

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

浙江省医改专刊

2014 年 第 8 期

(总第 59 期)

上海市卫生发展研究中心

2014 年 11 月 10 日

编者按 2014 年 4 月，浙江省率先在全省范围内全覆盖式推行公立医院综合改革，以破除“以药补医”机制为切入点，实行医疗服务收费政策、医疗保险结算和支付政策、财政补助政策、医疗服务行为监管机制和医院内部运行管理机制改革五环联动，初步形成具有浙江省特色的医改模式。为促进沪浙两地医改经验交流，上海市卫生发展研究中心近期组织举办了主题为“浙江省医改经验分享”的第 19 期卫生政策研究双月论坛，邀请浙江省相关部门领导和专家作专题报告。本刊根据报告内容整理形成了专题文章，包括浙江省医药卫生体制改革的现状、问题及政策建议，浙江省公立医院综合改革的探索与思考，探索药品集中采购机制创新的“浙江之路”。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 7 卷 第 8 期 (总第 59 期)

2014 年 11 月 10 日

(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

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 807 室

邮编: 200040

电话: 021-22121872

传真: 021-22121623

E-mail: phpr@shdrc.org

网 址: www.shdrc.org

顾 问: 沈晓初
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林 (常务)
丁汉升
吴凌放
编辑部主任: 王贤吉
编 辑: 何江江 信虹云
杨 燕 陈 多
方欣叶 常雪沛
校 对: 王 瑾 陆文婷

目 次

专题研究

浙江省医药卫生体制改革现状、问题与政策建议…………… 1

浙江省公立医院综合改革的探索与思考…………… 9

探索药品集中采购机制创新的“浙江之路”…………… 17

浙江省医药卫生体制改革现状、问题与政策建议

徐玮

【摘要】新医改以来，浙江省结合当地实际状况，在医药卫生体制改革方面进行了积极的探索，并取得了一定成效。随着医改的不断深入，原有体制中许多深层次的问题开始凸显，特别是公立医院改革面临很大的难题。本文从浙江省实际出发，重点分析了医药卫生体制改革过程中存在的矛盾和问题，探讨进一步深化改革与发展的思路。

【关键词】医药卫生体制改革；政策建议；浙江省

自2009年新一轮医改启动以来，浙江省紧紧围绕新医改精神，依靠各部门扎实努力的工作，加快医药卫生体制建设，成效初显。然而，由于医药卫生体制的沉痾深重，积弊甚多，改革并非一帆风顺，看病难、看病贵等问题还未真正解决，而一些新的问题也在不断涌现。

一、浙江省医药卫生体制改革背景

长期以来，百姓对“看病不再难，看病不再贵”的医疗需求一直存在，尽管医改已进行多年，这一问题依旧没有得到很大程度的改善。浙江省作为医改的排头兵，在改革推进过程中，仍面临着复杂、严峻的外部形势。

（一）医疗需求增长与保障供给不足并存

近年来，浙江省医疗卫生事业发展较快。同时，人口老龄化、疾病谱的变化，新技术、新材料、新药品应用，以及医疗保障制

作者简介：徐玮，男，浙江省杭州市医疗保险管理服务局副局长
作者单位：浙江省杭州市医疗保险管理服务局，杭州 310003

度的不断健全，都促进了医疗服务需求的增长；但相较于迅速增长的医疗服务市场，现有医疗卫生资源和基本医疗保障能力仍显不足，尤其是在广大农村偏远地区，医疗卫生资源仍较为匮乏，大部分村卫生室的医疗设施落后，医疗设备仍以听诊器、血压计等为主。群众日益增长的医疗卫生需求与医疗服务提供能力严重不足造成的“看病难”问题，已成为一个突出的社会矛盾。

（二）卫生资源不足与卫生资源浪费并存

整体而言，浙江省仍存在医疗资源不足、医疗服务供给难以满足医疗需求的问题，但另一方面，“小病大治、没病也治”的过度医疗、过度用药、过度检查等现象在浙江省屡见不鲜，造成医疗卫生资源严重浪费。近期，浙江省人力资源和社会保障部门牵头，公安局、卫生和计划生育委员会（简称“卫生计生委”，下同）、物价局、食品药品监督管理局（简称“食药监”，下同）等相关部门配合，在全省范围内开展了一次医保反欺诈“亮剑”专项行动，行动发现，部分医疗机构存在超执业许可范围提供医疗服务，并将非医保治疗项目调换成医保治疗项目进行医保结算，分解处方、分解收费、私自联网结算等问题，不仅违反临床诊疗规范进行治疗和用药，有的甚至涉嫌违法犯罪，这些行为无疑蚕食了非常宝贵的医疗卫生资源，加剧了医疗服务的供需矛盾。

（三）投入机制不健全与职业道德滑坡并存

根据 2009 年国务院出台的《关于深化医药卫生体制改革的意见》中“落实公立医院政府补助政策，逐步加大政府财政补助”的要求，浙江省政府自新医改实施以来，逐年加大对公立医院的投入，但由于公立医院补偿模式与补偿机制设计不合理，政府财政补助的力度仍然不能满足医院自身发展的要求，医院依旧依赖医疗药品、器械、

