

医药先锋系列之



Medical weekly pharmacy

» 医周药事

2025年第11期

(2025.03.10-2025.03.16)



北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司 主办

——本期视点——

（阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体文章内容。）

• 两会专题 •

▶ [医保“含金量”持续上升，长护险落地“箭在弦上”，创新药发展启新篇……](#)（来源：人民网）——第 6 页

【提要】今年政府工作报告提出，居民医保和基本公共卫生服务经费人均财政补助标准分别再提高 30 元和 5 元。“不要小看这‘30 元’在政府工作报告中的‘含金量’。”全国人大代表、中国社会保障学会会长郑功成表示，这一标准并非首次上调。自城乡居民医保制度建立以来，也就是从 2003 年起，居民医保财政补助标准从每人每年 10 元提高至今年的 700 元，以 20 多年来不间断地投入增长，织就了世界上覆盖人口最广的基本医疗保障网。

▶ [雷海潮：围绕“强基层、固基础、保基本”谋划医疗卫生强基工程](#)（来源：中国卫生杂志）——第 10 页

【提要】根据最新统计快报结果显示，2024 年中国居民的预期寿命已达 79 岁，比 2023 年提高了 0.4 岁，提前实现了“十四五”国民经济和社会发展规划的目标要求。同时，2024 年的人均预期寿命比 2019 年提高了 1.7 岁。特别值得一提的是，各省份之间的健康水平差距在逐步缩小，说明健康公平性得到改善。未来，中国居民预期寿命提高的潜力仍然明显，仍然可望可期。在健康水平改善的同时，我们

也认识到老百姓追求健康改善的愿望越来越强，我们需要持之以恒地努力。

• 专家观点 •

▶ [观点 | “三医”协同 系统集成](#)（来源：健康报）——第 16 页

【提要】今年的政府工作报告指出，实施健康优先发展战略，促进医疗、医保、医药协同发展和治理。“三医”协同关乎人民群众看病就医的获得感，关乎医疗服务质量与效率的提升，关乎深化医改的成败。

▶ [观点 | 慢性病防治要持续创新模式](#)（来源：健康报）——第 27 页

【提要】慢性病影响因素的综合性、复杂性决定了防治任务的长期性和艰巨性。随着经济社会与健康政策的变化，慢性病防治模式也在不断转变。

• 分析解读 •

▶ [国家医保局接连推出“立项指南”，医疗服务价格改革对我们有哪些影响？](#)（来源：中国医疗保险）——第 39 页

【提要】近日，国家医保局连发《神经系统类医疗服务价格项目立项指南(试行)》《骨骼肌肉系统类医疗服务价格项目立项指南(试行)》《心血管系统类医疗服务价格项目立项指南(试行)》。根据国家医保局规划，2025 年将完成所有学科领域的价格项目整合。

▶ [多地医保局接入 DeepSeek！问不倒的“医保搭子”来啦](#)（来源：中国医疗保险）——第 44 页

【提要】在当前“三医协同发展和治理”的大背景下，医保作为其中的重要组成部分，近年来频繁出台有关医疗机构、药店、参保人等相关方的政策和规定，且医保政策专业度较高，与医疗人员和医药人员、尤其是参保人之间存在一定的理解壁垒。同时，不可忽视的是，医保经办人员有限，需要服务我国 13 亿基本医保参保人和超过 90 万家两定机构，这种供需矛盾使得医保服务亟待借助技术手段提升效率和服务质量，引入 DeepSeek 等 AI 技术显得尤为必要。

• 医疗速递 •

▶ [2025 年医保目录调整提前，26 省明确药事会召开时间](#)（来源：新浪医药）——第 50 页

【提要】近日，国家医保局召开新闻发布会，国家医保局医药管理司司长黄心宇提到，从今年开始，医保药品目录调整时间会适当提前，预计从 4 月 1 日开始申报，争取 9 月份完成。

▶ [国家医保局：统一新增植入式“人工心脏”价格项目](#)（来源：国家医保局）——第 53 页

【提要】据不完全统计，我国现有慢性心衰患者 1600 万左右，且发病率逐年上升。对于早期、中期的心衰患者，可以通过药物或其他手段进行治疗，但对于终末期心衰患者，常规治疗手段效果有限，心脏

移植成为挽救生命的最后希望。然而，我国每年有大量终末期心衰患者需要心脏移植，每年心脏移植手术数量仅 700 例左右，远无法满足心衰患者的治疗需求。

• 医保快讯 •

▶ [历数五年政府工作报告中的长护险，正加速制度落地全国！](#)（来源：时代周刊）——第 57 页

【提要】今年的政府工作报告指出，积极应对人口老龄化，完善发展养老事业和养老产业政策机制。其中，在完善社会保障和服务政策方面，除了城乡居民基础养老金最低标准再提高 20 元以外，还新增多项具体的养老措施，比如“推进社区支持的居家养老，强化失能老年人照护，加大对老年助餐服务、康复辅助器具购置和租赁支持力度，扩大普惠养老服务，推动农村养老服务发展，加快建立长期护理保险制度。”

▶ [103 个统筹地区先行先试 加快推进医保基金即时结算改革](#)（来源：国家医保局）——第 63 页

【提要】在政策协同上，基金预付和即时结算协同赋能。截至 2 月底，29 个省份建立预付金制度，17 个省份预付基本医保基金 484 亿元（其中职工医保基金 326 亿元，居民医保基金 158 亿元），其他符合条件的统筹地区将于 3 月底前完成拨付。

-----本期内容-----

• 两会专题 •

医保“含金量”持续上升，长护险落地“箭在弦上”，创新药发展 启新篇……

来源：人民网

人均再提高 30 元 医保“含金量”持续提升

今年政府工作报告提出，居民医保和基本公共卫生服务经费人均财政补助标准分别再提高 30 元和 5 元。

“不要小看这‘30 元’在政府工作报告中的‘含金量’。”全国人大代表、中国社会保障学会会长郑功成表示，这一标准并非首次上调。自城乡居民医保制度建立以来，也就是从 2003 年起，居民医保财政补助标准从每人每年 10 元提高至今年的 700 元，以 20 多年来不间断地投入增长，织就了世界上覆盖人口最广的基本医疗保障网。

郑功成认为，居民医保财政补助标准上涨的背后，是医保服务水平更大幅度的提高。

据国家医保局官网，2003 年“新农合”建立初期，能报销的药品只有 300 余种。自 2025 年 1 月 1 日起，新版国家医保药品目录又新增 91 种药品，总数增至 3159 种。肿瘤、慢性病、罕见病、儿童用药等领域的保障水平得到明显提升。

“2003 年，政策范围内住院费用报销比例为 30%至 40%。目前，居民医保的政策范围内住院费用报销比例为 70%左右，群众在居民医保的政策范围内住院费用报销的自付比例明显降低，就医负担减轻。”郑功成说。

梳理近年来医保改革，每一笔缴费增补精准投向就医用药，切实减轻群众医疗负担，提升就医获得感。在不断完善医保制度的有力支持下，全国居民就医需求快速释放，健康水平显著提升。

“近 14 亿人看病条件越来越好、报销越来越多、服务越来越方便，背后是国家医保在为咱老百姓的健康托底。”郑功成表示，尽管我国的医保制度还需要全面优化，相信通过进一步全面深化改革，这项覆盖全民、惠及全民的重要制度安排必定能够切实解除全体人民疾病医疗特别是重大疾病医疗的后顾之忧，为建设健康中国提供有力支撑。

连续 5 年被写进政府工作报告，长护险全国落地“箭在弦上”

作为“一人失能、全家失衡”困局的重要解决方案，进一步发展被称为“社保第六险”的长期护理保险显得尤为迫切。

3 月 5 日，2025 年政府工作报告中“加快建立长期护理保险制度”再次出现。据第一财经记者统计，这也是从 2021 年开始，长期护理保险(下称“长护险”)连续第 5 年被写入国务院的政府工作报告中。

翻阅近几年的政府工作报告，对于长护险的工作任务从 2023 年

的“稳步推进长期护理保险制度试点”到2024年的“推进建立长期护理保险制度”，再到2025年的“加快建立长期护理保险制度”，表述的变化体现了政策推进的节奏与决心，也预示着长护险制度全国落地正在加速进行。

近两年来，长护险方面的全国性政策或文件也进入“加速”通道。

在护理人员资质方面，去年2月，国家医保局联合人力资源社会保障部颁布《健康照护师(长期照护师)国家职业标准(2024年版)》，首次明确长期照护师职业标准。去年11月，两部门再次印发《关于推进长期照护师职业技能等级认定的实施意见》，这标志着长期照护师职业等级认定有据可依、有章可循，进入实质性操作阶段，在不久的将来将会有一批长期照护师持证上岗。

同样在去年11月，国家医保局在官方网站新设了“长期护理保险”专栏，也被市场视为长护险制度全面落地将近的信号之一。

国家医疗保障局待遇保障司司长樊卫东在1月17日的新闻发布会上表示，国家医保局正在会同有关部门，以建立独立险种、制度覆盖全民、政策规范统一、契合我国国情为目标，加快建立长期护理保险制度。在强化制度顶层设计的同时，建立健全17项核心政策和管理运行机制，确保制度全面覆盖、落地实施时，失能群众能够及时兑现待遇、享受服务。目前，已印发13项政策措施。指导现有试点城市规范统一，缩小地区间制度差异，为下一步全面建制打下基础。

创新药发展启新篇

回溯 2024 年，“创新药”首次被写入政府工作报告。今年的政府工作报告也再次强调，“健全药品价格形成机制，制定创新药目录，支持创新药发展。”这一持续且深入的政策导向，充分凸显了政府对创新药产业发展的重视，或将推动我国创新药事业不断迈向新高度。

事实上，一年来，我国医药产业取得的进展有目共睹。日前，全国政协委员、中国医学科学院肿瘤医院主任医师赵宏表示，“过去一年，国家批准上市的新药有 48 个，器械有 65 个，在研新药的数量也已经跃居全球第二位。”

在 2024 年 12 月召开的全国医疗保障工作会议上，国家医保局多次提及商业健康险，除了丙类药品目录以外，还表示：将引导商业保险公司将健康险资金的一部分通过规范途径，加大对创新药械研发生产的投入。

2025 年初，国家医保局透露，计划于年内发布第一版丙类药品目录。丙类目录主要聚焦创新程度很高、临床价值巨大、患者获益显著，但因超出“保基本”定位暂时无法纳入基本医保目录的药品；在支持落地应用上，国家医保局将探索优化调整支付管理政策，对于丙类目录药品，可不计入参保人自费率指标和集采中选可替代品种监测范围，符合条件的病例可不纳入按病种付费范围，实行按项目付费。

