

江苏医药简报

(总第 394 期)

江苏省医药公司

联合主办

江苏省医药商业协会

2012.04.19

国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2012 年主要工作安排的通知

国办发〔2012〕20 号

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院有关部门：

《深化医药卫生体制改革 2012 年主要工作安排》已经国务院同意，现印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

国务院办公厅

二〇一二年四月十四日

深化医药卫生体制改革 2012 年主要工作安排

2012 年是深化医药卫生体制改革（以下简称医改）承前启后的关键一年，也是全面实施“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的开局之年。为明确任务目标，落实工作责任，巩固扩大医改成果，持续深入推进医改，现提出 2012 年医改主要工作安排如下：

一、总体要求

深入贯彻落实《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）和《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》（国发〔2012〕11 号）精神，以建设符合我国国情的基本医疗卫生制度为核心，坚持把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供的核心理念，坚持保基本、强基层、建机制的基本原则，坚持预

防为主、以农村为重点、中西医并重的方针，保持医改基本政策的连续性和稳定性，着力在加快健全全民医保体系、巩固完善基本药物制度和基层医疗卫生机构运行新机制、积极推进公立医院改革三个方面取得重点突破，统筹推进相关领域改革，保持医改良好势头，为实现“十二五”阶段性改革目标奠定坚实基础。

二、工作任务

（一）加快健全全民医保体系。

1. 巩固扩大基本医保覆盖面。

职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、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）三项基本医疗保险参保率稳定在 95%。重点做好农民工、非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员以及学生、学龄前儿童和新生儿参保管理工作。继续推进关闭破产企业退休人员和困难企业职工等困难群体参保工作。（人力资源社会保障部、卫生部分别负责）

2. 继续提高基本医疗保障水平。

（1）政府对新农合和城镇居民医保补助标准提高到每人每年 240 元，个人缴费水平相应提高，人均筹资达到 300 元左右。（财政部、卫生部、人力资源社会保障部负责）

（2）职工医保、城镇居民医保和新农合政策范围内统筹基金最高支付限额分别提高到当地职工年平均工资的 6 倍以上、当地居民年人均可支配收入的 6 倍以上、全国农民年人均纯收入的 8 倍以上，且均不低于 6 万元。城镇居民医保和新农合政策范围内住院费用支付比例分别达到 70%以上和 75%左右，逐步缩小与实际住院费用支付比例之间的差距，门诊统筹支付比例进一步提高。探索通过个人账户调整等方式逐步建立职工医保门诊统筹。（人力资源社会保障部、卫生部分别负责）

3. 改革医保支付制度。

（1）积极推行按人头付费、按病种付费、按床日付费、总额预付等支付方式改革，逐步覆盖统筹区域内医保定点医疗机构。加强付费总额控制，建立医疗保险对统筹区域内医疗费用增长的制约机制，制定医疗保险基金支出总体控制目标并分解到定点医疗机构，与付费标准相挂钩。积极推动建立医保经办机构与医疗机构的谈判机制和购买服务的付费机制，通过谈判确定

服务范围、支付方式、支付标准和服务质量要求。结合支付方式改革，探索对个人负担的控制办法。逐步将医疗机构总费用和次均（病种）医疗费用增长控制和个人负担控制情况，以及医疗服务质量列入医保评价体系。（人力资源社会保障部、卫生部分别负责）

（2）完善差别支付机制，支付比例进一步向基层医疗卫生机构倾斜，鼓励使用中医药服务，引导群众首诊到基层。将符合条件的私人诊所等非公立医疗机构和零售药店纳入医保定点范围。（人力资源社会保障部、卫生部分别负责）

（3）加强医保对医疗服务行为的监管，完善监控管理机制，逐步建立医保对医疗服务的实时监控系统，逐步将医保对医疗机构医疗服务的监管延伸到对医务人员医疗服务行为的监管。建立联合反欺诈机制，加大对骗保欺诈行为的处罚力度，并及时公开相关信息。（人力资源社会保障部、卫生部分别负责）

4. 进一步加大医疗救助力度。

（1）加大救助资金投入，筑牢医疗保障底线。救助范围从低保家庭成员、五保户扩大到低收入重病患者、重度残疾人以及低收入家庭老年人等困难群体，资助其参加城镇居民医保或新农合。提高救助水平，取消医疗救助起付线，稳步提高封顶线，对救助对象政策范围内住院自负医疗费用救助比例进一步提高。（民政部、财政部负责）

