

# 中国医药卫生体制改革正式启动

顾昕\*

**摘要：**2009年，中国政府公布了《关于深化医药卫生体制改革意见》，新医改的主要目标是“建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系”。具体的目标和措施是，扩大现有公立医疗保险的覆盖面、提高政府的补贴水平、提高保障水平、推进医保付费机制的改革、推动医疗机构的治理变革等等。此项改革鼓励地方政府进行试点，力争三年后在总结经验的基础上进一步明确公立医院改革的具体路径。

**关键词：**全民医保 公立医院法人化 基本药物制度

2009年，新一轮医疗卫生体制改革（以下简称“新医改”）正式启动了，这是中国社会经济发展中最为重大的事件之一。4月6日，《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革意见》（中发〔2009〕6号，以下简称《新医改方案》）公布，次日《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011年）》（国发〔2009〕12号，以下简称《近期实施方案》）公布。<sup>†</sup>《新医改方案》提出了一些新的战略构想，为中国医疗卫生事业的改革与发展指出了新的方向。但同时，由于医疗卫生体制改革具有复杂性，在一些老问题尚未得到有效解决的同时还会产生一些新的问题，因此新医改必将面临一系列全新的挑战。如何应对这些挑战，有待中央和地方政府对新医改的各个环节给出更加具有操作性的配套实施方案。新医改究竟将如何落实，在很大程度上取决于各省级政府陆续发布的地方版实施方案。到2009年11月中旬，大约有20个省份陆续公布了各自的新医改实施方案。全国各省新医改实施方案的最终定稿，还要取决于2010年各地两会对有关预算的批准情况。

中央版《新医改方案》以及《近期实施方案》，明确了新医改的一大新方向，即“建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系”，简称“走向全民医保”。这正是以往的医改方案未能突出的地方，具有历史性的进步意义。在2003年之前，中国的医保体系主要限于城镇地区，由公费医疗和城镇职工基本医疗保险（以下简称“城镇职工医保”）组成。公费医疗的覆盖面越来越窄，而城镇职工医保的覆盖面愈来愈广。值得注意的是，尽管现在成为基本医疗保障体系的主干之一，但城镇职工医保的建立，一开始是为国企改革服务，为经济体制改革服务。这是一种比较狭窄的思维。至少在2000年之前，社会发展在中国公共政策的谱系中并没有独立的地位，而是从属于、依附于经济发展的内在要求。

自2003年以来，这种经济主导型的发展观慢慢被打破了。“促民生”成为中国政府新的施政纲领；社会保障体系的建设，成为“促民生”的核心之一。由此，中国的发展有了双轨道，社会发展与经济发展并驾齐驱。在医疗保障方面，作为政府补贴的公立自愿性医疗保险，新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）和城镇居民基本医疗保险（以下简称“城镇居民医保”）陆续建立起来。《新医改方案》所明确的全民医保原则，不仅仅是促进新医改的新原则，而且也是推进

---

\* 顾昕，北京大学政府管理学院教授。

<sup>†</sup>参见卫生部网站：<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohzcfgs/s7846/200904/39847.htm>。本文中引用“新医改方案”中的内容，不再注明其出处。

整个社会经济发展的新原则。正是在这一点上，《新医改方案》具有超越医疗卫生体制改革的深远意涵。

新医改方案从起草到征求意见再到修改发布，历经两年半的时间，决策过程不可谓不慎重。医疗卫生体制改革涉及面极广、专业性很强。就这样一种公共政策展开全国范围内的公开讨论和征求意见，这在中国是前所未有的，其进步意义值得肯定。更何況，在《新医改方案》的定稿过程中，决策部门吸纳了来自社会各界的好意见，为新医改注入了新的气息。据初步考察，《新医改方案》的定稿与征求意见稿之间，有 130 多处修改，其中多处修改超越了文字修饰，具有实质性的意涵。

