

医药分开的内涵与实现途径探讨

王贤吉^{1,2*} 付晨³ 金春林¹ 晏波³ 彭玉梅³ 陈小丽³ 陈卓蕾³

1. 上海市卫生发展研究中心 上海 200040

2. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032

3. 上海市卫生局 上海 200040

【摘要】本文围绕什么是医药分开和如何实现医药分开进行探讨,提出医药分开的核心是切断公立医院、医生与药品之间的利益纽带;取消药品加成不等于医药分开,但它是医药分开的必要措施,且现阶段取消药品加成对于打破我国公立医院改革的僵局而言有重要意义;“医”和“药”的真正分开不仅要在补偿机制上下功夫,还需要同步推进药品价格形成机制、公立医院监管考核机制和运行机制等方面的综合改革。

【关键词】公立医院;医药分开;药品加成

中图分类号:R951 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.007

Separating drug sales from medical services: Connotations and approaches

WANG Xian-ji^{1,2}, FU Chen³, JIN Chun-lin¹, YAN Bo³, PENG Yu-mei³, CHEN Xiao-li³, CHEN Zhuo-lei³

1. Shanghai Health Development Research Center, Shanghai 200040, China

2. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

3. Shanghai Municipal Health Bureau, Shanghai 200040, China

【Abstract】In this paper, we focus on what it means to separate drug sales from medical services and how to realize this separation. We suggest that separating drug sales from medical services involves cutting the interest ties among public hospitals, doctors, and drug manufacturers and suppliers. Scrapping the drug markup in public hospitals does not in itself separate medical services from drug sales; however, it is an essential first step in public hospital reform in China. Completing this separation relies not only on reforming compensation mechanisms, but also reforming supervision and assessment, pricing, and operational mechanisms.

【Key words】Public hospitals; Separating drug sales from medical service; Drug markup

在我国,长期以来公立医院、医生与药品之间存在着错综复杂的利益关系,医药不分、以药补医被公认为是看病难、看病贵问题的关键原因^[1],这不仅推动了医药费用不合理上涨,导致了药品不合理使用,而且扭曲了医生的执业行为,腐蚀了医务人员队伍^[2]。针对这一问题,近年来国家和地方进行了多种形式的医药分开改革探索。2002年,原国家发展计划委员会等九部委下发了《关于印发完善“三项改

革”试点工作指导意见的通知》(计价格[2002]1168号),选择青海省西宁市、广西壮族自治区柳州市、山东省青岛市等城市,试点门诊药房剥离、医药分业;上海市松江区2005年起对包括区属二级医院在内的公立医疗机构实行收支两条线管理^[3],江苏省南京市2006年实行了医院药房托管^[4],安徽省芜湖市2007年实行了医院药品集中管理^[5]等。2012年,国务院《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨

* 基金项目:上海市卫生系统优秀青年人才培养计划项目(XYQ2011052)

作者简介:王贤吉,男(1982年—),博士研究生,助理研究员,主要研究方向为卫生政策、医院管理。

E-mail:wang_xianji@126.com

通讯作者:付晨。E-mail:fuchen@smhb.gov.cn

实施方案》(国发[2012]11号)、《关于县级公立医院综合改革试点的意见》(国办发[2012]33号)和卫生部等五部委《关于做好2012年公立医院改革工作的通知》(卫医管发[2012]53号)等文件发布后,17个公立医院改革国家联系试点城市和311个公立医院综合改革试点县中多数已相继取消药品加成,进行了医药分开改革。取消药品加成俨然已取代前期的药房托管、药房剥离、收支两条线管理等,成为医药分开的代名词。这其中,不少地方尚存在认识上的误区。本文围绕什么是医药分开、如何实现医药分开等问题进行探讨。

