

科学发展 成就辉煌



构筑起城乡居民医保网



核心提示：10年来，党和政府把健康问题纳入经济社会发展的全局统筹谋划，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，提出了实现人人享有基本医疗卫生服务的奋斗目标，为经济社会的可持续发展奠定了坚实基础。

10年间，我国编织起世界上最大的全民医保网。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34.9%。政府医疗卫生支出大幅增加，群众看病负担相对减轻，医疗卫生服务的公平性显著改善。

缓解看病难题

健康关系到千家万户的幸福。在国际上，公认综合反映健康水平的有3个重要指标：人均预期寿命、婴儿死亡率、孕产妇死亡率。10年来，我国城乡居民健康状况不断改善，人口平均预期寿命从2000年的71.4岁提高到2010年的74.8岁，婴儿死亡率从2002年的29.2下降到2011年的12.1，孕产妇死亡率由2000年的53/10万下降到2011年的26.1/10万，人民群众生活幸福指数与日俱增。这3大健康指标已经处于发展中国家前列，接近中高收入国家的平均水平，为实现我国政府承诺的联合国千年发展目标以及全面建设小康社会的健康目标奠定了坚实的基础。卫生部部长表示，

一直以来，看病难都是困扰群众求医问药的突出问题。为了解决这一难题，10年来，我国政府不断加大投入，完善各种形式的医疗服务，医疗资源短缺问题基本得到解决。来自卫生部的数据显示，截至2011年底，全国医疗卫生机构达95.4万个，其中医院2.2万个、基层医疗卫生机构91.8万个；每千人口医疗卫生机构床位3.81张、执业（助理）医师1.82人、注册护士1.66人，每万人口专业公共卫生机构人员4.73人。

共卫生事件和38种传染病疫情网络直报，传染病与突发公共卫生事件信息报告管理处于世界领先水平。2003年，在经历了非典考验之后，我国构筑起一道防控传染病的免疫屏障。

2007年，随着甲肝疫苗、流脑疫苗等纳入国家免疫规划，我国成为儿童免疫接种疫苗最多的国家之一。2008年四川汶川特大地震发生后，全国卫生系统开展了大规模医疗救援和防疫工作，累计救治灾区伤员301万人次，住院伤员近10万人，紧急转运重伤员1万多人，创造了非战争时期规模最大的伤员转运纪录。2009年，面对全球甲流疫情，我国牢牢把握防疫的主动权，建立并扩大了全国监测网络，率先研制出技术先进的甲流病毒检测试剂，设计了全球规模最大的甲流疫苗临床试验，成为全球第一个完成甲流疫苗研发、第一个大规模使用甲流疫苗的国家。2010年青海玉树地震发生后，我国在负压实验室中开展鼠疫检测工作，开创了在高海拔地区使用移动生物安全实验室的先河。

入城镇职工基本医疗保险制度的中小学生、少年儿童和其他非从业城镇居民，保障重点是住院和门诊大病等医疗支出。

2009年3月，《关于深化医药卫生体制改革的意见》及近期重点实施方案出台，按照保基本、强基层、建机制的基本原则，全面深化医改。经过3年多的努力，以职工医保、城镇居民医保、新农合为主体，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。

截至目前，我国职工医保、城镇居民医保、新农合参保人数超过13亿，覆盖率达到95%以上。此外，有近30万包括患有儿童白血病、儿童先天性心脏病、终末期肾病等8种重大疾病的患者享受到补偿，实际补偿平均达65%。2012年，我国又将肺癌、食道癌、胃癌等12种常见多发大病纳入农村重大疾病保障试点范围，费用报销比例最高可达90%。

随着医疗卫生资源总量的持续增加，医疗卫生服务利用也明显增加。根据卫生部门的统计，10年来，全国医疗机构诊疗人次由2002年的21.45亿人次增加到2011年的62.7亿人次；住院人数由2002年的5991万人增加到2011年的1.5亿人次。在城市，各地积极探索双向转诊、收支两条线管理、药物零差率销售等制度，很多地方通过建立家庭医生责任制、全科医师团队等，为社区居民提供健康教育、计划免疫、妇幼保健、慢性病防治等基本医疗服务。在农村，以县医院为龙头、乡镇卫生院为骨干、村卫生室为基础的农村3级医疗卫生服务网络得到加强。2009年，我国全面完成规划的2.9万所乡镇卫生院建设任务，并支持改扩建5000所中心乡镇卫生院。

