

医疗改革

立法推动健康影响评价制度

医师报讯（融媒体记者 杨瑞静）“近年来我国医改成效显著，群众看病就医更加便利，人民健康水平大幅提高，居民主要健康指标居于中高收入国家前列。”4月12日，国家卫生健康委体制改革司司长杨建立在全国深化医改经验推广会暨中国卫生发展会议上提到，特别是近年来我国将深化医药卫生体制改革纳入全面深化改革统筹谋划，全面推进，走出一条中国特色卫生健康发展道路。

数据显示，2024 年我国居民人均预期寿命达



资料图

到 79 岁；全国孕产妇死亡率为 14.3/10 万，婴儿死亡率为 4.0‰，5 岁以下儿童死亡率为 5.6‰，达到历史最好水平；个人卫生支出占卫生总费用比

例由 2012 年的 34.34% 下降到 2022 年的 26.89%。

对于下一步医改重点任务，杨建立表示，一是实施健康优先发展战略，推动建立完善健

康优先发展的规划、投入、治理等政策法规体系，促进健康入万策，推动各地各部门把保障人民健康作为经济社会发展的重要目标，探索以立法推动建立健康影响评价制度；

二是促进“三医”协同发展和治理，更加突出医疗在维护人民健康中的基础性地位，卫生健康系统要发挥统筹、协调、牵头作用；

三是推动优质医疗资源下沉，加快建设分级诊疗体系；

四是深化以公益性为导向的公立医院改革，建

立编制动态调整机制和以医疗服务为主导的收费机制等；

五是健全公共卫生体系，提高重大疫情早发现能力；

六是推动医药科技创新，完善卫生健康科技创新体系；

七是完善中医药传承创新发展机制，提升中医药科技服务能力；

八是运用信息化智能化手段，在优质医疗资源提质扩容增能、提升科技能力、丰富治疗手段等方面持续发力，着力增强群众改革获得感和体验感。

声音

深化医改离不开“三医”在四方面协调联动：宏观取向一致；政策工具协调，建立健全公立医院绩效监测指标体系和薪酬激励机制；加强沟通理解，推动“三医”之间开展意见交流、数据共享和换位思考；互相借力推动。

——国家医疗保障局医药服务管理司司长 黄心宇

新质生产力本质是“先进生产力”，这就要求我们不断提升卫生健康投入产出绩效，实现医疗服务的更高质量、更可持续。

——浙江省卫生健康委主任 王仁元

医养结合

照料缺口下降 38%

中国医养结合政策直面养老难题

医师报讯（通讯员 衣晓峰）日前，北京大学中国卫生发展研究中心老龄健康交叉科学中心研究员姚尧、博士后周文剑团队完成的一篇学术文章“医养结合政策对中国老年人失能和照料缺口的干预效果——基于全国队列的准实验证据”，在国际权威期刊《柳叶刀·老龄健康》上发表。

构建三级防控体系

我国老年人口已超过 3.1 亿，失能人口高达 4700 万。随着我国医养结合政策向纵深推进，使老年人失能风险显著降低 28%，相当于每万人减少了 720 例失能的发生。在已失能群体中，政策更使照料缺口发生率下降了 38%，且 5 年追踪期的显著效果始终在持续。

针对我国人口老龄化“医疗 - 养老资源割裂”的核心矛盾，姚尧团队依据世卫组织老年人综合照护框架，在研究中使用全国样本代表性的老年健康调查数据，基于可识别因果关系的自然实验设计，科学分析了医养结合降低老年人的失能和照料缺口的政策效果，从而为我国这个全球规模最大、增速最快的老龄化社会提供了关键政策证据。

研究揭示，我国政府推出的医养结合政策正逐步构建新型解决方案，通过本土化实践，努力

整合打通医疗卫生服务与养老服务，面向基层高龄、失能、失智及慢病重症老年群体构筑高质量、连续性的基本医疗与照护网络。其核心目标涵盖了三级防控体系建设（特别是重大慢性疾病的早期筛查与健康干预）、医疗资源可及性优化以及社会化长期照护能力提升三大维度，冲破了传统医疗与养老服务“碎片化”的制度壁垒，探索出了“因地制宜、分类施策”的医疗衔接实施路径，显现出了“便捷可及、全程连续、医养融合”的整合型照护服务的中国特色。

变革失能防控范式

姚尧强调：“医养结合政策不应局限于末端照护，而应系统贯通疾病预防、慢病管理、功能康复与长期照护的全生命周期健康服务链，尤其是疾病早期的干预和管理具有较好的效果和成本效益。”他认为，医养结合服务模式从被动应对向主动健康管理的范式转变，要求政策设计突破

