



清华大学 万科公共卫生与健康学院
VANKE SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, TSINGHUA UNIVERSITY

三明医药卫生健康体系及绩效的现状与未来 ——基于台湾地区的比较

研究报告

2022 年 12 月

研究团队

- 梁万年 清华大学健康中国研究院院长，清华大学万科公共卫生与健康学院常务副院长，讲席教授
- 赵琨 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，卓越访问教授
- 钱庆文 清华大学医院管理研究院，教授
- 罗思童 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，助理教授，特别研究员
- 何荣鑫 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，博士后研究员
- 王西婕 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，博士后研究员
- 刘昭 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，助理研究员
- 张帆 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，助理研究员
- 艾丹丹 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，助理研究员
- 何金玉 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，博士研究生
- 张宇航 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生

与健康学院，助理研究员

焦珂笛 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，博士后研究员

李春男 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，博士后研究员

郑佳音 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，博士研究生

申贤磊 清华大学健康中国研究院、清华大学万科公共卫生与健康学院，硕士研究生

致谢

本研究报告从构思到完善，得到了时任福建省委尹力书记和三明市人大常委会原主任詹积富的全力支持和悉心指导。在研究实施过程中，三明市政府张元明副市长、肖建宁副秘书长、市卫生健康委王盛雄主任、市卫生健康委原主任肖世宣、市医保局徐志銮局长、市医改领导小组秘书处周显葆副主任等领导给予了大力支持，付出了大量时间与精力协助项目组进行现场调研及数据提取。在报告撰写过程中，项目组得到了三明市卫生健康委、市医保局和市疾病预防控制中心相关负责人的帮助与支持。正是在各位领导、各位同仁的通力协助下，本研究报告才得以顺利完成。

目 录

执行摘要	1
(一) 三明医药卫生健康体系及绩效现状	1
(二) 三明医改未来发展方向与主要任务	3
前言	8
(一) 研究目的	8
(二) 理论框架	8
(三) 研究方法	10
一、背景概述	12
(一) 经济发展	12
(二) 人口状况	14
(三) 文化传统与健康治理	16
(四) 健康水平	19
(五) 小结	21
二、医保筹资与支付机制	22
(一) 医疗保险筹资机制	24
(二) 医疗保险支出机制	36
(三) 药品耗材供应保障机制	47

(四) 基金监管机制	55
(五) 小结	59
三、整合型卫生健康服务体系	63
(一) 医疗服务上下联动	63
(二) 疾病防治结合	69
(三) 传染病监测防控	103
(四) 医养结合与长期照护	119
(五) 医疗信息化建设	127
(六) 小结	131
四、医疗机构高质量发展	134
(一) 医疗质量	134
(二) 机构运营效率	141
(三) 机构文化建设	147
(四) 小结	153
五、卫生人才队伍建设	155
(一) 卫生人才培养机制	155
(二) 卫生人才使用机制	159
(三) 卫生人才激励机制	162
(四) 小结	165

六、健康环境	168
(一) 食品安全与管理	168
(二) 环境保护	170
(三) 小结	175
七、三明医改未来发展方向与主要任务	177
(一) 发展方向	177
(二) 主要任务	178

执行摘要

三明医改十年，经历了从“以赚钱为中心”、到“以治病为中心”、再到“以健康为中心”的三阶段变革，取得了显著成效，得到了党中央国务院的高度肯定。为进一步探索三明医改未来发展方向，本研究以在地理文化背景方面与三明具有一定相似性的中国台湾地区为参照，在医药卫生健康体系评估框架下，围绕医保支付与筹资、整合型卫生健康服务体系、医疗机构高质量发展以及卫生人才队伍建设四个重点领域，分析了三明医药卫生健康体系现状水平，并基于台湾地区经验教训开展了讨论，最后提出了三明医改未来发展方向与主要任务。

（一）三明医药卫生健康体系及绩效现状

在医保支付与筹资方面，三明实行了大刀阔斧的联动式体制机制改革，通过改革医保运行与筹资机制、医保支付机制、药耗供应保障机制、医保基金监管机制等，释放存量，挖掘增量，不断推进医保事业高质量发展，构建了“以健康为中心”的保障体系。未来，基于台湾健保改革经验，三明应进一步完善筹资结构，提高筹资层次，提高基金抗风险能力；进一步提升基金利用效率，减轻患者个人负担，优化医疗资源配置；着力构建“以健康为中心”的药品耗材供应保障体系；持续推进医保治理体系和治理能力现代化建设。

在整合型卫生健康服务体系建设方面，三明在医疗服务

上下联动、慢病管理、健康促进、传染病防控等领域实施了一系列有效措施，取得了一定成果。医疗机构联动加强，慢病造成的死亡持续减少，健康促进工作持续推进，重点传染病得到有效控制。借鉴台湾健康服务体系建设经验，三明未来应进一步扩宽健康体系的服务范围，创新服务模式，逐步纳入并完善养老、长期照护、心理健康等服务；进一步加强重大传染病及慢性病防控，针对重点人群采取有针对性的防控措施；进一步推进信息化建设，建立特殊人群健康监测体系，完善政府多部门和社会联动机制。

在医疗机构高质量发展方面，三明通过持续完善三级医疗质控体系，建立医疗机构全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制制度和考核机制，医疗质量管理能力日益提升。通过开展现代医院管理制度建设工作，三明在医院运行效率提高和成本控制方面效果显著，初步实现了医院管理规范、精细化、科学化，同时机构文化建设也在逐步加强。借鉴台湾医疗机构质量管理经验，未来三明应进一步强调并落实医疗质量的重要性、加强质量评估的及时性和公开性，借助管理科学与大数据人工智能新技术，利用专业管理团队实施多维度精细化管理，重视员工和患者的个性化需求，深耕医疗机构文化建设。

在卫生人才队伍建设领域，三明市通过开展医学生定向培养、实施“优秀人才”培养培训计划、明确岗位责任、落

实卫生人才薪酬制度与绩效考核机制改革，不断完善卫生人才培养、使用及激励机制，卫生人才数量不断增长，结构持续优化。借鉴台湾卫生人才管理经验，未来三明应加强对于定向培养医学生的有效激励，根据医务人员类别实行精细化管理，合理测算卫生技术人员劳务价值，加强医疗卫生机构执业环境建设。

在健康环境方面，三明近年来十分重视食品安全水平的提升与环境质量的改善，在全市范围开展了多次食品安全整治行动，实施了多项环境保护计划，健康环境建设取得了明显成效，全市食品安全抽检总体合格率维持在较高水平，空气质量明显改善，城市地区饮用水水质抽检合格率维持在95%以上。借鉴台湾在环境保护立法方面的经验，未来三明应进一步健全地方环境保护相关法律体系，关注农村地区重点环境问题，着力改善环境质量，促进人民健康。

（二）三明医改未来发展方向与主要任务

下一阶段，三明医改应坚持以人民为中心、优先保障人民健康的发展思想，将理论与实践相结合，以建成健康中国、打造健康中国“三明样板”总体目标为导向，以解决医改核心关键问题为导向、以面向人民重大健康需求为导向，不断推进卫生健康事业改革创新与发展。围绕“三个导向”，在健康三明建设、卫生健康高质量发展、公共卫生体系建设、卫生健康治理、卫生健康人才队伍及信息化建设等领域继续

发力，推进三明卫生健康事业现代化，为实现第二个百年奋斗目标打下坚实的健康基础，以中国式现代化全面推进中华民族伟大复兴。

1. 继续做好中国医改“领头羊”，打造健康中国建设的“三明样板”

应继续坚持以健康为中心，保障人民健康的优先发展战略地位；坚持集中统一的医改领导体制，加强部门协同；坚持医疗、医保、医药“三医”联动改革，增强改革系统性和整体性。应继续强化政府责任，切实维护医疗卫生事业的公益性；强化医保杠杆作用，完善筹资结构，减轻患者个人负担，促进优质医疗资源扩容和均衡布局；强化健康管护组织建设，实现医防融合。应继续完善健康绩效考核机制，促使医院及医生行为进一步积极转变；完善人才激励机制，吸引培养高素质卫生健康人才；完善卫生健康信息化建设，赋能卫生健康高质量发展。进一步开展健康中国行动，普及健康生活方式，提高健康服务质量，扩展健康保障范围，解决重点健康环境问题，发展健康优势产业。

2. 系统推动卫生健康事业高质量发展，构建优质高效的医疗卫生服务体系

根据已有改革基础，推动三明卫生健康事业高质量发展，进一步提高服务质量、扩展服务范围。参考台湾地区发展经验，着力加强医疗质量管理，完善医疗服务质量评价与

监督机制；加强医院学科建设，提升优质医疗服务供给能力；强化医防融合，向人民群众提供一体化健康管理服务；加快补齐卫生健康服务短板，实现包括医养结合、长期护理、精神心理卫生在内的多样化卫生健康服务供给；做优做强健康产业，充分利用三明生态资源和自然资源优势，促进健康与养老、旅游、健身休闲等产业融合发展，满足多层次、多样化健康需求。通过多领域共同发力，系统推进医疗卫生健康事业高质量发展，构建优质高效的医疗卫生服务体系。

3. 深入推进医防协同、医防融合，构建强大的公共卫生体系

健全以疾控机构为骨干，医疗机构为依托，基层医疗卫生机构为网底的医防协同、医防融合公共卫生体系。一方面，要加强全人群、全生命周期健康管理，以健康管护组织为依托，全面检测和评估居民健康状况及健康危险因素，加强对全生命周期的健康干预及连续跟踪服务，重点加强老年人、妇女儿童、残疾人等弱势人群的健康服务供给。另一方面要做好传染病防控，加强重大疫情和突发公共卫生事件监测系统建设，健全应急响应和处置机制，提高重大传染病救治能力，落实基本公共卫生服务及重大传染病防控等项目。

4. 持续深化体制机制改革，推进健康治理体系和治理能力现代化

发挥政府引领作用，助力市场，激活社会，从而让市场

及社会在行政机制的支撑下，在卫生健康治理体系中发挥积极作用。构建开放包容的制度架构和激发市场及社会活力的工作机制，建立政府—市场—社会共治新格局，促进卫生健康政府治理、市场治理及社会治理联动，让政府、市场和社会三类主体各自发挥其比较优势，实现行政、市场和社会多元主体横向互补与纵向协同，达到善治目标。

5. 不断创新人才政策，加强卫生健康人才队伍建设

不断创新人才政策，建设“顶天立地”的卫生健康人才队伍。实行卫生健康人才精细化管理，合理测算人才劳务价值，完善“以岗定责、以岗定薪”机制，体现高端人才劳动价值；创新医教协同机制，根据实际需要，优化医学人才培养结构，提高临床医学专业学生培养质量，加强全科医学等紧缺专业人才培养；根据不同类别医务人员职业特征，加强继续教育工作；提升医疗卫生机构执业环境建设，建立医务人员关怀咨询平台及职场争议通报平台，鼓励行业协会、医务人员工会以及社会团体向医务人员提供关怀服务。

6. 加快推进新一代信息技术应用，强化卫生健康系统信息化建设

在当前卫生健康服务体系建设基础上，大力推动信息化、数字化、智能化手段的深度应用。鼓励有条件的医联体探索建设“智慧医联体”，推动医联体内信息互通、数据共享、智慧互联，推动上级医院优质医疗资源向下辐射，提升

基层医疗卫生服务能力。利用可穿戴式、便携化、居家型健康监测设备和健康管理设施，助力家庭医生签约，提供健康动态监测、健康评估、健康档案管理、健康咨询等服务，弥补基层卫生人力规模和能力的短板。发展适宜推广的卫生健康服务技术体系，促进医疗健康数据跨层级、跨领域、跨部门互通共享。

前言

（一）研究目的

2012 年以来，三明医改经过“以赚钱为中心”、回归“以治病为中心”、到建设“以健康为中心”的三个阶段改革，已逐步实现了患者、医院、医生、医保的多方共赢。本研究旨在以三明为主体，台湾为参照对象，对比描述三明医药卫生健康体系及绩效的现状水平，探讨两地的共性和不同，提炼台湾经验教训，为三明医改的未来发展提供科学意见和建议。本研究具体回答的问题包括：

1. 以台湾为参照，三明目前的医药卫生健康体系和绩效处于什么水平？
2. 以台湾为参照，三明医药卫生健康体系的优势和不足主要有哪些？
3. 在三明医改的未来发展中，现有体系有哪些方面需要完善，哪些方面需要进行创新构建？

（二）理论框架

1. 总体评估框架

本研究以世界卫生组织健康体系框架（WHO Health System Framework）、国际经合组织健康服务质量框架（OECD Framework for Healthcare Quality）、世界银行健康体系

框架（World Bank Framework for Health System）为参考，并结合联合国可持续发展目标（UN Sustainable Development Goals）、健康中国战略目标和乡村振兴战略目标，构建了三明和台湾医药卫生健康体系总体评估框架（见图1）。

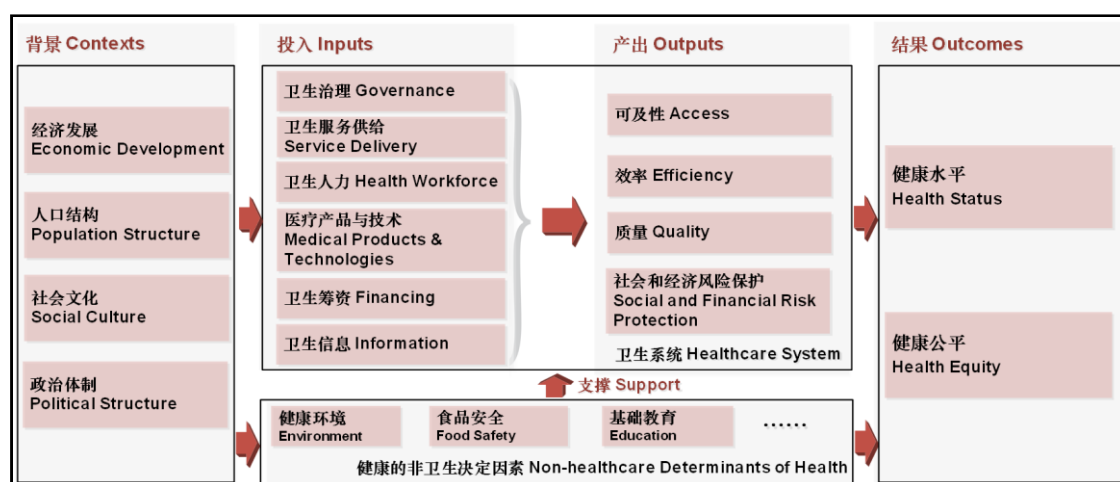


图1 医药卫生健康体系总体评估框架

2. 重点对比领域

结合三明市与台湾地区医药卫生健康体系建设经验，本研究将从医保支付与筹资、整合型卫生健康服务体系、医疗机构高质量发展以及卫生人才队伍建设四个重点领域开展对比研究（见图2）。

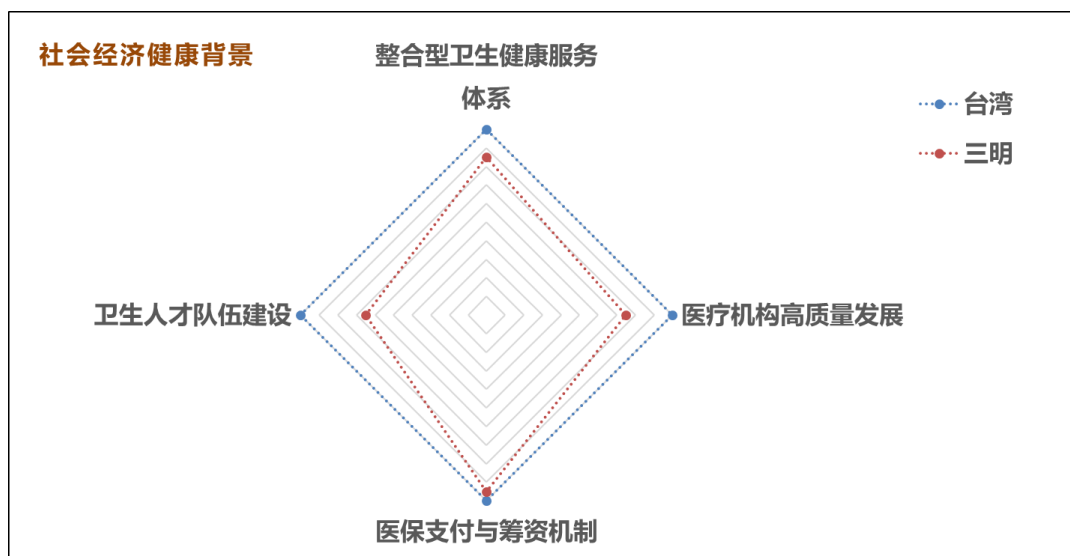


图2 卫生健康体系重点对比框架

（三）研究方法

1. 资料收集方法

（1）文献查阅

通过对世界卫生组织、国际经合组织、世界银行等国际组织关于卫生健康体系绩效评估相关文献进行阅读提炼，初步构建医药卫生健康体系总体评估框架，为后续调研访谈和数据分析提供基础。

（2）专家咨询

在前期文献研究和理论分析基础上，组织在三明和台湾卫生政策与管理领域有丰富研究和实践经历的专家，通过焦点小组访谈，进一步明确三明与台湾地区对比分析的目的、重点领域、预期产出，并对研究结果进行论证。

（3）现场调查

机构现状调查：依托三明市以及台湾地区卫生健康相关

行政部门的数据管理系统、统计信息平台、官方网站，收集2011-2020年所有医药卫生健康体系建设相关的文本资料以及定量数据。

关键人物访谈：对操盘引领和深度参与三明医改顶层设计的三明市政府主管领导以及卫健委、医保局行政人员，以及台湾地区相关专家进行访谈，总结三明与台湾地区医药卫生健康体系建设的历程与发展现状，发掘两地的医保、医疗卫生服务、健康环境等领域的发展经验。

医疗机构管理者及医务人员访谈：对三明市各级医疗机构管理者及医务人员进行访谈，分析整合型医疗卫生服务体系建设以及医疗机构薪酬制度、绩效考核机制、监督评价机制等方面改革举措与实际效果。

2. 资料分析方法

(1) 定量分析方法：采用比较分析方法，分析三明市及台湾地区卫生健康体系不同领域、不同时期的发展情况；依据内容一致的定量指标，将三明市及台湾地区的同期数据进行横向比较。

(2) 定性分析方法：采用政策分析法，分析三明市及台湾地区卫生健康体系不同领域改革的基本理念、总体目标、重点领域；采用案例分析法，选取三明市及台湾地区可比较的典型案件进行对比分析，总结台湾地区可借鉴的发展经验。

一、背景概述

经济发展、人口结构、社会文化、人群健康状况等社会经济发展要素，在一定程度上决定了卫生健康事业改革模式与发展路径。基于台湾地区的比较，分析三明卫生健康体系及绩效的现状与未来，首先需要对两地的经济发展水平、人口状况、文化传统与健康治理以及人群健康水平等背景情况进行了解，为后续分析提供参考。

（一）经济发展

1. 人均 GDP 及人均可支配收入

近十年来，三明市经济水平快速平稳发展，为卫生健康发展提供了稳固的经费支撑。2011-2020 年，三明市人均 GDP 及人均可支配收入持续快速增长，2020 年分别为 108,674 元和 30,302 元¹，年均增长率达到 9.26%和 9.50%。2020 年，台湾地区人均 GDP 及人均可支配收入分别为 188,179 元和 112,804 元，2011-2020 年均增长率分别为 3.58%和 3.34%²。从绝对值来看，三明市经济发展水平较台湾地区水平仍有较大差距，但经济增长速度以及稳定程度优于台湾地区（见图 1-1）。

1 数据来源：2011-2020 年三明市国民经济与社会发展统计公报。

2 数据来源：2011-2020 年台湾地区财政统计年报。

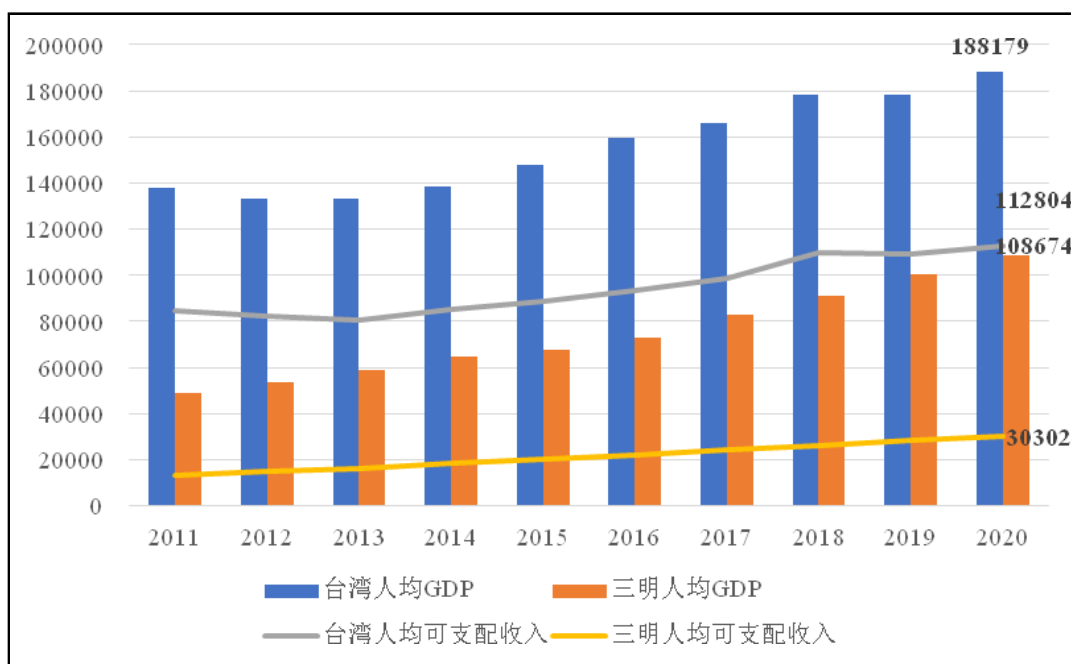


图 1-1 三明及台湾人均 GDP 及人均可支配收入（元）

2. 卫生经费投入

近年来，三明市的卫生经费投入也快速增长，为卫生健康事业发展提供了支撑。2018-2020 年，三明市人均卫生总费用持续增长，2020 年为 3984.43 元³，较 2018 年增长 24.25%，占人均 GDP 的比例为 3.69%。2020 年台湾人均国民医疗保健支出为 12596.17 元，较 2011 年 9.6% 的水平增长 7.42%，占人均 GDP 的比例为 6.7%⁴。从绝对值来看，三明市人均卫生经费投入较台湾地区水平仍有较大差距，但增长速度明显高于台湾地区（见图 1-2）。

3 数据来源：2018-2020 年三明市卫生总费用核算数据。

4 数据来源：2020 年台湾地区卫生福利部年报。

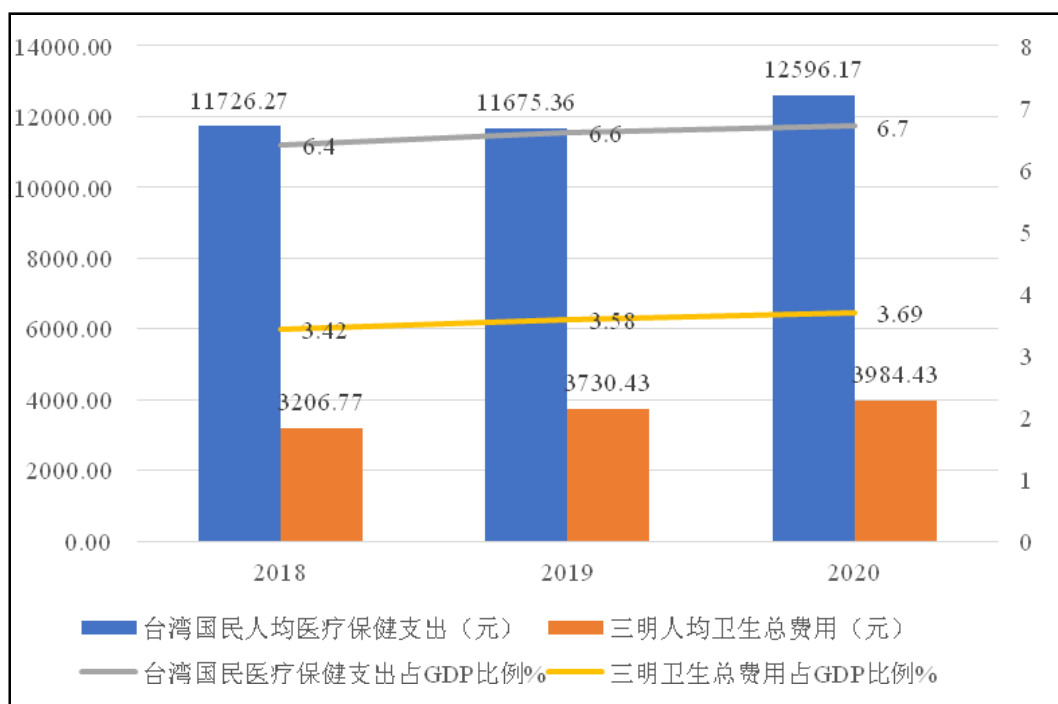


图 1-2 三明及台湾卫生经费投入情况

(二) 人口状况

1. 人口结构

近十年来，三明市老年人口（65 岁以上人口）占比持续增长，由 2011 年的 9.6% 上升至 2020 年的 13.73%⁵。2020 年，台湾地区老年人口占比为 16.1%，较 2011 年的 10.9% 增长 5.2 个百分点⁶（见图 1-3）。总体而言，当前三明市的老龄化程度低于台湾地区，但两地老龄化程度均呈现快速上涨趋势，将使卫生健康体系的负担逐步加重。

⁵ 数据来源：2011-2020 年三明市国民经济与社会发展统计公报。

⁶ 数据来源：2020 年台湾地区卫生福利部年报。

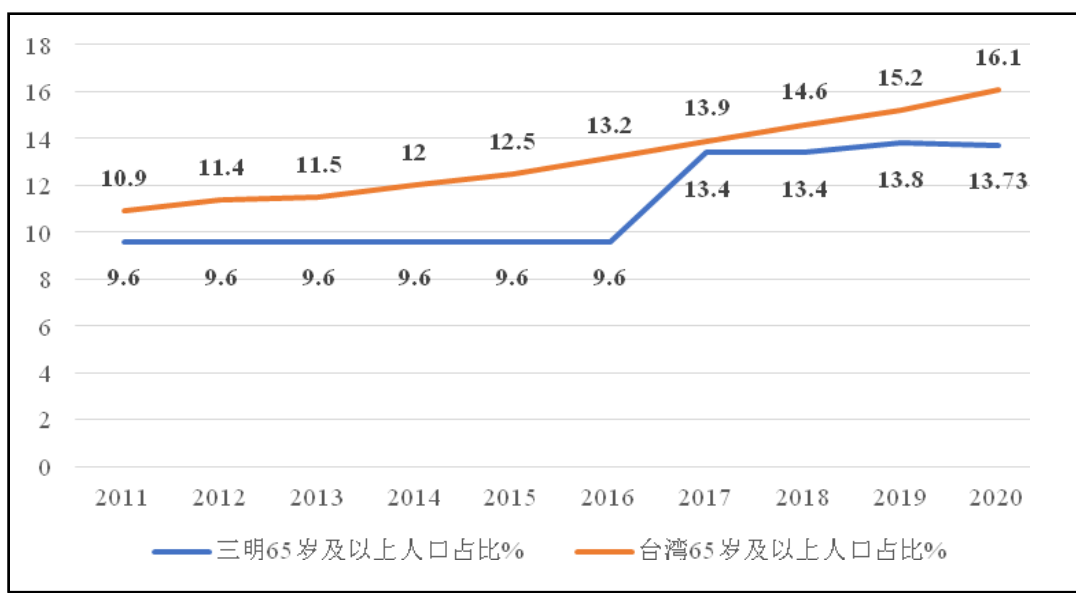


图 1-3 三明及台湾 65 岁以上人口占比 (%)

2. 人口自然增长率及抚养比

2011-2020 年，三明市人口自然增长率总体呈现先增（2013-2017 年）后降（2017-2020 年）趋势，且 2020 年下降明显，仅为 2.35%⁷。台湾地区近年来人口自然增长率逐步下降，并于 2020 年出现负增长（-0.3%）⁸。2020 年，三明和台湾地区的抚养比 [（老龄人口+未成年人口）÷劳动年龄人口数] 较为相近（分别 20.92%和 22.58%），虽然三明市的老龄化程度低于台湾地区，但可能由于劳动力人口外流等因素导致两地人口抚养比差距较小（见图 1-4）。

7 数据来源：2011-2020 年三明市国民经济与社会发展统计公报。

8 数据来源：2020 年台湾地区卫生福利部年报。

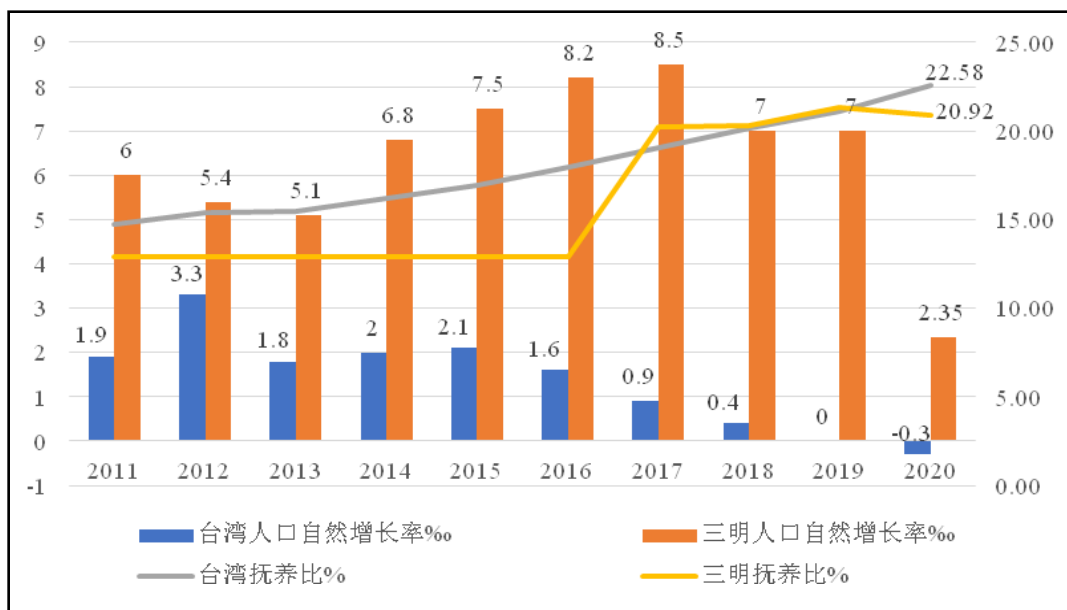


图 1-4 三明与台湾人口自然增长率及抚养比

(三) 文化传统与健康治理

1. 健康治理的文化起源

文化是一个国家凝聚力、生命力和影响力的集中体现，健康治理的理念也根植于文化中。中国大陆与台湾地区文化同根同源，台湾文化以中华文化为主体。中华优秀传统文化的道义思想是促进大陆与台湾健康治理理念形成的文化底蕴：健康治理理念源于“大同世界、天下为公”“人不独亲其亲，不独子其子”“民吾同胞、物吾与也”的泛爱众、兼相爱的原则；也源于中国古代先贤对于“老有所终，幼有所长”“鳏、寡、孤、独、废疾者，皆有所养”理想社会的描绘，崇尚构建合理的公共生存秩序，强调社会的平等和睦，表达了中华民族对于“大同”世界的理想追求。

2. 健康治理理念

健康治理理念是卫生健康事业发展的目标追求和价值导向。党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央提出“要把人民健康放在优先发展的战略地位”，坚持“健康是1，其他是后面的0”“人民至上、生命至上”；坚持“大卫生、大健康发展观念，把以治病为中心转变为以人民健康为中心”。近年来，三明市充分贯彻“以人民健康为中心”，促使政府、医院、医生、医保、医药、个人多方行为变革，体现了“人民至上、敢为人先”的健康治理理念。台湾地区以“大健康”作为健康治理的基本理念，其治理目标是建构完善卫生及社会福利体系，打造“个人生活有照顾、家庭功能恒健全、社区网络更绵密”健康幸福的社会，促进全民健康与福祉⁹，其健康治理的范围覆盖医疗服务、长期照护、健康支持环境、健保制度等诸多方面。

3. 健康治理体系

健康治理体系是国家及地区健康治理活动中一整套紧密相连、相互协调的制度，包括领导体制、运行机制、法律制度等不同层面。在国家治理现代化改革指引下，三明市实施了一系列创新性改革，通过成立医改领导小组统筹推进；通过“三医联动”，优化医疗卫生服务运行机制，实现整治以赚钱为中心、回归以治病为中心、建设以健康为中心三个阶段的持续发展。最终，建立起包括政府办医责任体系、医

⁹ 资料来源：台湾地区“卫生福利部”简介。

疗保障服务体系、健康管护组织体系、健康效益考评监督体系在内的健康保障体系，推进健康治理体系现代化。（详见表 1-1）

经过多年发展，台湾地区已建立起较为完善的健康治理体系。在领导体制方面，台湾地区建立了卫生健康事业主管机构（“卫生福利部”），涵盖医疗、照护、医保、社会救助、疾病管制、食品药物等职能部门；在运行机制方面，台湾地区已逐步建立多元化的服务供给机制，向居民提供医疗服务、长期照护服务、社会救助及社工服务、护理及健康照护、保护服务等健康相关服务。成立国民健康署，通过实施健康福利捐等措施，加强预防工作，营造健康支持环境。此外，通过支付方式改革以及医保监管等方式，充分发挥全民健康保险对于医疗卫生服务体系了的杠杆作用；在法律制度建设方面，台湾地区已形成卫生福利法规体系，通过法律、法规、作业规范对健康相关服务的提供、收费作了详细而明确的规定。

表 1-1 三明市及台湾地区健康治理体系概况

	三明 ¹⁰	台湾 ¹¹
领导体制	<ul style="list-style-type: none"> 成立医改领导小组，统筹有关医疗、医药、医保等政府职能部门 	<ul style="list-style-type: none"> 组建“卫生福利部”，涵盖医疗、照护、医保、社会救助、疾病

10 资料来源：三明市卫生健康政策汇编。

11 资料来源：台湾地区“卫生福利部”官网。

	<p>管制、食品药物等职能部门。</p>
<p>运行 机制</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 医疗：建立高效管理体制和以健康为中心的薪酬分配制度； • 医保：实行三保合一，着力提高医保基金使用健康效益； • 医药：斩断药品耗材灰色利益链条，挤压虚高水分，为“腾笼换鸟”腾出空间。 <ul style="list-style-type: none"> • 多元化服务供给，实施医院评鉴制度提升医疗服务质量，逐步建立长期照护服务体系； • 健康支持环境建设，创新健康福利捐等举措，加强预防工作，营造健康支持环境； • 发挥全民健保对于医疗卫生服务体系中的杠杆作用。
<p>法律 制度</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 依据国家及福建省相关法律法规监督指导工作。 • 建立卫生福利法规体系指导健康相关服务的开展。

（四）健康水平

1. 预期寿命及全因死亡率

基于高效的健康治理，三明市居民健康状况持续提升，在人均预期寿命和全因标准化死亡率方面显著优于全球平

均水平。2015-2020 年，三明市人均预期寿命从 78.89 岁提升至 80.02 岁¹²，全因标准化死亡率从 423.93/万人降低至 401.44/万人。与此同时，台湾地区的人口健康水平也稳步上升，2020 年人均预期寿命达到 81.3 岁，全因标准化死亡率为 390.8/万人，整体健康水平略优于三明（见图 1-5）。

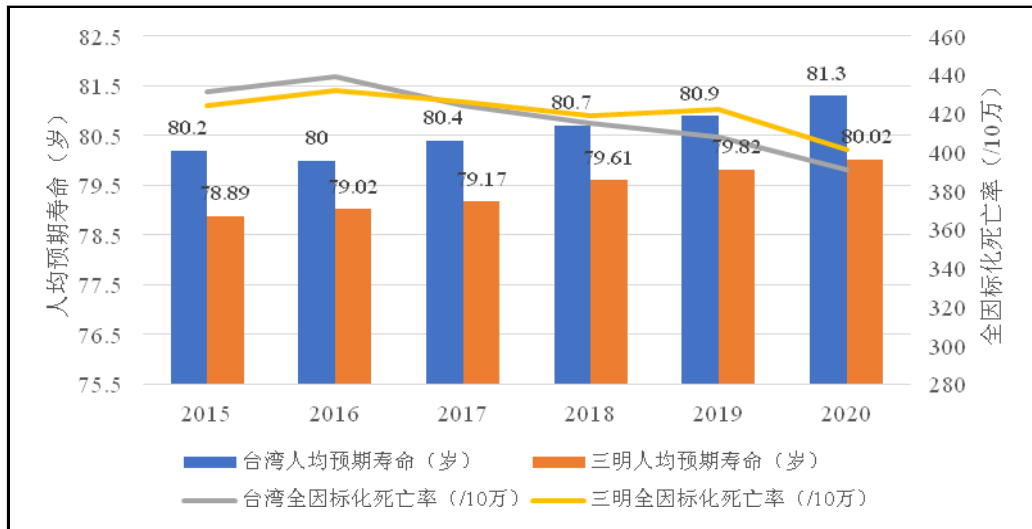


图 1-5 三明与台湾人口预期寿命及标化死亡率

2. 婴幼儿死亡率

2011-2020 年，三明市婴儿死亡率及五岁以下儿童死亡率快速降低，分别从 2011 年的 6.79‰和 9.1‰降低至 2020 年的 3.13‰和 4.59‰¹³。台湾地区 2020 年婴儿死亡率为 3.60‰，略高于三明；五岁以下儿童死亡率为 4.30‰，略低于三明；两地水平均显著低于全球平均(44.97‰和 36.63‰)¹⁴。与台湾地区相比，三明婴儿死亡率及五岁以下儿童死亡率下降速度更快（见图 1-6）。

¹² 数据来源：三明市卫生健康委员会。

¹³ 数据来源：2020 年台湾地区卫生福利部年报。

¹⁴ 数据来源：世界卫生组织数据库。

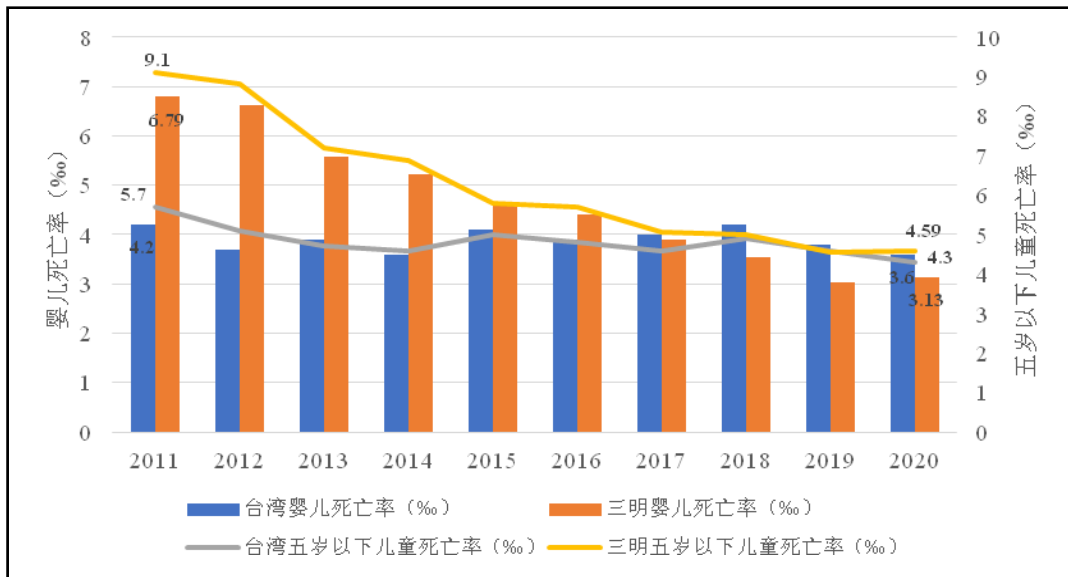


图 1-6 三明与台湾婴儿及五岁以下儿童死亡率

(五) 小结

在经济发展方面，三明市经济发展水平和人均卫生经费投入较台湾地区仍有较大差距，但增长速度更快更稳定，为卫生健康事业发展提供了良好的经济基础。在人口方面，两地均呈现人口自然增长率下降、老龄化程度加剧的趋势，将对当地卫生健康体系造成严重冲击；在健康治理方面，在同根同源的中华优秀传统文化指引下，保障人民健康是三明与台湾的共同追求，台湾地区基于大健康理念的运行机制建设经验值得三明借鉴；在健康水平方面，三明和台湾居民健康持续改善，水平相近，均高于全球平均水平。

