

# 国家基本药物制度实施对“靶心式”城市基层医疗卫生机构运营情况的影响调查——以成都市为例<sup>△</sup>

童峰<sup>1\*</sup>, 刘金华<sup>2#</sup> (1. 四川外国语大学社会学系, 重庆 400031; 2. 四川省社会科学院经济研究所, 成都 610072)

中图分类号 R195;R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2016)12-1588-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.12.02

**摘要** 目的:为进一步完善国家基本药物制度提供参考。方法:以“靶心式”城市成都市为例,基于城市圈层视角,通过定量数据统计和定性访谈方法对当地基层医疗卫生机构国家基本药物制度实施过程中存在的问题进行分析,并提出应对策略。结果:从定量数据来看,成都市每千人城市人口医疗人员人数配比和每10万服务人口拥有基层医疗卫生机构数量一圈层均最少;2010—2012年,成都市基层医疗卫生机构门诊人次和住院床日分别增长109万人和16万床日,其中一圈层增幅最大,二、三圈层有增有减;每门诊人次和住院人次药品费用分别下降4元和109元,药占比下降6.7%,其中一圈层有所上升,而二、三圈层有不同程度下降。从定性访谈来看,基层医疗卫生机构服务能力作用增强,但仍不能满足服务量需求,尤其靠近中心城区的一圈层基层医疗卫生机构的压力仍然很重;药品费用得到控制,但补贴力度有待夯实,一圈层的人均药品费用居高不下;药品收入与药占比得到抑制,尤其二、三圈层降幅明显,但收入降低可能制约发展。结论:建议更针对性地扩充药品以满足服务需求,更精细化地完善支持政策以夯实补贴力度,更全面地提升医疗条件以保障机构发展。

**关键词** 国家基本药物制度;“靶心式”城市;圈层;成都市;基层医疗卫生机构;运营情况;调查

## Effect of the Implementation of National Essential Medicine System on the Operation of Primary Health Care Institutions in “Bull’s-eye” City-Taking Chengdu as An Example

TONG Feng<sup>1</sup>, LIU Jinhua<sup>2</sup> (1. Dept. of Sociology, Sichuan International Studies University, Chongqing 400031, China; 2. Institute of Economics, Sichuan Academy of Social Sciences, Chengdu 610072, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To provide reference for the further improvement of national essential medicines system. METHODS: Taking the “Bull’s-eye” city Chengdu as an example, based on the trading areas, the existing problems in implementing essential medicine system were analyzed by qualitative and quantitative research methods, and countermeasures were put forward. RESULTS: From the point of view of quantitative data, the first level trading areas of both proportions of medical personnel per thousand urban population and numbers of primary medical and health institutions per 100 thousands population in Chengdu were the lowest. From 2010 to 2012, the outpatient and inpatients increased 1.09 million people and 0.16 million beds per day in Chengdu primary health care institutions, the largest increase in the first level trading areas, and increase and decrease in the second and third level trading areas; outpatient and inpatient drug costs fell respectively 4 yuan and 109 yuan, medicine proportion declined 6.7%, increase in the first level trading areas, and decreased to varying degrees in the second and third level trading areas. From the point of view of qualitative interviews, the service ability got enhancement, but still could not meet the services demand, especially the pressure in the first level trading areas near center district remains heavy; drug cost was under controlled, but the subsidies needs to be increased, the per capita drug costs in the first level trading areas remains high; the drug income and medicine proportion were inhibited, especially the significant fell in the second and third level area, but the decrease of income may restrict development. CONCLUSIONS: It is suggested that more targeted drugs are needed for meeting the services demand, more sophisticated policy are needed for improving the subsidies, and more comprehensive medical conditions are needed for ensuring institutions’ development.