## 一、全民医保的新探索

《新医改方案》中最为清楚的部分，当属有关医疗保障体系的论述。就医疗保障体系的健全而言，《新医改方案》无论在抽象的理念上还是在具体的措施上，都取得了实质性的突破。事实上，全民医保已经不仅仅是纸上的方案，而是正在变成现实。通向全民医保的轨道已经铺就，接下来的挑战是把轨道保养好并且适时更新换代；同时，全民医保列车的服务品质也要提高。根据《新医改方案》，健全医疗保障体系需要在如下四个方面进行积极的探索。

第一，**拓展医保覆盖面**。新医改的《近期实施方案》明确，到 2011 年，基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民；具体而言，城镇职工医保、城镇居民医保和新农合的参保率都要提高到 90% 以上。

随着城镇职工医保的巩固和城镇居民医保的启动，到 2008 年底，城镇基本医疗保障体系的覆盖率已经达到了 52.2%。另外，在城镇地区，少数人（包括公务员、行政部门职工和一些离退休者）依然享受公费医疗，另有一些人参加了各种各样的商业医疗保险，两者相加估计占城镇人口的 10% 左右。因此，城镇地区居民的医疗保障覆盖率，在 2008 年第一次突破了 60% 的大关。<sup>\*</sup>到 2008 年底，全国参加新农合人口达到 8.15 亿，已经超过了当年农村居民人口总数 7.21 亿，开始逼近农业户籍人口总数 8.82 亿。<sup>†</sup>

在 3 年内实现全民医保的新医改目标，在农村地区似乎并不困难，难点和关键在于城镇地区。随着城市化的不断推进，城镇居民人口在未来 3 年一定会突破 6 亿人，有可能在 2011 年达到 7 亿人。2007 年，城镇地区的就业人口为 2.9 亿，未来有可能会在 3.5 亿-4.0 亿之间。因此，分别面向就业人口和非工作人群的城镇职工医保和城镇居民医保，均面临着拓展覆盖面的严峻挑战。城镇居民医保必须要突破自愿性医疗保险所面临的“逆向选择”困境，而城镇职工医保则必须要解决民营企业逃避雇主社会保险缴费责任的问题。要在 3 年内实现城镇基本医疗保障体系 90% 的覆盖率目标，恐怕要各级政府付出极其艰苦的努力。如果中央政府和党的组织部门将基本医疗保障体系覆盖率作为地方政府官员政绩考核的重要指标之一，基本医疗保障体系覆盖率的拓展将得到保障。

第二，**提高筹资水平**。除了拓展覆盖面之外，健全基本医疗保障体系的另一个重要方面是提高筹资水平。只有筹资水平足够高，方能实现看病治病时医保机构付大头、参保者付小头的医疗保障目标。要提高筹资水平，关键在于公共财政

---

<sup>\*</sup> 中华人民共和国卫生部编，《2009 中国卫生统计年鉴》。北京：中国协和医科大学出版社，2009，第 348、353 页。

<sup>†</sup> 中华人民共和国卫生部编，《2009 中国卫生统计年鉴》。北京：中国协和医科大学出版社，2009，第 347、353 页。

“补需方”，即政府提供补贴，帮助民众参加公立医疗保险。<sup>\*</sup>《新医改方案》提出，“中央政府和地方政府都要增加对卫生的投入，并兼顾供给方和需求方”。“补需方”是以往政府所忽略的，因此“补需方”原则的确立，正是《新医改方案》之新的所在。

更为可贵的是，“补需方”已经不仅仅停留在纸面上，而且落实在具体的实施之中。财政部副部长王军在有关新医改的新闻发布会上宣布，在未来的3年中，各级政府将新增预算开支8500亿元，用于推进五项新医改，其中2/3用于“补需方”。<sup>†</sup>这是一项前所未有的公共财政新政。无论从何种角度来看，都意义非凡。8500亿元的2/3，多达5666亿元。这是一笔巨款，将主要投入到两个领域：其一是公共卫生服务体系；其二是医疗保障体系。具体而言，《新医改方案》提出：