上述规划，既为创新药多元化支付方式的探索做出了铺垫，同时

让创新药后续能切实在医院内落地使用更有保障。

作为多层次医疗保障体系的重要组成部分，在创新药目录的推动下，商业健康险也将迎来差异化发展的窗口。

但不容忽视的是，推动创新药高质量发展，离不开配套制度的支撑。在今年的政府工作报告中也着重强调，“健全药品价格形成机制，制定创新药目录，支持创新药发展。”

“基本医保是保基本，我们要梯度地把支付标准和药品价格进行适度分离，同时引入第三方支付，发展商业保险，扩大投资来源，以促进创新药的发展。需要强调的是，促进创新药发展是全链条的，包括临床研究能力的提升、审评审批的加快，以及医保的支付标准和创新药的挂网等多方面。”上海市卫生和健康发展研究中心主任金春林说。

[返回目录](#)

雷海潮：围绕“强基层、固基础、保基本”谋划医疗卫生强基工程

来源：中国卫生杂志

十四届全国人大三次会议日前举行记者会。国家卫生健康委主任雷海潮在会上就卫生健康相关问题回答了中外记者提问。

2024 年中国居民预期寿命达 79 岁

雷海潮介绍，根据最新统计快报结果显示，2024 年中国居民的预期寿命已达 79 岁，比 2023 年提高了 0.4 岁，提前实现了“十四五”

国民经济和社会发展规划的目标要求。同时，2024 年的人均预期寿命比 2019 年提高了 1.7 岁。特别值得一提的是，各省份之间的健康水平差距在逐步缩小，说明健康公平性得到改善。党中央、国务院实施的区域协调发展战略、城乡融合战略，都在卫生健康领域见到积极成效。北京、天津、上海、山东、江苏、浙江、广东、海南 8 个省份的人均预期寿命超过了 80 岁。未来，中国居民预期寿命提高的潜力仍然明显，仍然可望可期。在健康水平改善的同时，我们也认识到老百姓追求健康改善的愿望越来越强，我们需要持之以恒地努力。

体重管理，持续到底

雷海潮指出，当前，我国面临传染病和慢性非传染性疾病的挑战，卫生健康工作需要持续加强，要落实好党中央健康优先发展战略。当前，危害中国百姓健康的主要危险因素来自慢性非传染性疾病。而慢性非传染性疾病的很多致病因素与每个人的生活行为方式、饮食和体育锻炼都密切相关。比如，体重异常问题。在生活条件改善的同时，很多人也出现了摄入的能量更高、运动相对缺乏等问题，导致体重异常，容易引起高血压、糖尿病、心脑血管疾病、脂肪肝，甚至一部分癌症也和体重异常有一定关联。加强生活方式的干预，每一个人做好自己的健康第一责任人非常关键。

雷海潮介绍，2024 年，国家卫生健康委联合民政部等 15 个部门启动实施了“体重管理年”行动。“体重管理年”实施的首期三年体

重管理行动，目的是在全社会形成重视体重、管好体重、健康饮食、积极参与运动锻炼等良好的生活方式和习惯的新风尚。通过全社会的共同行动，特别是提出“健康体重一起行动”的口号，一些单位食堂饮食更加健康，一些城市中的健康步道、公园的健康环境越来越优化，越来越多的人更加关注自己的体重和健康指标，这些都为慢性病防控打下了良好基础。

体重管理和慢性病防控需要持续深入地开展。国家卫生健康委聘请了奥运冠军做体重管理社会宣传员，也开发了微信表情包，目的是让体重管理和慢性病防控融入大家的日常生活。今后，国家卫生健康委将继续从三个方面推进慢性病的防控工作，特别是体重管理工作。

一要继续推动政府、行业、单位和个人落实好四方责任。慢性病防控尤其需要全社会共同参与，为体重管理营造良好的社区环境、单位环境和社会环境。一些家庭已经配置了体重秤，随时监控体重变化情况。有的宾馆和酒店已经在房间里配备了体重秤，为经常出差旅行的朋友们监测体重提供了条件。呼吁更多的宾馆酒店参与到行动中来，为体重管理、慢性病防控创造积极有利的条件。

二要继续做好有关慢性病防控和体重管理方面的知识宣传。2024年，国家卫生健康委启动了时令节气与健康的新闻发布传播行动，今年会继续坚持。要动员医疗卫生机构积极开展健康知识的宣传和传播，进一步提升居民健康素养。

三要注重防治结合，提供个性化服务。要引导医疗卫生机构设立体重门诊，为受体重问题困扰的居民提供良好的专业咨询环境和平台，在自己的努力和专业机构人员的帮助下，更好地管好体重、健康生活。

将医疗卫生强基工程细化实化

中央经济工作会议和今年政府工作报告中都提出，实施医疗卫生强基工程。目前，国家卫生健康委正在会同国家发展改革委对医疗卫生强基工程进行深入谋划，落实中央经济工作会议和今年政府工作报告的有关要求。

雷海潮表示，基层到底能力强不强？这是一个相对的问题。基层主要是解决居民的常见病和多发病，总体上来看，基层水平能力已经有了很大程度提高。不能用评价专科医院的眼光来评价基层医疗卫生服务，因为各自功能定位不一样。医疗卫生机构根据功能不同被划分一级、二级和三级，并非针对医疗卫生服务的能力和水平。

经过多年发展，我国医疗卫生体系相对健全，现有超过 60 万所基层医疗卫生机构为老百姓提供日常的预防、保健、康复以及医疗服务，超过 500 万名基层医务人员工作在基层一线，这使得老百姓看病就诊能够在家门口解决问题。

各级党委政府顺应人民群众需求，大力发展完善基层医疗卫生服务体系。2024 年，国家卫生健康委和国家医保局一起推动符合条件

的村卫生室纳入医保的报销定点范围。据统计，现在 90%以上的村卫生室已经纳入医保报销定点范围，极大方便了老百姓看病、就诊和费用支付。另外，财政部从中央财政支持地方卫生健康事业发展的角度，近两年投入了近 9 亿元，为中西部地区更新升级乡镇卫生院的医用设备。

雷海潮表示，下一步，国家卫生健康委在医疗卫生强基工程方面主要从基层、基础和基本三个方面进行谋划。具体来说，通过强基层、固基础、保基本，将医疗卫生强基工程进行细化和实化。

在强基层方面，要进一步推动紧密型县域医共体建设，实现 90%以上县域达到紧密型标准，到 2027 年底，紧密型县域医共体基本实现全覆盖。

在固基础方面，要进一步提升基层服务能力，三级医院要帮扶二级医院，二级医院要带动基层医疗卫生机构。在乡镇一级，要有中级以上职称的专业人员，由上级医院派驻，为居民提供长期、有质量保障的医疗服务。要进一步加强基层信息化建设，应用人工智能辅助技术，提升基层服务能力和水平。另外，国家卫生健康委将督促指导各地进一步提升基层医疗卫生机构设备设施水平，优化改善看病就诊的条件。

在保基本服务方面，人均基本公共卫生服务经费提升后，要在优化服务内容、提升服务频次、保障服务质量方面进一步改善。

儿科和精神卫生服务重在填补空白

据统计，全国有 8000 多所综合医院都可以提供儿科的门诊或者住院医疗服务，98%的县医院已设置了儿科。在精神卫生服务方面，现在有 3000 所左右的综合医院，都可以提供精神卫生方面的诊断、治疗、康复服务。

雷海潮表示，面对群众日益增长的需求，国家卫生健康委在发展儿科和精神卫生服务方面，还需持续用力，将从以下三个方面来予以加强。

一要健全儿科和精神卫生服务体系。儿科和精神卫生服务作为今年国家卫生健康委为民服务办实事的八项工作之一，今年要针对还没有设置儿科的医院，尤其是县医院填补服务空白。在精神卫生服务方面，国家卫生健康委提出的目标是到今年年底，每个地市都能设置心理门诊或者睡眠门诊，在原来的基础上补齐服务的个别空白点。推动全国所有省区市统一使用“12356”心理服务援助热线，提供精神卫生服务。此外，要大力开展精神疾病预防、保健、康复方面的健康知识宣传。举办不少于 5000 场次的国家和省市级的心理健康知识讲座，进一步做好精神卫生科普宣传方面的工作。

二要在人才队伍建设方面作出努力。国家卫生健康委将与人力资源社会保障部等有关部门共同配合，推动公立医院薪酬制度改革，推动儿科和精神科等短板弱项专业的发展，进而壮大和引导队伍发展。

三要进一步提升能力。儿科和精神卫生领域的国家医学中心和区域医疗中心的数量还应该适当扩增，从而加强对全国服务方面的统一培训和引导规划。国家卫生健康委将会同财政部进一步加强儿科和精神科临床重点专科建设。此外，精神卫生服务需要多部门共同努力，全社会共同参与关心，为精神疾病患者或者受到心理情绪问题困扰的朋友们提供更加良好的服务，让大家生活得更美好、更健康、更有质量。

[返回目录](#)

• 专家观点 •

观点 | “三医”协同 系统集成

来源：健康报

今年的政府工作报告指出，实施健康优先发展战略，促进医疗、医保、医药协同发展和治理。“三医”协同关乎人民群众看病就医的获得感，关乎医疗服务质量与效率的提升，关乎深化医改的成败。

日前，由健康报社主办的“两会精英汇”，以“‘三医’协同：理念和路径”为主题，邀请卫生健康领域部分全国人大代表、全国政协委员以及行业专家学者，齐聚一堂，共话“三医”，建言献策。

全国政协委员、农工党河南省委会主委

河南省卫生健康委主任 黄红霞

用系统集成改革清除顽瘴痼疾

近年来，河南省卫生健康委作为全省“三医”协同推进机制的牵头部门，主动加强沟通协调，初步形成了促进“三医”协同发展和治理的河南路径。在下一步的改革规划中，河南省卫生健康系统将用系统集成的改革手段清除顽瘴痼疾。重点在五个方面下功夫：

一是着力在全面推广三明医改经验上下功夫。指导郑州、洛阳、平顶山、安阳、周口 5 个创新攻坚示范市重点在政府“六项投入”保障、债务化解、编制动态调整、医疗服务价格调整等方面进行创新突破。

二是着力在推动分级诊疗体系建设上下功夫。围绕“大病不出省”，完善国家医学中心和 12 个国家区域医疗中心功能定位，有序遴选扩增省级医学中心、区域医疗中心。围绕“一般病在市县解决”，持续扩大县级医院急诊急救、临床服务“五大中心”建设覆盖面，补齐县域医疗服务能力短板。围绕“日常疾病在基层解决”，实施医疗卫生强基工程，推动优质医疗资源向基层延伸。