（2）研究建立疾病应急救助基金。通过政府出资、社会捐赠等多渠道筹资建立基金，解决无费用负担能力和无主病人发生的应急医疗救治费用。抓紧制定基金管理办法。（发展改革委、财政部负责）

5. 探索建立大病保障机制。

（1）研究制定重特大疾病保障办法，积极探索利用基本医保基金购买商业大病保险或建立补充保险等方式，有效提高重特大疾病保障水平，切实解决重特大疾病患者因病致贫的问题。做好基本医保、医疗救助、商业保险等的衔接。（发展改革委、财政部、人力资源社会保障部、卫生部、保监会、民政部负责）

（2）全面推开尿毒症、儿童白血病、儿童先天性心脏病、乳腺癌、宫颈癌、重性精神疾病、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染等8类大病保障，将肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗

塞、脑梗死、血友病、I型糖尿病、甲亢、唇腭裂等12类大病纳入保障和救助试点范围。（卫生部、民政部、财政部负责）

6. 提高基本医保经办管理水平。

（1）积极推广医保就医“一卡通”，方便参保人员就医。基本实现参保人员统筹区域内和省内医疗费用异地即时结算，加快推进以异地安置退休人员为重点的跨省医疗费用异地即时结算。稳步推进职工医保制度内跨区域转移接续，加强各项基本医疗保险制度的衔接。（人力资源社会保障部、卫生部分别负责）

（2）加强医保基金收支管理，新农合和城镇居民医保基金坚持当年收支平衡原则，结余过多的结合实际重点提高高额医疗费用支付水平，使基金既不沉淀过多，也不出现透支；职工医保结余过多的地方要采取有效办法把结余逐步降到合理水平。（人力资源社会保障部、卫生部分别负责）

（3）探索整合职工医保、城镇居民医保和新农合制度管理职能和经办资源，完善基本医保管理和经办运行机制。有条件的地区探索建立城乡统筹的居民基本医疗保险制度。（中央编办、发展改革委、人力资源社会保障部、卫生部负责）

（4）在确保基金安全和有效监管的前提下，鼓励以政府购买服务的方式，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。（卫生部、人力资源社会保障部、保监会负责）

7. 大力发展商业健康保险。

完善商业健康保险产业政策，鼓励商业保险机构发展基本医保之外的健康保险产品，满足多样化的健康需求。鼓励企业、个人参加商业健康保险及多种形式的补充保险，制定落实税收等相关优惠政策。（发展改革委、保监会、财政部负责）

（二）巩固完善基本药物制度和基层医疗卫生机构运行新机制。

8. 巩固完善基本药物制度。

（1）扩大基本药物制度实施范围。巩固政府办基层医疗卫生机构实施基本药物制度的成果，落实基本药物全部配备使用和医保支付政策。有序推进村卫生室实施基本药物制度，同步落实对乡村医生的各项补助和支持政策。对非政府办基层医疗卫生机构，各地政府可结合实际，采取购买服务的方式将其纳入基本药物制度实施范围。鼓励公立医院和其他医疗机构优先使

用基本药物。（发展改革委、卫生部、财政部、人力资源社会保障部负责）

（2）规范基本药物采购机制。全面落实《国务院办公厅关于印发建立和规范政府办基层医疗卫生机构基本药物采购机制指导意见的通知》（国办发〔2010〕56号），坚持招采合一、量价挂钩、双信封制、集中支付、全程监控等政策。完善基本药物质量综合评价指标体系。对基本药物中的独家品种、经多次集中采购价格基本稳定且市场供应充足的基本药物试行国家统一一定价。探索建立短缺药品监测机制，对用量小、临床必需的紧缺品种可采取招标定点生产等方式确保供应。建立省级基本药物集中采购使用管理信息系统，落实集中付款和供应配送政策，提高及时配送率。（发展改革委、卫生部、工业和信息化部、食品药品监督管理局负责）

（3）完善国家基本药物目录。认真总结各地基本药物使用情况，研究调整优化国家基本药物目录，更好地适应群众基本用药需求。逐步规范基本药物剂型、规格和包装。规范地方增补基本药物，增补药品严格执行基本药物制度相关政策。（卫生部、人力资源社会保障部、中医药局、食品药品监督管理局负责）

（4）加强基本药物质量监管。继续提高基本药物质量标准，对基本药物实行全品种覆盖抽验和电子监管，提高对基本药物从生产到使用全过程监管能力。（食品药品监督管理局负责）

