


医药先锋系列之



全国医药政策 月度汇编

2024年第10期 (总第90期)

 北京先锋寰宇大健康管理有限公司 主办

2024年10月31日

目录

Contents

- 01 关于印发医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理暂行办法的通知
- 09 关于印发医学人文关怀提升行动方案（2024-2027年）的通知
- 13 国家医疗保障局关于加强医疗保障基金社会监督员管理工作的指导意见
- 15 中共中央办公厅 国务院办公厅关于加快公共数据资源开发利用的意见
- 19 国家药监局关于发布境内生产药品再注册申报程序和申报资料要求的通告
- 20 国家医疗保障局办公室关于印发《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》的通知
- 21 国家医疗保障局办公室关于规范医保药品外配处方管理的通知
- 24 国家卫生健康委办公厅关于印发肥胖症诊疗指南（2024年版）的通知
- 25 国家药监局 国家中医药局关于支持珍稀濒危中药材替代品研制有关事项的公告
- 27 国家卫生健康委办公厅关于印发非新生儿破伤风诊疗规范（2024年版）的通知
- 28 国家药监局关于印发生物制品分段生产试点工作方案的通知
- 32 国家卫生健康委办公厅关于印发老年听力健康核心信息的通知
- 34 国务院办公厅印发《关于加快完善生育支持政策体系推动建设生育友好型社会的若干措施》的通知
- 38 北京市药品监督管理局关于印发《北京市药品零售企业设置自助售（取）药机管理暂行规定》的通知
- 42 北京市医疗保障局关于调整物理、康复治疗医保报销政策的通知
- 43 天津市医保局关于印发《就医费用报销“高效办成一件事”工作方案》的通知
- 46 天津市药监局 北京市药监局 河北省药监局关于印发京津冀实施《药品经营和使用质量监督管理办法》等有关事宜的通知
- 51 关于印发《山西省疾病预防控制中心行动方案（2024-2025年）》的通知
- 57 山西：关于将部分治疗性辅助生殖技术项目纳入基本医疗保险支付范围的通知
- 59 内蒙古：关于做好2024年城乡居民基本医疗保障工作的通知
- 62 内蒙古自治区卫生健康委办公室关于认真贯彻落实综合医院中医药工作指南的通知
- 64 关于印发辽宁省非免疫规划疫苗接种单位备案管理暂行办法的通知
- 68 关于印发辽宁省失能老年人健康服务行动实施方案的通知
- 71 关于公布《吉林省医院禁止、限制携带物品名录》的通告
- 73 关于公开征求《互联网医院（中医）建设标准》等3项辽宁省地方标准草案意见的公告
- 74 黑龙江省人民政府办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的实施意见
- 79 关于公开征求《黑龙江省省内异地就医住院病例医保基金多元复合支付管理暂行办法（试行）》意见的公告
- 84 黑龙江：关于进一步加强医保门诊处方管理的通知

- 89 关于公开征求《黑龙江省基本医疗保险康医学功能障碍付费管理办法（试行）》
意见建议的公告
- 93 关于对《黑龙江省医疗保障局关于加强医疗保障基金社会监督员管理工作的实施意见
（征求意见稿）》征求意见的函
- 97 关于印发《黑龙江省〈中药材生产质量管理规范〉基地符合性检查管理规程（试行）》
的通知
- 101 关于印发《上海市示范化康复医学中心建设方案》的通知
- 104 关于印发上海市 2024 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知
- 109 关于印发《上海市预防接种异常反应补偿办法》的通知
- 114 上海：关于转发《关于做好 2024 年基本公共卫生服务工作的通知》的通知
- 117 关于印发《上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划（2025-2027 年）》
的通知
- 124 关于印发浙江省“智慧流动医院”巡回诊疗服务体系建设实施方案的通知
- 128 关于印发浙江省大型医院巡查工作方案（2023-2026 年度）的通知
- 129 关于印发浙江省基层医疗卫生机构巡查工作管理办法（试行）的通知
- 130 关于印发浙江省失能老年人健康服务行动实施方案的通知
- 133 浙江省卫生健康委办公室关于印发浙江省乡镇卫生院分类建设和智慧化自助村卫生
室建设指导意见的通知
- 138 浙江省中医药管理局关于开展基层中医药服务能力提升行动计划实施情况调研工作的
通知
- 141 浙江省医疗保障局关于印发浙江省创新医药技术医保支付激励管理办法（试行）的
通知
- 146 浙江省卫生健康委员会关于印发浙江省卫生行政处罚自由裁量基准修订意见的通知
- 148 江西：关于开展部分肾功和心肌酶检验类医疗服务项目价格专项调整的通知
- 150 江西：关于做好中医优势病种按疗效价值付费医保支付管理改革试行工作的通知
- 154 江西：关于对国家医保谈判药品实行医保基金与医药供货企业直接结算货款的通知
- 157 江西：关于进一步明确基本医保待遇保障有关政策的通知
- 161 江西省药品监督管理局关于药品零售连锁企业开展执业药师远程审方服务工作指导意
见
- 164 关于印发《山东省儿童青少年脊柱侧弯中医药干预试点工作方案（2024-2026 年）》的
通知
- 169 关于印发《山东省关于促进人体器官捐献工作健康发展的若干措施》的通知
- 174 关于公开征求《山东省药品经营监督管理办法（征求意见稿）》意见的通知
- 175 湖北：关于印发加强公立医院薄弱专科人才队伍建设的指导意见的通知
- 179 湖北省医疗保障局办公室关于开展医疗服务价格规范治理（第一批）的通知
- 181 关于印发《湖南省集采药品“进零售药店”试点实施方案》的通知
- 185 广东省医疗保障局关于印发《广东省医疗保障经办政务服务事项清单（2024 年版）》
的通知
- 187 广东省医疗保障局关于印发《广东省基本医疗保险用药管理暂行办法》的通知
- 192 广西壮族自治区卫生健康委 广西壮族自治区疾控局关于进一步加强职业卫生技术
服务工作的通知
- 194 广西壮族自治区医保局关于修订我区“互联网+”医疗服务项目价格和医保支付政策
的通知

- 196 广西：关于进一步健全机制推动城市医疗资源向县级医院和城乡基层下沉的通知
- 202 海南省药品监督管理局 中共海南省委人才发展局关于做好执业药师继续教育有关事项的通知
- 205 重庆市药品监督管理局关于印发《服务区县生物医药产业常态化联络机制工作实施方案》的通知
- 210 关于印发四川省“体重管理年”活动实施方案的通知
- 211 关于印发四川省按病组（DRG）付费分组目录和按病种分值（DIP）付费病种库并做好落地应用相关工作的通知
- 214 关于印发《四川省深化医疗服务价格改革试点实施方案》的通知
- 220 贵州省药品监管局关于公开征求《关于进一步支持中药民族药创新发展的若干措施（征求意见稿）》意见建议的函
- 225 关于印发《贵州省住院医师规范化培训质量控制管理办法（试行）》的通知
- 231 贵州省药品监管局关于对《省药品监管局关于进一步规范药品流通监督管理有关工作的通告（征求意见稿）》公开征集意见的通告
- 235 云南省卫生健康委关于《云南省医疗机构管理条例（修订稿）》公开征求意见的公告
- 236 关于印发《云南省深化紧密型县域医疗卫生共同体建设若干措施》的通知
- 240 云南省医疗保障局 云南省卫生健康委员会 云南省药品监督管理局关于进一步做好职工医保门诊统筹便民服务工作的通知
- 243 关于印发《西藏自治区疫苗储存、运输和配送管理办法》的通知
- 249 陕西省医疗保障局关于印发《关于进一步推广三明医改经验持续推动医保工作创新发展的实施方案》的通知
- 254 陕西省医疗保障局关于印发《陕西省开展集采药品“三进”行动实施方案》的通知
- 259 陕西省药品监督管理局办公室关于印发《陕西省药品监管领域首次轻微违法行为不予行政处罚清单》的通知
- 261 陕西省药品监督管理局关于印发修订后的药品行政处罚裁量基准的通知
- 262 陕西省药品监督管理局 陕西省人力资源和社会保障厅关于印发《陕西省执业药师继续教育实施细则（试行）》的通知
- 268 关于征求《陕西省药品上市许可持有人报告事项管理暂行规定》意见建议的通知
- 272 关于征求《陕西省药品上市许可持有人医药代表备案管理制度（试行）》意见建议的通知
- 276 关于印发甘肃省“体重管理年”活动方案的通知
- 281 关于征求《甘肃省药品零售企业验收细则（征求意见稿）》意见建议的公告
- 282 甘肃：关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知
- 287 关于印发《甘肃省就医费用报销“一件事”工作方案》的通知
- 291 关于印发《宁夏〈出生医学证明〉管理办法（2024年修订）》的通知
- 292 宁夏：关于做好2024年城乡居民基本医疗保障工作的通知
- 294 关于印发《宁夏回族自治区城乡居民大病保险资金管理办法》的通知
- 299 宁夏：关于稳妥有序扩大跨省直接结算门诊慢特病病种范围的通知
- 303 关于公开征求新疆维吾尔自治区家庭托育点管理办法（试行）（征求意见稿）意见建议的通告
- 309 新疆：关于加快推进惠民型商业医疗保险工作的通知
- 313 新疆：关于做好2024年我区城乡居民基本医疗保障工作的通知
- 316 新疆：关于将村卫生室纳入医保定点管理有关工作的通知

发文机关： 国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局
成文日期： 2024年9月18日
标 题： 关于印发医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法的通知
发文字号： 国卫科教发〔2024〕32号
发布日期： 2024年10月7日
类 别： 医疗政策
关 键 字： 临床研究

关于印发医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法的通知

国卫科教发〔2024〕32号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药局、疾控局：

为规范临床研究管理，提高临床研究质量，我们研究制定了《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法》。现印发给你们，请结合工作实际，认真组织实施。

国家卫生健康委

国家中医药局

国家疾控局

2024年9月18日

医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法

第一章 总则

第一条 为规范临床研究管理，提高临床研究质量，促进临床研究健康发展，提升医疗卫生机构诊断治疗、预防控制疾病的能力，根据《基本医疗卫生与健康促进法》《科学技术进步法》《医师法》《药品管理法》《医疗机构管理条例》《医疗器械监督管理条例》《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》《涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法》等法律法规规定，制定本办法。

第二条 医疗卫生机构开展的由研究者发起的临床研究（以下简称临床研究）是指医疗卫生机构开展的，以人（个体或群体）为研究对象（以下称研究参与者），不以药品、医疗器械（含体外诊断试剂）等产品注册为目的，研究疾病的病因、诊断、治疗、康复、预后、预防、控制及健康维护等的活动。

第三条 医疗卫生机构开展临床研究是为了探索医学科学规律、积累医学知识，不得以临床研究为名开展超范围的临床诊疗或群体性疾病预防控制活动。

临床研究过程中，医疗卫生机构及其研究者要充分尊重研究参与者的知情权与自主选择权。

第四条 医疗卫生机构及其研究者开展临床研究应当具备相应的能力和必要的资金保障。

第五条 医疗卫生机构是临床研究实施的责任主体，开展临床研究应当遵守有关法律法规、部门规章及有关规范性文件和技术准则、伦理规范的要求，制定切实有效的临床研究管理实施细则，建立健全保障科学、规范、有序开展临床研究的组织体系、质量体系、利益冲突防范机制和研究参与者权益保护机制，加强对临床研究的质量保证和全过程管理。积极支持和组织开展临床研究学术交流和培训。

医疗卫生机构应当结合自身实际，合理判断临床研究的风险，结合研究类型、干预措施等对临床研究实行分类管理。

第六条 临床研究的主要研究者对临床研究的科学性、伦理合规性负责，应当加强对其他研究者的培训和管理，对研究参与者履行恰当的关注义务并在必要时给予妥善处置。

临床研究的主要研究者和其他研究者应当遵守科研诚信。根据有关法律法规、部门规章、有关规范性文件、技术准则、伦理规范及医疗卫生机构制定的规章制度要求，加强对临床研究过程的自查，及时如实报告有关事项。

第七条 省级及以上卫生健康行政部门应当设立专家委员会或遴选有关专业机构，全面掌握并定期梳理本行政区域内医疗卫生机构开展临床研究情况，通过专业学术指导、伦理审查监督、研究资金支持等方式，加强对临床研究的监督管理和统筹协调，支持和组织开展临床研究学术交流和培训，促进临床研究的质量提升和效能提高。

第八条 在突发公共卫生事件应急响应期间，根据突发公共卫生事件应急响应范围，省级及以上卫生健康行政部门或其确定的专业机构，可以在科学论证的基础上，牵头组织省域范围内或全国范围内的临床研究。

医疗卫生机构自主开展的临床研究与上述研究发生冲突时，医疗卫生机构应当优先保障完成上述研究，同时暂停医疗卫生机构自主开展的临床研究受试者新入组。

第二章 基本分类及原则性要求

第九条 根据研究者是否基于研究目的施加某种干预措施（以下简称研究性干预措施），临床研究可以分为观察性研究和干预性研究。

第十条 开展观察性研究，不得对研究参与者施加研究性干预措施，不得使研究参与者承担超出常规诊疗或疾病防控需要的额外健康（疾病）风险或经济负担。

除另有规定外，观察性研究应当通过伦理审查。

研究参与者因参加观察性研究接受超出常规诊疗或疾病防控需要的额外检查、检验、诊断等措施，可能造成的风险超出最小风险的，按照干预性研究管理。

第十一条 开展干预性研究，研究性干预措施应当符合医学的基本理论和伦理规范、具有扎实的前期研究基础、制定科学规范的研究方案和风险预案、通过科学性审查和伦理审查。

医疗卫生机构和研究者应当对干预性研究可能出现的风险进行评估，具备与风险相适应的处置能力，妥善保护干预性研究的研究参与者（以下简称受试者）的健康权益，不得违反临床研究管理规定向受试者收取与研究相关的费用，对于受试者在受试过程中支出的合理费用还应当给予适当补偿。

干预性研究一般由三级医疗机构、设区的市级及以上卫生机构牵头开展，其他医疗卫生机构可以参与干预性研究。

研究性干预措施为临床干预措施的，应当建立多学科研究团队，成员必须包括具备相应执业资格的医师，研究过程中涉及的医学判断、临床决策应当由其作出，原则上主要研究者须具备相应的医师执业资格。

第十二条 以手术和操作、物理治疗、心理治疗、行为干预、临床诊疗方案、群体性健康措施、生物医学技术等为干预措施的临床研究，应当使用已经批准上市的药品、医疗器械等产品并在产品批准的适用范围内或在符合产品临床应用指导原则的前提下开展。

第十三条 以上市后药品、医疗器械等产品为研究性干预措施的临床研究，一般在遵循产品临床应用指导原则、临床诊疗指南和说明书的前提下开展。

当同时满足下列条件时，对上市后药品、医疗器械等产品可以超出产品临床应用指导原则、临床诊疗指南和说明书开展干预性研究。

（一）由临床研究管理体系完备的三级甲等医院或与之具有相同医疗技术水平和医疗保障能力的医院牵头开展。

（二）针对严重危害人的生命健康或者严重影响生存质量且目前无确切有效干预措施的疾病，或者虽有确切有效的干预措施但不可获取或者研究性干预措施具有显著的卫生经济学效益。

（三）有体外实验手段、动物模型的，相关实验研究结果应当支持开展临床研究；或者观察性研究结果提示确有必要开展干预性研究。

（四）使用方法不超过现有说明书的用法用量，预期人体内药物浓度（或生物效应）可以达到有效浓度（或有效水平）；或者使用方法虽超过现有说明书用法用量但有充分证据证明其安全性、耐受性良好，或者具有明确的风险获益评估证据且具有良好风险控制措施。

第十四条 对已经得到充分验证的干预措施，不得开展无意义的重复性临床研究。

第三章 组织管理

第十五条 开展临床研究的医疗卫生机构应当设有临床研究管理委员会，并明确专门部门（以下称临床研究管理部门）负责临床研究管理。

医疗卫生机构应当明确临床研究管理人员，配备必要的条件保障。

第十六条 临床研究管理委员会由医疗卫生机构相关负责人、相关职能部门负责人和临床研究专家代表组成，负责医疗卫生机构临床研究的协调、服务、管理和监督。

第十七条 临床研究管理部门在临床研究管理委员会指导下，负责临床研究的立项审查、过程管理、质量管理、合同管理、结项管理和档案管理等工作，并协调科学性审查和伦理审查。

第十八条 医疗卫生机构应当制定临床研究科学性审查管理制度、细则和工作程序，对干预性临床研究组织开展科学性审查。

第十九条 医疗卫生机构应当按照《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》《涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法》要求，建立医疗卫生机构伦理（审查）委员会，健全工作制度，提供工作条件，保障伦理（审查）委员会独立开展伦理审查。

第四章 立项管理

第二十条 临床研究实行医疗卫生机构立项制度，未经医疗卫生机构批准立项的临床研究不得实施。

根据法律法规要求，临床研究涉及行政审批、备案等法定事项但未依法办理的，医疗卫生机构不得批准研究者开展临床研究。

第二十一条 主要研究者应当制定临床研究方案，并按照要求向医疗卫生机构临床研究管理部门提交临床研究方案和相关资料，接受全程管理。

第二十二条 医疗卫生机构应当按照科学性审查制度、细则和工作程序，独立开展科学性审查。

科学性审查的内容应当包括研究的合理性、必要性、可行性，以及研究目的、研究假设、研究方法、干预措施、研究终点、研究安全性、样本量等。

科学性审查的专家应覆盖临床研究所属专业领域和研究方法学领域。干预性研究的科学性审查一般应当有医疗卫生机构外专家参加。

第二十三条 医疗卫生机构伦理（审查）委员会按照工作制度，对临床研究独立开展伦理审查，确保临床研究符合伦理规范。

第二十四条 临床研究管理部门应当对提交的材料进行审核。有以下情形之一的，不予立项：

- （一）不符合法律、法规、规章及规范性文件要求的；
- （二）干预性研究未通过科学性审查的；
- （三）伦理审查不符合要求的；
- （四）违背科研诚信规范的；
- （五）研究前期准备不足，临床研究时机尚不成熟的；
- （六）临床研究经费不足以完成临床研究的；
- （七）药品、器械等产品不符合使用规范的；
- （八）临床研究的安全风险超出实施医疗卫生机构和研究者可控范围的；
- （九）可能存在商业贿赂或其他不当利益关系的。

研究者应当签署利益冲突声明并与研究方案等一并提交医疗卫生机构审查。

第二十五条 医疗卫生机构受其他机构委托、资助开展临床研究或者参与多中心临床研究的，应当与委托、资助机构或多中心临床研究牵头机构签订临床研究协议，明确各方权利、义务及责任分担等。

牵头机构对临床研究负主体责任，参与机构对本机构参与的临床研究内容负责。

参与机构应当根据自身情况对多中心研究中是否采用牵头机构科学性审查、伦理审查意见进行规定。

第二十六条 在医疗卫生机构立项审核通过时，临床研究的有关信息应当在国家医学研究登记备案信息系统（以下简称系统）按要求完成上传。鼓励医疗卫生机构和研究者在临床研究提出、科学性审查、伦理审查、立项审核等环节，实时在系统上传临床研究有关信息。

研究者应当如实、准确、完整填写临床研究信息，临床研究管理部门、伦理（审查）委员会等应当分别在系统填写并上传科学性审查、伦理审查和医疗卫生机构立项审核意见。

医疗卫生机构应当对临床研究信息的真实性、准确性、完整性等进行审核，并对相关内容负责，医疗卫生机构审核后完成信息上传。

在系统填写临床研究信息，应当使用规范汉字，涉及专业术语的应当符合学术规范。

完成信息上传的临床研究由系统统一编号。在临床研究结果总结、结项报告、论文发表时应当注明系统统一编号。

第二十七条 多中心研究由牵头医疗卫生机构的研究者在系统填写，牵头机构和参与机构的临床研究管理部门、伦理（审查）委员会根据要求在系统上确认

或上传有关补充材料、提交审核意见，并分别对有关信息的真实性、准确性、完整性负责。

第二十八条 完成信息上传的临床研究有关信息，通过系统或国家卫生健康委明确的平台向社会公开，接受同行和社会监督。

第五章 财务管理

第二十九条 医疗卫生机构应当根据国家法律法规规定和文件要求，建立临床研究经费管理制度，对批准立项的临床研究经费纳入单位收支进行统一管理，专款专用。

医疗卫生机构内设科室、部门和个人不得私自收受临床研究经费及物品。

第三十条 研究者应当严格执行本医疗卫生机构规章制度，合理使用研究经费，不得擅自调整或挪作他用。

第三十一条 医疗卫生机构或研究者严禁违规向研究参与者收取与研究相关的费用。

第六章 实施管理

第三十二条 研究者应当严格按照批准的方案开展临床研究，稳慎、积极推动临床研究开展，如实记录临床研究过程和结果并妥善保存，配合医疗卫生机构及卫生健康行政部门完成对临床研究的监督检查。

第三十三条 在研究过程中，研究者需要对已立项的临床研究项目进行变更的，应当向医疗卫生机构临床研究管理部门报告。

临床研究管理部门应当按照科学性审查和伦理审查制度组织评估，对涉及研究目的、研究方法、主要研究终点、统计方法以及研究参与者等实质修改的，应当重新进行科学性和伦理审查。

对需要重新审查的，应当及时启动审查。

第三十四条 研究者可以申请暂停或终止临床研究。

申请暂停或终止临床研究的，应当向临床研究管理部门报告并说明原因。医疗卫生机构应当按照临床研究全过程管理制度，作出是否同意暂停或终止的决定。

暂停或终止的干预性临床研究，已经有受试者入组的，医疗卫生机构及研究者应当制定方案，妥善保障已经入组受试者的权益。

第三十五条 医疗卫生机构应当对临床研究给予必要的人力、财力和其他资源方面的支持；同时对临床研究实施全过程监管，定期组织开展核查。主要研究者应当对负责的临床研究定期自查，确保临床研究的顺利进行。

第三十六条 医疗卫生机构应当加强临床研究的安全性评价，制定并落实不良事件记录、报告和处理相关的规章制度和规范标准，根据不良事件的性质和严

重程度及时作出继续、暂停或者终止已经批准的临床研究的决定，并妥善保障已经入组受试者的权益。

第三十七条 医疗卫生机构应当建立受试者争议和投诉的处理机制，科学判定是否有损害及其产生的原因，合理划分责任，按照约定或有关管理规定，对受到损害的受试者进行合理的补偿或赔偿。

医疗卫生机构应当建立受试者和研究参与者损害风险预防、控制及财务保障机制。

第三十八条 临床研究过程中出现如下情形之一的，在充分考虑受试者安全的前提下，医疗卫生机构应当暂停或者终止研究。

- (一) 存在违反法律法规、规章的行为；
- (二) 存在违背伦理原则或科研诚信原则的行为；
- (三) 研究过程中发现相关药品、医疗器械可能存在严重质量缺陷；
- (四) 发现临床研究存在严重安全风险；
- (五) 存在商业贿赂或其他不当利益关系；
- (六) 违规使用研究经费的行为。

第三十九条 医疗卫生机构应当建立临床研究源数据的管理体系，鼓励集中统一存储，保障临床研究数据在收集、记录、修改、存储、传输、使用和销毁等全生命周期的真实性、准确性、完整性、规范性、保密性，确保数据可查询、可溯源。

第四十条 医疗卫生机构应当加强临床研究档案管理，如实记录并妥善保管相关档案。自研究结束之日起，档案保存年限不少于10年。在确保安全的前提下，可以实行电子归档。

第四十一条 临床研究发生启动、方案调整、暂停、终止、完成等情形时，医疗卫生机构和研究者应当在系统及时更新临床研究信息。

第四十二条 临床研究实行结项报告制度。临床研究终止或完成时，研究者应当及时分析研究结果，形成全面、客观、准确的研究报告，并如实声明利益冲突情况。

临床研究管理部门应当对研究报告进行审核，并对该临床研究结项。

结项后的研究报告应当在系统上传，并向同行公开，加强学术交流。

第七章 监督管理

第四十三条 省级卫生健康行政部门应当依托系统加强辖区内临床研究的监测、评估、分析，实施监督管理。跨省域开展的临床研究的监督管理，由牵头医疗卫生机构所在地省级卫生健康行政部门牵头实施，参与医疗卫生机构所在地省

级卫生健康行政部门配合实施。

省级卫生健康行政部门发现医疗卫生机构违反本办法规定，应当要求其立即改正，停止违规开展的研究、妥善保护研究参与者权益；发现医疗卫生机构临床研究管理体系及临床研究过程管理存在系统性、结构性问题，应当要求医疗卫生机构暂停所有临床研究，进行整改；并按照相关法律法规给予行政处罚及处分。有关监督检查情况，应当定期通报。

被要求停止的临床研究，由省级卫生健康行政部门在系统更新该临床研究有关行政监管信息并予以公布。

第四十四条 省级及以上卫生健康行政部门设立的专家委员会或其遴选的专业机构，应当依托系统对辖区内医疗卫生机构开展的临床研究进行技术核查，对科学性不强、伦理不合规、研究过程管理不规范以及违反本办法有关规定的，应当及时建议其所在医疗卫生机构暂停或终止相关研究、妥善保护有关受试者的合法权益；发现医疗卫生机构临床研究技术管理体系及临床研究技术管理存在系统性、结构性问题，应当建议医疗卫生机构暂停所有临床研究，进行整改。

有关技术核查情况，应向有关卫生健康行政部门反馈并提出处理建议，定期向辖区医疗卫生机构通报。

第四十五条 医疗卫生机构应当加强本机构开展临床研究情况的监督检查，发现研究者擅自开展临床研究、实质性调整研究方案未经医疗卫生机构批准或者违规收受临床研究经费等，应当按照有关规定处理。

第四十六条 未经医疗卫生机构批准，研究者擅自开展临床研究、调整已批准研究方案或者违规收受临床研究经费的，省级卫生健康行政部门和医疗卫生机构应当按照相关规定予以相应处理；医疗卫生机构未履行监督管理职责的，由相关卫生健康行政部门依法处理。构成犯罪的，移交司法机关依法处理。

第八章 附 则

第四十七条 干细胞临床研究按照《干细胞临床研究管理办法（试行）》管理。研究者发起的体细胞临床研究等参照《干细胞临床研究管理办法（试行）》管理。

第四十八条 中医临床研究的管理办法由国家中医药管理局另行制定。

第四十九条 本办法自2024年10月1日起施行，此前发布的有关规定，与本办法不一致的，以本办法为准。

发文机关：国家卫生健康委办公厅、教育部办公厅等
成文日期：2024年9月29日
标题：关于印发医学人文关怀提升行动方案（2024-2027年）的通知
发文字号：国卫办医急发〔2024〕18号
发布日期：2024年10月9日
类别：人才培养
关键字：医学人文关怀、人才培养

关于印发医学人文关怀提升行动方案 (2024-2027年)的通知

国卫办医急发〔2024〕18号

各省、自治区、直辖市卫生健康委、教育厅（教委）、中医药局、疾控局，新疆生产建设兵团卫生健康委、教育局、疾控局：

为进一步加强医学人文关怀，增进医患沟通、构建和谐医患关系，提升人民群众就医获得感和满意度，我们研究制定了《医学人文关怀提升行动方案（2024-2027年）》。现印发给你们，请结合实际贯彻落实。

国家卫生健康委办公厅

教育部办公厅

国家中医药局综合司

国家疾控局综合司

2024年9月29日

医学人文关怀提升行动方案（2024-2027年）

为深入推进健康中国建设，提升医学人文关怀，改善医患沟通，构建和谐医患关系，助力卫生健康事业高质量发展，制定本方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深刻领会习近平文化思想和习近平法治思想内涵，坚持“两个结合”，全面贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，聚焦人民群众日益增长的高质量医疗服务需求，以提升患者就医获得感和满意度为目标，以“相互尊重、保护隐私、严守法规、加强沟通”为核心原则，坚持“以患者为中心”，大力开展医学人文教育，加强医学人文关怀，增进医患交流互信，构建和谐医患关系。

二、行动内容

医学人文精神是人文精神在医疗领域的具体体现，以对病人的关怀、尊重为目标，体现着医学对生命的态度。医学人文关怀培养应当贯穿医学生培养全过程

和医务人员职业全周期，本行动方案从医学生人文素养培育、医疗卫生机构人文关怀建设、崇高职业精神弘扬等3个方面同向发力、协同推进。

（一）医学生人文素养培育行动。

1. 增强医学人文认知。要把理想信念教育、思想政治教育和医德培养贯穿医学人才培养全过程，着力培养医学生珍爱生命、大医精诚、救死扶伤的精神。强化医学人文教育，优化医学人文课程体系，建强医学人文师资队伍，鼓励支持名医名家为医学生讲授医学人文课程，讲述从医经验感受，叙述医患良性互动故事，打造一批医学人文精品课程和教材。

2. 提升医学人文认同。鼓励医学院校建立人文教育实践基地、生命科学馆等，结合医学史、校史、院史等讲好医学大家感人故事，把好医生、好护士的先进事迹作为医学人文教育的重要素材，提升医学生的人文情怀。同时，医学院校要加强对医学生的人文关怀，关注心理健康，强化职业发展教育，帮助树牢专业思想，夯实职业素养基础。

3. 落实医学人文实践。医学院校要在临床见习、毕业实习和临床实践训练过程中，加强医学生与患者及家属沟通交流能力的培养。组织开展医学生走进社区乡村送医送药、宣传健康教育知识等多种形式的医学人文相关社会实践活动，安排医学生早期进入临床科室、医疗卫生机构投诉管理部门等进行教学实践，让医学生在实践中提升医学人文素养，重视医患沟通，熟悉交流技巧。

（二）医疗卫生机构人文关怀建设行动。

1. 强化组织建设。医疗卫生机构主要负责人是本单位人文建设管理的第一责任人，要将人文精神融入医疗卫生机构管理和各环节。医疗卫生机构应当将人文精神培育与医疗业务工作同步推进，制订、落实切合本医疗卫生机构的人文关怀制度，提升患者就医体验。

2. 坚持文化引领。医疗卫生机构应当进一步加强文化建设，挖掘医疗卫生机构发展沿革、文化特色、名医大家先进事迹、经典病例救治等，引导医疗卫生机构工作人员树立人文情怀，培育心中有爱、医德高尚的“大医”“良医”。中医医疗机构、非中医医疗机构的中医临床科室应当在价值观念、行为规范、环境形象等方面充分体现中医药文化本色，进一步增强中医药文化底蕴。

3. 开展人文培训。各地要结合本地区实际情况，组织开展医学人文系列培训活动。要将临床一线医务人员作为主要培训对象，将新入职员工、医疗纠纷高发科室人员等作为培训重点；组织投诉管理人员、分诊台、导医咨询人员及热线电话接听人员等窗口人员参加培训，提高培训内容针对性。

4. 增进医患沟通。通过科学管理分诊、优化安排上下午、周末出诊时间、错峰排诊等，保证医患有较充分的沟通交流时间。医务人员诊疗过程中要耐心倾听

患者陈述，合理运用医患沟通技巧，建立良好的沟通渠道和相互尊重的医患关系，拉近与患者的心理距离。医务人员要与患者及家属主动沟通病情状况、治疗方案，回应患者的疑问和关切，开展有针对性的健康教育和指导，改善改进治疗效果。

5. 营造人文关怀就医环境。医疗卫生机构要为患者营造安全、便利、温馨、舒适的就医环境，要配备方便患者生活、活动且功能完好的各种设施和设备，为老人、孕产妇、儿童及残疾人等特殊人群提供就医便利。要充分考虑重症监护室、抢救室、手术室等特殊单元的人文关怀工作。医疗卫生机构标识标牌要醒目、便识、简明、易懂，充分运用互联网、人工智能等技术为患者提供快捷便利的就医体验，特别注重为老幼残孕等重点人群做好关爱服务。

6. 加强社工和志愿者服务。医疗卫生机构应当丰富医务社工服务内容，协助开展医患沟通，提供诊疗、生活、法务、援助等患者支持服务；要通过多途径、多渠道，鼓励医务人员、医学生及社会有爱心人士等，通过系统专业的培训后为患者提供志愿服务，充分发挥医务社工和志愿者在医患和谐中的桥梁和纽带作用。

（三）崇高职业精神弘扬行动。

1. 传承优良传统。推动把“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的崇高职业精神作为行业教育的重点内容，塑造医术精湛、医德高尚、医风严谨的行业风范，不断深化对职业精神的认知认同，积极开展“传帮带”人才培养，坚持以老带新、育德传技，引导青年医务人员成长为职业精神优良、业务本领高强的优秀医务工作者。

2. 选树培育典型。各地卫生健康行政部门（含中医药主管部门、疾控主管部门，下同）和医疗卫生机构应当选树践行职业精神的先进集体和个人，弘扬他们的先进事迹，褒奖有突出业绩和良好服务口碑的医务人员；鼓励医务人员和患者讲述“暖心服务、人文关怀、耐心沟通”的医患故事，组织开展名医大家讲述从业心得、医患感人事件分享，要以医者视角记录生命故事，以生动叙事展现医学本质，以身边榜样传递人文力量，引导医务人员将对患者关心关爱成为自觉，增加患者对医务人员的职业尊重，提升医患理解与信任。

3. 以中医药文化涵养医德医风。加强对中医药文化内涵精髓的挖掘研究，梳理阐释古代名医名家的治学精神、高尚情操及关于医德医风医道之论。大力宣传和践行“大医精诚”“仁心仁术”，通过推动中医药文化建设、典型宣传等方式，启迪医务人员修医德、行仁术，传承精华，守正创新，不断提升思想道德水平与价值追求。

4. 打造医学人文宣传平台。各级卫生健康行政部门要发挥官网官微及新媒体平台作用，进一步唱响崇高职业精神主旋律。通过系列专题、专栏报道等多种形式，宣介人文关怀先进事迹；挖掘人民卫生健康事业传承发展的红色基因，弘扬伟大

抗疫精神和抗击非典精神，讲好新时代传承白求恩精神等感人故事；发挥先进典型作用，塑造“新时代最可爱的人”群像。积极挖掘行业内外资源，推动因地制宜建设健康类陈列馆、教育馆等，打造医学人文传承推广载体。

三、行动步骤

（一）启动阶段（2024年10月）。国家卫生健康委、教育部、国家中医药局、国家疾控局制定印发行动方案，各省级卫生健康行政部门会同教育行政部门进行工作部署和宣贯动员。各医疗卫生机构、医学院校制定本单位具体工作措施，并启动实施。

（二）实施阶段（2024年10月-2027年9月）。各地结合实际进行工作部署，逐步健全和优化医学人文建设管理组织架构，促进医患沟通，持续改进服务质量。各省级卫生健康行政部门、教育行政部门于每年12月31日前将本年度行动总结分别报送国家卫生健康委医疗应急司、教育部高等教育司。

（三）总结评估阶段（2027年10月-12月）。各级卫生健康行政部门，各医疗卫生机构、医学院校对专项行动工作进行全面总结评估，多渠道、多形式对工作成效和先进典型进行宣传，将工作中形成的具有推广价值的好经验、好做法转化为制度性安排。

四、工作要求

各级卫生健康行政部门、教育行政部门要充分认识加强医学人文关怀、改善医患沟通的重要意义，要充分发挥统筹指导作用，协调相关部门提供必要的政策支持。各级各类医疗卫生机构要优化服务方式，既要重视服务效率，更要重视服务效果和群众感受，要明确工作责任，细化工作措施，创新服务理念，将人文关怀融入患者诊治全流程。各地要加强工作成效的宣传，弘扬新时代医疗卫生职业精神，通过社会评价检验工作成效，营造良好的舆论氛围。各地要根据医务人员、人民群众评价结果，不断调整和完善有关措施，提高医疗服务水平，形成可复制、可推广的经验，持续推进医学人文关怀工作。

发文机关： 国家医疗保障局
成文日期： 2024年9月29日
标 题： 国家医疗保障局关于加强医疗保障基金社会监督员管理工作的指导意见
发布日期： 2024年10月9日
发文字号： 医保发〔2024〕24号
关 键 字： 医疗保障、医保基金、社会监督员
类 别： 医保政策

国家医疗保障局关于加强医疗保障 基金社会监督员管理工作的指导意见

医保发〔2024〕24号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

为强化社会监督作用，更好动员社会各界参与医疗保障基金监督，切实维护基金安全，根据《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）、《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）要求，现就加强医疗保障基金社会监督员管理工作提出以下意见。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大和二十届二中、三中全会精神，始终把维护医保基金安全作为首要任务，强化体制机制和管理创新，鼓励和支持社会各方面参与医保基金监督，进一步规范社会监督员管理，促进社会监督员履职，推动医保基金社会监督作用更好发挥，社会监督员队伍建设更加稳定，筑牢基金监管群众基础，实现政府监管和社会监督、舆论监督的良性互动。

二、重点工作

（一）严格社会监督员选任条件。

社会监督员主要从人大代表、政协委员、媒体代表、定点医药机构代表、有关领域专家学者、参保群众及其他热心医疗保障事业相关人士中选任。社会监督员应当为中华人民共和国公民，拥护党的路线、方针、政策，践行社会主义核心价值观，坚持原则，公道正派，遵纪守法，保守秘密，关心、支持医疗保障事业，熟悉相关领域法律法规，具备专业技能，有较强社会责任感，坚守为民情怀，善于联系群众，能够履行监督员职责。

（二）规范社会监督员选任程序。

按照自愿原则，社会监督员通过公开选聘、特邀聘任、个人自荐、单位推荐

等方式确定，选聘通知公告向社会公开。医疗保障部门综合考虑候选人专业背景、工作经历、年龄结构、地区分布等情况审核择优选聘，突出专业性、代表性。建立完善选任名单公示制度，医疗保障部门向社会监督员颁发聘书。社会监督员名单可以适当方式向社会公开。

（三）促进社会监督员履职尽责。

社会监督员应当学习了解医保基金监管相关法律法规、政策文件和医疗保障知识。对定点医药机构及参保人员使用医保基金情况进行监督，发现并及时反馈医保基金使用违法违规线索。对医疗保障部门及其工作人员依法依规履职等情况进行监督，提出完善医保政策、优化医保管理、强化基金监管等建议。根据医疗保障部门安排部署，积极参加宣传、培训、研讨、监督检查等活动。关注民声舆情，反映社会各方对医保基金监管工作的意见、建议，主动参与网络和媒体互动，弘扬正能量。

（四）健全社会监督员管理机制。

社会监督员由选任单位进行组织管理，指定专门人员负责日常沟通和信息反馈工作。市级以上医疗保障部门根据工作需要，合理确定社会监督员数量及聘任期限，完善考核退出机制，建立社会监督员库并实现动态管理。结合工作实际，组织开展培训、座谈、调研等活动，邀请社会监督员参加监督检查实践，拓展社会监督渠道，激发社会监督参与热情。

（五）加强社会监督员工作保障。

各级医保部门要根据工作需要为社会监督员履职提供便利条件。社会监督员工作为公益属性，社会监督员提供欺诈骗保违法违规线索，经查证属实的，按照医疗保障部门举报奖励办法有关规定执行。探索健全社会监督激励机制，有显著成绩的，由医疗保障部门予以表扬。有条件的地方，可对社会监督员参与监督检查等工作予以经费保障。

三、工作要求

国家医保局负责统筹全国医疗保障基金社会监督员管理工作，组织工作调度，开展交流学习，对各地形成的典型经验和方法模式，及时总结推广。各省级医疗保障部门负责统筹本地区医疗保障基金社会监督员管理工作，出台修订本地区医疗保障基金社会监督员管理办法，推动各统筹地区开展工作，逐步建立稳定的社会监督员库。各级医疗保障部门要充分认识医疗保障基金社会监督工作的重要意义，加强组织领导，强化责任落实，推进社会监督常态化。

国家医疗保障局
2024年9月29日

发文机关：中共中央办公厅、国务院办公厅
成文日期：2024年9月21日
标 题：中共中央办公厅 国务院办公厅关于加快公共数据资源开发利用的意见
发文字号：发布日期：2024年10月9日
类 别：政务服务 关 键 字：公共数据、资源开发

中共中央办公厅 国务院办公厅 关于加快公共数据资源开发利用的意见

各级党政机关、企事业单位依法履职或提供公共服务过程中产生的公共数据，是国家重要的基础性战略资源。为加快公共数据资源开发利用，充分释放公共数据要素潜能，推动高质量发展，经党中央、国务院同意，现提出如下意见。

一、总体要求

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，完整准确全面贯彻新发展理念，统筹发展和安全，兼顾效率与公平，以促进公共数据合规高效流通使用为主线，以提高资源开发利用水平为目标，破除公共数据流通使用的体制性障碍、机制性梗阻，激发共享开放动力，优化公共数据资源配置，释放市场创新活力，充分发挥数据要素放大、叠加、倍增效应，为不断做强做优做大数字经济、构筑国家竞争新优势提供坚实支撑。

工作中要做到：坚持政府指导、市场驱动。加强政府指导和调控，更好发挥市场机制作用，有效扩大公共数据供给，提高公共数据资源配置效率和使用效益。坚持尊重规律、守正创新。鼓励各地区各部门因地制宜推动共享开放，探索开展依规授权运营，完善资源开发利用制度。坚持系统推进、高效协同。加强顶层设计，厘清部门和地方的管理边界，逐步形成权责清晰、条块协同的公共数据资源开发利用格局。坚持加快发展、维护安全。推动制度建设和能力建设相结合，将安全贯穿公共数据资源开发利用全过程，防范各种数据风险。

主要目标是：到2025年，公共数据资源开发利用制度规则初步建立，资源供给规模和质量明显提升，数据产品和服务不断丰富，重点行业、地区公共数据资源开发利用取得明显成效，培育一批数据要素型企业，公共数据资源要素作用初步显现。到2030年，公共数据资源开发利用制度规则更加成熟，资源开发利用体系全面建成，数据流通使用合规高效，公共数据在赋能实体经济、扩大消费需求、拓展投资空间、提升治理能力中的要素作用充分发挥。

二、深化数据要素配置改革，扩大公共数据资源供给

（一）统筹推进政务数据共享。完善政务数据目录，实行统一管理，推动实现“一数一源”，不断提升政务数据质量和管理水平。推动主动共享与按需共享相结合，完善政务数据共享责任清单，做好资源发布工作。强化已有数据共享平台的支撑作用，围绕“高效办成一件事”，推进跨层级、跨地域、跨系统、跨部门、跨业务政务数据共享和业务协同，不断增强群众和企业的获得感。

（二）有序推动公共数据开放。健全公共数据开放政策体系，明确公共数据开放的权责和范围，在维护国家数据安全、保护个人信息和商业秘密前提下，依法依规有序开放公共数据。完善公共数据开放平台，编制公布开放目录并动态更新，优先开放与民生紧密相关、社会需求迫切的数据，鼓励建立公共数据开放需求受理反馈机制，提高开放数据的完整性、准确性、及时性和机器可读性。

（三）鼓励探索公共数据授权运营。落实数据产权结构性分置制度要求，探索建立公共数据分类分级授权机制。加强对授权运营工作的统筹管理，明确数据管理机构，探索将授权运营纳入“三重一大”决策范围，明确授权条件、运营模式、运营期限、退出机制和安全管理责任，结合实际采用整体授权、分领域授权、依场景授权等模式，授权符合条件的运营机构开展公共数据资源开发、产品经营和技术服务。数据管理机构要履行行业监管职责，指导监督运营机构依法依规经营。运营机构要落实授权要求，规范运营行为，面向市场公平提供服务，严禁未经授权超范围使用数据。加快形成权责清晰、部省协同的授权运营格局。适时制定公共数据资源授权运营管理规定。

三、加强资源管理，规范公共数据授权运营

（四）健全资源管理制度。建立公共数据资源登记制度，依托政务数据目录，根据应用需求，编制形成公共数据资源目录，对纳入授权运营范围的公共数据资源实行登记管理。提高公共数据资源可用性，推动数据资源标准化、规范化建设，开展数据分类分级管理，强化数据源头治理和质量监督检查，实现数据质量可反馈、使用过程可追溯、数据异议可处置。

（五）完善运营监督。建立公共数据资源授权运营情况披露机制，按规定公开授权对象、内容、范围和时限等授权运营情况。运营机构应公开公共数据产品和服务能力清单，披露公共数据资源使用情况，接受社会监督。运营机构应依法依规在授权范围内开展业务，不得实施与其他经营主体达成垄断协议或滥用市场支配地位等垄断行为，不得实施不正当竞争行为。

（六）建立健全价格形成机制维护公共利益。发挥好价格政策的杠杆调节作用，加快建立符合公共数据要素特性的价格形成机制。指导推动用于公共治理、公益事业的公共数据产品和服务有条件无偿使用。用于产业发展、行业发展的公共数据经营性产品和服务，确需收费的，实行政府指导定价管理。

四、鼓励应用创新，推动数据产业健康发展

（七）丰富数据应用场景。在市场需求大、数据资源多的行业和领域，拓展应用场景，鼓励经营主体利用公共数据资源开发产品、提供服务。鼓励和支持企事业单位和社会组织有条件无偿使用公共数据开发公益产品，提供便民利民服务。支持人工智能政务服务大模型开发、训练和应用，提高公共服务和社会治理智能化水平。

（八）推动区域数据协作。落实区域重大战略、区域协调发展战略部署，鼓励京津冀、长三角、粤港澳大湾区以及成渝地区双城经济圈、长江中游城市群等创新推动公共数据资源开发利用，促进全国一体化数据市场发展，培育新兴产业。探索建立公共数据资源开发利用区域合作和利益调节机制，支持东中西部地区发挥比较优势，在数据存储、计算、服务等环节开展区域协作，共享数据要素红利。

（九）加强数据服务能力建设。加强数据基础设施建设，推动数据利用方式向共享汇聚和应用服务能力并重的方向转变。推进多元数据融合应用，丰富数据产品和服务。研究制订数据基础设施标准规范，推动设施互联、能力互通，推动构建协同高效的国家公共数据服务能力体系。鼓励有条件的地区探索公共数据产品和服务场内交易模式，统筹数据交易场所的规划布局，引导和规范数据交易场所健康发展。

（十）繁荣数据产业发展生态。将数据产业作为鼓励发展类纳入产业结构调整指导目录，支持数据采集标注、分析挖掘、流通使用、数据安全等技术创新应用，鼓励开发数据模型、数据核验、评价指数等多形式数据产品。围绕数据采存算管用，培育高水平数据要素型企业。聚焦算力网络和可信流通，支持数据基础设施企业发展。落实研发费用加计扣除、高新技术企业税收优惠等政策。支持数据行业协会、学会等社会团体和产业联盟发展，凝聚行业共识，加强行业自律，推动行业发展。

五、统筹发展和安全，营造开发利用良好环境

（十一）加大创新激励。明确公共数据管理和运营的责任边界，围绕强化管理职责优化机构编制资源配置。在有条件的地区和部门，按照管运适度分离的原则，在保障政务应用和公共服务的前提下，承担数据运营职责的事业单位可按照国家有关规定转企改制，试点成立行业性、区域性运营机构，并按照国有资产有关法律法规进行管理，符合要求的纳入经营性国有资产集中统一监管。研究制定支持运营机构发展的激励政策。

（十二）加强安全管理。强化数据安全和个人信息保护，加强对数据资源生产、加工使用、产品经营等开发利用全过程的监督和管理。建立健全分类分级、风险评估、监测预警、应急处置等工作体系，开展公共数据利用的安全风险评估

和应用业务规范性审查。运营机构应依据有关法律法规和政策要求，履行数据安全主体责任，采取必要安全措施，保护公共数据安全。加强技术能力建设，提升数据汇聚关联风险识别和管控水平。依法依规予以保密的公共数据不予开放，严格管控未依法依规公开的原始公共数据直接进入市场。

（十三）鼓励先行先试。充分考虑数据领域未知变量，落实“三个区分开来”，鼓励和保护干部担当作为，营造鼓励创新、包容创新的干事创业氛围，支持在制度机制、依规授权、价格形成、收益分配等方面积极探索可行路径。充分认识数据规模利用的潜在风险，坚决防止以数谋私等“数据上的腐败”，坚持有错必纠、有过必改，对苗头性、倾向性问题早发现早纠正，对失误错误及时采取补救措施，维护公共数据安全。

六、强化组织实施

（十四）加强组织领导。坚持和加强党对数据工作的全面领导。在党中央集中统一领导下，各地区各部门要强化组织实施，结合实际抓好本意见贯彻落实。国务院办公厅强化工作协调，统筹推进政务数据共享工作。国家数据局加强工作统筹，动态掌握全国公共数据资源开发利用情况，及时协调解决工作中的重要问题。重要情况及时按程序向党中央、国务院请示报告。

（十五）强化资金保障。加大中央预算内投资对数据基础设施、数据安全能力建设的支持力度。各地区各部门可结合实际需要统筹安排数据产品和服务采购经费。鼓励各类金融机构创新产品和服务，加大对数据要素型企业和数据基础设施企业的融资支持力度。引导社会资本有序参与公共数据资源开发利用活动。

（十六）增强支撑能力。加快建立数据产权归属认定、市场交易、权益分配、利益保护制度。统筹数据领域标准体系建设管理，组织开展相关标准研制、宣传、执行和评价。依托国家重点研发计划、国家科技重大专项等，开展数据加密、可信流通、安全治理等关键技术和攻关。加强数据领域人才队伍建设，将提高做好数据工作的能力纳入干部教育培训内容。积极参与国际交流合作，推动公共数据国际治理规则、国际标准制定。

（十七）加强评价监督。各地区各部门可结合实际探索开展公共数据资源开发利用绩效考核，依法依规向审计机关开放公共数据资源目录和开发利用情况。鼓励开展公共数据资源开发利用成效评价和第三方评估，加强经验总结和宣传推广，营造良好氛围。

发文机关： 国家药监局
成文日期： 2024年10月11日
标 题： 国家药监局关于发布境内生产药品再注册申报程序和申报资料要求的通告
发文字号： 2024年第38号
发布日期： 2024年10月11日
类 别： 医药政策
关 键 字： 境内生产药品、注册申报程序

国家药监局关于发布境内生产药品 再注册申报程序和申报资料要求的通告

2024年第38号

为加强药品再注册管理，根据《药品管理法》《疫苗管理法》《药品管理法实施条例》《药品注册管理办法》等法律法规规章文件，国家药监局制定了境内生产药品再注册申报程序和申报资料要求，现予发布，自2025年1月1日起施行。鼓励各省、自治区、直辖市药品监督管理部门结合实际监管工作，优化、细化相关程序和要求，有效控制药品安全风险，提高服务水平。

特此通告。

- 附件：1. 境内生产药品再注册申报程序
2. 境内生产药品再注册申报资料要求

国家药监局
2024年10月11日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 国家药监局关于发布境内生产药品再注册申报程序和申报资料要求的通告

发文机关： 国家医疗保障局办公室
标 题： 国家医疗保障局办公室关于印发《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》的通知
发文字号： 医保办发〔2024〕21号
类 别： 医保政策

成文日期： 2024年9月23日
发布日期： 2024年10月14日
关 键 字： 长期护理保险、护理服务

国家医疗保障局办公室关于印发《长期护理 保险护理服务机构定点管理办法（试行）》的通知

医保办发〔2024〕21号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

为加强长期护理保险护理服务机构定点管理，规范服务行为，提高长期护理保险基金使用效能，保障享受长期护理保险待遇的参保人员合法权益，根据《国家医保局 财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）等有关规定，制定《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》，现印发给你们，请认真抓好贯彻实施。

附件：长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）

国家医疗保障局办公室
2024年9月23日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 国家医疗保障局办公室关于印发《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》的通知

发文机关： 国家医疗保障局办公室
成文日期： 2024年10月16日
标 题： 国家医疗保障局办公室关于规范医保药品外配处方管理的通知
发文字号： 医保办函〔2024〕86号
发布日期： 2024年10月16日
类 别： 医药政策
关 键 字： 医保药品、外配处方

国家医疗保障局办公室关于 规范医保药品外配处方管理的通知

医保办函〔2024〕86号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

为更好保障参保人就医购药，近年来国家全面部署建立职工医保门诊共济保障机制、健全完善城乡居民“两病”用药保障机制、支持谈判药品“双通道”供应，同步加快医保电子处方中心建设，取得积极成效。但近期国家医保局组织的专项飞行检查发现，一些定点医疗机构和定点零售药店外配医保药品处方管理粗放，虚假处方、超量开药等现象屡有发生，损害参保人合法权益，威胁医保基金安全，亟需加强外配处方规范管理。各地要深刻剖析黑龙江省哈尔滨市部分药店欺诈骗保的典型案例，全面加强处方流转全流程监管，严厉打击虚假处方欺诈骗保行为。现就进一步规范医保药品外配处方管理通知如下。

一、规范定点医疗机构处方外配服务

各地医保部门要指导定点医疗机构按照相关要求和医保协议约定配备诊疗所需药品，暂时无法配备但确需使用的，应当为参保人提供必要的处方外配服务并加强管理。已上线医保电子处方中心的统筹地区，定点医疗机构应通过电子处方中心提供处方外配服务。支持将电子处方打印成纸质处方，方便老年人等有需求的参保人持纸质处方前往定点零售药店购药。暂未上线医保电子处方中心的统筹地区，定点医疗机构开具的纸质处方须经本院医保医师签名并加盖外配处方专用章后有效。定点医疗机构要将涉及参保人的所有外配处方（纸质处方复印）留存备查，保存期限不少于2年。纸质处方应由定点医疗机构按照相关部门规定的标准和格式印制，并在前记部分进行连续编号，保证处方编号的唯一性、可识别性。定点医疗机构要定期汇总分析涉及参保人的外配处方情况，发现医务人员处方行为不规范的予以提醒、批评和教育，发现参保人冒名开药、重复开药、超量开药或利用医保报销待遇转卖药品的，及时向当地医保部门举报。

二、加强定点零售药店外配处方管理

定点零售药店为参保人调剂外配处方时，应认真检查处方的真实性、合法性、

规范性，核准处方用药信息、有效期等以及参保人信息，发现问题的可以拒绝调剂，并及时向当地医保部门反映存疑外配处方线索。已上线医保电子处方中心的统筹地区，定点零售药店应通过医保电子处方中心下载定点医疗机构电子处方，按处方进行调剂，电子处方存档备查。暂未上线医保电子处方中心的统筹地区，参保人使用纸质处方的，定点零售药店核验调剂后应当按规定留存处方，定期提交统筹地区医保部门检查，纸质处方保存期限不少于2年。定点零售药店应按照医保部门关于药品追溯码有关规定，应用药品追溯码，确保调剂外配处方药品可追溯。

三、强化医保药品处方流转管理

原则上，定点零售药店凭本统筹地区定点医疗机构外配处方销售的药品，符合规定的可以纳入医保统筹基金支付范围，暂不接受本统筹地区以外的医疗机构外配处方。各地医保部门要认真落实《国家医疗保障局关于印发〈定点医疗机构医疗保障服务协议范本〉的通知》（医保发〔2024〕22号）要求，将医保药品外配处方管理情况纳入协议管理范畴，压实定点医药机构管理责任。统筹地区医保部门要加强外配处方日常审核，定期组织定点医疗机构与定点零售药店外配处方之间“对账”，发现违法违规问题，按照相关规定进行协议处理、行政处罚、移送司法机关等。对外配处方量多、金额较大或数据异常波动的定点医药机构要重点加强政策指导和监督检查。

四、加快推进电子处方中心建设

各地要依托全国统一的医保信息平台，抓紧部署应用医保电子处方中心功能，连通医保经办机构、定点医疗机构、定点零售药店，确保电子处方顺畅流转。自2025年1月1日起，配备“双通道”药品的定点零售药店均需通过电子处方中心流转“双通道”药品处方，不再接受纸质处方。特殊情况需要延长纸质处方使用时间的，由统筹地区报省级医保部门同意，并向国家医保局备案，延长时间不超过3个月。医保电子处方中心与智能监管子系统有效衔接。

五、集中开展医保外配处方使用专项治理

统筹地区医保部门要将检查定点医疗机构和定点零售药店外配处方情况纳入打击欺诈骗保相关行动，2024年12月底前，针对门诊慢性病和特殊病保障、城乡居民门诊“两病”用药机制开方药品，以及其他金额高、费用大、欺诈骗保风险高的开方药品开展专门检查。依托大数据分析，做到纸质处方使用量大的必查，单个处方开药剂量大的必查，同一参保人重复超量开药的必查，单体定点医疗机构纸质处方开方多的必查，重点科室医保医师开方数量大的必查。检查发现的定点医药机构和参保人违法违规问题，要依法依规快查快处。要加强参保人的健康

和法治教育，坚决打击医患合谋欺诈骗保，对参与欺诈骗保的参保人要综合采取信用评价、减少医保服务便利度等方式予以教育和惩戒，支持各地探索适当调整欺诈骗保参保人的医保待遇。对存在违规违法问题的，依法追究相应责任。

各地要高度重视全面加强医保药品外配处方管理工作的重要意义，督促指导定点医疗机构和定点零售药店按要求做好医保电子处方中心接入和外配处方管理，同步加大相关政策宣传和典型案例曝光，引导参保人积极配合，形成良好工作氛围。工作中遇有重大情况，及时向国家医保局报告。

特此通知。

国家医疗保障局办公室

2024年10月16日

发文机关： 国家卫生健康委办公厅
成文日期： 2024年10月12日
标 题： 国家卫生健康委办公厅关于印发肥胖症诊疗指南（2024年版）的通知
发文字号： 国卫办医政函〔2024〕382号
发布日期： 2024年10月17日
类 别： 医疗政策
关 键 字： 肥胖症、诊疗指南

国家卫生健康委办公厅关于印发 肥胖症诊疗指南（2024年版）的通知

国卫办医政函〔2024〕382号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步提高肥胖症诊疗规范化水平，保障医疗质量安全，维护患者健康权益，我委组织制定了《肥胖症诊疗指南（2024年版）》（可在国家卫生健康委网站医政司栏目下载）。现印发给你们，请各地卫生健康行政部门组织做好实施。

附件：肥胖症诊疗指南（2024年版）

国家卫生健康委办公厅
2024年10月12日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网（www.drugnet.com.cn）>政策法规>通知公告>国家卫生健康委办公厅关于印发肥胖症诊疗指南（2024年版）的通知

发文机关： 国家药监局、国家中医药局 成文日期： 2024年10月17日
标 题： 国家药监局 国家中医药局关于支持珍稀濒危中药材替代品研制有关事项的公告
发文字号： 2024年第129号 发布日期： 2024年10月21日
类 别： 中医药 关 键 字： 珍稀濒危中药材、替代品研制

国家药监局 国家中医药局关于支持珍稀 濒危中药材替代品研制有关事项的公告

2024年第129号

为进一步贯彻落实《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》中“支持珍稀濒危中药材替代品的研究和开发利用”的有关部署，加强珍稀濒危野生药用动植物资源保护，支持珍稀濒危中药材野生抚育、人工繁育和替代品研制，现将有关事项公告如下：

一、根据临床用药需求，结合中药资源和具体品种情况，现阶段重点支持穿山甲、羚羊角、牛黄、熊胆粉、冬虫夏草等珍稀濒危中药材用于中药生产的替代品的研制。

二、支持将临床急需的珍稀濒危中药材替代品研究纳入相关科研项目，其研究成果可作为中医药科技成果进行登记，符合条件的向国家推荐相关奖励。

三、结合临床用药和产业发展需求，深化产学研医协同创新，推动珍稀濒危中药材替代品研究关键技术联合攻坚，加快促进科研成果转化和推广应用。

四、珍稀濒危中药材替代品上市许可申请，除已有国家药品标准的珍稀濒危中药材替代品研制，按照中药注册分类中“其他情形”进行申报外，新研制的珍稀濒危中药材替代品，按照“1.3 新药材及其制剂”注册类别进行申报。申请人在申报前可就关键技术问题与国家药品监督管理局药品审评中心进行沟通交流。

五、加强中药监管科学研究，充分发挥专家作用，按照不同的注册申报路径，分类别、分情形研究制定珍稀濒危中药材替代品研制相关技术指导原则，指导科学开展替代品研制。

六、对研制珍稀濒危中药材替代品按照“提前介入、一企一策、全程指导、研审联动”的原则，做好注册服务。对临床定位清晰且具有明显临床价值的珍稀濒危中药材替代品研制注册申请实行优先审评审批。

对本公告第一条中所列重点支持的珍稀濒危中药材替代品和国务院卫生健康

或者中医药主管部门认定急需的其他珍稀濒危中药材替代品，且药物临床试验已有数据显示疗效并能预测其临床价值的，可以附条件批准。

七、各省级药品监督管理部门应当加强对辖区内珍稀濒危中药材替代品生产质量的严格监管，加强对相关品种的药品不良反应监测。相关药品上市许可持有人应当履行主体责任，深入开展上市后研究和评价，为进一步完善替代品的应用和管理积累数据。

本公告自发布之日起施行。

特此公告。

国家药监局 国家中医药局

2024年10月17日

发文机关： 国家卫生健康委办公厅
成文日期： 2024年10月21日
标 题： 国家卫生健康委办公厅关于印发非新生儿破伤风诊疗规范（2024年版）的通知
发文字号： 国卫办医急函〔2024〕381号
发布日期： 2024年10月22日
类 别： 妇幼健康
关 键 字： 新生儿、破伤风诊疗

国家卫生健康委办公厅关于印发非新生儿 破伤风诊疗规范（2024年版）的通知

国卫办医急函〔2024〕381号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步规范非新生儿破伤风诊疗行为，保证非新生儿破伤风诊疗工作的科学性、规范性和有效性，我委组织专家对《非新生儿破伤风诊疗规范（2019年版）》相关内容进行修订，形成了《非新生儿破伤风诊疗规范（2024年版）》。现印发给你们，请各地卫生健康行政部门做好组织实施工作。

附件：非新生儿破伤风诊疗规范（2024年版）

国家卫生健康委办公厅
2024年10月11日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 国家卫生健康委办公厅关于印发非新生儿破伤风诊疗规范（2024年版）的通知

发文机关： 国家药监局
成文日期： 2024年10月21日
标 题： 国家药监局关于印发生物制品分段生产试点工作方案的通知
发文字号： 国药监药管〔2024〕24号
发布日期： 2024年10月22日
类 别： 医药政策
关 键 字： 生物制品、分段生产试点

国家药监局关于印发生物制品 分段生产试点工作方案的通知

国药监药管〔2024〕24号

各省、自治区、直辖市和新疆建设兵团药品监督管理局：

为深入贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，落实党中央、国务院支持生物医药产业高质量发展决策部署，国家药监局研究制定了《生物制品分段生产试点工作方案》，现予印发，请认真组织实施。

国家药监局

2024年10月21日

生物制品分段生产试点工作方案

为深入贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，落实党中央、国务院关于支持生物医药产业高质量发展决策部署，适应生物医药产业发展新形势，进一步深化药品监管制度改革，培育生物医药领域新质生产力，制定本方案。

一、工作目标

基于我国生物医药产业发展现状和监管实际，强化药品上市许可持有人（以下简称持有人）药品质量安全主体责任和地方药品监管部门属地监管责任，提升持有人对生物制品分段生产的质量管理和风险防控能力，确保产品质量安全。针对生物制品分段生产的审评审批、企业质量管理、上市后监管等环节，探索建立科学、高效的全过程管理制度体系，推动生物医药产业优化资源配置，有序融入国际产业链，实现产业高质量发展。

二、纳入试点工作的有关要求

（一）试点区域

试点地区包括党中央、国务院区域协调发展战略提出探索生物制品分段生产任务的省级行政区域，以及生物医药产业聚集、确有项目需求且生物制品监管能力较强的省级行政区域。

（二）试点企业

试点品种的持有人应当具备试点品种的自主研发、质量管理、风险防控和责任赔偿能力，持有人及分段生产的相关受托生产企业应当执行统一的质量管理体系。

参加试点工作的受托生产企业应当具备完善的药品质量保证体系，具有三年以上生物制品商业化生产经验。

（三）试点品种

试点品种原则上应当为创新生物制品、临床急需生物制品或者国家药监局规定的其他生物制品，包括多联多价疫苗、抗体类生物制品、抗体偶联类生物制品、胰高血糖素样肽-1类生物制品以及胰岛素类生物制品等。

（四）试点期限

试点工作自本方案印发之日起实施，至2026年12月31日结束。

三、试点工作安排

（一）方案审核

拟参加试点工作的药品注册申请人（含境外申请人指定的办理相关药品注册事项的中国境内企业法人，以下简称注册申请人）、持有人（含境外持有人指定的履行持有人义务的中国境内企业法人），应当于2025年12月31日前向所在地省级药品监督管理局（以下简称省级药监局）提出试点申请。省级药监局依申请初步遴选试点企业和试点品种，结合本地区实际研究制定本省生物制品分段生产试点方案和质量监管方案，按照“一品一策”原则经所在地省级人民政府审核同意后，报送国家药监局。分段生产委托双方不在同一个省（自治区、直辖市）的，由注册申请人、持有人所在地省级药监局会同受托生产企业所在地省级药监局共同研究分段生产试点方案和质量监管方案，经注册申请人、持有人所在地省级人民政府审核同意后，报送国家药监局。

国家药监局对省级药监局报送的试点方案、质量监管方案进行审核，综合评估省级药监局的监管能力、试点企业和试点品种符合性等。

（二）试点实施

经综合评估确认符合试点要求的，由注册申请人、持有人以及受托生产企业按照我国药品生产监督管理相关法律法规等要求履行《药品生产许可证》申请或者变更程序，并按照我国药品审评审批相关法律法规等要求履行相应的药品上市许可或者上市后变更申报程序。省级药监局指导委托双方企业做好药品生产许可证明文件核发或者变更药品生产范围等申请事宜，依职责做好试点相关生产许可工作，试点品种及其持有人、受托生产企业的日常监管工作。

（三）试点总结

试点工作结束前，试点区域省级药监局应当组织试点企业开展评估，并结合企业评估情况和省级药监局监督管理情况等，系统梳理试点工作成效，全面评估生物制品分段生产风险及风险控制措施有效性，深入分析试点过程中存在的困难问题和应对举措，归纳可复制、可推广的监管经验做法，形成试点工作总结，并报送国家药监局。

四、试点企业的责任与义务

（一）参加试点工作的持有人及受托生产企业应当严格落实《国家药监局关于发布〈药品上市许可持有人落实药品质量安全主体责任监督管理规定〉的公告》（2022年第126号）、《国家药监局关于加强药品上市许可持有人委托生产监督管理工作的公告》（2023年第132号）要求，健全质量管理和生产管理组织机构，配备与产品规模相适应的质量管理和生产管理相关工作人员，建立覆盖试点品种研发、生产、检验、追溯、上市后监测与评价全过程的药品质量管理体系，确保试点品种质量安全。

（二）参加试点工作的持有人应当建立完善的药品质量管理体系，每个试点品种在产期间选派两名以上熟悉产品生产工艺和药品GMP管理要求的技术人员至受托生产企业驻厂指导和监督，确保委托双方质量管理体系标准统一、有效衔接。相关持有人应当建立责任赔偿的相关管理制度和程序，具备与试点品种的风险程度、市场规模和人身损害赔偿标准等因素相匹配的责任赔偿能力。开展疫苗分段委托生产的，还应当符合《中华人民共和国疫苗管理法》以及《疫苗生产流通管理规定》等要求。

五、监督管理

（一）试点品种研发及审评审批管理要求

试点品种申请人应当按照《药品注册管理办法》等关于申报上市许可、上市后变更补充申请的相关要求提交证明性文件。其中，申请人《药品生产许可证》应载明原液及制剂生产地址，原液和（或者）制剂受托生产企业《药品生产许可证》应载明原液和（或者）制剂生产地址；核发的《药品注册证书》《制造及检定规程》的“生产企业”及“生产地址”项下均应明确原液和制剂相应信息。

（二）试点品种上市后监管要求

省级药监局应当严格落实属地监管责任，加强对试点企业和试点品种的监管力度，对试点品种实施年度全覆盖检查和抽检，积极接受企业的委托检验，督促试点企业全面落实产品质量安全主体责任，保障分段生产药品安全、有效、质量可控。省级药监局应当将试点相关企业和品种纳入重点监管范围，对试点品种开

展每年不少于一次的全体系 GMP 符合性检查。必要时，持有 B 类药品生产许可证的持有人所在地省级药监局可成立工作小组，围绕建立健全质量管理体系对企业加强监管和指导。

六、保障措施

（一）加强组织协调。国家药监局统筹推进试点工作，组织研究重大事项。各试点区域省级药监局成立工作专班，细化任务分工，协调推进试点各项工作。

（二）强化业务指导。国家药监局审评、检查、检验等专业技术机构对试点品种的审评审批、监督检查、药品检验等给予指导和支持。国家药监局相关司局做好对试点省级药监局的业务指导工作。

（三）严守工作纪律。各单位开展试点工作，应当严格遵守国家药监局关于防范利益冲突和廉政风险等相关要求，确保试点工作公平公正、平稳高效。

发文机关： 国家卫生健康委办公厅
成文日期： 2024年10月21日
标 题： 国家卫生健康委办公厅关于印发老年听力健康核心信息的通知
发文字号： 国卫办老龄函〔2024〕398号
发布日期： 2024年10月24日
类 别： 健康养老
关 键 字： 老年听力健康

国家卫生健康委办公厅关于印发 老年听力健康核心信息的通知

国卫办老龄函〔2024〕398号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为贯彻落实《中共中央国务院关于加强新时代老龄工作的意见》《健康中国行动（2019-2030年）》有关要求，推动实施老年听力健康促进行动，预防和减缓老年听力损失的发生，切实增强老年人的健康获得感，我委组织编写了《老年听力健康核心信息》。现印发给你们，供参考使用。

国家卫生健康委办公厅
2024年10月21日

老年听力健康核心信息

听力健康是保障身体健康、生活质量和社会参与的重要基础。维护老年听力健康，能预防和减缓老年听力损失的发生，降低老年痴呆、焦虑抑郁和跌倒等风险，提升老年人的幸福感、获得感、安全感。

1. 远离噪声环境。避免近距离或长时间处于噪声环境。在噪声环境下应佩戴防护耳罩、耳塞或用手紧捂双耳尽快离开。

2. 科学使用耳机。选择佩戴舒适、音量可调的耳机。避免长时间佩戴耳机，每隔1小时休息一次。耳机音量以“能听到”为合适音量。

3. 注意耳部卫生。尽可能保持耳道干燥。尽量少掏耳朵，出现耳道堵塞等问题，应及时到医院处理。

4. 合理使用药物。在医师指导下使用药物，并定期评估药物使用对听力的影响，必要时请医师或药师调整用药种类和数量。

5. 定期检测听力。每年尽可能做一次听力检查。

6. 及时看病就医。突然出现听力下降、耳鸣、耳痛、耳闷等症状应立即就诊。经常出现说话打岔、需要别人重复所说的话、调高电视或手机音量等情况时，应及时就医。

7. 尽早助听干预。对于存在听力损失并影响日常交流的老年人，应尽早进行规范的助听器验配或人工耳蜗植入等干预，辅以听力康复训练并定期跟踪复查。
8. 改善交流方式。尽量在安静明亮的环境中与听力损失的老年人交流，注意放慢语速、简化语言，不遮挡面部，可辅助使用手势等肢体语言。
9. 营造适听环境。创造听力损失老年人无障碍家庭环境，如安装可视门铃、震动报警器等，以提升老年人的生活质量和安全感。
10. 关爱听障老人。家人和照护者要帮助老年人丰富日常生活，增加对话交流，鼓励社交参与，缓解老年人孤独感，延缓认知功能下降。

发文机关： 国务院办公厅
标 题： 国务院办公厅印发《关于加快完善生育支持政策体系推动建设生育友好型社会的若干措施》的通知
发文字号： 国办发〔2024〕48号
类 别： 妇幼健康

成文日期： 2024年10月19日
发布日期： 2024年10月28日
关 键 字： 生育支持、友好型社会

国务院办公厅印发《关于加快完善生育支持政策体系推动建设生育友好型社会的若干措施》的通知

国办发〔2024〕48号

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

《关于加快完善生育支持政策体系推动建设生育友好型社会的若干措施》已经国务院同意，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

国务院办公厅
2024年10月19日

关于加快完善生育支持政策体系推动建设生育友好型社会的若干措施

为健全人口发展支持和服务体系，促进人口高质量发展，现就加快完善生育支持政策体系，推动建设生育友好型社会提出以下措施。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，完整准确全面贯彻新发展理念，坚持以人民为中心的发展思想，认识、适应、引领人口发展新常态，加强统筹谋划，强化部门协同，深化改革创新，完善生育支持政策体系和激励机制，健全覆盖全人群、全生命周期的人口服务体系，有效降低生育、养育、教育成本，营造全社会尊重生育、支持生育的良好氛围，为推动实现适度生育水平、促进人口高质量发展提供有力支撑。

二、强化生育服务支持

（一）增强生育保险保障功能。强化生育保险对参保女职工生育医疗费用、生育津贴待遇等保障作用。指导有条件的地方将参加职工基本医疗保险的灵活就业人员、农民工、新就业形态人员纳入生育保险。做好未就业人员生育医疗费用

待遇保障。研究完善生育保险制度，进一步强化生育支持保障功能。

（二）完善生育休假制度。各地要完善生育休假政策，统筹多渠道资金，建立合理的成本共担机制，加大对生育休假落实情况的监督力度，保障法律法规规定的产假、生育奖励假、陪产假、育儿假等生育假期落实到位。

（三）建立生育补贴等制度。制定生育补贴制度实施方案和管理规范，指导地方做好政策衔接，积极稳妥抓好落实。落实好3岁以下婴幼儿照护、子女教育个人所得税专项附加扣除政策。加大个人所得税抵扣力度。

（四）加强生殖健康服务。深入实施母婴安全行动提升计划和出生缺陷防治能力提升计划。加强生殖保健技术研发应用，提升产前检查、住院分娩、产后保健等生育医疗服务水平，规范诊疗行为，改善产妇生育体验。加强生育医疗费用保障，指导各地将适宜的分娩镇痛以及辅助生殖技术项目纳入医保报销范围。强化青少年性与生殖健康教育，预防非意愿妊娠，深入开展早孕和流产关爱服务。

三、加强育幼服务体系建设

（五）提高儿童医疗服务水平。加强儿童医院、妇幼保健机构和综合医院、中医医院的产科、儿科建设，推动绩效工资分配向产科、儿科倾斜。加快建设儿童友好医院，深入实施健康儿童行动提升计划。夯实基层儿童医疗保健服务网络，持续优化6岁以下儿童健康管理服务。深入实施儿科类国家区域医疗中心建设项目，动态支持产科、儿科等临床重点专科发展，推进儿科医疗联合体建设，促进优质儿科医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。鼓励儿童药品研发申报，不断丰富儿童适用药品的品种、剂型和规格。加强儿童医疗费用保障，及时将符合条件的儿童用药按程序纳入医保报销范围。

（六）增加普惠托育服务供给。各地要统筹中央预算内投资、地方政府专项债等渠道资金，开展托育综合服务中心和公办托育服务网络建设，着力增加公建托位供给，提高公建托位占比，优先实现托育综合服务中心地市级全覆盖。积极推行公建民营模式，支持社会力量参与提供普惠、多元、优质托育服务。各地要根据常住人口规模和实际需求，落实托育服务设施与新建居住区同步规划、同步建设、同步验收、同步交付的要求，结合城市更新工作加快补齐托育服务设施短板。统筹社区各类资源，发挥贴近居民的服务优势，提供更多免费或低收费用房场地，大力发展社区嵌入式托育。积极支持用人单位办托、家庭托育点等多种模式发展。统筹考虑经济发展、人口结构和托育实际需求等因素，科学规划托育服务体系，大力发展托幼一体服务，优化托育服务精准供给。

（七）完善普惠托育支持政策。实施中央财政支持普惠托育服务发展示范项目。完善普惠托育服务价格政策，鼓励有条件的地方结合实际对普惠托育机构给

予适当运营补助。各地要落实好托育服务税费优惠、托育机构用水用电用气用热按照居民生活类价格执行等政策。制定托育行业人才培养计划。举办托育领域职业技能竞赛。基层医疗卫生机构要积极与托育机构开展签约服务，提供健康管理、疾病防控、人员培训等支持。对托育机构的服务管理、人员资质、卫生保健等方面加强常态化综合监管，守住托育服务安全底线。

（八）促进儿童发展和保护。建立完善健康科普专家库和资源库，通过广播、电视、报刊、网络等多种媒体渠道，普及科学育儿知识与技能。充分发挥群团组织、专业服务机构、行业协会、公益慈善组织等的积极作用，依托村（居）委会等基层力量，以多种形式为家庭提供育儿指导服务。广泛开展儿童关爱服务，创建安全环境，加强心理健康服务，改善婴幼儿营养状况，大力推进儿童早期发展工作。发展儿童福利事业，保障困境儿童合法权益。

四、强化教育、住房、就业等支持措施

（九）扩大优质教育资源供给。优化区域教育资源配置，建立同人口变化相协调的基本公共教育服务供给机制。深入落实“双减”政策，支持中小学校积极开展课后服务和社会实践项目，努力满足学生多样化学习需求。促进学前教育普及普惠发展，推进义务教育优质均衡发展。鼓励各地出台多子女同校就读具体实施办法，帮助解决家长接送不便问题。完善覆盖全学段学生资助体系，确保家庭经济困难学生及时受助，做到应助尽助。探索逐步扩大免费教育范围。

（十）加强住房支持政策。鼓励有条件的地方加大对多子女家庭购房的支持力度，可结合实际出台适当提高住房公积金贷款额度等政策。多渠道增加保障性住房有效供给，对符合条件且有未成年子女的家庭，可根据其未成年子女数量，在户型选择方面给予适当照顾。加快发展住房租赁市场，因地制宜逐步使租购住房群体享有同等公共服务权利。

（十一）强化职工权益保障。完善促进妇女就业政策，加强对女性劳动者特别是生育再就业女性的职业技能培训。督促用人单位依法依规落实对女职工特别是孕产期、哺乳期女职工的特殊劳动保护。鼓励用人单位结合实际采取弹性上下班、居家办公等方式，营造家庭友好型工作环境。鼓励有条件的用人单位配建母婴设施、提供福利性托育服务、组织开展寒暑假期和课后儿童托管活动，积极帮助职工分担育儿压力。

五、营造生育友好社会氛围

（十二）积极构建新型婚育文化。弘扬中华民族传统美德，倡导尊重生育的社会价值，提倡适龄婚育、优生优育，鼓励夫妻共担育儿责任。大力倡导积极的婚恋观、生育观、家庭观，加强家庭家教家风建设，推动形成社会主义家庭文明

新风尚。搭建多种形式的青年婚恋交友公益平台。积极开展婚姻家庭辅导、结婚颁证、文明简约婚礼等特色服务。扎实推进婚俗改革和移风易俗，破除婚嫁大操大办、高额彩礼等陈规陋习，培育积极向上的婚俗文化。

（十三）加强社会宣传倡导。实施人口高质量发展宣传教育专项行动。充分利用各类媒体渠道，加强人口和生育政策宣传解读，积极回应社会关切。加强人口国情国策教育，将相关内容融入中小学、本专科教育。组织创作一批高质量影视剧、舞台剧和网络文艺作品，加大专题节目、公益广告等制作投放。积极发挥群团组织宣传教育等作用，鼓励引导社区、单位、个人参与，共同营造生育友好的社会环境。

各地区、各有关部门要切实提高政治站位，增强做好新时代人口工作的责任感和使命感，细化实化优化具体措施，落实政府、用人单位、个人等多方责任，确保生育支持各项任务落到实处、取得实效。各地要坚持一把手亲自抓、负总责，坚持和完善目标管理责任制，加强统筹协调，加大投入力度，精心组织实施。要深入把握人口流动特点，推动相关公共服务随人走，促进城乡、区域人口合理集聚、有序流动。国家卫生健康委、国家发展改革委要切实强化工作调度，推动相关措施落实落地，会同有关部门加强政策宣传解读，做好前瞻性生育支持政策研究。各有关部门要按照职责分工，协同发力，完善相关配套支持措施，强化政策储备；完善人口监测体系和预测预警制度，加强政策成效评估；加强对地方的工作指导，及时总结推广典型经验做法。重大事项及时请示报告。

发文机关：北京市药品监督管理局
标 题：北京市药品监督管理局关于印发《北京市药品零售企业设置自助售（取）药机管理暂行规定》的通知
发文字号：京药监发〔2024〕230号
类 别：机构管理

成文日期：2024年10月9日
发布日期：2024年10月9日
关 键 字：药品零售、自助售（取）药机管理

北京市药品监督管理局关于印发《北京市药品零售企业设置自助售（取）药机管理暂行规定》的通知

京药监发〔2024〕230号

各有关单位：

为贯彻《药品经营和使用质量监督管理办法》，进一步满足人民群众24小时用药需求，解决消费者便捷购药“最后一公里”的问题，北京市药品监督管理局组织制定了《北京市药品零售企业设置自助售（取）药机管理暂行规定》，经2024年第11次局长办公会议通过，现予以印发，于2024年11月1日起执行。

特此通知。

北京市药品监督管理局
2024年10月9日

北京市药品零售企业设置自助售（取）药机管理暂行规定

第一条 企业在北京市行政区域内设置自助售药机仅销售乙类非处方药品及相关监督管理活动、设置自助取药机相关监督管理活动适用本规定。

第二条 企业对设置的自助售药机实施统一管理，对自助售药机销售的药品质量和安全承担主体责任。企业质量管理体系应当覆盖自助售药机，自助售药机的药品采购、验收、销售、更换、养护、检查及药品有效期管理应当纳入企业计算机系统，实现药品采购、销售和存货的实时查看。

