

新医改以来我国公立医院医药分开策略及效果的系统综述

李 力^{1*} 张卓然¹ 孟 开¹ 王 辰² 陈 瑶³

1. 首都医科大学卫生管理与教育学院 北京 100069

2. 卫生部北京医院 北京 100730

3. 中国医学科学院卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘 要】目的:描述新医改中我国公立医院的“医药分开”策略,并对其实施效果进行初步评价。**方法:**采用系统综述法,对文献进行检索和筛选;以卫生改革的五个控制柄(筹资、支付、组织、规制、行为)为框架进行分析。**结果:**纳入文献 35 篇,其中,21 篇描述具体措施和策略,14 篇评价策略。芜湖、北京、深圳、上海是研究热点城市。北京和深圳以调整全部控制柄为策略,芜湖和上海以调整除行为外的四个控制柄为策略。短期内,各地虽产生了医保患者药品费用负担有所减轻等成效,但医生与药品之间的经济联系仍然存在。**结论:**“医药分开”的本质是使医院、医生利益与药品脱钩,着重调整补偿机制,兼顾适时提升筹资水平、主动完善组织结构、配合加强规制力度的综合改革,现阶段虽取得一些成效,但医生利益与药品未脱钩。建议在反映医疗服务价值的价格形成机制基础上,建立更加公平的院内薪酬分配制度,完善医保总额预付制,更直接地控制医生趋利行为。

【关键词】医药分开; 公立医院; 卫生改革; 系统综述

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.01.012

The strategy and effects of separating drug sales from medical services in public hospitals since health care reform in China

LI Li¹, ZHANG Zhuo-ran¹, MENG Kai¹, WANG Chen², CHEN Yao³

1. School of Health Management and Education, Capital Medical University, Beijing 100069, China

2. Beijing Hospital of the Ministry of Health, Beijing 100730, China

3. Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】Objective: To describe the effects of separating drug sales from medical services in public hospitals since health care reform in China. **Methods:** Using academic databases and official websites at home and abroad, this paper reviewed the policy's regulations, measurements, and effects since health care reform in China. We analyzed the policy based on control-knob theory. **Results:** There were thirty-five articles, 21 of which described the measurement and strategies and 14 of which described effects. After 2009, Wuhu, Beijing, Shenzhen and Shanghai were the focus of research. Beijing and Shenzhen both used the five control knobs whereas Wuhu and Shanghai used four (the behavior knob was excluded). In the short term, these strategies have produced some good results, such as reducing the burden on patients. However, there is still an economic relationship between doctors and drug sales. **Conclusion:** Separating drug sales from medical services is a synthetical and comprehensive policy that focuses on reimbursement and highlights the necessity of properly increasing funding, perfecting organizational structure, and strengthening regulation. Recently, there have been some good results, but an economic relationship still exists. This paper recom-

* 基金项目:首都医科大学卫生管理与教育学院研究生自主探索研究项目(wgx1205)

作者简介:李力,女(1988 年—),硕士研究生,主要研究方向为社会医学与卫生事业管理。E-mail: Li_lilyepi@126.com

通讯作者:王辰。E-mail: cyh-birm@263.net

mended that more equal compensation system should be established based on a pricing mechanism that reflects medical service value. The medical insurance of total prepayment should also be refined.

【Key words】 Separating drug sales from medical services; Public hospital; Health system reform; Systematic review

2012年3月14日,国务院发布《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》,提出以破除“以药补医”机制为关键环节,推进医药分开,逐步取消药品加成政策,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。由此,“医药分开”这一涉及管理体制、补偿机制、人事分配、药品供应、价格机制等多方面的综合改革,成为未来四年内破除“以药养医”机制,推动公立医院综合改革的重要手段,也成为政策制定和研究者们关注的重点。系统综述又称系统评价,较之于传统综述,是一种更为科学、客观地总结和整合原始资料的研究方法,可针对特定问题,为政策制定者提供更为可靠、权威、完整的决策证据,也可政策研究者揭示研究现状和不足。本研究针对新医改之后的医药分开策略、措施及效果,探索性地采用描述性系统评价方法,以期为医药分开的决策者提供循证依据,为研究者提示未来研究方向。

1 资料与方法

制定文献检索策略并检索文献,设定纳入排除标准,对纳入文献进行筛选,对符合要求的文献进行摘录和整合。

1.1 检索策略

检索数据库包括:中国全文期刊、万方、维普三个中文数据库; Web of knowledge, EBSCO, World Bank, Emerald 英文数据库; 国内外卫生机构网站、Google 搜索引擎。

检索文献年限为2009年1月—2013年3月,检索词为中国(China)、医药分开(de-link income for drug sales, separate clinic and pharmacy, compensating the medical cost with drug sale)、公立医院(public hospital(s)、nonprofit hospital(s)、hospital(s))三部分,恰当地使用逻辑符“并”(AND)获得检索结果,根据各数据库检索规则作相应调整。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准为:中英文文献或有英文摘要的非中

