

新医改背景下 公立医院改革与文化建设

主 编 查学安 赵金祥
执行主编 唐贞力 张 英

一叶知秋！

一家公立医院改革的**全景式案例**，

或能洞见**新医改**时代公立医院改革的面貌和趋势。

本书或可为寻求成长的医院**据点迷津**。

景惠医院管理书系
Jinghui Hospital Management Series



新医改背景下 公立医院改革与文化建设

主 编 查学安 赵金祥
执行主编 唐贞力 张 英

广东出版集团
广东人民出版社

· 广州 ·

图书在版编目(CIP)数据

新医改背景下公立医院改革与文化建设/查学安, 赵金祥主编.
—广州: 广东人民出版社, 2014. 6
(景惠医院管理书系)
ISBN 978-7-218-08847-1

I. ①新… II. ①查… ②赵… III. ①医院—体制改革—研究—中国
②医院文化—建设—研究—中国 IV. ①R197.32

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第087084号

XINYIGAI BEIJING XIA GONGLI YIYUAN GAIGE YU WENHUA JIANSHE

新医改背景下公立医院改革与文化建设

查学安 赵金祥 主编

版权所有 翻印必究

出版人: 曾莹

责任编辑: 陈其伟

装帧设计: 友间文化

责任技编: 周杰

出版发行: 广东人民出版社

地址: 广州市大沙头四马路10号(邮政编码: 510102)

电话: (020) 83798714(总编室)

传真: (020) 83780199

网址: <http://www.gdpph.com>

印刷: 广东信源彩色印务有限公司

书号: ISBN 978-7-218-08847-1

开本: 787毫米×1092毫米 1/16

印张: 33.125 插页: 1 字数: 600千

版次: 2014年6月第1版 2014年6月第1次印刷

定价: 58.00元

如发现印装质量问题, 影响阅读, 请与出版社(020-83795749)联系调换。

售书热线: (020) 83780517 83793157

编委会成员

主 编	查学安	赵金祥			
执行主编	唐贞力	张 英			
编委成员	曾延菊	于 杰	杨树衡	李华东	杨双英
	普兴礼	赵莉娟	张 韬	余凤琴	青保林
	杨维光	母继林	者晓玲	杨玲洲	李华香
	杨荣仙	汪新华	胡永常	纪汉华	蔡春虎
	雷 芳	曾贵同	杨佳臻		

