

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

(2013 年)

北京大学医学部统战部

2013 年 4 月

前 言

2012 年底 2013 年初，全国、北京市等各级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，针对医学教育、科研管理体制、医疗卫生改革等领域的相关问题积极建言献策，在大会发言并提出建议、提案和社情民意等 40 多份。我们将这些代表委员的建议、提案、发言和社情民意汇编成册，以作为宝贵的历史资料保存。

医学部统战部

2013 年 4 月

目 录

全国政协委员篇

护理服务定价改革势在必行	柯 杨/ 1
关于公立医院付费机制改革的建议	柯 杨/ 4
关于适当放宽病情稳定慢病患者门诊一次处方剂量限制的建议	柯 杨/ 7
有关加强精神医学学科建设，强化精神卫生公益性服务的建议	柯 杨/ 9
关于单独设置医学专业学位博士研究生招生名额的建议	柯 杨/11
把牢医改目标，长期稳步推动	柯 杨/14
优化科技资源配置，提高科技投入效率（发言）	马大龙/18
关于对民营医院进一步减税的建议	马大龙/20
进一步完善法律制度 严厉打击制售假药	马大龙/21
加强公共卫生顶层设计，保障国民健康	吴 明/22
改进医院监管模式，促进医院管理的科学化	陈仲强/25
关于尽快引入DRGs付费方法，改革支付机制的建议	陈仲强/26
关于在儿童安全用药方面急需出台切实可行的政策、举措的建议	
.....	丁 洁/27
关于积极推进我国罕见病相关工作的提案	丁 洁/28
综合整治雾霾，保障人民健康（发言）	俞光岩/30
透明公开政府采购过程，提高政府采购的公信力	俞光岩/33
建立口腔治疗师制度，优化口腔医务人员结构	俞光岩/34
建立多元化医保服务和多元化医保支付模式，促进公立医院改革	
.....	林 野/36

四谈医改（发言）	刘玉村/38
支起“医患天平”——一位三甲医院院长的“三字经”	刘玉村/44
加快我国重大疾病医疗急救体系的建设与完善	霍 勇/46
临床医学专科医师制度建设的立法和实施	霍 勇/52
关于取消强制性参加医疗责任保险的建议	高 炜/56
关于在基层医院开展心脑血管病康复，并将康复治疗纳入医保报销范畴的提案	高 炜/58
全国人大代表篇	
关于在“全面推行公共场所禁烟”工作中要强化政府职能的建议	
.....	顾 晋/60
加强对伤残农民工返乡生存状况关注的建议	顾 晋/63
保障医院医疗秩序，确保医务人员人身安全	顾 晋/66
尽快建立大型医院与乡村医生“手拉手”对口技术培训长效机制的建议	
.....	顾 晋/67
解决“看病难”应注重长远实效（发言）	刘忠军/69
北京市、区政协委员、人大代表篇	
落实“京十八条”，鼓励公立医院与社会资本合作进行多元化办医探索	
.....	季加孚/71
重视癌症发病增长趋势，多举措提高恶性肿瘤发病监测工作	季加孚/73
关于落实社会资本办医、规划民营医院设置的建议	李海丽/74
关于解决临床用血紧张问题的几点建议	李海丽/77

关于西城区尽量减少无机性融雪剂使用的建议	涂 平/79
关于加强海淀区慢性复杂性疾病卫生宣教的建议	管又飞/80
关于稳定基础医学教师队伍，关注后备医学人才培养的提案	管又飞/81
关于缓解大钟寺中鼎大厦路段交通拥堵的建议	汪 立/82
完善帮扶机制，关爱失独家庭	汪 立/83
发挥大型医院综合优势，加快海淀区医疗服务优质均衡发展	郭向阳/85
强化北京大学第三医院与海淀医院合作共建，加快海淀区医疗服务优质均衡发展	郭向阳/86
关于在海淀区花园北路（北京大学第三医院）附近修建公共停车场的建议	
.....	乔 杰/87
加强医疗风险管理，调动医生积极性，让人民群众受益	谢秋菲/88
关于加大执业药师制度的宣传和执行力度、提高执业药师在合理用药中的作用	刘俊义/91
加快治理学院桥路口的拥堵	吴立玲/93
关于在清河桥路段增设地下通道的建议	吴立玲/93
关于调整392路公交车行车路线的建议	吴立玲/94

附1：医学部全国政协委员、人大代表提案、建议、发言、社情民意一览表

附2：医学部北京市、区政协委员、人大代表提案、建议、发言、社情民意一览表

全国政协委员篇

护理服务定价改革势在必行

全国政协委员 北京大学常务副校长 医学部常务副主任 柯杨

案由：

护理服务是医疗服务链条上的重要环节，护理工作质量与患者安全、医疗质量密切相关。近年来护理专业教育得到了快速发展，护理专业服务也得到社会的认可。然而，现行医疗体制 护理服务定价过低，使得护理队伍的稳定与发展、护理技术的更新都面临难以为继的困境。而护理队伍发展落后，必然使医疗服务链条不能顺畅运转，从而影响国家各项医疗改革举措的落实，势必成为影响民生的重要问题。因此，无论从保证医疗质量、保护护士权益、还是构建和谐医患关系、推进公立医院改革等角度，都有必要改革护理服务价格体系，体现护理工作价值，推动护理工作进入良性运行的轨道。

现状：

1、实际护理定价严重脱离成本

目前北京市护理收费标准是根据 2000 年 1 月北京市发改委颁布实施的《北京市统一医疗服务收费标准》。除去物价上涨因素，护理工作本身的内容和要求也越来越多，但收费标准却多年未变。卫生部 2009 年 5 月 22 日颁布实施的《综合医院分级护理指导原则（试行）》的通知》对不同级别的护理提出了明确要求。所谓级别护理就是一级、二级、三级护理，以北京市为例，其收费沿用的仍然是 1999 年制定的 7 元、5 元、3 元标准（不同等级医院可以加收 1 至 2 元）。

仅以 1 级护理收费为例，护理内容包括定时巡视，密切观察患者病情；每日测量体温、脉搏、呼吸等，每周测量体重并记录；遵医嘱按时完成治疗和用药；定时观察，保持管路通畅；指导患者正确用药；给予或帮助患者生活护理，六洁到位（口腔、头发、手足、皮肤、会阴及床单位），定时翻身；患者卧位舒适，指导患者进行功能锻炼；安全护理措施到位；履行相关告知制度并针对疾病进行健康教育；遵医嘱指导患者饮食；至少每天一次护理记录等等。这样的护理服务收费 7 元显然不合理。

护士人力成本计算相当复杂，护士人力成本仅包含护士工资、奖金、保险，

不包括房租水电等成本。下表列出两家医院 2012 年 11 月病房此项人力成本与级别护理收入，其间的巨大差距是显而易见的。

	护士人数	日均在院患者数量 (人次)	护士人力成本 (万元)	一、二、三级护理总收入(万元)
某三级甲等综合医院外科病房	28	62	16.42	1.32
某三级甲等专科医院外科病房	18	37	14.23	1.10

从上表中可以看出，护士人力成本是级别护理收入的十几倍，这严重违反了价值规律，在医院目前的经营情况下，势必导致医院管理者尽量减少护士人力成本支出来维持医院的运营。

2、护理技术操作定价过低

静脉输液	静脉取血	酒精擦浴	肌肉注射	输血	导尿	灌肠	鼻饲	吸痰
2.00 (元)	1.00 (元)	6.00 (元)	0.50 (元)	4.00 (元)	5.00 (元)	3.00 (元)	1.00 (元)	1.50 (元)

上表列举的是北京地区部分护理技术操作的收费标准。这些护理技术操作不仅仅是一项简单的动作，而是基于医疗护理常规知道的具有很高技术含量的操作。例如常规的静脉输液过程包括：(1)核对药物；(2)药物配置；(3)静脉穿刺[此过程包括选择血管、消毒皮肤、输液管排气、穿刺、固定等系列过程]；(4)调整滴速；(5)输液过程巡视；(6)拔输液；(7)完成护理记录。这一系列操作往往涉及多名护士，整套操作需要使用无菌技术来完成，而这样的工作却定价为 2 元，背离了价值规律。

3、多项“免费”护理技术服务，难以体现护理价值

护理工作性质属于 7 天 24 小时无间断服务，内容从医疗服务直至生活照顾，无一不需大量人力物力投入，而很多这样的工作却是免费的。例如：翻身护理、清洁身体（洗头、洗脚）、口腔护理、测生命体征、测腹围、发放口服药、静脉小壶加药、续静滴、记录 24 小时出入量、更换造口袋、健康教育等等。翻身护理一般针对长期卧床或强迫体位患者，为预防其发生压疮、坠积性肺炎，增加患者舒适度，需要对患者实施定时翻身护理，再加上拍背排痰护理措施，通常频率为 2 小时进行一次，这项护理措施耗时费力，往往需要两名以上护士配合才能完

成，一次操作耗时十分钟左右甚至更长。

以上问题造成护理工作“赔钱”，护士数量越多越亏。压缩护士人数成为医院降低运营成本的普遍手段，这不仅加剧了护士数量不足的问题，也严重影响护理质量、医疗安全以及护士队伍的稳定。随着优质护理推进，大部分医院逐渐加大对护理工作投入，但护理服务价格并未提高，长期下去，收支矛盾势必愈发突出，医院的努力难以持续。

建议：

提高护理服务定价，纳入医疗保险支付，稳定护士队伍，服务民生。

1、为护理技术服务合理定价

按照科学的方法测定护理技术服务价值，按照价值规律合理定价。将原先免费护理服务部分也纳入评定，给护理工作一个公平的评价。

2、根据患者病情复杂程度、生活自理程度、治疗复杂程度评分，合理提高级别护理价格

建议引入患者评分体系，根据不同患者占用护理资源多少分层定价，尽快打破 3 元、5 元、7 元标准（目前北京社会上聘请看护人员标准已达每天 150 元左右）。

关于公立医院付费机制改革的建议

全国政协委员 北京大学常务副校长 医学部常务副主任 柯杨

案由：

“以药养医”是我国在特殊历史时期内医疗体制中的一项政策，是医改过渡阶段保证医院生存的补充性、粗放型措施，也可以认为是对医院亏损的政策性补偿。因为这种付费方式很易造成过度用药，甚至腐败，目前医院的改革主要针对去除这一政策。然而，建立新的付费机制却并不简单，难度在于医疗服务定价的困难。目前并不存在一种既能保护医护积极性又不造成趋利性并保证质量的完美定价及付费方式。

现有的付费机制，各有利弊。

1、总额付费或总额包干

优点：不需要复杂的测算；管理成本低；医疗费用容易得到控制。适合长期计划、提倡预防为主、提高卫生资源的使用效率、可以评估卫生服务整体工作。缺陷：医院会主动减少医疗服务的供给，盲目节约成本；确定预算总额有一定的难度；弱化市场作用，影响医疗机构的运行效率，医务人员缺乏工作积极性。

2、按人头付费

优点：方法简便易行，保险人和医院均易操作；医疗费用控制有效；管理相对简单，管理成本不高。缺陷：诱导医院选择性接收病人；分解患者住院次数；医院缺乏竞争意识，医务人员没有提高医疗技能的积极性，致使医疗服务质量下降。

3、按病种付费

优点：支付标准相对更科学，极大地遏制了医疗费用上涨的趋势，患者的利益可以得到较好的保障；医院为在标准内提供服务，迫使其提高服务效率，增进了医疗技术进步。缺陷：实际操作中易出现医院为减少病人的实际住院日，增加了门诊服务，随之导致门诊费用上涨；医院不愿收治危重病人；部分医院因收入减少，被迫取消了某些开销大、社会又确实需要的临床服务项目；管理成本极高。

4、按服务项目付费

优点：患者方便，容易操作；保险人、被保险人和医疗服务提供者关系简单。适合制定医疗技术科室预算、满足病人要求、促进技术发展。缺陷：医疗服务价

格定价困难；无法约束医院的医疗行为，容易造成服务过度；医院缺乏成本控制意识；刺激医院引入尖端诊疗设备和推销高价格药物；逆选择的风险增大；保险人审查工作量大，管理成本较高。

5、按服务单元付费

优点：方法比较简便，利于保险人操作，医院易于接受；有利于鼓励医院提高工作效率；费用控制效果比较明显；管理成本可以接受。缺陷：有诱导医院选择性收治患者的可能，延长患者的住院日，也可能出现分解患者住院次数的行为；医院可能不太关心服务质量，竞争意识减弱。

6、按疾病诊断相关组定额预付

优点：适合制定年度预算、优化临床服务过程、降低治疗成本、可以评估临床治疗结果。缺陷：抑制某些技术发展；难点是技术标准要求高、基础工作投入大。

现状：

医疗体制不是孤立存在的，与经济社会发达程度、其它体制健全程度、整个社会成熟程度均有关系。在我国现阶段，每一种收费制度除了自身的优缺点，还受很多因素制约，例如，如总额预付时的预付额的确定很难，同时，医院在费用上受限制，但患者没有概念，在使用保费上，在对疾病的治疗上，盲目追求新、洋，不但促进过度诊治，更有骗保、转移使用人及浪费现象存在；再如，按人头付费，在我国因基层医疗仍然很薄弱，病人又可以完全自由选择医院，无法建立医患间长期固定的关系，也很难实施；再有，减少过度诊断的一个方式是所有医院在信息化上统一互通，而这一硬件建设和软件上的标准国家并没有出台……

因此，目前的医院收费机制改革是一个系统工程，应全面考虑，认真探讨，不可能一蹴而就，不应急躁。尤其应避免从原来的粗放式政策转化为另一种粗放式的政策，并急着推广。这样往往是旧问题没解决，新问题又产生，反复折腾的结果，只能进一步使医务人员思想混乱，百姓进一步被误导。

建议：

1、加强对成绩的宣传。我国在医保体制建立上的巨大成功，一方面仍然需要逐渐完善健全，仍有很多工作要做，另一方面，对百姓用通俗易懂的方式宣传的很不够。国家的这一大政方针，好在哪里，不易在哪里，需要哪些政策和民众

的配合，还存在哪些问题和需要调整的地方，以及国家对公共卫生和基层医疗的加强，均需要进一步以各种形式认真宣传。同时要让百姓知晓降低费用是全社会的事情。在已取得实质性成绩的同时，政府仍然不断强化要解决“看病贵看病难”，不断强化要彻底去除“以药养医”，并以非常急躁的方式短期试点后急于推广，这对百姓的误导是：“医改仍然很不成功”，“医改的主要问题只在医院”，“看病还要进一步便宜才算成功”。

2、在医疗保险体制方面还需大量工作使之完善合理，也需要不断根据现存问题调整改进。

3、根据前面的分析，应认真探索多种并行的收费体制，适合项目收费就用项目，有条件按人头付费就按人头付费，能按病种甚至 DRGs 收费就一定按此收费。对预付费评估时，可用多种指标给予不同的权重，尽可能消减每一种方式的缺陷。

总之，这是一个长期探索的过程，需要相关方面耐心精细的测算，反复小范围试验，不能将缺乏科学评估的初步结果应用推广。

关于适当放宽病情稳定慢病患者门诊一次处方剂量限制的建议

全国政协委员 北京大学常务副校长 医学部常务副主任 柯杨

案由：

慢性病已成为当今人类健康的头号杀手。2008 年的调查显示，我国居民慢性病患者率为 199.9%，按年龄别统计 45-54 岁的为 259.5%，55-64 岁的为 419.9%，65 岁以上的为 645.4%，慢性病患者率随年龄增长快速上升。而根据中国社会科学院发布的《中国老龄事业发展报告(2013)》，2013 年老年人口数量突破 2 亿大关，在 2025 年之前，老年人口将每年增长 100 万人，慢性病老年人 2013 年突破 1 亿人大关。可以预见，未来十几年，我国慢性病老年人人数将快速增长。长期用药是老年性慢性复杂性疾病治疗维护的重要特点之一。

与老龄化相关的慢性疾病应重点在基层综合解决，但目前虽然政府加大了投入，基层医疗的真正加强仍然需要时间。由于体制及人才缺乏的问题，目前这类疾病和患者仍然大量依赖三级医疗的服务。因此，在三级医疗中，对那些诊断明确、确需长期用药、病情稳定的案例放宽一次处方量限制，这将对于减少社会公共资源尤其是医疗资源的浪费，缓解看病难问题，在一定程度上改善医患关系具有重要意义。

现状：

为规范处方管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，卫生部于 2006 年 11 月 27 日发布《处方管理办法》，自 2007 年 5 月 1 日施行。《办法》第十九条规定“处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。”这就是所谓“急三慢七”原则。卫生部《处方管理办法》作为医保控制不合理用药费用增长的重要依据之一，这一原则也自然体现在各地的医保政策中。例如，北京市医保中心规定，医保定点医院为参保人员出院开药时，原则上不得超过 7 日量，行动不便的可开两周量。但对于患 10 种特殊病的退休人员，开药量政策有所放宽：患高血压、糖尿病、冠心病、慢性肝炎、肝硬化、结核病、精神病、癌症、脑血管病、前列腺肥大的退休患者，病情稳定需长期服用同一类药物的，门诊最多可开 1 个月的药量。对定点医院给参保人员的开药量作出明确规定，目的是控制不合理用药费用的过快增长。但随着疾病谱的变化和人口老龄化的加剧，

这一规定愈加显示其不适宜性。

这一规定给医务人员和病人造成极大不便。据某大学附属医院心内科一位常年在一线工作的主任医师介绍，冠心病冠状动脉支架术后的患者，可以连续服用拜阿司匹林、波利维和立普妥一年而无需调整。以现行政策门诊一次最多能开一个月的药，该病人一年至少要拿药十二次。而且由于药品的包装规格，经常需要药剂科的工作人员把药品包装拆开分药以符合处方剂量。如果能把处方一次开药量放宽至 6 个月甚至 1 年，则该患者一年只需拿 1-2 次药，大大减少患者不必要的就医次数，提高患者的就医满意度。据进一步调研统计，此类病情稳定需长期服用某一类药物而无需调整的患者约占心内科所有患者的 20%以上。除心血管疾病之外，其它慢性疾病也有大量类似的例证。因此，放宽一次处方量能大大减少医院不必要的门诊量，减轻医务人员的工作负担，同时方便病患及病患家庭，减少病患就医对社会公共资源（交通、医疗等）的占用，减少由患者频繁拿药导致的医患矛盾。

建议：

因此，鉴于 2006 年《处方管理办法》在实施过程中的种种不适宜性，建议卫生部相关部门根据我国当前医疗领域的实际情况，借鉴国外相关的成功经验，适当放宽病情稳定的慢病患者门诊处方一次开药量的限制。

有关加强精神医学学科建设，强化精神卫生公益性服务的建议

全国政协委员 北京大学常务副校长 医学部常务副主任 柯杨

案由：

精神医学作为临床医学的一个分支，具有临床医学的所有特质：寻找精神疾病的病因，实施预防性干预；发展诊断技术，提高诊断水平；探索有效治疗手段，改善疾病预后。同时，精神医学又有其公益性。这是由精神疾病的两个特点所决定的：一是精神疾病大多起病于儿童、青少年，持续终身，或者迁延不愈，或者时有反复，需要长期的以基层社区为主的医疗服务和照护；二是精神疾病严重损害患者的精神功能，造成生活和社会功能的受损，使患者往往成为社会上的弱势群体。

《精神卫生法》在今年五月一日即将正式实施，这部法律的第五章“保障措施”的第七十一条规定“精神卫生工作人员的人格尊严、人身安全不受侵犯，精神卫生工作人员依法履行职责受法律保护。全社会应当尊重精神卫生工作人员”。然而却没有提到精神卫生工作人员的工作主体——精神卫生机构应该得到政府什么样的支持。希望相关部门结合《精神卫生法》的实施，尽快制定扶植、发展精神卫生机构的相关政策，真正落实立法的目的之一：发展精神卫生事业。

现状：

与发达国家不同，我国的精神卫生服务机构的主力是精神专科医院。长期以来，在机构运行机制上既忽略了精神医学的医学特性，也忽略了精神卫生服务的公益特性，使得精神专科医院在很大程度上成为精神疾病患者的“收容机构”，精神卫生工作人员成为“看护”，造成精神医学学科发展水平低下，从业人员素质不高（全国只有 40% 不到的精神科医务人员是医学院校本科毕业），对患者开展的服务仅仅限于门诊和住院治疗，在发达国家已经成为精神服务内容主流的社区随访和康复被长期忽视。

由于国家长期投入不足，精神专科医院条件差，工作人员待遇低下，精神卫生服务的收费标准严重不合理，人力资源成本被大大低估，导致大部分精神专科医院在财政上入不敷出。根据卫生部规财司统计，2011 年全国 367 个精神专科医院，共有职工 69163 人，全年医疗总收入为 66.53 亿，平均每个职工年均创收不到 1 万元，大概相当于综合医院的二十分之一。

而国家在近几年开展的社区重性精神病管理治疗项目，推动精神卫生服务进入社区，却由于不提供工作经费和对承担此项目的精神专科医院的补贴，在某种程度上又加大了精神专科医院的负担。有些地区尝试将精神专科医院划归为“公共卫生机构”，即等同于 CDC 或者妇幼保健机构，但是据了解，不少专科医院在定性为公共卫生机构后，虽然政府财政支持力度增加，但是“大锅饭”思想严重，往往出现业务人员不思进取，工作上推诿拖拉，学术水平下降，反而制约了精神卫生事业的发展。

建议：

发展我国的精神卫生事业，在目前公立医院改革中一定要既兼顾精神科的临床医学特性，又要考虑到精神卫生服务的公益性。在我国现阶段基层医疗仍然严重缺乏高层次医务人员的情况下，应保护、激励、充分发挥好目前以专科医院为主的精神卫生医护队伍。

一、对现存的三级专科医院要既保留三级医院性质，又要对其承担的基层医疗性质的工作给出特殊公益投入。

1、由于精神病的防治康复主要依赖药物和医护人员的思想和体力劳动。因此在付费机制改革中，尤其要对医护劳动的定价给出特殊政策。在去除“以药养医”的改革中，在制定医疗服务价格时一定要充分地考虑到精神科特殊的人力成本因素，使得精神科医务人员的劳动价值能够得到合理的体现，从而调动广大医务人员的积极性。

2、避免将精神专科机构的临床服务与公共卫生服务硬性割裂。目前，一方面由于体制仍不健全及人才缺乏，基层精神卫生的工作仍然非常薄弱，另一方面，三级专科精神卫生医院同时已主动承担了很多应该在基层做的如预防及康复工作。为了使医院工作更加分工分类明确，可以仿效发达国家的做法，在精神卫生机构中同时设立“社区精神卫生科”或者类似科室，提供公益性的精神卫生服务，工作重点放在技术支持基层卫生人员开展以社区为基础的精神卫生工作，如居民健康教育、重点精神疾病筛查、重性精神病随访与康复等。同时一定要对医院承担的这类工作给予明确的公益补偿。

二、相比于发达国家在上个世纪最后十年开展的“脑的十年”和启动于 2010 年的“精神障碍的十年”庞大的精神医学研究计划，我国还应加大对精神医学特别是临床精神医学的研究投入。

关于单独设置医学专业学位博士研究生招生名额的建议

全国政协委员 北京大学常务副校长 医学部常务副主任 柯杨

案由：

专业学位是学位教育的重要类型，专业学位获得者应具备执业的专门技能。我国自 20 世纪 80 年代开展专业学位研究生教育以来，经过多年的实践，目前已经进入快速发展时期，先后设置了 39 种的专业硕士和包括临床医学、口腔医学、兽医、教育和工程博士五类的专业学位博士研究生培养类型。目前我国每年招收的各类专业学位研究生约 23.5 万人（硕士 23.3 万人，博士 0.19 万人）。

医学作为我国早期开展专业学位研究生教育的学科之一，与行业需求密切相关，其职业指向性更为明确——培养具有一定的人文和社会科学及自然科学知识，了解并掌握本学科的专业知识和技能，具有从事临床/口腔医疗工作的高层次医生。

