

健康中国委员说

2017年10月18日，习近平总书记在党的十九大报告中指出：“深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系”。2018年国家医疗保障局组建，医保领域改革进入快车道。党的十八大以来，我国基本医保参保质量持续提升，参保结构更加优化，参保率持续稳定在95%。国家医疗保障局发布的2023年全国医疗保障事业发展统计公报显示，截至2023年底，全国基本医疗保险参保133389万人，其中，城乡居民基本医疗保险参保96294万人。近年来，我国主要健康指标均呈现了越来越好的变化趋势，在呵护“小的”、照顾“老的”、保障“病的”的全民健康道路上，医保的基础性作用更加凸显。

——编者



在重庆市北碚区歇马街街道医保政务服务分中心，工作人员在给居民讲解医保政策。彭韵佳 摄

医保为健康中国保驾护航

岳泽慧

在保障全民健康的道路上，医保的基础性作用更加凸显

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把维护人民健康摆在更加突出的位置，召开全国卫生与健康大会，确立新时代卫生与健康工作方针，印发《“健康中国2030”规划纲要》，发出建设健康中国的号召，明确了建设健康中国的大政方针和行动纲领。2016年8月19日，习近平总书记在全国卫生与健康大会上指出：“要把人民健康放在优先发展的战略地位”“努力全方位、全周期保障人民健康”。2017年10月18日，习近平总书记在党的十九大报告中指出：“深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系”。2018年国家医疗保障局组建，医保领域改革进入快车道。

全国卫生健康事业发展统计公报数据显示，从2018年到2023年，我国人均预期寿命从77.0岁增长到78.6岁，孕产妇死亡率从18.3/10万下降到15.1/10万，婴儿死亡率从6.1‰下降到4.5‰，主要健康指标均呈现了越来越好的变化趋势，在保障全民健康的道路上，医保的基础性作用更加凸显。

织密织牢全民基本医疗保障网。医疗保障制度是保障人民健康的一项基本制度。习近平总书记深刻指出：“我们建立全民医保制度的根本目的，就是要解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”。国家医疗保障局组建以来，持续加强顶层设计，推动医疗保障事业改革发展取得突破性进展。全国人口参保率稳定在95%左右，辽宁省参保人数同步持续增长，实现了应保尽保。

持续降低百姓就医用药负担。

2018年11月14日，中央全面深化改革委员会第5次会议审议通过《国家组织药品集中采购试点方案》，会议指出，国家组织药品集中采购试点，目的是探索完善药品集中采购机制和以市场为主导的药品形成机制，降低群众药费负担，规范药品流通秩序，提高群众用药安全。试点当年即扩面，至常态化制度化开展药品耗材集中采购，6年来，辽宁省共开展851种药品、52种医用耗材集中带量采购，平均降幅分别为54%和67%，切实降低了群众医药费用负担。

推进医疗保障助力乡村振兴。党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央率领亿万人民打赢了脱贫攻坚战，创造了人类减贫史上的奇迹，医保在防止因病致贫返贫方面作出了重要贡献。辽宁省做好分类资助参保和直接救助工作，2020年共资助参保人员117.49万人，直接医疗救助124.59万人次。助力打赢脱贫攻坚战后，医保部门坚决贯彻党中央、国务院关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的决策部署，持续深化医疗保障制度改革，稳步实现农村低收入人口基本医疗有保障，坚决守牢不发生因病规模性返贫的底线。农村低收入人口和脱贫人口参保率稳定在99%以上，确保困难群众应保尽保。

稳步提升待遇保障水平。随着人口老龄化进程的加快，对门诊慢特病的诊治需求越来越多，辽宁省医保急群众所急、想群众所想，进一步规范全省门诊慢特病保障政策，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重且适合在门诊治疗的疾病，纳入全省统一的门诊慢特病病种目录。建立全省统一病种目录，统一病种认定标准，明确费用保障范围，合理确定待遇水平，优化经办服务，确保了医保公平性，有效缩小地区间差异，减轻

