



2023

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

引言	1
第一章 卫生服务体系面临的内外部挑战	2
一、外部挑战	3
(一) 传染性疾病和慢性病带来的双重威胁不容忽视	3
(二) 不可逆转的老龄化趋势导致卫生服务需求增长	4
(三) 人口流动的快速增加为卫生服务供给带来挑战	4
(四) 人群健康素养的不足为卫生服务供给造成了额外的负担	5
二、内部挑战	8
(一) 医疗卫生资源的不充分与不均衡	8
(二) 慢性病管理与一体化服务缺失	9
(三) 公共卫生应急体系不完善	9
第二章 整合型卫生服务体系的意义	11
一、整合型卫生服务的理念	12
二、整合型卫生服务的必要性	12
第三章 政策回顾与发展现状	14
一、聚焦医疗资源的不均衡，增强乡村卫生服务能力	16
二、以医疗联合体为抓手，促进分级诊疗制度落地	16
三、推进国家医学中心和区域医疗中心建设，引领行业发展	17
四、强化医疗质量管理和专科建设，增加优质服务供给	18
五、稳步提升医疗信息化水平，为卫生服务提供全面支持	20

第四章 案例呈现.....	22
一、创新模式概述	23
二、创新案例	24
(一) 医联体的不断探索	24
(二) 公立医院的改革尝试	40
(三) 其他社会力量参与创新	46
第五章 发展建议.....	53
一、扩大整合型卫生服务体系的范畴，明确阶段与内容.....	54
二、完善目前医联体模式的评价体系，加强可推广性	54
三、推进疾病诊疗一体化，提供全病程全方位服务	54
四、关注特殊群体的健康需求，提高卫生服务的针对性.....	55
五、鼓励社会力量参与，支持社会影响极大的疾病防治体系建设	55
参考文献	56
写作团队	61

引言

2023年5月5日，世界卫生组织（WHO）宣布新冠疫情不再构成“国际关注的突发公共卫生事件”¹。就在几天之前，WHO发布针对新冠大流行期间各国基本卫生服务连续性第四轮摸底调查的中期报告，报告显示到2023年初，全球卫生系统已经开始呈现明显的恢复迹象²。

回顾我国的情况，自2023年1月8日起，我国对新冠病毒感染的管理方式由“乙类甲管”调整为“乙类乙管”；2月23日，国务院联防联控机制举办新闻发布会，宣布疫情在我国已经基本结束³。

随着疫情防控进入新的常态化阶段，各行各业都渴望尽快回到正轨，但我们必须承认，三年的持续抗疫努力对所有行业，尤其是卫生服务领域，造成深远的影响。在这场没有硝烟的战争中，卫生服务体系作为防控第一线，遭受前所未有的考验。这不仅展现了现有体系的韧性和有效性，更重要的是，它为我们提供了一个深入反思和主动调整的契机，使我们有机会重新审视和解决卫生服务体系中存在的问题和不足，及时调整和优化改革的方向与措施。

尽管新冠疫情宣告结束，但这并不意味着我们与疾病的战斗已经停止，尤其是我们面临的传染性疾病和慢性非传染性疾病的三重威胁似乎比以往更具挑战。因此，完善卫生服务体系的任务还远未完成。借用丘吉尔的一句话：“这不是结束，甚至不是开始的开始，但或许是开始的结束。”我们面临的是一个新的起点，一个重新认识和讨论如何加强和完善卫生服务体系、进一步推进卫生服务体系改革与完善的新起点。

第一章

卫生服务体系面临的内外部挑战



第一章 卫生服务体系面临的内外部挑战

我们面对着前所未有的挑战和变革。新冠疫情的爆发，如一股狂风般席卷全球，让我们对当前卫生服务体系所面临的环境有了更加切身和直接的感受。在这场疫情中，我们看到了医护人员的辛勤付出、医疗资源的紧缺、以及卫生服务体系应对能力的不足。而疫情之外，我们还面临人口老龄化加剧、健康素养有待提高、公共卫生应急体系不完善等诸多挑战。在这样的背景下，我们有必要深入探讨卫生服务体系所面临的内外部挑战，寻求有效的解决之道，以提升卫生服务的质量和效率，保障人民群众的健康和安全。

一、外部挑战

从外部视角来看，卫生服务体系所面临的挑战主要来自于卫生服务的需求端。慢性非传染性疾病的高发、传染性疾病的突发、人口老龄化的加剧、人口的频繁流动以及人群健康素养和健康意识的不足，都在不同程度地影响着卫生服务需求，时刻提醒我们卫生服务的供给体系需要适时地调整，以适应需求的变化。

（一）传染性疾病和慢性病带来的双重威胁不容忽视

在进入 21 世纪后，由于生活方式的改变和环境因素的影响，心脑血管疾病、癌症、糖尿病等慢性非传染性疾病的发生率、患病率持续上升，导致的疾病负担日益加重，成为全球健康面临的重大威胁。根据世界卫生组织的数据，非传染性疾病目前是全球主要死因，占全球死亡的 71%⁴。我国心血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病等非传染性疾病的死亡率也在稳步上升。与此同时，传染性疾病所受到的关注明显下降，以至于不少国家政府、社会组织以及普通民众产生了传染性疾病已经远离我们，不再对健康构成威胁的错觉。

事实上，传染性疾病的威胁一直存在。自 2007 年《国际卫生条例（2005）》第三版生效以来，WHO 已经宣布了 7 次国际公共卫生紧急事件（Public Health Emergency of International Concern，简称 PHEIC），分别是 2009 年的甲型 H1N1 流感、2014 年的脊髓灰质炎疫情、2014 年西非的埃博拉疫情、2015-2016 年的寨卡疫情，2018 年的刚果（金）埃博拉疫情，2020 年的新型冠状病毒感染肺炎疫情以及 2022 年的猴痘疫情。而在此之前，2003 年的严重急性呼吸综合征（SARS）波及了 29 个国家⁵，造成 8096 人感染，我国共 24 个省市累计报告病例 5327 例⁶。即便在新冠疫情基本结束之后，进入 2023 年的秋冬季，流感、鼻病毒、肺炎支原体、呼吸道合胞病毒、腺病毒等引起的感染持续增加⁷，也再次提醒传染性疾病时刻在窥探着我们，伺机发起新的挑战。

不论是新冠疫情期间，还是流感等传染性疾病呈现大范围流行时，感染病例的迅速增加都对医疗系统构成巨大的压力，甚至有可能影响或阻断慢性病患者的常规治疗。这种双重威胁的存在要求卫生系统不仅要能够管理慢性病患者的长期需求，也要能迅速响应突发的传染病疫情。

(二) 不可逆转的老龄化趋势导致卫生服务需求增长

新冠疫情期间,老年人群受到的关注明显高于其他人群,根本原因在于老年人在健康风险面前更加脆弱。随着年龄增长,老年人的免疫力逐步减弱;而感染后,老年人自身免疫的发生率增加,更易出现炎症反应;而且大多数老年人都有基础性疾病,感染病毒会导致原有疾病症状更严重或更易出现合并症。由于以上这些原因,老年人出现重症和死亡的比例在各个年龄段中最高,因此,全球免疫策略一直把老年人和有慢性病等基础性疾病的患者作为疫苗接种的优先人群。这也意味着整个卫生服务体系都必须更加关注老年人的需求。

随着生育率持续下降和平均寿命的延长,我国老年人口比例迅速上升。根据国家统计局全国人口变动情况抽样调查数据推算,2023年末,我国60岁及以上人口为29697万人,占总人口的21.1%,其中65岁及以上人口为21676万人,占总人口的15.4%⁸。WHO此前预测我国60岁以上人口的比例将在2040年达到28%⁹。按照国际通行标准,我国已经整体进入中度老龄化社会。

人口老龄化对于卫生服务体系的影响主要体现为两个方面:一方面老年人患病的比例明显高于其他年龄人群,需要更多的卫生服务供给。有多个研究表明我国60岁以上的老年人群中患病的比例高达70%-80%¹⁰⁻¹¹,因此老龄化加剧将导致对包括药品、医疗器械、医疗设施以及专业人才在内的各类医疗资源需求的急剧增加。卫生服务体系需要提供更多的床位、更多的医疗设备以及更丰富的药品供应,以满足老年人群的医疗需求。另一方面老年人的日常生活自理能力往往会下降,所患疾病又通常需要长期的医疗管理和频繁的护理服务,对卫生服务供给的便捷性和可及性也提出了更高的要求,传统的医疗服务模式可能无法完全满足。卫生服务体系需要适应老龄化的趋势,调整服务模式,提供更加个性化、全方位的医疗服务。例如,推广社区医疗服务,加强家庭医生团队建设,提供上门医疗服务等,以方便老年人就医。医护人员也需要具备更加丰富的知识和更高的专业水平,了解老年人群的特殊需求,熟悉老年人常见疾病的诊断与治疗方法,掌握老年人护理的技能。

(三) 人口流动的快速增加为卫生服务供给带来挑战

近几十年来我国经济的快速发展过程中伴随着城市化进程的加速和大规模的人口流动。据国家统计局数据,2023年我国常住人口城镇化率达到66.2%¹²,而改革开放之初的1978年,这一比例仅为17.9%。第七次全国人口普查数据显示,2020年我国流动人口规模近3.8亿人,且增长速度也在逐渐加快¹³。这些数据反映出我国城市化进程的迅速推进,但人口流动的增加也为卫生服务体系带来了诸多挑战。

首先,人口流动的增加提高了疾病监控与管理的复杂性。流动人口可能未能充分接种疫苗,或是缺少持续的医疗监护,容易导致传染病在不同地区之间传播。与此同时,由于健康记录的断层,流动人口的健康状况难以持续跟踪,影响疾病的早期发现和有效控制。以老年流动人口为例,明确建立了健康档案的人数占比仅有三成左右,显著低于全人群的平均水平¹⁴。

其次,人口流动导致某些城市人口急剧增加,加剧当地医疗资源的压力,尤其是在紧急医疗服务和基础卫生设施方面。与此相对的,人口流出地可能面临资源过剩和医疗设施闲置的问题,造成资源分配

不均衡的局面。

再次，人口流动的增加可能使健康服务的连续性受阻。对于频繁迁移的人群，建立和维持持续的医疗关系尤为困难。这种断断续续的医疗服务对慢性病管理极为不利，导致病情控制不佳和治疗效果下降。国内有学者从基本医疗保险参保的角度分析，发现患慢性病的流动人口在获取慢性病管理服务、接受健康教育方面都不及非流动人口¹⁵。

最后，人口流动带来的文化和语言差异还可能增加医疗服务的交流难度，尤其是在解释医疗信息和实施健康教育方面。这种障碍可能阻碍流动人口获取和理解重要的健康资源，从而影响他们的健康状况和医疗服务的有效性。

人口流动的增加突显了对一个灵活、响应迅速且全面的整合型卫生服务体系的需求。这样的系统能够跨区域提供连续的医疗服务，优化资源分配，确保所有人群都能获得必要的医疗关怀，尤其是在快速城市化和人口流动性高的背景下。通过整合各级医疗服务和资源，确保医疗服务的连续性和可及性，可以有效应对由人口流动引起的挑战，最终实现卫生服务体系的可持续发展和公共健康的普遍提升。

(四) 人群健康素养的不足为卫生服务供给造成了额外的负担

疫情显著提升了大众对健康的关注和对健康权的认识。我国的法律明确规定公民依法享有健康权，并强调个人维护自己与他人健康的责任。2019年，我国成立健康中国行动推进委员会，印发《国务院关于实施健康中国行动的意见》、《健康中国行动（2019-2030年）》等一系列文件，明确每个人是自己健康的第一责任人，并将提升健康素养作为增进全民健康的前提。目前，“居民健康素养水平”被纳入国家多项考核，成为衡量国家基本公共服务水平和人民群众健康水平的重要指标。

一项针对全国十个省（自治区、直辖市）人群抽样调查的研究表明¹⁶：近年来我国居民开始有意识地获取健康信息，关注自身健康状况，对健康知识的认识也更加深入，正常血压范围、吸烟危害、肥胖预防等知识的知晓率超过75%。人们也掌握了一些健康关键技能，如准确拨打医疗急救电话、掌握心肺复苏等急救方法，提高了对突发情况的应对能力。更多人开始接受健康教育、重视健康的生活方式、更多地参与体育锻炼和健身活动，健康信息来源也更加广泛。国家卫健委公布的《2022年中国居民健康素养监测情况》也显示我国城乡居民的健康素养水平得到了稳步提升，从2012年的8.80%上升到2021年的25.40%，提前实现了《健康中国行动（2019-2030年）》提出的“到2025年，达到25%”的目标，并在2022年进一步提升到27.78%¹⁷。这些都是积极的改变。

尽管在健康教育和宣传不断加强的情况下，我国人群健康素养在多个方面得到了改善，但与此同时，部分人群仍存在不良健康行为，如缺乏合理的睡眠时间、不重视自我压力调节等，疫情的爆发和持续也昭示着国民的健康素养仍有提升空间。虽然互联网使得健康信息更易获得，但互联网也使健康信息量剧增，真假难辨，影响人们正确评价和使用健康信息的能力，而且老年人和信息闭塞群体获取健康信息的难度仍然存在。健康科普工作仍有不足，相关责任部门需要更系统和深度地普及健康知识，以确保准确性和权威性。

目前，基层健康促进工作还面临资金短缺、人手不足等问题，导致工作效果不明显，社区居民对健康活动的参与度较低。而且，居民的健康素养水平也存在明显的地区差异、城乡差异以及技能差异（详见图 1、图 2 和图 3）¹⁷。

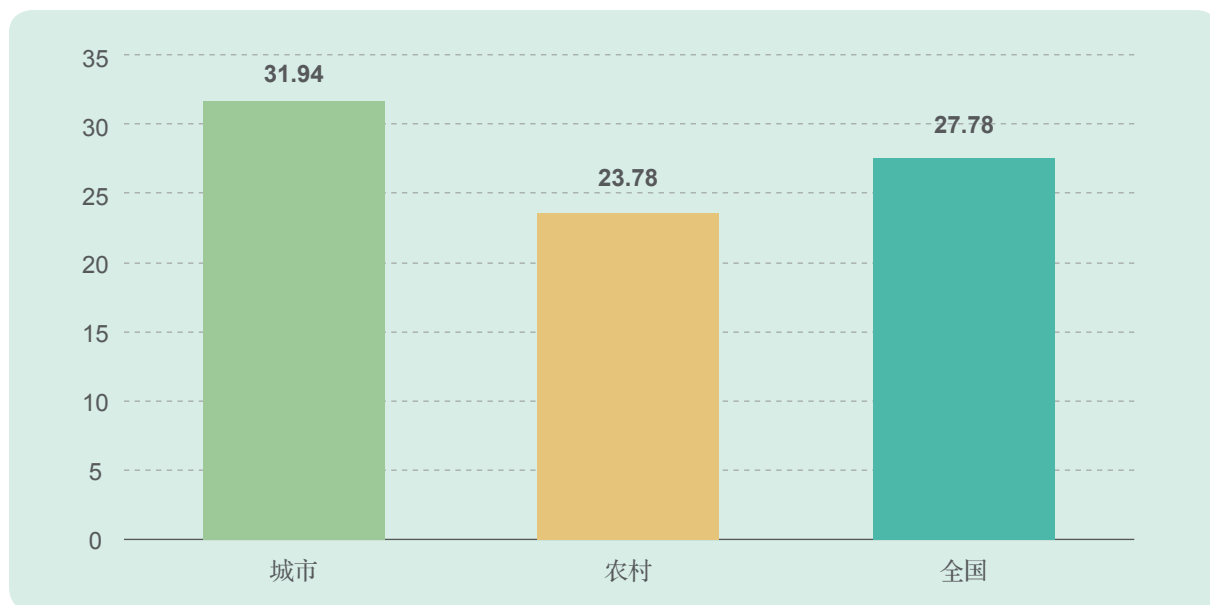


图 1. 2022 年中国居民健康素养水平 (%) 城乡差异

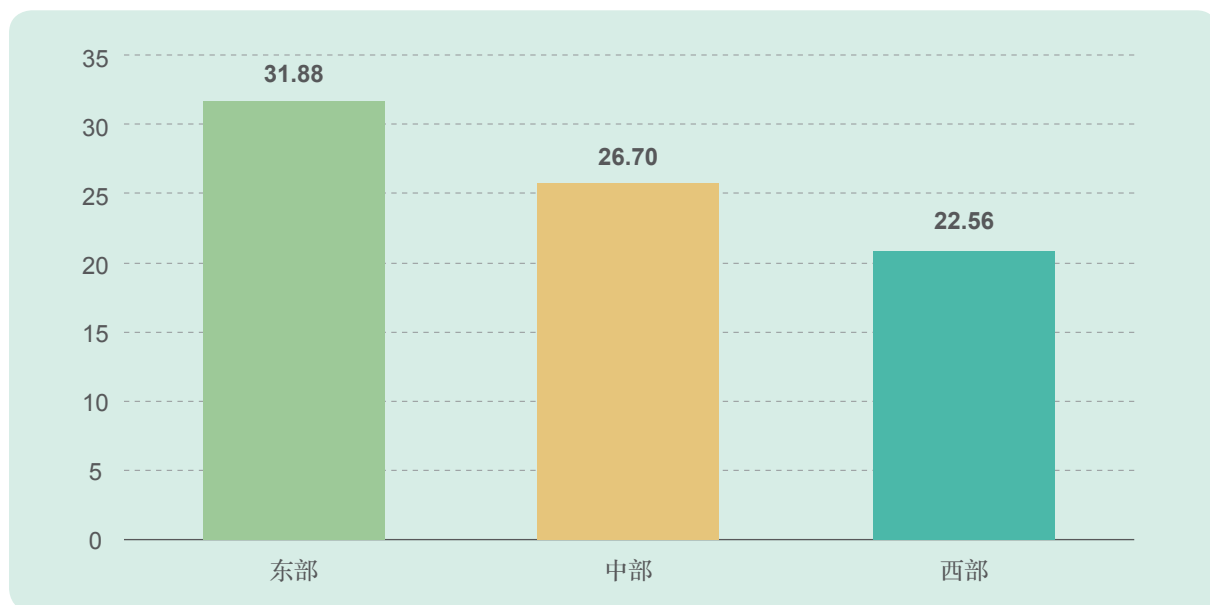


图 2. 2022 年中国居民健康素养水平 (%) 地区差异

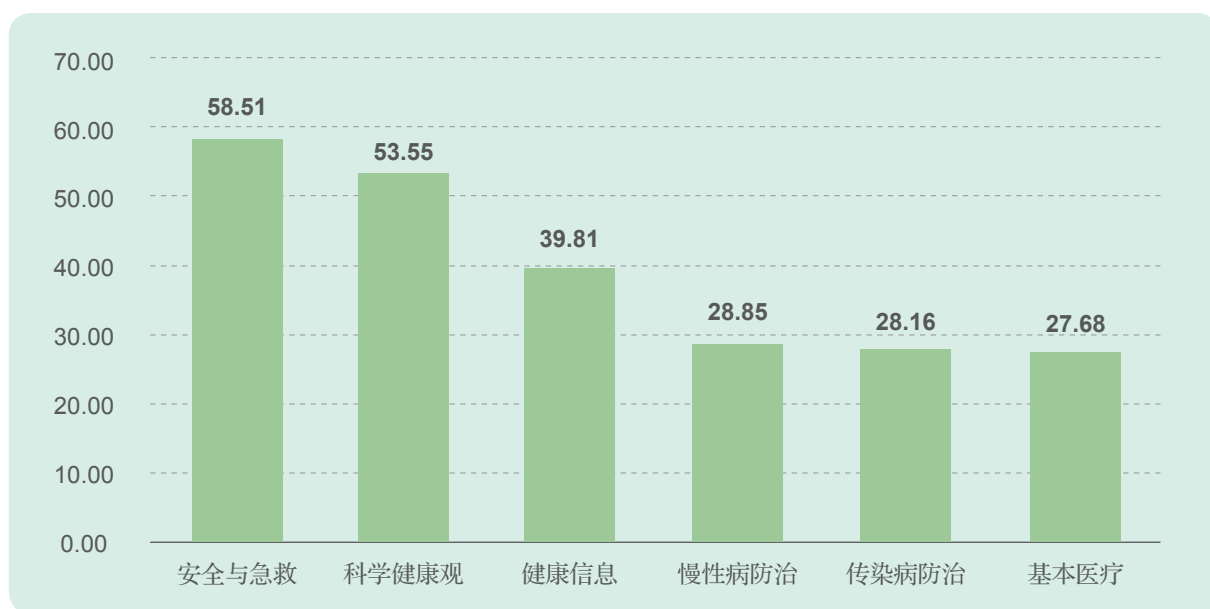


图 3. 2022 年中国居民六类健康问题素养水平 (%)

健康素养的高低直接影响到个体和社群的健康行为模式和生活方式选择，公众健康素养和健康意识的不足会导致诸多健康问题的存在和扩散。

首先，人群健康素养的不足将导致疾病预防和控制的难度增加。缺乏健康知识的人群往往对疾病的传播途径、预防方法、早期症状等知之甚少，容易忽视卫生保健的重要性。例如，在流行病爆发期间，不具备基本卫生常识的人群可能无法正确采取防护措施，增加疾病传播的风险。此外，对于慢性疾病，健康素养不足的人群可能缺乏自我管理的能力，导致病情加重或并发症的发生。

其次，缺乏健康意识的人群往往存在就医观念淡漠、就医行为被动等问题。其更有可能忽视身体不适的症状，延迟就医时间，或者可能会选择不合适的就医途径或医疗机构，致使病情恶化；在重大疾病筛查和早期诊断方面，缺乏健康意识的人群可能会缺乏主动性，错过预防和早期干预的最佳时机。

再次，人群健康素养和健康意识的不足会给医疗机构和医护人员带来额外的负担。医护人员需要花费更多的时间和精力解释疾病的预防和治疗知识，指导患者正确使用药物，进行健康管理等。此外，由于缺乏健康意识，患者可能会不服从医嘱，导致治疗效果不佳或出现不良后果，增加医疗风险和医疗纠纷发生的可能。

最后，人群健康素养和健康意识的不足也会对医疗资源的合理配置和医疗服务的整体效益产生负面影响。由于大量患者因为缺乏健康意识而延迟就医，导致医疗机构的急诊和门诊负荷过重，长时间等待就医成为常态。缺乏健康意识的人群还有可能频繁就医，进行不必要的检查和治疗，浪费医疗资源。这些行为不仅会影响患者的医疗体验，也会增加医疗机构的运营压力。

