

北京大学医学部

各级人大代表、政协委员参政议政资料汇编

(2018 年)

北京大学医学部统战部

2018 年 3 月

前 言

2018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，针对医疗体制改革、医学人才培养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23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

2018年3月

目 录

全国政协委员篇

刘玉村出席全国政协十三届一次会议第三场记者会	刘玉村 /1
大国国民要有担当.....	刘玉村 /5
加强慢病防控需要“到上游筑牢堤坝”	吴 明/11
精准医改政策，助推适宜技术“腹透”救治尿毒症患者	丁 洁/13
关于制定罕见病医疗保障相关规定的建议	丁 洁/16
关于尽快成立中华医学会罕见病专科分会的建议	丁 洁/19
关于将“乡村儿童大病医保”模型纳入健康精准扶贫政策的建议	丁 洁/22
急救体系建设中的人才培养.....	霍 勇/24
“一带一路”合作项目中对国外医生的培训工作	霍 勇/26
关于推进胸痛中心“三全模式”建设的提案	霍 勇/28
重视和建立对医学专业学科发展历史的记录	霍 勇/30
以《中国心血管健康指数》为抓手，推动健康中国	霍 勇/32
专科医师培训临床学位配套问题亟待解决	霍 勇/34
关于以医生集团为切入点助力国家分级诊疗的提案	霍 勇/36
将H型高血压防治纳入慢病示范区的建设，对治疗H型高血压新药实行快速审批	霍 勇/39
关于医联体运行与管理机制改革探索的建议	陈仲强/42
想健康长寿，你70岁时最好还有20颗牙	林 野/44
关于提高患者参与度，共建共治共享健康中国的建议	季加孚/46

落实《“健康中国 2030”规划纲要》精神，加快建立全国恶性肿瘤诊疗大数据平台的建议..... 季加孚/48

关于推进我国胃癌筛查政策化进程的建议..... 季加孚/50

全国人大代表篇

构建“三下沉”为基础，“信息化”为桥梁的紧密型医联体模式 将医改分级就诊落到实处..... 顾 晋/52

积极推广社区-家庭-三级医院肿瘤全程防控模式的建议..... 顾 晋/54

3D 打印技术到底是怎么治病救人的..... 刘忠军/56

北京市政协委员篇

关于建立急性呼吸道传染病预警机制和应急预案的提案..... 李海潮/58

关于加强肿瘤专科医师以及肿瘤专业知识培训的提案..... 沈 琳/60

医学部全国政协委员、人大代表提案、建议、发言一览表

医学部北京市政协委员、人大代表（党外）提案、建议、发言一览表

全国政协委员篇

刘玉村出席全国政协十三届一次会议第三场记者会

全国政协委员 北京大学党委副书记 医学部党委书记 刘玉村

2018年3月10日上午，全国政协委员，北京大学党委副书记、医学部党委书记刘玉村应邀出席全国政协十三届一次会议第三场记者会，与黄润秋、刘利民、许家印、刘强东等4位委员共同围绕“提高保障和改善民生水平”回答了中外记者提问。

全国政协委员刘玉村在谈到目前我国医疗体制改革的难点时说，他认为难在三方面原因。一是有限度的财力投入与日益增长的多元化需求之间的矛盾；二是社会评价跟个体感受之间是有差异的；三是不同社会群体之间的利益平衡。

在回答“应如何解决分级诊疗制度的推行问题”及“应如何加强基层卫生服务体系建设”这两个问题时，全国政协委员、北京大学党委副书记、医学部党委书记刘玉村表示，改革开放以来，采取了诸多从下往上摸着石头过河的改革的做法，在一定程度上解决了问题，但留下了看病难、看病贵的关键问题。党的十八大以来，采取了顶层设计的管理的办法，在一定程度上解决了重要问题，顶层设计解决公平问题，探索式的改革将可能解决效率问题。

刘玉村表示，如何能够解决看病就医的方便问题，一定要让老百姓在家门口有签约医生或家庭医生，可提供最便捷、最直接的服务；如何加强基层医疗体系的建设，把设施盖好，培养足够的家庭医生，是当前亟待要解决的重要问题。相信不久的将来，基层医疗机构服务体系将会健全，老百姓看病会越来越方便。

记者：我想提问刘玉村委员。我们注意到，今年的政府工作报告 27 次提出了“医”这个字，并且明确提出要下力气解决群众看病就医难题。现在新医改已经走过了九个年头，进入深水区，想请问您觉得最大的难点在哪里？

刘玉村：首先感谢记者问了一个非常难回答的问题。医疗卫生体制改革是世界上一个共有的难题。在当今世界上，说的最多、声音最响说医改有两个大国，一个是发达国家美国，另外一个就是发展中国家中国。大家可能从各种媒体上都看到，美国三任总统都非常关注医改，克林顿总统甚至让夫人牵头来做医改，一直到现在的总统仍在持续关注。我觉得美国的医改还在路上，当然，中国作为最

大的发展中国家，已经做出特别多的努力，目前还存在着很多的难题。如果说难在哪儿？我个人归纳有三方面的原因：

第一，有限度的财力投入与日益增长的多元化需求之间的矛盾。刚才讲到教育，我个人认为学前教育，小学、中学一直到大学教育，从小一直到大学毕业到底得花多少钱，我觉得有一个基本标准，可以算得出来。但是，医疗是个无底洞，同样一种疾病可能花不多的钱，也可能花未知数的钱，因为医疗方面涉及到健康问题，很容易站在道德的制高点上来评价、来说。比如，我们遇到一个病人，他说要不惜代价救治父亲。现在科技的含量、新的材料、新的生物制药产品的出现，给医疗带来了沉重的负担，世界上大概分三类国家，美国投入了它 GDP 的 15%到 17%也没有完全解决好这个问题，还有 4000 多万没有医保的人。我在美国期间，在急诊室看到穷人没有医保，一直把病养成了一个能到急诊看病的阶段，坐到急诊室里可能等好几个小时才能看上病。还有一类国家，就是大概投入 10%左右的 GDP，比如说日本、加拿大，但是他们国家也有一个问题，就是效率也同样存在问题。我听到这么一个笑话，在某个国家，一个人摔伤以后去看病，认为可能有锁骨骨折，医生跟他说，你回家等着什么时候通知你来拍片子。三个月以后通知他拍片子证明锁骨骨折已然愈合了，所以它有一个效率的问题。中国作为一个新兴的经济体国家，大概的投入水平在 5%到 10%之间，所以看财政投入的增长，似乎赶不上需求和期望值的增加。我用这么一句话来概括，经济的问题对医疗来说，这个钱永远不够用。这是第一方面的原因。

第二，社会评价跟个体感受之间是有差异的。比如说，对医疗卫生体制所带来的成果，在社会评价指标方面，中国优于世界上中等收入发达的国家，高于它的平均水平。比如说，我们的人均预期寿命这十年来长了一岁多，婴儿死亡率、孕产妇死亡率都控制得相当不错，医保覆盖的人群在 13.5 亿，这都是非常大的成果。还有一条，每当我们国家遇有重大灾难的时候，我们医务人员的反应速度，救治的能力和水平我个人认为是世界第一的，这跟我们国家的体制是有关系的。再有，大家还记得 2003 年，“非典”突袭中国的时候，政府部门在应对上还是有些措手不及，在社会百姓人群当中一定程度上造成了恐慌，到当下的中国还会有这样的问题吗？比如说非洲出现埃博拉疫情的时候，疫情非常严重，但我们国家守住了我们的国门，没能让这个疾病进入到中国。同时，我们国家派驻的救助队

伍帮助了非洲，控制了这个疾病。所以，我觉得这都是我们国家医疗卫生体制改革所取得的重大的成就。但是老百姓去看病的时候，他评价的是每一个环节，他想明天去看病，去挂谁的号，怎么出门诊，住院、手续等等还是有一些难题。我觉得这方面，就是个体的感受跟社会评价的指标之间还是有一些问题的。为什么会这样，我们国家改革开放这几十年经济快速发展，取得了巨大成就，但是在社会群体中包括我本人在内，我们普遍的心理还是有一点着急，恨不得一天就取得什么样的成就。另外，我们改革开放也有一些副作用，大家互相之间的信任度还是有点问题。所以，我希望我们大家多一点信任，少一点急躁，可能个体的评价也会高一些。

第三，不同社会群体之间的利益平衡。您要知道香港医管局若干年以前，假如说他拿 100 亿港币投入在医疗卫生事业当中，其中 70%的经费是人头费，是花在医务人员身上的，另外的 30%是药品、设备等等。所以，人力资源如何保障，调动医务人员的积极性很重要。这也是这一届总理政府工作报告中强调的人事薪酬制度改革，我希望这个改革来得更快、更彻底，在一定程度上提高医务人员的待遇，调动大家的积极性，吸引最优秀的学生来学医。据我现在观察，北京一流的高中毕业生经常是选择学习经济、学法律，大家试想，如果未来中华民族的健康乃至生命，如果不托付给一流的群体，记者朋友们您们放心吗？我觉得在一定程度上需要我们整个社会反思，一定要想办法让我们这个行业吸引最优秀的人才，来关注我们民族的健康，同时增加我们在生命科学领域在国际竞争力。我认为有这三方面的原因。

记者：我想请问刘玉村委员一个问题，我们知道去年底爆发了一场规模比较大的“流感”，很多大医院都是人满为患，一方面老百姓觉得去大医院看病依然比较难，但是大家对于基层的医疗卫生机构又不太放心，分级诊疗制度的推行好像依然存在困难，请问您认为应该怎么解决这个问题，您认为应该怎样加强基层的卫生服务体系的建设？谢谢。

刘玉村：我想反问在座的记者朋友们，您们觉得现在我们中国的各个城市农村里面的医院够多吗，医院够大吗。如果回顾我们的体制，我们国家在五六十年的时候，媒体上的说法叫缺医少药，政府在那时候做顶层设计，大力启建了很多医院，在一定程度上缓解了看病就医的问题。在改革开放这些年采取的是从下

往上摸着石头过河的改革的办法，在一定程度上也解决了问题，但是还是留下了看病难、看病贵这么一个关键的词汇。最近的这些年，特别是党的十八大以来，又采取了顶层设计的管理的办法，我觉得在一定程度上解决了特别大的问题，如果说顶层设计解决的是公平的话，探索式的改革可能解决的是效率问题。

当今，我认为在城市里盖的大医院已然够多了，也相当不错了，但是大兵团作战未必就能解决所有的问题，解决了效率问题但是方便的问题我觉得还是在百姓当中这是一大困惑。怎么能够解决看病就医的方便问题，一定要让老百姓在家门口就有签约医生，就有家庭医生，能够提供最便捷、最直接的服务。如何加强基层医疗体系的建设，把设施盖好，然后培养足够的家庭医生，这是我们当前亟待要解决的一个大问题，我觉得现在政府部门也在花大力气，我相信不久的将来，我们的基层医疗机构服务体系就健全了，老百姓看病就会越来越方便。谢谢。

（统战部摘自北京大学医学部 2018年3月11日）

大国国民要有担当

全国政协委员 北京大学党委副书记 医学部党委书记 刘玉村

编者按：

69年不懈奋斗，40年改革开放，中华民族迎来了站起来，富起来，到强起来的伟大飞跃。当中国已成为世界第二大经济体，当首艘国产航母下水、歼-20列装空军，当“慧眼”卫星遨游太空、C919大型客机飞上蓝天、量子计算机研制成功，当中国在联合国、G20、APEC等国际舞台上扮演重要角色，我们可以骄傲地说，中国已经成为一个综合国力和影响力在世界上举足轻重的大国。

那么，我国在软实力上，在公众素养上，在民族精神上，在文化自信上，能否跟上时代的步伐？这是摆在我们每个中国人面前的问题。当我们看到一些人在公共场所大声喧哗不以为然时，当我们看到一些人不遵守交通规则、随意闯红灯时，当我们还在为“路人跌倒了扶不扶”而争论时，当我们看到一些人争先恐后出国购买马桶盖时，当一些年轻人盲目追捧明星、“官二代”、“富二代”而不思进取时，当好莱坞电影席卷而来，而我们的不少传统文化项目依然缺少传承人时，我们是不是应该思考，除了硬实力，我国的软实力是否与我国的大国地位相称呢？我们是不是也该反思一下，作为大国国民，我们具备大国心态了吗？

古人言，文武兼备，内外兼修；今人言，硬件软件齐发展，经济社会共进步。欲强其国，必先强其民。鲁迅先生曾言，我们从古以来，就有埋头苦干的人，有拼命硬干的人，有为民请命的人，有舍身求法的人……虽是等于为帝王将相做家谱的所谓“正史”，也往往掩不住他们的光耀，这就是中国的脊梁。在不断赶超世界强国的关键时期，在实现中华民族伟大复兴的征途上，我们从不缺少民族的脊梁。同时，我们也必须正视差距，承认不足，提高国民之素质，振奋国民之精神，培育国民之匠心，激发国民之自信，以大国国民之心态，彰显大国之风范。

为此在今年全国两会期间，《人民政协报》推出以“大国国民，如何‘强起来’”为主题的特别策划报道，以飨读者。

伟大的时代呼唤担当精神

伟大的时代孕育着伟大的梦想。如果我们每一位国民特别是青年一代，都有责任意识，有担当精神，中华民族伟大复兴的中国梦就一定能实现。

记者：刘委员，看了前不久平昌冬奥会武大靖的表现您有什么感想？

刘玉村：武大靖获得这块金牌体现了中国队员在男子 500 米短道速滑项目上的绝对实力，更体现了他在关键时刻的担当精神，应该给他点赞。

记者：您为什么最看重武大靖的担当精神？这种精神对我们这个国家、这个时代有什么重要意义？

刘玉村：你这个问题问得好。中国队本届冬奥会多次遭遇犯规困扰，队内压力很大，气氛一直很压抑。武大靖虽然实力超群，可他不过是一个 20 多岁的小伙子，心理一旦发生波动，很可能失利。可他克服了困难，不负国人期待，毫无争议地拿到冠军，着实不易！

其实不只是体育界，我国其他任何领域都需要担当精神。我们正处于一个大变革、大发展的伟大时代，伟大的时代孕育着伟大的梦想。如果我们每一位国民特别是青年一代，都有责任意识，有担当精神，中华民族伟大复兴的中国梦就一定能实现。

记者：您用了“如果”两个字，而且特别强调了青年一代，为什么？

刘玉村：孔子说过：“士不可以不弘毅，任重而道远”，意思是说一个君子要有宽广的胸怀、坚韧的品质，因为自己责任重大，道路遥远。孔子的这句名言激励着各个时代的有志之士为国家、为社会而奋斗、献身。所以，当我们读着毛泽东“改造中国和世界”的万丈豪情与周恩来“为中华之崛起而读书”的壮志雄心，至今仍然心潮澎湃。

