

上海市实施医疗机构药品零差率与相关补偿政策研究

金春林^{1*} 陈卓蕾¹ 贺黎明² 赵 靛¹ 荆丽梅³

1. 上海市卫生局 上海 200040
2. 上海市发展和改革委员会 上海 200003
3. 上海市卫生发展研究中心 上海 200040

【摘要】目标:实证研究药品加价率下降后,医院经济运行及医药费用的变化,并提出实行药品零差率相关补偿政策。资料与方法:对上海市医疗机构 2003—2008 年财务报表数据(含复旦附属医疗机构)进行定量分析。结果:实证研究表明,2006 年实施控制药品加价率政策后,上海市医疗机构的药品加价率从 33% 下降至 17%;药品收入仍然是医疗机构主要的收入来源;随着药品收支结余的减少,有 37% 的医疗机构出现了亏损;医药费用并没有因药品加价率的降低而减少;若实行药品零差率政策,上海市医疗机构每年所需补偿约 30 亿元;经测算,不同补偿渠道的补偿结果将会对患者医药费用产生不同影响。建议:实行药品零差率后应采用综合补偿模式,通过政府财政出一点、医疗保险分担一点、药事服务收费补一点和医疗服务价格调一点,建立医疗机构主动合理控制药品费用的长效机制,既维护医院的正常运行,又减轻患者就医的经济负担。

【关键词】医疗机构;药品加价率;零差率;补偿

中图分类号:R951 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.10.006

The study on zero profit drug supply and the corresponding reimbursement policy in medical institutions in Shanghai

JIN Chun-lin¹, CHEN Zhuo-lei¹, HE Li-ming², ZHAO Liang¹, JING Li-mei³

1. Shanghai Municipal Health Bureau, Shanghai 200040, China
2. Shanghai Municipal Development and Reform Commission, Shanghai 200003, China
3. Health Development Research Center, Shanghai 200040, China

【Abstract】 Objectives: This article is to analyze the change of economic status of hospitals and health expenditure after executing the policy controlling drug mark-up rate, and to put forward the corresponding reimbursement on implementing zero profit drug supply policy as well. Data and methods: Quantitative analyze from annual financial reports from 2003 to 2008 of local hospitals in Shanghai (including the hospitals affiliated of Fudan University). Results: The drug mark-up rate had decreased from 33% to 17% after the policy for controlling drug mark-up rate had been implemented; Medicine revenues had still been the main revenue of hospitals; there had been taken a loss in 37% of hospitals since medicine revenues were reduced; health expenditure had not been saved with the decrease of drug mark-up rate; the total compensation would be 3 billion per year if implementing zero profit drug supply policy; different source of compensation would cause different results of health expenditure. Recommendations: Integrated compensation program should be applied after implementing zero profit drug supply policy, including government input improved, health insurance shared, pharmacy service fee set up and medical service price increased, in order that the long mechanism of controlling health expenditure from hospitals will be established which can not only maintain economic status of hospitals but also lighten the economic burden from patients.

【Key Word】 Medical institutions; Drug mark-up rate; Zero profit drug supply; Reimbursement

* 基金项目:中国卫生经济学会课题。

作者简介:金春林,男(1967年-),博士,上海市卫生局规划财务处副处长,主要研究方向为卫生经济、卫生政策。E-mail: jinchunlin@smhb.gov.cn

我国公立医疗机构主要有财政补助、医疗收费、药品收益三个补偿渠道。政府财政补助的力度无法完全满足公立医疗机构在市场上生存发展的需要,医疗服务收费限于政府定价的制约,价格总体偏低,医院只得从药品收益中获得补偿。1954年国家出台了医院药品顺加作价政策,期望药品的加成收入能补充医院经费的不足。^[1]1989年我国政府对公立医疗机构实行“定额投入、超支不补、结余留用”的政策,再次明确规定允许公立医疗机构销售药品时加价15%~20%作为补偿,1984—1994年,全国医疗机构的药品收入上升了5.6倍,1994年药品收入占医疗机构业务收入的比例达到55.3%。^[2-3]药品加成收入成为医院的主要经济补偿来源,用于弥补医疗服务收费不足和医院发展所需资金,由此引发了“以药养医”等一系列问题。^[4]党的十七大之后,在强调医疗领域的政府责任,改变“以药养医”现状的政策取向,医院药品顺加作价办法改革试点工作也已展开。2001年以来,中央和上海市出台了一系列文件,特别是2006年5月国家发展和改革委员会等八部委出台的《关于进一步整顿药品和医疗服务市场秩序的意见》(发改价格[2006]912号)文件,要求县及县以上医疗机构销售药品,要严格执行以实际购进价为基础,顺加不超过15%的加价率作价的规定,中药饮片加价率原则上应控制在25%以内,以遏制医院药品费用和药品收入比重的过快增长。^[5]

