# 在综合医改现场推进会上的发言5

来源：网络 作者：情深意重 更新时间：2024-12-31

*第一篇：在综合医改现场推进会上的发言5在综合医改现场推进会上的发言5在综合医改现场推进会上的发言5海南省高度重视深化医药卫生体制改革工作，强化政府责任，精心部署，统筹谋划，全面推进深化医改各项工作，实现了阶段性目标。一、大力推进医保制度整...*

**第一篇：在综合医改现场推进会上的发言5**

在综合医改现场推进会上的发言5

在综合医改现场推进会上的发言5

海南省高度重视深化医药卫生体制改革工作，强化政府责任，精心部署，统筹谋划，全面推进深化医改各项工作，实现了阶段性目标。

一、大力推进医保制度整合201x年底，海南省印发《整合城乡居民基本医疗保险制度的实施方案》，提出在全省范围整合城镇居民医保和新农合制度，实现“六统一”，逐步理顺管理体制，建立统一经办服务的城乡居民基本医疗保险制度，与城镇职工医保、大病保险、生育保险、医疗救助和疾病应急救助制度衔接。省委、省政府要求各有关部门要自觉服从改革大局，拿出壮士断腕的勇气，拿出“多规合一”改革的劲头，舍得放权让利，尽快把这些分散的职能整合在一起，彻底改变医保部门分割的局面。进一步制定了医保管理整合方案，在实现政策“六统一”的基础上，着力在整合力度和机构设置上下功夫，提出组建省医疗保障管理机构，专责全省医疗保障管理，相对独立运行。目前，该方案已经省政府专题会议审议通过，省编办草拟了《海南省机构编制委员会关于设立海南省医疗保障管理局的通知》，正在按程序报批。省医改领导小组会议原则同意筹设省医疗保障管理机构，挂靠省财政厅，保持相对独立运行，设立综合处、医保基金管理处、医疗服务价格处和药械采购配送监管处等4个内设机构，下设省医疗保障基金管理中心、省药械联合采购中心2个事业单位。我省将加快推进此项工作，细化工作方案，着手工作经费划拨、机构设置和划转、人员安排等事项，争取机构早日成立运行。

二、加快推进医改重点工作

一是公立医院综合改革进程加快。县级公立医院综合改革于2024年底实现全省全覆盖。201x年8月底，全省公立医院全部取消药品加成。三亚市还探索实施了院长年薪制。实施“一市县建设一所省级水平医院”工程，全省70%的市县医院与国内优质医疗机构建立了帮扶关系。

二是以陵水县为试点的“三医”联动改革效果初现。实现“一升两降一涨”目标，即乡镇、社区首诊率上升至70%以上，住院病人县域外转诊人数下降、药品价格下降，医务人员工资上涨。同时，城乡居民医保待遇得到提高（报销待遇就高不就低、三大目录就宽不就窄）。全省自2024年9月推行乡镇卫生院新农合限费医疗政策，参合农民按起付线标准缴费后，其政策范围内基本医疗费用予以全额报销。

三是异地就医结算工作率先推进。截至201x年12月底，已与全国30个省（区、市）以及新疆生产建设兵团的331个统筹区签订跨省异地就医结算合作协议，我省参合农民通过联通国家平台在全国288家综合医院实现联网即时结报。同时，我省医疗机构为辽宁、吉林等8省份的参合农民提供跨省就医联网即时结报。陵水县探索建立“基本医疗保险+城乡居民大病保险+城乡居民补充医疗保险+民政医疗救助+慈善会重大疾病医疗救助”的“一站式”报销平台，简化居民就医结算程序。

四是多种方式吸引卫生人才资源，队伍建设力度不断加大。省政府面向全国为二级以上医院引进“好院长”和“好医生”。启动全省“妇幼双百”人才引进工作，面向全国公开招聘儿科、妇产科医生。启动“京医老专家百人团”智力帮扶海南项目，先后有3批58名老专家参加。实施津琼人才战略帮扶项目，已选派2期35人赴天津学习。出台《海南省医师多点执业管理办法》，在全国率先实施全省“备案制”、“区域注册制”、省外医师多点执业、团队多点执业等举措，促进人才流动和资源下沉。

五是医疗健康产业快速发展。201x年上半年全省医疗健康产业增加值52.8亿元，增速5.8%；招商签约项目23个，签约额445亿元，超过上年全年31.3%。三亚市中医院作为国家首批中医药服务贸易先行先试骨干企业（机构）建设单位，筹建三亚国际友好中医疗养院，努力将中医打造为海南国际旅游岛新名片。