如今，我国已经是一个在国际上扮演着重要角色的大国。但与西方发达国家之间还有一定差距。要想弥补这个差距，还需要更多有担当精神的青年人成为中流砥柱。

再比如说 80 后“青年千人计划”专家、南京大学教授朱嘉。他在美国有房有车、家庭幸福、年收入过百万美元，可 2013 年他毅然回国从事纳米新材料研发，将“高效太阳能海水淡化”技术成功转化，被国际权威杂志《科学》称为“可以为世界解渴”的人。这样有理想、有抱负的年轻人是值得学习的。

但从总体来看，国民当中尤其是青年一代，担当精神还不足。比如一些人怕苦怕累、不思进取，成为了“啃老族”；一些人盲目追捧明星、“官二代”、“富二代”，总想着一夜成名、一夜暴富；还有一些人眼高手低、牢骚满腹，不肯踏实苦干，凡此种种，都属于缺乏担当精神的表现。

公共精神亟待回归

与个人主义相比，精致利己主义者往往享有较高的权力和地位，对社会道德体系的冲击也更剧烈，他们对社会的危害更严重，应坚决摒弃。

记者：其实，从古至今，我国从来不乏敢于担当的英雄，但社会最呼唤普通民众在公共小事中的担当。这就是公共精神吧。

刘玉村：你说的没错。我们绝大多数人注定成不了武大靖、朱嘉那样的英雄，但小人物也应该有担当。如不随地吐痰、不随意踩踏绿地等，这种公共精神也是担当的体现。

记者：您怎么理解公共精神？我国国民是否具备这种精神？

刘玉村：公共精神应该是民众参与社会事物和关心公共利益的一种意识和态度，其核心是责任意识和担当精神。当前，不少人崇尚个人主义，一些人还成为了精致利己主义者，在这种背景下，我们急需提倡公共精神的回归。

记者：我国是社会主义国家，而且一直强调集体主义，为何个人主义现象会得到快速发展，并出现一些精致利己主义者？

刘玉村：林语堂在《吾国与吾民》一书中解释中国人缺乏公共精神时讲到一个例子，他说中国人为什么喜欢打扑克一类的游戏而不喜欢 Bridge（桥牌）一类的牌戏，是因为打扑克是每个人各自为战，而玩 Bridge 需要两两一组配合。

新中国成立之初到改革开放前这一段时间，我们一直坚持集体主义至上。但是改革开放后，经济快速发展，突出个人、突出竞争。这里要从两面看，一方面提高了效率，个人价值得到了实现。另一方面精神和道德层面的教育引导缺失了，加上国民素质整体不高，集体主义价值观受到了强烈冲击，一些人开始崇尚个人主义。比如今年初，一位女子为了等丈夫上高铁，扒着高铁车门，不让列车开动。这些都反映出一些人只强调自我，而忽视他人利益和公共利益。这种国民素质显然和我国的大国地位不相称。

说到精致利己主义者，不得不说说《人民的名义》里的吴老师。她身为大学教授，有着较高的社会地位，但她放不下省委副书记夫人的光环，即使高育良背叛了家庭，为了自己能继续享受特权带来的满足和荣耀，依然不愿与其离婚。我们周围是不是有这种人呢？

对个人主义要有所警醒，不能让它损害公共利益。可与个人主义相比，精致

利己主义者往往享有较高的权力和地位，对社会的危害更严重，应坚决摒弃。

记者：您觉着问题主要出在哪儿？

刘玉村：主要出在教育上。英国作家托马斯·休斯在《汤姆·布朗的求学时代》一书中汤姆·布朗母亲对儿子的临终遗言是：“仰昂你的头颅，爽爽直直回答人家的问题。”对比当下我们一些父母对孩子的叮嘱：“少管闲事，不要干预公众的事情。”特别是在独生子女家庭，父母对于孩子的关心大都在于其前途和能否过上富足的生活上，很少会教育他们长大后要为社会、为国家作贡献。老师在课堂上对学生的教育和引导也多是“要考一个好学校，到国外留学”、“选一个好专业，将来要拿高薪”等，而不是告诉他们“要做一个道德高尚的人、一个对社会有意义的人”。

守规则应成为一种习惯

没规则，就要立规则；不讲规则，就要规范引导大家讲规则，最终目的是让守规则成为一种习惯。

记者：遵守规则是不是也应该包含在公共精神里面？

刘玉村：没错，这是公共精神里不可缺少的内容。“不以规矩，不能成方圆。”社会群体生活在一起，没有规则就乱了。比如一个人在马路上开车，你怎么开没事儿；有两个人在马路上开车，不守规则就可能出问题；如果更多人开车上路呢，不守规则非出事故不可。到医院看病也是如此，都觉着自己的病着急，都不排队挂号，医生没法看，大家肯定打起来。

记者：说到规则，我想到了几年前去香港一次出差的经历。我坐出租车去开会，香港的路很窄，可司机开得很快，让我心惊肉跳。在大陆，行人闯红灯司空见惯，我问司机：“这么快，有人闯红灯怎么办？”司机反问：“车子这么快，谁会闯红灯，不要命啦？”

刘玉村：你说的这个现象确实戳到了我们的软肋——不太讲规则。这些年我国经济发展迅速，但由于没有较完善的规则，或者规则的建立到实施没能赶上经济发展的速度，很多人开始钻空子，甚至乱来，给人的印象就是不诚实、太会算计、喜欢投机。这对经济发展的危害是很大的。为了匡正形象，必须立规则；不讲规则，就要规范引导大家讲规则，最终目的是让守规则成为一种习惯。

记者：让守规则成为一种习惯，您有什么建议？

刘玉村：从娃娃抓起；以上率下，发挥榜样的作用。大家都知道孔融让梨的故事，孔融之所以有这样的举动，说明父母从小教他要讲礼仪，要知道长幼有序，这就是规则。要让孩子守规则，父母要先守规则；要让学生守规则，老师得先守规则；要让员工守规则，企业领导得首先守规则。

记者：您曾担任北大医院院长 10 年，听说您夫人也在医院，曾担任护士长，但后来被您安排到了病案室做普通管理员，为什么？

刘玉村：确实，我夫人没有借到我什么光。我担任院长后，很快将她调到了一个默默无闻的岗位，并且有约定：不向我提任何要求；不得过问医院决策上的任何事情；没有特殊情况，不要进入我的办公室。她为了避嫌，10 年里我俩楼上楼下办公，没有进过我的办公室一次，连送资料都是找同事代替。

原因很简单，我是医院领导，得先守规则。领导干部是规则的制定者，如果不守规则，怎么要求大家遵守也守规则！

记者：除了倡导和以上率下以外，是不是也需要刚性的约束？

刘玉村：没错，刚柔相济效果才最好。我曾经看到这样一则新闻：加拿大多伦多市长罗布·福特有一次到郊区参加朋友母亲的葬礼，回来时闯了红灯，第二天警察就发来了罚单。一个警察敢给市长开罚单，说明加拿大对违反规则的处罚是严厉的、平等的。

党的十八大以来，中央铁腕反腐，出台了“八项规定”，处理了一大批有问题的干部，这就是在立规则，将“权力关进制度的笼子”。其实中央反腐，不仅仅是在警示和教育领导干部，对普通老百姓也是一个教育，告诉所有人任何时候心中要有规则，任何时候都要守规则。

心存善念 做个好人

空气里可以有灰尘，但是眼睛里不能总是蒙着灰尘。不要总盯着社会阴暗面，要多看积极面，始终保持阳光心态。这样正能量就会多一些。

记者：您谈到了担当精神、公共精神，也谈到了要守规矩，那作为北京大学党委副书记，能否谈谈您是如何教育学生的？

刘玉村：我的体会有三条：一是做个好人。做人分为两个层级——首先是做一个合格的人，标志是目中有人，基本要求是不妨害他人；高层次是做一个好人，标志是心中有他人，肯为他人做事。我告诉我的学生要做个好人。

二是保持积极向上的心态。空气里可以有灰尘，但是眼睛里不能总是蒙着灰尘。不要总盯着社会阴暗面，要多看积极面，始终保持阳光心态。这样正能量就会多一些。

三是心存善念。善良是做人的底线。善待自己、善待家人、善待他人，这个社会就会变得越来越美好！

记者：这些都算是大国国民的素质吗？

刘玉村：都算。做个心中有他人的好人就不会只想私利，没有积极向上的心态怎么会正直无私，关心公共事务？心不善，又何谈责任担当！做到前面说的这几点，我认为至少可以称得上具备了大国国民素质了。

（来源：人民政协报 2018年3月3日）

加强慢病防控需要“到上游筑牢堤坝”

全国政协委员 医学部主任助理 吴明

如今，慢性病高发严重威胁居民健康，该如何做好疾病防控，减轻居民治疗负担？“与其在下游打捞落水者，不如到上游筑牢堤坝。”近日，全国政协委员、北京大学医学部主任助理吴明教授在接受新华网采访时表示，防控慢性病首先要把公共卫生做好，尽量让群众少得病、晚得病、得轻病。

基本公共卫生服务全覆盖促进国民健康

“除了织就世界上最大的社会保障网以外，中国还取得了一个重大成就，那就是国家免费提供了覆盖全体居民的基本公共卫生服务项目。”吴明表示，“有句话说，‘与其在下游打捞落水者，不如到上游筑牢堤坝’。”防控慢性病首先要把公共卫生做好，加强早期预防，尽量让群众少得病、晚得病、得轻病；其次，在得病后，采取早诊早治等多种措施控制、延缓疾病进程，尽量避免合并症、并发症等出现。

在今天的提案中，吴明针对控烟等公共卫生问题给出了自己的建议。统计显示，我国青少年的吸烟率为6.9%，尝试吸烟率为19.9%，青少年吸烟呈现低龄化趋势，且农村高于城市。

“控制烟草流行要从青少年抓起，有效防止青少年吸第一支烟。除了抬高卷烟价格外，在烟盒上印黑肺、烂牙、病容等警示图案是成本低、效果好的控烟方法。一些有冲击力的图片可以起到震慑作用，促使部分吸烟者少抽烟、甚至戒烟，更能阻止新的吸烟者。”吴明说。她从2011年开始持续提交控烟提案，到今年已经是第8个年头了。

持续优化创新药准入流程多措并举缓解看病就医难

除了加强基本公共卫生服务，如何让群众有“好医”、用“好药”也是实施健康中国战略的重要一环。在吴明看来，我国的医疗创新环境正在越来越好。

“从政策的角度来说，政府正在积极鼓励医药创新，也建立了一系列的激励机制。包括持续深化审评审批制度改革，搭建创新药物、创新医疗器械审批‘快车道’，以及人社部提出拟建立医保药品目录动态调整机制等。但是，很多改革细则仍有待落地。”吴明说，此外，进一步深化医保支付改革，全面推行以按病种付费为主的混合式医保支付方式改革，促使医院主动控制成本，一方面可以节

约医保资金，腾出空间支付更多临床价值高、改善患者健康所需要的药品，包括创新药；另一方面，随着控成本机制的逐步到位，可以在药品选择方面给医院更多的自主权，以便更有效、及时地满足患者需求。

2017年2月，医保目录时隔8年再度更新备受关注；同年4月，人社部又发文提出，拟建立医保药品目录动态调整机制。该如何进行医保药品目录动态调整？吴明认为，首先要考虑药物的临床价值，在此基础上再进行经济学分析。

“比如说，这种创新药物所针对的疾病的患病率、致死率是多少？药物的疗效是什么，能否阻止病情发展、甚至救命？药物的价格是多少？等等。如果药物具有很好的临床疗效，又具有不可替代性的话，那就需要考虑将其纳入医保药品目录。建议尽快建立健全医保药品目录动态调整机制，将更多临床必需并且综合价值较高的创新性药品及早纳入医保支付范围，以保障患者用药可及性和可负担性，这样才能更好地应对临床用药需求，同时促进医药技术创新发展。”吴明说。

鼓励医药研发让中国患者第一时间享受创新成果

近年来，我国医药产业发展迅速，已成为全球第二大医药消费市场、第一大原料药出口国，与此同时，政府积极鼓励医药研发创新，在此背景下，一大批跨国药企在华建立研发中心，或开展新药临床试验，力求满足国人尚未被满足的医疗需求。

跨国药企在华研发新药、申请获批上市的意义何在？吴明认为，这首先意味着中国患者有望在第一时间享受到医药创新成果，获得治疗改善，甚至延长生命；另一方面，此举也有助于加速我国药物创新体系建设，培养科研创新人才，推动我国由医药制造大国向医药创新强国转变。

据了解，有一款全球研发、中国孵化的针对肾性贫血的创新口服药，目前已率先在中国顺利结束III期临床试验，有望年内获批。吴明表示，像这类创新药如果能有医保政策扶持，就可以更好地帮助中国患者改善健康。

（统战部摘自新华网 2018年3月14日）

精准医改政策，助推适宜技术“腹透”救治尿毒症患者

全国政协委员 第一医院教授 丁洁

十九大报告明确指出：“实施健康中国战略。人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。要完善国民健康政策，为人民群众提供全方位全周期健康服务”。

尿毒症俗称不死的癌症，通过肾移植或肾替代治疗（即透析：腹透或血透），可终生维持生命。由于移植肾供体紧缺，透析需求每年增长大于 10%，目前全国透析患者 50 余万，耗费近 600 亿！占全国人口总数约 0.04%的透析患者已占用全国卫生总费用的 1.3%，且预估未来 10 年尿毒症群体还将增长 2 倍，医保基金的良性运转岌岌可危！尿毒症的救治需求与巨大的卫生费用消耗已然成为严峻的公共卫生问题，积极引导并推广腹透这种适宜技术应对尿毒症激增的救治需求挑战迫在眉睫。然而，现行医疗卫生政策有待进一步“精准”尿毒症治疗方式，以利于医疗服务于民，把改革成果转化为人民群众的健康福祉和获得感，真正实现“健康中国梦”。

一、作为国家认可的适宜技术，腹透治疗符合国家卫生发展战略。

1. 腹透是尿毒症的一线治疗，也是必备之选，尤其当血液透析难以维系、医疗资源欠缺时，腹透可成为患者唯一的救命方式。

2. 腹透疗效和生存率与血透相当，但医疗费用远低于血透，同时大大节省卫生资源配置，且患者有更好的社会回归性。腹透年均治疗花费约为 6-8 万，血透则需 9-12 万；100m² 的场地可为 100-500 名腹透患者提供治疗服务，但只能承接 25 名血透患者；1 名专职腹透护士可管理 50-100 名腹透患者，但 1 名专职血透护士仅能管理 10-20 名血透患者；腹透治疗可无需机器设备，血透治疗则离不开机器设备；腹透患者每月仅需往返医院 1 次，血透患者则需 13 次。

