

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

*2019.06.24-06.30*

(阅读提醒：按住 Ctrl 并点击标题可阅读内容)

- [11省市医改“先遣队”交出亮眼“成绩单”](#) (来源：新华网)  
【摘要】6月26日，国家卫生健康委在安徽铜陵召开新闻发布会，充分肯定了试点省份紧紧围绕分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管五项制度建设和建立优质高效医疗卫生服务体系，在高标准、高质量完成国家“规定动作”的基础上，勇于探索，大胆实践，创新实施“自选动作”，形成了一批可圈可点的亮点做法。
- [医保局出手，15省高值耗材“凶猛降价”开始了！](#) (来源：医疗器械经销商联盟)  
【摘要】6月24日，陕西省医保局发布《关于开展高值医用耗材动态调整工作的函》。明确13类高值耗材价格动态调整将采取日常动态调整机制。相关企业应主动收集列入“限价挂网目录”产品新的“全国最低价”，并在新的“全国最低价”正式执行1个月内，向采购平台申报调整相关产品价格。
- [刚刚！耗材编码标准公布，招采支付将洗牌](#) (来源：赛柏蓝器械)  
【摘要】6月27日，国家医疗保障局发布《国家医疗保障局关于印发医疗保障标准化工作指导意见的通知》(以下简称《通知》)，给出医保标准化工作指导意见，明确目标：到2020年，在全国统一医保信息系统建设基础上，逐步实现疾病诊断和手术操作等15项信息业务编码标准的落地使用。
- [玉溪：推进医保付费改革 减轻患者医疗负担](#) (来源：云南医改)  
【摘要】为有效控制医疗费用过快增长，提高基金使用效率，减轻患者医疗负担，玉溪市不断改革完善医保付费制度。自2000年就启动单一的项目付费方式，发展到现在的项目付费、单病种付费、总额预付、DRGs付费、打包付费多种支付方式。形成了宏观上整体调控，微观上精细化管理的复合式支付方式格局，不同的付费方式在不同的领域发挥着积极作用。
- [官方消息：仿制药供应有保障了！](#) (来源：四川省卫健委)  
【摘要】6月25日，四川省卫健委发布通知，加快落实仿制药供应保障及使用政策。为贯彻落实《国务院办公厅关于改革完善仿制药供应保障及使用政策的意见》(国办发〔2018〕20号)《关于印发加快落实仿制药供应保障及使用政策工作方案的通知》(国卫体改发〔2018〕53号)和《关于改革完善仿制药供应保障及使用政策的实施意见》(川办发〔2019〕5号)，进一步提高仿制药供应保障能力，更好地满足人民群众用药需求，现就相关工作提出相关要求，并详细划分权责。
- [限药店药品议价红线来了 挂网议价制度体系再度升级](#) (来源：医药地理)  
【摘要】6月26日，上海阳光医药采购网发布《关于“限药店药品全面挂网公开议价”等有关事项的工作提示》，7月起，市药事所将开展“限药店药品全面挂网公开议价”工作。

➤ [卫健委发布会“医保”成关键词!透露哪些信息?](#) (来源: 医药经济报)

【摘要】在本次发布会上,“医保”成为关键词,围绕医保支付方式改革、统一城乡医保、医保经费打包预付、医保补偿、医保目录、医保筹资等热门话题,各试点地区纷纷落地政策,推进“三医联动”改革步伐。

➤ [突发!山东跟标 4+7 带量采购, 7 月 1 日前完成报量!](#) (来源: 健识局)

【摘要】日前,山东省医保局、省卫健委、省公共资源交易中心联合发布通知,要求全省公立医疗机构上报国家组织药品集中采购和使用试点中选药品使用数据。按照山东省两部门要求,7月1日前,该省各市医保部门要完成辖区内县(区)、省属公立医疗机构数据汇总上报工作。

➤ [“党委领导下的院长负责制”实行一年,有了哪些答案?](#) (来源: 健康界)

【摘要】党委书记与院长,作为现代医院管理系统的两个核心角色,其变动很大程度决定着医院管理制度发展水平。健康界梳理了一年来公开披露的部分国内大中型医院领导变动情况(详情如下),希望借此厘清在新的政策指引下,“新任”党委书记的任职背景,以及在过去一年的实践中,医院管理发生了怎样的变化。

➤ [国家卫生健康委员会 2019 年 6 月 26 日例行新闻发布会介绍综合医改试点省份典型经验](#) (来源: 国家卫生健康委员会)

【摘要】2015年2月和2016年5月,国务院医改领导小组先后确定了两批共11个省份作为综合医改试点省份。几年来,11个综合医改试点省份党委、政府高度重视深化医改工作,认真贯彻党中央、国务院关于医改的决策部署,紧紧围绕分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管五项制度建设和建立优质高效医疗卫生服务体系,在高标准、高质量完成国家“规定动作”的基础上,勇于探索,大胆实践,创新实施“自选动作”,形成了一批可圈可点的亮点做法,切实发挥了“先遣队”和“排头兵”的作用。

## 11 省市医改先遣队 交出亮眼成绩单

来源：新华网

2015年2月和2016年5月，国务院医改领导小组先后确定了安徽、上海、浙江、江苏、福建、湖南、重庆、四川、陕西、青海、宁夏等11个省份作为综合医改试点省份，这也标志着医改进入“深水区”“攻坚区”，试点省份承担着医改“先遣队”“排头兵”的重要任务。

6月26日，国家卫生健康委在安徽铜陵召开新闻发布会，充分肯定了试点省份紧紧围绕分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管五项制度建设和建立优质高效医疗卫生服务体系，在高标准、高质量完成国家“规定动作”的基础上，勇于探索，大胆实践，创新实施“自选动作”，形成了一批可圈可点的亮点做法。

### 预防为主，形成“大卫生、大健康”理念

“重治轻防”曾经一度是我国卫生医疗的“顽疾”，“小病拖大、大病拖炸”的传统就医习惯也让很多慢病患者陷入治疗难度高、医疗负担重的困境。

“动员全社会共同参与健康促进，努力使广大群众不得病、少得病。”国家卫生健康委体改司司长梁万年介绍，在综合医改试点工作中，各省份将“大卫生、大健康”理念融入经济社会发展各项政策措施，坚持预防为主，完善公共卫生服务体系，深入实施公共卫生服务、规范开展慢性病管理。

在上海，加强疾病预防控制体系建设的指导意见出台，对机构管理、绩效评价、支持保障等进行改革，提高公共卫生安全保障能力；在重庆，探索通过购买服务的形式，增强服务的针对性和有效性。

据介绍，各试点省份以高血压、糖尿病等为突破口，探索防治管融合发展的有效模式。安徽试点高年资护士下沉社区，加强对重点人群慢性病管理，试点地区高血压控制率提高到70%以上。

### 摆脱“看病难”，体验“获得感”

从8.26分钟到3.06分钟，这是浙江省三甲医院为患者挂号排队缩短的时间；新生儿出生后，家长无须奔忙，在床边即可办理预防接种、户口登记、医保参保等事项……综合医改以来，浙江省推进深化医疗卫生服务领域“最多跑一次”改革，让患者感受到更多“获得感”。

浙江省卫生健康委巡视员马伟杭介绍，浙江作为第二批综合医改试点省，紧紧扭住城市医院“看病难”“看病烦”等“关键小事”，先后推出“看病少排

队”“付费更便捷”等举措，实现预约挂号“全省通”、付费结算“全院通”、院内服务“自助通”，50个县实现出生一件事“最多跑一次”。

让群众不再“看病难”，关键在于优化医疗卫生资源的配置，建立有序高效的分级诊疗格局。

推进优质医疗资源下沉，实施县域综合改革，深化人事、薪酬、编制制度改革，提升县域服务能力，推出便民惠民智慧医疗……各试点省份纷纷拿出各家“秘方”：

安徽等地以紧密型医联体建设为抓手，推动实现优质医疗资源下沉，有效提升基层服务能力；宁夏在全区建立起五级远程医疗服务体系；湖南实现县域内住院就诊率达到90%以上……

### 三医联动精准治理“看病贵”

“看病贵”问题是医改最难啃的“硬骨头”之一。各试点省份不约而同地选择了以药品改革为突破口、深化“三医”联动，切实减轻群众就医负担。

在“三医联动”的医改“引擎”驱动下，各试点省份积极落实国家基本药物制度、集中招标采购等改革举措，挤掉药品虚高价格水分；加快建立现代医院管理制度，以制订医院章程为抓手，促进医院规范化、精细化管理；统一城乡居民医保制度，推行支付方式改革，提高保障水平；深入开展健康扶贫，避免“因病致贫”“因病返贫”。

根据有关统计数据，试点省份在提供更加优质医疗服务的同时，群众就医负担得到减轻——陕西联合14个省份成立高值医用耗材省际采购联盟；上海运用信息化手段动态开展公立医院绩效考核；福建在全省推行按疾病诊断相关分组（DRGs）收付费试点；青海等地贫困人口大病医疗保险住院费用报销比例提高到90%……

“我们所面临的改革都是艰巨的、难啃的硬骨头。”梁万年说：“仅靠单项政策推动和个别地区推动改革，很容易形成政策孤岛和改革洼地，难以实现改革的整体效应，所以必须进行综合系统的改革，才能真正破解深层次的体制机制障碍。如果以省为单位统筹进行改革，来取得突破的发展，必然会较好地发挥对全国的示范带动作用。”

医改依然需要持续发力。国家卫健委有关负责人指出，整个医改立柱架梁的任务已基本完善，改革已进入深水区和攻坚区，接下来在完善公立医院的补偿机制、人事薪酬制度改革、药品供应保障制度改革、改革完善公共卫生服务体系等重点领域和关键环节，期待试点省份持续发力，形成经验，同时把各项改革成效抓住不放松，在提升群众获得感上出实招，真正让改革成效惠及人民群众。

## 医保局出手，15 省高值耗材凶猛降价开始了！

来源：医疗器械经销商联盟

陕西牵头，15 省耗材联盟联动，13 类高值耗材开启“全国最低价”下调！中央开会要求治理高值耗材后，新一轮高值耗材降价开始了！

### 13 大类高值耗材全国最低价下调，虚假报价直接取消挂网资格

6 月 24 日，陕西省医保局发布《关于开展高值医用耗材动态调整工作的函》。

明确骨科、血管、神经外科等 13 大类高值医用耗材实行价格动态调整。对于“限价挂网目录”中的产品，企业将现行全国最低价与采购平台挂网执行的产品限价进行比对，取低值为新的挂网限价。并且对于限价目录中未确认“全国最低价”的，还从限价挂网目录中调整至“备选挂网目录”。

并且 13 类高值耗材价格动态调整将采取日常动态调整机制。相关企业应主动收集列入“限价挂网目录”产品新的“全国最低价”，并在新的“全国最低价”正式执行 1 个月内，向采购平台申报调整相关产品价格。

也就是说只要全国其他省份“全国最低价”下调，陕西必须在 1 个月后同步跟进！而且对于弄虚作假、虚报瞒报的，一经查实，立即撤销相关产品挂网资格！

### 价格调整通报 15 省耗材联盟！剑指高值耗材“带量采购”

值得注意的是，此次陕西省 13 大类高值耗材价格动态调整，明确要通报际招采联盟！

最新的数据显示，耗材联合采购西部联盟已发展为现在的 15 省际联盟，包括陕西、内蒙古、宁夏、甘肃、青海、新疆、湖南、黑龙江、吉林、辽宁、广西、贵州、海南、新疆建设兵团、山西共 15 个省。

这意味着，陕西之后，15 省耗材联盟也极有可能要同步调整这 13 类高值耗材“挂网限价”，同步更新“全国最低价”！

而填平高值耗材“价格洼地”，目的是什么呢？很有可能是要进行高值耗材“带量采购”！

近日，据相关媒体的报道，陕西省医保局就新的药品、医用耗材数据共建共享的合作协议向参与省际联盟的医保部门发函，征求意见。

这份名为《省际招标采购联盟省(区)药品、医用耗材数据共建共享合作协议书》(征求意见稿)的函显示，其重点是推动跨区域联合带量采购，进一步降低药品、医用耗材的虚高价格，充分发挥采购联盟的规模优势；同时，还将通过带量采购、量价挂钩的方式，实现原

研药对仿制药、进口耗材对国产耗材的充分竞争，探索完善医保支付下的药品、医用耗材集中采购机制，以实现药品耗材价格的降低。

根据商务部发布的《2017年医疗器材类区域销售统计表》，上述15个省份销售总额达到185.18亿元，占全国总销售额940亿元的19.7%。

15省耗材联盟，一旦实现定期联动比对价格并筛选最低价，并且要开启高值耗材的跨区域联合带量采购议价，这在全国范围内的影响可想而知！

### **高值耗材“4+7带量采购”落地，或全国蔓延**

而据智采器械信息网消息，6月21日，安徽省召开省属公立医疗机构高值医用耗材集中带量采购会，会上发布了《安徽省省属公立医疗机构高值医用耗材集中带量采购谈判议价(试点)实施方案》，明确高值耗材带量采购第一批产品范围为：骨科植入(脊柱)类、眼科(人工晶体)类高值耗材。

