



立足基层和技术进步，大力发展主动式居家服务，实现医疗卫生服务模式突破

摘要

在老龄化加速与慢性病负担持续上升的背景下，医疗卫生服务体系面临供需结构失衡、成本上升及服务可及性不足等问题，以医院为中心的被动型服务模式亟需调整。本文提出，以基层医疗机构为主体，充分依托人工智能、物联网等技术进步，结合当前全力推进的“强基工程”，大力发展“主动式居家医疗服务”，关键措施是实施合理成本分担和激励机制改革，实现服务模式突破。

一、中国^[1]医疗卫生服务模式亟待改革

（一）老龄化带来的医疗卫生服务压力将越来越大

老龄化已成为影响中国经济和社会发展的最重要影响因素之一，且其严重程度和规模在未来还将加速扩大，这已是普遍共识。由此带来的医疗卫生服务压力将日益加剧。心脑血管疾病、糖尿病、肿瘤等慢病已经成为主要疾病负担，并将持续加重。同时，以阿尔茨海默病、帕金森病为主的失智和失能问题以及其他老年残障、功能衰退等健康挑战也会持续凸显^[2]。

除疾病负担外，老年康养、照护等需求也持续上升，并与医疗卫生问题深度交织，进一步加剧老年群体在医疗、康复及护理方面的综合压力。

（二）当前医疗卫生服务模式问题依然突出

中国医疗卫生服务体系改革已取得显著进展，但结构性问题依然突出。具体表现为：一是医疗卫生服务仍以医院为主，基层服务能力薄弱且利用率明显不足^[3]；服务模式重治疗、轻预防，在疾病的前期预防、慢病管理和健康控制方面存在明显短板。2024年，千人床位数7.2张，住院率达到21.4%，远

高于OECD国家2021年的平均水平（每千人口床位4.3张，住院率12.8%）。结构性失衡加上过度医疗等问题，不仅加重了医保基金的支付压力，也增加了居民的自付负担。此外，扩张过快、过度竞争也导致部分医院的运营面临困境。

二是医疗卫生服务缺乏连续性与针对性。在需求端，患者仍处于“自由就医、自由选择”的状态，在供给端，服务则呈现为“坐堂等客”，导致成本高、质量低。

随着老龄化加剧，上述服务结构和模式已经带来了新的“看病难”和“看病贵”问题。老年及残障人士的就医过程正变得越来越难，包括往返医院的过程及在医院内部的复杂诊治流程。同时，相关的交通、时间、陪护等“非医疗就医成本”也给家庭带来了沉重的经济负担，且此类支出并未体现在卫生总费用及支出结构统计中。此外，这种服务模式还会导致部分医院、科室就医拥挤及院内感染，部分独居、失能半失能老人难以及时就医等问题，出现一些冲击社会底线的事件。

康护服务短板也很突出，尚未形成有效社区支撑与相关服务体系，导致许多老人及其家属生活质量低，压力大。

[1] 只讨论中国大陆地区，不含港、澳、台。下同。

[2] 参见《健康老龄化：政策与产业双轮驱动》，中国发展出版社，2019。

[3] 基层医疗服务能力不足、利用率低等问题是社会共识，这里不在赘述。

（三）医疗卫生服务模式必须进行调整，且已经成为国际趋势^[4]

老龄化带来的医疗卫生服务以及康护服务压力也是其他老龄化程度高的国家普遍面临的问题。国际经验表明，最重要的应对措施之一是推动服务模式转型，从“被动服务”转向“主动服务和干预”，将大部分“慢病”诊疗、健康管理及非危急、非复杂性疾病等的处置，从以医院为中心转向以主动式居家医疗^[5]服务解决。

制度化的居家医疗服务起源于法国“居家住院（HAD）”模式，自1990年代起在欧美、日本、新加坡等国家和地区广泛推广。各国基本路径相似、具体做法略有差异。2020年以来，随技术进步——尤其是物联网、人工智能发展及新冠疫情的催化，主动式居家医疗服务进一步加速发展，并由过去以护士、医生等上门服务逐步转向“线上+线下”融合模式。

在服务组织方式方面，主要依托全科诊所、“无病床医院”等专业机构，高层级医院协同参与，社会保险和商业健康险共同支持，互联网以及人工智能企业全面融入。服务范围也不断扩大，包括但不限于健康管理、健康监测、常规检测与生化样品采集、用药与行为干预指导、突发心脑血管疾病及跌倒风险的先期处置、插管、换管、透析等一般性手术，部分肿瘤化疗、临终关怀等。除医疗服务外，康护服务也同步推进。

