

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2019.12.23-12.29

——本期视点——

(阅读提醒：按住 Ctrl 并点击标题可阅读内容)

· 医保资讯 ·

▶ [国家医保局、国家卫健委推动医保谈判药品尽快落地 97 个医保谈判药品月底前挂网](#) (来源：人民网)

【提要】 近日，国家医保局、国家卫生健康委联合发布《关于做好 2019 年国家医保谈判药品落地工作的通知》，要求认真做好谈判药品挂网采购和支付工作。各省级医保部门要优化流程、加快进度，组织企业及时提交相关资料，要在 2019 年 12 月底前将 97 个谈判药品在省级药品集中采购平台上直接挂网。

▶ [青海城乡居民医保乙类药品自付比例将下降 5%](#) (来源：新华网)

【提要】 自 2020 年 1 月 1 日起，青海省将全省城乡居民基本医疗保险药品目录中乙类药品自付比例下调 5%，切实减轻城乡居民个人就医负担。此次调整将青海城乡居民基本医疗保险药品目录中乙类药品 20%、30%、40% 的自付比例，分别下调为 15%、25%、35%。以患者使用单价 100 元的药品为例，政策调整前，个人需要自付 20 元，剩余 80 元由医保统筹基金按规定比例报付；而政策调整后，个人只需自付 15 元。

▶ [惠及 2 亿人！西南 5 省份将实现门诊费用直接结算](#) (来源：央视网)

【提要】 12 月 23 日，四川、重庆、贵州、云南、西藏 5 省市区跨

省门诊费用直接结算签约暨启动仪式在四川成都举行。西南片区跨省门诊费用直接结算的开展，将有效促进西南片区医疗卫生优质资源整合共享，尤其对外出务工人员、随迁人员等群众异地就医带来直接便利。直接惠及 2 亿群众。

▶ [352 个药调出北京医保目录](#)（来源：赛柏蓝）

【提要】 12 月 27 日，北京市医疗保障局发布文件《关于调整本市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品报销范围有关问题的通知》。352 个药，被调出北京市医保目录！

• 医疗资讯 •

▶ [不断完善医疗保障制度 让群众拥有更多获得感](#)（来源：湖南省医疗保障局）

【提要】 医疗救助是保障困难群众基本医疗权益的基本制度。自 2008 年全面建立以来，我国医疗救助制度在助力脱贫攻坚、防止因病致贫和因病返贫等方面发挥了重要作用。但是，当前医疗救助资金来源主要依靠财政拨款，渠道相对狭窄，救助对象认定标准不够明确，救助标准偏低。巩固医疗救助“兜底”作用，必须完善现有医疗救助制度。

▶ [全国人大常委会副委员长：立法保障城乡医疗全覆盖](#)（来源：澎湃新闻）

【提要】 12 月 23 日，十三届全国人大常委会第十五次会议分组审议了基本医疗卫生与健康促进法草案。澎湃新闻注意到，乡村医生、

社会办医等议题颇受关注，有意见建议通过立法保障城乡基本医疗卫生服务机构对公民服务的全覆盖，并明确鼓励社会办医的具体举措和政策支持。

· 医药资讯 ·

▶ [我国首轮带量采购收官 医药价格下降超 60%](#) (来源: 经济参考报)

【提要】近日，甘肃省药品集中采购平台印发通知称，中选甘肃药品和部分联盟中选药品承诺执行联盟中选价的共 61 个品规，已导入甘肃省国家集中采购中选药品结算及监测系统。12 月 20 日起，甘肃省正式执行国家组织药品集中带量采购中选结果。也就在前一日，河南省落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作动员部署电视电话会透露，河南省将于 12 月 31 日前全面启动实施试点扩围工作。

▶ [合同签订!国家药品集采工作在我省开始全面落地执行](#) (来源: 人才报/民生网)

【提要】12 月 24 日,湖南省医疗保障局组织国家集中带量采购中选药品生产、配送企业签订《药品购销合同》,此举标志着国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作在湖南开始全面落地执行。

▶ [带量采购新方案! 鼓励“一票制”谈判不成功药品纳入重点监控](#) (来源: 医药经济报)

【提要】在带量采购遍地开花的当下，12 月 23 日，安徽省医保局官网发布《2019 年安徽省省属公立医疗机构部分常用药品及第二批抗

癌药集中带量采购谈判议价(试点)实施方案》的通知。在第一批抗癌药带量采购实施后，正式启动第二批抗癌药采购，并同步加入采购额占比较高的抗生素药品。

• 最新政策 •

▶ [中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法出台](#)（来源：新华社）

【提要】 为了发展医疗卫生与健康事业，保障公民享有基本医疗卫生服务，提高公民健康水平，推进健康中国建设，根据宪法，制定本法。从事医疗卫生、健康促进及其监督管理活动，适用本法。

-----本期内容-----

• 医保资讯 •

国家医保局、国家卫健委推动医保谈判药品尽快落地 97 个医保谈判药品月底前挂网

来源：人民网

近日，国家医保局、国家卫生健康委联合发布《关于做好 2019 年国家医保谈判药品落地工作的通知》，要求认真做好谈判药品挂网采购和支付工作。各省级医保部门要优化流程、加快进度，组织企业及时提交相关资料，要在 2019 年 12 月底前将 97 个谈判药品在省级药品集中采购平台上直接挂网。

《通知》指出，各地医保、卫生健康等部门要根据职责对谈判药品的配备、使用等方面提出具体要求，指导各定点医疗机构根据功能定位、临床需求和诊疗能力等及时配备、合理使用，不得以医保总额控制、医疗机构用药目录数量限制、药占比等为由影响谈判药品配备、使用。各定点医疗机构要根据目录调入、调出药品情况，及时召开专门的药事管理会议，对本医疗机构用药目录进行调整和优化。逐步建立医保药品目录调整与定点医疗机构药品配备联动机制，形成长效。

《通知》明确，各地医保部门要科学测算、周密组织，在确保基金安全和药品合理使用的前提下，积极探索符合本地实际的支付方式。对适于门诊治疗、使用周期较长、疗程费用较高的谈判药品，可根据

基金收支情况,通过纳入门诊特殊病种保障、探索单病种付费等方式,减轻患者负担。有条件的地方,可积极探索长期处方政策,方便患者使用。对于与本次谈判前医保目录内原有药品相比性价比更高、可完全替代的药品,可采取措施鼓励替代使用。

《通知》强调,各地要建立谈判药品使用情况监测机制,加强对谈判药品配备、使用和支付等情况的统计监测,2020年1月-6月各省级医保部门每月汇总上报国家医保局(医药服务管理司)。各级卫生健康部门要加强对医疗机构的管理和指导,完善谈判药品用药指南和规范,规范诊疗行为,促进合理用药。各定点医疗机构要同步加强用药管理,确保谈判药品合理、规范使用。

[【返回目录】](#)

青海城乡居民医保乙类药品自付比例将下降 5%

来源: 新华网

记者从青海省医疗保障局获悉,自2020年1月1日起,青海省将全省城乡居民基本医疗保险药品目录中乙类药品自付比例下调5%,切实减轻城乡居民个人就医负担。

据介绍,基本医疗保险目录内的药品分为甲类和乙类,参保人在选用乙类药品时,个人自付比例高于甲类药品,需由参保人自付一定比例后,剩余部分纳入统筹支付,按规定报销。

此次调整将青海城乡居民基本医疗保险药品目录中乙类药品 20%、

30%、40%的自付比例，分别下调为 15%、25%、35%。以患者使用单价 100 元的药品为例，政策调整前，个人需要自付 20 元，剩余 80 元由医保统筹基金按规定比例报付；而政策调整后，个人只需自付 15 元。

“这次调整是青海省医疗保障局成立后，首次调整城乡居民基本医疗保险乙类药品自付比例，通过降低乙类药品个人自付比例提高城乡居民医疗保障水平，可进一步减轻参保群众就医负担。”青海省医疗保障局医药服务管理处处长郭广霞说。

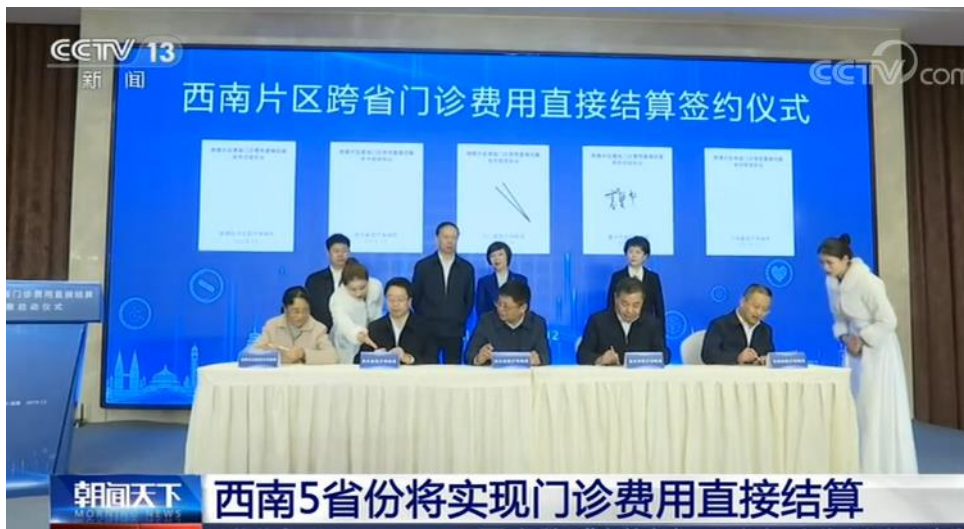
此外，青海省城乡居民基本医疗保险诊疗项目(医用耗材)目录中乙类项目个人自付比例也下降 5%，血制品(不含药品目录内品种)和吸氧费个人自付比例从 50%下调到 40%，其余部分按政策规定报付