3. 腹透对于基层患者更具可及性，适合在医联体建立分级诊疗模式。

4. 我国已经为腹透技术推广作好一定准备，并发布相关政策。2013 年 5 月：将腹膜透析液纳入《国家基本药物目录》；2011 年 6 月：卫生部发布 549 号文“关于做好腹膜透析有关工作的通知”；2010 年：卫生部委托中华医学会肾脏病学分会编著了《腹膜透析标准操作规程》，并组织专家深入基层宣讲达数十场；2017 年 2 月：腹膜透析液纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（2017 年版）甲类目录。我国腹透人数已占全世界 1/4，以北上广大三甲医院

为首的腹透治疗质量位居世界前列。

二、现行部分政策严重制约我国开展腹透技术。

为有效应对尿毒症治疗需求与费用快速增长的矛盾，世界多国政府纷纷出台配套政策鼓励医疗机构提高腹透比例，如北美达 30-45%、欧洲达 25-40%，部分地区和国家还实施了“首选腹透”政策，如香港、墨西哥均从上世纪 80 年代开始实施至今，80%以上患者进入腹透治疗；泰国从 2008 年开始实施，现近 50%的患者进入腹透治疗。但腹透在我国占比持续偏低（<15%），全国 50 余万透析患者中仅约 7 万余例腹透患者（约 14%）！制约开展腹透的主要原因在于：

1. 腹透治疗目前收费 95%以上划归为药费，药占比考核严重制约腹透的发展，特别是零加成实施后，医院开展腹透处于亏损状态，腹透面临极大的生存危机、甚至技术衰败。

2. 现有腹透医疗服务项目定价严重偏低，如建立腹透患者治疗通道的“腹膜透析置管术”，这是腹透患者的生命线，置管手术水平将直接影响患者的长期治疗效果，目前全国各省定价大多在 200-400 元左右，大部分地区手术必用耗材均不能单独收费，在公立医院改革医疗服务调整中，未纳入调整范围；尚有部分医疗服务项目，如“家庭腹膜透析治疗”等早已纳入《全国医疗服务价格项目规范(2012 年版)》，这是关乎腹透患者治疗质量的必备医疗服务，但全国绝大多数省份：北京、上海、广东、浙江等均未纳入定价范围。

三、建议：

参照国际关于腹透的卫生政策以及我国实际情况，我们建议卫计委、发改委、人社部三部委联动，出台“精准”助推腹透这种适宜技术的配套政策：

1. 将腹透液从“药占比”中剥离单列，纳入“治疗费”，松开腹透发展的枷锁。

2. 把腹透医疗服务项目定调价工作纳入“快车道”，包括：1) 提升原定价偏低项目；2) 增加腹透缺失医疗服务项目定价，合理补偿腹透医疗服务，同步进行医保支付对接。

3. 同期推行腹透的“医保支付方式”及“医疗服务价格”改革，实施门诊肾透析“按人头”付费，根据“同病、同价”原则，腹透与血透同一付费标准。通过医保支付杠杆，有效引导腹透技术的可持续开展。

4. 启动腹透中心质控工作，按照《腹膜透析标准操作规程》要求，组织专家组对腹透中心进行定期监督和检查，以确保腹透治疗效果及患者安全。

5. 将腹透置管术纳入全国《各级医院手术分级标准目录》中，将腹透中心纳入医院评审管理中，将腹透技术纳入肾脏专科医生培训中，通过规范化腹透治疗，不断推进腹透技术的发展。

关于制定罕见病医疗保障相关规定的建议

全国政协委员 第一医院教授 丁洁

近年来国务院和相关政府部门对罕见病给予高度关注。尤其是 2017 年出台了很多措施。2017 年 4 月人社部公布的 2017 年版国家药品目录中，纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录谈判范围的，有罕见病用药；2017 年 5 月 CFDA 发布《关于鼓励药品医疗器械创新改革试验管理的相关政策》（征求意见稿）为促进罕见病药物研发打开了新局面；2017 年 10 月中共中央办公厅、国务院办公厅印发了《关于深化审评审批制度改革鼓励药品医疗器械创新的意见》，支持罕见病治疗药品医疗器械研发。据悉，近日将由国家卫计委牵头出台第一批罕见病目录，将会引起更大的社会反响。

然而罕见病患者的就医状况令人堪忧。2012 年罕见病发展中心（瓷娃娃罕见病关爱中心）与中国人民大学联合开展的“中国罕见病群体生存状况调查”，调查了全国范围内 20 余种罕见病共 2133 个罕见病患者家庭。发现突出问题表现为罕见病医疗保障政策缺失。就医药治疗费用报销比例而言，只能报销 10%以下费用或者全部自己承担的家庭占 78%，其中 63%的家庭无法承担其费用支出，而放弃治疗或者因病致贫、因病返贫为了解决罕见病患者的医疗保障问题，全国二十多个省市开始了罕见病医保政策的创新和改革，相继出现了不同的改革模式。例如“浙江模式”、“青岛模式”、“上海模式”等等。值得注意的是，虽然各省市采取的方法不尽相同，但都是政府多部门协同工作、综合办理；基本为政府主导，商业保险补充、企业出力、慈善机构参加等社会多方合作的路径。

在这样的利好形势下，为解决罕见病的问题需要多部门协同办理。我们建议国家相关部门联动制定罕见病医疗保障政策，出台规范性文件。建议人社部、市民政部、财政部和卫计委等多部门共同制定相关的规范性文件。主要包括内容如下，仅供参考。

一、明确保障范围

基于临床有明确的诊疗指南或专家共识的罕见病，可获得有效药品治愈或明显控制、缓解症状；国际上其他国家已经普遍纳入保障范围。

综合我国目前经济社会发展水平、医保基金结余、罕见病发病情况和诊治等情况；经组织专家论证，可分期分批地逐步确定罕见病医疗保障病种范围。

二、明确保障对象

可结合已经参加基本医疗保险的状况、参保年限、户籍等信息确定各省市需要被罕见病医疗保障制度覆盖的保障对象。

三、明确保障方式

纳入保障范围的罕见病患者，由基本医保、大病保险、医疗救助逐层分担化解其合规医疗费用。合规医疗费用包括基本医疗保险政策范围内维持诊疗必须的医疗费用、罕见病特殊药品费用。

（一）基本医保。罕见病患者都应参加基本医疗保险。经济困难者，应通过医疗救助途径帮助其参加基本医疗保险。按基本医疗保险政策，报销基本医疗保险政策范围内的医疗费用。

（二）大病保险。通过谈判，将纳入保障范围的罕见病特殊药品列入大病保险用药报销范围，并按大病保险政策报销相关医疗费用。

（三）医疗救助。罕见病患者在报销基本医疗保险和大病保险后的剩余合规医疗费用，符合医疗救助条件的，予以医疗救助和专项救助。

四、明确保障实现路径

（一）疾病诊断。符合罕见病保障对象要求的患者须到各省市医疗卫生管理机构（如省市卫计委）指定的罕见病诊疗医院（定点医院）进行诊断。

属于保障范围病种的，由“定点医院”出具《诊断证明》，患者凭该诊断证明回户籍所在地民政部门登记备案。

罕见病患者每年须在12月31日前复检一次，凭“定点医院”出具的《诊断证明》回户籍所在地民政部门登记备案。（如省/市级诊断，区级备案）

（二）费用保障。患者先按各省市基本医疗保险、大病保险、医疗救助政策规定比例报销罕见病合规医疗费用，剩余罕见病合规医疗费用由财政安排资金，通过专项救助渠道解决。专项救助资金由财政部门通过民政救助渠道予以补助。

五、明确各部门职责

人社保部门会同卫生计生委确定罕见病保障病种及特殊用药范围，并将其纳入大病保险支付范围，做好患者基本医疗保险和大病保险段的医疗费用的报销工作。

民政部门负责罕见病保障对象的资格审查、档案管理、救助资金报销等工作。

卫生计生部门指导制定纳入医疗保障范围的罕见病目录(可以分期分批动态制定)、明确定点医疗机构,指导做好诊断、治疗和信息管理等工作。

财政部门负责罕见病救助资金的筹集、拨付和管理工作。

六、建立罕见病特殊药品的管理模式

1. 采取与大病保险特殊药品类似的谈判准入模式;
2. 孤儿药不做竞争性谈判;
3. 由医保经办机构负责与药品生产(供应)商协商签订药品管理服务协议;
4. 罕见病特殊药品不纳入医院药占比和医保均次费用考核。

七、完善社会协作模式

加强定点诊治机构、药品供应商、红十字会等慈善机构等单位的协作。

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 第一医院教授 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。

关于将“乡村儿童大病医保”模型纳入健康精准扶贫政策的建议

全国政协委员 第一医院教授 丁洁

打赢脱贫攻坚战是全面建成小康社会的重大任务，事关第一个百年奋斗目标的实现，事关人民群众福祉，事关党的执政基础，事关国家长治久安。在习近平精准扶贫思想的指导下，党的十八大以来，我国脱贫攻坚战取得决定性进展，但脱贫攻坚任务仍然艰巨。在各种致贫原因中，因病致贫最为突出，一人得病全家致贫、脱贫后一人得病全家返贫的现象相当普遍。

在因病贫困人口中，又以儿童群体的致贫、返贫问题最为严重。据中国乡村儿童大病医保公益基金（以下简称“大病医保”公益基金）五年多来的实地调研了解到，乡村儿童患病后因缺乏独立生活能力，90%以上需由父母至少一方返乡照看或长期陪护，致使家庭经济来源缺失甚至彻底中断，从而给整个家庭带来难以挽回的经济打击。

为确保 2020 年脱贫攻坚战的顺利完成，消灭因病致贫、返贫的问题，维持脱贫成果的长效持续，需要一套针对因病致贫、返贫问题的解决机制。

2012 年 2 月 22 日，邓飞、王振耀、李亚、张泉灵等媒体、公益人士与中华少年儿童慈善救助基金会共同发起了具有合法公募资格的公益项目“大病医保”公益基金。该项目积极、自觉地投入到健康扶贫工作中，通过与合作试点县医保部门进行对接，借助保险业的精算、运营等专业力量，利用普惠性质的商业保险，以 0-16 岁儿童为样本，在 11 个县级地区实践了建立在新农合和国家大病保险之上的补充医疗保障的解决方案，形成了“政府+公益组织+保险公司”的“乡村儿童大病医保”模型：地方政府医保部门提供当地参保参合适龄儿童名单及基本医保报销数据，公益组织设计保障方案、联结社会资源并监督项目运作进展，商业保险提供核查理赔服务。三方良性运作，在互相制衡的同时实现共创共赢，着实缓解了乡村大病患儿家庭因病致贫、返贫问题，得到了当地老百姓的一致好评。

该项目的优势之一为，联合国家基本医保、商业保险公司和社会救助三种力量，提高儿童医疗保障力度，分散家庭所需承担的风险。其二为，采用了“基金托管型”保险模式，除仅收取最低额度的运营费用（约为 2.5-3%）外，保险公司既不承担超赔风险，也不从中获取超额利润，各试点项目如出现保费不足，则由“大病医保”公益基金筹资添补；各试点项目每年未赔付出去的剩余保费将结转下一年继续为该县儿童提供保障服务，由此最大效益地使用每一笔筹集到的善

款，充分发挥保险机制的保障效益。

截至 2017 年 12 月 31 日，“大病医保”公益基金已累计投入保费 47,665,018.54 元，共有 1,251,542 人次的儿童免费获得了全国跨区域、不限病种、可带病投保且人均最高额度为 30 万的补充医疗保障，其中共有 7,571 名儿童获得赔付，赔付金额达 30,134,082.85 元，剩余保费已进行结转，继续用于为试点县儿童进行赔付。

同时，“大病医保”公益基金还归纳提炼了多种试点模式。其中以“鹤峰模式”和“巴东模式”最具政策参考意义。其中，湖北省恩施州鹤峰县试点项目首度确立了“地方政府+公益组织+商业保险公司”的三方协作模式，以及“着力目录内，辅以目录外”的保障原则，并通过五年的不断调试和创新，于 2017 年首度实现全县所有患儿年度住院费用不超过 1 万元的保障效果。

湖北省恩施州巴东县试点项目是首个由地方政府与“大病医保”共同筹资为全县儿童投保的合作项目。为了保障巴东试点项目的稳定性和可持续性，作为国家深度贫困县的巴东政府在财政紧张的情况下提出由地方财政承担 50% 的投保费用，并将乡村儿童大病医保项目融入了当地的扶贫政策。

通过 5 年十个试点县的数据累计和实践检验，“大病医保”公益基金所得出的阶段性成果是：在现有医保体系的基础上，额外增加人均 40-50 元的筹资额度，按照“乡村儿童大病医保”模型所提出的保障方案，即可实现每个儿童全病种住院医疗年度自费费用不超过 1 万元。

因此，建议将“乡村儿童大病医保”模型纳入健康精准扶贫政策，为全国 585 个国家扶贫开发工作重点县所有在当地参保参合的 0-16 周岁儿童提供“乡村儿童大病医保”，加快脱贫攻坚进程。

具体办法为：由国家财政、社会组织、地方政府等共同筹资，按照现有及优化的“乡村儿童大病医保”模型，以每年人均保费 40-50 元的标准，为贫困县儿童投保商业大病保险，在基本医保及国家大病保险报销后，对剩余自费费用 1 万元以上 30 万元以下的部分进行报销。目前我国扶贫开发重点县儿童人口数量约为 2500 万人，落实“乡村儿童大病医保”模型的全国贫困县覆盖工作预计每年需要各方筹集 10-12.5 亿资金。建议扶贫资金充足的贫困县可由地方财政拨款落实“中国乡村儿童大病医保”项目，财力不足的贫困县可由国家设立专项扶贫资金，联合社会组织共同筹资落实“乡村儿童大病医保”项目。

急救体系建设中的人才培养

全国政协委员 第一医院心内科主任 霍勇

摘要：

院前医疗急救是急救体系的重要组成部分。院前医疗急救体系建设离不开高素质的院前医疗急救人才的培养，但现阶段院前医疗急救人才培养中存在诸多问题。结合我国现实及国外经验，医疗救护员能有效分担工作内容，成为我国急救专业人员队伍的重要组成部分。政府应在现有基础上完善医疗救护员培训体系，扩大医疗救护员的培训试点，允许高校获得培训考核资格；在全国选择 2-3 个城市进行医疗救护员独立从事院前急救工作试点，如北京、上海、杭州；同时允许试点城市出台地方性政策法规保护医疗救护员的医疗行为。

提案内容：

社会对院前医疗急救的需求人民美好生活需要的增长而不断提高。院前医疗急救体系建设离不开高素质的院前医疗人才体系的建设。但人员紧缺、流失率高、队伍不稳定、人员质量低等问题制约院前医疗急救发展。因此，要加强院前医疗急救人才的开发、管理及使用。