三是着力在深化以公益性为导向的公立医院改革上下功夫。推动落实政府办医责任，稳妥有序化解公立医院债务。盘活用好现有公立医疗机构编制。建立以医疗服务为主导的收费机制，定期评估、动态调整医疗服务价格。建立公立医院薪酬总量动态调整机制，逐步提高基础薪酬等相对固定的稳定收入所占比重。

四是着力在推进县域医共体高质量发展上下功夫。进一步理顺医共体管理体制和运行机制，推动人财物实质性统一管理。完善医保打包支付政策，提升医保基金使用效能。实施县域医共体信息平台建设攻坚行动，全面推开数字医共体建设。

五是着力在推进中医药强省建设上下功夫。打造中医药科技创新高地、中医药医疗服务高地、中医药产业发展高地、中医药人才集聚高地以及中医药文化传承高地。

全国政协委员、新疆维吾尔自治区卫生健康委一级巡视员 伊尔扎提·扎达

人民满意是“三医”协同的根本

“三医”协同发展和治理虽然是一项涉及多部门、多领域的艰巨工程，但是其最终目标是确定的，那就是为了让人民收获健康和幸福。

要用好、管好人民群众的“救命钱”。对于医保基金，每一笔支出都应精细和谨慎。为此，医疗机构和医务人员应尽可能多地学习医保政策，支持并配合医保部门的改革。医保部门应重点支持医疗机构的优势学科发展，不应出现相关学科的治疗水平和能力提升，医疗收入却下降的情况，这样的结果不利于医疗创新和维护医务人员的积极性。此外，由于我国头部医疗机构和基层医疗卫生机构之间的医疗水平差距较大，执行医保政策时不能“上下一般粗”，这就要求医保部门在制定政策时要充分调研论证，让政策更有针对性。同时，医保

政策应更加注重引导人民群众就近、就便就医，努力实现一般的病在市县解决，头疼脑热在乡镇、村里解决。

要着力解决公立医院面临的编制问题。我国在经过四十多年的高速发展后，已发展为世界第二大经济体。当前，人民群众的医疗需求具有多元化特点，但我国的医疗机构普遍存在编制数量低于实际需求，但同时又存在部分空编的情况。造成这一状况的原因是复杂的，建议有关部门充分参考医疗机构的实际发展状况，与时俱进地调整公立医院的编制数量。

要做到攥指成拳，形成“三医”合力。“三医”协同发展要想真正让人民群众满意，三个领域的有关人员都应该跳出本领域的惯性思维，共同寻找深化医改的答案，要从国家整体层面的体制机制改革中寻找突破口。同时，应进一步推进医疗、医保、医药的融合，用总体统筹代替相互制衡，避免单打独斗。

全国政协委员

通用技术集团副总经理、党组成员 姚建红

推进分级诊疗 找准功能定位

在推进“三医”协同发展和治理的过程中，涉及分级诊疗体系建设有几个问题应该重点关注。

首先，三级医院应该更好地担当起为人民健康服务“排头兵”的重任，公立医院需要迈上更高水平、更高质量的发展道路。

2021 年发布的《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》明确要求，构建公立医院高质量发展新体系，打造国家级和省级高水平医院，发挥公立医院在城市医疗集团中的牵头作用，发挥县级医院在县域医共体中的龙头作用。

其次，具备条件的二级医院应当积极尝试开展医养结合服务模式，以寻求新的发展路径和提高医疗资源利用效率。

一是医疗机构和养老机构要紧密结合，相互协作，充分利用二者资源以提升服务效率；二是医疗服务和养老服务要顺畅衔接，为老年人提供更全面、更优质的医疗保健和生活照护服务，改善老年人的身体和心理健康状况，提高他们的生活质量；三是对于具备条件的一些医疗机构，在内部可以充实养老床位，也可以向护理转型，比如将发展重点放在住院率不是很高但养老需求量大的服务上，为失能和半失能老人提供医疗康复护理等服务。

最后，基层医疗卫生机构主要面向机构服务辐射区域的居民，提供基本公共卫生服务和基本医疗服务，是守护基层民众健康的第一道防线。要提高基层医疗卫生机构的服务能力，从国家层面就要积极开展上级医院对基层的医疗人才组团式帮扶和三级公立医院的对口支援；要加快完善家庭医生签约服务工作机制，明确签约服务收费标准及其支付方式，努力推进家庭医生签约服务工作科学化、制度化、规范化；农村地区应以县级医院为龙头，城市以市、区级医院为龙头，

整合辖区内的医疗卫生服务机构，组建基层医疗集团，同时积极发挥央企办公立医院在国家医疗卫生服务体系中的“生力军”作用。通过统筹一体化管理，实现人、财、物的合理调配，降低采购成本，提高物资供应和设备使用效率，以逐步实现小病不出村，常见病不出乡，大病不出县。

全国政协委员、广东省人民医院惠福分院(肿瘤医院)院长 周清 持续提升基层肿瘤诊疗水平

成为全国政协委员以来，我的提案均围绕“提升基层恶性肿瘤规范化诊疗服务能力”这一工作展开，主要关注以下几方面工作。

一是依托广东省人民医院惠福分院(肿瘤医院)，成立跨省肿瘤专科联盟。当前，恶性肿瘤仍然是广东省内、省外转诊比例最高的病种。看病“远”，给患者及家属带来了巨大的经济压力和心理负担。

“广东省人民医院肿瘤专科联盟”包括省内外 20 多家县域肿瘤中心，通过搭建远程医疗网络平台，实现省内外医疗资源和诊疗技术共享，实时解决异地患者的医疗难题，提升了基层医务人员的规范化诊治能力，切实有效地提升了县域肿瘤诊治水平。

二是牵头开展“中国中小城市及县域肺癌临床实践质量提升项目”。这一项目组织成立了科学指导委员会辅导专家组，在全国范围内筛选出地域偏远、恶性肿瘤精准诊疗能力相对薄弱的基层医疗单位 50 家，采用线上一对多、点对点的辅导模式，旨在提升这 50 家基层

医疗单位的恶性肿瘤精准诊疗能力，助推“千县工程”进一步落地。

三是作为主编，制定《中国县域肺癌诊疗路径(2024版)》等。

经过努力，肿瘤专科联盟单位及定点辅导的县域肿瘤中心诊疗水平提升成效日益显现，相关机构的肺癌患者外转率逐渐下降。

全国政协委员

复旦大学上海医学院妇产科学系主任 徐丛剑

从更高的维度进行体系调整

医疗卫生服务系统是一个涉及多方利益的复杂系统。医药卫生体制改革的核心是要建立一个合理的服务体系，这个体系应该能够平衡各方面的利益，确保医疗卫生服务的质量和效率。

“三医”协同发展和治理本质上是医疗、医保、医药从各自独立走向协同发展的过程。协同改革是通过经济上的相互制衡，实现三者的协同发展。“三医”协同发展是比“三医”联动改革更高一层的理念，它要求医疗、医保和医药进一步找到相互之间的支持点。例如，医院可以为新药创制提供优质的实验场所，而医药创新也可以为医院提供更好的治疗手段。这种协同创新的联动、配合和支持是推动医疗卫生服务体系发展的关键。

尽管我们在深化医改中取得了很多成果，但仍然面临诸多挑战。特别是在分级诊疗和优质医疗资源下沉方面，距离改革的预期还有一定的差距。要解决改革中遇到的新问题，就需要跳出传统的思维模式，

进行升维调控，不应仅仅停留在某些过于具体的问题上，而应该从更高的维度来审视和调整医疗卫生服务体系。

深化医改是一项复杂的系统工程，需要各方共同努力。在改革中，不能把简单问题复杂化，而是要直奔主题，集中精力，聚焦关键问题，推动优质医疗资源的扩容和下沉，实现区域平衡。只要广泛地凝聚人心、凝聚共识、凝聚智慧、凝聚力量，就一定能够找到改革的最优解。

全国政协委员

中国医学科学院阜外医院主任医师 敖虎山

激活医疗产业新动能

医院承担着提供医疗服务、执行医保政策及推动医改深化等多项任务，也是国产医疗科技创新产品使用的“最后一公里”，是生物医药与高端医疗设备产业链的终端。

当前，我国 80% 的高端医疗设备市场份额被欧美跨国公司垄断，且尚未在价值超过万亿美元的全球生物医药市场中争得一席之地。提升我国医疗科技创新水平应从三方面入手：

一是要进一步完善公立医院绩效监测机制与医保支付考核机制。统筹协调出台有利于医院积极使用国产医疗科技创新产品的考核指标。医保部门在制定 DRG、DIP 支付方式和给医疗服务定价时，要考虑创新产品和高端医疗设备研发成本。

二是推进医院的医疗数据向企业适度有序开放，推动创新产品和

高端医疗设备研发，为其制订研发计划提供参考。同时，开展医疗科技创新产品的临床经济性评价，为医院优化产品使用结构、进一步减少药品和器械使用浪费提供科学的决策依据。

三是积极发展商业医疗保险，提供多样化的医疗保障选择。推广上海市推进医保、商保数据融通共享的经验，进一步推动商业医疗保险市场发展，为群众提供差异化的医疗保障服务，缓解当前公立医院的资金压力、推动国产医疗科技创新产品进入医院。同时，应给予医疗机构政策上的支持，允许其在特定情况下为患者提供自费诊疗的选择，满足部分患者对高层次、个性化医疗服务的需求，实现医疗资源的优化配置。

声音

北京大学医药管理国际研究中心主任 史录文：

构建“三医”全链条信息平台

国家药物政策的终极目标有三个。一是药物可及性，即有药可用、公平可得、价格可负担且供应顺畅；二是药品质量可控，即在现有科学技术水平下，认定上市药品的风险获益比值合理；三是安全有效，即依赖专业的药师队伍支撑临床合理用药。

上述目标与国家医疗卫生体系、制药工业体系及医疗事业可持续发展紧密关联。然而，在实际工作中，我们常聚焦“看得见”的药物本身，而忽视了后续一系列相关体制机制的建设，例如医务人员队伍

建设，人才培养与人力资源开发等。

在合理用药方面，满足健康需求的前提是要把药用到位。如何缩小大医院与基层医疗卫生机构的用药水平差距，如何建立反映临床效果的评价机制，如何让药师团队在医保支付方式改革中发挥作用等问题需尽快加以解决。

医改多年，相关部门积攒起了药品集中带量采购平台、临床综合评价平台、短缺药品平台等多个环节的数据信息，却始终缺失跟踪临床药品最终使用效果的“终点信息”。下一步，在互联网技术蓬勃发展的背景下，卫生健康行业可以构建起包括医疗信息、医保信息、药物信息等在内的全链条信息平台，推动药物可及性、质量可控性与安全有效性的一体化发展。

