

我国县级公立医院取消药品加成补偿政策的合理性研究[△]

谭华伟^{1,2*}, 阳光^{1,2}, 颜维华^{1,2}, 刘宪^{1,2}, 郑万会^{1,2}, 张云^{1,2}, 朱小玲^{1,2}, 张培林^{1,2#} (1.重庆市医院成本管理研究中心, 重庆 400700; 2.重庆市第九人民医院成本控制研究室, 重庆 400700)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2016)10-1301-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.10.02

摘要 目的:评价我国县级公立医院取消药品加成补偿政策的合理性,为破除“以药补医”机制提供参考。方法:收集2015年8月1日前我国30个省、自治区、直辖市(简称“省市”)政府办公厅及政府相关部门官方网站中有关县级公立医院取消药品加成政策的文件,对县级公立医院取消药品加成的取消进度、补偿模式、补偿基数、补偿范围、补偿途径及补偿率、财政补偿方式等6个维度进行分析。结果:有46.67%的省市完全取消了药品加成政策;绝大多数省市采取“取消多少,补偿多少”的补偿模式;有54.55%的省市以2011年或取消药品加成前1年的药品加成收入财务数据作为补偿基数;有93.33%的省市由调整医疗服务价格补偿,有86.67%的省市由政府财政补偿,有50.00%的省市由医院加强成本控制自身消化;完全取消药品加成省市的财政补偿率是未完全取消省市的1.72倍,未完全取消省市调整医疗服务价格补偿率是完全取消省市的1.22倍;取消药品加成财政补偿方式主要有按常住人口和按绩效考核结果补偿2种类型。结论:财政补偿率高低同药品加成政策取消进度呈高度正相关;医疗服务价格调整补偿途径承担了补偿的主体责任;取消药品加成政策实施现状与取消药品加成政策目标不相适应。建议建立分步分类的医疗服务价格调整机制及以区域卫生规划为导向的差异化财政投入机制。

关键词 县级公立医院;以药补医;药品加成;补偿政策

Study on the Rationality of Cancelling Drug Addition Compensation Strategy in County-level Public Hospitals in China

TAN Huawei^{1,2}, YANG Guang^{1,2}, YAN Weihua^{1,2}, LIU Xian^{1,2}, ZHENG Wanhui^{1,2}, ZHANG Yun^{1,2}, ZHU Xiaoling^{1,2}, ZHANG Peilin^{1,2} (1.Chongqing Center for Hospital Cost Management Research, Chongqing 400700, China; 2. Dept. of Cost Control Research, Chongqing Ninth People's Hospital, Chongqing 400700, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To evaluate the rationality of cancelling drug addition compensation strategy in county-level public hospitals in China, and to provide reference for abolishing the system of “drug-maintaining-medicine”. METHODS: The documents about cancelling drug addition strategy in county-level public hospitals were collected from websites of 30 provincial, autonomous region and municipality (called “province and city” for short) general office and related governmental departments before Aug. 1st, in 2015. The cancelling drug addition strategy in county-level public hospitals was analyzed in respects of rate of progress, compensation mode, compensation radix, compensation range, compensation channel and compensation rate, financial compensation way. RESULTS: 46.67% provinces and cities completely cancelled drug addition strategy; the compensation mode of canceling drug addition was “how much to cancel, how much to compensate” in the vast majority of provinces and cities; drug addition income financial data in 2011 or the year before cancelling drug addition strategy were used as compensation radix in 54.55% provinces and cities; compensation way included adjusting medical service price in 93.33% provinces and cities, government finance compensation in 86.67%, and strengthening hospital cost control and digesting cost by hospital in 50.00%. The rate of financial compensation in provinces and cities which had cancelled drug addition strategy completely was 1.72 times as much as those had not cancelled drug addition strategy completely; the rate of adjusting medical service price in provinces and cities which had not cancelled drug addition strategy completely was 1.22 times as much as those had cancelled drug addition strategy completely. Financial compensation way mainly included compensating by resident population and by performance appraisal result. CONCLUSIONS: The rate of financial compensation is highly positively correlated with rate of progress; compensation channel of adjusting medical service price takes subject responsibility; the situation of cancelling drug addition strategy doesn't adapt to strategy purpose. It is suggested to establish step by step and classified medical service price adjustment system and local health plan-oriented differentiated financial input mechanism.

KEYWORDS County-level public hospitals; Drug-maintaining-medicine; Drug addition; Compensation strategy

28(4):361.