二、医保筹资与支付机制

医改前，三明市医药领域问题突出，多年来的医疗市场化部分激励了相关从业者的积极性，短期内减轻了财政负担，但医药营销与服务信息严重不对称特性导致药品和耗材价格虚高、过度医疗严重、公立医院公益性弱化，百姓看病难、看病贵，医疗资源浪费严重、医保基金浪费巨大。同时，作为老工业基地城市，近年来三明市人口外流现象突出，职工赡养负担持续加重，财政困难，2010年，三明市职工医保统筹基金亏空达1.43亿元，2011年亏空扩大到2.08亿元，财政无法兜底，改革势在必行。

医改事关民生大事，但也触及既成体系下的巨大灰色利益。为了强有力地推行改革，解决民众看病难、看病贵的问题，三明市整合卫生相关政府部门职能、管理机制，由党政一把手亲自抓医改，同时需要一位具有统筹协调能力、勇于担当的治理者，作为政府具体负责同志，统一分管医疗、医保、医药工作，将医改工作纳入政府目标管理绩效考核和干部考核，高效有力地推动医药卫生体制改革，突破“九龙治水”困局，让公立机构回归到公益性质，医生回归到看病角色，药品回归到治病功能。2012年1月，三明市成立深化医药体制改革领导小组，成员单位15个部门，市委市政府对医改领导小组充分信任、充分支持、充分授权。在此基础上，三明医改序幕拉开。

2012年，三明市启动医药、医保、医疗“三医联动”改革。整合卫生相关政府部门职能，组建医疗保障基金管理中心，统一负责推进医改和对医药卫生领域的监督保障工作。在医药方面，通过“两票制”、常态化开展药品耗材联合限价采购，砍掉虚高价格，同时调整医疗技术服务价格，探索实施医院全员目标年薪制，完善公立医院的筹资机制，强化医疗机构监督管理，斩断医药领域灰色利益链，提高医保资金使用效益。同时，为推进落实以人民健康为中心，从“治已病”转向“治未病”，三明市探索建设紧密型县域医疗卫生共同体，以实施医保支付方式改革为切入点，将医保资金、财政投入按人头打包给医共体，实行总额包干、超支不补、结余留用，加强对医共体的健康绩效考核，促进医防协同，推动服务模式从以治病为中心转向以健康为中心。

回顾十年医改，三明市主要经历了三个阶段：第一个阶段是治混乱、堵浪费，整治“以赚钱为中心”，主要措施是整治回扣和不正确医疗行为；第二个阶段是建章程、立制度，回归“以治病为中心”，主要措施是政府承担办医责任，改体制，建机制；第三个阶段是治未病、践行大健康理念，倡导“以健康为中心”，主要措施是构建健康保障体系。目前，三明医改初步实现了患者、医院、医生、医保、医药多方共赢，未来将在慢病一体化管理、提升居民健康素养、完善重大疾病预防机制、重点人群健康管控等方面发力，不断深化

改革。2021年，习近平总书记在三明考察时指出：“三明医改体现了人民至上、敢为人先，其经验值得各地因地制宜借鉴。”

医疗保障体系的改革是三明市改革的重点与亮点，是撬动卫生服务体系、公立医院改革的支点。该章节将从三明医改中医保制度的筹资与运行、支付与监管，以及医疗技术的采购和保障层面开展，总结三明市改革先进经验，结合台湾地区健保制度可借鉴的设计，探讨三明进一步深化医疗保障体系改革的方向与路径。

（一）医疗保险筹资机制

医保改革是三明市“三医联动”改革的重要环节，但由于社会经济、历史发展等因素限制，三明市在医保基金筹资方面改革相对有限。基金运行方面，为了明确统一医保基金的管理部门，三明市率先整合卫生相关政府各部门权责，组成了医疗保障基金管理中心，提高管理效率。而在医保模式、筹资模式、基金构成方面，三明市与我国其他省市整体情况基本一致，是在政府主导下、由职工医保与居民医保共同构成的社会医疗保险，由政府、单位、参保人共同分担保费。医改初期，三明市医保资金筹资增速显著加快，民众受益增加，基本医保覆盖率提升，水平公平性显著提高，而由于现行制度仍存在职工与居民医保制度间分割、个人账户资金流动性差、医保筹资渠道单一等不足，医保的运行与筹资也面

面临着垂直公平性不足、利用率低、财务风险集中等问题。

改革医保筹资机制是进一步深化医改必将面临的问题。为完善筹资结构，提高筹资层次，三明市未来可以：优化分担机制，强化政府责任，提高财政在医疗健康领域的投入；同时扩大筹资渠道，建立以扩充缴费基数为基础的多元筹资体系；拓宽基金增值渠道，提高基金结余利息收入；改革不同医保制度，减轻不同参保人权益差异，均衡医疗资源分配；设立医保风险准备金制度，提升医保抗风险能力。

1. 医疗保险模式

与祖国大陆其他地方相同，三明市基本医疗保险由政府主导，现有的医保体系主要由职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险两部分构成，其中职工医保属于强制性保险。2013年，三明市率先统一医保基金管理机构，将城镇职工医保、城镇居民医保与新农合三类医疗保险的相关经办机构整合为“医疗保障基金管理中心”，承担药品限价采购与结算、基金管理、医疗行为监管、医疗服务价格调整等职能；其后于2016年整合医保、卫健委、人社、财政、民政、食药监局等多部门力量组建医疗保障管理局，综合履行医保和生育保险、医疗救助、药品耗材采购、医疗服务价格调整等职能，解决医保制度分割、权责分离等问题。同时，三明市合并了城镇居民医保与新农合基金，组成“城乡居民医保”，与职工医保一同实行市级统筹。通过此项改革，三明市整合了政

府职能，提高了统筹层次，解决各类医保分散管理造成的重复参保、政策缺乏一致性、管理成本高、基金利用效率低、医疗资源分配不公等问题，到 2021 年，三明市基本医疗保险覆盖率达到 98.4%。但与此同时，职工与居民医保仍存在制度间分割，筹资水平、保障范围不同的问题，限制了医保制度公平性的进一步提升，也降低了医保基金的使用效率¹⁵，而城乡居民医保制度整合后内部仍存在垂直面公平性不足的问题¹⁶⁻¹⁷，如何结合当地实际，进一步推动改革，通过差异化设计，优化医疗资源分配，保障脆弱人群，完善公平性，仍需要借鉴其他地区的成熟经验，进一步深入研究。

值得参考的是，台湾地区自 1995 年起实行由政府主办的强制性全民健康保险，直接覆盖全人群，强调“全民互助，风险分担”，将保险对象分为六类。第一类包含受雇人员（含外籍劳工）、公职/公务人员、私立学校教职员、雇主、自营业主、专技人员自行执业者；第二类包含职业工会会员、外雇船员；第三类包含农民、渔民、水利会会员或年满 15 岁以上实际从事农、渔业工作者；第四类包含义务役军人、军校军费生、在恤遗眷；第五类包含合于社会救助法规定的低收入户成员；第六类包含无职业荣民或荣民遗眷家户代表、无职业一般家户户长或家户代表。除六类保险对象直接

15 申曙光.全民基本医疗保险制度整合的理论思考与路径构想[J].学海,2014(01):52-58..

16 仇雨临,张鹏飞.从“全民医保”到“公平医保”:中国城乡居民医保制度整合的现状评估与路径分析[J].河北大学学报(哲学社会科学版),2019,44(02):128-138.

17 周钦,田森,潘杰.均等下的不公——城镇居民基本医疗保险受益公平性的理论与实证研究[J].经济研究,2016,51(06):172-185.

参保外，其眷属也可以享有相同保障，覆盖率达到 99%以上，显著提升了医疗服务的公平性与可及性。

2. 医保筹资模式

三明城镇职工医保实行社会统筹账户与个人账户相结合的筹资模式，除统筹账户外，城镇职工每月保费会按比例划入个人账户，用于支付门诊、药店花费。在积累模式方面，统筹账户采取随收随付制，个人账户则采取部分积累制¹⁸。而台湾地区则不区分缴费人群，采用统一的健保基金，实行随收随付制。

随收随付制强调以支定收，每年筹集的医保费用与当年的医保基金支出基本平衡，一般设有较为灵活的费率调整机制，可以有效发挥再分配优势，提升社会公平性。而部分积累制则在社会统筹外，增加了灵活的个人积累账户，有利于培养被保险人的费用意识，自觉约束医疗消费行为，但同时资金流动性也有所下降，降低了基金利用率，无法体现社会保险的互助性。随着大陆经济社会发展和全民医保的健全，个人账户的局限性日益突出。2012年起，三明市开始建立普通门诊统筹机制，并在改革中不断提高保障水平，从 2017 年 1 月 1 日起，三明市城镇职工医保个人账户划拨金额以 2016 年 12 月份划入金额为基数，今后个人增资调资部分不作为划拨计算基数，为弱化个人账户作用提供了良好的基

18 陈滔，叶小兰，方辉军. 社会医疗保险[M]. 西南财经大学出版社 (崧博), 2019.

础。自 2020 年起，大陆开始对个人账户进行逐步改革，减少个人账户基金计入，规范适用范围，并逐步建立完善普通门诊统筹体系，以实现制度更加公平与更可持续。

3. 医保筹资构成

三明医保筹资构成主要是城镇职工基本医疗保险费用、城乡居民医疗保险费用及其它补充来源，包括滞纳金、基金利息等。其中城镇职工医保主要由被保险人个人及单位缴纳费用，而居民医保则实行财政补助和个人缴费相结合的筹资方式。在缴费费率方面，城镇职工医保以职工应发工资总额为基础，设定基数上下限，缴费比例为基数的 10%，其中单位按参保职工月应发工资总额的 8% 缴纳，个人按月应发工资总额的 2% 缴纳；灵活就业人员以上年度在岗职工月平均工资的 60% 为基数，按 10% 的缴费比例征收。城乡居民医保则采用“均等化”设计，财政补助是其主要筹资来源，其次为个人缴费，采用定额缴费，缴费标准统一。2022 年，三明市进一步提高城乡居民医保筹资标准，个人缴费 320 元、各级财政补助不低于 580 元。

自 2012 年医改以来，三明市对于医保基金的改革主要在支付端，“节流”却尚未充分“开源”，虽然近年来改革成效显著，医保基金尚有结余，但医保筹资渠道单一，财务风险仍然存在。城镇职工缴费基数仅采用个人基本工资，未将非工资收入纳入总额，降低了筹资额度，也不利于社会公

平的进一步实现；同时单位缴费比例偏高，也给企业留下了转移工资支付、减少医保缴费的漏洞。而城乡居民医保的定额缴费制度过于强调“均等化”，忽略了不同居民间的收入差异，以及不同支付能力的差异导致的医保受益不公平¹⁹。

与祖国大陆类似，台湾地区健保基金的筹资主要来源包括被保险人、投保单位与政府。不同的是，台湾地区全民健保费用主要构成有一般保险费、补充保险费以及其他补充性财政来源，包括滞纳金、公益彩券收入、烟品福利捐、保险费滞纳金、保险投资收入等。台湾地区将健保保险对象分为六类，设置保险费不同的个人、单位、政府分担比例。保费费率以家庭总收入为基础，一般保险费率为 5.17%，补充保险费率为 2.11%。2013 年起，台湾地区开始施行二代全民健康保险，相较于一代健保的以“个人工作薪资”为基础缴纳保费，二代健保调整了缴费基础，扩大了保险费征收范围，以“家户总收入”为保费基础，分为一般保险费与补充保险费，一般保险费基数主要是被保险人的家庭薪资收入，补充保险费则包括了薪资外的收入，例如股票分红、租赁收入等，同时调整了费用分担机制，避免了雇主调低薪资以降低缴费金额、政府对高薪资人群补助更多等不公平情况，更符合社会保险“高所得高保费、低所得低保费”的社会互助原则，提升了基金筹资数额的同时，也进一步提升了公平性。

¹⁹ 周钦,田森,潘杰.均等下的不公——城镇居民基本医疗保险受益公平性的理论与实证研究[J].经济研究,2016,51(06):172-185.

此外，为预防基金超支风险，三明市对医保基金使用做出了以下规划：一是规定了医保基金累计结余可支付月数，其中城乡居民医保基金累计结余可支付月数需控制在3个月，城镇职工医保基金累计结余可支付月数需控制在9个月；二是制定基金打包支付方案时，需要预留包干基金总额2%的风险金，再根据参保人筹资金额、大病保险资金等金额确定人均打包支付金额，以减少基金超支风险。在此方面，台湾地区则单独设立了健保安全准备金，安全准备金总额应按照最近1-3个月的保险支出进行储备，下一年基金超支后由安全准备金先行补充。

4. 改革成效

改革初期，得益于整合医保经办机构、提升管理水平、整合城乡居民基本医疗保险、提高统筹层级、加大监管力度等一系列措施，三明市医保基金筹资水平显著提高，2014-2015年度筹资增速均高于16%。然而，由于地区经济发展水平等现实因素制约，三明市在扩展筹资渠道、提高筹资水平等方面并未进行更多改革。2015年后，三明市医保基金筹资增速持续下降，2019年达到6.73%，与当地GDP增速变化趋势基本一致，2020年，由于疫情导致的减征政策，增速下降至2.37%。

针对赡养比逐年下降，职工医保基金抗风险能力面临考验的问题。2019年1月，福建省政府印发了《福建省城镇职

工医保基金全省统筹调剂实施意见》（闽政办〔2019〕13号），建立省职工医保基金调剂制度。福建省医保局统一筹集各地当年应调剂集中的职工医保基金，按照各地当年度征收的职工医保基金收入乘以调剂集中比例计算。2022年将调剂集中比例从原来30%提高为50%，调剂基金总量进一步增大。三明市作为净拨付地区，2019-2021三年间共获得省上下拨职工医保省级调剂金7.6亿元，逐步提高了三明市职工医保基金抗风险能力。

与三明医改不同的是，台湾地区2013年起实施的二代健保改革的重点在于拓宽筹资渠道，通过收缴补充保险费、调整费用分担机制。2013年台湾地区医保基金收入增加了13.35%，之后则持续下降，2017年后增速稳定在2-3%，与GDP增速接近。

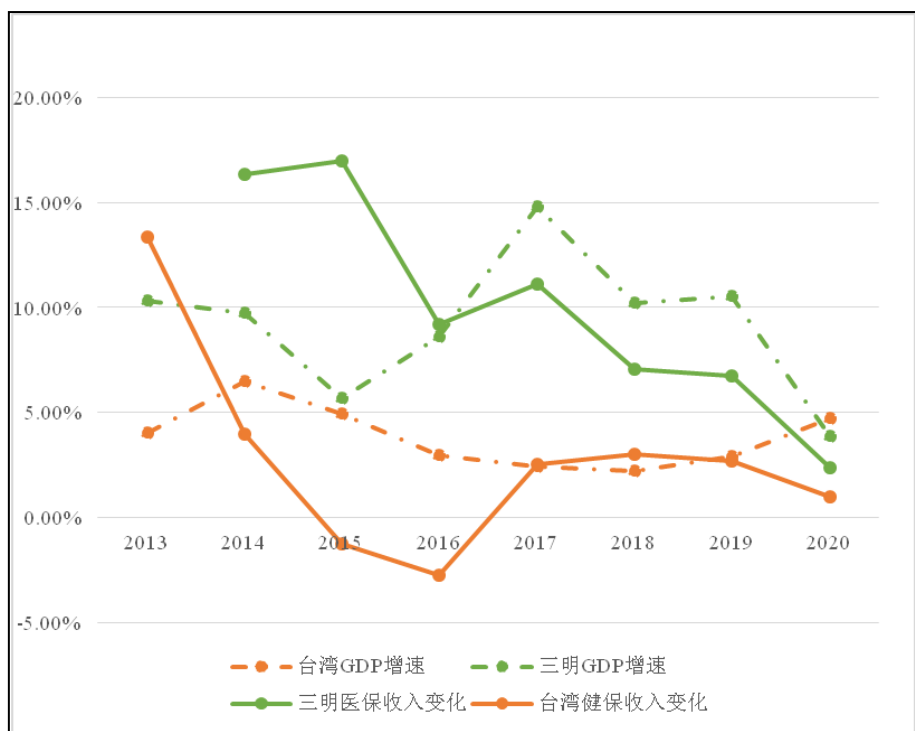


图 2-1 三明市与台湾地区：GDP 增速与医保收入的变化²⁰

三明市作为全国深化医改样板，近年来，经过不断改革完善，三明经验向全国推广的趋势势不可挡。2017年3月，中央全面深化改革领导小组会议指出，三明医改方向是正确的、成效是明显的，要注意推广；2018年3月，国家医疗保障局正式成立，有利于全国医保资源的统筹规划、资源整合、信息一体、集权管理；2019年，我国开始全面推广统一的城乡居民医保制度，并积极推动各省市提高医保统筹水平。2021年，国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革 2021年重点工作任务》，第一条即提出“进一步推广三明市医改经验，加快推进医疗、医保、医药联动改革”，并强调落实各地政府投入责任，进一步完善公共卫生领域投入倾斜政

20 数据来源：2013-2020 三明市 GDP 及医保收支数据；2013-2020 台湾 GDP 及健保收支数据。

策。同年 10 月，国务院医改领导小组下发了《关于深入推广福建省三明市经验，深化医药卫生体制改革的实施意见》，并配套下发《关于抓好深入推广福建省三明市经验 深化医药卫生体制改革实施意见落实的通知》，全面推广三明医改经验。

5. 讨论与建议

(1) 优化分担机制，强化政府责任，提高财政在医疗健康领域的投入

社会医疗保险是由政府主导、关乎全社会公共利益的社会保障政策，政府在其中应担负统筹领导、政策制定、监督管理与财政支持的责任。在财政支持方面，由于经济发展等原因限制，目前三明市与祖国大陆其他地方一致，政府主要针对城乡居民医保、大病救助等方面进行补助，而城镇职工医保基金则仍由参保人个人与单位分担，分担机制相对滞后。与此相对的是，台湾地区健保基金强调个人、单位、政府三者共担，政府投入占比约为 30%，对于不同的参保人，分担机制设计更完善，进一步体现医保对于所有参保人的公平性。

(2) 扩大筹资渠道，建立以扩充缴费基数为基础的多元筹资体系

受限于经济发展水平等现实因素，三明市医保基金相关改革政策主要集中在支出端，筹资模式仍较为单一，制约筹

资水平提升。建议在下一步改革中，三明市可以充分借鉴台湾地区的成熟经验，逐步将公民医保缴费基数由单一工资或定额变为综合收入，纳入如股票分红、租赁收入等其他类型的收入，扩充医保缴费的基数，同时调整合理的保费收缴比例，可以一定程度上缓解工薪阶层的缴费负担，提高医保筹资的公平性和可持续性。同时，三明市也可以参考台湾地区经验，增加如烟酒税等筹资渠道，同时基于当地实际，充分调动社会组织、企业等的积极性，建立多元化筹资体系，进一步提升筹资水平。

(3) 拓宽基金增值渠道，提高基金结余利息收入

三明医保基金结余的利息收入主要来自于存款利息，目前仍执行 1998 年的《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，按不同时间的储蓄存款利率计息，最高为存入社会保障财政专户的沉淀资金，应比照三年期零存整取储蓄存款利率计息。按照中国人民银行存款基准利率，三年期零存整取利率为 1.3%，随着经济增速提升，通货膨胀的出现不可避免，而结余基金则难以实现保值增值的目标，甚至处于贬值状态。未来可以借鉴基本养老金入市的经验，逐步扩展基金增值渠道，探索医保基金市场化、专业化的投资方式。

(4) 改革不同医保制度，减轻不同参保人权益差异，均衡医疗资源分配

囿于社会经济发展水平与历史因素，目前，大陆医保虽然逐步统一了城乡居民医保，但仍采用城镇职工与城乡居民医保的制度分割的模式。但随着经济不断发展，城镇职工、城乡居民医保之间不同的缴费机制、保障范围、筹资模式会带来基金公平、利用效率及可持续性等多方面的问题。在未来的改革探索中，三明市可以借鉴台湾成熟经验，结合本地社会经济实际，逐步减小城镇职工医保与城乡居民医保的筹资与保障水平差距，逐步弱化城镇职工医疗保险个人账户，统筹谋划，加强协调，分阶段、有步骤的推动城镇职工医保与城乡居民医保的整合，为实现统一的全民医保做铺垫。

（5）完善医保风险准备金制度，提升医保抗风险能力

虽然自改革以来，三明市医保基金一直处于收大于支的状态，也同步建立了医保基金超支防范机制，但由于筹资渠道单一，医保基金仍面临着一定的财务风险，需要进一步完善医保风险准备金制度。因此，可以参考我国台湾地区、德国等地的经验，建立科学的计算机制，由当年医保缴费中直接抽取，或增加财政补助共同组成，风险准备金用来在当年医保基金出现赤字时补足缺口，增强医保基金的风险防控能力，同时也减轻财政兜底的压力。此外，也可以考虑提高统筹层次，建立省级、国家层面的风险准备基金池，在全省、全国范围内进行调剂，提升应对突发公共卫生事件等风险的

能力²¹。

（二）医疗保险支出机制

1. 支付方式

支付方式改革的重点是改革付费方式。传统的按项目付费简单明了、管理成本低，结合服务与报酬挂钩的分配体制，能够有效调动医务人员的积极性，但同时这种付费方式难以约束医疗行为，不利于医疗机构加强成本管理、控制医疗费用。随着我国社会经济不断发展，医保覆盖范围与报销水平不断提高，医疗总费用也不断上涨，资源浪费日益突出，迫切需要改革付费方式、控制医疗资源浪费、提高基金利用效率。由此，三明市开始逐步探索与改革，从按项目付费过渡到单病种付费制度，进一步演进到全病种付费（DRGs），再推行 C-DRGs 收付费方式，逐步形成了以总额打包支付结合 C-DRGs 为主，改革过渡期以按项目付费、按人头付费为补充的付费机制，控制医疗费用的同时，规范疾病的诊疗路径，优化医疗资源配置。

2013 年，三明市在全市范围内筛选出 30 个临床路径明确的常见病种，率先在 22 家县级以上公立医院开展单病种付费方式改革；2014 年，单病种结算的目录增加为 40 个病种，并在全市全面开展；同年，为了进一步控制医疗费用，三明市根据全市医院等级及医疗水平，制定了各医院的次均

21 华颖.新冠疫情下典型国家医保政策及启示[J].中国社会保障,2020(12):80-81.

住院与门诊费用限额，采取超出处罚、结余奖励的方式激励医院执行；2015年起，三明市开展全病种付费方式，逐步探索 DRGs 方式的应用，并于 2018 年在全国率先推行了由我国自主设计的 C-DRG 收付费方式²²。目前，三明市已形成了在总额控制下，以 C-DRG 收付费为基础，按项目、按床日、按日间手术付费等多种支付方式共存的多元复合式支付方式，有力地推动了医院收入模式和行为转变，有效地控制了病人医疗经济负担。

在医保支付制度改革中，三明市从基本的保医疗逐步上升到以健康为中心的医保支付制度，提高医保基金的健康效益。2017年起，三明市推行医保基金打包支付制度。该制度以“总额包干、超支不补、结余留用”为原则，将医保基金总额按人头和年度包干给总医院（县区域内紧密型医共体），结余的医保基金可以直接纳入医疗服务收入，健康促进经费可从成本列支。总额打包支付制度结合 C-DRG，可以进一步倒逼医院改革，强化精细化管理，降低内部管理成本和损耗，同时将公共卫生与健康促进纳入保障范畴，进一步提高保障水平与基金利用效率。此外，三明市还采取多种措施减轻患者、医院、企业的负担，例如建立住院周转金制度、预付配送企业结算款制度等。

医保支付方式改革是三明医改的重点，自改革以来，医

22 陈志杰. 三明市“三医联动”改革的路径、效果和评析[D].厦门大学,2017.

药费用控制效果显著，三明市城镇职工医保基金结余扭亏为盈，同时医疗服务质量上升，人民满意度提高。但由于尚在改革阶段，部分制度设计并未完善，如总额支付的费用测算大多基于历史数据与区域人口，而历史数据的准确与可靠性常有欠缺，区域内人口结构、经济发展、疾病谱、科技水平等因素的变化都会影响医疗费用，以历史数据进行测算容易与实际产生偏差，此外在总额分配方面，医保付费方往往掌握绝对的话语权，医疗机构缺少协商权力，可能影响总额测算的准确性。

台湾地区也采取总额预付与 DRGs 相结合为主的支付方式，在一些部门辅助以按项目付费和按质量付费。与三明按县域医共体直接划拨额度不同，台湾地区全民健保支付范围相对更广一些，分为牙医、中医、西医基层、医院及其他等五个总额部门，前四个部门分别以健保局 6 分区所辖范围分配地区预算。为了科学高效地分配预算，台湾地区设立了医疗费用协定委员会，制定了较为完善的总额分配协定流程。值得注意的是，预算需要通过付费方和医疗服务提供者共同协商确立，必须以保险对象需求为中心整体考量，包括人口变化、老龄化、医疗服务成本的变动、新增给付项目、医疗质量提升以及整体经济变化，做到尽可能全面、科学、公平的分配²³。此外，自 2001 年起，台湾地区针对多种慢病开展

23 衛生福利部單位網站. 總額支付制度問答輯[DB/OL].[2022-09-12].
<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-1696-116.html>

按质量付费的探索，以疾病的控制效果作为支付费用的依据，激励医疗、看护服务提供者提高慢病管理能力，从花钱购买“医疗服务”逐步演进到花钱购买“健康”。

2. 支付标准与个人负担

与祖国大陆总体医保制度设计一样，按照不同的医疗保险类型（职工/居民）、不同的就医形式（门诊/住院）、不同的医疗机构级别等，三明市的医保支付设立不同的报销标准，同时设立起付线和封顶线，分层次控制花费。2012年起，三明市率先施行三类医保普通门诊由统筹基金报销，并在后续的改革中不断完善门诊保障机制，引导参保人员在门诊就诊常见病、多发病，降低住院率，减少资源浪费，提高保障水平。同时，通过设计分级的报销政策，使报销向基层倾斜，引导患者合理就诊；设立门诊特殊病种，施行特殊报销政策，不断扩展病种目录，对老年人的门诊慢性疾病制订倾斜性政策，优化资源配置，提升健康水平。

2022年，三明市进一步提高普通门诊报销水平。对于城镇职工医保参保人员，普通门诊起付线由1000元降为700元，而封顶线则由3000元提升到17000元，700元-17000元间可报销的花费部分则由统筹基金按标准支付，按就医机构、是否退休的差异，报销比例约为75%-90%²⁴。对于城乡居民医保参保人员，基层定点医疗机构就诊，不设起付线，报

24 三明市医疗保障局. 三明市医保局完善门诊保障机制进一步提升医保效能[EB/OL].[2022-09-10]. http://www.sm.gov.cn/szfgzjg/ylibzj/zfxxgkml/zcwj/202202/t20220228_1760782.htm

销比例 60%，封顶线 200 元²⁵。在住院花费方面，对于城镇职工医保参保人员，在三明统筹区内住院不设起付线，在乡镇卫生院住院的，医保基金报销 80%；在二级医院、三级医院住院的，医保基金报销 70%，二级定点医院则提高到 75%。对于居民医保参保人，统筹区内住院不设起付线，补偿比例按照不同医院为 50%-80%。此外，为满足群众的就医需求，三明市也不断提高城镇职工、城乡居民医保在异地住院的支付比例。

对于当年度医疗总费用超过 10 万元的大病患者，在享受基本医疗保险及大病补充保险的基础上，按比例实行第三次精准补助，取消封顶线。补助标准根据基本医疗保险统筹基金当年收支结余情况和大病患者个人负担不超过 30%为原则。

值得一提的是，为了促进中医药发展，控制医药费用，三明市针对中医药制定了特殊政策，实行中西医同病同价，医保基金报销向中医技术治疗倾斜，鼓励病人选择中医治疗方案，在福建省率先增设药事服务费项目和中医辩证论治费项目，门诊中药饮片取消起付线，报销 80%，新增 37 种中医非药物治疗项目参照职工普通门诊中药饮片管理政策，鼓励患者就诊中医、使用中药。

自改革以来，三明市不断提升医疗保障水平，扩大保障

²⁵ 三明市医疗保障局. 三明市医疗保障局关于提高城乡居民医保待遇的通知[EB/OL].[2022-09-01]. http://www.sm.gov.cn/szfgzjg/ylibzj/zfxxgkml/zcwj/202202/t20220228_1760782.htm

覆盖范围，切实减轻了群众就医负担，提升群众健康效益。但同时，起付线与封顶线的设计使得就医报销额度有限，医保基金更易出现结余，而这部分结余并未能直接补偿就医群众，这也不利于提升基金利用效率。

在报销与自付设计方面，总体而言，台湾健保自付比例相对较低。台湾地区的被保险人可自由选择就诊的医疗机构，门诊只需自付少许的门诊部分负担，包括门诊基本部分负担、门诊药品部分负担等，而住院时则根据入住急性或慢性病房、住院天数长短，自付总住院医疗费用 5%~30%的住院部分负担²⁶。为鼓励分级诊疗，引导民众合理就医，台湾地区健保制度在转诊与未经转诊的患者按照不同医院等级设定了不同的门诊部分负担额度，门诊药品按照总额设定分担金额，最高不超过 200 元新台币。同时，为了鼓励住院患者及时从急诊病房转入慢性病房，缩短住院时长，合理分配医疗资源，两类病房依照不同的住院日时长设定了不同的个人负担比例，最高不超过 30%。

3. 改革成效

在三明市的医改进程中，医保改革、尤其是支付机制改革是其他体系改革的基础，是三明市医改取得重要阶段成效的关键条件。自医改实施以来，支付改革成效显著：一方面，医疗费用增长得到有效控制，医保基金使用效益提升，城镇

26 卫生福利部中央健康保险。部分负担与免部分负担说明[EB/OL]. [2022-09-12]. https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=BCB1A5D2CBACD6E0&topn=5FE8C9FEAE863B46&fbclid=IwAR3pMLQlvHGDg3zJs1VyXJe6bK4VAOQ3RW47ZkGAwVh2GshweOdD1s9WNcE&Create=1

职工医保基金结余扭亏为盈；另一方面，保障水平不断提高，保障覆盖扩大，患者个人负担不断降低。

(1) 城镇职工医保基金结余扭亏为盈，医保基金使用效益提升

三明市医改前，城镇职工医保基金结余已出现赤字，2010 年负债 1.4 亿元，2011 年负债 2.1 亿元，亏损情况约占当年市本级地方财政收入的 10%-15%。医改后，各项控费措施成效显著，城镇职工基金结余逐步扭亏为盈，2017 年获得 1.7 亿元的盈余。受疫情影响，2020 年减半征收，出现了暂时的小额亏损。

同时，医保基金的使用效益也显著提升。2021 年，城镇职工和城乡居民参保人数为 260.84 万，人均年度拥有医保基金数为 1318 元，而人均年度医疗总费用只有 1871 元，药品耗材人均只有 730 元；此外，人均期望寿命为 80.02 岁，婴儿死亡率为 3.13%，低于全国平均水平的 5.0%。

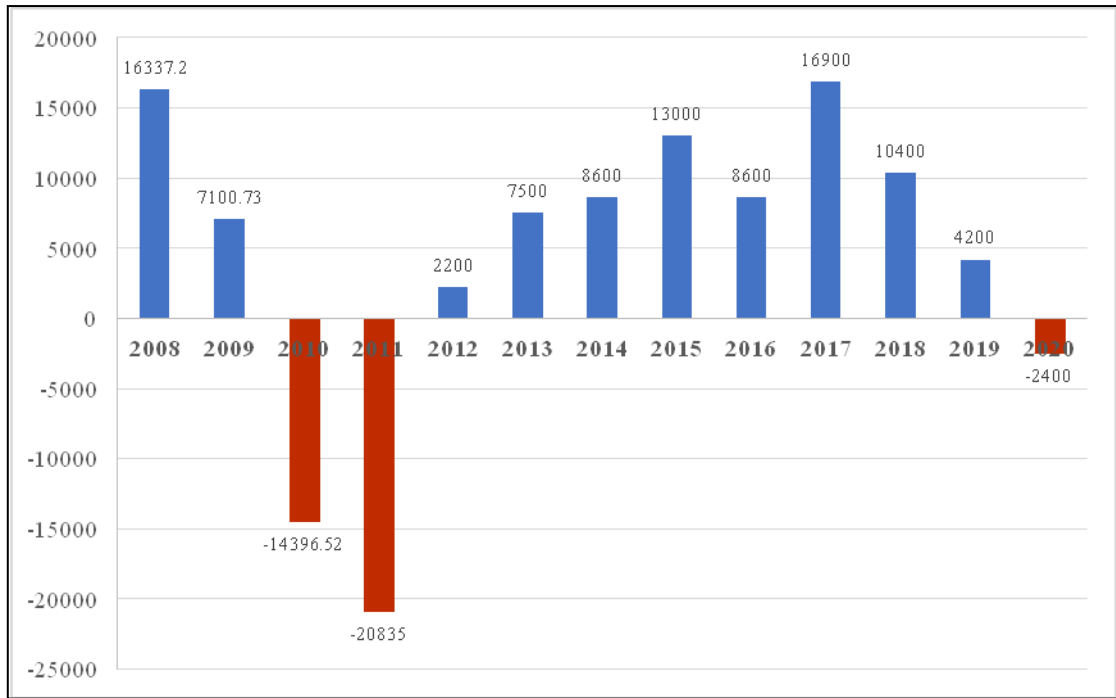


图 2-2 城镇职工医保基金统筹账户结余情况（万元）²⁷

（2）医药总费用增速控制稳定，医保报销比例提高，个人负担降低

医改后，随着经济发展，三明市人均年度医疗费用也不断上升，但医药总费用增速放缓，公立医院医药总费用由改革前年增长率由 18%控制到改革后年均增长 7.19%，低于全国水平，2020 年，三明市人均医疗费用 1678 元，约为全国平均水平的一半²⁸，节约医疗资源效果显著。

²⁷ 数据来源：2008-2020 三明市医保基金收支数据。

²⁸ 人民网. 以人民健康为中心 三明医改再出发[EB/OL].[2022.9.1]
<http://fj.people.com.cn/n2/2021/1118/c181466-35011014.html>

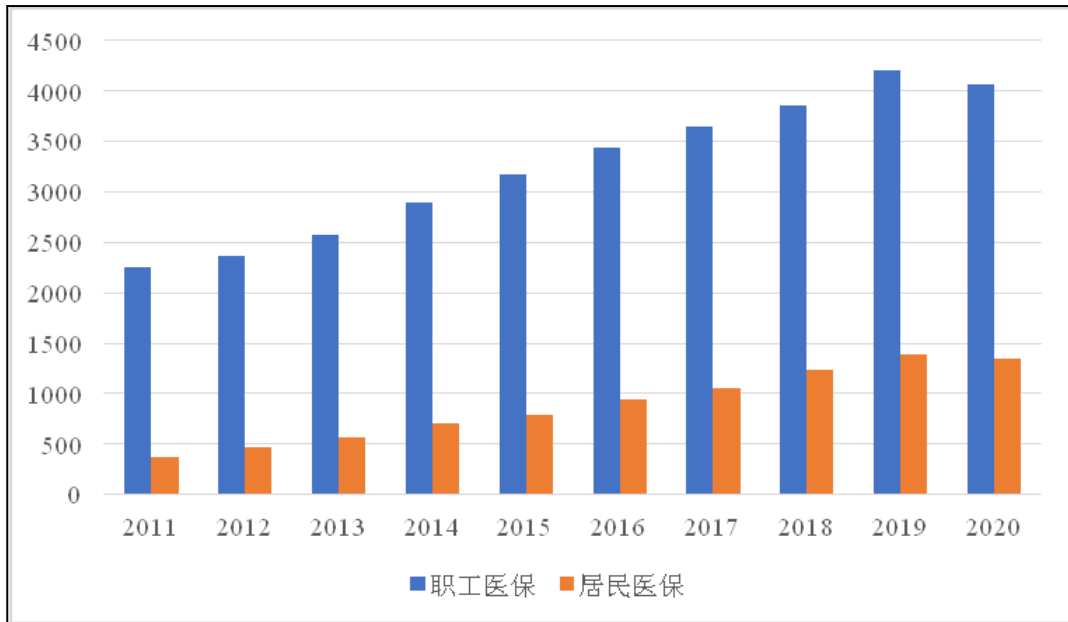


图 2-3 三明市人均年度医疗费用（单位：元）²⁹

同时，三明市不断提高保障水平，扩大保障覆盖，患者个人负担不断降低。2011—2020 年，三明市 22 家公立医院职工医保参保人住院次均费用持平，个人自付费用从 1818 元下降到 1664 元，总费用报销比例由 72.26% 提高到 75.64%。城乡居民医保住院均次费用增加了 29.7%，个人自付费用从 2194 元下降到 1712 元，总费用报销比例由 46.25% 提高到 67.57%。

以三级医疗机构住院的报销比例变化为例，下图可以看出，城镇职工与城乡居民医保在三级医院住院花费的报销比例总体都呈上升趋势，城乡居民医保的上升更为显著，两类医保间差距缩小，医保的公平性提升。

29 数据来源：2011-2020 三明市医保基金运行数据。

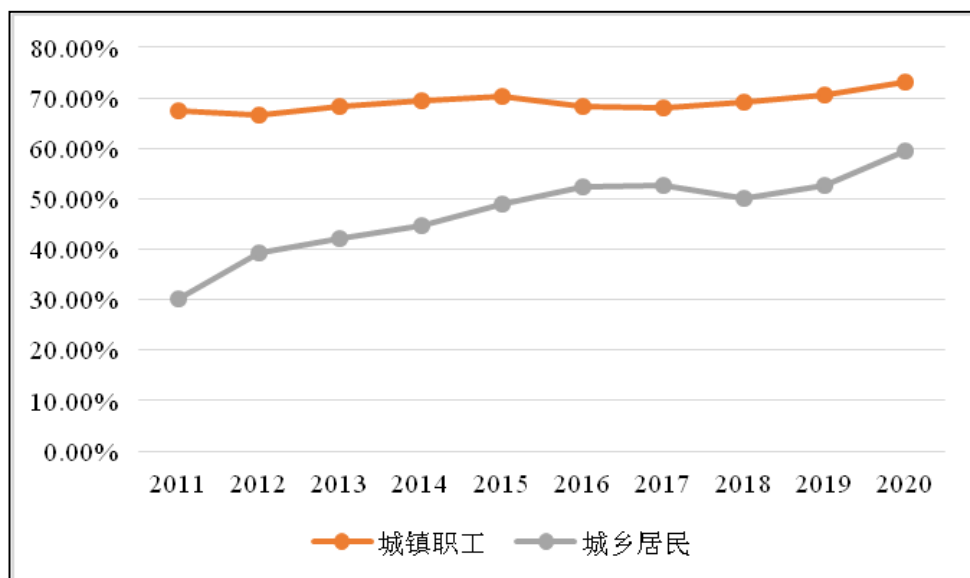


图 2-4 三级医疗机构住院费用报销比例变化³⁰

2021 年，三明市人均年度医疗总费用为 1871 元，个人负担 823 元，约占 44%。其中城镇职工人均医疗总费用为 3660 元，个人负担 1576 元，占比 43.1%；而城乡居民人均医疗费用为 1511 元，个人负担 671 元，占比 44.4%。2021 年，住院医疗共花费 323835 万元，报销比例 60.25%（不含第三次精准补助、大病医疗保险），其中市内报销比例达到 71.27%，显著减轻了患者负担。

（3）医保支付由“买医疗”向“买健康”转变

2019 年，在县域医共体（总医院）的基础上，实行医保基金打包支付，将县域所有参保对象委托总医院管理，为百姓提供生、老、病、死全过程全生命周期的卫生与健康服务，总医院随即变成了区域健康管护组织。鼓励医务人员开展家庭医生签约服务、居民健康知识普及等健康促进工作，引导

30 数据来源：2011-2020 三明市医保基金运行数据。

医疗服务从“治已病”转向“治已病与治未病”并重，最终向以“人民健康为中心”转变。开展医防协同融合，推动医疗资源下沉，提高基层慢病管理与防控能力。

4. 讨论与建议

(1) 进一步完善门诊统筹机制，提升报销水平，减轻个人负担

加快完善门诊统筹机制，实现职工基本医疗保险从个人账户到门诊共济保障的过渡，同步推进职工医保和城乡居民基本医保门诊支付方式改革，进一步增强社会医疗保险的公平性。同时，在基金可负担的基础上，进一步提高医疗费用报销比例，减轻患者个人负担。

(2) 建立健全总额预算的制度与组织架构

科学制定区域总额预算，划定区域医保基金的“安全线”，是实现医保基金安全平稳运行的重要保障。应当遵循“自下而上”的思路，参考国际先进经验，科学测算与调整总额指标，统筹协商额度分配，规范费用结算与支付，同时，建立健全医疗费用合理超支分担机制，在疾病高发、服务需求增加的情况下，根据实际对总额控制指标进行调整。

(3) 发展多元支付方式，探索慢病管理医疗服务的按质量付费模式

在总额预付的框架下，针对糖尿病、高血压、慢阻肺等慢性疾病，借鉴台湾等地的经验，结合县域医共体的一体健

康管护职责，探索开展按质量付费购买慢病防控、管理、治疗全周期服务。通过按质量付费的策略，对相关医疗服务人员、单位实施激励政策，促进系统与服务的优化，同时需要设立完善的质量评估机制，标准、客观地评价服务质量，依照证据完善服务购买与付费计划，提高医保基金的效率³¹。

（4）提升信息技术水平，建立完善数据整合平台

不论是总额预付的完善，还是按质量付费与医防融合的探索，都离不开全面、可靠的人群健康数据。台湾地区非常重视数据积累，由其卫生研究院专门建立了“全民健康保险研究资料库”，数据信息微观到个体患者。健保局和医事团体能够依赖实时数据监督全民健保总额预算制度实施，社会公众则可以利用数据展开研究。而大陆的数据收集与高质量平台建立尚在发展中，三明市健康相关数据分散在医保、卫健委等多个部门，未能实现统一管理，不利于科学测算医保总额预付的分配，也不利于按质量付费项目的循证评价。

（三）药品耗材供应保障机制

1. 医保准入与卫生技术评估机制

当前，全国医保用药范围基本统一，实行统一的医保药品准入机制。自 2018 年国家医疗保障局组建以来，建立健全医保药品目录动态调整机制，调整周期从过去最长的八年大幅缩减至一年，形成了常规准入与谈判准入相辅相成的分

31 武开宏, 刘迎龙. 按质量付费:指导性原则和建议 [J]. 中华医学杂志,2006,86(14): 960-960.