二、内部挑战

人群健康需求的变化为卫生服务体系的改革和完善带来挑战，而从内部视角来看，卫生服务体系自身尚存在待解决的短板和难题，直接影响着卫生服务的质量和效率。

（一）医疗卫生资源的不充分与不均衡

医疗卫生资源的充足与均衡分布是保障全民公平享有基本医疗卫生服务权利的重要基础，而我国的卫生资源不充分与不均衡是一个长期存在且备受关注的问题。这一问题普遍存在于城乡之间、地区之间以及医疗机构内部科室之间，对整个卫生服务体系的公平性、有效性和可及性都构成了严重的挑战。

卫生资源的不充分表现在多个方面。首先，医疗机构数量不足。尤其是在农村地区和欠发达地区，医疗机构的数量远远不够。大城市和发达地区的医院床位数量多、设施齐全，但因异地就医患者流入，尤其是在人口密集的城市，医疗资源仍然很紧缺。其次，医护人员数量和水平不足。虽然中国的医疗队伍庞大，但大部分优秀的医护人员都聚集在一线城市和大医院，而农村地区和基层医疗机构的医护人员数量严重不足。再次，医疗设备不足。一些地区的医疗设备水平较低，缺乏先进的设备和技术支持。这使得一些医疗机构无法提供复杂或高水平的医疗服务，患者不得不选择更远的地方就医。此外，医疗服务的供给能力不足。一些地区的医疗机构无法提供全面的医疗服务，特别是基层医疗机构，常常只能提供基本的医疗服务，无法满足更复杂的治疗需求。最后，医疗的投入不足。一些地区的政府对卫生事业的投入不足，导致医疗设施更新换代缓慢，医护人员待遇低，医疗服务质量无法得到有效提升。

这些卫生资源的不充分问题，使得一部分人群无法享受到基本的医疗保障和健康服务，增加了医疗资源的浪费和不均衡分配现象，影响不同地区、不同群体之间获得同质化医疗服务的公平性。这首先体现为城乡之间的不均衡。由于历史原因、经济发展水平和政策导向的不同，城市地区的卫生资源相对丰富，而农村地区则面临着医疗设施少、医疗人员稀缺等问题。根据《中国统计年鉴 2023》数据，2022 年城市和农村地区的每千人口卫生技术人员（城市 10.20，农村 6.55）、医师（城市 3.84，农村 2.53）和护士人数（城市 4.74，农村 2.79），以及每千人口床位数（城市 7.66，农村 6.25）仍有较大差距。农村居民在看病就医方面存在更大的障碍，甚至出现了“看病难、看病贵”的现象。

其次，地区之间的不均衡也普遍存在。在经济较为发达的东部地区，卫生资源相对充足，医疗设施和人才较为集中，而在西部地区、偏远山区和边远地区，卫生资源严重不足，医疗条件落后，医疗服务水平相对较低。这种地区间的不平衡导致了人们在不同地区面临着不同的医疗条件和服务水平，增加了医疗资源的浪费和不合理利用。

最后，医疗机构内部的卫生资源分配也存在不均衡。一些大型医院拥有先进的医疗设备、高水平的医疗技术和优秀的医疗团队，而一些小型医疗机构则条件相对较差，医疗资源不足，导致了医疗资源的浪费和低效利用。

（二）慢性病管理与一体化服务缺失

中国卫生服务体系所面临的慢性病管理与一体化服务缺失问题是当前卫生领域的一大挑战。WHO 对于慢性病的定义主要包括心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病、糖尿病等疾病，需要长期的干预、管理与一体化服务。随着中国经济的快速发展和人口结构的变化，慢性病患者数量不断增加：中国高血压患病率从 2007 年的 25.7% 增长到了 2017 年的 31.5%¹⁸；每年新发癌症人数从 2012 年的 358.6 万人增加到了 2022 年的 482.5 万人¹⁹；糖尿病患者人数从 2018 年的 3550 万人增长到了 2021 年的 1.18 亿人²⁰。而多项研究表明国人对于慢性阻塞性肺疾病、心血管疾病的知晓率、治疗率和控制率尽管有所提升，但都仍处于较低水平²¹⁻²²。这些数据说明现有的卫生服务体系未能有效地应对逐渐严峻的慢性病挑战，存在一系列管理和服务上的不足。

首先，慢性病管理的不完善导致病情控制困难。慢性病需要长期的治疗和管理，而现有的卫生服务体系延续了过去以治病为中心的传统理念，往往更注重急性疾病的治疗，对慢性病的危险因素识别、过程性管理和预防理念相对不足。以医疗机构为主的卫生服务体系缺少辅助性、系统性的慢性病管理机制和长期的跟踪服务，导致很多患者的病情得不到有效控制，容易发展为严重并发症，增加医疗负担和社会成本。

其次，卫生服务体系中慢性病管理较为分散化和碎片化。慢性病需要多学科协作综合治疗，但目前的医疗体系中，各医疗机构之间缺乏有效的信息共享和协作机制，导致患者在不同医疗机构之间的就医经历缺乏连续性和一体化，容易造成治疗方案的不协调和信息的丢失；患者容易因抵触重复就诊和检查，延误治疗、影响生活质量。

另外，慢性病管理中基层医疗机构的能力相对较弱也是一个问题。中国的不同地区经济发展水平不同，在高血压等慢性病的防治意识、治疗手段和基层医疗能够提供的控制手段上有很大差距²³。基层医疗机构是慢性病管理的主要承担者，但由于人才匮乏、设备条件不足和管理水平较低，目前往往无法提供规范的慢性病管理服务，导致患者在基层就医不便、治疗效果不佳，仍在慢性病危险后果发生后依赖三级医院的治疗。

（三）公共卫生应急体系不完善

自 2003 年应对传染性非典型肺炎（SARS）疫情以来，我国建立了全国统一的突发公共卫生事件应急体系，形成包括制定修订应急预案，建立健全应急机制、应急体制和应急法制在内的“一案三制”核心框架，并建立了由卫生健康行政部门负责纵向管理，疾控中心与医疗机构组成横向协作系统，医疗机构执行决策、疾控中心提供技术指导的分工机制²⁴。

尽管我国的公共卫生应急体系建设初步取得成效，并且在此前应对禽流感、中东呼吸综合征，以及此次新冠肺炎等突发传染病时发挥了积极的作用，但不可否认的是，目前的公共卫生应急体系依然存在诸多问题与不足，亟待进一步健全与完善。

首先，信息公开和沟通机制不够畅通。公共卫生应急事件的有效应对依赖于及时、透明的信息公开和有效的沟通机制。然而在实践中，例如疫情爆发初期，信息公开不及时、不透明，导致了社会恐慌和谣言的传播。政府部门之间、地方之间以及上下级之间的信息沟通和协同配合不够顺畅，导致防疫措施的不协调和执行的困难。因此，有必要加强信息公开制度建设，提高信息公开的透明度和及时性，同时加强各级政府部门之间的信息共享和沟通协调机制，以提高应对突发公共卫生事件的能力。

其次，医疗资源储备不够充分。在突发公共卫生事件期间，医疗资源的充足与否直接关系到疫情的控制和患者的救治。然而，目前我国医疗资源储备还有所欠缺。一方面，医疗物资如口罩、防护服、呼吸机等常规应急物资储备不足，导致在疫情期间面临较为严重的物资匮乏问题，影响防护和救治效率。另一方面，一些地区特别是在偏远地区和农村地区，医疗设施相对匮乏，无法满足大规模突发新增患者的医疗需求。更重要的是，医护人员、应急救援人员等专业队伍的储备不足，在突发公共卫生事件面前显得捉襟见肘，限制了疫情期间人力资源的调配和应急救治的效果。

再次，疫情监测和预警机制也不够完善。一方面，我国目前监测公共卫生事件的网络不够健全，使得疫情的早期预警和应对能力有限。另一方面，在事件突发初期，预警机制还不够灵活、响应不够及时，可能加速疫情的扩散，为疫情控制带来困难。因此，有必要加强疫情监测手段的建设，提高监测网络的覆盖范围和监测能力，加强预警机制的建设，提高预警的灵敏度和及时性。

最后，从制度建设方面来看，我国应对突发公共卫生事件的体系化和制度化程度还有待提升。我国缺乏长期可持续性的应急管理和资源调配机制，复杂的调派程序无法满足突发公共卫生事件的紧迫需求。政府部门、医疗机构、社会组织之间的应急响应协同机制不够完善，可能导致工作的低效和资源的浪费。缺少科学、稳定的应急工作经费投入机制则无法在应急经费保障方面提供持续的支撑作用；目前我国尚未在正常的财政预算项目中将突发公共卫生事件经费进行单列，没有形成使用和分配应急资金的规范性管理办法，在经费使用过程中也缺乏监督及评价机制。

第二章

整合型卫生服务体系的意义



第二章 整合型卫生服务体系的意义

一、整合型卫生服务的理念

整合型卫生服务的理念可以回溯到 20 世纪 50 年代，当时，国际社会需要应对天花、疟疾等传染性疾病，卫生服务供给以针对特定疾病的分割式服务项目为主。WHO 成立专门的研究小组探讨整合式服务的优势，认为“整合式项目”能够为患者提供更加持续、有效和便捷的医疗服务²⁵。然而，全球经济衰退和市场化改革的推进，使得各国普遍实行选择性的初级卫生保健，并优先关注医疗服务效率提升和成本控制，整合型卫生服务模式未能得到足够重视²⁶。

随着市场化的深入，美国等国家在 20 世纪 90 年代开始通过组织合并和服务整合等方式来降低卫生服务成本、提高市场竞争优势，从而在一定程度上促进了整合型医疗的发展²⁵。从这一时期开始，整合型医疗逐渐成为全球卫生领域的热门话题。各国政府对健康权利的日益重视，对于单一疾病诊疗带来碎片化服务的反思，以及医疗技术和信息系统的进步，使得整合型医疗服务的实践愈发必要且可行。实践中，各国发展出了管理式医疗、病例管理、慢性病管理、医疗资源整合、医院集团化等多种整合模式²⁷。

2015 年，WHO 提出以医院和疾病为基础的分割式治疗模式损害了卫生系统提供普遍、公平、高质量服务的能力，强调必须建立“以人为本的整合型医疗服务体系”，整合型医疗由此成为全球共识性战略²⁸。2016 年，世界银行、WHO 和中国财政部、国家卫生计生委、人力资源和社会保障部联合发布的研究报告中，将整合型卫生服务体系作为中国卫生服务供给体系改革的终极目标²⁹。

尽管对于整合型卫生服务目前并无统一的定义，各地在实践过程中对其内涵也缺少稳定、一致的理解³⁰，但整合型卫生服务的内涵大致经历了从单维度向多维度拓展的过程²⁵：

单维度定义主要围绕医疗系统内部的服务、管理整合，如世界卫生组织欧洲办公室 2001 年提出的：“整合型医疗是将诊断、治疗、护理、康复和健康促进相关服务的投入、交付、管理和组织结合在一起，旨在改进访问、质量、用户满意度和效率等服务的手段”；或主要围绕初级卫生保健服务展开，如世界卫生组织 1996 年提出的：“整合型医疗的目的是促进一个在区域卫生小组管理下的初级卫生服务的发展”。

而多维度定义不再将整合的范围限定于医疗系统内部，而是拓展至包括医学教育、职业乃至住房等领域，目的不仅是提供初级卫生保健服务，更是确保人们在不同级别、不同医疗机构获得全生命周期的健康服务，包括健康促进、疾病预防、诊断、治疗、疾病管理、康复及姑息治疗等。

二、整合型卫生服务的必要性

整合型卫生服务旨在通过优化资源配置、改善服务流程、提升服务质量，实现公共卫生、预防保健、诊断、治疗和康复服务等多个层面和环节的有机结合和无缝对接。在中国卫生行业发展中，整合型卫生服务体系的重要性体现在以下几个方面：

- **提高资源利用效率：**通过服务整合，更有效地利用医疗卫生资源，减少重复建设和资源浪费，尤

其是在人口密集、资源紧张的地区。

- **改善医疗服务质量和可及性：**提供连续性和一体化的医疗服务，有助于提高医疗服务质量，降低患者治疗的时间和经济成本，增加医疗服务的可及性。
- **促进公共卫生与预防保健：**强调预防为主，将公共卫生服务与临床医疗服务紧密结合，有助于提升整个社会的健康水平和预防疾病的能力。
- **满足多样化健康需求：**能够提供更加个性化、多元化的服务，满足不同人群的健康需求，适应居民健康意识提高和健康需求多样化的趋势。
- **支撑健康中国战略实施：**通过推动健康服务模式的转变和健康产业的协同发展，为构建全民健康保障体系和促进全社会共同参与健康中国建设提供强有力的支撑。

整合型卫生服务体系不仅对提升卫生服务效率和质量具有重要意义，也是响应和适应人民群众日益增长的健康需求、推动中国卫生行业可持续发展的关键举措。

第三章

政策回顾与发展现状



第三章 政策回顾与发展现状

2021年，在“十四五”开局之年，国家发改委出台了《“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。

立足疫情后的新发展阶段，我国医疗卫生服务体系建设虽然取得了显著成绩，但发展不平衡、不充分的问题仍然比较突出，与人民群众的健康需要和高质量发展要求仍有一定差距。2023年3月23日，中共中央办公厅、国务院办公厅印发了《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》，再次重申了卫生服务体系建设的阶段目标：

- 到2025年，医疗卫生服务体系进一步健全，资源配置和服务均衡性逐步提高，重大疾病防控、救治和应急处置能力明显增强，中西医发展更加协调，有序就医和诊疗体系建设取得积极成效。
- 到2035年，形成与基本实现社会主义现代化相适应，体系完整、分工明确、功能互补、连续协同、运行高效、富有韧性的整合型医疗卫生服务体系，医疗卫生服务公平性、可及性和优质服务供给能力明显增强，促进人民群众健康水平显著提升。

相比2021年提出的阶段目标，新文件将整体目标达成的时间延后至2035年，并在表述上将“密切协作”替换为“连续协同”。这两个概念虽有相似之处，都指不同部门或机构之间的合作和支持，但也有明显的差异：协作指在同一时间点由不同主体通过多种方式来完成一项任务，而连续协同指的是在整个项目发展过程中的合作，需要各主体在不同时间点进行合作；协作是一个提前定义的过程，需要更多的计划和计算，而连续协同是一个动态过程，需要更多主动性和灵活性。新冠疫情这样的突发事件恰恰对卫生服务体系的灵活性和应变能力提出了更高要求，因此对卫生服务体系建设的目标也相应地进行了调整。

《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》还提出将重点从优化资源配置、加强分工合作、提高服务质量、加强科学管理以及深化体制机制改革5个方面着手，完善医疗卫生服务体系：

- **实现资源优化配置：**重点是基层医疗机构，要通过加大人才培养力度、扩大优质医疗资源供给、强化公共卫生和基层医疗服务，来提升服务体系的整体能力。
- **加强分工合作：**目的是促进分级诊疗，推进体系的整合化。其中统筹推进家庭医生签约服务、医疗联合体、防治结合等工作是主要的抓手。
- **提高服务质量：**通过加强医疗质量控制、优化服务流程、改善医疗服务等实现服务质量的提高和服务体验的改善。
- **加强科学管理：**健全各类医疗机构的管理制度，落实不同医疗机构的功能定位来推进管理的精细化。
- **深化体制机制改革：**促进医保、医疗、医药协同发展和治理，推进治理科学化。

一、聚焦医疗资源的不均衡，增强乡村卫生服务能力

2023年2月13日，中共中央、国务院发布《关于做好2023年全面推进乡村振兴重点工作的意见》，作为进入21世纪以来第20个指导“三农”工作的中央一号文件，再次将农村医疗卫生事业作为乡村振兴的重点内容，并做出了一系列部署³¹，其核心要义在于从人才和体系两个维度统筹发力，解决基层医生服务动力和服务能力不足的问题。

在吸引人才方面，《意见》提出要“统筹解决乡村医生薪酬分配和待遇保障问题，推进乡村医生队伍专业化规范化”，并实施乡村振兴人才支持计划，组织引导卫生领域人才到基层一线服务。加强乡村医生队伍的建设和发展，在过往的诸多政策中都会提及，不外乎以下两点：一是对服务能力提出要求，二是对村医待遇提供保障；对村医待遇的保障本质上也是为了保证整体的服务能力能够得到提升。

根据最新数据，截至2022年末，全国有136.7万名医护人员在58.8万个村卫生室工作，其中执业（助理）医师和持乡村医生证的人员114.1万人³²。这些医护人员为近5亿农村常住人口提供基本医疗服务和健康保障，其重要性不言而喻。近年来，关于乡村医生和村卫生室数量减少的报道频繁出现³³⁻³⁴，尽管可能存在因概念理解不一致而导致的统计偏差³⁵，但农村及基层医疗机构面临人才流失的问题是客观现实。因此村医的待遇保障被一再提及，并作为乡村医生队伍建设的重要保障措施而加紧落实。

在体系建设方面，《意见》重点提到了推进医疗卫生资源县域统筹，加强乡村两级医疗卫生、医疗保障服务能力建设。其中紧密型医疗卫生共同体是重要的县乡村公共资源，要进一步推动统筹建设和管护。

2月23日，中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》，明确提出健全以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的乡村医疗卫生服务体系，推进县域内医疗卫生服务一体化。这份文件更加全面地对进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展进行系统部署，也将乡村卫生服务体系建设的重要性提升到了新的高度。

在中央一号文件的基础上，《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》明确提出了乡村医疗卫生体系发展到2025年的目标任务，即乡村医疗卫生机构功能布局更加均衡合理，基础设施条件明显改善；乡村医疗卫生人才队伍发展壮大，人员素质和结构明显优化；乡村医疗卫生体系运行机制进一步完善，乡村医疗卫生体系改革发展取得明显进展。

8月7日，国家卫生健康委发布《基层卫生健康便民惠民服务举措》，提出基层医疗机构需围绕方便居民就医、优化服务提供、简化就医流程、改善服务体验、做好慢病管理、提升签约感受等六个方面，切实提升群众在基层医疗卫生机构获得基本医疗和卫生健康服务的便利度和服务质量。给基层医疗机构的高质量发展路径进一步指明了方向。

二、以医疗联合体为抓手，促进分级诊疗制度落地

回顾最近几年的政策文件，发展医疗联合体，尤其是县域医共体和城市医联体，几乎是所有与卫生服务相关的政策中必然会提及的重点工作之一。以中央一号文件为例，自2019年启动紧密型县域医共

体建设试点工作以来，连续 4 年在中央一号文件中对此项工作提出要求；2023 年继续将发展紧密型医疗卫生共同体作为推进县域城乡融合发展和推进医疗卫生资源县域统筹的重要举措。

事实上，从 2017 年医联体建设的顶层设计出炉，到 2019 年启动紧密型县域医共体建设试点，在经历了 6 年的尝试探索之后，目前无论从功能定位，还是实际效果来看，医联体、医共体都已经成为我国落实分级诊疗的重要载体，以及构建整合型卫生服务体系最主要的呈现形式。

2 月 9 日，国家卫健委、国家发改委、财政部等六部门联合印发了《紧密型城市医疗集团建设试点工作方案》，要求在每个省份选择 2-3 个设区的市，在 2023 年上半年，完成紧密型城市医疗集团网格化布局；到 2023 年底，基本形成系统集成的配套政策，推动紧密型城市医疗集团建设发展的体制机制取得新突破。到 2025 年，试点城市紧密型城市医疗集团管理体制更加科学，运行机制更加完善，服务模式更加优化，医疗资源供需更加匹配，就医格局更加合理，居民就医需求不断得到满足，试点工作形成可复制可推广的有益经验³⁶。6 月份，国家卫健委办公厅联合国家发改委办公厅、财政部办公厅等进一步明确了 81 个开展紧密型城市医疗集团建设的试点城市³⁷。

医联体建设的目标是通过整合区域内的医疗资源，促进优质医疗资源的下沉，提升基层医疗服务能力，完善医疗服务体系，并推动建立合理有序的分级诊疗模式。尽管医联体有不同的存在形式，其紧密型医联体具有统一的内部行政管理，而松散型医联体则仅以医疗服务的共享共建为纽带。但这种整合形式通常围绕特定地理区域进行，医联体通过协同合作，实现不同医疗机构间的资源共享，提供更加综合和协调的卫生服务，以满足患者的需求。我国的卫生改革对于医联体的一个重要定位是实现分级诊疗的载体，通过其推动双向转诊的科学实施，进而促进卫生服务体系的协调与改进。根据国家卫健委发布的数据，截至 2023 年底，我国已经在公布的 81 个城市开展了医联体建设试点，同时全国范围内已经建成各种形式的医联体共计 1.8 万余个，全国双向转诊人次达到 3032.17 万，较 2022 年增长了 9.7%，其中上转人次 1559.97 万，较 2022 年下降 4.4%，下转人次 1472.2 万，较 2022 年增长了 29.9%³⁸。

三、推进国家医学中心和区域医疗中心建设，引领行业发展

如果说提高乡村卫生服务能力和大力发展医联体、医共体更多地是为了实现医疗资源的均衡分布、体现医疗服务公平性的话，推进国家医学中心和区域医疗中心（以下简称“双中心”）建设则更多地是实现优质医疗资源的扩容，更好地引领医疗行业高水平发展。

2022 年 12 月 30 日，国家卫健委公布了国家骨科医学中心的承接医院名单，依托北京积水潭医院和上海市第六人民医院，形成南北协同、优势互补的模式，建立多中心协同工作机制，落实相应职责任务，带动全国骨科领域的建设与高质量发展。进入 2023 年后，并未有新增的国家医学中心。至此，全国范围内依托 25 家医院已设置 14 个专业类别的国家医学中心（详见图 4）。

国家医学中心建设进展

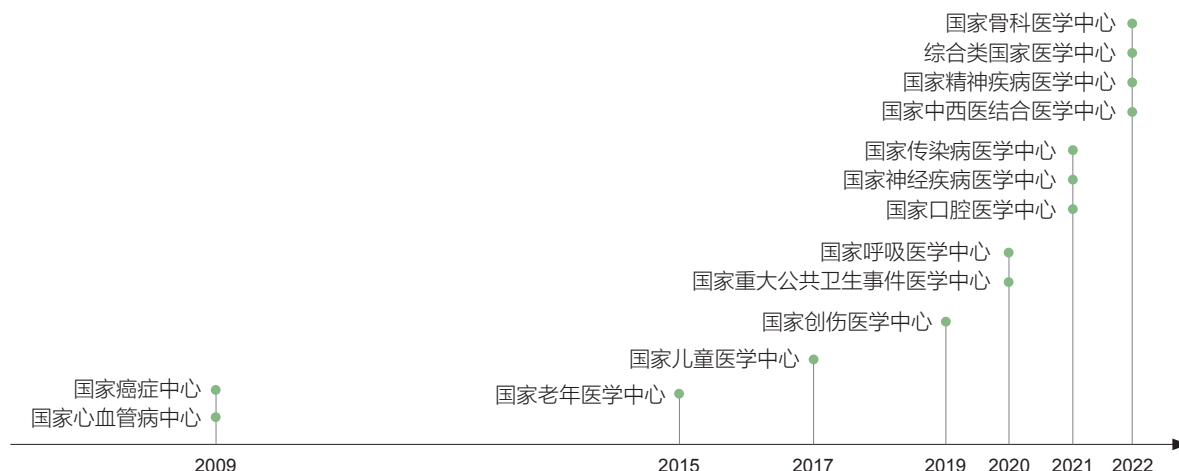


图 4. 国家医学中心建设进展

与此同时，国家卫健委印发了试行版的国家医学中心和国家区域医疗中心管理办法³⁹，从功能定位、组织架构、设置流程、考核评价等方面对“双中心”的管理提出了具体的要求。

这也意味着自 2017 年出台顶层规划（《“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划》）、到 2019 年启动实施（《国家医学中心和国家区域医疗中心设置实施方案》），再到 2022 年 4 月推广扩面（《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》）之后，“双中心”的建设工作进入了统筹管理的新阶段。