一、存在问题

1. 我国现阶段院前医疗急救专业人员队伍存在总量严重不足、供需不均衡，队伍不稳定、流失率高等问题。

据《中国卫生和计划生育统计年鉴 2017》，全国急救中心（站）注册的卫生人员共计 15858 名，以我国目前 14 亿人口数计算，每 8.8 万人口才拥有 1 名急救中心（站）卫生人员。而根据卫计委颁布的《医疗机构基本标准》的规定，每 5 万人口配 1 辆急救车，每车 4 人的人员编制，现阶段的急救专业人员的与政府的院前医疗急救建设目标有较大差距。由于院前医疗急救工作条件艰苦、待遇低、风险高，院前医疗急救队伍不稳定，人员紧缺情况严重。循证医学数据证明，院前急救呼救中，需要紧急医疗救治的急危重症伤者在 5%-20% 之间。并非所有的救均需要急救医生出诊，造成了急救医生“紧缺”与“浪费”。

2. 医疗救护员法律保护不足，目前仅有 4 个培训试点城市，覆盖面小，实质性工作少，无法满足需求。

2005 年，医疗救护员纳入卫生行业特有职业范围。2013 年，国家卫计委

颁布的《院前医疗急救管理办法》中明确指出“从事院前医疗急救的专业人员包括医师、护士和医疗救护员”。明确医疗救护员在院前医疗急救的合法地位。2014年,国家卫计委职业鉴定指导中心在全国设立了北京等4个医疗救护员培训考核试点中心,但仅有培训,覆盖面小,未产生实质性作用。同时,《中华人民共和国执业医师法》作为上位法,对院前医疗急救工作具有更强的法制约束作用,对于医疗救护员从事医疗行为的法律保护不足。

二、改进建议

1. 完善现阶段院前医疗急救人才体系中医疗救护员培训体系,扩大培训试点,允许高校获得培训考核资格。

目前的医疗救护员虽已进入国家职业目录,但仅处于职业鉴定考试的试点阶段。参考美国、法国等国家的培训体系,不同等级的医疗救护员需要进行不同时间的培训,从100小时至1000小时不等,同时还有学士学位培养制度。我国现阶段可先从1000-1500小时的培训班或者更灵活的积累培训时长准许执业开始。建议在现有4个试点的基础上扩大试点范围,同时允许有条件的高校获得培训考核资格。

2. 在全国选择2-3个城市进行医疗救护员独立从事院前急救工作试点,如北京、上海、杭州;同时允许试点城市出台地方性政策法规保护医疗救护员的独立医疗行为。

欲改变中国目前急救现状,需尽快推进医疗救护员从“培训”到“职业”的落地。建议由国家卫计委指定有条件、有需求的地区先行开展医疗救护员独立上岗试点工作,如北京、上海、杭州。同时允许试点城市出台地方性政策法规,保护医疗救护员的独立医疗行为。确立医疗救护员独立从事院前急救、实施医疗行为和使用部分急救药物的合法性,确定在紧急情况下采取紧急措施的责任豁免权,给予医疗救护员适当的职业保护。

“一带一路”合作项目中对国外医生的培训工作

全国政协委员 第一医院心内科主任 霍勇

摘要:

为响应国家“一带一路”倡议和国家卫计委出台的《推进“一带一路”卫生交流合作三年实施方案(2015-2017)》，由中国医师协会联合中国心血管健康联盟共同牵头设立了“一带一路心脏介入培训项目”，经国家卫计委国际合作司批准立项。项目运行以来，国家卫计委国际合作司和中国医师协会做了大量工作，以促成我国与一带一路国家间的心脏介入培训项目落地，在国家卫计委国际合作司和中国医师协会大力支持和全方位指导下，培训项目为“一带一路”沿线国家培养了数量可观的医学人才；深化了“一带一路”国家间、医师间的人文交流；促进了国际合作和医疗产业发展。

项目运作存在问题:

1. 缺乏政府间双向交流机制。

目前项目不明确卫生领域尤其是心血管领域国家层面上希望开展合作的国家、双方的诉求和需求以及希望进行的合作内容。

2. 缺乏正式的政府领导下的专业层面的各专科综合工作机制。

由于目前没有政府领导下的专业层面的各专科综合“一带一路”工作推进委员会，培训工作大方向及规划等无专科专家直属指导或审批。

3. 签证方面遇到的困难，将很大程度上限制外国学员来华接受培训、阻碍卫计委“一带一路”方案的实施。

按照中国领事服务网要求，X2 签证需要的支持性材料是中国境内招收单位出具的录取通知书；F 签证需要的支持性材料是中国境内有关单位或个人出具的邀请函件。但由于所属签证类型有特殊需求，为学员办理签证常出现政策性难题。

4. 办理外国医师短期行医许可证方面遇到的困难，将阻碍外国学员获取在华受训的机会。

目前，各地卫计委对此《外国医师短期行医许可证》办理标准不同，导致部分外国学员无法办理该许可证。若无该许可证，外国医师将无法在华进行手术，不能完成培训。

5. 在筹集资金方面的困难限制着能够开展的项目数量和规模。

以“一带一路心脏介入培训项目”为代表的“一带一路”卫生领域合作，在为我国和“一带一路”国家做出重大贡献的同时，承担着高额的费用。如无法筹集到所需足额资金，部分工作只能不充分地进行或无法进行。

改进建议：

针对以上问题，现从五大方面提出如下建议：

1. 建立国家层面的双向交流机制。

建议建立国家推动、学科及专家参与的国家层面的双向交流机制，以便更好地了解和对接中方与外方的诉求和需求。

例如，由国家卫计委国际合作司邀请希望合作的国家的卫生部带领该国各学科的牵头专家来华，与我方共同探讨双方的诉求以及希望合作的方案和内容。

2. 成立正式的政府领导下的专业层面的各专科综合“一带一路”工作推进委员会。

建议国家卫计委国际合作司委托中国医师协会成立医学各专科专家牵头的多专科综合“一带一路”工作推进委员会，该委员会将在国家卫计委国际合作司领导下进行各专科“一带一路”培训工作的大方向整体的规划、协调和推进。

3. 为办理来华签证提供方便。

请求国家卫计委国际合作司与我国外交部协商，对于此“一带一路”项目，简化 X2 签证和 F 签证相关要求，方便国外学员来华接受培训。

4. 为办理外国医师短期行医许可证提供方便。

请求国家卫计委向当地负责审批的卫计委机关备案，使审批机关认可项目的安全性和可靠性、先进性和必要性，并对行医许可证的顺利颁发给予方便。“项目的安全性和可靠性、先进性和必要性说明”请见附件。

5. 为项目提供资金支持。

在可能的情况下，请求国家卫计委或商务部给予项目一定的资金支持。

例如，中国医师协会已经提交了“南南基金项目申报机构基本信息”，希望国家批准协会的此项申请。

关于推进胸痛中心“三全模式”建设的提案

全国政协委员 第一医院心内科主任 霍勇

摘要：

胸痛中心是一种区域协同救治的服务模式，是急诊急救体系建设的重要形式，通过多学科合作，提供快速而准确的危险评估、诊断以及规范的治疗。中国胸痛中心建设在国家卫生计生委的指导下及中华医学会心血管病学分会和中国心血管健康联盟等行业协会的推动下，已经有 406 家胸痛中心通过中国胸痛中心认证工作委员会的认证。当前，为促进现有胸痛中心建设理念的拓展和提升，提出了全域覆盖、全民参与、全程管理的“三全模式”。

背景和现状：

《中国心血管病报告 2016》显示，心血管病死亡占城乡居民总死亡原因的首位，农村为 45.01%，城市为 42.61%。今后 10 年，心血管病患者人数仍将快速增长，而其中危害最大的是以急性心肌梗死为主的急危重症患者，这对全国心血管疾病的防治任务和社会经济都是巨大挑战。现阶段，主要有三方面的时间延迟影响急性胸痛患者救治效率，分别是病人延迟、转运延迟和治疗延迟。而胸痛中心的建设，主要是从以上三个方面优化流程，从而缩短患者救治时间，提高救治的效率，降低死亡率和改善预后。

中国胸痛中心建设已取得阶段性成果，推动胸痛中心“三全模式”建设将进一步提升胸痛中心运行效率，助力医改分级诊疗，积极响应习近平总书记在全国卫生与健康大会上提出的“努力全方位、全周期保障人民健康”的号召。

目前存在的主要问题：

1. 不同层级的医疗机构间缺乏有效的分工和协作，未能形成良好的区域协同机制，常见病、多发病等也集中在大医院就诊，基层医疗机构未能承担相应职责，降低医疗资源的使用效率；

2. 不同医疗机构间信息未能打通，区域性强，形成信息“孤岛”，导致患者院前筛查、院中救治、院后康复信息脱节，无法持续性跟踪患者的病情变化并进行长期管理；

3. 缺乏相关疾病的管理标准指导不同医院、不同专家对患者进行同质化管理；

4. 缺乏对民众疾病知识的普及教育，导致民众在危急重症发病早期自救和他救的意识薄弱；

改进建议：

1. 地方各级卫生计生行政部门持续推动医疗机构建设胸痛中心，实现全域覆盖的全市模式，合理优化医疗资源，建立基层筛查、上下联动，双向转诊区域协同救治网络；

2. 国家卫生计生委推动建立健全患者信息管理平台，创新医疗资源共享形式实现院前筛查、院中救治、院后康复的一体化管理；

3. 国家卫生计生委发布心血管危急重症全程管理标准，指导基层医疗机构提供高质量的医疗服务，推动各级胸痛中心全程管理患者，推动分级诊疗的落地；

4. 由各级卫生行政部门主导，加大急性胸痛的公益宣传，普及胸痛急救知识，提高全民自救和他救的意识，全员参与胸痛中心建设；

5. 打造由地市卫生计生委牵头的胸痛中心建设示范区域(如天津、无锡等)，，试点实现全域覆盖、全员管理和全程管理的“三全模式”，逐步在全国推广；

重视和建立对医学专业学科发展历史的记录

全国政协委员 第一医院心内科主任 霍勇

摘要：

医疗卫生的发展与人民群众利益密切相关，同时是现在社会高度关注的热点之一。随着医疗事业发展不断加速以及技术的不断推新换代，使许多曾经先进或主流技术被取代，很多具有历史传承意义的治疗手段和技术无法得到充分沉淀。可以说，现代科学的发展与历史之间已经形成了矛盾。如何找寻、保存我国医学发展的印记，让更多人了解我国医学发展的历史已经成为越来越多的医疗行业相关人士关注的问题。

记录学科发展历史的目的及意义：

1. 记录学科历史发展有助于学科传承历史、激励医生对事业的热爱并促进创新

重视和建立医学专业学科发展历史的记录，能够让更多的人了解中国医学专业学科发展的历史，感受医学各专业学科的学术魅力，领略中国历代专业学科医药名人的风采，认知各专业学科医药理论与文化知识。记录学科历史发展有助各专业学科的学术传承、各专业学科医药文化的传播、各专业学科医药文化的普及。同时，激励医生，使其对医学事业更加热爱，促使其不断创新，勇攀学术高峰。

2. 记录学科发展历史将助力健康中国建设，促进全民素质提升

当前，人民群众需要高层次、全面系统展示医学各专业学科的发展历程的普及场所或载体。通过建立现代各专业学科发展历史的记录，提升民众的医学基本常识，彰显中国医学的发展成果，使更多的民众进一步了解中国医学的发展历史，全面加强民众对医学的了解对健康的重视，助力健康中国建设，真正促进全民身体素质和精神素质的全面提升。

3. 记录学科发展历史将充分展示我国医学发展的辉煌成果，向改革开放四十周年献礼

医学专业学科发展历史的记录和展示还具有展示中国各专业学科取得的光辉成就，进行医学史研究、教学、科普，以及促进中外文化交流的作用，近年来，我国医学发展与社会发展同步向前，取得了举世瞩目的成就，记录医学学科发展历史，既是对我国当代医学发展的积极总结，也是向改革开放四十周年的献礼。

三、建立医学专业学科发展历史记录的可行途径

1. 建立学科发展历史收集机制，积极开展学科发展历史的记录工作

建议卫计委委托相关各学/协会牵头，充分依托学/协会强大的号召力和巨大的影响力，通过专科分会、专业学组、学/协会会员的共同努力，在坚持学/协会宗旨的前提下，各及分会大力发展各学科发展历史的记录。同时从学/协会层面与国家及各省市政府部门合作加强各学科历史记录及对外呈现的总体规划。

2. 以博物馆、陈列档案室、纪录片等多种展现形式向外界展示各学科历史

建议各学/协会建立和制作以收集学科发展历史为目的的博物馆、陈列档案室、纪录片等。借用现代化手段更快地、更好地向各学科医师、卫生行业人才展示搜集到的各学科发展历史，已达成收藏、研究、教育的基本目的，从而促进行业人才的素质提升和医学技术的提高。此外，还要建立一个由各方面专家及领导组成的组织机构，协调在博物馆、陈列室、展览过程中遇到的学术、技术及管理问题。以保证能将学科的菁华沉淀和人文精神更好地传递出去。

3. 充分利用已搜集的医学历史进行社会大众的科学普及，更好地服务于公众

以博物馆、展览馆为基地和载体，全面深入的开展各专科的文化研究，引导广大群众全面系统地了解中国医学各专业学科发展史、由感性认识上升到理论层面，为大众提供医学科普教育，提高全民的健康意识和水平。同时，在收集学科发展历史和对外展示的过程中能够立足创新，通过提倡健康的行为生活方式，促使群众自觉珍爱生命，远离疾病。

以《中国心血管健康指数》为抓手，推动健康中国

全国政协委员 第一医院心内科主任 霍勇

摘要：

心脑血管疾病已成为严重威胁我国居民健康，成为我国居民疾病第一死因；需要把心脑血管疾病的防治水平提高到健康中国战略支撑的高度。一直以来心脑血管疾病防治工作缺少系统的指导与评估体系。建议将《中国心血管健康指数》作为心脑血管疾病防控的指导与评估体系，加强对于心血管健康指数的宣传与研究，以此为抓手推动健康中国建设。

背景与现状：

当前，心脑血管疾病已成为严重威胁我国居民健康的一大类疾病心脑血管疾病已成为我国居民第一位死因。过往我国心脑血管疾病的防控在单项指标（比如，高血压的知晓率、治疗率和控制率）的控制上取得长足进步，但仍不够系统和全面（比如，血脂、血压、血糖防控尚未形成体系，急救体系建设缺乏标准与统一等）。心脑血管疾病防治的部署缺乏从危险因素防控到救治能力以及公共卫生政策与医疗服务等整体战略的规划。尚需具备一个全面、科学、可衡量的指导评估体系，指导国家到地方了解心脑血管疾病防控的整体现状。设置具有针对性的改善方案和行动，提高医疗政策和医疗技术水平改善的目标性与积极性，