第三条 各区市场监督管理局负责本行政区域内药品零售企业设立自助售药机的监督管理工作，市药品监督管理局各分局负责零售连锁总部质量管理活动的监督管理工作。

第四条 北京市行政区域依法取得《营业执照》《药品经营许可证》的药品零售企业，可以依托自身实体药店在经营地址内设置自助售药机。

为满足市民在不同地域、不同时段用药需求，充分发挥药品零售连锁企业配送优势，药品零售连锁企业，可以依托下辖连锁门店在大型交通枢纽、旅游景区、大型购物中心、酒店宾馆、居民社区、社区医疗机构、乡镇（村）卫生服务中心等区域设立自助售药机。

连锁门店应对设置的自助售药机承担管理职责，设置数量应与药品零售连锁企业管理、保供能力相适应，设置地点不得超出连锁门店经营地址所在行政区域的管辖范围。设置自助售药机的区域应符合相关单位及所在区相关部门的管理规定和要求。

第五条 药品零售企业设置自助售药机应符合《药品经营质量管理规范》等法律法规的要求。应当避免日晒雨淋，放置地点要求环境整洁、干净卫生，不得与有毒、有害、有污染的物质放在同一场所内。

第六条 自助售药机应具备温湿度自动监测、调控功能，使药品储存条件符合所经营药品的储存要求。应具有安全监控设施和报警装置，做到出售药品全程监控，对存在的安全隐患及时处置。

第七条 自助售药机内部结构及药品陈列应符合药品分类管理要求，外用药与内服药应相对分开陈列。

第八条 自助售药机应当标示药品零售企业名称、地址、联系电话、投诉举报电话（12315 或 12345）等相关内容，上述标记标识应当明显且不易脱落。

第九条 药品零售企业设立的自助售药机应具备提供实时在线药学服务功能，药学服务记录及药品销售凭证应保存备查。

第十条 自助售药机销售药品打印的销售小票内容涵盖设置自助售药机的药品零售企业名称、药品的通用名称、剂型、规格、产品批号、上市许可持有人、销售数量、销售价格、销售日期及国务院药品监督管理部门规定的其他内容，建立真实、完整、准确、可追溯的记录，并能够与药品零售企业计算机管理系统互联互通，确保药品质量安全可追溯。自助售药机销售的药品必须具有完整的包装、标签、说明书，不得拆零销售和缺少说明书销售。

第十一条 药品零售企业设置自助售药机，应向辖区市场监督管理局报告。企业对报告材料的真实性、合法性负责，报告材料如下：

(1) 设置自助售药机的企业基本情况：包括企业名称，企业注册地址，药品经营许可证号，负责人及联系电话，自助售药机设置地址等信息；

(2) 满足自助售药机设置条件的证据材料；

(3) 自助售药机设置地点周边环境照片及防止日晒雨淋的措施说明；

(4) 自助售药机与所属药品零售企业计算机系统对接情况；

(5) 自助售药机调控和监测内环境温湿度情况；

(6) 自助售药机打印销售凭证样式；

(7) 自助售药机在断电等特殊情况下预案；

(8) 提供 24 小时药学服务情况说明。 辖区市场监督管理局负责对报告材料进行复核，必要时进行现场核查。报告材料符合设置条件的，按照第十二条规定办理；不符合设置条件的，不予注明，并说明理由。

第十二条 各区市场监督管理局应将自助售药机放置地址在药品经营许可证“经营地址”项下注明。

第十三条 药品零售企业设置自助售药机发生变动的（包括新增、减少、撤除自助售药机），应向辖区市场监督管理局报告，由辖区市场监督管理局在药品经营许可证“经营地址”项下变更。

第十四条 各单位应按照属地管理的原则，将自助售药机销售药品列入年度监督检查计划，加强日常监管，监督药品零售企业履行法定义务，受理并核查消费者投诉举报，依法查处或移送违法违规线索。

第十五条 对设置的自助售药机不符合本规定要求的或存在药品安全隐患未及时采取措施消除的，由各分局、所在区市场监督管理局对设置自助售药机的药品零售连锁总部和药品零售企业进行约谈，并责令限期改正；逾期不改正的，取消其设置；情节严重的，依法依规予以处罚。

第十六条 自助售药机设置在医疗机构内的，应符合卫生健康部门、医保部门及医疗机构的相关管理规定，并接受其监督管理。

第十七条 自助取药机是一种提供药品储存的智能化专用设备，通过与医疗机构或药店计算机管理系统连接，获取顾客购药信息，顾客持医疗机构（含互联网医院）开具的有效处方，就近获取处方上的各类药品。对其管理应参照本规定执行。

第十八条 本规定执行期间，国家药品监管部门有自助售药机、自助取药机管理相关规定出台的，从其规定。

第十九条 本规定由市药品监督管理局负责解释。

第二十条 本规定自 2024 年 11 月 1 日起执行。

发文机关：北京市医疗保障局
标 题：北京市医疗保障局关于调整物理、康复治疗医保报销政策的通知
发文字号：京医保发〔2024〕13号
类 别：医保政策

成文日期：2024年10月11日
发布日期：2024年10月29日
关 键 字：物理、康复治疗、医保报销

北京市医疗保障局关于调整物理、 康复治疗医保报销政策的通知

京医保发〔2024〕13号

各区医疗保障局、北京经济技术开发区社会事业局，各定点医疗机构：

为进一步加强基本医疗保险管理，不断提高我市基本医疗保险水平，现将物理、康复治疗医保报销政策调整如下：

一、参保人员因中枢神经系统疾病及损伤进行物理、康复治疗的，参保人员需在发病后6个月内开始物理、康复治疗，医疗保险基金支付自开始康复治疗12个月内的物理、康复治疗费用；因其他疾病进行物理、康复治疗的，参保人员需在发病后3个月内开始物理、康复治疗，医疗保险基金支付自开始康复治疗6个月内的物理、康复治疗费用。

二、参加城乡居民基本医疗保险的学生儿童，因患脑瘫进行康复治疗的，其发生的康复治疗费用符合基本医疗保险报销范围的，1岁以前医疗保险基金支付不超过12个月；1岁以后至3岁以前每年支付不超过6个月；3岁以后，每年支付不超过3个月。

三、本通知自2024年11月1日起执行。此前文件与本通知不一致的，以本通知为准。

北京市医疗保障局
2024年10月11日

发文机关：天津市医疗保障局
标 题：天津市医保局关于印发《就医费用报销“高效办成一件事”工作方案》的通知
发文字号：津医保局发〔2024〕60号
类 别：医保政策

成文日期：2024年10月9日
发布日期：2024年10月9日
关 键 字：就医费用报销

天津市医保局关于印发《就医费用报销 “高效办成一件事”工作方案》的通知

津医保局发〔2024〕60号

各区医保局，有关单位：

现将《就医费用报销“高效办成一件事”工作方案》印发给你们，请结合实际，认真抓好落实。

2024年10月9日

就医费用报销“高效办成一件事”工作方案

为深入贯彻落实党中央、国务院关于优化政务服务、推动“高效办成一件事”的决策部署，加快推进医保领域“高效办成一件事”改革，进一步提升企业和群众获得感，根据《国务院办公厅关于印发〈“高效办成一件事”2024年度新一批重点事项清单〉的通知》（国办函〔2024〕53号），结合我市实际，现就推进就医费用报销“高效办成一件事”制定如下工作方案。

一、工作目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻落实党的二十大和二十届三中全会精神，深入学习贯彻习近平总书记视察天津重要讲话精神，聚焦企业和群众就医费用报销需求，拓展、优化线上服务，通过细化事项信息、梳理业务流程、发布办事指南、拓展线上渠道等工作，全面推进就医费用报销“高效办成一件事”，持续深化医保服务能力提升和优化医保领域营商环境，提升企业和群众办事的满意度、获得感。

二、预期成效

在“津医保”APP设立“一件事”办理专区，新增就医费用报销“一件事”服务，并将医保领域现有“一件事一次办”服务接入专区；加强“津心办”APP医保主题服务专区建设，推进医保高频服务事项“一网通办”，努力为参保人员提供更加优质、高效、便捷的医保经办服务。

三、适用范围

就医费用报销“一件事”适用于本市职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）线上办理相关业务。

四、实施方式

（一）办理事项：

职工医保个人账户家庭共济办理：包括个人账户共济管理、医保账户查询；

基本医疗保险参保人员异地就医备案：包括异地就医备案申请、异地就医备案记录查询；

五种门诊慢特病费用跨省直接结算：包括异地联网门慢特登记变更、异地联网定点医疗机构查询；

医疗费用报销直接结算：包括展示医保电子凭证、医保三目查询、用药辅助查询、就医台账查询、全市联网医院（药店）查询。

（二）办事材料：医保电子凭证或社会保障卡

（三）办事流程：参保人员可登录“津医保”APP，进入“一件事”办理专区，选择就医费用报销“一件事”，线上办理登记、备案、查询等医保业务。可凭本人医保电子凭证或社会保障卡在定点医药机构就医、购药直接结算。

五、重点任务

（一）开设“一件事”办理专区。2024年10月底前在“津医保”APP设立“一件事”办理专区，将医保领域现有异地就医结算、医疗费用垫付报销（电子票据）、女职工（灵活就业）生育保险待遇申领等“一件事一次办”服务接入专区（市医保局网信办、市医保中心按职责落实）。

（二）推进就医费用报销“一件事”。推动与就医费用报销“一件事”相关的多个医保事项集成办理，制定工作方案，细化事项范围，梳理办事流程，编制办事指南，拓展线上办理渠道，优化线下指引服务，提升医保经办服务水平（市医保局政务营商办、市医保中心按职责落实）。

（三）开发就医费用报销“一件事”服务功能。2024年底前，在“津医保”APP“一件事”办理专区新增就医费用报销“一件事”服务功能，为参保人员实现职工医保个人账户共济、异地就医备案、5种门诊慢特病费用跨省直接结算、医疗费用报销直接结算、医保相关信息查询等业务在线办理（市医保中心、市医保局网信办按职责落实）。

（四）推进医保高频事项“跨省通办”“一网通办”。梳理医保高频服务事项范围，逐步推动医保政务服务在医保自助终端、政务服务自助终端实现一站式网上办理。深入对接“津心办”APP医保主题服务专区，依托“津医保”APP现有

服务功能，拓展医保主题服务范围，推动更多医保政务服务事项网上办、掌上办、“码上办”、一次办（市医保中心、市医保局网信办按职责落实）。

六、工作要求

各区、各部门要高度重视就医费用报销“一件事”工作，对照任务分工，细化工作举措，增强工作合力，狠抓工作落实。要压实部门责任，加强业务指导和数据支撑，强化统筹协调、组织推进和跟踪问效，确保各项任务落到实处。要采取群众喜闻乐见的形式做好政策解读和舆论引导，编制工作指引，发布宣传稿件，正确引导社会预期。要加强对 12393 热线、各级医保服务窗口的业务培训，确保一线工作人员政策清、业务熟，营造良好改革氛围。

发文机关：天津市药品监督管理局、北京市药品监督管理局、河北省药品监督管理局

成文日期：2024年9月30日

标 题：天津市药监局 北京市药监局 河北省药监局关于印发京津冀实施《药品经营和使用质量监督管理办法》等有关事宜的通知

发文字号：津药监规〔2024〕3号

发布日期：2024年10月16日

类 别：医药政策

关 键 字：药品经营、使用质量、监督管理

天津市药监局 北京市药监局 河北省药监局 关于印发京津冀实施《药品经营和使用 质量监督管理办法》等有关事宜的通知

津药监规〔2024〕3号

各有关单位：

为认真贯彻实施《药品经营和使用质量监督管理办法》（以下简称《办法》）、《国家药监局关于进一步做好药品经营监督管理有关工作的公告》（2024年第48号）（以下简称《公告》），进一步加强北京市、天津市、河北省（以下简称“京津冀”）药品经营监督管理，切实规范药品经营行为，保障药品经营环节质量安全，现就有关事宜通知如下：

一、统一经营许可管理

京津冀药品经营企业申请药品经营许可证核发、重新审查发证、变更、补发、注销等，按照《办法》有关规定办理。已开办的药品经营企业可单独申请换发新版许可证，也可与变更、重新审查发证、补发等合并办理。

申请注销药品经营许可证，存在立案未结案或者行政处罚决定未履行完毕情形的，不予注销。

（一）许可证编号

药品经营许可证编号格式为“省份简称（京、津、冀）+两位分类代码+四位地区代码+五位顺序号”。

两位分类代码为大写英文字母，第一位A表示批发企业，B表示零售连锁总部，C表示零售连锁门店，D表示单体药品零售企业；第二位A表示法人企业，B表示非法人企业。

京津冀地区代码编排规则详见附件。

（二）经营范围

药品经营企业经营范围不再载明“中药材”经营范围；原有“化学原料药、

化学药制剂、抗生素原料药、抗生素制剂、生化药品”等经营范围之一的，统一规范表述为“化学药”经营范围。经营冷藏、冷冻药品的，应当在经营范围项下予以标注，如“生物制品（含冷藏、冷冻药品）”，“化学药（含冷藏药品）”。零售连锁总部经营范围核定参照《办法》第二十一条执行。

药品批发企业取得化学药经营范围的，可以经营化学原料药；经营麻醉药品、精神药品、药品类易制毒化学品、医疗用毒性药品等原料药的，需另行标注，如“麻醉药品（含/仅限原料药）”；经营罂粟壳的，在“麻醉药品”经营范围中予以单独标注，如“麻醉药品（含/仅限罂粟壳）”；经营毒性中药材或中药饮片的，在“医疗用毒性药品”经营范围中予以单独标注，如“医疗用毒性药品（含/仅限毒性中药材或含/仅限毒性中药饮片）”。

药品零售企业经营范围应核定经营类别，分为处方药、甲类非处方药、乙类非处方药。经营罂粟壳中药饮片、毒性中药饮片等，在“中药饮片”经营范围中予以单独标注，如“中药饮片（含罂粟壳）、中药饮片（含毒性中药饮片）”；“血液制品、细胞治疗类生物制品及其他生物制品”统一划归为生物制品，按照“血液制品、细胞治疗类生物制品及其他生物制品”、“生物制品（不含血液制品、细胞治疗类生物制品）”、“生物制品（含血液制品，不含细胞治疗类生物制品）”、“生物制品（含细胞治疗类生物制品，不含血液制品）”四种情况予以表述，具体核定条件按照《公告》有关规定执行。

（三）经营方式

按照药品批发企业、零售连锁总部、零售连锁门店、单体药品零售企业的经营类型，分别在经营方式下注明“批发”、“零售（连锁总部）”、“零售（连锁门店）”、“零售”。

（四）经营地址

填写企业实施药品经营行为的实际地址，非营业执照住所的，应在营业执照住所多址信息中载明。

（五）主要负责人

“企业负责人”项调整为“主要负责人”，是指符合《药品经营质量管理规范》企业负责人要求的人员。对于非法人单位，主要负责人应与《营业执照》载明的负责人或投资人一致。

二、规范仓储物流管理

新开办药品批发企业，除符合《办法》规定外，应满足京津冀药品监督管理部门出台的药品现代物流要求。药品批发企业委托储存药品的，受托企业应当满足国家及其所在地省级药品监督管理部门出台的第三方药品现代物流企业相关要求。

京津冀药品监督管理部门实施现代物流开办标准后新开办的药品批发企业申请委托储存药品的，应当持续具备与其经营品种和规模相适应且符合京津冀规定的药品现代物流要求的自营仓库，并由本企业人员自行运营管理。引导京津冀药品监督管理部门实施现代物流开办标准前已取得药品经营许可证的药品批发企业，通过设施设备升级、资源整合等方式在 2029 年 12 月 31 日前逐步达到药品现代物流要求。

京津冀药品批发企业取消委托储存药品的，按照仓库地址变更程序办理，自营仓库应当符合所在地省级药品监督管理部门规定要求。

药品零售连锁企业应当由总部统一采购药品，由总部的配送中心直接配送至下辖连锁门店，也可以委托符合《办法》第四十六条规定以及国家和受托企业所在地省级药品监督管理部门出台的药品现代物流企业相关要求的药品批发企业或药品第三方物流企业承担委托储存并直接配送到门店的业务。本通知发布前已委托不具备现代物流条件的批发企业储存药品的药品零售连锁企业，应在 2029 年 12 月 31 日前满足上述规定；期间变更受托储存方的，受托方应符合《办法》第四十六条以及国家和受托企业所在地省级药品监督管理部门出台的药品现代物流企业相关要求。

京津冀药品批发企业跨省（自治区、直辖市）增设仓库的，应当同时满足京津冀和仓库所在地省级药品监督管理部门的设置条件，经报告京津冀省级药品监督管理部门商仓库所在地药品监督管理部门同意后，符合要求的，按照变更仓库地址办理。

京津冀以外药品批发企业在京津冀设置异地自营仓库的，仓库除符合注册地仓库要求外，应当同时符合京津冀省级药品监督管理部门规定的仓库设置基本条件，并经京津冀省级药品监督管理部门评估后出具相关意见。

药品零售连锁企业总部申请增设仓库的，参照上述药品批发企业的流程办理。

三、加强委托行为管理

（一）药品委托销售报告

京津冀药品上市许可持有人委托销售药品及京津冀药品经营企业受托销售药品的，药品上市许可持有人应当向委托方和受托方所在地省级药品监督管理部门报告，报告内容应当包括药品上市许可持有人与受托方签订的委托销售协议（含委托销售品种和期限）、双方资质材料等，报告相关信息在所在地京津冀省级药品监督管理部门官方网站公开。

（二）药品委托储存管理

京津冀药品上市许可持有人（药品生产企业）委托储存药品的，应当分别向

委托方和受托方所在地省级药品监督管理部门报告。报告内容应当包括药品上市许可持有人（药品生产企业）与受托方签订的委托质量协议（含委托储存药品范围和期限）、双方资质材料、对受托方符合规定条件的评估报告等。上述事项有关情况还应在药品上市许可持有人年度报告中予以说明。京津冀以外药品上市许可持有人（药品生产企业）委托京津冀药品第三方物流企业储存药品的参照上述规定执行。

京津冀拟从事药品第三方物流服务的企业，可申请所在地省级药品监督管理部门对其接受委托储存药品的条件依据《办法》《药品检查管理办法（试行）》等规定进行检查，京津冀省级药品监督管理部门依法开展监督检查的结果在官方网站公开。

四、强化监督执行效率

（一）同一法人主体取得药品批发和药品零售连锁总部的药品经营许可，开展药品批发和药品零售连锁经营相关活动的企业（简称“批零一体企业”），应当依据《药品经营质量管理规范》，分别建立药品批发和零售连锁质量管理体系，可以任命同一质量负责人全面负责药品批发和零售连锁总部质量管理工作。药品批发和零售连锁总部应分别配备执业药师担任质量管理部门负责人，不得相互兼任。“批零一体企业”应配备独立的批发、零售连锁计算机系统，也可以在同一系统中设置批发、零售连锁单独板块，设置可满足批发和零售连锁经营实际需求的仓库，防止药品混淆与差错，实现药品质量安全可控。

（二）药品零售企业可按照药品储存要求设置自助售药机销售乙类非处方药，自助售药机放置地址应在许可证“经营地址”项下注明。自助售药机不得销售甲类非处方药和处方药。企业质量管理体系应当覆盖自助售药机，自助售药机的药品销售、更换、检查及药品有效期管理应当纳入企业计算机系统。

（三）京津冀各级药品监督管理部门要高度重视《办法》及其配套规范性文件的贯彻实施工作，统筹部署、稳步推进，结合本辖区工作实际，认真组织开展分级、分类、多途径培训，准确理解和严格执行法规政策要求，京津冀药品监督管理部门以往有关规定与本通知不一致的，按照本通知执行。

（四）各级药品监督管理部门要切实加强药品经营环节监督管理，严格规范药品经营行为，对药品零售连锁企业执行“七统一”等重点环节要加强监督检查，坚持问题导向和目标导向相结合，对初次轻微违法的企业和单位实施“包容审慎”监管，对拒不改正和严重违法的要依法严肃查处。

（五）市（区）市场监督管理部门、行政审批部门依职责可以根据《办法》和京津冀省级药品监督管理部门配套规范性文件以及本通知要求，结合工作实际

制定配套文件，围绕规范药品零售经营许可、落实企业主体责任、强化经营活动监管、健全监督检查机制等方面细化有关内容，完善工作流程和标准，提升药品经营监管效能。各市（区）依据本通知制定的配套文件要报京津冀省级药品监管部门。

附件：京津冀三地地区代码编排规则

天津市药品监督管理局

北京市药品监督管理局

河北省药品监督管理局

2024年9月30日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 天津市药监局 北京市药监局 河北省药监局关于印发京津冀实施《药品经营和使用质量监督管理办法》等有关事项的通知

发文机关：山西省疾控局、山西省发展改革委等
成文日期：2024年9月27日
标题：关于印发《山西省疾病预防控制行动方案（2024—2025年）》的通知
发文字号：晋疾控规财法发〔2024〕7号
发布日期：2024年10月8日
类别：医疗政策
关键字：疾病预防

关于印发《山西省疾病预防控制行动方案（2024—2025年）》的通知

晋疾控规财法发〔2024〕7号

各市疾控局、发展改革委、教育局、财政局、水利局、农业农村局、卫生健康委，各隶属海关，军队各有关单位：

为贯彻落实党中央、国务院及省委、省政府决策部署，推动我省疾病预防控制事业高质量发展，经商有关部门同意，我们编制了《山西省疾病预防控制行动方案（2024—2025年）》（以下简称《行动方案》）。现印发给你们，请认真贯彻落实。

山西省疾控局
山西省教育厅
山西省水利厅
山西省卫生健康委
山西省发展改革委
山西省财政厅
山西省农业农村厅
太原海关
山西省军区保障局
2024年9月27日

山西省疾病预防控制行动方案（2024—2025年）

为深入贯彻党中央、国务院及省委、省政府决策部署，加快推动我省疾病预防控制事业高质量发展，根据《国务院办公厅关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见》《全国疾病预防控制行动方案（2024—2025年）》等，制定本行动方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，按照党中央、国务院及省委、省政府决策部署，加强疾病预防控制体系建设，做好疾病预防控制工作。到2025年，全省重大传染病疫情形势总体平稳，已消除疾病成果持续巩固，多点触发、反应快速、科学高效的传

染病监测预警和应急体系基本建成，卫生健康行政执法体系进一步健全，疾控机构科研能力稳步提升，疾控人才教育培训体系进一步完善，现代化疾病预防控制体系初步建立。

二、重点任务

（一）加强传染病、地方病防控和公共卫生监管

1. 做好新冠等急性呼吸道传染病防控。保持各级联防联控机制有效运转，巩固拓展新冠疫情防控好经验好做法，坚持“乙类乙管”，不放松、不加码。调整完善哨点医院分布，开展新冠病例报告、发热门诊、病毒变异等多渠道监测预警，指导太原、晋城、临汾、朔州等市做好新冠病毒城市污水监测工作。加强呼吸道传染病疫情风险评估和研判，落实“日报告、周分析、月评估”工作机制。聚焦学校、养老院、社会福利院等重点机构，瞄准“一老一小”重点人群，盯紧节假日和大型活动等关键节点，落实落细各项防控措施，及时发现并有效处置聚集性疫情。持续加强公众健康宣教，统筹做好新冠、流感、肺炎、麻疹、百日咳等呼吸道传染病相关疫苗接种工作，提高重点人群免疫水平。加快完善平急结合的防治体系，创新医防融合、医防协同等机制，织牢织密公共卫生防护网。

2. 强化重点急性传染病防控。加强新发传染病、输入传染病的监测预警和应急处置，防止疫情大规模暴发，降低病死率。加强登革热等虫媒传染病监测，实施综合干预，降低虫媒密度，减少虫媒传播。加强以控制传染源为主的狂犬病、炭疽等人畜共患传染病的监测预警，强化联防联控，及时综合处置。加强管水、管粪、管饮食、灭蝇“三管一灭”综合防控措施，切断霍乱等肠道传染病的传播途径。做好12个省级动物鼠疫监测县的鼠疫监测工作和4个国家级布鲁氏菌病监测点的监测工作，开展健康教育与职业人群行为干预。强化人禽流感等传染病监测和防控工作，提高监测敏感性和准确性。

3. 加强艾滋病、结核病等重大传染病防控。持续推进艾滋病防治质量年活动。扩大艾滋病筛查覆盖面，提高抗病毒治疗质量和规范性，实现早检测、早发现、早报告、早治疗。深化社会综合治理，实施高危人群综合干预，2025年干预覆盖率达到90%。做好艾滋病防治宣传教育，高质量开展青少年预防艾滋病教育和老年人群艾滋病防治工作。积极推进中医药防治艾滋病，扩大中医药治疗覆盖面。规范管理、诊治艾滋病感染孕产妇及所生儿童，实现消除母婴传播的目标。深入推进第五轮全国艾滋病综合防治示范区工作，发挥示范引领作用。全面推进结核病防治工作。严格落实肺结核患者早诊早治和全程规范管理，持续提高“三位一体”综合服务能力，成功治疗率、规范管理率达到90%以上。强化结核病重点人群和重点场所防控，积极推进预防性治疗。加强耐药结核病防治，继续推广分子生物学耐药检测。开展世界防治结核病日主题宣传活动，推进百千万志愿者结核

病防治知识传播活动提升行动。落实我省消除丙型肝炎公共卫生危害行动实施方案，对既往丙肝患者开展免费核酸检测，2025年新报告抗体阳性者核酸检测率达到90%以上、新报告慢性丙肝患者治疗率达到80%以上。加强药品供给，落实医保政策，做好公共卫生服务和医疗服务的有效衔接，提高治疗可及性，进一步降低结核病、艾滋病、丙肝患者医疗费用负担。

4. 实施预防接种服务提质行动。深入贯彻落实疫苗管理法，扎实做好扩大国家免疫规划，适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率保持在90%以上。加强预防接种单位规范化建设，鼓励有条件的地方提高电子签核、接种验证、智慧冷链等智慧化管理覆盖水平，为群众提供就近、便捷的接种服务。强化疫苗统筹和精细化管理，完善冷链管理体系，加强系统内部全程电子追溯，提升应对疫苗供应不稳风险的能力。加快免疫规划信息系统升级改造，提升基于个案的接种率监测评估能力，完善面向公众的电子预防接种证、在线预约等智慧化服务。强化疑似预防接种异常反应监测处置工作，提升调查诊断和鉴定能力，有序推进全省免疫规划疫苗预防接种异常反应保险补偿工作。

5. 做好重点寄生虫病防控。贯彻落实我省疟疾等重点寄生虫病综合防治实施方案，巩固消除疟疾成果，加强风险防范和能力维持，进一步做好输入性疟疾防控工作。加强黑热病监测，强化黑热病病人救治、传染源管控和媒介控制，遏制疫情回升。加强肝吸虫病及土源性线虫病监测，推进监测县工作有效开展。

6. 巩固已消除和基本消除疾病能力。加强急性弛缓性麻痹病例监测，及时发现输入性脊灰野病毒、疫苗衍生病毒及其循环，控制病毒传播。保持高水平脊灰疫苗常规免疫接种率，维持全省无脊灰状态。贯彻落实我省全面消除麻风危害实施方案，持续巩固消除麻风危害成果。

7. 巩固地方病防治成果。坚持“防、控、治、管”一体综合施策，联合相关部门，采取有效措施改善地方病病区生产生活环境，减少致病因素危害，加强现症病人救治和管理，提高患者生存质量，持续消除和控制地方病危害。以村为单位划定不同水碘含量地区范围，发布“白皮书”，指导群众科学补碘，落实科学补碘防控策略。重点强化生活饮用水水氟、水砷、水碘超标地区的改水等防控措施。开展地方病防治技能培训和竞赛，巩固提升各级疾控机构防治能力和水平。

8. 强化重点公共卫生干预。实施全省学生常见病和健康影响因素监测与干预项目，推动学生近视、肥胖、脊柱弯曲异常等常见病“多病同防”。开展饮用水、公共场所、空气污染、消毒等环境卫生监测干预与评价项目，不断完善环境卫生监测体系。做好太原市环境健康风险评估适宜技术应用试点工作，探索建立环境健康风险评估制度。制定我省健康环境促进行动实施方案、气候变化健康适应行动方案，全面推进环境健康促进行动与气候变化健康适应行动，加大环境健康知

识普及。加强职业卫生、放射卫生、食品安全风险监测评估与标准、营养健康、伤害监测、老年人健康危险因素监测及重点慢性病早期筛查干预和分类管理等工作。

9. 做好传染病防治和公共卫生监督执法。加强对市、县级卫生健康监督机构工作的督促指导，组织查处重大案件。开展卫生监督各专业业务骨干培训，强化卫生监督队伍建设，全面提升基层监督人员执法能力和办案水平。扎实开展传染病防治、学校卫生、公共场所卫生、饮用水卫生和职责范围内的职业卫生、放射卫生等公共卫生监督，全面落实国家“双随机”监督抽查任务。协同开展游泳场馆、商场（超市）和托育机构、幼儿园、校外培训机构、学校等联合双随机监督。开展医疗机构传染病防治专项监督检查，促进全省 85% 以上的三级医疗机构传染病防治分类监督综合评价达到“优秀”等次。稳步推进消毒产品生产企业分类监督综合评价工作。做好职业卫生分类监督执法试点工作，推动职业卫生分类监督执法工作提质扩面。加大对公共卫生重点领域（学校、公共场所、城乡设计日供水 1000m³以上集中式供水单位和职业健康检查机构等）的抽检比例和执法力度。

10. 加强疾控宣教与健康促进。探索建立平急结合的疾控信息发布、新闻舆论引导、科学知识普及和社会宣传动员统筹推进工作机制。健全完善舆论引导快速反应机制，及时回应社会关切。完善疾控系统信息发布和新闻发言人制度。建立权威科普专家库、资源库，打造科普宣教队伍。结合世界防治结核病日、世界肝炎日、世界艾滋病日等重大传染病防治主题日，广泛开展宣传活动。充分发挥中国健康科普大赛、百千万志愿者结核病防治知识传播活动等疾控科普宣传品牌效应，弘扬“抗疫精神”，总结新时代疾控工作典型经验，拓展传播渠道，搭建科普平台，创新疾控科普模式，开展多元化、多角度防治宣传教育。坚持关口前移，推动疾控科普宣传教育“进社区、进企业、进医院、进校园、进家庭”，引导自觉践行健康文明生活方式，持续提升健康素养。

（二）加强疾控体系建设

11. 加强传染病监测预警体系建设。贯彻落实国家传染病监测预警体系建设指导意见。建立健全传染病监测、风险评估、预警、疫情报告机制。完善部门联动监测、医防协同和平急转换机制。进一步健全完善传染病网络直报、传染病临床症候群综合监测、病原微生物实验室监测等多渠道监测体系。做好重大新发突发和重点传染病监测、风险评估和预警，不断提高传染病疫情早发现能力。

12. 加强疾控系统应急体系和能力建设。健全完善全省传染病疫情应急预案。加快建设完成国家突发急性传染病防控队（山西）和市、县基层传染病应急小分队。加快山西省中医院国家中医疫病救治基地建设。开展群体性不明原因疾病应急演练，提升市县先期识别发现疫情和处置能力，促进医防融合，强化省级组织

指挥能力。建立健全地方和军队疾控部门在地震、洪涝等重大自然灾害灾后应急卫生防疫方面的密切协作机制，在最短时间内实现灾区军地卫生防疫力量全覆盖，确保大灾之后无大疫。

13. 加强卫生健康行政执法体系建设。推动疾控和监督机构整合重组后按照职责、科室、人员相对独立原则，理顺卫生健康监督执法工作机制，加强卫生健康监督机构监督执法科室设置和人员配备。按照国家规定并结合我省实际，做好执法设备、取证工具和执法车辆等配备工作，持续提升卫生监督执法能力。组建公共卫生监督和传染病防治卫生监督专家库。开展综合监督执法优秀案例评查。遴选部分市、县开展医疗机构疾控监督员试点工作，形成可借鉴可复制的工作模式，到 2025 年初步建立医疗机构疾控监督员制度。

14. 加快疾控科研体系建设。省疾病预防控制中心研究制定分领域首席专家管理办法，完成首席专家遴选，充分发挥示范带头作用，有条件的市级疾控中心参照执行。完善科研激励相关政策，积极争取科研项目和经费投入，改善科研设施条件，强化科研队伍和能力建设。支持建设省重点实验室等科技创新平台，进一步发挥省预防医学科学院科技创新引领作用，鼓励各级疾控机构开展应用性和科研转化，重点加强重大疾病预防策略措施、核心技术、关键设备等科研攻关。支持各级疾病预防控制机构、海关技术机构与医疗机构、高校、科研院所、企业共建“产学研用”对接平台，共享科技平台和资源。

15. 健全疾控人才队伍教育培训体系。加强山西医科大学高水平公共卫生学院建设。持续完善公共卫生相关专业人员教育培训制度和保障措施。积极申报国家公共卫生人才培养计划。按照国家部署，积极开展疾控机构公共卫生医师规范化培训试点工作，探索赋予公共卫生医师处方权试点和疾控人才联合培养基地建设。深入开展继续教育工作，做好现场流行病学调查、监测预警、应急处置、实验室检验检测等专业人员培训。开展“大学习、大调研、大练兵、大督查”活动。开展专业技能竞赛，提升疾控人才队伍专业技术水平和能力。加大卫生健康监督人才培养力度。

（三）强化疾控支撑保障

16. 加强疾控机构基础设施建设。按照填平补齐原则，加强疾控机构基础设施建设和实验室仪器设备配置。完成省疾控中心新址建设和省级 P3 实验室建设。根据国家要求，推动省域公共卫生中心和区域公共卫生实验室相关工作。

17. 强化医疗机构疾控职能。贯彻落实国家传染病医疗机构高质量发展政策文件，保障可持续发展。加强医疗机构公共卫生科室建设，2024 年三级医疗机构和有条件的二级医疗机构成立公共卫生科。推进医疗机构和疾控机构深度协作，创新医防协同、医防融合机制。推进医疗机构落实传染病防控责任清单，探索开

展实施情况评估工作。

18. 加强疾控法治和标准建设。深入推进疾控领域法律法规的宣贯落实，提高疾控工作的法治化水平。积极配合国家做好传染病防治法、国境卫生检疫法、突发公共卫生事件应对法等法律法规制修订工作。推动落实“谁执法谁普法”普法责任制。做好疾控领域地方标准工作。

19. 推进疾控信息化建设。建设省统筹区域传染病监测预警与应急指挥信息平台，二级及以上医疗机构部署实施国家传染病智能监测预警前置软件，实现传染病信息报告系统与医疗机构的传染病报告、病原学检测和严重临床症候群等信息对接，实现数据自动化交换。加强卫生监督执法机构信息化建设，推进手持执法终端全面使用，提升“互联网+监管”监督执法能力。

三、组织实施

（一）加强组织保障。充分发挥各级传染病疫情联防联控工作机制的作用，加强对疾控工作的集中统一管理，做好疫情会商研判、组织协调。强化部门协作，加强政策协同，形成工作合力，协调推进各项工作任务落实。合理安排传染病防治和疾控体系建设等经费和项目，提高资金使用效率。

（二）加强监测评估。根据国家有关部署，强化上级疾控机构对下级疾控机构的业务领导和工作协同，结合考核评价工作，做好实施进展监测评估。

（三）加强宣传引导。积极宣传工作进展和取得成效，主动回应社会关切，凝聚社会共识，形成全社会关心支持疾控工作的良好氛围。鼓励各地结合实际积极探索创新，及时总结推广各地好的经验和做法。

发文机关：山西省医疗保障局、山西省财政厅、山西省卫生健康委员会
成文日期：2024年9月30日
标 题：山西：关于将部分治疗性辅助生殖技术项目纳入基本医疗保险支付范围的通知
发文字号：晋医保发〔2024〕16号
发布日期：2024年10月10日
类 别：医保政策
关 键 字：辅助生殖技术、医保支付

山西：关于将部分治疗性辅助生殖技术项目纳入基本医疗保险支付范围的通知

晋医保发〔2024〕16号

各市医保局、财政局、卫生健康委：

为深入贯彻党中央、国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展决策部署，进一步完善和落实积极生育支持措施，按照国家卫健委等17部门《关于进一步完善和落实积极生育支持措施的指导意见》（国卫人口发〔2022〕26号）要求，经研究，决定将部分治疗性辅助生殖医疗服务项目纳入基本医疗保险基金支付范围。现就有关事项通知如下：

一、基金支付范围

将“取卵术”等13项治疗性辅助生殖类医疗服务项目纳入我省基本医疗保险基金支付范围，同时明确相关项目医保支付类别，全省统一执行。《山西省医疗保障局 山西省卫生健康委员会关于整合规范辅助生殖类医疗服务项目价格的通知》（晋医保函〔2024〕46号）确定的项目价格为医保支付标准，超出支付标准部分不纳入医保支付范围，低于支付标准的以实际价格进行医保结算。按乙类项目管理的辅助生殖项目个人先行自付比例统一为10%。

二、基金支付政策

（一）参保人员在省内经卫生健康部门批准开展人类辅助生殖技术的医保定点医疗机构实施辅助生殖技术发生的13项辅助生殖技术项目的门诊治疗费用，医保基金实行单行支付，不设起付标准，由职工医保、居民医保基金分别支付70%、60%，医保基金支付额度计入参保人员年度基本医保基金最高支付限额，年度内超过基本医保年度最高支付限额的费用，纳入职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助或居民大病保险支付范围，仍执行基本医保的支付比例。“取卵术”等项目每人每项目医保基金支付次数累计不超过3次。

（二）参保人员在省外批准开展人类辅助生殖技术的医保定点医疗机构实施辅助生殖发生的13项辅助生殖技术项目的门诊治疗费用，由职工医保、居民医保

基金分别支付 60%、50%。

（三）参保人员治疗期间发生的其他符合基本医疗保险规定的医药费用，按基本医疗保险有关规定执行。

（四）实施辅助生殖技术个人自付的费用不列入居民大病保险和医疗救助合规费用范围。

三、工作要求

要加强部门协作，形成工作合力，确保医保基金安全有效使用。医保部门要进一步完善协议管理，及时改造信息系统，强化基金运行监测分析，加强对定点医疗机构基金使用的监督管理。财政部门要加强对医保基金支出的监督管理。卫生健康部门要指导辅助生殖定点医疗机构严格按照人类辅助生殖技术规范为符合条件的参保人员提供辅助生殖技术服务。要做好政策宣传解读，及时回应群众关切，合理引导社会预期。

本通知自 2024 年 10 月 1 日起执行，有效期 5 年。

附件：部分治疗性辅助生殖技术项目医保支付政策表

山西省医疗保障局
山西省财政厅
山西省卫生健康委员会
2024 年 9 月 30 日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 山西：关于将部分治疗性辅助生殖技术项目纳入基本医疗保险支付范围的通知

发文机关： 内蒙古自治区医疗保障局、内蒙古自治区财政厅、国家税务总局内蒙古自治区税务局
成文日期： 2024年9月3日
标 题： 内蒙古：关于做好2024年城乡居民基本医疗保障工作的通知
发文字号： 内医保发〔2024〕8号
发布日期： 2024年10月10日
类 别： 医保政策
关 键 字： 城乡居民、基本医疗保障

内蒙古：关于做好2024年城乡居民 基本医疗保障工作的通知

内医保发〔2024〕8号

各盟市医疗保障局、财政局，满洲里市、二连浩特市医疗保障局、财政局，国家税务总局各盟市、计划单列市税务局：

为深入贯彻落实党的二十大精神和2024年《政府工作报告》有关任务要求，持续深化医疗保障制度改革，健全基本医疗保险筹资和待遇调整机制，根据《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好2024年城乡居民基本医疗保障工作的通知》，现就切实做好我区有关工作通知如下：

一、持续做好居民医保筹资工作

（一）合理确定筹资标准。为适应老龄化程度不断加深、医疗消费水平持续提升形势，巩固提高城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）待遇水平。2024年，继续提高居民医保筹资标准，达到不低于1070元。其中，各级财政继续加大对居民医保参保缴费补助力度，补助标准增加30元，达到每人每年不低于670元；居民个人缴费达到每人每年不低于400元。

（二）确保财政补助及时足额到位。按照《2018年国务院办公厅关于印发医疗卫生领域中央与地方财权事项和支出责任划分改革方案的通知》（国办发〔2018〕67号）、《内蒙古自治区人民政府关于印发基本公共服务领域自治区与盟市共同财政事权和支出责任划分改革实施方案的通知》（内政发〔2018〕46号）及《内蒙古自治区人民政府关于修改内政发〔2018〕46号文件相关内容的通知》（内政字〔2021〕100号）、《内蒙古自治区人民政府办公厅关于印发医疗卫生领域、科技领域、教育领域自治区与盟市财政事权和支出责任划分改革方案的通知》（内政办发〔2023〕97号）有关规定，各级财政补助资金中，80%由中央财政补助，其余20%按照一类地区自治区财政分担30%、二类地区分担50%、三类地区分担70%进行分档补助，剩余部分由盟市和旗县财政分担。进一步落实持居住证参保政策，有条件的地区可探索持身份证即可参加当地居民医保，对于持有效证件

参加当地居民医保的，各级财政要按当地居民相同标准给予补助。地方各级财政要按规定足额安排财政补助资金并及时拨付到位，不得挤占、挪用。

（三）优化大病保险筹资结构。各地要统筹考虑居民医保和大病保险资金安排和使用，结合当地经济发展水平、待遇保障需求、大病医疗费用情况、基金支撑能力等因素，合理确定大病保险筹资水平。鼓励探索拓宽大病保险筹资渠道，建立可持续的大病保险筹资动态调整机制，稳步提升保障效能。

二、巩固提升医疗保障待遇水平

（四）巩固基本医疗保障水平。始终坚持尽力而为、量力而行，巩固居民医保住院待遇水平，确保政策范围内基金支付比例稳定在70%左右。在重点保障居民住院医疗费用的基础上，有条件的地区可根据经济社会发展水平和基金承受能力，统筹做好普通门诊、门诊慢特病、“两病”门诊用药、门诊特殊用药等现有门诊保障政策的有效衔接，稳步提升门诊保障水平。基本医保待遇政策要继续向基层医疗机构倾斜，引导群众“家门口”就医。全面推动职工基本医疗保险个人账户家庭共济使用政策落地落实。

（五）增强大病保险保障能力。依据大病保险筹资水平、大病患者保障需求等因素，合理确定大病保险起付标准、报销比例、最高支付限额，提高大病保险保障大病患者高额医疗费用的精准度。大病保险起付标准原则上不高于当地上年度城乡居民人均可支配收入，基本医保加大病保险总体最高支付限额要达到当地上年度城乡居民人均可支配收入的6倍左右，报销比例向高额医疗费用倾斜。要认真贯彻落实《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》（国办发〔2024〕38号），在确保现有待遇水平不降低的基础上，建立对居民医保连续参保人员和零报销人员的大病保险待遇激励机制。

（六）强化居民医保生育医疗费用保障。各地要完善生育支持政策，在将辅助生殖技术纳入基本医保支付范围的基础上，将参保居民在门诊发生的符合规定的产前检查相关医疗费用纳入门诊保障，享受普通门诊统筹待遇，合理提高住院分娩生育医疗费用保障水平，进一步减轻参保居民生育医疗费用负担，共同促进人口长期均衡发展。

（七）推动制度政策规范统一。按照政策统一规范、基金调剂平衡、完善分级管理、强化预算考核、提升管理服务的方向，积极稳妥推动实现基本医保自治区级统筹。各地要全面贯彻落实医疗保障待遇清单制度，2025年完成三年行动方案“回头看”，确保医保制度、政策等规范统一。逐步统一集中征缴期，2025年2月底前完成居民医保参保缴费工作，并对中断缴费人员设置相应的约束措施。各盟市在深化医疗保障制度改革过程中，要坚持全国“一盘棋”，重大制度政策调整要及时请示报告。

三、扎实做好过渡期后半程巩固医保脱贫攻坚成果工作

（八）做好医保综合帮扶政策落实。各地要抓好农村牧区低收入人口和脱贫人口参保工作，按规定落实医疗救助分类资助参保政策，有条件的地区可根据基金支撑能力和困难群众实际需求，适度提高定额资助标准，确保两类人员参保率不低于99%。要统筹发挥好基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障梯次减负功能，可根据本地区实际情况加大倾斜救助力度，持续巩固农村牧区低收入人口基本医保待遇水平。

（九）完善防范化解因病返贫致贫长效机制。各地要依托全国统一的医保信息平台，常态化开展农村牧区低收入人口和脱贫人口高额医疗费用负担患者监测预警，及时向相关部门推送风险信息，将相关部门核查认定后符合条件的困难群众纳入救助范围，按规定落实医疗救助政策，坚决守牢不发生因病规模性返贫底线。要强化部门间工作协同，常态化联动做好监测预警人员综合帮扶，积极引导慈善组织、商业补充保险、医疗互助等社会力量参与困难大病患者救助帮扶，推动形成多元化救助格局，整体提升风险防范化解能力。

四、推动制度政策落实落细落好

（十）切实加强组织领导。各级医疗保障、财政、税务部门要高度重视城乡居民医疗保障工作，切实提高政治站位、强化组织保障、健全工作机制，确保各项政策措施落地见效。要按照“高效办成一件事”工作要求，打通服务堵点、难点、节点，力争实现高效办、集成办、便捷办。要进一步增强风险防范意识，加强基金收支预算管理和运行分析，确保不出现系统性风险。要在各地政府的统一组织下，压实工作责任，强化部门协同，完善体制机制，调动基层工作积极性，做好政策宣传解读，合理引导社会预期，做好舆情风险应对，遇有重大情况要及时报告。

内蒙古自治区医疗保障局

内蒙古自治区财政厅

国家税务总局内蒙古自治区税务局

2024年9月3日

发文机关： 内蒙古自治区卫生健康委办公室

成文日期： 2024年10月11日

标 题： 内蒙古自治区卫生健康委办公室关于认真贯彻落实综合医院中医药工作指南的通知

发文字号： 内卫办医字〔2024〕688号

发布日期： 2024年10月11日

类 别： 机构管理

关 键 字： 综合医院、中医药工作指南

内蒙古自治区卫生健康委办公室关于 认真贯彻落实综合医院中医药工作指南的通知

内卫办医字〔2024〕688号

各盟市卫生健康委，内蒙古自治区人民医院，内蒙古医科大学附属医院：

国家卫生健康委、国家中医药管理局和中央军委后勤保障部卫生局在总结《综合医院中医药工作指南（试行）》实施情况的基础上，修订形成了《综合医院中医药工作指南（2024版）》，现转发给你们，并提出以下工作要求，请一并认真贯彻执行。

一、进一步提高认识

综合医院是提供中医药（蒙医药）服务的重要平台，是中医药（蒙医药）传承创新的重要阵地。近年来，国家先后出台了《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》、《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》以及《关于进一步加强综合医院中医药工作推动中西医协同发展的意见》等一系列重要政策，各级卫生健康行政部门要进一步提高认识，组织辖区内综合医院和有条件的专科医院认真学习领会文件精神，扎实贯彻执行国家有关法律、法规，不断加强医院中医药（蒙医药）工作，加快推进中（蒙）西医协同发展，提高临床疗效、医疗质量和管理绩效，促进医院高质量发展。

二、加强组织管理

医院应当有院领导相对固定分管中医药（蒙医药）工作，成立由院领导为组长，医务、教学、科研、人事、信息、中医（蒙医）临床科室、药学、护理等部门负责人为成员的中医药（蒙医药）工作领导小组，负责组织制定医院中医药（蒙医药）发展的措施和办法、协调解决中医药（蒙医药）工作遇到的困难和问题、督促中医药（蒙医药）政策措施的落实，并在医疗管理部门中明确责任人负责全院中医药（蒙医药）业务管理。

三、规范科室设置

医院要严格按标准加强中医（蒙医）临床科室和中药房（蒙药房）的设置与

建设，配足配齐中医类别医师和专科护士，结合实际配置中医诊疗所需的设施设备。支持有条件的综合医院设置中药（蒙药）制剂室，积极研制开发使用中药（蒙药）制剂。

四、加强医疗质量管理，提升诊疗能力

提升中医（蒙医）诊疗规范化水平。医院中医（蒙医）临床科室应当遵循中医（蒙医）临床诊疗指南、技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求，严格遵守医疗质量安全核心制度，严格规范中医（蒙医）医疗行为。按照《医疗技术临床应用管理办法》等要求，开展与其技术能力相适应的医疗技术。严格落实《中医（蒙医）病历书写基本规范》等病历管理规定，执行《中医（蒙医）病证分类与代码》《中医（蒙医）临床诊疗术语》（修订版），规范中医（蒙医）病历书写和中医药（蒙医药）用语。

有条件的医院要积极探索建设中医（蒙医）特色专科，发扬和传承优势病种，开展中医（蒙医）特色护理，开发使用特色中药（蒙药）制剂，提升临床疗效。医院其他临床、医技科室要通过建立完善会诊、转诊机制，探索多学科诊疗（MDT）模式，加强与中医（蒙医）的协同发展，共同研究实施中（蒙）西医结合诊疗方案，不断提升临床科室综合诊疗能力。

附件：综合医院中医药工作指南（2024 版）

2024 年 10 月 9 日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 内蒙古自治区卫生健康委员会关于认真贯彻落实综合医院中医药工作指南的通知

发文机关：辽宁省疾病预防控制中心、辽宁省卫生健康委员会
成文日期：2024年9月23日
标 题：关于印发辽宁省非免疫规划疫苗接种单位备案管理办法的通知
发文字号：辽疾控发〔2024〕26号
发布日期：2024年10月17日
类 别：医疗政策
关 键 字：非免疫规划、疫苗接种

关于印发辽宁省非免疫规划疫苗接种单位备案管理办法的通知

辽疾控发〔2024〕26号

各市卫生健康委（疾病预防控制中心），沈抚示范区社会事业局，省疾控中心：

为进一步加强非免疫规划疫苗接种单位管理，规范非免疫规划疫苗接种单位备案，省疾病预防控制中心会同省卫生健康委制定了《辽宁省非免疫规划疫苗接种单位备案管理办法》，现印发给你们，请做好贯彻执行。

辽宁省疾病预防控制中心
辽宁省卫生健康委员会
2024年9月23日

辽宁省非免疫规划疫苗接种单位备案管理办法

第一章 总 则

第一条 为做好辽宁省非免疫规划疫苗接种单位备案管理工作，根据《中华人民共和国疫苗管理法》《预防接种工作规范（2023年版）》等法律法规和规定，制定本办法

第二条 非免疫规划疫苗接种单位是指承担非免疫规划疫苗接种工作的医疗机构。

第三条 各级疾病预防控制中心主管部门会同卫生健康主管部门负责本行政区域内非免疫规划疫苗接种单位预防接种活动的监督管理工作；市、县级卫生健康（疾病预防控制中心）主管部门负责本行政区域内非免疫规划疫苗接种单位的备案工作。

第二章 备 案

第四条 医疗机构承担非免疫规划疫苗接种工作，应当报核发其医疗机构执业许可证的卫生健康部门备案。

第五条 非免疫规划疫苗接种单位应当具备下列条件

（一）取得医疗机构执业许可证；

(二) 具有经过县级卫生健康(疾病预防控制)主管部门组织的预防接种专业培训并考核合格的医师、护士或乡村医生;

(三) 具有符合疫苗储存、运输管理规范的冷藏设施、设备和冷藏保管制度;

(四) 具有满足预防接种信息系统运行和信息化管理需要的设备,具有保证数据传输的网络环境。

第六条 非免疫规划疫苗接种单位备案应当提交下列材料:

(一) 非免疫规划疫苗接种单位备案信息表;

(二) 医疗机构执业许可证复印件;

(三) 预防接种工作人员执业资质证明复印件;

(四) 预防接种工作人员经过县级卫生健康(疾病预防控制)主管部门组织的预防接种专业培训并考核合格证明的复印件

(五) 冷藏保管制度;

(六) 提供预防接种服务所需设备清单

(七) 按照法律法规要求需提供的其他相关材料。

第七条 市、县级卫生健康(疾病预防控制)主管部门收到备案材料后,对材料齐全且符合备案要求的予以备案,当场发放非免疫规划疫苗接种单位备案凭证;材料不全或者不符合备案要求的,应当当场或者在收到备案材料之日起5个工作日内一次性告知备案人需要补正的全部材料。

免疫规划疫苗接种单位承担非免疫规划疫苗接种工作的,可向核发其医疗机构执业许可证的卫生健康主管部门提交其属地县级卫生健康(疾病预防控制)主管部门指定其承担免疫规划疫苗接种工作的证明材料备案,不须提供本办法第六条所列材料。

市、县级卫生健康(疾病预防控制)主管部门应当遵循公开、公平、公正、便民的原则,制定非免疫规划疫苗接种单位备案工作流程,提高办事效率,提供优质服务。

第八条 市级卫生健康(疾病预防控制)主管部门备案的非免疫规划疫苗接种单位,其备案情况要在5个工作日内通报属地县级卫生健康(疾病预防控制)主管部门。

第九条 市、县级卫生健康(疾病预防控制)主管部门出具非免疫规划疫苗接种单位备案凭证后,应当将备案信息通报非免疫规划疫苗接种单位属地县级疾病预防控制机构,由属地县级疾病预防控制机构为非免疫规划疫苗接种单位申请预防接种单位编码。

第十条 非免疫规划疫苗接种单位应当将备案凭证、卫生技术人员执业注册信息在单位的明显位置公示,接受社会监督。

第十一条 非免疫规划疫苗接种单位的名称、地址、法定代表人或者主要负责人、所有制形式等实际设置应当与非免疫规划疫苗接种单位备案凭证记载事项相一致，以上备案信息发生变动的，应当向原备案机关备案。

第十二条 非免疫规划疫苗接种单位不再承担非免疫规划疫苗接种工作的，应当告知原备案机关撤销其备案。

第十三条 非免疫规划疫苗接种单位备案凭证不得伪造、涂改、出卖、转让、出借。

非免疫规划疫苗接种单位备案凭证遗失的，应当及时申明，并向原备案机关申请补发

第十四条 非免疫规划疫苗接种单位应当严格遵守《中华人民共和国疫苗管理法》等法律法规规定，按照《预防接种工作规范》、非免疫规划疫苗使用指导原则和接种方案等相关文件要求，规范开展非免疫规划疫苗接种工作。

第三章 监督管理

第十五条 市、县级卫生健康（疾病预防控制）主管部门应当及时准确向社会公布辖区内非免疫规划疫苗接种单位的名称、类型、地址、服务时间和联系方式等信息，方便公众查询，接受社会监督

市、县级卫生健康（疾病预防控制）主管部门应当公布辖区内卫生监督投诉、举报电话，方便公众举报非免疫规划疫苗接种单位违法违规行为。

第十六条 市、县级卫生健康（疾病预防控制）主管部门应当对新备案的非免疫规划疫苗接种单位自发放备案凭证之日起 30 日内进行现场核查。

第十七条 市、县级卫生健康（疾病预防控制）主管部门应当充分利用信息化、大数据等手段提升监管效能，将非免疫规划疫苗接种单位纳入本地预防接种质量管理控制体系，确保预防接种安全。

第十八条 各级疾病预防控制主管部门和卫生健康主管部门有权要求非免疫规划疫苗接种单位提供监管所需材料，非免疫规划疫苗接种单位不得拒绝、隐匿或者隐瞒。

第十九条 各级疾病预防控制主管部门和卫生健康主管部门在监督管理过程中，发现非免疫规划疫苗接种单位存在违法违规情节的，应当依照相关法律、法规及规定处理。

第四章 附则

第二十条 非免疫规划疫苗接种单位备案信息表和备案凭证样式由省疾病预防控制中心会同省卫生健康委统一规定，各市、县卫生健康（疾病预防控制）主管部门自行印制。

第二十一条 本办法施行前已取得非免疫规划疫苗接种单位资质的应当在2024年12月31日前按照本办法要求备案。

本办法自2024年11月30日起施行。

发文机关：辽宁省卫生健康委员会
标 题：关于印发辽宁省失能老年人健康服务行动实施方案的通知
发文字号：辽卫办发〔2024〕174号
类 别：健康养老

成文日期：2024年10月17日
发布日期：2024年10月17日
关 键 字：失能老年人健康

关于印发辽宁省失能老年人健康 服务行动实施方案的通知

辽卫办发〔2024〕174号

各市卫生健康委、沈抚示范区社会事业局：

为深入实施健康中国战略和积极应对人口老龄化国家战略，聚焦老年人在卫生健康领域“急难愁盼”问题，精准对接失能老年人健康服务需求，按照《国家卫生健康委国家中医药局关于开展失能老年人健康服务行动的通知》（国卫办老龄函〔2024〕285号）要求，特制定《辽宁省失能老年人健康服务行动实施方案》，现印发给你们，请认真做好贯彻落实。

辽宁省卫生健康委办公

2024年10月17日

辽宁省失能老年人健康服务行动实施方案

为深入实施健康中国战略和积极应对人口老龄化国家战略，聚焦老年人在卫生健康领域“急难愁盼”问题，精准对接失能老年人健康服务需求，按照《国家卫生健康委国家中医药局关于开展失能老年人健康服务行动的通知》（国卫办老龄函〔2024〕285号）要求，特制定本实施方案。

一、行动目标

为全省提出申请的65岁及以上失能老年人提供健康服务和健康咨询，指导转诊转介，增强失能老年人健康获得感，提高失能老年人生活质量，让失能老年人感受到党和政府的关心关爱

二、服务对象

服务对象为辖区内提出申请的65岁及以上居家失能老年人。年度服务人数由各地结合实际确定。

三、服务主体

服务主体为具备服务能力的医疗卫生机构，包括社区卫生服务中心、乡镇卫生院、二级及以下医院、护理院（中心、站）、康复医疗机构、医养结合机构中的医疗机构等。

四、服务内容

（一）开展健康服务。每年为失能老年人提供1次生活方式和健康状况评估、体格检查、中医体质辨识及保健指导等服务。各市结合本地实际，为提出申请的老年人进行失能状况评估，每年上门为失能老年人提供不少于2次血压测量、末梢血血糖检测、康复指导、护理技能指导、营养改善指导、心理支持等服务。

（二）提供健康咨询。根据需要，通过电话、即时通信软件等方式，定期主动联系失能老年人或其监护人，了解失能老年人健康状况及健康服务需求，提供有针对性的健康指导和健康咨询服务。

（三）指导转诊转介。向需要入院治疗或转诊的失能老年人提供入院就诊或转诊建议。向需要转由医养结合机构照护的失能老年人或其照护者提供入住建议。

五、工作流程

（一）个人申请。各地可结合本地实际，按照“个人申请、机构评估”等流程进行。凡愿意接受上门健康服务的失能老年人，由本人或其监护人向各地确定的具备服务能力的医疗卫生机构提出申请，经当地医疗卫生机构评估同意方可开展相关服务。

（二）上门服务。具备服务能力的医疗卫生机构服务团队与失能老年人及其监护人联系，约定上门时间，开展相关健康服务，根据服务情况如实填写失能老年人健康服务个案记录表，建立失能老年人健康服务台账，并妥善保存以备查。

（三）报送资料。服务团队将老年人失能评估结果及健康服务信息等录入国家老龄健康信息管理系统的失能老年人评估服务应用子系统（<https://11jk.padis.net.cn>，登录账号密码将单独发放）。

六、工作安排

（一）启动部署阶段（2024年10月前）。各市卫生健康委制定印发行动实施方案，进行工作部署。年度服务人数可参考各地上年度评估失能并接受健康服务的65岁及以上老年人人数确定。

（二）推进实施阶段（2024年11月至2027年9月）。各级卫生健康行政部门按年度推进实施行动，加强指导，注意发掘先进做法和典型经验，并以适当方式宣传推广。

（三）总结评估阶段（2027年10月至2027年12月）。对行动进行全面总

结评估，宣传推广典型经验，推动完善制度性安

七、工作要求

（一）加强组织领导。鼓励各地推动将开展失能老年人健康服务行动纳入当地民生实事。要充分发挥村（居）民委员会公共卫生委员会作用，协同医疗卫生机构共同开展好行动。

（二）完善工作制度。医疗卫生机构应至少安排2名工作人员一同上门服务，并为工作人员提供必要的安全保障，根据需要购买人身意外伤害保险等。提供上门服务时，应有具备完全民事行为能力的失能老年人监护人、照护者或亲属等在场，依法保障失能老年人合法权益。

（三）强化经费保障。各地可结合本地实际对开展失能老年人上门健康服务所需经费进行标准测算，可统筹使用基本公共卫生服务项目资金。各地要加强资金管理，根据目标任务完成情况及时拨付项目资金，确保工作顺利开展

（四）做好培训督导。各地要做好政策解读与宣传，组织医疗卫生机构相关负责人和服务人员等开展业务培训，加强组织管理和督导工作，确保行动取得实效。

老龄健康处联系人：刘琳琳，024-23392130

中医医疗处联系人：蔺禹帆，024-233913

省卫生健康服务中心联系人：刘雪梅，024-81006249

附件：失能老年人健康服务内容（试行）

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发辽宁省失能老年人健康服务行动实施方案的通知

发文机关： 吉林省卫生健康委员会、吉林省公安厅
成文日期： 2024年10月21日
标 题： 关于公布《吉林省医院禁止、限制携带物品名录》的通告
发文字号： 吉卫规〔2024〕3号
发布日期： 2024年10月21日
类 别： 医疗政策
关 键 字： 医院禁止携带、医院限制携带

关于公布《吉林省医院禁止、 限制携带物品名录》的通告

吉卫规〔2024〕3号

按照《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》（国卫医发〔2021〕28号）文件要求，为切实加强医院安全管理，严密防范医院内违法犯罪，保障医务人员和患者安全，维护医院安全有序的诊疗环境，依据《中华人民共和国治安管理处罚法》《中华人民共和国枪支管理法》《企业事业单位内部治安保卫条例》《危险化学品安全管理条例》等法律法规，结合医疗卫生行业自身特点，吉林省卫生健康委、吉林省公安厅联合制定了《吉林省医院禁止、限制携带物品名录》，现予以公布。

本通告自发布之日起施行。

特此通告。

吉林省卫生健康委员会

吉林省公安厅

2024年10月21日

吉林省医院禁止、限制携带物品名录

一、禁止携带物品

（一）枪支、弹药：制式枪支、非制式枪支、仿真枪、射击运动的枪支、麻醉动物的注射枪、发射金属弹丸的气枪等；枪弹、炮弹、手榴弹、地雷以及土制爆炸物品及爆炸装置等。

（二）管制器具：匕首、三棱刀、带有自锁装置的弹簧刀（跳刀），其他相类似的单刃、双刃、三棱金属、陶瓷类刀具；弩等其他管制器具。

（三）爆炸性、毒害性、放射性、腐蚀性、传染病病原体等危险物质：各类火药、炸药及其制品和雷管、导火索等点火、起爆器材；烟火剂、民用信号弹、烟花爆竹；氰化物、农药等剧毒化学品；放射性物品；硫酸、盐酸等腐蚀性物品；炭疽杆菌、乙肝病毒、结核杆菌等传染病病原体；氢气、甲烷、液化石油气、水煤气，

汽油、煤油、柴油、乙醇、乙醚、红磷、黄磷、碳化钙（电石）、镁铝粉、高锰酸钾、氯酸钾等易燃易爆危险品。

（四）国家规定的其他禁止制造、买卖、储存、运输、邮寄、携带、使用、提供、处置的物品。

二、限制携带物品

（一）菜刀、水果刀、美工刀、手术刀、雕刻刀、刨刀、铣刀等刀具。

（二）锤、斧、锥、铲、镐等器具。

（三）矛、剑、戟、飞镖、弹弓、弓、箭、电击器等器具。

（四）伸缩棍、双节棍、棒球棍等棍棒。

（五）催泪瓦斯、胡椒辣椒喷剂、酸性喷雾剂、驱虫动物喷雾剂等物质。

（六）其他可能造成人身伤害或者危及公共安全、公共秩序的物品。

携带限制类物品进入医院的，应交由医院寄存。

发文机关：辽宁省卫生健康委员会
标 题：关于公开征求《互联网医院（中医）建设标准》等 3 项辽宁省地方标准草案意见的公告
发文字号：
类 别：机构管理

成文日期：2024 年 10 月 22 日
发布日期：2024 年 10 月 22 日
关 键 字：互联网医院、远程医疗、康复医学、地方标准

关于公开征求《互联网医院（中医）建设标准》等 3 项辽宁省地方标准草案意见的公告

由省卫生健康委推荐的《互联网医院（中医）建设标准》（项目编号 2020214）、《中医医院康复医学科建设规范》（项目编号 2020220）、《辽宁省中医医院远程医疗协作建设标准》（项目编号 2021259）列入辽宁省市场监督管理局发布的 2020 年度、2021 年度地方标准立项计划。按照《辽宁省地方标准管理办法》的有关规定，现向社会各界公开征求意见，请填写《辽宁省地方标准征求意见汇总处理表》，并于 2024 年 11 月 22 日前以信函、传真的形式反馈给省卫生健康委法规处。

电 话（传真）：024-23381009

地 址：沈阳市和平区太原北街 2 号

- 附件：1. 《互联网医院（中医）建设标准》征求意见稿、编制说明及意见反馈表
2. 《中医医院康复医学科建设规范》征求意见稿、编制说明及意见反馈表
3. 《辽宁省中医医院远程医疗协作建设标准》征求意见稿、编制说明及意见反馈表

辽宁省卫生健康委员会
2024 年 10 月 22 日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于公开征求《互联网医院（中医）建设标准》等 3 项辽宁省地方标准草案意见的公告

发文机关： 黑龙江省人民政府办公厅 成文日期： 2024年9月30日
标 题： 黑龙江省人民政府办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的实施意见
发文字号： 发布日期： 2024年10月1日
类 别： 医保政策 关 键 字： 长效、参保

黑龙江省人民政府办公厅关于健全基本 医疗保险参保长效机制的实施意见

各市（地）、县（市）人民政府（行署），省政府各直属单位：

为贯彻落实《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》（国办发〔2024〕38号），持续巩固拓展全民参保成果，夯实基本医疗保险制度根基，经省人民政府同意，结合我省实际，提出如下实施意见。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大和二十届二中、三中全会及省第十三次党代会和省委十三届历次全会精神，坚持以人民为中心的发展思想，围绕幸福龙江、健康龙江建设，深入实施全民参保计划，进一步健全基本医疗保险参保长效机制，明晰各方责任、落实依法参保，完善政策措施、鼓励连续参保，提升服务质量、强化有感参保，形成政府主导、部门协同、基层动员、单位履责、个人尽责的共建共治共享格局，切实解决好群众看病就医的后顾之忧，让广大参保群众拥有更多医保获得感、幸福感、安全感。

二、完善政策措施

（一）完善参保政策。全面放开放宽在常住地、就业地参加基本医保的户籍限制。推进中小学生、学龄前儿童在常住地参加居民医保和灵活就业人员、农民工、新就业形态人员在就业地参加职工医保。鼓励以学校为单位在学校所在地统一办理参保登记手续，整体参保缴费，落实相关参保政策。抓好大学生参加居民医保扩面工作。（牵头单位：省医保局；责任单位：省教育厅、省财政厅、省税务局，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

（二）完善筹资和待遇政策。结合实际稳步推进居民医保缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩，保持财政补助和个人缴费合理的比例结构。对特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、返贫致贫人口、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口等困难群众参保按有关规定给予分类资助。落实从失业保险基金中支付领取失业保险金人员的职工基本医保（含生育保险）费政策，并确保享受相应医疗保险、生育保险待遇。职工医保个人账户可用于支付

参保人员配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女等近亲属参加居民医保、长期护理保险的个人缴费及已参保的近亲属在定点医药机构就医购药发生的个人自付医药费用。适应就业形式多样化，研究完善灵活就业人员参保缴费方式。（牵头单位：省医保局；责任单位：省财政厅、省民政厅、省人力资源社会保障厅、省农业农村厅、省税务局，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

巩固住院待遇水平，根据当地经济社会发展水平和医保基金承受能力，稳步提升基本医保门诊保障水平。有条件的地区可将居民医保年度新增筹资的一定比例用于加强门诊保障，并向基层医疗机构倾斜，引导群众在基层就医。（牵头单位：省医保局；责任单位：省财政厅，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

（三）建立连续参保激励和断保约束机制。自2025年起，对连续参加居民医保满4年的参保人员，之后每连续参保1年，提高1次大病保险最高支付限额，连续参保年数自参加2025年度居民医保起计算。对当年基金零报销的居民医保参保人员，次年提高大病保险最高支付限额。连续参保激励和零报销激励，每次提高限额均不低于1000元，累计提高总额不超过所在统筹地区大病保险原最高支付限额的20%。居民发生大病报销并使用奖励额度后，前期积累的零报销激励额度清零。断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算，且每断保1年，降低1次大病保险最高支付限额，断保年数自2025年起计算，断保约束累计降低总额不超过所在统筹地区大病保险原最高支付限额的20%。（牵头单位：省医保局；责任单位：省财政厅，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

自2025年起，除新生儿、医疗救助资助参保对象、当年退出现役军人及其随军未就业配偶等特殊群体外，对未在居民医保集中参保期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期3个月；其中，未连续参保的，每多断保1年，在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期1个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳1年可减少1个月变动待遇等待期，连续断缴4年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和不少于6个月。缴费参照当年参保地的个人缴费标准。参保人员已连续2年以上（含2年）参加基本医保的，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费3个月（含）以内参保缴费的，可按转入地规定办理基本医保费补缴手续，补缴后不设待遇等待期。（牵头单位：省医保局；责任单位：省财政厅、省税务局，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

三、加强参保扩面

（四）健全动员机制。健全省、市、县、乡、村五级联动的参保动员机制，省、市、

县重点加强参保组织推动，乡镇（街道）、村屯（社区）重点发挥基层网格化管理优势，做好入村、入户参保动员。有条件的地区可探索以家庭为单位组织动员参保。对于人户分离的未参保人员，常住地要加强参保动员，户籍地落实找人的兜底责任。落实行业参保动员机制，教育、卫生健康、交通运输、住房城乡建设、司法行政、农业农村、退役军人事务、邮政管理、残联等部门分别负责本行业领域参保动员工作，积极配合医保部门开展参保数据比对，加强宣传动员。（牵头单位：省医保局；责任单位：省教育厅、省司法厅、省住房城乡建设厅、省交通运输厅、省农业农村厅、省卫生健康委、省退役军人事务厅、省邮政管理局、省残联，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

（五）强化宣传引导。健全集中宣传与常态化宣传相结合的宣传引导机制。每年9月在全省统一开展基本医保全民参保集中宣传活动，广泛发动各级医保部门、经办服务机构、医保服务站、定点医药机构、相关政府部门及企事业单位、社区（村屯）等开展宣传动员，创新宣传形式，丰富宣传载体，扩大宣传受众面，提高宣传吸引力和亲和力，让群众充分了解政府投入情况以及基本医保在抵御疾病风险、减轻医药费用负担方面的积极作用，普及基本医保人人尽责、人人享有的共建共享理念，引导公民增强自身健康第一责任人意识和依法维护参保权利、履行参保义务的意识，调动各类人群及时参保、连续参保的积极性。常态化解读政策法规、告知办事流程，传播获益案例，注重运用公益短信加强参保缴费提醒。依托社会力量，发挥志愿宣讲员、形象大使等作用，培养一支懂医保、有热情、肯奉献的参保宣传动员队伍。（牵头单位：省医保局；责任单位：省教育厅、省司法厅、省住房城乡建设厅、省交通运输厅、省农业农村厅、省卫生健康委、省退役军人事务厅、省总工会、省邮政管理局、省残联，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

四、强化数据赋能

（六）建立参保数据库。省医保局建立全省全民参保数据库，依托部门间数据比对、基层网格员核实、医保经办人员采集等方式，核实完善全省人口基本信息和参保缴费信息，实行“一人一档”管理，精准掌握全省常住人口、户籍人口、参保人员、未参保人员等参保工作底数，并定期按行业和行政区划层层推送至基层开展精准动员参保。持续做好重复参保治理，优化新增参保登记，提升参保质量。（牵头单位：省医保局；责任单位：省教育厅、省公安厅、省营商环境局，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

（七）加强信息共享。医保部门要加强与公安、营商环境部门和行业部门数据共享，为扩大参保覆盖面和治理重复参保提供数据支撑。各有关部门与医保部门在符合国家数据安全管理和个人信息保护有关规定的前提下，依托省政务数据

共享平台等渠道，及时共享公民出生、死亡和户口登记、迁移、注销等信息，以及医疗救助对象、在校学生、各行业就业人员、企业设立变更注销、基本养老保险、医疗保险等有关信息。（牵头单位：省医保局；责任单位：省教育厅、省公安厅、省民政厅、省司法厅、省人力资源社会保障厅、省住房城乡建设厅、省交通运输厅、省农业农村厅、省卫生健康委、省退役军人事务厅、省市场监管局、省税务局、省营商环境局、省邮政管理局、省疾控中心、省残联，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

五、优化管理服务

（八）大力提升服务能力。落实“出生一件事”集成化办理，优化新生儿参保缴费流程，完善新生儿凭出生医学证明参保等服务，促进监护人为新生儿在出生当年参保。医保部门和税务部门要丰富参保缴费方式，推进参保缴费线上“一窗通办”、线下“一厅联办”，拓展个人缴费及医保权益给付查询渠道，为参保人员提供线上线下多样化、便捷化的参保缴费等服务。进一步健全医保经办服务网络，打造“15分钟医保便民服务圈”。发挥商业银行、商业保险机构等网点作用，延伸缴费、查询、宣传等服务。健全完善个人信息授权查询和使用机制，助力参保人员在购买商业健康保险等方面获得便捷服务。（牵头单位：省医保局；责任单位：省公安厅、省人力资源社会保障厅、省卫生健康委、省税务局，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

（九）切实改善就医体验。加强定点医药机构管理，促进医药机构规范服务行为，增强医药服务可及性。提高村卫生室医保定点覆盖率，实行实时结算，方便农村居民就近看病就医，更好推进分级诊疗。市（地）医保部门会同卫生健康部门结合本地基层用药特点推进村卫生室合理配备集中带量采购药品和医用耗材，由乡镇卫生院或县域医共体“中心药房”统一调配，实行“零差率”销售。加强定点医药机构和医保基金使用常态化监管，加大对欺诈骗保等违法违规行为的整治力度，用好医保基金，减轻群众医药费用负担。各级医保经办机构和定点医药机构大力推动医保码（医保电子凭证）、社会保障卡（含电子社保卡）、移动支付等数字化医保服务应用。（牵头单位：省医保局；责任单位：省人力资源社会保障厅、省卫生健康委，各市（地）、县（市）人民政府（行署））

六、强化协同联动

（十）强化部门联动。各有关部门要按照职责分工，强化系统联动，共同推动参保扩面。医保部门要统筹做好参保动员、预算编制、基金收支、转移接续、宣传解读、基金管理和监督等工作，与公安、统计、营商环境等部门加强配合，做好参保人员信息与人口数据比对和断保、漏保人员排查。人力资源社会保障部门

与医保部门协同做好参保登记工作和公益性岗位人员参保动员，共同支持社会保险业务协同联动，做好领取失业保险金人员缴纳职工基本医保（含生育保险）费工作。税务部门做好征收工作和缴费服务，及时回传缴费信息，加强与医保部门数据比对和缴费对账，协助做好参保动员。财政部门按职责对基本医保基金的收支、管理情况实施监督，审核并汇总编制基本医保基金预决算草案，按规定安排财政补助资金并及时拨付到位。教育部门加强与医保部门工作协同与数据共享，配合医保部门组织指导各级各类学校做好参保动员、政策宣传等工作，各级各类学校不得以任何形式强制或变相强制学生购买商业保险产品。卫生健康部门合理编制区域卫生规划，促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，与医保部门协同加强医疗机构行为监管，促进合理诊疗、合理检查、合理用药、规范计费收费。医保部门加强与卫生健康部门联动，推动医疗费用增长合理有度且与经济社会发展水平、医保筹资水平和群众承受能力相适应。医保部门加强与民政、卫生健康等部门联动，动员引导社会力量依法规范参与医疗救助活动。医保部门会同金融监管、总工会等有关部门推动基本医保与商业保险、职工医疗互助有序衔接和协同发展，完善多层次医疗保障。其他相关部门按照全民参保工作联席会议制度协同做好参保工作。（省医保局、省教育厅、省公安厅、省民政厅、省司法厅、省财政厅、省人力资源社会保障厅、省住房城乡建设厅、省交通运输厅、省农业农村厅、省卫生健康委、省退役军人事务厅、省国资委、省市场监管局、省税务局、省统计局、黑龙江金融监管局、省营商环境局、省邮政管理局，省总工会、省残联按职责分工落实）

七、组织保障

把坚持和加强党的领导贯穿于基本医保参保各方面和全过程。各市（地）、县（市）人民政府（行署）要高度重视，采取有效措施，落实全民参保属地责任，扎实推进参保扩面。各级医保部门全力抓好参保工作，巩固扩大参保覆盖面，不断提高参保质量。各统筹地区要围绕参保政策、激励约束、组织动员、部门协同、数据赋能、宣传引导等方面抓好贯彻实施，逐步规范并合理调整有关政策，加强精准测算，确保各项措施平稳落地，保障基金运行安全平稳可持续。各地在参保扩面中要防止“一刀切”和层层加码，避免增加基层负担。各地按规定落实经费保障政策，有条件的可根据参保计划完成情况及参保质量等情况给予激励。省财政厅、省医保局将各市县参保工作等绩效情况作为分配中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）的调节系数。（省医保局、省财政厅，各市（地）、县（市）人民政府（行署）按职责分工落实）

黑龙江省人民政府办公厅

2024年9月30日

发文机关： 黑龙江省医疗保障局 成文日期： 2024年10月11日
标 题： 关于公开征求《黑龙江省省内异地就医住院病例医保基金多元复合支付管理暂行办法（试行）》意见的公告
发文字号： 发布日期： 2024年10月11日
类 别： 医保政策 关 键 字： 医保基金 多元复合支付

关于公开征求《黑龙江省省内异地就医住院 病例医保基金多元复合支付管理暂行办法 （试行）》意见的公告

根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《中共黑龙江省委 黑龙江省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》等文件精神，全方位深化医保支付方式改革，建立完善适合省内异地就医住院病例的多元复合医保支付体系，现将《黑龙江省省内异地就医住院病例医保基金多元复合支付管理暂行办法（试行）》向社会公开征求意见，时间截至2024年10月25日。欢迎各界人士通过邮件、信函等方式提出意见和建议。

电子邮箱：hljybzf@126.com

通讯地址：黑龙江省哈尔滨市香坊区中山路68号（黑龙江省医疗保障局医药服务管理处收），邮编：150036。

黑龙江省省内异地就医住院病例医保 基金多元复合支付管理暂行办法（试行）

第一章 总则

第一条 根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《中共黑龙江省委 黑龙江省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》等文件精神，全方位深化医保支付方式改革，建立完善适合省内异地就医住院病例的多元复合医保支付体系，引导医疗卫生资源合理配置，提升异地就医参保人员获得感与满意度，实现医保基金更加平稳高效运行，制定本办法。

第二条 省内异地就医住院病例实行就医地DRG/DIP规则（标准）付费为主的多元复合支付方式，遵循《国家医疗保障疾病诊断相关分（CHS-DRG）分组与付费技术规范》《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》等，执行就医地细分组方案、支付标准及配套政策等。如就医地存在多个医保统筹地区，执行就医地所在市（地）医疗保障局细分组方案、支付标准及配套政策等，经办业务统

筹区划分不变。

第三条 省内异地就医住院病例医保基金多元复合支付范围包括：城镇职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险统筹基金及公务员医疗补助基金、大额医疗补助基金、医疗救助基金等省内各统筹地区异地就医住院病例已覆盖的医保基金类型。

第二章 协议管理

第四条 省内异地就医住院病例多元复合支付应实行协议管理。就医地经办机构与医保定点医疗机构签订服务协议时，需增加省内异地就医住院病例医保基金多元复合支付管理条款内容，代表参保地经办机构明确三方权利义务。

第五条 协议内容应包括但不限于省内异地就医住院病例数据传输、费用审核、申报结算、费用拨付及争议处理等内容。同时根据省内异地就医住院病例管理实际需要，不断完善协议内容，强化就医地定点医疗机构履约责任。参照本地支付方式改革相关条款，确保同一医疗机构同一协议管理。

第六条 协议内容应按照《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等，对就医地定点医疗机构在省内异地就医住院病例医保基金多元复合支付过程中，发生的高靠分组、分解住院、转移费用、推诿患者、服务不足等违规行为进行重点约定并提出具体处理办法。

第三章 数据采集

第七条 省级医保经办机构与各统筹地区医保部门要指导定点医疗机构改造升级院端信息系统，做好医保信息系统省内异地就医住院病例数据接口的对接工作，按规定及时、准确上传异地就医病例信息。

第八条 省级医保经办机构与各统筹地区医保部门要加强对定点医疗机构省内异地就医住院病例上传数据工作的指导、培训及数据质量管理，从及时性、完整性、合理性和规范性等方面进行审核，发现问题数据应及时反馈定点医疗机构核查并重新采集上传。

第四章 DRG/DIP 入组管理

第九条 省内异地就医住院病例应按照国家 CHS-DRG 分组方案及相应技术规范、国家 DIP 分组方案及相应技术规范，入组时依据医疗保障基金结算清单数据，通过就医地细分组方案，生成唯一 DRG/DIP 组别信息。

