

医药先锋系列之



Medical weekly pharmacy

» 医周药事

2025年第22期

(2025.05.26-2025.06.01)



北京先锋寰宇大健康管理有限公司 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。)

• 医保监管 •

▶ [国家医保局再次通报：全国 80% 的统筹区完成两次医保数据发布！](#)

(来源：国家医保局) ——第 6 页

【提要】我国作为世界上拥有最多参保人群的国家，医保数据资源丰富，不仅包含医疗行为(如诊断、治疗、用药)，还关联人口属性(年龄、性别、职业)、经济支付(医保报销、自费比例)、地域分布等。医保数据对于优化医疗资源配置、医保基金监管、支付方式改革以及医药产业创新等方面具有极其重要的推动作用，而要想发挥出医保数据的赋能作用，首先就必须建立起数据共享、公开机制。

▶ [医保监管升级，上万个药被重点“锁定”！](#) (来源：米内网) ——第 13 页

【提要】近日，国家医保局面向社会公开发布第一批医保基金智能监管规则和知识点。首批受影响的药品名单出炉，数量多达上万个。

• 医疗服务 •

▶ [历程回顾——我国医疗服务价格改革经过了哪些阶段？](#) (来源：国家卫生健康委卫生发展研究中心) ——第 17 页

【提要】在不同的经济与社会改革背景下，医疗服务价格有着不同的

历史特征，承载着不同的责任，了解历史、掌握现状，对有效推进医疗服务价格改革起着至关重要的作用。新中国成立以来，我国医疗服务价格改革与发展经历了以下四个主要历史阶段。

▶ [医疗服务价格改革中，医保部门应如何分配调价总量？](#)（来源：中国医疗保险）——第 25 页

【提要】在推进医疗服务价格改革的征途上，很多医保工作者与医疗机构工作人员穿梭在政策落实与实践探索的前沿，积累了大量实战经验。本篇聚焦于省市医保部门应如何分配调价总量？

• 养老服务 •

▶ [关于照顾“老的”，医保有这些新举措](#)（来源：中国医疗保险）——第 29 页

【提要】老龄化是全球人口发展的客观趋势。20 世纪以来，全球多个国家步入老龄化时代，给国家经济和社会发展带来诸多挑战。目前，我国人口发展进入了新的阶段，于 2000 年开始步入人口老龄化阶段，于 2022 年进入中度老龄化社会，预计将于 2035 年前后进入重度老龄化社会。数据显示，截至 2023 年底，我国 60 岁以上人口近 3 亿人，占总人口比重超过 20%，老龄化趋势明显，医疗需求和医疗费用也在不断增加和攀升。

▶ [长护险下乡难，失能老人照护服务短板如何破解？](#)（来源：第一财经）——第 35 页

【提要】针对农村照护服务严重短缺等问题，长护险落地之后也将通过政策鼓励嵌入式、连锁型的护理机构发展，增强服务可及性。长护险试点九年来形成的重要共识是建立覆盖全民的长期护理保障体系，可以预期，在不远的将来，我国 1.2 亿农村老人也能享受到社保“第六险”的福利。

• 社区建设 •

▶ [社区医防融合 筑牢成人疫苗防护网](#)（来源：健康报）——第 40 页

【提要】在今年全国预防接种日与世界免疫周期间，“成人疫苗防护”成为人们热议的话题。近日，“健康中国，疫苗护万家——健康社区‘免疫行动’促进计划”在北京启动，标志着我国成人预防接种服务迈向更高水平的协同创新。与此同时，各地积极探索社区医防融合新实践，以可复制的经验推动成人疫苗接种服务提质增效。

▶ [回应现实需求，推进老年友好型社区建设](#)（来源：全国老龄办）——第 44 页

【提要】随着人口老龄化进程加快、程度加深，使老年人“活得久、活得好”，成为政策制定的出发点。全国示范性老年友好型社区创建工作已开展近 5 年时间，全国老龄办近日印发《全国示范性老年友好型社区创建指引(2025 年)》，使这项工作方向更明确、路径更清晰。

• 分析解读 •

▶ [从“用得起”到“管得住”：国谈药政策落地的多维探索](#)（来源：中国医疗保险）——第 46 页

【提要】国家医保药品谈判制度实施以来，累计将 700 余种临床急需药品纳入医保目录，药品价格平均降幅超 50%。这一制度创新，使诸多“天价药”实现“悬崖式降价”：如治疗脊髓性肌萎缩症的诺西那生钠注射液，从每针 70 万元降至 3.3 万元；治疗肺癌的奥希替尼，月治疗费用从 5 万元直降到 5580 元。国家医保局数据显示，仅 2023 年谈判新增的 126 种药品，预计两年内将为患者减负超 400 亿元。

▶ [医保支付方式变革：从费用结算到分级诊疗的“指挥棒”](#)（来源：新华网）——第 53 页

【提要】当前，我国医疗体系正面临卫生费用快速增长、患者就医结构失衡的挑战。在推进分级诊疗制度建设的过程中，医保支付方式作为关键的政策工具，正逐步从“被动买单”转向“主动引导”。通过机制设计，医保支付方式正在悄然改变着医疗机构和患者的决策逻辑

-----本期内容-----

• 医保监管 •

国家医保局再次通报：全国 80%的统筹区完成两次医保数据发布！

来源：国家医保局

5月27日上午，国家医保局在河北省保定市召开医保数据工作组赋能医疗机构发展工作交流会议，国家医保局相关领导出席会议并在交流会上通报了全国医保数据工作组工作开展情况。现场参会的还有北京、天津、河北等14个省份相关负责同志及河北保定、内蒙古呼和浩特等10个地市医保部门负责人同志，其他18个省级医保部门通过医保专网线上参会。

所有统筹区均已完成医保数据首次发布，约80%统筹区完成两次发布

我国作为世界上拥有最多参保人群的国家，医保数据资源丰富，不仅包含医疗行为(如诊断、治疗、用药)，还关联人口属性(年龄、性别、职业)、经济支付(医保报销、自费比例)、地域分布等。医保数据对于优化医疗资源配置、医保基金监管、支付方式改革以及医药产业创新等方面具有极其重要的推动作用，而要想发挥出医保数据的赋能作用，首先就必须建立起数据共享、公开机制。

在过去，医保部门依据法律法规向社会公开基金的情况，公布的

数据多属于宏观层面的基金运行数据，在公布频次上，主要为一年公布一次，数据公开的形式也比较单一，缺乏相应的数据公开的工作机制。

一方面，由于数据公开的范围有限，一些定点医疗机构对医保预算管理不理解，同时医保部门以及参保人也无法通过数据分析了解定点医药机构的诊疗行为是否规范；另一方面，我国进入了大数据时代，各数据分析大模型应运而生，可以极大地提升数据运用的效能。而且，随着医保各项改革不断推进，反映改革成果的指标和数据也逐渐走向中观、微观层面。在这样的背景下，要求医保部门“亮出”更多数据信息，充分挖掘医保数据蕴含的宝贵价值。

2024年7月，国家医保局首次提出“医保数据工作组”的概念，为数据公开提供了载体。按照工作计划，各统筹区均需建立起医保数据工作组，并且按月度、季度向统筹地区所有定点医疗机构公布医保数据，并要求在2025年3月31日前至少公布1次医保数据。

据介绍，在3月31日前，除个别统筹地区外，全国其他统筹地区均已完成2025年第一季度发布，如期完成了工作任务。截至今年4月份，所有统筹区均已完成医保数据首次发布，并且约80%统筹区完成两次数据发布，工作进展值得肯定。

通过数据定向发布工作，各地医保部门积极向定点医疗机构亮医保基金家底、晒医保改革进展、比两定机构服务绩效和水平、守基金

安全底线、稳医疗机构预期，提升了医保基金管理的透明度以及医保基金精细化管理水平，取得了积极的成效。

比如，保定市医保局党组书记、局长段秀丽在此次交流会上详细介绍了保定市医保数据公布工作的进展及成效。保定市医保局通过构建“3+3+3”工作机制——建立“领导小组+专业团队+技术专班”三级架构，汇聚工作合力、构建“提取-审核-论证”三级制度体系，夯实数据根基、完善三级运行保障，提升治理效能，不仅提升了基金管理效能，还推动医疗机构管理提质升级，同时减轻了参保患者的就医负担。据介绍，保定市职工医保基金支出下降 0.49%，居民医保基金支出下降 12.7%，住院次均费用较去年同期下降 7.1%，平均住院日较去年同期下降 0.6 天，成效显著。

发布内容从有到优，国家引领助力规范性提升

医保数据“亮家底”作为一项医保领域数据公开的创新机制，虽然此前已有多地展开探索，但为保证数据可比性、规范性，必须由国家医保部门对公开的数据指标、频次等予以规范。

1 月 23 日，国家医保局办公室在印发的《关于建立医保数据工作组更好赋能医疗机构发展的通知》中，制定了医保数据工作组数据底稿文件，包含基金收入、基金支出、基金结余、城乡医疗救助、下一年度统筹地区医保总额、DRG/DIP 支付方式、医疗机构服务情况七大类数据指标。

随后，为了更好地回应地方医保部门在工作实践中产生的疑问，国家医保局又编制了医保数据发布简明工作手册(以下简称工作手册)，从数据工作组的组织架构、工作职责、数据发布的要素、发布的内容、发布的组织等方面逐项进行了统一规范。

比如，明确数据发布内容以底稿数据为基础，按“月推送、季发布、专题分析”形式进行数据分析和发布。具体来看，2025年3月版数据底稿中共8类49项指标，相比此前版本指标，新增“基金支撑能力”类别，涵盖千人定点医疗机构床位数和千人定点零售药店数两个小指标，公开频次按年度公开即可。

而且为进一步反映地方医保改革成效，在此底稿基础上，各统筹区可以结合当地实际增加分析指标，比如职工/居民人均医保基金收入、支出情况；人均期望寿命；婴儿死亡率；孕产妇死亡率等。比如在《合肥市医保数据定向发布内容清单》中，合肥结合本地实际和医疗机构需求，公布指标涵盖15大项116小项。据安徽省合肥市医保局党组成员、副局长钟荐华介绍，合肥将按年公开10项展示年度成果，按季公布62项反映阶段性成果，按月公布44项满足及时性需求。

