

公立医院破除“以药补医”机制的探讨

李静娴,姜荣勤,葛爱晨,胡丹,陈家应

(南京医科大学医政学院,江苏 南京 211166)

摘要:破除以药补医机制是我国公立医院综合改革的关键环节,文章总结了公立医院改革试点地区在破除“以药补医”,改革补偿机制方面的探索情况和成效,指出改革中存在的一些问题,如财政对医院的补偿有限,医疗服务价格调整不到位,医药利益链条并未斩断。在此基础上提出完善医疗服务价格形成机制,落实政府办医责任发挥监管作用,改革医保支付方式,加强对药品流通、销售环节的管理和监督等建议。

关键词:公立医院;以药补医;补偿机制;医疗服务价格

中图分类号: R197.31

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2017)03-177-005

doi:10.7655/NYDXBSS20170302

破除“以药补医”机制是我国公立医院综合改革的重点环节,而取消“以药补医”后如何补偿医院是关键,各地一直积极探索其科学模式,并且取得一定成效。截至目前全国多个省市以取消药品加成为切入点,降低药品价格,同时把增加政府财政补助和调整医疗服务价格作为重点,并且以医保支付方式改革来转变医院激励与约束机制等措施联动起来,基本上实现了“医药分开”的改革目标,但是在改革的过程中也面临一些新的问题和挑战。

一、改革的主要措施

20世纪50年代,政府为了分担卫生经费投入压力,允许医院通过药品加成的方式获得一定的收入补偿,即“以药补医”。90年代后,政府对公立医院的管理实行简政放权,提高医院管理自主化程度,可自行支配收支结余。随着市场经济的发展,医疗服务成本快速上升,政府卫生投入相对不足,医院越来越多地依赖医疗服务收入维持运行,而由于政府对医疗服务价格的严格控制,药品加成变为医疗经济补偿的主要渠道,从而导致越来越严重的过度

用药、用高价药等不规范现象,医药费用急剧上涨,患者就医负担也随之加重。

新一轮医改方案提出要改变公立医院“以药补医”机制,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》^[1]、《国务院“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》^[2]和《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》^[3]等文件中都明确提出:破除“以药补医”机制为关键环节,推进医药分开,逐步取消药品加成,将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道。

自2012年县级公立医院改革试点以来,多个试点地区对破除“以药补医”,建立科学的补偿机制进行了积极探索,改革探索的主要措施有以下几点。

(一)取消药品加成,调整医疗服务价格

取消药品加成是破除“以药补医”机制的切入点和突破口,目前我国所有县级公立医院全部取消了药品加成,2016年《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》中明确要求全国所有公立医院

基金项目:国家自然科学基金项目“基于患者体验的公立医院改革绩效研究”(71473129);江苏省高校哲学社会科学研究一般项目“基于患者体验的公立医院绩效评估指标体系研究”(2015SJB160)

收稿日期:2017-01-03

作者简介:李静娴(1992—),女,江苏南京人,硕士研究生在读,研究方向为卫生服务研究;陈家应(1962—),男,安徽舒城人,教授,研究方向为卫生政策与卫生服务研究,通信作者。

取消药品加成。

对于取消药品加成后减少的收入,大多数地区通过调整医疗服务价格进行补偿,但调价的幅度、范围、方式各不相同。厦门市提高门急诊诊察费、住院诊察费和中医服务价格,提高部分纳入医保报销^[3];深圳市分级别提高门诊诊金和住院诊查费并由社会医疗保险基金直接为参保人代付^[4];福建省三明市由市政府最初经过精密的测算配套了4大类80项医疗服务价格的调整,并且之后5年内共调整了4次,补偿85%^[5];浙江省上调医疗服务价格,但调价总量不超过药品差价总量的90%,调整了4000多项医疗服务价格^[6]。另外北京市取消挂号费和诊疗费,设立医事服务费这项新的收费项目^[6]。

(二)加大对公立医院的财政投入

取消药品加成后,各地区给予不同程度的财政补偿,补偿的多少各不相同。其中福建省三明市补偿取消药品加成损失的10%;安徽省县级公立医院因实施药品零差率销售而减少收入的25%,由省级财政予以补助^[7];浙江省调整后的服务项目全部纳入医保报销范围,财政对因此可能产生的赤字予以兜底,另外,财政对医院基本建设和设备购置、扶持重点学科发展、事业单位养老保险单位缴费补助、政策性亏损补贴和公共卫生任务补助予以保障^[8]。陕西省按照“取消多少,补偿多少”的原则,由各级财政按比例给予足额补助。

