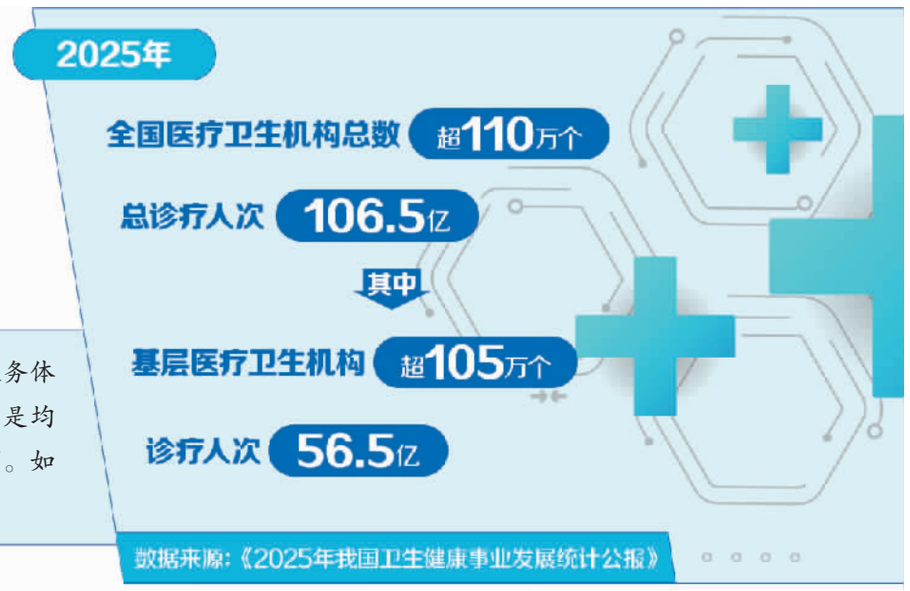
智库圆桌（第62期·总422期）

增强健康服务均衡性可及性

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。党的十八大以来，我国卫生与健康事业取得历史性成就，建成世界上规模最大的医疗服务体系、传统医药体系、疾病预防控制体系、医疗保障体系。今年10月，习近平总书记在全国卫生与健康大会上强调，“我们要建成的健康中国，是均衡普惠、优质高效的健康中国，应当具有强大的健康管理能力、疾病防控能力、医疗服务能力、医保支撑能力、医药创新能力、人才培养能力”。如何有效满足人民群众日益增长的健康需求，增强健康服务均衡性和可及性？本期特邀专家围绕相关问题进行研讨。



提高群众就医便利度满意度

近年来，医联体建设有哪些进展？如何加快完善优质高效整合型医疗卫生服务体系？

王俊（中山大学管理学院教授、中国人民大学卫生政策研究与评价中心主任）：近年来，我国持续推进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，医联体建设不断深化。截至去年，我国2199个县和县级市及部分市辖区已建设运行3099个紧密型县域医共体，覆盖人口超9亿。在专科建设方面，全国已建设超过1万个市县级医院临床重点专科；在资源共享方面，约80%的县（市、区）初步建成影像、心电、检验等资源共享中心；在服务开展方面，2025年资源共享中心为基层提供服务近3.3亿次。随着优化医疗资源布局和织密基层服务网等工作持续推进，各地围绕组织管理、诊疗协作和医保支付形成了一些具体做法，促进了医疗资源整合、群众便捷就医和基层服务能力提升。

第一，区域内医疗服务网络和组织管理更加完善。医联体建设不只是把不同机构联合起来，还要加强内部管理协调，使不同层级医疗机构形成一张服务网络。浙江湖州按照“一盘棋、一家人、一本账、一张网”的思路，组建2个紧密型城市医疗集团和9个县域医共体，统筹城市和县域医疗资源，逐步形成了分工明确、协作紧密的医疗服务体系。城市医疗集团统一法定代表人，推进医疗、运营、信息一体化；县域医共体实行唯一法定代表人制度，统筹人财物管理，探索人才“县乡村一体化”改革，推动人员调配、业务管理和服务供给有效衔接。