综合国际经验，主动式居家医疗卫生服务成效显著：一是能够较大幅度降低住院率或住院天数，控制医疗成本，并抑制医院规模和床位扩张及其带来的全社会医疗成本过快增长；二是降低个人和家庭的间接就医负担；三是让患者有更好的就医体验，增强服务的连续性与针对性；四是有效减少院内感染风险；五是促进医疗卫生服务与康护服务的深度融合。

当然，居家医疗卫生服务发展也面临一些挑战，主要是如何协调利益关系、保障服务质量和安全以及数智化服务中的隐私安全等。但总体来看，主动式居家服务已成为医疗卫生服务模式转型的方向。

（四）中国发展主动式医疗（康护）服务具有更强的紧迫性第一，多重疾病负担持续加重与卫生筹资能力相对不足的矛盾日趋突出。这是世界各国普遍面临的问题，但中国作为发展中国家，矛盾更为突出^[6]，迫切需要转向更加注重预防与健康管理、兼顾成本控制与健康绩效的服务模式。**第二**，以医院为中心的被动型

服务模式弊端日益显现，实践也证明其难以持续。**第三**，也是更为关键的，中国当前仍处于由低龄老龄化向高龄化快速转变的阶段，大约15年后，1963-1972年高峰期出生人口将陆续进入高龄，医疗卫生服务及康养压力会越来越大，因此必须抓住当前关键窗口期，推动服务模式转型，避免未来系统性压力进一步累积。

居家医疗在中国具有历史传统，如传统社会“郎中坐堂与上门出诊”相结合，改革开放前的村医和基层卫生院提供“门诊+上门服务”等。20世纪90年代后，受执业地点限制、有效激励和风险控制机制缺失、社会结构变化对信任关系冲击等诸多因素影响，这一模式大幅萎缩，在城镇地区尤为明显。

近10余年来，部分地区已经开始了积极尝试。2014年，北京等地开始“家庭病床”试点；2016年，国家政策明确将家庭病床、巡诊等纳入医疗机构合法执业范围，家庭病床等主动式服务在各地逐步推广，医保制度也相应提供支持。一些地区近些年也开始了对“非家庭病床”人员提供居家服务。同时，以互联网医院为新业态的线上问诊、依托医联体的远程医疗等也稳步发展。近来，在国家层面，有关“强基工程”以及医保支持基层医疗卫生服务发展的诸多文件中，也都对“上门”等主动式服务模式予以了明确支持。

但相比发达国家，中国主动式居家医疗卫生服务整体发展上仍明显滞后，主要表现为覆盖人群有限、服务项目偏少、服务能力薄弱、医疗卫生机构缺乏积极性，尚未形成有效制度体系和生态。

二、立足基层和技术进步，大力发展主动式服务，实现服务模式突破

（一）推进主动式居家医疗服务，须立足基层，并依托大医院支撑

主动式居家服务单纯依靠大医院提供行不通，不仅成本过高，从地理布局上也无法实现充分可及，必须着重依靠基层医疗卫生体系。

事实上，绝大多数基本医疗卫生服务也是可以通过基层解决的。从发达国家经验来看，绝大部分疾病预防、健康管理以及占疾病谱主体的常见病和多发病诊疗都是依靠基层解决。当然，前提是有一个高质量的基层医疗卫生服务体系。

虽然依赖大医院提供主动服务行不通，但缺乏大医院——尤

[4] 有关国际经验的总结重点参考了：1、伍秉宪、陈涛、姚能亮，“现代居家医学和周全居家医疗”，中国全科医学2021年第24期。2、陈宛郁，“以制度驱动科技：国际智慧居家照护政策模式借鉴与启示”，IEK产业情报网，2025/06/02。其他中英文文献也很多，难以详细列举。

[5] “居家医疗（Home-based Care）”是区别于医院服务的模式，是国际通行概念。“主动式”则是有共识且各国在普遍推进的干预模式，重点包括两个维度，一是从单纯医疗转向主动健康管理；二是利用信息技术等实施健康监测、预警和干预。在中国近年来出台的各种文件中，主动健康、主动服务也越来越被提及和重视。

[6] 2024年，中国人均卫生总费用6454元人民币，约合910美元。2024年，OECD国家按购买力平价调整后的人均卫生支出平均值接近6000美元，其中，美国为14800美元。资料来源：《2024年中国卫生事业发展统计公报》，OECD《2025年健康概览报告》。

其是区域内综合性中心医院——的支撑是不行的。大医院的核心功能在于提供专业技术支持以及危、急、难问题处理。这是发展主动式居家服务与构建整合型医疗服务体系的基本国际经验与逻辑基础。

