

云南省人民政府文件

云政发〔2012〕154号

云南省人民政府关于印发 云南省“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

各州、市人民政府，省直各委、办、厅、局：

现将《云南省“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

云南省人民政府

2012年11月27日

云南省“十二五”期间

深化医药卫生体制改革规划暨实施方案

深化医药卫生体制改革是贯彻落实科学发展观，促进经济社会全面协调发展的重大实践；是建设开放富裕文明幸福新云南，保障和改善民生，维护社会公平正义，提高人民群众生活质量的重要举措。“十二五”时期，是深化医药卫生体制改革的攻坚阶段，也是建立基本医疗卫生制度的关键时期。为巩固扩大前3年的改革成果，实现2020年人人享有基本医疗卫生服务的既定目标，根据《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《中共云南省委 云南省人民政府关于深化医药卫生体制改革的意见》（云发〔2009〕17号）、《云南省国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》（云政发〔2011〕126号），结合云南省经济社会发展水平和人民群众健康需求，编制本规划。规划明确了2012—2015年全省医药卫生体制改革的阶段目标、改革重点和主要任务，是今后4年云南省深化医药卫生体制改革的指导性文件。

一、医药卫生体制改革成效和规划背景

自2009年以来，云南省认真贯彻落实党中央、国务院的医药卫生体制改革精神，在省委、省政府的正确领导下，全省上下

紧紧围绕“保基本、强基层、建机制”这一中心任务，结合云南实际，加强组织领导，积极探索创新，完善配套政策，健全体制机制，加大财政投入，按照云发〔2009〕17号文件要求，全面落实《云南省医药卫生体制改革三年实施方案（2009—2011年）》（云政发〔2009〕199号），统筹推进5项重点改革，取得了明显成效，实现了阶段性目标。覆盖城乡的全民基本医疗保险体系基本建立，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）参保（合）人数达到4322万人，基本实现全民参保。城乡居民基本医保筹资和保障水平不断提升，政策范围内住院费用平均报销比例达到70%以上，普遍建立了门诊统筹，保障范围从大病延伸到门诊小病。城乡医疗救助力度不断加大，医疗救助范围基本覆盖城乡困难群体。国家基本药物制度在政府办基层医疗卫生机构实现全覆盖，并在全国率先将村卫生室纳入基本药物制度实施范围。基本药物集中采购实现“管采分离”，2011年药品采购价格比历史价平均降低25.1%；以破除“以药补医”机制为核心的基层医疗卫生机构综合改革全面推进，维护公益性、调动积极性、保障可持续的新机制初步建立。基层医疗卫生服务体系不断完善，实施了1794个基层医疗卫生机构建设项目，新增卫生业务用房201万平方米，新增住院病床近8000张，基层医疗卫生机构办医条件明显改善，中医药服务能力逐步增强；推进以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，

基层医疗卫生机构人才队伍结构得到改善。基本公共卫生服务均等化水平逐步提升，10类基本公共卫生服务项目和7项重大公共卫生服务项目全面实施，城乡居民健康档案规范化电子建档率达到58.47%，老年人保健、妇女儿童保健、慢性病管理和农村妇女“两癌”检查等项目实施，受益人群范围不断扩大，群众健康素质得到提高。公立医院改革有序推进，围绕政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开（以下简称“四个分开”）进行体制机制创新，在医管分离改革、股份制合作办医、执业医师多点执业、县乡村一体化管理等方面取得了突破，便民惠民措施普遍开展，群众就医感受有所改善。3年改革实践证明，我省医药卫生体制改革方向正确、路径清晰、措施有力、步伐稳健，探索形成了一些改革创新思路和经验，人民群众看病就医的公平性、可及性、便利性得到改善，看病难、看病贵问题有所缓解。医药卫生体制改革推动了医药卫生事业持续健康发展，在促进经济社会全面发展中发挥了重要作用，实现了党和政府赢民心，人民群众得实惠，医务人员受鼓舞，卫生事业获发展的多赢局面。

深化医药卫生体制改革是一项长期艰巨复杂的系统工程。在肯定成绩的同时，更要清醒地认识到，当前我省医药卫生体制改革中还存在一些较为突出的矛盾和问题，特别是随着改革向纵深发展，一些体制性和机制性矛盾凸显，改革的难度加大。医疗卫生城乡、地区之间发展不平衡，卫生资源配置不合理，城市社区

和农村特别是边远山区卫生资源还比较缺乏；人才队伍总量不足和结构不合理的问题还比较突出，服务能力和水平有待提高；基本医疗保障管理体制分割，经办管理资源分散，管理能力须进一步增强；基层综合改革推进难度较大，“以药补医”局面尚未根本改变；公共卫生服务不到位、服务质量不高，监管和考核工作亟须加强；公立医院改革还未取得实质性突破；各地改革进展不均衡，巩固改革成果的任务艰巨；我省集边疆、贫困、民族、山区为一体，经济欠发达，地方财力薄弱，财政支出压力较大，加剧了改革的难度。解决这些问题和困难，必须持续不断地推进和深化改革。

“十二五”时期，是全面建设小康社会、加快推进社会主义现代化建设、构建和谐社会的重要时期，也是深化医药卫生体制改革进程中承前启后、攻坚克难的关键时期，各地要认真贯彻党中央、国务院和省委、省政府的决策部署，统一思想认识，加强组织领导，认真总结经验，发挥制度优势，抓住基层综合改革取得重大进展和我省推进经济社会跨越发展的有利时机，不断凝聚和扩大社会共识，坚定信心，倍加努力，把医药卫生体制改革不断推向深入，加快建立适应社会主义市场经济要求的医药卫生服务体系，不断满足人民群众日益增长的卫生需求。

二、总体要求和主要目标

(一) 总体要求

以邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观为指导，

深入贯彻落实党的十八大精神，抓住国家建设面向西南开放重要桥头堡和实施新一轮西部大开发的重大机遇，紧紧围绕实现“全省基本医疗保障全覆盖、医疗卫生事业大发展、医疗服务水平新提高”的总体目标，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，坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重的方针，按照“保基本、强基层、建机制”的基本要求，以维护和增进全体人民健康为宗旨，以基本医疗卫生制度建设为核心，统筹安排、突出重点、循序推进，突出基本医疗保障、基本药物制度和公立医院改革重点；夯实基层能力建设、基本公共服务和医药卫生管理的基础；力争对外交流合作、生物医药发展和多元化办医取得突破；完善资金投入、人才培养和信息化建设的制度保障，进一步增强各项改革的协同性，提高医药卫生体制的运行效率，加快形成人民群众“病有所医”的制度保障，不断提高全体人民健康水平，使人民群众共享改革发展成果。

（二）基本原则

科学发展，以人为本。坚持以改革促发展，以发展惠民生的理念，把维护人民健康权益放在第一位，以人人享有基本医疗卫生服务为根本出发点和落脚点，着力推进医药卫生体制改革，实现医药卫生事业大发展，不断提高全民健康水平。

