

卫生健康信息动态

2024 年第 53 期（总第 340 期）

广西卫生健康事业发展战略智库
广西壮族自治区医学科学信息研究所

2025 年 1 月 21 日

要 点

- 国家卫生健康委员会等 4 部门印发《关于推进生育友好医院建设的意见》
- 国家医疗保障局公布 2025 年医保新福利
- 整合型健康服务组织及其医保支付模式——以深圳罗湖、三明尤溪及天津为例

目 录

【资讯前沿】

国家卫生健康委员会等 4 部门印发《关于推进生育友好医院建设的意见》	3
国家医疗保障局公布 2025 年医保新福利.....	4
全国出生人口 7 年来首次回升.....	5

【各地动态】

上海加快推进国家医学中心建设,提升社区卫生服务能力....	6
重庆发布智慧医疗装备产业创新发展行动计划.....	7
云南开展中医优势病种付费试点工作.....	9

【回顾分析】

整合型健康服务组织及其医保支付模式——以深圳罗湖、三明尤溪及天津为例.....	9
---	---

【资讯前沿】

国家卫生健康委员会等 4 部门印发《关于推进生育友好医院建设的意见》

日前，国家卫生健康委员会等 4 部门联合印发《关于推进生育友好医院建设的意见》（以下简称《意见》），提出到 2030 年，生育友好医院在助产医疗机构中的比例力争达到 90%，生育友好理念在助产医疗机构内深入人心，生育友好医院建设的措施要求得到全面落实。

《意见》鼓励引导助产医疗机构开展生育友好医院建设。一是推进理念机制友好，引导助产医疗机构在制度决策、人员配备、场地设施、保障机制、激励政策等方面体现生育友好原则，严格落实母婴安全保障制度，持续提升危重孕产妇和新生儿救治能力；二是推进空间环境友好，优化产科诊室布局，提供“一站式”便捷服务，加强高质量、普惠性产科床位设置；三是推进全程服务友好，全面加强生殖健康宣教，强化生育评估指导，保障顺心舒心产检，提供以产妇为中心的人性化分娩服务，做好产后保健和母乳喂养，加强新生儿保健；四是推进服务模式友好，在孕产妇建档时引导其确定主管责任医师，由 1 名产科医师或 1 个医疗组为孕产妇提供全程系统保健服务，加强围孕期的营养指导和心理保健；五是推进诊疗流程友好，推进全面预约诊疗，落实分时段预约，推行检查检验集中预约，推广预约住院分娩，利用可穿戴设备为孕产妇和新生儿提供居家健康监测，建立完善群众反馈意见机制。

《意见》引导助产医疗机构优化调整现有医疗资源。一是加强高质量、普惠性产科床位设置，重点推动产科病房以单人间和双人间为主，适当配置多人间病房，保障每张病床充足使用面积，为多人间配备窗帘和隔离帘，加强孕产妇隐私保护，改善住院分娩条件；二是营造温馨、舒适的产房环境，加强对产妇分娩过程中的专业指导、精神鼓励、情绪抚慰和情感支持，规范开展专业陪伴分娩，全面开展药物镇痛分娩服务，努力“全天候”均能够提供椎管内麻醉镇痛分娩服务，有条件的可开展家属陪伴分娩，倡导推进自然分娩；三是有条件的机构可设置一定数量的新生儿家庭化病房。（健康界）

国家医疗保障局公布 2025 年医保新福利

国家医疗保障局 1 月 17 日举行新闻发布会，介绍 2025 年医保将为百姓带来的新福利，其主要内容如下：

一是医保基金使用更有效率。2025 年医保部门将持续深入推进药品、医用耗材集中带量采购。国家层面将在上半年开展第 11 批药品集采，下半年开展第 6 批高值医用耗材集采，并适时启动新批次药品集采。

二是“一老一小”更安心。国家医疗保障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。同时，将大力推进新生儿“出生一件事”联办，吉林、山西等地探索新生儿凭出生医学证明参保、在线申领医保码，实现新生儿“出生即

参”“床边即办”，及时报销新生儿医疗费用，直接结算生育医疗费用。此外，31省和新疆生产建设兵团均已将辅助生殖技术纳入医保。继续推进生育医疗费用直接结算，鼓励有条件地区将生育津贴按程序直接发放给参保女职工。

三是看病就医更便捷。2025年将加快跨省共济工作步伐，扩大应用地域范围。而在跨省异地就医方面，2025年将继续优化异地就医结算，完善备案，规范管理，巩固提升门诊慢特病费用跨省直接结算服务。