第二，区域内诊疗衔接和资源共享深化。医联体运行不仅需要转诊渠道，还需将专家服务、检查检验和健康管理衔接起来，以减少患者在不同机构间重复就医。四川成都青白江区作为国家紧密型县域医共体建设试点，通过双向转诊管理、专家驻点和远程协作，推动诊疗服务向基层延伸，开展“家医融网”模式，将家庭医生纳入社区网格，实行“基层首诊、双向转诊、急慢分治”和“三定期四预约”服务机制，把预约门诊、检查、转诊及随访融入居民日常健康管理，促进了诊疗协作与日常健康管理衔接。

第三，县级公立医院整合与临床服务能力提升。县级医院是衔接高水平医院与基层机构的重要环节，提升其诊疗能力有助于便利群众就近就医。广东惠州龙门县探索“三院一体”改革，推动县人民医院、中医医院、妇幼保健院同址布局、统一管理，按照功能互补原则推进专科共建，减少重复建设。南方医科大学珠江医院全面托管龙门县总医院，将临床技术、人才培养和管理支持结合起来，通过专家带教、学科建设和诊疗流程优化提升县域救治能力，推动新技术新项目落地，使部分以往需要外转的诊疗服务逐步在县域开展。

第四，医保支付方式改革与基层服务供给相互促进。当前，县域医共体建设模式下，医保支付方式正由单纯补偿医疗费用转向兼顾规范诊疗、合理转诊转变。福建厦门推进“医疗、医保、医药、财政”协同改革，将分级诊疗落实情况纳入公立医院和基层机构绩效考核，对基层帮扶成效较好的机构给予激励。在医保支付方面实行差异化政策，基层门诊报销比例相对三级医院提高，探索基层常见病“同城同病同付”，引导医疗机构合理分工、患者有序就医，使利益协调与服务能力提升相互促进。

各地探索医联体建设积累了有益经验，但仍需充分考虑区域发展和居民需求，统筹考虑医联体长期运行效能和实际服务效果。当前，人口老龄化、慢性病多病共存等变化使居民对疾病预防、专科诊疗、长期用药和康复护理提出更加连续的服务需求，山区、偏远地区等人口相对分散地区，在专科复诊、急诊救治和持续随访方面仍面临实际困难。下一步，要继续推动完善医疗卫生资源配置、就医引导、连续健康服务和运行保障机制，让群众享有更优质高效的医疗卫生服务。

一是统筹优化区域医疗服务布局与就医引导机制。结合居民需求、就医流向和交通条件，进一步发挥三级医院疑难重症诊疗、县级医院常见专科和基层机构常见病诊疗的各自优势，因地制宜完善偏远地区服务网络。同时，加强分级诊疗政策宣传、家庭医生指导及预约转诊服务，引导患者合理分流、有序就医。

二是以慢性病需求为重点完善连续健康服务。在实际工作中，需要加强专科、全科与基本公共卫生服务之间的协作，建立老年人和慢性病患者分层管理、定期随访机制；依托家庭医生签约，统筹长期用药、康复护理、居家照护与疾病预防，完善出院后社区接续管理。对病情复杂的患者开展评估，制定健康管理方案，促进预防、诊疗、康复与长期照护有效衔接。

三是以患者就医过程为主线完善分级诊疗服务。细化不同病种的基层首诊和上下转诊规则，落实转诊中心、号源床位预留和恢复期患者下转要求，推动检查检验结果互认和药品目录衔接，规范上级医院与基层机构的预约接诊、诊疗信息回传和双向转诊服务，进一步减少重复检查和转诊延误。

四是建立健全信息共享和综合评价机制。推进区域转诊平台、电子健康档案和检查检验系统互联互通，建立覆盖服务质量、就医费用、转诊效率、慢病管理和群众满意度的评价机制，定期分析不同地区的实施效果，将评价结果用于资源调整、绩效分配和服务流程改进。

发挥中医药康复护理优势

中医药在康复护理中的独特优势发挥得如何？怎样惠及更多群众？

石学峰（北京中医药大学管理学院副院长、教授）：近年来，人们更加注重全生命周期健康管理，主动关心“病该怎么防”“健康该如何管”。全生命周期健康管理强调个性化、连续性、全方位服务，中医药深度参与其中，在功能重建、慢病调理、身心同调等康复护理方面发挥了重要作用。其一，中医药以整体观念为指导，将人体视作有机整体，同时兼顾其与外界环境、情志、生活方式等的联系，强调对患者进行多维度系统干预。其二，中医药具备辨证施护的个体化优势，通过望闻问切综合判断病症，再制定开展针对性康复护理，临床疗效显著。其三，中医药具备“治未病”理念的前瞻性优势，“治未病”强调通过调护干预降低发病风险，不只在发病后干预，更侧重在疾病潜伏期或健康状态下调节机体功能，实现未病先防。其四，针灸、推拿等中医适宜技术操作独立，对设备依赖性低，具备可及性优势，便于在各级医疗机构普及，能调节机体平衡、改善功能，规避药物毒副作用。