政府主导，社会参与。统筹各方利益关系，强化政府责任，加大政府投入，确立政府在保障基本医疗卫生服务中的主导地位；充分发挥市场机制作用，调动全社会力量参与，满足不同层

次的医疗卫生需求，实现公平和效率统一。

立足省情，突出特色。以建设中国面向西南开放重要桥头堡为契机，结合云南发展实际，突出云南特色，因地制宜，大胆探索和创新，逐步建立符合省情的基本医疗卫生制度，实现医疗服务上质量、上水平。

统筹兼顾，循序推进。增强改革的协同性，兼顾局部利益与整体利益、当前利益与长远利益，统筹推进各项改革，实现医药卫生事业发展与经济社会发展相协调；遵循医药卫生事业发展的客观规律，把握改革的阶段性特征，系统谋划安排，强基固本，破解主要矛盾，积极、稳妥、有序地把改革推向深入。

突出重点，强化机制。突出基本医疗保障、基本药物制度和公立医院改革重点，深化人才是医药卫生事业发展第一资源的理念，重视农村、基层卫生等薄弱环节建设，健全体制机制，着力解决深层次矛盾，逐步建立起比较完善的基本医疗卫生制度。

（三）主要目标

加快推进基本医疗卫生制度建设，以基本医疗保障为主体的多层次医疗保障体系更加健全，通过支付制度、大病医疗保险等方面的改革，进一步提高医疗保障能力和管理水平；巩固完善基本药物制度，规范基本药物采购机制，深化基层综合改革，基层医疗卫生机构运行新机制有效运转，基本医疗和公共卫生服务能力同步增强；县级公立医院改革取得阶段性进展，维护公益性、调动积极性、保障可持续发展的县级医院运行新机制基本建立；城市

公立医院改革稳步推进，现代医院管理制度初步建立；卫生资源配置不断优化，社会力量办医取得积极进展；生物医药产业和民族医药事业得到大力发展，中医药服务能力进一步增强；以全科医生为重点的人才队伍建设得到加强，基层人才不足状况得到有效改善；药品质量监管得到加强，药品安全水平不断提升，药品生产流通秩序不断规范，医药价格体系逐步理顺；医药卫生信息化水平明显提高，监管制度不断完善，对医药卫生的监管得到加强。

到 2015 年，基本医疗卫生服务更加公平可及，服务能力、水平和效率明显提高。卫生总费用增长得到合理控制，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，群众就医负担明显减轻，个人卫生支出占卫生总费用的比例降低到 30% 以下；职工医保、城镇居民医保和新农合三项基本医疗保险参保率稳定在 95% 以上，城镇居民医保和新农合政府补助标准提高到每人每年 360 元以上，职工医保政策范围内住院报销比例提高到 80% 左右，城镇居民医保和新农合政策范围内住院报销比例提高到 75% 左右；基本公共卫生服务人均经费标准提高到 40 元以上。力争 30 万以上人口的县、市、区至少有 1 所县级公立医院达到二级甲等水平，村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构达标率达到 95% 以上。力争每万名城市居民拥有 2 名以上全科医生，每个乡镇卫生院拥有 1 名全科医生；看病难、看病贵问题得到有效缓

解。人均期望寿命达到 72 岁，婴儿死亡率降低到 12‰ 以下，孕产妇死亡率降低到 32/10 万以下。

三、健全完善全民医疗保障体系

巩固完善覆盖城乡的多层次医疗保障体系，增强全民基本医保的基础性作用，重点由扩大范围转向提升质量。通过支付制度改革，加大医保经办机构和医疗机构控制医药费用过快增长的责任；在继续提高基本医保参保率基础上，稳步提高基本医疗保障水平，切实解决重特大疾病患者医疗费用保障问题；健全医疗保障政策体系，着力加强管理能力和服务能力建设。

（一）巩固扩大基本医疗保障覆盖面。到 2015 年，职工医保、城镇居民医保和新农合 3 项基本医疗保险参保率在 2010 年的基础上提高 3 个百分点，稳定在 95% 以上。重点做好农民工、非公有制经济组织从业人员和灵活就业人员参保工作，继续做好关闭破产企业退休人员和困难企业职工参保工作。

（二）提高基本医疗保障水平。到 2015 年，城镇居民医保和新农合政府补助标准提高到每人每年 360 元以上，个人缴费水平相应提高，探索建立与经济发展水平相适应的筹资机制。提高基本医疗保险最高支付限额和住院费用支付比例，职工医保政策范围内住院费用支付比例稳定在 80% 左右，城镇居民医保和新农合政策范围内住院费用支付比例均达到 75% 左右，明显缩小与实际住院费用支付比例之间的差距；进一步提高最高支付限额。逐步缩小职工医保、城镇居民医保和新农合之间的待遇差距。在

整体提高医疗保障待遇水平的同时，重点向困难人群、大病患者倾斜，切实减轻其医疗费用负担。城镇居民医保和新农合门诊统筹覆盖所有统筹地区，支付比例提高到50%以上；探索改革职工医保个人账户，稳步推进职工医保门诊统筹。

（三）完善基本医疗保障管理体制。按照“责权统一、精简效能”的原则，加快建立统筹城乡的基本医保管理体制，探索整合职工医保、城镇居民医保、新农合制度管理职能和经办资源。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。按照管办分开的原则，完善基本医保管理和经办运行机制，明确界定职责，进一步落实医保经办机构的法人自主权，提高经办能力和效率。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。

（四）提高基本医保管理服务水平。到2015年，全面实现统筹区内所有基本医疗保险定点医疗机构医疗费用即时结算，省内异地定点医疗机构医疗费用异地即时结算；积极参与泛珠三角区域医疗保险异地就医结算管理合作，探索建立参保地委托就医地进行管理的医疗费用异地即时结算协作机制；做好基本医保和医疗救助结算衔接。完善医保关系转移接续政策，实现医疗保险缴费年限在各地互认，累计合并计算，推进各项基本医疗保险制度之间衔接，增强便捷服务可及性。积极推广医保就医“一卡通”，建设覆盖职工医保、城镇居民医保和新农合的医疗保险信息系

统，将医疗救助体系纳入医保支付体系，统一结算管理，实现网络互通、资源共享。到 2015 年，在全省范围内全面普及医保“一卡通”，实现实时联网结算及参保（参合）人员持卡就医。

增强基本医保基金共济和抗风险能力，巩固完善职工和城镇居民医保州、市级统筹，逐步建立省级风险调剂金制度，积极推进省级统筹；提高新农合统筹层次，积极探索开展州、市级统筹试点工作，并逐步在全省推广实施。

