



多措并举，建立福利性 基础药物保障制度

摘要

本文系统回顾了国际基本药物制度的发展经验，总结认为提高基本药物“可及性、可负担性和质量安全”是最重要的政策目标和努力方向。在回顾中国基本药物制度进展的基础上，重点分析了当前在基层可及性不足、个人负担仍偏高以及使用率不高等突出问题。文章提出，在现有国家基本药物目录内，进一步遴选出一个小范围的“福利性基础用药目录”，以免费或象征性收费方式向全民提供，并与财政保障、医保支付、基层医疗体系建设和医共体改革等协同推进，以促进健康公平、提升卫生投入整体效率。

一、推进基本药物保障意义重大，且国际上已有相对成熟的经验

保障所有居民基本药物的充分可及是基本医疗卫生制度的重要支柱。一是可以有效保障公众的基本健康权益，尽可能做到病有所医且有药可用。二是通过基本用药的充分可及，可有效落实“预防为主”的卫生策略目标，实现对大多数常见病、慢性病的早干预和及时干预，关口前移，提升医疗卫生投入的宏观绩效。

自上世纪70年代中后期，在世界卫生组织（WHO）倡导和多数成员国参与下，大多数国家陆续建立了总体目标基本一致、特定目录和实施方式有差异的基本药物制度，核心是满足人们健康需要中最重要、最基本、必需和不可缺少的药品。截至目前，WHO的193个成员国中已有156个国家制订了正式的国家基本药物目录，并根据自身情况不断调整。未出台相关政策的国家中部分是发展水平较低、经济能力不足的国家；还有部分是发达国家，因其通过公共财政保障或公共医疗保险等制度已经总体实现了对公众用药的较充分保障，没有再建立相关制度的必要性。

总体上讲，国际上基本药物保障制度仍在不断推进和完善过程中，重点目标要求和做法总体清晰且具有连贯性。

1. 基本药物以保障大多数人的基本健康需求为目标。目录主要集中于能够解决绝大多数社会成员基本健康的预防性用药、常见病和多发病用药以及重点慢性病控制用药。遴选原则主要基于疾病谱变化、安全性和有效性证据、卫生机构条件、卫生人员培训状况和筹资能力及费用效果分析，并建立调整机制，逐步纳入新的药物、淘汰疗效差的药物。在突出“保基本”和与筹资能力匹配的前提下，部分单价高但费用效果好的药品，也可被收录到基本药物目录。

2. 核心政策措施是尽可能提高“可及性”和“可负担性”。无论是WHO提倡的原则，还是绝大多数国家的政策，都立足于提高“可及性”和“可负担性”。一是注重基本药物的充分可及，在各级各类医疗机构特别是基层（社区）机构配备基本药物，让公众无论身处何地都尽可能及时便捷获得。二是注重可负担性，通过财政投入、医保筹资以及其他筹资的组合，并根据不同类型基本药物功能及重点人群和疾病特点，分别采取免费提供、象征性收费、个人适度分担以及对贫困人口个人分担部分豁免等组合性政策，尽可能确保所有社会成员不论贫富，都能够用得上基本药物。

3. 重视基本药物质量安全。因基本药物涉及大多数人基本健康问题，同时也为了让公众优先使用基本药物，WHO和大多数国家都非常重视基本药物质量安全。“基药”不是“劣质药”，避免其沦为“劣质药”是共识。

4. 通常实施特殊的采购与供应体系。几乎所有国家的基本药物都是由相关政府部门或专业机构统一采购和供应。通过集中采购，明确货源、承诺采购周期等方式，以量换价，降低成本。此外，也都非常重视供应链管理等，确保可及并降低成本。

5. 重视其他关联政策建设。一是通过强化质量安全、宣传教育，特别是尽可能降低个人负担，鼓励优先使用。二是加强服务体系特别是基层能力建设，推进合理用药、安全用药。此外，还都在不断强化对有关药品质量、不良反应、疗效等监测能力建设。

二、中国基本药物制度实施以来取得积极进展，但仍面临诸多挑战^[1]

（一）制度建设取得显著进展

为更好保护人民健康，并作为主要成员国响应WHO倡议并落实其要求，中国从上世纪70年代末即开始推进基本药物

[1] 指中国大陆内地，不含港澳台。

制度建设。1979年4月，原国家卫生部和国家医药管理总局就开始组织基本药物遴选，并于1982年1月18日正式发布第一版《国家基本药物目录（西药部分）》。此后，国家分别于1996、1998、2000、2002及2004年多次修订国家基本药物目录。

