

Suggestions of Public hospitals to cancel drugs addition policy

QIU Hong-zhong, LIANG Rui-qiong, LI Jian-guo, WAN Jian-cheng, ZHOU Yang

Institute of economics and management, Guangzhou university of Chinese medicine, Guangzhou, Guangdong, China

Received: Aug 13, 2014

Accepted: Aug 25, 2014

Published: Aug 30, 2014

DOI:10.14725/gapr.v1n1a787

URL:<http://dx.doi.org/10.14725/gapr.v1n1a787>

This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

This article based on the financial analysis of public hospital drug addition of Guangdong province, summarized the experiences of public hospitals cancelled drug addition, and proposed some specific suggestions to implement medicine zero bonus policies. To lower the price of hospital drug sales, adjust the service price of medical technology, implement all levels of government financial compensation, raise the level of medical insurance compensation. And to reform the payment, drug bidding and allocate incentive constraint mechanisms. And to change the hospital management, medical services, hospital financing and the interaction of hospitals and drug companies mode.

Key Words

Guangdong province; Public hospital; Drug addition; Policy research

公立医院取消药品加成的政策建议*

邱鸿钟, 梁瑞琼, 李建国, 万建成, 周扬

广州中医药大学经济与管理学院, 广东广州, 中国

通讯作者: 邱鸿钟, E-mail: hzqiu@163.com

*本课题为 2013 年广东省政府发展研究中心重点委托课题: C2013018

【摘要】 本文基于对广东省公立医院药品加成的财务分析, 总结了广东省公立医院取消药品加成试点的经验, 提出了在广东省实施药品零加成政策的几点具体建议: 降低医院药品销售价格, 调整医疗技术服务价格; 落实各级政府财政补偿, 提高医保补偿水平; 改革支付、药物招标、分配激励约束机制; 转变医院管理、诊疗服务、医院筹资和医院与药企互动模式。

【关键词】 广东省; 公立医院; 药品加成; 政策研究

药品加成是指医院可以在药品批发价的基础上加价 15% 销售, 在加价率基础上的加成收入的部分为“药品加成”。2006 年, 该政策调整为: 药品加成以实际购进价为基础, 顺加不超过 15% 的加价率作价。2009 年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出, 对医院销售药品开展差别加价、收取药事服务费等试点, 引导医院合理用药的改革方案。2012 年国务院发布《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》, 提出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, 医院由此减少的合理收入或形成的亏损通过调整医疗技术服务价格、增加政府投入等途径予以补偿。

本课题基于对广东省部分城市试点单位的调查和财务数据分析, 对如何在公立医院取消药品加成之后进行配套政策设计提出建议。

1 广东省公立医院药品加成的财务分析

根据《广东省卫生统计年鉴》和《广东省卫生系统财务报表》数据的分析,可概要地了解广东省公立医院实施药品加成政策以来的财务基本情况。

1.1 医疗业务收入逐年增长 根据 2006—2010 年财政数据分析,全省县及县级以上综合医院平均业务收入总体上逐年上升,2008 年的业务收入为 1.44 亿元,2010 年上升为 2.16 亿元,平均增幅为 23%。但是,数据显示,省属与县属综合医院业务收入差距巨大。

1.2 药品收入增长迅速,占业务收入的比例较大 广东省平均每所县及县以上综合医院药品收入从 2008 年的 6 千万到 2010 年增加到 8.96 千万,平均增幅为 22%。从 2008 年到 2010 年,全省平均药品收入占业务收入的 40% 左右。

1.3 药品加成收入占业务总收入的很小份额 尽管药品收入与药品加成收入是两个不同的概念,但有不少人将两者混淆,甚至以为公立医院是依靠丰厚的药品收入获取巨额利润。事实上,这是一个由简单的财务概念错误导致的影响巨大的舆论导向错误。2008—2010 年,广东省平均每所县及县级以上综合医院药品加成收入仅占总收入的 5.1%、占业务收入的 5.4%、占医疗收入的 9.66%,占药品收入的 13.04%。可见,“以药养医”的说法过分夸大了医院药品加成所带来的经济效益,见表 1。

表 1 广东省县及县级以上综合医院药品加成收入占比情况 (%)

