

江苏医药简报

(总第 403 期)

江苏省医药公司

联合主办

江苏省医药商业协会

2012.07.23

目 录

- 一、李克强要求把医改工作不断推向深入
- 二、《深化医药卫生体制改革三年总结报告》出台
- 三、卫生部《关于做好区域卫生规划和医疗机构设置规划 促进非公立医疗机构发展》的通知
- 四、卫生部办公厅《关于落实 2012 年医改任务 做好农村卫生服务有关工作》的通知
- 五、尹力要求逐步形成中央统一协调国家药物政策
- 六、江苏提出“十二五”深化医改目标
- 七、江苏保障廉价短缺药品供应
- 八、无锡以“示范药店”创建引领零售企业规范化建设
- 九、张家港推行药品经营企业星级化管理
- 十、“医药分开”的必要性与可行性
- 十一、科学发展，铸就辉煌

李克强要求把医改工作不断推向深入

7月19日，中共中央政治局常委、国务院副总理、国务院深化医药卫生体制改革领导小组组长李克强主持召开国务院深化医药卫生体制改革领导小组第十一次全体会议。他强调，要围绕“十二五”深化医改重点工作和人民群众迫切需要，健全多层次的医疗保障体系，提高重特大疾病保障水平，破除以药补医，形成公立医院运行新机制，把医改不断推向深入。

会议听取了国务院医改办公室负责人关于今年上半年医改进展情况和下半年工作安排的汇报，审议了关于开展城乡居民大病保险的指导意见。会议认为，上半年医改各项重点工作扎实推进，基本医保人口覆盖率稳步提高，基本药物制度实施范围继续扩大，县级公立医院综合改革试点全面启动，一些大城市也开展了公立医院改革路径的有益探索，医改成果进一步巩固和深化。

在认真听取有关部门负责人意见后，李克强说，医改是一项关系全局、涉及人民群众切身利益的重大改革。进一步深化医改，能够改善民生、提高人民健康水平，还能带动消费、促进相关产业发展，有利于稳定经济增长、推动结构调整和发展方式转变。目前医改已进入深水区 and 攻坚阶段，难点问题进一步显现。要坚持保基本、强基层、建机制，努力在健全全民医保体系、完善基本药物制度和推进公立医院改革等重点方面取得新的突破，并统筹推进相关配套改革。

李克强指出，大病保障是衡量一个国家医疗保障水平的重要标准。目前，我国全民基本医保已经覆盖城乡，但大病保障制度尚未建立，群众大病医疗费用负担仍然较重，因病致贫、因病返贫的问题和风险还比较突出，往往一个人得大病，全家陷入困境。近几年，不少地方在大病保险方面开展了积极探索，取得了成功经验。要下决心抓紧把大病医保纳入全民医保范围，拓展和延伸基本医保的功能，这有利于从制度上筑牢、织密社会安全网，切实解决大病患者的特殊困难，解除他们的后顾之忧，给病人及其家庭带来希望、带来温暖。

李克强强调，建立大病保障制度，要注重创新机制，把基本医保与商业

保险结合起来，相互衔接、功能互补。一方面，要加大政府投入，逐步提高基本医保最高支付限额，用于支持群众看大病；另一方面，要发挥市场机制的作用，鼓励地方因地制宜，采取政府委托办理、购买服务等办法，支持商业保险机构承办大病保险，这样可以充分发挥其专业优势，提高运行效率和服务水平，放大基本医保的效用，强化社会互助共济的功能，形成政府、个人和保险机构共同分担大病风险，医疗保障水平与经济社会发展水平、居民消费水平及财政承受能力相适应的机制。同时，要搞好基本医保、大病保险、医疗救助、慈善救助以及商业补充保险的衔接，探索形成多种形式的大病保障制度，不断提升保障能力。

李克强指出，公立医院是我国医疗服务体系的主体，也是医改的重点和难点。破解公立医院改革难题，解决群众看病难、看病贵问题，必须抓住破除“以药补医”这个关键环节，进行利益格局调整，采取综合配套措施，使医院在取消药品加成后能够更加有效顺畅地运行，把工作重点切实转移到改善医疗诊治、提高服务质量上来。

李克强说，要在坚持公立医院公益性质的基础上，积极探索公立医院改革的有效路径。要总结推广一些地方的经验，取消药品加成，建立医事服务费并纳入医保支付范围，这样既可以减轻患者负担，又可以合理提高医务人员报酬、调动医生看病的积极性，鼓励他们优质服务、合理用药，通过避免开大处方，还可以降低医保支付压力，推动形成人民群众得实惠、医护人员添动力、医疗保障可持续、医院发展有后劲的良性循环。

——摘自《人民日报》 2012/07/20

《深化医药卫生体制改革三年总结报告》出台

近日，由国务院医改办公室起草的《深化医药卫生体制改革三年总结报告》日前已经完成并上报国务院。《报告》指出，自《关于深化医药卫生体制改革的意见》、《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）》出台以来，新一轮医改统筹推进五项重点改革，如期全面完成了三年医改各项任务，交出了一张惠及全民的中国答卷，朝着实现人人享有基本医疗卫生服务的目标迈出了坚实步伐。

“保基本、强基层、建机制”基层群众感受最深

《报告》指出，经过三年改革，以职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗为主体，城乡医疗救助制度为兜底，商业健康保险及其他多种形式医疗保险为补充的中国特色医保制度体系初步形成，为城乡居民“病有所医”提供了制度保障。截至2011年底，城乡居民参加三项基本医保人数超过13亿，比改革前增加了1.72亿，覆盖率达到95%以上。