为了建立健全心血管防控工作的评估指导体系，由中华医学会心血管病学分会，中国心血管健康联盟和中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心等机构历经一年，在国际上首创疾病防控领域第一个指数型评估体系-中国心血管健康指数。从我国心血管疾病的流行情况、危险因素暴露情况、危险因素防控情况、心血管疾病的救治情况、公共卫生政策与服务能力五个维度的 52 个指标，综合评估我国各省心血管疾病防控现状。中国心血管健康指数弥补了我国心脑血管疾病防治工程在指导评估体系上的不足。

目前需要重视的问题：

1. 如何发挥心血管健康指数的指导作用，从中央到地方帮助心脑血管疾病防治工作的策略制定和系统开展。
2. 如何发挥心血管健康指数的评估作用，帮助中央和地方了解心脑血管疾病防治工作的现状，提高防治工作的针对性、有效性与积极性。

3. 如何加强心血管健康指数的公众宣传，帮助社会大众了解我国心血管疾病救治的现状与医疗救治能力的改善，从而提升医疗服务的满意度、获得感与幸福感。

具体建议：

1. 将心血管健康指数作为心脑血管疾病防治工作的重要抓手，指导和评估各省心脑血管疾病防治工作的策略制定和工作开展。

2. 各省、地方卫生主管部门，充分研究和理解本省心血管健康指数的情况，制订具有针对性的心脑血管疾病防控策略和干预行为。各项行动进行有效排序，明确相关负责部门，确保有限资源的合理应用。

3. 各省将指数作为心血管疾病防控工作的重要抓手，并把其列为各省卫计委心血管疾病防控工作的衡量指标，定期进行评估并对结果进行公布。同时，从国家到省级行政区定期发布心血管健康指数，形成动态机制，持续衡量不同部门的工作付出和效果，优化推进各项工作。

4. 为有效落实以上工作，各省由省卫计委牵头，组织相关机构部门成立核心工作小组，结合当地 CDC、社保等部门和临床、医保、流行病学、药物经济学等方面专家，确保方向一致，形成最大合力。

5. 加强心血管健康指数的公众宣传，以加强社会大众对于心血管疾病的认知，建立健康生活的认知态度，及时了解医疗卫生事业取得的进步，提高百姓对于医疗卫生服务的满意度、获得感与幸福感。

专科医师培训临床学位配套问题亟待解决

全国政协委员 第一医院心内科主任 霍勇

摘要：

专科医师规范化培训（简称专培）是在住培的基础上进一步完善我国临床医师培训体系的重要环节，探索建立适合我国国情的专科医生规范化培训制度对推动学科的发展，提高对专科疾病的整体诊治水平具有重要的意义。

2015 年国家八部委联合下发了“关于开展专科医师规范化培训制度试点的指导意见”，启动了我国专科医师培训认证制度的建设。在国家卫生与计划生育委员会的规划和指导下，由中国医师协会组织管理，成立专科专家委员会，完成和实施培训体系建设。作为国家首批试点的 3 个专科，即心血管内科、呼吸与危重症医学和神经外科已全面启动。

提案内容：

2016 年 1 月 11 日，国家卫生计生委、国务院医改办、国家发展改革委、教育部、财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局、总后卫生部日前联合印发《关于开展专科医师规范化培训制度试点的指导意见》。《指导意见》强调，2016 年遴选有条件的专科启动试点工作，总结经验，完善政策，在总结评估的基础上逐步推开，力争到 2020 年在全国范围初步建立专科医师规范化培训制度，形成较为完善可行的组织管理体系、培训体系和有效的政策支撑体系，形成完整的毕业后医学教育制度。

《指导意见》提出，通过试点实践，研究完善专科医师人事待遇、经费保障、学位配套等政策措施，以保证专科医师培训更大规模地展开。就目前的措施制定情况来看，由于学位配套问题需要多部门共同商讨、制定具体细则并最终上报获批。因此，相对于其他政策的制定和落实而言，学位配套措施的制定更为困难。

改进建议：

为加速学位衔接等配套政策的制定和落实，提出以下四点建议：

建议 1：建立各个部委间的协调机制，确定责任细节，保证制度落地

建议由教育部牵头，卫计委、国务院学位办公室等相关部委和部门共同建立联席会议制度，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。确定目标、明确责任，细化任务，保证落地，

切实地落实学位衔接工作的进行和举措的实施。例如：《指导意见》指出完成专科医师规范化培训并通过结业考核者，在符合国家学位授予要求前提下，可申请授予相应的医学博士专业学位，应明确国家学位授予要求的具体内容，了解何种情况下，完成培训并通过考核者能够顺利拿到医学博士学位。同时，简化现有同等学力申请方式。

建议 2：参照国外经验的同时吸纳各学科带头人意见，建立各个学科临床学位授予标准和流程

要参照国际上卫生领域发展处于领先水平国家的相关经验，同时要结合我国国情，充分吸纳和参考各个学科带头人对专科医师规范化培训提出的意见和建议，在国家整体规划、政策指导下，根据各个学科的实际情况，建立适用于各学科的临床学位授予标准和流程。

建议 3：制度的制定完成度与首批专科医师规范化培训进度匹配，保证首批专科培训合格者顺利获得临床博士学位

制度的制定应与当前的专科医师规范化培训进度相匹配，目前以心血管内科、呼吸与危重症医学和神经外科为代表的专科医师规范化培训试点已经展开，第一批专科医师规范化培训将于 2020 年完毕，应在第一批专科医师培训结业前，完成学位配套等措施的确定。保证第一批专科医师顺利获得博士学位，提升年轻医师进行专科医师规范化培训的积极性，促进专科医师规范化培训的发展进程。

建议 4：建议将专科合格证书与执业资格认证相结合

由行业组织对专培合格人员授予专科医师资格证书，政府部门予以认可，并将其与医师执业资格管理相结合，以提高行业整体素质水平。

关于以医生集团为切入点助力国家分级诊疗的提案

全国政协委员 第一医院心内科主任 霍勇

摘要：

为解决广大人民群众“看病难”问题，提高基层医疗水平，使医生资源流动起来，让高水平的医生深入到基层，是落实分级诊疗的关键，但目前在中国，医生有序多点执业的环境没有形成。医生集团是一个医生资源整合平台，对满足患者需求、提升基层医生诊疗水平、促进基层医院学科发展有积极作用，医生集团服务标准、执行规范、对基层医院的帮扶效果等方面优势凸显。但医生集团在实际运营中，也存在一些困难，医生集团的定位尚不明晰、政策壁垒依然存在等，使医生集团发展收到制约。建议国家在政策、法律层面对医生集团进行关注与支持，对其发展予以监督和规范，使其良性发展，助力国家分级诊疗。

提案内容：

为解决广大人民群众“看病难”问题，提高基层医疗水平，国务院颁布《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》要求：到2020年，基本建立符合我国国情的分级诊疗制度。医疗机构的核心竞争力是优质的医生资源，然而国家对基层医生医疗水平提升的投入明显不足。让高水平的医生深入到基层，帮助基层医疗水平提升，为落实分级诊疗制度的关键。

医生多点执业有利于促进医疗资源流动和配置，但医生有序多点执业的环境并没有形成，“飞刀”行为广泛存在，医联体机制中大医院对基层的帮助仍然有限。

医生集团是一个很好的医生资源整合平台，对促进医生多点执业，帮助基层提升技术水平，起到了实际作用。但医生集团在运营中也存在一些困难，希望国家政策、法律层面对其进行关注与支持，对其发展予以监督和规范。

一、医生集团发展现状

医生集团为医生的多点执业、自由职业创造了新的平台，有望成为公立医院、民营医院之外的另一种医生资源组织形式。

（一）医生集团的优势

1. 规范的医生集团，服务有标准，质控有保障，执行有规范，可输出高质量的医疗服务；

2. 风险把控强，一旦出现医疗事故或纠纷，医生集团可以通过法律等方式予以支持；

3. 医生集团可以搭建平台，帮助医生专心在擅长领域发展，医生在团体执业中可以分工合作；

4. 医生集团的运营团队可以帮助医生处理后勤财务等事项，使签约医生专注于医疗服务；

5. 签约医生具有个人压力减轻、执业有保障、时间灵活等优势；

6. 促进医生执业态度改变，认真对待每一个医疗行为，有利于医生价值真正发挥，有助于医生个人品牌的树立。

（二）医生集团运营中的问题

1. 性质无清晰定位：不具备医疗机构资质，医生集团仍不能成为医生执业注册的主体；

2. 与合作医院特别是公立医院存在财务通路问题；

3. 政策壁垒依然存在，虽允许跨省执业，但各省备案要求不同；

4. 医疗行业对医生集团的态度不明朗。有些医院对医生加入持反对态度，大部分医生对是否加入医生集团持观望态度；

5. 缺乏落实多点执业的细则。如，如何与多点执业医院签订协议，多点执业医生的医疗纠纷如何处理等。

二、医生集团助力国家分级诊疗

1. 有利于国家卫生部门的监管：由对个体执业医生的管理，到对一个团体、集团的管理，更便于监管；

2. 医生集团可制定规范的行为标准和服务标准；

3. 促进县域医院及基层医疗机构学科水平整体提升。手术带教、查房、会诊、远程辅导等方式，在医、教、研、管等方面，促进医院整体提升；

4. 充分调动医疗资源，促进区域内及区域外医疗资源共享，不仅仅局限于医联体范围内；

5. 促进医生收入阳光化、合法化，对患者、医院、签约医生均有保障；

6. 促进医疗信息化发展和医疗信息共享平台的搭建。

三、对医生集团政策的建议

1. 建立医生集团的执业标准

建立医生集团的执业标准，真正推动基层医院的学科建设，提升基层医院的医疗水平，从根本上解决看病难问题。

2. 明确医生集团的定位

建议政策上明确医生集团具备医疗资质，能够成为医生执业注册的主体，使其发挥更大作用。医生集团要与国家发展、社会发展、深化医改的方向一致，着眼于县域及基层医院的定位。

3. 加强对医生集团的监管

目前的属地管理体制下，各地的医疗监管体系是割裂的，因此，对医生集团进行监管的同时，也是对全国统一医疗监管体制的探索。

4. 制定政策促进发展

医生集团还需要政府相关部门的支持，明确医生集团的发展方向，卫生行政管理部门要对医生集团的发展进行指导和约束，使医生集团健康发展焕发出勃勃生机。

将 H 型高血压防治纳入慢病示范区的建设

对治疗 H 型高血压新药实行快速审批

全国政协委员 第一医院心内科主任 霍勇

摘要：

心血管病的疾病负担日渐加重，加强政府主导下的防治工作刻不容缓。H 型高血压是我国脑卒中高发的最主要原因，提案建议：将 H 型高血压筛查管理作为国家慢性病防治规划的目标之一，纳入国家基本公共卫生服务项目，并在各级医疗机构推广实施；将 H 型高血压防治纳入慢病示范区的建设中，并以此为抓手，提升我国心血管慢病综合管理及防控效果；对治疗 H 型高血压新药实行快速审批；建立国家 H 型高血压临床研究中心。

提案内容：

《中国心血管病报告 2016》显示，我国约有 2.9 亿心血管病患者，心血管疾病已成为我国居民的首位疾病死因。心血管病的疾病负担日渐加重，已成为威胁我国居民健康的重大公共卫生问题之一，加强政府主导下的心血管病防治工作刻不容缓。

一、筛查防治 H 型高血压是我国脑卒中一级预防的关键措施

高血压是心血管疾病最重要的危险因素，与西方国家心肌梗死高发不同，脑卒中是我国高血压患者的主要并发症。脑卒中是我国首位疾病死因，且仍以每年 8.7% 速率增长，从我国人群特征出发探寻更为有效的防治策略是我国脑卒中防治工作的重中之重。我国约 2.7 亿高血压患者中约 75% 伴有血同型半胱氨酸水平升高 ($\geq 10\mu\text{mol/L}$) 被定义为 H 型高血压，是我国脑卒中高发的最主要原因，可使脑卒中发病风险升高 10 余倍。

叶酸可以有效降低同型半胱氨酸水平，并已证实降压联合补充叶酸治疗可以降低我国高血压患者 21% 新发脑卒中风险。如果上述策略在我国全面推广，4.5 年后可以较单纯降压治疗额外减少约 210 万新发脑卒中患者，降低约 2100 亿的经济负担。因此 H 型高血压的防治是应对我国脑卒中高发和持续发展，促进人群健康的重要策略。

二、提案建议

1. 将 H 型高血压筛查和管理作为国家慢性病防治规划的目标之一，纳入国家基本公共卫生服务项目，并同时在全国各级医疗机构推广实施。

国家基本公共卫生服务项目，是促进基本公共卫生服务逐步均等化的重要内容，是深化医药卫生体制改革的重要工作，是我国政府针对当前城乡居民存在的主要健康问题，面向全体居民免费提供的最基本公共卫生服务。我国尚未将同型半胱氨酸检测纳入常规检查范围，在此建议，增加政府投入，安排专项资金，在现有血压筛查管理的基础上，将同型半胱氨酸检测纳入到高血压患者的国家基本公共卫生服务包中，并同时在全国各级医疗机构中推广实施，做到 H 型高血压的早检测、早发现、早治疗。

2. 将 H 型高血压防治纳入慢病示范区的建设中，并以此为抓手，提升我国心血管慢病综合管理及防控效果。

慢病示范区建设着力构建慢性病综合防控体系，创新发展适合本地区的防控模式，从而整体带动区域慢性病防治管理水平提升。H 型高血压的诊断简单明确，防治办法便捷可及，具有极高卫生经济学价值，适合在我国慢病示范区中普及。山东荣成地区结合国家对高血压的基本公共卫生服务，自 2014 年起逐步开展“H 型高血压与脑卒中防控”的民生工程，以 H 型高血压的筛查和精准签约防治为抓手，建设全市成年居民（35 岁以上）的慢性疾病综合防治体系。CDC 数据显示 2015-2017 年荣成地区脑卒中发生率与 2013 年比较依次下降了 13.4%、15.4%和 22%，成效显著。借 2016 年《国家慢性病综合防控示范区建设管理办法》（国卫办疾控发〔2016〕44 号）文件的东风，在此建议，总结提炼可复制、可借鉴的“荣成模式”，作为我国慢病示范区建设的一部分推广实施，引领带动全国慢性病综合防控工作；另一方面，通过健全切实有效的绩效评估考核系统和激励制度，不断完善并持续改进慢病综合管理水平，推进健康中国建设，力争早日达到我国心血管事件率下降的拐点。