**KEYWORDS** National essential medicine system; The “Bull’s-eye” city; Trading area; Chengdu; Primary health care institution; Operation; Survey

基本药物是世界卫生组织(WHO)在1977年提出的概念,特指那些满足人群优先和基本卫生保健需要的药品。其旨在帮助发展中国家有效地利用相对短缺的卫生资源,挑选出最

短缺、最急需、最符合本国医疗保健的药品<sup>[1]</sup>。为了不断深化医药卫生体制改革,努力满足群众的基本卫生服务需求,2009年国家决定在基层医疗卫生机构推行国家基本药物制度(以下简称“基药制度”),实行基本药物零差率销售。该政策旨在促使基层医疗卫生机构在国家基本药物目录范围内的药品以购进价格销售给辖区内的患者,取消药品加价。目录范围内的药品由政府统一招标采购、统一配送,药品加价部分由政府根据财力适度补偿,目的是降低基本药物的价格,直接减轻群

<sup>△</sup> 基金项目:四川外国语大学年度科研项目(No.sisu201541)

\* 讲师。研究方向:社会保障与循证管理。电话:023-65336130。E-mail:viptom@foxmail.com

# 通信作者:副研究员,博士后。研究方向:老年学。电话:028-87019309。E-mail:113993552@qq.com

众医药费用负担,规范合理用药,避免大处方,吸引患者“小病、康复回基层,大病、专科到医院”<sup>[2]</sup>。通过文献检索发现,有关研究成果多从药品流通、行政监管和市场化等方面对基药制度实施进行研究<sup>[3]</sup>,或是基于乡镇卫生院的调研<sup>[4]</sup>,缺乏以城市发展类型为背景对其基层医疗卫生机构运营情况的综合分析。而基药制度实施对于“多中心式”城市和“靶心式”城市的基层医疗卫生机构的运营情况的影响可能会呈现出一定差异性,且其同类发展模式的城市中也应当会存在一些共通性的经验。因此,本文基于城市圈层概念,以“靶心式”发展模式的城市成都市为研究对象,探讨基药制度实施对“靶心式”城市不同区域基层医疗卫生机构运营情况的影响。

## 1 资料与方法

我国多数城市参考北京靶心发展模式,按照人口和经济密度的不同,将城市从内至外划分为不同圈层,成都市亦由内向外分为3个圈层<sup>[5]</sup>。根据成都市发改委2012年出台的《关于促进全域成都“三圈一体”融合发展的若干意见》,3个圈层依据地理位置由内向外划分为:心五城区(武侯区、青羊区、锦江区、成华区、金牛区加高新区)为一圈层;新都区、青白江区、龙泉驿区、温江区、郫县、双流县为二圈层;剩余的彭州市、都江堰市、大邑县、邛崃市、崇州市、新津县、蒲江县、金堂县为三圈层。

成都市按照国家医疗卫生体制改革的统一部署,逐步在所辖各区(市、县)卫生系统推广基药制度,2011年8月底前,在部分区(市、县)各选择2~3家基层医疗卫生机构进行统一试点,2011年10月在效果评估的基础上,扩大试点范围,2011年底全市全面推开,2012年6月,基本构建起基层公益性医疗卫生服务体系。截至2012年底,除一些村卫生站外,成都市已在全市3个圈层的所有基层医疗卫生机构全面铺开,统一执行基药制度。然而,不同城市圈层,人口、经济和社会等因素各异,医疗需求也大相径庭,基药制度能否满足在不同圈层市民的需求?其运行机制能否适应当地的经济社会情况?基药制度运行在不同圈层会有怎样的不同效果?基于以上种种问题,笔者以成都市基层医疗卫生机构2010—2012年度统计数据为基础,运用Excel进行数据分析,对这三年间成都市各基层医疗卫生机构服务能力与服务量、药品费用和收入结构三大类数据进行定量分析。定性资料的收集主要通过个人深入访谈和座谈,一是在3个圈层中各选取一个具有代表性的区(市、县)卫生局负责人以及抽样机构的负责人进行深入访谈,涉及温江区卫生局、邛崃市卫生局、成都市卫生局;二是在各圈层中开展医务工作人员(每个机构10~15人,共计82人)座谈,了解其对基药制度的看法以及基本药物的使用情况等,涉及一圈层3个(锦江区书院街社区医院、草堂社区卫生服务中心、金牛区九里堤北社区服务中心),二圈层2个(温江区柳城社区卫生服务中心、金马镇中心卫生院),三圈层2个(固驿镇卫生院、五津社区卫生服务中心)。

