

江苏省综合医院“药占比”指标分析研究[△]

田侃^{1*}, 刘秋风¹, 杨毅¹, 沈夕坤², 刘雪竹¹(1.南京中医药大学卫生经济管理学院, 南京 210000; 2.苏州市中医医院药剂科, 江苏苏州 215000)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2018)17-2319-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2018.17.04

摘要 目的:为医疗费用控制措施调整提供可行性建议。方法:对2004—2016年江苏省综合医院门诊及住院患者药占比、次(人)均药品费用、次(人)均医药费用、次(人)均医疗费用增长率等指标进行统计,分析江苏省“药占比”指标控费的实施效果,剖析医药费用具体的增长方面。结果与结论:门诊、住院患者的“药占比”分别由2004年的55.40%、47.84%下降至2016年的43.18%、36.24%,次(人)均药品费用分别由2004年的75.89、2 852.60元上升至2016年的113.70、4 421.74元,次(人)均医药费用分别由2004年的136.98、5 960.71元上升至2016年的263.30、12 203.00元,次(人)均医疗费用增长率分别由2005年的1.62%、4.92%转变为2016年的6.17%、3.15%。江苏省综合医院医疗费用控制措施实施效果不理想,药品费用、医疗费用持续增长;检查费、医疗费、卫生材料费用占比较大,对医疗费用整体控制产生了消极结果。建议卫生行政管理部门和政策制订部门应建立规范的合理用药机制、结构合理化的考核指标体系和完善的公立医疗机构补偿机制,才能从根本上解决医疗费用快速增长的问题。

关键词 江苏省;综合医院;药占比;医疗费用;药品费用;增长率

Analysis and Study on “Drug Proportion” in General Hospitals of Jiangsu Province

TIAN Kan¹, LIU Qiufeng¹, YANG Yi¹, SHEN Xikun², LIU Xuezhu¹ (1.School of Health Economics and Management, Nanjing University of TCM, Nanjing 210000, China; 2.Dept. of Pharmacy, Suzhou Hospital of TCM, Jiangsu Suzhou 215000, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To provide feasible suggestions for the adjustment of medical cost control measure. METHODS: The drug proportion of outpatients and inpatients, drug cost per time (capita), medical cost per time (capita) and increase rate of medical cost per time (capita) were analyzed in general hospitals of Jiangsu province during 2004-2016. The effects of drug proportion index cost control were analyzed in Jiangsu province, and special increase fields of medical cost was also analyzed. RESULTS & CONCLUSIONS: The drug proportion of outpatients and inpatients decreased from 55.40%, 47.84% in 2004 to 43.18%, 36.24% in 2016; drug cost per time (capita) increased from 75.89, 2 852.60 yuan in 2004 to 113.70, 4 421.74 yuan in 2016; medical cost per time (capita) increased from 136.98, 5 960.71 yuan in 2004 to 263.30, 12 203.00 yuan in 2016; increase rate of medical cost per time (capita) changed from 1.62%, 4.92% in 2005 to 6.17%, 3.15% in 2016. The effects of medical cost control measure were not satisfactory in general hospitals of Jiangsu province, and drug cost and medical cost increased continuously. The examination cost, medical cost and medical material cost accounted for a large proportion, which had a negative effect on the overall control effect of medical cost. The health administrative departments and policy-making departments should establish standard rational drug use mechanism and evaluation index system of structure rationalization, improve compensation mechanism of public medical institutions to solve the problem of rapid growth of medical cost.

KEYWORDS Jiangsu province; General hospital; Drug proportion; Medical cost; Drug cost; Increase rate

1997年,在《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》文件中首次提出降低药品费用在医疗机构收入中的比重。2012年,国务院相继出台《关于县级公立医院综合改革试点意见》(国办发[2012]33号)、《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发[2015]38号)、《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》(国发[2016]78号)三个文件,都将药占比作为公立医院控制医疗费用评价体系的重要考核指

标。2015年,在《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(以下简称《意见》)中明确提出,到2017年底之前药占比要下降到30%以下。随后江苏省颁布《关于进一步加强公立医院内部管理控制医疗费用不合理增长的意见》,强调各级各类医院要科学制定医药费用增长幅度的控制指标,有效控制医药费用不合理增长。2017已经过去,回看药占比相关政策,是否促进了医疗机构的合理用药?医疗费用增长势头是否被遏制?医疗机构除了通过控制药占比指标来控制医疗费用,是否还有其他控制医疗费用的措施?目前国内学者对医疗费用的研究大多集中在经济增长、人口老龄化、“新农合”对