目 录

第一章 医改历程与公立医院的改革趋势 / 1

中国医改历程回顾 / 2

中国医改所取得的成果 / 7

新医改背景下公立医院的改革趋势 / 11

公立医院投资与管理模式的探索与创新 / 26

医学模式的转变与医改 / 36

附：临沧市人民医院深化医院改革实施方案 / 42

临沧市人民医院预约诊疗服务实施方案 / 47

临沧市人民医院临床路径管理试点工作方案 / 49

临沧市人民医院配备使用国家基本药物工作实施方案 / 52

临沧市人民医院全面推进优质护理服务活动方案 / 53

临沧市人民医院住院医师规范化培训管理办法 / 56

临沧市人民医院2009—2012年重点学科建设规划 / 60

临沧市人民医院重点学科建设实施细则 / 64

临沧市人民医院信息化建设实施方案 / 73

临沧市人民医院华旭社区卫生服务中心基本公共卫生服务均等化实施方案 / 77

临沧市人民医院绩效管理方案（试行） / 81

临沧市人民医院医学专家下社区服务工作方案 / 86

临沧市人民医院卫生下乡对口帮扶实施方案 / 88

第二章 公立医院法人治理结构与内部决策机制 / 91

公立医院实行法人治理结构的政策依据 / 92

公立医院法人治理结构的权责划分 / 94

建立公立医院法人治理结构体制应注意的问题 / 95

公立医院的内部决策机制 / 97

附：临沧市人民医院党委会工作制度 / 100

临沧市人民医院党政联席会议制度 / 100

临沧市人民医院党委议事制度 / 103

临沧市人民医院党委民主生活会制度 / 104

临沧市人民医院关于坚持民主集中制的规定 / 105

临沧市人民医院落实“三重一大”制度实施办法 / 106

临沧市人民医院院务公开制度 / 110

临沧市人民医院职工代表大会制度 / 113

第三章 公立医院人力资源管理 / 117

医院聘用制度与岗位管理制度 / 120

公立医院综合绩效考核 / 135

公立医院岗位绩效工资体系设计 / 151

公立医院人才培养 / 154

公立医院员工职业生涯规划 / 161

附：临沧市人民医院干部管理制度（试行） / 170

临沧市人民医院科级干部考核办法 / 183

第四章 公立医院财务管理 / 191

医院预算管理 / 194

医院成本核算 / 195

医院收入与支出管理 / 201

医院资产管理 / 204

医院财务监督 / 206

医院价格管理 / 208

附：临沧市人民医院内部控制制度 / 210

临沧市人民医院成本管理制度 / 218

临沧市人民医院成本费用审核制度	/ 222
临沧市人民医院收入支出管理制度	/ 223
临沧市人民医院货币资金管理制度	/ 225
临沧市人民医院流动资产管理制度	/ 226
临沧市人民医院固定资产管理制度	/ 227
临沧市人民医院财务稽核制度	/ 228
临沧市人民医院预算管理办法	/ 231
临沧市人民医院医疗费用审查制度	/ 236
临沧市人民医院高额费用常态监控制度	/ 236
临沧市人民医院新增医疗服务项目申报程序	/ 237
临沧市人民医院“价格诚信”奖励实施办法	/ 237

第五章 公立医院医疗管理 / 239

医疗质量管理与持续改进	/ 240
临床路径管理	/ 240
医院感染管理	/ 242
对口支援与帮扶	/ 246
附：临沧市人民医院病历质量考核评价实施细则	/ 250
临沧市人民医院核心制度内涵与考评标准	/ 251

第六章 公立医院护理管理 / 393

护理质量管理	/ 394
优质护理服务	/ 396
护理人才培养	/ 399
附：临沧市人民医院护理事业发展规划（2011—2015年）	/ 404
临沧市人民医院护理部中长期人才发展规划（2011—2020年）	/ 406
临沧市人民医院专科护士培训方案（2012—2015年）	/ 408
临沧市人民医院优质护理服务工作实施方案	/ 410

