

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

基本药物制度专刊

2012年 第5期

(总第39期)

上海市卫生发展研究中心

2012年6月20日

编者按 实施国家基本药物制度是国家医改近期五项重点工作之一，它在保障群众基本用药需求和安全、减轻群众医药费用负担等方面具有十分重要的意义。然而，我国基本药物制度的实施在取得一定成效的同时，也引起了社会各界广泛争论。本期刊载了上海市卫生发展研究中心主任胡善联教授、北京大学国家发展研究院李玲教授、中国社会科学院经济研究所朱恒鹏研究员、复旦大学公共卫生学院罗力副教授、学者张崖冰博士等几位相关领域专家关于基本药物制度的评论文章，并介绍了上海市实施国家基本药物制度的情况。此外，本期还刊载了上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任金春林博士撰写的《关键之道：探寻可操作且真正有效适宜的医改路径》一文，从如何降低药品费用负担、如何调动医务人员积极性和如何提高病人满意度三个方面提出了政策建议。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第5卷第5期(总第39期)
2012年6月20日
(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路1477号801室
邮编: 200040
电话: 021-22121869
传真: 021-22121879
E-mail: shanghai.hdrc@gmail.com
网址: www.shdrc.org

顾问: 徐建光
肖泽萍
主编: 胡善联
副主编: 刘雪峰
付晨
金春林(常务)
丁汉升
编辑部主任: 王贤吉
编辑: 信虹云 李芬
高广文 谢春艳
何江江 彭颖
王月强 王力男
杜丽侠 许明飞
薛佳

上海市连续性内部资料准印证
(K)第0649号

目次

观点争鸣

- 如何正确评价我国的基本药物制度..... 胡善联 1
- 基本药品动了谁的奶酪..... 李玲 8
- 根除药价虚高“中国策”..... 朱恒鹏 17
- 把药品加成收益留在卫生系统..... 罗力 25
- 中国基本药物制度的问题探讨..... 张崖冰 30

案例与实践

- 上海市基本药物制度实施的主要思考与举措
..... 瞿介明 34
- 嘉定区药品零差率与免费部分基本药物试点的实践
..... 郑益川 42

专题研究

- 关键之道: 探寻可操作且真正有效适宜的医改路径
..... 金春林 49

如何正确评价我国的基本药物制度

胡善联

【摘要】 我国基本药物制度改革三年来已初显成效，各方对此存在不同看法。在此背景下，本文在明确基本药物制度的定位与评价标准的基础上，对基本药物制度实施的进展、成效及存在的问题进行了评价，并提出了完善基本药物制度的政策建议。

【关键词】 基本药物制度；药品加成；收支两条线

最近看了不少专家对我国基本药物制度的评论意见，大家对基本药物制度，特别是对近三年来基本药物制度改革的效果，在某些方面有着截然不同的看法。这使我想到关于基本药物制度的两个根本问题，即应该如何正确评价我国的基本药物制度，用什么标准评价？如何看待基本药物制度执行中出现的问题，应该怎样调整？为此，特撰文一篇，以供讨论。

一、基本药物制度的定位与评价标准

（一）基本药物制度的定位

建立基本药物制度是我国医药卫生体制改革五项重点改革任务之一，因此，对基本药物制度的定位要有一个正确的认识，既不能将整个医药卫生体制改革的重任都让基本药物制度承担，也不能简单地将它看作是一个基本药物目录制定的问题。为适应我国国情和医药卫生体制改革的需要，我国对基本药物制度赋予了很高的期望，即逐步做到“医

作者简介：胡善联，男，教授

作者单位：上海市卫生发展研究中心，上海 200040

药分开”，切断公立医院过度依赖于药品的补偿机制，实现公立医院公益性。比如在医院补偿机制仍然依赖于合法的药品批零差价收入的情况下，要求基层医疗机构全部配备和使用基本药物，实行基本药物零差率销售；对基层医疗机构实行“收支两条线”管理。通过基层医疗机构的综合配套改革，将零差率销售政策逐步扩大到所有医疗机构，同时将医院收入与药品经济利益脱钩，最终实现“医药分开”。

（二）基本药物制度的评价标准

在选取基本药物制度的评价指标时，最重要的不是考察医疗机构（供方）服务效率的改善情况，如提高门诊和住院服务的总量，减少均次门诊或住院的医疗费用和药品费用（即“两升两降”），因为这些指标会受到支付方式、费用控制等其它因素的影响；而应该从是否确实降低了患者（需方）的医疗总费用（包括直接医疗成本和非医疗成本），是否真正改善了治疗效果、减轻了疾病的经济负担等方面考虑。如果病人仅仅因为在基层医疗机构不能获得相应药物而转到更高层次的医疗机构就医，这样不仅增加了直接医疗费用，而且增加了非医疗成本（如时间成本等），这与基本药物制度设立的初衷不符。

二、基本药物制度的进展与成效

（一）初步建立了基本药物制度

建立基本药物制度是一个非常复杂的系统工程，从2009年起，经过三年的努力，我国已初步建立了基本药物制度，包括遴选出了307种基本药物，总数与WHO制定的基本药物目录数量基本一致；通过各省市的集中招标采购和市场竞争，优选了一大批生产单位和配送商，确保了基本药物的充足生产和及时供应；规范了基本药物的价格管理，实行零差率销售，基本药物的价格平均下降了25%～50%；建立了新版药品生产质量管理规范（GMP）和质量监

测制度，基本保证了基本药物的质量；基本药物在政府举办的基层医疗卫生机构（包括城市社区卫生服务中心和服务站、农村乡镇卫生院和村卫生室）已全面配备。目前，上海、重庆、云南、西藏、甘肃、青海、宁夏 7 个省份基本药物制度已覆盖到村卫生室。社区全科（家庭）医师的培训制度和绩效考核制度的确立、将基本药物全部纳入各项医疗保险制度药品报销目录范畴的举措，确保了基本药物的广泛使用。可以说，我国已经初步建立了一套完整有效的基本药物管理制度，这不能不说是一个伟大的成就。

（二）有效推动了公立医疗机构改革

首先，基本药物制度推动了公立医疗机构改革，特别是基层医疗机构改革。基层医疗机构中原本 60%～80% 的收入来自于药品收入和药品加成，在执行基本药物制度和“收支两条线”管理后，政府对基层医疗机构的投入会明显增加，基层医疗机构的补偿机制将发生根本性的改变。**其次**，基本药物制度向二、三级医疗机构的发展将对其药品收入和补偿机制带来不可估量的影响。据报道，陕西、湖北、江苏等 18 个省份已正式启动 561 家县级医院综合改革试点，以取消“以药补医”为突破口，积极探索医药分开的实现形式；全国已有河南、浙江、安徽等 13 个省份规定了二级以上医疗机构配备和使用基本药物的比例，要求二级综合医院达到 25%～35%，三级医院达到 15%～25%。

三、基本药物制度存在的问题

（一）将基本药物目录与药品处方集功能混为一谈

制定国家基本药物目录的初衷是保证提供安全、有效、价廉、可及的基本药物，满足广大人群的需要，同时确保基本药物被合理地使用。各级医疗机构在应用药品时需建立起药品处方集（包括基本药物的品种），以满足临床用药的需要，控制医疗费用。但我国在

推行基本药物制度时，将基本药物目录与处方集的功能混为一谈，规定基层医疗机构只能配备和使用基本药物目录中的基本药物品种。为了满足临床用药的需要，各地纷纷要求增补基本药物目录的品种，降低了国家基本药物目录的权威性。从国际角度来看，一般一个国家只有一个基本药物目录，而目前我国有 30 个版本的基本药物目录，从最少的 371 种到最多的 762 种。此外，有的省份虽然增加了基本药物的品种数，但医疗机构却未全面配备增补后的全部品种。这种现象一方面说明国家的基本药物目录在品种遴选中出现了问题，另一方面说明地方增补目录的制定缺少科学依据。

（二）基本药物市场价格与政府制定的最高零售价差距甚远

我国药品的基本定价方法是成本加成定价，即药品的零售价格由药品的生产成本加上药品流通过程的加价决定。由于存在信息不对称，目前采用政府制定最高零售价格的方法对招标环节基本药物的价格进行管制。但最近许多报道指出基本药物的市场价格与政府制定的最高零售价存在着巨大的差异。其原因是值得探讨的，是市场价格过低？还是政府制定的最高零售价格虚高？如果市场价格是通过市场竞争产生的，那么政府应及时对最高零售价进行调整。

（三）招标采购过程中出现招采分离和双信封制失灵现象

《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》（国办发〔2010〕56号）规定，基本药物的招标采购采取主要招生产企业、招采合一、量价挂钩、双信封制、集中支付、全程监控六大创新举措，但这些举措却引来了不少垢病。**首先**，尽管各省市都建立了以政府为主体的、非营利性的、统一招标采购机构，但这些机构都专职于招标功能，采购的主体依然是医疗机构。买不买中标药品，买多少中标药品的主动权掌握在医院的手里。即使采用行政强制的手段，医疗机构也可以阳奉阴违，导致招标计划量与实际

采购量相距甚远。医疗机构还可以通过“二次议价”或变相的“二次招标”，要求药企或流通企业进一步让利，降低了政府招标的权威性。**其次**，我国的特殊情况导致双信封制失灵。目前我国的 8000 多家药品生产企业和 20000 多家流通企业基本上都通过了 GMP 和 GSP（药品经营质量管理规范）的认证，取得了药监和质量控制部门的认可。在这种情况下，“双信封”的第一个信封（即基本质量技术标）就失去了筛选的意义，药企的生产供应能力、药物治疗效果、现代物流和规模效益又没能成为主要的遴选标准。因此，第二个信封（即商务价格指标）成为竞标的唯一依据，形成了“唯低价是取”的局面。低价中标的药企，不得已只能降低药品质量，或由于缺乏生产规模效益，难以保证中标药品的持续供应，造成质量下降、药品短缺等问题。

（四）单一货源做法易造成局部市场垄断局面

药品招标价格的高低取决于两个主要因素，一是采购的数量，二是还款的时间。理论上采购药品的数量愈多，还款的时间愈短，药品的价格可以降得愈低。因此，出现了单一货源、量价挂钩和集中支付、加快资金流转等多种创新的方法。但是在实践中发现单一货源的做法容易造成局部的市场垄断，不利于市场竞争。一旦垄断的企业供应不上，就会造成药品短缺。因此，这些创新方法的可操作性仍有待于实践检验。

四、完善基本药物制度的几点建议

任何卫生改革的政策都有一个不断调整的过程，进一步调整现有的基本药物制度，并不意味着过去政策的“失败”或者走“回头路”。关于完善基本药物制度，我有以下几点建议。

（一）正确认识基本药物制度，强调政府责任

一个国家的基本药物制度是为了保证国民享有基本药物的权利，

它是基本医疗卫生制度的一个组成部分，目的是让全国居民均能享有安全、有效、价廉的基本药物。政府必须承担基本药物的筹资、组织生产和供应、质量监督等责任。

（二）将基本药物目录与处方集分离

目前我国各省市都有各自的基本药物目录，这是极不正常的现象，其原因是将基本药物目录与药物处方集的功能混淆在一起，这是两个完全不同的概念，必须将二者分离。在我国应该只有一个“统一”的国家基本药物目录，凡是列入基本药物目录的药品均要实行零差率销售。不属于国家基本药物目录中的药品视各地经济状况而定，可以通过不同医疗保险制度报销得到补偿。允许基层医疗机构使用部分国家基本药物目录以外的药物，但不是零差率销售。有条件的地区对某些治疗慢性病（如高血压、糖尿病等）的基本药物可以由政府埋单或对贫困人口免费提供。这样做有几个好处：**一是**减轻了地方政府的财政负担；**二是**在实行双向转诊制度后，有利于上下级医疗机构在基本用药方面的衔接；**三是**基层医疗机构实行“收支两条线”后，可以从预算管理上达到控制不合理用药的目的；**四是**有利于提高基层医疗机构的运行活力，促使病人留在（或下沉）基层，减少城市医院的就诊压力。

