

江苏医药简报

(总第 405 期)

江苏省医药公司

联合主办

江苏省医药商业协会

2012.08.27

目 录

- 一、国务院召开深化医药卫生体制改革领导小组第十一次全体会议
- 二、张茅：深化医药卫生体制改革 促进卫生事业科学发展
- 三、陈竺参加中国卫生论坛
- 四、编织全球最大全民保障网
- 五、北京市“四个率先”破冰医改新政“亮剑”成效初显
- 六、上海市全面推进公立医院改革试点

国务院召开深化医药卫生体制改革领导小组第十一次全体会议

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。

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和攻坚阶段，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。

——中华人民共和国卫生部网站 2012/7/20

深化医药卫生体制改革 促进卫生事业科学发展

中华人民共和国卫生部党组书记 张茅

党的十六大以来，在科学发展观指导下，我国医药卫生事业取得了显著成就。2010年我国人均期望寿命达到73.5岁，2011年我国孕产妇死亡率和婴儿死亡率分别下降到26.1/10万和12.1%，接近中等发达国家水平。特别是2009年4月党中央、国务院全面深化医药卫生体制改革启动实施以来，我国基本医疗保障覆盖面从2008年的87%提高到2011年的95%以上，全民医保框架基本建立，为近13亿居民构建了抵御疾病经济风险的安全屏障。2011年，全国医疗卫生机构诊疗62.71亿人次，入院人数1.5亿，达到历史最高水平。总结卫生事业发展取得的成绩，关键在于深入贯彻落实科学发展观，坚持走中国特色卫生发展道路，正确处理卫生事业与经济社会事业协调发展的关系，正确处理影响卫生事业科学发展的若干重要关系，努力探索出医改这一世界性难题的中国式解决办法。

一、坚持科学发展理念，统筹推进卫生事业与经济社会事业协调发展

卫生事业是社会公益性事业，体现着人民群众最关心、最直接、最现实的利益诉求，承担着维护和促进人民健康的光荣使命。党和政府历来高度重视卫生工作，努力维护人民群众身心健康。2003年，党中央总结抗击非典的重要启示和新中国成立以来特别是改革开放20多年的经验，提出了科学发展观重大战略思想，统筹解决经济社会发展“一条腿长，一条腿短”的问题，把卫生事业置于经济社会发展全局中统筹谋划、积极推进。新医改确立了到2020年建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，实现人人享有基本医疗卫生服务的奋斗目标，确立了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。这是我国医疗卫生事业发展从观念到体制的重大变革，是贯彻落实科学发展观的本质要求。

实践证明，经济社会事业的持续发展，消费结构的转变升级和广大居民健康需求的不断增长，为卫生事业发展提供了前进动力和不竭源泉，也为深化医改奠定了坚实的物质基础；虽然区域间、城乡间经济发展差距难以在短

期内大幅度缩小，但通过实施包括卫生在内的公共服务均等化措施，能较快缩小区域和城乡之间社会事业的发展差距，有效维护社会公平公正；卫生事业的科学发展，居民健康水平的大幅提高，既为经济社会发展提供了大量高素质的劳动力，又缓解了群众看病就医的后顾之忧，增强了居民消费信心，从而为扩大内需、转变经济发展方式、实现经济社会又好又快发展起到重要的支撑作用。

二、坚持公共医疗卫生的公益性质，统筹发挥政府主导与市场机制作用

如何发挥好政府主导和市场机制的作用，是我们多年来努力探索的重大问题。新医改提出“保基本，强基层，建机制”的基本原则，明确了医疗卫生事业的公益性质，突出了政府在医疗卫生事业中的主导作用，有效弥补了医疗卫生领域“市场失灵”的问题，切实维护了基本医疗卫生的公益性，促进了社会公平公正。

新医改三年来，公共财政前所未有地加大卫生投入，全国财政医疗卫生累计支出 15166 亿元。政府在优化资源配置和利用、加强对贫困地区及薄弱领域和环节的支持力度等方面充分发挥了主导作用，“保基本”的职责得到进一步加强。经过多年努力，世界上最大的基本医疗保障安全网得以建立，基本药物制度在政府办基层医疗卫生机构全面实施，城乡基层医疗卫生服务体系更加健全，服务能力大幅提高，公立医院改革试点有序推进。