上述试点范围预示着，高值耗材版“4+7”带量采购正式落地了。

在采购量上，安徽的方案也明确医疗机构采购谈判成功的产品量不得低于2018年该产品量的80%。且货款结算周期90天，必须“两票制”。

<b>以下是方案的12个重点：</b>
1、范围：分别占2018年省属公立医院骨科植入（脊柱）类、眼科（人工晶体）类高值耗材采购量70%，90%的产品。
2、参与企业：生产企业（进口耗材全国总代视为生产企业）为主体供应责任人
3、省医疗保障局抽取专家，医药集中采购服务中心具体实施，两轮谈判
4、限价参考：2016年以来全国省级中标价或者挂网限价的最低价、省属公立医院2018年实际采购价的中位价、均价、最低价（具体取哪个专家论证一定）、 <b>两票制中的第一票价格</b> 。以上三个中的最低价作为入围参考价，在此基础上谈判。
5、一年内完成采购量，未参与谈判的同类产品在原集中交易目录中的进入备案采购，在备案交易目录类的进入重点监控。
6、谈判产品的生产企业企业为供货与质量的第一责任人，委托配送必须符合两票制，可以直接配送，也可以委托配送，但是必须符合两票制。
<b>7、医疗机构采购谈判成功的产品的量不得低于2018年该产品量的80%。</b>
<b>8、结算周期90天。</b>
9、必须网采，零差价销售，不得二次议价。
10、医疗机构合规使用造成超支，医保基金适度分担。医疗机构因谈判成功产品造成的医保基金预算额增加的，医保经办机构一次性预付。
11、单病种付费谈判病种在使用谈判成功产品时，付费总额不变。
12、节约资金50%用于患者让利，50%交由专项账户激励医疗机构。

实际上青海省 2019 年医改方案和南京市医保局明确提出，要借鉴国家“4+7”带量集中采购经验，改革药品和医用耗材集中采购办法。而国家层面，6月3日国家医疗保障局调研组到山东省公共资源交易中心开展调研，明显透露出降低高值耗材虚高价格的做法将学习借鉴 4+7 药品带量采购。

在 2018 年医保局推行“4+7”药品带量采购后，随着安徽省的试点落地，15 省耗材联盟传出跨区域带量采购动向，预计 2019 年全国范围内高值耗材将成为医保局下一步带量采购的重点！

### **刚刚！耗材编码标准公布，招采支付将洗牌**

来源：赛柏蓝器械

国家医保局重磅通知，医用耗材编码标准将先行测试使用。耗材招标、采购和支付环节洗牌开始，更加透明化。

6月27日，国家医疗保障局发布《国家医疗保障局关于印发医疗保障标准化工作指导意见的通知》(以下简称《通知》)，给出医保标准化工作指导意见，明确目标：到2020年，在全国统一医保信息系统建设基础上，逐步实现疾病诊断和手术操作等15项信息业务编码标准的落地使用。

其中，前期重点开展医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材4项信息业务编码标准的测试使用。



这意味着，医疗界一直关注的医用耗材编码工作已正式落地执行。信息数据完善后，医用耗材的招标、采购和支付三个环节都将焕然一新。

标准化是现代社会的基本要素，而医疗保障的标准化将会直接影响到医保制度的完善。需要看到的是，我国医疗保障制度建立运行20多年，尚未形成统一的标准化体系，难以适应医疗保障治理现代化要求。这也是此次《通知》的出发点之一。为此，《通知》提出四个统一，即统一规划、统一分类、统一发布、统一管理。

《通知》定下目标：到2020年，在全国统一医疗保障信息系统建设基础上，逐步实现疾病诊断和手术操作等15项信息业务编码标准的落地使用。“十四五”期间，形成全国医疗保障标准清单，启动部分医疗保障标准的研究制定和试用完善。

15项信息业务编码标准的落地执行将是一项繁重庞大的工作，完全落地之前，必定是要经过试点总结经验和完善的。

为此，《通知》提出，按照先试点完善、再推广普及的方式，前期重点开展医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材4项信息业务编码标准的测试使用，及时总结经验做法，为其余11项信息业务编码标准的全面实施提供可行经验和示范引领。

## 行业亟需耗材编码标准

医用耗材因编码难度大一直备受医疗界关注。

有医疗界专家指出，不同于药品的是，耗材不仅数量庞杂且种类繁多，同一产品在不同地区招标采购时的名称不同，各地关于耗材的政策规定多种多样，给耗材招标采购以及支付等环节带来诸多不便。

殊不知，也有业内人士表示，有的医院院长弄错耗材名称、信息等已不能粗暴的指责其“专业不过关”，实在是因为耗材这个领域的产品信息太庞杂。

于是乎，此种情形下，不乏有企业利用此来逃避价格监管，部分地区甚至形成鱼龙混杂的业态。近几年业界兴起的耗材采购联盟实施耗材采购价格、数据共享等做法目的之一就包括规避企业这一做法。

基于此，行业的规范发展亟需医用耗材编码标准的出现。

那么，这一标准具体长啥样？

国家医保局在今天的《通知》里附带《医保疾病诊断和手术操作、药品、医疗服务项目、医用耗材四项信息业务编码规则和方法》，对医保医用耗材编码做了展示：



图7 医保医用耗材编码结构

图：医保医用耗材编码结构

来源：国家医保局

解读：医保医用耗材编码分5个部分共20位，通过大写英文字母和阿拉伯数字按特定顺序排列表示。其中第1部分是耗材标识码，第2部分是分类码，第3部分是通用名码，第4部分是产品特征码，第5部分是生产企业码。

第1部分：耗材标识码，用1位大写英文字母“C”表示。

第 2 部分：分类码，根据医用耗材学科、用途、部位、功能划分，用 6 位阿拉伯数字表示。

第 3 部分：通用名码，创建全国统一的医保医用耗材通用名码，用 3 位阿拉伯数字表示。

第 4 部分：产品特征码，根据耗材材质、规格等特征赋予的代码，用 5 位阿拉伯数字表示。

第 5 部分：生产企业码，依据医疗器械注册证或备案凭证为耗材生产企业赋予的唯一代码，用 5 位阿拉伯数字表示。

### 消除产品信息差，三个环节会洗牌

既然是起到规范行业的作用，医用耗材编码标准的出现必定将对耗材产业链里的某些环节作出改变和修正，以配合同样在前期重点开展的医保疾病诊断和手术操作信息业务编码标准。

实际上，耗材信息业务的编码标准旨在加强大数据分析和精细化管理。这对耗材生产、流通和使用端而言，都将是一种促进。

需要看到的是，有耗材生产企业人士表示，由于没有统一标准，企业自己往往也搞不清楚产品在多地招标采购中的名称和信息。比如，产品名称在北京是 a，到了南京却成 b。

而耗材编码标准更像是让大家达成一种共识，在北京是 a，在南京也叫 a，清清楚楚。

业内人士指出，这种“共识”将直接影响耗材的招标、采购和支付等环节。原来耗材是庞杂，有了编码标准后将去掉“杂”，变为庞大，消除了之前招标采购环节因产品信息差带来的“麻烦”，再由此影响到支付环节。

事实上，《通知》发布的当天，国家医保局也一并发布了《关于开展医保药品、医用耗材产品信息维护的通知》，对药品、医用耗材生产企业及进口产品的国内注册代理人的产品进行信息维护。

维护品种包括国家药品监督管理部门批准上市的药品，以及各级药品监督管理部门注册、备案的单独收费医用耗材。

其中一项维护要求为，各级药品监督管理部门注册、备案的单独收费医用耗材产品信息发生新增、删除或变更时，应进行实时维护。

## 玉溪：推进医保付费改革 减轻患者医疗负担

来源：云南医改

云南医改讯 为有效控制医疗费用过快增长，提高基金使用效率，减轻患者医疗负担，玉溪市不断改革完善医保付费制度。自 2000 年就启动单一的项目付费方式，发展到现在的的项目付费、单病种付费、总额预付、DRGs 付费、打包付费多种支付方式。形成了宏观上整体调控，微观上精细化管理的复合式支付方式格局，不同的付费方式在不同的领域发挥着积极作用。

**一是实施 DRGs 结算支付改革，推动医保资源精细化管理。**自 2016 年 3 月起在全市 9 家县区人民医院试点推行新农合 DRGs 支付方式改革，2017 年 1 月起，DRGs 支付方式改革范围进一步扩大到市人民医院，并覆盖城镇职工、城乡居民医疗保险，付费病组从 2016 年的 493 个扩大到 2019 年 661 个，覆盖了 10 家人民医院 98% 以上的出院病例。成为了全国为数不多、最早全面实施 DRGs 支付方式改革的地级城市之一。DRGs 支付方式改革打开了医保医院对话的通道，营造了三医联动的良好局面。2017 年，财政部医保支付方式改革现场会在玉溪召开，会议对玉溪市 DRGs 支付方式改革给予了充分肯定。

2017 年至 2018 年，实行 DRGs 付费的 10 家医院住院医保基金支出同比增长低于全市增幅 6-7 个百分点。2017 年至 2018 年间，10 家人民医院通过综合成本控制，2017 年获得结余留用收益 5267 多万元，结余率 6.2%，2018 年结余留用收益 4866 多万元，结余率 4.3%。实施 DRGs 付费后，医院积极主动控制医疗成本，优化服务流程、提升服务效率，医院规范化、精细化管理水平得到提高，住院医疗费用过快增长势头得到有效遏制。

**二是推行医共体打包付费改革，实现微观宏观齐抓共管，助推分级诊疗。**为提升基层服务能力，促进优质医疗资源下沉，推动分级诊疗，2018 年玉溪市在峨山县开展紧密型县域医共体建设试点，在不改变医保政策的情况下同步开展医共体打包付费试点，即：将城镇职工、城乡居民参保人员在医共体内发生的门诊、住院基本医疗保险统筹基金、大病保险基金，按照“总额包干、结余留用、超支不补”的原则，整体打包给医共体统筹管理使用，医保经办机构每月按医共体月均包干标准的 90% 拨付费用给医共体牵头医院。

年度根据对医共体的服务质量考核得分，进行年度费用清算。医共体责任共担、利益共享的建设机制，充分发挥了医疗机构的专业优势，让医共体积极主动参与费用控制，实现“以治病为中心”向“以健康为中心”的转变。2018 年峨山县医共体内共打包医保基金 6517 万元，实际发生 5331 万元，结余 1186 万元，结余率 18%。

2019 年，玉溪市持续深化医保付费改革，在峨山县开展医共体全额打包付费试点，其余县区推行区域医共体打包付费。

通过推进医保付费改革，激发了全市公立医院主动控费的内生动力和积极性，进一步降低了医疗成本，减轻了患者医疗负担，提高了医保资金使用效益，降低了医保资金运行风险。

### 官方消息：仿制药供应有保障了！

来源：四川省卫健委

6月25日，四川省卫健委发布通知，加快落实仿制药供应保障及使用政策。

为贯彻落实《国务院办公厅关于改革完善仿制药供应保障及使用政策的意见》（国办发〔2018〕20号）《关于印发加快落实仿制药供应保障及使用政策工作方案的通知》（国卫体改发〔2018〕53号）和《关于改革完善仿制药供应保障及使用政策的实施意见》（川办发〔2019〕5号），进一步提高仿制药供应保障能力，更好地满足人民群众用药需求，现就相关工作提出相关要求，并详细划分权责。

#### 1 加快推进重点工作任务

**（一）加强仿制药研发生产和技术攻关。**紧跟国家仿制药发展动态，组织产学研单位开展制约仿制药产业发展和临床必需的药品及其制剂研发的关键共性技术攻关。国家发布的鼓励仿制药品目录出台后，及时将目录内重点化学药品、生物药品关键共性技术研究列入省级相关科技计划支持范围，引导省内企业研发、注册和生产。对接国家2019-2030年仿制药科技攻关计划，组织产学研单位积极参与，争取国家相关科技计划支持。积极支持与新药和仿制药研发相关的国家、省级工程研究中心（工程实验室）等创新平台建设，积极推进我省国家生物医药合同研发和生产服务专项项目建设（科学技术厅、省卫生健康委、财政厅、省发展改革委、省药品监督管理局、经济和信息化厅、教育厅负责，排第一位的为牵头单位，下同）。制定落实《四川省增强制造业核心竞争力专项行动方案》，大力推动市场潜力大、临床价值高的重大仿制药开发及产业化。做好项目收集储备，积极开展组织申报工作，全力争取国家支持。（省发展改革委、经济和信息化厅、省卫生健康委、科学技术厅、省药品监督管理局负责）

**（二）完善药品知识产权保护。**按照鼓励新药创制和鼓励仿制药研发并重的原则，实施我省专利质量提升工程，制定年度专利质量提升工程实施方案推进计划，培育更多的药品核心知识产权、原始知识产权、高价值知识产权。加强优势中成药、特色中药饮片、医院制剂知识产权保护（省市场监督管理局（省知识产权局）、省药品监督管理局、省卫生健康委、省中医药管理局负责）。做好相关基础研究工作，逐步探索研究药品专利链接制度、降低仿制药专利侵权风险。落实专利挑战制度实施细则，明确专利挑战申报、受理、结果公示相关程序。充分发挥知识产权司法保护主导作用，严格依据《中华人民共和国专利法》相关规定，审理涉仿制药专利纠纷案件，保障专利权人合法权益。依法加强原研药品研发、生产和销售者的司法保护，鼓励自主创新。（省药品监督管理局、省市场监督管理局（省知识产权局）、省卫生健康委、省高级人民法院分别负责）