[△] 基金项目:国家卫生和计划生育委员会课题(No.药政[2016]56号)

* 教授。研究方向:卫生法与政策。E-mail:tiankane@aliyun.com

其影响等方面^[1-4],或是单纯从药占比角度分析医疗机构药占比管制措施对药品费用的控制作用^[5-8],鲜有学者对药占比与合理用药之间的关系进行分析,因此有必要回望过去,对江苏省综合医院药占比控制政策进行思考,同时梳理实施中存在的问题,从而为现行控制医疗费用的整改提供可行性建议。综合医院是指设有一定数量的病床,分为内科、外科、妇产科、眼耳鼻喉科等各种专科及药剂、检验、放射等部门以及相应人员、设备的医院^[9],其概念是相对于专科医院来说的。综合医院规模有大有小,但所有规模的综合医院都必须提供全方位的医疗保健服务,这与单为某一个年龄段,或是某一个系统的疾病防治而独设的专科医院不同。综合医院根据注册类型分为公立综合医院和非公立综合医院,人民医院、医学院附属医院均属于综合医院。综合医院具有服务范围广泛、设置的学科较细、技术水平较高特点,因此其患者人数多,医疗费用相对较高,以其为研究样本具有代表性。同时,江苏省是全国4个率先进行综合医院改革的试点省份之一,以江苏省综合医院为研究对象,可以深入了解患者在医疗保健方面的费用支出情况以及包括药占比政策在医院层面的落实情况。本文的研究对象为江苏省所有等级规模的综合医院。

1 资料与方法

1.1 资料来源

数据来源于中国卫生和计划生育统计年鉴(2004—2016年),研究对象为江苏省综合医院,不包括江苏省中医医院、中西医结合医院、民族医院、各类专科医院、护理院以及基层医疗卫生机构。

1.2 统计学方法

对2004—2016年江苏省综合医院门诊及住院患者药占比、次(人)均药品费用、次(人)均医药费用、次(人)均医疗费用增长率等指标进行统计,剖析医药费用具体的增长方面。所有数据采用Excel 2016进行统计分析。药占比计算公式:门诊患者药占比=均次药品费用/均次医疗费用×100%;住院患者药占比=人均药品费用/人均医疗费用×100%。根据《中国卫生统计年鉴》的统计口径,本文将江苏省综合医院的统计指标名称确定为门诊患者次均医药费用、门诊患者次均药品费用、住院患者人均医药费用和住院患者人均药品费用。2004—2016年江苏省综合医院药占比指标统计结果见表1。

2 药占比控费效果分析

2.1 药品费用

从表1可以看出,虽然在降低药占比增长幅度方面已经取得阶段性成效,但是药占比指标依然远高于30%。门诊患者药占比从2004年的55.40%下降至2016年的43.18%;住院患者药占比从2004年的47.84%下降

表1 2004—2016年江苏省综合医院药占比指标统计结果

Tab 1 Statistical results of drug proportion index in general hospitals of Jiangsu province from 2004 to 2016

年份	综合医院数量,个	门诊患者			住院患者				
		药占比,%	次均药品费用,元	次均医药费用,元	次均医药费用增长率,%	药占比,%	人均药品费用,元	人均医药费用,元	人均医药费用增长率,%
2004	未统计	55.40	75.89	136.98	47.84	2 852.60	5 960.71		
2005	699	53.83	74.93	139.20	1.62	47.21	2 952.48	6 253.93	4.92
2006	716	52.04	70.80	136.04	-2.27	46.40	2 920.79	6 292.65	0.62
2007	720	51.36	74.05	144.18	5.98	46.66	3 164.39	6 781.81	7.77
2008	715	51.36	80.31	156.36	8.45	48.30	3 658.26	7 574.04	11.68
2009	722	52.31	88.33	168.86	7.99	47.13	3 956.93	8 393.66	10.82
2010	754	50.39	91.52	181.62	7.56	46.20	4 152.78	8 986.54	7.06
2011	849	49.91	97.85	196.06	7.95	45.91	4 429.03	9 647.20	7.35
2012	964	49.80	103.14	207.10	5.63	45.20	4 576.09	10 124.10	4.94
2013	991	48.60	107.50	221.20	6.81	43.24	4 698.72	10 864.30	7.31
2014	999	47.14	109.79	232.90	5.29	41.18	4 627.82	11 235.60	3.42
2015	1 013	46.21	114.60	248.00	6.48	40.15	4 750.07	11 830.80	5.30
2016	1 032	43.18	113.70	263.30	6.17	36.24	4 421.74	12 203.00	3.15

