

北京大学医学部

全国人大代表、政协委员参政议政资料汇编

(2017 年)

北京大学医学部统战部

2017 年 3 月

前 言

2017年3月，全国人大会议和政协会议在北京召开。北京大学医学部两会代表委员认真履行职责，参政议政，针对公立医院改革、公共场所禁烟等领域的相关问题积极建言献策，在大会发言并提出建议、提案等27份。我们将这些代表委员的建议、提案、发言汇编成册，以作为宝贵的历史资料保存。

医学部党委统战部

2017年3月

目 录

全国政协委员篇

关于农业转移人口市民化的几点意见	马大龙/ 1
关于烟草行业政企分开的建议	柯 杨/ 4
关于请国务院尽快颁布《公共场所控制吸烟条例》的建议	柯 杨/ 6
关于规定国内烟包采用全警示图形包装的建议	柯 杨/ 8
关于进一步提高卷烟制品税率和价格的建议	柯 杨/11
谈“分级诊疗”：北大医院 300 多万门诊量 我希望能减少三分之一 ..	刘玉村/13
点准“穴位”才能疏通分级诊疗的“经络”	刘玉村/15
推动全面无烟，实现全民小康	李立明/16
关于将孤独症筛查纳入国家基本公共卫生服务项目的建议	吴 明/18
关于成立中华儿科医学会，为儿科学人才搭建平台的建议	丁 洁/20
关于组建罕见病专门办公机构的建议	丁 洁/22
关于尽快成立中华医学会罕见病专科分会的建议	丁 洁/25
固本清源，建立以“独立院前型”急救中心（站）为主体的国家院前医疗急救体系	霍 勇/28
加强健康传播的规范化管理	霍 勇/31
将血脂管理纳入国家基本公共卫生服务项目高血压、糖尿病的管理中，提高心脑血管疾病管理质量、以有效防控心脑血管疾病、降低早死率	霍 勇/34
以医生集团为抓手，促进分级诊疗与医生多点执业	霍 勇/36
中国专科医师培训制度中需要加强配套政策支持的提案	霍 勇/37

落实医改政策 继续探索创新.....	陈仲强/39
关于重视和扶持康复医学人才培养的提案.....	高 炜/41
心脑血管病等慢病康复应成为做实医联体的着力点.....	高 炜/43
落实《中国口腔医学本科教育标准》，规范口腔医学本科生招生.....	俞光岩/45
整肃不良医疗广告，净化医疗广告市场.....	俞光岩/47
种口牙等于买辆宝马？.....	林 野/48
全国人大代表篇	
合理配置医疗保障资源， 重视向疾病预防和疾病晚期照顾延伸的建议..... 顾 晋/52
关于修改《中华人民共和国母婴保健法》， 明确我国助产士执业地位的议案 顾 晋/54
关于国务院尽快颁布《公共场所控制吸烟条例》的建议.....	顾 晋/56
进一步发挥医疗科技创新在社会发展和经济建设中的作用.....	刘忠军/59
附件：医学部全国政协委员、人大代表提案、建议、发言一览表	

全国政协委员篇

关于农业转移人口市民化的几点意见

全国政协常委 北京大学人类疾病基因研究中心主任 马大龙

2014 年国务院颁布的《关于进一步推进户籍改革的意见》提出，取消农业户口与非农业户口性质区分和由此衍生的蓝印户口，统一登记为居民户口；到 2020 年全国努力实现 1 亿左右农业转移人口在城镇定居落户。2016 年 9 月，国务院办公厅颁发了《推动 1 亿非户籍人口在城市落户方案》，进一步明确了总体要求、基本原则、主要目标和具体措施及其牵头单位。目前，全国各省市均已出台户籍制度改革方案，普遍取消农业户口与非农业户口性质区分，同时提出要完善本地区的居住证制度，建立、推进积分落户政策。这一政策的实施，将对我国户籍制度改革产生重大深远的影响。但目前从我们今年调研结果分析，由于当前面临经济下行压力加大、农民工就业不稳定、地方财政吃紧、土地制度改革滞后、农民城镇落户意愿不强、公共服务缺口大等诸多因素叠加，在短时间内实现较大规模的“农转非”可能会带来一些问题，值得警惕。

1. 各省份近期出台的户籍制度改革方案，多数设定了“农转非”的量化指标，仅根据 16 个省公布的到 2020 年农业人口落户城镇人数(广东 1300 万、山东 1000 万、河南 1000 万、河北 1000 万、陕西 1000 万、四川 800 万、广西 600 万、湖北 500 万、内蒙 400 万、山西 360 万、贵州 300 万、辽宁 300 万、吉林 200 万、新疆 135 万、海南 80 万、青海 40 万)就达到 9015 万，如果加上其他省市数字，可能会大幅度超过全国 1 亿农业人口落户的指标。这样大规模，短时间的农业人口市民化是是否能够按期真正实现值得商榷，是否会对社会稳定带来冲击也需要关注。此外，从经济层面来看，据中国社科院发布的《中国农业转移人口市民化进程报告》测算，目前我国农业转移人口市民化的人均公共成本约为 13 万元。照此推算，仅这 16 个省就需要公共财政支出约 11.7 万亿元，在未来几年经济下行压力加大的情况下，如何落实农业转移人口公共服务支出是摆在面前的关键问题。

2. 调研结果表明，农业流动人口落户中小城市的意愿并不高，大部分人“不愿回农村、不想转户口”。而北上广等特大城市由于控制人口，均设定了很高的

落户门槛，让广大农民工望洋兴叹。如何真正实现农业流动人口自觉自愿地到广大的中小城市落户，是摆在地方政府的一道难题，需要大量的基础性工作，单靠行政命令和层层下指标是行不通的。

3. 根据公安部近期数据，自 2016 年 1 月 1 日《居住证暂行条例》施行以来，全国 25 个省区市出台了贯彻实施办法。2016 年全年共发放居住证 2890 余万张，取得重要进展，但仍存在覆盖率偏低，各地进度不一的问题。此外，调研中发现，各地有相当比例的流动人口，虽然实际居住半年以上，但不符合有合法稳定就业、合法稳定住所、连续就读的条件之一，如没有与企业签订劳动合同，在居民自住房租住等，被排斥在居住证制度之外，不利于城市管理。

3. 出于社会稳定考虑，现阶段户籍改革规定，“不得以退出土地承包权、宅基地使用权、集体收益分配权（三权）作为农民进城落户的条件”，在“三权”有偿退出渠道不畅的条件下，上亿的“农转非”人口既享受城市户籍人口的公共福利，又享受农村的“三权”，容易形成新的社会不平等，造成城市和农村中新的社会矛盾，也不利于农业现代化和集约化生产。

建议如下：

1. 建议中央政府统筹分析指导各省市根据自身经济社会发展结构，实事求是地设定农业人口市民化的目标和时间表，对农业人口市民化的成本进行基本预判，在地区发展、产业布局、财政转移支付、公共服务建设等方面进行顶层设计，量力而行。避免急功近利、层层压指标、人为推高城镇化率数字。按照国务院《推动 1 亿非户籍人口在城市落户方案》第十八条提出强化专项检查的要求，建议中央政府在强化督导检查力度时，特别要重点检查农业人口市民化公共服务全覆盖情况，减少城镇化率的水分。

2. 从中国国情出发，户籍改革是一个长期复杂的过程，需要与其他各方面的综合改革配套和衔接，特别是土地、社保、教育、医疗、住房、养老等制度的改革；需要与经济、社会、文化发展同步，上亿农民的真正融入城市化可能需要几代人的时间，不应急于求成。与户籍制度改革相比较，目前应更加重点地推进作为户籍制度改革过渡阶段的居住证制度，建议进一步放宽居住证发放条件，争取常住流动人口居住证的全覆盖，并结合各地实际条件，逐步扩大居住证持有人的公共福利和社会权益，增加“含金量”和“吸引力”，为农业人口的真正市民化

创造条件。建议中央政府发文，要求各地出台新的城市公共服务项目时，不再与城镇户籍挂钩，尽量全覆盖本地常住人口，逐步剥离户籍附加的福利，还原其人口登记和管理的职能。

3. 加快推进土地制度改革，推进农业转移人口自愿有偿退出“三权”的改革，在政策层面，应优先对退出“三权”的农业转移人口办理城镇落户手续。

4. 随着我国农村经济社会文化生态的发展，少数城里人到乡村落户的所谓“逆城市化”现象已经出现，这应该看作是社会进步的表现，并出台政策加以鼓励。例如，可以探索农业转移人口“三权”，特别是宅基地使用权与“非转农”人口的城市住房置换政策，建立人口双向流动机制。

关于烟草行业政企分开的建议

全国政协委员 北京大学常务副校长 柯杨

案由：

我国现行烟草专卖体制是国家烟草专卖局、中国烟草总公司实行一个班子两块牌子、政企合一的体制。国家烟草专卖局一直集行政权力和雄厚财力于一身，也不符合政企分开改革原则，严重阻挠我国的控烟履约，给中国控烟在国内外带来了极大负面影响。从 1994 年至今，全国几乎所有国有企业逐一实现政企分开，目前只有此一家。党的十八以来已多次重申要深入推进政企分开的决心。全国两会连续 13 年提案要求烟草业政企分开，至今毫无声息。

现状：

1、落后的政企合一的体制已成为中国控烟的最大障碍。烟草危害是当今世界最严重的公共卫生问题之一。中国是世界上最大的烟草生产国、消费国，每年有超过 140 万人死于吸烟相关疾病。积极履行 WHO《烟草控制框架公约》（以下简称《公约》）能够挽救生命。根据《公约》5.3 条规定，缔约方有责任保证烟草控制免受烟草业的干扰。2008 年 11 月 17-22 日在南非德班召开的第三次缔约方会议通过的针对 5.3 条的准则明确规定，“像对待其它烟草业一样对待国有烟草公司，……缔约方应保证制定和实施烟草控制政策的部门与对烟草企业的监督或管理部门分隔开来；……缔约方应保证国有烟草公司的代表不能成为代表团的任何一部分成员，参加缔约方会议，其下属机构或任何其它根据缔约方会议决定成立机构的任何会议……”。《公约》于 2006 年 1 月 9 日起在我国正式生效，但近十年来我国烟草业政企合一的体制却严重阻碍了《公约》的履行。因为国家烟草专卖局和烟草总公司行使双面职能，不可避免会维护烟草企业利益：在政企合一的体制下，管理烟草行业的政府部门利用国家公权力来为烟草企业谋取更大的发展空间，使烟草企业得以挟行政权力和雄厚财力于一身，置公众健康于不顾，阻碍控烟履约，扩大烟草产销。如制造“低焦油、低危害”的中式卷烟的骗局，阻碍在烟草制品包装上采用最有效的图形健康警示，阻碍全面禁止烟草广告、促销和赞助立法等等，以致 10 年来我国卷烟产销量不降反升，2014 年卷烟产销量比 2005 年增加近 35%。

2、烟草业政企合一的垄断体制与党的十八大深化改革的精神相悖。政企合一一体制不符合市场经济的发展规律。自 1994 年党的十四大以来，党中央、国务院三令五申实施政企分开，故而我国绝大多数行业都已成功实现了政企分开。近年随着铁道部政企分开、盐业体制改革，烟草企业是目前唯一没有列入改革议程的、有国家法律法规明确规定的垄断行业。国家烟草专卖局政企不分的体制不符合党的十六大、十七大及十八大关于深化行政管理体制改革、政企分开的精神，不利于政府职能转变，不利于中国控烟履约。

3、烟草业政企不分严重影响了我国政府的公信力。尽管我国政府承诺履行《公约》，但作为政府部门的烟草专卖局却将烟草业的利益放在第一位，干扰控烟工作，在国内外造成中国政府言行不一的后果，严重影响我国负责任大国的形象。烟草业政企不分使得中国政府成为全球最大的烟草商。大量事实也表明，缺乏监管的政企合一体制极易滋生腐败。在烟草企业中每年都可以看到大量的腐败案件，且可能还有更严重的腐败没有揭露出来。而政企合一最大的受益者应该就是既得利益者本身，是那些不愿意推进改革的人们。

建议：

1、国家烟草专卖局与中国烟草总公司尽快实行政企分开，并严格规范其各自的职能。

2、建议将国家烟草专卖局更名为烟草监督管理局，监督《公约》履行、监管烟草企业行为职责，推动我国的控烟履约进程。

3、烟草行业回归市场经济，按企业自行运作。

4、国务院应根据《公约》5.3 条的规定，在新的体制建立前，国家烟草专卖局应退出国家履约部际协调小组，不得参与控烟履约政策的制定，禁止其参加缔约方会议。

关于请国务院尽快颁布《公共场所控制吸烟条例》的建议

全国政协委员 北京大学常务副校长 柯杨

案由：

2005年全国人大常委会批准世界卫生组织《烟草控制框架公约》（以下简称《公约》），按照公约规定，缔约方应在5年内实施对无烟环境立法，但公约在我国正式生效已11年，至今尚未颁发全国性公共场所控烟法律或法规。

国务院法制办将《公共场所控制吸烟条例》纳入2016年立法计划。2014年10月在网上公布由国家卫生计生委起草的《公共场所控制吸烟条例》并在社会上公开征求意见，至今已27个月，2016年也未见发布。据了解有不同利益诉求进行干扰。

现状：

1、烟草危害健康并已成为导致我国慢性病攀升的重要因素。众所周知，烟草有害并可导致多种疾病已成为社会共识，也是我国面临的最大的公共卫生问题。目前我国是全球最大的烟草生产国、消费国和受害国，有烟民3亿以上，还有7.4亿人口受到“二手烟”的危害，每年死于吸烟相关疾病的人数高达140万人。“保护人民健康”是宪法赋予政府的责任，也是《公约》对缔约方的要求。

2、没有全民健康就没有全面小康是我国政府的工作目标，“全面推行公共场所禁烟”目标尚未实现。在2011年我国制定颁发的《十二五规划纲要》中将“全面推进公共场所禁烟”，国家履约8部委小组制定的《中国烟草控制规划2012—2015年》明确提出，“对室内公共场所、室内工作场所和公共交通工具全面推行禁烟”。《公共场所控制吸烟条例》也纳入2016年立法计划，但2016年已过去了，至今毫无信息，不知何故。值得忧虑的是，根据2015年中国成人烟草调查监测数据显示：与2010年相比，中国吸烟人数增加了1600万，在室内工作场所、公共场所、公共交通工具、居民家中的二手烟暴露率虽有下降，但仍有54.3%的人在场所暴露于二手烟；餐馆、酒吧、夜总会一类公共场所，二手烟暴露仍高达76%—93%。