**(三)着力提高上市药品质量。**切实推进仿制药质量和疗效一致性评价,落实《四川省人民政府办公厅关于开展仿制药质量和疗效一致性评价的实施意见》(川办发〔2016〕112号),鼓励和引导省内企业开展仿制药质量和疗效一致性评价,加大对仿制药原辅料、处方和工艺的研究,运用新材料、新工艺、新技术,提高仿制药安全性、有效性和质量可控性,实现仿制药质量和疗效与原研药一致,提升川产仿制药的整体水平和竞争力。加快落实科研项目支持、医保支付、药品集中采购、税收优惠等政策,调动企业开展评价工作的积极性和主动性。充分利用我省药物临床试验资源,支持具备条件的机构参与一致性评价工作。采取有效措施,提高医疗机构和医务人员开展临床试验的积极性,推动仿制药一致性评价工作顺利开展。加强对鼓励仿制药品的质量监管,结合国家公布的鼓励仿制药品目录,加大对全省相关药品生产经营使用单位的监管力度,充分运用检验检测、行政处罚、信息公开等手段,督促企业全面落实质量主体责任,严格按照药品质量管理规范进行生产经营,确保药品安全有效。(省药品监督管理局、省卫生健康委、科学技术厅、经济和信息化厅分别负责)

**(四)促进仿制药替代使用。**积极参加国家组织的药品集中采购试点工作,促进通过一致性评价的仿制药在试点地区替代使用。在药品集中采购平台和医疗机构信息系统应对通过一致性评价的产品进行标注,提示医疗机构优先采购、医生优先使用。根据功能定位和诊疗范围,鼓励医疗机构采取有效措施,合理配备、优先采购并在临床中优先选用价格合理、通过一致性评价的仿制药(省医疗保障局、省卫生健康委、省药品监督管理局负责)。推动药学服务高质量发展,加大对临床用药监管力度,对接落实国家《医疗机构药物合理使用考核管理办法》和2019—2023年行动计划,充分利用信息化手段,进一步落实和发挥处方点评制度作用,实施药品动态监测及超常预警,促进仿制药临床合理使用。组织开展药品临床综合评价工作,以基本药物为重点,遴选临床常见病多发病种试点,围绕治疗效果、不良反应、用药方案、药物经济学等方面开展评价。加强药师队伍建设,提高药师技术水平,强化药师在处方审核和药品调配中的作用。(省卫生健康委负责,地方结合实际实施)

**(五)深化医保支付方式改革。**加快推进医保支付方式改革,全面推进建立以按病种付费为主的多元复合型医保支付方式,逐步减少按项目付费。做好医保支付方式改革试点工作,在总结评估试点经验的基础上,适时在全省推广。按照国家部署,制定药品支付标准,通过医保药品支付标准引导措施,逐步实现通过质量和疗效一致性评价的仿制药与原研药按相同标准支付。在全面推行医保支付方式改革的地区以及已制定医保药品支付标准的地区,允许公立医院在省级药品集中采购平台上联合带量、带预算采购。(省医疗保障局、省卫生健康委负责,地方结合实际实施)

**(六)加强反垄断执法。**持续加大原料药领域垄断行为的打击力度,根据举报和发现的线索积极开展执法活动,对实施原料药垄断的企业,依法从重、从快处理,形成有效威慑;公开曝光原料药垄断典型案例,加强宣传,引导原料药经营者依法合规经营。高度关注药品领域滥用知识产权排除、限制竞争行为,对涉嫌垄断的及时立案调查,对构成垄断的加大处罚力度、维护公平竞争的市场环境。(省市场监督管理局负责)

## 2 加强组织领导和实施保障

(一)加强部门协同。在省深化医药卫生体制改革领导小组领导下,由省卫生健康委负责统筹协调仿制药供应保障及使用政策落实工作。科学技术厅要积极推动将鼓励仿制的重点药品技术研究列入科技计划。省发展改革委要对接落实有关“重大仿制药物”的支持方案及行动计划。省药品监督管理局要加快推进仿制药质量和疗效一致性评价。省医疗保障局要通过组织药品集中采购试点工作和深化医保支付方式改革,促进仿制药替代使用。省卫生健康委要推动仿制药临床应用,提高合理用药水平。各部门、各地区要建立推进仿制药各项任务落实的领导体制和工作机制,明确责任分工,层层落实责任,确保按照时间表、路线图推进各项工作。

(二)加强督查问责。建立督促检查、考核问责机制,适时组织开展仿制药政策落实情况的专项督查。对于推进仿制药改革任务完成情况较好的部门和地区,予以表扬;对于未按要求完成任务的部门和地区,予以通报并责令整改。

(三)加强政策解读。卫生健康、药品监管、医疗保障等部门(单位)要大力宣传和解读政策措施,加大对支持、鼓励仿制药政策的宣传力度,合理引导社会舆论和群众预期,营造推进高质量仿制药替代使用的良好氛围。各有关部门要密切跟踪工作进展,及时总结经验,研究解决改革中出现的问题。

### 限药店药品议价红线来了 挂网议价制度体系再度升级

来源: 医药地理

国家医保局组织的带量采购正式启动以来,全国药品降价潮席卷。

6月26日,上海阳光医药采购网发布《关于“限药店药品全面挂网公开议价”等有关事项的工作提示》,7月起,市药事所将开展“限药店药品全面挂网公开议价”工作。

通知称,自7月20日起,生产企业可在询价议价系统“外省市价格填报”内查询本企业所有药品信息及统编代码。生产企业选择本企业在用且属“限药店药品全面挂网公开议价”范围内的药品,并填报十五省市采购价格及价格证明图片。填报时,企业需注意核对该药品规格包装及包装单位,填报的外省市采购价规格包装应与该药品保持一致。

“外省市采购价”即“十五省市采购价”,是指同企业同品种在北京、天津、江苏、浙江、广东、重庆、安徽、福建、江西、山东、河南、河北、辽宁、湖北、湖南省级药品采购平台上正在执行的采购价。药品确认无外省市价格的,生产企业应在询价议价系统内上传加盖企业公章的“无外省市价格承诺书”。

通知要求，生产企业应在 2019 年 10 月 31 日前完成限药店药品外省市采购价格填报。逾期未填报外省市价格或未上传“无外省市价格承诺书”的，市药事所将暂停该药品在阳光平台的定点药店采购标识。如需恢复，生产企业按新申请限药店药品规则重新申报。

对于已完成外省市采购价格填报的限药店药品，市药事所将进行资格审核与价格审核，审核通过的药品将按步骤分批次推送至定点药店开展议价。

对于资格审核未通过的药品，市药事所将暂停该药品在阳光平台的定点药店采购标识。

早前，上海阳光医药采购网就已发布《关于全面实施药品挂网公开议价采购的通知(沪药事〔2018〕51 号)》，敲开了上海药品市场大门。

如今，在“4+7”带量采购政策、药品降价形势下，未来全国药品价格联动是必然趋势，此次上海出台“限药店药品全面挂网公开议价”有关事项，可谓是挂网议价相关制度体系的再度升级，让业内感叹触及零售端的价格下调已有大起之势。

相比医院内销售，药企在零售药店可以得到更多的机会，议价权有了进一步提高，进货渠道也更宽广，销售的品种选择性也更大，品类也会增多。在这一博弈中，药店为了使产品毛利率更高，会尽量压低采购价格，远期来看，零售药店将为行业成长提供动力。

同时，随着大量品种从院内流向院外，零售药店将成为制药企业下一步重点对待的市场，竞争的激烈程度也是显而易见。对于企业来说，生存难度无疑将增加，尤其对于寄希望通过零售药店进入上海市场的品种，将带来不小的考验。

### **卫健委发布会:医保成关键词!透露哪些信息?**

来源：医药经济报

6 月 26 日，国家卫生健康委员会召开例行新闻发布会，系统介绍综合医改试点省份典型经验，浙江、安徽、福建、重庆、四川、陕西等省市的医疗卫生系统监管部门负责人到场，向媒体公开介绍省级医改综合试点阶段性经验。

值得注意的是，在本次发布会上，“医保”成为关键词，围绕医保支付方式改革、统一城乡医保、医保经费打包预付、医保补偿、医保目录、医保筹资等热门话题，各试点地区纷纷落地政策，推进“三医联动”改革步伐。

### **进一步降低虚高药价**

新闻发布会上，官方介绍针对解决“看病贵”问题，各试点省份以药品改革为突破口，深化“三医联动”改革取得了初步成果。国家卫健委体改司司长梁万年表示，降低虚高药价方面，各试点省份积极落实国家基本药物制度、集中招标采购等改革举措，挤掉药品虚高价格水分。

浙江省卫生健康委巡视员马伟杭介绍，全省 70 个县(市、区)全面推开医联体建设，将 208 家县级医院和 1063 家卫生院组建成 161 家医共体，县乡医疗卫生机构融为一体，医疗、医保、医药联动，建立起医保支付、医疗服务价格、人事薪酬和药品供应新机制。“省深改委已经研究制定深化医保支付方式改革的政策，大病保险在基本医保报销的基础上再次报销的比例不低于 60%，宁波等 5 个市县被国务院评为真抓实干改革成效较为明显地方。”

青海省卫生健康委副主任庠启录介绍，青海省构建了多层次的医疗保障体系，建立了以基本医保为基础，大病医疗保险为补充，医疗救助、应急救助、职工医疗互助为托底的五道医疗保障线。“在基本医保上，不断提高保障水平，全省城乡居民医保筹资标准从 2008 年的 104 元提高到今年的 858 元，三、二、一级医院政策范围内报销比例提高到 70%、80%和 90%，参保率稳定在 98%以上；从 2012 年 12 月开始，在全国率先实施覆盖全省城乡居民和城镇职工的大病医疗保险制度，无病种限制，大病患者医疗费用经基本医保报销后，个人自负部分达到起付线 5000 元的纳入大病医疗保险，按 80%再次报销，民政救助对象实际报销比例达到 90%以上。”

安徽省卫生健康委主任陶仪声介绍，安徽省已经实行医保和公卫两项经费打包预付，扣紧医防融合利益纽带 将城乡居民基本医疗保障基金和基本公共卫生服务经费按人头总额预付给医共体，压实医共体医防融合责任。“预付经费结余留用，合理超支分担。建立紧密型利益与责任连接纽带，密切医共体利益共享、责任共担机制。”

业内人士指出，医保支付制度改革给医药产业链带来的影响极其深远，安全性有效性存疑、临床需求不明确、不具备临床优势的品种，过去依靠医药回扣和费用营销堆砌的市场，将在“打包预付”“结余留用”等医保强势管控下，逐步失去竞争力。

### DRG 改革深入推进

不难看出，目前各试点地区正在紧抓改革窗口期，利用药品改革腾出的空间，及时研究、推进医疗服务价格的调整、薪酬制度改革和医保支付方式改革等，实现各项举措互相促进。

6 月 5 日，国家医保局、财政部、国家卫健委、国家中医药局等四部委发布通知，宣布疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点工作将在 30 个城市启动，按照“顶层设计、模拟测试、实际付费”三步走的思路，确保完成各阶段的工作任务，确保 2020 年模拟运行，2021 年启动实际付费。

在此次发布会上，福建省卫生健康委副巡视员杨闽红也分享了福建经验，他表示，去年10月孙春兰副总理调研考察福建医改，希望福建探索医保基金全省统筹，以便为全国再积经验。“本着积极稳妥、分步推进原则，全省建立了城镇职工医保基金全省统筹调剂制度，今年按各地当年实际征收的30%筹集省级调剂基金，第一季度已集中金额25.63亿元，受益统筹区7个，反响良好；改革医保支付方式，全省按病种收付费的病种超700个；其中三明市实施C-DRG组达796个、覆盖出院人数占比67.24%；全省有417家医疗机构纳入全国联网结算范围。”

一直以来，DRG付费制度改革被认为是医保支付方式改革的重点。早在2017年，国务院办公厅就发表了《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》，提出要全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。

行业普遍认为，从“按项目付费”到“疾病诊断相关分组付费”，DRG合理用药强化监管，无疑促使医疗机构有动力、有意愿选择疗效更好、价格更低的产品，压缩医疗成本，尤其是风口浪尖中的“辅助用药”，将彻底沦为医疗机构的医疗成本，在合理用药监管环境下将受到重点关注。

### **突发！山东跟标4+7带量采购，7月1日前完成报量！**

来源：健识局

带量采购跟标范围扩大。

日前，山东省医保局、省卫健委、省公共资源交易中心联合发布通知，要求全省公立医疗机构上报国家组织药品集中采购和使用试点中选药品使用数据。

## **山东省医疗保障局 山东省卫生健康委员会文件 山东省公共资源交易中心**

鲁医保发〔2019〕50号

### **关于开展公立医疗机构部分药品使用数据调查 统计工作的通知**

## 山东省药品使用数据调查统计名单

序号	药品通用名	剂型	规格
1	阿托伐他汀钙片	片剂	20mg
2	瑞舒伐他汀钙片	片剂	10mg
3	硫酸氢氯吡格雷片	片剂	75mg
4	厄贝沙坦片	片剂	75mg
5	苯磺酸氨氯地平片	片剂	5mg
6	恩替卡韦分散片	片剂	0.5mg
7	草酸艾司西酞普兰片	片剂	10mg
8	盐酸帕罗西汀片	片剂	20mg
9	奥氮平片	片剂	10mg
10	头孢呋辛酯片	片剂	0.25g (按 C16H16N4O8S 计算)
11	利培酮片	片剂	1mg
12	吉非替尼片	片剂	250mg
13	福辛普利钠片	片剂	10mg
14	厄贝沙坦氢氯噻嗪片	片剂	150mg/12.5mg
15	赖诺普利片	片剂	10mg
16	富马酸替诺福韦二吡呋酯片	片剂	300mg
17	氯沙坦钾片	片剂	50mg
18	马来酸依那普利片	片剂	10mg
19	左乙拉西坦片	片剂	250mg
20	甲磺酸伊马替尼片	片剂	100mg
21	孟鲁司特钠片	片剂	10mg
22	蒙脱石散	散剂	每袋含蒙脱石 3g
23	注射用培美曲塞二钠	注射剂	100mg
24	注射用培美曲塞二钠	注射剂	500mg
25	氟比洛芬酯注射液	注射剂	5ml: 50mg
26	盐酸右美托咪定注射液	注射剂	2ml: 0.2mg (按右美托咪定计)