由于培养的人才目标与科学学位完全不同，但从上到下学位教育管理一直与研究生教育放在一起，尤其在上级下达的研究生名额分配上，也完全混为一体，在医学院校按需要加强专业学位培养之时，固定不变的研究生名额或挤占科学学位的名额，或不能达到专业学位的培养需求，影响高水平研究型大学的研究生教育体量。

现状：

解放后我国临床医学教育采用的是欧洲模式，即高中毕业后用 5 年时间完成本科医学教育，然后靠毕业后的严格实践培训程序，完成临床医生在技能上的成长成熟。

20 世纪 80 年代初，国家刚刚恢复了研究生教育，但医学研究生教育与学位制度尚不完善，研究生作为研究所人员与高校师资的主要来源，其培养均以科学研究作为主要培养目标及培养模式，没有相应的临床培训，因此不利于培养具有一定科研能力的高水平临床医生。结局是医学只有科学硕士、博士，临床医学专业只有学士学位。在国家政策导向下从 1983 年开始探索临床医学专业学位教育，部分学校进行了卓有成效的实践与探索，临床医学应用型研究生的培养模式日趋成熟。1998 年，国务院学位委员会下发《关于开展临床医学专业学位试点的通知》，正式将临床医学科学学位研究生与专业学位研究生进行分轨培养。首

批全国有 23 所以学院校开展了临床医学博士、硕士专业学位试点工作。培养要求：临床专业学位硕士毕业时要求能够独立处理本学科领域内的常见病，能对下级医师进行业务指导，达到卫生部颁发《住院医师规范化培训试行办法》中规定第一阶段培训结束时要求的临床工作水平；临床专业学位博士研究生毕业时熟练掌握本学科技能，能独立处理本学科常见病及某些疑难病症，能对下级医师进行业务指导，达到卫生部颁发《住院医师规范化培训试行办法》中规定第二阶段培训结束时要求的临床工作水平。这与初期的医学研究生培养有了极大的区别。经过多年的实践，临床医学/口腔医学专业学位研究生的培养为社会输送了一大批高质量的临床/口腔医生。这一学位教育改革措施促使临床医学原有的毕业后教育更加严格和规范，提高了医生培养的质量，同时也解决了临床医学获得相应高学历学位的问题，是我国医学教育走出的一条成功的道路。

由于临床医学专业学位是以临床诊疗技能为主的严格训练，是医学生成为医生的必经之路，因此，专业学位研究生要在临床进行大量的临床实践工作以完成与住院医师同等要求的临床培训。其培养模式与培养内容与科学学位研究生完全不同。随着社会的不断发展和进步，医疗行业服务日趋规范，社会对接受规范化培训并考核合格的医疗卫生人才需求日益增加。专业学位研究生教育作为培养合格医生的途径之一，为社会提供了大量高水平、应用型医疗人才。然而，目前通过专业学位研究生培养的人数仍然很低，需要大力发展。教育部统计数据显示，2010 年全国临床/口腔医学硕士专业学位获得者 15,542 人（含在职申请学位），博士专业学位获得者仅有 2,173 名（含在职申请学位）。这对于医学专业博士研究生教育的发展十分不利，也不能满足社会对高层次医疗人才、高水平医生的需求。

因此，有必要将临床医学专业学位在招生名额单列，根据需求及师资条件和临床资源发放招生名额。在研究型大学内，科学学位博士研究生培养对于大学的科学研究、学科发展以及人才培养发挥着重要的作用。在教授指导下的博士研究生在接受培训教育的同时，是完成科学研究工作的生力军。研究生教育促进了学科建设，对教学、科研的整体水平以及管理模式都提出了更高的要求。对于医学院校来说，科学学位研究生与专业学位研究生是并行在科研、医疗战线上的两支重要队伍，承担着不同的任务，缺一不可。

教育部目前对博士招生名额控制一直稳定在每年 6.6 万人左右,其中仅有临床/口腔医学、工程学、教育学、兽医学具有授予博士专业学位的资格,招生名额约为 1500 人。由于科学学位博士生对学校学科建设发展以及提高现行的评估指标的贡献明显大于专业学位博士研究生,如果博士总招生名额不变,且两个类型混编招生,高校对科学学位博士生的大量需求会造成进一步挤占专业学位博士的招生名额,并造成培养模式的混乱。因此也很必要两种学位分别下达名额,分类培养。

近年来,对于硕士招生,教育部要求专业学位与科学学位的比例为 1:1。硕士研究生招生已经做到专业学位与科学学位分置,为博士研究生招生“分置”做了很好的探索。并且,由于目前仅存在 5 个学科授予博士专业学位,增加专业学位博士研究生名额并不会造成博士数量大幅度增加。

建议:

1、分别设置医学专业学位博士研究生招生计划,在保留目前医学科学学位博士研究生招生计划的基础上,根据行业需求和培养能力,对医学专业博士研究生的招生数量另行下拨招生计划,两类招生名额分别招生,不可互转。招生名额应根据专业发展需求,逐年调整。

2、进一步规范医学专业学位博士研究生的培养模式和标准,加强监督,保证其临床能力的培训。

3、积极探索医学专业学位博士研究生的培养和专科医师培训的有机结合,建立具有中国有特色的高级临床/口腔医师的培养模式。

把牢医改目标，长期稳步推动

全国政协委员 北京大学常务副校长 医学部常务副主任 柯杨

医疗费用不断上涨，快速上涨，不合理上涨是全球性的问题，是各国政府持续性进行医改的起因之一。不控制医疗费用，任何社会都将难以承受由此带来的巨大负担，严重影响社会发展。有学者研究揭示，我国的医疗费用在过去的 20 年里以年均 16% 的速度飞速增长，比 GDP 平均增长速度高出 7 个百分点。

面对这样一个令人担忧的数字，人们往往简单地归因于“医院乱收费”，这样的误解带有很强的普遍性，也难免影响我们医改的目标导向和宏观设计。

医疗费用持续增长是复杂因素造成的：

首先，医疗技术的飞速发展，在大大提高了医疗能力的同时，必然因技术发展的成本使医疗成本明显提高。高新技术发展包括仪器、设备、药物和材料等等，是过去一百年间人类科技进步最快的领域。新技术方法的发明前提是消耗了社会资源，例如在美国一个新药的产生一般要用十年，平均耗资十亿美元。医学科技的进步又确实改善和提高了人们诊断和治疗疾病的能力。使过去诊断不了的疾病能够早期、精确、快速被检测出来，并且更加体现无创无痛苦的过程；一些过去无法治疗的疾病，现在有了多种治疗手段、多种药物的选择；急、重、大病的抢救能力也大为提高。这些都是直接造福人类的进步，同时也是医疗费用增长的最直接的因素。在我国改革开放以来，因医务工作者的进取与努力，通过学习提高引进了大量的先进技术，目前几乎没有什么国际上先进医疗手段是我国没有的。应该承认，新设备技术方法被高效地用在服务百姓上，使中国的患者受益了。相比于 30 年前的医疗诊治水平的巨大提高，高新技术带来的医疗费用提高也是必然的。

第二是民众健康需求的提高。尤其改革开放后，人民生活水平提高了，自然更关注自己的健康。过去能忍的“小病”现在要去医院；过去从不体检的会常常做体检；过去自己买药吃，现在要去医院，还要去大医院；过去看一个医生能解决，现在要多家医院多方了解病情才放心；过去吃药没选项，现在一定要吃进口药、新药……虽然在我国医疗服务仍然不平衡不均等，但医疗消费整体提高也是必然。

第三，关于过度医疗的问题。目前过度诊断和治疗确实存在，但这一现象也

并不简单。主要仍然是体制性的问题。医院在第一轮医改中，从“计划”走向“自我生存”，“趋利性”是必然的潜在的问题，尤其在我们当时没有健全的医保体制和政府、医院、医保共同探索出的最合理的收付费模式之时。“药品加成”及高新技术、仪器、设备的使用受到政策性的鼓励，住院治疗也存在政策性鼓励等等，因此很易产生过度诊断和治疗，均不利于抑制医疗费用上涨。因此，认真研究、探讨合理的收付费体制是医疗改革的内核。但这项改革的难度在于给医疗服务定价的困难，目前并不存在一种既能保护医护人员积极性又不造成趋利性并保证质量的单一定价及付费方式。这是全球性的难题，所以需要结合中国国情认真研究，要下大功夫，要有耐心，不能急功近利，没有捷径。另外，当前医疗体制中处理事故的规定及医患的不信任程度也促使医生采用“过度”方式进行自我保护。

第四个原因是我国高新技术引进过程中设备、器材、材料、药品的中间环节造成的额外的高成本。引进成本的提高最终必然转化成医疗费用的提高。

第五是更宏观的影响因素——疾病预防的重视度和有效性以及“慢病”康复的硬件软件措施。在医学及生命科学认识提高和高新技术发展的今天，人们更加认识到生命的复杂性和医学的局限性，认识到预防的重要性。人类疾病的 80% 属于可预防的与生活习惯相关的慢性复杂性疾病，这类疾病往往也不是靠高科技能解决的，而是要在社区，在基层从预防开始，到长期的监控、康复。而我国，疾病预防的意识及措施仍不强，老龄人口迅速增加，基层医疗尚不发达，使这类疾病的发病率居高不下甚至继续增加，使这类病人仍然大量依赖三级医疗，这是对医疗资源极大的浪费。因此，如果不大力加强预防和基层医疗，我国医疗费用继续快速增长是不可避免的。另外，这类疾病到了终末期，尤其是终末的治疗，既无法挽救生命，又是占用最大医疗资源的过程。以美国为例，大约 10-12% 的卫生总预算（overall health budget）和 27% 的 Medicare（老年医疗保险）预算被用于终末期病人治疗照顾。死亡者生命最后一年的卫生费用占 65 岁以上老年人卫生费用的 27% 至 30%。对于终末期病人，同样实施了临终关怀在医院死亡者是在家死亡者的费用的 9.5 倍。目前我国，因为相应的基层护理机构的不足和专业家庭护理人员的极度缺乏，终末期的病人或被医院拒绝而悲惨地在家中去世，或长期占用三级医疗资源造成不必要的浪费。因此，一个社会防病的力度，及基

层医疗的完善、成熟度也间接地但根本地影响医疗费用。

综上所述，抑制医疗费用上涨是系统工程，要综合考虑，全面推进，长期坚持。如果医改的目的是以更公平均等的方式促进民众健康和治病救人，是抑制医疗费用不合理上涨两大目标的话，政府在医保体制建立和促进基层医疗上已经在公平性上做出了卓有成效的努力，我国城乡基本医疗保障制度覆盖人数已超过12.8亿人，虽然保障的程度和水平有不同，但是最大的成就在于每一个人群都有覆盖，这是史无前例的。这样一个全民覆盖的保障体系一方面释放了低收入者和农民的消费需求，另一方面也已经体现了政府主导下的医疗公益性。相对第一个目标而言，第二个问题涉及更多的内容，没有一项可以一蹴而就，也受整个经济社会发展、社会成熟度、人们的思想理念的影响和牵制，改革需要长期进行深入细致的探索。

建议：

坚持改革的目的是促进公平公正性的健康促进与医疗和降低不合理医疗费用上涨，而不是简单的“解决看病贵看病难”和“让医院回归公益性”这样不全面、不准确的目标。

1、加强对成绩的宣传。对于医保体系的成功建立以及国家对公共卫生和基层医疗的加强，一方面仍然需要继续完善健全，仍有很多工作要做，另一方面，要对百姓用通俗易懂的方式宣传。国家的这一大政方针，好在哪里，不易在哪里，需要哪些政策和民众的配合，还存在哪些问题和需要调整的地方，要以各种形式加强解读宣传。淡化“看病贵看病难”和“让医院回归公益性”这类的口号，以免使百姓产生：“医改仍然很不成功”、“医改的主要问题只在医院”、“看病还要更便宜才算成功”这样的误解。

2、医疗改革分类推进，先做能做的事，看得清的事，容易做的事，有条件做的事；做一件就将一件事做好，对一时看不清，没有现成经验的并因为多因素牵扯而一时无法解决的，宁愿小范围试点，持续探索，不能急躁，避免急功近利，避免小样本的不客观评价，甚至用少数百姓满意的效果取代科学客观的评估。不能对不确定、不清晰的改革操之过急，这种做法往往是产生新的问题、新的不合理、新的无序的一个根源。目前有些地方医院改革措施简单地将原来的粗放式政策转换成另一种粗放式的政策，在小范围试点后又急于推广，这样的做法容易在

医务人员中进一步造成理念上的混乱，对民众认识产生进一步误导，造成政策的震动震荡，进而影响医疗质量。

3、大力开展和推动全民健康和疾病预防的工作，利用各种宣传工具对民众开展健康教育，还要有各种保证措施，如改革学生的体育锻炼方式；恢复职工工间操；鼓励民间资本投入社区护理及临终关怀机构；大力加强各层护理人才的培养，并在用人机制上给予鼓励性保障政策。

注：具体建议以“提案”方式上交。

优化科技资源配置，提高科技投入效率（发言）

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

近年来，国家对科技创新高度重视，财政科技投入大幅增长。“十一五”以来，中央财政科技投入保持了 20% 以上的年均增速。但社会各界对投入效率的忧虑却与日俱增。北京市的一位基层检察官就曾经发出这样的警示：“如不尽快采取措施，掌握大笔科研经费的教授、研究员群体可能沦为新的腐败高发群体。”

我们认为当前影响科技投入效率的主要原因有：一是未能充分发挥市场在科技资源分配中的主导作用。很多情况下，政府取代市场成了科技资源分配的主导。一些政府部门不仅忙于立项目、争经费，而且实际上决定着项目投哪里、投给谁，超出了自身的职责和能力，导致部门利益、长官意志和个人好恶往往取代公众利益和科学判断决定着科技资源的投向。一些情况下，从项目立项到结题，一纸领导批文，一两个官员、几名圈内专家，暗箱操作，就能决定数千万甚至上亿科研经费的投入和水平，不仅导致投入效益低下，更助长了学术腐败。二是国家层面缺乏对科技项目的信息共享和统筹安排。不仅科技部管理着 20 多类上万个项目，发改委、财政部、教育部、中科院和各行业主管部门，以及各级地方政府也设立了大量的科技项目。由于缺乏全国范围内互联互通的科技项目统一申报平台和科技项目管理平台，不仅造成重复立项、资源配置分散和浪费，也使得科技工作者疲于多头重复申请项目，加重了学术浮躁。一些科研人员甚至先有成果再有项目，一个成果到处交差。三是科技项目分配过程中的科技评估过分倚重资历，导致的“马太效应”使科研资源过度向少数人集中，产生了一些学术垄断的科研包工头，他们往往不再专门从事一线科研工作，主要依靠他们过去的学术成就和人脉挂名牵头申请项目并分包、转包项目。这无形中挤占了那些敢闯敢干的年轻科研人员的机会，严重挫伤了他们的积极性。四是政产学研各方评价体系和价值导向差异明显，加上保障各方权益的制度尚不完善，使得协同创新的长效机制仍未建立，导致来之不易的科技成果未能有效地向现实生产力转化。现阶段，我国企业仍然没有真正成为创新主体，大量技术创新成果往往以理论研究报告形式躺在高校院所教授、研究员的抽屉里，科技成果转化的短板限制了科技投入的效率。

我们认为，应当倍加珍惜科技投入大幅稳步增长的良好局面，更加合理配置科技资源，努力提高科技经费使用效率。为此，提出以下建议。

一、完善科技投入方式，合理确定稳定支持和竞争性项目的比例，减少项目经费在科技投入中的比例，增加对高校和公共技术研究机构的一般性经费支持，使科研人员集中精力潜心搞研究。一些应用型项目可探索成果转化经费“贷款制”，对于转化效益突出的项目，可减免贷款。

二、官员和行政部门不应干预具体科技课题的立项和资源配置，要充分发挥市场在科技资源分配中的主导作用，建立更为科学合理规范的科技立项和评审机制，同时要加强对科技项目立项的第三方监督和建立问责制度。

三、在国家层面整合力量，建立互联互通、共建共享的科技项目统一申报平台和项目管理平台；建立全国统一的数据库，提升科技计划项目相关信息的公开透明程度，增强科技管理能力和决策水平；有效限制同一人、同一研究集体在同时段申请项目的总数，防止科技资源过度集中和权力寻租，杜绝项目转包、“一题多报”等现象。

四、增强高校院所科研工作的市场意识，探索建立产学研合作长效机制。改革高校院所的人事制度、考核评价方式等，改变目前高校院所与企业沟通少、教学与社会需求脱节、科研与市场脱节的现状；制定产学研之间人才柔性流动的激励政策，鼓励高校院所的教师、科研人员到企业去兼职研发，鼓励企业家、工程师到高校兼职教学，到科研机构挂职研究，加强三方人才相互流动；完善落实科技人员成果转化的股权、期权激励和奖励等收益分配政策。

关于对民营医院进一步减税的建议

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

民营医院在下一轮医疗卫生体制改革中将具有十分重要的作用。”卫生部部长陈竺在 2012 年 9 月 17 日国务院新闻发布会上公布：“目前，民营医院数量已经接近全国医疗机构的三分之一，即有六千多家，但是床位数大概占到 10%，业务量占了总医疗卫生服务的 9%。“十二五”规划提出一个目标，到 2015 年底，民营医院床位数要占总床位数的 20%，同时业务量也相应要增加到 20%”。为达到这一目标，国家还需要进一步出台鼓励民营医院发展的政策，特别是应该进一步给予民营医院优惠税收政策。2009 年，国家为了鼓励民营医院发展，曾出台了税收相关的优惠政策，让民营医院减轻了部分税收负担。但目前的民营医院税收政策仍然存在税负过重问题，不利于民营医院的发展，也阻碍了民营资本向医疗机构的投入，照此下去，难以达到“十二五”规划民营医院发展的目标。为此建议国家在加强对民营医院的监管的同时，应进一步针对民营医院减免税收，加速民营医院的发展。

一、建议推迟民营营利医院的收税时间。

按照国家相关的规定，营利性民营医院自取得执业登记证之日起，只要有利润就要缴纳 25%所得税。但事实上，由于医院运营的特殊性，许多民营医院在取得执业登记后，并不能马上进行经营，往往需要用两年以上的时间才能进行运作，这中间包括装修、医院验收等繁杂的人际关系的处理及员工的先期培训等众多的事务性工作。一般来说，医院要有 10 年左右的成长空间，期间包括医疗机构得到社会认可、人才梯队的建设、病人的信任以及学科的沉淀等，需要政府给予特殊政策，抚育民营医院健康成长，才能促进发展。因此，建议推迟民营营利医院的收税时间，从营业开始的第 5-8 年后开始征收所得税。

二、建议进一步降低营利性民营医院所得税。

医院作为特殊行业不应比照服务性企业进行纳税。民营医院上缴 25%的所得税是一个很沉重的负担。民营医院具有公益福利的属性；并且负担高额运营成本。如：高额房租、议价水电费、医疗设备费、人员工资、员工培训费、聘请专家会诊费、开办费、运转的维持费等，很多民营医院出现入不敷出的现象，高额税收也不利于社会投资进入民营医疗机构。因而建议国家进一步降低营利性民营医院所得税至 15%以下。

进一步完善法律制度 严厉打击制售假药

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

近年来,我国对于制售假药的打击力度日益加大,取得了显著成效,尤其是出台、完善了一系列的法律法规及司法解释,使得我国在打击制售假药领域已具备较为完善的法律制度。特别是2011年2月《刑法修正案(八)》的颁布,对生产、销售假药罪作了较大修正,将符合“足以危害人体健康”入罪条件取消,降低了本罪的入罪门槛,增加了可操作性,为有力打击生产、销售假药违法犯罪行为提供了更为便利的条件。根据最高人民法院2012年8月公布的数据,2012年上半年生产、销售假药、劣药案的收案数比2011年全年的收案数高出69.88%,达到688件。但同时在具体执法过程中,还存在一些问题亟待解决:一是生产、销售假药罪的入罪标准缺乏司法解释,造成实际执法办案中难以把握统一标准。二是生产、销售假药成本低廉,利润高于贩毒,风险低于盗窃,但自由刑罚及财产刑罚起点往往过低,与犯罪分子的获利及社会危害程度不相符,不足以起到惩戒和预防犯罪的目的。

这些问题的一个重要原因是缺乏对《刑法修正案(八)》的司法解释。2009年5月,最高人民法院、最高人民检察院曾经出台“关于办理生产、销售假药、劣药刑事案件具体应用法律若干问题的解释”,但由于是依据《刑法修正案(八)》通过前的法律条文,部分内容与新的法律规定存在不完全适应的问题。因此,修正案实施近两年,在“两法”(行政执法与刑事司法)衔接工作中,仍然存在部门间理解不一、移送数量少、成案率较低等问题。

针对以上问题,建议高法和高检依据《刑法修正案(八)》的相关规定,尽快出台新的有关生产销售假药罪的司法解释,对入罪标准进一步给予界定,主要包括:

1. 明确“假药”的定义和认定标准,建议与《药品管理法》第48条关于2种假药和6种“以假药论处”情形的规定明确衔接,特别是6种“以假药论处”情形是否按“假药”入刑应予以明确解释。例如,对“变质”和“被污染”的药品,只要有证据证实其已变质或被污染,就可直接认定为假药,而无需以成分含量标准作为认定假药的依据。

2. 建议在立法上,不再区分假药和劣药,只要检测属于不合格药品的,就统一按照假药认定,量刑时,根据客观事实、情节轻重、危害程度进行区别处理。

3. 降低量刑起点,加大处罚力度,如终身禁止从事相关行业,加大财产惩罚起点直至没收个人全部财产等。

4. 对《刑法修正案(八)》第一百四十一条中新增加的“其他严重情节”和“其他特别严重情节”,建议给出司法解释。

加强公共卫生顶层设计，保障国民健康

全国政协委员 医学部主任助理 吴明

医改实施已近四年，全面实施国家基本和重大公共卫生服务项目，公共卫生服务和突发事件卫生应急处置能力不断增强，基本公共卫生服务均等化水平有所提高，公共卫生体系建设取得明显成效。但是，仍然面临很多亟待解决的重大公共卫生问题，其中包括食品、空气、水、居住等在内的生活环境污染成为目前影响国民健康、威胁国民生命的主要因素之一。

根据医学原理，饮食平衡才有助于健康。但是，毒韭菜、毒豆芽、毒生姜、甲醛白菜、农药超标的蔬菜、…；瘦肉精猪肉、避孕药鱼、甲醛浸泡的海产品、人造鸡蛋，还有吃 18 种抗菌素的速生鸡、…；皮革奶、香精豆浆、色素果汁…；地沟油、硫磺馒头、镉大米、…；等等，食品问题时有发生。“我们还能吃什么？”俨然已成为国问。老百姓无从选择，只能是“以毒攻毒”。以至于蔬菜叶上找虫子眼、农村租地种菜等国人餐桌自救攻略、发有机食品成为单位福利、国家体育总局发布禁肉令、运动队自己养猪等“新生事物”应运而生。

尽管近期政府十分重视食品安全问题，李克强副总理亲任国务院食品安全委员会主任，食品安全作为重大的民生问题受到各级政府的重视，并采取行动，但是，即便是我们可以吃到安全的食品，可仍然存在严重的空气污染、水污染和居住环境污染。工厂排污、农田重金属污染、过度使用农药和化肥，不仅污染土壤，影响到食品安全，也影响到水安全；工业废气、汽车尾气、煤烟型污染等使空气质量持续恶化，近期各地的雾霾、PM2.5 指数频频爆表、“北京咳”等敲响了环境的警钟；甲醛超标的家具和居室，还有毒校服；等等，应有尽有。可以说，我们的国民生活在一个不太安全的环境中！

我们公共卫生工作者时常教育国民要保持良好的生活方式，不吸烟、少饮酒、饮食结构平衡、多运动、…，这样才能保持健康。但是，如果我们仍然生活在空气、饮水和食物中含有有毒、有害物质的环境中，再好的生活方式又有何用？！

