

# 中国医改评论

2009年2月22日 2009年第一期（总第十二期）

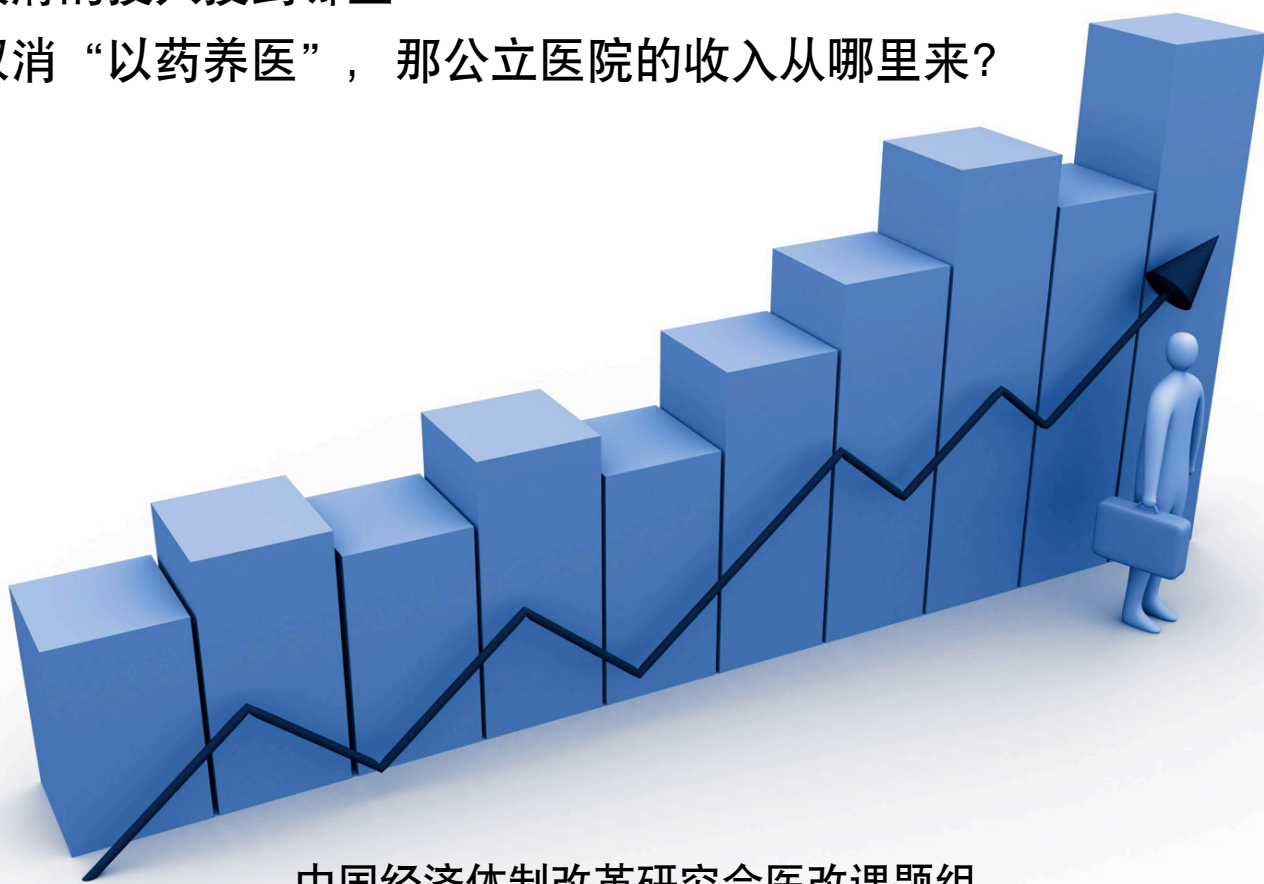
## 数说新医改

中国何时实现全民医保？

医疗保障水平何时能提高？

政府的投入投到哪里？

取消“以药养医”，那公立医院的收入从哪里来？



中国经济体制改革研究会医改课题组

[www.chinahealthreform.org](http://www.chinahealthreform.org)