新医改注重发挥市场机制的重要作用，通过引入市场机制，构建起医疗卫生机构内部竞争性的用人机制、激励性的分配机制和规范性的药品采购机制，调动了医务人员的积极性，提高了运行效率；扩充医疗资源供给，弥补政府资源的不足，初步构建了以公立医疗机构为主导、非公立医疗机构为补充的医疗服务体系，以满足人民群众多层次、多样化的医疗服务需求。民办医疗机构数量从 2005 年的 3220 家，增加到 2011 年的 8440 家，年均增速为 17.4%。2011 年民办医院诊疗人次 2.06 亿，占全国诊疗人次总数的 9.1%。

三、坚持以农村为重点，统筹城乡和区域卫生事业协调发展

在卫生资源配置、卫生服务利用、居民健康水平等方面，我国城乡、区域和群体之间存在着明显差异，大部分卫生资源集中在大城市，高新技术、

优秀卫生人才基本上集中在城市的大医院，农村和城市基层卫生服务能力较为薄弱，城乡居民在享有卫生服务及主要健康指标方面均存在较大差距，实现公共卫生和医疗服务均等化面临诸多挑战。

新医改通过改善和优化卫生资源配置结构，着力缩小城乡、区域和群体间的差距，以卫生事业的均衡发展促进城乡之间经济社会的均衡发展。一是明显加大了对中西部地区和欠发达地区的财政支持力度，逐步完善了医疗卫生资源区域、城乡间优化调整的政策措施。二是加强对欠发达地区人才、技术、政策、管理、资金等方面的扶持力度。三年来，中央财政投入 470 多亿元，用于支持 2233 个县级医院、6213 个乡镇卫生院和 2.5 万个村卫生室的基础设施建设。三是加大城市优质资源对农村地区和基层的支持力度，推动建立公立医院与基层医疗卫生机构分工协作机制。通过建立医院间的远程会诊、组建医疗集团和医疗联合体等多种形式，促进优质医疗资源下到基层，并充分发挥其辐射带动作用 and 倍增效应。

缩小差距关键在人才。新医改更加注重欠发达地区卫生人才的培养，三年来累计为中西部地区农村免费培养医学生 1 万余人。中央财政投入专项补助经费 2.1 亿元，安排 3.6 万名基层医疗卫生机构在岗人员参加全科医生转岗培训，并为乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务机构在岗培训医疗卫生人员 253 万人次。2011 年，乡镇卫生院人员数达到 120 万，比 2005 年增长 18.7%，其中大专以上学历人员比重从 23% 提高到 40%。

随着医改深入推进，医疗卫生领域城乡和区域统筹发展的步伐明显加快，长期存在的城乡二元结构和地区间健康水平差异正在逐步缩小。孕产妇死亡率城乡之比由 2008 年的 1:1.24 缩小为 2011 年的 1:1.05；婴儿死亡率城乡之比由 1:2.83 下降到 1:2.53。农村住院分娩率西部地区与东部地区的差距由 2003 年的 34% 下降到 2010 年的 2%。

四、坚持发挥中医药特色优势，统筹中西医协调发展

中医药是中华民族的瑰宝。实践证明，中医与西医优势互补、相互促进，共同维护和增进人民健康，已经成为中国特色医疗卫生事业的显著特征和独特优势。但是，目前中医也面临着扶持力度不够、服务领域缩小、优势特色

淡化等困难和问题。

作为深化医改的重要配套文件，国务院 2009 年出台了《关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》，系统提出了中医药事业发展的指导思想、基本原则和主要任务。各级党委政府对扶持促进中医药事业发展的认识明显提高，对中医药工作的支持力度进一步加大，中医药服务越来越受到广大群众的欢迎和认可，中医药在防治疾病、促进健康方面的作用明显增强。

新医改注重中医药基础设施、人才培养、特色优势、学科发展等方面建设，初步形成了中医药医疗、保健、教育、科研、产业、文化“六位一体”全面协调发展的格局。注重发挥医保政策的引导作用，提高中医药报销比例，促进中医药服务利用。在 2009 年颁布的国家基本药物目录中，中成药所占比例达到 1/3，中药饮片也首次纳入其中。加快基层中医药服务网络建设，重点抓好县级公立中医医院改造和乡镇卫生院、社区卫生服务中心的中医科、中药房建设。三年来，中央安排专项资金 56.7 亿元，完成 382 所县级中医医院建设项目投资计划，安排 42.1 亿元支持 1960 所市县级中医医院、民族医院建设。中医药预防保健服务和健康管理内容已纳入国家基本公共卫生服务项目范围，推动中医药“进乡村、进社区、进家庭”，大力实施中医“三名”（名医、名科、名院）工程。过去 5 年，中医师占医师队伍的比重从 10.3% 提高到 12.2%。