△ 基金项目:国家社会科学基金项目(No.14BGL112)

* 硕士。研究方向:卫生经济、医院管理。电话:023-63221523。

E-mail: tanhuawei-2009@163.com

通信作者:教授。研究方向:卫生经济、医院管理。电话:023-68867923。E-mail: 1039725514@qq.com

[8] 梁毅,陈磊.《药品生产质量管理规范》管理中偏差分类的方法研究[J].中国药房,2012,23(37):3460.

[9] 厉洁,黄浩.药品生产的偏差调查与分析[J].内蒙古中医药,2012,31(6):66.

(收稿日期:2015-07-13 修回日期:2015-11-30)

(编辑:杨小军)

“以药补医”机制是公立医院以药品加成政策为基础形成的一项经济补偿机制,由此催生出公立医院片面追求自身利益最大化的内在动力,严重损害了公立医院的公益性^[1-2]。当前,破除“以药补医”机制是我国县级公立医院改革的关键环节,也是我国县级公立医院改革工作的重点和难点。2015年5月,《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》指出,县级公立医院破除“以药补医”机制取得的成果尚需巩固,需要以问题为导向,进一步细化完善政策措施,持续拓展深化改革^[3]。2015年8月,国家卫生和计划生育委员会(简称“卫计委”)例行新闻发布会明确指出:取消药品加成是切断公立医院“以药补医”逐利机制的突破口和切入点^[4]。鉴于此,本研究对2015年8月1日前全国30个省、自治区、直辖市(简称“省市”)县级公立医院取消药品加成补偿政策进行分析,评价我国县级公立医院取消药品加成补偿政策的合理性,为国家及各省市公立医院破除“以药补医”机制提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究以全国各省市县级公立医院取消药品加成的补偿内容为研究对象。通过检索各省市政府办公厅、卫计委、财政厅、发展与改革委员会(简称“发改委”)、物价局、人力资源和社会保障厅等相关官方机构网站,收集县级公立医院取消药品加成的政策文件,如《县级公立医院综合改革试点工作方案》《县级公立医院综合改革实施方案》《关于全面推进县级公立医院综合改革的意见》《县级公立医院医药价格改革的实施意见》和《县级公立医院取消药品加成经费补偿办法》等,资料收集到2015年8月1日。西藏自治区截至目前尚未检索到有关县级公立医院取消药品加成的政策文件,故未纳入。

1.2 纳入排除标准

本研究将《全面推进县级公立医院综合改革的实施意见》(简称“意见”)作为完全取消药品加成政策的依据。对于完全取消药品加成政策的省市,以《意见》作为该省市县级公立医院取消药品加成政策的评价对象;对于未完全取消的省市,以当地官方机构出台的最新政策文件作为评价对象。

1.3 研究方法

本研究在利用Excel 2007将全国30个省市县级公立医院取消药品加成补偿政策进行整理分类、汇总的基础上,采取描述性的统计方法对县级公立医院取消药品加成的取消进度、补偿模式、补偿基数、补偿范围、补偿途径及补偿率、财政补偿方式等6个维度进行分析。

2 结果

2.1 县级公立医院药品加成的取消进度

完善公立医院的补偿机制是公立医院公益性回归的基本前提和有效保障。本研究结果显示,各省市药品加成政策取消进度不一,其中福建、浙江等14个省市(46.67%)县级公立医院已完全取消,而北京、天津等16个省市(53.33%)县级公立医院尚未完全取消。同时还显示,区域药品加成政策取消进度也存在差异,西部地区省市取消进度最快,中部地区其次,东部地区最慢。县级公立医院药品加成取消进度统计表1。

2.2 县级公立医院取消药品加成的补偿模式

目前,已出台取消药品加成政策文件的各省市,其药品加成补偿模式有2种类型,即以陕西为代表的“取消多少,补偿多

少”模式和以青海为代表的“收支差额补助”模式。我国绝大多数省市采取“取消多少,补偿多少”的补偿模式。

表1 县级公立医院药品加成取消进度

Tab 1 The rate of cancelling drug addition progress in county-level public hospitals

取消情况	东部地区	中部地区	西部地区	构成比, %
完全取消	闽、浙、苏、冀	赣、皖、豫、晋	桂、云、川、宁、陕、青	46.67
未完全取消	京、津、沪、琼、辽、鲁、粤	鄂、吉、黑、湘	甘、贵、新、渝、蒙	53.33