Tab. 1 Statistics of the drug addition income of Guangdong general hospitals (%)

医院级别	2008 年			2009 年			2010 年		
	占总收入	占业务收入	占医疗收入	占总收入	占业务收入	占医疗收入	占总收入	占业务收入	占医疗收入
省属	5.5	5.7	10.6	5.3	5.7	10.6	5.4	5.6	10.2
省市属辖	5.1	5.2	9.8	5.2	5.5	9.9	5.2	5.5	9.7
地辖市属	4.8	5.4	8.9	4.9	7.2	9.0	4.8	5.1	8.7
县属	5.0	5.4	9.5	5.2	5.5	9.7	5.1	5.4	9.4
全省平均	5.1	5.4	9.7	5.1	5.5	9.8	5.1	5.4	9.5

1.4 医院财务账面收支基本平衡,但巨额负债不可忽视 公立医院从药品加成中所获得的补偿资金并没有新闻媒体宣扬的那样巨大。可以认为,医疗技术服务“收不抵支”和“药品加成略有结余”的现象共存是公立医院财务之所以平衡的真实情况。但是,这种财务账面上的收支结余现象并不能完全真实地反映公立医院的成本投入与产出之间的关系。这种盈余状况与公立大型医院就诊者众多、医务人员加班加点的超强度劳动是分不开的。换言之,是某种程度的“薄利多销”带来的成果。

据统计,2011 年广东省各地公立医院背负巨额债务,全省公立医院资产负债率为 37.25%,个别地区的医院资产负债率甚至超过 50%。造成负债的原因复杂多样,主要与政府财政投入不足,公立医院产权主体不明确,医院无序扩大规模,不顾经营风险,超额贷款,医院为适应市场需要改善医用建筑和更新设备等因素有关^[1]。这些负债如果得不到及时、明确、妥善的处理,将成为医院参与医改的重要经济障碍。

回顾历史,药品加成政策是在政府财政补偿不足,医院长期处于低于成本的水平上运行,收支不平衡,各方面压力巨大的特殊社会背景下提出来的。客观来说,药品加成政策为改革开放后公立医院扭亏为盈,促进医疗技术更新发展,改善医疗条件,推进各类新药和医疗材料的普及应用,提高医护人员薪资待遇等方面发挥了重要作用。事实上,经过多年的发展,中国的医疗技术发展迅速,在许多医疗领域已经接近世界发达国家的先进水平,医疗条件大为改观。然而,在趋利动机的驱动下,药品加成政策逐渐被一些医疗机构和个人异化为谋取暴利、过度医疗、药物滥用的保护伞。笔者认为,在药品价格规制失灵,药价虚高和服务价格失真的社会环境下,药品销售的利润更是诱发了过度治疗,导致医疗费用持续升高。因此,取消药品加成是大势所趋,势在必行。

2 实施药品零加成政策的建议

笔者认为, 本省取消药品加成带动医院综合医改的基本思路 and 目标是: 以县级医院改革为重点, 以药品价格和服务价格改革为突破口, 实现药品销售零差价; 合理调整技术服务价格, 实现医院收入结构转变, 促进医生行医和患者就医行为更为理性; 以支付制度改革和财政补偿机制的进一步完善为动力, 通过价格、财政、医保等多方的协同创新, 重构确保公立医院健康发展的补偿机制, 激励约束机制和发展机制, 推进公立医院的综合改革。通过取消药品加成启动的医改路径可以简单总结为: “一降一调, 二补三改, 四转变”。

2.1 一降一调 降低医院药品销售价格, 调整医疗技术服务价格。建议: (1) 以县级医院为重点, 分步实现公立医院药品销售零加成。根据国家卫生部的文件要求和各地的实践情况, 公立医院的药品销售均要实施零加成销售, 而中药饮片加成销售价不变; (2) 整合过细的收费项目, 避免通过增设收费项目过度医疗; (3) 适当提高各级医师的挂号费 (或诊查费), 体现不同水平的医生技术劳动价值的差异性, 提高手术费、护理费, 尤其是重症监护、特级护理、特殊疾病护理、新生儿护理费; (4) 适当提高针灸、推拿按摩、心理咨询和心理治疗、自然疗法等非药物疗法的服务价格; (5) 针对常见病种, 推广平价药包和适宜技术包服务, 并提高对使用非药物疗法、平价药包和适宜技术包的医保报销比例; (6) 设立药事服务费。对于中医中药来说, 设置药事服务费尤为必要; (7) 合理调整中医医院制剂价格, 形成合理的定价机制。既可以促进医院制剂能够走入医药市场, 让更多的患者用上好药, 也可以使医院制剂成为中国医药产品创新的土壤。

