

卫生政策研究进展

医药卫生体制改革学习资料汇编

(2009 年第 4 期)

总第六期

上海市卫生局卫生法规处(政研室)

上海市卫生发展研究中心 编

二〇〇九年四月十三日

编者按：“国务院关于深化医药卫生体制改革的意见”和医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011 年）公布以后，受到社会的广泛关注。本刊编辑人员近期从各个渠道搜集资料，汇编成册，供有关领导参阅。主要内容包括两个文件的全文、国务院深化医药卫生体制改革领导小组办公室编写组编写的《深化医药卫生体制改革问答（108 问）》、境内外媒体部分报道和相关音像资料。

目 录

中共中央 国务院 关于深化医药卫生体制改革意见.....	1
------------------------------	---

《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011 年）》	24
---------------------------------------	----

权威解读

深化医药卫生体制改革问答(108 问)	35
---------------------------	----

一、深化医药卫生体制改革的形势、目标和任务

1.改革开放三十年我国医药卫生改革发展取得了哪些主要成就?	35
2.当前群众看病就医方面存在哪些突出问题和挑战?	37
3.为什么要深化医药卫生体制改革?	39
4.深化医药卫生体制改革的意见是如何形成的?	41
5.深化医药卫生体制改革有哪些创新?	43
6.为什么把五项改革作为近期改革的重点?	45
7.我国基本医疗卫生制度的基本框架是什么?	46
8.今后三年中,将如何通过增加政府投入,降低群众医药费用负担?	47
9.8500 亿主要投向哪里?	49
10.如何从组织领导上保证深化医药卫生体制改革顺利推进?	50
11.深化医药卫生体制改革的时间、步骤是怎样的?	51
12.有关深化医药卫生体制改革的配套文件有哪些?	52
13.为什么说医药卫生体制改革是一个渐进的过程?	53
14.群众可以通过哪些途径了解医药卫生体制改革的工作情况?	53

二、加快推进基本医疗保障体系建设

15.我国医疗保障体系主要包括哪些内容?	54
16.我国城镇基本医疗保险制度建设取得了哪些成就? 还存在哪些 问题?	55
17.提高参保覆盖率的目标是什么?	56
18.农民工如何参加基本医疗保险?	57
19.关闭破产企业退休人员和困难企业职工参保问题如何解决?	57
20.如何将目前未被覆盖的老人、儿童、学生、灵活就业人员等纳入 参保范围?	58
21.我国新型农村合作医疗制度有何进展与挑战?	59

22.如何进一步完善新型农村合作医疗制度?	61
23.如何采取措施适当提高基本医疗保障水平,减轻参保(合)人员 个人医药费用负担?	62
24.我国城乡医疗救助制度建立和发展情况如何?	63
25.如何进一步完善城乡医疗救助制度?	64
26.商业健康保险在我国医疗保障体系中的作用? 发展方向是什 么?	65
27.什么是补充医疗保险? 补充医疗保险有哪几种形式?	67
28.如何做好不同医疗保障制度间的衔接?	67
29.如何解决异地安置离退休人员的异地报销问题?	68
30.如何解决农民工异地医保关系接续、异地就医和费用结算问题?	69
三、促进基本公共卫生服务逐步均等化	70
31.公共卫生服务取得的成效和存在的问题?	70
32.如何理解基本公共卫生服务均等化?	72
33.基本公共卫生服务均等化的目标是什么?	72
34.基本公共卫生服务项目包括哪些内容?	73
35.国家重大公共卫生服务项目与群众直接相关吗?	74
36.如何保障基本公共卫生服务均等化的实现?	75
37.公共卫生服务体系的构成与功能是什么?	76
四、健全基层医疗卫生服务体系	76
38.医疗服务体系的现状和存在的问题?	76
39.在实现人人享有基本医疗卫生服务的过程中,基层医疗卫生服务 体系的作用是什么?	77
40.基层医疗卫生服务体系建设的具体措施是什么?	78
41.农村医疗卫生服务体系各组成部分的作用是什么?	79
42.为什么要重点支持县级医院和中心乡镇卫生院建设?	80
43.城市社区卫生服务的地位和作用是什么?	81
44.个体门诊能获得成为社区卫生服务机构的资质吗?	81
45.乡村医生承担的公共卫生任务能够得到政府补偿吗?	82
46.确保基层医疗卫生机构提供低收费、适宜服务的主要措施是什 么?	83
五、建立健全药品供应保障体系	84
47.药品政策改革的目标和主要内容是什么?	84

48.什么是基本药物制度？包括哪些主要内容？	84
49.为什么要建立国家基本药物制度？	84
50.国家基本药物的遴选有哪些原则、标准和程序？	85
51.基本药物的价格是怎样制定的？	85
52.如何从生产、流通和储备等环节保证国家基本药物的质量和足量 供应？	86
53.国家对不同层级医疗机构基本药物的使用有何规定？	87
54.有哪些措施鼓励医疗机构合理使用基本药物？	87
55.在基本药物的生产供应环节中，如何处理政府与市场的关系？ ...	88
56.基本药物和非基本药物，医保怎么报销？	88
六、推进公立医院改革试点	89
57.公立医院改革试点的目标是什么？如何开展试点工作？	89
58.如何评估公立医院试点效果？	89
59.公立医院改革试点的主要内容是什么？	90
60.如何建立高效规范的公立医院运行机制，维护公益性质？	90
61.如何理解“医药分开”？	91
62.解决“以药补医”问题后，如何完善公立医院的补偿机制？	92
63.如何建立和完善公立医院法人治理结构？	92
64.如何建立体现医疗卫生行业特点的公立医院人事制度？	93
65.如何完善公立医院的薪酬制度？	93
七、鼓励中医药和民族医药发展	94
66.中医药在医疗卫生副业发展中的地位 and 作用？怎样加强中医药 在重大疾病防治中的作用？	94
67.如何发挥中医药（民族医药）简、便、验、廉的优势？	95
68.将如何加强中医药在农村和城市社区服务能力的建设？	95
八、健全医药卫生管理体制和监管体制	96
69.怎样理解“政事分开、管办分开”？如何实现？	96
70.什么是医疗卫生机构属地化和全行业管理？怎样实现？	97
71.怎样发挥区域卫生规划作用，提高医疗卫生资源配置效率？	98
72.我国医疗服务市场监管方面存在哪些问题？如何加强这项工 作？	99
73.政府对医药卫生监管的重点领域是什么？	101
74.如何发挥医疗保障对医疗服务的监督作用。	102
75.当前加强对药品监管的主要任务是什么？	104

76.如何保障社会监督及群众监督作用的发挥?	104
九、建立政府主导的多元卫生投入机制	105
77.从目前我国卫生总费用中发现哪些主要问题?	105
78.近年来,政府卫生投入水平如何?	106
79.如何理解非公医疗机构在卫生事业发展中的作用?	107
80.如何鼓励和扶持民营资本举办非营利性医院?	107
81.我国公立医院转制存在哪些问题?怎样规范和推动这项工作? ..	108
82.今后政府卫生投入将重点投向哪些领域?	108
83.怎样划分各级政府对医疗卫生的投入责任?	110
84.在投入方面,如何兼顾医疗卫生服务的供需双方?	111
85.为什么要严格控制公立医院建设规模、标准和贷款行为?	112
十、建立科学合理的医药价格形成机制	112
86.现行的医疗服务价格是怎样形成的?突出的问题是什么?	112
87.目前药品价格是怎样形成的?主要弊端是什么?	113
88.对非营利性医疗机构和营利性医疗机构分别采取了哪些价格管 理政策?	115
89.药品价格改革的目标和主要措施是什么?	115
90.医疗服务的价格如何进行改革?	116
91.如何在医疗服务和药品价格形成机制中体现政府调控和市场作 用的结合?	117
十一、建立可持续发展的医药卫生科技创新机制和人才保障机制.....	118
92.如何鼓励医药卫生产业自主创新?	118
93.近年来卫生人才队伍建设采取了哪些措施?如何进一步加强? ..	118
94.为什么要探索注册医师多点执业?怎样做好这项工作?	119
95.如何鼓励卫生人才到基层和艰苦地区工作?	120
96.为什么要发展全科医生?有哪些措施?	123
97.如何发挥乡村医生解决群众基本医疗卫生服务需求的作用?	125
98.有哪些针对提高医务人员待遇的措施?	126
99.如何进一步提高基层医疗机构的服务水平和质量?	127
100.什么是医务社会工作?	128
十二、建立健全医药卫生信息系统	128
101.为什么要建立医药卫生信息系统/今后将在哪些重点领域加强 医药卫生信息系统建设?	128
102.就医“一卡通”试点取得了哪些成绩?能否进一步推广?	129

103.目前的医药卫生信息系统还存在哪些问题？如何改进？	130
十三、建立健全医药卫生法律体系.....	131
104.我国卫生立法取得了哪些进展？	131
105.如何进一步加强卫生法律建设？	132
106.我国卫生普法工作成效如何？	133
107.我国卫生依法行政工作取得哪些成效？	133
108.需要重点完善的医药卫生法律制度有哪些？	134

境内媒体报道

1. 让群众真正从医改中受益——访全国人大常委会副委员长韩启德、卫生部部长陈竺、卫生部党组书记张茅	135
2. 中国新医改方案与世卫组织倡导的原则一致——世卫组织总干事陈冯富珍	138
3. 国家四部委联合解读新医改——卫生部党组书记张茅、国家发改委副主任彭森、卫生部副部长马晓伟、财政部副部长王军、人力资源和社会保障部副部长胡晓义	139
4. 医改意见 190 余处修改透出哪些信息	145
5. “把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”体现政府职能转变——财政部科研所所长贾康谈新医改方案	149
6. 财政的钱 怎样给百姓医疗实惠——新医改转变财政投入机制，推行“政府购买服务”	151
7. 新医改 点“亮”关键词	153
8. 新医改突出基本、基础和基层——惠及 13 亿人健康福祉——北京大学中国经济研究中心教授李玲	156
9. 四组数字“演算”一道“民生考题”——新医改将如何缓解群众看病难、看病贵	159
10. 长三角医改何处着力？异地就医可报销将成新亮点	163
11. 医改步步深入 百姓实惠多	166
12. 目标 斩断公立医院趋利纽带	168
13. 多点执业改革破冰	171

境外媒体报道

1.英国路透社：中国医改投入 1250 亿美元应对挑战	173
2.美联社：中国卫生改革将使每个村庄有一所卫生室	173

3.法新社：中国出台的医改方案具有里程碑式意义	174
4.美国《金融时报》：外国公司直接受益，医改计划令美国相形见绌	175
5.美国《侨报》：新医改回归公益性，政府向公共服务转身	175
6.《澳门日报》：新医改诸多亮点和突破，核心理念回归公益性 ..	177
7.香港《南华早报》：新路线很大胆，但存在“战略性模糊”	177
8.香港《大公报》：维护公平正义是最大亮点	178

近期医改相关音像资料（附光盘）

1. CCTV 焦点访谈-新医改问答(一) 张茅 陈竺 胡晓义 王军
2. CCTV 焦点访谈-新医改问答(二) 张茅 陈竺 胡晓义 王军
3. CCTV 焦点访谈-新医改问答(三) 张茅 陈竺 胡晓义 王军
4. 新闻联播 四部委负责人举行新闻发布会及专家评论
5. 新闻联播 李克强强调 切实有效地把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供
6. CCTV4 今日关注 全民医保 何时全保？ 何平 王延中
7. CCTV4 新闻60分 张茅 解读新医改
8. CCTV新闻 医改与我 陈竺全面解读新医改政策
9. CCTV新闻 新闻会客厅 高强：新医改回归公益本性
10. 东方时空 医改专题节目
11. 上海新闻频道 夜线约见 解读新医改方案 胡善联等专家
12. CCTV4 今日关注 许树强 李玲
13. 上海 新闻频道 媒体大搜索 分级定价 名医忧心“点刀费”
14. CCTV2 中国财经报道 医改新方如何治“老毛病”
15. CCTV2 今日关注 期待新医改早日落到实处 李玲 霍德明
16. CCTV2 经济新闻联播 关注新医改 孙东东
17. CCTV新闻 共同关注 提问新医改 顾昕 沈华亮 王东进

中共中央 国务院 关于深化医药卫生体制改革意见

(2009 年 4 月 7 日)

按照党的十七大精神，为建立中国特色医药卫生体制，逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，提高全民健康水平，现就深化医药卫生体制改革提出如下意见。

一、充分认识深化医药卫生体制改革的重要性、紧迫性和艰巨性

医药卫生事业关系亿万人民的健康，关系千家万户的幸福，是重大民生问题。深化医药卫生体制改革，加快医药卫生事业发展，适应人民群众日益增长的医药卫生需求，不断提高人民群众健康素质，是贯彻落实科学发展观、促进经济社会全面协调可持续发展的必然要求，是维护社会公平正义、提高人民生活质量的重要举措，是全面建设小康社会和构建社会主义和谐社会的一项重大任务。

新中国成立以来，特别是改革开放以来，我国医药卫生事业取得了显著成就，覆盖城乡的医药卫生服务体系基本形成，疾病防治能力不断增强，医疗保障覆盖人口逐步扩大，卫生科技水平迅速提高，人民群众健康水平明显改善，居民主要健康指标处于发展中国家前列。尤其是抗击非典取得重大胜利以来，各级政府投入加大，公共卫生、农村医疗卫生和城市社区卫生发展加快，新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险取得突破性进展，为深化医药卫生体制改革打下了良好基础。同时，也应该看到，当前我国医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发展要求不适应的矛盾还比较突出。城

乡和区域医疗卫生事业发展不平衡，资源配置不合理，公共卫生和农村、社区医疗卫生工作比较薄弱，医疗保障制度不健全，药品生产流通秩序不规范，医院管理体制和运行机制不完善，政府卫生投入不足，医药费用上涨过快，个人负担过重，对此，人民群众反映强烈。

从现在到 2020 年，是我国全面建设小康社会的关键时期，医药卫生工作任务繁重。随着经济的发展和人民生活水平的提高，群众对改善医药卫生服务将会有更高的要求。工业化、城镇化、人口老龄化、疾病谱变化和生态环境变化等，都给医药卫生工作带来一系列新的严峻挑战。深化医药卫生体制改革，是加快医药卫生事业发展的战略选择，是实现人民共享改革发展成果的重要途径，是广大人民群众迫切愿望。

深化医药卫生体制改革是一项涉及面广、难度大的社会系统工程。我国人口多，人均收入水平低，城乡、区域差距大，长期处于社会主义初级阶段的基本国情，决定了深化医药卫生体制改革是一项十分复杂艰巨的任务，是一个渐进的过程，需要在明确方向和框架的基础上，经过长期艰苦努力和坚持不懈的探索，才能逐步建立符合我国国情的医药卫生体制。因此，对深化医药卫生体制改革，既要坚定决心、抓紧推进，又要精心组织、稳步实施，确保改革顺利进行，达到预期目标。

二、深化医药卫生体制改革的指导思想、基本原则和总体目标

（一）深化医药卫生体制改革的指导思想。以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，深入贯彻落实科学发展观，从我国国情出

发，借鉴国际有益经验，着眼于实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，着力解决人民群众最关心、最直接、最现实的利益问题。坚持公共医疗卫生的公益性质，坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重的方针，实行政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开，强化政府责任和投入，完善国民健康政策，健全制度体系，加强监督管理，创新体制机制，鼓励社会参与，建设覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，不断提高全民健康水平，促进社会和谐。

（二）深化医药卫生体制改革的基本原则。医药卫生体制改革必须立足国情，一切从实际出发，坚持正确的改革原则。

——坚持以人为本，把维护人民健康权益放在第一位。坚持医药卫生事业为人民健康服务的宗旨，以保障人民健康为中心，以人人享有基本医疗卫生服务为根本出发点和落脚点，从改革方案设计、卫生制度建立到服务体系建设都要遵循公益性的原则，把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，着力解决群众反映强烈的突出问题，努力实现全体人民病有所医。

——坚持立足国情，建立中国特色医药卫生体制。坚持从基本国情出发，实事求是地总结医药卫生事业改革发展的实践经验，准确把握医药卫生发展规律和主要矛盾；坚持基本医疗卫生服务水平与经济社会发展相协调、与人民群众的承受能力相适应；充分发挥中医药（民族医药）作用；坚持因地制宜、分类指导，发挥地方积极性，探索建立符合国情的基本医疗卫生制度。

——坚持公平与效率统一，政府主导与发挥市场机制作用相结合。强化政府在基本医疗卫生制度中的责任，加强政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的职责，维护公共医疗卫生的公益性，促进公平公正。同时，注重发挥市场机制作用，动员社会力量参与，促进有序竞争机制的形成，提高医疗卫生运行效率、服务水平和质量，满足人民群众多层次、多样化的医疗卫生需求。

——坚持统筹兼顾，把解决当前突出问题与完善制度体系结合起来。从全局出发，统筹城乡、区域发展，兼顾供给方和需求方等各方利益，注重预防、治疗、康复三者的结合，正确处理政府、卫生机构、医药企业、医务人员和人民群众之间的关系。既着眼长远，创新体制机制，又立足当前，着力解决医药卫生事业中存在的突出问题。既注重整体设计，明确总体改革方向目标和基本框架，又突出重点，分步实施，积极稳妥地推进改革。

（三）深化医药卫生体制改革的总体目标。建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。

到 2011 年，基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民，基本药物制度初步建立，城乡基层医疗卫生服务体系进一步健全，基本公共卫生服务得到普及，公立医院改革试点取得突破，明显提高基本医疗卫生服务可及性，有效减轻居民就医费用负担，切实缓解“看病难、看病贵”问题。

到 2020 年，覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立。普遍建立比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系，比较健全的医疗保障体系，比较规范的药品供应保障体系，比较科学的医疗卫生机构管理体制和运行机制，形成多元办医格局，人人享有基本医疗卫生服务，基本适应人民群众多层次的医疗卫生需求，人民群众健康水平进一步提高。

三、完善医药卫生四大体系，建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度

建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系，形成四位一体的基本医疗卫生制度。四大体系相辅相成，配套建设，协调发展。

（四）全面加强公共卫生服务体系建设。建立健全疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、应急救治、采供血、卫生监督和计划生育等专业公共卫生服务网络，完善以基层医疗卫生服务网络为基础的医疗服务体系的公共卫生服务功能，建立分工明确、信息互通、资源共享、协调互动的公共卫生服务体系，提高公共卫生服务和突发公共卫生事件应急处置能力，促进城乡居民逐步享有均等化的基本公共卫生服务。

确定公共卫生服务范围。明确国家基本公共卫生服务项目，逐步增加服务内容。鼓励地方政府根据当地经济发展水平和突出的公共卫生问题，在中央规定服务项目的基础上增加公共卫生服务内容。

完善公共卫生服务体系。进一步明确公共卫生服务体系的职能、目标和任务，优化人员和设备配置，探索整合公共卫生服务资源的有效形式。完善重大疾病防控体系和突发公共卫生事件应急机制，加强对严重威胁人民健康的传染病、慢性病、地方病、职业病和出生缺陷等疾病的监测与预防控制。加强城乡急救体系建设。

加强健康促进与教育。医疗卫生机构及机关、学校、社区、企业等要大力开展健康教育，充分利用各种媒体，加强健康、医药卫生知识的传播，倡导健康文明的生活方式，促进公众合理营养，提高群众的健康意识和自我保健能力。

深入开展爱国卫生运动。将农村环境卫生与环境污染治理纳入社会主义新农村建设规划，推动卫生城市和文明村镇建设，不断改善城乡居民生活、工作等方面的卫生环境。

加强卫生监督服务。大力促进环境卫生、食品卫生、职业卫生、学校卫生，以及农民工等流动人口卫生工作。

（五）进一步完善医疗服务体系。坚持非营利性医疗机构为主体、营利性医疗机构为补充，公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的办医原则，建设结构合理、覆盖城乡的医疗服务体系。

大力发展农村医疗卫生服务体系。进一步健全以县级医院为龙头、乡镇卫生院和村卫生室为基础的农村医疗卫生服务网络。县级医院作为县域内的医疗卫生中心，主要负责基本医疗服务及危重急症病人的抢救，并承担对乡镇卫生院、村卫生室的业务技术指导和卫生人员的进修培训；乡镇卫生院负责提供公共卫生服务和常见病、多发病

的诊疗等综合服务，并承担对村卫生室的业务管理和技术指导；村卫生室承担行政村的公共卫生服务及一般疾病的诊治等工作。有条件的农村实行乡村一体化管理。积极推进农村医疗卫生基础设施和能力建设，政府重点办好县级医院，并在每个乡镇办好一所卫生院，采取多种形式支持村卫生室建设，使每个行政村都有一所村卫生室，大力改善农村医疗卫生条件，提高服务质量。

完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系。加快建设以社区卫生服务中心为主体的城市社区卫生服务网络，完善服务功能，以维护社区居民健康为中心，提供疾病预防控制等公共卫生服务、一般常见病及多发病的初级诊疗服务、慢性病管理和康复服务。转变社区卫生服务模式，不断提高服务水平，坚持主动服务、上门服务，逐步承担起居民健康“守门人”的职责。

健全各类医院的功能和职责。优化布局 and 结构，充分发挥城市医院在危重急症和疑难病症的诊疗、医学教育和科研、指导和培训基层卫生人员等方面的骨干作用。有条件的大医院按照区域卫生规划要求，可以通过托管、重组等方式促进医疗资源合理流动。

建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制。城市医院通过技术支持、人员培训等方式，带动社区卫生服务持续发展。同时，采取增强服务能力、降低收费标准、提高报销比例等综合措施，引导一般诊疗下沉到基层，逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊。整合城市卫生资源，充分利用城市现有一、二级医院及国有企事业单位

所属医疗机构和社会力量举办的医疗机构等资源，发展和完善社区卫生服务网络。

充分发挥中医药（民族医药）在疾病预防控制、应对突发公共卫生事件、医疗服务中的作用。加强中医临床研究基地和中医院建设，组织开展中医药防治疑难疾病的联合攻关。在基层医疗卫生服务中，大力推广中医药适宜技术。采取扶持中医药发展政策，促进中医药继承和创新。

建立城市医院对口支援农村医疗卫生工作的制度。发达地区要加强对口支援贫困地区和少数民族地区发展医疗卫生事业。城市大医院要与县级医院建立长期稳定的对口支援和合作制度，采取临床服务、人员培训、技术指导、设备支援等方式，帮助其提高医疗水平和服务能力。

（六）加快建设医疗保障体系。加快建立和完善以基本医疗保障为主体，其他多种形式补充医疗保险和商业健康保险为补充，覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。

建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系。城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助共同组成基本医疗保障体系，分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群。坚持广覆盖、保基本、可持续的原则，从重点保障大病起步，逐步向门诊小病延伸，不断提高保障水平。建立国家、单位、家庭和个人责任明确、分担合理的多渠道筹资机制，实现社会互助共济。随着经济社会发展，逐步提高筹资水平和统筹层次，

缩小保障水平差距，最终实现制度框架的基本统一。进一步完善城镇职工基本医疗保险制度，加快覆盖就业人口，重点解决国有关闭破产企业、困难企业等职工和退休人员，以及非公有制经济组织从业人员和灵活就业人员的基本医疗保险问题；2009年全面推开城镇居民基本医疗保险，重视解决老人、残疾人和儿童的基本医疗保险问题；全面实施新型农村合作医疗制度，逐步提高政府补助水平，适当增加农民缴费，提高保障能力；完善城乡医疗救助制度，对困难人群参保及其难以负担的医疗费用提供补助，筑牢医疗保障底线。探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度。

鼓励工会等社会团体开展多种形式的医疗互助活动。鼓励和引导各类组织和个人发展社会慈善医疗救助。

做好城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度和城乡医疗救助制度之间的衔接。以城乡流动的农民工为重点积极做好基本医疗保险关系转移接续，以异地安置的退休人员为重点改进异地就医结算服务。妥善解决农民工基本医疗保险问题。签订劳动合同并与企业建立稳定劳动关系的农民工，要按照国家规定明确用人单位缴费责任，将其纳入城镇职工基本医疗保险制度；其他农民工根据实际情况，参加户籍所在地新型农村合作医疗或务工所在地城镇居民基本医疗保险。

积极发展商业健康保险。鼓励商业保险机构开发适应不同需要的健康保险产品，简化理赔手续，方便群众，满足多样化的健康需求。鼓励企业和个人通过参加商业保险及多种形式的补充保险解决基本

医疗保障之外的需求。在确保基金安全和有效监管的前提下，积极提倡以政府购买医疗保障服务的方式，探索委托具有资质的商业保险机构经办各类医疗保障管理服务。

（七）建立健全药品供应保障体系。加快建立以国家基本药物制度为基础的药品供应保障体系，保障人民群众安全用药。

建立国家基本药物制度。中央政府统一制定和发布国家基本药物目录，按照防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重的原则，结合我国用药特点，参照国际经验，合理确定品种和数量。建立基本药物的生产供应保障体系，在政府宏观调控下充分发挥市场机制的作用，基本药物实行公开招标采购，统一配送，减少中间环节，保障群众基本用药。国家制定基本药物零售指导价格，在指导价格内，由省级人民政府根据招标情况确定本地区的统一采购价格。规范基本药物使用，制定基本药物临床应用指南和基本药物处方集。城乡基层医疗卫生机构应全部配备、使用基本药物，其他各类医疗机构也要将基本药物作为首选药物并确定使用比例。基本药物全部纳入基本医疗保障药物报销目录，报销比例明显高于非基本药物。

规范药品生产流通。完善医药产业发展政策和行业发展规划，严格市场准入和药品注册审批，大力规范和整顿生产流通秩序，推动医药企业提高自主创新能力和医药产业结构优化升级，发展药品现代物流和连锁经营，促进药品生产、流通企业的整合。建立便民惠农的农村药品供应网。完善药品储备制度。支持用量小的特殊用药、急救用

药生产。规范药品采购，坚决治理医药购销中的商业贿赂。加强药品不良反应监测，建立药品安全预警和应急处置机制。

四、完善体制机制，保障医药卫生体系有效规范运转

完善医药卫生的管理、运行、投入、价格、监管体制机制，加强科技与人才、信息、法制建设，保障医药卫生体系有效规范运转。

（八）建立协调统一的医药卫生管理体制。实施属地化和全行业管理。所有医疗卫生机构，不论所有制、投资主体、隶属关系和经营性质，均由所在地卫生行政部门实行统一规划、统一准入、统一监管。中央、省级可以设置少量承担医学科研、教学功能的医学中心或区域医疗中心，以及承担全国或区域性疑难病症诊治的专科医院等医疗机构；县（市）主要负责举办县级医院、乡村卫生和社区卫生服务机构；其余公立医院由市负责举办。

强化区域卫生规划。省级人民政府制定卫生资源配置标准，组织编制区域卫生规划和医疗机构设置规划，明确医疗机构的数量、规模、布局和功能。科学制定乡镇卫生院（村卫生室）、社区卫生服务中心（站）等基层医疗卫生机构和各级医院建设与设备配置标准。充分利用和优化配置现有医疗卫生资源，对不符合规划要求的医疗机构要逐步进行整合，严格控制大型医疗设备配置，鼓励共建共享，提高医疗卫生资源利用效率。新增卫生资源必须符合区域卫生规划，重点投向农村和社区卫生等薄弱环节。加强区域卫生规划与城乡规划、土地利用总体规划等的衔接。建立区域卫生规划和资源配置监督评价机制。

推进公立医院管理体制改。从有利于强化公立医院公益性和政府有效监管出发，积极探索政事分开、管办分开的多种实现形式。进一步转变政府职能，卫生行政部门主要承担卫生发展规划、资格准入、规范标准、服务监管等行业管理职能，其他有关部门按照各自职能进行管理和提供服务。落实公立医院独立法人地位。

进一步完善基本医疗保险管理体制。中央统一制定基本医疗保险制度框架和政策，地方政府负责组织实施管理，创造条件逐步提高统筹层次。有效整合基本医疗保险经办资源，逐步实现城乡基本医疗保险行政管理的统一。

（九）建立高效规范的医药卫生机构运行机制。公共卫生机构收支全部纳入预算管理。按照承担的职责任务，由政府合理确定人员编制、工资水平和经费标准，明确各类人员岗位职责，严格人员准入，加强绩效考核，建立能进能出的用人制度，提高工作效率和服务质量。

转变基层医疗卫生机构运行机制。政府举办的城市社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院等基层医疗卫生机构，要严格界定服务功能，明确规定使用适宜技术、适宜设备和基本药物，为广大群众提供低成本服务，维护公益性质。要严格核定人员编制，实行人员聘用制，建立能进能出和激励有效的人力资源管理制度。要明确收支范围和标准，实行核定任务、核定收支、绩效考核补助的财务管理办法，并探索实行收支两条线、公共卫生和医疗保障经费的总额预付等多种行之有效的管理办法，严格收支预算管理，提高资金使用效益。要改革药品加成政策，实行药品零差率销售。加强和完善内部管理，建立以服

务质量为核心、以岗位责任与绩效为基础的考核和激励制度，形成保障公平效率的长效机制。

建立规范的公立医院运行机制。公立医院要遵循公益性质和社会效益原则，坚持以病人为中心，优化服务流程，规范用药、检查和医疗行为。深化运行机制改革，建立和完善医院法人治理结构，明确所有者和管理者的责权，形成决策、执行、监督相互制衡，有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的机制。推进医药分开，积极探索多种有效方式逐步改革以药补医机制。通过实行药品购销差别加价、设立药事服务费等多种方式逐步改革或取消药品加成政策，同时采取适当调整医疗服务价格、增加政府投入、改革支付方式等措施完善公立医院补偿机制。进一步完善财务、会计管理制度，严格预算管理，加强财务监管和运行监督。地方可结合本地实际，对有条件的医院开展“核定收支、以收抵支、超收上缴、差额补助、奖惩分明”等多种管理办法的试点。改革人事制度，完善分配激励机制，推行聘用制度和岗位管理制度，严格工资总额管理，实行以服务质量及岗位工作量为主的综合绩效考核和岗位绩效工资制度，有效调动医务人员的积极性。

健全医疗保险经办机构运行机制。完善内部治理结构，建立合理的用人机制和分配制度，完善激励约束机制，提高医疗保险经办管理能力和管理效率。

（十）建立政府主导的多元卫生投入机制。明确政府、社会与个人的卫生投入责任。确立政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主

导地位。公共卫生服务主要通过政府筹资，向城乡居民均等化提供。基本医疗服务由政府、社会和个人三方合理分担费用。特需医疗服务由个人直接付费或通过商业健康保险支付。

建立和完善政府卫生投入机制。中央政府和地方政府都要增加对卫生的投入，并兼顾供给方和需求方。逐步提高政府卫生投入占卫生总费用的比重，使居民个人基本医疗卫生费用负担有效减轻；政府卫生投入增长幅度要高于经常性财政支出的增长幅度，使政府卫生投入占经常性财政支出的比重逐步提高。新增政府卫生投入重点用于支持公共卫生、农村卫生、城市社区卫生和基本医疗保障。

按照分级负担的原则合理划分中央和地方各级政府卫生投入责任。地方政府承担主要责任，中央政府主要对国家免疫规划、跨地区的重大传染疾病预防控制等公共卫生、城乡居民的基本医疗保障以及有关公立医疗卫生机构建设等给予补助。加大中央、省级财政对困难地区的专项转移支付力度。

完善政府对公共卫生的投入机制。专业公共卫生服务机构的人员经费、发展建设和业务经费由政府全额安排，按照规定取得的服务收入上缴财政专户或纳入预算管理。逐步提高人均公共卫生经费，健全公共卫生服务经费保障机制。

完善政府对城乡基层医疗卫生机构的投入机制。政府负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心（站）按国家规定核定的基本建设经费、设备购置经费、人员经费和其承担公共卫生服务的业务经费，使其正常运行。对包括社会力量举办的所有乡镇卫生院和城市社

区卫生服务机构，各地都可采取购买服务等方式核定政府补助。支持村卫生室建设，对乡村医生承担的公共卫生服务等任务给予合理补助。

落实公立医院政府补助政策。逐步加大政府投入，主要用于基本建设和设备购置、扶持重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和补贴政策性亏损等，对承担的公共卫生服务等任务给予专项补助，形成规范合理的公立医院政府投入机制。对中医院（民族医院）、传染病院、精神病院、职业病防治院、妇产医院和儿童医院等在投入政策上予以倾斜。严格控制公立医院建设规模、标准和贷款行为。

完善政府对基本医疗保障的投入机制。政府提供必要的资金支持新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险和城乡医疗救助制度的建立和完善。保证相关经办机构正常经费。

鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业。积极促进非公立医疗卫生机构发展，形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制。抓紧制定和完善有关政策法规，规范社会资本包括境外资本办医疗机构的准入条件，完善公平公正的行业管理政策。鼓励社会资本依法兴办非营利性医疗机构。国家制定公立医院改制的指导性意见，积极引导社会资本以多种方式参与包括国有企业所办医院在内的部分公立医院改制重组。稳步推进公立医院改制的试点，适度降低公立医疗机构比重，形成公立医院与非公立医院相互促进、共同发展的格局。支持有资质人员依法开业，方便群众就医。完善医疗机构分类管理政策和税收优惠政策。依法加强对社会力量办医的监管。