患者经济负担。支持基层医疗机构发展。辽宁省落实国家医保门诊共济制度改革，2014年全省建立了门诊统筹制度，参保群众到院门诊看病可以报销，改变了以往只花个人医保卡的情况。实施差异化的医保报销政策，提高基层医疗机构报销标准。降低基层医疗机构报销的起付线，提高报销比例，引导患者到基层就医。基层医疗机构就诊患者明显增加，医疗服务收入同步提高，医疗服务能力持续提升。

以钉钉子精神抓好贯彻落实，坚定深化医疗保障改革

党的二十届三中全会为中国式现代化提供了全方位、多角度的战略蓝图，部署了未来5年的重大改革举措，覆盖经济、民生、教育、科技、民主、法治、医疗保障等领域，《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》指出“实施健康优先发展战略”。要完整准确全面贯彻党的二十届三中全会确定的决策部署，就要切实把学习贯彻全会精神转化为谋划发展的正确思路、推动落实的具体举措、解决问题的实际成效。以钉钉子精神抓好党中央进一步全面深化改革决策部署的贯彻落实，更加坚定地深化医疗保障改革，始终以解决人民群众看病就医问题为出发点和落脚点，尽力而为、量力而行，利用有限的资源和可以承受的社会成本，满足群众的医疗服务需求，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感。

促进待遇保障均衡公平。完善“1+3+N”的多层次医疗保障体系，健全基本医疗保险筹资和待遇调整机制，合理确定筹资标准。推动基本医疗保险省级统筹，完善大病保险和医疗救助制度，推动医疗保障制度改革

更加可感可及。深化长期护理和生育保险制度改革。加快建立长期护理保险制度，减轻失能人员家庭护理负担及经济负担，切实解决社会养老体系中失能人员照护保障缺失的短板问题，健全更加公平、更可持续的社会养老保障体系。扩大生育保险覆盖面，完善生育保险政策，减轻生育医疗费用负担，更好维护参保女职工生育保险权益，促进人口长期均衡发展。

促进医疗机构高质量发展。深化医保支付方式改革，保障群众获得优质医药服务，提高基金使用效率。常态化制度化开展医药集中采购，持续巩固扩大集采改革成果，有效减轻群众医药负担，助力实现共同富裕。

促进医疗、医保、医药协同发展和治理。注重发挥医保在“三医”联动改革中的基础性作用，促进医疗保障与医疗服务体系、药品供应保障体系的良性互动、协同改革，支持鼓励医药技术创新。

提升医保服务效能。加强医保基金监管，深入推进药品追溯码应用，维护医保基金安全。持续提升医保经办服务，加强数智赋能，落实“高效办成一件事”，持续打造快捷医保方便医保，推动医疗保障改革成果更多更公平惠及人民，确保全会关于医疗保障工作的重大决策部署落到实处、见到实效。

奋楫扬帆再起航，勠力同心谱新篇。我将以习近平总书记在庆祝中国人民政治协商会议成立75周年大会上的重要讲话为指引，强化使命和责任担当，自觉投身医保工作具体实践，全面贯彻党的二十届三中全会精神，持续深入学习贯彻习近平总书记重要讲话精神，围绕“国之大者”，聚焦参保群众所需，履行医保职责，勇于担当作为，在医保服务于人民健康、推进健康中国实践中贡献力量。

(作者系全国政协委员、农工党辽宁省委会副主委、辽宁省医疗保障局副局长)

健康资讯

首届医疗场景拥抱人工智能国际会议召开

——多位全国政协委员参加并讲话

本报讯(记者 陈晶)日前，“国际医疗健康人工智能大会暨2024中国心脑血管麻醉学会学术会议”在广州举行。11月14日，国家卫生健康委、国家中医药局、国家药监局联合发布《卫生健康行业人工智能应用场景参考指引》，成为落实党中央、国务院关于开展“人工智能+”行动的重要举措。此次大会正是顺应时代潮流、响应国家号召的关键行动，是推动我国医疗健康领域技术创新与产业升级的重要契机。

开幕式上，全国政协委员、中国心胸血管麻醉学会会长、常务副会长兼秘书长敖虎山教授指出，面对日益严峻的人口老龄化挑战，医疗健康人工智能不仅是解决这一问题的有效途径，更是实现健康中国战略目标的必由之路。希望通过本次大会，能够激发创新思维，促进产学研用深度融合，推动医疗健康人工智能的发展，为人民群众提供更加高效、便捷、优质的医疗服务。