[【返回目录】](#)

惠及 2 亿人!西南 5 省份将实现门诊费用直接结算

来源：央视网

央视网消息：23 日，四川、重庆、贵州、云南、西藏 5 省市区跨省门诊费用直接结算签约暨启动仪式在四川成都举行。



西南片区 5 省市区跨省门诊费用直接结算系统上线运行后，四川省省本级和成都市、重庆市、云南省省本级和昆明市的城镇职工参保人员以及贵州省省本级铁路和电力系统参保人员，无需备案就可在跨省门诊费用直接结算的试点医疗机构和药店，持社会保障卡刷个人账户结算跨省普通门诊、药店购药费用。

西南片区跨省门诊费用直接结算的开展，将有效促进西南片区医疗卫生优质资源整合共享，尤其对外出务工人员、随迁人员等群众异地就医带来直接便利。直接惠及 2 亿群众。

下一步，西南片区 5 省市区将更多城市、更多医院纳入异地就医直接结算覆盖范围，最终实现包括跨省门诊统筹和门诊大病在内的所有门诊类别直接结算业务。

国家医疗保障局确定将“京津冀”、“长三角”和“西南片区”纳入国家级跨省门诊直接结算工作试点，以此带动全国其他省市开展跨省门诊直接结算工作。

[【返回目录】](#)

352 个药调出北京医保目录

来源：赛柏蓝

352 个药，被调出北京市医保目录；与此同时，业内流传出河北省医保目录，3 年内，498 个品种也要逐步调出医保目录。

■ 352 个药，调出北京医保目录

12 月 27 日，北京市医疗保障局发布文件《关于调整本市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品报销范围有关问题的通知》。本通知自 2020 年 1 月 1 日起执行。

通知显示，将大黄碳酸氢钠口服常释剂型等国家医保药品目录删除的药品和国家重点监控范围的药品从本市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品报销范围中删除。

附件中附上了删除药品目录，经赛柏蓝统计后发现，共有 281 个西药和 71 个中成药，共计 352 个——这 352 个品种，被调出北京市医保目录。

无独有偶，一份河北省医疗保障局、河北省人力资源社会保障厅关于印发《河北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2019 年版)》的通知在业内流传。

通知显示，结合河北省实际、省医疗保障局、人力资源社会保障厅研究制定了《河北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2019 年版)》(以下简称《药品目录》)，自 2020 年 1 月 1 日起正式实施。

文件明确，严格执行《药品目录》，不得自行制定目录或用变动的方式增加目录内药品，不得对药品的商品名进行限制，不得自行调整药品的限定支付范围和相关规定。工伤保险支付药品费用时不受限定支付范围限制。

河北省原增补的乙类药品，优先调出纳入国家和我省重点监控范围的药品，形成暂保留省增补药品目录，省医疗保障局将在三年内逐步消化。

赛柏蓝统计后发现，暂保留省增补目录共有品种 498 个，其中 286 个西药，212 个中成药。

某种程度上，如果文件属实，按照相关规定，这 498 个药将在未来三年内逐步调出河北省医保目录。

■ 三省公布调出名单，相对温和

截至目前，已有四个省(市)公布了医保目录的调出名单。

12月17日，四川医保局发布通知，2020年1月1日起全面执行《国家药品目录》，275个西药、71个中成药被移出四川省医保目录。文件明确，省级增补目录已纳入《国家药品目录》的，按照国家规定执行；未纳入的，暂按原规定执行，并在3年内逐步消化；《国家药品目录》删除的品种不再执行。

12月13日，湖南省医保局与人社厅联合下发通知，将逐年消化原省增补医保药品，优先剔除第一批国家重点监控目录品种、调出已进入国家药品目录中的本省原目录品种后，归类为“消化期内药品部

分”，这部分品种将按照国家规定在三年内逐年消化，清理出医保范围。所涉品种共 404 个，其中 212 个西药，192 个中成药。

名称各有不同，从四川省的《国家药品目录》删除品种，到湖南省的“消化期药品部分”，再到河北省的“暂保留省增补目录”，地方在出台相关政策的时候，遵循了国家局“三年过渡期”的要求，整体措施都比较平和。

过往资料显示，以各省公布的 2017 版省级医保目录为例，河北省的总体增补品种最多，达到 635 个，江西省增补西药的品种数量最多，有 451 个；北京市增补中药品种数量最多，共有 255 个。

作为医药大省，且在 2017 年增补品种最多的河北省，已经开始行动起来了，或会对其他省份起到一定的带头作用。

对此，在医药行业从业多年的某营销人士向赛柏蓝表示：“各省给了药企和医疗机构三年的缓冲期，主要是考虑到国家的政策，毕竟其中涉及到错综复杂的利益链关系；况且，要考虑企业、平台和代理商的稳定、病人的依从性等因素，如果一刀切的话，还是有失人性。”

江苏省医药有限公司零售部采购经理贾小庆也表达了相同的观点：一方面是考虑地方用药习惯改变的问题；另一方面是考虑工业的感受，让工业有机会转型。如果不设置缓冲期，那么现有医疗机构货源处理的问题会非常棘手。

他解释道：设置三年的缓冲期 目的是让出去的还有机会在进来，只要符合基药目录标准的，做好二次研发、循证医学等，还是可以再

次进入医保的。国家改革的目的是让医保基金用在刀刃上，不是为了把部分企业打死。

此前，官方消息明确提出了省增补医保药品目录的调整方式：地方增补的目录按照 442 原则在三年内消化完成，分别按照各省增补数量的 40%、40%、20% 进行，监控辅助用药先行移出目录。虽然有比例，但没有出台具体的标准和细则。

上述匿名人士告诉赛柏蓝：虽然文件没有明确说，但从国家一直以来的政策趋势来看，一定是不紧急、不重要、辅助的临床疗效不明确的品种，被先调出省增补目录。

他进一步补充，但整体来说影响不大，因为国家医保目录中，已经涵盖了紧缺的、急需的、紧俏的药物，省增补品种基本上都会在院内目录中有替代产品，所以不用担心这个问题。

■ 医药代表，尽早转型

基本上，如果在三年内省增补品种没能进入国家医保目录，也没有别的办法可以想。

前述资深人士表示，毕竟药企的产品还有 3 年过渡期，不会从医院拿出来，能覆盖就覆盖，但是想上量是不可能的，因为医院的量是给医保目录品种，一致性评价品种，4+7 品种的，自费药很难上量，药企也不会花大力气培养队伍，推广产品了。

“未来，这些产品可以作为现金流的一部分，先在医院销售着，但企业的重心要调整到如何找到未来的方向，比如新产品的领域，怎

么转型研发——如果未来药品要走自费药，就没必要花太多精力和资源了。”

从目前来看，作为我国医疗卫生最大买方和支付方，国家医保局将医保资金腾笼换鸟，为医保药品结构调整打开腾挪空间。此前，专利过期原研药和辅助用药消耗了较多的医保资金，医保局通过 4+7 带量采购，让原研药失去超国民待遇；另一方面，又通过重点监控合理用药目录和禁止地方增补医保品种，堵住了部分品种“曲线救国”的途径。

他表示：就如狄更斯所说，这是最好的时代，这是最坏的时代；对医药行业而言，这是最坏的时代，也是一个新的开始。国家的方向已经明确，就是要让企业做有价值的，有创新性的产品；企业只有拥抱国家的政策，该做一致性评价做一致性评价，该做创新做创新，才能从竞争中胜出。

因为药品很难有上量空间了，企业不会再投入资源和人力，所涉其中的医药代表也要迎来职业的变动。

前述人士建议：医药代表要找到自己真正的价值，如果你的价值只是带金销售，就没有任何竞争力，最终一定要药品回归价值，行为回归合规。如果你做的产品，和国家政策的大趋势相违背，就早点动作，尽快转型。（作者：阿妮娅）

[【返回目录】](#)

· 医疗资讯 ·

不断完善医疗保障制度 让群众拥有更多获得感

来源：湖南省医疗保障局

导读

唯有站位高、对标齐、谋划远、落实快,才能让党的十九届四中全会精神落地生根。

日前召开的中共湖南省委十一届九次全会,审议通过了《中共湖南省委关于深入学习贯彻党的十九届四中全会精神为加快建设富饶美丽幸福新湖南提供有力制度保障的决议》,就推动制度优势转化为三湘治理效能作出了战略部署。

如何深入贯彻落实省委全会部署,加快富饶美丽幸福新湖南建设?《湖南日报》特约专家学者、实务工作者建言献策。

王运柏

党的十九届四中全会《决定》提出,“坚持应保尽保原则,健全统筹城乡、可持续的基本养老保险制度、基本医疗保险制度,稳步提高保障水平”;《中共湖南省委关于深入学习贯彻党的十九届四中全会精神为加快建设富饶美丽幸福新湖南提供有力制度保障的决议》,也要求“健全统筹城乡、可持续的基本养老保险制度、基本医疗保险制度”。

近年来,我省紧紧围绕群众关心的“看病难、看病贵”问题,不断健全统筹城乡的基本医疗保险制度,全省综合参保率达 97.24%;群众

医保待遇水平稳步提高;医药机构不敢骗、不想骗、不能骗的监管格局初步形成;精准实施医保扶贫,基本实现贫困人口参保率100%;实现了全省三级医院和县级行政区跨省异地就医联网全覆盖。当前,我们应立足省情补短板、强弱项,发力“四个完善”,让群众拥有更多获得感。