从实践来看，浙江、河南等多个省份推广中医护理门诊，探索构建“医院—社区—家庭”联动服务模式；福建中医药大学附属康复医院建立多学科一体化团队，整合中医药技术为慢性病患者和老年人提供康复服务，形成了可复制的典型案例；广东部分地市将中医护理服务项目纳入医保，创新衔接出院患者康复需求，提供居家康复护理，形成完整服务闭环。

也要看到，中医药服务体系仍存在一些问题，在康复护理中的作用未能充分发挥。一方面，不同级别、不同类型医院在中医药康复服务中的功能定位有待进一步明确，尚未实现三级医院、二级医院、基层医疗机构、社区以及家庭之间的有效衔接，患者出院后康复护理服务断档问题突出，各级各类医疗机构间存在“数据孤岛”。另一方面，在综合医院以现代康复医学为主导的服务体系中，中医药往往以“补充性角色”存在，针灸等技术严格限定于中医类别医师实施，在保障医疗安全的同时，导致不同专业之间形成“技术孤岛”，尚未完全嵌入连续性的康复服务流程之中。此外，医保目录对中医药康复护理服务项目覆盖范围有限，不少特色项目未纳入报销，针对中医优势病种的付费方式单一，难以覆盖患者不同阶段的诊疗需求。

“十五五”规划纲要提出，“健全中医药服务体系，提升基层中医药服务能力，加强中医优势专科建设”“推进符合中医药特点的医保支付方式改革”。当前和今后一个时期，可从以下方面发力，推动中医药康复护理惠及更多群众。

一是推动形成标准统一、技术协同、上下贯通、分级合作的中医药康复护理服务网络。聚焦中医特色优势病种，制定推广规范化诊疗和标准化操作流程，三级中医医院依托康复专科做强康复护理学科，强化康复护理标准制定、技术规范输出与质量控制职责；二级中医医院夯实区域枢纽功能，提高康复科设置比例，强化与三级医院及基层机构的衔接联通；基层医疗卫生机构加强中医适宜技术应用与康复护理服务供给，依托医联体建设、专家驻点带教等方式，开发上门服务预约功能，打通基层群众获取服务的“最后一公里”。

二是加大专业人才培养力度，完善相关课程标准和教材体系，鼓励有条件的院校建立“中医康复学院”，健全中医药师承教育本硕博人才培养体系，遴选名中医和非遗代表性传承人加入师承导师队伍，培养既懂中医药理论、又懂康复医学知识与技能的复合型人才。同时完善基层人才职称晋升与待遇保障机制，提升岗位吸引力和服务积极性。

三是借助大数据、人工智能等技术，加快建设中医康复数智化平台，研发智能辅助诊疗系统和个性化康复算法，实现康复全流程数字化管理，开发适配家庭和社区的智能康复设备与数字化产品，培育全民健康生活方式，推动中医康复技术普及，形成一批中医康复护理技术标准与操作指南。

四是根据中医药康复服务疗程长、综合性强、持续性介入的特征，通过财政投入、设立专项资金、完善绩效激励等措施，重点向基层和薄弱地区倾斜。探索适配中医优势病种的多元化支付方式，合理提升医保报销比例，将符合条件的相关机构纳入医保定点管理，降低群众经济负担。鼓励将成熟的中医康复护理类项目纳入长护险服务清单，探索建立按优势病种支付、按疗效价值付费以及与商业保险相结合的医保支付方式。