药品加价政策改革的初衷是为了改变不合理的医疗机构补偿机制,切断医务人员收入与业务收入(主要是药品收入)的直接联系,避免公立医院和医务人员的趋利倾向,强调恢复公立医疗机构的公益性,从而降低医药费用,减轻病人负担。而这一政策对于医疗机构的行为到底有什么样的影响,对减轻病人负担能否起到作用,相应的合理补偿机制如何建立,如何补偿才能产生更大的社会效益等一系列问题值得进一步探讨。同时新医改方案指出要推进医药分开,积极探索多种有效方式逐步改革以药补医机制,逐步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。^[6]因此,为全面落实新医改方案,本文实证分析降低药品零加价率对医疗机构经济运行及医药费用的影响,并定量测算实行药品零差率

后,不同补偿渠道下的补偿结果,在此基础上探索综合补偿模式,既保证医疗机构正常运转,又减轻患者经济负担。

1 药品加价率及医院经济运行情况的变化分析

1.1 药品加价率状况分析

在前文介绍的各项政策影响下,图1显示了2001—2008年上海市医疗机构药品加价率的变化情况,2001年全市药品加价率为33.2%,2002年略有下降,2003—2004年保持增长,恢复到33.4%的水平,但是自2005年以来呈现逐年下降的趋势,特别是2007年的降幅较大,下降了9.5%,2008年下降到17%左右。结合21世纪以来改革药品加价率政策出台的时间节点,实证研究表明药品加价率控制政策正发挥作用,上海市医疗机构的药品加价率从33.4%下降至17.3%,降幅明显。药品加成收入是医院重要的补偿渠道,药品加价率的大幅度下降必然会影响医院的经济运行。

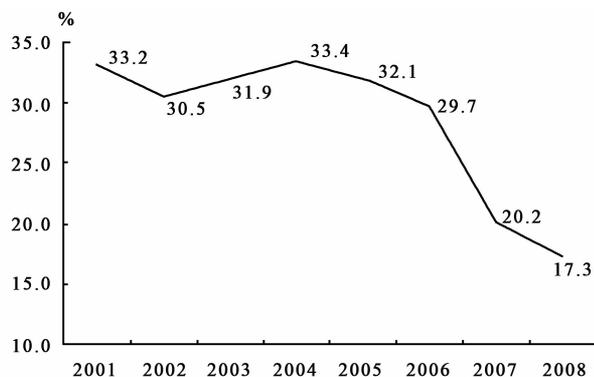
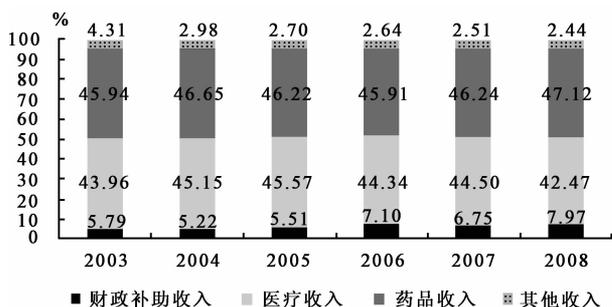


图1 2001—2008年上海市医疗机构药品加价率变化趋势图

1.2 医疗机构经济运行情况

2003—2008年,上海市医疗机构的收入结构变化如图2所示,财政补助收入构成呈上升趋势,但是占总收入比例仍较低(低于8%);药品收入在医疗机构业务收入构成中所占的比重高于医疗收入的比重,药品收入除了2006年略有下降外,2007年、2008年均有所上升,2008年医疗收入构成比药品收入低近5%。其他收入自2004年大幅下降后,在总收入中的比重保持在2.5%左右。可见,降低药品加价率的政策并没有改善医院医疗和药品收入的结构,药品收入仍然是医疗机构主要的收入来源。