问题产生的主要原因有三：

一是发展理念问题。GDP 至上的理念以及因此而带来的以高消耗、高污染为主的经济发展方式，导致在经济发展中人的健康变为了可有可无的东西。经济发展原本是为了人民生活的更好，但如果因此失去了健康甚至生命，又如何能够享

受经济发展的成果？！这种 GDP 又有何用？

二是管理体制问题。食品、空气、水、居住安全等涉及到卫生、环保、药监、工商、住建、质监、农业、交通运输等多个政府管理部门。各部门各自为政，缺少部门间的有效协调和合作，甚至互相掣肘，同时，大家总是认为卫生和健康知识卫生部门之事，多数部门制定相关政策和措施时较少考虑、甚至根本不考虑健康。

三是制度和机制不健全。与食品安全、水和空气质量等有关的标准、法律法规和政策不完善，难以形成保护各类环境的长效机制和有效约束。各地区、各部门协调联动机制缺位，地区间、部门间的合作缺失，难以形成合力。有效的监督机制尚未形成，监督缺位，甚至出现执法真空，导致违规成本不高，制度效果难以实现。

产生问题的更深层原因是缺少公共卫生的顶层设计，即国家层面对在经济、社会快速发展的同时如何保护国民健康缺少长远的、前瞻性的系统考虑和设计，缺少解决问题的长效机制和高层协调机制。一旦遇到问题，社会反映强烈了，才采取“紧急”措施，结果是头痛医头、脚痛医脚，按下了葫芦又起瓢，只能是疲于应对不断出现的各类突发的不安全事件和危害健康问题，难以系统解决生活环境污染对国民健康全方位的、长期影响的问题。

改善各类环境是一项系统工程，为此，提出如下建议：

一是转变观念，提倡“大公共卫生”的理念。公共卫生问题远远不是卫生部门的事情，只靠卫生部门难以解决全部的公共卫生问题。公共卫生问题也远远超出了卫生范畴，涉及到社会、经济等领域、甚至是政治领域的相关问题。因此，应转变公共卫生就是卫生部门职责的观念，在更大范畴考虑公共卫生，提倡“大公共卫生”的理念，保障国民健康是政府的基本职责，需要多个政府相关部门参与和合作共同推进。

二是做好公共卫生的顶层设计。建议中央政府组织相关部门合作联合开展调查研究，立足于未来 20-30 年、甚至是更长期的考虑，以保护国民健康为前提，统筹设计未来以各类环境保护、保障国民健康为核心的经济发展和社会发展模式，从源头化解积弊，提出全面控制食品、空气、水和居住环境中危害健康因素的总体思路和实施路径，全面、系统的推进“大公共卫生”工作，保障国民健康。

三是建立高层的公共卫生改革协调机制。鉴于“大公共卫生”涉及多个部门，又不可能将相关职能都整合到一个部门，因此，建立公共卫生改革的高层协调机制就十分重要。建议在做好公共卫生顶层设计的基础上，建立中央政府高层的改革协调机制，如成立国民健康安全委员会，由政府高层领导担任领导，领导和协调各部门按照“大公共卫生”的战略部署和计划有序推动相关改革和工作。

健康权是人的基本权利。我们期待着政府能够有所行动，让我们的国民能够呼吸到新鲜的空气、喝上干净的饮水、吃上放心的食物、住在安全的房屋中！让我们的国民、我们的子孙后代更加健康！让我们拥有一个健康中国！

改进医院监管模式，促进医院管理的科学化

全国政协委员 首钢医院院长 陈仲强

随着医药卫生改革的不断深入，全国各地公立、民营或私立医院无论在数量上还是在规模上都有了迅速发展，但是各个医院的医疗质量、安全运营及内部管理水平参差不齐，对于医药卫生事业改革最终结果将会产生重要影响。为此，政府主管部门投入大量人力物力通过资格审核、等级评审、各种专项检查等种类繁多的方式加强对医院的管理与控制，对于医院管理水平的提高和健康发展发挥了重要的作用。但是也应看到现行的检查管理模式已经不能满足新的形势下医院的监管要求：（1）难以全面客观反应医院的真实管理水平，结果受主观影响、专业素质影响、人际关系等等干扰因素较多，导致结果不公平客观；（2）耗时耗人，效率低下，对检查者与被检查者都是较大的负担；（3）难以确保检查过后医院管理水平的有效维持。因而建议在现行监管中尽快完善覆盖区域或全国的医院信息网络为技术支撑的科学、客观、公平的评价模式，作为监管体系的重要部分：

1. 设计更加客观的、可以量化的医疗安全与质量控制、医院管理等的关键考核指标、重要数据，强制实行网上实时直报，根据结果进行客观评价。

2. 改变听汇报、实地考察、走马观花的检查模式，大幅度提高在总体结果中量化考核结果的权重，实地检查主要目的在于抽查结果的准确性，一旦发现造假，直接取消结果。

3. 根据网上直报数据反应的问题，设计调研专题，实地了解情况，做出相应的措施进行专项整治。

4. 实行考评年度公布重度，医院可以从中发现自己的不足，找到改进方向，发挥激励先进，警示落后，推动整体的积极作用；同时也是作为医院和院长考核的重要依据。这将得到所有医院及院长的重视。

5. 政府或行业可以从大量客观的数据中经过科学分析，为宏观决策提供准确的依据。

6. 全力强制加速医院信息化建设，建立国家医院管理监控数据中心（或委托医院协会负责，委托第三方评价机构），为更加科学、客观、公正的评价提供强有力的技术支持。

关于尽快引入 DRGs 付费方法，改革支付机制的建议

全国政协委员 首钢医院院长 陈仲强

支付方式是医院获得补偿的重要途径，直接影响医院管理与运营模式和患者就医行为，同时在很大程度上影响着资源的使用效率和效益。对公立医院改革具有重要的导向和牵牛鼻子的作用。政府通过不断的扩大医保覆盖面、提高支付比例、新农合等多项有力措施加大筹资能力，使患者看病就医得到直接实惠，也使医院得到间接支持。但在加大投入的同时如何花好钱的关键是支付方式改革。传统的“按项目付费”，治病费用难以控制，难以为继。近年来，多地实行“总额包干”或“总额预付”的付费方式，以均次付费为核算基础，加总量控制。该方法简单，但是过于粗放、落后，派生很多弊病，（1）由于各医院病种构成不同，难易程度不同，统一按均次费用控制显然不合理；（2）各医院同样病种诊治水平有差别，技术高、成本低的反而会因此付费机制得不到激励甚至吃亏；（3）医院为争取更多的资金，宁肯受点惩罚，也要把盘子做大，通过跑关系拿钱，使盘子不断扩大，同时也形成医保部门的权利寻租；（4）对医院整体控费管理，没有形成对患者、医生、病种的点控，管理效果差，同时难以界定不同病种治疗路径及成本的合理性；（5）不利于医院通过提高质量，降低成本，促进管理水平的提高；（6）为避免超过总额控制，可能会出现拒收复杂疑难危重患者，相互推诿而加剧医患双方矛盾，医患双方利益都受到损害。目前欧美、澳大利亚等国家比较认同的方式是诊断相关组付费系统（DRGs），即按不同疾病复杂程度，依照其临床路径要求所应达到的质量标准进行付费，既体现了对复杂程度相近的疾病费用按统一标准控制，也激励医务工作者多治疗患者，同时促进医院提高管理和技术水平，对医院和患者都有所约束，政府加大的投入也更具有科学性。建议：

1. 借鉴国际上应用 DRGs 的基础上，结合北京医保试点的经验，尽快形成适合中国的 DRGs 的方案并在更大范围医院试点取得经验，全国推广。
2. 加快完善医院信息网络的建设，为 DRGs 的应用提供技术支撑。
3. 提高医保机构工作人员的素质，以适应先进付费或监管方式的要求。

关于在儿童安全用药方面急需出台切实可行的政策、举措的建议

全国政协委员 北大医院副院长 丁洁

中国大陆现有 0-14 岁儿童约 3 亿，儿科缺医少药的问题十分严重。主要表现在儿童专用药品匮乏，多使用成人药品。药效不明确，专用剂型、剂量缺乏，用药说明或用药信息无临床试验数据支持，大量标签外用药等问题。我国曾有调查显示仅 2.1% 左右说明书有详细儿童临床试验结果，67.9% 的说明书标注了儿童用法用量，这其中还有部分仅标注“儿童用量酌减”、“遵医嘱”等含糊词句。既往也曾有调查显示有儿童规格的药品仅占 5.8%，经过近十余年发展，仅药物数量有所增加，但比例仍无变化。

儿童用药问题近年来越来越受到医学界、社会以及政府相关部门的重视，认识到这是一个长期以来被忽视的问题。如果不积极有效地采取措施改变现状，将会严重影响我国儿童人口健康，也必将影响我国未来人口的健康。由于儿童不是成人的缩影，儿童处于持续生长发育的过程中，因此对于药物的应用不能采取简单的参照成人的“缩小版”用药。然而目前已上市的药品中药品说明书缺少儿童信息。加上客观存在的儿童用药市场小，儿童药物试验伦理学问题特殊等困难，造成目前极度缺少适于儿童应用的药物剂型、剂量，更缺少针对儿童用药的安全性、有效性信息。因此建议：

1、国家相关部门出台切实可行的政策、规定，支持并保障科学地开展针对儿童的药物临床试验，以获得我国儿童的安全用药数据和信息。

2、国家相关部门出台切实可行的政策和规定，引导、鼓励制药企业参与儿童药物试验，积极生产适于儿童服用的药物剂型、剂量等。

3、国家相关部门积极与儿科专业学会/协会、儿科专家不断沟通、商讨，设立专项，鼓励、支持并有效资助儿科学专家开展儿童药物试验，以助于逐步解决儿童用药安全问题。

4、加强儿科药师人才培养以及队伍建设，出台政策保障儿科药师在临床实践中依据不同年龄儿童的需要进行药物调配，以确保儿童用药的合理性、合法性以及安全可靠。

5、通过各类媒体讲解儿童用药特殊性的常识，宣传开展儿童药物试验的必要性，以助于减少家长的困惑和担心。

关于积极推进我国罕见病相关工作的提案

全国政协委员 北大医院副院长 丁洁

关注生命质量、提高弱势群体医疗健康福利是当今世界各国政府首要关注的社会问题。我国医药卫生体制改革正向着“人人享有基本医疗保障，人人享有基本卫生服务”的目标迈进。要达到此目标，除了需要提高常见病、慢性病的医疗保障水平，更要重视一些特殊疾病如罕见疾病的诊治和医疗保障问题。

罕见病不是一个单独的疾病，是指发病率低、少见的一类疾病。由于我国人口众多，估计罕见病患者在我国达千万以上！罕见病多为严重性、进展性、常危及生命，80%以上为基因突变或家族遗传所致，患者因常年误诊或无药可治逐步走向残疾甚至死亡，造成家庭、社会与政府的严重负担。目前可治疗的罕见病一般都需要终生用药，花费极大；同时目前罕见病用药多为国外进口，但药物审评引进路径尚不够通畅，又缺乏罕见病用药的医疗保障制度，因此极大地阻碍了中国患者对于罕见病用药的可及性。尽管2012年10月，国家《卫生事业十二五规划》再次提出探索建立重特大疾病保障机制，切实解决重特大疾病患者的因病致贫问题。罕见病是大病中的大病，家里有一位罕见病患者，即意味着该家庭出现“灾难性医疗支出”。做好可诊可治罕见病的保障工作，体现医疗服务的公平性和公益性，真正地关怀弱势人群。为此，我们建议对罕见病在国家层面设计和推动以下工作：

一、建立全国罕见病推进工作小组和罕见病专家委员会

由人力资源和社会保障部、国家发改委、卫生部、国家药监局、民政部、财政部等政府部门共同参与，组建全国罕见病推进工作小组，研究和制定罕见病管理的相关政策。同时，在中华医学会下，成立罕见病分会，协助卫生部、国家食品药品监督管理局进行罕见病和孤儿药的认定工作，为罕见病各项政策的制定提供依据。

二、建立罕见病药物专用注册程序

罕见病药物与常见病药物相比，在研发、生产、临床等方面具有显而易见的特殊性，研发成本高、风险大，生产要求多，罕见病患人数极少及分散性，走常用药物的注册程序，巨大的样品检验需求、临床试验病人入组数和过长的审批周期等，直接影响到国内患者药品的可及。在操作层面建立罕见病药物专用注册

程序，开通加速注册审批的“绿色通道”，加速罕见病治疗药物市场准入，以保障中国的罕见病人“用得上药”，且能与外国患者同步用上药。

三、罕见病治疗药物纳入《国家基本医疗保险药品报销目录》

目前，国内罕见病有效治疗药物少，主要依赖进口，价格昂贵，临床通常只能对症治疗，不仅浪费卫生资源，而且患者没有得到有效治疗。建议将疗效显著、安全性好的罕见病治疗药物纳入《国家基本医疗保险药品报销目录》，将可诊可治的罕见病纳入大病医保，可有效地解决罕见病患者的经济负担，切实保障他们“用得起药”。

四、开展罕见病的立法调研

研究和制定罕见病管理的相关政策法规，尽早制定罕见病防治的专项法律法规，通过立法的形式，建立罕见病市场的激励机制，进一步推动中国生物医药行业的发展，以人为本，有效化解社会矛盾，提升中国人口素质和全民健康水平，促进和谐社会建设。

五、加大对罕见病的宣传力度，使全社会关怀罕见病患者，构建和谐社会。

综合整治雾霾，保障人民健康（发言）

全国政协委员 口腔医院教授 俞光岩

在我国，空气污染由来已久，一直饱受国内外人士及媒体诟病。2008 年奥运会期间，政府采取了一系列强有力措施，北京市及其周边的空气质量有了显著改善。事实说明，只要政府重视，措施得力，长期未能解决的难题还是可能解决的。可惜的是，好景不长，奥运会一过，旧病复发，而且愈演愈烈。直至前一段时间，出现大面积严重雾霾。

这种大面积雾霾会给广大人民群众的健康产生一系列严重的危害。

首先，这种雾霾会刺激人的眼睛引起流泪，刺激咽喉部引起咳嗽等急性上呼吸道症状，尤其是儿童、老年人、体弱者危害更为明显，近期京城呼吸科门急诊量急剧增加便是明证。

其次，慢性呼吸道疾病（如慢性阻塞性肺病、支气管哮喘、支气管扩张）以及冠心病患者吸入大量的被污染的颗粒会使病情进一步加重。

雾霾还可能导致呼吸道传染病的高发，由于可吸入颗粒极小，表面凸凹不平。其凹面部位可能有水，为致病细菌生长提供良好条件，吸入 PM2.5 时容易将细菌和病毒带入体内，造成各种呼吸道传染病的流行。

更可怕的是 PM 2.5 被吸进人体肺内而无法被呼出，从而被肺泡巨噬细胞吞噬，如果吸入的颗粒过多过快，会进一步损伤气道粘膜和肺泡，引发气道粘膜损伤甚至癌变。

这次以北京市为中心的雾霾肆虐具有以下特点：

1. 广泛性：2013 年 1 月 13 日的数据显示：在全国 74 个监测城市中，33 个城市部分监测点监测的空气质量指数（AQI）超过 300，即空气质量达到严重污染。2013 年 1 月中下旬我国中东部地区遭受雾霾天气影响范围逐渐扩大，北京、天津、石家庄、济南等城市空气质量为六级，属于严重污染。郑州、武汉、西安、合肥、南京、沈阳、长春等城市空气质量为五级，属于重度污染，污染总面积达 130 万平方公里。

2. 严重性：2013 年北京市雾霾天数共持续了 25 天，比常年的平均值多出 13 天，许多地区 PM2.5 日均超过 300，最高时达 1000 以上。

3. 长期性和滞后性：可以肯定，如果政府不采取果断措施，，雾霾绝不会自

动退出中国北方地区。过不了几天又会卷土重来。前已述及雾霾对人体健康的危害具有确切的滞后性，即现在吸入大量的雾霾颗粒对人体的危害可能持续七、八年之久。

最近北京市政府采取了一些措施，制定北京市空气重度污染时应急预案，并提出一些对策，如限制公车出行等，但收效甚微。为了尽快整治空气污染，提高人民健康水平，我们提出以下建议：

1. 全国大城市应当每天连续监测空气质量，并定时向公众如实报告监测结果，对于隐瞒不报者，一经查出，必须严肃处理。每年定期对外公布空气质量优劣的前五位城市和后五位城市的名单。

2. 向全国民众广泛宣传雾霾对人体健康的危害，动员一切社会力量关注空气的质量，让广大人民群众人人关注这项事关民众安危的大事，任何人都不能袖手旁观。群策群力，从我做起，从身边做起，从现在做起，如外出时尽量乘坐公交车或地铁，自觉限放烟花爆竹等。

3. 制定空气重度污染日应急预案：包括强令控制公车出行，违者必究；停止建筑拆迁工程；重点排放企业减产减排；增加清扫保洁作业等应急措施。

4. 扬尘是空气污染的重要来源，防范颗粒型扬尘是改善空气质量的重要举措。有专家建议，我国黄土高原的各大中城市应设计防范颗粒型扬尘污染的建筑结构，并建立预防扬尘的机制。如为了最大限度降低市区汽车车轮和路面尘埃的接触频率和面积，宜将花圃和马路牙子做得比汽车通行的路面低，这样雨浆水和污染洒水就会从马路中间流向花圃下的土壤。为了最大限度隔绝城外车辆和施工车辆带来扬尘，建议在城外带尘车辆（运煤车和其他长途车等）入城时在城市关口收费站边设立喷水清洗轮胎、底盘的环节，在城内施工车辆进入马路时设立遮盖和清洗轮胎、底盘的环节。这些细致的工作需要政府部门去规划和落实。

5. 造成雾霾的另一重要污染源是汽车的尾气，随着汽车保有量的快速增加，汽车尾气排放对大气污染的影响日益增加。因此为了有效减少雾霾，政府必须下决心控制城市的机动车保有量，根据每个城市有效道路运行能力，制定出该城市机动车，特别是小汽车拥有量的上限，任何城市均不能以各种借口突破这个界限。并尽快彻底清除行使过期以及排放超标的机动车辆。政府有关部门必须尽快实现燃油油品质量升级，制定严格的汽车尾气排放标准。加快国内炼油企业升级改造，

确保在汽油柴油标准升级实施时间内如期提供合格的油品。加强油品质量监督，加大超标用油处罚的力度。

6. 改变城市规划，不能无限制的扩大城市规模，应以建设中小城市为主。城市楼房越建越高，加之密度过大，使得城市内的空气污染物难以向外扩散。因此，不能盲目追求高层建筑。

7. 为了减少空气污染，必须严格控制露天烧烤和焚烧垃圾等违法行为。为了减少节假日燃放烟花爆竹对空气污染的不良影响，建议政府向烟花爆竹生产、运输、销售单位、以及燃放单位和个人征收空气污染税。当气象部门发布黄色预警或环保部门发布严重空气污染日预报时，所在地区的居民必须停止燃放烟花爆竹。

8. 建议由环保部、卫生部、科技部共同设立空气污染与人口健康专项科研项目，研究城乡空气质量与相关疾病的关系，提高与空气污染相关疾病的防治水平。

9. 大气污染具有区域性，因此需要建立各省区联防联控机制。

世界上曾经有过英国伦敦雾霾导致大量人员死亡的惨痛教训，我们务必认真吸取；我国有北京奥运会期间明显改进空气质量的成功经验，应该继承发扬。各地雾霾天气的出现警示环境自洁的能力已经到达了临界点。对于城市的管理者和居民而言，它既是对现代生产方式触碰自然底线的警告，也是对 GDP 至上思想的反驳，更是对城市规划合理性、城市治理有效性和持续性的挑战。忙于治标，而不从源头上下功夫，我国雾霾的污染很难得到根治。因此，必须标本兼治。改革开放以来的 30 多年，我国经济发展迅速，但也付出了沉重的代价。面对当前形势，贯彻科学发展观尤为重要，当经济发展与环境保护发生矛盾时，我们必须以环保优先，宁肯牺牲 GDP 也要保护环境，绝不可以重蹈“先污染后治理”的覆辙。保护环境，人人有责。一个负责任的政府一定要把“以人为本”的口号落到实处，既要现在负责，更要对未来负责，对子孙负责。

透明公开政府采购过程，提高政府采购的公信力

全国政协委员 口腔医院教授 俞光岩

政府采购制度是政府广泛运用经济手段和法律手段干预国民经济活动以弥补市场缺陷的重要方式之一，是建立与社会主义市场经济体制相适应的公共财政框架体系中的一项重要内容，是财政支出管理改革的一个重要环节，其目的是提高政府采购资金的使用效益，维护国家利益和社会公共利益，保护政府采购当事人的合法权益，促进廉政建设。我国于 2002 年颁发了《政府采购法》，并制定了一系列的规章制度，初步建立了采购运行的机制和体制，取得了一定的效果。

然而，回首 11 年，政府采购实施中还存在不少问题，且不说有的产品提供机构服务态度不好，服务质量不高。仅就价格而言，并不便宜，甚至比市场平均价格还高出不少。有的“买萝卜花了人参价”，所谓“豪华采购”、“天价采购”比比皆是。日常所用的办公用品，如电脑、复印机等，常比市场平均价高出很多，产品用户怨声载道，政府采购的公信力低下。根据媒体提供的资料，中国社科院法学研究所编著的 2013 年《法制蓝皮书》披露，2012 年 1 月至 9 月 30 日期间，部分地方政府协议供货商品成交记录统计结果显示，79.86%的商品高于市场平均价。

造成这种异常现象的重要原因是有法不依，有章不循，采购过程不规范的暗箱操作。

鉴于政府采购问题的严重性及普遍性，我们建议：

1. 在全国范围内，集中进行一次查处政府采购中违法违规行为的活动，强化相关人员的法律意识，规范政府采购过程的各项行为。纪检、监察、审计等执法部门形成监督合力，严厉打击故意违法乱纪、对国家和单位造成严重损失的不法分子及腐败行为。

2. 采用多种方式，增强政府采购过程的透明度，充分体现公开、公平、公正的“三公”原则。采取政府采购电子化是实现政府采购过程公开和透明的重要举措，可以保证信息要素的公开和不断流动，为供应商提供良好的竞争平台，避免为获得内部消息的各种暗箱操作。使政府采购得到全方位的监督，减少人为操作，使采购流程更程序化，需求单位、财政部门、采购机构三者之间形成相互制约、相互监督的关系，达到极力平衡。通过在线评标系统，保证专家评审的独立性和公平性，提高工作效率。真正体现“阳光下的交易”，有效抑制政府采购价格虚高和腐败行为。

建立口腔治疗师制度，优化口腔医务人员结构

全国政协委员 口腔医院教授 俞光岩

口腔治疗师，又称口腔卫生士（dental hygienist），是口腔医务人员的重要组成部分，国际上 50 多个国家设立了口腔治疗师制度。作为初级口腔疾病防治工作人员，从事口腔检查、口腔健康指导和教育等初级口腔卫生保健，窝沟封闭、局部用氟和牙周洁治等预防性口腔科处理，简单龋齿充填等简单口腔疾病的治疗。而口腔疾病的诊断，治疗计划的制定，复杂口腔疾病的治疗则由口腔医师完成。口腔治疗师承担大量基础性口腔疾病的防治工作，大大减轻了口腔医师的工作负担，明显提高工作效率，节约人力成本，在口腔疾病的防治及保障国民口腔健康方面发挥重要作用。国际上已有培养和使用口腔治疗师的悠久历史和成熟经验。口腔治疗师有独立的人才培养模式和教学体系，一般为高中毕业后培养 3 年。美国现有口腔治疗师 10 万名，日本有口腔治疗师 13 万名。有些国家还设有口腔治疗师协会。

我国口腔医师短缺，发达国家每 2000 人中有 1 名口腔医师，而我国近 1 万人中才有 1 名口腔医师。由于没有建立口腔治疗师制度，上述口腔疾病防治工作均需口腔医师完成，在口腔医师本来就十分缺乏的情况下，造成高级人力资源的严重浪费，是我国看口腔病难的重要原因。