城镇居民医保和新农合政府补助标准从2008年的每人每年80元提高到2011年的200元（2012年提高到240元）。所有统筹地区职工医保、城镇居民医保和新农合统筹基金最高支付限额都提高到了当地职工年平均工资、当地居民年可支配收入和全国农民人均纯收入的6倍以上，且不低于5万元。城镇居民医保、新农合保障范围由住院延伸到门诊，98%的统筹地区建立了门诊统筹。

药价降幅大、看病报销多是三年基层医改让百姓受益最多的一大成效。

《报告》称，这不仅依赖于全民基本医保的制度成就，也得益于基本药物制度、基层医疗卫生机构综合改革等政策的叠加效应。

国家基本药物制度是本次医改的一大制度创新，2011年7月底基本药物零差率销售在政府办的基层医疗卫生机构全面实施，提前实现改革目标，国家基本药物制度初步建立。以基本药物制度撬动基层医疗卫生机构综合改革，2011年底基本完成改革任务，建立起了公益性的管理体制、竞争性的用人机

制、激励性的分配机制、规范性的药品采购机制、长效性的补偿机制等五大运行新机制，基层医疗卫生机构结束了几十年“以药补医”的历史。

基层医疗卫生服务体系是群众看病就医的重要平台。《报告》称，三年来，中央投资 630 多亿元，支持了 3.3 万所县级医院和城乡基层医疗卫生机构建设，各级政府也进一步加大了资金投入。这是新中国成立以来基层医疗卫生服务体系投入最多、建设规模最大、条件改善最明显的时期。经过三年建设，覆盖城乡的基层医疗卫生服务网络更加健全，功能更加完善，面貌焕然一新。

在为城乡居民提供均等化公共卫生服务方面，《报告》指出，全国城乡普遍实施 10 类基本公共卫生服务和 7 大类重大公共卫生服务项目。从 2009 年开始，国家首次为城乡每一位居民提供 15 元的基本公共卫生服务，2011 年提高到 25 元。

公立医院改革试点有序推进，17 个国家试点城市、37 个省级试点城市、超过 2000 家公立医院，开展了改革试点，体制机制创新探索积极推进，便民惠民措施全面推行，多元办医格局加快推进，积累了有益经验。

统计数据表明，我国个人卫生支出占卫生总费用的比重由 2008 年的 4.04% 下降到 2010 年的 35.5%，预计 2011 年继续下降，看病难、看病贵问题有所缓解。国际社会对医改给予积极评价。

以“中国式解决办法”探索医改之路

《报告》称，医改在三年时间里取得了明显进展和重大阶段性成果，是我国社会建设的一个伟大创举。新一轮医改充分汲取历史经验教训和国际好的做法，逐步探索走出了一条中国特色医改道路。

这条道路有“中国速度”。2008 年 12 月，国务院成立了深化医药卫生体制改革领导小组，20 个部门参与，统筹组织和协调全国医改工作。领导小组办公室设在国家发展改革委。各省（区、市）相应成立了领导机构及专门办事机构，建立了主要领导亲自抓、分管领导全力抓、各部门分工协作的工作格局。各级政府高度重视医改组织机构建设，通过抽调、招录等办法配备精兵强将，建立起了专门的医改工作队伍。

在此基础上，2009—2011年，全国财政医疗卫生累计支出15166亿元，其中中央财政4506亿元，与2008年同口径支出基数相比，三年新增投入12409亿元，比既定的8500亿元增加了3909亿元，其中中央财政新增投入比既定3318亿元增加了361亿元。中央共出台医改文件14个，主要部门共出台重要配套文件50多个，地方出台的文件更多，逐步形成了较为完整的医改政策体系。

这条道路有“中国办法”。坚持把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供的基本理念，坚持保基本、强基层、建机制的基本原则，坚持统筹协调、突出重点、循序推进的基本路径，是办法的核心。

在具体推进过程中，坚持保基本、强基层、建机制的基本原则，强调从保基本起步，优先保障基本医疗保险、基本医疗服务、基本公共卫生等需求；从强基层入手，健全城乡基层医疗卫生服务体系，提高基本医疗卫生服务可及性；从建机制着眼，为卫生事业可持续发展提供制度保障。同时不断破解改革中出现的新矛盾新问题，把握好各项改革的节奏，以重点突破带动整个医改向前推进。

《报告》提到，改革涉及诸多方面的利益，我国医改始终坚持把维护人民群众健康权益放在第一位，努力缩小不同区域、不同层次人群的医疗卫生服务差距，让最贫穷、最困难的人群优先得到改革实惠，促进社会公平和谐。深入推进三大重点改革巩固完善三年成果

记者了解到，今年3月，国务院印发了《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》，按照新形势新要求，明确了今后四年医改的阶段目标、改革重点和主要任务：

——加快健全全民医保体系，继续加大政府支持力度，逐步提高政府补助标准，着力推进体制机制创新，加快医保支付方式改革，积极探索建立大病保障机制，使全民基本医保制度不断完善；

——巩固完善基本药物制度和基层运行新机制，继续扩大基本药物制度实施范围，完善国家基本药物目录，加强基本药物质量监管和供应保障。同

时，继续深化基层综合改革，有效调动基层医务人员积极性。加快全科医生制度建设，大力培养和培训全科医生。

——积极推进公立医院改革，破除以药补医机制，统筹推进县级公立医院综合改革，继续大力开展便民惠民服务。此外，要统筹推进基本公共卫生服务均等化、人才队伍建设、医疗卫生信息化、药品生产流通和医药卫生监管改革以及卫生法制建设等工作。

