

地市级公立医院实行药品零差价的思考*

李乐波¹, 俞斯海^{2△}

(1. 浙江省绍兴市人民医院财务处 312000; 2. 浙江省绍兴市第二医院财务科 312000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.17.044

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)17-2035-03

当前,地市级公立医院的药品收入已占医院总收入的 50%左右,“以药养医”问题非常突出,这一机制加重了群众的就医负担,也有害民族的健康素质^[1]。《我国国民经济和社会发展十二五规划纲要》明确指出:“要积极探索医药分离的有效形式,改革公立医院补偿机制”。国务院印发的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》中也要求:“以破除以药补医机制为关键环节,由局部试点转向全面推进,保障可持续发展的公立医院运行新机制”。

浙江省是全国最早开展县级公立医院改革的省份之一,作为全省率先开展的试点地区,绍兴地区县级医院“药品零差价”改革已于 2011 年底全面推开^[2]。目前,在省委省政府的大力支持下,绍兴市也已率先启动地市级医院的公立医院综合改革,成为浙江省实行“药品零差价”改革的先行试点城市。为确保绍兴地区地市级公立医院“药品零差价”改革的顺利实施,本文对照目前绍兴地区县级医院试行的补偿方案,进行了全面的测算,通过对测算结果的分析,本文提出相应的改进建议,为全面实施地市级公立医院“药品零差价”改革提供重要的参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本文选取绍兴市内所有地市级公立医院作为研究对象,分别是 3 家综合性医院和 5 家专科医院,其中 5 家专科医院分别为妇保、中医、传染病、精神病和五官科专业医院。本文调取了各医院 2009~2011 年的相关数据,进行测算统计。

1.2 方法 将各医院相关项目实际发生数的近 3 年平均值作为实验组,将测算结果的近 3 年平均值定为对照组,对比分析两组数据的差异情况。测算方案采用绍兴地区县级医院现试行的“药品零差价”改革补偿方案。两组数据均套用各医院近

3 年的实际药品使用量、医疗服务量,即采用同一样本,完全具有可比性。

绍兴地区县级医院现试行的“药品零差价”改革补偿方案(绍县价[2011]63 号)具体如下:(1)所有药品(中药饮片除外)实行零差率销售。(2)调整部分医疗服务价格。① 诊查费,门诊诊查费调整为 10 元/次(包括普通挂号费、诊查费、药事服务费);住院诊查费调整为:三级医院 14 元/日、二级医院 12 元/日(含药事服务费)。② 护理费,等级护理费调整为三级医院 16 元/日、二级医院 15 元/日;特级护理调整为 5 元/h。③ 治疗费,原则上在现行基础上上调 10%,其中注射、输液、抢救类等原则上上调 20%。④ 手术费,原则上在现行基础上上调 25%,其中牙科原则上上调 15%。⑤ 床位费,普通病房床位费暂不作调整,仅对留观床、中心监护病床等特殊床位费作适当微调。(3)药品差价损失部分的 70%由上述医疗服务价格调整补偿,30%由财政补偿。

1.3 研究指标 本文结合研究实际,采用 Delphi 法(德尔菲法)^[3],设计出对比与分析两组数据的最佳指标,对比指标分别为药品比例、门诊均次费用、出院均次费用、医保自负比例和财政补助率;分析指标分别为药品比例、手术比例、药品差价、医疗服务差价和补偿率。其中,财政补助率为财政补助收入占医院总收入的比例。

2 结果

2.1 两组数据对比指标比较 两组数据对比指标比较,总体上药品比例、门诊均次费用、出院均次费用和医保自负比例均有所下降,财政补助率提高,见表 1。

2.2 两组数据分析指标结果 两组数据分析指标比较,各医院原有费用结构不同,测算后的结果也大相径庭。其中原药品比例较低的医院,补偿率较高,见表 2。

表 1 两组数据对比指标比较

医院	实验组					对照组				
	药品比例 (%)	门诊均次费用(元)	出院均次费用(元)	医保自负比例(%)	财政补助率 (%)	药品比例 (%)	门诊均次费用(元)	出院均次费用(元)	医保自负比例(%)	财政补助率 (%)
综合 1	38.35	243	15 258	15.48	6.98	43.95	250	10 717	16.23	5.27
综合 2	50.59	160	8 379	18.12	4.18	57.14	167	8 686	19.02	1.62
综合 3	29.22	130	5 731	16.18	5.21	37.05	132	4 382	17.35	2.87
专科 1	23.29	158	4 543	18.13	6.35	29.41	153	4 358	19.77	5.17
专科 2	46.78	185	10 600	11.64	7.41	54.23	193	10 663	12.39	5.03