大力发展医疗慈善事业。制定相关优惠政策，鼓励社会力量兴办慈善医疗机构，或向医疗救助、医疗机构等慈善捐赠。

（十一）建立科学合理的医药价格形成机制。规范医疗服务价格管理。对非营利性医疗机构提供的基本医疗服务，实行政府指导价，其余由医疗机构自主定价。中央政府负责制定医疗服务价格政策及项目、定价原则及方法；省或市级价格主管部门会同卫生、人力资源社会保障部门核定基本医疗服务指导价格。基本医疗服务价格按照扣除财政补助的服务成本制定，体现医疗服务合理成本和技术劳务价值。不同级别的医疗机构和医生提供的服务，实行分级定价。规范公立医疗机构收费项目和标准，研究探索按病种收费等收费方式改革。建立医用设备仪器价格监测、检查治疗服务成本监审及其价格定期调整制度。

改革药品价格形成机制。合理调整政府定价范围，改进定价方法，提高透明度，利用价格杠杆鼓励企业自主创新，促进国家基本药物的生产和使用。对新药和专利药品逐步实行定价前药物经济性评价制度。对仿制药品实行后上市价格从低定价制度，抑制低水平重复建设。严格控制药品流通环节差价率。对医院销售药品开展差别加价、收取药事服务费等试点，引导医院合理用药。加强医用耗材及植（介）入类医疗器械流通和使用环节价格的控制和管理。健全医药价格监测体系，规范企业自主定价行为。

积极探索建立医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制，发挥医疗保障对医疗服务和药品费用的制约作用。

（十二）建立严格有效的医药卫生监管体制。强化医疗卫生监管。健全卫生监督执法体系，加强城乡卫生监督机构能力建设。强化医疗卫生服务行为和质量监管，完善医疗卫生服务标准和质量评价体系，规范管理制度和工作流程，加快制定统一的疾病诊疗规范，健全医疗卫生服务质量监测网络。加强医疗卫生机构的准入和运行监管。加强对生活饮用水安全、职业危害防治、食品安全、医疗废弃物处置等社会公共卫生的监管。依法严厉打击各种危害人民群众身体健康和生命安全的违法行为。

完善医疗保障监管。加强对医疗保险经办、基金管理和使用等环节的监管，建立医疗保险基金有效使用和风险防范机制。强化医疗保障对医疗服务的监控作用，完善支付制度，积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式，建立激励与惩戒并重的有效约束机制。加强商业健康保险监管，促进规范发展。

加强药品监管。强化政府监管责任，完善监管体系建设，严格药品研究、生产、流通、使用、价格和广告的监管。落实药品生产质量管理规范，加强对高风险品种生产的监管。严格实施药品经营规范，探索建立药品经营许可分类、分级的管理模式，加大重点品种的监督抽验力度。建立农村药品监督网。加强政府对药品价格的监管，有效抑制虚高定价。规范药品临床使用，发挥执业药师指导合理用药与药品质量管理方面的作用。

建立信息公开、社会多方参与的监管制度。鼓励行业协会等社会组织和个人对政府部门、医药机构和相关体系的运行绩效进行独立评价和监督。加强行业自律。

（十三）建立可持续发展的医药卫生科技创新机制和人才保障机制。推进医药卫生科技进步。把医药卫生科技创新作为国家科技发展的重点，努力攻克医药科技难关，为人民群众健康提供技术保障。加大医学科研投入，深化医药卫生科技体制和机构改革，整合优势医学科研资源，加快实施医药科技重大专项，鼓励自主创新，加强对重大疾病防治技术和新药研制关键技术等的研究，在医学基础和应用研究、高技术研究、中医和中西医结合研究等方面力求新的突破。开发生产适合我国国情的医疗器械。广泛开展国际卫生科技合作交流。

加强医药卫生人才队伍建设。制定和实施人才队伍建设规划，重点加强公共卫生、农村卫生、城市社区卫生专业技术人员和护理人员的培养培训。制定优惠政策，鼓励优秀卫生人才到农村、城市社区和中西部地区服务。对长期在城乡基层工作的卫生技术人员在职称晋升、业务培训、待遇政策等方面给予适当倾斜。完善全科医师任职资格制度，健全农村和城市社区卫生人员在岗培训制度，鼓励参加学历教育，促进乡村医生执业规范化，尽快实现基层医疗卫生机构都有合格的全科医生。加强高层次科研、医疗、卫生管理等人才队伍建设。建立住院医师规范化培训制度，强化继续医学教育。加强护理队伍建设，逐步解决护理人员比例过低的问题。培育壮大中医药人才队伍。稳步推动医务人员的合理流动，促进不同医疗机构之间人才的纵向和

横向交流，探索注册医师多点执业。规范医院管理者的任职条件，逐步形成一支职业化、专业化的医疗机构管理队伍。

调整高等医学教育结构和规模。加强全科医学教育，完善标准化、规范化的临床医学教育，提高医学教育质量。加大医学教育投入，大力发展面向农村、社区的高等医学本专科教育，采取定向免费培养等多种方式，为贫困地区农村培养实用的医疗卫生人才，造就大批扎根农村、服务农民的合格医生。

构建和谐和谐的医患关系。加强医德医风建设，重视医务人员人文素养培养和职业素质教育，大力弘扬救死扶伤精神。优化医务人员执业环境和条件，保护医务人员的合法权益，调动医务人员改善服务和提高效率的积极性。完善医疗执业保险，开展医务社会工作，完善医疗纠纷处理机制，增进医患沟通。在全社会形成尊重医学科学、尊重医疗卫生工作者、尊重患者的良好风气。

（十四）建立实用共享的医药卫生信息系统。大力推进医药卫生信息化建设。以推进公共卫生、医疗、医保、药品、财务监管信息化建设为着力点，整合资源，加强信息标准化和公共服务信息平台建设，逐步实现统一高效、互联互通。

加快医疗卫生信息系统建设。完善以疾病控制网络为主体的公共卫生信息系统，提高预测预警和分析报告能力；以建立居民健康档案为重点，构建乡村和社区卫生信息网络平台；以医院管理和电子病历为重点，推进医院信息化建设；利用网络信息技术，促进城市医院与

社区卫生服务机构的合作。积极发展面向农村及边远地区的远程医疗。

建立和完善医疗保障信息系统。加快基金管理、费用结算与控制、医疗行为管理与监督、参保单位和个人管理服务是具有复合功能的医疗保障信息系统建设。加强城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和医疗救助信息系统建设，实现与医疗机构信息系统的对接，积极推广“一卡通”等办法，方便参保（合）人员就医，增加医疗服务的透明度。

建立和完善国家、省、市三级药品监管、药品检验检测、药品不良反应监测信息网络。建立基本药物供求信息系统。

（十五）建立健全医药卫生法律制度。完善卫生法律法规。加快推进基本医疗卫生立法，明确政府、社会 and 居民在促进健康方面的权利和义务，保障人人享有基本医疗卫生服务。建立健全卫生标准体系，做好相关法律法规的衔接与协调。加快中医药立法工作。完善药品监管法律法规。逐步建立健全与基本医疗卫生制度相适应、比较完整的卫生法律制度。

推进依法行政。严格、规范执法，切实提高各级政府运用法律手段发展和管理医药卫生事业的能力。加强医药卫生普法工作，努力创造有利于人民群众健康的法治环境。

五、着力抓好五项重点改革，力争近期取得明显成效

为使改革尽快取得成效，落实医疗卫生服务的公益性质，着力保障广大群众看病就医的基本需求，按照让群众得到实惠，让医务人员

受到鼓舞，让监管人员易于掌握的要求，2009-2011 年着力抓好五项重点改革。

（十六）加快推进基本医疗保障制度建设。基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民，3 年内城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗参保（合）率均达到 90%以上；城乡医疗救助制度覆盖到全国所有困难家庭。

以提高住院和门诊大病保障为重点，逐步提高筹资和保障水平，2010 年各级财政对城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的补助标准提高到每人每年 120 元。做好医疗保险关系转移接续和异地就医结算服务。完善医疗保障管理体制机制。有效减轻城乡居民个人医药费用负担。

（十七）初步建立国家基本药物制度。建立比较完整的基本药物遴选、生产供应、使用和医疗保险报销的体系。2009 年，公布国家基本药物目录；规范基本药物采购和配送；合理确定基本药物的价格。从 2009 年起，政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物，其他各类医疗机构也都必须按规定使用基本药物，所有零售药店均应配备和销售基本药物；完善基本药物的医保报销政策。保证群众基本用药的可及性、安全性和有效性，减轻群众基本用药费用负担。

（十八）健全基层医疗卫生服务体系。加快农村三级医疗卫生服务网络和城市社区卫生服务机构建设，发挥县级医院的龙头作用，用 3 年时间建成比较完善的基层医疗卫生服务体系。加强基层医疗卫生人才队伍建设，特别是全科医生的培养培训，着力提高基层医疗卫生

机构服务水平和质量。转变基层医疗卫生机构运行机制和服务模式，完善补偿机制。逐步建立分级诊疗和双向转诊制度，为群众提供便捷、低成本的基本医疗卫生服务。

（十九）促进基本公共卫生服务逐步均等化。国家制定基本公共卫生服务项目，从 2009 年起，逐步向城乡居民统一提供疾病预防控制、妇幼保健、健康教育等基本公共卫生服务。实施国家重大公共卫生服务项目，有效预防控制重大疾病及其危险因素，进一步提高突发重大公共卫生事件处置能力。健全城乡公共卫生服务体系，完善公共卫生服务经费保障机制，2009 年人均基本公共卫生服务经费标准不低于 15 元，到 2011 年不低于 20 元。加强绩效考核，提高服务效率和质量。逐步缩小城乡居民基本公共卫生服务差距，力争让群众少生病。

（二十）推进公立医院改革试点。改革公立医院管理体制、运行机制和监管机制，积极探索政事分开、管办分开的有效形式。完善医院法人治理结构。推进公立医院补偿机制改革，加大政府投入，完善公立医院经济补偿政策，逐步解决“以药补医”问题。加快形成多元化办医格局，鼓励民营资本举办非营利性医院。大力改进公立医院内部管理，优化服务流程，规范诊疗行为，调动医务人员的积极性，提高服务质量和效率，明显缩短病人等候时间，实现同级医疗机构检查结果互认，努力让群众看好病。

六、积极稳妥推进医药卫生体制改革

（二十一）提高认识，加强领导。各级党委和政府要充分认识深化医药卫生体制改革的重要性、紧迫性和艰巨性，提高认识、坚定信心，切实加强组织领导，把解决群众看病就医问题作为改善民生、扩大内需的重点摆上重要议事日程，明确任务分工，落实政府的公共医疗卫生责任。成立国务院深化医药卫生体制改革领导小组，统筹组织实施深化医药卫生体制改革。国务院有关部门要认真履行职责，密切配合，形成合力，加强监督考核。地方政府要按照本意见和实施方案的要求，因地制宜制定具体实施方案和有效措施，精心组织，有序推进改革进程，确保改革成果惠及全体人民群众。

（二十二）突出重点，分步实施。建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度是一项长期任务，要坚持远近结合，从基础和基层起步，近期重点抓好基本医疗保障制度、国家基本药物制度、基层医疗卫生服务体系、基本公共卫生服务均等化和公立医院改革试点五项改革。要抓紧制定操作性文件和具体方案，进一步深化、细化政策措施，明确实施步骤，做好配套衔接，协调推进各项改革。

（二十三）先行试点，逐步推开。医药卫生体制改革涉及面广、情况复杂、政策性强，一些重大改革要先行试点。国务院深化医药卫生体制改革领导小组负责制定试点原则和政策框架，统筹协调、指导各地试点工作。各省区市制定具体试点方案并组织实施。鼓励地方结合当地实际，开展多种形式的试点，积极探索有效的实现途径，并及时总结经验，逐步推开。

（二十四）加强宣传，正确引导。深化医药卫生体制改革需要社会各界和广大群众的理解、支持和参与。要坚持正确的舆论导向，广泛宣传改革的重大意义和主要政策措施，积极引导社会预期，增强群众信心，使这项惠及广大人民群众的重大改革深入人心，为深化改革营造良好的舆论环境。

《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011 年）》

（2009 年 4 月 7 日）

根据《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6 号，以下简称《意见》），2009-2011 年重点抓好五项改革：一是加快推进基本医疗保障制度建设，二是初步建立国家基本药物制度，三是健全基层医疗卫生服务体系，四是促进基本公共卫生服务逐步均等化，五是推进公立医院改革试点。

推进五项重点改革，旨在着力解决群众反映较多的“看病难、看病贵”问题。推进基本医疗保障制度建设，将全体城乡居民纳入基本医疗保障制度，切实减轻群众个人支付的医药费用负担。建立国家基本药物制度，完善基层医疗卫生服务体系，方便群众就医，充分发挥中医药作用，降低医疗服务和药品价格。促进基本公共卫生服务逐步均等化，使全体城乡居民都能享受基本公共卫生服务，最大限度地预

防疾病。推进公立医院改革试点，提高公立医疗机构服务水平，努力解决群众“看好病”问题。

推进五项重点改革，旨在落实医疗卫生事业的公益性质，具有改革阶段性的鲜明特征。把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，实现人人享有基本医疗卫生服务，这是我国医疗卫生事业发展从理念到体制的重大变革，是贯彻落实科学发展观的本质要求。医药卫生体制改革是艰巨而长期的任务，需要分阶段有重点地推进。要处理好公平与效率的关系，在改革初期首先着力解决公平问题，保障广大群众看病就医的基本需求，并随着经济社会发展逐步提高保障水平。逐步解决城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗制度之间的衔接问题。鼓励社会资本投入，发展多层次、多样化的医疗卫生服务，统筹利用全社会的医疗卫生资源，提高服务效率和质量，满足人民群众多样化的医疗卫生需求。

推进五项重点改革，旨在增强改革的可操作性，突出重点，带动医药卫生体制全面改革。建立基本医疗卫生制度是一项重大制度创新，是医药卫生体制全面改革的关键环节。五项重点改革涉及医疗保障制度建设、药品供应保障、医药价格形成机制、基层医疗卫生机构建设、公立医疗机构改革、医疗卫生投入机制、医务人员队伍建设、医药卫生管理体制等关键环节和重要领域。抓好这五项改革，目的是从根本上改变部分城乡居民没有医疗保障和公共医疗卫生服务长期薄弱的状况，扭转公立医疗机构趋利行为，使其真正回归公益性，有

效解决当前医药卫生领域的突出问题，为全面实现医药卫生体制改革的长远目标奠定坚实基础。

一、加快推进基本医疗保障制度建设

（一）扩大基本医疗保障覆盖面。三年内，城镇职工基本医疗保险（以下简称城镇职工医保）、城镇居民基本医疗保险（以下简称城镇居民医保）和新型农村合作医疗（以下简称新农合）覆盖城乡全体居民，参保率均提高到90%以上。用两年左右时间，将关闭破产企业退休人员和困难企业职工纳入城镇职工医保，确有困难的，经省级人民政府批准后，参加城镇居民医保。关闭破产企业退休人员实现医疗保险待遇与企业缴费脱钩。中央财政对困难地区的国有关闭破产企业退休人员参保给予适当补助。2009年全面推开城镇居民医保制度，将在校大学生全部纳入城镇居民医保范围。积极推进城镇非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员和农民工参加城镇职工医保。政府对符合就业促进法规定的就业困难人员参加城镇职工医保的参保费用给予补贴。灵活就业人员自愿选择参加城镇职工医保或城镇居民医保。参加城镇职工医保有困难的农民工，可以自愿选择参加城镇居民医保或户籍所在地的新农合。

（二）提高基本医疗保障水平。逐步提高城镇居民医保和新农合筹资标准和保障水平。2010年，各级财政对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年120元，并适当提高个人缴费标准，具体缴费标准由省级人民政府制定。城镇职工医保、城镇居民医保和新农合对政策范围内的住院费用报销比例逐步提高。逐步扩大和提高

门诊费用报销范围和比例。将城镇职工医保、城镇居民医保最高支付限额分别提高到当地职工年平均工资和居民可支配收入的 6 倍左右，新农合最高支付限额提高到当地农民人均纯收入的 6 倍以上。

（三）规范基本医疗保障基金管理。各类医保基金要坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则。合理控制城镇职工医保基金、城镇居民医保基金的年度结余和累计结余，结余过多的地方要采取提高保障水平等办法，把结余逐步降到合理水平。新农合统筹基金当年结余率原则上控制在 1 5 % 以内，累计结余不超过当年统筹基金的 2 5 %。建立基本医疗保险基金风险调剂金制度。基金收支情况要定期向社会公布。提高基金统筹层次，2 0 1 1 年城镇职工医保、城镇居民医保基本实现市（地）级统筹。

（四）完善城乡医疗救助制度。有效使用救助资金，简化救助资金审批发放程序，资助城乡低保家庭成员、五保户参加城镇居民医保或新农合，逐步提高对经济困难家庭成员自负医疗费用的补助标准。

（五）提高基本医疗保障管理服务水平。鼓励地方积极探索建立医保经办机构与医药服务提供方的谈判机制和付费方式改革，合理确定药品、医疗服务和医用材料支付标准，控制成本费用。改进医疗保障服务，推广参保人员就医“一卡通”，实现医保经办机构与定点医疗机构直接结算。允许参加新农合的农民在统筹区域内自主选择定点医疗机构就医，简化到县域外就医的转诊手续。建立异地就医结算机制，探索异地安置的退休人员就地就医、就地结算办法。制定基本医疗保险关系转移接续办法，解决农民工等流动就业人员基本医疗保障

关系跨制度、跨地区转移接续问题。做好城镇职工医保、城镇居民医保、新农合、城乡医疗救助之间的衔接。探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度，并逐步整合基本医疗保障经办管理资源。在确保基金安全和有效监管的前提下，积极提倡以政府购买医疗保障服务的方式，探索委托具有资质的商业保险机构经办各类医疗保障管理服务。

二、初步建立国家基本药物制度

（六）建立国家基本药物目录遴选调整管理机制。制订国家基本药物遴选和管理办法。基本药物目录定期调整和更新。2009年初，公布国家基本药物目录。

（七）初步建立基本药物供应保障体系。充分发挥市场机制作用，推动药品生产流通企业兼并重组，发展统一配送，实现规模经营；鼓励零售药店发展连锁经营。完善执业药师制度，零售药店必须按规定配备执业药师为患者提供购药咨询和指导。政府举办的医疗卫生机构使用的基本药物，由省级人民政府指定的机构公开招标采购，并由招标选择的配送企业统一配送。参与投标的生产企业和配送企业应具备相应的资格条件。招标采购药品和选择配送企业，要坚持全国统一市场，不同地区、不同所有制企业平等参与、公平竞争。药品购销双方要根据招标采购结果签订合同并严格履约。用量较少的基本药物，可以采用招标方式定点生产。完善基本药物国家储备制度。加强药品质量监管，对药品定期进行质量抽检，并向社会公布抽检结果。

国家制定基本药物零售指导价格。省级人民政府根据招标情况在国家指导价格规定的幅度内确定本地区基本药物统一采购价格，其中包含配送费用。政府举办的基层医疗卫生机构按购进价格实行零差率销售。鼓励各地探索进一步降低基本药物价格的采购方式。

（八）建立基本药物优先选择和合理使用制度。所有零售药店和医疗机构均应配备和销售国家基本药物，满足患者需要。不同层级医疗卫生机构基本药物使用率由卫生行政部门规定。从2009年起，政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物，其他各类医疗机构也都必须按规定使用基本药物。卫生行政部门制订临床基本药物应用指南和基本药物处方集，加强用药指导和监管。允许患者凭处方到零售药店购买药物。基本药物全部纳入基本医疗保障药品报销目录，报销比例明显高于非基本药物。

三、健全基层医疗卫生服务体系

（九）加强基层医疗卫生机构建设。完善农村三级医疗卫生服务网络。发挥县级医院的龙头作用，三年内中央重点支持2000所左右县级医院（含中医院）建设，使每个县至少有1所县级医院基本达到标准化水平。完善乡镇卫生院、社区卫生服务中心建设标准。2009年，全面完成中央规划支持的2.9万所乡镇卫生院建设任务，再支持改扩建5000所中心乡镇卫生院，每个县1-3所。支持边远地区村卫生室建设，三年内实现全国每个行政村都有卫生室。三年内新建、改造3700所城市社区卫生服务中心和1.1万个社区卫生服务站。中央支持困难地区2400所城市社区卫生服务中心建

设。公立医院资源过剩地区，要进行医疗资源重组，充实和加强基层医疗卫生机构。对社会力量举办基层医疗卫生机构提供的公共卫生服务，采取政府购买服务等方式给予补偿；对其提供的基本医疗服务，通过签订医疗保险定点合同等方式，由基本医疗保险基金等渠道补偿。鼓励有资质的人员开办诊所或个体行医。

（十）加强基层医疗卫生队伍建设。制定并实施免费为农村定向培养全科医生和招聘执业医师计划。用三年时间，分别为乡镇卫生院、城市社区卫生服务机构和村卫生室培训医疗卫生人员 3 6 万人次、1 6 万人次和 1 3 7 万人次。完善城市医院对口支援农村制度。每所城市三级医院要与 3 所左右县级医院（包括有条件的乡镇卫生院）建立长期对口协作关系。继续实施“万名医师支援农村卫生工程”。采取到城市大医院进修、参加住院医师规范化培训等方式，提高县级医院医生水平。

落实好城市医院和疾病预防控制机构医生晋升中高级职称前到农村服务一年以上的政策。鼓励高校医学毕业生到基层医疗机构工作。从 2009 年起，对志愿去中西部地区乡镇卫生院工作三年以上的高校医学毕业生，由国家代偿学费和助学贷款。

（十一）改革基层医疗卫生机构补偿机制。基层医疗卫生机构运行成本通过服务收费和政府补助补偿。政府负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心和服务站按规定核定的基本建设、设备购置、人员经费及所承担公共卫生服务的业务经费，按定额定项和购买服务等方式补助、医务人员的工资水平，要与当地事业单位工作

人员平均工资水平相衔接。基层医疗卫生机构提供的医疗服务价格，按扣除政府补助后的成本制定。实行药品零差率销售后，药品收入不再作为基层医疗卫生机构经费的补偿渠道，不得接受药品折扣。探索对基层医疗卫生机构实行收支两条线等管理方式。

政府对乡村医生承担的公共卫生服务等任务给予合理补助，补助标准由地方人民政府规定。

（十二）转变基层医疗卫生机构运行机制。基层医疗卫生机构要使用适宜技术、适宜设备和基本药物，大力推广包括民族医药在内的中医药，为城乡居民提供安全有效和低成本服务。乡镇卫生院要转变服务方式，组织医务人员在乡村开展巡回医疗；城市社区卫生服务中心和服务站对行动不便的患者要实行上门服务、主动服务。鼓励地方制定分级诊疗标准，开展社区首诊制试点，建立基层医疗机构与上级医院双向转诊制度。全面实行人员聘用制，建立能进能出的人力资源管理制度。完善收入分配制度，建立以服务质量和服务数量为核心、以岗位责任与绩效为基础的考核和激励制度。

四、促进基本公共卫生服务逐步均等化

（十三）基本公共卫生服务覆盖城乡居民。制定基本公共卫生服务项目，明确服务内容。从 2009 年开始，逐步在全国统一建立居民健康档案，并实施规范管理。定期为 65 岁以上老年人做健康检查、为 3 岁以下婴幼儿做生长发育检查、为孕产妇做产前检查和产后访视，为高血压、糖尿病、精神疾病、艾滋病、结核病等人群提供防治

指导服务。普及健康知识，2009 年开设中央电视台健康频道，中央和地方媒体均应加强健康知识宣传教育。

（十四）增加国家重大公共卫生服务项目。继续实施结核病、艾滋病等重大疾病防控和国家免疫规划、农村妇女住院分娩等重大公共卫生项目。从 2009 年开始开展以下项目：为 15 岁以下人群补种乙肝疫苗；消除燃煤型氟中毒危害；农村妇女孕前和孕早期补服叶酸等，预防出生缺陷；贫困白内障患者复明；农村改水改厕等。

（十五）加强公共卫生服务能力建设。重点改善精神卫生、妇幼卫生、卫生监督、计划生育等专业公共卫生机构的设施条件。加强重大疾病以及突发公共卫生事件预测预警和处置能力。积极推广和应用中医药预防保健方法和技术。落实传染病医院、鼠防机构、血防机构和其他疾病预防控制机构从事高风险岗位工作人员的待遇政策。

（十六）保障公共卫生服务所需经费。专业公共卫生机构人员经费、发展建设经费、公用经费和业务经费由政府预算全额安排，服务性收入上缴财政专户或纳入预算管理。按项目为城乡居民免费提供基本公共卫生服务。提高公共卫生服务经费标准。2009 年人均基本公共卫生服务经费标准不低于 15 元，2011 年不低于 20 元。中央财政通过转移支付对困难地区给予补助。

五、推进公立医院改革试点

（十七）改革公立医院管理体制、运行机制和监管机制。公立医院要坚持维护公益性和社会效益原则，以病人为中心。鼓励各地积极探索政事分开、管办分开的有效形式。界定公立医院所有者和管理者

的责权。完善医院法人治理结构。推进人事制度改革，明确院长选拔任用和岗位规范，完善医务人员职称评定制度，实行岗位绩效工资制度。建立住院医师规范化培训制度。鼓励地方探索注册医师多点执业的办法和形式。强化医疗服务质量管理。规范公立医院临床检查、诊断、治疗、使用药物和植（介）入类医疗器械行为，优先使用基本药物和适宜技术，实行同级医疗机构检查结果互认。

探索建立由卫生行政部门、医疗保险机构、社会评估机构、群众代表和专家参与的公立医院质量监管和评价制度。严格医院预算和收支管理，加强成本核算与控制。全面推行医院信息公开制度，接受社会监督。

（十八）推进公立医院补偿机制改革。逐步将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道。政府负责公立医院基本建设和大型设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和政策性亏损补偿等，对公立医院承担的公共卫生任务给予专项补助，保障政府指定的紧急救治、援外、支农、支边等公共服务经费，对中医院（民族医院）、传染病医院、职业病防治院、精神病医院、妇产医院和儿童医院等在投入政策上予以倾斜。严格控制公立医院建设规模、标准和贷款行为。推进医药分开，逐步取消药品加成，不得接受药品折扣。医院由此减少的收入或形成的亏损通过增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准和增加政府投入等途径解决。药事服务费纳入基本医疗保险报销范围。积极探索医药分开的多种有效途径。适当提高医疗技术服务价格，降

低药品、医用耗材和大型设备检查价格。定期开展医疗服务成本测算，科学考评医疗服务效率。

公立医院提供特需服务的比例不超过全部医疗服务的 10 %。鼓励各地探索建立医疗服务定价由利益相关方参与协商的机制。

（十九）加快形成多元办医格局。省级卫生行政部门会同有关部门，按照区域卫生规划，明确辖区内公立医院的设置数量、布局、床位规模、大型医疗设备配置和主要功能。要积极稳妥地把部分公立医院转制为民营医疗机构。制定公立医院转制政策措施，确保国有资产保值和职工合法权益。

鼓励民营资本举办非营利性医院。民营医院在医保定点、科研立项、职称评定和继续教育等方面，与公立医院享受同等待遇；对其在服务准入、监督管理等方面一视同仁。落实非营利性医院税收优惠政策，完善营利性医院税收政策。

公立医院改革 2009 年开始试点，2011 年逐步推开。

六、保障措施

（二十）加强组织领导。国务院深化医药卫生体制改革领导小组统筹组织和协调改革工作。国务院有关部门要抓紧研究制定相关配套文件。各级政府要切实加强领导，抓好组织落实，加快推进各项重点改革。

（二十一）加强财力保障。各级政府要认真落实《意见》提出的各项卫生投入政策，调整支出结构，转变投入机制，改革补偿办法，切实保障改革所需资金，提高财政资金使用效益。为了实现改革的目

标，经初步测算，2009－2011 年各级政府需要投入 8500 亿元，其中中央政府投入 3318 亿元。

（二十二）鼓励各地试点。医药卫生体制改革涉及面广，情况复杂，政策性强，一些重大改革要先行试点，逐步推开。各地情况差别很大，要鼓励地方因地制宜制定具体实施方案，开展多种形式的试点，进行探索创新。国务院深化医药卫生体制改革领导小组负责统筹协调、指导各地试点工作。要注意总结和积累经验，不断深入推进改革。

（二十三）加强宣传引导。坚持正确的舆论导向，制定分步骤、分阶段的宣传方案；采取通俗易懂、生动形象的方式，广泛宣传实施方案的目标、任务和主要措施，解答群众关心的问题；及时总结、宣传改革经验，为深化改革营造良好的社会和舆论环境。

深化医药卫生体制改革问答(108 问)

国务院深化医药卫生体制改革领导小组办公室编写组

一、深化医药卫生体制改革的形势、目标和任务

1. 改革开放三十年我国医药卫生改革发展取得了哪些主要成就？

改革开放三十年，我国医药卫生事业发展的成就主要有五个方面：

一是有效控制了危害广大人民群众健康的重大传染病。我国一贯坚持和贯彻预防为主的工作方针，特别是 2003 年“非典”之后，进行了新中国成立以来规模最大的公共卫生体系建设，基本建成了覆盖城乡、功能比较完善的疾病预防控制、应急医疗救治体系和卫生监督体系。同时，我国对艾滋病、结核病、血吸虫病等重大传染病患者实行免费药物治疗；对儿童普遍实行免疫规划，免费疫苗接种预防的传染病已达到 15 种。

二是建立了基本覆盖城乡居民的医疗保障制度框架。城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗是三项具有社会保险性质的基本医疗保障制度，目前已经覆盖 2 亿多城镇职工、1 亿多城镇居民和 8 亿多农村居民。同时，我国不断健全城乡医疗救助制度，积极发展补充医疗保险和商业医疗保险，满足不同人群的多样化健康需求。

三是建立了较完善的医疗卫生服务体系。从 1978 年到 2007 年，我国医疗卫生机构总数由 17.0 万家增加到 29.8 万家，其中医院 19852 家，乡镇卫生院 39876 家；病床床位由 204 万张增加到 370 万张；卫生人员由 310 万人增加到 590 万人。此外，有村卫生室 61.4 万个，乡村医生 88.2 万人。同时不断加强医疗机构管理，医疗服务质量和技术水平显著提高。中医药在重大疾病控制和疑难杂症救治等方面发挥了重要作用，已成为我国卫生服务体系中不可缺少的重要力量。近年来，我国不断加强农村三级卫生服务网络建设。逐步建立城市医院

与社区卫生服务机构分工协作的新型城市服务体系，在全国所有地级以上城市、98%的市辖区和93%的县级市开展了社区卫生服务。

四是不断完善医药生产、流通、监管体系。1978年~2006年，医药工业产值年均递增16.1%，药品品种、数量和质量已基本满足国内需求。医药商业企业约12万家，为城乡居民提供了方便快捷的医药服务。全国共有食品药品监管行政机构近2700个，技术机构约1000个，监管人员6.4万人；建立了农村药品监督网和药品供应网，农民用药更加安全、方便、便宜。药物不良反应监测体系和制度逐步完善。

五是居民健康水平不断提高。人均期望寿命由1978年的68.2岁增加到目前的73岁；孕产妇死亡率由1990年的94.7/10万降低到2008年的34.2/10万，下降63.9%；婴幼儿死亡率由1981年的34.7‰降低到2008年的14.9‰，下降57.1%。这些健康指标已处于发展中国家的前列，有些地区已达到中等发达国家的水平。

2. 当前群众看病就医方面存在哪些突出问题和挑战？

尽管我国卫生事业发展取得了一定成绩，但发展中还存在一些问题，主要表现在：一是卫生资源配置不合理，约70%的卫生资源集中在城市，其中优质资源又多集中在大中型医院，公共卫生和城乡基层医疗机构资源严重不足，约11%的行政村没有村卫生室，加之服务能力低下，服务质量不高，农村和城市之间差距不断加大，群众不能方便可及的享受基本医疗卫生服务。二是医疗保障制度不够完善。目前，

还有 2 亿多城乡居民没有被医疗保障制度覆盖，现有基本医疗保障制度的保障力度不强，受益水平比较低，不能有效地解决“因病致贫”和“因病返贫”的问题。各项医疗保险制度之间的保障水平差距较大。居民疾病风险没有得到全面和充分的保护。三是公共医疗卫生服务机构公益性质弱化。医疗卫生机构主要依靠“以药补医”、“以医养防”，出现了重经济收益、轻社会效益的“趋利”问题，扭曲了服务行为，加重了患者负担。四是药品生产流通秩序不规范，价格虚高。目前，我国医药产业集中度低，流通环节过多、经营费用高，低价药品生产难以为继，一些企业为追求经济利益，严重误导群众，药品安全存在严重风险和隐患。“一药多名”现象较为严重，存在开单提成、虚高药价、不合理用药等严重损害群众利益的行为。五是中医药发展滞后，服务领域逐渐萎缩，特色、优势逐步淡化。我国中医医院普遍存在中医治疗率低、危急重症就诊率低、中草药使用率低等现象。中医药人才短缺，人才培养机制不适应中医事业发展的需要。基础研究滞后，研究方法缺乏创新。