实现慢性病早筛早诊早治

慢性病早筛在基层落地情况怎样？如何打通防治康管全链条，形成家庭能用、医保愿付的连续服务？

张柠（首都医科大学公共卫生学院教授）：随着人口老龄化程度加深，多病共存现象日益普遍，慢性病带来的长期诊疗和照护需求持续增长。我国约有4.5亿慢性病患者，不少慢性病起病隐匿、病程漫长，若等到病情加重或出现并发症后再干预，不仅影响患者生活质量，也将增加家庭和社会的医疗负担。预防是最经济最有效的健康策略。推动健康管理关口前移，关键在于将疾病风险筛查、早期干预、规范诊疗与长期管理有机衔接。

经过多年建设，我国已形成覆盖城乡的基层医疗卫生服务网络，基本公共卫生服务、家庭医生签约和紧密型医联体建设持续推进，为加强慢性病综合防控、健全早筛早诊早治体系奠定了基础。但从实践看，部分地区基层慢性病管理仍面临以下几方面制约。其一，防治衔接不够紧密。筛查、诊疗、随访分段运行，异常结果缺少持续追踪，多病共存患者的管理仍以单病种为主，综合干预不足。其二，签约服务质量有待提升。部分家庭医生团队受专业能力、药品配备和转诊渠道等因素制约，难以充分满足居民连续诊疗和个性化管理需求。其三，激励机制与服务价值尚不匹配。部分地区仍较多依赖签约数量、随访次数等过程指标，对疾病控制、风险降低等健康成效关注不足，连续健康管理的服务价值尚未充分体现在绩效激励中。

上述问题虽然表现于不同服务环节，但深层原因在于责任衔接不畅、资源协同不足和激励机制不健全，制约了基层服务供给能力向连续健康管理能力转化。推动健康管理关口前移，不能止于增加筛查项目或随访次数，而应着力打通防、治、康、管全流程服务堵点，使基层医疗卫生机构真正成为群众信赖的健康“守门人”。

健全风险筛查与早期干预衔接机制。依托居民健康档案、老年人健康体检和日常门诊，综合年龄、家族史、体重及生活方式等因素开展健康风险分级。建立筛查异常结果跟踪机制，明确异常告知、复查诊断、干预随访等环节的责任主体，避免筛查后无人跟进。对尚未患病的高风险人群，提供营养、运动、体重管理和戒烟等个体化干预方案，定期评估干预效果。

推动家庭医生签约服务提质增效。强化家庭医生对签约居民的连续健康管理责任，将签约协议细化为内容清晰、便于执行的服务清单，明确责任医生、复诊随访、用药指导等安排。完善全科医生牵头，护士、公共卫生人员、药师协同参与的服务团队，针对不同健康需求提供分类管理服务。对病情稳定患者开展规范复诊和定期随访，对控制不佳及多病共存患者加强综合评估与干预。统筹多病种随访，减少重复服务，指导居民开展居家监测和自我管理，推动健康管理从医疗机构延伸至居民家庭。

依托紧密型医联体促进医防融合与上下协同。以基层慢性病一体化门诊为载体，整合风险评估、临床诊疗、并发症筛查和健康指导等服务。基层医疗卫生机构负责日常诊疗和健康管理，上级医院提供专科指导、疑难复杂疾病诊治和质量控制。同步推进上下级医疗机构药品配备衔接、处方流转和检查结果共享，减少因基层缺药、重复检查及转诊不畅造成的服务中断，让居民既能就近看病，又能得到连续、规范的健康管理服务。

完善支持连续健康管理的支付激励机制。加强基本公共卫生服务与基本医疗服务的衔接，建立完善财政保障与医保支付相协调的激励机制，支持基层医疗卫生机构持续开展慢性病健康管理。鼓励有条件的地区探索门诊按人头付费与家庭医生签约、慢性病管理相结合，根据患者具体情况合理调整支付标准。完善符合条件的紧密型县域医共体医保总额付费、结余留用及内部绩效分配机制，引导激励向承担长期健康管理任务的基层机构和医务人员倾斜。

建立以健康效果为导向的评价机制。推动基层慢性病管理评价由重服务数量向重服务质量和健康效果转变，在兼顾签约覆盖、规范随访等过程指标的基础上，更加重视高风险人群干预效果、血压血糖控制等健康结果，以及规范用药、服务连续性和居民满意度等服务质量指标。根据患者健康风险和疾病复杂程度实行分类评价，避免简单比较和片面追求指标达标。加强数智技术应用，推动电子健康档案与临床诊疗信息互联互通，实现异常指标预警、复诊提醒和转诊反馈。