2.2 二补 落实各级政府财政补偿责任, 提高医保补偿水平。建议: (1) 每届政府向社会公布卫生事业的预算方案, 广泛征求意见后予以监督执行。政府卫生财政投入执行情况要纳入人大监督的重点范畴; (2) 建构与绩效考核联动的财政补偿方式。建立公立医院政策目标评价体系, 将政府对公立医院的财政投入与医院的服务绩效评估相联动。充分利用信息管理技术彻底改革以往医院绩效的评价方法。委托第三方专门机构对医院实际完成的服务量、达到的服务质量和群众满意度测评按每天实际运营数据实时自动统计, 不搞年中、年底的集中评估和专家评估。依据日常运营数据自动生成的评估结果接受媒体、群众和纪检的监督, 保证评估的公平、公正性; (3) 明确财政补偿的范围与明确财政补偿的测算方法。政府对公立医院的投入至少应该包括政策性亏损补偿、医院基本建设和大型设备购置、离退休人员费用、重点学科发展费用、医院承担的公共卫生任务专项补偿、对传染病医院、职业病防治院、精神病医院、妇产科医院和儿童医院等在投入政策上予以倾斜等。

2.3 三改 即改革支付机制; 改革药物招标机制; 改革补偿与分配激励约束机制。

2.3.1 一改支付机制 建议: (1) 以临床路径为基础, 实施疾病诊断相关组-预付款制度, 降低医疗费用; (2) 建立有级差的医保付费机制, 发挥引导患者就诊流向的作用。提高患者在基层医疗机构就医的报销比例, 拉开不同等级医院间的报销比例的差距; 对选择家庭治疗、社区治疗和非药物疗法的患者应给予更多的报销优惠。

2.3.2 二改药物招标机制 建议: (1) 政府应采取强制措施, 定期公布所有药品的定价和流通环节的加价情况, 公布新药经济成本核算方案和结果, 让药品价格在阳光下接受社会监督, 从根源上遏止药品价格虚高; (2) 探索药品采购制度改革, 让医药生产企业、流通企业与医院建立透明、良性的稳定供销关系, 减少交易成本。建议政府用集中招标制度控制药品最高零售价, 同时放弃对医疗机构和医药企业二次议价权的管制; (3) 试行药企直销, 减少中间环节的加价和降低频繁的招标商业成本; (4) 设立国家或省级统一的医药电子商务平台, 定期公布经统一技术鉴定的各类药品的药理、药效、毒副作用、价格等信息。医院等药品使用单位可以通过互联网直接完成遴选和采购, 减少药品生产及销售企业在药物广告、推广、申报、公关、交通等方面的费用, 减少供求双方现场交易成本和商业贿赂的风险。

2.3.3 三改分配激励约束机制 建议: (1) 建立医疗服务信息公开发布制度, 将辖区内医疗机构的服务安全、质量、费用等信息进行排序, 定期向社会发布。让医疗机构接受全社会的评价和监督, 引导医院对社会信誉、服务态度和服务水平的建设; 建立医护人员诚信记录档案; 对于商业受贿的人员要移交检察机关处理; 将医德医风考核作为人员聘用一票否决的依据; (2) 实行医院收支两条线管理, 探索由政府财政或医保基金直接支付医护人员工作的机制, 院长实行年薪制, 工资由董事会决定; (3) 严禁医院将医务人员个人收入与处方和检查金额挂钩, 医院分配机制改革应更关注综合目标, 关注质量与效率, 避免单纯的经济取向; (4) 提高人员经费支出占业务支出的比例; 加大绩效工资浮动幅度, 建立健全以工作质量、工作效果、工作时间、服务技术含量为考量指标的分配激励机制, 做到“多劳多得, 优劳优酬”。