材料收入来维持自身运转。

同时，部分医务人员受社会不良风气影响，出现“为人民服务”思想淡化，职业道德滑坡，责任感和道德水准下降的问题，利用职务之便，“搭车开药”、“私收红包”、收取商业贿赂等问题已被较多曝光，直接影响甚至严重伤害了医疗机构及医务人员的形象。

（四）就医理念不科学与就医导向不合理并存

从浙江省医改反映的问题看，除了医药卫生体制本身存在的客观因素外，不科学的就医理念是更重要的主观因素。由于历史原因的影响，与国外发达国家相比，中国患者缺乏预防重于治疗的思想，也没有形成良好的就医习惯，无论任何疾病，都到大医院找最好的专家。就医无序性，不仅浪费了有限的医疗卫生资源，更加剧了“看病难”的问题。

而就医导向不合理的问题也同时存在。基层首诊、分级诊疗、双向转诊的就医制度尚未建立，虽然国家卫生计生委已明确要求：“控制公立医院规模，每千常住人口医疗卫生机构床位数达到4张及以上的，原则上不再扩大。”但事实上，浙江省一些公立医院，尤其是城市中的三甲医院，仍在不断扩大其建设规模，增加床位，以吸引更多的病人。这与建立分级诊疗的就医新秩序，提升基层医疗卫生机构的服务能力是背道而驰的。

二、浙江省医药卫生体制中存在的问题

（一）社区卫生服务发展遇瓶颈

有专家预计，65%的门诊病例可以在社区基层解决。一旦基层首诊、分级诊疗和双向转诊的就医秩序建立，基本药物制度合理推进，病人可实现合理分流，医疗卫生资源使用效率得到提高，同时也可以节省约40%的医疗费用，大大减轻老百姓的就医经济负担。目前，浙江省“15分钟就医圈”已基本形成，所有社区卫生服务机构也已

纳入医保范围，实行差别化支付政策，拉开了社区卫生服务机构与高等级医疗机构之间的报销比例（杭州市社区卫生服务中心和三级医院的报销比例相差 20%）。同时，通过全科医生的培养，已有大批合格的全科医生进入社区。从今年开始，杭州市又加快探索建立“签约（契约）”服务模式，以契约型服务方式使社区医生成为居民的“健康大管家”。

2007 年 8 月《人民日报》一则报道指出，卫生资源存在配置不合理、基层卫生资源严重不足、社区卫生服务发展相对滞后等问题。对于大部分浙江省居民而言，社区卫生服务中心仍非其就医首选。从杭州市某社区卫生服务中心建立健康档案人员的就医流向数据分析，只有约 13% 的人绝对依从，确实做到了首诊在社区卫生服务中心，但还有约 17% 的签约居民是绝对不依从。其余 70% 的居民则是部分依从，即：虽建立了健康档案，但仅限于来社区卫生服务中心购买较便宜的药品，看病就诊仍然选择大型医院。这一结果表明，社区医生与社区居民的黏合度较低，居民对社区医生的依从性不高。

据一则调查显示，居民对社区卫生服务机构提供的医疗服务，最为关注的是服务质量（90.20%），其次是服务态度（61.80%），最后才是服务价格（44.90%）。正因为生命无价，尽管拉开了社区卫生服务中心与高等级医疗机构的报销比例，居民仍愿意花更多钱去三甲医院看病。这也反映了造成居民低依从性的原因，可能在于制度的顶层设计与老百姓的心理预期有较大差距。

（二）基本药物政策导向偏离

根据世界卫生组织建议，我国不断探索完善国家基本药物（简称“基药”，下同）制度。但与世界卫生组织推荐的基药数量相比，我国基药数量一直呈波动状态，从 2004 年的 2033 种到 2009 年的 307 种。推行基药政策是基于“合理用药”的目的，但我国的基药

政策出台后，其初衷却在一定程度上被扭曲，社区卫生服务中心“优先使用”基药变成了“只能配备使用”基药，迫使部分在社区卫生服务中心配不到药的居民，不得不到大型医院就诊配药，患者负担非但没有减轻，反而加剧了大医院的拥堵。这一问题普遍存在于浙江省各大医院。事实上，基药的问题并非简单的价格问题，还涉及药品性能、质量和生产、配送、使用等环节，目前来看，基药并没有发挥明显作用。

（三）公立医院改革现难点

2012年，国务院办公厅印发《关于县级公立医院综合改革试点的意见》（国办发〔2012〕33号），确定了“十二五”期间推进县级公立医院综合改革试点的工作思路。要求公立医院坚持公益性，以破除以药补医机制为关键环节，全面深化县级公立医院管理体制、补偿机制、价格机制、药品采购等综合改革。到2014年，浙江省公立医院改革已进入深水区，改革难度和复杂性越来越大。浙江大学董恒进教授曾对某省38家县级公立医院改革进行跟踪分析，发现改革以来，医院的药品收入比例确实明显下降，但总收入水平、门急诊收入、住院收入均有较大幅度增长。正因为价格政策的调整，使得药品占比明显下降，但假设将药品收入按照15%差率复原，那么其销售总量非但没有下降，反而有所上升。这一结果提示，公立医院改革中药品实施零差率，并没有改变用药总量上涨的趋势，药品零差率是否切实减少不合理用药的情况，还值得进一步商榷。而同时，大型公立医院改革后依然“人满为患”，是否与公立医院药品零差率政策的“虹吸”作用有关，也当引起重视。