完善疾病防控监测预警机制

把突发公共卫生事件监测预警做在前面，重要性何在？如何加强监测预警和应急处置能力？

邱五七（中国医学科学院医学信息研究所公共卫生战略情报研究室主任）：人民安全是国家安全的基石。近年来，我国疾病防控取得显著成效，公共卫生体系更加完善，为维护人民健康提供了有力支撑。实践证明，只有构建起强大的公共卫生体系，健全预警响应机制，全面提升防控和救治能力，守牢不发生规模性疫情的底线，才能切实保障人民健康。

监测预警是保障公共卫生安全、维护经济社会稳定的重要环节。突发公共卫生事件防控，关键是在风险扩散前争取处置时间。一次异常就诊、一组相似症状、一份病原检测结果，单独看并不显眼，联系起来却可能提示疫情苗头。多部门联合印发的《关于建立健全智慧化多点触发传染病监测预警体系的指导意见》提出，到2030年，建成多点触发、反应快速、科学高效的传染病监测预警体系。

目前，我国已建立法定传染病和突发公共卫生事件网络直报系统，覆盖全国8.4万家医疗卫生机构和1323家哨点医院，常年对鼠疫、脊髓灰质炎、疟疾、流感等重点传染病开展主动监测。特别是面对新冠疫情和急性呼吸道疾病，国家疾控局有针对性地拓展形成了包括哨点医院监测、病毒变异监测、城市污水监测在内的多个监测子系统，开展了急性呼吸道疾病多病原监测试点，科学研判监测结果，及时报告、发布预警信息，为有效开展疫情防控提供有力保障。我国去年修订的传染病防治法和施行的突发公共卫生事件应对法进一步明确了监测报告、风险评估和应急处置的职责。国家疾控局已在5万多家医疗机构部署应用了传染病智能化监测预警前置软件，实时监测传染病疫情信息，通过“智能提示+临床医生确认”，缩短传染病从诊断到报告的时间。

数字化技术能够提高传染病识别和报告的效率，但报告速度提升并不自动意味着疫情预警和处置能力的同步提升。监测信息能否得到准确研判、预警能否及时转化为干预措施，仍取决于医防协同和基层响应机制。当前，我国在监测预警体系前端感知与协同机制方面仍存在短板。一是监测过度依赖医院端，药店、学校、12345热线等前端信号捕捉不足；二是部门间数据标准不一、接口不通，“数据孤岛”导致重复填报与多源融合困难；三是基层网底薄弱，公共卫生医师与“医防管”复合型人才严重短缺；四是AI预警模型存在假阳性高、黑箱决策等问题，且预警分级与容错边界模糊；五是医防协同不畅，平急转换效率不高，常态化风险治理能力偏弱。

加强传染病监测预警和应急处置能力，关键在于将监测灵敏度与响应速度贯通起来，推动防控关口从被动报告前移到主动感知，从信息发布延伸到行动触发。

监测端要“多点触发、数智赋能”。在传统网络直报之外，拓展症状监测、病原监测、病媒监测、污水监测等多渠道监测系统，将触角从病例延伸到医疗负荷、临床症状和环境载体。技术路径上，部署国家传染病智能监测预警前置软件，依托AI算法自动解析电子病历、识别异常聚集信号，减少漏报错报。

响应端要“平急转换、闭环处置”。预警一旦发出，必须触发明确的责任行动，而非停留在信息层面。健全平急转换机制，常态下开展日常风险评估，出现重大疫情或灾害时立即转入应急监测和专题研判。同时，以无脚本实战演练检验真实处置能力，跨省域联合演练覆盖病例发现、流调溯源、响应终止全链条，重点暴露和修补信息流转与指挥协同中的短板。

基层是监测预警转化为应急处置的最后节点。要将基层医疗卫生机构纳入哨点监测网络，强化疾病防控知识、技能培训和应急演练，乡镇卫生院和社区卫生服务中心配备公共卫生医师，具备监测、筛查、隔离观察、转诊和随访管理能力。通过网格化管理使预警信息能够落实到具体责任人，形成“发现—研判—处置”的全链条闭环管理。

本版编辑 聂倩 美编 吴迪
来稿邮箱 jjrbjjzk@163.com