[www.crcpp.org](http://www.crcpp.org) [www.cser.org.cn](http://www.cser.org.cn)

# 数说新医改

编者的话：新医改方案及其近三年实施细则就要出台了。根据有关的新闻报道，即将公布的新医改方案和实施细则明确了一系列具体的指标，包括：

- 到2011年，基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民，即3年内使城镇职工和居民基本医疗保险及新型农村合作医疗参保率提高到90%以上。
- 2010年，对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年120元。
- 3年内各级政府预计投入8500亿元，推进新医改的5项工作。
- 推进公立医院补偿机制改革，取消药品加成15%的政策，根除“以药养医”。

这些数字意味着什么？医疗保障、医疗服务、医药产业会因此发生何种变化？

我们邀请北京大学政府管理学院的顾昕教授详细解读。本文曾经在一些报刊上刊出，但其中的部分内容有所修订。

数说新医改之一：中国何时实现全民医保？

数说新医改之二：医疗保障水平何时能提高？

数说新医改之三：政府的投入投到哪里？

数说新医改之四：取消“以药养医”，那公立医院的收入从哪里来？

## 数说新医改之一：中国何时实现全民医保？

顾昕

任何改革方案都难免有含混之处，新医改方案也不例外。但是，这一方案中最为清楚的部分，当属医保。“建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系”，也就是我们俗称的“全民医保”，是医疗保障体系走向完善的目标。实现这一目标的战略措施，就是基于现有的三大公立医疗保险，即城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗，加上城乡医疗救助制度，共同组成基本医疗保障体系，分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群。

在三大公立医疗保险中，城镇职工医保面向就业人群（或称“工作人群”），由雇主（工作单位）和雇员双方联合缴费；没有工作单位的就业者，例如个体户和灵活就业人员，也可以自愿参加城镇职工医保，只不过是按照各地政府制定的固定费率单方缴费而已。城镇居民医保和农村新型合作医疗由参保者和政府联合缴费，而政府缴费部分一般被称为“政府补贴”。医疗救助体系的运作方式是由民政部门确定受益群体（即所谓的“目标定位”），一般是囊括城乡低保人员再加上一定数量的低收入人群，免除其参保者缴费义务，其参保者缴费由财政埋单。

从理论上说，全民医保意味着每一个人至少参加一种医疗保险；但借鉴世界各国的经验，只要医疗保障体系的覆盖率在95%以上，一般均可认定为全民医保的状态。新医改方案已经明确，到2011年，基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民，具体而言，就是在3年内使城镇职工医保、城镇居民医保和新农合的参保率都提高到90%以上。

那么，现有三大公立医疗保险的覆盖率到底是多少？我们距离全民医保究竟还有多远？

表1-1的数据显示，随着城镇职工医保的巩固和城镇居民医保的启动，城镇基本医疗保障体系的参保人数逐年增加，覆盖率逐年提高。值得注意的是，在城镇地区，还有大约4%的居民（包括行政部门职工和一些离退休者）依然享受公费医疗，另有大约6%的居民参加了各种各样的商业医疗保险。因此，城镇地区居民的医疗保障覆盖率，在2007年第一次接近50%覆盖率的大关。如何以非农业户籍人口作为基数，那么城镇基本医疗保障的覆盖率在2007年已经超过了50%。2008年的统计数据尚未最终核定，但初步的统计显示，城镇职工医保参保者人数将突破2亿，而城镇居民医保的参保者人数至少达到1亿。