（四）医疗保障体系不健全

浙江省现有的医疗保障制度，存在区域统筹、城乡分割的问题，既不利于制度整合，也损害了制度的公平性。同时，医疗保障基金

的管理能力也有待提高，支付制度有待进一步完善。

三、政策建议

（一）建立健全分级诊疗体系

要遵照医疗卫生服务工作的科学规律与特点，依据功能、任务、设施条件、技术建设、医疗服务质量和科学管理等综合水平的不同，建立健全分级诊疗体系，加强对医院的分级管理，督促各级医院之间建立完善的双向转诊制度，增强卫生服务整体功能。

（二）积极发展社区卫生服务

一是要切实提高社区卫生服务中心的医疗服务能力和服务质量，从而提高居民对基层社区医疗服务的信任度，让居民能够安心地留下来。

二是要充分发挥全科医生作为居民健康“守门人”的作用。在提高签约服务率的同时，加强对居民家庭健康信息管理、健康知识传递、健康行为干预和健康服务指引，与居民建立相互信任、相互支持的密切关系。

三是要强化社区卫生服务慢病管理的作用。在人口老龄化，慢性病低龄化的现实情况下，要结合慢性病的特点，做好预防、治疗等各项管理工作。

（三）完善国家基本药物制度

国家卫生计生委于2014年9月发布了《关于进一步加强基层医疗卫生机构药品配备使用管理工作的意见》（国卫药政发〔2014〕50号），放开了基层医疗机构只能配备使用基药的限制，允许城市社区卫生服务中心和农村乡镇卫生院可暂按省级卫生管理部门的规定和要求，从《医保（新农合）药品目录》中，配备使用一定数量或比例的药品。放开基层社区卫生服务机构的备药品种数量，基本药物可以进一步“瘦身”到“国家免费药品”，以加大基层社区卫生服务中心对长期慢性病患者的吸引力。

（四）积极探索科学的药品招标办法

浙江省卫生计生委发布的《浙江省 2014 年药品集中采购（第一批）实施方案》，提出了新的药品招标思路，主要有三个创新之处：**一是**采用性价比适宜的新理念，即不追求价格高与低，而是值不值；**二是**分类管理、分类采购；**三是**在价格控制上，不再“一刀切”，实现扶弱抑强。今后，要继续积极探索药品采购模式的转变，以推动厂商生产和配送的积极性，提高药品质量，降低药品价格。

（五）进一步推动公立医院改革

任何改革的目的，都是为了人民，公立医院改革也一样，其目的是为了能够更好地保障人民的基本医疗。2014 年 5 月，国务院发布《关于印发深化医药卫生体制改革 2014 年重点工作任务的通知》（国办发〔2014〕24 号），将推动公立医院改革放在医改首要位置，并指出县级公立医院综合改革是公立医院改革的重中之重。浙江省在进一步推进公立医院改革的过程中，要积极营造良好的社会氛围，既要做好对人民群众的宣传解释工作，更要关注人民在医改过程中的权益得失，以真正实现“百姓得实惠，政府得民心，医院得发展”的目标。

（六）建立健全医疗保障体系

医保部门作为参保人员利益的代言人、医疗保险基金的管理者，理应保障参保人员基本医疗权利，同时通过医保制度的建立和完善，促进卫生资源配置更加合理，以更好地保障参保人员的基本医疗。在公立医院改革过程中，浙江省医保部门要主动参与各项政策研究和价格调整谈判，既要保证价格制定能体现医务人员劳务价值，也要力争减轻参保人员就医经济负担，同时兼顾到医疗保险基金的承受能力。在具体做法上，医保部门可以考虑降低参保人员医疗服务类项目个人负担；加强监督管理，积极探索支付制度改革；建立医疗保险

监管信息平台，加强医疗服务监管；同时加强与专业学会（协会）合作，积极探索医疗保险的“社会治理”模式，认真做好预警预测工作。

（七）创新连续医疗管理新机制

医疗服务是维持健康的服务，生命的连续性决定了医疗服务也必须是连续的，即“在时间上没有中断和终止”。连续性的医疗服务应该包括三层含义，即从生到死的全过程，包括从健康档案的建立、应用和修订完善，疾病的治疗，康复或者死亡；不同层次不同类型医疗（医药）机构之间的无缝隙全程服务，包括综合性医院和专科医院之间的转诊，高低等级医疗机构之间的转诊，医院和药店之间的配合等；同一机构不同服务之间的相互衔接，包括普通门（急）诊各科之间以及普通门（急）诊与住院服务的衔接等。分级诊疗并没有妨碍医疗服务连续性的实现，当今世界，信息技术日新月异，社会保障卡和医疗大数据已经具备了连续医疗服务管理的基础，完全可以在不同的时空实现双向转诊，社会保障卡不仅仅可以成为“诊间结算卡”，同时，也应该成为开启分级就诊、双向转诊、连续医疗管理的“金钥匙”。浙江省在深化医改的进程中，将充分利用信息化手段，实现对医疗服务的持续性管理。