五、坚持预防为主，统筹公共卫生和医疗服务体系发展

坚持预防为主，是我们一贯的卫生工作方针，也是最经济、最有效的健康策略。但是，受多种因素影响，长期以来预防为主的卫生工作方针没有得到很好落实，不同程度地存在重治疗、轻预防的问题。

当前，我国经济社会发展进入新阶段，人民群众生活方式发生很大变化，健康问题变得更为复杂。尤其值得关注的是，我国现有 2 亿多高血压病人、9000 多万糖尿病病人，每年有 200 万人死于心脑血管疾病、190 万人死于恶性肿瘤，慢性非传染性疾病已经成为我国居民的主要死因。在新医改中，我们坚持把加强公共卫生服务体系建设放在首位，用制度建设落实预防为主的方针。在防治策略上，坚持传染病与慢性非传染性疾病预防并重；在防治机

构上，坚持依靠专业公共卫生机构和医疗服务机构及医学科研机构并重；在防治方式上，坚持社会动员和全员参与；在防治重心上，坚持以基层医疗卫生机构为基础，主要发挥全科医生的作用，实现城乡居民的全面健康管理。针对新时期人民群众健康状况的新特征，国家启动实施包括建立健康档案、高血压、糖尿病管理等 10 大类 41 项国家基本公共卫生服务项目，基本公共卫生服务补助经费逐步提高到 2011 年的人均 25 元。此外，针对重点人群和重点区域的重大公共卫生服务项目顺利实施，累计完成乙肝疫苗补种 6700 万人，分别对 1169 万、146 万名农村适龄妇女免费进行了宫颈癌、乳腺癌检查，对 2356 万名育龄妇女免费补服了叶酸等。

通过三年多的努力，新医改提高了专业公共卫生机构的服务能力，转变了基层医疗卫生机构的服务模式，加强了全民健康教育和健康促进等综合措施，有效提高了对慢性非传染性疾病的干预、控制和管理水平。同时，新医改进一步完善了结构合理、覆盖城乡的医疗服务体系，既加强区域性医学中心建设，培育一大批融医疗、教学、科研为一体的高水平、高层次的医疗服务机构，也强调基层医疗卫生机构的基础性地位和作用，逐步建立起以居民健康为中心，预防、治疗、保健、康复、健康教育与促进等相结合的综合服务模式。我们还采取有效措施，使人民群众尽量“少得病”、“不得病”。

虽然我国卫生事业和医改工作取得了巨大成就，但我国医疗资源总体供给短缺、特别是优质资源难以满足群众需求的状况没有改变，医疗卫生资源配置不合理、城乡和区域不平衡的矛盾依然存在。我们要继续深入贯彻落实科学发展观，按照中央确定的深化医改的基本理念、基本原则和基本路径，加快健全全民医保体系，进一步完善基本药物制度和基层医疗卫生机构运行新机制建设，积极推进公立医院改革，统筹开展深化医改各项工作，以优异的成绩迎接党的十八大胜利召开！

——中华人民共和国卫生部网站 2012/8/1

陈竺参加中国卫生论坛

“深化药品生产流通领域改革，严格药品准入、确保药品安全有效，探索非基本药物、医药耗材、大型设备均纳入集中招标范畴，进口药物实行集中采购降低成本。”8月17日，卫生部部长陈竺在2012中国卫生论坛上如是表示。

陈竺指出，为深化十二五医改的阶段性目标，重要的一点在于改革完善药品供应保障体系。即深化药品生产流通领域改革，严格药品准入、确保药品安全有效，探索非基本药物、医药耗材、大型设备均纳入集中招标范畴，进口药物实行集中采购降低成本。完善医药产业发展政策和行业发展规划，提高医药企业自主创新能力，推动医药产业优化升级。