至2016年的36.24%。但与此同时,药费总体水平仍然保持在一个比较快速的上升势头。门诊次均药品费用2016年达到了113.70元,住院人均药品费用2016年达到了4 421.74元。

2.2 医药费用

门诊患者次均医药费用,又称每诊疗人次医疗费用、次均门诊费用,即医疗门诊收入/总诊疗人次。住院患者人均医药费用又称出院者人均医疗费用、人均住院费用,即医疗住院收入/出院人数。2009年实施“新医改”之前,除个别年份外,医药费用逐年增长,增长率有升有降;2009年以后,江苏省相继颁布了多项控制医疗费用政策,但是医疗费用并没有按预期的设想呈现下降趋势,仍然逐年上涨。2009年门诊次均医药费用168.86元,2016年上涨到263.30元,增长幅度达55.93%。2004年住院患者人均医药费5 960.71元,2016年达12 203.00元,涨了1倍多。

2.3 卫生材料费、治疗费、检查费

门诊医疗费用由药费、挂号费、检查费、治疗费、手术费、卫生材料费组成;住院医疗费用由药费、床位费、检查费、治疗费、手术费、护理费、卫生材料费组成。有学者在分析住院医疗费用的构成比时发现,除去药品费用外,医疗费用中占比前两位的依次是检查费、卫生材料费^[10]。据2014年《全国卫生和计划生育统计年鉴》显示,门诊部非药品费用结构组成及占比为:挂号费(2.00%)、检查费(59.10%)、治疗费(25.40%)、手术费(5.20%)、卫生材料费(8.30%),住院部非药品费用结构组成及占比为:床位费(7.50%)、检查费(17.20%)、治疗费(24.30%)、手术费(12.70%)、卫生材料费(33.70%)、

护理费(4.30%)。可见,无论是门诊部还是住院部,除去药品费用外,占比前三的均为卫生材料费、治疗费、检查费,三项合计占比分别达到92.80%、75.30%。

3 江苏省医药费用存在问题

3.1 药品费用持续上涨

2004—2016年间,江苏省综合医院药占比确实呈现下降趋势,但是并没有降低药品费用,尤其是住院药品费用增长幅度明显。因此,盲目地追求30%以下的药占比目标并不能真正降低药品费用。对此问题,笔者认为我国合理用药机制尚不规范,部分医师开大处方的现象屡见不鲜。同时部分药品的最高零售价远远高于企业的成本价和市场的实际交易价格,使得医疗机构药品价格存在虚高现象^[1]。

3.2 医疗费用增长趋势明显

合理的医药行为会产生合格的药占比,但合格的药占比不一定带来合理的医疗行为。2009年“新医改”以来,江苏省的控制医疗费用措施虽然有效遏制了医疗费用的增长率,但是医疗费用增长趋势明显,整体控制医疗费用效果不理想。从医疗费用的增长趋势以及医疗费用增长率的稳定水平来看,在现行的控制医疗费用措施下,医疗费用的增长势头会越来越猛。在这种医疗困境下,分析医疗费用增长原因,适时调整医疗费用控制措施,尽快遏制医疗费用快速增长势头显得尤为重要。有学者认为我国医疗服务价格总体偏低,医师劳务价值未能充分体现^[2]。同时,医疗机构补偿机制不健全导致药品“零差率”政策产生的药品费用损失不能弥补。

3.3 卫生材料费、治疗费、检查费占比较大

药占比作为控制医疗费用重要指标已经成为常识,其对药品费用的控制效果也有目共睹^[3-16],但是有一个事实往往被忽视,即药占比对医疗总费用的反向管制作用。药占比=药品收入(不含中药饮片)/医疗收入=药品收入(不含中药饮片)/(药品收入+非药品收入)^[17]。从药占比公式来分析,降低药占比的途径一共有三种,一是药品收入降低,非药品收入不变或者降低(降低幅度小于药品降低幅度)或者增加;二是药品收入不变,非药品收入增加;三是药品收入增加,非药品收入也增加,并且非药品收入增长率高于药品收入增长率。国家出台控制药占比政策的初衷是希望医疗机构通过第一种途径(降低医疗机构药品收入,医疗总费用不增长)实现药占比下降,但是从江苏省的分析结果来看,医疗机构显然选择了第三种途径来降低药占比(药品收入增加,非药品收入也增加,并且非药品收入增长率高于药品收入增长率)。比如增加耗材、检验和非必需的医疗项目扩大医疗收入基数,来降低药占比指标。