（三）对现有的基本药物目录进行动态调整

我国的基本药物目录从2004版的2033种骤降到2009年版的307种，其中近40%是中成药，化学药的数量少于WHO制定的321种基本药物的数量，这显然是不能适应临床实际需求的，建议尽快对现行国家基本药物目录进行动态调整。**首先**，明确增补遴选的标准和原则，适当引入药物经济性、临床价值和药品预算的概念。选择性价比高的基本药物，并且根据各地经济条件，规划遴选基本

药物品种的质量和数量。以每日限定剂量(DDD)的成本为遴选的基础,以成本效果好作为优选的标准,并结合主要疾病的临床诊疗指南的要求,使基本药物的用药方案有一个统一的标准。**其次**,对全国29个省份(江西、海南除外)增补的地方基本药物目录进行按病种和药品ATC(Anatomical Therapeutic Chemical,药物的解剖学、治疗学及化学分类法)分类进行深入的比较研究,对那些已经列入各地基本药物目录、但很少使用的基本药物予以剔除,保留省、市级地方性基本药物目录中80%或以上共同使用的基本药物。最后,增补调整的基本药物目录应在公布前广泛征求地方和基层医疗卫生机构的意见。

(四) 实现增补的基本药物目录与医保药品目录的顺利衔接

制定基本药品目录和医保药品报销目录是深化医药卫生体制改革的重要组成部分,也是建立和实施基本药物制度和基本医疗保障制度的基础。目前城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度三种保障制度已覆盖了近95%以上的城乡居民,医疗保险的筹资规模已占到全国卫生总费用的35%以上,三种医疗保险制度的覆盖对促进药品生产、进一步优化和整合流通企业资源、维护国民健康和保障大众基本用药权益起到了重要的作用。因此基本药物目录和医保药品目录两者的衔接非常重要,所有增补的基本药物均应纳入三种基本医疗保险的药品报销目录中去。同时也可考虑对一些常用药物实行参考定价,对同一类药品,医疗保险制度可按统一的价格支付,超出部分由个人支付。通过落实基本药物全部配备使用和医保支付政策,合理引导患者选择价廉、保质的基本药物,有序推进基层医疗卫生机构实施基本药物制度。

(责任编辑:彭颖)

基本药品动了谁的奶酪*

李 玲

【摘 要】 本文通过对基本药物制度的作用、制度实施后所暴露的问题和对于基本药物制度的不同观点的讨论，提出了实施基本药物制度的必要性，并对进一步完善国家基本药物制度提出了相关建议。

【关键词】 基本药物制度；补偿机制；医药产业

截至 2011 年 9 月，国家基本药物制度已经在全国各省市区的基层实施。以“零差率销售”和“省级招标采购”为主要特征的国家基本药物制度触及了医药领域的核心问题——“以药养医”和药价虚高的顽疾，并由此引发了基层医疗机构财政补偿、人事、分配制度和医药采购、配送制度的综合改革，开启了重构体现公益性、惠及老百姓的基层医药卫生制度的实质性改革。这是重大的利益调整和制度变革，改革的难度、深度和广度是空前的，改革过程中也出现了一些问题。针对这些问题大体有两种意见：一种意见是，改革方向是正确的，出现问题主要是因为改革还没有完成，可以并应当继续完善；另一种意见是，改革方向是错误的，我国已经有了基本医保，并不需要基本药物制度。改革还没有完成，如何看待这些问题，关系到对医改大方向的判断，关系到下一步改革进程，因此是至关重要的。

一、基本药物制度承担着撬动医疗机构改革和推动医药产业升级的使命

* 本文转载自《中国卫生资源》2012 年第 1 期。

作者简介：李玲，女，教授

作者单位：北京大学国家发展研究院，北京 100871

建立基本药物制度的目标，除了“保障群众基本用药，减轻医药费用负担”，还具有以下三点作用：第一，在基层医疗卫生机构实施基本药物“零差率”销售和政府补贴，改变医生激励机制，引导基层医疗卫生机构将更多精力放在公共卫生服务上；第二，通过使用防治必需、性价比高的基本药物，规范基层医疗机构的合理用药行为；第三，通过基本药物省级招标采购和集中配送等方式，发挥团购优势，减少流通环节，降低药品价格，同时规范基本药物的生产流通，完善医药产业政策和促进药品行业整合。

我国基本药物制度不是在一个静态的、完善的医疗卫生制度下出台的，而是在一个快速变革的医疗卫生制度下推进的。所以，理解基本药物制度要把握三点。

第一，目前的基本药物制度，不仅是对基本药物的遴选、生产、流通、使用、定价、报销、监测评价等环节实施有效管理的药品供应制度，还承担着撬动医疗卫生机构运行机制改革，解决“以药养医”、过度医疗、促进药品企业整合，推动医药产业升级的使命。衡量基本药物制度，不仅要从药品供应角度看，还要看是否真正起到了倒逼改革的作用。

第二，改革要抓主要矛盾。改革之前，基层医疗卫生机构用药行为不规范、过度医疗严重，药品费用过高，是主要矛盾。药品企业低水平重复建设、研发水平低、竞争手段不规范是主要矛盾。当前国家基本药物制度的设计正是着眼于解决这些主要矛盾。

第三，为什么要通过基本药物制度倒逼医疗机构和药品行业改革？“以药养医”以及由其导致的扭曲的医生激励机制，是当前医疗领域最突出的问题，医保的建立并没有从根本上扭转此问题，甚至更为严重了。我们在东北某县医院调研发现，次均住院药品费用

从 2008 年的 700 多元增加到 2010 年的 2900 多元，药占比从 43% 上升到 67%。如果不取消药品加成，不改变“以药养医”的机制，医院就有动机，也有办法推高药品费用；如果不实行药品统一招标采购，医院没有能力和大型药企对等谈判，尤其是没有能力规范药品生产流通秩序，新增加的财政和医保投入很多都耗费在药品上，尤其是药品的流通环节。这也正是最近两年来虽然医保覆盖取得了很大的成绩，但是老百姓得到的实惠还不明显，而药品行业实现了比较高速的增长的根本原因。以国家基本药物制度的零差率销售和省级招标采购作为切入点，是为了把医院运行机制、财政投入机制、医药产业结构优化升级等一系列改革撬动起来的战略选择。

二、是改革导致了问题，还是改革使长期存在的问题暴露了出来

基本药物制度实施以来，不管是医疗机构、患者还是药品企业，都有些感到“不适应”，有些问题还相当严重。有的观点认为，这些问题是基本药物制度导致的。那么，这些问题究竟是改革后导致的，还是长期一直存在，实施基本药物制度把问题揭露出来了呢？

（一）关于基本药物制度导致基层医疗卫生机构药品不够用的问题

这个问题表面上看是由规定基层医疗卫生机构使用基本药物导致的，实质是改革之前基层长期过度用药的后遗症。目前国家目录是 307 种基本药物，加上各省增补的，同其他国家 300 ~ 500 种的平均水平相当。从这个角度看，基本药物应该是够用的。但是我国基层长期存在用药过度的现象。我在安徽调研时发现，实行基本药物制度之前，三种、五种抗生素一起用很常见，这在国际上是十分罕见的。建立基本药物制度就是要帮助医生、患者“戒药”。基层出现药品“不够用”，在一定程度上正好说明这一措施产生了效果。但“戒”任何东西都需要一个过程，而且容易反弹，如果半途而废，将功亏一篑。

（二）关于“量价挂钩”采购导致基本药品供应不足的问题

一些省实行“量价挂钩”之后，部分基本药品暂时供应不上。这个问题的出现，有几种原因：一是基本药物制度刚刚开始实施，生产企业和配送企业还没有及时调整。二是我国医药产业集中度很低，一些小厂商通过低价中标后，没有能力满足全省需求的药品。三是一些大药厂凭借垄断地位，宁可失去部分市场份额也不肯降价，或由于存在地方保护主义，没能实现通过竞争降价的效果。这些问题，恰恰是我国医药行业小、散、乱的结果。因此要坚持这项制度，并进一步扩大采购范围，完善采购和配送方法，倒逼医药行业进行整合，提高集中度和竞争力，发挥规模优势。

（三）关于实行收支两条线之后，基层医疗卫生机构积极性降低的问题

过去的积极性高主要是看病开药的积极性高，而公共卫生、预防保健、健康教育的积极性却不足。基层卫生综合改革就是要扭转这种旧机制。改革以后更多的基层医疗机构人员投入到健康档案建立、预防保健、公共卫生等工作中来，回归到基层医疗服务机构本身应该所履行的职责上来，从这个意义上说基层医疗机构的积极性反而提高了。我们在安徽某卫生院调研发现，过去一个月做15台手术，现在一个月做10台，减少的5台，都是原来不符合规范要求，“没有条件也要做”的，这种“推诿病人”，有利于实现分级医疗，促进医疗服务体系的合理分工。

（四）关于“最低价中标”导致药品质量下降、“药价虚低”的问题

实际上，目前实行的药品招标办法，不仅仅是“最低价中标”，而是在质量符合标准的范围内最低价中标。如果出现了“最低价中标导致药品质量不合格”的现象，那么说明在药品质量监管环节出了问题，

而不是药品招标环节出的问题。这不是招标制度的问题，要从法律和监管上着手解决问题。目前，各地都在进行着一些有益的探索，进一步确保药品质量。如四川在实行基本药物“双信封”招标中，提高经济技术标门槛并严格评审，在“第一个信封”环节就使用淘汰制，筛选出质量较高的产品，然后再筛选入围商务标的产品。

（五）关于实行“零差价”之后财政投入跟不上的问题

不少医疗机构因为这个原因导致了运行困难，这是由县级财政体制改革没有跟上所导致的，而增加财政投入，特别是增加对基层的投入，是“保基本、强基层”的前提。安徽省为实施基层综合改革增加了15亿元投入，但占全省财政支出不到2%。过去很多地方政府对医疗投入的积极性不高，理由就是认为“医院自己能挣钱”。从这个意义上讲，基本药物制度的实施也倒逼了财政体制的改革。

总之，对基本药物制度的许多争论，涉及医药产业要不要整合的问题，是要眼前利益还是要长远利益的问题，是要局部利益还是要整体利益的问题。基本药物制度的实施，触动许多人的“奶酪”，把医疗机构和医药产业固有的矛盾暴露了出来，这不是基本药物制度导致的问题，而是基本药物制度产生了作用，打破了原来的利益链，因此出现争论也是可以理解的。通过实施基本药物制度，通过药品招标采购这一市场手段，“倒逼”医药行业整合，是提升药品质量、加快药品创新的必由之路，是提高我国药品产业国际竞争力的必由之路，也是市场经济的应有之意。当年为了治理环境污染，关闭小火电、小造纸、小化肥等“五小”工业的时候，面临的是同样的状况。如果只考虑既得利益或短期矛盾，看不到大多数人的利益和长远利益，改革就永远不可能有结果。