类准入模式。同时，引入卫生技术评估辅助医保决策，组织临床、药学、卫生技术评估与药物经济学、医保等领域专家开展循证评审、测算及谈判竞价。为进一步提升谈判药品的供应保障水平，提高谈判药品可及性，各级医疗保障、卫生健康部门不断调整完善政策措施。2021年10月，按照国家医疗保障局及省医疗保障局的要求，三明市探索建立完善国谈药品“双通道”管理机制，鼓励定点医疗机构及时优化和调整用药目录，将合理使用的谈判药品不纳入绩效考核指标范围，由医保部门合理调整年度医保基金打包支付总额，规范“双通道”处方流转模式，明确定点医药机构的纳入退出机制，公布首批32种纳入“双通道”管理的药品清单。

台湾健保署依据《全民健康保险法》及《全民健康保险药物给付项目及支付标准》办理医保药品及特殊材料的收载、医保支付价格的订定及调整等。2000年，健保署考虑引进卫生技术评估制度，以客观且符合循证医学的方式进行健保决策。2008年4月1日，台湾财团法人医药品查验中心（Center for Drug Evaluation, CDE）医药科技评估组正式成立，负责承接健保署新药案件并在42天内完成评估报告，作为健保署药事小组会议审议药品给付的参考；2011年以后，其逐步将评估范围扩展到健保特材给付案；2014年开始，卫生技术评估（Health Technology Assessment, HTA）被应用于评估某些特殊的创新医疗服务项目，如达芬奇手术

与各种前列腺激光汽化术等。

2. 药品耗材流通与采购机制

药品供应保障改革是“深化医药卫生体制改革的重要任务之一。三明市在整治以赚钱为中心的医改初期，以药品为切入点，出台了一系列药品供应保障改革措施，以破除药品耗材领域的灰色利益链条，挤压药耗虚高的价格，获得改革红利。针对药价虚高、回扣促销、大处方、大检查等乱象，三明市以医疗保障基金管理中心为重要抓手，以公立医疗机构用药限价采购为核心，从采购、配送、使用、结算、监管等方面出台了一系列药品供应保障改革政策，如联合限价采购、两票制、一品两规、统一配送结算、零加成、重点药品监控、治理商业贿赂等（详见下图 2-5）。通过挤压药价与药费虚高成分，破除传统的“以药养医”机制，“腾笼换鸟”转向以治病为中心，建章立制，落实政府补偿、调整医疗服务价格、实行医务人员年薪制等相关配套政策，推动全市公立医院综合改革，实现“群众可以接受、财政可以承担、基金可以运行、医院可以持续”的发展目标。

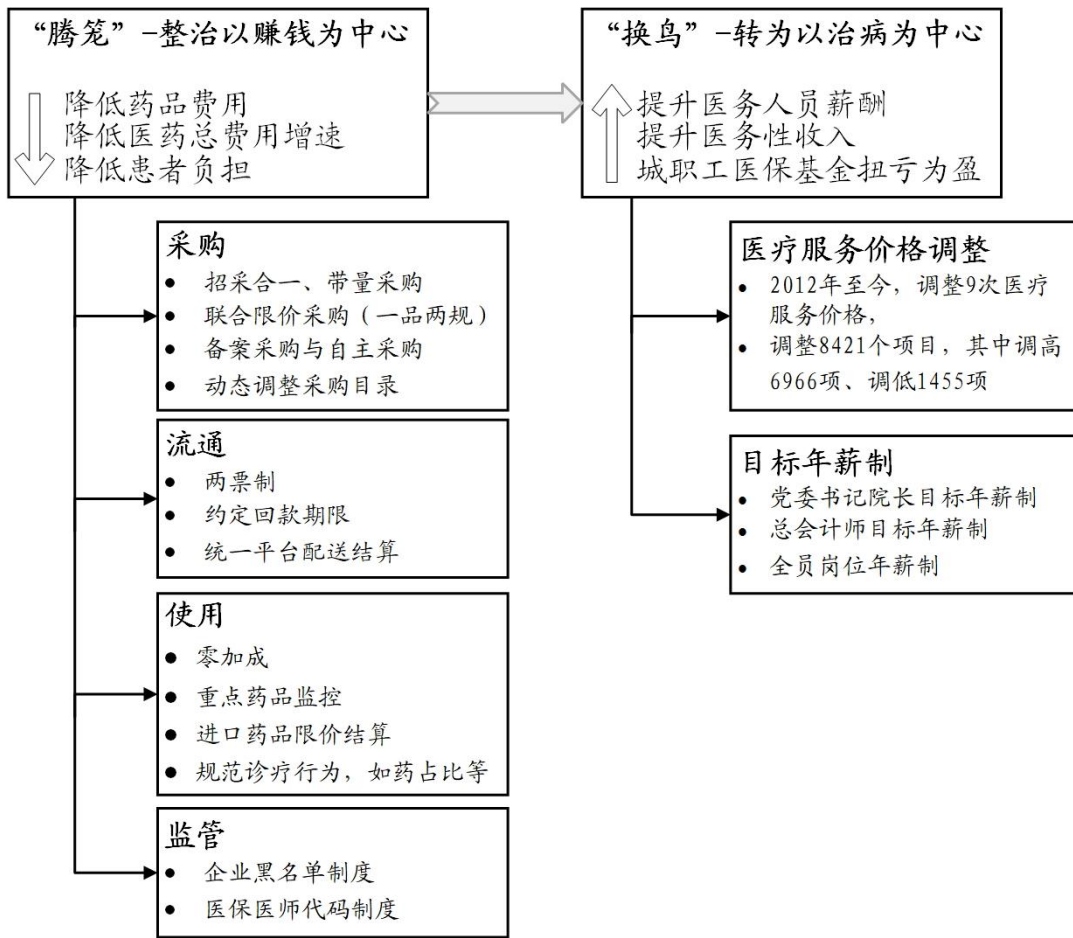


图 2-5 三明市医改前期举措

台湾地区通过医疗机构自主采购与实际市场交易价格调查调整健保目录内药品的支付标准。台湾地区医疗机构的药品采购价与健保支付价的价差归医疗机构所有，因此，医院有足够的动力与制药企业谈判。通常情况下，医院药品的采购价格会低于健保的补偿价格，当二者之间的差值大于30%时，健保署便会调整健保药品的补偿价格，以减小二者的差距。补偿价格的调整以药品市场价格调查(每两年一次)为基础，医疗机构及制药企业均有义务提交真实的药品交易数据。如医疗机构及制药企业不上报药品的实际交易价格或者存在造假行为，健保署则会以取消药品补偿资格或降低补

偿价格作为惩罚。

3. 改革成效

(1) 提高创新产品可及性

创新药医保准入与落地，改善了患者用药可及性。2018年国家医疗保障局主导医保药品目录调整以来，4年累计纳入507个新药，其中250个药品通过谈判议价纳入医保，多数药品获得全球最低价，平均降价超50%，调出391个疗效不确切药品，肿瘤药、慢性病、罕见病和儿童用药等保障短板逐步补齐，保障能力明显提升。2018年以来，三明市各级医疗机构实际采购的国家谈判药品品种数不断攀升（见图2-6），2022年三明市第四批采购目录显示，2021版国家谈判药品中96%（264/275）的品种已在招采平台挂网，持续提升谈判药品的供应保障水平。

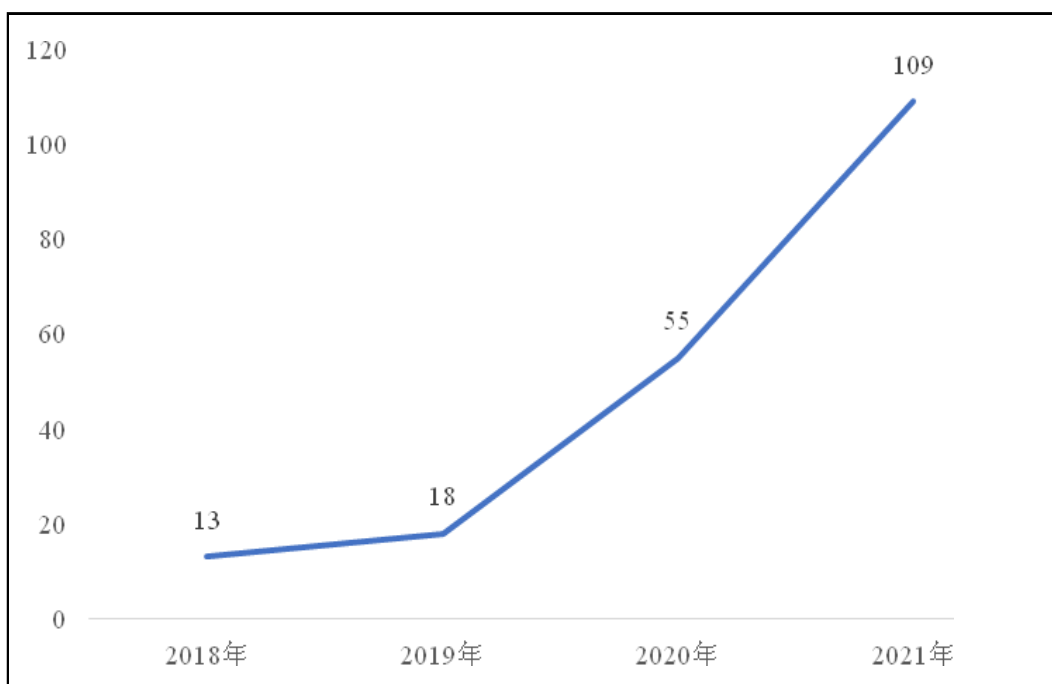


图 2-6 三明各级医疗机构实际采购的国家谈判药品品种数³²

(2) 优化公立医院收入结构

药品耗材流通采购秩序的调整，降低了药耗的价格和用量，规范了医务人员的诊疗行为，优化了公立医院的医药总收入结构，药品耗材费用占比稳步下降。与 2011 年相比，三明市 2012 年和 2013 年县级以上公立医院医药总收入中药品耗材费用占比急剧降低，逐年下降 11.49% 和 10.29%，2013 年到 2016 年呈现稳步下降趋势，2016 年之后在药品耗材费用占比在 33% 左右波动，与福建省同期情况形成鲜明对比（见图 2-7）。

³² 数据来源：三明市医疗保障局药品配送结算科 2014 年-2021 年历年采购数据。

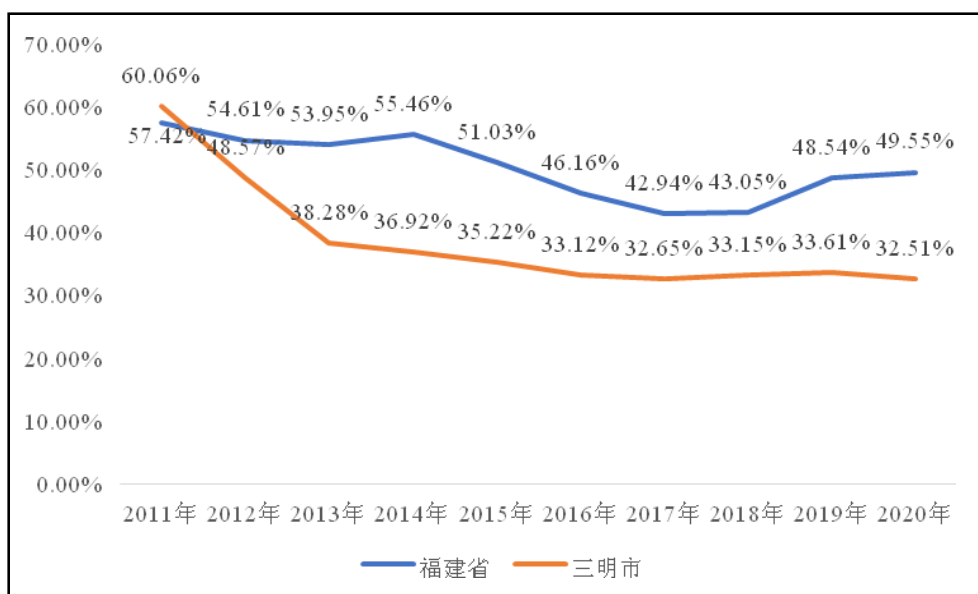


图 2-7 县级以上公立医院医药总收入中药品耗材费用占比情况³³

(3) 集采在全国范围内推广

三明采购联盟（全国）是国家集采和省级集采的重要补充力量，积极探索开展全品类药品耗材的常态化跨区域集中带量采购。2015年12月全国范围内的三明采购联盟（全国）正式成立。至今，联盟成员已覆盖全国16省的31个地级市、4个国家医改示范县，覆盖区域人口逾1.6亿人。截至目前已完成5批药品联采，7批耗材联采。采购联盟平台实现了药品（耗材）联采、交易、结算、支付、供应、监管等全流程智慧化运营管理，按需动态调整采购目录，与全国集采平台价格联动，通过堵浪费、腾空间、调结构，推动“腾笼换鸟”，把三明医改的成效进一步扩大到联盟地区，推进全国医改工作纵深高质量发展。

³³ 数据来源：詹积富. 贯彻新思想践行新理念 建设新时代健康保障体系[R].

4. 讨论与建议

(1) 完善高值耗材的医保准入及评估机制

各地急需建立高值医用耗材医保准入制度，探索高值医用耗材目录管理及调整机制。台湾地区特殊材料依旧遵循分类准入定价理念，一是健保不给付或审议中的特殊材料，患者需自费；二是健保给付的特殊材料，给付方式包括全额给付和差额负担两类；对于财务冲击超过一定额度的特材开展卫生技术评估。

(2) 探索开展高值创新产品的风险分担协议

针对疗效不确定性较大的高值创新产品探索实施风险分担协议，试行开展疗效风险分担或价量风险分担。台湾健保署通过风险分担方式，减少高费用癌症药品³⁴纳入全民健康保险的财务冲击。探索借助医保及医院的信息平台，追踪该产品首次进入医保后的实际使用量及患者获益信息，将真实世界数据转化为真实世界证据，在限定年限内开展高值创新产品的再评估，依此调整医保支付策略，提高医保基金使用效率。

(3) 鼓励患者参与评估

鼓励多方参与评估，特别是罕见病用药领域，邀请患者或病友团参与决策。通过线上和线下渠道收集病友意见，结合 HTA 评估的客观证据、专家的临床经验以及患者的实际

³⁴ 高费用癌症药品指癌症新药建议纳入全民健康保险给付案件的财务预估资料，预估于给付后的五年内，有任意一年的药费支出高于新台币 5 亿元的药品。

情况，对待审药物、器材、诊疗服务等项目进行综合评估。台湾自二代健保以来，药物健保给付决策逐渐纳入病友意见，例如邀请病友团体代表针对给付项目及支付标准表示意见等。

（4）优化联合限价采购质量分层和中标规则

随着药品耗材联合限价采购的扩围，逐步优化产品质量分层规则和中标规则。低价优先的采购原则虽然简单易操作，但是容易挫伤企业的积极性；国产和进口药品质量分层过于粗放。建议构建熔断机制，避免恶性竞争；探索开展最优质质量法评标，在竞标文件满足采购文件全部实质性要求的基础上，按照质量因素的量化指标评审得分由高到低排序确定中标、成交、入围供应商。

（5）完善短缺药品预警和应对机制

完善短缺药品预警和应对机制，实施药品停产报告制度，鼓励医疗机构设置急(抢)救药等库存警戒线，建立健全短缺药品常态储备机制。对国家和省级短缺药品清单中的品种允许企业合理定价、直接挂网采购。加大执法力度，严肃查处原料药垄断、操控市场等违法违规问题。

（四）基金监管机制

1. 基金监管机制

医保基金安全是医保制度平稳运行和可持续发展的财务基础，也是维护广大人民群众医保权益的经济保障。随着

医保制度改革不断深入，参保覆盖面逐步扩大，医保定点机构快速增长，医保基金的管理难度也在不断提升。医保基金的不合理使用及欺诈骗保等现象屡禁不止，对医保治理体系和治理能力提出了严峻挑战。按照国家医疗保障局和省医保局的工作部署，三明市坚持以人民为中心的发展思想，时刻把维护人民群众“保命钱”作为首要任务，定规则建机制、强监管出重拳，深化改革、优化服务，不断提升医保基金监管效率。

一是加强基金监管机制建设。先后印发《关于建立医疗保障基金常态化监管体系的实施意见》等多份文件，建立市医保基金监管工作联席会议制度，成立打击欺诈骗取医保基金专项治理监管工作领导小组和市县两级医保案件审理小组，加快构建严明高效的监管体系。

二是打造智能监控监测平台。一方面开发上线 C-DRG 智能监控系统，要求医院上传完整的病案首页及病程治疗、手术记录等，实时监测医院各项 C-DRG 结算数据。另一方面针对常见违规问题如诊断升级、诊疗不足、分解住院等，编制和调整监测规则，做好“事前、事中、事后”智能审核。再者，将全市 6177 名医师、337 名药师纳入医保在线监管系统，并开展信用管理，促进医师自我规范和自我约束。

三是巩固打击欺诈骗保高压态势。每年开展各类日常稽核、专项整治、飞行检查等工作，如打击“假病人、假病情、

假票据”专项工作，严厉打击欺诈骗取医保基金行为。

四是创新稽查稽核方式。一方面淡化医保目录限制。C-DRG 收付费改革以来，在日常稽查稽核中患者住院费用不受限制性用药、限制性诊疗的约束，仅监测门诊费用；总院医师下沉到医联体基层分院开展诊疗时，诊疗项目和药品不受医院等级限制。另一方面针对性强化稽核检查严处违规医疗，对重复收费、超标准收费、住院费用向门诊转移、不合理用药等违规行为依然强化稽查稽核。

五是强化激励约束机制。通过绩效评价体系与目标年薪制考核，将医保基金使用管理与公立医院书记、院长及医疗服务人员年薪直接挂钩，落实落细公立医院各岗位人员规范使用医保基金的责任，从而遏制“大检查、大化验、大处方”的问题，努力破除医院逐利动机。同时，畅通举报投诉渠道，对分解住院、外购药品等举报，严肃查处。

台湾地区保险人对于保险医事服务机构办理健保的医疗服务项目、数量及品质，遴选聘任具有临床或相关经验的医药专家进行审查，并据以核付费用；审查业务委托相关专业机构、团体办理；针对保险医事服务机构医疗费用申报数据，依医事服务机构类别、科别、医师类别、保险对象类别、案件分类、疾病类别或病例类别等，分级分类对该类案件的医疗资源用量、就医型态、用药型态及治疗型态等进行档案分析；扩大电子化审查范围，强化“智慧型专业审查系统”，

自动连结健保给付规定、审查注意事项、病历电子档案、审查重点等资讯，提高审查的效率和精确度，降低监管成本。

2. 改革成效

医疗保障领域违法违规行为得到有力遏制，群众的看病钱、救命钱得到有效监管。特别是 2016 年底，三明市医疗保障局成立以来，进一步加大医保基金监管力度，持续保持监管高压态势，针对常见问题组织开展专项整治行动，充分发挥大数据监管优势，筛查疑点问题，以点扩面，精准监管，严肃查处医疗保障违规违约行为，2019 年以来因违规问题追缴金额显著高于既往年份的金额（图 2-8）。经过持续大力整治，违法违规违约问题呈现下降趋势。2021 年共追回违规违约资金 1038.6 万元，占全省追回违规违约资金总额 3.28%。

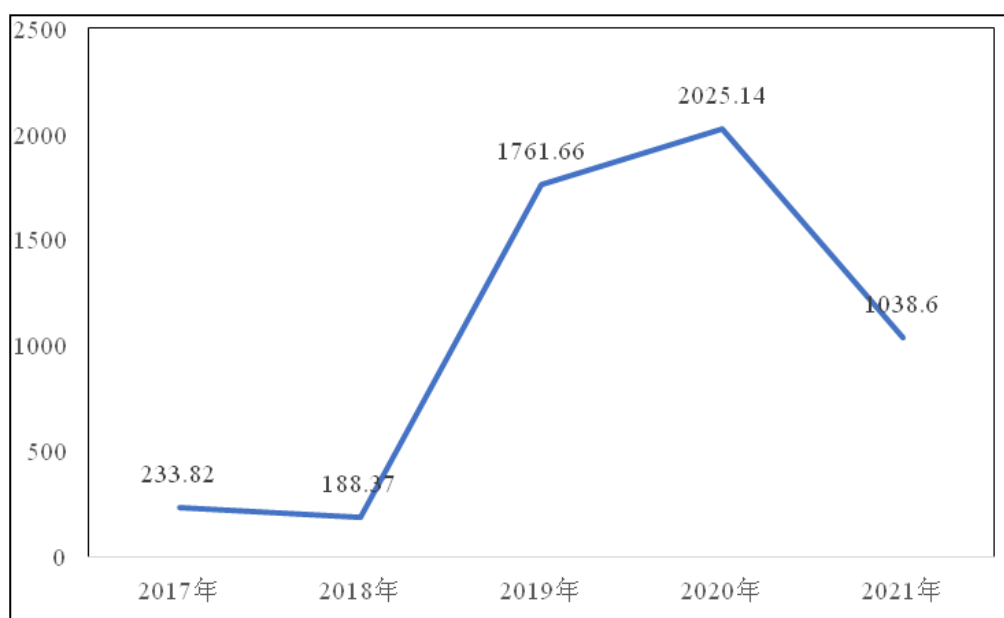


图 2-8 三明市医保基金监管违规问题追缴金额（万元）³⁵

35 数据来源：三明市医疗保障局近年来医保基金监管查处问题分析。

3. 讨论与建议

一是健全基金监管制度体系，推进医疗保障治理体系和治理能力现代化。按照《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）要求，落实各项医保改革设计，完善“不能骗”的制度体系，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，不断增强人民群众医疗保障获得感、幸福感和安全感。

二是创新监管方式，在保证基金安全的基础上监控医疗服务质量。医保部门协同相关部门维护参保群众的利益和基金安全，巩固“不敢骗”的高压态势。优化智能监控体系，促进基金监管由粗放式管理向精细化转变，精准施策，综合运用事前、事中和事后监管措施，监管内容涉及资格认证、服务质量管理、费用管理等多方面，而非片面的关注控费。

三是持续推进“三医联动”改革。深化战略性购买，优化支付方式，腾空间，调结构，使医保基金同时对医疗机构和医生形成激励约束作用，体现医务人员劳动价值，支持好医院、鼓励好医生、采购好药品，平衡各方利益诉求，打造“不想骗”的医疗保障生态环境。

（五）小结

综上所述，2012年以来，针对医药行业的重重弊病，三明市实行了大刀阔斧的联动式体制机制改革。通过改革医保运行与筹资机制、医保支出机制、药耗供应保障机制、医保

基金监管机制等，释放存量，挖掘增量，不断推进医保医药事业高质量发展，构建“以健康为中心”的保障体系。借鉴台湾地区健保改革经验，三明医改奋进新征程，可从以下几个方面着手：

一是完善筹资结构，提高筹资层次，提高基金抗风险能力。医改初期，三明市医保资金筹资增速显著加快，民众受益增加，基本医保覆盖率提升，水平公平性显著提高，而由于现行制度仍存在职工与居民医保制度间分割、个人账户资金流动性差、医保筹资渠道单一等不足，医保的运行与筹资也面临着垂直公平性不足、利用率低、财务风险集中等问题。为进一步深化医改，可以通过优化分担机制，强化政府责任，提高财政在医疗健康领域的投入；同时扩大筹资渠道，建立以扩充缴费基数为基础的多元筹资体系；拓宽基金增值渠道，提高基金结余利息收入；改革不同医保制度，减轻不同参保人权益差异，均衡医疗资源分配；设立医保风险准备金制度，提升医保抗风险能力。

二是进一步提升基金利用效率，减轻患者个人负担，优化医疗资源配置。自 2012 年改革实行以来，医保基金的支付制度改革一直是三明医改的重点，是“三医联动”改革的引擎。由于筹资方面的改革有限，如何改革支付结构，减少资金浪费，在有限的资金池中发挥医保基金的最大效率，就成为医保制度改革的重要环节。三明市通过发展总额打包支

付结合 C-DRGs 的支付方式，实现了控制医疗费用、规范疾病的诊疗路径的目的，同时，结合“三医联动”中医院、医药两部分的体系改革，进一步优化医疗资源配置，注重疾病的防控与管理，将医保基金从“买医疗”扩展到“买健康”；此外，三明市通过建立住院周转金制度、预付配送企业结算款制度、慢病门诊制度等，以及不断提升患者就医报销待遇，结合精准救治政策为大病患者兜底，不断减轻患者、医院、企业的负担。由于尚在改革阶段，部分制度设计并未完善，未来三明市还需进一步深化改革，可以：进一步完善门诊统筹机制，提升报销水平，减轻个人负担，提升医保垂直公平性；建立健全总额预算的制度与组织架构；发展多元支付方式，探索慢病管理医疗服务的按质量付费模式；提升信息技术水平，建立完善数据整合平台。

三是药品耗材的供应保障能力持续提升，着力构建优质高效以健康为中心的供应保障体系。通过联合限价带量采购，降低虚高的药品耗材价格；落实国谈药品“双通道”管理，持续提升高值创新药品的可及性；降低患者的用药负担，优化公立医疗机构收入结构。推进三明医改奋进新征程，持续深化医药服务供给侧改革。探索完善高值耗材准入及评估机制，秉持分类准入及价值导向的战略性购买策略；依托智能化信息平台开展风险分担协议，降低高值创新产品对医保基金的冲击；实施多元化评估，鼓励患者参与决策；持续推

进集中带量采购，优化质量分层，构建熔断机制，避免恶性竞争；完善短缺药品预警和应对机制。

四是医保基金监管体系和工作机制日趋完善，持续推进医保治理体系和治理能力现代化。改革以来，三明市医保基金监管相关主体的责任更加明确，监管工作呈常态化、规范化。专项检查、飞行检查、专家审查等多样化的监督检查方式相互补充、相互促进；智能化医保信息平台监控增强了各种检查方式的规范性、针对性、有效性；优化稽核范围，强化激励约束，开展医保医师信用管理，鼓励社会力量参与医疗服务监督，严厉打击欺诈骗保行为，严处违规医疗行为，持续追缴违规违约资金，为保障基金安全、促进有效使用、维护公民权益提供了坚实保障。按照国家局及省局部署，持续推进医保基金精细化管理，精准施策，优化医疗服务质量监控，完善事前预防、事中监管、事后核实的全流程智能化监管模式，提高监管质量和效能。

三、整合型卫生健康服务体系

建立优质高效的整合型医疗卫生服务体系（PCIC）是我国深化医药卫生体制改革的重要目标，也是为公众提供全方位、全周期健康服务，着力增强人民群众的健康获得感、幸福感和安全感的必要条件。本报告将从医疗服务上下联动、疾病防治结合、传染病监测防控、医养结合与长期照护、医疗信息化建设五个方面开展分析和比较。

（一）医疗服务上下联动

1. 三明分级诊疗特色举措和成效

（1）构建紧密型医联体

三明市于 2016 年成为首批分级诊疗试点城市和医联体建设试点城市，现已组建 10 个县级医共体（总医院）和 2 个城市紧密型医联体。三明通过充分考虑医疗机构地域分布、功能定位、服务能力、业务关系、合作意愿等因素，探索分区域、分层次组建多种形式的医联体，推动优质医疗资源向基层和边远贫困地区流动；通过建立健康管护组织模式实现对全市居民的健康管护和医防融合，以组建总医院为载体，以实施医保打包支付为切入点，推动优质医疗资源下沉基层，为群众提供“全方位、全过程、全周期”健康服务。

（2）医保基金“双打包”制度

三明市作为按疾病诊断相关分组（C-DRG）收付费改革试点城市之一，从 2018 年开始，建立医保基金“双打包”制度，形成了以医共体为单元，在总额控制下，以 C-DRG 收付费为基础，多种支付方式并存的复合式支付方式。一方面采取“一组团、一包干、两确定”机制，实行“总额包干、超支不补、结余留用”，将医保基金打包给总医院，并确定结余的医保基金可直接纳入医疗服务收入，用于计算工资总额，健康促进经费可从成本中列支，为提高医务人员收入提供了内在保障，并为促进医共体内各成员单位构建整合型医疗卫生服务体系、落实分级诊疗提供了内生动力。另一方面，打破疾控和医疗服务在职称结构、业务分工和服务收费等领域的界限，实现医防工作衔接联动、服务整合连续、人员柔性流动。以医保支付方式改革为驱动，依托紧密型县域医共体建设，打造出了以预防为主和以健康为中心，具有中国特色的健康维护组织模式，将支付方和服务方整合，形成闭环，从而高效控制了医疗成本，将防、治、管、教相结合，引导医疗卫生机构从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变。

（3）双向转诊成效

近年来，三明市双向转诊患者人次数显著增加，2021 年，全市累计开展双向转诊 8.2 万例。2020 年，市第一医院、中西医结合医院及大田、建宁、将乐、明溪、宁化、清流、泰宁、永安、尤溪、沙县县域医共体双向转诊人次数达 6.56 万人次，上

转患者人次数为 2.52 万人次，下转患者人次 3.68 万人次。双向转诊结构明显优化，下转患者占双向转诊患者比例逐年增加，2020 年三明市上转人次数占比 38.39%，下转患者人次数占比 56.03%。患者就医流向由“自发、无序”向医疗机构间双向“转诊、有序”转变，上级机构对下级单位的辐射带动作用也显著增强，上下联动工作卓有成效。

表 3-1 三明市 2020 年县域医共体上下联动工作情况

县域医共体	双向转诊 人次数 (万人 次)	下转患者 人次数 (万人 次)	下转患 者人次 数占比 (%)	上转患 者人次 数(万人 次)	上转患 者人次 数占比 (%)
大田县	0.40	0.25	63.89	0.14	36.03
建宁县	0.27	0.05	18.00	0.03	11.00
将乐县	0.28	0.03	10.71	0.07	26.37
明溪县	0.13	0.10	73.71	0.03	0.26
宁化县	0.10	0.03	34.44	0.06	65.56
清流县	0.13	0.02	1.55	0.12	11.79
沙县	2.52	1.29	51.33	1.22	48.66
泰宁县	0.16	0.08	51.13	0.08	49.00
永安县	0.49	0.24	49.40	0.25	50.60

尤溪县	0.81	0.71	87.50	0.10	12.50
市第一医院	0.80	0.67	6.50	0.13	1.29
市中西医结 合医院	0.48	0.20	0.42	0.48	0.58

2. 台湾分级诊疗特色举措

(1) 明确各层级医疗机构定位

与三明类似，台湾分级诊疗工作也始于各级医疗机构的明确分工和定位。首先划分一级、二级和次级医疗区域，合理分配医疗资源；同时根据医院评鉴结果将医院区分为医学中心、区域医院及地区医院 3 个层级，作为区域内分级转诊的基础架构，明确各层级医疗机构的任务与定位。其中，地区医院提供一般及专科门诊和住院医疗服务，能有效支持区域内基层医疗单位提供小区医疗服务，强化其于小区中提供紧急医疗服务的能力，建立与区域医院或医学中心转衔及后送机制，成为向上承接医院下转病人、或向下支持基层医疗单位的枢纽，串连急性后期照护、小区居家照护、小区安宁疗护等各项服务，促进医疗体系整合。

(2) 构建急诊转诊网络，完善转诊通道

台湾地区急救责任医院被规划为 14 个急诊转诊网络，其中急重症病患的急诊急救中心设置在各网络基地医院，为特定紧急伤病患提供绿色通道，提供急诊病人向上、平行、向下无缝接轨的急诊转诊服务，并建立电子转诊单，使各医院急诊转诊信息透

明，院际间转诊沟通与互助更为顺畅，并以此为基础，逐步扩大至住院及加护病房病人的转诊服务。

(3) 加强与基层合作，发展持续性照护模式

促进医院与基层医疗机构合作，发展持续性照护模式。通过持续性照护模式试办计划，建立不同层级医疗机构间的整合照护模式，发展个案管理机制，促使医疗服务能有效自医院转衔至小区，逐步落实分级医疗及家庭医师制度。以现有小区医疗群（分布在小区的诊所群聚）为基础，提升基层诊所医疗质量与效能，强化医师全人医疗照护能力及疾病管理能力，倡导进行分级医疗及利用小区医疗群 24 小时电话咨询服务，建立基层诊所、小区医疗群与小区医院、区域医院间双向转诊网络。此外，实施医疗区域辅导计划，依据各区域民众的医疗需求，针对不同性别、族群、地区、产业与工作属性群体，发展整体性、持续性与便利性的医疗照护网络，建立区域内医疗资源整合沟通协调平台，协助医疗院所开发病人安全及医疗质量作业模式。

3. 讨论与建议

三明市和台湾地区在推进医疗机构上下联动均取得一定成效，但仍然具有很大的进步空间。基于台湾经验，三明未来可通过以下方面促进医疗服务上下联动：

(1) 将私立医疗机构纳入整个医疗服务体系，鼓励民营机构和各级公立医院开展合作。尽管我国大陆基层医疗卫生机构各

类人员数逐年增加，其增速仍旧缓慢，与真正落实分级诊疗所需基层卫生人员数存在较大差距，也无法与群众日益增长的医疗健康需求匹配。台湾地区将私立医院和私立诊所等各类民营医疗机构纳入整个医疗服务体系，这一做法能够有效分担公立医疗机构救死扶伤、治病救人的职能，方便参保者就近就医。目前我国大陆整体私立医疗机构发展较为缓慢，三明可借鉴台湾社区医疗群的做法，鼓励民营机构和各级公立医院开展合作，切实提高医疗服务的普及性和患者服务能力。

（2）加强医疗机构与养老护理机构的联结，引进个案管理制度，推进持续性照护模式建设。目前，三明医疗机构与照护机构仍是完全分开的，没有联结养老与医疗的持续性照护机构体系。2015年，台湾先后通过“长照服务的有关规定”和“长照保险的有关规定”，分别对长照服务体系基本事项以及长照保险基本事项进行界定和规范。此外，台湾自2016年起启动“长照十年计划2.0”，通过扩充50岁以上失智症患者、55-64岁失能平地原住民等失智失能服务对象，增加原住民地区社区整合型服务、社区预防性照顾、衔接居家医疗等服务项目，简化补助经费核销流程，构建社区整合型服务中心、复合型服务中心、巷弄长照站ABC三级社区整体照顾模式等手段，建立以社区为基础的连续性长照体系，实现长照服务资源的因地制宜和优化配置，形成多元专业投入合力推动长照服务资源发展，为民众提供优质平

价、普及密集、弹性多元和连续整合的服务。

（二）疾病防治结合

1. 慢性病管理

（1）三明慢性病管理重点举措

近年来，三明市慢病管理工作可分为三个阶段：1）2017年前，着力打造“全民健康四级共保工程”。以尤溪县为试点，着力构建市、县、乡、村四级医疗卫生机构联动机制，推行城镇职工和城乡居民与县乡村医疗机构签约服务，组建基本型、标准型、提高型等类型的家庭医生团队。2）2018-2019年间，通过“健康三明”体系建设，推进慢性病一体化管理工作，出台了一系列以慢性病一体化管理为核心的绩效管理辦法，并逐渐量化、标准化、规范化考核指标，以打好慢性病管理攻坚战，提高慢性病防控水平。3）2020年至今，通过全面实施“医防融合”，推动三明医改奋进新征程。在原有医共体网络的基础上重构了新的预防与卫生健康网络，以慢性病管理与疾病预防作为医防融合的切入点，通过医疗与疾控的功能互补，实现真正意义上的“以健康为中心”。



图 3-1 三明市近年慢病管理工作重点

台湾地区慢病管理工作则始终由国民健康署统筹负责，协同县市卫生局、各级医疗院所，并结合民间力量，全面构建伙伴关系，通过个人、环境及政策的发展，提升民众健康、预防疾病、延长寿命，以期减少社会不平等，增进和谐与繁荣。台湾倡导跨界合作的宣传通道，通过电视、广播、杂志、网络、实体活动等传播相关保健知识；注重校园、患者支持团体的作用，深度耕耘以强化群众认知、促进患者自管自救；构建以患者为中心的多重慢病综合管理机制，通过整合照护与信息支持，改善患者慢病管理体验及长期效果。此外，针对癌症这一突出问题，则通过颁布法律的方式，以确保相关工作的重要性和一贯性。

（2）三明慢病管理工作亮点

1) 医防深度融合，构筑紧密、清晰的权责框架。三明当前

慢病防控网络可分为三个层级：第一级为“医防融合办公室”，负责对工作进行统一调度安排；融合办由各总医院与疾控机构等公共卫生机构联合成立，市医防融合领导小组由分管副市长担任组长，并下设医防融合办，由卫生健康委分管领导兼主任。第二级是医共体内的总医院，承担常见疾病及疑难杂症的诊治及慢病管理功能。第三级是基层医疗机构，负责为区域内的居民提供家庭医生签约及健康管理、健康宣教等服务。同时，部分试点社区组建起由疾控人员、医院医务人员等构成的工作团队，协助慢性病患者进行健康管理。此外，为打破医防之间的壁垒，三明市建立了健康信息互联网平台，实现了网络内医防数据的共享。整体来看，三明通过搭建权责清晰、层次分明的组织行动框架，使所有健康相关方协调、紧密连结并形成合力，令医防融合程度不断加深，慢病管理工作逐渐系统、全面。