完善全覆盖的参保机制

参保缴费目前面临前所未有的压力:经济增长速度下行压力加大,小微企业参保率还不够高;城乡居民参保缴费金额有所上涨,一定程度上影响了参保缴费积极性;人口流动频率加快,基金扩面难度有所加大。因此,为巩固参保率、实现参保全覆盖,医保部门应加强与财政、税务等部门的衔接协调,努力做到三个“稳定”——

一是稳定参保缴费标准。不断健全与社会主义初级阶段生产力水平相适应的筹资机制,做到职工医保缴费金额与在岗职工工资相适应、城乡居民医保个人缴费金额与居民年可支配收入(农民年人均纯收入)相适应。

二是稳定参保人群。加强对企业履行职工参保法定义务的监督,重点做好异地就业人员、非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员以及关闭破产企业退休人员和困难企业职工参保工作;重点解决老人、学生、儿童、残疾人和脱贫人员的基本医疗保险参保问题。

三是稳定筹资工作机制。加强医保、卫健、税务等部门联动,充分发挥县级政府的主导作用,调动乡镇、村组积极性,尽可能方便群众

缴费。

完善保基本的医保政策

保基本是中国特色社会主义医疗保障制度的一项基本原则,在完善医疗保障政策中务必始终坚持。

一是完善基本医疗保险目录。要综合考虑医保基金承受能力、参保人负担和临床用药需求,坚持基本医保定位,既尽力而为又量力而行,实行全省统一的药品目录、医疗服务设施目录和诊疗目录,合理确定报销范围,实现保障范围与保障能力相匹配。

二是完善医保支付标准。在科学精算基础上,合理制定医保起付线和封顶线、医保报销和个人自付比例,实现医保可支付、群众可承受,有效缓解参保人员“看病贵”问题。

完善兜底线的医疗救助制度

医疗救助是保障困难群众基本医疗权益的基本制度。自 2008 年全面建立以来,我国医疗救助制度在助力脱贫攻坚、防止因病致贫和因病返贫等方面发挥了重要作用。但是,当前医疗救助资金来源主要依靠财政拨款,渠道相对狭窄,救助对象认定标准不够明确,救助标准偏低。巩固医疗救助“兜底”作用,必须完善现有医疗救助制度。

一是完善筹资机制,解决“有钱兜”的问题。应科学测算医疗救助资金需求,加大财政投入、拓展筹资口径、扩大筹资规模,健全财政筹资为主的保障机制。

二是完善救助对象认定机制,解决“兜什么”的问题。推进救助

对象经济状况核对工作,提高对象认定准确性,确保特困供养人员、最低生活保障家庭人员、最低生活保障边缘家庭人员及时得到救助。

三是完善救助标准和流程,解决“怎么兜”的问题。应进一步规范医疗救助标准、救助程序,健全社会力量参与机制,支持、引导社会慈善力量积极参与医疗救助,形成对政府救助的有效补充。

完善可持续发展的医疗保障体系

我国医疗保障体系建设起步晚,但在短时间内得到快速发展,主要原因是坚持了可持续发展。以湖南为例,截至2019年11月,全省医保基金收入692.6亿元,支出653.9亿元,当期结余38.7亿元,基金运行20年来,总体运行稳健。要巩固、完善可持续发展的医疗保障体系,应做到三个“坚持不动摇”——

一是坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则不动摇。在制定医保政策时,要广泛调研、精准测算,统筹考虑群众的医保诉求和基金承受能力,确保医保政策的科学性,维护基金长期运行稳健。

二是坚持建立多层次医疗保障体系的方向不动摇。不断完善基本医疗保险为主体、大病保险为补充、医疗救助为兜底的“三重保障”体系,切实保障好人民群众的基本权益。

三是坚持“降费用与挤水分”两手抓不动摇。扩大药品和医用耗材带量采购实施范围,最大限度降低药品、耗材价格,减轻群众自付和基金支付费用负担;加大打击欺诈骗保工作力度,挤干不必要的医保支出水分,守护好老百姓的“救命钱”,确保医保基金安全。

(作者系湖南省医疗保障局党组书记、局长)

[【返回目录】](#)

全国人大常委会副委员长：立法保障城乡医疗全覆盖

来源：澎湃新闻

12月23日，十三届全国人大常委会第十五次会议分组审议了基本医疗卫生与健康促进法草案。澎湃新闻注意到，乡村医生、社会办医等议题颇受关注，有意见建议通过立法保障城乡基本医疗卫生服务机构对公民服务的全覆盖，并明确鼓励社会办医的具体举措和政策支持。

数据显示，2018年，全国共有62.2万个村卫生室，尚有6%的行政村没有设村卫生室。全国人大常委会副委员长陈竺指出，包括疾病预防控制中心、乡镇卫生院在内的公共卫生机构，在疾病预防控制方面作用非常关键。

他举例说，内蒙古锡林郭勒盟苏尼特左旗巴彦淖尔镇两例鼠疫病例之所以到北京确诊，主要原因是当地的基层医疗卫生机构发现疑似病情后误认为是肺炎，没有第一时间向疾病预防控制部门通报而是直接转诊北京，造成疫情进京，引起社会关注和恐慌。

为此，陈竺建议将上述草案第34条第2款修改为“国家加强以县级医院及公共卫生机构为中心，乡镇卫生院、村卫生室为基础的农村医疗卫生服务网络和以社区卫生服务中心为主体的城市社区卫生

服务网络的建设”。

“村卫生室作为城乡三级医疗预防保健网的最基层网底，是国家卫生体系与城乡居民发生联系的第一级接触点，在提供基本医疗和公共卫生服务过程中发挥着不可替代的作用。”陈竺说。

陈竺还建议，将第37条第1款修改为“县级以上人民政府应当制定并落实医疗卫生服务体系规划，科学配置医疗卫生资源，举办医疗卫生机构，为辖区内所有社区和乡村公民获得基本医疗卫生服务提供保障”，以此保障城乡基本医疗卫生服务机构对公民服务的全覆盖。

另一项数据显示，2018年，我国村卫生室从业人员达144.1万人，其中村医84.5万人。

“村医是亿万农民健康的守门人。”陈竺表示，尽管近年来村医队伍建设取得了很大成绩，但尚未从根本上解决村医队伍不稳、业务能力不强、待遇保障偏低等问题。

澎湃新闻注意到，草案第56条第4款规定，“国家加强乡村医生队伍建设，建立县乡村上下贯通的职业发展机制，完善对乡村医疗卫生人员的多渠道补助机制和养老政策”。

陈竺认为，对村医仅提补助，显然不是稳定的保障机制，不利于村医队伍的稳定和可持续发展，建议在“多渠道补助机制”前加上“服务收入保障机制”。

与此同时，陈竺还提到社会办医的问题，“社会办医日益成为我国医疗卫生服务体系的重要力量和有益补充，加强公立医院与社会办

医的合作，不仅有利于满足中等收入及以上群体对多层次、多元化、个性化医疗服务的需求，也有利于推动医学科技的创新，进而辐射到所有基本医疗卫生服务。”

基于此，他建议将第 41 条第 1 款修改为“国家采取多种措施，鼓励和引导社会力量依法举办医疗卫生机构，支持和规范社会力量举办的医疗机构与政府举办的医疗卫生机构开展各种类型的医疗业务、学科建设、人才培养等合作”。

全国人大常委会委员景汉朝也建议进一步加大对社会力量办医的支持力度。他谈及了三点理由：一是，社会有广泛的需求，看病难问题是当前我们面临的一个非常大的民生问题，公立医院资源远远不能满足群众的需要，应当大力发展社会力量办医。

二是，在实践中社会办医发展很困难，在许多方面与公立医院是不平等的，比如人员的招录、调动、职称评定、工龄计算等等，很难跟公立医院享受平等待遇，客观上限制了它的发展。

三是，基本医疗卫生与健康促进法对于怎么促进社会力量办医应该有充分的体现。他举例说，第一，第 38 条规定，举办医疗机构其中有一点要先有医疗卫生人员，才能办理审批手续。社会办医怎么办？如果有关部门还没有批准，就要求他必须先有医疗卫生人员，根据什么来招录？如何衔接？要有可操作性，应有明确规定。第二，第 41 条规定，“国家采取多种措施，鼓励和引导社会力量依法举办医疗卫生机构”。“多种措施”表述太含糊了、太原则，没有可操作性，应该采

取列举式，有关部门和地方才好操作。另外，仅仅规定“鼓励和引导”社会力量办医还不够，在“鼓励”之前应加“支持”二字，要有支持政策，即支持、鼓励和引导。

[【返回目录】](#)

· 医药资讯 ·

我国首轮带量采购收官 医药价格下降超 60%

来源：经济参考报

近日，甘肃省药品集中采购平台印发通知称，中选甘肃药品和部分联盟中选药品承诺执行联盟中选价的共 61 个品规，已导入甘肃省国家集中采购中选药品结算及监测系统。12 月 20 日起，甘肃省正式执行国家组织药品集中带量采购中选结果。也就在前一日，河南省落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作动员部署电视电话会透露，河南省将于 12 月 31 日前全面启动实施试点扩围工作。

值得一提的是，在药品开展带量采购的同时，我国耗材带量采购也提上日程。此前，陕西、山西、湖南、青海、新疆等联合组成省际联盟开展高值耗材集中带量采购工作，同时，京津冀地区、安徽、江苏等省份也相继开启高值耗材集中带量采购工作，进一步降低高值医用耗材价格。