目前，我国医药卫生事业发展水平与人民日益增长的健康需求及经济社会协调发展要求不适应的矛盾还比较突出。随着经济发展和人民生活水平的提高，医药卫生改革发展面临着严峻的挑战。主要表现在：我国正处于经济社会快速发展和转型时期，城镇化、工业化进程不断加快，生态环境问题逐渐突出，人口老龄化程度加速，2007 年底，我国 60 岁及以上老年人口已达到 1.53 亿人，占总人口的 11.6%，因而面临着新的更加复杂的健康问题。一方面，心脑血管疾病和恶性

肿瘤等慢性非传染性疾病患病率不断升高，2002 年，我国成人高血压患病率是 18.8%，而 70 年代末仅为 7%。根据卫生部第四次卫生服务调查结果，全国 2008 年慢性病总病例数为 2.6 亿，比 2003 年增加了 0.6 亿。同时显现出发病年龄提前，农村增幅大于城市的趋势。慢性病非传染性疾病是我国城乡居民的主要死亡原因，也成为我国居民主要的疾病负担，防治难度加大，医药药用不断攀升。另一方面，目前 SARS、禽流感等至少 10 余种新发传染病已在我国出现，同时还存在其他新发传染病传入的可能。部分传染病发病率仍居高不下，如病毒性肝炎、流行性出血热、细菌性痢疾等；而结核病、性病、血吸虫病等曾被控制的传染病也死灰复燃，出现流行扩散趋势。形成了我国经济社会发展的双重疾病负担，我国疾病防治任务严峻，对全面建设小康社会构成了重大挑战。另外，我国医药卫生事业发展长期滞后于经济和其他社会事业发展，在新的历史条件下，存在着体制性、机制性和结构性缺陷，还不足以应对卫生问题的挑战。

3. 为什么要深化医药卫生体制改革？

改革开放以来，我们医药卫生事业进行了一系列改革，也曾经历若干比较大的改革过程，取得了一些突破性进展。比如，针对卫生资源严重短缺导致的“看病难、住院难和手术难”问题，鼓励多渠道筹资、多种形式办医，逐步形成了公有制为主体，多种形式、多种渠道办医的新格局。医疗机构通过一系列激励措施，明显调动了医疗机构和医务人员的积极性，使我国医疗服务规模、条件、水平和能力有了

明显改善，医疗卫生服务供给大幅度增加，有效缓解了由于卫生资源短缺造成的“看病难、住院难、手术难”等突出矛盾。再比如，针对职工医疗保险基本由国家和企事业单位包揽的弊端，对公费医疗和劳保医疗制度进行改革，建立了城镇职工基本医疗保险制度。同时，逐步建立了新型农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险制度和城乡医疗救助制度，初步形成我国医疗保障体系。

但是，医药卫生体制深层次的一些问题依然没有根本解决，并出现一些新的问题：城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡，药品生产流通秩序不规范，医院管理体制和运行机制不完善，政府卫生投入不足，医药费用快速上涨，医疗保障制度不健全，保障范围小，保障水平较低，居民个人负担过重，出现了新形势下的“看病难”和“看病贵”问题。目前，我国进入全面建设小康社会的新阶段，人民生活水平不断提高，居民消费模式也跨上了新的台阶，健康需求快速增加，“无病早预防、有病早治疗、防止伤病残”，已经成为广大人民群众最关注、最迫切、最现实的利益问题。群众对改善医药卫生服务提出了更高的要求。深化医药卫生体制改革，一是缓解群众反映强烈的“看病难、看病贵”问题，减轻群众的疾病负担，实现全体人民“病有所医”，维护群众的健康权益；二是应对工业化、城镇化、人口老龄化、疾病谱变化和环境变化等，给医药卫生工作带来的新挑战；三是解决医药卫生领域长期以来形成和积累的深层次矛盾，推动医药卫生事业持续健康发展；四是逐步建立符合国情的基本医疗卫生制度，实现人人享有基本医疗卫生服务，不断提高人民健康水平。

深化医药卫生体制改革是在深刻总结以往卫生改革的基础上，从国情出发，借鉴国际有益经验，以科学发展观为指导，认真研究解决好建立什么样的制度、实现什么样的发展、发展的目的是什么以及如何发展等重大问题，就是要明确目标，创新制度，解决深层次的、制约医药卫生事业科学发展的体制、机制和结构性问题，实现党的十七大提出的人人享有基本医疗卫生服务的目标，完成“建立基本医疗卫生制度”和“病有所医”的重大历史任务。

4. 深化医药卫生体制改革的意见是如何形成的？

2006年6月30日，国务院第141次常务会议决定成立以国家发展改革委和卫生部牵头，财政部、人力资源社会保障部等16个部门参加的深化医药卫生体制改革部际协调工作小组。在此后两年多的时间里，工作小组深入各地进行了大量实际调研，专题研究有关重点难点问题，广泛听取各方意见，并委托世界卫生组织、北京大学等国内外知名机构，开展独立平行研究，还在网上公开征集建议方案。在此基础上，起草了《关于深化医药卫生体制改革的意见》。2008年2月29日和9月10日国务院两次召开常务会议对《意见》进行审议。

党中央、国务院高度重视医改方案的制定。2006年10月23日，胡锦涛总书记在中央政治局第三十五次集体学习会上发表重要讲话，强调了坚持公共医疗卫生的公益性质，为深化医药卫生体制改革指明了方向。温家宝总理于2008年4月中旬主持召开了两个深化医药卫生体制改革工作座谈会，分别听取了医务工作者、专家学者、企业负

责人、企业职工、城镇居民、农民、农民工等各界代表的意见，提出医改要做到让老百姓得到实惠、让医务人员受到鼓舞、让监管人员易于掌握。李克强副总理亲自深入基层调研，多次主持会议研究《意见》的修改完善，提出了近期五项重点改革的方向和工作要求。

按照国务院的部署，2008年9月医改意见（征求意见稿）再次征求社会意见，并于10月14日~11月14日，全文向社会公布，问计于民，引起各方面积极反响。随后，工作小组对各方反馈意见进行了认真梳理，本着尽可能吸收的原则对《意见》进行修改，共修改190余处。与此同时，国务院决定，围绕群众最为关切的问题，对近期重点改革的目标和主要措施，进行了深化研究和测算，形成了《关于医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）》。2009年1月21日，国务院第26次常务会议再次进行审议，2月5日，中央政治局常委会进行了审议，党中央、国务院原则通过了《意见》和《实施方案》。3月5日，温家宝总理在《政府工作报告》中郑重向全国人民代表大会报告了医改工作。

综上所述，《意见》是在党中央、国务院直接领导下，经过工作小组历时两年多的艰苦努力，反复论证修改完善后形成的，是汇集各方智慧的结晶。

5. 深化医药卫生体制改革有哪些创新？

这次改革贯彻落实科学发展观，坚持以人为本，针对群众不断增长的医药卫生新需求和医药卫生发展的新趋势以及面临的新挑战，着力进行探索创新。总体看，有以下五个方面重大创新：

一是在改革的理念上，首次提出“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”。改革的目十分鲜明，就是要建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，解决群众反映较多的“看病难、看病贵”的问题。方案始终贯穿坚持公共医疗卫生公益性这条主线。这一理念的创新既符合医疗卫生自身发展规律，又符合中国基本国情，具有重要意义。

二是在改革的基本原则上，明确强调政府主导与发挥市场机制作用相结合，强调坚持公平与效率的统一。一方面从维护广大群众健康权益出发，提出强化政府在本基本医疗卫生制度中的责任和提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位。另一方面，强调注重发挥市场机制的作用，统筹利用全社会的医疗卫生资源，力争形成高效的药品供应保障体系、多层次医疗保障体系和多元化办医格局，促进有序竞争，提高服务质量和效率，满足群众多层次多样化需求。

三是在近期改革的重点上，突出基本、基础和基层，强调面向农村，惠及群众。从国情和初级阶段的特点出发，提出首先解决公平问题，保基本需求，建立基本医疗卫生制度。第一次提出建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系，也就是全民医保；坚持预防为主的方针，把公共卫生服务体系与医疗服务、医疗保障、药品供应保障体系并列，

作为构成基本医疗卫生制度的四大体系予以加强，首次提出基本公共卫生服务均等化的目标，缩小城乡居民基本公共卫生服务的差距；第一次提出初步建立国家基本药物制度，整顿治理药品生产供应保障体系，规范用药行为，降低药品价格和患者医药费用；着力加强基层医疗卫生服务体系建设，使广大城乡群众不出乡村、社区就能得到比较好的基本医疗卫生服务。同时，根据基本国情，强调了县级医院在农村防病治病中的龙头作用，提出了全面加强县级医院建设，提高医疗服务水平和质量，使农村大病不出县。

四是在改革的基本思路上，远近结合，把解决群众看病就医突出问题与建立完善基本制度体系结合起来。一方面着眼长远，突出顶层设计，第一次系统提出了建立有中国特色的基本医疗卫生制度的基本医疗卫生制度的基本框架，明确了深化改革的总体方向和目标、主要任务及主要政策措施，即“一个目标、四大体系、八项支撑”。同时，立足当前，提出近期要着力抓好五项重点改革，即“四项基本和一项试点”，增强改革的可操作性，五项改革相互联系，涉及医药卫生体制改革的关键环节和群众最为关切的问题。

五是在改革的方法步骤上，强调试点先行，稳步推进。由于医药卫生体制改革涉及面广，情况复杂，政策性强，地区差异大，方案中一些重大改革，由中央明确目标取向和基本原则，给地方留有操作空间，鼓励地方因地制宜试点探索，通过总结和积累经验，把改革不断推向深入。

此外，在具体政策措施上，也有不少亮点，如把建立医药卫生信息系统作为改革的重要抓手；鼓励社会资本举办非营利性医院，加快多元办医格局的形成；提出建立住院医师规范化培训、研究探索注册医师多点执业，提高医疗服务水平和质量；采取定向免费培养等多种方式为贫困地区农村培养实用卫生人才；开展医务社会工作，增进医患沟通等等。

6. 为什么把五项改革作为近期改革的重点？

本次医改在充分考虑医药卫生体制改革特点的基础上，结合我国的实际国情，从解决群众反映最强烈的“看病难、看病贵”问题出发，把五项改革做为近期改革的重点。

首先，医药卫生体制改革是艰巨而长期的任务，需要分阶段有重点地推进。在改革初期首先着力解决公平问题，保障广大群众看病就医的基本需求，并随着经济社会发展，逐步发展多层次、多样化的医疗卫生服务，提高服务效率和质量，满足人民群众多样化的医疗卫生需求。

其次，医疗保障制度不够完善，公共医疗卫生服务机构公益性质弱化，药品生产流通秩序不规范、价格虚高是医药卫生领域突出的问题，推进五项改革就是要改变部分城乡居民没有基本医疗保障和公共医疗卫生服务长期薄弱的状况，扭转公立医疗机构趋势利行为，真正回归公益性，有效解决当前医药卫生领域的突出问题，为全面实现医药卫生体制改革的长远目标奠定坚实基础。

最后，推进五项重点改革，旨在着力解决群众反映较多的“看病难、看病贵”问题。推进基本医疗保障制度建设，将全体城乡居民纳入基本医疗保障制度，切实减轻群众个人支付的医药费用负担。建立国家基本药物制度，完善基层医疗卫生服务体系，方便群众就医，降低医疗服务和药品价格。促进基本公共卫生服务逐步均等化，使全体城乡居民都能享受基本公共卫生服务，最大限度地预防疾病。推进公立医院改革试点，提高公立医疗机构服务水平，努力解决群众“看好病”问题。

7. 我国基本医疗卫生制度的基本框架是什么？

基本医疗卫生制度主要由覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应保障体系共同构成，四大体系四位一体，相辅相成，配套建设，协调发展。同时，建立和完善医药卫生的管理、运行、投入、价格、监管、科技与人才、信息、法制等八项体制机制及条件，八个方面的体制机制和条件保障四大体系有效规范运转，实现为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务的目标。因此，基本医疗卫生制度的基本框架也可形象地概括为“四梁八柱”。《意见》明确提出了建设、完善“四梁八柱”具体内容及主要政策措施。

8. 今后三年中，将如何通过增加政府投入，降低群众医药费用负担？

客观上衡量一个国家或地区居民医药费用负担大小的方法，通常是比较公共卫生（政府和社会）投入占卫生总费用比重和居民个人卫生支出占卫生总费用的比重，前者越大，后者越小居民负担越小，反之，负担越大。我国居民个人卫生支出占卫生总费用的比重曾一度高达 60% 左右（2001 年）。为了降低群众医药费用负担，从 2003 年开始政府逐年增加卫生投入，2007 年居民个人卫生支出占卫生总费用的比重已经降为 45%。今后三年，中央和地方政府要逐步提高政府卫生投入占卫生总费用的比重；逐步提高政府卫生投入占经常性财政支出的比重，政府卫生投入增长幅度要高于经常性财政支出的增长幅度。政府卫生投入重点用于支持公共卫生、农村卫生、城市社区卫生和基本医疗保障。

一是支持基本医疗保障制度建设，使群众看得起病。支持完善职工医保、居民医保、新农合和城乡医疗救助制度。逐步提高政府对居民医保和新农合的补助标准，2010 年各级政府对居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年 120 元。将关闭破产企业退休人员和困难企业职工纳入职工医保，确有困难的，经省级人民政府批准后，参加城镇居民医保。中央财政对困难地区国有破产企业退休人员参保给予适当补助。资助城乡低保困难家庭成员、五保户参加居民医保或新农合，逐步提高对城乡困难群众自负医疗费用的补助标准。

二是支持健全基层医疗卫生服务体系，方便群众看病。政府负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生机构按国家规定核定的基本建

设、设备购置、人员经费及其承担公共卫生服务的业务经费，按定额定项和购买服务等方式补助。政府对乡村医生承担的公共卫生服务给予合理补助。同时，大力支持医务人员参加各种形式的培训，用三年时间，分别为乡镇卫生院、城市社区卫生机构和村卫生室培训医疗卫生人员 36 万、16 万、137 万人次。继续实施万名医师支援农村卫生工程，在中西部地区乡镇卫生院开展招聘执业医师试点。鼓励社会力量举办医疗卫生机构，对其提供的公共卫生服务，政府采取购买服务等方式补助。支持基层医疗卫生机构广泛运用适宜中医药技术，发挥中医药简、便、验、廉的优势。

三是支持基本公共卫生服务均等化，使群众少得病。建立和完善城乡公共卫生服务经费保障机制，2009 年人均基本公共卫生服务经费标准不低于 15 元，2011 年提高到不低于 20 元，对城乡居民提供健康教育，老年人、婴幼儿、孕产妇健康检查，慢性病、传染病防治指导等基本公共卫生服务。支持实施艾滋病、结核病等传染病防治、国家免疫规划、农村妇女住院分娩等重大公共卫生服务项目。疾病预防控制机构等专业公共卫生机构的人员经费、发展建设、公用经费和业务经费由政府预算全额安排，服务性收入收缴财政专户或纳入预算管理。

四是支持建立国家基本药物制度，使群众减轻基本用药负担。国家制定基本药物目录和零售指导价。基本药物以省为单位，公开招标采购，统一配送，统一价格。政府举办的基层医疗卫生机构全部配备

和使用基本药物，并按购进价格实行零差率销售。其他各类医疗机构及社会零售药店也将配备和销售国家基本药物。

五是支持公立医院改革试点，使群众看好病。落实公立医院政府补助政策，形成规范合理的公立医院政府投入机制，推进医药分开，逐步取消药品加成。通过切断医院与药品销售的利益联系，维护公立医院公益性质，减少“大处方”和过度检查，使群众得到实惠。同时，大力加强公立医院管理，优化诊疗流程，提高效率，缩短排队时间，方便群众就医。

9. 8500 亿主要投向哪里？

未来三年，为支持五项重点改革，各级政府需要投入 8500 亿元，其中，中央政府 3318 亿元。该投入数额是有关部门在反复沟通和协商的基础上测算出来的，是未来 3 年用于五项重点改革的增加投入量，具体分年度的安排通过中央和地方的年度财政预算及固定资产投资计划予以落实。这笔投入主要用于以下方面：

一是加快推进基本医疗保障制度建设。支持完善职工医保、居民医保、新农合和城乡医疗救助制度。逐步提高政府对居民医保和新农合的补助标准。帮助关闭破产企业退休人员和困难企业职工参加基本医疗保险，资助城乡困难群众参加居民医保或新农合，逐步提高对经济困难家庭成员自负医疗费用的补助标准。

二是健全基层医疗卫生服务体系。加大对基层医疗服务体系的建设力度，中央政府重点加强县级医院（含中医院）和部分中心乡镇卫

生院建设，支持困难地区城市社区卫生服务中心和边远地区村卫生室建设。政府负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生机构按国家规定核定的基本建设、设备购置、人员经费及其承担公共卫生服务的业务经费，按定额项和购买服务等方式补助，并对乡村医生承担的公共卫生服务给予合理补助。同时，大力支持医务人员参加各种形式的培训。鼓励社会力量举办医疗卫生机构，对其提供的公共卫生服务，政府采取购买服务等方式补助。

三是促进基本公共卫生服务逐步均等化。建立和完善城乡公共卫生经费保障机制，按项目为城乡居民免费提供基本公共卫生服务，2009 年人均基本公共卫生经费标准不低于 15 元，2011 年不低于 20 元。中央财政通过转移支付困难地区给予补助。支持实施艾滋病、结核病等传染病防治、国家免疫规划、农村妇女住院分娩等重大公共卫生服务项目。

此外，推进公立医院改革试点、建立国家基本药物制度等两项重点改革也将根据改革进程安排相应的投入。

10. 如何从组织领导上保证深化医药卫生体制改革顺利推进？

第一，高度重视。各级政府充分认识到深化医药卫生体制改革的重大意义，切实把解决群众看病就医问题作为改善民生的重点摆上重要议事日程，落实政府的公共医疗卫生责任。

第二，加强领导。国务院成立深化医药卫生体制改革领导小组，统筹组织实施深化医药卫生体制改革。国务院有关部门认真履行职

责，抓紧制订相关配套文件，进一步深化、细化和实化政策措施，做好各项制度、政策之间的配套和衔接，协调推进各项改革。地方政府按照《意见》和《实施方案》的要求，结合实际情况，因地制宜地制订具体实施方案和有效措施，精心组织，有序推进。加强监督考核，确保改革成果惠及全体人民。

第三，开展试点。医药卫生改革涉及面广、情况复杂，政策性强，一些重大改革要先行试点，逐渐推开。国务院深化医药卫生体制改革领导小组负责统筹协调、指导各地试点工作，在全国选择部分地方开展试点。鼓励地方继续探索创新，结合当地实际开展多种形式的试点。注意总结和积累经验，把改革不断推向深入。

11. 深化医药卫生体制改革的时间、步骤是怎样的？

本次医改在方案设计上，既注重整体设计，明确总体改革方向目标和基本框架；又突出重点，争取近期取得明显成效。医改工作主要分为近期和长远阶段，这两阶段的任务相互衔接，推动医药卫生体制改革持续、有效的前进。

近期阶段主要指从 2009 至 2011 年的三年内，改革的重点是加快推进基本医疗保障制度建设、初步建立国家基本药物制度、健全基层医疗卫生服务体系、促进基本公共卫生服务逐步均等化和推进公立医院改革试点，改革的目标是使“看病难、看病贵”问题切实得到缓解。这一阶段的任务是改革医药卫生体制中群众反映最突出，迫切需要解决的基本问题，保障群众的基本医药卫生需求，使医改迈出坚实步伐，

为下一步改革打好基础。在《国务院关于医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011 年）》中，对于三年中的各项任务，明确了 20 个时间节点和 23 项量化指标。有关部门还将根据改革推进的需要，制定若干配套文件和实施细则。

长远阶段是从现在到 2020 年，改革的任务是普遍建立比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系，比较健全的医疗保障体系，比较规范的药品供应保障体系，比较科学的医疗卫生机构管理体制和运行机制，包括了四大体系、八项支撑。改革的目标是基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度。这一阶段的改革是前一阶段的延伸，要在人人享有基本医疗卫生服务的基础上，适应人民群众多层次的医疗卫生需求，进一步完善体系，在提高服务效率和质量上下功夫，扩大优质服务供给，提高人民群众健康水平。

12. 有关深化医药卫生体制改革的配套文件有哪些？

为了将改革落到实处，进一步细化和实化改革措施，指导地方具体操作，各相关部门将陆续出台一系列配套文件，以保证改革目标和任务能顺利完成。配套文件主要包括两类，一类是围绕基本医疗保障制度、基本药物制度、基层卫生服务体系建设、公共卫生服务均等化和公立医院改革试点五个方面，出台若干操作性的文件，如全面实施城镇居民基本医疗保险的意见、国家基本药物目录（2009 年版）、国家基本公共卫生服务项目、公立医院改革试点指导意见等，以保障五项重点改革顺利实施，取得成效。另一类是围绕改革的相关体制机

制建设，主要包括加强卫生人才队伍建设、改革药品和服务价格形成机制、鼓励社会资本发展医疗卫生事业、完善政府卫生投入政策等，保障医疗卫生体制改革持续、有序推进。

13. 为什么说医药卫生体制改革是一个渐进的过程？

医药卫生体制改革是一项涉及面广、难度极大的系统工程，牵一发而动全身，不可能“毕其功于一役”。因此，需要统筹全局，循序渐进。

首先，我国人口多、底子薄，经济发展水平低，城乡之间、区域之间差距大，长期处于社会主义初级阶段。这一基本国情决定了改革的艰巨性和复杂性，需要付出长期艰苦的努力。

其次，医药卫生体制改革本身具有复杂性。它包括公共卫生、医疗服务、医疗保障、药品供应保障四个领域，每个领域内又存在深层次的矛盾。要解决这些矛盾，必须分阶段，重点突破，逐步推进。

再次，医药卫生体制改革关系到广大人民群众切身利益，关系到千家万户的幸福安康。而且，不同的群体又有不同的诉求。因此，每一项决策都需慎之又慎。为了避免重大决策失误，很多政策都需要先试点后推广。

14. 群众可以通过哪些途径了解医药卫生体制改革的工作情况？

按照政务公开的原则，增强改革过程的开放性，考虑建立多种有效渠道，以方便群众了解更多医药卫生体制改革工作情况信息，并可

以提出意见建议。我们将利用电视、网络和广播等多种媒体，制作与医改相关的专题报道，组织专家对改革的难点和重点进行解读，对改革过程和取得的经验进行及时的报道，使群众能在第一时间了解医改的相关信息。我们还将通过召开新闻发布会，信息公开等多种形式，定期公布医改的最新进展。同时，通过设立医改热线和网上专栏，以及调研、座谈等方式，专门了解群众的需求，倾听群众的意见建议。

二、加快推进基本医疗保障体系建设

15. 我国医疗保障体系主要包括哪些内容？

我国医疗保障体系以基本医疗保险和城乡医疗救助为主体，还包括其他多种形式的补充医疗保险和商业健康保险。

基本医疗保险由城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗构成，分别从制度上覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口和农村人口。在综合考虑各方面承受能力的前提下，通过国家、雇主、集体、家庭和个人责任明确、合理分担的多渠道筹资，实现社会互助共济和费用分担，满足城乡居民的基本医疗保障需求。

城乡医疗救助是我国多层次医疗保障体系的网底，主要由政府财政提供资金为无力进入基本医疗保险体系以及进入后个人无力承担共付费用的城乡贫困人口提供帮助，使他们能够与其他社会成员一样享有基本医疗保障。

补充医疗保险包括商业健康保险和其他形式补充医疗保险。主要是满足基本医疗保障之外较高层次的医疗需求。国家鼓励企业和个人

通过参加商业保险及多种形式的补充保险解决基本医疗保障之外的需求。

除此之外，国家通过提供社会福利和发展慈善事业，建立健全医疗卫生服务设施，扩大医疗保障资金来源，更好地满足群众医疗保障需求。

16. 我国城镇基本医疗保险制度建设取得了哪些成就？还存在哪些问题？

我国城镇基本医疗保险制度包括城镇职工基本医疗保险制度和城镇居民基本医疗保险制度。目前，城镇职工基本医疗保险制度已在全国范围内普遍建立，城镇居民基本医疗保险制度试点也在逐步推开。截至 2008 年底，城镇基本医疗保险参保人数已超过 3.1 亿人。近年来，各级医疗保险管理部门在管理中不断探索，建立健全机制，完善政策规范，强化服务管理，城镇基本医疗保险制度的成效逐步显现：

一是广大参保人员的基本医疗需求得到了保障。城镇基本医疗保险制度运行平稳，基金收支基本平衡，一定程度上缓解了人民群众“看病难、看病贵”的问题。

二是建立了符合中国现实国情的基本保障机制和费用分担机制。基本医疗保险坚持基本保障的原则，即筹资水平与经济发展水平相适应，与单位、个人的实际缴费能力相适应；待遇水平既要确保参保人员的基本医疗需求，又要符合医疗保险基金的实际支付能力。通过建

立费用分担机制，促进了费用约束机制的完善和自我保障意识的增强，为制度的可持续发展提供了保障。

三是初步建立了医疗服务的第三方监管机制。医疗保险机构代表参保人员利益对定点机构的医疗行为进行监管，促进医疗机构合理诊疗、合理用药，从而保障了参保人员合理的医疗权益。

四是建立了社会化管理服务体系，减轻了用人单位的事务性负担，增强了政府的公共服务功能。城镇基本医疗保险制度的顺利实施和平稳运行，对促进国企改革和经济体制转轨，维护改革发展稳定大局发挥了重要作用。

目前存在问题：一是部分地级城市没有启动实施城镇居民基本医疗保险制度；部分国有困难企业职工和关闭破产企业退休人员尚未参保。二是各项医疗保障制度本身还有待完善，统筹模式和补偿方式有待优化；各项保险制度统筹层次较低，在人员流动和身份转化时还难以实现保险政策和待遇的衔接。三是经办管理服务能力有待进一步提高。要适应社会化管理需要向街道、社区延伸服务，创新管理服务理念，更好地为广大参保人员提供优质方便的服务。

17. 提高参保覆盖率的目标是什么？

提高参保覆盖率是提高群众就医支付能力，解决群众“看病贵”的重要措施。基本医疗保障制度覆盖目标是：实现城乡居民的全覆盖，使人人享有基本医疗保障。当前，加快基本医疗保障制度建设的首要任务是尽快扩大覆盖面，争取用三年的时间，到2011年，使职工医

保、居民医保和新农合三项基本医疗保险制度覆盖到总人口的 90%以上。

18. 农民工如何参加基本医疗保险？

农民工是我国社会主义建设的一项重要力量，保障其健康，是落实科学发展观，坚持以人为本的重要举措之一。农民工的参保问题是今后两年我国实现基本医疗保障制度全民覆盖要解决的主要问题之一。针对农民工城乡流动“两栖”特点，将分别采取措施，实现应保尽保。首先，依法督促企业落实雇主缴费责任，使与用人单位签订劳动合同且就业情况稳定的农民工，直接参加城镇职工基本医疗保险。对于其他参加城镇职工医保有困难的农民工，允许其自愿选择参加务工所在地城镇居民医保或者户籍所在地的新型农村合作医疗。

19. 关闭破产企业退休人员和困难企业职工参保问题如何解决？

为了解决这个问题，《实施方案》明确，用两年左右时间将关闭破产企业退休人员和困难企业职工全部纳入城镇职工基本医疗保险。如果这些人员参加城镇职工基本医疗保险确实有困难，那么经省级人民政府批准后，可以参加城镇居民医疗保险。与此同时，中央财政将对困难地区的国有关闭破产企业退休人员参保给予适当的补助。

20. 如何将目前未被覆盖的老人、儿童、学生、灵活就业人员等纳入参保范围？

由于城镇居民医保起步较晚，还处于试点阶段，截至 2008 年底已有 317 个城市 1.18 亿人参保。未被覆盖的老人、儿童、学生等纳入参保范围是居民医保扩面工作的重点。主要措施有以下三个方面：

一是 2009 年起，我国将在全国范围内全面实施城镇居民基本医疗保险制度。

二是同步将在校大学生全部纳入城镇居民基本医疗保险的覆盖范围。大学生参加城镇居民医保的个人缴费和政府补助标准，将按照当地中小學生参加城镇居民医保的相应标准执行，个人缴费部分由大学生本人和家庭负担，有条件的高校可对其缴费给予补助。对于家庭经济困难大学生，其个人应缴纳的参保费用和应由个人承担的医疗费用，可以通过医疗救助、家庭经济困难学生资助和社会慈善捐助等多种途径给予资助。

三是政府对儿童和老人参加城镇居民基本医疗保险或者新型农村合作医疗给予支持。在家庭承担部分费用的同时，2010 年政府给予每人每年 120 元的补助（目前为 80 元）。低保家庭成员和五保户参加城镇居民医保或新农合的个人缴费以及经济困难家庭人员个人难以负担的医疗费用，由城乡医疗救助给予一定资助。另外，户籍在农村的儿童如果在城镇生活，将根据当地情况参加城镇居民基本医疗保险或者新型农村合作医疗。

城镇非公经济组织从业人员和灵活就业人员可以通过以下几个途径参加基本医疗保险：一是凡与用人单位签订劳动合同的非公经济组织从业人员，按照有关规定参加城镇职工基本医疗保险；二是符合《就业促进法》规定的就业困难人员参加城镇职工基本医疗保险时，政府将按规定对其参保费用给予补贴；三是灵活就业人员可以选择参加城镇职工基本医疗保险或者城镇居民基本医疗保险。

21. 我国新型农村合作医疗制度有何进展与挑战？

2003 年以来，新农合制度建设从试点起步，积极探索，稳步推进，基本实现了全覆盖，取得显著成绩。

一是覆盖面不断扩大。到 2008 年，全国已有 2729 个县（市、区）建立了新农合制度，覆盖了全国所有含农业人口的县（市、区），参合农民 8 亿多，参合率 91.5%，提前两年完成了中央确定的全面覆盖目标。

二是筹资水平稳步提高。从 2003 年到 2008 年，参合农民人均筹资标准由 30 元提高到 100 元，其中，各级政府人均补助 80 元，个人人均缴费 20 元；中央财政对中西部参合农民的人均补助标准从 10 元提高到 40 元，并对东部省份参合农民也给予一定补助；全国新农合基金规模从 40 亿元提高到 700 多亿元。

三是农民受益不断增加。截至 2008 年底，全国累计有 15 亿人次享受到新农合补偿，共补偿资金 1253 亿元，其中，住院补偿 1.1 亿人次，补偿资金 1014 亿元，有 11.9 亿人次享受到门诊医疗补偿，对

2 亿人进行了健康体检。参合农民次均住院补偿金额从试点初期的 690 元提高到 2008 年的 1066 元,实际住院补偿比从 24.7%提高到 38%,有效地减轻了农民的疾病经济负担。

四是新农合制度框架和运行机制不断完善。各地逐步建立并完善了由政府领导,卫生部门主管,相关部门配合,经办机构运作,医疗机构服务,农民群众参与的管理运行机制;建立了以家庭为单位自愿参加,以县(市、区)为单位统筹,个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制;建立了全国统一规范的基金管理制度以及农民等有关各方参与的基金运行、审核报付为核心的监管制度;建立了与新农合制度相衔接的医疗救助制度。

实践证明,新农合制度符合我国国情,符合农村经济发展水平,与农民经济承受能力和医疗服务需求基本适应。新农合是我国农村卫生改革发展的一项重大制度创新,是现阶段我国农民基本医疗保障的一个重要实现形式。

作为一项农村居民的基本医疗保障形式,新农合制度还在不断的发展之中,有待进一步完善。主要表现在:一是新农合筹资水平较低,农民保障水平总体不高,农民个人医疗费用负担仍较重。二是新农合的制度已经建立,但具体的补偿方案和制度措施还需要不断规范和完善。三是随着新农合全面覆盖和筹资标准的提高,确保基金安全运行的任务更加繁重,完善经办机构建设,加强经办管理能力建设的要求非常迫切。四是农村医疗卫生服务能力仍比较薄弱,不能满足农民基本医疗需求;有的医疗机构服务不规范,存在医疗费用过高问题。

22. 如何进一步完善新型农村合作医疗制度？

在今后一段时期，新农合工作的重点是巩固完善制度，加强监督管理，提高保障水平；

一是逐步提高筹资水平。到 2010 年，新农合财政补助标准达到每人每年 120 元，农民个人缴费水平适当提高。

二是调整和完善统筹补偿方案。根据公平享有、公平受益的原则，在确保基金安全的前提下，逐步提高住院补偿水平。探索和完善门诊统筹，适当增加门诊补偿，扩大受益面，使农民从筹资增长中受益。

三是切实加强基金监管。认真贯彻落实新农合基金财务会计制度，规定和完善新农合基金的管理和运行。完善新农合基金使用和补偿公示制度，强化社会监督。加大对贪污、挪用、骗取新农合基金等违法违规行为的查处力度，确保基金安全。