任何一个新制度的建立，都需要一个过渡的过程。目前，基本药物制度和综合改革确实造成了有些常用药的用药不方便、部分医

生积极性下降等问题。这是改革需要不断解决，不断完善的问题。如果在改革尚未完成的情况下，因为一些问题就重新放开基本药物目录，或者允许地方取消“零差率”销售，或者重新允许医生通过药品创收，那么旧的机制就永远转不过来。

三、仅靠“补需方”，不足以扭转“以药养医”的机制

有的观点认为，我国并不需要建立基本药物制度，通过“补需方”的医保制度，就可以实现基本医疗的可及性，通过医保支付制度改革，就能降低医疗费用。这种设想在理论上有一定道理，但是无论是从其他国家的实践、还是从我国医改的进展来看，都不现实。首先，从国际经验看，仅通过补需方和医保支付制度改革，并不能最有效地降低医疗费用，基本药物目录、药品集中招标采购和政府干预药品价格也是举办全民医保国家的普遍做法。

（一）只补需方，医保的费用控制手段效果有局限

在医疗服务支付方、提供方和患者之间的三角博弈中，医疗领域固有的信息问题，导致通过支付方对需方的控制和对供方的控制都具有很大的局限性，最终的结果是服务提供方和患者共同推高医疗费用。典型的例子就是美国。美国财政支出占卫生总费用的比例已经达到 50% 以上，但是由于主要补需方，医疗费用成了沉重负担，而且还形成了庞大的医药行业利益集团，成为美国每次医改的最大阻力之一。更为有效的方式是将支付方和提供方合二为一，减少博弈的交易成本，也就是“补供方”的保障方式。跨国研究表明，“补供方”的国家在医疗费用控制方面优于“补需方”的国家。

（二）制定基本药物目录是举办全民医保国家的普遍做法

基本药物的可及性已经成为了联合国衡量一国的“健康权”进步程度的五个指标之一。世界卫生组织从 1978 年《阿拉木图宣言》就开始进行基本药物目录的编纂，目的是让所有人、特

别是弱势群体能够获得安全、有效、负担得起的初级医疗服务。目前基本药物目录制度被全世界广泛使用。2007年世界卫生组织对156个国家进行的调查显示，全世界至少134个国家制定了国家基本药物目录，包括几乎所有低收入国家、绝大多数发展中国家和多数发达国家。在这些国家中，政府办医疗保险的体系也是普遍依据药品目录进行偿付的。

（三）不管是补供方还是补需方，都需要招标采购机制

即使只补需方，同样需要药品招标采购的机制，因为同药品厂商相比，医院的力量更加分散，即使医院有了控制成本的动力，也很难同药品厂商进行对等谈判。把医疗机构组织起来，更能发挥团购优势。在大多数发达国家，不管是补供方，还是补需方，都实行药品统一招标。比如加拿大，是以全国为单位，由政府统一采购的，所有药品都是如此。英国、澳大利亚等国家纳入国家医疗服务目录的药品由政府统一采购。瑞典全国只有一家国有垄断药品零售的公司，主管所有药房的经营，对所有医院药房和社区药房进行统一管理，按照全国统一价格供应药品。

（四）政府作为采购主体参与团购式的谈判、甚至动用行政力量控制药价是国际上通用的做法

美国商务部的一份报告曾经对11个OECD国家（包括澳大利亚、加拿大、法国、德国、日本、韩国、墨西哥、波兰、瑞士、英国、希腊等）的药品价格政策进行了详尽的分析，发现全部11个国家都不是靠市场竞争来确定药品价格的，而是大量地运用了政府价格管制，阻止药品公司按照市场价格销售药品，从而控制政府药品支出。特别要指出的是，这份报告发现这些OECD国家采取的最直接、最常见的做法就是政府统一定价、并且将与其定价不同的价格认定为非法。这种买方的特殊垄断方式让政府在和药厂谈判的过程中占有

优势，而由此获得的利益则为普通老百姓所享有。所以，不能一听到“政府采购”二字就先入为主地认为没有效率，而应该把老百姓是否受惠作为评判的标准。

（五）加快医药行业的整合

从我国的实践来看，第一，补需方为主的负面效果已经充分显现。医改两年多来，看病难、看病贵并未显著缓解，其症结就在于，以“补需方”为主，在增加医保投入的同时忽视了医院运行机制的改革，而医院运行机制改革推不动，正是由于方式不对，没有抓手。实施基本药物制度和综合改革，是在正确的方向上迈出了第一步。第二，不管是补供方还是补需方，都需要加快医药行业的整合。我国的医药市场还远远不是一个规范的市场。如果认为将来的“需方”通过谈判能够把价格降下来的话，那么现在的政府招标采购不是采用的同样的机制吗？实际上，如果医药行业“小、散、乱”的情况不改变，不管谁来招标，都不可能实现理想的效果。

四、进一步完善国家基本药物制度的建议

当前，基本药物制度和基层医疗卫生机构公益性的机制只是初步建立，方向是正确的，但是还遗留很多问题。这些问题，有的缘于长期机制扭曲，有的缘于新制度实行时间太短，磨合不充分，有的缘于财政补偿等配套制度没有落实，同时也有基本药物制度自身制度设计不完善的因素。下一步，可以从以下几个方面继续完善基本药物制度。

（一）加快建立和巩固公益性的基层医疗卫生制度

政府要通过人事、分配、管理和财政投入制度等方面的综合改革，破除“以药养医”机制，确保基层医疗机构的公益性和医务人员的积极性，建设实施基本药物制度的配套环境。

（二）完善国家基本药物制度

国家基本药物制度不仅仅是一个“零差率”和“省级招标采购”，

而是从研发、生产、流通到使用的一系列制度安排。目前我们的制度设计上还存在很多问题，如当前仅仅通过省级招标采购解决不了基本药品产业链上游环节的问题。现阶段在各省试点的基础上，首先优化药品招标机制，真正落实“量价挂钩”。其次，扩大基本药品的招标范围。目前基本药品只在基层医疗机构使用，单个省级政府的谈判力量有限，而且基层实现零差价之后，用药趋于合理，一个省的市场规模也随之缩小。可以像宁夏那样把辖区内所有公立医院的药品（包括耗材）统一实行招标，也可以实行省际联合招标，这样就会扩大招标范围，提高市场规模。最后，逐步将现在省级基本药物制度真正成为国家基本药物制度，国家版基本药物全国统一招标，定点生产，统一配送，充分发挥大国市场的优势。

（三）为招标中淘汰的药品企业找出路

基本药品招标，大大加快了医药行业整合的进程，有大量的企业将退出市场，这是市场经济的必然结果。但是，政府有责任为在招标中淘汰的药品企业找出路，帮助他们进行兼并重组、技术改造、安置工人，以便使得行业整合平稳进行。

（四）实行县级医院基本药物制度，启动县医院改革

目前基本药物制度只在基层实行，由于基层和大医院“双轨制”，大医院的逐利机制没有改变，患者流向大医院。要推动县医院回归公益性，目前能够有效的抓手同样是取消药品加成，当然，县医院的服务范围远远大于基层，可以制定县医院版基本药物目录，或者直接实行县医院的全部用药统一量价挂钩、招标采购，这样既能扩大投标企业的市场，也能直接促进县级公立医院改革。

（责任编辑：杜丽侠）

根除药价虚高“中国策”*

朱恒鹏

一位前中央领导讲过一句很深刻的话：普遍出现的问题，要从体制上找原因。既然药价虚高是长期普遍存在的现象，就必须从体制上找根源。中央电视台5月中旬播出的《暴利药价解密》节目中提供的一个关键信息揭示了药价虚高的根源：患者只能从医院购买，从药店买不到这种药品。

这种现象显示了医院在药品零售环节的双向垄断地位，也展示了现行医疗体制存在的制度弊端，更说明目前医院及其医生严重偏好购销高价药的问题以及药品购销领域长期存在的返利和回扣等商业贿赂行为，加价率管制政策难辞其责。因此，欲有效缓解药价虚高问题，必须取消这一管制政策。但必须指出的是，要取消的是对加价率的管制，而不是取消加价率、转而实施零差价政策。

一、基本药物零差率政策与控制最高零售价

基本药物零差价政策必然加剧返利和回扣这种违规违法的药品营销模式的蔓延，不仅无助于控制药价，甚至还会抬高药价。这一点已经被各地的零差价实践所证实，因此应该放弃该政策。

必须放弃基本药物零差率政策。不管是基本药物还是非基本药物，可以明确规定以招标价作为医疗机构最高零售价。在此价格水平之下，医疗机构自主确定零售价，实际的药品采购价由医疗机构

* 本文转载自《医药经理人》2010年第7期。

作者简介：朱恒鹏，男，研究员

作者单位：中国社会科学院经济研究所，北京 100836

与药品供应商自主谈判确定，政府不做干预，批零差价收益归医疗机构所有。在财政不可能足额补偿、医疗服务收入短期内难以完全替代药品收益的情况下，政策制定应该承认现实，允许公立医疗机构合法通过药品收益获得资金补偿。

可以明确要求各级公立医疗机构均须在政府的监管平台上进行采购，实行价格动态监管，每隔一、两年对药品重新进行招标，既合理控制了药价，又保障了公立医疗机构的正常运营费用。对于那些中标价格过低，医疗机构已经没有二次砍价空间的药品，可以预期医疗机构不会采购，这一结果向招标部门提供了一个信号，没有采购量的药品要么是卫生机构不需要，要么是中标价过低。药品是事关人民群众生命健康的特殊商品，质量和安全性是第一位的，不能一味追求低价格。

上述做法没有违背医改方案精神，甚至比医改方案的要求做得更好。零差价制度要求医疗机构以招标价零售基本药物，而上述做法要求医疗机构的零售价不能超过招标价。可以肯定，医疗机构尤其是基层医疗机构的实际药品零售价会低于招标价。因此，在这种做法下，人民群众得到的实惠比零差价制度下更大。

这种做法的核心是政府用集中招标制度控制药品最高零售价。同时放弃对批零加价方面的管制，以及对医疗机构和医药供货商之间议价权的管制。

必须指出，取消加价率管制核心是“取消管制”而不是“取消加价率”。取消加价率即实施零差价政策于事无补，它除了把医院本来能够合法透明赚取的加价变成暗箱操作的返点和回扣以外，不能改变医院及其医生偏好购销高价药的现象，无助于降低虚高药价。试想，5元批发价的药品就是药厂愿意给医院返点和回扣，又能给多少？100元批发价的药品呢？结果显而易见。如果没有加价率管

制，5元批发价的药品医院零售价定到40元，100元批发价的药品医院卖到115元，医院愿意购销哪种药品？

当然，不消除医院在药品零售环节的垄断地位，无法根本性降低药价，但是至少没有了加价率管制政策，医院也就没有了偏好购销高价药的毛病。国内那些优秀的民族制药企业至少能够获得更大的市场空间，这对推动民族制药企业发展有利。

以上措施是通过坚持最高零售价管制来控制药价。与加价率管制措施相比，最高零售价管制容易实施得多、也有效得多，监督医院是否遵守加价率管制，需要准确了解医院的采购价和零售价，而监督其是否遵守最高零售价管制，只需要准确了解其零售价就可以。而且，这里的最高零售价是通过企业之间的自由竞价形成的，比由发改委价格部门行政定价更符合市场原则，也解决了行政定价存在的弊端和困难。