加强医疗保险基金收支预算管理，增强医疗保险基金管理的科学性。加强医保基金精算工作，建立基金运行情况分析和风险预警制度。逐步建立医疗保险基金使用评价指标体系，着力提高基金使用效率。职工医保基金结余过多的地区要把结余降到合理水平，当期结余额要控制在统筹基金收入的 15% 左右，历年累计结余额应控制在当年统筹基金月平均支出的 9 个月左右。居民医保统筹基金当期结余应控制在统筹基金收入的 15% 左右，累计结余要控制在当年筹资总额的 30% 以内。新农合基金当期结余要控制在当年统筹基金收入的 15% 以内，累计结余要控制在当年筹资总额的 25% 以内。完善基本医保基金管理监督和风险防范机制，防止基本医保基金透支，严肃查处骗取、套取基金行为，保障基金安全。

（五）改革完善医保支付制度。加大医保支付方式改革力度，结合疾病临床路径实施，健全完善医疗保险支付政策和措施，推行按病种付费、按人头付费、总额预付等支付方式改革，增强医

保对医疗行为的激励约束作用。建立医保对统筹区域内医疗费用增长的制约机制，制定医保基金支出总体控制目标并分解到定点医疗机构，将医疗机构次均（病种）医疗费用增长控制和个人负担定额控制情况列入医保分级评价体系。科学合理测算和确定付费标准，建立完善医保经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判协商机制和购买服务的付费机制。完善差别支付机制，科学合理地调整各级各类医疗卫生机构基本医疗保险支付比例，医保支付政策进一步向基层医疗机构倾斜，鼓励使用中医药服务，扩大和提高中医诊疗的医保支付范围和比例，引导群众小病到基层就医，促进分级诊疗制度形成。将符合资质条件的非公立医疗机构和零售药店纳入医保定点范围，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。加强对定点医疗机构和零售药店的监管，建立完善更为严格的联动监管惩处制度，加大对骗保欺诈行为的处罚力度。

（六）积极探索建立覆盖城乡居民的大病保险制度。进一步拓展和延伸基本医疗保障制度，从城镇居民基本医保基金、新农合基金中划出一定比例和额度作为大病保险资金，采取向商业保险机构购买大病保险的方式，对参保（合）人患大病发生的高额医疗费用，在基本医疗保障补偿后仍需个人负担的合规医疗费用再次给予补助。大病保险的实际支付比例不低于50%，原则上医疗费用越高支付比例越高。随着筹资、管理和保障水平的不断提高，逐步提高大病报销比例，最大限度减轻个人医疗费用负

担，切实避免城乡居民发生家庭灾难性医疗支出而产生的“因病致贫、因病返贫”问题。

（七）巩固完善城乡医疗救助制度。加大救助资金投入，筑牢医疗保障底线。资助城市低保对象、丧失劳动能力的一、二级重度残疾人、60周岁以上低收入老年人等困难群体参加城镇居民医保，资助农村低保对象、五保供养对象和25个边境县、市边境一线以村委会为单位的农村居民等困难群体参加新农合。取消医疗救助起付线，对救助对象政策范围内住院自负医疗费用救助比例提高到70%以上，稳步提高救助封顶线。在全省范围内建立起覆盖所有县、市、区的城乡医疗救助“一站式”即时结算服务管理制度，探索医疗救助异地“一站式”即时结算，与职工医保、城镇居民医保、新农合信息系统有效衔接。加强医疗救助资金管理，资金结余率控制在当年筹集资金总额的15%以内。

（八）发展商业健康保险。鼓励商业保险机构发展基本医保之外的健康保险产品，积极引导商业保险机构开发长期护理保险、特殊大病保险等险种，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，落实税收等优惠政策。探索城镇职工用个人账户结余购买商业健康保险，充分发挥职工个人医保卡余额的放大效应，提高医保资金的使用效率。简化理赔手续，方便群众结算。加强对商业保险机构的监督管理，不断提高商业保险机构的服务能力和服务质量，促进其持续、健康、规范发展。

(九) 逐步健全多层次医疗保障体系。充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助、商业健康保险、多种形式补充医疗保险和公益慈善的协同互补作用，促进政府主导与市场机制相结合。在提高基本医保最高支付限额和高额医疗费用支付比例的基础上，统筹协调基本医保和商业健康保险政策，放大基本医保基金保障效用。加强与医疗救助制度的衔接，加大对低收入大病患者的救助力度。在试点基础上，推进重特大疾病救助工作，加大对重特大疾病的救助力度。通过政府出资、社会捐赠等多渠道筹资建立疾病应急救助基金。无负担能力病人发生的急救医疗费用，通过医疗救助基金、政府补助等渠道解决。鼓励和引导社会力量发展慈善医疗救助。鼓励工会等社会团体开展多种形式的医疗互助活动。

四、巩固完善基本药物制度和基层医疗卫生机构运行新机制

深化基层医疗卫生机构管理体制、补偿机制、药品供应和人事分配等方面的综合改革，巩固完善国家基本药物制度，持续扩大基层医药卫生体制改革成效。

(一) 深化基层医疗卫生机构综合改革。按照“总量控制、动态管理”的原则，完善政策措施，强化组织落实，建立与基层医疗机构工作任务和编制使用相适应的编制管理制度，确保基层医疗卫生机构编制核定到位。健全绩效考核、优胜劣汰、能上能下、能进能出的用人机制，落实基层医疗卫生机构法人自主权，全面实行按需设岗、竞聘上岗、按岗聘用、合同管理制度，重点

选聘好医疗卫生机构主要负责人并建立任期目标责任制。完善以服务数量、质量、效果和居民满意度为核心，以基本公共卫生服务和基本医疗服务为考核重点的绩效评价和考核机制，考核结果与基层医疗卫生机构的财政补助挂钩，与奖励性绩效工资分配挂钩，并作为工作人员岗位聘任、奖惩的重要依据。坚持多劳多得、优绩优酬，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，鼓励有条件的地方积极探索适当提高奖励性绩效工资比例，合理拉开收入差距，调动医务人员积极性。

健全基层医疗卫生机构稳定长效的多渠道补偿机制，切实加大投入。合理划分各级政府投入责任，中央和省财政重点加大基本公共卫生和重大公共卫生项目投入并对村医进行补助，州、市、县、区财政承担基层医疗卫生机构投入的主要责任。坚持以投入换机制，按照“核定任务、核定收支、绩效考核补助”的原则，各级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；省财政在统筹中央补助资金的基础上，建立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。全面落实一般诊疗费及医保支付政策，确保基层医疗卫生机构正常运转。对非政府举办的基层医疗卫生机构，各地要通过政府购买服务等方式对其承担公共卫生服务给予合理补助，并将符合条件的机构纳入医保定点范围，比照政府办基层医疗卫生机构的医保支付和报销政