此外，配合海南农垦改革，农垦医疗卫生机构移交地方管理工作顺利完成。医疗纠纷调解机制建设进展顺利，率先实现医疗纠纷人民调解全覆盖、医疗责任险全覆盖，成立医疗纠纷法庭和医患关系研究会。

**第二篇：在综合医改现场推进会上的发言8**

在综合医改现场推进会上的发言8

在综合医改现场推进会上的发言8

201x年4月8日北京市实施医药分开综合改革以来，总体平稳有序，符合预期，反响良好。基层诊疗量、技术劳务收入、可分配收入、医保保障和医疗救助力度出现了“五上升”局面；药费和药占比、二三级医院诊疗量、大型设备检查费、医保患者负担则出现了“五下降”趋势。国家统计局北京调查总队近日调查显示，91.7%的患者支持改革，82.2%的患者认为医改有利于分级诊疗，83.8%的患者对医疗收费持肯定态度，90%以上的患者满意就医状况。

一是领导高度重视，健全高效运管体制。成立了北京医药分开改革协调小组，李斌、蔡奇同志担任双组长，有关部委、军队武警和北京市共同组成，统筹协调推进改革。市委市政府主要领导靠前指挥。有关部委和军队武警及各区委区政府积极推进改革，广泛动员群众，立体深入宣传，形成巨大合力。

二是坚持三医联动，强化部门协同。围绕医疗、医药、医保，统筹制定了近30个改革文件，包括取消医疗机构药品加成；取消挂号费、诊疗费，设立医事服务费，体现医务人员技术劳务价值；实施药品阳光采购，挤压药品价格的虚高空间；按有升有降和发展短板原则，规范调整435项基本医疗服务项目及价格，使价格反映成本等，还包括促进分级诊疗制度建设、改善医疗服务、加强综合监管、改革医保支付方式等综合改革措施。

三是系统整体谋划，同城同步推进。坚持属地原则，按照统一部署同步启动改革。除市区所属公立医院外，还包括社区卫生机构、军队武警、国企以及国家卫生计生委和国家中医药管理局所属所管医院，政府购买服务和城乡基本医保定点的非公医疗机构采取协议方式自愿参与改革，改革规模达到3700多所。

四是提升保障水平，加强救助力度。将医事服务费纳入城镇职工、城乡居民基本医保和生育保险报销范围，针对长期住院的精神病人实施按床日付费，规定支付上限，减轻个人负担。将社会救助对象的报销比例提高10个百分点，封顶线提高50%。城乡医保患者个人负担总体下降，社会救助对象门诊、住院和重大疾病救助人均负担减少30%左右，社会保障制度发挥了重要支撑作用。

五是加强科学监管，践行精细管理。加强综合监管制度建设，精心设计监测评价指标，全面及时掌握改革态势。加强对医疗服务、药品供应、价格与收费、医院管理、费用报销等监管力度，巡查医疗机构近6000所次，确保政策落实不走样。

六是改革改善结合，提升服务体验。从群众预约挂号开始，到知名专家团队服务，优化诊疗程序，改善服务设施，再到推送诊疗结果信息，加强营养配餐等都进行了设计和安排。全市16个区社区卫生机构实行了“先诊疗后结算”的服务新方式；减免了850万60岁以上本市老年人医事服务费个人负担部分；打通高血压等四类慢性病患者在一二三级医院和社区就诊的用药目录，使300万人受益，减少了患者往返医疗机构的次数。

七是改革成效显现，费用稳中有降。分级诊疗建设成效显现，与去年同期相比，三级、二级医院门急诊量分别减少12.5%和5%，一级医院及基层机构增加11.5%。门急诊副主任、主任医师号就诊减少9.9%和22.8%，看专家难问题有所缓解。医疗机构总费用上涨仅2.2%，门急诊次均药费和住院例均药费下降。医疗机构收入结构得以优化，二三级医院药占比由去年同期的42%下降到34%，技术劳务收入占比增加，可分配收入增多，且趋势良好。通过调整医疗服务项目，中医、儿科、妇产、护理、传染等部分短板专业得到发展支撑。