2009年起，中央财政安排资金470多亿元，支持近3.6万个基层医疗卫生机构业务用房建设。同时，启动了以全科医生为重点的基层医疗卫生人才队伍建设，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。国家免费向全体居民提供10类41项基本公共卫生服务，经费标准从2009年的人均15元提高到2011年的25元。针对特殊疾病、重点人群和特殊地区，国家还实施了农村孕产妇住院分娩补助、15岁以下人群补种乙肝疫苗、农村适龄妇女宫颈癌和乳腺癌检查等重大公共卫生服务项目，惠及群众近2亿人。

2010年11月，国家出台了《建立和规范政府办基层医疗卫生机构基本药物采购机制的指导意见》。从全国范围看，到2011年7月底就提前实现了基本药物零差率销售在政府办基层医疗卫生机构中的全覆盖。根据国务院医改办的统计，按照新办法实施招标采购和取消药品加成，基本药物价格比制度实施前平均下降30%左右。

如今，我国医疗卫生服务体系日益健全，初步形成了基层医疗卫生机构与二三级医院联动、中西医并重、公立与非公立医疗机构并存的格局。全国基本实现了村村有卫生室、乡乡有卫生院、县县有达标医院、社区有卫生服务站的目标。

从试点到全面铺开，从保基本到济大病，为近13亿人构建了抵御疾病经济风险的安全屏障。2003年，我国启动新型农村合作医疗试点，这是我国农村卫生改革发展的一项重大制度创新，有效减轻了农民经济负担，使越来越多的人摆脱了因病致贫和因病返贫的困境。2007年，国家又启动了城镇居民基本医疗保险制度试点，保障范围向未纳

入城镇职工基本医疗保险制度的中小学生、少年儿童和其他非从业城镇居民，保障重点是住院和门诊大病等医疗支出。



开设夜间门诊 方便群众就医

10月17日晚6点20分，北京的陈先生陪母亲来到中日友好医院二层门诊大厅，不到5分钟就挂到了夜间门诊号，6点30分便开始在诊室候诊。6点40分，他们进入诊室，医生在听取患病经过、查看其以往检查结果后，初步考虑是浅表性胃炎。为了排除贫血的可能性，医生又开出血、便常规化验单。7点钟陈先生的母亲去化验室检查，7点30分化验结果出来，7点40分回到诊室。医生仔细斟酌治疗方案，在开药之余还帮陈先生的母亲制定了每天的饮食和锻炼计划。7点53分陈先生到二楼门诊药房为母亲拿药。从进医院到看完病，全程花费90分钟左右。

没想到夜间门诊这么便捷，而且还有专家坐诊。陈先生感叹，夜间门诊不仅服务不变，检查多少，费用也不变。去年8月22日，中日友好医院全面启动夜间门诊和夜间医

技检查服务，全院所有科室门诊和检查服务时间后延，每周一至周四开诊时间延至20时。同时，要求各出诊科室至少派一名主治医师职称以上的高年资医生出诊。截至今年9月20日，该院夜诊共接诊患者9万余人次，日平均接诊人数接近400人，最高一天夜诊量达481人。中日友好医院副院长彭明强介绍，为了维持夜间门诊，43个门诊科室至少每个科室有一名医生，再加上护士、医技检查人员及行政人员，每晚至少有120名职工在岗。

中日友好医院的职工总数为3000多人，白天要承担近8000人次的门诊量，如何动员庞大已繁忙的医护人员加班？推行夜间门诊之初，该院医务处等行政处室积极与有关临床科室进行协调和沟通，制订应急预案，并提前做好设备安装、票据领用、人员安排等各项准备工作。同时，各临床、医技科室克服人手不足

加快技术创新 降低患者负担

近日，两例不能进行外科手术治疗的严重主动脉瘤狭窄高龄患者，在中国医学科学院阜外心血管病医院通过不开胸的方式植入了国产的主动脉瓣装置。患者不仅在术后第二天就开始下地活动，不良症状消失，而且在一周内就恢复到了正常生活状态。