2) 健康层层管护，搭建综合、协调的管理体系。健康管护组织是三明医改工作重心转移到“以人民健康为中心”上的重要实施载体，是一个“以人民健康为中心”的综合型服务体系。在责任落实上，健康关乎组织明确是医疗、预防、健康管护，预防的具体内容包括生活方式管理、需求管理、疾病管理（重点是慢性病）、灾难性病伤管理、残疾管理、综合人群管理、公共卫生管理等。在资金分配上，医保基金按人头年度打包支付给医共体（总医院），钱随人走，秉持“总额包干、超支不补、结余留用”

原则，切实提高医保基金使用效率，医保基金从只支付医疗服务扩展到健康管护。由此可见，健康管护服务体系是三明多年医改成果的延伸，是“医防融合”的具体实现形式。健康管护令慢病管理工作团队有组织、方向有领导、行动有方案、结果有考核。

3) 重点清晰突出，创新“四分”、智能的管理模式。三明创建了以国家基本公共卫生服务为基础，突出重点人群的管理模式。四个重点人群包括 0 至 6 岁儿童、孕产妇、65 岁及以上老年人和建档立卡的贫困户。创新慢性病“四分”管理和“积分制”管理模式（分区、分类、分级、分标）：总医院、社区、基层慢性病管理团队按分片包干原则负责所包片区的管理（分区）；管理高血压、糖尿病、严重精神障碍、肺结核四类慢病（分类）；组建县—乡—村家庭医生签约团队，实行县—乡—村三级管理（分级）；根据采集的数据判定为红、黄、绿三种标识（分标）；积分制即对辖区内 35 岁以上的慢病患者（高血压、糖尿病），根据自愿原则，签署慢病积分制管理知情书，获取“慢病一体化患者自我管理服务手册”，主动参与积分制管理获得相应积分。以健康大数据为切入点，借助信息平台智能与设备智能，重构全民健康管理新路径。三明在构建慢病管理模式时，能够抓住问题的主要矛盾，以关键点、重点为核心，条分缕析层次环节；同时依托信息科技，让技术进步带动管理进步，实现由“以治病为中心”向“以健康为中心”转变。

(3) 三明市近年慢病管理工作成效

2015-2020 年间，三明市全因标化死亡率与慢性非传染性疾病标化死亡率整体皆成下降趋势，其他原因标化死亡率趋于平稳；全因标化死亡率与慢性非传染性疾病标化死亡率的相关性系数达 0.9941，慢病造成的死亡在所有死因中的占比也不断增高。同样的数值趋势也出现在台湾的死因统计结果中，2015 -2020 年，台湾全因标化死亡率从 4.32‰降为 3.91‰，慢性非传染性疾病标化死亡率由于统计口径不同，显示从 2.82‰降为 2.54‰，但仍能看到其他原因造成的死亡也趋于稳定。（图 3-2）

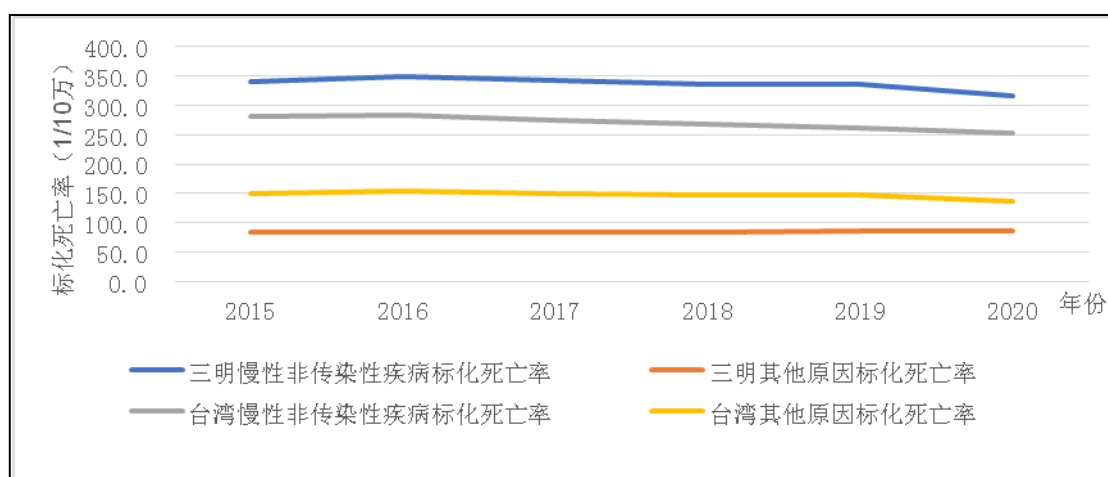


图 3-2 2015-2020 年三明、台湾两地慢病死亡情况³⁶

三明市 2015-2020 年主要死因死亡率的数据显示，恶性肿瘤造成的死亡始终处于首位，且死亡率逐年增高；其他慢病（心脏病、脑血管疾病、呼吸系统疾病）造成的死亡则呈波动下降趋势。数据提示，三明多年来慢病管理取得了一定成效，以高血压、糖

³⁶ 台湾数据来源：台湾国民健康署 2015-2020 年《死因统计年报》

糖尿病为代表的重点慢病管理工作，对延缓疾病进展至终末期起到一定作用；同时恶性肿瘤造成的问题逐渐凸显，值得相关方在接下来的工作中重点关注。由于统计口径的不同，很难直接对比三明市其他死因死亡率与台湾的对应结果，但在对恶性肿瘤标化死亡率的比较上，可以看到尽管台湾恶性肿瘤造成的死亡也远高于其他病因，但数值正逐年下降，提示近年来台湾癌症防治工作取得成效，相关工作经验值得进一步研究。（图 3-3、3-4）

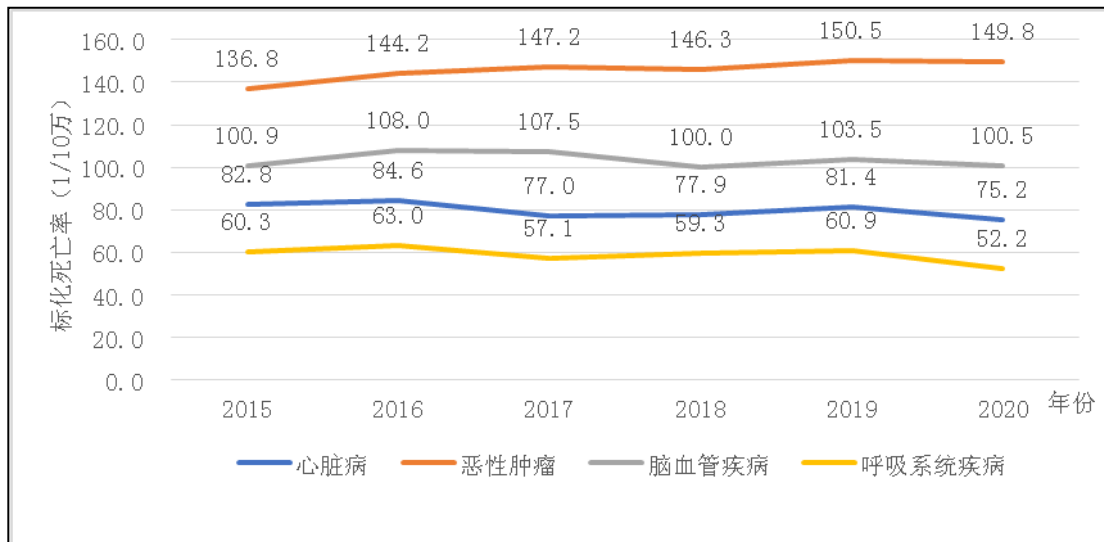


图 3-3 2015-2020 年三明市主要死因死亡率

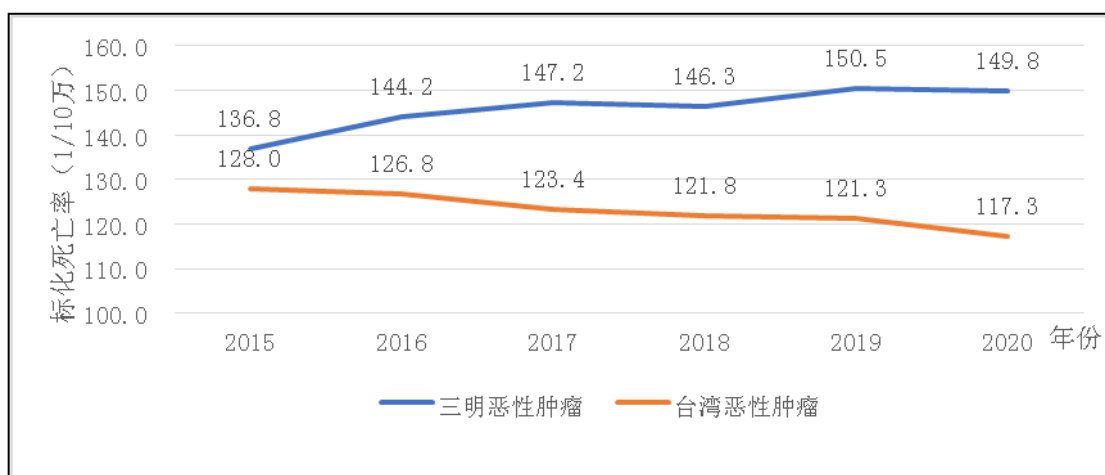


图 3-4 2015-2020 年三明、台湾恶性肿瘤标化死亡率

对比 2015 年以来两地主要恶性肿瘤标化死亡率，本研究发现原发位置在肺部（包括气管及周围组织）和肝部（包括肝内胆管）的恶性肿瘤，造成了最多的患者死亡，其中两地肝癌标化死亡率数值接近且均逐年降低；肺癌标化死亡率则均有波动，其中三明呈螺旋上升趋势，而台湾肺癌死亡率则趋于平稳。其余恶性肿瘤发生位置及对应标化死亡率均有不同，其中三明胃癌标化死亡率仍较高，对应的死亡构成比也始终在 12% 以上；结直肠癌与食管癌造成的死亡紧随其后，提示消化道肿瘤问题应引起重视。

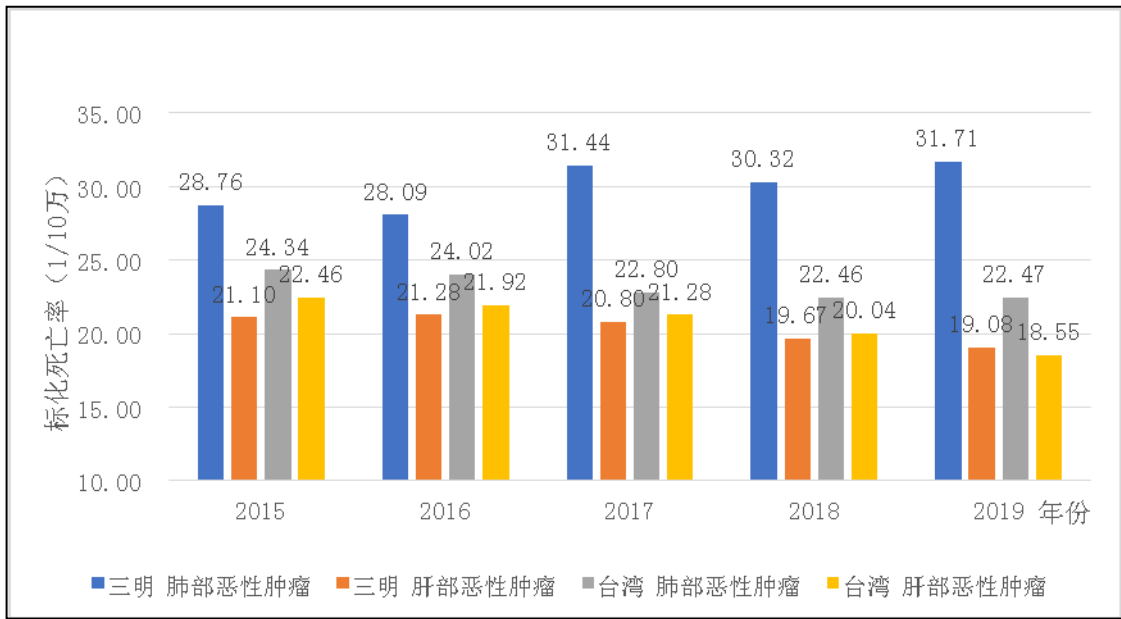


图 3-5 2015-2019 年三明、台湾肺/肝部恶性肿瘤标化死亡情况

2. 妇女儿童健康促进

(1) 主要政策措施

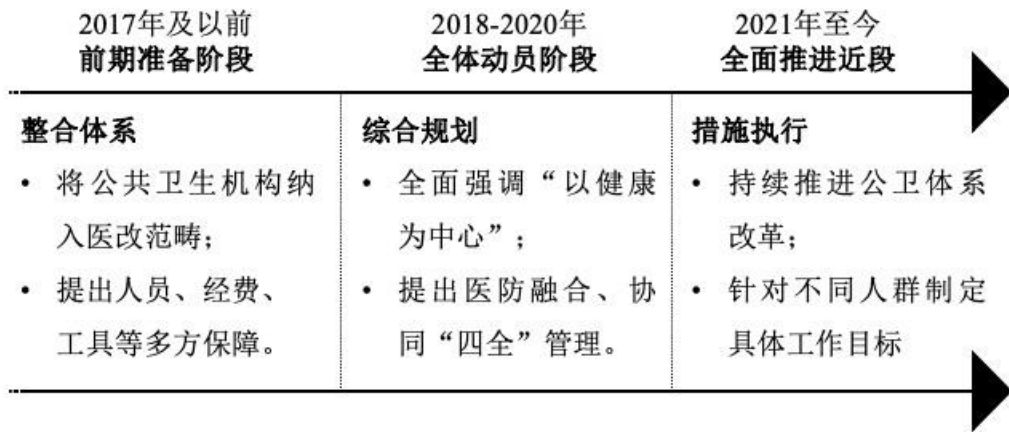


图 3-6 三明市妇女儿童健康促进工作阶段（2017 至今）

三明市针对妇女、婴幼儿和儿童青少年健康促进工作可以分为三个阶段（图 3-6）。第一阶段（2017 年及以前），三明医改工作重心聚焦于公立医院综合改革，2016 年《“健康中国 2030”规划纲要》发布之后，逐渐由“以治病为中心”向“以健康为中

心”转变，将妇女、婴幼儿、儿童青少年等特殊人群健康促进工作纳入规划当中，提出将市妇幼保健院等专业公共卫生单位纳入公立医院综合改革范畴，制定相应薪酬绩效方案。第二阶段（2018至2020年），配合《“健康三明2030”行动计划》，提出了全覆盖健康筛查、全过程健康干预、全人群健康管控、全天候健康知识普及的“四全”管理体系，提出贯彻零级预防理念（预防人群中的危险因素代替病因预防）加强妇儿保健全程管理服务、实现预防工作的关口前移。第三阶段（2021年至今）是全面推进阶段，积极引导家长科学育儿、关注儿童营养、生长发育及心理健康的发展；首次提出将关注儿童青少年期体格和心理行为发育，重点防治“小眼镜”“小胖墩”“小龋齿”等问题，强化筛查、干预、矫治和指导咨询等；提出提高全民健康素养、加大学校健康教育力度、以儿童青少年为重点塑造自主自律的健康行为、开展学生、青少年重点人群体育活动并促进妇女积极参与全民健身的相应目标；配合国家相关政策制定了《三明市“十四五”卫生健康事业发展专项规划》以及《三明市妇女发展纲要（2021-2030年）》和《三明市儿童发展纲要（2021-2030年）》。

台湾妇女、婴幼儿与儿童青少年健康促进主要为当地卫生福利部健康署管辖。在过去很长一段时间中，针对妇幼儿少这一重点人群健康促进，台湾同样经历了由疾病治疗到预防的转型之路。近年来，台湾地区陆续实行的政策包括：于2009年将违反

《烟害防治法》纳入县市卫生局考评，以降低 20 岁以下年轻人烟草使用和环境暴露；于 2019 年修订《公共场所母乳哺育条例》，以指导建设友善的母乳哺育环境；于 2020 年修正《儿童及少年福利与权益保障法》，以促进维护弱势或患病儿童权益。同时，在过去十年中，台湾地区持续推动的工作还包括弱势女性与儿童权益维护、孕产妇健康保护体系建设、促进《营养及健康饮食促进法》立法等等。通过前期大量普惠性政策和措施的执行，当地初步构建了妇幼儿少健康促进网络。自 2021 年起，其工作重点由聚焦具体健康问题过渡至构建大健康体系，着力于建设全方位健康支持性环境、完善社会福利和帮扶网络等，其具体内容包括持续推动健康促进学校、健康社区和健康城市建设，持续推进儿童少年与妇女人权、发展和社会参与，以及不断提高社会福利保障覆盖范围等。

（2）健康监测体系

三明与台湾两地针对妇幼儿少人群的监测体系如表 3-2 和表 3-3 所示。目前在三明市开展的健康监测主要包括全国重点人群口腔健康监测（明溪县）；农村义务教育学生营养健康监测（尤溪县）；妇幼健康三网监测（宁化县）以及全国学生常见病及健康危险因素监测（三元区和宁化县），多为 2019 年及以后开展。不论是与台湾地区还是全国水平相比，普遍存在开始时间晚、覆盖人口少、监测数据利用效率低的问题。

表 3-2 三明与台湾妇幼健康监测一览表

服务人群	三明			台湾		
	监测名称	监测简介		监测名称	监测简介	
妇女及婴幼儿	中国妇幼健康监测	开始时间	2019	家庭与生育调查	开始时间	1965
		监测对象	孕产妇及 5 岁以下儿童		监测对象	20—49 岁育龄妇女；2012 年期增加 20-49 岁男性人口
		监测频率	实时		监测频率	每一年
		覆盖面积	宁化县		覆盖面积	7000 人；有全域代表性
		监测内容	出生缺陷；孕产妇安全；5 岁以下儿童健康；出生缺陷		监测内容	婚姻及配偶基本资料；健康状况及健康行为；生育历史；最近一次活产；生育控制；对婚姻的态度；子女价值与态度；生育保健；家庭背景及工作状况；家务分工；人生价值与生活态度；医疗服务利用；个人与家庭经济状况。
				母乳喂养	开始时间	2004

	率调查	监测对象	产后妇女
		监测频率	每两年
		覆盖面积	
		监测内容	6/4/2/1 月以下除母乳喂养率及其相关影响因素
	台湾出生队列研究 (台湾世代研究)	开始时间	2005
		监测对象	2005 年 1 月 1 日至 12 月 31 日的活产婴儿
		监测频率	在婴儿出生后的 6 月、18 月、3 岁、5.5 岁时进行 4 轮田野调查并在未来继续追踪调查, 至少随访至 21 岁
		覆盖面积	台湾地区(除金门县、连江县)
		监测内容	婴幼儿健康照护需求调查(主问卷); 婴幼儿与儿童发展量表及父母亲自觉健康状况问卷

表 3-3 三明与台湾儿童青少年健康监测一览表

服务人群	三明			台湾		
	监测名称	监测简介		监测名称	监测简介	
儿童青少年	全国学生常见病和健康影响因素监测	开始时间	2019	学生健康行为调查计划	开始时间	2006
		监测对象	大、中、小学生		监测对象	初中、高中及职业学校
		监测频率	每年		监测频率	每年；单数年以初中学生为监测对象
		覆盖面积	三元区、宁化县		覆盖面积	6000 人/年
		监测内容	学生常见病；健康相关行为；视力不良专项		监测内容	学生基本资料；体重及体型；饮食习惯；身体活动；个人安全；危害健康行为；两性交往与性行为相关问题；家庭状况；在校情形；心理健康；卫生及生活习惯
	农村义务	开始时间	2018	儿童青少	开始时间	1990

教育 学生 营养 健康 监测	监测对象		年视 力监 测调 查计 划	监测对象	3~18 岁儿童青少年
	监测频率			监测频率	每 5 年
	覆盖面积	尤溪县		覆盖面积	
	监测内容	营养与健康知识、膳食行为、身体活动等		监测内容	
全国 重点 人群 口腔 健康 监测	开始时间	2021	青少 年吸 烟行 为调 查	开始时间	2011
	监测对象	3 岁、5 岁、12 岁儿童		监测对象	初中、高中及职业学校
	监测频率			监测频率	2011 起每年一次，2019 起每 2 年一次
	覆盖面积	明溪县		覆盖面积	4-5 万人
	监测内容			监测内容	Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 问卷

（3）女性两癌筛查

自 2020 年起，三明市扩大了针对 35—64 岁妇女进行两癌筛查的范围。以乳腺癌筛查为例，2017 至 2020 年，三明市合计为 121,916 名年龄在 35—64 岁之间的妇女进行了乳腺彩超检查，其中 2020 年共计为 45000 名女性进行了初步筛查，但钼靶检查实查率为 45.5%，病理检查实查率则只有 31.6%，仍然存在普筛覆盖率不高、高危人群进一步检查实查率较低的情况，存在较大提升空间。与此相对比，台湾地区针对宫颈癌筛查范围为 30—69 岁妇女（每三年一次），乳腺癌筛查范围为 45—69 岁妇女（每两年一次）。2020 年，台湾地区乳腺癌和宫颈癌的筛查率同样处于较低水平，分别为 53.2%和 38.0%，但其阳性追踪率分别为 94.7%和 92.8%，值得三明市借鉴。《三明市妇女发展纲要（2021—2030 年）》提出了“妇女的宫颈癌和乳腺癌防治意识明显提高、适龄妇女宫颈癌人群筛查率达 70%以上，乳腺癌人群筛查率逐步提高，宫颈癌和乳腺癌综合防治能力不断增强”的防治总目标，并提出全面推进 13—15 周岁女性人乳头瘤病毒疫苗接种工作，同时制定了包括完善宫颈癌和乳腺癌综合防治体系和救助的系列政策。

表 3-2 三明市 2017-2020 年 35~64 岁妇女乳腺癌筛查情况³⁷

年份	筛查数	钼靶 应查 数	钼靶实查数 (%)	病理应 查数	病理实查 数 (%)
2017	24400	2517	1099 (43.7)	272	73 (26.8)
2018	24400	2657	1372 (51.6)	349	86 (24.6)
2019	28116	3242	1568 (48.4)	295	88 (29.8)
2020	45000	6852	3119 (45.5)	636	201 (31.6)
合计	121916	15269	7158 (46.9)	1552	448 (28.9)

(4) 超重肥胖

三明市学龄儿童超重和肥胖检出率总体低于台湾和全国同期平均水平（图 3-7）。根据 2019 年全国学生常见病和健康影响因素监测结果，2019 年三明市小学生超重肥胖检出率在 16.8%至 24.0%（台湾地区平均为 25.2%；全国平均为 26.2%）³⁸，随年级上升而呈现增加趋势；初中生和高中生分别在 19.0%到 23.0%（台湾地区平均为 28.3%；全国平均为 23.1%）和 17.8%到 24.9%（台湾地区平均为 29.6%；全国平均为 21.1%）之间，其中初一年级和高一年级检出率最高。

³⁷ 上官雪鸿,罗琪.三明市 2017—2020 年乳腺癌筛查结果分析[J].海峡预防医学杂志,2021,27(06):102-104.

³⁸ 全国学生超重肥胖数据来源于《中国儿童发展报告（2021）》

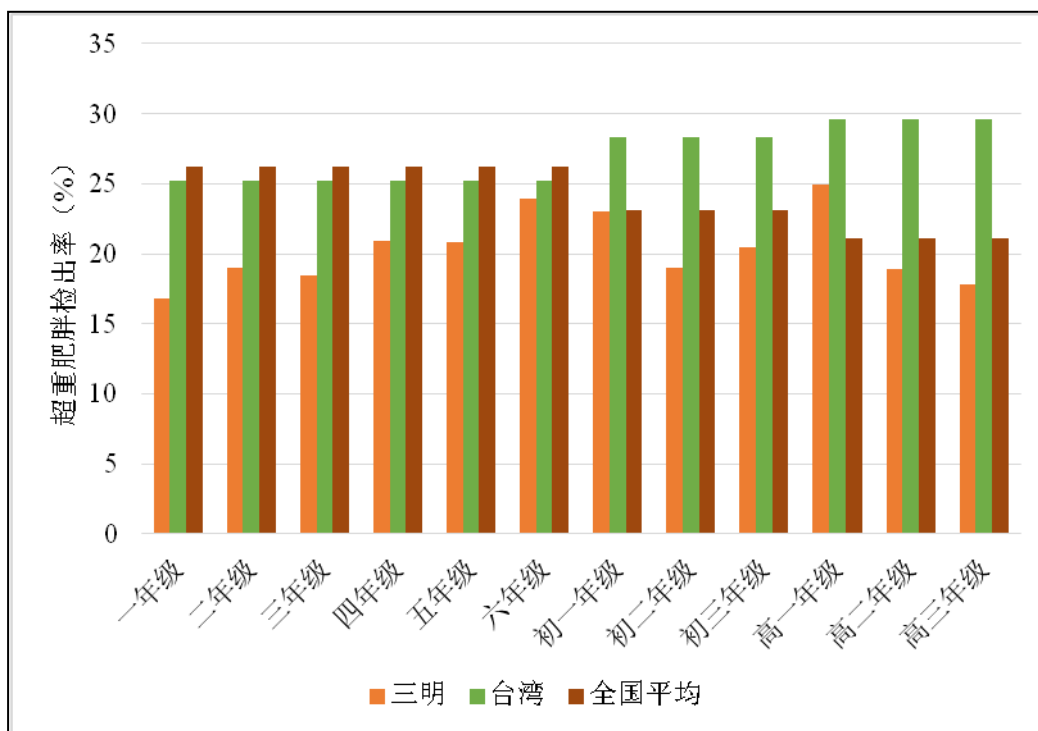


图 3-7 2019 年三明市、台湾地区及全国学龄儿童分年级超重肥胖检出率³⁹

(5) 近视防控

2019 年，三明市被教育部认定为“全国儿童青少年近视防控改革试验区”，是福建省唯一被列入第一批改革试验区的设区市；2020 年增加尤溪县、建宁县为省级儿童青少年近视防控试点县。经过近三年的探索实践，初步形成了“加减乘除”近视防控工作模式，具体包括：在近视防控基础上做加法，加强政府、学校和社会；在近视防控诱因上做减法，确保学生学业负担、电子产品使用和低龄近视趋势下降；在近视防控抓手上做乘法，力促考核、特色创建和科学管理提升；在近视防控外因上做除法，改造不达标视觉环境、卸载

³⁹ 三明学生超重肥胖数据来源于三明市卫健委；台湾相应数据来源于《105-108 年营养健康状况变迁调查》

不必要的教辅 APP、整治不合格验光配镜企业等。根据 2019 年全国学生常见病和健康影响因素监测结果，三明市学生视力不良检出率低于台湾（图 3-8），但高于全国，特别是小学生视力不良检出率在 37.8%到 56.7%之间，远高于全国 36.0%的平均水平⁴⁰。

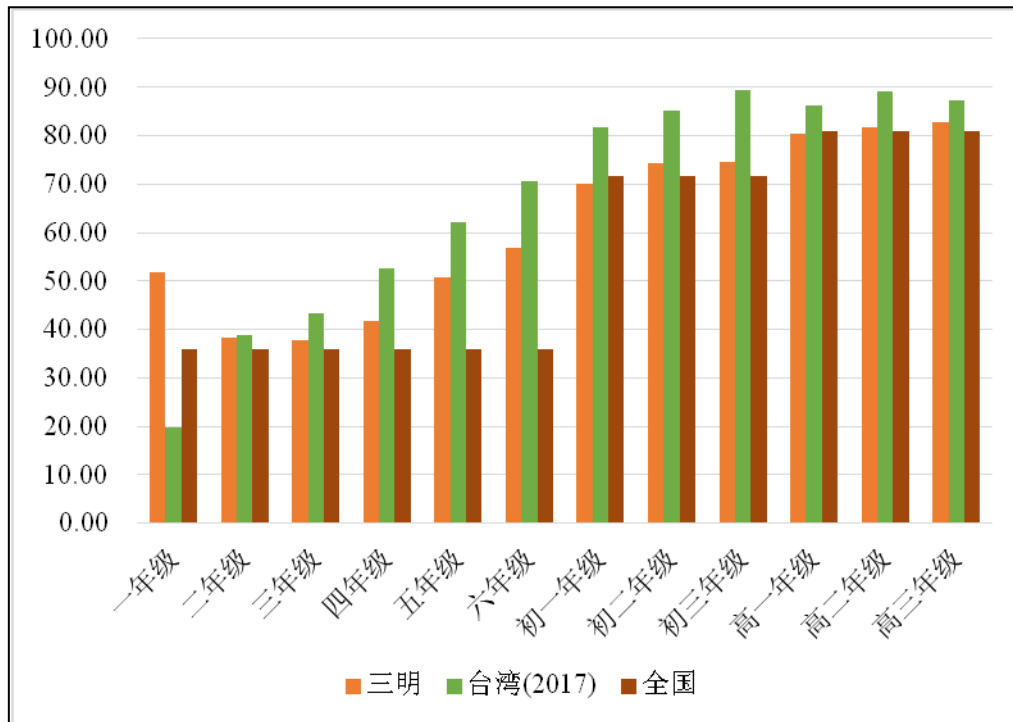


图 3-8 2019 年三明市、台湾地区及全国学龄儿童分年级视力不良检出率⁴¹

3. 健康生活方式

(1) 三明健康生活方式促进工作亮点

健康生活方式对于慢性疾病防治、身心健康维护具有举足轻重的地位。三明在健康生活方式促进方面推出了多项亮

⁴⁰ 全国学生视力不良检出率数据来源于教育部 2020 年度调查结果

⁴¹ 三明学生视力不良检出率数据来源于三明市卫健委（2019 年全国学生常见病及健康危险因素监测）；台湾相应数据来源于 2017 年度儿童青少年视力监测调查计划

点举措：1) 推进居民健康促进试点，在市医改领导小组办公室下建立领导挂包试点县（市、区）制度；2) 建立健康管理团队，网格化全面摸排和评估居民健康状况，识别生活方式不健康人群，开展健康生活方式干预和随访，定期推送针对性健康科普知识；3) 实施“一病多方”制度，根据患者病情变化及同病异治原则，将健康生活方式融入到诊疗实践当中，使用相对应的处方（即用药、疫苗、运动、饮食、心理等处方）进行个性化综合治疗和健康指导，控制患者病情发展，减少慢性病并发症发生；4) 注重发挥中医治未病优势，组建中医药养生保健专家讲师团队，开展“四季养生”系列讲座活动，建立一批推广太极拳、健身气功等中医传统运动队伍。

(2) 具体举措与成效

三明健康生活方式促进具体工作涉及控烟限酒、身体活动促进、合理膳食和肥胖预防。

表 3-4 三明健康生活方式促进相关政策

健康生活方式促进领域	政策体系
全民控烟限酒	<p>2018 年对公共场所控烟提出了明确要求。</p> <p>2020 年指出，到 2030 年，全面无烟法规保护的人口比例达到 80%及以上。</p> <p>2021 年“护苗行动”，严禁向未成年人销售烟（含电子烟）和酒，依</p>

	法依规清理学校周围设立烟酒销售点。
身体活动促进	<p>2017年，加大全民健身宣传，开展全民健身公共服务示范区，建设全民健身指导组织网络，开展体育赛事品牌工程。</p> <p>2020年，推动全民健身设施和场地建设。</p>
合理膳食与肥胖控制	<p>2018年，重点开展“三减三健”，推广营养食堂，促进营养均衡。</p> <p>2020年，全面推进国民营养计划，建立健全居民营养监测评价制度，综合医院设立临床营养科室</p>

控烟工作与成效：三明的控烟工作主要从减少烟草需求入手，开展烟草危害宣传教育、构建无烟环境、推动戒烟服务。具体包括：1) 在社区、校园、公园等区域开展烟包健康警示图片展。2) 推进公共场所禁烟，在党政机关、学校、医疗卫生单位、营运车辆、文化娱乐场所、各类对外营业场所实行无烟制度，做好禁烟标识；3) 推动全市二级以上医院逐步开展戒烟门诊服务；4) 重视电子烟的危害防控。台湾地区在《烟草危害防治法》的指导下，控制烟草需求，推动构建无烟环境，特别是推出征收烟草健康福利附加费的举措，将这笔费用用于国家健康保险准备金、预防癌症、提高医疗保健质量、对医疗资源短缺地区的补贴、罕见病的医疗补贴等促进公共卫生和社会福利的相关领域；同时，为控制烟草制品供应，台湾地区的执法部门开展烟草广告促销违法

行为检查和监督电子烟在线销售，禁止烟草制品非法贸易。

通过 2019 年三明监测数据和台湾健康促进统计数据对比发现，三明 18 岁以上居民吸烟率以及二手烟暴露率均约为台湾地区的两倍，戒烟率也是台湾地区的两倍。由此可见，三明控烟仍然任重道远，但其烟草危害教育和戒烟服务措施可能已初现成效，未来还需要更长期的监测数据来佐证。

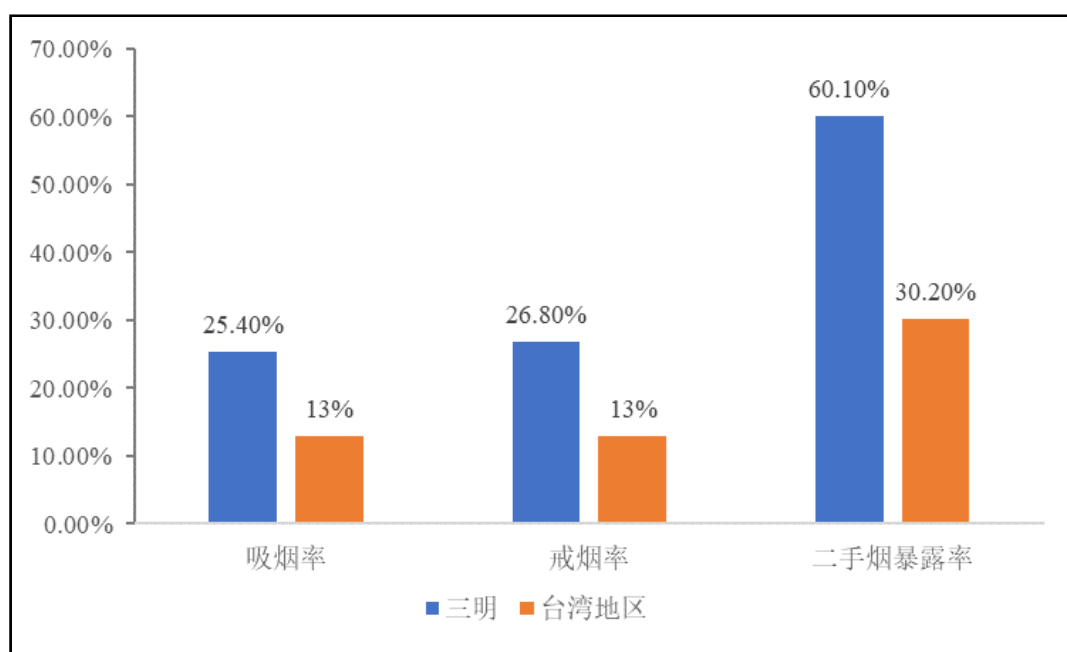


图 3-9 2018-2019 年三明与台湾地区 18 岁以上居民烟草使用与二手烟暴露情况⁴²

限酒工作与成效：三明强调合理控制酒类广告，对酒精使用造成相关疾病的个人及其家庭提供预防和治疗干预措施。开展“护苗”行动，严格禁止向未成年人销售酒，并及时清理学校周边的售酒网点。台湾地区的相关政策条例明确规定了严禁向未成年人提供酒和销售酒，并提出了相应的处

⁴² 三明市数据来源：三明市健康诊断报告：2018-2019 三明市监测点数据；台湾地区数据来源：台湾卫生福利部健康促进统计报告 2019

罚措施，定期监测 12~17 岁未成年人饮酒和买酒情况。

据 2018-2019 年三明监测数据显示，18 岁以上居民过去一个月饮酒率为 35.5%，其中 18~44 岁男性饮酒率最高（56.9%）。台湾地区 2019 年统计报告显示，18 岁以上居民过去一个月的饮酒率为 18.5%，其中 40~49 岁的男性饮酒率最高（34%）。关于未成年人禁酒，台湾也有定期监测数据，2017 年 12~17 岁未成年人的曾经饮酒率为 27.7%，第一次饮酒的平均年龄为 14 岁。

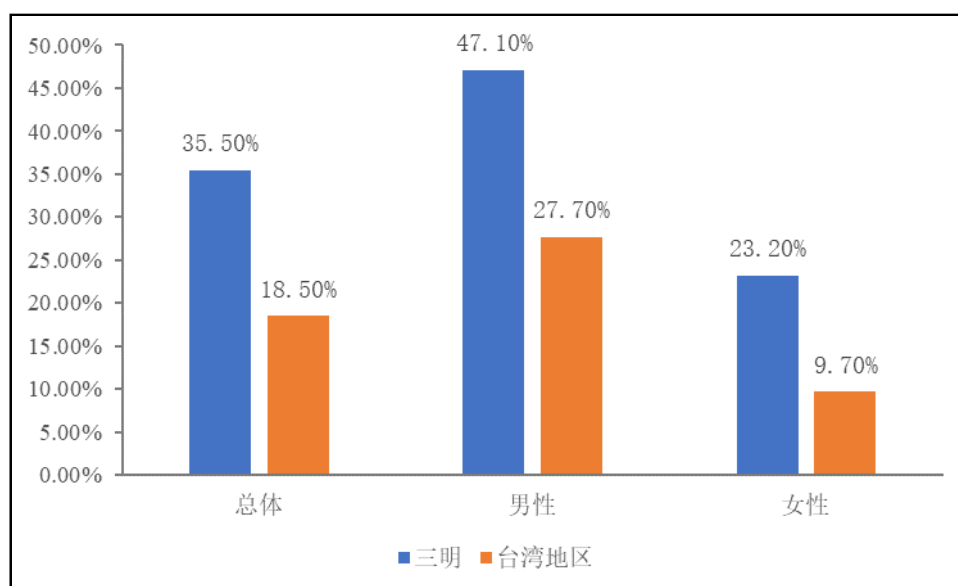


图 3-10 2019 年 18 岁以上居民一个月内饮酒率的两地比较⁴³

身体活动促进工作与成效：三明积极推进“体育+医养”融合工程，开展了全方位、多领域的身体活动促进工作，主要包括：1) 将全民健身场地设施建设纳入城乡规划，推行公共体育设施免费或低收费开放；支持有条件的地区将慢性疾病患者的体质测评、运动处方开具和指导纳入医保体系。

⁴³ 三明市数据来源：三明市健康诊断报告：2018-2019 三明市监测点数据；台湾地区数据来源：台湾卫生福利部健康促进统计报告 2019

2) 推进青少年体育“健康包”工程；推进新周期老年人健身康乐家园建设，举办八段锦、太极拳、健身气功等培训和体育医养知识讲座；办好社区健身运动会，推动妇女、残疾人、慢性病患者等重点人群参与健身活动。3) 充分利用“三微一端”（微信、微博、微视频、客户端）开展健身文化交流，利用抖音、快手等各类社交平台助推运动健身互动交流；推广“群众身边的健身课堂”；引导体育教师、退役运动员等进入全民健身服务领域。台湾地区身体活动促进工作也以宣传教育和建设健康环境为重点，给居民创造身体活动的可及性资源和便利的活动设施。台湾卫生福利部为不同年龄组别、慢性病患者、职工群体及其他特殊人群编制了运动指引；在宣传方面，制作手册和电影，在各种媒体渠道播放，让人们从不同的渠道获得相关信息；推广绿色交通方式、推动健康学校、健康工作场所等。

2019年监测数据显示三明18岁以上居民经常锻炼率(每周参加体育锻炼3次以上，且每次运动持续30分钟及以上)为40.2%，低于台湾(52.7%)。两地男性的经常锻炼率均明显高于女性，台湾地区有半数以上的男性(61%)能够经常参加锻炼，三明参加经常锻炼的男性人群比例仅在40%左右。