3、18个城市地方立法初见成效，获得公众普遍支持公共场所禁烟。近几年来，已有京、沪、广、深圳18个城市公共场所无烟立法，尤其是北京公共场所

禁烟立法获得国内外一致好评，通过一年的实施，仍有高达九成以上的公众支持。广大公众对二手烟危害的认识与自我保护意识有了明显提高。据中国控制吸烟协会调查，高达 96.84%的吸烟者和 97.57%的非吸烟者支持“室内全面禁烟”。

4、各国都在为保护公民健康、预防疾病、避免烟草烟雾方面采取行动。截止目前全球已有 120 个国家颁布并实施无烟法规。在金砖五国中，中国是唯一一个没有国家级无烟立法的国家。如再拖延，有损我国负责任大国的形象。

建议：

国务院法制办要排除干扰，将人民健康利益为唯一标准，尽快颁发并实施《公共场所控制吸烟条例》。

关于规定国内烟包采用全警示图形包装的建议

全国政协委员 北京大学常务副校长 柯杨

案由：

烟草使用危害人民健康导致多种疾病。世界卫生组织《烟草控制框架公约》（以下简称《公约》）第 11 条及其实施准则要求，在烟盒包装上印制大而明确的、说明烟草使用有害后果的健康警示图形和文字。2005 年全国人大常委会已批准《公约》，已在我国生效 11 年。按照对缔约方的要求，我国应该采取强有力的措施。目前全球已有 105 个国家和地区（包括我国香港、澳门特区和台湾地区）的法律规定，要求在烟盒包装上印制烟草危害的警示图案。我国烟盒包装精美，不仅没有采用警示图片，而且漂亮的包装已成为烟草宣传的手段。国家烟草专卖局应以人民健康为重，尽快要求在国内销售的卷烟采用全警示图形包装。

现状：

1、告知烟草危害是政府的职责和履约要求。烟草危害是当今世界最严重的公共卫生问题之一。采用最有效的方式告知公民烟草危害，保护生命是政府的职责。我国现有吸烟者 3.16 亿，在过去的 15 年间，我国男性 40 到 79 岁年龄段归因于烟草的死亡比例增加了一倍。2005 年全国人大常委会批准在我国生效的《公约》第 11 条及其实施准则明确规定烟包的图形警示应当是“大而明确、醒目和清晰的”。因此，我国政府有义务也有责任按照《公约》要求，认真、全面地履行《公约》。

2、图形警示是告知烟害远离烟草最有效的手段，尤其是对青少年。国际控烟经验证明，烟包采用图形警示是最有效的警示烟草有害并且远离烟草的措施，可消除卷烟包装的广告作用，降低“吸引力”，特别是对女性以及青少年的诱惑；能够清晰、明确地将使用烟草的健康风险传递给公众，即使文化程度较低的公众也能清晰地了解吸烟对健康的伤害；如印上真实、震撼的疾病图形警示，不仅可警示民众减少烟草消费，而且可以改变作为礼品的旧习俗，也有利于杜绝公款消费烟草制品，有利于提高吸烟者戒烟意愿。2014 年中国卷烟年产量约为 1305 亿盒。如果国家将图形警示印上烟包的正反面，就等于印发 2610 亿份免费的健康教育宣传画或烟草危害告知书。这种烟害教育无论是普及广度和频度超过任何一

种传播媒介。

3、采用图形警示已是世界各国共识和行动。目前，全球已有 105 个国家和地区强制实施烟包图形警示，其中超过 60 个国家图形警示面积大于 50%，最大的已达到烟盒正反面的 90%。2012 年，澳大利亚率先采用了全警示包装，爱尔兰、匈牙利、英国、法国已在 2015 年通过全警示包装立法，并于 2016 年实施。同为“金砖五国”，唯有我国没有采用图形警示。在中国周边，几乎所有的国家都采用了图形警示。在我国的港澳台也都采用了图形警示。

4、我国的烟包上仅使用文字警句是远远不够的，且仅占烟盒正面和背面的 30% 面积，与《公约》要求甚远。国家烟草专卖局以图形警示会“完全破坏原来包装设计上具有正向价值的文化和审美内容”为由，长期抵制图形警示印上烟包，但是同属中华文化的台湾、香港、澳门，都已使用图形警示，为我们提供了例证。但是中国出口到其他国家的卷烟都已按《公约》和销往国政府的要求，印上了肺癌、烂牙等吸烟危害的图形警示（附实物照片）。这种“内外有别”的做法是烟草专卖局无视国内公众健康又一例证，是对消费者知情权的侵犯，也是对其健康权益的损害。所谓“文化不同”只是烟草业抵制图形警示的一种策略，这不符合健康理念和健康政策。由于烟草专卖局迟迟不愿行动，致使控烟最有效的控烟举措没有实施。

5、精美包装的烟盒已成为烟草公司进行广告宣传的最佳手段。专家指出：“中国大陆是世界上烟盒最漂亮的国家和地区之一”，大多数中国的烟盒上，使用名山、大川、文化古迹甚至把“中华”、“中南海”、“人民大会堂”作为商标，不仅对吸烟者有吸引力，也是对国家名胜古迹的冒犯。无论是在烟草专卖店里，还是在售卖卷烟的便利店里，也或是吸烟者吸烟时，包装精美的烟盒都无时无刻不在为烟草做宣传。而这种宣传对于不吸烟者，特别是对于青少年的影响是显而易见的。采用全警示包装将削弱烟草业将包装用作推销工具，提高包装上警告的有效性，遏制包装的欺骗，减少烟草使用。

6、我国公众普遍支持警示图形上烟包。据对全国 31 省市参观“警示图形烟包巡展”的约 500 万观众统计，85% 以上的参观者（包括吸烟者）支持图形警示上烟包。

7、烟草专卖局必须贯彻执行党中央、国务院关于建设健康中国的决定。习

近平总书记最近明确指出，要把人民健康放在优先发展的战略地位，以普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业为重点，加快推进健康中国建设，努力全方位、全周期保障人民健康，把健康融入所有政策。烟草专卖局应深刻领会并贯彻执行。

建议：

1、国务院责成工信部、国家质检总局、国家工商总局、国家烟草专卖局，尽快制定关于警示图形上烟包的规定，对所有卷烟制品采用全警示包装，同时修改《烟草专卖法》和相关法规、规章的有关条款。

2、按《公约》第 5.3 条规定在制定和实施烟草控制方面的公共卫生政策时，各缔约方应根据国家法律采取行动，防止这些政策受烟草业的商业和其他既得利益的影响。而我国烟草总公司却负责制定烟盒包装的政策，因此强烈建议：取缔国家烟草专卖局负责烟草包装图形警示的资格，烟草制品包装上的图形警示内容应由卫生计生委组织专家制定；技术标准由国家质检总局负责。由工信部责成并监督国家烟草专卖局（中国烟草总公司）执行。

关于进一步提高卷烟制品税率和价格的建议

全国政协委员 北京大学常务副校长 柯杨

案由：

烟草使用危害人民健康导致多种疾病，并带来的巨大的社会经济负担。提高烟草税和价格是世界公认的最有效的控烟措施之一。2015年5月经国务院批准提高卷烟消费税后，不仅国家财政增收，也实现卷烟销量下降。目前我国卷烟税负水平约为58%，距离世卫组织提出的75%以上的要求，还有很大上升空间。

现状：

1、我国卷烟销量占全球总量的40%，现有吸烟人数超过3亿，遭受二手烟危害的人数高达7.4亿。每年死于吸烟相关疾病的人数140万以上，给我国社会经济带来沉重负担。

2、《公约》指出，提高烟草税价是一项最有效的控烟措施。各国实践表明，卷烟零售价每上涨10%，会引起卷烟消费量下降4%左右。日前世界卫生组织发表的一份《烟草和烟草控制经济学》报告指出，控烟并不影响经济，实行烟草税收和价格上涨等控烟政策，不仅可为政府带来大量收入，还可大幅减少烟草使用，维护人民健康，防范癌症和心脏病等诸多疾病。世卫组织2016年的一项研究结果也指出，若所有国家将每包卷烟消费税提高约0.8美元，全球每年卷烟消费税收入就可增加47%，即1400亿美元。此外，采取这一增税措施后，卷烟零售价格平均将上升42%，吸烟率下降9%，成年吸烟人数减少6600万人。我国的实践证明也行之有效。2015年提高烟草税后终端零售环节的卷烟平均价格比上年提高11%。结果2015年全国卷烟销量比上年下降了2.35%，但是财政收入增加919亿，实现控烟、减少烟草消费和政府财政增收的三赢的局面。

3、按照《公约》要求，我国烟草税负和卷烟价格仍然偏低。据国家税务局测算，2015年提高烟草税后，卷烟税约为零售价的58%，距离世界卫生组织建议的75%以上还有很大距离，还有很大提升空间。近年来，我国周边国家为控制吸烟都在不断地提高烟草税率，如烟草税负水平泰国为79%，印度为72%，新加坡为64%，日本为61%。

建议：

1、进一步提高烟草消费税税价。在 2015 年提税的基础上，将烟草税负提高到占零售价的 65%。今后每年根据物价指数变动和居民收入增加程度，定期调整卷烟消费税率。

2、逐步建立完善“税价联动”机制。烟草专卖局必须转变观念，承担社会责任，积极履行公约要求，积极主动配合并支持国家财税部门提高卷烟税价，不断提高卷烟消费税率的同时，提高卷烟零售价格，促使低收入者和青少年远离烟草，达到以税控烟的目的。

3、将新增烟草税的一部分用于烟草控制和支持健康促进事业，包括无烟环境创建、戒烟帮助、控烟教育以及烟草产业替代等。

谈“分级诊疗”：

北大医院 300 多万门诊量 我希望能减少三分之一

全国政协委员 医学部党委书记 刘玉村

“病人治疗高血压为啥非要跑到别的地方？在社区医院拿点药就好。假如需要取的药社区医院没有，便是供给侧改革没有做好。社区医院建得好，值得病人相信的医生多，病人就会选择在这里看病。”

全国政协委员、北京大学医学部党委书记刘玉村在接受央广网记者采访时表示，医疗改革应在供给侧发力，提高基层医院医疗服务水平。大医院的门诊量应该减少，让重病患者得到更及时有效的治疗，享受更舒适的治疗环境。

“比如北大医院 300 多万门诊量，我希望能减少三分之一。”曾经担任北京大学第一医院院长十年的刘玉村说。

减少大医院门诊量 避免患者“痛上加痛”

刘玉村认为，大医院门诊量减少，可为医护人员减轻压力，投入更多精力照顾重病患者，让病人有更好的就医体验。

“病人看一次病，心里一定要痛快，不能看病还要背负特别大的负担，造成痛上加痛。如果看一个病人的时间可以达到 15 分钟，病人的体验就会好很多。如果症状严重的患者只来了 3—5 分钟，便被告知吃点儿药就行，病人的感受肯定不会好。”在刘玉村看来，大医院门诊的舒适度、隐蔽性和隐私性等都会随着门诊量减少而有所改善。

“如果三分之一的客流被分走，医院成本如何保障？”刘玉村回应记者，大医院要加强供给侧改革，及时进行灵活调整。对于国家医改政策，大医院要做好表率，要有定力。

在刘玉村看来，医院文化是大医院需要抓好的重要环节。刘玉村以北大第一医院为例：“作为医疗系统“国家队”的领头单位，我们强调“厚德尚道”精神，做水准原点，做人做事要成为标准。”刘玉村还认为，在做好文化的基础上，要保证医护人员待遇，把“两只手”用好，医院才能良好运行。

“分级诊疗”应在供给侧发力

“小病进社区、大病进医院”的“分级诊疗”制度如何发力？刘玉村认为，

对于政府部门来说，要考虑投入和产出效益问题，要清晰认识到在哪个环节上发力效果最好。相关部门可通过医保，再加上一定行政手段，向适应需求端推进。同时，政府部门要加大供给侧改革力度，如建足够的医院，培养更多、更让病人信任的医生等。

社区医院方面，要提高医疗服务水平，保证患者在社区开完“单子”后，能够就近取药。同时要提供更好的服务，让百姓自愿选择社区医院治疗。“如果强制百姓做什么，百姓们肯定会有疑虑。要采取措施，让大家心情舒畅地接受。”刘玉村说。

重病治疗应“切块”分类 制定统一价格

“看病就医这件事儿，如果你做的越细，越达不到预期的效果。我认为应该大胆一点，用切块的形式来做。”刘玉村建议，应调整医疗服务价格，按组分类疾病，统一定价。

“同种疾病的检查费可能不同，但其它费用都是固定的，治疗同种疾病应该统一价格标准。然而目前的现状是，同一个病人在不同医院的看病价格不尽相同。为什么？这与医院的文化、管理等方面的差异有关。”

刘玉村建议，政府应根据同种疾病在同类型医院的治疗费用平均水平，制定出统一价格标准。“患者不管在哪个大医院治，都给这么多钱。医院必须在固定价格范围内保质保量地治好病人。如此，每个医院都会加强管理、提高效率、降低成本，倒逼医院改革升级。”

点准“穴位”才能疏通分级诊疗的“经络”

全国政协委员 医学部党委书记 刘玉村

分级诊疗，简单讲就是为患者设定合理的诊疗流程，使其得到适宜诊疗照顾的最佳途径。现在看来，这条途径还不那么畅通。

怎么办？西医出身的全国政协委员、北京大学医学部党委书记刘玉村开了一个“中药方”——点准穴位，疏通经络。

刘玉村认为，分级诊疗要想得到真正实施，前提是定好分的标准。有人提出按病来分，可谁能说清楚一个病该到基层医疗机构看，还是到大医院看，感冒也会要人命呢，不够合理。

按人分行不行？你有钱就可到大医院看病，他没钱就必须到基层医院，显然不公平，也不合理。

就得按流程，不管什么人得了病，首先要就近看家庭医生，如果家庭医生力所不能及，再转到上级医院。这就是规则。

有人说，现在有规则了，还难以实现。这取决于四个方面因素，也可以说是四个“穴位”。

首先是患者，这是需求方。那么多的患者不到厂桥社区卫生服务中心，偏偏到北大医院，这是多年养成的习惯，改起来需要一个过程。需要通过宣传和刚性的制度引导。

其次是医院，这是供给方。现在的大医院没办法，需要更多的患者来养活自己，病人有需求，大医院又有动力，甚至还要想办法去诱导患者。这就需要综合地改革，其中核心的一条是医疗服务价格的调整。