注:财政补助收入中不包括专项补助经费,下同。

图2 2003—2008年上海市医疗机构收入构成情况

从支出构成来看,医疗支出一直是医疗机构的主要支出,其构成超过55%,但逐年有所下降;随着药品收入比例的增加,药品支出比例逐年有所上升(图3)。

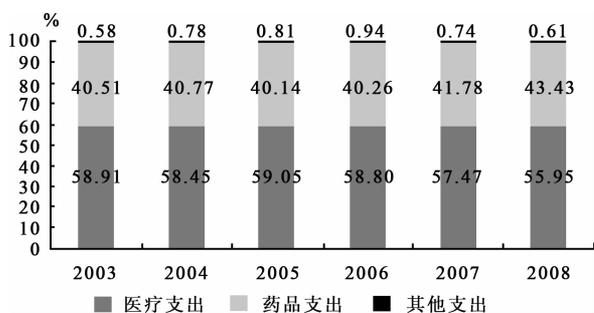


图3 2003—2008年上海市医疗机构支出构成情况

从以上分析可以看出,尽管医疗机构药品加价率有大幅下降,但药品收入和药品支出的构成比例反而有所上升,这有悖政策降低药品费用的初衷。进一步分析药品收支结余的变化及对总收支结余的影响发现,在2007年随着药品加价率的大幅度下降,药品收支结余率也下降到10%以下,到2008年药品收支结余率只有7.81%。同时,2007年开始出现总体收支亏损,2008年仍然维持亏损局面,出现亏损单位的数量占总机构数的比例在2007年显著增加,达45.13%,2008年有所减少,但仍有37.44%的医疗机构出现亏损(表1)。

近年来,各医疗机构的医疗收入逐年增长,医疗支出也同步增加,医疗亏损扩大。2003—2008年医疗收入、财政经常性补助、药品收支结余以及其他收支结余对医疗支出的补偿情况如表2所示。医疗收入一直就不足以补偿医疗支出,最高只能补偿到80%的水平,其余20%需要财政补助及药品收支结余补偿;2006年以前,药品收支结余可以补偿12%~14%的医疗支出,虽然经常性财政补助仅占

医疗支出的10%,但总体收支平衡,略有结余(各补偿渠道占医疗支出比重的合计数超过100%)。2007年,在药品加价率大幅下降的情况下,虽然药品收入仍然在增长,但是药品收支结余减少,占医疗支出的比重仅为7%,无法弥补医疗收支亏损的局面(各补偿渠道占医疗支出比重的合计数小于100%),2008年情况仍未好转。

表1 2003—2008年上海市医疗机构收支结余分析表

年份	药品收支结余率(%)	总收支结余率(%)	总体亏损面(%)
2003	15.84	4.55	18.68
2004	17.23	5.29	14.89
2005	17.15	4.59	13.14
2006	15.61	3.76	23.61
2007	9.25	-0.44	45.13
2008	7.81	-0.03	37.44

注:药品收支结余=(药品收入-药品支出)/药品收入×100%

总收支结余率=(收入总计-支出总计)/收入总计×100%

总体亏损面=出现亏损的医疗机构数/医疗机构总数×100%

表2 2003—2008年上海市医疗机构医疗服务支出补偿情况

年度	医疗收入占医疗支出的比重(%)	药品收支结余占医疗支出的比重(%)	其他收支结余占医疗支出的比重(%)	财政经常补助占医疗支出的比重(%)	合计(%)
2003	78.19	12.95	6.68	10.29	101.42
2004	81.57	14.52	4.05	9.43	105.51
2005	80.87	14.07	3.42	9.79	104.72
2006	78.37	12.67	3.06	12.55	103.59
2007	77.10	7.41	3.05	11.69	96.19
2008	75.88	6.57	3.25	14.24	96.69

1.3 医药费用变化

2003—2008年间,次均门诊费用和次均住院费用均呈现逐年上涨趋势。2007年实行控制药品加价率的政策后,次均门诊费用和次均住院费用均未降低,其中次均门诊费用年增长情况较前两年有所减少,而次均住院费用增长明显。次均门诊费用中药品所占比例并未降低。次均住院费用近两年增长较快,特别是2008年增长率达到了10%,其中医疗费用和药品费用均有所增长,药品费用增长快于医疗费用的增长。因此,医药费用并没有因药品加价率的降低而减少,患者并没有得到实惠(表3)。