可以想见，实施上述政策，目前步履维艰的基本药物制度推行工作会迅速在全国顺利推开。三年在全部基层医疗机构建立基本药物制度的目标完全能够提前完成。

二、招标腐败与上网公示

各省市药品集中招标结果统一放在一个全国性网站上向全社会公示。这样的招标信息公开制度有助于防范政府招标过程中的腐败和地方保护主义行为。

首先，个别省市招标机构的腐败行为肯定会反映到其中标药品尤其是相应的中标价格上，因此，某些省份中标药品及其价格与其他大多数省份的显著差异就会成为其可能存在腐败行为的公开信号，这一点有助于遏制招标中的腐败行为。

其次，如果某个省份中标药企多为本省企业，或者本省药企在省内的中标价格明显高于在外省市的中标价格，即表明该省存在明

显的地方保护行为，中央政府可以以此对其进行警告或惩处。更重要的是，地方保护行为是一种明显损害兄弟省份利益以及本省患者利益的做法，在信息如此公开透明的情况下，某些省份的地方保护做法会招致舆论的强烈批评甚至其他省份的“报复”，这亦有助于遏制各地的地方保护冲动。

三、统一配送与自选配送

政策明确规定如果制药企业直接投标，由中标药企自主选择配送商，并且明确所有招标药品包括基本药物允许转配送。明确禁止政府对企业这一权力的限制和干预，明确禁止“委托所在行政区域有资质的药品经营企业进行统一配送”等地方保护主义措施。

如果没有其它因素干扰，中标药企会综合考虑配送效率、配送费用和配送覆盖网络，按照最优原则选择配送企业。因此，由药品生产企业作为委托主体最有助于实现“减少药品流通环节”的政策意图。既然药品配送费用内含于中标价内，即配送费用由中标药企支付，药企自然会选择配送费用最低的配送方式。为维护和扩大市场份额，并降低管理费用，药企自然会选择那些配送环节少、配送效率高、配送及时，覆盖范围广的配送企业。这样做的结果最终会减少流通环节、降低流通费用，并最终实现药品流通行业的市场集中，培育规模大、效率高的药品流通企业。

对于一些较偏远农村地区的药品配送，可以由药企选定的配送企业采取和当地医药公司自愿合作的方法来保证及时配送，而政府只把及时配送作为一个硬性要求就可以。

市场形成的配送体系是成本最低、效率最高的配送模式，行政化的减少环节只会增加社会整体成本。现代药品配送追求的是高效率、低成本、经济、快捷、保证质量，到底要有几个环节不是某个

部门和个人可以决定的，最终应由市场选择。在基层医疗机构的药品配送实践中，生产企业通常会在每个省选择3~5家一级经销商，200公里之内由一级经销商直接配送，200公里之外由一级委托二级经销商配送，几乎所有达到一定规模以上的生产企业均如此。实践证明，就国内现有的物流水平和管理水平而言，此种模式是整体效率最高、成本最低、覆盖率最广的渠道模式，应该得到认可和尊重。

政策还要明确说明允许配送商作为投标主体参与药品投标。根据国内家电流通行业比如国美、苏宁以及像沃尔玛这种大型销售商的运营模式看，大型配送商作为药品投标主体参与竞标有助于降低药价。

四、医院垄断与管办分开

对药品零售环节的垄断是公立医疗机构能够高价卖药、卖高价药的根本原因。因此，彻底解决药价虚高问题，必须逐步削弱并最终消除公立医院在医药零售上的垄断地位。为做到这一点，需要以下两个方面的改革：

一是坚定不移地贯彻执行党的十七大提出的“管办分开”政策，大力鼓励社会资本进入医疗服务行业，赋予所有具有合法资质的民营医疗机构医保定点资格，尽快形成医疗服务市场的良性竞争环境。降低全社会对公立医院的依赖程度，彻底改变公立医院垄断药品零售的市场格局。

鼓励社会资本进入医疗行业是中央政府早已确立的政策，多年没有取得明显效果的根源是医疗行业的“管办不分”体制。由于“管办不分”，作为公立医院行政主管的卫生管理部门不能客观中立行使行业监管职能，有意无意地对社会资本设置重重行政壁垒，使其难以进入，维持了公立医院的垄断地位。不切实施行“管办分开”，鼓励社会资本进入医疗行业、实现医疗服务市场合理竞争的中央政策就无法得以切实落实。

二是大力发展连锁药店，赋予所有连锁药店的所有门店处方药

销售资格和医保定点资格，取消一定距离内只能开办一家药店的行政规定。同时，政策明确禁止医院控制处方外流的各种措施，要求医院必须向患者提供纸质处方。促进门诊药品零售业务向药店转移。为逐步实现十七大确立的“医药分开”目标奠定基础。如果在步行20分钟的区域内有数家药店供患者选择，在医院买到的药品在药店也能买到，高达数十倍甚至上百倍的药品加价怎么可能维持？对于药店可能会和患者合谋套取医保资金的问题可以使用“连坐法”予以解决：任何一家门店被发现有这种行为，取消该连锁药店所有门店若干年医保定点资格。有此管制措施，连锁药店经营者不会为了一点蝇头小利而冒险。

“医药分开”是十七大确定的医改方针，目前大面积推行还存在难以克服的困难，但是至少应该稳步推进，目前能够采取的措施是逐步取消社区卫生机构的门诊药房，尤其是政府新投资举办的社区医疗机构，不应该再浪费有限的财政资金兴办门诊药房，药品零售的任务交给社区药店就完全可以了。

显然，做到了以上两点，患者就拥有了较充分的自主选择权利，患者既可以从医院也可以从药店买到处方药，而且不管从哪里买药都享受医保报销资格，公立医院怎么可能高价卖药、卖高价药？也就是说，一旦公立医疗机构没有了垄断地位，虚高的药品零售价格就不可能再维持，那么零售价格与出厂价之间的差价空间就会大大缩小，在此种情况下，“散、乱、小”的低效率药品经销商就失去了生存空间，环节少、扁平化、高效率的药品经销模式就会在市场竞争中通过优胜劣汰成为主流。

五、“以药养医”与激励相容

消除公立医院垄断尽管能够迫使医院降低药价，但是如果我们

不能解决公立医院的资金补偿问题，药价下降带来的卖药收益下降会使得公立医院难以为继，而大量的医务人员也会因为收入下降而离开医疗行业，这显然损害了患者的利益。其中的原因很简单，公立医院在药品零售环节的垄断地位根植于“以药养医”制度，不彻底解决“以药养医”问题，以上改革措施无法顺利推进。欲根除“以药养医”机制，必须首先解决公立医院经费补偿问题。由于目前公立医院规模巨大，维持正常运营和良性发展所需资金极为庞大，主要依靠财政补贴满足公立医院资金需求既不可能也缺乏效率。因此，需要其他补偿渠道。

在增加财政补偿之外，新医改方案提出另外一条消除以药补医机制的措施是通过提高医疗服务价格来增加医院收入，减少公立医院对药品收益的依赖，问题是在提高医疗服务价格和降低药品价格方面，我们目前陷入了一个死结从而难以取得实质性进展：在医疗服务价格没有提高之前，我们无法有效地降低医院的药品价格，否则医院将无法生存；但是在医院的药品价格没有切实下降之前，尚不能提高医疗服务价格，否则患者将难以负担。如果把思维局限于调整医药价格，改革将无法起步。全民医疗保险体制的建立给我们提供了一条避开这一死结的途径，那就是建立科学的医保付费机制。在全民医保条件下，相当比例的看病费用由医保机构来支付，为避免医患双方的过度医疗倾向，应该尽可能避免按照服务项目（和药品）进行支付的付费方式，而采取其他一系列更为科学的付费模式。在这个方面，国际上已经积累了丰富的成功经验，国内部分地区的试点也取得了显著的成效。比如，城乡合作医疗和城镇职工医保门诊付费可以尝试采取按人头付费的制度。住院付费可以采取总额预付或者按病种付费的制度。

医保付费机制改革其意义还不仅仅是解决公立医院的补偿机制问题，更重要的是重建公立医院及医生的激励机制，实现医院及医生和患者利益的“激励相容”。具体到药物上，那就是建立一种激励机制使医疗机构及医生合理用药。医生合理用药了，药厂和批发企业自然会合理生产药品、合理配送药品。在现行“以药养医”制度下，医疗机构关心的是药品的盈利水平而不是药品的性价比。对于质次价高的药品，也缺乏激励予以抵制。正因为如此，那些质量低劣、毫无创新的医药小企业才能生存。一些医药生产和销售公司通过返点和回扣的方式，把质次价高的药品推销到医疗机构。为了与之竞争，那些注重创新、注重质量、注重品牌的医药生产和销售公司，也不得不采取那些非正规营销手段。现行体制下医疗机构、医药工商企业的行为扭曲正是因为现行医疗体制对医疗机构及医生的激励机制扭曲的必然结果。因此，科学设计和改革医保付费机制可以通过规范医疗机构及医生的行为来规范医药工商企业的药品生产和供销行为，促进医药行业合法竞争、公平竞争行为规范的形成，促进医药工商行业“优胜劣汰”竞争环境的形成。

上述措施为近期改革目标。在这段时期中，医院可以继续从事药品零售业务，但要求医院药房必须与社会药店一样，明码标价。这既可以使患者通过价格比较决定是否在医院药房购买药品，从而抑制医院药价高企，同时也使得医院可以利用药品销售赚取合理利润而减轻药品价格下降后医疗服务提价的压力。此外，从改革宜平稳进行，不宜造成过大社会冲击和改革阻力的角度看，这一做法无疑保证了医疗机构的平稳运营和医疗体制的稳步转型。

（责任编辑：杜丽侠）

把药品加成收益留在卫生系统

罗 力

【摘 要】 本文从资金转移角度分析了为什么不存在真正意义上的免费医疗服务和药品，提出了支持药品零差率、医药分开的出发点和落脚点，并建议在卫生系统内部实现医药分开，成立一个新的部门垂直管理医院药房，把目前医院从药品加成政策上获得的收益留在卫生系统。

【关键词】 卫生系统；药品加成；医疗保险；医药分开；零差率

世界上没有真正意义的免费医疗。所谓政府埋单、医保补偿等实现医疗免费或医疗费用减免的措施，本质上只是一个资金转移的“游戏”。政府的钱来自税收，医保的钱来自保费。老百姓在医疗服务上获得的任何费用减免都以他们之前的交税、交费为前提。政府投入和医疗保险固然有助于低支付能力者看病就医，但还有另外一个作用，就是把老百姓原先拒绝就医存在口袋里没能转化成医疗费用的钱转化为医疗费用，是把老百姓原先计划用于就医的钱“魔术般”地扩大2倍、4倍、10倍……，50%的补偿比例就可以扩大需求2倍，75%的补偿比例可以扩大4倍，90%的补偿比例可以扩大10倍，如果是免费医疗的话，那么需求将是无限，因为倾尽整个宇宙的资源，我们也无法阻止一个人的到点死亡。

我们的社会需要这么一个“游戏”，政府需要它来缓和社会矛盾，老百姓需要它来减轻当前的就医经济负担，医药产业需要它来激发

作者简介：罗力，男，副教授
作者单位：复旦大学公共卫生学院，上海 200032

潜在的医疗需求，从而各方欢呼雀跃。尤其是医药产业，放松管制的市场经济环境下，政府投入越多、医保补偿越多，医药市场的规模将对应地成倍膨胀。但是，支撑这个不断膨胀市场的资金最终是落在全体老百姓的身上，最终是要全体老百姓来埋单的。