3. 对治疗 H 型高血压新药实行快速审批

我国 H 型高血压约有 2 亿患者，存在需求巨大及多元化等问题；H 型高血压以药物治疗为主，而目前上市药物只有“依那普利叶酸片”一种，远远不能满足当前临床需要。在此建议实行快速审批，推动钙离子拮抗剂等复方抗 H 型高血压新药尽快上市。

4. 建立“国家 H 型高血压临床研究中心”

长期以来，临床研究一直是我国医学科技创新链条的薄弱环节，许多生命科学基础前沿研究领域取得的进展，不能及时有效地转化到临床应用。在此建议由北京大学第一医院牵头，与全国脑卒中高发地区合作建设“国家 H 型高血压临床研究中心”，指导开展 H 型高血压科学管理，开展学术交流、人才培养、成果转化、推广应用的技术创新与成果转化。

关于医联体运行与管理机制改革探索的建议

全国政协委员 北大国际医院院长 陈仲强

历经3年来的努力，在政府的主导和推动下，医联体模式已经在全国范围全面铺开，这对于完善区域医疗服务体系建设，提高社区医疗服务水平具有重要意义，是方便患者就医、惠及百姓健康，加快实现双向转诊、分级诊疗目标的基本保障、重要举措和可行的路径。但是经过几年的实践来看，医联体的运行并不十分理想，组织结构搭建起来了，合作协议签了，双向转诊、专家下沉、慢病管理、社区医疗队伍建设等推进缓慢。如何形成真正意义上的相互依托、有机联系、共同发展的医联体，实现医疗模式与服务体系的转变是一项艰巨复杂的工程，需要进行一系列运行机制、管理体系、人事制度及财政拨付等相关重大的变革。其中，医联体在运行机制上没有形成重大突破是重要的原因之一。如何使松散的联合体变成有机紧密联系的服务体系，如何使各区域医疗中心把这个服务体系当做自家的事去建设和维护而不仅是当做一项不得不做的任务，是实现医联体服务体系的关键所在。为此，建议：

1. 借用“分产到田，包干到户”的理念，调动大医院及社会资源发展建设社区医疗机构，推动医联体运行管理机制的变革。（1）支持区域医疗中心和社区医疗机构上下行政机构一体化的医联体，如北京大学首钢模式；（2）推动区域医疗中心全面托管社区医疗中心，赋予人才物全面的管辖权，形成真正意义上的紧密形的医联体；（3）引入社会资本办医建设社区医疗中心，采用购买服务模式实现政府对社区医疗服务及相应功能的要求；（4）鼓励开办诊所，提供多样化医疗服务。

2. 改变政府功能，由政府主管改为由托管医院主管，负责社区医疗服务、慢病管理、队伍建设、机构管理包括干部任免等，政府主要实施监管，确立运行指标、服务标准等。业绩优秀给予奖励，连续不达标，终止合作。

3. 政府配套系列改革，社区医疗的设施、行政及运行相关投入、人员编制及基础薪酬、医疗服务补偿及公共卫生管理费用等全额拨付给托管医疗机构，不足部分由托管医院自筹解决。

4. 改变目前的社区医生激励机制，编制人员经费交付托管医院管理，按工作业绩实现多劳多得、优劳优得。托管医院再根据运行情况合理补充，解决社区

医生收入过低，人员流失问题。

5. 对社会资本办医开办诊所或专家开办诊所，主要服务医保患者或承担政府的社区服务功能，应给予减免税收等优惠政策，并给予相应补贴。

只有在政府的主导下，通过运行模式、管理机制、人事制度、干部（院长）任命及财政拨付等一系列相关重大改革，打破利益篱笆，在更高层面上整合形成有机联系的医疗服务、学科建设、人才培养及机构发展的利益共同体，为实现卫生计生委员会提出的小病在社区、大病在医院，首诊在社区、双向转诊，分级有序医疗的模式提供重要的保障。而这样模式的形成需要有清晰的顶层设计，只有在政府的主导下相关方多方参与才能完成。没有机制上的实质性改革做保障，最后医联体很难持续发挥作用。

想健康长寿，你 70 岁时最好还有 20 颗牙

全国政协委员 口腔医院教授 林野

“我们追求健康长寿，但你没有 20 颗牙，八成是活不到 80 岁的。”在今天政协医卫界小组讨论时，全国政协委员林野“一语惊人”。

林野委员说，“我要普及一下牙科健康，相信在座的有 50%的人都没有做到。”他呼吁，定期开展口腔检查和牙周健康维护，并纳入医保。

据他介绍，每年做一次口腔检查，只要花 50 元钱，中国的口腔健康就会上一个大台阶，但政府部门对此并未引起重视，宁愿将钱投入到拔牙等医疗过程中。

“在欧美，这个情况是反过来的。只要交了医保，就要每年去做一次牙科检查，如果两年没有牙科检查记录，第三年你去治牙，保险公司会说你把小问题弄大了，不能报销。”

“习总书记说过，没有全面健康，就没有全面小康。”林野说，随着生活水平提高，人们对口腔健康的关注度越来越高。

口腔健康有多重要？林野进一步阐释：中国有句古话，“口福是第一福”，没有牙齿，最起码的生活乐趣没有了，营养吸收差了，长寿也就没有了。德国有句俗语，“漂亮的牙齿是你最好的首饰”。所以牙齿健康不仅关系到健康，还关系到人的正常交往，关系到人的社交形象。

从医学专业的角度，口腔疾病影响到咀嚼功能，“过早的牙齿脱落，容易形成老年痴呆，寿命也直接受到影响。”他说。

林野引用了一项欧洲大样本人群追踪研究结果。他说，在排除其他致死性疾病的前提下，70 岁人群全口无牙时 7 年死亡率是 70%，有 1 至 9 颗牙时的 7 年死亡率是 50%，10 到 19 颗牙时，死亡率是 35%，如果 70 岁时有 20 颗以上的牙，死亡率是 22%。“所以，世界卫生组织提出了“8020”目标，即 80 岁时要有 20 颗有功能的牙齿。

“由于社会发展水平、医学卫生知识普及和传统习惯的影响，中国老百姓一般牙齿不疼就不会就医。”林野说，第三次全国流行病学调查显示，60 至 70 岁年龄组两年内没有看牙的占 41%，这一辈子从来没看过牙医的人，占 23%。他们中很多人掉牙、缺牙，发病原半数是牙周病，其次是龋坏。“牙科临床情况是，一旦等到牙疼，或者牙床肿胀，看牙医就已经晚了。”

林野说，做一个烤瓷牙的基本费用是 4000 元，缺牙做种植牙是 1 万多元。如果关口前移，检查费用只要每年 50 元，即使医保支付 20 年，也只需要 1000 元。”他呼吁，用医保定期支付口腔健康检查，用机制引导全民口腔健康上一个大台阶，提高全民健康素质。

（统战部摘自上观新闻 2018 年 3 月 7 日）

关于提高患者参与度，共建共治共享健康中国的建议

全国政协委员 肿瘤医院院长 季加孚

提案摘要：

我国患者对医疗事务的参与度长期偏低，患者缺乏“代言机构”，现有的医患沟通存在职能短板。这不利于提升医患互信，不利于提升医患沟通效率，还给医患纠纷和冲突埋下隐患。建议推动患者事务专职部门、团队、专员在公立医院和涉患政府部门的普及；建议试点患者自主结局报告制度，让医生有更多精力用于患者体验的优化；建议加强国内患者组织的自身能力建设，成为医患沟通的桥梁。

提案正文：

患者是医疗产品和服务的使用者，是疾病治疗的参与者，是健康状态的自我塑造者。我国有逾 3 亿慢性非传染病患者。健康中国建设进程，不能只是医务工作者的“独角戏”，还应是患者、医务工作者、患者组织、医务社工及其他多方的“大型舞台剧”。

然而，我国患者对医疗事务的参与度长期偏低，难以满足患者日益增长的防病治病需求。一是患者缺乏专门的“代言机构”。我国已有中国医师协会（医师）、中华护理学会（护师）、中国医院协会（医院管理者），但并无与患者相关的国家一级协会或第三方独立机构。二是医患沟通部门职能不健全。国内患者事务的处理部门更多承担的是对医患纠纷甚至医患冲突的末端治理和危机处理工作，难以从根本上提高患者参与度和满意度。

习近平总书记在广东代表团参加审议时指出，要加快形成社会治理人人参与、人人尽责的良好局面。为提升患者对医疗事务的参与度、实现健康中国的共建、共治、共享机制，特此建议：

（一）推动患者事务专职部门、团队、专员的普及。

2017 年，美国药监局（FDA）举办了患者参与咨询委员会第一次会议，宣布将成立患者事务（Patient Affairs, PA）团队，负责协调与患者参与相关部门内部多中心项目。患者事务的机构化、法定化，有助于提高政府机关、医疗机构内设部门在患者事务方面的沟通与协调效率。建议我国在三级甲等医院，以及省级以上卫生、药监、医保等与患者事务相关部门，推广专司患者事务的部门、团

队、专员。在专科医师规范化培训中加大病患照护、人际沟通技巧等执业必备技能的权重。在新药临床研究与审评审批、医保目录动态调整、医联体等分级诊疗机制建设中，国家有关主管部门应主动征求患者、患者组织代表的意见。

（二）试点患者结局报告制度。

患者结局报告（Patient Reported Outcome, PRO）有利于提高医患沟通效率，并把医生从大量简单重复性答疑中解答出来，用于疑难症和患者体验优化。建议我国借鉴美国、加拿大经验，在部分城市试点患者结局报告制度，作为患者端数据融入电子健康病历（EHR）。鼓励患者在就诊前填报一系列标准化问卷，帮助主诊医生提前了解患者的症状、功能、健康形态、生命质量、患者期望等多层次内容。移动互联网及其应用终端（如手机、Pad）日益普及，患者可以随时随地进行结局报告。建议国家卫生主管部门成立统一的患者结局报告平台，承担业务统筹、数据审核、权威发布工作。

（三）加强国内患者组织的自身能力建设。

患者组织是患者与政府机关、医疗机构之间的沟通桥梁，更是增进医患互信，减少医患矛盾、遏制医患冲突的“减压阀”。当前，我国患者组织以康复类协会、患者俱乐部、公益基金会、互联网患者社区等多种形态存在，面临不同的准入规则、监管规则、资金募集和使用规则。建议国家卫生、药监、医保部门积极对接患者组织并提供公开透明的对话平台。鼓励退休老人、痊愈后病人参与有偿的医务社工服务。鼓励公立医院的管办机构、公募基金向符合要求的患者组织采购医务社工服务，特别是健康教育、导医导诊、电子健康档案（EHR）录入、患者自我管理、医患关系调节等服务。在逐步精简事前审批的同时，强化患者个体、大众媒体、主管部门对患者组织的事中、事后监督。

落实《“健康中国 2030”规划纲要》精神，加快建立全国恶性肿瘤诊疗大数据平台的建议

全国政协委员 肿瘤医院院长 季加孚

案由：

近年来，随着人口老龄化和城市化进程加速，生活方式改变，恶性肿瘤发病率增长迅速，带来了巨大的社会经济负担，恶性肿瘤治疗花费已经占政府卫生支出的五分之一。由于我国医疗卫生资源配置存在显著地区差异，不同地区临床机构对恶性肿瘤的诊治水平、康复照护水平、医疗保险覆盖程度等均会影响到肿瘤患者生存质量、生存率以及死亡率水平。同样的卫生支出并未获得相同的健康收益，就癌症防控而言，建立全国恶性肿瘤诊疗大数据平台有助于评估国家医疗资源投入的效果，推动全国恶性肿瘤诊治规范化进程、减少不必要的卫生支出，避免医疗卫生资源的浪费。

2016 年中共中央和国务院印发并实施的《“健康中国 2030”规划纲要》中指出要加强健康医疗大数据应用体系建设，推进基于区域人口健康信息平台的医疗健康大数据开放共享、深度挖掘和广泛应用。在 2017 年国务院办公厅印发的《中国慢性病防治中长期规划（2017-2025 年）》中提到运用大数据等技术，加强现有医疗信息的分析和利用，为制定包括恶性肿瘤在内的慢性病防治政策与策略提供依据。尽管国家从政府层面制定了健康大数据的建设策略，但目前由于不同来源数据分属不同的行政部门管理，使之大数据互联互通应用的落地进展缓慢。

现状及问题：

1. 据世界卫生组织估计中国每年癌症新发病例数超过全球恶性肿瘤病例的 1/5。同时恶性肿瘤为我国居民首位死因。据统计，2015 年全国恶性肿瘤治疗费用支出高达 2214 亿元，占该年卫生总费用的 5.4%，占政府卫生支出的 17.7%。在 2016 年国家卫计委统计的我国 30 种主要疾病平均住院花费的前 5 位中，有 3 项为恶性肿瘤，胃癌平均支出超过 2 万元，在癌症支出中排名第一，由于恶性肿瘤的特殊性和复杂性，不规范诊疗现象较为常见，尤其在基层医院，该现象更为突出。随之带来的不必要花费进一步加重了医保负担。

以胃癌为例，我国胃癌患者五年生存率城乡间存在较大差异。最新数据显示，

城市地区胃癌五年生存率为 33%，而农村地区为 25%。尽管针对胃癌的诊疗我国有全国统一的临床指南以及多个行业协会、医学团体制定的诊疗共识，但基于国家在地区间医疗卫生资源投入的不平衡、临床医师诊疗水平、人才培养机制以及居民健康素养等方面的差异使得临床指南及专家共识形同虚设，同时临床实践中缺少对于指南依从性的评价。即便在医疗卫生资源丰富的首都北京，其胃癌五年生存率在中心城区和远郊区之间、在三级医院和二级医院间仍存在巨大差距。

2. 目前，我国建立起了较为完善的以人群为基础的肿瘤登记体系，全国以人群为基础的肿瘤登记处已经多达 449 家。但当前以人群为基础的肿瘤登记处尚未监测肿瘤患者的临床治疗相关信息。而国外肿瘤登记处现已经开始监测诸如手术方式、放化疗信息、免疫组化信息等，通过全面的信息记录指导临床实践与患者管理。

3. 《“健康中国 2030”规划纲要》指出建立专业公共卫生机构、综合和专科医院、基层医疗卫生机构“三位一体”的重大疾病防控机制，建立信息共享、互联互通机制，推进慢性病防、治、管整体融合发展，实现医防结合，但落地进程缓慢。

建议：

1 以胃癌为试点，建立胃癌诊疗大数据应用平台，共享患者发病诊疗数据及费用信息，可对现有临床路径效果进行卫生经济学评估和改进，进一步节省医疗卫生资源，同时为逐步建立全国癌症诊疗大数据平台提供建设经验与参考依据。