四是强化定点医疗机构监管。规范新农合药品目录、诊疗项目目录；通过探索有效的医疗费用支付方式、加强行政管理等综合措施有效约束定点医疗机构服务行为。

五是加强管理服务能力建设。本着精简、效能的原则，完善新农合管理经办体系。加快推进信息化建设，提高管理能力。积极推行参合农民在定点医疗机构就医即时补偿的做法，方便农民就医。

六是进一步完善农村卫生服务体系建设。提高农村医疗机构服务质量和效率，改革体制机制，合理控制医药费用。

23. 如何采取措施适当提高基本医疗保障水平，减轻参保（合）人员个人医药费用负担？

为逐步提高基本医疗保障水平，减轻参保参合人员个人医药费负担，要坚持基本医疗保险“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，从以下几个方面采取措施：

一是提高基本医疗保障的筹资标准。2010 年，各级财政对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年 120 元(目前为 80 元)，并适当提高个人缴费标准。

二是提高基本医疗保险支付比例。随着经济发展和筹资水平的提高，逐步提高城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗三项制度对政策范围内的住院费用报销比例。

三是提高基本医疗保险支付限额。到 2011 年，将城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险的最高支付限额分别提高到当地职工年平均工资、居民可支配收入的 6 倍左右，将新型农村合作医疗的最高支付限额提高到当地农民人均纯收入的 6 倍以上。

四是完善城乡医疗救助制度。资助城乡低保家庭成员、五保户参保参合，对经济困难家庭人员难以自负的基本医疗费用按规定给予补助，缓解困难群众医疗负担，筑牢保障底线。

同时，在重点保障住院和门诊大病医疗费用的基础上，进一步扩大基本医疗保障范围，逐步将门诊常见病、多发病医疗费用纳入到基本医疗保障范围中来。

24. 我国城乡医疗救助制度建立和发展情况如何？

2003、2005 年分别开展农村和城市医疗救助工作以来，从试点到全面建制，工作迅速推进，制度逐步完善，效果逐步显现。

（一）城乡医疗救助制度基本建立。2006 年，农村医疗救助制度在全国所有涉农的县（市、区）实现全部建制；2008 年，全国所有县（市、区）基本都建立了城市医疗救助制度。在建立城乡医疗救助制度过程中，各地普遍建立了“政府领导、民政牵头、部门协作、社会参与”的管理体制和医疗救助基金管理制度，确保了资金专款专用。

（二）多种方式帮助解决贫困群众的医疗负担。一是资助城乡低保家庭成员、五保户参加城镇居民基本医疗保险或新农合；二是通过医疗救助制度，对救助对象难以自负的基本医疗费用按规定给予补助；三是通过临时救助，对医疗救助制度后获救助范围之外因患有大病仍难以自负基本医疗费用的给予临时性帮助；四是广泛动员社会力量，通过社会捐助、据扶和医疗机构适当减免费用等多种渠道，帮助困难群众缓解医疗难问题。

（三）医疗救助制度不断发展完善。在救助范围上，逐步由低保对象、五保户扩大到其他符合条件的经济困难群体。在救助内容上，在坚持住院救助的同时，普遍开展了常见病的救助。在资金结算方面，积极探索，采取了“医前救助”、“医中救助”等方法，进一步缩短了办理时间，方便了困难群体。在救助标准方面，进一步降低救助“门槛”，提高救助比例，并对农村五保对象等特殊困难群众给予倾斜照

顾。在资金结算方面，通过建立医疗救助与新农合或城镇居民基本医疗保险衔接的信息管理系统，实现了医疗救助的信息化即时结算。

（四）医疗救助资金投入快速增加。2006—2008 年，中央财政分别安排城乡医疗救助资金 14.3 亿元、34 亿元、50.4 亿元；地方财政分别投入资金 27 亿元、38.5 亿元、42.5 亿元。由于资金投入的增加，城乡医疗救助人均筹资水平逐步提高，2006—2008 年分别达到 77 亿元、105 亿元、120 亿元。

（五）医疗救助效果日益显现。2008 年城乡医疗救助支出 72.2 亿元。全国城乡医疗救助总人次达到 5787 万，其中民政部直接施救 1127 万人次，资助参加新农合 3746 万人，资助参加城镇居民医保 914 万人。实践证明，城乡医疗救助制度的建立和实施，给数千万身处贫病交加困境的困难群众，送去了党和政府以及全社会对他们的关爱，逐渐成为保障困难群众基本医疗需求的长效机制。

25. 如何进一步完善城乡医疗救助制度？

第一，进一步完善医疗救助制度设计。一是开展多形式、多层次的救助。通过资助困难群众参保参合、帮助解决救助对象部分医疗费用、临时救助、慈善援助等多种方式切实缓解困难群众医疗负担。二是坚持以住院救助为主，同时兼顾门诊救助。住院救助主要用于帮助解决因病住院对象的医疗费用；门诊救助主要帮助解决常见或慢性病以及患有重病需要长期维持药物治疗的人员的医疗负担。三是根据医疗救助的补助资金总量，科学制定医疗救助补助方案，逐步降低或取

消起付线，提高救助比例。四是坚持便捷、利民的原则，进一步简化申请审批程序，使救助对象能够及时享受到医疗服务。

第二，提高医疗救助工作法制化水平。把医疗救助工作纳入正在起草的《中华人民共和国救助法》，并及时开展先期调研工作，力争早日制定出台《医疗救助条例》，推进城乡医疗救助工作法制化、规范化。

第三，增加投入，加强监督。根据我国经济社会发展和财力状况，逐步增加政府投入，并切实加强资金管理。有效使用救助资金，简化救助资金审批发放程序。做好与其他医疗保障制度之间的衔接。

第四，推进信息化管理。借鉴部分地方信息化管理经验，实现医疗救助与新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险的信息共享，积极推行救助对象就医费用实时结算；探索城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗及医疗救助的补偿补助资金的“一站式”服务，方便困难群众费用结算。

第五，树立典型，引导各地开展工作。抓好全国城市医疗救助工作示范点的培育工作，并通过示范引导各地工作的开展。大力推广重庆渝北农村医疗救助工作经验，指导各地继续完善农村医疗救助制度。

26. 商业健康保险在我国医疗保障体系中的作用？发展方向是什么？

在我国医疗保障体系中，商业健康保险和基本医疗保障、多种补充医疗保险共同构成了覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。其中，

商业健康保险的作用主要是满足人民群众不同层次的医疗保险需求。十六大以来，我国商业健康保险迅速发展，健康保险保费收入年均增长达到 25%，远超过国民经济和保险业的平均增长速度。目前，市场上已有包括四家专业健康险公司在内的近 100 家保险公司开展了健康保险业务，2008 年商业健康保险保费收入达到 585.5 亿元。市场销售的健康保险产品达到上千种，包括疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险和长期护理保险等。此外，保险业还以委托管理等方式开展了新农合、城镇职工和居民基本医疗保险等经办管理业务，2008 年，累计新增委托管理资金 51.9 亿元，补偿人次 739.2 万人次，补偿金额 29 亿元。保险业提供经办管理服务，建立了“征、管、监”互相分离、互相制约的运行机制，提高了服务水平和保障质量，节约了政府成本，拓展了保险业服务领域，取得了政府、群众、医疗机构和保险业多方共赢的局面。

本次医改明确提出要积极发展商业健康保险，鼓励企业和个人通过参加商业健康保险解决基本医疗保障之外的健康保障需求。未来将从三个方面推动商业健康保险的发展，一是要开发个性化的健康保险产品，提供优质的健康管理服务。满足广大群众多层次、多样化的医疗保障需求。二是开发补充医疗保险市场。根据基本医疗保障对象和保障范围的变化，及时开发与其互为补充的健康保健产品，与基本医疗保障形成良性互补，满足人民群众更高的健康保障需求。三是积极稳妥地参与基本医疗保障经办管理业务，提高经办管理服务质量，确保基金安全，服务国家医疗保障体系建设。

27. 什么是补充医疗保险？补充医疗保险有哪几种形式？

补充医疗保险是指为满足基本医疗保障参保人员基本医疗保障范围之外的医疗保障需求，而建立的补充性医疗保障制度。狭义上讲，补充医疗保险主要包括公务员医疗补助、大额医疗费用补助、企业补充医疗保险等；广义上讲，补充医疗保险还包括商业健康保险。

目前，我国已在全国范围内普遍建立了职工大额医疗费用补助，绝大多数统筹地区实行了公务员医疗补助制度，很多有条件的企业建立了企业补充医疗保险，有的地方还将范围扩大到事业单位。这几类补充保险与基本医疗保险一起，共同成为我国基本医疗保障制度的有机组成部分，对保障人民群众健康，满足医疗消费需求发挥了重要的作用。

28. 如何做好不同医疗保障制度间的衔接？

不同医疗保障制度之间的衔接包括不同基本医疗保险制度之间的衔接、基本医疗保险和医疗救助制度之间的衔接以及基本医疗保险和补充医疗保险之间的衔接。要做好这几个衔接，应当处理好以下四个方面的问题：

一是要做好各项基本医疗保险制度在政策方面的衔接。进一步统筹制定和完善各项基本医疗保险政策，加快扩大覆盖面，争取早日实现人人享有基本医疗保障的目录；逐步提高基本医疗保险的统筹层次和保障水平，缩小制度差异。

二是做好各项基本医疗保险在管理方面的衔接。在依托现有各项医疗保险信息管理系统的基础上，统一信息标准，使各种基本医疗保险数据信息实现共享；统筹安排各项医疗保险制度的定点管理、服务标准、结算方式。逐步整合经办管理资源，提高管理服务效率，为参保人做好服务工作。

三是做好参保人员身份变化和流动时的基本医疗保险关系衔接。要着力研究保险关系转移接续办法，实现基本医疗保险关系的顺畅转移。做好参保人从居民转变为就业人群时，居民医疗保险与职工医疗保险的衔接；做好参保人从农村转移到城市时，新农合与城镇职工（居民）医疗保险的衔接；做好参保人跨地区转移时，基本医疗保险关系的转移接续。

四是完善多层次医疗保障体系。完善城乡医疗救助制度，多形式、多层次提供救助，资助困难群众和参保参合，对救助对象难以自负的基本医疗费用按规定给予补助，缓解困难群众医疗负担，筑牢保障底线。完善公务员医疗补助，大额医疗费用补助和企业补充医疗保险。鼓励商业保险公司开发适应群众需要、与医疗保险制度相衔接的健康保险产品，满足群众多层次的医疗保障需求。

29. 如何解决异地安置离退休人员的异地报销问题？

目前，老百姓在异地就医上反映比较集中的是“跑腿”和“垫资”问题。对此，各级医疗保险管理部门将从完善管理服务入手，通过创新机制，简化程序，逐步解决参保人员异地就医的费用报销问题。

一是提高统筹层次。实现地级统筹，减少同一地级城市不同区县之间的政策差异，消除区域性流动就医的政策和管理障碍。同时，要积极探索建立风险调剂金，用于解决由于异地就医所带来的基金支付风险问题。

二是探索建立参保地和就医地间的协作机制，逐步将参保人员异地就医的医疗费用审核、支付以及对医疗服务的监管等经办事务委托就医地协助管理，提高管理效率，方便群众异地就医报销。

三是完善政策，做好相关政策的衔接。研究医保关系转移办法，做好基本医疗保险制度间的政策衔接，逐步实现参保人员跨制度、跨地区医保关系的顺畅转移等。

四是加强基本医疗保险信息管理系统建设。在现有信息管理系统的基础上，研究制定医疗保险统一的管理信息标准，建立全国统一、覆盖城乡全体居民的基本医疗保障数据库，研究建立统筹地区间的异地就医结算系统，逐步实现异地就医信息流和资金流的顺畅流动。

30. 如何解决农民工异地医保关系接续、异地就医和费用结算问题？

农民具有“两栖”特点，在城乡之间流动时，既面临跨制度、跨地区医保关系转移问题，也可能面临异地就医结算问题。农民工的医保关系接续问题主要有两种情况：一是农民工从农村转移到城市时，新农合与城镇职工医保、居民医保三项基本医疗保险之间的衔接；二是农民工跨地区转移时，同一制度在不同地区之间基本医疗保险关

系的转移接续。因此，为了解决农民工异地医保关系接续问题，要认真研究和解决新型农村合作医疗与城镇职工（居民）基本医疗保险之间的衔接问题，以及各地区之间基本医疗保险之间的衔接问题，制定专门的配套文件加以解决。

对于包括农民工在内的人民群众的异地就医报销和费用结算问题，将采取以下三个方面的措施解决：一是提高统筹层次。2011 年职工医保、居民医保基本实现地级统筹。二是探索建立区域协作经办工作机制，实现异地就医管理服务由参保地向就医地转移。三是完善医疗保险信息管理系统，建立全国统一、覆盖城乡的基本医疗保障数据系统和异地就医结算系统，实现异地就医信息流和资金流的全国联通。

三、促进基本公共卫生服务逐步均等化

31. 公共卫生服务取得的成效和存在的问题？

改革开放以来，我国不断加强公共卫生服务体系建设，基本建成了覆盖全国城乡的疾病预防控制体系和应急医疗救治体系。在党和政府的正确领导下，确保历次大的自然灾害之后无大疫。严重威胁群众健康的重大传染病、地方病得到有效控制，消除了丝虫病，实现了无脊髓灰质炎，有效应对人感染高致病性禽流感、人感染猪链球菌等疫情。据估算，自 1978 年实施国家免疫规划以来，全国减少了麻疹、百日咳、白喉、脊髓灰质炎、结核、破伤风等 6 类疾病的发病人数共 3 亿人次，减少相关死亡 400 万人。自 1992 年以来，全国预防了 8000

万人感染乙肝病毒，乙肝病毒表面抗原携带者减少了 2000 万人，普及乙肝疫苗接种有效地控制了乙肝的流行。2007 年国家免疫规划疫苗增加到 14 种，预防 15 种传染病。艾滋病、结核病、血吸虫病等重大传染病和地方病防治重大进展，初步遏制艾滋病的蔓延势头，结核病控制策略覆盖达到 100%，血吸虫病疫情降至历史最低水平。慢性非传染性疾病防治工作逐步规范，精神卫生工作列入重要议事日程。创建国家卫生城市（区）和国家卫生镇（县）活动稳步推进，农村改水改厕工作和农村环境卫生综合整治继续推进，城乡环境卫生进一步改善。控烟履约工作扎实推进。降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风项目扩展至 1200 个，中西部农村孕产妇住院分娩补助政策全面实施，2009 年农村孕产妇住院分娩补助的范围将扩大到全国，全国孕产妇死亡率从 2007 年的 36.6/10 万降低到 2008 年的 34.2/10 万，婴儿死亡率从 2007 年的 15.3‰降低到 2008 年的 14.9‰。卫生监督体系向基层延伸，食品、饮用水、公共场所、职业、放射、学校、传染病防治、医疗服务与血液安全等卫生监督工作取得了新进展。但是，我国公共卫生服务仍然存在一些问题：

一是部分地区人员能力达不到工作要求。公共卫生服务机构缺乏稳定和吸引人才的条件，卫生人员业务素质不高、结构不合理，群众对基层卫生服务的信任度还不高。

二是地区和人群公共卫生服务水平和可及性存在较大差异。东部地区与中西部地区之间、城乡之间公共卫生服务水平存在较大差距，流动人口公共卫生服务和管理模式仍在探索中。

三是部分公共卫生服务机构基础设施薄弱，经费投入不足，影响服务的有效开展。

32. 如何理解基本公共卫生服务均等化？

基本公共卫生服务均等化是指全体城乡居民，无论其性别、年龄、种族、居住地、职业、收入，都能平等的获得基本公共卫生服务。基本公共卫生服务均等化可从两个角度理解：从保障公民健康权益的角度看，意味着人人享有服务的权利是相同的；从服务的内容看，是根据居民的健康需要和政府的财政承受能力确定的，既有面向人群的公共卫生服务，如统一建立居民健康档案，进行健康教育等；也有面向个体的公共卫生服务，比如，疫苗接种、妇幼保健、老年保健等是针对特定年龄和性别的人群，艾滋病的“四免一关怀”、结核病、血吸虫病的防治等是针对患该种疾病的患者群，预防氟中毒等地方病的项目则是针对疾病流行地区的人群，这些都是基本公共卫生服务，但是，具体到某个人，如果不属于这些人群，则不需得到这些服务。在这个意义上，均等化并不意味着每个人都必须得到完全相同、没有任何差异的基本公共卫生服务。

33. 基本公共卫生服务均等化的目标是什么？

实现基本公共卫生服务均等化，目标是保障城乡居民获得最基本、最有效的基本公共卫生服务，缩小城乡居民基本公共卫生服务的

差异，使大家都能享受到基本公共卫生服务，最终使老百姓不得病、少得病、晚得病、不得大病。

基本公共卫生均等化的目标可分为近期目标和中长期目标。近期目标是：从 2009 年起国家制定基本公共卫生服务项目和增加部分重大公共卫生服务项目，逐步向城乡居民提供，到 2011 年，促进基本公共卫生服务均等化的机制基本建立，公共卫生服务的城乡、地区和人群之间的差距逐步缩小。中长期目标是到 2020 年，促进基本公共卫生服务均等化的机制趋于完善，基本公共卫生服务内容进一步增加，重大疾病和主要健康危险因素得到有效控制。

34. 基本公共卫生服务项目包括哪些内容？

国家基本公共卫生项目是指国家根据居民的主要健康问题及其危险因素，按照干预措施的投入产出比、经济社会发展状况和国家财力等来筛选确定、主要通过城乡基层医疗卫生机构向全体居民提供的公共卫生服务项目。

现阶段的国家基本公共卫生服务，包括疾病控制、预防接种、疫病监测与报告、妇女及生殖保健、儿童保健、老年保健、健康教育、健康信息的收集报告、健康危险因素的检测干预等内容，2009 年起，将逐步在全国统一建立居民健康档案，并实施规范管理。定期为 65 岁以上老年人做健康检查、为 3 岁以下婴幼儿做生长发育检查、为孕产妇做产前检查和产后访视，为高血压、糖尿病、精神疾病、艾滋病、结核病等人群疾病防治提供指导服务。加强健康知识宣传教育，开设

中央电视台健康频道，中央和地方媒体均应加强健康知识宣传教育。有关部门将制定相应的操作性文件明确具体内容和要求。随着经济社会发展，将适时调整国家基本公共卫生服务项目，以满足人民群众不断增长的公共卫生服务需要，提高全民健康水平。

35. 国家重大公共卫生服务项目与群众直接相关吗？

国家针对严重威胁妇女、儿童、老年人等脆弱人群和某些地区居民的传染病、地方病等重大疾病和主要健康危险因素，设立和实施重大公共卫生服务项目。现阶段，重大公共卫生服务项目主要包括：国家免疫规划、重大疾病防控、农村妇女住院分娩等，2009 年还将增加开展：为 15 岁以下人群补种乙肝疫苗；消除燃煤型氟中毒危害；农村妇女孕前和孕早期补服叶酸等，预防出生缺陷；贫困白内障患者复明；农村改水改厕等项目。

重大公共卫生服务项目与群众健康直接相关，可以免除或缓解特定人群的疾病威胁。例如，由于普遍实行儿童免疫规划，我国实现了世界卫生组织提出的“无脊髓灰质炎”的目标，“儿童白喉”已连续 20 年无报告病例；我国加大重大传染病的防治力度，对艾滋病人实行了“四免一关怀”政策，对结核病人实施以免费治疗为核心的现代结核病控制策略（DOTS）等，重大传染病得到初步遏制；长期以来地方病防治工作稳步推进，已经基本消除碘缺乏病，大骨节病、克山病和氟中毒等病区不断缩小。

36. 如何保障基本公共卫生服务均等化的实现？

在投入方面，一是加大专业公共卫生投入。将疾病预防控制机构等专业公共卫生机构的人员经费、发展建设、公用经费和业务经费由政府预算全额安排，服务性收入收缴财政专户或纳入预算管理。二是建立和完善城乡基本公共卫生经费保障机制，2009 年人均基本公共卫生服务经费标准不低于 15 元，2011 年不低于 20 元，为城乡居民免费提供健康教育，为老年人、婴幼儿、孕产妇健康检查，开展慢性病、传染病防治指导等基本公共卫生服务。三是支持实施重大疾病防控、国家免疫规划、农村妇女住院分娩等重大公共卫生服务项目，2009 年增加为 15 岁以下人群补种乙肝疫苗等项目。加大中央、省有财政对困难地区的专项转移支付力度。中央政府主要对国家免疫规划、跨地区的重大传染疾病预防控制等给予补助。

在建设方面，一是加强公共卫生服务能力。重点改善精神卫生、妇幼卫生、卫生监督、计划生育等专业公共卫生和城乡基层医疗卫生机构的设施条件，提高应对重大疾病及突发公共卫生事件的能力。二是积极推广和应用中医药预防保健方法和技术，充分发挥中医药治未病的作用。

在管理方面，一是加强规划。根据区域卫生规划，合理配置公共卫生服务资源。二是加强绩效考核。制定岗位服务规范，细化考核内容，规范考核程序和实施细则，并将人员收入与服务绩效挂钩，提高服务质量和效率。三是转变服务模式。承担公共卫生服务任务的机构要深入基层和居民家庭，开展面向人群的主动服务。四是落实传染病

医院、鼠防机构、血防机构和其他疾病预防控制机构从事有毒有害有传染性岗位工作人员的待遇政策。

37. 公共卫生服务体系的构成与功能是什么？

公共卫生服务体系由专业公共卫生服务网络和医疗服务体系的公共卫生服务功能部分组成。专业公共卫生服务网络包括疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、应急救治、采供血、卫生监督和计划生育等。以基层医疗卫生服务网络为基础的医疗服务体系，为群众提供日常性公共卫生服务。公共卫生服务体系在落实我国预防为主的健康工作方针，尽可能使老百姓少得病方面发挥着重要作用。

四、健全基层医疗卫生服务体系

38. 医疗服务体系的现状和存在的问题？

改革开放 30 年来，我国医疗卫生发展较快，2007 年底，我国医疗卫生机构总数为 298408 所，其中医院 19852 家，乡镇卫生院 39876 所，社区卫生服务中心（站）27069 个；我国卫生人员总数为 5907052 人；床位总数为 370.11 万张。此外，有村卫生室 61.4 万个，乡村医生 88.2 万人。我国城乡医疗服务网络基本形成，在城市初步形成了社区卫生服务机构与城市医院（包括省、市级综合医院和专科医院等）相衔接的医疗服务体系，在农村形成了县、乡、村三级医疗预防保健网。其中，公立医院是我国医疗卫生服务体系的骨干力量，在我国城乡医疗服务体系中具有重要的基础性地位，在增进人民群众健康、保

障社会稳定安全等方面发挥了重要作用。同时，民营医疗机构也已成为我国医疗服务体系中的组成部分，发挥着积极作用。中外合资、合作医疗机构也得到一定发展。

目前，我国医疗服务体系存在六个不协调：一是卫生事业发展与经济发展不协调，卫生事业长期滞后于经济和其他社会事业发展。二是医疗服务与医疗保障不协调，医疗保障发展滞后，城乡居民医药费用负担较重。三是城乡、区域医疗卫生发展不协调，农村与城市、中西部地区与东部地区以及不同人群之间的医疗服务质量、水平和可及性差距加大。四是医院管理体制、运行机制与医疗服务需求不协调，绩效考核制度有待完善。五是中西医发展不协调，中医药发展滞后，服务领域逐渐萎缩，特色、优势逐步淡化。六是公平与效率不协调，注重了调动医务人员积极性，忽视了维护公共医疗卫生的公益性；注重了提高服务效率，忽视了维护医疗卫生公平。

39. 在实现人人享有基本医疗卫生服务的过程中，基层医疗卫生服务体系的作用是什么？

基层医疗卫生服务体系是提供公共卫生与基本医疗服务的重要载体。基层医疗卫生机构贴近居民群众，熟悉区、村镇情况，具备一定的卫生服务能力，预防为主、防治结合，服务成本比较低，在为城乡居民提供安全、方便、质优、价廉的基本医疗卫生服务方面具有不可替代的作用。当前，基层医疗卫生机构主要开展健康教育、传染病防治、慢性病管理、妇幼保健等公共卫生服务，使居民增加医疗卫生知

识，提高自我保健水平，改变不良生活习惯，尽可能少生病。同时，采取适宜医疗技术和基本药物为农村和社区居民提供基本医疗服务，广泛开展常见病、多发病和诊断明确的慢性病的诊疗服务，方便群众就近医疗。要通过完善农村三级医疗卫生服务网，搭建以城市社区卫生服务机构为基础、社区卫生服务机构与医院、预防保健机构分工合理、协作密切的新型城市服务体系，逐步建立起分级医疗、社区首诊和双向转诊制度，为广大城乡群众提供安全、方便、质优、价廉的服务。

40. 基层医疗卫生服务体系建设的具体措施是什么？

到 2011 年的目标：

一是加强基层医疗卫生机构基础设施建设，通过中央重点支持 2000 所左右县级医院（含中医院）建设，使每个县至少有 1 所县级医院基本达到标准化水平，发挥县级医院在县域医疗卫生服务网络中的龙头作用；在全面完成中央规划建设 2.9 万所乡镇卫生院建设任务的基础上，再支持 5000 所中心乡镇卫生院加强建设；支持边远地区村卫生室建设，实现每个行政村都有卫生室；新建、改造 3700 所城市社区卫生服务中心和 1.1 万个社区卫生服务站。完善基层医疗卫生服务网络，力争农村居民小病不出乡、城市居民不出社区可以得到安全、有效、便捷、经济的公共卫生服务和基本医疗服务。

二是加强基层医疗卫生服务队伍建设，通过为基层医疗机构培养全科医生和社区护士，招聘执业医师和注册护士，培训医务人员和完

善城市医院对口支援农村制度、落实城市医生到农村服务的政策等措施，使基层医疗卫生机构的服务逐步得到规范，服务水平和质量逐步得到提高。

三是完善投入和补偿机制，转变基层医疗卫生机构运行机制。政府负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心（站）按国家规定核定的基本建设、设备购置、人员经费，药品收入不再作为基层医疗卫生机构经费的补偿渠道，实行药品零差率销售，减轻城乡居民基本医疗卫生服务费用负担。对包括社会力量举办的所有乡镇卫生院和城市社区卫生服务机构，政府采取购买服务等方式给予补助，对乡村医生承担的公共卫生服务等任务给予合理补助。

四是建立分级诊疗和双向转诊的分工协作机制，转变服务方式，使基层医疗卫生服务利用量明显增加，实现小病在基层、大病到医院，缓解大医院“挂号难、看病难”的状况。

41. 农村医疗卫生服务体系各组成部分的作用是什么？

我国的农村医疗卫生服务体系，以县级医院为龙头、乡镇卫生院和村卫生室为基础构成。县级医院作为县域内的医疗卫生中心，主要负责基本医疗服务及危重急症病人的抢救，并承担对乡镇卫生院、村卫生室的业务技术指导和卫生人员的进修培训；乡镇卫生院负责提供公共卫生服务的常见病、多发病的诊疗等综合服务，并承担对村卫生室的业务管理和技术指导；村卫生室承担行政村的公共卫生服务及一般疾病的诊治等工作。

42. 为什么要重点支持县级医院和中心乡镇卫生院建设？

县级医院是农村三有医疗卫生服务网络的龙头和城乡医疗连接的枢纽，承担着农村地区患者大病诊疗，指导乡镇卫生院和村卫生室开展医疗卫生服务，培训乡村卫生人员等任务，对乡镇卫生院、村卫生室的业务开展有着重要的带动和指导作用。当前，县级医院医疗服务能力存在的主要问题是重症医学、急诊、手术室、临床检验等部门的设施设备和技术力量比较薄弱。加强县医院能力建设，一方面，农村地区常见病、多发病在县级医院就可以得到很好的诊疗，部分重症患者能够得到及时诊治，农村地区群众就近得到较高水平的基本医疗服务，农村地区绝大多数疾病的诊疗在县级医院就可以得到解决，对于解决农村地区群众看病就医问题、保证“人人享有基本医疗服务”、实现“大病不出县”的目标有着重要意义；另一方面，相比城市医院而言，县医院收费相对低廉，可以有效降低医疗费用，有助于缓解农村地区群众的就医经济负担。

乡镇卫生院是预防为主、防治结合的卫生机构，是农村三级卫生服务网的枢纽，是新型农村合作医疗制度的重要服务载体。乡镇卫生院按照功能分为一般卫生院和中心卫生院。其中，中心卫生院是一定区域范围内的预防、保健、医疗技术的指导中心，除具有一般卫生院的功能外，还承担协助县级卫生机构开展对区域内一般卫生院的技术指导工作。截止 2007 年底，我国有乡镇卫生院 39876 所，其中中心卫生院 10396 所。为让农民群众就近方便地获得较高质量的医疗卫生服务，有必要进一步加强中心乡镇卫生院的建设和，改善诊疗条件，提

高服务水平，有效地发挥中心卫生院在农村三级网中的骨干作用，带动和促进乡村卫生机构的发展。

43. 城市社区卫生服务的地位和作用是什么？

第一，城市社区卫生服务应逐步成为城市居民健康的“守门人”，为群众提供疾病预防控制等公共卫生服务，一般常见病、多发病的诊疗服务，以及慢性病管理、健康教育与咨询和康复服务等。第二，社区卫生服务是新型城市医疗卫生服务体系的基础，通过逐步建立社区首诊、分级医疗和双向转诊制度，实现城市医院与社区卫生服务机构的分工协作，将有利于完善我国医疗服务体系，引导医疗卫生资源合理配置，方便群众看病就医，降低群众医药费用。

44. 个体门诊能获得成为社区卫生服务机构的资质吗？

2006 年，《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》明确提出，坚持政府主导，鼓励社会参与，多渠道发展社区卫生服务。建立健全以社区卫生服务中心和社区卫生服务站为主体，以诊所、医务所（室）护理院等其他基层医疗机构为补充的社区卫生服务网络。个体诊所可提供基本的医疗卫生服务，并按照国家 and 当地卫生行政部门规定，承担公共卫生等服务，在社区医疗卫生服务中发挥作用，是我国社区卫生服务网络的有益补充。

国家鼓励符合条件的医生开设个体诊所，在其执业医师执业范围内，为群众提供医疗卫生服务。个体门诊只要符合区域卫生规划，符

合医疗卫生机构基本标准，遵守国家有关医疗服务管理的法律、法规和标准，有健全和完善的医疗服务卫生管理制度，严格执行国家、省（自治区、直辖市）物价部门规定的医疗服务和药品的价格政策等，就能获得成为社区卫生服务机构资质。

45. 乡村医生承担的公共卫生任务能够得到政府补偿吗？

乡村医生是为农村群众提供基本医疗卫生服务的重要力量。截至2007年底，全国61.4万个村卫生室中有乡村医生88.2万，执业（助理）医师有11万人。乡村医生中大专及以上学历的有3.6万人，中专学历（水平）的60.0万人，在职培训合格的20.4万人。

乡村医生产生于上个世纪五、六十年代，基本上都是半农半医，来自于农民，服务于农民，和农民有着深厚的感情，曾被群众亲切的称为“赤脚医生”，与农村三级卫生网、合格医疗制度一起被称为中国农村卫生工作的“三大支柱”。多年来，广大乡村医生工作在农村卫生第一线，为广大农民提供常见病、多发病的诊治服务，还承担着疫情报告、健康教育、预防保健等农村公共卫生工作。据第四次全国卫生服务调查，农村地区58%的患者在村级卫生机构就诊，充分说明乡村医生在为农民提供基本医疗服务中发挥了重要的作用。

近年来，全国23个省（自治区、直辖市）政府下发文件，要求给予乡村医生公共卫生补贴，有效调动了乡村医生的积极性。《实施方案》明确“政府对乡村医生承担的公共卫生服务等任务给予合理补

助，补助标准由地方政府规定”。同时鼓励各地积极探索对于乡村医生承担公共卫生任务的有效补偿形式。

46. 确保基层医疗卫生机构提供低收费、适宜服务的主要措施是什么？

为了确保基层医疗卫生机构提供低收费、适宜服务，将采取以下措施：一是政府举办的基层医疗卫生机构，要严格界定服务功能，明确规定使用适宜技术、适宜人才、适宜设备和基本药物。二是改革补偿机制。政府负责其举办的乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）等基层医疗卫生机构按国家规定核定的基本建设、设备购置、人员经费及所承担公共卫生服务的业务经费，按定额定项和购买服务等方式补助。医务人员的工资水平，要与当地事业单位工作人员平均工资水平相衔接。基层医疗卫生机构提供的医疗卫生服务价格，按扣除政府补助后的成本制定。同时探索实行收支两条线等管理方式。三是改革药品加成政策。政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物，逐步实行零差率销售，药品收入不再作为基层医疗卫生机构经费的补偿渠道。采取上述措施后，基层医疗卫生机构服务费用将进一步降低。