## 2 结果

### 2.1 基于定量分析的结果

#### 2.1.1 服务能力与服务量 从基层医疗卫生机构的服务能力

来看,其在岗职工总量大,但分布不均。成都市共有基层医疗卫生机构317个,其中二、三圈层的邛崃市、崇州市和双流县拥有个数最多,分别为26、26和24个。2011年,成都市基层医疗卫生机构共有18750名在岗职工,二、三圈层职工绝对数较多,其中双流、都江堰和郫县拥有在岗职工最多,分别为1759、1392和1350人。在基层医疗卫生机构和人口配比方面,我国每千人城市人口的医疗人员人数是1.47人<sup>[6]</sup>,而成都市为1.53人,基本满足配比,但一圈层的配比最少。在每10万服务人口拥有基层医疗卫生机构数量方面,成都市每10万服务人口拥有2.58个基层医疗卫生机构。在成都20个区(市、县)中,每10万服务人口拥有基层医疗卫生机构个数最多的区(市、县)是三圈层的蒲江县、邛崃县和新津县,分别为5.25、4.24和4.22个;相比之下,一圈层的金牛区拥有基层医疗卫生机构个数最少,仅为1.1个。另外,每千人口的医疗人员数最多的为二圈层的郫县(2.59个),最少为武侯区(0.65个)。可以看出一圈层普遍压力较大,二、三圈层压力相对较小。成都市各圈层基层医疗卫生机构基本情况见表1。

表1 成都市各圈层基层医疗卫生机构基本情况

Tab 1 General information of primary health care institutions in different levels of trading areas in Chengdu

| 地区  | 基层医疗卫生机构数,个 | 在岗职工,人 | 辖区常住人口,人   | 每10万人口的机构数,个 | 每千人口的医疗人员数,人 |      |
|-----|-------------|--------|------------|--------------|--------------|------|
| 一圈层 | 锦江区         | 8      | 507        | 411 414      | 1.94         | 1.23 |
|     | 青羊区         | 10     | 1 055      | 781 400      | 1.28         | 1.35 |
|     | 武侯区         | 12     | 709        | 1 083 833    | 1.11         | 0.65 |
|     | 成华区         | 14     | 1 232      | 822 814      | 1.70         | 1.50 |
|     | 金牛区         | 12     | 1 065      | 1 086 994    | 1.10         | 0.98 |
|     | 高新区         | 6      | 546        | 553 425      | 1.08         | 0.99 |
| 二圈层 | 温江区         | 11     | 652        | 364 900      | 3.01         | 1.79 |
|     | 龙泉驿         | 15     | 884        | 592 334      | 2.53         | 1.49 |
|     | 新都区         | 16     | 905        | 644 110      | 2.48         | 1.41 |
|     | 青白江         | 11     | 637        | 406 800      | 2.70         | 1.57 |
|     | 双流县         | 24     | 1 759      | 919 999      | 2.61         | 1.91 |
|     | 郫县          | 13     | 1 350      | 521 800      | 2.49         | 2.59 |
| 三圈层 | 新津县         | 13     | 632        | 307 757      | 4.22         | 2.05 |
|     | 大邑县         | 20     | 662        | 524 288      | 3.81         | 1.26 |
|     | 蒲江县         | 14     | 525        | 266 516      | 5.25         | 1.97 |
|     | 金堂县         | 23     | 1 126      | 963 517      | 2.39         | 1.17 |
|     | 邛崃市         | 26     | 882        | 612 753      | 4.24         | 1.44 |
|     | 崇州市         | 26     | 976        | 674 094      | 3.86         | 1.45 |
|     | 彭州市         | 21     | 1 254      | 768 900      | 2.73         | 1.63 |
| 都江堰 | 22          | 1 392  | 636 200    | 3.46         | 2.19         |      |
| 合计  | 317         | 18 750 | 12 943 848 | 2.45         | 1.45         |      |

从基层医疗卫生机构的服务量来看,实施基药制度以来,成都市基层医疗卫生机构门诊人次总体增长明显,2012年达到1574万人次,较实施基药制度前的2010年增加109万人次,其中一圈层增幅最大,平均增幅为25%左右;二圈层较2010年增长约5%;三圈层较2010年下降约6%,其中仅有金堂县和蒲江县出现了增长的情况。另外,成都市基层医疗卫生机构住院床日总体小幅增加,各圈层变化有所差异。2012年总体住院床日达到318万床日,较实施基药制度前的2010年增加约16万床日。就一圈层而言,除成华区外,其他各区基层医疗卫生机构住院床日较2010年都有所增加,且每年增加