2025年2月12日，合肥打造了全国医保数据发布“第一堂公开课”，相继在3月21日，合肥第二次开展围绕三级医疗机构专项数据发布工作，除发布三级医疗机构住院人次及住院率、本地住院医疗费用构成、医保基金运行状况、异地转诊情况等关键指标，还对三级

医疗机构收治救助对象的住院人次及占比、医疗救助费用支出情况进行排名分析，同时还组织医疗机构临床科室开展儿童病例数据专项分析会，数据发布工作走在了全国前列。

除合肥外，全国多地也均在国家底稿数据的基础上，新增相关指标。如辽宁进一步优化了基金相关指标，新增了定点医疗机构基金分布情况、部分病组的材料费等分项费用数据；山东强化外科服务能力监测维度，新增出院手术例数，关注医疗服务能力，增加三四级手术占比、14天再入院率等指标；广东则涵盖了多层次的支出分析，增加了医疗救助对象就诊监测、大病保险专项支出、惠民保资金支出以及智能监控扣费情况等多维度指标；新疆维吾尔自治区新增住院人次的增减指标，动态监测住院人次变化情况。

目前，多数统筹区已完成两次医保数据公布，数据内容逐渐丰富、优化，规范性也得以显著提升。

医保数据发布工作不是“一锤子买卖”，需长期、规范进行

国家医保局相关负责人在交流会中强调“数据发布工作是一项创新性的工作，不是‘一锤子买卖’，也不是阶段性的工作，这是一项新的工作机制，要常态化、长效化，要长期、规范进行”。

对此，提出了以下几点工作要求：

一是把握工作节奏，提高数据发布的计划性、时效性。在季度上，要求各统筹区每季度组织开展一次数据发布活动，可以线上开展也可

以线下召开。在年度上，要求各统筹区每年至少在第一季度末和清算完成后的一个月左右开展两次面对面的数据发布活动。需要注意，各统筹区需在每年 12 月底确定下一年度数据发布和重点病种的分析计划。

另外，国家医保局尤其强调要重点抓好清算完成后的面对面数据发布工作，做好数据分析，向医疗机构亮出更多详实的数据，指导医疗机构完善工作，利用数据早一步发现疑点，及时进行沟通，用好、守好医保基金安全。

二是丰富数据指标，强化数据发布的靶向性。根据工作手册，目前数据发布底稿中共有 49 项指标，主要对月度基金运行、支付方式改革运行、医疗服务情况等进行分析。在季度发布上，除数据底稿指标外，还需提供分析报告、专题分析等，包括基金运行情况、典型病种分析(主要聚焦结算量大、结算金额大、发病率高的病种)、基金监管中的案例分析预警等内容。

为丰富数据指标，国家医保局鼓励各统筹区以工作手册中规定的 49 个指标为基础，结合本地情况，提供具有个性化的医保数据发布指标。国家医保局相关领导表示，医保改革的重点工作以及各统筹区认为有特色的数据、需要向医疗机构公布的数据，都能加入进来。

三是要加强成果转化，推动数据价值释放。数据公开的目的就是希望通过晒数据来提高工作效能。因此，必须要加强对数据结果的分

析和应用，探索将数据发布指标纳入常规监测，将医保数据分析结果转化为医保管理的有力的工具。

通过对数据的深入挖掘，不仅让医保部门了解、掌握医保基金的使用效率高低、医疗机构服务行为的规范度，更使一项项抽象的政策转化为可感知的民生温度。

四是要创新数据发布的形式，把握住人工智能和大数据时代提供的有力契机。医保系统人少任务重，尤其对于基层来讲，要落实各项医保政策，各地普遍反映人手不足。因此，各省级医保部门要利用人工智能大模型，为基层提供更便利的工具条件和方法，积极探索应用人工智能和大数据模型，让数据高效的活起来、用起来。

此外，还要重视医疗机构的参与感，不能让医保部门“唱独角戏”“一头热”，而是要把数据公开打造为三医联动的重要抓手，促进医疗机构高质量发展，促进三医协同发展和治理。

数据发布不是终点，而是建立事前-事中-事后医保闭环管理的起点，其核心价值在于通过以数据驱动的方式优化医疗资源配置、提升医保治理效能并构建多方共赢的医疗生态体系，重塑医疗健康领域的生产关系和生产力格局。随着人工智能、大数据时代的到来，医保数据的战略价值将持续释放，最终实现从疾病治疗向健康管理的范式跃迁。

[返回目录](#)

医保监管升级，上万个药被重点“锁定”！

来源：米内网

近日，国家医保局面向社会公开发布第一批医保基金智能监管规则和知识点。首批受影响的药品名单出炉，数量多达上万个。

上万个药品被重点“锁定”

5月23日，国家医保局发布第一批智能监管“两库”规则和知识点的公告。根据公告内容，此次发布的规则，聚焦在“药品区分性别使用”“医疗服务项目区分性别使用”“药品儿童专用”“药品限儿童使用”“医疗服务项目儿童专用”等5类场景，覆盖11290条明细知识点。

发布的规则看起来简单，主要是性别区分使用和儿童专用，但涉及的药品数量颇多，多达10870个。其中，和药品性别区分使用相关的药品有6472个，儿童专用药4370个、仅限于儿童使用的药品有28个。

所谓“两库”，是指知识库和规则库。其中，“知识库”指的是医疗保障基金智能审核和监控所需知识和依据的集合，是判断医疗服务行为是否合法合规合理的主要客观依据。“规则库”是基于知识库判断监管对象相关行为合法合规合理性的逻辑、参数指标、参考阈值以及判断等级等的集合，对监管对象是否存在或疑似违法违规行为起到筛查和提示作用。

“两库”公开和事前提醒，是为了让定点医药机构主动合规。国家医保局把一些医保政策中明确的规则和要求、一些实践中定点医药机构容易出现的问题，内置到智能监管子系统的事前提醒模块。医务人员开处方时，一旦系统发现违规行为就会发出提示，把问题解决在萌芽阶段，在向经办机构传送结算单据前也可以进行预审和自查。

同时，定点医药机构还可利用公开的智能监管规则和知识点开展自查自纠，对已完成医保结算的费用进行自主筛查，发现违规问题后及时整改。

尽管规则目前主要是规范医疗机构服务行为等，但定点药店同样也受影响，主要体现在以下方面：

售药合理性监管强化：例如，明确某些药品仅限男性或女性使用（如激素类药物），若药店违规向非适用性别患者出售，可能被系统标记为异常。

儿童用药限制严格化：知识库中细化了儿童专用药品的适用范围，若使用成人医保卡购买儿童用药，或未严格执行儿童限用药品的年龄限制，可能被认定为违规。

而一些存在跨性别使用的特殊药物（涉及药品 38 种），医保局也单列出来，表示暂不纳入“药品区分性别使用限定”的知识点。如盐酸坦索罗辛缓释胶囊说明书“用于前列腺增生症引起的排尿障碍”，一般应限定男性使用。但在临床使用上，部分女性患者用此药品改善

症状，促排石。

从“人查”到“数管”

对于公开发布的“两库”规则和知识点，医保局要求各省级医保部门及时根据最新知识点明细及代码对省级医保信息平台智能监管子系统“两库”进行动态更新。

依托医保信息平台建设事前提醒模块，允许所有定点医药机构免费接入、调用。定点医药机构可以将智能监管“两库”置于本机构智能提醒等信息化系统中，或对接医保部门智能监管系统事前提醒功能模块，将不合规的行为消除在“萌芽”阶段。

早在 2023 年国家就提出了智能监管。2023 年 9 月，国家医保局发布《关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》，明确到 2023 年底前全部统筹地区上线智能监管子系统，初步实现全国智能监控“一张网”。《通知》还提出 2025 年底目标，基本建立规范化、科学化、常态化的智能审核和监控体系，形成日常审核与现场核查、大数据分析、全场景智能监控等多种方式的常态化监管体系。

今年 4 月 25 日，国家医保局下发《关于开展智能监管改革试点的通知》，提出推动国家医保局的“两库”在定点医药机构自建事前提醒系统中落地应用，实现监管关口前移，从源头上减少医保基金违法违规行。通知还要求，各省报送改革试点地区 3 个、试点单位

10 家(8 家医院、2 家药店), 试点改革地区二级以上医院覆盖率要超过 50%, 并逐年提高。

而此次“两库”发布正是改革试点政策的其中一项落地举措。

未来更多药品被纳入

当前“两库”公布的仅仅是第一批, 未来还将会有更多药品被纳入进来。国家医保局表示, 将分批次推进“两库”规则和知识点的征求意见, 并逐步向社会公布。持续跟进“两库”在省级医保平台和定点医药机构落地应用情况。同时, 积极开展智能监管改革试点, 及时进行总结推广。

随着医保智能监管系统全面应用, 标志着医保监管从“事后抽查”向“事前预警、事中干预”转型。药店需精准把握政策边界, 规避性别限制或年龄限制引发的违规风险。对此, 药店人可从以下几方面入手。

建立药品多维分类台账, 对涉及性别限制(如激素类药物)、儿童专用药等药品进行醒目标注, 可采用“红黄蓝”三色区分限制等级。

执行双人核验制度, 共同核对购药人身份信息、医保凭证与药品适应症的匹配性, 重点防范跨性别用药等高风险行为。条件允许的话, 部署 AI 辅助工具, 利用智能审方软件自动校验药品与患者性别、年龄的匹配度, 减少人为失误。

定期更新属地化医保规则, 尤其异地结算标准。对于异地结算药

品，及时更新参保地医保目录差异信息，可在结算系统植入智能提醒模块，自动拦截不符合参保地支付政策的交易。

后台数据治理，排查系统中遗留的不规范记录(如性别、年龄信息缺失或错乱)，避免系统误判。

强化人员培训，提升合规意识。将“两库”规则转化为内部流程，对政策变化和“两库”规则进行重点培训，避免因知识盲区违规。同时，对于顾客质疑或不解的情况，提供有效话术，比如出示国家医保局政策文件，同步推荐符合条件的替代药品，或推荐共济账户、现金支付等其他支付方式，避免医保账户冻结风险。

[返回目录](#)