4 政策建议

4.1 政府相关部门建立合理用药规范

解决药占比问题,首先需要厘清药占比与合理用药的关系。药占比是合理用药的一个结果,不是造成药品滥用的原因。根据中国报告网数据显示^[17],2017年中国占全球药品市场份额20%,人口也占全球20%,正好与全球平均水平持平,可见我国药品使用并不多。药占比作为一项合理用药考核指标,是事物客观的一种反映,而任何一项指标都有其局限性,也有扭曲或失真的表象。过高的药占比确实揭示了我国医疗行业存在的问题,如药品使用不规范,部分药品价格虚高等,但药占比并不是这些问题的罪魁祸首,医改的目标也并不是为了寻求更低的药占比。同时,药占比只是反映用药数量及药品价格等普通指标,并不能全面反映用药情况。如果相关部门过分强调或关注某一项指标,可能会造成假象,并带来与预期相反的结果。因此,我国要建立规范的合理用药机制,才能从根本上减少临床滥用药、大处方的不合理诊疗行为,减少医疗成本。

4.1.1 加大医院财政投入 随着2017年药品“零差率”政策在全国所有城市公立医院推开,医院通过药品加成来进行经济补偿这条线被彻底剪断。虽然各地积极通过调整医疗服务价格、加强政府财政补偿、公立医院自行消化三方面进行医院收入结构调整,以期弥补“医药分开”政策带来的经济损失^[6],但是这种补偿机制很大程度依赖于当地的财政水平。就目前各地实践情况来看,大部分地区三方面(调整医疗服务价格、财政投入、医院加强精细化管理)分担比例为“811”或者“721”^[18],这两种分担模式下政府补偿比例均较低,导致医院还不能顺利消化药品“零加成”政策产生的利润损失^[18]。在这种情况下,各级公立医院都存在一定的负债问题^[12],因此政府首要任务是逐步化解公立医院债务,将医院还原为公益属性,按医务人员在诊疗活动的知识和劳动价值,足额补偿公立医院执行公益性事务的成本。

4.1.2 政府应及时调整医疗收费结构 药品“零差率”背景下,医疗服务价格调整或财政补助跟进不及时^[12]。医疗服务价格是医务人员医疗行为的激励机制,政府相关部门应建立符合客观经济规律和劳动价值规律的医疗服务价格体系,来激励医务人员产生科学合理的医疗行为;同时引导医疗机构和医务人员通过提高医疗技术水平,提高合理用药水平^[19]。

4.1.3 建立结构合理化考核指标体系 科学设定药占比管控目标是合理控制药占比的第一步^[20]。以往对医疗机构进行医药费用控制指标考核时,更多的是关注药品费用的考核指标。药占比的强制性管理模式,导致医疗机构通过扩大检查费用、服务收费等达成考核指标。但由于医疗行为的复杂性,建立科学化的管理和柔性的考核政策是当务之急。政府相关部门应按照医疗机构类型分别制定与其相适应的考核指标,比如针对主要依

靠药物治疗的精神专科医院,药占比考核指标应高于综合医院;对于同类型医疗机构,根据具体实际情况有区别地对待药占比的问题,不能将药占比作为目标考核的硬指标^[21]。

4.2 医院制订合理的药品准入制度,动态调整医院药品目录结构

医院应制订合理的药品准入制度,优先选用国家临床治疗指南及临床路径管理中指定的药品。对于原研药、专利药等价格高昂的药品或者非医保目录药品的采购,鼓励医疗机构应采用药物经济学证据作为遴选依据,以便高效、科学地选出具有较高经济学价值和应用性价值的临床治疗药物^[22]。

4.3 提高消费者的合理用药意识

在与医院的博弈中,药品消费者相对而言总是处于信息不对称的劣势地位,药品制造商很难主动参与到医疗机构合理用药过程中去,其对合理用药机制的构建影响力较小^[23]。因此,政府相关部门及医疗机构应向患者普及安全用药知识,提高患者安全合理用药意识,促进患者积极参与到合理用药过程中。