幅度明显。就二圈层而言,除温江区外,其他各区基层医疗卫生机构住院床日较2010年都有增有减。就三圈层而言,除崇州市和都江堰外,其他各区(市、县)基层医疗卫生机构住院床日较2010年都有小幅增加,总体变化不大。成都市各圈层基层医疗卫生机构服务提供情况表2。

表2 成都市各圈层基层医疗卫生机构服务提供情况

Tab 2 Service information of primary health care institutions in different levels of trading areas in Chengdu

| 圈层  | 门诊人次,万人 |       |       | 住院床日,万床日 |       |       |
|-----|---------|-------|-------|----------|-------|-------|
|     | 2010年   | 2011年 | 2012年 | 2010年    | 2011年 | 2012年 |
| 一圈层 | 457     | 521   | 572   | 53       | 62    | 71    |
| 二圈层 | 498     | 512   | 521   | 83       | 80    | 80    |
| 三圈层 | 510     | 497   | 481   | 166      | 170   | 167   |
| 合计  | 1 465   | 1 530 | 1 574 | 302      | 312   | 318   |

2.1.2 药品费用 2012年,成都市各区(市、县)基层医疗卫生机构平均每门诊人次药品费用约为35元,较2010年下降10%左右,其中邛崃市下降最为明显。分圈层看,一圈层各区(市、县)基层医疗卫生机构平均每门诊人次药品费用有增有减,主要是由于基药制度实施相对较早且慢病特病用药较多,导致数据特征不显著。然而,二、三圈层各区(市、县)基层医疗卫生机构平均每门诊人次药品费用均呈较明显的下降。2012年,成都市各区(市、县)基层医疗卫生机构平均每住院人次药品费用控制在900元以内,较2010年减少近109元。分圈层看,成都市一圈层各区(市、县)基层医疗卫生机构平均每住院人次药品费用有所上升,二、三圈层各区(市、县)基层医疗卫生机构每住院人次药品费用均有所下降。成都市各圈层药品费用情况见表3。

表3 成都市各圈层药品费用情况

Tab 3 Drug costs in different levels of trading areas in Chengdu

| 圈层  | 每门诊人次药品费用,元 |       |       | 每住院人次药品费用,元 |       |       |
|-----|-------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
|     | 2010年       | 2011年 | 2012年 | 2010年       | 2011年 | 2012年 |
| 一圈层 | 50          | 56    | 58    | 1 572       | 1 682 | 1 582 |
| 二圈层 | 40          | 32    | 27    | 687         | 606   | 571   |
| 三圈层 | 27          | 21    | 19    | 607         | 475   | 385   |
| 平均  | 39          | 36    | 35    | 955         | 921   | 846   |

2.1.3 收入结构 基层医疗卫生机构的收入结构可粗分为医疗收入和药品收入,其结构变化主要通过药品销售收入和药占比两项指标反映。药品收入方面,2012年成都市基层医疗卫生机构药品收入为93 468万元,较普遍实施前的2010年增加3 915万元,增长4%左右。具体来看增长主要集中在一圈层,二、三圈层普遍减少。根据服务量数据可以看出,一圈层病人数的急剧增加是导致该圈层药品收入增加的主要因素,二、三圈层基层医疗卫生机构药品收入由于基药制度的药价限制和服务对象减少呈现出不同程度的减少态势。药占比方面,成都市各区(市、县)中基层医疗卫生机构药占比总体下降,平均药占比从2010年的51.67%下降到了2012年的44.77%,总体呈现逐年下降的趋势。其中,一圈层由于承担的特病慢病患者人数增加,各区均出现小幅上升;二、三圈层则普遍下降,且下降幅度大。成都市各圈层基层医疗卫生机构