9. 深化基层医疗卫生机构综合改革。

（1）建立完善稳定长效的多渠道补偿机制，确保基层医疗卫生机构正常运转。中央财政建立国家基本药物制度全面实施后对地方的经常性补助机制，并纳入预算安排。地方政府要将基层医疗卫生机构专项补助以及经常性收支差额补助纳入财政预算并及时足额落实到位，实行先预拨后结算。全面落实一般诊疗费及医保支付政策。落实基层医疗卫生机构承担基本公共卫生服务的经费。（财政部、发展改革委、卫生部、人力资源社会保障部负责）

（2）深化编制和人事制度改革。合理确定县域内基层医疗卫生机构人员编制总量，根据基层医疗卫生机构的服务功能定位和发展需要实行动态调整。落实基层医疗卫生机构法人自主权，全面实行聘用制度和岗位管理制度，重点选聘好院长并建立任期目标责任制。（中央编办、卫生部、人力资源社会保障部负责）

（3）完善绩效分配机制。坚持多劳多得、优绩优酬，收入分配重点向

关键岗位、业务骨干和作出突出贡献的人员倾斜。在平稳实施绩效工资的基础上,有条件的地方可适当提高奖励性绩效工资的比例,合理拉开收入差距。要按时足额发放绩效工资。基层医疗卫生机构收支结余部分可按规定用于改善福利待遇,调动医务人员积极性。(人力资源社会保障部、卫生部、财政部负责)

(4) 加快清理化解基层医疗卫生机构债务。认真细致做好债务核实和锁定工作,多渠道筹集并落实化债资金,按时完成债务剥离和债务化解工作,坚决制止发生新债。(财政部、卫生部、发展改革委负责)

10. 提高基层医疗卫生机构服务能力。

(1) 按照填平补齐的原则,继续加大支持乡镇卫生院标准化建设的力度。(发展改革委、卫生部负责)

(2) 加快推进基层医疗卫生机构信息化建设,建立涵盖基本药物供应使用、居民健康管理、基本医疗服务、绩效考核等基本功能的基层医疗卫生信息系统,统一技术信息标准,实现与基本医保等信息互联互通,提高基层医疗卫生服务规范化水平。(发展改革委、卫生部、人力资源社会保障部负责)

(3) 加强以全科医生为重点的基层人才队伍建设。积极推进全科医生制度建设,开展全科医生规范化培养,继续为中西部乡镇卫生院和基层部队招收 5000 名以上定向免费医学生,安排 1.5 万名基层医疗卫生机构在岗人员进行全科医生转岗培训,实施 2 万名全科医生特设岗位项目,完善落实鼓励全科医生长期在基层服务的政策,力争实现每个城市社区卫生服务机构和乡镇卫生院都有合格的全科医生。支持 100 个左右全科医生临床培训基地建设。中央财政继续支持中西部地区加强基层医疗卫生人员在岗培训,重点开展具有全科医学特点、促进基本药物使用等针对性和实用性强的培训项目,共培训 62 万人次。(卫生部、总后勤部卫生部、发展改革委、教育部、财政部、人力资源社会保障部、中央编办负责)

(4) 鼓励有条件的地方开展全科医生执业方式和服务模式改革试点,推行全科医生(团队)与居民建立稳定的契约服务关系。鼓励基层医疗卫生机构提供中医药等适宜技术和服。建立健全分级诊疗、双向转诊制度,积极推进基层首诊负责制试点。(卫生部、发展改革委、财政部、人力资源社会保障部、中医药局负责)

11. 筑牢农村医疗卫生服务网底。

(1) 采取公建民营、政府补助等多种方式，对村卫生室的房屋建设、设备购置给予扶持。将村卫生室纳入基层医疗卫生机构信息化建设和管理范围。落实乡村医生的多渠道补偿、养老政策。(卫生部、发展改革委、财政部、人力资源社会保障部负责)

(2) 加强乡村医生培训和后备力量建设。对在村卫生室执业的乡村医生每年免费培训不少于两次，累计培训时间不低于两周。采取本地人员定向培养等多种方式充实乡村医生队伍，确保每个村卫生室都有乡村医生。(卫生部、财政部负责)

(3) 加强县级卫生行政部门对乡村医生和村卫生室的行业管理，重点强化服务行为监管。积极推进乡镇卫生院和村卫生室一体化管理。(卫生部、发展改革委、人力资源社会保障部负责)