口腔健康水平是衡量一个国家文明程度的标志，随着我国国民经济的快速发展和生活水平的显著提高，口腔疾病防治任务越来越繁重，口腔医务人员的需求大幅增长。根据中华口腔医学会的调查报告，口腔疾病治疗工作量的 64%可以由口腔治疗师来完成。如果以口腔医务人员（包括口腔医师和口腔治疗师）与人口比例为 1:3000，口腔医师与口腔治疗师比例为 1:1 测算，我国口腔治疗师的需求量为 23 万。口腔治疗师制度的建立和实施，可以使口腔医务人员结构优化，不同岗位的医务人员各司其职，人尽其才，有效降低人力成本，缓解看口腔病难的问题，也为社区和基层医疗机构提供适宜技术人才，提高我国口腔病防治的整体水平，是我国医改迫切需要做、而且切实能够做好的重要工作。同时，还可以为社会提供 23 万个人的就业机会，具有很好的社会效益和经济效益。

制约口腔治疗师制度建立和实施的重要瓶颈是我国现有的人事管理制度。早在 20 世纪 80 年代，原上海第二医学院口腔医学系曾招收过 6 届口腔治疗师学生，

然而毕业后因缺乏人事部规定的口腔治疗师这一技术职称系列,技术人员无法晋升职称而被迫中止。在口腔医学专家的极力呼吁下,促成了教育部在《普通高等学校本科专业目录》中将原“口腔修复工艺”专业调整为“口腔医学技术”专业(专业代码为101006),其中包括口腔治疗技术。中华口腔医学会通过系统调研,撰写了《口腔医学相关专业教育改革与发展白皮书》,明确提出了口腔治疗师的岗位任务及其不能承担的任务。然而,由于现有人事管理法律法规规定,医疗卫生技术人员分为医、药、护、技4类,不能增加类别,人力资源社会保障部没有设立口腔治疗师这一技术职称系列,技术人员无法晋升职称;卫生部没有设立口腔治疗师的工作岗位;各口腔医学院校无法进行口腔治疗技术人才的招生和培养,建立和实施口腔治疗师制度问题迟迟得不到解决。

为此,我们建议:

1. 人力资源社会保障部将口腔治疗师列入医疗卫生技术人员类别及职称晋升系列。
2. 卫生部在医疗卫生技术人员中设立“口腔治疗师”执业岗位,建立准入机制。
3. 教育部重视口腔治疗技术职业教育,建立和完善其教学体系。
4. 中华口腔医学会等学术和社会团体配合卫生部进一步规范专业名称,明确口腔治疗师的执业范围。

建立多元化医保服务和多元化医保支付模式，促进公立医院改革

全国政协委员 口腔医院副院长 林野

我国从 2009 年启动的医疗改革，5 大基本内容，三项内容都取得了显著的成果，如国家基本药物制度，城乡医疗服务体系建立，公共卫生服务，但，基本医疗保障制度，其质和量以及合理性科学性均存在一定的问题，公立医院改革没有明确的方向，没有触及核心问题。现在进行的诸如 优质护理服务，预约挂号，控制医疗费用不合理增长等 我不认为是直接能促进公立医院改革的重要措施，更不是决定性措施，一些只是正常工作而已 现就公立医院改革中面临的一个问题，困扰公立医院的医保问题谈一点看法。近年来医保制度出现的问题：先是自身巨额沉淀，然后是要求医院总额控制，超出部分由医院自负——今年又改为总额预付，按月支付，超额分担？反映出医保的问题 1. 不够了？ 2. 管理机制出问题了？

1. 应当持续增加政府对卫生事业的投入，

卫生部统计资料 2012 全国卫生总费用 28914.4 亿元，占 GDP5.57%，政府，社会，个人分别为 31.3%，35.2%，33.4%，也就是说政府投入医疗总支出 31.3%，占 GDP1.73%。这个比例低于国际上一般中等发展中国家，也低于印度。应当持续增加政府对卫生事业的投入，除了公共卫生免疫接种，人力资源，医疗服务体系，公立医院建设，卫生管理，食品卫生监督，基层医疗体系，等等以外，特别是应该增加对医疗保障费用的直接投入。

2. 明确和建立多元化医保服务模式

现行医保制度：个人，雇主，国家三方出资-基本医疗保险。

而基本医疗保险只支付在定点医保医院或医疗机构的规定医疗项目。即患者只能定点医院的治疗才能报销，这就导致国家名医院看病难的问题无法缓解。

现有的医保模式/医疗模式是公立医院为主导的模式，这就造成公立院为主导的医保模式地位尴尬，内外矛盾重重，所有病都得看，首诊负责，不能推诿，人满为患。应该鼓励大量/所有民营医疗机构进入医保服务体系，破除现有的医保定点模式，形成多元化的医保服务模式，有助于打破鼓励社会办医的玻璃门和医生多点职业的玻璃门。缓解大医院看病难的问题。神木模式已有成功先例。（神木模式：全民医保，多元化医保服务，团购医疗服务）

同时 适当控制调整公立医院的盲目扩张, 回归定位公立医院服务于疑难重症, 研究教学的功能. 真正的解决全民看病难的出路只能是疾病的分流分层就医, 大量的常见病, 多发病应该就诊于家庭医生, 社区医生, 20000 多家公立医院, 政府在相当长一段时间内没有能力包下来, 每家医院平均政府行政费用仅占医院每年维持运转的 7-10%, 且相当长时间内不能改善, 多元化医保服务模式 是疾病治疗分层分流, 公立医院也才能解放出来, 这样才有可能在适当的时候实现真正的国立医院-全额负担的国家医院. 多元化的医保服务模式是有管理的市场竞争, 医疗服务价格才会真正趋于合理, 临床路径才有价值.

3. 医疗服务机构的定价去行政化. 公立医院的资源配置, 战略决策, 人事制度, 价格制定诸多方面行政协调管理, 为什么以药养医? 是现行价格订价政策, 医保政策导向, 服务内容, 服务项目 订价政策的去行政化是第一步, 建议政府只给予政策指导和引导, 医保服务的多元化就是一种导向, 如果医疗服务/医保服务多元化, 形成竞争, 业务分层, 价格分层, 医疗价格才会自然趋向合理, 即公立医院治疗疑难重症, 定位准确, 费用相对合理, 大量的, 多数的医疗机构包括民营, 个体医疗机构治疗常见病, 多发病 费用相对也合理, 医保费用才会支付合理, 不同医院的技术含量才会得到充分体现与合理回报.

4. 医保支付模式要多元化. 即使医疗服务多元化, 医疗服务价格合理化但不等于老百姓的利益得到合理保障. 可能只是医保支付机构的利益得到保障, 报效与不报销, 支付与不支付由一两家医保支付机构说了算, 参保者与医院无法选择, 参保者与医院的利益无法保障. 目前只有职工医保, 城镇居民医保, 新农合, 这样的模式容易形成中石化, 中石油式的垄断. 应当参考国际上目前成熟的医保支付模式, 建设多元化的医保支付模式, 让参保者可以选择医保机构, 让医疗服务机构也可选择支付机构, 医保支付才能形成竞争, 才能提供更为合理的医保产品. 医疗服务机构的利益和老百姓的利益才能趋于合理.

医保体制机制问题如果能得以发展和完善, 在政府逐步增加对公共卫生投入的大形势下, 医保服务的多元化会引导病人的自然分流, 疾病的自然分层, 医院医疗目标的自然定位, 同时, 医保支付的多元化会给患者带来更合理, 更好的医保产品和利益, 也会在一定程度上保障医院和医疗机构的利益, 公立医院的定位, 服务内容, 学科发展将会理顺, 公立医院全额姓公才早一天有可能, 公立医院改革会向前走一步。

四谈医改（发言）

全国政协委员 北大医院院长 刘玉村

一谈医改——公立医院改革成效显著

我国的医药卫生体制改革取得了一定的成就，有两方面变化最为明显：一是国家医药卫生体制里对服务体系的顶层设计套路越来越清晰；二是国家对公立医院的建设和改革力度很大，医院的变化很大，医院成为了地标性的建筑，医院的硬件设施得到了改善，这是我们国家这些年医改进步的一个表现！

国家医药卫生体制对服务体系的顶层设计逐渐清晰化，比如对于保基本、强基层，现在大家都有看得见的东西：村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生机构，就在老百姓的家门口。现在这个“家”有了，“看家人”却没有——基层人才缺乏，而人才培养需要过程和周期。

不论是在公立医院，还是在基层医疗机构，都发生着日新月异的变化，比如社区服务中心，在北京布点建设的社区服务中心，他们的硬件条件、设备供应有了非常大的改进。我也经常走进基层，在我们医院对口支援的北京若干个社区服务中心，我亲眼看到了它们的变化。

实际上，这几年我感觉在每个城市国家对公立医院的建设、改革的变化都比较大。比如出现新的建筑，甚至一些地标性的建筑，好多都是医院，这是摆在老百姓和我们医务人员面前不争的事实。在好多年以前，城市里面地标性的建筑一般就是银行，但在最近的若干年，不少城市的地标性建筑是医院，这个现象的出现实际上也是我们国家最近这些年医药卫生体制改革的一个进步表现，就是硬件条件改善了。当然，医院内部信息化的水平也有很大的提高，却常常是老百姓看不见。作为医院的管理者，我深知内部运行环境要比原来好得多，所以医院能够提供相对安全、高质量的服务。

自从 2010 年公立医院改革试点启动后，3 年多来，公立大医院的变化很显著。比如北大医院的新门诊大楼建起来了，设施设备到位了，工作效率提高了，服务水平增强了，并且医院的效益没有比原来差。我是一步一步看到自己医院的变化，我觉得大家还是要对公立大医院的进步给予充分肯定。

二谈医改——医学人才培养和使用关系医学事业的未来发展

医学教育原本是医学的基石，但由于医学教育机制弊病丛生，现在竟成了卫

生事业发展最大的“软肋”。包括看病难、看病贵，说到根子上也无非是“人”的问题没解决，无法满足患者需求。我曾担任过北大医学部分管教学的副主任，要解开人才培养这个死扣，除了要从源头上理顺教育体系外，还要疏通下游的各个环节，最终形成“招得到，培养好；留得下，用得上”的医学人才培养和使用体系。

什么样的人算一个合格的医生，怎样才算一个好医生，这个标准可能有很多，我觉着有两条大概是比较容易理解的，就是必须有高智商、高情商才能成为好的医生。我自己也是外科大夫，我自己的体会，什么时候我会对病人充满自信地负责任地说，您应该这样、您应该那样，特别是千里之外的病人到北京找到我，坐在我对面说，刘大夫，您说我这个病到底该怎么办？我给他下结论的时候，我说您应该这样治，或者说已经到了什么时期，就不用再怎么怎么样，在我充满自信地讲这些话的时候，可能我得从我大学毕业到我工作 10 到 15 年的时间才可以，我接受职业培训的时间大概需要 1 万个小时，我才能充满自信地对病人讲出对他负责任的话来。

倒推这个过程，也就是说成为一个“大大夫”、一个有自信的大夫，需要 10 到 15 年的时间，这个过程是怎么成长过来的？我必须踏踏实实、一步一步地被培训，或者我主动去提高自己，这要有一个相当长的过程，这个过程里头还有一个入口，即什么样的人学医，这涉及到入门的人的素质。我现在很担心，因为我在学校里工作过，管过学校的招生，我们注意到一个现象，拿北京举例，一流的高中毕业生，用分数来衡量的话，他们更愿意到著名大学的经济学、法学、商学，甚至基础研究等其它的专业学习。

在北京，优秀高中毕业生绝大多数不愿意报考医学院校，而欧美往往都是一流的高中毕业生学医。北京重点高中的好学生多报考北大、清华的金融、法律，没有好的学生参与到生命科学中来，如何竞争？

因为执业环境、职业待遇等原因，现在医学院都很难招到一流的高中毕业生，甚至很多医生家庭的子女不再学医，这个现象很可怕。我认为这种现状带来的危害，一方面，我们未来要把健康和生命交给什么样的群体，如果不是一流的群体，咱们可以试想，您放心吗？另一方面，在西方，进到生命科学这个领域、选择做医生的都是一流的人才，如果中国社会不是一流的人才在生命科学这个领域去参

与国际竞争的话，我们的国际竞争力就会下降，我们势必处于劣势！医疗事业人才培养是关键，人才关系到医疗行业的竞争力，现在医院管理层已经认识到上述问题的严重性。

一流的卫生服务体系，必须有一流的医生做依托，医学院学生生源、培养的问题出现了这些隐忧，优秀的高中生不愿选择医学院也跟当下紧张的医患关系和医生行业激励不够也有不少关系。

我们现在强调团队，一个团队为某一个病人提供服务，但更多的时候，医疗服务是很个性化的，医院开不得连锁店，医疗服务也没有连锁的形式，它不是一条生产线，说你这个环节把一道关，那个环节把一道关，产品合格还是不合格有总的质检人员，不合格的话回去再补充什么。然而，给病人治病都是个体化的，一位医生他为这个病人负责到底，而他在诊断过程当中有没有瑕疵，甚至出现疏漏乃至发生错误，往往这种监管是缺失的，所以我们强调医生群体整体素质水平要处在高水平，光强调这个还是不够的，还要强调到个体，每个人都必须具备高素质，因为医生之间“弥补”不了彼此，它不同于流水线，就是因为医疗服务往往是个性化的。医学教育的对象本身要有高能力、高情商、高素质，我们将其定位成“精英教育”，现在的医学院教育过于注重技术，在人文科学方面的教育不够甚或缺失，这更需要强调进到这个行业的人，必须是高智商、高情商。

我们国家医学人才的培养问题，按道理说，五年毕业然后再经过三到五年的培训，他就基本上快成为一个合格的专科大夫，我们就认为他是一个真正的大夫。但是我们国家现在用的这套培养人的体系，特别是在大的医学院校里，培养人才的体系走了一条给学位的道路，实际上学校做的培训和五年毕业以后就做临床训练的那种培训，二者的内涵几乎是差不多的，但是我们用了一套给研究生学位的办法，使我们国家的医学教育培养体系复杂化、多样化，一般人都很难理解。但是核心的一点就是五年本科毕业，一定要有三年基本的训练，再有几年的专科训练，才能培养出合格的医生，这样算来大约需要如上所述的1万小时。

再说“奉献精神”，咱们有句话叫“英雄不为斗米折腰”，这就涉及到精神和物质平衡的问题。英雄可能真的是不为斗米折腰，有的人真是宁死不屈，但是一般来说可能还有一些情况，英雄可以不为斗米折腰，就是因为他不饿，或者说因为他家里有米，所以需要基本的保障，他有了一定基本保障，他个人的这种职

业的尊严感，甚至职业的荣誉感，都会使这个人“运转”得很好，无论在大医院还是基层医院都是一样。

怎么用年轻人，建立怎样的培养机制？现在的模式下重论文、轻临床，医生成了“论文医生”。怎么考评才能“提得起”？现在很多高等医学院校的毕业生苦读十年后，不是去“卖药”了，就是出国了，或去干其他职业了。医疗行业如果留不住最好的医学院毕业生，我们这个行业将来也是要出大问题的；学科带头人能否在职业上付出全身心、踏踏实实“守得住”这番事业，也关系到该行业未来的发展。

三谈医改——建立理解和信任需要医患双方共同努力

人们普遍存在的“等不及”心态，也给医患关系增加了紧张的“空气”。虽然这些年我们的基层医疗机构也得到了很大的完善，但是老百姓还是改变不了习惯，有病还是习惯跑大医院。随着生活节奏的加快和大量患者喜欢“扎堆”大医院，病人过来看病，恨不得马上挂号、马上看到医生、马上诊断、马上恢复；一方面是百姓可能更信任大医院，实际这也反映了普遍的问题，就是在基层还没有足够多的让老百姓、特别是让病人信得过的医生，这关系到我们国家医学人才的培养体系。而医生也想尽快将“爆满”的门诊量看完——这种情况下，只要有一个环节不如意，双方就会互相抱怨，从而产生摩擦。

在具体治疗过程中，医生和患者沟通不畅，相互之间缺乏理解与信任，给医患纠纷的产生带来了隐患。就医时，有些患者的态度极为审慎。比如，同时在几家医院看，或者在一家医院看好几个科，甚至在同一个科室看不同的医生——其实没有必要，既浪费医疗资源，也容易影响接诊医护人员的积极心态。但根据北京大学第一医院去年的统计数据，在住院病人中，真正产生医患纠纷的只有1.2%。从这个数据看，医患关系的主流仍是好的。

公立大医院办得越好，基层医疗机构的患者就会越少，但作为公立大医院的院长又绝无理由将自己的医院越办越差。公立医院改革的主力军是大医院，因为医疗人才的培养是有周期的，基层医疗机构人才的到位要靠时间、要靠等待，这是谁都没有办法改变的客观规律。这个时间大概会是上述的10年到15年，那么在此期间甭管外面怎么变，公立大医院还是要努力，要沉下心把自己的医院办好。

四谈医改——莫让医生再谈“钱”

（一）问题关键——钱应该由谁去谈？

大家认为医患关系的紧张是个焦点。医患关系为什么紧张，纵然有社会方方面面的原因在，但相当程度上来说，我认为是因为医生本是不应该谈“钱”的群体，而现状是，医生天天在谈钱。医疗付费应当由保险公司和病人协商，出现问题由保险公司负责，这样医生在为病人服务的时候才能有尊严感。

现在的医生面临严酷的现实，当病人坐到我们对面的时候，我们先问人家第一句话：您是医保的，还是自费？您做检查，是选择贵的，便宜的，付得起吗？选择药的时候问您是用进口的还是国产的？这就把医生推到了“推销员”的境地，我认为国家医改是否成功的标志之一，就是当医生面对病人的时候不再谈“钱”了，只要不谈“钱”了，医改就成功了。如果说医生还在谈“钱”，无论做了什么样的改革都不是成功。

当我听到“先看病、后付费”这个说法的时候，心里有一种沉重感，这又把医生推到了风口浪尖上。媒体一炒作这个词，又把我们的医疗行为变成了商业行为，因为医生又在谈“钱”。我希望我们这个职业的人，不要跟病人直接谈“钱”。医生是世界上最高尚的职业之一，是最不应该谈“钱”的职业，而现在最不应该谈“钱”的职业却谈得特别厉害，让对方觉得你就是要赚我的钱。我作为院长，作为一名医生，我希望在媒体上看见“看病免费”，这多好啊，这就跟我们没有关系了，你看病免费多好，干嘛先付钱、后付钱，先付、后付不都是付钱吗？

（二）解决方案——医保实时报销

我觉得谈“钱”使我们的身价特别低，但医院毕竟不是全额拨款的单位，所以牵扯到体制机制的改革，比如保险制度，医生请医院和保险公司谈钱，不和病人谈钱，我要照顾我的病人，关心病人，我干嘛跟人家说钱呢？保险公司去和病人说钱，有了问题他和保险公司去谈，这样病人到医院的感觉会很好，就是说医疗付费应当由保险公司和病人协商，出现问题由保险公司负责，这样医生在为病人服务的时候也有了尊严感。

“先看病、后付费”涉及到体制机制的改革，我认为“先看病、后付费”暂不适合国内推广，对于如何解决，北京市政府和北京市人力资源和社会保障局做了一项改革，3年前开始的，就是“持卡就医、实时结算”这项改革，具体做法是让享受医保的病人持有医保卡，病人在医院就诊结算时，一刷卡，医保覆盖的

钱都付了，而且医保卡基本覆盖了大部分看病费用，病人只需付一小部分，这样病人感觉就很好。实际上，各个省都在做改革，北京市这项措施很大程度上解决了病人的医疗保障问题，是值得借鉴的，我们高度赞赏，真的是方便了病人，实际上就解决了付费的问题，媒体也应该大力宣传。

（三）发展前景——路线清晰越来越好

对于医改本身，打个比方说，解决问题的办法通常有3种：一种是“佯攻”，看似挺热闹，其实不真打，但可能这架势把里面的人吓破了胆，也就真解决了问题；第二种是“围而不攻”，即长期围着你，逼着你去解决问题；最后一种是真正的攻坚克难，强行解决问题。公立医院改革已经经过了“佯攻”的阶段，现在是“围而不攻”，各种力量正在角力。不论是强基层、保基层的改革，还是基本层面的改革，或者是现在更高层面的改革，实际上这都体现了党和国家以人为本、关爱百姓民生的理念！改革的过程从政策层面上来说非常好，但是也有问题，就是在操作层面上，怎么个操作过程，可能还没设计好：这个人来了谁认，由谁来申报，又怎么支付，可能操作层面上还需要解决一些问题。我们现在医改顶层设计的路线越来越清晰了，所以我们也相信医改应该会越走越好。

改革开放30多年来，中国经济总量跃升为世界第二，发展速度之快令世界瞩目，然而，诸多问题也逐步显露。“八项规定”的出台就是对症下药求实效，要从具体现象着手，由表及里，一步步回归实事求是、艰苦奋斗、为民务实的良好本色。”

磨破嘴皮子，不如做出真样子。“八项规定”的贯彻落实只是改进作风的第一步，改进作风须长抓，不是搞运动，不是一阵风。作风建设要常抓不懈，10年、20年地持之以恒，一定会给中国带来不一样的景象。

改变——刚刚开始！

支起“医患天平”——一位三甲医院院长的“三字经”

全国政协委员 北大医院院长 刘玉村

“医患是天平的两端，公立医院就是天平中间的那根支柱。”全国政协委员、北京大学第一医院院长刘玉村 8 日举着一张《医药卫生事业之“三字经”》说，“医患和谐，要念好病人、医务人员和医疗机构各自的‘经’。”

医疗机构

“看好家，守住门”：刘玉村说，村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生机构，就在老百姓的家门口。现在这个“家”有了，看家人没有，基层人才缺乏，而人才培养需要过程和周期。县医院要起到“龙头作用”，要守得住一部分需要住院的病人，这样就可以减少病人外出就医，减轻大医院的压力。

“容得下，照顾好”：大医院的建设也要跟进，能满足大病、疑难杂症患者的就医需求，最重要的是“照顾好病人”。他强调，“照顾”不仅包括医学上的治好病，还包括精神上、心理上的抚慰。“医患关系中医生从来都是主动的一方，承担主要责任，做好了患者都能理解。”

医务人员

“招得到”：国际上医务人员平均薪酬是社会平均工资的 3 至 5 倍，而在我国仅高出社会平均工资的 18%。刘玉村说，因为执业环境、职业待遇等原因，现在医学院都很难招到一流的高中毕业生，长此下去难以与国外竞争。

“培养好”：“医生不仅要有高智商，而且应有高情商。”刘玉村说，医学教育除了技术外，也要强调人文精神和沟通技术的教育和培养。

“留得住”：一些医学生毕业后，不是去“卖药”了，就是出国了。刘玉村说，这需要社会大环境的改变，使医学生乐于从事临床医学。

“用得上”：“同是一个医学院毕业，你在三甲工作就是三甲水平，在卫生院工作就是卫生院的水平。”刘玉村说，我国需进一步完善医学继续教育，完善住院医师培训制度，医生水平提高了，医院差距就小了，老百姓选择就多了。

病人

“懂常识、有知识”：刘玉村说，公众要有健康生活常识和意识，知道如何预防疾病；如果患病了，则应掌握疾病的相关基础知识。

“别太急、信其是”：“现在整个社会都急躁，‘温度’太高。”刘玉村说，在

医疗资源有限的情况下，希望病人别太急，理性看待疾病的治疗过程和就诊条件等。同时希望病人能信任医生，“尽管队伍素质良莠不齐，但没有医生不想把病人治好。”

刘玉村表示，他将会一直保留着这张“三字经”，每年用不同颜色标明各项工作的状态、进展，绘制出一张医药卫生事业发展的“预警图”。

加快我国重大疾病医疗急救体系的建设与完善

全国政协委员 北大医院心脏中心主任 霍勇（葛均波 张澍）

随着我国经济的高速发展及生活方式的明显改变，国人很多重大疾病的发病率和死亡率呈逐年上升趋势。急性心肌梗死等重大疾病因其高致死率、致残率以及发病呈年轻化趋势，而医学上大多已有非常有效的急救方法，关键是救治及时，只有引起社会的高度重视。“航空报国英模”罗阳等科学家的英年早逝更是对国家和家庭造成了极大损失的悲剧才能尽可能减少。