“公立医院改革是医改中的硬骨头”，陈竺进一步指出，必须进一步完善公立医院顶层设计，在试点基础上全面推进公立医院改革，而且，县级公立医院是卫生部今后四年改革的重点对象。改革关键点是革除以药补医机制，建立科学合理的补偿机制，充分发挥医务人员积极性；抓人才，核心建立规范化培养制度，多渠道、多形势大规模培养全科医生，这是改革未来医疗卫生服务格局的革命性举措；多渠道，争取2015年社会机构床位数达到服务总量的20%。

为深化十二五医改已经取得的阶段性目标，陈竺提出近期的医改工作总体目标，即健全医保、规范医药、创新医疗，实现医保、医疗、医药三轮驱动，“这是深化医改的基本策略”，陈竺在论坛上说。

陈竺在论坛上向媒体透露，2012年，卫生部将出台2012年版国家基本药物目录，着力解决孤儿用药、儿童用药制剂、紧缺药物保障体系，随着保障水平的提高，将继续提高基本药物报销比例。完善以公共利益为导向的国家药物政策，进一步明确基本药物公共产品属性和保障功能，完善基本药物定价、报销等政策措施，并将公立医院补偿机制改革和医保支付改革相衔接。陈竺表示，补偿机制的改革之所以重要，是因为，补偿机制改革是公立医院改革重点突破口。在落实政府补助政策同时，应充分发挥医保补偿作用。一个有效的办法是稳步推进改革，降低药品检查的改革，取消药品的加成，同

时提高技术服务标准。

从长远来看，应推进支付制度改革，把按项目收费和以药养医医药机构盈利点变成成本。这样使创收冲动转变控制成本的自觉，大大降低药品浪费，有利于医保基金控制风险，促进可持续发展，有利于建立临床路径，有利于激励医生诚实劳动调动积极性。

虽然十二五医改已经取得了阶段性的成绩，但陈竺认为，随着改革向纵深推进，利益格局、深刻调整、体制机制、结构性等深层次矛盾突出。

他指出，目前十二五医改工作的推进面临两方面问题。第一层面：医保、医疗、医药由不同部门管理，三个体系内部协调不够，例如医保管理尚存在几个制度、医药中的基本药物制度仍需大医院延伸、公立医院深层次改革和属地化管理尚未实现。

第二个层面是指医保、医药、医疗体系之间仍不够协调。陈竺坦言，出现这些问题的原因，主要是中国医改还处于建立基本制度的阶段，而各项制度、制度各个组成部分都有自身的历史脉络，存在所谓路径依赖、协调难度不小。

陈竺分析，从世界范围内看，不少建立比较成熟的国家和地区，其历史上都经历这样的阶段。以医保制度为例，从覆盖职业人群开始走向各人群的全民覆盖，不少国家都花了几十年时间。所以，对中国来说这个深水区阶段是难以跳过的。

——每日经济新闻 2012/8/20

编织全球最大全民保障网

医疗保障制度设计是世界公认的民生难题，也是社会政策的“珠穆朗玛峰”。作为世界人口第一大国，中国仅用 10 年时间，就实现了全民基本医保，被国际社会誉为“中国速度”。截至目前，全国参加基本医保的人数超过 13 亿，基本医保覆盖率超过 95%。

卫生部统计数据表明，我国个人卫生支出占卫生总费用的比重，已由 2001 年的 60% 下降到 2011 年的 35%。

世界卫生组织认为，中国卫生体系朝着正确的方向前进。世界著名医学杂志《柳叶刀》评价，中国医改的目标和总体战略是值得效仿的，中国在为全民提供平价且公平的基本医疗服务方面已经取得了巨大成就。

中国是一个农业人口大国。10 年前，看病报销只是少数人的“福利”，8 亿农民和城镇居民基本没有医疗保障。“得了阑尾炎，白种一年田；救护车一响，一头猪白养。”这句民谣真实地反映了农民看不起病的状况。据 2003 年第三次国家卫生服务调查显示，全国有 45.8% 的患病农民应就诊而未就诊，30.3% 的患病农民应住院而未住院，其主要原因是经济困难。

2002 年 10 月，中共中央、国务院决定，逐步建立新型农村合作医疗制度。2003 年，新农合制度试点在全国陆续展开。2008 年，新农合制度覆盖超过 8 亿人。到 2011 年底，全国参加新农合的人口达到 8.32 亿，参合率达到 97%，农民彻底告别了“小病拖、大病扛”的历史。