新一轮医改启动后，国家明确将基本药物制度建设确定为五项改革重点之一，并确定对基本药物实行“零差率”销售政策，以降低公众负担。同年8月，国务院深化医药卫生体制改革领导小组公布了《关于建立国家基本药物制度的实施意见》，基本药物制度建设进入新阶段。此后，又先后于2009年、2012年和2018年修订国家基本药物目录。目前中国执行的仍是2018版国家目录^[2]。目录以治疗性药品为主，共685种，其中西药（包括化学药和生物制品）417种、中成药268种（含民族药），涉及剂型1110余个，规格1810余个。在总量上明显超过WHO推荐目录，但结构^[3]上有差异。

新一轮医改以来，国家有关部门或通过综合性医药卫生体制改革政策文件，或通过专门性政策文件，不断完善基本药物政策。一是越来越突出基本药物制度的重要性；二是稳步推进基本药物制度与医疗保障（医保报销目录）以及国家计划免疫、特殊重点传染性疾病预防用药保障等政策之间的衔接和联动；三是更加重视基本药物生产、流通、质量、使用、支付、监测等各个环节的制度规范和完善。一些地方也对部分基本药物的使用、付费政策等进行了积极探索。这些工作进展对中国医疗卫生事业发展和体制改革发挥了积极支撑作用。

（二）中国基本药物仍然存在可及性和使用率不足问题，需要高度重视

1. 基本药物供应方面的“可及性”尚存在短板。相比WHO推荐目录和大多数国家基药目录，中国的基本药物目录总体较大，品规较多。这虽然在理论上更有利于保障公众健康，但在实施中也带来了新挑战。一方面是因品规多，不同药品的安全性和使用要求有差异，对不同药物必须采取分级配备方式，如一些药品只能在二、三级医疗机构使用，在农村乡镇和城市社区无法使用，导致实际供给可及性降低。部分基药即使患者愿意使用，也只能在二、三级医院或特定机构获得，增加了交通、时间等额外成本。另一方面是对基层机构有原则上的基药配备和使用比例要求^[4]，但并没有强制性的配备目录乃至储备要求。因服务人口少、用药量有限、存储成本高，相当一部分中西部和农村基层医疗机构的基本药物，无论是品种规格还是配备数量都明显不足，影响了其充分可及。

2. 多重因素影响了基本药物的“可负担性”。虽然上世纪80年代初就确定了基本药物目录，但是在相当长一段时间里，由于缺乏有效且广覆盖的医疗保障制度，大多数城乡居民接受医疗服务特别是用药仍属于私人消费品，“国家基本药物目录”在很大程度上只是一个“指导性目录”，对供需双方缺乏明显的约束力和引导作用。

2009年启动新医改以来，中国的医疗保障制度快速发展，职工医保与城乡居民医保总体实现了全人群覆盖，筹资和保障水平也不断提高，绝大多数治疗性基本药物被逐步列入基本医保报销范围。部分特殊用药，如预防性疫苗，结核、艾滋病等重点传染病用药则通过国家免疫规划、重大疾病防控专项等由财政支付费用，基本药物的“可负担性”有了很大改善。但客观而言，受多重因素影响，居民尤其是中低收入群体在基本药物的可负担性方面依然存在明显不足。

其一，虽然绝大部分基本药物都分别被纳入医保药物甲类或乙类目录^[5]，享受全额或高比例报销待遇，但受基本医保特别是城乡居民医保制度筹资能力及控费要求的影响，包括门诊和住院在内的医保报销都设立了不同水平的起付线和封顶线，起付线以下和封顶线以上部分需要自付，乙类目录中的药品还需要不同比例的自付。对于偶尔使用基药的人群，可能因达不到起付线必须自费；对于需要经常用药特别是长期用药的慢病患者，则需要承担封顶线以上部分的自付。虽然近年来一些地方通过大病保险等实施“二次报销”，但报销门槛及一定数量的自付费用仍然对中低收入群体形成了不同程度的经济压力。

其二，虽然一直强调“保基本”，但很多地方事实上仍将更多资金用于“住院（费用报销）保障”，一些地方的门诊统筹（门诊报销）数额非常有限，部分省份或地区年门诊报销统筹费用尚不足每人每年200元人民币，其中还包括诊疗（挂号）费用，对于需要长期用药的慢性病患者等，基本无法覆盖相关费用。或需更多自费，或有时不得不采取“门诊转住院”方式予以解决，导致住院费用占比过高^[6]。这既增加了整体医疗支出，也给患者增加了各种额外成本。