**第三篇：在综合医改现场推进会上的发言7**

在综合医改现场推进会上的发言7

在综合医改现场推进会上的发言7

近年来，我们大力推进深化医改，通过下沉优质医疗资源，方便群众就医，减轻看病负担。

一、坚持问题导向，建立紧密型一体化管理运行机制

以改革管理体制、创新运行机制为核心，统筹优化区域医疗卫生资源。2024年12月组建了延安医疗集团，成员单位有延安大学附属医院、市第二人民医院（传染病专科医院）和洛川、延长、志丹、宜川4家县医院，实行人、财、物和业务一体化管理。制定了医疗集团章程和发展规划，建立理事会、总医院两级管理体制，总医院设在延安大学附属医院。理事会主要对总医院进行考核，并对集团成员资产、服务和价格进行监管。通过组建延安医疗集团，探索建立整合型医疗服务体系，使集团内县级分院达到三级医院服务水平，实现“预防在基层、小病不出镇、大病不出县”的目标。

二、实行管办分离，全面提升基层医疗卫生服务水平

按照“政府监管、管办分离、自主办院”和“放权、让利、支持”的原则，总医院自主管理和运营各分院，决定分院内部机构设置，管理分院人财物和业务工作。由总医院商县政府聘任分院行政领导，组建分院领导班子，由分院聘任科室负责人、医护人员和其他工作人员，赋予总医院、分院充分的自主办院权和经营管理权，有效盘活基层医疗资源。一是县域医疗服务能力明显增强。与2024年集团组建前相比，201x年4家县级分院总门诊人次增长15.8%，出院人次增长20.04%，出院手术例数增长12.24%。二是优质医疗资源下沉成效显现。帮助分院建成市级重点专科13个，开展新技术新业务76项，指导手术500余例，培训业务骨干650余人次。与2024年相比，201x年各分院县域外转诊率平均下降25%。三是就医秩序日趋合理。大医院患者回流，市域内三级医院就诊压力缓解。与2024年相比，201x年总医院门诊人次下降10.28%、手术量下降3.14%，分院门诊人次平均增长8.09%、手术量平均增长6.79%。

三、强化运行保障，推动医疗集团健康发展

一是建立财政保障机制。保持财政投入政策和渠道不变，保障分院基本建设、人员工资、运行经费和政策性亏损，支持分院人才培养、学科建设和医学科研工作。政府对分院历史债务审核认定并逐年消化。集团组建以来，市财政安排集团专项资金4300余万元。定期对分院经营收益和财务收支情况进行审计，确保国有资产保值增值。二是建立发展激励机制。总医院可从分院业务收入增长部分中筹措集团发展基金，统筹用于集团和总医院及分院的发展建设。总医院和分院在医疗信息网络、业务指导中心、优势学科专科、人才技术设备等方面实行共建共享，搭建了总医院与分院医疗卫生综合信息平台，集团内医院远程影像会诊、教学、培训系统建成运营。三是建立人才培养流动机制。依托总医院和延安大学医学院，建立全市住院医师规培基地和集团人才培养培训中心。实行分院领导和下派专家公开选拔，对下派人员在职称评定、福利待遇等方面给予倾斜。总医院向分院常年派驻专家，分院常年选派业务骨干到总医院进修培训，提升医疗技术水平。经过努力，4家县级分院成为市级医疗服务区域副中心，对县域重点镇卫生院实行一体化管理。在延安医疗集团带动下，正在组建以延安市人民医院为龙头的第二医疗集团，持续推动优质医疗资源下

沉。

**第四篇：在综合医改现场推进会上的发言4**

在综合医改现场推进会上的发言4

在综合医改现场推进会上的发言4

上海自开展试点以来，坚持问题导向、综合施策、系统配套，着力破解构建科学就医秩序、深化公立医院改革等医改中的深层次问题。

一、筑牢基层基础，构建科学分级诊疗制度体系

在综合医改试点中，上海以家庭医生“1+1+1”签约服务制度为突破口，着力构建科学分级诊疗制度体系。当前，家庭医生签约服务已覆盖上海所有社区，1100余万居民自愿签约，其中“1+1+1”签约居民超过235万。通过慢病长处方、延伸处方、优先预约转诊等举措，签约居民在家庭医生处就诊获得感普遍提升。201x年，质量部门委托第三方机构开展上海行业满意度测评，社区卫生服务位列十大行业之首。同时，签约居民在“1+1+1”组合内就诊比例近80%，在签约社区就诊比例超过60%，社区已承担全市40%的门急诊量，三级医院门诊量出现下降，科学合理的就医秩序初见雏型。