第十条 医保结算清单管理及质量控制应符合《医保结算清单填写规范》等有关要求，医保结算清单中常用的标量、称量等数据项统一执行国家和医保、卫生行业等相关标准。疾病及手术操作编码统一执行《医疗保障疾病分类与代码》

(ICD-10) 和《医疗保障手术及操作分类与代码》(ICD-9-CM-3)。

第十一条 就医地所在市级医疗保障部门应不断完善 DRG/DIP 关键要素动态调整机制, 根据全省统一细分组方案和本地实际情况配置优化相应关键要素。

第五章 DRG/DIP 支付标准

第十二条 省内异地就医住院病例支付标准按 DRG 付费病组权重(点数)、费率(点值)确定。权重(点数)反映每一个 DRG 病组的资源消耗相对于所有病例的资源消耗程度。费率(点值)代表每一权重的费用值, 即年度预算住院总费用与总权重的比值。

第十三条 省内异地就医住院病例按 DRG 付费结算公式:

1. 各 DRG 支付标准 = 就医地当月 DRG 分组权重(点数) × 就医地当月 DRG 费率(点值) × 调节系数。

注: 调节系数根据本地就医住院病例政策执行, 不限于医疗机构等级系数。

2. 省内异地就医住院病例医保基金应支付 DRG 费用 = \sum [(病例入组就医地 DRG 支付标准 - 全自费费用 - 先自付费用 - 起付线) × 异地就医政策规定的基金支付比例]

注: 此公式为基本结算公式。参保地医保经办机构与医疗机构实际结算过程中, 可根据现有就医地本地就医住院病例的结算公式执行, 其中如医保基金应支付 DRG 费用 ≤ 0 时, 可根据本地就医住院病例结算规则进行管理。

第十四条 省内异地就医住院病例支付标准按 DIP 付费病种分值、点值确定。分值是依据每一个病种组合的资源消耗程度所赋予的权值, 反映的是疾病的严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度。点值代表每一分值的费用值, 即年度预算住院总费用与总分值的比值。

第十五条 省内异地就医住院病例按 DIP 付费结算公式:

1. 各 DIP 支付标准 = 就医地当月 DIP 病种分值 × 就医地当月 DIP 点值 × 调节系数。

注: 调节系数根据本地就医住院病例政策执行, 不限于医疗机构等级系数。

2. 省内异地就医住院病例医保基金应支付 DIP 费用 = \sum [(病例入组就医地 DIP 支付标准 - 全自费费用 - 先自付费用 - 起付线) × 异地就医政策规定的基金支付比例] - \sum 建议扣减费用。

注: 此公式为基本结算公式。参保地医保经办机构与医疗机构实际结算过程中, 可根据现有就医地本地就医住院病例的结算公式执行, 其中如医保基金应支付 DIP 费用 ≤ 0 时, 可根据本地就医住院病例结算规则进行管理。

第六章 DRG/DIP 特殊结算规则

第十六条 费用极值、特殊入组（QY组、0000组等）、未入组、超现行分组范围等异地就医参保患者，参保地按照就医地相关付费结算规则与医保定点医疗机构进行结算。

第十七条 建立省内异地就医住院病例按DRG/DIP付费特例单议机制，原则上按季度进行。医保定点医疗机构可根据临床治疗实际，向就医地医保经办机构申请符合就医地政策规定的异地就医参保患者按项目付费，审核通过后可按照项目付费标准予以清算。其在月结算中已先行支付的基金额度予以抵扣，实行多退少补。

第十八条 建立省内异地就医住院病例按DRG/DIP付费争议处理机制。参保地医保经办机构对就医地医保定点医疗机构提出异地就医结算和考核相关项目存在争议时，要按照“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”的原则，与相关医疗机构协商谈判解决。

第七章 DRG/DIP 清算规则

第十九条 各参保地开展省内异地就医住院病例年终清算权重（分值）、费率（点值）等关键要素，按照就医地住院病例年终清算结算政策执行，并根据当年相较按项目付费基金支出，结合现有医保基金的结余情况，基于结余激励原则，由参保地和就医地在省级层面的组织协调下商议明确并设置调整系数将结余基金金额一部分奖励医疗机构以激励其提供更高效、合理的异地就医医疗服务。

第八章 床日与日间医疗结算规则

第二十条 省内异地就医参保患者在就医地医保定点精神医学专科医疗机构或设有精神科的医保定点综合性医疗机构接受治疗期间发生的医疗费用，符合就医地按床日付费规则的，参保地按就医地床日支付标准与医保定点医疗机构进行结算。

第二十一条 省内异地就医参保患者在就医地医保定点医疗机构接受治疗期间发生的医疗费用，符合就医地日间医疗（日间手术、日间病房）医保付费规则的，参保地按就医地支付标准与定点医疗机构进行结算。

第九章 审核稽核

第二十二条 就医地医保部门应会同参保地医保部门指导定点医疗机构加强病案和医保基金结算清单质量管理，严格按照疾病诊断标准规范填写疾病名称、手术操作名称，避免和防止人为升级疾病诊断。不得增加异地就医参保患者个人负担，不得以成本控制、绩效管理为由，故意推诿重患，降低医疗服务质量或选择性收治轻症患者等。

第二十三条 参保地医保部门应会同就医地医保部门对异地就医参保患者的病例进行审核，必要时可组织专家评审或专项检查。要不断加强智能审核，提高对医保大数据的挖掘分析能力，切实提升医保智能监管水平。

第十章 附则

第二十四条 本办法由黑龙江省医疗保障局负责解释。

第二十五条 本办法自 2024 年 月 日起施行。施行前符合条件且正在住院治疗的异地就医病例，参保地医保经办机构与定点医疗机构按原结算方式结算。

发文机关： 黑龙江省医疗保障局
标 题： 黑龙江：关于进一步加强医保门诊处方管理的通知
发文字号： 黑医保发〔2024〕50号
类 别： 医保政策

成文日期： 2024年10月17日
发布日期： 2024年10月17日
关 键 字： 医保门诊处方

黑龙江：关于进一步加强医保 门诊处方管理的通知

黑医保发〔2024〕50号

各市（地）医疗保障局，北大荒农垦集团有限公司人力资源部、龙江森工集团有限公司人力资源部、中国铁路哈尔滨局集团有限公司社会保险部、大庆石油管理局有限公司保险中心：

为进一步维护参保群众切身利益，坚决打击伪造、变造虚假处方等欺诈骗保行为，方便参保群众门诊就医购药，强化医保门诊处方管理，加强处方流转全流程监管，提升外配处方规范化管理水平，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《处方管理办法》《国家医疗保障局办公室关于规范医保药品外配处方管理的通知》（医保办函〔2024〕86号）等文件要求，结合工作实际，现就有关事项通知如下：

一、加强定点医药机构门诊处方管理

（一）规范医疗机构合理开具处方。定点医疗机构应主动加强处方管理主体责任，医师应按照规定，遵循安全、有效、经济的原则，规范、准确、完整、合法的开具处方。提供医保药品服务时，应实行实名购药，核验参保人员有效身份凭证，做到人证相符，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。处方用药须与诊断、病情相符，不得有重复用药、伪造或篡改处方、使用他人医保卡开具处方，不得以病组和病种费用限额为由，要求患者院外购买或自备药品。对违反上述要求的，要严格按照相关法律法规处理。（责任部门：各地基金监管部门、经办部门按职责分工）

（二）加强处方调剂管理。药师应当按照操作规程调剂处方药品，调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，药师不得调剂。定点医疗机构按照相关要求和医保协议约定配备诊疗所需药品，暂时无法配备但确需临床使用的，应当为参保人提供必要的处方外配服务并加强管理。（责任部门：各地经办部门）

（三）强化医疗机构医保药品目录使用。医师开具处方时，在满足临床需求

的前提下，应优先选择医保目录内的药品，以减轻患者的经济负担，提高医保基金的使用效率。对于确需使用医保目录外药品的情况，医师应向患者充分说明理由，并取得患者的知情同意。基层卫生机构要为用药患者提供预约用药登记服务，建立药品需求台账，在符合要求的情况下尽快配备相关药品，实现“应配尽配、有需必采”。（责任部门：各地医药服务部门、经办部门按职责分工）

二、建立健全定点医药机构处方外配机制

（一）规范定点医疗机构处方外配服务。定点医疗机构应通过电子处方中心提供处方外配服务。支持将电子处方打印成纸质处方，方便老年人等有需求的参保人持纸质处方前往定点零售药店购药。暂未实现医保电子处方流转的定点医疗机构开具的纸质处方须经本院医保医师签名并加盖外配处方专用章后有效。同时，针对参保人员因无电子医保码等原因造成的电子处方无法流转的，定点医疗机构可临时为患者开具外配纸质处方。定点医疗机构要将涉及参保人的所有外配处方（纸质处方复印）留存备查，保存期限不少于2年。纸质处方应由定点医疗机构按照相关部门规定的标准和格式印制，并在前记部分进行连续编号，保证处方编号的唯一性、可识别性。定点医疗机构要定期汇总分析涉及参保人的外配处方情况，发现医务人员处方行为不规范的予以提醒、批评和教育，发现参保人冒名开药、重复开药、超量开药或利用医保待遇转卖药品的，及时向当地医保部门举报。（责任部门：各地经办部门）

（二）加强定点零售药店外配处方管理。定点零售药店为参保人调剂外配处方时，应认真检查处方的真实性、合法性、规范性，核准处方用药信息、有效期等以及参保人信息，发现问题的可以拒绝调剂，并及时向当地医保部门反映存疑外配处方线索。定点零售药店应通过医保电子处方中心下载定点医疗机构电子处方，按处方进行调剂，电子处方存档备查。参保人使用纸质处方的，定点零售药店核验调剂后应当按规定留存处方，定期提交统筹地区医保经办机构检查，纸质处方保存期限不少于2年。定点零售药店应按照医保部门关于药品追溯码有关规定，应用药品追溯码，确保调剂外配处方药品可追溯。（责任部门：各地经办部门）

三、强化医保门诊处方流转管理

（一）完善医保门诊支付管理。开具外配处方的医师负责确定参保患者外配处方的医保待遇类别（如普通门诊、门诊慢性病、门诊特殊疾病、特殊药品、门诊统筹等）；定点零售药店在调剂处方时应按照外配处方的医保待遇类别进行结算。原则上，定点零售药店凭本统筹地区定点医疗机构外配处方销售的药品，符合规定的可以纳入医保统筹基金支付范围，暂不接受本统筹地区以外的医疗机构外配处方。（责任部门：各地医药服务部门、经办部门按职责分工）

(二) 督导建立信息实时上传机制。定点医药机构应全流程记录药品的进销存以及追溯码等信息, 应与实际情况一致。相关数据信息全量实时上传至医疗保障信息平台, 上传信息应真实、准确、完整, 不得篡改作假、虚报数据或串项上传骗取医保基金, 不得将其他医药机构发生的费用通过医保信息结算系统上传进销存台账中。相关信息须实现可追溯查询。(责任部门: 各地信息化牵头部门、经办部门按职责分工)

(三) 加强处方流转医保管理。各统筹区经办部门要加强医保处方协议管理, 督导医药机构电子处方流转功能改造工作, 确保外配电子处方流得出、结得上。对实行电子处方流转的定点医药机构开展事前提醒, 并在向经办机构上传医保基金结算单据前进行预审、预警、遵从提醒结果。充分利用智能监管子系统全面审核定点医药机构申报的费用, 实现医保基金支付智能审核全覆盖。对定点医药机构完成结算后的费用进行核查和监督检查, 对发现的违法违规费用予以追回。(责任部门: 各地基金监管部门、经办部门按职责分工)

四、加快推进医保电子处方中心建设

(一) 推进医保电子处方中心互联互通。各统筹区要加快医保电子处方中心的建设和推广应用, 依托全国统一的医保信息平台, 抓紧部署应用医保电子处方中心功能, 连通医保经办机构、定点医疗机构、定点零售药店, 确保电子处方顺畅流转, 医保电子处方中心与智能监管子系统有效衔接。将定点医药机构电子处方流转纳入协议条款要求, 对方流转数量及占比等进行考核, 量化考核条款。(责任部门: 各地信息化牵头部门、经办部门按职责分工)

(二) 加快实现医保处方流转电子化。2024 年底前, 定点医疗机构和定点零售药店均应实现具备电子处方流转条件, 对于年底前不具备电子处方流转条件的定点医疗机构和定点零售药店, 将采取包括中止协议、解除协议、不纳入 2025 年医保协议续签范围等措施。自 2025 年 1 月 1 日起, 配备“双通道”药品和门诊统筹的定点零售药店均需通过电子处方中心流转药品处方, 不再接受纸质处方。特殊情况需要延长纸质处方使用时间的, 由统筹地区报省级医保部门同意, 并向国家医保局备案, 延长时间不超过 3 个月。(责任部门: 各地信息化牵头部门、经办部门按职责分工)

(三) 理顺医保电子处方流转。定点医疗机构应按照规定实现电子处方流转至定点零售药店, 从满足参保群众用药需求出发, 除规定限制药品外, 不得以本医疗机构库存药品限制等为由拒绝为患者开具外配处方。定点医疗机构同步上传信息至省医疗保障信息平台, 定点零售药店应及时接收并审核处方, 确保患者能够顺利购药。坚决防止处方信息泄露或篡改, 建立电子处方流转不畅监督投诉机制。(责任部门: 各地信息化牵头部门、经办部门按职责分工)

五、完善监督管理机制

(一) 建立医保处方内控机制。定点医药机构应设立专门的医保处方管理小组，明确人员责任，确保门诊处方的开具、审核、调配和结算等环节有专人负责；强化内部监督，应定期对医保处方管理工作进行质控评估，内容包括处方开具规范、医保审核流程、调配和结算管理等，将医保处方管理工作纳入绩效考核体系。(责任部门：各地经办部门)

(二) 开展常态化监管。各统筹区医保部门要不断完善监管制度机制，扎实推进飞行检查常态化、专项整治常态化、日常监管常态化、智能监控常态化、社会监督常态化。要认真落实《国家医疗保障局关于印发〈定点医疗机构医疗保障服务协议范本〉的通知》(医保发〔2024〕22号)要求，将医保药品外配处方管理情况纳入协议管理范畴，压实定点医药机构管理责任。要加强外配处方日常审核，定期组织定点医疗机构与定点零售药店外配处方之间“对账”，发现违法违规问题，按照相关规定进行协议处理、行政处罚、移送司法机关等。对外配处方量多、金额较大或数据异常波动的定点医药机构要重点加强政策指导和监督检查。(责任部门：各地基金监管部门、经办部门按职责分工)

(三) 建立举报投诉制度。各级医保部门应建立举报投诉制度，公开举报投诉电话和邮箱，鼓励社会各界对医保门诊处方管理中的违规行为进行举报投诉。对于举报投诉的问题，应及时进行调查核实，并依法依规进行处理。(责任部门：各地基金监管部门、经办部门按职责分工)

(四) 加强信息公开。各级医保部门应定期公开门诊处方医保管理的相关信息，包括审核结果、违规处理情况等，接受社会监督。同时，定点医药机构应按照规定公开药品价格、医保报销政策等信息，提高服务的透明度。(责任部门：各地经办部门)

(五) 集中开展医保外配处方使用专项治理。各统筹区医保部门要将检查定点医疗机构和定点零售药店外配处方情况纳入打击欺诈骗保相关行动，2024年12月底前，针对门诊慢性病和特殊病保障、城乡居民门诊“两病”用药机制开方药品，以及其他金额高、费用大、欺诈骗保风险高的开方药品开展专门检查。依托大数据分析，做到纸质处方使用量大的必查，单个处方开药剂量大的必查，同一参保人重复超量开药的必查，单体定点医疗机构纸质处方开方多的必查，重点科室医保医师开方数量大的必查。检查发现的定点医药机构和参保人违法违规问题，要依法依规快查快处。要加强参保人的健康和法治教育，坚决打击医患合谋欺诈骗保，对参与欺诈骗保的参保人要综合采取信用评价、减少医保服务便利度等方式予以教育和惩戒，支持各地探索适当调整欺诈骗保参保人的医保待遇。对存在违法违规问题的，依法追究相应责任。(责任部门：各地基金监管部门、信息化牵头部门、

经办部门按职责分工)

六、扩大培训和宣传力度

(一) 加大培训力度。各级医保部门和医药机构应定期组织开展医保门诊处方管理培训活动，提高医师、药师和医保工作人员的业务水平和能力。培训内容包括医保政策法规、处方管理规范、审核要点、信息上传和警示教育等方面。

(二) 加强宣传引导。各级医保部门要通过多种渠道和方式加强对门诊处方医保管理政策的宣传，加大相关典型案例曝光，提高患者对医保政策的认识和理解，引导患者合理就医、合理用药，共同维护医保基金的安全，形成良好社会氛围。

(三) 加快推进落实。各级医保部门要提高政治站位，高度重视医保门诊处方管理工作，督导定点医疗机构和定点零售药店按要求做好接入电子处方平台和外配处方管理，并加大跟踪督办力度，保证各项要求在规定时限内高质量落实到位。工作中遇有重大情况，及时向省医保局报告。

黑龙江省医疗保障局

2024年10月17日

发文机关： 黑龙江省医疗保障局办公室 成文日期： 2024年10月24日
标 题： 关于公开征求《黑龙江省基本医疗保险康复医学功能障碍付费管理办法（试行）》意见建议的公告
发文字号： 发布日期： 2024年10月24日
类 别： 医保政策 关 键 字： 康复医学功能障碍

关于公开征求《黑龙江省基本医疗保险康复医学功能障碍付费管理办法（试行）》意见建议的公告

为进一步深化医保支付方式改革，构建多元复合医保支付体系，更好保障参保群众的康复医疗需求，不断提高医保基金使用效能，现将《黑龙江省基本医疗保险康复医学功能障碍付费管理办法（试行）》向社会公开征求意见建议，时间截至2024年10月30日。欢迎各界人士通过邮件、信函等方式提出意见和建议。

通讯地址：黑龙江省哈尔滨市香坊区中山路68号（黑龙江省医疗保障局医药服务管理处收），邮编：150036。

电子邮箱：hljybzf@126.com。

黑龙江省医疗保障局办公室
2024年10月24日

黑龙江省基本医疗保险康复医学功能障碍付费管理办法（试行）（征求意见稿）

为进一步深化医保支付方式改革，构建多元复合医保支付体系，更好保障参保群众的康复医疗需求，不断提高医保基金使用效能，依据《关于印发加快推进康复医疗工作发展意见的通知》（国卫医发〔2021〕19号）《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（黑发〔2020〕13号）《黑龙江省DRG/DIP支付方式改革三年行动方案》（黑医保发〔2021〕64号）等文件精神，结合康复医学功能障碍治疗方案复杂、病程长、连续性服务要求高等特点，制定本办法。

第一章 适用范围

第一条 本办法适用于医保与定点医疗机构对省内参加城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的康复医学功能障碍患者（以下简称“康复患者”）康复治疗费用的结算

第二条 本办法所称定点医疗机构，是指各统筹地区医保定点康复医学专科

医疗机构或设有康复医学科的综合性医疗机构。

第三条 经康复医学副主任医师及以上评定（可根据实际情况放宽至康复医学主治医师），存在功能障碍且需要进行康复治疗的，被定点医疗机构收治接受康复治疗之日起，康复患者在定点医疗机构所发生的康复治疗费用。基本医保依据规则，按床日等与定点医疗机构进行结算。

第二章 付费规则

第四条 遵循“生命体征稳定、病情平稳、并发症或并发症治愈或得到稳定控制、但仍存在明确的功能障碍”的原则，基于《医疗保障基金结算清单》数据、国家医保版《医疗保障疾病分类与代码》（ICD-10）和《医疗保障手术及操作分类与代码》（ICD-9-CM-3），制定全省统一的康复医学功能障碍医保按床日付费目录（详见附件1），并建立动态调整机制。各统筹地区可根据自身实际情况，全部或部分执行附件1病种，但不得超出附件1范围

第五条 各统筹地区医保部门应统筹考虑康复医学发展实际，根据功能障碍疾病诊断、康复治疗类型、医疗机构等级、康复阶段（恢复早期、中期、后期）等，通过精细化测算住院费用和资源消耗情况、组织专家论证、与定点医疗机构协商，制定（调整）本地按床日付费医保支付标准，报省医疗保障局备案后正式施行。

1. 康复医学功能障碍患者当次连续住院不足（含）15日，按DRG/DIP付费。

2. 康复医学功能障碍患者当次连续住院超过15日，全程按照相应床日付费医保支付标准支付。

3. 康复患者当次连续住院超过30日后，鼓励各统筹地区探索实行阶梯付费（即随着住院时间继续延长，阶梯性下调相应床日付费医保支付标准），最低可下调至初始支付标准的50%

4. 康复患者出院后，60日内因同一康复医学功能障碍疾病诊断再次住院治疗（不区分是否由同一家医保定点医疗机构收治），按以下情况进行医保支付：

以医嘱离院办理出院结算的患者，原则上按照再次入院医疗机构的床日阶梯付费最低标准进行支付。

以非医嘱离院、医嘱转院、医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院办理出院结算的患者，原则上按照再次入院医疗机构的床日阶梯付费初始标准进行支付

5. 各统筹地区医保部门可结合《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》（卫农卫发〔2010〕80号）《关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23号）等相关限定支付范围，设置本地区康复医学功能障碍按床日医保最长支付期限。

第六条 促进分级诊疗体系建设，畅通三级医疗机构与下级医疗机构、康复

医院、护理院等的转诊渠道，住院康复患者病情稳定或好转后，转入下级医疗机构继续接受康复治疗，应视为同一次住院，不再重复计算起付线，且不累计计算住院床日天数。

第七条 按床日付费支付范围包含：康复治疗、药品、检查检验、护理、床位、诊察等住院期间产生的各项医疗费用。

第八条 康复患者出院按现行医保政策与定点医疗机构进行结算。医保经办机构按床日与定点医疗机构进行结算，超出支付标准的部分由定点医疗机构承担。平均每日医保垫付费达到每床日支付标准的90%，按每床日付费标准予以结算；平均每日医保垫付费未达到每床日支付标准的90%，按实际发生医保垫付费予以结算。

第九条 医保经办机构按床日与定点医疗机构结算医保基金金额 = Σ （康复治疗改善功能障碍患者符合条件住院天数 × 相应的医保按床日付费支付标准）。

第十条 康复医学功能障碍患者异地就医，结算时按照基本医保异地就医当前执行政策，与定点医疗机构进行结算。

第三章 诊疗规范

第十一条 定点医疗机构应当为康复患者提供安全、舒适的就医环境与科学、规范的康复医疗服务。不得进行与本次入院无关的检查和治疗，不额外增加康复患者的就医负担。如另有病情确需进行相关治疗的，需提供病程记录等依据。

第十二条 定点医疗机构不得将康复医学功能障碍医保付费范围内包含的必要检查、用药等，通过门诊就医方式分解收费；不得引导康复患者外购或在门诊购买住院治疗所需的药品和耗材；不得另行收取或变相收取其他医疗费用。

第十三条 定点医疗机构不得以任何理由推诿或拒收符合入院标准的康复患者。不得降低标准办理入院、动员康复患者提前出院、延长住院或转为自费患者再入院。不得无故终止治疗、缩减临床路径或规范化康复治疗方案中包含的项目与服务内容、降低诊疗服务质量。上述情况一经查实，医保基金将不予支付相关费用并按协议处理

第十四条 定点医疗机构应制定完善相应管理制度，规范康复医学功能障碍医疗服务行为，保证治疗效果。如治疗中发生意外，经鉴定为医疗事故的，相应责任和医疗费用由医疗机构自行承担。

第十五条 医保经办机构与定点医疗机构因付费结算产生争议时，由所在市级医疗保障部门对涉及的医疗服务行为开展合理性论证，并根据论证结果对定点医疗机构是否违反医保相关政策和服务协议约定进行认定与处理。

第四章 质控管理与监管考核

第十六条 定点医疗机构在办理患者出院结算时，要准确填写诊断信息、离院方式等关键信息，并按照《医保结算清单填写规范》等要求，及时上传康复患者医保结算清单，确保基础数据的准确性和完整性。

第十七条 各统筹地区医保部门要加强对定点医疗机构康复患者收治、费用发生等情况的监测，定期开展政策实施前后数据对比分析，防范诊断高编、高套等造成基金不合理支出风险。各统筹地区经办机构要制定具体经办规程并强化协议管理，在协议中明确康复医学功能障碍支付标准、审核结算、稽核检查、协商谈判、考核评价等要求，切实提高经办服务效能，确保康复医学功能障碍付费管理各项政策落地执行

第十八条 省医保信息化部门应全面加强技术支持与政策实行底层逻辑的研判会商，做好信息化关键要素配置、数据交互流转无误、系统畅通运行，确保各统筹地区医保部门具体的康复医学功能障碍相关支付场景平稳运行，实现康复医学功能障碍按床日付费与其他付费方式的有序衔接。

第十九条 注重不同保障政策衔接。对稳定期康复患者经失能等级评估符合条件的，纳入长期护理保险保障范围，按规定享受长期护理保险待遇。

第五章 附则

第二十条 本办法由黑龙江省医疗保障局负责解释。

第二十一条 本办法自 2025 年 1 月 1 日起施行。施行前符合条件且正在住院治疗的稳定期康复医学功能障碍患者，医保经办机构按施行前原结算方式结算。

附件：黑龙江省康复医学功能障碍医保按床日付费目录

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn)>政策法规>通知公告>关于公开征求《黑龙江省基本医疗保险康复医学功能障碍付费管理办法（试行）》意见建议的公告

发文机关： 黑龙江省医疗保障局 成文日期： 2024年10月29日
标 题： 关于对《黑龙江省医疗保障局关于加强医疗保障基金社会监督员管理工作的实施意见（征求意见稿）》征求意见的函
发文字号： 发布日期： 2024年10月29日
类 别： 医保政策 关 键 字： 社会监督员

关于对《黑龙江省医疗保障局关于加强医疗保障基金社会监督员管理工作的实施意见（征求意见稿）》征求意见的函

为强化社会监督作用，更好动员社会各界参与医疗保障基金监督，切实维护基金安全，根据《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）《国家医疗保障局关于加强医疗保障基金社会监督员管理工作的指导意见》要求，结合我省实际，省医疗保障局研究起草了《黑龙江省医疗保障局关于加强医疗保障基金社会监督员管理工作的实施意见（征求意见稿）》，现对社会征求意见，请于2024年11月15日前提出书面反馈意见。

电话：0451-88830062

通讯地址：黑龙江省哈尔滨市香坊区中山路68号，黑龙江省医疗保障局，邮编150036

附件：《黑龙江省医疗保障局关于加强医疗保障基金社会监督员管理工作的实施意见（征求意见稿）》

黑龙江省医疗保障局
2024年10月29日

黑龙江省医疗保障局关于加强医疗保障基金社会监督员管理工作的实施意见（征求意见稿）

为强化社会监督作用，更好动员社会各界参与医疗保障基金监督，切实维护基金安全，根据《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）要求，《国家医疗保障局关于加强医疗保障基金社会监督员管理工作的指导意见》，结合我省实际，现就加强医疗保障基金社会监督员管理工作提出以下实施意见。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大和二十届二中、全会精神，始终把维护医保基金安全作为首要任务，强化体制机制和管理创新，鼓励和支持社会各方面参与医保基金监督，进一步规范社会监督员管理，促进社会监督员履职，推动医保基金社会监督作用更好发挥，社会监督员队伍建设更加稳定，筑牢基金监管群众基础，实现政府监管、社会监督和舆论监督的良性互动。

二、重点工作

（一）严格社会监督员选任条件。

社会监督员主要从人大代表、政协委员、媒体代表、定点医药机构代表、有关领域专家学者、参保群众及其他热心医疗保障事业相关人士中选任，其中，普通参保群众选聘占比不低于60%。社会监督员应当为中华人民共和国公民，拥护党的路线、方针、政策，践行社会主义核心价值观，坚持原则，公道正派，遵纪守法，保守秘密，关心、支持医疗保障事业，熟悉相关领域法律法规，具备专业技能，有较强社会责任感，坚守为民情怀，善于联系群众，能够履行监督员职责。

（二）规范社会监督员选任程序。

按照自愿原则，社会监督员通过公开选聘、特邀聘任、个人自荐、单位推荐等方式确定，选聘通知公告向社会公开。医疗保障部门综合考虑候选人专业背景、工作经历、年龄结构、地区分布等情况审核择优选聘，突出专业性、代表性。建立完善选任名单公示制度，医疗保障部门向社会监督员颁发聘书，聘期一般为两年。期满后根据情况可以续聘。社会监督员名单可以适当方式向社会公开。

（三）促进社会监督员履职尽责。

社会监督员应当学习了解医保基金监管相关法律法规、政策文件和医疗保障知识。对定点医药机构及参保人员使用医保基金情况进行监督，发现并及时反馈医保基金违法违规行为线索。对参保单位、参保人员、医疗保障行政部门、医保经办机构及其工作人员依法依规履职等情况进行监督，提出完善医保政策、优化医保管理、强化基金监管等建议。

社会监督员可通过明察暗访、走访群众等方式收集意见和建议，可以书面或者电子邮件形式反映医保基金监管工作中存在的问题和建议、举报医保基金违法违规等行为并提供线索依据。

社会监督员应当向聘任其的医疗保障部门每半年至少提交1份反映医疗保障基金使用、管理中的问题线索或加强医疗保障基金监督管理的意见建议，并及时以书面或电子邮件形式向医疗保障部门反馈。

根据医疗保障部门安排部署，参加宣传、培训、研讨、监督检查等活动。关注民声舆情，反映社会各方对医保基金监管工作的意见、建议，主动参与网络和媒体互动，弘扬正能量。

（四）健全社会监督员管理机制。

社会监督员由选任单位进行组织管理，指定专门人员负责日常沟通和信息反馈工作。市级以上医疗保障部门根据工作需要合理确定社会监督员数量及聘任期限，完善考核退出机制，建立社会监督员库并实现动态管理。医疗保障部门应当结合工作实际，组织社会监督员开展培训、座谈、调研等活动，邀请社会监督员参加监督检查实践，拓展社会监督渠道，激发社会监督参与热情。

（五）加强社会监督员管理。

社会监督员应当在国家法律法规规定的范围内开展医疗保障基金社会监督工作；应当认真履行职责，严格保守秘密，公道正派、廉洁自律；不能给被监督对象带来不便和增加负担。

社会监督员不得利用社会监督员的身份谋取不正当利益；不得在监督工作中接受或索取财物；不得以社会监督员身份或履行社会监督员职责为由，从事与医疗保障基金监督无关的活动；在监督过程中与被监督对象之间存在利害关系，可能影响监督公正实施的，应当回避；其他有关社会监督的规定。

（六）社会监督员终止聘任情形。

一是违反第(五)项其中之一、情节严重或造成严重后果的；二是受到刑事处罚、行政处分、党纪处分的，违反治安法律法规受到行政处罚，以及其他严重不良信用记录的；三是申请报名的个人信息与事实不符影响聘任的；四是因个人原因无法胜任社会监督员工作或者不履行社会监督员职责的；五是本人提出申请要求停止聘任的；六是聘用期满未续聘的；七是依据其他相关规定需要停止聘任的。

（七）加强社会监督员工作保障。

各级医疗保障部门要根据工作需要为社会监督员履职提供便利条件。社会监督员工作为公益属性，社会监督员提供欺诈骗保违法违规线索，经查证属实的，按照《黑龙江省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》等医疗保障部门有关规定执行。探索健全社会监督激励机制，有显著成绩的，由医疗保障部门予以表扬。有条件的地方，可对社会监督员参与监督检查等工作予以经费保障。

三、保障措施

省医疗保障局负责统筹全省医疗保障基金社会监督员管理工作，组织工作调度，开展交流学习，对各地形成的经验和方法模式，及时总结推广。各市（地）级医疗保障部门负责统筹本地区医疗保障基金社会监督员管理工作，建立健全本

地区医疗保障基金社会监督员管理制度机制，推动各统筹地区开展医疗保障基金社会监督工作，逐步建立稳定的社会监督员库。各级医疗保障部门要充分认识医疗保障基金社会监督工作的重要意义，加强组织领导，强化责任落实，推进医疗保障基金社会监督常态化。

发文机关： 黑龙江省药品监督管理局 成文日期： 2024 年 10 月 29 日
标 题： 关于印发《黑龙江省〈中药材生产质量管理规范〉基地符合性检查管理规程（试行）》的通知
发文字号： 黑药监规〔2024〕11 号 发布日期： 2024 年 10 月 29 日
类 别： 中医药 关 键 字： 中药材生产

关于印发《黑龙江省〈中药材生产质量管理规范〉 基地符合性检查管理规程（试行）》的通知

黑药监规〔2024〕11 号

省局各相关处室、省药品审核查验中心，各有关药品生产企业：

为进一步提升我省中药材生产质量管理水平，确保中药材质量稳定可控，保障人民群众用药安全有效，根据《中华人民共和国药品管理法》、《中药材生产质量管理规范（试行）》等相关法律法规和文件精神。经广泛征求意见，积极实地考察，省药监局组织制定《黑龙江省〈中药材生产质量管理规范〉基地符合性检查管理规程（试行）》，并经 2024 年 10 月 28 日第 10 次局长办公会审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

特此通知。

黑龙江省药品监督管理局

2024 年 10 月 29 日

黑龙江省《中药材生产质量管理规范》基地 符合性检查管理规程（试行）

第一章 总则

第一条 【目的意义】为贯彻落实国家药监局、农业农村部、国家林草局、国家中医药局联合印发的《中药材生产质量管理规范》（以下简称中药材 GAP），推动中药材规范化生产，加强中药材质量控制，促进中医药产业高质量发展，依据《中华人民共和国药品管理法》《中华人民共和国中医药法》《中药材 GAP 实施技术指导原则》《中药材 GAP 检查指南》和《黑龙江省药品监督管理局黑龙江省农业农村厅黑龙江省林业和草原局黑龙江省中医药管理局关于推动实施〈中药材生产质量管理规范〉的通告》等要求，结合我省实际，制定本规程。

第二条 【适用范围】本规程适用于黑龙江省开展中药材种植（含生态种植、野生抚育和仿野生栽培）和养殖的中药材 GAP 基地延伸检查申报、检查实施以及

检查结果公示等管理。

第三条 【指导原则】现场检查坚持目标导向、问题导向、结果导向，坚持定性和定量评价相结合，遵循客观公正原则，突出重点，抓住关键，实事求是，注重实效。

第四条 【政策依据】实施中药材 GAP 基地生产的企业严格按照国家药监局、农业农村部、国家林草局、国家中医药管理局关于发布《中药材生产质量管理规范》的公告（2022 年第 22 号）要求组织中药材生产，保护野生中药材资源和生态环境，促进中药材资源的可持续发展。

第五条 【工作要求】引导和鼓励中药生产企业（中药饮片、中药配方颗粒生产企业和中成药上市许可持有人）联合中药材生产企业按照中药材 GAP 要求建设规范化生产基地，建立全链条生产质量管理体系。企业应当坚持诚实守信，禁止任何虚假、欺骗行为。

第二章 申报

第六条 【中药生产企业】中药生产企业是使用 GAP 药材的主体，包括中药饮片（中药配方颗粒）、中药制剂生产企业。中药生产企业应与中药材生产企业签订质量协议或购销合同，联合中药材生产企业报送有关材料，应当积极配合药品监督管理部门开展延伸检查。

第七条 【延伸检查】中药材生产企业是建设中药材 GAP 基地的主体。中药材生产企业供应 GAP 药材时，应当接受中药生产企业的供应商审核和药品监督管理部门的延伸检查。

中药材产地不在本省行政区域内的，可以商请中药材产地省级药品监管部门联合或者协助检查；对于中药材产地省级药品监管部门或者其他省级药品监管部门已完成检查的，可以在沟通交流的基础上互认结。

申报中药材 GAP 基地的企业应符合以下基本条件：

（一）企业可采取农场、林场、公司 + 农户或者合作社等组织方式建设中药材生产基地；对国家有特殊管理要求的中药材，生产和经营应符合国家相关要求

（二）企业应具备中药材 GAP 要求的硬、软件条件。

（三）企业应按中药材 GAP 要求建立统一的中药材生产质量管理规范体系，并有效实施，申报前至少完成中药材 1 个生产周期的实施记录。

第八条 【申报要求】申报主体应按黑龙江省中药材 GAP 基地自我评价申报书（附件 1）及申报材料清单（附件 2），提交符合要求的申报资料（纸质版和 PDF 版），经黑龙江省药品监督管理局（以下简称省局）审核合格后，转黑龙江省药品审核查验中心（以下简称查验中心）实施现场检查。

第三章 受理、检查

第九条 【形式审查】省局受理申报资料，自收到材料之日起 15 个工作日内完成形式审查，对资料不完整、不符合要求的，及时告知申报主体补充完善，未按要求补充完善的视为放弃本次申报。

第十条 【现场检查】经形式审查合格后，转查验中心实施现场检查。由查验中心抽调专家和 GAP 检查员组成检查组开展现场检查。现场检查重点关注中药材 GAP 符合性，检查时间一般安排在中药材采收期，时间一般为 3—5 天，必要时适当延长。根据《黑龙江省中药材 GAP 基地现场检查评分表》（见附件 3）开展现场检查。现场检查结论判定原则：检查项目单项得分为 0 分不超过 5 项，且总得分率 $\geq 80\%$ ，可作出“符合中药材 GAP 要求”结论； $60\% \leq$ 总得分率 $< 80\%$ ，应注意基地符合性情况，须按检查结果进行整改，整改结果经检查组确认合格后可作出“符合中药材 GAP 要求”结论；总得分率 $< 60\%$ 或存在严重缺陷项，可作出“不符合中药材 GAP 要求”结论。

第四章 公示

第十一条 【结果公示】评价结论为“符合中药材 GAP 要求”的，省局在门户网站上予以公示，接受社会监督；公示期不少于 5 个工作日。

第十二条 【异议处理】对公示结果有异议的，可在公示期内向省局提出异议。省局适时组织专家工作组开展核实，对不符合中药材 GAP 要求的，予以取消。

第五章 监督管理

第十三条 【有效运行】检查结论为“符合中药材 GAP 要求”的申报主体，应当严格按照《中药材生产质量管理规范》组织实施，持续保持中药材 GAP 的有效运行。当中药材 GAP 基地地址、生产的中药材品种、质量管理体系发生变化，应提前 1 个月报告省局。

第十四条 【监管措施】检查结论为“符合中药材 GAP 要求”的企业，应当每年年底前向省局提交年度总结报告。省局视实际情况对通过延伸检查的 GAP 基地进行抽查或现场核查。

第十五条 【动态管理】中药材 GAP 基地实行动态管理，省局抽查或现场核查未通过的、在延伸检查中评定为“不符合中药材 GAP 要求”的、主动报告不符合中药材 GAP 要求的，将按程序处置，取消“符合中药材 GAP 要求”的检查结论并公告。

第六章 附则

第十六条 【解释权限】本办法由黑龙江省药品监督管理局负责解释。

第十七条 【试行日期】 本办法自印发之日起执行，有效期 2 年。

- 附件：1. 黑龙江省中药材 GAP 基地自评价申报书
2. 申报材料清单
3. 黑龙江省中药材 GAP 基地现场检查评分表

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发《黑龙江省〈中药材生产质量管理规范〉基地符合性检查管理规程（试行）》的通知

发文机关：上海市卫生健康委员会
成文日期：2024年9月7日
标 题：关于印发《上海市示范化康复医学中心建设方案》的通知
发文字号：沪卫医〔2024〕92号
发布日期：2024年10月8日
类 别：机构政策
关 键 字：康复医学中心建设

关于印发《上海市示范化康复 医学中心建设方案》的通知

沪卫医〔2024〕92号

各区卫生健康委，申康医院发展中心、有关大学、中福会、市残联，各市级医疗机构：

为进一步提升本市康复医疗服务能力和推动健康上海建设，根据《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》《上海市加快发展康复医疗服务实施方案》等文件精神，我委组织制定了《上海市示范化康复医学中心建设方案》，现印发给你们，请遵照执行。

上海市卫生健康委员会

2024年9月27日

上海市示范化康复医学中心建设方案

加快推进康复医疗高质量发展，对构建整合型医疗服务体系，全面推进健康上海建设具有重要意义。根据《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》（国卫医发〔2021〕19号）、《上海市加快发展康复医疗服务实施方案》（沪卫医〔2022〕65号）、《上海市紧密型城市医疗集团建设试点工作方案》（沪卫医〔2024〕34号）等精神，为进一步提升本市康复医疗服务水平，推动优质康复医疗资源下沉，满足人民群众多样化、差异化的康复医疗服务需求，制定本工作方案。

一、建设目标

至2027年底，建设一批覆盖市、区二级以上医疗机构、体现康复医疗服务阶段性特点的市级、区级示范化康复医学中心。通过示范化康复医学中心建设，加快推进临床康复一体化工作模式，加强康复早期介入、多学科合作，提升疑难危重症患者康复医疗服务能力。提升各级医疗机构康复医疗标准化和规范化水平，推动先进康复医疗技术创新推广，全面提升全市康复医疗服务供给水平。为群众提供高效、便捷、专业的康复医疗服务。

二、建设内容

（一）市级示范化康复医学中心

功能定位：市级示范化康复医学中心应承担本市康复医学发展“领军者”角色，在提升康复服务能力，扩大专科影响，促进康复相关科研成果转化等方面具有先进性。市级示范化康复医学中心应将基于疾病的标准化康复体系作为建设重点，构建科学、规范的技术体系，在专科特色技术下沉、康复分级诊疗、人才培养和科研创新等方面积极发挥引领和辐射作用。为区级示范化康复医学中心、社区康复中心的建设和发展提供有力支持。

建设对象：本市三级医院（含中医医院、中西医结合医院）康复医学科和康复专科医院。

建设要求：各有关单位对照市级示范化康复医学中心建设标准（附件1），充分考虑自身功能定位、综合能力，积极申报。我委将遵循公开、公平、公正原则，组织专家评审，遴选重视程度高、康复剪务能力强、患者剪意度高、康复技术创新能力强的医院建设市级示范化康复医学中心。

（二）区级示范化康复医学中心

功能定位：区级示范化康复医学中心应承担区域康复医疗服务“核心单位”角色，具备完备的康复亚专科，以及和区域人口规模相匹配的康复服务能力，能够为急性期、亚急性期患者提供专业、系统、连续的康复医疗服务。区级示范化康复医学中心应与市级示范化康复医学中心、社区康复中心建立紧密协作关系，加强资源互通和业务协同，提升区域康复医疗服务体系运行效率。

建设对象：各区二级以上医院（含中医医院、中西医结合医院）康复医学科和康复专科医院。

建设要求：各区卫生健康委对照区级示范化康复医学中心建设标准（附件2），按照每区应建设不少于1个区级示范化康复医学中心要求，组织本区医疗机构建设区级示范化医学中心，建设过程中应统筹考虑区域内康复医疗资源、人口导入和导出情况，优先支持康复服务发展基础好、患者康复医疗需求迫切的区域性医疗中心、康复专科医院。区级示范化康复医学中心应按照《区级示范化康复医学中心设备标准建议》（附件3）配备相关康复设施设备，在达到设施设备配置标准中“基本配置”标准基础上，可根据实际选配“可选配置”设备。

三、工作安排

（一）遴选阶段

市卫生健康委在2024年10月底前完成市级示范化康复医学中心建设单位的组织申报、遴选工作。各区卫生健康委自行组织区级示范化康复医学中心建设工作。

（二）建设阶段

市、区示范化康复医学中心按照建设标准制定本单位建设方案，建设工作应当在2027年12月前完成。市、区卫生健康委对辖区内示范化康复医学中心建设情况进行指导。

（三）验收阶段

按照“成熟1家、申报1家、验收1家”的原则，市卫生健康委适时组织专家对市、区示范化康复医学中心进行验收，并为通过验收的医疗机构授牌。

四、工作要求

（一）加强组织领导。各区卫生健康委和有关单位应提高认识，将示范化康复医学中心建设作为落实“健康上海”建设和加强本市医疗卫生服务体系建设的重点工作内容，纳入本辖区、本单位年度整体工作安排。要坚持目标导向，进一步整合优化医疗服务资源，完善服务流程与规范，提高服务能力与水平。各区卫生健康委应结合紧密型医联体建设、区域性医疗中心建设和分级诊疗制度建设等工作，统筹谋划推进辖区内示范化康复医学中心建设

（二）切实做好保障。各区卫生健康委和有关单位要根据建设标准，切实落实示范化康复医学中心建设所需的必要人、财、物保障。各建设单位要做好相关信息化支撑，按要求在我委医疗服务信息平台，报送康复医疗服务运行和质控信息，我委将组织市康复医疗质控中心对示范化康复中心建设和运行情况进行评估指导

（三）加大宣传力度。各区卫生健康委和有关单位要加大医疗机构医务人员的康复医疗相关政策和业务培训，切实提升医务人员对本市示范化康复医学中心建设重要性的认识，提升康复医疗服务能力。要广泛宣传康复理念、康复知识和康复技术等，普及和提高群众对康复的认知和重视，在全社会营造推进康复医疗发展的良好氛围。

联系人：吕鹏飞、周江睿

联系电话：23117860、2311784

邮箱：yzygc@wsjkw.sh.gov.cn

- 附件：1. 市级示范化康复医学中心建设标准
2. 区级示范化康复医学中心建设标准
3. 区级示范化康复医学中心设备标准建议

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发《上海市示范化康复医学中心建设方案》的通知

发文机关：上海市卫生健康委员会、中共
上海市教育卫生工作委员会、
上海市经济和信息化委员会、
上海市公安局等

成文日期：2024年9月20日

标 题：关于印发上海市 2024 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知

发文字号：沪卫医〔2024〕81 号

发布日期：2024年10月9日

类 别：医疗政策

关 键 字：医药购销、医疗服务、不正之风

关于印发上海市 2024 年纠正医药购销领域 和医疗服务中不正之风工作要点的通知

沪卫医〔2024〕81 号

各区卫生健康委、教育局、经济信息化委、公安分局、财政局、商务委、审计局、国资委、税务局、市场监管局、医保局，申康医院发展中心、有关高校、中福会、市残联，各委直属单位，各市级医疗机构：

为贯彻落实国家卫生健康委等 14 个部委《关于印发 2024 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知》（国卫医急函〔2024〕101 号）的文件要求，做好本市 2024 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风各项工作，特制定《上海市 2024 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点》。现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

上海市卫生健康委员会 中共上海市教育卫生工作委员会

上海市经济和信息化委员会

上海市公安局

上海市财政局

上海市商务委员会

上海市审计局

上海市国有资产监督管理委员会

国家税务总局上海市税务局

上海市市场监督管理局

上海市医疗保障局

上海市中医药管理局

上海市疾病预防控制局

上海市药品监督管理局

2024 年 9 月 20 日

上海市 2024 年纠正医药购销领域 和医疗服务中不正之风工作要点

2024 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作的总体要求是：以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神，深入贯

彻二十届中央纪委三次全会和国务院第二次廉政工作会议精神，统筹开展、一并推进本市医药领域腐败问题集中整治、群众身边不正之风和腐败问题集中整治，深入协同推进医药购销领域制度建设，促进医药领域中各类机构和人员依法经营、守法运营、公益运行、服务群众，为卫生健康事业高质量发展提供保障。

一、持续规范医药生产流通秩序

（一）落实主体责任，诚信守法经营。推动落实医药工业高质量发展行动计划，落实财税优惠、成果转化等方面的激励政策。完善以市场为主导的医药价格形成机制，加强医药价格行为监督检查执法，开展公立医院和药品医疗器械生产经销使用情况专项审计调查，开展成本价格专项调查，重点关注推高药品价格、扰乱药品流通秩序的不法行为，以及医药领域商业贿赂违规违法行为，督促生产供应企业落实合规经营的主体责任。

（二）加快带量采购，净化流通秩序。推动建设现代药品流通体系，降低流通成本。常态化制度化开展药品和高值医用耗材集中带量采购，逐步扩大品种覆盖面。提高医疗机构使用中选药品和医用耗材的管理水平，对医务人员处方行为加强监测分析，引导优先使用中选产品。推动落实药品耗材集中采购医保结余资金留用。进一步完善各级医疗机构的医疗设备采购政策。依法依规组织开展疫苗、中药配方颗粒招标采购。打击医疗器械过票加价洗钱、借助混改操控国企推高价格并侵蚀国有权益等规避行业监管的违法违规行。

（三）聚焦关键环节，加大处置力度。紧盯项目招采、目录编制、价格确定、项目申请、新药申报、回款结算等权力集中、资金密集、资源富集的医药领域风险，聚焦商业贿赂和虚开发票、虚假交易、虚设活动等形式违规套取资金用于实施不法行为，保持打击高压态势。严查假借各类会议、捐赠资助、科研合作、试验推广等形式捆绑销售、“带金销售”中的违法违规行。

（四）巩固整治成效，健全长效机制。压实牵头部门职责，巩固集中整治成效。加强医药生产经营企业防范医药领域商业贿赂行为的合规指引，督促落实合规经营的主体责任。指导社会组织切实履行推动行业发展责任，加强自身管理，防止成为非法利益输送平台。强化准入标准及行为指引，不断完善医药代表管理。进一步完善公立医疗机构药品采购“两票制”政策，规范药品流通秩序，加大监管和打击力度。

二、集中整治群众身边不正之风和腐败问题

（五）优化内部管理，规范业务服务行为。落实公立医院党委领导下的院长负责制，压实医疗机构内部管理的主体责任，细化健全院内行风管理组织体系、理顺“三重一大”事项集体决策机制、强化决策分析监督体系，建立健全内部控

制体系，有效防范管控内部运行风险。完善落实医疗核心制度，保障患者就诊过程中的合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费。严格落实公立医疗机构行风管理核心制度要点，筑牢廉洁安全底线。重点关注假借学术讲课取酬、外送检验、外配处方、网上开药等方式收受回扣的问题，利用职务之便索要、非法收受财物的问题，严格落实《关于进一步规范本市医疗机构样本外送临床检测行为的通知》《关于进一步加强医疗机构临床药事管理规范自费药品采购和使用管理的通知》以及本市医务人员参加学术会议管理的有关要求，加强中药饮片处方点评和定期评估工作。

（六）聚焦“两个关键”，落实管理要求。聚焦“名院”“名医”等医疗机构的“关键少数”和关键岗位人员管理，重点惩治本人或指使亲友，利用经商办企业“靠医吃医”、收受供应商回扣等问题。聚焦医疗设备药品耗材采购中品类确定、招标文件编制、违规插手干预招标等方面易发的腐败问题以及药品临床试验中的隐性腐败问题，以“站台式讲课”“餐桌式会议”等为切入点，坚持“风腐一体”治理，深入整治接受医药企业变相利益输送的行为，依据《中华人民共和国医师法》等法律法规严肃处理。督促医疗机构落实院内管理主体责任，围绕管理要求，补齐行政权力、招采财务、院外合作、规范行为、风险防范等关键领域的制度措施短板，加大问题线索核查追责力。

（七）完善政策体系，创新监管模式。完善医疗监督管理办法，提升信息化大数据精准监督能力，发展“机构监管、行为监管、功能监管、穿透式监管、持续监管”在医疗监督领域的实现路径和举措。开展基于病案首页信息的智能化和嵌入式监管试点，加大对高额费用病例的抽检评价，推进医疗行业信用体系建设，构建医疗机构行业作风评价体系。

（八）突出问题导向，开展大型医院巡查工作。行业作风建设方面重点巡查行风组织建设、行风教育培训、行风工作机制、行风热点问题、公益性保障等方面。查找可能侵害老百姓利益的环节，纠治公立医院偏离公益性导向的行为，推进公立医院高质量发展。

三、坚决纠治行业乱象

（九）明确行业底线，落实“九项准则”实施细则。严格落实《上海市医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则》，并将落实情况纳入日常监督检查内容，及时发现违反实施细则的行为。畅通投诉举报渠道，建立健全投诉举报收集、核实、查办、反馈工作机制，做到有诉必查。

（十）加强监督执法，打击不法行为。强化医疗监督跨部门联合执法，针对突出问题进行重点治理。切实提升监管能力，提高发现问题隐患的水平。持续保

持对无资质机构、人员非法行医的打击力度。严厉打击非法回收药品、“医托”“号贩子”等违法违规行为。重点关注辅助生殖、医学检验、健康体检、医疗美容、互联网医疗等领域的违法违规问题，树牢惩治高压线，组织开展外购自费药品、耗材、外送基因检测以及中医医疗机构门诊中药饮片处方等专项督查工作。

（十一）规范直播带货，净化网络环境。加大对涉医网络直播带货、信息内容、传播秩序等的监管力度。重点打击违规变相发布医疗、药品、医疗器械等广告，以及散播涉医谣言等违法违规行为。持续压实网站平台主体责任，严肃追究散布不实信息责任人，不断完善健全治理涉医网络直播联合处置工作机制，探索建立工作指引。

四、切实维护医保基金安全

（十二）强化医保基金监管，保持打击欺诈骗保高压态势。健全完善日常监督检查工作机制，压实各级监管职责。认真开展本市飞行检查，实现所有区全覆盖，加强后续整改的跟踪督办。落实国家医保局关于定点医疗机构相关人员医保支付资格管理的相关工作要求，探索“监管到人”的机制。深入开展医保基金违法违规问题专项整治，完善综合监管机制，切实维护医保基金安全。

（十三）完善价格治理，持续推动医保支付方式改革。稳步推进挂网药品价格治理，着力纠治不公平高价、歧视性高价，持续推动挂网价格均衡透明。加强对首涨、极值、价差大等价格异常波动药品耗材核查处置，推动将药品质量、疗效评价等指标作为药品采购评审因素，落实价格招采信用评价制度。推动由第三方部门处理药品招采过程中的投诉，加大对药品招采的监督力度。强化多部门联动，深化推进医保支付方式改革，完善医疗机构激励约束机制，不得将支付标准与单一病例“一对一”简单挂钩，引导合理管控成本，规范医疗服务。常态化实施医疗服务价格动态调整，按规定开展本年度调价评估。

五、深化巩固集中整治工作成效

（十四）分类处置，注重联合惩戒。用好巡视巡察、审计监督、统计调查、投诉举报、大数据分析、自查自纠等工作手段，注重问题线索的“穿透式”监管、“案例式”监督。把稳政策基调，分级分类处置线索，注重“风腐一体”治理。坚持行贿受贿一起查，重点查处医药企业和个人多次行贿、巨额行贿、向多人行贿等违法行为。探索实施行贿人“黑名单”制度，建立对行贿人的联合惩戒机制。

（十五）以案为鉴，强化行业教育。坚持用身边事教育身边人，梳理剖析查处的典型案例，扎实开展行业警示教育，深化以案为鉴、以案示警、以案促改。深入开展党性党风党纪教育，筑牢廉洁思想防线。加大对行业领导干部、医务人员、后勤采购人员等的廉洁从业教育，加强对医药代表等的管理，尤其是重点法律法

规制度、医保政策的宣贯讲解，确保行业一体理解、遵循、执行。大力宣传优秀医药工作者的先进典型事迹，树立行业正面形象。

（十六）纠建并举，加强建章立制。持续做好行业治理工作，深化体制机制改革，加强医药卫生领域廉政建设。压实各部门行业主管责任，各部门应主动担当，围绕本领域存在的风险问题和隐患漏洞完善政策。加强医药企业经营推广人员规范引导，落实办医主体对所属医疗机构的常态化监管责任。指导有关学协会等社会组织完善内部管理章程，依法依规开展学术活动，加强行业自律。

（十七）密切协作，形成工作合力。坚持“谁主管谁负责”“管行业必须管行风”，坚决扛起医药卫生领域廉政建设和反腐败斗争的政治责任。提升信息互联互通水平，打通联动壁垒、做好政策衔接。完善医药政策发布机制，做好事前沟通和信息通报工作，避免政策制定与监管执法脱节。密切横向协作、加强纵向调度，建立完善工作调度和情况通报制度，协同推进工作要点的落实。加强与纪检监察机关的联动沟通，巩固完善定期会商、信息通报等机制，采取线索联动的方式，推进纪法衔接。

（十八）正向指引，加强社会监督。组织全市二级以上公立医院、部分民营医院参加国家公立医院满意度线上调查，委托第三方机构完成本市公立医疗机构患者满意度调查，并将调查结果应用于公立医院绩效考核、医院等级评审、大型医院巡查等工作。支持上海医药卫生行风建设促进会开展相关社会监督工作，组织开展“行风建设巡访”，搭建医企规范共治平台，建立健全“医商”交往规范体系，通过积极正向指引，探索医药卫生领域行风建设创新模式及和谐发展新思路。

发文机关：上海市卫生健康委员会、上海市疾病预防控制中心、上海市财政局

成文日期：2024年9月9日

标题：关于印发《上海市预防接种异常反应补偿办法》的通知

发文字号：沪卫规〔2024〕16号

发布日期：2024年10月10日

类别：医疗政策

关键字：预防接种

关于印发《上海市预防接种异常反应补偿办法》的通知

沪卫规〔2024〕16号

各区卫生健康委（疾控局）、财政局，上海市疾病预防控制中心：

为进一步完善本市预防接种异常反应补偿机制，保护受种者合法权益，推动预防接种工作持续发展，市卫生健康委、市疾控局、市财政局联合制定了《上海市预防接种异常反应补偿办法》，现印发给你们，请遵照执行。

上海市卫生健康委员会

上海市疾病预防控制中心

上海市财政局

2024年9月9日

上海市预防接种异常反应补偿办法

第一章 总则

第一条 为规范本市预防接种异常反应补偿工作，保护受种者的合法权益，根据《中华人民共和国疫苗管理法》等有关法律、法规及工作规范的规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 在本市依法开展预防接种工作的医疗机构中，受种者接种免疫规划疫苗后发生预防接种异常反应或不能排除异常反应，依法需要经济补偿的，适用本办法。

第三条 预防接种异常反应，是指合格的疫苗在实施规范接种过程中或者实施规范接种后造成受种者机体组织器官、功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。

下列情形不属于预防接种异常反应

- （一）因疫苗本身特性引起的接种后一般反应；
- （二）因疫苗质量问题给受种者造成的损害；

(三) 因接种单位违反预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案给受种者造成的损害;

(四) 受种者在接种时正处于某种疾病的潜伏期或者前驱期, 接种后偶合发病;

(五) 受种者有疫苗说明书规定的接种禁忌, 在接种前受种者或者其监护人未如实提供受种者的健康状况和接种禁忌等情况, 接种后受种者原有疾病急性复发或者病情加重;

(六) 因心理因素发生的个体或者群体的心因性反应。

第四条 市疾病预防控制部门(以下简称疾控部门)负责本市预防接种异常反应补偿管理工作。区疾控部门负责本辖区预防接种异常反应补偿管理工作。

市财政部门负责在预防接种工作经费中安排免疫规划疫苗预防接种异常反应补偿相关资金。

市、区疾病预防控制机构(以下简称疾控机构)开展预防接种异常反应监测、报告和调查诊断以及预防接种异常反应补偿相关工作。对调查诊断结论有争议的, 市、区医学会组织开展预防接种异常反应鉴定工作。

第五条 各级卫生健康、药品监管、教育、人力资源社会保障、民政、残联和红十字会等部门和单位应当按照各自职责, 做好医疗救治、医疗康复、疫苗质量监管、入学就业、生活救助、残疾照顾等工作。

第六条 本市根据国家有关规定, 开展预防接种异常反应补偿保险工作, 具体规定另行制定。购买免疫规划疫苗预防接种异常反应补偿保险服务所需费用, 由市级财政在免疫规划疫苗预防接种异常反应补偿相关资金中列支。项目涉及政府采购的, 按政府采购相关规定执行。市疾控部门依据相关法律法规规定, 通过招标等方式遴选承接本市预防接种异常反应补偿工作的保险机构和保险经纪机构。保险机构和保险经纪机构共同成立预防接种保险处理中心, 承担预防接种保险补偿的具体工作。

第二章 补偿项目及费用标准

第七条 预防接种异常反应的补偿项目及费用标准按照预防接种异常反应调查诊断或鉴定结论中认定的损害程度予以确定。

预防接种异常反应损害程度参照医疗事故分级标准, 分为四级十二等。

第八条 损害程度分级和相应的补偿项目为:

(一) 一级甲等

给予医疗费、误工费、护理费、鉴定费、交通费、死亡补偿金、丧葬费、尸检费的补偿。

(二) 一级乙等、二级、三级

给予医疗费、误工费、护理费、残疾生活补助费、残疾辅助器具费、鉴定费、交通费的补偿

（三）四级

给予医疗费、误工费、护理费、鉴定费、交通费的补偿。

第九条 预防接种异常反应各补偿项目的计算标准为：

（一）医疗费：预防接种异常反应损害程度等级评定之日前，在本市医疗机构因诊治预防接种异常反应相关疾病实际支出的基本医疗费用。参加职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、上海市中小学生和婴幼儿住院医疗互助基金以及其他各类保险或医疗救助的，医疗保障制度报销后的个人自负部分，凭原始收费单据报销，但不包括原发病治疗费用。

（二）误工费：是指成年受种者或未成年受种者亲属因预防接种异常反应治疗或陪护产生的误工费用，误工人数按一人计算。误工费 = 误工补偿标准 × 误工时间。误工费补偿标准按照本市上一年度全口径城镇单位就业人员平均工资计算。误工时间根据受种者接受治疗的医疗机构出具的证明确定。因预防接种异常反应致残持续误工的，误工时间计算至预防接种异常反应损害程度等级评定之日前一天。

（三）护理费：护理费 = 护理补偿标准 × 护理时间。护理补偿标准参照本市护工从事同等级别护理的劳务报酬标准。护理时间按预防接种异常反应损害程度等级评定之日前的实际住院天数计算。护理人数按一人计算。

（四）鉴定费：按照实际支出，凭据补偿。

（五）交通费：根据受种者及其必要的陪护人员因就医或者转院治疗实际发生的交通费用计算。交通费应当以正式票据为凭；有关凭据应当与就医地点、时间、人数、次数相符合。交通费补偿最高不超过1万元。

（六）残疾生活补助费：补助费 = 本市上一年度城镇居民人均可支配收入 × 伤残系数 × 补偿年限。

一级乙等至三级戊等对应的伤残系数为1至0.1（附件1）。

补偿年限按照以下方法确定：自预防接种异常反应损害程度评定之日起按二十年计算；六十周岁以上不满七十五周岁的，以二十年为基数，年龄每增加一岁减少一年；七十五周岁以上的，按五年计算。

（七）残疾辅助器具费：残疾辅助器具费按国产常规辅具的标准计算，更换周期按产品使用年限确定。

（八）死亡赔偿金：赔偿金 = 本市上一年度城镇居民人均可支配收入 × 补偿年限。

补偿年限按照以下方法确定：受种者死亡年龄不满六周岁的，按六年计算；

六周岁以上不满十八周岁的，年龄每增加一岁相应增加一年；十八周岁以上不满六十周岁的，按二十年计算；六十周岁以上不满七十五周岁的，以二十年为基数，年龄每增加一岁减少一年；七十五周岁以上的，按五年计算。

（九）丧葬费：按照本市上一年度全口径城镇单位就业人员平均工资标准，以6个月计算。

（十）尸检费：按照实际支出，凭据补偿。

第十条 对因预防接种异常反应造成损害的，按本办法第八条与第九条的相关项目和标准给予经济补偿，但各等级对应的最高补偿金额不得超过以下标准：

最高补偿金额 = 本市上一年度城镇居民人均可支配收入 × 最高补偿倍数（附件1）。

第三章 补偿程序

第十一条 预防接种异常反应报告、调查诊断和鉴定工作应当依照国家和本市有关要求开展。预防接种异常反应调查诊断或鉴定为异常反应或不能排除异常反应的，市、区疾控机构、医学会应当在结论出具之日起10日内通报预防接种保险处理中心。

第十二条 预防接种异常反应调查诊断或鉴定为异常反应或不能排除异常反应的，受种方应当在收到书面结论之日起90日内向本市预防接种保险处理中心提出预防接种异常反应补偿申请。

预防接种异常反应补偿应由受种者提出申请，受种者为无民事行为能力或者限制民事行为能力人的，其监护人作为申请人提出申请；受种者死亡的，其近亲属作为申请人提出申请。

第十三条 申请人提出予以预防接种异常反应补偿申请时，应当提供下列资料：

- （一）预防接种异常反应补偿申请书（附件2）；
- （二）受种者因发生预防接种异常反应就诊的病史复印件；
- （三）预防接种异常反应调查诊断或鉴定材料；
- （四）本办法第九条规定的需凭据补偿项目的原始凭证；
- （五）对于非受种者本人申请的，需提供与受种者之间的关系证明；
- （六）申请人身份证件复印件；
- （七）其他应当提供的材料。

第十四条 预防接种保险处理中心应当在收到上述补偿申请材料之日起15日内完成审核认定和票据核实并核定补偿金额。保险机构应当在补偿金额确定之日起30日内与申请人签订补偿协议书，并在签订补偿协议书之日起15日内将补偿费支付给申请人。

第十五条 预防接种保险处理中心与市、区疾控机构、医学会建立信息互通制度。

第十六条 预防接种保险处理中心应当于每年3月30日之前，将上一年度预防接种异常反应补偿情况报送至市疾控部门。

第四章 附 则

第十七条 对因接种非免疫规划疫苗引起预防接种异常反应或不能排除异常反应的，申请人应向相关疫苗上市许可持有人提出补偿申请。疫苗上市许可持有人可参照本办法规定的补偿项目及费用标准，予以经济补偿。

第十八条 因疫苗质量问题造成受种者损害的，疫苗上市许可持有人应当依法承担赔偿责任。

疾控机构、接种单位因违反预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案，造成受种者损害的，应当依法承担赔偿责任。

第十九条 本办法中所称的日为工作日。本办法所称的上一年度指受种者提出补偿申请之日的上一年度。本办法所涉及的本市全口径城镇单位就业人员平均工资和本市城镇居民人均可支配收入以本市统计部门所公布的统计数据为准。

第二十条 本办法自2024年11月1日起施行，有效期至2029年10月31日。本办法施行前已支付补偿费或已签订补偿协议的，不再重新处理。

- 附件：1. 上海市预防接种异常反应损害等级与补偿相关系数的对应关系表
2. 预防接种异常反应保险补偿申请书（样张）

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发《上海市预防接种异常反应补偿办法》的通知

发文机关：上海市卫生健康委员会、上海市财政局、上海市中医药管理局、上海市疾病预防控制中心
成文日期：2024年9月26日
标 题：上海：关于转发《关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知》的通知
发文字号：沪卫基层〔2024〕12号
发布日期：2024年10月15日
类 别：医疗政策
关键字：基本公共卫生

上海：关于转发《关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知》的通知

沪卫基层〔2024〕12号

各区卫生健康委（疾控局）、财政局：

为持续推进基本公共卫生服务均等化，国家卫生健康委、财政部、国家中医药局、国家疾控局近日联合印发《关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知》（国卫基层发〔2024〕31号，见附件）。现转发给你们，请认真贯彻落实，并就本市有关工作要求通知如下：

一、加强经费管理和使

各区应合理规划并足额保障配套资金，确保2024年辖区基本公共卫生服务项目人均经费不低于国家要求的94元标准，较上一年度新增的5元经费和2020-2023年累计增加的财政补助经费，继续用于扩大老年人和高血压、2型糖尿病等慢性病患者，农村妇女“两癌”检查等受益人群覆盖面，以及相关的基本公共卫生服务。各区卫生健康委（疾控局）应根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》项目内容和要求，统筹推进项目实施，落实“体重管理年”相关工作要求，加强重点人群健康管理服务，做实慢性阻塞性肺疾病防治，强化传染病及突发公共卫生事件报告和处理，做好优化生育政策相关内容，加快推进居民电子健康档案向本人开放和务实应用。各区财政部门要按照国家和本市基本公共卫生补助资金管理有关要求，加强资金管理，探索以服务成效为导向的资金支付模式，提高资金使用效率，确保资金使用合法合规。

二、夯实重点服务内容

（一）加强老年人健康管理服务

按照《关于进一步做好本市老年人健康管理服务的通知》（沪卫基层〔2024〕11号）要求，各区卫生健康委（疾控局）应坚持“以人民为中心”，指导社区卫生服务中心结合实有人口库数据，摸清辖区内65岁及以上常住老年人基本情况，做好宣传发动，按规范为辖区内常住老年居民开展每年1次的健康体检服务。

在落实国家基本项目规范实施的基础上，鼓励各区因地制宜，结合服务能力和财力等情况，探索实施“健康积分”奖励机制，丰富老年人健康体检项目。加强对区内各级医疗机构资源和项目资金的统筹，推进做好将老年人在各类医疗机构的体检数据，以及诊疗和公共卫生平台的健康数据进行标准化归集与共享，并及时推送至社区卫生服务中心，用于完成后续包括中医药在内的连续健康管理服务。

（二）推进慢性阻塞性肺疾病患者健康管理服务

各区卫生健康委要统筹辖区相关医疗卫生机构，有序推进慢性阻塞性肺疾病风险评估、高危人群筛查、患者随访管理和评估全流程健康管理服务，推动筛查与早诊早治相衔接。依据《慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范（试行）》，明确服务对象、服务内容、服务流程、绩效目标和质量控制要求，强化相关诊疗设备和长期治疗用药的配备，依托社区慢性病健康管理支持中心推进肺功能标准化检测，依托社区康复中心开展肺康复工作，提升基层肺功能诊治服务能力。加强中医药健康指导，积极发挥中医药在慢性阻塞性肺疾病患者健康服务中的作用，并将其纳入家庭医生签约服务。加强各医联体牵头医院对辖区内社区卫生服务中心的技术支持和指导，明确转诊渠道，基层医疗机构对发现异常需要转诊的患者应及时进行转诊，并做好后续追踪随访。鼓励各区基于上海市社区慢性病健康管理信息系统，逐步完善慢性阻塞性肺疾病健康管理信息系统建设。

三、提升服务质量和效果

（一）提高社区体重管理效能

各区卫生健康委（疾控局）应结合“体重管理年”工作要求，广泛开展健康教育宣传，提高居民主动控制体重的意识。社区卫生服务中心在开展健康服务过程中，应关注重点人群超重、肥胖现象，加强体重管理。依托社区健康管理中心各实体和场景，向居民提供科学运动、营养等健康指导，实施个性化、针对性的运动营养干预指导和持续性健康促进，减少慢性病的发生发展。鼓励各区探索建立健康积分奖励机制，对居民参与健康教育、体育健身和健康管理等活动予以积分奖励，增强居民的依从性和获得感。

（二）提升社区健康管理服务质量

按照《关于推进本市社区卫生服务中心健康管理中心建设的通知》（沪卫基层〔2024〕8号）要求，各区卫生健康委（疾控局）应整合区域内健康服务资源，指导社区提升建档、筛查、诊疗和科普干预等全过程、连续性健康管理服务能力。社区卫生服务中心应强化健康服务精细化管理，按照国家标准和本市工作指南，对居民实施健康危害因素综合风险评估，开展高危人群及并发症等筛查。根据健康状况、患病情况等实施分类分级健康服务，对患有多种慢性病的患者，提供多病共防共管服务；对体检中发现体重异常或有其他基础疾病的老年人，以及病情

不稳定及有严重并发症的居民，应做好转诊服务，并适当增加服务频次，每年不少于2次。

（三）推进数智赋能建设和应用

各区卫生健康委（疾控局）应根据《居民电子健康档案首页基本内容（试行）》，规范居民电子健康档案首页管理，强化居民电子健康档案务实应用。推进社区卫生服务数字底座建设，依托上海市卫生健康数据大平台建设项目，开展全市医疗卫生机构电子病历及妇幼保健、免疫规划、慢病管理、老年健康等重点公共卫生业务系统与居民电子健康档案的信息动态归集和共享。推动居民电子健康档案与家庭医生签约系统互通衔接，逐步实现“管签一致”。加大数据检查与审核力度，支撑居民电子健康档案有序合规向本人开放，2024年，各区居民电子健康档案向本人开放占比不低于40%。鼓励各社区卫生服务中心结合自身实际情况，依托本区卫生信息平台，拓展数字化服务应用场景，运用社区智能健康管理工具，实现工作提醒、辅助决策、家医助理，以及健康筛查、评估、随访和指导等功能，为医务人员开展个性化健康服务提供技术支撑。

四、加强项目绩效管理

根据《关于下达2024年基本公共卫生服务补助资金预算的通知》（财社〔2024〕41号）和我委2024年基本公共卫生服务绩效目标要求，各区应统筹把握基本公共卫生服务任务执行进度，加强质量控制，确保年度任务保质保量完成。各区卫生健康委（疾控局）要重点关注基本公共卫生服务经费落实以及绩效目标完成情况，重点人群健康管理服务质量和效果，居民电子健康档案开放比例、利用效率和质量，居民满意度以及国家绩效评价与区级自评结果的数据一致性等内容，强化定期质控和年度评价相结合的评价机制，切实提高绩效评价质量和效率，客观反映基本公共卫生服务实效。

附件：关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知

上海市卫生健康委员会
上海市财政局
上海市中医药管理局
上海市疾病预防控制中心
2024年9月26日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 上海：关于转发《关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知》的通知

发文机关：上海市卫生健康委员会、上海市中医药管理局
成文日期：2024年10月22日
标题：关于印发《上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划（2025-2027年）》的通知
发文字号：沪卫中发〔2024〕22号
发布日期：2024年10月23日
类别：中医药
关键字：中医药传承

关于印发《上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划（2025-2027年）》的通知

沪卫中发〔2024〕22号

各区人民政府，市政府各委、办、局：

经市政府同意，市卫生健康委、市中医药管理局制定了《上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划（2025-2027年）》，现印发给你们，请认真按照执行。

上海市卫生健康委员会
上海市中医药管理局
2024年10月22日

上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划（2025-2027年）

为贯彻落实《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》和《中共上海市委关于贯彻落实党的二十届三中全会精神，进一步全面深化改革、在推进中国式现代化中充分发挥龙头带头和示范引领作用的决定》提出的“完善中医药传承创新发展机制”精神，加快我市国家中医药综合改革示范区建设，在更高起点、更高层次、更高目标上推进中医药传承创新发展，特制订本行动计划。

一、行动目标

通过三年建设，我市中医药传承创新发展机制进一步完善，中医药在深化医药卫生体制改革、推动健康上海建设以及助力生物医药产业发展中的作用发挥更加明显，率先推出一批具有标志性、引领性的改革创新成果，为国家提升中医药治理体系和治理能力现代化水平提供改革示范和制度保障。到2027年，以高水平市级中医医疗机构为引领的覆盖全民和全生命周期的中医药服务体系更加完善，三级公立中医医院绩效考核成绩持续保持全国领先地位，社区中医药服务主阵地

作用日益凸显。中医药临床优势和健康服务高地不断巩固，中西医结合发展水平和影响力不断提升，全国中医医院学科（专科）学术影响力排名前三的学科（专科）数量保持全国前列。中医药科技创新协同机制更趋成熟，中医药国际化高地地位更加凸显，本市主导发布的中医药国际标准占比保持全国前列。中医药领军人才群体集中涌现，中医药产业对生物医药产业的贡献度不断提升，市民中医药健康文化素养保持全国前列。

二、主要任务

（一）建设高水平的中医药服务体系

1. 打造公立中医医院高质量发展模式样板。推进国家医学中心（中医类）和国家中西医结合医学中心创建，以解决重大临床问题、重大理论创新、重大技术突破、重大人才培养为目标，强化临床服务与科学研究双向联动、协同发展机制，突出政产学研用“五力联动”，打造具有国际影响力的智慧型、研究型中医医院。支持高水平中医医院建设公立中医医院高质量发展示范，进一步建立健全现代医院管理制度、创新服务模式、提高医院智慧化水平，综合实力持续保持国内领先。到2027年，制定不少于5个国家级中医、中西医结合临床指南，开展不少于3个医疗机构制剂或新药研发，形成一系列中医医院、中西医结合医院高质量发展创新示范。（责任部门：市卫生健康委、市中医药管理局、市发展改革委、市科委、市疾控局、申康医院发展中心等按职责分工负责）

2. 强化区级中医类医院发展基础和服务能级。夯实区级中医医院发展基础，加快崇明、嘉定、徐汇等区级综合医院转型为中西医结合医院，实现每个区中医类医院全覆盖。实施区级中医类医院能级提升专项，加强区属中医类医院基本条件改造和设备更新，支持浦东新区、虹口、闵行、长宁、松江、嘉定、普陀、奉贤、黄浦等区属中医类医院新建或改扩建，在五大新城按照三级医院标准建设好一家中医医院，提升中医药资源短缺区域床位配置水平。发挥四大中医区域医联体辐射作用，鼓励有条件的区属中医类医院牵头紧密型医联体，加强区属中医类医院急诊科、老年科、儿科和康复科建设，开展区域医疗机构中医特色专科和中医药适宜技术推广中心建设，持续提升专科诊疗能力和区域龙头作用。到2027年，努力实现每个区级中医类医院建设至少2个中医特色专科和1个适宜技术推广中心。

（责任部门：各区人民政府、市卫生健康委、市中医药管理局等按职责分工负责）

3. 建设社区中医药服务主阵地。持续推动全国基层中医药工作示范区创建，全部社区卫生服务中心规范设置中医馆，加强内涵建设，推进中医药全面融入社区卫生服务一体化发展，筑牢社区中医药服务网底。在社区康复中心、护理中心和健康管理中心建设中积极发展中医药服务。开展社区中医医师康复技能培训和

社区护理人员中医药知识和技能培训，支持社区全专结合中医药服务提供。建设中医巡诊社区卫生服务站、社区特色专病专科、上海市名中医工作室基层工作站，满足居民“最后一公里”高品质中医药服务需求。推进中医名医、名方、名技在社区卫生服务机构的应用，推动常见病、多发病中医药服务逐步实现社区卫生服务机构与上级医疗机构同质化。到2027年，全市各社区卫生服务中心平均能够提供60种以上中医基本病种的诊疗，开展不少于6类20项以上的中医医疗技术；推动30%的社区卫生服务站和村卫生室强化中医药服务场地建设，达到国家中医阁建设标准。（责任部门：各区人民政府、市卫生健康委、市中医药管理局等按职责分工负责）

4. 完善功能互补、上下联动的中医药服务资源流动机制。深化“区域+专科”中医医联体建设，依托市级中医医院和各中医优势专科，下沉和技术支撑覆盖全市16个区，通过一体化诊疗服务、一体化学科建设、一体化人才培养，人才双聘、双向转诊、建设基层名中医工作室等措施，建立健全中医药服务要素梯度传递和双向流动机制。支持区级中医医院发挥中医药服务枢纽作用，重点打造一区一品牌，强化社区卫生服务机构中医药服务能力，形成一、二、三级中医医疗资源协同、优势互补的立体化区域中医药服务网络。到2027年，市级医院在区域中医医联体内建设专科专病联合门诊不少于200个，推广不少于6个中医优势病种诊疗规范；区属中医医院在区域范围内推广不少于3个优势病种诊疗规范；社区卫生服务中心开展不少于1个中医特色专病服务。（责任部门：市卫生健康委、市中医药管理局、各区人民政府等按职责分工负责）

（二）建设高品质的中医内涵发展体系

5. 打造优质中医药临床服务品牌。以提高临床疗效为核心，发挥国家中医优势专科和区域中医（专科）诊疗中心在中医药特色优势发挥、重大疑难疾病诊疗、中医药学术传承和科研创新等方面示范引领作用，打造逐级带动、层层辐射、纵向集合、横向成群的中医优势专科集群，形成全国领先、具有国际影响力的海派中医药优质服务品牌。建设上海中医优势病种库，遴选挖掘一批中医优势病种，明确中医药治疗的优势环节，建设一批示范性中医专病门诊和非药物疗法中心，为患者提供优质中医专科专病服务。到2027年，建设不少于30个市级中医临床优势专科，遴选支持不少于50个中医优势病种。（责任部门：市卫生健康委、市中医药管理局、各区人民政府、申康医院发展中心等按职责分工负责）

6. 构建重大慢病中医药防治康全程健康服务和评价体系。促进医防融合、医防协同，以重大慢病和健康需求为牵引，发挥中医在预防、治疗和康复的特色优势，完善慢性病中医药综合防治网络和工作机制，制定相关疾病中医药防治康全程健康服务方案，提升重大疾病中医药健康服务能力和水平。深化国家中医疫病防治

基地和国家中医紧急医学救援基地建设内涵，发挥中医药在传染病防控领域的独特优势和“治未病”作用，提升中医药应对突发事件的应急救援能力。进一步强化中医医院传染病防控履职能力，落实《医疗机构传染病防控责任清单》，支持中医医院建设传染病临床诊治中心建设，依托实力较强的中医医院建立传染病院区和专科，完善传染病医疗服务资源布局。到2027年，制定实施不少于4个重大慢病中医药全程健康服务规范和管理模式，构建覆盖全市的重大慢病中医药干预网络。（责任部门：市卫生健康委、市中医药管理局、市疾控局、各区人民政府等按职责分工负责）

7. 提升中医药在妇幼健康中的贡献度。实施妇幼中医药健康服务提升行动，发挥中医药在妇女儿童预防保健和疾病诊疗中的独特作用，制定并实施优势领域中医药治未病或专病诊疗方案，推广应用中医药适宜技术，提升本市妇幼保健机构中医药服务能力，提供“一站式”中西医结合医疗保健服务。开展本市儿童青少年近视、肥胖、脊柱侧弯的中医药干预试点，探索“政府主导、部门联动、上下协同”的防控体系，发挥中医药在全人群全生命周期健康管理中的优势和作用。（责任部门：市卫生健康委、市中医药管理局、市疾控局、市教委、各区人民政府等按职责分工负责）