在新一轮医改下，我国药品、耗材集采进入新时代。“看病贵”的解决不再是纸上谈兵，而是真正进行价格重构，看得起病、敢看病

将成为现实。

药品带量采购全面铺开

为综合治理药价虚高、解决人民群众“看病贵”，2018年，包括北京、上海等11个试点城市开展药品集中采购，共有25个药品中选，中选价平均降幅52%，最大降幅达96%，群众用药负担大幅降低。2019年9月，为扩大国家组织药品集中采购和使用试点改革效应，在此前“4+7”试点，福建省和河北省此前已自行跟进试点外，山西、内蒙古、辽宁、山东等未进行带量采购的25个省份和新疆生产建设兵团全部参与扩围，我国药品带量采购正式全面铺开。

第二次扩围降价幅度更大，最小制剂单价小于0.3元的已有19个之多，最便宜的当属齐鲁制药的利培酮，最小制剂单价已不足5分钱，重庆药友的苯磺酸氨氯地平片猛降到0.07元/片。

据河南省医保局相关负责人介绍，“试点扩围后，包括河南在内的全国20多个省份组成采购联盟。此次25个中选药品多为慢性病患者用药，包括高血压、高胆固醇等心脑血管病用药10种，精神类疾病药物4种，抗肿瘤药物3种，其他类药物8种，包括阿托伐他汀钙片、蒙脱石散等常用药。”

该负责人介绍，此次25种中选药品平均降价幅度达到59%，尤其是糖尿病、高血压、乙型肝炎等常见慢性病药品降幅较大。如治疗慢性乙肝的恩替卡韦分散片从10.82元/片降至0.196元/片，降幅达98.19%；降血脂的阿托伐他汀钙片从4.44元/片降至0.13元/片，降

幅达 97%，这对于需要长期服药的慢性病患者是极大利好。

安徽省医院协会会长许戈良表示，推进药品集中采购和使用是深化医改的一项重要内容，也是推动我国健康事业发展的有力举措，随着带量采购扩围结果的落地，将为群众带来切实的实惠，我们也希望有更多的百姓能够了解到这一惠民政策，促进疾病的规范治疗。

值得一提的是，在带量采购全国扩围的同时，为了争取带量采购用药剩余的份额，未中选药品的梯度降价也在进行。有业内人士坦言，让药企不得不放下身段的原因，则是去年的带量采购已让部分原研药企业失去了试点城市近 80% 的市场份额，一些非试点城市也转换采购目标，让上述药企销量大减。

12 月 6 日，海南省公共资源交易服务中心印发通知称，对无异议的降价品种进行降价，并对未降价的品种进行撤网，随即赛诺菲、扬子江、正大天晴等多个生产厂家选择主动降价。黑龙江方面，要求联盟地区(黑龙江省)非中选药品生产企业，需报送全国至低价格。辽宁方面也明确开展联盟地区(辽宁省)药品集中采购品种未中选药品梯度降价工作。

高值耗材带量采购同步推进

今年以来，降低高值医用耗材价格已被频繁提及。5 月 29 日中央全面深化改革委员会第八次会议提出，高值医用耗材治理关系到减轻人民群众医疗负担，要理顺高值医用耗材价格体系，完善全流程监督管理，净化市场环境和医疗服务执业环境，推动形成高值医用耗材

质量可靠、流通快捷、价格合理、使用规范的治理格局，促进行业健康有序发展。

今年7月，《治理高值医用耗材改革方案》正式发布，要求今年年底前全部公立医疗机构要取消医用耗材加成；将单价和资源消耗占比相对较高的高值医用耗材作为重点治理对象，完成第一批重点治理清单。

此前，安徽省医保局等四部门联合印发了《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》，对骨科植入(脊柱)类、眼科(人工晶体)类产品开展集中带量采购，采购量分别为2018年度两类耗材采购量的70%和90%。

安徽省医保局局长金维加表示，随着安徽省带量谈判议价工作完成，骨科脊柱类总体平均降价53.4%，单个组件最大降幅95%；人工晶体类总体平均降价20.5%。

江苏方面，12月22日，苏州市、盐城市、宿迁市公立医疗机构医用耗材联盟带量采购，对腔镜下单发不可吸收夹、人工合成骨(骨块、颗粒)、带线锚钉三种高值耗材，近100个品规现场谈判降价。谈判结果显示，最高降幅高达63%。

此外，11月25日，京津冀三地医疗保障局在津签订《京津冀药品医用耗材集中采购合作框架协议》，将全面推进京津冀药品医用耗材集中采购工作。和药品带量采购方式类似，也要求各医院结合临床需求和历史采购情况，申报历史采购数量及价格，同时申报下一年度

计划采购需求。而具体的计划采购量，按上报的采购需求按品种来制定，原则上不低于年度总用量的 60%。

扩大品种范围已箭在弦上

11 月 29 日，国务院深化医药卫生体制改革领导小组印发《关于以药品集中采购和使用为突破口进一步深化医药卫生体制改革若干政策措施的通知》指出，带量采购这项改革是药品采购机制的重大改革，有利于降低虚高药价、减轻群众负担，也必将推动医疗、医保、医药改革更加深入，巩固公立医院综合改革成果，促进医药行业健康发展。

通知指出，全面深化药品集中采购和使用改革，优化集中采购模式，有序扩大药品品种范围。构建全国药品公共采购市场和多方联动的采购格局，对未纳入国家采购范围的药品，各地依托省级采购平台开展集中采购。

我国新一轮带量采购已提上日程。《经济参考报》记者获悉，近日，联合采购办公室多次召开药品集中采购座谈会，为新一轮的带量采购招标收集企业意见，意在新一轮带量采购的品种形成初步认识。同时，此前国务院常务会议也明确指出，扩大集中采购和使用药品品种范围，以带量采购促进药价实质性降低。

11 月底，河南、湖南、广西三地医保局发文，要求开始 35 个带量采购品种的实际采购量填报工作。

抗菌药、慢性病用药或是新一轮带量采购的重点对象。湖南方面，

11月21日宣布以抗菌药物为突破口，率先启动药品带量采购。取得成熟经验后，相关做法将扩大到其他临床用药类别。湖南省此次将2020年度全省抗菌药物预估总量的60%左右作为带量采购合同约定量。测算显示，本次抗菌药物带量采购的52个品种，价格下降幅度可达30%。

青海方面，就部分抗菌药物和重点监控品种开展带量采购；河北省也已经对15个高血压、糖尿病门诊用药开展带量采购。

北京大学中国健康发展研究中心主任李玲表示，随着带量采购运营机制的建立，我国药品带量采购或成为常态，将会有越来越多的品种纳入采购范围。

李玲表示，全国范围内推动改进药品购销模式，将推动行业规模化发展。例如带量采购覆盖面多在我国用药大省，这意味着，对市场需求的变化，医药企业将面临更大竞争压力，有利于推进行业优化重组，逐步改变行业规模偏小、品质偏低的局面，推动行业规模化、集约化和现代化发展。

[【返回目录】](#)

合同签订!国家药品集采工作在我省开始全面落地执行

来源：人才报/民生网

12月24日，湖南省医疗保障局组织国家集中带量采购中选药品生产、配送企业签订《药品购销合同》，此举标志着国家组织药品集

中采购和使用试点扩围工作在湖南开始全面落地执行。

按照湖南省落实国家药品集采工作要求,药品购销合同签订是一个必须环节,是各方权益保障的基础,我省对这项工作有周密、细致、统一的部署。从12月下旬开始,全省各市州陆续启动中选药品购销协议签订工作。为提高工作效率,减轻企业负担,我省采取“经医疗机构授权,全省统一合同范本,由省、市两级医保经办机构集中签订合同”的做法。其中,省医疗生育保险服务中心具体负责代表湘雅医院等15家在长沙的部、省属医疗机构与中选药品生产、配送企业签订购销合同。

合同签订之后,12月25日,省医药集中采购平台将对中选的25个药品及中选价格挂网采购。我省各级各类公立医疗机构、驻湘军队医疗机构,以及自愿参与试点扩围工作的医保定点民营医疗机构,可以在省集采平台上采购中选药品,患者可以在上述医疗机构按中选价格使用药品。

省医疗保障局相关负责人表示,将严格按照国家和省级实施方案要求,围绕落实四个确保要求(确保回款、确保使用、确保质量和确保供应),加强对中选药品采购、使用的监测、监管和督导检查,并进一步做好政策协同:一是做好医保支付标准与采购价的协同,我省将采取按同一通用名下中选和非中选药品制定差别化医保支付标准的措施,促进同一通用名下的非中选药品厂家主动降价;二是完善医保支付方式,通过合理制定医疗机构年度医保基金总额控制指标,推动医

疗机构使用中选的价格适宜的药品；三是完善对中选药品生产、流通、使用全链条质量和市场行为监管，保障生产企业药品供应，保证患者用药安全；四是加强用量监测考核，要求各医疗机构畅通中选药品进院渠道，不得以费用总控、药占比等为由限制进院，对不按规定采购、使用中选药品的医疗机构，采取约谈、通报等形式加强管理，并在医疗机构等级评定、医疗机构负责人目标责任考核等方面予以惩戒。

[【返回目录】](#)

带量采购新方案!鼓励“一票制” 谈判不成功药品纳入重点监控!