四、小结

深化医药卫生体制改革是一项关系国家发展和社会稳定的重大民生工程。在过去的几年里，浙江省医药卫生体制改革已取得了显著成果，各地各部门都看到了医改的重要性、必要性和紧迫性。接下来，充分认识这项改革的长期性、艰巨性和复杂性；坚持保基本、广覆盖、建机制、可持续的原则；协调各方力量全力保障医改的顺利实施，已成为下一阶段浙江省医改亟待解决的问题。

（责任编辑：方欣叶）

浙江省公立医院综合改革的探索与思考

马伟杭

【摘要】 2011年，浙江省开始推行公立医院综合改革。通过政府及各相关职能部门的共同努力，浙江省在公立医院综合改革模式与制度上进行大胆创新，经过3年建设，已取得一定成效。本文对浙江省公立医院综合改革的整体思路进行梳理，结合改革过程中暴露的问题，提出相关思考。

【关键词】 公立医院综合改革；实践；思考；浙江省

在推进医药卫生体制改革过程中，浙江省遇到了诸多阻力，但省政府及相关部门在改革过程中及时发现问题并做出政策调整，不仅保证了医药卫生体系有序、高效地为大众提供多层次服务，同时开创了一条富有浙江省特色的改革道路。

一、浙江省公立医院综合改革中面临的主要问题

浙江省公立医院改革面临以下主要问题：**一是医疗资源的“马太效应”**。由于缺乏有效的医疗资源规划和配置管制，浙江省医疗卫生资源存在配置不合理现象，具体表现在医疗卫生资源相对集中于较为发达的大城市，集中于三级的综合性大医院。这使得人们在就医时更倾向于选择大城市中的大型医院，并进一步导致医疗卫生资源向三级医院倾斜，三级医院与基层之间的差距拉大，由此进入恶性循环。**二是看病就医的无序性**。现行基本医疗卫生制度（包括基本医疗保险制度）中没有设立“守门人”制度，给予患者较高的择

作者简介：马伟杭，男，浙江省卫生和计划生育委员会副主任
作者单位：浙江省卫生和计划生育委员会，杭州 310006

医自由。因为医疗卫生人才和设备资源都富集于大型公立医院，患者在选择就医地点时往往跳过一、二级医疗机构而直接进入三级医疗机构就诊，故出现基层医疗卫生机构“门可罗雀”，而三级医院“人满为患”的现象。**三是医疗费用的不合理增长。**在浙江省现行卫生经济政策下，靠收费为主的公立医院补偿方式具有内生的逐利机制，致使医疗费用不合理地快速增长。如医院多采用“以药补医”形式平衡财政上的差额，使医生在治病过程中掺杂过多对个人利益的考虑，而忽略了病人的实际需求和经济承受能力，由此产生“看病难、看病贵”的问题。**四是医疗服务的供不应求。**2013年，浙江省人均GDP已达到11000美元，随着经济的快速发展，医疗需求不断增长，医疗服务体系的供不应求问题也日渐突出。自2009年起，浙江省年门急诊总人次及年住院总人次均呈逐年快速上升趋势，2013年已分别达到4.7亿人次及687万人次，人均年就诊数达7人次。与快速增长的医疗服务需求相矛盾的是医疗卫生资源在总量及结构上不足、资源配置失衡、县域服务能力薄弱，相关配套服务保障系统尚未完善，整体医疗体系的资源共享性、系统性和利用率普遍不高。**五是医患关系紧张，医疗执业环境恶化。**浙江省医疗需求和供给不匹配、就医无序、医药费用过快增长、对医疗服务的不正确认识、媒体不客观报道和医院公益性弱化等诸多因素，都加剧了医患矛盾，致使医务人员和患者间信任缺失。

二、浙江省公立医院综合改革的关键

浙江省对公立医院综合改革中面临的问题进行系统梳理，确定了推进改革的四个关键点，并进行相关思考。

（一）资源配置

随着浙江省社会经济的发展和居民健康意识的提高，省内医疗

卫生资源在总量、结构和质量方面越来越难以满足全省居民的就医需求。而医疗机构功能定位和服务分层不清，导致医疗机构整体服务效率不高，总体资源配置呈倒金字塔型，资源利用不足和浪费现象共存。且城市省级大型医疗机构“大包大揽”，占据绝大部分医疗资源，地区之间、不同层级医疗机构之间，以及不同办医主体和办医性质之间也存在医疗资源配置不合理问题。因此，浙江省公立医院的综合改革首先要重视调整医疗资源配置，包括适应发展满足需求的总量、符合能级的布局、系统配置的优化，以及公立与私立的配比等。