1 医药分开的内涵与本质

1.1 医药分开的本质是实现医院、医生利益与药品脱钩,取消药品加成并不等于医药分开

实现医药分开,核心是要从医院、医生两个层面切断其与药品之间的利益联系,即做到以下两点:一是公立医院利益与药品脱钩,不依靠药品收入(销售利润)来维持日常运行和发展;二是医生利益与药品脱钩,不从开具处方的药品中获取直接的经济利益。从医疗服务的特点来看,任何改革措施最终都要落脚到医生的执业行为,即医生对患者提供服务上,因此,医药分开根本上是使医生能够为患者提供最适宜的诊疗服务,而不考虑与处方行为和药品销售相关的经济利益(包括来自医院的开单提成和医药企业为医生提供的各种形式的返利、回扣等)。从这个角度来讲,与药房托管、药房剥离、收支两条线管理一样,单纯的取消药品加成并不能实现医药分开,因为这种做法仅去除了公立医院的药品加成收入,只是从表面上切断了医院与药品之间的利益联系,但实际上目前医药企业给予医院药品销售提成(即“暗扣”)的现象普遍存在,取消药品加成并不能改变这一状况,且未涉及到医生层面与药品之间的利益关系问题。因此,取消药品加成与医药分开之间绝不能画上等号。

1.2 医药分开主要涉及机制层面的改革

国家新医改提出了“四个分开”的要求,其中政事分开、管办分开主要是体制层面的问题,前者指政府行政职能与公共事业运作功能的分开,后者指政

府对公立医院的监督管理职能与医院的运营和服务提供职能的分开^[6];营利性与非营利性分开更多的涉及政策层面的问题,是指对营利性医疗机构和非营利性医疗机构实行分类管理,在政策上区别对待;而医药分开则主要涉及机制层面,要求去除医院运行发展和医务人员经济收入方面对药品收益的依赖(即以药补医)。目前国内对医药分开的研究,从补偿机制角度进行的探讨较多^[7-8],然而从国家医改“一个目标、四梁八柱”的框架来看,医药分开不仅关系到补偿机制改革,而且与其他多个领域的改革密切相关,包括药品价格形成机制、监管考核机制、运行机制等,甚至与医药科技产业发展政策、卫生法制和卫生信息化也不无关系。

2 取消药品加成作用有限,但现阶段仍具有重要意义

2.1 单纯取消药品加成对于降低群众医药费用负担作用甚微

2006年,国家发改委等八部委下发了《关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见的通知》(发改价格[2006]912号),规定县级及以上医疗机构销售药品执行以购进价为基础,顺加不超过15%的加价率作价,中药饮片加价率不超过25%。从上海市的情况来看,加成率下调政策实施后,全市公立医院药品加价率确实呈逐年下降的趋势;但与此同时,药品加成收入不但没有下降(政策实施后第一年,即2007年除外),反而以年均12.0%的速度增长,药品总收入增速更是高达17.6%,群众医药费用负担不降反升。这其中,除了上述的取消药品加成不能切断医院和医生与药品之间的利益联系外,还有两个方面的原因不容忽视:一是医院的收入来源不只有药品,还包括挂号、诊疗、检查、化验、治疗、手术和卫生材料等收入,去除以药补医后,取而代之的很可能是以检查补医、以耗材补医等新问题^[9];且取消药品加成后,很多地方采取了提高医疗服务价格或增设药事服务费、医事服务费^[10]的做法,容易出现分解服务的问题。二是从我国药品价格的形成角度来看,15%的加成只占药品价格的小部分,而中间流通环节的成本占绝大部分,取消药品加成无法从根本上解决问题。由此可见,单纯的取消药品加成,很难对公立医院、医生的服务行为和药品

的流通供应产生显著的影响,因而很难改变目前开贵药、大处方的现象。

2.2 现阶段取消药品加成仍有重要意义

尽管取消药品加成的作用有限,但从深化公立医院改革的大背景来看,现阶段取消药品加成仍有重要意义。首先,有助于破除以药补医机制。以药补医问题始于20世纪80年代中期国家对公立医院实行的进一步放权搞活、“不给钱给政策”,国家允许公立医院采用顺加作价的方式销售药品。^[11]尽管这一政策在相当长一段时期内有效调动了公立医院和医务人员积极性,增加了服务供给,促进了公立医院尤其是城市大医院的发展,但其带来的问题也是显而易见的。取消药品加成,有助于破除以药补医机制,也有助于改变公立医院长期以来在公众心中业已形成的“卖药赚钱”的不良形象。其次,取消药品加成更重要的意义在于,这一举措将带来一系列连锁反应,有助于推动公立医院改革深化。因为在当前情况下,公立医院取消药品加成必然面临收不抵支的问题,提高技术劳务服务项目价格、增加对公立医院的财政投入等必将提到政府议事日程,而这些正是公立医院改革的必由之路。可以说,取消药品加成是我国公立医院改革勇涉深水区的第一步,对于打破公立医院改革的僵局有重要意义。此外,取消药品加成也能在一定程度上降低药品价格,尽管作用有限,但有利于增强公众对医改的信心。