• 医疗服务 •

历程回顾——我国医疗服务价格改革经过了哪些阶段？

来源：国家卫生健康委卫生发展研究中心

党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革推进中国式现代化的决定》中提出，要“建立以医疗服务为主导的收费机制”。对提供的医疗服务进行收费，是公立医疗机构获得收入的重要渠道之一。医疗服务价格改革的成效直接决定着医疗机构行为的变化和经济运行的结果，也直接影响着医疗保障制度的落实。

价格是商品或服务在市场中交换时所体现的货币价值。它是供需

关系、生产成本、市场结构、政策调控等多种因素共同作用的结果。医疗服务价格是患者为获得医疗服务所支付的费用标准,由于公立医院提供的医疗服务是具有福利性和商品性双重特征的一种特殊服务,国家不向其征收税金,并给予一定的财政补贴,其定价机制与普通商品显著不同。广义的医疗服务包括了医疗机构向患者提供的医疗诊疗服务、药品、医用耗材,其他相关设备、设施、器具等硬件产品,以及相关软件和智能化系统程序等软件服务;狭义的医疗服务则仅指允许向患者收费的医疗服务项目。

为使读者了解医疗服务价格改革发展历程,给未来制度改革提供可参考的历史经验,笔者进行了系统梳理。在不同的经济与社会改革背景下,医疗服务价格有着不同的历史特征,承载着不同的责任,了解历史、掌握现状,对有效推进医疗服务价格改革起着至关重要的作用。新中国成立以来,我国医疗服务价格改革与发展经历了以下四个主要历史阶段。

第一阶段:

政府以低于成本的价格向全民提供医疗服务阶段(1949 年至 1978 年)

新中国成立初期,我国经济力量薄弱,没有能力建立覆盖全体国民的医疗保障制度。1951 年和 1952 年,我国分别建立了劳动保险和公费医疗制度,但覆盖的人口甚少,绝大多数城乡居民处于完全自费

医疗的状态。为了确保居民群众患病就医的可及性，这个时期我国政府采取由公立医院以低于成本的价格向全民提供医疗服务的模式。国家公办的医疗机构为非营利性质，政府对医院的预算管理制度从实行“全额补贴”演变到“差额补助、结余上缴、亏损由政府解决”。1958年到改革开放前，政府进一步增加对医院的经费补助，医院基础建设投资、设备购置、维修及职工基本工资均由财政补助解决。

为进一步体现公立医院医疗的福利性、提高居民群众就医的可及性，国家于1958年、1960年和1972年先后三次大幅度降低医疗服务价格，平均降幅达80%，极大降低了居民就医的医药费用负担。但是长期政策性低价带来的政府财政对公立医院政策性补助的重任逐渐出现难以承载的局面。1954年，国家允许医院药品加成的政策正式出台，在向患者提供药品时，医院可以在批发价的基础上加价销售，其价差用于弥补药品在使用、存储等过程中的消耗，以缓解财政补贴的压力。

这个阶段的医疗服务价格，既没有经济理论的“价格”概念，也没有医疗服务的“价值”内涵，仅仅是医院提供福利性医疗服务的收费标准而已。

第二阶段：

医疗服务收费引入市场机制阶段(1979年至1999年)

1979年4月，原卫生部、财政部、原国家劳动总局联合发布《关

于加强医院经济管理试点工作的意见》，提出医院是社会主义福利事业，实行经济管理，明确规定医院在开展医疗服务中所获得的收入可用于补充医院经费不足和给职工发放奖金。1981年3月，原卫生部印发《关于加强卫生机构经济管理的意见》，将已实施三十年的“全额管理、差额补助、结余上缴”的医院财务管理办法，调整为“全额管理、定额补助、结余留用”的新办法，即在全面核定单位业务指标的基础上，按照特定的业务计算单位(如医院病床数、门诊人次等)核定一个补助定额，由国家财政按核定定额拨款，在事业计划、收费标准没有大变化的情况下，由单位自行平衡，年终超支不补，年终结余留给单位在下一个年度继续使用。该财务管理方式的调整，意味着国家开始鼓励医院增收节支。

在这个时期，医疗服务的提供和收费引入了市场机制。伴随改革开放和计划经济向社会主义市场经济转轨，全国各地对医疗服务收费标准采取以省或地市为单位自行确定医疗服务项目、自行确定制定医院医疗服务价格的管理方式。其间，全国各地分别出台了不同的医疗服务收费标准，医疗服务项目没有统一的名称和统一的内涵，各地自行定价的收费标准差异很大。政府缺乏对全国医疗服务价格体系的统一管理，医疗服务项目所定价格仍然只是“收费标准”，而不是真正经济意义上的医疗服务“价格”。

第三阶段：

全国统一制定管理医疗服务价格体系阶段(2000 年至 2017 年)

2000 年 7 月，原国家计委、原卫生部发布《关于改革医疗服务价格管理的意见》，确定了我国医疗服务价格管理遵循“中央管项目、地方定价格”的原则。当年底，原卫生部、国家发展改革委、国家中医药管理局三部门联合颁布我国首部《全国医疗服务价格项目规范(2001 年版)》，并于 2001 年试行。这版规范囊括了 3966 个医疗服务价格项目，首次统一了我国医疗服务价格项目名称和编码，正式将“医疗服务收费项目”的提法改为“医疗服务价格项目”。

国家统一的医疗服务价格项目为地方定价提供了坚实的基础。按照《中华人民共和国价格法》规定，价格分为政府定价、政府指导价和政府调节价三种。上述《关于改革医疗服务价格管理的意见》中明确了“医疗服务价格实行政府指导价和市场调节价，取消政府定价”。

2012 年，原卫生部、国家发展改革委、国家中医药管理局三部门再版出台了《全国医疗服务价格项目规范(2012 年版)》，涵盖项目增至 9360 个。该版规范对医疗服务价格项目的分类、编码、项目内涵、项目的人力消耗及耗时、技术难度和可能出现风险的系数都做出了明确的界定，为地方确定医疗服务项目政府指导价提供了更为科学和精准的依据。

2014 年 3 月，国家发展改革委牵头印发了《关于非公立医疗机构医疗服务实行市场调节价有关问题的通知》，提出非公立医疗机构

提供的医疗服务价格实行市场调节。2016 年 1 月，为引导不同的市场需求，国家发展改革委等多部门又发布了《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》，对医疗机构定价实行分类管理，其中，公立医疗机构提供的基本医疗服务实行政府指导价，提供的特需医疗服务及其他市场竞争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务实行市场调节价，而非公立医疗机构提供的医疗服务实行市场调节价。

在上述文件基础上，部分医疗机构开始探索以成本为核心的定价方法。但总体来看，全国成本核算体系尚不健全，政府缺乏有效的成本支撑，医疗服务项目定价偏离成本、比价不合理等现象普遍存在。

2016 年，国家发展改革委、原国家卫生计生委、人力资源社会保障部、财政部联合发布《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》，提出由国家负责制定全国医疗服务项目技术规范，统一项目名称和服务内容，指导医疗机构规范开展服务，并作为确定医疗机构收费项目的依据；各地依据全国医疗服务项目技术规范，确定本地区医疗机构服务收费的具体项目。这个文件的出台，将由国家发展改革委、原卫生部和国家中医药管理局联合制定国家医疗服务价格项目规范，调整为由原国家卫生计生委负责制定《全国医疗服务项目技术规范》（以下简称《技术规范》），并由国家发展改革委负责根据《技术规范》制定相应的政府指导价管理政策。

第四阶段：

探索建立体现政府指导和公立医疗机构参与相结合的价格形成机制阶段(2018 年至今)

2018 年国家医保局正式成立，其职能包括组织制定医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制等。

随着机构调整，这个阶段的医疗服务价格改革组织结构发生了较大变化。2019 年 12 月，国家医保局、国家卫生健康委、财政部、市场监管总局四部门联合发布《关于做好当前医疗服务价格动态调整工作的意见》，提出按照政府部门职责分工，由医疗保障部门会同有关部门统筹研究制定医疗服务价格改革政策；由卫生健康行政部门会同有关部门做好全国医疗服务项目技术规范制定工作，建立和完善医疗服务价格动态调整机制。

2022 年 4 月，国家医保局印发《医疗服务价格改革试点操作指导手册(暂行)》，首次从国家层面按经济水平对各省份进行了价区的划分，将医疗服务价格项目按“通用型”“复杂型”进行分类管理，制定了医疗服务价格测算的公式、调整的方法以及调价的启动机制等，并选择了唐山、苏州、厦门、赣州、乐山 5 个城市作为第一批试点城市，探索形成可复制可推广的医疗服务价格改革经验。2024 年 3 月，国家医保局又选择内蒙古、浙江、四川作为第二批试点省份，在

更大范围、更高层级、更深层面开展改革试点。

2023 年，国家卫生健康委、国家疾控局、国家中医药管理局联合印发了《全国医疗服务项目技术规范(2023 年版)》，涵盖 11478 项医疗服务项目。这一版《技术规范》重点体现临床特征，其“基本人力消耗及耗时”“技术难度”“风险程度”“人力资源消耗相对点值”等要素反映了医疗服务项目的成本消耗情况，为规范公立医疗机构收费行为、加强成本管理提供了重要参考依据。

国家医保局自 2021 年起，按照“成熟一批、发布一批”的思路，分批次产出《医疗服务价格项目立项指南》(以下简称《立项指南》)。

《立项指南》是按照服务产出为导向、医疗人力资源消耗为基础、技术劳务与物耗分开的原则编制，明确了医疗技术或医疗活动转化为价格项目的立项条件和管理规则，重点厘清了价格项目与临床诊疗技术规范、医疗机构成本要素、不同应用场景加收标准等的政策边界，构建了内涵边界清晰、适应临床诊疗、便于评价监管的价格项目体系。截至目前，国家医保局已发布 20 余批次的 1000 余个项目。

2024 年 11 月 23 日，国家医保局举办了首场医疗服务价格项目立项指南解读直播。相关负责人表示，国家医保局将指导各省份在 2025 年第三季度前做好对接落地，各地试运行 2 年至 3 年，修订完善后适时推出新版全国医疗服务价格项目规范目录。此举将使各地分别执行 2001 年版和 2012 年版《全国医疗服务价格项目规范》的现象