（二）补偿机制

建立科学、可持续的补偿机制是浙江省公立医院综合改革的核心问题之一。造成公立医院补偿机制扭曲的根本原因是目前普遍存在于公立医院的“以药补医”机制，要在破除这一机制的同时继续公立医院的有序运营，需要从医保的筹资水平和支付方式、医疗服务价格的结构调整、财政的补助力度、社会筹资水平以及医药流通环节的压缩等诸多方面进行考虑。

（三）管理体制

管理体制改革也是浙江省公立医院改革中考虑的关键内容之一，但因涉及层面较高，需要政府对各相关部门的职权进行重新划分，明确职责。考虑可以在政府层面建立公立医院管委会，部门层面建立医院管理局（或医院发展中心），医院层面组建理事会，而医院内部成立委员会，明晰各个层面的责任，建立有效运行机制，共同承担起公立医院从宏观到微观的管理工作。

（四）监管机制

建立有效监管机制是公立医院改革的重要环节。浙江省在深化

公立医院综合改革的进程中，应进一步强化依法管制、行业性组织（学会、协会、其它专业组织机构）评估和社会大众评价，以及医疗保险等利益组织对医疗机构的管理制衡作用。

三、浙江省公立医院综合改革的探索

在明确公立医院综合改革关键节点并进行思考的基础上，浙江省在全省范围的各级公立医疗机构开展了多样的改革探索，并取得一定成效。

（一）以药品零差率为切入点，实现药品零加成

公立医院综合改革的关键点是告别“以药养医”补偿机制。2010年到2011年浙江省相继出台《公立医院改革试点指导意见》（浙卫发〔2010〕266号）《县级公立医院综合改革试点的意见》（浙政办发〔2011〕101号），以药品零差率为切入点，在县级公立医院开展公立医院综合改革试点工作。经过3年试点，浙江省于2014年发布《启动省级公立医院综合改革的意见》（浙政办发〔2014〕40号）文件，将试点工作进一步推广到城市公立医院，以此破除公立医院“以药补医”机制。

通过对比浙江省城市公立医院2013年和2014年数据可以发现，不管是门诊收入还是住院收入中，药品占比都明显下降，医药费用的结构有所优化（见表1、表2）。

表1 2013年与2014年浙江省城市公立医院同比门诊收入结构变化情况（%）

年份	项目							
	药品	诊查（含挂号）	检查	化验	治疗	手术	卫生材料	其他
2013	54.02	2.77	11.24	10.4	6.72	2.96	2.80	9.09
2014	49.99	4.98	11.29	10.63	7.76	3.36	2.81	9.18

表2 2013年与2014年浙江省城市公立医院同比住院收入结构变化情况(%)

年份	项目									
	药品	床位	诊查	检查	化验	治疗	手术	护理	卫生材料	其他
2013	41.56	3.74	0.28	4.53	8.07	9.63	6.56	1.25	22.71	1.67
2014	36.78	3.47	0.85	4.74	8.14	10.95	8.41	2.55	22.40	1.71

(二) 调整医疗服务价格结构，体现医务人员劳务价值

通过表1和表2还可以看出，2013年、2014年浙江省公立医院门诊和住院收入结构中，除去卫生材料收入和药品收入（均为成本）外，有40～50%的收入是由医务人员各种医疗服务构成，且都有增长的趋势，由此可见，在公立医院综合改革中对医疗服务性价格进行调整非常重要，这不仅能体现医务人员劳务价值，同时也能改变医疗费用结构，使其成为进一步提高医疗服务质量、压缩医疗服务成本的导向。

(三) 完善财政投入与医疗保障政策，确保改革平稳进行

在取消药品加成和调整医疗服务价格的同时，浙江省医改进一步完善相关财政保障政策和医疗保险支付制度。一方面，财政部门承诺为医保基金兜底，以保证公立医院取消药品加成后，医保部门按照标准对其提供的医疗卫生服务进行支付和补偿。另一方面，安排专项资金对公立医院进行直接补贴，如政策性亏损、人才学科建设、基本建设和大型设备补助等。医保部门还建立了“阳光医保”监管系统，实时管理医保经费的使用，以此确保医保对医疗机构支付和补偿的合理、公平以及公正。

(四) 推进各级医疗机构紧密合作，促使优质资源下沉

公立医院综合改革的另一项重要任务，是使90%的疾病问题在县域范围内得以解决。通过城市三级甲等医院与县级医院合作办

医的形式，结合财政对紧密合作医院进行补贴，推动优质医疗资源的下沉。浙江省卫生和计划生育委员会等5委办厅于2013年共同制定的《关于推进城市优质医疗资源下沉的实施意见》（浙政办发〔2013〕85号）明确规定：城市三级甲等医院与县级医院结成紧密合作办医关系，县级政府应向上级医院支付相当于业务收入3%的费用，使合作医院之间有了经济纽带。同时，浙江省财政安排专项资金，根据上下级医院间合作成效的考核结果，给予下级医院财政补助，保障了县级医院的可持续发展。整体而言，县级医院用相对较少的资金获得了城市优质医疗资源，有效缓解了县域医疗服务能力整体不高的问题，留住病人的同时也为分级诊疗打下基础。