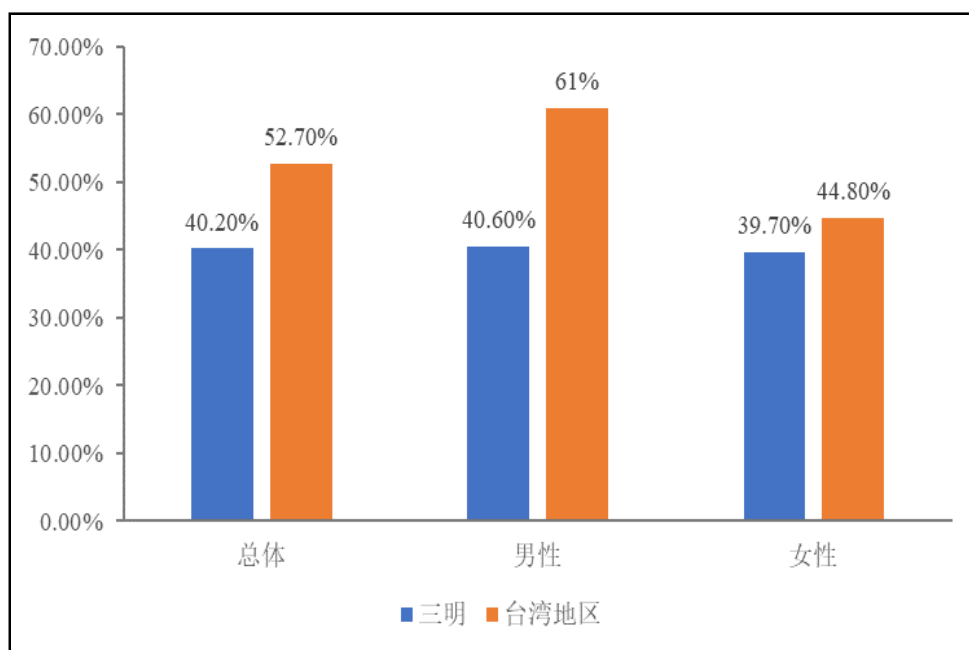


图 3-11 18 岁以上居民经常锻炼率的两地比较⁴⁴

合理膳食与肥胖控制工作与成效：三明合理膳食促进工作目前处于起步阶段，主要包括：1) 开展全营养周活动，通过融媒体中心、疾控中心、医院等机构官方公众号推送营养相关文章，指导消费者识别食品企业的营养标签；疾控中心等专业队伍在社区集中普及合理膳食的重要意义。2) 制定实施集体供餐单位营养操作规范，鼓励“三减三健”（减盐、减油、减糖，健康口腔、健康体重、健康骨骼），鼓励健康“小三件”（限量盐勺、限量油壶和健康腰围尺），鼓励专业组织指导家庭正确使用。3) 针对不同人群和场所运用不同促进策略。三明重点加强对学校、幼儿园、养老机构等营养健康工作的指导，开展示范健康食堂和健康餐厅建设，推进综合医院设立临床营养科室。台湾的合理膳食促进

⁴⁴ 三明市数据来源：三明市健康诊断报告：2018-2019 三明市监测点数据；台湾地区数据来源：台湾卫生福利部健康促进年报 2021

工作主要包含：积极推动“营养及健康饮食促进法”，定期开展营养健康监测，推广加强碘营养和反式脂肪停用，关注居民六大营养素的摄入情况（全谷物杂粮类，豆鱼蛋肉类，油脂类，水果类，蔬菜类，乳品类，坚果种子类）。

整体而言，三明居民在膳食营养均衡方面好于台湾地区。两地监测数据显示，台湾地区居民水果和蔬菜摄入不足的比例⁴⁵和红肉⁴⁶（豆鱼蛋肉）摄入过多的比例均高于三明。在超重和肥胖比例上，三明 18 岁及以上人口的超重肥胖比例为 43%，台湾地区为 47.9%，略高于三明，两地的肥胖控制工作都有待加强。

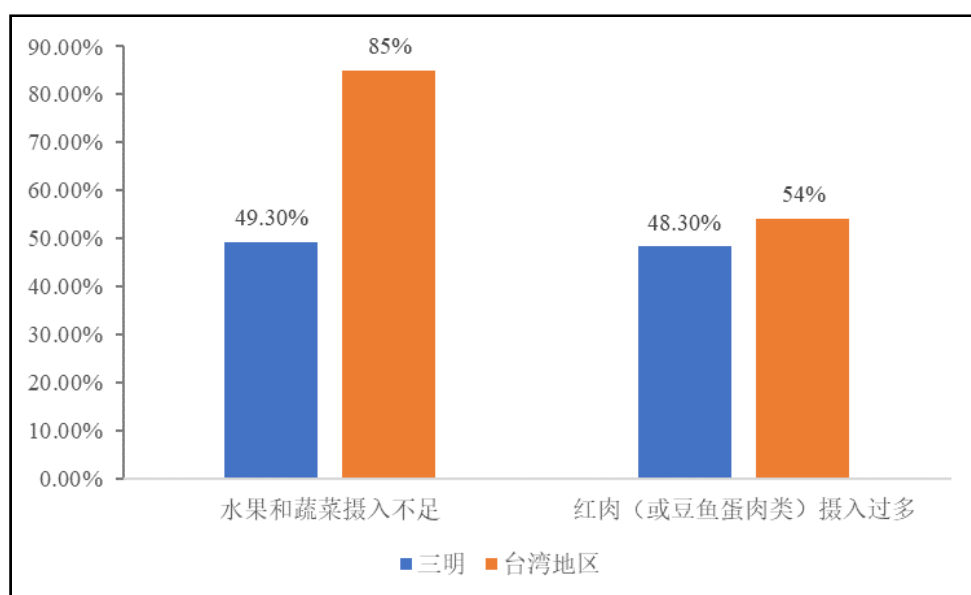


图 3-12 18 岁以上居民合理膳食情况的两地比较

4. 精神心理健康服务

(1) 精神心理健康工作重点

⁴⁵ 水果蔬菜摄入标准：保证每天摄入不少于 300g 的新鲜蔬菜，200~350g 的新鲜水果，当个体摄入量未达到建议摄入量下限时定义为摄入不足。

⁴⁶ 红肉日均摄入量>100g 为摄入超标。

三明的精神心理健康服务工作目前处于起步和加大投入阶段。自 2012 年开始，三明在中央卫生经费的支持下，全面开展严重精神障碍管理治疗项目，着力解决精神障碍患者的管理、治疗和康复方面医院和社区脱节问题。自 2016 年以来，市台江医院开通 1 条心理援助热线。2017 年，三明将所有精神科医保基金床日付费标准由 120 元提高到 170 元。2018 年，多部门协同推进精神卫生人才建设，推进精神障碍患者社区和居家康复工作。2020 年，设立在未来十年内居民心理健康素养水平达到 30%，心理健康核心知识总体知晓率达到 70%以上，精神障碍社区康复覆盖各县（市、区），严重精神障碍患者管理率达 90%，心理相关疾病发生的上升趋势有所减缓的目标。2021 年以来，三明加强了对精神疾病防治机构的培训与指导，搭建基层心理服务平台，组建心理健康干预队伍，在不同人群中开展心理健康教育，重视老年群体，残疾人群体，孤独症儿童等特殊脆弱群体的心理咨询服务与危机干预工作。（图 3-13）

台湾的心理健康与精神卫生防治工作遵循公共卫生的三段五级，包括：1) 开展心理健康促进，在卫生健康部门主导下，搭建“心快活”心理健康学习网络平台，面向公众提供科学的心理健康知识和心理健康服务信息。截至 2022 年 10 月，该网站的浏览量达 2,774,961 人次；设置心理健康月（10 月），开展不同形式的宣教活动。2) 优化精神疾

病照护，政府安排关怀访视员持续追踪关怀精神危机个案；设置爱心专线和 24 小时免费的心理援助热线，2017 ~ 2020 年间，热线的服务量逐年增长（2017 年：76511 次，2020 年：104494 次），2020 年给 17311 人次的自杀意图者提供心理援助，即使阻止了 700 多起自杀危机案件。此外，在政策方面，台湾也在推动心理健康促进白皮书，兼顾生理与心理健康和不同生命周期群体，制定短、中、长期的行动计划。

2017年	2018年	2020年	2021年
<ul style="list-style-type: none"> • 高度重视精神疾病防治能力建设 • 每个县（市）原则上设置1所精神专科医院 • 到2020年精神科床位数不少于医院总床位数的10% • 精神科医保基金床日付费标准由原来的120元提高到140元。 	<ul style="list-style-type: none"> • 到2020年，每10万人口精神科执业（助理）医师数量不低于3.8名 • 到2020年，70%以上的县（市、区）设有精神障碍社区康复机构或通过政府购买服务等方式开展康复工作 • “1234”工作模式（“一档案、二记录、三保障、四规定”） • “两本”措施在严重精神障碍患者中推行 	<ul style="list-style-type: none"> • 到2022年和2030年，居民心理健康素养水平提升到20%和30% • 到2030年，精神障碍社区康复覆盖各县（市、区），严重精神障碍患者管理率达90%左右 	<ul style="list-style-type: none"> • 搭建基层心理服务平台，加强心理健康宣传 • 继续加强精神专科医疗服务体系建设，增加精神科医师数量

图 3-13 三明市精神心理卫生相关政策

（2）精神心理健康服务绩效现状

专业人才队伍：近 5 年来，三明不断增加在精神卫生人力资源上的投入，执业医师数量从 2.2 名增长为 4.83 名/每十万人，护理人员数量从 7.29 名增长为 16.77 名/每十万人，但仍低于台湾地区执业医师（7.99/每十万）和护理

人员（24.03/每十万）数量。尽管两地存在较大差距，但三明精神卫生专业人员年增长率显著更高，年增长率最高达40%，与台湾地区的差距也在逐年缩小。

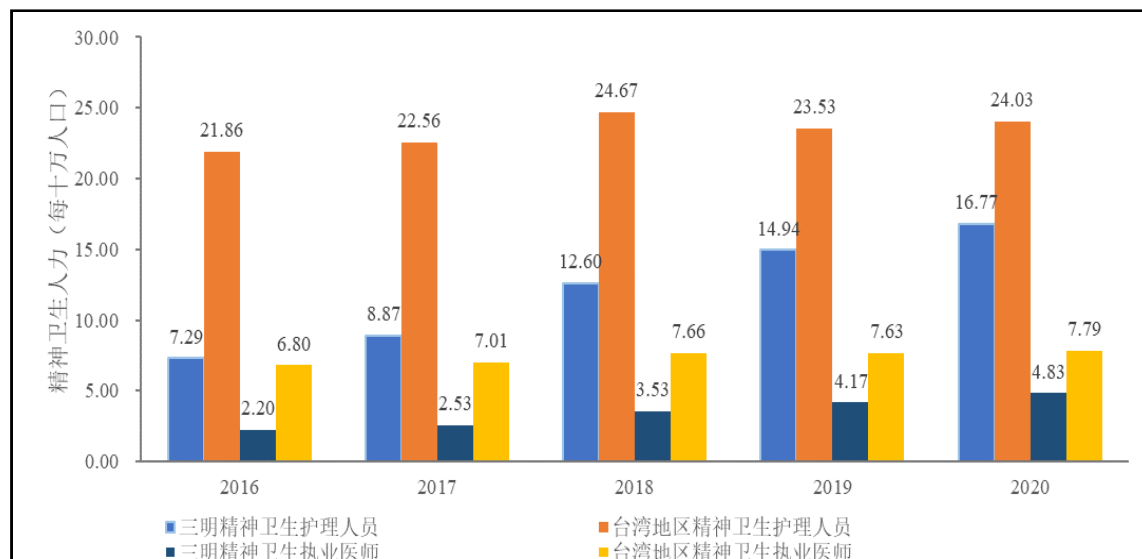


图 3-14 精神卫生执业医师和护理人员数量（每十万人口）
两地比较⁴⁷

严重精神障碍报告患病率：如图 3-15 所示，三明市严重精神障碍患者报告患病率近年来持续上升，从 2015 年的 4.2% 到 2020 年的 5.33%，而台湾地区则呈现下降趋势（从 6.15% 下降至 5.18%）。三明报告患病率上升的可能原因之一是三明精神卫生防治服务的覆盖面在不断增大，精神卫生知识科普宣传促进了患者就医就诊意识的提高。

⁴⁷ 三明数据来源：三明市卫健委；台湾地区数据来源：卫生福利部：心理卫生报告 精神医疗资源现状

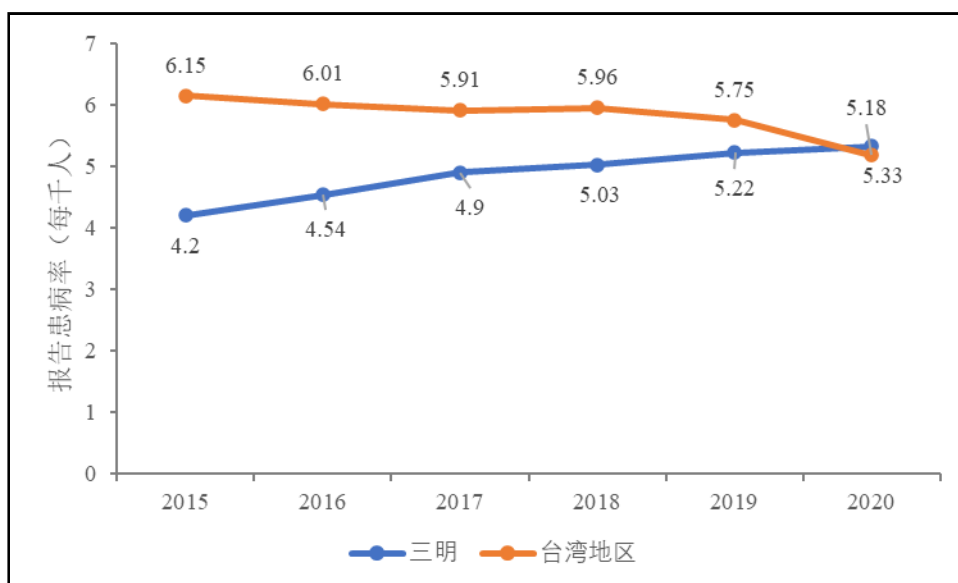


图 3-15 严重精神障碍报告患病率 (%) 两地比较⁴⁸

5. 讨论与建议

(1) 大力开展癌症早筛早检

台湾自 1995 年启动 30 岁以上妇女子宫颈抹片筛检工作开始，逐步扩大癌症筛检人群和病种范围，提高筛检技术手段，将癌症管理工作带入了重视预防、强调数据分析和运用实证的时代，在降低癌症死亡率、提高患者生存质量等方面取得了诸多成绩。近年来，三明市癌症造成的死亡不断走高，成为慢性病管理工作新的重点、难点。建议充分借鉴台湾经验，遴选早期筛检技术成熟、应用环境允许、潜在患者群体较大的癌症病种，有序开展大规模筛检工作；依托真实世界应用经验、实证证据、卫生技术评估证据等，从最有成本效果的筛查技术启动试点工作，逐步扩大技术应用面，实现癌症的全流程防控，全面提高患者预后及群体健康公平。

⁴⁸ 三明数据来源：三明市严重精神障碍管理的系统年报；台湾地区数据来源：卫生福利部：精神卫生行政工作执行成果表

(2) 以专项治理推进慢病防治整体布局

近年来，台湾开展了一系列针对不同群体、涉及不同参与方的专项健康促进活动。一是开展多渠道、多视角的健康宣教工作。二是编织血压测量服务站点密网，让高危群体重视健康促进、提升自我健康管理能力。三是推动糖尿病共同照护网、推广健保糖尿病医疗给付改善方案等，增进个案自我疾病管理职能。三明也能借鉴该思路，在医防融合、健康管护体系的框架下，遴选适宜工作内容，以专项治理推进整体管理，通过创新工作形式、扩宽工作思路，提高单项工作的可控性、完整性、结果可评价性，进而提升整体慢病管理工作效率。

(3) 形成标准制度，提升慢病管理质量

为提升癌症管理质量，台湾全面实施“癌症诊疗品质认证”制度。由国民健康署设计具体标准，明确提供癌症诊疗服务的医疗机构在组织运作、资料管理运用、诊疗照护服务等方面需要达到的水平，并组织认证计划委员会，对提交申请的医疗机构的达标情况进行确认、评估，对合格者予以认证，对不合格者则予以针对性指导，鼓励整改和自我提升。三明慢性病管理工作机制和体系已日臻稳定，但在质量控制上仍有一定进步空间。可以学习台湾的认证制度，让提供慢性病管理服务的机构在组织、流程、服务和数据处理等方面标准化、同质化；同时对照认证标准，对不合格者进行有针

对性的矫正和帮扶，以提升整体慢病管理质量。

(4) 完善妇幼儿少相关监测体系

完善、可靠和及时更新的健康数据能够为妇女、婴幼儿和儿童青少年健康促进相关的工作规划、政策制定和项目实施提供坚实基础，这一工作的实现依赖于高效的健康监测体系。近年来，三明市部分区/县已实现国家相关监测覆盖，但覆盖面相对局限。下一步应在保质保量完成现有监测任务的基础上逐步增加监测覆盖范围、进一步提升服务能力。同时，对于监测工作中发现的异常或高危人员，应逐步完善追踪、诊疗与后续保障工作，健全相应的社会福利支撑体系。

(5) 促进全社会网状联动机制

在当前体系下，妇幼与儿少卫生分属于多个职能部门共同管辖。前期工作中，三明市医改领导小组通过一系列体制改革措施与经费投入，初步达成了工作重点和人、财、物的统一规划，但仍存在部门间数据调取困难、人员沟通渠道欠缺和工作机制不完善等缺口。未来在妇幼儿少健康促进方面，应更加注重教育与卫生部门一盘棋协调、公卫和临床机构一体化建设，提升网状立体化管理和协调能力。对妇幼儿少相关的专业人才，如妇科和儿科医师、助产士等，应进一步加强职业规划与扶持。

(6) 推动资源下沉与关口前移

妇幼儿少群体的健康水平将对未来数十年、甚至数代人

口健康产生关键影响。针对妇幼儿少群体的健康促进和疾病预防工作是一个地区乃至国家最为经济和有效的健康策略。这需要政府部门以监测工作为基础，定期进行工作总结、调整与部署，集中精力在尚未出现健康问题的青壮年女性和小年龄段儿童，提升社会健康韧性。当前三明市存在小年龄段儿童视力不良检出率较高、两癌筛查进一步检查依从性较差等问题，需要进一步分析原因、落实对策、布局长远，采用多手段并举、多部门联合的方式共同减轻未来社会健康负担。

(7) 提升同一健康理念和支持性环境建设

妇女、儿童和青少年健康是整个社会健康生态环境的集中体现，也会反作用于全社会健康水平。应充分考虑这一人群的特殊需求，提供高质量、可及性强的性与生殖健康、孕产与新生儿保健、儿童与青少年生长发育等多方位服务保障。这需要政府层面完善统筹和全社会高度参与。目前三明已开展多项综合健康促进行动，并已着力打造健康社区、健康学校等健康支持性环境，但在实施方面仍处于起步阶段，在全国范围内属于初级水平，尚需政府和全社会大力支持。

(8) 加强控烟力度与戒烟服务支持

在未来的控烟工作中，三明应该在做好烟草危害教育的基础上，推动无烟立法，构建广泛的无烟环境，加快推进对烟草供应方的监管。在 3 个方面着重推进：1) 全面建设无

烟支持性环境，降低居民吸烟率和二手烟暴露率。在公共场所（例如：公交车候车区、校园周边的人行道）设置无烟区和禁烟标识，推动构建无烟单位、无烟校园、无烟公园、无烟家庭。2）多平台、多渠道开展烟草危害预防宣传（例如：电视、广播、社交网络营销）。开通烟草危害投诉热线，为公众提供二手烟暴露等申诉渠道。3）提供多元化和可及性强的戒烟服务。动员社区、校园、工作场所、部队机构、卫生保健等专业人员，提供戒烟服务。设置吸烟者援助专线，提供免费的戒烟咨询服务。

（9）完善限酒健康条例和监测制度

在限制饮酒方面，台湾地区规定未成年人不能饮酒和买酒，父母或是其他照顾者也不得提供酒类给未成年人，否则处以 2000 ~ 3000 元的罚款。除了《中华人民共和国未成年人保护法》的规定“禁止向未成年人售卖酒以及不得在未成年人集中场所饮酒”，三明尚未对合法的饮酒年龄做出明确限定以及违反限定的相应处罚做出明确规定。因此，三明对饮酒、买酒相关的健康制度有待于进一步完善。同时开展广泛的酒瘾疾病的概念宣传工作，提升社会对控酒的意识。

（10）通过健康支持环境推进身体活动促进

三明的身体活动运动仍需要深入推进。借鉴台湾地区的发展经验，可以从以下几方面进一步深化：1）提供可及性强、个性化的运动方案。为不同年龄组别、慢性病患者、职

工群体及其他特殊人群编制运动指引。2) 深入推进不同环境中的身体活动促进工作。推动建立健康促进学校，在工作场所中做好健康促进，通过不同的活动形式鼓励职工定期参与锻炼；建设社区健行步道，组织社区居民积极参与体育活动；推广绿色交通。

(11) 发挥当地特色促进合理膳食

三明未来对居民营养与健康的资源投入需要向精细化，充分化方向发展。提出以下发展建议：1) 公共健康体系和检测的建立。定期开展全民营养与健康调查，通过系统和可持续的方法监测营养状况和体重趋势，制定以证据为基础的营养指南。2) 面向不同人群制作不同的膳食标准和营养知识宣传物，重点关注居民可能缺乏知识或对健康促进重要的营养物质。使用当地时令食材开发不同的食谱。3) 营养标准的制定与修订。推广食物热量和营养标签，制定健康采购原则，鼓励居民购买健康食品。

(12) 精神心理健康服务向精细化、全面化方向深入推进

一是推动心理健康与精神卫生学习平台建设，可由市卫生健康委或精神卫生中心主导，面向全体公众，强化心理健康教育的传播，增进公众心理健康意识。二是推动兼顾身心健康及涵盖各生命周期的心理健康服务方案，面向不同的群体（妇女、婴幼儿、青少年、老年群体、注意力缺陷多动障

碍群体等），制作心理健康促进与精神医疗服务资源手册或宣传视频。在医院和社区门诊、居委会、学校、单位等场所进行全面推广宣传。三是推动符合全民的、全方位心理健康服务方案，拓宽心理咨询正规渠道，增设 24 小时免费心理咨询服务热线；强化身心障碍者、慢性病者、重大疾病病人、罕见病病人及其照顾者的心理健康促进；协同教育部和人力资源和社会保障部门，分别推动校园和职场心理健康促进行动方案；持续强化灾难心理卫生服务体系与网络，对常见的公众心理健康问题（例如，焦虑、抑郁等）定期开展监测。

（三）传染病监测防控

1. 传染病防治组织架构

三明市传染病防治工作由市政府领导，负责制定传染病防治规划并组织实施，各县（市、区）政府负责制定传染病预防、控制预案，报市政府备案；市卫生健康行政部门负责本行政区域内的传染病防治及监督管理工作，各县（市、区）卫生健康行政部门负责辖区内的传染病防治与监督管理，发生传染病疫情时报告当地政府和市级卫生健康行政部门；市疾病预防控制中心承担传染病监测、预测、流行病学调查、疫情报告以及其他预防、控制工作，各县（市、区）疾病预防控制中心完成市级疾病预防控制中心下达的任务，负责辖区内疾病预防控制具体工作的管理与实施；医疗机构承担与医疗救治有关的传染病防治工作和责任区域内的传染病预

防工作；城市社区和农村基层医疗机构在疾病预防控制机构的指导下，承担城市社区、农村基层相应的传染病防治工作。

（详见图 3-16）

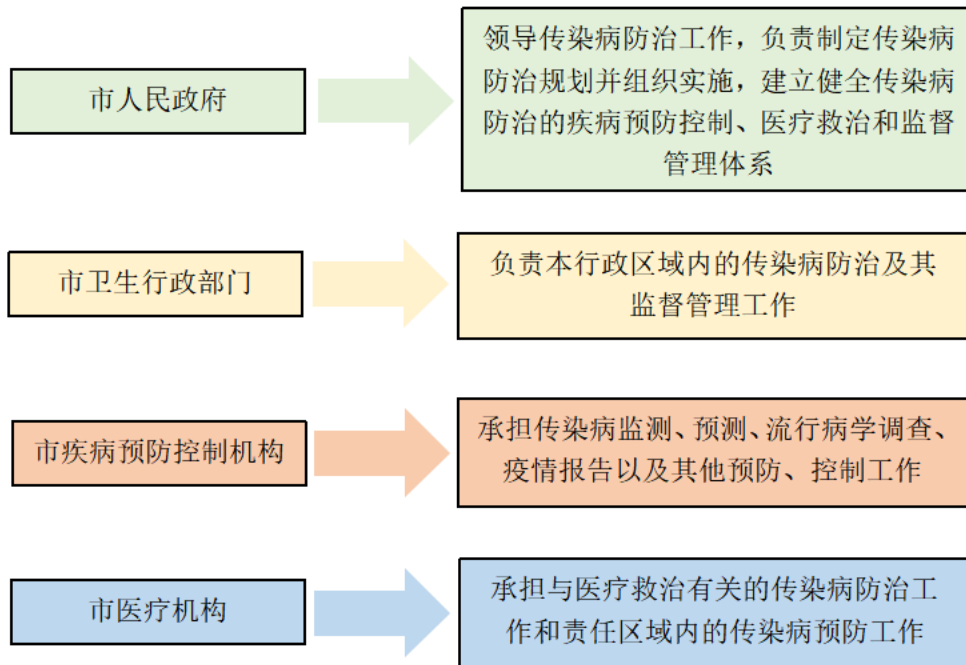


图 3-16 三明市传染病防治组织架构图

台湾地区传染病防控由台湾行政院卫生福利部所辖的疾病管制署负责，并设置六区管制中心督导地方防疫及检疫等工作，由各地方政府拟定及落实各计划。台湾的传染病防治架构体系是通过中央、区域和地方组成的三层体系运作，发生疫情时，由各级卫生单位研判疫情，提请县市地方首长和行政院启动卫生指挥中心，并指派指挥官负责整体运作。此外，台湾建立了六个传染病防治医疗网，并设有正副指挥官，协助统筹指挥辖区内医疗资源的调度与防疫工作。（图 3-17）

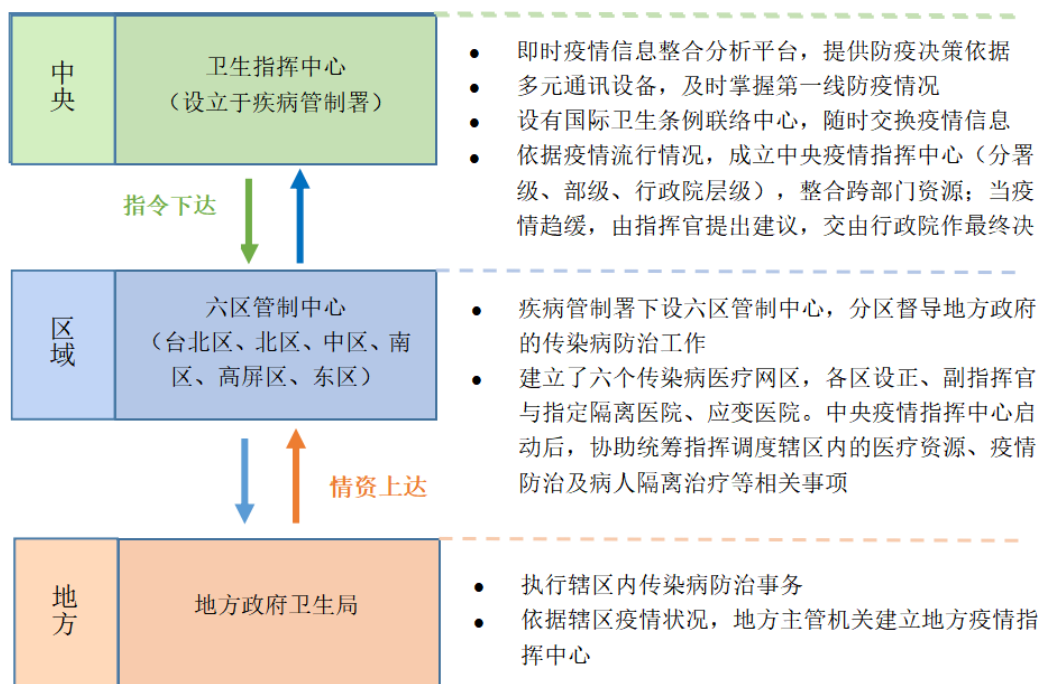


图 3-17 台湾传染病防治组织架构图

2. 重点传染病防控

(1) 新型冠状病毒肺炎

1) 流行情况 2020 年至 2022 年 6 月 30 日三明市累计报告新型冠状病毒肺炎（以下简称“新冠肺炎”）本土确诊病例 15 例。2020 年三明市共报告新新冠肺炎本土确诊病例 14 例（沙县 5 例、永安市 3 例、尤溪县 2 例、三元区 2 例、将乐县 1 例、宁化县 1 例）；2021 年未报告新冠肺炎本土确诊病例；2022 年截至 6 月 30 日共报告本土确诊病例 1 例，在永安市。相比之下，2020 年至 2022 年 6 月 30 日，台湾地区累计报告新冠肺炎确诊病例（包括本土病例与境外输入病例）3,803,134 例，确诊病例数呈现快速上升的趋势，2020 年为 823 人，2021 年为 16,262 人，在 2022 年（截至 6 月 30 日）达到 3,786,049 人。（表 3-5）

表 3-5 三明及台湾 2020-2022 年新冠肺炎确诊病例数

年份	新冠肺炎确诊病例数	
	三明	台湾
2020	14	823
2021	0	16262
2022	1	3786049
合计	15	3803134

备注：1. 2022 年的数据截止到 2022 年 6 月 30 日。2. 三明数据来源于三明市疾病预防控制中心；台湾数据来源于卫福部疾病管制署。3. 三明数据仅为本土确诊病例，台湾数据包括本土确诊病例与境外输入病例

2) 防控政策 三明市在疫情防控不同阶段，采取了有针对性的科学防控措施。2020 年 2 月，市卫健委与市电信公司合作，运用智能语音平台技术和大数据自动分析功能，设计和编制筛查流程，创新了重点人群全覆盖健康管理模式；3 月，实行关口前移、分层干预、分段阻击等策略，在疫情防控 and 临床救治中充分发挥中医药优势；5 月，全面落实国家“外防输入、内防反弹”总体策略，推进科学佩戴口罩、减少人员聚集、加强通风消毒、提高健康素养等预防措施，并不断扩大检测范围，充分发挥大数据的优势，推行国家政务服务平台“防疫健康码”和闽政通“八闽健康码”“明心通”等服务。2022 年 7 月，在贯彻《新型冠状病毒肺炎疫情防控方案（第九版）》的基础上，进一步提出了常态化疫情防控

的要求，包括加强常态化核酸检测、加强重点地区入（返）明人员管控、压实重点场所防控“四方责任”、加强进口冷链食品疫情防控以及落实个人防护责任。

台湾地区于 2020 年 1 月将新冠肺炎列为第五类法定传染病，并建立新冠肺炎中央流行疫情指挥中心，统筹各项防疫工作。在边境检疫方面，采取“边境风险严管”原则，要求入境旅客必须在启程地取得核酸检验报告并使用入境检疫系统完成健康申报；在社区防疫方面，视疫情发展状况扩大检测范围，制定居家隔离/检疫者应遵守事项及相关处理流程，成立全区与地方两级政府关怀中心，并推行“防疫新生活运动”等；在医疗应变方面，建置社区检测网络、病患分级收治及双向转诊等，并落实医疗院所、医疗照护机构及人口密集机构感染管制，同时规划设置集中检疫场所、完善社区采检网络转诊追踪管理系统、扩大指定检测机构网络、加强医院及照护机构的稽查；在研发及整備方面，采取禁止口罩出口、提升口罩产能与可及性等措施，推出“口罩实名制”，此外积极投入疫苗研发并对研发绩效显著者予以补助；在信息宣传方面，由中央疫情指挥中心召开记者会，统一对外发布重要疫情讯息，同时扩充疾管署 1922 防疫专线能量并启动进线分流机制，确保民众咨询可获即时响应。2022 年 4 月，台湾改变了疫情防控政策，提出了“重症求清零、有效管控轻症”的“新台湾模式”，以期兼顾经济发展

与民众生活。然而该政策实施以来，台湾疫情持续扩大，确诊病例数呈几何式上升，同时由于快筛试剂、核酸检测试剂、疫苗等医疗物资严重不足且价格高昂，基层医疗机构的工作成本大大增加。

（2）艾滋病防控

1) 流行情况 三明市 2011-2020 年新报告 HIV 感染人数一直维持在较低水平，但呈现一定上升趋势，由 2011 年的 35 人升至 2020 年的 91 人。2011-2020 年台湾地区新报告 HIV 感染人数始终在 1000 人以上，但自 2017 年开始呈现下降趋势，由当年的 2514 人降至 2020 年的 1390 人。（图 3-18）

2011 年底，三明市报告累计存活 HIV 感染者/AIDS 病人 121 人，台湾地区为 18,631 人；截至 2020 年底，三明市报告累计存活 HIV 感染者/AIDS 病人 696 人，与 2011 年相比增加了 475.2%，台湾地区报告 33,699 人，与 2011 相比增加了 80.9%。（表 3-6）

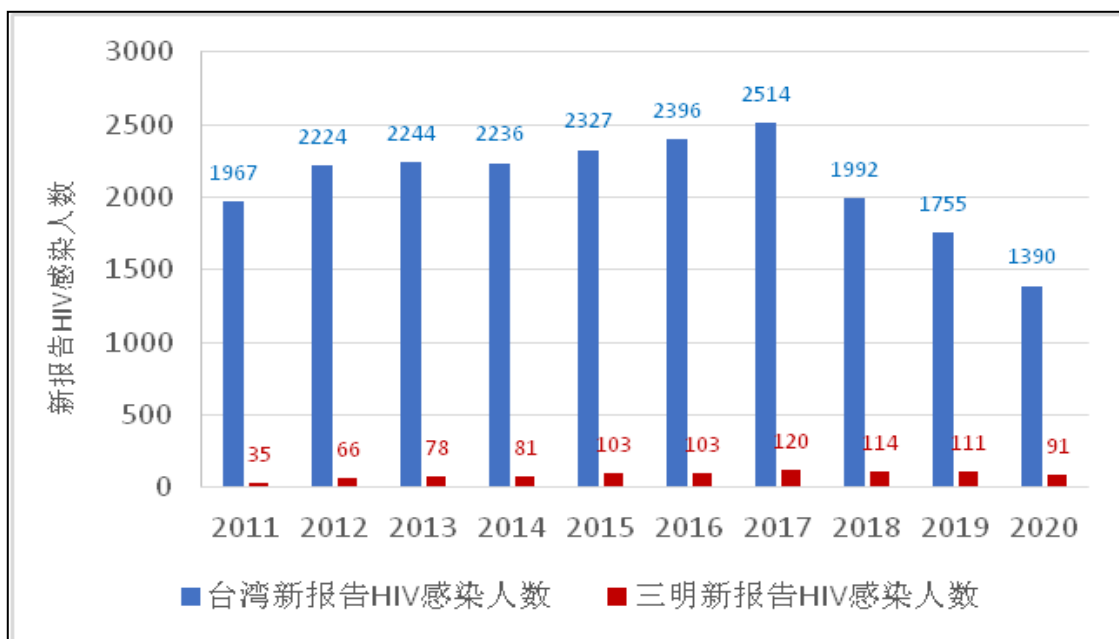


图 3-18 三明及台湾 2011-2020 年新报告 HIV 感染人数⁴⁹

表 3-6 三明及台湾 2011-2020 报告累计存活 HIV 感染人数⁴⁹

年份	累计存活 HIV 感染者人数	
	三明	台湾
2011	121	18631
2012	168	20438
2013	236	22270
2014	285	24073
2015	354	25954
2016	428	27861
2017	489	29881
2018	577	31453

⁴⁹ 三明数据来源于三明市疾病预防控制中心，台湾数据来源于卫福部疾病管制署

2019	621	32822
2020	696	33699

备注：以上数据截至各年年底

2) 防控政策 三明市近年来高度重视并持续深入推进艾滋病的防控工作，在市“十三五”卫生规划中提出了将 HIV 感染人数控制在 3 例/万人以内的目标。在 2018 年制定的遏制与防治艾滋病行动计划中，进一步提出了 5 项主要任务，包括：①扩大检测咨询，做好病例管理；②开展综合干预，降低传播风险；③注重宣传教育，增强防治意识；④落实救治救助，提高生活质量；⑤创新服务模式，参与艾滋病防治。2020 年，三明市卫健委牵头与多个部门展开合作，提出了艾滋病防治的“六大工程”，包括预防艾滋病宣传教育工程、艾滋病综合干预工程、艾滋病扩大检测治疗工程、预防艾滋病社会综合治理工程、消除艾滋病母婴传播工程和学生预防艾滋病教育工程。

台湾地区的艾滋病防控工作主要包括：针对男男性行为人群，推动设置同志健康社区服务中心以提供艾滋病诊疗咨询服务；持续实施药瘾艾滋减害计划；执行孕妇全面筛检服务、预防性用药等措施以减少母婴传播；实施“艾滋病匿名筛检咨询服务计划”，并于 2013 年实施“WE-CHECK 社群动员艾滋病检测计划”，通过招募意见领袖，鼓励同侪促进艾滋病检测，此后进一步与卫生局及民间团体合作，动员同侪

导师在社群内宣传安全性行为及定期筛检；2017 年实施“艾滋病指定医院服务品质提升计划”以强化感染者自我管理；自 2018 年 9 月起，推动“艾滋病筛检与艾滋病暴露前预防计划”，提供整合性照护服务。

3) 艾滋病免费筛检咨询人次数 三明市 2011-2019 年艾滋病免费筛检咨询人次数总体呈上升趋势，由 2011 年的 81,433 人次上升至 2019 年的 227,235 人次，2020 年受新冠疫情影响稍有下降，为 216,230 人次。台湾近年来为兼顾民众隐私，实施“艾滋病匿名筛检咨询服务计划”，2011-2018 年免费匿名筛检咨询人次数总体呈上升趋势，在 2018 年达到峰值为 42,837 人次，但 2019-2020 年有所下降，分别为 38,000 人次与 36,883 人次。（图 3-19）