我们着力完善社区卫生服务中心平台功能，将社区卫生服务“六位一体”功能分解具化为141项服务项目，并按项目制定每位家庭医生的标化工作量以及每个社区卫生服务中心的标化工作总量，在此基础上制定岗位设置、财政投入、绩效工资总额核定等标准，并据此进行投入和考核，实施政府购买服务与“收支两条线”管理；社区卫生服务中心则对家庭医生实施目标责任制，由其承担资源调配、团队组建、任务分配等方面的主体责任，并根据工作量、服务质量、服务效果进行考核分配。

我们加强全科医生队伍建设，一手抓培养人，依据区域卫生规划，补齐全科等学科“短板”，抓好全科医学生的源头培养。同时，把全科医生培养纳入住院医师规培，在社区卫生服务中心建立了90家专门的全科住院医师标准化培养基地、制定专门的培养课程。一手抓留住人，推进符合社区卫生服务特点的薪酬制度改革，在分配上重点向家庭医生倾斜，目前基层骨干全科医生收入已与一些综合性医院同年资医生相当；提高社区高级职称比例，评审中适度放宽学历、科研项目等条件，强化具有社区特点的技能、业绩考核。

二、立足公益导向，建设现代公立医院治理机制

上海着眼于转变政府卫生行政管理职能、完善现代公立医院治理机制，于2024年设立了上海申康医院发展中心，代表政府履行出资人职责和办医主体责任，推进“管办分开”改革。在这一体制下，上海的公立医院改革取得长足进展，市级医院自2024年以来，住院次均费用年增幅3%，明显低于全国三级医院平均水平；201x年平均住院日为6.84天，进入国际先进水平；药占比逐年降低，12年来下降近9%；每万元医疗收入卫生材料支出与2024年基本持平，11年零增长。在这一过程中，我们主要坚持“转方式、立秩序、建机制、促联动”。

转方式，就是把医院发展方式和目标，从做大业务量的外延发展向内涵提升转变，鼓励公立医院专注于临床能力、医疗质量、服务水平与运行效率。为此，我们一方面以区域卫生规划为依托，凡不符合规划的新增床位、新建分院一律不予审批；另一方面以医保控费为支点，实施医保总额预付，节余可留存、超支不补足，引导医院从做大向做强转变思路。

立秩序，就是努力构建各级各类医院合理分工、有序转诊的科学医疗体系。为实现这一目标，我们运用drgs原理与大数据方法分析2024年以来积累的800万份住院病案信息，测算公立医院病种组合指数，对其服务效率、工作负荷、技术水平、费用控制等进行评价，并逐步与政府投入、医保支付、床位规模、绩效工资总量等挂钩。通过评价标准这一杠杆，撬动公立医院转变行为模式，各级各类公立医院各司其职。

建机制，就是建立公益性导向的医院内部管理机制。重点抓住医院内部绩效分配机制这个核心，推行“两切断、一转变、八要素”改革，即切断医务人员考核、收入分配与科室经济收入之间的直接挂钩关系；转变以科室收减支结余分配的模式；建立以患者满意度、岗位工作量、工作难易度、服务质量、费用控制、医德医风等“八要素”为核心的考核指标体系，构建趋向公益性的内部良性管理机制。

促联动，就是通过统筹医疗与医药、医保、价格的联动协同，支撑公立医院建立公益性为导向的运行模式。在医药方面，重点推进“质量保证、量价挂钩、招采合一”的药品招采体系，从根本上挤压流通领域水分。通过取消药品加成、改革医院内部收入分配等措施，形成系统性改革合力，从根上实现医药分开。在医保医疗联动方面，上海从2024年起即由分管卫生副市长分管医保，在医改平台上医保、卫生等部门紧密合作、综合施策。在价格方面，对三级医院4000余项服务项目进行成本核算，开展医疗服务价格比价研究，在此基础上形成三年行动计划，小步快走调整医疗服务价格，逐步提升医务人员的技术劳务价值。

**第五篇：在综合医改现场推进会上的发言3**

在综合医改现场推进会上的发言3

在综合医改现场推进会上的发言3

安徽省作为首批综合医改试点省份，坚持改革创新，统筹“三医联动”，着力提升医疗卫生服务水平，充分发挥医保的杠杆作用，不断增强人民群众获得感。

一、改革支付方式，引导医疗资源配置

（一）巩固促进医共体建设。总结推广天长市经验，制定关于全面推进县域医共体建设的意见，明确医保基金对医共体实行按人头总额预算包干支付方式，超支原则不补、结余全部留用。预算包干资金超支部分原则上由县级牵头医院承担，结余资金经考核后由医共体县乡村三级机构原则上按6:3:1比例分配。全省医共体建设现已扩大到66个县（市、区）。