五、建立健全药品供应保障体系

47. 药品政策改革的目标和主要内容是什么？

国家药品政策改革的目标是建立以国家基本药物制度为基础的药品供应保障体系，保障人民群众基本用药和安全用药，涵盖三个基本内容：第一，建立国家基本药物制度，保障药品生产供应，提高药物的可获得性；第二，完善药品质量监管体系，促进药品临床合理使用，保证用药安全；第三，完善“新药创制制度”和科技创新体系，促进医药产业可持续发展，提高医药供给能力和国际竞争力。

48. 什么是基本药物制度？包括哪些主要内容？

“基本药物”的概念，是世界卫生组织于上世纪 70 年代提出的，指的是能够满足基本医疗卫生需求，剂型适宜、保证供应、基层能够配备，国民能够公平获得的药品，主要特征是安全、必需、有效、价廉。我国要建立国家基本药物制度，是党中央、国务院为维护人民群众健康、保障公众基本用药权益，而确立的一项重要的国家医药卫生政策，是国家药品政策的核心和药品供应保障体系的基础。主要内容包括合理确定基本药物品种，完善基本药物的生产、供应、使用、定价、报销等政策，保障群众基本用药。

49. 为什么要建立国家基本药物制度？

建立国家基本药物制度有利于整顿药品生产流通秩序、规范医疗行为、促进合理用药、减轻群众负担，实现人人享有基本医疗卫生服

务。同时，有利于维护人民群众的基本医疗卫生权益，促进公平、公正。我国幅员辽阔，城乡、地区发展差异大，在全国范围内建立基本药物制度，有利于提高群众获得基本药物的可及性，从而保证群众基本用药的需求，保障居民基本医疗卫生权益。建立国家基本药物制度对于推动卫生事业发展，也具有十分重要的意义。

50. 国家基本药物的遴选有哪些原则、标准和程序？

基本药物遴选应坚持防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重的原则，结合我国用药特点，参照国际经验。首先要与我国公共卫生、基本医疗卫生服务和基本医疗保障水平相适应；要符合我国疾病谱的特点，能够满足基层医疗卫生机构常见病、多发病和传染病预防、治疗的需求；应是临床首先选择使用的，基层医疗卫生机构能够配备、并能够保证可及供应；要经国家药品监督管理部门批准正式上市、不含有国家濒危野生动植物药材等要求。基本药物遴选程序包括：根据药品安全性等信息，按照专家咨询评价、多方征求意见、多方论证并经专家委员会审核、审定的程序，科学公正遴选国家基本药物。

51. 基本药物的价格是怎样制定的？

制定基本药物价格要保持生产企业合理盈利，鼓励企业生产供应，同时要严格控制流通环节费用，减少不合理加价行为。主要措施：一是基本药物由国家按通用名称制定统一的零售指导价，经营者在不

突破政府有关规定的前提下，自主制定实际购销价格。二是省级人民政府根据招标情况在国家指导价格规定的幅度内确定本地区基本药物统一采购价格，其中包含配送费用。三是政府举办的基层医疗卫生机构对基本药物按进价实行零差率销售；其他非营利性医疗机构要逐步取消药品加成。

52. 如何从生产、流通和储备等环节保证国家基本药物的质量和足量供应？

第一，政府举办的基层医疗卫生机构使用的基本药物，由省级人民政府指定的机构公开招标采购，并由招标选择的配送企业统一配送。参与投标的生产企业和配送企业应具备相应的资格条件。招标采购药品和选择配送企业，要坚持全国统一市场，不同地区、不同所有制企业平等参与、公平竞争。药品购销双方要根据招标采购结果签订合同并严格履约。

第二，用量较少的基本药物，可以采用招标方式定点生产。建立基本药物短缺报告处理机制，采取相应的生产保障措施，消除基本药物的供应短缺现象。完善基本药物国家储备制度。

第三，按照有关法律规范生产企业、配送企业行为，规范药品购销行为，确保基本药物的生产流通。加强药品质量监管，对药品定期进行质量抽检，并向社会公布抽检结果。

53. 国家对不同层级医疗机构基本药物的使用有何规定？

国家建立基本药物优先选择和合理使用制度，确保政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物，其他类型医疗卫生机构应首先选择配备基本药物，并将基本药物作为临床治疗的一线药物首先选择使用。卫生部门将制定不同规模、不同层级医疗卫生机构的基本药物使用比例，并定期检查医疗卫生机构基本药物的配备情况。同时，所有零售药店和医疗机构均应配备和销售国家基本药物，患者凭处方可以到零售药店购买药物。

54. 有哪些措施鼓励医疗机构合理使用基本药物？

一是建立健全医疗卫生机构基本药物配备和使用制度，确定不同规模、不同层级医疗卫生机构的基本药物使用比例。二是制订基本药物临床应用指南和基本药物处方集，规范临床医师用药行为。三是完善医疗卫生机构用药管理、处方审核制度。发挥医疗机构和药学技术人员在规范临床用药中的作用。四是加强医疗机构特别是基层医疗机构医药卫生人员的继续教育与培训，提高合理用药水平。五是建立基本药物使用和合理用药监测考核评估制度，定期检查医疗卫生机构基本药物使用管理情况。针对发现问题，及时采取干预措施，规范基本药物的使用。

55. 在基本药物的生产供应环节中，如何处理政府与市场的关系？

保障基本药物公平可及是政府履行社会管理和公共服务的一项重要职责。但是，基本药物的生产和配送，在政府宏观管理下，应充分发挥市场机制作用。医改方案明确，对基本药实物行公开招标采购，统一配送，减少流通环节，引导基本药物生产供应的公平有序竞争。招标采购，是市场经济的典型做法；统一配送，更是现代的物流方式。在遵循上述原则要求的前提下，各地可根据实际，确定招标采购的具体形式。同时，国家将建立药物短缺监测报告处理机制，对生产供应不足的基本药物，采取措施确保其生产供应；对因利润低而生产供应不足的基本药物，运用价格杠杆机制促进其生产；对用量较少的基本药物，可以采用招标方式定点生产。完善基本药物储备制度，将用量小、生产销售成本高的急救用基本药物，以及治疗特殊病、罕见病的基本药物优先纳入药品储备中。

同时，进一步规范药品购销行为，增加透明度，增强公众知情权，充分发挥行业监督、群众监督和社会监督的作用，以确保基本药物的生产供应。

56. 基本药物和非基本药物，医保怎么报销？

凡是纳入医保报销基本目录范围的药物，因病情需要使用且符合医保相关报销规定的，均能得到一定比例的报销。基本药物如此，非基本药物也是如此。

基本药物与非基本药物在医保报销方面的不同有：一是基本药物全部纳入基本医疗保障药品报销目录的范围，而非基本药物仅有部分纳入；二是国家鼓励使用基本药物，基本药物的报销比例明显高于非基本药物。

六、推进公立医院改革试点

57. 公立医院改革试点的目标是什么？如何开展试点工作？

确保公立医院的公益性质和社会效益，提高医疗服务质量和效率，控制医疗服务成本，是本次公立医院改革的出发点，改革试点的目标是，三年内在建立比较规范的公立医院管理体制、运行机制和监管机制，比较完善的公立医院补偿机制以及比较合理的公立医院规模布局 and 多元化办医格局等方面进行探索，形成公立医院改革的总体思路 and 主要政策措施，为全面推动公立医院改革奠定基础。

试点工作的具体步骤是：从 2009 年开始，制定试点方案，选择若干城市和公立医院开展试点，及时进行总结评估，形成公立医院改革的总体思路 and 主要政策，2011 年逐步推开。

58. 如何评估公立医院试点效果？

评估公立医院试点效果，要以公立医院履行公共服务职能、维护公益性质、保证服务质量、安全和效率为核心。评估的主要内容包括：一是公立医院是否履行政府确定的目标任务，为群众提供安全、有效、方便、价廉的基本医疗服务；二是公立医院是否全面贯彻执行政府有

关法律法规、方针政策、规章制度和服务标准，规范医疗服务行为、提高医疗服务质量和效率、保障患者就医安全；三是公立医院是否认真执行政府制定的经济运行、财务管理、价格管理、基本药物使用等有关政策，减轻群众负担。四是公立医院收入的使用和分配是否符合国家有关规定和政策。有关方面将研究建立评估指标体系和方法，开展内外部评估，同时将发挥社会监督和群众监督的作用。

59. 公立医院改革试点的主要内容是什么？

《实施方案》明确公立医院体制改革试点重点在三个方面：一是改革管理体制、运行机制和监管机制，探索政事分开、管办分开的有效形式，包括完善医院法人治理结构，推进人事、分配制度改革，强化医疗服务质量管理等；二是推进补偿机制改革，落实公立医院政府补助政策，推进医药分开，逐步取消药品加成，积极探索医药分开的多种有效形式；三是加快形成多元化办医格局，积极稳妥推进部分公立医院转制，鼓励民营资本举办非营利性医院。通过改革，使公立医院切实履行公共服务职能，规范医疗服务行为，提高医疗服务效率和质量，为人民群众提供安全、有效、方便、价廉、满意的医疗服务。

60. 如何建立高效规范的公立医院运行机制，维护公益性质？

一是建立和完善医院法人治理结构，明确所有者和管理者的责权，形成决策、执行、监督相互制衡，有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的机制。二是推进医药分开，逐步取消药品加成。医院

由此减少的收入或形成的亏损通过增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准和增加政府投入等途径解决。积极探索医药分开的多种有效途径。三是严格医院预算和收支管理，加强成本核算与控制，加强财务监管和运行监督。严格控制公立医院建设规模、标准和贷款行为。四是改革人事、分配制度，明确院长选拔任用和岗位规范，完善医务人员职称评定制度，实行岗位绩效工资制度。五是坚持以病人为中心，优化服务流程，规范用药、检查和医疗行为。

61. 如何理解“医药分开”？

我国长期以来实行公立医院通过在药品批发价基础上加成15%—20%来补偿和补充自身运行和发展的政策。医院和医生可以通过开药获取利益，而且药价越高，实际加成额度越高，获利越多。这是当前社会环境下造成群众看病贵的重要原因之一，必须彻底改革。推行“医药分开”，就是要改革医药补医机制，从体制机制上切断医院与药品销售之间的利益联系，解决医生多开药、开贵药的问题、促进药品合理使用，切实降低群众用药负担。此次医改方案明确了“医药分开”的改革方向，确定2009年起政府举办的基层医疗卫生机构实行基本药物零差率销售，对于公立医院，逐步改革或取消药品加成政策，明确逐步将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道，积极探索医药分开的多种有效途径。目前一些地方的探索主要有医药收支分开核算、药房托管、剥离医院门诊药房等。

62. 解决“以药补医”问题后，如何完善公立医院的补偿机制？

改革“以药补医”机制之后，公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道，对于原来由药品加成收入弥补的医疗亏损，将通过建立完善公立医院补偿机制，保证公立医院的正常运行。一是对公立医院提供药事服务的成本，通过增设药事服务费弥补。二是调整医疗服务收费标准，体现医疗服务成本和技术劳务价值。三是落实公立医院政府补助政策。逐步加大政府对公立医院基本建设和设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和补贴政策性亏损等方面的投入，对承担的公共卫生服务等任务给予专项补助。

63. 如何建立和完善公立医院法人治理结构？

从有利于强化公立医院公益性和强化政府监管出发，进一步转变政府职能，落实公立医院独立法人地位，政府部门负责公立医院行业宏观管理职能，公立医院承担其自身具体经办管理职能，并承担相应的责任。卫生行政部门不干预医院的具体管理事务。探索建立和完善法人治理结构的多种实现形式，明确所有者和经营者的责权，如建立公立医院管理理事会，由医院投资、医保、监管和群众等方面的代表及医院管理人员组成，形成决策、执行、监督相互制衡，有责任、有激励、有约束，有竞争、有活力的机制。

64. 如何建立体现医疗卫生行业特点的公立医院人事制度？

一是建立合同用人机制。把聘用合同作为公立医院人事管理的基本形式，建立起以合同管理为基础的用人机制。二是建立公平竞争机制，以岗位管理代替身份管理，在公立医院实行岗位设置管理制度和公开招聘制度、竞争上岗制度，实现按需设岗、竞聘上岗、按岗聘用、合同管理。三是建立健全绩效评价机制。建立以聘用合同和岗位职责为依据的考核制度，把工作能力、业务水平及服务满意度作为考核的重要依据，重点考核工作实绩。四是改革内部分配激励机制。建立体现岗位绩效的收入分配制度。五是建立健全监督管理机制。

65. 如何完善公立医院的薪酬制度？

公立医院实行岗位绩效工资制度。合理确定医院人员工资总水平，实行工资总额控制。岗位工资主要体现工作人员所聘岗位的职责和要求，工作人员按所聘岗位执行相应的岗位工资标准，实行“一岗一薪，岗变薪变”；绩效工资，主要体现工作人员的实绩和贡献。有关部门将按照事业单位收入分配制度改革的总体部署，结合医疗卫生行业的实际，逐步建立和完善符合公立医院特点的绩效工资分配办法，使工作人员的收入与岗位职责、工作业绩和实际贡献相联系。

七、鼓励中医药和民族医药发展

66. 中医药在医疗卫生事业发展中的地位和作用？怎样加强中医药在重大疾病防治中的作用？

中医药是中华民族几千年来对人类健康和世界文明的独特贡献。中医药作为我国独具特色的卫生资源，与西医药共同担负着维护和增进人民健康的重要使命，是中国特色医药卫生事业不可或缺的重要组成部分；中医药作为我国原创的医药科学，是我国具有自主创新潜力的领域；中医药作为我国优秀文化的瑰宝，蕴含着丰富的人文科学和哲学思想，是我国文化软实力的重要体现；中医药作为有效防治疾病的手段，其对疾病的认知方法和治疗理念顺应了当今时代健康观念的深刻变化和医学模式的深刻变革，顺应了二十一世纪医学发展的新趋势，展示出了强大的生命力和广阔的发展前景。

要发挥中医药在重大疾病防治中的作用，一是进一步提高科研能力。以提高重大疾病临床疗效和研发疗效可靠的中药新药为目的，提高科技创新能力。二是完善临床诊疗平台建设。针对目前发病率、致残率、致死率较高的心脑血管疾病、代谢性疾病、病毒性肝炎、艾滋病、肿瘤等重大疾病，筛选、优化诊疗方案，通过重点专科专病建设，形成中医药临床诊疗方案、指南，并加以推广。三是提高应对突发公共卫生事件能力。总结中医药防治 SARS、人感染高致病性禽流感及其它新发传染病的经验，加强急诊急救、医院感染管理和传染病防治知识与技能培训，健全中医药应对突发公共卫生事件的参与机制。

67. 如何发挥中医药（民族医药）简、便、验、廉的优势？

中医药诊疗特别是针灸、推拿等非药物疗法和传统中医饮片等普遍具有简、便、验、廉的特点。要发挥这些特点，需要从以下各方面着手：一是在基本医疗保障制度建设中，要将符合条件的服务项目和药品纳入目录，将符合条件的中医医疗机构纳入定点医疗机构，并采取引导参保人员充分利用中医药服务；二是在实行药品购销差别加价、设立药事服务费、调整医药服务价格，增加政府投入时，充分考虑中医药服务价格低廉和传统中药饮片药事服务成本高的特点，对中医院适当倾斜；三是在农村和城市基层大力推广经临床使用证明安全、有效、规范、经济、实用、便捷、易学的中医药适宜技术，使中西医医师都能提供简、便、廉的中医药服务。

68. 将如何加强中医药在农村和城市社区服务能力的建设？

一是完善中医药服务网络。在农村，在进一步健全完善县级中医院服务功能、提高服务能力和水平的基础上，使每个中心乡镇卫生院都能够提供中医药服务；在城市社区，每个社区卫生服务中心应设置中医诊室，有条件的应设置中药房，每个社区卫生服务站都有能提供中医药服务的执业医师，建立社区卫生服务机构与大中型中医医院协作机制。

二是提高服务水平，在农村和城市社区大力推广经临床使用证明安全、有效、规范、经济、实用、便捷、易学的中医药适宜技术，使每个机构都能提供一定数量的简、便、廉、验的中医药服务项目。

三是拓展服务功能，从注重医疗逐步转向医疗、预防、保健、康复并重，发挥中医“治未病”的优势和作用。

四是加强中医特色专科（专病）建设，总结梳理验证中医药优势病种诊疗方案，并在农村和城市社区卫生医疗机构推广使用。

八、健全医药卫生管理体制和监管体制

69. 怎样理解“政事分开、管办分开”？如何实现？

“政事分开、管办分开”是推进公立医院管理体制改革的**重要原则和方向**。具体讲“政事分开”就是指政府行政职能与公共事业运作功能的分开。“管办分开”是监管与举办职能的分开。在医改方案中强调“政事分开、管办分开”，主要是由于长期以来我国在公立医院的管理上职责不清，政事、管办合一，出现监管缺位、执法不严、准入标准不一致等问题。改革的目的是，合理确定政府不同部门之间、政府与公立医院之间的职责范围，强化政府监管，使公立医院切实履行公共服务责任，推动多元化办医。

正确理解“政事分开、管办分开”必须把握好：一是进一步转变政府职能，卫生行政部门主要承担发展规划、资格准入、规范标准、服务监管等行业管理职能，从公立医院具体事务的微观运作中摆脱出来，加强全行业的监督管理。二是其他有关部门按照各自职能进行管理和提供服务。为公立医院履行公共服务职能，维护群众利益提供保障条件。三是建立完善公立医院法人治理结构是实现分开的关键。落实公立医院独立法人地位，使公立医院承担具体经办管理医院的职

能，并承担相应的责任。卫生行政部门不干预医院的具体管理事务。探索建立和完善医院理事会或管理委员会为核心的法人治理结构，明确所有者和经营者的责权，形成决策、执行、监督相互制衡的机制。

根据国际经验和国内近年的探索，管办分开有多种具体实现形式，主要有在卫生部门内或外设立专门监管公立医院的机构；也有“社会办医、政府管医”，采取企业化管理模式等多种形式。鼓励各地从有利于强化公立医院公共服务责任和政府有效监管，从地方实际出发，积极探索政事分开、管办分开的有效实现形式。在总结各地改革经验的基础上，逐步推开。

70. 什么是医疗卫生机构属地化和全行业管理？怎样实现？

医疗机构属地化和全行业管理的总体目标是实现所有医疗卫生机构，不论所有制、投资主体、隶属关系和经营性质，均由所在地卫生行政部门统一规划、统一准入、统一监管。主要是针对我国现行医疗卫生管理体制存在条块分割，资源布局不合理，各类医疗与疾病预防控制机构之间不能有效联通等问题。

实现医疗机构属地化和全行业管理，应从以下方面入手；一是明确各级政府兴办公立医疗机构的责任。中央和省级政府除保留少数具有特殊功能的医疗机构外，其余医疗机构由市为主要层级负责举办，县（市）主要负责举办县级医院、乡村卫生和社区卫生机构。二是强化区域卫生规划。完善区域卫生规划，提高规划的刚性约束，充分利用和优化配置现有医疗卫生资源，对不符合规划要求的医疗机构要逐

步进行整合。新增卫生资源重点投向农村和社区卫生等薄弱环节。实现医疗资源的合理配置，充分发挥医疗资源的整体效益。三是加强区域卫生规划与城乡规划、土地利用总体规划等的衔接，加强相关部门间的协调，确保卫生规划落到实处。四是加大监管力度，提高全行业管理的权威与技能，切实履行卫生行政部门对于医疗卫生机构的行业监管职能。

71. 怎样发挥区域卫生规划作用，提高医疗卫生资源配置效率？

区域卫生规划是政府对卫生事业发展实行宏观调控的重要手段，它以满足区域内全体居民的基本卫生服务需求为目标，对机构、床位、人员、设备和经费等卫生资源实行统筹规划、合理配置。

要发挥区域卫生规划在配置医疗卫生资源中的作用，一是要按照政事分开、管办分开、医药分开、营利性与非营利性分开的原则，推进医疗机构属地化、全行业管理，明确各级政府部门的管理职责。要由省级人民政府制定卫生资源配置标准，组织编制区域卫生规划和医疗机构设置规划。二是各地在制定新的区域卫生规划和改进现有规划的工作中，要从区域实际情况出发，与本地经济社会发展水平相适应；要坚持社会效益原则，优化规划结构，优先发展和保证公共卫生和基本医疗服务，大力推进社区卫生和农村卫生，为群众提供安全、有效、方便、价廉的公共卫生和基本卫生服务。三是充分发挥社会力量办医，形成多元化办医格局。四是要针对目前规划缺乏调控手段的情况，积极研究强化区域卫生规划的法律化地位，完善筹资方式，制定引导政

策，增加规划调控手段，通过法律、筹资、政策和行政等手段来加强资源配置和优化。强化政府职责，切实加强各级政府对规划的组织指导，推动将区域卫生规划纳入当地经济社会发展规划，并保证落实，防止规划流于形式。五是要探索建立监督评价机制，建立科学可行的监督评价制度，明确各方职责，力争做到信息系统的公开、透明，便于社会监督。六是要以加强大型医疗机构建设和大型设备配置的审批和监管为重点，通过严格行政审批、公布收费参考成本、加大专项检查等手段控制医疗机构的盲目扩张。

72. 我国医疗服务市场监管方面存在哪些问题？如何加强这项工作？

医疗机构和医疗服务市场监管机制和体制日益受到各级卫生行政部门的重视。2005 年以来，通过专项行动解决了当前医疗服务市场存在的一些突出问题，但是以下深层次的问题仍待解决：

（一）相关医疗卫生服务监管的法律、法规及政策滞后。目前多数医疗监管的法规是十年前制定的，一些医疗服务市场的新情况没有相应的条款予以调整，有些违法行为有禁止性条款，却缺乏处罚条款或处罚条款力度偏低，导致医疗服务市场一些突出问题难以通过法律手段来解决，违法行为屡打不绝、屡禁不止。例如农村城市化和村改居带来的原乡村医生执业、《执业医师法》颁布后未及时办理医师资格认定人员的执业、执业医师异地执业、中医师及其他医技人员执业范围界定等问题，有关部门正在积极加强政策研究，通过采取疏堵结合的方式逐步加以解决。

（二）医疗服务网络和保障制度不健全，监督力量薄弱。一些地方的城乡医疗服务网络不健全，个别地方政府领导对打击非法行医和非法采供血工作的重要性认识不够到位，地方之间打击非法行医和非法采供血工作发展不平衡。有的地方医疗服务监督工作起步晚，无论从业人员配置还是经费保障都与繁重的医疗服务监督任务不相适应，特别是基层卫生监督机构执法能力较弱、执法手段的局限等问题较突出，农村地区医疗服务监督工作力量极为薄弱。另外，城市外来务工人员等缺乏法律知识和卫生常识，没有鉴别非法行医的能力，为了图求便宜而去无证诊所就医，也在客观上给非法行医提供了生存空间。

今后，要进一步加强医疗服务监管能力建设，提高执法效能，落实医疗服务监管责任。特别要健全基层监督网络，切实加强农村地区医疗服务监督工作。结合目前非法行医的表现形式和出现的新情况，今后要加强调查研究，建立有效的工作机制，提出治理措施。卫生部联合公安部下发《关于在严厉打击非法行医和非法采供血工作中加强衔接配合的暂行规定》，并要求各地普遍建立打击非法行医举报电话、举报邮箱，认真受理群众投诉举报，对大案要案抓住不放、挂牌督办，严惩危害人民群众生命健康安全的非法行医者。继续发挥媒体宣传作用，帮助广大群众提高对非法行医危害性的认识和自我保护意识。建立公示制度，定期公布打击非法行医工作取得的成果。加强基层卫生执法人员的培训工作，提高医疗执法水平。打击非法行医工作涉及多个部门，必须在当地政府统一领导下，各有关部门要将打击非法行医作为保护人民群众健康权益的重要任务，精心部署，狠抓落实。2009

年将打击无证行医列为重点工作内容，针对药店非法开展诊疗等活动，卫生部拟与公安、食品药品监管等部门开展专项监督检查。

（三）医疗机构执业许可亟待规范。有些医疗机构的行政许可审批不规范，尤其是一些基层卫生行政部门在对医疗机构设置、命名、执业登记、校验上未能严格执行相关标准，甚至存在越权审批、违规审批问题。卫生部现已专门成立医疗服务监管司，主要负责医疗服务行为的监督管理，着力提高监管水平。通过加强医疗行业监督管理，切实提高医疗服务质量和水平，以满足人民群众健康需求。

73. 政府对医药卫生监管的重点领域是什么？

我国要逐步建立政府为主体、社会多方参与的监管体制，不断完善监管、执法网络建设，提高监管、执法办案能力。政府对医药卫生监管的重点领域包括：

一是医疗卫生服务监管。强化医疗卫生服务行为和质量监管，加强医疗机构准入和运行监管。抓紧完善医疗卫生服务标准和质量控制评价评估体系，规范医疗机构和医务人员的诊疗行为。加强对生活饮用水、职业卫生、食品安全、医疗废物等社会公共卫生的监管。严厉打击非法行医和非法采供血。

二是医疗保障监管。加强对医疗保险经办、基金管理和使用等环节的监管。强化医疗保障对医疗服务的监控作用。加强商业健康保险监管。

三是药品监管。严格药品研究、生产、流通、使用、价格和广告的监管。建立农村药品监督网。规范药品临床使用。

四是公立医院监管。以维护公立医院服务公益性质为核心，切实加强公立医院的监管。一要落实区域卫生规划，加强对公立医院的规模、结构和布局的监管。二要加强对公立医院履行政府确定的公共服务目标的监管，确保其为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的基本医疗服务。三要加强对公立医院全面贯彻执行国家有关法律法规、方针政策、规章制度和服务标准的监管，促进公立医院规范医疗服务行为、提高医疗服务质量、保障医疗安全。四要加强对公立医院执行政府制定的经济运行、财务管理、价格管理、基本药物使用等有关政策的监管，控制医药费用的不合理增长，减轻群众看病就医负担。五要加强对公立医院收入使用和分配的监管，探索建立公立医院绩效考核和评估体系。

74. 如何发挥医疗保障对医疗服务的监督作用。

在医疗体制改革中，医疗保障通过对医疗卫生服务的激励、制约和监督，促进医疗机构加强管理，规范医疗服务行为，控制费用不合理增长，引导参保人员合理利用医疗卫生资源，同时也促进社区卫生事业和中医药的健康发展。

一是实行基本医疗保险定点医疗机构管理。主要通过确定定点医疗机构的范围，按年度签订定点医疗服务协议；建立考核评价制度、推行分类管理、健全信息公示和监督管理制度等多项措施，对医疗服

务的行为加以制约和引导，以达到保证医疗服务质量，保障参保人员基本医疗需求，控制医疗费用支出的目的。

二是改进和完善费用结算办法。强化医疗保险基金结算办法对保证医疗服务质量、降低医疗服务成本的作用。积极探索实行总额预付、按病种付费、按人头付费等能够反映医疗技术劳务价值、规范诊疗行为、鼓励医疗机构主动降低成本的费用结算办法，提高医疗保障基金对医疗费用偿付的科学性和合理性，提高基金的利用效率。

三是加强和完善参保人员就医引导机制。通过降低起付线、提高报销比例，拉开不同级别定点医疗机构基本医疗保险费用给付档次等措施，引导更多的群众从费用高的大医院转到费用低的社区卫生服务机构就诊，把常见病、多发病解决在基层，有效缓解老百姓看病难、看病贵的问题。

四是建立健全医疗服务监管体系。强化医疗保障“第三方”代表需方利益选机构、选医生、选服务的竞争机制，实施医疗服务的有效监管。医疗保障经办机构代表参保人员集体利益，探索建立与医疗机构等利益相关方谈判确定医疗服务、药品和医用材料给付价格的机制，争取集团购买服务的价格让利，更好的发挥医疗保障第三方对医疗服务的监管和费用控制作用。选择适当的方式公布医疗机构的医疗服务费用，让广大参保人员参与对医疗服务的监督。

75. 当前加强对药品监管的主要任务是什么？

现阶段，我国药品安全处于矛盾凸显和风险高发期，当前加强药品监管的主要任务包括：

一是完善药品监管法律法规标准体系。做好《药品管理法》、《医疗器械监督管理条例》和《处方药和非处方药分类管理条例》等法律法规标准及相关配套文件的制订和修订工作，严格执法监督。

二是进一步推进“地方政府负总责、监管部门各负其责、企业是第一责任人”的药品安全体系建设。

三是进一步加大药品安全监管力度。严格药品、医疗器械审评审批标准。完善向药品生产企业派驻监督员制度和质量授权人制度。严厉打击非法发布药品广告、制售假冒伪劣药品等行为。配合新农合的整体推进，巩固农村药品供应网和监督网建设。继续加强药品不良反应监测和特殊药品监控，提高安全事件预警和应急能力。

76. 如何保障社会监督及群众监督作用的发挥？

一是实现信息公开。将对涉及群众切身利益和重大公共利益的工作和相关数据信息，以适当形式向社会公布，增强政府部门和医药卫生机构管理和服务的透明度。二是鼓励社会多方参与。鼓励行业协会等社会组织、个人对政府部门、医药机构和相关体系的运行绩效进行独立评价和监督。三是完善新闻监督和群众举报投诉制度，拓宽群众监督渠道。认真调查、核实人民群众检举、新闻媒体反映的问题，及时依法做出处理。四是加强行业自律，发挥行业自身监管作用。

九、建立政府主导的多元卫生投入机制

77. 从目前我国卫生总费用中发现哪些主要问题？

卫生总费用是指一个国家或地区在一定时期内（通常是一年）全社会用于医疗卫生服务所消耗的资金总额。据卫生部卫生经济研究所统计，2007 年我国卫生总费用为 11289.5 亿元，占国内生产总值（GDP）的比重为 4.52%，人均卫生总费用 854.4 元，按当年汇价换算，人均卫生总费用约 125 美元。与同等发展水平国家相比，我国卫生总费用占 GDP 的比重和人均卫生总费用水平处于中等偏上水平。根据统计，1978—2007 年，我国卫生总费用年均增长 17.3%，高于 GDP 年均增速，说明整个社会的医疗卫生支出水平快于经济发展水平。这一方面反映了医疗保险制度的逐步健全和医疗卫生事业的快速发展，另一方面也表明整个社会的看病就医负担是逐步加重的。

从卫生总费用的筹资构成分析，2007 年卫生公共支出占卫生总费用的比重为 54.84%（政府预算卫生支出 20.35%、社会卫生支出 34.49%），个人现金支出占 45.16%。与发达国家和大多数发展中国家相比，我国的卫生公共支出比重偏低，而居民个人现金支付比重偏高，居民缺乏比较有效的费用风险分担机制及制度保障，这也是近年来群众普遍反映“看病贵”的原因之一。

从卫生总费用的分配分析，2007 年医院费用占卫生总费用的比重为 64.36%，门诊机构费用、药品零售机构费用、公共卫生机构费用和卫生行政管理机构费用分别占 10.56%、9.29%、6.7%、1.81%。

在整个医院费用所占的 64.36%中，城市医院、县医院、城市社区卫生服务中心、卫生院分别占 37.46%、8.03%、2.07%和 6.42%。以上费用结构反映，我国城乡居民利用卫生服务主要集中在医院特别是城市医院，城市社区卫生服务中心、卫生院等基层医疗卫生服务发展和利用不够，群众不能就近利用医疗卫生服务，出现看病就医不方便问题。

78. 近年来，政府卫生投入水平如何？

党中央、国务院一直十分重视医疗卫生事业发展，高度关注人民群众健康水平的提高随着我国经济的快速发展和财政状况的改善，我国政府对医疗卫生的投入逐步增加。特别是 2003 年以后，各级政府加大了卫生事业投入，采取了一系列有力的调控政策和措施，政府卫生投入呈快速增长的趋势。

2008 年，全国财政医疗卫生支出 2826 亿元，比 2003 年的 831 亿元增长了 2.4 倍，六年年均增长 27.7%，不仅高于同期财政收入、财政支出的增长幅度，而且在教育、科技、“三农”、社保和就业等各项重点支出中也是增幅最高的。同时，政府卫生支出占卫生总费用的比重从 2003 年的 16.69%逐步增加到 2007 年的 20.25%。

2009 年尽管财政形势十分严峻，但各级财政仍将进一步加大对医疗卫生的投入力度。中央财政年初预算安排 1181 亿元，比上一年初预算增长 38.2%。

79. 如何理解非公医疗机构在卫生事业发展中的作用？

利用社会资本发展医疗卫生事业是我国卫生工作的一条重要方针，对于完善城乡医疗服务体系，优化资源配置，促进管理水平和效率提高，方便群众就医，满足人民群众多层次、多样性医疗服务需求具有重要的作用。

首先，非公医疗机构是我国医疗服务体系中不可缺少的组成部分，是对公立医疗机构的有益补充，同样发挥着为患者提供医疗服务的作用。第二，非公医疗机构的发展促进了我国医疗服务体系的完善和日趋多元化，使我国的医疗服务日益呈现多层次和多样性，更好地满足群众多样化的医疗服务需求。第三，非公医疗机构的发展客观上推动和促进公立医院医疗服务水平和效率的提高；公立和非公医疗机构将形成相互补充、相互竞争和相互促进的关系。第四，非公医疗机构的发展将有助于推动传统意义上的政府与医院之间的行政隶属关系逐渐弱化，推动政府加强对医疗机构的监管。