四是多层次保障更全面。丙类目录作为基本医保药品目录的有效补充，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药品目录的药品。第一版丙类药品目录计划2025年内发布，将支持商业健康保险在多层次医疗保障体系中发挥更大作用。

此外，国家医疗保障局还将继续推进医疗服务价格项目立项指南的编制发布工作，促进价格项目标准化规范化，在满足群众多层次需求、支持高质量创新上做加法。（人民网）

全国出生人口7年来首次回升

1月17日，国家统计局发布数据显示，2024年年末全国人口140828万人，比上年末减少139万人。全年出生人口954万人，比2023年增加52万人，自2017年以来首次回升，人口出生率为6.77‰；死亡人口1093万人，人口死亡率为7.76‰；人口自然增长率为-0.99‰。

出生人口回升主要受近几年生育意愿累积、各地生育支持政策逐渐落实等因素影响，但育龄妇女特别是生育旺盛期育龄妇女仍在减少，对我国下阶段出生人口依然存在影响。随着人民生活水平的提高和医疗保障进一步完善，人口预期寿命不断提高，对降低死亡人口起到关键作用。

2024年末，全国0~15岁人口为23999万人，占17.1%；16~59岁劳动年龄人口为85798万人，占60.9%；60岁及以上老年人口为31031万人，占22.0%，其中65岁及以上老年人口为22023万人，占15.6%。我国16~59岁劳动年龄人口超过8亿人，人口红利仍然存在。人口老龄化程度虽继续加深，但老年人口中60~64岁老年人比重较高，年龄结构相对年轻，为深化养老服务改革发展，实施积极应对人口老龄化国家战略提供有利时机。

（澎湃新闻）

【各地动态】

上海加快推进国家医学中心建设，提升社区卫生服务能力

1月17日，上海市人民政府举行民生主题记者会，2025年，上海将加快推进国家医学中心建设，创建新一批国家临床重点专科。加快区域性医疗中心能力建设，打造一批区级示范医院。建设重大疑难疾病中西医协作诊疗中心，持续推进社区中医药服务主阵地建设。重点内容如下：

在家门口健康服务平台建设方面，强化基本医疗、康复护理、公共卫生、健康管理四大功能。持续开展社区诊疗病种清

单应用培训，推广清创缝合等门诊小手术适宜技术。做实家庭医生签约服务，做细上级医院号源优先预约，做优社区配药“长处方”“延伸处方”等服务。在韧性城市建设方面，聚焦“多病共防”，健全多点触发、快速高效的传染病风险监测预警体系，完善预警网络。凸显“平急转换”，细化医疗救治、物资保障等各项准备，加强全链条、全要素应急演练。在健康上海建设方面，持续做好老年人营养改善、口腔健康、认知障碍防治、母婴安全、出生缺陷筛查、精神障碍风险评估服务等专项行动。深化医教结合，健全儿童青少年心理健康服务网络。在加强基本医疗服务方面，推进病种清单应用，制定慢阻肺、支气管哮喘等病种以及 14 项操作类适宜技术的应用原则。全面实施二、三级医院门诊号源优先向社区卫生服务中心开放。启动社区健康管理中心建设，以 65 岁及以上老年人为重点，结合健康体检，出具健康评估报告。累计建成社区康复中心 143 家，形成住院、门诊、站点和居家相衔接的具有社区特色的康复服务体系。累计建成社区护理中心 92 家，除了基本护理，还提供专科和特色护理服务。累计建成 83 家社区标准化口腔诊室，提供口腔基本诊疗和保健服务。累计建成 172 家中医药特色巡诊服务站和 146 个特色专病专科、125 个市级名中医工作室基层工作站，实现社区卫生服务中心中医科全覆盖。（央广网）

重庆发布智慧医疗装备产业创新发展行动计划

近日，重庆出台《重庆市智慧医疗装备产业创新发展行动

计划（2025—2027 年）》，重庆将紧扣“416”^①科技创新布局，紧密对接“33618”^②现代制造业集群体系，聚焦智慧医疗装备科技创新，一体化推进关键技术攻关、创新平台搭建、成果转化、科技金融支撑等工作。主要内容如下：