2003 年，各级政府对新农合的补助标准为每人每年 20 元，农民个人缴纳 10 元，人均筹资标准为 30 元。到 2012 年，各级政府对新农合的补助标准提高到每人每年 240 元，农民个人缴纳 50 元，人均筹资标准达到 290 元。2011 年，新农合政策范围内住院医药费用补偿比例达到 70%，农民住院实际报销比例超过 50%。

10 年来，以城镇职工基本医保、城镇居民基本医保、新型农村合作医疗为主体的全民基本医保制度体系初步形成。目前，全国参加三项基本医保的人数超过 13 亿，全民基本医保惠及 95% 以上的人口。

外国媒体评论称，中国的医疗保险就数量而言，堪称人类有史以来最大的社会福利计划。

建立国家基本药物制度，是一项重大制度创新。2009年8月，国家基本药物制度正式启动，共遴选出307种国家基本药物，各省平均增补210种。到2011年7月底，基本药物零差率销售在政府举办的基层医疗卫生机构全面覆盖。

3年来，中央投资430亿元，支持了2233所县级医院、6200多所中心乡镇卫生院、2.5万多所村卫生室的建设，投入160多亿元用于县乡村三级医疗卫生机构设备购置，重点投向中西部地区和边远地区的农村。在城市，中央投入41.5亿元，支持了2382所社区卫生服务中心的建设。

10年来，我国基本医疗和公共卫生服务体系由“弱不禁风”到“强筋健骨”，基本实现了村村有卫生室、乡乡有卫生院、每个县都有达标县级医院。

统计资料显示，2001年末，全国每千人口医师数为1.32人；到2011年末，每千人口执业（助理）医师上升到1.85人。

全科医生是居民健康和医疗费用的“守门人”。医改3年，我国启动了全科医生培养基地建设专项规划，首批支持127个基地建设，3.6万名基层医疗机构人员进行了全科医生转岗培训。

公立医院是我国医疗卫生服务体系的主体。其中，县级医院覆盖9亿多人口，是连接城市大医院和基层医疗卫生机构的桥梁，也是解决群众看病难、看病贵的关键一环。2012年，全国18个省份311个县（市）公立医院改革试点全面启动，中央财政按每县（市）300万元的标准安排补助资金。

医改是一项重大民生工程，关系全体国民的健康福祉。10年来，我国朝着人人享有基本医疗卫生服务的目标坚实迈进，初步建立了中国特色的基本医疗卫生制度框架，交出了一份破解世界性难题的“中国答卷”。

——摘自《人民日报》2012/8/22

编者按：2012年是“十二五”医改规划实施的第一年，也是公立医院改革从局部试点转向全面推进的第一年。北京市作为首善之都，按照“百姓得实惠、医务人员受鼓舞、医院发展添活力”的总体原则，选择5家大型公立医院试点推进两个分开（即管办分开、医药分开），建立三个机制（即法人治理运行机制、财政价格补偿调控机制和医疗保险调节运行机制），公立医院改革从以服务创新为重点的浅水区探索进入了以医药分开为突破的体制机制改革深水区。目前，各项改革措施正在逐步落实，改革效果初步显现。现将该市经验刊发如下，供各地参考。

北京市“四个率先”破冰医改新政“亮剑”成效初显

北京市围绕“让困难群众看得起病，社区看得了病，大医院看得上病”的目标，通过取消药品加成、改革支付方式、创新服务管理等多措并举，积极推进公立医院改革，市属大医院次均住院费用10年来首次下降，平均住院日有望首次降至10天以内，个人医疗支出占卫生总费用的比重从三年前的30.5%降至24%，城乡个人就医负担比例较三年前平均下降20%以上，医改目标已阶段性实现，主要表现为“四个率先”。

一、率先在取消以药补医机制上取得突破

按照“患者负担不增加、医院收入不减少、政府能承受”的原则，采取对医院收入总量平移、结构调整的方法，7月1日起在友谊医院率先试点医药分开，取消医院药品加成、挂号费和诊疗费，按照不同级别医师收取42、60、80、100元医事服务费，医保定额报销40元。

截至7月底，该院出现了药占比、次均费用、医保患者个人负担“三降”的成效。一是总药占比从56.46%降至46.73%。二是医保患者每人医药费用从449.97元降至381.51元，减少68.46元（下降15.21%）；次均药品费用从344.42元降至241.02元，减少103.4元（下降30.02%）。三是医保患者门诊次均个人负担费用从6月份的131.9元降至105.9元，减少26元（下降19.71%）。