80. 如何鼓励和扶持民营资本举办非营利性医院？

国家将积极鼓励和引导民营资本举办非营利性医院。一是坚持统筹规划，协调发展，在服务准入方面，对公立医院和民营医院一视同仁。二是保证不同所有制医疗机构公平有序竞争。在医保定点、人才引进、职称评定、科研立项和继续教育等方面，民营医院享受与公立医院相同的待遇，执行相同标准。三是落实非营利性医院的税收优惠政策。四是积极稳妥地把部分公立医院转制为民营医疗机构。五是正

确引导，依法监管，规范执业行为，维护群众利益。在行业监管方面有关部门还将制订鼓励非公立医疗机构发展的配套文件，实施相关政策措施。

81. 我国公立医院转制存在哪些问题？怎样规范和推动这项工作？

《实施方案》提出“要积极稳妥地把部分公立医院转制为民营医疗机构”，主要考虑是，目前我国公立医院的数量、比例过大，政府财力难以支撑，也不利于形成多元化办医格局，促进有序竞争。但是公立医院转制是一项重大改革，涉及面广、情况复杂，以往一些转制过程也出现过不规范的情况，如有的地方滥用改制，或改制与所要解决的问题缺乏内在联系；有的改制的形式不符合法律与政策规定（如政府参股或控股举办营利性医院）；有的改制过程缺乏规范，不够公开、公正、公平；有的甚至出现国有资产流失和职工合法权益得不到充分保护的问题，等等。因此，公立医院转制必须要按照区域卫生规划，积极稳妥、规范有序进行。卫生、财政、人力资源和社会保障等政府相关部门将制定公立医院改制的指导性意见，积极引导社会资本以多种方式参与包括国有企业所办医院在内的部分公立医院改制重组。

82. 今后政府卫生投入将重点投向哪些领域？

为了缓解“看病难”、“看病贵”，改善基本医疗卫生服务公平性，各级政府都将努力调整支出结构，落实医改意见及实施方案提出

的各项卫生投入政策，提高财政资金使用效益。新增政府卫生投入重点用于支持公共卫生、城乡基层医疗卫生和基本医疗保障。具体包括三个“完善”、一个“落实”：

一是完善政府对公共卫生的投入机制。专业公共卫生服务机构的人员经费、发展建设和业务经费由政府全额安排，按照规定取得的服务收入上缴财政专户或纳入预算管理。建立和完善城乡公共卫生服务经费保障机制。2009 年人均基本公共卫生服务经费标准不低于 15 元，2011 年不低于 20 元。

二是完善政府对城乡基层医疗卫生机构的投入机制。政府负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生机构按国家规定核定的基本建设、设备购置、人员经费和其承担公共卫生服务的业务经费。支持村卫生室建设，对乡村医生承担的公共卫生服务等给予合理补助。大力支持医务人员参加各种形式的培训。鼓励社会力量举办医疗卫生机构，对其提供的公共卫生服务，政府采取购买服务等方式补助。

三是完善政府对基本医疗保障的投入机制。政府提供必要的资金支持建立和完善新农合、居民医保、职工医保和城乡医疗救助制度。三年内，基本医疗保障覆盖城乡全体居民，参保率提高到 90%以上。2010 年，各级财政对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年 120 元。用两年左右时间，将关闭破产企业退休人员和困难企业职工纳入城镇职工医保。

四是落实公立医院政府补助政策。逐步加大政府投入，主要用于基本建设和设备购置，扶持重点学科发展，符合国家规定的离退休人

员费用和补贴政策性亏损等，对承担的公共卫生服务给予专项补助，形成规范合理的公立医院政府投入机制。

83. 怎样划分各级政府对医疗卫生的投入责任？

按照分级负担的原则合理划分中央和地方政府卫生投入责任。地方政府承担主要责任，中央政府主要对国家免疫规划、跨地区的重大传染疾病预防控制等公共卫生、城乡居民的基本医疗保障以及有关公立医疗卫生机构建设等给予补助。加大中央、省级财政对困难地区的专项转移支付力度。

在医疗保障方面：政府对城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的补助资金，由中央政府和地方政府按照国家有关规定分担。中央财政对困难地区的国有关闭破产企业退休人员参保给予适当补助。对城乡医疗救助所需资金，由地方政府负担，中央政府给予适当补助。

在医疗服务方面：地方政府承担医疗服务机构投入的主要责任，中央政府对基层医疗卫生机构的基本建设、设备购置、人员培养等给予适当补助。

在公共卫生方面：各级专业公共卫生机构所需发展建设支出和日常运转所需经常性支出，由地方政府负担，中央政府对公共卫生机构的基本建设和设备购置给予适当补助。建立完善城乡公共卫生服务经费保障机制所需资金，由中央政府和地方政府按照国家有关规定分担。

84. 在投入方面，如何兼顾医疗卫生服务的供需双方？

今后，中央政府和地方政府都要增加对卫生的投入，并兼顾需求方和供给方。

在向需求方投入方面：一是加大对医疗保障的投入力度。完善政府对城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的补助政策，随着经济发展水平的提高，逐步提高政府补助标准。通过多渠道筹资，将关闭破产企业退休人员和困难企业职工纳入基本医疗保险。资助城乡低保家庭成员、五保户参加城镇居民医保或新农合，逐步提高对经济困难家庭人员自负医疗费用的补助标准。二是建立完善城乡公共卫生服务经费保障机制，按项目为居民免费提供基本公共卫生服务，所需资金由政府按服务人口核定。三是实施国家重大公共卫生服务项目，对艾滋病、结核病等重大传染病患者按国家规定实施免费救治，对国家免疫规划范围内的疫苗实行免费接种等。

在向供给方投入方面：一是健全基层医疗卫生服务体系。政府负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心（站）按国家规定核定的基本建设、设备购置、人员经费和其承担公共卫生服务的业务经费，并按定额定项和购买服务等方式核定政府补助。政府对乡村医生承担的公共卫生等任务给予合理补助。二是促进基本公共卫生服务逐步均等化。专业公共卫生机构的人员经费、发展建设、公用经费和业务经费由政府预算全额安排。三是推进公立医院改革试点。政府负责公立医院基本建设和设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退

休人员经费和政策性亏损补偿等，对公立医院承担的公共卫生任务给予专项补助。

85. 为什么要严格控制公立医院建设规模、标准和贷款行为？

近年来，部分医院追求效益和同业攀比，盲目发展，上项目、搞建设、购买大型设备，规模迅速膨胀，建设标准不断提高，导致医院沉重债务负担的形成；医院建设支出和运行成本不断攀升，也进一步加重了国家和个人的负担。为了确保公立医院的规模效益以及建设标准与当地社会经济发展水平相适应，必须对公立医院的建设规模、标准、贷款行为进行严格控制与管理。鉴于公立医院的性质，其贷款必须获得政府主管部门批准并由政府负责偿还。

十、建立科学合理的医药价格形成机制

86. 现行的医疗服务价格是怎样形成的？突出的问题是什么？

根据现行政策，非营利性医疗机构提供的医疗服务实行政府指导价，营利性医疗机构提供的医疗服务实行市场调节价，中央负责制定医疗服务价格政策、作价原则及项目规范，具体价格由各地人民政府负责制定和调整。

当前，医疗服务价格形成机制面临的突出问题有：一是收费方式单一，对医疗费用上涨的约束作用有限。目前，医疗服务主要是按照项目计价，医疗机构按照提供的医疗服务项目向患者收取费用。在现行体制下按项目收费，对临床不合理的诊疗和检查无法形成有效制

约。二是部分医疗服务价格尚不能弥补成本。医疗技术发展很快，高新设备大量应用，群众对医疗需求不断增加，医疗机构建设及运行成本增长快。但医疗服务价格调整相对滞后，部分医疗服务项目价格不能弥补成本。特别是体现医生技术劳务价值的项目价格偏低，如护理、手术、诊疗等项目。三是部分医疗检查价格偏高。为了解决医疗服务收不抵支的问题，除了允许医疗机构药品加成以外，从上世纪 80 年代开始，对医疗服务的新技术、新设备按补偿完全成本制定价格。但在实践中，部分检查治疗项目价格与成本相比偏离较大，或没有随着技术成熟、成本降低而调低价格。一些大型医用设备检查治疗价格明显偏高。四是医用耗材价格秩序比较混乱。医用耗材价格属于市场调节。部分高值特殊医用耗材允许在医疗服务项目之外单独向患者收取费用。这类医用耗材的技术差异性大，秩序混乱，价格较高，群众负担较重。

87. 目前药品价格是怎样形成的？主要弊端是什么？

我国对药品价格实行政府调控和市场调节相结合的管理方式。纳入政府价格管理范围的药品是国家基本医疗保险药品及少数生产经营具有垄断性的药品，约占市场流通数量的 20%，销售金额的 60%。政府制定药品价格主要是实行最高零售价格控制，生产经营企业可以降低销售。其他药品实行市场调节价，由企业自主制定价格。

政府制定药品价格的主要原则是：补偿成本、合理盈利、反映供求、鼓励创新。在制定价格时还要综合考虑社会经济发展水平、群众

承受能力和产业发展政策等因素。政府制定价格的基本程序包括：开展成本和市场价格调查、专家评审或论证、听取生产经营企业及相关利益方意见、价格公示等。

当前，在药品价格方面存在的突出问题是部分药品价格偏高，临床使用高价药品现象比较普遍，而廉价药品企业不愿生产，医疗机构也不愿使用，群众药费负担较重。部分药品价格偏高的主要原因：一是我国药品价格经历了从计划经济时期的严格控制到上世纪九十年代初的基本放开，再到九十年代后期逐步加强管理的过程。1997 年政府管理约 200 种，但也只占有市场流通数量的 20%左右。许多药品在放开过程中价格快速上涨，积累的矛盾较多。重新纳入政府定价范围后，降低药品价格，疏导价格矛盾有一个逐步到位的过程。二是现行医疗机构药品零售价格中包含了“补医”的费用。我国医疗服务价格特别是医务人员技术劳务价格长期偏低，医疗机构在医疗服务方面总体上是收不抵支的，为维持医疗机构运行，促进医疗机构发展，满足群众就医需求，国家允许医疗机构通过销售药品获得利润补偿医疗服务亏损。随着医院机构规模扩大和硬件建设水平的不断提高，成本上升较快，对药品收入依赖也比较严重。改革“以药补医”的现状，取消药品中“补医”的费用尚需要时间。三是流通环节过多过滥，药品不合理加价行为比较普遍。另一方面，政府不断降低政府定价药品价格的同时，对市场调节价的药品价格还缺乏监管手段，一些企业变换名称、剂型变相涨价行为时有发生。

88. 对非营利性医疗机构和营利性医疗机构分别采取了哪些价格管理政策？

根据医疗机构性质实行不同价格管理政策。对非营利性医疗机构提供的基本医疗服务实行政府指导价，医疗机构在政府指导价范围内确定实际服务价格。对营利性医疗机构提供的医疗服务实行市场调节价，由医疗机构根据市场供求等情况自主制定价格。

89. 药品价格改革的目标和主要措施是什么？

药品价格改革的目标是，建立健全政府调控与市场调节相结合，符合医药卫生事业发展规律的价格形成机制，使药品价格能够客观反映市场供求和生产成本变化。逐步取消药品价格补偿医疗服务的功能。药品价格管理体系完善，调控方法科学。药品市场价格行为规范，市场秩序良好。

主要措施：一是根据药品生产消费特点和市场竞争状况，合理调整政府管理价格的范围。对群众能够自主选择，市场竞争比较充分的药品，要由市场进行调节；对群众难以自主选择、费用负担较重的药品要逐步纳入政府定价范围。二是加强对药品流通环节差价率的控制，抑制流通环节不合理加价行为，促进药品流通环节整合，提高效率，降低成本。三是利用价格杠杆促进生产企业研发创新，鼓励企业生产供应基本药物。四是改革医疗机构药品加成政策。通过合理调整医疗服务价格，降低医疗机构药品加成水平，加大政府投入，完善医疗机构补偿机制，为最终实现“医药分开”创造条件。五是加强成本

调查与审核，为最终实现“医药分开”创造条件。五是加强成本调查与审核，发挥行业组织、社会团体及专家作用，提高政府定价的科学性，建立药品价格动态调整机制，及时降低偏高的药品价格，提高政府定价的时效性。六是探索建立医保经办机构与医药服务提供方的谈判机制，完善价格决策机制。

90. 医疗服务的价格如何进行改革？

一是根据医疗服务技术含量、承担责任等的不同，对不同级别的医疗机构和不同职称医生服务实行差别定价。政府针对不同级别的医疗机构和不同职称医生提供的医疗服务，制定不同的指导价格。高等级医疗机构或高职称医生提供的服务，由于技术复杂、责任重大，价格高一些，低等级医疗机构或中初级职称医生提供的服务价格低一些。目的是通过价格杠杆促进医疗机构和医生不断提高医疗服务质量和技术水平，同时引导患者合理分流。二是医疗服务收费实行公示制度。为规范各级各类医疗机构价格行为，增加价格形成透明度，政府要求各级各类医疗机构在服务场所显著位置公布服务项目名称和价格，并采取多种形式向患者提供医疗服务价格和费用的查询服务，对住院病人要实行费用“一日清单”制度。三是推行单病种收费试点改革。在现行按医疗服务项目收费的基础上，一些地区正在推行按病种计价收费的试点改革，主要是对部分发病原因明确、发病机理清楚、临床诊断路径清晰、疗效确切的常见病和多发病，按照治愈一种疾病的平均成本费用核算价格，不再考虑对单个病人提供服务的具体项目

和数量。目的是要逐步形成医疗机构对费用自我约束的机制，规范医疗收费行为，减轻患者费用负担。四是鼓励探索建立医疗服务定价由利益相关方参与协商的机制，合理确定付费标准以及核定医疗服务指导价。

91. 如何在医疗服务和药品价格形成机制中体现政府调控和市场作用的结合？

医疗卫生事业具有公益性特点，在医药价格方面各国政府都通过不同方式加以管理。我国对药品和医疗服务价格也要不断强化政府责任，加强调控力量，丰富调控手段。在加强政府监管的同时，还应注意发挥市场的作用，形成政府调控与市场调节有机结合的监管体系。这种结合主要体现在三个方面：一是不将所有药品和医疗服务都纳入政府定价范围。在药品方面，政府定价的主要是列入基本医疗保障范围的药品；在医疗服务方面，政府定价的主要是非营利性医疗机构提供的基本医疗服务。对于市场竞争充分，群众可以自主选择的药品和医疗服务实行市场调节价。二是政府制定的价格是指导价，实行的是价格上限控制，生产经营企业在不突破上限价格的前提下，可根据市场竞争状况自主确定实际交易价格。三是政府在制定指导价过程中，注意尊重价值规律，反映市场供求。对市场实际交易价格要加强监测与合理性分析，及时根据成本和市场供求变化调整指导价水平。

十一、建立可持续发展的医药卫生科技创新机制和人才保障机制

92. 如何鼓励医药卫生产业自主创新？

一是把医药卫生科技创新作为国家科技发展的重点，深化医药卫生科技体制和机构改革，整合优势医学科研资源，完善医药卫生产业自主创新体系。二是加快实施医药科技重大专项，鼓励自主创新。加强对重大疾病防治技术和新药研制关键技术等的研究，在医学基础和应用研究、高技术研究、中医和中西医结合研究等方面力求新的突破。三是推动医药产业技术发展和产业化生产。继续实施生物医药、现代中药、生物医学工程和疫苗与诊断试剂等高技术产业重大专项。四是推动药品生产企业兼并重组和产业结构升级，提高企业自主创新能力。促进企业和科研单位开发生产适合我国国情的医疗器械。

93. 近年来卫生人才队伍建设采取了哪些措施？如何进一步加强？

近年来，我国研究提出了人才发展策略和具体目标，对加强农村卫生、社区卫生、公共卫生、卫生管理等领域的人才队伍建设提出了政策措施，对加快卫生人才工作机制体制创新提出了明确要求。有力促进了我国卫生人才队伍建设。在研究制定相关政策法规的同时，还大力组织实施各种卫生人才建设项目。如农村卫生人员岗位培训项目、乡镇卫生院招聘执业医师计划等。

根据医改方案,今后,我国将进一步加强医药卫生人才队伍建设。一是加强基层医疗卫生人才培养培训。制订和实施人才队伍建设,重点加强公共卫生、农村卫生、城市社区卫生专业技术人员和护理人员的培养培训。二是制定支援基层卫生的人才政策。鼓励优秀卫生人才到农村、城市社区和中西部地区服务。对长期在城乡基层工作的卫生技术人员在职称晋升、业务培训、待遇政策等方面给予适当倾斜。完善全科医师任职资格制度,健全农村和城市社区卫生人员在岗培训制度,促进乡村医生执业规范化。三是建立住院医师培养制度,完善继续医学教育制度。四是加强各类专业人才队伍建设。加强高层次科研、医疗、卫生管理等人才队伍建设。加强护理队伍建设,逐步解决护理人员比例过低的问题。培育壮大中医药人才队伍。五是稳步推动医务人员的合理流动。研究探索注册医师多点执业。

94. 为什么要探索注册医师多点执业? 怎样做好这项工作?

根据《执业医师法》的规定,我国实行医师执业注册制度。取得医师资格的人员,可以向所在地县级以上人民政府卫生行政部门申请注册。经卫生行政部门审核准予注册并获得医师执业证书的,可以在医疗、预防、保健机构中按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业,从事相应的医疗、预防、保健业务。未经医师注册取得执业证书,不得从事医师执业活动。

注册医师多点执业是指获得执业(助理)医师资格的人员,注册2个及以上的执业地点,并在上述执业地点按照所注册的执业类别和

执业范围从事执业活动。医师多地点执业对于更好地统筹调配医疗卫生资源，调动医务人员积极性，促进区域间、机构间人员和技术交流，提高基层医院诊疗技术水平，方便人民群众特别是基层群众看病就医，减轻群众就医负担等方面都具有积极作用。但同时，医师从事诊疗活动往往涉及各临床科室的配合和技术支撑，异地执业特别是开展复杂诊疗技术，容易引发医疗质量和医疗安全方面的问题。同时，也涉及医院人事制度的改革。

开展医师多地点执业试点工作，必须在全面深化医药卫生体制改革和推进公立医院改革试点工作的整体框架下，立足我国的基本国情和医疗卫生事业发展的客观规律，有计划、有步骤地稳步实施。在总结试点经验基础上，逐步探索建立符合我国国情的医师多地点执业管理制度，并对医师的执业行为进行有效监管，不断提高医疗质量，切实保障医疗安全，使这一制度真正成为使人民群众得实惠、医务人员受鼓舞的好制度。

95. 如何鼓励卫生人才到基层和艰苦地区工作？

近年来，为了引导卫生人才合理流动，优化卫生人力资源配置，缓解农村、社区、西部地区以及艰苦边远地区卫生人才匮乏的矛盾，国家出台了一系列的政策规定，引导人才向上述地区流动。

2002 年发布的《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》规定“城市医生在晋升主治医师或副主任医师职称前到农村累计服务一年”。

2002 年，卫生部、教育部、财政部、人事部、农业部等 5 部下发了《关于加强农村卫生人才培养和队伍建设的意见》，制定了一系列鼓励、促进卫生人才向农村流动的政策，如志愿到艰苦、边远地区以及乡（含乡）以下卫生机构工作的各类大、中专学校毕业生，可以提前定级，定级工资标准可高于同类人员 1—2 档；对长期在乡以下工作的卫生专业技术人员，各省、自治区、直辖市应根据农林一线科技工作人员的工资待遇情况给予政策倾斜；对长期在农村基层工作的卫生技术人员职称晋升，要给予适当倾斜；鼓励高等医学院校毕业生到农村和边远地区、贫困地区服务，等等。

2006 年 7 月，国家进行了事业单位收入分配制度改革，建立了与岗位职责、工作业绩、实际贡献紧密联系和鼓励创新创造的岗位绩效工资制度。对到艰苦边远地区、国家扶贫开发工作重点县以及乡以下卫生事业单位工作的大中专及以上毕业生，可提前转正定级，转正定级时薪级工资高定 1 至 2 级；长期在乡以下工作的卫生技术人员，由所在省、自治区、直辖市根据其他农村一线工作人员的工资待遇情况给予政策倾斜；在艰苦边远地区的卫生事业单位工作人员，执行艰苦边远地区津贴制度。

2006 年，卫生部与人事部、教育部、财政部和国家中医药管理局制定的《关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见》（国人部发[2006]69 号）提出，凡到社区卫生服务机构工作的医师和护师，可提前 1 年参加全国卫生专业技术中级资格考试。在社区卫生服务机构工作满 5 年的卫生专业技术人员，可优先参加相应的培训或业务进

修。鼓励城市业务水平较高、身体状况较好的退休卫生专业技术人员到社区卫生服务机构开展医疗卫生服务，社区卫生服务机构要为他们开展服务提供便利，享受相应待遇。

在出台相关政策的同时，国家和地方有关部门组织实施了一批卫生人才建设项目，积极引导卫生人才向农村、社区、西部地区和艰苦边远地区流动。

2005 年 4 月，卫生部、财政部和国家中医药管理局联合启动了“万名医师支援农村卫生工程”。派驻医师不仅送医送药送设备下乡，还开展了人员培训、临床带教、健康教育、规范管理工作，有效提高了受援单位服务能力，受到当地农民和农村医疗卫生机构人员的欢迎。

2006 年 2 月，为贯彻落实《中共中央办公厅国务院办公厅关于引导和鼓励高校毕业生面向基层就业的意见》，卫生部与人事部等 8 部门组织开展“三支一扶”工作，从 2006 年开始连续 5 年，每年招募 2 万名高校毕业生，主要安排到乡镇从事支教、支农、支医和扶贫工作。

2007 年，卫生部、财政部开始实施“乡镇卫生院招聘执业医师试点项目”，用 5 年的时间开展乡镇卫生院招聘执业医师试点工作，实现每个乡镇卫生院都有执业医师。2007 年在安徽、江西、湖北、湖南、重庆、四川、甘肃、新疆等 8 个省（区、市）试点，招聘 100 名执业医师，聘期 5 年，中央财政每人每年补助 2 万元。2008 年继续新增招聘执业医师 500 名。通过为乡镇卫生院招聘执业医师，吸引

和鼓励执业医师到农村服务，探索并逐步建立为农村卫生机构吸引、稳定人才的长效机制，推动乡镇卫生院人才队伍建设，提高农村医疗服务水平。

此次医改方案进一步明确，完善城市医院对口支援农村制度。每所城市三级医院要与 3 所左右县级医院（包括有条件的乡镇卫生院）建立长期对口协作关系。继续实施“万名医师支援农村卫生工程”。落实好城市医院和疾病预防控制机构医生晋升中高级职称前到农村服务一年以上的政策。鼓励高校医学毕业生到基层医疗机构工作。从 2009 年起，对志愿去中西部地区乡镇卫生院工作三年以上的高校医学毕业生，有国家代偿学费和助学贷款。同时，政府负责基层医疗卫生机构人员经费，医务人员的工资水平要与当地事业单位工作人员平均工资水平相衔接。鼓励有资质的人员开办诊所或个体行医。

96. 为什么要发展全科医生？有哪些措施？

随着社会经济的发展，疾病谱发生变化，同时人口老龄化加剧，人们的健康意识不断提高，居民对卫生服务的需求增加，并呈现多样化。在全世界范围内，医疗服务模式逐步发生转变，由过去单一的生物学模式转变为生物—心理—社会新型医学模式。医生在诊疗过程中由以疾病为中心转变为以健康为中心，由此应运而生的是全科医学理念和运用全科医学理念的全科医生。

全科医生是综合运用生物医学、行为科学和社会科学等专业知识和技能，为居民个人和家庭提供健康教育、健康咨询、疾病预防以及

一般疾病初级诊疗等服务。对于难以诊治的疾病，将患者转诊到专科医生进行治疗。全科医生承担初级诊疗活动，在医疗卫生服务中发挥基础性的分级医疗的枢纽作用，既方便了群众就近就医，又帮助居民获得医疗卫生知识，提高自我保健能力，改变不良生活习惯，尽可能不生病、少生病、晚生病。

国际经验来看，英国、澳大利亚、瑞典、挪威等欧共体国家已经全面普及了全科医生制度。在全民医保制度的支持下，居民必须首先找全科医生治疗，经其转诊才能到专科医生处就诊，全科医生充分发挥了健康“守门人”的作用。1972年，世界家庭医生组织/学会(WONCA)在墨尔本成立，现有正式成员组织110个，代表着世界上15万多名全科医生。目前，全球有50多个国家拥有国家级全科医生学术组织和全科医师培训项目。

近十年来，我国逐渐重视全科医生队伍的建设。2006年，人事部、卫生部、教育部等联合印发《关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见》（国人部发[2006]69号），在社区全科人才的准入、培养、使用等方面做了明确规定，主要措施有：

一是吸引优秀人才进社区。凡到社区卫生服务机构工作的医生和护士，可提前一年参加全国卫生专业技术中级资格考试；到边远地区社区卫生服务机构工作的大中专及以上毕业生，可提前转正定级，定级工资高定1至2级。鼓励和组织大中型医院、预防保健机构的高、中级卫生专业技术人员定期到社区卫生服务机构提供技术指导和服

务；并组织社区卫生服务机构卫生技术人员到医院和预防保健机构进

修学习、参加学术活动。同时鼓励业务水平较高、身体状况较好的退休卫生专业技术人员到社区卫生服务机构继续服务。

二是健全和完善社区人才培养。有条件的医学院校要成立全科医学/家庭医学系、社区护理学系，从医学生开始培养全科人才。推进社区医生和护士规范化培训和岗位培训。对从事社区卫生服务工作的人员采取多种方式脱产或半脱产进行岗位培训。利用针对性和实用性强的继续教育项目，在短期内快速提高社区人员的服务能力和水平。

医改方案明确，将逐步完善全科医师任职资格制度，健全农村和城市社区卫生人员在岗培训制度、鼓励参加学历教育，促进乡村医生执业规范化，尽快实现基层卫生机构都有合格的全科医生。

97. 如何发挥乡村医生解决群众基本医疗卫生服务需求的作用？

乡村医生产于上个世纪五、六十年代，基本上都是半农半医，来自于农民，服务于农民，和农民有着深厚的感情，曾被群众亲切的称为“赤脚医生”，与农村三级卫生网、合作医疗制度一起被称为中国农村卫生工作的“三大支柱”。

经过多年发展，乡村医生已经成为我国农村卫生事业的主要依靠力量，承担着疾病预防和初级诊治、妇幼保健、健康教育宣传以及农村合作医疗筹资、卫生政策宣传等多项职责。据第四次全国卫生服务调查，农村地区 58% 的患者在村级卫生机构就诊，充分说明乡村医生在为农民提供基本医疗服务，维护农村社会生产力发展中发挥了重要的作用。

医改方案明确，支持村卫生室建设，对乡村医生承担的公共卫生服务等任务给予合理补助。同时，有关方面将继续贯彻落实《乡村医生从业管理条例》，进一步加强乡村医生管理，加大对乡村医生的岗位培训，不断提高其职业道德和业务水平，使乡村医生能够满足农村群众对基本医疗卫生服务的需求。

98. 有哪些针对提高医务人员待遇的措施？

医务人员直接向群众提供医疗服务，是医药卫生体制改革的重要参与者。本次医改明确提出要“让医务人员受鼓舞”，并制定了一系列措施，提高医务人员待遇。

在工资收入方面，公立医院、基层医疗卫生机构和公共卫生服务机构，都要建立起服务质量为核心、以岗位责任与绩效为基础的考核和激励制度，调动医务人员的积极性。同时，本次医改明确了政府负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心（站）按国家规定核定的人员经费，还提出基层医疗卫生机构医务人员的工资水平，要与当地事业单位工作人员平均工资水平相衔接；对乡村医生承担的公共卫生服务等任务，政府也要给予合理补助。

在培训晋升方面，针对基层和人才缺乏的岗位，制定了一些有针对性的优惠政策。重点加强公共卫生、农村卫生、城市社区卫生专业技术人员和护理人员的培养培训。对长期在城乡基层工作的卫生技术人员在职称晋升、业务培训、待遇政策等方面给予适当倾斜。

在执业环境方面，要提高医务人员的社会地位，为医务人员创造良好的工作环境。一方面，促进不同医疗机构之间人才的纵向和横向交流，研究探索注册医师多点执业。另一方面，保护医务人员的合法权益，完善医疗执业保险，开展医务社会工作，完善医疗纠纷处理机制，增进医患沟通，构建健康和谐的医患关系。

99. 如何进一步提高基层医疗机构的服务水平和质量？

首先，要加强基层医疗卫生机构建设，使每个乡镇有一所卫生院，每个行政村有一所卫生室；加强城市社区卫生服务中心和社区卫生服务站建设，使老百姓生了病可以得到方便、有效、综合、连续的服务。第二，要加强对基层医疗卫生机构的投入，改善基层医疗卫生机构的设施设备条件，为群众创造良好的文学艺术知环境。第三，大力加强基层医疗卫生队伍建设，建立住院医师规范化培训制度，加强对基层医疗机构人员的培训，大幅度增加全科医生及社区护士数量，使其具有较高医疗技术水平和良好的职业道德修养，能够看好群众的常见病和多发病。第四，基层医疗卫生机构要转变服务模式，坚持主动服务，上门服务，与病人建立良好的医患关系。第五，全面实行人员聘用制，建立能进能出的人力资源管理制度，建立以服务质量和岗位工作量为核心、以岗位责任与绩效为基础的考核和激励制度，调动基层人员的积极性。第六，要加强大医院与基层医疗卫生机构的分工协作，大医院主要负责急危重症和疑难病症的诊疗，大医院通过技术支持和人员培训，带动基层医疗卫生机构发展。

100. 什么是医务社会工作？

指社会工作者在医疗卫生机构作为医疗团队的一部分，运用社会工作专业知识与技术，协助有需要的病患及其家属预防 and 解决求医问药过程中产生的医患矛盾和其他社会问题。开展医务社会工作有助于对患者及其家属进行心理疏导，加强医患沟通，构建和谐医患关系。

十二、建立健全医药卫生信息系统

101. 为什么要建立医药卫生信息系统/今后将在哪些重点领域加强医药卫生信息系统建设？

目前，我国医药卫生信息系统建设明显滞后，已严重影响医药卫生各领域的服务和管理。加快信息系统建设，有利于充分发挥信息技术对于改善国家对医药卫生服务的管理，加强对医疗、药品等重点环节的监控，提高医疗卫生机构管理水平和效率，规范诊疗和用药行为降低成本，为群众提供方便快捷的医疗卫生服务等方面的积极作用，有利于医疗信息公开，接受社会评价和监督，增进医患沟通，促进和谐医患关系建设。同时也有利于各类医疗保险制度之间的衔接，促进逐步走向统一。

今后在以下重点领域着力推进：

第一，加快医疗卫生信息系统建设。以统一的医疗卫生服务信息平台为基础，完善以疾病控制网络为主体的公共卫生信息系统；建立居民健康档案为重点，构建乡村和社区卫生信息网络平台；以医院管

理和电子病历为重点，推进医院信息化建设；促进城市医院与社区卫生服务机构的合作。

第二，建立和完善医疗保障信息系统。加快基金管理、费用结算与控制、医疗行为管理与监督、参保单位和个人管理服务等具有复合功能的医疗保障信息系统建设。加强各种基本医疗保障信息系统建设，实现与医疗机构信息系统的对接，积极推广“一卡通”等办法。

第三，建立和完善国家、省、市三级药品监管、药品检验检测、药品不良反应监测信息网络，加强对药品研制、生产、流通、使用全过程关键环节的监控。

102. 就医“一卡通”试点取得了哪些成绩？能否进一步推广？

“一卡通”是指“中华人民共和国社会保障卡”（以下简称“社会保障卡”）在全国范围通用。社会保障卡是我国金卡工程规划的行业大卡，也是其就医结算的凭证。目前，人力资源社会保障部通过制定社会保障卡建设总体规划、建立全国统一的标准规范体系、开发统一的密钥管理系统等管理制度的建立，确保了各地社会保障卡建设稳妥有序地开展。截至 2008 年底，全国各地已发行 4400 多万张社会保障卡，全国共有 106 个地区完成社会保障卡发行注册工作，极大方便了医疗保险持卡人就医和费用结算，为全国推广积累了丰富的经验。下一步，将按照积极稳妥地原则，进一步扩大社会保障卡的发放范围，并探索社会保障卡跨地区的应用。

目前，为了方便群众就医结算，一些地方还探索推行健康“一卡通”，记录持卡人基本健康信息、电子病历、医疗保障有关信息，既可以使医生通过健康卡了解患者信息，在医院内凭卡划价、发药；又可以实现医疗费用报销的即时结算，持卡人只缴纳按规定应缴纳的医疗费用，其余由医疗机构与医疗保险经办机构直接结算。实行“一卡通”是方便群众就医和报销，减少重复检查，降低医疗费用的积极尝试，值得推广。随着医药卫生信息系统的完善，可逐步实现“一卡多用、全国通行”。