统一为：医疗机构的医疗服务项目按统一的《技术规范》标准，医疗服务价格项目按统一的《立项指南》标准，形成国家统一项目。

统一的医疗服务价格项目、编码和内涵，是医疗服务活动的重要基础和保障；科学测算项目成本，既要按经济属性对医疗服务项目进行测算和合理定价，又要考虑政府在经济运行中的作用。未来，医疗机构要立足现实、规范管理，为改革提供有力的证据支撑，同时，重点做好《技术规范》和《立项指南》的映射和衔接。

[返回目录](#)

医疗服务价格改革中，医保部门应如何分配调价总量？

来源：中国医疗保险

在推进医疗服务价格改革的征途上，很多医保工作者与医疗机构工作人员穿梭在政策落实与实践探索的前沿，积累了大量实战经验。本篇聚焦于省市医保部门应如何分配调价总量？

省级医保部门应关联地区发展，坚持动态调整机制的主体和优先地位，明确结构调整原则，适度扩展总量。

省级医保部门的调价总量应为全省(自治区、直辖市)符合启动条件地区的调价总量之和，涵盖此次调价周期内计划进行的通用型项目、复杂型项目、专项任务等各种类型的医疗服务价格调整。在调价总量的具体分配上，省级医保部门应从以下四个方面统筹考虑。

一是关联地区发展。对于医药总费用增速控制较好、医保基金承

受能力较强的地区，可以给予充分调价空间，助力这些地区在优化医疗服务上实现更大突破；对于医药总费用增速控制不够理想、基金承受能力较弱的地区，应从严控制调价总量，督促其完善费用管理体系。

二是优先主体工作。应坚持动态调整机制的主体和优先地位，从严控制专项调整。可在年度调价总量中预留一定比例，用于容纳本年度新增的医疗服务价格项目。若通用型和复杂型项目同时触发启动条件，应在保持两类项目调整总量分配相对平衡的基础上，适度向复杂型项目倾斜，推动医疗服务技术的创新与升级。

三是明确结构调整。分配调价总量时应重点扶持医疗供给不足、历史价格偏低的薄弱学科项目，支持基层医疗机构和中医等特色医疗服务发展，优先调整纳入重点扶持学科的项目，以此推动医疗服务体系的均衡发展。

四是适度扩展总量。若在当前调价周期内，通用型项目和复杂型项目的调价额度已经用尽，但因重大专项任务、新增项目或其他特殊情况确需增加调价总量，可审慎从下一年度的调价总量中预支。此外，同一调价周期内，公立医疗机构主动降低偏高医疗服务价格所节省的金额，可纳入调价总量，借此增强调价工作的灵活性与应变能力，以更好地适应不断变化的医疗服务市场环境。

需要强调的是，在调价过程中，省级医保部门还需建立动态评估机制，定期收集各地调价效果反馈，根据实际情况灵活调整策略，确

保调价政策行之有效。

市级医保部门应树立全周期总量调控的先进理念，既要合理设定年度调价基准值，也要设置一定时期调价总量上限，避免短期目标导向而导致总量分配失衡，并根据医疗机构的等级和类型实行差异化调价。

市级医保部门在持续深化医疗保障体系改革的进程中，优化调价总量分配机制是其中至关重要的一环。需紧密贴合地方实际，系统且全面地考量医疗机构发展、医保基金运行以及患者可承受能力这三方面的关键要素。

一是遵循科学原则，筑牢调价根基。医疗服务价格调整旨在全面提升医疗服务的品质，推动医疗资源的合理配置，营造公平且可及的医疗服务环境。因此，市级医保部门必须严格遵循“总量控制、结构调整、有升有降、动态调整”的原则，既要降低部分大型设备检查项目的费用，也要适度提高手术治疗等体现医务人员专业技术价值的服务价格。

二是构建科学模型，优化资源配置。在规划调价总量时，有的城市曾出现仅关注当年总量测算、指标缺乏上限管控、分配比例模糊等问题。为打破这一困局，市级医保部门应树立全周期总量调控的先进理念，强化“三重设置”。

科学设定一定时期内的调价总量上限，能有效防止因过度追求短

期目标而造成的资源分配失衡。合理确定每年的调价总量基准值，确保调价工作稳步推进，契合“稳中求进”的总体要求。在设置通用型和复杂型项目调价总量占比时，需充分考虑不同项目的特性，并结合当地实际情况。初期可将通用型项目和复杂型项目的占比分别设定为30%和40%，此后逐年降低通用型项目占比(例如每年总量占比降低5%)，推动资源向技术含量更高的复杂型项目倾斜。此外，还应预留30%左右的年度总量弹性空间，用于应对新增医疗服务项目、区域医疗中心专项调整的需求。

三是实施分类调价，强化效果评估。市级医保部门应依据医疗机构的等级和类型实施差异化调价策略，保障不同层级和类型的医疗机构都能得到合理的价格调整。对于基层医疗机构，适当提高基本医疗服务价格，增强其服务能力；对于大型专科医院，可针对特色专科服务进行精准调价。

此外，针对不同类别的医疗服务，需进一步细化分类标准，让调价充分反映不同服务的成本差异。

在调价实施后，医保部门需建立常态化的效果评估机制，通过大数据分析、患者满意度调查等方式，广泛收集各方反馈。对反馈信息进行综合分析，及时发现问题并调整策略，确保调价工作达到预期目标。

[返回目录](#)

• 养老服务 •

关于照顾“老的”，医保有这些新举措

来源：中国医疗保险

老龄化是全球人口发展的客观趋势。20 世纪以来，全球多个国家步入老龄化时代，给国家经济和社会发展带来诸多挑战。目前，我国人口发展进入了新的阶段，于 2000 年开始步入人口老龄化阶段，于 2022 年进入中度老龄化社会，预计将于 2035 年前后进入重度老龄化社会。数据显示，截至 2023 年底，我国 60 岁以上人口近 3 亿人，占总人口比重超过 20%，老龄化趋势明显，医疗需求和医疗费用也在不断增加和攀升。

“老年人口数量最多，老龄化速度最快，应对人口老龄化任务最重。”人口老龄化是我国全面建设社会主义现代化国家新征程中的一个基本国情，也是推进中国式现代化必须面对的重大课题。习近平总书记指出：“满足数量庞大的老年群众多方面需求、妥善解决人口老龄化带来的社会问题，事关国家发展全局，事关百姓福祉，需要我们下大气力来应对。”

为适应这一人口结构变化带来的诸多挑战，国家医保局不断完善医保政策体系来提高老年人的生活医疗保障水平：面对失能老人的特殊情况，推出了减轻家庭和经济压力的长期护理保险制度；针对老年人群体的常见疾病的治疗与护理，推出了多项“适老化”医疗服务价

格项目；考虑到老年人在使用互联网平台时可能遇到的困难，优化了医保退休申请流程和医保结算相关报销流程，力求提供更加便捷的服务体验……

缓解“一人失能，全家失衡”困境，首批持证长期照护师上岗

根据国家卫生健康委老龄司公布的数据，2021 年我国约有 4500 万失能人员。“一人失能，全家失衡”，家庭中的失能老人给家属带来了巨大的照护压力。为有效应对失能老年人的长期照护需求，我国自 2016 年起开始试点长期护理保险。

长期护理保险，也就是“长护险”，被称为养老、医疗、生育等社会保险之外的“第六险”，是专门为因年老、疾病、伤残等导致失能的人员提供基本生活照料的一种社会保险。建立长期护理保险制度对于应对我国人口老龄化、促进就业、实现社会公平以及促进经济发展都具有十分重要的意义。

长期护理保险已连续多年被列入政府工作报告中，其在我国应对人口老龄化和社会保障体系中占有重要地位：2019 年政府工作报告提出“扩大长期护理保险制度试点”；2021 年至 2025 年期间，每年的政府工作报告均会提及长期护理保险，今年则是强调了“加快建立长期护理保险制度”。从最初的“扩大试点”到如今的“加快建立”，长期护理保险在政策层面得到了持续关注和支持。

据国家医保局消息，长期护理保险自 2016 年启动试点以来，全

国 49 个城市试点工作稳步推进。截至 2024 年底，全国超过 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，不仅改善了失能人员的生活质量，也减轻了失能家庭的经济负担。

推进长期照护师职业建设，促进长期护理服务体系高质量发展是加快长期护理保险制度建设的重要支撑，也是提高长期护理服务质量、保障长期护理保险基金安全运行的必要举措。近日，国家医保局会同教育部等 6 部门联合印发《关于做好当前长期照护师培养培训工作的通知》。日前，全国首批长期照护师证书颁发活动在江苏南通举行，首批 81 名考试合格的从业人员正式持证上岗，标志着长期照护师工种朝着职业化、专业化迈出了坚实步伐。长期照护师是国家专门设立的新型职业工种，主要为享受长期护理保险待遇的失能人员提供基本生活照料、医疗护理等服务。

据悉，人力资源社会保障部、国家医保局于 2022 年在职业分类大典中新增“长期照护师”职业工种，并于 2024 年 2 月共同发布了长期照护师国家职业标准。长期照护师分初级工、中级工和高级工三个等级，报考初级工没有学历、工龄等方面的限制，年满 16 周岁、身心健康的劳动者都可以报考。长期照护师职业技能等级证书，可在全国范围内联网查询。

提升老人医疗服务体验，国家医保局发布多批“适老化”价格项目

近年来，考虑到中国社会老龄化的加剧，国家医保局在修订护理类服务项目时，在不同服务场景、不同角度设立了一揽子“适老化”价格项目，鼓励和支持医疗机构为老年人提供安全有效方便价宜的就医体验，新设了“上门服务费”“家庭病床建床费”“免陪护”“安宁疗护”等价格项目。

比如，针对不少家庭都存在的“一人住院，全家奔波”问题，国家医保局增设了“免陪照护服务”价格项目，由医疗机构的专业护理人员承担患者全部生活护理，既有利于提升护理质量，也大大减轻了患者家属负担。针对年老体弱、长期卧床或行动不便群众的就医问题，设立了“家庭病床建床费”和“上门服务费”。对符合开设家庭病床条件的患者，由医疗机构派出医务人员，上门完成建床、建档服务，采取“上门服务费+医疗服务价格”的收费方式。