二、率先在付费制度改革上取得突破

自2010年7月进行总额预付和按疾病相关组（DRGs）付费制度改革以来，各试点医院医药费用明显下降。今年上半年，在总额预付制度改革方面，友谊医院、朝阳医院、积水潭医院和同仁医院4家试点医院医药费用呈现“三降”，一是门诊次均费用可比价格减少15.1元，下降3.5%（三级医院平均上升1.8%）；二是次均药费减少1.3元，下降0.5%（三级医院平均上升2.7%）；三是住院例均费用减少1384元，下降8.3%（三级医院平均上升552元，2.9%）。

在 DRGs 付费制度改革方面，友谊医院、朝阳医院、天坛医院、宣武医院、北医三院和人民医院 6 家试点医院中有 4 家医院的住院患者例均费用有不同程度的下降，其中友谊医院下降了 1204 元，下降 7.5%；北医三院、宣武医院略有上升，但总体均低于全市三级医院的上升水平。

三、率先在法人治理机制上取得突破

友谊、朝阳医院相继成立理事会，试点建立以理事会为核心的公立医院法人治理结构，主要任务包括建立理事会制度、建立以公益性为核心的绩效考核制度、建立灵活的用人机制，形成了医院决策、执行、监督三权分立的运行新机制，主要表现为一是决策有群众，医院理事会聘用社区居民、患者代表等外部理事，行使包括聘任院长在内的权利；二是执行由院长，院长负责执行理事会的集体决策；三是监督靠政府，市医管局派出监事，对医院的运行和管理进行监督指导。

四、率先在服务管理创新上取得突破

在继续开展预约诊疗、优质护理、双休日门诊等服务创新工作基础上，着力抓服务效率提高、抓优质护理内涵发展、抓分级就诊模式的建立。

（一）全面开展预约挂号。全市预约挂号统一平台“114”全面运行，66 家三级医院和 11 家二级医院接入平台，已有 94.6 万人在平台注册，累计投入号源 430 万个，整体预约就诊比例达 40%以上。实现了“103”，即 1 个电话号码和预约网站面向公众提供预约服务、预约服务零收费、3 个月预约期。友谊医院试点使用“京医通”卡，为非医保患者取消预约挂号取号环节，实现了“先诊疗、后结算”，就医时间至少缩短 10 分钟。

（二）全面推开双休日门诊。全市已有 41 家地方二、三级医院和 12 家部队医院开展了双休日全天门诊，日均门诊量 3.6 万人次，占工作日日均门诊量的 44%，部分专科医院已接近或超过工作日日均门诊量，公立医院就诊能力提高了近 25%。

（三）全面推广优质护理服务。在全市所有二级及以上医院推行优质护理服务示范工程，示范病区家属陪住率下降一半。

（四）全面实行统一标识。市医管局对市属医院门诊服务中心实行了统一标识，使门诊服务更规范、效率更高。

（五）全面推行分级诊疗。建立基层首诊、分级医疗、双向转诊的医疗服务模式，全市 16 个区县共 206 家基层医疗卫生机构与 28 家大医院签订了转诊预约服务协议，社区卫生服务机构转诊预约成功率达 99%，基层就诊人次比例从 5%提高到 42%，有效分流了大医院就诊压力。

——中华人民共和国卫生部网站 2012/8/2

编者按：逆水行舟，不进则退。我国医药卫生体制改革已进入“深水区”，公立医院改革更是“深水区”中的“深水区”。上海市围绕“人人享有基本医疗卫生服务”的总体目标，坚持“打基础、管长远、可持续”的基本理念，整体谋划，循序渐进，扎实稳步推进各项试点工作，取得了阶段性改革成效。现将该市经验刊发如下，供各地参考。

上海市全面推进公立医院改革试点

上海市按照“点面结合、远近兼顾、重点突出、边试边推”的基本原则，突出结构布局调整、体制机制建设、管理服务改善等关键环节，持续深化公立医院改革试点，主要表现为六个方面。