来源：医药经济报

作为医改先锋省份，安徽省的“双信封”模式让行业记忆犹新，其精髓也沿用至今。在带量采购遍地开花的当下，12月23日，安徽省医保局官网发布《2019年安徽省省属公立医疗机构部分常用药品及第二批抗癌药集中带量采购谈判议价(试点)实施方案》(下称《方案》)的通知。在第一批抗癌药带量采购实施后，正式启动第二批抗癌药采购，并同步加入采购额占比较高的抗生素药品。

虽然安徽提出将在采购量、优先使用、药款支付、医保结算等方面给予优待政策，但是参考第一批13款抗癌药39.52%的降价幅度，第二批入选药品预计降价压力也相当大。此外，安徽省强调对于列入谈判议价范围的药品，如企业不参加谈判或谈判不成功，相关品种将被列入监测预警目录进行重点监控。

首批药品平均降价 39.52%

《方案》指出，实施范围将以省属公立医疗机构作为试点，逐步推广至全省县级以上人民政府、国有企业(含国有控股企业)等举办的非营利性医疗机构(以下统称公立医疗机构)，并鼓励其他医疗机构积极参加。原则上采购周期为两年。

对于哪些药品将参加带量采购，安徽明确：以采购额分别占 2018 年度省属公立医疗机构抗生素类(头孢菌素类及相关药品)化药 90%的产品和第二批抗肿瘤类化学药品 80%的产品为基础，结合 2019 年上半年采购情况及临床专家意见遴选带量采购药品目录。

从采购范围来看，采购品类主要集中在抗生素类药物、抗肿瘤药品，采购面积较大，采购量、采购金额高的品种有望入选。

再来看最终价格的形成，第一步首先设定谈判入围价。主要是参考 2016 年以来全国省级中标价的最低价、省属公立医疗机构 2018 年度实际采购价的中位数价、均价、最低价及“两票制”的第一票价格，由专家论证议定带量采购谈判议价药品的入围价。确认接受谈判议价药品入围价的企业视为入围企业。

第二步，带量谈判议价。专家组将依据药品临床使用情况、质量类型等因素，与入围企业进行谈判议价，形成带量采购谈判价。

虽然安徽没有提出具体的降价幅度，但是从第一批抗癌药带量采购结果可以看出，降价幅度非常大，刷新了很多产品的历史最低价。官网数据显示：第一批 13 种抗癌药包括治疗非小细胞肺癌的吉非替

尼片、治疗晚期胃癌的替吉奥胶囊、治疗慢性粒细胞白血病的甲磺酸伊马替尼胶囊、治疗乳腺癌的来曲唑片等。历经两轮谈判，最终成功完成了 13 种抗癌药谈判议价。通过议价，13 种药品价格在企业自主降价 13.09% 的基础上又平均下降 26.43%，平均降幅达 39.52%。第一批的高降幅将直接对第二批形成参考。

严禁“二次议价” 未中选面临重点监控

虽然相关企业面临不小的降价压力，但是安徽也出台多项措施确保采购量的落实。安徽提出，在省属公立医疗机构报送的采购量基础上，按照各省属公立医疗机构谈判成功药品年度总用量的 60%-70% 估算采购总量，进行带量采购。并确保临床优先使用，不得进行“二次议价”，坚持“两票制”，鼓励“一票制”。同时，省属公立医疗机构应在 90 天内支付药款。

此外，在医保支付方面，对于谈判成功药品，按照节约资金的 40% 用于激励省属公立医疗机构的原则合理制定医保支付标准；省属公立医疗机构按照带量采购谈判价进行采购，以医保支付标准进行销售，并适时调整过低的医疗服务价格。并实行单项预算清算，也就是各统筹地区医保经办机构在年度医保基金清算时，对合规使用谈判成功药品造成定点医疗机构医疗费用合理超支部分，医保基金可予以适度分担；在制定定点医疗机构年度住院付费总额控制方案时，对上一年度带量采购使用量，按一定比例增加预算额。而且还实行医保基金专项预付。各统筹地区医保经办机构在拨付医保基金时，对因采购谈

判成功药品增加的医保基金预算额可一次性预付。

安徽省各地在推行第一批抗癌药带量采购落地过程中，采购量情况符合预期。以芜湖市为例，今年1-9月，13种抗癌药共采购351790单位量，已达2018年全年量的95%。今年1-9月，宣城市13种抗癌药共采购101211单位量，已达2018年全年量的90.77%。

总体来看，涉及到的企业将面临新一轮的“量价博弈”考量，未中选企业还将面临产品被重点监控的压力。《方案》指出，对于已列入谈判议价范围的药品，如企业不参加谈判或谈判不成功，该药品所属生产企业同通用名、同剂型的所有规格及包装药品均列入监测预警目录，对药品采购及使用情况进行重点监控，重点监控药品管理办法另行制定。

在全国各省市加速探索带量采购的态势下，安徽方案颇具特色，将对各地形成一定参考。

[【返回目录】](#)

• 最新政策 •

中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法出台

来源：新华社

中华人民共和国主席令

第三十八号

《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》已由中华人民共

和国第十三届全国人民代表大会常务委员会第十五次会议于 2019 年 12 月 28 日通过，现予公布，自 2020 年 6 月 1 日起施行。

中华人民共和国主席 习近平

2019 年 12 月 28 日

中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法

(2019 年 12 月 28 日第十三届全国人民代表大会常务委员会第十五次会议通过)

目 录

第一章 总则

第二章 基本医疗卫生服务

第三章 医疗卫生机构

第四章 医疗卫生人员

第五章 药品供应保障

第六章 健康促进

第七章 资金保障

第八章 监督管理

第九章 法律责任

第十章 附则

第一章 总则

第一条 为了发展医疗卫生与健康事业，保障公民享有基本医疗

卫生服务，提高公民健康水平，推进健康中国建设，根据宪法，制定本法。

第二条 从事医疗卫生、健康促进及其监督管理活动，适用本法。

第三条 医疗卫生与健康事业应当坚持以人民为中心，为人民健康服务。

医疗卫生事业应当坚持公益性原则。

第四条 国家和社会尊重、保护公民的健康权。

国家实施健康中国战略，普及健康生活，优化健康服务，完善健康保障，建设健康环境，发展健康产业，提升公民全生命周期健康水平。

国家建立健康教育制度，保障公民获得健康教育的权利，提高公民的健康素养。

第五条 公民依法享有从国家和社会获得基本医疗卫生服务的权利。

国家建立基本医疗卫生制度，建立健全医疗卫生服务体系，保护和实现公民获得基本医疗卫生服务的权利。

第六条 各级人民政府应当把人民健康放在优先发展的战略地位，将健康理念融入各项政策，坚持预防为主，完善健康促进工作体系，组织实施健康促进的规划和行动，推进全民健身，建立健康影响评估制度，将公民主要健康指标改善情况纳入政府目标责任考核。

全社会应当共同关心和支持医疗卫生与健康事业的发展。

第七条 国务院和地方各级人民政府领导医疗卫生与健康促进工作。

国务院卫生健康主管部门负责统筹协调全国医疗卫生与健康促进工作。国务院其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗卫生与健康促进工作。

县级以上地方人民政府卫生健康主管部门负责统筹协调本行政区域医疗卫生与健康促进工作。县级以上地方人民政府其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗卫生与健康促进工作。

第八条 国家加强医学基础科学研究，鼓励医学科学技术创新，支持临床医学发展，促进医学科技成果的转化和应用，推进医疗卫生与信息技术融合发展，推广医疗卫生适宜技术，提高医疗卫生服务质量。

国家发展医学教育，完善适应医疗卫生事业发展需要的医学教育体系，大力培养医疗卫生人才。

第九条 国家大力发展中医药事业，坚持中西医并重、传承与创新相结合，发挥中医药在医疗卫生与健康事业中的独特作用。

第十条 国家合理规划和配置医疗卫生资源，以基层为重点，采取多种措施优先支持县级以上医疗卫生机构发展，提高其医疗卫生服务能力。

第十一条 国家加大对医疗卫生与健康事业的财政投入，通过增加转移支付等方式重点扶持革命老区、民族地区、边疆地区和经济欠

发达地区发展医疗卫生与健康事业。

第十二条 国家鼓励和支持公民、法人和其他组织通过依法举办机构和捐赠、资助等方式，参与医疗卫生与健康事业，满足公民多样化、差异化、个性化健康需求。

公民、法人和其他组织捐赠财产用于医疗卫生与健康事业的，依法享受税收优惠。

第十三条 对在医疗卫生与健康事业中做出突出贡献的组织和个人，按照国家规定给予表彰、奖励。

第十四条 国家鼓励和支持医疗卫生与健康促进领域的对外交流合作。

开展医疗卫生与健康促进对外交流合作活动，应当遵守法律、法规，维护国家主权、安全和社会公共利益。

第二章 基本医疗卫生服务

第十五条 基本医疗卫生服务，是指维护人体健康所必需、与经济社会发展水平相适应、公民可公平获得的，采用适宜药物、适宜技术、适宜设备提供的疾病预防、诊断、治疗、护理和康复等服务。

基本医疗卫生服务包括基本公共卫生服务和基本医疗服务。基本公共卫生服务由国家免费提供。

第十六条 国家采取措施，保障公民享有安全有效的基本公共卫生服务，控制影响健康的危险因素，提高疾病的预防控制水平。

国家基本公共卫生服务项目由国务院卫生健康主管部门会同国

务院财政部门、中医药主管部门等共同确定。

省、自治区、直辖市人民政府可以在国家基本公共卫生服务项目基础上，补充确定本行政区域的基本公共卫生服务项目，并报国务院卫生健康主管部门备案。

第十七条 国务院和省、自治区、直辖市人民政府可以将针对重点地区、重点疾病和特定人群的服务内容纳入基本公共卫生服务项目并组织实施。

县级以上地方人民政府针对本行政区域重大疾病和主要健康危险因素，开展专项防控工作。

第十八条 县级以上人民政府通过举办专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构和医院，或者从其他医疗卫生机构购买服务的方式提供基本公共卫生服务。

第十九条 国家建立健全突发事件卫生应急体系，制定和完善应急预案，组织开展突发事件的医疗救治、卫生学调查处置和心理援助等卫生应急工作，有效控制和消除危害。

第二十条 国家建立传染病防控制度，制定传染病防治规划并组织实施，加强传染病监测预警，坚持预防为主、防治结合，联防联控、群防群控、源头防控、综合治理，阻断传播途径，保护易感人群，降低传染病的危害。