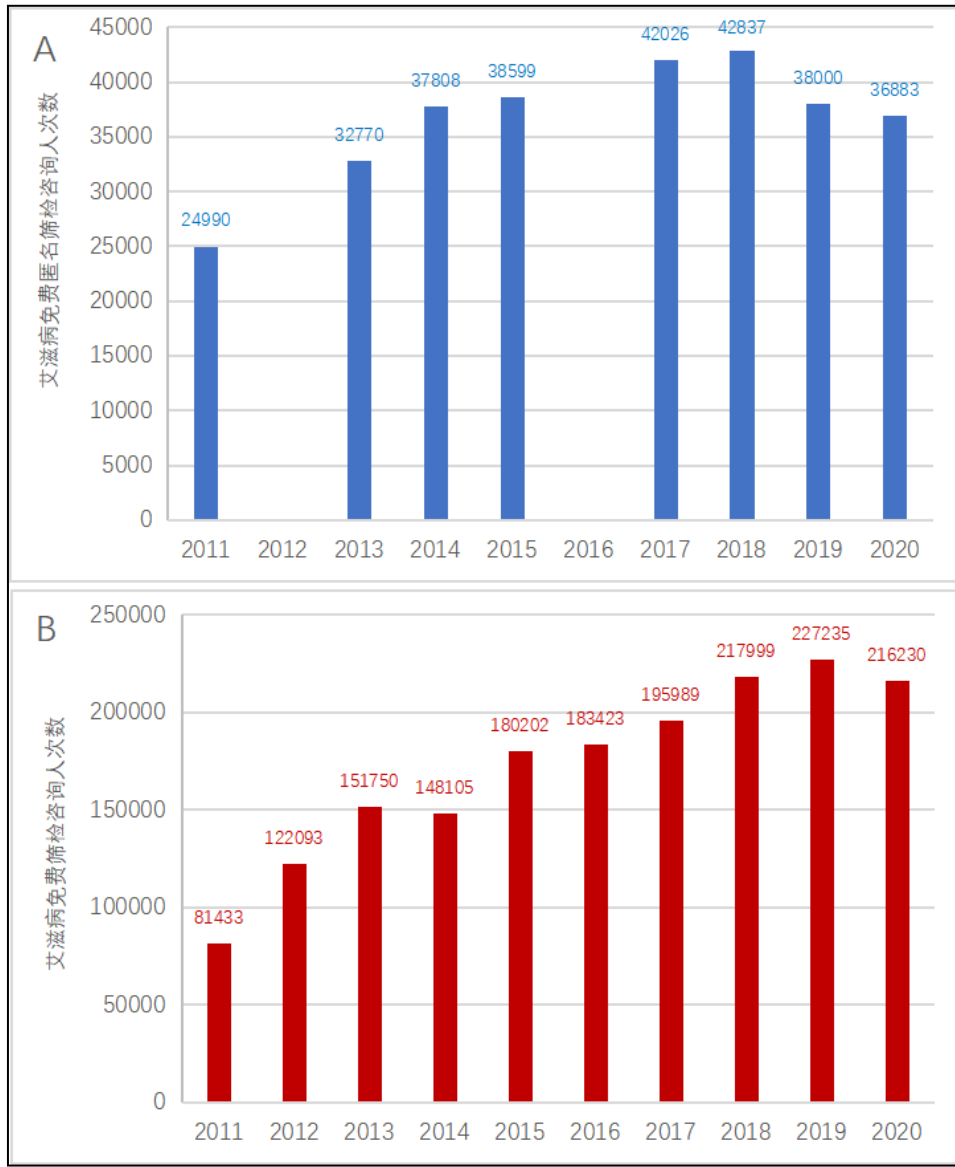


图 3-19 三明台湾 2011-2020 年艾滋病免费筛检咨询人次⁵⁰

A: 台湾 2011-2020 年艾滋病免费匿名筛检咨询人次数

B: 三明 2011-2020 年艾滋病免费筛检咨询人次数

4) HIV 感染者治疗情况 联合国艾滋病规划署提出了“2030 年终结艾滋病”的愿景，并提出“三个 90%”防治目标，其中第二个 90%即符合治疗条件的 HIV 感染者接受抗病毒治疗的比例达 90%以上。2015-2020 年，三明市 HIV 感染

⁵⁰ 三明数据来源于三明市疾病预防控制中心，台湾数据来源于卫福部疾病管制署

者接受抗病毒治疗比例呈现上升趋势，在 2019 年时达到 90% 的目标，2020 年达到 95%。台湾 HIV 感染者接受抗病毒治疗比例同样处于上升的趋势，在 2019 年时超过 90%(达到 92%)，2020 年为 93%。（图 3-20）

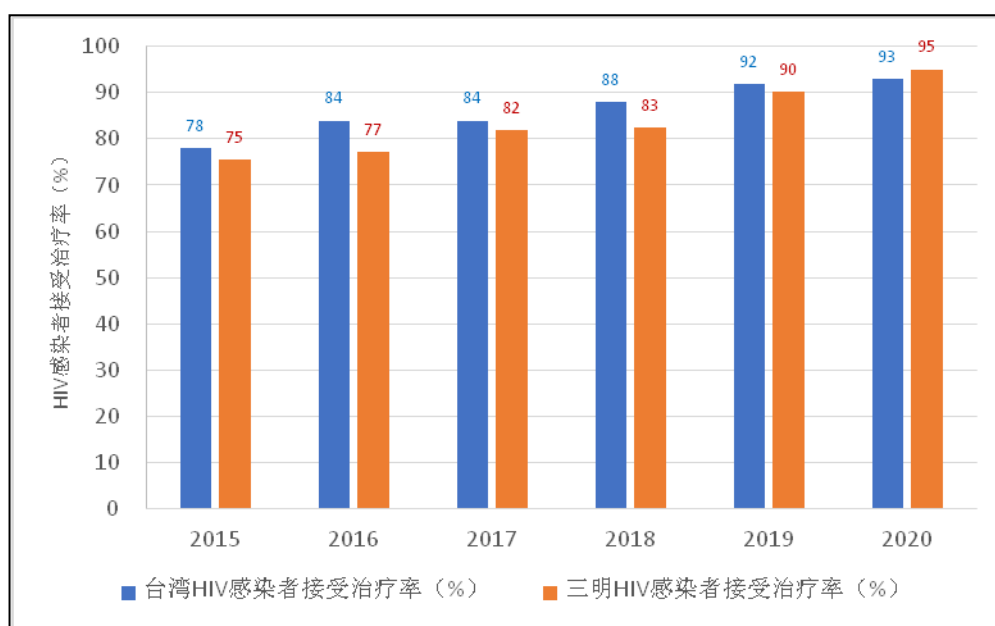


图 3-20 三明及台湾 2015-2020 年 HIV 感染者接受抗病毒治疗率 (%) ⁵¹

5) HIV 感染者病毒抑制情况 联合国艾滋病规划署三个 90% 目标中第三个 90% 即接受抗病毒治疗的 HIV 感染者的病毒抑制率达 90% 以上。2015-2020 年，三明市接受抗病毒治疗的 HIV 感染者达到病毒抑制效果比例呈上升趋势，2017 年达到 91%，2020 年为 94%。台湾地区该比例在 2015-2017 年呈现上升趋势，也在 2017 年时达到第三个 90% 的目标，2020 年为 95%。（图 3-21）

⁵¹ 三明数据来源于三明市疾病预防控制中心，台湾数据来源于卫福部疾病管制署

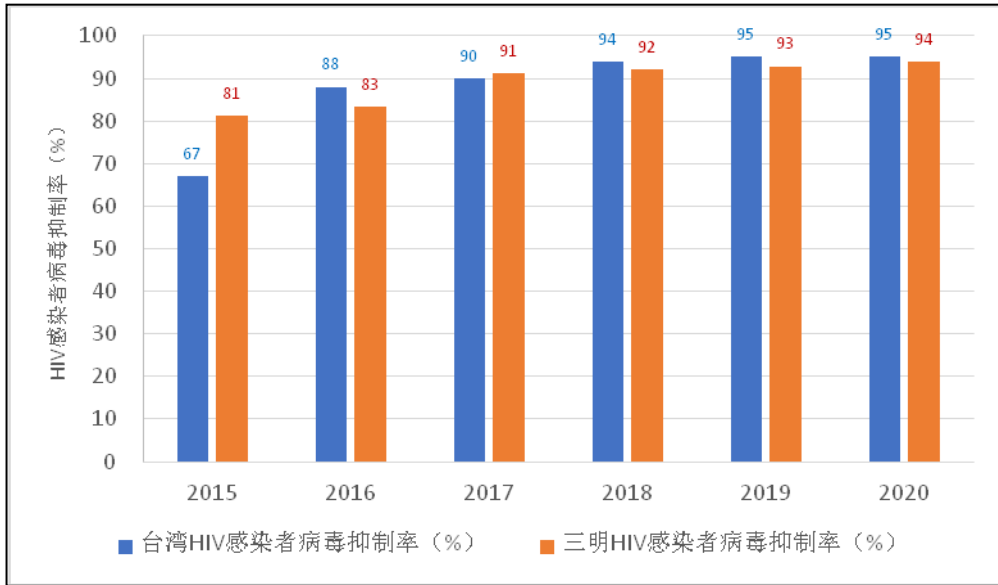


图 3-21 三明及台湾 2015-2020 年 HIV 感染者抗病毒治疗成功率 (%) ⁵²

(3) 结核病

1) 流行情况 2011-2020 年，三明市每年新报告结核病病例数呈缓慢下降的趋势，2011 年新报告结核病病例数为 1296 例，2020 年为 857 例。台湾地区每年新报告结核病的病例数则呈显著下降的趋势，由 2011 年的 12,634 例下降到 2020 年的 7823 例。（图 3-22）

⁵² 三明数据来源于三明市疾病预防控制中心，台湾数据来源于卫福部疾病管制署

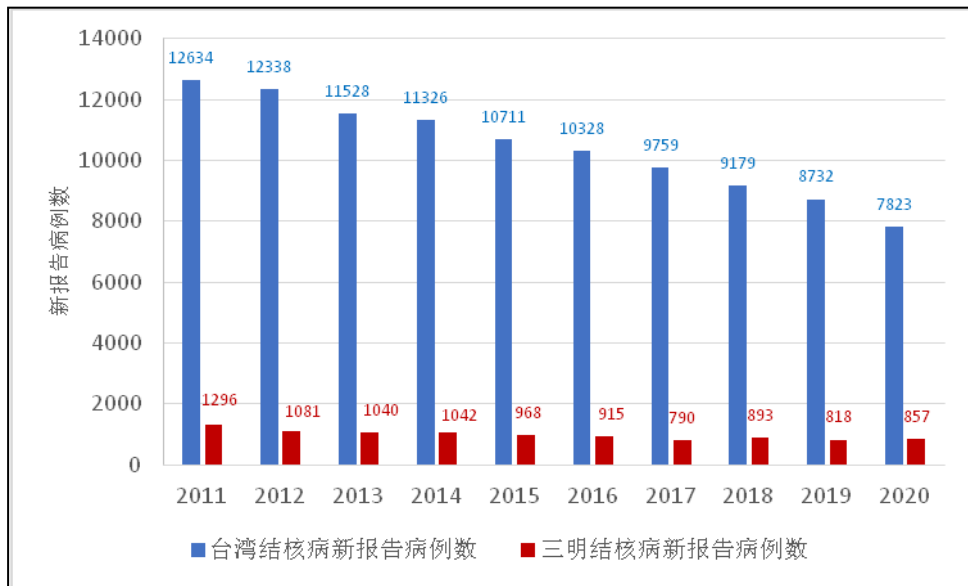


图 3-22 三明及台湾 2011-2020 年结核病新报告病例⁵²

2) 防控政策 “十三五”期间，三明市提出全市肺结核发病率下降到 58 例/10 万的目标，采取的主要策略措施包括：①完善防治服务体系，推动防治结合并加强队伍建设；②多途径发现患者，加强排查肺结核可疑患者、主动筛查重点人群、开展耐药筛查与监测；③规范诊疗行为，落实结核病诊疗工作规范，规范耐多药肺结核患者诊疗与管理；④加强患者健康管理服务；⑤加强医疗保险和关怀救助工作；⑥积极突破防控难点，包括学校结核病防控、流动人口结核病防控、TB/HIV 双重感染防控；⑦切实保障抗结核药品供应和提高信息化管理水平。

台湾地区近年来参照世界卫生组织提出的“The Global Plan To Stop TB 2006-2015”计划，持续推动“结核病十年减半全民动员计划”，具体措施包括推动直接观察治疗、实施“抗药性结核病医疗照护体系”、加强落实结核病接触

者检查以及扩大推动“潜伏结核感染治疗计划”。其中，在2013年6月推行了“HIV/TB合作模式管理原则”，通过定期分析两者共病趋势，增加15-49岁结核病个案的常规艾滋病检测，以便医师能够进行全面评估并提供确切的结核病治疗照护。2016年开始推动加入WHO 2035消除结核第一期计划，鼓励新诊断技术和新药的引进，努力缩短结核治疗病程并提升潜伏结核感染治疗的覆盖率。

(4) 病毒性肝炎

1) 流行情况 2011-2020年三明市病毒性肝炎每年新报告病例数一直在3000例以上，呈现波动性缓慢下降趋势，2015年新报告病例数为3988例，2020年为3116例。从不同亚型来看，三明每年乙肝新报告病例数占总新报告数80%以上；2017年三明乙型肝炎发病率约为138.98/10万，高于福建省平均106.60/10万。

台湾地区2011-2020年病毒性肝炎每年新报告病例数显著低于三明市，但呈现一定的上升趋势，由2011年的323例上升至2020年的792例。台湾2016年出现甲肝暴发，当年报告甲肝的病例数为1133例，约占当年病毒性肝炎报告总数的80%。此外，台湾近年来丙肝的新报告病例数呈现快速上升趋势。（详见图3-23，表3-7）

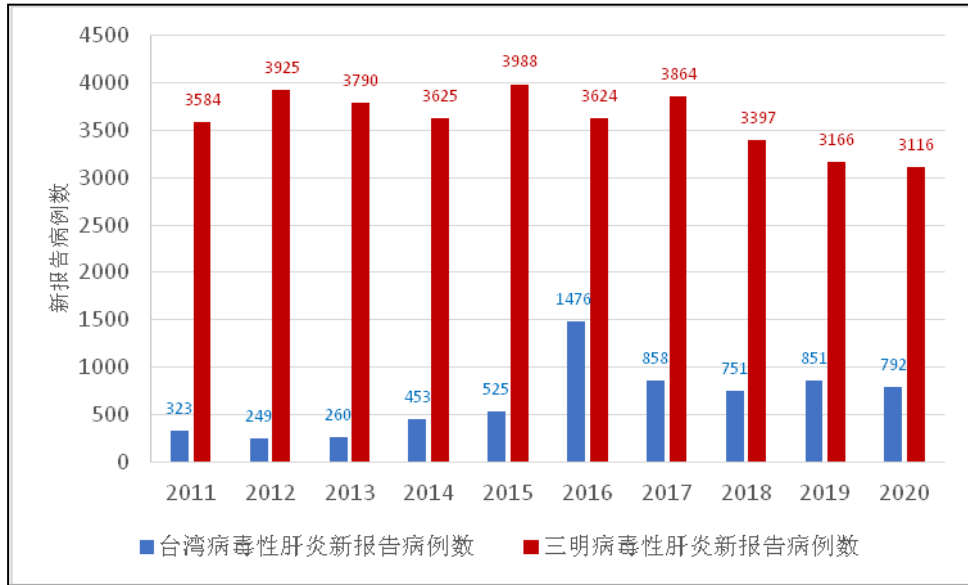


图 3-23 三明及台湾 2011-2020 年病毒性肝炎新报告病例⁵³

表 3-7 三明及台湾 2011-2020 年病毒性肝炎各亚型新报告病例数⁵³

年份	甲肝		乙肝		丙肝		丁肝		戊肝	
	三	台	三	台	三	台	三	台	三	台
	明	湾	明	湾	明	湾	明	湾	明	湾
2011	70	104	3008	163	95	34	0	0	213	12
2012	47	99	3345	97	116	34	0	0	236	9
2013	46	139	3324	97	102	10	0	0	203	9
2014	39	117	3270	120	87	205	0	1	122	9
2015	58	171	3592	125	103	217	0	2	140	8
2016	33	1133	3321	118	116	207	2	2	63	16
2017	57	369	3544	151	106	325	3	0	66	13
2018	28	88	3171	143	78	510	1	0	58	10

⁵³ 三明数据来源于三明市疾病预防控制中心，台湾数据来源于卫福部疾病管制署

2019	24	107	2988	111	74	626	0	0	43	7
2020	38	74	2948	108	68	603	0	0	40	7

2) 防控政策 由于病毒性肝炎，特别是乙肝发病率居高不下，福建省参照《中国病毒性肝炎防治规划（2017—2020年）》提出了防治病毒性肝炎的系列工作目标，包括儿童甲型肝炎、乙型肝炎疫苗全程接种率继续保持在95%以上、新生儿乙型肝炎疫苗首针及时接种率继续保持在90%以上等；同时提出了7条防治措施，包括①加强疫苗接种；②综合危险因素防控；③强化监测报告，及时处置聚集性疫情；④优化检测，加强传染源发现工作；⑤规范治疗管理，提升治疗效果；⑥保证药品供应，提升医疗保障；⑦加强宣传教育，努力消除社会歧视。

台湾地区于2016-2019年针对甲肝确诊病例接触者、新确诊梅毒、淋病及HIV感染者，实施了甲型肝炎确诊病例接触者疫苗免费接种试办计划和扩大甲型肝炎公费疫苗接种试办计划，并于2018年起提供急性病毒性甲型肝炎确诊病例接触者1剂公费疫苗作为暴露后预防接种；针对急性乙型肝炎与丙型肝炎，台湾近年来持续实施孕妇乙肝产前检查和新生儿乙肝预防接种。

3. 讨论与建议

(1) 三明市未来针对新冠肺炎等新发突发传染病，应继续完善传染病疫情防控常态化机制，健全应急指挥协调机

制，同时进一步加强跨部门合作，通过细化疾控、医院、交通、公安、工信、教育及财政等部门的职责与分工，来完善跨部门、上下联动的联防联控机制。此外，应加强传染病应急信息化建设，构建信息化的传染病防控及管理体系，加强智能设备的研发以及信息化技术平台的推广应用。

(2) 针对传统重点传染病（如艾滋病、结核病、病毒性肝炎等），需综合防控危险因素，鼓励开展爱国卫生运动，改善城乡卫生环境，加强食品安全的风险监测与评估；需聚焦重点人群以采取针对性的防控措施，例如艾滋病防控工作中重点关注性传播风险较高的人群（例如男男性行为人群），加强社区组织参与。

（四）医养结合与长期照护

近年来，我国正处于人口老龄化上升阶段，老年人健康和照护需求日益增多。党中央、国务院的高度重视，我国医养结合服务模式进入快速发展期。国家制定了《“十四五”健康老龄化规划》等一系列政策措施，明确提出要建立综合连续、覆盖城乡的老年健康服务体系，对健康教育、预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护、安宁疗护等各方面提出了相应要求和具体的工作部署。

1. 三明养老长照体系建设工作

三明市农村互助养老目前主要依靠农村幸福院进行，实行的是“四化”模式（生活互助化、娱乐本土化、服务专业

化、习俗文明化），由养老服务中心负责管理，四个支柱保证实施：党政发力、村级用力、家庭给力和社会助力。养老服务中心资金来源于政府补助和社会参与，设立一系列章程和制度进行规范化管理。

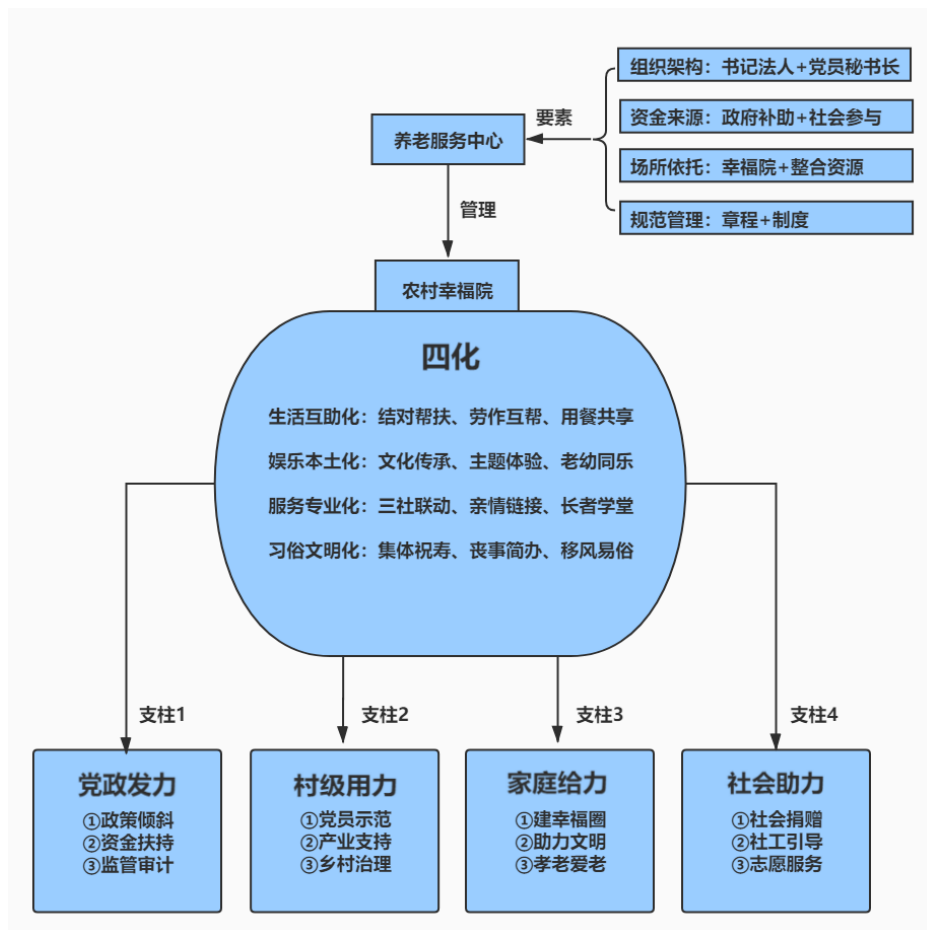


图 3-24 农村互助养老“四化”模式思维导图⁵⁴

2. 台湾长照体系

台湾是我国人口老龄化最早、老龄人口比重最高的地区之一，早在 1980 年就颁布了《老人福利法》，及早就开始重视长期照护工作，历经三十余年探索，建立了日趋完善的长期照护体系。2016 年“长期照护十年计划 2.0”实施，主要

⁵⁴ 图片来源宁化县民政局

对需要长期照护者提供综合性、连续性服务，对病患和照顾者提供预防、诊断、治疗、复健、支持性、维护性以及社会性的服务，目前已形成由长照人员、长照机构、财务及相关资源组成的具备发展、管理、转介机制的网络。

(1) 长期照护服务体系

长照保险的主管机关归属于“卫生福利部”下设健康保险署，统一负责台湾地区全部照护管理机构，负责全岛所有保险对象长照评估、判定给付等级、制定照护计划等所有管理工作，并负责特约经营的长照机构管理支付费用。同时成立长照保险会、长照保险争议审议会专门负责保险的运营、发放、资格审核、争议处理等具体事务。具体机构分布与人力见图 3-25。



图 3-25 台湾长期照护管理中心中央与地方分工图

(2) 长期照护法律法规

台湾于 2015 年通过了《长期照护服务法》，是世界上少有的对长期照护服务特别立法的地区，为长期照护行业的发展奠定了法律基础。台湾依长服法制定了 1 部法律、8 部子法律，包括：《长期照顾服务机构法人条例》《长期照护服务法》《长期照顾服务机构法人条例》《长期照顾服务机构设立标准》《长期照顾服务机构设立许可及管理办法》、《长期照顾服务机构评鉴办法》《长期照顾服务机构项目申请租用公有非公用不动产审查办法》《长期照顾服务人员训练认证继续教育及登录办法》《外国人从事家庭看护工作补充训练办法》《长期照顾服务资源发展奖助办法》。



图 3-26 台湾长照制度发展过程

(3) 运行模式

1) 申请流程与自付 台湾地区民众申请身体照护服务，应由照管中心或直辖市、县（市）主管机关评估；主管机关应依评估结果提供服务。接受医事照护的长照服务者，应经医师出具意见书，并由照管中心或主管机关进行评估。民众

申请日常生活照护及家政服务，应依失能者失能程度及其家庭经济状况，并由主管机关提供补助；依其他法令规定得申请相同性质的服务补助者，只得选择其中一项服务。日常生活照护及家政服务和安全看管服务的评估，需要委托专业团体办理；评估标准、方式、人员的资格条件及其他有关事项，由中央主管机关解释。护理服务补助的金额或比率，由中央主管机关确定。

照管中心或直辖市、县（市）主管机关应如前所述日常生活照护及家政服务的评估结果，按民众失能程度核定其长照需要等级及长照服务给付额度。民众使用长照服务，应依前项核定的长照服务给付额度自行承担一定比率或金额。长照特约单位应依前项规定向长照服务使用者收取应自行承担的长照服务给付额度比率或金额，不得减免，其步骤包括：

- ①事先评估给付资质：事先需经过保险人的综合评估，划定老年人的失能等级，从而确定给付资质；
- ②以基本服务给付为主：依据失能等级核定给付上限，超过部分需自行承担；
- ③以社区居家养老服务为主：原则上只有重度失能者才能接受机构养老服务，不符合条件但仍选择机构养老的老年人需自付差额。

3. 讨论与建议

(1) 相关制度及运行机制

目前，三明市推行的居家养老模式和我国台湾地区的在

地养老有较多的共同点。但大陆的居家养老模式普遍存在着制度及政策的缺失、照护团队数量和素质有待提升和服务内容供需不平衡等一系列问题。台湾地区通过长照 1.0 到长照 2.0 阶段的发展，从制度、照护人员培养、社会各部门参与和服务项目等层面为三明的养老问题提供了借鉴。相比于台湾，三明市长期照护服务事业发展起步较晚，相关制度及配套政策方面不够完善，仍有待加强；三明市目前居家养老的服务资源分属不同部门管理，缺乏有效沟通，各类资源整合困难大，且存在政府依赖性较强、覆盖范围较小、服务内容单一、服务质量参差不齐等问题。台湾地区的在地养老是多方部门参与的，除了政府各个部门，还融合了大量的社会力量如志愿者、养老机构、医院等。

此外，可借鉴台湾的长期照护筹资模式，结合大陆的特点，可建立多层次长期照护保险体系，以长期照护社会保险为主、长期照护商业保险为补充，充分发挥政府和市场的共同调控作用。在提供长期照护服务时，可采用社会保险和个人给付相结合的方式，共同承担长期照护服务费用，比例可参照医疗保险。

(2) 人才队伍建设

目前三明市居家养老照护队伍主要存在以下问题：1) 照护人员专业化程度偏低，多以年龄偏大的下岗女工居多，仅通过短暂的职业培训很难满足老年人的特殊需求与较高

层次需求。2) 照护人员数量与老年人数量比例不均衡，由于缺乏动力机制和有效管理，服务队伍亦缺乏稳定性。我国台湾地区之前的照护人员多为外籍服务人员，也存在素质较低等问题，但长照 2.0 阶段对这方面进行了改进，扩充具有专业技能和高素质的照护人员，提升照护人员的职业认同感和荣誉感。

三明市可在未来提高居家护理服务团队人员的待遇，激发专业人员工作积极性，明确护理服务内容和职责，制定服务质量管理标准，提升护理人员的服务能力。另外，还需要健全培训体制，开设居家护理的课程，加强护理管理者的专业培训，对于有意愿从事长期照护的非专业护理人员，上岗前提供专业培训，按照严格的职业资格认证制度，持证方可上岗。

(3) 服务需求和内容

现阶段三明市提供的长期照护与需求不相适应，主要体现在：1) 现有服务内容单一，主要包括送餐和上门打扫等生活照料方面的内容，关于用药管理、康复治疗、社会活动、精神慰藉等服务需求难以满足；2) 未根据老人的需求进行个性化划分，只是提供统一的照护服务为满足老年人日益多元化的照护需求。随着家庭结构的缩小、老龄化形势的加剧，老年人对长期照护的需求越来越大，服务内容也日益增多。长期照护的服务内容应扩展至医疗照护、生活照料和社会关

怀等方方面面。

（五）医疗信息化建设

1. 三明市医疗信息化建设

作为现代医院管理和发展的重要支撑，医院信息化建设因其本身的精细化管理、产品架构治理、数据标准化治理、安全管理治理等能力，为医院运营效率、成本管控、医疗质量、科研教学等的精益管理赋予了新的能量，成为卫生健康事业发展和深化医药卫生体制改革的重要支撑，是推动医院现代化、高质量发展的新引擎，在医务人员提供服务端、行政人员管理端和患者端均发挥着重要的作用。

（1）智慧医疗

三明市县级综合医院建设了县域消毒供应、心电诊断、临床检验、医学影像、病理诊断和远程会诊等六大中心，县域医疗服务水平明显提高，信息平台互联互通标准化已达到国家三级标准。全省一体化在线监管平台的升级建设，加强了与公共信用平台、重点行业监管系统的对接应用，提升了市场监管能力。通过建设省药品智慧监管平台，福建省打造出全链路疫苗（药品）追溯监管体系。

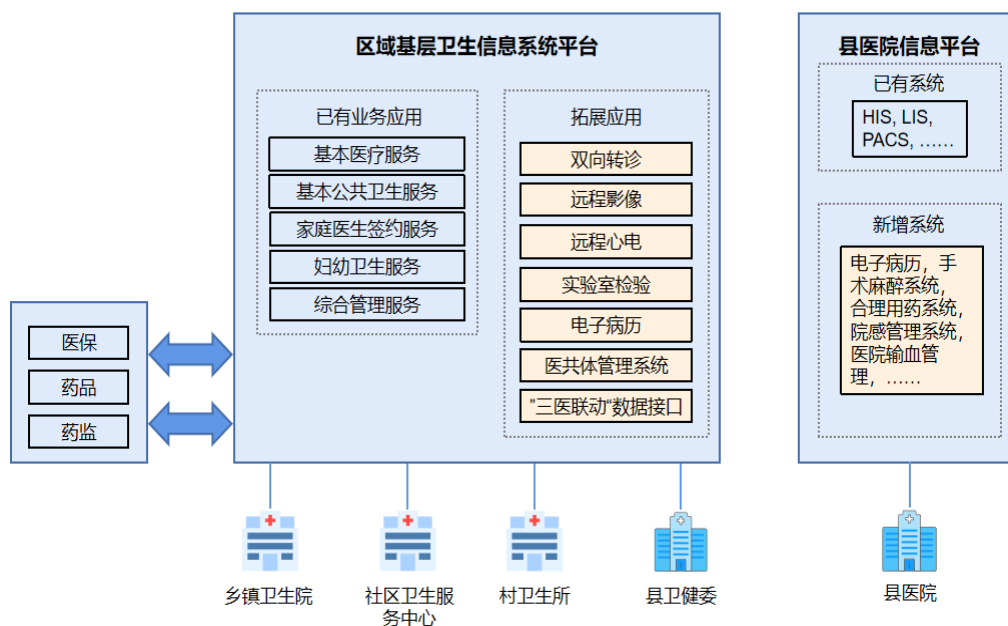


图 3-27 三明市县域医疗卫生信息系统平台总体架构

(2) 智慧管理

在医院管理端，三明市建立了“医疗同质、管理一体”的大型医院集团化管理模式，实现跨机构业务协同和资源共享，构建集团化数据中台，通过统一用户管理、统一权限管理、统一字典管理、患者主索引、员工主索引、科室主索引建设，为集团化运营管理赋能，统一多院区数据，提供辐射对内、对外的同质化运行管理平台，做到“多院统筹、多院规划”，提升集团化医院运营管理。

(3) 智慧服务

2011 年，福建联通承担了福建省委、省政府 2012 年为民办实事重点项目之一的福建省公立医院统一预约诊疗平台建设，为福建广大市民打造一个既便捷又贴心的预约诊疗及挂号平台。目前，开通的医疗预约诊疗就是与省卫生

厅 12320 公共卫生服务热线合作，遍布全省九个地市的 276 家二级以上及专科医院，借助手机客户端、互联网、电话、沃 TV 及自助终端，老百姓通过身份证或医保卡就可以实现随时随地的预约挂号，此举不仅大大节约了广大患者的候诊时间，并且有效改善了就医环境，解决了市民生活的一大难题。

2. 台湾医疗卫生信息化平台

(1) 健保医疗资讯云端查询系统

在台湾地区，诊间医师可通过健保资讯服务系统(VPN)，即时查询到病人近期的就医信息，来避免医师重复处方及病人重复用药，从而提升用药安全及品质，其系统功能详见表 3-8。

表 3-8 健保咨询服务系统主要功能

功能	服务区段
云端用药史	最近 6 个月门诊、住院(5 个月申报资料+最新 1~2 个月的健保卡上传资料)
特定管制药品用药资讯	最近 7 个月门诊、住院(6 个月申报资料+最新 1~2 个月的健保卡上传资料)
检查检验纪录	最近 12 个月门诊、住院(11 个月申报资料+最新 1~2 个月的健保卡上传资料)
手术明细记录	最近 12 个月门诊、住院(11 个月申报资料+最新 1~2 个月的健保卡上传资料)
牙科处置及手术作业	最近 24 个月门诊、住院(23 个月申报资料+最新 1~2 个月的健保卡上传资料)
过敏药	所有过敏药记录
特定凝血因子	最近 24 个月门诊、住院

用药	(23 个月申报资料+最新 1-2 个月的健保卡上传资料)
检查检验结果	(12 个月申报上传资料+6 个月内影像资料) 备注： 1. 检验资料已收载至 12 个月。 2. 报告资料自上线起逐步收载至 12 个月。
出院病历摘要	最近 12 个月门诊、住院(12 个月申报上传资料) 备注：档案自上线起逐步收载至 12 个月。
康复医疗	最近 1 年门诊、住院(11 个月申报资料+最新 1~2 个月的健保卡上传资料)
中医用药	最近 12 个月门诊(11 个月申报资料+最新 1~2 个月的健保卡上传资料)
CDC 预防接种	以 URL 连结方式介接 CDC 全国性预防接种管理系统

(2) 电子病历交换系统

2009 年 11 月，台湾行政院通过“加速医疗院所实施电子病历系统计划”，目标是：病人在任一家医院，透过健保 IC 卡和医师的医事凭证 IC 卡，在签署同意后，可以完整取得该病人过去六个月在其他医院的重要病历。台湾医院实施电子病历采单张报备制，如住院病历、出院病历摘要、护理纪录等都算一个单张病历。台湾每一家医院，会使用数百张不同的病历格式模组，医院每实施一张，就需向当地卫生局报备一张。报备完成后，医院即可不再列印纸版病历，也才能取得与全国电子病历交换中心(EEC)连线的资格。医院内的电子病历系统，须遵守电子病历制作及管理辦法的相关规定。但对其电子病历的格式内容并无强制规范。大部分的

医院设置病历管理委员会，无论是纸本病历和电子病历，其内容与格式都应获得院内病历管理委员会的核可。医院资讯系统没有与 EEC 直接连接。与 EEC 连接的是电子病历网关（EMR gateway）。医院把院内电子病历系统六个月内的电子病历，转成标准的档案，储存在 EMR gateway 上。EEC 最重要的功能就是为所有医院 EMR gateway 上的 XML 档案产生索引，并为医院诊所提供搜寻与调阅的服务。

3. 讨论与建议

相比于台湾地区，三明市医疗卫生服务信息化起步较晚，未来在一些方面可借鉴台湾经验。首先，三明电子病历在统一数据格式、保证数据质量方面仍有待改善，确保数据的真实可用。其次，不同信息化建设平台之间联络体系可以更加完善，提高不同平台间的沟通效率，对于提高医疗体系整体服务水平十分有利。再者，相比于台湾，三明市卫生部门需要更多考虑居民的就医需求，从需方角度出发，提升现有信息化建设水平，对完善人性化的程序，从而提高居民享受医疗卫生服务的便利性，也有利于提升医务人员的获得感。

（六）小结

医改工作启动以来，三明市在建立整合型卫生健康服务体系方面成功推出了一系列特色举措，并取得了一定成效，但仍然具有很大进步空间。

在推进医疗机构上下联动方面，基于台湾经验，三明市未来可将私立医疗机构纳入整个医疗服务体系，鼓励民营机构和各级公立医院开展合作；可加强医疗机构与养老护理机构的联结，引进个案管理制度，推进持续性照护模式建设。

在疾病防治结合方面，三明可借鉴台湾经验，大力开展癌症早筛早检，以专项治理推进整体布局，以标准化提升整体质量，最终实现人人都能享有公平、可及的高质量服务。应进一步完善妇女儿童健康相关监测体系、促进政府相关部门和社会联动机制、推动资源下沉与防控关口前移、并在全社会提升“同一健康”理念和健康支持性环境建设。可建立更加完善的健康监管与监测条例以提升控烟限酒力度，多方位构建支持性的身体活动促进环境，结合当地特色食材推进合理膳食，将健康生活方式的理念和实践融入居民生活的方方面面。大力加强心理健康教育的传播广度和力度，形成覆盖全生命周期的、全方位的、职责明确的、体系化的心理健康服务方案与监测方案。营造浓厚的心理健康提升氛围，构建身心健康协调发展的“大健康”格局。

在重点传染病防控方面，应针对新发突发传染病，继续完善传染病疫情防控常态化机制，并进一步加强跨部门合作；对于其他重点传染病，例如乙肝、肺结核，未来需综合防控危险因素，聚焦重点人群以采取针对性的防控措施。

在长期照护服务事业方面，可借鉴台湾的长期照护筹资

模式，结合自身的特点，建立多层次的长期照护保险体系，以长期照护社会保险为主、长期照护商业保险为补充，充分发挥政府和市场的共同调控作用。

在医疗信息化建设方面，可借鉴台湾经验，统一数据格式、保证数据质量，完善不同信息化建设平台之间联络体系，提高不同平台间的沟通效率，更多考虑居民的就医需求，从需方角度出发，提升现有信息化建设水平，完善人性化的程序，提高居民享受医疗卫生服务的便利性和医务人员的获得感。

四、医疗机构高质量发展

医疗机构高质量发展是更好满足人民日益增长的医疗卫生服务需求的必然要求。高质量发展是以质量和效益为价值取向的发展。根据现代医院管理制度，医疗机构的发展可分为外部治理环境和内部管理制度两大方面；其中外部治理部分包括医疗的补偿机制与控费问题（详见本报告医保筹资与支付机制章节内容）以及人员激励问题（详见本报告卫生人才激励机制部分内容）。医疗机构内部管理制度则包括公立医院内部运行管理的各项制度建设及落实，包括医疗服务质量、医院运行效率、医院人文关怀、信息化建设（详见本报告“整合型医疗卫生服务体系-信息化技术应用”部分）。本节内容主要围绕医疗质量、运行效率与机构文化展开。

（一）医疗质量

医疗质量是公立医院高质量发展的生命线，也是国家在医院等级评审和公立医院绩效考核中的重要内容。在大陆公立医院等级评审指南中有大量关于医疗质量的指标，比如年度国家医疗质量安全目标改进情况、患者住院总死亡率、新生儿患者住院死亡率、手术患者住院死亡率、手术患者48小时/31天内非预期重返手术室再次手术率、ICD低风险病种患者住院死亡率；还有具体到专科甚至专病的医疗质量指标，比如阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率、麻醉后监测治疗室转出延迟率、ICU非计划气管插管

拔管率、急性心肌梗死患者平均门药时间及门药时间达标率等。在医院绩效考核指标中，将医疗质量分为四个维度：功能定位、质量安全、合理用药和服务流程。本次报告将通过部分国家医疗质量监测指标，来看三明市在医疗质量方面近十年的变化趋势。

1. 三明市近十年部分医疗质量指标变化趋势（以沙县为例）

在我国公立医院绩效考核的医疗质量指标维度中，三四级手术占比始终是二、三级公立医院功能定位中的重要指标。它一方面反映地方医疗机构服务能力，另一方面也反映各级医疗机构开展的手术是否符合其功能定位。以三明市沙县为例，随着医改深入，沙县出院患者的手术台数以及四级手术比例整体在上升，提示县域内医疗服务能力在逐步提升（图 4-1）。但从质量安全角度来看，沙县近十年的手术并发症发生率，虽低于 2020 年全国三级公立医院手术患者并发症发生率（0.56%），但也呈上升趋势。2018 至 2020 年，尽管沙县抗菌药物的使用比例在逐年下降，远低于国家限定的 40 抗菌药物使用强度（DDD⁵⁵），但其 I 类切口手术部位感染率却平均约达 0.35%，高于 2020 年全国水平（0.1%），目前尚难以判断造成该问题的原因是否与抗菌药物使用过少有关（图 4-2）。此外，从三明市整体的医疗机构病死率

⁵⁵ DDD(defined daily dose): 限定日剂量，指用于主要治疗目的的成人的药物平均日剂量，抗菌药物标准 DDD 值，即根据 WHO 指导成人每日使用抗菌药物的平均治疗剂量