表1-1：城镇基本医疗保障体系的覆盖率，2004-2007年

	城镇职工医保 参保者人数 (亿)	城镇居民医 保参保者人 数(亿)	城镇人口 数(亿)	非农业户 籍人口数 (亿)	城镇居民中基 本医疗保障覆 盖面(%)	非农业户籍人 口中基本医疗 保障覆盖面(%)
2004	1.24		5.43	3.91	22.85%	31.69%
2005	1.38		5.62	4.11	24.52%	33.51%
2006	1.57		5.77	4.23	27.26%	37.20%
2007	1.80	0.43	5.94	4.31	37.57%	51.79%

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2008年，第336、341页；《中国统计年鉴》，2004年，第132页；2005年，第130页；2006年，第134页；2007年，第132页；2008年，第336页。

农村的情形有所不同。表1-2显示，到2007年底，新农合参保者的人数已经达到了7.26亿，是农业户籍人口的82.73%，农村居民人口的99.79%。如果以农村居民人口为基数，那么中国可以宣布，农村的全民医保已经在2007年就实现了。另据卫生部2008年12月10日例行新闻发布会上公布的数字，截至2008年9月底，全国参加新农合人口8.14亿。

**表1-2：农村基本医疗保障体系的覆盖率，2004-2007年**

	参合者人数（亿）	农业户籍人口（亿）	农村居民人数（亿）	农业户籍人口中的覆盖率（%）	农村居民中的覆盖率（%）
2004	0.80	8.79	7.57	9.10%	10.57%
2005	1.79	8.96	7.45	19.97%	24.01%
2006	4.10	8.92	7.37	45.98%	55.60%
2007	7.26	8.78	7.28	82.73%	99.79%

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2008年，第335、341页。

新农合参保者的人数增加之快令人惊异。笔者根据《中国卫生统计年鉴》中的数据进行计算，结果发现：新农合在农村居民中覆盖率超过100%的省份高达16个，其中5个省份居然超过了120%；新农合在农业户籍人口中的覆盖率也有5个省份超过100%。造成这种局面的原因有多种：一是各地政府处于政绩考虑以及套取上级财政补助的因素而虚报；二是有些地方将部分城镇居民纳入了新农合；三是将已经移居到城镇地区甚至外地的户籍人口（包括农民工）纳入新农合。

不管怎样，在三年内实现全民医保的新医改目标，在农村地区并不困难。推进全民医保的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的三年一定会突破6亿，有可能在2011年达到7亿。2007年，城镇地区的就业人口为2.93亿，未来有可能会在3.5-4.0亿之间。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。要在3年内实现城镇基本医疗保障体系90%的覆盖率，恐怕要各级政府付出极其艰苦的努力。

## 数说新医改之二：医疗保障水平何时能提高？

顾昕

健全医疗保障体系，有两件事非常重要。其一是拓展覆盖面，实现全民医保；其二是提高保障水平，让医保机构为参保者看病治病付大头。新医改方案提出，2010年，政府对民众参加城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年120元。这一举措就是为了提高医疗保险的筹资水平，从而相应地提高保障水平。120元够不够？

问题在于，保障水平究竟高到什么程度才合适？对这一问题，必须从两方面来看。一方面，医疗保险不能100%为参保者付账，否则参保者会滥用医疗保险，无病呻吟，小病大看。因此，一定比例的自付是必要的，也是必需的；另一方面，自付比也不能过高，否则参保者医疗费用的风险没有得到有效分摊，看病还是贵。更为重要的是，如果自付比很高，医疗机构的主要收入来源是病人的腰包，那么医保机构就无法形成团购的购买力和谈判力，无法运用多样化的付费机制来约束医疗机构。在病人自费支付医药费用的情形下，医疗机构诱导患者过度消费是难以避免的。

究竟多高的自付比才合适呢？早在1960年代，美国的兰德公司进行过一次实验，结果发现20%比较合适。这同我们日常的经验也吻合。如果参保者看病治病时必须自付20%的医药费，那么绝大多数参保者不至于没事儿去医院；如果80%的医药费用由医保机构来付，那么医疗机构就不会挖空心思盯着患者的腰包，而是要想办法竞争来自医保机构的付账。医保机构成为医药服务的主要购买者，才有可能想办法制约医疗机构，促使后者合理地行为，为参保者提供性价比相对较高的诊疗方案和用药方案。