《国家区域医疗中心管理办法（试行）》中提到了国家区域医疗中心要与国家医学中心以及省级区域医疗中心构建高水平医院网络，共同带动我国医疗服务能力整体提升。

3 月 5 日，国家发改委提请第十四届全国人民代表大会第一次会议审查《关于 2022 年国民经济和社会发展计划执行情况与 2023 年国民经济和社会发展计划草案的报告》，明确提出 2023 年将“全面完成国家区域医疗中心全国范围内的规划布局，有序推进省级区域医疗中心建设”，也再次表明“双中心”建设工作进入了一个全新的时期。7 月，国家发展改革委、国家卫生健康委、国家中医药管理局联合公布了第五批国家区域医疗中心项目名单，共 49 家医院获批。至此，全国范围内已批复 125 个国家区域医疗中心，覆盖全国所有省份（除香港、澳门和台湾），基本实现全国范围内规划布局的既定目标。从机构设立的角度来看，“双中心”建设工作同样也进入了新的阶段，从第一阶段布局国家医学中心，到第二阶段主要布局国家区域医疗中心，再到目前的有序推进省级区域医疗中心阶段。

四、强化医疗质量管理和专科建设，增加优质服务供给

“十四五”时期，我国进入新的发展阶段，高质量发展成为国民经济与社会发展的主旋律，卫生领域在寻求高质量发展的过程中，对于医疗质量的管理也上升到全新的高度，医疗卫生质量管理的政策体系、内涵、发展目标等也有了系统性调整。

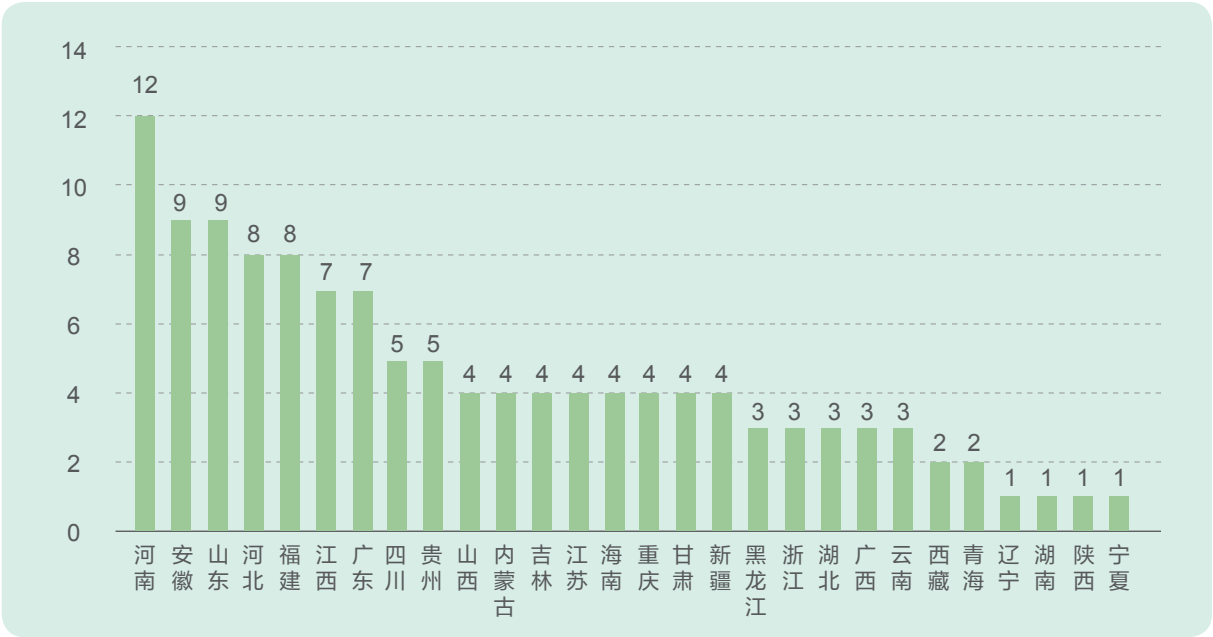


图 5. 国家区域医疗中心分布情况

医疗质量安全直接关系到人民群众的获得感，持续改进医疗质量、保障医疗安全，也是推进健康中国建设的基础性、核心性工作。5月29日，国家卫健委发布《全面提升医疗质量行动计划（2023-2025年）》，在全国二级以上医疗机构开展为期三年的全面提升医疗质量行动，并从基础质量安全管理、关键环节和行为管理、质量安全管理体系建设等维度提出了28项具体措施和5个专项行动⁴⁰。

在《全面提升医疗质量行动计划（2023-2025年）》中设立的5个专项提升行动，覆盖了手术质量安全管理、诊疗模式建立、病历内涵质量、患者安全管理、质控组织体系建设等内容，手术质量安全提升行动、“破壁”行动、病历内涵质量提升行动、患者安全专项行动、“织网”行动5个专项行动，就手术质量安全管理、建立“以疾病为链条”的诊疗模式、病历内涵质量、患者安全管理、质控组织体系建设等5个方面的工作提出了具体要求和目标，也是本次行动的核心任务。之后，国家卫健委分别于8月和10月印发了《手术质量安全提升行动方案（2023-2025年）》⁴¹和《患者安全专项行动方案（2023-2025年）》⁴²。

医疗卫生的高质量发展，除了表现为医疗质量的提升之外，也表现为对医疗质量控制的科学化、专业化和精细化程度有了更高的要求。2月27日，国家卫健委印发《医疗质量控制中心管理规定》⁴³，对医疗质控中心的规划设置、职能、运行监管等工作要求进行了明确规定，并公布了首批规划设置的质控中心，包括临床、医技、管理3大类6个领域60个具体方向，不但囊括了既往国家质控中心已经设置的41个专业，而且还在管理类上设置了更多的方向，包括病案管理、日间医疗管理、医院感染管理、医学装备、医学信息等，这也意味着我国的医疗质量控制体系更加全面、将推动相关领域的管理水平进一步提升。

五、稳步提升医疗信息化水平，为卫生服务提供全面支持

4月，国家卫健委统计信息中心发布了《全国卫生健康信息化发展指数（2023）》，结果显示，全国卫生健康信息化组织保障体系逐步完善，信息化建设基础进一步夯实，医疗机构间协同合作不断加强，互联互通成熟度稳步提升。同时，医疗健康数据治理水平得到提高，新一代信息技术与行业应用深度融合，信息惠民服务切实增强了群众获得感⁴⁴。

到2022年，全国三级公立医院电子病历系统应用水平分级参评率达到了99.0%，其平均级别达到4级（详见图6）。而中国医学科学院阜外医院更是成为全国首家电子病历系统功能应用水平达到8级的医疗机构⁴⁵。

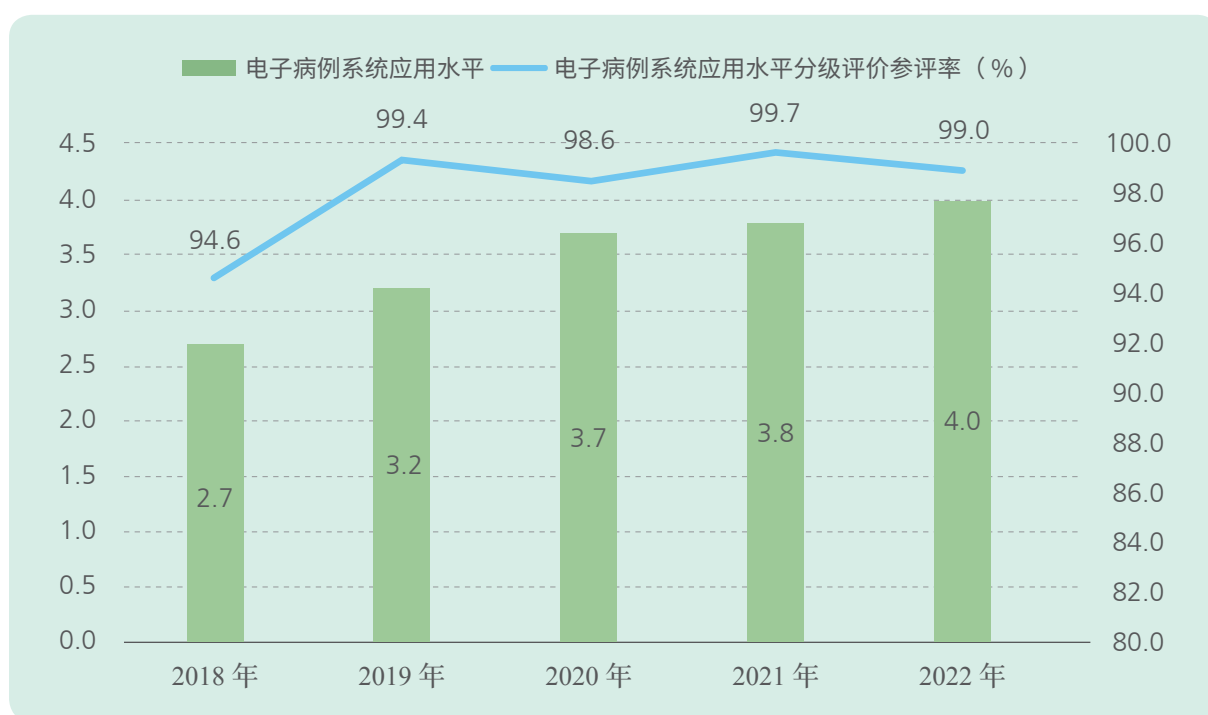


图6. 全国三级公立医院电子病历系统应用水平

对全国88.40%的二级公立医院电子病历系统应用水平分级评价中，平均级别达到2.60级。其中，60.36%的二级公立医院的电子病历系统应用水平分级达到3级及以上，基本满足部门间数据交换的要求；而电子病历系统应用水平最高达到5级的医疗机构占比约为0.30%，主要分布在山东、上海等省份⁴⁶。

此外，根据国家卫健委公布的对县级医院的评估数据显示，参评的2116家县医院中，已开展电子病历应用功能水平分级评价的县医院占比为93.24%，87.28%的医院达到电子病历三级及以上水平，平均水平为3.21级，呈现逐年提升的趋势（详见图7）⁴⁷。

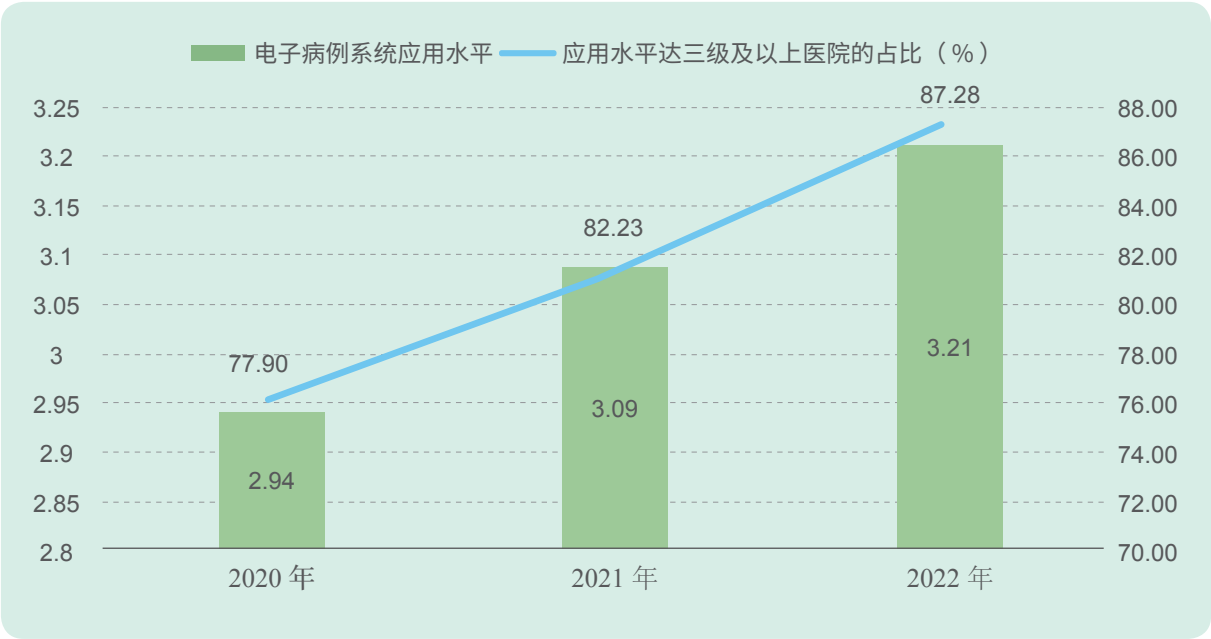


图 7. 县级医院电子病历系统应用水平

纵观 2023 年卫生领域的政策发布情况，资源下沉、均衡布局、医疗质量、患者安全等新政策的出台，往往都伴随着对信息化工具在其中发挥支撑作用的一再强调。随着国家 2023 版三级医院评审细则的出台，各地相继修订了评审实施细则，将电子病历达到 4 级以上作为四川、福建、贵州、吉林、山东、安徽、湖南等地的前置要求。此外，一些地区的标准中还要求电子病历系统具备病案质量控制功能，能够统计与分析医疗质量指标数据，甚至要求电子病历能够自动生成医疗质量管理与控制工作的报表。

在其他方面，例如，国家血液病医学中心和国家血液病区域医疗中心的设置标准要求电子病历系统应用水平分级评价达到五级，信息平台建设达到医院信息互联互通标准化成熟度测评四级甲等。同时，《医疗监督执法工作规范（试行）》提出应当利用信息化技术、大数据等手段创新监督执法模式，提高监督执法效率和质量。《乡镇卫生院服务能力评价指南（2023 版）》和《社区卫生服务中心服务能力评价指南（2023 版）》中也纳入了信息化相关的评价指标，强调了数字化管理、信息化技术支持等。同时，《质量强国建设纲要》和《医疗质量控制中心管理规定》也对信息化工作提出了相应的要求。

7 月，国家卫健委发布了我国临床决策支持系统（CDSS）的首部管理规范——《医疗机构临床决策支持系统应用管理规范（试行）》，旨在促进智慧医院建设发展，满足医院信息化工作的需要⁴⁸。

第四章

案例呈现



第四章 案例呈现

一、创新模式概述

在《2022 中国卫生健康服务体系创新案例集》中，我们从具体创新举措出发，提出了三个案例分类：“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”。在今年的案例集中，我们希望在呈现具体创新举措的基础上，对创新的主体加以明晰，让读者能够更清楚地了解每一层级的创新卫生健康服务提供方所做出的探索与尝试。

如前文所述，我们认为目前医疗联合体（医联体）是我国整合型医疗卫生服务体系的主要表现形式，具体的实践模式包括医疗集团、医疗共同体（医共体）、专科联盟和远程医疗协作网等，不同的模式分别具有如下特点与差异⁴⁹：

- **医疗集团**：也称城市医疗集团，一般是设区的市级以上城市的医联体发展模式，主要由公立医疗机构、社区卫生服务机构、康复机构等组成，实现人才、技术、服务等方面的协作。
- **医疗共同体**：也称县域医共体，一般是县域内的医联体发展模式，主要由县级医院、乡镇卫生院、村卫生室等组成，实现县乡、乡村等一体化管理。
- **专科联盟**：也称专科特色联盟，一般是横跨多地区的医学专业发展模式，主要涉及医疗机构的特色学科、国家医学中心、国家区域医疗中心、国家临床医学研究中心等，实现专科之间的协作与发展。
- **远程医疗协作网**：一般是边远或较为贫困地区共享医疗资源的实现形式，包括公立医院、基层医疗卫生机构等单位，涉及远程医疗、远程教学、远程培训等功能。

除医联体之外，在医联体建设、公立医院高质量发展等政策的引领下，公立医院与其他社会力量也为我国整合型医疗卫生服务体系的建设提供了创新思路与成果，值得记录与借鉴。

因此，本次创新案例分成三类呈现：1）医联体的不断探索，2）公立医院的改革尝试，3）其他社会力量参与创新。（需要说明的是，我国幅员辽阔、人口众多，各地医疗条件差异大、水平发展不均衡，因此在实践中并不能准确以某一种医联体模式来完全概括当地的发展建设，在案例分类时，某一案例可能涉及多种模式）。

此外，以医联体为主的整合型医疗卫生服务体系建设根据具体创新举措的不同，又可分成几种模式⁵⁰：

- **组织整合**：指组织形式、机构内部架构等
- **管理整合**：指医共体管理制度、人力资源制度、绩效考核制度等
- **功能整合**：指资源整合、信息化建设等
- **服务整合**：指医防融合、医养结合等

在分析医联体部分的具体案例时，我们也概括了具体创新举措应用的整合模式，便于读者进一步思考、分析与应用。

二、创新案例

(一) 医联体的不断探索

案例一：湖州市长兴县综合构建整合型医疗卫生服务体系

医联体模式：●医疗集团 ●医疗共同体 ○专科联盟 ○远程医疗协作网 ○其他

2016年浙江省被国务院纳入综合医改试点省份，全省上下致力于探索打造优质高效的整合型医疗卫生服务体系。湖州市下辖的长兴县通过多种医联体建设，初步实现了体系整合、优质高效的成果⁵¹，并于2021年被国务院医改领导小组办公室列入中国-世界卫生组织为期3年的合作医改试点项目。2023年，该项目接近尾声，长兴县的整合型医疗卫生服务体系也取得显著成效。

1. 面临的问题与挑战

1.1 县乡优质医疗资源匮乏，县域内病人流失

长期以来，中国县域范围内普遍存在医疗环境和设备条件落后、医疗资源匮乏的问题，长兴县也不例外。由于不满意本地医疗机构的水平，居民常年选择小病跑县城，大病跑省城。在2015年之前，长兴县居民对县域内医疗服务的满意度不到50%，40%的住院病人选择前往上海、杭州、湖州等地就医⁵²。这种异地就诊不仅影响及时治疗，也不利于后续治疗和复查。且省级医疗机构也常常人满为患，城乡医疗资源分布不均、分级诊疗体系难以有效实现⁵³。

1.2 医疗人力资源缺乏活力

在医疗资源不足和患者流失严重的情况下，县域内的医疗机构得不到有效激励，面临管理不善，医护人员缺乏活力的问题，进一步影响了居民的就医体验。以长兴人民医院为例，2016年时，医务人员对医院管理的满意率只有47%⁵²。在这种恶性循环下，县域内医疗机构难以吸引优质医疗人才，医疗系统急需外力帮助改善人力资源水平和结构。

2. 创新模式与举措

□组织整合 ■管理整合 ■功能整合 ■服务整合

2.1 与浙江省第二医院医疗集团合作，建立紧密型医联体

2015年至2018年期间，长兴县政府与浙江大学医学院附属第二医院（以下简称“浙医二院”）持续深化合作，长兴县人民医院作为县域范围内唯一的三级乙等综合性医院，先后成为浙医二院长兴分院、浙医二院长兴院区，并加入浙医二院医疗集团。浙医二院医疗集团与长兴县人民医院以紧密型医联体模式进行合作，在人、财、物方面统一按浙医二院的流程实行一体化管理，两地对外使用“一张发票”，还建立专家工作站和诊治中心，使长兴县的居民能够在家门口享受到省级医院的医疗体验⁵²。

2.2 构建县域医疗共同体，推动基层医疗服务提升

在加入浙医二院医疗集团并提升了自身软硬实力后，自 2018 年起，长兴县人民医院开始承担起建设长兴县域医共体的责任，联合县域内 8 个乡镇卫生院，将省级医院和乡镇卫生院串联起来，形成了“1+1+8”的医疗系统。在此过程中，长兴县在人力资源、医疗服务等方面实施了多项整合举措，推动医疗资源更加均衡，打通城乡技术和管理壁垒，使分级诊疗模式得以切实发挥效果⁵⁴。

2.2.1 改善营商环境，推进职业健康治理新模式

长兴县是县域经济百强县，县内存在职业病危害因素企业近 3000 家，其中重点职业病危害企业 600 余家，涉及相关从业人员 10 万余人⁵⁵。自 2018 年起，长兴县将职业健康保护列为重点工作，开展健康素养提升行动；自 2023 年 8 月起，长兴县在“网格化健康管理”的实践基础上，探索以企业为单位的“厂医联动”网格化健康管理。政府联合基层商会推进“厂医联动”改革，构建政府主导、企业为主体、医院主营、员工参与的网格化健康管理模式，让企业员工以县级就医成本享受省级诊疗服务。依托“健康银行”、“职业健康综合管理”等应用，落实员工健康管理制，为企业打造职业健康监管方案，推动健康防治从治疗向预防转变⁵⁶。

2.2.2 人才引进与培养

为了吸引优质医疗人才，长兴县规定高层次人才可同时享受院内和县级人才新政，包括放宽进编条件、提供财政补助等；镇村两级还实行定向培养，确保人才毕业后直接到岗。通过浙医二院平台，长兴县也引进了教授级专家，吸引更多高质量医学人才扎根长兴。在人才培养方面，长兴县通过与浙医二院及其他省级医院建立合作培养计划，输送本地人才进修学习；财政上鼓励支持骨干在职人员攻读硕博学位，进一步提升本地人才的专业能力⁵⁶。通过人力资源的管理与整合，长兴县改变了原先县级以下医疗机构资源匮乏的倒三角结构，使县域医共体的软实力不断增强，为居民疾病预防及健康管理打下坚实基础。

2.2.3 慢病管理与预防

构建县域医疗共同体后，长兴县充分发挥基层医疗机构在慢病预防和管理上的作用，做到疾病早发现、早干预，减少并发症和后续治疗成本。在管理工具方面，长兴县利用数据技术开发个人健康指数数据档案，为居民绘制“健康画像”，内容包括健康状况、慢病情况、风险因素等信息，对高血压、糖尿病等慢性病患者实施精准干预⁵⁶。在创新手段方面，长兴县推出“健康银行”服务，鼓励居民通过参加健康活动来换取健康积分、兑换健康资产⁵⁷，引导居民构建自我健康管理及疾病预防观念。