1. 从2009年开始，依照每人15元标准，新增公共卫生服务支出，并很快增加到每人20元，用于疾病预防控制、妇幼保健、环境卫生、健康促进等公共卫生服务。

2. “进一步完善城镇职工基本医疗保险制度，加快覆盖就业人口，重点解决国有关闭破产企业、困难企业职工和退休人员，以及非公有制经济组织从业人员和灵活就业人员的基本医疗保险问题。”在5666亿元的巨款中，相当大的一部分将用来为关闭、破产、困难国有企业的职工和退休人员支付未来十年的医保缴费，一次性解决历史遗留问题。

3. 提高城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的政府补贴水平，从每人最低80元提高到120元。在很多地方，政府补贴水平早已超过了80元，甚至超过了120元，今后还会进一步提高。

4. 巩固和发展城乡医疗救助体系，为低收入者参加各种公立医疗保险埋单，同时为他们无力负担的医药费用自付部分提供援助。

所有这一切，都将使老百姓直接受惠。

第三，提高保障水平。随着医保筹资水平的提高，如何确保参保者获得适当的医疗保障，亦即如何把医保基金的钱花在患病的参保者身上，至关重要。目前，基本医疗保障体系的保障水平不高。各类医保基金支付的总额占医疗机构业务收入的比重依然不高，到2008年也不足四成（参见表1）。这就是说，参保者看病治病时仅有四成弱的医药费用由基本医疗保障体系来支付。这个比例至少要变成七成，基本医疗保障体系才能切实发挥其应有的作用。

表1：基本医疗保障体系的支付水平，2004-2008年，单位：亿元、百分比

	城镇职工医保基金支出	城镇居民医保基金支出	新农合基金支出	公费医疗支出	基本医疗保障体系支出总额	医疗机构的业务收入	医保支付所占的比重
2004	862.2		26.4	323.5	1212.0	4194.7	28.9%
2005	1078.7		61.8	374.3	1514.8	4694.9	32.3%
2006	1276.7		155.8	374.6	1807.1	5196.9	34.8%
2007	1561.8	10.1	346.6	376.0	2294.5	7016.3	32.7%
2008	2019.7	63.9	662.3	378.0	3123.9	8181.4	38.2%

<sup>\*</sup> 顾昕、高梦滔、姚洋，《诊断与处方：直面中国医疗体制改革》。北京：社会科学文献出版社，2006。

<sup>†</sup> 参见李雨思，“财政部副部长王军详解8500亿医改投入如何花”，载中国经济网，[http://www.ce.cn/cyssc/newmain/s/zyy/200904/08/t20090408\\_18739568.shtml](http://www.ce.cn/cyssc/newmain/s/zyy/200904/08/t20090408_18739568.shtml)

资料来源：《中国统计年鉴》，2009年，第941、945页；《中国劳动统计年鉴》，2008年，第516页；《中国卫生统计年鉴》，2005年，第98、100页；2006年，第100、102页；2007年，第98、100页；2008年，第92-93、335-336页；2009年，第347-348页。

基本医疗保障体系保障水平不高的根本原因在于筹资水平较低。但是，目前普遍存在的一个问题是，很多地方城乡医保基金的结余额过高，导致参保者在现有的筹资水平上无法享受到本来应该享受的医疗保障。对此，《近期实施方案》提出了如下具体的改革措施：“各类医保基金要坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则。合理控制城镇职工医保基金、城镇居民医保基金的年度结余和累计结余，结余过多的地方要采取提高保障水平等办法，把结余逐步降到合理水平。新农合统筹基金当年结余率原则上控制在15%以内，累计结余不超过当年统筹基金的25%。”

就全国而言，新农合基金每年都有一定的结余，结余率还很高。但可喜的是，在过去的若干年内，新农合基金当年结余率逐年下降，2004年是40.3%，到2008年已经下降到了15.6%（参见表2），累计结余相当于当年筹措资金的25.4%，非常接近新医改《近期实施方案》提出的指标。