换到药品话题，可以沿用同样的观点，那就是没有免费的药品。所谓取消药品加成，所谓药品零差率，本质上同样也是一个资金转移的“游戏”。表面上药品价格降低了至少 15%，老百姓的药品费用负担随之下降至少 15%。但是实际上，由于其支撑前提是政府投入增加 15% 或者是医保补偿给医疗机构的资金不扣除 15%，结果必然是老百姓的总体负担并没有减轻。人人都会生病，生病的人总得服药，在服药时减少 15% 费用负担固然高兴，但前提基础是之前人人都得把这部分费用提前交给政府或医保部门。如果从这个角度去思考，药品零差率又有何意义？

有人会争辩，可以不增税，而是从现有财政收入中把拨到其他领域的钱转移过来，那么是把哪个领域财政投入转过来比较合适呢？基础建设的？公交水电的？信息工程的？这些领域不急需政府投入吗？

有人会争辩，就算是增税，也能够体现劫富济贫，对贫困人群有利。但请注意，穷人和富人在同一医疗保障制度覆盖下的时候，穷人自负能力有限，医疗需求释放是少的，富人自负能力较高，医疗需求释放是大的。如果增加的税收不是用于穷人，而是用于全体人群，穷人和富人都在内，那只会是劫贫济富。日渐膨胀的医疗市场中，医疗资源的绝大部分最终将自然而然地流向自负能力较高的富人。

有人会争辩，药品加成是造成医院大处方、开贵药的根源，是

药品浪费的根源。那么，为什么改革开放之前，同样的药品加成政策下医院大处方、开贵药的现象也非常少见？说到底，药品只是医院创收的一个手段、一个工具、一种载体。医院大处方、开贵药的根源是医疗劳务价格的制度性压低。劳务带给医院的100%的纯收益，药品带给医院的是15%~30%的纯收益，含金量孰高孰低，不必分说。如果劳务价格合理，任何一个医院管理者或医生怎么会把药品当成依靠？不解决根的问题——劳务价格的问题，而在创收手段上采取堵的办法，不是一个明智的选择。堵住了药品，医院会从检查上想办法，堵住了检查，医院会从材料上想办法，堵住了材料，医院会从特需服务上想办法。一旦我们的公立医院把经营重点放在特需服务上的时候，公立医院不公益的骂声就会更响了。如果最后我们把公立医院的特需服务也堵上，那么公立医院就真正没有活路了。

有人会问，你的观点是不是对“医药分开、药品零差率”说“不”？我的回答是“不”。我支持药品零差率、医药分开，但支持的出发点和落脚点有所不同。

出发点是严控医疗费用增长和药品产业大发展之间的矛盾。出于保证三类医保收支平衡的目的，出于缓解人民群众抱怨到医院看病贵的目的，都要求医院的业务收入增长应当被控制在社会经济增长可承受范围内。医院业务收入的增长速度不宜超过GDP增长速度。然而，药品产业作为新兴产业、作为高技术产业、作为今后地域性支柱性产业，必然是要大发展的，其增长速度必然是要超过，甚至是远远超过GDP增长速度的。从市场细分的角度来解开这个结，比较好办，就是面向一般人群和贫困人群的基本药物产值增长速度低于GDP增长速度，面向高端人群的药物产值增长速度高于GDP增

长速度。但从具体操作来讲就比较困难。医药合一的药品零售模式，使得几乎所有的药品都集中在医院口流向病人，都会转化成医院的业务收入。这就要求药品销售从医院中分离出来，让医院的业务收入中不再包含或少包含药品收入，从而实现控制医院业务收入增长和促进药品产业快速发展的和谐统一。

落脚点是医药分开之后，要把医院原先获得的药品收益留在卫生系统。药品加成政策是政府对公立医院的政策性投入，是政府财政对公立医院无法做到足额投入时允许医院代行征税职责的一种政策。仔细分析药品加成政策的资金流，就可以清晰地看出，政府完全可以对药品在医院中的销售征收15%的零售税，然后再把这笔税收重新投入到医院中。药品加成政策只不过是政府允许医院代为征税，收上来的税不必交给政府，医院自行用于自身发展建设和经常性支出。这样看来，取消药品加成，实行药品零差率，可以理解为政府免去了病人使用药品本应当缴纳的零售税，而由此造成的公立医院经济亏损，政府将另外通过挪用其他途径财政投入或增加税收的方式来解决。这样一个“戏法”，财政部门中头脑清醒的人必然感叹，已经给你的你不要，还要我再割块肉给你，够折腾的。

有人争辩说，不是折腾，这是为了给老百姓减轻负担，是民生工程。我说不是的，短期内看起来，老百姓药品费用负担确实是减轻了，自费病人的感受会最为明显，所以会感激政府。但是从较长的一个时间段来看，随着药品价格的不断调整，尤其是目前的通胀背景下，15%的费用下降空间会被很快填满，然后再超出。不需要太长的时间，只要有5年的时间，药品零差率给老百姓带来的费用下降效果将荡然无存。此时的政策结果将会是，财政对医院投入增加了一份；如果政府投入增加的足够，医院不亏不赚，但估计是

亏的可能性更大；老百姓仍然抱怨药费贵。预计得益的是拥有药品定价权的药品生产厂商和经销商，原先医院的15%的药品加成收益会悄无声息地转移到了他们身上。财政对医院投入的增加，预计还得从药品上找回来，极有可能针对药品生产厂商和经销商开征新的税种或提高税率。也存在另一种可能，药品零差率和医药分开政策实施后，药品产业大发展，政府从既定税种和税率的税收收入也会大幅度增加，足以抵消财政对医院投入的增加。这笔账到底如何，还需要时间的检验。

所以，最稳妥的思路，是不折腾，采取办法把目前医院从药品加成政策上获得的收益留在卫生系统。从这个思路出发，只要突破一个一个政策瓶颈即可操作。那就是在卫生系统内部实现医药分开，成立一个新的部门垂直管理医院的药房，把药品加成政策升格，从允许医院加价销售药品上升到允许这个新的部门加价配送药品给各个医院，医院零差率销售药品，切断医院和药品之间的直接经济联系。该部门从药品加价中获得的收入将转移给医院的上级主管部门，由该部门统筹安排用于医院的发展和经营补贴。现有的信息技术和物流配送系统已经足以支持这个策略。

（责任编辑：何江江）

中国基本药物制度的问题探讨

张崖冰

【摘要】 本文主要针对国家基本药物目录与基本医疗保险和工伤保险药品目录的关系、基本药物遴选和配备、地方基本药物目录的增补、零差率等问题进行了探讨，并提出了相应的对策建议。

【关键词】 基本药物制度；零差率；药物经济学

尽管我国国家基本药物制度的制定工作可以追溯到1979年4月，但全面启动并实施已是三十年后的2009年8月，这段缓慢的前奏足见这项工作的重要性和复杂性。国家基本药物制度实施两年来虽然取得了一些成效，但也暴露了一些问题，更是引出了一系列的争议。这些问题很大程度上源于对基本药物制度的认识和制度设计，可以概括如下：

一、国家基本药物目录与国家基本医疗保险和工伤保险药品目录的关系不明朗

我国早就有国家基本医疗保险和工伤保险药品目录，顾名思义，其中的基本医疗保险药品目录应该是基本药物，但由于当时的情况和超高价药品的不断进入，该目录不断膨胀，其中的药品不再仅仅是基本药物。国家基本药物目录在此大背景下确定，两个目录的关系应该理顺。建议国家基本医疗保险和工伤保险药品目录去掉“基本”，成为国家医疗保险和工伤保险药品目录，把其中的药品进行分

层，并确定不同的报销比例，把最底层的作为基本药物，给予最高的报销比例，这样，两个目录就可以合二为一了。

二、基本药物的遴选应以疾病为导向

药物是用来治疗或预防特定疾病的，根据需要治疗的疾病来遴选药物是一个不能被忽略和颠倒的基本逻辑。如果不以明确的疾病为导向来遴选基本药物，就会缺乏方向性和针对性，使基本药物的范围和数量控制没有边界，无法判断“够不够用”。尤其是对于一些多适应症、易被滥用和易作为保健品用的药物，由于没有疾病与药物的对应关系，很难判断是否被“基本”地使用了。其实在遴选基本药物的时候思想上已经隐含着“基本疾病”的概念，不如把它明确出来，考虑各种疾病的发病率和疾病负担，既有利于基本药物制度又有利于“基本医疗”内涵的逐步明确。

三、政府办基层医疗卫生机构只能配备和使用基本药物

基本药物目录不是以疾病为导向制定的，也没有研究过能覆盖哪些疾病，而政府办基层医疗卫生机构可能面临的是各种程度的所有疾病，如果能使用的只有基本药物目录内的品种，那么，“不够用和增补”在所难免，各种“对策”也应需而生。“政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物”这一文字表述本身就存在歧义，从语句上来理解并没有限制政府办基层医疗卫生机构使用非基本药物，但在实际操作中政府办基层医疗卫生机构被要求只能在基本药物目录和地方增补目录的范围内配备和使用药物。比较好的提法应该是“政府办基层医疗卫生机构必须配备并且合理地优先使用基本药物，以让患者免费或以极低的自付比例获得药物。”

四、允许地方增补药物作为基本药物目录的扩展

基本药物制度的原则之一是保证基本用药的公平。国家基本药

物制度作为一项国家制度就应该在国家范围内保证基本用药的公平。允许地方增补药物作为基本药物目录的扩展就意味着不同地区的公众因为当地政府意愿和经济发展水平等因素而得到不同的基本药物制度待遇。这种“富人可以用更多的药，穷人只能用更少的药”的现象不但有悖于基本药物制度的公平原则，而且还加剧了“健康权的贫富差距”，资源配置的客观事实与医改的主观愿望背道而驰。另外，增补药物的入选标准和程序等也存在较多的问题。

五、实施基本药物零差率和政策性降价

这两项举措都是为了降低药品价格，减轻患者药品经济负担。理论和实践都证明决定药品费用的首先是用药结构，然后才是用量和价格。由于基本药物的价格相对较低，差率的绝对值并不大，实施零差率后即便是自费患者也并不一定能感受到药费的变化，更不用说医保患者了。医疗机构失去了原有的药品利润，为了维持其正常运行，财政不得不对其作相应的补偿，这种润物细无声的“细雨”不如对贫困人群这一干旱地区的“阵雨”来得更有意义。财政补偿的不及时、不足额到位不但会严重影响基层医疗卫生机构的正常运行，而且可能会导致其使用“不得已”的对策冲击政策。同样，历次的政策性降价也已经被证明对降低药品费用并无明显效果。基本药物本身都是政府定价，且经过多轮招标，总体上已经不存在“虚高”，再对其大规模降价只会使用药结构向相对高价药品移动，反而增加药品费用。患者能切实体会到的是个人自负的药品费用，而不是药品价格。

六、兼顾各地用药习惯

各地增补药物的理由之一就是要兼顾各地用药习惯。用药只有合理与否，不应存在习惯。所谓的习惯在相当程度上都是由药品特

定的商业模式“培养”出来的，包括以利益为导向的对医生和公众的营销等。如果以合理迁就习惯只会给某些行为留下空子，最终损害患者利益。

七、循证医学和药物经济学并未得到有效应用

国内循证医学和药物经济学的基础比较薄弱，所有药品几乎都没有经过客观、系统的评估。在基本药物的遴选过程中虽然有专家评审的程序，但专家更多地是凭经验和感觉。循证医学和药物经济学的应用需要较大的人力和财力的投入，对于基本药物，医疗机构、药企和患者显然都没有动力或能力去做这些工作。政府应该切实重视这项工作，有计划、有步骤地对同一疾病的不同治疗方案和同一适应症的不同治疗药物进行科学评估，逐步遴选出真正高性价比的药物。