第三是医保政策，这是保障方。医保政策要有明确的导向性，你按照我这个规则来做，就给报销，否则就自费。同时医保对医院也有限制，如果你接收了很多开药或小病患者，就得不到相应的回报，比如下调医保额度。

另外就是政府。医疗行业是个特殊的行业，很多市场经济发达的西方国家，在这个行业都要采取计划的办法保证医疗秩序。比如丹麦，患者看病一定要先到社区，他们的大医院平时门庭冷落。相反我们曾经以计划为主，现在看病却最自由。

“这就是分级诊疗的四个‘穴位’，任何一个穴位出问题，分级诊疗不是不可以实现，但却长路漫漫。”刘玉村表示，现在的目标就是尽可能地缩短实现目标的时间。怎么办？根据这四个“穴位”，精准施策。

推动全面无烟，实现全民小康

全国政协委员 公共卫生学院教授 李立明

2016 年召开的卫生与健康大会是我国医药卫生事业改革与发展的一个历史性机遇。我国的公众健康问题已经成为实现全面小康建设的重要组成部分。然而，作为健康的重要危险因素—烟草使用却仍然是我国的重大公共卫生问题，没有得到很好的控制。

作为一个负责任的大国，我国承诺的世界卫生组织《烟草控制框架公约》在中国生效已满 11 年。在此期间，全球共有 180 个国家使公约在本国正式生效，并积极制定各项控烟政策，控烟力度不断加大。全球成年人吸烟率从 2007 年的 23%下降至 21%，其中男性从 38%下降至 36%，女性从 8%下降至 7%。不论是高收入国家、中等收入国家还是低收入国家，人群吸烟率都在下降，全球控烟已经取得初步成效。

《公约》生效前，只有爱尔兰一个国家立法，全面禁止在工作场所、公共场所和公共交通工具内吸烟，现在已有 49 个国家立法，全面保护不吸烟者，免受被动吸烟危害。提高卷烟税率是控烟最有效的措施，澳大利亚卷烟平均零售价格已经是 20 美元；菲律宾把烟草税叫做“罪恶税”，认为伤害百姓的健康就是有罪的。用从烟草收的税补助穷人的医疗保险。烟盒曾经是烟草业的广告重要阵地，但现在已有 110 个国家和地区在烟盒上印上了健康警示，揭示烟草使用的危害。

我国是世界上最大的烟草生产国和消费国，2014 年生产了全球 44%烟草制品，每天有超过三亿人吸烟，超过 7 亿不吸烟人暴露在二手烟中。因此，中国是全世界最大的烟草受害国。与其他国家相比，中国应该制定更加严格的政策，全面遏制烟草在中国的流行。但是，由于种种原因，我国的烟草控制工作十分艰难。

目前中国 18 个城市有全面禁烟的法规，覆盖了全国 10%的人口，北京公共场所控烟取得了明显效果。从 2006 年开始，卫计委、教育部就在大力推动全行业无烟，无烟学校、无烟医院成了社会上控烟的标兵。2013 年中共中央办公厅、国务院办公厅联合发布了《关于领导干部带头遵守在公共场所禁止吸烟等有关规定的通知》领导干部、公务人员吸烟行为开始改变，政府办公楼二手烟暴露率开始下降。今年 3 月 1 日上海公共场所禁烟法律生效后，我们期望能看到比北京效果更好的控烟。希望也越来越多的城市成为北京，成为上海。但是，遗憾的是，这

些都只是部分省市的工作，作为承诺国还没有统一的举措。为此，我们建议：

1. 全面实现小康社会，推进健康中国建设应该从控烟做起。建议在国家层面组织全民开展控烟行动，培养健康行为习惯的卫生运动；

2. 加强控烟的国家级立法工作和手段，实现室内工作场所和公共场所全面禁烟；

3. 全面禁止烟草广告促销和赞助，不得利用公众媒体开展烟草宣传，并在烟盒上有明显的健康警示；

4. 结合我国国情，利用税收和价格手段对烟草销售和使用进行政策性和控制。

关于将孤独症筛查纳入国家基本公共卫生服务项目的建议

全国政协委员 医学部主任助理 吴明

孤独症，又称自闭症，表现为社会交往、交流障碍和行为异常。根据估算，目前我国孤独症患病率约 1%，患者已超 1000 万，0-14 岁患者达 200 余万，且发病以较快速度上升。

孤独症成因复杂，无特效治疗方法，几乎无法治愈，只有早期发现、早期干预可极大帮助患儿康复，能有效降低未来残疾程度，否则，绝大多数患者将终生伴随孤独症及并发症，社会适应力低下，甚至无法独立生活，需要终生照顾，给家庭、社会带来极大负担。有研究预测美国 2025 年孤独症导致的社会经济负担将达 4610 亿美元，远超过中风、糖尿病和多动症（ADHD）合并累计的经济负担（J. Paul Leigh, 2015）。研究表明美国养育一名伴有智力残疾孤独症患者的终生费用为 240 百万美元，英国为 220 万美元；养育一名非智力残疾孤独症患者的成本分别为 140 万和 140 万美元（Ariane V. S. Buescher, 2014）。中国有关孤独症经济成本的研究极少，有研究表明中国孤独症儿童家庭相关治疗费用支出占家庭总收入的 76.2%（王佳，2010）。

也有研究表明，30-50%的孤独症儿童在早期接受基于应用行为分析的强化干预后可获得正常的智力、学习、交流、社会和日常生活能力。美国宾夕法尼亚州的研究显示，2 岁到入学三年期间的早期强化行为干预可以节约患者 3-55 岁间的费用 65.6-108.2 万美元（John W. Jacobson, 1998）。荷兰 2012 年的研究表明孤独症患者早期强化行为干预可在 3-65 岁生命期内节约 110.3 万美元的养护费用。正因如此，越来越多的国家开始重视孤独症的早期筛查和诊断，通过加强早期干预，减少孤独症患者给社会带来的长期负担。

尽管我国孤独症发展状况严峻，给社会和家庭带来越来越大的负担，但人们对孤独症的知识了解甚少，父母往往忽视孤独症儿童的异常行为，如孩子语言发育迟缓，没有考虑到是孤独症典型症状；面对孩子的异常行为，父母的反应欠妥，如不带孩子到医院就诊，甚至试图隐藏孩子的怪异行为，不让孩子与社会接触。往往错过最佳干预、治疗时间，对于后期的康复极为不利。这与目前缺乏对孤独症的社会宣传以及缺乏早发现、早干预的相关政策有关。

为此，提出如下建议：

1、将儿童孤独症初筛纳入国家基本公共卫生项目

目前，国家基本公共卫生服务项目中包括了 0-6 岁儿童的健康体检，建议将孤独症筛查纳入基层卫生机构基本公共卫生工作的范畴，免费对于 1-2 岁儿童进行孤独症初步筛查，一旦发现异常，督促家长赴医院诊断，从而提高早期发现率。

2、建立孤独症筛查、诊断、上报、统计制度

以医院诊断为节点进行上报，建立全国孤独症儿童诊断统计数据库。结合孤独症流行病学调查、发病监测哨点数据等，动态跟踪我国孤独症发病率，并联系残联、教育康复机构提供相应早期干预服务，从而实施早期干预，并为制定相关政策提供依据。

3、加大引导和宣传力度

引导媒体邀请具有社会影响力的公共人物拍摄公益广告，邀请知名人士担任形象大使。通过公益广告、宣传片等形式，引导准父母及新生儿父母树立正确观念，正视并重视孩子的异常行为，做到“早发现，早干预”；倡导孤独症者父母对孩子实施“自然疗法”，积极带孩子走出家门，主动融入社会。

关于成立中华儿科医学会，为儿科学人才搭建平台的建议

全国政协委员 北大医院教授 丁洁

中华医学会儿科学分会自 1937 年成立以来，一直致力于儿科疾病的防治和中国儿童健康事业的促进工作，团结全国儿科工作者，贯彻执行党和政府的卫生工作方针，认真执行中医与西医相结合、理论与实践相结合，普及与提高相结合等方针，使学会在儿童健康保障中起到日益重要的作用，有力推动了我国儿科学术水平的提高和学科的发展。至二十世纪六十年代，儿科学分会作为中华医学会专科学会之一发展日趋完善、成熟。到二十世纪七十年代中期，在国家的重视与支持下，凭借我国儿科事业自身发展条件，我国儿科学分会加入了国际儿科学会，为广泛开展国际学术交流打下了基础。在八十年代改革开放以后，儿科学分会积极开展与世界各国儿科界的交流与往来，先后举办国际和地区学术研讨会多次，使我国的学术水平达到了新的高度，促进了我国儿科医、教、研、防各方面的工作，也为国际合作和儿科工作者的培训与提高打开了局面。目前，我国儿科学分下设 27 个专业学组及 18 个专业委员会，全国各省、市、自治区医学会都设有儿科学分会。全国儿科大会现每年召开一次，已成为全国儿科学术交流最大的平台，每届参会人员已达 7000 余人。儿科学分会先后获得中华医学会先进专科分会、优秀医学科普单位等殊荣。中华医学会儿科学分会作为中国儿科工作者的学术组织，充分发扬民主作风，营造团结氛围，紧紧依靠专家，努力发挥分会学术团体的优势，为推进我国医疗卫生体制改革和儿科医学科技的进步做出了重要的贡献。

儿科学一直来被认为是一个单一的专科，并被标以“小儿科”。儿童是指出生到年满 18 周岁，儿科学不是一个单一的专科，跟成人医学一样，它涉及人体的各个组织和系统，是研究胎儿出生后至青少年各年龄期身心健康、疾病防治的医学学科。儿童正处于不断地发育成长和成熟的一个阶段，在体格发育、心理行为发育、性发育、内分泌变化等方面都有其特殊的规律。儿童不等同于成人的缩小版。目前，中华医学会设有中华内科学分会，同时又设有消化、呼吸、神经、心血管、血液、肾脏、内分泌等分会，另外又设立了高血压、糖尿病等以单一病种设立的分会。成人一个病也能成立一个分会，而从事儿科这么庞大的队伍和服务的人群，仅批准一个儿科学分会，但是儿科学包括了新生儿、心血管、肾脏、血液、神经、遗传代谢内分泌、免疫、感染、消化、急救、呼吸、儿童保健、发

育行为儿科等专业，由于中华医学会不合理的规定，儿科学包括的各个专业，只能成立学组，不能成立分会，这样大大的限制了儿科学学术活动的开展与儿科学术人才的培养，也不利于儿科临床与科学研究的交流，影响了儿科学科的发展。

目前我国儿科面临严峻挑战。我国人口基数大，每年出生新生儿 1600~1700 万，0~18 岁儿童近 3 亿，占全国总人口的 22.45%。全国儿童床位数 20.5 万张，占全国床位数 5.5%，每千儿童约 0.56 个儿科医师，美国为 1.45。我国儿科医师仅 11.8 万人，近 15 年儿科医师仅增 5000 人，缺口逾 20 万人。2011 年-2014 年，中国儿科医师流失人数为 14310 人，占比 10.7%，35 以下医师流失率 14.6%，占有所有年龄段医师流失的 55%。35 岁-45 岁医师流失率为 11%，45 岁-60 岁医师流失率为 6.8%。中国儿科医师收入少、工作量大，每个儿科医师承担的年工作量是成人医生 1.7 倍。2014 年中国儿科门诊数人次达 465,663,917，急诊人次达 85,741,464。二孩政策实施以后，全国又将每年增加 300 万儿童，儿科医师缺乏和儿科医师超负荷的工作必将更加严重。尽管政府已经给予了关注，但是，在 8-10 年内难以改变这种现象。

儿童与妇女的健康水平，综合反映了一个国家总体的健康素质、生活质量与文明程度，检验着社会公平和现代化水平，代表着国家的形象与地位，为了中国儿童的健康，为了中国今后在国际上科技与生产力具有更大的竞争力，中华医学会儿科学分会将更好的落实习近平总书记在 2016 年 3 月 22 日中央全面深化改革领导小组第二十二次会议上发表的重要讲话，习主席说：“儿童健康事关家庭幸福和民族未来。加强儿童医疗卫生服务改革与发展要紧紧围绕加强儿科医务人员培养和队伍建设、完善儿童医疗卫生服务体系、推进儿童医疗卫生服务领域改革、防治结合提高服务质量。”为动员全国儿科医师更好地为儿童健康服务，增加儿科分会的号召力，团结更多的儿科医师，提高儿科的学术水平，因此建议：

恳请国家卫计委、国家民政部、中国科协、中华医学会将儿科学分会独立设为一级学会（中华儿科学会或中华儿科医学会），将新生儿、消化、呼吸、神经、血液、肾脏、内分泌、心血管、儿童保健、发育行为等专业设为二级学会（中华儿科学会***分会），在二级分会下再设立学组，搭建更大更好的学术平台，充分调动儿科医师的积极性，为中国儿科的发展开辟更广阔的空间与更美好的未来。

关于组建罕见病专门办公机构的建议

全国政协委员 北大医院教授 丁洁

随着我国人民生活 and 卫生水平的改善，疾病谱已由过去的感染性疾病为主，逐渐转变为慢性和复杂性疾病为主，给医药卫生行业带来新的挑战。为应对该挑战，美国首先提出罕见病概念，并且估计罕见病患者人群约占总人口的 10%。以罕见病为代表的慢性和复杂性疾病日益受到各国医学科研和卫生管理部门的重视。世界各主要发达经济体，如美国和欧盟，先后出台相应的法律文件，设立执行机构，引领和维持其在卫生经济领域的科研和临床应用的先进地位。

我国在罕见病相关临床和科研领域具有一定的基础，上海，北京，广东等地医学会相继成立罕见病分会，国家转化医学中心也已经在建设中，慈善机构和民间罕见病社会团体如雨后春笋般成立，罕见病的媒体曝光率和民众知晓度也逐年上升。但是，政府层面的罕见病法规和相关管理机构却处于一个相对滞后的状态，这种状态亟待改善。

