

# 就医流向视角下的基本药物制度探讨

文 / 奚晨斌 潘杰

## 就医“逆流”和“下沉”现象共存

2009年8月,卫生部、人社部等9部委联合印发《关于建立国家基本药物制度的实施意见》,明确规定实行基本药物制度的地区,政府举办的基层医疗卫生机构全部配备使用基本药物并实行“零差率”销售,同时各地按规定对这些医疗机构进行补助。

保障群众用药安全、减轻患者看病就医的医药费用负担、转变医疗卫生机构“以药补医”机制,是开展实施国家基本药物制度的主要目的。基层医疗机构的药品实行“零差率”销售,如果能有效降低药品费用,就能有效缓解“看病贵”问题。同时,推行基本药物制度,意味着相同的药品在基层医疗机构的价格将低于更高级别的医院,那么低廉的价格可能吸引一些病情不太严重、对价格较敏感的患者到基层医疗机构就医,间接起到正确引导患者就医流向的作用,缓解“看病难”问题。

容易被忽略的是,由于药品直接关乎健康,部分患者较于价格,可能更关心药品的质量、品牌和剂型,如果基本药物目录不能涵盖这些患者需要的药品,这部分患者就会从只销售基本药物的基层医疗机构“逆流”向更高级别的医疗机构,反而对小病、常见病患者“下沉”到基层医疗机构起到反作用。各地在实施基本药物制度后对就医流向造成的不同影响,反映出以上两种机制确实共存:

通过北京市宣武区和山东省潍坊市等地的调研发现,基本药物制度促进了



CFP

患者流向基层医疗机构。宣武区的调查发现,药品“零差率”政策实施后,有29.7%的患者选择从二级及以上医院转诊到社区卫生服务机构,而从社区流向大医院就诊的患者仅占7.2%。潍坊市的调研发现,实施基本药物制度后,通过加强基层卫生机构的规范化建设,提高居民就医可及性,居民在社区卫生机构首诊比例增长了14%。

但在另一些地区的调查发现,基本药物制度实施后,患者到乡镇卫生院等基层医疗机构的就诊比例反而减少。这集中反映在笔者参加成都市医疗体制改革评估的实地调查中,通过实地问卷收集的数据发现,将近30%的患者选择从基层医疗机构转向更高级别的医院,基层医疗机构的收入因此也显著降低。根据访谈,了解到造成就医流向“逆流”

的一些具体原因:首先,一些药物不在基本药物目录内,如急诊抢救药、麻醉药等,导致一些简单手术无法开展;其次,由于用量较少、配送成本高,一些基本药物目录中的药物配备也并不齐全;再次,有些基层医生为了降低医疗风险,拒绝做一些简单的手术,这些原因都导致了县级以上医院的业务量增加,特别是住院量增加迅速,社区基层医疗机构反而门可罗雀。

## 引导就医流向上的不足

针对基本药物制度在具体实施中未能正确引导就医流向的不完善之处,笔者梳理如下:

基本药物制度对药品品种的限制难以满足患者需求。国家2009年公布基层医疗机构使用的基本药物目录,西药205种,中成药102种,合计307种。如果去除计划生育、麻醉、抗艾滋病、抗狂犬病等特殊用药,常用药品仅有200多种,与目前城市基层医疗机构常用药在1000种左右比较,基本药物目录显得“力不从心”。例如,伤风胶囊、天麻素等一些被基层医生常用、也被老百姓认可且价格低廉的常用药,卫生院和村卫生室都未配备,这给医生日常诊疗和患者就诊都带来了极大不便。

虽然政策允许地方根据实际情况动态地增补目录,但调整后的目录还是难以满足很大一部分患者的需求,像很多高血压、糖尿病患者,常常同时患有多种并发症,用药档次较高,但实行基本药物制度后,高血压患者在基层医疗机构只能选择有限的几种降血压药,糖尿病患者只能使用动物源胰岛素。一方

面这些药品疗效低、副作用大，另一方面它们也不能满足患有并发症患者的需求。同时，一些慢性病患者习惯使用某些药品，而这些药品也没有包含在基本药物目录中。以上原因都造成了基层医疗机构部分患者的流失。此外，实施基本药物制度后，因药品种类限制，一些常见手术也无法在乡镇卫生院开展，由此带来的病人流失现象也比较严重。当然，这些患者流向更高级的医疗机构的同时，也加重了患者经济负担。

一些基本药物的价格在省级统一招标后并没有实际降低。基本药物制度要求基层医疗机构“零差率”销售基本药物，但基层医生和群众普遍反映的实际情况是，基本药物制度实施后，药品价格并没有明显下降，部分价格反而上涨。