(三)以医保支付方式改革为抓手

为了控制医疗费用不合理增长,激励医院控制成本,提高资源利用效率,减少不必要的浪费,多个

试点地区开展医保支付方式由单一后付制转向总额预付制的探索。2011年起在上海所有公立医院全面实行总额预付制,与按项目付费、按床日付费、按单病种付费相结合的混合支付方式^[9];福建省三明市实行单病种付费、次均费用限额付费的混合支付模式,发挥医保控费的作用^[4];浙江省实行总额控制下的多种结算方式,医院超支部分与医保机构共同分担,结余则留用,以此制约过度医疗和降低成本^[10];深圳市实现总额控制下的复合式医疗保险支付制度,门诊采用按人头付费为主,按单元和按项目付费为辅,住院采用按单元付费为主,按病种付费和按项目付费为辅^[11]。

此外,在压缩药品生产流通领域的中间环节,规范药品采购方面,部分地区也进行了探索。比如三明市通过“两票制”和网上自主竞价采购,实行集中采购配送,充分引入了竞争,通过限价采购政策,大幅降低了药品的价格,挤压药价虚高的“水分”^[4];上海市实行“质量保证、量价挂钩、招采合一”的药品招标采购机制,加强平台服务和监管能力,真正实现带量采购机制的有效运行^[12]。

二、改革的主要成效

《2016中国卫生统计年鉴》显示,2008—2015年公立医院收入结构更加合理,其中药品收入占比逐年下降,从2008年的42.12%下降到2015年的36.19%,财政补助收入也从2008年372.3万元涨到2015年5970.4万元,并且财政收入占总收入的比例也从7.81%上涨为8.97%(表1)。

表1 2008—2015年公立医院部分收入情况

[万元(%)]

年份	平均每所医院总收入*	医疗收入#	药品收入	财政补助收入
2008	4 766.1	4 273.5(89.66)	2 007.7(42.12)	372.3(7.81)
2009	5 890.2	5 267.4(89.43)	2 481.1(42.12)	479.5(8.14)
2010	7 179.3	6 440.1(89.70)	3 000.7(41.80)	586.9(8.17)
2011	8 832.1	7 878.8(89.21)	3 577.6(40.51)	766.7(8.68)
2012	10 950.5	9 795.7(89.45)	4 388.8(40.08)	892.8(8.15)
2013	12 666.8	11 361.5(89.70)	4 920.9(38.85)	1 006.3(7.94)
2014	14 610.2	13 149.0(90.00)	5 548.7(37.98)	1 125.9(7.71)
2015	16 498.5	14 612.4(88.57)	5 970.4(36.19)	1 480.1(8.97)

*:总收入包括财政补助收入、上级补助收入、医疗收入、药品收入和其他收入等;#:此处医疗收入包含药品收入。资料来源:《2016中国卫生统计年鉴》。

根据2016年3月国务院医改办联合五部门印发的《关于2015年度公立医院综合改革效果评价考核工作情况的报告》可知,2015年全国县级公立医院药品收入占医疗业务收入的比重为39%,比2014年下降1.9%,接受复评的县(市)公立医院药品

收入占比下降6.2%,医务性收入提高3.3%。

另外,根据福建省三明市深化医药卫生体制改革办公室提供的三明市2013—2016年县级以上公立医院收入情况,三明市医药总收入中药品收入所占的比重不断下降,分别为28.21%、27.36%、

25.74%和23.84%,卫生材料和检查化验收入在医院总收入中所占的比重不断下降,而手术治疗等服务收入的占比不断上升(表2)。

表2 福建省三明市2013—2016年县级以上公立医院医药收入情况 [万元(%)]

年份	医药总收入	医药收入			药品收入	卫生材料
		合计	检查化验	手术治疗等服务		
2013	200 866.08	123 984.52(61.72)	59 169.24(29.45)	64 815.28(32.27)	56 660.35(28.21)	20 221.26(10.07)
2014	222 868.39	140 554.71(63.06)	63 501.78(28.49)	77 052.93(34.57)	60 972.99(27.36)	21 340.64(9.58)
2015	236 164.08	152 992.46(64.78)	64 516.94(27.32)	88 475.52(37.46)	60 791.24(25.74)	22 380.38(9.48)
2016	259 257.80	173 283.94(66.84)	69 777.85(26.91)	103 506.09(39.93)	61 814.43(23.84)	24 159.43(9.32)