策执行。

(二) 巩固和扩大国家基本药物制度实施成果。落实基本药物在政府办基层医疗卫生机构和村卫生室全部配备使用和医保支付政策，严格实行零差率销售，并同步落实对乡村医生的各项补助和支持政策。在已开展试点的基础上，对非政府办基层医疗卫生机构，各级政府可结合实际，采取购买服务方式将其纳入基本药物制度实施范围。公立医院和其他医疗机构要按照规定比例优先配备使用基本药物。所有零售药店均应配备销售基本药物目录的药品，患者可凭处方或自行到药店购买基本药物。

根据国家基本药物目录，结合我省疾病谱特点、各地用药需求和生物医药发展特色，合理调整、优化省补充药物品种、类别，规范基本药物剂型、规格和包装，满足群众基本用药需求。基本药物由省人民政府统一增补，州、市、县、区或基层医疗卫生机构不得自行增补。合理控制增补药品数量。

(三) 进一步规范完善基本药物招标采购制度。坚持基本药物以省为单位网上集中采购，全面落实招采合一、量价挂钩、双信封制、集中支付、全程监控等采购政策。完善基本药物招标采购方式。坚持质量优先、价格合理，进一步完善基本药物质量评价标准和评标办法，针对药品质量、药品价格、企业信誉等要素设计科学合理的综合评价体系，既要降低虚高的药价又要避免低价恶性竞争；探索根据采购量决定采购价格的方式，发挥批量采购的优势；对独家品种和经多次集中采购价格已基本稳定且市场

供应充足的基本药物试行统一定价；对用量小、临床必需的基本药物可通过招标采取定点生产等方式确保供应；对已达到国际水平的仿制药，在定价、招标采购方面给予支持，激励企业提高基本药物质量；建立完善企业诚信系统和违约处罚制度，防范中标企业违约行为。建设省级基本药物集中采购配送使用管理信息系统，完善省药品集中采购平台功能，提高基本药物使用监管能力。健全基本药物配送机制，强化基层医疗卫生机构基本药物采购计划的科学管理，引导药品生产企业合理选择配送企业，规范中标药品生产企业和配送企业的履约行为，建立公开、透明并易于监管的基本药物供应保障体系。全面落实基本药物采购集中支付政策，优化支付、结算工作程序，确保采购药款安全。提高基本药物生产技术和供应保障能力，建立基本药物储备制度。完善基本药物价格监测体系，健全基本药物指导价格动态调整机制，密切跟踪监测基本药物市场价格和供应变化情况，适时提出零售指导价格调整意见。

（四）强化基本药物质量监管。继续提高基本药物质量标准，健全基本药物质量监管体系，完善基本药物生产、流通、使用监管数据库和基本药物样品备案制度；全面开展国家基本药物和省补充药品品种生产工艺、处方核查；加强对各级各类医疗卫生机构和零售药店基本药物质量的监管，建立经营、配送企业监管档案；对基本药物进行全品种覆盖抽验，所有基本药物生产、经营企业必须纳入电子监管，进一步提升对基本药物从生产到流通和

使用全过程监管的能力，提高监管效能；健全完善省、州、市、县、区三级药品不良反应报告评价体系，加强基本药物不良反应监测与评价，不断完善药品安全预警和应急处置机制，确保基本药物质量安全。

五、积极推进公立医院改革

坚持公立医院公益性，坚持政府主导，围绕“四个分开”的要求，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、采购机制、价格机制、医保支付制度、监管机制等方面的综合改革，由局部试点转向全面推进，大力推行便民惠民措施，逐步建立维护公益性、调动积极性、保障可持续发展的公立医院运行新机制。

（一）落实政府办医责任。坚持公立医院面向城乡居民提供基本医疗卫生服务的主导地位，进一步明确政府举办公立医院的目的和应履行的职责，扭转公立医院逐利行为。落实政府对符合区域卫生规划的公立医院的基本建设和设备购置、重点学科发展以及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，对公立医院承担的公共卫生任务给予专项补助，保障政府指定的紧急救治、救灾、援外、支农、支边和支援社区等公共服务经费，对中医医院（民族医院、中西医结合医院）、传染病医院、精神病医院、妇产医院和儿童医院等在投入政策上予以倾斜。合理确定公立医院（含国有企业所办医院）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。

(二) 推进补偿机制改革。推进医药分开，改革“以药补医”机制，逐步取消药品加成政策，将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和政府补助3个渠道改为服务收费和政府补助2个渠道。加强药品和医用耗材管理，医院的药品和高值医用耗材实行集中采购；降低大型医用设备检查治疗价格，政府投资购置的公立医院大型设备按照扣除折旧后的成本制定检查价格，贷款或集资购买的大型设备原则上由政府回购，回购有困难的限期降低检查价格。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。公立医院要加强医院内部管理，降低营运成本，在此基础上，由于改革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、联动医保报销政策、增加政府投入等途径补偿。提高体现医务人员技术劳务价值的诊疗费、手术费、护理费收费标准，促进医疗机构提供优质服务。调整后的医疗技术服务收费按照规定纳入医保支付范围。增加的政府投入，省财政结合中央支持进行适当补助，对边疆、贫困、民族地区予以倾斜，州、市、县、区财政要按照实际情况调整支出结构，切实加大投入。

(三) 健全医疗费用增长约束控制机制。卫生监管部门和医保经办机构要加强对医疗服务行为的监管，制止开大处方、重复检查、滥用药品等行为。加强卫生部门对医疗费用的监管控制，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并作为绩效考核的重要指标，防

范减少服务内容、降低服务标准、服务提供不足、转移医疗费用损害参保人合法权益、推诿重症患者等行为，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。加强对费用增长速度较快疾病诊疗行为的重点监控，控制公立医院提供非基本医疗服务。价格主管部门要加强医疗服务收费和药品价格监督检查；研究制定高值医用耗材价格管理办法，加强高值医用耗材的价格管理。

强化医保对医疗服务的监控作用，采取总额预付、按人头、按病种付费等复合支付方式，引导医疗机构主动控制成本，同时加强监管，规范诊疗行为、提高服务质量；逐步实现由医保经办机构与公立医院通过谈判方式确定服务范围、支付方式、支付标准和服务质量要求；提供与基本医疗保障相适应的适宜技术服务，严格基本医保药品目录使用率及自费药品控制率等指标考核；完善基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店协议管理制度，建立实施分级管理标准，降低群众负担。

（四）改革管理运行体制机制。推进政事分开、管办分开，合理区分医疗服务监管职能与医疗机构举办职能，理顺公立医院所有者和管理者责权。强化卫生行政部门规划、准入、监管等全行业管理职能，减少卫生行政部门对公立医院具体事务的管理。积极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，由其履行政府举办公立医院的职能，负责公立医院的资产管理、财务监管、绩效考核和医院主要负责人的任用。各级卫生行政部