收入结构见表4。

表4 成都市各圈层基层医疗卫生机构收入结构

Tab 4 Income structure of primary health care institutions in different levels of trading areas in Chengdu

| 圈层  | 药品收入,万元 |        |        | 药占比,% |       |       |
|-----|---------|--------|--------|-------|-------|-------|
|     | 2010年   | 2011年  | 2012年  | 2010年 | 2011年 | 2012年 |
| 一圈层 | 32 895  | 41 572 | 49 471 | 56.55 | 58.26 | 60.21 |
| 二圈层 | 24 559  | 20 358 | 19 426 | 49.46 | 40.81 | 38.24 |
| 三圈层 | 32 099  | 27 811 | 24 571 | 48.41 | 39.95 | 35.87 |
| 合计  | 89 553  | 89 741 | 93 468 | 51.47 | 46.34 | 44.77 |

综上所述,虽然通过推行基药制度,实行基本药物零差率销售,使得基层医疗卫生机构服务量增加,药品费用降低,药品收入与药占比多呈现下降趋势,但各圈层状况不尽相同,更有许多纸面数据无法阐明的问题,需要进一步调研。

## 2.2 基于定性访谈的结果

在各圈层基层医疗卫生服务机构座谈调研过程中,医务人员的负面反馈主要集中在:品种不足、配送缓慢、收入降低和工作量增加4个方面,详见表5。

表5 受访医务人员负面反馈汇总(n=82,%)

Tab 5 Summary of negative feedback of surveyed medical staff(n=82,%)

| 圈层  | 品种不足 | 配送缓慢 | 收入降低 | 工作量增加 |
|-----|------|------|------|-------|
| 一圈层 | 31   | 16   | 11   | 56    |
| 二圈层 | 47   | 25   | 34   | 35    |
| 三圈层 | 29   | 41   | 38   | 31    |

2.2.1 服务能力作用增强,但仍不能满足服务量需求 总的来看,成都市基层医疗卫生机构的服务量是不断增强的,这一点在座谈过程中也得到普遍印证(表5)。特别是中心城区,由于城市化的进程不断加快,越是中心城区城市人口越是密集,就医人数也相应增加较快。2010—2012年,成都市一、二、三圈层的基层医疗卫生机构门诊人次变化约25%、5%和-6%,基层医疗卫生机构服务总体作用明显增强,卫生服务量也呈现逐年递增。同时,一、二、三圈层的基层医疗卫生机构住院床日指标呈现出类似的趋势。这种服务量变化的趋势符合不断增强的城市化集中效应以及城市人口老龄化的趋势,但三圈层的服务量下降也暴露出一些制度问题。由于基层医疗卫生机构被严格限制只能销售基本药物,无法满足群众就医的多方面用药需求,致使三圈层基层医疗卫生机构为大型医院分流患者的作用无法得到充分发挥,使得患者回流二、三级医院。不同区域对于药品的需求截然不同,由于二、三圈层承担的特病慢病患者比例较多,造成了基层医疗卫生机构的服务量并未显著增加,有的甚至反而下降。药物品种不足的情况在每个圈层都有反馈,其中二圈层反馈最强烈,47%的医务人员对此提出了异议。“由于只能用基药,而且是零差率,所以西药的收入逐年下降。但是,由于柳城区卫生服务中心是以中药为主,所以对总体收入影响不大,医院依然可以正常发展。由于基药范围太窄,使得很多可以在基层治疗的慢性病无法医治,促使患者回到‘三甲’医院,减少医院收入的同时增加患者的就医难度。”温江区柳城社区卫生服务中心(二圈层)某负



责人如是说。对慢性病有效的预防控制一直以来主要是通过基层医疗卫生机构来实现的。但基药制度实施以后,部分患者需要的药品无法在乡镇卫生院购得,等于是让慢病回基层治疗的患者无药可医,在很大程度上严重削弱了慢病回基层治疗的能力,这与国家的慢病管理制度的初衷相冲突<sup>[7]</sup>。此外一些专科疾病、特殊疾病等的常用药物,部分急救药物,以及妇女儿童用药的品种与剂量方面,基药也不能满足患者的需求。这样也就造成了病患回流二、三级医院就医的情况<sup>[8]</sup>。这种情况在二、三圈层的医疗卫生机构中负面影响较大。进一步分析可以看出医患比失衡的问题,一圈层服务量增幅巨大但医患配比不均,而对应的医疗从业人员却没有成比例增加。例如每10万服务人口拥有在岗职工最少的武侯区,人均仅7人,另外每千人口的医疗人员数最多的为郫县(2.59个),最少为武侯区(0.65个)。可以看出,虽然基层医疗卫生机构服务作用不断增强,但面对日益增长的群众需求,靠近中心城区的一圈层基层医疗卫生机构的压力仍然很重。