资料来源:三明市深化医药卫生体制改革办公室。

三、改革面临的主要问题

(一)政府投入虽有所增加,但财政对医院的补偿有限

一方面,如表3所示,2008—2015年期间政府卫生支出逐年增加,但增加幅度小并且在财政支出中所占份额较小;另一方面考虑到患者的心理承受能力及医保基金的承受力,医疗服务价格调整不可能一蹴而就,医疗服务价格与成本的差距依旧很大,因此财政经常性的投入不足以弥补这部分差价,无法有效地补偿医院取消“以药补医”的缺口,缺口大补偿少的矛盾突出,医院需要维持自身的发展和生存,政府增加经费投入对真正斩断医院的牟利动机、规范医疗服务行为非常必要。但从表1数据可以看出,多年来财政补助占医院总收入的比重不超过10%,显然财政对医院的补偿是有限的,加上我国公立医院自负盈亏的特点,医院势必会想方设法地增加收入,医生在利益驱使下使用高价药或多开药的不规范行为,医院出现过度检查、过度治疗等不必要医疗服务的行为,也就在所难免。

表3 2008—2015年政府卫生支出情况

年份	政府卫生支出(亿元)	占财政支出比重(%)	占卫生总费用比重(%)	占国内生产总值比重(%)
2008	3 593.94	5.74	24.73	1.13
2009	4 816.26	6.31	27.46	1.39
2010	5 732.49	6.38	28.69	1.40
2011	7 464.18	6.83	30.66	1.54
2012	8 331.98	6.69	29.99	1.58
2013	9 545.81	6.83	30.14	1.62
2014	10 579.23	6.98	29.96	1.66
2015	12 475.28	7.10	30.45	1.84

资料来源:《2016中国卫生统计年鉴》。

另外,表4显示从不同地区来看,2015年东部、中部和西部财政补助占当地医院总收入的比例分别是13.06%、14.13%和18.73%,西部地区由于经济发展相对落后,并且西部地区相比东部地区医疗服

务价格调整的比例较小,因此对政府的财政补贴依赖较大。

表4 2015年不同地区医疗卫生机构财政收入与医院总收入

地区	总收入(万元)	财政补助收入(万元)	所占比例(%)
东部	155 010 838	20 242 816	13.06
中部	72 121 350	10 190 970	14.13
西部	68 246 582	12 779 288	18.73

资料来源:《2016中国卫生统计年鉴》。

(二)医疗服务价格调整不到位,影响医院服务成本的合理补偿

取消药品加成后,医疗服务项目的收入承担着补偿公立医院服务成本的主要责任,因此医疗服务价格改革已经成为公立医院改革的重点内容,各试点省和非试点省也都纷纷出台医疗服务价格调整政策。表5列出北京、深圳、浙江和三明的部分医疗服务价格调整标准,北京市增加了医事服务费,深圳调整了门诊和住院诊查费,浙江省提高了诊查费、护理费、治疗费、手术费、床位费,而检查、化验、大型仪器检查费不变,只有三明市进行了分阶段多次地调整。因此总体来看,大多数地区医疗服务价格在调整的幅度、范围和效果都很有有限,大多是根据历史发生的药品销售数据进行调整,而没有真正反映医疗服务的成本和医务人员的技术劳务价值^[13]。因此,调整医疗服务价格未能完全补偿取消药品加成后医院收入的缺口,而政府财政补助的增加是有限的,也没有完全实现动态增长。医疗服务价格调整的不彻底未能弥补收入的降低和成本的动态增长,从而也就无法阻止医院想办法靠药品二次议价、检查、手术等增收的行为,尤其是药品二次议价行为存在,使得通过药品零差率政策切断药品销售和医院经济利益联系的政策目标成为空谈。

(三)医药利益链条并未斩断

为了充分降低药品价格,彻底斩断药品与医院直接的利益链条,针对药品流通领域,部分地方政府通过药品集中采购的方式尝试降低药品价格。但很多地区药品集中采购由政府行政部门