任何组织和个人应当接受、配合医疗卫生机构为预防、控制、消除传染病危害依法采取的调查、检验、采集样本、隔离治疗、医学观

察等措施。

第二十一条 国家实行预防接种制度，加强免疫规划工作。居民有依法接种免疫规划疫苗的权利和义务。政府向居民免费提供免疫规划疫苗。

第二十二条 国家建立慢性非传染性疾病预防与管理制，对慢性非传染性疾病及其致病危险因素开展监测、调查和综合防控干预，及时发现高危人群，为患者和高危人群提供诊疗、早期干预、随访管理和健康教育等服务。

第二十三条 国家加强职业健康保护。县级以上人民政府应当制定职业病防治规划，建立健全职业健康工作机制，加强职业健康监督管理，提高职业病综合防治能力和水平。

用人单位应当控制职业病危害因素，采取工程技术、个体防护和健康管理等综合治理措施，改善工作环境和劳动条件。

第二十四条 国家发展妇幼保健事业，建立健全妇幼健康服务体系，为妇女、儿童提供保健及常见病防治服务，保障妇女、儿童健康。

国家采取措施，为公民提供婚前保健、孕产期保健等服务，促进生殖健康，预防出生缺陷。

第二十五条 国家发展老年人保健事业。国务院和省、自治区、直辖市人民政府应当将老年人健康管理和常见病预防等纳入基本公共卫生服务项目。

第二十六条 国家发展残疾预防和残疾人康复事业，完善残疾预

防和残疾人康复及其保障体系，采取措施为残疾人提供基本康复服务。

县级以上人民政府应当优先开展残疾儿童康复工作，实行康复与教育相结合。

第二十七条 国家建立健全院前急救体系，为急危重症患者提供及时、规范、有效的急救服务。

卫生健康主管部门、红十字会等有关部门、组织应当积极开展急救培训，普及急救知识，鼓励医疗卫生人员、经过急救培训的人员积极参与公共场所急救服务。公共场所应当按照规定配备必要的急救设备、设施。

急救中心(站)不得以未付费为由拒绝或者拖延为急危重症患者提供急救服务。

第二十八条 国家发展精神卫生事业，建设完善精神卫生服务体系，维护和增进公民心理健康，预防、治疗精神障碍。

国家采取措施，加强心理健康服务体系和人才队伍建设，促进心理健康教育、心理评估、心理咨询与心理治疗服务的有效衔接，设立为公众提供公益服务的心理援助热线，加强未成年人、残疾人和老年人等重点人群心理健康服务。

第二十九条 基本医疗服务主要由政府举办的医疗卫生机构提供。鼓励社会力量举办的医疗卫生机构提供基本医疗服务。

第三十条 国家推进基本医疗服务实行分级诊疗制度，引导非急诊患者首先到基层医疗卫生机构就诊，实行首诊负责制和转诊审核责

任制，逐步建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的机制，并与基本医疗保险制度相衔接。

县级以上地方人民政府根据本行政区域医疗卫生需求，整合区域内政府举办的医疗卫生资源，因地制宜建立医疗联合体等协同联动的医疗服务合作机制。鼓励社会力量举办的医疗卫生机构参与医疗服务合作机制。

第三十一条 国家推进基层医疗卫生机构实行家庭医生签约服务，建立家庭医生服务团队，与居民签订协议，根据居民健康状况和医疗需求提供基本医疗卫生服务。

第三十二条 公民接受医疗卫生服务，对病情、诊疗方案、医疗风险、医疗费用等事项依法享有知情同意的权利。

需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医疗卫生人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其同意；不能或者不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其同意。法律另有规定的，依照其规定。

开展药物、医疗器械临床试验和其他医学研究应当遵守医学伦理规范，依法通过伦理审查，取得知情同意。

第三十三条 公民接受医疗卫生服务，应当受到尊重。医疗卫生机构、医疗卫生人员应当关心爱护、平等对待患者，尊重患者人格尊严，保护患者隐私。

公民接受医疗卫生服务，应当遵守诊疗制度和医疗卫生服务秩序，

尊重医疗卫生人员。

第三章 医疗卫生机构

第三十四条 国家建立健全由基层医疗卫生机构、医院、专业公共卫生机构等组成的城乡全覆盖、功能互补、连续协同的医疗卫生服务体系。

国家加强县级医院、乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)和专业公共卫生机构等的建设,建立健全农村医疗卫生服务网络和城市社区卫生服务网络。

第三十五条 基层医疗卫生机构主要提供预防、保健、健康教育、疾病管理,为居民建立健康档案,常见病、多发病的诊疗以及部分疾病的康复、护理,接收医院转诊患者,向医院转诊超出自身服务能力的患者等基本医疗卫生服务。

医院主要提供疾病诊治,特别是急危重症和疑难病症的诊疗,突发事件医疗处置和救援以及健康教育等医疗卫生服务,并开展医学教育、医疗卫生人员培训、医学科学研究和对基层医疗卫生机构的业务指导等工作。

专业公共卫生机构主要提供传染病、慢性非传染性疾病、职业病、地方病等疾病预防控制和健康教育、妇幼保健、精神卫生、院前急救、采供血、食品安全风险监测评估、出生缺陷防治等公共卫生服务。

第三十六条 各级各类医疗卫生机构应当分工合作,为公民提供预防、保健、治疗、护理、康复、安宁疗护等全方位全周期的医疗卫

生服务。

各级人民政府采取措施支持医疗卫生机构与养老机构、儿童福利机构、社区组织建立协作机制，为老年人、孤残儿童提供安全、便捷的医疗和健康服务。

第三十七条 县级以上人民政府应当制定并落实医疗卫生服务体系规划，科学配置医疗卫生资源，举办医疗卫生机构，为公民获得基本医疗卫生服务提供保障。

政府举办医疗卫生机构，应当考虑本行政区域人口、经济社会发展状况、医疗卫生资源、健康危险因素、发病率、患病率以及紧急救治需求等情况。

第三十八条 举办医疗机构，应当具备下列条件，按照国家有关规定办理审批或者备案手续：

- (一)有符合规定的名称、组织机构和场所；
- (二)有与其开展的业务相适应的经费、设施、设备和医疗卫生人员；
- (三)有相应的规章制度；
- (四)能够独立承担民事责任；
- (五)法律、行政法规规定的其他条件。

医疗机构依法取得执业许可证。禁止伪造、变造、买卖、出租、出借医疗机构执业许可证。

各级各类医疗卫生机构的具体条件和配置应当符合国务院卫生

健康主管部门制定的医疗卫生机构标准。

第三十九条 国家对医疗卫生机构实行分类管理。

医疗卫生服务体系坚持以非营利性医疗卫生机构为主体、营利性医疗卫生机构为补充。政府举办非营利性医疗卫生机构，在基本医疗卫生事业中发挥主导作用，保障基本医疗卫生服务公平可及。

以政府资金、捐赠资产举办或者参与举办的医疗卫生机构不得设立为营利性医疗卫生机构。

医疗卫生机构不得对外出租、承包医疗科室。非营利性医疗卫生机构不得向出资人、举办者分配或者变相分配收益。

第四十条 政府举办的医疗卫生机构应当坚持公益性质，所有收支均纳入预算管理，按照医疗卫生服务体系规划合理设置并控制规模。

国家鼓励政府举办的医疗卫生机构与社会力量合作举办非营利性医疗卫生机构。

政府举办的医疗卫生机构不得与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构，不得与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构。

第四十一条 国家采取多种措施，鼓励和引导社会力量依法举办医疗卫生机构，支持和规范社会力量举办的医疗卫生机构与政府举办的医疗卫生机构开展多种类型的医疗业务、学科建设、人才培养等合作。

社会力量举办的医疗卫生机构在基本医疗保险定点、重点专科建设、科研教学、等级评审、特定医疗技术准入、医疗卫生人员职称评

定等方面享有与政府举办的医疗卫生机构同等的权利。

社会力量可以选择设立非营利性或者营利性医疗卫生机构。社会力量举办的非营利性医疗卫生机构按照规定享受与政府举办的医疗卫生机构同等的税收、财政补助、用地、用水、用电、用气、用热等政策，并依法接受监督管理。

第四十二条 国家以建成的医疗卫生机构为基础，合理规划与设置国家医学中心和国家、省级区域性医疗中心，诊治疑难重症，研究攻克重大医学难题，培养高层次医疗卫生人才。

第四十三条 医疗卫生机构应当遵守法律、法规、规章，建立健全内部质量管理和控制制度，对医疗卫生服务质量负责。

医疗卫生机构应当按照临床诊疗指南、临床技术操作规范和行业标准以及医学伦理规范等有关要求，合理进行检查、用药、诊疗，加强医疗卫生安全风险防范，优化服务流程，持续改进医疗卫生服务质量。

第四十四条 国家对医疗卫生技术的临床应用进行分类管理，对技术难度大、医疗风险高，服务能力、人员专业技术水平要求较高的医疗卫生技术实行严格管理。

医疗卫生机构开展医疗卫生技术临床应用，应当与其功能任务相适应，遵循科学、安全、规范、有效、经济的原则，并符合伦理。

第四十五条 国家建立权责清晰、管理科学、治理完善、运行高效、监督有力的现代医院管理制度。

医院应当制定章程，建立和完善法人治理结构，提高医疗卫生服务能力和运行效率。

第四十六条 医疗卫生机构执业场所是提供医疗卫生服务的公共场所，任何组织或者个人不得扰乱其秩序。

第四十七条 国家完善医疗风险分担机制，鼓励医疗机构参加医疗责任保险或者建立医疗风险基金，鼓励患者参加医疗意外保险。

第四十八条 国家鼓励医疗卫生机构不断改进预防、保健、诊断、治疗、护理和康复的技术、设备与服务，支持开发适合基层和边远地区应用的医疗卫生技术。

第四十九条 国家推进全民健康信息化，推动健康医疗大数据、人工智能等的应用发展，加快医疗卫生信息基础设施建设，制定健康医疗数据采集、存储、分析和应用的技术标准，运用信息技术促进优质医疗卫生资源的普及与共享。