2.2.2 药品费用得到控制,但补贴力度有待夯实 基药制度实施后,成都市各区(市、县)基层医疗卫生机构平均每门诊人次药品费变化明显。刚开始实施的2011年较2010年,二、三圈层每门诊人次药品费用下降约20%和22%,其中邛崃市下降最为明显,为59.79%,而一圈层下降12%。每住院人次药品费也有相同趋势的变化。可以看出,自从基药制度实施以后,各圈层药品价格都有着不同程度的下降。药品价格从制度上被削去了两大块,即采购成本和药品利润加成,降低了药品流通的中间环节利润。而基药加成补贴是保证基层医疗卫生机构运转、保证基药制度作用发挥的重要措施<sup>[9]</sup>。在调研中也发现,对于补贴本身,政府、医院、医疗人员和患者各方都表现出积极反应,可以说补贴对于基药制度的良好运行至关重要。不过目前该制度存在以下三大问题:首先,补贴力度不足会大大增加医疗卫生机构运营风险,进而推高药价。在四川省范围来看,成都市特别是一圈层的各区是全省人口集中流入地区,实际常住人口数量显著高于户籍人口。然而,基药制度实施过程中,中央、省、市的补贴仅包括当地户籍人口,大量的常住人口虽然也有到基层医疗卫生机构的就医需求,但针对这部分人所购药品的补贴却无法落实,这造成基层医疗卫生机构服务人口越多,负担越重,无形中会造成“多开药、开贵药”的以药养医的陋习,出现了一圈层的人均药品居高不下的情况。其次,补贴能否准时地落也是关键,这关系到医疗卫生机构的财务状况和机构运转。例如锦江区书院街社区医院(一圈层)某医疗人员表示:“老百姓反映较好。住院人次(已满,无床位)、门诊人次增多。15%的政府补贴如果能够准时,我们的财务压力会小很多。”固驿镇卫生院(三圈层)负责人表示:“患者反映较好,确实感受到了基药带来的看病费用下降。但政府补贴到位时间是个问题,常常导致我们拖欠项目经费。”另外,基本药物购销机制不够完善,部分药物以低价中标,但在后期却不能正常配送<sup>[10]</sup>,且基药采购信息化系统尚不能覆盖到所有基层医疗卫生机构<sup>[11]</sup>,三圈层被调查医务人员中的41%都反映存在这类问题。从根本上讲,由于基药制度的

运行实际上对医保资金产生了节约作用,节约的资金保留在医保部门,而实施基药制度的基层医疗卫生机构却未得到相应补偿,因此从制度运行的可持续性上来讲,医保基金应该对基药制度运作起到补充性作用,以缓解补贴力度不足、补贴时间不准、购销机制不完善等问题。