* 基金项目:浙江省康恩贝医院管理软科学研究基金资助项目(2012ZHA-KEB104);浙江省医药卫生科技计划基金资助项目(2013KYB265)。 作者简介:李乐波(1976~),高级会计师,主要从事卫生经济学研究。 △ 通讯作者, Tel:13385851298; E-mail:yshyuyang@163.com。

续表 1 两组数据对比指标比较

医院	实验组					对照组				
	药品比例 (%)	门诊均次费用(元)	出院均次费用(元)	医保自负比例 (%)	财政补助率 (%)	药品比例 (%)	门诊均次费用(元)	出院均次费用(元)	医保自负比例 (%)	财政补助率 (%)
专科 3	48.28	333	15 289	11.35	7.44	55.67	343	15 743	12.03	4.89
专科 4	37.08	152	12 267	10.51	5.59	43.84	144	12 330	11.32	4.03
专科 5	2.15	189	0	43.28	3.67	2.74	181	0	45.33	3.68
合计	38.14	198	10 982	15.34	6.63	44.44	200	1 1035	16.20	4.80

表 2 两组数据分析指标比较

医院	药品比例 (%)	住院手术比例 (%)	药品差价(万元)	医疗服务差价(万元)	医疗补偿率 (%)
综合 1	43.95	41.02	4 606	3 632	79(64,88)
综合 2	57.14	25.09	857	485	57(60,52)
综合 3	37.05	61.29	289	248	86(85,89)
专科 1	29.41	35.57	928	1 591	171(135,193)
专科 2	54.23	45.98	1 372	1 043	76(73,81)
专科 3	55.67	10.03	953	642	67(76,64)
专科 4	43.84	1.09	538	707	160(165,149)
专科 5	2.74	0.00	9	87	967(967,0)
合计	44.44	35.04	9 552	8 435	88(86,91)

3 讨 论

3.1 改革实施使社会效益显著 经过测算,本文认为“药品零差价”改革的实施会大大提升社会效益。首先,医院“以药养医”机制彻底破除,医院结余来源由原来的 3 项缩减为医疗服务与财政补助 2 项,药品比例明显下降。其次,老百姓“看病贵”问题有所缓解,测算后的均次费用、医保自负比例均比实际数有所下降^[4]。最后,医务人员劳动得到体现。医疗服务项目收费标准明显提高,充分调动了医务人员的工作积极性。

3.2 医院特质使测算差异较大 地市级公立医院有着区别于县级公立医院的鲜明特质,套用县级医院改革方案,其测算结果的差异较为明显。首先,地市级公立医院处于本地区医疗市场的主导地位,他们的变革将直接引导本地区的医疗改革方向;其次,地市级公立医院医疗技术水平相对较高,医疗服务投入相对较多、药品比例相对较低,改革对其冲击相对较小。测算结果显示,8 家地市级公立医院合计医疗补偿率高于 70%,加上药品差价损失 30% 部分由财政补偿,医院结余还将略有提高。最后,地市级公立医院医疗技术更为攻尖,医院间特色差异更为明显,导致各医院测算结果参差不齐。即使是综合性医院,也会因服务规模、隶属关系不同而大相径庭。其中,原药品比例控制较好、手术等劳务含量较高的医院,测算医疗服务差价高于药品差价。

3.3 结构调整使环境变化明显 地市级公立医院的改革关系着本地区医疗行业本身乃至财政、保险、药品等关联行业的发展。医院收入来源渠道的缩减,需要国家适当调整财政预算结构;医保自负比例下降,需要有足够的经费保障运行;医院药品零利润,但仍需配备一定的软硬件确保药品流通;诊查费适当调整后,“先诊疗后付费”的流程会导致部分挂号收入的流失。