《报告》指出，“十二五”期间，医改财政投入力度、强度要高于 2009 至 2011 年投入水平。把医改与促进医疗服务业加速发展结合起来也是“十二五”期间一大重点任务，要把加速医疗服务业发展作为培育壮大现代服务业的一个重要突破口和加快经济发展方式转变的重要支点。

《报告》认为，虽然三年医改取得了重大阶段性成效，但与党中央国务院的要求和亿万人民群众的期盼相比，还有一定的差距，改革的成果还是初步的、阶段性的。深化改革的任务十分艰巨、任重道远。但是，深化医改与起步阶段相比具备了更多有利条件。“十二五”期间，将坚持改革的方向不动摇，改革的决心不松劲，改革的力度不减弱，巩固夯实改革取得的阶段性成果，坚定不移地推动医改在新起点上实现新的跨越。

——新华网 2012/6/25

卫生部《关于做好区域卫生规划和医疗机构设置规划 促进非公立医疗机构发展》的通知

卫规财发〔2012〕47号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为贯彻落实《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）和《国务院办公厅关于转发发展改革委卫生部等部门关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》（国办发〔2010〕58号）的精神，指导各地做好区域卫生规划和医疗机构设置规划，促进非公立医疗机构发展，现将有关要求通知如下：

一、要将政府主导与市场机制相结合，充分发挥医疗卫生服务体系的整体功能，实现公平与效率的统一。明确政府责任，维护基本医疗的公益性。同时，注重发挥市场机制作用，鼓励社会力量参与，促进有序竞争，提高医疗卫生服务效率、质量和水平。到2015年，非公立医疗机构床位数和服务量达到总量的20%左右，实现非公立医疗机构与公立医疗机构协调发展。

二、要坚持全行业与属地化管理，加强对医疗卫生全行业的宏观管理，打破现有按照部门和行政隶属关系形成的条块分割、布局不合理的资源配置格局，对区域内医疗卫生资源的规划、审批、调整、监督、评价等进行统一管理。

三、要统筹各方资源，科学规划卫生资源的总量、结构和布局，确定区域卫生发展与资源配置重点。充分考虑经济社会发展水平和卫生资源现状，深入分析供需双方的现实需求和潜在需要，因地制宜，确保规划科学、合理、有效和可行。引导卫生资源向公共卫生和基层倾斜，向薄弱区域和薄弱领域倾斜，增强医疗卫生服务体系的综合服务能力。

四、要坚持分级分类管理，明确医疗卫生机构的功能定位，对区域内不同类型、不同级别的医疗卫生机构及其所属的卫生资源如床位、人力、技术以及医疗设备的数量和布局进行合理的安排和部署，制订与其功能相适应的设置或配置标准，满足居民医疗卫生服务需求。

五、要给非公立医疗机构留出足够的发展空间。鼓励有实力的企业、慈善机构、基金会、商业保险机构等社会力量以及境外投资者举办医疗机构，鼓励具有资质的人员（包括港、澳地区）依法开办私人诊所，鼓励社会资本举办和发展具有一定规模、有特色的医疗机构。调整和新增医疗卫生资源时，在符合准入标准的条件下，优先考虑由社会资本举办。

六、要拓宽社会资本举办医疗机构的准入范围。积极引导社会资本举办康复医院、护理院（站）、老年病和慢性病诊疗机构等医疗机构。鼓励和引导社会资本进入医疗服务的薄弱领域，如儿科、精神卫生、院前急救等。鼓励设置独立的医学影像诊断、医学检验、病理诊断机构等医疗机构。

七、要加强非公立医疗机构与公立医院、专业公共卫生机构以及基层医疗卫生机构之间的分工协作，鼓励公立医疗机构和非公立医疗机构建立双向转诊关系，提高医疗卫生资源的整体效率。鼓励有条件的地区通过合作、托管、重组等方式，促进医疗资源合理配置。

八、要切实加强对区域卫生规划和医疗机构设置规划工作的指导，把规划工作提上重要的议事日程。要主动与发展改革、财政、规划、人力资源社会保障和机构编制等部门沟通，认真履行职责，确保规划的可行性、可操作性和权威性。

九、所有新增卫生资源，特别是城市医院的设置和改扩建、病床规模的扩大、大型医疗设备的购置，无论何种资金渠道，必须按照区域卫生规划和医疗机构设置规划的要求与管理程序，严格审批。不符合规划的项目一律不予审批建设。

十、要强化规划监督和评价，建立区域卫生规划和医疗机构设置规划监督评价机制，运用法律、经济和行政手段，规范、管理和保障规划工作的健康开展和有效运行，落实各项规划要求。

十一、各地在开展区域卫生规划和医疗机构设置规划工作的过程中，要着力采取有效措施促进非公立医疗机构发展，并将工作中发现的问题及时反馈给我部。

中华人民共和国卫生部

二〇一二年六月二十九日

卫生部办公厅《关于落实 2012 年医改任务 做好农村卫生服务有关工作》的通知

卫办农卫发〔2012〕79 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为贯彻落实国务院办公厅《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，以下简称《工作安排》）和卫生部《关于印发 2012 年卫生工作要点的通知》（卫办发〔2012〕8 号）要求，现就做好 2012 年农村卫生服务有关工作提出以下要求：