(三) 积极推进公立医院改革。

以县级医院为重点，统筹推进公立医院管理体制、补偿机制、人事分配、药品供应、价格机制等综合改革，选择在 300 个左右县(市)开展县级医院综合改革试点，鼓励地方因地制宜探索具体模式。拓展深化城市公立医院改革试点工作。

12. 加快推进县级公立医院改革试点。

(1) 改革补偿机制。采取调整医药价格、改革医保支付方式和落实政府办医责任等综合措施和联动政策，破除“以药补医”机制。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。医院由此减少的合理收入或形成的亏损通过调整医疗技术服务价格、增加政府投入等途径予以补偿。调整后的医疗技术服务收费按规定纳入医保支付范围。增加的政府投入由中央财政给予一定补助，地方财政要按实际情况调整支出结构，切实加大投入。(卫生部、发展改革委、财政部、人力资源社会保障部负责)

(2) 调整医药价格。取消药品加成政策。提高诊疗费、手术费、护理费等医疗技术服务价格。降低大型设备检查价格，政府投资购置的公立医院大型设备按扣除折旧后的成本制定检查价格。(发展改革委、卫生部负责)

完善县级公立医院药品网上集中采购，积极推进药品带量采购和高值医用耗材集中采购，压缩中间环节和费用，着力降低虚高价格。(卫生部、监

察部负责)

(3) 发挥医保的补偿和监管作用。同步推进总额预付、按人头付费、按病种付费等复合支付方式,通过购买服务对医疗机构给予及时合理补偿,引导医疗机构主动控制成本、规范诊疗行为、提高服务质量。严格考核基本医保药品目录使用率及自费药品控制率等指标,控制或降低群众个人负担。(卫生部、人力资源社会保障部分别负责)

(4) 落实政府办医责任。落实政府对公立医院的基本建设和设备购置、重点学科发展、公共卫生服务、符合国家规定的离退休人员费用和政策性亏损补贴等投入政策。(财政部、发展改革委、卫生部负责)

合理确定公立医院(含国有企业医院)数量和布局,严格控制建设标准、规模和设备配备。禁止公立医院举债建设。(卫生部、发展改革委、财政部、国资委负责)

(5) 加快建立现代医院管理制度。按照政事分开、管办分开的要求,落实县级公立医院经营管理和用人自主权。探索建立理事会等多种形式的公立医院法人治理结构,公立医院功能定位、发展规划、重大投资等权力由政府办医主体或理事会行使。(卫生部、发展改革委、中央编办负责)

建立完善院长负责制和任期目标责任考核制度。各级卫生行政部门负责人不得兼任公立医院领导职务。继续深化人事制度改革,逐步推进公立医院医务人员养老等社会保障服务社会化。(卫生部、人力资源社会保障部负责)

(6) 完善医院内部分配激励机制。健全以服务质量、数量和患者满意度为核心的内部分配机制,体现多劳多得、优绩优酬。提高人员经费支出占业务支出的比例,提高医务人员待遇。院长及医院管理层薪酬由政府办医主体或授权理事会确定。严禁将医务人员个人收入与医院的药品和检查收入挂钩。(卫生部、人力资源社会保障部、财政部负责)

13. 拓展深化城市公立医院改革试点。

围绕政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开,以破除“以药补医”机制为关键环节,以改革补偿机制和建立现代医院管理制度为抓手,深化体制机制创新,提高服务质量和运行效率,尽快形成改革的基本路子。研究探索采取设立专门管理机构等多种形式确定政府办医机构,履行政府举办公立医院的职能。根据改革需要,在绩效工资分配、定价、药品采购等方面给予试点地区一定自主权。(卫生部、发展改革委、人力资源社会

保障部、财政部、教育部、国资委负责)

14. 大力发展非公立医疗机构。

(1) 各地要尽快出台鼓励社会资本举办发展医疗机构的实施细则，细化并落实鼓励社会资本办医的各项政策，支持举办发展一批非公立医疗机构。卫生等有关部门要限期清理修改相关政策文件。进一步开放医疗服务市场，放宽社会资本举办医疗机构的准入范围，积极引进有实力的企业、境外优质医疗资源、社会慈善力量、基金会、商业保险机构等举办医疗机构，对举办发展非营利性医疗机构给予优先支持。扩大境外资本独资举办医疗机构试点范围。鼓励具有资质的人员（包括港、澳、台地区）依法开办诊所。进一步改善执业环境，落实价格、税收、医保定点、土地、重点学科建设、职称评定等方面政策，有条件的地方可对社会资本举办非营利性医疗机构予以补助。积极发展医疗服务业，鼓励非公立医疗机构向高水平、规模化的大型医疗集团和康复医疗机构发展。（发展改革委、财政部、卫生部、商务部、人力资源社会保障部负责）