**表 2：农村新型合作医疗基金的收支情况，2004-2008 年，单位：亿元、百分比**

	基金收入	基金支出	当年结余	当年结余率	累计结余	累计结余相当于当年筹措资金的比重
<b>2004</b>	44.2	26.4	17.8	40.3%	17.8	40.3%
<b>2005</b>	82.5	61.8	20.7	25.1%	38.5	46.7%
<b>2006</b>	211.1	155.8	55.3	26.2%	76.0	36.0%
<b>2007</b>	423.3	346.6	76.6	18.1%	131.9	31.2%
<b>2008</b>	784.6	662.3	122.3	15.6%	198.9	25.4%

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2009年，第347页；卫生部卫生经济研究所编，《2008中国卫生总费用研究报告》，北京：卫生部卫生经济研究所，2008年12月，第13、26页。

2007年，城镇居民医保基金收入为43.0亿元，但支出仅仅10.1亿元，不足1/4，当年结余占当年收入的比重高达76.5%。有一半儿省份当年没有支出，唯有广东的当年结余率低于15%。由于城镇居民医保自2007年下半年才开始试点，因此在基金结余控制上出现一些问题在所难免。2008年，城镇居民医保基金的结余水平大幅度下降，为39.9%。\*尽管如此，其结余率依然相当高，不仅高于新农合的基金结余率，而且也高于城镇职工医保的基金结余率。总而言之，城镇居民医保基金结余的控制，还有很大的改善空间。

历史最为悠久的城镇职工医保基金结余率普遍较高。到2008年底，全国城镇职工医保基金的累计结余额高达3303.6亿元。这是一笔巨款。当年，城镇职工医保基金的支出仅为2019.7亿元，也就是平均每月支出168.3亿元。†依照这一支出水平，哪怕暂缓城镇职工医保的缴费，这一保险基金累计结余额可以支付19.6个月。

公立医疗保险基金的钱，取之于民，应该用之于民。大量的医保基金沉淀下来，是极大的浪费。无论是从目前“扩内需、保增长、调结构、重民生”的短期

\* 来自人力资源与社会保障部的数据，即将在《中国劳动统计年鉴》中公布。

† 中华人民共和国统计局编，《2009中国统计年鉴》，北京：中国统计出版社，2009年，第945页。

需求来看，还是从健全医疗保障体系的长期目标来看，降低城乡医保基金的结余率，都是当前医保改革的重要工作之一，刻不容缓。《新医改方案》提出了改革意见——积极探索合理的结余水平，并适当调整结余率。这是新医改的新亮点之一。

第四，厘清医保机构的定位。随着医保基金筹资水平与支付水平的提高，医保机构拥有了强大的团购能力，理论上有可能代表参保人的利益，以团购者的身份，为参保者购买医药服务。但是，医保机构如何购买更好的医药服务呢？说白了，就是怎么“花钱”的问题。这是未来全民医保改革面临的一项全新挑战。

医保机构扮演医药服务购买者的角色，的确载入了《新医改方案》。可是，对于这一角色的演出剧本，《新医改方案》没有集中论述，而是分散在关于其他议题的论述之中，显得非常零散。要说明医保机构扮演医药服务购买者的角色，必须要依次说明白如下三件事情。

其一，购买内容。关于这一点，《新医改方案》第六条中写道：“从重点保障大病起步，逐步向门诊小病延伸”。这意味着，在未来的3年内，基本医疗保障体系的支付将覆盖各类医疗服务。探索门诊服务的覆盖，是基本医疗保障体系未来3年的发展重点之一。

其二，买卖双方的谈判机制。关于这一点，《新医改方案》第十一条中写道：“积极探索建立医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制，发挥医疗保障对医疗服务和药品费用的制约作用。”

其三，支付方式的选择。关于这一点，《新医改方案》第十二条中写道：“强化医疗保障对医疗服务的监控作用，完善支付制度，积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式，建立激励与惩戒并重的有效约束机制。”

由此可见，关于医保机构购买医药服务的重要环节，《新医改方案》都有所论及，但是其支离破碎的论述方式有损于其指导意义的充分实现。

其中，最为重要的改革就是如何付费。付费者可以引导收费者，因此医保机构作为团购者理应有办法让医疗机构成为正常的市场主体，即具有强烈的性价比意识，针对患者的具体病情，合理诊疗，合理用药。在全民医保的情形下，如果医疗机构不合理诊疗、用药的情形依然故我，那么主要的问题出在医保机构的付费环节。