一、加快推进乡村卫生服务一体化管理

各地要充分认识实行乡村卫生服务一体化管理的重要意义，丰富和深化一体化管理的内涵，同时妥善处理好在规范管理和保护乡村医生合法权益的关系，在乡镇卫生院和村卫生室间建立起合作共赢和分工协作的良性机制。各地要结合实际，进一步加强制度建设，从设置规划与建设、人员准入与执业管理、业务、药械、财务和绩效考核等方面推进一体化管理，合理规划和配置乡村卫生资源，使村卫生室在乡镇卫生院的统一管理和业务指导下，成为乡镇卫生院服务功能的延伸，共同落实好基本医疗和基本公共卫生服务任务，不断满足广大农村居民的医疗卫生需求。

乡镇卫生院负责指导村卫生室建立健全规章制度和业务技术流程，进一步加强服务管理，规范服务行为，提高服务质量。切实加强乡镇卫生院对村卫生室医疗服务的监管，提高村卫生室医疗质量管理水平，预防医疗差错和事故，保证医疗安全。乡村医疗卫生机构要按照统一部署，配备使用国家基本药物，禁止从非法渠道购进药品。县级卫生行政部门要切实加强对乡村医疗卫生机构人员合理用药的教育、培训和日常监督管理，维护用药安全。乡镇卫生院负责指导村卫生室完善财务管理，公开医疗服务和药品收费项目及价格，做到收费有单据、账目有记录、支出有凭证。鼓励有条件的地方，逐步实行村卫生室由政府举办，乡村医生实行聘用制，业务收入、社会保障和村卫生室资产纳入乡镇卫生院统一管理。

二、严格落实乡村医生补偿和养老政策

各地要按照国务院办公厅《关于进一步加强乡村医生队伍建设的指导意

见》（国办发〔2011〕31号）要求，确保乡村医生（包括在村卫生室从业的执业医师和执业助理医师，下同）多渠道补偿和养老政策的落实。一是安排40%左右的基本公共卫生服务任务由村卫生室承担，并在绩效考核后，按标准将基本公共卫生服务经费及时足额拨付给乡村医生；二是全面推行新农合门诊统筹，门诊统筹基金用于村卫生室的比例达到50%左右；三是对实施基本药物制度村卫生室的乡村医生，采取专项补助的方式给予定额补助，补助水平与对当地村干部的补助水平相衔接；四是鼓励各地提高对服务年限长和在偏远、条件艰苦地区执业的乡村医生的补助水平。为妥善解决好乡村医生的后顾之忧，鼓励各地在新农保的基础上，为老年乡村医生发放老年生活补贴。

此外，鼓励各地采取公建民营、政府补助等方式，对村卫生室的房屋建设、设备购置给予扶持，加快推进村卫生室标准化建设。

三、规范开展基本公共卫生服务项目

基本公共卫生服务项目已在农村地区全面开展，下一步，各地要加强管理，明确分工，强化指导与考核，着力提升规范化水平。一是各级卫生行政部门要加强与财政等部门的协调，推动配套资金落实，加快拨付进度，健全资金监管制度，提升资金使用效益，确保基本公共卫生服务项目补助资金及时足额到位。二是充分发挥专业公共卫生机构对基层的指导作用，明确分工，加强配合，形成合力，共同推动基本公共卫生服务项目规范落实，并切实保证留守儿童、老人等重点人群公共卫生服务的可及性。三是要在推动新增项目规范开展的同时，确保传统服务项目的质量，确保计划免疫等工作不滑坡。四是提升基本公共卫生服务工作的信息化水平。2012年，农村居民健康档案规范化电子建档率要达到60%以上。各地要按照医改精神，以电子化健康档案为抓手，通过信息化建设，提升工作效率和服务质量。

各地要以推进基本公共卫生服务项目为契机，指导乡村医疗卫生机构转变运行机制，转换服务模式，实行主动服务、上门服务，树立以健康管理为核心的服务理念，切实承担起为群众“服务一生、管理一生、健康一生”的责任。

四、加大农村卫生人员培养培训力度

加强农村卫生人才队伍建设与培养，中西部地区要做好农村卫生人员岗位培训项目。一是科学制定方案，认真组织实施。各项目地区要抓住培训重点，以提高实际技能为目标，选定适宜的培训机构和师资，确保培训质量。

2013年3月底前，全面完成培训工作。二是明确培训内容，创新培训方式。2012年对卫生技术人员重点开展合理用药、促进基本药物使用等针对性和实用性强的培训，对管理人员重点开展医改有关政策、卫生法律法规培训。在开展临床进修、理论授课等方式的基础上，可结合现场考察、远程教育等多种形式，提高培训效率和质量。三是加强督促检查，确保专款专用。各项目地区要制定切实可行的监督评估方案，将日常监督与不定期抽查相结合，加强绩效考核的力度，确保培训取得预期成效。进一步强化资金监管，项目工作的组织管理、监督和评估等工作经费不得挤占中央财政补助资金，确保学员免费接受培训，严禁向受训人员收取培训费用。东部地区要积极争取财政支持，结合实际做好农村卫生人员岗位培训工作。

健全乡村医生培养培训制度。省级卫生行政部门要主动协调和积极配合教育等部门，探索开展本地人员定向培养工作，充实乡村医生队伍。有条件的地方要制定优惠政策，吸引城市退休医生、执业（助理）医师和医学院校毕业生到村卫生室工作，确保每个村卫生室都有乡村医生。县级卫生行政部门要掌握本行政区域内乡村医生的执业情况，编制乡村医生队伍建设规划，建立乡村医生后备人才库，切实加强后备力量建设。各地要加强乡村医生岗位培训，确保乡村医生每年接受不少于两次免费培训，累计培训时间不少于两周。