(2) 鼓励公立医院资源丰富的地区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。鼓励社会资本对部分公立医院进行多种形式的公益性支持。（卫生部、发展改革委、财政部、国资委负责）

15. 全面开展便民惠民服务。

(1) 以病人为中心、以服务为导向，简化挂号、就诊、检查、收费、取药等医疗服务流程，积极推进区域统一预约挂号平台建设，普遍实行预约诊疗，开展“先诊疗、后结算”，改善就医环境，明显缩短病人等候时间，方便群众就医。大力推广优质护理，倡导志愿者服务。（卫生部负责）

(2) 大力推行临床路径，加强质量控制。开展单病种质量控制，规范医疗行为。继续开展抗菌药物临床应用专项整治活动。以电子病历和医院管理为核心，推进公立医院信息化建设。医疗机构检验对社会开放，检查设备和技术人员应当符合法定要求或具备法定资格，实现检查结果互认。（卫生部负责）

16. 提升县级医院服务能力。

加强县级医院以人才、技术、重点专科为核心的能力建设，每个县重点办好 1-2 所县级医院（含县中医院），提高县域内就诊率，降低县外转出率。

启动实施县级医院设立特设岗位，引进急需高层次人才。巩固深化城市医院对口支援县级医院的长期合作帮扶机制，安排 6000 名县级医院骨干人员到三级医院进修学习，发展面向农村及边远地区的远程诊疗系统。（卫生部、发展改革委、中央编办、人力资源社会保障部、财政部负责）

（四）统筹推进相关领域改革。

17. 提高基本公共卫生服务均等化水平。

（1）继续做好 10 类国家基本公共卫生服务项目，着力提高服务质量、居民知晓率和满意度。城乡居民健康档案规范化电子建档率达到 60%以上，高血压、糖尿病患者规范化管理人数分别达到 6500 万、1800 万。将排查发现的所有重性精神病患者纳入管理范围。加强国家免疫规划疫苗接种工作。提高流动人口以及农村留守儿童和老人公共卫生服务可及性。加强健康促进与教育，倡导健康的生活方式，引导科学就医和安全合理用药。（卫生部、财政部负责）

（2）继续实施重大公共卫生项目，做好传染病、慢性病、职业病、重性精神病、重大地方病等严重危害群众健康的疾病防治。完善专业公共卫生服务网络，继续支持农村院前急救体系和县级卫生监督机构建设，加强重大疾病防控和食品安全风险监测能力建设。（卫生部、发展改革委、财政部负责）

18. 推进医疗资源结构优化和布局调整。

（1）制定区域卫生规划，明确省、市、县卫生资源配置标准，新增医疗卫生资源优先考虑社会资本。每千常住人口医疗卫生机构床位数达到 4 张的，原则上不再扩大公立医院规模。（卫生部、发展改革委、财政部负责）

（2）加强医疗服务体系薄弱环节建设，支持医疗机构临床重点专科建设。加强省级儿童专科医院和市、县级综合医院儿科建设。启动边远地区地市级综合医院建设。加强医疗卫生信息技术标准化建设，促进信息技术与管理、诊疗规范和日常监管有效融合。（发展改革委、卫生部、财政部负责）

19. 创新卫生人才培养使用制度。

（1）加大护士、养老护理员、药师、儿科医师，以及精神卫生、院前急救、卫生应急、卫生监督、医院和医保管理人员等紧缺人才和高层次人才的培养。出台住院医师规范化培训制度的指导意见，加快建立住院医师规范化培训制度。（卫生部、教育部、人力资源社会保障部、财政部负责）

(2) 推进医师多点执业。各地要出台医师多点执业实施细则，鼓励具备行医资格的人员申请多个地点执业，完善执业医师注册、备案、考核、评价、监管政策，建立医师管理档案。建立健全医疗执业保险和医疗纠纷处理机制。(卫生部负责)

20. 推进药品生产流通领域改革。

(1) 改革药品价格形成机制，选取临床使用量较大的药品，依据主导企业成本，参考药品集中采购价格和零售药店销售价等市场交易价格制定最高零售指导价格。完善进口药品、高值医用耗材的价格管理。(发展改革委负责)