卫生计生委以及药监局在罕见病管理中的核心地位

我们经过调研发现，卫计委以及药监局在罕见病相关问题的解决中扮演核心作用，其它与罕见病相关的政府职能部门、社会团体和企业包括：

1、人力资源和社会保障部：罕见病相关产品和医疗服务的支付问题，罕见病人的就业和社会保障问题。

2、教育部：罕见病少年儿童的受教育权问题

3、科技部：罕见病相关科学研究发展，科学普及

4、民政部：对因罕见病致贫或返贫的家庭进行救治，对罕见病患者组织机构的扶持和管理

5、食品药品监管总局：对具体的罕见病和相应的药品的归属问题进行讨论和认定，建议和执行针对罕见病的药品、食品、医疗器械等管理法规

6、罕见病人社会团体：服务和管理罕见病患者

7、慈善基金会：汇集社会爱心力量，帮助罕见病研究，帮扶罕见病人

8、诊断相关医疗企业：开发和推广诊断，筛查，产前诊断等相关临床技术，特别是基于基因测序的精准诊断技术

9、药品研发和生产企业：在仿制国外成熟的药物同时，研发创新型治疗策

略和药物。

我国卫计委已于 2016 年初成立“国家卫生计生委罕见病诊疗与保障专家委员会”。该专家委员会由钟南山、曾溢滔、杨宝峰 3 位中国工程院院士担任顾问，由 18 名相关领域专家组成。主要包括：罕见病诊疗领域 6 人，药学和药品供应保障领域 4 人，罕见病筛查领域、医疗保险领域、新农合领域、卫生经济学领域各 2 人。专家委员会的工作职责是：研究提出符合我国国情的罕见病定义和病种范围，组织制定罕见病防治有关技术规范和临床路径，对罕见病的预防、筛查、诊疗、用药、康复及保障等工作提出建议。该委员会仅作为专家建议团队，缺乏行政力和执行力。

在设立专门机构管理罕见病方面，相关国外的经验：

美国国立卫生研究院（NIH, National Institute of Health）与罕见病有关的部门：

1、罕见病研究办公室（Office of Rare Diseases Research）：雏形于 1993 年，并于 2002 年的 107-280 法案通过后正式成立，鼓励和协调罕见病研究，服务全部已知的逾 7000 种罕见病患者的需求。

2、遗传和罕见疾病信息中心（GARD, Genetic and Rare Diseases），该中心隶属于国家转化科学中心（NCATS, National Center for Advancing Translational Sciences）。美国国家转化科学中心成立于 2012 年，旨在克服转化医学研究过程中的瓶颈，加快新的药物、诊断和治疗设备惠及患者。

此外，与之紧密对应的是美国食品药品监督管理局（FDA）下设有罕见病产品开发办公室（Office of Orphan Products Development）针对具体的罕见病和相应的药品的归属问题进行讨论和认定。

建议：

我们建议在国家层面或卫计委、或药监局管辖下成立“罕见病办公室”，其具体工作目标包括：

（一）、在已有的国家卫生计生委罕见病诊疗与保障专家委员会的建议下，落实推动针对罕见病相关领域的立法进程，通过法律法规，给予该领域健康良性发展的制度保证。

（二）、将罕见病作为卫生经济的重要组成部分，协调和推动罕见病相关政

府职能部门的工作：其中重点为卫计委与国家食品药品监督管理局之间，以及与其他部委（包括医保和社保，民政部门，科技部等）之间，针对具体的罕见病的诊治、罕见病药物以及罕见病医保和救助等问题进行讨论和认定。

（三）、协调和统筹社会力量，包括慈善组织和基金会，罕见病社会团体等，共同服务罕见病群体，提高人民的幸福感、归属感和国家荣誉感。

我们建议在国家层面组建“罕见病办公室”作为解决办理这个既有医疗又有社会属性的问题的具体执行部门，至少有三名全职工作人员。同时建议各省成立相应的省级“罕见病办公室”，用以落实国家“罕见病办公室”的政策，协调本省的各部门工作。

关于尽快成立中华医学会罕见病专科分会的建议

全国政协委员 北大医院教授 丁洁

近年来，随着大家的共同努力，罕见病得到我国社会的初步认知并逐步得到重视。然而，罕见病在医学上的难题以及围绕罕见病的社会问题，亟待以医学专业人才为主力积极投身这项事业，并逐步破解难题。为此我们建议，中华医学会，这个我国最大、具有百年历史、在国际社会享有良好声誉的医学团体，有义务并有责任，紧跟形势发展、满足社会需求、组织专家力量、填补专科分会空白：尽快成立中华医学会罕见病专科分会。

一、现况和趋势

罕见病（Rare disease）又称“孤儿病”（Orphan disease），有发病率低、临床少见、关注不够之意。

当今国际，一个国家公共卫生发展到一定阶段，在常见、多发病的防治改善的同时，都会将罕见病的防治上升至国家公共卫生政策的层面。美国、欧洲、日本、澳大利亚等国家都成立了相应的全国性罕见病学术团体，不仅推动罕见病的诊治等医学技术的发展，提升国际形象，也为从政策上给予罕见病患者以全面的支持和保障具有积极的促进作用。

2011年以来，上海市、北京市、广东省、浙江省、山东省五省市相继成立了医学会罕见病专科分会。这些由医学临床专家、基础科研专家、药学专家以及法律领域学者等组成的学术团体，每年召开学术交流大会；为更好地整合各地资源，轮流召开了五次“京沪粤鲁罕见病学术大会”；两次京津冀罕见病学术大会；为帮助罕见病患者走出诊治预防的盲区，积极推进了患者组织规范化、制度化发展；为求得社会关注，积极宣传罕见病知识，举行多种形式的公益活动；为宣传中国罕见病事业的发展，争取各种机会在国际学术大会上介绍我国罕见病诊疗方法、患者组织发展情况，得到了国际社会的认同。

近年来，这些省市级医学会罕见病分会还多次接受了国家或地方政府部门委托的罕见病相关课题，如：北京市罕见病研究、七种罕见病诊疗规范的研究、罕见病目录编纂、我国孤儿药现状研究等等，尽可能地为政府制定政策提供真实可靠的数据和材料。

值得提及的是，李克强总理 2016 年 2 月 14 日主持召开的国务院常务会议，提出推动罕见病药物产业化。近年来国家相关政府部门已经将罕见病纳入工作规划和议事日程，如：国家卫计委成立了罕见病诊疗与保障专家委员会、国家食品药品监督管理局多次出台罕见病用药政策、国家科委建立了罕见病精准医疗课题、国家发改委将孤儿药纳入战略性新兴产业重点产品…，凡此种种不一列举。

可喜的是，诸多省市在推进医疗改革进程有所突破，浙江省、青岛市、广东省、上海市等十三个省市都将罕见病纳入了医疗改革工作并制定了切实可行的相关政策，值得重视的是，当地的医学会罕见病分会为推进罕见病进入医疗改革也做出了努力。

我们应当看到，各地医学会罕见病分会在罕见病事业的发展中起到了重要的作用。

二、问题和需求

上述的我国五个省市的医学会成立了罕见病分会，几年来这些分会尽可能地发挥职能，但是存在着力量不均、资源分散的问题，很难起到对我国罕见病整体推动的作用。

1. 资源整合不够

罕见病作为综合性的独立病种群，已经进入医学领域，涉及神经、血液、肾脏、循环等多个系统，需要整合医疗和科研资源逐一研究和攻克。与此同时要与国际接轨，推动我国在低发病率、发病机制复杂、诊疗困难等诸多困难的罕见病领域，取得基础研究、临床研究和新药研发的进展。

2. 国际交流不对等

自上世纪七十年代起，美国、欧盟等三十多个国家、组织和地区，包括我国的台湾省，陆续建立了罕见病的各种学术组织，开展罕见病的防治研究，在罕见病领域迈出了很大的一步。由于我国罕见病研究起步较晚，更迫切需要走向世界、打开眼界、学习先进、吸取经验、开展国际交流。

3. 学术组织缺如

目前中华医学会的 80 余个专科分会里，尚无罕见病（专科）分会，中华医学会的部分其他专科分会虽也涉及罕见病，但都是各自研究、各自为战，即缺乏信息的沟通、又没有知识的整合，形成了罕见病基础科学研究和临床经验积累的

分散化和碎片化，浪费了大量的人力物力资源，影响了罕见病相关工作的进展

4. 多次申报无果

全国关注和从事罕见病领域的专家学者队伍，已经初步形成，并希望能够进一步组织和整合。近年来分别由上海医学会罕见病分会和北京医学会罕见病分会，代表五省市分会，向中华医学会多次提交成立中华医学会罕见病专科分会的申报材料，但没有明确回复。

综上所述，我们认为中华医学会在出力罕见病问题上，比较滞后，未能适应形势发展的需求。

三、建议

中华医学会创建已经百年，是我国最大的具有权威性的医学学术组织。百年来紧密围绕国家卫生工作方针，锐意进取，开拓创新，为推动我国医疗卫生事业发展，提高人民群众健康水平，做出了突出贡献，在国际社会具有很高的威望和公信力。

1. 尽快成立中华医学会成立罕见病专科分会，以适应国内外罕见病医疗事业发展之需。

2. 中华医学会成立罕见病专科分会的组成，应考虑罕见病的科学属性和社会属性，建议参照五省市罕见病分会人员组织结构框架，由医学的多学科和卫生经济、药学、法律等领域专家组成。

固本清源，建立以“独立院前型”急救中心（站）

为主体的国家院前医疗急救体系

全国政协委员 北大医院心内科主任 霍勇

摘要：

院前医疗急救是政府举办的公益性事业，是公共卫生服务和城市安全运行保障的重要内容。院前急救服务体系是否完善和先进，是衡量一个城市乃至一个国家的社会安全保障与应急救援反应能力的重要标志。在各级政府的大力支持和各级医疗卫生机构的共同努力下，我国院前医疗急救体系建设有了长足的进步，为保障人民群众身体健康和生命安全做出重要贡献。但是，在我国快速增长的急性心脑血管疾病患者的急救效率上表现并不乐观，距离国外发达国家的水平仍有很大的差距。为此，我们提案落实政府举办责任，建立以“独立院前型”急救中心（站）为主体的我国院前医疗急救体系，为统一规划、统一设置、统一标准、统一管理，保障院前医疗急救公益性，及时、有效抢救包括急性心脑血管疾病在内的急、危、重患者奠定基础。

提案内容：

一、必要性

“独立院前型”是指急救中心（站）为独立法人单位，独立设置、独立运行，直接隶属于卫生计生行政部门，不设院内门急诊和病房，仅设置院前医疗急救指挥调度中心和院前医疗急救相关业务部门（如急救分中心、急救站等），承担院前急救医疗指挥调度和出车任务，如北京、上海、天津急救中心。该模式的主要优势在于其具有较强的执行力和较高的运行效率，在突发事件应急响应、信息报送方面具有明显优势；在日常工作中有利于政令畅通、统一服务规范和标准。

从既经验和调研中均显示“独立院前型”急救中心（站）更有利于实现医疗急救体系的流畅运行和高效运转，缩短急救反应时间，提高院前医疗急救能力和水平，对急性心脑血管疾病这类对院前医疗急救时间和救治水平要求最高的急危重症患者而言，能提升急性心脑血管疾病等急危重症患者的救治效果。我们国家心脑血管疾病死亡率处于城乡居民疾病死亡率首位（40%）并呈上升趋势，相比急救体系完善的欧美发达国家中急性心肌梗死患者的及时急诊救治率高达 80%

而言，我国只有约 5%的急性心肌梗死患者能够接受及时的急诊救治，因此尽快改善我们国家院前急救的模式非常必要！

相较其他院前模式（依托型、指挥型、联动型），“独立院前型”模式有利于院前医疗急救人才队伍建设，有利于促进院前医疗急救服务的专业化和高水平，有利于促进院前医疗急救事业的持续发展。

同时，“独立院前型”急救中心（站）为主体的院前医疗急救体系，有利于从源头上避免其他模式可能影响院前医疗急救公益性等方面的不利因素，强化政府职能，加强对院前医疗急救的投入和保障，实现院前医疗急救服务的公平、可及和规范化、标准化和均质化，体现政府举办的公益性。

二、可行性

近年来，我国经济的持续稳定发展为强化政府职能，落实政府举办院前医疗急救，保证院前医疗急救公益性，建设“独立院前型”的急救中心（站），提供了经济基础和保障。

同时，北京、上海、天津等城市都已经建立了“独立院前型”的急救中心，其他一些城市也在陆续建立该种模式的急救中心。江苏省从院前急救公益性质、救治特点、管理体制、急救能力、发展趋势、群众需求等多个角度综合衡量，认为其省内院前医疗急救体系的建设发展实践证明，“独立型”急救机构（即本提案所称的“独立院前型”）更符合院前急救的特点，更有利于院前医疗急救事业的发展，明确出院前急救运行模式应以“独立型”为主导的意见，要求各市逐步向“独立型”院前医疗急救模式发展，目前该省的急救中心（站）大多以建设为“独立型”。上述“独立院前型”急救中心（站）的建设和运行为其他城市提供了经验，同时也为各省市、甚至全国建立以“独立院前型”急救中心（站）为主体的院前医疗急救体系奠定了基础。

三、建议

为促进我国院前医疗急救事业发展，保障院前医疗急救的公益性，及时、有效救治急危重患者，建议有关部门逐步实现院前医疗急救机构按照“独立院前型”建设和运行，进而推进全国院前医疗急救统一规划、统一设置、统一标准、统一管理和信息共享，促进院前医疗急救体系的高效运行和持续发展。

（一）整体规划建立标准。国家整体规划院前医疗急救事业发展，在县级及

以上行政区建立以“独立院前型”急救中心（站）模式为主体的全国院前医疗急救体系，修订和完善现有急救中心（站）建设标准，使之适应发展需要。

（二）分步实施平战结合。结合急救中心（站）、紧急医疗救援中心建设情况，全国分布实施“独立院前型”急救中心（站）模式建设，实现日常院前医疗急救中重大疾病救治和突发事件紧急医疗救援一体、平战结合的院前医疗急救体系。

（三）示范带动快速推进。在现有基础上，建立“独立院前型”急救中心（站）示范体系，形成“独立院前型”急救中心（站）为主题的院前医疗急救体系建设氛围，带动全国快速发展。

加强健康传播的规范化管理

全国政协委员 北大医院心内科主任 霍勇

摘要:

加强健康科普工作,通过各种形式的健康传播活动,将健康领域的科学知识、科学方法、科学精神向公众普及传播,从而提高公众健康素养,是健康教育与健康促进工作的重要内容,对于推进卫生计生事业和经济社会全面协调可持续发展具有重大意义。我国居民基本健康素养还处于较低水平,离发达国家仍有很大的差距。为此,我们提案由政府加强健康信息监管,规范健康信息生成、传播与效果评价,从各个层面确保公众获得科学、适用、可操作性强和具有行为指导性的健康信息,通过政府的督导和监管来提升我国居民基本健康素养水平。

提案内容:

我国政府近年来重视健康素养问题,开展了大规模的社会调查,制定了健康素养发展的国家规划,并开展了专项活动。由卫计委宣传司和中国健康教育中心发布的《2013 中国居民健康素养监测报告》显示,中国城乡居民健康素养水平为 13.8%。2013 年卫计委宣传司和中国健康教育中心共同发起了全民心血管健康行动,在提高医生和公众心血管健康素养方面开展了系列工作。2014 年国家卫生计生委发布《全民健康素养促进行动规划(2014~2020 年)》,指出到 2020 年全国居民健康素养水平提高到 20%。借鉴国外发达国家的经验,只有政府主导和加强健康传播的管理,规范健康信息生成、传播与效果评价,才能进一步提升我国居民基本健康素养水平。

特此我们建议:

建议一:政府加强对健康信息生成和传播的监管

1、 规范健康信息的生成机制和流程

在政府的监管下,通过权威机构和专家,规范健康信息的生成,针对心血管疾病发病率和死亡率较高的严峻现状,聚焦高危人群预防、急救和二级预防等方面的重要问题,可以通过调研、访谈、现场调查、文献查阅等方式初步确定目标受众的重要健康问题,了解目标人群的健康信息需求,掌握目标人群对健康科普

信息的知晓程度，编制或筛选出受众最需要知道、能激发行为改变的信息。在健康科普信息生成过程中，由领域专家对信息进行审核，同时把复杂信息制作成简单、明确、通俗的信息，使目标人群容易理解与接受。属于个人或新颖的观点应有同行专家或机构评议意见，确保信息来源的科学性、合法性和专业性。

2、促进健康信息的传播和监管

健康信息生成后，上报至国家卫计委相关办公室评估、审核，通过审核后在国家卫计委官方网站进行信息发布；整合心血管健康相关政府部门、学会、协会、公益组织等机构的官方媒体平台进行健康信息深度解读；借助新媒体与大众媒体平台，广泛开展大众健康宣传。

依托健康信息，制定健康管理材料和工具包，针对不同目标人群开展针对性的活动。针对民众，定期组织专家、医师走进机关、医疗机构、学校、企业、社区等发放资料，联合社会优质资源开展危险因素筛查、健康课堂等公益行动，提高民众健康素养。

推动国家卫计委与中宣部等部门联合发文，规定健康信息宣传与推广的具体要求与准则，构建健康信息媒体传播督导和监控机制，夯实健康信息权威传播，杜绝媒体不实宣传，真正解决群众健康信息获取与个人健康管理困惑，整体提高全民健康素养。

建议二：政府建立对健康信息传播的效果评价机制

对于健康信息的传播效果，政府应建立相应的评价机制，包括评价的方法与指标，将健康信息传播的效果与价值进行量化，促进健康传播效果的不断优化。

常用的评价方法包括定量调查、定性调查和舆情监测，定量调查通过问卷调查快速灵活，封闭式的问题有利于结果分析，可用于健康科普信息生成和传播阶段以及效果的评价。定性调查可以采用专题小组访谈和个人访谈等方式，深入了解目标人群对健康科普信息的理解程度、接受程度、语言表达方式是否合理等内容。舆情监测主要是通过网络监测和公众反馈等方式，了解公众对传播的健康科普信息或现实生活中某些热点、焦点问题的各种态度、情绪、意见和建议。

在制定评价指标过程中，可以从以下几个方面进行入手：现有信息及传播效果是否能够满足公众/媒介对信息的需求，常用指标如传播内容满意度、传播方式满意度等。信息的内容和传播是否能够提高受众人人群的健康知识水平，常用指

标如健康知识合格率、健康知识知晓率等。信息是否对受众人群的态度和行为产生影响，常用指标如信念持有率、行为流行率、行为改变率等。健康信息传播对事件的处置或政策、舆论、生活质量是否起到促进作用，常用指标包括环境、服务、条件的改变；舆论的改变；发病率、患病率、死亡率等。

为进一步落实医改对健康教育与促进工作提出的要求，推动实现《全民健康素养促进行动规划（2014-2020年）》目标，在此提请政府加强健康传播的规范化管理，希望中宣部、国家发展与改革委员会、财政部、国家卫生和计划生育委员会、广电总局等部门支持并落实以下工作：1) 明确生成核心健康信息的专业机构和专家团队，保证健康信息来源的科学性、可溯性、合法性和专业性，并给予财政支持；2) 加强医务人员和医疗机构健康传播能力培训，发挥医务人员作为健康信息传播核心角色的积极作用，并给予财政支持；3) 加强对媒体传播健康信息行为的监管，及时制止不明来源信息的广泛传播，明确媒体责任，并给予财政支持。

将血脂管理纳入国家基本公共卫生服务项目高血压、糖尿病的管理中，提高心脑血管疾病管理质量、以有效防控心脑血管疾病、降低早死率

全国政协委员 北大医院心内科主任 霍勇

摘要：

当前心脑血管疾病已成为我国居民的第一位死因，占总死亡构成的 40%以上，其中又以缺血性心血管疾病的持续病攀升为主要原因。我国自 2009 年起已将高血压、糖尿病管理纳入国家基本公共卫生服务均等化，并取得了较明显的效果，但血脂管理相对滞后，成为我国心脑血管疾病防控的“短板”。因此，将血脂管理纳入现有国家基本公共卫生服务项目中高血压、糖尿病的管理标准，实现“三高共管”，将大大提升心脑血管疾病的管理质量及防控效率，抑制心脑血管疾病的显著上升趋势，实现提高预期寿命、降低慢病早死率的目标，从而实现健康中国。

提案内容：

大量研究资料表明，以高胆固醇为主的血脂异常是冠心病、心肌梗死、心脏性猝死和缺血性脑卒中等心脑血管疾病的独立而重要的危险因素。世界卫生组织指出：全球 18%的脑血管疾病和 56%的缺血性心脏病归因于高胆固醇，我国的研究数据显示国人冠心病死亡率增加 77%归因于胆固醇升高。2015 年中国 CDC 发表的数据显示我国 26.4%的缺血性心脏病死亡归因于高胆固醇血症。人群低密度胆固醇（LDL-C）每降低 1mmol/L，主要心血管事件下降 24%。

随着社会经济发展和国民生活方式的巨大改变，我国血脂异常患病率从 2002 年的 18.6%到 2012 年的 40.4%，增长了 117%，高胆固醇血症从 2.9%增长到 4.9%，增长了 69%。同时，合并三个危险因素（血压、血糖、血脂）的患者比率也迅速上升，已经超过 40%。

国内外多个研究证实了血脂异常干预对于降低心脑血管事件、改善人群健康、节约医疗费用的重要价值。在管理血压、血糖等危险因素的同时，如果将血脂纳入同等重要的综合管理，将会产生“1+1>2”的协同作用。

研究显示高血压患者降脂治疗可以额外降低 36%的心血管疾病和 27%的脑卒中。我国目前纳入基本公共卫生服务管理的高血压患者约 8700 万，按照此比例推算，如果将这些患者合并血脂异常的管理起来，每年可以减少 44.7 万人次心梗和卒中的发生，节约近 50 亿元的医疗费用（根据 2012 中国卫生统计年鉴，急性心梗脑血管病的住院治疗平均费用分别为 16769 元和 8131.9 元）。按照基本公共卫生服务管理高血压和糖尿病的成本推算，管理高血压合并血脂异常的患者（约 2940 万）仅需要投入约 14.7 亿元，按全国人口平均约为 1.07 元/人。

糖尿病患者降脂治疗可以进一步降低 37%的心脑血管疾病风险、48%的卒中风险和 27%的总死亡率。我国目前基本公共卫生服务管理的糖尿病患者约 3100 万人，按此比例推算，如果将这些患者合并血脂异常的管理起来，每年可以减少 24.8 万人次心脑血管事件和死亡，节约 34.7 亿元的医疗费用。按照同样计算方法，管理糖尿病合并血脂异常的患者（约 2300 万）仅需要投入约 11.6 亿元，按全国人口平均约为 0.85 元/人。

综合管理患者的血压、血糖、血脂，可有效防控心脑血管事件的发生；卫生经济学评估早已证实心脑血管疾病的综合管理是最具成本效益的。同时，三高共管可提高基层综合管理心脑血管疾病的能力，支持分级诊疗的实施；让心血管疾病管理更加完善，增加老百姓的获得感和满意度。

特此我们建议：

建议一：将国家现有基本公共卫生服务已经管理的高血压、糖尿病患者的血脂异常综合管理，提高心脑血管疾病的管理质量，符合所有相关指南要求，是最具成本效益的干预措施。

建议二：充分利用老年人健康体检、高血压及糖尿病患者的体检，以及其他途径检出需要干预的患者；在有条件的地区，可以尽早开展血脂筛查，早日实现《慢病中长期规划》25%的血脂检测目标。

建议三：在管理患者随访时，要综合考虑多个危险因素，一并干预，能有效提高基层工作人员的效率，不增加额外工作。

建议四、从基本公共卫生服务每年增加的费用中，拿出不到 1.9 元钱用于血脂管理，即可实现心血管疾病危险因素综合管理，是最具成本效益的干预措施，可以产生“事半功倍”的效果，提高心血管疾病的管理效率、降低死亡率。

以医生集团为抓手，促进分级诊疗与医生多点执业

全国政协委员 北大医院心内科主任 霍勇

摘要：

国务院 2015 年 9 月部署推进分级诊疗制度建设。国家卫生计生委将分级诊疗制度建设列为当前卫生计生工作要点之一。

2017 年 3 月 2 日，国家卫生计生委发布《医疗机构管理条例实施细则》和《医师执业注册管理办法》，对医生多点执业给予了明确的法规支持依据。

在当前和未来，医疗服务改革必将是我国医疗卫生体制改革的重中之重，医疗服务改革需要解决的核心问题是提高医疗资源配置效率。医生集团的出现，是实现医疗资源配置效率提升的必由之路。

提案内容：

一、鼓励医生集团的建立和发展

建议政府对医生集团的建设和发展，给予正面、全面地政策鼓励和支持。在全国范围内全面放开医生集团的注册与建设，明确医生集团的医疗属性，开放医生集团的行医资质。进一步放松医疗机构中针对医生的编制管理，切实落实医生从“单位人”到“社会人”的过渡。

二、加强医生集团的执业标准建立与运作模式的规范化管理

医生集团在我国尚属探索阶段，但基于其医疗属性的特点，政府应当加快推动医生集团的执业标准的建立，设定医生集团最低的准入门槛；基于政府及行业组织发布的医疗标准、规范及技术指南，制定医生集团提供医疗服务的标准；建设对医生集团提供医疗服务的质控监管机制，以保障医生集团所提供的医疗服务的质量，确保医生集团在我国得以良性健康有序地发展。

三、尽快出台关于医生集团的管理办法

建议政府尽快出台关于医生集团的相关管理法规，以法律法规的形式，明确医生集团的设置、审批与登记流程，规范医生集团的执业范围，加强政府职能部门对医生集团的监督管理，确立医生集团清晰、明确的法律地位。

中国专科医师培训制度中需要加强配套政策支持的提案

全国政协委员 北大医院心内科主任 霍勇

摘要：

专科医师规范化培训(以下简称专培)是医学生毕业后教育的重要组成部分,是在住院医师规范化培训的基础上,继续培养能够独立、规范地从事疾病专科诊疗工作的临床医师的必经途径。建立专科医师规范化培训制度涉及面广,需要配套政策多,建议国家卫计委牵头建立联席会议制度,确保各部委相互协调,整体推进,另外建议相关部门加快配套制度的建立,更好的推动我国专科医师制度的建立。

提案内容：

专科医师规范化培训(以下简称专培)是毕业后医学生教育的重要组成部分,是在住院医师规范化培训的基础上,继续培养能够独立、规范地从事疾病专科诊疗工作的临床医师的必经途径。

2015 年底年,国家八部委联合发布了《关于开展专科医师规范化培训制度试点的指导意见》,为建立中国专科医师培训制度确定了基本的方向和提供了解决的问题的制度框架,根据指导文件的要求,未来 3-5 年,将在中国医师协会组织下,建立中国的专科医师培训制度体系,具体讲围绕三个方面的制度框架:1、形成适宜的组织管理体系,形成政府依法调控、行业组织协同推进、培训基地规范实施的组织管理体系,国务院和地方卫生计生行政部门、有关行业组织和医疗机构职责明确,充分发挥专家作用;2、形成有效的教育培训体系,研究完善专科设置、培训基地、培训对象、培训内容和标准、培训招收、培训模式、质量控制、培训考核等教育培训环节,统一标准,规范实施,探索形成适合我国国情的专科医师规范化培训体系;3、形成可靠的支撑保障体系,协调相关部门,密切与有关教育、医疗、人事等相关政策的衔接,落实有关人事管理、待遇保障、学位衔接、职业注册等相关配套措施。这三个体系的建立,将为专科医师培训建立完善的制度保障。

专科医师培训制度的建立涉及面广,参与的部委多,对于政策的配套性需要比较强,往往配套政策的制定牵一发而动全身,但是没有配套政策则很多事情寸步难行,因此,为了更好的建立我国的专科培训制度,建议加强专科医师培训中

的政策支持和配套制度的制定和实施。

特此我们建议：

建议一：由卫计委牵头建立部门之间的协调工作机制，建议卫计委牵头，和相关部委建立联席会议制度，通过联席会议制度加强各部委之间围绕专科医师培训的沟通机制，协调机制，以及整体工作推动机制。

建议二：加快四项具体配套制度的制定：

1、和专科医师培训相衔接的学位配套制度，建议专培结束后，可以授予临床医学博士学位，尽快由教育部协同卫计委尽快商定。

2、参与专科医师培训的学员的薪酬制度和参与基地和培训导师的补贴制度，建议财政部尽快提供专培基地的补助经费，人社部应该在医生薪酬制度方案确定时考虑专科医生可获得较高薪酬标准。

3、专科医师的未来从业问题，建议国家卫计委在未来医生招聘，学科建设和医生执业的各项规定中体现出专科医生的相应待遇，如专科学术的开展，专科诊所开业等方面的资质要求。

4、专科医师的未来的职称问题的解决方案，建议近期应通过认证的专科医生可优先晋升高级职称的方式鼓励专科医生培训和认证，远期在完善专科医师待遇和制度建议以后，取消临床医师的职称评审。

落实医改政策 继续探索创新

全国政协委员 北大国际医院院长 陈仲强

如何进一步把医联体做的更加扎实？如何提高医生整体水平，加快实现就近就医？北京时间3月12日联合中国青年报·中青在线记者专访全国政协委员、北医三院大外科主任、骨科教授陈仲强，他表示要加快双向转诊，解决老百姓看病难问题；明确了方向路线，就要“真枪真刀”的实干！

1. 关于今年的提案

今年我比较关注如何随着医改的不断深入，进一步把医联体做得更加扎实，发挥大医院的引领作用，带动整个区域医疗的发展，实现双向转诊和上下有机联系、充分调动资源，缓解看病难的问题。