一、医疗资源规划布局不断优化

针对城乡优质资源配置不均衡、中心城区二级医院定位不清、社会办医发展滞后等问题，开展了“建、转、办、合”四项工作。即一建：推进“5+3+1”郊区三级医院建设，即在郊区新建5家三级医院，提升3个区中心医院等级，迁建1家三级医院。该项目自2010年起实施，市、区两级政府出资约50亿元，全额保障基建、开办和运行经费，其中8家医院将于今年年底前建成，4家新建三级医院将于10月1日集体开张运行。二转：促进部分二级医院功能转型，通过部分二级公立医疗机构功能转型，盘整存量资源，强化康复医学和老年护理资源配置。目前，已有两家二级医院提交了转型为康复医院的申请。三办：积极发展鼓励社会资本投入参与国际医学园区建设。四合：探索建立区域医疗联合体，2011年已启动瑞金-卢湾、新华-崇明两个医疗联合体试点。

二、公立医院补偿机制持续完善

（一）加大投入，完善财政补偿机制。加大对公立医院投入力度，对符合规划的基本建设、大型设备购置、重点学科建设等发展建设支出，纳入政府专项补助项目库统筹安排。推进市级医院债务分批化解工作，2011年市财政安排资金77192万元，化解了承担公共卫生、干部保健、儿童、中医和专科医疗服务职能的市级医院“十五”基本建设债务；2012年将继续安排资金80165万元，完成“十五”期间基本建设全部化债任务。

（二）加强管理，完善医保支付机制。2011年，实现了医保总额预付制覆盖全市所有公立医疗机构，形成了医疗机构约束激励复合机制；实施了精神病住院费用按床日付费，17个住院病种按病种付费改革试点。

（三）加快调整，完善价格形成机制。按照“有升有降、先降后升、分批调整、分步到位、分类指导”的原则，分5批调整了4030项收费项目，提高了体现医务人员劳动价值的临床手术项目、中医服务项目和长期偏低的床位

费，降低了容易诱导消费的检查检验项目收费标准。

三、体制机制创新稳步推进

(一) 理顺管理体制。积极开展部市合作与共建共管，初步形成了全行业属地化管理局面。着力推进政事分开、管办分开，实行权责统一，一方面授权，落实院长负责制，将人事管理权、内部机构设置权、中层干部聘任权、经济分配权、年度预算执行权等医院的管理自主权下放给院长；另一方面问责，完善院长绩效考核办法，引导医院围绕岗位工作量、医疗质量、岗位技术含量等核心要素建立内部绩效考核体系。

(二) 改革运行机制。贯彻新的医院财务制度，开展医疗收支预算审核，加强医院成本核算和控制，试行总会计师委派制度（总会计师作为出资人的委派代表，履行国有资产监管职责；协助院长负责医院财务管理；对经济运行情况实行财务监管、拥有大额资金支出联签权，参与医院重大经济事项决策），探索开展市级医院工资总额预算管理和内部收入分配制度改革。

(三) 强化监管机制。围绕推进公立医院规范执业，实施《上海市医疗机构依法执业行动纲要（2011-2015 年）》；围绕推进公立医院管理和医疗质量持续改进，启动了新一轮医院等级评审工作；围绕推进公立医院履行公益职能，开展了以公益性为核心的综合评价工作。

四、医疗费用控制逐步加强

随着医保总额预付制的推进，医保费用增长速度从前几年的近 20%降至 10%，在此基础上，今年着力推进两项工作。

在自费药品及耗材管理上，一是落实自费告知制度，医院须征得病人或家属书面同意后方能使用，二是加强医疗费用票据管理，医院不得开具商业开票或要求病人到院外购买药品及医疗器械，三是要求医院进行临床科室自费药品及医用耗材使用情况动态监测和院内公示。

五、便民惠民措施全面推行

将 2012 年作为全市卫生系统“改善服务年”，重点开展“关爱患者，从细节做起”文明服务主题活动，全市医疗机构累计推出近 5000 条便民措施。

六、改革支撑体系不断夯实

在人才培养方面，积极开展住院医师规范化培训，三年来，共招录住院医师培训对象 6107 名，已有 1115 人完成培训并取得合格证书。将制定专科医师培训制度方案，启动专科医师规范化培训，实现住院医师与专科医师培训的衔接，构建完善的毕业后医学教育体系。

在信息化建设方面，自 2010 年起启动以居民电子健康档案为基础的卫生信息化工程，建成覆盖全市的健康信息网，实现了居民电子健康档案“自动建档、自动更新和共享利用”及“记录一生、管理一生、服务一生”。

——中华人民共和国卫生部网站 2012/8/27