目前，城镇居民医保和新农合的最低政府补贴水平是年人均80元；实际上，经济发达地区的补贴水平还要高一些。城镇居民医保的居民缴费水平各地从50元到300元不等，而新农合的居民最低缴费水平是20元，有些经济发达地区已经超过了100元。现在我们来考察，如果政府补贴水平提高到120元，那么参保者的缴费水平究竟要提高何种程度，才能支付参保者80%的医药费用支出？

要回答这个问题，必须分省进行研究。中国这么大，各地的经济发展水平差异很大，医药服务的平均费用水平差异自然也很大。但是，限于篇幅，我们只能就全国的平均情况进行大致的测算。

根据国家统计局提供的数据，2007年，全国城镇居民家庭人均医疗保健现金消费支出为699元，其中用于滋补保健品和保健器材的支出为106元，占医疗保健支出的15%；换言之，城镇人均医药费用支出为593元（699-106元）。要实现医药费用的80%由城镇居民医保来支付，那么医保的筹资水平就必须达到474元。由此可见，人均120元的政府补贴是不够的，民众参保的年人均缴费水平必须达到354元，方能实现医保付大头、个人付小头的目标。354元究竟多不多呢？对于大多数城镇居民家庭来说，这恐怕不是一个大数。2007年，城镇家庭人均可支配收入是13785元，人均消费性支出9997元，354元只不过是零头儿。

由于城镇居民医保刚刚起步，各地的人均筹资水平还不高。到2008年，全国已经有300多个城市开始城镇居民医保试点，其成人平均筹资水平大约在250元，儿童筹资水平大约在110元。因此，如何在提高政府补贴水平的基础上提高总筹资水平，是推进城镇居民医保发展的一个重要环节，其关键在于城镇居民医保的服务水平是否能提高。服务水平提高了，老百姓的缴费水平提高一点并不是什么问题。毕竟，城镇居民对于自己的健康还是愿意花钱的。

农村的情形有所不同。2007年，全国农村居民家庭人均医疗保健现金消费支出为210元，其中用于滋补保健品和保健器材的支出数额和比重不清楚，估计比城镇的水平要低很多。我们姑且以5%（也就是大约10元）来计算，那么农村居民家庭的年人均医药费用支出为200元，其80%就是160元。如果政府的补贴水平达到120元，那么农村新农合参保者的缴费水平只要达到40元，就可以达到适当的筹资水平。目前，新农合的缴费水平是年人均20元。在政府补贴水平的同时，提高新农合参保者的缴费水平并不是一件难事儿。毕竟，2007年中国农村居民的年人均收入为4140元，40元只是零头儿。

因此，提高医疗保障的保障水平，单靠提高政府补贴水平是不够的，也要相应地提高民众的缴费水平。要实现这一点，关键不在于缴费水平的高低，而是在于医疗保障服务水平的提高。只要基本医疗保障体系能够代表参保者的利益，采取更加科学而多元的方式，为参保者集团购买好医疗服务和用药服务，参保者切切实实获得更多的实惠，基本医疗保障体系的筹资完全可以提高到适当的水平。

## 数说新医改之三：政府的投入投到哪里？

顾昕

在新医改方案的实施细则中，最为炫目的亮点就是明确了政府投入的规模，即3年内各级政府预计投入8500亿元，推进新医改的5项工作。值得注意的是，新医改的5项工作，包括基本医疗保障体系的建设、农村医疗卫生机构的能力建设、城镇社区卫生服务机构的发展、公共卫生服务的改善和公立医院的改革等等，并非是全新的工作，许多工作已经在各地开展起来了。因此，可以确定无疑的是，这8500亿元并非全部是新增的开支。这一点非常重要。