县级以上人民政府及其有关部门应当采取措施，推进信息技术在医疗卫生领域和医学教育中的应用，支持探索发展医疗卫生服务新模式、新业态。

国家采取措施，推进医疗卫生机构建立健全医疗卫生信息交流和信息安全制度，应用信息技术开展远程医疗服务，构建线上线下一体化医疗服务模式。

第五十条 发生自然灾害、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件等严重威胁人民群众生命健康的突发事件时，医疗卫生机构、医

疗卫生人员应当服从政府部门的调遣，参与卫生应急处置和医疗救治。对致病、致残、死亡的参与人员，按照规定给予工伤或者抚恤、烈士褒扬等相关待遇。

第四章 医疗卫生人员

第五十一条 医疗卫生人员应当弘扬敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆的崇高职业精神，遵守行业规范，恪守医德，努力提高专业水平和服务质量。

医疗卫生行业组织、医疗卫生机构、医学院校应当加强对医疗卫生人员的医德医风教育。

第五十二条 国家制定医疗卫生人员培养规划，建立适应行业特点和社会需求的医疗卫生人员培养机制和供需平衡机制，完善医学院校教育、毕业后教育和继续教育体系，建立健全住院医师、专科医师规范化培训制度，建立规模适宜、结构合理、分布均衡的医疗卫生队伍。

国家加强全科医生的培养和使用。全科医生主要提供常见病、多发病的诊疗和转诊、预防、保健、康复，以及慢性病管理、健康管理等服务。

第五十三条 国家对医师、护士等医疗卫生人员依法实行执业注册制度。医疗卫生人员应当依法取得相应的职业资格。

第五十四条 医疗卫生人员应当遵循医学科学规律，遵守有关临床诊疗技术规范 and 各项操作规范以及医学伦理规范，使用适宜技术和

药物，合理诊疗，因病施治，不得对患者实施过度医疗。

医疗卫生人员不得利用职务之便索要、非法收受财物或者牟取其他不正当利益。

第五十五条 国家建立健全符合医疗卫生行业特点的人事、薪酬、奖励制度，体现医疗卫生人员职业特点和技术劳动价值。

对从事传染病防治、放射医学和精神卫生工作以及其他在特殊岗位工作的医疗卫生人员，应当按照国家规定给予适当的津贴。津贴标准应当定期调整。

第五十六条 国家建立医疗卫生人员定期到基层和艰苦边远地区从事医疗卫生工作制度。

国家采取定向免费培养、对口支援、退休返聘等措施，加强基层和艰苦边远地区医疗卫生队伍建设。

执业医师晋升为副高级技术职称的，应当有累计一年以上在县级以下或者对口支援的医疗卫生机构提供医疗卫生服务的经历。

对在基层和艰苦边远地区工作的医疗卫生人员，在薪酬津贴、职称评定、职业发展、教育培训和表彰奖励等方面实行优惠待遇。

国家加强乡村医疗卫生队伍建设，建立县乡村上下贯通的职业发展机制，完善对乡村医疗卫生人员的服务收入多渠道补助机制和养老政策。

第五十七条 全社会应当关心、尊重医疗卫生人员，维护良好安全的医疗卫生服务秩序，共同构建和谐医患关系。

医疗卫生人员的人身安全、人格尊严不受侵犯，其合法权益受法律保护。禁止任何组织或者个人威胁、危害医疗卫生人员人身安全，侵犯医疗卫生人员人格尊严。

国家采取措施，保障医疗卫生人员执业环境。

第五章 药品供应保障

第五十八条 国家完善药品供应保障制度，建立工作协调机制，保障药品的安全、有效、可及。

第五十九条 国家实施基本药物制度，遴选适当数量的基本药物品种，满足疾病防治基本用药需求。

国家公布基本药物目录，根据药品临床应用实践、药品标准变化、药品新上市情况等，对基本药物目录进行动态调整。

基本药物按照规定优先纳入基本医疗保险药品目录。

国家提高基本药物的供给能力，强化基本药物质量监管，确保基本药物公平可及、合理使用。

第六十条 国家建立健全以临床需求为导向的药品审评审批制度，支持临床急需药品、儿童用药品和防治罕见病、重大疾病等药品的研制、生产，满足疾病防治需求。

第六十一条 国家建立健全药品研制、生产、流通、使用全过程追溯制度，加强药品管理，保证药品质量。

第六十二条 国家建立健全药品价格监测体系，开展成本价格调查，加强药品价格监督检查，依法查处价格垄断、价格欺诈、不正当

竞争等违法行为，维护药品价格秩序。

国家加强药品分类采购管理和指导。参加药品采购投标的投标人不得以低于成本的报价竞标，不得以欺诈、串通投标、滥用市场支配地位等方式竞标。

第六十三条 国家建立中央与地方两级医药储备，用于保障重大灾情、疫情及其他突发事件等应急需要。

第六十四条 国家建立健全药品供求监测体系，及时收集和汇总分析药品供求信息，定期公布药品生产、流通、使用等情况。

第六十五条 国家加强对医疗器械的管理，完善医疗器械的标准和规范，提高医疗器械的安全有效水平。

国务院卫生健康主管部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生健康主管部门应当根据技术的先进性、适宜性和可及性，编制大型医用设备配置规划，促进区域内医用设备合理配置、充分共享。

第六十六条 国家加强中药的保护与发展，充分体现中药的特色和优势，发挥其在预防、保健、医疗、康复中的作用。

第六章 健康促进

第六十七条 各级人民政府应当加强健康教育工作及其专业人才培养，建立健康知识和技能核心信息发布制度，普及健康科学知识，向公众提供科学、准确的健康信息。

医疗卫生、教育、体育、宣传等机构、基层群众性自治组织和社会组织应当开展健康知识的宣传和普及。医疗卫生人员在提供医疗卫

生服务时，应当对患者开展健康教育。新闻媒体应当开展健康知识的公益宣传。健康知识的宣传应当科学、准确。

第六十八条 国家将健康教育纳入国民教育体系。学校应当利用多种形式实施健康教育，普及健康知识、科学健身知识、急救知识和技能，提高学生主动防病的意识，培养学生良好的卫生习惯和健康的行为习惯，减少、改善学生近视、肥胖等不良健康状况。

学校应当按照规定开设体育与健康课程，组织学生开展广播体操、眼保健操、体能锻炼等活动。

学校按照规定配备校医，建立和完善卫生室、保健室等。

县级以上人民政府教育主管部门应当按照规定将学生体质健康水平纳入学校考核体系。

第六十九条 公民是自己健康的第一责任人，树立和践行对自己健康负责的健康管理理念，主动学习健康知识，提高健康素养，加强健康管理。倡导家庭成员相互关爱，形成符合自身和家庭特点的健康生活方式。

公民应当尊重他人的健康权利和利益，不得损害他人健康和社会公共利益。

第七十条 国家组织居民健康状况调查和统计，开展体质监测，对健康绩效进行评估，并根据评估结果制定、完善与健康相关的法律、法规、政策和规划。

第七十一条 国家建立疾病和健康危险因素监测、调查和风险评估

估制度。县级以上人民政府及其有关部门针对影响健康的主要问题，组织开展健康危险因素研究，制定综合防治措施。

国家加强影响健康的环境问题预防和治理，组织开展环境质量对健康影响的研究，采取措施预防和控制与环境问题有关的疾病。

第七十二条 国家大力开展爱国卫生运动，鼓励和支持开展爱国卫生月等群众性卫生与健康活动，依靠和动员群众控制和消除健康危险因素，改善环境卫生状况，建设健康城市、健康村镇、健康社区。

第七十三条 国家建立科学、严格的食品、饮用水安全监督管理制度，提高安全水平。

第七十四条 国家建立营养状况监测制度，实施经济欠发达地区、重点人群营养干预计划，开展未成年人和老年人营养改善行动，倡导健康饮食习惯，减少不健康饮食引起的疾病风险。

第七十五条 国家发展全民健身事业，完善覆盖城乡的全民健身公共服务体系，加强公共体育设施建设，组织开展和支持全民健身活动，加强全民健身指导服务，普及科学健身知识和方法。

国家鼓励单位的体育场地设施向公众开放。

第七十六条 国家制定并实施未成年人、妇女、老年人、残疾人等的健康工作计划，加强重点人群健康服务。

国家推动长期护理保障工作，鼓励发展长期护理保险。

第七十七条 国家完善公共场所卫生管理制度。县级以上人民政府卫生健康等主管部门应当加强对公共场所的卫生监督。公共场所卫

生监督信息应当依法向社会公开。

公共场所经营单位应当建立健全并严格实施卫生管理制度，保证其经营活动持续符合国家对公共场所的卫生要求。

第七十八条 国家采取措施，减少吸烟对公民健康的危害。

公共场所控制吸烟，强化监督执法。

烟草制品包装应当印制带有说明吸烟危害的警示。

禁止向未成年人出售烟酒。

第七十九条 用人单位应当为职工创造有益于健康的环境和条件，严格执行劳动安全卫生等相关规定，积极组织职工开展健身活动，保护职工健康。

国家鼓励用人单位开展职工健康指导工作。

国家提倡用人单位为职工定期开展健康检查。法律、法规对健康检查有规定的，依照其规定。

第七章 资金保障

第八十条 各级人民政府应当切实履行发展医疗卫生与健康事业的职责，建立与经济社会发展、财政状况和健康指标相适应的医疗卫生与健康事业投入机制，将医疗卫生与健康促进经费纳入本级政府预算，按照规定主要用于保障基本医疗服务、公共卫生服务、基本医疗保障和政府举办的医疗卫生机构建设和运行发展。