来看，2018年至2020年略有增加，原因可能与三明市县域医疗服务能力提升、就诊患者的病种复杂性提升相关（图4-3）。

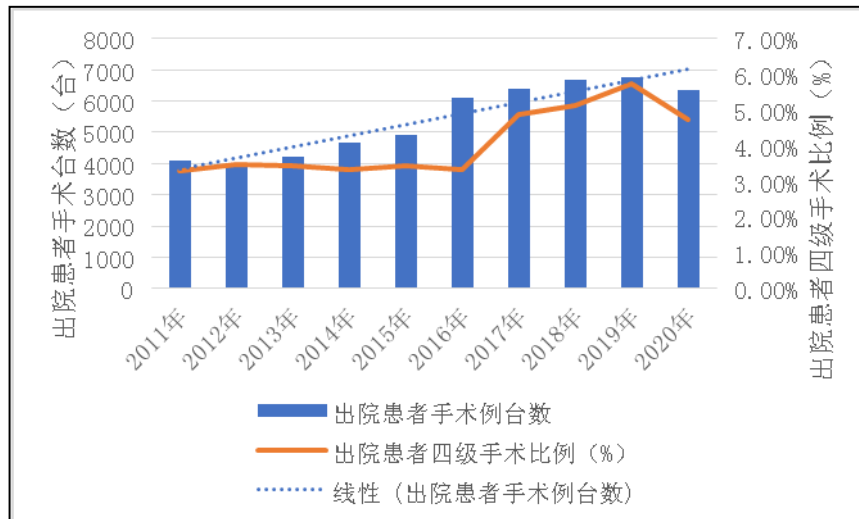


图 4-1 三明沙县 2011-2020 年出院患者手术例台数与出院患者四级手术比例⁵⁶

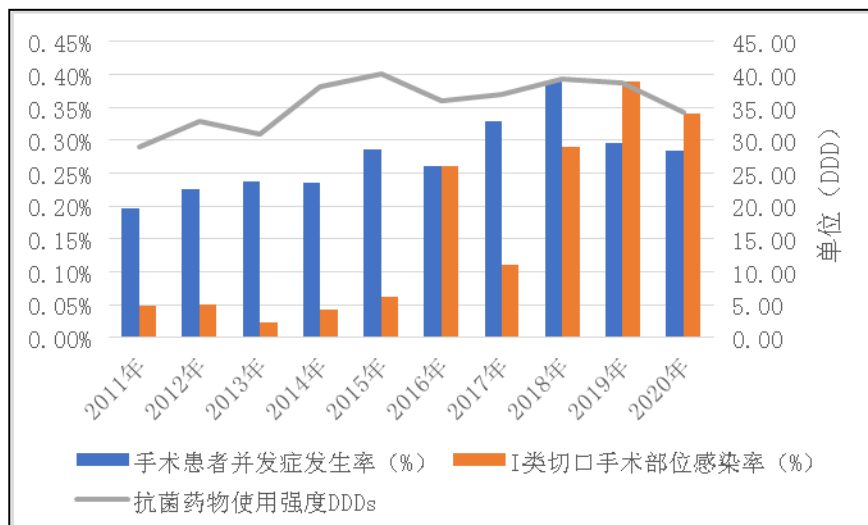


图 4-2 三明沙县 2011-2020 年出院患者手术患者并发症发生率、I 类切口手术部分感染率以及抗菌药物使用强度⁵⁷

⁵⁶ 数据来源：三明市卫生健康委员会

⁵⁷ 数据来源：三明市卫生健康委员会

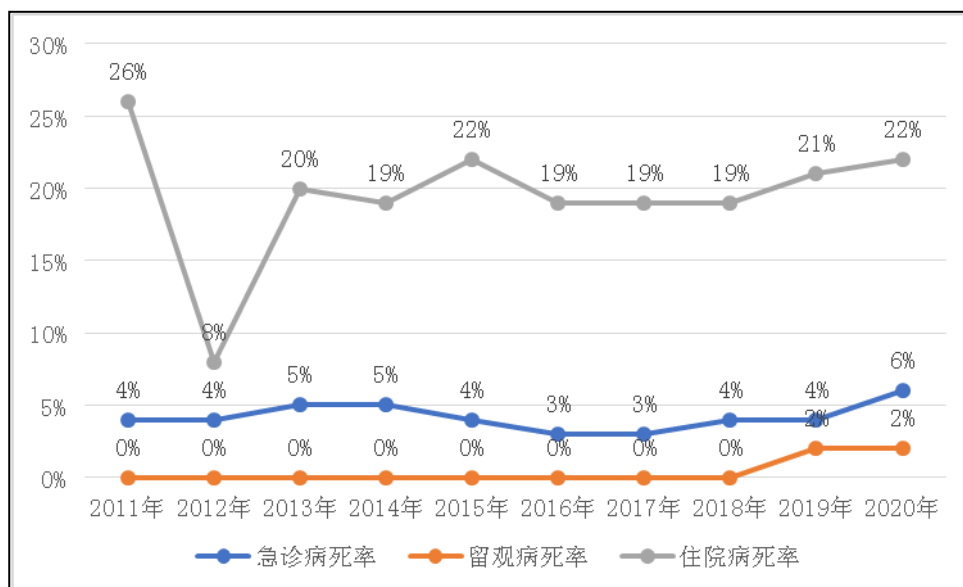


图 4-3 三明 2011 年-2020 年医疗机构病死率 (%) ⁵⁸

2. 三明市医疗质量监测与评价管理

从市级质量监测指标来看，大陆比较重视各级医院在功能定位方面的实际情况，因此各级医院三、四级手术占比属于医疗质量中的重要监测指标之一。在药物管理方面，大陆非常重视抗菌药物的使用，相比于台湾的“门诊抗生素使用率”，大陆用比较精细的 DDDs 来评价。此外，相比于“人均贵重检查次数⁵⁹”，大陆用“大型检查设备阳性率”来控制检查的合理性。总体来看，在医疗质量控制方面，从国家开始重视地方医疗质量控制中心的建设，以及医疗质量相关指标在公立医院绩效考核以及等级医院评审中的占比逐步提升的过程，可以看到大陆的医疗质量工作在逐步做细做深。

三明市紧扣国家关于医疗质量的相关制度，通过持续

⁵⁸ 数据来源：三明直报系统医疗服务部分

⁵⁹ 百万仪器或是检查费用高前 10% 的检查的人均检查次数

完善三级医疗质控体系（市级质控中心、县级质控中心、基层单位质控员），建立医疗机构全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度；运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与评价，提高工作人员对质量的认识，提升医疗质量精细化、科学化管理水平。三明市卫生健康委还定期委托各质控中心对全市各级各类医疗机构开展质控检查，并对存在问题的整改情况进行复查，将检查结果进行通报，并请各县（市、区）卫健局督促本辖区内医疗机构对照检查结果中提出的问题及建议开展整改工作，汇总辖区内医疗机构的逐条落实整改情况，各质控中心将对各医院相关问题整改情况进行复查，整改情况纳入医院评价体系。同时，质控检查得分及整改情况还会继续被运用到书记、院长目标年薪制考核中。此外，市级财政每年提供一定预算经费作为学科、学会和质控建设专项资金，保障各项质量管理工作顺利开展。

3. 讨论与建议

随着国家对医疗质量的重视，三明的医疗质量管理也在日益提升。作为大陆医改的领头羊，对比台湾在医疗质量管理方面的举措，未来三明可以从以下几个方面提升医疗质量管理：

（1）重视医疗质量信息公开，以竞争促提升

尽管三明近几年来一直在强调医疗机构的信息公开，但

是这项工作更多是为了应对卫生领域的管理者，对于与患者直接相关的信息比较少。例如，以三明市尤溪县总医院最近的一次信息公开数据来看，其内容主要包括医院的资源配置、医疗效率（仅有平均住院日）、医疗管理（仅有抗菌药物使用强度）、医疗费用（门急诊、住院的次均费用）和医院的收入结构。但在台湾健保署的官网上，有特设“全民健康保险医疗品质咨询公开网”专栏，其中在民众版有专门的模块为“院所别（含疾病别）的医疗品质资讯”。在该模块中，民众可以查到各个医疗机构的质量监测指标，可以查询到自己所关注的重点疾病的相关指标，甚至非常细化的疾病别质量监测指标，比如人工膝关节置换后 90 天内手术伤口表层感染发生率、急性心肌梗塞案件出院 14 天内(含)因主诊断急性心肌梗塞或相关病情之非计划性再住院比率等。台湾地区于 1995 年实施全民健康保险医疗，费用支付不分公立私立都要强制纳保，并从健康保险中拿到补贴。目前台湾地区的公立和私立医院是同步竞争的，信息的透明化为患者在选择医疗机构时提供了明确的参考依据。因此，为了吸引更多的病患，各家医院都竭尽所能，发挥各自优势，尤其是注重医疗品质的管理。

在信息公开方面，建议三明未来能考虑患者需求，建立患者查询平台，同时细化公开的监测指标。同时，在此次调研的数据收集过程中发现，三明在医疗数据的信息化收集以

及智慧管理方面还有较大的提升空间。医疗质量的管控，依赖于数据的及时整理和分析，才能够实现发现问题并及时改进的目的。就目前情况来看，三明市卫健委无法实时或者阶段性看到全市各医疗机构详细的运营数据，这对于管理层及时发现问题并进行改善有一定阻碍，建议三明未来在数据信息化管理方面有所提升。

（2）管理团队专业化，以工具促提升

近年来，三明为加强医院管理鼓励各医院成立独立的质量控制科，但是由于人力和财力的限制，目前三明还未能够实现所有的医院都有独立的质量控制科，很多工作是并在医务科内完成。台湾各医院均设有质量管理中心和相关委员会，专门负责发展和维持全院医疗质量及患者安全计划，以期达成目标。同时，台湾地区医院专业管理起步早，医院质量管理部门擅长使用多重管理工具，比如作为牵引力量的品管圈、标杆学习、品质突破活动、“6S”管理⁶⁰、临床路径、团队资源管理等，和作为改善力量的不良事件通报、根本原因分析、ISO⁶¹内外部稽核等。将不同的质量管理方法应用于研究发展、实验室作业、临床试验以及医疗服务上，能更好地发挥各种质量管理工具的功效，使质量管理提升效率与成果更为显著⁶²。比如台湾卫生福利部医事司设有专门的病人

⁶⁰ 6S 管理即整理(SEIRI)、整顿(SEITON)、清扫(SEISO)、清洁(SEIKETSU)、素养(SHITSUKE)、安全(SEURITY)

⁶¹ ISO (International Organization for Standardization)，国际标准化组织。

⁶² 吴晓艳,陶蓉.我国台湾地区医院质量管理的借鉴与思考[J].中国医院,2018,22(03):42-43.

安全通报系统（包括机构人员通报系统和民众通报系统），使已经发生的不良事件充分发挥价值，为医疗服务质量的持续改进提供充足素材。在台湾医疗机构工作人员中，无论是医务人员还是行政管理人员，病人安全文化都已深入人心，每个人都有追求更高医疗质量、保障患者安全的意识。

（二）机构运营效率

2017年国务院办公厅发布了《关于建立现代医院管理体制的指导意见》，国家开始大力推动现代医院管理制度建设工作，推动医院管理规范化、精细化、科学化。大陆的各个医院都开始建立起自己的医院章程，日益注重成本管理、经营分析和绩效分配。三明持续重视现代医院管理制度建设，日益完善；“三医联动”和人事薪酬制度改革为推动全国医改起到了引领作用；通过强化对医疗机构监督管理，加强对医院主要责任人和相关的其他责任人进行考核，对医院运行情况进行监测、分析、评价，落实精细化管理。

1. 医院运行效率

从三明近十年的数据来看，三明市医疗机构的平均住院日在逐年上升，但仍然低于2020年全国医疗机构的平均住院日8.5天⁶³。因此考虑在医改初期，三明可能对于平均住院日指标控制很严，随着改革举措的日益成熟，在质量和效率中逐步平衡后接近常态，同时看到，三明的平均住院日数据折

⁶³ 数据来源：2020年我国卫生健康事业发展统计公报

射出其医疗服务效率是高于台湾的。除2020年外，三明的病床使用率也一直高于台湾。（图4-4）

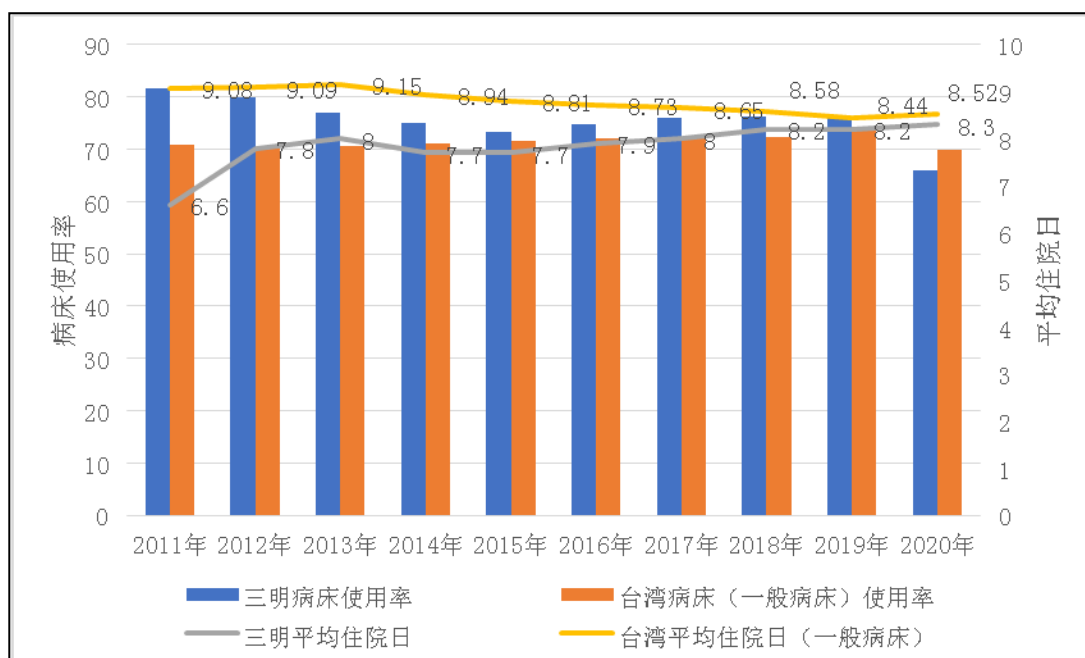


图4-4 三明与台湾病床使用率与平均住院日⁶⁴

2. 医院成本控制

三明通过“三医联动”举措，砍掉了药品虚高的价格，也提高了医保资金的使用效率，使医保基金扭亏为盈，通过多种举措加强监管（详见本报告医保筹资与支付机制章节），减少医疗费用的浪费。从门诊医疗费用方面来看，三明的门诊次均费用远低于台湾，但是与人均GDP的比值在改革初期却一直是高于台湾的（如图4-5所示），随着改革逐年推进，这个比值逐步回落，到2020年达到台湾水平。说明改革初期，医疗费用绝对值远低于台湾，但是对于三明的老百姓来说，看病依旧感觉很贵。然而随着门诊次均费用与人均GDP的比

⁶⁴ 数据来源：三明市卫健委 台湾《2020年医事机构服务量统计年报》

值的逐年低落，可以明显看到三明的门诊次均费用是朝向越来越“便宜”的方向。（如图4-5所示）

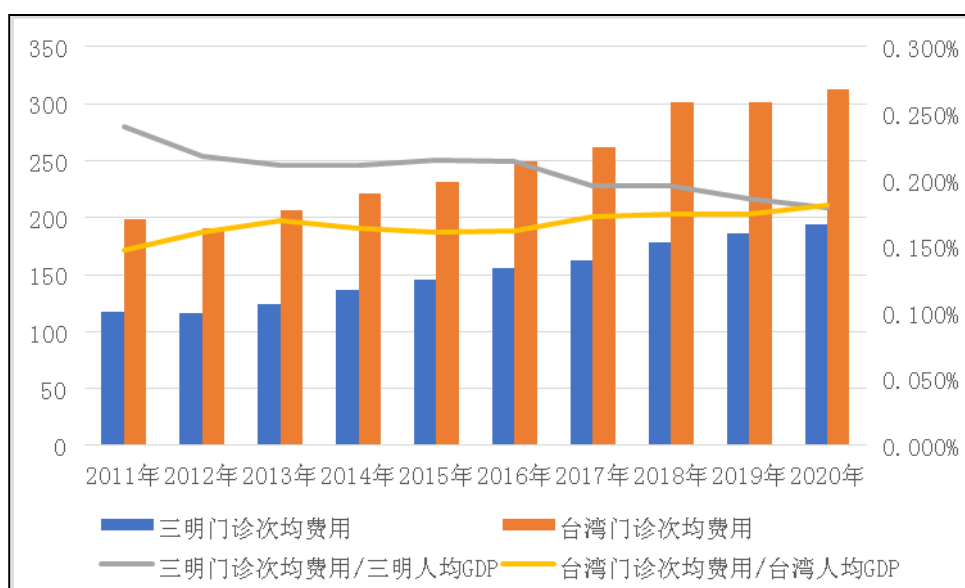


图4-5 三明与台湾门诊次均费用及与人均GDP比值⁶⁵

从人均住院医疗费用方面来看，三明的人均住院费用同样一直低于台湾；其与人均GDP的比值也在持续下降，并自2013年起持续低于台湾（如图4-6所示）。该数据一定程度上反映出三明医改的控费成效明显，老百姓的看病负担在逐步减轻。

⁶⁵ 数据来源：三明数据来源于卫健委直报系统，台湾数据根据《全民健康保险统计》数据计算，以1点为0.95新台币来计算，以“件数”作为“次数”。

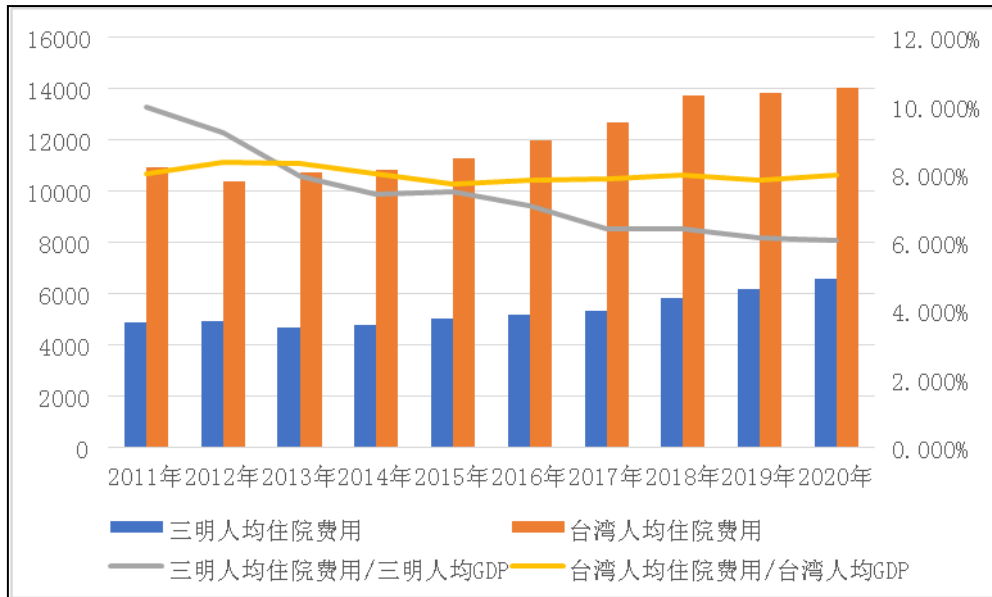


图4-6 三明与台湾人均住院费用及与人均GDP比值⁶⁶

本报告从两地患者人数均较多的病种中，挑选了全膝关节置换和剖腹产手术病种，对比其药占比和耗材占比。从图4-7中可以看出，2021年台湾的耗材占比高于三明，尤其是在膝关节置换手术中。该结果提示三明医改后，耗材的费用得到了有效控制。同时需要注意的是，在台湾，剖腹产药品、耗材和检查化验这三类的占比总和不及10%，说明台湾的诊疗费用和医师服务费占比很大，体现出其医务人员劳动价值的费用占比远高于三明。

⁶⁶ 数据来源：三明数据来源于卫健委直报系统，台湾数据根据《全民健康保险统计》数据计算，以1点为0.95新台币来计算，以“件数”作为“次数”。

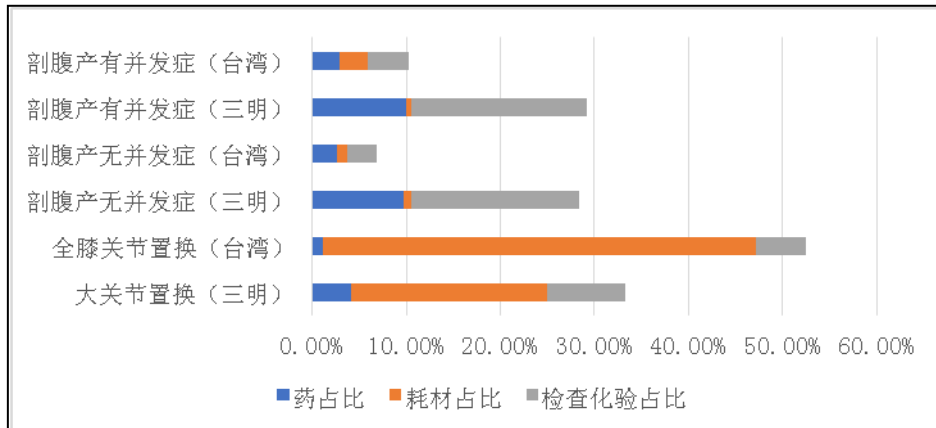


图4-7 三明与台湾2021年剖腹产与关节置换术费用构成比较⁶⁷

3. 讨论与建议

在医院的运营管理方面，相比于台湾地区，大陆的医疗质量控制普遍存在缺乏专业管理人员的问题，很多医院的高层及中层管理者主要来源于技术骨干或学科带头人，在医院经营实践中常表现出基于直线职能制以管理者经验为主要决策依据的“经验型”，和拥有高超医技的临床专家基于技术知识做管理决策的“封闭型”并存等特点，在精细化运营方面缺乏经验和深度思考。

(1) 重视管理科学，落实医管分工共治

台湾长庚医院的企业化管理模式在一定程度上值得借鉴。台湾医疗机构类型较多，多数医院属于自负盈亏，因此加强管理、降低成本、提升效率是各个医院刻不容缓的追求目标。长庚医院按照分工与专业化原则建立“医管分工共治”的组织结构，设立专业管理幕僚系统，采取“企业式”经营

⁶⁷ 数据来源：三明市卫生健康委员会与台湾健保署

方法，在机构建制和管理机能上，使医疗体系和管理体系两者各司其职、各建其功。做到行政管理中心（幕僚系统）负责一切与“治病”不直接相关的事务，且部门人员多为管理学、会计学以及IT行业背景，非常重视经济核算和管控成本。通过划分各类责任中心，通过科室经营管理报表，及时准确掌握科室的各项经营收入和费用支出数据，并分析各医疗服务项目经营的损益状况，研拟出进一步提升及改善的相关措施。精细化的管理不仅能够帮助医务人员提升工作效率，还能辅助工作人员及时发现问题，保障医疗质量。同时在医院整体运行方面，尤其是在后勤管理方面可以减少浪费，节省能耗，节约医院运营成本。

（2）利用大数据与AI技术，提升医疗服务效率

在医疗数据可用性不断提高和分析技术快速发展的推动下，人工智能（AI）技术的不断成熟和广泛应用为医疗领域的发展范式带来转变。目前，三明和台湾在AI应用方面还均处于探索阶段，但一定是未来的重要发展方向之一。人工智能技术不仅可以实现智能化、自动化诊断，还可以辅助临床医生进行决策，为患者提供更加个性化的治疗方案，大大提高了临床诊疗的效率和准确率，并且其强大的数据整合和处理能力在医学研究方面也发挥着不可替代的作用，提供了更加高效、创新的技术支持。例如，“智医助理”可以有效帮助基层医生为广大人民群众开展医疗服务，从而实现提升

医疗效率与质量的目的；AI智能随访助手，采用声纹预测思维算法，不仅可以提高随访效率，解放大量随访人力，更保障了信息采集的准确性，为保护用户身体安全做出了卓越的贡献；利用自然语言处理等研究技术，结合语音识别、文语转换、脑机接口等建立“问诊”模型，通过智能语音与患者进行对话。此外，在本次新冠肺炎疫情中，很多医疗机构应用到的人工智能阅读胸片等影像学检查功能以及根据眼底图像预判多种疾病进展等先进技术，也大幅提高了医疗服务质量和效率。因此，未来在医疗效率提升方面，人工智能与大数据应用相关的技术引进与应用必然是大趋势。

（三）机构文化建设

2016年，习近平总书记在全国卫生与健康大会上提出建立现代医院管理制度时，就强调要加强医院文化建设。医院文化作为社会主义先进文化的重要组成部分，是医院发展的强劲引擎和提高医院核心竞争力的动力源泉。优秀的医院文化能够凝聚人心，促进创新，提高医院的服务质量和效率，推动医院可持续发展，从而提升医院员工和人民群众的获得感。

1. 员工关怀

高质量发展人文关怀——员工关怀，员工是医院的核心，要实现以患者为中心，首先需要医务人员自身感受到被爱，要先把员工照顾好，唯有员工被照顾好，他们才能无后

顾之忧的面对工作，提供给患者有品质的服务。在员工关怀方面，三明市医疗机构主要由工会负责。除了节假日常规的物资福利之外，还包括以下常规关怀活动：送温暖活动，关心困难职工，走访慰问病休职工，主动关心患病住院职工；若职工或职工直系亲属去世，会代表医院到场吊唁，送上花圈、慰问金，并为逝者组织追悼仪式；组织职工生日慰问，为全院在职职工发放生日蛋糕等等。除此之外，工会还会定期积极开展丰富多彩的体育文化活动，努力营造科学、文明、健康的工作生活环境，满足职工不断增长的精神文化需求。工作环境方面也在不断改善，例如三明市二级以上医院工会开展了建设“医生休息室”工作，添置按摩椅、沙发、电视机、电子飞镖机、茶室等设施设备，为医务人员在繁重的工作中创造温馨的休息减压环境。各种举措表明，三明市在医院文化建设方面在逐步加大投入。

2. 社工与志愿者文化

2015年，原国家卫生与计划生育委员会提出要“坚持以病人为中心，以问题为导向，大力推进深化改革和改善服务”，其中明确指出要“注重医学人文关怀，促进社工志愿服务”。社工在大陆的发展起源很早，1921年北京协和医院就设立了社工部，台湾最早的社工部也是从北京协和医院的刘良沼在台北医院创立社会服务部开始的。目前，三明市很多医院拥有自己的志愿者服务队。例如，三明市第一医院的

不少志愿者原是第一医院的医务人员，退休后，他们积极参加志愿服务活动，在门诊提供导诊服务，还心平气和、不厌其烦地耐心解释患者的问题。其他部分医院也建立了自己的社工部，组织各类活动，让广大群众参与到医院服务工作当中来，为医院的服务“把脉开方”。

3. 患者关怀

大陆医院提倡“以病人为中心”的服务理念，与台湾地区医院讲求“以人为本、尊重生命”是一致的。践行着“以患者为中心”的理念，三明市也日益重视人文关怀，采取多种举措，方便患者提升患者满意度。部分医疗机构还专门发文，要求各科室要对患者开展多种形式人文关怀，做好与患者及家属的病情沟通及各类知情同意沟通，对患方的各类疑问要及时、耐心地解释说明；要求各病区要继续落实与患者或家属签订不收和不送红包协议书，引导患者不送“红包”；院级层面还要开展多层次的医患沟通技巧培训，提升医患沟通能力和服务水平，促进构建和谐医患关系。从样本机构的调查数据来看，2016年至2020年三明市的医疗机构满意度是在逐年上升的（图4-8）。

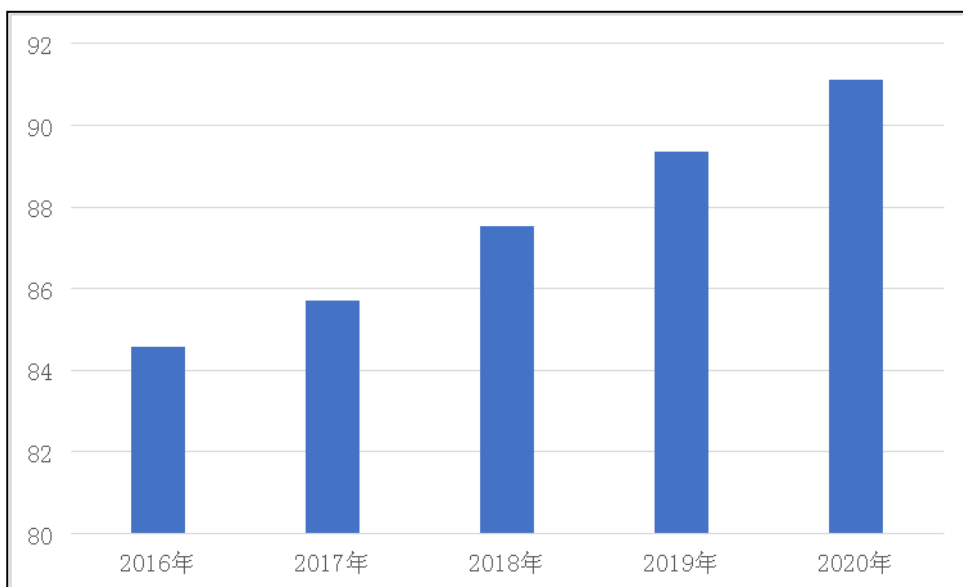


图4-8 三明市医疗机构患者满意度⁶⁸

4. 讨论与建议

2021年，国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》，要求强化以患者需求为导向，建设特色鲜明的医院文化。近年来，全国均在加强全系统医院文化建设，开展特色医院文化建设工作，在全社会营造尊医重卫的良好氛围，服务健康中国和文化强国建设。三明与台湾的机构文化建设各有特色，未来三明还可以在以下几个方面加强重视，不断改进：

(1) 重视员工需求，提供更多个性化服务

台湾地区医疗机构非常重视员工个性化需求，比如部分医院有专门的员工与上级主管沟通的渠道，建立沟通的桥梁，让员工感受到医院是一个大家庭，有困难有问题，可以共同努力去解决；比如定期组织针对不同年龄段医务人员心

⁶⁸ 数据来源：三明市样本机构调查表

灵成长相关的培训课程，从个人层面的情绪管理、压力调适、倾听同理和正念减压，到关系层面的伴侣关系经营、亲职教养等，关爱员工内心成长，尤其是当医务人员面临医患冲突之后，医院会主动花时间和精力去关怀员工；除此之外，医院还会提供一定资金组织一些大型的家庭聚会，拉近同事之间的距离，营造大家庭氛围。台北医学大学附设医院的员工关怀中心，以创新的“全人全面复原力模式架构”作为重大工程来推动员工关怀工作，该中心直属院长室，在院方高层的承诺中来推动；中心内除了各相关医疗科别，还涵盖人力资源、全人教育、心理咨询与灵性关怀师等专家⁶⁹。未来，三明可以参照台湾地区做法，增加更多个性化的员工关怀服务，必要时请专业人士来为员工提供全方位、全生命周期的指导。

(2) 加强社工体系，促进医患和谐

在台湾，社会工作者是医疗团队中的重要一环，主要是配合医疗流程及处置，运用社会工作专业方法来协助病人有关的社会、心理、经济、家庭等问题，以提高医疗成效或减少就医阻碍。台湾的社工、志工文化是有传承的，很多志工的参与是因为自己曾经在医疗机构感受到了社工或者其他志工的温暖，想要将社工、志工环境中的温暖传递下去，便主动加入。例如，台湾嘉义基督教医院有专门的“癌症病友

⁶⁹ 台北附属医院官网

服务中心”，由单一窗口整合院内外资源，提供病友及家庭整合性且连贯的照护服务，一起陪伴病友走过抗癌之路。在大陆，目前很多医疗机构并不重视医务社工这个岗位，很多只是将其作为解决医患矛盾的途径之一，但这仅仅是医务社工职能的一部分。社工专业是社会经济、人民生活水准发展到一定程度的产物，医务社工能够有针对性地增强病人就医时抗击病魔的信心，增加医生和病人之间的和谐、促进病人与社会和谐关系的建立⁷⁰。未来，为更好地发挥社工群体的力量，为患者提供更好的关怀服务，三明应在社工培养体系的完善和医务社工体系的建立方面加大努力。

（3）重视人文关怀，贴心服务病患

总体而言，近年来三明以及大陆整体在患者人文关怀方面是在加大投入的。但相比于台湾地区，三明在关爱患者的细致性等方面还有较大提升空间。台湾在温馨就医环境的构建中，某些医院会在抽血处为老人提供烘手机温暖手部，便于抽血，还有专门的活动升降抽血柜台，便于儿童及轮椅患者使用；不少台湾的医院还有接驳车，对于老年患者比较多的医院，接驳车车门处会有一个踏步梯，便于老人上下车。这些服务流程中的小细节，都可以给患者以温暖。其次，台湾在推进“医患共同决策（Shared Decision-Making, SDM）”

⁷⁰ 刘选国：医务社工是患者求诊过程中幸福元素的制造者，社会价值巨大
https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_17433837

方面有一条是“鼓励民众及家属参与病人安全工作”⁷¹；台湾于2016年开始推行SDM，建立了数字化的“医患共同决策平台”，计划并实施了“医疗机构实践运动”“实践运动”号召医疗机构将医患共同决策模式应用于临床，使民众能够透过医疗人员提供的实证信息及引导，积极参与医疗过程，降低不知情的感受，进而促进了医患关系的和谐，提升了医疗品质与病人安全。除此之外，在医疗服务过程中，医护人员还需加强对患者和家属的情绪疏导，例如加强对待危重病人的临终关怀，帮助病人安静地走完人生的最后一程，这也是重要的服务患者的举措⁷²。

（四）小结

医疗机构从高速发展迈向高质量发展，不仅仅是发展方式和运营模式的转变，更重要的是治理模式和补偿机制的变革，保障患者健康是根本，提升诊治技术能力是关键，外部治理和补偿机制是保障，强化内部运营管理是动力。三明医改在外部治理方面起到了很好的表率作用，为我国医疗改革做出了巨大贡献。但要落实高质量发展，三明在内部治理方面还有一定提升空间。在医疗质量方面，有必要进一步强调医疗质量的重要性，同时加强质量评估的及时性和公开性，一方面为患者在做就医选择时提供依据，另一方面让医疗机构在追求运营效率的同时也保障质量。在医院运行效率方

71 杨斐,孔英.从台湾经验看医患共同决策[J].中国医院院长,2019(06):82-84.

72 应虹 (2019). 台湾医院医疗管理经验的借鉴与思考. 现代经济信息(06), 88

面，需要多多借助管理科学与大数据人工智能新技术，利用专业的管理团队落实多维度精细化管理，同时充分发挥人工智能新技术的作用，以在保障医疗服务质量的同时实现减少浪费、节约成本、提升效率。在机构文化建设方面，三明可进一步重视员工的个性化需求，为处于不同人生阶段的员工提供专业咨询及帮助服务，同时继续完善社工体系，重视患者个性化需求，通过多途径、多维度为患者提供更好的服务。

五、卫生人才队伍建设

（一）卫生人才培养机制

1. 学历教育

医学教育是卫生人才培养的基本方式，是决定医疗服务水平的重要因素。中国大陆与台湾地区在医学教育的模式大致相同，但在录取方式和学制以及课程设置上有差异。相比于大陆地区以高考分数为录取标准，台湾地区在入学考试过程中增加面试，同时控制录取名额，以提升学生质量。同时，与大陆多样化的医学专业学制不同（专科3年、本科5年），台湾医学专业学制一般为7年。在此背景下，相比于中国大陆，台湾地区医生队伍培养的投入更大，培养周期更长，总体质量较高。

三明市与台湾地区均存在卫生人才短缺的问题。三明市属于福建省经济欠发达的内陆地区，优质卫生人才数量不足，在农村基层地区尤为明显；由于台湾地区医生培养成本较高，在偏远地区同样面临医生短缺问题。针对卫生人才短缺的问题，三明市与台湾地区分别采取了相应的卫生人才培养制度。三明市采取的主要方式为医学生定向培养，台湾地区的主要方式为公费医师制度。两种方式具有较高的相似度，其核心方式为通过政府财政补贴，为基层和偏远地区定向培养医生，在具体规范上两地有所不同（见表5-1）。通过比较发现，台湾地区向在偏远地区服务的定向培养医学生

提供额外奖励以提升留任率，同时在制定培养计划时，明确重点科别以满足实际需求。此外，台湾地区制定了更为详细和灵活的履约规定，对于提升医学生培养质量，激励医学生从事医疗行业起到了一定作用。

表 5-1 三明市及台湾地区医学生定向培养对比

	三明医学生定向培养	台湾公费医师制度
培 养 对 象	<ul style="list-style-type: none"> • 本科层次临床医学生招生对象为户籍在三明市的高中毕业生 • 高职高专层次医学生招收对象为户籍在定向县（市、区）的高中毕业生 	<ul style="list-style-type: none"> • 无具体条件限制
服 务 年 限	<ul style="list-style-type: none"> • 不少于 5 年，自愿到签约单位的下级医疗机构工作，连续工作不少于 3 年 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 年，住院医师训练计入服务年数，进修可列入服务年限计算，但以 2 年为限；山地、离岛地区医疗机构服务者，其服务年数每满 1 年可加计 1 年，并提供留任奖励
服	<ul style="list-style-type: none"> • 三明市各级医疗 	<ul style="list-style-type: none"> • 重点科别（内科、外科、妇

务 地 点	机构	产科、儿科及急诊医学科为主) • 山地、离岛地区医院
政 府 补 助	• 按照各高校对应专业的当年度学费标准、住宿费标准及每人每年6000元的生活费补助予以定向生补助	• 住宿费、学杂费(含实验费)、书籍费、制服费及应届毕业生旅行参观费等
履 约 规 定	• 不得参加全日制研究生或“专升本”入学考试,无特殊原因不得转学、转专业、毕业前不得解除定向培养协议。	• 经同意或推荐可考取研究所、出国留学,但不计入服务年限; • 服务期满前医师证由政府保管,不履行义务者需偿还政府补助费用; • 志愿从事公共卫生服务,参与培育期间计入服务年限; • 成绩优良者留任基础医学助教,计入服务年限。

2. 继续教育

卫生人才继续教育或在职培训是提高医疗卫生队伍素

质的重要方式。三明市和台湾地区在卫生人才继续教育及培训方面均采取了各有特色的计划或制度措施。为进一步优化人才结构，建立完善人才选拔和培养机制，2019年起，三明市实施三大“优秀人才”培养（培训）计划：通过集中与分散相结合的培训方式，开展公立医院院长培训与基层卫生院院长培训计划；采取参加研修学习或国内外学术交流活动及访问学者等方式，实施优秀学科带头人培养计划；通过导师“传、帮、带”、鼓励参加医学继续教育、推荐担任卫生行业社团相关职务的方式，实施优秀青年医师培养计划。台湾除实行毕业后一般医学训练计划（Post-Graduated Year, PGY）外，针对不同类型的卫生人才制定了相应的培训制度：实施专科护理师制度，提升护理人员专业素养以及照护品质；实施麻醉科专科护理师制度，提升麻醉护理人员执业品质与执业权益，确保麻醉医疗过程安全；实施牙医师毕业后临床医学训练制度；实施中医医疗机构负责医师训练计划，培育具全人群医疗能力的中医师。

通过比较发现，三明市和台湾地区对卫生人才继续教育均做出了计划和安排。三明市继续教育对象除医学专业人才外，还包括对管理人员的培训。台湾地区针对医学专业人才除了采取一般培训外，针对不同类别卫生人才，实行特定的继续教育制度，有助于进一步提升其专业水平，提高医疗卫生服务质量。

（二）卫生人才使用机制

三明市依托紧密型医共体建设，实行人员统一管理、院长统一任命、人员统一招聘使用，加强卫生健康人才的城乡联动、县管乡用、乡聘村用、一体化等工作，加强医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构之间的人才协作。此外，以慢病管理服务或家庭医生签约服务为单元，组建跨层级、跨机构、跨专业、结构合理的服务团队，形成与特定任务相匹配的适宜人才组合、适宜技能搭配，提高人才配备和使用效率。通过扩大医疗卫生机构岗位设置和人员聘用自主权，三明市在提升卫生人才队伍规模的同时，逐步优化医疗卫生机构岗位结构，卫生技术人员比例以及医护比明显提升，本科及以上学历比例有所提高，中、高级专业技术岗位比例基本保持稳定。与台湾地区相比，三明市卫生人员数量虽然更低，但呈现更为快速增长的趋势。

从卫生人员数量上看，2011-2020年，三明市每千人口卫生人员数量由6.72人/千人上升至9.32人/千人，增幅为38.71%；卫生技术人员数量由4.79人/千人上升至7.40人/千人，增幅为54.42%⁷³，台湾每千人口卫生技术人员数量由10.78人/千人上升至14.34人/千人，增幅为33.02%⁷⁴（见图5-2）。