其三，部分如结核、艾滋等重点传染病用药，以及疫苗等预防性用药是采用由国家财政负担、由定点服务机构提供的方式。但免费提供的药品和检查项目有限，一些检查项目和新型药还需自付，且定点服务机构布局有限，个人额外负担依然不低。

此外，还有一个值得重视的问题是，随着城市化和工业化发展，中国目前流动人口数量庞大。根据官方数据，2023年全国包括异地就业和居住的流动人口超过3.75亿，占总人口的三分之一左右。其中跨省流动人口超1.25亿，省内流动人口超过2.5亿。而现行医保制度特别是居民医保制度仍是按照户籍地参保和进行结算。近年来，国家大力推进了异地就医和结算制度，取得显著进展。但异地就医无论是门诊还是住院等都有定点要求，且需要流入地和参保地政策的协调，如提前备案、申报等，总体上程序仍很复杂，很多区域间制度衔接不畅。异地就医特别是门诊大多还需要个人先行自付，并需要回所在地通过审核且符合起付线、封顶线以及限额标准等才能报销。这给流动人口看病就医以及使用基本药物带来显著影响。此外，疫苗和重点传染病用药以户籍地为基础提供，也对流动人口中有关人员的用药需求产生较大影响。

[2] 据多方公开消息，新版国家基本药物目录遴选和调整工作正在进行中，但尚未正式公布实施。

[3] 截至2025年9月，WHO所推荐的清单包括包含523种成人用药和374种儿童用药，但基本都是化学药和生物药，不含民族药。

[4] 2019年《国务院办公厅关于进一步做好短缺药品保供稳价工作的意见》要求政府办基层医疗卫生机构、二级公立医院、三级公立医院基本药物配备品种数量占比原则上分别不低于90%、80%、60%。

[5] 其中有近40%属于基本医保乙类药物，不能全额报销，需要不同比例的自付。

[6] 2023年全国职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险用于住院医疗费支出分别占医疗费总额的56.0%、78.7%。

3. 基本药物的使用和普及程度不高。基本药物制度的另一重要目标是确保优先使用，但从中国的现实看，距离这一目标要求还有较大差距^[7]。

其一，公众对使用基本药物的积极性和主动性不高。一方面，由于宣传和知识普及不足，不少人把“基本”和“低质量水平”挂钩。另一方面，基药总体以国产仿制药为主，国产仿制药质量近些年来虽然不断提升，但与原研药的质量存在较大差异仍是不争的事实，不少病患及家属对基本药物缺乏信任，使用意愿不高。

其二，各级各类医疗机构和医务人员对基本药物使用的积极性不高。相当长一段时期内，中国各级各类医疗机构普遍实施了企业化运行模式，财政投入少，总体自负盈亏，自我发展。其中重要的收入来源之一是“药品加成”，以药补医。因基本药物主要是针对常见病、多发病的用药，价格低，加成少，对于医院而言，使用低价药物实际上会影响收入，机构普遍缺乏使用积极性。2009年后，基本药物要求零差率销售，其他药物则继续可以加成，这在一定时期内事实上进一步弱化了机构使用基本药物的积极性。

其三，受药品生产企业集中度低、过度竞争等影响，一段时期内，“带金销售”，即通常所说的“回扣”相当普遍。因基药利润空间低，“回扣”少，一些医务人员也缺乏推荐和使用基药的积极性。近年来，国家全面取消了药品加成，并开始严厉打击“药品回扣”，问题大幅度缓解。但据多方调查了解，潜在的采购“返点”、少数药品的变相回扣仍未绝迹，加上对质量和安全性的顾虑，医疗机构及部分医务人员对基药的使用积极性依然不高。近年来，国家对不同层级医疗机构基药配备比例、使用率等进一步强化了考核、管理，加上如DRG、基层按人头总额打包预付等支付方式改革，情况有明显改善。但受多方面因素影响，使用普及程度依然不高。

此外，受医疗服务能力特别是基层能力不足、缺乏有效用药指导以及大量“自我诊疗”等因素影响，“合理用药”也存在明显短板。

总之，虽然中国基本药物制度建设进展很大，但对标最关键的政策目标仍存在明显不足。下一步，须以可及性、可负担性和质量为重点，推进政策调整与完善。

三、综合施策，优先建立一个适当范围的“福利性基础药物保障制度”