（二）推动家庭医生签约服务。推广定远县“按人头总额预付”签约服务模式，上级医院医生和基层医务人员“1+1+1”（1家县医院+1所乡镇卫生院+1名乡村医生）组合团队签约，共同开展家庭医生签约服务，服务费用由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民个人付费等分担。在落实免费服务包的基础上开展有偿签约服务，服务收入不纳入绩效工资总额，主要用于人员奖励。目前，全省常住人口签约服务覆盖率20%，重点人群签约服务覆盖率33%，129万贫困户家庭医生签约服务基本实现全覆盖。

二、强化制约监督，调节医疗服务行为

（一）引导规范诊疗行为。推行“临床路径+按病种付费”，确定21个专业171个病种临床路径表单，规范诊疗流程，提高服务质量，控制医疗费用不合理增长。今年上半年，74所县级公立医院共完成临床路径病例60余万次，占总出院病例的50%以上，药占比30.6%，抗菌药物使用率同比降幅13.8%，出院人均药费同比降幅17.96%。

（二）衔接保障“腾笼换鸟”。根据药品带量采购腾出的空间，今年对基本医保限价目录4874个药品中的3780个药品价格进行调整，整体降价5.46%。按照体现技术劳务价值、国家鼓励政策的原则，兼顾医院反映急需理顺的突出问题，计划调整八大类、千余项医疗服务价格，调整后的医疗服务价格，按规定纳入城乡居民医保支付范围。

（三）协同实施综合监管。将医保监管纳入医疗服务综合监管范畴，将监管结果运用于医保定点医疗机构资质审核或协议管理，建立监管力量协同、监管内容清单、不良执业记分、监管结果应用联动等制度。每季度排名通报同级同类定点医疗机构住院“次均三费”（药品费、检查费、材料费）水平、结构和涨幅变化等数据，对涨幅超标、按病种付费执行率靠后的机构予以扣款或约谈。

三、完善医保制度，提升服务保障水平

（一）推进城乡居民医保制度整合。制定关于整合城镇居民医保和新农合制度的实施意见和方案，统筹推进“六统一”。

（二）建立贫困人口医保政策体系。实施健康脱贫工程，逐步建立贫困人口“三保障一兜底一补充”综合医保政策体系。三保障是指，建档立卡贫困人口享受基本医保、大病保险、医疗救助综合性补偿政策，并提高保障待遇。一兜底是指，划定贫困人口就医个人自付费用“351”上限，即在县域内、市级、省级医疗机构就诊，个人累计自付分别不超过0.3、0.5、1万元。一补充是指，实行“180”补充医保政策，贫困慢性病患者1个内门诊医药费用，经三保障一兜底补偿后，剩余合规费用由补充医保再报销80%。今年上半年，全省贫困人口住院平均报销比87.2%，较普通参保人提高约25个百分点，“180”补充医保平均补偿比95%左右，极大减轻了贫困人口看病负担。

（三）创新医保经办服务。在25个试点县市开展商业保险机构经办城乡居民医保业务试点，探索推进管办分开。参与试点的商业保险机构发挥自身优势，加大审核控费力度，改进服务手段和管理方式，打造经办基本医保、承办大病保险、协办民政救助和代办贫困人口补充医疗的“一站式”服务模式。

四、不断探索创新，协同推进综合医改

（一）建设智慧医院助力医改。应用智能语音、医学影像识别等人工智能技术，提供影像辅助诊断、智能辅助诊疗、智能医学随访等服务，医生工作效率和影像检出准确率得到提高。安徽省立智慧医院（人工智能辅助诊疗中心）于8月20日挂牌运行。

（二）加强制度创新深化医改。探索以医保支付方式改革为支点、以下派高年资护士为纽带，建设城市医联体。成立省属公立医院监管委员会和监管中心，推进政事分开、管办分开。探索建立公立医院编制“周转池”制度和基层医疗机构“县管乡用”用人机制。全面实行药品采购“两票制”，扩大带量采购实施范围，降低药品虚高价格。强化绩效考评，提高医院管理的科学化、精细化水平。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！