五、深化农村基层医疗卫生机构综合改革

各地要对农村基层医疗卫生机构综合改革的关键环节进行全面检查，重点检查相关政策、措施、任务和工作目标的落实情况。一要确保基本药物制度的顺利实施。2012年，在所有政府办乡镇卫生院都配备和使用国家基本药物并实行零差率销售的基础上，有序推进村卫生室实施基本药物制度，逐步实现基本药物制度的“乡村联动”。二要继续深化改革。进一步理顺补偿机制，确保现有补偿政策及时足额落实到位，并建立稳定长效的财政补偿机制；科学核定乡镇卫生院人员编制，实行全员聘用、院长公开选拔和竞争上岗，建立竞争性的用人机制；全面落实绩效工资制度，适当提高奖励性绩效工资所占的比重，加强绩效考核，实行激励性的分配机制。三要探索开展基层首诊负责制试点。要进一步加强乡村医疗卫生机构与公立医院的纵向合作，建立健全分级诊疗、双向转诊制度，积极探索开展基层首诊负责制试点，逐步建立起上下联动、分工协作的共赢机制。

各级卫生行政部门要充分认识到，农村基层医疗卫生机构综合改革涉及面广，涉及部门多，需要各方面的支持和配合，要主动联系和积极配合其他部门，加强协调沟通，共同推进农村基层医疗卫生机构综合改革。

六、深入开展创先争优和“三好一满意”活动

“三好一满意”活动是医疗卫生系统创先争优的重要载体和具体内容，是医疗卫生系统纠风工作总平台，是加强自身建设和树立行业良好形象的重要抓手。各地要根据卫生部办公厅《关于印发全国医疗卫生系统“三好一满意”活动2012年工作方案的通知》（卫办医政发〔2012〕24号）要求，按照“抓巩固、促提高、创品牌、见成效”的总体思路，认真组织开展“三好一满意活动”，保证深化医改任务的落实。通过开展“三好一满意”活动，重点实现几个目标：一要“服务好”。各地要落实便民、利民措施，优化乡镇卫生院门急诊环境，简化服务流程；推进乡镇卫生院认可上级医疗机构检查、检验结果和乡镇卫生院间检查、检验结果的互认，降低患者就诊费用；加强农村基层医疗卫生机构基础设施建设，改善服务环境，推广团队化服务，转变服务模式。二要“质量好”。切实落实医疗质量和医疗安全的核心制度，健全医疗质量控制评价体系，保障医疗质量和安全；认真落实《临床技术操作规范》等规章制度，规范诊疗服务行为。三要“医德好”。学习贯彻《医疗机构从业人员行为规范》，加大医德医风教育力度，坚持以正面教育为主，树立一批先进典型。四要“群众满意”。乡村医疗卫生机构要积极推进政务公开，将实施国家基本公共卫生服务项目、基本药物制度有关情况纳入信息公开范围，主动接受社会监督，逐步树立起以患者满意度为导向的管理理念，将患者满意度作为加强内部运行机制改革，促进自身健康发展的有效抓手。

近日，国务院印发了《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》（国发〔2012〕11号），明确了2012—2015年医改的阶段目标、改革重点和主要任务。2012是全面实施“十二五”期间深化医改规划暨实施方案的开局之年，承前启后，十分关键。各地要进一步加强领导，统筹协调，明确任务，狠抓落实，共同做好2012年农村卫生服务各项工作，巩固扩大深化医改成果。

——中国健康界 2012/6/25

尹力要求逐步形成中央统一协调国家药物政策

日前，卫生部在北京召开全国药物政策与基本药物制度工作会议，卫生部副部长尹力要求各地要认真总结 2009 年以来基层医改经验，逐步形成中央层面统一协调的国家药物政策。开展基本药物临床使用综合评价研究，规范基本药物标准剂型、规格、包装。

尹力同志指出，医改已进入深水区，各地要充分利用实施医改“十二五”规划的有利形势和条件，明确重点，把握方向，正视问题，积极应对，创新体制机制，完善相关配套政策，同步推进医疗保障、公共卫生、医疗服务等体系建设，建立和健全以具有中国特色基本药物制度为基础的药品供应保障体系。一是在确保基本药物的质量安全和保障供应安全上下功夫。二是总结基层取消“以药补医”机制的成功经验，推动各级医疗机构统筹开展综合改革。三是进一步增强基层综合服务能力，以信息化建设为支撑，加强县乡村一体化管理，筑牢农村服务网底。四是进一步加大药物政策研究力度，不断完善基本药物产业政策，建立健全相应的财政保障机制。

尹力强调，2012 年是医改“十二五”规划开局之年，各级卫生行政部门要努力开创基本药物制度与药物政策研究工作新局面。一是扩大基本药物制度实施成效。有序推进村卫生室和非政府办基层医疗卫生机构实施基本药物制度，公立医院和其他医疗机构要优先使用基本药物。二是制定并公布面向各级医疗机构的 2012 年版国家基本药物目录，规范各地增补药品行为。三是规范基本药物采购机制，进一步完善基本药物质量评价标准和评标方法。四是制订完善促进基本药物合理使用政策。五是加强药物政策与基本药物制度管理机构和管理人才队伍建设。六是完善基本药物制度监测评估机制，充实监测指标，扩大监测范围。七是认真总结 2009 年以来基层医改经验，逐步形成中央层面统一协调的国家药物政策。开展基本药物临床使用综合评价研究，规范基本药物标准剂型、规格、包装。八是鼓励探索创新，推动医保、医药、医疗“三轮驱动”。探索建立基本药物采购资金纳入预算管理机制、按照药品通用名等额报销机制，逐步实现基层与大医院用药有效衔接。