(一) 在现有基本药物目录中进一步遴选出一个较小的“基础性目录”，以免费或“象征性收费”方式向全民提供

目前中国的基本药物目录总体偏大，全部通过免费或“基本免费”方式提供不太现实，在操作层面和支付能力方面都有很大难度。从国际经验来看，多数国家采取差别化供给方式，

但对关键和重点基本药物普遍更强调其“公共产品属性”并建立动态调整机制。

一种可行的思路是，结合疾病谱变化与重点用药需求，在现有“基本药物目录”中，遴选出一个小目录（例如80-100种）^[8]，旨在解决大部分常见病、多发病以及重点慢性病和慢性传染病的用药需求，进一步强化其福利保障功能，确保充分可及。

对于目录内以基础性疫苗为主的预防性药物，和针对结核、艾滋等重点慢性传染病抗病毒治疗药物，因需在医师指导下使用，且不存在滥用和浪费风险，可继续实行免费提供，并逐步纳入一些虽然价格较高但疗效更好的药物。同时，打破区域和户籍界限，在居民工作和驻地由相关医疗卫生服务机构向所有公众免费提供。

对用量较大的常见病、多发病以及慢病治疗性用药，为控制浪费，可象征性收费。或对药品按象征性价格收费，或象征性收取少量服务费，并根据不同用药特点，合理控制单次药物提供量。可以考虑的供给方式有两种。其一是国家统一招标采购，分药品类型采取免费或象征性收费方式，在各级各类医疗卫生机构乃至符合条件的实体及网上药店，向城乡居民开放供应，服务费或象征性收费价格全国统一。所需资金由财政补贴和职工医保、居民医保基金统筹支付。这一做法的好处是能够确保供给的充分可及，难点在于当前财政、医保制度是分级所有，分级管理，需要进行有关财政补贴以及医保资金的全国性调剂，制度调整有一定难度且需要一定周期。其二是调整现行医保报销政策，把相关基础性用药与起付线、封顶线、门诊统筹数额等全面脱钩。这一选择的优点是政策调整难度小，不足之处是大量流动人口用药问题仍然可能受限。对此，可以通过进一步完善异地就医特别是基层（社区）机构异地就医和结算制度予以解决。具体实施方法可借鉴较多国际经验，当前信息技术的快速发展也为此提供了更有力支持。

(二) 继续保留并完善国家基本药物制度和目录

为确保政策的连续性，避免“政策误读”，应明确强调，“福利性基础用药保障”是对国家基本药物制度的补充与完善，而非替代。国家基本药物目录应继续保留并进一步完善，并与医保目录调整等实现更有效的衔接。

(三) 切实提升和保障相关药品质量，合理调整目录

应加强各种宣传教育，让公众充分意识到相关药品并非“劣质药”或“低档药”，而是保护健康的基本用药。更重要的是，要实施更为严格的“一致性评价”，并结合信息化发展，强化对有关药品用量、用法、疗效及不良反应监测，推进信息公开。

为确保药品质量，须进一步完善招采制度，平衡好采购价格与质量关系，保障企业“合理利润”，避免“唯低价是取”倾向。

进一步强化相关药品遴选的科学性，并根据疾病谱、筹资能力等变化，完善增补和退出机制，适时对有关目录进行调整。由于我国地域辽阔、区域间疾病谱存在差异，可以由国家确定基础目录，允许省级政府根据实际情况进行适当调整。

[7] 受基本药物目录范围及不断调整、统计体系不完善、口径不一致等多方面因素影响，目前没有准确可信的基本药物使用情况调查数据。但基于其他很多研究，基本药物使用和普及程度不高仍是一个突出问题。

[8] 受能力限制，未对相关药品遴选进行技术性研究。但通过对一些医疗机构、医生、公共卫生以及药师访谈，大家普遍认为，通过合理筛选，80-100种药品就能够解决大部分常见病、多发病及主要慢病和主要慢性传染病用药问题。

[9] 药品包装方式看似小问题，实则对成本影响很大。国内药品过度包装已经被医药界广泛诟病，造成很大浪费，推高了用药成本，且带来不少混乱，需要认真对待。

(四) 完善相关药品配备、供应和储备等制度

二、三级医疗机构应全面配足相关药品。除极特殊存在一定使用安全风险的品种外，城市社区卫生服务中心、农村乡镇卫生院原则上应配齐配足相关药品。此外，总结各地实践经验，通过适量储运营补贴或个人按次支付少量服务费等方式，发挥好实体药店、网上药店对其中部分药品特别是非处方药的供给功能。