103. 目前的医药卫生信息系统还存在哪些问题？如何改进？

尽管个别医疗卫生机构或地区医药卫生信息系统建设取得了长足的进步，但总体上发展还很不平衡，基础十分薄弱。目前存在的主要问题有：一是系统内部组织协调薄弱。医药卫生各领域内部信息化建设各自为政，分散和重复建设情况比较严重，资源使用效率和协同能力低下。二是不同部门之间信息分割严重。各个业务部门，按照自身的业务需求和标准，分别开展信息化建设工作。导致垂直业务系统建立各自的“信息孤岛”。三是基础研究薄弱，信息标准缺乏，在政策、管理和技术等层面缺乏科学宏观指导和业务规范，导致数据和信息不能交换和共享。四是资源投入不足，各业务系统和不同地区之间投入不平衡，卫生信息技术人员短缺。由此导致信息系统起不到加强监管、提高效率的应有作用。

今后，将大力推进医药卫生信息化建设，以推进公共卫生、医疗、医保、药品、财务监管信息化建设为着力点，加快信息标准化和公共服务信息平台建设，逐步建立实用高效的医药卫生信息系统。

十三、建立健全医药卫生法律体系

104. 我国卫生立法取得了哪些进展？

1982 年宪法第二十一条规定：“国家发展医疗卫生事业，发展现代医药和我国传统医药，鼓励和支持农村集体经济组织、国家企业事业组织和街道组织举办各种医疗卫生设施，开展群众性的卫生活动，保护人民健康。”第四十五条规定：“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下，有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保障、社会救济和医疗卫生事业。”新宪法明确了公民的健康权益，也为医疗卫生事业发展指明了方向。

全国人大常委会先后制定颁布了《传染病防治法》、《国境卫生检疫法》、《药品管理法》、《母婴保健法》、《献血法》、《执业医师法》、《职业病防治法》、《人口与计划生育法》、《红十字会法》、《食品安全法》等 10 部法律；国务院制定了《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《中医药条例》、《突发公共卫生事件应急条件》、《护士条例》等 38 件行政法规；卫生部制定了 200 多件部门规章，我国的卫生领域基本上做到了有法可依，卫生事业走上了法制化的轨道。以公共卫生、医疗服务、健康相关产品管理、医

疗保障等法律制度组成的卫生法律体系初步建成，为保障公民身体健康和生命安全，为医学科学和卫生事业的发展提供了有力的法律保障。

105. 如何进一步加强卫生法律建设？

当前，卫生改革发展已经进入攻坚阶段，许多矛盾、问题比较集中地暴露出来，迫切需要用法律的手段来解决。

首先，落实依法行政，转变职能，规范行政行为。医药卫生行政部门的职能要切实转变到加强宏观调节、强化市场监管、完善社会管理和提供公共服务方面来。

第二，不断完善医药卫生法律体系，使医药卫生事业的各个领域、环节有法可依。同时提高立法质量，提高法律的可操作性，确保立法真正解决实际问题。

第三，严格行政执法，加强对行政执法的监督，保证法律、法规的有效实施，真正做到有权必有责、用权受监督、侵权须赔偿、违法要追究。

第四，依法强化医药卫生行政复议工作，维护群众合法权益。充分发挥行政复议制度的监督功能。

第五，扎实开展医药卫生法制宣传教育，增强社会公众对卫生法律法规的认知程度和知法、守法的自觉性。

106. 我国卫生普法工作成效如何？

自“一五”普法开展以来，卫生普法工作取得了以下明显成效：一是各级医药卫生行政部门周密部署，精心组织，制定普法工作规划，依法行政和依法决策能力不断增强。二是将加强卫生行政执法人员的法制教育作为卫生普法工作的重点，医药卫生行政执法人员的素质和水平不断提高。三是各级各类医药卫生机构将普法工作纳入年度工作目标，全国卫生队伍的法律意识进一步提高。四是有计划、有组织地开展对社会公众的法制宣传活动，社会公众的卫生法制观念不断提高。

107. 我国卫生依法行政工作取得哪些成效？

一是积极转变政府职能。对不同层级政府之间、政府与医药卫生机构之间，政府与医药卫生事业单位、政府与社会自治组织之间的职能分工、相互关系问题进行了深入的理论研究并进行了一定的实践，力求建立职能明确、定位清晰、综合协调、权责统一的管理体制。

二是医药卫生法律体系更加健全。2004年以来，加大了重大传染病防治等公共卫生方面的法律制度建设；同时，建立了突发公共卫生事件应急法律制度；加强传统医药保护立法；进一步完善了医疗服务方面的法律制度。使公共卫生、医疗服务、医疗保障、药品供应保障体系得到有力的法律制度支撑。

三是医药卫生行政执法状况显著改善。改善了行政审批状况。实行了首问负责制、限时办结和责任追究制，建立了许可信息公示和通报制度。

四是建立了医药卫生政府信息公开制度，建立专门访问路径以方便公众对政府信息的获取、查阅。

五是认真做好行政复议和信访工作，有效化解社会矛盾。

六是卫生行政机关工作人员依法行政的观念明显增强，尊重法律、遵守法律的氛围基本形成，依法行政的能力明显增强。

108. 需要重点完善的医药卫生法律制度有哪些？

2008 年中央批准的《十一届全国人大常委会立法规划》中卫生法律有 5 部，它们是：食品安全法、基本医疗卫生保健法、精神卫生法、药品管理法（修改）、中（传统）医药法。这 5 部法律是今后几年需要重点完善的医药卫生法律制度。目前，《食品安全法》经十一届全国人大常委会第七次会议审议表决通过，将于今年 6 月 1 日开始实施。其他四部法律正在制定和修订过程中，重点内容将是：

一是明确政府在本基本医疗卫生制度中应承担的责任，合理配置医疗卫生资源，保证群众享受基本医疗卫生服务，提高基本卫生服务能力。

二是预防精神疾病的发生，保护精神障碍者的合法权益。规范精神障碍的诊疗活动，加强康复体系建设使精神障碍者重返社会，完善精神卫生的保障措施。

三是加强药品研制、药品使用环节的监督管理，完善药害事件处理，保证基本药物制度落实。

四是进一步确定中医药发展方向，保持中医药学科特色，规范中医药人才培养，加大中药材开发，继承和发展中医药事业。

（来源：《健康报》网站，本刊编辑审校）

境内媒体报道

1. 让群众真正从医改中受益

——访全国人大常委会副委员长韩启德、卫生部部长陈竺、卫生部党组书记张茅

作为实现人人享有基本医疗卫生服务远大目标的纲领性文件，新医改方案新在哪里？改什么？怎么改？将对解决“看病难、看病贵”问题起到什么样的作用？在新医改方案出台后的第一时间，全国人大常委会副委员长韩启德、卫生部部长陈竺、卫生部党组书记张茅在接受媒体采访时予以解读。

韩启德： 政府主导和市场机制相辅相成

昨天下午，全国人大常委会副委员长韩启德做客央视《医改与我》特别节目。在谈到公立医院公益性问题时，韩启德强调，公立医院体现公益性需要制度上的保障，“既要求它保持公益性，不让它赚钱，又不给它补偿；既要马儿跑得快，又不给它吃草，太难了”。所以，

新医改的关键是在试点医院探索如何补偿才能既保持公益性，又保证效率。

韩启德说，医改方案提出政府主导和市场机制相结合。政府主导体现在政府首先要做好规划，各级政府要确定人民群众的医疗需求是什么，其次是提出具体政策，最后是发挥监督作用。而在医院业务、运作等具体环节，要充分发挥公立医院的积极性，要让公立医院真正成为一个独立的法人，这就要靠市场机制的作用。所以，政府主导和市场机制是相辅相成的。

陈竺： 公立医院改革将在中等城市试点

“公立医院改革是医改的难点。”昨天上午，卫生部部长陈竺做客央视与观众互动时明确表示。他说，公立医院是体现公益性、解决基本医疗、缓解人民群众看病就医困难的主体，矛盾比较集中。要体现公益性，就要扭转过于强调医院创收的倾向，改革以药养医的补偿机制，加大公共财政投入，使其真正为群众提供优质、价格合理的医疗卫生服务。他透露，公立医院改革将选择一部分中等城市进行试点。切断以药养医后，一方面对试点医院失去药费加成后资金缺口进行测算，通过公共财政给予补贴投入；另一方面，公立医院要通过内部运行机制改革提高服务效率，通过缩短平均住院日等具体措施弥补缺口。公立医院的公益性最终要靠医务人员的服务体现出来，切断以药养医的收入渠道后，公立医院将采取优劳优得、按劳付酬，以医务人员提供劳动的数量和质量及效率作为绩效考核的主要标准，同时结合科研教学、参考岗位风险，适当增加医生的诊断费用。

陈竺说，通过建立基本药物制度，实现药品零差率销售，群众看病自付比例会降低，药价会大幅下降。同时，通过探索建立规范化的诊疗指南体系，避免随意性，提高质量，同时引进卫生经济学概念，制定既能体现技术含量，又与现有国力、基本医疗承受能力和群众的经济能力相适应的标准化的诊疗方案，让群众真正从中受益。

在公共卫生服务方面，陈竺说，医改的目标是逐步实现均等化的服务。既包括经常性的服务，如个人健康档案的建立、预防接种、慢性病的管理、健康教育、健康促进等，也包括若干公共卫生重大专项，如乙型肝炎疫苗，15岁以下的人群全部接种；35岁以上妇女乳腺癌、宫颈癌普查等。对于重大疾病，如艾滋病、结核病、血吸虫病防治等，系列文件也均予以安排。

张茅：医改是渐进的社会系统工程

卫生部党组书记张茅日前在接受媒体采访时表示，此次改革坚持了公共医疗卫生的公益性，把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，达到人人享有基本医疗服务的目标。因此，医改方案的针对性很强。

张茅表示，医改任务艰巨、涉及面广、难度大，是一项渐进的社会系统工程。只有在明确方向和框架的基础上，经过长期艰苦努力和不懈探索，才能逐步建立符合我国国情的医药卫生体制。“看看世界各国的经验，医改都是在不断进行的过程中碰到这样那样的问题。不要让老百姓认为‘今天医改文件发布了，明天一切问题都解决了’，

这是不切实际的想法。”他表示，“希望通过3年努力，老百姓能切实感受到医改带来的好处。”

（健康报 4月8日）

2. 中国新医改方案与世卫组织倡导的原则一致

——世卫组织总干事陈冯富珍

世界卫生组织总干事陈冯富珍7日在北京表示，中国政府刚刚公布的新医改方案，与世界卫生组织倡导的原则相一致。中国政府在出台这项重大政策前问计于民的做法值得称赞。她指出，中国的新医改方案，在坚持公平性原则、支持贫困人群、采取稳健步骤实现全民皆保的目标等方面，均与世界卫生组织推荐和倡议的原则相一致。

在回答记者提出的政府提供的医疗服务是否应该免费这一问题时，陈冯富珍说，要达到这一目标不可能一蹴而就，需要采取逐步的步骤予以实现。从世界上其他国家的经验来看，医疗服务是没有绝对免费的。“不管是通过公共税收，还是通过政府加强保障措施，肯定是要资金注入来承担这个费用的。”

陈冯富珍说，医药卫生体制改革是一项非常复杂、艰难的工作，需要来自民众与政府的共同努力，通过不断协商与沟通，找到解决问题的方案。

她指出，中国政府在新医改方案准备与起草期间，世界卫生组织与其他联合国机构都提出了建议和技术支持。中国政府在正式公布新

医改方案前，也向民众进行了大量咨询与协商工作。这种做法值得称赞。

为破解医药卫生体制改革的世界性难题，中国政府多次通过网络、传真、信件等方式征求公众意见，以求汇集民智、问策于民。“实际上，当中国政府去年征求对医改方案的意见时，我也到网站上浏览了民众的相关评论”。陈冯富珍说，中国政府的这一做法充分显示了政府为改进其政策形成机制所付出的巨大努力。

（新华社 4 月 7 日）

3. 国家四部委联合解读新医改

——卫生部党组书记张茅、国家发改委副主任彭森、卫生部副部长马晓伟、财政部副部长王军、人力资源和社会保障部副部长胡晓义

新医改方案公布这几天来，在国内外迅速引起高度关注。为明晰方案内涵，昨天上午，国务院新闻办公室举行新闻发布会，邀请卫生部党组书记、副部长张茅和国家发展改革委副主任彭森、卫生部副部长马晓伟、财政部副部长王军、人力资源和社会保障部副部长胡晓义，共同就新医改中若干热点问题问答解读……

（一）8500 亿元专项资金怎么用

王军表示：确保 8500 亿元的绝大部分用于基层；三分之二用于需方，三分之一用于供方；重点向中西部倾斜。

未来三年，各级政府需要投入 8500 亿元用于医改五项重点改革，其中中央政府投入 3318 亿元，其他资金由地方政府投入。王军表示，确保 8500 亿元的绝大部分用于基层。

他介绍说，把 8500 亿元看作“方程式”，可以从三方面来解方程。

一是概念。首先，8500 亿元的投入是各级政府未来三年投入的合计，而且是增量。其次，要确保 8500 亿元的绝大部分或者说主要的部分用于基层。最后，要确保这笔巨大的投入及时、足额到位。

二是投向。首先，增加的 8500 亿元投入当中，中央和地方比例为 4: 6，与前些年相比，未来三年中央政府投入的比重明显加大，而且政府还会对医疗卫生事业的发展采取优惠政策，比如对志愿去中西部地区乡镇卫生院工作的高校毕业生，由国家代偿学费和助学贷款，和一系列税收优惠政策等。其次，增加的 8500 亿元投入是测算数，每年的实际投入数要通过各级政府的预算来安排，经过法定的程序予以确认。另外，除 8500 亿元投入外，未来三年各级政府还会继续安排和相应增加支持其他医疗卫生事业发展的资金投入。增加的 8500 亿元投入，有三分之二是用于需方，三分之一用于供方。投入供方的钱，其着力点也主要是用于提升基层医疗卫生、专业公共卫生机构和人员的服务能力与水平，使供方能够更好地向需方提供服务。此外，这笔投入重点向中西部倾斜，促进基本公共卫生服务逐步均等化。

三是怎样确保这笔钱投入及时、足额到位。财政部将有五项措施：明确中央和地方各级政府的投入责任，改革投入机制，加强绩效考核，强化监督检查，提升管理手段。

张茅表示：“监察部已经作为一个单位参加国务院医改领导小组，将对资金投入和执行情况进行监督检查。同时，我们也欢迎新闻界和广大人民群众进行监督。”

（二）医改怎样解决“以药补医”

马晓伟说：要通过三年时间的试点，总结出一些经验和做法；增加政府对公立医院的投入，是一个主要方式。

马晓伟说，要通过三年时间的试点，总结出一些解决这个问题的经验和做法。增加政府对公立医院的投入，是解决“以药补医”的一个主要方式。同时要付费方式的改变和价格构成的调整，主要是提高医疗技术劳务的收费价格，降低大型设备、医用耗材和药品价格。在试点地区，考虑增设药事服务费等办法。

他表示，在公立医院当中，建立以岗位责任和绩效考核评估为核心的分配制度，实行多劳多得、优劳优得，有效地调动广大医务工作者的积极性。同时，还将探索医疗资源纵向流动、横向流动的管理办法和运行机制，鼓励民营资本发展卫生事业，建立多元化的办医格局，开始研究试行医务人员多点执业的方式，规范兼职兼薪，使医务人员有更多的看病、实现自己价值的机会，获得合理的报酬。新医改对公立医院发展建设的投入做了相应明确的规定，基本建设、仪器设备、重点学科建设、政策性亏损、离退休人员经费以及公共卫生服务等，

由政府定项进行补助。同时，在体制改革当中，要进一步落实公立医院的法人地位，增强公立医院发展和建设的能力，完善人事分配制度的改革。

（三）医改怎样解决药费高

彭森表示：加强对临床使用量大面广的处方性药品价格的管理；基本药物由国家制定零售指导价格；抑制流通环节不合理的加价；在医疗机构实行差别加价，在国家举办的基层医疗机构实行零差率……

彭森指出，“看病贵”反映在药品价格方面，主要表现在一部分药品价格虚高，中间环节比较多，不合理加价较多。同时，一些医院使用比较高价药品的现象普遍，而廉价药品生产企业不愿生产，一些医疗机构也不愿使用。

如何解决看病贵问题？彭森表示，第一，要合理调整政府管理价格的范围。一方面发挥市场的调节作用，另一方面要承担政府管理的责任，重点是加强对临床使用量大面广的处方性药品价格的管理。第二，配合国家基本药物制度的建立，合理制定基本药物价格，基本药物由国家制定零售指导价格，以鼓励基本药物的生产和使用。第三，切实加强流通环节药品差价率的管理，压缩中间环节加价水平。特别是要实行差别差率的控制，即如果药品价格比较高，差率就从低；如果药价比较低，差率可以适当从高，以抑制流通环节不合理的加价行为。第四，要逐步降低医疗机构销售药品的加价率，一方面在医疗机构实行差别加价，鼓励医院使用比较廉价的药品，一方面在国家举办的基层医疗机构实行零差率。此外，对于内外资的药厂生产的药品，

要考虑原研药和仿制药确实在品牌、质量、成本上有一些差异，也要注意两者价格衔接，让广大患者能够用上更多更好的药品。

（四）医改怎样解决看病贵

胡晓义表示：扩大基本医疗保障的覆盖面；提高现有三项基本医疗保障制度的保障水平；增加基本医疗保障资金总的供给。

胡晓义表示，解决“看病贵”从医疗保障制度建设来讲，主要采取三方面措施。

首先是扩大基本医疗保障的覆盖面。最新统计显示，城镇职工基本医保参保人数为 2 亿，城镇居民基本医保参保人数为 1.17 亿，参加新农合人数为 8.14 亿人。全国还有 2 亿多人未被基本医疗保障制度覆盖，医改近三年重点任务之一就是要使所有中国人都能享有基本医疗保障，医保参保率均提高到 90%以上。

其次是提高现有三项基本医疗保障制度的保障水平，具体主要是提高最高支付的限额和提高报销比例。根据医改意见及其实施方案，城镇职工医保、城镇居民医保和新农合对政策范围内的住院费用报销比例将逐步提高。逐步扩大和提高门诊费用报销范围和比例。将城镇职工医保、城镇居民医保最高支付限额分别提高到当地职工年平均工资和居民可支配收入的 6 倍左右，新农合最高支付限额提高到当地农民年人均纯收入的 6 倍以上。

最后是增加基本医疗保障资金总的供给。胡晓义指出，医改意见和实施方案明确提出，要随着经济水平的提高，增加政府对城镇居民医保和新农合的补助，同时也适当提高个人缴费标准，这样可以使提

高医保报销比例有资金保障。2010年，各级财政对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年120元，并适当提高个人缴费标准，具体标准由省级人民政府制定。

（五）老百姓将得到哪些实惠

张茅表示：平时少得病；得病有保障；看病更方便；治病少花钱。

张茅表示，这次新医改中，老百姓将从中得到四方面的实惠。

一是“平时少得病”。按照国家制定的基本公共卫生服务项目，向城乡居民免费提供疾病预防控制、妇幼保健、健康教育等基本公共卫生服务。比如说建立居民健康档案，为老年人、婴幼儿做健康体检，再比如实施国家重大卫生服务项目，实行农村妇女住院分娩，为15岁以下的人群补种乙肝疫苗等等。“这样进行预防，使群众少得病。”张茅说。

二是“得病有保障”。张茅指出，今后要扩大基本医疗保障的覆盖面，提高医保的筹资水平和保障水平，扩大报销范围，使群众得病看病以后，得到比以前更高的报销比例。

三是“看病更方便”。张茅说，通过加强基层医疗卫生机构的建设和人才的培养，并进行公立医院改革，使得群众能够逐步做到小病在社区，大病再去医院，看病更加方便，看得更好。

四是“治病少花钱”。他说，通过建立国家基本药物制度，扩大医保，另外改革公立医院的“以药补医”机制，这样使群众能够治病少花钱，减少个人支付的比例。

（解放日报 4月9日）

4. 医改意见 190 余处修改透出哪些信息

备受关注的《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》于 4 月 6 日向全社会正式公布，这一修订后的版本与去年 10 月的征求意见稿相比有 190 余处进行了修改。

新医改方案重点在哪些内容上做了较大修改？这些重点修改之处透露出什么重要信息？为此，记者采访了有关部门负责人、专家和学者，全方位解读医改方案修改背后的含义。

（一）明确“近三年改革目标”，医改方案更具操作性

对比医改征求意见稿和此次公布的最终版本，一个明显的不同是增加了到 2011 年的今后 3 年的阶段性目标。

在新医改方案第二部分第三条总体目标中，新增加的阶段性目标提出：到 2011 年，基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民，基本药物制度初步建立，城乡基层医疗卫生服务体系进一步健全，基本公共卫生服务得到普及，公立医院改革试点取得突破，明显提高基本医疗卫生服务可及性，有效减轻居民就医费用负担，切实缓解看病难、看病贵问题。

深化医药卫生体制改革部际协调工作小组有关负责人指出，在医改方案征求意见阶段，各方普遍建议，《意见》所设定的总目标实现时间是 2020 年，长达 12 年。为此，医改方案提出了近 3 年的阶段性目标，下一步还将抓紧出台改革配套文件，从而使方案更具操作性。

（二）“动员社会力量参与”写进基本原则，为民营资本“开绿灯”

在征求意见过程中，多数地方和部门建议，医改要逐步缩小地方差距和充分发挥社会力量作用。为此，新方案在第二部分第二条基本原则部分，增加了“动员社会力量参与”和“统筹城乡、区域发展”。

《意见》在提到“坚持公平与效率统一”这一基本原则时，在“注重发挥市场机制作用”之后增加了“动员社会力量参与”几个字。对此，中国人民大学财政金融学院教授朱青说，这一修改表明了新医改方案在强调政府主导的同时，明确鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业。

此外，《意见》在提到“坚持统筹兼顾”这一基本原则时，增加了“统筹城乡、区域发展”内容。北京大学第一医院院长刘玉村说，这一修改意味着政府将通过增加投入加强基层医疗机构建设，基层医疗机构多了，服务水平提高了，将有助于降低百姓医疗费用，缓解城市大医院人满为患现象。

（三）“医保转续”、“异地就医报销”写进方案，回应百姓期盼

在各方面征求的意见中，有关医疗保障体系的占 25%，主要集中在扩大覆盖面、提高报销水平、解决医保关系转移接续和异地报销等方面。

针对农民工、老年人等反映强烈的医保关系转续和异地就医报销问题，医改方案在第三部分第六条“加快建设医疗保障体系”中特别增加了“以城乡流动的农民工为重点积极做好基本医疗保险关系转移接续，以异地安置的退休人员为重点改进异地就医结算服务”内容。

专家表示，根据我国现有的医保政策，城镇职工、城镇居民、农民都只能在原户口所在地使用医保卡。即便是在同一地区，也只能选择几家医院作为医保定点医院。

据了解，目前不少地方已经开始着手医保一卡通的推行。其中，宁夏宣布今年医保卡将打破地域限制，年内初步实现医保就医异地刷卡、异地结算，并以医保一卡通为基础，研究制定养老、医疗、失业、工伤、生育保险等“五险一卡通”。

（四）增写“政府购买医疗保障服务”，彰显服务型政府新变化

医改方案在第三部分第六条“加快建设医疗保障体系”部分，将征求意见稿版本中的“继续探索商业保险机构参与新型农村合作医疗等经办管理的方式”修改为“在确保基金安全和有效监管的前提下，积极提倡以政府购买医疗保障服务的方式，探索委托具有资质的商业保险机构经办各类医疗保障管理服务”。

工作小组有关负责人指出，这一修改更加强调发挥市场机制作用，促进竞争，提高医保经办机构的经办效率。

北京师范大学社会发展与公共政策研究所主任金承刚说，方案增加了“政府购买医疗保障服务”的表述彰显了我国政府正在向服务型政府转型，是提高政府投入效率，让群众得实惠的有效措施。

（五）基本药物供给方式做重大修改，地方操作空间加大

考虑到征求意见过程中对基本药物定价和供应方式争议较多，新医改方案对第三部分第七条“建立健全药品供应保障体系”部分进行了重要修改。

新方案将“基本药物由国家实行招标定点生产或集中采购，直接配送”修改为“基本药物实行公开招标采购，统一配送”。将“统一制定零售价”修改为“国家制定基本药物零售指导价格，在指导价格内，由省级人民政府根据招标情况确定本地区的统一采购价格”。并相应删去“推行在药品外包装上表示价格制度”的内容。

对此，工作小组有关负责人指出，这一修改在明确基本药物供给的基本原则基础上，给予地方更多操作的空间，探索具体的实现形式。

（六）“住院医师培训”列入人才建设内容，强调“保护医护人员合法权益”

针对提高医疗服务水平的建议，新医改方案在第四部分第十三条“加强医药卫生人才队伍建设”部分，增加了“建立住院医师规范化培训制度，强化继续医学教育”的内容。

对此，四川大学华西医院麻醉科主任刘进在接受采访时说，目前国内很多医学院毕业生主要学习的是医学理论，缺乏临床实践机会，这一修改显示了国家对加强住院医师培训的重视。通过建立规范化、持续化的教育和培训制度，提高全国临床医师的整体素质和水平，有助于减少医疗纠纷和缓解当前看病难问题。

此外，新医改方案还针对社会关注的“调动医务人员积极性，建立健康和谐的医患关系”等意见，在第四部分第十三条增加了“保护医护人员的合法权益，调动医务人员改善服务和提高效率的积极性”和“完善医疗执业保险”及“完善医疗纠纷处理机制，增进医患沟通”

等内容。另外，还增加了“加强护理队伍建立，逐步解决护理人员比例过低的问题”的内容。

（健康报 4月8日）

5. “把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”体现政府职能转变

——财政部科研所所长贾康谈新医改方案

新华社北京4月6日电（记者韩洁）备受关注的《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》几经修订后终于在6日正式对外发布。财政部科研所所长贾康6日在接受记者采访时表示，《意见》最大的亮点是提出“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”的改革基本原则，标志着政府职能的转变和整合。

贾康说，建立覆盖全民的基本医疗卫生制度是贯彻落实科学发展观、构建和谐社会的一项重大制度创新。其最大特点就是强调社会主义市场经济中的政府责任。

他指出，《意见》之所以把基本医疗卫生制度作为公共产品，是因为它符合公共产品的基本特征，具有很强的正外部效应，对于维护社会稳定、促进全体社会成员的和谐不可或缺。

“当市场不能有效提供这些公共服务时，政府理应成为主要提供者。一方面要为使人人享有基本医疗卫生服务提供必要的制度安排，另一方面要建立政府主导的多元化卫生投入机制。”贾康认为，经济、社会生活中的制度安排，正是一种公共产品。

贾康说，《意见》提出的这一改革基本原则也标志着我国公共财政建设进入一个新阶段。公共财政最基本的定位，就是满足社会公共需要，提供公共产品，推进基本公共服务均等化，实现其公益性、公平性。我国经过三十多年的改革开放，财政经济实力显著增强，为将基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，解决包括建立基本医疗卫生制度在内的民生问题，奠定了坚实的物质基础。

此外，贾康认为，《意见》明确改革“坚持公共医疗卫生的公益性质”，是从“基本医疗卫生制度属于公共产品”这一基本判断而来的必然取向，是医药卫生体制改革的出发点和最终目标，并内在的要求进一步明确和强化政府责任，加大政府投入力度，建立起政府主导的多元化投入机制。

但他同时指出，“坚持公共医疗卫生的公益性质”，除了加大政府投入外，还要坚持投入与改革并重的原则，大力推进医疗卫生体制机制改革。包括推进政事分开、管办分开、医药分开、营利性与非营利性分开，完善医疗机构法人治理结构，推进人事制度和收入分配制度改革，健全和规范财务收支管理办法等。

“只有多管齐下，调动多个积极性，公共医疗卫生的公益性质才能得到维护，老百姓才能真正得到实惠。”贾康说。

（新华网 4月7日）

6. 财政的钱 怎样给百姓医疗实惠

——新医改转变财政投入机制，推行“政府购买服务”

建立新的基本医疗卫生制度，政府如何加大财政投入，并管好用好这些资金，让百姓真正得到实惠？记者在第一时间采访新医改方案有关专家。

（一）理念到实施重大转变：把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供

财政部科研所所长贾康认为，政府医疗卫生投入的最终目标是要推动解决群众“看病难、看病贵”问题，提高民众的健康水平。

贾康说，基本医疗卫生制度所提供的，是最低收入阶层也能获得的基本医疗卫生保障，保证人人享有的基本医疗卫生服务，是惠及全民、人人受益的公共产品。对于这种公共产品的提供，公共财政是责无旁贷的。把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供的医改方案，标志着我国政府职能的转变和整合，也标志着公共财政建设进入了一个新阶段。

（二）支持五项重点改革：未来3年，各级财政将为医改投入8500亿元

最近几年，是政府卫生投入增长最快的时期。据财政部公布的数据，2003年至2008年6年间，全国财政医疗卫生支出年均增长27.74%，大大高于同期财政支出的增长幅度。2009年，中央财政预算安排医疗卫生支出1181亿元，比2008年预算数增长38.2%。

新出台的医改方案，对政府卫生投入提出了更加明确的要求：逐步提高政府卫生投入占卫生总费用的比重，使居民个人基本医疗卫生费用负担有效减轻；逐步提高政府卫生投入占经常性财政支出的比重，政府卫生投入增长幅度要高于经常性财政支出的增长幅度。政府投入重点用于支持基本医疗保障制度建设、健全基层医疗卫生服务体系、促进基本公共卫生服务逐步均等化、建立国家基本药物制度和公立医院改革试点。未来3年，为支持医改五项重点改革，各级政府需要投入8500亿元。这是新增加的一笔巨大的投入。

（三）“买”好体制好机制：政府要转变投入方式，资金监管方式也应革新

8500亿元能否花在百姓头上，是人们最为关心的问题。

中国社会科学院财贸所副所长高培勇认为，政府加大投入，是建立基本医疗卫生制度的重要保障。但关键是要转变投入机制，使财政的钱切实花到实处。比如，通过政府购买服务等方式，变“养人办事”为“办事养人”，有效促进医疗卫生体制机制的转变。推行绩效考评，对医疗卫生机构提供的医疗卫生服务进行量化考评，对医改取得的成果进行科学评估，并将考核结果与医务人员的收入挂钩，与政府投入相结合，以提高政府投入的效率。推行核定收支，对基层医疗卫生机构的补助，要在核定收支的基础上确定。首先要核定工作任务，然后核定收入和支出数额，对于核定收支后的差额部分，由财政在绩效考核的基础上予以补助。

财政部科研所副研究员刘军民建议，政府不仅要转变投入方式，资金监管方式也应改革和创新。医改资金投入重点在基层，一个较为有效的办法是探索推广注册会计师审计披露和代理会计核算工作，政府财政部门则强化对注册会计师审计质量的再监督。同时，各类公立医疗卫生机构和接受政府资金投入的医疗卫生机构经过审计的财务报告要通过网络公开，接受社会和公众监督。

（人民日报 4月7日）

7. 新医改 点“亮”关键词

医改是一个社会系统工程，不仅需要多部门协同努力，还需要五项重点同步进行。五项重点就像人的五个指头，缺一不可，哪个指头稍有不适，其他指头都会受到影响。五指成拳，新医改形成合力，才能惠及民众。

（一）医保全覆盖

郑秉文（中国社科院拉美所所长、教授）：破解“看病贵”问题的关键，并不单是控制药价，而是在建立起医保制度后，提高报销水平，减少个人支付比例。没有一个完善社保体系的社会，肯定不是一个和谐的社会。社保体系覆盖面狭小，或者城乡割裂，就会形成待遇水平差距较大的碎片化制度。完善基本医疗保障制度建设，目的就是降低个人医疗费用支出比例。这是社会文明进步的标志。

（二）异地医保

韩克庆（中国人民大学副教授）：异地医保不仅涉及退休老人异地养老的问题，也涉及农民工流动的问题。解决异地医保，不只是技术层面的问题，更多的是制度层面的衔接问题。建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系，将城乡居民、城镇和乡村统筹合一，必须缩小城乡和地域之间的差距。这是医保制度建设的方向。

（三）基本药物报销

吴永佩（卫生部医院管理研究所教授）：基本药物制度是世界上比较普遍的形式，对于降低药价、保障基本药物的供应有重要作用。国家基本药物制度是国家药物政策的核心。其遴选的国家基本药物目录是针对主要疾病医疗所需而制定的。基本药物是初级医疗卫生所需的最基本且必须的药物。为落实国家基本药物制度，需制定国家药品处方集、国家基本药物目录和临床诊疗指南。据悉，卫生部已组织医药学有关专家逐一制定这些政策与技术规范。国家基本药物目录新版即将公布；国家药品处方集已启动制定。临床诊疗指南应首先制定“抗菌药物标准治疗指南”，在此基础上逐步扩展到其他临床专科疾病的诊疗指南，并推向医疗机构实施。