第七章 公立医院教学工作与继续医学教育 / 413

医院教学工作	/ 414
医院继续医学教育工作	/ 416

医院临床住院医师规范化培训 / 417

医院职业化管理队伍培养 / 419

附：临沧市人民医院继续医学教育管理实施细则 / 421

临沧市人民医院住院医师规范化培训实施方案 / 426

第八章 公立医院的学科建设 / 433

医院学科规划 / 434

医院学科人才培养 / 436

医院学科建设评估 / 436

附：临沧市人民医院重点学科建设实施细则 / 439

临沧市人民医院科技成果鉴定及管理办法 / 441

临沧市人民医院院内计划课题管理办法 / 445

中共临沧市人民医院委员会 临沧市人民医院关于进一步加
强医院文化建设的决定 / 447

临沧市人民医院文化建设（2009—2013）实施方案 / 453

第九章 公立医院医德医风管理 / 467

当今医患关系特点和发展趋势 / 468

加强医德医风建设的必要性与紧迫性 / 475

开展医德医风建设的五大机制 / 479

医德医风建设的主要措施 / 482

附：临沧市人民医院医德医风考评实施办法 / 486

临沧市人民医院投诉管理制度 / 495

临沧市人民医院首诉负责制度 / 496

第十章 公立医院文化建设 / 497

认识医院文化 / 498

医院文化建设的主要任务 / 500

医院文化建设中存在的误区 / 502

医院文化调研与诊断 / 504

医院文化建设的主要做法 / 505

附：临沧市人民医院文化调查问卷 / 511

临沧市人民医院文化建设调研报告（节选） / 516

第一章

医改历程与公立医院的改革趋势

- 中国医改历程回顾
- 中国医改所取得的成果
- 新医改背景下公立医院的改革趋势
- 公立医院投资与管理模式的探索与创新
- 医学模式的转变与医改

中国医改历程回顾

医疗卫生事业关系广大人民群众的身心健康，关系千家万户的幸福，关系整个社会的和谐稳定，关系社会主义现代化进程，关系国家前途和民族未来。搞好医改既是重大的民生问题，也是重大的政治问题。新中国成立60多年来，医疗卫生事业取得了巨大进步，中国人的平均寿命由新中国成立时的35岁，大幅提高到了74岁（2011年）。新中国成立伊始，确定了“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作“四大方针”，明确了医疗卫生事业的服务对象、工作方针、实践手段以及实现形式。通过建立城市省、地、县三级公立医院网络和农村县、乡、村三级医疗卫生服务网络，到1978年，初步形成了覆盖城乡的医疗卫生三级网络，确保医疗卫生体系为全体人民服务，建立起适合中国国情的医疗卫生体制，用仅占世界卫生资源总量2%的资源基本解决了全世界1/6人口的看病就医问题，探索出了富有中国特色的医疗卫生体制。新中国成立后至1978年的30年间，我国政府依靠政治制度优势，充分发动群众、动员群众，找到了中国在当时生产力条件下，合适的医疗卫生事业发展之路，取得了非常大的成效。1978年之后，由于经济体制改革的推进，在从商品经济到市场经济转型的过程中，医院也在不断地调整与适应，逐步出现了重经济、重收益的市场化行为，“看病难、看病贵”的呼声使得医疗体制改革在不断的反思与纠偏过程中艰难推进，形成了具有中国特色的医改发展历程。景惠管理研究院院长张英在《医院管理咨询10年案例选》一书中，把中国的医改历程概括为三个时期：

一、探索按经济规律办医院和管医院的“搞活阶段”（1979—1989年）

1979年元月，卫生部部长钱信忠在接受新华社记者采访时提出，要“运用经济手段管理卫生事业”，“卫生部门也要按经济规律办事”。

1979年4月27日，卫生部、财政部、国家劳动总局发布《关于加强医院经济管理试点工作的意见》。文件指出：加强医院的经济管理，要实行定额管理制度，加强计划统计工作。对医院可以实行“五定”，即定任务、定床位、定编制、定业务技术指标、定经费补助。医院内部各科室也要结合“五定”，制定各项有关的定额标准、规章制度，建立各种岗位责任制和其他科学管理制度。要在党委领导下，发动群众讨论，制定各项工作任务的数量、质量、效率、收入、支出等指标，加强计划管理工作。奖金提取形式，可考虑单项奖和

综合奖分别提取的办法，但必须是确有增收节支，才能从结余中提取奖金。具体提哪几种奖，由各省、市、自治区卫生局与财政、劳动部门共同研究确定。

1980年8月24日，国务院批准卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》。

1981年3月，卫生部下发《医院经济管理暂行办法》和《关于加强卫生机构经济管理的意见》，开始扭转卫生机构不善于经营核算的局面。

1982年，卫生部颁布《全国医院工作条例》，以行政法规形式明确了对医院相关工作的要求。

1984年8月，卫生部起草《关于卫生工作若干政策问题的报告》，提出“必须进行改革，放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子，把卫生工作搞好”。

1985年4月，国务院批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》认为：当前的主要问题是，卫生事业发展缓慢，与我国经济建设和人民群众的医疗需要不相适应。到1983年底，我国医院病床平均每千人口只有2.07张，医生（医师和医士）平均每千人口只有1.33人，每年都有很多需要住院的患者住不进医院。造成这种状况的主要原因，一是卫生事业的经费和投资严重不足，加之60年代以来，三次大幅度降低收费标准，致使医疗收费标准过低，医疗机构亏损严重；二是政策上限制过严，管得过死，吃“大锅饭”的问题也很严重，没有把各方办医的积极性调动起来。