3 实现医药分开需要在取消药品加成基础上实行多措施联动

3.1 建立新的补偿机制,保障公立医院正常运行

国家新医改方案提出,要将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助改为服务收费和财政补助。如上所述,取消药品加成后,首先面临的问题是如何弥补公立医院的收入缺口、理顺投入补偿机制,包括三个方面:一是价格补偿。在我国,由于医疗服务价格扭曲,医务人员的劳务价值长期得不到合理体现。^[12]因此,取消药品加成后,很重要一点是要适度提高医务人员的技术劳务服务项目价格(如提高诊疗费、护理费、手术费,或增设医事服务费、药事服务等),与此同时降低容易诱导消费的检查检验类项目价格,并建立医疗服务价格动态调

整机制,让公立医院真正能够凭借技术服务来维持正常运营,这是实现医药分开的前提和基础。二是财政投入补偿。加大政府投入也很重要,但更重要的是转变财政投入机制。除基本建设、大型设备购置、离退休人员费用等经费可在核定后由财政部门直接拨付外,其余用于保障公立医院日常运行的经费应按照服务的数量、质量、效果等考核评价结果拨付,利用政府资金引导医院良性发展。特别是,取消药品加成、提高技术劳务服务项目价格后,对于大部分公立医院,应主要靠转变运行机制、加强内部管理实现收支平衡;但由于价格调整具有普适性,不同医院的收治病种和用药结构差异较大,因而对专科特点导致亏损的公立医院,财政部门应在原有基础上适当增加补助力度。三是医保补偿。应充分发挥医保支付方式这一经济杠杆的作用,以引导、规范公立医院和医生的服务行为。有研究表明,实行总量控制下的按服务单元付费,符合我国医改实际,能够有效改变公立医院和医生的趋利行为,并确保医院运行的可持续性。^[13]

3.2 完善价格形成机制,挤出药品价格中的“水分”

当前我国药品价格虚高是公认的事实,取消药品加成只是针对药品价格形成的末端环节,而更重要的是要从其源头和中间环节着手,挤出药品价格中的“水分”,从而压缩医药企业的促销和让利空间,这是要实现医药分开的治本之策。首先,要规范药品出厂价设定,科学制定政府指导价,并建立常规性的价格调查、监测和调整机制。在这方面,可以借鉴日本和我国台湾地区等的经验,通过定期开展药品价格调查,根据调查结果不断调整药品价格,使其逐渐趋于合理化。^[14]其次,要强化招采合一、量价挂钩的药品招标采购机制。在这方面,国家已有相关文件规定,但目前我国多数省市的药品招标还只是“招品种”,并未实现“招数量”和“招价格”,由于“招”、“采”分离,目前药品集中招标采购在降低药品价格方面的作用并未得到有效发挥。

3.3 强化监管考核机制,规范公立医院和医生的服务行为

要实现公立医院、医生利益与药品脱钩,必须加强针对公立医院和医生服务行为的监管考核。首

先,要完善公立医院用药管理、处方审核制度,结合临床路径管理和诊疗规范,加大对药品(特别是抗菌药物和高价药品、高值医用耗材)使用情况的检查力度。在提高技术劳务服务项目价格后,政府部门更有理由强化对药品、医疗器械购销领域商业贿赂行为的监管。其中,卫生信息化的作用不可忽视,有了信息化平台的支撑,可以对公立医院和医生的服务行为实施实时、动态、智能化的监管,确保监管考核数据的客观真实和结果的公正有效。随着经济社会和医疗卫生事业的发展,卫生信息化的作用将越来越凸显,上海市闵行区的经验值得有条件的地区借鉴^[15]。其次,更重要的是要强化监管考核结果的应用,将其与公立医院的财政资金拨付和医保资金分配挂钩,与院长和科主任的绩效考核挂钩,与医生的收入分配甚至是职称评聘、执业资格再注册等挂钩,以此建立起强有力的激励约束机制,让体现公益性者得到激励,让违背公益性者受到约束。只有通过强化监管考核建立有效激励约束机制,才能改变公立医院和医生的服务行为,这是实现医药分开的重要保障。