2 建立保护患者隐私等数据安全性的规章制度，从国家层面为不同医疗机构建立胃癌数据共享机制提供政策支持。

3 基于大数据平台，建立恶性肿瘤规范化治疗的评估体系。由国家牵头，建设医疗质量与控制信息化平台，实时评估不同地区、不同诊疗机构间胃癌诊治规范化情况，持续改进医疗质量和医疗安全。

关于推进我国胃癌筛查政策化进程的建议

全国政协委员 肿瘤医院院长 季加孚

案由：

我国是胃癌高发国，发病率和死亡率均位居所有癌症发病死亡的第二位。针对胃癌高危人群，以胃镜筛查作为主要手段的癌症二级预防策略能有效提高胃癌患者五年生存率，降低胃癌死亡率，但由于胃镜筛查涉及的检查费用较高，导致居民对于胃镜筛查的接受度不高，胃镜筛查在我国的人群覆盖率很低，而我们的邻国日本和韩国，由于实施了国家全民覆盖的胃癌免费筛查策略，其胃癌早期患者比例高达 79%，其胃癌患者五年生存率约为我国的两倍。2017 年 2 月，我国发布了《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025 年）》，规划中提出至 2025 年，我国总体癌症 5 年生存率提高 10%，高发地区重点癌种早诊率达到 60%的目标，因此将胃癌高危人群胃镜筛查纳入国家恶性肿瘤防控政策，使当前高危人群胃镜筛查由国家专项项目经费支持的形式转变为由医保支付的常规化工作，有效扩大高危人群胃镜筛查覆盖率，提高我国胃癌患者生存率水平，降低我国癌症疾病负担。

现状及问题：

1. 我国每年新发胃癌病例 68 万例，因胃癌死亡 50 万例，占全球因胃癌死亡总人数的 45%。我国胃癌人均住院费用超过 2 万元，居恶性肿瘤治疗花费首位，经济欠发达地区的胃癌发病率约是发达地区的 3 倍，给我国居民家庭和社会，尤其是欠发达地区带来严重经济负担。

2. 日本在 1983 年将 40 岁以上人群胃癌筛查纳入了国家全民覆盖的癌症免费筛查项目中，韩国则于 1999 年开始启动全国范围内的筛查计划，建议 40 岁及以上的居民每两年接受一次胃癌筛查，对低收入人群免费，政府对其他人群提供补贴，个人只需支付 10%的检查费用。最新数据显示，日本胃癌患者的早期比例为 79%，而我国仅为 23%，早期胃癌患者生存预后好，5 年生存率高达 90%，而晚期只有约 10%。与早期胃癌比例较高相对应，日本和韩国胃癌患者的五年生存率分别为 60.3%和 68.9%，而我国仅为 35.9%。数据显示，日本在实施全民筛查后的 20 年，其胃癌死亡率下降了一半；同时韩国数据显示 10 年内参与至少一次筛查可以降低 21%因胃癌死亡的风险。

3. 我国在 2012 年实施了国家城市癌症早诊早治项目，目前项目覆盖全国 18 个省、直辖市和自治区，每年为 40-69 岁的胃癌高危人群提供约 3 万例免费胃镜筛查名额，该筛查例数远远低于适合接受胃镜筛查的高危人群例数。除此之外，很多胃癌高危居民因为对胃镜检查的流程和方法不了解，对胃镜筛查带来的健康收益不清楚，对胃镜检查患有恐惧心理。据国家城市癌症早诊早治项目组统计，我国胃癌高危居民胃镜检查的依从率仅有 30%。

综上所述，特此建议：

1 将针对胃癌高危居民实施的胃镜临床筛查纳入现有医保报销范畴。

现有证据显示，适于接受胃镜筛查的人群为 40 岁以上人群，考虑到当前我国已经进入老龄化社会，45%以上的人群处于上述年龄段内，如果将全部符合年龄的人群均纳入医保保障范围，则会给社会医疗保险系统造成较大负担。幽门螺旋杆菌感染是已经被证实的导致胃癌发生的主要危险因素之一，因此建议政府考虑将胃镜筛查医保报销覆盖人群设定为幽门螺旋杆菌测试阳性的 40 岁以上高危人群。

2 由专门的体检机构或公立医院的体检中心为胃癌高危人群提供胃镜筛查服务

我国在 2012 年开始实施国家城市癌症早诊早治项目，其胃镜筛查服务提供方均为各省、直辖市及自治区的省级医院相关科室，上述医疗机构的职能定位为区域性诊疗中心，如胃癌筛查工作常规化后仍由其承接高危人群筛查，必将过多占用医院门诊资源，加重医生日常诊疗工作负担、延长受检者等待时间，从而影响受检者依从性，同时增加高危人群管理者的管理成本，因此建议由专门的体检机构或公立医院的体检中心为胃癌高危人群提供胃镜筛查服务，解决高危人群胃镜筛查过多占用医院门诊资源的问题。

3 加大基层筛查服务机构硬件水平建设，并提高全国内镜医师胃镜筛查技术水平以及病理医师诊断水平

与发达地区相比，我国经济欠发达地区具有胃癌发病率死亡率高、生存率低的特点，国家应加大对经济欠发达地区医疗机构购买胃镜等设备的资金投入力度，同时加大农村地区医疗机构内镜医师、病理医师的培训力度，进一步缩小由于地区经济发展水平不平衡带来的胃镜筛查服务质量差距，将胃癌早诊早治带来的收益落到实处。

全国人大代表篇

构建“三下沉”为基础，“信息化”为桥梁的紧密型医联体模式 将医改分级就诊落到实处

全国人大代表 首钢医院院长 顾晋

案由：

2017年4月，国务院出台《加强医疗联合体建设和发展的指导意见》。李克强总理在国务院常务会议上，对推进医疗联合体建设进行了部署，指出破除行政区划、财政投入、医保支付、人事管理等方面存在的壁垒，因地制宜探索医联体建设。为更好落实分级诊疗制度，医联体作为新兴的医疗运作模式，是很好的抓手。各地紧锣密鼓地开展医联体建设，也是未来医疗行业的工作重点。北京大学首钢医院积极探索紧密型医联体建设，积累了一些经验，取得了病人不动，医生流动，老百姓在家门口看到专家的可喜成绩。

建议：

（一）加强政府主导

政府要顶层设计，实现优质医疗资源的合理布局。规划布局时，明确各级医疗机构发展定位，激发医疗行业整体活力，提高医疗资源利用效率，让更多的老百姓受益。建立分层医联体，即省级疑难危重救治中心与省内各市级疑难危重症中心建立医联体，市级疑难危重症中心与各县级三级医院建立医联体，县级三级医院与镇、乡、村医疗机构建立医联体，形成树干到树枝再到树叶分布医疗保障网格，而不是都要一干子扎到底的模式，层级清新，职责就会明确，减少跨省市县乡看病的奔波，避免无序就医。

（二）建立紧密型医联体

医联体建设是当前健康中国战略背景下分级诊疗的探索，松散型是主要形式，松散型医联体由于未打破原有所有制关系和资产属性，各机构间在人员调配、利益分配等相对独立，其联合稳定性和可持续性较差；紧密型医联体优于松散型医联体，实行人财物的统一管理，通过绩效激励，便于落实大医院指导基层医院预防康复为主功能，实现预防为主，不得病、少得病、晚得病及治好病的目的。

（三）信息建设是桥梁

目前我国建立的各种模式的医联体，多为松散型，存在成员单位信息系统互不兼容、诊疗信息不能互通共享，医疗质量和检查结果标准不能均值化，利用信息化手段，促进资源纵向流动，发挥有效的支撑作用，提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率。

（四）医疗保险支付改革

现行医联体成员的医保支付总量互不相干，严重影响资源共享。为做好分级诊疗，落实首诊在基层，应通过医保付费制度的改革，区域医联体内部成员单位医保整体付费，不限制居民到区域外就诊，避免医疗不足现象，实现医联体各成员间建立稳定的利益平衡机制和长期有效的激励机制，全方位推进双向转诊和分级诊疗服务。医保支付制度杠杆，即撬动供方医疗机构间行为，同时也对首诊在基层的居民报销比例提高，引导需方有序就医。

（五）创新基层人才培养机制

由于待遇低、职业发展前景狭窄，基层卫生机构不但难以吸引卫生人才，更难以留住卫生人才。加强基层人才队伍建设，是强基层重要措施。我们社区工作的医务人员人事关系在医院，工作地点在社区，与现在四川宜宾、安徽安庆等地“县招乡用”的灵活用人机制相吻合。需要进一步创新基层人才建设灵活机制，为基层医生提供学历层次提升和拓展培训机会，探索适合基层职称评聘程序及绩效激励政策，使他们安心社区服务，留住人才，提高基层服务质量。

积极推广社区-家庭-三级医院肿瘤全程防控模式的建议

全国人大代表 首钢医院院长 顾晋

案由和案据

随着现代化进程发展、人们生活水平的提高及生活方式改变、人口老龄化出现，在我国癌症已成为疾病死因之首，且发病率和死亡率还在攀升，对公众健康造成了巨大威胁。根据《2017中国肿瘤登记年报》统计数据，中国每年新诊断癌症病例429万例，总死亡281万例，相当于每分钟约8.2人被确诊为癌症，约5.4人死于癌症，其中，肺癌、结直肠癌位居前列。

2018年，国际抗癌联盟(UICC)“世界癌症日”的活动主题为“我们能，我能战胜癌症(WE CAN, I CAN)”。中国抗癌协会也提出鼓励患者主动交流、勇敢面对疾病；科学制定健康选择；激励行为、采取行动；动员社会各方面力量，广泛协同抗癌等，以推动癌症防控事业的发展。

现实中，恶性肿瘤患者就诊时都已是中晚期，从而出现了肿瘤晚期患者花钱受罪且得不到有效照顾的情况。大型医院注重诊治，预防早诊和宁养康复无暇顾及，而社区和家庭宁养缺乏有效的管理与指导，链条脱节导致肿瘤早期得不到发现、晚期得不到有效照顾。

北京大学首钢医院依托一院带四个直管社区卫生服务中心、拥有肿瘤方面的医学专家和慢病防治的管理优势，于2015年开始探索基于石景山区高发的大肠癌和肺癌的“社区-家庭-三级医院”为一体的恶性肿瘤联合防控全程管理模式。经过两年半时间的摸索，积累了一些肿瘤防控管理经验。

建议

(一) 发挥社区全科医生健康守门员的作用

1. 强化健康教育

加强对辖区居民健康宣传、行为干预，虽然保持健康的生活方式不一定能够预防全部癌症，但确实有1/3以上的癌症可以通过避免不良生活方式得以预防，如减少吸烟，降低肺癌发生率。

2. 做好早期筛查

由于恶性肿瘤的潜伏期很长，肿瘤筛查和早诊早治已被公认为癌症防控最有效的途径，被予以重视。社区应该承担，通过问卷了解其生活方式、家属肿瘤发病情况，筛查出肿瘤高危人群转到大医院，给与针对性检查、健康指导及健康管

理，发现癌前病变给与治疗。

在全癌种中，肺癌、结直肠癌位于前列，有效健康生活干预、早期筛查、早期治疗，会得到相当有效地控制，减轻社会、家庭癌症诊治负担，目标是确保更少的人患上癌症，更多的人得到成功的治疗，患者拥有更好的生活质量。

3. 居家安宁指导

社区负责肿瘤的健康宣传、早期筛查，还要接受三级医院肿瘤患者术后、化疗后等康复治疗、疼痛治疗、家居照顾服务、患者及家属心理咨询、临终关怀辅导、营养支持、定期随访等职能。遇病情变化及时与三级医院联系，转上三级医院接受积极治疗。

（二）医疗保险惠及肿瘤早期筛查、晚期照顾

我国肿瘤发生率较高，但我国医疗保障体系关注的重点是治病，对肿瘤早期筛查没有投入、对肿瘤终末期的照顾不足，也影响着肿瘤规范化防控效果。建议增加肿瘤早期预防和晚期安宁疗护的医保支持。

（三）提倡全社会关注

2017年，国家卫计委颁布了安宁疗护中心建设标准和管理规范，首钢医院率先按照标准建立安宁疗护中心，为肿瘤患者提供从心到灵、从生到离世的照顾，对家属悲痛化解等人文关怀工作。但社会上，大家对于临终关怀的认知还有待提高，家属出于亲情的考虑，让很多肿瘤晚期的病人接受没有实际效果的治疗，这只会增加病人的痛苦，对病情没有太大帮助。”如何对临终患者进行关怀，也成为国家、社会、医院及患者家属必须考虑的问题。分级诊疗建立后，三级医院应该是疑难重症的救治中心，常见病应先到社区医院就诊。那么三级医院就会有一定空间留给肿瘤末期病人提供临终照护，倡导健康新理念，起到社会示范作用，以减轻肿瘤患者的痛苦，维护患者的尊严，体现医学的人文关怀。

3D 打印技术到底是怎么治病救人的

全国人大代表 第三医院骨科主任 刘忠军

习近平主席在《创新增长路径共享发展成果》的重要讲话中曾说：“新一轮科技和产业革命正在创造历史性机遇，催生互联网+、分享经济、3D 打印、智能制造等新理念、新业态，其中蕴含着巨大商机，正在创造巨大需求……”

在今年的政府工作报告中，李克强总理在对 2018 年政府工作的建议中提出：加快建设创新型国家。把握世界新一轮科技革命和产业变革大势，深入实施创新驱动发展战略……加快创新成果转化应用。国家科技投入要向民生领域倾斜，使科技更好造福人民。

今天我们采访到的就是一位把创新科技应用于民的人大代表——北京大学第三医院骨科主任刘忠军，他是一位专门把 3D 打印技术应用于外科手术的大咖级专家，这次采访，大康表示收获满满。

2018 年是刘忠军代表参加人大会议的第十一个年头了，他经常把科技前沿技术带到人大会上，并得到了国家的重视和采纳，他曾提出的“自体血回输”项目就已经纳入了国家医保。近三年，刘忠军积极推广 3D 骨骼打印技术，那么这种技术到底厉害在哪？对病人来说有什么惊喜？刘忠军用一个故事来告诉你。

Q：什么是 3D 打印技术？

A：3D 打印，是一种以数字模型文件为基础，运用粉末状金属或塑料等可粘合材料，通过逐层打印的方式来构造物体的技术。

大家还记得去年一部大火的科幻美剧吗？没错，就是那部大开脑洞的神剧——《西部世界》。在剧中，人的骨骼、肌肉、器官都可以用 3D 打印技术完美还原，打印制造出来的”接待员“甚至可以混在人类中以假乱真。

Q：3D 打印技术在骨科领域的产品有哪些？

A：2015 年，3D 打印髌臼杯获国家食品药品监督管理总局批准，成为全球首个通过临床验证的 3D 产品；

2016 年 5 月，3D 打印人工椎体获 CFDA 批准临床应用；

2016 年 7 月，3D 打印椎间融合器获 CFDA 批准临床应用。

Q：骨科手术中应用 3D 技术的优势？

A：人体的骨骼结构非常复杂，没有哪一块骨头是是一个规则形状。3D 打印

技术可以和人体的解剖结构完全匹配，同时它的微孔形态可以和骨结合，让骨细胞生长进这些微孔里面。尤其对于疑难的肿瘤病例，非常有效。

Q: 您对未来 3D 技术的应用有什么建议?