——中国新闻网 2012/7/5

江苏提出“十二五”深化医改目标

日前，江苏省政府印发的《“十二五”时期深化医药卫生体制改革的实施意见》，提出到2015年，人均期望寿命达到77岁，每万人执业（助理）医师、注册护士分别达到20人和21人。

《实施意见》提出，到2015年，城乡3项基本医疗保险参保率稳定在98%以上。各级财政对城镇居民医保和新农合的补助标准达到每人每年360元以上，人均基本公共卫生服务经费达到40元以上。职工医保、城镇居民医保统筹基金最高支付限额分别达到上年度当地职工年均工资和居民人均可支配收入的6倍以上，新农合达到上年度当地农民人均纯收入的8倍以上。

《实施意见》明确，2012年~2013年，全面推进15个县级公立医院综合改革试点工作；2014年，在全省范围内推开；2015年，实现县级公立医院综合改革阶段性目标。同时，非公立医疗机构床位数和服务量达到总量的20%以上。力争使所有县级中医医院达到二级甲等中医医院标准，基本实现每个社区卫生服务站、村卫生室都能提供中医药服务，95%以上的乡镇卫生院和社区卫生服务中心建有中医科、中药房。乡镇、村卫生机构门急诊量占当地门急诊总量的80%以上，50%左右的住院服务由乡镇卫生院提供，社区卫生服务机构门急诊量占当地门急诊总量的比例稳定在45%以上。

——摘自《健康报》2012年07月20日

江苏保障廉价短缺药品供应

日前，江苏省卫生厅、人社厅、物价局和食药监管局联合出台《关于运用价格杠杆促进廉价、短缺药品生产和供应的意见》（以下简称《意见》），旨在提高廉价、短缺药品的保障能力，减轻患者医药费用负担，保证群众基本用药。

《意见》提出，根据廉价、短缺药品生产、供应、临床使用等情况，制定《廉价短缺药品目录》，并实行动态管理。《目录》内的药品实行政府定价，在综合考虑该药品规模生产企业的平均成本、经营者应获得合理利润的基础上，结合市场供需情况，制定全省统一销售价格。全省所有不执行药品零差率的医疗机构执行廉价、短缺药品统一销售价格，不再执行按实际进价加差率制定零售价格的作价办法。实行药品零差率的医疗机构按在统一销售价格基础上扣减规定加价率后的价格执行。《目录》内的药品参加省药品集中采购不再以价格高低作为中标依据；药品在使用过程中，医保部门参照甲类药品政策予以支付费用。

廉价、短缺药品的遴选条件为：以国家发改委和省定价药品目录以及省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录中的甲类药品为主；疗效确切，临床常用，容易被同类较高价格的药品替代；经多次招标，市场价格趋于稳定的药品；适合医疗机构使用的常用剂型；最小剂量单位价格低、日平均治疗费用低的药品；供应不正常的临床必备药品。

——摘自《健康报》2012/07/16

无锡以“示范药店”创建引领零售企业规范化建设

近日，无锡市食品药品监督管理局在全市药品零售企业中组织开展“示范药店”创建工作。“示范药店”创建目标结合了国家药品安全“十二五”规划及新版《药品经营质量管理规范》的要求，从药店硬件软件、依法经营、诚信服务、环境秩序、争先创新五个方面对申报“示范药店”的企业做出明确要求。“示范药店”创建活动以两年为一个周期，采取药店自愿申报的原则，无锡市局将根据创建目标对申报的药店进行考核，考核达标后授予“无锡市示范药店”称号，并向社会公示。“示范药店”突出示范效应，总数不超过辖区内药品零售企业总数的 2%。同时，对已创建成功“示范药店”的零售药店实行动态管理，能进能退，能授能摘。

——江苏省食品药品监督管理局网站 2012/7/16

张家港推行药品经营企业星级化管理

为进一步规范药品市场秩序，加强药品经营企业诚信体系建设，近日，张家港市食品药品监督管理局出台了《张家港市药品经营企业信用评价标准》，对全市药品经营企业实行星级化管理。

《标准》规定，企业按照诚信等级高低分为五星到一星共五个星级，每个企业实行积分制，年初企业有 100 分的基础信用分，根据企业在经营过程中的守信或失信行为进行加减分，年终按照得分情况进行星级评定。其中部分项目则采用一票否决制，即出现此项目规定的行为，该企业的信用等级直接降为一星级。该局将根据评定结果统一制作星级公示牌，张贴在企业经营场所内，接受群众监督。星级评定实行动态管理，每年进行一次。

——江苏省食品药品监督管理局网站 2012/7/16

“医药分开”的必要性与可行性

中国医药商业协会副会长 王锦霞

胡锦涛总书记在党的十七大报告中指出：“健康是人全面发展的基础，关系千家万户的幸福”。新医改方案明确了“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”的基本原则和实施“政事分开、管办分开、医药分开、营利性与非营利性分开”的指导思想。体现了党和政府坚持以人为本，全心全意为人民服务的根本宗旨，也是广大人民群众迫切愿望。

目前“看病难、看病贵”是百姓反映最强烈的突出问题，应在改革中得到解决。“四个分开”，是对客观经济规律的尊重和把握，是医药卫生体制改革的主要内容。其中的“医药分开”，应是医药卫生体制改革的核心内容之一。

一、“医药分开”的实质是“医药分业”