北京大学肿瘤医院医疗保险服务处处长 冷家骅：

医疗信息化需要合力赋能

在“三医”协同发展不断深入的当下，有以下四点需要重点关注：

一是随着医改深入，医疗机构医保管理部门的管理和服务作用日益显现，医疗机构要加大对该部门的建设投入，不断提升其专业能力。同时，医疗机构的管理人员和医务人员要加强政策学习，以达成更广范围的管理共识。

二是基于我国基本医疗保险“保基本”的政策定位，主流媒体要引导患者对医疗花费和健康结局有一个合理预期，明确自己是健康的

第一责任人。同时，相关部门应进一步推动健康管理和多层次医疗保障体系的构建，共同维护全民健康。

三是在推进大健康管理、全生命周期管理、预防为主等健康理念和分级诊疗制度的同时，卫生健康、医保等有关部门应进一步完善相应的激励机制，更好地体现医务人员在从以治病为中心向以维护健康为中心转化过程中的劳动价值，激发相关工作人员的主观能动性。

四是有关部门应加大对医疗机构用于信息化建设和人工智能应用等培育和发展新质生产力方面的投入。此类技术可以显著提升现有医疗资源的生产效率，使得现有优质医疗资源扩容和下沉切实可行。

首都医科大学附属北京天坛医院药学部主任 赵志刚：

激励药师，护佑患者用药安全

药师作为保障患者用药安全的“守门人”，在居民健康素养提升中扮演着重要角色。药师的工作包括：对处方和医嘱进行审核，以确保用药的合法性、规范性和适宜性；为患者提供用药指导，规避用药的副作用和错误使用的风险；参与患者的用药教育，提高患者的用药依从性和治疗效果；进行药学科普教育，提升国民科学用药素养。

从医疗机构的药学服务工作现状来看，药事服务能力的提升还有很长的路要走，应加速药师法出台，构建完善的药学服务体系，发挥药师促进合理用药、提供高质量药学服务的重要作用。在人口老龄化的当下，患者多病共存、多药同用的情况越来越普遍，覆盖院内及院

外的全程化药学服务急需跟上医疗服务发展的步伐。在未来，家庭药师和居家药学服务将成为患者的刚需，大力培养家庭药师，制定居家药学服务和质量评价标准是当务之急。

与此同时，医疗机构应强化对药师群体所提供药事服务的激励机制，以吸引更多优秀人才加入药师队伍，进一步增强药师群体的职业认同感和获得感，扩大药师队伍，逐步缩小每万人药师数量与国际平均水平的差距。

[返回目录](#)

观点 | 慢性病防治要持续创新模式

来源：健康报

慢性病影响因素的综合性、复杂性决定了防治任务的长期性和艰巨性。随着经济社会与健康政策的变化，慢性病防治模式也在不断转变。

日前，由健康报社主办的“两会精英汇”，以“慢性病防治：模式与创新”为主题，邀请卫生健康领域部分全国人大代表、全国政协委员以及行业专家学者，齐聚一堂，共话慢性病防治新策略。

全国人大代表

华中科技大学同济医学院附属同济医院心血管内科主任 汪道文
让有效措施“落地”“落底”

目前，我国每年心血管疾病导致的死亡人数占总死亡人数近50%，

防控形势不容乐观。但事实上，心血管疾病的防控存在明确突破口，如体重管理及“三高”共管。配合数字化手段，心血管疾病这一威胁居民健康的顽疾是能被有效干预和管控的。

为此，我呼吁建立心血管疾病防治促进相关法律，让临床有效措施手段“落地”“落底”，尤其是加强基层对心血管疾病高危因素的筛查和对患者的规范化管理；将基础指标纳入政府考核体系，让心血管疾病患者能在基层解决问题。

而在心肌炎防治领域，我国也面临较为复杂的局面。心肌炎分为急性和慢性，其中，暴发性心肌炎尤为危险，临床病死率可达 50%。很长时间以来，临床医生对这类疾病缺乏有针对性的研究和切实有效的治疗方案。目前，暴发性心肌炎诊断及治疗技术已由中国人在全球率先提出，可大大降低疾病病死率。但其进一步研究、推广和应用仍存在学科分类模糊、科研立项困难等问题。只有借助多中心研究和流行病学调查，才能更全面地了解心肌炎的发病规律和高发人群。

因此，我建议组建心肌炎的诊断、治疗、和诊疗质控中心，加强相关基础研究，建立人工智能数据库，强化临床培训，进一步提升我国心肌炎防治整体水平。

全国人大代表

嘉兴市第一医院内科主任 张齐

数字化赋能助推防治提质加速

浙江省以医防融合作为慢性病防治的抓手，开展健康浙江三年专项行动，通过数字化改革推动防治体系建设、基层能力提升，同时投入专项经费并建立考评机制。从省级层面，由头部医院牵头成立呼吸慢性病防治办公室，在各个地市分设防治办，再延伸至 81 个县区，相关医院与疾控中心共同参与进来，实现医防融合的目标。三年专项行动的目标明确，细化了具体任务，比如首先需统计并确定硬件基础，开展基底调查，配备肺功能仪并培训技师确保合格；打造网络平台，肺功能设备铺设完成后，相关数据可上传至平台，省域内的医生均可实时查看结果，实现数据共享与线上质控；通过智能平台对患者进行随访管理，减少人力成本。

老年人群体往往存在共病情况，就医诉求是不用来回奔波就能把病看好，但现实是，基层医生难以实现多病共管。作为全国基层卫生健康综合试验区，嘉兴市海盐县以数字化改革为抓手，推行“15 分钟医疗圈”，凭借智慧医疗网点，实现了多病种的一体化管理，患者得以享受远程问诊服务，并享受药品快递到家的便利。此外，通过县域紧密型医共体模式，县级或市级医院的专家与基层医疗卫生机构的全科医生开设联合门诊或病房，让患者在家门口就能获得优质的医疗服务。

全国政协委员

安徽医科大学校长 翁建平

找出慢性病之间的关联

当前，我国有约 3 亿高血压患者、1 亿糖尿病患者和 1 亿心理精神疾病患者。叠加共病患者群体，慢性病患者实际数量折射出我国医疗资源的巨大压力。

近年来，我一直在思考：多种慢性病之间究竟有没有关联？我们针对某种疾病的某一治疗措施，是不是真的能起到延长患者寿命或提高生活质量的效果？

眼下，我们的治疗体系仍多建立在“还原论”基础上，以单一指标控制为导向。但事实上，血压、血糖、尿酸等生物标志或许并不能发挥独立调控的作用。单纯降低特定指标并不等同于改善患者预后，我们必须重新审视人体作为一个有机整体的运行规律。共病的内涵、慢性病的概念，有待于我们进一步交流和思考。

1998 年，我在瑞典隆德大学进行博士后研究期间参与了糖尿病分型和遗传学研究。2018 年，该研究在国际上首次对 2 型糖尿病提出全新分类，并根据新的分类制定研究策略，逐步形成全球共识。

下一步，我们将继续致力于对 2 型糖尿病诊疗策略的再认识、再挖掘，推动实现糖尿病领域的精准预测、精准诊断、精准治疗和精准管理。为此，我们应瞄准痛点，整合需求，以患者为中心，引入多组学检测技术，进行整合多因素分析，实现全病程风险管理。

全国政协委员

四川大学华西医院呼吸和共病研究院院长 李为民

攻坚慢性呼吸系统疾病

我国西部地区慢性呼吸系统疾病的防控形势严峻。例如知晓率低，许多患者把慢性呼吸系统疾病症状当作普通感冒；规范化早期诊断率低，80%的肺癌患者在诊断时已是中晚期，慢阻肺病规范化吸入治疗率不足50%；患者依从性差，不重视早期筛查和治疗；防控体系也不完善。造成以上问题的原因众多，包括健康知识匮乏、防控技术可及性差、基层防控能力不足、防控体系不健全等。

为解决这些难题，华西医院牵头共建华西呼吸健康小镇。建设中，我们确定了清晰的组织模式。政府主导，提供政策和资源支持；各级医政参与，整合医疗力量；华西医院提供技术支撑和质量控制，提升基层服务能力；基层医院负责具体落实防控措施。

在实施中，我们多管齐下。构建慢性呼吸系统疾病防控规范化体系，配备肺功能检查设备和规范化吸入药物，并开展相关培训；搭建慢性呼吸系统疾病信息化平台，实现信息共享与管理；运用智能化手段，如数字化疗法和人工智能辅助诊断系统，提升防控水平；开展规范化培训，提升基层医生专业素养和服务能力。

呼吸健康小镇的目标是实现“三提高”，即提高知晓率、提高早诊率、提高规范化诊疗率，最终降低慢性呼吸系统疾病导致的早死亡率。希望通过呼吸健康小镇这个试点，探索出可推广的慢性呼吸系统疾病

防控新模式。

全国政协委员

北京大学第一医院院长助理、老年病内科主任 刘梅林

联手把患者的问题解决好

老年人虽因某一种疾病入院，但住院后常需兼顾多种疾病，导致更多的治疗困难和诊疗花费。

作为大型三甲医院的老年病专家，同时也是心血管病医生，我认为在老年病诊疗中，大型医院应主要承担救治疑难危重症患者的任务，并为基层培养人才，为患者提供全链条、全周期的慢性病管理支持。通过分级诊疗制度的构建，各级医院能够明确自身定位、分工协作，联手把患者的问题解决好，既能解决病人的安全感和信任问题，又能有效节省医疗资源。

目前的诊疗共识、指南往往聚焦于单一病种。对于老年医学领域，我曾牵头或参与制定过若干专家共识，尤为重视老年人的综合评估，无论是血压、血脂、血栓的管理，还是心血管病的管理，都强调了综合管理的重要性。老年人群的诊疗过程复杂，多病并存、多药联用，医生在治疗中需要进行认真判断和选择，在解决主要矛盾的基础上，实施分层管理与慢性病管理。

在人才培养方面，大医院有责任为基层培养一批具有老年医学专业水准、素质全面的医生。这些医生能带领团队为基层患者服务，也

能根据患者病情判断是否需要转诊到上级医院并在患者病情稳定后继续接收。此外，要鼓励加强老年医学学科建设，培养专业化老年医学人才队伍。

全国政协委员

首都医科大学全科医学与继续教育学院院长 吴浩

多元协同管理不可或缺

医疗技术并非解决慢性病问题的主要障碍。多数慢性病在现有医疗技术下是可防可治的，关键在于医疗供给的合理分层。只有解决好分层问题，才能让医疗资源有效覆盖更多患者。在此过程中，多元协同不可或缺。疾控中心、基层医疗卫生机构和各级医院应明确分工，各司其职。