(2) 完善医药产业发展政策，规范生产流通秩序。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，提高农村和边远地区药品配送能力。促进药品生产、流通企业跨地区、跨所有制的收购兼并和联合重组。鼓励零售药店发展，并按规定配备执业药师。(工业和信息化部、商务部、食品药品监督管理局负责)

(3) 完善药品质量标准，提高仿制药质量水平。实施新修订的药品生产质量管理规范，修订并发布实施药品经营质量管理规范，定期发布药品质量公告。严厉查处制售假药等违法行为，严厉打击“挂靠”、“走票”等出租出借证照，以及买卖税票、发布虚假药品广告等违法违规活动。(食品药品监督管理局、工业和信息化部负责)

21. 健全医药卫生监管体制。

(1) 加强医疗费用监管控制。将次均费用和总费用增长率、住院床日以及药占比等控制管理目标纳入公立医院目标管理责任制和绩效考核范围，加强对费用增长速度较快疾病诊疗行为的重点监控。及时查处为追求经济利益的不合理用药、用材和检查及重复检查等行为。加强医疗服务收费和药品价格监督检查。(卫生部、人力资源社会保障部、发展改革委负责)

(2) 加强卫生全行业监管。研究建立科学的医疗机构分类评价体系。加强医疗服务安全质量监管，加强处方点评和药品使用管理，规范医疗器械临床使用和安全监管。依法严厉打击非法行医，严肃查处药品招标采购、医保报销等关键环节和医疗服务过程中的违法违规行为。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医疗机构进行独立评价和监督。加强行业自律和医德医风建设。(卫生部、人力资源社会保障

部、食品药品监督管理局负责)

三、保障措施

(一) 强化目标责任制。

建立健全责任制和问责制，国务院医改领导小组办公室与各省（区、市）医改领导小组签定责任书。各省（区、市）政府主要领导对本地区医改工作负总责，分管常务工作和卫生工作的领导具体抓，形成各成员单位分工负责、密切配合的强有力实施机制。各有关部门、各省（区、市）要层层分解任务，层层落实责任，2012年5月1日前完成各项任务分解，作出具体安排。

(二) 强化财力保障措施。

各级政府要积极调整财政支出结构，加大投入力度，切实保障年度医改任务所需资金纳入财政预算，并按时足额拨付到位。在安排年度卫生投入预算时，要切实落实“政府卫生投入增长幅度高于经常性财政支出增长幅度，政府卫生投入占经常性财政支出的比重逐步提高”的要求，各省（区、市）2012年医改投入要明显高于2011年。要加大中央、省级财政对困难地区的专项转移支付力度。各级财政部门在向政府汇报预决算草案时要就卫生投入情况进行专门说明。加强资金监督管理，将项目执行和资金使用绩效作为医改责任制的重要考核内容，提高资金使用效益。

(三) 强化绩效考核。

国务院医改领导小组办公室要会同有关部门和地方进一步加强对医改实施进展情况和效果的监测评估，实行按月通报、按季考核、全年评估的绩效考核机制。要继续加强定期督导，及时发现医改实施中存在的问题，研究解决并督促地方进行整改。要加强分类指导，采取分片包干、蹲点督促和约谈通报等多种方式强化组织实施。国务院办公厅将对医改任务落实情况适时开展督促检查。

(四) 强化宣传引导。

要坚持正确的舆论导向，健全部门、地方医改宣传沟通协调机制，加强主动引导和正面宣传，深入挖掘典型经验，采取贴近群众、深入基层的方式展示改革成效、扩大宣传效果。要及时发布医改进展情况，完善舆情核实机制，主动接受新闻媒体监督，解答和回应社会关心的问题。要调动各方参与医改的积极性、主动性和创造性，充分发挥医务人员主力军作用，为深化改革营造良好的舆论氛围和社会环境。

公立医院改革由局部试点转向全面推进

抓住取消药品加成这一关键环节，以完善经费补偿机制为切入点，通过加大政府投入、调整医疗服务价格、改革医保支付方式等综合措施，推行医药分开，彻底破除公立医院“以药补医”机制。

近来，一些省份陆续出台新政，以破除“以药补医”机制为关键环节，以县级医院为重点，统筹推进管理体制、补偿机制、人事分配、药品供应、价格机制等方面的综合改革，公立医院改革正由局部试点转向全面推进。

今年是“十二五”医改规划实施开局之年。按照《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》要求，要积极推进公立医院改革，坚持公立医院公益性质，以破除“以药补医”机制为关键环节，以县级医院为重点，统筹推进管理体制、补偿机制、人事分配、药品供应、价格机制等方面的综合改革。