2. 如何把大家从向往到大医院，转变成选择到身边就医？

希望一些基础疾病、小的问题到附近社区就能够解决。比较复杂的，需要高超技术、高端设备支持的，再到大医院。但现实生活中还有一些需要面对的情况。首先，在区域机构的分布上，需要方便患者就医；第二，专家资源，医生的整体水平要达到患者信任的程度，这样患者才会选择去小医院或者社区中心医疗机构；第三，设备的配备如何，慢性病的治疗、常见病所需药品等是否在社区很便捷。同时，支付方式也需要相应改变。

所以说，这是一个非常复杂的系统工程。

最近这段时间，随着医改的不断深入，政府做了非常多的工作，一是支付方式的改变，可以在社区以相对便宜的价格拿到药品；第二，药品品种增多，在社区服务中心也能拿到很多常见药，有些相应检查也能够得到支持；第三，基本设备的匹配也正在逐步达到要求。

目前，比较大的问题，是社区医生的水平如何得到患者的信任。

在这样一个背景下，要提高整个区域疾病的管理水平，就需要大型医院的指导。要充分发挥大型公立医院在区域医疗中的引领作用，大医院要和社区在医生的培养、资源调配方面相互连接。这很关键。但我们面临的问题是，在整个医疗体系中，有中央单位的、北京市的、区属的、部队的各式各样隶属关系的医疗实体，如何将它们进行整体考虑，这就需要制度和机制上的改变，要形成一个有机的结合体。仅仅依靠号召性的一纸行政命令很难做好做深入。要把医联体建设好，

我觉得这是下一步要花大力气去解决的事情。

3. 关于医疗人才培养，在您工作的北医三院有没有相关做法？

北医三院在这方面作了非常多的工作，比方说海淀区医院由北医三院托管，延庆区医院也委托给北医三院管理，而且在整个组织结构、院领导机构上，都进行了深度融合，相对过去简单、松散的连接结构，变得更加紧密。再往深入来看，在这个结构里，管理经验的交流、借鉴、整体工作大局的讨论，学科、专家下到区属医院，北医三院都在做，比过去也深入得多。但是像我刚才所说，由于来自不同的结构、不同区属，运行过程中也会有着不同的利益诉求，经费支持等方面还存着一些问题。

4. 您觉得现在患者最头疼的问题是什么？针对这个问题现在有什么改善的方法吗？

我觉得对患者来说，一方面是现在到大医院看病很难，比如不能想什么时候挂号就挂得上号；第二个方面是挂上号以后，候诊、看病、检查等很多环节让患者觉得很复杂很困难。

现在在公立医院里看病的人太多，许多可能在社区医疗中心解决的问题患者都会拥挤到大医院。这样一来，也使大医院遇到一些问题：空间有限的情况下要接诊超出能力的患者、患者等候时间比较长、医院和医生的负荷很重，包括单位时间内设备承担的负荷也很重，同时，三甲医院解决疑难重症的特点很难发挥充分。

在这样一个情况下，政府主导要逐步推进双向转诊。实际上在今天的《政府工作报告》中，就医改的重要方面提的任务和目标，就是要在全国更大的范围内，要推进双向转诊工作。以形成有序医疗，让患者有更好的就医体验。同时，不仅可以缓解患者看病难的感受，也可以减轻大医院的沉重负荷和医生过度劳动负荷。

要想达到这个目的，要有整个系统的调整和逐步认同。方向明确，坚决往前推动，希望在未来的3-5年，让大家看到实质性的改变。

5. 2017年您有什么小目标？

我来自医疗卫生行业，更加关注医疗卫生体制改革，特别是对大型公立医院的影响。在这样复杂的环境中，政府工作报告提到了医改的几个重要方面，提到要有效落实。医改不仅是医疗行业本身的事，也涉及到方方面面，必须通过综合改革和强有力的推动，才能取得切实有效的结果。这需要不断探索，也需要包括我在内的医务工作者，共同努力。

关于重视和扶持康复医学人才培养的提案

全国政协委员 第三医院副院长 高炜

“没有全民健康，就没有全面小康。”习近平总书记在 2016 年全国卫生与健康大会上强调要把人民健康放在优先发展的战略地位，加快推进健康中国建设，为实现“两个一百年”奋斗目标、实现中华民族伟大复兴的中国梦打下坚实健康基础。而康复医疗的发展正是实现这个战略目标的基本环节。

康复医学和临床医学、预防医学、保健医学共同构成现代医学体系。康复医疗是整个医疗过程中不可分割的组成部分，可以丰富医学内涵，改变医疗理念，提高医疗质量，减轻患者的残疾和功能障碍，减少疾病发生合并症和复发的危险，从而降低宏观医疗费用，提高卫生资源的效率。因而各国的卫生行政部门都积极倡导和支持发展康复医学。

目前，我国康复医疗正面临巨大机遇和挑战：心肺疾病、骨科疾病及神经系统疾病等慢病不断增加。慢病的增加对临床医学及康复医疗的需求逐渐增加，人口老龄化为医疗带来更大挑战，2017 年国家统计局公布的数据显示，我国老龄化程度持续加深，2016 年 60 周岁及以上人口 2.3 亿人，占总人口的 16.7%，65 周岁及以上人口 1.5 亿，占总人口的 10.8%，比上年增长了 0.3 个百分点。近年来，国家出台了一系列大力扶持康复医学的政策。但与欧美等发达国家相比，我国的康复医疗仍面临康复资源总量不足、分布不均衡、康复医疗服务体系不完善等现状。

康复医师及治疗师人才的短缺是康复资源总量不足的集中体现。据 2009 年中国康复医学会调查，为满足国人康复治疗需求，国内应有康复治疗师人数为 11.4 万人，而实际仅为 1.3 万人，康复医师则不足 5000 人。治疗师占总人口比例约为 1/10 万人口，远低于世界平均水平。

中国康复治疗教育面临巨大挑战。到 2020 年，我国对康复医师的需求为 5.8 万人，对康复治疗师的需求达到 11.6 万；而截止 2012 年，实有康复治疗技术专业招生计划的学校 113 所，共计划招生 10682 名；目前的毕业生数量难以在数量和质量上满足临床需求。如不尽早下大力气解决，康复医师和康复技师的缺乏将成为继儿科医生、全科医生供不应求之后的又一个重大卫生难题。

建议：大力扶持康复医学专业人才培养

1. 确立分层次培养目标。康复治疗专科教育、高职教育和中专教育的教学目标应该是培养临床应用型治疗师，康复治疗本科教育的教学目标应该是培养临床应用型和学术型治疗师。目前，北京大学、中山大学等国内一流高校正为康复治疗师的研究生教育做出积极努力，尽快培养出能与国际接轨的高水平康复治疗学人才。

2. 委托卫生行政部门，实施康复治疗师规范化培训。参考住院医师规范化培训体系，在卫生行政部门领导下，建立康复治疗师规范化培训体系。

3. 委托学术团体，实施康复医师、康复治疗师转岗培训。由相关政府部门委托学术团体，如中国康复医学会，实施康复医师、康复治疗师转岗培训，这一措施可迅速有效缓解康复治疗师短缺的现状。

4. 在基层医院和社区医生中选拔优秀人才进行康复专项进修，学习心脑血管等慢性病康复风险评估和指导，学习基本的康复技术。解决目前基层医疗机构医务人员对于康复的认识仅仅局限于脑梗塞后的肢体康复，对语言康复、心脏康复、呼吸康复的知识不够，对于门诊就诊的慢病患者不能给予有效的康复指导。

5. 康复医学课程设置应适当增加临床医学、心脑血管疾病等慢性病、常见病课程培训内容，加大康复医学与临床医学学科交叉融合，提升慢病康复水平和安全性。

6. 在现有全科医师培训体系中将康复医学作为必须轮转的专业（至少3个月），普及康复医学知识，使全科医师具备基本的慢病管理和康复技能。

7. 对康复医师与治疗师进行资质认证。委托学术团体，对康复医师与治疗师根据具体专业（如肢体康复、内脏康复）分别进行资质认证。

心脑血管病等慢病康复应成为做实医联体的着力点

全国政协委员 第三医院副院长 高炜

心脑血管病等慢性非传染性疾病已成为是 21 世纪影响我国公民健康的重大公共卫生问题，带病生存的患者数量急剧增长。而我国目前的医疗模式是对患者“大修”，而不是对健康的维护和疾病的预防，患病治疗后因缺乏康复而不断返诊的尴尬局面成为“因病致贫返贫”的重要原因，医疗开支也因此而不堪重负。医养结合十分必要，但将慢性病预防、治疗和康复相结合才能构架一个完整的医疗服务链。

分级诊疗的落地重要的在于基层医疗机构是否能够接得住，近年来政府正在通过各种政策的调整提高基层医疗机构能力。但仍有部分基层医疗机构为了完成所谓的慢病（高血压、糖尿病）规范管理率以及控制率的要求，将公共卫生与基本医疗脱节，基层全科医生大多成了“开药机器”。

全面启动多种形式的医疗联合体，发挥三级公立医院的引领作用，增强基层服务能力是 2017 年医疗工作重点。建议“心脑血管病等慢病康复作为做实医联体的着力点”。具体建议：

1. 在医联体框架下建立三级医院指导下的基层医院（社区医院）心脑血管病等慢病康复中心，做好慢病管理，做实医联体。大型三甲医院等医疗机构主要解决疑难危重症救治和疾病风险评估，基层医院和社区医生承担慢病长期管理。基层医院植根于社区，其医务人员虽对疑难危重病例诊治能力有限，但经规范化培训后，完全可以胜任康复程序执行和康复训练监护等工作，建议利用基层医院的医疗资源，建立适合心脑血管等慢性病康复训练的“慢病康复中心”，方便患者。以康复作为医联体框架下慢病管理的着力点和纽带，充分利用现有资源，实现优势互补。

2. 与国际接轨，将心脑血管疾病等慢病康复纳入临床路径管理和医疗付费考核指标之一。未接受慢病康复评价和治疗者疾病再发或加重由患者本人支付一定比例的治疗费用（降低医保支付比例）。医疗机构未对患者给予康复建议也应给予相应处罚。

3. 将心脑血管疾病等慢性病康复评价、治疗和指导产生的费用纳入医保报销范畴，调整现有康复相关收费标准。目前心脑血管等慢病康复收费无统一标准，

评估和训练等人员支出相关收费极低或无法收取。建议合理拓宽康复服务收费内容、适当上调收费标准，从患者依从性和医疗机构发展心脑血管病康复的积极性等多个角度保障康复事业良性可持续发展。现阶段政府过多的重视了公共卫生和疾病的预防、治疗，对患病后的康复不重视，医保收费过低，保障不足。

4. 加强基层医疗慢病管理和康复能力培养。目前到基层医疗机构就诊的 80% 是慢病患者，90% 是老年人，这些患者常年受到疾病的困扰，需要在服用药物的同时得到相应的康复指导（肢体、语言、心脏、呼吸等），但目前基层医疗缺乏相应专业技术人员。全科医师缺乏慢病康复培训，专业的康复医师毕业后不愿意到基层医疗机构，即便来了也在解决户口、事业编制后离开基层寻求更好的发展。政府应从培训和待遇等多方面下大力气解决

落实《中国口腔医学本科教育标准》，规范口腔医学本科生招生

全国政协委员 口腔医院教授 俞光岩

口腔医学教育是培养从事口腔医疗卫生保健专门人才的教育，规范的培养过程是培养合格口腔医学人才的重要保证。

近 10 余年来，随着我国人民生活水平的提高和口腔保健意识的增强，口腔保健的需求迅速增长，口腔医生短缺。新建的口腔医学系、口腔医学院如雨后春笋悄然兴起，口腔医学院系从 2000 年的 80 余所猛增到 2016 年的 180 余所。这是事业发展的需要，我们为之高兴。然而，高兴之余，也带来极大的不安与困惑。

口腔医学是实践性很强的一门临床学科，口腔医学教育除了需要有足够的师资力量外，尚需有仿真头模等临床前期实习的教学设备、牙椅等必要的医疗设备以及足够的病人来支撑。由中华口腔医学会口腔医学教育专业委员会、全国高等医学教育学会口腔医学教育分会和中华医学会口腔医学教育学组联合制定的《中国口腔医学本科教育标准》明确要求：“招生数应参照教学条件确定，原则上，招生人数应做到仿真头模生均 0.5 台，实习椅位生均 0.5 台，能满足收治常见病种，完成实习大纲要求；口腔专业课教师数与在校学生数之比 $\geq 1:6$ ，专业课教师总数不得少于 30 人。”然而，不少新建口腔医学院系办学条件明显不足，远远达不到这个要求。与之相反的是，这些院系招生数量极大，达到每年 200—600 名，系口腔医学老校和名校招生人数的 3—8 倍。有的学校因师资短缺，请外校教师讲课，讲课时 3 个年级一起听课；有的学校缺乏临床实习基地，学生只听课，不安排实习。教学质量得不到保证，毕业生参加全国统一的执业医师考试通过率极低，这些院系培养出了大量合法不合格的口腔医生，导致口腔医师整体水平下降，不但无益于口腔卫生事业，反而造成口腔医生队伍的混乱。

面对这种现象，20 世纪末，34 家口腔医学院系院长、系主任曾经联名上书国家教育部，要求采取措施改变这种乱办学状态。教育部委托中华口腔医学会口腔医学教育专委会等学术团体制订了相关标准，教育部口腔医学教育指导委员会组织专家进行了评估检查，乱办学现象有所控制。但是，近些年口腔医学乱办学、滥招生状况重新抬头并有所加重。

《中国口腔医学本科教育标准》急需落实，口腔医学本科生招生急需规范，为此，我们建议：

1. 国家教育部和各省市教育主管部门要参照《中国口腔医学本科教育标准》，对于口腔医学院系的本科生教育，特别是招生情况，尽快进行全面调查，及时发现问题；针对存在的问题，采取限制招生人数甚至停招的有效措施，尽快制止滥招生现象的继续发生。
2. 各口腔医学院系的招生计划应经过省级以上教育主管部门审批，严格把好招生规模关。
3. 各省市自治区政府要加强对口腔医学教育的投入，不断改善口腔医学教育的办学条件。
4. 口腔医学院系，特别是办学条件较差的院系，一是要通过自身努力，改善办学条件；二是要量力而行，自觉控制招生人数，确保教育质量。
5. 教育部委托口腔医学教育指导委员会或中华口腔医学会口腔医学教育专业委员会，定期对口腔医学本科生教育机构进行严格的教育评估，使评估工作常态化、制度化，评估结果与院校招生规模及社会声誉直接挂钩，形成全社会关注口腔医学教育的良性机制。