例如，利用介入治疗或溶栓治疗的方法早期（小于 12 小时）开通心肌梗死相关的冠状动脉，恢复有效的心肌再灌注是降低心肌梗死患者死亡率、改善预后的关键所在。由此可见，急性心肌梗死救治成功率的高低显著依赖于当地的医疗急救体系是否完善、运行是否流畅。

医疗急救体系建设是卫生事业的重要组成部分，是人民群众生命安全和生活质量的重要保证。院前急救体系及院内救治体系是构成医疗急救体系的主要组成部分，在此基础上进一步实现二者的无缝隙链接，则是科学构建医疗急救体系的关键环节。

一、我国急性心肌梗死的救治现状

一直以来，我国十分关心重视医疗急救体系的建设，在各级政府部门的大力支持和各级医疗机构的共同努力下，医疗急救体系各个环节的规范化建设有了长足的进步，队伍得到不断充实，装备逐年改善，工作和管理水平也逐步提高。但是在急性心肌梗死的救治效率上，距离国外发达国家的水平仍有很大的差距，主要表现在：

（一）早期再灌注治疗的比例低，多数患者没有得到最有效的救治

急诊介入治疗是降低急性心肌梗死患者死亡率最有效的方法，卫生部全国冠心病介入诊疗质控中心 2009-2011 年连续 3 年的注册数据显示，以急性心肌梗死为诊断的患者中只有 30%左右接受了急诊介入治疗。如果以我国每年心肌梗死发病率 50/10 万估算，则全国只有不到 10%的急性心肌梗死患者接受了急诊介入治疗。即使在大城市，这种情况亦不容乐观。北京急性心肌梗死监督平台数据显示，2007-2009 年期间北京地区三级医院急性心肌梗死患者的早期介入治疗率仅为 31.3%，二级医院仅为 12.8%。

(二) 就诊不及时，诊疗不规范，直接影响了急性心肌梗死的治疗效果

“时间就是心肌，时间就是生命”，一般早期再灌注治疗需要在急性心肌梗死发病 12 小时之内实施。其疗效取决于患者症状发作至血管开通的时间，时间越短，效果越好，患者的预后越佳。我国大多数急性心肌梗死患者却因为各种原因导致的时间延误，无法在再灌注时间窗内到达有能力实施急诊介入治疗的医院就诊，错过了救治的最佳时间，直接影响了治疗效果。2012 年在全国 14 个省市、53 家三级医院开展的“中国急性心肌梗死规范化救治项目”的注册资料进一步显示，能够到达这些三级医院就诊的患者平均使用了 3 个小时左右，仅仅有 25% 的患者呼叫了救护车运送就诊；而衡量急诊介入治疗效果的关键指标入门-球囊扩张时间平均为 112 分钟，达到 90 分钟要求的比例仅为 33%。

二、影响我国急性心肌梗死救治效果的因素

时间对于急性心肌梗死救治至关重要，直接决定了患者的预后，必须争分夺秒。临床实践中各种原因导致的时间延迟大大降低了急诊介入治疗的优势。影响我国急性心肌梗死救治效果的因素主要包括：

(一) 患者因素

公众缺乏心肌梗死的相关防治知识，不知道胸痛或胸部不适是急性心肌梗死的主要症状，或者因为初显的症状不典型，导致发病后不能及时到医院就诊。另外，由于患者缺乏使用院前急救系统的意识，不通过呼叫救护车转运而自行就诊，不仅耽误了就诊时间，而且增加了院外死亡的风险。

患者即使到达医院，由于对该病的危险性认识不足，加之有时掺杂医患之间信任度的问题，患者不接受急诊介入治疗或耽误了大量的时间后才同意手术，导致其获益降低。另外，因自身经济原因无法承担介入治疗的高额费用，也是部分患者无法得到及时有效救治的重要原因之一。

(二) 院前急救的因素

院前急救是指患者拨打院前急救机构的急救电话，急救车出现场进行医疗救治，并转运患者至医院接受进一步治疗的过程。院前急救体系的不健全，将直接导致经其转运的急性心肌梗死患者的救治出现延误，主要的原因如下：(1) 院前急救网络缺乏统一的规划，急救资源及网络配置不合理，不同区域的居民对急救服务的可及性存在差异；(2) 院前急救系统缺乏统一的指挥调度，部分城市如北

京存在多个急救号码的现象，造成了急救资源的浪费和公众急救知识普及的困难；

(3) 急救机构缺乏与交通等多部门的协调，不能合理规划患者的转运路线，并保证急救车辆的道路通行优先权；(4) 院前急救机构没有强制性的准入标准和管理规范，造成设施设备条件参差不齐，检查、抢救、信息共享等急救能力难以保证；(5) 院前急救机构对急救对象缺乏分类管理，不能根据病情按需派车接诊，导致现有的设备不能被合理运用；(5) 院前急救水平和专业队伍人员流动性大，专业化程度不高，接诊医师对急性心肌梗死存在误诊或漏诊的现象，不能在第一时间将急性心肌梗死患者送至有能力实施急诊介入治疗的医院。

(三) 院内救治的因素

患者到达有急诊介入能力的医院后，接诊医生进行不必要的检查，未能尽快对急性心肌梗死做出诊断或对确诊的患者不能及时转诊并尽早启动导管室；急诊介入团队的建设不合理，从事急诊介入治疗资质的医师数量不足，医院不具备24小时实施急诊介入的能力等因素，均会导致院内绿色通道不畅通，使急性心肌梗死患者的救治出现延误。另外，部分心内科介入医师在实施规范化介入治疗的同时不能做到兼顾卫生经济学效益。在无明确金属裸支架（BMS）禁忌症的情况下，过多使用药物洗脱支架（DES），将可能使部分经济困难的急性心肌梗死患者无法从急诊介入治疗中受益。

在再灌注时间窗内，就诊于无急诊介入治疗资质医院的患者，涉及到区域转运治疗的问题。如果医生因经济利益等因素不贯彻诊疗指南，尽快将患者转诊至有急诊介入治疗资质的医院接受治疗，将影响到这些患者的预后。

(四) 院前急救与院内救治的衔接机制尚未建立

我国的院前急救和院内救治系统分属于相对独立的医疗机构，目前两者仅仅限于表面上和形式上的连接。(1) 院前急救人员缺乏转运医院的相关信息和对医院救治能力的判断标准及能力，导致其难以将急性心肌梗死患者转运至最适宜的医院治疗；(2) 院前急救人员与院内救治医生缺乏信息沟通，使医院不能在患者到达前完成必要的准备，延迟了其抢救时间；(3) 患者院前医学检查的资料不能被充分利用，入院后需要进行重复检查，不仅耽误了时间而且造成了不必要的浪费。

(五) 政策保障因素

我国目前存在公费医疗、医疗保险、农村合作医疗保险、商业保险等多种医疗保障形式。不同的付费模式对急性心肌梗死的报销比例不同，客观上会影响到医生及患者对治疗方法的取舍。对于无医疗保障人员、身份不明人员的救助目前尚无有效的解决措施，医疗机构采用积极的治疗措施抢救生命的同时，往往会给自身带来沉重的负担。

三、我国急性心肌梗死医疗急救体系建设与完善的建议

为科学构建我国急性心肌梗死的医疗急救体系，提高急性心肌梗死的救治水平，使患者能在出现症状的最短时间内到达最适宜的医院接受最有效的治疗，现提出如下建议：

（一）公众宣教，促进知识普及

通过电视、广播、报纸、公益广告等多种形式进行宣教：

1. 建立心血管健康教育的体系，提高公众对急性心肌梗死救治从一级预防、治疗策略及二级预防的整体认识：（1）当患者出现症状时能在第一时间及时求助院前急救机构，做到“早发现、早诊治”；（2）转变观念，充分了解急诊介入治疗在急性心肌梗死治疗中的地位及益处；（3）强化冠心病二级预防的理念，使患者长期获益。

2. 建立公众急救普及培训体系，建立“第一目击者”培训制度，提高公众的自救、互救能力。

（二）建立专业人员培训、资质认定与定期考核制度

针对医疗急救体系各环节的医务人员，建立不同层次的培训计划，加强队伍建设：

1. 对院前急救机构的医护人员进行培训和考核，建立实施院前急救人员的准入制度并定期考核。

2. 对基层医疗机构的医师进行培训，实施全科医学准入制度并定期考核。

3. 对二、三级医疗机构的急诊科、心内科医师进行专科培训，实施专科准入制度并定期考核。

4. 建立冠心病介入技术培训基地，对心血管介入医师进行规范化培训，资格认定并定期考核。

（三）加强院前医疗急救机构的建设，建设一个与区域相适应的急救

体系

1. 由各地方政府主导，整合急救资源，合理规划急救网络；将急救医疗体系建设纳入到城市保障体系建设的整体范畴之中，进行统一指挥调度，逐步建立与交通等其他部门的联动机制。

2. 加强急救医疗机构的制度建设，通过急救立法建立机构准入标准和管理条例等规范院前急救医疗服务，明确患者转运原则，约束转运行为。

3. 增加财政经费投入，加快基础建设，抓好软硬件的配套，为救护车配备信息化系统和车载抢救装备；建立伤病分类管理制度，提高急救资源利用率。

4. 建立急性心肌梗死患者转运情况的考核制度，作为院前急救机构人员的考核评价标准。

（四）完善院内绿色通道的建设，建立“胸痛中心”的认证制度

1. 在有条件的医院尝试建立“胸痛中心”，优化整合多学科资源，做到“早期诊断、危险分层、正确分流、科学救治”，最大程度发挥再灌注治疗在急性心肌梗死救治中的作用。

2. 参照美国、德国的模式，以行业协会为主导，制定适合我国国情的“胸痛中心”的认证制度，推广应用，定期考评。

3. 综合考虑患者的疾病情况及经济水平等因素，在急性心肌梗死急诊介入治疗中推广 BMS 的使用。

（五）建立信息共享平台，逐步实现院前急救与院内救治的无缝衔接

1. 根据医院的急救能力和地区分布，制定医院的分级制度，作为院前急救机构确定转运医院的标准，探索建立急救定点医院模式。

2. 具备急诊介入资质的医院每日通报 CCU 空床数目，使急救指挥中心随时掌握各医院的医疗资源，指导救护车转运急性心肌梗死患者到达合适的医院。

3. 逐步实现救护车与医院内急救系统之间信息的双向传输，通过无线传输的方式发送信息，使院内的医生可随时掌握病人的病情变化，在线指导急救人员在院前对患者实施正确的治疗；同时院内医护人员能尽早做好手术准备，让符合条件的急性心肌梗死患者跨越急诊室，直接送到导管室接受急诊介入治疗，最大限度缩短血管开通时间。

4. 制定急救转诊条例，建立评定医院的考核标准，强制不符合救治条件的

医院将急性心肌梗死患者向符合救治条件的医院及时转诊,推广溶栓治疗联合转运介入治疗的策略,以进一步提高急性心肌梗死的再灌注治疗率。

(六) 完善医疗保障政策

在现行的医疗保障体系下,逐步推进实施急性心肌梗死的大病补偿机制;并制定出台细则,对经济困难的患者实施免费的急诊介入治疗,以最大限度挽救患者的生命。

以上加快体系建设的具体实施形式应在卫生部的牵头组织下,应联合宣传部门,社保部门和相关学会和协会一起建立体系规范化框架,应在卫生部已有前期工作和探索的基础上,可以从不同的省\市\区试点,逐步推动从区域到全国的重大疾病急救体系建设和完善。

临床医学专科医师制度建设的立法和实施

全国政协委员 北大医院心脏中心主任 霍勇（葛均波 张澍）

随着医学科学和医学新技术的飞速发展，各种新技术层出不穷，临床专业不断分化，产生了专门接受某一类临床专业培训并掌握相应技能的专业医师。客观上要求一部分医师在掌握综合医学知识的基础上，必须再进行专科化、规范化、科学化的业务培训，掌握某个临床专业的医疗技术，成为专科医师。由于医疗质量和医疗安全是医疗工作的核心，医师作为医疗服务的直接提供者，必然对医疗质量和医疗安全起着决定性的作用。医师队伍中掌握高、精、尖医学知识和医疗技术的专科医师，是一个国家医疗水平发展到何种程度的最好标志。建设一支素质好、水平高的专科医师队伍，是保证医疗服务质量、提高医疗服务水平的有效途径和必然要求。随着世界经济全球化和区域经济一体化，医学人才培养和准入标准国际化的趋势越来越明显。欧美等发达国家的专科医师准入制度历经百余年的发展和完善，已建立了系统、完整、有效的专科医师准入机制。为适应医学人才交流国际化发展的趋势，加强医学领域的国际交流与合作，必须尽快建立完善适合我国国情、符合国际惯例的专科医师制度。而完善专科医师制度最重要的根基是立法保证。由于没有相关的法律基础和完善的制度体系，目前我国医学专科人才培养和准入方面存在着种种问题。

1. 欠缺法律支撑，专科医师管理面临困境

专科医师准入制度建设是一个系统工程，是以《中华人民共和国执业医师法》为基础，依据《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》、《专科医师准入试点工作方案》（卫办医政函〔2009〕250号）和《医疗技术临床应用管理办法》（卫医政发〔2009〕18号）等有关法律法规组织实施的。这些法律法规已经为专科医师准入制度提供了一定的法律支持，但仍然缺乏最直接的法律支撑，专科医师准入制度在落实当中仍然面临无法可依，执法无力的状况。现今我国医师队伍的现状是数量庞大，结构复杂，发展不均，良莠不齐，各专科发展也不平衡，造成医疗诊治水平在地区间、医院间、同等级别医师间差异很大，广大人民群众难以普遍享受到良好的医疗服务；甚至少数接受过初级医学培训的医疗工作者以“专家”资格出现，骗财骗物，造成极其恶劣的社会影响，而这种随意进行专科诊治的乱象，在操作层面由于缺乏法律法规的依据，难以做出及时有

效的制止和纠正，更谈不上根治。

2. 没有法律支撑，深化医改缺乏基础

医师作为医疗服务直接提供者，其整体水平和素质对于人民群众评判改革成功与否、能否切身感受新医改带来的实惠具有重要意义。实现深化医药卫生体制改革目标要有赖于拥有一支素质好、水平高的医师队伍，特别是依靠专科医师队伍来提供智力支持和人才保证。近年来，我国医师队伍发展迅速，但由于医师人才队伍结构比较复杂、水平参差不齐，严重制约了我国医疗水平的提高，阻碍了患者医疗服务能力的改善。因此，在医师数量基本满足需求的情况下，临床医师队伍建设的战略重点应由量的增长向质的提升进行转变，这有利于我国医师队伍稳定健康的发展和整体水平的提高。建立专科医师准入制度符合深化医药卫生体制改革、公立医院改革的要求。目前医改存在诸多问题，要想将医改深入进行下去，医师队伍整体素质和水平是非常重要的一个方面，将专科医师制度建设从法律层面上确定下来，无疑给医师队伍整体素质和水平的提高提供了马达、注入了活力，提供了深化医改最强有力的基础。

3. 缺乏法律支撑，专科医师培训体系将难以规范

我国的住院医师和专科医师培训最早始于 1921 年北京协和医学院实行的“24 小时住院医师负责制和总住院医师负责制度”。1949 年新中国成立后，一些医院陆续开展住院医师培训工作，但始终未能形成统一、规范的住院医师培训制度。20 世纪 80 年代末，卫生部在部分省、市、医学院校试点的基础上，于 1993 年颁发了《临床住院医师规范化培训试行办法》，1995 年发布了《临床住院医师规范化培训大纲》，从此，开始了我国的住院医师培训工作。截至 2002 年底，全国共有 18 个省、市成立了住院医师规范化培训领导小组（或培训委员会），20 个省、市制定了培训的相关配套政策和实施办法，26 个省、市的 2000 所医院开展了培训工作。从 1997 年至 2002 年底的 5 年，全国共培训合格的医师 5.2 万余人。由于受传统管理体制和机制的制约，我国专科医师培训制度还存在缺陷，已有的培训要求未能很好的贯彻落实，培训工作覆盖面小，地区发展很不平衡。在受训者的招录、基地的认可与管理、培训组织管理模式、质量监控体系等方面尚未形成规范、完善的管理体制和机制，制约了我国专科医师培训与准入制度的建立，影响了医疗服务质量提高和卫生事业的深化改革与发展。只有将专科医师制

度建设纳入到法律层面上来，才能很好地规范专科医师培训制度，使专科医师制度建设得以蓬勃开展。

因此就中国专科医师制度立法是十分必要的，我们建议：

1. 明确规定从事医学专科工作必须符合专科医师准入标准并通过专科医师考试和认证。国外研究发现，与未经认证医师相比，经过认证的专科医师处理的患者中，采用预防性治疗措施的比率增高，心肌梗死后应用阿司匹林和 β 受体阻滞剂的比率增高，心肌梗死的死亡率下降 15%，结肠切除术后患者的死亡率下降 40%，结果表明，经过专科医师认证的医师能够在医疗执业活动中为患者提供更为优质、可靠的医疗服务。在贯彻落实“十二五”规划和深化医药卫生体制改革的攻坚之年，卫生部已致力于积极稳妥地推进专科医师准入制度的建立，并将落实开展专科医师准入管理列入未来几年的重点工作，已在筹划修改《执业医师法》和制定《专科医师管理办法》，要把专科医师的内容写进《执业医师法》，也就是说医生接受完住院医师规范化培训后需接受专科医师培训，之后通过专科医师资格考试，考试合格者授予专科医师资格。将来会形成一整套完整的人才培养体系，即住院医师培训—专科医师培训—专科医师资格考试—专科技术资格考试，最终成为合格的专业人才。

2. 明确规定从事医学专科工作的专科医师必须在法律法规允许的框架内进行专业工作和定期再认证，并始终受专科医师管理的相应法律法规约束。国外研究发现，认证后医师的临床技能一般会随着时间的推移有所下降，而医疗经验的积累并不一定能带来临床技能的提高或者医疗效果的改善，仅有低于 30%的医师能够通过审核自己既往的病例资料以总结经验，医师独立正确的自我评价能力较弱，因此，专科医师必须纳入再认证项目（MOC）的管理，即对医师执业能力持续、定期（6-10 年）的再评价。以体现医师执业责任的连续性，激励医师接受继续教育（包括终生学习医学知识、提高医疗能力，提供本领域医疗技能的证明，维持本专业知识和医疗能力），支持医师专业的自我管理（包括维持医师执照有效性，维持医院荣誉，加入医疗健康网的保险计划，提供医师资质的最好证明）。这一法律法规的确立也可以涤清专业诊疗服务当中的沙砾，推广和普及专业化、规范化和科学化的医疗服务。

3. 明确规定拟申请参加专科医师准入考试的医师必须接受规范化培训。调

研究发现，我国目前虽已建立起基本完善的住院医师/专科医师培训体系，但对培训过程的监管和过程中的考核标准尚不统一、操作尚不规范。各培训机构的经验也表明专科医师的认证绝不仅仅是通过单一的认证考试，对医师的评价考核应该全面，过程考核及终末考核应相互结合，培训机构开展的各项日常考核，如科室轮转出科考试、指导医师对其日常表现的评价、日常自我评价等结果应该作为医师参加认证考试的前提条件，某些考核（如培训项目负责人的整体评价）甚至应该作为医师参加专科认证考试一票否决的条件。在 2011 年全国医学教育改革工作会议上，陈竺部长在讲话中对以全科医生为重点的卫生人才培养工作进行了深入的剖析。提出在面向基层培养以全科医生为重点的合格临床医师的同时，探索完善各类专科医师培训模式（3+X），在 3 年集中培训的基础上，继续延伸相关专业培训，完善我国毕业后医学教育模式。因此，在研究建立专科医师培养与准入制度过程中，要统一制订质量标准，做到顶层设计、统一组织、规范程序、积极推进，以确保专科医师准入制度的严肃性、科学性和权威性。

关于取消强制性参加医疗责任保险的建议

全国政协委员 第三医院副院长 高炜

医疗责任保险是指被保险人及其医务人员在从事与其资格相符的诊疗护理工作中，因发生医疗事故、医疗差错及医疗意外，造成患者人身损害，由被保险人承担经济赔偿责任，而依照相关规定或约定由保险人负责赔偿或补偿的责任保险。近几年，在北京等城市正在强制推行医疗责任险，但并未能取得预期效果，大多数医疗机构存在抵触情绪。

一、北京市医疗责任保险目前推行的总体情况

医疗责任保险的目的是为了减轻医疗机构或医生的赔偿风险，预防和减少医疗纠纷的发生，维护患者的利益。在北京市，医疗责任保险目前属于北京市卫生局和中国保险监督管理委员会北京监管局强制推动的一项工作：明确要求将医疗机构参加医疗责任保险的情况作为医疗机构管理评价和平安医疗机构建设的重要指标，纳入相应的考核评价体系；并要求凡北京市行政区域内的国有非营利性医疗机构必须参加医责险。

绝大多数医疗机构迫于行政压力，而选择加入医疗责任保险，但主观积极投保的意愿较弱。

二、医疗责任保险存在的主要问题

导致医疗机构对目前的医疗责任保险反应冷淡的主要问题：

1. 政府强制推动，社会收效微弱。

目前医疗责任保险的险种单一，且医疗机构不能自主选择保险机构。传统做法：北京地区除了昌平、西城属于中国太平洋保险公司承保外，其余区县各级医疗机构均由中国人民财产保险股份有限公司北京分公司承保。医疗机构不能根据自身的规模和学科特点来选择具体参保的险种。保险公司处于垄断位置，缺乏有效的市场竞争，一方面制约了保险公司对于此项工作的提升，另一方面也没能很好的维护医疗机构和患方的权益。

2. 医疗机构投保费用高昂与保险理赔金额过低形成强烈反差，理赔不及时。

以北京大学第三医院为例：医院 2005 年、2010 年、2011 年 3 年投保，保险赔付率分别为 3.6%、11.69%、15.95%。另据部分一级二级医疗机构反馈：由于保险公司制定的免赔额（10000 元）过高，而小规模医疗机构疾病谱比较简单，

单例纠纷赔偿金额本身并不高（不超过 10000 元），这样事实上保险公司对医疗机构没有理赔；另外，保险公司规定中，医疗机构可以选择包含或者不包含死亡赔偿金的不同险种，其中大部分医疗机构摄于包含死亡赔偿金的险种保费过高而选择不包含死亡赔偿金的险种，可是在实际工作中，发生的大额赔付均为死亡患者的赔付，受险种的制约，死亡赔偿金只能由医疗机构自行承担。综合种种原因，医疗机构竟然出现了理赔赤字。

3. 有限的几家保险公司承保医疗机构数量过多，服务能力有限。

在实际工作中，医疗机构感觉保险理赔机构不仅未能协助解决纠纷，反而大大增加了医疗机构相关沟通协调的工作量（报案、赔付、申请理赔、赔付转账、沟通调查等工作）

三、建议

1. 卫生行政部门主导，设定医务人员承担医疗风险和经济赔偿的分配标准，由保险公司在医院投保的基础上，另外设立以医务人员为投保单位的医疗责任保险。一方面可以提升医务人员的风险意识，也能有效减轻医疗机构的经济负担。

2. 建议保险公司积极开展病人医疗风险保险，增加病人医疗风险意识，缓解医患矛盾。

3. 建议国有大型医疗机构可建立内部风险基金，既提高医务人员风险意识，也可以减少因强制性商业保险造成的国有资产流失。

关于在基层医院开展心脑血管病康复,并将康复治疗纳入医保报销范畴的提案

全国政协委员 第三医院副院长 高炜

众所周知,心血管疾病是 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,涉及大量家庭、社会医疗资源投入和生产力的消耗,也给医疗服务带来巨大挑战。