表3 2003—2008年次均医药费用情况表(元)

年 份	2003	2004	2005	2006	2007	2008
次均门诊费用	138.54	158.46	167.16	166.67	167.28	174.91
其中:医疗费用	54.97	62.78	66.31	65.75	65.78	66.27
药品费用	83.57	95.68	100.84	100.92	101.51	108.65
次均住院费用	6 126.56	7 014.43	7 529.08	8 212.09	8 614.61	9 533.02
其中:医疗费用	3 030.84	3 536.77	4 757.04	5 112.86	5 352.72	5 757.50
药品费用	3 095.71	3 477.66	2 772.05	3 099.23	3 261.89	3 775.51

1.4 上海市试行药品零差率政策情况

根据上海市政府 2008 年的重点工作安排,上海市卫生局会同市财政局和市医保局联合制定下发了《关于上海市社区卫生服务中心实施基本药品零差率的试行意见》(沪卫基层[2008]11号),在基层单位推荐、两轮专家遴选和论证的基础上,选取了 166 种基本常用药品试行零差率,让利给社区居民,差额部分由医保基金和区级政府财政给予补足,并于 2008 年 12 月 28 日正式实施。166 种药品与《国家基本药物目录》307 种药品有 90 种药品重合。

表 4 显示了该政策实施一年后各项经济指标的变化,一级医疗机构药品加成率从 2008 年的 17.4% 下降到 2009 年的 14.1%。药品加成收入下降了约 3 350 万元,占上年的 4.5%。药品收支结余率较 2008 年有所减少,由于财政补助投入的增加,使得总体收支平衡。从次均医药费用来看,次均门诊费用略有降低,次均住院费用增长了 9.6%,两者的药品费用均没有降低。

表4 一级医疗机构试行药品零差率政策后各项指标变化

指 标	2008	2009
药品加成收入(万元)	74 306.2	70 956.5
药品加成率(%)	17.4	14.1
财政补助收入占总收入的比重(%)	12.9	13.6
总体收支结余率(%)	-0.1	0.3
药品收支结余率(%)	9.1	7.1
次均门诊费用(元)	109.7	109.0
其中:药品费用(元)	83.6	83.8
次均住院费用(元)	4 883.2	5 352.1
其中:药品费用(元)	2 240.6	2 493.6

2 实施药品零差率后公立医疗机构补偿模式分析

通过上述分析我们发现,单纯降低药品加价率

政策无法达到控制药品费用的目的,反而影响了医疗机构的经济运行。因此,我们建议降低药品加价率政策必须与完善财政补助政策、调整医疗服务价格、增设药事费、完善医保支付制度政策同步推进,才可能实现政策目标。根据医疗机构财务报表数据,根据近两年药品加成收入测算出的全市补偿总额约为每年 30.55 亿元。在此基础上探索政府财政拨款、医疗服务收费(包括药事服务费)以及医疗保险等补偿渠道,进行定量测算分析。

2.1 政府财政补偿

政府财政补偿是指是由政府财政专款补偿降低药品加价率后医疗机构的损失。若实施药品零差率,在医疗服务价格保持不变的前提下,财政需每年额外补助 30.55 亿元,是 2008 年度财政补助收入经常性经费的 89%,按 2008 年次均费用计算,相当于给每一门诊人次补贴 15.4 元,给每一住院床日补贴 33.5 元。这种情况下,门诊患者医药费用负担下降 8.8%,住院患者医药费用负担下降 5.6%。

2.2 增设药事服务费补偿

新增药事服务费收费项目,内含医师处方与药师调配的技术和服务费用,以及相关财物等的成本与增值,如医院药品的准入、进出库、质检、购销、售后跟踪服务等过程中的人工费、场地租金、水电费、物资费、资金流转利息、药品耗损费、药品不良反应监测费和药品储备费等。

药事服务收费水平有两种方式来确定,一是按照处方金额提取药事服务费,另一种是按照处方量(业务量)来测算。第一种方式实际是变相的药品加价,因此本文不推荐。现按照门诊与住院业务量来计算,若实施药品零差率,以药事服务费来补偿所有的药品加成收入,则一次门诊需收药事服务费 15.4