传统医疗与养老的行业区隔，构建覆盖健康促进、疾病防控、急性期诊疗、亚急性期康复、长期照护和临终关怀的连续性服务体系。

在刊发这篇文章的同时，《柳叶刀 - 老龄健康》杂志专门配发了专家述评：在应对失能问题上，战略重心应从被动响应失能后的长期照护需求，转向构筑以预防和康复为核心的主动干预体系。这一范式的转型具有双重战略价值：既为尚未建成长期照护体系的国家提供政策破局路径，也为现有体系的可持续发展注入动力。其“突围”的核心在于：一是打破医疗化老龄观的认知桎梏，倡导将长期照护议题从单一的健康或社会维度争议，提升至多系统协同治理的复合命题；二是摒弃将长期照护视为老年专属的认知偏差，探索和建立覆盖全年龄段的健康储备机制，系统性摆脱年龄区隔化治理困境。

管理之我见

既要学套路
更要看本质

▲ 河南省肿瘤医院
党委副书记 韩斌斌

和青年骨干讨论工作的时候，我经常会问大家：你为啥会这样做？

“上个人就是这么做的！”这种回答让人忍俊不禁，是明显的学会了套路，但是没有理解到工作本质的表现。

对于职场人而言，快速看透一项工作的本质，分清本质和套路，在合适的环节应用合适的套路并不容易。

所谓本质，是事物最根本的属性、最核心的要素和任务、最基础的运行规律、最底层的运行逻辑。譬如，会计工作的本质属性是界定和反映；最核心的要素是资产、负债、所有者权益、收入、成本费用、利润；最主要的任务是确认、计量、记录、报告；最本质的规律是货币计量、分期计量；最底层的逻辑是复式记账。

所谓套路，是在工作、生活中总结出来的技巧和方法，以及这些技巧方法模块化的组合，应用起来能够提高工作效率、办事的效率，减少出错的概率。譬如，PDCA 循环（全面质量管理）是套路、分层分类是套路、点状线性网状思维是套路……

如何快速看到一项工作的本质？

●明确它的功能价值、服务对象、服务客体——“为谁干”“带来啥”“对谁操作”这是思考的起点。

●弄清它的归属关系和构成要素——“属于谁”“和谁并列”“包含谁”。

●弄清任务分工和权责关系——“谁来干”“是否有动机干”。

●弄清核心工作要求以及背后逻辑——“干到啥程度”“为什么”。

●弄清工作的主要特点和主要规律——“什么样”。

●弄清经常出问题的关键点——“在哪儿”。

没有对本质的理解，套路应用是一本正经说废话；有了对基本规律洞察和应用，再加上合适的套路，工作的开展能起到事半功倍作用。

傅莱看中德医疗②7

德国三级医疗应解决的问题

▲【德】理查德·傅莱（小）

由联邦卫生部长卡尔·劳特巴赫任命的政府委员会近日提出对德国医院医疗进行深远重组的建议。其中，德国医院将分为三级医疗，每个级别都指定了医院必须符合的最低要求。

此外，还计划引入 128 个医疗组群（科室或门类），分配给医院。例如，一家医院将被分配“心脏病学”治疗组，而不是“内科”分类。未来的运营成本将由两大支柱组成：按绩效组别收取的固定费用和按绩效收取的固定费用。

政府委员会协调员汤姆·布绍尔在柏林的改革理念介绍会上表示，目前提出的改革应该结束德国医疗体系过度商业运营化，并再次赋予以重视医疗决策的倾斜。如果不进行如此根本性的系统改革，德国的医院就有崩溃的风险。

委员会提议制定全国统一的医院治疗水平，

并建议将医院分为三个级别。因此，一级医院是提供基本医疗的医院，二级医院是提供标准和专科医疗的医院，三级医院提供最高级别医疗。

一级医院将进一步细分为提供紧急护理的 1-n 级医院和提供跨部门医疗的 1-i 级医院。“我们设想，1-i 级医院将提供配备急症医疗床位的急症治疗服务。”德国重症监护和急诊医学协会主席、政府委员会成员卡拉吉安尼迪斯解释道。

委员会提议将这些一级设施从病案付费系统中分离出来，并以“适当计算的、逐日递减的固定费率”给予报酬，正如声明中所说。固定费率应包括急救医疗费用以及其他人员和材料费用。预计这些机构将在打破行业界限方面发挥关键作用。因此，委员会建议跨部门进行区域规划。