3. 成果与成效

自 2016 年起，长兴县的各项医改成果为其建成整合型医疗卫生服务体系不断添砖加瓦。截至 2023 年，长兴县已成为全国医改示范县和 WHO 医改试点县，其医共体建设成果多次获国务院督查激励、中组部典型案例和全国优秀实践案例的认可，并被国家卫健委在新闻发布会上两次推广，WHO 也先后两次向全球推介。目前，长兴县主要健康指标已经优于中高收入国家水平，连续 9 年孕产妇死亡率为 0、婴儿死亡率低于 5‰。

在医疗集团模式下，县级医院发展迅猛，长兴县人民医院入选国家“千县工程”，创建了国家标准胸痛中心、国家示范卒中中心和国家级创伤中心；县中医院升级为“三甲”中医院。在持续多年的医疗集团及县域医疗共同体模式下，三级诊疗正三角已经成型，县域就诊率达到 90.3%，基层就诊率 72.0%，95% 以上急危重症在县域内进行治疗⁵⁸。

案例二：天津市数字健共体

医联体模式：○医疗集团 ●医疗共同体 ○专科联盟 ○远程医疗协作网 ○其他

天津市数字健共体是在天津市卫健委和天津市医保局的指导下，由天津微医总医院（天津微医互联网医院）牵头、协同天津全市 266 家基层医疗卫生机构共同组建的紧密型数字医联体。2020 年 1 月，天津市政府与微医集团签署《数字健康战略合作协议》，天津市成为全国首个全面启动数字健康建设的省级行政区，并将“数字健共体”列入天津医改总体方案，作为一项重点内容部署实施。此举旨在应对人口老龄化带来的挑战，提升基层医疗机构健康保障能力与卫生服务水平。

1. 面临的问题与挑战

天津市老年人口数量逐年上升，已进入人口老龄化加速期。根据第七次人口普查结果，全市 60 岁及以上人口为 300.27 万人，占比达到 21.66%。以老年人、慢性病患者为主要服务对象的基层医疗卫生服务机构，亟待进一步提高服务能力。

2. 创新模式与举措

2.1 通过“四个共同体”，建立权责明晰的治理协调机制

天津市数字健共体通过体制机制和技术创新，打造了“四个共同体”，以建立权责明晰的治理协调机制。

- **建立协同发展机制，打造“管理共同体”**，数字健共体内各医疗机构在规章制度、技术规范、人员培训、绩效考核等方面执行统一标准，实现以上带下、协同发展。
- **通过建立共建共享机制，打造“服务共同体”**，健全数字健共体运作机制，实现组织同建、管理同步、服务同做、资源共享，形成优势互补的医疗卫生健康服务体系。
- **落实医联体总额付费政策，着力打造“利益共同体”**，健共体内各成员单位与牵头单位通过一对一协议，明确各自责任、权利和义务，建立资源共享、分工协作、责任共担和利益共享机制，共同完善区域医疗卫生健康服务体系，建立以家庭医生责任制为基础，以健康管理绩效为核心，多劳多得、优绩优酬的内部分配机制，并与药品、耗材和检查检验收入脱钩，通过结余留用资金提高基层医务人员阳光化收入，激发基层健康管理动力。
- **通过建立分工协作机制，打造“责任共同体”**，即界定数字健共体牵头医院、区域中心医院和基层医疗卫生机构的关系，全面落实分级诊疗制度，逐步建立管理统一、服务同质、利益共享、责任共担的工作机制。

2.2 率先探索按人头总额付费改革，推动以健康结果为导向

2021年以来，天津市医保局、天津市卫健委联合发布《关于对开展家庭医生签约服务的紧密型区域医疗联合体试行按人头总额付费有关工作的通知》等一系列指导文件，加速推动天津市医疗改革工作。在政府机构的指导下，数字健共体各成员单位首先以糖尿病门诊特定疾病（以下简称“糖尿病门特”）按人头总额付费为切入点，将糖尿病门特从按项目付费转变为按人头总额付费，推行糖尿病门特健康主管责任制，探索建立了以健康结果为导向的激励机制。在此基础上，天津市及时总结经验，进一步扩大实施范围，聚焦心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等四大类慢性病，依托各区主导推进的紧密型医联体建设，对家庭医生签约服务人群实施医保按人头总额付费，并建立以健康结果为导向的激励约束机制，推动基层医疗机构提高重大慢性病防治和健康管理水平。

2.3 以“四朵云”平台赋能，提升基层医疗健康保障能力

天津市数字健共体通过建立数字化、集约化的服务体系，在基层医院落地统一的云管理、云服务、云药房、云检查“四朵云”平台，有效提升了基层医疗的管理及服务效率。

- “云管理”平台通过建立数据管理中心与数据运营中心，促进数字健共体内各类医疗服务纵向贯通融合，实现基本医疗和基本公共卫生服务等数据互联互通，推进数字健共体内健康档案、电子病历和检验报告、影像资料等信息共享和业务协同，为诊疗路径、病种管理、药事服务、检查检验、薪酬绩效、医保监管与结算等提供标准化、数字化的支撑与统一管理。
- “云服务”平台通过建立家医服务中心、诊疗服务中心、健管服务中心、特需服务中心，为居民提供多形式、多层次、多样化的中西医结合医疗护理和健康管理服务。
- “云药房”平台通过建立药事服务中心，引入“互联网+药品保障”服务模式，推动全市基层医疗卫生机构和二、三级医疗机构药品目录有效衔接，延伸基层慢病管理和长处方工作制度，通过统一标准，强化处方点评和监管、处方外流、现代物流配送药品等方式，解决基层医疗卫生机构药品保障不足、使用不规范等问题，着力满足社区慢病患者多样化用药需求。
- “云检查”平台通过建立检验检查中心，优化医疗卫生资源集约配置，推动建立“基层检查、上级诊断”的服务模式，实现检查检验数据互联互通、结果互传互认和优质医疗资源共享。

2.4 深入应用人工智能技术，实现全生命周期健康服务

在天津市数字健共体的建设运营中，人工智能技术实现了规模化应用。其通过AI赋能构建了“医、药、检、健、管”五项数智化能力中枢，在提高基层医疗卫生机构服务能力、做强分级诊疗、服务百姓全生命周期健康管理，以及重塑医疗服务流程、服务模式和管理模式等方面均取得了突出成效。

依托由微医与浙江大学睿医医学人工智能研究中心共同研发的医学人工智能开放平台睿医（RealDoctor），天津市数字健共体引入专病AI诊疗系统、AI健管、AI检查、AI药事服务、数智监管等应用，从而实现提升基层医生能力和健康管理师人效，为基层检验科和审方降本增效，并可实时监控健共体内医疗、医药、医保的运营情况。目前，天津市数字健共体正在探索重大慢病基层数智化共管，即利用数字化和人工智能手段实现从“管病”到“管人”的多病共管模式。

3. 成果与成效

自 2020 年以来，天津市数字健共体与全市 266 家基层医疗卫生机构形成了紧密的责任、管理、服务和利益共同体，取得了重要成果：

数字和 AI 赋能方面，数字化平台和人工智能技术的赋能，促进了医疗资源平稳有序流动和科学配置：通过“云药房”平台，基层医疗卫生机构供应药品品种从以往的平均不足 400 种，到目前涵盖 2600 多个品种，4800 多个品规，实现全市基层医疗卫生机构和二、三级医疗机构药品目录有效衔接；应用专病 AI 诊疗系统和 AI 检查后，基层诊疗方案质量提升了 22%，相关检查项目的基层年度筛查率提升了 28%。

基层慢病服务能力方面，截至 2023 年 9 月，天津市 23 万名选定健康主管机构的糖尿病门特患者中，44% 的患者签约基层卫生机构为健康主管机构，36.3% 的患者以其他区属公立医疗机构和基层医疗机构为健康主管机构，选择市属公立三级医疗机构的比例仅占 19.3%。数字健共体试点医院中，糖尿病患者规范管理率达 76.68%，纳入示范级慢病管理 3 个月以上的患者血糖达标率比非管理患者提高 13.5%。

医保支出方面，2023 年 1 月至 12 月，天津市数字健共体累计核定糖尿病门特按人头总额付费额度 9.65 亿元，健康主管机构通过规范行为、控制成本和开展健康管理，实现总体结余 2.31 亿元，结余率超 20%。

天津市数字健共体一体化打通了数据、诊疗、药检、支付和绩效 5 个层面，覆盖 350 万重点签约居民，提供全流程医疗和健康维护服务，其创新做法因成效突出上榜 2020 年、2023 年度全国“推进医改、服务百姓健康十大新举措”。其中，西青区探索开展的紧密型数字健共体建设经验被纳入国家卫健委《紧密型县域医疗卫生共同体建设典型案例 2023》，向全国各地推广。

案例三：德清县域健康共同体

医联体模式：●医疗集团 ●医疗共同体 ○专科联盟 ○远程医疗协作网 ○其他

为提升本地医疗服务能力，阻断患者外流，浙江省湖州市德清县开展自上而下的医疗服务体系改革。2013 年，浙江省开展“双下沉、两提升”（优质医疗资源下沉、医务人员下沉，区域内医疗机构服务能力提升、群众就医满意度提升）工程，德清县通过“医联体+医共体”建设，引入县外优质医疗资源，下沉县内专业能力。2019 年，德清县发布《德清县深化县域健康共同体建设实施方案》，继续指导优化县域医疗卫生资源布局，提升县域医疗健康服务水平，并在全省率先建立三医协同治理平台，向结果导向的“健共体”转型。

1. 面临的问题与挑战

德清县毗邻杭州市，经济发展条件优越，近年来稳居全国县域经济综合竞争力百强。然而，其有利的地理位置却对医疗发展形成极大障碍。由于德清县至杭州市中心城区距离近、交通便捷，高铁仅需 13 分钟即可到达，杭州市三甲医院的虹吸效应导致德清县本地患者大量外流。2015 年至 2017 年间，德清县基层就诊率不足五成，县域就诊率约六成，并呈逐年下降趋势。医保数据显示，三分之一的住院行为

发生在县外，占据住院医保基金半数以上，导致医保基金连续三年赤字⁵⁹。县医院为维持自身发展，与基层医疗机构竞争病患，形成恶性循环。

2. 创新模式与举措

■组织整合 ■管理整合 ■功能整合 □服务整合

2.1 引入优质医疗资源，进行“医联体”建设

自2013年起，德清县引入省内外优质医疗资源。县内三家县级医院分别与浙江省人民医院、上海市第一人民医院等大三甲医院开展临床、教学合作。2017年，德清县第三人民医院（以下简称“县三院”）和德清县人民医院（以下简称“县人民医院”）分别与杭州师范大学附属医院（以下简称“杭师大附属医院”）和浙江大学医学院附属邵逸夫医院（以下简称“浙大邵逸夫医院”）建立战略协作关系，开展“医联体”建设。2021年杭师大附属医院受托全面接管县三院，选派管理层和神经、心血管、重症医学、麻醉、血透等10个科室的学科带头人常驻德清，并每周安排30余位专家坐诊、带教，提升德清诊治能力。县人民医院也在浙大邵逸夫医院的带领下不断优化医院内部管理和临床实力。

2.2 下沉专业能力，在县域内进行“医共体”建设

2017年，通过整合县内医疗资源，德清县组建了武康健康保健集团和新市健康保健集团作为两大医共体的牵头医院，县人民医院和县三院分别下辖8家和4个乡镇卫生院，统一管理“人财物”。为提升下辖乡镇卫生院的专业能力，两家牵头医院采取了以下措施：

- **下沉专家资源。**委派本院专家前往乡镇卫生院提供诊疗服务或指导诊疗。在武康集团，挂职乡镇卫生院副院长的县人民医院专家每周安排一半时间在基层出诊；而在新市集集团，每周约有三名县三院专家到乡镇卫生院坐诊，开展并指导诊治工作。
- **共享诊疗资源，畅通转诊渠道。**整合重组资源，实现医共体内的双向转诊和数据共享。医共体建成了统一的检验、影像、心电诊断和消毒供应等资源共享服务中心，基于共享的诊疗资源，双向转诊更加顺畅。在医共体内，检验和影像等结果互认共享，患者可以在基层进行初步诊断并完成相应检查，然后预约到牵头医院进行其他检查和结果解读，从而节省时间和费用。进入稳定运转后，医共体内双向转诊情况明显增多。

2.3 推动家庭医生签约，打造数字化慢病管理

德清县推动家庭医生签约，旨在改变居民对于慢病“重治疗、轻预防”的观念，解决用药依从性差的问题。家庭医生定期上门检查，指导基层群众和患者积极参与慢病防治，践行健康的饮食习惯和生活方式。家庭医生参与的慢病患者建档数据，也支持着德清县医患互动的数字化慢病管理。2023年后，德清县将原来针对高血压、糖尿病老年人的管理平台拓展为涵盖冠心病、慢阻肺、脑卒中和肾病等多种慢性病的“慢病全周期健康管理平台”。平台全面、实时、持续采集重点人群健康体征数据，达到预防和减少慢病重症、并发症的目的，有效减缓甚至抑制疾病进展。

2.4 通过“三医协同”数字治理，向结果为导向的“健共体”转型

德清县在全省率先建立三医协同治理平台，挖掘全县参保人员就医人群流、基金流及疾病流等医疗、医药、医保三方面的数据价值，从而搭建以结果为导向的健康评价体系，推动整合型服务和整合型支付体系融合。例如，德清推行医共体总额预算下按人头包干（门诊+住院）结合住院按 DRGs 点数付费、门诊按人头支付的医保支付方式，根据不同医保险种、参保地、参保人员年龄等计算支付标准形成年度包干总额。参保人员可以自由选择医疗机构，通过竞争促进了医共体服务质量的提升。

3. 成果与成效

在医联体方面，县三院门急诊服务量从 2020 年的 30.9 万人次，增加至 2022 年的 46.9 万人次；出院人次从 2020 年 8617 人增加至 2022 年的 13607 人次。外科手术能力也得到较大幅度提升，手术量从 2020 年 2197 人次增加至 2022 年的 3689 人次，病例组合指数（CMI）和三四级手术占比明显提升⁵⁹。而县人民医院 2022 年 CMI 指数由 2017 年的 0.7463 上升到 1.0001，手术总量破万例，三四级手术占比由 2017 年的 12.25% 上升到 27.98%⁶⁰。

在医共体方面，2023 年度德清县县域就诊率和基层就诊率分别达 90.13% 和 72.12%，异地就诊率显著下降⁶¹。在慢病管理方面，德清已组建 149 支签约团队，开设家庭病床 280 张，县三院于 2023 年成功入选第三批国家县域慢病管理中心建设单位。

案例四：南宁市第一人民医院远程心电及影像诊断医疗协作网

医联体模式：●医疗集团 ○医疗共同体 ○专科联盟 ●远程医疗协作网 ○其他

南宁市第一人民医院于 2016 年启动心电远程医疗协作系统的搭建，同时加强对医联体模式的探索。2019 年，南宁市第一人民医院医疗集团正式成立，进一步加强了成员单位之间的合作，并继续扩展远程心电及影像诊断协作网络。2023 年 7 月，医院成为国家心血管疾病临床医学研究中心地区合作中心，将继续发挥领头作用，促进区域内心血管疾病的诊疗水平，助力国家心血管疾病临床研究中心建设。

1. 面临的问题与挑战

心脑血管疾病的早期发现对后续治疗和预后至关重要，通常需要依赖心电图及医学影像进行早期诊断。然而，基层医疗机构长期面临心电图及影像专业人才短缺的问题，导致患者无法在初期阶段进行及时检查，治疗经常因此延误。并且，某些基层医疗机构虽配备专业人员，但由于人力不足，一位专业人员可能需要负责多项检查，难以抽出额外的时间去进修，因而专业水平一般，无法处理疑难的心电图或其他影像诊断，容易造成误诊或漏诊，危及患者生命。

2. 创新模式与举措

□组织整合 □管理整合 ■功能整合 □服务整合

2.1 发挥技术优势，开展信息化建设、整合心电与影像资源

南宁市第一医院本身具备三甲综合性医院的高水平技术，自 2016 年起已投入近千万元开展包括远程心电、远程影像、远程会诊、远程视讯等系统的建设工作，并建立远程心电诊断中心及远程影像诊断中心，应用心电诊断“危急值”预警管理系统发现危急情况。通过与基层医疗机构签订《医联体心电远程诊断合作协议书》，南宁市第一医院与下级机构展开远程心电及影像诊断工作，帮助基层专业人员处理复杂情况，使患者能够就近获得及时和高质量的诊断⁶²。此外，南宁市第一医院通过逐步构建的远程医疗网络，面向基层医疗机构提供远程教学、远程培训等服务，在协助基层医院诊断的同时，也帮助医生提升自身能力、达到同质化的诊断，减少漏诊和误诊的发生，保障高质量服务的可持续性，提升基层医疗机构的医疗水平⁶³。

2.2 依托医疗集团，实现协作网内快速转诊

远程心电及影像诊断医疗协作网的探索，为南宁市第一医院建立更综合的医联体提供了经验与助力。2019 年，南宁市第一人民医院成立了包含 9 家医疗机构的医疗集团，并在此后不断壮大队伍，如今已经形成了“1 家市级中心医院+4 家城区级公立医院+20 家基层医疗养老机构”的一体化格局⁶⁴。在协作网医疗机构发现问题、需要到上级医院诊断或治疗的患者，可通过绿色通道快速地转到相应科室住院或门诊治疗，从而节省时间，得到有效救治。

2.3 打破行政壁垒，携手监管机构提升特殊人群医疗待遇

自 2018 年起，南宁市第一人民医院与广西第一强制隔离戒毒所等 6 家戒毒所医院开展远程医疗协作。戒毒所加入医联体远程心电诊断系统平台后，患者的心电信息数据可实时传输至远程心电诊断中心并由中心专家在线做出诊断，戒毒所可实时获取电子诊断结果，提升心血管疾病诊疗的速度及能力⁶⁵。这一举措对戒毒人员的疑难杂症诊断、就医绿色通道构建等提供了重要支持，帮助戒毒所医院提高医疗技术水平和服，有效保障了戒毒人员的生命健康。

3. 成果与成效

目前，南宁市第一人民医院远程心电及影像诊断医疗协作网内已有单位近 50 家，服务范围覆盖桂林市、玉林市、百色市、北海市、贵港市及南宁市的六市三县六城区。截至 2023 年 9 月，南宁市第一人民医院已开展远程心电、影像、脑电图诊断合作近 80 万例次，基层医疗机构诊断数量明显提升。远程诊疗协作网不仅持续改善了基层医疗机构专业技术人员匮乏和能力欠缺的局面，也为患者提供了更方便的就医途径⁶²。在戒毒所合作方面，南宁市第一人民医院持续深化与自治区内强制隔离戒毒所的合作，不断提升远程医疗技术水平，为保障广西戒毒医疗、维护戒毒人员健康权益持续提供新的可能⁶⁶。

案例五：湖北省儿科医疗联盟“湖北儿童健康行”项目

医联体模式：○医疗集团 ○医疗共同体 ●专科联盟 ○远程医疗协作网 ○其他

为提升湖北省整体的儿童健康水平，武汉儿童医院发挥湖北省儿童医疗中心的引领作用，于2016年牵头成立了湖北省儿科医疗联盟，并同步开展“湖北儿童健康行”活动。通过优质资源下沉，不仅服务全省各地的患者、提升基层儿科医疗水平，还对需要救治的疑难危重患儿给予精准扶贫，提供手术机会和慈善托底保障⁶⁷。

1. 面临的问题与挑战

目前，全国普遍存在优质儿科医疗资源分布不均的问题。大城市的儿科三甲医院专业细分程度高，医生能力和经验充足，能应对疑难杂症；相比之下，基层儿科医生能识别常见病、多发病，但对专科疾病的认识和处理能力不足。此外，很多患有先天性疾病的贫困儿童家庭没有能力接触到优质医疗资源，健康负担重、生活质量低。

2. 创新模式与举措

□组织整合 □管理整合 ■功能整合 ■服务整合

2.1 持续下基层，专家实践、监督与培训并行

湖北省儿科医疗联盟自2016年成立以来，连续8年开展“湖北儿童健康行”项目。由全省241名知名儿科专家组成的团队坚持下沉基层，在湖北省各地市州开展健康义诊与大病筛查等健康服务，同时进行儿科医疗质量督查、专家讲座与基层医生现场培训等活动，在服务于当地患者的同时，帮助提升基层儿科医生的专业能力、儿科管理能力⁶⁸。

2.2 联合慈善基金会，保障贫困大病儿童后续治疗

武汉儿童医院与中国湖北省红十字会、中国出生缺陷干预救助基金会、湖北省残疾人联合会、爱佑慈善基金会、卓尔公益基金会等50余家慈善机构保持合作，同步进行湖北省先心病、先天性结构畸形（包括耳聋、腭裂、脊柱侧弯等多种先天性疾病）、危急重症及慢性病的筛查和救助，为贫困的大病儿童提供后续转诊通道及慈善救助基金，让他们能够公平地获得健康生活的权利⁶²。

3. 成果与成效

截至2023年，湖北省儿医联盟已经从2016年的157家，发展到222家，并扩展至山西、河南、江西、新疆等其他省份⁶⁹。依托湖北省儿医联盟，“湖北儿童健康行”活动已覆盖湖北省16个地市州、91个县市及周边省份，下沉专家1000余人次，开展健康义诊138场，服务患儿2万余名；质量督查医院266家，巡讲154场，现场培训基层儿科医生13000余人次。同时，慈善救助项目累计救助贫困大病患儿12000余名，救助金额2.1亿余元⁶⁸。

案例六：云南省肿瘤医院肺结节 - 肺癌一体化诊治中心

医联体模式：○医疗集团 ○医疗共同体 ●专科联盟 ●远程医疗协作网 ●其他

云南省肿瘤医院（又名北京肿瘤医院云南医院、昆明医科大学第三附属医院）打造了肺结节 - 肺癌一体化诊治中心，通过广泛宣教、带教和技术辅助，带动省内肺癌“筛查 - 诊断 - 治疗 - 患者管理”各环节工作的开展和优化，并辐射西南地区和周边国家，整合提升了区域内的肺癌全周期服务。

1. 面临的问题与挑战

恶性肿瘤是严重威胁我国居民健康的主要疾病之一，也是目前全球最主要的公共卫生问题。在我国，肺癌是恶性肿瘤发病和死亡的首位原因，根据国家癌症中心《2022 年中国癌症发病率和死亡率》报告，2022 年新发肺癌病例约 87.1 万，新增肺癌死亡病例约 76.7 万⁷⁰。而云南省作为一个多气候环境、多民族的省份，居民生活习惯受历史文化、地理位置和气候影响差异较大，出现遗传易感性或遗传复杂性，因而肺癌发病率高。2005 年云南省肺癌平均发病率为 44 人 /10 万人，是全国发病率的两倍⁷¹。