（四）基本药物供应保障

许嘉齐（国家食品药品监督管理局副司长）：对基本药物实行招标采购，不仅仅是为了在药品价格上进行竞争，从实现基本药物的安全有效来看，实行公开招标采购、统一配送更重要的目的在于保证基本药物的质量。我国药品生产经营企业众多。药品生产经营企业之间在药品质量管理能力、控制风险的水平等方面存在差异。实行招标采

购也是对药品生产经营质量和能力的招标。要招标选择社会诚信度高、质量管理好、控制产品风险能力强的企业来生产和配送基本药物，在生产和配送环节上保证基本药物的安全有效。

（五）基层医务人员待遇

刘新明（卫生部政策法规司司长）：看病难主要难在“两头”，即偏远农村地区和大城市大医院。其根源在于医疗资源分布不均衡。解决这一问题，需从设备、人才等方面“软硬兼施”，均衡配置医疗资源。通过试点推广“住院医师培养制度”，让乡村医生、基层医生进入大医院接受培训，然后走出医院下到基层，切实缓解农村、社区看病难。

（六）基本公共卫生服务

白重恩（清华大学经济管理学院教授）：实现公共卫生服务均等化，既是医改惠民的起点，又是人人享有基本医疗卫生服务的终点。建立公共卫生服务体系，为居民提供公共卫生保障是国际通行做法。在推行均等化的过程中，要重点解决服务质量的差距。要从根本上建立新的统筹城乡的卫生筹资和投入模式，做到城乡卫生均衡发展，保证城乡医疗卫生机构提供同等服务、获得同等补偿。

（七）重大公共卫生服务

任文杰（河南平煤医疗集团总医院院长）：公共卫生服务成本低、效果好，但又是一种社会效益回报周期相对较长的服务。设立国家重大公共卫生服务项目，公共卫生投入不再是以单个项目，也不再是为

了应对突发公共卫生事件或某种公共疾病而设立。这是公共卫生长效机制建设迈出的重要一步。

（八）“以药补医”

许树强（卫生部中日友好医院院长）：改革公立医院补偿机制，目的就是逐步解决“以药补医”机制，切断医院、医生与药品购销之间的利益关系。公立医院作为政府职能的载体，应当追求政府的社会公益性目标，但完善补偿机制是实现公益性的根本保证。要根本扭转“以药补医”的机制，就要落实医改方案中提出的增设药事服务费、适当调整部分医疗技术服务价格、增加财政投入和改革社会医疗保险的支付方式等多种措施，使医疗服务能够得到合理补偿。如果没有合理的补偿机制，只是让公立医院通过自身经营，用药品加成收入和检查收入对患者的诊疗费用进行补贴，公立医院公益性的实现就是一句空话。

（人民日报 4月8日）

8. 新医改突出基本、基础和基层——惠及 13 亿人健康福祉

——北京大学中国经济研究中心教授李玲

基本医疗卫生制度成为公共产品，究竟意味着什么？记者为此采访了北京大学中国经济研究中心教授李玲。她概括为“覆盖全民”、“统筹兼顾”、“预防为主”。

（一）覆盖全民，公平享有，一旦确立，长期稳定

记者：“基本医疗卫生制度”是关于基本医疗卫生服务的制度吗？

李玲：“基本医疗卫生制度”是关于医疗卫生的基本制度，而不仅仅是关于基本医疗卫生服务的制度。基本医疗卫生制度的提出和实施，把医疗卫生事业提高到了国家的一项重要制度建设的层面，是一项重大创新，标志着我国对医疗卫生事业的认识达到了新高度。

记者：新中国成立以来，我国卫生事业取得了突出成就，但是许多行之有效的做法没有以基本制度的形式固定下来，也没有实现全民覆盖。

李玲：从历史上看，新医改是我国第一次从“基本制度”的高度规划医疗卫生事业，保障人民健康。这是我国基本医疗卫生制度的一大创新。作为公共产品的基本医疗卫生制度，必然覆盖全民、公平享有，而且制度一旦确立，就是长期稳定的，不随一时一事的情境而变化，不随人们的注意力和兴趣而变化。

过去，医疗卫生和人民健康工作的重要性经常发生变化，有时需要给其他工作让路；在投入、监管等方面没有形成稳定的机制；医疗保障措施往往着眼于部分人群，城乡之间、地区之间、阶层之间的不公平性比较突出。”建立基本医疗卫生制度”的提出和落实，使医疗卫生工作有了制度化的保障，为医疗卫生事业的长远发展和全民平等共享医疗卫生福利确立了制度基础，具有划时代意义。

（二）涉及公共卫生、药品供应等体制

记者：“基本医疗卫生制度”是否借鉴了发达国家的经验？

李玲：目前，医疗卫生体系比较完善的主要是发达国家。而一些正在进行医改的发展中国家，通常只是从医疗卫生体制的某一或者某

些方面入手。我们对医疗卫生体系进行了整体设计，各个领域和环节的建设与改革同时开展，既借鉴了国内外的历史经验，又注意到了国际医疗卫生体制的前沿领域，实现了跨越式的发展。

记者：“基本医疗卫生制度”能否避免“头疼医头、脚疼医脚”？

李玲：医疗卫生事业的目标是多重的，公共卫生体系保障人们“不生病、少生病、不生大病”；医疗卫生服务体系和基本药物制度保障人们“看好病、少花钱”；医疗保障体系帮助人们分散大病带来的经济负担。这几个体系相互支持、相互配合。过去的一些改革措施，往往侧重于其中一个体系、一个领域的改革，成效有限。“基本医疗卫生制度”的提出，表明我们认识到医疗卫生目标的多重性和系统的复杂性，用统筹兼顾的思路来规划医药卫生体制的改革。

（三）预防为主，从源头上降低疾病风险

记者：有人认为，政府只需要举办社会医疗保险就可以实现对居民的医疗保障。

李玲：这只是实现了“得病有保障”。实践表明，如果不通过增加投入和加强管理等措施完善医疗卫生服务体系，就无法实现“看病更方便”、“治病少花钱”。“基本医疗卫生制度”实现了服务保障和财务保障的并重，即通常所说的“补供方”和“补需方”并重，这是根据我国当前发展现状做出的务实选择。

记者：远近结合，既着眼于近期措施的可操作性，解决当前紧迫问题，又前瞻性地为应对将来的风险作出了安排……

李玲：是的。近三年，主要通过五项重点改革缓解群众最关心的“看病难、看病贵”问题，突出“基本、基础和基层”，提高医疗服务的可及性，降低居民的医疗负担。随着工业化、城市化、国际化和人口老龄化的发展，我国居民的健康问题还面临重大挑战，我国也面临医疗卫生费用过快增长、超过社会承受能力的风险。必须预防为主，从源头上降低疾病风险，保障人民“不生病、少生病、少生大病”。“基本医疗卫生制度”把公共卫生服务置于重要位置，这是执政理念的升华。

（人民日报 4 月 10 日）

9. 四组数字“演算”一道“民生考题”

——新医改将如何缓解群众看病难、看病贵

“生不起，剖腹一刀五千几；病不起，药费让人脱层皮……”近年流传的这些顺口溜是老百姓“看病难、看病贵”的形象反映，也是留给政府的一道“民生考题”。

7 日公布的《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009－2011 年）》决定，三年内投入 8500 亿元推进五项医改重点工作。这笔巨额投入表明了政府着力解决老百姓看病难题的决心。

但这个“大蛋糕”将如何分配？又将如何惠及百姓？记者就此采访了一些专家及业内人士，解读了《实施方案》中的相关投入及改革目标。

（一） 90%、120 元、6 倍：基本医保扩面提高标准 为群众看病“减压卸负”

20 多年来，我国农民和城市居民可支配收入增长不到 20 倍，但所负担的医疗费用却增长了 133 倍。与此同时，居民个人支出占卫生总费用的比重由 20%左右提高到 60%。医药费用的上涨以及医疗保障的不健全等，使得我国居民“看病贵”问题突出。

对此，《实施方案》明确，三年内，基本医疗保障制度将覆盖城乡全体居民，参保率提高到 90%以上。2010 年，各级财政对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年 120 元。城镇职工医保、城镇居民医保最高支付限额分别提高到当地职工一年平均工资和居民可支配收入的 6 倍左右，新农合最高支付限额提高到当地农民人均纯收入的 6 倍以上。

国务院发展研究中心社会发展部部长葛延风说，这组数据意味着我国将进一步扩大基本医保的覆盖面，提高基本医疗保障水平，这将提高群众的就医支付能力，减轻群众个人医药费用负担，增加群众看病的“底气”。

卫生部部长陈竺指出，如果按城镇收入水平，城镇居民以后的医保报销上额将达到 10 万元左右。随着政府投入比重的增加，居民个人支出比重将有所下降。

卫生部农村卫生管理司合作医疗处处长傅卫说，我国已有 8.15 亿农民参加新型农村合作医疗，参合率达到 91.5%。“今后随着筹资

水平的提高将逐步提高新农合的住院报销比例，同时逐步增加门诊统筹，尽量减轻农民看病负担。”

（二） 15 元、20 元：提高公共卫生服务经费，减少群众得病机会

由于投入不足，导致一些公共卫生服务机构偏向开展有偿服务项目，影响了疾病预防的功能。而由于重治疗而轻预防，老百姓都是拖成大病才去就医，加重了疾病负担。

这次《实施方案》提出，近三年将提高公共卫生服务经费标准。2009 年人均基本公共卫生服务经费标准不低于 15 元，2011 年不低于 20 元。

据介绍，2009 年开始投入基本公共卫生服务经费将主要用于逐步在全国统一建立居民健康档案，并实施规范管理。定期为 65 岁以上老年人做健康检查、为 3 岁以下婴幼儿做生长发育检查、为孕产妇做产前检查和产后访视，为高血压、糖尿病等人群提供防治指导服务。

上海松江区疾病预防控制中心传染病防治科吴毅说：“政府保障公共卫生的经费，我们就不用靠营利项目创收了，可以全心全意地预防疾病。”

“保障人均经费是促进基本公共卫生服务均等化的重要措施，是从我国健康国情出发很有针对性的一项制度。”卫生部政策法规司司长刘新明说，要解决我国公众健康，不仅需要医保全覆盖，更需要让百姓不得病、少得病，不得大病，晚得病。

北京大学中国经济研究中心教授李玲指出，如果全民能均等享受基本公共卫生服务，那么老百姓得病机会将减少，医疗负担和去医院的奔波之苦也会相应减少。

（三） 2000 所、2.9 万所、1.4 万所：建设基层医疗机构 让群众“大病不出县”

《实施方案》提出，三年内中央重点支持 2000 所左右县级医院（含中医院）建设。2009 年，完成中央规划支持的 2.9 万所乡镇卫生院建设任务。实现每个行政村都有卫生室。三年内新建、改造 3700 所城市社区卫生服务中心和 1.1 万个社区卫生服务站。

刘新明说，加快建设基层医疗服务机构，将实现基层医疗卫生服务网络的全面覆盖，使农村居民小病不出乡、大病不出县、城市居民不出社区就可以得到安全、有效、便捷、经济的医疗服务。

“要解决大医院‘看病难’问题，就得把病人留在基层，应重点解决交通要道上的县医院能力建设。”北京大学第一医院院长刘玉村说，县医院建设好了，农村地区的常见病多发病就可以就近得到很好的诊疗，部分重症患者也能够得到及时诊治。另外，相比城市医院而言，县医院收费相对低廉，因此还可以有效降低医疗费用，缓解“看病贵”。

（四） 36 万人次、16 万人次、137 万人次：培训基层医疗人才 缓解群众“看病难”

尽管我国现在已建近 3 万个社区卫生服务机构，但是老百姓看病还是往大医院跑。陈竺说，这主要是因为社区卫生机构的全科医生队伍太年轻了，培训也不够，要取得人民群众的信任就要提高水平。

对此，《实施方案》提出，近三年分别为乡镇卫生院、城市社区卫生服务机构和村卫生室培训医疗卫生人员 36 万、16 万和 137 万人次。

甘肃天水市乡村医生温吉存说，加强业务培训是村医的共同愿望，尤其是急救急诊方面的临床技能，这样会挽救更多农民的生命。

安徽省铜陵市钟鸣镇中心医院医生汤长春说，如果基层医生水平高了，老百姓就不用去挤大医院了，少了奔波之苦，也减少了费用。

此外，《实施方案》还明确，建立国家基本药物制度、推进公立医院改革试点两项工作也将根据改革进程安排相应的投入，这两项试点的推进也将有利于降低医药费用、缓解群众看病难问题。

（新华社 4 月 8 日）

10. 长三角医改何处着力？异地就医可报销将成新亮点

新医改方案本月 6 日落地，国家提出近三年投入 8500 亿元，推进五大改革，逐步缓解老百姓看病难、看病贵。目前，长三角两省一市正在加快制定配套措施。记者近日采访苏浙两省主管部门，探访长三角医改将从何处着力。

（一）拾遗补缺不留“空白”

作为全国城镇基本医疗保险试点省份，江苏省已在全国率先建立覆盖城乡居民的医保体系。截至 2008 年，江苏全省城镇职工和居民参加医保人数分别达 1604 万人、1233 万人，有 4400 万农民参加新农合，整体覆盖率超过 90%。

浙江在医保体系建设方面和江苏旗鼓相当。以嘉兴为例，该市 2003 年就推出新型城乡居民合作医疗保险，2008 年，该市城乡居民合作医疗参保率达 96.51%。

针对新医改方案的要求，苏浙两省今年的工作重点之一就是“拾遗补缺”，把困难企业职工、大学生、农民工等尚未参保的人群尽快纳入到医保，争取不留“空白”。

今年 3 月份，浙江省出台《关于加快推进大学生参加城镇居民基本医疗保险工作的通知》，正式把 80 万大学生的医疗保险纳入城镇居民医疗保险范围。“如今，无论公办民办，浙江所有大学生将和城镇居民一样，享受医疗保险；如果遇到重病住院，一年最高可报销 10 万元。”浙江省卫生厅新闻发言人、副厅长张平说。

江苏省医保中心主任胡大洋介绍说，目前苏州大学生医保方案已付诸实施，而江苏省省级层面的大学生参加城镇居民医保的实施方案也在拟定，力争今年秋季开学时，全省 160 万大学生都可参保。农民工方面，江苏省已有 370 万左右农民工参加了医保，但仍有近 600 万农民工游离于医保之外，省里正在制定切实有效的政策来调动农民工的参保积极性。

（二）报销比例逐年提高

新医改方案明确提出，要逐步提高城镇居民医保和新农合筹资标准和保障水平。张平说，浙江省目前的筹资标准和保障水平与新医改方案的要求已经没有明显差距。其中，2008年浙江全省所有县（市、区）新农合人均筹资水平为135.9元，今年将进一步提高到140元以上。

据胡大洋介绍，目前江苏对城镇居民医保的财政补助标准是每人每年80元，明年也将按规定达到每人每年120元；同时，该省城镇职工医保、城镇居民医保和新农合最高支付限额将分别提高到18万元、10万元和5万元左右。事实上，苏南等相对发达地区在这个方面已先人一步。比如南京不仅提高了统筹基金最高支付限额，同时还取消大病救助基金原先的20万元最高封顶限额。

（三）异地就医正在“清障”

作为全国老龄化程度最高的城市，2008年上海60岁以上的户籍老年人口数量已达到300.57万人，占总人口的21.6%；同期，上海全市仅有养老床位8.06万张，床位数只占全市户籍老年人口的2.8%。但是，即便“一床难求”，上海老人愿去苏浙一些山清水秀的地方异地养老的仍不多见。

“原因很多，但其中最主要的一条就是缺乏医疗保险异地就医联网结算制度，这些老人生病了，还得跑回上海看病，否则就无法通过医保报销。”胡大洋说。

而今，长三角异地就医开始“清障”。据介绍，江苏省把医疗保险异地就医联网结算工作分为“三步走”：第一步，解决各省辖市内

参保人员异地就医的管理服务及费用结算问题；第二步，省级层面出台异地就医省内结算有关政策；第三步，探索与上海的异地就医结算办法。

2008 年 3 月，嘉兴市率先印发通知，实施《上海市基本医疗参保人员在嘉兴居住期间医疗费用代办报销服务方法(试行)》，明确相应工作人员接受委托代办报销医疗费用等服务。

截至目前，上海已先后与浙江安吉、杭州、湖州等地医保部门签订协议。其中，杭州和上海的医保互通，采用的是经办服务延伸的方式，去年 12 月底双方就在对方城市互设了医保服务窗口，两地群众的报销更为便捷。从现在起三年内，国家将逐步建立跨地区、跨省份的基本医疗转移结算办法，最终解决异地就医报销问题。

(解放日报 4 月 10 日)

11. 医改步步深入 百姓实惠多

2009 年

- 开始在全国统一建立居民健康档案。定期为 65 岁以上老年人做健康检查、为 3 岁以下婴幼儿做生长发育检查、为孕产妇做产前检查和产后访视，为高血压、糖尿病、精神疾病、艾滋病、结核病等人群提供防治指导服务
- 增加国家重大公共卫生服务项目。为 15 岁以下人群补种乙肝疫苗；消除燃煤型氟中毒危害；农村妇女孕前和孕早期补服叶酸等，预防出生缺陷；贫困白内障患者复明；农村改水改厕等

- 公立基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物
- 在校大学生全部纳入城镇居民医保范围。用两年左右时间，将关闭破产企业退休人员和困难企业职工纳入城镇职工医保，确有困难的，经省级人民政府批准后，参加城镇居民医保

2010 年

- 城镇居民医保和新农合补助标准每人每年 120 元

2011 年

- 城镇医保基本实现市（地）级统筹
- 人均基本公共卫生服务经费不低于 20 元
- 基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民，基本药物制度初步建立，城乡基层医疗卫生服务体系进一步健全，基本公共卫生服务得到普及，公立医院改革试点取得突破

2009-2011 年

- 公立医院改革试点并逐步推开
- 每县至少 1 所县级医院基本达到标准化
- 加强基层医疗卫生队伍建设

2020 年

- 覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立

（文汇报 4 月 8 日）

12. 目标 斩断公立医院趋利纽带

——专家解析新医改方案攻坚难点

现在去医院，人人都要算账：病人算的是医药费，医生算的是奖金，而医院算的则是整体业务收入。当医院的收支与病人的花费直接挂钩时，医疗过程就变了味。公立医院是新医改中的攻坚难点，有许多具体设想有待试点，而在近期实施方案中，斩断公立医院不合理的利益驱动纽带，成了一大重点。

（一）补偿机制删除药品加成

【实例】瑞金医院每年的支出将近 19 亿元，其中包括医护人员的薪金、医疗设备的添置，以及医院盖房子的建设费用。可是，每年政府投入的比例仅为 4%—5%，其余全部源于医院的医疗业务收入，而收入中的 45%为药品。

瑞金医院院长朱正纲教授在谈到新医改时，明确表示：“要改革，首先要改革医院的补偿机制，如果政府补偿不到位的话，只会逼着医院到处找钱。”

这笔钱怎么找？过去的方法是层层下达指标，医院把指标定到科室，科室定到病区，病区定到医生。医院在经济压力中生存，算账变成了每日必须做的功课。

公立医院的趋利性饱受公众诟病，公益性弱化，但对于很多院长而言，这也是无奈之举。

【方案】医改实施方案中，公立医院的补偿机制，由原有的三个补偿渠道，即服务收费、药品加成收入和财政补助，改为服务收费和财政补助两个渠道，删除了药品加成收入。医院由此减少的收入或形成的亏损通过增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准和增加政府投入等途径解决。

【解读】作为院长，朱正纲认为，在所有的补偿机制中，政府的投入比例是最为关键的，也是确保公立医院公益性的关键。

与此同时，政府也不可能统包公立医院的费用，因为一方面费用过于庞大，另一方面会重新造成“大锅饭”的局面，无法调动医院和医务人员的积极性。

增设药事服务费和调整技术服务收费标准是此番医改明确的另两条补偿途径。其中，药事服务费带有过渡性质，但医改方案明确，药事服务费的多少，不再与销售药品的金额直接挂钩，并期望以此降低患者支付的总药费。

（二）住院医师培训

【实例】尽管上海的多家医院都是国家认可的住院医师培训基地，但大部分医院都只为自己培训医生，造成医疗质量无法达到均质化。

【方案】建立住院医师规范化培训制度。

【解读】继去年瑞金医院宣布实施新的住院医师培训计划后，新华医院今年也有望面向全国招收住院医师。新华医院党委副书记、副

院长孙鲲鹏表示：“相比较征求意见稿，这句话是新增的，而这恰恰是医疗改革中很重要的一个环节——医生的质量。”

公立医院应该为社会培养合格的医生，而不是仅仅为一个医院培养。作为身负教学任务的三级医院，完全应该发挥培训基地的作用。这样可以整体提升中国医师的职业水平。

（三）多点执业

【实例】一到双休日，很多专家要么到外地开刀，要么外出讲学。人们称之为“走穴”，但一部分医生目前都是冒险“走穴”，他们的行为很难得到规范管理。

【方案】鼓励地方探索注册医师多点执业的办法和形式。

【解读】“医生是一个特殊的职业，培养一个医生、专家非常不容易。”兼任上海交大医学院院长的朱正纲对此非常感慨，“他们应该是社会可共享的资源。”

推广多点执业，实际上就是将目前盛行的地下“走穴”阳光化。朱正纲举例说，一个医生一周5天有4天在本医院内执业，另外一天则可选择执业单位。医师的多点执业可以让基层患者就近得到高质量的诊疗，缓解老百姓“看病难”之苦；医师不仅自身价值得到社会认可，同时还有一定的经济收入。

另一个意想不到的效果是，多点执业可催生多元化办医。某种程度上，民营医院也获得了聘任专家的机会，医疗人才有可能得以真正流动起来。

朱正纲说：“唯一值得警惕的是，与此相配套的具体细则必须先
行出台，此举一定要循序渐进，谨慎为之。”

(文汇报 4月9日)

13. 多点执业改革破冰

《意见》指出，要稳步推动医务人员的合理流动，促进不同医疗机构之间人才的纵向和横向交流，研究探索注册医师多点执业。至此，医师多点执业在未来的医改道路上的方向已然明确，可望充分发挥医生这一社会重要资源的利用率，更让医生们对医改充满希望。

(一) 执业医师有权“享受”多点执业

早在新医改方案出台之前，呼吁“多点执业”合法化的声音便一直不断，连续几年的全国“两会”上，都有代表委员建议让医生获得多个注册执业地点的自由。而目前在云南、四川、北京等地，多点执业已开展试点，广东省也可能成为试点省份，在广东注册的医生包括香港、澳门的医生都将被允许在广东范围内行医。广东省卫生厅副厅长廖新波一直强调，执业医师有权利“享受”多点执业的政策，但政策实施的关键在监管和用人单位的法律责任。

“关于多点执业，我的看法就是一句话：经过医师规范化培训后，在省卫生厅注册的、在公立医院工作的执业医师，经过所在医院同意后，都可以在省内多点行医。关键在谨慎审核、严格监管。”廖新波说。

那么什么资质条件的医生才可以多点执业？有人提出需副高以上职称才能开放多个注册执业地点。安徽省芜湖市第一人民医院儿科王维康主任医师却认为，这样的条件并不妥当。“缺乏执业医师的多是乡镇一级的卫生院与卫生站，医改新政策要定点扶持乡镇医院，大力发展社区卫生，如要求副高以上的才能多点执业的话，我们的资源不够。再说，有几个副高职称的医师肯下到乡下对口扶持？能到副高的医师，年龄都是偏大的，有几个身体能支撑住？”

王维康表示，只要是执业医师，建议都可以多点执业。

（二）多点执业有风险，执行需谨慎

允许城市、大医院的医师多点注册、多点执业势必带来管理上的一系列问题，有人士认为，医师多点执业推行后，可能会遇到一些阻挠。

广东诚光律师事务所律师杨永认为，凡是具有执业医师资格的医师都可以多点行医，这样可提高社区、乡镇、区级医院的规范化诊疗水平，但是任何医生在多点行医过程中都要为自己的诊疗行为负法律责任，不能因为某医师是北京或上海来的教授，在多点行医过程中导致病人死亡就把责任推卸到当地医院及医师上，这其中需要卫生部门加强监管。

“医生应对自己开具的处方负责，经得起相关医疗专家的质询，若没有金刚钻硬揽瓷器活，必然会受到患者投诉、控告及卫生执法机关的惩处。另外，正规医学院校毕业获得执业资格的中医师和师承中医有着本质区别，在执业范围上应区别对待。同时，对于就诊师承中

医的患者应承担可能隐藏的风险，如限于师承中医对现代医学诊断技术的了解不足，对某些慢性病如肿瘤可能存在误诊误治的问题，不能单方面由医师承担。”杨永建议。

“医师多点执业改革一定要有试点，稳妥地进行，不能冒进，否则会加大改革成本。”煤炭总医院院长王明晓也表示。

（医药经济报 4月9日）

境外媒体报道

1. 英国路透社：中国医改投入 1250 亿美元应对挑战

4月7日英国路透社以“中国投入卫生改革 1250 亿美元以应对挑战”为题撰文说，由于欧美市场萎缩，中国开始把目光瞄准国内市场，尤其是广大农村地区。“医改路线图”把公共卫生、农村卫生事业、基本药物和基本医疗卫生设施作为重点，大幅度增加对这些领域的投入。

中国新医改方案计划投入 8500 亿元（1243 亿美元），医疗保险将覆盖原本无任何保障的 2 亿中国人口，但仍然过度依赖地方政府投入，可能增加地方财政负担，而且中国的医改方案对药品价格和外国保险公司仍有较多限制，无疑会使急于进入中国医疗市场的国际企业感到失望。

2. 美联社：中国卫生改革将使每个村庄有一所卫生室

4月8日美联社以“中国卫生改革计划使每个村庄有一个卫生室”为题对中国医改方案的发布进行了报道。国外各大媒体对这篇文章进行了转载。美联社称，这项改革本着“安全、有效、方便、价廉”的医疗卫生服务的长远目标进行，覆盖面是13亿中国人。过去由于政府投入不足，药品费用上涨过快，医疗资源向大城市和大医院集中，中国基层医疗机构资源匮乏、技术薄弱。因而落后地区基层医疗机构的建设将成为中国新医改的重点，未来的三年中，每一个村庄将拥有一所卫生室，同时也将加大对人力资源的投入。

3. 法新社：中国出台的医改方案具有里程碑式意义

法新社北京4月7日电：“中国今天出台了里程碑式的医疗改革方案，目标是到2020年以前为全民提供基本医疗，并改革不令人满意的医疗体系”。

随着中国经济转型，从摇篮到坟墓的社会保障体系被系统地瓦解。自此以后，医疗卫生服务一直是该国民众不满的源泉之一。

对于大量的农村贫困人口而言，情况更为严重。他们必须用自己微薄的收入，支付落后且设备不足的诊所和医院提供的低水平医疗服务费用。

一场重病可以耗尽全家的生活积蓄——很多经济学家批评这限制了中国消费者的支出，因为中国的家庭将钱积攒起来以应对此类突发情况。

该方案计划 2020 年以前修建约 7000 家医院和诊所。就在人们担心经济增长放缓、失业率升高以及政府服务不足可能导致社会动荡之际，此举是政府做出的最新承诺，以弥补社会安全网的漏洞。

4. 美国《金融时报》：外国公司直接受益，医改计划令美国相形见绌

据英国《金融时报》的报道，美国电脑巨擘 IBM 表示，根据中国新医改计划，预期至少 1000 家医院将每家支出至少 150 万美元，用于建立电子病历。预计中国政府官员将于今日介绍该计划的细节。

“这将引发来自医院的 15 亿美元软件支出，” IBM 全球副总裁兼 IBM 中国开发中心总经理王阳表示。“那是一个比较保守的估计数字。我预计实际数字将高得多。”

该公司已开始执行第一份此类合同，为中国最大的中医院——广东省中医院提供一套电子病历系统，整合中、西医两方面的信息。IBM 预期，为防止浪费，改进医疗服务质量，升级将包括实现病历数字化，以及建立区域性的病历网络。王阳表示，这个项目是外国公司直接得益于中国经济刺激方案的例证。

IBM 是全球医疗软件系统的领先供应商，为美国多个州提供了电子病历系统和区域性医疗解决方案。王阳表示，中国的医疗改革计划使美国的类似努力相形见绌。华盛顿已承诺在医疗行业信息技术方面支出 190 亿美元。

5. 美国《侨报》：新医改回归公益性，政府向公共服务转身

美国《侨报》4月8日刊文说，“新医改”回归公益性，应当说是民意和理性的胜利。

中国作为一个拥有13亿人口的大国，尤其是在城乡二元结构尚未破除的条件下，其面临的难题要比西方国家复杂得多。对于北京当局来说，推行全民医保不止是一个“有没有财力承担得起”的问题，而是一个社会价值取向的标杆议题，以及社会管理水准和能力能否应时提高的问题，这是一场攻坚战，更是一场需要克服速胜心态的持久战。

美国《侨报》4月9日刊发评论文章《中国新医改：政府向公共服务转身》说，一项长达12年的政府公共产品服务政策方向指引，近日激起中国国内舆论热烈讨论。尽管与外界关联度不高，但这项目标“到2020年基本建立覆盖城乡的基本医疗卫生制度”，仍然引起了国际观察家的注意：中国政府正在向提供公共服务转型。

或许可以说，这是中国在新世纪以来的官方重大公共政策出台最为重要也最为艰难、最为谨慎也最为开放的一次。

而今明确总方向、厘清路线图、划定时刻表、树起里程碑，新医改方案乃是中国走出这一超级改革的第一步，更是中国政府要从意识形态领导者、经济发展指挥者的身份，向公共服务提供者转型的第一步。因为应该可看到，随着医改的起步，中国有关教育、养老等方方面面、涉及重大民生事务的相应改革与调整亦将陆续有来。

本报相信，历经1980年代“给政策不给钱”、1990年代“医改巨大争论”和2000年的“产权改革号角”，如今新医改方案定调“把

基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，努力实现人人享有基本医疗卫生服务”，加之中国未来三年各级政府需要投入 8500 亿人民币，将由此成为中国医疗卫生事业从理念到体制上实现重大变革突破的标志。

6. 《澳门日报》：新医改诸多亮点和突破，核心理念回归公益性

《澳门日报》4 月 9 日发表社论说，在全球金融危机的背景下，中国出台了有诸多亮点和突破的新一轮医疗卫生体制改革方案。“回归公益性”是这次医改的核心理念，九亿中国农民能否在新医改中真正受益，是这一核心理念能否得到体现的重要检验标准。新医改方案多在农村落墨，既应该也必要。

7. 香港《南华早报》：新路线很大胆，但存在“战略性模糊”

香港《南华早报》网站 4 月 7 日文章题：新路线很大胆，但存在“战略性模糊”。

政府已承诺从现在起至 2011 年在医疗保健方面投入 8500 亿元。政府还承诺令绝大多数人享受到医疗保险。但为公务员、城市和农村居民制订的计划大不相同。农村贫穷人口受保护程度仍然很低。

任这份由十几个政府部门起草的最终方案中，仍有许多问题悬而未决。其中一个突出问题是如何降低医院处方药的价格。计划承诺将探索各种有效方法来逐步改革药品额外索价机制，但该计划没有提供任何具体解决办法。之前媒体有关政府可能要求院方将药房独立出来的猜测在计划中没有提及。

卫生部建议让医疗机构把所有收入交给政府，以换取公共拨款。不过，还有一个问题没有得到解决，那就是如何评估医院的表现和运作成本。医疗行业的从业人员批评该建议是在向计划经济倒退。

该计划故意在关键问题上留下了许多含糊不清的语句，为决策者预留了未来操作的空间。按照新的计划，基层医疗机构将探索收支两条线等管理方式。该计划使用了含混的措辞，显然为地方政府留出了回旋余地，让他们自行确定公立医院的改革方案。

医疗行业的从业人员敦促政府为医院和行医者开辟新的收入来源，比如允许对公立医院展开私人投资、为私营和公立医疗服务提供者创造平等的环境，允许医生在不同地点行医。新计划表示，政府会“适当”提高私营医院的比例。

美国尼克松中心中国问题研究负责人德鲁·汤普森说，最终的解决办法是提高医院的透明度和可信度。透明度和某种形式的有效监管是必不可少的。在这个体系中，必须有人代表患者的利益。与美国不同，中国的律师和法庭不履行这项职能。最大的挑战在于监管，而不在于价格或服务。

8. 香港《大公报》：维护公平正义是最大亮点

香港《大公报》4月9日发表署名文章说，新医改方案摒弃了此前改革过度市场化的做法，承诺强化政府在本医疗卫生制度中的责任，不断增加投入。维护社会公平正义无疑是本次医改的最大的亮点，遵循公益性，摒弃市场化，维护了医疗制度的保障功能与医药卫生事

业为人民健康服务的宗旨，体现了政府的责任，同时也将有助于减轻群众的看病负担。

欢迎读者来信来函批评指正，不吝赐稿。

来信来稿请寄：

北京西路 1477 号，801 室，邮编：200040

联系人：陈力歌、林 海

电话：021-22121868、22121878

传真：021-22121879

电子邮件：lige.chen@gmail.com, lin-hai_@hotmail.com

上海卫生发展研究网：www.shdrc.org

本期中所列音像资料均可在网站下载