此外，浙江省明确限制城市三级公立医院在主城区扩张，鼓励其着眼于建设专科特色和提升对疑难杂症的诊断治疗能力，同时加大对社会办医的扶持力度，促使多元办医格局形成。

（五）推行分级诊疗制度建立，引导患者有序就医

在现行制度下，分级诊疗制度推行需要相关配套政策制度的落实。浙江省分级诊疗试点工作以病人利益导向为切入，预计用3年左右时间完成试点和推广工作，主要包括四个方面：

一是医疗保险制度的配套政策。通过医保政策引导，形成不经逐级转诊则医疗保险不予支付的格局。同时，在更大程度上拉开不同就医方式人群在医保报销比例上的差别，促使患者理性选择就医地点，自觉将基层医疗机构作为首选。

二是优质医疗资源下沉的长效机制。优质医疗资源下沉需形成长效机制，如通过财政补贴的形式、纵向集团化的探索等，以确保合作医疗机构拥有更稳定的优质医疗资源为患者提供服务。

三是家庭医生制度的建设。结合家庭医生签约服务，促进居民

健康档案建设及跟踪管理。

四是信息化手段。探索建立有效转诊规范、完善转诊路径，建立基于信息化的转诊服务平台，将转诊服务网络与各级医疗机构的医院信息系统（Hospital Information System，简称“HIS”）相连接，保障逐级转诊过程的通畅。

四、浙江省公立医院综合改革的进一步思考

浙江省公立医院综合改革尚在进行中，在总结经验的同时也应
对暴露出来的问题进行更深入的思考。

一是医疗卫生服务价格的动态调整机制方面。当前浙江省医疗服务性价格总体尚处于较低水平，在医药费用总量合理控制的前提下，随着医疗劳务性成本的不断增加，医疗服务性价格应具备动态的调整机制。此外，应以医保的全覆盖为基础，加快建立医院与医疗保险相关部门间的协商谈判机制，探索实行医保支付价管理。

二是公立医院医务人员薪酬制度方面。建立符合医疗服务行业特点的薪酬分配制度是浙江省深化公立医院改革的重要内容。年薪制作为探索实施的分配方式，可以在全省公立医院管理层先行试点，通过建立医院院长任期目标责任制，落实公立医院管理层责任，实现年薪制的合理兑现。

三是分级诊疗制度方面。分级诊疗是国际上大多数国家都拥有的一项医疗制度，其对病人有序就诊和更合理的运用卫生资源、减少资源浪费有巨大作用，可有效缓解眼下就医无序的问题。结合浙江省目前卫生体系现状，全面推进这一制度还存在很多困难和阻力，可先行试点，在试点基础上，研究和完善配套政策及机制，积累可推广的经验。

四是药品招标的二次议价方面。在省级集中招标采购的基础上

进行二次议价并不能解决药品虚高的顽疾，只是短期内暂行的办法。浙江省拟研究搭建一个公共的医药采购平台，实现所有公立医疗机构药品和卫生耗材的公开采购，确保信息公开透明，接受社会舆论监督。同时，通过改革定价机制和实行医保支付价等多种方式混合搭配，对药品、耗材的利润空间进行挤压。

五是医师多点执业方面。医师多点执业还需进一步解放思想，放宽政策限制。医师多点执业不仅能够促进民营医疗机构的发展，还能让“单位人”向“行业人”转变成为可能。因此，浙江省将逐步放宽医师多点执业政策，促使公立医院从医院发展需要的角度出发，考量和实践如何留住及吸引人才。

（责任编辑：陈多）

探索药品集中采购机制创新的“浙江之路”

吴朝晖

【摘要】 药品集中采购是推进医改、保证药品质量、控制虚高药价的重要举措，如何使药品集中采购肩负起这些使命，一直是各省（自治区、直辖市）不断研究探索的问题。在新一轮药品集中采购中，浙江省在基本药物“两扩”配合分级诊疗，全国首创的“三标”合一，按不同药品目录的分类采购及管理等方面，都打破了传统招标模式，走出了一条具有浙江省特色的道路。

【关键词】 药品；集中采购；价格；分类管理

2014年4月1日起，浙江省施行了以取消“以药补医”机制为切入点的省级公立医院综合改革，实现公立医院全部药品（中药饮片除外）按实际进价零差率销售。为配合浙江省新医改，9月15日，浙江省卫生和计划生育委员会（简称“浙江省卫生计生委”，下同）发布了最新一轮的药品集中采购新政《浙江省2014年药品集中采购（第一批）实施方案》。本文介绍了浙江省药品集中招标采购的背景、具体探索及模式的创新点，以期对其他地区药品集中招标采购工作的推进有所裨益。

一、浙江省药品集中采购的背景

药品集中采购的目的是降低虚高定价，遏止药品购销活动中的不正之风，减轻患者负担，控制药品的不合理使用及药费的过快增长，药品集中采购更承担着推进医改、治理商业贿赂、促进医药产业发