此外，为积极响应国家关于提升终末期患者生命质量、促进医疗资源合理配置，国家医保局于去年 11 月编制印发了《综合诊查类医疗服务价格项目立项指南(试行)》，将现行综合诊查类价格项目映射整合为 36 项，“安宁疗护”等被纳入了立项指南之中。

据了解，安宁疗护的费用在医保报销的方式和标准根据地区和医保政策的不同而有所差异。一般来说，只要符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用，都可以按照国家规定从基本医疗保险基金中支付。对于安宁疗护服务，如

果患者是在医保定点医院或者指定的医疗机构进行，且相关费用符合医保的报销范围，可以通过医保进行报销。

国家医保局发布的“适老化”价格项目立项指南，是推进医疗体制改革的重要举措之一，对提升老年患者的就医体验、促进健康产业的发展具有深远意义。随着这些政策的逐步实施，预计将有效激发老年医疗服务需求的增长，进而推动整个健康产业的持续发展。

看病就医更便捷，亲情账户助力老人便利就医

李先生带 80 岁的母亲前往医院就诊时，发现忘记携带母亲的医保卡。在医院工作人员的协助下，他通过“国家医保服务平台”APP 使用“亲情账户”功能，将母亲的医保信息绑定至自己的账户。随后，在就诊过程中，李先生通过自己手机上的医保电子凭证，顺利完成了母亲的医保实时结算，成功办理了相关报销手续。

近年来，国家医保局与医院紧密配合，大力推广医保智慧结算服务，推广医保亲情账户绑定，方便老年人家属通过亲情账户在人工窗口、医生诊室、自助机等场景实现就医购药全流程应用。

什么是医保亲情账户？亲情账户是国家医保局为了方便老人、小孩等申领医保电子凭证，在“国家医保服务”App 上推出的一项便民功能，解决的是不用携带“实体卡”的问题。亲情账户支持全国不同参保地的家庭成员添加，也就是监护人手机添加亲情账户后，可以帮助他们出示医保电子凭证，用于挂号、买药、结算。也就是说，把父

母的医保绑定至自己的医保电子凭证亲情账户后，那么陪父母去看病，就可以用自己的手机打开父母的医保电子凭证，帮他们取药、缴费了，期间并不需要父母亲自操作。

那么，如何将家庭成员绑定至亲情账户呢？具体操作可见以往科普文章——老人儿童的医保电子凭证怎么激活？“亲情账户”了解一下

不过有一个概念不要混淆，亲情账户不等于医保共济。2021 年 4 月，我国提出适当拓宽职工医保个人账户使用范围，从为自己看病就医买单，到允许家庭成员相互共济，使用个人账户支付政策范围内的医药费等，也就是“家庭共济”。“家庭共济”政策解决了家庭内部健康人群的个人账户积累越来越多、患病较多的参保人个人账户却不够用的问题。

少跑腿多省心，医保“退休一件事”让职工退休无忧

刚拿到退休证没几天的高先生就收到了来自 XX 医保的短信：【XX 医保】尊敬的高先生，经审核，您已符合 XX 市职工基本医疗保险退休条件，自 2025 年 5 月起将享受本市职工基本医疗保险退休待遇，您无需到前台办理医保退休申请手续……

惊喜之余高先生也十分疑惑，于是拨打电话向当地医保中心咨询。原来，这是因为市医保部门主动打通了人社部门的数据，为符合办理医保退休条件且无需办理补缴手续的高先生直接申报并办结了

医保退休业务，实现了医保退休“免申即享”。

为提高便民服务效能，切实解决企业职工退休经办周期长、材料多、多头跑等问题，国家医保局积极推进高效办成“退休一件事”，多地医保部门均在落地实施，保障职工医保退休无感更无忧。

去年，为贯彻落实《国务院关于进一步优化政务服务提升行政效能推动“高效办成一件事”的指导意见》，精细化科学化常态化优化医保服务，提高群众、企业和医药机构获得感，国家医疗保障局发布《关于在医疗保障服务领域推动“高效办成一件事”的通知》（以下简称《通知》）。在《通知》的重点事项清单中，围绕参保人员共提出8个服务事项，其中职工退休“退休一件事”赫然在当中。《通知》指出，要落实职工退休“退休一件事”联办，配合养老经办机构开展职工办理退休手续，可通过信息共享联办，不需要到多个部门跑腿、多次提交材料。

[返回目录](#)

长护险下乡难，失能老人照护服务短板如何破解？

来源：第一财经

针对农村照护服务严重短缺等问题，长护险落地之后也将通过政策鼓励嵌入式、连锁型的护理机构发展，增强服务可及性。

长护险试点九年来形成的重要共识是建立覆盖全民的长期护理保障体系，可以预期，在不远的将来，我国1.2亿农村老人也能享受

到社保“第六险”的福利。

与城镇相比，长护险向农村下沉受到了筹资难度和服务供给不足等因素影响，现行 49 城试点对城乡居民特别是农村居民明显覆盖不足，农村失能老人的照护服务“短板效应”日益明显，这既不利于实现社保制度的公平性，也不利于在更大范围内分散全社会的失能风险。

多位业内人士对记者表示，我国将建立全国统一的长护险制度，城镇职工和城乡居民统一制度、统一待遇保障范围等。针对农村照护服务严重短缺等问题，长护险落地之后也将通过政策鼓励嵌入式、连锁型的护理机构发展，增强服务可及性。

浙江财经大学教授戴卫东对记者表示，长护险是撬动银发经济的一个重要杠杆，两批长护险试点已经有效地促进了当地照护产业的发展，社会资本也开始试水长护服务行业。在政府购买机制作用下，以后我国也可能产生像英国等国一样连锁化、品牌化的养老服务上市公司，通过设立多家本地化护理站点来弥补农村照护服务的不足。

农村老年失能照护问题凸显

“七普”数据显示，2020 年农村 60 岁、65 岁及以上老年人口为 1.21 亿、9033 万，占比分别为 23.81%、17.72%，比城镇分别高出 7.99、6.61 个百分点，农村老龄化形势较城市更加严峻。

快速的城镇化进程使农村常住人口的总量持续减少，农村老年人

的总量增加，农村人口老龄化的程度加深。2020 年农村中 65 岁及以上老人比 2010 年增加了 35.5%，65 岁及以上人口占农村总人口的比重比 2010 年高出 7.6 个百分点。

民政部还显示，我国老年人口中空巢老人占比已超过一半，在部分农村地区，空巢老年人比例甚至超过 70%。农村高龄、独居、失能老年群体的照护难题日益凸显。

长护险作为保障失能老人福祉的重要制度安排，旨在通过社会共济机制，为失能老年人提供基本生活照料和与日常生活密切相关的医疗护理服务，减轻家庭照护压力，提升老年人福祉。我国于 2016 年启动了长护险试点，并于 2020 年扩大了试点城市范围。

现阶段的试点工作正处于“一城一策”的碎片化局面，各地的参保范围、给付方式或待遇水平均不相同，长护险试点的现有政策制度对城乡居民特别是农村居民明显覆盖不足，这与农村老龄化程度不相匹配。

北京师范大学中国公益研究院养老研究中心去年 9 月的一份研究显示，49 个长护险国家试点城市中，有 32 个试点同时覆盖职工医保和居民医保。第一批 35 个试点城市中尚有覆盖范围仅为职工医保参保人群，第二批 14 个试点城市中只有 5 个实现了职工医保和居民医保全覆盖，其余地区试点初期仍以职工医保参保人员为保险覆盖人群。

戴卫东表示，据相关统计，除了 49 个国家试点之外，我国还有一些省级试点，加起来全国共有 84 个试点城市，除了青海、西藏、宁夏、海南 4 个省份没有试点以外，其他 27 个省份每个省份都有 1 个城市开展了长护试点，截至 2025 年 2 月，共有 52 个试点城市覆盖了城乡居民。

记者在试点地区了解到，长护险向农村扩面卡在两个问题上，一是长护险筹资主要还是靠医保基金划拨，由于居民基本医保基金划转能力相对较弱，许多地区没有开展居民长护险试点；二是受限于居住分散、交通不便、人口外流严重等条件，农村护理服务体系发展滞后，“买不到服务”“买不到优质服务”的情况较为普遍。

戴卫东认为，由于地方财政收入有限，公办养老机构数量较少，尤其是中西部农村留守、空巢老人难以享受到相应的养老服务，特别是失能老人的生活照料情况很差。再加上农村养老服务市场消费能力有限，投资收益率较低，所以营利性养老服务机构不愿意投资农村，而且专业化的养老服务人员更趋向在城市就业，农村养老服务的“短板效应”越来越明显。

引导社会资源提升农村长护服务可及性

受传统观念、居住分散、收入水平等多重因素影响，农村照护服务普遍存在供给成本高、付费意愿低、农民参与少的难题。为了丰富农村地区护理服务供给，试点地区进行了很多探索。比如江苏省医保

局与卫健部门共同推进基层医疗机构提供长护服务转型试点，目前，全省已有 128 家基层医疗机构纳入了长护险定点。

以徐州新沂市棋盘镇卫生院为例，将一层住院病房改造为 50 张床位的长护专区开展“嵌入式”长护险业务，配备 3 名医生、7 名护士，实现了医疗护理和生活照料无缝衔接，失能老人入住长护病区之后，长护险报销后自己负担不到 2000 元就能享受专业的生活照料和医疗护理，医院由此带来的年综合营收达两百余万元。

戴卫东表示，除了乡镇卫生院、村卫生室等基层机构之外，在统筹城乡的长护险制度体系推进过程中，要依托长护险基金支持，多渠道地加强农村基本医养康养服务体系建设，让服务资源下沉到村级服务点，来弥补农村养老服务的严重短缺。

长护服务机构的本地化是地方试点中探索出提高农村长期护理服务可及性的一条经验。江苏省南通市医疗保障研究会会长顾忠贤对表示，在农村每个乡镇定点 3 到 5 家照护服务机构，构建了居家网格化照护服务驿站体系，以乡镇为中心，通过就地招聘、就近服务、实景实训方式，有效提升服务效率、缩小服务半径、降低交通成本。

“长护服务的远距离配送不经济也不效率，由县一级出台政策，以乡为单位、以村为据点进行资源调配才是可行的。”戴卫东说，没有护理机构，长护险就是一个空壳，在农村长护服务的落地过程中，市场化的护理机构在此大有可为，有实力的养老公司抓住长护险全国