随着慢阻肺病等慢性病纳入管理，基层医疗卫生机构需要诊疗和管理的共病患者也越来越多。以往逐个解决疾病的模式已难以满足需求。目前，共病协同管理存在缺失，为此，我提议整合基本公共卫生、医保以及各地财政的家庭医生签约服务费。就现阶段而言，为高血压、糖尿病、慢阻肺病患者提供免费的季度随访诊疗服务是可行的，打通医防融合“最后一公里”。国家财政和相关资金投入，再加上患者适当自付，就能让患者享受到实实在在的医疗服务。

在药物治疗方面，我们可以考虑研发出安全、有效、性价比高、服用方便的处方用药，比如根据疾病分类优化合并研发复合剂型，向

基层推广，从而切实减轻患者负担、提高用药依从性。另外，数字技术在医疗领域的潜力巨大。我们不能仅局限于信息技术的数据联网功能，更要借助数字技术抓取数据、进行推理，形成智慧医疗，快速提升基层医生的诊疗能力。

声音

中国疾控中心慢病中心主任 吴静：

在慢性病防控过程中，科技发挥着非常重要的作用。人工智能辅助诊断、远程医疗、可穿戴设备以及大数据与健康预警系统等技术的应用，让精准防控成为现实。这些技术能精准识别高风险人群，实现从“早发现、早诊断、早治疗”向更积极的“早预防、早干预、早见效”转变。同时应该看到，非药物干预，如健康饮食、适度运动等，也可以在慢性病防控中发挥重要作用。

基层是慢性病防控的重要阵地，要抓好生活社区和功能社区，有效利用健康档案，做好社区诊断，精准施策、打好组合拳，全方位做好全人群全生命周期全链条慢性病管理，不断提高服务的普及性和有效性。

在未来，跨部门、跨学科合作也是重要趋势。我们需要构建全社会支持体系，包括患者互助、社区健康教育、政府与社会组织协作等，还要充分精准应用大数据和智能新技术，提升群众感受度和满意度。

中日友好医院副院长 崔勇：

基层医疗卫生机构作为慢性病防治的首道防线，承担着大量疾病初诊和慢性病管理任务，如诊疗能力不足将导致患者涌向大医院，造成了无序就医的现象，也与分级诊疗制度相悖。

当前，基层医疗卫生机构的发展存在“人、物、流、规”四方面不足。在“人”方面，人员数量和业务水平与上级医疗机构差距明显，有很大的提升空间。在“物”方面，基层医疗卫生机构的药品、耗材、设备等物资方面存在短板，尤其是药品种类配备不足，在一定程度上影响基层医疗卫生机构的医疗服务能力，也制约其功能发挥。在“流”方面，基层医疗卫生机构信息化水平不高，还存在信息孤岛、数据烟囱的现象，不能很好赋能人群的健康管理。在“规”方面，行业的质控中心应当延伸至基层医疗卫生机构，从而提升医疗质量同质化水平。

针对上述四个短板，大型医疗机构应当责无旁贷地持续帮扶，实现从“输血”到“造血”的转变。

面对庞大慢性病群体的防控与管理需求，应整合政府引导管理、社会资源融入、企业力量参与及公众健康教育等多方力量，并借助人工智能与大数据等新质生产力提升管理效能。

此外，慢性病防控与管理体制需突破单一疾病指南带来的分科过细弊端，应更多关注共病及各类慢性病之间的关联性，四大类慢性病之外的疾病群(如儿童疾病、精神疾病、口腔疾病、皮肤疾病等)也应

纳入政策支持范围，形成更为全面的防治网络。

北京大学第一医院全科医学科主任 迟春花：

我国慢性病患者人群庞大，大医院无法承担全人群长期管理任务。需通过政策引导将慢性病管理下沉基层。

分级诊疗与家庭医生制度是优化资源配置的关键路径。需建立科学机制，由基层承担基本医疗保健任务，大医院聚焦危重症和疑难杂症的诊断与救治。

要推进预防医学发展。重大慢性病防控必须关口前移，吸烟控制、体重管理、科学运动应成为公共卫生工作的重点。建议将运动场馆建设纳入基层公共服务体系，提供普惠性健身服务；完善体检机制，将体检结果与慢性病随访管理结合，避免“检而不管”；同时，提升公众在疫苗接种防控慢性病方面的认知，提高成人流感疫苗、宫颈癌疫苗等接种率。

要利用科技创新与学科建设赋能慢性病防控。加强全科医学国家临床重点专科建设，完善人才培养体系，推动高水平人才培养计划，建立与国际接轨的科研平台，同时利用数字化技术提升慢性病管理效率和质量。

构建国家级医学科普平台。当前网络健康信息鱼龙混杂，亟须建立基于循证医学的官方科普阵地。

内蒙古自治区人民医院呼吸与危重症医学科主任医师 孙德俊：

目前分级诊疗在实际推进过程中，与“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的理想状态还存在较大差距。一方面，各级医院的功能定位不够清晰。现实中，大医院里常见病、多发病患者数量众多，这在一定程度上分散了大医院宝贵的优质医疗资源，同时也一定程度上增加了患者的经济负担和医疗成本。另一方面，老百姓对基层医疗卫生机构缺乏信任。

为了改善这一现状，我提出以下三点建议。第一，强化规范化培训。规范化培训是提升基层医疗能力的关键所在，是从根本上解决问题的方法。第二，优化政策引导。分级诊疗不能依靠强制手段推行，而要通过政策支持来实现。其中，对基层医务人员的政策倾斜尤为重要。比如，改善他们的待遇，解决他们在职业发展中的实际问题，让他们能够安心在基层工作。第三，加大媒体宣传力度。要让大众了解到，经过规范化培训的基层医生的常见慢性病诊疗能力并不比大医院的医生差。像慢阻肺病、哮喘、高血压、糖尿病这些疾病，基层医生完全有能力进行初筛、诊断、有效治疗和长期管理。通过媒体宣传，纠正大众对基层医疗的错误认知，缩小因误解而产生的医疗照护差异，从而提升基层医疗卫生机构的公信力。

上海交通大学医学院附属第一人民医院呼吸与危重症医学科主任 张旻：

慢性呼吸系统疾病管理亟待加强早期诊断与治疗，依托大型医院

的数据资源，开发高效简易的早诊模型，并将其普及至基层医疗卫生机构。对确诊患者，在有条件的医院进行综合评估，随后下沉基层、双向转诊。对已有的诊治流程、相关临床研究，通过落地验证进一步优化。

在治疗上，无论是传统的吸入药物还是新型的生物靶向药物，应用需精准把握治疗时机，预防急性发作和共病发生，延缓病程进展，同时预防过度用药。通过规范精准诊治，部分慢性呼吸系统疾病比如支气管哮喘可接近“临床治愈”。

广州医科大学附属第一医院变态反应科副主任 陈如冲：

呼吸疾病全国重点实验室致力于呼吸系统疾病防控全链条的协同攻关：一是应对突发公共卫生事件，提升应急处置能力；二是开展重大呼吸疾病的早防、早诊、早治；三是推动呼吸疾病预防、诊断、治疗相关设备、药物及试剂研发。

其中，重大呼吸疾病的早诊早筛意义重大。以慢阻肺病为例，早期患者往往缺乏特异性症状，但肺功能已在悄然下降。如果等到症状明显时才开始治疗，疗效将大打折扣。国家呼吸医学中心开展早期筛查和干预工作，揭示慢阻肺病的演进规律与机制，研发慢阻肺病早期诊疗适宜技术，助力提升疾病防控能力。

在大规模人群中开展筛查与干预，精准识别高危人群并避免一刀切的干预是难点和关键点。未来，应结合人工智能等新技术，对人群

进行更精准的筛查和诊断。

近年来，随着工业化和城市化进程，过敏性疾病如哮喘的发病率呈逐渐升高趋势。针对特定疾病与共病进行全生命周期的慢性病管理，有望助力疾病的早防、早诊、早治。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

国家医保局接连推出“立项指南”，医疗服务价格改革对我们有哪些影响？

来源：中国医疗保险

国家医保局印发多个医疗服务价格项目立项指南，医疗服务价格改革驶入“快车道”，按下了“加速键”。

近日，国家医保局连发《神经系统类医疗服务价格项目立项指南(试行)》《骨骼肌肉系统类医疗服务价格项目立项指南(试行)》《心血管系统类医疗服务价格项目立项指南(试行)》。根据国家医保局规划，2025 年将完成所有学科领域的价格项目整合。

据悉，2021 年国家医保局等 8 部门联合印发《深化医疗服务价格改革试点方案》，提出通过 3 至 5 年的试点，探索形成可复制可推广的医疗服务价格改革经验。到 2025 年，深化医疗服务价格改革试点经验向全国推广，分类管理、医院参与、科学确定、动态调整的医

疗服务价格机制成熟定型，价格杠杆功能得到充分发挥。

医疗服务价格改革按下“加速键”

医疗服务价格项目，简单来说就是大家所熟知的“诊查费”“护理费”“手术费”，包括各种检查检验费等，是医疗机构提供诊疗服务的计价单元。

以往，国家医疗服务价格实行的是各省属地管理，由地方医药价格主管部门制定价格项目、确定价格水平，因此地区之间价格项目的数量、内涵差异都很大。比如数量上，有的省份医疗服务价格项目有几千个，有的省份有数万个。项目内涵上，同一个价格项目名，在不同的省份却有完全不同的服务内涵。从项目价格上看，各省差异则更大。一些地方还会按操作流程拆分价格项目，增加了医疗机构计费负担，群众也看不懂。比如，全国各省普遍有 2000 多个检查检验项目，受信息壁垒等因素影响，有些项目的价格在不同省份差异明显。以用于评估凝血功能的血栓弹力图试验为例，有地方需花费 360 元/次，也有地方只要 100 元/次。

如今，国家医保局通过编制立项指南，将原来地方医疗服务价格项目进行了统一和规范，最终实现信息透明化和服务质量的提升，使医疗价格项目能够更好计价、更好执行、更好评价。未来，不规范、不一致的收费情形将越来越少，医疗服务价格全国一盘棋管理时代或将到来。

自去年以来，国家医保局发布一系列国家医疗保障局医疗服务价格项目立项指南，统一指导各地规范医疗服务价格项目。

截至目前，已印发护理、综合诊查、康复、耳鼻喉科、呼吸系统、心血管等领域的超 20 多批立项指南，旨在解决各省医疗服务价格项目“同名不同项、同项不同价”的乱象。各地对接落实立项指南后，医疗机构可依据本地区医疗服务价格项目和价格水平，合法合规收费。据悉，国家医保局计划推出的医疗服务价格立项指南总计至少 29 批，包括产科、护理、超声检查、放射检查、妇科、麻醉、口腔、眼科、普外科等各个细分学科领域，几乎覆盖所有学科对应的全部临床诊疗场景。此外，医保部门对互联网医疗、人工智能辅助诊断等新业态也做了前瞻性安排。