1988年11月，国务院批转卫生部等《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》，医疗卫生服务的收费，要根据不同的设施条件、医疗技术水平拉开档次。专家挂牌门诊，以及根据患者的特殊医疗服务要求开展的各种优质服务项目，允许在收费上适当调高一些。部分城市大医院在保质保量完成正常医疗任务的前提下，可建立特诊室，配备高水平医护人员，提供高质量服务，实行高收费（公费、劳保医疗不予报销），向社会开放，以满足不同层次的医疗保健服务的需要。特诊服务收入要由医院统筹分配，并与特诊服务人员个人收入适当挂钩。

1989年，国务院批转卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》。文件提出五点：第一，积极推行各种形式的承包责任制；第二，开展有偿业余服务；第三，进一步调整医疗卫生服务收费标准；第四，卫生预防保健单位开展有偿服务；第五，卫生事业单位实行“以副补主”“以工助医”。其中特别强调“给予卫生产业企业

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com

三年免税政策，积极发展卫生产业”。这个文件进一步提出通过市场来调动医院和相关人员的积极性，从而拓宽卫生事业发展的道路。

1989年11月，卫生部正式颁发实行医院分级管理的通知和办法。医院按照任务和功能的不同被划分为三级十等，这一办法能更客观地反映医院的实际水平，同时也有利于医院在政府的指导下开展有序的合作和竞争。

从以上政策变化的脉络可以看出，国家就是希望医院能够“搞活”，能够想方设法“找钱”。其实就一句话，国家没钱，医院自己想办法。1980年我国卫生总费用（含政府卫生投入、社会资金投入和个人卫生投入）为143.23亿元，当时人口为9.9亿人，人均医疗费用较少，而当时政府投入仅有50多亿元，也就是人均50元的样子。政府没钱，群众对医疗服务需求越来越高，那只能群众自己想办法，医院自己想办法，所以当时医院不仅要抓好医疗工作，还要想方设法搞好“副业”。办三产、成立公司成了“一股风”，有的医院院长既是院长，又是公司总经理或某厂的厂长，像有的医院院长说的，本来自己开始是医院院长，但后来到底是干什么的，连自己都搞不清楚了。之所以出现这种现象，还是一个“穷”字。客观地说，为了“搞活”，这个阶段的医院管理很不规范，也助长了医院过分追求经济利益的风气，甚至影响了员工的价值观。

二、强调规范化管理和深化改革的“内涵建设与改革创新阶段”（1990—2000年）

1992年9月，国务院下发《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》，卫生部贯彻文件提出“建设靠国家，吃饭靠自己”的精神，卫生部门工作会议中要求医院要在“以工助医、以副补主”等方面取得新成绩。

1993年9月，卫生部发出《关于加强医疗质量管理的通知》，要求医务人员提高医疗质量意识。

1994年2月，国务院发布《医疗机构管理条例》，对医疗机构的规划布局 and 设置审批、登记、执业、监督管理以及相关法律责任进行了规定，将医疗机构执业管理工作纳入法制轨道。

1997年1月，中共中央、国务院发布《关于卫生改革与发展的决定》。

1998年底，国务院制定统一的城镇职工医疗保险制度。

2000年2月，国务院办公厅转发国务院体改办、卫生部等8部委《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》。之后至2002年陆续出台13个配套文件，包括：《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》《关于卫生事业补助政策的意