推行基本药物制度前，基层医疗机构的药品销售不受15%加价率的约束，由基层医疗机构按照市场情况，在不超过国家最高零售价的基础上，自主确定零售价格。零售价与采购价之间的差价归基层医疗机构所有，采购价越低，获取的差价就越多。因此，基层医疗机构会竭力压低采购价。尽管加价率平均可能高达100%，但部分药品的零售价甚至低于统一招标价格。此外，由于基层医疗机构采购药品很少存在返点和回扣现象，其采购价明显低于高级别的医疗机构。基本药物制度改革后，基本药物由省级政府指定机构公开招标采购，并统一配送，将基层医疗机构和更高级别的医疗机构按照统一的政府招标价采购药品，造成相当部分基本药物中标价格明显高于此前基层医疗机构的实际采购价格，极大地损害了基本药物制度发挥利用价格信号促进正确就医流向的作用。

“收支两条线”降低了基层医生的积极性，推诿病人的现象增加。为与“零差率”销售配套，很多地方实行“核定收支、差额补助”，即“收支两条线”的方式，利用财政对基层医疗机构进行补偿。这种补偿方式由于缺乏参照标准无法明确补偿数额，一些地区，特别是

政府财政能力有限的地方，并不能充分对基层医疗机构进行足额补偿，即“收支两条线”实施后，基层医护人员的收入下降，同时由于绩效考核未能有效鼓励“多劳多得”，收入分配出现“大锅饭”状态，导致基层医护人员对提高业务量、增进服务质量动力不足。因此，部分地方的乡镇卫生院的医生为了规避责任，开始推诿病人。

进一步地，由于药品收入减少，个别基层医疗机构甚至出现“诱导”患者进行过度检查等。这种情况对患者到基层就医造成很大的负面影响。同时，患者减少后，基层医院医生的专业技术水平也很难得到进一步提升，这又严重影响了医护队伍的建设，从长期上阻碍患者就医的“下沉”。

#### 如何发挥正确引导效用

基于以上分析，为发挥基本药物制度在正确引导就医流向上的作用，笔者建议如下：

合理确定基本药物目录，保证低价的同时兼顾居民的用药需求。安徽模式的“双信封制度”设置了技术标和商务标双重标准，但是由于技术标门槛较低，无法真正体现药品质量，很容易使得高质量的药品被低质量低价格的药品挤出“信封”，导致“劣币驱逐良币”。如有的地区、社区居民的经济能力较强，他们对常用药质量的要求可能高于对价格要求，那么基本药物制度也不应该把这些人排除在基层医疗制度以外。因此，社区卫生服务机构药品目录的制定应当满足社区治疗常见病、多发病的需要，保证在财政投入加大的基础上进行“零差率”药品种类的动态变化，以体现社区卫生服务机构的价格竞争优势。以需求为导向，运用科学的方法组织相关专家对“零差率”药品目录进行遴选，有效提高“零差率”药品的利用率，尽可能满足大多数居民用药需求，从而将更多原本在大医院就诊取药的患者引向社区，最终实现“小病到社区，大病到医院，康复回社区”的政策目标。

转变现有基层医疗机构的绩效考核机制，完善经费补偿机制。合理设置乡镇卫生院的编制、岗位，建立能进能出和激励有效的人员管理机制，将基层医疗卫生机构定位为提供公共卫生服务，壮大基层专业人员队伍，同时加强和完善内部管理，建立健全以服务质量、工作数量和医德医风为核心的绩效考核制度，抓紧施行有效的、操作性强的绩效工资制度。完善经费补偿机制，合理核算公共卫生和医疗保障经费的预付总额，及时提供财政补贴，激发医务人员的工作热情，切实提高基层医疗机构的运行效率，实现其“健康守门人”的角色，保证基层医疗卫生机构平稳运行和持续发展。

因地制宜引导基本药物制度的实施，适应不同地区发展的需要。基本药物制度的实施在不同地区得到了不同的成绩，原因可能在于各地基本药物制度本身的差别，各地卫生行政部门的执行力的区别，以及各地经济社会发展情况的不同。因此实施基本药物制度改革应该采用更加因地制宜的方式，而不是将一个固定的模式在全国范围内进行机械地推广。

此外，除了以上建议，笔者认为可以考虑结合职工医保、居民医保、新型农村合作医疗三大基本医疗保险对居民就医流向选择的不同影响方式，通过合理设置不同等级医疗机构的报销比例、起付线和封顶线标准，合理引导居民在应对慢性病、常见病和多发病等常规疾病时首选基层医疗机构，解决“看病贵、看病难”问题。同时针对不合理的省级统一招标采购模式，可以考虑通过设计合理的招标流程和规范的制度，杜绝“寻租行为”，充分体现市场机制的引导作用，挤掉药品流通环节的“水分”，实现基本药物的安全、必需、有效、价廉。

作者单位：西南财经大学经济与管理研究院  
西南财经大学公共管理学院