实际上,心脏病人在疾病得到治疗后是需要进行康复的,心脏病的治疗不仅仅是吃药、放支架或是手术,合理的二级预防和积极的心脏康复可以帮助病人从急性心肌梗死、心脏手术或其他心脏病中得到更好的恢复。但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,这使得国人正在遭遇没有保养机制、患病治疗后因缺乏康复治疗而不断返诊的尴尬局面,医疗开支也因此而不堪重负。

1. 建议将心脏康复治疗纳入医保报销范畴。我国心脏康复事业还远远落后于欧美国家,其中无医保政策支持是其发展的重要阻碍。在很多发达国家心脏康复相关费用不仅全部纳入医疗保险范畴,甚至患者如不按临床路径接受康复服务,还会面临短期内再次入院或手术医保拒付的惩罚。可见在卫生经济学中,康复与二级预防工作是一项“花小钱省大钱”的必要投入;而在改善心血管疾病患者预后、促进人民健康方面,这又是一项功在当代、利在千秋的壮举。因此,我们呼吁卫生管理部门以及社会各界重视心脏康复医疗服务,学习国外先进经验,结合我国实际情况,尽快将相关服务项目纳入临床路径与医保支付范畴。一方面,在心血管疾病临床路径中加入心脏康复的内容,并将其作为衡量医疗机构水平和医疗服务质量的重要依据,将对医疗机构和医务工作者的投入与重视起到重要的政策导向作用。另一方面,合理拓宽康复服务收费内容、适当上调收费标准,并依据适应证全额纳入医保范畴,将从患者依从性和医疗机构发展心脏康复的积极性等多个角度保障康复事业良性可持续发展。

2. 在基层医院和社区医院建立心脑血管病康复中心。建议三级医院等“大医院”与基层医院联合,探索心脏中心与基层医院紧密结合的新型康复医疗模式。大型心脏中心的特点是医疗技术水平高、医疗资源相对集中,但巨大的临床业务

量也让医务人员往往无暇顾及二级预防与随访等基础工作；另外大医院常常人满为患，患者就诊还需考虑到交通因素和时间成本，也阻碍了心脏病患者频繁返回医院进行康复训练。相反，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，建立适合心脑血管病人进行日常康复训练的康复中心。充分利用现有资源，优势互补，各取所长，将对我国心脏康复工作步入正轨大有裨益。具体合作模式可包括由心脏中心对心血管疾病患者进行风险评估、运动处方制定和综合二级预防指导，在社区医院完成监护下运动训练和长期规范的临床随访。此外，大医院向周边社区的辐射作用还将体现在心脏康复专家亲临社区医院指导和监督运动康复过程、社区医务人员的规范化培训、定期进行社区健康讲座和便捷的双向转诊制度等。

总之，深化医疗卫生体制改革，完善基层医疗卫生机构运行新机制，不仅仅要解决患者“病有所医”，更重要的是要“病有所防——预防”和“病后康复”，提高患者的生活质量，减少再发病和再住院，这将在很大程度上解决老百姓看病难看病贵问题，大大减少医疗支出。心脏康复事业的发展有赖于政府、医疗机构、医疗保险、社会保障、医务工作者和患者全方位的重视与参与。

全国人大代表篇

关于在“全面推行公共场所禁烟”工作中要强化政府职能的建议

全国人大代表 肿瘤医院结直肠肿瘤外科主任 顾晋

【案由】

烟草吞噬生命，从上世纪 50 年代开始，无数的科学证据一次又一次证实了烟草消费和接触烟草烟雾会造成死亡、疾病和残疾。为此，全球 174 个国家签署世界卫生组织《烟草控制框架公约》共同承诺将采取有效措施遏制烟草流行及其对人类健康、社会、经济 and 环境的广泛影响。而在众多有效、适宜的控烟措施中，被各国政府优先推崇的当属对吸烟者的吸烟行为进行场所限制即施行公共场所禁烟，因为它不仅可以减少吸烟者的烟草消费量，而且是保护非吸烟者免受被动吸烟危害的唯一有效的措施。

多年来，特别是 2006 年我国政府履行世界卫生组织《烟草控制框架公约》以来，基于对吸烟和被动吸烟危害的充分认识，从保护人民群众健康的角度出发，我国部分省市和卫生部、教育部等政府部门通过地方立法、部门规定和行业倡导的形式开展了大量的公共场所禁烟活动，取得了一定效果。2011 年 3 月，我国政府又将“全面推行公共场所禁烟”写进了《国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》，所有这些均表明各级政府和部门对控烟的坚决态度和立场，受到了广泛的欢迎，但我国公共场所禁烟工作的任务依然非常艰巨。

一、公共场所禁烟的范围还不够全面

截至目前，我国 4 个直辖市和几乎所有的省会城市均曾经有过公共场所禁止吸烟的地方性法规或规章，可是这些法规或规章，多数制定于我国签署《烟草控制框架公约》之前，尽管北京、上海、杭州、银川等在签约之后对当地禁烟法规进行了修订，但其涵盖的禁烟范围也未囊括所有室内公共场所、室内工作场所和公共交通工具，更不要说一些室外公共场所，因此，现有公共场所禁烟范围不仅不符合履约要求，也远不能满足有效保护人们免受烟草烟雾危害的需要。

二、推行公共场所禁烟的政府部门和行业机构还不够全面

除教育、卫生以外，其他政府部门至今基本上都没有采取任何行业禁烟措施，特别是各级政府机关在推行公共场所控烟工作中不仅没表现出明显的社会示范

作用，有的甚至成了影响控烟工作开展的障碍，这种情况即便是在大力推广禁烟工作的卫生行业也不例外，由此上行下效，严重影响了公共场所禁烟工作的实施与推广。

三、公共场所禁烟的效果不佳并难以维系

目前，全国范围内，现有地方政府和一些行业部门的实施《规划》、《条例》、《细则》等措施或办法或因不具有法律效力，或因制定时间太长、或因层次太低，或因规定不明，或因执法不严，或因配套不全，有的效用有限，有的形同虚设，执行效果不佳。以教育部 2010 年制定并实施的无烟学校标准为例，2011 年，中国控烟协会对 800 所高校的调查显示，仅有 2% 的学校达到 60 分“及格线”，98% 的学校不及格。即使是在无烟环境建设取得比较好效果的卫生系统，2011 年卫生部在全国范围内组织的暗访结果也表明，一个部门的无烟环境创建，如果没有整体环境的支持，其活动也难于开展，其效果则更难以维系。

四、公共场所吸烟现象普遍，被动吸烟率居高不下

目前，全国有 3.5 亿人吸烟，在室内工作场所和公共场所吸烟分别达 67.8% 和 72.4%，由此导致我国被动吸烟人数高达 5.4 万，遭受被动吸烟危害的人数远高于吸烟者人数，而遭受被动吸烟危害的主要是不吸烟的妇女和儿童，每年有近 10 万人死于被动吸烟的危害。

【建议】

“全面推行公共场所禁烟”是一个综合措施，也是一个社会系统工程，更需要全社会共同努力，在所有努力中，政府的努力起着至关重要的作用。为此，建议：

（一）国务院责成国家控烟履约小组尽快制定“全面推行公共场所禁烟”的行动计划和具体的实施方案，明确十二五期间“全面推行公共场所禁烟”的工作目标和工作任务。

（二）尽快启动全国公共场所禁烟法规立法程序

2006 年 1 月 9 日，经全国人大批准，国际《烟草控制框架公约》在我国正式生效。根据履约要求，各缔约国要在签约后的 5 年内即 2011 年 1 月 9 日采取立法措施保护非吸烟者免受被动吸烟的危害，尽快启动全国《公共场所禁止吸烟条例》的立法程序，不仅有利于保护人民群众健康、为地方立法及完善相关法规

提供参考依据，也是我国政府履约、践行承诺的一项重要行动。

（三）加紧对全国《公共场所禁止吸烟条例》的禁烟范围、执法主体、执法程序、处罚力度、法规实施进程等内容开展调研工作。根据《烟草控制框架公约》第8条及其实施准则，借鉴国际上发达国家公共场所禁止吸烟立法方面的成功经验，结合我国经济发展的现状，建议：

1、我国《公共场所禁止吸烟条例》禁烟范围应涵盖所有室内工作场所、公共交通工具、室内公共场所。

2、对规定的禁烟场所要施行 100%全面禁烟，不设吸烟区（室）；对酒吧、餐厅等暂时实施全面禁烟有困难的公共场所，可借鉴香港的禁烟，可延缓实施法规的时间，具体可参照我国香港特别行政区办法。

3、法规对执法、监督、管理等部门和责任做出明确的规定；进一步明确执法程序。

4、在处罚方面，国家法规给出足以达到惩戒个人和单位违规行为的原则，具体处罚金额可责令各省市、自治区根据当地的经济发展水平和实际情况研究确定。

（四）明确而广泛地告知吸烟以及被动吸烟可导致的严重健康风险，增加公众对“全面推行公共场所禁烟”措施的深刻理解，增加其对立法的支持性以及执法的依从性。

1、政府及时发布信息。国务院责成卫生部，随着科学研究的进展，不断发布关于烟草危害状况的报告，让公众及时、方便地获得相关健康风险的信息，表明政府对公众健康的关心与责任。

2、责成有关部门尽快按照履约要求改变我国烟草包装。巨大的风险需要更强烈的警示，“吸烟有害健康”这种模糊而多年不变的提醒已不足以警示人们烟草所产生的严重健康危害，使用大而明显并能明确表示吸烟危害的图形警示烟包已成为各国政府告知公众烟草危害的首选，而这种告知不需要政府任何额外的投入就可以实现，而这也无疑更清楚地向公众表明了政府控烟的责任。

加强对伤残农民工返乡生存状况关注的建议

全国人大代表 肿瘤医院结直肠肿瘤外科主任 顾晋

【案由】

农民工是我国改革开放和工业化、城镇化进程中涌现的一支新型劳动大军，为城市的发展起到了不可替代的作用。

他们户籍仍在农村，主要从事非农产业，有的在农闲季节外出务工、亦工亦农，流动性强；有的长期在城市就业，已成为产业工人的重要组成部分。目前中国的农民工主要来自四川、河南、重庆、安徽、江西、湖北、湖南、贵州、河北、陕西等十个省市，此外还有广西、云南、山西、甘肃、山东、东北地区和苏北地区，其中农民工输出量最大的是四川省，外出民工总量达到 1370 万，流入最多的是广东省，流入量超过 2000 万。为城市建设付出巨大劳动、对当地 GDP 的贡献都在 30%以上的广大农民工无论社会地位还是经济地位都排在 25 种职业群体中的最后一位。

农民工一直被视为廉价的劳动者，干的多是最苦、最累、最脏、最险、最重的活，如建筑、环卫、餐饮、家政及用工量大的生产一线。很多农民工还在从事着危险系数高的职业。在沿海修造船企业，成千上万名农民工在做油漆和电焊，以及搬运、检测等工作。没有法定休息日，没有加班费，长期超负荷地在条件简陋、危险甚至有毒有害环境中工作，他们的生命健康权利却无人顾及。由于缺乏必要的安全措施，农民工在工作中有很多致伤致残事件发生。

残疾农民工是社会中的特殊群体，由于他们身体后天受到的伤害，不能像正常人一样生活工作，这使得他们的生活面临许多的困难。与城镇居民相比，残疾农民工由于受到知识水平、经济水平等条件的限制，生活情况更是不容乐观。残疾农民工的生活现状需要社会各界人士的关注。而目前我国尚缺乏对于大量致残返乡的残疾农民工基本状况的调查数据，这也为我们建立政府主导、相关部门联动配合、全社会参与支持扶助残疾农民工的格局造成了困难。

第十一届全国人大第四次会议上，温家宝总理谈到 2011 年工作时指出：“加快健全覆盖城乡居民的社会保障体系，继续推进残疾人社会保障体系和服务体系的建设”。农工党是以医卫界为主体的参政党，关注伤残农民工返乡后的情况，关注这类特殊弱势群体的基本保障，是农工民主党医药工作委员会发挥党派优势，

为构建和谐社会应该履行的社会责任，也是党派参政议政的重要内容。

【调查方法】

由农工党中央参政议政部领导，以四川、河南、重庆、安徽、江西、湖北、湖南、贵州、河北、陕西等十个省市农工党支委为主体，针对伤残返乡农民工现状进行了调查。

方法包括：

（一）发放调查问卷表

（二）参政议政部医药卫生委员会深入农民工输出地实地调研，与农民工代表座谈

【主要问题】

1 造成农民工伤残的主要原因包括：用工单位对于农民工是否具有专业资质审核不严，施工现场安全保障措施不严格，监管力度不够。农民工在上岗前专业岗位培训不够，缺乏相对专业的安全保护意识，这些是农民工致残的主要原因。

2 目前发生农民工致残事故之后，立即救治的费用和程序都比较完善。伤残农民工返乡后几乎超过 50%都丧失了从事轻微体力劳动的能力，而他们往往又是一个家庭的主要经济来源，对于基本生活保障的要求和康复医疗服务的需求很难达到。但是伤残农民工返乡后的生活保障费用，工伤赔偿往往需要通过法律维权的手段。

3 目前伤残农民工的法律维权存在普遍性的困难，这主要体现在：

1) 伤残农民工维权程序繁多，维权成本高（包括时间成本和经济成本）

2) 社会保险争议的司法救助途径匮乏

3) 在伤残农民工维权的过程中法律关系错综复杂，混淆不清

4 法律关系错位，执行难度大

4 农业户口的伤残农民工基本都参加了新型农村合作医疗和新型农村合作养老保险，个人缴纳的数额均较低，分别为 20 元和 60 元。几乎所有人没有获得社会救济、廉租房、低保、托养、五保等社会保障。也正是因为如此，在生产生活需求状况，大部分人提出申请低保、社会救助康复救助的要求。农民工的特长较少，大部分人没有特长，部分有文艺特长及其他特长（诸如司机），因此他们也相应渴望获得就业及培训机会。

【建议】

1 政府出面对农民工大量使用的建筑、服务、商业等企事业单位做出农民工使用前强制培训安全技能培训制度，加强对于用人单位安全规范执行情况的监管。

2 伤残返乡农民工纳入城市残疾人社会保障体系进行管理，使伤残返乡农民工得到基本的生活保障。从法律法规的角度出发，简化处理工伤、工亡事故的程序。

3. 严格执行民事诉讼法的有关规定。将社会保险争议纳入司法救济的范围。统一、简化、细化、公开认定法律关系。加强对于判决结果执行的监管力度。

4 通过相关部门，建立有效的相关机制，帮助仍有部分劳动能力的伤残农民工重新就业，重新融入社会。将伤残农民工纳入城市残疾人就业保障体系，在残疾人就业，安置等保障有部分劳动能力的农民工再就业。

5. 通过新闻媒体等手段增加整个社会对于伤残农民工这一弱势群体的关注和救助。

希望农村残疾人农民工能够得到更多的社会和政府支持，从而促进经济社会可持续发展的需要，进一步深化巩固执政基础和构建和谐社会的政治任务。

随着对于伤残返乡农民工的现状调查的进一步深入，我们将会获得更为精确的调查数据，这也为我们建立政府主导、相关部门联动配合、全社会参与支持辅助残疾农民工的格局提供切实保障。

保障医院医疗秩序，确保医务人员人身安全

全国人大代表 肿瘤医院结直肠肿瘤外科主任 顾晋

【案由】

继 2011 年哈医大出现杀害医生的恶劣案件后，全国各地医疗机构中摆设灵堂、聚众滋事、威胁辱骂医务人员，甚至故意伤害医务人员等“医闹”事件屡有发生。中国医院管理学会对全国 270 家医院进行的一项调查显示，近年来 73.33% 的医院出现过患者及其家属暴力殴打、威胁、辱骂医务人员的事件，61.48% 的医院发生过病人去世后家属在医院摆放花圈、焚烧纸钱、设置灵堂的事件。

这种暴力行为在很大程度上扰乱了社会的整体治安状况，更重要的是扰乱了医院的正常运行秩序，在医护人员戴起钢盔进行诊疗服务，整日惴惴于他们自身的生命安全、害怕出现医疗事故而采取保守治疗、相互推诿的情况下，他们怎么能够给患者提供良好的医疗服务，那就使更多的患者无法接受及时准确的诊断和治疗，侵害更多人的生命安全权。

2012 年 4 月 30 日，卫生部、公安部联合发出《关于维护医疗机构秩序的通告》，明确警方将依据《治安管理处罚法》，对医闹、号贩等扰乱医院正常秩序的七种行为予以处罚，乃至追究刑责。但是最近，北京、黑龙江等地还是发生多起故意伤害医务人员的恶性案件。

医务人员遭受殴打，杀害事件屡屡发生，广大医务人员的人身安全受到了威胁。医院的就医环境日益恶化。为此，我们呼吁有卫生部，公安部联合加强对医院医疗秩序的监管。

医务人员遭受殴打，杀害事件屡屡发生，广大医务人员的人身安全受到了威胁。医院的就医环境日益恶化。为此，我们呼吁有卫生部，公安部联合加强对医院医疗秩序的监管。

【建议】

(1) 建立和健全医院警务工作站

(2) 依据现行条例严厉打击医闹现象，制止黑恶势力插手医患之间的纠纷，对实施暴力的人员追究责任，对进行不正当报道的媒体及报道者做出相应处罚，对于执法不力的相应人员也要依法处理严厉打击医闹现象

(3) 探讨处理医患纠纷，完善医疗执业风险保障制度

(4) 利用媒体的宣传作用加强对和谐医患关系的宣传力度

(5) 卫生部门应加强医务人员的正面典型的宣传

尽快建立大型医院与乡村医生“手拉手”对口技术培训长效机制的建议

全国人大代表 肿瘤医院结直肠肿瘤外科主任 顾晋

【案由】据卫生部 2003 年发布的数据统计，全国约有乡村医生 106 万人，但从文化程度来看，在 80 年代以前从业的医生中，初中和小学学历的合计占 30%，高中及以下从医者的比例合计为 43.3%。为提高乡村医生的医疗水平，国务院 2004 年 1 月 1 日发布施行《乡村医生从业管理条例》，要求乡村医生至少每两年接受一次培训，但由于人多面广，卫生部门培训经费有限，参加高水平、高质量的培训仍是大多数乡村医生的梦想。但目前乡村医生缺乏培养机制 医学院校的专业设置中至今没有专门培养乡村医生的专业，再加上待遇不落实，养老无保障，以致乡村医生队伍出现断层。近几年，虽然有的省市安排了从应届高中毕业生中择优到医学院校定向培养的名额，招录了一些学生，但还是存在招生难、门槛高、“远水救不了近火”的问题。尤其是这些学生能不能学业有成，可不可以取得执业资质，到什么时候才能真正使用，也存在很多未知。由于人才培养需要一定的周期、配套机制和优惠政策，所以我们必须迅速建立大型医院与乡村医生对口“手拉手”技术培训长效机制，确保乡村医生队伍后继有人，确保农民能享受到最基本的公共卫生服务。

【建议】

（1）尽快确定我国乡村医生的学历定位问题，很多乡村医生不需要很高的专业知识，需要很广的面。

（2）建议医学院或者医科大学建立乡村医学系，就像师范免费生一样，让国家给他们免费受医学教育，定位可以是中专或者大专的水平，毕业直接回到乡村去。

（3）建立各级乡村医生教育的制度，建立有效的管理机制，国家投入有资金保证引导各级医生到乡村服务。各级政府要有优惠政策，统筹县乡一体化管理，县乡轮流派医生的制度可以促进。

（4）建议中华医学会和中国医师协会尽早成立乡村医学专业，作为二级或者三级学会可以推动乡村医师的培训教育和技能的发展。

(5) 由卫生部牵头，针对我国乡村医生的现状，积极协调中心城市的大型公立医院与对口支援城市乡村医生形成“手拉手”结对，建立乡村医生培养实习提高的长效培训基地，由卫生部负责对对口支援培训基地进行定期考核。

(6) 中小城市的中心医院应采用相同办法对行政管辖区域内乡村医生进行手拉手对口技术培训。

(7) 大型医院帮助对口的乡村医院建立完善的在岗继续教育计划, 协助建立医生的”纵向流动”。

(8) 建立县乡两级财政负担乡村医生的继续教育培训费用，进一步减少乡村医生的教育支出和生活负担。

解决“看病难”应注重长远实效（发言）

全国人大代表 第三医院骨科主任 刘忠军

温总理在政府工作报告中客观、准确地概括总结了过去几年来医改取得的主要成绩。全民基本医保体系初步形成，各项医保参保超过 13 亿人，基本药物制度的建立与实施等，都为广大人民群众，特别是为广大病患者带来实惠，受到人民群众的普遍欢迎。从温总理的报告中我们也感受到，政府对医疗卫生事业的投入仍会继续加大，未来医保覆盖的范围会更广，力度会更强，这些信息都使我们增强了进一步搞好医改的信心。然而，按照“十二五”规划的要求，“保基本，强基层，建机制”目标的实现仍然任重道远，医改过程中的一些薄弱环节仍然需要不断调整和加强。从总体情况看，老百姓“看病难”的问题还有待进一步缓解。从现实情况分析，我认为要更好解决老百姓“看病难”的问题，分级诊疗和加强社区医疗工作的力度还需要进一步加强，并且应当从长远规划着眼采取相应措施。

“十二五医改规划”提出的重要任务之一是要“提高基层医疗卫生机构服务能力。建立健全分级诊疗、双向转诊制度”做到“明显提高基层医疗卫生机构门急诊量占门急诊总量的比例”即，伴随医改进程，患者就医的趋势应当逐步转变为通过分级诊疗实现“病有所医”。然而近两年来，患者舍近求远，直接涌向三甲医院就医，以及边远地区患者涌到中心城市大医院就医的势头并没有得到有效遏制，三甲医院的门急诊量不降反升。以我工作所在的北京大学第三医院为例，2010 年门诊总量为 243 万人次，2011 年达到 276 万，而 2012 年则超过 323 万。作为一家三甲医院这样的数字无疑是工作业绩，而从完成“十二五医改规划”的大局着眼，这样的数字或许更应该引起深思。这种状况如果持续，一方面可能会加剧患者住院难，另一方面则容易促使三甲医院盲目扩大规模。这两方面情况的出现恐怕都不符合医改的方向。我们知道，按照我国医疗卫生事业发展的需要，三甲医院应当把更多的精力放在疑难杂症和重症诊断和治疗的研究上，放在常见病诊疗路径和诊疗规范化的研究上。

解决分级诊疗问题既需要政策和制度，也需要制度的强有力推动，希望在今后几年里相关工作能够不断加强。事实上各地在建设和加强基层医疗卫生服务体系方面都作了很多工作，据我了解，北京市在这方面工作就做得比较深入，很多举措都走在了全国的前面。但我认为，仅仅按照目前对基层医疗卫生体系建设的

投入力度和方式，可能仍很难完全实现“十二五规划”所提出的目标。实现分级诊疗，引导患者就近就医，并最终彻底缓解“看病难”，更重要的因素是医师队伍整体水平和能力的提高。“看病难”说到底还是看专家难，看信得过的医生难，客观上，医生水平参差不齐在很大程度上降低了病人对有些医生的信任度，增加了患者直接到大医院就医，以及多次重复就医的比率，无论直接到达医院就医还是重复性就医都在客观上加剧了“看病难”现象的存在。借鉴发达国家医生培养的经验，在全国范围内建立完整的专科医师培训体系，加强医师的培训和执业准入，可能是提高医师队伍整体水平的必由之路。“十二五医改规划”中提出了要加强全科医师培养和住院医师规范化培养，这方面北京、上海等地做的较好，并取得不少经验，国内很多地区相关工作还比较薄弱。实际上，要真正提高医师队伍的整体能力和水平，只做好全科医师培训和现行的住院医师规范化培训可能还不够，按照目前国民经济发展的水平和经济实力，到了应当开始筹划并着手建立全国范围内专科医师培训体系的时候了。

总之，在推进医改过程中，应当高度重视医师队伍整体水平和能力的提高，建议政府加大对医师培训的投入，通过专科医师培训体系的建立来实现提高医师队伍整体水平的目标，从长远实效上解决老百姓“看病难”的问题。