见》《医院药品收支两条线管理暂行办法》《关于医疗机构有关税收政策的通知》《关于改革药品价格管理的意见》《关于改革医疗服务价格管理的意见》《医疗机构药品集中招标采购试点工作若干规定》《药品招标代理机构资格认定及监督管理办法》《关于患者选择医生促进医疗机构内部改革的意见》《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》《关于卫生监督体制改革的意见》《关于深化卫生事业单位人事制度改革的实施意见》。

这个时期国家出台了大量的有关加强医院管理的政策和文件，同时也继续强调通过改革调动医务人员的积极性，增加医院的收入。在医院内涵建设（如规章制度建设、质量管理、学科建设等）方面确实有了长足的进步，在医院内部的经济管理和奖金分配方面也进行了许多有益的探索，现在医院的等级基本上是在这个时期评定的，现在医院的内部管理模式和分配模式基本上都是在这个时期形成的。

三、在医疗政策的变化中不断探索与尝试的“反思与修正阶段”（2001—2009年）

2000年制定的医改指导意见，事实上到2001年才开始启动。

2002年10月，中共中央、国务院发布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》。

2005年1月10日，中共中央政治局委员、国务院副总理吴仪在全国卫生工作会议工作报告上对卫生工作作出批示：解决群众看病难、看病贵的问题需要标本兼治、综合治理。

2005年7月28日，《中国青年报》披露国务院发展研究中心“中国医疗体制改革课题组”研究报告的主要内容，最引人注目的一个结论是“目前中国的医疗卫生体制改革基本上是不成功的”。这个报告认为：医改困局的形成，是近20年医疗服务逐渐市场化、商品化引起的，之所以出现这种情况，和对医疗卫生事业的主导不足、拨款不足有关。所以，中国医疗卫生体制期待变革的核心问题在于强化政府责任，医改路径上应以政府主导，公有制主导，坚持医疗卫生事业的公共品属性。

2005年被确定为医院管理年，卫生部发布《医院管理评价指南》，细化了医院的评价指标。

2006年，卫生部和国家中医药管理局决定要在全中国继续深入开展“以患者为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动。

2006年6月,由国家发展和改革委员会和卫生部牵头、10多个部门参加的深化医药卫生体制改革部际协调工作小组成立,标志新医改方案研究制定工作正式启动。

2008年10月14日,新医改征求意见稿全文公布,向社会征求意见,一个月内收到了约3.6万条意见。工作小组认真研究吸纳意见后,进行了130多处修改,大量来自基层的意见被吸收。

2009年2月,温家宝总理向网民坦言:“我以为最艰难的,也是最重要的,就是公立医院的改革。”

2009年4月6日,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》公布,明确医改指导思想、总体目标、基本框架和政策措施。4月7日,国务院公布《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》,确定医改五项重点任务。

这10年可以说是医改最为艰难的10年,之所以说是艰难,主要是在思想理论和操作方法上不断探讨与反思。关于医改成功不成功的争论,国家医疗体制的逐步完善等,到现在可以说医改的政策方向已经明晰,思路基本确定,但如何操作仍然需要不断地探索,这个过程将是长期的、持续的。

以上的医疗政策演变表明,公立医院一直处于政府投入不足,医院不得不创收,且医疗收费低廉的状况,医院在艰难运营。因此医院就不得不想办法抓经营,其核心说白了就是搞创收,由此导致了医院的公益性逐渐丧失,出现了群众普遍反映的“看病难、看病贵”局面。政府也不得不进行反思,对医改的基本方向和政策做出重大调整。

张英院长对这30年的改革进行了概括与剖析,清晰勾勒了中国30年医改的基本脉络。那么,在2009年之后医改又有什么样的重大举措呢?