2.4 四转变 转变医院管理模式、转变诊疗服务模式、转变医院筹资模式和转变医院与药企互动模式。

2.4.1 转变医院管理模式 建议：（1）推进管办分开，政事分开，转变医院管理模式。探索建立法人治理结构与运行机制；（2）完善院长任用制度，推进医院院长的管理职业化发展，加快落实医院的独立法人地位和经营管理的自主权；（3）探索医院由国内外专业管理公司和医学院校托管的模式，提高医院的管理水平；（4）强化政府在投入、监督、评估等方面的责任的同时，政府不再干涉医院的具体日常事务。政府尤其要通过实时的电子信息系统，加强对医院医疗费用、人员工资和奖金、办公费用的财务监管。其中公立医院的“不分配约束”（Non-distribution constraint）是最核心的监管内容。可以说，管好分配一个关键环节胜过一打关于回归公益性的空话。让医院具有招聘、用人的自主权，并且在医院工资总量控制框架下，医院具有制定各岗位薪金标准的自主权。

2.4.2 转变诊疗服务模式 建议：（1）扩大健康产业和健康管理服务，增强医院的造血能力。在实施药品零销售政策的同时鼓励医院通过举办健康产业、文化产业、扩大相关保健服务、康复训练，以及与医疗保健相关的产品和劳务服务等多种形式，扩大医院的服务领域，增强医院的健康促进的服务能力；（2）通过增加非药物疗法的医保报销项目，促进健康咨询、心理咨询、心理治疗、体育康复、营养指导、健康管理、体质辨识、中医治未病等健康服务和预防保健服务等适宜技术的推广应用，减少群众对药物的依赖，促进生物心理社会三位一体的医学模式的真正转变；（3）建构家庭医生制度，将所有城乡居民、职工均按家庭属地编入一个社区和家庭医学服务体系；通过有梯级差异的医保支付和转诊制度来分流患者，引导患者理性的就医行为。除急诊之外，逐渐实现慢性患者诊疗预约制度，逐渐推广实施预约诊疗制度，不仅有助于减少药物滥用，降低医疗费用，而且有助于改善目前诊疗秩序不良的现象；（4）用医生多点执业制度和多种激励约束方法引导上级医院的医生下基层定期服务，既可增加医护人员的收入，也方便患者就近就医。

2.4.3 转变医院筹资模式 建议：（1）鼓励引导社会资本办医，加快形成对外开放的多元办医格局。除预防保健机构、精神病医院、传染病医院等公共卫生机构之外，允许对部分医疗服务机构密集地区的部分公立医院转为集体所有制或股份制医院；（2）根据 WTO 规则，允许外资和合资、企业、个人、慈善组织跨境投资创建医院。政府对非营利性医院免除税收；（3）探索对医院的企业投资、社会团体筹资、慈善募捐、设立各类慈善救助基金和发展基金等多种融资方式；鼓励非公立医疗机构的兼并和重组，做大做强；（4）允许连锁医药经营企业和医药企业创建各种类型的医院；（5）所有医院按服务水平分级，而不是按规模大小和经济类型分级，取消公立医院设立行政级别的做法，逐渐实现医保补偿和商业保险理赔对所有公立和民营医院的公平一致。

2.4.4 转变医院与药品企业互动模式 “医药分家”政策的主旨是要求医疗服务的活动不要与药品加成的收益相挂钩，而不是让医院和药企之间形成隔阂、防范或是贿赂的对象。避免药物滥用、杜绝商业贿赂应该成为医院和药品企业的共同愿景。否则，医药分家的改革将会因层出不穷的对策而前功尽弃。

总之，医改作为一项涉及广大人民群众和医务人员切身利益的民生工程，没有人民群众和医务人员的理解和支持是难以成功的。新医改政策的设计一定要统筹兼顾各方利益，必须有良好的行医环境和舆论导向，包括取消药品加成政策在内的新医改政策的实施一定要配合有强有力的宣传和舆论导向，营造一个全社会关心医改，广大医护人员积极参与医改、理解医改和支持医改的良好氛围。

【参考文献】

[1] 敖检根,万贻平.公立医院负债经营的风险规则.中国卫生经济学,2012,31(01):79-81.