2.2.3 药品收入与药占比得到抑制,但收入降低可能制约发展 基药制度本着医药分开的原则,缓解了以药养医的局面,规范了医疗行为,这在很大程度上有利于从源头上调和医患关系,摆正医疗单位的社会位置<sup>[12]</sup>。统计结果现实,基层医疗卫生机构平均药占比逐年下降,药品收入变化虽然不如药占比明显,但大体上都呈现下降趋势。具体分析,二、三圈层降幅明显,一圈层不降反升。尽管一圈层与第二、三圈层的各基层医疗卫生机构实施情况有所不同,但表面的数据并不能说明基药制度在一圈层的实施效果不理想。由于该圈层内各基层医疗卫生机构实施基药制度先于二、三圈层,且该区域特病慢病妇女儿童患者基数大导致非基药处方较多,根据药品的经济学特征,即价格弹性小的特征,该圈层患者对某固定药品具有很强的依赖性,所以受到基药制度影响较小<sup>[13]</sup>。另外由于该区域服务量增加明显,且服务对象人均收入较高,健康需求也较强,所以该区域医药费用不降反增,进而使数据上显现的效果不如二、三圈层明显。进一步分析,虽然就医人次的增长加上药品费用的下降为民带来了实惠,但医药收入和药占比的下降却对医院带来了冲击,二、三圈层的30%以上的医务人员都反映待遇下降的问题,这使得如何找到准确的市场定位成了新问题。首先是在既定的药品目录下医疗人员医疗技术的差异无法充分体现,工作量增加但药品收入部分却减少了,医疗人员积极性可能受到影响。另外,基药制度的实施,让医疗人员服务了更多患者,但也使得就医取药几乎成为一种程式化的操作,医疗人员之间的区分程度不够高,因为无论是进行诊断或开具处方,行医过程都不会产生大的差异,医疗人员的医疗技术水平就不会成为影响就医过程的主要因素。不过医师医术差异客观存在,如果这种差异不能体现在声誉和收入上,就可能出现优秀医师大量流失到民营医院的情况<sup>[14]</sup>。一旦这些有经验的优质医疗人员流失之后,乡镇卫生院很可能无法保证群众的基本医疗需求,整个基层医疗卫生机构的正常运转也可能出现问题。“由于基层只能使用基药,无法找到需要的药品应对各种各样的病症,并且,由于基药的范围窄,很多病无法医治,影响到医疗人员的声望,降低了医疗人员积极性。无法通过增加奖励性收入来增加医疗人员的积极性,医术如何并不影响其收入。”五津社区卫生服务中心负责人这样描述。在这种收支独立两线管理的情况下,如何体现工作人员的个体差异,营造一个具有激励机制的环境留住人才,是基层医疗卫生机构的存生命脉。综上所述,基药制度实施后,虽然基层医疗卫生机构药品收入与药占比得到抑制但在服务量增加的情况下,基层医疗卫生机构自身的发展动力以及医疗工作者的积极性都可能受到不同程度的影响,如果这些问题不妥善解决,可能致使基层医疗卫生机构自身发展陷入恶性循环,也使基药制度的积极效果不能得到很

好地发挥。

### 3 建议与对策

#### 3.1 更针对性地扩充药品以满足服务需求

针对不同圈层基层医疗卫生机构服务量的差异,建议进一步完善和细化制度,根据不同区域的医疗需求特征制定更加细致的药品目录,增加基层医疗卫生机构的灵活性。以基药目录为基础,给予一定的补充目录指导意见,在有所监管的条件下进行试点,允许部分基层医疗卫生机构销售补充目录范围内的药品。如,慢性病药物多数不属于基药目录范围,而一圈层患者对这部分用药的需求特别巨大,就造成了这部分患者的用药需求与基药目录不能重合。为此,可以在某些特殊疾病较多的城市圈层或区域,采取特殊政策,以解决其用药问题,以满足不同患者的需求。同时,应加强与其他医院的配合,如患者在二、三级医院就诊时确定的治疗方案,报经市医保局审批后,可回到社区医院按照二、三级医院确定的治疗方案用药,并不应该将其限制在基药目录之中,这对缓解二、三级医院的压力也是大有裨益的。另外,在基药采购及管理机制方面,可以借鉴国际通行经验,引入循证遴选方法,甄选更具有临床实效和价格便宜的药品,进一步扩大目录范围,较好地达到吸引患者、优惠药价的目的。

#### 3.2 更精细化地完善支持政策以夯实补贴力度

基药政策能够持续有效对药品费用形成控制的关键在于及时有效的财政补贴。不过在现行财政补偿机制投入总量不足的情况下<sup>[45]</sup>,如果离开医保资金的支持,基药制度就成了“无源之水、无根之水”。基药制度的实施使医保资金产生了相对结余,根据义务与权利对等的原则,其有责任承担一部分补偿的责任。再则,补贴经费所需要的数量较大,完全由财政拨款则地方财政负担极重。就目前基药政策的实施情况来看,政策带来的医保基金的较大结余完全可以抽调出来对基药政策进行补贴,而不影响其他任何一项的缴费标准,进一步使药品费用得到控制。为此,需要深入研究基药制度对医保资金结余的影响范围和程度,建立和完善互补机制,按照地区实际情况制定医保负担补偿的程度,整合资源,实现社会资源的有效配置。此外,基药制度加成补贴等应以辖区实际服务人口为准,而不只是以常住人口给予补贴,以减轻一圈层基层医疗卫生机构的现实压力。