落地提供的市场机遇，在农村布局小型的、本地化的护理站，有可能发展成为全国知名的品牌化连锁机构。

长护险政策的效能最终转化为实实在在的照护服务，需要大量优质的养老照护机构作为承接方，长护险资金大量购买、按期支付的优势，也正在引导社会资源向护理行业配置，吸引社会资本参与长护险行业。

记者了解到，江苏南通市实施长护险制度后，长护险基金有效激发服务供给方活力，定点服务机构从5家增加到380多家，定点服务类型从照护服务扩展到评估、社区护理站等八类，吸引社会资本投资超过30亿元，其中护理院新增40多家。

截至目前，我国长期护理保险制度覆盖1.8亿人，累计260余万失能参保人享受待遇，基金支出超800亿元。提供就业岗位约30万个，拉动相关产业社会资本投入约600亿元。

[返回目录](#)

• 社区建设 •

社区医防融合 筑牢成人疫苗防护网

来源：健康报

在今年全国预防接种日与世界免疫周期间，“成人疫苗防护”成为人们热议的话题。近日，“健康中国家，疫苗护万家——健康社区

“‘免疫行动’促进计划”在北京启动，标志着我国成人预防接种服务迈向更高水平的协同创新。与此同时，各地积极探索社区医防融合新实践，以可复制的经验推动成人疫苗接种服务提质增效。

全国行动：构建“社区一家庭”健康防护网络

“医防结合、预防为主”是推进健康中国建设的主要路径，而预防接种是具体措施之一。作为各类疫苗接种的主要场所，社区卫生服务中心在提高疫苗接种率方面发挥着重要作用。

此次启动的健康社区“免疫行动”促进计划，旨在加强健康社区建设，促进主动免疫接种，深化社区医防融合新实践，推动地方形成成人预防服务新范式，通过征集各地优秀社区案例，形成可复制、可推广的经验，并提供实用科普指导，加强中老年等重点人群健康管理服务。重点围绕带状疱疹、流感和肺炎球菌性疾病，切实提高常见感染性疾病疫苗接种的可及性和便利性，全面提升预防接种服务质量。

作为居民健康的“守门人”，社区卫生服务中心是距离居民家庭最近的医疗服务场所，承担了为居民提供健康管理、服务和宣传教育的职能。近年来，各地社区卫生服务中心对成人疫苗接种的新探索成为热议焦点之一。北京市西城区白纸坊社区卫生服务中心主任、中国社区卫生协会理事徐静介绍：“中心的日均门诊量约是 1500 人次，接诊的绝大部分是 60 岁及以上老年人，80%以上是患有慢性病的老年人。老年人的预防和诊疗需求希望服务更方便、更个体化，一方面，

我们将疫苗接种点下放到各个社区卫生服务站，距离居民更近；另一方面，以家庭签约医生为基础，为居民提供疫苗接种的个性化咨询服务，以及智能家庭医生辅助系统的支持，使服务更加专业快捷。”

地方实践：创新服务模式打通“最后一公里”

各地积极响应医防协同、医防融合的健康政策，因地制宜开展成人预防接种服务新实践，结合自身特点，探索出多样化的成人疫苗接种服务模式，为全国提供了可借鉴的地方经验。

江苏省以智慧化、精准化、便民化为突破口，构建覆盖城乡、贯穿全生命周期的免疫防护网。江苏省疾控中心免疫规划所所长汪志国表示，江苏省积极探索创新，联动社区卫生服务中心、疾控、医院等多方单位，通过智慧化、多元化的信息服务和科普宣传，不仅提升了疫苗接种的服务质量、接种便利性，也使居民对疫苗接种有了更多了解。江苏省在多地开设了预防接种评估咨询门诊，为特殊健康状况人群提供科学且安全的接种建议，确保疫苗接种的安全性和有效性。

为推动接种服务从“有保障”向“更优质”升级，广东省今年计划开展“预防接种服务年”，重点推进“30分钟接种圈”、周末接种、移动接种车、试点医生开具“疫苗处方”等10项便民举措。

同属粤港澳大湾区的佛山市和深圳市在成人预防接种服务上展现出各具特色的创新智慧。深圳市疾控中心免疫规划科主任刘刚表示，深圳市积极探索医防融合新实践，例如智慧接种、AI医生辅助

服务、“15 分钟疫苗接种服务圈”、600 多家预防接种特色门诊、成人疫苗处方等。通过这些举措，方便居民接种疫苗，进一步提高成人疫苗接种的可及性和可负担性。

佛山市疾控中心免疫规划科科长朱志伟表示，当前佛山市儿童疫苗接种率达 90%以上，反观成人疫苗接种的现状却仍有很大的探索空间，需要共同努力，将成人预防接种从部分人群的选择逐步转变为全民健康的主动追求。在这一方面，佛山市通过“三个精准发力”，构建有温度的成人预防接种服务体系。一是构建“固定+移动”双驱动服务网络，推进基层医疗卫生机构医防融合“一站式”服务，开展接种服务进校园、进企业、进社区活动，并运用“AI+”和电子预防接种证实现全流程数字化管理。二是建立精准科普体系，针对青少年开展“健康副校长”机制下的 HPV(人乳头瘤病毒)疫苗、流感疫苗校园科普宣传。三是不断探索为中老年人群提供家庭医生签约制疫苗评估处方服务，组建基层健康科普队伍。

未来展望：让主动预防成为全民共识

作为中老年人高发的感染性疾病，带状疱疹因其剧烈的神经痛和并发症，成为健康防护的重点对象。50 岁及以上人群、慢性病(如糖尿病、心血管疾病)患者感染风险显著增加。有数据显示，心血管疾病患者罹患带状疱疹的风险比普通人高 39%。

罹患带状疱疹，不仅影响患者的生活质量，也会加重患者及其家

庭乃至社会的经济负担。首都医科大学宣武医院疼痛科主任岳剑宁分享的病例显示，部分患者因疼痛难忍产生轻生念头，家庭与社会照护负担沉重。专家强调，接种疫苗是预防带状疱疹的有效方式。即使曾患带状疱疹的人群，仍需接种疫苗以降低复发风险，慢性病患者在病情稳定期亦可科学接种。

当前，我国正面临老龄化与慢性病高发的双重挑战，成人疫苗接种服务的创新探索，不仅是健康中国的必经之路，更是减轻家庭与社会医疗负担的关键举措。未来，需进一步强化政策支持力度、完善智慧化服务体系，通过多方联动，将“疫苗护万家”的理念深植于社区与家庭。

正如中国医药卫生文化协会疫苗与健康分会会长、中国医学科学院北京协和医学院群医学及公共卫生学院副院长冯录召所言：“预防接种的创新实践正在重塑‘全龄友好’的免疫服务生态。通过不断探索、分享，形成可复制的模板，使得更多地方加入完善成人预防接种服务的创新浪潮，从而促使更多公众积极接种，形成良性循环。”

唯有让科学防护成为全民行动，才能筑牢健康中国的基石。

[返回目录](#)

回应现实需求，推进老年友好型社区建设

来源：全国老龄办

随着人口老龄化进程加快、程度加深，使老年人“活得久、活得

好”，成为政策制定的出发点。全国示范性老年友好型社区创建工作已开展近5年时间，全国老龄办近日印发《全国示范性老年友好型社区创建指引（2025年）》，使这项工作方向更明确、路径更清晰。

“示范性”创建须分类施策，着眼于解决城乡发展差距、城乡老年人需求差异等现实问题。《创建指引》此次明确划分“城镇社区”与“农村社区”，并分别提出7个方面的创建标准。从具体创建标准来看，城镇社区强调在既有设施基础上“提品质”，而农村社区更多聚焦于“保底线”。

比如，在出行设施完善便捷方面，城镇社区鼓励加强住宅公共设施无障碍改造，而农村社区优先保障对村主干道路进行硬化处理，修缮破损路，整治低洼路。

再如，在基本公共服务便利可及方面，城镇社区强调“外部服务嵌入社区”，通过开展协议合作，推动医养结合、社会工作服务等常态化提供；而农村社区更注重“调动内部资源”，依靠村医、幸福院、邻里互助点等把相关服务“在家门口”做实。

“示范性”创建须由基本生活保障拓展至满足精神文化、心理慰藉等多个维度。伴随晚年生活从“养老”向“享老”过渡，在《创建指引》中，无论是鼓励老年人参与基层治理和社会服务，建立老年组织和文体团队，还是提倡为再就业老年人提供岗位技能培训和实用技术培训，均体现出对老年人“完整生活需求”的深刻理解，也引导社

区在健全硬件设施的同时关注老年群体的精神需求，丰富软性服务内容。

“示范性”创建须将“老年人满意度”作为评判的重要依据。评价惠老措施“优不优”，关键看老年人是否可感可及。《创建指引》要求把老年群众支持力度、参与广度、满意程度作为创建重要内容。这种导向的转变不只是单一指标的变化，更是治理理念的进步，也提示社区应当动态调整服务内容和方式，确保供需适配，把惠老服务做到老年人心坎上。

全国示范性老年友好型社区不应只是少数社区的“荣誉标签”，更应成为普遍可及的民生工程。推动“老年友好”照进每一处院落、每一户家庭，需要基层治理能力、跨部门协作水平、社区群众参与热情等同步提高。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

从“用得起”到“管得住”：国谈药政策落地的多维探索

来源：中国医疗保险

国家医保药品谈判制度实施以来，累计将 700 余种临床急需药品纳入医保目录，药品价格平均降幅超 50%。这一制度创新，使诸多“天价药”实现“悬崖式降价”：如治疗脊髓性肌萎缩症的诺西那生钠注

注射液，从每针 70 万元降至 3.3 万元；治疗肺癌的奥希替尼，月治疗费用从 5 万元直降到 5580 元。国家医保局数据显示，仅 2023 年谈判新增的 126 种药品，预计两年内将为患者减负超 400 亿元。