门负责人不得兼任公立医院领导职务，逐步取消公立医院行政级别。

建立现代医院管理制度。探索建立理事会等多种形式的公立医院法人治理结构，明确理事会与院长职责，构建决策、执行、监督相互分工、相互制衡的权力运行机制，公立医院功能定位、发展规划、重大投资、重大业务、财务预决算等权力由政府办医机构或理事会行使。推进院长专业化、职业化建设，建立院长负责制和任期目标责任考核制度，落实公立医院用人自主权，实行按需设岗、竞聘上岗、按岗聘用、合同管理，新进人员实行公开招聘、择优聘用，推进公立医院医务人员养老等社会保障服务社会化。建立以公益性质和运行效率为核心的公立医院绩效考核体系，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，提高人员经费支出占业务支出的比例，提高医务人员待遇，完善院长收入分配激励和约束机制，院长及医院管理层薪酬由政府办医机构或授权理事会确定。严禁把医务人员个人收入与医院的药品和检查收入挂钩；严格执行医院财务会计制度，探索实行总会计师制，建立健全费用核算和控制制度，实施内部审计和外部审计相结合的监督模式。

（五）大力推行便民惠民措施。深化以病人为中心、以服务为导向的理念，建立完善医疗质量管理与评价控制体系，持续提高医院管理水平和医疗服务质量。简化挂号、就诊、检查、收费、取药等流程，实行门（急）诊病历“一本通”，设置门诊

“一站式”便民服务中心，推行晚间门诊和节假日门诊，方便群众就医。开展错峰服务、分时段诊疗以及“先诊疗、后结算”和志愿者服务，积极推进区域统一预约挂号平台建设，普遍实行预约诊疗，改善就医环境，明显缩短病人等候时间。扩大优质护理实施范围，二级以上医院实现全覆盖。大力推行临床路径，开展单病种质量控制，规范医疗行为，所有三级医院和有条件的二级医院均要开展临床路径管理，病种数不少于50个（县级中医医院不少于20个）。在全省范围内全面实现同等级医疗卫生机构检验影像检查结果互认，并实现不同等级医疗机构互认工作的衔接。推广应用基本药物和适宜技术，规范抗菌药物等药品的临床使用。充分发挥远程可视医疗县县通工程优势，发展面向农村基层及边远地区的远程诊疗系统。

（六）全面推进县级公立医院改革。县级公立医院是县域医疗中心和农村三级医疗卫生服务网络的龙头。“十二五”期间要把县级公立医院改革放在突出位置，以破除“以药补医”机制为关键环节，以改革补偿机制和落实医院自主经营管理权为切入点，明确功能定位，统筹推进管理体制、补偿机制、人事分配、价格机制、医保支付制度、采购机制、监管机制等方面的综合改革；加强以人才、技术、重点专科为核心的能力建设，在每个县、市、区重点办好1—2所县级公立医院（含中医医院），力争30万以上人口的县、市、区至少有1所县级公立医院达到二甲甲等水平；推广应用适宜医疗技术，适当放宽二类相对成熟技术

的机构准入条件；采取托管、帮扶、支援等多种形式，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，经批准可在县级医院设立特设岗位引进急需高层次人才；积极推进县乡村医疗服务一体化管理，通过纵向合作和管理支持，探索建立县级公立医院与基层医疗卫生机构分工协作机制；统筹县域医疗卫生体系发展，力争县域内就诊率提高到90%左右，实现“大病不出县城，小病不出乡镇，预防保健在基层”，2015年实现县级公立医院阶段性改革目标。

（七）拓展深化城市公立医院改革。按照上下联动、内增活力、外加推力的原则，加快推进昆明市、曲靖市公立医院改革试点及省第三人民医院的综合改革试点工作，逐步推开省级、州（市）级综合性医院改革；拓展深化试点内容，创新体制机制，加强医院内涵建设，由规模扩张转向质量效益提升，由粗放行政管理转向精细信息化管理，由重硬件建设转向软件建设，切实调动医务人员积极性，提高服务质量和运行效率，尽快探索形成具有云南特色和亮点的改革路子，并逐步在全省范围内推广。充分利用和盘活优质医疗资源，公立医院资源丰富的城市，可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投入，以合资合作方式参与改制的不得改变非营利性质。改制过程中要加强国有资产管理，确保国有资产保值增值，维护好职工合法权益。

六、统筹推进有关领域改革

进一步增强医药卫生体制改革各项政策的协同性，优化卫生资源配置，提升医疗卫生服务体系整体效率，积极推进多元化办医，继续提升基本公共卫生服务均等化水平，加强人才培养和信息化建设，大力发展民族医药和生物医药产业，推进卫生领域对外开放，加强药品生产流通和医药卫生监管体制改革，充分发挥政策叠加效应。

（一）调整优化区域卫生资源配置。科学制定区域卫生规划，明确各级卫生资源配置标准，合理确定种类、数量、规模，优化结构和布局，完善服务体系，新增卫生资源优先考虑社会资本。加强区域卫生规划、医院设置规划等规划的刚性约束，控制中心城区医疗资源增长，控制大型医疗机构单体规模扩张，严格控制建设标准、规模和设备配备。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。省级可以设置少量承担医学科研、教学功能的医学中心或区域医疗中心。鼓励各地整合行政区域内检查检验资源，促进大型设备资源共建共享。

加强医疗服务体系薄弱环节建设。优先支持边疆民族贫困地区、人口大县和医疗资源缺乏地区发展；每个县、市、区重点办好1—2所县级医院（含中医医院）；支持医疗机构临床重点专科建设；加强省级妇儿专科医院建设，支持省、州、市级医院儿科（专科医院）以及县级医院妇儿科建设；完善新区、郊区、卫星城区等区域医疗服务条件；加强边远民族贫困地区州、市级综合

医院建设；加强精神卫生、传染病、长期护理、康复医疗等领域的医疗服务能力建设。

充分发挥中医药在疾病预防控制和医疗服务中的作用。以城乡基层为重点加强中医医疗服务能力建设，按照国家总体要求，到2015年，力争95%的社区卫生服务中心和90%的乡镇卫生院、70%的社区卫生服务站和65%的村卫生室能够提供中医药服务。鼓励零售药店提供中医坐堂诊疗服务。加大中医药适宜技术推广和应用，到2015年，力争建立覆盖省、州、市、县、区三级中医医疗机构的中医药适宜技术推广网络平台，每年筛选10—20项中医药适宜技术向基层医疗机构推广和应用。全面开展中医药资源普查工作。加强中药资源保护、研究开发和合理利用。

(二) 提升基层基本医疗服务能力。以规划为指导，按照填平补齐的原则，继续加强村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构标准化建设，使每个村委会有1所村卫生室，每个乡、镇有1所政府举办的卫生院，原则上每个街道办事处或3万—10万居民设置1所社区卫生服务中心，到2015年基层医疗卫生机构达标率达到95%以上。加强基层医疗卫生机构在岗人员培训，提高培训质量，完善培训考核办法，重点实施具有全科医学特点、促进基本药物合理使用等针对性和实用性强的培训项目。规范基层医疗卫生机构和医务人员诊疗行为和用药行为，全面加强药事管理内涵建设和制度建设，健全药物合理使用的评测制度；重点