八、遴选基本药物所需的基础数据薄弱

基本药物的遴选应该以疾病谱为基础，但现实中经过系统调查得到且新近的发病率和患病率数据都很难得到，更不要说反映疾病危害程度的致残率和病死率等数据。笼统的用常见病和多发病来描述无法确定基本药物遴选的优先次序。要让基本药物制度更具科学性必须从现在开始抓实各项基础工作。

基本药物制度刚刚起步，问题在所难免，接下来需要调整的不仅是基本药物目录，而是整个制度中的问题部分。另外，基本药物制度仅仅是大卫生制度中的一部分，在突出其自身目标的同时不应承载过多的医改使命，否则只会适得其反。

（责任编辑：王力男）

上海市基本药物制度实施的主要思考与举措*

瞿介明¹ 张 炜¹ 陆韬宏¹ 黄静琳¹ 张崖冰 何江江²

【摘要】 本文回顾了国家基本药物制度相关政策，介绍了上海市基本药物制度实施的主要思考和举措，提出了改善上海市基本药物制度实施的建议，为上海及全国推进基本药物制度的建立、完善实施方案提供了决策信息和可借鉴的经验。

【关键词】 基本药物；零差率；卫生改革；药品目录

基本药物制度是国家药物政策的核心部分，是公众公平享有健康权的必要保证，它的基本原则是基本、公平、可及和适宜。2009年4月《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（以下简称“《意见》”）的发布，标志着新一轮医改的启动。在《意见》对基本药物制度的总体要求下，政府出台的《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）》对基本药物制度的实施做出了具体部署。2009年8月我国政府颁布了《关于建立国家基本药物制度的实施意见》和《国家基本药物目录管理办法（暂行）》，使基本药物制度的推行进入操作阶段。在《关于建立国家基本药物制度的实施意见》中，基本药物被定义为：适应基本医疗卫生需求、剂型适宜、价格合理、能够保障供应、公众可公平获得的药品。对基本药物制度的探讨是为了更好地促进人们对基本药物制度精髓的理解，丰富它的内涵，发挥它的

* 本文转载自《中华医院管理杂志》2011年7月第27卷第7期。

第一作者：瞿介明，男，上海市卫生局副局长

作者单位：1. 上海市卫生局，上海 200040；

2. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

作用，达到它的目标。上海市在国家医改的总体框架下，结合本地的实际情况，对基本药物制度的贯彻落实做了一些探索，以期这一公共政策能够提高公众对基本药物的公平性和可及性，使有限的资源达到最大的整体健康效益。本文就上海市贯彻落实国家基本药物制度的一些做法和想法做一介绍，通过交流共同探讨完善制度之策。

一、基本药物制度实施考虑的主要问题

（一）实施基本药物制度的必要性

WHO 提出基本药物概念的初始意图是要帮助药品可及性差、相对贫困国家的公众获得基本卫生保健必要的药品。所以基本药物被赋予了廉价的特性，很多发达国家不实施基本药物制度。上海市的经济社会发展水平和医疗保障水平相对较高，是否有必要实施基本药物制度，令一部分人怀疑。事实上，随着时间的推移，WHO 对基本药物的定义已经演变为满足人群优先医疗需要的药物，这就意味着基本药物是具有较好成本效益的药物，被赋予了促进合理用药、控制药品费用的新功能。在医疗卫生资源有限的情况下，基本药物制度不应仅仅是发展中国家或地区的选择，也同样应该是发达国家或地区的选择。而且，即使在国内的发达地区，仍有一部分低收入、低保障甚至无保障的弱势群体，需要基本医疗保障和基本药物。

（二）基本药物目录的覆盖面

上海市共有 240 多家社区卫生服务中心，全部为政府举办的基层医疗卫生机构，承担着医疗、预防、保健、康复、健康教育与计划生育指导“六位一体”的功能。国家公布的《基本药物目录（基层版）》（以下简称“《目录》”）仅含 307 种药物，而按《目录》口径统计，上海市社区卫生服务中心目前使用的药品有 2300 多种（至少有 1 所社区卫生服务中心使用即计入）。按社区使用金额统计，2009 年社区卫

生服务中心使用的《目录》内药品只占 1/4 左右。从单个的社区卫生服务中心来看，按通用名计算，使用药品种类最多的为 841 种，最少的为 288 种，中位数为 488 种，绝大多数社区卫生服务中心使用的药品种类集中在 300~700 种之间（表 1）。鉴于上海市基层医疗卫生机构实际用药与《目录》确定的基本药物之间存在很大的差距，为平稳实施基本药物制度，上海市基本药物目录的覆盖面需要扩大，增补的药品种类应以能满足绝大部分基层医疗卫生机构的需要为宜。

表 1 2009 年上海市基层医疗机构使用的药品种类数分布

使用药品种数（种）	基层医疗机构数（家）	构成比（%）	累计构成比（%）
800 及以上	1	0.40	0.40
700-799	2	0.81	1.21
600-699	45	18.22	19.43
500-599	64	25.91	45.34
400-499	90	36.44	81.78
300-399	36	14.57	96.36
299 及以下	9	3.64	100.00
合计	247	100.00	

注：资料来源于上海市医疗机构药品集中招标采购平台数据库

（三）实施基本药品制度后的财政补偿

2009 年上海市基层医疗卫生机构药品采购总金额为 47.36 亿元，按 15% 的加成率计算，实施零差率所造成的医疗机构收入减少在 7 亿元左右。由于基层医疗卫生机构只能全部配备和使用《目录》及上海市增补的药品，实施零差率所致的缺口只能通过提高医疗服务收入、医保基金补充和增加财政投入 3 条途径得以弥补。由于提高医疗服务收入有可能增加患者负担，总额预付制下的医保基金无法补偿基层医疗卫生机构医保患者药品零差率的亏损，因此财政投入的增加才能弥补基层医疗卫生机构的政策性亏损，为基本药物制度的实施创造条件。

二、实施基本药物制度的举措

根据中央建立国家基本药物制度的总体要求，上海市制定了《上

海市实施国家基本药物制度工作方案（试行）》，对工作目标、工作方案、组织保障和部门分工作了明确规定。2011年2月1日起，上海市所有政府举办的基层医疗卫生机构已经全部配备使用基本药物，并全部实行零差率销售。上海市实施方案的重点包括：确定基本药物的增补目录、配备使用方案、采购和配送方法、生产供应、生产经营的质量监管、价格管理、收支两条线管理制度完善、报销政策、优先合理使用和使用考核体系这10个方面。其中，重点是以下三个方面。

（一）确定增补目录

理论上，上海市基本药物的选择首先应该考虑当地的疾病谱及其发病率和患病率等因素；然后，在优选疾病中合理选择不同作用机制的药物类别；最后，在同一类别的药物中选择具有较好成本效益的药品。整个基本药物的选择过程应遵循“循证”的原则。实际上，由于我国缺乏基础资料，加之基本药物的选择时间紧迫，因此，本次上海市基本药物的选择是按照《国家基本药物目录管理办法（暂行）》的总体要求，结合上海市的实际情况，以上海市药品集中采购数据库为基础进行的。具体选择方法是：（1）把2009年上海市药品集中采购数据库中基层医疗卫生机构部分的数据格式整理成《目录》的形式，把采购金额按降序排列，累计95%以上且不在《目录》中的药品作为增补药物的主要候选者；（2）为尽量减少价格因素对基本药物选择的干扰，增加了基层医疗卫生机构较常用的部分廉价经典药品，并剔除了少于30家社区卫生服务中心（全市共240家）使用的药品；（3）充分听取基层医疗卫生机构、药企和公众等利益相关方对基本药物选择的意见；（4）在纪检部门工作人员的监督下，聘请多领域、多层次、多轮的专家进行评审，征求有关部门的意见，在基本确定381个增补药品种类后，最终得到市政府的批准，并报卫生部备案。

（二）集中采购

根据我国《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》的精神，上海市把除麻醉药品、精神药品、免费治疗传染病用药、国家免疫规划用疫苗、计划生育药品和中药饮片以外的基本药物的采购全部纳入政府主导、全市统一的药品集中采购交易平台进行操作。上海市基本药物集中采购遵循公开、公正、公平的原则，坚持以保证质量为前提、保障供应为基础、降低价格为目标。上海市基本药物集中采购方案按照国家的相关要求，**一是**坚持以省（市）为单位，发挥批量采购优势，采用量价挂钩的集中采购方式，力争明显降低中标价格；**二是**在评价体系上，按照质量优先、价格合理的原则进行综合评价，在保证质量的前提下充分考虑价格因素；**三是**坚持公平竞争、公开透明，招标范围面向全国统一市场，在市纠风办等部门全程监督下公开操作。此外，为了维持患者用药的延续性和满足患者对较高质量层次药品的需求，在符合国家政策要求的前提下，上海市基本药物集中采购时，适当区分质量层次，保留了部分较高品质的常用品牌；为了确保中标药品的质量，除常规投标资料外，还要求企业提供每个药品的样品和说明书；为了保护企业的生产积极性，对于低价药品则由物价部门核定零售价格，投标产品不再报价，直接按质量评审结果录取。截至2011年5月下旬，上海市已完成基本药物的首轮集中采购，初步统计的社区中标品规的价格平均降幅为39%，这对减轻患者的药品费用负担会起到积极的作用。

（三）促进合理使用

一是保证投入。上海市基层医疗卫生机构在实行全部药品零差率销售后的业务收入大幅下降，为保证基层医疗卫生机构的正常运转、促进基本药物的合理使用，上海市在实施医保总额预付制的基础上，

做实收支两条线管理，按照“核定任务、核定收支、绩效考核”的办法进行管理，保证基层医疗卫生机构的投入，解除它们在经济上的后顾之忧。

二是加强培训。在上海市启动基本药物制度时，卫生部门对上海市医务人员开展基本药物与合理用药的培训和考核，加强临床药师的培养，积极发挥医师和药师在促进基本药物使用方面的协同作用。

三是规范医疗和用药行为。在实施基本药物制度过程中，上海市要求各基层医疗卫生机构进一步规范医疗和用药行为，根据《国家基本药物处方集》和《国家基本药物临床应用指南》，合理使用基本药物，尤其注重抗生素、激素类药品的合理使用，规范门诊输液；完善了基层医疗卫生机构的用药管理和处方审核制度，并把基本药物的使用情况作为基层医疗卫生机构考核的主要内容之一；对现有药品集中采购信息管理平台进行进一步开发，设置专门用于基本药物统计分析的模块，动态掌握基本药物的使用情况，通过技术手段提高对基本药物的管理水平。

三、完善基本药物制度的建议

（一）基本药物应免费或基本免费使用

我国早已有《国家基本医疗保险和工伤保险药品目录》，这一目录本应理解为基本药物，但由于该目录中的药品覆盖面不宽，经济上的优选地位并不突出，其中的甲类药品报销比例已经达到 90%，使这一目录中的药物已不具有基本药物的主要特征，而报销比例却非常高。今后，我国应理顺《基本药物目录》和《国家基本医疗保险和工伤保险药品目录》的关系，前者应成为后者的核心内容，并实现免费或基本免费使用，保证基本药物的经济可及性，彰显社会主义制度的优越性。我国可为贫困人口免费提供基本药物，在有条件的地区也可作为优