但随着国家医保药品谈判(简称国谈药品)范围从肿瘤靶向药向高血压、糖尿病等慢病用药扩展，其落地执行面临医疗机构配备率、患者可及性、基金可持续性三重考验。2021 年国家医保局联合国家卫生健康委发布《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》，通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足谈判药品供应保障、临床使用等方面的合理需求，并将“双通道”管理机制纳入常态化监管。近年来，如何在确保基金安全前提下优化国谈药供给生态，成为各地医保改革攻坚重点。近日海南省社会保障研究会主办的第五届博鳌医疗保障发展高峰论坛在海口成功举办，并在下午的“国谈药落地与基金监管”平行论坛上，围绕国谈药落地实施与医保基金监管两大核心议题，河南、甘肃、湖南、海南、广东、广西等地的医保部门相关负责人开展深度探讨，分享各省的创新实践路径，同时聚焦政策衔接、支付标准、信息化建设等改革深水区问题，提出了不少完善国谈药全流程管理多维解题思路。对此笔者也想和大家分享一下关于这个话题的一些思考——

各地创新实践

多举措助推政策衔接及落地

在国谈药落地可及性方面，各省份因地制宜，以政策创新突破执行瓶颈，逐步构建起覆盖药品准入、供应保障、支付衔接等落地机制。从双通道扩容到电子处方全域流转，从临床价值付费探索到信息化梗阻破解，地方实践既反映了共性问题，也呈现出差异化解题思路，为深化改革提供了多维参考路径。

海南省：对部分国谈药实行门诊统筹单列支付

由于历史原因，海南省自 2010 年起长期缺乏定点零售药店，直至 2022 年出台管理办法后，于 2023 年 7 月正式开通“双通道”购药渠道。为进一步满足参保患者用药需求，海南省近期通过系列创新举措显著提升了国谈药品的可及性。据介绍，自 2025 年 5 月 1 日起，海南省对 590 种适合门诊治疗的国谈药品实行门诊统筹单列支付，并设定相应报销比例和年度额度。除此之外，为保障政策落地，海南省同步完善配套措施：一是建立国谈药品快速挂网机制，确保所有药品在省级招采平台直接挂网；二是实施单列预算管理，明确国谈药品费用不纳入医疗机构医保总额预算及 DRG/DIP 病组计算范围，切实消除医疗机构使用顾虑。

政策红利正在惠及广大患者。数据显示，目前目录包含 590 种药品，今年 1-5 月累计电子处方流转次数达 25,000 次，总费用约 8700 万，医保报销约 6800 万，报销比例接近 80%。以李女士为例，她通过海南省人民医院开具的电子处方，在就近的“双通道”药店购买到达尔西

利片，不仅节省近千元费用，还享受免费配送服务。这一系列举措标志着海南省在提升国谈药品可及性方面取得重要突破，让更多患者能够便捷、经济地获得优质药品。

江西省：应配尽配，“国谈药”不纳入药占比考核

医疗机构是“国谈药”使用的主阵地。据笔者了解，此前奥布替尼片、泽布替尼胶囊、甲苯磺酸尼拉帕利胶囊、马来酸阿伐曲泊帕片等“国谈药”曾因药占比考核等原因，一度出现“难”进医院的情况。

为了破解为破解这一痛点，江西省省医疗保障局、省卫生健康委联合印发《关于持续做好国家医保谈判药品落地执行工作的通知》(以下简称《通知》)。《通知》明确，江西省各级医疗保障部门对“国谈药”实行单列预算管理，对“双通道”药品实行单行支付，不将“国谈药”纳入医疗机构医保总额预算范围；不将“国谈药”纳入病组(病种)计算范围，已纳入计算范围的，要及时根据“国谈药”实际使用情况合理调整该病组(病种)的权重(病种分值)。各级卫生健康部门对医疗机构“国谈药”用药品种不设数量限制或在考核时将“国谈药”不纳入药品品种数量限制考核指标范围；不将“国谈药”纳入医疗机构药占比以及品规限制、国家基本药物采购金额占比、次均费用等考核指标范围。

不难发现，江西省通过政策创新有效打通了“国谈药”临床应用通道。这一系列措施直接回应了奥布替尼片、泽布替尼胶囊等高价抗

癌药既往面临的进院难题，通过制度性保障实现了临床用药需求的精准对接。

随着政策落地，患者用药可及性和经济负担得到双重改善。如上高县淋巴瘤患者晏先生案例所示，泽布替尼胶囊等“国谈药”在降价逾 50%且医保报销后，个人年治疗费用从数十万元降至数万元，真正实现了从“望药兴叹”到“用药可及”的转变。这种以患者为中心的制度改革，既体现了医保支付与医疗考核的协同创新，也为全国破解创新药落地难题提供了实践模式。

江苏省南京市：构建“三位一体”的协同机制

南京市通过构建“政策保障-市场激励-服务优化”三位一体的协同机制，系统推进国谈药品落地应用。在政策保障方面，实施采购、资金、技术、服务和监管“五位一体”保障措施，建立绿色通道和补偿机制，国谈药使用金额占比超 13%，2023 年使用金额和基金支出增幅均超 50%。在市场激励方面，创新支付倾斜策略，改革门诊共济保障机制，通过医保高铁云平台实现数据实时互通，促进药企创新产品应用。在服务优化方面，双通道管理累计服务 8.9 万人次，定点药店销售额突破 27 亿元，同步实施惠民保补充保险，并依托智慧医保实验室开展药品评估研究。这一创新模式实现了医疗机构敢用药、药企愿创新、患者得实惠的多方共赢局面。

改革深水区的监管突围

构建国谈药落地与基金安全动态平衡机制

随着国谈药政策红利持续释放，各地在提升药品可及性的同时，面临医保基金支出增长与监管效能提升的双重挑战。国家医保局数据显示，2023 年国谈药医保基金支出同比增幅达 34%，基金使用效率与风险防控的平衡成为改革深水区的核心命题。在此背景下，各省份通过技术赋能、机制创新与协同治理，探索出多条兼顾可及性提升与基金安全运行的监管路径。

一是智能监控筑牢安全防线。各地深度应用人工智能与大数据技术，构建全链条智能审核体系。例如江苏省南京市依托“医保高铁”云平台，实现对诊疗行为、处方流转、药品配送的实时动态监控。此外，南京基于信息系统的独特优势，针对国谈药品“双通道”工作，南京建立国谈药“双通道”管理平台，联通全市定点医疗机构、医保医师、定点零售药店和医保经办机构，开展流程重构与全流程精细化规范化治理。

二是协同治理破解监管盲区。跨部门联动机制成为破除监管壁垒的关键。跨部门联动机制成为打破监管壁垒的关键。部分地区建立医保、卫健、市场监管、公安等部门的信息共享与联合执法机制，强化药品流通、处方开具、使用过程的全链条监管。例如，通过建立多部门联合巡查机制，定期抽查重点药品流向，严防骗保套保行为，进一步提升基金使用透明度。

三是精细化管理提升政策效能。各地在精细化管理机制体现在多个维度，主要体现在以下几个方面：

对不同药品分类施策，如对一般药品采取单独核算，特殊药品实行单行支付；

设置封顶线并动态调整，兼顾便捷报销与基金可控；

推动医保支付方式改革，引导医疗机构合理用药、提升医保基金使用效率。

建立医生开具、医院审核、药店核实的全流程电子处方流转体系，通过医保系统实现处方流转数据实时回传，形成采购、审核、配送的闭环管理，确保用药规范性并减少人工干预风险等等。

总而言之，这些创新实践表明，国谈药政策落地已进入系统化攻坚阶段。通过技术手段穿透管理盲区、机制创新重构责任链条、精细化管理提升政策适配度，我国正逐步形成“可及性提升-基金风险可控-医药创新激励”的动态均衡发展格局，为全球高价值药品医保准入管理贡献中国方案。

写在最后：当国谈药进入“千亿时代”，其落地实施已成为检验医保治理能力的试金石。从各省实践可见，破解“用得起”与“管得住”的二元命题，需要构建数据共享、支付创新、服务升级、监管再造的四维治理体系。正如行业内专家所言：“国谈药不应只是目录上的数字，更要成为患者触手可及的生命希望。”这场关乎亿万民众健

康福祉的改革，正在制度创新与技术赋能的共振中寻找最优解。

未来，随着医疗技术的不断进步和医保政策的不断完善，国谈药的落地实施将更加便捷和高效。同时，医保基金的监管也将更加精准和安全，为亿万民众提供更加优质、高效的医疗保障服务。让我们共同期待这场改革的深入发展，为构建健康中国贡献智慧和力量。

[返回目录](#)

医保支付方式变革：从费用结算到分级诊疗的“指挥棒”

来源：新华网

当前，我国医疗体系正面临卫生费用快速增长、患者就医结构失衡的挑战。在推进分级诊疗制度建设的过程中，医保支付方式作为关键的政策工具，正逐步从“被动买单”转向“主动引导”。通过机制设计，医保支付方式正在悄然改变着医疗机构和患者的决策逻辑——

医保支付方式在促进分级诊疗方面被明确“委以重任”

根据 OECD 数据，我国卫生总费用增速显著快于其他主要经济体。《Health at a Glance 2021》显示，过去 10 年 OECD 国家卫生总费用增速不到 3%。而同期我国卫生总费用增速约为 11%，是 OECD 国家的 3.8 倍。

2023 年全国卫生总费用初步核算为 90575.8 亿元，就筹资构成来看，社会卫生支出占 46%、政府卫生支出占 26.7%、个人卫生支出占 27.3%，社会卫生支出作为“主力”，占比仍在不断提高中。

图表数据来源：柴培培, 李岩, 翟铁民, 等. 2022 年中国卫生总费用核算结果与分析[J]. 卫生经济研究, 2024, 41 (01): 14-19. DOI: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2024.01.020.