全国政协委员、全国老龄办原常务副主任王建军表示，医疗健康融入人工智能、大数据、云计算等现代信息技术，能够优化医疗生态、提升医疗服务质量、优化医疗资源配置、增强医患互动。党的二十大和二十届三中全会精神都指出，要持续推动医疗健康与人工智能融合，将新的生产力应用到智慧医疗体系建设的方方面面，以数字技术赋能高质量发展，具体的做法有坚持理念先行、坚持技术赋能、坚持效益优先、坚持协同共享以及坚持发展和安全并重。他指出，希望各界朋友利用好这次平台交流互鉴，抢抓大健康产业发展重要机遇，为实现中国式现代化贡献力量。

全国政协委员，工业和信息化部原副部长、研究员级高级工程师王江平详细地阐释了人工智能发展现状与具身智能在医疗领域的应用前景。

国际心血管麻醉学会主席(美国)Alexander Mitnacht、欧洲心血管麻醉学会主席(德国)Chirojit Mukherjee、亚洲心血管麻醉学会主席(新加坡)黄念慈、全国政协常委刘忠范院士、全国政协常委葛均波院士、全国政协委员赵宇亮院士、全国政协委员付小兵院士、李兆申院士、全国政协委员乔杰院士、全国政协委员王建安院士、董家鸿院士、段慧玲院士、董尔丹院士在线上为大会致辞，纷纷表达了对发展医疗健康人工智能事业的高度肯定以及对本次大会圆满成功举办的美好祝愿。

会议发布会设置了人工智能产业工委会人工智能医疗设备工作组成立仪式、“规范化麻醉门诊培训基地”和“日间手术麻醉规范化管理示范单位”的授牌仪式、围手术期数据采集与治理技术规范发布会、围手术期人工智能研发和应用现状发布会，对过去的工作进行了全面回顾与总结。同期，中青年优秀论文演讲竞赛颁奖仪式、全国基层心肺复苏急救技能大赛颁奖仪式在开幕式举行，大会隆重表彰在相关学科领域内表现卓越的学者和技术人员，充分体现了中国心胸血管麻醉学会对于促进基层医疗技术发展、提升医疗服务水平的坚定承诺。

《国家神经疾病医学中心科普丛书》首发

本报讯(见习记者 肖一笑 本报记者 陈晶)11月19日，“十四五”国家重点出版物规划项目——《国家神经疾病医学中心科普丛书》在首都医科大学宣武医院发布。

据了解，我国神经系统疾病发病率高，造成的家庭与社会负担大。首都医科大学宣武医院积极响应习近平总书记提出的“科技创新、科学普及是实现创新发展的两翼，要把科学普及放在与科技创新同等重要的位置”的号召，集神经科学领域的众多专家、聚焦患者及家属的实际需求和临床经验形成问题，共同编写了《国家神经疾病医学中心科普丛书》。丛书共八册，包含《科学应对脑卒中》《科学应对头晕》《科学应对头痛》《科学应对睡眠障碍》《科学应对阿尔茨海默病》《科学应对帕金森病》《科学应对癫痫》和《科学应对神经系统罕见病》。

作为国家神经疾病医学中心，《宣武医院始终践行的使命和担当，以医学科普的方式服务人民群众，助力全民健康。北京市西城区政协委员、首都医科大学宣武医院院长赵国光担任丛书主编，他表示，《国家神经疾病医学中心科普丛书》是在神经疾病科普领域迈出的重要一步。

中医康养

好情绪也可以吃出来

范军铭



《黄帝内经》提到：“人有五脏化五气，以生喜怒忧思恐。”五气指的是人的五种情绪：喜、怒、忧、思、恐。对应五脏的情绪分别是：心主喜、肝主怒、脾主思、肺主忧、肾主恐。

充满愤怒吃点苦的。在心灵深处被怒气笼罩时，应避免让内心的火焰损伤自身的健康。可以通过摄取一些具有苦味的食物，引导心火下行，从而达到消解心火的目的。诸如苦瓜、茶叶、菊花等具有苦寒清热作用的食材，有助于消除心火，缓解内心的不满情绪。这种情绪很大程度上与心火过旺有关。