部分省份全面取消药品加成 医药分开改革拉开大幕

自安徽芜湖市去年10月1日起在全国率先取消市属公立医院药品加成以来，许多省份陆续推出一系列具体政策取消公立医院药品加成，破除“以药补医”。

今年，陕西省将全面启动县级公立医院综合改革，把基层医疗机构实施成功的药品统一采购、统一配送、统一结算“三统一”延伸到县一级，取消药品加成，实行零差率销售。对医院取消药品加成所减少的合理收入，按照“取消多少，补偿多少”的原则，由省、市、县三级政府按比例给予足额补助。陕西省政府出台的推进县级公立医院综合改革的指导意见还明确，适当提高体现技术劳务价值的诊疗费、护理费、手术费等医疗服务价格，使医疗机构通过提供优质服务获得合理补偿，彻底根除“以药补医”的弊端。

今年，深圳市将分两个阶段推进医药分开改革，取消药品价格加成。第一阶段在深圳市基本医疗保险参保人群、医保用药目录范围内实施，医院亏损将折算成提高门诊诊金和住院诊查费收费标准予以补偿。第二阶段将扩大到深圳全部就医人群取消所有药品的加成费用，推进医疗服务付费制度改革，控制诊疗费和住院费。深圳市由政府先拿出6个多亿，消化取消“以药补医”造成的亏损。3月22日，深圳市委常委会议讨论并原则通过了《深圳市公立医院医药分开改革实施方案》，深圳市医药分开的改革由此正式拉开帷幕。据了解，深圳市此次医药分开改革并不是简单地取消药品加成，而

是一个“1+6”的综合改革方案：以取消公立医院药品加成政策为突破口，同步推进医疗服务支付制度改革，完善公立医院补偿机制，建立药品流通企业与医院药房竞争机制，改进药品采购方式，查处医药购销领域的商业贿赂行为，健全公立医院监管机制，真正切断医院、医生开方与药品销售之间的直接经济利益联系，使公立医院回归公益性，使医生回归治病防病的角色，使药品回归治病的功能。预计该《方案》将于下半年正式启动。

今年4月起，青海省在西宁市和格尔木市公立医院全面取消药品加成。经费缺口部分，按核定基数，合理补助的原则，由省级财政一次性给予50%的补助，其余50%由两市财政足额拨付。

在县级公立医院改革中，青海省对医院的补偿渠道此前有服务收费、药品加成收入和政府补助三个渠道，取消药品加成后简化为服务收费和政府补助两个渠道。政府按照“核定任务、核定收入、绩效考核补助”的原则，完善经费补偿机制。

据青海省发展改革委副主任、青海省医改办副主任刘少军介绍，去年12月，青海省财政自筹资金2870万元，一次性取消了14个县级公立医院改革试点的药品加成，其中包括基本药物、非基本药物和一般医用耗材。据了解，青海今后还将逐年降低非基本药物和医用耗材加成比例，由此减少的收入，将通过增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准等措施，由医疗保障基金和增加政府投入等予以补偿。

据了解，上述省份抓住取消药品加成这一关键环节，以完善经费补偿机制为切入点，通过加大政府投入、调整医疗服务价格、改革医保支付方式、药品集中招标采购等综合措施，推行医药分开，彻底破除公立医院“以药补医”机制，使公立医院切实回归到公益性轨道上来，使医生的诊疗行为切实回归到合理用药、因病施治的规范上来。

一批试点陆续启动 公立医院综合改革破题

“十二五”医改规划明确要求推进公立医院改革，实行医药分开、管办分开，破除“以药补医”机制。今年全国将选择300个县级公立医院试点综合改革，作为攻坚“以药补医”堡垒的突破口。这意味着，公立医院改革将告别试点，进入实质性推进阶段。

今年，湖北省明确要求把公立医院改革作为深化医改的重点内容，将县级医院综合改革作为突破口，在继续抓好各州市国家级公立医院改革试点和

23 个公立医院省级试点的基础上，全力推进县级医院综合改革试点。

据了解，湖北省将在今年选择 20 个县市作为试点，以改革补偿机制为切入点，取消“以药补医”，实行药品零差率销售，取消药品加成。同时加强重点专科建设、人才培养，争取将县域内转诊率控制在 10% 以下，切实做到“小病不出村、常见病不出乡、大病不出县”。在补偿机制方面，湖北省将积极推行支付方式改革，探索开展按病种、按疾病分组、按人头、总额预付等支付方式改革，促进科学诊治，控制费用。为加大便民力度，“114 预约诊疗服务”将扩大到全省所有二级以上医疗机构，推广“先诊疗、后付费”。