从另一个角度来分析，也能得出类似的判断。实际上，3年投入8500亿元，平均每年就是2833.33亿元。政府预算卫生投入在2008年估计已经达到2400亿元了。如果这8500亿元完全是新增的，那就意味着政府预算卫生投入在为了3年内将翻一番还有余。在现有的公共财政体制以及金融危机的大背景下，这几乎是完全不可能的。

但无论如何，8500亿元这个数字还是非常炫目的。炫目的第一效果自然使人眼花缭乱。许多人都在猜测并追问，这8500元究竟投向何处？医院院长和医护人员们关心自己的收入能否提高，医药企业也在关注自己能否分一杯羹，证券公司的分析师们忙不迭地告诉我们哪些板块的股票会上涨。有媒体甚至称之为“牛年最牛的利好”。

8500亿元的投入，来自各级政府，但是对于具体投向，无论是中央政府还是地方政府，都不可能在现阶段给出清晰的答案。在这8500亿中，中央支出估计会占3成，其余由各级地方政府共同支出，即由省级、市级和区县级财政分摊。各级地方政府支出的细目，尚有待各地政府制定出5项新医改工作的具体实施方案。可以说，这8500亿元究竟花在哪里，基本上还是八字仅有一撇。

让我们首先考察可以明确的“一撇”。

首先，3年投入8500，那么平均每年就是2833.33亿元。这笔开支较为明确的流向是“补需方”，即投入基本医疗保障体系中的经费。这部分开支总额比较容易计算出来，具体明细包括如下：

1. **1200亿元** 新农合与城镇居民医保的政府补贴：新农合现在的参保人数为按8.14亿。由于农业户籍人口不会有大的增长，因此在未来3年内，新农合参保人数不会有多大变化，我们姑且计为8.2亿。城镇居民医保的目标参保人口，保守的估计有3亿多，依照覆盖率90%，参保者应该2.7-2.8亿之间。因此，城乡基本医疗保障体系的参保者人数，应该在10亿左右。在未来3年，政府最低补贴水平要提高到年人均120元，因此年支出至少为1200亿元。实际上，许多地方政府的补贴水平要高于中央政府规定的最低标准，因此1200亿元是最为保守的估计。
2. **50亿元** 城乡医疗救助体系支出：2007年，我国有2272万城镇低保受益者，4173万农村低保和传统救济受益者，医疗救助支出总额为36亿元。这些社会救助受益者参加城乡医保的参保费，必须由政府支付。由于各地参保费水平参差不齐，而且会在未来3年内有所提高，提高的幅度肯定不一，因此城乡医疗救助支出难以估计，但是最为保守的估计也要50亿元。
3. **50亿元** 困难企业职工城镇职工医保参保补贴：新医改方案明确，各地政府财政必须编制预算，妥善解决关闭破产企业退休人员参加城镇职工医保的问题，中央财政会对原中央企业、中央下放企业以及中西部困难地区解决这一历史遗留问题，给予专项转移支付。目前，这笔开支的总规模尚不清楚，根据保守的估计，我们暂且计为50亿元。

因此，把上述三项加起来，未来3年内，政府预算用于医保的开支，每年平均至少需要1300亿元。

新医改5项工作中新增的一项重要内容，是为全体国民新增年人均15元的公共卫生费。2007年，我国人口总数为13.2亿。假定人口总数变化不大，每人15元，一年需要198亿元。但实际上，人口总数一定会增加。为了方便说明，我们把这项开支计为200亿元。

由此看来，在年平均2833.33亿元盘子中，“补需方”的开支一下子至少要切去1300亿元。实际上，为了健全基本医疗保障体系，政府必须拨款，增加城镇医保经办机构和农村新农合经办机构的能力建设。这部分开支的具体预算细目尚未编列，但是大盘子中的33.33亿元零头儿，估计会流向“需方”经办机构的能力建设。此外，新增公共卫生开支要切去200亿元。