作者简介：吴朝晖，男，浙江省卫生和计划生育委员会药物政策与基本药物制度处处长
作者单位：浙江省卫生和计划生育委员会，浙江 310006

展等使命。然而，这项被百姓寄予厚望的政策所取得的效果却十分有限。

（一）药价虚高，水分依然存在

近几年，随着药品采购政策的推进，药品招标价格下降已是一个不争的事实，但是老百姓却没有感受到药价的下降。若光从药品招标数据来看，招标价确实逐年递减，如浙江省集中采购之后，药价相对于原来国家发展和改革委员会（简称“国家发改委”，下同）的价格，下降近 50%，2011 年相对于 2009 年平均下降了 13%，与药品降价的明显成效相对应的是药价虚高的水分仍然存在，同时“水分”的由来十分复杂，仅靠药品集中采购来解决存在一定的困难。

（二）药品短缺，供应与药价难以统一

现在政府和老百姓对药品采购提出了“又好又快又便宜”的要求，即药品质量必须保障，价格必须低廉，同时还必须保证供应。但药品水分挤干之后，面临的可能是药品大量短缺。如某一药品国家发改委定价为 4.9 元 100 片，浙江省 2011 年集中采购的中标价是 1.2 元 100 片。虽然水分挤干了，却导致全国所有企业都停止此种药品的生产供应，致使老百姓最后只能选用 30 多元的进口药品替代。所以，就目前而言，如何在挤干水分和保证供应之间取得平衡，浙江省尚未有一个切实可行的办法。

（三）基本药物配备种类，众口难调

基本药物（简称“基药”，下同）的使命是解决百姓基本医疗的问题，但现有基本药物制度从遴选到配备依然存在很大问题。数据显示，2009 版的国家基本药物目录，浙江省有 1/3 的药品没有采购量，余下 2/3 中真正使用的也仅占总采购量的 1/3。2012 版的国家基本药物目录，是基于新型农村合作医疗（简称“新农合”，下同）筹

资 300 元的水平进行测算，有 520 种品种。但 2014 年浙江省新农合的筹资标准是 649 元，高于国家平均水平，如果按照新版国家基药目录，浙江省老百姓只能享受 300 元的实际待遇，这不仅违背了基药推行的初衷，更造成了新的社会不公平。与此同时，“优先配备”、“优先使用基药”，到了基层却变成“只能配备”、“只能使用基药”，造成基层药品种类大大受限，老百姓又重新面临“好药配不到”的问题。因此必须对基层配备基药进行调整，否则很多问题都难以解决。

二、浙江省药品集中采购的探索

为解决老百姓“好药配不来，便宜药配不到”等问题，浙江省 2014 年的最新一轮药品集中采购中，从总体设计上对原有模式进行了突破和创新。

（一）基药“两扩”配合分级诊疗

本次浙江省药品集中采购政策，对基药的配备使用进行了“向上”扩面，即二级综合医院及中医院基药和常用药品的采购金额不少于该医疗机构药品采购总金额的 50%；三级乙等综合医院及中医院不少于 30%；三级甲等综合医院及中医院不少于 25%，逐步实现各级各类医疗机构全面配备并优先使用基药。同时，浙江省也推出了“基层医疗机构基本药物目录外常用药品清单”（292 种）。这意味着，浙江省对非基层医疗机构在使用基药方面提出了量化要求，强化基药配备使用的主导地位，鼓励县级及县级以上公立医院优先使用基药和常用药品。

事实上，对地方基药决策者、执行者而言，基本药物制度的向上层面扩展，是为了与深层医改政策——“分级诊疗”相适应。2014 年 5 月，根据《浙江省人民政府办公厅关于开展分级诊疗推进合理有序就医的试点意见》（浙政办发〔2014〕57 号）文件精神，

浙江省将在淳安县、宁波市北仑区、宁海县、文成县、永嘉县、乐清市、平阳县、海盐县 8 个县、区首先启动试点。同时，浙江省提出优质医疗资源双下沉，即人才资源必须下沉到基层，然而分级诊疗、双向转诊及慢病基层管理都离不开药物资源的支撑；鼓励公立医疗机构优先使用常用药本身也是完善和提升基本药物制度的途径之一。但用药习惯是通过长期积累形成的，浙江省增选 292 种常用药，就是为了达到上下集中、上下可对接、可衔接的目的。

（二）探索分类采购、分类管理和分步实施

全国首创的“三标”合一模式是浙江省对药品集中采购的重要探索，即基药、非基药、低价药一起招标，并按不同药品目录分类采购和分类管理。“三标”合一招标实现了地区统筹考虑，避免出现同品同城不同价的问题。分类采购即按照《基本用药目录》、《浙江省低价药品集中采购目录（一）》及《浙江省临床供应紧张药品目录》等不同目录，分别采用“双信封”综合评审、单独技术标评审、直接挂网采购、邀请招标等不同的评审办法进行招标，具体分类为：基本药物、常用药物、低价药物、供应紧张药物、大输液及非主流品种。此外，浙江省招标方案中还提出要“优先采购达到国际水平的仿制药”，即质量优于一般仿制药而价格低于专利药，则优先采购，以此激励企业提高基本药物质量。该项政策提示，药企只有在获得国外认证的国产仿制药情况下，才能取得国内的优先采购；反之那些不合格或不合规的药品，其未来趋势只能是边缘化、泡沫化，最终消失。