表5 部分试点地区医疗服务价格调整标准

地区	特点	调整范围	部分调整标准
北京市	增设新项目	医事服务费	普通门诊 42 元,副主任医师 60 元,主任医师 80 元,知名专家门诊 100 元;医保定额支付每人 40 元,医保患者个人需要支付的费用分别是 2 元、20 元、40 元和 60 元
深圳市	调整个别项目	门诊诊金、住院诊查费	在原来的基础上平均每门诊人次提高门诊诊金 12 元,平均每住院床日提高住院诊查费 37 元
浙江省	调整 4 000 多项,调整的医疗服务费用纳入到医保报销范围	提高诊查费、护理费、治疗费、手术费、床位费,检查、化验、大型仪器检查费不变	以专家门诊诊查费(正高)为例:由 9 元/人次调整为 16 元/人次;病理检查等治疗费和手术费按照平均 30% 的幅度调整
三明市	分阶段,多次调整(5 次),共计调整 4 000 多项医疗服务项目	第一次对诊查费、护理费、治疗费、手术费进行调整,第二次降低大型医用设备检查、化验、检验项目价格,提高诊查治疗费、手术费等	以三级医院普通门诊诊查费(主任医师)为例:从最初 7 元调整为 25 元,后又调整为 48 元,医保基金报销 18 元

主导,政府部门根据各投标企业的报价进行定价,不能体现市场规律,遏制了药企之间正常的市场竞争^[14],同时还会滋生商业贿赂和腐败。而医药生产和流通领域产生巨大的利润空间,使得医药代表有贿赂医生的资金^[15],医药代表在营销过程中通过给予回扣、送礼、提成等手段,使医生的处方行为带有趋利色彩,药品零差率只是破除医院收入与药品加成之间的利益链,并未斩断医药代表与医生之间的交易。这也是在全面实行药品零差率后,药品使用量并未明显减少的主要原因^[16]。

四、启示和建议

(一)完善医疗服务价格形成机制

由于目前医疗服务价格的调整是以弥补药品加成收入为基数,没有正确梳理医疗服务价格和成本的关系,医疗服务项目在价格调整幅度上并不能达到合理补偿医院服务成本的效果。医疗服务项目定价的核心要素是医务人员技术劳务价值,因此医疗服务价格的调整需要综合考虑医疗服务成本、技术难度和风险程度等,建立和完善对医疗服务成本的科学测算。此外调整的幅度也要考虑到医保和患者的承受能力,防止出现患者经济负担大幅度加重和医保基金“穿底”。其次,在调整的范围上应该全面梳理医疗服务价格项目,理顺医疗服务价格比价关系,普遍提高诊查、护理、治疗、手术等体现较高技术劳务价值的项目价格,而不是增设单独的收费项目或调整个别项目收费,降低大型设备检查价格,优化医疗机构收入结构。

(二)落实政府办医责任,发挥政府监管作用

近年来政府对卫生事业方面支出有所增加,但政府对公立医院的财政补偿在医院收入中所占比例不高。政府落实办医责任是公立医院维持公益性

的基本保障,政府的补偿缺位会导致公立医院为了维持自身发展追求经济利益最大化,从而淡化公益性。因此,要明确政府财政投入的范围和重点,对于公立医院的基本建设、大型设备购置、重点学科扶持、离退休人员经费和医院承担的公共卫生服务任务应由各级财政全额负担,结合各地经济水平,合理划分省、市、县各级政府的投入责任,对政策性亏损的补偿要与医院医疗服务的数量、质量、患者满意度等绩效指标挂钩,从而进一步对医院的行为进行有效地引导和规范。此外,对公立医院补偿资金的监管是保证补偿机制有效实施的重要举措之一,要充分发挥政府监管作用,加强对资金投入的监管和管理,保证投入资金的合理有效利用,提高资金使用效率。

(三)推进医保支付方式改革,转变公立医院激励约束机制

进一步推进以预付制为主的医保支付方式改革,一方面可以有效控制医疗费用不合理增长,另一方面鼓励医疗机构加强医疗质量管理,提高诊疗水平,还可以改变医院激励因素,提高医疗效率,降低经营成本,促使医院走精细化管理道路。在医保总额预付的情况下,医院要稳定发展,除了增加收益以外,降低成本也很重要,总额预付制能促使医院自觉参与医疗成本的控制活动,在优化流程和流程改造的过程中不断提高医疗效率,减少无效开支,通过精细化管理降低成本,增加利润^[8]。另外,调整支付标准也至关重要,医保支付标准的确定要更加科学化和精细化,要改变之前以历史医疗费用为基础制定支付标准的方法,应以成本核算为基础制定支付标准,从而有利于调动医生主动规范行为的积极性。同时,在医院支付层面,深化推进按病种、按人头、按床日付费制度改革,发挥医保基金对医