这样，还剩下大约1300亿元，留给了“补供方”，即投入到各种医疗卫生机构之中。根据2008年《中国卫生统计年鉴》（第91页）中的数据，2007年所有政府办医疗卫生机构获得的财政补助总额为1118.55亿元，上级补助收入为61.42亿元，共计1179.97亿元。问题在于，这1300亿元，是不是新增的“补供方”的支出，或者说其中有多少是新增支出，尚不清楚。唯一清楚的是，这笔开支将用于新医改方案所明确的医疗卫生服务体系改革与完善的各项任务。

那么，这笔“补供方”的巨款将花在何处呢？同样，有关开支的细目尚未编列，还有待于各地新医改具体实施方案的制定。但是，新医改方案已经确定开展如下工作：

1. 支持农村医疗卫生机构的能力建设，包括新建乡镇卫生院、增加对县医院的投入、改善农村公共卫生服务机构、支持村卫生室建设等等，有可能还会在一定程度上设法解决农村公立卫生室村医的补贴和待遇（尤其是其养老金）问题。
2. 改善经济落后地区的公共卫生服务机构，以促进公共卫生服务的均等化。
3. 加强城镇社区卫生服务体系的能力建设：这是近年来政府卫生工作的重点之一。
4. 对中医院、传染病院、精神病院、妇幼保健院和儿童医院等在政府投入政策上予以倾斜。
5. 对其他公立医院（包括公立综合医院和专科医院），政府也将增加投入，主要用于基本建设和设备购置、扶持重点学科发展、补贴离退休人员费用、补贴政策性亏损以及对其承担的公共卫生服务等任务给予专项补助。

那么，新增的1300亿元“供方”开支，究竟在上述四个部分中如何分配呢？具体的细目当然还有待各地财政部门在未来3年内编列，但大体来看，由于以前的欠账太多，政府新增财政“补供方”支出的首要重点，绝对是农村。全国卫生工作会议上宣布：3年支持2000所县医院建设，完成2.9万所乡镇卫生院建设任务，并且多措并举加强农村卫生人才队伍建设。平均而言，支持一所县医院建设，至少要花1亿元，而建设一个乡镇卫生院至少要花50万元。依照这一标准来估计，3年共需2145亿元，平均每年需要715亿元。目前，农村医生大约有90万人，每年人均补助500-600元并不算多，估计年补助金至少需要5亿元。因此，在未来3年内，估计政府投入农村医疗卫生机构的预算开支平均每年要达到720亿元。

完善城镇社区卫生服务体系，是近年来卫生工作的重点之一，在未来3年内也不会有所改变。改善中西部地区的公共卫生服务机构，以推进公共卫生服务的均等化，也是当务之急。同时，中医院、传染病院、精神病院、妇幼保健院和儿童医院提供的医疗卫生服务，在某种意义上，具有准公共物品的特征，因此政府增加投入是可以预期的。就以上三领域的支出，80亿元是最保守的估计。

简而言之，对于一般的公立医院，剩下的政府投入，估计不会超过500亿元。根据2008年《中

国卫生统计年鉴》（第93页）上的数据，所有政府办医院的总收入为4902亿元，其中来自财政和上级的补助收入分别为396亿元和21亿元，共计417亿元，仅占其总收入的8.5%。因此，如果未来500亿元投入不是新增的，那么对于这些公立医院来说，其收入结构就不会发生任何实质性的改变。从2007年的417亿元，哪怕是自然增长，到了2009年，也至少会增加到500亿元。

所有的公立医疗卫生机构都希望政府增加对自己的投入。根据最为流行的一种说法，公立医院的社会公益性下降，归根结底就是因为政府投入不足；只要政府增加了投入，公立医院就有望回归社会公益性，低价运行，让百姓受益。从我们对8500亿元政府财政支出刚性流向的分析来看，这种思路在新医改方案中是否获得一定的支持，尚不明确。初步的分析显示，政府对于一般性公立医院的新增投入，依照最为乐观的估计，顶多是在现有的水平上翻一番。即便如此，也不可能实质性地改变公立医院现有的收入格局，即其主要收入来源于服务提供和药品出售。更何况，政府在公立医院中的投入翻一番的可能性，几乎为零。