2010年2月11日,卫生部、中央编办、国家发改委、财政部、人力资源和社会保障部出台《公立医院改革试点指导意见》的通知。

2011年2月13日,国务院办公厅出台关于印发《医药卫生体制五项重点改革2011年度主要工作安排》的通知。

2011年2月28日,国务院办公厅出台关于印发《2011年公立医院改革试点工作安排》的通知。

在2012年1月召开的全国卫生工作会议上,卫生部部长陈竺指出,新医改三年来,人民群众通过医改得到了更多实惠,中国特色基本医疗卫生制度框架初步建立,卫生资源配置结构、群众卫生服务利用结构、城乡和地区间卫生发

展差距、卫生总费用等长期困扰卫生事业科学发展的结构性问题正在发生变化,有的已经出现重大结构性改善,表明三年医改取得重大进展。三年医改的实践和成效充分表明,党中央、国务院确立的我国医改目标和原则是正确的,政策和措施是可行的,符合卫生发展规律,符合我国国情,符合人民群众的愿望。

2012年2月22日,国务院总理温家宝主持召开国务院常务会议,研究部署“十二五”期间深化医药卫生体制改革工作。会议指出,2009年3月,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》和国务院《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》发布以来,医药卫生体制五项重点改革取得明显进展。一是覆盖城乡全体居民的基本医疗保障制度框架初步形成。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三项基本医保参保人数达到13亿,覆盖95%以上的城乡居民。保障范围从大病延伸到门诊小病。二是国家基本药物制度初步建立,政府办基层医疗卫生机构全部实施基本药物零差率销售。三是覆盖城乡的基层医疗卫生服务体系基本建成。2200多所县级医院和3.3万多个城乡基层医疗卫生机构得到改造完善,全科医生制度建设开始启动。四是基本公共卫生服务均等化水平明显提高。向城乡居民免费提供预防接种、健康档案等10类国家基本公共卫生服务,全面实施国家重大公共卫生服务项目。五是公立医院改革试点积极推进,政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开等体制机制创新稳步展开。

这充分说明,政府对医改特别是近三年来所取得的成绩是给予充分肯定的,而老百姓也确实确实得到了实惠。当然,政府也意识到在医改中所凸显出来的矛盾和问题有待在继续深化改革中不断推进和完善。

中国医改所取得的成果

纵观这些年来中国医改的进程和在医改方面所采取的一系列措施,可以将其概括为:在思考中前进,在探索中前进,在争议中前进,在不断的提升中前进。医改所取得的成果可以总结为:

一是基本医疗保险覆盖面不断扩大,覆盖率不断提高。中国社会科学院发布的《2012年中国社会形势分析与预测》指出:“以城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗为支柱的基本医疗保障体系,在2009年历史性地覆盖了92.4%的城乡人口。到2010年底,三大社会医疗保险的

参保人数分别达到2.4亿、2亿和8.4亿，参保者总数占全国总人口94.7%。因此，总体来说，全民医保的目标已经实现，接下来的任务是医保覆盖面的巩固。”中国的医改使广大老百姓得到了实惠。全球最权威的医学杂志之一《柳叶刀》刊文说，中国医改编织了世界上最大规模的医保网，“放眼全世界，没有其他国家能在五六年里取得这样的成就……”

二是公共卫生服务均等化水平明显提高。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距，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。深化医药卫生体制改革的核心目标是将基本医疗卫生制度作为公共产品向全体居民提供，可负担的基本医疗服务特别是免费的基本公共卫生服务，是基本医疗卫生制度的核心内容。基本公共卫生服务项目内容包括传统的传染病防治、预防接种、健康教育、孕产妇保健、儿童保健、建立居民健康档案、老年人保健、慢性病管理、重性精神疾病管理、卫生监督协管等。2009—2011年，中央财政共安排补助资金396亿元，地方各级财政投入超过300亿元，用于基本公共卫生服务项目。2011年全国人均基本公共卫生服务补助经费标准达到25.6元。2011年9月15日，卫生部部长陈竺在国家基本公共卫生服务项目推进会上的讲话中指出：“国家基本公共卫生服务项目实施两年来，基本公共卫生服务项目各项任务完成的数量持续增长，质量不断提高，人民群众正在感受到越来越多的实惠。全国健康档案建档率达到50.2%，规范化电子健康档案建档率达到27.2%，其中城镇居民37.6%，农村居民21.8%，有多于20%的县（区、市）电子建档率超过50%。为8100多万名65岁以上老年人进行了健康检查，管理高血压患者4400多万人、糖尿病患者近1100万人、重性精神疾病患者220多万人。政府办基层机构开展卫生监督协管服务的县（市、区）比例超过70%。”中国社区卫生协会对6个城市8个市辖区社区卫生服务机构开展了3年追踪调查，结果显示，通过实施公共卫生服务项目，居民高血压随访率从69.2%提高到87.0%，糖尿病患者空腹血糖控制率从53.2%提高到92.8%；接受体检的老年人人数增长了近10倍，纳入儿童健康管理的人数增加48%，儿童贫血、佝偻病和营养不良的患病率均有不同程度的下降，重性精神疾病患者服药依从性明显提高。