3.4 建议

3.4.1 维护成果,措施保证 实行“药品零差价”改革,将产生显著的社会效益,应积极维护改革良好态势,防止“以药养医”变为“以械养医”,或出现过度诊疗等现象^[5]。相关各级部门应以均次费用控制为切入点,探索以下几方面的改革:(1)实现同级医疗机构影像检查、检验结果互认制,减少不必要的重复检查;(2)探索临床路径与单病种收费管理,进一步规范诊疗与收费行为;(3)加强对医务人员的教育、管理,加大对大处方、滥检查行为的监督检查力度,严厉惩处商业贿赂等不法行为;(4)注重对各级人员的绩效考核,将考评结果与岗位聘用、内部分配充分结合,尤其是通过财政“以奖代补”手段促进均次费用的控制;(5)试行按病种、按项目的医保付费模式,进一步加大对医保的投入,提高医保报销比例。

3.4.2 稳字当头,统筹考虑 (1)地市级公立医院服务量大,药品差价损失绝对值相对较高,完全或主要依靠财政补助运行,在现阶段来看显然是不现实的^[6]。因此,必须实施以价格补偿为主的补偿机制。(2)在价格补偿机制方面,应尽量一视同仁,不能“鞭打快牛”,搞“二次平衡”;但在财政补偿机制方面,应充分考虑各类医院的特点,尤其是在亏损专业、重大科研投入等方面给予更多的支持^[7]。(3)地市级公立医院与县级公立医院往往空间距离较近、服务半径交叉,不同的价格政策会引来诸多非议,建议在探索地市级公立医院价格政策的同时,适当修整县级公立医院价格标准,实现逐步统一。

3.4.3 适应环境,主动改变 在医院补偿来源上,国家应适当增加财政经费投入^[8];地市级公立医院也应主动寻求社会捐赠等第三方筹资渠道。在社保经费上,应号召社会各单位积极增加医保缴纳标准,也要求社保部门加强经费统筹^[9]。在药品流通方面,允许医院压缩部分非必需药品,同时在加强市场监管的前提下,允许社会“平价药房”的开设。在医院内部管理上,

应积极改变门诊流程,探索实行门诊预交金制;加强成本控制,提高抗风险能力;修正分配激励导向,注重工作量考核,调动医务人员工作积极性^[10]。

参考文献:

- [1] 许秀菊. 公立医院补偿机制演变的研究[J]. 中国医院, 2009, 13(1): 27-31.
- [2] 董恒进. 对公立医院改革发展趋势的探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(1): 9-12.
- [3] Sinha IP, Smyth RL, Williamson PR. Using the delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials: recommendations for the future based on a systematic review of existing studies[J]. PLoS Medicin, 2011, 8(1): 11-15.
- [4] 邓红艳, 苏明丽. 医患角色易位对医院管理及患者满意度的影响[J]. 重庆医学, 2012, 41(1): 94-95.
- [5] 王洪军, 吴爱华. 基层医疗机构实行药品零差价后对居民

医疗费用变化的影响因素分析[J]. 中国卫生经济, 2011, 30(1): 68-69.

- [6] 赵要军, 吴建, 谢双保, 等. 公立医院改革有关基本概念辨析[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(2): 81-83.
- [7] 李雪平, 蒲川, 吴海峰, 等. 重庆市基本公共卫生服务财政投入均等化现状分析[J]. 重庆医学, 2012, 41(14): 1206-1208.
- [8] 孙统达, 顾竹影, 王雳, 等. 实施药品零差率对基层医疗机构收支结构的影响[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(5): 325-328.
- [9] 谢国洲, 贺加. 新型农村合作医疗制度保障能力研究回顾和思考[J]. 重庆医学, 2012, 41(3): 303-304.
- [10] 夏文明, 田文华, 张志敏, 等. 对我国公立医院补偿机制的思考[J]. 中国卫生经济, 2011, 30(1): 35-37.