⁷³ 数据来源：国家卫生统计信息网络直报系统。

⁷⁴ 数据来源：2020年台湾地区卫生福利部年报。

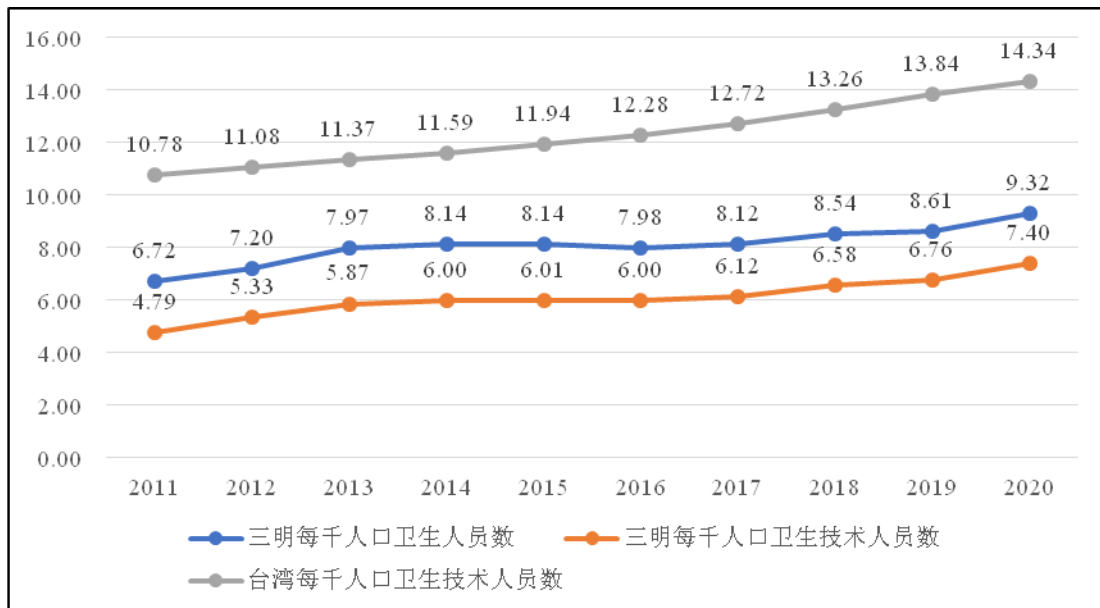


图 5-2 三明市及台湾地区卫生人员数量（人/每千人口）

从卫生人员结构上看，2011-2020 年，三明市卫生技术人员占卫生人员数量比例由 71.32% 上升至 79.33%，基层医疗卫生机构卫生技术人员占卫生人员数量比例由 2012 年的 57.36% 上升至 68.51%，本科及以上学历人员占比由 19.39% 上升至 26.90%，中高级职称人员占比基本保持稳定⁷⁵（见图 5-2）；医护比由 1:1.12 提升至 1:1.71，增幅为 66.86%，显著高于台湾地区增幅（由 1:2.31 提升至 1:2.42，增幅为 4.18%⁷⁶）（见图 5-3）。

⁷⁵ 数据来源：国家卫生统计信息网络直报系统。

⁷⁶ 数据来源：2020 年台湾地区卫生福利部年报。

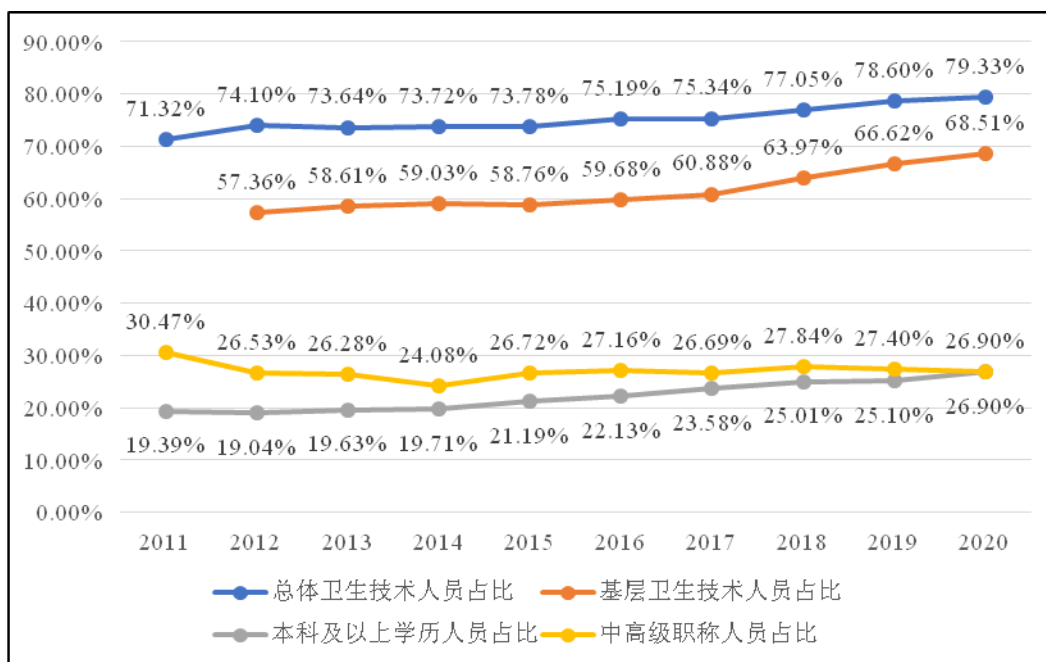


图 5-3 2011-2020 年三明市卫生人员结构 (%)

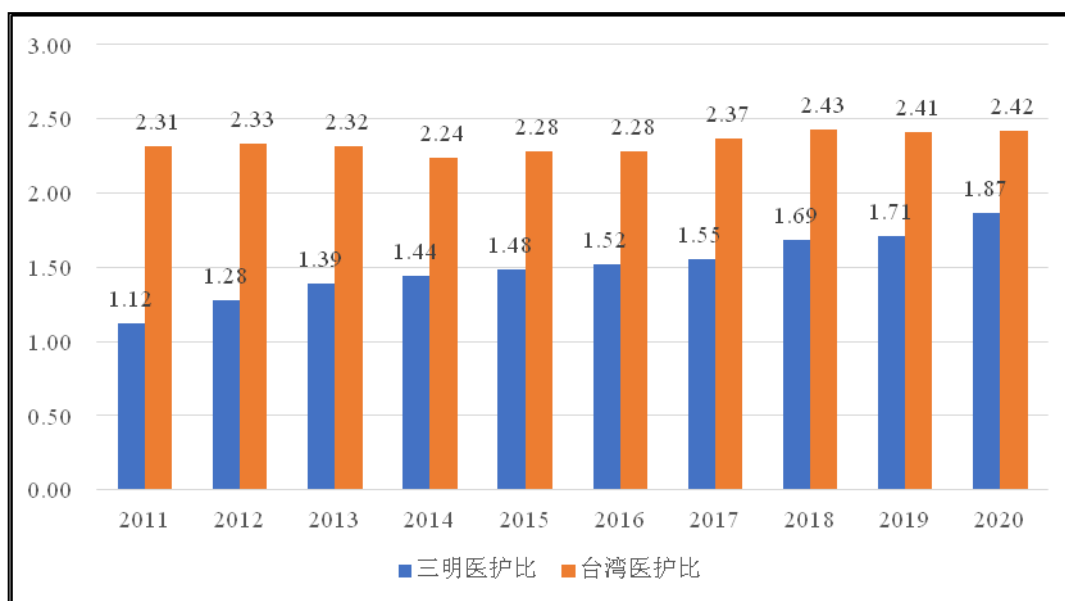


图 5-4 三明市及台湾地区医护比

国家《“十四五”卫生健康人才发展规划》提出，完善岗位设置，明确岗位职责、任职资格条件、胜任能力要求以及基本的服务数量、服务质量等，做到职责明确、责权合理。台湾在卫生人才岗位设置以及岗位职责界定上具有独到的

经验：台湾地区依据医事人员类别区分，制定了全面的卫生人才管理法律法规体系，包括《医师法》《药师法》《营养师法》《护理人员法》及《公共卫生师法》16类医事人员管理法规。通过立法形式对不同类别卫生人才执业、管理机构以及监督进行了明确规定⁷⁷。以2020年台湾地区最新公布的《公共卫生师法》为例，该法对公共卫生师的资格获取、执业机构、业务内容、权利义务、主管机关以及监督责罚等方面均做出明确的规定，为提升公共卫生专业及发展，建立公共卫生专业服务体系提供基础。

（三）卫生人才激励机制

1. 薪酬绩效

当前三明正处于建设“以健康为中心”的改革阶段，其核心内容是逐步建立以人民健康为中心分配导向的薪酬制度。一方面，理顺医疗服务价格，逐步提高体现医务人员劳动价值的医疗服务收入，先后9次调整医疗服务收费标准8421项；打破用包含药品耗材和检查化验收入在内的医疗总收入来计算提成的绩效工资制度，实行全员岗位目标年薪制。另一方面，改革医保支付制度，医保基金按人头年度打包支付，医保基金结余部分纳入医疗服务性收入，增强医疗机构节约成本提高效能的内生动力。在实施全员岗位目标年薪制的同时，三明市实施了完善的配套绩效考核体系，实施

⁷⁷ 资料来源：台湾地区“卫生福利部医事司”。

公立医院党委书记和院长目标年薪考核、C-DRG 绩效考核、慢性病一体化管理绩效考核，同时将医疗能力效率、医疗服务质量、分级分诊、健康管理等健康绩效指标纳入考核中。三明市公立医院工资总额由改革前 2011 年 3.82 亿元，增加到 2021 年的 19.56 亿元，增长 4.12 倍。人员经费占医疗费用的比重由 25.15% 提高到 48.06%。在岗职工平均年薪由 2011 年的 4.22 万元提高到 2021 年的 16.02 万元；2021 年，医生年薪由 5.65 万元增加到 19.34 万元，其中最高年薪达 59.68 万元⁷⁸。主任医师年薪达到城镇在岗职工平均工资水平的 5 倍，进一步增强了职业认同感和社会责任感。访谈中有医生提出：“医改之后收入有显著提升，从大几万提升至十几万，住院医师也可以拿到 12 万左右年薪，我作为主任医师年薪达到 30 万，在本地属于非常高的水平，我本人很满意”，印证了三明薪酬制度改革的显著成效。

台湾地区医疗服务体系以私营医疗机构为主，薪酬制度主要采取医师费制度（Physician Fee, PF）。PF 制度主要是指主治医师提供每项医疗服务时，如门诊、手术、检查等，医院以一定金额或比率抽成的方式给与医生酬劳。其核心理念是“根据医师为提供医疗服务所付出的心力、技术难度、风险大小等给予医师合理补偿”。具体规定包括：①危险性 & 困难度越高、花费时间越多的项目提成比率越高；②使用

⁷⁸ 数据来源：三明市卫健委。

量少的项目提成比率高，使用量多的项目提成比率低；③只负监督责任而非亲自操作者，提成比率低；④项目使用设备贵，人员多者，提成比率低、设备便宜，人员少者，提成比率高。在医师费制度配套措施方面，一是为医师设定最低收入水平；二是设定医师收入上限，避免医师为追求收入过度医疗；三是将医师个人所得按一定比例分配至全院或科内进行重分配，从而确保医院、科室的整体发展。通过实施医师费制度，台湾地区医师劳务价值得以体现，增强了医师间的公平性，提高了医师的工作积极性。

2. 执业环境

《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》明确提出：“建设公立医院高质量发展新文化，建立保护关心爱护医务人员长效机制。改善医务人员工作环境和条件，减轻工作负荷，落实学习、工作、休息和带薪休假制度，维护医务人员合法权益”。医疗卫生机构执业环境建设是下一阶段推动公立医院高质量发展的重点之一，台湾在此方面具有较为丰富的经验⁷⁹。首先，为保障医师劳动权益，台湾地区2019年9月1日起适用的《劳动基准法》对于住院医师的工作时限等做出了明确的规定，以减轻其工作压力。此外，台湾地区已形成较为成熟的诉讼外医疗纠纷处理机制：一是通过建立多元化医疗事故关怀协助网络，建立关怀咨询

⁷⁹ 数据来源：2020年台湾地区卫生福利部年报。

平台，向卫生人员提供机构外部关怀辅导服务，包含 48 个医师公会、2 个医疗群及 3 个专业团体，涵盖 20 个县市；二是设置评析与咨询专家训练课程，持续维护医疗争议处理相关专家人才库，包括关怀人员 107 人，调解人员 259 人，评析及咨询医事专家 411 人。为改善护理人员执业环境，降低工作负荷、改善护病比与劳动条件，台湾地区将护病比纳入医院评鉴，评鉴基准为各级医院急性一般病床的全日平均护病比（医学中心 ≤ 9 人且白班平均护病比 ≤ 7 人、区域医院 ≤ 12 人、地区医院 ≤ 15 人）；同时推动护病比法制化，将护病比条文纳入《医疗机构设置标准规范》，护病比与住院保险诊疗报酬挂钩；完成护理职场争议通报平台建设，为护理人员反映职场争议案件提供渠道。

（四）小结

通过上述分析发现，台湾地区卫生人才存量较多、质量较高，并且其卫生人员岗位职责明确，执业环境建设较为完善。台湾地区卫生人才队伍建设经验对于三明市具有一定的借鉴意义。

1. 加强对于定向培养医学生激励

有研究提出我国定向培养医学生存在离职率较高、不符合实际需求以及培养质量不高的问题，借鉴台湾地区经验，可向在偏远地区服务的定向培养医学生提供额外奖励以提升留任率，同时在制定培养计划时，明确基层的实际需求，

加强对重点科别定向培养医学生的培养力度。此外，可探索制定更具激励效应的履约规定，提升医学生培养质量，激励医学生从事医疗行业。

2. 根据医务人员类别实行精细化管理

台湾地区制定了 16 类医事人员管理法规为卫生人才的精细化管理提供制度基础。借鉴台湾地区经验，三明市在赋予医共体一定管理权限的同时，可通过设立相应的制度对不同类别卫生人才执业、管理机构、监督评价的方式和形式进行规定，指导医共体进行“以岗定责、以岗定薪”，加强薪酬制度对医务人员的激励作用，同时针对不同类别医务人员实行符合其特点的继续教育，进一步提升医务人员专业水平。

3. 合理测算卫生技术人员劳务价值

合理测算医师劳务价值，构建医师劳务价值相对值表。中国台湾地区医师费制度在创建及应用的过程中参考了美国“以资源为基础的相对价值比率”(Resources based related value scale, RBRVS)，较好地反映了医师的劳务价值。RBRVS 是以资源消耗为基础，以相对价值为尺度，用以支付医师劳务费用的方法，考虑了医师工作时间、劳动强度、风险压力等资源投入要素。三明市可借鉴台湾医师费制定过程中的做法，结合实际，建立一套适合三明医疗服务体系的医务人员劳务价值相对值表，为完善卫生人才岗位职责

设置提供参考，为进一步推进医疗服务项目定价和医师薪酬制度改革打下基础。

4. 加强医疗卫生机构执业环境建设

台湾地区医疗卫生机构执业环境建设具有多主体参与、形式多样的特点。借鉴台湾经验，未来在医疗卫生机构执业环境建设方面，三明市可尝试通过制度创新、课程培训、专家队伍建设等方式，加强医疗卫生机构执业环境建设。同时，应进一步完善工作机制，鼓励行业协会、医务人员公会以及社会团体向医务人员关怀服务。此外，建立医务人员关怀咨询平台以及职场争议通报平台，向医务人员提供解决争议的平台和表达意见的渠道。

六、健康环境

世界卫生组织（WHO）对健康的定义是“生理、心理、精神和社会方面的一种动态的完满状态，而不仅仅是没有疾病和虚弱”。健康的决定因素不仅仅是医疗卫生，而是众多因素相互作用的结果。在所有健康决定因素中，环境因素已占到 17%，远远超过医疗服务。好的健康环境是人民健康的重要保障，健康环境促进行动是《健康中国行动（2019-2030 年）》提出的 15 个专项行动之一。

（一）食品安全与管理

1. 组织架构

三明市食品安全管理涉及的部门及分工包括：由市场监督管理局负责食品安全监督管理，市出入境检验检疫局承担进出口食品监管责任，市食品安全委员会办公室对辖区内涉及食品监管的成员单位划分责任并进行综合协调。

台湾地区的食品安全监管机构原本由行政院卫生署、行政院农业委员会、经济部标准检验局三部分共同组成。在新的卫生福利部成立后，食品安全监管职能逐渐集中到卫生福利部下设的食品药物管理署，旨在实现食品卫生管理一元化。

2. 食品安全管理政策

三明市政府近年来致力于提升食品安全水平，在全市范围开展了多次食品安全整治行动，对重点产品、重点单位、

重点区域进行了监督管理和集中整治，并于 2017 年出台了六项整治方案，包括《打击销售病死畜禽违法行为专项整治方案》《农药生产经营及使用专项整治方案》《水产品质量安全专项整治行动方案》《食品生产加工环节滥用食品添加剂和非法添加专项整治方案》《小餐饮和网络订餐食品安全专项整治方案》《菜市场食品安全专项整治方案》。

台湾近年来贯彻执行“食安五环”政策，即从源头管理、生产管理、市场查验、厂商责任及全民监督等五个方面，构建完善的食品安全防护网。在源头管理方面，不断扩大查验品质、强化边境管制；在食品安全链监测方面，每年对市售高风险食品抽样检验农药、动物用药、重金属及真菌毒素等物质，针对重点施政项目、高违规、高风险项目实施专案稽查抽验，加强对进口农产品及禽畜水产品的边境输入查验管控；在食品安全卫生管理方面，不断修订相关法规及食品卫生标准，要求全台食品业者全登录，强化食品的追溯性，要求所有食品业者以书面或电子化方式完整保存原材料、半成品与成品来源文件至少 5 年。

3. 食品安全链监测

三明市 2013-2020 年食品安全抽检总体合格率维持在较高水平，除 2019 年以外均在 95%以上。台湾地区每年会对市售高风险食品抽样检验农药、动物用药、重金属及真菌毒素等物质，自 2013 年以来食品安全监测合格率始终维持在 90%

以上，其中 2020 年共完成食品抽检 10759 件，总体合格率为 95.02%。（图 6-1）

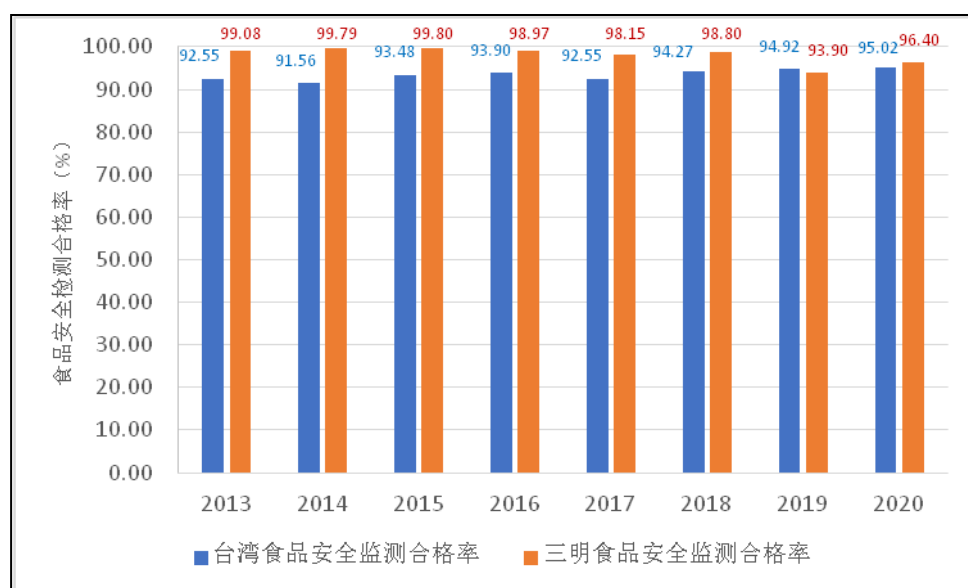


图 6-1 三明及台湾 2013-2020 年食品安全监测合格率⁸⁰

（二）环境保护

1. 组织架构

我国大陆由县级以上地方人民政府的环境保护主管部门负责对本行政区域环境的保护工作进行统一监督管理，因此三明市的环境保护监督管理工作由市生态环境局负责。此外，三明市自然资源局、市林业局及市水利局等负责对资源保护实施监督管理。

在台湾地区，原本由行政院卫生福利部下设的环境保护署负责环境保护工作的监督与管理，近期台湾行政院组织改造将环保署改制为“环境部”，下设气候变迁署、资源循环署和环境管理署，将毒物及化学物质局改制为“化学物质管

⁸⁰ 台湾数据来源于卫福部年报

理署”，将环境检验所及环境保护人员训练所整合为“国家环境研究院”。

2. 环境保护相关政策

三明市近年来持续重视环境质量改善和重点区域污染防治，将生态环境的保护作为“十三五”重点专项规划，提出了七项重点任务：（1）以环境保护优化经济增长；（2）全过程治污减排，加强环境存量治理；（3）大力实施水污染、大气污染与土壤污染防治行动计划，分区域改善环境质量；（4）开展山水林田湖生态系统保护与修复，推进生态文明示范区建设；（5）加大农村环保工作力度，加强农村环境综合整治；（6）加强重点领域环境风险管控，维护辖区环境安全；（7）加强能力建设，提升环境监管水平，建设先进的环境监测预警体系。

台湾地区于 1994 年正式引入《环境影响评估法》，规定对环境有潜在不良影响的各种开发行为，在规划阶段应同时考虑环境因素，实施环境影响评估，不合规定的不得开发。此外，台湾于 2010 年颁布了《环境教育法》，对环境教育的主管机关及职责、环境教育对象范围、环境教育基金的设立与管理、环境教育政策的推动与奖励以及违反环境教育的规定应承担的法律责任等作了宏观设计，在次年再次颁布了一系列环境教育的配套法规如《环境教育法实施细则》《环境教育人员认证及管理办法》《环境教育机构认证及管理办

法》等。

3. 空气质量

2011-2020 年三明市空气质量指数 (AQI) 小于 50 的天数所占比例呈上升趋势, 由 2011 年的 11.5% 上升至 2020 年的 66.9%; AQI 小于 100 的天数所占比例一直稳定在 98% 以上。台湾 AQI 小于 50 的天数所占比例呈波动变化, 自 2015 年后均低于三明; AQI 小于 100 的天数所占比例在 2011-2016 年维持在 98% 以上, 于 2017 年下降至 81.9%, 此后一直低于三明水平。(图 6-2)

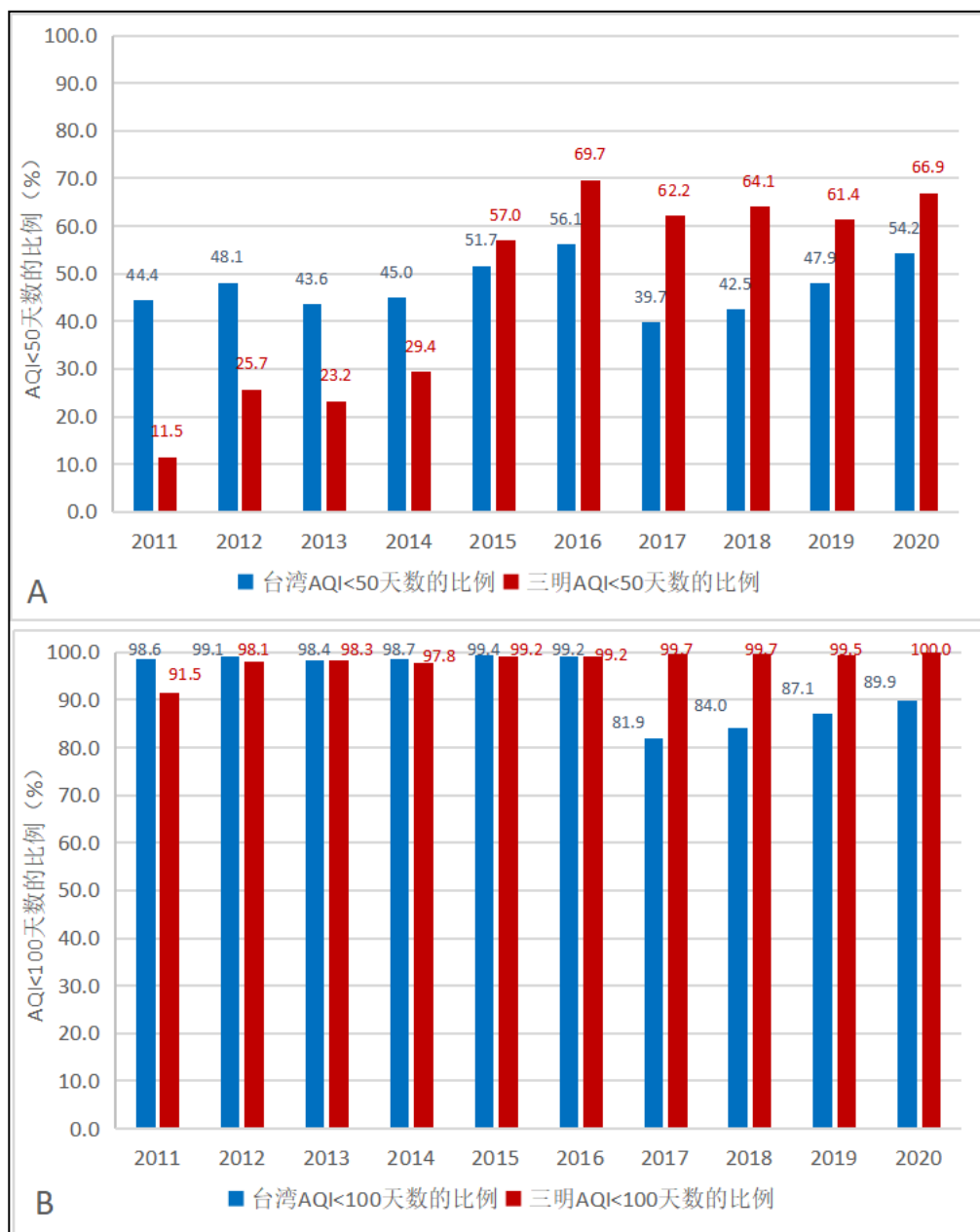


图6-2 三明及台湾2011-2020年空气质量指数低于50及100
天数所占的比例 (%) ⁸¹

A: 三明及台湾2011-2020年空气质量指数低于50的天数所占的比例 (%)

B: 三明及台湾2011-2020年空气质量指数低于100的天数所占的比例 (%)

⁸¹ 台湾数据来源于台湾统计年鉴

4. 饮用水质量

2011-2020 年，三明市饮用水水质抽检合格率呈现波动趋势，总体合格率在 60%-80%之间，2016 年最低（59.65%），2018 年最高（80.81%）。分城乡来看，三明城市饮用水抽检合格率较高，维持在 95%以上，而农村饮用水抽检合格率较低，部分年份低于 50%，由此可见三明市饮用水水质总体抽检合格率受农村地区影响较大。对比之下，台湾地区饮用水水质抽检合格率始终维持在 99%以上，显著高于三明平均水平，但与三明城市地区合格率相近。（图 6-3）

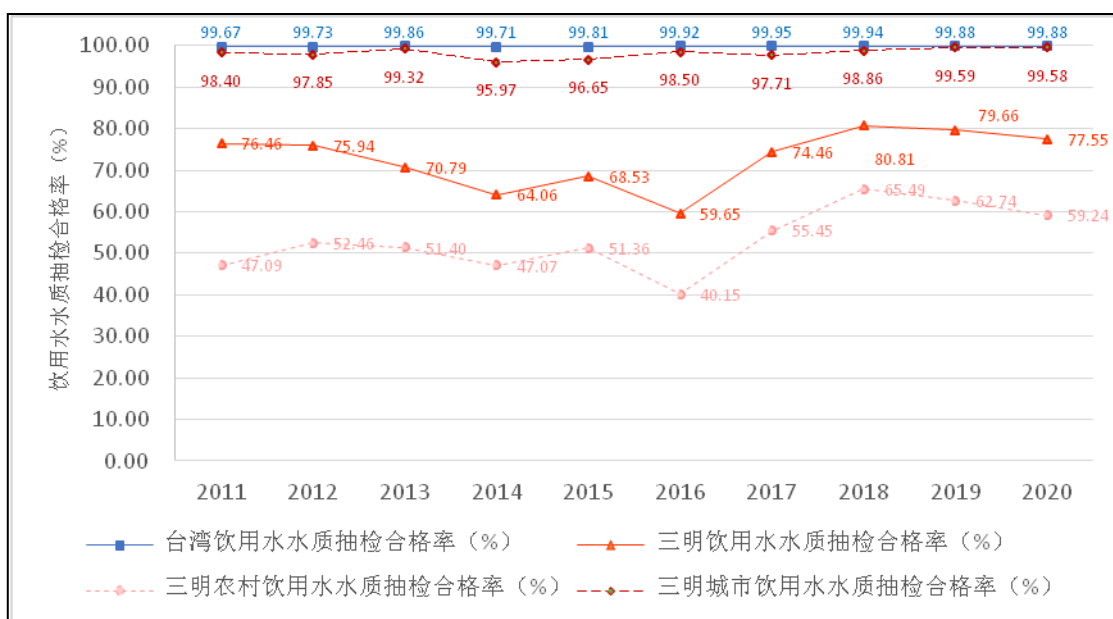


图 6-3 三明台湾 2011-2020 年饮用水水质抽检合格率 (%) ⁸²

5. 讨论与建议

(1) 健全地方环境保护相关法律体系，清晰各政府部门的职权界定。以环境教育法立法为例，台湾已形成以《环境教育法》为核心的立法体系与群落，各种环境制度相

⁸² 台湾数据来源于台湾统计年鉴

互支撑。在大陆，尽管天津、厦门、宁夏等地已试行地方立法，但仍很不完善，在环境师资配备、环境教育经费、环境教育场所筹建等一系列现实问题未在制度上予以回应。因此，三明未来可试行构建地方环境教育立法，扩大环境教育的覆盖范围，向社会普及环境保护的基本知识。

（2）关注农村环境问题，着力改善环境质量。应重点关注三明农村地区饮用水水质问题，强化农村地区饮用水的保护，具体建议措施包括：①强化水源保护，加强对农村水源卫生防护和水源周围排污口的管理力度，加强对供水水源地的监测并建立农村水源地环境信息公开制度；②推广农村环保实用技术，加大对农村水源环保实用技术研发和推广应用的投入，开发和引进低成本、操作简单、高效实用的农村水源环保新技术；③加强农民水源环境保护意识，充分利用网络、媒体等多媒体宣传渠道，创新宣传方式，全方位宣传农村水源环境保护有关的政策、制度、理论及建设成果。

（三）小结

三明市近年来重视食品安全水平的提升与环境质量的改善，在全市范围开展了多次食品安全整治行动，将生态环境的保护作为“十三五”重点专项规划，实施多项环境保护计划。自2011年起，三明市食品安全抽检总体合格率维持在较高水平，空气质量改善效果显著，空气质量指数小于50的天数所占比例在2011-2020年间增加了50%，城市地区饮

用水水质抽检合格率维持在 95%以上，但农村地区饮用水水质抽检合格率仍较低。在健康环境领域，三明市未来借鉴台湾地区在环境保护立法方面的经验，健全地方环境保护相关法律体系，关注农村地区重点环境问题，着力改善环境质量，促进人民健康。

七、三明医改未来发展方向与主要任务

自 2012 年医改工作启动以来，三明市医药卫生健康事业发展取得了丰硕成果，获得了党中央国务院的充分肯定。在第二个百年奋斗时期，三明市经济社会发展、人民健康需求呈现出新的特征和趋势，下一阶段卫生健康事业改革与发展仍面临复杂局面，亟需明确医改的未来发展方向和主要任务，为推进卫生健康事业高质量发展提供指引，全面服务乡村振兴，助力实现共同富裕。

（一）发展方向

未来三明医改应坚持以人民为中心、优先保障人民健康的发展思想，将理论与实践相结合，围绕“目标导向、问题导向、需求导向”，不断推进卫生健康事业改革创新与发展。

1. 以建成健康中国总体目标为导向

健康中国建设的根本目的是提高全体人民的健康水平，只有立足全人群和全生命周期两个着力点，提供公平、可及、系统、连续的健康服务，才能实现更高水平的全民健康。下一阶段改革，三明应以推进健康中国建设、打造健康中国“三明样板”为总体目标，将保障人民健康放在优先发展的战略位置，维护和促进健康公平，扎实推进卫生健康现代化，为实现第二个百年奋斗目标打下坚实的健康基础，以中国式现代化全面推进中华民族伟大复兴。

2. 以解决医改核心关键问题为导向

“十四五”时期是由全面建成小康社会向基本实现社会主义现代化迈进的关键时期，也是三明市建设革命老区高质量发展示范区的的关键时期。当前，三明仍在科技与人才供给、社会力量参与、医防深度融合和老龄化应对等方面存在一定不足，卫生健康服务体系及质量仍需进一步提升。下一阶段，三明应加强多维度、多层次、多样化能力建设，建立全方位、全周期、全人群的健康管理体系，完善卫生健康治理体系，提升治理能力，创新医防协同和医防融合机制，积极配合国家应对人口老龄化战略，助力构建卫生健康事业新发展格局，着力推动卫生健康事业高质量发展。

3. 以面向人民重大健康需求为导向

随着经济社会及人口结构的不断改变，新兴的人口健康问题与人民群众更加多元化的健康需求逐渐涌现，这对卫生健康事业改革发展提出了新要求。下一阶段，三明应着力完善人民健康促进政策，增进民生福祉，提高人民生活品质，切实提高人民群众的获得感，不断满足人民群众日益增长的健康需求。构建高水平卫生健康服务体系，提升基本公共服务均等化水平，健全多层次社会保障体系，实现城乡人居环境明显改善，推动乡村振兴，助力共同富裕。

（二）主要任务

围绕“问题导向、目标导向、需求导向”的发展方向，下一阶段三明应在健康三明建设、卫生健康高质量发展、公

共卫生体系建设、卫生健康治理、卫生健康人才队伍及信息化建设等领域继续发力，推进三明卫生健康事业现代化，为实现共同富裕打下坚实健康根基。

1. 继续做好中国医改“领头羊”，打造健康中国建设的“三明样板”

未来三明医改的首要任务，是应继续坚持以健康为中心，保障人民健康的优先发展战略地位；坚持集中统一的医改领导体制，加强部门协同；促进医疗、医保、医药协同发展和治理，增强改革系统性、整体性和连续性。应继续强化政府责任，切实维护医疗卫生事业的公益性；强化医保杠杆作用，完善筹资结构，减轻患者个人负担，促进优质医疗资源扩容和均衡布局；强化健康管护组织建设，实现医防融合。应完善健康绩效考核机制，促使医院、医生行为进一步转变；完善人才激励机制，吸引、培养高素质卫生健康人才；完善卫生健康信息化建设，赋能卫生健康高质量发展。通过上述举措，保持三明医改的先进性，巩固三明医改的“领头羊”地位。基于此，进一步开展健康中国行动，普及健康生活方式，提高健康服务质量，扩展健康保障范围，解决重点健康环境问题，发展健康优势产业，打造健康中国建设的“三明样板”。

2. 系统推动卫生健康事业高质量发展，构建优质高效的医疗卫生服务体系

党的二十大报告强调：“高质量发展是全面建设社会主义现代化国家的首要任务”。在卫生健康领域，推动高质量发展就是要构建优质高效的医疗卫生服务体系，也是下一阶段三明改革的主要任务之一。根据已有改革基础，推动三明卫生健康事业高质量发展，进一步提高服务质量、扩展服务范围。参考台湾地区发展经验，着力加强医疗质量管理，完善医疗服务质量评价与监督机制；加强医院学科建设，提升优质医疗服务供给能力；强化医防融合，向人民群众提供一体化健康管理服务；加快补齐卫生健康服务短板，实现包括医养结合、长期护理、精神心理卫生在内的多样化卫生健康服务供给；做优做强健康产业，充分利用三明生态资源和自然资源优势，促进健康与养老、旅游、健身休闲等产业融合发展，满足多层次多样化健康需求。通过多领域共同发力，系统推进医疗卫生高质量发展，构建优质高效的医疗卫生服务体系。

3. 深入推进医防协同、医防融合，构建强大的公共卫生体系

随着人口老龄化程度持续加深、慢性非传染性疾病持续高发、重大传染病风险持续存在，三明当前依然面临多重疾病威胁、多种健康影响因素交织的复杂局面，对公共卫生体系及其服务能力提出了更高的要求。下一阶段，三明的主要任务之一是健全以疾控机构为骨干，医疗机构为依托，基层

医疗卫生机构为网底的医防协同、医防融合公共卫生体系。一方面要加强全人群、全生命周期健康管理，以健康管护组织为依托，全面检测评估居民健康状况及健康危险因素，加强对全生命周期的健康干预及连续跟踪服务，重点加强老年人、妇女儿童、残疾人等弱势人群的健康服务供给。另一方面要做好传染病防控，加强重大疫情和突发公共卫生事件监测系统建设、健全应急响应和处置机制、提高重大传染病救治能力、落实基本公共卫生服务及重大传染病防控等项目。

4. 持续深化体制机制改革，推进健康治理体系和治理能力现代化

随着三明医改步入“深水区”，以往主要依靠政府推动的卫生健康治理方式面临着一系列问题和挑战，在一定程度上阻碍了卫生健康服务的有效供给，不利于满足人民群众日益增长的健康需求。该问题的核心原因，是在以往的卫生健康治理实践中市场和社会主体的缺位。党的二十大报告提出：“充分发挥市场在资源配置中的决定性作用，更好发挥政府作用”“健全共建共治共享的社会治理制度，提升社会治理效能”“促进医保、医疗、医药协同发展和治理”。反映到卫生健康治理领域，就是要发挥政府引领作用，助长市场，激活社会，从而让市场和社会在行政机制的支撑下，在卫生健康治理体系之中发挥积极作用。下一阶段三明推进健康治理体系和治理能力现代化，需要构建开放包容的制度架

构和激发市场及社会活力的工作机制，建立政府—市场—社会共治新格局，促进卫生健康政府治理、市场治理及社会治理联动，让政府、市场和社会三类主体各自发挥其比较优势，实现行政、市场和社会多元主体横向互补与纵向协同，达到善治的目标。

5. 不断创新人才政策，加强卫生健康人才队伍建设

党的二十大报告提出：“实施科教兴国战略，强化现代化建设人才支撑”，强调“人才是第一资源”“深入实施人才强国战略。实施更加积极、更加开放、更加有效的人才政策”。卫生健康人才是卫生健康资源的核心要素，人才短缺已成为实现三明卫生健康事业高质量发展的主要短板。未来三明应不断创新人才政策，建设“顶天立地”的卫生健康人才队伍。顶天，即培养引进专业技术能力强，拥有国际视野，能解决疑难杂症的高端卫生健康人才；立地，即培养引进了了解基层实际情况，满足基层卫生健康服务需要的卫生人才。借鉴台湾卫生人才培养管理经验，三明下一步应实行卫生健康人才精细化管理，合理测算人才劳务价值，完善“以岗定责、以岗定薪”机制，体现高端人才劳动价值；创新医教协同机制，根据实际需要，优化医学人才培养结构，提高临床医学专业学生培养质量，加强全科医学等紧缺专业人才培养；根据不同类别医务人员职业特征，加强继续教育工作；提升医疗卫生机构执业环境建设，建立医务人员关怀咨询平

台及职场争议通报平台，鼓励行业协会、医务人员公会以及社会团体向医务人员提供关怀服务。

6. 加快推进新一代信息技术应用，强化卫生健康系统信息化建设

为进一步提升卫生健康服务体系效能，促进健康公平，三明下一步应在当前卫生健康服务体系建设基础上，大力推动信息化、数字化、智能化手段的深度应用。鼓励有条件的医联体探索建设“智慧医联体”，推动医联体内信息互通、数据共享、智慧互联，推动上级医院优质医疗资源向下辐射，提升基层医疗卫生服务能力。利用可穿戴式、便携化、居家型健康监测设备和健康管理设施，助力家庭医生签约，提供健康动态监测、健康评估、健康档案管理、健康咨询等服务，弥补基层卫生人力规模和能力的短板。发展适宜推广的卫生健康服务技术体系，促进医疗健康数据跨层级、跨领域、跨部门互通共享。