严重主动脉瘤狭窄以往只能通过外科换瓣手术治疗，但高龄患者多合并其他严重疾病，因不能耐受外科手术等原因无法救治。阜外医院副院长、中国工程院院士高润霖表

示，与标准治疗相比，经导管植入主动脉瓣治疗方法可使一年死亡危险降低46%。该院阜外心血管病医院通过不开胸的方式植入了国产的主动脉瓣装置。患者不仅在术后第二天就开始下地活动，不良症状消失，而且在一周内就恢复到了正常生活状态。

在阜外医院，像这样通过创新技术手段降低患者就医负担的事例还有很多。2011年，阜外医院小儿心脏中心手术量达到3000例，其中低龄、低体重、重症、复杂患儿占到近70%，手术死亡率低于1%，患儿远期疗效明显提高，有效降低了医疗费用。手术用量是技术水平高低的一试金石。近3年来，该院的心血管外科手术量增加27%，而手术用量减少49%。其中，成人外科手术输血率为33%，低于70%至80%的全国平均水平，达到国际领先水平。医生的技术水平越高，病人的术

迎接党的十八大大特刊

建设防控屏障

10年间，面对各种重大突发公共卫生事件的严峻挑战，我国疾病防控从各自为战到多方联动，实现了突发公

共卫生事件和38种传染病疫情网络直报，传染病与突发公共卫生事件信息报告管理处于世界领先水平。2003年，在经历了非典考验之后，我国构筑起一道防控传染病的免疫屏障。

入城镇职工基本医疗保险制度的中小学生、少年儿童和其他非从业城镇居民，保障重点是住院和门诊大病等医疗支出。



浙江绍兴率先实现公立医院改革全覆盖

近日，家住浙江绍兴府山街道的罗阿满老人拿着一沓医院收费单据告诉记者，她真切感受到如今看病比以往便宜多了。这几张单据显示罗阿满今年8月到10月的药费变化。其中，相同量的达美康从原来的100多元下降到现在的68元，拜糖平从77元下降到63元左右，精蛋白生物合成人胰岛素从78.5元下降到54.82元。

让罗阿满受益的是绍兴推动的公立医院改革。今年9月起，绍兴市在全国率先实施市级公立医院改革试点，实现绍兴市及所辖各县（市）公立医院综合改革全覆盖。改革取消了挂号费，实行所有药品（中药饮片除外）按实际进价零差率销售，调整服务收费结构，逐步打破了公立医院以药养医的固有模式。

在绍兴市人民医院门诊大厅里，张贴着今年9月刚刚更新过的医疗收费价目表。表上不少项目的价格，较以往都有了一定程度的提高。特别是高端手术的价格，上调

幅度最高达45%。医院的医护人员告诉记者。这份价目表，部分体现了此次绍兴医改的一个大方向——提高医疗服务费用。以药养医的模式下，一些医院都快成了药店，医生也成了药品销售员了。绍兴市人民医院院长郭航远介绍，改革方案中，市级各医院取消以往的挂号费，采取分级定价的原则，将普通门诊诊查费调整为：三甲综合医院14元/次，三甲专科医院12元/次；乙级、二级医院10元/次。专家门诊副高级16元/次、正高20元/次、省级名老中医30元/次、国家级名老中医70元/次。医改后的收费调整，能够部分体现医务人员的技术和劳动价值，理顺医院的收费结构。

由于绍兴市公立医院全面推行药品零差率，在绍兴市级医院就诊的患者发现，很多常用药的价格，比以往便宜了不少。如用于治疗高血压、心脏病的施慧达从原来的每盒42.8元下降至每盒35.15元，另一种高血压

治疗药物安博维也从原来的每盒37.4元下降至每盒32.05元。记者从绍兴市人民医院了解到，此前该院的药品平均加成为13.2%。实行医改后，这部分加成为全部免除，全部以医院定价进行销售。

药品费下降，诊疗费上升，两者一降一升，但总体降的多，升的少。绍兴市卫生局副局长张文卫告诉记者。由于实行药物零差率，对于医院来说，意味着收入将大幅减少。事实上，从去年12月起，绍兴市便已经启动县级公立医院综合改革试点。从试点经验来看，群众看病负担得到减轻。绍兴市中心医院院长马高祥介绍，改革9个月后医院总体药品收入比率为38.07%，较去年同期的44.35%下降6.28%。9个月中，医院药品总让利1925.74万元，门诊每人每次让利11.64元，住院每人每次让利364.19元，病人满意度和医务人员积极性提高。