社会卫生支出当中，医保和商保等相比又是最大的购买方。且看数据，2024 年医保基金总收入 34809.95 亿元，同比增长 4.4%，不仅远低于卫生总费用增速，还低于医保基金总支出的增速。医保收入增速 4.36% 承受着卫生总费用增速 11% 的巨大压力，这就是医疗和医保的正在面对的客观情况。

在三医的顶层设计方面，党的二十大报告和《政府工作报告》都明确提出促进三医协同发展和治理，是新发展阶段深化医改的重点任务。医保和医疗协同发展是客观需求，医疗是群众看病就医、保健康复的核心内容，与群众关系最直接，感受最具体；医保基金是群众看病就医的“保命钱”，也是医疗服务和医药产品的重要筹资来源。

医保支付方式作为杠杆，通过激励约束机制，在医疗服务中起到引擎作用，能够直接改变医疗服务行为，而如今医保支付方式在促进分级诊疗方面被明确地“委以重任”。今年《政府工作报告》中关于 2025 年政府工作任务提出“深化医保支付方式改革，促进分级诊疗”，这与往年有极大不同，2024 年政府工作报告关于分级诊疗的说法是“着眼推进分级诊疗，引导优质医疗资源下沉基层，加强县乡村医疗服务协同联动，扩大基层医疗卫生机构慢性病、常见病用药种类。”

单说分级诊疗其实稍显狭隘,以人民健康为导向下最终目标是做到整合型健康管理服务,分级诊疗是其中的重要一环。就整个服务链条来说,包括分级诊疗(基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动)、医康养结合、医防融合、基层健康管理、安宁疗护等,医保通过支付方式在服务链条的各个环节中发挥着重要的战略性购买作用。

除了涉及上述环节的服务提供(Service Delivery)外,根据 WHO 关于 Health System Building Blocks, 还有领导和治理(Leadership and governance)、卫生人力(Health workforce)、医疗产品疫苗和技术(Medical products, vaccines and technologies)、健康信息(Health information)、健康系统融资(Health system financing), 在这五个要素上,医保通过服务价格调整、医保支付资格管理、医保信息平台建设、药耗集采和谈判等价格治理、集采药品“三进”、编制服务立项指南等多方面发力。由于文章篇幅有限,在此不展开讨论,本文讨论范围仅限于医保支付方式对分级诊疗的促进。

经济杠杆加政策引导, 医保支付方式促进分级诊疗的三大路径

分级诊疗包括基层健康管理(家庭医生签约服务为主)、基层医疗机构首诊、医疗机构间上下转诊、门诊住院分开的急慢分治,以实现医疗机构根据患者病情急慢分治且连续性干预,医保在各环节都有相应的支付方式工具撬动供需双方的行为。

(一) 促进门诊与住院的合理分流、急慢分治

与医保覆盖率稳定在 95%同时发生的是，门诊量从 2022 年的 84 亿人次激增至 2024 年的 101 亿人次，人均年就医次数达 7 次。根据国家卫健委发布的《2023 年我国卫生健康事业发展统计公报》，2023 年住院率达 21.4%，全球罕见，显著高于全球 12%-15%的平均水平，“#中国住院率破 20%大关”的话题登上热搜，引起广泛关注。专家认为，住院率的上升可能与疫情过后患者就医需求的释放、治疗手段和方案的丰富等因素有关，但是增长速度过快仍是不合理的。

1. 限制非必要住院

门诊病例中大部分为感冒、慢性病管理等初级诊疗需求，入院人数中相当一部分被专家认为存在“非必要”成分，部分患者甚至因“测血糖、测血压”等日常需求住院。

对此，一方面，对于符合普通住院标准但无需夜间留观的病种施行医保支付与基层日间病床相结合的方式，是分级诊疗的重要着力点。这部分病种的费用优惠，并且有高报销比例，以经济手段减少不必要住院需求。例如，黄山市歙县这一“日间病床”按病种付费试点地区，2024 年歙县“日间病床”结算 2692 人次，总费用 335.32 万元，统筹基金支付 289.50 万元。按乡镇卫生院住院人均基金支出测算，可节约医保基金 42.09%，患者自付部分下降 41.85%，既减轻了患者就医负担，又有效破解了“挂床”“低指征”住院等难题，有利于基层医疗机构将常见病病人留在本地。

另一方面，各地医保部门制定了详细的门诊特殊慢性病病种目录，并纳入跨省直接结算，减少住院需求。如安徽省安庆市将高血压、糖尿病、冠心病等纳入门诊慢性病报销范围，并设定年度支付限额和报销比例，引导患者在门诊治疗而非住院；甘肃省兰州市将 68 种慢性病纳入门诊慢特病管理，并规定年度支付限额不结转，鼓励患者在门诊长期治疗。

2. 长期住院按床日付费

与急慢分治相对应的是分级分类的支付体系。采取在三级医院进行急性期诊疗时按病种付费，进入恢复期、康复期后，转至下级医疗卫生机构或康复、护理机构治疗时，探索康复护理、安宁疗护、慢性精神疾病等长期住院按床日、按人次付费的支付模式，如脑血管疾病、脑外伤后功能障碍等。

按床日付费能够根据患者的住院天数和病情阶段，合理支付医疗费用，避免因治疗周期长而导致费用失控，也避免长期占用三级医院的有限资源，同时激励基层医疗机构提升服务能力。

如广东省开展康复病种医保支付方式改革，实施阶梯式按床日付费，政策支持基层医疗机构提供康复医疗服务，特别是中医药康复服务，康复参保患者病情好转后，畅通上下级医疗机构的转诊渠道，转诊视同一次住院，个人不再支付起付费用；杭州市根据不同疾病的临床治疗特点和不同治疗阶段医疗资源消耗实际，将 MDCB 和 MDCI 类床

日付费按照急性期、亚急性期和恢复期进行分期管理，对不同分期设置不同的付费标准。

按床日付费为急慢分治提供了经济支持和激励机制，而急慢分治则为按床日付费提供了应用场景和政策基础。两者的结合能够有效优化医疗资源配置，提升医疗服务质量，推动分级诊疗体系的完善。

(二) 上下转诊对患者进行连续性诊疗服务

1. 紧密型医联体总额付费

紧密型医联体作为分级诊疗的实现工具，基本实施“总额预算、超支合理分担、结余留用”的医保打包支付模式，建立起紧密型医联体内利益共同体、责任共同体，激发医疗机构“五个主动”——主动激发内生动力、主动规范医疗行为、主动控制不合理医疗费用、主动严格落实分级诊疗、主动完善转诊转院制度。

有相关研究已经证明了总额预算、结余留用对提高紧密型医联体服务成效的逻辑关系，但在笔者看来，目前紧密型医联体的总额预付制的难点仍存在于总额确定、结余分配和考核评价三个环节。

首先，“总额”需科学合理确定。以往的医保后付制是按照统筹区医保基金以收定支原则下按项目付费，其实，潜在的，仍然是在“医保收入”这个“总额”下进行支付的，此“总额”非彼“总额”。如果医保方对于“总额”的理解不够深入，简单地认为“总额”就是根据区域(如县域)所服务的参保群众数量与医保基金人均筹资额度，将

医保基金总额核定后拨付给县域医共体，然后撒手不管，其实这种行为是在推卸本应承担的责任。故专家认为应分场景确定医疗费用，再打包付费给紧密型医联体。但同时又存在一个无法轻视的问题——付费单元并非简单按照既往历史平均值，而是如何按照价值合理确定，这也是学界的研究方向。

其次，紧密型医联体内成员单位的结余留用如何分配。医联体提供服务往往通需要整合不同层级、不同类别医疗卫生机构，成员单位的资源和管理水平差距较大，一些地区探索由牵头单位负责内部结余留用分配方案的制定，但据笔者所知，许多紧密型医联体并没有正式的结余分配方案，若有，也是简单采用固定比例分配的方法，难以避免存在牵头单位既是运动员又是裁判员的问题。

最后，考核评价是高效使用医保基金的保障方式。打包付费并非一包了之、当起甩手掌柜，而应秉承“谁付费、谁考核”，以达到医保基金的“价值购买”。有专家建议统一对成员单位的医疗卫生服务质量、数量、技术含量及健康结果改善的贡献度等多方面进行考核，难点之处在于如何合理确定评价指标和权重。

2. 转诊优惠与基层首诊

在患者激励方面，各地医保政策对经转诊的患者在报销比例、起付线等方面普遍提供优惠，以鼓励规范转诊、促进分级诊疗。

在医疗机构方面，很多地方探索设置 DRG 基础病组和 DIP 基础病

组。对于部分临床路径基本统一、入组标准明确、治疗难度不高的常见病、多发病，统一以基层医疗机构服务价格为基准设定统一的付费标准。通过付费杠杆作用，促进高水平医院改变管理理念和运行机制，由“大小通吃”向疑难重症治疗转型，主动向下分流患者。

大部分地区的基础病组同病同价支付政策覆盖了所有定点医疗机构，如浙江省；但也有部分地区的基础病组同病同价支付政策主要覆盖二级和三级医疗机构，不覆盖一级医疗机构和乡镇卫生院，如覆盖基础病组数量最多的河南省安阳市。

(三) 基层健康服务当好参保人的健康管家

分级诊疗的服务链条的末端是基层健康管理服务，而当前我国基层健康管理服务以家庭医生签约服务为主，家庭医生是分级诊疗的“守门人”，家庭医生签约服务是推动分级诊疗落地的关键抓手。根据国家卫健委于4月23日举行的新闻发布会消息，在基层医疗服务上，我国已基本实现所有地市和县(市、区)开展家庭医生签约服务，组建超过48万个家庭医生团队，重点为慢性病患者、老年人等群体提供健康管理服务。

中国医学科学院医学信息研究所专家研究发现，在政策覆盖城市中，近5成建立了基本公卫、医保和个人的三方分担筹资机制，1/3的城市采取由基本公卫和医保两方分担机制。医保基金对家庭医生服务费的筹资占到39%，其中医保基金支付比例最高的城市为上海，占

签约服务费筹资来源的 85%。

尽管医保制度主要保障参保人员的疾病治疗费用，原则是为疾病付费，而健康管理通常非医保基金支付，但是医保制度在不断延伸保障的触角，与健康管理、门诊特殊疾病管理等相衔接。

医保支付方式促进分级诊疗实际上是医保支付充分发挥战略购买功能，引导有序就诊结构、优化医疗资源配置的体现。目前，各地也初步形成了一些促进分级诊疗的路径，但仍然面对许多条件限制，如医疗机构精细化管理模式仍需变革、基层医疗机构服务能力仍有待提高……更不容忽视的是，近年来三级医院床位数量持续扩张，与分级诊疗目标逆势而行。这种扩张既反映群众对优质资源的刚性需求，也暴露了医疗体系深层次矛盾——当医保支付引导与医院规模扩张两种力量相向而行时，单纯依靠支付方式改革恐难彻底扭转就医惯性。因此，无论是实现分级诊疗，还是推动医保支付方式改革，都需久久为功。

[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