— 4 —

健识局

根据通知，须上交的统计数据为相关品种 2017 年、2018 年(时间节点均为当年 1 月 1 日至 12 月 31 日)使用量，以及 2019 年 10 月 1 日至 2020 年 9 月 30 日的预测使用量，原则上不低于 2017 年、2018 年度平均使用量。

按照山东省两部门要求，7 月 1 日前，该省各市医保部门要完成辖区内县(区)、省属公立医疗机构数据汇总上报工作。

这也意味着，山东这一曾经明确不跟进 4+7 带量采购中选结果的省份也改变主意，加入到跟标行列了。与之同步，其市场也将迎来震荡。根据商务部统计数据，该省 2017 年医药市场排到了全国第六，总规模约为 1144 亿元。

在此之前，福建、青海、河北、太原、无锡等省、市已经宣布跟标 4+7 带量采购中选结果。江苏，以及同为京津冀同盟省份的辽宁，被认为是接下来参与跟标的热门省份。在此基础上，首批带量采购药品全国降价的趋势已越来越清晰。

而越来越多省份的跟进，已经给 4+7 带量中选企业提出了产能上的巨大挑战。这也给相关产品的竞品带来了新的机遇。可以看到，由于产能不足，施贵宝在河北市场扩容的机会，只能拱手让给浙江华海药业。

分析人士指出，未来随着越来越多省份的入局，带量采购相应品种的产能压力将进一步增大，这也预示着，市场格局的进一步调整。但，在这一过程中，只有符合质优价廉标准的产品才能承接利好。

## 跟标降价

### 医药大省千亿市场迎震荡

事实上，山东省既是医药大省，也一直以“砍价”实力著称，甚至被业界戏称“议价绵绵无绝期”。

数据显示，2018 年经由抗癌药物专项集中采购，128 种抗癌药、386 个中标药品在山东省实现大降价，平均降幅 17.4%，最大降幅 82.6%，价格在全国省级专项集中采购中处于最低。

藉由首个跨区域公立医院药品采购联合体，山东济南、青岛、威海三市在首轮议价中即实现 71 个产品相较省挂网价降低 21.3%，约 80% 药品达到全国最低价。

在 2017 年的降价中，山东省还曾通过对 1800 多个临床用量大、费用占比高品种进行公开招标、阳光采购，实现 286 家城市公立医院一季度药费降低 13.4 亿元的成绩。

2018 年 10 月，山东、辽宁已经加盟京津冀采购联盟，五省市合作重点之一就是促进五地药品耗材采购联合体对接，实现价格等信息共享。这也意味着，山东省药械价格实际上一直对标全国最低价。

可以看到，京津冀已经全部采用了首批带量采购中选价。这也是该省在此前发文中，强调带量采购品种除外的原因。而此次山东改变主意，跟进 4+7 试点，则意味着，相关品种价格在该省也将一降到底。

与之同步，山东省千亿医药市场将实现震荡。而作为另一个京津冀联盟扩大后成员，业界分析，辽宁省或也将很快跟进这一试点。

事实上，随着山东的入局，分析人士认为，各省市跟进 4+7 带量采购，已经不仅仅是市场行为，而更蒙上了政治任务的色彩。这也意味着，与第二轮带量采购实施同步，首轮带量采购落地范围扩大也已成定局。

### 大批落选产品获得新机遇

带量采购范围扩大的同时，中标企业的挑战也来了。

6月25日，河北省药采中心发布通知称，4+7带量采购试点中选企业中美上海施贵宝已承诺在该省以中选价供应福辛普利钠片(10mg\*14片)，但该企业生产能力尚不能满足该省采购量需求。因此，请符合条件的原研药生产企业、参比制剂生产企业、通过一致性评价的生产企业以及满足河北省药品用量的生产企业主动报名参加此次集采。

就在昨天(6月26日)，河北省药采中心的一则新的通知显示，浙江华海药业的同品种同品规产品已经加入试点，联动该品种的4+7中选价。

河北省明确，医疗保障部门将以全省2018年度福辛普利钠片(10mg\*14片)60%的使用量支持浙江华海药业股份有限公司参加该省跟进落实国家组织药品集中采购和试点工作，并将按相关规定执行相关医保支付政策，包括：从收货验收合格到付款不得超过30天、医保基金按合同约定采购金额的50%预付等。

这也意味着，由于中标企业产能不足，未中标企业获得了与中选企业同等的市场利好。可以看到，在试点城市的4+7配套方案中，通过一致性评价仿制药虽然短期可以保有一定价格空间，但，要接受阶梯降价，而且市场空间也根本无法与中选品种匹敌。

分析人士认为，带量采购落地范围的扩大，对中标企业是利好，同时也是对产能的巨大挑战。如果无法满足更多省市的采购需求，则其降价很可能变成“为他人做嫁衣”。

需要注意的是，根据国家医保局此前所说，带量采购的目的其实是为了消灭带金销售，发现价格，激活市场机制，净化市场环境。

基于此，业界人士认为，如果后续跟进的省市不能保证后补品种“门槛”——原研药、参比制剂或通过/视同通过一致性评价产品，或不能按照确保相应品种采购量、使用量等，则无疑会打乱带量采购的整体节奏。

这在一定程度上，也预示着，只有质优价廉的产品才有机会承接上述利好。

### 党委领导下的院长负责制 实行一年，有了哪些答案？

来源：健康界

2018年6月，中共中央办公厅印发《关于加强公立医院党的建设工作的意见》(下称《意见》)，明确提出公立医院实行党委领导下的院长负责制，由党委统一领导医院工作，院长主持医院行政工作。这是国家建立现代医院管理制度、深化公立医院改革的重大举措。

此后，党委领导下的院长负责制开始在各省市纷纷落地。实行这一制度，首先要解决的是党委书记与院长的人选问题。

党委书记与院长，作为现代医院管理系统的两个核心角色，其变动很大程度决定着医院管理制度发展水平。健康界梳理了一年来公开披露的部分国内大中型医院领导变动情况(详情如下)，希望借此厘清在新的政策指引下，“新任”党委书记的任职背景，以及在过去一年的实践中，医院管理发生了怎样的变化。

表 1 2018年6月-2019年6月 公立医院领导班子人事调整

医院	人事调整情况	
	党委书记	院长
中国科学院大学附属肿瘤医院	不变	由中国科学院院士担任
山东大学齐鲁医院	由原医学部党委书记担任	由原副院长担任
南方医科大学珠江医院	由原院长兼任	不变
河南省人民医院	由原院长担任	由原党委书记担任
上海市第一人民医院	不变	由他院院长担任
北京大学第一医院	由原副院长担任	不变
浙江大学附属第一医院	由原副院长担任	不变
济南第二人民医院	由他院党委书记担任	不变
济南第三人民医院	由原院长担任	由他院院长担任
济南济钢医院	不变	由他院院长担任
济南中医医院	由他院党委书记担任	由原党委书记担任
济南传染病医院	由管理局党委书记担任	由原党委书记担任
济南民族医院	由其他组织党委书记担任	由新党委书记兼任
浙江省立同德医院	由原院长担任	由他院党委书记担任
浙江省肿瘤医院	由他院党委书记担任	不变
浙江省人民医院	由原院长担任	由原副院长担任
山东省立医院	由他院院长担任	不变
山东省千佛山医院	由他院党委书记担任	不变
山东中医药大学附属医院	不变	由他院院长担任
福建医科大学附属第一医院	不变	由原副院长担任

数据来源：各医院官网及媒体报道

### 盘点：新任党委书记、院长多“空降”

据健康界不完全统计，从2018年下半年开始，公开披露的20家大中型公立医院领导班子进行了人事调整，其中15家医院的党委书记、13家医院的院长进行了更换。在15家党委书记有变动的医院中，由他院人员“空降”，是数量最多的一种类型，共7家，剩余有5家医院由本院原院长换位担任，2家由本院原副院长担任，1家由原所在大学医学部党委书记担任。

院长一职，情形类似。13家院长有变动的医院中，由院外人员调任而来的有6家，由本院党委书记换位担任的有4家，由本院原副院长担任的有3家。（具体类型见下图）



党委书记人事调整类型



院长人事调整类型

从以上盘点可以看出，《意见》印发以来，公立医院的领导核心层变动并非部分媒体报道的党委书记与院长的简单“对调”，超半数医院的核心领导进行了较大调整，“院外人员”担任医院一把手的情况占据多数。

也有地方对所辖医院领导班子进行了集中调整。比如，济南市在2018年12月12日，一次性对济南市第二人民医院，济南市第三人民医院、济南市济钢医院、济南市中医医院、济南市传染病医院、济南市民族医院6家医院的党委书记

与院长集中调整，其中原济南市第三人民医院党委书记吕丽萍任职济南市第二人民医院党委书记，济南市传染病医院院长牟壮博任济南市第三人民医院院长等。类似的情况，还有浙江大学的多家附属医院的人事调整。

### 梳理：新书记不乏深谙医改思路者

《意见》指出：党委书记和院长要具有胜任岗位职责所必需的专业知识和职业素养，熟悉医疗卫生行业发展情况和相关政策法规，有先进的医院管理理念和实践经验，符合深化医药卫生体制改革和健全现代医院管理制度需要，业界声誉好。

在上述医院目前可查询的 13 家新任党委书记资料中，具有医学背景就有 12 位，任职人员都具有丰富的管理经验与实践经验。据公开资料显示，有 4 家医院的党委书记有管理学与医学双重背景，有 3 家医院的党委书记曾在卫生行政部门任职，了解医药卫生体制改革发展情况、政策法规。

2019 年 1 月，卫生管理专家马恩祥在接受健康界采访时曾表示，对于医院党委的人事安排，应基于党内民主集中制，譬如党委书记可以由兼具管理能力与党性原则的原院长担任，或者由原党委书记留任，或者从别院调任，党委委员则应该是在提名基础上的党内民主选举。

针对院长及其运营团队，则不能与党委人事安排混在一起，应该借鉴现代企业管理的通行做法，采取聘用制方法，实行任期目标的职业化管理制度。“医院党委与院长运营团队的不同选拔方式，让这两个团队不存在人员内部竞争关系，而是一种单纯的合作关系，从而促进党委与院长运营团队的良好协调与配合。”马恩祥说。

另外，《意见》还明确提出“允许实行院长聘任制，推进职业化建设”，但对于院长的人事调整，截至目前“聘用制”尚未全面展开，大多仍是院内或医院之间的原院领导“履新”，“院长职业化”仍任重道远。

### 实践：人、财、物管理权开始实现剥离

在新的领导结构下，“党委书记”如何做正确的事、“院长”如何正确地做事成为医院日常运行中需要最先明确的问题。

“院长原先对于医院人、财、物等的管理权被剥离至党委。”马恩祥强调，但党委领导下的院长负责制将充分体现民主集中制的“执政原则”，例如，财务权限可能划分至总会计师处，采购事宜由采购委员会或相关部门负责……“公立医院将会出现经营与运营分离、行政与后勤分离，院长不再有宏观的管理权，而是非常具体的微观运营权。”

例如，武汉大学人民医院规定，预算 500 万元以内的项目由院长办公会决定，500 万元以上的项目由院长办公会决定后，上报党委常委会讨论。在用人程序上，

该院要求所有干部必须由党委组织部管理，做到干部“能上能下”，例如护士长任职满 8 年全部换改。

天津市第三医院设立了专家委员会，重大决策提交党委之前，由专家委员会对其进行可行性和经济性论证，然后交由党委最终决定，并对经济进行把关。此外，该院成立了项目管理部，负责医院发展项目，项目部长由支部书记和资深书记竞聘上岗，项目部成员在全院竞聘。

对于党委书记而言，如何能吸引、留住院长，充分发挥好院长的作用，是其工作要面临的挑战；对于院长而言，如何获得党委的支持与配合，特别是与医院学科骨干不再是传统意义的上下级关系后，则需要依靠自身的医院运营能力和院务管理团队影响力。

### 待解：制定医院章程仍是难点

2018 年 12 月，在《意见》印发半年后，中华医学会医院管理专业委员会成员徐毓才曾提出，对党委领导下的院长负责制有 9 个具体问题需要明确：

1. 怎样避免党委领导变成党委书记领导？
2. 怎样防止和克服名为集体负责实际上无人负责？
3. 没有了人事调配权、财权、决策权，院长会不会成为鸡肋？
4. 理事会、医管会、党委会都是“领导”，院长该听谁的？
5. 院务会还有存在的必要吗？
6. 谁有机会成为党委委员，进入医院决策层？
7. 哪些事项必须由党委会议集体决策？
8. 专家委员会如何参与决策？
9. 转岗到书记位子上的院长是否会把如今的书记当过去的院长当？

这其中，制定一套边界、权责、层级清晰的医院章程，并以此来确定运行机制，成为解题的核心一步。

“从去年国家卫计委的实施办法出台之后，我们就开始着手制订医院的章程。但是现在越制订越复杂，而且的确没有参照。章程作为医院治理的一个总纲领，就像党章一样，我们希望医院治理的各个方面都能在章程中予以体现，这真是一个非常非常庞杂的工程。”北京中日友好医院党委书记周军曾在 2019 年健康界举办的博鳌峰会上表示。

一年来，各大医院对医院章程制定也做出不同探索。

中南大学湘雅医院明确“党建工作”要写在章程，并且明确党组织学习的形式，地位、作用、职责、权限。北京大学首钢医院的医院章程不仅明确党委的作用、地位，还规定了党委应该有几个党委委员组成，