8. 深入推进中西医协同。以国家和本市中西医协同“旗舰”医院和“旗舰”科室建设为抓手，进一步强化西医与中医融合发展机制，不断创新和完善中西医协同医疗服务模式，提升中西医结合服务能级。聚焦重大疑难疾病和罕见病，建设一批重大疑难疾病中西医协作诊疗中心，形成一批疗效确切、具有国际领先水平的中西医结合诊疗方案或指南，持续保持本市在全国中西医结合领域的领先水平，打造国家中西医结合服务高地。到2027年，建设不少于8个重大疑难疾病中西医协作诊疗中心，形成不少于20个具有全国影响力的中西医结合诊疗方案。（牵头部门：市卫生健康委、市中医药管理局、申康医院发展中心等按职责分工负责）

（三）建设高标准的中医药传承创新平台体系

9. 打造高水平中医药科技创新平台。依托国家中医药传承创新中心建设国家高水平中医药传承创新平台，支持与高校、科研机构、医药企业紧密合作，探索高水平医院有组织科研新机制和高质效中医药科研产出转化机制，打造科技创新引领的政产学研金服用一体化发展的新模式。支持国内一流中医院校和西医院校合作，以协同模式与机制创新为支撑，争创国家级中医西医汇聚创新平台，探索现代生命科学与传统医学的交叉融合，产出引领科技进步、服务社会经济发展的新理论、新方案、新技术、新药械、新产品。到2027年，争取获得由本市主导转化的中药新药1项或者中药新药临床试验批件不少于3项、二类医疗器械注册证1-2种，获省部级政府科技奖励或国家一类学会科技奖励。（责任部门：市卫生健康委、

市中医药管理局、市科委、市教委等按职责分工负责)

10. 建设海派中医传承与推广示范平台。建设海派中医非药物疗法推广示范中心，大力传承弘扬中医药特色技术和方法，构建优势疾病海派中医非药物疗法方案，研发海派中医非药物疗法产品或专利，进一步完善和推广中医药综合服务模式。搭建海派中医药学术传承平台，利用人工智能、大数据等技术，推动海派中医流派优质资源数字化整合和挖掘利用，探索海派名医智慧化活态传承新模式。

(责任部门：市卫生健康委、市中医药管理局等按职责分工负责)

11. 推进数字赋能中医药行业发展。强化中医医疗机构数据基础建设，推动中医药业务和管理数据自动化采集、智能化治理和数据分析挖掘应用，提升中医药数字化治理水平。支持中医医院推动业务流程数字化转型，优先围绕中医优势专科和优势病种形成诊疗全流程数据，推进个人健康数据与中医诊疗服务数据互联互通，打造中医智能诊疗、慢病中医药健康管理等应用场景，推动中医医疗数据融合创新，赋能中医智慧医疗、智慧服务和智慧管理，打造智慧中医医院。深化上海中药云平台建设，推进中医医疗机构诊疗数据互联互通，建设智慧中药房、区域共享中药房等，优化中药饮片处方区域点评功能，提升中药服务水平，让群众放心用中药。加快中药产业研发、生产等的数字化转型。(责任单位：市卫生健康委、市中医药管理局、市数据局、市科委等按职责分工负责)

(四) 建设高效能的中医药标准化体系

12. 提升“上海标准”在全国以及世界的影响力。打造中医药国际标准综合服务平台，建立中医药标准运用及采信制度，助力国际标准化服务科技创新、产业赋能升级和产品海外注册，争取 ISO 标准纳入欧洲草药注册标准参照体系。建设符合中医药特色的、多维度的数字化标准体系，建立中医药标准融入“数字化转型”的有效机制，推动中医药标准化工作向数字化、网络化、智能化转型。建立中医药团体标准工作机制，在体现上海中医药技术优势、国际标准行业标准空白的领域形成一批合规优质的中医药团体标准。围绕长三角一体化发展国家区域重大战略实施，推进区域标准化工作探索与创新，共商联合制定标准、实施标准。到 2027 年，新纳入国际标准制定程序的中医药标准不少于 30 项。(责任部门：市市场监管局、市卫生健康委、市中医药管理局等按职责分工负责)

13. 探索建立标准支撑中医药“走出去”模式。加强中医国际医疗服务标准制定，依托高水平医疗机构建设以海派中医流派为特色的中医国际医疗康复中心，支持以中医养生、药膳食疗等保健手法创新开发健康服务产品，探索与国际商业保险对接新机制，建立具有国际影响的中医医疗服务品牌。新建海外中医药国际传播平台，强化品牌化、标准化中医药服务产品打造和国际化人才梯队建设，建立海外中医药中心质量评价标准，探索建立中医药高质量融入“一带一路”新机制。

推动国家中医药服务出口基地建设，培育一批具备较强国际市场竞争力的中医药服务贸易企业（机构）。（责任部门：市卫生健康委、市中医药管理局、市商务委等按职责分工负责）

14. 建设标准化中医药文化传播体系。坚持以人民健康为中心，发掘海派中医药文化资源，加强标准化、同质化的中医药文化和健康科普资源供给。建立中医药健康养生文化全面融入居民健康生活的有效机制，构建面向特定人群的中医药文化传播和健康科普体系，引导市民“主动健康”理念，提升公民中医药健康文化素养。加强传统医药类非物质文化遗产保护，发挥传统医药类项目在市民预防保健、健康养生中的积极作用，开发中医药文化创意产品和健康养生旅游产品，推动生活化应用。到2027年，推出中医药文化健康服务包或中医药文化产品不少于20项。（责任部门：市卫生健康委、市中医药管理局、市文化旅游局、各区人民政府等按职责分工负责）

（五）建设高层次的中医药学科和特色人才培养体系。

15. 完善中医药学科专业体系。依托中医药院校，整合共享综合大学优质资源，对现有中医药学科专业体系进行调整升级，构建服务全生命周期的中医药学科专业体系。加强中医经典学科和团队建设，深化中医经典教学模式改革。推进我市国家高水平中医药重点学科建设，吸引行业内外相关学科优秀人才和团队聚焦中医药重点领域关键问题联合攻关，争创若干国家中医药创新团队。建设一批市级中医药交叉学科和多学科交叉创新团队，形成医教研产用深度融合的综合平台。探索院校教育和现代师承教育相结合新模式。（责任部门：市卫生健康委、市中医药管理局、市教委等按职责分工负责）

16. 强化中医药人才队伍建设。坚持教育、人才、科技“三位一体”的战略方针，依托国家医学中心、国家中医药传承创新中心等建设，通过优化项目遴选机制、“揭榜挂帅”等立项机制，培养造就一批高水平中医临床人才和中医药多学科交叉创新人才，打造中医药领域的大师和战略科学家。建立更加完善的西医学习中医制度，不断提升中西医结合学科建设和人才发展水平。依托东方英才计划，做好领军、拔尖、青年等中医药各层次人才的培养工作。建设中医药传承人才培养平台，建立海派中医药传承学院机制，构建符合中医药规律、具备海派中医特点的中医药传承型人才培养模式。均衡中医护理资源配置，启动实施护士中医专科培训，构建多层次、专科化、社会化、广覆盖的中医护理人才培养模式。到2027年，新增国家级中医药人才不少于30名。（责任部门：市卫生健康委、市中医药管理局、市人才工作局等按职责分工负责）

（六）建设高质量的中医药产业发展促进体系

17. 以饮片全流程溯源提升企业质量管理新能级。推动企业建设中药材规范

化种植基地，提升中药饮片生产管理水平，加快中药饮片生产数字化转型，实施“中药安心达”项目 2.0 版升级，推动自建或共建的药材道地产地种植关键环节信息化追溯、代煎配送核心环节的溯源。健全中药全产业链标准体系建设，研究制定中药全流程追溯应用场景标准，推进中药饮片优质优价，促进中药饮片高质量发展。到 2027 年，溯源饮片品种达到 200 个以上，医疗机构达到 200 家以上。（责任部门：市药品监管局、市科委、市数据局、市经济信息化委、市卫生健康委、市中医药管理局、市商务委、市医保局等按职责分工负责）

18. 推动中药产业全链条创新发展。落实《关于支持生物医药产业全链条创新发展的若干意见》，研究制定促进中药产业全链条创新发展的政策举措，加强现代中药、中医器械以及中医智能康复设备研制与应用。依托“促进市级医院临床技能与临床创新行动计划”等，构建以国家中医临床研究基地为核心的中医临床研究体系，助力中药产业高质量发展。持续提升医疗机构中药制剂质量，进一步完善医疗机构中药制剂使用政策。研究完善中药临方定制加工服务相关政策。（责任部门：市发展改革委、市科委、市卫生健康委、市中医药管理局、市药品监管局、市医保局、申康医院发展中心等按职责分工负责）

三、保障措施

各级政府、各部门要把推动中医药传承创新发展纳入本地区经济社会发展规划和本部门重点工作计划，完善中医药改革政策，为全面推进新时期上海中医药高质量发展提供政策保障。各级政府按照财政事权与支出责任划分的要求，加大对中医药事业倾斜力度。各项任务责任部门要落实主体责任，滚动建立重点工作清单，细化工作内容和进度安排。市中医药等管理部门和项目建设的单位要加强对中医药三年行动计划项目的全程规范管理，确保中医药三年行动计划各项任务完成质量。各有关部门要坚持正确的舆论导向，广泛开展中医药领域典型案例挖掘和宣传，营造良好环境。

发文机关：浙江省卫生健康委
标 题：关于印发浙江省“智慧流动医院”巡回诊疗服务体系建设实施方案的通知
发文字号：浙卫发〔2024〕13号
类 别：医疗政策

成文日期：2024年6月11日
发布日期：2024年10月11日
关 键 字：智慧医院

关于印发浙江省“智慧流动医院” 巡回诊疗服务体系建设实施方案的通知

浙卫发〔2024〕13号

各市、县（市、区）人民政府，省级有关单位：

《浙江省“智慧流动医院”巡回诊疗服务体系建设实施方案》已经省政府同意，现印发给你们，请结合实际抓好贯彻落实。

浙江省卫生健康委
2024年6月11日

浙江省“智慧流动医院”巡回诊疗服务体系建设实施方案

为有效应对人口流动、老龄化等新形势对医疗卫生服务提出的新要求，加快补齐我省农村地区特别是山区海岛医疗卫生服务短板，制定本实施方案。

一、总体要求

坚持新时代党的卫生与健康工作方针，以基层为重点，立足提能力、补短板、强覆盖，创新发展“固定+流动”的医疗卫生服务供给模式，动态优化调整村卫生室设置，因地制宜推广农村巡回诊疗服务，形成以县域医共体为依托、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）为主体、“智慧流动医院”巡回诊疗车为载体，具有鲜明浙江特色的标准化、数字化、一体化巡回诊疗服务体系，让农村居民就近获得更加公平可及、系统连续的医疗卫生服务。

到2024年底，全省在现有巡回诊疗车的基础上，再新增100辆以上，总量达500辆以上，农村地区基本实现巡回诊疗车“应配尽配”，“固定+流动”服务模式全面推广，实现村级医疗卫生服务全覆盖。

二、重点任务

（一）优化布局，推动巡回诊疗车标准化配置。

1. 明确车辆配置数量标准。以县（市、区）为单位，对医疗卫生服务“空白”的行政村，根据常住人口数、医疗服务需求、交通等情况，原则上按照每辆巡回

诊疗车服务覆盖 5—7 个行政村的标准，结合当地实际精准核定县域巡回诊疗车配置数量。偏远山区及海岛县的巡回诊疗车核定数量可适当增加。

2. 统一车辆招标采购要求。按照《浙江省“智慧流动医院”巡回诊疗车技术导则（试行）》，全省统一巡回诊疗车建设标准及车载医疗设备配置清单。省卫生健康委根据各地实际需求，依法依规组织开展集中招标采购。对车辆及车载医疗设备有特殊需求的，报设区市卫生健康委核准。巡回诊疗船建设标准及医疗设备配置可参照执行。

3. 落实巡回诊疗服务配套措施。由县级卫生健康行政部门排摸乡村医疗卫生服务覆盖情况，合理规划设置巡回诊疗点，行政村邻近且服务人口较少的可集中设置 1 个巡回诊疗点。巡回诊疗点所在行政村应设置相关场所，确保路通、水通、电通和网通；需要公示的，内容应公示在村务公开栏，并实行定时、定点、定人的“三定”巡回诊疗服务。

（二）规范服务，加强巡回诊疗车运行管理。

1. 规范巡回诊疗服务项目。巡回诊疗服务对象主要为农村地区常住人口。巡回诊疗服务内容主要包括常见病、多发病的中西医诊疗服务、基本公共卫生服务以及常态化传染病防控工作等，重点是高血压、糖尿病等慢性病患者的复诊服务及健康管理，推广应用中医药适宜技术，并承担家庭医生签约工作职责。巡回诊疗服务药品由承担巡回诊疗服务的医疗卫生机构根据当地多发病种和群众实际需要等按需配置。对行动不便、失能失智的老年人、残疾人、失独家庭等确有需求的人群，上门提供居家医疗、护理、康复指导、药品配送、家庭病床等服务。

2. 提升巡回诊疗服务质效。县级卫生健康行政部门指定医疗卫生机构负责巡回诊疗车具体运行，定期对巡回诊疗服务开展绩效评价。各地要结合农村居民生产生活特点，统筹基本公共卫生服务、家庭医生签约服务、城乡居民健康体检等任务，合理安排巡回诊疗服务频次。原则上每周每个巡回诊疗点 1—2 次，按实际服务需求可适当增减，每辆车每月出车服务时间不少于 15 天。落实村（居）民委员会公共卫生委员会责任，及时告知农村居民巡回服务时间、地点和内容，定期反馈医疗卫生服务需求，不断增强农村居民就医获得感。

3. 统筹巡回诊疗车功能。各地要统筹巡回诊疗车“平急两用”功能，平时作为“智慧流动医院”，应急时可转换为类急救车辆，协助参与辖区内突发公共卫生事件的应急处置。全省巡回诊疗车统一纳入“浙里急救”系统进行管理，对服务过程实现智能监管。各地每年对巡回诊疗车进行不少于一次的检测评估，发现问题及时进行改造提升；对车辆部件、医疗设备达到使用年限或存在安全隐患的，要及时予以淘汰和更新，确保巡回诊疗车数量、质量均有保障。

（三）创新机制，加强巡回诊疗服务团队建设。

1. 建立巡回诊疗人员统筹调配机制。充分发挥县域医共体的优势，由承担巡回诊疗服务的医疗卫生机构选派合格的医务人员提供巡诊服务，强化技术支持和巡诊人员派驻，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）人员不足的由县级统筹安排。组建由临床类别医师、中医类别医师、护士、公共卫生人员、辅助科室人员参与的巡诊团队。原则上每次巡诊服务至少安排 1 名医生、1 名护士或辅助科室人员，并配备专职驾驶员。

2. 实行巡回诊疗人员定期培训机制。各地要加强对巡回诊疗车随车医务人员的能力培训，每年安排到县域医共体牵头医院、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）集中培训不少于 2 周，其中到院前急救中心（分中心）接受培训不少于 1 周。对新加入巡回诊疗车随车的医务人员开展岗前培训，内容涉及基本医疗、基本公共卫生、慢病管理、辅助检查、居家医疗、适宜技术推广等。加强安全知识及技能培训，提升巡回诊疗人员应急情况的处置能力。

3. 完善巡回诊疗人员激励机制。乡镇卫生院（社区卫生服务中心）参与巡诊医务人员按照每人每天 8—12 个当量纳入所在县（市、区）补偿机制改革购买项目范围。按规定发放误餐补贴，对在偏远地区开展巡诊服务的人员可适当提高补助标准。医疗机构要保障参与巡回诊疗的医务人员在基层工作期间收入水平不降低。执业医师晋升为副高级技术职称的，巡回诊疗服务作为其基层工作经历累计计算。

三、保障措施

（一）加强组织领导。省卫生健康委牵头负责指导全省“智慧流动医院”巡回诊疗服务体系的建设和实施。省发展改革委牵头制定和更新巡回诊疗车技术标准。省财政厅负责统筹安排财政补助资金，对山区 26 县和海岛县的巡回诊疗车新购和改造按 50% 比例给予补助；从 2025 年起对山区 26 县和海岛县的巡回诊疗车按照每辆车 15 万元 / 年的标准，结合绩效考核情况给予运行经费补助。省医保局负责加大巡回诊疗服务的医保报销倾斜力度，将巡回诊疗车上提供的医疗服务（含中医药服务）按规定给予医保支付；指导定点医疗机构按照医保信息系统接口规范做好系统改造，实现巡回诊疗车上医疗费用的实时结算。省农业农村厅负责将巡回诊疗点建设统筹纳入乡村建设内容。要强化设区市及县（市、区）投入保障的主体责任，明确部门职责，形成合力扎实推进落实。县级财政要根据绩效考核结果合理安排巡回诊疗车日常运行补助资金。县级卫生健康行政部门要加强管理、细化责任，统筹县域医共体内医疗卫生资源，落实乡镇卫生院（社区卫生服务中心）巡回诊疗主体责任。

（二）加强技术支撑。各地要加强卫生健康信息化建设，为巡诊服务提供技

术支持，通过 5G 网络，实现巡回诊疗车移动医疗数据传输，支持其与医疗机构的数据共享和业务协同。加快巡回诊疗车“云诊室”建设，推进 AI 人工智能临床辅助诊断技术应用，通过远程诊疗、医保实时结算、在线随访，实现居民健康档案动态更新、双向转诊和“车上开单检查、机构线上诊断”。

（三）加强宣传引导。各地要加强政策宣传解读，鼓励和引导医务人员积极参与巡回诊疗工作。要采取多种方式加大社会宣传力度，提升群众知晓率，引导群众充分利用巡回诊疗等服务提高健康水平。要积极挖掘和宣传巡回诊疗服务中的典型案例，为开展巡回诊疗服务营造良好社会氛围。

发文机关：浙江省卫生健康委办公室
标 题：关于印发浙江省大型医院巡查工作方案（2023-2026 年度）的通知
发文字号：浙卫办发函〔2024〕53 号
类 别：医疗政策

成文日期：2024 年 9 月 2 日
发布日期：2024 年 10 月 11 日
关 键 字：大型医院巡查

关于印发浙江省大型医院巡查工作 方案（2023-2026 年度）的通知

浙卫办发函〔2024〕53 号

各市卫生健康委，省级医院：

为深入贯彻落实党的二十大和二十届二中、三中全会精神，全面加强公立医院党的建设，完善医院法治建设和惩防体系建设，落实党风廉政建设主体责任，进一步加强卫生健康行业作风建设，推进公立医院高质量发展，根据《国家卫生健康委办公厅关于印发大型医院巡查工作方案（2023-2026 年度）的通知》（国卫办医急函〔2023〕453 号）精神，结合我省工作实际，我委制定了浙江省大型医院巡查工作方案（2023-2026 年度），现印发给你们，请认真组织实施。实施过程中的重大情况和重大问题请及时报我委医疗应急处。

附件：浙江省大型医院巡查工作方案（2023-2026 年度）

浙江省卫生健康委办公室
2024 年 9 月 2 日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发浙江省大型医院巡查工作方案（2023-2026 年度）的通知

发文机关：浙江省卫生健康委办公室
成文日期：2024年7月1日
标 题：关于印发浙江省基层医疗卫生机构巡查工作管理办法（试行）的通知
发文字号：浙卫办基层〔2024〕3号
发布日期：2024年10月11日
类 别：医疗政策
关 键 字：基层医疗

关于印发浙江省基层医疗卫生机构 巡查工作管理办法（试行）的通知

浙卫办基层〔2024〕3号

各市卫生健康委：

为全面贯彻党的二十大精神和习近平总书记在二十届中央纪委第二次全会上的重要讲话精神，认真落实党中央、国务院决策部署，推动基层医疗卫生机构巡查工作规范化、制度化，更好适应新时代卫生健康工作，根据国家卫生健康委印发《医院巡查工作管理办法（试行）》《关于做好2024基层医疗卫生机构监督管理重点工作的通知》中有关要求，我委研究制定了《浙江省基层医疗卫生机构巡查工作管理办法（试行）》。现印发给你们，请遵照执行。

附件：浙江省基层医疗卫生机构巡查工作管理办法（试行）

浙江省卫生健康委办公室

2024年7月1日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发浙江省基层医疗卫生机构巡查工作管理办法（试行）的通知

发文机关：浙江省卫生健康委员会办公室 成文日期：2024年8月28日
标 题：关于印发浙江省失能老年人健康服务行动实施方案的通知
发文字号：浙卫办老龄发函〔2024〕4号 发布日期：2024年10月11日
类 别：健康养老 关 键 字：失能老年人

关于印发浙江省失能老年人 健康服务行动实施方案的通知

浙卫办老龄发函〔2024〕4号

各市、县（市、区）卫生健康委（局）：

为贯彻落实《国家卫生健康委员会办公厅 国家中医药管理局综合司关于开展失能老年人健康服务行动的通知》（国卫办老龄函〔2024〕285号），我委组织制定了《浙江省失能老年人健康服务行动实施方案》，现印发给你们，请按要求认真组织实施。

浙江省卫生健康委员会办公室

2024年8月28日

浙江省失能老年人健康服务行动实施方案

为贯彻落实《国家卫生健康委员会办公厅、国家中医药管理局综合司关于开展失能老年人健康服务行动的通知》，结合《浙江省老年健康与医养结合服务项目实施方案》，从2024年起，在全省组织开展失能老年人健康服务行动。

一、服务对象

辖区内提出申请的65岁及以上居家失能老年人。居家失能老年人信息根据民政部门或长期护理保险评估机构评估结果确认。

二、服务主体

服务主体为具备服务能力的医疗卫生机构，包括社区卫生服务中心、乡镇卫生院、二级及以下医院、护理院（中心、站）、康复医疗机构、医养结合机构中的医疗机构等。各地可结合实际，以具备资质和能力的医生、护士、康复师、社区志愿者等共同参与的团队形式提供服务。对入住养老机构的失能老年人，由与养老机构签约的医疗卫生机构提供相关健康服务。

三、服务内容

各类医疗卫生机构应组建服务团队，为辖区内提出申请的 65 岁及以上居家失能老年人，提供“四个一”健康服务，即确定一个家庭健康顾问、开展一次上门健康服务需求评估、制定一份健康服务计划、提供一趟上门健康管理。

（一）确定一个家庭健康顾问。为每位失能老年人确定家庭健康顾问，通过电话、微信、短信等方式，定期主动联系失能老年人或其监护人，推送有针对性的健康信息，对失能老年人及监护人提出的健康咨询及时予以指导。

（二）开展一次上门健康服务需求评估。提供生活方式和健康状况评估、体格检查、中医体质辨识及健康服务需求调查，完成每年一次上门健康服务需求评估。

（三）制定一份健康服务计划。结合老年人失能等级、健康服务需求评估及家庭环境等因素，为居家失能老年人制定健康服务计划。包括并不限于健康教育、居家健康管理、居家健康指导；根据医疗护理需要，帮助转诊到医疗机构就诊或建立家庭病床，或通过家庭医生、“浙里护理”等途径申请上门医疗护理服务；向需要转由医养结合机构照护的失能老年人或其照护者提供入住建议和相关便利服务；对符合长期护理保险政策人员，提供相应途径，指导申请长期护理保险待遇。

（四）提供一趟上门健康管理。提供血压测量、末梢血血糖检测、康复指导、护理技能指导、营养改善指导、心理支持等服务。

四、服务流程

（一）居家失能老年人健康服务和老年健康与医养结合服务项目相结合，每年 2 次。第一次须全面完成“四个一”的健康服务，原则上第二次以上门健康服务为主，两次服务间隔时间在 3 个月以上。“健康服务行动”优先满足居家重度失能老年人的申请，年度服务人数原则上不少于上年度。

（二）服务团队提供上门健康服务时，应至少有 2 名工作人员一同前往。提供上门服务时，应有具备完全民事行为能力的失能老年人监护人、照护者或亲属等在场，依法保障失能老年人合法权益。鼓励医疗卫生机构根据需要为服务团队购买人身意外伤害险等。服务记录可使用失能老年人健康需求评估与服务计划表（试行）（附件 1）、失能老年人健康服务记录表单（试行）（附件 2）。

五、信息管理

各地要将相关表单逐步纳入电子健康档案，通过数据对接等方式及时将失能老年人健康评估和健康服务信息传输至电子健康档案系统，定期向省级平台传输电子健康档案。加强数据统计，2024 年要摸清服务对象底数，合理确定次年的服务人数，每年按照《全国老年健康统计调查制度》要求，规范填报《老年健康服务年报表》。

六、资金管理

根据财政部等5部门联合印发的《关于修订基本公共卫生服务等5项补助资金管理办法的通知》（财社〔2024〕56号）和《浙江省老年健康与医养结合服务项目实施方案》，失能老年人健康服务行动所需资金纳入基本公共卫生服务项目经费管理。各地每年按工作任务统筹专项经费用于补助开展“失能老年人健康服务行动”。医疗卫生机构提供“失能老年人健康服务行动”获得的经费，统一作为业务收入管理，统筹用于人员经费等卫生支出。

七、工作要求

（一）加强组织领导。各市、县（市、区）卫生健康行政部门要加强组织领导，落实管理责任，制定目标任务，可结合基本公共卫生服务项目老年人健康管理、参保城乡居民健康体检、家庭医生签约服务等工作共同有效推进，充分发挥村（居）民委员会公共卫生委员会作用，协同医疗卫生机构共同开展好行动，确保完成年度工作任务。

（二）加强队伍建设。各地要根据辖区老年健康服务需求，有序扩充护理、康复等人员力量。要加强医疗卫生机构相关负责人和医护人员的老年医学、康复护理、失能老年人健康评估服务等专业知识培训，指导应用《浙江省老年健康与医养结合服务指导手册》等工具，切实提高医务人员在评估量表使用、康复指导、护理技能指导、营养改善指导、心理支持等方面的业务技能。

（三）加强总结评估。各县（市、区）要加强对居家失能老年人健康服务落实情况的监督指导，注意发掘先进做法和典型经验，并以适当方式宣传推广。至2027年底，根据国家卫生健康委员会和国家中医药管理局的统一部署，对行动进行全面总结评估。

- 附件：1. 失能老年人健康需求评估与服务计划表（试行）
2. 失能老年人健康服务记录表单（试行）
3. 失能老年人健康服务内容（试行）

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发浙江省失能老年人健康服务行动实施方案的通知

发文机关：浙江省卫生健康委办公室
标 题：浙江省卫生健康委办公室关于印发浙江省乡镇卫生院分类建设和智慧化自助村卫生室建设指导意见的通知
发文字号：浙卫办〔2024〕12号
类 别：医疗政策

成文日期：2024年7月23日
发布日期：2024年10月11日
关 键 字：乡镇卫生院、智慧化

浙江省卫生健康委办公室关于印发浙江省 乡镇卫生院分类建设和智慧化自助村 卫生室建设指导意见的通知

浙卫办〔2024〕12号

各市、县（市、区）卫生健康委（局）：

为贯彻落实《浙江省加快推进乡村医疗卫生体系高质量发展实施方案》精神，指导各地因地制宜，分级分类精准建设乡村医疗卫生机构，更好的为人民群众提供医疗卫生服务，特制定《浙江省乡镇卫生院分类建设指导意见》《浙江省智慧化自助村卫生室建设指导意见》。现印发给你们，请结合实际贯彻执行。

浙江省卫生健康委办公室
2024年7月23日

浙江省乡镇卫生院分类建设指导意见

根据《医疗机构管理条例》《医疗机构管理条例实施细则》《乡镇卫生院服务能力标准（2022版）》有关规定，结合乡镇地理位置、常住人口数量、机构规模和服务能力基础等因素，因地制宜合理配置乡镇医疗卫生资源，提升机构单体规模和服务辐射能力，对乡镇卫生院进行分类建设提升。各地可结合区域实际情况，合理设定机构类型，统筹县域医疗卫生资源，优化乡镇卫生院布局和建设。所涉及机构原则上分为县域医疗卫生次中心、中心卫生院、卫生院、小型卫生院等4类，医疗机构类别为卫生院。

一、分类原则

1. 县域医疗卫生次中心。常住人口5万以上（含辐射乡镇人口的三分之一达10万以上）；在岗职工人数100人以上；开放床位80张以上；年门急诊人次20万人次以上；总建筑面积6000平方米以上；与最近的县级以上综合医院距离10公里以上，应符合以上5项及以上条件。

2. 中心卫生院。常住人口3万以上（含辐射乡镇人口的三分之一达5万以上）；

在岗职工人数 60 人以上；开放床位 30 张以上；年门急诊人次 10 万人次以上，总建筑面积 4000 平方米以上；应符合以上 4 项及以上条件。

3. 卫生院。常住人口 5 千以上；每千常住人口拥有在岗职工数 1.5 名以上；在岗职工人数 10 人以上；年门急诊人次 3 万人次以上，应符合以上 3 项条件。

4. 小型卫生院。常住人口 5 千以下；区划面积小于 72.33 平方千米；在岗职工人数 10 人以下，应符合以上 2 项条件（其中常住人口 5 千以下为必备项）。

二、功能定位

1. 县域医疗卫生次中心。按照二级综合医院标准建设，重点加强住院病区和临床专科建设，提供住院服务，服务能力基本达到县级综合医院服务水平。能够为辐射区域内居民提供常见病、多发病的诊断、治疗、康复、急诊急救、中医药、预防保健、健康管理及特色科室等卫生健康服务；能够为周边卫生院提供检验、检查、远程医疗服务；对周边卫生院开展技术指导或帮扶工作，有效提升周边乡镇卫生院医疗和公共卫生服务水平；承担公共卫生、应急救灾、医疗物资储备等职能。

2. 中心卫生院。重点加强住院服务能力和基层特色科室建设，提高住院床位使用率，拓展门急诊病种，具备辐射一定区域范围的医疗服务能力。

3. 卫生院。重点加强以全科医学为主的门诊科室能力建设，落实慢性病医防融合改革，规范开展城乡居民健康体检，统筹做好辖区居民的治病防病和健康管理等工作。按需设置住院床位。

4. 小型卫生院。重点做好慢性病、老年病的门诊服务和巡回医疗服务，落实基本公共卫生服务和家庭医生签约服务，守住乡村医疗卫生服务阵地。

三、科室、设备和人员配置

（一）科室设置。

1. 小型卫生院。按照《医疗机构管理条例》及其实施细则、《乡镇卫生院管理办法（试行）》，参照规模较小的卫生院要求设置。

2. 卫生院。临床科室应设置全科医疗科、内（儿）科、外科、妇科、中医科、康复医学科、急诊（抢救）室、发热诊室、肠道诊室、输液室等。医技科室应设置西药房、检验科、放射科、B 超室、心电图室。中药房和消毒供应室可依托有资质的第三方机构。

3. 中心卫生院。在卫生院基础上还应设置儿科、口腔科、眼科和耳鼻咽喉科（可合并设立五官科）、皮肤科、骨科、精神（心理）科、急诊科、麻醉科和手术室（可合并设立）、安宁疗护（临终关怀）科等；肺功能室、CT 室。

4. 县域医疗卫生次中心。在中心卫生院基础上可设置二级科目，如内科（呼

吸、消化、心血管科)、外科(普通外科、骨外科、神经外科)、老年医学科、门诊手术室、病理科、输血科(病理和输血科可与医共体总院合建)、重症医学科。有条件的设血液透析科、PCR实验室、临床微生物学检验。

各卫生院在执业科目申请时,原则上按照上述类别设置,同时要考虑当地发病谱及群众就医需求、医疗服务拓展需要,可增设执业科目,需报批准执业许可的卫生健康行政机关许可。

在上述基本设置或功能齐全的基础上,鼓励卫生院结合实际建筑用房条件等,根据不同人群服务需求,充分体现“以人为本、以健康为中心”的服务理念,探索打造全科诊疗中心、专科诊疗中心、中医诊疗中心(中医馆)、健康管理(体检)中心、康复医疗中心、口腔健康管理中心、预防保健和儿童健康管理中心等健康服务功能区,让不同人群在不同功能服务区域一站式享受全生命全周期、疾病全过程的医防融合健康管理服务。

(二) 医疗设备配置。

1. 小型卫生院。应标配B超、心电图机、即时检验设备(三大常规项目)、血糖仪、除颤仪、呼吸气囊、空气消毒机、制氧机、公共卫生随访包等设备。

2. 卫生院。在小型卫生院基础上,标配DR、彩超、全自动生化仪、血细胞分析仪、尿分析仪、血凝仪、生物安全柜、监护仪、洗胃机等设备。

3. 中心卫生院。在卫生院基础上,标配CT、监护仪、康复、血气分析仪、麻醉机、呼吸机、急救型救护车等设备

4. 县域医疗卫生次中心。在中心卫生院基础上,标配电子胃肠镜、中心供氧等设备。

根据医疗服务拓展需要,小型卫生院可选配卫生院的标配设备,卫生院可选配中心卫生院的标配设备,中心卫生院可选配县域医疗卫生服务次中心的标配设备,县域医疗卫生次中心可选配MRI、腹腔镜、血液透析机、脑电图机等设备

(三) 人员配备。

按照《浙江省农村社区卫生服务中心机构设置和编制标准实施意见》要求核定卫生院编制,对基本医疗任务较重或地广人稀、交通不便的边远、海岛和山区等地,可适当增加编制配备。

四、服务能力要求

1. 小型卫生院。能提供基本公共卫生服务和常见病、慢性病的诊疗服务,负责对村卫生室和乡村医生指导管理等。

2. 卫生院。应达到国家能力标准基本标准以上,常规开展家庭病床、居家医疗(护理、康复)等服务,至少有1个县级以上基层特色科室。

3. 中心卫生院。达到国家能力标准推荐标准，至少有 1 个市级以上基层特色科室，建成慢性病一体化门诊，住院床位使用率达 70%。

4. 县域医疗卫生次中心。基本达到县级综合医院服务水平，至少有 2 个市级以上基层特色科室，建成慢性病一体化门诊，住院床位使用率达 80%。

五、命名规范

县级卫生健康行政部门在核发《医疗机构执业许可证》时，应根据医疗机构名称必须与医疗机构类别相适应的原则，机构代码必须与机构类别一致。

县域医疗卫生次中心的命名原则是：第一名称县（市、区）名+乡（镇）名+中心卫生院，增注第二名称县（市、区）名+乡镇名+县域医疗卫生次中心。

中心卫生院的命名原则是：县（市、区）名+乡（镇）名+中心卫生院。

卫生院的命名原则是：县（市、区）名+乡（镇）名+卫生院（分院）。

小型卫生院的命名原则是：县（市、区）名+乡（镇）名+卫生院（小型），挂牌仍为县（市、区）名+乡（镇）名+卫生院。

浙江省智慧化自助村卫生室建设指导意见

根据《医疗机构管理条例》以及《医疗机构管理条例实施细则》《浙江省基层医疗卫生机构建设标准和管理规范》要求，综合行政村地理位置、交通情况、常住人口规模、服务需求等因素，从注重机构全覆盖转向更加注重服务全覆盖，指导各地开展智慧化自助村卫生室建设，医疗机构类别为村卫生室。

一、建设原则。行政村常住人口 500 人以下，且周边无医疗卫生机构覆盖，首选在村两委集中办公场所或村养老服务中心等人员集聚场所，作为乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的延伸机构，实行人财物统一管理。

二、功能定位。村级医疗卫生体系的补充，仅提供基本医疗服务，解决无医疗卫生服务覆盖行政村的慢性病患者复诊服务。

三、科室、设备和人员配置。建筑面积 40 平方米以上，至少有 1 名注册在点位的执业（助理）医师，1 名健康联络员（非卫生人员），有远程诊疗、医保结算和自助药柜等自助设备。配备远程诊疗设备和一体机（自助智能药柜）等，要具备医保卡实名认证、医保结算，远程诊疗等功能。智慧化自助村卫生室执业科目申请为全科医学。

四、服务能力要求。提供远程医疗服务，主要为慢性病患者提供复诊医疗服务。结合巡回医疗、自助服务等形式开展。

五、命名规范。县级卫生健康行政部门在核发《医疗机构执业许可证》时，机构代码必须与机构类别一致，智慧化自助村卫生室的命名原则是：县（市区）名+乡（镇）名+行政村名+自助卫生室。

发文机关：浙江省中医药管理局
标 题：浙江省中医药管理局关于开展基层中医药服务能力提升行动计划实施情况调研工作的通知
发文字号：
类 别： 中医药

成文日期： 2024年7月20日
发布日期： 2024年10月11日
关 键 字： 乡镇卫生院、智慧化

浙江省中医药管理局关于开展基层中医药服务能力提升行动计划实施情况调研工作的通知

各市卫生健康委：

根据《国家中医药管理局综合司关于开展基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划实施情况调研评估工作的通知》要求，为充分了解基层中医药发展情况，更好提升基层中医药服务能力，我局决定组织开展省卫生健康现代化基层中医药服务能力提升行动计划（以下简称“行动计划”）实施情况调研工作，现将有关事项通知如下：

一、总体要求

认真贯彻落实《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》《关于印发基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划的通知》，立足提升基层中医药服务能力，扩大乡村医疗卫生机构中医药服务供给，围绕行动计划提出的目标任务，深入了解行动计划实施进展情况，坚持目标和问题导向，强化各地区、各部门抓落实主体责任，推动基层中医药各项政策措施的贯彻落实，确保各项目标任务顺利完成。

二、调研内容

围绕行动计划确定的主要目标、重点任务以及考核评价指标开展调研，“对账盘点”各项工作推进情况，加强督促指导。

（一）目标指标实现情况。逐项梳理分析行动计划中县办中医医疗机构实现全覆盖、基层标准化中医馆实现全覆盖、基层中医药服务提供实现全覆盖、基层中医药人员配备实现全覆盖、县域“三中心一在线”实现全覆盖、公立医疗卫生机构中医科设置全覆盖、县级治未病服务实现全覆盖、县级中医医院智慧服务实现全覆盖、基层中医药健康宣教实现全覆盖等9个方面主要目标和21个主要指标的落实情况以及预期展望，不及预期的原因分析等。

（二）重点任务推进情况。分析行动计划明确的加强基层中医药服务网络建设、提升基层中医药服务能力、夯实基层中医药人才队伍、深化基层中医药数字

化改革、完善基层中医药改革发展路径、强化基层中医药健康宣教和文化建设等6个方面重点任务的实施进展、取得的成效、面临的问题等。

三、调研方式

主要采取全省“面上调研”与各市“点上调研”相结合、定性与定量调研相结合、全面与重点调研相结合、实地调研与效果评价相结合等方式，确保调研结果全面、客观反映行动计划实施的进展与成效

四、调研安排

（一）各市组织调研。各市卫生健康委依据行动计划调研指标（附件1）组织对辖区内行动计划实施情况进行全面调研了解，形成各市调研材料，包括调研报告（主要内容见附件2）和调研指标完成情况市级汇总表（附件3）。上报材料应反映实施进展、取得的成效、实施面临的主要问题及进一步推进任务实施的对策建议，尽量采用量化表述。请将本市调研材料于7月19日前报送省卫生健康委中医药综合管理处。

（二）省级组织调研。我局依据行动计划调研指标，组织对省内行动计划实施情况进行调研，形成调研材料上报国家中医药管理局。

五、有关要求

（一）各市卫生健康委要高度重视，加强与相关部门的主动沟通协调，组织开展好调研工作。各地可结合实际情况，合理确定调研方式，将实地调研与日常基础工作相结合，做到客观公正、实事求是，不走过场，不弄虚作假，切实反映行动计划实施进展，发现地方好的经验做法及存在的困难问题

（二）调研采用年度数据截止时点为2023年12月31日，月度数据截止时点为2024年6月30日，涉及的任务进展情况截止时点为2024年6月30日。为减轻基层负担，在数据填报过程中，各地可充分借助信息平台，运用已有监测数据进行填报。

（三）请按时保质完成调研工作。同时，为便于工作联系，请于7月10日12:00前反馈1名调研工作联系人（附件4）。

（四）联系人及联系方式

省卫生健康委中医药综合管理处：岳跃兵、周志伟；

联系电话：0571-87709385，15221372631（浙政钉同号）

附件：1. 基层中医药服务能力提升行动计划调研指标

2. 基层中医药服务能力提升行动计划调研报告主要内容

3. 基层中医药服务能力提升行动计划调研指标完成情况市级汇总表

4. 基层中医药服务能力提升行动计划实施情况调研工作联系人

浙江省中医药管理局

2024年7月10日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 浙江省中医药管理局
关于开展基层中医药服务能力提升行动计划实施情况调研工作的通知

发文机关：浙江省医疗保障局 成文日期：2024年10月9日
标 题：浙江省医疗保障局关于印发浙江省创新医药技术医保支付激励管理办法（试行）的通知
发文字号：浙医保发〔2024〕17号 发布日期：2024年10月12日
类 别：医保政策 关 键 字：医保支付

浙江省医疗保障局关于印发浙江省创新医药 技术医保支付激励管理办法（试行）的通知

浙医保发〔2024〕17号

各市医疗保障局，省级医疗机构：

现将《浙江省创新医药技术医保支付激励管理办法（试行）》印发给你们，请遵照执行。执行中如有问题和建议，请与我局联系。

浙江省医疗保障局
2024年10月9日

浙江省创新医药技术医保支付激励管理办法（试行）

为深入贯彻省委省政府关于三个“一号工程”及政务服务增值化改革等部署要求，支持创新医药技术及时进入临床使用，更好促进医药产业高质量发展和保障人民群众生命健康，制定本管理办法（试行）。

一、认定条件

符合条件的创新医药技术经申报和认定后，可纳入DRG点数付费激励范围。

（一）创新药品

须同时满足以下条件：

1. 四年内（指含申报年度及之前的三个自然年度，下同）经药监部门批准上市的1类、2类、5.1类药品；四年内因增加功能主治或适应症发生重大变化的药品；四年内新纳入国家医保药品目录的药品。

2. 取得国家医疗保障局医保药品分类与代码。

3. 临床效果较临床主流使用的药品有较大提升。

4. 费用超过DRG病组均费的50%。

5. 申报定点医疗机构上一自然年度内累计本院基本医疗保险参保人员病例达到50例及以上。

（二）创新医疗服务项目（含医用耗材）

须同时满足以下条件：

1. 四年内本省批准设立的新增医疗服务项目（省本级已经设立过的新技术项目除外）或新上市的医用耗材。
2. 取得国家医疗保障局医疗服务项目（医保医用耗材）分类与代码。
3. 在操作途径、操作方法、诊疗方式、解剖部位、适用范围等方面有明显的技术创新。
4. 临床效果较临床主流使用的医疗服务项目有较大提升。
5. 费用超过 DRG 病组均费的 50%。
6. 申报定点医疗机构一年内累计本院基本医疗保险参保人员病例达到 15 例及以上。

罕见病治疗药品和医疗服务项目不受上述病例数限制。

二、认定程序

（一）申报

根据申报条件，由定点医疗机构向所属设区市医疗保障局申报，省级医疗机构向省医疗保障局申报。承担国家重点实验室、国家医学中心、国家区域医疗中心、国家临床重点专科建设任务的定点医疗机构可适当增加申报名额。

申报时需提交下列资料：

1. 创新药品

(1) 浙江省创新医药技术申报表（药品）。

(2) 基本信息。包括但不限于：药品通用名称；规格；注册分类；说明书适应症 / 功能主治；用法用量；中国大陆首次上市时间；大陆地区同通用名药品的上市情况；国家药监局药品审评中心出具的《技术评审报告》中关于本药品有效性的描述；药品说明书收载的安全性信息；在国内外不良反应发生情况；目前的市场价格等。

(3) 对应病组。使用该药品的病例对应的病组名称。当对应多个病组时，应填写所有对应病组及病例数量，以数量最多的病组为对应病组。

(4) 疗效比对信息。与对应病组相比的疗效创新情况，包括但不限于临床指南 / 诊疗规范推荐等。

(5) 费用比对信息。与对应病组相比的费用影响情况，填写使用该药品的病例平均费用。

(6) 要求提供的其他材料。

上述材料及扫描件均需加盖医疗机构公章。

2. 创新医疗服务项目（含医用耗材）

(1) 浙江省创新医药技术申报表（医疗服务项目）。

(2) 基本信息。包括但不限于：名称；安全性和有效性；目前的市场价格等。

(3) 对应病组。使用该医疗服务项目的病例对应的病组名称。当对应多个病组时，应填写所有对应病组及病例数量，以数量最多的病组为对应病组。

(4) 疗效比对信息。与对应病组相比的疗效创新情况。包括但不限于：临床指南 / 诊疗规范推荐；其他疗效证明材料等。

(5) 费用比对信息。与对应病组相比的费用影响情况。包括但不限于：使用该医疗服务项目的病例平均费用；运行分析报告等。

(6) 要求提供的其他材料。

上述材料及扫描件均需加盖医疗机构公章。

（二）形式审查

各设区市医疗保障局组织力量对本地区定点医疗机构申报资料的完整性、真实性、合理性进行审查，符合条件的上报省医疗保障局。省医疗保障局组织力量对省级医疗机构申报资料进行审查。

（三）专家论证

省医疗保障局组织临床、药学、医保、产业和卫生经济学等方面专家对申报的创新医药技术的有效性、安全性、创新性、费用消耗、应用面等情况进行充分论证。

论证采用百分制，并按综合得分高低排序确定结果。

1. 有效性。适应症明确，治疗效果明显提升。该指标满分为 20 分。

2. 安全性。根据新技术国内外专家共识和纳入临床诊疗指南情况进行赋分。该指标满分为 20 分。

3. 创新性。根据该技术解决临床未解决的重大问题并创造更高社会效益等情况进行赋分。该指标满分为 30 分。

4. 费用高。根据该技术所在病组病例费用是否超过该病组前三个自然年度 DRG 病组平均费用的 50% 及以上的情况进行赋分。该指标满分为 15 分。

5. 应用面。根据该技术在本省或本统筹地区的临床应用情况进行赋分，其中药品应用基准例数为 50 例，医疗服务项目应用基准例数为 15 例。该指标满分为 15 分。

（四）审核确定

专家论证结果经省医疗保障局认定工作领导小组审核，公开征求意见，报省医疗保障局局长办公会议审议后，公布执行。

三、激励措施

（一）提高激励总额

各设区市医保部门可按本年度 DRG 清算总额的一定比例确定激励总额，并逐步加大激励力度。

（二）完善激励方式

1. 对符合适应症要求的病例予以激励。

2. 正常倍率或低倍率入组病例，按原有规则支付。高倍率入组病例，原则上对该病例被裁剪部分，按 70% 折算成点数，再乘以激励系数作为激励点数予以追加，即：激励点数 = 基准点数 * (该病组上限裁剪倍率 - 1) * 70% * 激励系数。

3. 价格较高且对 DRG 病组均费有较大影响的罕见病用药或医疗服务项目（含医用耗材），可按项目折算成点数支付。

（三）明确激励期限

1. 激励期限原则上为 3 年，以纳入激励范围后各设区市实际首例开展时间为准，按完整结算年度计。

2. 建立退坡激励机制，原则上第一年激励系数为 1，第二年激励系数为 0.8，第三年激励系数为 0.6。

（四）加大激励力度

1. 对符合国家、省“一老一小”和特殊群体等有关扶持政策的，或承担国家重点实验室、国家医学中心、国家区域医疗中心、国家临床重点专科等国家重点任务的定点医疗机构运用的高端新技术和中医药新技术，延长一年退坡时间，适当提高激励系数；对承担省重点临床专科建设的定点医疗机构运用的高端新技术和中医药新技术，延长半年退坡时间，适当提高激励系数。

2. 医疗机构对患者的收费价格进行较大幅度降价的，针对特定医疗机构特定新技术，延长两年退坡时间，适当提高激励系数。

3. 对使用同一切口多项联合（融合）手术等治疗效果显著、经济性佳、患者就医体验感强，并能为患者创造更高的治疗价值和健康价值的新技术，适当提高激励系数。

四、工作要求

（一）各设区市医保部门要进一步提高对我省新技术支付支持政策重要性的认识，充分保障参保人员基本医疗需求、推动医疗技术发展，做好新技术申报、审核和推动临床应用等工作。各设区市可根据当地实际情况进一步研究制定实施细则。

（二）各有关定点医疗机构要严格按照要求提交相关资料，确保申报材料真实、完整、准确。

（三）新技术目录公布后，一经发现因提供虚假资料造成基金损失的，立即追回相关费用，并依照有关规定予以严肃处理。

（四）各级医保部门要统筹做好集采药品、国谈药品“双通道”等政策的衔接，提高整体管理效益，推进“三医”协同发展。

（五）省局数据中心要加强创新医药技术管理和应用系统建设，推进创新医药技术申报和使用的“有感服务、无感监管、整体智治”。各级医保经办机构要根据当地医保部门统筹规划和工作要求，认真做好相关经办工作，积极推动创新医药技术应用。

本办法自2024年11月15日起施行。

- 附件：1. 浙江省创新医药技术申报表
2. 创新医药技术评审分值表

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 浙江省医疗保障局关于印发浙江省创新医药技术医保支付激励管理办法（试行）的通知

发文机关：浙江省卫生健康委员会
标 题：浙江省卫生健康委员会关于印发浙江省卫生行政处罚自由裁量基准修订意见的通知
发文字号：浙卫发〔2024〕27号
类 别：政务服务

成文日期：2024年10月8日
发布日期：2024年10月18日
关 键 字：行政处罚

浙江省卫生健康委员会关于印发浙江省 卫生行政处罚自由裁量基准修订意见的通知

浙卫发〔2024〕27号

各市、县（市、区）卫生健康委（局）：

根据《中华人民共和国行政处罚法》《浙江省行政处罚裁量基准办法》等有关规定，我委制定了《浙江省卫生行政处罚自由裁量基准修订意见》，现印发你们，请遵照执行。

浙江省卫生健康委员会
2024年10月8日

浙江省卫生行政处罚自由裁量基准修订意见

为科学合理量化卫生行政处罚裁量权，结合本省卫生行政执法工作实际，对《浙江省卫生健康委员会关于印发浙江省卫生行政处罚裁量适用办法的通知》（浙卫发〔2022〕36号）附件《浙江省卫生行政处罚自由裁量基准》（以下简称《自由裁量基准》）进行修订，修订内容如下：

一、《自由裁量基准》“适用说明”部分新增以下内容：“违法行为同时符合裁量基准中两种或两种以上情节后果的，应当遵循就高不就低原则，即选择处罚较重的后果进行处理”。

二、修改《自由裁量基准》中传染病防治卫生第98项、101项，饮用水卫生第6项，职业卫生第32、58-63、67-70项，放射卫生第7项，医疗卫生第1、4-8、42、45、92-94、99、253项等内容（详见附件）。

三、删除《自由裁量基准》中职业卫生第53项所有内容，对相关事项的序号作相应调整。

四、符合初次轻微违法行为不予处罚条件的，适用初次轻微违法行为不予处罚。

五、浙江省卫生健康委之前发布的有关卫生行政处罚自由裁量规定与《自由裁量基准》不一致的，适用《自由裁量基准》。本意见施行后，《自由裁量基准》与本意见不一致的，以本意见为准。

六、本意见自 2024 年 11 月 30 日起施行，由浙江省卫生健康委负责解释。

附件：浙江省卫生行政处罚自由裁量基准修订内容

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 浙江省卫生健康委员会关于印发浙江省卫生行政处罚自由裁量基准修订意见的通知

发文机关：江西省医疗保障局、江西省卫生健康委员会
成文日期：2024年9月27日
标题：江西：关于开展部分肾功和心肌酶检验类医疗服务项目价格专项调整的通知
发文字号：赣医保字〔2024〕43号
发布日期：2024年10月8日
类别：医疗政策
关键字：医疗服务、价格调整

江西：关于开展部分肾功和心肌酶检验类 医疗服务项目价格专项调整的通知

赣医保字〔2024〕43号

各设区市医保局、卫生健康委，各在昌省直医疗机构：

根据《国家医疗保障局办公室关于落实2023年度医疗服务价格动态调整促进医疗服务高质量发展的通知》（医保办函〔2023〕66号）、《国家医疗保障局办公室关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》（医保办发〔2022〕16号）、《江西省医疗保障局 江西省卫生健康委员会 江西省财政厅 江西省市场监督管理局关于印发〈关于建立医疗服务价格动态调整机制的实施意见（试行）〉的通知》（赣医保字〔2022〕22号）有关要求，为进一步巩固肾功和心肌酶生化类检测试剂省际联盟集中带量采购工作成效，强化医疗服务价格和医用耗材集采协同联动，结合我省实际，经研究，决定对部分肾功和心肌酶检验类医疗服务项目价格进行专项调整。现就有关事项通知如下：

一、降低肾功和心肌酶检验类医疗服务项目价格。联动肾功和心肌酶生化类检测试剂省际联盟集采中选结果，降低22个肾功和心肌酶检验类医疗服务项目价格，详见附件。上述价格为全省各级公立医疗机构不区分医疗机构等级执行统一的政府指导价格最高限价，不得上浮，下浮不限。

二、明确医保支付政策。上述医疗服务价格项目已按规定纳入我省医保支付范围的，以价格为基准，按规定支付。

三、优先采购和使用中选产品。根据体外诊断试剂医保编码规定，对肾功和心肌酶类检测试剂进行标识，包括中选产品和非中选产品。医疗机构应优先采购和使用集采中选产品，按要求完成约定采购量。

四、倡导全省其他机构参照公立医疗机构检测价格。全省非公立医疗机构和医学检测实验室等第三方检测机构提供以上检测服务，定价应当遵循“公平合法、诚实信用”的原则，体现保本微利、质价相符，倡导参照公立医疗机构检测价格。

五、规范医疗机构价格行为。医疗机构要严格按照规定提供服务并收取费用，在服务场所显著位置公示项目价格等内容，自觉接受社会监督。

本通知自 2024 年 10 月 10 日起执行。原有政策规定与本通知不一致的，以本通知为准。

附件：部分肾功和心肌酶检验类医疗服务项目价格及医保支付明细表

江西省医疗保障局
江西省卫生健康委员会
2024 年 9 月 27 日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 江西：关于开展部分肾功和心肌酶检验类医疗服务项目价格专项调整的通知

发文机关：江西省医疗保障局、江西省财政厅、江西省卫生健康委员会、江西省中医药管理局
成文日期：2024年10月19日
标题：江西：关于做好中医优势病种按疗效价值付费医保支付管理改革试行工作的通知
发文字号：赣医保字〔2024〕48号
发布日期：2024年10月22日
类别：医保政策
关键字：中医优势病种、医保支付管理

江西：关于做好中医优势病种按疗效价值 付费医保支付管理改革试行工作的通知

赣医保字〔2024〕48号

各设区市医保局、财政局、卫生健康委：

为深入贯彻落实《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》《国家医疗保障局 国家中医药管理局关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》（医保函〔2021〕229号）和《江西省人民政府办公厅转发省医保局关于医保支持中医药传承创新发展实施意见的通知》（赣府厅字〔2022〕73号）等精神，进一步深化医保支付方式改革，探索完善符合中医药特点的医保支付方式，推进中医优势病种按疗效价值付费医保支付管理改革试行工作，促进中医药传承创新发展，现就有关事项通知如下。

一、工作要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实习近平总书记关于中医药工作的重要论述，坚持中西医并重，传承精华、守正创新，补短板、强弱项、扬优势、激活力，充分发挥中医药特色优势，推进中医药和现代科学相结合，推动中医药和西医药相互补充、协调发展。持续深化医保支付方式改革，按照有利于中医药事业发展、确保医疗服务质量、体现区域实际特点、严格把握病种准入标准的要求，充分发挥中医药“简便验廉”的特色和优势，对中医优势病种推行按疗效价值付费的医保支付支持政策，提高中医药服务的公平性、可及性和可获得性，控制医药费用不合理增长，推动提供中医药住院服务的定点医疗机构规范诊疗服务、提高服务效率，提升基本医疗保险基金使用效率，更好满足人民群众对中医药健康服务的需求。

二、病种范围

按照中医优势明显、临床路径清晰、诊疗效果确切、质量安全可控、病例数量充足、费用相对稳定的原则，我们遴选制定了《江西省第一批适宜按病种付费的中医优势病种推荐目录》（详见附件，以下简称《推荐目录》），并按要求实

施动态调整。各统筹区可根据上述遴选原则，以《推荐目录》为基础，结合本地实际和结算数据，通过收集病种、初步筛选、专家论证、发文报备等流程，遴选确定本地中医优势病种，实施动态调整。在确保质量和疗效前提下，采用中医传统治疗方式达到与西医治疗同等治疗效果的，医保按中医疾病名对应西医诊断名称形成的病种（组）费用同等标准进行支付结算，引导中西医同病同效同价。

三、医疗机构管理

经卫生健康部门批准的具有中医诊疗服务资质并提供中医住院服务的医保定点医疗机构（含中医、中西医结合医疗机构以及设有中医科的综合医院等，以下简称“定点医疗机构”），有开展相关病种中医药治疗服务经验，具备独立中医优势病种住院治疗所需病区、实施中医适宜技术治疗相关诊疗场所、设备和足够数量执业资格的专业医师、护理人员，能够承担中医优势病种诊疗服务，并自愿遵守相关医保支付政策的定点医疗机构，均可根据本院实际情况，在《推荐目录》中选择本院具备条件开展的中医优势病种，向业务主管部门报备，推进中医优势病种按疗效价值付费改革工作。报备资料应包含：

（一）卫生健康部门颁发的执业许可证，综合性医院需设置专门中医科室和独立病区。

（二）相关中医注册医师执业证书。

（三）本医疗机构中医优势病种的入院标准、临床路径、诊疗方案、出院疗效判定标准等。

四、医保支付结算

（一）定点医疗机构在参保人就医诊疗时以中医诊疗为主，体现特色中医诊疗服务，参保人出院结算后，按统筹区 DRG/DIP 结算要求上传医保结算清单（含相关费用及字段），其中西医主诊断上传中医优势病种中该病种对应的西医诊断编码，中医主诊断上传对应的中医诊断编码。对病组（种）中治率（中医医疗服务项目、中药饮片、中成药三项费用之和占住院医疗总费用的比例）达到 50% 以上的病例，按与其对应西医诊断病例的 DRG/DIP 病组（种）同等医保支付标准进行结算。

（二）在月度费用预结算时，医保经办机构按照 DRG/DIP 计算结果，审核定点医疗机构开展中医优势病种病例的住院费用，经审核符合中医优势病种住院结算的，以该中医疾病名对应西医诊断名称形成的 DRG/DIP 病组（种）费用同等的分值、权重和预算费率、点值、系数进行预结预拨或与本统筹区的月度结算政策保持一致，按照一定比例进行预结预拨。

（三）参保人员在同一次住院治疗过程中，因合并症、并发症、患者病情较重、

体质特殊等原因,导致实际诊疗路径明显偏离规定临床路径等情况的,可不列入(或可退出)中医优势病种按疗效价值付费,及时向统筹区医保经办机构报备,纳入按 DRG/DIP 付费,符合条件的还可申请特例单议。

五、严格就医管理

定点医疗机构严格按照诊疗规范、临床指南和临床路径,以及医保基金管理使用的有关规定,因病施治、合理治疗,规范中医治疗行为,提升中医服务能力。

(一) 把握入院标准。定点医疗机构应严格执行优势病种支付政策,根据临床表现,严格把握收入院标准,不得通过降低入院标准、放宽操作/治疗指征、升级诊断、串换诊断等方式将不符合条件的病例纳入中医优势病种付费;明确中医诊断,及对应的西医诊断,符合中医优势病种对应的医疗服务项目,以主要诊断为依据,要有具体的检查检验、影像、患者主诉和体征检查等材料佐证,严格掌握收治标准,在保证医疗质量的基础上,提供合理医疗。

(二) 规范住院治疗。严格执行中医优势病种制定的临床路径、诊疗方案,按照中医药服务特点,根据病情采取相应的中医辨病辨证治疗、中西医结合治疗,实施辨证施治,在保证医疗质量基础上,选择中医适宜技术进行诊疗,达到疗效最佳临床治愈效果。不得将符合条件的病例不纳入或退出优势病种付费;不得推诿拒收危重患者、年老患者,或将本院有能力治疗的患者转往本市或外地定点医疗机构就医;不得分解住院、减少必要服务、降低服务标准;不得通过门诊或让参保患者外购等途径将病种诊疗项目分解收费;不得额外收取与疾病诊疗无关的医疗费用。

(三) 严格疗效判定。定点医疗机构应当制定中医优势病种付费运行的内部管理制度、付费信息公示制度,加强考核管理,规范诊疗服务行为,执行统一的疾病诊断和操作/治疗分类编码,规范住院病案首页填写,加强信息化、标准化建设,加强和规范管理流程。要及时向医保系统动态上传医疗费用明细数据,严格医疗服务项目收费明细管理,遵循物价管理相关规定。要坚持合理诊疗,按照临床路径提供合理、规范的医疗服务,严禁过度医疗或服务不足。按照中医药服务特点施治,参照西医治疗综合评价疗效指标,制定出院疗效判定标准,细化疗效评判指标,病人出院后,要开展中医诊疗效果测评或回访,客观公正评判治疗是否有效,保证中医治疗服务质量。

(四) 严格医保管理。定点医疗机构不得将西医治疗为主或不含中医特色服务的医疗费用按照中医优势病种结算,同时也不得将符合中医优势病种的病例采用西医疗法并按 DRG/DIP 结算。同一次住院期间如中医药治疗失败转西医治疗,则相关费用一并纳入按 DRG/DIP 结算。

六、有关要求

（一）加强组织领导。各级医保、卫生健康（中医）及财政部门共同推进中医优势病种按病种分值付费、按疗效价值付费工作，通过完善政策、细化管理措施，把推进中医优势病种付费工作与发挥中医药特色优势、理顺医疗服务价格、深化医保支付方式改革等公立医院高质量发展重点任务相衔接，按照“共建、共治、共享”的原则组织研究，制定具体实施细则，及时公开、适时完善，指导定点医疗机构对中医优势病种按 DRG/DIP 付费的病例要严格遵守病种范围、评判标准等相关标准，规范诊疗服务行为。

（二）做好信息上传。各定点医疗机构要加强中西医住院医保结算清单、病案首页质控，相关项目信息填写完整，准确真实反映住院期间中西医诊疗信息；要按照医保、卫生健康（中医）相关部门要求，规范上传中医病证分类与代码（TCD）和医保疾病诊断分类与代码（医保版 ICD），做好试点中医优势病种的信息填报。医保、卫生健康（中医）部门应建立与定点医疗机构信息交流反馈平台，加强全流程管理，做好分析反馈。

（三）加强评估监管。各级卫生健康（中医）、医保部门要强化对定点医疗机构监管，积极发挥中医、医保相关质控组织作用，及时掌握定点医疗机构诊疗项目、药品使用、医疗费用等信息变化，做好实时监测，定期开展评估，及时发现问题，完善措施，杜绝降低入院标准、放宽操作 / 治疗指征、升级诊断、串换诊断等违规行为，对欺诈骗保的定点医疗机构按有关法律法规处理。各级财政部门共同做好对中医优势病种 DRG/DIP 付费的监督管理。

（四）积极宣传引导。各级卫生健康（中医）、医保部门及各定点医疗机构要加强中医药特色诊疗技术和方法的宣传和推广力度，提高群众知晓率，积极营造群众信中医、用中医的良好社会氛围。

本通知自 2024 年 12 月 1 日起正式执行。

附件：江西省第一批适宜按病种付费的中医优势病种推荐目录

江西省医疗保障局
江西省卫生健康委员会

江西省财政厅
江西省中医药管理局
2024 年 10 月 19 日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 江西：关于做好中医优势病种按疗效价值付费医保支付管理改革试行工作的通知

发文机关：江西省医疗保障局、江西省财政厅
成文日期：2024年10月21日
标 题：江西：关于对国家医保谈判药品实行医保基金与医药供货企业直接结算货款的通知
发文字号：赣医保字〔2024〕49号
发布日期：2024年10月23日
类 别：医保政策
关 键 字：医保谈判、医保基金

江西：关于对国家医保谈判药品实行医保基金与医药供货企业直接结算货款的通知

赣医保字〔2024〕49号

各设区市医疗保障局、财政局，局属各单位，各定点医疗机构，各相关企业：

为贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）《中共江西省委 江西省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（赣发〔2021〕2号）《江西省医疗保障局 江西省财政厅关于印发〈江西省医保基金集中带量采购药品医用耗材和国家谈判药品周转金管理办法〉的通知》（赣医保字〔2022〕34号）精神，深化医药卫生体制改革，促进医疗、医保、医药协同发展和治理，提升医保基金使用效率，降低医药供货企业运行成本，提高供应保障能力。经研究，在全省范围内，对医保定点医疗机构采购使用协议期内国家医保谈判药品（以下简称“国谈药”）货款由医保基金代为直接结算，建立国谈药直接结算周转金。现将有关事项通知如下。

一、实施范围

全省各级医保定点医疗机构（以下简称“医疗机构”），通过省医药集中采购平台采购使用的国谈药货款，均由医保基金代为直接结算，代为结算的国谈药货款，由医疗机构回款至医保经办机构指定账户或从采购使用国谈药的医疗机构预拨的医保基金中予以抵扣。医保基金代为直接结算国谈药货款的范围仅限于协议期内的国家医保谈判药品。其他协议期满的国家医保谈判药品、竞价药品、国家医保谈判药品同通用名药品，其药品货款仍由医疗机构按规定与医药供货企业自行结算（有其他规定的从其规定）。

二、结算原则

（一）属地管理，分级结算。国谈药货款实行属地管理分级结算。省医药价格和采购服务中心负责收集国谈药供货企业提供的本机构银行结算账户及联系方式等供货企业基础信息，按属地管理原则，向开展业务的医疗机构所在地医保经办机构提供银行结算账户，用于各级医保经办机构拨付国谈药结算货款至供货企

业。各统筹区（省本级除外）医保经办机构负责属地医疗机构的国谈药货款医保基金直接结算工作。

（二）统一流程，阳光结算。各医疗机构在省医药集中采购平台采购的国谈药货款，按月由医保经办机构根据省医药价格和采购服务中心提供的结账单（含结账单附件电子版）直接与医药供货企业进行结算，从医保经办机构周转金账户拨付。

（三）协议管理，厘清责任。省医疗保险基金管理中心统一全省医保经办机构与各医疗机构、供货企业协议范本，并由各级医保经办机构及时与各医疗机构和供货企业，签订国家谈判药货款结算协议（各设区市医保部门根据协议管理要求合理确定其服务的医疗机构范围）。配送企业应及时在省医药集中采购平台完善收款账号信息。

三、结算流程

（一）账单推送。医疗机构和医药企业（含生产企业和配送企业）应当通过省医药集中采购平台开展国谈药购销活动，确保产品信息、采购订单等全流程信息的真实完整、及时准确、可追溯。省医药价格和采购服务中心汇总各医疗机构直接结算品种实际采购量和供货企业信息，每月定期将上月的结账单通过信息平台推送给医疗机构和医药企业，将上月的结账单（含结账单附件电子版）和企业联系方式、账户信息推送各级医保经办机构。

（二）签订协议。各级医保经办机构根据省医药价格和采购服务中心推送的信息，分别与医疗机构和供货企业签订国家谈判药货款结算协议，明确结算方式和责任义务等，及时拨付应由医保基金代为直接结算的国家医保谈判药品货款，保障医保基金安全。

（三）审核结算。医保经办机构根据省医药价格和采购服务中心推送的结账单，与已签订货款结算协议的供货企业直接结算上月货款，同时书面告知医疗机构，并将账单和结算情况抄送同级医保行政部门。医疗机构与供货企业之间应及时厘清并核对确认结账单，医保部门督促医疗机构及时支付货款。

（四）货款拨付。建国谈药品直接结算周转金，由财政拨付医保基金至医保周转金账户，医保经办机构按月对国谈药采购货款进行结算，每月通过医保经办机构周转金账户及时向医药供货企业垫付国谈药货款，并由医疗机构回款至医保经办机构指定账户或从采购使用国谈药的医疗机构预拨的医保基金中予以抵扣，鼓励医疗机构选择银行托收形式回款至医保指定账户。

四、工作要求

（一）加强组织领导。实施医保基金与医药供货企业直接结算国谈药货款是

深化医疗保障制度改革的一项重点任务，社会各界广泛关注，各地各有关单位要高度重视，加强组织领导，抓好统筹协调，认真落实责任。省级医保经办机构统一制定工作方案和经办流程，各统筹区经办机构严格按照要求落实到位。

（二）落实岗位职责。国谈药货款直接结算工作任务重、要求高、业务新，各有关单位要专门配备工作作风细致、责任心强、业务能力强的人员具体负责。要严格落实岗位责任制，各医疗机构要完善国谈药采购货款管理相关制度，分别设置计划采购、验收入库、票据核对等岗位，做到流程明确，责任到人。各级医保经办机构应按照结算要求，完善业务操作流程，要向与医保有长期合作、管理规范、信用良好以及在医保政策落地、发动居民参保、协助打击欺诈骗保、全面采集上报药品耗材追溯码等方面表现较好的机构倾斜，认真做好国谈药货款结算工作，保证医保基金安全。

（三）明确任务分工。各地各有关单位要严格落实分级管理要求，增强改革定力，确保改革平稳有序推进。各医药供货企业应当保障药品的安全性、有效性和质量可控性，及时签订购销协议，按协议要求保障供应、配送到位；要实现信息系统与医保招采系统的对接，及时准确提交结算数据。各医疗机构要按计划采购、及时验收入库、完成票据审核及国谈药货款拨付数据复核确认工作。各级医保经办机构要严把程序关，按时完成医保信息系统改造，确保及时支付国谈药货款，严格按照有关规定支付医保基金。各地医保部门、财政部门要认真落实医保基金总额预付制度，保障医疗机构正常运行；要加强监督管理，及时分析和解决政策执行中存在的问题，确保结算工作精准高效。

本通知自2024年12月1日起执行，执行过程中，如遇国家和我省政策发生变化，按新的规定执行。

附件：江西省国谈药品医保基金直接结算委托书

江西省医疗保障局
江西省财政厅
2024年10月21日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 江西：关于对国家医保谈判药品实行医保基金与医药供货企业直接结算货款的通知

发文机关：江西省医疗保障局、江西省财政厅、国家税务总局江西省税务局

成文日期：2024年10月17日

标题：江西：关于进一步明确基本医保待遇保障有关政策的通知

发文字号：赣医保发〔2024〕8号

发布日期：2024年10月24日

类别：医保政策

关键字：医保待遇保障

江西：关于进一步明确基本医保待遇保障有关政策的通知

赣医保发〔2024〕8号

各设区市医疗保障局、财政局，国家税务总局江西省各设区市税务局，省医疗保险基金管理中心：

为进一步解决各地在待遇保障政策执行过程中的问题，统一规范相关政策的操作办法，提升医保服务水平，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》（国办发〔2024〕38号）《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发〈基本医疗保险关系转移接续暂行办法〉的通知》（医保办发〔2021〕43号）和《江西省人民政府办公厅关于统一规范职工基本医疗保险和大病保险的实施意见》（赣府厅发〔2020〕35号）等有关精神，现将有关待遇政策明确如下。

一、关于职工医保退休

职工医保参保人员达到法定退休年龄时，职工医保缴费年限达到我省和统筹地区规定的年限，自办理在职转退休手续次月起，个人不再缴纳职工基本医疗保险费，按照规定享受退休人员的医保待遇；未按规定办理在职转退休手续的，不享受退休人员的医保待遇。

职工医保参保人员达到法定退休年龄时，职工基本医疗保险缴费年限未达到我省和统筹地区规定年限的，可以按统筹地区政策继续缴费至规定年限或按规定一次性趸交，并按规定办理在职转退休手续后，享受退休人员的医保待遇。

二、关于职工医保补缴

职工或用人单位因各种原因未进行参保登记的，补缴职工医保费用时应当提供劳动合同及工资发放表等证明材料确定劳动关系。补缴基数由医保部门按照办理补缴手续时统筹地区使用的全口径城镇单位就业人员月平均工资确定，且个人应缴部分与用人单位应缴部分需同时缴纳。

职工已参保登记但未缴费，且未办理停保所产生的欠费补缴，属于2023年7

月 1 日前产生的欠费，应当先向医保部门申报并经其核定生成补缴费额；2023 年 7 月 1 日及以后产生的欠费，由税务征缴系统生成补缴费额。

三、关于灵活就业人员参保及退费

灵活就业人员自愿参加职工医保的，应当按年一次性缴纳全年费用，不允许按月缴费，待遇享受按有关规定执行。职工医保停保后转为以灵活就业人员身份参保的，可从停保次月一次性缴费至当年的 12 月 31 日。灵活就业人员当年已参加居民医保并缴费的，不得中途再以灵活就业人员身份参加当年职工医保。

灵活就业人员按年度一次性缴纳职工医保费后，其间随单位参加职工医保的，可申请一次性退回重复缴纳的参保费用；本年度内已办理医保退休手续的，可申请退回办理医保退休手续次月起的参保费用。

四、关于大学生参保

新入学的大学生在入学前已在我省参加居民医保并缴费的，当年继续在入学前参保地享受居民医保待遇；入学前未在我省参加居民医保或未缴费的，在入学后参加学籍地城乡居民医保，不设待遇等待期直接享受医保待遇。

大学生入学后次年起在学籍地参加城乡居民医保的，可在学籍地享受居民医保待遇直至毕业当年的 12 月 31 日。

享受医疗救助待遇的大学生原则上在救助身份认定地参加居民医保。

五、关于职工缴费年限互认

职工医保在省内的视同缴费年限和实际缴费年限全省互认。职工医保实际缴费年限与省外实际缴费年限互认范围，由统筹地区自行确定。

军人服现役年限视同职工医保缴费年限，与入伍前和退出现役后参加职工医保的缴费年限合并计算。其中：在统筹地区实施职工医保制度前的服役年限可认定为我省视同缴费年限，在统筹地区实施职工医保制度后的服役年限可认定为我省实际缴费年限。

六、关于职工医保之间转移接续

办理转移接续的职工医保参保人员（含以灵活就业人员身份参加职工医保人员），在转移接续前中断缴费 3 个月（含）以内的，可按转入地规定办理职工基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。因各种原因中断缴费 3 个月以上的，基本医疗保险待遇按规定执行，待遇享受等待期为 3 个月。

七、关于职工医保与居民医保之间切换参保身份

参保人员已连续 2 年（含 2 年）以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化在职工医保（含以灵活就业人员身份参加职工医保）和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费 3 个月（含）以内的，可按转入地规定办理基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费 3 个月以上的，基本医疗保险待遇按规定执行，待遇享受等待期为 3 个月。

八、关于直接结算与零星报销

除涉及第三方责任等基金不予支付或无法实现直接结算的医疗费用外，参保人员在定点医药机构发生的医疗费用应当直接结算。医保信息系统可实现直接结算而未结算的，参保人员应要求定点医药机构重新予以直接结算，定点医药机构应予以配合。省内定点医药机构拒不直接结算的，参保地医保经办机构应发函至与之直接签订定点服务协议医保经办机构协助督促；仍不予直接结算的，签订定点服务协议的经办机构可以采取暂停定点服务协议等方式，直至允许直接结算为止。

参保人员因医保信息系统无法直接结算而需要申请医疗费用零星报销的，应于医疗费用发生 1 年之内向参保地医保经办机构提供相应材料，逾期不予受理。

医保信息系统可实现直接结算，但参保人员未要求在定点医药机构进行医保直接结算的费用，参保地医保经办机构不予零星报销。

参保人员医疗费用如先经过商业保险等其他途径报销后，到医疗保障部门申请零星报销时，经基本医保、大病保险、医疗救助总报销金额与商业保险等其他途径报销费用之和不得超过医疗总费用。

九、关于待遇享受

参保人员在非待遇享受期内（含未参保或在待遇等待期内）入院产生的住院医疗费用，医保基金不予支付。

参保人员在入院或出院时处于非正常参保状态的，其住院医疗费用医保基金不予支付。

参保人员在住院期间变更参保类型（职工、居民互相转换）或变更救助身份（含无救助身份变更为有救助身份、有救助身份变更为无救助身份、救助身份类型变化）的，医保基金不予直接结算；参保人员可向参保地医保经办机构申请零星报销，医保经办机构根据参保人员的救助身份类型分段核定其报销待遇。

居民医保参保人员在省内定点医疗机构住院的，每次住院均按照医疗机构级别设置起付线，分别为：一级 100 元、二级 400 元、三级 600 元。其中：对 70 周岁以上的老年人和 6 周岁以内的儿童，一个自然年度内在省内定点医疗机构多次

住院的，可对其累计支付的起付线费用设置封顶，具体由统筹地区确定。参保人员在紧密型县域医共体和国家区域医疗中心双向转诊的住院起付线合并计算仍按原规定执行。

十、关于职工门诊统筹待遇

职工医保参保人员，在一个自然年度内，在省内转移医保关系时，职工医保普通门诊统筹的起付线、封顶线连续计算。

十一、关于第三方伤害协查

各统筹地区应当建立健全第三方伤害协查机制。疑似第三方伤害的，医保经办机构或受经办机构委托的商业保险机构应进行核查。

对跨统筹区疑似第三方伤害进行协查的，由参保地医保经办机构向事故发生地医保经办机构提出协查申请。事故发生地医保经办机构自收到协查申请3个工作日内，自行核查或交由受经办机构委托的商业保险机构进行核查，协查结论应当于15个工作日内反馈给参保地医保经办机构。

本通知自2025年1月1日起正式实施。原有规定与本通知不一致的，按本通知规定执行。

江西省医疗保障局
江西省财政厅
国家税务总局江西省税务局
2024年10月17日

发文机关：江西省药品监督管理局
成文日期：
标 题：江西省药品监督管理局关于药品零售连锁企业开展执业药师远程审方服务工作指导意见
发文字号：发布日期：2024年10月28日
类 别：机构管理 关 键 字：药品零售连锁企业

江西省药品监督管理局关于药品零售连锁企业开展执业药师远程审方服务工作指导意见

为有效解决我省执业药师数量与实际需求不匹配及处方药销售监管难题，进一步规范零售连锁企业开展执业药师远程审方服务行为，加强对开展远程审方服务的指导和监管，提高我省药品零售连锁企业的药学服务质量，保障群众购药和用药安全，省局结合我省实际，制定了《药品零售连锁企业开展执业药师远程审方服务工作指导意见》，已经局长办公会审议通过，现将有关事项通知如下：

一、执业药师远程审方

执业药师远程审方系指现有药品零售连锁企业所属的门店执业药师未在岗时段销售处方药时，依托联网的计算机系统将待销售处方药的处方上传至远程审方平台，由平台的远程审方室执业药师进行处方审核并提供用药安全指导服务。

企业可以自建远程审方药学服务平台，也可以委托第三方平台进行远程审方。如委托远程审方第三方平台进行远程审方，应当对其进行质量评审并签订质量保证协议。

二、执业药师远程审方有关条件

（一）基本条件

1. 现已开办的药品零售连锁企业（以下简称“企业”），且在江西省内门店总数量不少于30家；
2. 企业必须符合“八统一”规范要求，即（统一的质量管理体系、统一企业标识、统一管理制度、统一计算机系统、统一采购配送、统一票据管理、统一药学服务标准规范、统一人员培训）；

（二）人员配备

1. 企业应按照《药品经营质量管理规范》（以下简称《规范》）要求设置质量管理机构，并配备相应人员。药品质量管理人员应在职在岗，不得在其他企业或单位兼职；企业自建执业药师远程审方室时，审方室负责人应是部门主管级别，人员编制及业务指导归属企业质量管理部门；
2. 企业自建远程审方系统时，从事远程审方服务的执业药师可注册到企业总

部或门店；连锁总部配备远程审方执业药师数量按照以下比例进行配备：连锁门店数量为 30 家的，至少配备 5 名执业药师（连锁门店经营中药饮片的，至少 1 名为执业中药师）。每增加 10 家门店（不足 10 家，按照 10 家计算）的，增加配备 1 名执业药师；

3. 开展远程审方服务的连锁门店应配置至少 1 名复核人员进行处方复核工作：城区和县城必须具有依法经过资格认定的药学技术人员；乡镇和农村地区等具有 3 年以上工作经历，医学、药学、中药专业中专以上学历的人员。

4. 对于执业药师存在明显缺口的乡镇农村偏远地区的连锁门店，新开办药品零售连锁门店可以由远程审方的执业药师作为门店执业药师不在岗期间的补充，但必须有药学技术人员在岗提供药学服务，具体名单由县级药品监督管理部门认定。对于已经开办的药品零售连锁门店不得降低开办条件。

（三）系统及设施设备

1. 企业自建或委托的远程审方系统必须满足《规范》及其相关附录对计算机系统的要求。自建或委托的远程审方系统均应与本企业业务系统对接，实现总部与所有门店联网，共享系统质量管理基础数据，处方审核情况与所销售药品信息关联，具备与总部和门店所在地辖区药品监督管理部门监管系统联网的条件，并向药品监管部门开放即时审查权限；远程审方系统应当自动记录处方审核相关工作记录，相关记录应当真实、完整并按规定期限保存；

2. 企业自建远程审方系统时，应在连锁总部或中心店单独设置审方室（可省内跨市远程审核），审方室要求安装高清视频设备和语音系统，审方端设备数量应符合本规定对企业总部远程审方执业药师配备数量的规定；审方室执业药师使用远程审方系统时，应通过指纹识别或人脸识别技术完成登录、日常考勤和对处方审核确认等操作。