选的基本疾病免费提供相应的基本药物。

（二）基本药物的确定应基于对基本疾病的确认

只有用于治疗基本疾病的、具有较好成本效益的药物，才可作为基本药物。也即基本药物是相对于基本疾病而言的，同一种药物用于某一基本疾病可能是合理的，而用于另一种基本疾病可能是不合理的，甚至是滥用。最典型的例子就是某一抗生素可能是基本药物，但用于病毒性感冒的治疗是不恰当的，这一抗生素不是病毒性感冒治疗的基本药物。基本药物与基本疾病的恰当对应，是提高基本药物使用效率的必要条件。在增补基本药物目录前，应做一些基础工作，包括循证资料的积累和分析等，有条件时还可以对一些与基本疾病相关药物品种做药物经济学评估。

（三）基本药物目录的统一与非基本药物使用的并举

《关于建立国家基本药物制度的实施意见》(卫药政发(2009)78号，以下简称“78号文”)提出“政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用基本药物”。从字面上看，文件对于基层医疗卫生机构是否可配备使用非基本药物可能还存在不同理解。但在实际操作中，卫生部78号文要求基层医疗卫生机构只能在《目录》和省级增补药品内配备药物。这使我国各地纷纷要求增补基本药物目录，并由此又引出一系列其他问题，如企业药品如需在各地的基层医疗卫生机构使用，必须进入到各地的省级增补药品目录，使政策成本增加。例如，允许增补基本药物就意味着不同地区的公众因为当地经济发展水平等因素，而最终确定的基本药物目录有所不同，通过实施国家基本药物制度以提高基本药物使用的公平性难以实现。

（四）单一零差率难以降低药品费用

由于实施基本药物零差率政策，基层医疗卫生机构出现了严重的

收支不平衡，这需要财政增加投入。在财政投入增加不能弥补因实施基本药物制度而带来的收入减少时，基层医疗卫生机构难免会有使用非基本药物或增加其他业务收入的动机，以努力平衡收支，保障医务人员的合理薪酬。而且，患者对零差率所降低的药品价格并不一定敏感，加之基本药物的价格本来就相对较低，因此目前实施基本药物零差率对降低总药品费用的作用不明显。

（五）改善集中招标制度

本次基本药物集中招标采购按规定要求，对社区中标品种采用了单一货源承诺的量价挂钩采购模式，在评标过程中也引入了双信封招标制度的相关原则。这对于促使企业以较低价格投标，并使最终中标价格大幅度下降，起到了很好的作用。但是，也出现了原来在社区市场占有率达到 80%（甚至 90%）以上的某企业药品，虽然技术标（质量标）过关，但未通过商务标（价格标），而只能限于二、三级医院使用，这造成了一些社区患者用药“大换血”。许多社区卫生服务中心主任在座谈会上认为，社区患者普遍有较强的用药习惯依赖性，往往拿着原有药盒包装前来再次配药，如果原有的大份额品牌无法继续在社区供应，可能造成一些医患矛盾。

（责任编辑：谢春艳）

嘉定区药品零差率与免费部分基本药物试点的实践*

郑益川¹ 张黎明² 方云芬¹ 王吉龙³ 张丽敏¹
胥玉萍⁴ 高雪琴⁵ 张 贤² 俞利平²

【摘要】 目的：在社区卫生服务综合改革中，全面实施基本药物零差率，并在实施过程中，探索在基本药物目录中选择部分价廉、安全、可得药品，依托农村合作医疗制度，为参加农村合作医疗的高血压病人提供免费服药，探索基本药物零差率免费服药的新机制。结果：实施基本药品零差率期间，社区病人就医下沉，门诊次均医疗费用下降，基本药物零差率覆盖面扩大，免费服药利用高，高血压管理率提高，病人服药的依从率上升。结论：实施药品零差率有效地推进了社区卫生服务综合改革，选择对特定慢性病干预和控制的基本药物实行免费服药是可操作、可持续的。

【关键词】 药品零差率；免费服药；补贴机制；社区卫生服务机构

实施基本药品零差率是社区卫生服务综合改革的重要组成部分，这项措施的实施可以促进社区卫生服务改革的健康发展，有效地吸引病人下沉社区，降低社区卫生服务机构门诊次均医疗费用，减轻居民就医负担。在实行基本药品零差率的基础上，针对慢性病管理的需求，选择部分基本药物，依托农村合作医疗制度支持，试行对参加合作医疗的高血压病人提供免费服药，可以取得较好的社会效益和经济效益。

* 本文转载自《中华医院管理杂志》2011年7月第27卷第7期。

第一作者：郑益川，男，嘉定区卫生局局长

作者单位：1. 嘉定区卫生局，上海 201800；

2. WHO PHC 合作中心，上海 201800；

3. 嘉定区卫生局药品采购管理办公室，上海 201800；

4. 嘉定区外岗社区卫生服务中心，上海 201806；

5. 嘉定区菊园社区卫生服务中心，上海 201800

下面就嘉定区实施基本药品零差率和免费提供基本药物防治高血压的试点实践进行分析与探讨。

一、实施药品零差率的基本情况

（一）实施的组织架构

区政府下发了《嘉定区卫生局关于实行基本药品零差率工作领导小组的通知》，区领导小组成员中的卫生行政部门、区发展改革委、区财政部门、区食品药品监管部门各司其职，相互配合。在区领导小组下设工作小组，由区卫生局的各科办负责实施基本药品零差率的各项具体工作。

（二）实施基本药品零差率

嘉定区发改委、财政局、卫生局、地区管理办、药品监督管理局联合下发《嘉定区公立医疗机构实行基本药品零差率暂行办法》，规定了基本药品零差率实施的机构，提供药品零差率的范围；规定了向社会公布基本药品的名称、规格及价格。基本药品零差率实行公开结算，在患者门（急）诊收费或出院结账时，“医药费用专用收据”上显示药品零差率优惠及实际金额，让群众直接感受到零差率政策带来的实惠。

（三）药品零差率补偿的政策

为了确保社区卫生服务中心在实施药品零差率后，其收入不受影响，区财政局同区卫生局联合下发了《嘉定区公立医疗机构实行基本药品零差率财政补助暂行办法》，对实行基本药品零差率的社区卫生服务机构，包括村卫生室实行财政补助。补助标准是根据门诊及住院病人实际发生的基本药品零差率药品进价的15%给予补助，并将此项补助列入社区卫生服务中心部门预算项目。

（四）基本零差率药品的遴选

在《上海市基本医疗保险和工伤保险药品目录》中的甲类药品选

取 301 个品种，630 个规格作为实行基本药品零差率《药品目录》，并在 2008 年根据上海市政府推出《关于上海市社区卫生服务中心实施基本药品零差率的实行意见》的 166 种药品中，又增补了 71 种，使零差率药品品种增加到 372 种，750 个规格。

（五）基本药品零差率的措施

为确保药品零差率这项政策得到落实，区卫生局制定了对各街镇社区卫生服务机构实施基本药品零差率跟踪督导的制度，各社区卫生服务中心每月上报报表，其中包括药品零差率使用人次数与在社区总服务人次数中的占比，药品零差率销售金额与总药品金额的占比，零差率药品规格数与总药品规格数占比，人均优惠费用等指标来考核各街镇执行基本药品零差率的情况，并将执行药品零差率的情况每半年通报 1 次。

二、实施药品零差率的基本情况

在实施基本药品零差率时，结合与 WHO 在基本药物方面的研究，以及长期对基本药物的研究，结合对慢性病管理的需求，主要是对高血压管理的需要，依托农村合作医疗制度，制定出台了《嘉定区参加农村合作医疗高血压患者门诊免费服药项目实施办法》（试行）。该办法选择了 6 种基本药物（倍他乐克、硝苯地平、复方降压片、氢氯塞嗪片、寿比山、复方卡托普利），其中 5 种为国家基本药物目录范围内药品，1 种为上海市增补的 381 种基本药物范围内药品；适用对象为参加合作医疗的，确诊为原发性高血压的患者。这些患者自愿提出申请，经审核同意后，可享受免费服药政策。高血压免费服药的日常管理由社区卫生服务站或村卫生室实施，由其负责病人申请、审核和确认免费服药高血压的病人，做好药物领取、发放、登记，病人随访等工作，指导患者安全用药。社区卫生服务中心每月汇总免费药物的费用，并

将减免费用上报给合作医疗管理办公室。各镇（街道）合作医疗管理办公室把高血压减免费用列入合作医疗门诊基金中支出。高血压免费服药管理纳入了对社区卫生服务机构慢性病防控工作的年度考核中。

三、成效

（一）药品零差率措施稳步推进，成效逐步显现

2008年3月到2010年12月，全区共享受药品零差率4,162,613人次，优惠费用1931.15万元。2008年、2009年和2010年，药品零差率服务人次占社区卫生服务机构总服务人次的比例分别是44.20%、64.50%、68.02%，三年上升了23.80个百分点；零差率药品的金额占药品总金额的比重分别是13.70%、25.20%、25.46%，三年上升了11.70个百分点；零差率药品的规格占药品总规格的比例分别是31.00%、46.50%、49.92%，三年上升了18.9个百分点；人均优惠费用分别是3.75元、5.12元、4.75元。以上几个主要指标显示，药品零差率已全面推进，并逐年得到提高，在社区卫生服务机构实施这项政策是可行和有效的。

（二）群众看病逐步下沉社区，改革措施显实效

实行药品零差率政策后，到社区卫生服务机构就诊的病人数不断上升。2008年、2009年、2010年社区卫生服务机构的诊疗人次分别是187.47万、243.77万、288.61万；诊疗人次分别占全区门急诊总量的37.00%、42.00%、44.00%。社区卫生服务中心次均门诊医疗费用逐年下降，三年次均费用分别为95.90元、95.40元、94.68元。在对36个社区卫生服务机构服务对象进行满意度调查中发现：病人首选社区就医的为91.57%；看病方便的为97.46%；认为看病便宜的为91.23%；看病没有过度开药的为95.61%。社区卫生服务已得到群众的认可，药品零差率受到群众的欢迎，社区卫生服务综合改革回归公益性的目的初步实现。

（三）政府财政补助到位，可持续发展有保证

在实施药品零差率的工作中，建立和完善了药品零差率的长效补偿机制。根据《嘉定区公立医疗机构实行基本药品零差率财政补助暂行办法》，区镇财政根据文件精神对药品零差率进行补助。三年财政合计补助 921.07 万元（不含医保病人应补助的 1010.08 万元资金），其中区级财政 2008 年补贴 108.36 万元，镇财政 46.44 万元；合计 154.80 万元。2009 年区财政补贴 247.41 万元，镇财政 106.03 万元；合计 353.44 万元。2010 年区财政补贴 288.98 万元，镇财政 123.85 万元；合计 412.83 万元。政府财政补贴机制是实施药品零差率的前提，没有政府补贴，社区卫生服务机构要实施药品零差率是不可能具有持续性，更会影响到社区卫生服务机构人员的收入，社区卫生服务综合改革难以持续发展。