医保付费是一门学问，医保机构作为参保者的经纪人，有责任运用这些专业化的付费方式，来约束医疗机构的行为。不同的付费方式，有不同的好处和坏处，适用于不同类型的医药服务。因此，医保付费方式不应该是单一的，而应该是多种付费方式的组合。具体如何组合，要取决于各地的医疗服务内容和价格，是由各地的医保和医疗机构进行谈判的结果，绝不可能由上级政府实施一刀切。

在我国，医保经办如何走向专业化，医保机构如何同医疗机构进行谈判，医保机构自身如何实现良好的治理，这些都是新医改面临的挑战，亟待各地积极探索。

## 二、公立医疗机构法人化还是行政化？

如果说医保改革是解决“看病贵”问题的钥匙，那么缓解“看病难”问题的关键是医疗服务体系的改革。由于公立医院在中国的医疗服务体系中占据主导地位，因此医疗服务改革的核心是公立医院的改革。然而，同医保改革方向与措施的明确性相比，《新医改方案》在公立医院的改革上却出现了两种思路并存的现象。一种思路是公立医院走向法人化，另一种思路是公立医院回归行政化。

首先，《新医改方案》的“指导思想”这一部分（第一条），重申了胡锦涛总书记在中共十七大报告中提出的“四分开”原则，即“实行政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开。”其中，“管办分开”是公立医院改革的核心。即让公立医院同各级卫生行政部门脱离行政隶属关系，“落实公立医院独立法人地位”（《新医改方案》第八条）。在实行政治脱钩之后，公立医疗卫生机构只有大小之分，有名无名之分，专科与综合之分，而不再拥有行政级别。在行政脱钩之后，最为重要就是“建立和完善医院法人治理结构”（《新医改方案》第九条）。理事会是法人治理结构的核心，由医院的所有重要利益相关者代表（包括出资方、医护人员、消费者或社区代表等）组成。由于公立医院是政府出资建立的，政府当然可以派理事进入其理事会。医院的管理人员尤其是院长，由理事会选聘并且向理事会负责。对于广大的医护人员来说，公立医院法人化有一个莫大的好处，就是让他们合理合法地成为高收入者。医护人员（尤其是医生）成为自由职业者，一旦受聘，他们便成为医院的全职或兼职员工；兼职者自然可以多点执业。在法人化的制度框架中，医院的院长和高管成为职业经理人。医生们靠医术、院长们靠管理获得体面的收入，“以药养医”、“收红包”“拿回扣”等事情就会大幅度减少。

公立医院法人化了，它们如何发展，要不要壮大，是其战略管理的重要内容，将由理事会自主决策。其中，要不要引入社会资本，引入多少，从什么渠道引入，引入之后派什么用场，恰恰是公立医院理事会战略决策的内容。当然，由于公立医院理事会中有政府部门派出的理事，有关政府对于公立医院引入社会资本的决策可以施加举足轻重的影响。

毫无疑问，法人化将为公立医疗机构带来翻天覆地的变化，既解放了医院，也解放了医生。当然，由于旧体制的遗产以及现行制度的制约，公立医院法人化改革之路异常艰难。一个行政化 + 商业化的事业单位体系，如何走上法人化 + 市场化的规范之路，依然混沌不清。本来，《新医改方案》明确了公立医院的改革原则，即推动公立医院走向法人化。但是，正如中国的很多改革一样，原则“明确”，措施缺失。关于公立医院的改革，新医改《近期实施方案》的基调是鼓励地方政府进行试点，力争3年后在总结经验的基础上再明确公立医院改革的具体路径。由于中央版《新医改方案》在这一点上含糊其辞，许多省份推出的新医改实施方案也没有给出公立医院改革的明确方向和具体路径。