北京市、区政协委员、人大代表篇

落实“京十八条”，鼓励公立医院与社会资本合作进行多元化办医探索

北京市政协常委 肿瘤医院院长 季加孚

问题和分析：

2012 年，北京市公立医院改革进入实际阶段，沿着“探索两个分开，建立三个机制”（管办分开、医药分开，以及财政价格补偿调控机制、医疗保险调节机制、医院法人治理运行机制）这一改革思路，全面落实完成了 260 项医改任务，推动首都医改取得了显著的阶段性成果。

在肯定北京市医改取得的成绩的同时，我们同时看到，从优质医疗服务的供需平衡角度看，当前依然存在政府办医疗资源总体相对不足，地区间医疗资源分布不均、人民群众多元化的健康需求无法得到满足等等问题。距离习总书记提出的为人民群众提供“更高水平的医疗服务”的目标尚有很大差距。

为了补其不足，国家和地方已经充分意识到在不增加公立医院总体规模的前提下，鼓励社会资本多元化办医的必要性。从国家层面，自 2000 年至今，密集出台十余项相关政策。国内超过二十个省市也出台了相关的配套实施细则。北京市最近出台的“京十八条”，更从放宽准入、医保资格、成本、税收、职称和科研学术等六个方面进一步放宽社会资本举办医疗机构的准入范围，积极引进有实力的企业、境外优质医疗资源、社会慈善力量、基金会、商业保险机构等举办医疗机构。但是目前优质的医疗资源主要集中于公立医院系统内，医疗人才尚未形成完成从身份管理向资格管理的转变，缺乏流动性，因此社会资本办医缺乏与公立医院的协同合作，很难形成规模。

同时，如何能将公立医院目前普遍存在的非公益性的服务剥离出来，强化其服务基本医疗的公益属性，也是改革的重要目的。《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》中提出扭转公立医院逐利行为。因此从推进公立医院改革，加强公益性的角度，也存在明确的与社会资本合作，剥离非公益性业务，同时实现国有资产增值的需求。但是没有社会资本擅长的企业化经营平台，剥离

出来的非公益性业务缺乏落脚点。

因此，鼓励社会资本多元化办医和深化公立医院改革加强公益性的两条主线的交汇点，即公立医院与社会资本的合作具有重大的探索意义和必要性。但是在操作层面上，目前缺乏比较清晰的政策、模式、路径和风险控制机制，特别是对于可能会涉及的产权改革、国有资产保值增值等核心问题从主管部门存在顾虑，影响了改革的进程，导致了两条改革主线“井水不犯河水”，缺乏联动和协同，影响了整体医改的效果。

建议：

以进一步深化公立医院改革，加强公益性，并客观上推动社会资本多元化办医，最终推动医改整体进程为战略目标，以“尊重实践、尊重创造，鼓励大胆探索、勇于开拓，聚合各项相关改革协调推进的正能量”为指导方针、以“先行先试、非禁即入”为实施原则，鼓励部分有条件、有意愿的公立医院与社会资本进行合作办医探索，在政策上给予改革试点支持。在对外投资决策机制、资产评估办法、持股比例、医疗人才流动性管理、各委办局联合行政审批绿色通道等方面给予政策支持和清晰的路径，并希望通过试点，总结经验，形成模式，批量激活推广，出台落实“京十八条”的具体办法，从放宽准入、医保资格、成本、税收、职称和科研学术等六个方面进一步放宽社会资本举办医疗机构各项措施。

重视癌症发病增长趋势，多举措提高恶性肿瘤发病监测工作

北京市政协常委 肿瘤医院院长 季加孚

问题和分析：

恶性肿瘤已逐渐成为我国居民首位死因，发病率和死亡率还在以每年 3% 的速度快速增长。据 2010 年卫生部推算，每年新发肿瘤病人约 360 万，因癌症死亡人数高达 230 万。恶性肿瘤的死亡人数已占到国民死亡人数的 25%。

以北京市为例，十年前癌症发病率不足 200/10 万，2010 年升至 301.93/10 万，新发病例已达 3.7 万例，癌症已经连续 5 年成为北京市居民首位死因。。

北京市癌症发病率逐年升高与人口老龄化、居民生活方式改变、医疗诊断水平提高均密切相关。可以预计今后十年，肿瘤发病率将会进一步升高。可见，北京市恶性肿瘤的发病监控以及筛查工作任重而道远。建议完善和巩固肿瘤发病监测工作，加大政府补贴力度，建立恶性肿瘤筛查的长效机制。

建议：

1、加强北京市癌症发病监测工作，完善癌症发病登记系统。

(1) 要求各医院强化上报意识，严格落实上报制度，各医院上报肿瘤数据的质量应纳入医院年终考核。

(2) 加强信息化建设，包括北京市癌症患者数据库与社区健康档案、医保数据、CDC 慢病数据库等对接，建立癌症发病的预警机制。

(3) 严格落实患者随访制度，将患者随访工作纳入各区县疾控中心的绩效考核。

2、加大政府补贴力度，建立恶性肿瘤筛查的长效机制。

早期诊断和早期治疗是减轻癌症危害最重要的手段。探索适合今后全市癌症发病的筛查体系，提高早诊率。针对目前不能全民覆盖癌症筛查的局面，指定医保部门出台政策，针对北京市常见的肺癌、乳腺癌、上消化道癌和结直肠癌以及增长最快的甲状腺癌，实行高危人群体检部分报销制度，体检部门可以由医保指定的有肿瘤专业体检资质的医疗机构承担，同时广泛利用各类媒体宣传正规体检的作用，鼓励居民早发现早治疗。

3、针对北京市发病和死亡最高的肺癌，建议颁布北京市控烟条例，将公共场所禁止吸烟纳入地方法规，针对涉及的个人、单位和场所制定明确可操作的执行处罚条款。

关于落实社会资本办医、规划民营医院设置的建议

北京市人大代表 北大医院眼科主任医师 李海丽

为了逐步打破垄断状况，实现“以公有制为主体，实行多种形式办医”的格局，政府鼓励社会资本进入医疗卫生领域，这是医疗卫生体制改革的一个方向。2010 年国务院办公厅转发了发改委、卫生部等《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》，此后，北京市政府办公厅印发《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构若干政策的通知》（京政办发【2012】35 号），即“京 18 条”。

与其他省市相比，北京市医疗需求层次更加复杂，每年有几千万全国各地患者到北京就医，不断增长的多元化医疗服务需求促进了北京医疗机构的快速发展。目前数据显示，北京共有医疗机构 9699 家，其中社会办（即民营）医疗机构达 3175 家，占北京全市医疗机构总量的比重达到 32.7%；医疗机构中，医院 569 家，年诊疗人次达 1.6 亿，其中民营医院 293 家，占全市医院总数的 51.5%。

尽管民营医院数量超医院总数的一半，但其床位数仅占 11.03%、医疗人次占 8.45%，和国务院“十二五”医改规划提出的“到 2015 年，非公立医疗机构的床位数和服务量均达到医疗机构总数的 20%”的总体目标，尚有很大差距。

一、民营医疗机构存在的问题

中国民营医院的快速发展，顺应了医疗改革的要求，在一定程度上弥补了公立医院的不足，但是，民营医院的发展尚处于初级阶段，很多问题有待于完善。

目前北京已有的民营医疗机构普遍存在规模小、人才不足、队伍不稳定、医疗服务能力有限、管理水平和医疗水平有待提高、良莠不齐、社会信任度差、发展后劲不足、缺乏指导和监管等问题。

由于民营医院发展较快，而相关的配套措施不足，导致民营医院的审批、运营、生存和发展等存在很大困难，社会办医疗机构普遍反映的问题有：政策不平等、准入难、进入医保定点难、人才缺乏、指导和监管不到位等。在具体工作中，卫生行政部门很少考虑到民营医院，在专业技术人员职称晋升、学术交流、科研等方面时常被卫生行政部门和学术团体遗忘。有些医院运行时间不长，管理者对相关法律、规范较为陌生，迫切需要得到管理部门的指导、帮助，但一些卫生监督人员存在偏见，工作中指导少、处罚多。有些医院为了招揽病人，登出自毁形

象的虚假医疗广告；甚至有些非法行医，或欺骗病人。

二、民营医院的成功经验

去年6月，我们参加了卫生部在武汉召开的“加快推进社会资本办医的现场经验交流会”，参观了武汉很知名的、民营的亚洲心脏病医院和爱尔眼科医院，此后，为了深入了解关于社会资本办医的医疗机构设置规划、审批流程、优惠政策和监管措施等，我随朝阳区卫生局一行到深圳和苏州做了调研和交流，参观了几家较成功的民营医院，如暨南大学附属深圳华侨医院、上海交大医学院苏州九龙医院和独墅湖医院。总结这些民营医院的成功经验，主要有：1．政府支持。如果民营医院做到能补充政府资金投入不足、医疗资源的匮乏，就能得到当地政府的大力扶持，在准入、医保、税收、水电收费等方面都能得到非常优惠的政策。2．与大学附属医院或著名三甲医院合作。为了快速解决人才引进、医疗技术提高、规范管理、吸引病源等问题，民营医院一定要取得公立医院的支持和指导，这是民营医院健康快速发展的最好途径。3．贴近百姓，服务民生。民营医院的收费、服务等应该满足老百姓的需求，或者是满足一定群体的需求。民营医院也要多做社会公益活动，为弱势群体做贡献，扩大其社会影响力，树立其正向的社会形象。

三、更好更快落实社会资本办医的几点建议

要完成非公立医院发展的“十二五”目标，必须充分认识民营医院在整个医疗资源优化配置中的作用，努力创造公平竞争环境，扫除民营医院发展的体制障碍。

1. 市政府和卫生局等部门将民营医院的设置纳入城市建设规划和医疗机构设置规划。卫生局指导下，各个区县卫生行政部门做好本地区的医疗机构调查研究，根据调研结果，统筹设置、规划、引导今后民营的规模、定位等。

2. 进一步细化、完善、落实各项政策。如破除社会办医疗机构的准入障碍，规范审批，简化方案，准入条件应该与公立医院相同。在土地、税收、水电、人才流动、学术、职称等方面加大扶持力度，给予更大的优惠。完善医保定点准入和退出机制。

3. 引导社会优质资本发展高端医疗或规模较大的民众医疗，提高民营医院的质量，为进一步引导病人分层医疗奠定基础。目前，北京缺乏的不是民营医院，

而是优质的民营医院，或高端、或国际化、或规模足够大的民营医院，前两者主要面向白领、金领或国际人士，后者主要面向广大普通百姓。

4. 牵线搭桥，鼓励支持民营医院与公立医院结对子，或成立医疗联盟，得到公立医院的对口支持和帮助，以解决其人才缺乏、医疗技术水平不高的问题。

5. 鼓励民营医院做大做强，和公立医院优势互补、错位发展。

6. 有关管理部门帮助民营医院发现问题，进行指导，为民营医院的发展提供更好的服务。同时各部门要协调配合，加强医疗质量的监管力度，

7. 给予社会办医疗机构与公立医疗机构平等待遇。要求卫生行政部门和学术团体应对公立医院和民营医院一视同仁。

关于解决临床用血紧张问题的几点建议

北京市人大代表 北大医院眼科主任医师 李海丽

近年来，我国各大城市频繁出现“血荒”，即献血量增速赶不上临床用血量增长导致临床供血紧张。卫生部统计显示，近年来，全国采血量年均增长 12.6%，仍然不能完全满足临床用血需求。尤其是北京市尤为突出，因为每年有几千万全国各地患者到北京就医，手术量大、复杂手术多、血液需求量大，临床用血需求是逐年上升，而献血量下降。

一、献血量的不足主要表现为街头献血量的下降和单位团体完不成献血任务。

（一）街头献血量急剧下降

以朝阳区为例，2011 年朝阳区献血总量与 2010 年同比下降 23%。其中：街头献血下降了 27.5%（23677 单位，200 毫升/单位）。

街头鲜血下降的主要原因可能有：1.繁华地段（重大商业区）不支持安置街头献血车，找各种原因婉言谢绝；2.献血车少，如果安排单位团体献血，就要取消街头献血车的停放，影响街头献血量；3.信任危机。“郭美美事件”严重影响到公益事业诚信度，“血浇鲜花”照片事件更市引发信任危机；4.政策支持不够。包括：献血者不能优先用血，报销血费程序复杂等。

（二）单位团体献血困难重重

以朝阳区为例，从下表可以看出：2007～2010 年北京市下达的献血任务呈逐年递减趋势。由于 2010 年几次“血荒”，造成临床用血频频告急。2011 年，北京市下达任务较 2010 年大幅增长 80%；2012 年比 2011 年增长 26.5%。任务量的不断增加，给工作带来严重压力，可谓是困难重重。

年 度	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
任务数	7800	7500	6002	5126	9249	11699
完成数	9861	4141	6575	7519	9574	2794
完成比	126%	55%	110%	146%	104%	24%

表 1：朝阳区 2007-2012 年献血数据表

目前面临的难题：

1. 近几年，由于机构改革，“关、停、并、转”单位多，朝阳区目前管理单位由 2007 年的 925 家，减少到 537 家。管理单位少了，献血量必然下降。

2. 2006 年下半年起，北京市全面推行自愿无偿献血制度，献血由指令转为自愿，且取消长休假高补贴，且不再与精神文明挂钩。多数单位认为自愿献血就可献可不献，找各种理由推迟或拒绝献血，致使工作开展愈加困难。

3. 淡季献血工作难以进行。1、2、7、8 月份高校放假，又是高寒、高温季节，街头献血量减少，尤其是 1、2 月份正值两节期间，动员单位献血愈加难以安排。

二、建议

1. 加大对无偿献血的正面宣传力度。一方面宣传献血的安全性，让市民对无偿献血有正确的认识。另一方面也增加献血程序和使用的透明性。统计结果显示，2011 年中国人口献血率只有 0.9%，低于世界高收入国家的 4.54%和中等收入国家的 1.01%。公众之所以不愿意献血，55.75%的受访者认为献血用血机制不透明，无偿献血可能被牟利；34.4%的受访者认为献血对身体不利，担心采血不安全。在采供血机构看来，消极舆论也使献血者积极性受到影响。

2. 加大对献血的支持力度。例如全市统筹规划设置献血点，选择好的场所，固定地点。

3. 恢复以系统为单位管理团体献血工作。即：以各部委、集团为单位，组织团体无偿献血，可以将无偿献血与创建精神文明单位挂钩，从而加大管理力度。建立机关团体应急无偿献血队伍，公务员带头献血，很可能是一个有力措施。

4. 加强对临床用血工作管理。杜绝浪费血液现象，提倡科学、合理、安全用血，从而减少献血压力。

5. 加大表彰力度。各部委、集团除完成献血任务外，还要积极举办形式多样的宣传活动，及时报送信息、总结，方可参与年度献血工作先进单位与先进个人的评选，成绩突出系统，追加奖励。

6. 完善献血补偿机制。虽然献血制度规定个人献血数量达到一定数额时自己或者亲属本身将享有优惠甚至免费的输血回报，但实际操作中，各个相关部门推脱这些责任，让义务献血的人心凉。

7. 修改《献血法》，建立几个制度。包括安全前提下保质保量的采血制度；激励制度；管理制度（政府管理、血液机构的管理、医疗机构的管理、保障机制）；信息平台制度；临床用血制度等等。

关于西城区尽量减少无机性融雪剂使用的建议

西城区政协委员 第一医院皮科副主任 涂平

问题：

每逢冬季降雪后，城市主要道路的除雪就成为有关管理部门的急迫任务。为了尽快清除路面的积雪并防止其结冰，我区目前仍广泛采用无机性融雪剂。此类融雪剂对环境有明显的损害，如抑制植物生长、污染地下水源、腐蚀路面、排水管路等。这不符合建立环境友好型社会的要求。

分析：

目前北京又进入冬季降雪季节，如12月13日和14日的降雪，由于机械除雪的能力有限，所以我区仍在广泛使用无机性融雪剂。此类融雪剂主要是氯盐类（氯化钠，氯化钙，氯化镁），并常含有亚硝酸盐类物质。此类融雪剂对环境有明显的损害作用，如抑制植物生长、腐蚀路面、排水管路、车辆机械、污染地下水源等。

建设绿色北京是今后我们的重要任务之一。西城区作为北京的首善之区，应当带头实践科学发展观，建立环境友好型社会。因此，尽量采用环保的除雪措施是今后需要逐步解决的问题。

建议：

1. 增加有机性融雪剂的使用比例（当然此类融雪剂的价格相对较高）。
2. 督促落实门前三包的责任制，动员更多社会力量，人工除雪。
3. 改进、创新除雪的机械设备，提高机械除雪效率。
4. 政府购买一些人工除雪服务。

关于加强海淀区慢性复杂性疾病卫生宣教的建议

海淀区政协委员 基础医学院副院长 管又飞

问题及分析：

改革开放以来，随着我国经济快速发展和人民生活水平的不断提高，人群疾病谱发生了巨大的变化，慢性复杂性疾病的患病率逐年攀升，已成为社会经济和家庭医疗支出的沉重负担，最常见且危害严重的包括：糖尿病，脂肪肝，高脂血症，高血压，肥胖，慢性呼吸道阻塞性疾病，骨质疏松，心脑血管疾病、慢性肾脏疾病，心理疾病和恶性肿瘤等。

海淀区是北京市经济、文化和教育重地，高科技企业、高级技术人才密集，工作和生活压力远高于一般人群。工作负荷重、生活节奏快，膳食结构不合理、作息不规律等多种因素，均导致了慢性复杂性疾病的高发。慢性复杂性疾病严重影响患者的生活质量，同时对工作和社会发展具有相当的负面的影响。很多国家级人才英年早逝或疾病缠身，导致一大批高级人才的浪费。因此，有组织、有针对性的对大众进行相关疾病的卫生宣教和疾病预防意义重大，且十分迫切。对患者和潜在的疾病人群进行健康指导，将能更好的促进海淀区经济、教育和文化建设的发展。

建议：

第一，组织专门人员与企业、学校等单位联系，建立海淀区中高级人才的健康档案。

第二，每年进行健康随访，发现疾病的高危人群，为之提供重点的医疗服务。

第三，定期在企业、学校密集区组织相关专家进行相关咨询和疾病防治指导。

第四，整合海淀区的医疗资源，如海淀区所属，教育部、卫生部所属，以及北京市所属的各级医院，包括社区医院，共同完成对大众的健康宣教和疾病咨询。

关于稳定基础医学教师队伍，关注后备医学人才培养的提案

海淀区政协委员 基础医学院副院长 管又飞

问题：

高等医学院校基础医学师资队伍严重流失，日渐萎缩，且非医学专业背景的师资队伍比例越来越大，严重削弱了我国优秀医学人才的培养，阻碍了医疗卫生事业的发展，并将对我国医疗卫生体系的改革带来非常负面的影响。

分析：

基础医学是中国医学教育教学的特有形式，进入医学院校的本专科学生将首先学习包括解剖、生理、生化、药理、病理等在内的基础医学知识，随后才进入教学医院接受临床医学知识的学习和诊疗技能的培养。因此，基础医学阶段的教育教学是整个医学及医学相关学科人才培养的基石，其教学质量将直接影响医疗卫生人才的能力和素质。然而近三十年来，市场经济的飞速发展，行业待遇差距日益扩大（以北大为例，博士毕业研究生如在北京从事基础医学专业工作，每月所有收入只有 3500 元左右），导致从事基础医学教育教学及科学研究的队伍严重流失，日渐萎缩。同时，过度强调科研的政策使很多医学院校大量引进没有必须医学知识、非医学背景的科研人员，如生物学、农业、畜牧业、化学等，进行医学基础学科知识的讲授，导致医学生的学习内容与医学知识严重脱节，从而极大地制约了我国医学人才的培养和医疗卫生事业的发展。

建议：

第一，从国家层面扶持、从战略高度支持基础医学学科的建设发展。切实提高医学院校教师待遇，稳定现有教师队伍；

第二，改革职称评审体系，提升医学教育教学地位，鼓励教师钻研教学；

第三，明晰基础医学专业定位，加强后备人才队伍培养，吸引专业人才。

关于缓解大钟寺中鼎大厦路段交通拥堵的建议

海淀区政协委员 医学部科研处 汪立

联想桥东南侧大钟寺中鼎大厦路段分布着多所培训学校的教学点和中坤广场等众多商铺，因而车流人流相对集中，这一路段经常发生严重的交通拥堵，特别是每晚八九点钟和周末的十一点以后。拥堵严重时甚至影响到该路段对侧东向西方向的交通，东向西方向三环辅路上等待调头往东的车辆排成了长龙，往往要花费半小时以上的时间才能够到达一条马路之隔的近在咫尺的中鼎大厦，这继而也影响了东向西方向三环主路出口和辅路的交通。

北京的交通拥堵可以说是个顽疾，但不同路段的拥堵各有其不同的原因。中鼎大厦在三环路边，不远处就是公交车站和城铁站，交通非常便利，一些培训学校在这里设置了教学点，一些商铺也相继开张了，但随之而来的，是这里的交通拥堵越来越严重。特别是每逢上下课的时段，前来接送学生的车辆在短时间内集中增多，而中鼎大厦自身的停车场地有限，因此许多家长便把车辆停在行人步道上、自行车道上甚至是靠外侧的行车道上等候，这样一来原本不宽的辅路变得更窄了，再加上中鼎大厦西侧不远处就是一个丁字路口，公交车，社会车辆，自行车和行人都在这同一条变窄的路上通行，拥堵状况可想而知。每逢周六周日高峰时间在这里总可以看到交警疏导指挥忙碌的身影，非常辛苦，但感觉似杯水车薪。

基于以上情况，建议如下：

1. 设立醒目的交通标志，明示该路段禁止停车，并加大对大违法停车的处罚力度。

2. 配备人力（交警和交通协管员、停车场管理人员等）加强停车场的管理，引导前来的车辆尽快进入停车场。

3. 对中鼎大厦的停车场进行适当的调整和改造。目前的状况是 A、B 座拥有各自的停车场，中间有护栏相隔不能互通，每个停车场各有一个入口/出口。如果把这两个停车场打通，重新规划出入口的位置，变为单向入口/出口，可能会提高停车场的利用率。

4. 中鼎大厦附近中坤广场地下停车场面积较大，而且停车免费。在自身停车场饱和情况下可以考虑引导进场车辆经四道口北街进入中坤广场停车。

整治交通拥堵是一项系统工程，希望通过各方的共同努力使这一路段的拥堵状况得到适当缓解。

完善帮扶机制，关爱失独家庭

海淀区政协委员 医学部科研处 汪立

所谓“失独”家庭是指独生子女家庭的子女在青壮年时期因为疾病、事故、天灾等等原因过早离世的家庭。值得关注的是，这个特殊群体的人数在逐年上升，据卫生部出版的《2010 中国卫生统计年鉴》的数据显示，“失独”群体正以每年新增 7.6 万名的速度日趋庞大，目前全国失独家庭保守估计也已超过百万。另有数据表明，北京市的失独父母人数已达 7000 余人，涉及 3000 多个家庭。失独家庭以“弱势群体”的形象进入公众视野，成为我们当前社会管理工作中必须面对的特殊问题。

由于失独，原本在社会上正常生活的一群人变得脆弱、受伤和绝望，巨大的精神打击极大影响了他们的身体和心理的健康，加上对疾病和养老等现实问题的忧虑等等，使得他们终日痛苦不能自拔。他们需要全社会的共同关爱和帮助。针对这一情况，我国早在 2001 年底颁布的《人口和计划生育法》中就明确规定：“独生子女发生意外伤害、死亡，其父母不再生育和收养子女的，地方人民政府应当给予必要的帮助。”2007 年我国出台的“计划生育家庭特别扶助制度”规定，年满 49 周岁、失去独生子女的父母，按照规定可以每人每月领取不低于 100 元的扶助金。在北京，这项补贴自 2008 年开始发放，数额为每人每月 200 元，直至亡故。此外，根据北京各区县情况，独生女子亡故后，女方年满 55 周岁，男方年满 60 周岁，可一次性领取 5000 元到 10000 元不等的补贴。以上规定在经济上对失独家庭给予了一定的帮助，但在实际操作中相关制度有待完善。此外，失独家庭尚需来自于社会的全方位的帮助。