我国医疗卫生体制的模式自解放以来，一直是计划经济体制下的医药合业的模式。近十年来，随着改革开放的深入，我国社会主义市场经济体制的建立，党和政府提出了“医疗保险制度改革、医疗卫生体制改革、医药流通体制改革”三项改革思路。而改革“以药养医”的体制，实施“医药分开”早在十年前的国务院文件上就已明确提出来了。2002年，在社会各界努力下，国家发改革委曾启动了“医药分开”试点，但因政策不配套，主管领导的调离，“试点”没能继续下去。“医药分开”作为改革目标、指导思想一直挂在文件上，没能落到实处。

由于改革牵涉到各个利益主体的利益，站在不同的角度对“医药分开”有不同的理解和解释。一种说法是：“医药分开”就是医生开处方，药剂师去配药，这在医院里已经实现了。医生没有自己去配药，医生和药师是有分工的。不需要再搞“医药分开”了；另一种说法是：“医药分开”就是医药分利，把医院和药企的利益分开就行了；卫生部门观点一是“医药分开”就是在医院内部，实施医和药的收入与支出分开核算，实行收支两条线管理；二是“医药分开”就是取消药品在医院销售的加成政策，药品销售零差率。

上述说法表面上看似乎有一定的道理，但实质上仍是曲解了“医药分开”的真正内容。我们认为，“医药分开”的本质应是：医疗专业与药品专业分开；医疗机构与社会药店分开；医生开处方与销售药品分开；实现医生开方，药店卖药的合理专业分工。

医生以诊断、开方、手术、治疗的医疗行为获得收入，社会药店以销售药品和合理用药咨询服务赢得发展。所以“医药分开”的实质是医药分业。

确切地说，“医药分开”，就是要彻底切断医院、医生开方与药品销售之间的直接经济利益联系，把医院门诊药房分离出来，变成社会药品零售企业，独立经营，照章纳税。而“收支两条线”是计划经济的模式，是管办不分的继续。

二、“医药分开”的必要性

（一）“以药养医”的弊端

1、“以药养医”是造成百姓看病贵的根源之一。

目前，我国80%的药品是通过医生开处方，医院药房卖给病患者的。“以药养医”医药不分业的体制使医院处于药品零售的垄断地位，成为事实上的药品零售商，成为利益集团、逐利主体。近年来，病患者医疗总费用中的药品费用绝对额不断提高。这是百姓“看病难、看病贵”的主要根源之一。

2、“以药养医”造成医药资源巨大浪费。

根据卫生部统计，2010年医院门诊病人平均药费占医疗总费用的比例为51.3%，比上年同期减少0.2个百分点。2008年至2010年连续三年门诊病人药费比例超过51.3%。说明“以药养医”势头不减。

2009年百姓个人卫生支出比2008年增长11.83%；2010年门诊人均药费绝对额比2008年增长20.61%，说明百姓反映强烈的“看病贵”问题没有根本解决，百姓个人负担越来越重。

医生开大处方，抗菌药滥用，危害极大，一方面是造成家家都有小药箱、过期药；另一方面是药监部门要求社会零售药店设置过期药回收点和定期监督销毁。这是体制性原因造成的社会资源的巨大浪费。

3、“以药养医”给百姓带来药源性伤害。

我国的抗生素滥用问题一直十分严重，而且十多年来没有得到改善。因为“以药养医”，导致抗生素滥用，造成药物不良反应，尤其是造成细菌耐药性增强，致使许多疾病无法医治，已受到世界各国和各级卫生组织的普遍关注。因此，改革“以药养医”的体制，实施“医药分开”，对于遏制抗生素滥用，保证人民群众用药安全有效是十分必要的。

4、“以药养医”，使政府职能部门管理成本巨大。

因为医药不分，大处方、高回扣，药品购销不正之风等问题屡禁不止。政府有关部门组织专门人员监督、检察；因为医药不分，商业贿赂盛行，国家公安、监察机构投入大量精力加以治理；因为医药不分，医院以药牟利，多用高价药。卫生部门组织的全国性药品招标采购，使广大医药企业利润流失，浪费了大量人力、财力、物力；因为医药不分，药品销售垄断，价格虚高，政府价格主管部门组织的药品大降价，动用了大量调研力量，效果却不明显。政府部门所有治理措施都因医院卖药而起，都因医院卖药而生，都因医院卖药而设，都因医院卖药而立。

必须实施“医药分开”，才能彻底解决“以药养医”带来的上述诸多问题。一个公平、公正的国家制度设计胜过多个政府职能部门的管理办法，将会取得事半功倍的效果。

（二）“医药分开”的必要性

实施“医药分开”，是医药卫生体制改革的核心内容；是国家从医药管理制度上解决“以药养医”、“药价虚高、防止购销活动中腐败现象”等诸多问题的关键；是理顺医药产业链、规范药品流通秩序的根本性措施；是解决百姓“看病难、看病贵”的最有效途径。

第一，“医药分开”是社会专业分工的必然结果。

医疗卫生与药品流通本来就是两个不同的专业领域。医生的天职是诊断开方，手术治疗；社会药店的业务职责才是陈列卖药。这两个专业是不可互代的。

第二，“医药分开”，是市场经济的客观规律。住院病人，凭医生的医嘱由医院药房供应用药；而门诊病人，凭医生处方到社会药店买药。第三方

医疗保险机构负责付费报销。

第三，“医药分开”，是全球各主要国家都实行的医药管理模式。中国加入世贸组织，就是要按国际通行的游戏规则做事，按照市场经济规律的客观要求进行医疗卫生体制改革。

1、只有实施“医药分开”，才能切断医院医生与药品销售之间直接经济利益联系。解决“以药养医”的体制问题。

2、只有实施“医药分开”，让社会药店成为药品销售主体。才能引入公开、公平、公正的市场竞争机制，有效降低药品价格。解决百姓看病贵问题。

3、只有实施“医药分开”，才能有效防止药品购销活动中商业贿赂腐败现象。给医生一个好的执业环境，才能树立医生的良好形象，落实救死扶伤、治病救命的职责，提高百姓的满意度。