元,每住院床日收取的药事服务费为 33.5 元。在抵消药品价格降低负面影响的同时,门诊与住院患者医药费用负担均未变化。

2.3 提高医疗服务价格补偿

一直以来医疗服务价格没有达到社会平均成本,导致“以药养医”的政策形成,医疗亏损成为所有医疗机构的普遍现象。2009 年 11 月 23 日,国家发改委、卫生部等部门发布的最新医改配套政策《改革药品和医疗服务价格形成机制意见》强调要改革医疗卫生机构药品销售加成政策。按照“医药分开”的要求,改革医疗机构补偿机制,逐步取消医疗机构销售药品加成,要进一步理顺医疗服务比价关系。在规范医疗服务价格项目的基础上,适当提高临床诊疗、护理、手术以及其他体现医务人员技术劳务价值的医疗服务的价格,同时降低大型医用设备检查和治疗价格,加强对植(介)入类等高值医疗器械价格的监管。因此,通过提高医疗收入来补偿降低药品加价率的损失,符合“提高诊费降低药价”医改方向。

若实施药品零差率,在财政不额外投入的情况下,约需提高医疗收入 30.55 亿元,假设在业务量不变的情况下,测算得医疗服务价格需在 2008 年的水平上提高 15.68%,在抵消药品价格降低的作用下,门诊患者医药费用负担下降 2.9%,住院患者医药费用负担上升 3.8%。

2.4 医疗保险补偿

根据医疗机构药品收入中各医保制度覆盖所占比例,建议医保或合作医疗等医疗保障部门对医疗机构药品费用仍按目前 15% 加成后的价格给付,补偿实行药品零差率后一部分药品收入损失,以缓解财政补偿及医疗服务价格调整的影响。

2.5 综合补偿模式初探

2.5.1 假设条件

一是按照 2007—2008 年的财政补助收入平均增长率测算,政府财政补助增长额最多不超过 12.55 亿元。

二是假设补偿政策实施后医药费用结构,尤其是用药量没有发生变化。

三是在药品加价率降低 17% (2008 年药品加价率)后,次均门诊与住院药品费用相应降低,提高医疗服务价格或提取药事服务费的程度必须保证门诊与住院患者的医药费用负担与 2008 年相比均不增加。

2.5.2 综合补偿模式

根据前述测算数据和假设条件,在实行药品零差率的政策下,医疗机构按照药品加成收入每年需补偿 30.55 亿元,假设医疗保险也按药品零差率价格给付(即医疗保险不承担医疗机构药品零差率损失)的情况下,综合考虑上海实际情况,建议财政补助增加 12.43 亿元,医疗服务等收入(包括药事服务费)增加 18.12 亿元予以补偿。即需设立药事服务费每门诊收费 10.75 元,每住院床日收费 23.4 元,该情况下门诊患者医药费用负担降低 3.6%,住院患者医药费用负担降低 2.3%;或提高 9.3% 的医疗服务价格水平,该情况下门诊患者医药费用负担降低 5.3%,住院患者医药费用负担降低 0.01%。可见,在不考虑医保补偿渠道的情况下,若财政补助补偿 12.43 亿元,其余损失通过设立药事服务费或提高医疗服务价格水平进行弥补,患者的医药费用负担没有上升。鉴于各地医保费用占医药费用中比例差异较大,在此难以估计一个总体比例进行测算,但仍建议医保部门对医疗机构药品费用的给付标准仍按目前 15% 的药品加价率政策,补偿实行药品零差率后一部分药品收入损失,如 50% 左右,以缓解财政补偿及医疗服务价格调整的压力。

3 讨论和建议

3.1 降低药品加价率并未减轻患者疾病负担,医疗机构经营状况却有所恶化

降低药品加价率政策的主要目标之一是试图通过降低医疗机构的药品加价率达到控制药品费用的目的。然而,数据显示药品费用并没有因此下降,反而在政策实施的第二年(2008 年)有较大反弹。原因在于几乎所有医疗机构按照国家发改委统一公布的药品价格销售药品,再按加价 15% 后等于国家发改委统一公布的药品价格确定进价价格。对医疗机构来说,采取这样的方式可以尽可能减少自身的损失,