三、相关管理要求

（一）远程审方系统必须做到先审核后销售。未经执业药师确认的系统应及时提示门店禁止该处方药销售；

（二）开展远程审方服务，处方信息须经过拍摄或由第三方电子处方流转平台传输至远程审方室，由远程审方室的执业药师审核并确认后发回门店，经门店药师复核后方可销售；

（三）计算机系统应具备对处方药进行自动识别、提示和预警的功能，及时提示门店凭处方销售；

（四）药品零售连锁总部必须建立远程审方的配套制度和管理规定；实施远程审方的药店应在显著位置挂牌明示，告知患者“本店为执业药师在线远程审方

药店”，并向药品监督管理部门报告相关信息。药店应配备能视频语音和拍照等设施设备，便于远程审方的执业药师在线指导门店用药和沟通交流；

（五）自建远程审方系统的企业，远程审方执业药师应采取排班工作制，与门店营业时间同步，在电脑或手机端通过指纹或人脸识别技术完成执业药师登录、日常考勤，确保门店营业时间内有执业药师在岗，为消费者提供药学服务和处方审核。

委托第三方平台进行远程审方的企业，企业应要求第三方平台审核处方的执业药师及其他医药技术人员工作时间与药房营业服务时间同步，确保营业时间内在岗在线为患者提供处方审核并指导合理用药等药学服务。

（六）企业及其连锁门店应当严格执行《药品管理法》《规范》等法律法规要求，并落实主体责任和承担相关法律法规责任。同时，还应将所有执业药师远程审方活动纳入其质量管理体系之中，确保相关审方和药学服务符合国家法律法规要求。

（七）企业自建或委托的审方中心及企业连锁门店应当建立健全相关质量管理体系，保证相关执业药师远程审方活动全链条数据真实、完整、准确、清晰。企业自建的远程审方中心还应接受连锁企业总部质量管理部门的管理和指导，确保其相关活动有效运行并持续改进，其相关管理文件应至少包括远程审方操作规程、在线执业药师岗位职责和远程审方系统管理、处方审核权限管理、考勤管理、远程处方审核及保存管理、应急管理等内容。企业委托远程审方第三方平台时，应每年对第三方平台的上述管理情况进行质量评审。

（八）对审核未通过的处方，系统应具备自动锁定，拒绝调配和销售等拦截功能，并告知顾客不予调配的理由。

（九）企业制定的执业药师远程审核处方管理制度应包括以下内容：

1. 处方审核、保存管理；
2. 远程审方执业药师岗位职责（若适用）；
3. 远程审方执业药师考勤管理（若适用）；
4. 处方审核权限设置；
5. 远程处方审核和药学服务操作规程；
6. 远程审方系统的管理；
7. 执业药师巡查制度。
8. 对远程审方第三方平台的质量评审规定；（若适用）

（十）本指导意见由江西省药品监督管理局负责解释，国家若有出台相关文件，从其规定。

发文机关：山东省卫生健康委员会、山东省教育厅、山东省体育局、山东省疾病预防控制中心
成文日期：2024年9月23日
标 题：关于印发《山东省儿童青少年脊柱侧弯中医药干预试点工作方案（2024-2026年）》的通知
发文字号：鲁卫中西医指导字〔2024〕3号
发布日期：2024年10月19日
类 别：妇幼健康
关 键 字：青少年脊柱侧弯、中医药干预

关于印发《山东省儿童青少年脊柱侧弯中医药干预试点工作方案（2024-2026年）》的通知

鲁卫中西医指导字〔2024〕3号

各市卫生健康委（中医药管理局、疾控局）、教育（教体）局、体育局，省属各有关单位、有关高等院校：

根据国家中医药管理局等五部门《关于开展儿童青少年肥胖、脊柱侧弯中医药干预试点工作的通知》（国中医药综结合函〔2024〕39号）要求，省卫生健康委员会（省中医药管理局）、省教育厅、省体育局、省疾控局联合制定了《山东省儿童青少年脊柱侧弯中医药干预试点工作方案（2024-2026年）》，现印发给你们，请结合实际抓好贯彻落实，确保试点工作扎实开展，取得实效。

山东省卫生健康委员会
山东省教育厅
山东省体育局
山东省疾病预防控制中心
2024年9月23日

山东省儿童青少年脊柱侧弯 中医药干预试点工作方案（2024-2026年）

为深入贯彻落实习近平总书记关于儿童青少年健康成长的系列重要指示批示精神，发挥中医药在儿童青少年脊柱侧弯防控工作中的优势和作用，根据国家中医药管理局等五部门《关于开展儿童青少年肥胖、脊柱侧弯中医药干预试点工作的通知》（国中医药综结合函〔2024〕39号）要求，制定如下工作方案。

一、工作目标

（一）总体目标。经过3年左右时间，建立较为完善的儿童青少年脊柱侧弯防控组织管理模式，健全中医药干预服务体系，加强人才队伍建设，广泛开展健康教育，提升中小学生健康素养。探索中医药健康促进的新模式，逐步形成可复

制、可推广的试点工作经验，构建“全员覆盖、学段衔接、医教协同、体卫融合、医防融合、中西医结合”的脊柱侧弯综合防控新发展格局。

（二）具体目标。

1. 健全省市县三级中医药干预服务网络，建立覆盖全省的防控监测管理系统。
2. 制定脊柱侧弯中医药综合防控技术方案，统一质控标准。中医药干预过程中遵循辨证施治基本原则，充分考虑儿童青少年个体差异，确保安全。
3. 2024年，各市初筛人数不少于本市儿童青少年总人数的25%；2025年，累计达到55%。2026年，全省初筛比例累计达到80%以上。
4. 经筛查和评估符合条件的干预对象，100%纳入防控监测管理系统，实施分级管理。
5. 学校将脊柱健康教育纳入健康教育课程的比例达到100%。
6. 探索将儿童青少年脊柱侧弯防控纳入政府民生工程范围，全面提升儿童青少年脊柱健康整体水平。

二、试点范围和干预对象

（一）试点范围。各市结合校园体检，以中小学生为主同步开展脊柱侧弯筛查和中医药干预试点工作。

（二）干预对象。脊柱侧弯试点干预对象以特发性脊柱侧弯为主，包括筛查后确诊为脊柱侧弯、脊柱前后弯曲异常或体态异常的6—18岁儿童青少年。经鉴别诊断和评估，将符合条件的儿童青少年纳入干预范围。

三、工作任务

（一）健全完善试点工作组织管理模式。

1. 建立健全工作机制。卫生健康（中医药）部门牵头，会同教育、体育、疾控等部门建立省市县三级试点工作协调机制，统筹推进试点工作。每市确定1家三级甲等中医医院（含中西医结合医院）、能够提供中医药干预服务的妇幼保健院或综合医院作为牵头医院，提供专业指导和技术支持。

2. 发挥服务网络作用。充分发挥现有省级儿童青少年脊柱侧弯中医药干预中心、市级基地和县级工作站作用，创新中西医协同、多学科合作模式，加强人才队伍建设，优化工作流程，前移防控关口，为推动融预防、诊断、治疗、康复、宣传为一体的全流程、全链条试点提供专业技术支持。

3. 引领社会共同参与。充分发挥医疗机构、中医药学术组织、学校、社区、家庭、个人等在试点工作中的作用，推动预防、筛查、诊断、治疗、康复、宣传等各环节紧密配合，形成全社会共同参与的工作格局。

（二）发挥中医药特色优势。

4. 制定技术方案。由省级牵头医院组建专家组，按照中西医结合、医体融合、医教融合、医防融合、饮食调护结合的原则，研究制定中医药综合防控技术方案，明确筛查评估标准、质控标准以及干预措施规范要求，持续完善《儿童青少年特发性脊柱侧弯中医药康复诊疗指南》。

5. 构建质控体系。设立省、市两级儿童青少年脊柱侧弯中医药干预质控中心，明确质控标准，利用大数据资源，开展全省儿童青少年脊柱侧弯防控影响因素分析和中医药综合防控效果评价，定期制发质控报告。

6. 加强人才队伍建设。以市为单位建立中医药干预技术培训、考核制度，各牵头医院对筛查、诊疗、康复等相关人员开展培训，对考核合格学员颁发合格证书，打造一支中医药特色突出、体卫融合、技术精良的脊柱侧弯中医药干预人才队伍。

7. 强化科研技术支持。开展不同年龄段脊柱侧弯中医药干预及运动、康复等中医药特色技术挖掘整理，鼓励科研人员参与脊柱矫形支具研发，加快推动脊柱侧弯中医药干预技术领域科技成果转化应用。

8. 做好早期干预。贯彻落实《儿童青少年脊柱侧弯国家防控技术指南》要求，组建专家技术团队，实施分类指导，在中小校园积极推广脊柱健康操，充分发挥中医药特色干预优势，中西医协同提升干预效果。

（三）定期开展健康监测和筛查。

9. 落实脊柱健康监测。严格落实《山东省中小学生健康体检管理实施办法(2022年版)》要求，将学生健康体检结果纳入学校档案管理，每学年进行一次常规健康体检，在外科检查项目中要重点关注中小學生脊柱发育情况。

10. 广泛开展健康筛查。各市制定完善网格化管理筛查方案，明确目标任务，细化实施步骤，统筹确定筛查机构和筛查人员，结合中小學生健康体检和各地实际，确保完成每年筛查任务量，做到筛查流程、筛查操作、数据上报的规范化、标准化、同质化。

11. 提升信息化管理水平。加强不同部门监测数据共享利用，建立全省儿童青少年脊柱侧弯防控监测管理系统，打通儿童青少年脊柱健康数据省、市、县、校四级网络。动态监测全省应筛查与实际筛查量、发病比例、性别占比、年龄结构、复查比例、干预情况等具体信息，实时掌握客观数据和工作进展。

（四）营造脊柱健康友好型社会环境。

12. 强化学校健康教育。推动所有中小学校将脊柱健康教育纳入健康教育课程。研究制定中小学规范写字姿势挂图和视频，引导学校为学生提供有利于脊柱健康的桌椅，注意教室电教设备安放高度以避免学生被迫仰头、含腰，造成学生姿态不良。鼓励在教室内配置小型储物柜，减轻学生书包重量，同时避免书包挤占课桌椅空间影响学生坐姿。

13. 促进家校联合。强化父母是儿童青少年健康教育第一任老师的责任，加强家校沟通，提高家庭对儿童青少年脊柱健康的认识，通过家校共育，培养儿童青少年正确坐、立、睡、行姿势习惯，引导儿童青少年强化科学锻炼、增强主动健康意识，预防和减少脊柱相关疾病。

14. 完善儿童青少年体育设施。增加适合儿童青少年户外活动和体育锻炼的场地设施，加强社区儿童青少年活动场所、健身步道、体育公园和多功能运动场地的建设。持续推进各类公共体育设施免费或低收费向儿童青少年开放。

（五）广泛开展科普宣教。

15. 拓展宣传渠道。各级卫生健康（中医药）、教育、体育、疾控部门加强配合联动，充分发挥电视、报刊等传统媒体以及新媒体作用，在幼儿园、学校、社区、家庭广泛普及儿童青少年脊柱侧弯中医药防控知识、中医药适宜技术和中医传统运动。

16. 丰富宣教形式。结合中医药文化进校园活动，开展中医药防控儿童青少年脊柱侧弯健康教育系列活动，引导儿童青少年强化科学锻炼、增强主动健康意识，增强社会对儿童青少年脊柱健康关注程度。

四、进度安排

（一）2024年，启动试点工作。各市卫生健康（中医药）会同教育、体育、疾控部门结合本地实际，开展基线调查，研究制定工作方案，分年度明确目标任务。建立工作机制，健全服务网络。面向重点人群开展主题宣传教育活动。以市为单位完成第一轮筛查。

（二）2025年，建设防控监测管理系统。面向专业人员的中医药干预技能培训全面覆盖。继续开展主题宣传教育活动，推动中小学将脊柱健康教育纳入健康教育课。开展中期评估，及时发现问题，协调推动解决。以市为单位完成第二轮筛查。

（三）2026年，以市为单位完成第三轮筛查。经筛查和评估符合条件的干预对象，全部纳入防控监测管理系统，实施分级管理。对试点工作实施情况进行终期评估，督促各项工作任务落实。做好总结交流和经验推广，建立健全长效机制。

五、保障措施

（一）加强组织领导。各地要将儿童青少年脊柱侧弯中医药综合防控工作作为推进健康中国、健康山东建设的重要内容，切实加强组织领导，结合实际明确试点工作的时间表、路线图，强化落实责任，创新工作方法，完善配套政策，统筹推进防控工作进学校、进社区、进家庭，形成“政府主导、学校参与、专业支持、家庭践行”工作机制，确保政策支持充分、机构成立及时、人员配备齐全、经费

支持充足、科普宣传广泛，试点任务落实到位。鼓励有条件的市将此项工作纳入本地政府民生实事或基本公共卫生服务项目统筹推进落实。

（二）明确责任分工。卫生健康（中医药）部门会同教育、省体育、省疾控等部门，制定工作方案，明确职责分工，协调推进试点工作。负责遴选牵头医院，构建专家智库，组织技术培训，实施质控标准，组织开展试点监督管理、效果评估，确保取得工作实效。指导符合条件的综合医院、专科医院、妇幼保健院积极参与试点工作，提升疾病综合诊疗防治水平。教育部门积极促进医教融合，配合建立学生健康档案，结合校园体检规范开展脊柱侧弯专项筛查工作；配合开展中医药防控脊柱侧弯等校园健康科普宣传，推动将中医传统体育项目融入学校大课间、体育课等，充分调动教师、学生和家长共同参与试点工作积极性，合力推进校园健康工作。体育部门积极促进体卫融合，推动体育项目进社区、进校园、进家庭；加强科学健身指导能力和体卫融合技能培训，协同推进保健操教学推广等工作，指导学校规范开展体育锻炼，培养儿童青少年科学锻炼、经常运动的习惯。疾控部门广泛宣传儿童青少年健康生活方式，为家庭、学校、社区等提供儿童青少年脊柱侧弯公共卫生干预技术指导和专业支持。省中西医结合医院作为省级牵头医院，会同各市牵头医院，通过组建专科联盟等方式，创新中西医协同、多学科合作模式，为全省试点工作提供专业指导和技术支持，促进儿童青少年脊柱侧弯中医适宜技术向基层医疗卫生机构推广应用。

（三）强化宣传推动。各市要高度重视儿童青少年脊柱侧弯中医药干预试点工作的宣传，充分运用多种方式加强政策解读，将试点工作安排提前向社会公告，扩大试点的覆盖面和影响力；深入发掘和宣传试点经验、典型做法、创新实践，营造全社会积极参与助力儿童青少年健康成长的良好氛围。省卫生健康委（中医药管理局）将会同有关部门，加强对儿童青少年脊柱侧弯中医药干预试点政策的培训指导，定期通报试点工作进展，推动形成可复制、可推广的试点工作经验。

发文机关：山东省卫生健康委员会、山东省发展和改革委员会等
成文日期：2024年10月14日
标题：关于印发《山东省关于促进人体器官捐献工作健康发展的若干措施》的通知
发文字号：发布日期：2024年10月21日
类别：医疗政策 关键字：人体器官捐献、健康发展

关于印发《山东省关于促进人体器官捐献工作健康发展的若干措施》的通知

各市卫生健康委、发展改革委、教育（教体）局、公安局、民政局、财政局、人力资源社会保障局、交通运输局、市场监管局、文化和旅游局（广播电视局）、医保局、工会、团委、妇联、红十字会：

为进一步规范全省人体器官捐献管理，推动完善人体器官捐献工作体系，促进人体器官捐献事业健康发展，省卫生健康委会同有关部门（单位）制定了《山东省关于促进人体器官捐献工作健康发展的若干措施》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

山东省卫生健康委员会
山东省教育厅
山东省民政厅
山东省人力资源和社会保障厅
山东省市场监督管理局
山东省医疗保障局
共青团山东省委
山东省发展和改革委员会
山东省公安厅
山东省财政厅
山东省交通运输厅
山东省广播电视局
山东省总工会
山东省妇女联合会
山东省红十字会
2024年10月14日

山东省关于促进人体器官捐献工作健康发展的若干措施

为推动完善人体器官捐献工作体系，贯彻落实国家卫生健康委等14部门联合印发的《关于促进人体器官捐献工作健康发展的意见》（国卫医急发〔2024〕18号），促进人体器官捐献事业健康发展，制定如下措施。

一、建立健全人体器官捐献工作机制

1. 健全工作体系。完善人体器官捐献相关工作制度、标准和流程，严格履行意愿登记、捐献见证、器官分配、人道关怀、缅怀纪念等工作职责，科学规范获

取器官，按照国家统一部署应用和推广信息化管理系统，通过中国人体器官分配与共享计算机系统公平公正地进行分配。全省力争近5年每年度人体器官捐献志愿登记人数增长超过10%，5年内百万人口捐献率达到9。（省卫生健康委、省红十字会按职责分工）

2. 深化多部门合作。各相关部门加强沟通合作，建立会商机制，共同研究制定相关政策，相互通报工作信息，联合开展人体器官捐献宣传动员、志愿服务、表扬奖励等活动，推动人体器官捐献系统性多学科协作机制的建设，形成人体器官捐献工作合力。（省卫生健康委、省红十字会、省发改委、省教育厅、省公安厅、省民政厅、省财政厅、省人力资源社会保障厅、省交通运输厅、省市场监管局、省广播电视局、省医保局、省工会、共青团山东省委、省妇联等部门按职责分工）

卫生健康行政部门负责人体器官捐献监督管理工作，协调相关部门共同推动人体器官捐献工作。

红十字会依法参与、推动人体器官捐献工作，开展人体器官捐献的宣传动员、意愿登记、捐献见证、缅怀纪念、人道关怀等工作，加强人体器官捐献组织网络、协调员队伍的建设和管理。

公安机关及交通管理部门负责保障运送人体捐献器官的救护车在公路上优先通行。交通管理部门组织沿线高速公路运营单位在收费站、服务区等沿途重点部位积极开展公路服务工作。公安机关户籍管理部门协助做好出具人体器官捐献亲属证明等相关材料。

民政部门负责指导因地制宜设置人体器官捐献人缅怀纪念设施，将符合条件的人体器官捐献者家庭按规定纳入城乡低保、特困人员、临时救助等社会救助保障范围。对符合惠民殡葬政策条件的人体器官捐献者减免遗体接运、遗体火化等基本殡葬服务费用。

财政部门依法对人体器官捐献工作给予支持。

市场监管部门协助推动人体器官捐献公益广告宣传工作。

广电部门负责指导广播电视节目、网络视听节目加大人体器官捐献工作政策宣传、科普宣传力度，开展人体器官捐献的典型人物、感人事迹宣传报道，鼓励引导广播电视播出机构围绕人体器官捐献主题积极创作相关优秀公益广告作品，并加大在各频道频率和新媒体端的播出力度。

医疗保障部门指导建立医保码（医保电子凭证）等与人体器官捐献志愿登记信息联动机制。

人力资源社会保障部门探索“总对总”对接，实现人体器官捐献志愿登记信息联动。通过电子社保卡签发渠道，宣传人体器官捐献有关知识。依法依规奖励推动人体器官捐献工作表现突出的个人和单位。

团委积极发挥思想政治引领并与青年志愿者协会组织联动，鼓励社会各界按照有关规定建立人体器官捐献志愿服务队伍，广泛开展人体器官捐献相关志愿服务活动。

3. 提升示范带头作用。各有关单位应当按照《人体器官捐献和移植条例》及《中共中央办公厅、国务院办公厅关于党员干部带头推动殡葬改革的意见》要求，鼓励党员干部逝世后捐献器官。卫生健康行政部门、工会、共青团组织、妇联、红十字会等有关群团组织加强医疗卫生机构、高校、企业及其他事业单位的人体器官捐献宣传普及，鼓励职工和师生参加人体器官捐献志愿登记，营造推进人体器官捐献工作的良好社会氛围，促进形成有利于人体器官捐献的社会风尚。（省卫生健康委、省红十字会、省总工会、共青团山东省委、省妇联等部门按职责分工）

二、优化服务和保障

4. 提供优质医疗服务。二级以上医疗机构要指定相应部门和专门人员为有遗体器官捐献意愿的个人和捐献者直系家属提供优质服务 and 保障，制定细化鼓励人体器官捐献的措施和保障政策，加强对人体器官捐献志愿登记者及其家属的跟踪服务工作，向人体器官捐献者家属提供必要的帮助和服务。人体器官获取组织所在医疗机构为在该院成功捐献者直系亲属每年提供一次免费健康查体服务，为有住院需求的捐献者直系亲属开辟绿色通道。各地要严格落实人体器官捐献激励政策，人体器官捐献者的配偶、直系血亲及三代以内的旁系血亲需要进行人体器官移植手术排位等待捐献器官时，在同等条件下优先排序。（省卫生健康委牵头，省红十字会配合）

5. 加强人道主义关怀。对捐献者直系家属开展困难帮扶、养老助学、精神抚慰等人道关怀活动。依法依规表扬奖励推动人体器官捐献工作表现突出的个人和单位。鼓励各市和有条件的县区建立人体器官捐献者缅怀纪念场所，稳步提升人体器官捐献事业的社会认知度，赢得全社会对人体器官捐献更广泛的认同和支持。（省红十字会、省卫生健康委、省民政厅、省人力资源社会保障厅等部门按职责分工）

6. 畅通信息报告渠道。二级以上医疗机构要及时将潜在捐献者相关信息报告所在区域人体器官获取组织，协助当地人体器官捐献管理机构和人体器官获取组织开展人体器官捐献相关工作，并提供必要的场地、设施、设备及人员等。卫生健康行政部门应将人体器官捐献信息报告工作纳入辖区二级以上医疗机构考核内容，指导医疗机构做好人体器官捐献宣传、信息报告人员培训等工作。（省卫生健康委牵头，省红十字会配合）

三、强化人体器官捐献宣传工作

7. 加大科普宣传力度。坚持“自愿无偿”的人体器官捐献原则和理念，弘扬“人

道、博爱、奉献”的红十字精神，践行社会主义核心价值观，不断增强人体器官捐献宣传工作的实效性。编写人体器官捐献科普材料，培训科普宣讲师资，有条件的地方建设人体器官捐献科普馆（室）。（省红十字会牵头，省卫生健康委配合）

8. 创新宣传方式方法。拓宽互动交流渠道，探索运用网络新媒体平台，融合传统媒介，开展交互式信息沟通，传播正能量。将人体器官捐献宣传广告纳入公益广告年度活动规划，加大在公益广告中的投放比例，在公交、地铁场站及交通工具内的公告栏、电子显示屏等载体展示人体器官捐献宣传标语。将人体器官捐献有关内容列入医学院校教材和课程，推动人体器官捐献学科建设。探索人体器官捐献志愿登记信息与电子健康码、电子社保卡、医保码（医保电子凭证）信息对接试点，在电子健康码、电子社保卡、医保码（医保电子凭证）上显示器官捐献志愿标志。（省红十字会、省卫生健康委、省交通运输厅、省广播电视局、省市场监管局、省教育厅、省人力资源社会保障厅、省医保局按职责分工）

9. 深挖宣传潜力。结合人体器官捐献工作实际，充分利用现有的献血屋、献血点等红十字宣传阵地，将人体器官捐献工作与无偿献血、造血干细胞捐献、遗体捐献等工作同推动、同部署，围绕人体器官捐献工作开展政策解读、答疑释惑、科普宣传、经验推广、捐献者感人故事等形式多样的宣传报道、媒体服务和信息发布工作。医疗机构应当在显著位置及各科室宣传栏摆放人体器官捐献宣传科普材料，利用电子显示屏等媒介播放人体器官捐献宣传视频。更加提高全社会对器官捐献重要意义的普遍认识，努力营造全社会支持遗体器官捐献的良好氛围。（省红十字会、省卫生健康委等部门按职责分工）

10. 提升社会认知度。在器官捐献相关纪念日举办主题宣传活动，充分发挥典型案例的带动作用、导向作用和示范作用，全方位、多角度、深层次宣传报道人体器官捐献的典型人物、感人事迹，讲好人体器官捐献故事，发掘感人事迹，制作精良的文艺作品，传播好人体器官捐献理念，提升人体器官捐献的影响力、公信力。（省红十字会、省卫生健康委、省广播电视局等部门按职责分工）

四、规范人员队伍管理

11. 严格协调员注册和培训。工作人员报名人体器官捐献协调员（以下简称协调员）时，其所在单位应综合考虑其在政治素质、思想品德、履职能力、遵纪守法等方面的情况，择优推荐。人体器官捐献管理机构对拟注册协调员的人员要进行严格把关，依规审查拟注册人的人事关系、专业资格等相关材料，符合条件的人员应当按照《人体器官捐献协调员管理办法》有关要求取得培训合格证书后，由省红十字会审核批准后登记注册。协调员要肩负起器官获取时的见证责任，确保人体器官捐献工作符合相关规范和要求。人体器官捐献管理机构负责组织协调员参加相关法规和业务培训，每年参加业务培训不少于12个学时，人体器官获取

组织要积极组织服务范围内协调员参加互动、讨论、实操演练等形式的团队培训，不断提高协调员的法治素养、职业精神、专业素质和工作能力。（省红十字会牵头，省卫生健康委配合）

12. 加大协调员监管力度。人体器官捐献管理机构按照《人体器官捐献协调员管理办法》有关要求，从参与捐献宣传动员、捐献见证案例数量及驳回修改次数、所见证案例在媒体报道宣传次数、人道关怀、缅怀纪念服务、廉洁自律等方面对协调员实施日常监督和考核。对工作岗位变更等不再从事协调员工作的，按程序及时注销其协调员工作证件。做好协调员岗位设置、薪酬待遇和职称晋升等方面保障，确保协调员队伍健康稳定发展。（省红十字会牵头，省卫生健康委、省人力资源社会保障厅按职责分工）

13. 强化志愿服务队伍建设。省红十字会负责本行政区域内人体器官捐献志愿服务队伍的建设和管理。县级以上红十字会、各人体器官获取组织至少成立一支人体器官捐献志愿服务队伍，广泛深入地开展宣传动员、人道关怀、缅怀纪念等志愿服务活动。二级及以上医疗机构要设置人体器官捐献服务站、组建志愿服务队，提供人体器官捐献登记和咨询服务，协助人体器官捐献者及其亲属办理捐献手续，协助人体器官捐献协调员完成捐献见证、捐献者缅怀纪念，组织宣传发动等工作。鼓励有关单位和社会组织按照有关规定建立志愿服务队伍。（省卫生健康委、省红十字会牵头，省总工会、共青团山东省委等部门按职责分工）

14. 深入开展志愿服务。积极推动人体器官捐献志愿服务与社区志愿服务等活动深度融合，开展人体器官捐献知识“进医院、进高校、进社区、进机关”的公益宣传活动，广泛进行政策解读、科普宣传、捐献者感人故事宣讲，加强人体器官捐献宣传普及，号召更多人参与器官捐献志愿登记，有序推进我省人体器官捐献的健康可持续发展。（省红十字会牵头，省卫生健康委、省总工会、共青团山东省委等部门按职责分工）

发文机关：山东省药品监督管理局
成文日期：2024年10月25日
标 题：关于公开征求《山东省药品经营监督管理办法（征求意见稿）》意见的通知
发文字号：发布日期：2024年10月25日
类 别：医药政策 关 键 字：药品经营、监督管理

关于公开征求《山东省药品经营监督管理办法（征求意见稿）》意见的通知

各有关单位：

为进一步加强全省药品经营企业监督管理，保障药品经营质量安全，促进我省药品流通行业高质量发展，根据《药品管理法》《药品管理法实施条例》《药品经营和使用质量监督管理办法》《药品经营质量管理规范》等法律法规规章规定，结合我省实际，省局组织起草了《山东省药品经营监督管理办法（征求意见稿）》，现征求各有关单位意见。请填写征求意见反馈表（附件3），于2024年11月25日前反馈至电子邮箱 ypscs Shandong.cn，邮件主题请注明“山东省药品经营监督管理办法（征求意见稿）的意见反馈”。

- 附件：1. 山东省药品经营监督管理办法（征求意见稿）
2. 山东省药品经营监督管理办法（征求意见稿）起草说明
3. 山东省药品经营监督管理办法（征求意见稿）征求意见反馈表

山东省药品监督管理局
2024年10月25日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于公开征求《山东省药品经营监督管理办法（征求意见稿）》意见的通知

发文机关：湖北省卫生健康委员会、中共
湖北省委机构编制委员会办
公室等

成文日期：2024年10月17日

标 题：湖北：关于印发加强公立医院薄弱专科人才队伍建设的指导意见的通知

发文字号：鄂卫发〔2024〕32号

发布日期：2024年10月17日

类 别：人才培养

关 键 字：公立医院、薄弱专科、人才队
伍建设

湖北：关于印发加强公立医院薄弱 专科人才队伍建设的指导意见的通知

鄂卫发〔2024〕32号

各市、州、直管市、神农架林区卫生健康委、编办、教育局、财政局、人社局、医保局：

现将《加强公立医院薄弱专科人才队伍建设的指导意见》印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

湖北省卫生健康委员会 中共湖北省委机构编制委员会办公室

湖北省教育厅

湖北省财政厅

湖北省人力资源和社会保障厅

湖北省医疗保障局

2024年10月17日

关于加强公立医院薄弱专科人才队伍建设的指导意见

人才是临床专科高质量、可持续发展的基础。为全面提升我省公立医院薄弱专科人才的数量、素质和能力，补齐医疗资源短板，根据《省人民政府办公厅关于印发推动公立医院高质量发展若干措施的通知》（鄂政办发〔2022〕13号）精神，提出以下指导意见。

一、总体目标

聚焦病理、护理、儿科、麻醉、精神卫生、感染等6类薄弱专科（以下简称薄弱专科），坚持统筹资源、分类施策，不断深化医教协同、人事编制、职称晋升、薪酬待遇等改革，加快建立完善薄弱专科育才、留才、聚才、用才机制。

到2025年底，全省病理科医师总数达到1600人左右；护士总数达到25万人以上，每千人口护士数达到4.3人以上；每千名儿童拥有儿科执业（助理）医师数达到0.65人；麻醉医师总数达到4200人左右；精神科医师达到5.22名/10万人；感染性疾病科医师总数达到1200人左右。

到2027年底，全省病理科医师总数达到2100人左右；护士总数力争达到30

万人左右，每千人口护士数力争达到 5 人左右；每千名儿童拥有儿科执业（助理）医师数达到 0.87 人；麻醉医师总数达到 4800 人左右；精神科医师达到 5.48 名/10 万人；感染性疾病科医师总数达到 1300 人左右。

二、医教协同加强薄弱专科人才培养

（一）加强医学院校学科建设。建立健全医学人才培养供需平衡机制，以行业需求为导向，统筹全省医疗机构薄弱专科需求，支持在鄂高等医学院校进一步优化学科专业结构、合理制定招生计划，落实以需定招。扩大省属院校薄弱专科专业本科、专业研究生（硕士、博士）招生规模。支持各类高校创建国家重点学科、省重点学科、一流建设学科，增加薄弱专科高水平人才供给。

（二）拓宽薄弱专科人才培养路径。将薄弱专科人才培养纳入紧缺专业人才培养规划。遴选确定一批“湖北省急需紧缺和薄弱专科人才融合培养基地”重点院校，建设认证一批“湖北省薄弱专科人才实践教学基地”。实施基层订单定向免费薄弱专科人才培养项目，增强县级及以下医疗机构薄弱专科人才队伍。以岗位胜任力为核心，以需求为导向，制定薄弱专科继续医学教育指南，大力发展远程继续教育，提升薄弱专科继续医学教育针对性、有效性，扩大覆盖面，增强在职在岗薄弱专科医务人员能力水平。

（三）加强薄弱专科人才培训。全省住院医师规范化培训向薄弱专科倾斜，逐步扩大招收规模。实施薄弱专科在岗技术人员专项培训计划，依托省医学会各分会和省级质控中心，每三年对全省所有二级及以上医疗机构薄弱专科专业医师和技师开展全覆盖培训。鼓励符合条件的专科医师参加有关薄弱专科特别是儿科、精神、麻醉等医师转岗培训。

（四）加大薄弱专科领军人才培养力度。省“楚天英才计划”医疗卫生人才、省医学青年拔尖人才等重大人才工程向薄弱专科倾斜，加大遴选培养力度。支持更多薄弱专科高层次人才申报国家重大人才工程和高层次专家评选。支持高水平公立医院、医学院校、科研院所、高等级实验室引进一批病理学、儿科学等薄弱专科领域高层次和高水平团队。支持薄弱专科领军人才申报国家和省级重大科研项目。鼓励支持薄弱专科人才参与国际学术交流和国际合作研究项目。

三、完善薄弱专科人才激励政策

（五）用足用活编制资源。建立编制动态调整机制，逐步动态增加公立医院人员编制数量。各地要按照“控制总量、盘活存量”的原则，摸清各级各类公立医疗机构编制特别是空编情况，用好空余编制，重点向薄弱专科和优秀技术人员倾斜。参照《湖北省省直高层次人才专项事业编制管理细则》（鄂编办发〔2022〕15号）精神，建立各地高层次人才专项事业编制周转池，对急需引进的紧

缺和薄弱专科高水平人才给予倾斜支持，稳定和吸引高水平医学人才。

（六）提高薄弱专科医务人员薪酬待遇。落实“两个允许”，坚持“医疗、医保、医药”协同改革，加大药品耗材集采工作力度，降低药品耗材虚高价格，腾出的空间，在让利群众的同时，及时动态调整医疗服务价格并向薄弱专科倾斜，每年可选取10项左右涉薄弱专科的项目进行专项调整，拓宽薪酬来源渠道。完善公立医院内部分配办法，结合实际向人民群众急需且专业人才短缺的薄弱专业倾斜，符合条件的可参考人才市场价格合理确定薄弱专科医务人员薪酬水平，所需总量在公立医院薪酬总量或绩效工资总量中单列，不计入总量核定基数。落实医保基金结余留用政策，医保结余留用资金重点向薄弱专科医务人员倾斜。努力使综合性医院薄弱专科医务人员的薪酬水平不低于医院医师薪酬平均水平。

（七）增强薄弱专科职业吸引力。各地结合实际适当提高医疗机构薄弱专科专业技术高、中级岗位比例，对作出突出贡献、符合条件的薄弱专科医务人员，在岗位晋升时优先考虑。优化薄弱专科医务人员职称评审标准，突出工作实绩评价，分层级对论文、科研提出相应要求，其中县级及以下不作硬性规定；鼓励医务人员积极参与薄弱专科的远程医疗活动，视同下基层帮扶，与职称晋升挂钩；对长期在临床一线和艰苦岗位工作的薄弱专科医务人员，在职称评审中优先推荐。鼓励薄弱专科医务人员开展科研活动，优化薄弱专科领域科研成果收益分配机制，对成果完成人和成果转化重要贡献人，可按转化收益70%以上给予奖励。深入挖掘、宣传薄弱专科医务人员先进典型事迹，积极推荐优秀薄弱专科医务人员参加各级各类先进表彰并落实奖励政策。

四、强化薄弱专科人才队伍建设保障措施

（八）完善城乡对口帮扶机制。建立健全城市三级公立医院分片包县、二级公立医院包乡（镇）的工作机制，以紧密型城市医疗集团和县域医共体为载体，以薄弱专科建设为重点，通过专家派驻、专科共建、临床带教、远程医疗、科研和项目协作等方式，带动区域内医疗机构整体提升薄弱专科服务能力和水平。城市二级及以上公立医院每年至少派出3名以上专业技术人员到对口帮扶的县、乡公立医疗机构常驻开展帮扶工作。县及县以下公立医疗机构要有计划安排薄弱专科专业技术人员到上级医院、科研院所进修学习，提升业务能力。

（九）优化多渠道投入保障机制。落实政府投入主体责任，各级政府按规定落实对符合区域卫生规划的公立医院投入政策，调整支出结构，加大对重点学科特别是薄弱专科发展的投入倾斜力度。发挥医保的基础性作用，不断深化药品耗材集中带量采购、医疗服务价格动态调整、医保支付方式改革、药品耗材使用监管等改革，逐步提高医疗服务收入占医疗收入的比例，支持薄弱专科建设和薄弱

专科人才培养。鼓励社会资本以奖学金、基金等形式支持薄弱专科人才队伍建设。

（十）建立考核评价机制。省卫生健康委会同有关部门制定薄弱专科人才队伍建设考核评价方案，建立考核评价指标体系，每年对全省薄弱专科人才队伍建设情况进行评价，评价结果在分配公立医院综合改革补助资金时予以应用。对推进有力、成效明显的地方通报表扬，对措施不实、组织不力的地方通报批评。各地要建立完善考核评价机制，确保薄弱专科人才队伍建设各项举措落到实处。

各地、各有关部门要高度重视公立医院薄弱专科人才队伍建设，将其纳入深化医药卫生体制改革的重点内容，加强组织领导、建立部门协同机制，细化任务分工、完善配套措施，落实投入保障、强化日常调度，确保各项政策措施落实落地。

发文机关：湖北省医疗保障局办公室
成文日期：2024年10月25日
标 题：湖北省医疗保障局办公室关于开展医疗服务价格规范治理（第一批）的通知
发布日期：2024年10月25日
发文字号：
关 键 字：医疗服务、价格规范治理
类 别：医疗政策

湖北省医疗保障局办公室关于开展 医疗服务价格规范治理（第一批）的通知

各市、州、直管市及神农架林区医疗保障局，在汉部省属公立医疗机构和军队医疗机构：

为贯彻落实国家医保局《关于开展医疗服务价格规范治理（第一批）的通知》（医保价采函〔2024〕217号）精神，结合大型医疗设备专项治理的工作要求，进一步规范医疗服务价格管理，推进地区间医疗服务价格水平相对均衡，现就开展医疗服务价格规范治理工作通知如下。

一、第一批治理项目范围

血栓弹力图实验（TEG）、糖化血红蛋白测定、B型钠尿肽（BNP）测定、B型钠尿肽前体（PRO-BNP）测定。

二、治理目标价格

以省管价格三级公立医疗机构现行单项价格和国家医保局治理目标价的低值作为我省治理目标价（见附件），省管价格三级公立医疗机构按附件价格执行。省管价格二级公立医疗机构按武汉市确定的同等级价格执行。各地按照不高于我省治理目标价格调整政府指导价。现行价格水平低于目标价格的，暂不进行调整。

三、工作要求

（一）各地应严格按照本通知要求，于10月31日前下调本次偏高的检验价格至治理目标价，并保持各等级公立医疗机构之间合理比价关系，同时将落实情况报告省医保局。

（二）各地要密切关注此次治理后项目服务量和总费用的变化情况，防范同类可替代项目服务量激增。同时结合大型医疗设备专项治理的工作要求，做好设备物耗占比高的检查检验项目价格治理工作。

（三）相关公立医疗机构按照政府指导价规定，可向下浮动价格，下浮幅度不限。同时严格执行价格公示、“一日清单”和价格投诉处理制度，自觉接受社会监督。

省管价格三级公立医疗机构自2024年10月31日起执行。原政策文件与本通

知不符的，以本通知为准。

附件：医疗服务价格规范治理项目明细表（第一批）

湖北省医疗保障局办公室

2024年10月25日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 湖北省医疗保障局办公室关于开展医疗服务价格规范治理（第一批）的通知

发文机关：湖南省医疗保障局
成文日期：2024年10月17日
标题：关于印发《湖南省集采药品“进零售药店”试点实施方案》的通知
发文字号：湘医保发〔2024〕43号
发布日期：2024年10月21日
类别：集中采购
关键字：集采药品、零售药店

关于印发《湖南省集采药品 “进零售药店”试点实施方案》的通知

湘医保发〔2024〕43号

各市州医疗保障局：

现将《湖南省集采药品“进零售药店”试点实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

湖南省医疗保障局
2024年10月17日

湖南省集采药品“进零售药店”试点实施方案

为深入贯彻党的二十届三中全会精神，进一步巩固药品集中带量采购政策落地成效，让群众在家门口就能买到质优价宜的集中带量采购中选药品（以下简称“集采药品”），根据《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2号）等有关规定，借鉴长沙市和相关省、市集采惠民药店改革试点经验做法，决定在全省范围开展集中带量采购中选药品（以下简称“集采药品”）“进零售药店”（药品零售连锁企业门店、单体药店，下同）试点工作，制定本实施方案。

一、总体思路

践行以人民为中心的发展思想，发挥医保部门“搭平台、促对接、优服务”作用，按照“自愿参与、便民惠民，保障供应、稳步推进”的工作思路，以集采中选企业、零售药店为参与主体，开展集采药品“进零售药店”试点，让集采改革成果惠及更广大人民群众。

二、实施范围

（一）药店范围。长沙市以外的市州选择不少于1个县（市）和1个区开展试点，试点区域内的医保门诊统筹定点药店全部参加，其他医保定点药店自愿参加。

（二）药品范围。我省正在执行且中选企业主动承诺保障供应的集采中选药品。

三、主要内容

(一) 统一建设标准。鼓励参加集采药品“进零售药店”试点的药店做到“五统一”：统一悬挂集采专识标牌、统一设置集采药品专区(柜)、统一双标签公示价格、统一销售价格承诺、统一监督管理。标牌标识参考样式详见附件4。

(二) 确定参加单位。参加集采药品“进零售药店”试点的药店，应向属地医保部门提交申请书和承诺书(详见附件1、2)。市、县医保部门要认真审核把关，确认参加药店名单，并通过官方网站等渠道面向社会公开。

(三) 发布药品品种。省级医保部门按照中选企业自愿申报、主动承诺、保障供应和适宜在集采药品“进零售药店”试点的药店配备销售的原则，统一发布《湖南省集采药品“进零售药店”试点药品品种》(以下简称《“进零售药店”药品品种》，详见附件5)并动态更新。《“进零售药店”药品品种》主要为适宜在试点药店配备销售的心脑血管疾病、消化系统疾病、呼吸系统疾病、内分泌及代谢类、泌尿生殖、全身用抗感染类、皮肤病等常见病、慢性病等非注射剂类(胰岛素除外)集采中选药品。

(四) 选择药品品种。参加集采药品“进零售药店”试点的药店在遵循国家药物配备使用和医保药品目录有关规定的基礎上，从《“进零售药店”药品品种》中自主遴选药品品种，连锁门店集采药品配备数量原则上不少于60种(按药品通用名统计，下同)，单体零售药店集采药品配备数量原则上不少于50种。鼓励连锁零售药店以市州为单位配齐《“进零售药店”药品品种》。

(五) 鼓励平台采购。市州医保部门及时组织参加集采药品“进零售药店”试点的药店注册湖南省医保信息平台药品和医用耗材招采管理子系统(以下简称“省招采管理系统”)药品采购账号，鼓励通过省招采管理系统采购集采药品。集采药品中选企业自主选择配送企业，通过省招采管理系统保留原有或新增配送关系。

(六) 做好供需对接。市州医保部门及时组织参加集采药品“进零售药店”试点的药店根据自身需求在省招采子系统报送计划采购量。省级医保部门负责汇总全省参加集采药品“进零售药店”试点的药店名单和药品采购需求，推送至相关集采药品中选企业。

(七) 签订购销协议。市州医保部门及时组织参加集采药品“进零售药店”试点的药店在省招采子系统签订购销协议(详见附件3)，压实各方集中带量采购主体责任。

(八) 严格价格承诺。参加集采药品“进零售药店”试点的中选企业应根据参加药店采购需求，按不高于集采中选价格及时足量供应中选产品；参加集采药品“进零售药店”试点的药店应双标签公示集采药品中选价格和销售价格，鼓励

按不高于集采中选价格销售，也允许在集采中选价基础上顺加不超 15% 销售。

（九）加强配备使用。参加集采药品“进零售药店”试点药店应加强集采药品的配备、使用和管理。

四、配套措施

（一）强化药品供应保障。参加集采药品“进零售药店”试点的中选企业是供应保障的第一责任人，应加强对配送企业的管理，确保按试点药店采购需求及时足量供应。集采药品原则上应在 10 个工作日内配送到位，不得因订单数量、地理位置等原因拒绝配送、拖延配送。对无正当理由不能保障稳定供应、超中选价格供应的，各市州医保部门要及时约谈中选企业或其选定的配送企业。经约谈后仍拒不整改的，省级医保部门可采取取消其集采药品“进零售药店”试点资格、将相应药品品种调出《“进零售药店”药品品种》等，情节严重的在集采工作中依规给予处理。

（二）明确货款结算方式。零售药店应按采购协议与企业及时结算集采药品货款，结清时间原则上不应超过交货验收合格后次月底。

（三）明确医保支付标准。参加试点的集采药品以中选价为支付标准纳入医保门诊统筹结算，低于中选价的按实际价格结算。试点药店应推荐患者使用试点集采中选药品，销售非中选药品时应向患者作出说明，并登记回执。

（四）强化集采药品管理。参加集采药品“进零售药店”试点的药店应严格遵守有关部门规定，供应的集采药品应符合相应贮存条件和质量管理要求，不得违规向集采药品供应企业收取上架费、返点、回扣等。集采药品须在进销存系统中做单独标记，严禁倒卖、串换、分销、跨省销售集采药品，严禁强行搭售或捆绑销售其他商品。严格落实药品信息化追溯规定，建立药品追溯管理制度，对所有赋码药品入出库扫码，确保集采药品来源明确、去向可查。

（五）加强日常监督检查。各市州医保部门要加强对集采药品“进零售药店”试点药店的监督，对“五统一”标准执行不规范、超出承诺价销售、串货倒卖、不按协议结算货款等违规行为的，视情节采取提醒、告诫、约谈、暂停或取消参与集采“进零售药店”试点资格。

（六）完善评价激励措施。各级医保部门应遵照湖南省医疗保障政务服务经办指南要求，及时与医保定点医药机构进行费用结算。要建立健全集采药品“进零售药店”试点药店激励机制，在医保定点准入、职工医保门诊统筹、门诊慢特病医保定点、双通道药品医保定点、减免质量保证金、预付医保资金、医保信用评级、绩效考核分级管理等中予以激励。

五、实施步骤

（一）制定实施方案（2024年10月）。省级医保部门统一制定《湖南省集采药品“进零售药店”试点实施方案》。

（二）公布药品品种（2024年10月）。省级医保部门统一动态公布《“进零售药店”药品品种》。

（三）正式启动实施（2024年10月底前）。各市州市医保部门按照“申报一批、成熟一批、运行一批”的原则，指导参加集采药品“进零售药店”试点的药店按照“五统一”标准完成基础改造、开通省招采子系统采购账号、签订购销协议等，向社会公布集采药品“进零售药店”试点的药店名单。

（四）总结优化提升（2024年12月）。各市州医保部门于2024年12月底前将集采药品“进零售药店”试点执行情况报省级医保部门。省级医保部门将适时组织对全省集采药品“进零售药店”试点总结评估。

六、工作要求

（一）提高思想认识。集采药品“进零售药店”试点是进一步巩固药品集采政策落地成效，增强集采药品可及性和群众购药便捷性的重要举措，各市州、试点县市区医保部门要高度重视，切实加强组织领导，结合实际创新方式方法、细化工作措施，确保集采药品“进零售药店”试点取得扎实成效。

（二）强化组织实施。各级医保部门要把集采药品“进零售药店”试点作为年度重点工作任务统筹谋划和推进，积极做好职工医保门诊统筹、医保报销、定点医药机构管理等政策衔接。加强相关部门的协同配合，建立健全工作联动机制，形成工作合力。

（三）加强宣传引导。各级医保部门要加强对参加集采药品“进零售药店”试点相关政策的宣传解读，提高集采药品“进零售药店”试点知晓率和满意度，营造良好的社会氛围。

- 附件：1. 湖南省集采药品“进零售药店”试点申请表（样本）
2. 湖南省集采药品“进零售药店”试点承诺书（样本）
3. 湖南省集采药品“进零售药店”试点购销协议（样本）
4. 湖南省集采药品“进零售药店”试点药店标牌标识参考样式
5. 湖南省集采药品“进零售药店”试点药品品种（第一批）

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发《湖南省集采药品“进零售药店”试点实施方案》的通知

发文机关：广东省医疗保障局
成文日期：2024年10月17日
标 题：广东省医疗保障局关于印发《广东省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）》的通知
发文字号：
发布日期：2024年10月21日
类 别： 医保政策
关 键 字： 集采药品、零售药店

广东省医疗保障局关于印发《广东省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）》的通知

各地级以上市医疗保障局：

为贯彻落实《社会保险经办条例》（国务院令第765号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈全国医疗保障经办政务服务事项清单（2023年版）〉的通知》（医保办发〔2023〕24号）等要求，现将调整优化后形成的《广东省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）》（以下简称《2024年版省级清单》）印发你们，并就有关事项通知如下：

一、提高政治站位，高度重视清单执行工作

各地医保部门要高度重视，始终坚持以人民为中心，将实施《2024年版省级清单》作为推动医保领域“高效办成一件事”，持续优化政务服务、提升行政效能的重要举措，结合《社会保险经办条例》依法依规经办，减掉一切能减可减的环节，免去一切非必要不必须的材料，鼓励各地通过提供确认表单等形式，进一步减免参保人所需提交材料，切实为群众提供规范、统一、优质、高效、便捷、安全的医保经办管理服务。

二、推动数智赋能，提升线上线下服务水平

各地要大力推进经办数字化转型，抓好信息系统适应性改造、强化部门间数据共享，实现政府部门核发的材料群众免于提交，能够提供电子证照的群众免于提交实体证照。各地要不断优化线上“一网通办”服务，实现全部事项应上尽上、更多事项“免申即享”，积极提供智能化办事引导，并持续完善市、县、乡镇（街道）、村（社区）四级经办管理服务体系，提高“人性化”服务水平，保障不同人群平等享受服务。

三、严密组织实施，强化事项办理监测管理

各地要指定专人负责清单、办事指南管理和发布，加强宣传指引，运用信息化手段积极建立健全《2024年版省级清单》执行情况监测机制，重点监测是否有超规定收取材料、超时限办结业务等问题，实现事项办理全流程监管。同时，各

地要定期对各级医保经办机构，特别是基层人员开展业务培训，确保规范统一开展事项经办，提高各级人员医保经办服务能力和水平，实现“高效办成每件事”。

各地严格执行《2024年版省级清单》，不得另行制定市级清单。省医疗保障部门将适时根据影响省级清单及办事指南继续执行等情况，对清单事项、受理表格及办事指南适时进行调整。需按照国家规定开展试点工作的地市可按相关规定开展。

本通知自2024年11月1日起实施，有效期3年。《广东省医疗保障局关于印发〈全省医疗保障经办政务服务事项清单（2022年版）〉的通知》（粤医保规〔2022〕11号）同时废止。

- 附件：1. 广东省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）
2. 广东省医疗保障经办政务服务事项清单受理表格（2024年版）
3. 广东省医疗保障经办政务服务事项办事指南（2024年版）

广东省医疗保障局
2024年9月29日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网（www.drugnet.com.cn）>政策法规>通知公告>广东省医疗保障局关于印发《广东省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）》的通知

发文机关：广东省医疗保障局
成文日期：2024年9月24日
标 题：广东省医疗保障局关于印发《广东省基本医疗保险用药管理暂行办法》的通知
发文字号：发布日期：2024年10月15日
类 别：医保政策
关 键 字：基本医疗保险、用药管理

广东省医疗保障局关于印发《广东省基本医疗保险用药管理暂行办法》的通知

各地级以上市医疗保障局：

为贯彻落实《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令第1号），保障我省参保人员基本用药需求，我局制定了《广东省基本医疗保险用药管理暂行办法》，现印发给你们，请认真贯彻落实。

广东省医疗保障局
2024年9月24日

广东省基本医疗保险用药管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为保障我省参保人员基本用药需求，提升基本医疗保险用药科学化、精细化管理水平，提高基本医疗保险资金使用效益，推进治理体系和治理能力现代化，依据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规和《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令第1号），制定本暂行办法。

第二条 广东省医疗保障行政部门对基本医疗保险用药范围的确定、调整，以及广东省各级医疗保障部门对基本医疗保险用药的支付、管理和监督等，适用本办法。

第三条 根据国家规定，广东省基本医疗保险用药范围通过制定《广东省基本医疗保险药品目录》（以下简称《广东医保药品目录》）进行管理，符合《广东医保药品目录》的药品费用，按照国家、省的规定由基本医疗保险基金支付。《广东医保药品目录》实行通用名管理，《广东医保药品目录》内药品的同通用名药品自动属于广东省基本医疗保险基金支付范围，国家谈判药品（含竞价药品，下同）的通用名管理按照国家医疗保障行政部门的规定执行。

第四条 基本医疗保险用药管理坚持以人民为中心的发展思想，切实保障参保人员合理的用药需求；坚持“保基本”的功能定位，既尽力而为，又量力而行，

用药保障水平与基本医疗保险基金和参保人承受能力相适应；坚持分级管理，明确各层级职责和权限；坚持专家评审，适应临床技术进步，实现科学、规范、精细、动态管理；坚持中西药并重，充分发挥中药和西药各自优势。

第五条 《广东医保药品目录》由凡例、西药、中成药、协议期内的国家谈判药品、中药饮片、医疗机构制剂六部分组成。为维护临床用药安全和提高基本医疗保险基金使用效益，《国家基本医疗保险药品目录》（以下简称《国家药品目录》）内药品限定医保支付条件的，从其规定。

第六条 广东省医疗保障行政部门根据国家医疗保障行政部门的统一部署，负责调整《广东医保药品目录》及其监督实施等工作，负责省内的基本医疗保险用药管理，制定本省基本医疗保险用药管理政策措施。广东省医疗保障行政部门以《国家药品目录》为基础，按照国家规定的调整权限和程序将符合条件的民族药、医疗机构制剂、中药饮片纳入广东省医保支付范围，按规定向国家医疗保障行政部门备案后实施。

各统筹地区医疗保障部门负责《广东医保药品目录》及相关政策的实施，按照医保协议对定点医药机构医保用药行为进行审核、监督和管理，按规定及时结算和支付医保费用，并承担相关的统计监测、信息报送等工作，不得自行制定目录或调整医保用药限定支付范围。

第二章 《广东医保药品目录》的制定和调整

第七条 广东省医疗保障行政部门建立完善动态调整机制，根据国家医疗保障行政部门统一部署调整《广东医保药品目录》，及时公布调整结果并全省统一执行。

第八条 在《国家药品目录》的基础上，我省增补纳入《广东医保药品目录》的药品应当是经国家药品监管部门批准，取得药品注册证书的民族药，以及按照法定标准（含国家药品标准、省级药品监管部门的炮制规范）炮制的中药饮片，经省级药品监管部门批准的治疗性医疗机构制剂，并符合临床必需、安全有效、价格合理等基本条件。

第九条 以下药品不纳入《广东医保药品目录》：

- （一）主要起滋补作用的药品；
- （二）含国家珍贵、濒危野生动植物药材的药品；
- （三）保健药品；
- （四）预防性疫苗和避孕药品；
- （五）主要起增强性功能、治疗脱发、减肥、美容、戒烟、戒酒等作用的药品；

(六) 因被纳入诊疗项目等原因, 无法单独收费的药品;

(七) 酒制剂、茶制剂, 各类果味制剂(特殊情况下的儿童用药除外), 口腔含服剂和口服泡腾剂(特别规定情形的除外)等;

(八) 其他不符合基本医疗保险用药规定的药品。

第十条 在《广东医保药品目录》内, 按规定由广东省医疗保障行政部门增补的药品, 有下列情况之一的, 经专家评审后, 由广东省医疗保障行政部门直接调出《广东医保药品目录》:

(一) 被药品监管部门撤销、吊销或者注销药品批准证明文件的药品;

(二) 被有关部门列入负面清单的药品;

(三) 综合考虑临床价值、不良反应、药物经济性等因素, 经评估认为风险大于收益的药品;

(四) 通过弄虚作假等违规手段进入《广东医保药品目录》的药品;

(五) 国家规定的应当直接调出的其他情形。

第十一条 在《广东医保药品目录》内, 按规定由广东省医疗保障行政部门增补的药品, 符合以下情况之一的, 经专家评审等规定程序后, 可以由广东省医疗保障行政部门调出《广东医保药品目录》:

(一) 在同治疗领域中, 价格或费用明显偏高且没有合理理由的药品;

(二) 临床价值不确切, 可以被更好替代的药品;

(三) 其他不符合安全性、有效性、经济性等条件的药品。

第十二条 中药饮片、民族药按照国家相关规定, 由广东省医疗保障行政部门组织专家评审进行调整。医疗机构制剂由医疗机构向所属的地级以上市医疗保障行政部门申报, 地级以上市医疗保障行政部门汇总后按要求上报, 广东省医疗保障行政部门按国家相关规定组织专家评审后进行调整。

第十三条 对于因更名、异名等原因需要对药品的目录归属进行认定的, 如属于《国家药品目录》内的药品, 广东省医疗保障行政部门按国家医疗保障行政部门认定后发布的结果进行认定。如不属于《国家药品目录》内但属于《广东医保药品目录》内的药品, 广东省医疗保障行政部门按程序进行认定。

第三章 《广东医保药品目录》的使用

第十四条 广东省医疗保障行政部门执行国家医疗保障行政部门下发的国家医保药品代码。

第十五条 药品挂网价格和医保药品支付标准按照国家医疗保障行政部门有关政策执行。

第十六条 在满足临床需要的前提下, 医保定点医疗机构须优先配备和使用《广东医保药品目录》内药品。逐步建立《广东医保药品目录》与定点医疗机构

药品配备联动机制，定点医疗机构根据《广东医保药品目录》调整结果及时对本医疗机构用药目录进行调整和优化。

第四章 医保用药的支付

第十七条 参保人使用《广东医保药品目录》内药品发生的费用，符合以下条件的，可由基本医疗保险基金支付：

- （一）以疾病诊断或治疗为目的；
- （二）诊断、治疗与病情相符，符合药品法定适应症及医保限定支付范围；
- （三）由符合规定的定点医药机构提供，急救、抢救的除外；
- （四）由统筹基金支付的药品费用，应当凭医生处方或住院医嘱；
- （五）按规定程序经过药师或执业药师的审查。

第十八条 《广东医保药品目录》中的西药和中成药分为“甲类药品”和“乙类药品”。“甲类药品”是临床治疗必需、使用广泛、疗效确切、同类药品中价格或治疗费用较低的药品。“乙类药品”是可供临床治疗选择使用，疗效确切、同类药品中比“甲类药品”价格或治疗费用略高的药品。协议期内国家谈判药品纳入“乙类药品”管理。

广东省医疗保障行政部门按国家规定确定中药饮片甲乙分类，《广东医保药品目录》的民族药、医疗机构制剂纳入“乙类药品”管理。

第十九条 参保人使用“甲类药品”按基本医疗保险规定的支付标准及分担办法支付，参保人不先行自付；使用“乙类药品”按基本医疗保险规定的支付标准，先由参保人自付一定比例后，再按基本医疗保险规定的分担办法支付。

“乙类药品”个人先行自付的比例由各统筹地区医疗保障行政部门确定，并报广东省医疗保障行政部门备案。

第二十条 支付标准是基本医疗保险参保人员使用《广东医保药品目录》内药品时，基本医疗保险基金支付药品费用的基准。基本医疗保险基金依据药品的支付标准以及医保支付规定向定点医疗机构和定点零售药店支付药品费用。广东省医疗保障行政部门按照国家规定制定支付标准和调整规则。

第二十一条 广东省医疗保障行政部门按照国家相关规定建立《广东医保药品目录》准入与支付标准衔接机制，国家和省组织药品集中采购（以下简称集中采购）中选药品，按照集中采购有关规定确定支付标准。国家已制定支付标准的直接执行。

第二十二条 协议期内，如有国家谈判药品的同通用名药物上市，其支付标准按照国家医疗保障部门规定标准执行。

第五章 医保用药的管理与监督

第二十三条 综合运用协议、行政、司法等手段，加强《广东医保药品目录》及用药政策落实情况的监管，提升医保用药安全性、有效性、经济性。

第二十四条 定点医药机构应健全组织机构，完善内部制度规范，建立健全药品“进、销、存”全流程记录和管理制度，并将“进、销、存”数据上传到广东省医疗保障信息平台。提高医保用药管理能力，确保医保用药安全合理。

第二十五条 将《广东医保药品目录》和相关政策落实责任纳入定点医药机构协议内容，强化用药合理性和费用审核，定期开展监督检查。将医保药品备药率、非医保药品使用率等与定点医疗机构的基金支付挂钩。加强定点医药机构落实医保用药管理政策，履行药品配备、使用、支付、管理等方面职责的监督检查。

第二十六条 建立目录内药品企业监督机制，引导企业遵守相关规定。将企业在药品推广使用、协议遵守、信息报送等方面的行为与《广东医保药品目录》管理挂钩。

第二十七条 基本医疗保险用药管理工作主动接受纪检监察部门和社会各界监督。加强专家管理，完善专家产生、利益回避、责任追究等机制。加强内控制度建设，完善投诉举报处理、利益回避、保密等内部管理制度，落实合法性和公平竞争审查制度。

第二十八条 对于调入或调出《广东医保药品目录》的药品，专家应当提交评审结论和报告。逐步建立评审报告公开机制，接受社会监督。

第六章 附 则

第二十九条 凡例是对《广东医保药品目录》的编排格式、名称剂型规范、限定支付范围、备注等内容的解释和说明。

西药部分，收载化学药品和生物制品。

中成药部分，收载中成药和民族药。

协议期内的国家谈判药品部分，收载谈判协议有效期内的药品。

中药饮片部分，收载基本医疗保险基金予以支付的饮片。

医疗机构制剂部分，收载基本医疗保险基金予以支付的限于生产医疗机构使用，或经药品监管部门批准可在其他定点医疗机构调剂使用的医疗机构制剂。

第三十条 发生严重危害群众健康的公共卫生事件或紧急情况时，广东省医疗保障行政部门应根据国家医疗保障行政部门的授权临时调整医保药品支付范围。

第三十一条 本办法由广东省医疗保障行政部门负责解释，自2024年11月1日起施行，暂定有效期为3年。

发文机关： 广西壮族自治区卫生健康委、广西壮族自治区疾控中心
成文日期： 2024年10月10日
标 题： 广西壮族自治区卫生健康委 广西壮族自治区疾控中心关于进一步加强职业卫生技术服务工作的通知
发文字号： 发布日期： 2024年10月11日
类 别： 医疗政策 关 键 字： 职业卫生、技术服务

广西壮族自治区卫生健康委 广西壮族自治区疾控中心 关于进一步加强职业卫生技术服务 工作的通知

各市卫生健康委、疾控中心，自治区卫生监督所、疾控中心、职防院，各职业卫生技术服务机构：

为加强职业卫生技术服务机构和职业卫生技术人员的管理，进一步提升全区职业卫生技术服务水平和质量，根据《中华人民共和国职业病防治法》和《职业卫生技术服务机构管理办法》（国家卫生健康委令第4号）、《国家卫生健康委办公厅关于印发职业卫生技术服务机构资质认可程序及技术评审准则的通知》（国卫职健发〔2024〕11号）等要求，现就加强我区职业卫生技术服务工作提出以下工作要求：

一、提高认识，依法依规开展技术服务

职业卫生技术服务工作是政府履行职业病防治职责，用人单位落实职业病防治主体责任和保护劳动者健康的重要保障。各级卫生健康行政部门、疾控主管部门要进一步规范职业卫生技术服务工作，加强对技术服务机构的监督管理和技术指导，督促技术服务机构提高服务意识、守法意识。各技术服务机构要自觉接受卫生健康行政部门和疾控主管部门的管理，依法依规开展职业卫生技术服务，按要求在广西职业健康信息综合管理平台（<https://gxzyjkapp.gxws.cn:17010/webgxzywstypst/login>，以下简称“信息平台”）上填报机构信息；要进一步完善内部质量管理，建立健全内部管理制度和质量保证体系，对职业病危害因素检测、职业病危害预评价、职业病防护设备设施与防护用品评价等技术服务过程严格把关，确保技术结论科学、客观、真实；要定期组织专业技术人员参加培训，保证技术人员每年接受的培训不少于8学时；要强化行业自律，自觉维护职业卫生技术服务行业形象和信誉，落实行业自律要求，不搞低价竞争、恶性竞争、无序竞争，自觉抵制、举报违法职业卫生技术服务行为，共同推动行业健康发展。

二、落实信息公开，加强从业人员管理

各职业卫生技术服务机构要严格落实信息公开制度，出具职业卫生技术服务报告之日起 20 个工作日内，应在本单位网站上公开技术服务报告相关信息，自觉接受社会监督；在出具职业卫生技术服务报告之日起 15 个工作日内，须将所出具的报告上传至信息平台，自觉接受各级卫生健康主管部门的监督管理。各职业卫生技术服务机构的技术负责人、质量控制负责人、授权签字人、检测与评价人员等专业技术人员须经考试合格后方可从事职业卫生技术服务工作，考试工作由自治区卫生健康委统一组织。考试分两种形式，分别为：机构资质认可时的现场技术考试或自治区卫生健康委每年定期组织的笔试考试，技术人员选择参加其中一种考试且成绩合格后，方可从事职业卫生技术服务工作。职业卫生技术人员实行统一登记管理，在考试合格 30 个工作日内，技术人员所在机构须登录信息平台进行人员信息填报。

三、强化监督指导，落实违法行为“五必查”

自治区卫生健康委将定期在官网上公布各机构的质量控制评估、实验室检测能力比对等结果，便于机构接受社会监督，并方便用人单位择优选择职业卫生技术服务。各级卫生健康行政部门和疾控主管部门在对用人单位进行职业卫生监督时，要同时延伸查看职业卫生技术服务报告，重点查阅机构和技术人员的资质、技术服务报告的合规性和报告质量等问题，落实“五个必查”：（一）未取得职业卫生技术服务资质或超出资质认可范围开展职业卫生技术服务的必查；（二）未按标准规范、变更、简化服务程序和内容的必查；（三）出具不能如实反应技术服务事项的虚假证明文件的必查；（四）未按规定向技术服务所在地卫生健康主管部门报送服务内容、时间、参与人员等职业卫生技术服务信息的必查；（五）未按规定在网上公开用人单位名称、参与技术人员、现场工作图像影像等职业卫生技术服务信息的必查。各地查处的职业卫生技术服务违法行为（含区外机构在我区开展技术服务时发现的违法行为）应作为典型案例报送自治区卫生健康委和自治区疾控局。

广西壮族自治区卫生健康委员会
广西壮族自治区疾病预防控制中心
2024 年 10 月 10 日

发文机关： 广西壮族自治区医疗保障局 成文日期： 2024年10月14日
标 题： 广西壮族自治区医保局关于修订我区“互联网+”医疗服务项目价格和医保支付政策的通知
发文字号： 桂医保发〔2024〕36号 发布日期： 2024年10月16日
类 别： 医保政策 关 键 字： 医疗服务项目价格、医保支付

广西壮族自治区医保局关于修订我区“互联网+” 医疗服务项目价格和医保支付政策的通知

桂医保发〔2024〕36号

各市医保局，区直及解放军、武警部队驻桂医疗机构：

为贯彻落实《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》（国办发〔2018〕26号）、《国家医疗保障局关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》（医保发〔2019〕47号）精神，根据《自治区医保局关于落实“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的通知》（桂医保发〔2020〕43号）、《关于〈关于动态调整和新增部分医疗服务价格项目的报告〉回复意见函》（医保价采函〔2022〕103号）规定，现就修订后“互联网+”医疗服务的项目价格和医保支付政策通知如下：

一、“互联网+”医疗服务项目价格

（一）修订医疗服务价格项目

我区修订后公立医疗机构“互联网+”医疗服务价格项目包括“互联网复诊诊查费”等5项，相关医疗机构应严格按照《自治区卫生健康委关于公布广西壮族自治区公立医疗机构“互联网+医疗服务”项目技术规范的通知》（桂卫医发〔2021〕20号）相关规定提供服务。

按照国家医保局规范立项的有关要求，将“远程病理诊断”、“远程影像诊断”、“远程心电诊断”三个项目终止执行。医疗机构提供病理诊断、影像诊断等检查服务，其线下服务价格包括了从检查到出具报告的完整费用，医疗机构本身不具备报告能力需要通过互联网等方式向第三方医院委托购买服务的，按委托方线下检查检验服务项目的价格和医保支付政策执行。

（二）执行范围

经自治区卫生健康行政部门批准设置并同意开展互联网诊疗活动的公立医疗机构执行本次规范的“互联网+”医疗服务项目价格。

（三）价格管理

1. 互联网复诊诊查费是公立医疗机构依法合规通过互联网医疗服务平台，对

患者在实体医疗机构明确诊断的常见病、慢性病的相同诊断进行复诊诊疗服务时收取的费用，不得用于首诊。

2. 本次修订的公立医疗机构“互联网+”医疗服务项目价格，见附件。除“互联网复诊诊查费”外，所列三级公立医疗机构的指导价格为最高指导价，二级公立医疗机构最高价格不得高于三级最高指导价的90%，一级及以下公立医疗机构执行的最高指导价不得高于三级最高指导价的80%。

3. 远程会诊类“互联网+”医疗服务项目由邀请方接受邀方医疗机构的价格标准向患者收取。邀请方、受邀方分成比例、结算方式，由双方自行商议。

4. 医疗机构向患者提供“互联网+”医疗服务，应以知情同意、合法合规为前提，主动向患者说明服务内容、价格标准等情况，征得患者同意，不得强行服务、强行收费。

5. 各公立医疗机构要严格执行医疗服务价格公示制度，通过多种方式在显著位置公示服务项目、项目内涵、项目价格等内容，并向患者作好宣传解释工作，接受社会监督。

二、医保支付标准

经批准开展互联网诊疗活动的医保定点医疗机构，按照自愿原则，与统筹地区医保经办机构签订补充协议后，其为参保人员提供的常见病、慢性病“互联网复诊诊查费”纳入医保基金支付范围，执行乙类项目报销政策。

三、相关要求

各级医疗保障部门要以本地公立医疗机构为重点，加强“互联网+”医疗服务价格的日常监测监管，对线下服务形式改变后，费用出现异常波动的情况，要及时开展调查。

本通知自2024年10月15日起执行，《自治区医保局关于我区第一批“互联网+”医疗服务项目价格和医保支付有关问题的通知》（桂医保发〔2022〕15号）同时废止。本通知由自治区医保局负责解释。执行中有何问题，请及时向自治区医保局反映。

附件：修订后的“互联网+”医疗服务项目价格表

广西壮族自治区医疗保障局

2024年10月10日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 广西壮族自治区医保局关于修订我区“互联网+”医疗服务项目价格和医保支付政策的通知

发文机关：广西壮族自治区卫生健康委、广西壮族自治区中医药局、广西壮族自治区疾控中心
成文日期：2024年10月24日
标 题：广西：关于进一步健全机制推动城市医疗资源向县级医院和城乡基层下沉的通知
发文字号：桂卫医发〔2024〕17号
发布日期：2024年10月28日
类 别：医疗政策
关 键 字：城市医疗资源、基层下沉

广西：关于进一步健全机制推动城市医疗资源向县级医院和城乡基层下沉的通知

桂卫医发〔2024〕17号

各市卫生健康委、中医药局、疾控局，区直各医疗机构：

为进一步提高县级医院和城乡基层医疗卫生机构服务能力，解决医疗资源分布不平衡、不充分问题，切实提高群众就医可及性，更好地满足人民群众看病就医需求，增强群众幸福感、获得感、安全感，按照中共中央办公厅、国务院办公厅《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》以及国家卫生健康委、国家中医药管理局、国家疾病预防控制局《关于进一步健全机制推动城市医疗资源向县级医院和城乡基层下沉的通知》（国卫医政发〔2024〕19号）要求，就进一步做好城市医院支援县级医院（含县中医医院，下同）和基层有关工作通知如下。

一、深化城市医院支援县级医院工作

（一）支援关系。

自治区、市两级卫生健康行政部门（含中医药主管部门、疾控主管部门，下同）根据城市三级医院对口帮扶县级医院、医疗人才“组团式”支援帮扶工作要求，结合《广西三级医院对口支援县级医院工作方案（2022—2025年）》（桂卫医发〔2022〕8号）确定的对口帮扶关系，每次向县级医院派驻至少5名医院管理和卫生专业技术人员（中医医院可派驻3名），其中包括1名副院长，每人连续驻点支援不少于6个月。新增19家城市三级中医医院对口支援38家县级中医医院（详见附件1），新增对口支援关系的支援时间为2025年1月至2028年12月（工作方案另发），请对口支援和受援双方于2024年11月底前完成对接联系。各地要结合已有的合作关系，避免重复布局、一刀切，合理有序地完善支援关系。国家和自治区级区域医疗中心要充分发挥辐射带动作用，积极开展支援工作。

（二）支援形式。

1. “组团式”帮扶。自治区统筹安排，继续由广东和区内实力较强的23家三

级医院每年选派上百名帮扶队员，按 5 至 6 人规模组建 20 个帮扶团队，按照“以市担责、以院包院”的方式，以提升诊疗能力、培养人才队伍、加强医院管理为重点，帮助 20 个国家乡村振兴重点帮扶县建强县人民医院。

2. 对口支援。自治区统筹安排，按照《广西三级医院对口支援县级医院工作方案（2022-2025 年）》（桂卫医发〔2022〕8 号）工作要求，结合城市三级医院对口帮扶县级医院、万名医师支援农村卫生工程项目，自治区统筹 51 家城市三级医院对口支援 68 个县（市、区）的 100 家县级医院（含中医医院），重点提升受援医院危急重症患者的抢救能力、重大疫情防控救治能力、重大突发公共事件应急处置能力，肿瘤、神经、心血管、呼吸和感染性疾病等专科疾病防治能力。

3. 其他支援。根据县域医疗卫生服务体系现状、发展规划、县级医院学科发展需要等，在“组团式”帮扶和对口支援不能满足县级医院发展要求的情况下，各设区市卫生健康行政部门可采取“一对一”为主，“一对多”为辅的形式，根据受援单位需求，统筹选派城市医院素质好、业务精的管理和卫生技术专业人员对县级医院开展管理和技术帮扶。开展帮扶的城市医院对牵头县域医共体建设的县级医院要至少派出 3 名以上专家常年驻守指导。

（三）重点工作。

一是加强专科能力建设。支援医院要根据受援医院情况，以及县域医疗卫生发展水平和医疗服务需求，帮助受援医院提升外转率高、就医需求大的常见病、多发病以及疑难病的诊疗能力，补齐专科能力短板。加强卒中中心、胸痛中心、创伤中心、危重孕产妇救治中心、危重儿童和新生儿救治中心等急诊急救中心建设，优化资源配置，完善管理制度和流程，落实诊疗规范。二是培养高质量人才队伍。受援医院要选派符合条件的业务骨干参加相关专科医师规范化培训，定期选派医护人员到支援医院进修学习，加强紧缺专业和骨干人才培养培训，构建人才梯队。每年至少为受援医院培养 3 名临床骨干医师或医技人员。三是积极开展新技术新业务。支援医院通过人才、技术下沉，帮助受援医院结合实际需求开展新技术新业务，填补技术和业务空白。以患者需求为中心，大力推广临床适宜技术的应用，突破薄弱环节，补齐医疗技术短板，不断充实医疗服务内容和项目。每年至少帮助受援医院开展 1 项新技术或新业务。四是提升医院科学管理水平。支援医院要帮助受援医院加强资源配置并优化流程，建立医院运营管理决策支持系统，优化管理架构，完善规章制度，健全绩效评价与薪酬分配体系，提高受援医院管理科学化、规范化、精细化水平。可采取托管、组建医疗联合体等方式，由派驻人员担任受援县级医院副院长、科室主任，建立紧密的上下联动机制。

二、组织县级以上医院支援基层医疗卫生机构

（一）支援关系。

自治区、市两级卫生健康行政部门统筹，依托紧密型城市医疗集团、紧密型县域医共体等形式开展支援，以受援单位实际需求为导向，安排城市二级及以上医院、县级医院支援社区卫生服务中心和乡镇卫生院，重点支援未达到服务能力标准的基层医疗卫生机构。村卫生室由社区卫生服务中心、乡镇卫生院根据行政村医疗服务需求支援。

（二）支援形式。

1. 紧密型城市医疗集团。在城区，市、区两级卫生健康行政部门主要以网格化布局的紧密型城市医疗集团为载体，建立优质资源下沉机制，网格内牵头医院和二级以上医院选派专业技术过硬、综合能力较强的人员下沉基层医疗卫生机构开展巡诊带教培训，通过集中授课、教学查房、病例讨论等多种方式带动提升能力水平。原则上社区卫生服务中心每周至少3个工作日有城市医院中级及以上职称人员派驻，常驻人员不少于3名。

2. 紧密型县域医共体。县级卫生健康行政部门主要以县域医共体为载体，统筹安排县级医院专业技术人员和管理人员下沉基层医疗卫生机构，对医疗服务需求较大的行政村，乡镇卫生院、社区卫生服务中心应根据医疗需求增强派驻力量，增加服务时长，提供延伸服务。原则上每个乡镇卫生院至少有1名医师派驻，一般不少于6个月且人员要相对固定。优先支援服务能力强、发展基础好、服务人口较多的中心卫生院，打造“重点中心卫生院”，推动达到乡镇卫生院服务能力推荐标准。

3. 其他支援。在紧密型城市医疗集团、紧密型县域医共体等形式不能满足基层医疗卫生机构发展要求的情况下，市、县（市、区）卫生健康行政部门可统筹二级及以上医院对口支援，通过专科联盟等形式，根据基层医疗卫生机构需求，统筹选派素质好、业务精的管理和卫生专业技术人员对基层医疗卫生机构开展管理、技术帮扶及医疗服务。引导城市医院和县级医院的全科医师通过多机构执业方式到基层医疗卫生机构提供家庭医生签约服务。

（三）重点工作。

一是推进资源下沉共享。通过建立常态化联合门诊、联合病房、专家工作室等方式，促进人才、技术、服务可持续下沉共享，引导三级医院普通门诊患者选择基层首诊。加强基层常见病、多发病相关特色科室建设。二是建立联系机制。县级以上医院要积极开展面向基层医疗卫生机构及辖区居民的远程医疗服务和互联网诊疗服务，提高基层医疗卫生机构日常疾病诊疗水平，对于病情可能转重的患者，及时识别转诊。畅通双向转诊渠道，将门诊号源和住院床位向基层下沉。三是支持基层全科医学科和特色科室建设。结合乡镇卫生院和社区卫生服务中心医疗服务能力基础、地理方位和群众需求，加强基层全科医学科以及常见病、多

发病相关特色科室建设；县级综合医院加强县域内乡镇卫生院全科医生以及相关人员培训，建立全科医生定期轮岗交流机制。四是支持家庭医生签约服务。支持城市二级及以上医院医师通过对口支援、多机构执业、购买服务等形式，以社区卫生服务中心为平台开展签约服务。

三、开展县乡村巡回医疗

（一）建立巡回医疗制度。各级卫生健康行政部门要统筹辖区内的城区、县、乡各级医疗资源，因地制宜做好巡回医疗工作。由城市三级医院到县、乡定期开展巡回医疗，县（市、区）级医院到乡、村定期开展巡回医疗，乡镇卫生院负责村级巡诊服务，增加对农村居民基本医疗卫生服务供给。

（二）明确巡回医疗内容。各级巡回医疗队主要根据受援地区的实际需求，开展疾病诊疗、健康宣教等服务，结合重大疾病医疗救助、重点地方病医疗救治等工作，对受援地区医务人员开展培训，提高当地医务人员疾病规范化诊疗意识和临床技术水平。村级巡诊服务内容主要包括常见病、多发病的中西医诊疗服务、基本公共卫生服务等。

（三）科学确定巡回医疗频次。原则上，县级巡回医疗每季度开展不少于1次、乡级巡回医疗每个月开展不少于1次。村级巡诊时间要相对固定，原则上每周不少于1次，每次半天以上，对服务需求较小的地区可调整巡诊频次。要加强巡回医疗的供需对接，结合农村居民生产生活特点合理安排巡诊服务时间，通过巡诊（巡回医疗）车、流动医疗车等多种形式向农村居民提供服务。

（四）做好2024年自治区医疗队巡回工作。2024年10-11月，组建自治区医疗队，对区内36个国家乡村振兴重点帮扶县、脱贫县、少数民族聚居县和陆路边境县进行全覆盖式的巡回医疗（详见附件2）。自治区医疗队由区直医疗机构和国家区域医疗中心项目单位选派责任心强、业务水平高、有一定管理能力、身体健康的医务人员分别组建，以副高及以上职称的医务人员为主，适当配备管理人员。每支自治区医疗队不少于5人，巡回医疗时间1-2周。各相关市、县（市、区）卫生健康行政部门要与自治区医疗队的派出医院做好对接和沟通，根据受援县域医疗机构实际需求，商定巡回医疗具体方案和时间。自治区医疗队食宿、交通、差旅补助按规定回原单位报销，开展巡回医疗活动所需场地、设备和设施条件由相关县（市、区）卫生健康行政部门协调解决。

四、利用信息化手段连通各级医疗机构

（一）加快推动信息互联互通。推进医联体内信息系统统一运营和互联互通，在县域医共体内逐步实现电子健康档案和电子病历的连续记录，医疗服务、公共卫生服务和综合管理系统的信息共享，推动实现一体化管理。依托全民健康信息

平台完善双向转诊功能，实现紧密型城市医疗集团和县域医共体内转诊信息互联互通。

（二）积极开展远程医疗。各地要建立覆盖市、县、乡、村各级的远程医疗服务网络，积极开展远程医学影像、心电、病理诊断等远程医疗服务，推广“基层检查、上级诊断”的远程医疗服务模式。支援医院要指导基层医疗卫生机构规范开展检查并及时出具诊断意见。支援医院对受援医疗机构要积极开展远程会诊、查房、培训，拓宽帮扶形式、提高支援效率。