值得高兴的是，目前已经有一些尝试性工作正在推进，如北京市计生委的心灵家园工程，我区也制定了针对该项工作的详细实施方案。此项工作的对象中就涵盖了失独家庭。

基于以上现状，建议如下：

- 1、针对已有的政策和法规，制定符合海淀区特点的具可操作性的实施办法。从制度上为失独家庭提供保障，形成整体关怀的氛围。
- 2、设立专门机构归口管理失独家庭相关工作，及时给失独家庭以帮助，使之求助有门。
- 3、采取适当的形式进行本区失独家庭普查，在此基础上针对“失独家庭”

的不同特点进行分类帮扶。对于经济能力较强，可以重点在精神层面上予以帮助，如开展心理辅导、义务巡诊、临终关怀等多元服务；对于经济困难者，可通过设立失独家庭帮扶基金等手段加大经济资助力度，使其老有所养病有所医。

4、政府出面或组织社会力量兴办专门针对失独人群的养老机构。对于社会力量兴办的失独养老机构政府给予适当的政策支持。修改当前实行的入住养老院须担保人签字等条款，降低无担保人员入住门槛，切实解决失独家庭养老需求。

5、充分发挥本区优势，借助驻区大专院校的力量，组织青年志愿者队伍，成立关爱“失独”家庭工作站，在对志愿者进行心理、医学、沟通方法等相关知识培训的基础上，通过上门走访、“爱心儿女”等方式，为失独家庭排忧解难，弥补缺失的亲情，摆脱心理的阴影，慰藉失独生活。

6、多种形式为失独家庭搭建沟通交流的平台，如开通专栏，建立 Q 群，积极组织社团、文娱等群体活动和社会公益活动，使失独家庭成员能够在活动中加强交流，充实生活，娱乐身心，融入社会。

总之，失独家庭的出现是个新问题，对社会管理创新提出了挑战和要求。解决这一问题需要拓宽思路，综合施治。

发挥大型医院综合优势，加快海淀区医疗服务优质均衡发展

海淀区政协委员 第三医院麻醉科主任 郭向阳

一、情况说明：

随着海淀区城乡一体化建设进程的快速推进，人口结构改变及北区大型居民区的形成，北区在公共服务方面的综合规划是否良好不仅为北区本身的发展，而且对海淀整体和谐发展至关重要。在医疗方面，如何充分利用区内有限的医疗资源，为北区人民群众提供更方便优质的医疗卫生服务，是目前海淀区医疗卫生领域的重要问题。

医疗卫生体系的合理配置及服务水平是关系国家发展和人民群众切身利益的重大问题，也是构建和谐社会的重要组成部分。随着人民生活水平的不断提高，人民群众对自身健康关注程度的加大，对医疗服务水平的要求越来越高，如何改善医疗卫生体系的配置，提高医疗卫生服务的水平，实现医疗服务优质均衡发展，以满足人民群众日益增加的需求已成为当前亟待解决的重大社会问题。

二、存在问题：

1. 海淀区人均医疗资源占用率低：2010 年海淀区常住人口 328.1 万人，占北京市总人口的 16.7%，而辖区内医疗机构数目仅占全市的 11.4%，卫生技术人员占全市的 13.9%。北京市现有三级医院 51 家，海淀区内 8 家（含专科医院 3 家），仅占 15.7%。海淀区人均医疗资源及优质医疗服务覆盖率都低于北京市平均水平。

2. 海淀北区规划中缺乏大型医院：目前正在建设中的北区配套医疗体系建设中，优质医疗资源如大型三甲医院短缺，有可能影响对高端人才的吸引力，从而限制北部地区的发展，影响建设国际一流城市战略规划的实现。

3. 现有驻区大型医院缺乏发展空间：中央驻海淀区的一些大型医院（如北京大学第三医院），在海淀区医疗服务体系中起着重要的支撑作用（如技术支持、人员培训以及应对重大突发医疗卫生事件等）。但长期以来医院发展用地及建设经费严重不足，医院及周边交通环境较差，导致患者就医硬件条件严重滞后，在一定程度上制约了海淀区战略规划的实施。

三、意见建议：

1. 利用现有驻区大型综合医院（如北京大学第三医院）的综合优势，以托管

或共建方式，帮助北区建设医疗体系，为海淀区人民群众提供更优质的医疗卫生保健服务。

2. 打破行政管理壁垒，加大对驻区大型优质医疗资源医院的支持力度，包括医院发展用地、建设经费及周边交通和环境的治理等。

强化北京大学第三医院与海淀医院合作共建，加快海淀区医疗服务优质均衡发展

海淀区政协委员 第三医院麻醉科主任 郭向阳

一、情况说明：

2011 年本组委员曾提出”发挥大型医院综合优势 加快海淀区医疗服务优质

均衡发展”提案，得到海淀区政府的高度重视，启动了北京海淀区医院与北京大学第三医院的合作共建工作，对提升海淀区医疗服务能力起到了积极的推动作用。但受到机制，体制等多方面的原因，这种合作和共建尚未取得实质性进展。

二、存在问题：

目前合作共建仅停留在意向层面，亟待推进；

三、意见建议：

由区政府主导，有计划、步骤全面开展共建合作，为海淀区人民群众提供更优质的医疗卫生保健服务。

关于在海淀区花园北路（北京大学第三医院）附近修建公共停车场的建议

海淀区政协委员 第三医院院长 乔杰

一、情况说明：

北京大学第三医院（北医三院）是卫生部大型三甲医院，每年收治大量来自海淀区、北京市及全国各地的患者，门、急诊、住院及手术患者量均在北京市名列前茅，是海淀区疑难重症的转诊治疗中心，在海淀区及北京市医疗服务中起着重要的作用，也为海淀区的经济建设和整体发展提供了重要保障。但由于北医三院位于海淀区花园北路，道路相对狭窄，加上医院周边没有公共停车场，导致道路拥挤不堪。患者不能及时到医院内就医，在很大程度上加剧了患者看病难的现状，特别是严重影响危重病人及时有效的抢救，已成为关系到海淀区民生和社会保障的重大问题。长期以来，海淀区政府各级领导及主管部门给予了高度重视，但该问题一直未得到有效解决。随着北医三院的发展，来医院就诊患者的不断增加，花园北路拥挤问题更加突出，亟待得到有效的解决。

二、存在问题：

1. 花园北路拥挤涉及城管、交通、市政等多个环节，单一部门处理很难凑效；
2. 医院周边没有公共停车场，加剧了道路拥挤；

三、意见建议：

1. 由区政府组织城管、交通等多部门联合办公，综合治理；
2. 根据患者流量统计测算，在医院周边规划、建设相应规模的公共停车场；

加强医疗风险管理，调动医生积极性，让人民群众受益

海淀区人大代表 北京大学口腔医院教授 谢秋菲

医疗卫生改革是整个中国经济和社会体制改革的重要组成部分，是维护十几亿人民健康福祉的重大民生工程，也是推进经济社会建设、扩大内需的重大发展工程。党中央、国务院高度重视医改工作，颁发了《关于深化医药卫生体制改革的意见》，明确了医改的指导思想、总体目标、基本框架和政策措施。国务院出台了《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》，确定了医改的五项重点任务。医改实施两年多来，取得了明显进展和初步成效，为下一步改革打下了好的基础，同时还存在一些亟待解决的问题。主要情况分析：

一、大医院就医难仍需改善

由于优质医疗资源的严重短缺，北京各大医院人满为患，患者挂号排队长、住院难、就医难，医生工作量大、责任大、压力大，这是大城市公立医院的共同问题，是医改深入进行亟待解决的难题。过去医保制度不健全，一些群众有病看不起、不去看；现在随着医保制度不断完善，看病人数大幅增加，医疗卫生需求明显释放。近年来各大医院的工作量不断增加，就诊人次逐年递增，各医院不等，增幅大约10%。一个三甲大型医院医生一上午看的病人多则四、五十人，少则三十几人。在如此繁忙的工作情况下，医疗风险也有不断增加的趋势。如何改变大医院病人多，加强基层医院服务能力？如何有效地进行医疗风险管理，保证医疗质量？这是社会民众的普遍关注问题，同时也是医疗机构重点解决的问题。

二、加强对基层医院和私立医院医疗安全的监督

随着医改的深入，中央已多次提出中国将构建多元办医格局，鼓励社会资本举办医疗机构，加快发展非公立医疗机构，与公立医疗机构相互补充、相互促进，形成公立医院改革的外在推力。在中央的政策贯彻下，今后会出现更多的非公立医疗机构。对于这些医院的管理和督查是保证患者能够得到安全、合理的诊疗的重要工作。

今年，卫生部办公厅对部直属各单位进行安全检查，对部属部管医院进行抽查，有力地促进了个大医院整改。对于私立医院和基层医院或诊所，卫生监督部门同样要加强的督察，甚至对重点项目要加大检查力度，包括：是否按照医疗规范行医、院内感染控制和消毒灭菌的监测、医疗规章制度的健全、应急预案等。

我们还应该注意到,近年来随着卫生监督部门打击无证行医行动的持续开展,社会上的无证黑诊所有所收敛,但在一些农民工聚集的地区,这类黑诊所仍存在关了又开,屡禁不止的现象。解决农民工看病难问题,需要卫生监督、公安、工商等部门联手打击黑诊所,规范市场秩序。单纯打击黑诊所只是治标不治本,如何尽快为农民工建立相对完善的医疗保障体系才是问题的关键。

三、改善医生待遇, 提高医生积极性

曾经有医师报、搜狐健康、丁香园和医师网在全国范围内对医师作了调查。调查结果显示:“改善医生待遇, 提高医生积极性”排列首位,“公立医院改革”位列第二,位列第三和第四的分别是“完善执业医师法,保障医师权益”和“改善医患关系的切实举措”。针对1000多名医务工作者所作的调查结果显示,医生最关注的问题是自己家庭的幸福安康,其次是让社会多关注医务人员,排在第三位的则是改善医疗环境和医患关系。关系医生业务能力的“个人及科室医疗水平的提高”仅排在第四位。调查结果表明,目前很多医生不再关注医术提高的重要性,而是更多关心自己家庭的幸福安康。医疗纠纷引发的伤害医护人员事件频发,造成了医护人员的恐慌,医患关系的紧张和信任危机对医生行业产生了较大的负面影响。而且,医学院的学生平时要看的书也比其他专业的同学要多,最少要学5年,多的要8年,但工作后的收入却跟金融、IT等行业落差很大。这些不利因素的持续下去,医生行业受到打击,最终受害的将是患者。

最近,李克强副总理在与“最美乡村医生”座谈中,乡村医生普遍反映的“收入低、医疗风险大、没有养老保险、缺乏学习培训机会”。如何发挥基层医院的作用,确保患者在基层能够得到放心和合理的治疗,医生是主要因素。因此,在医疗卫生体制改革中,提高医护人员收入,合理地体现医疗服务的价值,提高医生积极性,是不可缺少的改革环节。

卫生管理部门应采取有效措施解决上述问题, 建议解决办法:

1. 健全基层医护人员专业教育与培训制度。对在职的医护人员进行继续医疗教育与培训,确保医护人员具备较高的专业技能,使多发病、常见病在基层医院能够得到很好的治疗,降低大医院对普通疾病的收治率,集中医疗资源更好地治疗复杂病、疑难病。

2. 临床督导。卫生管理部门要设有完善的督导制度,加强对非公立医院和诊

所、基层医院、卫生所的检查与督导，保证医疗服务的质量，降低医疗风险。

3. 加强临床审核。审核包括：①临床部门要依照临床路径与守则为患者诊疗，并收集临床成效指标。②定期举行临床审核会议，对病人的死亡率、发病率及临床工作监督。③临床部门设有院内感染的检测与控制的制度和措施。④建立健全事故申报制度。⑤促进以病人为中心的服务制度。

4. 严厉打击黑诊所。在农民工集中居住区设立 24 小时服务的医疗机构。

5. 要合理地体现医事服务的价值，建立鼓励机制，提高医生从业的积极性。

关于加大执业药师制度的宣传和执行力度、提高执业药师在合理用药中的作用

海淀区人大代表 药学院教授 刘俊义

1. 案由

零售药店的执业药师直接面对广大消费者或者患者，对药品安全影响重大。目前，海淀区有零售药店 600 多家，执业药师 370 多名，配备率 62%左右。药店的硬件条件比较完备，主要问题是公众对执业药师的工作性质了解不够、执业药师的认知度不高、以及服务能力和配备数量不足等，特别是不能达到像欧美先进国家的零售药店那样，患者离不开执业药师，执业药师能为患者提供专业化、高水平的用药咨询和指导等药学服务。

我国 2009 年深化医药卫生体制改革以来，国家在多项医改政策中多次要求完善执业药师制度、加大执业药师配备使用、充分发挥其在指导合理用药中的作用，这些规定将促使零售药店必须配备执业药师，切实服务顾客、保障药品安全。

2. 案据

我国 1994 年就建立了执业药师制度，目前对执业药师的准入制度、资格考试、职责、注册、继续教育等都进行了规定。

1999 年-2002 年国家药品监督管理部门出台的行政规章里，也反复要求“销售处方药和甲类非处方药的零售药店必须配备执业药师或药师以上的药学技术人员……执业药师或药师必须对医师处方进行审核、签字后依据处方正确调配、销售药品”、“跨地域连锁经营的零售连锁企业质量管理工作负责人，应是执业药师”。

2009 年 4 月中共中央国务院通过《关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出“要充分发挥执业药师指导合理用药与药品质量管理方面的作用”。国务院发布的《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009 年~2011 年）》又进一步明确：完善执业药师制度，零售药店必须按规定配备执业药师为患者提供购药咨询和指导。

2012 年 1 月《国家药品安全“十二五”规划》要求：完善执业药师制度。配合深化医药卫生体制改革，制订实施执业药师业务规范，严格执业药师准入，

推进执业药师继续教育工程，提高执业药师整体素质，推动执业药师队伍发展。自 2012 年开始，新开办的零售药店必须配备执业药师；到“十二五”末，所有零售药店法人或主要管理者必须具备执业药师资格，所有零售药店和医院药房营业时有执业药师指导合理用药。

2012 年 4 月国家食品药品监督管理局也发布了《关于做好《国家药品安全“十二五”规划》中执业药师政策宣传工作的通知》，明确提出“充分发挥执业药师的作用有利于整体提升我国安全用药、合理用药水平”，要求各级药监部门重点面向在药品经营企业和医疗机构工作的药学技术人员，切实开展好执业药师政策宣传活动。

3. 方案

建议海淀区相关部门及早对海淀区零售药店的执业药师的配备和服务情况、公众对执业药师的认知度、利用情况、服务需求等进行调查；并在 2012 年重点以医药专业人员为主进行宣传的基础上，进一步拓展宣传渠道、以公众为主扩大宣传面，政府指导和行业协会自我管理相结合，由执业药相关组织或者执业药师注册中心统一制定“发挥执业药师重要作用，保障公众用药安全有效”为主题的宣传资料，在零售药店其醒目位置以及互联网上广泛宣传，同时采取执业药师社区活动、知识竞赛、征文等方式，塑造执业药师良好的社会形象，让更多的公众认识执业药师、了解执业药师，进而信赖执业药师、形成对执业药师的主动需求意识，日常去药店购药时能主动寻求执业药师的帮助，造成“拉式”效应，促使零售药店配备及合理使用执业药师，从而保证海淀区能在“十二五”期间保质保量地执行执业药师的有关政策，提高海淀区用药安全水平。

加快治理学院桥路口的拥堵

海淀区人大代表 基础医学院教授 吴立玲

随着社会和经济的发展，北京已经成为世界瞩目的国际大都市。但是，随着人口和车辆的增长，北京市的交通状况也呈现出越来越多的问题。尽管政府出台了一系列政策，加大了城市交通建设的投资，但是北京市交通拥堵的情况还未得到根本性改善，特别是在节假日或天气变化时，北京市的交通更是严重拥堵。中关村、学院桥等几个位于海淀区的严重拥堵点也是榜上有名。为了更好地解决交通拥堵的问题，对每个严重拥堵点进行调研，统一规划，综合治理，一个一个地解决问题，是改善交通现状的重要实事。

学院桥路口是位于北四环的交通枢纽，除四环主路外，还有多向的环路，每天车水马龙。除车流量大外，由于过街天桥或地下通道均在 150-200 米以外，每天有大量行人穿行马路，不但加重交通的拥堵，而且带来极大的安全隐患。

建议对学院桥路口进行合理规划，综合治理，在路口修建多向过街通道，做到人车分流，为车辆和行人提供便捷、安全的出行条件，缓解交通拥堵。

关于在清河桥路段增设地下通道的建议

海淀区人大代表 基础医学院教授 吴立玲

随着清河地区建设的发展，清河桥两侧已有很多的大型社区，如水木天成、清缘里、清缘东里、永泰、宝盛里、观奥园、橡树湾、清河新城、燕清园、海清园等等，周边也有大型的医院、酒店、商场等，形成人口密度大，车流量高的社区。由于车流量和人流量特别大，道路人车共用，清河桥附近居民要穿越清河桥到马路对面很不方便。而且绿灯时间特别短，必须跑着过，有时候行人等不及了，红灯时也有大批人通过，不仅加重了交通的拥堵，而且有极大的安全隐患。

建议：

清河桥目前没有地铁，可建设地下通道，将人、车分开，安全又缓解交通压力。

关于调整 392 路公交车行车路线的建议

海淀区人大代表 基础医学院教授 吴立玲

392 路是一条由西钓鱼台到西二旗北站的公交车，途经安宁里南站和安宁里，这里有多多个居民小区，居住人数众多（包括北医系统职工，牛奶厂、陶瓷厂职工，水利系统和部队大院的家属），由安宁里南站和安宁里两站附近居民到达城铁西二旗站需要乘坐 392 路到西二旗站转换其他公交车才能到达，造成公交与城铁链接的末端微循环不畅，给这里的居民带来了极大的不便。而且 392 路车在早 9:30-下午 4:30 常 20 多分钟才有一班公交车，间隔时间较长。

建议：

1. 将 392 路公交车的终点站由西二旗北站调整为西二旗地铁站
2. 增加 392 路公交车的数量和发车量
3. 将 632 路公交车的终点站由小营西站延长为西二旗地铁站。

附 1:

医学部全国政协委员、人大代表提案、建议、发言、社情民意一览表

姓 名	单 位	职 务	党 派	题 目	备 注
柯 杨	医学部	北大常务副校长 医学部常务副主任	中 共	护理服务定价改革势在必行	全国政协委员
				关于公立医院付费机制改革的建议	
				关于适当放宽病情稳定慢病患者门诊一次处方剂量限制的建议	
				有关加强精神医学学科建设，强化精神卫生公益性服务的建议	
				关于单独设置医学专业学位博士研究生招生名额的建议	
				把牢医改目标，长期稳步推动	
马大龙	医学部	九三中央副主席 北京市政协副主席 九三市委主委	九 三	优化科技资源配置，提高科技投入效率（全国政协十二届一次会议九三学社中央大会发言材料）	全国政协常委
				进一步完善法律制度，严厉打击制售假药	
				关于对民营医院进一步减税的建议	
吴 明	医学部	九三中央委员 九三北京市委常委 九三北医委员会主委 医学部主任助理	九 三	加强公共卫生顶层设计，保障国民健康	全国政协委员
陈仲强	第三医院	致公党中央委员 致公党医学部支部主委 首钢医院院长 大外科主任	致公党	改进医院监管模式，促进医院管理的科学化	全国政协委员
				关于尽快引入 DRGs 付费方法，改革支付机制的建议	
丁 洁	北大医院	副院长	无党派	关于在儿童安全用药方面急需出台切实可行的政策、举措的建议	全国政协委员
				关于积极推进我国罕见病相关工作的提案	

姓 名	单 位	职 务	党 派	题 目	备 注
俞光岩	口腔医院	教授	中 共	综合整治雾霾，保障人民健康（发言）	全国政协委员
				透明公开政府采购过程，提高政府采购的公信力	
				建立口腔治疗师制度，优化口腔医务人员结构	
林 野	口腔医院	副院长	无党派	建立多元化医保服务和多元化医保支付模式，促进公立医院改革	全国政协委员
刘玉村	北大医院	院长	中 共	四谈医改（发言）	全国政协委员
				支起“医患天平”——一位三甲医院院长的“三字经”（发言）	
霍 勇	北大医院	民进中央委员 心脏中心主任	民 进	加快我国重大疾病医疗急救体系的建设与完善	全国政协委员
				临床医学专科医师制度建设的立法和实施	
高 炜	第三医院	副院长	无党派	关于在基层医院开展心脑血管病康复，并将康复治疗纳入医保报销范畴的提案	全国政协委员
				关于取消强制性参加医疗责任保险的建议	
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 结直肠肿瘤外科主任	农工党	关于在“全面推行公共场所禁烟”工作中要强化政府职能的建议	全国人大代表
				加强对伤残农民工返乡生存状况关注的建议	
				尽快建立大型医院与乡村医生“手拉手”对口技术培训长效机制的建议	
				保障医院医疗秩序，确保医务人员人身安全	
刘忠军	第三医院	骨科主任 脊柱研究所所长	无党派	解决“看病难”应注重长远实效（发言）	全国人大代表

说明：医学部全国人大代表、政协委员共 13 人（其中人大代表 2 人，政协委员 11 人），除韩启德副主席以外共提出建议、提案、发言和社情民意等 29 份。

附 2:

医学部北京市、区政协委员、人大代表提案、建议、发言、社情民意一览表

姓 名	单位	职务、职称	党 派	题目	备注
季加孚	肿瘤医院	民盟中央委员 民盟市委常委 民盟北医委员会主委 院长	民 盟	落实“京十八条”，鼓励公立医院与社会资本合作进行多元化办医探索	北京市政协常委
				重视癌症发病增长趋势，多举措提高恶性肿瘤发病监测工作	
李海丽	北大医院	民建市委委员	民 建	关于落实社会资本办医、规划民营医院设置的建议	北京市人大代表
				关于解决临床用血紧张问题的几点建议	
涂 平	北大医院	民革市委委员 民革北大医院支部主委 皮科副主任	民 革	关于西城区尽量减少无机性融雪剂使用的建议	西城区政协委员
管又飞	基础医学院	副院长	无党派	关于加强海淀区慢性复杂性疾病卫生宣教的建议	海淀区政协委员
				关于稳定基础医学教师队伍，关注后备医学人才培养的提案	
汪 立	医学部	致公党海淀区委员 科研处成果专利 办公室主任	致公党	关于缓解大钟寺中鼎大厦路段交通拥堵的建议	海淀区政协委员
				完善帮扶机制，关爱失独家庭	

姓 名	单位	职务、职称	党 派	题目	备注
郭向阳	第三医院	麻醉科主任	致公党	发挥大型医院综合优势，加快海淀区医疗服务优质均衡发展	海淀区政协委员
				强化北京大学第三医院与海淀医院合作共建，加快海淀区医疗服务优质均衡发展	
乔 杰	第三医院	院长	中 共	关于在海淀区花园北路（北京大学第三医院）附近修建公共停车场的建议	海淀区政协委员
谢秋菲	口腔医院	医学部侨联副主席	归 侨	加强医疗风险管理，调动医生积极性，让人民群众受益	海淀区人大代表
刘俊义	药学院	教授	中 共	关于加大执业药师制度的宣传和执行力度、提高执业药师在合理用药中的作用	海淀区人大代表
吴立玲	基础医学院	生理与病理生理学系副系主任	农工党	加快治理学院桥路口的拥堵	海淀区人大代表
				关于在清河桥路段增设地下通道的建议	
				关于调整 392 路公交车行车路线的建议	

说明：医学部北京市、西城区、海淀区人大代表、政协委员共提出建议、提案、发言和社情民意等 17 份。