2.3 县级公立医院取消药品加成的补偿基数

在完全取消药品加成政策的14个省市中,浙江、陕西等11个省市(78.57%)明确规定了补偿基数。考虑到未完全取消的省市尚处于试点阶段,补偿基数尚未最终确定,故未完全取消的省市不纳入评价。本研究结果显示,我国县级公立医院取消药品加成政策补偿基数存在如下特征:(1)从补偿基数具体确定年份来看,有6个省市(54.55%)以2011年药品加成当年收入作为补偿基数,有2个省市(18.18%)以2011年药品加成当年收入作为补偿基数,有3个省市(27.27%)以2013年药品加成当年收入作为补偿基数。(2)从补偿基数确定年份距完全取消药品加成政策间隔年份来看,有6个省市(54.55%)以完全取消药品加成前1年的药品加成收入财务数据作为补偿基数,有4个省市(36.36%)以完全取消药品加成前2年的药品加成收入财务数据作为补偿基数。县级公立医院药品加成补偿基数见表2(注:本部分内容仅统计了完全取消药品加成的14个省市)。

表2 县级公立医院取消药品加成的补偿基数

Tab 2 Compensation radix of cancelling drug addition in county-level public hospitals

补偿基数	取消药品加成前1年	取消药品加成前2年	其他
2011年	浙、陕、皖	苏、青	晋
2012年	川	冀	
2013年	闽、豫	桂	
未明确规定	赣、云、宁		

2.4 县级公立医院取消药品加成的补偿范围

确定县级公立医院取消药品加成的补偿范围,是构建县级公立医院补偿机制的重要内容。本研究结果显示,有93.33%的省市尚未将药品管理成本(如药品贮藏、保管、损耗等费用)纳入取消药品加成的补偿范围,仅广西和江西2个省市明确规定将医院的药品贮藏、保管、损耗等费用列入医院运行成本予以补偿。

2.5 县级公立医院取消药品加成的补偿途径与补偿率

2.5.1 补偿途径 我国取消药品加成补偿途径有3条,即政府财政补偿、调整医疗服务价格补偿以及医院加强成本控制自身消化补偿。本研究结果显示,我国县级公立医院取消药品加成补偿途径具有如下特征:(1)从总体来看,有93.33%的省市由调整医疗服务价格补偿,有86.67%的省市由政府财政补偿,有50.00%的省市由医院加强成本控制自身消化。(2)从区域视角来看,一是调整医疗服务价格补偿是最基本的补偿途径,区域差异不明显,100%的东部省市和中部省市由调整医疗服务价格补偿,西部省市为85.71%;二是政府财政补偿是西部省市和中部省市重要的补偿途径,中、西部省市与东部省市差异明显,100%的西、中部省市由政府财政补偿,东部省市为63.64%;三是医院加强成本控制自身消化补偿是辅助补偿途径,东、中、西部省市差异较大。有72.73%的东部省市由医院

医院通过增加医疗服务种类和数量来维持医院系统的正常运行,“过诊过治”现象就随之产生。这样一来,维护公立医院的公益性、破除公立医院逐利机制将成为空谈。

3.5 补偿途径及补偿率的合理性

东、西部省市均强调通过调整医疗服务价格履行对取消药品加成补偿的主体责任。长期以来,价格规制使得医疗服务价格背离医疗服务价值及其供求关系,缺乏成本核算也使得医疗服务处于“虚有价格、虚无成本”的困境^[10]。取消药品加成、提高医疗服务价格政策的本质是改变原来扭曲的医疗价格机制^[11]。理论上讲,在成本核算体系健全的基础上,调整医疗服务价格应全额补偿因取消药品加成而减少的收入;从实践上讲,以调整医疗服务价格为主的补偿途径能够对医疗服务提供量发挥正向激励作用,能有效解除县级公立医院发展的后顾之忧^[12-13]。因此,强调调整医疗服务价格补偿的主体责任是深化破除“以药补医”机制的必然要求。相对于东部地区,中、西部地区更加强财政补偿功能。一方面,中、西部地区相对东部地区医院成本核算体系建设缓慢,使得调整医疗服务价格幅度受限,因此导致财政补偿率较高;另一方面,中、西部地区政府财政对卫生事业投入占比相对更大,如2012年东部地区政府卫生支出占总卫生费用的27.25%,中部地区政府卫生支出占总卫生费用的32.21%,西部地区政府卫生支出占总卫生费用的37.80%^[14],也会使得中、西部地区政府财政补偿率较高。相对于中、西部地区,东部地区成本控制途径补偿率较高,可能与东部地区成本核算体系建设较为完善,使得当地政府更加注重医院精细化管理,进而有能力实现成本控制对医院的间接补偿有关。取消药品加成政策实施现状与取消药品加成政策目标不相适应,表现为完全取消药品加成的省市财政补偿率是未完全取消省市的1.72倍,未完全取消省市调整医疗服务价格补偿率是完全取消省市的1.22倍。理论上,随着取消药品加成政策逐步深化以及医院成本核算体系的逐渐完善,医疗服务价格补偿率会越来越高,财政补偿率会越来越低。建议随着取消药品加成政策逐步深化以及医院成本核算体系的逐渐完善,建立动态的医疗服务价格调整机制:建立医疗服务项目间价格动态调整机制,逐步理顺县级公立医院医疗服务项目的比价关系;建立医疗服务价格与政府财政补偿的动态互补和替代机制,最终实现“建设靠政府,运行靠服务”的运行机制。