第八十一条 县级以上人民政府通过预算、审计、监督执法、社会监督等方式，加强资金的监督管理。

第八十二条 基本医疗服务费用主要由基本医疗保险基金和个人支付。国家依法多渠道筹集基本医疗保险基金，逐步完善基本医疗保险可持续筹资和保障水平调整机制。

公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务。用人单位和职工按照国家规定缴纳职工基本医疗保险费。城乡居民按照规定缴纳城乡居民基本医疗保险费。

第八十三条 国家建立以基本医疗保险为主体，商业健康保险、医疗救助、职工互助医疗和医疗慈善服务等为补充的、多层次的医疗保障体系。

国家鼓励发展商业健康保险，满足人民群众多样化健康保障需求。

国家完善医疗救助制度，保障符合条件的困难群众获得基本医疗服务。

第八十四条 国家建立健全基本医疗保险经办机构与协议定点医疗卫生机构之间的协商谈判机制，科学合理确定基本医疗保险基金支付标准和支付方式，引导医疗卫生机构合理诊疗，促进患者有序流动，提高基本医疗保险基金使用效益。

第八十五条 基本医疗保险基金支付范围由国务院医疗保障主管部门组织制定，并应当听取国务院卫生健康主管部门、中医药主管部门、药品监督管理部门、财政部门等的意见。

省、自治区、直辖市人民政府可以按照国家有关规定，补充确定本行政区域基本医疗保险基金支付的具体项目和标准，并报国务院医

疗保障主管部门备案。

国务院医疗保障主管部门应当对纳入支付范围的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准等组织开展循证医学和经济性评价，并应当听取国务院卫生健康主管部门、中医药主管部门、药品监督管理部门、财政部门等有关方面的意见。评价结果应当作为调整基本医疗保险基金支付范围的依据。

第八章 监督管理

第八十六条 国家建立健全机构自治、行业自律、政府监管、社会监督相结合的医疗卫生综合监督管理体系。

县级以上人民政府卫生健康主管部门对医疗卫生行业实行属地化、全行业监督管理。

第八十七条 县级以上人民政府医疗保障主管部门应当提高医疗保障监管能力和水平，对纳入基本医疗保险基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用加强监督管理，确保基本医疗保险基金合理使用、安全可控。

第八十八条 县级以上人民政府应当组织卫生健康、医疗保障、药品监督管理、发展改革、财政等部门建立沟通协商机制，加强制度衔接和工作配合，提高医疗卫生资源使用效率和保障水平。

第八十九条 县级以上人民政府应当定期向本级人民代表大会或者其常务委员会报告基本医疗卫生与健康促进工作，依法接受监督。

第九十条 县级以上人民政府有关部门未履行医疗卫生与健康促

进工作相关职责的，本级人民政府或者上级人民政府有关部门应当对其主要负责人进行约谈。

地方人民政府未履行医疗卫生与健康促进工作相关职责的，上级人民政府应当对其主要负责人进行约谈。

被约谈的部门和地方人民政府应当立即采取措施，进行整改。

约谈情况和整改情况应当纳入有关部门和地方人民政府工作评议、考核记录。

第九十一条 县级以上地方人民政府卫生健康主管部门应当建立医疗卫生机构绩效评估制度，组织对医疗卫生机构的服务质量、医疗技术、药品和医用设备使用等情况进行评估。评估应当吸收行业组织和公众参与。评估结果应当以适当方式向社会公开，作为评价医疗卫生机构和卫生监管的重要依据。

第九十二条 国家保护公民个人健康信息，确保公民个人健康信息安全。任何组织或者个人不得非法收集、使用、加工、传输公民个人健康信息，不得非法买卖、提供或者公开公民个人健康信息。

第九十三条 县级以上人民政府卫生健康主管部门、医疗保障主管部门应当建立医疗卫生机构、人员等信用记录制度，纳入全国信用信息共享平台，按照国家规定实施联合惩戒。

第九十四条 县级以上地方人民政府卫生健康主管部门及其委托的卫生健康监督机构，依法开展本行政区域医疗卫生等行政执法工作。

第九十五条 县级以上人民政府卫生健康主管部门应当积极培育

医疗卫生行业组织，发挥其在医疗卫生与健康促进工作中的作用，支持其参与行业管理规范、技术标准制定和医疗卫生评价、评估、评审等工作。

第九十六条 国家建立医疗纠纷预防和处理机制，妥善处理医疗纠纷，维护医疗秩序。

第九十七条 国家鼓励公民、法人和其他组织对医疗卫生与健康促进工作进行社会监督。

任何组织和个人对违反本法规定的行为，有权向县级以上人民政府卫生健康主管部门和其他有关部门投诉、举报。

第九章 法律责任

第九十八条 违反本法规定，地方各级人民政府、县级以上人民政府卫生健康主管部门和其他有关部门，滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第九十九条 违反本法规定，未取得医疗机构执业许可证擅自执业的，由县级以上人民政府卫生健康主管部门责令停止执业活动，没收违法所得和药品、医疗器械，并处违法所得五倍以上二十倍以下的罚款，违法所得不足一万元的，按一万元计算。

违反本法规定，伪造、变造、买卖、出租、出借医疗机构执业许可证的，由县级以上人民政府卫生健康主管部门责令改正，没收违法所得，并处违法所得五倍以上十五倍以下的罚款，违法所得不足一万元的，按一万元计算；情节严重的，吊销医疗机构执业许可证。

第一百条 违反本法规定，有下列行为之一的，由县级以上人民政府卫生健康主管部门责令改正，没收违法所得，并处违法所得二倍以上十倍以下的罚款，违法所得不足一万元的，按一万元计算；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

(一) 政府举办的医疗卫生机构与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构；

(二) 医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；

(三) 非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或者变相分配收益。

第一百零一条 违反本法规定，医疗卫生机构等的医疗信息安全制度、保障措施不健全，导致医疗信息泄露，或者医疗质量管理和医疗技术管理制度、安全措施不健全的，由县级以上人民政府卫生健康等主管部门责令改正，给予警告，并处一万元以上五万元以下的罚款；情节严重的，可以责令停止相应执业活动，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法追究法律责任。

第一百零二条 违反本法规定，医疗卫生人员有下列行为之一的，由县级以上人民政府卫生健康主管部门依照有关执业医师、护士管理和医疗纠纷预防处理等法律、行政法规的规定给予行政处罚：

(一) 利用职务之便索要、非法收受财物或者牟取其他不正当利益；

(二) 泄露公民个人健康信息；

(三)在开展医学研究或提供医疗卫生服务过程中未按照规定履行告知义务或者违反医学伦理规范。

前款规定的人员属于政府举办的医疗卫生机构中的人员的,依法给予处分。

第一百零三条 违反本法规定,参加药品采购投标的投标人以低于成本的报价竞标,或者以欺诈、串通投标、滥用市场支配地位等方式竞标的,由县级以上人民政府医疗保障主管部门责令改正,没收违法所得;中标的,中标无效,处中标项目金额千分之五以上千分之十以下的罚款,对法定代表人、主要负责人、直接负责的主管人员和其他责任人员处对单位罚款数额百分之五以上百分之十以下的罚款;情节严重的,取消其二年至五年内参加药品采购投标的资格并予以公告。

第一百零四条 违反本法规定,以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇,或者基本医疗保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险基金支出的,由县级以上人民政府医疗保障主管部门依照有关社会保险的法律、行政法规规定给予行政处罚。

第一百零五条 违反本法规定,扰乱医疗卫生机构执业场所秩序,威胁、危害医疗卫生人员人身安全,侵犯医疗卫生人员人格尊严,非法收集、使用、加工、传输公民个人健康信息,非法买卖、提供或者公开公民个人健康信息等,构成违反治安管理行为的,依法给予治安管理处罚。

第一百零六条 违反本法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任；造成人身、财产损害的，依法承担民事责任。

第十章 附则

第一百零七条 本法中下列用语的含义：

(一)主要健康指标，是指人均预期寿命、孕产妇死亡率、婴儿死亡率、五岁以下儿童死亡率等。

(二)医疗卫生机构，是指基层医疗卫生机构、医院和专业公共卫生机构等。

(三)基层医疗卫生机构，是指乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)、村卫生室、医务室、门诊部和诊所等。

(四)专业公共卫生机构，是指疾病预防控制中心、专科疾病防治机构、健康教育机构、急救中心(站)和血站等。

(五)医疗卫生人员，是指执业医师、执业助理医师、注册护士、药师(士)、检验技师(士)、影像技师(士)和乡村医生等卫生专业人员。

(六)基本药物，是指满足疾病防治基本用药需求，适应现阶段基本国情和保障能力，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，可公平获得的药品。

第一百零八条 省、自治区、直辖市和设区的市、自治州可以结合实际，制定本地方发展医疗卫生与健康事业的具体办法。

第一百零九条 中国人民解放军和中国人民武装警察部队的医疗卫生与健康促进工作，由国务院和中央军事委员会依照本法制定管理

办法。

第一百一十条 本法自 2020 年 6 月 1 日起施行。

[【返回目录】](#)

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