一是强化数字赋能和智慧高端为导向的政策支持体系，在生物医药重大专项中，重点支持 AI+诊疗、重大创新医疗装备等方向，单项目给予最高 1000 万元的经费资助，探索组织实施智慧医疗装备创新产品“揭榜挂帅”项目。二是加快构建医教研产全链条科技创新平台体系，提升现有平台创新能级，加快高层次人才集聚；聚焦运动医学、体外诊断、高端医学影像等重点领域，系统布局一批技术创新中心、重点实验室等科技创新平台。支持建设重庆智慧医疗装备研究院、西部数字医疗研究院等研发转化平台。三是着力打造以集聚区为核心的成果转化高地，建立智慧医疗装备领域成果库，搭建根据市场和企业需求进行精准推送的数字化平台。构建完善技术研发、概念验证、中试试验等成果转化熟化孵化平台体系，引导智慧医疗装备创新团队和企业入驻并快速孵化壮大。四是发挥重庆市种子投资基金“投早、投小、投硬科技”的作用，聚焦智慧医疗装备领域具有原创性、引领性的科技转化成果，建立种子投资基金项目储备库，加大对智慧医疗装备创新团队和初创企业支持力度。加快培育一批智慧医疗装备经纪人队伍，高质量举办一批成果转化专业赛事和对接活动。（健康促进网）

① “416”，即打造数智科技、生命健康、新材料、绿色低碳 4 大科创高地，积极发展人工智能、区块链、云计算、大数据等 16 个重要战略领域。

② “33618”，即聚力打造 3 个万亿级主导产业集群，升级打造 3 个五千亿级支柱产业集群，创新打造 6 个千亿级特色优势产业集群，培育壮大 18 个“新星”产业集群。

云南开展中医优势病种付费试点工作

日前，云南省医疗保障局、省卫生健康委员会印发《关于开展中医优势病种付费试点工作的通知》，在部分统筹地区开展中医优势病种按病种付费试点工作。主要内容如下：

一是遴选确定“腰痛病”“颈椎病”等 11 个中医优势病种作为云南省中医优势病种。符合条件的中医优势病种病例，需同时满足病种的主病属于该病种范围的“中医疾病代码”、主要诊断属于该病种范围的“西医疾病代码”、主手术操作属于该病种范围的“手术操作编码”。二是 DRG 付费中 11 个中医优势病种可在原费率基础上提高 10 个百分点。定点医疗机构开展的中医优势病种病例，符合中医诊疗项目、中药饮片（配方颗粒）、中成药、院内制剂和中医医疗服务项目等费用（不含全自费）占住院医疗总费用比例达 40%及以上入组条件的，可在原费率基础上再增加 10 个百分点，叠加后最高不超过原费率 20 个百分点。试点范围为云南省本级、昆明市、玉溪市等 3 个统筹地区二级及以上定点医疗机构。（微信号：中国中医）

【回顾分析】

整合型健康服务组织及其医保支付模式 ——以深圳罗湖、三明尤溪及天津为例

【编者按】近年来，我国强调整合型卫生服务体系建设，但疏于关注医保支付模式主张“公平优先、兼顾效率”的理念。“健康国策 2050”微信公众号对比深圳罗湖城市医疗集团、三

明尤溪县域医共体、天津基层数字健共体的实践结果，提出思考与建议。编者对重点内容摘编如下。

一、我国整合型健康服务组织及其医保支付模式

2017 年国务院办公厅发布《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》，由卫生健康委员会主导推行城市医疗集团、县域医共体、专科联盟和远程医疗协作的整合型卫生服务模式。医保支付模式总体在“总额预付、结余留用”的大框架下，初期面临与健康维护组织（HMO）^③类似的成本控制与质量平衡的挑战，后期转向注重健康收益，辅以绩效激励、质量评价。其间形成一系列经典的实践成果，如深圳罗湖的城市医疗集团、三明尤溪的县域医共体、天津的基层数字健共体：前两者作为改革起步较早地区是目前我国整合型健康服务组织学习的样本；后者有望在进一步深化改革中成长为“中国式责任医疗组织（ACO）^④”，预示未来多医协同发展的新方向。

（一）深圳罗湖：城市医疗集团。2015 年深圳市罗湖区整合区域内 5 个区属医院和 23 个社区健康服务中心，成立紧密型法人单位——罗湖城市医疗集团，由罗湖区人民医院统一领导，实现管理、服务、责任、利益共同体。医疗集团内参保居民自由选择就诊机构，医疗费用由其签约机构承担。有别于其他总额预付的医保支付模式，罗湖模式并非在年初“一包了之”，而是将总额目标设置为管理指标，动态激励医疗机构关注服务质量，结余分配重点考核服务结构优化、社区健康服务中心建