(收稿日期: 2012-11-18 修回日期: 2013-01-19)

• 卫生管理 •

社区卫生服务机构设施设备配置及建档现况*

何朝珠¹, 刘小花¹, 李鸿艳¹, 易智华¹, 胡夏菊¹, 贾书磊¹, 刘 宇¹, 毕瑞雪¹, 何雪莹¹, 刘 勇²
(南昌大学: 1. 护理学院; 2. 公共卫生学院 330006)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2013. 17. 045

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)17-2037-03

随着中国社会卫生经济的发展, 社区卫生服务机构已成为人人享有初级卫生保健最基本、最有效的途径, 社区卫生服务机构设施设备配置现状直接影响社区卫生服务功能的发挥。本研究对南昌市部分社区卫生服务机构基本设施设备配置及建档情况进行调查, 针对调查所反应的问题, 结合中国国情和南昌市实际情况, 提出相关建议, 以促进社区卫生服务健康、可持续发展。

1 对象与方法

1.1 调查对象 随机抽取南昌市东湖、西湖、青山湖、青云谱和红谷滩五大主城区 18 个社区卫生服务中心和 30 个社区卫生服务站 2012 年 5~7 月社区卫生服务机构中的负责人发放调查问卷 48 份, 回收有效率 100%。

1.2 调查方法

1.2.1 调查工具 参考 2009 年《社区卫生服务机构建设标准》、2009 年社区卫生服务中心卫生服务能力调查表及 2010 年社区卫生服务站卫生服务能力调查表来设计的, 包括设施情况、设备情况、医护配备及建档情况 3 部分。利用文献法及德尔非法确定问卷。设备情况部分, 分别对社区卫生服务中心及服务点进行调查。因为其配备标准不一, 故分开进行调查该部分内容。

1.2.2 问卷调查 对 48 家社区卫生服务机构进行相关数据的收集。主要调查社区卫生服务机构的设施设备配置现状。于 2012 年 5 至 7 月发放社区卫生服务中心调查问卷 18 份, 社区卫生服务站调查问卷 30 份, 由社区卫生服务中心负责人或服务站长填写, 回收有效问卷分别为 18 份和 30 份, 回

收率及有效率都为 100%。

1.2.3 个人访谈 在发放调查问卷的同时, 对社区卫生服务机构的负责人进行个人访谈, 时长控制在 30 min 内。主要问题: (1) 您对社区的设施设备配置有什么看法? (2) 您所在社区卫生服务机构设备现在运行情况如何? (3) 您对社区卫生服务机构还有什么其他的看法?

1.3 统计学处理 调查问卷采用统一原则进行编码, 采用 Epidata3.1 建立数据库, 由 2 人同步录入, 再抽出 10% 由 2 人进行核对。经过数据整理后, 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析。

2 结 果

2.1 社区卫生服务机构的基本情况

2.1.1 机构性质 4 家由政府直接举办, 占 8.3%, 7 家由公立医院举办, 占 14.6%, 9 家由企事业医疗机构转型, 占 18.75%, 28 家是自筹举办, 占 58.3%。

2.1.2 建筑面积 社区卫生服务中心: 10 家 (55.6%) 达到国家标准 ($\geq 1\ 400\ m^2$), 8 家未达标。社区卫生服务站: 22 家 (73.3%) 达到国家标准, 8 家未达标。具体见表 1。

2.1.3 房屋来源 社区卫生服务中心: 5 家由政府提供, 占 10.4%; 4 家由企事业单位免费提供, 占 8.3%; 2 家由企事业单位有偿提供, 占 4.2%; 36 家租用房屋, 占 66.7%; 1 家自购房屋, 占 2.1%。

2.1.4 服务机构成立时间 所调查的社区卫生服务中心中, 其平均成立时间 5 年, 最短 3 年, 最长 8 年。而社区卫生服务站其平均成立时间 12 年, 最短 2 年, 最长 18 年。说明南昌市

* 基金项目: 江西省卫生厅科技计划基金资助项目(20123178)。

作者简介: 何朝珠(1966~), 副教授, 主要从事社区卫生服务研究。