（三）鼓励提供互联网诊疗。各地要加快推进互联网、人工智能、云计算、大数据等在医疗卫生领域中的应用，鼓励各级医院规范开展互联网诊疗活动，构建覆盖诊前、诊中、诊后的线上线下一体化医疗服务模式，向城市社区和农村居民提供常见病、慢性病的在线复诊服务，提升医疗服务可及性、便捷性。为老年患者、行动不便的患者等特殊群体提供居家医疗、居家护理服务，推动解决国家乡村振兴重点帮扶县、脱贫县、少数民族聚居县、陆路边境县医疗服务能力不平衡不充分问题。各地卫生健康行政部门要强化互联网诊疗监管，加强事中事后监管，确保互联网诊疗服务的质量安全。

五、组织实施

（一）加强组织领导。各级卫生健康行政部门要高度重视城市医院支援县级医院和基层医疗卫生机构工作，将其作为深化医改、落实分级诊疗制度的重要举措，加强统筹调度，合理确定各支援关系，强化落实责任，加强督促指导，确保工作有序开展。鼓励有条件的医院合理新增结对帮扶关系。11月底前，各市卫生健康行政部门要结合实际出台人员下沉方案，并报自治区卫生健康委备案。

（二）注重激励约束。各级卫生健康行政部门要完善约束机制和支持保障措施，执业医师常驻基层机构期间，原单位可对其开具处方等诊疗活动作出调整，促进派驻人员按照工作要求保质保量完成支援任务。执业医师晋升为副高级技术职称的，派驻支援和巡回医疗作为其基层工作经历累计计算，不受工作量考核限制。支援医院要保证人员长期派驻期间工资、奖金等各项福利待遇不变。对于城市医院支援县级医院和基层医疗卫生机构的医疗卫生人员，在薪酬津贴、职称评定、职业发展、教育培训和表彰奖励等方面实行优惠待遇。

（三）强化支援效果评价。各级卫生健康行政部门要进一步规范下沉人员的数量、工作时间，明确学科建设、能力提升等工作成效方面的要求，参照县医院医疗服务能力基本标准和推荐标准、医院评审标准、公立医院绩效考核等标准，定期评价支援效果。

（四）加强解读宣传。各地要做好政策解读和宣传引导，及时总结经验，选

树先进典型，鼓励和引导医务人员积极参与支援工作。要创新政策宣传方式，提高医疗机构、医务人员和人民群众的知晓率，营造良好社会氛围。

- 附件：1. 新增城市三级中医医院对口支援县级中医医院关系表（2025年1月至2028年12月）
2. 自治区级医疗队巡回医疗地区安排表

广西壮族自治区卫生健康委员会
广西壮族自治区中医药管理局
广西壮族自治区疾病预防控制中心
2024年10月24日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 广西：关于进一步健全机制推动城市医疗资源向县级医院和城乡基层下沉的通知

发文机关： 海南省药品监督管理局、中共海南省委人才发展局
成文日期： 2024年10月22日
标 题： 海南省药品监督管理局 中共海南省委人才发展局关于做好执业药师继续教育有关事项的通知
发文字号：
发布日期： 2024年10月23日
类 别： 人才培养
关 键 字： 执业药师、继续教育

海南省药品监督管理局 中共海南省委人才发展局 关于做好执业药师继续教育有关事项的通知

各有关单位：

根据《中华人民共和国药品管理法》《专业技术人员继续教育规定》（人力资源社会保障部令第25号）、《执业药师职业资格制度规定》（国药监人〔2019〕12号）、《执业药师继续教育暂行规定》（国药监人〔2024〕3号）等文件的有关要求，现将我省执业药师继续教育有关事项通知如下：

一、执业药师继续教育组织管理

执业药师继续教育工作实行统筹规划、分级负责、分类指导。省药品监督管理局和省委人才发展局共同负责我省执业药师继续教育工作的综合管理和组织实施。每年对执业药师继续教育机构教学质量开展跟踪、监督检查、评估等动态监测，并以此作为继续教育机构办学质量的重要标准和是否继续承担执业药师继续教育任务的重要依据。

有关参与执业药师继续教育的其他事业单位、社会团体以及企业在各自职责范围内，依法依规做好执业药师继续教育的规划、管理和实施工作。

二、执业药师继续教育对象

执业药师是指经全国统一考试合格，取得《中华人民共和国执业药师职业资格证书》并经注册，在药品生产、经营、使用和其他需要提供药学服务的单位中执业的药学技术人员。

鼓励取得《中华人民共和国执业药师职业资格证书》未注册执业的人员参照本规定参加继续教育。

三、执业药师继续教育内容、学时

（一）执业药师继续教育内容包括公需科目和专业科目。

公需科目包括执业药师应当普遍掌握的政治理论、法律法规、职业道德、技术信息等基本知识。

专业科目包括从事药品质量管理和药学服务工作应当掌握的行业政策法规，药品管理、处方审核调配、合理用药指导等专业知识和专业技能，以及行业发展需要的新理论、新知识、新技术、新方法等。

(二) 执业药师每年参加的继续教育不少于 90 学时(1 学时不少于 45 分钟)，其中，专业科目学时一般不少于总学时的三分之二。

执业药师继续教育学时管理按照《执业药师继续教育暂行规定》执行。

四、执业药师继续教育方式

我省执业药师继续教育方式以网络培训为主、脱产培训以及其他继续教育活动为辅。其他继续教育活动按照《执业药师继续教育暂行规定》第十条规定执行。

执业药师可自主选择继续教育方式和机构。

五、执业药师继续教育机构

执业药师继续教育机构应当具备以下条件：

(一) 应当具备与继续教育目的任务相适应的教学资质、教学场所、教学设施、师资和人员，建立健全相应的组织架构和管理制度，不断提高继续教育质量。提供网络培训的执业药师继续教育机构应当建立完善继续教育信息技术系统，应用大数据、人工智能等技术手段，加强网络培训学习考勤、成效考核、监督管理，规范网络培训行为。

(二) 应根据要求制订相应的教学计划、培训方案、课程内容、授课师资及课程安排、组织考核(考试)、建档登记、日常教学等工作。

(三) 应当建立健全执业药师继续教育档案，如实记录执业药师在本机构参加继续教育的时间、内容、方式和考试考核结果等，依法依规出具继续教育学时证明。

(四) 应认真做好培训需求调研、培训鉴定和效果评估工作，积极开展教学改革和科研，加强国内外学术技术交流与合作，每年及时报送承担执业药师继续教育培训任务实施情况的总结材料。

(五) 应当加强继续教育信息公开，通过自身网站等多种形式主动向社会公开执业药师继续教育的范围、内容、收费项目及标准、服务承诺、监督电话等情况，自觉接受社会监督。

(六) 法律、法规和省级以上药品监管部门、人力资源和社会保障部门要求的其他条件。

六、其他事项

开展执业药师继续教育培训是一项践行社会责任的工作，执业药师继续教育

机构应依据工作成本，按不营利和以收抵支的原则开展此项工作，接受相关职能部门的价格监督指导，坚决杜绝以执业药师继续教育名义乱收费或者只收费不培训乱象发生。

执业药师参加继续教育情况，应当作为聘任专业技术职务或者申报评定高级职称资格的重要条件。执业药师继续教育机构要不断完善优化执业药师继续教育信息系统和服务水平，对执业药师继续教育过程中遇到的问题要及时研究并制定方案，积极妥善解决。

执业药师继续教育机构要做好我省执业药师继续教育工作，完善培训服务内容，定期报告工作情况，主动对接医药、医疗器械、生物制药行业领域人才需求，采取多种形式开展培养培训活动，并于每年 12 月前将本年度继续教育计划执行情况 and 下一年度计划安排上报省级主管部门，如遇到问题，及时书面向省级主管部门反映。

海南省药品监督管理局
中共海南省委人才发展局
2024 年 10 月 22 日

发文机关：重庆市药品监督管理局
成文日期：2024年10月10日
标 题：重庆市药品监督管理局关于印发《服务区县生物医药产业常态化联络机制工作实施方案》的通知
发文字号：渝药监〔2024〕69号
发布日期：2024年10月21日
类 别：医药政策
关 键 字：生物医药、常态化联络

重庆市药品监督管理局关于印发《服务区县生物医药产业常态化联络机制工作实施方案》的通知

渝药监〔2024〕69号

各区县（自治县）市场监管局，两江新区、重庆高新区、万盛经开区、重庆经开区市场监管局，市市场监管综合行政执法总队，局属各检查局、各事业单位，局机关各处室：

现将《重庆市药品监督管理局服务区县生物医药产业常态化联络机制工作实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

重庆市药品监督管理局

2024年10月10日

重庆市药品监督管理局服务区县生物医药产业常态化联络机制工作实施方案

为贯彻落实《关于印发深入推进新时代新征程新重庆制造业高质量发展行动方案（2023-2027年）》《重庆市药品安全及高质量发展“十四五”规划（2021—2025年）》《重庆市加快生物医药产业发展若干措施》，进一步服务全市生物药、化学药、医疗器械、现代中药产业及美妆产业（以下统称生物医药产业）高质量集群发展，制定本方案。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，深入学习贯彻习近平总书记视察重庆重要讲话重要指示精神，全面落实市委六届五次、六届六次全会部署，准确把握药品监管新形势新任务，按照“讲政治、强监管、保安全、促发展、惠民生”工作思路，统筹推进高质量发展和高水平安全，助推全市生物医药产业高质量发展。

二、工作目标

以“高质量发展”为核心，以区县产业发展需求为牵引，深入实施区县联络员制度，将联络员作为局地沟通互动、服务企业发展、助企纾困解难的“连心桥”“主力军”。全覆盖对接区县生物医药产业需求，及时靠前提供受理、检验、审批、监管等药监“全链条”服务，在落实药品安全监管责任的同时，因地制宜助推生物医药新质生产力培育和产业集群发展，推动构建局地共促生物医药产业发展新格局。

三、组织功能

（一）领导机构

市药监局服务生物医药产业高质量发展领导小组，是服务区县常态化联络工作的领导机构，由市药监局主要领导任组长，局分管领导、药品安全总监任副组长，局机关各处室和局属各检查局、各事业单位主要负责人为成员。负责统筹协调服务区县生物医药产业高质量发展各项工作，组织制定对接服务制度措施，研究解决在促进区县产业发展中的重点难点堵点问题，督促抓好相关工作落地落实。领导小组日常工作由市药监局科标处具体承担，负责全局服务区县产业发展常态化联络工作的跟踪、督促、通报和归集。

（二）联络机构

根据监管职责分工，4个直属检查局为市药监局常态化联络部门，其中大渡口区、巴南区、两江新区、高新区和重庆经开区等设立生物医药创服中心（站）的区县，由市药审中心承担常态化联络工作。各直属检查局、市药审中心整体对接区县产业服务相关工作，负责所涉辖区诉求事项受理、承办、跟踪、汇总等。各直属检查局和市药审中心主要领导是区县联络工作的第一责任人。

原则上各区县市场监督管理局作为相关区县常态化联络部门，负责与市药监局联络部门的日常对接工作，协调推动辖区相关事项进展。如区县明确其他部门单位作为市药监局服务区县生物医药产业常态化联络部门时，由区县市场监督管理局及时反馈属地检查局或市药审中心。

（三）联络人员

由市药监局各直属检查局、局属事业单位和相关处室，推荐“两品一械”审评注册、检验检测、监督检查等业务熟练且责任心强的同志，担任市药监局常态化服务联络员。其中，各直属检查局、市药审中心应明确“区域联络员”和“区县联络员”，分别负责所涉区县总对接和具体对接工作。“区域联络员”为区域联络牵头对接人，承担所涉区县产业服务信息的汇总、报送等工作；“区县联络员”为各区县日常对接人，承担与区县联络部门衔接沟通，落实相关服务事项，诉求事项流转、反馈等工作。市药监局相关处室和其他局属事业单位应分别明确

1名及以上“产业服务联络员”，负责具体事项的对接工作。“产业服务联络员”应积极协调本部门（单位）推进落实服务区县的具体事项，掌握动态情况，及时反馈办理结果。

各区县市场监督管理局或其他区县常态化联络部门需明确责任心强的同志担任联络员，负责所涉区县总对接工作。

建立服务区县生物医药产业发展联络员库(附件1)，入库人员原则上保持稳定，确有人员调整时应及时报送市药监局科标处，由市药监局科标处对联络员库进行动态管理。

（四）办事规则

在日常联络中收到的区县诉求事项，各直属检查局、市药审中心应及时受理后按规定流程办理。对于区县直接向其他处室（单位）提出的诉求事项，由首接部门直接受理后按规定流程办理，相关情况及时通报属地检查局或市药审中心（附件2）。

市药监局机关处室、各直属检查局、局属事业单位按照职能职责分工，负责区县诉求事项的承办。属于受理单位职能职责范围内事项由其直接办理，需其它处室、局属单位协助办理的应对接协调办理，属于药监事权但与受理单位职能职责无关的，应及时转交相关处室（单位）办理。属其他部门事权的，按照《重庆市药品监督管理局常态化“三服务”机制工作方案》（渝药监办〔2023〕6号）规定，通过“八张问题清单”数字平台协调相关部门转办。

原则上咨询类事项由受理单位直接办理回复。跨部门办理难度较大时，受理单位应及时报送市药监局科标处，由市药监局科标处按职能职责分办到相关业务处室（统筹）办理。遇复杂敏感类事项时，由市药监局科标处报分管领导批示后明确承办处室（单位）（附件3）。受理、承办处室（单位）主要领导是任务第一责任人。各受理单位要跟踪诉求事项办理，及时向区县或企业反馈办理进展和结果。

四、服务内容

（一）服务区县生物医药产业差异化发展。加强与对接联系区县联系沟通，听取区县和相关园区对医药产业发展的意见和建议，参与区县产业规划，因地制宜制定帮扶措施，重要事项要认真组织研判、明确专人（专班）负责，清单式管理推进，在生物技术药、现代中药、体外诊断产品、数字医疗器械等细分领域，助推区县产业做大做强。

（二）服务区县生物医药重点园区、重点企业和重点项目。支持区县重点园区发展，按需组织专题研究、开展现场办公，主动对接、重点服务有特色优势、行业引领和示范带动作用的企业，重点帮扶有核心技术、有创新性、有前景的项

目，通过专班专服、“研审联动”等措施，提前介入项目规划、场地/设备筹建、资料申报、现场检查、审评审批等环节，全过程跟踪服务，力求让企业少走弯路，加快项目落地或产品上市。首批纳入市局“三重”的项目，在项目落地前由原技术服务专班继续帮扶。

（三）服务区县建链强链补链发展需求。在区县、园区医药产业招商引资活动中，对地方政府产业规划的建链强链补链产品进行甄别，为区县提供产品论证、技术支持和政策咨询服务，为区县招商引资提供专业意见，助力符合区域发展规划的项目和企业区县落地。

（四）服务属地药品安全监管。加强局地药品安全监管信息互通，特别是在及时将日常监管发现的地方药品安全风险，按照《重庆市药品监督管理局关于印发〈“两品一械”风险防控措施实施细则（试行）〉的通知》（渝药监〔2022〕36号）规定，通报区县药品监管部门，采取风险控制措施，确保医药企业合法合规健康发展，行稳致远。

五、工作要求

（一）提高工作站位。将落实常态化联络机制，作为药监部门服务全市生物医药产业高质量发展的重要着力点，进一步强化干部职工发展意识、服务意识，增强工作主动性，将产业服务联络工作做实、做细。各直属检查局、市药审中心和相关业务处室（单位），要夯实工作基础，主动收集产业发展现状及趋势，密切跟踪国家相关政策法规调整、医药领域前沿科技动态，对标长三角等先发省市，分别厘清所辖地区和业务领域在药品监管、产业发展方面的优劣势和政策措施，为服务区域产业发展提供有力支持，持续优化产业发展环境。各直属检查局、市药审中心原则上每年要与相关分管区县领导沟通交流1-2次产业服务情况，有效提升区县、园区、企业的获得感和满意度。

（二）狠抓工作落实。构建全局参与、上下联动的服务体系，对区县、园区及辖区企业提出的困难、问题，确属药监职能职责的，第一时间联系处理；对复杂问题需要进一步研究解决的，明确办理责任、制定解决方案，并提交市药监局党组会议、局长办公会议审议；对当前政策不支持或不具备办理条件的，做好解释说明，梳理登记并做好后续政策跟踪；属其他部门事权的，积极协调相关部门推进办理。各直属检查局、市药审中心可根据本方案结合实际细化制定区域联络方案。

（三）落实闭环管理。按照“统一归口、分级负责、闭环管理”的思路，打表推进服务区县相关事宜，做到承办部门有办理台账、属地联络单位有区域台账、产业服务牵头处室有总台账的工作要求，原则上各区域联络组每季度最后一个月

20 日前将台账交科标处（附件 4），由科标处汇总信息后向局领导报告，如遇特殊情况，由科标处组织临时调度。

（四）做好宣传考核。各部门单位要根据职能职责分工，通过线上、线下等方式，主动做好政策宣贯和交流指导工作。产业服务牵头处室要对办理情况及时督查督办、跟踪问效；抓实服务产业发展考核工作，强化考核结果运用，发掘形成一批正向激励的典型事例。

- 附件：1. 服务区县生物医药产业发展联络表
2. 服务区县生物医药产业发展工作流程图
3. 区县联络服务事项签转单
4. 服务区县生物医药产业发展常态化联络工作台账

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 重庆市药品监督管理局关于印发《服务区县生物医药产业常态化联络机制工作实施方案》的通知

发文机关：四川省疾控局、四川省爱卫办、
四川经济和信息化厅等

成文日期：2024年9月29日

标题：关于印发四川省“体重管理年”活动实施方案的通知

发文字号：川疾控局公卫函〔2024〕38号

发布日期：2024年10月16日

类别：全民健康

关键字：体重管理年

关于印发四川省“体重管理年” 活动实施方案的通知

川疾控局公卫函〔2024〕38号

各市（州）卫生健康委（疾控局）、爱卫办、经济和信息化局、教育主管部门、科技局、民政局、商务局、文化和旅游局、市场监管局、体育行政部门、广电局、中医药主管部门、金融监管分局、总工会、团委、妇联：

为贯彻落实国家卫生健康委等16个部门《关于印发“体重管理年”活动实施方案的通知》（国卫医急发〔2024〕21号），倡导并推进文明健康生活方式，提升全民体重管理意识和技能，推动慢性病防治关口前移，我们研究制定了《四川省“体重管理年”活动实施方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

附件：四川省“体重管理年”活动实施方案

省疾控局 省爱卫办 经济和信息化厅
教育厅 科技厅 民政厅
商务厅 文化和旅游厅 省卫生健康委
省市场监管局 省体育局 省广电局
省中医药局 四川金融监管局 省总工会
团省委 省妇联
2024年9月29日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发四川省“体重管理年”活动实施方案的通知

发文机关：四川省医疗保障局
标 题：关于印发四川省按病组（DRG）付费分组目录和按病种分值（DIP）付费病种库并做好落地应用相关工作的通知
发文字号：
类 别： 医保政策

成文日期： 2024年10月15日
发布日期： 2024年10月16日
关 键 字： DRG 付费、按病种付费、DIP 付费

关于印发四川省按病组（DRG）付费分组目录 和按病种分值（DIP）付费病种库并做好落地 应用相关工作的通知

各市（州）医疗保障局：

为有序推进医保支付方式改革，按照《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》（医保办发〔2024〕9 号）精神，根据《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组与付费技术规范》《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》，省医保局结合全省工作实际，经数据测算、专家评审，调整形成《四川省按疾病诊断相关分组（DRG）分组目录》（以下简称“四川 DRG 分组目录”）和《四川省按病种分值（DIP）付费病种库》（以下简称“四川 DIP 病种库”）。现印发给你们，并就做好落地应用相关工作通知如下。

一、抓好落地应用

（一）执行统一 DRG 分组目录和 DIP 病种库。各地要高度重视 DRG 分组目录和 DIP 病种库落地执行的重要性、必要性和紧迫性。开展 DRG 付费的市（州）统一执行四川 DRG 分组目录；开展 DIP 付费的市（州）统一执行四川 DIP 病种库，并按照国家 DIP 技术规范，自行确定综合病种等其他付费因素。已开展 DRG/DIP 实际付费的市（州），应于 2025 年 1 月 1 日切换执行，成都市直接使用四川 DRG 分组目录，开展 2024 年付费工作。具备提前切换条件的市（州），可结合本地工作实际提前启用。

（二）完善动态调整机制。省医保局将依据国家最新发布的 DRG 和 DIP 分组方案，组织医管理、临床医学、病案管理等专家开展论证，对四川 DRG 分组目录和 DIP 病种库进行动态调整和优化，确保分组方案符合四川工作实际。各地要建立动态调整机制，结合历年医保结算数据、医保基金运行情况，调整和确定适应本地的基准点数（分值）和系数，要建立符合中医药特点的医保支付机制，完善双侧手术支付政策等，确保付费精准合理。

(三) 做好切换上线工作。各地要加强全省支付管理子系统的功能应用, 认真做好 DRG/DIP 功能模块配置、点数系数测算、计算规则设置、业务培训等工作, 于 2024 年 11 月 30 日前完成系统配置、运行测试等任务, 确保 2025 年 1 月 1 日正式启用, 提高支付方式改革工作的规范性、统一性。

二、完善配套措施

(一) 做好特例单议工作。对因住院时间长、施治费用较高、新药耗新技术使用、危重症或多学科联合诊疗等原因, 不适合按 DRG/DIP 标准支付的病例, 实行特例单议。各地要按季度组织专家对特例单议病例进行评审, 依据专家评审结果可实行按项目折合成点数(分值)付费, 特例单议数量原则上不超过 DRG 出院总病例的 5% 和 DIP 出院总病例的 5%。各地结合本地实际, 对国家(省)医学中心、区域医疗中心(输出单位)等收治疑难危重疾病的定点医疗机构, 在不超过本地特例单议病例比例的基础上, 可适当增加申请数量。特例单议相关文件另行制定。

探索除外机制, 对定点医疗机构申请的新药耗新技术, 各地应当结合临床实际、数据测算等情况进行研判分析, 严格把握标准和要求, 对点数(分值)、系数等付费权重影响较大的, 经专家评审通过后, 在应用初期可按项目折合成点数(分值)付费, 后期积累足够数据后再纳入 DRG/DIP 付费。经全省特殊药品经办管理系统结算的“双通道”药品, 暂不纳入 DRG/DIP 付费。

(二) 完善协商谈判机制。各地要建立协商谈判机制, 对总额、点数(分值)、系数等核心要素, 由医保部门和定点医疗机构协商制定。要及时通过“两定医疗保障信息平台”向医疗机构反馈质控、分组及结算情况, 指导医疗机构规范诊疗行为。省医保局将设立专门的医保支付方式改革意见邮箱, 收集医疗机构、医务人员等社会各方关于 DRG/DIP 分组、技术规范、核心要素等方面的意见建议, 为完善付费政策、优化分组等提供依据和支撑, 提升医疗机构、医务人员在支付方式改革工作中的参与度。各地要同步设立专门邮箱, 收集医保支付方式改革意见。

三、有关工作要求

(一) 加强组织领导。各地要充分认识执行全省统一的 DRG 分组目录和 DIP 病种库, 是促进医疗、医保、医药协同发展和治理的有力手段, 是落实省级统筹的重要支撑。要加强组织领导, 找准工作目标, 细化工作措施, 把准时间节点, 严格按照要求抓好推进落实。

(二) 明确职责任务。省医保事务中心要认真履行业务组职责, 做好支付方式管理子系统 DRG/DIP 相关功能模块的优化完善、分组目录和核心病种库嵌入等工作, 指导和帮助各地做好支付方式改革相关业务工作。各地要做好本地参数配置和分组付费落地应用, 准确高效做好分组、结算和清算等工作。

(三) 加强宣传培训。省医保局将组织政策宣传和业务培训，重点解读逻辑内涵、入组规则和支付的核心要素等，保障国家 2.0 版本在四川精准落地实施。各地要大力宣传改革的进展和成效，加强对直接参与改革工作医务人员的政策业务培训，加大与临床医务人员的沟通交流力度及频次，为推进改革凝聚强大合力，营造良好的改革氛围。

意见收集邮箱：DRGDIPscy@163.com

- 附件：1. 四川省按病组 (DRG) 付费分组目录
2. 四川省按病种分值 (DIP) 付费病种库

四川省医疗保障局
2024 年 10 月 15 日

(信息公开形式：主动公开)

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发四川省按病组 (DRG) 付费分组目录和按病种分值 (DIP) 付费病种库并做好落地应用相关工作的通知

发文机关：四川省医疗保障局、四川省卫生健康委员会
成文日期：2024年10月11日
标 题：关于印发《四川省深化医疗服务价格改革试点实施方案》的通知
发文字号：川医保发〔2024〕8号
发布日期：2024年10月22日
类 别：医疗政策
关 键 字：医疗服务价格改革

关于印发《四川省深化医疗服务价格改革试点实施方案》的通知

川医保发〔2024〕8号

各（市）州人民政府，省政府各部门、各直属机构，有关单位：

经省政府同意，现将《四川省深化医疗服务价格改革试点实施方案》印发给你们，请结合实际认真组织实施。

四川省医疗保障局
四川省发展和改革委员会
四川省人力资源和社会保障厅
四川省中医药管理局
四川省卫生健康委员会
四川省财政厅
四川省市场监督管理局
四川省药品监督管理局
2024年10月11日

四川省深化医疗服务价格改革试点实施方案

为积极稳妥开展全省深化医疗服务价格改革试点工作，加快建立科学确定、动态调整的医疗服务价格形成机制，根据国家医保局等八部门印发的《深化医疗服务价格改革试点方案》（医保发〔2021〕41号），结合我省实际制定本实施方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面落实党的二十大和二十届二中、三中全会精神，深入贯彻省委十二届六次全会部署要求，坚持公立医疗机构公益属性，按照“立足省情、先行先试，价区管理、协同联动，支持创新、优质优价，系统集成、形成合力”总体思路，建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制，调动医务人员积极性，促进医疗服务创新发展，保障人民群众获得高质量、有效率、能负担的医疗服务。2024年底，初步建立医疗服务价格形成新机制，2025年底，分类管理、医院参与、科学确定、动态调整的医疗服务价格机制基本定型。

二、重点任务

（一）建立目标导向的价格项目管理机制。

1. 率先落地国家价格项目立项指南。按照服务产出为导向、医疗人力资源消耗为基础、技术劳务与物耗分开的原则，及时对接落地国家医保部门发布的医疗服务价格项目立项指南，分类整合现有项目，合理压减项目数量，及时制定项目价格。厘清价格项目与临床诊疗技术规范、医疗机构成本要素、不同应用场景加收标准等的政策边界，规范计入项目价格的基本物耗，增强对医疗技术和医疗活动改良创新的兼容性，推动全省医疗服务价格项目更好计价、更好执行、更好评价。

2. 拓展医疗新技术进入临床应用途径。对现有价格项目的要素再确认、技术路径改良创新、技术手段更新迭代、拓展新用途及新场景，且不涉及价格水平或收费方式调整的，以现有价格项目兼容方式快速回应医疗机构收费诉求。对以技术劳务为主、临床价值明确的新手术、新治疗、新中医等价格项目，及时开展项目新增或修订。对优化重大疾病诊疗方案或填补诊疗空白的重大创新项目，开辟“绿色通道”，促进快速进入临床。对理论上具有综合经济性优势，但价格预期较高的项目，若医疗机构承诺能达到主张的临床效果和经济效果，以及开展真实世界研究能达到预期目标及验证事项的，鼓励附条件新增立项。对试行期内新增价格项目，试行期满后按程序转为正式项目并进行分类管理。

3. 加强医疗服务价格项目规范管理。省医保部门负责制定全省统一的医疗服务价格项目目录，确定项目编码、名称、内涵、除外内容、计价单位及说明等要素，各市（州）及省管公立医疗机构严格对照执行。探索实施“技耗分离”，将医用耗材从价格项目中逐步分离，实行集中采购、“零差率”销售。按期公布公立医疗机构项目价格信息，并在国家医保信息平台及时更新完善。指导医疗机构落实医疗服务价格公示制度，实行明码标价，保障患者知情权益。

（二）建立更可持续的价格管理总量调控机制。

1. 科学确定调价总量。强化医疗服务价格宏观管理，建立健全调价总量的确定规则及指标体系，以各市（州）及省管公立医疗机构上年度医疗服务收入（不含药品、耗材、检查化验收入）为基数，综合参考经济发展水平、医药费用变化、医保基金筹资运行、公立医疗机构运行成本和管理绩效、新业态发展、患者费用负担等因素，按照“历史基数”乘以“增长系数”方式，分别确定年度医疗服务价格调价总量，原则上控制在上年度医疗服务收入1%以内。

2. 统筹平衡调价总量。各市（州）及省管公立医疗机构的调价总量之和，不得高于以全省相关指标为基数计算出的调价总量。坚持有保有压、快慢结合，对医药总费用增速控制较好、医保基金承受能力较强的地区，可适当放宽调价总量；对医药总费用增速控制较差、医保基金承受能力较弱的地区，从严控制调价总量。

3. 合理分配调价总量。按照价格项目分类及专项调整需要，科学制定调价总量分配规则，支持薄弱学科、基层医疗机构和中医医疗服务发展，促进分级诊疗。

结合协同推进药品和医用耗材集中带量采购及国家医保部门医疗服务价格专项调整要求，预留部分调价总量用于专项调整。公立医疗机构主动降低偏高的检查检验等项目价格，产生的降价空间可用于扩大调价总量。调价总量限当年使用，未用完的不累计到下年度。调价总量确定后原则上不予突破，确需突破的，在下年度调价总量中扣减。

（三）建立规范有序的价格分类形成机制。

1. 通用型项目价格形成机制。将医疗机构普遍开展，均质化、标准化程度及临床使用频率相对较高的诊查、护理、床位、注射、部分中医服务和检查化验等项目列入通用型医疗服务目录清单并进行动态调整。通用型项目价格按照“聚类、轮动、必要、会商”原则进行调整，由省医保部门基于服务要素成本大数据分析，牵头制定全省统一的政府指导价基准，各市（州）按价区对应的下浮比例区间，确定辖区内公立医疗机构项目价格。对国家医学中心和国家临床重点专科提供的门诊诊查、住院诊查，允许在本地价格基础上适当上浮。结合基本医保省级统筹等因素，逐步推动全省通用型项目价格趋同。

2. 复杂型项目价格形成机制。未列入通用型医疗服务目录清单的复杂型医疗服务，建立以政府为主导、医疗机构充分参与的价格形成机制，尊重医院和医生的专业性意见建议。全省分价区统一制定经济性赋分、政策性赋分、共识性赋分等报价规则和程序，各价区分别选择有代表性的不同等级公立医疗机构，在成本核算基础上提出拟调整项目和价格建议，在调价总量范围内按规则形成调价项目及价格。在项目确定上，对薄弱学科、“一老一小”等项目给予适当政策倾斜；对国家医学中心和国家临床重点专科开展的代表专业特色的手术类、治疗类项目，允许在本地价格基础上适当上浮；探索将医务人员按级别分级定价政策实施范围拓展至针刺、灸法、推拿等中医非药物治疗项目。

3. 市场调节价项目价格形成机制。对特需医疗服务项目以及个性化需求较强、市场化程度较高的医疗服务项目实行市场调节价管理，由省医保部门统一制定目录清单，公立医疗机构按照“公平、合法、诚信”原则，依据成本等因素自行确定项目价格，并将项目成本测算、价格、公示等情况向对应的省级或市（州）医保部门备案，定（调）价增加的医疗服务收入在下年度调价总量中扣减。市场调节价项目价格保持相对稳定，调价周期不得少于6个月。严格控制公立医疗机构实行市场调节价的收费项目和费用占比，不超过全部医疗服务的10%。

（四）建立灵敏有度的价格动态调整机制。

1. 通用型项目调价评估。通用型医疗服务项目主要依据城镇单位就业人员平均工资、居民消费价格指数、医药总费用、医保基金收支结余等因素设置调价启动条件和约束条件，原则上1至2年开展一次调价评估，在达到调价启动条件且

未触发约束条件时即可进行价格调整。

2. 复杂型项目调价评估。对复杂型医疗服务项目设立综合评估指标体系，主要依据医药卫生费用增长、医疗服务收入结构、要素成本变化、药品和医用耗材费用占比、医保基金收支结余、居民消费价格指数等多维度指标，设置调价启动条件和约束条件，每年开展一次调价评估，符合条件时集中启动和受理公立医疗机构提出的价格建议。

3. 医疗服务价格专项调整。为落实药品和医用耗材集中带量采购等重大改革任务、应对突发重大公共卫生事件、疏导医疗服务价格突出矛盾、缓解重点专科医疗供给失衡等重点工作，以及根据国家医保部门医疗服务价格专项调整要求，灵活选择调价窗口期开展医疗服务价格专项调整，专项调整占用量计入年度调价总量。各市（州）及省管公立医疗机构未达到年度调价条件的，在确保医保基金中长期可持续性基础上，可按“总量控制、结构调整”原则，选取10至20项技术劳务价值高、长期未调整、价格成本矛盾突出的项目进行专项调整，占用量从下年度调价总量中扣减。

（五）建立严密高效的价格监测考核机制。

1. 加强医疗服务价格信息监测。建立医疗服务价格监测指标体系，定期监测公立医疗机构执行医疗服务价格政策情况，对监测发现医疗服务量异常、市场调节价项目定价偏高的，必要时组织开展成本调查、信息披露、卫生技术评估，维护良好价格秩序。定期编制医疗服务价格指数，引导各市（州）合理制定医疗服务价格。

2. 定期开展医疗服务价格改革评估。定期评估调价方案落地执行情况，分析调价对公立医疗机构运行、患者和医保基金负担等方面的影响，以及优化区域间、层级间、学科间、项目间比价关系情况，综合评估调价方案与实际运行的契合度。定期评估新增项目执行效果，重点分析相关医疗技术临床应用、患者负担等变化情况。强化评估结果运用，与后续调价总量确定和规则调整、新增项目评审等挂钩，支撑医疗服务价格新机制稳定高效运行。

3. 实行医疗服务价格责任考核制度。压实公立医疗机构医疗服务价格主体责任，开展公立医疗机构医疗服务价格主体责任考核。结合全省公立医院绩效考核等工作，稽查公立医疗机构内部价格管理和定价的真实性、合规性，检查公立医疗机构医疗服务价格执行情况，考核公立医疗机构落实改革任务、遵守价格政策、加强运营管理、优化收入结构、规范服务行为等情况。稽查、检查和考核结果与公立医疗机构价格调整等挂钩。

三、完善改革试点支撑体系

(一) 持续优化价区管理模式。结合地区经济发展、医保基金、医疗水平等指标变化情况,对价区划分进行动态调整。全省总体按综合医疗服务类、医技诊疗类、临床诊疗类、中医及民族医诊疗类,分别制定各价区医疗服务价格浮动比例区间。各市(州)根据本地实际情况,在对应的浮动区间内确定具体比例。

(二) 强化与医保支付政策协同。做好医疗服务价格和支付政策协同,价格管理总量调控和医保总额预算管理、区域点数法协同。深化以按病种、按疾病诊断相关分组付费为主的多元复合式医保支付方式改革,鼓励调价与支付同步衔接。

(三) 规范医疗服务价格管理及程序。公立医疗机构医疗服务价格实行分级管理,省医保部门制定省管公立医疗机构基本医疗服务价格,市(州)医保部门按规定制定辖区内公立医疗机构基本医疗服务价格,原则上以二甲公立医疗机构价格为基准实行分级定价,市(州)公立医疗机构价格不得高于同等级省管公立医疗机构价格。严格落实医疗服务价格重要事项报告制度,各市(州)拟定的调价方案及新开展的项目价格等,需上报省医保部门。

(四) 加强价格管理信息化建设。在省医保信息平台布建医疗服务价格智能管理系统,各市(州)按照统一的规则、指标、公式开展调价评估、组织医院报价、制定调价方案、实施监测考核等工作,提升医疗服务价格管理的智能化水平。

(五) 逐步融合全省和乐山改革试点。乐山市继续推进地市级改革试点,重点按照“同病同效同价”原则,积极探索完善中医医疗服务价格支持政策,同时,按照全省统一部署,稳步融入全省试点。

四、统筹推进配套改革

(一) 深化公立医院综合改革。完善公立医院医疗设备配置管理,引导合理配置,严控超常超量配备。加强公立医疗机构内部专业化、精细化管理。规范公立医疗机构和医务人员诊疗行为。深化公立医院薪酬制度改革,合理确定公立医院薪酬水平,不得将医务人员薪酬与科室、个人业务收入直接挂钩。

(二) 加强医疗行业综合监管。加强对公立医疗机构医疗服务价格监督检查,依法严肃查处不执行政府指导价、不按规定明码标价等各类价格违法行为,以及违规使用医保资金行为。非公立医疗机构提供的医疗服务,落实市场调节价管理,纳入医保基金支付的按医保协议管理。

(三) 完善公立医疗机构政府投入机制。加大对符合区域卫生规划的公立医疗机构基本建设和设备购置、重点学科发展等政府投入。落实对中医(民族医)医院和传染病、精神病、职业病防治、妇产和儿童等专科医疗机构的投入倾斜政策。

(四) 衔接医疗保障制度改革。建立健全医保医用耗材、医疗服务项目目录管理制度。对实现人员、财务、信息统一和结算、考核、监管一体的紧密型县域

医共体实行医保基金总额付费，加强监督，在考核基础上结余留用、合理超支分担。

五、保障措施

（一）高度重视，加强组织领导。各市（州）要参照省级做法，成立改革试点专项工作组，加强上下联动，细化责任分工，稳步推进试点工作。

（二）强化协同，聚力推进改革。医保部门作为改革试点牵头部门，负责统筹协调相关单位意见，做好总量确定、规则制定等调价工作。卫生健康、财政、人力资源社会保障、市场监管等部门协同做好公立医院综合改革、财政投入、薪酬改革、价格监管等工作。

（三）组建智库，发挥专家作用。选取全国知名院校、科研院所、医疗机构的专家，组建全省医疗服务价格改革专家智囊团队，分层级分阶段参与试点工作。

（四）加强宣传，主动化解风险。积极做好培训宣传、政策解读，及时回应患者和社会关切。妥善应对改革试点中遇到的重大问题、突发事件和敏感问题，主动化解舆情风险。

本实施方案自公布之日起 30 日后施行，有效期 5 年。

发文机关： 贵州省药品监督管理局 成文日期： 2024年10月10日
标 题： 贵州省药品监督管理局关于公开征求《关于进一步支持中药民族药创新发展的若干措施（征求意见稿）》意见建议的函
发文字号： 发布日期： 2024年10月10日
类 别： 医药政策 关 键 字： 中药民族药

贵州省药品监督管理局关于公开征求《关于进一步支持中药民族药创新发展的若干措施（征求意见稿）》意见建议的函

为深入贯彻落实党的二十届三中全会和省委第十三届五次全会的决策部署，健全因地制宜发展新质生产力体制机制，全链条支持中药民族药创新，推动贵州中医药产业高质量发展，我局组织起草了《关于进一步支持中药民族药创新发展的若干措施（征求意见稿）》，现向社会公开征求意见。

本次公开征求意见的时间为2024年10月10日至2024年11月10日，有关单位和个人可以将意见反馈至电子邮箱287970990@QQ.COM。

贵州省药品监督管理局
2024年10月10日

省药品监督管理局关于进一步支持中药民族药创新发展的若干措施

为深入贯彻落实党的二十届三中全会和省委第十三届五次全会的决策部署，健全因地制宜发展新质生产力体制机制，全链条支持中药民族药创新，推动贵州中医药产业高质量发展，制定如下工作措施：

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大和二十届三中全会精神，全面加强药品监管，全链条支持中药民族药创新。围绕中药种植、生产、使用全过程，以产品提质、品种增量、文号盘活、成果转化为目标，打造医药产业质量链、标准链、品牌链。到2029年，支持中药民族药传承创新的体制机制和政策体系不断完善，中药民族药产业发展基础不断夯实，在全国拥有影响力的中药民族药品种品牌不断拓展，创新药知识产权运用和保护不断加强，中药监管服务水平不断提升，一批有效成分明确、作用机理清晰的中药民族药创新药成为我省医药产业发展新的增长点。

二、工作措施

（一）夯实中药民族药发展基础

1. 继续加强省级地方标准和规范的制定和修订。加强对地区性民间习用药材管理，制修订地区性民间习用药材标准，确保地方药材标准与国家药品标准协调统一。增修订民间习用药材、饮片标准，逐步完善地方药材品种。增修订中药配方颗粒地方标准和技术规范，分批发布实施，满足生产制造和临床配方需求。强化省级中药饮片炮制规范、中药配方颗粒地方标准监督实施，强化省内中药饮片、中药配方颗粒的生产、流通、使用的监督管理。

2. 加快中药材数字化标本馆建设。基于我省中药民族药丰富的蕴藏资源，根据医疗和产业需求，通过构建中药材标本、贵州道地药材标本、中药民族药历史文化、数字化多媒体展示等模块，多元化呈现我省中药材资源优势，逐步提升我省中药民族药标本数字化应用水平。

（二）从源头加强中药材、饮片、配方颗粒质量管理

3. 制定发布黔产道地药材产地加工（趁鲜切制）品种目录，支持目录企业发挥“头雁”作用，将质量保障体系向种植加工环节延伸，带动中药材种植合作社、农户规范化种植、加工中药材。加强中药饮片生产企业采购产地加工（趁鲜切制）中药材延伸检查，规范中药材产地加工及采购行为，提升趁鲜切制中药材质量管理水平。

4. 推进实施《中药材生产质量管理规范》（GAP），促进中药材规范化、规模化种植养殖。通过 GAP 延伸检查、符合性检查和日常监督检查，推动中药生产企业采取自建、共建或共享中药材种植养殖基地，稳定中药材供给，使用符合 GAP 要求的中药材。

5. 推动改进中药饮片生产经营模式。支持中药饮片生产企业结合产业规划、资源优势、技术能力等生产实际，优化调整品种生产结构，逐步推进实现中药饮片集约化、精品化、规模化的生产模式。

6. 强化中药配方颗粒生产过程管理。鼓励省内企业分品种生产中药配方颗粒，实行联合供药。督促中药配方颗粒生产企业严格按照备案的生产工艺生产，严格供应商审核，加强中药材鉴别、中药饮片炮制、颗粒生产、检验放行等全环节质量管理，确保生产全过程符合相应的药品标准和药品生产质量管理规范。

（三）进一步发挥医疗机构中药制剂“孵化器”作用

7. 推动医疗机构制剂研发应用。支持以中医药经典名方、名老中医经验方、民族民间经方验方为基础开发医疗机构中药制剂。发挥人用经验对医疗机构中药制剂的安全性、有效性的支持作用，围绕体现中药作用特点和优势的评价指标等开展研究。支持将有效成分明确、作用机理清晰、特色优势明显，不良反应少的

医疗机构中药制剂品种向新药转化。

8. 提升医疗机构中药制剂研究质量。鼓励医疗机构制剂中药民族药制剂按药品标准开展研究；鼓励医疗机构制剂多中心临床研究。推动医疗机构建立和完善药物警戒体系，探索开展对医疗机构中药制剂疑似不良反应的监测、识别、评估、控制，安全性研究和综合评价，按照相关法律法规要求向中药制剂持有人反馈，形成数据有效利用。

9. 鼓励医疗机构制剂中心建设，并向新药研发中试基地发展。支持中药制造企业或有条件的中医医院建设区域中药制剂中心，形成资源共享，优势互补。参照《药品生产质量管理规范》等相关规定，规范和加强医疗机构中药制剂区域配制车间监管，严格监管其配制中药制剂的质量。

（四）完善中药产品研发创新的支持机制

10. 建立“一品一策”支持新药研发创新的服务机制。建立我省新药研发台账，实行“提前介入、一品一策、全程指导”，整合技术资源，按研发机构需求，给予精准指导。重点支持骨伤、恶性肿瘤、心脑血管疾病、代谢性疾病和精神心理性疾病等我省有较强研究基础、产业基础的中药新药研发和二次开发。

11. 鼓励政产学研用相结合，进一步提升中药产业关键技术研发和创新成果产业化的能力。鼓励企业发挥创新主体作用，医疗机构、高等学校、科研机构、产业园区、服务机构等协同创新、汇聚创新。与相关部门和单位配合，建设中药产品研发、成果转化和应用示范平台，以产业链、服务链布局创新链、转化链，完善中医药一体化创新模式。

12. 支持新药研发的专业化分工。支持引入 GLP 机构，鼓励医疗机构备案 GCP 机构，探索开展多区域临床试验规范性研究能力与体系建设，支持 CRO 机构参与新药研发全流程，促进中药创新质量整体提升。

13. 鼓励运用大数据、人工智能、真实世界研究等新技术，围绕临床定位、适用人群、用法用量、疗程以及体现中药民族药特点优势的评价指标开展新药研究和上市后品种再评价；支持古代经典名方、中药改良型新药、同名同方药的研制。

14. 促进已上市中药品种的质量竞争。支持以临床价值为导向，鼓励药品上市许可持有人应用符合产品特点的新技术、新工艺以及体现临床应用优势和特点的新剂型改进已上市中药品种。支持根据药物组方、人用经验、制备工艺、用法用量、功能主治特点等，在临床试验期间或上市后，开展工艺优化、质量标准提升以及非临床安全性评价等相关研究。鼓励企业“讲清楚、说明白”优势品种治疗疾病的作用机制。支持药品上市许可持有人结合品种的临床价值开展上市后高质量的随机对照临床试验 (RCT)，进一步验证其临床疗效。鼓励中药注射剂品种开展上市后研究和评价。

（五）支持创新成果转化

15. 鼓励企业和机构收购未生产品种。并按现有国家规定进行临床价值研究，提升质量和工艺标准，盘活确有价值的民族药品种。基于风险原则，有条件支持休眠品种恢复生产。优化备案 / 审批流程，提高转让的效率和便利性，减少程序和时间成本。

16. 鼓励知识产权的运用和转化。与相关部门配合，帮助提升企业、研发机构知识产权能力，在不同阶段，形成不同的知识产权组合，形成专利、商标、著作权、技术秘密和中药保护品种为一体的综合保护体系。支持开展知识产权投融资和转让。

（六）重视中药上市后管理

17. 强化信用监管。督促药品上市许可持有人履行主体责任和义务。提升全生命周期数字化管理能力，开展药品上市许可持有人信用档案建设，持续推进全省药品监管数据汇聚，切实发挥信用档案在日常监管中的作用，同时以信用档案数据为基础，探索更多的应用场景和风险分析。鼓励企业提升信用等级，加强对信用等级低、风险程度高的企业和品种的监管。

18. 加快推进智慧监管建设。进一步完善药品智慧监管应用支撑体系，开展贵州省血液制品监管系统、贵州省零售药店管控监测系统、贵州省医疗器械智慧监管系统、贵州省药品检查员信息管理系统、“两品一械”监管检查移动 APP 等系统建设。强化贵州药监综合监管平台应用推广，持续推进药品监管数据资源共享开放。持续加大对市县两级市场监管部门的培训，指导基层利用监管系统支撑开展监管业务，提升基层信息化应用水平。稳步推进中药生产企业建立药品追溯系统，督促生产经营企业和医疗机构建立并实施药品追溯制度，保证药品可追溯。

19. 加强中药不良反应监测。不断完善中药警戒制度，加强中药不良反应监测“哨点”建设。引导和帮助持有人开展药品上市后安全性研究，对研究中发现的安全性风险信号采取相应的风险控制措施，加强对不良反应聚集性事件的监测和处置力度，及时防控用药风险。

20. 加强中药质量抽检监测。持续推进和完善中药材、中药饮片、中药配方颗粒、中成药质量抽检，结合监管需求和行业发展实际，科学开展探索性研究，对抽检监测数据进行综合分析研判，依风险采取相应的风险防控或质量提升措施，依法发布抽检监测结果。

（七）加强部门合作

21. 加强与国家药监局所属单位合作。积极参与国家药监局药品监管科学行动计划，推动研究用于中药评价的新工具、新方法和新标准。积极参与重点实验室、临床医学研究中心、技术创新中心等省级科研创新平台建设。争取筹建国家药监

局中药市场质量监控和评价重点实验室、国家药监局中药安全监测和风险评估重点实验室，提升药品检验机构的中药质量评价能力。

22. 强化部门联动、协同推进。强化与卫生健康委、科技厅、医保局、中医药局、大数据局、金融监管局等部门协同联动，形成各部门共同推进中药传承创新发展良好局面。充分发挥第三方机构作用，争取财政、人才、数据、算力、科技项目、投融资等优惠政策，支持中医药产业传承创新发展，增强推进中医药产业发展的系统性、整体性和协同性。

发文机关：贵州省卫生健康委员会
标 题：关于印发《贵州省住院医师规范化培训质量控制管理办法（试行）》的通知
发文字号：黔卫健发〔2024〕17号
类 别：人才培养

成文日期：2024年10月16日
发布日期：2024年10月16日
关 键 字：住院医师培训

关于印发《贵州省住院医师规范化培训 质量控制管理办法（试行）》的通知

黔卫健发〔2024〕17号

各市、自治州卫生健康局，贵安新区社会事业管理局，委直属各医院，省卫生健康学术促进中心，省卫生健康人才中心，各住院医师规范化培训基地：

为进一步规范我省毕业后医学教育管理，加强住院医师规范化培训质量内涵建设，逐步提升同质化培训水平，结合我省实际，省卫生健康委制定了《贵州省住院医师规范化培训质量控制管理办法（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。

贵州省卫生健康委员会

2024年10月16日

贵州省住院医师规范化培训质量控制管理办法 （试行）

第一章 总则

第一条 为进一步规范我省毕业后医学教育管理，加强住院医师规范化培训（以下简称住培）质量内涵建设，不断提升同质化培训水平，根据《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》（国办发〔2020〕34号）、原国家卫生计生委等七部门《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》（国卫科教发〔2013〕56号）、原省卫生计生委等七部门《关于建立贵州省住院医师规范化培训制度的实施方案》（黔卫计发〔2014〕13号）等文件精神，制定本办法。本办法适用范围为全省住院医师规范化培训基地。

第二条 贵州省卫生健康委员会（以下简称省卫生健康委）成立贵州省住院医师规范化培训质量控制专家指导委员会（以下简称专家指导委员会）和各专业质量控制中心（以下简称专业质控中心），依托相关医学教育专家对全省住培质量进行专业指导和管理，按照国家和省有关住培制度、标准和本办法开展住培质量控制工作。

第三条 住培质量控制工作以培训质量管理为核心，标准规范为指引，考核评估为抓手，师资队伍建设为引领，更新培训理念，夯实质量内涵建设，推动住培工作持续改进，全方位提升住培教学水平和质量。

第二章 组织机构

第四条 专家指导委员会和专业质控中心受贵州省卫生健康委领导。贵州省卫生健康委委托贵州省卫生健康学术促进中心（贵州省毕业后医学教育管理办公室）（以下简称省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室））负责专家指导委员会和专业质控中心的日常工作管理。

第五条 专家指导委员会由全省专业教学和综合管理领域均具有较高影响力和组织协调能力的专家组成。专家指导委员会设主任委员1人，副主任委员2—6人和委员若干人，秘书1—2人，采取个人申报，经单位推荐，由省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）初审后，报省卫生健康委审核同意后公布。

第六条 专业质控中心原则上根据国家住培专业设置分专业组建，省卫生健康委结合实际需要适当增减，分为临床专业质控中心和管理专业质控中心两类。专业质控中心主要通过挂靠培训基地（医疗卫生机构）设立，必要时可以委托相关行业组织承担。

第七条 符合以下条件的医疗卫生机构可以申请作为被挂靠单位设立专业质控中心：

（一）已经是国家住培基地，并开设有相关专业。

（二）所申请专业综合实力较强，在省内具有明显优势和影响力，专业基地负责人有较高学术地位和威望。

（三）所申请专业有较完善的教学管理与控制体系和良好的质量管理成效。

（四）申请单位具备较强的信息化支撑条件，能够为相应专业开展质控工作提供必要的支撑保障。

（五）申请单位具备开展质控工作所需的办公场所、设备、设施及专职人员，并保障开展质控工作所需的经费。

（六）能够承担省卫生健康委、省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）交办的质控工作任务。

第八条 申请作为专业质控中心挂靠单位的培训基地（医疗卫生机构）应在自行评估的基础上，经单位领导班子集体研究后，以单位名义提交申请文件。省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）对申请单位提交的材料进行书面审核。对于明显不符合设立条件的不予接受申请；对于提交材料不完善的应及时通知补充完善材料后提交；对通过书面材料审核的，经组织专家进行评

审后，报省卫生健康委审核同意后公布。

专业质控中心挂靠单位以4年为一个管理周期，根据工作需要，省卫生健康委可对已设立的专业质控中心进行撤销、整合或重新遴选挂靠单位。

第九条 专业质控中心实行主任负责制。设主任委员1人，副主任委员1—2人、秘书长1人、委员若干人（不超过10人）、秘书1—2人。原则上不设名誉主任、顾问等荣誉职位。

（一）专业质控中心主任由挂靠单位提出人选，报省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）审核同意后聘任。每届任期4年。专业质控中心主任应具备以下条件：

1. 具有较好的职业品德和责任感，为人正直、秉公行事、乐于奉献。
2. 具有较强的业务能力，热心住培教学工作，工作思路清晰，了解国内外本专业发展趋势和经验；熟悉、掌握有关住培教学政策、标准等专业知识。
3. 具有较强的组织协调能力，在本中心质控区域和本专业领域有较高学术地位和威望，优先考虑在全国相关专业学协会担任常务委员及以上职务，或在省级相关专业学协会担任主任委员、副主任委员及以上职务的专家。
4. 具有良好的身体状态和充裕的工作时间，能够胜任本专业并按照省卫生健康委、省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）工作要求开展质控工作。
5. 省卫生健康委规定的其他条件。

（二）副主任委员、秘书长、委员、秘书设置应当符合实际工作需要，组成人员应兼顾区域平衡。具体人选由质控中心主任提拟，挂靠单位推荐，报省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）审核同意后聘任。任期同专业质控中心主任任期。副主任委员不超过2人、秘书长1人、委员不超过10人，秘书不超过2人。其中副主任委员至少1名由非本专业质控中心挂靠单位的专家担任；委员中由本中心挂靠单位的专家数量不超过3名。副主任委员、秘书长、委员、秘书等要求为本专业医学教育专家和高水平师资，热心住培教学工作、具有丰富教学和管理经验，在相应领域具有较大影响力，并有足够时间开展专业质控管理工作。

第三章 职责任务

第十条 专家指导委员会主要负责拟定全省住培质量控制总体规划，统筹推进全省住培质量提升，研究并提出住培基地建设和专业基地设置规划建议，指导、协调、监督各专业质控中心工作，审核各专业质控中心质控报告，编纂全省年度住培质控工作白皮书。

第十一条 专业质控中心职责。

（一）临床专业质控中心

1. 拟定本专业住培质控标准。
2. 调整修订本专业培训内容及方式，优化教学流程，提出专业教学修正建议，修订本专业培训轮转计划等；探索适合本专业分层递进的教学模式。
3. 调整修订本专业考核规程，参与考核督查和评估。
4. 拟定本专业师资培训标准，实施师资培训计划。
5. 拟定本专业基地评估标准，对本专业培训基地培训质量和效果进行评价和排名、提出准入、退出、年度综合评价的意见建议。
6. 组织开展本专业教学学术交流。
7. 完成省卫生健康委、省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）交付的其他任务。

（二）管理专业质控中心

1. 拟定培训地质控评估标准，对培训基地过程管理进行评价，提出准入、退出、年度综合评价的意见建议。
2. 拟定师资、学员岗位胜任力评价标准。
3. 实施管理人员相关培训。
4. 组织开展培训管理经验与学术交流。
5. 牵头组织开展尚未组建临床专业质控中心专业的质控工作。
6. 完成省卫生健康委、省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）交付的其他任务。

第四章 质控实施

第十二条 专业质控中心质控工作严格遵守国家有关法律、法规、规章、政策以及有关党风廉政建设要求。专业质控中心应当定期召开工作会议，讨论本专业质控工作计划、相关标准修订等重要事项，部署安排质控工作，落实质控中心工作任务，交流质控工作经验。

第十三条 专业质控中心应当制定本专业质控工作规划和年度工作计划并组织实施。每年1月底前向省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）和专家指导委员会报送年度工作计划，当年12月底前向省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）和专家指导委员会报送年度工作总结。

第十四条 专业质控中心主要通过质量评价、数据分析、考核评估、督导检查 and 培训指导的方式开展质控工作。质控频次每年不少于4次，相关质控情况或质控报告及时告知培训基地（医疗卫生机构），同时报送该培训基地（医疗卫生

机构)主管卫生健康行政部门。

第十五条 专业质控中心应当积极利用信息化手段加强质控工作,使用符合国家关于网络和数据安全等法律规定的信息系统收集、存储、分析数据,按照国家有关规定保障网络和数据安全。专业质控中心应当在法律法规等规定范围内使用数据资源。

第十六条 各级卫生健康行政部门、各培训基地(医疗卫生机构)和各专业基地应积极支持和配合专业质控中心开展工作,按照专业质控中心要求及时、准确、完整填报质控信息,接受专质控中心的指导,持续改进培训质量。

第十七条 专业质控中心形成的质控结论、质控工作报告作为培训基地(医疗卫生机构)以及专业基地住培工作年度综合评价等工作的重要参考依据

第五章 监督管理

第十八条 贵州省卫生健康委按照4年一个管理周期对各专业质控中心实行动态管理,委托省卫生健康学术促进中心(省毕业后医学教育管理办公室)对各专业质控中心建立年度考核制度。每年年底组织召开述职评议会,通过考核专家打分,考核结果分为优秀、良好、合格和不合格4个等次。管理周期内4次年度考核结果均为良好及以上等次或2次年度考核结果为优秀且在2次年度考核未出现不合格等次的,挂靠周期届满挂靠单位不作调整;管理周期内2次年度考核不合格的,立即解除挂靠关系并重新另选挂靠单位,原挂靠单位不参与本次遴选;管理周期内获其他年度考核等次情况的,挂靠周期届满省卫生健康委按照本办法重新遴选专业质控中心的,原挂靠单位可以继续参与遴选。

第十九条 专业质控中心根据工作需要向省卫生健康学术促进中心(省毕业后医学教育管理办公室)和专家指导委员汇报工作业绩及需协调指导的工作事宜。省卫生健康学术促进中心(省毕业后医学教育管理办公室)和专家指导委员按职责向各专业质控中心提供协调、监督和指导。

第二十条 各专业质控中心挂靠单位应当加强对专业质控中心的管理,将其纳入单位重点工作,明确分管领导和职能管理部门,积极支持专业质控中心开展工作,推动专业质控中心发挥更大的作用。

第二十一条 专家指导委员会成员因故不能继续履职或履职不力的,由省卫生健康学术促进中心(省毕业后医学教育管理办公室)重新提议人选,报省卫生健康委审核同意后调整。

第二十二条 专业质控中心主任因故不能继续履职或履职不力的,由挂靠单位重新推荐人选,并报省卫生健康学术促进中心(省毕业后医学教育管理办公室)审核同意后调整。

第二十三条 专业质控中心应定期对本中心人员参与工作情况进行监督和考核。对因故不能继续履职或履职不力的，由质控中心主任适时重新提拟人选，经挂靠单位推荐，并报省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）审核同意后调整。

第二十四条 省卫生健康委、省卫生健康学术促进中心（省毕业后医学教育管理办公室）对设立的专业质控中心安排一定的工作经费，相关工作经费与挂靠单位支持的经费一并纳入挂靠单位财务部门统一管理，主要用于开展质量管理、检查评估、培训指导和日常工作等。专业质控中心应当遵守相关财务规定，严格执行挂靠单位财务管理要求，确保经费依法规范管理和使用。

第二十五条 质控工作产生的相关资料等由专业质控中心妥善保存，专业质控中心挂靠单位变更时，应做好相关资料的交接工作，确保本专业质控中心的工作有序、无缝衔接。

第六章 附则

第二十六条 本办法由省卫生健康委负责解释。原有文件规定内容与本办法不相一致的，以本办法为准；如本办法与上位各类规范规定内容不一致的，以上位规范为准。

第二十七条 本办法自印发之日起施行。

发文机关：贵州省药品监督管理局 成文日期：2024年10月24日
标 题：贵州省药品监督管理局关于对《省药品监督管理局关于进一步规范药品流通监督管理有关工作的通告（征求意见稿）》公开征集意见的通告
发文字号： 发布日期：2024年10月24日
类 别： 医药政策 关 键 字： 药品流通监督

贵州省药品监督管理局关于对《省药品监督管理局关于进一步规范药品流通监督管理有关工作的通告（征求意见稿）》公开征集意见的通告

为认真贯彻落实《药品经营和使用质量监督管理办法》《国家药监局关于进一步做好药品经营监督管理有关工作的公告》精神，进一步加强药品经营监督管理，保障经营和使用环节药品质量安全，我局起草了《省药品监督管理局关于进一步规范药品流通监督管理有关工作的通告（征求意见稿）》。现向社会公开征求意见，欢迎社会各界提出意见建议。

一、公开征集意见时间

2024年10月24日至11月3日。

二、意见反馈渠道

1. 邮寄通信地址：贵州省贵阳市中华北路242号省政府大院5号楼七层省药品监督管理局药化流通处。
2. 电子邮件地址：yjj.lkm@guizhou.gov.cn，邮件主题请注明“经营监管通告反馈意见”。
3. 电话（传真）：0851—86860281

贵州省药品监督管理局
2024年10月24日

省药品监督管理局关于进一步规范药品流通监督管理有关工作的通告（征求意见稿）

为认真贯彻落实《药品经营和使用质量监督管理办法》（以下简称《办法》）《国家药监局关于进一步做好药品经营监督管理有关工作的公告》（2024年第48号，以下简称《公告》）和《省药品监督管理局关于印发〈贵州省药品批发企业现代物流技术指导原则（试行）〉的通知》（黔药监发〔2022〕15号，以下简称《指导原则》），进一步加强药品经营监督管理，保障药品经营和使用环节质量安全，

现就有关事宜通告如下：

一、通告之日起，申请新开办药品批发企业，应当有与其经营品种、经营规模相适应的经营场所、自营仓库和设施设备，自营仓库和设施设备应符合《指导原则》要求。药品批发企业变更仓库地址、异地增加仓库地址，应当有与其经营品种和规模相适应，符合《指导原则》相关要求的自营仓库。自营仓库由本企业人员自行运营管理。

二、2029年1月1日起，申请重新审查发证的药品批发企业，应当通过设施设备升级、资源整合等方式达到《指导原则》相关要求。2029年1月1日前，《药品经营许可证》有效期届满，未达到《指导原则》相关要求的批发企业，可以申请重新审查发证，有效期至2028年12月31日。国家药监局发布新的规定和要求时，按国家药监局的规定和要求执行。

三、通告之日起，同一法人主体的药品批发企业和药品零售连锁总部可向原发证机关申请批零一体化经营。原发证机关按照变更药品经营许可证程序办理，分别明确批发和零售连锁的经营范围。批零一体化经营的企业应当依据药品经营质量管理规范，分别建立药品批发和药品零售连锁质量管理体系；配备符合药品经营全过程管理和质量控制要求的人员、计算机系统；设置可满足药品批发和药品零售经营实际需求的仓库，并采取有效措施防止药品混淆与差错。

四、省内药品批发企业持续经营满5年、药品零售连锁总部持续经营满1年，可以委托符合省内或省外药品第三方物流标准的企业储存运输药品，同一省（自治区、直辖市）辖区内受托方不超过1家，发证机关按变更或增加仓库地址程序办理。省外药品批发、药品零售连锁总部需委托我省药品批发企业储存运输的，应委托符合我省药品第三方物流标准的企业。

五、药品零售企业被其他药品零售连锁总部收购或加盟其他药品零售连锁总部，按照变更药品经营许可证程序办理。连锁药店变更为单体药店，企业统一社会信用代码未发生变更的，按照变更药品经营许可证程序办理；企业统一社会信用代码已发生变更的，按照新开办程序办理，如果经营场所、经营范围、主要设施设备条件未发生变更，可以不进行现场检查。变更过程中的药品零售企业可以接收原企业通过合法渠道采购的有效期内的合格药品，同时做好药品相关资料、数据等交接工作，确保药品信息可查询、可追溯。

六、药品零售企业可在经营地址或延伸至辖区内大型公共场所、街道社区、住宅小区等区域设置自助售药机销售乙类非处方药，以满足公众不便地域、时段

的购药需求。设置自助售药机，应符合《公告》第七条要求，向药品经营许可证发证机关报告，发证机关在许可证“经营地址”项下注明自助售药机放置地址。市（州）药品监管部门可结合实际制定自助售药机管理规定。

七、药品批发企业、药品零售连锁总部、零售药店申请核发《药品经营许可证》、重新审查发证、变更《药品经营许可证》载明事项时，应按照《办法》第二十条、第二十一条和《公告》第四条明确的经营范围并结合经营实际进行申请。药品零售连锁总部的药品经营许可证，应当在

经营方式下标注“零售（连锁总部）”。零售药店的药品经营许可证，应当在经营方式下标注“零售（连锁直营）、零售（连锁加盟）、零售（单体）”。

八、药品经营许可证编号按《办法》第七十六条规定执行，多个县（市、区）共用地区代码的，市（州）市场监管局应统一编制辖区内县（区）调整码，调整码从 a 开始，依次进行编制（如遇英文小写“o”等不易区分的字母可以跳过）。监管部门在企业申请重新审查发证、变更时一并变更新的药品经营许可证编号。药品经营许可证载明事项发生变更的，许可证编号不变，有效期终止日期不变，发证日期为许可决定作出的日期。重新审查发证的，许可证编号不变，许可证有效期应重新计算。

九、各市（州）、县（区）监管部门要加强药品经营许可证管理，在核发、重新审查发证、变更、吊销、撤销、注销等事项完成后 10 日内将相关信息录入贵州药监综合监管平台。

十、药品批发企业、药品零售连锁总部、零售药店应按照《药品管理法》《办法》等法规要求，建立健全药品追溯管理制度、入驻第三方平台、扫码上传数据，以国家药品集中采购中选品种、麻醉药品、精神药品、生物制品、A 型肉毒毒素等品种为重点，推进全品种全过程药品信息化追溯。

十一、鼓励药品经营企业、药品使用单位使用加盖符合法规要求的电子签名或者电子印章的首营企业、首营品种、购货单位、检验报告、随货同行单等电子资料。电子资料与纸质资料具有同等效力。

十二、上年度接受国家或省 GSP 符合性检查综合评定结论为符合要求的批发企业、药品零售连锁总部和上年度接受省、市（州）GSP 符合性检查综合评定结论为符合要求的零售药店，可以将检查报告作为监管部门重新审查发证或委托企业定期对受托企业质量保证能力、风险管控能力考核评估的依据，不再进行重复检查。

十三、市（州）、县（市、区）药品监督管理部门要切实加强药品经营使用环节监督管理，严格规范药品经营使用行为。自2024年1月1日起，对药品零售连锁总部落实《办法》规定的“七统一”等重点内容要加强监督检查，坚持问题导向和目标导向相结合，对初次轻微违法的企业和单位实施“包容审慎”监管，对拒不改正和严重违法的要依法严肃查处。

十四、各市（州）药品监督管理部门可以依据《药品经营和使用质量监督管理办法》和本通告要求，结合工作实际制定配套文件，围绕严格药品零售经营许可、落实企业主体责任、强化经营使用监管、健全监督检查机制等方面细化有关内容，完善工作流程和标准，提升药品经营使用监管效能。

十五、市（州）、县（市、区）药品监督管理部门要高度重视《药品经营和使用质量监督管理办法》和我省配套规范性文件的贯彻实施工作，统筹部署、稳步推进，结合本辖区工作实际，认真组织开展分级、分类、多途径的宣贯和培训，准确理解和严格执行法规政策要求，我局原有规定与现行法规、规范性文件及本通告要求不一致的不再执行。

十六、本文所称连锁直营店，是指零售连锁总部的分支机构，由药品零售连锁总部集中管理、统一核算的连锁门店；连锁加盟店，是指以加盟药品零售连锁总部的方式从事药品零售活动，与总部签订连锁经营合同，在总部的管理下统一经营的连锁门店；单体药店是指企业独立拥有并经营的非连锁药店。

贵州省药品监督管理局

发文机关： 云南省卫生健康委
成文日期： 2024年10月12日
标 题： 云南省卫生健康委关于《云南省医疗机构管理条例（修订稿）》公开征求意见的公告
发文字号：
发布日期： 2024年10月12日
类 别： 机构政策
关 键 字： 医疗机构管理

云南省卫生健康委关于《云南省医疗机构管理条例（修订稿）》公开征求意见的公告

为做好我省医疗机构管理工作，省卫生健康委组织对《云南省医疗机构管理条例》部分条款进行了修订，现向社会公开征求意见。

此次公开征求意见时间为2024年10月13日至11月12日，为期30天。相关单位和各界人士可在此期间将修改意见和建议书面反馈省卫生健康委医政处。

电子邮箱： ynswstyzc@126.com

传真： 0871-67195121

邮政编码： 650200

通信地址： 昆明市官渡区国贸路309号政通大厦503室

附件： 云南省医疗机构管理条例（修订稿）

云南省卫生健康委

2024年10月12日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 云南省卫生健康委关于《云南省医疗机构管理条例（修订稿）》公开征求意见的公告

发文机关： 云南省卫生健康委员会、中共云南省委机构编制委员会办公室、云南省发展和改革委员会、云南省财政厅
成文日期： 2024年9月27日
标 题： 关于印发《云南省深化紧密型县域医疗卫生共同体建设若干措施》的通知
发文字号： 云卫基层发〔2024〕8号
发布日期： 2024年10月22日
类 别： 医疗政策
关 键 字： 紧密型、县域医疗、医疗共同体

关于印发《云南省深化紧密型县域医疗卫生共同体建设若干措施》的通知

云卫基层发〔2024〕8号

各州（市）人民政府，省直各委、办、厅、局：

《云南省深化紧密型县域医疗卫生共同体建设若干措施》已经省人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

云南省卫生健康委员会 中共云南省委机构编制委员会办公室
云南省发展和改革委员会 云南省财政厅
云南省人力资源和社会保障厅 云南省农业农村厅
云南省医疗保障局 云南省疾病预防控制中心
云南省药品监督管理局
2024年9月27日

云南省深化紧密型县域医疗卫生共同体建设若干措施

为贯彻落实《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》（国卫基层发〔2023〕41号）精神，持续巩固我省紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称县域医共体）建设质效，到2027年底全省基本实现县域医共体全覆盖，制定以下措施。

一、坚持政府主导，因地制宜组建县域医共体

（一）健全管理体制。健全由县级党委领导、政府主导，机构编制、发展改革、人力资源社会保障、财政、农业农村、卫生健康、医保、疾控、药监等部门及乡镇（街道）和县域医共体成员单位参与的县域医共体建设推进机制。明确推进机制工作规则、机制成员单位职责分工，发挥推进机制在协调推动县域医共体建设和运行中重大事项以及工作方面的作用，推进机制每年研究工作不少于2次。县级卫生

健康行政部门承担推进机制日常工作，牵头协调相关部门积极推动县域医共体建设。

（二）合理组建县域医共体。以县为单位，采取“1+N”的模式组建县域医共体，即由县级医院牵头，其他县级医疗卫生机构及乡镇卫生院（社区卫生服务中心）等组成。原则上一个县组建一个县域医共体，也可结合实际组建2个及以上的县域医共体。县域医共体成员单位法人资格原则上保持不变、单位性质保持不变。牵头医院一般应为二级及以上非营利性综合医院或中医医院，鼓励有条件的县级中医医院牵头组建县域医共体。鼓励引导社会力量办医疗机构加入县域医共体。

（三）选强配齐县域医共体负责人员。完善牵头医院和成员单位共同参与、定期协商的议事决策制度，原则上县域医共体负责人员由牵头医院、县级成员单位负责人及基层医疗卫生机构代表组成。县域医共体负责人员由县级卫生健康行政部门提名，成员单位负责人和班子成员由县域医共体提名并征求县级卫生健康行政部门意见，根据干部管理权限任免。

（四）加强党的建设。加强县域医共体内党组织建设，理顺党委与行政领导班子议事决策程序，发挥党委把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。县域医共体党组织应由卫生健康行政部门、牵头医院、成员单位等人员组成，落实“三重一大”集体决策制度。县域医共体党组织主要负责人认真履行“第一责任人”职责，其他负责人员严格落实“一岗双责”，抓实党建和党风廉政建设工作。

（五）明确功能定位。坚持县域医共体服务主体定位，结合县域实际，推行差异化功能定位和分类管理。加强与专业公共卫生机构医防协同，严格落实《医疗机构传染病防控责任清单》，提升重大疫情应对和医疗应急能力。

牵头医院以提高县域内就诊率和出院患者三四级手术比例为目标，加强重大疑难疾病患者诊治能力建设。加大对基层医疗卫生机构的指导帮扶力度，提升基层综合服务能力，畅通上下转诊渠道。有条件的县级中医医院可牵头组建县域医共体或统筹协调区域中医药资源、学科建设等，承担县域中医医疗、康复保健、适宜技术推广等中医药服务能力提升任务。未设有县级中医医院的县（市、区）此职责由县医院承担。

县级妇幼保健院统筹推进县域内妇幼健康服务和管理，提升县域妇幼健康服务水平。县级疾控中心结合实际参与县域医共体技术指导、业务培训、下派人员等医防协同工作。通过派驻疾控监督员等方式参与县域医共体公共卫生的监督管理。

基层医疗卫生机构提供常见病、多发病患者诊疗，及时上转重症患者，承接恢复期、稳定期患者的下转和辖区人群基本公共卫生、健康管理等服务。

其他专科医院、社会力量办医疗机构根据自愿原则，以业务同质化管理和加

强乡村服务为重点，提供医疗卫生服务。

二、健全运行机制，提高县域医共体管理质效

(六)加强内部运行管理。整合现有资源，建立人力资源、财务管理、医疗质控、医保管理、信息数据等管理中心，实现人、财、物统一管理。对成员单位单独设账、集中核算，有条件的可实行统一账户管理。到2025年建成县域内医学检验、医学影像、心电诊断、病理诊断、消毒供应等资源共享中心，实现基层检查、上级诊断、结果互认。

(七)建立成员单位利益分配机制。县域医共体内部应根据牵头医院与成员单位的人员、设备、服务能力、服务参与度等因素，建立健全科学合理的资源共享、费用分摊和收入分配机制。

(八)加强药品耗材管理。加强县域医共体药品耗材供应、存储、使用、监管等全链条管理。支持县域医共体内组建采购联合体，使用统一采购账号，牵头医院制定用药目录，按各成员单位需求统一采购、统一配送，实现县乡用药衔接。探索建立总药师制度和统一审方制度，推动县域医共体内处方自由流动。支持优势突出、疗效确切、使用安全的医疗机构制剂在县域医共体内调剂使用，重点加强在基层医疗卫生机构的推广使用。

(九)加快信息化建设。参照《云南省紧密型县域医共体信息化建设指南》，统筹现有数字化医疗项目推进县域医共体信息化建设。加快县域医共体成员单位之间信息互联互通，实现医疗服务、公共卫生服务、财务管理、人事管理和绩效管理数据信息的共享互融。推进基层医疗卫生机构更新配置数字化医疗设备，推动人工智能辅助诊断技术在县域医共体内应用。

三、加强县域统筹，提高服务同质化水平

(十)落实优质资源下沉。开展帮扶的城市公立三级医院至少派出3名以上医疗、药学、护理、管理等方面专家常年驻守县域医共体开展指导工作。县级医疗卫生机构向乡镇卫生院(社区卫生服务中心)派驻临床、管理人才，确保每个乡镇卫生院(社区卫生服务中心)至少有1名县级医疗卫生机构主治医师及以上职称人员常年服务。驻守及派驻周期可结合实际调整，一般不少于6个月。县乡两级医疗卫生机构医师每周至少两次下沉村(社区)开展巡回诊疗，鼓励开展长短结合驻点服务。发挥“银龄医师”专业优势作用，鼓励参与下沉帮扶。

(十一)拓展家庭医生签约服务。县域医共体内县级医疗卫生机构设立家庭医生签约服务技术指导团队，选派专科医师直接参与家庭医生签约服务，拓展签约内容，扩大做实一般人群和重点人群签约服务。发挥家庭医生对居民首诊和分级就诊指导作用，重点加强慢性病患者早期发现、诊疗、用药指导、健康管理等

服务。县域医共体内上级医院在专家号源、住院床位和预约检查等方面预留 20% 以上的资源优先保障家庭医生转诊的患者。加强家庭医生签约服务质效考核，考核结果与签约服务费用结算挂钩。

四、深化改革协同，完善县域医共体支持政策

（十二）优化人事管理制度。推进医疗卫生人员县管乡用、乡聘村用。在核定的编制总量内和优先保障基层医疗卫生机构用人需求前提下，县域医共体内人员实行全员岗位管理，对人员实施统一招聘、培养、管理。适当提高基层医疗卫生机构中级、高级专业技术岗位比例。绩效工资总量和人员待遇应向基层医疗卫生机构倾斜。

（十三）深化医保支付方式改革。对县域医共体实行医保基金总额付费，完善“结余留用、合理超支分担”机制。结余资金作为县域医共体业务收入，主要用于绩效分配、人才培养、专科建设等。稳步推进县级医院实行 DRG/DIP 付费，逐步探索医保对不同层级机构同病同付。对县域医共体内符合规定的转诊住院患者连续计算起付线，促进上下转诊、连续服务。

五、强化监测评价，保障县域医共体健康运行

（十四）加强监测评估。按照紧密型、同质化、控费用、促分工、保健康发展要求，实行半年监测、年度评估（评估指标见附件），及时预警纠偏，有效防止医药费用不合理上涨、资金周转困难和财务运行等风险发生。加大医保基金监管力度，防范不合理使用医保基金行为，有力维护医保基金平稳安全运行。

（十五）规范绩效评价。县级卫生健康行政部门会同相关部门每年对县域医共体及其负责人员开展考核。突出公立医院绩效评价、“优质服务基层行”活动达标情况、基层医疗卫生机构诊疗量及其占比、家庭医生签约服务质效的结果导向。县域医共体建立健全内部考核机制，考核指标向资源下沉、巡诊派驻、家庭医生签约服务、成本控制等方面倾斜，引导患者就近就医，促进优质资源下沉基层。

（十六）注重结果应用。县域医共体及其负责人员绩效评价结果与公共卫生服务经费补助、医保基金支付、绩效工资总量核定以及负责人员薪酬、任免、奖惩等挂钩。县域医共体内部考核结果与成员单位绩效工资总量核定挂钩。

（十七）强化投入保障。落实各级政府办医责任，对县域医共体成员单位投入按原渠道足额保障，省级财政通过基本公共卫生服务、基本药物制度补助资金对乡村医疗卫生机构予以支持。地方政府新增财政卫生健康支出向县域医共体内基层医疗卫生机构适当倾斜。

发文机关： 南省医疗保障局、云南省卫生健康委员会、云南省药品监督管理局

成文日期： 2024年10月16日

标 题： 云南省医疗保障局 云南省卫生健康委员会 云南省药品监督管理局关于进一步做好职工医保门诊统筹便民服务工作的通知

发文字号：

发布日期： 2024年10月23日

类 别： 医保政策

关 键 字： 医保门诊

云南省医疗保障局 云南省卫生健康委员会 云南省药品监督管理局关于进一步做好职工 医保门诊统筹便民服务工作的通知

各州（市）医疗保障局、卫生健康委、市场监管局：

为进一步落实职工医保门诊共济保障改革要求，确保参保人员就近便捷享受门诊统筹医保报销服务，提高门诊服务便民性和可及性，现就进一步做好职工医保门诊统筹便民惠民服务工作通知如下：

一、扩大定点医药机构范围

（一）各级医疗保障部门及时将符合条件的定点医疗机构、定点零售药店纳入门诊统筹管理，为参保群众门诊就医购药提供更多选择、更多便利。

（二）各级医疗保障部门将门诊统筹服务纳入医保定点医疗机构、定点零售药店服务协议管理范围，严格协议管理，做好定点医疗机构、定点零售药店费用结算工作，及时拨付医疗保障基金。

二、提升购药便利性

（三）各级医疗保障部门支持定点医疗机构（定点“互联网”医疗机构）通过医保电子处方中心将普通门诊外配处方流转至纳入门诊统筹管理的定点零售药店，执行开具处方的定点医疗机构医保待遇政策。

（四）加强医保电子处方中心应用推广，逐步推进二级及以上定点医疗机构和定点“互联网”医院接入医保电子处方中心，支持有条件的基层定点医疗机构接入。

（五）定点医疗机构要根据统一的医保目录内处方流转药品品种，及时做好处方流转药品对接，确定处方流转药品范围，便于定点医疗机构电子处方顺畅流转至定点零售药店。

（六）建立“互联网+”药品流通服务，完善医保移动支付平台建设，开通定点零售药店移动支付等功能，打通线上线下服务通道，实现“网订店取”或“网订店送”。

三、加强便民门诊服务

(七) 各级卫生健康部门要指导定点医疗机构持续改善患者就医体验, 加强门诊便民服务工作。

(八) 鼓励定点医疗机构设置方便门诊, 有条件的医疗机构在就诊高峰期增开午间、夜间、周末和节假日门诊, 并根据患者诊疗数量动态调整诊室、工作人员数量及服务时间, 满足群众诊疗需求。