### 三、药品供应保障体系中政府与市场的作用

新医改面临的一项大挑战就是药品政策的制定。根据《新医改方案》第七条，“建立健全药品供应保障体系”是新医改的重要目标之一，而国家基本药物制度的健全是药品供应保障体系的基础。如何界定药品供应保障体系中政府与市场的作用，是这项大挑战的核心。如何应对这一挑战，不但会影响到医疗服务业的发展，而且还对医药产业的发展产生至关重要的影响。

实际上，中国是一个药品生产大国，成千上万种药品均可在中国生产并且上市，因此药品供应保障本不应成问题。问题在于，一大批实力不强的企业混迹于医药生产和流通领域，而有实力的企业在做大做强道路上屡屡遭受非市场性阻碍，其结果就是大量质量并不高但价格不菲的药品充斥于市场。中国药品生产、流通和消费的市场化是高度扭曲的，无法形成优胜劣汰的局面。更为重要的是，在占据着药品消费市场终端70-80%份额的公立医院中，出现了“药价虚高”的情形：公立医院高价进货、高价销售，导致公立医院药房中的药品价格远高于周

围零售药店。毫无疑问，这种荒谬的情形引发了药品消费者的愤怒。老百姓并不了解医药费用的高低究竟是否合理；但是，同一种药，明明相对便宜的药品唾手可得，可公立医院的药价却居高不下。

所有这一切的根源在于公立医院的“以药养医”，即公立医院的主要收入来源之一是卖药，占四成多（参见表 3）。由于公立医院并不认真关注药品的性价比，反而会采购一些疗效一般、但价格昂贵的药品。一些实力不强的医药生产企业可以通过花样百出的商业贿赂推销其质量一般但价格偏贵的药品，而那些实力不强的医药流通企业也能在医院登堂入室，反正医院不在乎流通渠道过多。由于公立医院具有某种垄断地位，即便其药品价格偏贵，患者也无可奈何。

表 3：公立医院的收入来源，2003-2008 年，单位：亿元、百分比

	收入总额	医疗收入		药品收入		其他收入		政府拨款	
		金额	占比	金额	占比	金额	占比	金额	占比
2003	2549.22	1149.01	45.1%	1107.19	43.4%	68.72	2.7%	224.30	8.8%
2004	3339.78	1490.47	44.6%	1347.28	40.3%	74.62	2.2%	427.40	12.8%
2005	3700.64	1758.09	47.5%	1591.82	43.0%	77.73	2.1%	272.99	7.4%
2006	4029.58	1949.88	48.4%	1664.17	41.3%	77.50	1.9%	338.03	8.4%
2007	4902.23	2378.42	48.5%	2023.47	41.3%	83.54	1.7%	416.81	8.5%
2008	6090.22	2914.20	47.9%	2563.98	42.1%	101.81	1.7%	510.24	8.4%

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2004 年，第 85 页；2005 年，第 100 页；2006 年，第 102 页；2007 年，第 100 页；2008 年，第 93 页；2009 年，第 93 页。

面对这一问题，无论是公众、媒体还是政府，大多把责任归咎于医护人员的医德不佳，也有很多人归咎于医药产业的社会责任感薄弱，总之是诉诸于道德大批判。更有甚者，有些人将中国药品市场的种种乱象归咎于市场化本身，冀望于取消市场化、实施政府全方位的控制来解决问题。

其实，公立医院以高价采购、高价出售的怪异方式出现在药品市场上，归根结底，是政府的两项管制不当。其一，由于沿袭着计划经济的遗产，政府对医疗服务实施严格的低价管制，造成了拿手术刀不如拿剃头刀的格局，迫使医生们变成专业药品推销员。其二，政府规定了药品销售利润率的最高限额，即 15%，这样一来，公立医院在采购药品时自然不会考虑药品的性价比，而是尽可能更多地采购价格偏高的药品。