此外，章程确认党委的作用后面会附带党委会的权力清单，每一次的内容都将在这个权力清单上行讨论，其工作程序也都刊入了《党委议事规则》与《院长办公会议事规则》。

在运行机制上，许多医院重大问题决策发生了“党委会前置”的变化。

“以往可能是院办会先开，党委会在后，如今是党委会先做决策，院办会在后讨论执行，且在议事上党委会前，需要专家委员会对是否可上会进行论证，或者院长与书记提前沟通。”北京大学首钢医院的向平超书记表示。

在国务院发展研究中心研究员江宇看来，党的领导不是空洞的口号，而是包含着一套具体的体制机制，比如坚持共同的理想信念、坚持辩证唯物主义的世界观方法论、坚持民主集中制的组织原则、注重干部的培养和管理等。如何制定医院章程和各项制度，并确保落实执行，是目前落实党委领导下的院长负责制，实现现代医院管理的重大挑战之一。

## 国家卫生健康委员会 2019 年 6 月 26 日例行新闻发布会

### 介绍综合医改试点省份典型经验

来源：国家卫生健康委员会

**[主持人:]**各位媒体朋友：大家上午好！非常欢迎大家参加国家卫生健康委今天在安徽铜陵的这场新闻发布会，今天这场发布会的主题是关于综合医改试点典型经验的推广。今天的发布会我们继续按照“壮丽 70 年 奋斗新时代”的主线进行。2015 年 2 月和 2016 年 5 月，国务院医改领导小组先后确定了两批共 11 个省份作为综合医改试点省份。几年来，11 个综合医改试点省份党委、政府高度重视深化医改工作，认真贯彻党中央、国务院关于医改的决策部署，紧紧围绕分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管五项制度建设和建立优质高效医疗卫生服务体系，在高标准、高质量完成国家“规定动作”的基础上，勇于探索，大胆实践，创新实施“自选动作”，形成了一批可圈可点的亮点做法，切实发挥了“先遣队”和“排头兵”的作用。今天的发布会，我们国家卫生健康委作为国务院医改领导小组秘书处，邀请到了 11 个试点省份的有关负责同志，介绍他们开展综合医改试点工作的典型经验，下午也会组织大家到铜陵市相关医疗机构实地调研采访，希望在座的媒体朋友们加大对这些工作经验的提炼和宣传，让这些经验为全国面上推进医改向纵深发展发挥好示范引领作用。下面，我向大家介绍今天发布会的嘉宾，他们是：国家卫生健康委(国务院医改领导小组秘书处)体改司司长 梁万年 浙江省卫生健康委巡视员 马伟杭 安徽省卫生健康委主任 陶仪声 福建省卫生健康委副巡视员 杨闽红 重庆市卫生健康委副主任 周

林 四川省卫生健康委副主任 宋世贵 陕西省卫生健康委副主任 刘 岭 同时,今天还有几位在台下就坐的嘉宾,他们是: 江苏省卫生健康委副主任 李少冬 湖南省卫生健康委副巡视员 王湘生 青海省卫生健康委副主任 库启录 宁夏回族自治区卫生健康委副主任 宋晨阳 上海市卫生健康委体改处处长 冷熙亮 下面,首先请梁万年司长介绍综合医改试点工作总体情况。2019-06-26 09:30:33

[ 2019-06-26 15:45:08.0 ]

**[梁万年:]**女士们、先生们,媒体朋友们: 上午好! 医改是世界性难题,党中央、国务院高度重视。为进一步增强改革的整体性、系统性和协同性,2015年国务院医改领导小组决定开展省级医改综合试点,目前共有综合医改试点省份11个。几年来,各试点省份按照深化医改的总体部署,一以贯之地落实“一个理念”,突出“两个重点”,在重点领域和关键环节集中发力,精准施策,形成了一批可圈可点的经验做法。2019-06-26 09:42:23 [ 2019-06-26 15:45:33.0 ]

**[梁万年:]**一个理念,就是坚持预防为主。各省份将“大卫生、大健康”理念融入经济社会发展各项政策措施。一是组织开展健康行动。各试点省份都印发了本省份健康行动有关文件,动员全社会共同参与健康促进,努力使广大群众不得病、少得病。二是完善公共卫生服务体系。上海等地出台了加强疾病预防控制体系建设的指导意见,对机构管理、绩效评价、支持保障等进行改革,提高公共卫生安全保障能力。三是深入实施公共卫生服务。各试点省份都加强了对公共卫生服务特别是基本公共卫生服务提供的考核管理,重庆等地探索通过购买服务的形式,增强服务的针对性和有效性。四是规范开展慢性病管理。各试点省份都以高血压、糖尿病等为突破口,探索防治管融合发展的有效模式。安徽试点高年资护士下沉社区,加强对重点人群慢性病管理,试点地区高血压控制率提高到70%以上。两个重点,就是着力解决“看病难、看病贵”问题。在解决“看病难”方面,各试点省份积极推进医疗卫生供给侧结构性改革,优化医疗卫生资源配置,构建有序的分级诊疗格局。一是推进优质医疗资源下沉。安徽等地以紧密型医联体建设为抓手,推动实现优质医疗资源下沉,有效提升基层服务能力。宁夏在全区建立起五级远程医疗服务体系。二是实施县域综合改革。各试点省份按照“县强、乡活、村稳、上下联、信息通、模式新”的思路,深化人事、薪酬、编制制度改革,提升县域服务能力,激发活力,努力实现大病不出县。浙江在这方面做了大量工作,积累了有益经验;湖南县域内住院就诊率达到90%以上。三是注重改革与改善并重。各试点省份均推出一系列便民惠民措施,群众获得感进一步提升。浙江在全省推行“最多跑一次”改革,极大地方便了人民群众。四是鼓励和支持社会办医。各试点省份持续深化“放管服”改革,进一步简化审批程序,加强政策支持,着力满足群众多样化、多层次的健康需求。五是充分发挥中医药简便验廉的作用。江苏等地基本实现基层中医堂(馆)全覆盖,受到群众的广泛欢迎。在解决“看病贵”方面,各试点省份以药品改革为突破口,深化“三医”联动。一是进一步降低虚高药价。各试点省份积极落实国家基本药物制度、集中采购等改革举措,挤掉药品虚高价格水分。陕西联合14个省份成立高值医用耗材省际采购联盟。二是深化公立医院综合改革。各试点省份加快建立现代医院管理制度,以制订医院章程为抓手,促进医院规范化、精细化管理。上海运用信息化手段动态开展公立医院绩效考核。三是扩大医疗保障效应。各试点省份都统一了城乡居民医保制度,推行支付方式改革,提高保障水平。福建在全省推行

按疾病诊断相关分组(DRG)收付费试点,发挥医保支付方式的激励约束作用。四是深入开展健康扶贫。四川等地切实加强县医院能力建设,深化对口帮扶,努力解决乡村两级机构人员缺乏的问题。青海等地贫困人口大病医疗保险住院费用报销比例提高到90%。2019-06-26 09:49:13 [ 2019-06-26 15:46:01.0 ]

**[梁万年:]**总的看,11个试点省份综合医改工作措施有力、成效显著,较好发挥了“先遣队”“排头兵”的作用。归纳起来,主要有五方面特点:一是组织领导坚强有力,试点省份均建立了强有力的医改领导体制和工作推进机制,统筹谋划,高位推动医改。二是“三医”改革统筹联动,各试点省份抓住窗口期,利用药品改革腾出的空间,及时研究、推进医疗服务价格的调整、薪酬制度改革和医保支付方式改革等统筹推进,实现各项举措互相促进,同向发力,形成叠加效应。三是创新突破亮点纷呈,在完成规定动作同时,各试点省都主动担当,积极作为,加码自选动作,推出了一系列创新举措。四是督查考核扎实有效,各试点省将医改均纳入全面深化改革同部署、同考核、同要求,建立医改任务台账,定期调度,对账消号,督促任务落地见效。五是“两个满意”同步提升,各试点生都围绕群众得实惠和医务人员鼓舞,细化实化改革举措,不断提升人民群众和医务人员的满意度。下一步,我们将在国务院医改领导小组的领导下,继续发挥统筹协调作用,加强对试点省份的指导,深入挖掘和宣传推广亮点经验,把试点省份打造成全国的医改标杆,推动综合医改试点向纵深推进,谢谢。2019-06-26 09:49:35 [ 2019-06-26 15:46:28.0 ]

**[主持人:]**谢谢梁司长,下面请浙江马伟杭巡视员介绍情况。2019-06-26 09:49:55 [ 2019-06-26 15:46:59.0 ]

**[马伟杭:]**浙江作为第二批综合医改试点省,认真贯彻落实上级决策部署,谋划和推进“1+5”卫生健康事业改革发展布局,让老百姓更有获得感。一、深化医疗卫生服务领域“最多跑一次”改革。紧紧扭住城市医院“看病难”“看病烦”等“关键小事”,2018年,推出“看病少排队”“付费更便捷”等十项举措,实现预约挂号“全省通”、付费结算“全院通”、院内服务“自助通”,并入选全国医改十大新举措。2019年,推出新十项举措,推进“云胶片”“医后付”“刷脸就医”等新应用,50个县实现“出生一件事”“最多跑一次”。二、全面推动县域医共体建设。省委省政府高位推动医改,省委出台文件,70个县(市、区)全面推开医联体建设,将208家县级医院和1063家卫生院组建成161家医共体,县乡医疗卫生机构融为一体,医疗、医保、医药联动,建立起医保支付、医疗服务价格、人事薪酬和药品供应新机制,成立人力资源等“五大中心”,实行资产运营等六统一管理,2018年试点地区、乡镇卫生院门急诊和出院人次分别较上年增长12%和22.3%,县域内就诊率和基层就诊率分别提升4个百分点和6.1个百分点,老百姓、医疗机构、医务人员都普遍感到这项改革带来的实惠。三、深化药、价、保等联动改革。省委、省政府分别出台公立医院党建和现代医院管理制度实施意见,全面实施党委领导下院长负责制,公立医院医疗总费用增长控制在9%,6个地市和21个县(市、区)启动新一轮医疗服务价格调整,省级公立医院价格调整也已经启动。省深改委已经研究制定深化医保支付方式改革的政策,大病保险在基本医保报销的基础上再次报销的比例不低于60%,宁波等5个市县被国务院评为真抓实干改革成效较为明显地方。四、创新“互联网+医疗健康”服务。智慧医疗被评为全省民生获

得感示范工程，与国家卫生健康委签署“互联网+医疗健康”示范省合作协议，居民电子健康卡项目被列入省政府数字化转型重大示范项目，电子健康卡与电子医保卡“两卡融合、一网通办”顺利启动，互联网医疗平台已经上线，“互联网+护理”试点有序推进，我省41家单位通过2018年度国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度等级测评，占全国总数(149家)的27.5%。五、推进健康浙江建设 省委省政府成立健康浙江领导小组，建立完善工作、政策、指标和评价等四大体系，考评结果率先纳入地方领导班子和领导干部任期责任制考核。六、打造浙江“医学高峰”主动融入长三角一体化发展，推动实施“医学高峰”行动计划，中国科学院肿瘤与基础医学研究所落户浙江，卫生健康科技研发转化平台被列为国家科技体制改革试点，6家医院科技创新力入选全国百强，4个专科获评第四批国家临床医学研究中心，《出生缺陷综合预防规范》获省级标准创新重大贡献奖。  
2019-06-26 09:52:38 [ 2019-06-26 15:47:33.0 ]

**[主持人:]**下面请安徽省卫生健康委陶仪声主任介绍情况。2019-06-26  
10:04:06 [ 2019-06-26 15:47:56.0 ]

**[陶仪声:]**女士们、先生们，各位新闻界的朋友：大家上午好！非常感谢大家长期以来对安徽医改和卫生健康工作的关心和支持！作为全国综合医改试点省份，安徽省委省政府高度重视、高位推进，建立统筹“三医”领导的工作机制。聚焦人民群众“看病难”“看病贵”“看病烦”问题，在全国率先全面取消公立医院药品和高值医用耗材加成，全面实施药品和耗材采购“两票制”，创新县域医共体、药品带量采购、公立医院编制“周转池”等改革举措。开展基本公共卫生服务“两卡制”试点，大力实施健康扶贫，积极推进“县管乡用”“乡聘村用”等政策落地。十年综合医改成效明显，个人卫生支出占卫生总费用比例由38.6%下降至27.9%，人均期望寿命由74.8岁提升至76.7岁，医改红利惠及民生，为全面建成小康社会添砖加瓦，助力加油。2019-06-26 10:15:40 [ 2019-06-26 15:48:22.0 ]

**[陶仪声:]**今年以来，安徽省立足新起点整装再出发，在推广紧密型城市医联体建设铜陵试点经验、推开智医助理等工作同时，着力提升县域医共体建设内涵，打造紧密型县域医共体。概括起来就是“两包三单六贯通”。一、实行医保和公卫两项经费打包预付，扣紧医防融合利益纽带 将城乡居民基本医疗保险基金和基本公共卫生服务经费按人头总额预付给医共体，压实医共体医防融合责任。预付费结余留用，合理超支分担。建立紧密型利益与责任连接纽带，密切医共体利益共享、责任共担机制。二、建立三个管理清单，明确医共体责权利关系 一是建立政府办医责任清单。强化政府办医的领导责任和保障责任，明确政府对公立医疗卫生机构规划、发展、建设、补助、债务化解等内容。二是建立医共体内部运行管理清单。强化“四明确”，即明确医共体内成员单位法人地位、功能定位、职工身份和投入渠道不变。要求“八统一”，即医共体内行政、人事、财务管理以及医疗服务、医保管理、药械管理、信息系统、绩效考核上下统一。三是建立外部治理综合监管清单。落实政府对医疗机构的管理责任和监督责任，建立综合监管清单，厘清监管内容、要素、流程等，加强行风建设。三、贯通群众看病就医六个关键环节，缓解看病难看病贵 一是实现专家资源上下贯通。居民在乡镇可以享受到县级医疗专家服务。二是实现医疗技术上下贯通。常见病多发病诊疗、I、II级手术和中医药服务等，在基层解决。三是实现药品保障上下贯通。牵头