换言之，现有的公立医院固然能从政府获得更多的补助，但并不会很多。它们必须去竞争来自医保的付账。随着全民医保的推进，尤其是公立医疗保险筹资水平的提高，基本医疗保障体系将成为各类医疗机构的主要付账者。公立医疗机构极有可能在竞争中依然占据优势，从而获得发展壮大的空间。政府增加投入使之“旱涝保收”的情形，绝对不可能存在，也不应该存在。

## 数说新医改之四:

### 取消“以药养医”，那公立医院的收入从哪里来？

顾昕

新医改的重点之一是公立医院改革，但这也是新医改的最大难点。新医改方案给出了公立医院改革的一些原则性意见，并且提出在未来的3年内鼓励各地方积极试点。毫不奇怪，原则性意见必然是含混的，唯一清楚的措施是取消药品加成政策，根除“以药养医”。

众所周知，公立医疗机构收入的现有来源有三，即医疗服务收费、药品出售利润和政府财政补助。新医改方案明确指出，未来的改革将把三元收入结构转变为二元收入结构，即大幅度降低并且最终取消来自药品出售的利润，具体措施就是逐步取消公立医院（以及其他医疗机构）的药品加成。

这是否可行呢？空口无凭，让我们用数字来说话吧。根据《中国卫生统计年鉴》中给出的数据（参见表4-1），药品收入是公立医院最主要的收入来源之一，几乎与医疗服务收入相等。2007年，所有公立医院的药品收入高达2023多亿元。

表4-1：公立医院的收入来源以及药品收入占其总收入的比重，2003-2007年

	公立医院总收入 (亿元)	其中		药品收入占总收入 的比重(%)
		医疗收入(亿元)	药品收入(亿元)	
2003	2549.22	1149.01	1107.19	43.43%
2004	3339.78	1490.47	1347.28	40.34%
2005	3700.64	1758.09	1591.82	43.01%
2006	4029.58	1949.88	1664.17	41.30%
2007	4902.23	2378.42	2023.47	41.28%

资料来源：《中国卫生统计年鉴》，2004年，第84页；2005年，第100页；2006年，第102页；2007年，第100页；2008年，第93页。

值得注意的是，此表仅仅显示了公立医院的情形。实际上，其他类型的公立医疗机构，包括社区卫生服务机构、乡镇卫生院、妇幼保健院等，同样存在“以药养医”的情形。2007年，全口径公立医疗机构的总收入为6658亿元，其中药品收入为2704亿元，占总收入的40.61%。

由此一目了然。取消“以药养医”，实现所谓“药品零差价”政策，这些公立医院的药品收入（2023亿元）至少要损失15%，即304亿元。这些损失从哪里能补回来？俗话说，堤内损失堤外补；如果在堤外找不到坚实的土地，公立医院（乃至所有公立医疗机构）的改革岂不是空中楼阁？毫无疑问，在新医改之后，总不能让公立医院的收入降低吧。如果新医改损害了医护人员的现有利益，那么这样的“改革”一定会“基本不成功”。

根据新医改方案，公立医院不再“以药养医”之后，其药品出售收入的损失，通过如下三个途径来补偿：（1）增设药事服务费；（2）增加政府财政补助；（3）调整（其实是提高）医疗服务收费。**最后一项措施，很难受到民众的欢迎，在政治上是行不通的。因此，可行的措施只能在前两项措施中进行选择。第二项措施在财政上是行不通的。**我们对政府卫生财政

投入流向的分析已经澄清，未来3年政府用于推进新医改的预算支出尽管高达8500亿元，其中在公立医院的投入最多估计在500亿元。**问题在于，这500亿元的大部分不大可能是新增的政府投入。**因此，增加政府财政补助的确是一条新堤坝，但这条堤坝似乎尚在云里雾里。