同时，浙江省通过设置三个“区分”，即区分药物质量、区别评审单元和区分使用范围，来鼓励质量层次高的药品也进到基本药物目录中，以解决老百姓不愿意用基药、认为基药就是“最普通的药”

的误区。只要药价降到统一定价的最高零售价，即使是质量层次较高的药，也可以享受基本药物的待遇。但是也需要同步开展药品价格的严格控制。浙江省希望通过先行试点，在推行分类采购的过程中树立性价比适宜的理念，采用药品分门别类、企业扶强育弱等方式来控制药价。

（三）引入药物经济学评价

原有的药品集中采购制度缺乏系统科学的评价标准和方法，为此，浙江省引入了药物经济学评价机制，其主要宗旨是将经济学原理和方法应用于评价临床药物治疗过程，并以此指导临床医生制定出效价比最合理的处方。药物经济学研究可为临床合理用药、药品资源的优化配置、新药的研制与开发、临床药学服务、药政管理和医疗保险等提供决策依据，使药物治疗发挥最佳价值效应。目前，在很多国家，药物经济学评价已经成为制定药品报销目录及药品价格的重要依据。然而由于制度原因，药物经济学评价在国内卫生体系中的运用管理具有一定难度，若仅在药物招标而非整个采购体系中引入药物经济学评价，缺乏实践意义。为确保这一评价机制能够充分作用，浙江省成立了药物经济学评价专家咨询委员会，隶属于浙江省药品集中采购领导小组办公室，希望通过开展研究、培训和研讨，提出药物经济学的基本评价体系和评价指标。此外，让专家学者参与到药品招标的工作中来也是使其研究成果落地的有效途径之一。

在新一轮药品集中招标采购中，浙江省药物经济学评价专家咨询委员会将在三个方面起不可替代的作用：**一是反垄断**。参与药品谈判时，药物经济学评价体系可根据理论依据和确凿数据来破除阻碍药品公平竞争的办法或政策。**二是反倾销**。因部分企业不计成本，

以低于成本价的招标价恶意中标后拒绝供应。按照现有招标规则无法解决这一问题。但药物经济学评价体系可以筛选出这种完全脱离成本区间的药物，从而把那些低于定价标准的药品区分出来，不予采购。**三是仿制药评价。**目前面对参差不齐的仿制药市场，政府仅仅只有少数质量指标以供区分，运用药物经济学评价可对仿制药按照与国际水平接轨的标准进行筛选。

（四）建立服务平台

浙江省希望将现有招标平台打造成集物流、信息流、资金流为一体的平台，实现招标采购服务转为服务招标采购。为此，浙江省省级招标平台需要进一步强化，并赋予其更多功能。**一是监管功能。**即动态监控、超常预警。例如某个药品的采购量突然加大，或者连续几个月的量都超出标准，则以互联网为载体的信息化招标平台就能发出预警提示。**二是结算功能。**由于公立医院处于强势地位，药企在药品采购后常面临回款超时的问题。现在可通过第三方支付的理念，通过互联网招标平台跟药品生产厂家直接进行结算，无需通过商业经营者。与此同时，若这一功能得以实现，则意味着药品流通中的“走票”等不规范环节可以被规避，如此一来，药品减少流通环节、降低区间价格的问题解决了，而真正的带量采购也完成了。

三、浙江省药品集中采购模式创新点

浙江省新一轮药品集中招标采购方案推出后，获得了多方的关注和赞誉，认为浙江省在药品采购方面有很多创新。尽管不能说“浙江省模式”就是“好模式”，但其在传统模式基础上确实有自己新的突破。**一是在理念上。**在“质量优先、价格合理”的基础上，引入性价比适宜的理念，医院不再仅看药品价格的高低，而是更加关注其性价比，并由此引入药物经济学对药物进行评价。**二是在方式方**

法上。采用分类采购的方法，结合浙江省医用耗材集中采购的成功经验，依据临床实际需求，实现“要什么，采什么”。对于每次药品招标，同通用名下，基药品规与非基药品规同时招标，以防出现价格倒挂、不符合差比价的情况发生；同通用名下，确立基药品规为主流品规，未列入基本药物目录的品规则为非主流品规。对于非主流品规将会被限制使用，未来将逐步边缘化、泡沫化，使其渐渐退出市场。**三是在价格限制上。**区分不同的种类，提出不同的降价要求，实行不同的价格控制。总体上是扶弱抑强、扶低抑高。同时提出“以量换价”的思路，对上一年度采购金额位列前 200 的产品，分别采取 2~5% 的降价措施。**四是在质量分层、药品评审上。**减少质量划分层次，加大竞争力度，实行上下衔接，实现左右联动。**五是在采购主体的变化上。**由浙江省药械采购中心代行采购权，逐步演变为各级医疗机构在浙江省阳光采购平台上自主采购，或组建联合体进行团购，实现真正的“招采合一”。

（责任编辑：杨燕）



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