4、只有实施“医药分开”，才能有效遏制“抗生素滥用”问题，避免百姓用药过度引发药源性伤害。

5、只有实施“医药分开”，才能落实百姓用药的知情权、选择权。病患者到药店买药是主动消费，他们有两种选择的权利：一是可以选择药店，在诸多药店中选择一家购药，使得医生处方费无法统计和兑现；二是可以选择药品，即使拿着医生的处方，也有很大的挑选余地。如：进口药、合资药、国产药、专利药、非专利药等，可以任选其一购买。货比三家的买方选择，会给百姓带来实惠。

6、只有实施“医药分开”，才能更好地规范药品流通秩序，保证百姓用药安全。药品生产、流通、使用是一个完整的产业链。由于医院卖药，形成了不合理的药品零售终端和政策引导下的超级垄断，既割裂了药品供应链又破坏了药品流通秩序，更不利于终端销售的监管。

7、只有实施“医药分开”，才能避免国家医药资源的浪费，提高经济效率。医药不分，一方面医院可以继续享受国家的财政补贴，另一方面医生可以无所顾忌地开大处方，扩大药品销售收入，造成医疗费用逐年攀升。

8、只有“医药分开”，才有利于社会和谐。药品零售行业，在为社区百姓提供专业药学服务的同时，解决了300万员工的就业、养老问题，为社会

和谐做出了重要贡献。充分发挥 40 万家药店的作用，将会有效节省财政开支和医药资源。撇开社会零售药店网络，另在社区卫生服务中心（站）销售药品，客观上是政府出资重复建设了一批没经过药监管理部门审批，不符合 GSP 要求，没有药学服务的药店。不仅不能发挥应有作用，反而造成社会资源巨大浪费。

三、“医药分开”的可行性

1、“医药分开”是全球性趋势

医药分业的科学性与合理性，早已被理论和多国的实践所证实，“医药分开”的必要性毋庸置疑。欧洲各国，北美、南美各国都已实施了医药分业。这是市场经济的基本规律，是社会发展、专业分工的必然结果，是全球性的发展趋势。在美国，药店是药品销售的主要渠道。2006 年 34 亿张处方是由社会药店销售、调配的。平均每人 11 张以上，而医院药品费用仅占医疗总费用的 15%。在欧洲各国，医院药品费用在 12%—30%之间（见表）。

2、医药分业有利于发挥药学技术人员的作用

执业药师，药师是宝贵的药学服务专业人员。指导病患者合理用药，是药师的主要职责。目前，医院药房中不乏药学专业人士，但很少有机会开展药学服务，不能很好地发挥指导百姓合理用药的专业特长；而在全中国医药零售业急需药学专业人员。国家推行药品分类管理制度和执业药师制度，在医药商业企业实施 GSP 管理，使药学专业人员，尤其是执业药师成为最受社会零售药店欢迎的技术人才。随着改革的深入，社会药店如雨后春笋，遍布城乡各地。药店开在家门口，药师服务在身边，为百姓，为消费者提供更多的方便，“大病上医院，小病到药店”已经成为百姓的实际选择。社会零售药店的普及，为药师们提供了新的工作领域和更加广阔的发展空间，有利于他们更好地开展药学服务。

3、覆盖城乡居民的医保制度保证

党和国家正在实施的城镇职工医疗保险，城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗制度，构建了覆盖城乡居民的医保制度框架。极大地刺激了医疗卫生需求，增强了群众的健康意识，使医疗服务有了更大范围的收入来源。

4、社会零售连锁药店服务的主体保证

截至 2011 年底，全国已有 40 万家零售药店。最保守的推算，全国零售药店为百姓提供了 125 亿人次的服务。按全国 13 亿人口计算，平均每人 9 次的健康医药需求是由社会药店满足和完成的。实践证明，社会零售药店是方便百姓购药，提供合理用药咨询和专业化服务的理想场所，应予鼓励和支持。

科学发展 铸就辉煌

编者按：十六大以来的 10 年，正如人民日报 2012 年 7 月 9 日头版《改革十年，中国探索》一文开头所述，“没有多少壮怀激情，并不表示一马平川，没有多少惊涛骇浪，并不表示轻而易举。”这 10 年，改革创新仍然是中国最鲜明的时代特征。于无声处，改革一步步深化，中国正经历着前所未有的广泛而深刻的变革。这 10 年，是我国经济社会发展进程中极不平凡的 10 年，是积极应对国际形势，调整国内发展日新月异的 10 年，是战胜各种风险、困难和挑战，经济总量实现历史跨越，成就辉煌、举世瞩目的 10 年。

现将《求是》2012 年 12 期，由国家统计局局长马晓堂撰文《科学发展，铸就辉煌》中的有关数字摘录，供各会员单位阅读，使大家感悟——十六大以来，在以胡锦涛同志为总书记的党中央正确领导下，全国人民坚持以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，深入贯彻落实科学发展观，高举中国特色社会主义旗帜，全力推进改革开放和现代化建设，实施中华民族伟大复兴而取得的辉煌成就。