加强抗菌药物、激素的临床应用管理，严格控制使用量和使用率；加强医务人员和临床药师培训以及面向患者和社会的合理用药知识宣传，提高医务人员、社会人群合理用药意识和水平；强化合理用药监督检查力度，建立监督检查长效机制。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，卫生部门要将医保定点医疗机构执行双向转诊和分级医疗情况列为考核指标，并将考核结果与医保支付挂钩；继续推进基层医疗卫生机构采取主动服务、上门服务等方式，开展巡回医疗，推动服务重心下沉，服务内容向基本医疗和基本公共卫生服务转变。明显提高基层医疗卫生机构门急诊量占门急诊总量的比例，提高基层医疗机构资源利用效率，使病人流向趋于合理。

筑牢农村医疗卫生服务网底。落实村卫生室的扶持政策和乡村医生待遇，采取公建民营、民办民营、政府补助等多种方式，对村卫生室的房屋建设、设备购置、信息化建设给予扶持；完善乡村医生的补偿、养老保障政策，逐步提高乡村医生补偿水平，保持乡村医生队伍的稳定发展。合理制定乡村医生培养培训规划，加强乡村医生后备力量建设，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；逐步推进乡村医生向执业（助理）医师转变；采取临床进修、跟班学习、集中培训、城乡对口支援等多种方式加强乡村医生在岗培训。合理划分乡镇卫生院和村卫生室的职责，加强乡镇卫生院对乡村医生的技术指导、培训和日常监管，积极推进乡镇卫生院和

村卫生室一体化管理。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、服务数量和质量考核监管。

（三）促进形成多元化办医格局。坚持多种形式、多种渠道投资发展医药卫生事业，引入竞争机制，逐步建立以公有制为主体，多种所有制医疗机构共同发展的医疗服务体系。落实《云南省人民政府关于鼓励社会资本进入医疗服务市场加快民营医院发展的意见》（云政发〔2010〕177号）和有关政策法规，放宽社会资本办医的准入范围，加快非公立医疗机构发展。探索社会资本参与部分公立医院改革，完善规范运作制度措施，建立现代医院管理制度，充分利用和盘活优质医疗资源。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、商业保险机构等开办医疗机构，对举办发展非营利性医疗机构给予优先支持。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、职称评定等方面的政策，对各类社会资本举办非营利性医疗机构给予优先支持。积极发展医疗服务业，鼓励非公立医疗机构向高水平、规模化大型医疗集团发展。加强对民营医疗机构的监管，建立健全不同经营性质医疗机构的管理制度，促进民营医疗机构健康持续发展。积极发展医疗服务业，扩大和丰富全社会医疗资源。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。

(四) 提高基本公共卫生服务均等化水平。落实预防为主方针，进一步推进基本公共卫生服务均等化。逐步提高人均基本公共卫生服务经费标准，2015 年达到 40 元。组织实施好为城乡居民免费提供健康档案、健康教育、预防接种、传染病防治、儿童保健、孕产妇保健、老年人保健、高血压等慢性病管理、重性精神疾病管理、卫生监督协管等国家基本公共卫生服务项目。扩大服务人群，提高服务质量和效率。加强健康促进与教育，实施国民健康行动计划，将健康教育纳入国民教育体系。发挥健康教育体系和教育基地的作用，开展群众喜闻乐见的健康教育活动。主要媒体要加强健康知识宣传。倡导健康的生活方式，引导科学就医和安全合理用药。到 2015 年，城乡居民健康档案规范化电子建档率达到 75% 以上；高血压、糖尿病患者规范化管理率达到 40% 以上；65 岁及以上老年人健康管理率达到 50%。

按照国家实施重大公共卫生项目的总体部署，逐步增加重大公共卫生项目，突出重点地区和重点人群，开展国家免疫规划，艾滋病、结核病、血吸虫病等重大传染病防治，农村孕产妇住院分娩补助、农村孕前和孕早期妇女补服叶酸、适龄妇女“两癌”（宫颈癌、乳腺癌）检查和预防艾滋病、梅毒、乙肝母婴传播等重大公共卫生服务专项。农村孕产妇住院分娩率稳定在 96% 以上。重点做好食品安全（包括餐饮、饮用水卫生）、职业卫生、精神卫生、慢性病防控、重大地方病防控、卫生应急、健康教育促进等对居民健康有重要影响的公共卫生服务。

完善重大疾病防控、计划生育、妇幼保健等专业公共卫生服务网络，加强卫生监督、农村急救救治、精神疾病防治、健康教育促进、食品安全风险监测等能力建设。提高疾病监测、预防、控制能力和突发公共卫生事件应急处置能力。深入开展爱国卫生运动。加强流动人口以及农村留守儿童和老人的公共卫生服务和重大传染病防控工作，提高公共卫生服务的可及性。建立公共卫生和医疗卫生服务体系分工协作机制。专业公共卫生机构经费纳入财政预算并全额安排。

进一步完善基本公共卫生服务规范，健全管理制度和工作流程，完善重大公共卫生服务项目管理制度，提高服务质量和管理水平。强化绩效考核工作，建立健全公共卫生服务绩效考核制度，完善考核评价体系和方法，强化日常监督检查和考核工作，保证公共卫生服务任务的落实和群众受益。规范项目资金使用管理，提高公共卫生服务效益。引入外部考评机制，引导社会中介机构和公共卫生服务受益人群对基本公共卫生服务供给的绩效进行考评，保障公众参与的权利，形成多元化考评主体。探索实施基本公共卫生服务项目的公示制度，引导社区居民主动获取服务的意识，发挥群众的监督作用。

（五）积极推进医疗卫生对外交流合作。抓住桥头堡建设机遇，按照“设窗口、筑前沿、建基地、搭平台”发展思路，大力推进医药卫生行业对外交流合作。建设面向西南开放的服务窗口，加强省、州、市国门医院、陆路口岸医院、国际大通道医院

建设；构筑云南面向西南开放的疾病预防控制前沿，加强省、州、市、县、区各级疾病预防控制体系能力建设，建立与周边国家疾病信息沟通、防治技术交流的联防联控机制，建设云南疾病预防控制综合示范区，全面提升疾病预防控制能力；建立云南面向东南亚、南亚开放的中医（民族医）药研发基地、妇女儿童临床基地，提高中医（民族医）药研发能力和妇女儿童医疗保健水平；搭建云南面向西南开放的医疗合作与人员交流平台，着力建设一批条件好、水平高、服务能力强的临床医疗、教学、科研基地，以优质医疗资源为统领，全面提升对外合作交流水平。支持有条件的药品生产、流通企业以各种方式积极开拓东南亚、南亚等国际市场，推动云药乃至中药标准体系的国外认证，促进药品对外贸易，推进云南医药卫生国际化进程。