(九) 设立老年人绿色通道, 减少就医等待。

四、优化就医流程

(十) 定点医疗机构要进一步完善与医疗保障、卫生健康部门信息共享机制, 优化门诊就医、费用结算流程, 加强门诊信息公开和咨询服务, 提高患者便捷度。

(十一) 根据诊疗需求为临床诊断明确、用药方案稳定、依从性良好、病情控制平稳且需长期用药的患者, 开具不超过 12 周的长期处方, 减少患者的就诊开药次数, 避免频繁往返医疗机构。

(十二) 在确保信息真实和用药安全的前提下, 对高龄、卧床等行动不便的患者, 经本人授权后可由家属持委托人和受托人的身份证明代开药。

五、加强用药保障

(十三) 各级医疗保障、卫生健康部门要指导医疗机构加强药品配备管理, 推进城市医疗集团、县域医共体等医联体内建立药品联动管理机制, 促进上下级医疗机构用药衔接, 满足临床用药需求。

(十四) 各级医疗保障部门与药品监管部门要引导药品生产企业、药品经营企业加强定点零售药店药品保障供应, 指导定点零售药店根据群众需求和药品管理规定合理备药, 与医疗机构形成有效补充。

(十五) 公立医疗机构和基层医疗卫生机构要根据诊疗能力、临床需求, 合理配备常见病、多发病的医保目录药品、基本药物和集中带量采购药品, 不断优化用药目录, 形成科学合理的用药结构。

六、落实家庭医生签约服务

(十六) 积极推进基层家庭医生签约服务制度, 落实签约居民规范转诊、住院患者连续计算起付线、起付标准补差等优惠政策, 引导患者到基层首诊。

(十七) 强化家庭医生和签约居民的联系, 向签约居民提供按照基本公共卫生服务规范和签约包服务内容开展相应的健康管理服务, 不断提高家庭医生签约服务知晓率和服务感受度。

(十八) 各级医疗保障部门进一步规范家庭医生签约服务费结算工作, 及时

足额支付签约服务费。有条件的地区可探索签约服务费按人头预付、按考核结果结算签约服务费给基层医疗卫生机构或家庭医生（团队），切实发挥家庭医生“健康守门人”作用。

七、加快互联网医院建设步伐

（十九）各级卫生健康部门要积极推进具备条件的医疗机构建成互联网医院，加强对线上复诊服务行为的监管，为患者在线开具复诊处方，保障互联网医疗服务的质量和安全。

八、畅通结算渠道

（二十）各级医疗保障部门指导定点医疗机构、定点零售药店完善信息系统，实现医保结算接口全联通，功能应用全覆盖。

（二十一）推行医保码全流程使用，实现门诊统筹费用医保联网直接结算，参保群众不需持实体卡，凭医保码或刷脸就可看病买药。

（二十二）提高医保移动支付接入数量，将医保移动支付延伸到基层医疗卫生机构。

各级医疗保障、卫生健康、药品监管部门要强化部门协同，通力合作，形成工作合力，切实提高人民群众看病就医便利性。要做好政策宣传，坚持正确舆论导向，有序引导群众到基层首诊、合理用药，营造良好环境氛围。

云南省医疗保障局
云南省卫生健康委员会
云南省药品监督管理局
2024年10月16日

发文机关： 西藏自治区市场监督管理局、
西藏自治区药品监督管理局、
西藏自治区疾病预防控制中心
成文日期： 2024年8月14日
标 题： 关于印发《西藏自治区疫苗储存、运输和配送管理办法》的通知
发文字号： 藏药监〔2024〕71号
发布日期： 2024年10月8日
类 别： 医药政策
关 键 字： 疫苗、储存、运输、配送

关于印发《西藏自治区疫苗储存、 运输和配送管理办法》的通知

藏药监〔2024〕71号

各地（市）市场监管局、各地（市）卫生健康委员会、拉萨经开区市场监管局、
藏青工业园区食品药品监管局：

为加强我区疫苗储存、运输和配送的监督管理，保障疫苗质量安全有效，自治区市场监督管理局、自治区药品监督管理局、自治区疾病预防控制中心联合印发《西藏自治区疫苗储存、运输和配送管理办法》。现予以印发，请认真执行。

西藏自治区市场监督管理局
西藏自治区药品监督管理局
西藏自治区疾病预防控制中心
2024年8月14日

西藏自治区疫苗储存、运输和配送管理办法

第一章 总 则

第一条 为加强疫苗储存、运输和配送的监督管理，保障疫苗质量安全有效，依据《中华人民共和国药品管理法》及其实施条例、《中华人民共和国疫苗管理法》等有关法律法规和要求，制定本办法。

第二条 在西藏自治区行政区域内从事疫苗储存、运输、配送和质量安全监督管理的，适用本办法。

第三条 自治区药品监督管理部门负责对全区疫苗储存、运输和配送的监督管理；各地（市）、县（区）药品监管职能部门负责对行政区域内疫苗储存、运输和配送的日常监督管理。

第四条 疫苗配送单位、疾病预防控制中心、疫苗接种单位对其储存、运输和配送疫苗的质量安全依法承担相应责任。

第五条 疫苗配送单位、疾病预防控制机构、疫苗接种单位应当建立并执行疫苗储存、运输和配送管理制度，配备保证疫苗质量的专业技术人员和储存、运输设施设备，严格执行疫苗管理的相关法律法规。

第二章 人员和设施设备管理

第六条 接受委托配送疫苗企业、疾病预防控制机构应当配备从事疫苗管理的专职人员。疫苗接种单位应当配备从事疫苗管理的专（兼）职人员。

从事疫苗配送的单位，应当配备相关专业技术人员专门负责疫苗质量管理（含配送）和验收工作。专业技术人员应当具有预防医学、药学、微生物学或者医学等专业本科以上学历及中级以上专业技术职称，并符合《药品经营质量管理规范》第二十二条有关规定。

接受委托配送疫苗企业的质量管理、验收、保管、养护工作人员应当在职在岗，不得兼职其他业务工作。

第七条 疫苗配送单位、疾病预防控制机构、疫苗接种单位从事疫苗收货、验收、储存、养护、出库和运输等岗位的工作人员，应当经过相关法律法规、专业知识、管理制度和标准操作规程的培训，考核合格后，方可上岗。

第八条 接受委托配送疫苗企业应当配备相应的冷链储运设施设备及温湿度自动监测系统，并符合以下条件：

（一）冷库设计符合国家相关标准要求；冷库具有自动调控温湿度的功能，有备用发电机组或双回路供电系统。

（二）按照企业经营需要，合理划分冷库收货验收、储存、包装材料预冷、装箱发货、待处理药品存放等区域，并有明显标示。验收、储存、拆零、冷藏包装、发货等作业活动，必须在冷库内完成。

（三）冷藏车具有自动调控温度的功能，其配置符合国家相关标准要求；冷藏车厢具有防水、密闭、耐腐蚀等性能，车厢内部留有保证气流充分循环的空间。

（四）冷藏箱（包）、保温箱具有良好的保温性能；冷藏箱（包）具有自动调控温度的功能，保温箱配备蓄冷剂以及与药品隔离的装置。

（五）疫苗的储存、运输设施设备配置温度自动监测系统，可实时采集、显示、记录、传送储存过程中的温湿度数据和运输过程中的温度数据，并具有远程及就地实时报警功能，可通过计算机读取和存储所记录的监测数据。

（六）定期对冷库、冷藏车以及冷藏箱（包）、保温箱进行检查、维护并记录。

（七）冷库、冷藏车与配送规模相适应。

疾病预防控制机构和疫苗接种单位储存和运输的设施、设备应当符合《疫苗储存和运输管理规范》（2017版）（以下简称《储运规范》）的有关要求。

第九条 接受委托配送疫苗企业应当对冷库、冷藏车、冷藏箱（包）、保温箱以及温度自动监测系统进行了验证，并依据验证确定的参数和条件，制定设施设备的操作、使用规程。

第十条 接受委托配送疫苗企业、疾病预防控制机构和疫苗接种单位应当由专人对疫苗储存、运输设施设备进行管理和维护。

第十一条 接受委托配送疫苗企业、疾病预防控制机构及疫苗接种单位应当建立健全疫苗储存、运输设施设备档案，并对疫苗储存、运输设施设备运行状况予以记录。

第三章 疫苗储存、运输的管理

第十二条 接受委托配送疫苗企业、疾病预防控制机构及疫苗接种单位应当按照国家药品标准规定的温度要求做好疫苗储存、运输和配送。

第十三条 接受委托配送疫苗企业应当建立疫苗入库、储存、养护、出库复核、退回、储运温湿度监测等记录，并保存至疫苗有效期满后不少于5年备查。

第十四条 接受委托配送疫苗企业应当由专人负责对在库储存的疫苗进行养护检查。

疫苗储存环境温度超出规定范围时，应当及时采取有效措施进行调控，防止温度超标对疫苗质量造成影响。

第十五条 疫苗冷链运输过程中，应当根据疫苗数量、运输距离、运输时间、温度要求、外部环境温度等情况，选择适宜的运输工具和温控方式，确保运输过程中温度控制符合要求。

（一）接受委托配送疫苗企业储存、运输疫苗时，应当按照药品GSP的要求，实时采集、记录、传送冷藏车、冷藏箱（包）或保温箱内的温度数据。运输过程中温度超出规定范围时，温度自动监测系统应当实时发出报警指令，由相关人员查明原因，及时采取有效措施进行调控，确保温湿度自动监测系统采集冷链储存、运输数据真实、原始、完整、准确，保证疫苗储存、运输环节全程不脱离冷链控制。对于冷链运输时间长、需要配送至偏远地区的疫苗，疾病预防控制机构应当通知接受委托配送疫苗企业加贴温度控制标签，加强对疫苗风险控制。

（二）疾病预防控制机构及疫苗接种单位应当遵守《储运规范》，在疫苗储存、运输的全过程中按要求定时监测、记录温度，保证疫苗质量。

第十六条 使用冷藏车、冷藏箱（包）、保温箱（包）运送疫苗的，应当按照药品GSP、《储运规范》进行操作。接受委托配送疫苗企业对疫苗装卸、运输、交接等环节的温度控制要求应当在验证基础上作出规定。

第十七条 储存、运输过程中，疫苗的码放应当符合以下要求：

(一) 冷库内疫苗的堆垛间距, 疫苗与地面、墙壁、库顶部的间距符合药品 GSP 的要求; 冷库内制冷机组出风口 100 厘米范围内, 以及高于冷风机出风口的位置, 不得码放疫苗。

(二) 冷藏车厢内, 疫苗与厢内前板距离不小于 10 厘米, 与后板、侧板、底板间距不小于 5 厘米, 疫苗码放高度不得超过制冷机组出风口下沿, 确保气流正常循环和温度均匀分布。

第十八条 接受委托配送疫苗企业、疾病预防控制机构应当制定疫苗冷链运输过程中温度控制的应急预案, 对运输过程中出现的异常气候、设备故障、交通事故等意外或紧急情况, 能够及时采取有效的应当对措施, 防止因异常情况造成的温度失控。

第十九条 接受委托配送疫苗企业、疾病预防控制机构制定的应当急预案应当包括应当急组织机构、人员职责、设施设备、外部协作资源、应当急措施等内容, 并不断加以完善和优化。

第四章 疫苗记录和接收的管理

第二十条 疾病预防控制机构、疫苗接种单位在接收或购进疫苗时, 应当向疫苗上市许可持有人索取批签发证明复印件或者电子文件, 并加盖企业印章; 接收或购进进口疫苗的, 还应当索取进口药品通关单复印件, 并加盖企业印章。上述证明文件应当保存至疫苗有效期满后不少于 5 年备查。

第二十一条 接受委托配送疫苗企业应当依照《药品管理法》和《疫苗管理法》的规定, 建立真实、准确、完整的配送记录, 并保存至疫苗有效期满后不少于 5 年备查。

疾病预防控制机构接收或购进疫苗时应当索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录, 并保存至疫苗有效期满后不少于 5 年备查; 对不能提供全过程温度监测记录或温度控制不符合要求的, 不得接收或购进, 并应当立即向所在地药品监督管理部门、卫生健康主管部门报告。

第二十二条 接受委托配送疫苗企业按照药品 GSP 的要求, 对接受委托配送的疫苗进行收货检查。

(一) 检查运输疫苗的冷藏车或冷藏箱(包)、保温箱是否符合规定, 对未按规定运输的, 应当拒收。

(二) 查看冷藏车或冷藏箱(包)、保温箱到货时温度数据, 并索要疫苗销售方或配送方运输过程的自动温度监测记录, 记录可以为纸质或可识读的电子格式, 签字确认运输全过程温度状况是否符合规定。

(三) 符合规定的, 将疫苗放置在符合温度要求的待验区域待验; 不符合规

定的应当拒收，将疫苗隔离存放于符合温度要求的环境中，并报质量管理部门处理。

（四）收货须做好记录，内容包括：疫苗名称、生产企业、产品批号、数量、发货单位、运输单位、发运地点、启运时间、运输工具及其车牌号、驾驶员姓名、到货时间、到货温度、收货人员等。

（五）对退回的疫苗，同时检查退货方提供的温度控制说明文件和退货方疫苗储存期间温度控制的相关数据。对于不能提供文件、数据，或温度控制不符合规定的，应当拒收，做好记录并报质量管理部门处理。

第五章 疫苗委托配送的管理

第二十三条 接受委托配送疫苗企业应当具备直接向县级疾病预防控制机构配送疫苗的能力。

第二十四条 疫苗上市许可持有人和疾病预防控制机构可委托具有资质的企业配送，并对配送单位是否具备冷链储存、运输条件及执行《储运规范》、药品GSP的能力进行严格审查，并与符合条件的配送单位签订委托储存、运输合同，约定双方责任和义务。接受委托配送疫苗企业应当遵守药品GSP相关要求，不得将所接受的委托配送再次委托。

第二十五条 疫苗上市许可持有人将委托配送备案信息与委托配送合同复印件、配送单位审查情况和配送单位承诺书加盖企业公章后，分别向上市许可持有人所在地的药品监管部门和自治区药品监督管理局报告。疾病预防控制机构将委托配送备案信息与委托配送合同复印件、配送单位审查情况和配送单位承诺书加盖企业公章后，向自治区药品监督管理局报告。自治区药品监督管理局应当在收到相关材料后二十个工作日内将委托企业名称、委托企业注册地址、委托品种目录、被委托企业名称、被委托企业注册地址、被委托企业仓库地址、委托配送区域、委托配送合同有效期等备案信息在其政务网站公开。

第二十六条 接受委托配送疫苗企业在配送过程中，应当保证运输过程符合药品GSP及相关规定。

第二十七条 接受委托配送疫苗企业不符合规定的，疫苗上市许可持有人和疾病预防控制机构应当取消其委托配送资格，并向自治区药品监督管理局报

第六章 疫苗追溯体系

第二十八条 疫苗配送单位、疾病预防控制机构、疫苗接种单位应当建立符合购进、储存、发放（出库）、运输、使用全过程管理及质量控制要求的计算机系统，实现疫苗质量全过程控制。

第二十九条 疫苗配送单位、疾病预防控制机构、疫苗接种单位应当依照《药品管理法》《疫苗管理法》和国务院药品监督管理部门、卫生健康主管部门的规

定建立疫苗追溯体系，如实记录疫苗的流通、使用信息，实现疫苗最小包装单位的生产、储存、运输、使用全过程可追溯。

第三十条 疫苗配送单位、疾病预防控制机构、疫苗接种单位应当将疫苗储存、运输过程中的相关信息通过计算机系统与自治区疫苗监管追溯系统进行数据对接。

第七章 监督管理

第三十一条 自治区药品监督管理局应当按照相关法律法规要求，组织对接受委托配送疫苗企业进行检查，每年不少于1次。各地（市）、县（区）药品监管职能部门应当按照相关法律法规要求，对本辖区内疾病预防控制机构及疫苗接种单位进行检查，每年不少于1次，并将检查发现的问题通报同级卫生健康主管部门。

在检查中发现疫苗可能存在质量问题时应当抽检，并将检查和检验结果及时向社会公开。对拒绝、逃避、阻碍、对抗检查的，依法严肃处理。

第三十二条 疫苗配送单位、疾病预防控制机构、疫苗接种单位未在规定的冷藏条件下储存、运输疫苗的，由县级以上人民政府药品监督管理部门依照监管职责依法查处。

第八章 附 则

第三十三条 本办法中下列用语的含义：

冷链，是指为保证疫苗质量安全，疫苗上市许可持有人利用符合要求的储存、运输冷藏设施、设备配送到使用单位的运转过程。

接受委托配送疫苗企业，是指具备冷链储存、运输条件，并经自治区药品监督管理局和委托方审查符合要求的药品经营企业。

疫苗配送单位，是指从事疫苗储存、运输、配送的疾病预防控制机构和药品经营企业。

温度监测记录，是指疫苗冷链运输、转运过程按药品GSP要求全过程自动监测的温度数据记录，以纸质或电子数据形式记载、保存。

第三十四条 本办法由自治区药品监督管理局负责解释。

第三十五条 本办法自发布之日起施行。2021年7月5日施行的《西藏自治区疫苗储存、运输和配送管理办法（试行）》同时废止。

发文机关：陕西省医疗保障局 成文日期：2024年10月8日
标 题：陕西省医疗保障局关于印发《关于进一步推广三明医改经验持续推动医保工作创新发展的实施方案》的通知
发文字号：陕医保发〔2024〕31号 发布日期：2024年10月9日
类 别：医改政策 关 键 字：三明医改

陕西省医疗保障局关于印发《关于进一步推广三明医改经验持续推动医保工作创新发展的实施方案》的通知

陕医保发〔2024〕31号

各市（区）医疗保障局，省局各处室（专班）、局属事业单位：

为深入贯彻党的二十届三中全会精神和习近平总书记重要指示精神，促进医疗、医保、医药协同发展和治理，省局制定了《关于进一步推广三明医改经验持续推动医保工作创新发展的实施方案》，现印发你们，请贯彻落实。

陕西省医疗保障局
2024年10月8日

关于进一步推广三明医改经验持续推动 医保工作创新发展的实施方案

为深入贯彻党的二十届三中全会精神和习近平总书记重要指示精神，根据《国家医疗保障局关于进一步推广三明医改经验持续推动医保工作创新发展的通知》（医保函〔2024〕25号）要求，持续巩固落实三明医改制度性成果，推动陕西医保工作高质量创新发展，结合实际，制定本方案。

一、工作目标

深刻领会习近平新时代中国特色社会主义思想核心要义和精髓内涵，全面深入贯彻落实总书记三明医改指示批示精神，因地制宜，加大医保改革力度，不断完善政策、强化管理、优化服务。坚持稳中求进工作总基调，以推动高质量发展为目标，创造性地学习借鉴三明医改经验，促进医疗、医保、医药协同发展和治理，改革医保支付方式，完善药品耗材招标采购，动态调整医疗服务价格，加强医保基金监管，提升医保服务质效等，努力创新探索，不断扩大医改成效，让更多人民群众享受改革成果。

二、主要任务

（一）常态化制度化推进药品耗材集中采购

1. 推动集采提质扩面，继续做好国家组织药品和医用耗材集中带量采购中选品种在我省落地执行，按期完成集采产品采购周期内续签和协议期满药耗接续工作。坚持应采尽采，积极参加国家集采、全国联采和带量联动等推动集采提质扩面，巩固集采成果。到 2024 年底，提前实现“十四五”规划国家和省级集采药品品种 500 个以上、医用耗材 5 大类以上的目标。（省局医药价格和招标采购处负责，各市（区）医保部门配合）

2. 加强集采精细管理，做好中选产品供应协调保障，督促医疗机构按时完成协议采购量，优先使用中选产品。畅通医疗机构和中选企业反映问题的渠道。持续提升平台服务能力和服务水平，推动医药集中采购平台服务规范（1.0 版）落实见效。（省局医药价格和招标采购处负责，各市（区）医保部门配合）

（二）加大医保支持基层医疗机构力度

3. 发挥医保基金导向作用，进一步支持基层医疗卫生服务体系建设，继续落实对不同层级医疗机构实行差别化支付，上转住院患者连续计算起付线，下转患者不设起付线政策。强化部门协同，推进基层医疗机构信息系统建设，实现基卫 HIS 系统与医保信息平台互联互通。精准施策破解难点，加快推进符合条件的村卫生室纳入医保定点范围。下沉医保服务事项，提升村卫生室医保服务能力，不断满足农村居民就医需求。（省局待遇保障处、医药服务管理处、省医保经办服务中心、省医保技术服务中心按职责分工负责，各市（区）医保部门配合）

4. 落实国家局对紧密型县域医共体开展医保总额付费的要求，探索以紧密型县域医共体整体作为医保预算单位，结合各成员单位历史费用数据及辖区内参保人数，综合考虑功能定位、服务数量和质量等因素变化，合理确定年度总额预算指标。配套建立相应的结余留用、合理超支分担、监管等机制，细化考核评价的指标和评价标准，促进医保基金在紧密型县域医共体内部规范使用。（省局支付改革办公室负责，各市（区）医保部门配合）

（三）着力提升医保支付管理水平

5. 持续推进支付方式改革工作，加大按病组（病种分值）付改革力度，推动按病组（病种分值）付费向基层延伸，落实落细“四个全覆盖”目标要求，将符合条件的一级医疗机构和民营医疗机构纳入覆盖范围。同步推进按床日、按人头和日间手术付费等复合式医保支付方式，加强各种支付方式的针对性、适应性和系统性。（省局支付改革办公室负责，各市（区）医保部门配合）

6. 建立健全相关改革配套政策，聚集支付方式改革推进中出现的政策不统一、机制不完善等问题，对各地按病组（病种分值）支付政策进行研判，探索制定全

省统一的付费管理办法等配套政策，健全核心要素动态调整、谈判协商、特例单议等机制，为省级统筹打下基础。（省局支付改革办公室负责，各市（区）医保部门配合）

7. 推动省内异地就医住院费用支付改革，为适应省内异地就医政策带来的就医行为新变化，应对基金压力新冲击，按照结算管理新要求，探索将省内异地就医住院费用纳入就医地支付方式改革范围，执行就医地按病组（病种分值）付费标准，推动省内异地就医管理工作更加规范有序。（省局支付改革办公室牵头，省医保经办服务中心、各市（区）医保部门配合）

（四）不断加强医疗服务价格管理

8. 及时整合价格项目，加强规范化管理，对照国家局医疗服务价格项目立项指南，按照“以服务产出为导向、资源消耗为基础、技术劳务与物耗分开”的原则，及时整合规范我省现行价格项目更好适应临床实际。（省局医药价格和招标采购处负责，各市（区）医保部门配合）

9. 稳步推进新增修订，加快审核新增医疗服务价格项目，促进新技术临床应用，支持医疗机构高质量发展。全面落实动态调整，按照上半年评估、下半年调价的工作节奏，在“总量控制，结构调整”的原则下，突出重点、有升有降开展调价工作，持续优化我省医疗服务价格项目结构。（省局医药价格和招标采购处负责，各市（区）医保部门配合）

10. 继续深化改革试点，按照稳中求进、稳妥有序的工作总基调，指导宝鸡、延安两地探索我省医疗服务价格管理新机制，及时梳理总结形成可复制可借鉴的经验做法。（省局医药价格和招标采购处负责，各市（区）医保部门配合）

（五）持续健全多层次医疗保障体系

11. 全面建设以基本医疗保险为主体和基础，医疗救助为托底补充医疗保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗健康保障体系。推动建立基本医疗保险基金省级统筹调剂制度，进一步提升基金抗风险能力，有序推进基本医疗保险省级统筹，促进医疗保障制度公平可持续发展。加大对“陕西全民健康保”普惠性补充医疗保险的政策、数据和服务支持，加强政府引导，坚持市场化运作，有效提升参保率，扩大政策覆盖面，推进基本医保与商业健康保险有效衔接。（省局待遇保障处、商保服务办公室按职责分工负责，各市（区）医保部门配合）

（六）不断完善基金监管体制机制

12. 狠抓基金监管落实，坚持点线面结合，构建全方位的监管体系。深化飞行检查，强化专项整治，每年确定重点领域进行深入检查，加强门诊统筹、异地就医、按病组（病种分值）付费基金监管做实日常检查，加大宣传力度，落实举报奖励制度，定期开展大数据筛查，加强线索核查，推进监管制度化、常态化。（省

局法规与监督处、省医保基金中心按职责分工负责，各市（区）医保部门配合）

13. 构建联合监管机制，联合多部门严厉打击虚假诊疗、虚假购药、非法倒卖医保药品等欺诈骗保行为。加强部门协作，完善联合监管机制，畅通行刑衔接、行纪衔接，形成监管合力。加强跨部门信息共享，规范细化线索移送，建立联合侦办机制，重点打击团伙化、专业化欺诈骗保犯罪行为。（省局法规与监督处、省医保基金中心按职责分工负责，各市（区）医保部门配合）

14. 强化医保数据赋能，依托医保信息系统，加大智能监管力度，强化数据分析应用，加快构建大数据模型，做实事前提醒、事中审核、事后监管，推动构筑全流程、全领域、全链条的大数据监管防线。推进药耗追溯码采集应用，增强监管的力度和有效性，深化药品同城比价，促进药品价格合理回归和公开透明。（省局法规与监督处、省医保经办服务中心、省医保基金中心、省医保技术服务中心按职责分工负责，各市（区）医保部门配合）

（七）全面推进医保服务提质增效

15. 积极推进医保领域“高效办成一件事”，加强部门协同配合，优化办事环节，拓展办事渠道，简化证明材料，压缩办结时限，为服务对象提供“一件事一次办”“一类事一站办”服务。配合相关部门做好企业破产信息核查“一件事”、新生儿出生“一件事”、退休“一件事”等工作。（省医保经办服务中心负责，各市（区）医保部门配合）

16. 稳步提升医保经办服务能力，进一步健全五级经办服务体系，统筹推进医保经办服务入驻银行、企业、医院等阵地，持续规范高频服务事项办理层级，提高基层服务覆盖面。不断拓展网上办事广度和深度，推动更多医保经办政务服务事项“网上办、掌上办”变“群众跑腿”为“数据跑路”，提升医保政务服务事项线上可办率（省医保经办服务中心负责，省医保技术服务中心、各市（区）医保部门配合）

17. 落实协议管理责任，规范核查检查流程，不断提高医保经办管理精细化水平，激励定点医药机构提升医药服务质量。高效推动异地政策落实落细，持续提升异地就医直接结算能力，探索扩大门诊慢特病直接结算病种范围，强化就医地管理责任，做好异地就医业务协同工作。（省医保经办服务中心负责，省医保技术服务中心、各市（区）医保部门配合）

18. 持续深化医保信息平台经办应用，推动、协调、配合做好业务基础、异地就医、支付方式、内控等医保平台子系统的落地应用深入推进经办数字化转型，提升服务效率。选定部分统筹区作为试点，推动业务创新，积累经验，逐步扩展全省上线使用。（省医保经办服务中心、省医保技术服务中心按职责分工负责，各市（区）医保部门配合）

19. 规范医保基金结算清算，建立健全医保结算清算制度。加强协议管理，压实医疗机构责任，提高结算清单上传时效及质量。优化结算清算工作流程，研究制定符合各地实际的结算清算操作流程推动实现结算清算工作全流程线上运行，强化工作调度，提升医保基金结算清算质效。（省局支付改革办公室牵头，省医保经办服务中心、省医保技术服务中心、各市（区）医保部门配合）

三、工作保障

（一）深入学习三明医改精神。三明医改经验是基层党委政府及相关部门一以贯之践行习近平新时代中国特色社会主义思想的真实体现：是以人民为中心的发展思想，不断保障和改善民生、增进人民福祉的生动实践；是促进医疗、医保、医药协同发展和治理的现实成果。各市（区）医保部门要提高政治站位，坚决贯彻落实习近平总书记重要指示，认真学习三明医改敢为人先精神和敢于担当精神，主动作为，直面矛盾困难，破除利益藩篱，立足医保职能和本地实际，真抓实干，动真碰硬，坚定不移推进医疗、医保、医药系统性和综合性改革，不断拓展改革深度广度，促进改革红利切实转化为人民群众的健康福利。

（二）有效推动任务落实。各市（区）医保部门要实事求是、因地制宜，充分考虑本地区医疗行业发展水平、医保基金运行趋势人民群众就医需求等实际情况，细化完善落实举措，结合自身特点解放思想、大胆创新，积极探索更多原创性、差异化的改革措施，进一步创造性学习推广三明医改经验。要及时总结积累新的经验成果，总结、交流、推广好的创新做法，充分发挥典型经验对全省医保改革的示范、突破、带动作用。要积极行动，建立任务清单和台账，做好重大改革事项的请示报告，省医保局将加强定期调度和督促，密切跟踪评估各地工作进展情况。

（三）注重政策宣传解读。各市（区）医保部门要聚焦社会关切、群众关心的现实话题，挖掘体现医保改革成效的“百姓故事”真实案例，讲好医保故事，让群众感受到“医保温度”。要立足工作实际，针对参保群众、医药机构、医务工作者、医药企业等不同群体，注重舆论引导，做好政策解读，为医保政策推陈出新、“三医”协同改革攻坚发好声、铺好路。要丰富宣传形式，充分运用微信公众号、新媒体等新兴互联网平台，以群众喜闻乐见的宣传形式，开展医保惠民宣传，提升宣传效果。

发文机关： 陕西省医疗保障局
标 题： 陕西省医疗保障局关于印发《陕西省开展集采药品“三进”行动实施方案》的通知
发文字号： 陕医保函〔2024〕175号
类 别： 集中采购

成文日期： 2024年10月8日
发布日期： 2024年10月9日
关 键 字： 集采药品、三进

陕西省医疗保障局关于印发《陕西省开展集采药品“三进”行动实施方案》的通知

陕医保函〔2024〕175号

各市（区）医疗保障局，省公共资源交易中心，相关药品生产（经营）企业：

为深入贯彻落实党的二十届三中全会精神，不断巩固药品集中带量采购改革成果，持续提升群众使用集采药品的获得感、幸福感和满意度，省局研究制定了《陕西省开展集采药品“三进”行动实施方案》，现印发给你们，请认真遵照执行。

陕西省医疗保障局

2024年10月8日

陕西省开展集采药品“三进”行动实施方案

为深入贯彻党的二十届三中全会精神，进一步巩固药品集中带量采购政策落地成效，让群众在家门口就能买到质优价宜的集中带量采购中选药品（以下简称“集采药品”），根据国务院办公厅《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2号）、陕西省医疗保障局等六部门《关于印发〈陕西省推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展实施方案〉的通知》（陕医保发〔2021〕55号）等有关要求，决定在全省开展集采药品进“零售药店（包括连锁/单体药店，下同）、民营医疗机构、村卫生室（包括社区卫生服务中心/站，下同）”行动（以下简称“集采药品‘三进’行动”），制定本实施方案。

一、总体思路

践行以人民为中心的发展思想，发挥医保部门“搭平台、促对接、优服务”作用，按照“自愿参与、便民惠民，保障供应、稳步推进”的工作思路，以集采中选企业、零售药店、民营医疗机构、村卫生室为参与主体，开展集采药品“三进”行动，让集采改革成果惠及更广大人民群众。

二、实施范围

（一）药品品种范围。我省正在执行且中选企业主动承诺保障供应的集采中

选药品。

(二) 参加单位范围。我省自愿参加的医保定点零售药店民营医疗机构、村卫生室。

三、主要内容

(一) 统一建设标准。鼓励参加集采药品“三进”行动的单位以统筹区为单位做到“五统一”，即统一张贴集采药品“三进”行动标识，提升社会辨识度；统一设置销售专柜(区)，规范集采药品管理；统一采用双标签公示价格(包括药品集采中选价格和销售价格)，确保价格信息公开透明；统一进行销售价格承诺，切实减轻群众购药负担，统一公布医保部门咨询投诉电话，接受社会监督。

(二) 确定参加单位。自愿申请参加集采药品“三进”行动的零售药店和民营医疗机构，应向属地医保部门提交申请书(详见附件1)，参加单位均应向属地医保部门提交承诺书(详见附件2、3)。各市(区)医保部门应优先从经营规范、信誉度高、群众口碑好、医保基金支出大的定点连锁零售药店、职工门诊统筹零售药店、定点民营医疗机构中遴选；具有公立性质的村卫生室应严格落实我省集采药品“以镇代村”工作要求，积极全面参加药品集采工作。各级医保部门要利用官网、公众号等载体向社会主动公布参加单位名单，便于群众监督查询，并做到动态更新。

(三) 发布药品品种。省级医保部门按照中选企业自愿申报、主动承诺、保障供应和适宜在集采药品“三进”行动单位配备销售的原则，统一发布《陕西省集采药品“三进”行动药品品种目录》(以下简称《“三进”药品目录》)，并动态更新。《“三进”药品目录》主要为适宜在集采药品“三进”行动单位配备销售的心脑血管疾病、消化系统疾病、呼吸系统疾病、内分泌及代谢类、泌尿生殖、全身用抗感染类、皮肤病等常见病、慢性病为主的集采中选药品。

(四) 选择药品品种。各市(区)医保部门组织辖区内参加集采药品“三进”行动单位，在自觉遵循国家药物配备使用和医保药品目录有关规定的基礎上，结合自身实际从《“三进药品目录》中自主遴选药品品种，其中具有特药管理属性的集采药品，仅限参加集采药品“三进”行动单位中具有特药定点属性的医药机构选择；村卫生室按照集采药品应采尽采原则，可结合临床实际突破《“三进”药品目录》限制进行选择。鼓励医保定点连锁零售药店以统筹区为单位实际配备集采药品数量原则上不少于50种；单体零售药店实际配备集采药品数量原则上不少于50种；综合型民营医疗机构配备集采药品数量原则上不少于50种，专科民营医疗机构配备集采药品数量原则上不少于20种；村卫生室配备集采药品数量原则上不少于20种。

(五) 做好采购供应。参加集采药品“三进”行动的零售药店、民营医疗机构要及时将集采药品采购需求量报送辖区医保部门，村卫生室按照集采药品“以镇代村”工作要求，由所属乡镇卫生院或紧密型县域医共体统一报送；县（区）医保部门要及时将结果汇总报告市（区）医保部门；市（区）医保部门要及时汇总本统筹区参与单位名单和药品采购量信息，并及时推送至相关中选企业，做好供需对接。供需信息对接后，参与的零售药店、民营医疗机构与相关中选企业签订购销协议；村卫生室由所属乡镇卫生院或紧密型县域医共体在省医药集中采购平台与相关中选企业签订购销协议，并由其统一采购分配，集采药品中选企业须按中选价格保障参加单位采购需求，自主选择配送企业并监督保障供应。鼓励参与的零售药店、民营医疗机构通过省医药集中采购平台采购集采药品。

(六) 严格价格承诺。参加集采药品“三进”行动的中选企业应按集采药品中选价格（包括税费、配送费等在内的所有费用）及时足量供应中选药品。参加集采药品“三进”行动的药店应双标签公示集采药品中选价格和销售价格，可允许适当加价，具体由各市（区）结合医保基金等因素确定；医保定点民营医疗机构和“以镇代村”管理的村卫生室须严格落实药品“零差率”销售政策。各参加单位要按规定向社会公示药品价格信息。

(七) 加强配备使用。参加集采药品“三进”行动单位应加强集采药品的配备、使用和管理，满足患者购药需求。

四、配套措施

(一) 强化药品供应保障。参加集采药品“三进”行动的中选企业是供应保障的第一责任人，自主选择配送企业并加强对其管理，确保按采购单位需求及时足量供应。集采药品原则上应在 10 个工作日内配送到位，不得因订单数量、地理位置等原因拒绝配送、拖延配送。对无正当理由不能保障稳定供应、超中选价格供应的，各市（区）医保部门要及时约谈中选企业或其选定的配送企业。经约谈后仍拒不整改的，报经省级医保部门同意可取消其集采药品“三进”行动资格，并将其相应药品品种调出《“三进”药品目录》，情节严重的在集采工作中依规给予处理。

(二) 明确货款结算方式。参与集采药品“三进”行动的单位是货款结算的责任主体，要及时向企业支付货款，结清时间原则上不应超过交货验收合格后次月底。其中“以镇代村”管理的村卫生室集采药品货款结算纳入乡镇卫生院或紧密型县域医共体统一管理，适时实行医保基金与医药企业直接结算；零售药店和民营医疗机构按采购协议与企业及时结算集采药品货款。如参加单位故意拖欠集采药品货款超过 2 个月的，各市（区）医保部门可从应支未付给相关参加单位的医保基金中扣除，代其支付相关的集采药品货款。

(三) 强化集采药品管理。参加集采药品“三进”行动单位应严格遵守有关部门规定, 供应的集采药品应符合相应贮存条件和质量管理要求, 不得违规向集采药品供应企业收取上架费、返点、回扣等。集采药品须在进销存系统中做单独标记, 严禁倒卖、串换、分销、跨省销售集采药品, 严禁强行搭售或捆绑销售其他商品。严格落实药品信息化追溯规定, 建立药品追溯管理制度, 对所有赋码药品出入库扫码, 确保集采药品来源明确、去向可查。

(四) 加强日常工作督导。各市(区)医保部门要加强对参加集采药品“三进”行动单位的监督检查, 对存在“五统一”标准执行不规范、超出承诺价销售、串货倒卖、不按协议结算货款、群众投诉查实等违规行为的, 视情节采取提醒、告诫、约谈、暂停或取消参与集采药品“三进”行动资格, 情节严重的依据有关规定暂停或取消医保定点资格, 并向社会公开曝光: 对不能保障稳定供应的中选企业或配送企业, 及时约谈督导、限期整改; 情节严重的, 将在省级开展的集中采购活动中采取约束措施。

(五) 完善评价激励措施。各市(区)医保部门要建立健全参加集采药品“三进”行动单位激励机制, 在医保定点准入职工医保门诊统筹、门诊慢特病医保定点、双通道药品医保定点、减免质量保证金、预付医保资金、医保信用评级、绩效考核分级管理等中予以激励。

五、实施步骤

(一) 制定实施方案(2024年10月)。省级医保部门统一制定《陕西省开展集采药品“三进”行动实施方案》。

(二) 公布药品品种(2024年10月)。省级医保部门统一动态公布《“三进”药品目录》。第一批《“三进”药品目录》详见附件4。

(三) 正式启动实施(2024年10月)。各市(区)医保部门按照“申报一批、成熟一批、运行一批”的原则, 指导参加集采药品“三进”行动单位按照“五统一”标准完成基础改造, 组织签订购销协议、协调药品供应保障等, 向社会公布集采药品“三进”行动参加单位名单。

(四) 总结优化提升(2024年12月)。各市(区)医保部门于2024年12月底前将集采药品“三进”行动执行情况报省级医保部门。省级医保部门将适时组织对全省集采药品“三进”行动总结评估。

六、工作要求

(一) 提高思想认识。集采药品“三进”行动是深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想, 把学习成果转化为提升医疗保障服务水平、深化“我为群众办实事”实践活动的切实举措, 各级医保部门要高度重视, 严密组织实施,

结合本地实际细化工作举措、积极探索创新，确保集采药品“三进”行动取得扎实成效。

（二）加强统筹协调。各级医保部门要把集采药品“三进”行动作为年度重点工作任务统筹谋划推进，积极与职工医保门诊统筹、医保协议管理、医保报销等政策做好衔接；要加强相关部门的协同配合，建立健全工作联动机制，形成工作合力。

（三）加大宣传引导。各级医保部门要强化集采药品“三进”行动政策培训力度，持续提高参加单位政策执行力度和服务能力；要加大对集采药品“三进”行动的解读宣传力度，提高集采药品“三进”行动的知晓率，注重挖掘典型成效，不断营造良好的社会氛围。

（四）加强监测监管。各级医保部门要加强集采药品“进”行动执行情况的监测监管，定期对辖区内参加单位执行情况进行分析通报。对落实不力、存在问题的参加单位及相关企业，积极采取提醒、约谈、通报、信用评价等措施处置，

- 附件：1. 陕西省集采药品“三进”行动申请表（样本）
2. 陕西省集采药品“三进”行动承诺书（零售药店样本）3. 陕西省集采药品“三进”行动承诺书（民营医疗机构、村卫生室样本）
4. 陕西省集采药品“三进”行动药品品种目录（第一批）

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 陕西省医疗保障局关于印发《陕西省开展集采药品“三进”行动实施方案》的通知

发文机关：陕西省药品监督管理局办公室 成文日期：2024年10月11日
标 题：陕西省药品监督管理局办公室关于印发《陕西省药品监管领域首次轻微违法行为不予行政处罚清单》的通知
发文字号：陕药监办发〔2024〕54号 发布日期：2024年10月14日
类 别：医药政策 关 键 字：轻微违法行为

陕西省药品监督管理局办公室关于印发 《陕西省药品监管领域首次轻微违法 行为不予行政处罚清单》的通知

陕药监办发〔2024〕54号

各设区市、杨凌示范区市场监督管理局（药监分局）、韩城市市场监督管理局，局机关各处室、直属单位：

为服务市场主体发展，推进包容审慎监管，根据《行政处罚法》及国家药监局《药品监督管理行政处罚裁量适用规则》等法律法规规定，我局组织修订了《陕西省药品监管领域首次轻微违法行为不予行政处罚清单》（以下简称《清单》），现印发给你们，并将执行中的相关事项通知如下，请遵照执行。

一、《清单》主要根据《行政处罚法》第三十三条第一款“初次违法且危害后果轻微并及时改正的，可以不予行政处罚”的规定，针对《药品管理法》《医疗器械监督管理条例》《化妆品监督管理条例》以及相关配套规章中违法情节轻微，不影响药品、医疗器械、化妆品的安全性、有效性的初次违法行为，在符合相关规定情形下，应当不予处罚的行为作出了具体规定。

二、《清单》所称“初次违法”是指当事人五年内在其全部生产经营地域范围内第一次实施同一性质违法行为。但当事人被处以五年以上职业禁止罚的除外。执法人员经询问当事人，并查询行政处罚案件信息等方式，未发现当事人五年内有同一性质违法行为的，可以认定为初次违法。五年是指从上一个违法行为立案之日起至本次违法行为发生之日满五年，如果上一个违法行为超过追责期限没有受到行政处罚，则从上一个违法行为終了之日至本次违法行为发生之日满五年。同一性质违法行为是指适用相同的法律条款作出行政处罚决定的违法行为。

《清单》所称“危害后果轻微”是指违法行为造成的损害后果较轻、较小，可以结合下列因素综合判定：危害程度较轻，危害范围较小，危害后果易于消除或者减轻，或其他能够反映危害后果轻微的因素。

《清单》所称“及时改正”是指当事人在药品监督管理部门尚未立案调查且

责令改正之前主动改正。

三、对《清单》列明的违法行为决定不予行政处罚的，应当按照《市场监督管理行政处罚程序规定》等规定的程序实施，相关执法文书中，应当同时援引《行政处罚法》第三十三条第一款作为依据，《清单》条款不得单独作为处理依据，可以作为裁量的说理内容。《清单》未列明的违法行为，符合法定不予处罚条件的，依法不予行政处罚。

四、各单位要坚持处罚与教育相结合、过罚相当的原则，对决定不予行政处罚的轻微违法行为，应当通过责令改正、说服教育、告诫约谈等措施，促进相对人依法合规开展生产经营活动，实现行政执法的法律效果和社会效果相统一。

五、本《清单》与法律、法规、规章或者上级机关的规定不一致的，以法律、法规、规章或者上级机关的规定为准。本《清单》自印发之日起30日后生效。2023年3月16日印发的《陕西省药品监管领域首次轻微违法行为不予行政处罚清单（试行）》（陕药监办发〔2023〕18号）同时废止。

附件：陕西省药品监管领域首次轻微违法行为不予行政处罚清单

陕西省药品监督管理局办公室

2024年10月11日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 陕西省药品监督管理局办公室关于印发《陕西省药品监管领域首次轻微违法行为不予行政处罚清单》的通知

发文机关：陕西省药品监督管理局
成文日期：2024年10月16日
标 题：陕西省药品监督管理局关于印发修订后的药品行政处罚裁量基准的通知
发文字号：陕药监发〔2024〕27号
发布日期：2024年10月18日
类 别：医药政策
关 键 字：药品行政处罚

陕西省药品监督管理局关于印发修订后 的药品行政处罚裁量基准的通知

陕药监发〔2024〕27号

各设区市、杨凌示范区市场监督管理局（药监分局）、韩城市市场监督管理局，局机关各处室、直属单位：

根据《行政处罚法》《关于规范市场监督管理行政处罚裁量权的指导意见》《药品监督管理行政处罚裁量适用规则》等法律法规以及有关规定，省局修订了《陕西省药品行政处罚裁量基准》，现印发给你们，请严格遵照执行。执行中发现的问题，请及时报告省局。

2022年7月7日陕西省市场监督管理局印发的《关于印发修订后的省局行政处罚裁量权适用规则行政处罚裁量基准的通知》（陕市监发〔2022〕268号）中关于《陕西省药品行政处罚裁量基准（药品综合类）》《陕西省药品行政处罚裁量基准（疫苗类）》《陕西省药品行政处罚裁量基准（医疗器械类）》《陕西省药品行政处罚裁量基准（化妆品类）》的内容与本《基准》规定不一致的，以本《基准》规定为准。

附件：陕西省药品行政处罚裁量基准

陕西省药品监督管理局
2024年10月16日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 陕西省药品监督管理局关于印发修订后的药品行政处罚裁量基准的通知

发文机关：陕西省药品监督管理局、陕西省人力资源和社会保障厅
成文日期：2024年10月25日
标 题：陕西省药品监督管理局 陕西省人力资源和社会保障厅关于印发《陕西省执业药师继续教育实施细则（试行）》的通知
发文字号：陕药监发〔2024〕28号
发布日期：2024年10月31日
类 别：人才培养
关 键 字：执业药师继续教育

陕西省药品监督管理局 陕西省人力资源和社会保障厅关于印发《陕西省执业药师继续教育实施细则（试行）》的通知

陕药监发〔2024〕28号

各设区市、杨凌示范区市场监督管理局（药监分局）、韩城市市场监督管理局、人力资源和社会保障局，局机关各处室、直属单位：

现将《陕西省执业药师继续教育实施细则（试行）》印发给你们，请遵照执行。

陕西省药品监督管理局 陕西省人力资源和社会保障厅

2024年10月25日

陕西省执业药师继续教育实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为规范执业药师继续教育工作，保障执业药师参加继续教育的合法权益，不断提高执业药师队伍素质，根据《中华人民共和国药品管理法》《陕西省专业技术人员继续教育条例》《专业技术人员继续教育规定》《执业药师职业资格制度规定》《执业药师继续教育暂行规定》《陕西省专业技术人员继续教育基地管理暂行办法》等，结合实际，制定本实施细则。

第二条 执业药师继续教育工作坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心，紧密结合经济社会发展和执业药师行业发展要求，以能力建设为核心，突出针对性、实用性和前瞻性，建设规模适当、结构合理、素质优良的执业药师队伍，为服务健康中国建设、保障公众用药安全、保护和促进公众健康提供人才保证和智力支持。

第三条 执业药师继续教育工作遵循下列原则：

（一）服务大局，按需施教。紧紧围绕党和国家事业发展需要，以推进健康中国建设为导向，坚持人才引领驱动，遵循人才成长规律，加强执业药师职业道

德教育，引导广大执业药师爱党报国、敬业奉献、服务人民。

（二）以人为本，学以致用。把握执业药师行业特点，坚持理论与实践相结合、培养与使用相结合，引导执业药师完善知识结构，提高专业能力，提升药学服务水平，保障公众用药安全，提升执业药师社会价值。

（三）破立并举，改革创新。坚持人才是第一资源，适应新时代新形势新任务发展变化，深化执业药师继续教育工作机制改革，破解发展瓶颈，营造执业药师继续教育体制顺、人才聚、质量高的发展环境。

第四条 执业药师享有参加继续教育的权利和接受继续教育的义务。执业药师参加继续教育情况，作为执业药师注册执业的必要条件。执业药师可自主选择继续教育方式和机构。

鼓励取得《中华人民共和国执业药师职业资格证书》未注册执业的人员参加继续教育。

第五条 执业药师继续教育实行政府、社会、执业药师注册执业等单位（以下简称用人单位）和个人共同投入机制。执业药师用人单位应当为执业药师参加继续教育活动提供保障。用人单位应当依照法律法规和国家有关规定，提取和使用职工教育经费，不断加大对执业药师继续教育经费的投入。

执业药师经用人单位同意，脱产或者半脱产参加继续教育活动的，用人单位应当按照国家有关规定或者与执业药师的约定，支付工资、福利等待遇。用人单位安排执业药师在工作时间之外参加继续教育活动的，双方应当约定费用分担方式和相关待遇。

第六条 为提高执业药师参加继续教育的积极性，鼓励用人单位全额报销执业药师参加继续教育的费用。

第二章 组织管理与职责分工

第七条 执业药师继续教育工作实施统筹规划、分级负责、分类指导。

第八条 陕西省药品监督管理局（以下简称省药监局）、陕西省人力资源和社会保障厅（以下简称省人社厅），在国家药监局、人力资源和社会保障部的领导、指导下，严格执行全国执业药师继续教育政策，负责全省执业药师继续教育工作的综合管理和组织实施，指导承担执业药师继续教育的基地开展继续教育活动。

陕西省食品药品检验研究院专业技术人员继续教育基地（以下简称省继续教育基地）在省药监局、省人社厅指导下，承担全省执业药师继续教育工作。

第九条 省药监局、省人社厅具体负责：

（一）加强省继续教育基地建设和管理；

(二) 制定并发布执业药师继续教育方式, 规范执业药师继续教育学时认定和登记;

(三) 审核执业药师继续教育教学计划;

(四) 监督检查执业药师继续教育培训方案、课程内容、授课师资等;

(五) 开展执业药师继续教育教学质量动态监测评价;

(六) 积极组织参与全国示范性继续教育活动。

第十条省继续教育基地应具备与执业药师继续教育目的任务相适应的办公场所、教学设施、教材、师资和人员, 建立健全相应的组织机构和管理制度, 具体负责:

(一) 制定并实施执业药师继续教育教学计划, 落实学员、师资管理要求, 落实学时登记管理制度;

(二) 建设执业药师继续教育师资队伍, 聘请具有良好职业道德、较高理论水平, 且具有药品管理、临床医学或者药学服务等丰富实践经验的业务骨干和专家学者开展授课活动;

(三) 建立健全执业药师继续教育档案, 记录执业药师参加继续教育的时间、内容、方式和考试考核结果等, 依法依规出具继续教育学时证明;

(四) 主动向社会公开执业药师继续教育的范围、内容、收费项目及标准等情况;

(五) 及时将执业药师继续教育学时记入全国执业药师注册管理信息系统。

第三章 内容与方式

第十一条 执业药师继续教育内容包括公需科目和专业科目。

第十二条 公需科目包括执业药师应当普遍掌握的政治理论、法律法规、职业道德、技术信息等基本知识。公需科目按照年度全省专业技术人员继续教育相关规定执行。

第十三条 专业科目包括从事药品质量管理和药学服务工作应当掌握的行业政策法规, 药品管理、处方审核调配、合理用药指导等专业知识和专业技能, 以及行业发展需要的新理论、新知识、新技术、新方法等。专业科目按照国家药监局会同人力资源和社会保障部统筹规划的执业药师继续教育课程、教材体系及发布的专业科目指南相关规定执行。

专业科目继续教育免费。免费人员范围限定“在陕西省执业药师职业资格考试通过的人员或在陕西省范围内注册执业的人员”。

第十四条 执业药师继续教育方式包括脱产培训、网络培训等继续教育活动, 以及其他继续教育活动。其他继续教育活动包括:

(一) 参加国家教育行政主管部门承认的药学类、中药学类以及相关专业大

学专科以上学历（学位）教育；

（二）承担药品监管部门、人力资源社会保障部门或者相关行业协会学会的执业药师类研究课题，或者承担相关科研基金项目；

（三）公开发表执业药师类学术论文，公开出版执业药师类学术著作、译著等；

（四）担任药品监管部门、人力资源社会保障部门或者相关行业协会学会组织举办的与执业药师工作相关的宣讲、巡讲，以及培训班、学术会议、专题讲座等活动授课（报告）人；

（五）参加药品监管部门、人力资源社会保障部门或者相关行业协会学会组织的与执业药师工作相关的评比、竞赛类活动等；

（六）省级以上药品监管部门、人力资源社会保障部门认可的其他继续教育活动。

第十五条 全省执业药师继续教育以网络培训为主，适时开展脱产培训。

第十六条 全省执业药师通过“陕西省专业技术人员继续教育学习平台”（以下简称学习平台）参加继续教育。学习平台应建立完善继续教育信息技术系统，应用大数据、人工智能等技术手段，加强网络培训学习考勤、成效考核、监督管理，规范网络培训行为。

第十七条 省继续教育基地不得采取弄虚作假、欺诈等不正当手段招揽生源，不得以继续教育名义组织旅游或者组织与继续教育培训无关的活动，不得以继续教育名义乱收费或者只收费不培训，继续教育培训考试考核不得流于形式，以及不得从事其他有关法律法规定明令禁止的行为。

第四章 学时管理

第十八条 执业药师参加继续教育实行学时登记管理。登记内容主要包括继续教育时间、内容、方式、学时数、机构等信息。

第十九条 执业药师继续教育学时可通过网络学习、面授学习和学时认定获取。

第二十条 执业药师应当自取得执业药师职业资格证书的次年起开始参加继续教育，每年参加的继续教育不少于 90 学时。其中，公需科目不少于 24 学时，专业科目不少于 66 学时。

第二十一条 执业药师参加本实施细则第十四条规定方式的继续教育，其学时计算标准如下：

（一）参加省级以上药品监管部门、人力资源社会保障部门以及省继续教育基地组织的脱产培训，每天最多按 8 学时计算。

（二）参加省继续教育基地组织的网络培训，按实际学时计算。

（三）参加国家教育行政主管部门承认的药学类、中药学类以及相关专业大学专科以上学历（学位）教育，获得学历（学位）当年度最多折算为 90 学时。

(四) 独立承担药品监管部门、人力资源社会保障部门或者相关行业协会学会的执业药师类研究课题, 或者独立承担相关科研基金项目, 课题项目结项的, 当年度每项最多折算为 40 学时; 与他人合作完成的, 主持人每项最多折算为 30 学时, 参与人每人每项最多折算为 10 学时。

(五) 独立公开发表执业药师类学术论文, 每篇最多折算为 10 学时; 与他人合作发表的, 每人每篇最多折算为 5 学时。每人每年最多折算为 60 学时。

(六) 独立公开出版执业药师类学术著作、译著等, 每本最多折算为 30 学时; 与他人合作出版的, 第一作者每本最多折算为 20 学时, 其他作者每人每本最多折算为 10 学时。每人每年最多折算为 60 学时。

(七) 担任药品监管部门、人力资源社会保障部门或者相关行业协会学会组织举办的与执业药师工作相关的宣讲、巡讲, 以及培训班、学术会议、专题讲座等活动授课(报告)人, 最多按实际授课(报告)时间的 6 倍计算学时。

(八) 参加药品监管部门、人力资源社会保障部门或者相关行业协会学会组织的与执业药师工作相关的评比、竞赛类活动等, 获得三等奖或者相当等次以上, 当年度每项最多折算为 30 学时, 同一活动不累计计算。

第二十二条 执业药师在参与援藏、援疆、援青等援派工作期间, 视同完成年度继续教育学时。执业药师在参与重大突发公共卫生事件工作期间提供药品管理与药学服务的, 由执业药师用人单位出具证明, 经省药监局确认符合要求的, 可视同参加继续教育。

第二十三条 执业药师参加继续教育取得的学时在当年度有效, 原则上不得结转或者顺延至以后年度。

执业药师因伤、病、孕等特殊原因无法在当年度完成继续教育学时的, 由执业药师用人单位出具证明, 可于下一年度内补学完成上一年度规定的学时。

第二十四条 执业药师参加药品监管部门、人力资源社会保障部门直接举办的继续教育活动, 可直接授予继续教育学时; 执业药师参加其他方式的继续教育后, 应当在当年提交材料报省药监局进行认定。

第二十五条 执业药师继续教育学时由学习平台自动生成, 学员在学习平台查询和打印继续教育证书, 凡未通过学习平台认定的学时均视为无效。

第二十六条 记入全国专业技术人员继续教育管理信息系统或者记入全国执业药师注册管理信息系统的执业药师继续教育学时, 在全国范围内有效。

第五章 考核监督

第二十七条 用人单位应当建立本单位执业药师继续教育与使用、晋升相衔接的激励机制, 把执业药师参加继续教育情况作为执业药师考核评价、岗位聘用的重要依据。执业药师参加继续教育情况, 应当作为聘任专业技术职务或者申报评

定高一级职称资格的重要条件。

第二十八条 省药监局会同省人社厅按照《陕西省专业技术人员继续教育基地管理暂行办法》有关规定，开展对省继续教育基地考核和认证工作。持续组织对省继续教育基地教学质量开展动态监测，监测情况作为评价省继续教育基地办学质量的重要标准和是否继续承担执业药师继续教育任务的重要依据。

第二十九条 省继续教育基地、用人单位、执业药师应当对省药监局、省人社厅的监督检查予以协助、配合，不得拒绝、阻挠。

第三十条 省继续教育基地存在未履行继续教育义务、继续教育质量监测结果较差、采取虚假或者欺诈等不正当手段招揽学员、不正当收费等违法违规行为的，由省药监局、省人社厅会同或者转送有关主管部门依法依规进行处理。

第三十一条 执业药师以欺骗、贿赂等不正当手段取得继续教育学时的，违规取得的学时予以撤销，并作为个人不良信息由省药监局记入全国执业药师注册管理信息系统。省药监局应当将执业药师违规取得继续教育学时的行为通报用人单位。

第三十二条 相关部门及其工作人员，在执业药师继续教育工作中不认真履行职责或者徇私舞弊、滥用职权、玩忽职守的，由其上级主管部门或者纪检监察机关责令改正，并按照管理权限对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法予以处理。

第六章 附则

第三十三条 执业药师是指经全国统一考试合格，取得《中华人民共和国执业药师职业资格证书》并经注册，在药品生产、经营、使用和其他需要提供药学服务的单位中执业的药学技术人员。

第三十四条 本实施细则自印发之日起施行，陕西省原有执业药师继续教育管理相关规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

发文机关： 陕西省药品监督管理局
标 题： 关于征求《陕西省药品上市许可持有人报告事项管理暂行规定》意见建议的通知
发文字号： 陕药监函〔2024〕513号
类 别： 医药政策

成文日期： 2024年10月29日
发布日期： 2024年10月31日
关 键 字： 药品上市许可持有人报告

关于征求《陕西省药品上市许可持有人 报告事项管理暂行规定》意见建议的通知

陕药监函〔2024〕513号

各药品上市许可持有人（药品生产企业）：

为落实国家局药品监管司《关于药品委托生产专项督导检查有关情况的通报》（药监药管函〔2024〕80号），规范我省行政区域内药品上市许可持有人（药品生产企业）有关事项报告工作，便于省药监局动态掌握有关事项情况，及时预防、控制和处置药品质量安全风险，省药监局根据《中华人民共和国药品管理法》《药品生产监督管理办法》等法律法规，起草了《陕西省药品上市许可持有人报告事项管理暂行规定》，现向社会公开征求意见，请于2024年11月20日前将修改意见（纸质版及电子版均可）反馈至省药监局药品生产监管处或指定邮箱。

联系人：乔云明 029-62288020

邮 箱：sxyjshengchan@163.com

陕西省药品监督管理局

2024年10月29日

陕西省药品上市许可持有人报告事项管理暂行规定 （征求意见稿）

第一条【目的和依据】 为规范陕西省行政区域内药品上市许可持有人（药品生产企业）（简称“持有人”）有关事项报告工作，动态掌握有关事项情况，及时预防、控制和处置药品质量安全风险，依照《中华人民共和国药品管理法》《药品生产监督管理办法》《药品经营和使用质量监督管理办法》等法律法规规章，制订本规定。

第二条【适用范围】 陕西省行政区域内持有人因法定义务或风险管理需要向陕西省药品监督管理局（简称“省局”）报告有关事项，适用本规定。

第三条【定义】 本规定所称持有人报告事项，主要包括委托检验、委托销售、委托储存、委托运输；受托生产企业不良信用记录；停、恢复生产；关键生产设

备设施变更；重点企业风险管理等事项。

第四条【要求】持有人所报事项内容应真实、准确、及时，做到应报尽报，不得遗漏。所报事项属于年度报告事项的，仍应在每年4月30前通过药品年度报告系统进行报告。

第五条【委托检验事项报告】持有人委托检验的，应于委托检验协议签署后三十日内通过省局官网企业申报端口提交委托检验事项报告。

委托检验事项报告至少包括：第三方检验机构相应资质证明；持有人对第三方检验机构资质和能力进行的审核报告；双方签订的委托检验协议等。报告应经法定代表人（或企业负责人）签字并加盖单位公章。

第六条【委托销售、储存、运输事项报告】持有人将持有品种委托销售、储存、运输的，应于委托销售、储存、运输协议签署后三十日内通过省局官网企业申报端口提交委托销售、储存、运输事项报告。

委托销售、储存、运输事项报告至少包括：对受托方质量保证能力和风险管理能力进行的评估报告；按照有关规定与受托方签订的委托协议、质量协议；相关管理记录文件等。报告应经法定代表人（或企业负责人）签字并加盖单位公章。

第七条【受托生产企业不良信用记录事项报告】持有人拟委托他人生产，受托生产企业存在以下不良信用记录情形的，持有人在委托生产许可申请材料中应当一并向省局提交受托生产企业不良信用记录报告。报告内容包括持有人对受托生产企业药品GMP符合情况的现场审核报告、对受托生产企业检验能力的评估报告以及对受托生产企业前期违法违规行为整改情况的评估报告。

不良信用记录情形包括：

- （一）近一年内存在两批次产品抽检不合格的；
- （二）近三年内监督检查结论存在不符合药品GMP要求情况的；
- （三）近五年内存在严重违反药品监管法规行为或者关键岗位人员存在失信记录的。

委托生产批准后在委托生产药品期间，持有人应派员驻厂对委托生产过程进行管理，确保生产过程持续符合药品GMP及法规要求，还应于每年11月30日前通过省局官网企业申报端口提交上述审核报告和评估报告

第八条【停产事项报告】药品生产企业按照本单位生产经营工作的安排，全部或部分生产范围（车间、生产线）连续停止生产6个月（无菌制剂停产3个月）及以上的，应于停产后三十日内通过省局官网企业申报端口提交停产事项报告。对于目前已经处于停产状态的，应于本规定执行之日起三十日内补报停产事项报告。

停产事项报告至少包括：停产期间不再开展相关药品生产活动的承诺、停产

起止日期、停产原因和涉及的品种（中药饮片生产企业按照生产范围或炮制方法报告）等；若涉及特殊管理药品的，须加强管理，安排专人负责，实行实时监控，杜绝非法流弊现象。报告应经法定代表人（或企业负责人）签字并加盖单位公章。

停产药品涉及列为短缺药品目录、药品储备等品种的，持有人应严格执行国家有关停产报告制度等规定，并且应至少提前6个月向省局报告。

第九条【恢复生产事项报告】 停产企业恢复生产前，应对照药品GMP要求开展全面自查。认为符合药品GMP规定的，应于恢复生产后三十日内通过省局企业申报端口提交恢复生产事项报告。

恢复生产事项报告至少包括：自查报告、复产前后的变更情况说明等。报告应经法定代表人（或企业负责人）签字并加盖单位公章。

停产期间，在原址或者异地新建、改建、扩建车间（生产线）或涉及注册管理事项变更的，应先按照《药品生产监督管理办法》《药品上市后变更管理办法（试行）》等规定办理。

第十条【关键生产设备设施变更事项报告】 药品生产企业关键生产设施有下列变更情形的，在变更相关工作完成后三十日内应通过省局官网企业申报端口提交关键生产设备设施变更事项报告。

关键生产设施变更事项报告至少包括：关键生产设施变化情况、风险评估情况、验证确认情况、变化前后平面布置图等。报告应经法定代表人（或企业负责人）签字并加盖单位公章。

关键生产设施变化涉及生产监管事项或注册管理事项变更的，应先按照《药品生产监督管理办法》《药品上市后变更管理办法（试行）》等规定办理。

关键生产设备设施变更需要报告的情形包括：

- （一）最终灭菌小容量注射剂：洁净区域内洗瓶、配制、灌封设备；
- （二）最终灭菌大容量注射剂：洁净区域内洗瓶、稀配、膜塞精洗、灌装、压塞设备；
- （三）非最终灭菌无菌注射剂：冻干粉针剂、除菌过滤小容量注射剂：洁净区域内配料、除菌过滤、灌装、压塞、冻干设备；无菌粉针分装：洁净区域内混合、分装、加塞设备；
- （四）滴眼剂、滴耳剂、滴鼻剂：洁净区域内配料、灌封设备；
- （五）生物制品：洁净区域内洗瓶、细胞培养、发酵、分离纯化、超滤、配液、灌装、分装、冻干、加塞、内包设备、生物操作柜、菌毒种库、细胞库；
- （六）灭菌设备；
- （七）药品仓库、空气净化系统、水系统、质检系统发生整体改变的；
- （八）麻醉药品、精神药品、毒性药品、毒性饮片、毒性药材等特殊药品仓

库发生变化的；

（九）高风险品种药品生产企业的生产车间洁净区布局发生局部变化的；

（十）其它经药品生产企业评估认为应及时报告的情形。

第十一条【重点企业风险管理报告】 高风险品种的持有人应在每季度首月月末通过省局官网企业申报端口提交其上一季度风险管理报告。

高风险品种包括无菌制剂、细胞治疗类药品、多组分生化药、集采中选品种、儿童用药、特殊药品、委托生产品种等。

风险管理报告的内容主要包括按照《药品上市许可持有人落实药品质量安全主体责任监督管理规定》应开展的药品上市后风险管理、生产管理和质量管理回顾分析、自检或者内审等风险管理相关工作中排查出的风险点、处置措施及处置结果等。

第十二条【后续处置】 省局对持有人提交的报告资料进行风险研判，定期进行药品生产质量安全风险会商，必要时，可以组织开展药品生产现场检查或延伸检查，并根据检查结果采取适当的风险控制措施。

在风险研判过程中发现持有人涉嫌违法的，应按程序将相关线索移交省局稽查部门处置。

第十三条【风险控制措施】 省局通过日常监督检查或其他渠道，发现持有人未按本规定要求报告有关事项且存在药品质量安全隐患的，可采取约谈、告诫、限期整改等措施，同时将持有人列入重点监管对象名单，增加检查频次，涉嫌违法的，按程序将相关线索移交省局稽查部门处置。

第十四条【规定解释和实施日期】 本规定由陕西省药品监督管理局负责解释，自印发之日起执行。

发文机关： 陕西省药品监督管理局
标 题： 关于征求《陕西省药品上市许可持有人医药代表备案管理制度（试行）》意见建议的通知
发文字号： 陕药监函〔2024〕515号
类 别： 医药政策

成文日期： 2024年10月29日
发布日期： 2024年10月31日
关 键 字： 药品上市许可持有人、医药代表备案

关于征求《陕西省药品上市许可持有人医药代表备案管理制度（试行）》意见建议的通知

陕药监函〔2024〕515号

各相关单位：

为进一步加强医药代表管理，规范医药代表学术推广行为，促进医药产业健康有序发展，省药监局根据《医药代表备案管理办法（试行）》起草了《陕西省药品上市许可持有人医药代表备案管理制度（试行）》，现向社会公开征求意见，请于2024年11月20日前将修改意见（纸质版及电子版均可）反馈至省药监局药品生产监管处或指定邮箱。

联系人：乔云明 029-62288020

邮 箱：sxyjshengchan@163.com

陕西省药品监督管理局

2024年10月29日

陕西省药品上市许可持有人医药代表备案管理制度（试行） （征求意见稿）

总则

第一条【目的和依据】 为规范医药代表从业活动，促进医药产业健康有序发展，加强医药代表备案管理工作，根据《医药代表备案管理办法（试行）》，制定本制度。

第二条【适用范围】 陕西省行政区域内药品上市许可持有人所聘用医药代表的备案管理工作，适用本制度。

第三条【医药代表定义】 本制度所称医药代表，指省内药品上市许可持有人聘用，与医疗机构工作人员传递、沟通、反馈药品信息，从事药品学术推广活动的从业人员。

第四条【职责分工】 药品上市许可持有人负责医药代表管理，严格规范医药

代表行为，对医药代表药品学术推广活动承担主体责任。

陕西省药品监督管理局（以下简称“省局”）在国家药品监督管理局的指导下，负责辖区内药品上市许可持有人聘用医药代表备案管理工作。

备案管理

第五条【备案主体】药品上市许可持有人应当根据国家药品监督管理局指定的医药代表备案平台备案医药代表信息。

药品上市许可持有人为境外企业的，由其指定的境内企业法人履行相应责任。

药品上市许可持有人应当及时做好医药代表备案信息的维护，按要求录入、确认、变更、公示其医药代表信息。

第六条【备案内容】药品上市许可持有人应当在备案平台上提交下列备案信息：

（一）药品上市许可持有人的名称、统一社会信用代码、注册地址、许可证号、联系方式；

（二）医药代表的姓名、性别、照片；

（三）身份证件种类及号码；

（四）学历或者职称证明；

（五）劳动合同或者授权书的起止日期；

（六）医药代表负责推广的药品类别和治疗领域等；

（七）医药代表授权推广的区域（省份或者特定区域）；

（八）药品上市许可持有人对其备案信息真实性的声明；

（九）医药代表合规承诺。

第七条【备案信息公示】药品上市许可持有人应当在本公司网站上公示所聘用或者授权的医药代表信息。如本公司没有网站的，应当在相关行业协会网站上公示。

药品上市许可持有人应当公示下列信息：

（一）医药代表备案号；

（二）药品上市许可持有人的名称、统一社会信用代码；

（三）医药代表的姓名、性别、照片；

（四）医药代表负责推广的药品类别和治疗领域等；

（五）劳动合同或者授权书的起止日期。

第八条【备案信息变更】医药代表备案信息有变更的，药品上市许可持有人应当在 30 日内完成备案信息变更。境外药品上市许可持有人变更指定境内企业法人的，应当在 30 日内变更备案平台的指定境内企业法人信息，并重新确认其名下已备案的医药代表信息。

第九条【备案信息删除】对不再从事相关工作或者停止授权的医药代表，药品上市许可持有人应当在30个工作日内删除其备案信息。

药品上市许可持有人被吊销、撤销或者注销药品批准证明文件或者《药品生产许可证》的，药品上市许可持有人应当在行政机关作出行政处罚或者行政决定后30个工作日内删除其备案的医药代表信息。

第十条【备案信息报送】药品上市许可持有人在备案平台完成备案或者信息变更后的10个工作日内，应使用备案平台信息导出功能导出所有已备案医药代表数据并报送至省局指定邮箱 syjj-yppsc@shaanxi.gov.cn。

第十一条【备案信息管理】省局药品生产监管处负责督促药品上市许可持有人完成聘用医药代表的备案工作，根据药品上市许可持有人报送的医药代表备案数据建立信息台账。

信息共享

第十二条【持有人撤停处理】药品上市许可持有人被吊销、撤销或者注销《药品生产许可证》的，省局应督促药品上市许可持有人在规定时间内删除其备案的医药代表信息；同时在省局作出行政处罚或者行政决定后30日内，将相关信息抄送医药代表备案平台管理机构，由医药代表备案平台管理机构在持有人不作为时负责删除相关药品上市许可持有人医药代表备案信息。

第十三条【加强协作】卫生健康主管部门、市场监督管理部门、药品监督管理部门、医疗保障部门、公安部门和纪检监察部门应主动加强协同配合，强化关于已备案医药代表的信息共享、线索移送、案件通报、行刑衔接工作。省局在日常管理、监督检查、投诉举报等工作中，发现违法行为或线索涉及其他部门职责的，及时予以通报。

惩戒处置及其他

第十四条【药品上市许可持有人禁止性情形】药品上市许可持有人不得有下列情形：

- （一）聘用不符合要求的医药代表；
- （二）指使、暗示医药代表从事违法违规行为；
- （三）向医药代表分配药品销售任务，要求医药代表实施收款和处理购销票据等销售行为；
- （四）其他禁止性情形。

第十五条【医药代表禁止性情形】医药代表应当按照药品上市许可持有人授权的药品类别、治疗领域和区域范围开展药品学术推广活动，不得有下列从业情形：

- （一）未经备案、登记从事药品学术推广活动；

- (二) 未经医疗机构同意开展药品学术推广活动;
- (三) 承担药品销售任务, 实施收款和处理购销票据等销售行为;
- (四) 参与统计或委托药品销售人员等统计医生个人开具的药品处方数量;
- (五) 向医疗机构或者其工作人员直接提供捐赠、资助、赞助, 或者给予其他不正当利益;
- (六) 以任何名义、形式向医疗机构工作人员(含其近亲属和其他特定关系人) 给予回扣;
- (七) 误导医生使用药品, 夸大或者误导疗效, 隐匿药品已知的不良反应信息或者隐瞒医生反馈的不良反 应等信息;
- (八) 擅自泄露患者信息以及医疗机构内部信息;
- (九) 其他干预或者影响临床合理使用药品的行为。

第十六条【风险控制措施】省局将药品上市许可持有人医药代表备案情况纳入药品生产企业信用等级评定范畴。药品上市许可持有人存在上述第十四条禁止性情形或者其医药代表存在上述第十五条禁止情形的, 省局可以采取告诫、约谈等风险控制措施, 督促药品上市许可持有人及其医药代表持续合规。

第十七条【惩戒措施】药品上市许可持有人或者医药代表给予使用其药品的有关人员财物或者其他不正当利益, 情节严重的, 依法吊销药品批准证明文件、药品生产许可证。

药品上市许可持有人在药品研制、生产、经营中向国家工作人员行贿的, 对法定代表人、主要负责人、直接负责的主管人员和其他责任人员终身禁止从事药品生产经营活动。

第十八条【其他】本制度自发布之日起施行, 试行期 2 年。国家药品监督管理局之后颁布的相关规定与本制度不一致的, 按照国家药监局规定执行。

发文机关：甘肃省卫生健康委员会、甘肃省教育厅、甘肃省工业和信息化厅、甘肃省民政厅等

成文日期：2024年10月9日

标题：关于印发甘肃省“体重管理年”活动方案的通知

发文字号：甘卫医急发〔2024〕79号

发布日期：2024年10月15日

类别：全民健康

关键字：体重管理年

关于印发甘肃省“体重管理年”活动方案的通知

甘卫医急发〔2024〕79号

各市州卫生健康委、教育局、工信局、民政局、商务局、文旅局、市场监管局、金融监管分局、广电局、体育局、中医药局、疾控局、工会、团委、妇联，兰州新区卫生健康委、党工委办公室、党群工作部、经济发展局、财政局（国有资产监督管理局）、教育体育局、民政司法和社保局、商务和文旅局、市场监管局：

为贯彻落实国家卫生健康委等16部门《关于印发“体重管理年”活动实施方案的通知》（国卫医急发〔2024〕21号），大力倡导和推进文明健康生活方式，提升全民体重管理意识和技能，预防和控制体重异常，切实推动慢性病防治关口前移，我委会同14个部门制定了《甘肃省“体重管理年”活动方案》，现印发给你们，请各地各部门结合工作实际，做好贯彻落实。

甘肃省卫生健康委员会
甘肃省教育厅
甘肃省工业和信息化厅
甘肃省民政厅
甘肃省商务厅
甘肃省文化和旅游厅
甘肃省市场监督管理局
甘肃金融监管局
甘肃省广播电视局
甘肃省体育局
甘肃省中医药管理局
甘肃省疾病预防控制中心
甘肃省总工会
共青团甘肃省委
甘肃省妇女联合会
2024年10月9日

甘肃省“体重管理年”活动方案

体重水平与人体健康状况密切相关，体重异常特别是超重和肥胖是导致心脑血管疾病、糖尿病和部分癌症等慢性病的重要危险因素。2023年，我省成人超重率36.14%，其中60岁以上老年人是成人肥胖主要人群，5岁以下儿童低体重率3.48%、超重率13.04%，中小學生超重率10.97%，形势严峻复杂，亟需加强干预。

为大力倡导和推进文明健康生活方式，提升居民健康水平，结合我省实际，特制定本方案。

一、工作目标

到 2026 年底，实现体重管理支持性环境广泛建立，全民体重管理意识和技能显著提升，健康生活方式更加普及，全民参与、人人受益的体重管理良好局面逐渐形成，5 岁以下儿童低体重和超重等体重异常状况得以改善，中小學生、成人超重率和肥胖率得到有效控制。

二、重点任务

(一) 开展专项科普活动，提高全民体重管理意识和技能。

1. 广泛宣传体重管理权威信息。组织专业人员开展体重管理技术指导和健康咨询活动，宣传居民体重管理核心知识、体重管理指导原则、基层医务人员开展体重管理健康教育指导要点、体重管理和肥胖防治相关标准、成人和儿童青少年肥胖防控食养指南等，将其纳入科普宣教重点内容。倡导吃动平衡、“三减三健”等健康理念，指导公众正确认识健康体重、科学动态管理体重。2026 年居民体重管理知识知晓率较 2023 年上升 10%。（省卫生健康委牵头，各有关部门按职责分工负责，各市州相关部门负责落实。以下均需各地落实，不再列出）

2. 创新立体式体重管理科普形式。培育体重管理科普宣教基地，推广各行业体重管理典型经验和做法。结合全民健康生活方式宣传月、爱国卫生月、全民营养周、全民健身日、体育宣传周、全国家庭教育宣传周、中国学生营养日、“健康中国 母亲行动”宣传月等时间节点，通过知识问答、话题互动、主题演讲、运动展示等方式，推动体重管理科普宣教进家庭、进社区、进学校、进机关企事业单位、进商超、进宾馆、进餐馆食堂等，有效应对“小胖墩”“节日胖”“假期肥”等体重问题。（省卫生健康委牵头，各有关部门按职责分工负责）

3. 提升体重管理科普能力。充实体重管理专家力量，推动单位保健医生开展体重管理相关科普工作。加强健康生活方式指导员、社会体育指导员体重管理技能培训，每年选拔一批优秀健康体重指导员。完善省级体重管理和临床营养健康科普专家库，指导各地加强肥胖症诊疗规范、高血压等慢性病营养与运动指导原则、慢性病患者食养指南等知识宣教。二级及以上综合性医院、疾控机构均具备体重管理咨询和指导能力。（省卫生健康委牵头，省教育厅、省体育局、省中医药局、省疾控局按职责分工负责）

(二) 开展社会支持环境建设活动，提升体重管理效能。

4. 优化健康支持性环境。深入推进健康小屋、健康食堂等 12 类健康支持性环境建设与利用。推广“一秤一尺一日历”（体重秤、腰围尺、体重管理日历），

鼓励家庭、医疗卫生机构、学校、机关企事业单位、宾馆等配置体重秤，有条件的配置体成分仪。鼓励开展多种形式的全民健身活动，组织“万步有约”健走激励大赛、“健康城镇 健康体重”等活动。鼓励商业健康保险与健康管理的深度融合，有效参与体重管理，充分发挥支持保障作用。鼓励使用“医学减重服务平台APP”，开展自我动态体重管理。（省卫生健康委、省教育厅、省工信厅、省民政厅、省文旅厅、省体育局、甘肃金融监管局、省疾控中心、省总工会、团省委、省妇联按职责分工负责）

5. 强化家庭体重管理的重要作用。将体重管理纳入健康家庭建设内容，壮大家庭健康指导员队伍，指导家庭成员养成动态测量身高、体重、腰围的健康习惯，做到“三知一管”（即知晓健康体重标准、知晓自身体重变化、知晓体重管理方法，科学管理自身体重）。家庭成员加强相互提示和监督，掌握科学烹饪技巧，积极参与广场舞、八段锦、健步走、超慢跑等健身项目，降低聚集性家庭肥胖风险。（省卫生健康委、省体育局、省妇联按职责分工负责）

6. 建立健全体重管理医疗服务体系。推进各级医疗卫生机构开展体重管理工作，将其纳入当地健康教育和疾病预防控制评价内容。兰州大学第一医院作为全省体重管理医疗技术牵头单位，每年组织专业知识培训，提高各地体重管理科普能力和治疗水平，指导各地整合营养、内分泌、外科、运动康复、中医、心理等相关专业资源，各市州至少建设1个体重管理门诊或肥胖防治中心。鼓励基层医疗卫生机构将体重管理纳入签约服务，提供有针对性的合理膳食和科学运动指导，加强对超重、肥胖等危险因素的干预。进一步推广体重管理中医药适宜技术，开展中医体质辨识和饮食调养、运动保健等中医药保健指导服务。制定甘肃省第二批中医治未病干预指南，在兰州市、酒泉市开展儿童青少年肥胖、脊柱侧弯中医药干预试点。（省卫生健康委、省中医药局按职责分工负责）

7. 倡导健康消费新理念。继续开展重点场所“三减”干预模式推广工作，引导健康企业研发体重管理新产品。加快食品加工营养化转型，合理降低加工食品中油盐糖的含量，鼓励线上外卖平台和线下餐厅提供“三减”食品。在学校、餐饮业、农贸市场、超市、便利店等场所开展合理膳食宣传活动，提高消费者正确认读食品营养标签的能力。创新发展体育健康产业，丰富科学锻炼方法和器材，结合数字科技开展身体素质和运动能力评估。（省卫生健康委、省教育厅、省工信厅、省商务厅、省体育局、省市场监管局、省疾控中心按职责分工负责）

