

发改委昨日宣布： 今起汽柴油每吨提价 350 元

据新华社电 国家发展和改革委员会19日宣布,自20日零时起将汽油、柴油价格每吨均提高350元,相当于90号汽油全国平均零售价每升上调0.26元,0号柴油全国平均每升上调0.3元,涨幅为4.5%。

发展改革委价格司司长曹长庆说,去年12月22日上调国内成品油价格以来,国际市场原油价格持续震荡上扬。1月22日,国际市场原油连续22个工作日移动平均价格超过4%,按照现行成品油价格形成机制,应当上调国内成品油价格,但考虑当时的物价形势、春节以及成品油市场供求状况,国家适当推迟了提价时

间,控制了提价幅度。

据了解,如不控制提价幅度,按现行成品油价格形成机制,这次油价涨幅约为10%。国家已要求中石油、中石化发挥企业内部上下游利益调节机制作用,自行部分消化原油价格上涨压力,补贴炼油企业。

发展改革委价格司副司长刘振秋表示,这次油价调整后,国家将按照现行的成品油价格调整对公益行业补贴机制,继续对种粮农民、渔业、林业、城市公交、农村道路客运给予补贴,对出租车行业给予临时补贴;继续做好城乡低保对象等困难群众基本生活保障工作。

汽油价格20日起每升平均涨0.26元

国家发展和改革委员会2月19日宣布

自20日零时起将
汽油、柴油价格
每吨均提高 350 元



相当于
90号汽油
全国平均零售价
每升上调 0.26 元
0号柴油
全国平均零售价
每升上调 0.3 元

物价上涨压力较大,为什么还要调整成品油价格 发改委有关负责人就成品油价格调整问题答记者问

据新华社电 国家发改委昨日发出通知,宣布20日起汽柴油每吨提价350元,就此,记者采访了国家发展改革委有关负责同志。

问:在当前国内价格总水平上涨压力较大的情况下,国家为什么还要调整成品油价格?

答:在当前物价形势比较严峻的情况下,之所以调整成品油价格,主要基于以下考虑:

首先,充分发挥价格杠杆作用,合理引

导消费。根据深化资源性产品价格改革的总体要求,国家建立并不断完善国内成品油价格与国际市场原油价格有控制地间接接轨机制,目的就是要使成品油价格反映市场供求和资源稀缺程度,充分发挥市场配置资源的作用。近年来,随着我国经济平稳较快发展,石油消费持续快速增长。同时,石油消费过快增长超出我国经济和资源环境的承载能力。因此,迫切需要发挥价格杠杆的调节和引导作用,抑制石油

消费过快增长,促进资源节约。

其次,及时调整成品油价格,有利于保障市场供应。由于国内石油资源一半以上需要进口,国际市场油价变化对国内的影响越来越大。只有及时理顺成品油价格,才能充分利用国际国内两个市场、两种资源,满足国内日益增长的石油需求。

问:成品油价格提高后,政府将采取哪些措施缓解对困难群体和公益性行业的影响?

答:这次成品油调价后,国家将按照

2006年石油价格综合改革时建立的对种粮农民等部分困难群体和公益性行业补贴机制,继续对种粮农民、渔业(含远洋渔业)、林业、城市公交、农村道路客运(含岛际和农村水路客运)给予补贴,对出租车行业给予临时补贴。

同时,各地将综合考虑成品油、液化气等价格调整和其他居民生活必需品价格上涨等因素,继续做好城乡低保对象等困难群众基本生活保障工作。

卫生部长陈竺回应医改热点： 体制机制矛盾是老百姓看病难主因



18日,在京举办的热点问题形势报告会上,卫生部部长陈竺作了题为《深化医药卫生体制改革 逐步缓解群众看病就医问题》的报告。陈竺指出,我国将全面深化医药卫生体制改革,统筹推进医改近期五项重点任务,进一步缓解群众“看病难看病贵”。

据新华社

病症二

什么导致“看病难、看病贵”?

●诊断体制机制矛盾是主因

陈竺分析指出,“看病难、看病贵”主要有以下多重原因:

物价指数长期走高,人们感觉医疗费用上升过快。

医学技术进步带来的医疗费用增长,这是不可避免的合理增长。

疾病模式转变引发医疗费用增长。随着工业化、城市化、人口老龄化进程不断加

病症三

如何缓解“看病贵”?

●药方深化医改减轻群众就医负担

陈竺指出,通过加快推进基本医疗保障制度建设,群众个人负担得到减轻。从全国范围看,由于政府不断加大卫生投入以及基本医疗保障制度的不断健全,政府和社

会卫生支出占卫生总费用比重已经从2001年的40%提高到61.8%,个人卫生支出占总费用的比例则从2001年的60%多降到了2009年的38.2%。

病症四

如何解决“看病难”?

●药方培养一批本土健康“守门人”

陈竺说,要通过建立比较完善的基层医疗卫生服务体系,使人民群众不出社区和乡村就能享受到便捷有效的服务。

他说,2011年,还要采取订单定向免费培养医学生、招聘执业医师、全科医生规范化培训、基层卫生人员定期岗位培训、对口支援、鼓励大医院退休医师到基

病症五

如何让百姓“少得病”?

●药方公共卫生经费提至人均25元

陈竺介绍说,政府从2009年开始面向城乡居民免费提供包括健康档案管理在内的9类基本公共卫生服务,目前分别有48.7%的城镇居民和38.1%的农村居民拥有

了健康档案。他透露,为保障各项服务的开展,建立了基本公共卫生服务经费保障机制,2009年开始按照人均不低于15元的标准落实

速,我国居民面临传染性疾病和慢性病双重负担,慢性病就意味着长期治疗、终身服药、费用高昂。

政策“双刃剑”。如,建立基本医疗保险制度将大大减轻人民群众的疾病负担,但不可否认,它还会刺激参保者多吃药、吃贵药、小病大治等问题,从而使社会医疗总费用增加而不是减少。

同时,国家基本药物制度在基层稳步推进。实施基本药物制度的地区,零差率销售基本药物使药价平均下降30%左右。

陈竺说,“十二五”还要提高基本医疗保障制度覆盖面和保障水平,缩小城乡医疗保障差距,争取到“十二五”末把个人承担看病费用的比例减至30%以下。

层执业、建设职工公租房、提高基层技术骨干待遇和实行职称晋升优惠政策等措施,重点为基层培养一批留得住的本土人才,承担起居民健康“守门人”职责。

陈竺说,公立医院改革始终是一道绕不过去的“坎”,是缓解“看病难、看病贵”的关键点。

经费,2010年全国平均达到了17.5元,2011年将提高到25元。

陈竺表示,基本公共卫生经费投入增加后,要相应拓展和深化基本公共卫生服务内容,扩大服务人群,完善服务规范,提高服务标准,增加服务项目,使群众更多受益。

病症一

看病难在哪里?

●缺乏社会医疗保障

陈竺认为,“看病难”可分为两种。第一是“绝对性”看病难,是由于医疗资源绝对不足无法满足基本医疗卫生服务需求的“看病难”,这往往发生在我国中西部经济落后、交通不便、地广人稀的偏远农村地区。

第二是“相对性”看病难,是指由于优质医疗资源相对于居民需求的不足,造成患者去大医院看专家“难”。

陈竺指出,“看病贵”也有几种:第一是“个人主观感受的贵”。第二是“家庭无力支付的贵”,造成“因病致贫和因病返贫”。第三是“社会无法承受的贵”。