三是基本药物制度实施取得明显成效。国家基本药物制度是对基本药物目录制定、生产供应、采购配送、合理使用、价格管理、支付报销、质量监管、监测评价等多个环节实施有效管理的制度。2009年8月18日，国家发改

委、卫生部等9部委发布《关于建立国家基本药物制度的实施意见》，标志着我国建立国家基本药物制度工作正式实施。根据规定，基本药物是适应我国基本医疗卫生需求，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，公众可公平获得的药品。国家将基本药物全部纳入基本医疗保障药品目录，报销比例明显高于非基本药物，降低个人自付比例，用经济手段引导广大群众首先使用基本药物，先由基层医疗机构开始执行。2009年开始实施时开列了307种常用药目录和指导价格，将它们全部纳入基本医疗保障药品报销范围。卫生部药物政策与基本药物制度司司长郑宏介绍：“截至2010年2月底，全国将有28个省份在本省内部分政府主办的基层医疗卫生机构实施基本药物制度，涉及政府主办基层医疗卫生机构1.8万个，占全国总数的38.7%，其中政府主办城市社区卫生服务机构共7907个，占全国总数的92%。比如像湖南省武陵源地区，全区基层医疗卫生机构启动药品零差率销售以后，药品（价格）降幅比例达到50%以上，群众看病负担得以减轻；江苏省37个先行实施制度的地区，基层医疗卫生机构门诊总量已达到当地总量的45%以上，减轻群众医药负担40%左右。”

四是健全基层医疗卫生服务体系。以农村和基层为重点，加强医疗卫生机构标准化建设。2009年以来，中央累计安排资金400亿元，支持1877所县级医院、5169所中心乡镇卫生院、2382所城市社区卫生服务中心和1.1万所边远地区村卫生室建设，财政部还安排130多亿元用于县、乡、村三级医疗卫生机构的设备购置。加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，出台了以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划，3年内通过转岗培训、订单定向培养等多种方式为基层培养6万名全科医生。

五是公立医院改革持续推进。2010年2月23日，卫生部等5部委联合发布《关于公立医院改革试点的指导意见》，选定16个城市作为国家联系指导的公立医院改革试点地区。这16个试点城市是东部地区6个，辽宁省鞍山市、上海市、江苏省镇江市、福建省厦门市、山东省潍坊市、广东省深圳市；中部地区6个，黑龙江省七台河市、安徽省芜湖市、安徽省马鞍山市、河南省洛阳市、湖北省鄂州市、湖南省株洲市；西部地区5个，四川省南充市、贵州省遵义市、云南省昆明市、陕西省宝鸡市、青海省西宁市。在2011年6月28日召开的首都医药卫生协调委员会第三次会议上，北京市已被确定为第17个国家联系指导的公立医院改革试点城市。公立医院改革的主要内容是：完善公立医院服务体系，优化公立医院结构布局，建立公立医院之间、公立医院与城乡基层医疗卫生机构的分工协作机制；改革公立医院管理体制，积极探索管办分开的有效