在中央纪委国家监委网站上中纪委文章提到，国家医保局有关负责人介绍，医疗服务价格项目和价格水平实行属地管理，省际间项目数量差异大、标准化程度低，各省价格项目数量在 5000 项至 2 万余项不等，“同名不同项、同项不同价”等问题比较突出，既不利于医疗服务价格规范管理监督，也不适应异地就医直接结算等现实需求。价格项目“统一度量衡”的目的是让医生用着顺手、患者看得明白、创新技术也能加快实现临床转化。新发布的《医疗服务价格项目立项指南》也在满足群众多层次需求上做加法，比如增设的“上门服务费”“免陪照护费”等不占用医保资金的服务项目。

在国家医保局统一部署安排下，各地也正在加快对接立项指南。截至目前，上海、河北、山西、湖南、贵州等省份已落实护理类等多批立项指南，并制定全省统一的基准价。值得一提的是，围绕医疗服务的价格治理也在同步推进，国家医保局已于近期先后开展两批医疗服务价格规范治理工作。

全国统一的医疗服务改革的影响几何？

随着国家对医疗卫生体系改革的不断深化，医疗服务价格立项指南应运而生。这一指南旨在通过规范医疗服务项目及其收费标准，提高医疗服务的透明度和可及性，进而优化患者的就医体验，并推动医疗行业的持续健康发展。医疗服务价格立项指南的落地实施将给群众就医体验以及医疗行业发展带来诸多变化。

对于患者来说，医疗服务价格的立项即规范了收费行为，同时也减少了重复收费，降低了隐性支出。随着全国统一的价格项目的推进，患者在面对各类医疗服务时会有更清晰的价格认知，减少因信息不对称而产生的不信任和不安。患者可以通过全国统一的价格体系迅速了解各地相同医疗服务的质量与费用，减少了因地域差异带来的医疗选择障碍。

此外，医疗机构需要提高自身服务质量来脱颖而出，患者的自主选择权得到了增强。这将促使医疗机构优化服务和技术水平，更好地满足市场需求。新设立的价格项目如“上门服务”“床旁超声”“免

陪照护服务”等，特别关注老年人、儿童等群体的需求，为他们提供更加个性化、多样化的医疗服务。

对于医疗行业来说，通过统一规范的服务项目和收费标准，不仅可以有效打击重复收费、分解收费等违规行为，净化医疗服务市场环境，保护患者权益；还能鼓励新技术的应用和发展，比如质子放疗、重离子放疗等高端医疗装备被纳入新的价格项目中，有助于推动前沿技术进入临床应用，促进医疗行业的技术创新。并且，通过制定覆盖大部分学科领域的立项指南，国家医保局旨在建立全国范围内的医疗服务价格标准化体系，这对各省的医疗管理和定价调节机制提供了参考和借鉴，有助于进一步深化医疗体制改革。

国家医保局曾强调，“调价不是深化医疗服务价格改革的全部内容，改革的重心是探索建立新的医疗服务价格机制，把调不调、调多少、调什么、怎么调的技术性问题，与推进公立医院补偿机制、分级诊疗、医疗控费、医保支付等系统性问题，统筹起来，形成综合效应。”

“研究出台医疗服务项目的立项指南，目的是规范和优化并重。从规范角度来看，是以技术规范为基础，以临床疗效为导向，对医疗服务价格项目的名称内涵进行规范。从优化角度来看，适应社会发展和居民的需求，对治疗康复类、护理类等一些急需的项目适时增加。长远来看，不断规范医疗服务价格的立项，不仅可以改善就医体验，而且对医院的可持续发展，特别是对公立医院新的运行机制将产生积

极的深远影响，也将影响整个医疗服务行业长期的持续健康发展。”
中国人民大学医改研究中心主任王虎峰认为。

从长远来看，随着医疗服务价格不断规范，不仅可以改善患者就医体验，而且对医院的可持续发展，特别是对公立医院新的运行机制将产生积极的深远影响，也将影响整个医疗服务行业长期的持续健康发展。

“让医院收费更清楚，让患者付费更明白。”如今，立项指南的陆续编制出台标志着规范统一全国医疗服务价格项目进入快车道，立项指南编制进度条正在加速，全国医疗服务价格统一的时代或许就在不远处。

[返回目录](#)

多地医保局接入 DeepSeek！问不倒的“医保搭子”来啦

来源：中国医疗保险

这段时间，DeepSeek 横空出世、火爆出圈，吸引了全世界的广泛关注，并在各行业迅速应用，以惊人的速度席卷医药企业和医药机构。

医药企业利用 DeepSeek 大模型的智能化能力，推动各业务部门实现效率提升、成本优化及创新突破。通过场景化应用，将 AI 技术深度融入研发、生产、销售、市场、医学及质量管理的全流程，助力企业完成数智化转型。

医院也在迅速推进 DeepSeek 本地化部署，引入大模型助力医疗服务，推进智能医疗服务，探索应用于个性化护理宣教等患者服务、临床决策支持、病历质控、科研辅助等场景，提升医疗服务效能。据不完全统计，近一个多月以来，国内已有百余家医院宣布完成 DeepSeek 本地化部署，涉及北京、上海、广东、江苏、浙江、重庆、安徽、河南、湖北、湖南等 20 余个省份。

在当前“三医协同发展和治理”的大背景下，医保作为其中的重要组成部分，近年来频繁出台有关医疗机构、药店、参保人等相关方的政策和规定，且医保政策专业度较高，与医疗人员和医药人员、尤其是参保人之间存在一定的理解壁垒。同时，不可忽视的是，医保经办人员有限，需要服务我国 13 亿基本医保参保人和超过 90 万家两定机构，这种供需矛盾使得医保服务亟待借助技术手段提升效率和服务质量，引入 DeepSeek 等 AI 技术显得尤为必要。

医保智能客服“秒回”时代来临

2 月以来，医疗企业和医院接入 DeepSeek 的同时，内蒙古呼和浩特市、湖北省、山东省青岛市、广东省深圳市、北京市丰台区、江苏省徐州市、山东省泰安新泰市等多地医保局也相继跟上，通过引入先进的 AI 技术，各地医保服务实现了从传统人工客服向智能客服的转变，为参保人提供了更加便捷、高效的服务体验。

2 月 23 日，呼和浩特市医疗保障局将 DeepSeek 接入医保客服平

台，依托大模型大数据技术精准分析识别，为参保人员提供更高效、更精准、更个性化的医保政策咨询答疑。

2月25日，湖北正式上线医保AI数字人“依保儿”，依托医保海量政策知识库支撑，运用支付宝的“大模型+医保领域知识图谱”技术，面向全省群众提供政策解读、办事指南、办事服务一体化服务，让群众享到更专业高效、更有温度的医保便民服务新体验。

2月26日，深圳市医保局宣布，推出全新升级的医保智能客服系统，该系统搭载DeepSeek大模型与腾讯混元双AI引擎，为深圳医保参保人提供24小时AI“智慧助手”服务。参保人可通过“深圳医保”微信公众号，直接办理近100项医保业务，如查询医保余额、家庭共济绑定等，同时享受秒问秒答的咨询服务。

2月28日，青岛市医保局宣布接入DeepSeek，上线“医保政策智能问答助手”“医保数据精准分析助手”等功能。基于DeepSeek的自然语言处理能力，青岛市医保局构建了本地化医保知识库，涵盖医保政策、报销流程、异地就医等高频咨询内容，实现“即问即答”，打造问不倒的“医保明白人”。

泰安新泰市医保局打造AI数字人主播，开设“AI政策解读”系列节目，为全方位、高效率地普及医保政策注入智能化新活力；北京市丰台区医保数字员工“丰晓医”接入DeepSeek后也实现了服务升级；江苏省徐州市基于DeepSeek强大的自然语言处理和知识检索能

力，迅速响应工作人员在处理业务时对精准政策依据的需求……

AI 经办直接助力医保服务事项下沉基层，推动构建“15 分钟医保服务圈”甚至是“10 分钟医保服务圈”，将医保服务送到参保人身边，成为参保人身边问不倒的“医保搭子”。

AI 大模型已成为智能审核监管的“得力干将”

AI 大模型作为人工智能领域的重大突破，智慧政府建设迫切需要引入 AI 大模型驱动。正如前文所说，AI 大模型推动医保服务向个性化和精准化方向发展，也显著改善了政府部门和公众之间的互动方式，譬如，可了解不同群体的需求特征，智能推荐和解答个性化的包括医保在内的政府服务和信息，自然语言交互可提供 7×24 小时的个性化咨询服务。

除公共服务，AI 大模型具有强大的数据处理和分析能力实现智能监管，增强政府部门的监管能力，实现更精准、高效的监管。包括：通过分析海量交易数据和监管记录，及时发现和预警异常行为。

同样地，AI 大模型可应用于提升医保部门监管能力，人工智能与机器学习技术携手，为医保基金结算开启了一扇智能审核的大门。但是，广大参保群众的就医信息涉及大量个人隐私，AI 大模型在提供高效医保服务的同时，还需要保障群众的医保数据安全，所以引入公共 AI 大模型用于医保审核和监管的问题应当慎重。

其实医保部门对此早有布局和应用。智慧医保是“十四五”全民

医疗保障规划明确的五个战略目标之一。近年来，国家医保局始终将智慧医保作为推进工作的重要着力点，并指导各地医保部门积极探索实践。

人工智能与机器学习技术赋予计算机洞悉复杂数据的能力，精确锁定潜在风险交易，有效降低人工审核压力，大幅提升审核准确率与工作效率。不仅可以有力保障医保基金的安全合理使用，也能进一步优化参保人的实际服务感受。

我国自 2019 年起开展医保基金智能监控“示范点”建设，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出要“实施大数据实时动态智能监控”。2022 年明确了医保基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法，2023 年形成科学规范、全国统一的“两库”框架体系，加速推进医保基金智能审核全覆盖，通过动态更新机制和智能算法优化有效解决了地方规则碎片化和权威性不足等问题，并已逐步成为与人工审核并行的重要医疗费用监管手段。目前，全国所有统筹地区均已上线医保智能监管子系统，全面开展经办智能审核。

对于基层医保部门而言，AI 大模型赋能提升审核效率的意义更为重大。基层医保部门正尝试将 AI 大模型技术与办公系统结合，构建“零成本、易上手”的智能审核末端。例如，通过 AI 自动解析医疗机构反馈信息并生成 VBA 代码，快速筛选违规案例，显著减少人工复核工作量。