当前基层医疗卫生服务能力不足、公众信任度和利用率偏低、积极性不高是现实问题，但这些问题主要源于筹资机制、薪酬激励、运行模式等制度安排，并非无法解决。

（二）技术进步提供了有利契机，且未来支撑力会越来越强

一是通过人工智能发展等赋能基层医务人员，提升辅助诊断水平，同时，医学技术进步也让越来越多的医院服务转为居家实施；二是物联网、便携式检验检测与治疗设备、可穿戴设备等的快速发展，可大幅度提升主动式服务的质量和效率，实现对突发性疾病和风险早发现、早干预，使服务更加及时和有效；三是基于个人全生命周期医疗和健康信息集成，可实现更精准服务^[7]；四是通过物联网及信息平台发展，实现不同医疗机构之间、医疗卫生和康护服务之间的进一步融合。

从发展趋势看，“人工智能+”与医学技术的发展将推动服务模式从线下向线上迁移，越来越多的面对面服务会被“线上”或“虚拟面对面”形式替代；医学教学、服务模式、工作方式及管理体系都可能发生重大变革；传统的分级、分层医疗模式可能会转向去层级化，走向多中心、共享、分布式、网络模式，实现全科、综合与专科服务的交叉融合；人工智能、护理机器人等技术的发展，也能够推进康护服务能力与服务方式发生重大变革。

（三）利益关系调整是推进服务模式变革的关键

发展主动式居家医疗卫生服务，其长期意义在于医疗服务体系发展与服务模式重构，而短期更本质的利益逻辑则是服务提供者与患者之间的成本和收益转移——即“患者收益”增加，而服务端成本上升^[8]。因此，要优先解决激励和补偿问题。比较现实且直接的选择是收取主动式居家“服务费”并主要用于医务人员经济激励，提高积极性。

中国主动式居家医疗服务未能快速发展的主要制约因素是激励不足。在收费方面，国家允许收取上门服务费，其中，对于符合“家庭病床”条件的，各地规定一定数额的“建床费”和“上门服务费”，医保基金按照规定数额及服务次数等支付，也允许有关医疗机构对其他有需求的人员收取“上门服务费”并自主定价。但受医保控费等因素影响，“家庭病床”建床门槛高、支付标准低；其他居家服务自费项目则大多执行较低的

“政府指导价”，并需要报备、审核。有关服务收费纳入机构收入后，虽理论上可以用于基层人员激励，但也要受到薪酬总额管控。过低的服务价格和薪酬管控，难以有效调动医疗机构和相关医护人员积极性。

（四）改革突破口：调整付费机制，强化服务激励

基于上述分析，要加快发展主动式居家服务，必须从付费机制和服务激励两方面入手加以解决。

1. 根据病患和需求特点采取差异化付费方式

针对明确符合“家庭病床”条件的服务对象，继续由医保按规定支付，但应逐步扩大范围并提高支付标准，超出规定范围的个性化、超标准服务费用由个人承担。

针对医院急性期治疗后选择“居家康复”的病患，可结合DRG、区域人头总额预付等医保支付方式改革，鼓励医疗机构（医共体）按照规范服务疗程提供相关居家服务，并从DRG限额内由医保资金支付，以缩短住院日，降低供、需双方成本。其他个性化、超标准额外服务费用自付。

针对于大多数病患的日常诊疗、检查检测等主动式居家医疗及康护服务，诊疗费、药费等继续按照现行标准由医保资金支付，但上门（含线上）服务费需由个人承担。

2. 放开主动式居家服务的“上门服务费”定价

应根据服务项目、难度、时长和服务方式（线下或线上）等，由服务机构依据市场供需、成本等因素自主定价，实施差异化、菜单式收费，并公开透明，由需方自主选择。通过竞争和供需关系调节，逐步形成相对均衡的“服务价格”。

3. 服务收费主要用于对医务人员的经济激励

为调动积极性，加快发展主动式居家服务，上门（包括线上）服务费应主要用于对一线医护人员、特别是基层医务人员的经济激励。这是“强基层”的关键所在，可以大幅缓解很多基层机构总收入不足和待遇水平难以有效提升等问题。同时，应允许上级医院和专业人员参与技术指导作用并参与分配。建议在一定时期内，此类激励不纳入薪酬总额管理，但须做到公开透明、规范使用。

此外，要继续稳步完善医疗救助等政策，保障特殊困难群体能够享受相关服务。

据调研了解，在中小城市及农村地区，基于信任关系并通过“礼品”等形式支付医、护私下提供上门诊疗服务情况一直或多或少存在，深圳宝安等地已开展规范性探索且效果良好；

[7] 针对个人全生命周期的健康信息集成是一个特别值得重视、且越来越多国家和地区近年来大力推进的医疗卫生基础能力建设，其不仅对于推进主动式居家医疗卫生服务有支撑作用，对于医院服务和精准医疗、基于全人群大数据的宏观决策、基于更广泛真实世界数据的技术（药品）创新以及对服务质量监管等也有重大意义。