除发病率奇高的情况，云南省的发病性别差异也存在特殊性。在全球包括我国其他地区，肺癌的男性发病率约为女性的 2~4 倍，但在滇东北地区，以宣威市、富源县、镇雄县等为主的乌蒙山区，女性肺癌发病率与男性接近，甚至在某些局部地区，女性肺癌发病率高于男性。2005 年的数据显示，宣威市肺癌发病率高达 93 人 /10 万人，女性发病率位居全国第一⁷¹。云南省需要推动肺癌早诊早治，并有效管理现有肺癌患者，从而推动肺癌防治更好地在省内开展。

2. 创新模式与举措

□组织整合 □管理整合 ■功能整合 ■服务整合

2.1 开展多语种宣教，推进癌症筛查项目开展

云南省肿瘤医院通过编写制作关于肿瘤早诊早治的书籍和科普视频，并提供白族、彝族、哈尼族、基诺族等云南省内各少数民族语言，和越南、缅甸、老挝等各邻国语言的翻译版本，进行广泛的科普宣教以便当地居民理解后积极参与筛查。同时，面向基层医务工作者开展包括高风险人群评估、癌症筛查等内容在内的癌症筛查与早诊技术培训，还积极参与开展落地城市癌症早诊早治项目、农村癌症早诊早治项目等覆盖了肺癌筛查的国家公共卫生服务项目，并以宣威地区肺癌筛查为重点。

2.2 应用大数据和 AI 技术，辅助临床医生诊断

云南省肿瘤医院与技术公司合作，基于医院多年来累积的医疗健康数据，通过融合多种算法的机器学习等手段，提供胸部 CT 肺结节 AI 辅助诊断、远程影像 AI 会诊和肺癌诊疗辅助决策服务。其中，胸部 CT 肺结节 AI 辅助诊断的影像数据处理，可初步对肺结节进行识别定位，给出结节恶性与否的定性诊断参考，并依据医生书写习惯自动生成结构化报告。这一辅助诊断技术能够有效提高肺结节的早期检出率，降低误诊、漏诊概率，将诊断关口前移，达成早发现早治疗的目标；并节省医生读片、写报告的时间。

与之相似的肺癌诊疗辅助决策技术同样利用真实世界数据，为临床医生提供检查策略、用药治疗方案、术后治疗策略等决策参考，并辅助审核医嘱合理性、预测患者化疗后不良反应风险等情况，为减少医疗差错、改善临床结果提供助力。

2.3 建立多学科诊疗团队，加强本院与区域内治疗能力

肿瘤是全身性疾病的局部表现，不少肿瘤患者合并有冠心病、糖尿病等其他疾病，需要外科、放射科、内科、免疫科等一系列科室参与治疗。云南省肿瘤医院于2013年引入多学科诊疗（MDT），建立由外科、内科、放疗科、病理科等专家组成的肺癌MDT团队，帮助患者最大化治疗收益。同时，通过培训、远程会诊、定期下基层等方式提升区域内肿瘤治疗服务水平。医院每年召集省内各地的肿瘤专业医生接受理论授课和现场教学培训，并与地州医疗机构签订双联盟、双中心协议，当地的疑难病例可以通过远程会诊系统或云南省肺癌肺结节诊疗一体化中心共同探讨；同时，医院还在地州建立专家工作站，定期派专家前往基层指导MDT工作开展，2020年就已在省内建立8家肺癌MDT团队专家工作站，助力“大病不出县”的目标实现。

2.4 成立互联网医院，优化患者全病程管理

在确诊患者的全病程管理方面，云南省肿瘤医院于2018年建成省内第一家互联网医院，提供疾病全生命周期的服务。互联网医院可以在入院前帮助住院病人完成预约和检验检查，在出院后提供专人全程管理，实时监控患者的病情以便提供最及时适配的恢复期支持治疗，节省病人的时间和诊疗费用。

此外，为了给患者提供在线上或本地进行长期开药和复诊的便利，云南省肿瘤医院建立互联网医院后，还与云南省各地州医院，尤其是综合性医院的肿瘤科、肿瘤中心、肿瘤治疗小组在患者数据方面保持互联互通。上级医院的医生能够看到病人的所有资料，从而对病人病情变化、生命体征实现实时追踪和监控，在需要调整治疗方案时及时提醒执行患者管理的基层医生。

3. 成果与成效

截止目前，云南省涵盖肺癌筛查的城癌项目和农癌项目已覆盖了6个州市，累计问卷调查50万人次，临床筛查13万人次。随访阳性病例5000余人次，随访肿瘤患者85.4万人次⁷¹。云南省肺结节—肺癌一体化诊治中心已连入2家省外医院、5家省级三甲医院、以及13家地州医院近百名专家，有效提升了诊疗效率和患者满意度⁷²。

案例七：深圳南山“阳光心情”精神疾病服务

医联体模式：○医疗集团 ○医疗共同体 ●专科联盟 ○远程医疗协作网 ○其他

心理健康和精神卫生是公共卫生的重要组成部分，也是社会民生关注的焦点。习近平总书记在党的二十大报告中明确提出“重视心理健康和精神卫生”。广东省深圳市南山区高度重视抑郁症等精神疾病，致力于构建精神卫生三级服务网络，建设人才梯队以规范化治疗服务患者。并依托新媒体和技术，打造“阳光心情”服务计划，提升精神疾病全病程的防治管理。

1. 面临的问题与挑战

根据 WHO 的定义，心理健康和精神卫生问题包括精神障碍和社会心理残疾，以及与显著痛苦、功能障碍或自我伤害风险相关的其他精神状态⁷³。在深圳，因快节奏的城市生活压力，居民的精神卫生问题较为突出。十余年前的流行病学调查结果显示，深圳市成年居民的终身精神疾病患病率达 21.19%，高居全国首位；18 岁以上居民抑郁症的终生患病率为 7.74%⁷⁴。近十年来精神疾病患病率仍保持增长趋势，且带来了严重的后果。根据深圳市疾控中心 2020 年的伤害死亡统计数据，自杀位列伤害死亡之首，常住人口中的自杀死亡率达到 5.1/10 万，远高于意外跌倒（1.1/10 万）和交通事故（0.8/10 万）⁷⁵。如何有效开展防治工作，并为现有精神疾病患者提供恰当的诊治和康复方案，是深圳市面临的重要挑战。

2. 创新模式与举措

□组织整合 □管理整合 ■功能整合 ■服务整合

2.1 建设三级服务网络，制定疾病防治方案

深圳市南山区以南山区慢性病防治院（区精神卫生中心）为枢纽，向上联动市精神卫生中心，向下整合社区资源，构建起以社区健康服务中心（以下简称“社康中心”）兜底的基层服务网，形成了南山区精神卫生三级服务网络，并制定了针对抑郁症防治的工作计划和目标。

南山区卫生健康局在全市率先发布《南山区抑郁症防治项目工作方案》。要求全面建立抑郁症筛查、转诊、随访管理服务模式，并对筛查、诊治等工作设定了一系列具体目标。例如在预防方面要求“未来社康中心抑郁症筛查率 $\geq 50\%$ ”，“高危人群周期随访管理率 $\geq 60\%$ ”；在诊断方面要求“非专科医生对抑郁症的识别率在现有基础上提高 50%”；在科普宣教方面要求“公众对抑郁症防治知识知晓率 $\geq 80\%$ ”。

2.2 提升专业能力，培养人才梯队

伴随着防治服务网络的建立，南山区同步推进人才梯队建设。南山区慢性病防治院在 2019 年获批精神病与精神卫生学重点学科和阳光心情区域学科联盟后，就在抑郁障碍、社会精神医学、睡眠障碍等领域引进了来自国家精神心理疾病临床医学研究中心、广东省精神卫生中心、中山大学等医院和高校的专家团队，为区域学科联盟提供课题指导、专家讲座等支持。例如，南山区慢性病防治院于 2023 年主办南山区医疗卫生“三名工程”基层精神卫生服务能力培训暨情感障碍防治体系建设专家研讨会，邀请全国各地的临床和学术专家，分享其在精神和心理健康服务开展、情感障碍识别与诊治以及早期干预等方面的经验，以实际案例为南山区的情感障碍防治体系建设提供借鉴。

除开展培训与讲座加强基层精神卫生防治医务人员的专业能力，作为深圳市唯一的区级精神科转岗培训点，南山区慢性病防治院多次开展精神科医师转岗理论培训。在“抓基本、强基层”的原则下，南山区慢性病防治院为区级综合医疗机构和各社区健康服务中心的临床或中医类别执业医师提供精神病学相关专业理论、实践学习的机会，相关医师学习并考核合格后，执业范围能够增加精神卫生专业。

2.3 应用新媒体和新技术，助力疾病防治

南山区还打造抑郁症防治服务信息平台开展防治服务，及时发现异常患者并进行干预。通过在社区开展全面覆盖的筛查，建立居民电子心理健康档案，并基于量表筛查结果将社区居民划分为不同群体，有针对性地提供服务。例如，测评结果显示情绪异常的居民，医务人员将为其提供心理健康教育、心理疏导或心理援助；对于一般人群、高危人群则开展定期随访，及时捕捉测评结果中存在的异常信号。

此外，南山区还联合中山大学公共卫生学院及加拿大多伦多大学，开发了“阳光心情”APP和“Morning Mood”心理健康小程序，以提供更便捷的筛查、诊疗、和宣教服务。无论是普通居民还是患者，都可以通过APP的远程诊疗系统进行线上预约就诊，或直接与心理医生进行电话或视频咨询。普通居民能够通过“阳光心情”APP提供的筛查判断自己是否需要心理支持，根据系统定位就近绑定社康医生；并且通过APP内提供的科普文章和视频了解包括抑郁症在内的心理健康知识，提高健康素养。而情绪障碍患者则可以使用APP的随访功能实现便捷的在线随访，对是否存在抑郁复发的先兆症状、自杀风险以及治疗过程中的药物副作用等进行评估；同时，APP也为患者提供了诊疗数据分析，患者可以查看个人的历史随访情况及情绪波动分析图，从而更好地开展疾病管理。“Morning Mood”心理健康小程序还向公众提供由专业的心理咨询师、心理治疗师、精神科医生团队共同研发的治疗课程，旨在向公众展示有效应对抑郁的知识和方法，帮助有需要的居民改善抑郁焦虑情绪。

3. 成果与成效

截至2023年，南山区的“阳光心情”服务计划已覆盖87家社康中心，服务居民超过20000余次⁷⁶。南山区慢性病防治院也已开展五届转岗理论培训班，为南山区培育百余名精神科医生；其中83%为基层社康中心医生，因而南山区社康中心配置精神科医生的比例一直位居全市前列⁷⁷。这一基于社区的抑郁症特色防治路径探索，也获得了国家心理健康和精神卫生防治中心全国社会心理服务体系建设典型案例的认可。

案例八：潍坊市单病种群体管理系统

医联体模式：○医疗集团 ○医疗共同体 ○专科联盟 ●远程医疗协作网 ●其他

近年来，在有关部门的推动下，我国的基层卫生健康工作已取得重要进展，但医疗卫生服务地区间发展不平衡、不充分的问题仍然突出。2022年国家卫生健康委《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》，明确提出“一些地区对‘以基层为重点’重视不够、措施不力、工作不实，与人民群众健康需求和经济社会发展要求相比还存在较大差距”的问题⁷⁸。有关部门需要在深化体制改革，构建新型卫生健康服务体系的过程中不断探索有效的基层健康管理模式，从而破解当前基层卫生服务存在的问题，满足群众多层次、多样化的健康需求。2021年以来，潍坊市与北京大学中国卫生发展研究中心合作，以“三高六病”为切入点，建立以三级医院为主体、二级医院为枢纽、一级医院为基础的单病种群体管理联盟。探索将同种疾病的患者作为一个群体，开展全链条健康管理。

1. 面临的问题与挑战

高血压、以高血糖为特征的糖尿病和以血清胆固醇或甘油三酯水平升高为主要表现的血脂异常，在我国常被统称为“三高”，我国患有“三高”的人数已经高达数亿⁷⁹。“三高”是心血管疾病发病和死亡的3项主要危险因素，若不得到有效干预管理，可能导致冠心病、脑卒中、肾脏病变、眼底病变等多种并发症。为加强对这些疾病的预防和治疗，卫健委提出了“三高共管、六病同防”计划。而“三高六病”作为需要长期用药控制的慢性病，其管理需要基层医疗机构的积极参与与推进。

2. 创新模式与举措

□组织整合 □管理整合 ■功能整合 ■服务整合

2.1 建立单病种分级诊疗体系，提供专业疾病管理指导

潍坊市以“三高六病”为切入点，确定单病种群体管理病种，建立以三级医院为主体、二级医院为枢纽、一级医院为基础的单病种群体管理联盟。联盟选拔9840名临床首席医师，与215名基层首席公卫医师、3959名家庭医生等密切协作，组织公卫医师、家庭医生和相关领域的专科医生共同制定每一种疾病的管理指南⁸⁰，并开展个案诊疗，指导家庭医生做好诊疗服务。同时，市卫健委与医保部门联合打造94个基层特色专科，予以医保资金倾斜引导居民在基层就医；财政部门还投入资金，由基层医疗机构免费提供部分医疗服务。

2.2 通过家庭医生，提供链条式疾病管理

潍坊不仅对单病种采取群体管理，也通过家庭医生对个体患者进行疾病链条式管理。对于“三高”等常见、多发重点疾病，各乡镇按照疾病管理指南为家庭医生配备智慧化随访设备和诊疗设备，为签约居民提供包括“疾病筛查、疾病评估、就医指导、基层首诊、双向转诊、随访服务”六个环节在内的“串联式”管理服务。

2.3 汇集居民健康数据，实现各级机构信息共享

借助单病种群体管理系统，潍坊市打破了各级卫生服务机构间的信息壁垒，将居民家庭医生签约、基本公共卫生、健康查体、免疫预防、疾病监测、电子病历等诊疗信息汇集至全人群健康管理大数据库，各级卫生健康部门、医疗机构、居民可通过管理端、服务端和手机APP客户端进行智慧监管、远程诊疗、在线建档、签约、信息查询等工作，有效解决了居民健康管理碎片化问题。

3. 成果与成效

截至2023年，潍坊市已制定60个病种健康管理指南，完成3个县市区、4个病种先行先试，纳入群体管理各病种患者超过100万人⁸¹。创新的疾病管理模式吸引更多居民在基层看病就医，全市基层医疗卫生机构诊疗量占比保持在60%以上⁸¹。在家庭医生管理方面，全市组建家庭医生团队3924个，其中具备智慧随访设备的县级示范标准村卫生室达1194所⁸¹。居民电子健康档案也已投入使用，全市城乡居民电子健康档案建档率达81.85%，动态使用率达63.59%，电子健康档案开放760万人份⁸¹。

案例九：浙大邵逸夫阿拉尔医院－国家区域医疗中心

医联体模式：○医疗集团 ●医疗共同体 ○专科联盟 ●远程医疗协作网 ○其他

推进国家医学中心和区域医疗中心的建设，是我国推行分级诊疗制度、逐步消除区域间医疗发展与资源不平衡的重要举措。2021年，国家发改委和卫健委将新疆生产建设兵团纳入第四批国家区域医疗中心建设试点，确定浙江大学医学院附属邵逸夫医院为输出医院，第一师阿拉尔医院为依托医院、挂牌浙江大学医学院附属邵逸夫医院新疆兵团阿拉尔医院（以下简称“浙大邵逸夫阿拉尔医院”），并于2022年正式启动国家区域医疗中心建设项目，计划前期在阿拉尔医院开展服务，于2025年开始使用全新院区。

1. 面临的问题与挑战

新疆生产建设兵团位于我国西北地区新疆维吾尔自治区，承担着为国屯垦戍边的职责，2019年底总人口达到324.84万人。尽管近年来兵团的基层医疗卫生水平正逐步提高，但依然存在优质医疗资源分布不均衡的问题，兵团职工群众能够“看上病”，但不一定能“看好病”，兵团当地急需综合高质量的医院来解决较复杂的健康难题。

2. 创新模式与举措

■组织整合 ■管理整合 ■功能整合 □服务整合

2.1 邵医模式“三平移”输血南疆

浙大邵逸夫阿拉尔医院建设及运营的核心，是借助浙大邵逸夫医院的优势医疗资源，把其管理模式、医疗水平以及品牌效应都平移到阿拉尔来（即“管理、技术、品牌三平移”），打造立足南疆、面向全疆的区域高水平医院。在管理上，浙大邵逸夫医院按照分院管理模式全面接管阿拉尔医院，由浙大邵逸夫医院骨干医生组成管理团队⁸²，把成熟的管理体系带到边疆地区，建立了医技科室技术能力同质化评价等机制。在技术上，两医院建立了专家常态化派驻制度、联合住培工作机制、疑难重症疾病会诊共享机制，通过院外进修、院内科室派驻专家与导师带徒等方式，提升医院整体诊疗水平⁸³。此外还利用先进互联网技术实现远程诊疗及会诊，提高医疗实践水平⁸⁴。

2.2 输入医院能力提升发挥造血功能

从浙大邵逸夫医院成功“输血”的浙大邵逸夫阿拉尔医院不断实践着服务区域内居民的使命，发挥着“造血”功能。远程服务方面，利用“互联网+医疗”模式，接通了各团场医院（与社区卫生服务中心同级别⁸⁵），与浙大邵逸夫医院的医生一起会诊当地的疑难杂症患者，实现了患者“辅检在基层医院、诊断在三甲医院”的分级诊疗模式⁸⁶。服务下沉方面，长期派驻浙大邵逸夫阿拉尔医院30多位专家、短期柔性帮扶的60多位专家与本地专家定期前往阿克苏地区、喀什地区、巴音郭楞蒙古自治州等地，与当地大型医院建立合作关系，实现优质医疗技术与资源共享，开展巡回义诊，为当地群众解决健康问题⁸⁷。

2.3 统筹各方资源技术再攀高峰

国家区域医疗中心的定位是成为区域内的医疗服务高地、减少异地就诊，因此在前沿医疗技术研究方面，浙大邵逸夫阿拉尔医院也不断探索前进。成立一年左右时，浙大邵逸夫阿拉尔医院就已经投入了近1亿元资金，引进了一批先进医疗设备，包括微创机器人、4K荧光内窥镜、高清腹腔镜机组等，为该院填补医疗技术空白提供了硬件保障。机器人手术已在浙大邵逸夫阿拉尔医院普外科和泌尿外科常态化开展，成为该区域医疗中心的一大特色⁸⁶。

3. 成果与成效

2023年，浙大邵逸夫阿拉尔医院门急诊人次同比增长11.32%，出院患者同比增长40.34%，三、四级手术同比增长29.49%，日间手术同比增长42.22%，微创手术台次同比增长34.98%，经医保系统备案的转外就医患者同比减少40.56%。医院还成功在阿拉尔开展新技术、新项目96项，填补省内医疗技术空白12项、医院医疗技术空白90余项，极大地提高了一师阿拉尔市及南疆地区的医疗水平。此外医院还完成了全国首台5G超远程机器人肝胆手术，实现了跨越5000公里的远程手术，为跨地区医疗、技术与资源均衡化提供了新的解法⁸⁸。

(二) 公立医院的改革尝试

案例一：华西二院妇科肿瘤多学科综合管理诊治平台

四川大学华西第二医院（以下简称“华西二院”）在国家卫生健康委和国家中医药管理局的指导下，由院内妇科联合二十多个临床科室、医技科室及管理职能部门共同搭建“妇科肿瘤多学科综合管理诊治平台”，以整合优势学科资源诊治妇科肿瘤，建立规范的全程管理和一站式服务流程。

1. 面临的问题与挑战

肿瘤是全身性疾病的局部表现，而非某一器官的疾病，其诊断与治疗通常都需要涉及多个科室，致使患者在就诊和治疗过程中面临挂号难、多次往返不同科室就诊、流程繁琐、等候时间长等问题，并间接导致患者的长期病情管理依从性差、配合程度欠佳。近十年来，医疗技术和医学装备的飞速发展，也促成肿瘤诊治模式变革进入精准治疗和慢病管理阶段，患者对于多学科治疗和全病程管理的需求愈加强烈。

2. 创新模式与举措

2.1 形成多学科综合管理诊治平台，方便患者多学科诊治

针对肿瘤患者的诊断与治疗需要涉及多个科室的问题，华西第二医院由院内妇科联合肿瘤放疗科、生殖医学科、生殖内分泌科、日间手术部等二十多个临床科室、医技科室及管理职能部门，形成妇科肿瘤多学科综合管理诊治平台。平台打通专业间、医生间门诊复诊号源互约通路，有机有序地串联各相关学科。平台内的专家能够根据患者的情况和诊疗需求跨专科、跨专家复诊号源交叉预约，满足患者多专科就诊预约的需求。这使得患者不仅能够在术前和术中享受多学科协同的价值，而且在治疗之初就能够得到多个专科共同制定的规范治疗方案，极大地提升了诊治效率和效果。

2.2 关注患者全病程健康，提供“以患者为中心”的全程服务

多学科综合管理诊治平台还建立了从预防、治疗到康复的全程健康服务体系和场景闭环，为患者提供妇科肿瘤的全病程健康管理。

- **在预防阶段，加强对健康人群的防癌科普宣教，对高危人群进行筛查。**华二医院开展妇科肿瘤筛查，并开设妇科肿瘤遗传咨询门诊，对高危人群进行定期检查，以便达成妇科肿瘤“早发现、早治疗”的目标。
- **在初次治疗阶段，根据个体化情况，制定综合治疗方案。**MDT 诊疗团队根据患者的年龄、症状表现、需求等具体情况，制定特定的综合治疗方案。一方面运用手术、放疗、化疗、靶向治疗等多种手段进行肿瘤规范化治疗，并借助病理诊断、分子分型和基因检测等技术为患者选择合适的药物；另一方面提供营养、心理、生活方式改善等方面的健康教育和支持。例如，对于出现绝经症状的患者，诊疗团队在肿瘤治疗之外还提供绝经相关的治疗方案，进行生活指导和健康管理改善症状、提高患者生活质量。

- 在护理康复与疾病长期管理阶段，定期提醒患者复查以调整治疗方案，提供医患交流平台。肿瘤患者在完成初次治疗后，相应科室或辅助部门会通过健康档案和风险评估系统，定期追踪患者的病情，提醒患者按期复诊、进行影像学 and 生化检查，确保患者不会中断诊疗。通过定期检查，医生能够及时发现并评估肿瘤的复发和转移情况，根据患者的耐受性和预后情况调整治疗方案。医院还建立面向妇科肿瘤患者开放的微信群和志愿者服务平台，为患者提供线上线下的心理支持、信息交流和互助服务。