对于医生和药师来说，借助对智能审核规则的深度学习，构建智能监管系统，自动比对医药机构上传的费用明细，精准发现疑点问题。例如，在审核药品报销时，能依据医保药品目录精准判断药品的使用是否符合适应症、剂量是否合理、是否存在重复计费等问题。一旦发现异常，助手会及时发出预警，详细标注问题所在，即时提示医生和药师。

医保基金监管点多、线长、面广，要织牢织密基金监管网，必须要用大数据、信息技术赋能，且成效显著。在国家医保局今年1月17日召开的“保障人民健康 赋能经济发展”主题新闻发布会上，国家医保局基金监管司司长顾荣表示，2024年全年通过“异常住院”“倒卖医保药品”等模型追回医保资金近6亿元，通过“男女检查、男女用药”“糖化血红蛋白”等大数据筛查线索追回近1亿元，通过智能监管子系统，挽回医保基金损失31亿元。

今年两会的政府工作报告提到，“持续推进‘人工智能+’行动，将数字技术与制造优势、市场优势更好结合起来，支持大模型广泛应用……”充分利用AI大模型技术，拓展在医保政策个性化解答、医保数据分析、智能监管核查疑点等领域的应用和部署，全面打开“AI+医保”新局面，不断推动医保事业实现高质量发展。

[返回目录](#)

• 医疗速递 •

2025 年医保目录调整提前，26 省明确药事会召开时间

来源：新浪医药

26 省明确药事会召开时间，2025 年医保药品目录调整即将启动。

01 医保目录调整提前至 4 月

近日，国家医保局召开新闻发布会，国家医保局医药管理司司长黄心宇提到，从今年开始，医保药品目录调整时间会适当提前，预计从 4 月 1 日开始申报，争取 9 月份完成。

这一调整意味着，如果按照上述时间，距离申报开始已不足一个月。

梳理发现，过往六年(2019-2024 年)国家医保目录调整启动的时间在 3-8 月不等，最早的是 2019 年，最晚的是 2020 年，2021-2024 年医保目录调整启动时间在 6 月份左右。

国谈一般分为准备、申报、专家评审、谈判、公布结果 5 个阶段，2024 年国谈调整方案(征求意见稿)指出，符合《基本医疗保险用药管理暂行办法》第七条、第八条规定，且具备 2019 年 1 月 1 日(含)至 2024 年 6 月 30 日期间，经国家药监部门批准上市的新通用名药品等条件之一的可以申报参加 2024 年药品目录调整。

今年，国家医保局拟采取“预申报”的过渡措施，对 4 月初申报开始时尚未获批，但预计今年 5 月底前能够获批的新药，企业可进行

预申报，只要在5月底正式批准，就能够参加后续的专家评审环节。

从近三年(2022-2024年)国谈通过初步形式审查和形式审查的品种数量来看，基本维持在300个-450个。截至目前，国家医保目录内的药品总数已经达到3159种，其中西药1765种、中成药1394种，中药饮片892种。过往7年，医保药品目录累计新增835种新药。

今年，国家医保局提出在基本医保现有的甲乙类目录的基础上研究制定丙类目录，主要聚焦创新程度很高、临床价值巨大、患者获益显著，但因超出“保基本”定位暂时无法纳入基本医保目录的药品。

丙类目录何时出台?这一问题引起业内广泛关注，国家医保局表示，丙类目录与每年的基本医保药品目录调整同步开展，计划于今年年内发布第一版。丙类目录的商保结算价格由国家医保局组织保险公司与医药企业协商确定。

据某证券公司数据显示，2024年6月30日-2025年1月17日期间，批准的创新药品种共计54个(剔除疫苗、已过专利期的原研药、部分医美、补充剂等)，其中外资、内资、合作品种分别为31、20、3个，整体来看外资品种略多于内资品种，参考过往创新药谈判经验，内资部分成本较高或者适应症较小品种将会关注丙类目录谈判，外资品种由于定价体系原因也会更多关注丙类目录发布。

02 26省药事会时间

确定各省更新双通道、单行支付目录

随着新一年国谈将至，2024 版国家医保目录已经落地，各地陆续召开药事会。

国家医保局、人力资源社会保障部发布《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2024 年)》提到，积极推进新增药品进院。

即医保定点医疗机构、工伤保险协议医疗机构和工伤康复协议机构原则上应于 2025 年 2 月底前召开药事会，根据《2024 年药品目录》及时调整本机构用药目录，保证临床诊疗需求和参保患者合理用药权益。不得以医保总额限制、医疗机构用药目录数量、药占比为由影响药品进院。

目前已经进入 3 月上旬，原则上各地应该已经召开药事会。据不完全统计，截至目前，26 地明确召开药事会时间：

(1)1 个月内召开药事会(4 地)：上海、浙江、江苏、天津；

(2)2025 年 2 月底前召开药事会(21 地)：安徽、湖南、北京、广东、新疆、宁夏、青海、甘肃、陕西、贵州、四川、重庆、海南、河南、山东、黑龙江、吉林、辽宁、内蒙古、湖北、西藏；

(3)每季度召开药事会(1 地)：福建。

在召开药事会之余，不少地方对药品的使用监测等情况作出了明确的说明，如上海要求组织医疗机构做好公立医疗卫生机构药品使用监测的数据报送工作，梳理临床用药基本情况，开展专题分析等。

此外，国家医保目录发布后，各省的“双通道”和单独支付药品范围也在更新。2025 年 1 月 1 日起，除特殊情况外，配备“双通道”药品的定点零售药店均需通过电子处方中心流转“双通道”药品处方，不再接受纸质处方。

大部分省份的“双通道”目录主要纳入的是国家谈判药品，据不完全统计，截至目前，安徽、内蒙古、广西、海南等多地均宣布将新版目录中的谈判及竞价药品全国纳入“双通道”管理范围。

不过，各地纳入的数量差异较大，安徽对符合条件的协议期内国家医保谈判药品(含竞价药品)以及协议期满转为常规目录管理的其他谈判药品，支持双通道均可购买使用和医保结算；重庆将协议期内的 404 个谈判药品和《国家药品目录(2024 年)》中从谈判药品调整转为常规药品管理的 75 个药品按规定纳入“双通道”管理范围。

此外，还有一些省份对使用周期长、疗程费用较高的谈判药品实行了单独支付政策，主要是针对抗肿瘤和慢性病用药等。

[返回目录](#)

国家医保局：统一新增植入式“人工心脏”价格项目

来源：国家医保局

山东少年小海(化名)在 7 岁时被诊断出心力衰竭，多年来一直通过药物进行维持治疗，却始终无法阻止病情恶化。2024 年初的一场感冒让小海的心衰急性发作，并迅速发展至终末期心衰的程度，病情

万分危急，亟需心脏移植或其他过渡性治疗。

“人工心脏”是终末期心衰患者的“救命”方案

“心衰”被称为心血管疾病的“癌症”，如果将人体循环系统看作一个密闭的供水系统，心脏就是驱动循环系统的“水泵”，心衰也就是水泵动力不足，导致供水系统中的其他器件无法正常工作。

据不完全统计，我国现有慢性心衰患者 1600 万左右，且发病率逐年上升。对于早期、中期的心衰患者，可以通过药物或其他手段进行治疗，但对于终末期心衰患者，常规治疗手段效果有限，心脏移植成为挽救生命的最后希望。然而，我国每年有大量终末期心衰患者需要心脏移植，每年心脏移植手术数量仅 700 例左右，远无法满足心衰患者的治疗需求。

在心脏移植供体短缺的背景下，“植入式心室辅助装置”作为一种重要的替代方案应运而生。其核心构造是一个人造血泵，通过与心脏并联的方式，承担起心室射血的关键功能，将血液泵入动脉系统，从而实现部分或全部替代心脏做功的目的，所以被人们亲切地称为“人工心脏”。与人们熟知的心脏起搏器通过电信号调节心律、解决心脏“电路问题”不同，“人工心脏”是一种机械泵装置，以机械力的形式直接替代心脏的泵血功能，通过机械能持续推动血液流动解决心脏的“动力问题”。作为医疗器械领域中最复杂精密的代表之一，“人工心脏”因其极高的制造精度和技术难度，被誉为“医疗器械皇

冠上的宝石”。

从山东的医生了解到“人工心脏”植入的治疗方案后，2024 年 7 月，小海的父母带他来到泰达国际心血管病医院寻求救治，医生团队在精心评估后，确认小海适合植入“人工心脏”，并尽快实施了手术。术后第二天，恰巧是小海 15 岁生日，病房里圆圆的蛋糕和长长的寿面寄托着祝福，这颗新的心脏伴他一起迎接健康美好的新生活。

价格立项支持高水平技术创新

本次《心血管系统类医疗服务价格项目立项指南(试行)》适应第三代植入式“人工心脏”手术收费需要，在全国范围内统一新增“心室辅助装置植入费”“心室辅助装置取出费”“心脏植入式装置适配费”等价格项目，分别解决手术植入、手术取出、术后调试等医疗服务计价收费问题，有助于“人工心脏”植入在临床的推广。

2025 年 3 月 3 日，泰达国际心血管病医院现场进行了另一场“人工心脏”植入手术，刘晓程院长团队精准高效完成植入手术后，“人工心脏”在患者体内承担起关键的心脏功能，目前患者已落地行走，体现了医疗技术创新进步带给患者的福音和生存的希望。此次国家统一新增价格项目，各地对接落实立项指南后，“人工心脏”植入相关医疗服务收费将有规可依，充分体现了医保部门对高水平新技术的大力支持。

价格下调让更多终末期心衰患者用得上“人工心脏”

在推动新医疗技术加快进入临床应用的同时，为了让更多终末期心衰患者用得上“人工心脏”，近期国家医保局与国内获批上市的5家内外资生产企业逐一沟通，引导生产企业积极压缩中间流通环节的过高加价，适当下调“人工心脏”的终端挂网价格，切实让利于患者，协同降低终末期心衰患者的整体治疗经济负担。

截至目前，航天泰心科技有限公司率先主动承诺降价至49.9万元/套，“人工心脏”植入手术整体费用从百万级别可下降到70万元左右，“人工心脏”植入的经济门槛有所降低。其他企业的“人工心脏”价格略有下调，但仍超患者可承受水平，医保部门呼吁相关企业在市场推广中更好兼顾企业发展和患者健康的平衡，后续将指导各省医药采购平台提示告知医疗机构“同类产品有相对低价产品”，为终末期心衰患者留下更多治疗选择和生存希望。

立项指南对临床急需的高水平新技术和新产品进行统一价格立项，搭建起从创新成果到临床应用的坚实桥梁，有利于医疗新质生产力产品加快成果转化，实现收益回报。同时，引导企业规范价格行为，主动适当下调新产品价格门槛，是各方让医疗科技更好造福于民的共同目标和努力。国家医保局始终支持高水平创新，将指导各省医保局通过“单报快审”等方式促进新技术实现依规计价收费。我们期待有更多高水平新产品涌现，呼吁医药企业根据临床价值、供需关系、竞争格局等因素自主合理定价，协同为人民群众健康福祉保驾护航。