③ 健康维护组织（HMO）的运作模式是由医疗保险集团牵头，向集团内的医疗提供方购买服务，是典型的医疗保险和医疗服务在组织结构上的整合。

④ 责任医疗组织（ACO）的整合支付与组织结构，由美国国家医疗保障中心主导监督，确保参保人范围、资源投入与质量评估的规范化。

设、健康促进效果等关键领域。

然而罗湖模式也存在不足，主要体现在基层监管与惩戒机制方面，整体呈现出资源倾斜下的低效率、重口碑。医疗集团未产生医保结余，主要原因为测算方式不科学，政策覆盖人群过窄；医疗集团对健康管理的投入大但支付方缺位；没有对应的结余分配方案，基层没有配合的动力。

（二）三明尤溪：紧密型县域医共体。2017 年尤溪县以总医院为核心，纵向链接 15 个乡镇卫生院和 1 个社区卫生服务中心，组建县域医共体；2021 年实行总医院对基层医疗机构的高度统一管理。医共体采取医保基金按人头按年度总额打包支付。从 2018 年起实行住院费用按 DRG 收付费。参保人自由选择就医机构，“钱随人走”。相较于县域医共体单一的支付方式，尤溪模式采用医保基金打包支付和 DRG 收付费相结合的支付方式，对疾病诊断标准和疗程作出精细化规定，倒逼医疗机构规范医疗行为，使参保居民健康收益最大化的同时，提高医保基金使用效率。此外，以转诊率、住院率、费用结构、患者满意度为重点考核指标，与医院总额、院长薪资挂钩，实现居民次均费用下降、医保结余率提高、慢性病规范管理、基层服务能力提升的目标。然而，尤溪模式的改革力度和财政投入对多数区县而言，可推广性不强。

（三）天津：基层数字健共体。2020 年天津市政府引入社会办数字医院，微医总医院作为牵头方和出资方，横向链接 266 个基层卫生机构，共同组建数字健共体。辖区内居民自愿签约家庭医生团队，可随时更换。从 2022 年起对数字健共体试点实

行区域点数法总额预算管理，以总签约患者人数乘以定额作为总额度，微医总医院先行垫付后向医保申请支付。天津健共有类似 ACO 的滚动式自我完善机制：医保对健康管理过程和结果进行考核后，将 70% 的资金发放给基层医务人员，30% 由微医总医院使用。同时，根据家庭医生签约率、随访率、并发症筛查率等指标，由基层卫生机构进行二次考核与分配。

天津基层数字健共体的特色在于公私合营，激发基层的积极性和话语权，从而形成以主动健康管理为内在驱动的良好医疗循环。

二、整合型健康服务组织及其医保支付模式的思考与建议

（一）从控费为重点转向健康产出为引领。我国整合型健康服务组织的医保支付设计，应逐步从短期控费目标转向追求长期健康收益，更多考虑全生命周期健康产出，并根据往年的表现动态调整考核指标。借鉴 ACO、以患者为中心的医疗之家（PCMH）^⑤等健康管理模式，将高血压、高血脂、高血糖等慢性病筛查和监测、健康教育、医患关系等指标纳入考核，实现“以疾病为中心”向“以健康为中心”的转变。

（二）从总额控制转向疾病精细管理。整合型健康服务组织中，笼统的总额控制使患者面临被逆向选择、基层卫生机构面临被虹吸的风险。在 ACO、PCMH 的复合支付方式中，都有按绩效付费的设计。我国应摒弃单纯的按人头付费，推广按 DRG 付费，额度测算充分考虑患者特征和治疗阶段，严格规定治疗阶段与时限，还可根据上一期的质量确定当期的额度和比例。

^⑤ 以患者为中心的医疗之家（PCMH）的患者可自由择医且不受报销约束。支付采取以服务量为基础、综合考虑绩效和病种发生率的方式，是基于医疗服务最终价值的支付。

同时，门诊、住院联动考虑，医疗关口前移，充分尊重疾病发展规律。结余和实际消耗资金的测算必须充分考虑诊断标准，避免结余测算成为数字游戏。参考 ACO 设定绩效标准，确保结余分配与绩效挂钩，提高疾病精细化管理水平。

（三）基于循证医学依据探索慢性病目标制绩效支付方式。整合型健康服务组织内部要注意基层病种与非基层病种的关系，强化基层对慢性病管理的主导作用，医保支付方式转型可以尝试将基金池按层级切片、按机构划割，将“切蛋糕”的静态思路转变为按病种管理与诊疗流程打包的“捋线头”动态思路，形成先谈“急慢分治”、再商“分级诊疗”的支付格局。对高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病，可以基于循证医学证据提出周期疾病管理目标，探索长周期、跨机构人头打包预付和按疾病管理绩效付费的机制。