医院建立医共体中心药房，保障乡镇卫生院药品有效供应和合理使用。四是实现补偿政策上下贯通。实行分级诊疗的医保补偿政策，适宜病种在乡镇卫生院补偿标准更高。五是实现双向转诊上下贯通。上级医院对双向转诊患者有专人跟踪负责，服务更加连续。六是实现公卫服务上下贯通。医共体融合疾控和妇幼保健等公共卫生资源，提升基层公共卫生服务质量。今年，我省在 37 个县推进紧密型县域医共体建设，计划到 2020 年，全面实现县域医共体转型升级，打造县域医共体 3.0 版本。2019-06-26 10:16:03 [ 2019-06-26 15:48:50.0 ]

**[主持人:]**下面有请福建杨闽红副巡视员介绍情况。2019-06-26 10:16:24 [ 2019-06-26 15:49:11.0 ]

**[杨闽红:]**各位媒体朋友，大家上午好。近年来，福建医改在国家卫健委的指导支持下，聚焦体制机制，强化“三医联动”取得积极成效。一、坚持“一把手”挂帅。全省各级始终把医改作为党政“一把手”工程加以推进，省级每年由党政主要领导主持召开的医改会议原则上两次。如在今年 5 月 10 日召开的省委常委医改专题会上，省委书记于伟国要求各级党政“一把手”务必从政治高度认识和推进医改，强调要建立“三医联动”评价机制，重点对各级领导责任落实、相关部门联动情况等进行量化考核，确保“三医”真正能联、能动；对工作落后市县，省里将进行约谈。2019-06-26 10:17:47 [ 2019-06-26 15:49:35.0 ]

**[杨闽红:]**二、持续“三医联动”改革。省委、省政府出台了深化“三医联动”改革的实施意见，进一步明确以党政为主导、以医药为切口、以医保为引擎、以医院为主体的改革路径。一是以质优价实为原则，深化医药改革。建立了全省药耗阳光限价采购平台、药品统一结算平台和“两票制”追溯制度，进一步加强了药品采购和使用的监管。积极落实国家组织药品集中采购和使用试点。同时，“腾笼换鸟”动态调整医疗服务价格；近年来，全省各地共调价 21 次，如省属公立医院有 4 次，金额达 6.81 亿元。二是以提高医保资金使用效率为重点，深化医保改革。去年 10 月，孙春兰副总理调研考察福建医改，希望福建探索医保基金全省统筹，以便为全国再积经验。本着积极稳妥、分步推进原则，首先建立了城镇职工医保基金全省统筹调剂制度，今年按各地当年实际征收的 30% 筹集省级调剂基金，第一季度已集中金额 25.63 亿元，受益统筹区 7 个，反响良好。改革医保支付方式，全省按病种收付费的病种超 700 个；其中三明市实施 C-DRG 组达 796 个、覆盖出院人数占比 67.24%。全省有 417 家医疗机构纳入全国联网结算范围。三是以提升医疗质量和水平为核心，深化医疗改革。全省所有公立医院以院长目标年薪制为切入点，深化内部运行机制改革，今年还修订完善了省属医院工资总额、总会计师等管理办法；推进三级公立医院绩效考核，遴选了 44 家医院开展现代医院管理制度试点；实施医疗“创双高”和创建国家医学中心、区域医疗中心，力争疑难重病不出省。结合世行医改项目实施，全省 41 个县域医共体已进入实质性运作，先行试点的尤溪县 2018 年基层门急诊同比增长 34.29%、县外转诊同比下降 35.64%；漳州市等地全面完成公益村卫生所标准化建设，实现了医保“村村通”。2019-06-26 10:18:35 [ 2019-06-26 15:50:01.0 ]

**[杨闽红:]**三、强化医改支撑能力。加强医疗卫生人才、尤其是基层队伍建设，2018 年全省千人均执业(助理)医师、注册护士分别比 2014 年增加 0.33 人

和 0.52 人。推进全民健康信息化，国家“互联网+医疗健康”示范省落地福建。促进多元化办医，全省社会办医院床位占比达 20.6%。已启动省疾控中心综合改革试点，探索深化公共卫生领域改革。通过努力，福建省医改成效持续显现：2018 年，人均期望寿命、孕产妇死亡率、婴儿死亡率等指标保持全国较好水平；群众对公立医院满意度同比提高 1.6 分，总体比较满意。医疗服务收入占比较零差率前提高 10.52 个百分点，三明市这项指标已达 42.05%。每万人拥有全科医生同比多 0.46 名。近 5 年来全省公立医院医务人员人均工资性收入年均增幅约 12.5%。县区级医院门急诊增长 4.73%，患者流向出现积极变化。下一步，福建将按照全国医改工作总体部署，以更大的力度、更有效的举措力促改革取得新成效。2019-06-26 10:18:57 [ 2019-06-26 15:50:28.0 ]

**[主持人:]**下面有请周林副主任介绍情况。2019-06-26 10:19:22  
[ 2019-06-26 15:50:51.0 ]

**[周林:]**各位嘉宾，上午好！首先感谢大家对重庆医改的关心和支持。作为全国第二批综合医改试点省市，重庆市委、市政府高度重视医改，成立了由市长任组长、常务副市长和分管副市长任副组长的综合医改试点领导小组，将医改作为重大民生工程，纳入市委全面深化改革统筹推进。针对大城市、大农村、大山区、大库区并存，医疗资源分布不均衡的问题，以基层信息化建设为抓手，促进优质医疗资源下沉，提高医疗服务的公平性和可及性。

一、搭平台，加快信息互联互通 我们成立市级和 38 个区县两级全民健康信息平台，市级平台通过国家 3A 级省级平台测评认证，已累计采集 3000 多万份电子健康档案和 2000 多万份电子病历数据。打通人口信息、电子病历、电子健康档案等 13 个业务系统，形成卫生信息“一张网”，实现跨区域、跨机构的信息互联互通与共享调阅。

二、促下沉，大力发展远程诊疗 针对边远地区群众看病不方便、基层专业技术力量不足等问题，以医联体为载体，大力发展远程诊疗，建立市-区县-基层三级远程诊疗服务体系，延长医疗资源供给服务链。在市级层面，我们以市级三甲医院为核心，与区县医院和部分基层医疗机构建立远程医疗协作网。我们重庆有军队的三个附属医院，军队医院也参与到医联体建设中。区县层面，依托区县级医院建设区域远程诊疗中心，实施“基层检查、上级诊断”服务模式。如南川区依托区人民医院三甲优势，建立区域远程心电、远程影像、病理诊断、临床检验、消毒供应“五大中心”，并为基层医疗机构配备全自动生化分析仪、B 超、DR 或 CR 等设备，累计服务基层患者 20 万人次。目前全市 90% 的区县开展远程医疗，远程心电覆盖 70% 以上区县，13 个区县建成区域影像中心，年远程诊断超 100 万例，让边远山区群众在家门口就能享受大医院的优质诊疗服务。全市县域内就诊率 91.2%，基本实现大病不出县。

三、提质量，创新信息化便民惠民服务 整合完善区域信息平台功能，为群众提供预约诊疗、网上缴费、个人健康信息查询等多项服务，让数据多“跑路”，患者少“跑腿”。80% 以上的二级以上医院开展各类预约诊疗服务，建成“智慧医院”10 家。开通家庭医生签约服务手机 APP，居民与医生之间可进行网上签约、健康咨询、慢病随访、视频通话等实时互动，为群众提供全方位、全周期健康服务，并辅助人脸识别、GPS 地理定位等系统，实现医疗服务过程影像在线传输，提高签约的真实性和质量。

四、强监管，提升信息化管理水平 建立市级医改监测信息系统，基于医院现有 HIS 系统、财务系统等进行接口改造，将全市所有公立医院（部队医院除外）全部接入市级医改监测平台，

建立次均费用、医疗收支、医保报销、上下转诊等 116 个基础监测指标和 40 余项分析监测指标,实现涵盖病人从入院到出院的全流程全方位实时动态监测。已运用监测系统开展 DRGs 绩效评估、处方集中点评、医疗行为监管、医改监测等工作,提高信息化、精细化管理水平。再次感谢大家对重庆医改工作的关注、关心和支持!2019-06-26 10:33:16 [ 2019-06-26 15:51:20.0 ]

**[主持人:]**下面请四川省宋世贵主任介绍。2019-06-26 10:33:49  
[ 2019-06-26 15:51:43.0 ]

**[宋世贵:]**各位媒体朋友,大家上午好。首先衷心感谢新闻界朋友们长期以来对四川医改工作的关心和支持。2016 年四川省被确定为综合医改试点省以来,聚焦解决传染病和慢性病频发多发、不合理就医加剧“看病难、看病贵”和因病致贫、贫病交加比较突出的问题,着力推进全民预防保健,构建分级诊疗制度,深化“三医联动”改革,实施健康精准扶贫,努力为群众提供公平可及、安全有效、方便可负担的卫生健康服务。同时,积极探索完善综合监管制度,创新开展医疗机构、医务人员、医疗行为信息化监管(简称医疗“三监管”),基本实现公立医疗机构和民营医院全覆盖,有力保障医疗质量和群众健康权益。一、基本做法 一是搭建统一监管平台。省委、省政府高度重视医疗卫生综合监管,在尹力省长亲自研究部署下,2017 年 1 月,我省依托全民健康信息平台,开发建成医疗“三监管”平台,联通 7000 余家各级各类医疗机构,接入诊疗服务、病案首页信息和统计直报等数据,实现对医疗服务行为的实时、动态、全程精准监管。二是科学设置监管指标。从执业资质、医疗水平和质量、资源效率、合理行为、费用监测等方面,设置了 6 类 36 项监管指标,并根据指标性质和监管要求,实行分级监管,分类应用。监管指标实行动态管理,视情况适时修订调整。三是建立有效运行机制。先后出台医疗“三监管”实施指南等 18 项制度文件,建立了数据采集、数据分析、核实整改、现场调查、裁定判决、责任追究“等六项机制”,成立数据分析、现场核查和裁定判决三个工作组,实行“日采集、周分析、月查处”的工作流程,实现了智能化、无纸化、移动化的闭环运行管理。二、工作成效 一是医疗服务不断规范。与监管实施之初相比,问题线索与查实问题呈双下降,不合理问题线索下降 83.5%,查实不合理问题下降 81.07%;全省疾病诊断相关分组(DRGS)已达 735 组,增加 23 组,低风险组死亡率较制度实施初降低 0.19 个百分点;门诊抗菌药物使用率降低 2.76 个百分点,药占比由实施初的 33.6%降至目前的 27.33%。二是震慑态势基本形成。医疗“三监管”开展以来,监管平台共筛查疑似问题线索 60 余万条,责成医疗机构整改不规范医疗行为问题 3.91 万条,认定不合理医疗行为问题 6000 余例次,对 5700 余人次医务人员进行责任追究,行政处罚医疗机构 29 户次、医务人员 14 人,医务人员依法依规执业意识明显增强。三是行业监管效率提升。初步形成了集医院管理、监督执法、信息统计、行业学会等资源的医疗服务行业综合监管机制,较好解决了传统“静态式”“运动式”“地毯式”“候鸟式”监管方式粗放、效率低下等问题,提升了行业监管能力和水平。2019-06-26 10:34:30 [ 2019-06-26 15:52:14.0 ]

**[主持人:]**下面请陕西刘岭副主任介绍情况。2019-06-26 10:34:59  
[ 2019-06-26 15:52:37.0 ]

**[刘岭:]**各位媒体朋友们：大家好！陕西作为第二批全国综合医改试点省，在国务院医改领导小组办公室、国家卫生健康委的指导下，省委、省政府高度重视试点工作，我们以健康陕西建设为引领，坚持目标和问题导向，突出体制、机制和信息技术应用创新，强化三医联动、上下联动、内外联动和区域联动工作，攻克分级诊疗、管理体制、药品招采、投入补偿和人事薪酬等改革的难点。统筹医疗、医药、医保、公卫、监管、保障领域，有力开展综合改革试点工作。实现了改革推进机制由逐点突破到全面统筹，分级诊疗由大刀阔斧到精耕细作，公立医院改革由立梁架柱到“软装修”，基本医保由多层次保障到支付便捷，药品供应保障由降药价到内建外联，综合监管由传统到“互联网+”六大转变。下面我给媒体朋友重点介绍公立医院改革和药品供应保障方面的情况。一是公立医院改革方面：我省10个设区市和83个县均成立了公立医院管理委员会。积极推行党委领导下的院长负责制。30%以上的二级公立医院、10%的社会办非营利性医院完成医院章程制定工作。54家医院承担中省现代医院管理制度试点任务。薪酬制度改革试点覆盖10个市40余所二三级公立医院。实现收支平衡的公立医院占78.99%，较全国平均高11.5个百分点。二是药品供应保障方面：公立医院药品和耗材“两票制”实现全覆盖。总药师试点持续推进，试点范围已经覆盖全省4个市51家医院。宝鸡市试点前后，由于推行总药师制度，医院药品费用平均下降10%左右，处方合格率和控费工作也取得明显成效，同时我们联合14省（区）组建药品耗材采购联盟，进口抗癌药联采价格与之前挂网价格相比，平均降幅达到11.3%。能够节约经费将近上亿元。2019-06-26 10:35:19 [ 2019-06-26 15:53:06.0 ]

