8000/rwt/PISHU/https/P75YPLURNF3XR7JPMNYX4LUDNG/skwx_ps/initDatabaseDetail?siteId=14&contentId=13516389&contentType=literature)
- [45] 国家远程医疗与互联网医学中心，健康界．2021 中国互联网医院发展报告 [R]．
- [46] 王晓波，李凡．中国互联网医院发展的现状及规制 [J]．卫生经济研究，2020，37(11)：23-25.
- [47] 李铁强．探讨数字医疗技术现状及未来发展方向 [J]．中国医疗设备，2022，37(10)：1-3.
- [48] 曹艳林，张可，易敏，等．数字时代的医疗数字化与数字医疗 [J]．卫生软科学，2022，36(10)：80-85.
- [49] 邢春国，夏迎秋，吴丹云，等．江苏省基层医疗卫生机构信息化建设与使用情况研究 [J]．中国全科医学，2022，25(16)：2008-2013.
- [50] 刘乾坤，郝晓宁，马骋宇，等．基于 DEA 的基层医疗卫生机构信息化运行效率分析 [J]．中国医院，2020，24(11)：14-17.
- [51] 陈玲，吴颖敏，李家伟，等．民族地区基层医疗卫生机构信息化建设现状与效能研究 [J]．中国全科医学，2022，25(16)：2003-2007+2020.
- [52] 人民日报．广东和平：探索医共体改革，实现大病不出县，小病不出镇！[EB/OL]. 2022-08-11/2022-12-07. [http://drc.gd.gov.cn/sxdt5619/content/post\\_3979602.html](http://drc.gd.gov.cn/sxdt5619/content/post_3979602.html).
- [53] 河源市医疗保障局．河源市扎实推进和平县紧密型县域医共体医保支付方式改革 [EB/OL]. 2022-09-29/2022-12-07. [http://hsa.gd.gov.cn/zwtd/gddt/content/post\\_4022024.html](http://hsa.gd.gov.cn/zwtd/gddt/content/post_4022024.html).
- [54] 广东省卫生健康委．【县域医共体工作专刊第 7 期 -3/4】广东省和平县以“六强”为抓手推动紧密型县域医共体向高质量发展 [EB/OL]. 微信公众平台．/2022-12-07. [http://mp.weixin.qq.com/s?\\_\\_biz=MzkyNzlyNDY1NA==&mid=2247484647&idx=3&sn=7d3de3825a1b16c4df44e8a1c288444f&chksm=c22a02c6f55d8bd0b26c147e0ba0e86da7452058b4f745ff4b6e79b1f2e640307070d29269ac#rd](http://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MzkyNzlyNDY1NA==&mid=2247484647&idx=3&sn=7d3de3825a1b16c4df44e8a1c288444f&chksm=c22a02c6f55d8bd0b26c147e0ba0e86da7452058b4f745ff4b6e79b1f2e640307070d29269ac#rd).
- [55] 河源晚报．和平县紧密型县域医共体建设显成效 有效缓解群众看病难题 [EB/OL]. 2020-09-07/2022-12-07. [http://www.heyuanxw.com/2020/hpnews\\_0907/66844.html](http://www.heyuanxw.com/2020/hpnews_0907/66844.html).
- [56] 【价值案例 102】5 年基层就诊率提升 33% 的“和平秘诀” [EB/OL]. 微信公众平台．/2022-12-07. [http://mp.weixin.qq.com/s?\\_\\_biz=MzI2Nzk2ODA2NA==&mid=2247485290&idx=1&sn=6440dcb168df9d85a01403400c1b20cc&chksm=eaf78c45dd800553efe220e1dfbad3681d93bc526fcfc64a379855ca044f88913cb0f8f91942#rd](http://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MzI2Nzk2ODA2NA==&mid=2247485290&idx=1&sn=6440dcb168df9d85a01403400c1b20cc&chksm=eaf78c45dd800553efe220e1dfbad3681d93bc526fcfc64a379855ca044f88913cb0f8f91942#rd).



### 贾凌霄

艾社康（上海）知识管理助理总监，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。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，曾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工作。在艾社康工作期间负责或参与了与卫生服务体系、多层次医疗保障相关的多项研究项目。

### 宋名琪

艾社康中国研究咨询项目经理，负责卫生体系相关课题的研究与咨询，同时也协助机构合作伙伴的拓展工作。曾在国内外多家智库、联合国儿基会、芝加哥市长办公室等机构进行不同类型的政策研究，也曾参与盖茨基金会的咨询项目。在加入艾社康之前，宋名琪在香港大学公共卫生学院担任研究员，项目涉及抗生素耐药性政策、卫生信息系统、新冠疫情期间的国际旅行政策等议题。

### 朱 颜

艾社康中国研究咨询项目经理，在艾社康主要负责研究与咨询工作，方向为多层次医疗保障体系，围绕着商业健康保险的创新支付、药品及药械创新准入策略。朱颜硕士毕业于复旦大学，并拥有社会保障加保险的复合学历背景。在加入艾社康之前，朱颜拥有多视角的保险产品相关工作经验，参与包括惠民保、专病险、灵活就业人群保险产品设计等项目。在过往的学习和工作中，她建立了对大健康领域的浓厚兴趣，未来将继续致力于探索多层次医疗保障体系建设中的医保、商保、医药等多方合作新模式，以及商业健康险的转型发展之路。

本项目由中国医药教育协会、中国健康促进基金会、中关村卓益慢病防治科技创新研究院联合发起并提供指导。艾社康团队完成案例集的整理和撰写。

本次案例集能够集结成册，得益于辉瑞、诺华制药、百济神州、惠医（天津）健康科技有限公司等合作伙伴提供的各种创新实践素材。我们也感谢多位业内专家给予的行业洞察和指导建议。

作为健康产业的一员，我们非常荣幸能够见证中国卫生服务体系的不断发展，并将创新案例进行持续地记录和分享。

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、学术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，我们欢迎各位读者批评指正。

# 中国卫生健康服务体系 创新案例集

◎ **2022**

◎ 优质高效 ◎ 主动健康 ◎ 整合服务