又不违背政策。因为进价越低,医疗机构 15% 加价后的差价越少。其结果是药品零售价格没有下降,病人没有得益,医疗机构的药品差价减少,而医疗机构减少的药品差价部分转为商业流通领域的利润,增大了商业流通领域的利润空间。因此,降低药品加价率政策后所谓的“以药补医”现象表面上好像减轻了,但事实是医疗机构的药品收入总额和比重并未降低,但其经营状况却有所恶化,只不过是药品差价部分的既得利益由医疗机构部分转移到药品流通和生产企业,而患者根本没有享受到该政策带来的实惠。

3.2 通过“四个一点”,建立控制药品费用的长效机制

根据上述经费测算及利弊分析,我们认为在实行药品零差率后的补偿模式应为综合补偿模式,并根据不同地区、不同级别、不同类型的医疗机构的实际情况区别对待。同时建议可先对国家基本药物目录范围内的药品实行零差率政策,一段时间后,根据实证评估确定是否在所有药品中实行零差率。

通过政府财政出一点、医疗保险分担一点、药事服务收费补一点和医疗服务价格调一点,建立医疗机构主动合理控制药品费用的长效机制,又维护医院的正常运行,最终切实减轻患者就医负担。

3.3 对医院具体补偿方式应与所要导向的目标直接相关

无论是财政专项补偿还是医疗保险基金补偿,均要考虑具体补偿方式所带来的影响。一种方式是直接补偿、即缺多少、补多少,实事求是;另一种方式是结合业务量的情况按补偿标准补偿。直接补偿方式容易操作,但是对医生开大处方等行为没有任何约束作用,与药品零差率的最终目标背道而驰。该方式下,原来由老百姓承担的药品加成收入转嫁给政府财政,不利于医疗机构合理用药、合理治疗。财政或医保对医院补助的理想模式应该与补助所要导向的目标直接相关,以体现医疗卫生服务的公益性性质,可尝试选择按照业务量再结合次均药费水平进行补偿。根据药品零差率后,次均门诊和住院床日药品费用损失额,确定财政补助标准,再设定药品费

用比重越低补偿系数越高的操作办法。同时医院间补助分配的基本原则采用标杆法理论,即同类医院可按平均值进行比较。这样既补偿了医疗机构由于药品零差率造成的经济损失,又有助于形成医院主动降低或控制药品费用的机制。

3.4 进一步完善医疗服务价格补偿机制

将医疗服务价格调整到社会平均水平一直是医疗机构合理补偿模式的基础。要加强医疗机构内部经济管理,推进医院全成本核算工作,以成本核算数据为基础,为建立和完善医疗服务价格体系、财政补偿机制提供科学依据。在明确成本的基础上,医疗服务收费总体要向上调整,但也要予以分类管理。对医疗服务提供者很难诱导过度需求的,如挂号诊疗费、住院床位费、手术费应大幅度提高;而对于容易受诱导而产生过度需求的,如有些检查、检验项目就应下调收费甚至以低于成本的价格提供服务。医疗服务价格调整与降低药品收益应同步,同时根据有升有降的原则,不断调整医疗服务内部比价关系,逐步提高技术劳务价格,降低大型医疗设备检查服务价格。^[7]

参 考 文 献

- [1] 吴晶. 完善医院药品顺加作价政策建议[J]. 价格理论和实践, 2009 (2): 34-35.
- [2] 胡善联, 陈文, 程晓明. 药物经济学与药品政策研究[M]. 昆明: 云南科技出版社, 2000.
- [3] 孙哲勇, 王克春. 医院药品顺加作价政策出台的背景和内容[J]. 中国医院管理, 2005, 25(5): 11-13.
- [4] 金春林. 公立医疗机构补偿机制改革的思考[J]. 中国卫生资源, 2005, 8(6): 265-267.
- [5] 金春林. 也论“看病难、看病贵”的现象、成因与对策[J]. 中国卫生资源, 2007, 10(6): 270-272.
- [6] 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[G]. 2009.
- [7] 凌云, 田文华, 金春林, 等. 我国公立医院补偿方式存在的问题和对策[J]. 海军医学杂志, 2008, 29(1): 72-73.

[收稿日期:2010-06-24 修回日期:2010-07-19]

(编辑 刘 博)