[8] 短期内，由于上门服务所需的单次时长要明显高于在机构内集中坐诊，服务医护人员特别是基层人力成本、工作量等会出现上升，新技术应用成本也会有所增加，但相对有限。

[9] 国务院发展研究中心，《中国民生调查》，中国发展出版社，2019、2020。

“好大夫在线”等线上收费服务稳步发展也证明了线上服务的可行性及需求。有关调查也显示，公众特别是城市居民对这类服务需求大、支付意愿较强^[9]。关键是稳步放开收费，强化激励，规范推进，公开透明。

三、推动主动式居家服务落地的路径和关键措施

(一) 做实家庭签约医生并推进基层服务的全面转型

短期内，应切实落实家庭医生签约制度，以签约数量、服务粘性（回头率）、费用控制、服务质量及满意度等为核心考核指标，并将考核结果与薪酬等挂钩，解决目前普遍存在的“虚假签约”、“签而不约”等问题。激励和规范并举，率先推进签约医生（团队）向签约对象提供主动式居家服务。

在此基础上，推进基层医疗卫生机构服务模式整体向以主动式居家服务和健康管理为主转型，医、防、管、控并举，线下与线上服务紧密结合。逐步在区域内引入基层机构之间、全科医生团队之间的良性竞争，以提升服务质量，并赋予患者更大选择权。

通过发展紧密型医共体以及各种专科联盟等医联体形式，稳步推进基层与医院之间的深度协作，充分发挥大医院特别是区域内龙头医院的指导与支撑作用，从而提升整体服务能力与公众信任度。

当前部分基层医疗卫生机构能力不足虽是现实，但通过有效的激励和技术加持，有望形成信任度、服务利用率与积极性、能力共同提升的良性循环。

(二) 从基础服务做起，稳步拓展主动式居家服务范围

总结国际经验与国内实际情况，应从需求量大、最基础、风险低的领域做起，随能力提升，稳步拓展服务内容与覆盖范围。

(三) 严格主动式医疗服务质量管理，建立风险处置机制

政府与行业组织应协同推进，制定主动式（居家）服务质量规范，建立紧急和特殊情况预警和处置机制，发展针对供需双方的相关安全责任险，规范契约关系，并强化质量与风险评估。

(四) 发挥好市场作用

在不断完善基本医保制度、强化政府相关保障和监管职能的同时，应积极发展相关领域的商业健康险，鼓励互联网平台企业、康养护理等机构共同参与，构建更完善的医疗、康复、养老、护理、管理一体化生态体系。

(五) 与当前以“强基”为主线的改革紧密结合

近期，国家进一步强化并密集出台了一系列政策举措。如在医疗卫生服务领域，强化以紧密型医共体和签约医生制度为主的“强基工程”，更加重视分级诊疗体系建设；以薪酬制度为主的激励机制改革探索也不断推进。医保政策进一步明确支持基层能力建设和服务模式创新。在技术进步方面，明确提出发展基于物联网和人工智能的智慧医疗。应把发展主动式居家服务充分嵌入有关改革之中，推进卫生健康事业的高质量发展。

作者简介

葛延风：国务院发展研究中心原社会发展研究部部长、研究员

致谢

本期政策简报的撰写获得包括易方达基金（22KDKUF084）和昆山杜克大学在内的多个资助方支持。文中观点仅代表作者个人立场，与资助方无关。我们诚挚感谢所有合作院校、政府部门和相关机构在本研究过程中提供的技术支持。特别感谢昆山杜克大学全球健康研究中心联合主任汤胜蓝教授、上海社会科学院原常务副院长兼经济研究所所长左学金研究员、杜克大学咨询顾问袁端端女士等专家在简报撰写过程中提出的宝贵修改意见。



卫生政策研究
协作组官网



Abstract

Against the backdrop of accelerated population ageing and the continued rise in the burden of chronic diseases, health systems are increasingly challenged by mismatches between service demand and supply, escalating costs, and insufficient access to care. As a result, the traditional hospital-centred and reactive model of service delivery requires urgent transformation. This policy brief proposes the development of a proactive home-based care model, led by primary health-care institutions and supported by advances in artificial intelligence (AI), the Internet of Things (IoT) and related digital technologies. Building on the momentum of the ongoing “Strengthening Primary Health Care” initiative, the brief advocates for a shift towards integrated, people-centred and community-based service delivery. Key priority actions include the establishment of appropriate cost-sharing arrangements and the reform of provider incentive mechanisms, with the aim of enabling a sustainable transition towards proactive and continuous home-based health services.