• 医保快讯 •

历数五年政府工作报告中的长护险，正加速制度落地全国！

来源：时代周刊

今年的政府工作报告指出，积极应对人口老龄化，完善发展养老事业和养老产业政策机制。

其中，在完善社会保障和服务政策方面，除了城乡居民基础养老金最低标准再提高 20 元以外，还新增多项具体的养老措施，比如“推进社区支持的居家养老，强化失能老年人照护，加大对老年助餐服务、康复辅助器具购置和租赁支持力度，扩大普惠养老服务，推动农村养老服务发展，加快建立长期护理保险制度。”

历数五年政府工作报告中的长护险

长期护理保险制度(下称“长护险”)是近年来全国两会的热点话题，已连续五年被写入政府工作报告。

第一次 2019 年：

政府工作报告提出“改革完善医养结合政策，扩大长期护理保险制度试点，让老年人拥有幸福的晚年，后来人就有可期的未来”

虽然 2019 年政府工作报告首次提及长期护理保险制度，但是长护险制度试点却已经开展了三年，写入政府工作报告也是对试点工作

一种肯定,也是对制度重要性一个新的起点,并且提出“扩大试点”,为 2020 年扩大试点政策出台奠定了基础。

1、启航：2016 年启动试点

2016 年 6 月 27 日人社部办公厅印发《关于开展长期护理保险制度试点指导意见》(简称《指导意见》),正式启动首批 15 个城市试点(如上海、青岛等)和山东、吉林两个重点联系省份,标志着我国正式开始长期护理保险制度建设。

《指导意见》提出了主要目标:利用 1-2 年试点时间,积累经验,力争“十三五”期间,基本形成适应我国的长护险制度政策框架。

《指导意见》主要任务:探索长护险参保缴费与待遇支付等政策体系、探索护理需求认定和等级评定等标准、探索长护服务机构和护理人员服务质量评价、协议管理办法;探索长护险管理服务规范和运行机制等。

2、整合推进：国家医保局承接长护险建设

2018 年国家医保局成立,承接了推动建立长期护理保险工作。到 2020 年 9 月,这个阶段国家医保局一方面积极筹备试点扩大文件,同时也在失能评估标准等规范性文件发力。

第二次 2020 年:

政府工作报告提出“稳步建立长期护理保险制度”

这是政府工作报告,连续第二年提及长护险制度,重点突出要稳

步推进。2020 年 9 月国家医保局财政部印发《关于扩大长期护理保险制度试点指导意见》，提出试点范围从 15 城增至 29 城，新增北京石景山、天津、昆明、南宁、福州等，探索城乡居民参保机制。

主要目标：力争在“十四五”期间，基本形成适应我国经济发展水平和老龄化发展趋势的长护险制度政策框架，推动建立健全满足群众多元需求的多层次长护险保障制度。

第三次 2021 年：

政府工作报告“推进医养康养结合，稳步推进长期护理保险制度试点”

这是政府工作报告连续第三年，提及长护险制度，依旧要求稳步推进，强调要医养结合。

国家医保局重点是指导新增试点地区开展制度落地。同年发布了重磅文件《长期护理失能等级评估标准(试行)》(医保办发〔2021〕37 号)，此文件出台标志着国家版本失能评估标准问世，有利结束试点期间备受诟病的评估标准五花八门的问题，为后续制度全国统一奠定坚实基础。办法要求，14 个新增试点城市参照执行《评估标准(试行)》，原有试点城市参照完善地方标准，原则上自本通知印发之日起两年内统一到《评估标准(试行)》上来。试点城市可根据试点实际情况，对《评估标准(试行)》进行细化完善。

第四次 2022 年：

政府工作报告“稳步推进长期护理保险制度试点”

政府工作报告连续第四年提及长护险制度，总基调依旧要求稳步推进。按照 2020 年《关于扩大长期护理保险制度指导意见》要求，试点两年后应该在本年发布新的制度文件。

第五次 2025 年：

政府工作报告“加快建立长期护理保险制度”

这是在时隔 2 年后，新一届政府总理两会工作报告提及长期护理保险，而且定位是“加快建立长期护理保险制度”，改变 2020-2022 年政府工作报告“稳步”的基调，意味着要加速，进入“进取”新阶段。

2022 年中央深改委把研究建立长护险制度作为国家医保局一项重要工作，并在国家局成立长护险领导小组，加快了各个层面的整合，也就有了 2023 年-2024 年配套政策快速出台。

“加快建立长期护理保险制度”要追溯到 2024 年二十届三中全会，首次提出“健全覆盖全人群、全生命周期的人口服务体系，促进人口高质量发展，重点是应对“一老一小”小问题。改善对孤寡、残障失能等特殊困难老年人的服务，加快建立长期护理保险制度”。

今年政府工作报告针对“一老一小”都做了新的部署，“一小”是要建立育儿津贴制度，，“一老”就是加快建立长期护理保险制度。

在过去两年多时间，国家医保局正在按照“1+17”要求，快马加

鞭在补足配套文件。2024 年就连续发布了涉及定点失能评估机构管理、定点护理服务机构管理、经办管理、照护管理师、长护信息系统等多个政策文件，为“1”顶层方案出台铺路。

对比历年政府工作报告中的相关描述，或预示长护险制度落地全国正在加速。

五年后失能老人或达 1 亿人

《中国老龄产业发展报告(2021-2022)》数据显示，截至 2022 年底，我国 60 岁及以上老年人口为 2.8 亿人，其中失能和半失能老人数量约为 4400 万人。《中国养老服务蓝皮书(2012—2021)》提到，预计 2025 年我国失能和半失能的老年人口预计将增至 7279 万人，2030 年将达 1 亿人。

根据中国保险行业协会发布的《中国城镇地区长期护理服务保障研究》，预计长期护理服务需求将在 2030 年达到 3.1 万亿元，并在 2040 年达到近 6.6 万亿元。

当前，长护险对参保人员实行终身缴费制，筹资方式包括个人、单位和财政补助。长护险的钱从哪里来？是接下来需要解决的关键问题。

今年 1 月 17 日，国家医保局召开医保部门“保障人民健康，赋能经济发展”主题新闻发布会。据介绍，截至目前，全国共有 49 个城市参与试点，超过 1.8 亿人参保，累计超过 260 万人享受待遇，基

金支出超 800 亿元。

今年全国两会期间，全国人大代表、中国太保战略研究中心(ESG 办公室)主任周燕芳提交了关于加快建立长护险制度的相关议案。其指出，目前长护险仍然面临着多重挑战，比如覆盖范围有限、支付保障水平较低、资金筹集渠道单一、缺乏全国统一的失能等级评估标准等。

针对筹资机制，周燕芳认为，目前长护险的筹资机制主要依赖医保拨款或政府补贴，个人和企业缴费比例过低。在长护险首批试点城市的筹资构成中，医保基金平均承担 70%，财政补贴 20%，个人缴费仅占 10%。

周燕芳建议为长护险建立独立筹资渠道，可参考日本“40 岁强制参保”机制，让个人、企业以及财政三方按工资基数的一定比例进行筹资，探索建立个人长护险账户，允许医保个人账户资金适度划转，探索家庭共济使用机制等。

2024 年 12 月，国务院发布的《关于深化养老服务改革发展的意见》提出，要合理确定经济困难失能老年人护理补贴覆盖范围和补贴标准，做好长期护理保险与经济困难的高龄、失能老年人护理补贴等政策的衔接工作。同时，开展县域养老服务体系创新试点，支持试点地区优化资源配置。

[返回目录](#)

103 个统筹地区先行先试 加快推进医保基金即时结算改革

来源：国家医保局

为促进三医协同发展和治理，健全与“1+3+N”多层次医疗保障体系相适应的医保科学结算体系，进一步优化医保基金支付方式和结算政策，今年1月9日，国家医保局印发了《关于推进基本医保基金即时结算改革的通知》（医保办发〔2025〕1号），要求各省严格落实医保基金预付，推进即时结算。

各地立足实际，结合医保基金结余情况，在确保基金安全的前提下，采取多种方式压缩结算周期，增加拨付频次，提高资金周转效率，取得积极改革成效。截至2月底，全国共103个统筹地区开展即时结算，占统筹地区总数的26%，覆盖定点医疗机构4.37万家，定点药店6.76万家，即时结算拨付金额387.31亿元。安徽、山东、广东、河南、青海等省份率先出台省级即时结算文件，其中，安徽在全国第一个印发文件并在全省范围启动改革，该省已开通即时结算医疗机构569家，结算20.23万人次，拨付医保基金4.72亿元。

在政策协同上，基金预付和即时结算协同赋能。截至2月底，29个省份建立预付金制度，17个省份预付基本医保基金484亿元（其中职工医保基金326亿元，居民医保基金158亿元），其他符合条件的统筹地区将于3月底前完成拨付。

在结算路径上，79个统筹地区在缩短月结算时长的基础上进一

步提高拨付频次。安徽对住院费用逐笔汇总，次日按 60%的比例拨付医院。福建厦门采用“日报、日审、日拨”的形式，将基金拨付时限压缩至最短 1 个工作日。江苏盐城构建“年初预付、每日预拨、按月预结、年终清算”工作机制。河南郑州上线“即时结算”功能模块，与定点医药机构实现结算业务“当日申报、当日拨付”。此外，部分统筹地区还探索对医疗机构进行分类确定结算时限，如河南安阳根据医疗机构绩效考核结果，分 1 日、3 日、7 日开展结算。

从基金范围看，61 个统筹地区选择扩大即时结算范围。在国家规定即时结算的基金范围为基本医保基金的基础上，将即时结算的基金范围扩大到大病保险基金或者医疗救助基金。从基金安全运行看，坚持提高基金使用效率和安全并重。各地在积极推进即时结算改革的同时，通过设置拨付比例、强化医疗费用审核、主动与定点医药机构沟通交流等方式，确保基金运行安全、平稳、高效。

从实施效果看，即时结算增加了医疗机构现金流，缓解了医疗机构的垫资压力，为医院可持续发展赋能助力。同时，推动定点医疗机构加快对医药企业回款，促进医药行业整体资金周转效率的提升。安徽省合肥市第一人民医院等许多医疗机构反映，即时结算改革和预付金制度实施后，极大缓解了资金压力，提升了核心竞争力和医疗服务水平，实现了医疗机构可持续高质量的发展。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号

北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司

公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药 城: <http://www.yaochengwang.com>

地 址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

电 话: 010-68489858