为了更好地推进“以患者为中心”的疾病管理和服务，华二医院还设置专职个案管理师跟进患者的诊疗全过程。个案管理师可以凭借对临床诊疗要求的了解，提醒并帮助患者和家属科学配合诊疗、开展康复护理，并协助协调院内资源，更准确地安排患者的入院检查、诊治时间，减少患者往返医院次数和到院后等待时间，节约时间及经济成本。

3. 成果与成效

妇科肿瘤多学科综合管理诊治平台上线半年已收治妇科肿瘤病人 9627 人，其中 2679 人接受手术治疗、6948 人接受放化疗，共计完成 MDT 诊疗 110 例次，平台交叉预约挂号达 85315 人次，所有患者均得到了良好的延续性治疗及全病程个性化管理⁸⁹。在分级诊疗的政策背景下，华二医院也将在多院区推广诊疗平台，依托平台实施妇科肿瘤诊治多院区一体化管理，实现诊疗服务、患者管理的同质化，并统筹安排妇科肿瘤患者院区间引流及协同医疗流程。

案例二：太原市试点公立医院提升就医全流程体验

为进一步减轻居民的就医负担，山西省持续优化全程诊疗便民服务制度，于 2023 年确定太原市几家公立医院为试点单位，在门诊就医环节尝试了包括“一号管三天”、“零元惠民号”的创新措施。经过试点阶段的实践探索，太原市将在 2024 年把这些举措正式推广到其他医院。

1. 面临的问题与挑战

患者在公立医院复查时，传统的就医流程一般需要患者先挂首诊科室医生的门诊号，等待医生开具检查单后，排队缴费等待检查，检查结果出来后再去找医生问诊。若一次就诊无法解决问题，需要复诊；如当天不适合做检查，也可能需要再次挂号就医。这种流程繁琐、耗时，可能打消患者复查的积极性，对患者长期的健康结果产生影响。

2. 创新模式与举措

2.1 一号管三天

“一次挂号管三天”是指患者原则上只需要挂一次号，就可以完成挂号、就诊、检验检查和取药的整个门诊就医环节。因特殊情况在当天无法完成的，经初诊医师授权，患者原则上 3 日内（含就医当日）

在同一院区同一科室看同一疾病不再支付二次挂号费用。这一举措适用于做需要空腹等准备的检验检查项目但当日条件不达标的、部分检验检查不能在当日完成的、需要做大型仪器检查等项目且当日不能获取检查报告的患者⁹⁰。

2.2 零元惠民号

针对需要复诊的患者，可以直接在线上或线下预约超声科、检验科的零元门诊号，各医院超声科、检验科会选派具有专业资质的医师，为患者开具相应检查、检验单，待患者检查、检验结果出来后，医生会进行专业的解读。如果患者需要进一步诊疗，医生会建议患者再选择相应科室挂号诊疗。以往的“先挂号，后检查”变成了“先检查，根据结果再挂号”，对于患者来说不仅降低了费用，而且便利性大大提升。

具体操作上，试点医院开设超声科、检验科门诊“零元惠民号”，超声科同时开设专家号。患者可通过医院 App 或公众号根据提示进行挂号。需要进行超声或检验检查的定期复查患者、需要进行慢性病治疗效果监测的“三高”人群及糖尿病等慢病患者、需要自我健康监测的健康人群均可使用这一服务⁹¹。

3. 成果与成效

“一号管三天”操作较容易，服务的推广较早、范围较广，截至 2024 年 4 月，太原市已有 34 所二级及以上公立医院开设该服务，服务惠及群众 94215 人，减免费用共 174.11 万元⁹²。“零元惠民号”方面，北京大学第一医院太原医院是率先开设此项服务的试点单位，自 2023 年 7 月开设这项服务以来，该医院“零元惠民号”挂号量由 7 月的 71 人次增长到 11 月的 294 人次，为患者节省挂号费约 5400 元。截至 2024 年 1 月，超声检查和各种检验项目“零元惠民号”服务已逐步覆盖太原市二级及以上公立医院⁹³，持续为患者提供更加科学、便捷、专业的延续性治疗，确保全流程、全周期的生命质量。

案例三：沧州市人民医院儿童安宁疗护团队

近年来，我国不断提高对全人群全生命周期的健康保障水平。自 2017 年起，国家卫健委已启动三批安宁疗护试点工作。2023 年 4 月，河北省沧州市成为第三批试点城市之一。早在 2019 年 9 月，沧州市人民医院就设立了安宁疗护病房并配备儿童床位，走在了全国安宁疗护服务前列⁹⁴。

1. 面临的问题与挑战

尽管三批国家级安宁疗护试点已覆盖全国 185 个市，但在各地医疗机构实际开展工作时，更多关注的是疾病终末期的老年患者。全国约 4000 家安宁疗护机构中，鲜有儿童专属的病床。然而，儿童不是缩小版的成人，儿童不同年龄的发育状态会影响药物效果，儿童的生命尊严需求也与成人不同，需要采取多样的治疗方案和特定的安宁疗护设施及服务⁹⁵。

2. 创新模式与举措

2.1 单独设立儿童安宁疗护设施

沧州市人民医院安宁疗护科的工作人员因有过治疗终末期儿童癌症患者的经历，很早就意识到了安宁照护在儿童领域的空白，因此在设立安宁疗护病房时就配置了6张儿童床位，并在后来升级成儿童病房。

2.2 借助社会力量满足多样化需求

科室成立之初就探索“医生+护士+社工”的疗护模式，借助社会力量来完成治疗以外的工作，以便承担更多的社会责任⁹⁴。基于这一理念，科室与50多名来自各行各业的志愿者合作，为儿童患者提供多种服务，满足其日常生活、教学及娱乐等需求。

2.3 提供上门服务触及更多家庭

除了住院服务，一些儿童的生命末期可能更适合在家度过，2023年10月，沧州市人民医院安宁疗护科和深圳市拾玉儿童公益基金会合作，启动了“拾光之沧 载孩子回家”儿童居家安宁疗护项目⁹⁶。该项目覆盖沧州市内，团队每月一次上门，免费为参与项目的儿童评估和管理实时症状，并提供家庭死亡教育、心理疏导、公益机构资源链接等服务，甚至负责儿童特殊的丧葬事宜等。团队为此建立了数据库，希望在实践中总结出中国儿童居家安宁疗护的费用构成、计算其卫生经济学价值，用于推动更多成果、支持相关支持政策落地⁹⁵。

3. 成果与成效

过去的几年里，沧州市人民医院安宁疗护科在学科建设、科研创新、临床试验、公益项目等方面积极尝试，先后获得疼痛、营养等多项培训基地资质，并通过培训将理念传播到沧州各县市级医疗机构。创新的儿童居家安宁疗护服务模式也满足了沧州地区及周边晚期肿瘤患儿及家庭的需求，让他们感受到医学的温度⁹⁷。

案例四：萍乡市安源区妇幼保健院医育结合托育服务

近年来，随着我国不断调整人口发展战略，建立生育支持政策体系来降低生育、养育、教育成本成为重要的实施措施。为了解决养育二、三孩造成的家庭压力，同时也鼓励更多家庭生育一孩，全国多地围绕托育服务开展了创新举措，江西省萍乡市安源区妇幼保健院构建了专业的托育创新服务模式，不断吸引着当地的家庭。

1. 面临的问题与挑战

根据《中国统计年鉴2023》数据计算，2022年，全国家庭0-17岁孩子的养育成本平均为53.8万元；0岁至大学本科毕业的养育成本平均为约68万元；除经济成本外，生养孩子对于家庭、尤其是女性来说，也需要付出大量的时间成本与机会成本，目前的政策体系尚未能提供完全、有效的支持⁹⁸。在这一现状下，人群生育意愿普遍降低，已经生育多胎的家庭则面临日益增长的压力，不利于人口战略的长期发展。

2. 创新模式与举措

2.1 打破传统托育服务界限，建造创新性托育服务中心

2022年6月，安源区制定出台了《安源区促进3岁以下婴幼儿照护服务发展、打造“全省婴幼儿照护示范区”实施方案》，随后投入2185万元资金，利用闲置场地建成了3个托育服务中心，提供400个托位。中心提供灵活的托管时长选择，包括小时托、半日托、全日托，以满足家庭的需求。同时，中心放宽年龄限制，规定婴幼儿满月即可入托，还可以定制托管方案、要求育婴师入户，拓宽了婴幼儿照护服务的范围。普惠性的中心不仅收费比民营机构低⁹⁹，特殊贡献人群（优抚对象、获奖励表彰人员、特殊贡献人员等）和三孩家庭还可以享受费用减免和补贴¹⁰⁰。通过经济补贴与能力支持，辖区家庭对婴幼儿抚育的难度逐渐降低，对生养照护的积极性则大大提升。

2.2 医育结合，为0~3岁儿童提供全周期全方位服务

以安源区托育服务中心为例，该中心不仅配备了充足的育婴员和幼教老师，还设置了保健医生和专业儿科医生；除传统场地外，还拥有保健室、体能室及母婴室。医生会为每一个幼儿建立健康档案，进行发育监测、定期体检，并积极开展理疗、预防等保健活动。如发现需要进一步就医的情况，可通过绿色通道及时就医。保健服务包括孕期、产时、产后的护理，幼儿的托育服务、保健、儿科诊疗，母婴全周期一体化服务等，极大减轻了育儿家庭的养育压力¹⁰¹。

2.3 以点带面，全面提升辖区内托育工作水平

安源区的托育工作不止于一家或几家托育服务中心，其在布局之初就设立了“1+5+N”的托育服务发展规划——重点打造1所示范托育综合服务中心，发挥示范引领、带动辐射、指导培训作用；建设5家公办普惠型婴幼儿照护服务机构，探索婴幼儿照护服务的标准化、规范化管理，满足辖区普惠性托育服务需求；通过市场化方式，采取公办民营、民办公助等方式，支持社会力量建立婴幼儿照护服务机构¹⁰⁰。

3. 成果与成效

作为示范托育中心与全区托育工作的依托机构，安源区妇幼保健院的托育综合服务中心成立以来，接收年龄最小的婴幼儿仅34天，真正实现了“满月即可入托”¹⁰²。目前，仅这一家中心的在册儿童就有300余人，在所儿童200余人、早教儿童300余人，托位使用率达100%。安源妇幼托育服务中心作为区级示范，获得“2023年江西省重点建设托育机构”。截至2023年8月底，安源区共新增托育服务机构14所，新增托位数达1796个，全区每千人占托位数达4.47个。截至2023年底，安源区符合特殊贡献人群优惠政策的家庭共享享受减免托育服务费用40余万元；三孩家庭“万元补贴”礼包已为150余户家庭提供了三孩生养保障¹⁰⁰。

案例五：东河街道社区卫生服务中心全周期健康管理服务

2018年，新疆维吾尔自治区哈密市开始推进城市医疗联合体建设，伊州区东河街道社区卫生服务中心

心由哈密市中心医院正式托管。借助三甲医院的资源与实力，东河街道社区卫生服务中心不断以新举措吸引周边患者，减轻了三级医院压力、让当地居民享受到近距离、高质量的健康服务。

1. 面临的问题与挑战

近年来，新疆维吾尔自治区哈密市加快城市社区卫生服务中心标准化建设，不断加强基层医疗卫生资源配置、完善全市医疗服务体系。社区卫生服务中心承担满足居民初级医疗需求的重任，因此在技术水平、服务态度和就医环境等方面都要对居民有吸引力，在居民健康摸底、基础疾病预防、健康科普开展等日常工作上则需要一定创新。

2. 创新模式与举措

2.1 打造慢病一体化门诊，提升慢性病患者健康管理水平

东河街道社区卫生服务中心负责街道下辖 15 个社区的基本医疗和公共卫生服务，自 2018 年与哈密市中心医院合作伊始便设立了慢病一体化门诊，为高血压、糖尿病等慢性病患者，尤其是老年患者，提供全周期一站式健康管理服务¹⁰³。在诊疗前，医生会免费为其测量血压、血糖、身高、体重，并利用眼底照相系统及早发现糖尿病等隐蔽病症，实现早期干预和控制。若发现老年患者有慢性病，尤其是两慢病，社区卫生服务中心会将其分级并建立医疗档案，每年进行 4 次随访以控制病情发展¹⁰⁴。通过诊前、诊中、诊后三个环节，中心为患者提供“筛查－评估－干预－治疗－康复”的一站式服务，有效实现全流程医防融合。

2.2 扩大家庭医生签约服务覆盖面

家庭医生签约是提升基层慢病管理能力的重要抓手。2018 年以来，东河街道社区卫生服务中心成立了 18 个由全科医生、公卫专干、护士等组成的家庭医生签约服务团队，采取健康宣教、上门服务、慢病用药优惠等一系列举措，推行家庭医生签约制度。为吸引居民签约，中心将心内科、内分泌科、心血管科等科室专家作为首席专家，并设置医生助手，共同编入社区家庭医生团队，对辖区居民进行分类管理、定期随访，并为行动不便的老人提供上门服务¹⁰⁵。在中心负责的各个社区卫生服务站，居民都可以了解签约计划，并直接选择医生签约。对于十大重点人群（老年人、孕产妇、儿童、残疾人、计划生育特殊家庭、困难人群，高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者），中心会重点给予关注，确保弱势群体获得全面的医疗服务¹⁰⁶。

3. 成果与成效

目前东河街道社区卫生服务中心已签约常住居民 39041 人，签约率 49.42%，重点人群签约率 87.55%，其中有偿签约占比 27%¹⁰⁷。2022 年，中心家庭医生入选国家卫生健康委基层卫生健康优秀创新案例，中心也被自治区卫健委评为“优质服务基层行”单位。2023 年底，伊州区东河街道社区卫生服务中心被自治区卫健委评为社区医院，升级后的伊州区东河街道社区医院将为辖区内居民提供更全方位的服务。

(三) 其他社会力量参与创新

案例一：济宁市“1+10+N”社会心理服务体系

山东省济宁市将社会心理服务建设纳入平安济宁、健康济宁建设。继 2022 年建设济宁市心理健康中心后，在 2023 年进一步构建了“1+10+N”社会心理服务体系并将其纳入为民办实事项目，动员全市各单位共同参与优化社会心理环境，提高心理健康服务可及性，旨在将防治关口前移，避免和及时发现重点人群情绪危机，减少抑郁障碍的发生。

1. 面临的问题与挑战

抑郁障碍正在成为仅次于癌症的人类第二大杀手。据不完全统计，全球抑郁障碍患者超过 3 亿，中国抑郁障碍的发病率已达 8% 左右¹⁰⁸，患病人数接近 1 亿，每年有 20 万人因该病自杀¹⁰⁹。2015 年山东省第四次精神障碍流行病学调查结果显示，全省 18 岁以上人群抑郁障碍患病率为 4.53%¹¹⁰。2021 年济宁的居民调查也发现约两成的抽样居民患有抑郁情绪¹¹¹。长期出现抑郁情绪可能逐步进展至抑郁障碍，这些高危人群需要被重点关注，通过改善外部环境或提供直接的心理疏导帮助其缓和症状、恢复正常生活。

2. 创新模式与举措

2.1 组建专班推动工作开展，统筹各部门落实体系建设

在市政府层面，成立以市政协主席为主任，副市长任副主任，覆盖政法、卫健、教育、公安等 22 个部门成员的社会心理服务体系建设专班，积极发挥引导和管理作用。印发《济宁市构建“1+10+N”社会心理服务体系工作方案》，并制定各成员单位的任务清单，每月盘点工作进展，推进方案中“1 个”市心理健康中心、“10 个”县市区心理健康中心、“N 个”基层心理服务站点的建设，以及机关企事业单位签约服务、心理健康服务人才培养、心理健康知识“六进”等重点工作，实现清单化管理。各县市区也参照市一级模式组建专班，在市专班 12 个指导组的具体指导下，统筹推进体系建设依托于专班统筹，教育、公安、工会、宣传等多部门管理下的社会力量都得到调动，有序参与社会心理服务体系建设。

2.2 整合培训社会心理服务人员，建设服务队伍

除精神科医师和心理治疗师等临床医生，济宁市将心理咨询师、心理辅导师也纳入了服务团队，并对心理健康服务机构管理人员、心理咨询师、心理热线接听人员等进行规范化管理。通过编制《济宁市社会心理服务工作手册》等系列文件，全市对包括心理健康服务机构管理人员、心理热线接听人员的 8 类人员，设置了统一的职责范围和服务标准。

同时，济宁也通过引进外部人才、强化内部培训的方式，打造社会心理服务的人才梯队。为提升现有服务人员的能力，将省驻济高校心理专业师资力量纳入全市心理服务体系，并邀请 30 余名国内知名心理健康及精神卫生领域专家传授经验、指导工作。例如，2023 年济宁医学院心理健康教育与咨询服务

中心与济宁市教育局联合举办济宁市中小学心理健康教育教师专题培训,通过“线上+线下”直播的形式,详细讲解中小学心理健康普查工作开展的目的、原则、量表的选择以及普查结果的分析处理、跟踪反馈和学生心理危机干预流程、策略,为中小学开展心理普查和心理危机干预工作提供了科学的理论指导和方法指引。在梯队建设方面,济宁制定人才培养三年计划,预计用3年时间培训心理服务人员5000人。

2.3 建立基层心理服务站点,保障心理健康服务的可及性

作为“1+10+N”中的“N”,济宁市的基层心理服务站点(心灵驿站)广泛覆盖机关企事业单位、中小学校、养老机构、医疗机构、公安监所、基层社会治理机构等场所,旨在有效打通心理健康服务“最后一米”。

以在中小学校设置的基层服务站点为例,相关站点由学校专兼职心理健康教师、班主任、班级心理委员,以及心理医生和专家共管服务,通过专题报告会、心理健康手抄报、心理健康教育微课、“心理专家进校园”等形式,全方位、高频次开展心理健康教育活动,拓宽心理健康教育的范围、路径和方式方法。部分社区还出台《中小学心理健康教育课程实施方案》,把心理健康教育课程纳入学校整体教学计划和校本课程。发挥课堂教学作用,结合不同学段学生的认知特点,设计团体辅导、心理训练、问题辨析、角色扮演、游戏辅导等课程;帮助学生掌握心理健康知识和技能,梳理求助自助互助意识,理性面对困难和挫折,从源头规避情绪危机。

一些机关单位和企事业单位,也在总工会的指导下,联合社会工作服务中心等第三方机构在办公楼设置心理咨询室,为职工提供心理咨询服务。同时,总工会组织的心理健康公益巡讲团队,还会定期赴企业开展心理健康知识科普讲座,引导职工合理调节情绪、科学缓解职场压力、平衡工作与生活节奏,促进自我整体心理素质的提升,预防心理疾病的发生。

2.4 建立一体化信息平台,实现心理健康数据共享

济宁市建成了心理综合服务一体化信息平台,整合全市社会心理服务资源,通过电脑、手机终端为群众提供心理科普、心理评估、问题筛查等服务。该平台与卫健、公安、政法、综治、教育等部门共享服务信息和心理健康档案数据,有效助力各基层单位心理健康服务的开展和执行。

3. 成果与成效

目前,济宁市已经建成1个市级心理健康中心、10个县级心理健康中心、2195处基层心理服务站点(心灵驿站)并投入使用¹¹²。市级心理健康中心依托山东戴庄医院精神科、儿童青少年心理科,提供心理测评、心理治疗、团体辅导等全方位心理健康服务;自启用以来,已经累计服务群众四千余人次。各级相关单位也积极开展心理健康知识进机关、进企业、进学校、进社区、进农村、进公共场所等“六进”活动,组织活动8500余场,推动心理健康问题的“早诊早治”¹¹²。心理综合服务一体化信息平台也已开展线上心理评估60.9万人次,并为67.4万人建立心理健康档案,让心理健康服务真正触手可及¹¹²。

案例二：社会团体推动渐冻症康复护理服务发展

肌萎缩侧索硬化（ALS, 以下简称“渐冻症”）是一种进展性且致命的运动神经元病，通常在中年后起病，症状从初期的四肢无力、行走困难易跌倒逐渐扩散至身体其他部位，最终影响咀嚼、吞咽、言语和呼吸，又被称为渐冻症。2014 年，通过风靡全球的“冰桶挑战”进入公众视野。渐冻症患者有极大的康复和护理需求，针对性的康复训练和高质的家庭护理能够延缓肢体萎缩和疾病进展。在这一背景下，渐冻症患者组织北京东方丝雨渐冻人罕见病关爱中心（以下简称“东方丝雨”）开展了一系列互助自助工作，联合各方力量推动渐冻症康复护理服务的发展。

1. 面临的问题与挑战

渐冻症目前尚无有效的治疗措施，因而被 WHO 列为五大绝症之一，与癌症和艾滋病齐名。根据 2020 年基于中国医保大数据的分析，我国渐冻症的患病率为 2.97/10 万，患者超过 4 万人¹¹³，这些患者无药可用，仅能依托康复治疗维持肌肉和关节的活动度和活动能力，延缓肢体萎缩；并依赖家属的精心护理，避免可能发生的生命危险。然而，渐冻症对于公众而言仍是较新的概念，许多患者和家属对于如何科学开展康复护理存在认知不足和困惑，影响了疾病进展和生活质量。

对于已经出现行动障碍和吞咽及呼吸困难的患者，家属需要 24 小时不间断地监护护理，不仅要为患者翻身、拍背、雾化、吸痰，还需要给胃造瘘、气管切开处消毒换药，每天 10 多次的喂饭、喂水、喂药等，才能维持患者的生命。由于不能正常咳痰和呼救，一个小小的疏忽或几分钟的离开，就有可能造成患者身故，导致患者家属长期承受着巨大的精神压力。为了看护患者，不少家属不得不放弃工作全职护理，这又给家庭带来了巨大的经济压力。

2. 创新模式与举措

2.1 多方联合，推动专业康复护理知识的推广与优化

为了帮助更多临床医生，以及渐冻症患者和家属了解科学有效的康复护理手段，从而延长患者生命并提升生命质量，东方丝雨在中国残联康复相关工作单位的指导下，联合基金会、公益组织、医疗机构等社会力量开展了一系列工作：

- **编写指导手册。**2020 年中国残联康复部联合东方丝雨，组织业内权威专家共同编写《运动神经元病康复护理指导手册》，基于临床专家、患者以及家属长期积累的工作经验和康复护理知识，用通俗易懂的语言介绍渐冻症的基本知识和康复护理方法，为临床医生和照护者提供政策与社会支持网络等信息，帮助患者获得规范化的综合治疗和科学护理。
- **开展线上线下培训活动。**组织面向患者和家属的公益课堂，邀请临床专家讲授科学护理技能。例如 2023 年邀请渐冻症领域临床专家开展线上直播的渐冻症医疗与照护医患论坛；并以《运动神经元病康复护理指导手册》为教材，开展一系列居家康复护理培训活动。
- **承办行业交流活动。**东方丝雨和北京医学会罕见病分会在中国残疾人康复协会的指导下，共同承