疗服务行为的监督、引导和制约作用。

(四)加强对药品流通、销售等环节的管理和监督

开展药品的生产流通使用全流程改革,减少药品流通成本,更重要的是充分利用市场和政府的双重调控机制,使药品的价格回归成本,合理调控药品营销利润空间。另外在药品销售环节,要加强对医药产品销售方和医药代表的监管,加大对支付回扣和提成的商业贿赂行为的打击力度,重新定位医药代表角色,转变其职能;另一方面,要严格规范医生的处方行为,加强对医生处方的监管和监控,对多次开具大处方的人员给予严肃处理,同时对医生进行合理用药的再教育,提高医生的职业道德。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国务院办公厅. 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[EB/OL]. [2009-04-08]. http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280069.htm
- [2] 中华人民共和国国务院办公厅. 国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知[EB/OL]. [2012-03-21]. http://www.gov.cn/zwggk/2012-03/21/content_2096671.htm
- [3] 中华人民共和国国务院办公厅. 国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见[EB/OL]. [2015-05-08]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/08/content_9710.htm
- [4] 彭颖,李芬,金春林. 取消药品加成后医疗服务价格调整的实践与思考[J]. 中国卫生资源,2014,17(6):419-421
- [5] 李玲. 公立医院改革的“三明模式”[J]. 晚晴,2015(6):38-41
- [6] 李芬,彭颖,金春林,等. 实行药品零差率后公立医院补偿机制改革的探索及启示[J]. 中华医院管理杂志,2015,31(3):164-166
- [7] 安徽省财政厅,安徽省卫生厅,安徽省人力资源社会保障厅. 安徽省县级公立医院运行补偿管理暂行办法[EB/OL]. [2013-11-13]. <http://www.ahcz.gov.cn/portal/zwgk/zcfg/fggz/1384456443623247.htm>
- [8] 杨敬. 浙江:探路县级医院药品零差率销售[J]. 中国卫生,2011(11):22-23
- [9] 耿岩. 上海医疗保险供方支付方式改革及监管策略研究[J]. 中国卫生资源,2015,18(1):51-53
- [10] 李显文,王楨,徐飞鸿,等. 公立医院药品零加成改革的实践与思考[J]. 中华医院管理杂志,2013,29(6):404-407
- [11] 沈华亮. 深圳总额控制下复合式医疗保险支付制度的实践[J]. 中华医院管理杂志,2012,28(10):785-788
- [12] 管晓东,张宇晴,史录文. 上海市药品带量采购分析和思考[J]. 中国卫生政策研究,2015,8(12):14-17
- [13] 吕兰婷,王虎峰. 公立医院医疗服务价格调整难点及推进策略[J]. 中国医院管理,2015,35(7):1-4
- [14] 蒋春灵,付建华,李银才. 药价虚高的体制探源[J]. 中国卫生经济,2014(4):20-22
- [15] 房信刚,吕军,石慧敏. “药品回扣”是中国医改难题的症结所在[J]. 医学与哲学(人文社会医学版),2015,36(6):75-77
- [16] 刘桂林,李平. 县级公立医院实施药品零差率政策问题及对策[J]. 中华医院管理杂志,2013,29(1):1-6

Discussion on problems and countermeasures of breaking “drug-maintaining-medicine” in public hospitals

Li Jingxian, Jiang Rongqin, Hu Dan, Ge Aichen, Chen Jiaying

(School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China)

Abstract: Breaking the mechanism of drug-maintaining-medicine is the key point of comprehensive reform in public hospitals. This study summarizes the situation and effects of breaking of drug-maintaining-medicine and compensation mechanism reform for public hospitals. We point out some problems existing in the reform, including the financial compensation for the hospital is limited, medical service price adjustment is not enough, the chain of interests between drugs and hospitals has not been cut off. Based on such findings, the paper suggests that the formation mechanism of medical service price should be improved, the supervising and managing responsibility of government should be cleared, the standards of medicare payment should be reformed, and management and supervision of drug distribution and sales should be strengthened.

Key words: public hospital; drug-maintaining-medicine; compensation mechanism; medical service price