悲伤难过吃点辣的。摄入一些具有辛温发散作用的食材有助于排解悲伤情绪，如洋葱、韭菜、辣椒等。在情绪低落时，可以尝试通过吃辣火锅来改善心情。

生气暴躁吃点甜的。根据中医理论，肝属木，克土。食用甘甜食物的目的并非用于泻肝，而是为了平衡肝火过旺的状况，以避免情绪过于激动。通过摄入红枣、山药、蜂蜜等甜食，有助于缓解焦虑和紧张情绪。

顾虑不安吃点酸的。焦虑情绪往往源于土性之失衡，与脾之调和息息相关。在情绪不安之际，可尝试食用一些酸味食物，如山楂、乌梅、柠檬等，这些食物以其收敛之性，有助于调和情绪，缓解焦虑之感。

心气不足吃点咸的。在经历精神不振、乏力不堪、心气不足等状况时，可以尝试通过摄取一定咸味的食物来补充阴液，从而改善整体状况。诸如海带、海参、黑芝麻等具有咸寒滋补性质的食物，有助于滋养肺气，缓解与水性情绪相关的恐惧情绪。恐惧情绪与肾密切相关，此类食物的作用在于调和肾气，进而达到调节情绪的目的。

(作者系河南中医药研究院附属医院副院长)

全国政协委员、中国医学科学院北京协和医院副院长杜斌：

让医保更好服务为民 医保支付方式改革有待完善

本报记者 陈晶

医保支付方式改革是调节医疗服务行为、优化医疗资源配置、控制不合理医疗费用的重要杠杆。当前，国家正在通过全面推进按疾病诊断相关分组付费(DRG)等支付方式改革，将医疗费用的结算方式由按项目付费变为按病种付费。自2019年DRG等支付方式改革推进以来，已有超200个试点城市进入实际付费阶段。按照政策顶层设计，预计到2024年底，全国所有统筹地区全部开展支付方式改革工作；到2025年底将覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

“尽管DRG等支付方式的改革对于优化临床路径、规范诊疗行为、提高

医保资金使用效率起到了积极的作用，但是，针对其局限性也应当及时总结并加以改进。”全国政协委员、中国医学科学院北京协和医院副院长杜斌坦陈，据不完全统计，根据DRG付费的现行计算标准，重症医学科所收治的78%的病种以及87%的患者，实际医疗费用均超过DRG支付标准。这一现实，使得国内几乎所有医院的重症医学科均成为医保亏损单元。

“作为一个以救治各种危及生命的(多)器官功能障碍患者为已任的临床医学专科，无论在日常危重症患者的医疗救治工作中，还是在各种突发公共卫生事件的医疗应对过程中，重症医学科都发挥了不可替代的作用。”在杜斌看

来，中共中央办公厅和国务院办公厅印发的《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》中也指出，应当“加强公共卫生、全科、儿科、重症医学、呼吸、精神科、传染病、老年医学等领域急需紧缺专业人才培养培训”，因此，医保政策的制订应当促进而非妨碍重症医学专科的发展。

杜斌介绍，在实际操作层面，有关重症患者医疗费用的测算，很多都是基于从重症医学科出院或死亡的患者进行的，事实上，在重症医学科收治的所有患者中，这两类患者总计占比不足10%，因而难以全面反映危重症患者救治的实际费用。此外，在更早实施DRG付费方式的欧美国家，均采用了

DRG以外的其他方式以弥补DRG付费不足的问题。这些方式包括根据疾病严重程度进行校正(如德国)，针对某些费用较高的治疗或操作采用按照项目付费方式(如英国和法国)，或针对某些病种(如烧伤、移植、血液滤过等)采用按项目付费方式等(如英国、德国、丹麦、爱沙尼亚等)。

鉴于上述原因，杜斌建议：针对重症患者DRG支付费用的形成规则及其合理性进行梳理；对于DRG同一分组中医疗费用变异度较大的情况，分析其原因，采用进一步分组或其他方式，形成更加科学合理的疾病分组系统；对于部分疾病、操作或治疗，探索采用按照项目付费方式进行补充的可行性。