5 结语

如上所述,合理的医疗行为产生合理的药占比,但合理的药占比不一定带来合理的医疗行为。当然,药占比作为当下反映医院合理用药水平的指标,也有其合理性。短期内以行政的手段制定药占比指标以遏制增长过快的药品费用,也具有其现实效果。但在深入医改的大背景下,药占比考评价值和具体应用方法应进一步商榷。另外,江苏省2004—2016年居民消费价格指数稳定在 $(102.5 \pm 2.9)\%$,变化幅度较小,因此是否考虑居民消费价格指数对本文的最终结果基本没有影响,且该指数对“药占比”这一指标无直接影响,故本文直接采用年鉴中的统计数据而未进行处理。作为合理用药过程的主要参与者,医院和医师在交易过程中往往具有信息优势,其行为对药占比的影响较大;药品消费者基于自身所处的信息劣势地位,导致其对医疗机构合理用药水平的影响力微弱;政府部门则扮演着监管角色,其对药占比的影响最为深远,不仅体现在各种规章制度的制定和对违规行为的惩罚上,更体现在对医院考核指标建立的科学性上;政府相关部门在进行医改政策设计时,不应将结果当作目标,而是应当综合考虑我国国情,建立激励相容的长效合理的考核指标和管理机制,才能真正解决问题。

参考文献

[1] 赵云. 医疗保险预付费方式控制医疗费用的机制研究[J]. 中国医院管理, 2015, 35(4): 45-47.
[2] 陈沛军, 黎东生, 黄鹤冲. 基于GM(1,1)模型的我国综合医院人均医药费用预测分析[J]. 中国卫生事业管理,

2015, 32(12): 899-901.

[3] 谭礼萍. 住院医疗费用构成的结构变动度分析[J]. 中国卫生统计, 2015, 32(3): 441-442, 445.
[4] 徐长生, 张泽栋. 城镇化、老龄化及经济发展对我国医疗费用影响回归分析[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(6): 54-55.
[5] 张薇. 基于DRGs对医疗机构住院患者可比药占比的研究[D]. 大连: 大连医科大学, 2014.
[6] 陆瑜, 司梁宏, 刘子修, 等. 药占比的概念及其应用研究[J]. 中国药房, 2014, 25(13): 1242-1244.
[7] 温小霓, 刘鹏, 杨楠堃. 人口老龄化与经济增长下的医疗费用预测[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(2): 56-59.
[8] 迟蔚蔚, 高海燕, 王清亮, 等. 病例分型与医疗费用支付方式的相关性研究[J]. 中国医院管理, 2013, 33(10): 51-53.
[9] 罗旋. 综合医院体检机构建筑设计研究[D]. 重庆: 重庆大学, 2013.
[10] 丁建强, 吴爱京, 朱军, 等. 我院2006—2011年药品应用情况分析[J]. 中国药房, 2012, 23(26): 2416-2419.
[11] 王阿娜. 医疗费用的控制与医疗保险支付方式的改革[J]. 宏观经济研究, 2012(5): 76-79.
[12] 丁晓英. 2011年1—6月某统筹区26家医院住院患者基本医疗保险药品应用情况分析[J]. 中国药房, 2012, 23(4): 361-363.
[13] 方青. 经济杠杆在控制医药费用中的应用[J]. 卫生经济研究, 2011(8): 34-35.
[14] 国家卫生和计划生育委员会. 医院管理评价指南(试行)[S]. 2008-05-13.
[15] 郝佳, 陈丹楠, 崔欢欢, 等. 城市公立医院药品零差率及补偿机制的实证研究[J]. 中国药房, 2017, 28(31): 4341-4345.
[16] 董浩然, 游雅慧. 浅谈“零差率”后的“二次议价”现状及其解决途径[J]. 现代农村科技, 2016(8): 10-11.
[17] 于保荣, 田畅, 柳雯馨. 公立医院补偿机制改革问题及建议[J]. 卫生经济研究, 2017(2): 9-13.
[18] 夏应勇, 王立云. 医院药占比相关影响因素研究[J]. 中国药业, 2017, 26(10): 77-79.
[19] 钱小蕾, 徐永中. 新医改形势下合理控制医院药占比的效果分析[J]. 江苏卫生事业管理, 2017, 28(6): 13-15.
[20] 黄佳盛, 陈伟岚. 浅论控制“药占比”存在的问题与措施[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(25): 5119-5120.
[21] 杨冬. 药物经济学及其在药品费用控制中的作用[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(23): 4520-4522.
[22] 刘万韬. 我国药品价格形成机制及市场化改革路径研究[J]. 价格月刊, 2017(1): 45-50.
[23] 中国报告网. 2018年中国医药行业分析报告[EB/OL]. [2017-10-04]. <http://baogao.chinabaogao.com/zhongxiyao/332872332872.html>.

(收稿日期: 2018-02-06 修回日期: 2018-07-13)

(编辑: 刘明伟)