正是上述两项不当的政府管制，导致了公立医院的“药价虚高”。为了应对“药价虚高”，政府的诊断结果却是“流通环节过多”，于是头痛医头、脚疼医脚，对药品流通环节进行干预，在各地推出了药品集中招标制度。需要指出的是，所谓“药品集中招标”并不是药品集中采购。各地的招标中介机构，对市场上流通的药品进行二次筛选，为公立医院的药品采购设立了“二次市场准入”。具体的药品采购者依然是各家医院；在中标的药品种类及其中标价之下，各家医院才是具体采购量和采购价的真正决定者。由于政府对医疗服务价格的管制和药品销售利润率的管制依然故我，公立医院大多倾向于大量采购高价中标的药品种类，而低价中标的药品种类采购量相对偏低。对于低价标药品的生产企业来说，价格已经很低了，而采购量又上不去，因此自然会降低甚至丧失继续生产的积极性。因此，这类企业的理性选择只有两种：其一是退出药品的高端市场（即医院），转而去开拓低端市场，即零售药店和农村；其二是来年转战其他地方的药品集中招

标，争取以相对较高的价格中标。于是，用行内的话来说，“低价标”最终大多会“流标”。

毫无疑问，如果不根治“以药养医”，那么无论是全民医保，还是公立医院法人化，都无法让患者获得相对来说物美价廉的药品。如何根除“以药养医”之害呢？《新医改方案》提出了两条思路：其一是药品零差率政策；其二是改革基本药物制度。

药品零差率没有取消政府的不当管制，只是把药品最高加成从15%变成0%。医疗机构没有了药品加成收入，一定要从其他地方补回来，一切都没有变。

改革基本药物制度是第二项措施，其主要目标同样是治理药价虚高。但是，《新医改方案》对于基本药物制度的基本制度框架，并没有给出清楚的描绘。2009年8月18日，卫生部等9部委发布了《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）》，正式启动了国家基本药物制度建设工作。同时，《国家基本药物目录（基层医疗卫生机构配备使用部分）》（2009版）（以下简称《国家基本药物目录（基层版）》）正式公布，包括化学药品和生物制品205种、中成药102个品种，共307个药物品种，以及一些中药饮片。卫生部就此公布了第69号“卫生部令”，明确这一版基本药物目录自2009年9月21日起施行。

目前，基本药物的遴选以及基本药物目录版的编订，依然在不透明的情况下进行之中。基层版的目录已经发布，而面向公立医院的非基层版目录依然笼罩在重重迷雾之中。医保用药目录正在更新的过程之中，两类目录的关系不清不白。基本药物制度的购买和配送（即流通环节）采取集中招标。但是，现有药品集中招标制度并不限于基本药物，甚至也不限于医保可报销药品，而是适用于在公立医院中销售的大多数药品。在这样的情形下，基本药物的集中招标与非基本药物的集中招标究竟有什么制度上的差异呢？如果差异不大，即便就基本药物单独设立集中招标的体系，也不会产生任何实质性的差异。最后，药品的使用也非常重要。《新医改方案》规定：“城乡基层医疗卫生机构应全部配备、使用基本药物”。这其中，“全部配备、使用”究竟是什么意思？这样的措辞可有两种解释：其一是只能使用（销售）基本药物；其二应全部备齐基本药物，不能缺货，但也可以使用（销售）其他药品。究竟哪一种解释能成为政策，目前尚不清楚。至于“其他各类医疗机构也要将基本药物作为首选药物并确定使用比例”，关键在于比例的高低如何制定。定高了，那将极大地限制医疗机构以及患者的用药选择权，会引起广泛的反弹；定低了，那就没有实质意义，因为公立医院正在大量使用基本药物。

综上所述，由于对“药价虚高”的病症未诊断清楚，《新医改方案》两味新药（即药品零差率和基本药物制度）的疗效不容乐观。更为严重的是，两味新药尚未下服，已经在各地的医疗机构和医药企业中引起了广泛的关注和混乱。很多人对《新医改方案》翘首以盼但又忐忑不安，主要就在于药品政策的不确定性。

（作者单位：北京大学政府管理学院）

文章来源：《2010年社会蓝皮书》

中国社会学网 [www.sociology.cass.cn](http://www.sociology.cass.cn)