办渐冻人罕见病康复论坛，邀请医疗专家、康复护理专家、科研机构、企业等，结合各自临床、康复护理及辅具运用的经验，研讨医疗与康复护理的深度融合。

2.2 联合康复医院，推动全程诊疗康复服务的供给

针对部分家庭无力为患者提供全天候护理或因护理身心压力过大的问题，东方丝雨联合多家康复医院，为患者提供渐冻症专业康复服务。

2021 年，东方丝雨提出喘息护理病房概念，与北京瑞安康复医院呼吸照护与康复病房共同推出喘息照护服务，为患者提供专业、规范、系统的评估与治疗，并制定个性化的居家生活方式。在喘息护理病房的支持下，渐冻症患者家庭能够更加准确、及时地了解患者病情进展和身体状况，获得居家护理技能和心理疏导支持。同时，相关专业护理服务的供给，也帮助患者家属回到工作岗位，或在照护患者的同时获得合理的休息时间和个人空间。

2022 年，东方丝雨在喘息护理病房的基础上创立了国内首家 ALS 康复护理站——福州国德医院 ALS 康复护理站。护理站不仅为渐冻症患者提供专业的针对性康复护理和就诊绿色通道，还特聘专家为患者提供治疗帮扶，从而能更好地针对患者病史和现状进行有效治疗。此外，护理站还从心理支持、护理技能培训、生活规划等方面给予患者和家属赋能方案，帮助患者和家属掌握应对病情发展及与病情相伴相生的能力。

3. 成果与成效

截至 2023 年底，东方丝雨已经开展 5 期渐冻症医疗与照护医患论坛，内容涵盖患者生活起居等照护技巧、呼吸管理、营养补充制剂选择、胃造瘘术后护理、心理沟通等家属护理指导，并针对患者当季可能出现的季节性健康问题提供专业医疗知识。渐冻人罕见病康复论坛也已经成功举办三届。同时，“ALS 康复护理基地项目”于 2023 年成功入选中国民生银行联合中国乡村发展基金会共同发起的第八届 ME 公益创新资助计划，未来能够在公益资金支持下服务更多渐冻症患者。

案例三：上海认知障碍支持体系

以阿尔茨海默病为代表的认知障碍在老年病中占有很大比重，不仅影响老年人的生活质量，也给家庭带来了较重的照护负担。我国自 2012 年进入老龄化社会以来，老龄化进程不断加速，各地纷纷探索养老解决方案。认知障碍支持体系是上海社会养老服务体系的重要组成部分，主要通过老年认知障碍友好社区建设来实现。自 2018 年探索至今，全市各街镇都已经积累了一定的经验。

1. 面临的问题与挑战

根据 2020 年第七次全国人口普查数据，我国 60 周岁及以上的老年人口达到了 2.64 亿，占总人口的 18.70%，较 2010 年增加了 5.44 个百分点，老龄化程度进一步加深¹¹⁴。目前，我国 60 岁及以上老年人中，认知障碍患者约有 1507 万，其照护服务相关需求快速增长¹¹⁵。上海是中国最早进入老龄化社会的城市之一。截至 2022 年底，60 岁以上老年人口达到 553.66 万人，占比 36.8%，几乎是全国平

均水平的两倍¹¹⁶，老年认知障碍人数也在同步增加。对于已经有老年认知障碍患者的家庭，照护负担大成为主要问题；而其他家庭则面临对认知障碍风险的知晓程度与识别能力较低的问题。

2. 创新模式与举措

2.1 空间与内容相结合，打造老年认知障碍友好社区

上海自 2018 年起开展老年认知障碍照护服务，在 2019 年启动了“老年认知障碍友好社区建设试点”项目，同时公布了建设指引¹¹⁷，并由市区两级给予经费支持。老年认知障碍友好社区，指以社区管理的方式开展老年认知障碍相关服务，以社区为空间依托，开展包括科普教育、风险评估、早期干预、照料支持等服务，营造居民知晓并关爱认知障碍老年人及其家庭的社区环境。

- **科普、筛查、干预：**以普陀区甘泉路街道为例，街道在社区内招募了脑健康相关志愿者，通过志愿者教育，以点带面地传播认知障碍相关常识。在预防筛查方面，志愿者们利用认知测评风险筛查问卷及 AD8 等量表工具，识别风险、录入平台，获得自动推荐的认知锻炼、饮食控制、医院转诊等建议。对于已经有一定程度认知障碍的老年人，社区会链接后续的认知训练、检查等干预服务，延缓认知障碍的进程¹¹⁸。
- **照料支持：**以长宁区为例，2018 年出台了认知障碍友好社区配套政策，建设认知障碍照护床位，并提升专业人员的照护能力。经风险评估后，社区为高风险老人（包含重症、高龄、独居等因素）申请认知障碍专业照护型日托服务，形成“友好社区 + 照护专区”的多功能服务模式¹¹⁹。

2.2 建设社区友好网络，营造认知障碍友好文化

依托社区，上海发展出了认知障碍创新赋能活动场所，由社会机构运营，为认知症长者提供社交空间。例如位于浦东新区洋泾街道“记忆家”（沉浸式老年认知康复活动中心）中的“记忆咖啡馆”，捐款 15 元以上可获得由认知症老人制作的咖啡，公益款项将进入上海洋泾社区公益基金会，作为用于支持认知症家庭的专项基金。这种方式不仅让老人获得了价值感与参与感，还为认知症患者家属提供了休息和交流的场所，满足了社交需要¹²⁰。这些文化场所集宣传、社交、筹款等功能于一体，有助于社会加深对认知障碍的了解，也极大提升了认知障碍患者家庭的生活质量。

自 2019 年以来，上海各区都在探索类似的友好文化综合性场所。长宁区建立了全市首家城区级认知障碍赋能支持中心，借鉴了国际上“Living laboratory”的模式为认知障碍老人提供创新的照护服务，包括咖啡馆、美术馆、书房、剧场、脑力锻炼等各类兴趣场景，满足各类记忆相关的文化与社交需求¹²¹。

3. 成果与成效

截至 2023 年，上海市老年认知障碍友好社区已实现了街镇全覆盖，仅 2023 年一年就改建认知障碍照护床位 2598 张¹²²。在试点经验积累的基础之上，上海市于 2023 年制定公布了《养老机构认知障碍照护单元设置和服务要求》和《老年认知障碍友好社区建设指南》两项标准，发布了老年认知障碍友好社区标识和点位地图，方便有需要的老人与家庭获取服务¹²³。全市的老年认知障碍友好社区试点名单也已更新至第五批，老年认知障碍支持体系的网络正不断织密。

案例四：互联网医院 + 养老机构，上海探索“医养结合”新模式

作为中国最早进入人口老龄化的城市之一，上海自 2021 年开始探索“互联网医院 + 养老机构”（智慧医养）服务模式，由取得互联网诊疗服务资质的医疗机构与养老机构合作，使出行不便的老年人足不出户即可接受三甲医院高质量的远程医疗服务。

1. 面临的问题与挑战

截至 2022 年底的数据显示，上海 65 岁及以上的老年人中，54.38% 的人口至少患 1 种慢性病、22.44% 的人口患 2 种及以上的慢性病¹²⁴。与此同时，上海市共有 729 家养老机构，共入住 71731 名老人¹²⁵。然而，仅约一半的养老机构内设有医疗机构，且服务内容仅限于常见病和多发病的诊疗护理，无法满足部分老年人患多种疾病的医疗需求。

2. 创新模式与举措

2.1 开设云诊室，基本诊疗流程平移至线上

提供互联网医院合作服务的养老机构设有专门的互联网医疗服务专职陪同人员，老年人可以在其陪护下接入合作医院的云诊室进行远程诊疗。医生可以在不受其他患者打扰的情况下详细了解老人的病情，并在必要时开具相应的检查。云诊室能够直接缴费和预约线下检查（或转诊），节省线下问诊的时间与精力。

针对不同的老年患者（可自理老人、半失能老人、卧床失能老人等）与就医目的（远程问诊、远程会诊查房、线上培训等），云诊室配有相应的反应系统，满足不同场景的需要¹²⁶。在云诊室诊断后，患者同时享受云端配药服务，凭借处方，患者可以在家属或养老机构的帮助下在网上申请配药，3~7 天可以配送成功。

2.2 养老机构内布点检验窗口，一站式解决多项流程

由于需要长期用药，一些老年患者需要定期进行采血化验以确保肝肾等功能正常。一些养老机构与医院合作，在养老院内设置了“智慧检验窗口”，由互联网医院开具检验检查，三级医院负责完成血液采样、样本送检并出具报告，省去通勤成本，极大方便了患者及其家属¹²⁷。

2.3 与家庭医生服务结合，升级社区卫生服务中心服务

一部分社区以社区卫生服务中心为试点，对家庭医生团队服务模式进行了新的探索。家庭医生服务团队包括 1 名家庭医生、1 名社区护士，同时配备相应的行政助理、社工和医养助理，家庭医生可以直接在线上指导医养助理为老年患者提供日常护理、居家康复锻炼¹²⁸，团队也可以协助老年患者通过智慧医疗远程门诊设备接入上级医院，开启门诊流程¹²⁹。

3. 成果与成效

上海自 2022 年实施《“养老院 + 互联网医院”建设推广工作方案》以来，“养老院 + 互联网医院”模式正在加速推进，2022 年底实行该模式的养老机构达 54 家¹²⁵，2023 年 9 月底统计数据显示全市共推进“养老院 + 互联网医院”84 家，计划 2023 年底推广至 100 家¹³⁰。作为试点示范的浦东新区，在 2023 年底已覆盖 28 家养老机构¹³¹。

第五章

发展建议



第五章 发展建议

一、扩大整合型卫生服务体系的范畴，明确阶段与内容

在健康中国战略的推动下，我国卫生服务理念正逐步从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变。尽管当前卫生工作重点仍然是提升各级医疗机构的诊疗能力与公共卫生职能水平，但整合型卫生服务已经在深化纵向服务链条上有所突破，使公共卫生、疾病预防、诊疗和康复等各项服务形成更加有效的协同。在这一过程中，尝试对服务内容进行横向扩展与整合也非常必要。我们建议探索扩大目前整合型卫生服务体系的横向范畴，例如与青少年心理疾病预防相关的服务可能涉及校园安全、家庭环境等，与老年慢性病患者护理康复有关的服务还包括住房条件、养老设施等，这也符合我国提倡的“健康入万策”治理理念。鉴于各地医疗水平参差不齐、卫生资源分配不均、面对的健康挑战不一、需要解决的优先任务各异等客观现实，建议明确整合型卫生服务体系的发展阶段，为每个阶段制定具体的实施内容和目标，增强政策的针对性和可操作性，逐步为居民提供更全面、更完整的健康服务。

二、完善目前医联体模式的评价体系，加强可推广性

目前，各种形式的医联体是我国整合型卫生服务体系的核心组成部分，对其发展的成效进行科学评估至关重要。各地在医联体的不断探索过程中，确实产生了很多可喜的成果，诸如基层和区域就诊率、异地就医率、基层人才培养情况等指标也被用来评价医联体某一方面的建设效果。但整体而言，缺少完整、统一、明确的评价体系，且已有的评价结果也没有得到持续的记录、宣传与激励。对此，我们建议建立一套全面的医联体评价体系，针对不同模式都有明确的评价指标和标准，并根据实施情况进行动态调整。评价指标应涵盖医疗服务质量、病患满意度、经济效益、医疗资源利用效率等方面，以全面反映医联体的运行效果。在此基础上更进一步，建议建立全国性的医联体数据库，记录各地的实施效果、创新实践和挑战，以便进行追踪、比较。此外，可通过定期的政策评估和研讨分享优秀案例与经验，为不同发展水平的地区制定可复制、可推广的标准与示例，使优秀的创新成果可以惠及全体国民。

三、推进疾病诊疗一体化，提供全病程全方位服务

包括部分肿瘤在内的一些疾病往往致病机制复杂、诊疗流程繁杂、诊断治疗周期较长，通常需要多个科室介入，而且某些检查与治疗有较高的技术门槛，仅能够在地级市甚至省会城市的大型三甲医院进行。这就迫使患者需要频繁往返于不同医院和科室，多次挂号预约，导致时间投入巨大、治疗效率偏低、甚至延误病情等问题，不但增加了患者的经济负担，还可能影响患者检查 and 治疗的积极性，对患者的长期健康不利。基于整合型卫生服务体系对资源和服务进行整合的理念，建议针对复杂疾病建立完整的疾病管理机制，形成完善的一体化诊疗服务流程。包括建立健全的电子健康档案系统、实施定期的随访等；首诊医生或家庭医生作为患者健康管理的协调者，负责整合患者的诊疗信息和健康数据，统筹跟进患者情况，协助患者开展疾病管理。在医疗机构内部以及医联体系统内部加强跨科室协作机制的建立，推广

多学科团队（MDT）诊疗模式，通过提供多学科诊疗服务，提高患者就医的便利性和连续性。此外，加大对基层医疗机构的支持和培训力度，提高其管理相关疾病的能力和水平，实现基层医疗机构与上级医疗机构的良性互动和协作；同时提升基层医疗机构与上级医疗机构之间的信息互联互通水平，保障患者的本地化治疗，减少入院次数、降低费用。

四、关注特殊群体的健康需求，提高卫生服务的针对性

随着我国基本民生保障和医疗卫生事业的发展，老年人、妇女、儿童、罕见病患者等群体的权益保护受到了愈来愈多的关注和重视，相关医疗服务和关爱服务体系建设也得以发展。然而，仍有部分“少数”群体的特殊需求尚未被发现和满足，例如本次案例集体现的服务创新，就涉及了职业病高发人群的防治需求、戒毒等服刑人员的医疗需求、双职工家庭的婴幼儿托育需求、终末期肿瘤儿童的安宁疗护需求等未被完全满足的医疗健康相关需求。每个公民都公平地享有健康权，对有特殊需求的人群给予特别的关注也是一种公平性的体现。建议政府部门、医疗机构以及其他社会组织、机构和服务主体，通过研究与调研，系统地识别和评估特殊群体的健康需求，包括但不限于医疗、心理、社会和家庭支持等，开发并实施针对性的医疗及支持服务。加强卫生、教育、司法、社会保障等部门之间的协作，打破行政壁垒，共同提升相关群体的医疗质量与生活水平。

五、鼓励社会力量参与，支持社会影响极大的疾病防治体系建设

随着经济社会的发展和生活方式的转变，精神障碍、认知障碍等疾病的患病率呈上升趋势，逐渐引起了社会的关注。这类疾病不仅受到生理遗传、神经生化等因素的影响，家庭、工作和社会环境等外在因素对于疾病的发生、进展、治疗都有重要作用。因此其治疗除通过直接的临床手段改善患者身心健康之外，还需要构建支持性的社会环境帮助患者控制病情或逐步康复。建议有关部门提升对社会心理服务建设和认知友好环境建设的重视，引导和动员教育、公安、宣传等部门管理下的社会力量参与支持体系建设。首先，将防治关口前移，提高相关医疗服务的可及性，在早期发现疾病隐患并进行干预，例如在企事业单位、学校、养老机构等场所广泛建立心理服务站点，普及心理健康知识，提供初级心理咨询和干预，以及在早期发现精神健康问题时提供及时的专业干预。其次，塑造利于患者康复的社会环境和照护者支持体系，在社区层面开展广泛的健康教育和认知障碍防治知识普及，尤其是对老年认知障碍进行专门科普，通过社区活动和媒体宣传提高公众的意识和理解。同时，鼓励和支持志愿者团体、非政府组织以及专业机构参与，提供必要的关怀和支持。还要改善和优化患者的生活和治疗环境，包括改善公共区域的无障碍设施，提供专门的老年人活动中心，以及设计适宜的居住环境等。

参考文献

1. 世界卫生组织. 2023. 世卫组织总干事 2023 年 5 月 5 日在媒体通报会上的开幕讲话. <https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---5-may-2023>
2. 世界卫生组织. 2023. 新的调查显示, 卫生系统开始从大流行中恢复. <https://www.who.int/zh/news/item/02-05-2023-new-survey-results-show-health-systems-starting-to-recover-from-pandemic>
3. 中国政府网. 2023. 国务院联防联控机制权威发布 (2023 年 2 月 23 日). <https://www.gov.cn/xinwen/gwylflkjz236/index.htm>
4. WHO. 2023. 非传染性疾病. <https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
5. James & Pasley. 2020. How the SARS Virus Impacted the World in 2003. Business Insider. <https://www.businessinsider.com/deadly-sars-virus-history-2003-in-photos-2020-2>
6. 中国政府网. 2005. 非典防治工作综述. https://www.gov.cn/test/2005-06/28/content_10716.htm
7. 国家卫生健康委员会. 2023. 国家卫生健康委员会 2023 年 11 月 26 日新闻发布会文字实录. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=07f534629af6437cbfd53b26300c334c>
8. 国家统计局. 2024. 王萍萍: 人口总量有所下降 人口高质量发展取得成效. https://www.stats.gov.cn/xxgk/jd/sjjd2020/202401/t20240118_1946711.html
9. 世界卫生组织. 中国的老龄化与健康. <https://www.who.int/china/zh/health-topics/ageing>
10. 徐丽. 2005. 老龄化趋势给医保基金带来的挑战及对策分析——以上海为例. 经济问题探索. 2005(12): 56-60. <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?dbcode=CJFQ&dbname=CJFD2005&filename=JJWS200512012>
11. 程怀志等. 2022. 人口老龄化对公共卫生服务提出的挑战及对策. 医学研究与教育. 2022,39(01): 49-53. <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?dbcode=CJFQ&dbname=CJFDLAST2022&filename=XBHB202201011>
12. 国家统计局. 2024. 中华人民共和国 2023 年国民经济和社会发展统计公报. https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202402/t20240228_1947915.html
13. 国家统计局. 2021. 我国人口发展呈现新特点与新趋势——第七次全国人口普查公报解读. <https://tjj.pds.gov.cn/contents/14077/415493.html>
14. 吴迪等. 2023. 我国老年流动人口基本公共卫生服务利用状况及其影响因素. 医学与社会. 2023, 36(03): 43-48+55. <https://doi.org/10.13723/j.yxysh.2023.03.008>
15. 陈阿敏, 姚强, 夏冕. 2023. 医疗保险“两地分离”对流动人口健康自评的影响路径研究. 卫生经济研究. 2023,40(01): 73-77. <https://doi.org/10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.01.011>
16. 武汉大学人口与健康研究中心课题组. 2023. 守护美好生活 持续提升全民健康素养——基于十省份健康素养的调研报告. http://www.dangjian.com/shouye/zhuanli/zhuantiku/zhutijiaoyu2023/diaochaoyanjiu/202306/t20230607_6616696.shtml
17. 卫健委宣传司. 2023. 2022 年全国居民健康素养水平达到 27.78%. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s3582/202308/cb6fa340a2fd42b6b7112310b2e1830a.shtml>
18. Yip, W., Fu, H., Jian, W., Liu, J., Pan, J., Xu, D., Yang, H., & Zhai, T. 2023. Universal Health Coverage in China part 1: Progress and gaps. The Lancet Public Health, 8(12). [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(23\)00254-2](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(23)00254-2)
19. 国家癌症中心 2012、2022 年数据
20. The Lancet. 2023. Non-communicable diseases in China: A rising tide. The Lancet, 402(10417), 2045. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)02691-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)02691-0)
21. 国家心血管病中心. 2023. 中国心血管健康与疾病报告 2022. <https://www.nccd.org.cn/Sites/Uploaded/File/2023/6/%E4%B8%AD%E5%9B%BD%E5%BF%83%E8%A1%80%E7%AE%A1%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%B8%8E%E7%96%BE%E7%97%85%E6%8A%A5%E5%91%8A2022.pdf>
22. 人民日报健康客户端. 2023. 慢阻肺病公众知晓率不到 10%, 管理重难点在基层. <https://m.peopledailyhealth.com/articleDetailShare?articleId=cd40ef8c9a5a475b8e0d2b8875b4cb7b>
23. Zhou, T., Wang, Y., Zhang, H., Wu, C., Tian, N., Cui, J., Bai, X., Yang, Y., Zhang, X., Lu, Y., Spatz, E. S., Ross, J. S., Krumholz, H. M., Lu, J., Li, X., & Hu, S. 2023. Primary care institutional characteristics associated with hypertension awareness, treatment, and control in the china peace-million persons project and Primary Health-Care Survey: A cross-sectional study. The Lancet Global Health, 11(1). [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(22\)00428-4](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(22)00428-4)
24. 徐晓燕等. 2024. 中外突发公共卫生事件应急体系对比研究与启示. 中国人民警察大学学报. 2024(40): 73-78. <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?dbcode=CJFQ&dbname=CJFDAUTO&filename=WUJI202404011>