#### 3.3 更全方位地提升医疗条件以保障机构发展

完善的医疗配套设施可以有效巩固由于药占比下降带来的负面效果,缓解以药养医的局面。特别对于在行业压力相对较大的一圈层城市中心人口密集区域,社区卫生中心凭借其独特的区位优势,如果加上完善的医疗条件可以立竿见影地吸引更多病患。为此,政府不但应增加对基层医疗卫生机构的配套设施投入,完善基本的治疗、检验、康复的仪器等设施,而且应增加对基层医疗卫生机构的人力资本投入,包括为医疗人员开展专业培训等,提升其医疗水平,进行机构检验治疗设备以及相关的康复、健康教育相关的培训。研究探索基层医疗卫生机构及其工作人员激励机制,明确基层医疗卫生

机构发展目标和定位,挖掘基层医疗卫生机构持续发展的动力源泉,特别对于二三圈层的基层卫生医疗机构而言,采用相对更有力的补贴措施留住人才,是确保医疗卫生资源合理公平分配的必要条件。同时,还可以针对不同城市圈层辖区病患特点,充分引入市场化机制发展特设和典型医疗项目,比如开设老人高危病患联控中心等。也可以根据基层医疗卫生机构执行基药的效率,增补设备采购基金等进行变相补偿,以提高基层医疗卫生机构服务能力。

### 参考文献

- [1] 代涛,白冰,陈瑶.基本药物制度实施效果评价研究综述[J].中国卫生政策研究,2013,6(4):12.
- [2] 陈麒骏.成都市基层医疗机构基本药物制度初步实施效果调查[J].中国卫生政策研究,2011,4(9):53.
- [3] 李俊,陈绍成.国家基本药物制度下我国药品流通环节存在的问题及应对策略[J].中国药房,2016,27(3):289.
- [4] 滕乐飞,石学峰,赵璇,等.国家基本药物制度实施对乡镇卫生院影响的调查分析[J].中国药房,2015,26(9):1 158.
- [5] 王岩.北京城市圈层结构研究[J].城市规划汇刊,2014,23(8):28.
- [6] 国家发展和改革委员会经济体制与管理研究所.医改以来我国医疗卫生资源配置变迁及思考[EB/OL].(2012-05-25)[2014-08-29].[http://www.china-reform.org/?content\\_363.html](http://www.china-reform.org/?content_363.html).
- [7] Yang W, Lu J, Weng J, et al. Prevalence of diabetes among men and women in China[J]. *New England Journal of Medicine*, 2010, 362(12):1 090.
- [8] 卜让吉,徐秀英,杨银学.对解决医疗费用过快增长问题的思考[J].中华医院管理杂志,2006,22(1):31.
- [9] 陈洁,喻明丽,彭江丽,等.昆明市基层医疗机构实施国家基本药物制度存在问题的分析与对策[J].昆明医科大学学报,2014,35(9):124.
- [10] 朱幼棣.基药超低价中标不可取[N].中国医药报,2011-10-14(07).
- [11] 欧碧云.对基层医疗机构的药品零差率销售与卫生经济补偿的探讨[J].当代经济,2010,15(12):34.
- [12] 于德志.取消“以药补医”切断医药经济利益联系 建立防控医药购销领域商业贿赂的长效机制[J].中国卫生经济,2008,27(2):14.
- [13] 程怀志,郭斌,谢欣,等.我国慢性病患病率的社会人口学分析[J].医学与社会,2014,27(3):4.
- [14] 许恒周,高飞,闫东玲,等.居民对社区医院基本用药零差价政策的认知程度分析:基于天津市河西区、塘沽区的实证研究[J].中国农村卫生事业管理,2009,29(9):674.
- [15] 陈瑶,朱晓丽,肖龙华.我国公立医院财政补偿机制理论与现状分析[J].医学与社会,2010,23(12):36.

(收稿日期:2015-04-30 修回日期:2016-03-07)

(编辑:周 箐)