A: 建议开通科技产品应用转化的绿色通道，加快科技产品的民用化，使科技产品尽早惠及患者，赢得更多时间，从容面对日益激烈的国际竞争。

(统战部摘自央广健康 2018 年 3 月 6 日)

北京市政协委员篇

关于建立急性呼吸道传染病预警机制和应急预案的提案

北京市政协委员 第一医院副院长 李海潮

案由：

2017年冬季北京流感大范围流行，给社会经济发展造成了一定的损失。目前流感疫情已开始回落，回头思考2017年底至今的流感流行情况和相应的应对措施，对今后流感等呼吸道传染病流行时合理防控机制的建立和完善不乏益处。

(1) 如果能更及时地预警和发布流感流行数据和严重程度评估，可能会对公众积极主动地应对发挥重要的指导作用。

(2) 在流感流行期间，如果能及时对公众合理地应对流感流行进行准确的指导，并确保这些指导建议能被有效地接受和应用，将可能对流感的防控起到重要的保护作用。

(3) 流感流行过后应对流行控制的各个环节进行充分的分析，并提出有针对性的加强措施，对于以后应对类似情况的发生提供有效的参考。

建议：

急性呼吸道传染病的控制符合传染病控制的一般原则，包括控制传染源、切断传播途径、保护易感人群。在流感没有形成大流行的情况下，严格地执行上述方案的意义有限，可能消耗较多的社会资源，而并不能有相应的获益。相反，如果遇到流感大流行等公共卫生事件时，如果不能及时有效的应对，则可能给民众健康和社会健康大夫带来很大的影响。因此，有必要根据流感的流行强度制定切合实际的防控策略。建议如下：

一、建立急性呼吸道传染病的预警机制：选择具有代表性的社区卫生中心、二、三级医院作为观测点，通过信息化手段对可能的急性呼吸道传染病发病情况进行及时的监控，然后根据病例总数和严重病例的情况，结合可能造成的相应危害对急性呼吸道传染病进行分级预警，然后根据预警级别，确定整体应对的强度。这样将有助于合理调配医疗资源、达成最大程度的社会效益。建议按照气象预警的分级，将流感的流行程度分为黄色、橙色和红色，进行预警。

二、建立和预警机制相适应的应急预案：根据流行强度制定相应的应对策略，

广泛告知医疗机构和民众，指导他们采取强度合理的应对措施。以流感为例，1) 控制传染源：就是对流感患者进行必要的隔离，合理有效地治疗流感患者，减少患者数量；2) 切断传播途径：流感主要通过飞沫、接触和空气传播等进行传播，切断传播途径就是有效控制飞沫传播，包括戴口罩、和利用织物有效吸收飞沫、勤洗手等。另外注射疫苗不但可以保护易感人群，也可以在流行季节在人群中形成一定的保护屏障，有效减少疾病的传播，比如建议将接受疫苗注射作为公益活动，使人群中接种的比例达到一定的程度；3) 保护易感人群：几乎所有人都是流感的易感人群，有基础疾病的高龄老人更是罹患重症流感的高危人群，保护易感人群除了对可能暴露的人群进行流感疫苗的预防接种，减少外出活动或者外出活动时必要的保护措施。以上措施可以请 CDC 专家、流行病学家和临床医学专家共同研讨，结合流行病学规律、循证医学研究结果等，合理制定相对于不同级别分级预警所应采用的应对方法和强度，使应急预案科学、合理，并通过实践不断完善。

三、应急预案的落实：应急预案的落实至关重要，要使预案充分发挥作用，需要在以下几个方面做到位：1) 通过多种媒体平台对公众进行充分的告知，包括电视、广播、报纸等，如在流行季节可以放在大家关注度高的气象预报等节目后面进行播报，或在报纸特定位置设置专栏进行通告等；2) 充分发挥社区卫生服务中心和签约全科医生的作用，通过集体宣教、短信平台推送、微信告知等方法将流感的防控措施进行精确到家庭甚至个人的告知；3) 学校、企业等人群密集单位是流感流行的重要场所，应急预案在上述范围应有责任明确的责任人和相关机制进行落实。

急性呼吸道传染病预警机制和应急预案的建立有望成为流行季节对广大民众健康起到保护作用的重要措施，是规范流行病预防和处理、提高民众健康素养的重要措施。

关于加强肿瘤专科医师以及肿瘤专业知识培训的提案

北京市政协委员 肿瘤医院副院长 沈琳

一、肿瘤发病、死亡、经济负担情况

自2007年起的疾病死因顺位中，恶性肿瘤就占据榜首。北京市人民政府发布的《北京市2016年度卫生与人群健康状况报告》显示，恶性肿瘤是2016年北京户籍居民死亡原因第一位，恶性肿瘤死亡率为177.32/10万，构成比26.8%，较2015年上升0.68%。2006-2015年年齡标化发病率年均增长1.6%。

恶性肿瘤是一种疾病负担较重的重大慢性疾病，给患者、社会及国家带来了巨大的健康损失和社会负担。根据卫生统计年鉴的显示的部分恶性肿瘤的住院费用中，2015年胃癌的疾病平均住院医药费用为19820.8元，肺癌为16723.0元，食管癌为17686.6元，膀胱癌为17003.0元。而同期，城镇居民家庭人均可支配收入为31194.8元，人均年现金消费支出21392.4元，人均保健医疗支出为1305.6元；这四种恶性肿瘤的医疗费用占人均可支配收入的54%-64%，占年现金消费支出的78%-93%，是人均医疗保健支出的13-15倍。同期，农村居民家庭人均纯收入为11421.7元，人均年消费支出为9222.6元，人均医疗保健支出为753.9元；如没有医疗保障的支持，对农村居民而言，这四种恶性肿瘤的医疗费用是人均纯收入的1.5-1.7倍，是年消费支出的1.8-2.1倍，高达人均医疗保健支出的22-26倍。

二、肿瘤学发展迅速

近年来，肿瘤诊治领域是医学领域发展最迅速的学科之一，全球、全国肿瘤学的发展迅速，诊疗理念发生着巨大的变化。大量新技术、新手段及新药的不断研发成功，极大改善了整个肿瘤诊断治疗的现状，一定程度上提高了早期诊出率和治愈率，改善了生存质量，延长了生存时间。今天的肿瘤学科已逐步发展为囊括了肿瘤内科、肿瘤外科、肿瘤放疗、肿瘤影像、肿瘤病理等多个专业分支，正在形成以个体化、规范化以及多学科协作综合治疗为特色的独立学科。

三、肿瘤专业从业人员的现状与需求

目前肿瘤专业人员非均质化。肿瘤学最早是大内科、大外科的分支学科，因此目前较多的肿瘤专业人员，是从其它专业转行过来的。当前，由于肿瘤专科起步较晚，积淀尚浅，学科设置缺乏，执业医师队伍水平参差不齐，诊疗水平差异

极大，包括综合医院与肿瘤专科医院间、同一级医院之间、不同地域间诊疗水平存在差异，社区基层医疗等肿瘤预防诊疗知识匮乏，肿瘤专业的学科队伍亟待健全。

由于肿瘤的发病率与死亡率均有增长，对肿瘤专业的从业人员需求越来越旺盛。据不完全统计，目前北京地区每年超过300名住院医师进入肿瘤专业（包括放疗、肿瘤内科和外科）临床培训。北京地区每年人数如此众多的新进入肿瘤学领域的医师的规范化培训工作不容忽视。

而且非肿瘤专业的医务人员也经常从事与肿瘤相关的诊疗工作，如呼吸、消化、感染、普外、头颈等，也需要经常性的肿瘤相关知识的继续补充学习。

四、北京市实施肿瘤专科一体化试点的成果与探索

目前国家卫计委设置的34个医学专科中并未涵盖肿瘤学，也就是说肿瘤学既不属于二级学科也不属于三级学科。在国内没有现成的模式可以参照，国外的培训模式因国情之间的差异参考价值也有限。

在北京市卫计委大力支持下，经过肿瘤学界反复论证，并充分征求、吸纳北京市住院医师规范化培训专家委员会的意见和建议，2014年底发文确定了“临床基础”+“专科通识”+“专科深入”的培训思路，制定并完善了2年临床基础+1年专科基础+1年专科通识+2年专科培训，培训期为6年肿瘤专科医师一体化培训方案，首先在北京肿瘤专科医院试点。肿瘤专科医师培训一体化培训工作在全国乃属首创，期望能为北京市乃至全国探索科学的、适合国情的肿瘤专科医师培训的标准和方案。

在近三年的模式探索中，这种一体化培养合格的专业型研究生、住院医师在三甲医院及省级医院的就业率达90%，深受用人单位的欢迎。

五、大型综合医院肿瘤专业从业医师应统一接受肿瘤专科医师一体化培训，综合医院与肿瘤专科医院建立协同基地

(1) 成立肿瘤学规培委员会。肿瘤学科的发展具有现实迫切的需求。应将当前北京市肿瘤专科一体化培训在得到各界认可的情况下，在全国进行推行与示范，并且影响国家卫计委学科设置，将肿瘤学纳入其中，成立肿瘤学内科、外科、放疗专科医师规培委员会，来负责肿瘤学专科人才培养的全面指导、组织协调和质量监督，同时开展肿瘤基础知识的推广与培训。

(2) 综合医院的肿瘤专业医生应接受肿瘤专科医师培训。一个成熟健康的肿瘤专科医师培训体系在必将趋于完善,而评价其优劣的最终标准一定是能否惠及于民。没有接受肿瘤专科医师培训的综合医院医师也同时医治着众多的恶性肿瘤患者。他们对这些患者的医治能否保证规范?他们是否需要经过肿瘤专科培训后才可以医治?在目前肿瘤专科一体化试点的医师培训体系基础上,进一步的完善和优化,囊括除了肿瘤专科医师的医师,并将综合医院从事肿瘤专业的医师纳入到专科培训当中,满足不断增长的肿瘤病患诊治的需要。

(3) 优化肿瘤专科医师培训的方案。肿瘤的规范化、个体化以及综合治疗的观念、知识、实施原则和相应技能,以及运用专业知识和技能综合分析问题、解决问题的能力需要在住培之后进一步的培训中加以完善和巩固,这是是肿瘤专科医师成才的关键,也是肿瘤专业医师后续的亚专科阶段的培训重点。住院医师培训合格对肿瘤学专业医师来说,不是临床培训的终点,而是专科培训的必备条件和起点。应建立适应中国现在的肿瘤专科医师培养。个人提议3+X 方案,3 为3 年规培,X 可分2 部分,2+1 或+2。若 X=2,可从事肿瘤内科、放疗的基本工作或肿瘤全科医师,再+1 或+2 就可以从事相应的亚专科下的专业工作。

附件 1:

医学部全国政协委员、人大代表提案、建议、发言一览表

(2018 年 3 月)

姓名	单位	职务、职称	党派	提案、建议与发言题目	备注
刘玉村	医学部	党委书记 教授	中共	刘玉村出席全国政协十三届一次会议第三场记者会	全国政协委员
				大国国民要有担当	
吴明	医学部	九三学社中央委员 九三学社北京市委副主委 九三学社北医委员会主委 医学部主任助理 教授	九三学社	加强慢病防控需要“到上游筑牢堤坝”	全国政协委员
丁洁	北大医院	教授	无党派	精准医改政策，助推适宜技术“腹透”救治尿毒症患者	全国政协委员
				关于制定罕见病医疗保障相关规定的建议	
				关于尽快成立中华医学会罕见病专科分会的建议	
				关于将“乡村儿童大病医保”模型纳入健康精准扶贫政策的建议	
霍勇	北大医院	民进中央委员 心脏中心主任 教授	民进	急救体系建设中的人才培养	全国政协委员
				“一带一路”合作项目中对外国医生的培训工作	
				关于推进胸痛中心“三全模式”建设的提案	
				重视和建立对医学专业学科发展历史的记录	
				以《中国心血管健康指数》为抓手，推动健康中国	
				专科医师培训临床学位配套问题亟待解决	
				关于以医生集团为切入点助力国家分级诊疗的提案	
				将 H 型高血压防治纳入慢病示范区的建设 对治疗 H 型高血压新药实行快速审批	

姓名	单位	职务	党派	提案、建议与发言题目	备注
陈仲强	第三医院	致公党中央委员 致公党医学部支部主委 国际医院院长 教授	致公党	关于医联体运行与管理机制改革探索的建议	全国政协委员
林野	口腔医院	教授	无党派	想健康长寿，你70岁时最好还有20颗牙	全国政协委员
季加孚	肿瘤医院	民盟中央常委 民盟北京市委常委 民盟北医委员会主委 肿瘤医院院长 教授	民盟	关于提高患者参与度，共建共治共享健康中国的建议	全国政协委员
				落实《“健康中国2030”规划纲要》精神，加快建立全国恶性肿瘤诊疗大数据平台的建议	
				关于推进我国胃癌筛查政策化进程的建议	
顾晋	肿瘤医院	农工党中央常委 农工党北大委员会主委 首钢医院院长 教授	农工党	构建“三下沉”为基础，“信息化”为桥梁的紧密型医联体模式 将医改分级就诊落到实处	全国人大代表
				积极推广社区-家庭-三级医院肿瘤全程防控模式的建议	
刘忠军	第三医院	骨科主任 脊柱研究所所长 教授	无党派	3D打印技术到底是怎么治病救人的	全国人大代表

说明：医学部全国人大代表、政协委员共9人（其中人大代表2人，政协委员7人），共提出建议、提案和发言23份。

附件 2:

医学部北京市政协委员、人大代表（党外）提案、建议、发言一览表

（2018 年 3 月）

姓名	单位	职务、职称	党派	提案、建议与发言题目	备注
李海潮	第一医院	副院长 西城区政协常委 西城区知联会会长 教授	无党派	关于建立急性呼吸道传染病预警机制和应急预案的提案	北京市政协委员
沈琳	肿瘤医院	副院长 教授	民盟	关于加强肿瘤专科医师以及肿瘤专业知识培训的提案	北京市政协委员

说明：医学部北京市人大代表（党外）、政协委员共 4 人（其中人大代表 1 人，政协委员 3 人），共提出建议、提案和发言 2 份。