（六）推进药品生产流通领域改革发展。改革药品价格形成机制。完善药品价格管理办法，改进药品定价方法。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，并根据市场交易价格变化等因素适时调整。对可替代药品和创新药品定价逐步引入药物经济性评价等新方法，促进不同种类的药品形成合理的比价关系。加强药品价格信息采集、分析和披露，加强医疗服务收费和药品价格监督检查。

培育壮大生物医药产业。抓住建设“两强一堡”机遇，优化产业布局和调整产业结构，加大投入和强化自主创新，建立健全

政策保障体系和服务，做大做强生物医药产业。坚持继承和创新并重，优先发展具有特色优势的中药、民族药、天然药，引导和推进中药材规范化种植，充分利用当地药物资源优势，傣、彝、藏等民族医药优势开发新药，对现有创新药、民族药产品进行“二次开发”以及新药用资源和食用资源的开发研究。支持制药企业和商业流通企业进行行业整合，实现优势互补。

推进药品流通领域创新发展。加快药品经营连锁化发展，提高农村和边远地区药品配送能力。大力发展现代医药第三方物流和积极探索医药电子商务。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。完善执业药师制度，加大执业药师配备使用力度，到“十二五”末，所有零售药店法人或主要管理者必须具备执业药师资格，所有零售药店和医院药房营业时有执业药师指导合理用药。在执业药师数量不足的地区，经省食品药品监督管理局批准，可配备从业药师或药师协理或执业药师在线远程咨询后台服务。

提高药品标准和药品生产质量。全面实施新修订的药品生产质量管理规范、药品经营质量管理规范和医疗器械生产质量管理规范，力争2015年底前，全省在产药品生产企业和无菌、植入性医疗器械生产企业全部通过认证，全省药品经营企业100%符合管理规范要求。加强药品质量安全监管，实行药品全品种电子监管，对基本药物和高风险品种实施全品种覆盖抽验，定期进行药品质量公示。

（七）加强医疗卫生人才队伍建设。推进全科医生制度建设。

把建立全科医生制度作为强基层的关键举措，加快推进全科医生培训基地建设，在充分利用现有资源的基础上，按照“填平补齐”原则，在具备三级综合医院条件的州、市建设1所全科医生临床培养基地；在具备条件的三级中医医院建设中医类别全科医生培训基地。规范全科医生培养模式，采取“5+3”模式，培养950名五年制农村订单定向医学生，采取“3+2”模式，每年招录500名三年制农村订单定向医学生，为每个乡镇卫生院培养不少于1名三年制临床医学生（全科方向，含中医临床医学生）；实行“毕业生规范化培训”，每年招收200名医学毕业生进行全科医生规范化培训；开展全科医生转岗培训，每年安排750名左右基层医疗卫生机构在岗人员进行转岗培训；继续开展中医类别全科医生转岗培训。到2015年，力争每万名城市居民拥有2名以上全科医生，每个乡镇卫生院拥有1名全科医生。积极开展全科医生执业方式和服务模式改革试点工作，逐步建立全科医生与居民契约服务关系，为居民提供连续的健康管理服务。

促进人才向基层流动。进一步完善有关政策措施，鼓励引导医务人员到基层服务。建立上级医院与基层医疗卫生机构之间的人才合作交流机制。探索县、市、区域人才柔性流动方式，促进县乡人才联动。开展免费医学生定向培养，实施全科医生特岗计划，实施乡镇卫生院执业医师招聘项目，充实基层人才队伍。严格落实城市医院和疾病预防控制机构医生晋升中高级职称前到基

层的重点是农村服务累计 1 年以上的政策。鼓励县级以上医院医生及退休医生到基层和农村执业。对到艰苦边远地区基层医疗卫生机构服务的医务人员，落实津补贴政策或给予必要补助，省财政在安排转移支付时要予以适当倾斜。创新卫生人才培养使用制度。深化医学教育改革，优化学科专业设置和人才培养结构，本专科医学类专业教育开设全科医学必修课程，重视人文素养培养和职业素质教育。逐步建立住院医师规范化培训制度，在全省三级医院建立住院医师规范化培训基地，每年招收 200—300 名医学毕业生进行住院医师规范化培训。完善继续医学教育制度，扩大继续医学教育覆盖面，创新继续医学教育形式和管理方式，加强考核评估，提高继续医学教育质量，县级及以上医疗卫生机构卫技人员继续医学教育覆盖率达到 95% 以上，城乡基层医疗卫生机构达到 80% 以上。在全省范围内开展医师多点执业工作，制定完善执业医师注册、备案、考核、评价、监管政策，建立医师管理档案，推进医师多点执业，鼓励具备行医资格的人员申请多个地点执业。在职称晋升和岗位聘用等方面，对长期在县级及以下基层医疗卫生机构工作的卫生技术人员给予政策倾斜。

加强紧缺和高层次人才培养。根据我省医药卫生体制改革和医疗卫生事业发展的迫切需求，有重点地培养医药卫生急需紧缺专门人才，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、卫生统计、医院和医保管理人员等急需紧缺专门人才的培养，合理扩大急需紧缺专门人

才的医学教育规模，加强对相关领域在岗人员的专业培训。组织实施高素质卫生人才培养计划，培养和引进一批国际化、高水平医药卫生人才。“十二五”期间，要加大力度培养有重大项目组织协调能力、有专业领域发展开拓引导能力的领军人才和中青年学术技术带头人。

（八）加快构建医疗卫生信息支撑平台。发挥信息辅助决策和技术支撑的作用，促进信息技术与管理、诊疗规范和日常监管有效融合。推进符合我省实际的卫生信息标准和信息安全保障体系建设。加强以电子病历建设和医院管理为重点的公立医院信息化建设，探索将公立医院信息系统与基本医疗保障经办机构和医疗服务监管信息系统相连接。完成省级基本药物集中采购配送使用管理信息系统和基层医疗卫生机构综合信息系统项目建设，建立涵盖基本药物、公共卫生、医疗服务、新型农村合作医疗和综合管理应用等功能的基层医疗卫生信息系统，提高基层医疗卫生服务水平。建立完善具有基金管理、费用结算与控制、医疗行为管理与监督等复合功能的医保信息系统，实现与定点医疗机构信息系统的对接。鼓励利用先进技术，发展专业的信息运营机构。建设省、州、市和部分人口大县、市、区的三级区域卫生信息平台（部分为虚拟信息平台）以及覆盖全省的卫生信息网络终端，同步建设健康档案、电子病历、综合业务资源基础数据库，推动医疗卫生信息资源共享，逐步实现医疗服务、公共卫生、医疗保障、药品监管和综合管理等应用系统信息的互联互通，方便群众