（三）开展重点人群体重管理活动，精准管理健康体重。

8. 加强孕产妇体重管理。推广应用我国孕期增重标准和孕产妇营养保健服务指南，培养孕产妇营养专业人才，建设孕产妇营养门诊，开展备孕期、孕期、产后体重管理、营养评价、身体活动指导和干预服务，促进孕前维持适宜体重、孕

期合理增重、产后减少体重滞留。指导孕产妇定期接受产检，及时管理孕产期低体重或超重相关合并症和并发症，预防低体重儿、巨大儿以及早产儿等不良妊娠结局的发生，减少肥胖的代际传递。加强育龄妇女合理膳食与科学运动，促进体重指数控制在合理范围，提高生殖健康水平。（省卫生健康委、省中医药局、省总工会、省妇联按职责分工负责）

9. 加强婴幼儿和学龄前儿童体重管理。按照规范扎实开展国家基本公共卫生服务0—6岁儿童健康管理项目，为全省城乡0—6岁儿童提供免费健康服务，落实儿童家庭访视，加强科学育儿咨询指导服务，强化体格生长监测、营养喂养咨询指导、运动（活动）指导，促进吃动平衡，预防和减少儿童低体重和超重。（省卫生健康委、省中医药局、省妇联按职责分工负责）

10. 加强学生体重管理。配齐学校卫生专业技术人员或保健教师，将体重管理纳入学校健康教育内容，将合理饮食、体重管理、科学生育等健康教育内容纳入大学生选修课程，落实课程课时要求。开展合理膳食、主动运动和心理干预等保健工作，帮助超重肥胖学生做到“一减两增，一调两测”（减少进食量、增加身体活动、增强减肥信心，调整饮食结构、测量体重、测量腰围）。开展体育健身活动，保障学生每天校内、校外各一小时体育活动时间。加强学生体质监测数据分析与利用，针对学生超重肥胖情况，提出校园减重措施并及时反馈家长，及时引导生长迟缓或肥胖合并疾病的学生到相应医疗卫生机构治疗。（省卫生健康委、省教育厅、省体育局、省中医药局、省疾控中心按职责分工负责）

11. 加强职业人群体重管理。推进机关企事业单位健全职工健康档案，鼓励定期组织职工体检，综合评估体质状况，提出体重管理措施。加强职工健康教育，制定体育健身计划，培养职工健康工作方式，组织开展工间操、单项体育比赛、运动会、“职业健康达人”等活动，提高职工的健康素养和身体素质。（省卫生健康委、省总工会按职责分工负责）

12. 加强老年人体重管理。提高家庭健康养老水平，倡导家庭成员主动学习老年人体重管理相关健康知识和技能，预防老年人肌肉减少及肥胖，减缓机能衰退。发挥基层医疗卫生机构家庭医生健康指导作用，定期测量老年人体重、身高、腰围和基本运动功能等指标，指导老年人选择适口餐食、坚持适当运动、维持适宜体重。鼓励和支持城乡社区、老年大学、老年活动中心、基层老年协会、养老机构、有资质的社会组织等开展老年人体重管理教育。（省卫生健康委、省民政厅、省体育局、省中医药局按职责分工负责）

三、实施步骤

2024年，启动“体重管理年”活动。各地完善多部门协作工作机制，制定年度工作目标和计划。开展面向公众和重点人群的主题宣传活动。

2025年，体重管理主题活动全面覆盖。各部门结合职责分工督促相关工作任务落实。开展典型案例征集和推广活动。开展中期评估，协调推动解决存在问题。

2026年，继续开展体重管理主题活动。各部门结合职责分工督促实现相关目标。组织开展终期评估，总结推广经验。

四、保障措施

（一）加强组织领导。各地要高度重视体重管理工作，将其与爱国卫生运动、健康中国行动、全民健康生活方式行动等活动以及国家慢性病综合防控示范区建设有机结合，完善协调管理机制，形成促进全人群全生命周期体重管理的强大合力，完成任务目标。（各有关部门按职责分工负责）

（二）加快科研成果转化。加强体重变化规律和机体代谢的基础研究，推进体重管理技术创新和产品升级。研发体重管理相关医药及穿戴设备，运用互联网、物联网、大数据等信息技术，推动人工智能技术在制定个性化营养、运动干预方案中的应用，创新体重管理模式。（省卫生健康委、省工信厅、省体育局、省中医药局按职责分工负责）

（三）强化督导评估。各部门结合职责分工强化组织实施，督促各地落实任务目标。加强体重状况监测和健康生活方式调查，及时掌握人群体重水平及相关影响因素变化，指导各地有重点地推动工作。省卫生健康委每年组织开展效果评估，对工作进展迟缓的市州予以通报。各地要认真总结体重管理典型做法和特色实践，每年至少报送1篇相关信息。（各有关部门按职责分工负责）

联系人：省卫生健康委医疗应急处 王喜平

电 话：0931-4818140 1510530992

邮 箱：wxip1208@126.com

- 附件：1. 甘肃省“体重管理年”活动部门职责任务分工
2. 甘肃省“体重管理年”活动年度任务目标表

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于印发甘肃省“体重管理年”活动方案的通知

发文机关： 甘肃省药品监督管理局
标 题： 关于征求《甘肃省药品零售企业验收细则（征求意见稿）》意见建议的公告
发文字号：
类 别： 医药政策
成文日期： 2024年10月12日
发布日期： 2024年10月15日
关 键 字： 药品零售企业验收

关于征求《甘肃省药品零售企业验收细则 （征求意见稿）》意见建议的公告

为统一和规范全省药品零售许可准入标准，根据《中华人民共和国药品管理法》《药品经营质量管理规范》等相关规定，省药监局起草了《甘肃省药品零售企业验收细则（征求意见稿）》，现向社会公开征求意见，欢迎社会各界积极参与，提出宝贵的建设性意见和建议。

公开征求意见建议的时间是即日起至2024年11月12日。有关单位和个人可将意见建议反馈至6380127@qq.com，请在电子邮件主题注明“零售验收细则意见”。

联系人：任淼；联系电话：17809316077

- 附件：1. 甘肃省零售企业验收细则（征求意见稿）
2. 意见反馈表

甘肃省药品监督管理局
2024年10月12日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网（www.drugnet.com.cn）>政策法规>通知公告>关于征求《甘肃省药品零售企业验收细则（征求意见稿）》意见建议的公告

发文机关：甘肃省卫生健康委员会、甘肃省财政厅、甘肃省中医药管理局、甘肃省疾病预防控制中心

成文日期：2024年9月30日

标题：甘肃：关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知

发文字号：甘卫基层发〔2024〕78号

发布日期：2024年10月17日

类别：全民健康

关键字：公共卫生服务

甘肃：关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知

甘卫基层发〔2024〕78号

各市州、兰州新区卫生健康委、财政局、中医药局、疾控局：

根据国家卫生健康委、财政部、国家中医药管理局、国家疾病预防控制中心《关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知》（国卫基层发〔2024〕31号）要求，现就做好我省2024年基本公共卫生服务工作通知如下：

一、全面加强项目资金保障

（一）明确增加经费及使用途径。2024年，基本公共卫生服务经费人均财政补助标准为94元，新增经费和2020-2023年累计增加的基本公共卫生服务财政补助经费，继续用于重点人群健康管理服务提质增效，着重扩大老年人，高血压、2型糖尿病等慢性病患者，农村妇女“两癌”检查等受益人群覆盖面；做深做实老年人、慢性病患者分类分级健康服务；加强城乡居民体重管理健康教育和重点人群体重管理；强化孕产妇和0-6岁儿童健康服务，落实儿童眼保健、发育评估和科学育儿指导；依据严重精神障碍服务管理规范做实居家严重精神障碍患者健康管理及规范随访服务；统筹疫情防控和呼吸道疾病防治有关工作，强化传染病及突发公共卫生事件报告和处理，开展慢性阻塞性肺疾病患者健康服务；加快推进居民电子健康档案向本人开放和务实应用；落实完善人口发展战略，做好优化生育政策相关服务内容等。

（二）规范项目资金管理使用。各地要严格落实财政事权和支出责任，保障项目资金及时足额到位，确保基本公共卫生服务项目按期保质开展。严禁以任何理由挪用、挤占、拖延项目资金拨付。要全面加快项目资金支付进度，发挥财政资金使用效益，当年绩效评价结果应在次年核拨资金时予以体现，实行扣减奖补。要落实村医承担基本公共卫生服务项目60%的任务量，采取“先预拨、后结算”的方式落实补助资金。各地项目资金落实情况、拨付及时性、支付进度等将纳入2024年基本公共卫生服务项目绩效评价重点内容。

（三）合理制定年度绩效目标。各市州 2024 年基本公共卫生服务绩效目标详见省财政厅、卫生健康委《关于下达 2024 年基本公共卫生服务补助资金预算的通知》（甘财社〔2024〕41 号），各地要逐级细化分解绩效目标，推动基本公共卫生服务做实做细。县级卫生健康局要会同财政局根据县域内重点人群分布、地理交通及基层医疗卫生机构实际服务能力，因地制宜确定基层医疗卫生机构项目分解测算标准，方便基层医疗卫生机构及时开展基本公共卫生服务项目绩效考核，体现“多劳多得、优劳优得”的绩效目标导向

二、优化基本公共卫生服务内涵

（一）开展慢性阻塞性肺疾病患者健康服务。在基本公共卫生服务高血压、糖尿病两种慢性病患者健康服务基础上，加强呼吸道疾病防治，组织开展慢性阻塞性肺疾病患者健康服务（以下简称慢阻肺病患者健康服务）。各地要精心组织，依据《慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范（试行）》（附件 1）明确慢阻肺病患者健康服务的服务对象、服务内容、服务流程、绩效目标和质量控制要求，分级分类开展慢阻肺病患者健康服务。要积极发挥中医药在慢阻肺病患者健康服务中的作用，并将其纳入家庭医生签约服务，建立定期随访制度。要切实发挥紧密型县域医共体牵头医院对辖区内基层医疗卫生机构的技术支持和业务指导作用，做好服务质控及规范用药等工作，推动落实基层首诊，明确转诊渠道，对下转慢阻肺病患者做好后续追踪随访。

（二）提升老年人健康服务实效。各地要持续加强 65 岁及以上老年人健康服务，对老年人健康体检中发现血压、血糖异常的，确诊后应及时纳入慢性病患者健康服务；对发现体重异常或有其他基础疾病的，每年要随访 2 次以上，重点了解健康状况，提供健康教育、健康咨询，指导转诊等。在现有 65 岁及以上老年人免费健康体检项目的基础上，鼓励各地因地制宜，结合基层医疗卫生机构服务能力、老年人健康需求等实际，通过优化家庭医生签约服务包、“健康积分”兑换等方式，丰富老年人健康体检项目，对次均费用较高检查项目可实施 2-3 年或按周期检查一次。要全面开展老年人认知功能初筛服务，关注辖区高龄失能老年群体，做实健康服务内容。要积极引导在基层医疗卫生机构之外开展体检的 65 岁及以上老年人能够就近获得包括中医药在内的连续健康管理服务。

（三）强化慢性病患者健康管理。各地要全面落实慢性病患者健康管理三级质控制度，加强对慢性病患者随访、用药、健康指导等服务内容的审核把关，确保慢性病患者健康管理服务真实有效。要全面落实慢性病分级分类健康服务，对高血压、2 型糖尿病等慢性病患者，指导基层医疗卫生机构按照《国家基本公共卫生服务规范》、《国家基层高血压防治管理指南》和《国家基层糖尿病防治管

理指南》等开展工作，强化防治结合、医防融合、中西医结合；对病情不稳定及有严重并发症的，要在规范随访的基础上视情增加随访频次，每年不少于2次，根据疾病控制情况，给予用药指导、合理膳食和运动干预建议，必要时指导转诊。鼓励各地对患多种慢性病的患者，提供多病共防共管服务。

（四）引导城乡居民加强自我体重管理。各地要落实“体重管理年”工作要求，加强体重管理核心知识宣传，提高城乡社区居民合理膳食、均衡营养、适量运动等自我健康管理意识。要及时对0-6岁儿童、孕产妇、65岁及以上老年人以及高血压、2型糖尿病、慢阻肺病等慢性病患者中的超重、肥胖人群提供个性化咨询和干预服务，加强对重点人群的体重管理指导。鼓励有条件的地区开展居民自我健康管理积分兑换，居民可利用“健康积分”兑换相应健康服务项目，增强居民的依从性和获得感

（五）统筹兼顾好其他服务内容。各地要结合基层便民惠民服务举措做好国家免疫规划疫苗接种，做实肺结核患者健康服务，强化国家医疗应急队伍运维保障，优化职业病防治服务，结合时令节气变化等时间节点加强健康教育和科普，强化居民及重点人群健康素养促进，切实提升群众获得感。

三、提升基本公共卫生服务效能

（一）全力推进基层医防融合发展。各地要切实发挥紧密型县域医共体专家、技术等资源下沉优势，全面建立县、乡、村三级医疗卫生机构紧密衔接、上下联动、分层分级的慢性病防治管理体系，加强技术指导、技能培训和服务提供，推动实现慢病患者日常随访管理在村社、检查调药在乡镇、重症管理在县级的全流程管理模式。要全面建立由全科医生开展老年人健康体检报告分析和结果反馈机制，并根据体检结果有针对性地开展健康指导、健康咨询、健康管理等服务，进一步提升基层慢性病防治管理实效。

（二）切实发挥家庭医生签约服务作用。各地要全面落实家庭医生健康“守门人”作用，持续深化“六个拓展”内涵，进一步优化签约服务方式，丰富签约服务内容，推动家庭医生签约服务提质增效。要持续加强基层首诊政策宣传，为签约患者提供寻医问药、预约诊疗、双向转诊等服务，切实推动基层首诊制度落实。鼓励有条件的基层医疗卫生机构，对行动不便、失能失智老年人、残疾人等特殊需求人群，提供上门治疗、随访管理、康复、护理、安宁疗护、健康指导及家庭病床等服务。

（三）多举措强化培训指导成效。各地要充分发挥专业公共卫生机构业务培训、督导职能作用，建立“以培训提理论水平、以督导促实践技能”的常态化能力提升机制，强化培训成效，切实解决基层医务人员服务技能欠缺、群众信任度

低的问题。要及时组织基层医务人员登录中国继续医学教育网学习慢阻肺病患者健康服务课程。省人民医院和省疾病预防控制中心为省级慢阻肺专业指导机构，将通过分层分级培训和组建专家团队等方式，强化对基层慢阻肺病患者健康服务的技术培训、指导和质量控制。要加大力度充实基层医疗卫生机构专（兼）职精防人员，加强业务培训，提升专业服务能力。

（四）持续推动电子健康档案开放共享。各地要借助疫苗接种、老年人健康体检、中医药保健、家庭医生入户随访等服务契机，广泛引导群众下载熟悉“健康甘肃”APP和“健康新甘肃”微信小程序中的个人健康档案查询功能，大力推动就诊医生、公卫专干、居民本人熟练查询、调阅电子健康档案。要通过语音外呼、定期回访、鼓励居民自查自纠等多种渠道开展居民电子健康档案信息核查、校对，确保居民电子健康档案首页基本内容持续更新完善，居民电子健康档案开放安全有序。2024年，全省以县（区、市）为单位实现居民电子健康档案向本人开放占比不低于45%。

（五）推动科技赋能基本公共卫生服务。鼓励各地积极发挥人工智能、大数据的作用，运用数字化智能化设备终端为城乡居民提供个性化健康教育、随访预约、合理用药、健康咨询建议等服务，为卫生健康行政部门提供基本公共卫生服务运行、质量监管分析。

四、有关要求

（一）全面加强组织保障。各地要高度重视国家基本公共卫生服务工作，切实保障非户籍常住人口获得基本公共卫生服务的权益，增强基本公共卫生服务均衡性。要全面落实“行政部门牵头抓、专业机构包项抓、基层医疗卫生机构精准抓”的项目管理机制，强化考核评价，逐级靠实项目管理主体责任。

（二）严格开展绩效评价。各地要进一步强化绩效评价导向作用，创新评价方式方法，将基本公共卫生服务经费管理和重点人群健康服务等作为评价重点内容，加强对健康结果、项目效果的评价，全面客观反映基本公共卫生服务成效。省卫生健康委将对各市州、县（市、区）项目执行成效进行排名通报，并按照排名落实资金奖惩，通报结果将抄送各市州人民政府。

（三）持续深化宣传倡导。各地要广泛通过广播、电视、宣传片及各种新媒体途径和群众喜闻乐见的方式，持续加强基本公共卫生服务宣传，扩大基本公共卫生服务的影响力和实施效果。要充分发挥村（居）民委员会公共卫生委员会作用，推进“网格化”服务“多格合一”，协同做好对基本公共卫生重点服务人群的组织、动员、健康宣教等服务。要聚焦创新工作举措、难点问题突破、提高群众获得感等方面，进一步加强经验总结和宣传报道。

附件：慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范

甘肃省卫生健康委员会
甘肃省中医药管理局

甘肃省财政厅
甘肃省疾病预防控制中心

2024年9月30日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 甘肃：关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知

发文机关：甘肃省医疗保障局、甘肃省大数据中心
成文日期：2024年10月28日
标题：关于印发《甘肃省就医费用报销“一件事”工作方案》的通知
发文字号：甘医保函〔2024〕214号
发布日期：2024年10月30日
类别：医疗政策
关键字：就医费用报销

关于印发《甘肃省就医费用报销 “一件事”工作方案》的通知

甘医保函〔2024〕214号

各市州医保局、大数据中心、政务服务中心，甘肃矿区医保局，兰州新区民政司法和社会保障局、经发局、科技局，长庆油田社保中心：

现将《甘肃省就医费用报销“一件事”工作方案》印发你们，请结合实际，抓好贯彻落实。

甘肃省医疗保障局
甘肃省大数据中心
2024年10月28日

甘肃省就医费用报销“一件事”工作方案

为贯彻落实《甘肃省人民政府办公厅关于印发2024年度第二批“高效办成一件事”重点事项清单的通知》（甘政办发〔2024〕69号）部署要求，扎实推进医保领域“高效办成一件事”重点事项，进一步提升医保服务质量，提高参保群众获得感、幸福感，结合工作实际，制定本方案。

一、总体目标

全面贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想 and 党的二十大精神，自觉将“高效办成一件事”作为纵深推进“三抓三促”行动的具体举措，坚持问题导向和目标导向，紧盯群众、企业、医药机构办事“堵点、痛点、难点、卡点、淤点”，进一步加强整体设计、推动模式创新、注重数字赋能，依托甘肃省一体化政务服务平台，推动线上线下融合发展，实现办事方式多元化、办事流程最优化、办事材料最简化、办事成本最小化。2024年底前，实现职工医保个人账户家庭共济办理、基本医疗保险参保人员异地就医备案、5种门诊慢特病费用跨省直接结算、医疗费用报销直接结算4项政务服务事项集成办理的就医费用报销“一件事”线下办事“只进一门”、线上办事“一网通办”、企业和群众诉求“一线应答”，

最大程度利企便民。

二、适用范围

全省各市（州）、县区以及甘肃矿区、兰州新区、长庆油田办理所属参保群众职工医保个人账户家庭共济、基本医疗保险参保人员异地就医备案、5种门诊慢特病费用跨省直接结算、医疗费用报销直接结算相关事项。

三、办理方式

（一）线上办理。线上依托甘肃政务服务网和“甘快办”APP实现全省就医报销“一件事”线上办理，设置就医报销“一件事”受理模块，统一申报入口，采用服务事项申报电子表单的方式，通过数据共享、自动调用的模式实现申报电子材料免提交、少提交，推进就医报销“一件事”网上办，一次办。依托省市两级12345政务服务便民热线，高效受理就医费用报销“一件事”相关咨询、投诉、建议和在线办理指导等诉求。

（二）线下办理。线下依托各级政务服务中心窗口或医保经办服务窗口，实现统一受理和一站式服务，同时积极落实医保系统行风建设，落实代办帮办、预约快办等便民服务手段。

四、重点任务

（一）梳理服务事项信息。全面梳理就医费用报销“一件事”相关法律法规和政策文件，重点对职工医保个人账户家庭共济办理、基本医疗保险参保人员异地就医备案、5种门诊慢特病费用跨省直接结算、医疗费用报销直接结算的有关政策进行明确。按照“四级46同”标准对就医费用报销“一件事”各单一服务事项的受理条件、申报材料、办理流程、办理时限、设定依据、审批结果、常见问题、办理系统等事项要素进行标准化、规范化梳理。归并、整合各单一服务事项申报表要素信息和申报材料，编制全省统一的就医费用报销“一件事”申请表，形成一张表单、一套材料，实现“多表合一、一表申请”、“一套材料、一次提交”。

（二）编制工作指引。规范受理要素和审查要点，编制就医费用报销“一件事”工作指引，便于业务经办人员受理、审核、联办。

（三）编制办事指南。按照“办事方式多元化、办事流程最优化、办事材料最简化、办事成本最小化”原则，优化办理要素和业务流程，编制就医费用报销“一件事”办事指南。及时梳理就医费用报销“一件事”热线知识库内容。

（四）打通业务办理系统。全面梳理系统建设和数据共享需求，推动就医费用报销“一件事”相关业务系统的改造升级及整合，实现医保部门业务办理系统与全省一体化政务服务平台互联互通，实现业务受理、分发、流转、办理、结果

反馈、服务评价业务闭环。

五、职责分工

(一) 医保部门。省医保局牵头会同省大数据中心统筹推进全省就医费用报销“一件事”整体落地，实现职工医保个人账户家庭共济办理、基本医疗保险参保人员异地就医备案、5种门诊慢特病费用跨省直接结算、医疗费用报销直接结算流程梳理和优化整合，明确设定实施依据、办理条件、申请材料、办理流程、办理时限、办理结果等要素，制定就医费用报销事项引导和办事指南，协同省大数据中心完成业务系统改造升级及整合。各统筹区医保部门要根据自身职责，按照统一的办理流程、办理时限、办理材料对单事项进一步优化简化，并通过全省一体化政务服务平台事项管理平台完善单事项实施清单。

(二) 大数据中心。省大数据中心配合省医保局，统筹做好甘肃政务服务网、“甘快办”APP“高效办成一件事”服务专区就医费用报销“一件事”上线运行工作，根据省医保局梳理形成的就医费用报销“一件事”申请表单和办事指南，在甘肃政务服务网和“甘快办”APP加载统一申报页面，实现医保信息平台与全省一体化政务服务平台互联互通、信息共享、业务协同。各市州大数据中心配合各市州医保部门做好甘肃政务服务网、“甘快办”APP市州和所辖县区子站点就医费用报销“一件事”上线运行及业务测试工作。

(三) 政务服务中心。各市州政务服务中心协同各市州医保部门，结合本地实际，依托市县两级政务服务中心或医保服务中心，做好就医费用报销“一件事”事项进驻和咨询解答，提供统一受理和一站式服务，优化线下帮办代办工作机制，为老年人、残疾人等特殊群体提供陪同办、代理办、优先办等服务。

六、工作步骤

(一) 2024年11月底前，完成服务事项信息梳理、工作指引编制和办事指南编制，通过全省一体化政务服务平台发布。

(二) 2024年12月20日前，完成全省统一医保信息平台与全省一体化政务服务平台互联互通系统改造和测试验收工作。

(三) 2024年12月底前，全面完成就医报销“一件事”4项重点事项系统集成办理，落实线上线下无差别受理、同标准办理。

七、工作要求

各地、各单位要高度重视在全省医保领域贯彻落实“高效办成一件事”各项重点事项，持续推动全省医保服务领域“高效办成一件事”落地见效。各级医保部门切实履行牵头职责，定期会同同级大数据中心、政务服务中心对工作推进中

发现的堵点难点及时进行分析研判，制定工作举措，持续解决就医费用报销“一件事”落地实施和业务运行过程中存在的问题。将医疗保障服务领域第二批“高效办成一件事”重点事项与首批12项重点事项统筹推进，持续提升服务效率，对医保服务领域有关政策文件、经办事项、业务流程进行再梳理、再精简、再优化，切实提高各级医保服务水平，用便捷、人性、创新的医保服务暖民心、得人心、赢支持。采取多种形式做好政策解读和宣传引导，提高政策知晓度，营造医保领域便民服务良好氛围。

- 附件：1. 甘肃省就医费用报销“一件事”办事指南
2. 甘肃省就医费用报销“一件事”办理流程图
3. 甘肃省就医费用报销“一件事”联办服务登记表
4. 甘肃省就医费用报销“一件事”申报材料

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 甘肃省医疗保障局 甘肃省大数据中心 关于印发《甘肃省就医费用报销“一件事”工作方案》的通知

发文机关：宁夏回族自治区卫生健康委员会、宁夏回族自治区公安厅
成文日期：2024年10月9日
标 题：关于印发《宁夏〈出生医学证明〉管理办法（2024年修订）》的通知
发文字号：发布日期：2024年10月9日
类 别：医疗政策 关 键 字：出生医学证明

关于印发《宁夏〈出生医学证明〉 管理办法（2024年修订）》的通知

各市、县（区）卫生健康委（局）、公安局（分局）：

为进一步规范出生医学证明管理，根据《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法、国务院办公厅《关于解决无户口人员登记户口问题的意见》（国办发〔2015〕96号）精神和国家卫生健康委、公安部关于《出生医学证明》管理的有关规定，以及2023年以来国家卫生健康委关于加强出生医学证明管理的相关工作要求，结合我区实际，自治区卫生健康委、自治区公安厅对2013年印发的《宁夏〈出生医学证明〉管理办法（修订）》进行了修订。现将修订后的《宁夏〈出生医学证明〉管理办法（2024年修订）》印发给你们，请遵照执行。

附件：宁夏《出生医学证明》管理办法（2024年修订）

宁夏回族自治区卫生健康委员会
宁夏回族自治区公安厅
2024年10月9日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn)>政策法规>通知公告>关于印发《宁夏〈出生医学证明〉管理办法（2024年修订）》的通知

发文机关：宁夏回族自治区医疗保障局、
宁夏回族自治区财政厅、国家
税务总局宁夏回族自治区税务
局

成文日期：2024年9月23日

标 题：宁夏：关于做好2024年城乡居民基本医疗保障工作的通知

发文字号：宁医保规发〔2024〕3号

发布日期：2024年10月10日

类 别：医保政策

关 键 字：居民医保、城乡医保

宁夏：关于做好2024年城乡居民 基本医疗保障工作的通知

宁医保规发〔2024〕3号

各市、县（区）医疗保障局、财政局，国家税务总局宁夏区各市、县（区）税务局，宁东管委会社会事务局，隆德、泾源县人力资源和社会保障局：

为深入贯彻落实《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好2024年城乡居民基本医疗保障有关工作的通知》（医保发〔2024〕19号）要求，经自治区人民政府同意，现就进一步做好我区城乡居民基本医疗保险筹资和待遇保障等事项通知如下：

一、合理提高筹资标准

（一）2024年度筹资标准。2024年度居民医保人均筹资标准为1050元，其中人均财政补助标准新增30元，达到每人每年670元，个人缴费标准每人每年380元。财政补助由中央财政和自治区各级财政按8：2比例分担；自治区财政补助由自治区和市、县（区）财政按山区9：1、川区6：4比例分担，具体标准按分担比例计算取整执行。自2019年1月1日起相关部门认定的农垦生态移民补助由自治区全额补助，迁入川区的生态移民执行山区的补助标准。2024年动态参保人员和新生儿参保后未享受国家财政补助的，由自治区和各市、县（区）财政按照各级财政补助标准分担比例，在次年予以划拨。

（二）2025年度个人缴费标准。2025年度居民医保个人缴费标准每人每年400元；持续落实持居住证参保政策，对于持居住证参加我区居民医保的人员，按照当地居民相同标准给予补助。

（三）集中征缴期限。2025年度集中缴费期原则上于2024年12月31日截止。

二、巩固提升医疗保障待遇水平

（四）稳步提升基本医疗保障水平。持续巩固门诊保障水平，将普通门诊统筹年度最高支付限额确定为380元（含一般诊疗费及家庭医生签约服务费）。加

大门诊慢特病保障力度，将银屑病、特发性肺纤维化、慢性心力衰竭、肺动脉高压、克罗恩病 / 溃疡性结肠炎新增调入居民门诊慢特病病种（具体见附件 1），最高支付限额按病种确定。扩大职工医保个人账户共济范围，由直系亲属扩大至近亲属。

（五）加强居民医保生育医疗费用保障。将参保居民在门诊发生的符合规定的产前检查相关医疗费用纳入门诊保障，享受普通门诊统筹待遇，合理提高住院分娩生育医疗费用保障水平，进一步减轻参保居民生育医疗费用负担。

三、扎实做好过渡期后半程巩固医保脱贫攻坚成果工作

（六）抓好救助对象参保资助政策落实。2025 年度，对我区城乡特困人员、孤儿、二级以上重残人员、无城镇职工基本医疗保险的离休干部遗孀，每人每年全额补助 400 元，个人不缴费；对享受国家定期抚恤补助的优抚对象、高龄低收入老年人、低保对象，纳入相关部门监测范围的脱贫不稳定、边缘易致贫和突发严重困难人员，每人每年定额补助 320 元，个人缴费 80 元；对三级中度残疾人员，每人每年定额补助 280 元，个人缴费 120 元；对未纳入乡村振兴部门监测范围的已脱贫人口，每人每年定额补助 180 元，个人缴费 220 元。

（七）特殊困难群体统筹基金补助标准。自治区财政对上述特殊困难群体每人每年给予 90 元大额医疗保险补助，划入居民医保统筹基金使用。所需资金仍按原渠道解决。

四、推动制度政策落实落细落好

（八）切实加强组织领导。各级医疗保障、财政、税务部门要高度重视，切实加强组织领导，建立健全待遇保障落实排查机制，确保政策措施落实落细。按照“高效办成一件事”工作要求，破解服务堵点、难点、节点，力争实现高效办、集成办、便捷办。持续增强风险防范意识，加强基金收支预算管理和运行分析，确保不出现系统性风险。在各地政府统一组织下，压实工作责任，促进部门协同，完善体制机制，调动基层工作积极性，做好政策宣传解读，同时合理引导社会预期，重大情况及时报告。

本通知自印发之日起实施筹资政策，新调整的待遇保障政策自 2025 年 1 月 1 日起执行。

附件：宁夏回族自治区城乡居民基本医疗保险门诊慢特病保障待遇支付及编码对应表

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 宁夏：关于做好 2024 年城乡居民基本医疗保障工作的通知

发文机关：宁夏回族自治区医疗保障局
标 题：关于印发《宁夏回族自治区城乡居民大病保险资金管理办法》的通知
发文字号：
类 别： 医保政策

成文日期： 2024 年 10 月 19 日
发布日期： 2024 年 10 月 19 日
关 键 字： 大病医保

关于印发《宁夏回族自治区城乡居民大病保险资金管理办法》的通知

第一章 总则

第一条 为进一步完善城乡居民大病保险管理服务，充分发挥市场机制作用，确保我区城乡居民大病保险制度健康发展。根据《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）、《自治区人民政府办公厅关于印发开展城乡居民大病保险工作实施意见的通知》宁政办发〔2013〕91号）、《自治区医疗保障局 财政厅关于进一步完善城乡居民大病保险政策的通知》（宁医保发〔2023〕115号）等精神，制定本办法。

第二条 城乡居民大病保险坚持以人为本、保障大病，坚持统筹协调、政策联动，坚持政府主导、专业承办，坚持规范管理、持续发展的基本原则。

第三条 城乡居民大病保险实行自治区级统筹，五市为分统筹地区。全区统一参保范围、统一筹资标准、统一待遇水平、统一资金管理、统一经办流程。

第四条 大病保险资金从城乡居民基本医疗保险基金中划出一定额度予以保障，大病保险年度筹资标准，在综合考虑年度内参保患者高额医疗费用发生情况、大病保险保障水平、城乡居民基金运行等多方因素后科学确定，采取年初一次性筹集、按季拨付、年终清算、专款专用的方式进行管理。大病保险承办机构按照规定设置大病保险资金专用账户，对承办大病保险业务实行单独核算，如实记录保费收入、赔付支出、管理费用支出等项目，真实反映大病保险项目的经营结果。大病保险承办机构应按照“收支两条线”的管理要求，严格按照账户用途和类型划拨使用资金，确保专款专用，保障大病保险资金运行安全。

第五条 大病保险资金由各分统筹区医疗保障部门按季度向大病保险承办机构拨付，保证金以质押保函形式划转，具体内容在保险合同中载明。

第六条 大病保险承办业务期限一般为3年，大病保险资金使用每年清算一次，当筹资金额扣除清算金额、盈利、管理成本后仍有结余的，结余资金按规定返还至城乡居民基本医保基金账户。

第七条 大病保险承办机构应建立健全内控管理制度，严禁参保居民信息外泄和滥用，对参保居民信息承担保密责任，建立大病保险业务内部监督检查机制，每个会计年度对大病保险业务至少进行一次全面审计。

第八条 大病保险资金纳入绩效管理，大病保险承办机构应通过自评和外部评价相结合的方式，定期对大病保险资金执行情况开展绩效评价，健全绩效评价结果反馈制度和绩效问题整改责任制，加强绩效评价结果应用。

第九条 大病保险承办机构应通过智能审核系统、医疗巡查、驻院监督、病案评估等措施，对纳入支付范围的医疗行为的真实性和合规性进行审核，剔除虚假就医、违规医疗费用，并可就医疗行为的相关情况向自治区医疗保障局或医疗机构提出建议。

第二章 资金的筹集

第十条 城乡居民大病保险资金人均筹资标准按自治区医疗保障局、财政厅联合下发的文件执行。年度筹资金额为年度个人缴费人数（剔除重复参保人数）乘以年度筹资标准。每年3月中旬，各分统筹地区按照大病保险筹资标准和当年集中缴费截止日期确定的人数从城乡居民基本医疗保险基金中筹集资金，采取按季拨付结算方式，次年3月底前各分统筹地区需完成上年度大病保险资金清算工作。

第十一条 每年3月中旬，各分统筹地区财政部门依据医疗保障部门申请的大病保险年度筹资金额，3个工作日内将大病保险资金由城乡居民基本医保基金财政专户划拨至分统筹地区医保经办机构城乡居民基本医保基金支出户。

第三章 资金的使用和管理

第十二条 大病保险资金按季度申请、拨付。大病保险承办机构应于每年3月底前向各分统筹区医疗保障部门提出申请，各分统筹区医疗保障部门核准后依据大病保险筹资额按季度依申请拨付至大病保险承办机构指定账户。大病保险资金尚未拨付到位前，参保人员发生的大病保险费用暂由大病保险承办机构先行垫付。

第十三条 大病保险待遇申请时间在年度清算工作之后的，从次年的大病保险资金中支付。

第十四条 大病保险的起付标准、保障范围、保障水平按相关文件规定执行，合规医疗费实行目录管理。

第十五条 大病保险医疗费用原则上实行联网直接结算，参保人员在定点医疗机构就医结算时，基本医疗保险和大病保险实行“一站式”结算，参保人员只负担个人自付部分，统筹支付部分由定点医疗机构先行记账。

跨省异地就医直接结算的大病保险费用，按照国家和自治区跨省异地就医平台清算结果按月清算，各分统筹地区医疗保障部门根据自治区跨省异地就医清算结果做好与大病保险承办机构结算工作，同时做好与自治区的资金划转工作，杜绝大病保险资金的重复列支以及资金间的挤占挪用，确保资金安全有保障。

大病保险承办机构在收到各分统筹区提供的清算通知后，3个工作日内将跨省

异地就医大病保险直接结算资金划入自治区社会保障跨省异地就医基金财政专户，用以偿付先前由城乡居民基本医保基金垫支的大病保险费用；零星报销的大病保险合规费用经合署办公人员审核后，与基本医疗保险报销费用同时核准，由大病保险承办机构拨付到参保人员的银行账户。

第四章 资金的财务核算

第十六条 大病保险资金依据《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》《社会保障基金财政专户会计核算办法》，凭银行转账凭证、相关业务单据入账。

第十七条 各分统筹区医保经办机构要严格按照《社会保险基金财务制度》、《社会保险基金会计制度》要求，实行“收支两条线”管理。年度内要真实、准确、完整记录好大病保险资金收入、支出、结余情况，账务处理规范如下：

（一）各分统筹地区医保经办机构收到财政部门划拨至城乡居民基本医保基金支出户的大病保险资金。

各分统筹区医保经办机构在城乡居民账套中记账：

借：支出户存款

贷：财政专户存款

（二）各分统筹地区医保经办机构向大病保险承办机构拨付资金。

各分统筹区医保经办机构在城乡居民账套中记账：

借：大病保险支出

贷：支出户存款

（三）大病保险承办机构年度清算经营情况。

1. 大病保险资金出现盈余，但盈余超出规定盈利时，大病保险承办机构应根据合同约定将结余大病保险资金如期返还。

各分统筹区医保经办机构在城乡居民账套中记账：

借：支出户存款

贷：大病保险支出

2. 大病保险资金出现亏损时，各分统筹区医保经办机构按照自治区落实风险共担机制，将弥补大病保险亏损补偿资金拨付至大病保险承办机构。

各分统筹区医保经办机构在城乡居民账套中记账：

借：大病保险支出

贷：支出户存款

第五章 资金的考核和监督

第十八条 大病保险承办机构对大病保险资金的使用负有监督责任。应建立与

大病保险监管相适应的监督检查机制，会同同级医疗保障部门对定点医疗机构的诊疗行为进行全程监控，发现违法违规行为应依法依规严肃处理。

第十九条 各分统筹区医疗保障部门对大病保险承办机构的服务质量负有监督和考核的职责。定期、不定期对商业保险机构承办情况进行抽查检查。对大病保险承办机构工作任务完成情况和进行年度考核和绩效评价。

第二十条 大病保险承办机构未严格按照全区统一的大病保险政策支付待遇或因监管不力造成资金浪费的，各分统筹区医疗保障部门按规定从拨付资金中扣减相关违规资金。

大病保险承办机构相关部门和从业人员在服务期内发生违法违规行为，影响大病保险资金安全的，各分统筹区医疗保障部门有权提前终止大病保险承办合同，并严格按照相关规定处理，涉嫌犯罪的移送司法机关追究刑事责任。同时提请自治区医疗保障部门提前终止大病保险框架协议。

第二十一条 年终经考核后，当年大病保险资金有结余的，使用结余资金支付大病保险承办机构盈利（含管理成本），盈利率（含管理成本）控制在大病保险年度赔付总额的2%以内，盈利（含管理成本）支付总额不得超过结余总量。当筹资金额扣除清算金额、盈利、管理成本后仍有结余的，结余资金由大病保险承办机构在接到各分统筹区医疗保障部门通知后3个工作日内返还至分统筹地区医保经办机构城乡居民基本医保基金支出户。

第二十二条 大病保险实行责任共担机制。因城乡居民基本医保政策调整等政策性原因给大病保险承办机构带来亏损时，按照自治区医疗保障局、财政厅规定的超支分担比例分别由各分统筹区城乡居民基本医疗保险基金和大病保险承办机构共同承担。政策性亏损比例 = 政策性亏损额 ÷ 大病保险筹资额。政策性亏损比例未超过5%的，由大病保险承办机构和城乡居民基本医疗保险基金分别承担50%，具体分担公式：居民医保基金承担部分 = 超支资金 × 50%，剩余部分由大病保险承办机构承担；政策性亏损比例超过5%、未超过10%的，由大病保险承办机构和城乡居民基本医疗保险基金分别承担60%和40%，具体分担公式：居民医保基金承担部分 = 筹资额 × 5% × 50% + (超支资金 - 筹资额 × 5%) × 40%，剩余部分由大病保险承办机构承担；政策性亏损比例超过10%以上的，由大病保险承办机构和城乡居民基本医疗保险基金分别承担80%和20%，具体分担公式：居民医保基金承担部分 = 筹资额 × 5% × 50% + 筹资额 × (10% - 5%) × 40% + (超支资金 - 筹资额 × 10%) × 20%，剩余部分由大病保险承办机构承担。基本医保基金承担的部分由五市分别承担，按照“超支和承担对等”原则，五市承担的资金由各市超支资金在全区超支中的占比确定。

第二十三条 各级财政、医疗保障部门要各负其责，协同配合，增强责任意识

和服务意识，财政部门可依托财务列支和会计核算办法，强化大病保险资金管理。医保部门要做好基本医疗保险、大病保险和医疗救助互补衔接，负责查处违法违规使用医保基金的行为，建立监督检查常态机制和结果应用机制，督促大病保险承办机构按照合同要求提高服务质量和水平，切实保障参保人权益。

第二十四条 各级医疗保障部门应建立以保障水平和参保人员满意度为核心的考核评价机制，进一步强化对大病保险大病保险承办机构监督检查和考核评估，加强行业指导和工作进展监测，推进大病保险各项政策的落实落细，确保资金运行安全、平稳、可持续。

第六章 附则

第二十五条 本办法由自治区医疗保障局、财政厅负责解释。

第二十六条 本办法自印发之日起施行。原有关于大病保险资金管理规定与本办法不一致的，以本办法为准。本办法执行过程中，国家对大病保险有新规定的，从其规定。

发文机关：宁夏回族自治区医疗保障局、宁夏回族自治区财政厅
成文日期：2024年10月12日
标 题：宁夏：关于稳妥有序扩大跨省直接结算门诊慢特病病种范围的通知
发文字号：发布日期：2024年10月24日
类 别：医疗政策 关 键 字：直接结算、门诊、慢特病病种

宁夏：关于稳妥有序扩大跨省直接 结算门诊慢特病病种范围的通知

各市、县（区）医疗保障局、财政局，宁东社会事务管理局，隆德县、泾源县人力资源和社会保障局：

根据《国家医保局办公室 财政部办公厅〈关于稳妥有序扩大跨省直接结算门诊慢特病病种范围的通知〉》（医保办发〔2024〕19号）要求，在基本实现高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5种门诊慢特病费用跨省直接结算县域可及的基础上，决定新增5种门诊慢特病相关治疗费用纳入跨省直接结算范围。现将有关事项通知如下：

一、工作目标

巩固提升高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5种门诊慢特病费用跨省直接结算服务，在此基础上，有序扩大跨省直接结算门诊慢特病病种覆盖范围，2024年底前，所有统筹地区作为就医地提供慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎等5种门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算服务（以下简称门诊慢特病扩围病种），提升人民群众的获得感、幸福感和安全感。

二、进一步规范门诊慢特病费用跨省直接结算政策

（一）规范跨省直接结算门诊慢特病病种名称和代码应用。门诊慢特病跨省直接结算使用全国统一的门诊慢特病病种名称和代码（见附件）。为了兼容病种范围差异，参照国家医疗保障信息业务编码标准中门诊慢特病病种名称及病种代码，本次增加器官移植抗排异治疗大类代码（M08300），以及门诊慢特病扩围病种大类代码：慢性阻塞性肺疾病（M05300）、类风湿关节炎（M06900）、冠心病（M04600）、病毒性肝炎（M00200）、强直性脊柱炎（M07200）。

（二）执行就医地目录、参保地政策和就医地管理。门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算时，使用全国统一的门诊慢特病病种代码及病种名称进行结算，执行就医地的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗

材等支付范围），执行参保地的医疗保障基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关规定。

三、进一步规范就医结算流程

（一）门诊慢特病病种待遇认定。跨省异地就医人员按规定到参保地医保经办机构（或门诊慢特病认定医疗机构）提交门诊慢特病病种待遇认定申请，也可通过“我的宁夏”政务 APP 等线上渠道办理门诊慢特病病种待遇认定申请。参保地医保经办机构应加强病种待遇认定管理，严格按照相关规定与要求做好审核认定工作，并将认定结果及时告知申请人。

（二）门诊慢特病待遇资格识别。就医地定点医疗机构须可在挂号、就诊和结算环节调取参保患者门诊慢特病病种待遇认定信息，方便提供相关诊疗和结算服务。有条件的定点医疗机构可在线上预约挂号时，提前做好异地参保人员身份和门诊慢特病待遇资格的识别。属于全国统一跨省直接结算的门诊慢特病病种，参保地按要求传输统一的跨省直接结算门诊慢特病病种代码。

（三）结算病种代码和名称互认。按照全国跨省直接结算的病种代码统一我区门诊慢特病病种代码映射。就医地医保部门要指导所辖医疗机构做好病种代码与病种名称对应工作，实现结算系统准确传输。

（四）分病种单独结算。定点医疗机构在为具备门诊慢特病待遇资格的异地参保人员提供跨省直接结算服务时，应专病专治，合理用药，将门诊慢特病相关治疗费用分病种单独结算。就医地按照本地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割后，连同参保人员门诊慢特病病种代码传输给参保地。参保地按规定计算参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医疗机构。同时发生的与门诊慢特病治疗无关的其他医疗费用按普通门诊费用分开结算。尚未开展跨省直接结算的门诊慢特病费用应指导参保人员全额现金结算后回参保地手工报销。

（五）退费需求妥善处理。异地参保人员有门诊慢特病待遇的，在门诊挂号和就诊结算时应主动告知定点医疗机构。就医地医疗机构要加强内部流程优化，及时调取参保人员门诊慢特病结算资格，减少退费情况的发生。门诊慢特病费用按照普通门诊统筹待遇结算的，定点医疗机构核实相关情况，应协助为参保人员退费后重新按照门诊慢特病结算。

四、进一步提升管理服务效能

（一）强化就医地管理。就医地医保经办机构要完善定点医疗机构医保协议，指导就医地定点医疗机构做好宣传引导和门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算服务；各级医保部门要落实管理责任，将异地就医纳入本地同质化管理，加强日

常审核，将异地就医医疗费用纳入本地智能审核和核查检查，规范诊疗行为；市级医保部门要强化监督指导，及时跟踪监测跨省异地就医费用审核扣款情况。

（二）提高跨省协同响应效率。各级医保部门在现行跨省业务协同工作的基础上，进一步明确专人负责跨省业务协同工作，及时将定点医疗机构和参保人员反映的问题通过国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块点对点发起问题协同，也可通过自治区级异地结算联络员进行跨省协调。问题协同地应按要求及时响应，加强沟通，切实提升问题响应效率。

（三）加强门诊慢特病业务全过程监管。各级医保部门对门诊慢特病申请受理、待遇认定、用药、检查、治疗等情况开展智能审核和监控，通过随机抽查、专项检查等方式，严肃处理发现的违规违法行为。对在门诊慢特病病种待遇认定过程中，以徇私舞弊、伪造病历等行为将不符合门诊慢特病标准的患者资格认定通过的，一经发现，立即终止相关患者门诊慢特病待遇。属于医疗机构责任的，暂停或取消该医疗机构门诊慢特病定点资格。造成医保基金损失的，追回医保基金，按有关规定进行行政处罚。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

五、进一步扩大服务覆盖范围

（一）扩大门诊慢特病跨省联网定点医疗机构范围。各级医保部门要指导本地定点医疗机构完成医保疾病诊断、医保药品、医疗服务项目、医用耗材、门诊慢特病病种等医疗保障业务编码贯标，优先选取诊疗水平高、管理规范的定点医疗机构提供门诊慢特病跨省直接结算服务，及时准确上传定点医疗机构信息和开通的门诊慢特病病种信息。

（二）做好扩围病种相关系统改造和联调测试工作。各级医保部门按照《跨省异地就医管理子系统接口规范（V2.1）》的要求，于2024年11月10日前完成定点医疗机构信息系统升级改造和联调测试，确保12月底前全国统一切换上线门诊慢特病扩围病种的跨省直接结算服务。

六、工作要求

（一）加强组织领导。门诊慢特病跨省直接结算病种扩围是今年医疗保障领域推动“高效办成一件事”重点事项之一。各级医保部门务必高度重视，坚持“一把手”亲自抓，层层分解，压实责任，将此项工作抓紧、抓实、抓细，不折不扣地完成扩围任务。

（二）注重系统协同。各级医保部门要强化我区异地就医政策、管理和信息化工作协同，明确责任，加强配合，及时高效处理跨省异地就医结算业务协同管理工作，解决群众异地就医结算问题。在做好门诊慢特病跨省直接结算的同时，全力推进区内门诊慢特病直接结算服务。

（三）做好宣传培训。各级医保部门要加强对定点医疗机构的宣传培训，全面解读门诊慢特病跨省直接结算政策、管理流程，指导跨省联网定点医疗机构做好院内系统改造和人员培训。利用网络、报刊、电视、广播等媒体，做好对外政策宣传解读及时回应群众关切，合理引导社会预期。

附件：门诊慢特病跨省直接结算病种代码表

宁夏回族自治区医疗保障局
宁夏回族自治区财政厅
2024年10月12日

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 宁夏：关于稳妥有序扩大跨省直接结算门诊慢特病病种范围的通知

发文机关：新疆维吾尔自治区卫生健康委 成文日期：2024年10月8日
标 题：关于公开征求新疆维吾尔自治区家庭托育点管理办法（试行）（征求意见稿）意见建
议的通告
发文字号： 发布日期：2024年10月8日
类 别： 妇幼健康 关 键 字： 家庭托育、托育服务

关于公开征求新疆维吾尔自治区家庭托育点管理 办法（试行）（征求意见稿）意见建议的通告

为贯彻落实党的二十届三中全会精神，促进普惠育幼服务体系建设，规范家庭托育点发展，根据国家卫生健康委、住房和城乡建设部、应急管理部、市场监管总局、国家消防救援局等5个部门联合印发《家庭托育点管理办法（试行）》及自治区人民政府办公厅印发《关于促进3岁以下婴幼儿照护服务的实施意见》（新政办发〔2019〕104号）等文件精神，我委结合全区实际，起草了《新疆维吾尔自治区家庭托育点管理办法（试行）（征求意见稿）》，现面向社会公开征求意见。有关单位和公众如有相关意见，请于2024年10月15日前通过以下途径和方式反馈自治区卫生健康委。

联系人：自治区卫生健康委家庭发展处 符 浩

联系电话：0991-8521125（同传真）

电子邮箱：xjwjwrkjcjtfzc006@xj.gov.cn

新疆维吾尔自治区卫生健康委

2024年10月8日

新疆维吾尔自治区家庭托育点管理办法（试行）（征求意见稿）

为认真贯彻落实党的二十届三中全会精神，促进我区托育服务能力提质扩容和均衡布局，扩大我区托育资源供给，加快形成多元化、多样化、覆盖城乡的托育服务体系，推动全区托育服务事业快速发展，根据国家卫生健康委、住房和城乡建设部、应急管理部、市场监管总局、国家消防救援局等5个部门联合印发《家庭托育点管理办法（试行）》及自治区人民政府办公厅印发《关于促进3岁以下婴幼儿照护服务的实施意见》（新政办发〔2019〕104号）等文件精神，结合我区实际，制定本办法。

第一章 总 则

第一条 为认真贯彻落实中共中央、国务院《关于优化生育政策促进人口长

期均衡发展的决定》，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大、党的二十届三中全会、二十届中央财经委员会第一次会议精神，加快推进全区托育服务体系建设，增强婴幼儿家庭照护、养育子女的能力，按照“政府引导、部门协同、家庭为主、社会参与”的总体思路，充分调动社会力量的积极性，开展家庭托育点建设，逐步构建起以多种形式托育机构为主，家庭、社区托育为辅的多元化托育服务体系，不断满足人民群众对托育服务的需求。

第二条 本办法中家庭托育点指在村居、社区、居民住宅为3岁以下婴幼儿（以下简称婴幼儿）提供全日托、半日托、计时托、临时托等托育服务的场所，家庭托育点名称中应当注明“托育”字样，在服务范围及经营范围中明确“家庭托育服务”。

第三条 每个家庭托育点的婴幼儿收托人数不得超过5人

第二章 登记备案

第四条 开办家庭托育点需向所在地市场监督管理部门申请注册登记，登记机关应及时将家庭托育点登记信息推送至同级卫生健康部门。

第五条 家庭托育点登记后，应当及时向所在地的县级卫生健康部门备案，登录托育机构备案信息系统，在线填写家庭托育点备案书、备案承诺书，并提交以下材料扫描件或电子证照

- （一）营业执照或其他法人登记证书；
- （二）房屋产权证、不动产权证或房屋租赁合同（租赁期限不少于3年）；
- （三）照护人员身份证、健康合格证、无相关违法犯罪记录材料、婴幼儿照护相关学历证书或技能等级（培训）证书；
- （四）房屋竣工验收合格或房屋安全鉴定合格有关材料（自建房）；
- （五）住宅所在本栋建筑物内或者同一平房院落内其他业主一致同意的证明材料；
- （六）法律法规规定的其他相关材料。

第六条 卫生健康部门在收到家庭托育点备案材料后，应及时到现场核实相关信息，并提供备案回执。

第七条 家庭托育点变更备案事项的，应当向原备案部门更新备案信息；终止提供托育服务的，应当妥善安置收托的婴幼儿，并向县级卫生健康部门报告。卫生健康部门应当主动向社会公开家庭托育点备案状态。家庭托育点登记后，所在地的县级卫生健康部门不予备案或者取消其资格的，应及时通知家庭托育点到所在地登记机关申请变更经营范围或者注销登记。

第三章 设置标准

第八条 家庭托育点婴幼儿人均建筑面积不得小于 9 平方米，应设置在通风良好、日照充足、温度适宜、照明舒适的适宜婴幼儿成长的环境。家庭托育点不得设置在地下室或半地下室，不得设置在“三合一”场所和彩钢板建筑内，不得与生产、储存、经营易燃易爆危险品场所设置在同一建筑内，门窗不得设置影响逃生和消防救援的铁栅栏、防盗窗等障碍物。

第九条 家庭托育点的房屋结构、设施设备、装饰装修材料、家具用具等，应当符合国家相关安全质量标准和环保标准，符合抗震、防火、疏散等要求，并定期按照有关要求进行检查维护。使用自建房开展家庭托育服务的，备案时应当向卫生健康部门提供房屋竣工验收合格或房屋安全鉴定合格有关材料。对消防安全不符合有关标准和规定要求的场所，不得设置家庭托育点。

第十条 家庭托育点应当设置视频安防监控系统，对婴幼儿生活和活动区域进行全覆盖监控。有条件的家庭托育点可安装手机远程监控摄像头。监控录像资料保存期不少于 90 日。

第十一条 家庭托育点应当设有室外活动场地，配备适宜的游戏设施，且有相应的安全防护设施。在保障安全的前提下，可利用附近的公共场地和设施。

第十二条 家庭托育点自行加工食品的，应落实食品安全主体责任，按规定取得食品经营许可，持有效的《食品经营许可证》。由外部配送膳食的，应设置与供餐规模相适应的备餐间，提供双方委托供餐协议书以及第三方的《营业执照》及具备集体用餐配送的《食品经营许可证》，并复印归档留存，建立落实食品留样制度。

第十三条 家庭托育点照护人员应当符合下列条件：

- （一）具有保育教育、卫生健康等婴幼儿照护经历或相关专业背景；
- （二）受过婴幼儿保育、心理健康、食品安全、急救和消防等培训；
- （三）身体健康，无精神病史，鼓励从业人员进行入职前心理健康测试，以及定期进行在岗期间心理健康测试；
- （四）无性侵害、虐待、拐卖、暴力伤害等违法犯罪记录。

家庭托育点举办者同时是照护人员的，应当符合上述条件，每 1 名照护人员最多看护 3 名婴幼儿。

第四章 收托管理

第十四条 婴幼儿父母或监护人（以下统称婴幼儿监护人）应当主动向家庭托育点提出入托申请，并提交真实的婴幼儿及其监护人的身份证明材料

第十五条 家庭托育点应当与婴幼儿监护人签订托育服务协议，明确双方的责任、权利义务、服务项目、收费及退费标准以及争议纠纷处理办法等内容。

第十六条 婴幼儿进入家庭托育点前，应当完成适龄的预防接种，经医疗卫生机构健康检查合格后方可入托；离开家庭托育点3个月以上的，返回时应当重新进行健康检查。

第十七条 家庭托育点应当建立与家长联系制度，定期召开家长会议，接待来访和咨询，帮助家长了解保育照护内容和方法

第十八条 家庭托育点应当科学合理安排婴幼儿的生活，做好饮食、饮水、喂奶、如厕、盥洗、清洁、睡眠、穿脱衣服、游戏活动等服务。

第十九条 家庭托育点应当对在托婴幼儿的健康状况进行观察，坚持晨午检和全日健康观察，发现婴幼儿疑似传染病或者其他疾病的，应当及时通知其监护人。

第五章 消防安全

第二十条 家庭托育点应当落实全员消防安全责任制，建立健全安全用火用电用气、防火巡查检查、火灾隐患整改、消防培训演练等消防安全管理制度，应制定灭火和应急疏散预案，有条件的家庭托育点配备安保人员和物防、技防设施。

第二十一条 家庭托育点应当按照《托育机构消防安全指南（试行）》要求开展消防安全隐患自查工作，应当明确专兼职消防安全管理人员及管理职责，配备必要的消防器材并加强消防设施维护管理，电气线路插座与易燃可燃材料、婴幼儿触及高度等需保证一定的安全距离，确保用火用电用气安全。家庭托育点工作人员应当掌握急救的基本技能和防范、避险、逃生、自救的基本方法，在紧急情况下必须优先保障婴幼儿的安全。

第二十二条 各地住建部门应督促物业服务企业积极配合街道、社区及相关部门开展物业管理区域内家庭托育点的火灾隐患排查整治，加强对消防设施设备配备及消防车通道标识化管理排查，加强对物业从业人员消防知识、应急处置技能的培训，指导、督促各物业服务企业认真落实当地消防指挥部门消防安全要求，发现隐患及时处置，切实做好物业管理区域内家庭托育点消防安全工作。

第六章 监督管理

第二十三条 各有关部门要按照相关规定和各自行业规范规定要求，加强对家庭托育点的业务监管。家庭托育点的日常监管由卫生健康部门牵头，相关部门按照职责配合做好行业监督管理和指导，确保消防安全、食品安全、卫生安全、人身安全，最大限度保护婴幼儿安全和健康。各级卫生健康行政部门，妇幼保健、疾病预防控制等机构应当按照职责加强对家庭托育点卫生保健工作的业务指导、咨询服务和监督执法工作。街道（乡镇）、村（居）委员会应引导家庭托育点尊重相邻业主权利，规范开展托育服务。

第二十四条 家庭托育点应当建立信息公示制度，定期向婴幼儿家长公示收

费项目和标准、保育照护、膳食营养、卫生保健、安全保卫等情况，自觉接受监督。

第二十五条 指导从业者定期组织交流、学习、培训活动。卫生健康部门牵头积极组织家庭托育点从业人员学习政策法规、业务技能，增强依法从业意识，促进行业自律。

第七章 宣传倡导

第二十六条 家庭托育点应当加强与街道、社区的联系与合作，借助街道、社区宣传平台积极宣传科学育儿知识，有条件的家庭托育点可联合辖区内街道、社区及托育机构开展多种形式的服务活动，促进婴幼儿早期发展。

第二十七条 各地住建部门应督促物业服务企业加大对物业管理区域内家庭托育点消防安全宣传力度，借助社区、街道、业主委员会、居民议事平台，物业管理联席会议制度等工作机制，支持鼓励物业服务企业加强管理区域内家庭托育点的物业服务工作，协调解决难点问题。

第八章 组织保障

第二十八条 各地相关部门要坚持以人民为中心的发展理念，从保障和改善民生的政治站位，提高对家庭托育服务重要性的认识，切实加强组织领导；街道、社区、居委等社区管理组织应当为家庭托育点提供方便，在村居、社区综合服务设施管理中，应当统筹考虑家庭托育点设置，满足辖区居民托育服务需求。各级各单位要增强工作协作，落实责任分工，优化服务流程，为建设家庭托育点营造良好发展环境。

第二十九条 各级各部门要加强对家庭托育服务监督管理，积极推动家庭托育点达标备案，对于达不到建设标准的进行指导督促，对于整改不到位要进行停业整改，确保家庭托育点合法、合规运营，保障婴幼儿安全。对履行职责不到位、发生安全事故的，要依法依规追究相关人员责任。要加大舆论监督，推动各项政策措施落地，切实增强人民群众的幸福感和获得感。

第三十条 大力加强家庭托育服务宣传倡导。积极推进家庭托育点建设，建设一批管理规范、服务模式可复制的示范点，发挥示范引领和辐射作用。充分发挥工会、妇联、计生协等群团组织的桥梁纽带作用，组织开展各类活动，通过多种形式参与家庭托育服务工作。各相关单位要加大力度宣传家庭托育服务相关政策，加强正面宣传报道，及时回应群众关切的问题，努力提高群众认知度，营造家庭托育服务工作良好社会氛围。

- 附件：1. 家庭托育点备案书
2. 家庭托育点备案承诺书

3. 家庭托育点备案回执

（信息公开形式：主动公开）

下载附件请登录医药梦网 (www.drugnet.com.cn) > 政策法规 > 通知公告 > 关于公开征求新疆维吾尔自治区家庭托育点管理办法（试行）（征求意见稿）意见建议的通告

发文机关： 新疆维吾尔自治区医疗保障局、国家金融监督管理总局新疆监管局
成文日期： 2024年9月27日
标 题： 新疆：关于加快推进惠民型商业医疗保险工作的通知
发文字号： 发布日期： 2024年10月8日
类 别： 医保政策 关 键 字： 惠民商保、商业医疗保险

新疆：关于加快推进惠民型商业医疗保险工作的通知

各地、州、市医疗保障局，各金融监管分局，米东、五家渠支局：

为深入贯彻落实党的二十大关于积极发展商业医疗保险的决策部署，深化医疗保障制度改革，促进多层次医疗保障有序衔接，切实提升重特大疾病和多元医疗需求保障水平，根据《中国银保监会办公厅关于规范保险公司城市定制型商业医疗保险业务的通知》（银保监办发〔2021〕66号）、《自治区医疗保障局国家金融监督管理总局新疆监管局关于支持规范惠民型商业医疗保险发展的指导意见》（新医保发〔2023〕37号）精神，现就加快推进惠民型商业医疗保险（以下简称“惠民保”）工作通知如下。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大精神，坚持以人民为中心的发展思想，遵循“政府引导、市场主导、商保承办、个人自愿、社会监督”的基本原则，加快推动“惠民保”工作进程，切实减轻人民群众医疗费用负担，更好地满足参保群众多元化医疗保障需求。

今年年底前有条件的统筹地区先行试点，因地制宜完成实施方案，2025年12月底前平稳有序推进，2026年年底评估总结惠民型商业医疗保险运行情况，并报送总结报告。

二、优化方案设计

“惠民保”是政府部门支持、商业保险机构经办、市场机制运作、群众自愿参保，商业保险机构承担保险责任并自负盈亏，不具有理财投资性质的惠民型商业医疗保险。

各统筹地区充分考虑经济发展水平、医疗保障水平和职工群众消费能力，强化制定医疗保险的可行性论证和风险评估。按照持续经营和风险可控的原则，加强保险精算平衡，科学制定与本统筹地区经济社会发展水平相适应、与各方承受能力相匹配、与参保人员医疗保障需求相协调的保险保障方案。建立保障方案年

度动态调整和长效监督机制，提高运行效率和服务质量，确保可持续发展。

（一）参保缴费

各统筹地区结合本地区经济社会发展水平、城乡居民人均可支配收入、基本医疗保障待遇水平、参保人员保障需求、医疗费用增长、保障范围等因素，建立完善筹资调整机制，综合测算科学确定不同档次的保费标准，缴费应公平合理，具体保险费标准在参保前向社会公布。

可根据实际情况，整合政策性参保资助资金，鼓励通过慈善帮扶、爱心捐助等方式为特困人员、最低生活保障对象等困难群众提供定制医疗保险缴费支持。可根据统筹区职工基本医疗保险个人账户资金结余情况，允许职工使用个人账户余额为本人及参加基本医疗保险的家庭成员（配偶、子女、父母）支付定制医疗保险费。承保机构应建立灵活、便利的缴费方式，全面实施网上参保、掌上参保，依托保险机构自有网点及队伍，设置必要的线下参保服务咨询渠道，提供便利的适老化服务。

（二）待遇保障

“惠民保”的保障范围与基本医疗保险、大病保险、医疗救助实行有效衔接、功能互补。主要对医保范围内住院、医保范围外住院费用及特殊自费药品等进行保障，更好覆盖基本医保不予支付的费用。根据惠民型商业医疗保险定位和成本精算，合理设定保险责任、免赔金额、赔付比例和保障金额。待遇设定重点保障基本医保政策内的个人负担较高费用和政策以外的合理费用。

1. 合规自付医疗费用。指医保政策范围内个人自付费用，包括起付线费用、住院费用及住院费用中符合医保支付要求，按规定由个人按比例承担的自付费用、医保目录内乙类药品、医保目录内诊疗服务项目和医用材料需个人先行自付费用。

2. 合理自费医疗费用。国家医保目录外需由个人全额承担的自费医疗费用，即超限价费用以及纳入准入清单的自费药品、自费诊疗服务项目、自费医用材料费用。将存在滥用倾向、疗效不明确、主要起滋补保健、整形美容等非医疗用途的药品和医用材料费用不列入“惠民保”保障范围。

3. 建立特药和罕见病清单。契合当地群众医疗保障需求，建立特药和罕见病清单，将尚未纳入国家医保目录支付范围但疗效明显、价格适宜、适用范围明确的药品、诊疗服务项目和医用材料列入准入清单，纳入“惠民保”保障范围。结合国家医保目录调整范围、医疗机构实际用药诊疗情况动态调整清单。

在待遇享受期间，参保人员暂停或终止享受基本医保待遇时，“惠民保”待遇同步停止享受；参保人员恢复享受基本医保待遇时，“惠民保”待遇同步恢复。新生儿在出生后90日内参保缴费的，部队转业人员（含退役义务兵）转业后30日内参保缴费的，按照基本医疗保险待遇起始时间享受“惠民保”待遇。

三、组织实施

(一) 确定保险责任。承保机构应当履行产品开发主体责任，定制医疗保险应当设计为适用于个人和不以购买保险为目的组成团体购买的保险产品，可适当进行责任分级、费率分组，不得对既往症患者单独定价，可以适度调整免赔额和赔付比例。保险期间和保险责任开始时间应在保险合同中明确约定。

(二) 明确机构职责。承保商业保险机构应当具备良好商业信誉，稳定、专业、规范的服务能力，能够提供承保、理赔、咨询等服务，能建立适应业务开展的信息系统。承保机构原则上应由3家及以上的商业保险机构以共保的方式承办定制医疗保险业务，承办周期原则上为3年。建立服务评价机制，对理赔服务差、群众满意度不高的承保机构，可解除承办资格。

共保体必须确定唯一的主承保公司，承担向投保人出具保单、接受理赔申请、提供理赔服务、履行相关信息报送等责任，其他承保公司要配合主承保公司开展理赔服务，按约定履行赔付责任。共保体应当建立清晰的集体决策和议事规则，明确保费分配、投诉管理和赔付合议等事项，保障共保体内服务标准、服务时效的统一。完善数据共享机制，主承保公司需向其他承保公司共享承保及理赔明细数据。

(三) 规范资金管理。承保机构应当完善资金管理，按照持续经营和风险可控的原则，加强精算平衡，开展费率回溯和调整。承保机构要提高政治站位，加强定制医疗保险业务经营管理。每年进行回溯分析，并于3月31日前向国家金融监督管理总局新疆监管局报送上一年项目运行情况报告，同时抄送自治区医疗保障局。根据保单年度实际赔付与保障方案预计赔付的偏差，经国家金融监督管理总局新疆监管局、自治区医疗保障局同意后，可进行费率调整，推动经营可持续、保障可持续。

(四) 加强数据安全。医疗保障局应当提升数据安全意识，严格履行数据安全管理工作，加强数据分级分类管理，规范数据管理和应用权限，做好个人信息保护影响评估。应当加强数据使用全过程监管和风险监测，完善数据安全应急预案，确保数据安全和职工群众个人权益不受侵害。数据处理人在数据采集、使用、共享、传输与存储的数据全流程流转过程中，做好申请提交工作，本单位负责人签字确认后，由信息化管理部门实施授权操作并将授权情况进行记录，禁止未经授权访问备份数据。

(五) 强化风险防范。承保机构开展定制医疗保险业务，应强化风险管控意识。建立健全覆盖业务全流程的内部控制体系，加强信息披露、跟踪监测和运行分析，定期主动向社会公开参保、赔付、结算、收支等情况。与相关部门加强协作，有效识别和防范业务经营风险，对提供信息技术支持、特定药品和医疗器械、健康

管理等服务的第三方机构加强管理，合规运营。

四、工作要求

（一）加强组织协调。“惠民保”是深化医疗保障体制改革，建立多层次医疗保障体系的具体措施。各统筹地区要高度重视，切实提高政治站位，加强组织领导，条件成熟地区加快推进“惠民保”工作，力争今年年底前完成参保缴费，原则上与城乡居民基本医保实行同步部署、同步参保，保障时间为1个自然年度。

（二）精心组织实施。各统筹地区按照本通知要求，注重筹集规划，强化规范运用，结合本地实际，制定惠民型商业医疗保险实施方案的具体方案、制定产品、经办操作规程，优化升级缴费信息系统，加强协议管理，确保惠民型商业医疗保险工作有序推进。

（三）强化宣传引导。推进建立“惠民保”是对基本医疗保险的有力补充，相关部门及商业保险公司要加强“惠民保”和多层次医疗保障的宣传，引导参保人员树立健康的责任意识和参保意识，合理引导社会预期，营造良好参保氛围。通过各方努力，充分发挥多层次医疗保障的多重保障作用，进一步减轻参保群众就医负担，不断提升人民群众获得感、幸福感和安全感。

新疆维吾尔自治区医疗保障局
国家金融监督管理总局新疆监管局
2024年9月27日

发文机关：新疆维吾尔自治区医疗保障局、
新疆维吾尔自治区财政厅

成文日期：2024年9月29日

标 题：新疆：关于做好2024年我区城乡居民基本医疗保障工作的通知

发文字号：

发布日期：2024年10月8日

类 别：医保政策

关键字：城乡医保

新疆：关于做好2024年我区城乡居民基本医疗保障工作的通知

各地、州、市医疗保障局、财政局：

为深入贯彻落实党的二十大和二十届三中全会精神，贯彻落实自治区党委、政府关于深化医疗保障制度改革有关决策部署，持续推进健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次医疗保障体系，不断增强基本医疗保障能力，努力解除人民群众看病就医后顾之忧，根据《国家医保局财政部国家税务总局关于做好2024年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2024〕19号）精神，现就做好2024年我区城乡居民基本医疗保障有关工作通知如下：

一、持续做好居民医保筹资工作

（一）合理确定筹资标准。为适应人均预期寿命不断增长、医疗消费水平持续提升的形式，巩固提高居民医保待遇水平，2024年继续提高城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）筹资标准。各级财政继续加大对居民医保参保缴费补助力度，人均财政补助标准新增30元，达到每人每年不低于670元，个人缴费标准达到每人每年380元。

（二）确保财政补助及时足额到位。中央财政对我区人均财政补助标准按照80%的比例予以补助，剩余部分由自治区财政和地县财政共同负担，即2024年中央财政按每人每年536元的标准补助我区，自治区与地县分担134元。对于持居住证参加当地居民医保的，各级财政要按当地居民相同标准给予补助。地方各级财政要按规定足额安排财政补助资金并及时拨付到位，不得挤占、挪用。

（三）优化大病保险筹资结构。各统筹地区根据医疗费用增长情况、经济社会发展水平、城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）收支情况，建立可持续的大病保险筹资动态调整机制，探索拓宽大病保险筹资渠道，优化筹资结构，确保筹资标准和待遇水平不降低。

二、巩固提升医疗保障待遇水平

（四）稳步提升基本医疗保障水平。优化待遇保障政策，增强普惠性兜底性

保障，促进保障更加精准高效。继续巩固居民医保住院待遇水平，确保政策范围内基金支付比例稳定在70%左右。适当提高住院起付标准，拉开不同级别医疗机构住院报销比例差距。完善门诊保障措施，继续做好高血压、糖尿病门诊用药保障，确保政策范围内支付比例达到60%以上。

（五）增强大病保险精准保障能力。依据大病保险筹资水平、大病患者保障需求等因素，合理确定大病保险起付标准、报销比例、最高支付限额，提高大病保险保障大病患者高额医疗费用的精准度。大病保险起付标准原则上不低于当地上年城乡居民人均可支配收入的50%，不高于当地上年城乡居民人均可支配收入。居民大病保险分段设置报销比例，向高额医疗费用倾斜。

（六）加强居民医保生育医疗费用保障。合理提高居民医保生育医疗费用保障水平，切实支持三孩生育政策，进一步减轻参保居民生育医疗费用负担，促进人口长期均衡发展。将参保居民在门诊发生的符合规定的产前检查相关医疗费用纳入门诊保障，享受普通门诊统筹待遇。

（七）推动制度政策规范统一。全面贯彻落实医疗保障待遇清单制度，各统筹区组织开展三年行动方案“回头看”，确保实现医保制度、政策等规范统一。按照政策规范统一、基金调剂平衡、完善分级管理、强化预算考核、提升管理服务的方向，积极稳妥推动基本医保省级统筹，促进待遇保障均衡，实施公平保障。

三、扎实做好过渡期后半程巩固医保脱贫攻坚成果工作

（八）抓好医保综合帮扶政策落实。巩固提升“基本医保有保障”成果，把做好低收入人口和脱贫人口参保工作摆在突出位置，稳定实现各统筹地区低收入人口和脱贫人口参保率达到99%以上，按规定落实好医疗救助分类资助参保政策，有条件的地区可适度提高定额资助标准。强化三重制度综合保障效能，坚决守住不发生因病规模性返贫底线。立足医疗救助基金支撑能力和困难群众实际需求，继续优化医疗救助对困难群众参加居民医保个人缴费分类资助政策。完善困难群众参保核查比对机制，健全参保台账，落实落细资助政策，确保应参尽参、应缴尽缴、应保尽保。

（九）健全防范化解因病返贫致贫长效机制。健全完善防范化解因病返贫致贫长效机制，科学设定高额医疗费用负担患者监测预警标准，重点监测经基本医保、大病保险保障后个人医疗费用负担仍然较重的低保边缘对象和农村易返贫致贫人口，做到及时预警，提高监测预警时效性。加强部门间工作协同，常态化做好监测预警人员综合帮扶，积极引导慈善组织、商业补充保险、医疗互助等社会力量参与困难大病患者救助帮扶，推动形成多元化救助格局，整体提升风险防范化解能力。进一步强化信息共享，及时推送风险信息，并将相关部门核查认定后符合条件的困难群众纳入救助范围，按规定落实医疗救助政策。

四、推动制度政策落实落细落好

(十)切实加强组织领导。进一步提高政治站位,强化责任担当,确保城乡居民医疗保障各项政策措施落地见效,持续推进保障和改善民生。各级医疗保障部门要加强统筹协调,强化部门协同,财政部门要按规定足额安排财政补助资金并及时拨付到位,税务部门要做好居民医保个人缴费征收工作,各部门要加强工作联动和信息沟通。进一步加大政策宣传力度,普及医疗保险互助共济、责任共担、共建共享的理念,增强群众参保缴费意识,做好政策宣传解读,合理引导社会预期,做好舆情风险应对,重大情况及时报告。要按照“高效办成一件事”工作要求,打通服务堵点、难点、节点,力争实现高效办、集成办、便捷办。要进一步增强风险防范意识,加强基金收支预算管理和运行分析,确保不出现系统性风险。

新疆维吾尔自治区医疗保障局

新疆维吾尔自治区财政厅

2024年9月29日

发文机关：新疆维吾尔自治区医疗保障局、
新疆维吾尔自治区卫生健康委

成文日期：2024年8月27日

标 题：新疆：关于将村卫生室纳入医保定点管理有关工作的通知

发文字号：

发布日期：2024年10月23日

类 别：医保政策

关键字：村卫生室、医保定点

新疆：关于将村卫生室纳入医保 定点管理有关工作的通知

各地、州、市医疗保障局、卫生健康委：

根据国家医保局办公室国家卫生健康委办公厅《关于加快推进村卫生室纳入医保定点管理的通知》（医保办发〔2024〕13号）要求，为加大医保基金对乡村医疗卫生体系支持力度，规范村卫生室医保服务协议管理，现就有关工作通知如下。

一、统一思想认识、明确任务目标

村卫生室是农村医疗卫生服务体系的基础，与广大农村地区人民群众联系最直接，是实现医疗保障服务的“最后一公里”。各地医保、卫生健康部门要坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神，把乡村医疗卫生工作摆在乡村振兴的重要位置，将村卫生室纳入医保定点管理与促进乡村医疗卫生体系发展、医保参保管理服务等工作协同，不断满足农村群众日益增长的医疗保障需求，提高常见病、多发病就医购药可及性。

各地要按照“创造条件、优化流程、加强调度、应纳尽纳”的原则，通过多种途径，确保2024年底前将符合条件的村卫生室纳入医保定点管理，有多个村卫生室的行政村至少保障1个村卫生室纳入医保定点管理，确保医保服务“村村通”，方便群众就近就医。各地要在8月-10月份为村卫生室纳入医保定点开展1次准入评估，将符合条件的未纳入医保定点管理的村卫生室按医保准入相关规定一次性完成准入评估工作。

二、完善政策措施、按分类加快推进

各级医保、卫生健康部门要认真梳理村卫生室现状，是否正常开展诊疗服务、是否正常开展医保结算分析、尚未纳入医保定点管理的原因，加强沟通协商，建立工作台账，按分类加快推进。

（一）已经实现乡村卫生服务一体化管理的地区。医保部门要完善与乡镇卫生院服务协议，协议中明确包含村卫生室名称、医保诊疗服务结算等相关内容，通过乡镇卫生院结算其管理的村卫生室发生的医保费用。全区统一建设乡镇卫生院、

村卫生室基层云服务点，通过现有网络链路实现新疆医保信息平台 and 自治区全民健康信息平台互联互通，实现参保群众在家门口享受医保结算服务。

（二）正在推进乡村卫生服务一体化管理的地区。要加快乡村一体化工作进度，原则上 2025 年底前实现一体化管理。在此之前村卫生室与对应的乡镇卫生院可建立临时管理关系，与乡镇卫生院签订服务协议，明确相关内容，通过乡镇卫生院上传数据实现医保结算。

（三）对于短期内暂不具备乡村卫生服务一体化条件的地区。医保部门要落实定点管理有关规定，进一步完善申请条件、优化申请流程，支持村卫生室通过乡镇卫生院统一组织申请纳入医保定点。卫生健康部门发挥管理职能，组织该地区的乡镇卫生院将村卫生室统一组织申请纳入医保定点。各地要同步指导村卫生室加强信息化建设和系统操作人员培训，提高诊疗服务能力管理。

三、规范医疗行为、维护基金安全

压实纳入定点管理的乡镇卫生院和村卫生室主体责任，加强参保人员身份核验，严防欺诈骗保。医保经办机构要加强对定点乡镇卫生院及单独纳入定点的村卫生室医保服务协议管理，优化医保费用审核结算流程，加快实现医保智能审核和实时监控管理，加强履约核查，对发现的违约行为按协议约定进行处理。医保行政部门应通过组织开展重点巡查、专项检查等方式，严厉打击违法违规使用及欺诈骗取医保基金行为。卫生健康部门要加强对乡镇卫生院和村卫生室医疗服务行为的监管，辖区乡镇卫生院要对下属村卫生室规范诊疗、合理用药等进行监督指导，保障村卫生室规范运行。

四、加强配套支持、鼓励提供服务

卫生健康部门可根据各地实际，优化村卫生室基本药物使用政策，推动村卫生室常见病、多发病用药与乡镇卫生院衔接一致，鼓励村卫生室使用质优价宜的集采中选药品，优先配备《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内药品。支持村医开展家庭医生签约服务，开展参保动员、上门巡诊、预防保健、慢性病管理、中医药诊疗服务等。在持续强化对村卫生室医疗卫生行为管理、确保医保基金没有被滥用风险的基础上，医保部门支持村卫生室开展基本医疗保险普通门诊统筹、城乡居民“两病”（高血压、糖尿病）门诊用药保障等医药服务，按规定及时结算医保费用。村卫生室可开展的医疗服务项目价格标准按照自治区统一的政策执行，药品价格原则上不高于公立医疗机构价格，同时实行价格公示。乡镇卫生院要切实履行对村卫生室的管理、监督、培训和考核职能，帮助提高村卫生室服务能力。

五、强化组织领导、确保取得实效

各地要按照“省级统筹、市级指导、县级主责”原则，上下衔接、部门协同，有力推动村卫生室纳入医保定点管理相关工作。各级医保、卫生健康部门要加强沟通协调，合力推进此项工作。各地医保、卫生健康部门指定专人作为联络员牵头负责，于9月6日前分别报送自治区医疗保障局和自治区卫生健康委，并于2024年三、四季度最后5个工作日内将工作进展情况报送自治区医疗保障局和自治区卫生健康委。9月13日前各地医疗保障局将本地村卫生室医保定点管理情况报送自治区医疗保障局，各级医保部门要将村卫生室纳入医保定点准入评估结果同时推送各级卫生健康部门。自治区医疗保障局和自治区卫生健康委将对进展较慢的地区适时进行通报。

新疆维吾尔自治区医疗保障局
新疆维吾尔自治区卫生健康委
2024年10月23日



总 编：孟 岩
责任编辑：崔丽丽、张晓萌
美术编辑：马聪
电 话：010-68489858
传 真：010-68488929

地 址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
中国妇幼保健协会大厦一层
网 址：<http://www.drugnet.com.cn>
<http://www.yaochengwang.com>
E-mail：xfhy@drugnet.com.cn



扫一扫
关注医药梦网公众号



扫一扫
关注药城公众号