看起来，最为靠谱的补偿途径是增设药事服务费。什么是药事服务费呢？说白了，这就是处方费。病人到医疗机构看病，医生们每开一个处方，收取一笔定额处方费。2007年，各地政府办医疗机构的门急诊人次为13亿。如果假定每次诊疗病人都获得一个处方，平均每个处方20元，那么药事服务费总额为260亿元。这笔收入倒是可以在相当大的程度上弥补取消药品加成政策给公立医疗机构带来的损失，但距离完全弥补304亿元的损失，尚有一定的缺口。

处方费定额的目的，是为了遏制医生们开大处方的冲动。制定此项政策的考虑是：既然医生们（或医疗机构本身）从每一个处方中赚取的利润是一个定额，那么显然没有必要开大处方。这种愿望是良好的，但是在实践中会不会如政策设计者所愿，很难说。俗话说，上有政策、下有对策。针对定额处方费的制度安排，医疗机构（以及拥有处方权的医生们）可能会有两种行为：其一是分解处方，即让每一份处方的药品数量减少，从而设法增加诊疗人次；其二，单张处方的金额是大是小，取决于其他因素。假如医疗机构不能靠开大处方赚取15%的药品加成利润了，但是如果医药企业的回扣（返点儿或所谓的“服务”）依然存在，那么医疗机构还是会鼓励医生们开大处方，医生们也愿意继续开大处方。

此外，不论医生的处方行为如何，只要公立医院的药品采购价不降低，问题还是没有解决。众所周知，公立医院存在的最大问题是“药价虚高”，有时其药品采购价高于同地区社会零售药店中同款药品的零售价；更有甚者，在可比的情形下，公立医院要比社会零售药店的药品贵很多。造成这种局面的根本原因在于公立医院没有关注药品性价比的内在动力。

总而言之，设立药事服务费这条堤坝，看起来不一定会堵住医疗机构“以药养医”的制度漏洞，也不一定能解决公立医院的“药价虚高”问题。

对于老百姓来说，公立医院取消“以药养医”之后，他们的药费会降低15%，假如这些医院药品采购价维持不变的话。但是，病人的医药费帐单中不仅会新增一项药事服务费，其实相当于挂号费上涨了20元。对于疾病缠身（或俗称“药罐子”）的人，的确可以省下不少药费。但是，对于一般的小病患者来说，好处并不明显。可以说，公立医院取消“以药养医”，并不意味着多数老百姓看病治病会少花很多钱。这样的“改革”，或许用心是良苦的，但不一定会受到民众的欢迎。假如医疗服务收入调高，民众的抱怨声会更大。

或许为了应对这一置疑，新医改方案又明确提出两点改革原则：其一，药事服务费将由医保来支付：或许不会全额支付，但至少会支付大头儿；其二，医疗服务收费是否提高以及如何提高，将由有关利益相关方进行协商。换言之，医保将为提高的医疗服务收费部分埋单。

说来说去，“以药养医”能否取消，乃至公立医院能否改革，归根结底取决于全民医保的实现和医疗保障水平的提高。没有医保埋单，单方面取消“以药养医”，对于老百姓来说，是换汤不换药。对于医护人员来说，则是堤内损失堤外难补。因此，取消“以药养医”的真正处方在于全民医保。新医改方案对这其中的关联，并没有整理清楚。

下过围棋的人都知道，行棋的次序非常重要。有的时候，次序错了，妙招也会变成臭棋。新医改也是如此。取消“以药养医”是公立医院改革的一步妙手，但是必须要等到医疗保障体系构建出全民医保的雄厚外势，这手棋才能落子。

因此，很多人会对新医改方案中有关公立医院改革的部分感到失望，认为其中缺乏实质性内容。其实这不奇怪。公立医院改革还没有到落子的地步。目前进行的试点，充其量相当于围棋中的“试应手”。