取消以药养医是公立医院改革的核心和难点。取消以药养医后，绍兴如何弥补医院收入的减少？张文卫告诉记者，绍兴通过提高医疗服务收费和政府财政补助两个渠道，保证医院的生存和发展。收入损失的70%，可以靠医疗服务价格调整补回来，另外的30%，则由政府财政补贴和加强内部管理进行弥补。今年绍兴市8家市级公立医院启动医改后，市财政专门拨款2000万元作为财政补助。绍兴市卫生局联合市财政局、人社局制定了一套详细的绩效考核措施，把门诊和住院均次费用、平均住院床日、药品占比、基药比例、抗生素消耗率、人均业务量、百元耗材、净资产增长率、群众满意度等业务指标作为考核的依据，通过整体打分，来分配这笔财政补助。张文卫表示，改革实施以来，绍兴8家市级医院药占比明显降低，药品收入占医疗总收入比例较实施前降低4.17个百分点。医院门诊及住院医疗费总收入环比下降4.88%，医疗服务收入环比增长2.24%，既保证了医院正常运行，也体现了医务人员的技术和劳动价值。



破解全民医保难题

中国人民大学教授 郑功成

就是理念优于制度、制度优于技术。它确立了以切实解除群众疾病后顾之忧之忧为根本目标的全民医保体系，它不仅顺应群众诉求，将医保作为保障与改善民生的重大制度安排来建设，而且通过大投入、大协同、大发展着力推动相关体系的建立。医改理念的转变，指导了3年医改的具体实践，并为预期目标的实现奠定了牢固的理论基石。

其次，中国具有集中力量办大事的特色制度优势。短期内我们建立起覆盖世界人口最多的医保体系。在新医改中，我们看到的也是全国上下齐心协力，并有各级政府大规模公共投入作为物质保障，充分体现出国集中力量办大事的中国特色制度优势。

第三，经济发展与综合国力大幅提升为快速推进全民医保提供了重要的物质基础。大医保需要大投入，在经济发展不足和国家财力薄弱的条件下，是很难推进制度变革并使全民医疗保障权益得到保障的。因为面向城乡居民的医保制度建设，是以政府付出巨

大的财力为条件的。据统计，从2009年至2011年，全国财政医疗卫生累计支出达15166亿元，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。这样巨额的支出与补贴标准的同步提升，使城镇居民医保、新农合政策范围内住院费用报销比例分别从2008年的50%左右提高到了2011年的70%左右。

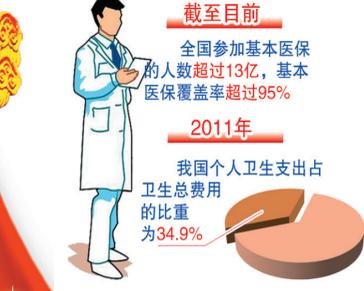
第四，坚持医保、医疗、医药等相关制度综合配套。尽管这3项难以分割的制度安排迄今并未真正实现同步，但与前一个时期相比，2009年以来的全民医保不再是孤军奋进，而是在推进医保制度建设的同时，也推进了医药卫生体制改革，医疗卫生事业与医药事业均得到了相应的发展。特别是农村基层卫生组织建设更是获得了空前的大发展，从而为全民医保体系的建设提供了配套。

由此，中国式医改所创造的成就，确实为破解全民医保这一世界性难题提供了新鲜的经验与启示。

就是理念优于制度、制度优于技术。它确立了以切实解除群众疾病后顾之忧之忧为根本目标的全民医保体系，它不仅顺应群众诉求，将医保作为保障与改善民生的重大制度安排来建设，而且通过大投入、大协同、大发展着力推动相关体系的建立。医改理念的转变，指导了3年医改的具体实践，并为预期目标的实现奠定了牢固的理论基石。

其次，中国具有集中力量办大事的特色制度优势。短期内我们建立起覆盖世界人口最多的医保体系。在新医改中，我们看到的也是全国上下齐心协力，并有各级政府大规模公共投入作为物质保障，充分体现出国集中力量办大事的中国特色制度优势。

第三，经济发展与综合国力大幅提升为快速推进全民医保提供了重要的物质基础。大医保需要大投入，在经济发展不足和国家财力薄弱的条件下，是很难推进制度变革并使全民医疗保障权益得到保障的。因为面向城乡居民的医保制度建设，是以政府付出巨



文/本报记者 吴佳佳