（四）高血压免费服药切实可行，防治效果初现

2009 年 1 月到 2009 年 12 月，嘉定区高血压总免费服药人数 9032 人，金额 133.35 万元，按医嘱服药 8201 人，依从率 90.79%。2010 年 1 月至 12 月，服药人数 7691 人，金额 81.72 万元，免费服药管理率和随访率较 2009 年调查数据提高 3.30 个百分点，依从率提高 0.9 个百分点。采取干预措施后，2010 年 1 月脑卒中人数占服药人数的比例为 4.14%，12 月为 3.36%，下降 0.78%；与高血压有关疾病人数占免费服药人数比例 1 月为 7.66%，12 月为 6.21%，下降 1.45%。在管理高血压病人免费服药时，规范了药品发放和登记的手续，人均免费的药费下降了 89.24 元。2009 年对外岗镇免费服药的高血压病人进行了满意度测评分析：满意的为 94.52%，一般为 4.39%，不满意的为 1.09%。

四、讨论与建议

（一）改革服务结构模式实行药品零差率

必须对社区卫生服务机构“以药养医”的旧运行模式进行改革，

建立和完善社区卫生服务机构新运行管理机制，将社区卫生服务机构的收入全部列入财政管理，对社区卫生服务各项支出列入财政预算制来管理。嘉定区改革后的新运行模式机制确保了财政资金及时下拨，保证了社区卫生服务机构各项工作正常运行，真正实现社区卫生服务机构收支两条线。

(二) 建立和完善政府的补偿机制

社区卫生服务机构实行药品零差率是一项社区卫生服务综合改革的长效措施。实行药品零差率政府必须同时制定出台药品零差率补贴政策。如果实施药品零差率，切断了社区卫生服务机构“以药养医”途径而没有一个合理的补偿机制，药品零差率没有可持续性。

(三) 建立药品零差率监督机制

实行药品零差率期间，作为推行这项工作的上级管理部门必须建立一个监督机制，及时了解整个药品零差率实施过程，每月监督和反馈各社区卫生服务机构实施药品零差率情况，并将实施结果纳入对当地政府和社区卫生服务机构的考核，确保这项工作有人抓，有措施，有成效。

(四) 选择免费药品必须是最基本的

提供免费药物必须是在基本药物目录内，在社会医疗保障制度支持下，选择药物价格低、疗效好、副作用小、供货稳定的最基本药品。在目前社会经济等方面还处在发展过程中，首先选择一些对慢性病防治特定性强、管理效果明显的药物作为免费基本药物。以后随着经济的发展以及对疾病管理水平的提高，逐步扩大免费药物目录，实现WHO和国际上提出的基本药物概念。

(五) 实行社区卫生服务机构管理体制的改革

镇村一体化管理是实行药品免费服药的基础和前提条件。要能科

学地、有效地管理好免费服药，社区卫生服务站和村卫生室是关键。只有镇村一体化管理，对服务站和村卫生室实行收支两条线管理，切断乡村医生的收入与药品挂钩，才能有效地确保有序地提供免费服药服务。

(六) 实行免费提供药品社会医疗保险制度是主体

实行基本药物免费服药，须依托社会医疗保险制度。这些药品在原有社会医疗保险的报销基础上，加上政府实行零差率补贴，实际上只需投入少许资金即能做到。通过免费服药，可以有效地控制有高血压引发的其他疾病和脑卒中发生率。减少一个脑卒中发病，社会医疗保险节省下来的资金足以免费提供药品，这对社会医疗保险来讲是一种积极有效的措施。

三年的药品零差率和提供免费服药政策的实施，有效地引导社区居民下沉服务，一定程度降低了社区门诊医疗费用，提高了高血压病人的管理率，降低了相关疾病的发生率。与此同时，也很好地建立起了政府对社区卫生服务综合改革的补助机制，推进了镇村一体化管理深层次的体制改革，农村社会医疗保险的保障功能也逐步拓展和完善。嘉定区基本药品零差率的实施和提供免费药品的试点实践是可行、可操作的。

(责任编辑：许明飞)

关键之道：探寻可操作且真正有效适宜的医改路径

金春林

【摘要】 本文在简要回顾三年医改取得的成绩的基础上，从可操作且真正有效、适宜的角度出发，针对当前医改面临的控制药品费用、调动医务人员积极性和提高病人满意度三个方面的重点、难点问题提出了相应的政策建议。

【关键词】 适宜路径；药品费用；积极性；病人满意度

从2009年我国启动新一轮医改至今已有三年时间，中央到地方都在紧锣密鼓地开展医改效果评估。各地在基本医疗保障制度框架建设方面都取得了不菲的成就，由职工医疗保险、居民医疗保险和新型农村合作医疗组成的基本医疗保险覆盖人群从6年前的3亿人到如今的13亿人，占全国人口的95%（特别是8.32亿农民参加新型农村合作医疗参保，覆盖率达97%），保障范围和报销比例也持续提高；公共卫生服务得到加强，基本公共卫生服务均等化水平有所提升；政府卫生投入力度不断加大，医疗服务能力特别是基层医疗机构的设施大幅度改善。总体而言，国家医改“四梁八柱”的改革目标和框架是十分正确的。但是医疗卫生领域体制性、机制性等深层次矛盾仍然存在，特别表现在公立医院改革成效不显著、老百姓对医改期望与医改实际成效的差距、医务人员参与医改的积极性不够高或医改政策对医务人员行医行为的影响不够大等方面。造成上述情况的主要原因在于缺失实现医改目标的可操作且真正有效适宜

作者简介：金春林，男，高级经济师、博士，所长、常务副主任，

作者单位：上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

的具体路径。正如业内人士常说的“容易改革的事都已经改了（如单纯的增量投入、外延性发展），剩下都是‘硬骨头’”，尽管近期医改新三年目标已经明确（即加快健全全民医保体系、巩固完善基本药物制度和基层医疗卫生机构运行新机制、推进公立医院改革），但国家医改仍处于“深水区”，如果没有更加得力的有效措施以保障人民群众切切实实感受医改成果，久而久之，国家医改则难逃“但听楼梯响，不见人下来”之哀。笔者担忧参与医改的所有人（特别是医务人员）会由此产生懈怠与厌倦情绪，人民群众更会大失所望。实践证明，徒有正确的医改理念、医改方向、医改目标远远不够，否则就像医生看病，只是明确了诊断，没有实施治疗，病人无法康复。因此，当下医改的关键必须紧紧围绕降低费用、提高效率与质量、方便病人这一中心，尽快实施可操作且真正有效适宜的路径。

一、药品费用：从政府控费走向药企标价

药品费用是由药品价格、用药量和用药品种共同决定的。因此要想合理控制药品费用，必须实现这三方面的有效联动。关于药品价格，国家发改委曾连续近30次降价，各地也普遍开展药品集中招标，据报道基本药物价格下降30%左右，这不可谓没有花大力气、下大功夫。但客观地讲，病人对药费下降的实际感受效果如何？从《全国卫生统计年报》我们可以清晰地看到，药占比例与药品费用总量均无明显下降，特别是药品费用仍然有所上升。那么可想而知，要么药品价格下降数字有水分，要么用药数量有增加，要么医疗机构避用降价药，总之药品价格管理初衷尚未丝毫实现。其实，也难为了国家发改委价格部门或各地药品集中招标机构，毕竟不同品种和规格的上万种药品的定价同医改一样是世界性的共同难题，又是仅靠政府部门无法完成的艰巨任务。何不换个角度略加思考？笔者认为较为简单适宜的方法就是强制要求在所有药品外包装上标明出厂

价格,药品的定价权重新赋予药品生产厂家。如果有了药品出厂价格,再设定一定的流通加价幅度,最终端的销售价格自然也就随之确定了。这样就会有效遏制药品零售加价 2000% 等极端现象。但有人会觉得药品的定价权重新归还给药品生产厂家的做法不是正好助长药品虚高定价吗?首先这种概率可能会有,但价格虚高程度肯定没有现在严重。出厂价实际 1 元的药品敢标价 10 元的恐怕不会太多。当然这需要税务部门、食药监督部门、工商部门联手对药品生产厂家结合药品生产数量、品种进行严格的纳税检查。药品的定价权重新归还给药品生产厂家后,药品生产厂家如虚高定价至少必须缴纳相应的税收,情形严重者将接受法律的制裁。流通环节利润空间的压缩,对合理用药会起到不可估量的重要作用。如果再配以抗生素用药规范检查、临床路径推进等措施,药品费用控制效果定会凸显。医用耗材费用也可如法炮制。这样,药品价格回归合理后,过度用药问题就会迎刃而解。再辅以高价医用材料的价格合理控制,过度医疗问题将会得以大幅度缓解,看病贵问题也会得到较好解决。

二、医务人员积极性:从顶层设计渐入底层驱动

众多专家在不同场合纷纷呼吁要加强医改顶层设计,对此,笔者认为顶层设计固然重要,但目前属于顶层设计的医改的正确目标业已确立,医改实际效果好坏主要在于执行力、在于实现医改目标的具体措施,其中最重要的在于医务人员的行医行为改变。现阶段与其一味强调“顶层设计”的重要性,倒不如实实在在的“激发底层动力”,即可操作且真正有效适宜的路径选择与具体实施。一场史无前例的医改,如果只有领导重视、国家和地方相关部门出台“顶层设计”的文件,是难以成功的。因为所有医改政策最终是集中体现在医务人员与病人的关系上、体现在医务人员对每个病人的诊疗行为中。没有行医行为的改变,很难有医改的成功。因此通过医疗机构补偿机制、绩效评估体系、收入分配制度的改革,才能

从根本上改变行医行为，从而让医生和病人的关系是一种真正意义上的委托代理关系，让医生真正在代表病人最大利益中取得个人利益。此外，医疗机构补偿机制、绩效评估体系、收入分配制度导向设计上要让医疗质量高、医疗费用低、服务态度好、运行效率高的医疗机构及其医务人员获得更好的回报。这样，医疗机构和医务人员就会自发开动脑筋、积极采取措施提高运行效率、提高医疗质量、控制医疗费用、改进服务态度。

三、病人满意度：将病人从三级医院分流到社区卫生服务中心

探寻医改可操作且真正有效适宜的路径要以满足病人需要、提高病人满意度为出发点与落脚点。“看病难、看病贵”的确是当前群众对医疗卫生反映强烈的问题。“看病贵”问题通过上述药品费用控制（包括高价医用耗材费用控制）和医保覆盖面及强度的提高定能得到不断的缓解；但“看病难”问题的有效解决应该是广大人民群众翘首待盼的共同心愿。当前“看病难”问题具体表现在：名医院与名科室住院难、好医生挂不到号；三级医院人满为患、排队时间长，部分检查项目甚至要等很多天；医生诊疗时间短、对病情的解释说明不够详细；病人对部分医务人员有信任危机等等。另外，临终关怀性治疗设施严重短缺，晚期癌症患者等不可逆转性疾病患者“一床难求”现象也相当普遍。因此，国家医改必须认真考虑这些病人的实际需求，如合理分流三级医疗机构的病人，可以规定三级医院只设疑难杂症门诊且必须经过下级转诊，三级公立医疗机构的专家必须每周有一定时间到社区卫生服务中心等下级医疗机构坐诊。这样把三级医疗机构的医疗资源和名医生的时间解放出来，用于确保疑难杂症的诊治上，同时也可通过价格杠杆实现病人的合理分流。此外，随着人口老龄化不断加剧，护理型和康复型医疗机构也亟需大量发展，以此缓解三级医院的看病压力，保证优势医疗资源得以有效充分利用。

（责任编辑：王月强）

送:

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处
卫生部相关司局、卫生部卫生发展研究中心、卫生部统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
美国中华医学基金会合作单位
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生厅（局）政策法规处、规划财务处
上海市卫生局局领导及有关处室、局属单位
上海市各区（县）分管副区（县）长、各区县卫生局
相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China