整肃不良医疗广告，净化医疗广告市场

全国政协委员 口腔医院教授 俞光岩

随着我国改革开放的深入，医疗卫生体制发生了重大变化，民营医疗机构迅速增加，医疗市场竞争日趋激烈，医疗广告大量涌现，虚假医疗、药品广告屡禁不止，屡打不绝，已成为一大“顽症”和社会公害，它极大地损害了社会诚信，国家将此列为整顿与规范市场经济秩序的重点，部署专项行动加以整治。2015年，全国人大颁布新《广告法》，工商总局和国家卫生计生委发布了新的“医疗广告管理办法”；最近，国家新闻出版广电总局发布通知，要求各级电视台电台对于医药广告播出实行严格管理。所有这些措施，对于净化医疗广告市场发挥了重要作用。

但是，由于利益驱使，以及管理上存在的一些问题，医疗广告市场的混乱现象依然十分严重。虚假广告、过度宣传现象依然普遍存在，特别在一些民营医疗机构中仍屡禁不止。随着互联网和新媒体的广泛使用，发布不良医疗广告的手段千变万化，五花八门，增加了打击难度。我国的广告管理办法虽几经修订，但是一直非常宽松。新修订的医疗广告管理办法，增加了禁止说明治愈率、功效等具体要求，较以往有所进步。但是对于虚假广告、过度宣传的处罚力度仍显不足，导致违法成本过低，难以收到监管实效。目前《广告法》规定，由消费者协会和其他消费者组织负责社会监督，由于医疗服务不同于一般的消费，其专业性强，消费者协会难以恰当地承担监督职能，而德国等国家则成立专门医疗广告监管委员会，负责对医疗广告进行社会监督。

事实证明，整肃不良医疗广告，净化医疗市场的任务依然十分繁重，为此，我们建议：

1. 加强对医疗机构，特别是民营医疗机构负责人以及专业人员《广告法》、“医疗广告管理办法”的宣传和普及，提高其学法、懂法和守法的自觉性。
2. 加大对于虚假医疗广告的处罚力度，提高违法成本，使其不敢犯法，不想犯法。
3. 设立由医药卫生专业人员、社会人士以及相关行政管理人员组成的专门的医疗广告监管委员会，协助工商及卫生行政管理部门进行管理。
4. 国家工商总局和国家卫生计生委要针对互联网和新媒体发布不良医疗广告的新情况，采取相应的管理措施，并适时修改“医疗广告管理办法”。
5. 各级工商及卫生行政管理部门要加大管理力度，及时查处不良医疗广告。

种口牙等于买辆宝马？

全国政协委员 口腔医院副院长 林野

种口牙相当于买辆宝马”成热门话题，持续引发舆论对于“种牙贵”的关注。那么，种口牙的价格真的相当于买一辆宝马轿车吗？“种牙贵”贵在哪里？谁让嘴里含“宝马”？就相关话题，日前，中新网记者专访了全国政协委员、北京大学口腔医学院副院长林野。

谈“种上下全口牙够买辆宝马”

——国际标准价格大约在 40 万元人民币左右

中新网记者：种口牙，真的那么贵？

林野：老百姓所说的种植牙，是缺牙修复方式中最贵的一种，种植牙贵，这是事实。这相当于市民在选择出行的交通工具时，在自行车、公交车和私家车中间，选择了私家车。一般而言，缺一个牙或者多个牙以后，大家可以选择“活动修复”，即利用天然牙和黏膜作为支持，由起固位作用的卡环、修复缺失牙的人工牙；或者也可选择磨掉两边的牙，搭个“烤瓷桥”；若全口牙没了，还可做个活动假牙。当然，如果大家希望牙齿更舒服、更美观、功能更好，就可以选择种植牙。

种植牙，是在缺牙的地方植入一个金属牙根，并在金属牙根上做个牙冠。相比活动假牙不舒服、没有劲，烤瓷桥需要牺牲好牙，种植牙无论从稳定性、舒适程度等方面看都是最佳选择，但也是最贵的。

中新网记者：那么，换口牙到底有多贵？

林野：从国际标准来看，全口上下颌种植牙的费用通常都在 40 万元人民币以上。

中新网记者：据了解，北京大学口腔医学院种一颗牙的起步价为 1.7 万元，这个价格算贵吗？价格是怎么制定的？

林野：一般来说，我们的标准价格是一万七千元，是国家备案认可的价格，这个价格标准从 2010 年以来就开始施行。

谈种牙贵的原因

——因材料依靠进口、技术成本高

中新网记者：民众都关心种牙贵，那么，它究竟“贵”在哪里？

林野：种植牙材料成本很贵。人的一颗牙，特别是后牙，它的负重是 20 到 30 公斤，但种植牙的牙根平均只有 4 毫米直径，因为中国人的颌骨条件只适合种 4 毫米，却要承受二三十公斤的咬合力，而且每天咬合上千次，更要用上几十年。此外，种植牙还要在口腔里面抗感染，防酸碱腐蚀。因此，从设计理念、材料选择、精密加工、表面处理，其科技含量要求非常高。

一个种植牙有三个结构：牙根、中间连接结构、上面的牙冠，这些部件的加工精度公差配合需要精确到微米级，相当于一毫米的千分之十，这个加工精度非常高。也因为生产工艺、技术要求非常高，这也是为什么目前国内大部分种植系统都来自国外进口，从而也导致成本比较高。虽然当前我们国家也生产出一些质量较好的种植系统，但还是比较少，通过大力发展民族医疗产业，有望在不远的将来降低种植牙的材料成本。

中新网记者：种牙贵，是主要贵在进口材料上吗？

林野：还贵在技术。即使有这么好的材料，包括在设计理念、表面处理、消毒包装等都非常好，但要把一个种植牙种好，让病人舒服，创伤不会特别大，而且能行使正常功能，能用几十年，光材料好是不够的，更重要的是非常好的临床训练。

在国内外，种植牙专业被称为“毕业后的教育”，即属于经过医学本科教育毕业后学习的内容，或者通过研究生教育才能掌握的专业。一般而言，一个人至少学医十年以后才能进入这个专业领域，这样才有可能从资质和技术上保证规范，专业，临床上的长期成功率、稳定性才有可能，才使许多先进技术如即刻种植即刻修复的质量得以保证。

因此，如此高要求的资质与技术标准，所对应的学习成本也必然很高，它包括一个人要接受高等教育，然后要继续接受严格的临床训练，以及要在日常工作中把临床成功率做到 90% 以上，其中所花费的人力、物力成本非常高。

以北京大学口腔医学院为例，几十年下来，种了几万颗牙，3 年的存留率在 99%，10 年的成功率在 96.7% 以上。这样的存留率，也是需要严格的临床和学习训练才达成的，这其中的技术成本也是非常高的。

谈民营医院低价现象

——任何事情都该有合理价格

中新网记者：当前，虽然种牙价格比较贵，但记者调查发现，有些私立医院的种牙价格却相对低廉，最低价只有七八千元，对此，您怎么看？

林野：一般而言，如果它也选择目前国际上一流的种植材料，再加上选用规范的加工工艺、材料以及贵金属等，我认为，任何事情它都应该是有合理价格的。

以本院的价格为例，它是经过反复论证、讨论，然后最终确定的价格，应该是个比较合理的价格，它不仅涵盖了一流的材料成本、技术成本，还保证了规范的工艺成本。

这就像在市场上，(产品)都有一些共识性的成本，诸如一辆汽车价格至少都在几万元以上，但你要花 5000 元买一辆汽车，那你能保证它开几年？生命有没有保障？安全会不会有问题？那是另外一回事了。

谈降低种牙成本

——建议大力发展国产材料

中新网记者：显然，百姓更为关心的是，种牙何时不再贵？那么，怎样才能降低种牙的价格？种牙未来是否有望纳入医保？

林野：大力发展国产材料，提升国产材料的设计能力、精密加工能力、材料表面处理能力，这是降低种牙材料成本的方向。医疗材料器械特点是投资大、周期长、回报慢，这需要企业以及政府部门共同合作。

至于种牙未来能否纳入基本医保，恐怕民众的这个愿望会落空，因为在国外，种牙也是没有纳入基本医保。

种牙贵背后的思考

——国人价值理念还有待提高

中新网记者：怎么看待民众认为“种口牙相当于买辆宝马”？

林野：“种口牙相当于买辆宝马”这个问题的提出，背后关系到这样一个选择题：到底是一口健康的牙重要，还是一辆宝马车重要？

在现实生活中，也许一些国人认为，宝马车比牙齿更重要，这也说明国人的价值理念还有待随着经济发展而提高。

其实，从人的生活质量、生存质量来看，一口健康的牙齿比一辆宝马更为重要，尤其对于人的寿命而言，没有牙的老人，其死亡率会比较高，发生老年痴呆率也比较高。

此前，欧洲在 2007 年曾发表了一份几十万人样本调查，调查结果表明，在追踪 70 岁老人 7 年后，在没牙的情况下，男性的死亡率是 70%，女性是 30%；在有 1 到 9 颗牙的情况下，男性死亡率是 50%，女性是 20%；在有 10 到 19 颗牙的情况下，男性死亡率是 35%，女性不到 20%；而大于 20 颗牙的情况下，男性死亡率只有 22%，女性死亡率则为 11%。以上的情况，都排除了其他致死原因。

由此可见，牙齿对于延长寿命的重要性。也基于此类大数据的分析，世界卫生组织推出了“8020 计划”，即 80 岁的老人至少应有 20 颗功能牙（即能够正常咀嚼食物，不松动的牙）。显然，国外对人体口腔的重视程度更高。

其实，车是身外之物，牙齿是“身内之物”。大家应该更看重牙齿的健康，而不是宝马车。人如果没有了车，还有牙齿，仍可过上健康的生活，但如果没有了牙，消化道功能降低，营养吸收障碍，健康不再，有车也没什么意义了。古语常说，口福才是第一福。

当然，更高的一个境界应该是通过改善口腔卫生习惯，勤刷牙，定期洁牙，重视口腔健康，到 80 岁也不掉牙，不需要人工种牙。这完全是可能的，也是有众多先例的。

全国人大代表篇

合理配置医疗保障资源， 重视向疾病预防和疾病晚期照顾延伸的建议

全国人大代表 首钢医院院长 顾晋

案由：

一、现行医保主要用于疾病诊断和治疗不包括疾病预防

现行的医疗保障资源是以社会基本医疗保险（医保）为基础，以商业健康保险、医疗互助和慈善力量为补充的保障体系。基本医疗保险是重头，承载实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益、促进社会公平、增进人民福祉的不可替代的作用，对促进全民健康具有重要意义。目前基本医疗保险主要用于支付一般的门诊、急诊、住院费用，不予费用支付预防性诊疗项目

二、商业保险也不包括疾病预防筛查

商业健康保险是社会基本医疗保险的补充，多数是“大病补充医疗险”、“重大疾病保险”、“疾病护理险”等生病、病故险种，一般只对其承保范围内的疾病的住院费、病故给予一定金额的补偿，对预防性的诊疗项目微乎其微。医疗互助和慈善力量，也是救济疾病，不在预防，疾病预防和疾病晚期照顾延伸工作是真空地带。

三、疾病预防可显著减轻疾病经济负担

由于发病、伤残(失能)和过早死亡，给患者家庭、社会、国家带来的疾病经济负担，越来越突出。随着经济发展、人口老龄化，我国已经进入慢性疾病经济高负担期，具有服务需求大、医疗成本高等特点，疾病早期预防尤为重要。加强慢性病防治是全社会的责任，政府主导，发动全社会力量、部门通力合作、全民参与，积极构建三级疾病防控体系；同时大力推行健康教育，创建健康环境；并实施重大疾病防控项目，将高血压、冠心病、糖尿病、脑卒中等慢性疾病健康早期干预，推进全民健康生活方式；及时发现高风险人群，开展癌症早诊早治工作。通过早期发现、早期诊断、早期治疗，预防疾病的发生发展，减少合并症、残疾，方能尽快扭转慢性病高发态势，是减轻国家、集体、个人三方疾病经济负担的重

要举措。

建议

一、现有医疗保障应该向疾病的预防筛查延伸

已有明确的证据表明，有些疾病的早期发现，早期诊断，通过早期治疗可以明显降低该种疾病的死亡率和发病率，以大肠癌为例，基于人群的早期筛查，早期发现腺瘤并及时切除可以明显降低今后发生大肠癌的可能。建议国家医保应该认真思考，将癌症的早期筛查列入医保当中，会有效降低癌症的发生发展。

二、医保应通过医养结合关注疾病晚期照顾

传统的医疗卫生行业主要是把精力放在治疗疾病上，而在疾病晚期、生命末端的关怀，是相对缺失的。我们建议国家统筹医保和商保结合，探索医保和社会养老保障有机结合，改变癌症晚期照顾面临的经济困境

关于修改《中华人民共和国母婴保健法》， 明确我国助产士执业地位的议案

全国人大代表 首钢医院院长 顾晋

案由和案据

本议案是关于修改《中华人民共和国母婴保健法》和《2016中华人民共和国母婴保健法实施办法》，以明确我国助产士等母婴保健人员法定执业权利的意见。

目前，三类母婴保健人员中，医生、护士都有独立的执业法和执业资格制度，而扮演重要角色的助产士则长期被视为产科护士，必要的执业权利得不到法律保护，普遍处于超范围执业的法律风险中。

问题的严重性表现：

(1) 助产领域处于法律空白状态，无法明晰助产士的法定执业地位和责权利。

《中华人民共和国母婴保健法》（1994）和《2016中华人民共和国母婴保健法实施办法》以及浙江、江苏和北京等地出台的《助产技术管理办法》在一定程度上规范了相关工作，但条款中未对助产士的法定执业权利予以明确。

(2) 法律制度的滞后，严重影响队伍稳定。

根据清华大学卫生与发展研究中心2017年1月进行的全国性问卷调查，78家被调查机构中有93.6%认为执业风险高是助产士流失的最主要原因，助产士在接受调查过程中则普遍深感工作压力大、执业风险高。由于没有上位法的支持，目前助产士只能被纳入到护士执业资格管理和规范化培训中，造成所学、所用和所评脱节，不利于助产士核心胜任的发展和母婴健康工作。

(3) 中国助产士领域立法整体落后于全球大多数国家。

绝大多数工业化国家和相当一部分发展中国家，甚至塞内加尔和菲律宾这样的较不发达国家，都已建立并实施了作为上位法的全国性助产士法规，这类法规对助产士队伍的建设和行业管理，对母婴健康体系的健全、规范和完善都起到了关键保障作用。