3.4 转变内部运行机制,形成正向的激励导向

在以药补医机制下,目前公立医院普遍采取按业务创收进行提成和分配的做法,这一盈利式的运营模式在一定程度上是将公立医院和医生的利益与患者利益置于对立面,损害了公立医院的公益性,因为科室要获得更多的奖金、医生要取得更高的报酬,就不得不让患者多买药、多花钱。在这种情况下,很难切断医院、医生与药品之间的利益联系。因此,要实现医药分开,就必须转变公立医院的运行机制,形成正向的激励导向。首先,要转变公立医院长期以来采用的“总收入-总支出=结余”并用结余进行分配的模式^[16],实行不直接与医疗服务收入挂钩的工资总额预算管理制度,建立以工作量核定和人员成本核算为基础的公立医院工资总额核定办法,消除公立医院的“扩盘”动机;其次,要改变公立医院按业务创收提成的内部分配方式,建立基于绩效考核的收入分配机制,将岗位工作量、服务质量、服务效果、患者满意度等绩效考核结果作为收入分配的直接依据,消除医生多开药、开贵药的动机,这是实现医药分开的关键所在。

此外,医药分开的真正实现还需要健全的卫生法制作为保障,需要健康而非低水平重复的医药科技产业作为后盾。

参 考 文 献

- [1] 杨永朋. “医药分开”的视角解析我国“看病贵”的难题[D]. 大连: 东北财经大学, 2011.
- [2] 吕诺. 卫生部副部长陈竺:下决心破除“以药补医”[EB/OL]. (2012-01-05)[2012-10-12]. http://news.xinhuanet.com/politics/2012-01/05/c_111379067.htm.
- [3] 陈丞, 朱根明, 沈国民, 等. 公立医疗机构医生对收支两条线管理与绩效考核制度的满意度分析[J]. 卫生经济研究, 2010(12): 12-14.
- [4] 沙文茹. 南京药房托管:让利让“理”?[J]. 中国药店, 2006(9): 24-25.
- [5] 苏元元. “芜湖模式”的医药分开之路[J]. 中国卫生, 2011(4): 80-81.
- [6] 李天舒. 新医改对话录:公立医院改革 政府角色要明晰[N]. 健康报, 2009-04-24.
- [7] 宋杨, 吴华章. 公立医院实施药品零差率补偿机制探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(5): 321-324.
- [8] 徐敢. 公立医院医药分开路径和补偿机制系统建模研究[D]. 天津: 天津大学, 2010.
- [9] 曾耀莹. 北京初试医药分开[J]. 中国医院院长, 2012(14): 34-37.
- [10] 王珊, 金水高. 浅析“新医改”思路的经济学特征[J]. 卫生经济研究, 2009(5): 14-16.
- [11] 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(10): 35-37.
- [12] 郝模. 解决医、患、药、保四方问题,打破公立医院改革僵局,实现医改突破的政策建议[J]. 中国卫生资源, 2012, 15(4): 287-292.
- [13] 刘昕, 史录文. 日本药品价格管理其实[J]. 中国新药杂志, 2008, 17(23): 1993-1996.
- [14] 许速, 蒋小华, 李国红, 等. 基于信息化的区域医疗卫生改革探索[J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27(7): 520-523.
- [15] 刘俊. 谈中国卫生体制建设与公立医院改革(根据作者在2010年国家行政学院培训班上的报告整理)[J]. 卫生政策研究进展(内部刊物), 2011, 4(7): 39-78.

[收稿日期:2012-11-20 修回日期:2012-12-24]

(编辑 刘 博)