相关药品招标采购可继续利用现有制度体系，同时需进一步完善药品的供给、配送及储备体系。结合紧密型医共体建设，对西部、山区、人口稀疏地区等，采取适当支持政策。如在按人头总额打包支付时，考虑服务人口数量、服务半径等因素。应发挥好市场和有关物流企业、特别是电商平台作用，实现更高效、及时的供给配送。

(五) 充分利用好其他改革的有利契机

1. 与支付方式改革相结合。近年来，DRG 支付以及基层（如县域紧密型医共体内）按人头总额打包支付等正加快推进，药品已经开始从医疗服务机构的“利润端”转变为“成本端”，在此背景下，医疗机构、医务人员使用基本药物特别是福利性基础保障用药的积极性会大幅提高。

2. 与完善基层签约医生制度相结合。药品使用离不开医生、药师指导。福利保障用药作为“基本中的基本”，必须重视并发挥好城市社区和农村乡镇卫生院基层签约医生的指导作用。须切实把签约医生（团队）做实，以签约率、服务粘性（回头率）、费用控制及服务质量、满意度等为主要指标，完善薪酬激励机制，提升基层全科医生以及公卫医师使用相关药物的积极性和技术能力，推进合理用药。

3. 与紧密型医共体建设相结合。即使在最小的基础用药目录中，仍会存在部分需要严格指导和不良反应控制的药品。要利用好紧密型医共体建设及信息化手段，强化龙头医院医生、药师等对基层用药的指导，更好保障安全用药。

4. 认真总结地方试点中的经验。近一两年来，为更好解决部分重点人群和重点疾病患者个人看病负担重、便利性不足等问题，很多地方已经开始了积极探索，如针对重点慢病、特殊疾病患者实施更加优惠的医保报销政策，个别地区也开始对诸

如高血压、糖尿病等重点慢病实施有条件药品免费供应。这些都是非常有益的探索，建议组织力量进行调查研究，总结经验，探索更好、更有效的实施路径和方式方法。

四、实施这一制度从经济角度是值得且可行的，长期社会价值和政治效益显著

实施“福利性基础保障用药”，可能会在短期内增加一定财政支出或医保支出压力，比如取消起付线、封顶线以及门诊统筹数额限制，会在一定时期内增加医保基金支出。但从长期看，如能够实现最基础药物的充分可及，实现早治疗早干预，并通过推进合理用药，避免小病大治及药品滥用问题，总体上还能够节约卫生总成本。这一问题很难量化和测算，但有很强共识。

另需强调的是，通过集中采购，在确保药品质量安全的前提下以量换价，并借鉴国际经验，优化供应链管理以及通过简化药品包装、分装方式^[9]等，还能进一步降低成本。该政策不仅在经济上可行，还能有效降低公众——尤其是中低收入群体——的基础用药负担，从而促进社会公平，具有显著的社会价值和政治效益。

作者简介

葛延风：国务院发展研究中心原社会发展研究部部长、研究员
刘胜兰：国务院发展研究中心社会和文化发展研究部副研究员
路畅：中国发展研究基金会研究二部项目主任

致谢

本期政策简报的撰写获得包括易方达基金（22KDKUF084）和昆山杜克大学在内的多个资助方支持。文中观点仅代表作者个人立场，与资助方无关。我们诚挚感谢所有合作院校、政府部门和相关机构在本研究过程中提供的技术支持。我们特别感谢昆山杜克大学全球健康研究中心联合主任汤胜蓝教授、上海社会科学院原常务副院长兼经济研究所所长左学金研究员、昆山杜克大学阎丽静教授、复旦大学陈英耀教授、复旦大学应晓华教授和国务院发展研究中心张佳慧研究员等专家在简报撰写过程中提出的宝贵修改意见。



卫生政策研究
协作组官网



This policy brief reviews international experience with the essential drugs system and finds that improving accessibility, affordability, and quality and safety of essential drugs system constitutes the core policy objectives and priority areas for action. Drawing on an assessment of progress in China's essential drugs system, the brief highlights several persistent challenges, including inadequate availability at the primary healthcare level, continued high out-of-pocket payments, and suboptimal utilization of essential drugs. The brief proposes that, within the existing national essential drugs system, a smaller subset of “public-benefit essential drugs” be further identified and made available to the entire population free of charge or at nominal cost. To advance health equity and improve the overall efficiency of health investment, this approach should be implemented in close coordination with strengthened public financing, health insurance payment arrangements, primary healthcare system strengthening, and reforms of integrated health service delivery networks.

Abstract