去年，浙江省启动第一批县级公立医院综合改革试点，到去年底，该省嵊泗、遂昌、龙游、桐乡、绍兴、乐清等 6 个县(市)率先实施改革，全面取消药品加成，启动公立医院价格、人事、分配和管理等一系列综合改革。今年，浙江省在 6 个试点基础上，扩大到 15 个试点。改革重点包括合理调整医疗服务价格、改革医保支付政策、加大财政保障力度、强化医疗监管、加强医院内部管理五个方面，目的是调动医务人员积极性、提升医院管理水平、增强医疗服务能力、提高群众满意度。去年年底前，浙江省已经要求所有县(市、区)都要实施县级公立医院综合改革。此外，浙江省还将开展市级以上公立医院综合改革试点，推进各级各类公立医院优先并按规定比例配备和使用基本药物。

今年，成都市将在市级公立医院试点，让外籍人士能够在成都市享受与国外相同的医疗服务和医疗保险支付。成都市部分公立医院已请来外籍医师，对医护人员进行了外教培训，与国内外保险机构签订了第三方自动结算协议，并申请国际保险机构的报销资质。

医改成效集中显现 医疗保障水平继续提高

今年 4 月 1 日起，在北京，有工作单位的农民工被统一纳入北京市城镇职工医保范围，按职工标准缴纳医保费、领取社保卡、享受同样的报销待遇。农民工按城镇职工缴费标准缴费后，实现四个统一：统一缴费办法；建立统一的个人账户，并计算缴费年限；统一报销待遇；统一持卡就医。

今年 4 月 1 日起，上海调整城镇职工基本医疗保险的门诊医保支付政策，参保人员的保障水平有所提高。新办法归并了参保人群分类，报销比例随年龄增长逐步提高；调整个人医疗账户使用办法，减轻部分参保人员的现金负担。“镇保”医保住院大病封顶线提高到 28 万元，封顶线以上的医疗费用由

“镇保”医保基金支付 80%。

目前，海南省已与 9 个省市共 16 个统筹地区直接签订服务协议，实行即时结算。据了解，海南省作为最大的经济特区，是一个外来人口较多的省份。据统计，海南省房地产购买人群 80%以上是内地客户，仅山西、黑龙江两地就有 20 多万人。随着异地居住人员的增多，这些人群的就医和就医结算报销问题日益凸显出来。

据悉，从 2010 年 5 月第一例省际异地医疗结算发生开始，截至 2011 年底，海南省异地医疗结算 4700 余人次，其中住院 730 人次，统筹基金支付费用 820 万元，协查异地就医 15 例，拒付违规医疗费用 13.4 万元。

内蒙古自治区启动了远程会诊系统建设项目，逐步建立远程医疗网络。在内蒙古自治区任何一家网络医院，均可与大医院的专家对患者进行会诊，基层农牧民在家门口就能实现与三甲医院名医的“面对面”。

人事制度改革初见成效 队伍素质和服务水平提升

安徽省针对医改中基层医疗卫生机构专业人员流失、业务量减少、村医待遇降低等问题，去年有针对性地出台了新 30 条“政策药方”。为调动院长和医务人员的积极性，“新 30 条”加大了奖励性绩效工资比重，并从补偿、准入、退出、养老四个方面明确了保障村医合理待遇的政策。据了解，这些措施逐步落实后，基层医疗卫生机构工作人员的工作积极性不断提升。

为解决乡村医生工作待遇低和养老的问题，青海省海西州采取省、州、县三级财政补助方式，由政府出资，为全州 329 名村医参照城镇公益性岗位标准给予岗位补助，并缴纳“养老、医疗和失业”保险金，村医岗位补助逐步提高，养老问题得到解决。

陕西省还将探索建立现代医院管理制度，采取公开招聘、公开选拔、社会招聘等方式遴选院长、副院长人选，按干部管理权限审批，由医院理事会聘任；加强绩效考核，把控制医疗费用、医疗服务数量、提高医疗质量和效率以及社会满意度作为主要量化考核指标。

今年，山东省财政积极筹措 1870 万元资金，对 61297 名在统一规划的村卫生室工作的乡村医生进行业务培训。通过大范围的培训，增强了乡村医生对农村常见病、多发病、传染性疾病的诊断处理能力和应急处理能力，提高了乡村医生队伍的整体素质和服务水平。