**[刘岭:]**主要新亮点：一是延安市、安康市构建整合型医疗服务体系。延安市组建第一、第二医疗集团，实行市级医院托管县级医院，实现了市县镇村互联网联动，县域就诊率达到91.35%。安康市石泉县组建两大紧密型医共体，开展人财物一体化管理、医保按人头总额预付，实现90%患者在县域内救治的目标。二是宝鸡市总会计师制度初显成效。筛选派驻6名总会计师人选到6所市属公立医院任职，突出“四抓六提升”，抓经济管理、抓制度建设、抓审核监管、抓开源节流，推动财务管理制度、财务流程再造、全面预算管理、绩效核算、成本管控、队伍建设等工作提升。三是咸阳市编制人事改革中的“一控、二变、三保障”。“一控”即编制总量控制，“二变”即人员公招、临聘变为自主招聘、岗位管理，“三保障”即编制内外同岗同待遇、财政适度保障、定期核查监管。改革后，近三年所招1425人中的844人由长期临聘转为编制备案管理；副高级以上职称岗位设置比例由16%增加到23%。以上我把我们综合医改试点的成效跟各位媒体做简要的通报。最后，衷心感谢长期关心支持陕西卫生健康事业的媒体朋友们，我们将不断强化改革的整体性、系统性、协同性，进一步推进医改向纵深发展。谢谢大家！2019-06-26 10:36:53 [ 2019-06-26 15:53:33.0 ]

**[主持人:]**刚才，台上的嘉宾分别介绍了有关情况。下面是提问时间，提问之前，请记者朋友通报一下所代表的媒体。2019-06-26 10:37:07 [ 2019-06-26 15:53:54.0 ]

**[安徽日报:]**各位领导、各位同仁上午好，我是安徽日报的记者。首先欢迎大家来到安徽、来到铜陵，关注安徽医改工作的亮点、闪光点，下面这个问题我

想请教梁司长，我留意到今天 11 个试点省份都来到现场，每个省都有不同的特点和做法。我想请教，国务院医改领导小组对于以省域为单位，推进综合医改试点是出于什么考虑，下一步要取得哪些突破，谢谢。2019-06-26 10:48:51

[ 2019-06-26 15:54:19.0 ]

**[梁万年:]**首先回答第一个问题，就是为什么要开展综合医改试点？首先医改是一个事关群众切身利益，涉及面广、社会关注度高的一项系统的社会变革，牵涉到所有人，所以从形势来看，必须是审慎的，推进过程当中必须是稳步推进，推进医改必须突出重点、循序渐进。对于这个世界级难题，许多的问题的成因复杂、盘根错节，需要我们顶层设计的时候充分发挥基层的首创精神，使两者有效结合。有些重大的环节和理论的改革需要地方先行先试、率先突破，通过先试点、后推广的路径，尤其是对看不准的一些改革和争议较大的一些措施和问题，由各地在一些局部地区做一些探索和试验，在取得经验，达成充分的共识以后，再向面上进行推广。所以总得来看，这种由点及面，渐进式改革的方式，既符合改革的路径和逻辑，也能保证各项改革举措稳步推进。实际上医改这样的重大改革都是从试点开始，然后和顶层设计相结合。第二个问题，为什么以省为单位开展改革试点。目前公立医院改革，有的选城市，有的选县，但是综合医改来说，我们感觉以省为单位作为试点是有必要的，改革推进以后，尤其是综合性三医联动改革摆到重要议事日程，现在我们所面临的改革都是艰巨的、难啃的硬骨头。仅靠单项政策推动和个别地区的推动改革，很容易形成政策孤岛和改革洼地，难以实现改革的整体效应，所以必须进行综合系统的改革，才能真正的破解深层次的体制机制障碍。我国的一些省份从地域面积和人口规模都相当于欧洲的一个中等国家的水平。各省份内部之间的经济社会发展也是不平衡的，如果以省为单位统筹进行改革，来取得突破的发展，必然会较好的发挥对全国的示范带动作用。下一步，11 个综合医改试点省如何进一步发挥作用？我们希望在四个方面做好工作。一是体制机制上发力突破。改革已进入深水区和攻坚区，希望各试点省份继续强化责任担当，在完善公立医院的补偿机制、人事薪酬制度改革、药品供应保障制度改革、改革完善公共卫生服务体系等这些重点领域和关键环节持续发力，形成经验。二是希望在巩固改革成果上抓落实、下工夫。当前整个医改立柱架梁的任务已基本完善，要咬定青山不放松，把各项改革成效抓住不放松，真正让改革成效惠及人民群众。三是在推进宣传上加大力度。各试点省份先行先试，已经积累了很多的先进经验，要继续强化和挖掘经验，加大宣传推广力度，争取更大范围内进行推广。四是提升群众获得感上出实招。各试点省份要牢牢坚持以人民为中心的理念，坚持改革与改善并重，多推出一些便民惠民举措，增强人民群众对医改的获得感。2019-06-26 11:01:23 [ 2019-06-26 15:54:48.0 ]

**[健康县域传媒:]**我特别想问的是，我们 11 个试点省份都集中在华东、西南和西北，华北和东北地区目前还没有综合医改的试点，未来是否还会加大这几个区域医改经验的交流。第二个问题，今天这个日子很特别，今天是 6 月 26 日，是毛主席当年 6·26 讲话的纪念日，我特别想问安徽省卫生健康委陶主任，安徽省医改在这些年做了很多的推进，在推进县域医共体的改革上，已经推出安徽天长模式、阜南模式，包括最近安徽推进乡村医疗新计划，是否未来会有更多更好的推广？2019-06-26 11:01:50 [ 2019-06-26 15:55:12.0 ]

**[梁万年:]**医改的工作是全国各地都要按照党中央、国务院的决策部署推进的。十一个省份我们希望率先突破、形成标杆,对其他不是医改试点省的,我们同样要求紧紧围绕老百姓最关切的一些问题,对医疗卫生系统的体制机制障碍进行改革,实施综合医改试点省我们希望取得更大的突破。十一个医改试点省形成的经验,包括其他非试点省和地区形成的经验,已经采取了不同形式的研讨会、现场会包括新闻发布会等多种形式来宣传推广。所以我想,这项工作肯定是要进一步的加快推进,全国形成一盘棋,更好的推进这项工作。2019-06-26 11:02:11 [ 2019-06-26 15:55:39.0 ]

**[陶仪声:]**我就第二个问题做一个回答,安徽省紧密型县域医共体建设,是在前四年工作的基础上,其实是对医共体内涵的进一步提升。紧密型医共体的建设,对基层医疗能力和水平的提升都会起到积极的作用。所以从紧密型县域医共体提升的内涵来看,包括了几个方面:一是在基本医疗保险打包的基础上,现在把基本公共卫生服务经费也进行打包,促进医共体之间的利益共享、责任共担。二是制定三个清单,非常明确的政府的责任清单、医共体内部的管理清单和医共体外部监管的责任清单,这三个清单有利于医共体在责权利三个方面更加明晰。另外,我们围绕着基层群众看病难点、堵点问题,我们聚焦六个方面进行发力,在医共体内部形成六个上下贯通,这样让基层老百姓在家门口就能看得上病、看得起病、看得好病,提升人民群众的就医获得感。另外我们把这个路径提了一个非常好的总结,叫“两包三单六贯通”。另外在这个基础上,我们提出来在乡镇卫生院实现公益一类保障、二类绩效管理,这样充分调动医务人员的积极性,激发医疗机构的活力,也就是说这个紧密型医共体是在前面四年工作的基础上,其实是一个提升版、升华版,也是一个3.0版。我们希望通过县域医疗资源的深度整合来有效促进县乡一体、乡村一体,实现大病不出县,小病不出乡镇。今年的紧密型医共体在总结前四年试点经验基础上,今年在37个县全面推开,2020年剩下县全部紧密型县域医共体,这样在2020年,我们在基层医疗保障上让老百姓获得更高的获得感。2019-06-26 11:02:29 [ 2019-06-26 15:56:04.0 ]

**[人民网:]**我想问一下江苏省的李少冬副主任,我了解到今年4月份,国家卫健委在江苏挂牌社区卫生医院,充分肯定了江苏在基层卫生改革方面的成绩,我想问一下李主任,从社区卫生服务中心到社区医院这样一个名称改变背后的实质变化是什么,谢谢。2019-06-26 11:02:44 [ 2019-06-26 15:56:27.0 ]

**[李少冬:]**社区卫生服务中心为什么要增挂社区医院的一个牌子?核心是提升基层医疗卫生机构的医疗服务能力。2009年县域医改以来,基层医疗机构的基础设施、人才队伍建设都取得了长足的进步。我们从2016年的全国数据来看,接近2亿的出院病人中,不到1/4在基层,其他都是在城市医院,这是很不合理的。我们也看到了基层医疗服务能力薄弱的问题,从2017年9月份开始,江苏省在全国率先启动社区医院建设工作。我们社区医院建设不是说推翻原有的社区卫生服务中心或者乡镇卫生院,它的核心是提升基层医疗服务机构的医疗服务能力。打好组合拳,人才队伍是核心。加强基层医疗队伍的人才建设,在技术准入、药品使用、现有人员的能力水平提升、优质资源下沉等等,我们采取多种措施,也有试点建设的标准。2018年,我们有26个基层医疗卫生机构创立社区医院。社区医院有什么好处?就是让老百姓更加信任基层,能给他们看病,而且真正做

到了医防结合。提升医疗服务能力是医防结合最好的保障。这样既为基层医疗卫生技术队伍搭建好的平台，也为分级诊疗制度建设搭建好的平台。2019-06-26 11:12:24 [ 2019-06-26 15:56:53.0 ]

**[中国青年报:]**想提问青海库主任，刚才梁司长介绍解决看病贵问题的时候，介绍青海等地贫困人口大病医疗保险住院费用报销比例提高到 90%，青海省在医疗保障体系上有没有给各地介绍的经验?2019-06-26 11:16:16 [ 2019-06-26 15:57:19.0 ]

**[库启录:]**谢谢你的提问，青海省构建了多层次的医疗保障体系，建立了以基本医保为基础，大病医疗保险为补充，医疗救助、应急救助、职工医疗互助为托底的五道医疗保障线，发挥各项保障政策的合力，构建了全覆盖、兜底线、多层次、可持续的医保制度。在基本医保上，不断提高保障水平，全省城乡居民医保筹资标准从 2008 年的 104 元提高到今年的 858 元，三、二、一级医院政策范围内报销比例提高到 70%、80%和 90%，参保率稳定在 98%以上。2013 年，在全国率先整合新农合和城镇居民医保，建立了六统一的城乡居民医保制度，统一了管理部门、政策措施、医保目录等，而且把城乡居民医保统筹层次提高到省级。在大病医保上，青海坚持政府主导和市场机制相结合，充分发挥商业保险公司的专业优势，在综合考虑筹资能力、医疗费用水平以及城乡居民人均可支配收入等基础上，从 2012 年 12 月开始，在全国率先实施覆盖全省城乡居民和城镇职工的大病医疗保险制度，无病种限制，今年筹资标准已经提高到人均 95 元。大病患者医疗费用经基本医保报销后，个人自负部分达到起付线 5000 元的纳入大病医疗保险，按 80%再次报销，民政救助对象实际报销比例达到 90%以上，同时建立了城镇职工的大病保险制度。截止 2018 年底，已经累计为 27.8 万城乡居民大病患者支付大病医保费用 14.6 亿元。同时，还开展了职工医疗互助保障，城镇职工在享受基本医保、大病保险等待遇以后，通过职工医疗互助制度再次给予合理的补助，进一步减轻了医疗费用的负担。在医疗救助上，不断完善救助政策，目前已经全面实现城乡基金统筹、政策一致、标准统一，并与基本医疗保险和大病医疗保险的统筹衔接。救助覆盖范围从传统的民政对象已经逐步扩大到城乡居民中的因病致贫的家庭，并且不断提升救助水平和服务能力。2019-06-26 11:38:34 [ 2019-06-26 15:57:46.0 ]

**[中国县域卫生记者:]**我们关注到湖南省在一些地方试点县治、乡管、村访的模式，我们想提问湖南省卫健委相关同志，在推行之初，是基于老百姓什么样的需求?在推行过程中，我们对这种模式进行了哪些重点的评估，从推行的效果来看，您觉得这种模式是否可以推广到全国其他地区?2019-06-26 11:39:04 [ 2019-06-26 15:58:08.0 ]

**[王湘生:]**深化医疗卫生体制改革，紧紧围绕解决老百姓看病难、看病贵是我们改革的初心，在改革的过程中，我们从长远来看，就是怎么为老百姓提供全方位的健康服务?在现阶段，立足当前，我们重点是要解决看得好病的问题。解决看得好病的问题，湖南主要从两方面入手，一是解决重大疾病的救治能力，比如特别强调县域服务能力的提升，补短板、强弱项，湖南县级医院服务能力这些年得到比较大的提升，县级住院就诊率达到 90.92%，为大病不出县迈出了坚