方案

修改《中华人民共和国母婴保健法》（1994）和《2016中华人民共和国母婴保健法实施办法》，由国务院牵头，国家卫计委、人力资源部等部委参加，全国人大代表参与监督、尽快启动助产士执业权利和管理办法的相关条款修改，并增补有关助产士等相关从业人员的法定执业地位和职责等内容，明确在临时紧急情况下助产士的权限和救济补偿规定，以保障从业人员的执业安全。同时，建议在现有《2016中华人民共和国母婴保健法实施方法》八章的基础上，增补《母婴保健从业人员责权利》章节，以确立助产士的法定执业地位，界定责权利，规范执业资格和准入条件，以促进人力资源建设，保障母婴安全健康。

关于国务院尽快颁布《公共场所控制吸烟条例》的建议

全国人大代表 首钢医院院长 顾晋

提要：

WHO《烟草控制框架公约》（以下简称《公约》）在中国正式生效整整10年。《公约》明确提出全面无烟环境立法是保护公众免受烟草烟雾危害的最有效方法。

2013年岁尾，中共中央办公厅和国务院办公厅联合发布了《关于领导干部带头在公共场所禁烟有关事项的通知》，为国家无烟立法提出了正确导向。

到2015年有公共场所无烟立法的城市已达18个，其中尤以《北京控制吸烟条例》同《公约》要求最为接轨，具有标杆意义。公共场所禁烟政策在立法城市得到公众广泛的支持。

国家“十二五规划”及《中国烟草控制规划2012—2015》要求的“全面推行公共场所禁烟”目标还未实现。

《公共场所控制吸烟条例（送审稿）》规定，所有室内公共场所一律禁止吸烟。同时，高等学校的室外教学区域，妇幼保健机构、儿童医院、妇产医院的室外区域，公共交通工具的室外等候区域等公共场所的室外区域全面禁止吸烟，受到公众广泛支持。2015年《公共场所控制吸烟条例》，已被国务院纳入二类立法计划。当务之急，应将条例纳入国务院一类立法计划并尽快完成立法，以保护最大多数人不受烟草烟雾危害。

主题：

国务院尽快通过《公共场所控制吸烟条例》立法并颁布实施

依据：

一、“全面推行公共场所禁烟”目标尚未实现

2011年我国《十二五规划纲要》写入了“全面推进公共场所禁烟”。《中国烟草控制规划2012—2015年》承续了这一要求，提出“对室内公共场所、室内工作场所和公共交通工具全面推行禁烟”。但目前我国还没有通过全国性的无烟环境法律。唯有加快立法，才能实现这一目标。

二、“两办通知”为无烟立法执法提供了正确的导向

2013年12月29日中共中央办公厅、国务院办公厅印发了《关于领导干部带头

在公共场所禁烟有关事项的通知》，明确要求领导干部带头遵守有关禁止吸烟的法律法规，为国家级无烟环境法律的制定和有效实施提供了正确导向。自此以后，各级领导干部在公共场所吸烟的状况有明显改善。从中央到各省，许多地方实现了“无烟两会”。人大和政协有关控烟立法的提案议案逐年增加。

三、地方立法初见成效，北京起到标杆作用

近几年来，无烟城市创建初见成效。到2015年底，中国大陆有公共场所无烟立法（包括地方性法规和规章）的城市已达18个（银川、上海、哈尔滨、天津、杭州、广州、鞍山、克拉玛依、青岛、绍兴、兰州、深圳、长春、唐山、南宁、西宁、北京、福州）。其中既有经济发达地区的城市，也有经济欠发达和地理位置相对偏远的东北和西北地区的城市。这些将对国家级立法的有效实施提供经验。

其中深圳的执法经验给了各地增强执法有效性的很多启示。北京立法起到了标杆作用。《北京控制吸烟条例》的出台和实施，深入的普法传播和严格的执法措施，被赞誉为与《公约》接轨、中国控烟史上“最严”的一部地方性法规，对全国无烟立法的出台和有效实施具有标杆意义。

四、公众的需求日益增强

公共场所禁烟立法带来的变化，不仅是对公共场所吸烟行为的限制，也使公众对二手烟危害的认识与自我保护意识有了明显提高，从“无所谓”到“我介意”；从“不敢管”到“请停止”。在立法城市，公共场所吸烟行为得到很大遏制。公共场所禁烟政策在立法城市得到了公众广泛的支持。

五、离“全面推行”差距尚远

2015年中国成人烟草调查监测数据显示：与2010年相比，在室内工作场所、公共场所、公共交通工具、居民家中的二手烟暴露率虽有下降：但仍有54.3%的人在 workplaces 暴露二手烟，餐馆、酒吧、夜总会一类公共场所，二手烟暴露仍高达76%-93%。

中国幅员辽阔，人口众多，仅有10%的人口受到公共场所禁烟立法的保护。同“全面推行”，距离尚远。要最大限度的保护公众，早日实施国家层面的无烟环境法规迫在眉睫。

六、立法时机已经成熟，条例通过迫在眉睫

2014年10月底，国家卫生计生委起草的《公共场所控制吸烟条例》上报国务

院，并向社会公开征求意见。2015年已被国务院法制办纳入二类立法计划。希望能在2016年颁行实施。

金砖五国中，中国是唯一一个没有国家级无烟立法的国家。如果能够通过并实施《公共场所控制吸烟条例》，中国在履行《公约》的水平可以达到、甚至超过其他金砖四国。

建议：

1. 2016年尽快颁布《公共场所控制吸烟条例》。
2. 为有效实施该法律，应制定有效的执法机制，配备监督管理人员和保证经费投入。
3. 开展深入有效的法律宣传。

进一步发挥医疗科技创新在社会发展和经济建设中的作用

全国人大代表 第三医院骨科主任 刘忠军

今天上午李克强总理做了一个求真务实，催人奋进的政府工作报告。报告总结过去一年的工作客观详实，布置未来一年的目标和任务明确、具体。我对李克强总理的报告完全赞同。

总理在报告中再次强调了科技创新的重要性，他用比较大的篇幅谈到科技创新方面的内容，谈到要完善对基础研究和原创性研究的长期稳定支持机制，谈到让科技人员不再为杂事琐事分心劳神，也谈到大力发展先进制造业，推动中国制造向中高端迈进。

作为一名近年来在所从事专业领域进行过一些科技创新和探索的医务工作者，我深受鼓舞。近年来的创新实践使我愈发感受到医疗科技创新对于国家和社会的巨大价值。结合总理的政府工作报告我想着重强调一下医疗科技创新的特殊意义，希望医疗科技创新的步伐能得到进一步加快。

首先，医疗科技创新帮我们实实在在地解决了医学难题，并使我们在相关专业领域取得了国际领先地位。以我们自身的实践为例，几年来我们将3D打印技术应用于骨科手术技术的改进，在疑难疾病的治疗上取得了突破。（举例：像我手里拿的这个颈椎模型，是一个病人手术后的真实情况，这个病人颈椎的第二节至第四节长了恶性肿瘤，彻底性手术切除才能使患者得到挽救，我们为患者切除肿瘤后用3D打印的人工椎体进行置换，患者术后早期就可以下床活动。如果没有3D打印带来的新技术，这种病例的治疗就很难办。类似病例我们从2014年到现在已经成功完成了10例）在这一领域的突破，完全靠的是我们自己的原创设计和技术，相关基础研究和临床应用的论文也已经发表于国际权威学术期刊，我们走在了国外同行的前面，在相关外科领域，我们从过去国外先进技术的追随者转变为先进技术的开拓者和引领者。

另外，医疗科技创新所开发的产品能让国人在不增加，甚至降低医疗支出的前提下，享受更高水平的医疗服务。熟悉医疗行业的人都知道，过去几十年中医疗行业的发展和进步在很大程度上是靠引进国外技术，其中高端医用设备和器材更是国外产品一统天下，而担负这些高端产品的费用是广大患者难以承受之痛。社会普遍感觉“看病贵”，其实看病费用大部分花在与上述设备和器材相关的支

出上（以骨科手术病人的医疗支出为例，70-80%以上的钱花在医用耗材上）。国产产品价格虽然低一些，但目前采用传统工艺生产的产品相对低端。患者多数情况下并不情愿接受。如果只是为了降低医疗费用而推行国产产品使用的话，恐怕也不符合广大人民群众的利益和愿望。创新性医疗产品或可改观这种格局，由于是具有自主知识产权的国内产品，因此会同时具备价格优势和技术优势，实现真正意义上的“优质低价”。以我们自主研发、国内首个获得注册批准的3D打印髌关节臼杯产品为例，相同档次进口产品价格是我们产品的三倍（进口臼杯3万，国产3D打印臼杯仅1万，国产臼杯上市以来已使用超过2500例，取得很满意的疗效）。此外，按照市场规律，国产创新性产品一旦走入市场，国外产品往往会主动降低价格，以增强竞争力。

再者，创新性医疗产品的开发是民族工业崛起的天赐良机。正如前面所提到的，目前较多国产医疗产品属于低端产品和仿制品，这些采用传统工艺生产的产品很难与实力雄厚的国外大公司相竞争。但面对创新性产品的开发，情形则大不相同，在新技术面前，我们与国外同行站在同一条起跑线上，只要能抓住先机，就有可能走在前面，就有可能做到领跑而不是跟跑。近几年来国内不少专家学者的探索实践已经证实了这一点。中国国力的不断增强已经使我们具备了对于新技术研究及开发的能力和条件。总理在谈到大众创业、万众创新时说要使小企业铺天盖地，大企业顶天立地。毋庸置疑，顶天立地恐怕只能靠创新性技术、创新性产品作为支撑。

然而，目前国内医疗领域科技创新的环境还远做不到尽如人意。由于医疗产品，尤其是植入人体内产品的特殊性，审批过程往往十分严格，更会十分漫长。有些法规，比如个体定制化医疗器械管理法规，在我国甚至还没有建立。相比之下，世界上许多发达国家对创新性医疗产品（包括个体定制化医疗产品）在管理机制和审批流程方面要比我们宽松得多，这样一来，就使我们国内医疗科技创新的成果转化和产品上市在国际竞争中处于很不利的状态。

这几年我和国内医疗产品管理和审批机构或部门有过较多接触，这些部门的相关领导和工作人员确实很努力地在想办法改进管理机制和效率，也在加紧建立相关法规。但鉴于我国各地区发展很不平衡的现状，在现行体制下似乎很难实现在法规和管理措施方面的重大突破。在这种国情下，我们是否可以从更高层面上

协调各部门的工作，针对医疗科技创新的特殊性，研究制定一些特殊举措，使创新成果转化的速度加快。总之，无论难度多大，我们都应该站在国家和民族利益的高度，站在国际竞争需要的高度研究和打通医疗科技创新的绿色通道，让医疗科技创新在社会发展和经济建设中尽早发挥应有的作用。

习总书记说得好，没有全民健康，就没有全面小康。我们应当把医疗科技创新作为改善民生，改善全民健康的重要途径，让医疗科技创新更好地助力实现中华民族伟大复兴的中国梦。

（在北京团全团会议上的发言）

附件:

医学部全国政协委员、人大代表提案、建议、发言一览表

(2017年3月)

姓名	单位	职务、职称	党派	提案、建议与发言题目	备注
马大龙	基础医学院	九三学社中央副主席 北京市政协副主席 九三学社市委主委 教授	九三学社	关于农业转移人口市民化的几点意见	全国政协常委
柯 杨	医学部	北大常务副校长 教授	中共	关于烟草行业政企分开的建议	全国政协委员
				关于请国务院尽快颁布《公共场所控制吸烟条例》的建议	
				关于规定国内烟包采用全警示图形包装的建议	
				关于进一步提高卷烟制品税率和价格的建议	
刘玉村	医学部	党委书记 教授	中共	谈“分级诊疗”：北大医院 300 多万门诊量 我希望能减少三分之一	全国政协委员
				点准“穴位”才能疏通分级诊疗的“经络”	
李立明	公共卫生学院	教授	中共	推动全面无烟，实现全民小康	全国政协委员
吴 明	医学部	九三学社中央委员 九三学社北京市委常委 九三学社北医委员会主委 医学部主任助理 教授	九三学社	关于将孤独症筛查纳入国家基本公共卫生服务项目的建议	全国政协委员
丁 洁	北大医院	教授	无党派	关于成立中华儿科医学会，为儿科学人才搭建平台的建议	全国政协委员
				关于组建罕见病专门办公机构的建议	
				关于尽快成立中华医学会罕见病专科分会的建议	

姓名	单位	职务	党派	提案、建议与发言题目	备注
霍勇	北大医院	民进中央委员 心脏中心主任 教授	民进	固本清源，建立以“独立院前型”急救中心（站）为主体的国家院前医疗急救体系	全国政协委员
				加强健康传播的规范化管理	
				将血脂管理纳入国家基本公共卫生服务项目高血压、糖尿病的管理中，提高心脑血管疾病管理质量、以有效防控心脑血管疾病、降低早死率	
				以医生集团为抓手，促进分级诊疗与医生多点执业	
				中国专科医师培训制度中需要加强配套政策支持的提案	
陈仲强	第三医院	致公党中央委员 致公党医学部支部主委 北大国际医院院长 大外科主任 教授	致公党	落实医改政策 继续探索创新	全国政协委员
高炜	第三医院	副院长 教授	无党派	关于重视和扶持康复医学人才培养的提案	全国政协委员
				心脑血管病等慢病康复应成为做实医联体的着力点	
俞光岩	口腔医院	教授	中共	落实《中国口腔医学本科教育标准》，规范口腔医学本科生招生	全国政协委员
				整肃不良医疗广告，净化医疗广告市场	
林野	口腔医院	副院长 教授	无党派	种口牙等于买辆宝马？	全国政协委员
顾晋	肿瘤医院	农工党中央委员 农工党北京市委副主委 农工党北大委员会主委 首钢医院院长 教授	农工党	合理配置医疗保障资源，重视向疾病预防和疾病晚期照顾延伸的建议	全国人大代表
				关于修改《中华人民共和国母婴保健法》，明确我国助产士执业地位的提案	
				关于国务院尽快颁布《公共场所控制吸烟条例》的建议	
刘忠军	第三医院	骨科主任 脊柱研究所所长 教授	无党派	进一步发挥医疗科技创新在社会发展和经济建设中的作用	全国人大代表

说明：医学部全国人大代表、政协委员共 14 人（其中人大代表 2 人，政协委员 12 人），除韩启德副主席以外共提出建议、提案和发言 27 份。