3.6 政府财政补偿方式的合理性

目前,我国县级公立医院取消药品加成的财政补偿方式主要按常住人口和按考核结果进行补偿。按常住人口的补偿方式其实质是一种定额补偿方式,区别于传统以医院编制床位数或医务人员数为依据的定额补偿方式,能够有效促进财政补偿基金在省域范围内公平配置,但该补偿方式难以发挥财政补助的激励功能^[15]。按考核结果的补偿方式是以医疗服务数量、服务质量以及服务效率等指标为评价依据的绩效导向型投入方式,能够有效发挥政府财政对公立医院的激励约束作用^[15];但其不利于财政补偿基金在省域范围内公平配置,

影响欠发达地区县级公立医院取消药品加成的积极性。建议以区域卫生规划为导向,在省域范围内实行差异化的投入机制:经济发达县建立绩效导向型投入机制;经济欠发达县根据公立医院具体财务收支情况以及差额进行系统的评估和预算,给予差额补偿。

参考文献

- [1] 陈竺,张茅.取消以药补医机制深化公立医院改革[J].求是,2012(9):33.
- [2] 翟婷婷,杨金侠,江洁.取消以药补医县级公立医院的补偿机制改革研究[J].中国卫生事业管理,2013,30(2):86.
- [3] 国务院办公厅.关于全面推开展县级公立医院综合改革的实施意见[EB/OL].(2015-05-08)[2015-07-21].http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/08/content_9710.htm.
- [4] 国家卫生和计划生育委员会.国家卫生计生委例行新闻发布会文字实录[EB/OL].(2015-08-06)[2015-08-17].http://www.moh.gov.cn/zhuzhan/wszb/201508/b54154c33e3045379d3bc9686c7abee4.shtml.
- [5] 李玲,陈剑锋.财政补偿方式,公立医院运行机制和政府保障经费测算:基于G省县级公立医院数据的分析[J].中国卫生经济,2014,33(7):5.
- [6] 俞卫,许岩.改革的系统性决定成败:药品加成政策对公立医院的影响[J].财政研究,2015(4):40.
- [7] 国务院办公厅.关于全面推开展县级公立医院综合改革的实施意见[EB/OL].(2015-05-08)[2015-08-17].http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/08/content_9710.htm.
- [8] 柯雄,陈英耀,赵列宾.公立医疗机构公益性内涵的多学科理论分析[J].科技研究管理,2014(9):202.
- [9] 吴有良,贺旭.试论与取消药品加成相关联的支出措施[J].中国药房,2014,25(45):4243.
- [10] 饶克勤.公立医院筹资与补偿机制[J].中华医院管理杂志,2015,31(3):161.
- [11] 李湘君,王中华.我国公立医院补偿机制转化的系统动力学分析[J].南京医科大学学报:社会科学版,2015(3):172.
- [12] 代涛.补偿机制改革对公立医院服务提供行为作用机制[J].中华医院管理杂志,2015,31(5):321.
- [13] 刘自敏,张昕竹,孟天广.公立医院经济性目标与公益性目标监管分析:基于共同代理理论的研究[J].上海交通大学学报:医学版,2015,35(1):117.
- [14] 国家卫生和计划生育委员会.2013年中国卫生统计提要[R].北京:卫生部统计信息中心,2013:1.
- [15] 金春林,李芬,虞建明,等.完善公立医院补偿机制的建议[J].中华医院管理杂志,2015,31(3):167.

(收稿日期:2015-09-02 修回日期:2015-12-20)

(编辑:杨小军)