实的一步。在治疗这方面，我们针对影响湖南老百姓健康最多的几个病，比如心脑血管疾病，在我们全省死亡人数的死亡病例里占 45%的比例，所以这方面我们加强卒中中心和胸痛中心的建设，提升救治水平。慢病救治方面，比如终末期肾病，治疗要持续的治疗，而且要得到规范的治疗，费用比较高，需要长期治疗，怎么通过分级诊疗的形式把这个病解决好？我们提出县治、乡管、村访的模式，县治就是在全省所有的县都建立腹膜透析的工作室，进行同质化的培训，达到救治的水平，乡管就是所有县域里面的慢性病都由乡镇卫生院管理起来，村访就是说我们居家的腹膜透析就由村医来访视，这种模式推行以后，初期诊断都由县医院进行，腹膜透析主要是居家透析，居家透析由村医每天访视、去指导，保证治疗的质量。我们初步统计，仅这一项费用就下降了 40%多，第二个是方便了老百姓就医，以前看病都要到县城里面去，走几十里、上百里的路。现在在乡镇卫生院的管理下，在村医院的具体指导下，能够居家治疗，这种方式在农村地区还是值得推广的。2019-06-26 11:45:56 [ 2019-06-26 15:59:14.0 ]

**[中国卫生杂志:]**我有一个问题想问一下梁司，2015 年省级医改综合试点工作启动以来，到现在四年时间，积累了很多的经验，我想知道下一步，从国家层面上对这项工作有哪些重点要求？方向有哪些重点转变？2019-06-26 11:46:18 [ 2019-06-26 15:59:37.0 ]

**[梁万年:]**深化医改从 2009 年开始，到现在已经整整十年了，2009 年中央提出的深化医改战略目标是人人享有基本医疗卫生服务，规划到 2020 年全面实现。现在我们正在组织对医改前期工作进行系统总结和评价，一方面国务院医改领导小组办公室会同各成员单位，要求各地医改领导小组对医改工作进行评价，我们也邀请相关外部评价机构对医改做第三方评价，目的就是梳理总结，看看当时我们医改想解决的问题，希望达到的目标，实现了没有，问题解决了多少，有哪些经验，还存在哪些问题和不足，为规划今后一段时间，尤其是“十四五”期间深化医改提供相应的依据，这项工作现在正在做。总的来看，下一步医改肯定是按照新时期党的卫生健康方针政策指出的，改革创新是建设健康中国的强大动力，这是我们的方向之一，就是以基层为重点，以改革创新为动力，紧紧围绕健康中国建设，围绕提高群众获得感、幸福感和安全感，在医疗卫生健康领域，老百姓最关心的事情，老百姓最期盼的事情，老百姓的烦心事、愁心事就是我们改革的重点。我们会在党中央、国务院的领导下，在总结前期经验的基础上，结合当前面临的新挑战和新任务，统筹规划。总的方向就是以健康为中心，着力解决老百姓最关心的问题。2019-06-26 11:50:03 [ 2019-06-26 16:00:02.0 ]

**[安徽卫视记者:]**陶主任，您刚才讲话中提到铜陵紧密型医共体的试点经验，能不能详细介绍一下铜陵的典型试点经验？2019-06-26 11:55:46 [ 2019-06-26 16:00:26.0 ]

**[陶仪声:]**铜陵市开展紧密型城市医联体建设，是为了推进城市分级诊疗制度建设，构建一个更加优质高效的医疗卫生服务体系。铜陵的城市医联体是按照“分区包段”的原则，构建整合型健康服务体系，做法有以下几点：第一，是建立服务共同体。铜陵市立医院牵头，联合 22 家基层医疗卫生服务机构，组建紧密型城市医疗服务联合体。同时，为了促进医防融合的发展，市立医院、公共

卫生机构和社区中心三方联动，成立医防融合健康管理中心，打造服务共同体。第二，是建立责任共同体。在城市医联体内部，各个机构功能定位明确，明确城市医联体牵头医院对医联体下级医院有技术帮扶、人员培训、接收转诊等责任；社区卫生服务机构对社区家庭医生签约居民负责，强化履约责任。第三，是建立利益共同体。城市医联体铜陵试点，把医保基金总额打包预付，以签约服务人口为基数，确定总额包干指标，实行基金预付管理，健全“结余留用、合理超支补助”的激励和风险分担机制。第四，是建立管理共同体。在紧密型医联体内部按照“人员编制一体化、运营管理一体化”的原则，实行人财物统一管理，医药卫生业务统一管理。铜陵的紧密型城市医联体建设，在探索过程中取得了初步成效。今年，安徽省在铜陵紧密型城市医联体建设基础上，把试点扩展到铜陵全市，另外选择了芜湖市、马鞍山市和蚌埠市开展紧密型城市医联体建设，通过多地试点，进一步完善紧密型城市医联体的管理运营机制，打造城市分级诊疗制度“安徽模式”。2019-06-26 11:58:14 [ 2019-06-26 16:00:57.0 ]

**[南方都市报记者:]**想问一下浙江的马主任，为什么浙江在医疗健康信息互联互通标准成熟度测评上面，领先其他省份很多，浙江有什么经验？第二个问题，您刚刚提到了健康浙江考评结果已经纳入了地方领导班子和干部的政绩考核，想问一下，您觉得这个制度有用吗？因为已经实施两年了，有没有地方领导干部因为卫生健康工作做的不好而受到影响？2019-06-26 12:01:26 [ 2019-06-26 16:01:21.0 ]

**[马伟杭:]**谢谢。大家知道浙江是中国互联网比较发达的省份，不仅有马云等信息化创新领军者的关键作用，更有许许多多机构、许许多多的人想做出一些成绩的改革劲头。医疗卫生行业跟老百姓的利益特别关切，尤其是在互联网时代，如何用更方便、更便捷的方式能够服务于百姓，浙江做了很多的部署、取得了一些成绩。浙江的卫生健康信息化，主要还是在于理清“怎么通，怎么用”，这很最关键，信息化不是摆设，“能通能用”才是关键。浙江通过国家互联互通测评的比例比较多，关键在于我们以“用”为驱动，把很多的信息孤岛彻底打通了，我举这么一个例子。比方说“出生一事情”，一个产妇在医院里生了孩子，出来以后要去办出生医学证明、户口本、医保证、免疫接种证等等一系列证，过去每个证要跑不同的部门。浙江省委、省政府把深化医疗卫生领域最多跑一次作为一件重要的民生实事，强力推进部门信息互通，推进医疗机构之间的信息互通。改革以后，产妇在出生以后，在医院里只需要填一张表格，就可以把这些证通过后台的联动全部打通，出院的时候，“四本证”直接送在产妇床头，这种机制既有内部需求，也有社会的外部压力，也有上级给的压力，大家看到这项工作给老百姓带来好处，尝到了甜头，这是浙江互联互通测评通过率高的一个很重要的原因，我相信明年通过比例还会增加。第二个问题是关于健康浙江的考核机制。浙江的考核是报经中央批准的，浙江省将三个考核列为对党政干部和地方班子考核的内容，一个是美丽浙江、一个是平安浙江，还有一个是健康浙江，体现了省委省政府的重视，把健康浙江放在非常重要的地位。今年第一次试考，结果刚刚公布。考完以后，一年优秀给你发一个小红花，三年优秀给你一个大红花。所以，这是一个连续推动的机制，使党委政府能够更加关心、更加重视为卫生健康工作。2019-06-26 12:18:49 [ 2019-06-26 16:01:51.0 ]

**[人民政协报:]**我想提问宁夏的宋主任，在我手中的材料里面提到了宁夏建立了五级远程医疗服务体系，据我了解，宁夏还是全国首个互联网+医疗健康示范区，所以我想了解一下，在这方面的工作上我们取得了哪些进展？下一步还有哪些重点举措？谢谢。2019-06-26 12:19:13 [ 2019-06-26 16:02:13.0 ]

**[宋晨阳:]**谢谢媒体对宁夏建设互联网+医疗健康示范区的关注，宁夏互联网+医疗健康示范区是去年7月国家卫生健康委批准建立的。一年多来，我们紧扣国家卫生健康委和自治区人民政府关于共建互联网+医疗健康示范区的要求，按照12354的总体建设思路积极推进，以抓统筹、抓应用、抓便民为入手，初步实现了资源配置集约化、信息建设平台化、惠民服务智能化、医疗健康产业化、服务监管一体化。也像刚才这位记者说的，我们建成了国家、自治区、市、县、乡五级远程医疗服务体系。每级医疗服务机构配备远程应用设备，现在已实现远程会诊的全覆盖，同时从优化互联网+医疗服务、公共卫生服务、家庭医生签约、药品供应、医疗结算、教育科普、人工智能入手，着力解决老百姓看病就医的痛点和堵点，逐步实现了居民健康档案、家庭医生签约服务、健康扶贫一站式结算等信息的互联互通。目前银川四十家互联网企业加入银川成立的首个互联网+医疗健康协会，用于规范和自律医疗健康服务，而且现在已经有31家互联网企业落户银川西夏区创新创业科技园。一年来累计服务患者1300多万人次。下一步，我们将按照全区一张电子政务网、一个云平台、一个数据平台、一张电子健康卡布局，融合医疗、医保、医药，实现健康信息资源的互联互通，最大限度的提高信息资源的利用率，积极推进一体化的互联网+医疗健康应用服务。同时采取筑巢引凤的策略，政府搭建信息平台，在推进产业化上加强引导，充分利用国家示范区的创新优势，积极探索政策创新的红利。在推进政策引领上，再强化创新，而且要探索将远程医疗服务辐射到一带一路沿线国家，在推进对外交流方面进行探索。今年9月份，在银川将举办中阿博览会互联网+医疗健康产业发展应用大会，互联网作为第四届中阿博览会的内容之一如期在银川举办，在此我邀请广大媒体朋友到银川参加互联网+医疗健康产业运营大会，大会上将会有国外以及国内的互联网企业展示他们的互联网应用，也有宁夏互联网+医疗健康示范区的应用成果。2019-06-26 12:19:46 [ 2019-06-26 16:02:54.0 ]

**[澎湃新闻:]**我的问题是想提给福建和四川的两位领导，因为我刚刚看到两位在介绍地方经验的时候，提到了按病种付费，我知道6月初的时候，咱们国家已经准备在三十个城市试点医保按病种付费，从咱们两个省经验来说，大家关注按病种付费有两个点，一个是医院在成本控制上，还有一个是老百姓看病的负担上，从这两个点来说，这两个省在做这个工作的时候有没有什么经验，或者能不能在这两个点上有切实有效的数据能公布一下吗？2019-06-26 12:20:11 [ 2019-06-26 16:03:16.0 ]

**[杨闽红:]**非常感谢媒体记者对这个问题的关心，福建省在推进按病种收付费改革的过程中，应该说是做了很多的探索，从选择部分公立医院试点，到以地市为单位试点，再到全省全面推开这么一个步骤来实施的。我们在总结几年前在一些县市开展按单病种付费的经验基础上，2017年，以三明市整个地市为单位开展按病种收付费改革，即C-DRG的收付费，一共有796组。经过一年的试点，2018年在全省全面推进。从三明市的试点情况来看，确实取得了非常好的效果，

覆盖的出院病人数达到 67%左右，也就是说大部分的病人都可以用病种来收费和结算。同时，这种收付款方式改革，医保资金付多少，个人付多少，标准明确。入院病人只要进入到这个病种组别，就可以清楚地知道医疗费用多少。三明市的探索，应该说对我们在全省进一步扩大应用提供了非常好的经验借鉴。在三明市之外，我们又选择了三个大型三甲医院进行试点，有省属的协和医院和福州市第一医院、厦门市第一医院，推行 C-DRG 试点工作。2019-06-26 12:20:44  
[ 2019-06-26 16:03:59.0 ]

**[杨闽红:]**总的来看，我们觉得按病种收付费改革，确定医院向患者收费和医保支付的“双标准”，这个做法能够让患者明白就医负担；同时最重要的，还可以激发医院控制成本的内生动力。所以我们全省各地都在学习借鉴三明的这种做法，目前全省按病种收付费的病种数已达到 700 个以上。从我们省的实践来看，按病种收付费和实施 C-DRG 改革，确实能够起到有效控制医疗费用增长，同时又能调动医疗机构控制费用的积极性，减轻患者负担和明白就医等多方共赢的结果，目前改革进展总体比较顺利。同时，在改革探索的过程中，有另外一个问题需要关注，就是要避免出现医疗不足的问题。因为原来我们按项目收付费，更多的是担心“看病贵”，担心会出现过度医疗的现象，或者说合理检查、合理用药、合理治疗方面存在一些不足。我们通过开展按病种收付费或者 C-DRG 改革，需要避免出现医疗不足的问题，为此，我们在实际操作过程中，通过处方点评、规范临床路径管理等措施，把医疗不足的可能影响降到最低，兼顾好医疗质量和医疗费用。通过一段时间的实践，我们觉得这是一个行之有效的好办法，谢谢。  
2019-06-26 12:21:06 [ 2019-06-26 16:04:49.0 ]

**[宋世贵:]**四川在按病种付费方面也在进行积极探索，主要是在学习福建三明的一些做法，我们在探索过程中，考虑到疾病的发生、发展过程，比较复杂，所以单纯的以某一种疾病来进行付费，还需要进一步探索完善，谢谢。2019-06-26 12:21:19 [ 2019-06-26 16:05:13.0 ]

**[主持人:]**感谢大家参加今天的新闻发布会。下午，媒体记者还将在铜陵的点儿上调研采访，我希望大家能够和我们的医疗卫生人员、患者有直接的沟通，了解他们的感受，来体会医改惠民政策带来的获得感。谢谢安徽省卫生健康委和铜陵市为我们发布活动做出的安排，也谢谢到场的各位嘉宾，谢谢各位记者。发布会到此结束。2019-06-26 12:21:41 [ 2019-06-26 16:05:38.0 ]

扫一扫  
关注药城公众号



扫一扫  
关注医药梦网公众号



地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号  
中国妇幼保健协会大厦一层  
电话：010-68489858