就医。结合新农合“一卡通”和居民电子健康档案建设工作，加快推进居民健康卡建设和应用工作，用居民健康卡有效共享居民电子健康档案、电子病历，以及省、州、市、县、区三级卫生信息平台的信息。到2015年，建立省级和16个州、市区域卫生信息平台 and 卫生电子信息数据中心。基层医疗卫生机构管理信息系统基本覆盖乡镇卫生院、社区卫生服务机构和有条件的村卫生室，并在非政府办基层医疗卫生机构推广应用。

（九）强化医药卫生监管。加强医药卫生法制建设，积极推动制订基本医保、基本药物制度、全科医生制度、公立医院管理等方面的地方性法规、政府规章和规范性文件，逐步建立健全与基本医疗卫生制度相适应、比较完整的地方卫生法规体系。加强卫生全行业监管，完善机构、人员、技术、设备的准入和退出机制，健全医药卫生监督网络，实现卫生监督的城乡全覆盖，提高卫生监管能力。建立我省科学规范的医疗机构分类评价体系。强化医疗卫生服务行为和质量监管。加强医师定期考核管理，规范医疗执业行为。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。严厉打击挂靠经营、过票经营、买卖税票、行贿受贿、生产经营假劣药品、发布虚假药品广告等违法违规行为。加大对医药广告的审批和监管。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。强化医务人员法制和纪律宣传教育，加强医德医风建设，弘扬救死扶

伤的职业精神，加强行业自律，建立医务人员诚信档案。按属地管理原则，以县、市、区为单位普遍建立医患纠纷第三方调解机制，鼓励开展医疗责任保险和医疗意外保险。

七、规划实施保障

(一) 加强组织领导，强化目标责任。各级政府要高度重视，把深化医药卫生体制改革作为一项全局性工作，加强对规划实施的组织领导，建立健全责任制和问责制，政府主要领导负总责，分管常务工作和卫生工作的领导具体抓，层层抓落实，任务到人，责任到人。有关部门要密切配合、齐心协力，形成分工协作、合力推进的工作机制，确保规划顺利实施。各地、有关部门要围绕规划的总体目标和重点任务细化年度任务，制定工作方案，落实责任制，把规划的重点任务落到实处。加强规划实施动态监测，建立定期通报制度，开展规划实施评估，把医药卫生体制改革实施情况作为政府绩效考核的重要内容。

(二) 调动积极性，增强执行能力。医药卫生系统是医药卫生体制改革的主战场，要发挥医务人员改革主力军作用，调动医疗机构和医务人员积极性，维护医务人员合法权益。充分发挥好政治优势、组织优势，充分发挥基层党组织在医药卫生体制改革中的核心作用，加强思想政治工作，统一思想认识，形成改革攻坚合力。各级政府要加强医药卫生体制改革工作队伍建设，提高推进改革的领导力和执行力，确保医药卫生体制改革的各项规划措施落到实处。

(三) 调整支出结构，加大政府投入。各级政府要积极调整财政支出结构，加大投入力度，转变投入机制，完善补偿办法，落实规划提出的各项卫生投入政策，切实保障规划实施所需资金。要加大对困难地区的专项转移支付力度。在安排年度卫生投入预算时，要切实做到“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”。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。“十二五”期间政府医药卫生体制改革投入力度和强度要高于2009—2011年医药卫生体制改革投入。基本医保政府补助标准和人均基本公共卫生服务经费标准要随着经济社会发展水平的提高相应提高。强化财政、审计等部门对资金的监督管理，提高资金使用效益，切实防止各种违法违规使用资金的行为。

(四) 实行分类指导，鼓励探索创新。医药卫生体制改革政策性强、情况复杂、涉及面广，各地要围绕规划确定的目标任务，根据实际情况，因地制宜地制定具体实施方案，创造性地开展工作。鼓励大胆探索、先行先试，不断完善政策，积累改革经验。有关部门要加强对地方医药卫生体制改革工作的指导，及时总结推广成功经验。注重改革措施的综合性和可持续性，推进改革持续取得实效。

(五) 加强宣传培训，营造良好氛围。坚持正确的舆论导向，制定完善医药卫生体制改革宣传方案和措施，有计划、有重点地

开展医药卫生体制改革宣传工作，做好医药卫生体制改革政策的宣传解读，及时解答和回应社会各界关注的热点问题，大力宣传医药卫生体制改革典型经验和进展成效，合理引导社会预期，积极争取社会各界的理解、支持和参与，调动各方参与医药卫生体制改革的积极性，在全社会形成尊医重卫、关爱患者的风气，营造改革的良好氛围。广泛开展培训，不断提高各级干部医药卫生体制改革政策水平，确保改革顺利推进。

附件：云南省“十二五”期间深化医药卫生体制改革主要指标

云南省“十二五”期间深化 医药卫生体制改革主要指标

类别	序号	指标名称	2015年 (云南省)	2015年 (国家)
主要健康 指标	1	人均期望寿命(岁)	72	74.5
	2	婴儿死亡率(‰)	<12	<12
	3	孕产妇死亡率(/10万)	<32	<22
医疗保障 体系指标	4	城乡基本医保参保率(%)	≥95	≥95
	5	城乡居民医保政府补助标准(元)	≥360	≥360
	6	城镇职工政策范围内住院报销比例(%)	80左右	75左右
	7	城镇居民、新农合政策范围内住院报销比例(%)	75左右	75左右
	8	城镇居民医保和新农合门诊统筹区域覆盖率(%)	100	100
	9	城镇居民医保和新农合门诊统筹支付比例(%)	≥50	≥50
	10	城乡医疗救助对象政策范围内住院自负医疗费用救助比例(%)	≥70	≥70
公立医院 改革指标	11	力争县域内就诊率(%)	90左右	90左右
	12	非公立医疗机构床位数和服务量占比(%)	20左右	20左右
公共卫生 服务指标	13	基本公共卫生服务人均经费标准(元)	40	40
	14	城乡居民规范化电子建档率(%)	≥75	≥75
	15	高血压、糖尿病患者规范化管理率(%)	≥40	≥40
	16	65岁及以上老年人健康管理率(%)	≥50	
	17	农村孕产妇住院分娩率(%)	≥96	≥96

类别	序号	指标名称	2015年 (云南省)	2015年 (国家)
基层医疗卫生机构 标准化建设	18	村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构达标率(%)	95	95
基层机构 中医药服务	19	力争社区卫生服务中心提供中医药服务比例(%)	95	95
	20	力争乡镇卫生院提供中医药服务比例(%)	90	90
	21	力争社区卫生服务站提供中医药服务比例(%)	70	70
	22	力争村卫生室提供中医药服务比例(%)	65	65
人才队伍 建设	23	力争城市居民万人口全科医师数(人)	≥ 2	≥ 2
	24	力争每个乡镇卫生院全科医师数(人)	1	1
	25	县级及以上医疗卫生机构继续医学教育覆盖率(%)	≥ 95	
	26	城乡基层医疗卫生机构继续医学教育覆盖率(%)	≥ 80	
个人卫生 支出	27	个人卫生支出占卫生总费用的比重(%)	< 30	< 30