25. 王红波, 龚曦. 2022. 国外整合型医疗研究: 演变、进展与启示. 卫生经济研究. 2022(39): 15-19. <https://doi.org/10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.09.001>
26. World Health Organization. 1996. Integration of health care delivery: report of a WHO study group.
27. 王书平, 黄二丹. 2023. 面向未来的我国整合型医疗卫生服务体系蓝图. 卫生经济研究. 2023,40(07): 1-4, 8. <https://doi.org/10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.07.016>
28. 张永光, 傅薇, 王晓锋等. 我国开展“以人为本的一体化卫生服务”模式的挑战及对策. 中国卫生资源. 2017,20(6):525- 530. DOI:10.13688/j.cnki.chr.2017.17088.
29. 中国网. 2016. “三方五家”医改联合研究报告发布. http://www.xinhuanet.com/politics/2016-07/22/c_129170783.htm
30. Lewis R Q, Checkland K, Durand M A, et al. 2021. Integrated care in England - What can we learn from a decade of national pilot programmes?. International Journal of Integrated Care, 2021,21(4): 1-10.
31. 新华网. 2023. 中共中央 国务院关于做好 2023 年全面推进乡村振兴重点工作的意见. http://www.news.cn/politics/2023-02/13/c_1129362160.htm
32. 卫健委规划发展与信息化司. 2023. 2022 年我国卫生健康事业发展统计公报. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3585u/202309/6707c48f2a2b420fbfb739c393fcca92.shtml>
33. 第一财经. 2023. 1 年少了 1 万个村卫生室: 医疗资源“下沉”乡村, 如何不再“沉没”. <https://new.qq.com/rain/a/20230608A0AAT500>
34. 医学界. 2022. 专访全国政协委员戴秀英: 村医每年减少 5 万, 出路在哪?. <https://www.yxj.org.cn/detailPage?articleId=310016>
35. 国家卫生健康委员会. 2022. 国家卫生健康委员会 2022 年 7 月 14 日新闻发布会文字实录. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=9687bf08193d41b5a5755bb5df1e61e3>
36. 卫健委医政司. 2023. 关于开展紧密型城市医疗集团建设试点工作的通知. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3593g/202302/b22267a189324f8dabfe232438712889.shtml>
37. 卫健委医政司. 2023. 关于印发紧密型城市医疗集团试点城市名单的通知. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3593g/202306/ee217a740fc548ab93b1df641f1f9c17.shtml>
38. 新华社. 2024. 全国共组建各种形式医联体 1.8 万余个. https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202402/content_6934829.htm
39. 卫生健康委办公厅. 2022. 国家卫生健康委办公厅关于印发国家医学中心管理办法(试行)和国家区域医疗中心管理办法(试行)的通知. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-12/29/content_5734106.htm
40. 卫生健康委和中医药局. 2023. 关于开展全面提升医疗质量行动(2023-2025 年)的通知. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202305/content_6883704.htm
41. 卫健委医政司. 2023. 国家卫生健康委办公厅关于印发手术质量安全提升行动方案(2023-2025 年)的通知. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s7657/202308/e2c43dee9d474a058ec42f366a48542a.shtml>
42. 卫健委医政司. 2023. 国家卫生健康委办公厅关于印发患者安全专项行动方案(2023-2025 年)的通知. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s7657/202310/b83b9e050e0a4aea8245a941bcd0f8f.shtml>
43. 卫健委医政司. 2023. 国家卫生健康委办公厅关于印发医疗质量控制中心管理规定的通知. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s7657/202302/9af9dfc9479040a1994563a35c453ef8.shtml>
44. 卫健委统计信息中心. 2023. 全国卫生健康信息化发展指数(2023)发布. <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8561/202304/3aff99e9527540bc8b5b387f86d184b6.shtml>
45. CDSreport 微信公众号. 2023. 新晋 89 家! 首家八级! 2022 年度电子病历高评级医院公示. http://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MzU5Nzk0MTM5Ng==&mid=2247495070&idx=1&sn=7c9266d7c1256397a1693cc271739831&chksm=fe496065c93ee973facefb1ee0f57123874e8ce8db7b166a4a9f3ce83d82db0340b5460d2708#rd
46. 卫健委医政司. 2023. 国家卫生健康委办公厅关于 2021 年度全国二级公立医院绩效考核国家监测分析情况的通报. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3594q/202304/0aeb2d80786c4eeeca94e7b5d179a3b4d.shtml>
47. 卫健委医政司. 2023. 国家卫生健康委办公厅关于通报 2021-2022 年度县医院医疗服务能力评估情况的函. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3594q/202305/d87cb253740048ef98af1f37f67adba2.shtml>
48. 国家卫生健康委网站. 2023. 国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构临床决策支持系统应用管理规范(试行)的通知. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202308/content_6895966.htm
49. 王俊, 王雪瑶. 2021. 中国整合型医疗卫生服务体系研究: 政策演变与理论机制. 公共管理学报. 2021(03):152-167+176. doi:10.16149/j.cnki.23-1523.2021.03.004
50. 姚克勤, 赵敏捷等. 2023. 基于主题框架分析整合型医疗卫生服务体系建设典型案例研究. 卫生软科学 2023(03):11-17.
51. 浙江省卫生健康委员会官微. 2019. 张平主任介绍浙江省构建整合型医疗卫生服务体系典型经验做法. https://mp.weixin.qq.com/s/qYQtIZ_1yN3mJMx5rgIUQ

52. 长三角健康微信公众平台 . 2019. 县域综合医改的 “ 长兴样本 ”: 建设医联体、医共体, 破解看病难、看病贵 . <https://mp.weixin.qq.com/s/uaGFhOuELXt2ARAHIdBIUA>
53. 长兴县委组织部 . 2020. 《 攻坚 》 系列专题片 —— 第四集: 《 看长兴推进县域医共体建设 》 . <https://mp.weixin.qq.com/s/zjwMSz3XKeSxvds7IVcsXw>
54. 中国医院协会医共体分会官微 . 2021. 长兴: 深化推动 “ 三个一 ” 构建优质高效整合型医疗卫生服务体系 . <https://mp.weixin.qq.com/s/khNthmO71d9yUUeotOSalg>
55. 浙江省湖州市长兴县卫生健康局 . 2023. 构建四位一体的职业健康治理新模式 . 《 健康中国观察 》 2023 年 4 月刊 . <https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20230520/content-1553329.html>
56. 湖州改革官微 . 2023. 优化营商环境最佳实践 “ 好案例 ” | 构建整合型医疗卫生服务体系 让企业更有 “ 医靠 ” . https://mp.weixin.qq.com/s/Uvln22FsaAGoBFGjXn_aUg
57. 浙江省计划生育协会官微 . 2023. 家庭健康促进 | 长兴县: 以 “ 健康银行 ” 为载体 构建居民自我健康管理新模式 . <https://mp.weixin.qq.com/s/Y1Zm3jzHFfw3Lzz69MP7g>
58. 健康长兴官微 . 2023. 清华大学健康中国研究院院长督导整合型医疗卫生服务体系建设工作 . https://mp.weixin.qq.com/s/blEmqw01_4-fEpHkSCKdg
59. 宋昕泽, 牛益彤, 田为, 沈齐 . 2023. 医共体建设的德清启示: 成功的医共体, 如何构建 “ 利益共同体 ” ? . 健闻咨询 . <https://new.qq.com/rain/a/20230815A01GXY00>
60. 张斯文, 吕昂 . 2023. 县域医共体建设为百姓就医提供新方案 —— 看德清样本 . 新华财经 . https://www.cnfin.com/hg-lb/detail/20230512/3862621_1.html
61. 浙江省卫生健康委改处 . 2024. 浙江省综合医改 2023 年度 “ 十佳典型案例 ” 名单来啦! <https://mp.weixin.qq.com/s/7WaLJcDK2O-gBqmgKrnwhA>
62. 930 老友记 . 2023. 让患者少跑腿、少花钱! 这一远程医疗协作网, 惠及广西六市三县六城区 . <https://mp.weixin.qq.com/s/NR-dyHCnKeMV9KTRudwtlw>
63. 广西新闻网 . 2020. 南宁市第一人民医院推进医联体建设 . <http://news.gxnews.com.cn/staticpages/20200115/newgx5e1e9466-19186999.shtml>
64. 健康南宁官微 . 2023. 发挥区域领头作用 打造紧密型城市医疗集团建设样板 . <https://mp.weixin.qq.com/s/WZ4cHBKDp8LDR061M5Jryg>
65. 广西壮族自治区卫生健康委员会 . 2021. 南宁一医院: 合作共赢促发展 持续推进医联体建设 . https://wsjkw.gxzf.gov.cn/xwdt_49370/gst11004552.shtml
66. 广西戒毒官微 . 2023. 广西第三强制隔离戒毒所建立 5G 远程超声诊断工作站 . <https://mp.weixin.qq.com/s/HhkoPPI0jER6np8FccP8Rg>
67. 楚天都市报 . 2020. 建立区域儿童健康保障大体系 . http://wjw.hubei.gov.cn/bmdt/mtjj/mtgz/202007/t20200730_2719958.shtml
68. 湖北儿科联盟报第 32 期 . 2023. “ 湖北儿童健康行 ” 八年坚持不懈送医下乡 . https://mp.weixin.qq.com/s/mEl1CO49Aj_8-vfb8BLHLg
69. 微信个人公众号 . 2023. 智慧医疗 | 武汉儿童医院 - 省级儿科远程医疗协作网的探索和实践 . <https://mp.weixin.qq.com/s/vRI9rukSOYyaqUZp6l1S9A>
70. 国家癌症中心 . 2024. 2022 年中国癌症发病率和死亡率 . <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667005424000061> [郑荣寿, 陈茹, 韩冰峰, 等 . 2022 年中国恶性肿瘤流行情况分析 [J]. 中华肿瘤杂志 , 2024, 46(03): 221-231.]
71. 张思玮 . 2023. 黄云超: 降低肺癌发病率是云南肿瘤防治重点 . 中国科学报 . <https://news.sciencenet.cn/htmlnews/2023/2/493955.shtml>
72. 中国医院协会信息专业委员会 . 2023. 云南省肿瘤医院: 打造全省肺结节 - 肺癌一体化诊治中心 . 2023 年医院新兴技术创新应用典型案例 . <https://www.chima.org.cn/Html/News/Articles/16447.html>
73. 世界卫生组织 . 精神卫生 . https://www.who.int/zh/health-topics/mental-health#tab=tab_2
74. 深圳市精神卫生中心 (深圳市康宁医院) . 2016. 我市精神疾病患病率较高, 有关部门将心理卫生服务纳入公共卫生体系 . http://www.szknny.com/jy/xwzx/mtbd/content/post_984669.html
75. 深圳市卫生健康委员会, 深圳市卫生健康发展研究和数据管理中心 . 2021. 深圳居民健康健康白皮书 (2020) . <https://wjw.sz.gov.cn/attachment/1/1122/1122165/9999142.pdf>
76. 深圳市南山区慢性病防治院 . 2023. “ 阳光心情 ” 服务计划项目介绍 . https://www.sznsmb.cn/Category_1512/Index.aspx
77. 深圳市南山区慢性病防治院 . 2023. 今年再输送 40 名精神科医生南山区精神科医师转岗培训班开班 . <https://www.sznsmb.cn/Item/2943.aspx>
78. 国家卫生健康委 . 2022. 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 . https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-07/12/content_5700674.htm
79. “ 三高 ” 共管规范化诊疗中国专家共识 (2023 版) 专家组 . 2023. “ 三高 ” 共管规范化诊疗中国专家共识 (2023 版) . 中华心血管病杂志 (网络版) . 2023, 06(1): 1-11. DOI: 10.3760/cma.j.cn116031.2023.1000144. <https://rs.yiigle.com/CN2021/1467649.htm>

80. 马媛媛. 2023. 全省唯一! 潍坊“单病种群体管理”入选全国典型案例. 齐鲁晚报. https://www.sohu.com/a/717825464_121218495
81. 烟台市卫生健康委员会体改药管科. 2023. 【山东医改十大创新举措】潍坊: 开展单病种群体管理 打造基层卫生健康综合试验区建设“潍坊样板”https://wjw.yantai.gov.cn/art/2023/3/21/art_34591_2899879.html
82. 中国家庭报. 2023. 花甲之年再挂帅 支援边疆新医疗——浙大邵逸夫阿拉尔医院党委副书记、院长张雷. <https://www.cfnews.org.cn/newsinfo/6088387.html>
83. 浙大邵逸夫阿拉尔医院官微. 2023. 兵团日报整版报道, 聚焦国家区域医疗中心——浙大邵逸夫阿拉尔医院高质量发展. <https://mp.weixin.qq.com/s/goJtmg8jZ8lShbrbw8vxcA>
84. 筑医台资讯. 2023. 兵团首家! 国家区域医疗中心在浙大邵逸夫医院阿拉尔医院揭牌. https://www.sohu.com/a/643582705_456060
85. 中国日报网. 2022. 兵团计划建成 100 个符合标准的团场专病特色科室 让职工群众在家门口享受专家医疗服务. <https://xj.chinadaily.com.cn/a/202212/20/WS63a1b883a3102ada8b22790a.html>
86. 浙大邵逸夫阿拉尔医院官微. 2023. 兵团日报整版报道, 聚焦国家区域医疗中心——浙大邵逸夫阿拉尔医院高质量发展. <https://mp.weixin.qq.com/s/goJtmg8jZ8lShbrbw8vxcA>
87. 浙大邵逸夫阿拉尔医院官网. 2024. 浙大邵逸夫阿拉尔医院专家奔波 180 公里为外院患者手术, 国家区域医疗中心健康福祉辐射新疆大地. <http://www.srrsah.com/html/xinwen/6406.html>
88. 兵团日报. 2024. 浙大邵逸夫医院在阿拉尔打造医疗高地. https://bt.news.cn/2024-01/19/c_1130063299.htm
89. 健康四川官微. 2023. 改善就医感受 提升患者体验十佳典型案例⑩——四川大学华西第二医院推行“妇科肿瘤多学科综合管理诊治”就医模式. <https://mp.weixin.qq.com/s/tYg9zf65jbivtJhRqqihDw>
90. 山西省人民政府门户网站. 2023. 为了让百姓看病省时又省钱. http://www.lishi.gov.cn/zxxw/sxyw/yw/202312/t20231218_1822297.shtml
91. 健康太原官微. 2023. 太原复诊患者检查检验“零元挂号”. <https://mp.weixin.qq.com/s/EkiDXWomEfEW-tRggFmiJg>
92. 太原市卫生健康委员会. 2024. 太原市二级及以上公立医院全面开展“一号管三天”服务. <https://wjw.taiyuan.gov.cn/wjyw/20240409/30116994.html>
93. 山西综合广播. 2024. 太原市推出“零元惠民号”服务. <https://mp.weixin.qq.com/s/cc75k-7HjplmHw2M6qjVA>
94. 沧州日报官微. 2023. 安宁病房里的金婚庆典. <https://mp.weixin.qq.com/s/SXVPOK5eUy2w6KT0wsMvFg>
95. 医学界. 2023. 在中国, 儿童安宁疗护该如何做?. <https://mp.weixin.qq.com/s/RLGL8454yY48Uz2kQ4ew6Q>
96. 拾玉儿童公益基金会. 2023. “拾光之沧 载孩子回家”沧州市人民医院儿童居家安宁公益项目启动. <https://mp.weixin.qq.com/s/ztsD0ZR-oqQEmaj7zZ7GA>
97. 沧州晚报. 2023. 河北沧州: “拾光之沧 载孩子回家”儿童居家安宁疗护项目启动. <https://new.qq.com/rain/a/20231031A09WT400>
98. 梁建章, 任泽平, 黄文政, 何亚福. 2022. 中国生育成本报告. <https://download.caixin.com/upload/shengyubaogao2022.pdf>
99. 央视新闻天下栏目. 2023. 江西萍乡加大补贴投入医育结合提供托育服务. https://mp.weixin.qq.com/s/V_t6ooJZnwSW6kV2Mm2mgA
100. 安源发布官微. 2023. “源有善育”“托”举未来: “医育结合”新模式助推安源托育服务高质量发展. <https://mp.weixin.qq.com/s/NTqbn7g8udSiOYfe7pziKg>
101. 央广网. 2024. 主题教育见实效 医教育结合解民忧. https://jx.cnr.cn/jk/20240109/t20240109_526551778.shtml
102. 安源妇幼官微. 2024. 医疗卫生机构“医育融合”托育研修专班. <https://mp.weixin.qq.com/s/kkWBxRgoMVU-0vup5ILDA>
103. 哈密零距离官微. 2023. 伊州区东河街道: 这个“社区医院”看病真方便!. https://mp.weixin.qq.com/s/oV_KDLQqlnn4NLEDkR8w
104. 农民日报. 2024. 天山脚下绘就“夕阳红”. <https://www.mca.gov.cn/n1288/n1290/n1316/c1662004999979997277/content.html>
105. 阿勒泰新闻网. 2023. 我在美丽新疆 | 东河街道社区卫生服务中心: 给居民当好健康守护人. http://www.altxw.com/yw/202311/t20231124_17531542.html
106. 伊州区东河街道社区卫生服务中心官微. 2023. 个性化家庭医生签约服务工作开始. <https://mp.weixin.qq.com/s/wosbyOwsQkfbzBJOeOumGg>
107. 中国数字医学微信公众号. 2023. 案例: 打造慢病门诊一体化、组建基层医院家庭医生团队. https://mp.weixin.qq.com/s/ZZtQWnSH6B_BykFnR9iOoQ
108. Lu J, Xu X, Huang Y, Li T, Ma C, Xu G, Yin H, Xu X, Ma Y, Wang L, Huang Z, Yan Y, Wang B, Xiao S, Zhou L, Li L, Zhang Y, Chen H, Zhang T, Yan J, Ding H, Yu Y, Kou C, Shen Z, Jiang L, Wang Z, Sun X, Xu Y, He Y, Guo W, Jiang L, Li S, Pan W, Wu Y, Li G, Jia F, Shi J, Shen Z, Zhang N. 2021. Prevalence of depressive disorders and treatment in China: a cross-sectional epidemiological study. *Lancet Psychiatry*. 2021, Nov; 8(11):981-990. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00251-0. Epub 2021 Sep 21. PMID: 34559991. [中国抑郁障碍患病率及卫生服务利用的流行病学现状研究]
109. 北京心理危机研究与干预中心. 2007. 我国自杀状况及其对策

110. 王汝展, 张敬慧, 王延祜, 等. 2021. 山东省 18 岁及以上人群精神障碍流行病学调查. 中华精神科杂志. 2021, 54(2): 138-146. DOI: 10.3760/cma.j.cn113661-20200708-00323.
111. 裴洪飞, 冯玉韬, 罗林林, 李国良, 钱燕丹, 岳崧, 刘德彪, 朱瑾, 刘燕. 2021. 社区居民抑郁情绪及其影响因素. 济宁医学院学报. 2021, 44(6): 390-393. DOI: 10.3969/j.issn.1000-9760.2021.06.003.
112. 栾维娜. 2023. 济宁构建“1+10+N”社会心理服务体系, 获全国推广! . 济宁新闻. <https://www.jnnews.tv/p/1012724.html>
113. 张逸璇, 樊东升. 2021. 期待东风解冻时, 我们一直在前行 肌萎缩侧索硬化的诊治新进展. 中华医学信息导报, 2021, 36(13): 11-11. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-8039.2021.13.112.
114. 新华网. 2021. 第七次全国人口普查数据结果十大看点. http://www.xinhuanet.com/politics/2021-05/11/c_1127433978.htm
115. 中国老龄协会. 2021. 2030 年我国老年痴呆人数将达 2220 万. <http://www.jkyl.org.cn/index.php?m=content&c=index&a=show&catid=9&id=11054>
116. 澎湃新闻. 2023. 上海老年认知障碍友好社区还有哪些当务之急? . <https://new.qq.com/rain/a/20231107A06ZOJ00>
117. 上海市民政局. 2019. 上海市民政局关于本市开展老年认知障碍友好社区建设试点的通知. https://www.shanghai.gov.cn/nw12344/20200813/0001-12344_62861.html
118. 上海普陀甘泉路街道. 2023. 从“头”开始, 加入甘泉“头脑特工队”与健康同行. <https://www.shpt.gov.cn/gqjd/gqjd-sqdt/20230922/916852.html>
119. 上海长宁微信公众号. 2023. 贴心守护“老宝贝”, 上海长宁真情打造老年认知障碍友好城区. https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_25736404
120. 知乎认知症照护科普. 2021. 认知症咖啡馆是怎么样的? . <https://zhuanlan.zhihu.com/p/411036266>
121. 澎湃新闻. 2024. 愚园路附近开了朵“小蓝花”, 上海首家城区级认知障碍赋能中心揭牌. https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_25976709
122. 上海市财政局. 2023. 本市“改建 2000 张认知障碍照护床位”超额提前完成. https://czj.sh.gov.cn/zys_8908/xwzx_8909/czyw/20231226/xxfbinfo0000012045.html
123. 上海市民政局. 2023. 上海市民政局召开上海市老年认知障碍友好社区建设推进会. <https://www.mca.gov.cn/n1288/n1290/n1318/c1662004999979995521/content.html>
124. 彭希哲. 2022. 曙光在前, 坚持就是胜利——人口老龄化背景下的上海新冠疫情防控. 中国老龄科学研究中心. <http://www.crca.cn/index.php/16-research/685-2022-04-25-00-28-43.html>
125. 上海市民政局, 上海市统计局. 2022 年度上海市养老服务综合统计监测数据. <http://sh.people.com.cn/n2/2023/0609/c176737-40451600.html>
126. 澎湃新闻. 2021. 海探索智慧医养服务, 试点 5G 云诊室“进”养老院. <https://finance.sina.cn/2021-10-14/detail-iktzqtyu1462587.d.html>
127. 黄杨子. 2023. 养老院失智失能老人如何顺利就医? 医院、民政携手打通医养结合“最后一公里”. 上观新闻·解放日报. <https://mp.weixin.qq.com/s/Sc5I7Hx0FjYPN3Dhq67r2g>
128. 上海普陀. 2024. “医养”擦出“新火花”, 成为全国医养结合示范区, 普陀有何秘诀. <https://mp.weixin.qq.com/s/VvJty86Shx0wOuRSavJ5Q>
129. 健康华新. 2024. 打造“养老院+家庭医生+互联网医院”新模式, 让老人就医更方便. <https://mp.weixin.qq.com/s/EHRE0TmFVhmVUOC09HVVg>
130. 中国新闻网. 2023. 大城何以“老吾老”? “数”看上海养老服务. <https://www.sh.chinanews.com.cn/shms/2023-10-22/117401.shtml>
131. 浦东时报. 2024. 合作模式向全市推广 覆盖 1.5 万张养老床位——浦东“养老院+互联网医院”模式不断升级. https://mp.weixin.qq.com/s/ip_fHz9jOXtCp8caPq7jFw

写作团队

李安迪

艾社康（上海）研究咨询高级项目分析师，参与 ASK Health Asia 的研究和咨询工作。硕士毕业于纽约大学全球公共卫生学院，在医疗卫生领域拥有法律、政策和管理方面的多元化专业背景，以及学校和非政府组织的工作经验，致力于消除歧视和促进弱势群体的健康公平。参与撰写过 SBS、CAH、血液性罕见病等患者生存质量报告，持续进行罕见疾病和其他医疗服务领域的研究。

王雪屏

艾社康（上海）研究咨询高级项目经理，参与 ASK Health Asia 的研究和咨询工作。主要研究领域包括多个病种以及罕见病医疗服务、多层次医疗保障体系、健康养老等。她先后就读于上海纽约大学与亚利桑那州立大学，拥有社会科学加数据分析的复合学历背景。曾作为项目负责人或主要协调人与研究机构、基金会、患者组织、企业等开展合作，公开发表的研究成果包括但不限于：《福建省罕见病患者生存状况及疾病负担调查报告》，《补充保障形式——慈善捐赠与医疗互助：健全完善多层次医疗保障体系》等。

贾凌霄

艾社康（上海）知识管理副总监，主要负责 ASK Health Asia 的知识管理与研究工作，并参与卫生服务体系、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。

刘畅

艾社康亚洲（ASK Health Asia）创始人及 CEO，香港中文大学和昆山杜克大学兼职教授，杜克-新加坡国立医学研究生院卫生服务和政策系和老龄健康教育中心助理教授，并在美国布朗大学老年医学与健康研究中心工作，研究美国和中国的长期照护和养老政策，发表多篇学术文章和政府报告。参与并撰写了有关新加坡年度卫生健康系统发展的文章、编写了《Affordable Excellence》一书的后记，并与 William Haseltine 博士合作编写了《A City for All Ages》一书。

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



未来健康



艾社康



报告电子版