英文文献;研究类型为综述、描述性研究、观察性研究、效果评价性研究;“医药分开”实施对象为公立医院;明确提及自新医改后开始实施“医药分开”政策,对该政策实施的具体内容、政策效果(包括正面效果、负面效果、成本效果)进行描述。

排除标准为:非中英文文献且无中英文摘要;观点性文章、书信、新闻、评论、社论、文献目录、会议摘要、项目介绍;“医药分开”实施对象为社区卫生服务站等其他非公立医院的公立医疗机构;新医改之前,即2009年以前实施“医药分开”;仅提及“医药分开”,但政策未实施或无法识别是否实施。

1.3 文献筛选

正式筛选前,先随机抽取5%的文献进行预实验,由两位研究者在同一时间段内独立完成,对比两人筛选结果,如有分歧再进行讨论,及时调整筛选标准中的问题和统一筛选者对标准的理解。正式筛选时随机选取10%的文献由两位研究者独立重复筛选,若出现分歧,重复这一步骤至筛选结果无分歧,剩余文献不再进行双重筛选。

筛选人员先阅读题目和摘要,排除明显不符合纳入标准的文献,并查找无法确定是否符合纳入标准的全文进行二次筛选。筛选过程由Endnote软件实现。

1.4 文献摘录

筛选出上述5%的检索结果后,用之前制定的数据提取表摘录纳入的文献信息,由两位研究者独立重复进行,对比结果,讨论数据提取表问题和数据提取信息的分歧。正式提取时,仍随机抽取10%,由两位研究者做独立重复提取,剩余文献由一位研究者提取,最后由该领域专家和核心研究者审核所有数据提取表。

提取主要内容有:(1)研究基本情况,包括研究者、研究机构、研究方法、对象、发表时间、发表期刊;(2)公立医院医药分开政策背景,包括内涵、意义、目标及原则;(3)医药分开实施策略,按照Flagship Framework提出5个控制柄(Control knobs),即筹资(Financing)、支付(Payment)、组织(Organization)、规制(Regulation)、行为(Behavior)进行信息提

取。控制柄是影响卫生系统产出的重要变量,卫生改革者对这些变量进行细致的改革可以改变卫生系统的产出^[1]; (4) 医药分开及其效果,包括目标内效果、目标外效果以及该研究的研究者、研究方法、研究对象、时间、结论,对定量研究还需包括数据来源、评价指标和结果。

2 结果

2.1 纳入文献基本情况

共检索 1 172 条记录,按照筛选标准,最终纳入 35 篇文献。其中,21 篇为具体措施策略描述,14 篇为政策评价;32 篇文献研究,3 篇现场调查;按第一作者信息分类,公立医院 14 篇,中国政府部门 9 篇,高校和科研机构 9 篇,行业协会 2 篇,世界银行 1 篇;按研究者所在地区划分,东部 28 篇,中部 5 篇,西部 2 篇(表 1)。

表 1 纳入文献基本情况

文献属性	数量	构成比(%)
研究者所在机构		
公立医院	14	40.00
政府部门	9	25.71
高校/科研机构	9	25.71
行业协会	2	5.71
世界银行	1	2.86
研究所在地区		
东部	28	80.00
中部	5	14.29
西部	2	5.71
研究类型		
文献研究	32	91.43
调查研究	3	8.57
研究对象		
北京	7	20.00
深圳	5	14.29
上海	2	5.71
芜湖	2	5.71
文献类型		
期刊	31	88.57
学位论文	3	8.57
公开报告	1	2.86

2.2 医药分开实施策略

至 2013 年,医药分开的试点城市已经增至 17 个,但仅就纳入文献来看,2009—2013 年 3 月,公立

医院医药分开已实施并受到研究者重点关注的地区为北京、上海、芜湖和深圳。

改革涉及芜湖 8 家市直属公立医院及部分县级医院,北京 5 家试点医院(友谊医院、朝阳医院、天坛医院、积水潭医院、同仁医院),深圳全部市属公立医院,上海 4 家试点医院(华山医院北院、瑞金医院北院、仁济医院南院、市六医院东院)。

2.2.1 筹资

筹资方面,改革期间各地均不同程度上调医疗保险筹资标准,增加的部分主要由政府和单位支付,尽量不提高个人支付水平。主要有两种策略:一是不加重个人缴费负担,提高医疗保险缴费标准,实施城市为北京、上海、深圳;二是不加重个人缴费负担,提高医疗保险缴费标准,增设药事增值服务费即药品招标采购中的中标企业每年上缴 10%~20% 的年利润作为药事增值服务费^[2],实施城市为芜湖。

2.2.2 支付

支付可分为补偿(外部支付)和薪酬(内部支付)。补偿关注外部支付主体(可以是政府、保险、个人中的一个或多个)对医疗服务提供方的支付方式和水平,而薪酬关注医疗服务提供方内部的医院对医生工资的支付方式。现仅针对补偿(外部支付)方面,在“总量不变,结构调整”的思路下调整补偿渠道、主体、方式。渠道由三渠道变为“财政补助与医疗服务收费”两渠道;主体明确为政府、医保;政府以对医院整体服务质量与数量进行绩效考核的方式补偿医院,医保则在总额预付制基础上,各地采取不同付费方式补偿医院。具体有两种策略:

一是“一升,两降,一增,一兜底”,在深圳、上海、芜湖三市实施,即取消药品加成,提高医疗服务价格,降低药品采购价格和部分检查费用,新增药事服务费,若出现合理政策性亏损,则由政府兜底,医保则在总额预付制基础上,探索按病种、按项目等付费方式。^[2-4]二是“一升,一降,一兜底”,在北京实施,即取消药品加成后,提高医疗服务价格,部分试点医院降低检查和器材费用,政府投入到位的情况下,若存在合理政策性亏损,则由政府兜底,医保则在总额预付制基础上,探索按病例组合调整的住院人次(DRG)的付费方式。^[5]

2.2.3 组织

组织方面是使改革措施得以落实的关键,它是指卫生系统各要素的数量、结构和权利分配,主要有三种策略:

一是资源整合。上海成立医院联合体、芜湖成立医疗集团实现资源整合,同时实施法人治理结构的医院内部管理改革。^[2-3]

二是引入竞争者,权利下放。深圳在进行区域卫生规划后,引进民间资本兴建医院,同时鼓励药品流通企业与医院药房相竞争;市卫生行政部门放权,成立公立医院理事会,下设日常办事机构——公立医管中心,对公立医院实行合约管理,而卫生行政部门负责营造并维护公立和私立医院等良好的行业环境。^[6-7]

三是权利分割。北京暂未对试点的公立医院进行资源整合,而是成立与卫生局平行的医院管理局以政府出资人代表的角色,对公立医院实施人、财、物方面的管理和监督,同时进行内部法人治理结构的改革,成立院外理事会。

2.2.4 规制

规制是指运用国家强制性手段改变人们行为,就卫生系统而言,其对象包括服务提供者、保险公司和患者。在这方面,公立医院主管行政部门采取制定规章、奖惩措施,并以公文形式下发。^[1]主要有三种策略:

一是高强制力度。芜湖市调整规制控制柄力度较大,出台了较为详尽的政策。主要有《芜湖市医疗机构不良执业行为记分管理办法(试行)》、《芜湖市医疗机构约谈工作制度》、《芜湖市医疗机构用药目录》。

二是中强制力度。深圳为医药分开政策出台了专门的改革方案《深圳市公立医院医药分开改革实施方案》。

三是低强制力度。北京市和上海市对该项改革的要求包含于市公立医院改革方案中,即《北京市公立医院改革方案》和《上海市公立医院改革方案》。

2.2.5 行为

行为方面是指尝试去影响个体在健康和卫生保健相关问题上表现,既包括患者,也包括服务的提供者,在北京和深圳实施。策略为引导服务提供者个体行为的同时引导患者个体行为。引导服务提供者个体行为方面,采取培训或讲座方式对医生进行合理用药培训,引导患者行为方面,主要对到院患者宣传合理用药常识。^[8]

2.3 医药分开实施效果

芜湖地区,有研究者利用官方统计资料,采用简单“前一后”对比分析法计算药占比和患者药品总费用,得出群众药品负担减轻的结论。^[9]也有研究认为,芜

湖市借鉴“闵行模式”,虽降低药品流通成本,但实质为政府对流通领域强势干预,将“以药养医”变成“以药养政”,助长地方保护主义,且出现“唯低价是取”现象,有危及药品质量和患者用药安全的可能。^[10-11]

北京地区,有研究采用定量和定性相结合的方式,采用典型调查,得出北京市医药分开措施使得患者满意度提高,就医行为趋于理性,药品费用负担减轻^[12],对次均门诊花费大于246.67元的非医保患者,可减轻其门诊费用负担^[13];医院管理理念改变,医院运行良好,同时存在普通门诊医护人员工作量短时期增大问题;而访谈发现医院和医生对此政策表示支持,但反映现有措施并未真正切断医务人员与药品之间利益链条,而是否解决大处方问题还有待观察。^[13-15]

深圳地区,有两组研究者利用官方统计资料进行研究,其中一组研究者采取实地调查,发现深圳市医药分开措施一定程度上遏制了药品滥用和大处方,减少患者门诊费用负担,参保人自付费用减轻,医院经济运行正常,对药品流通市场起到了一定倒逼作用。^[7,16]

上海地区公立医院医药分开实施时间较短,尚无实证研究验证其效果。

表2 部分试点城市实施效果

效果	芜湖	北京	深圳
目标内效果			
药品负担	药品费用负担减轻	药品费用负担减轻;减轻次均门诊花费大于246.67元的非医保患者的门诊费用负担	门诊费用负担减轻
患者满意度	—	患者满意度提高	—
用药合理性	—	—	促进合理用药;减少大处方
目标外效果			
附带效果	—	患者就医行为理性;医生有更多时间向患者解释病情	药品流通市场起到了一定倒逼作用;参保人自付费用减轻
意外效果	药品价格“虚低”	医院工作量短时期增大	—
中间结果			
医院经营情况	—	医院收入减少	医院运行正常

3 讨论与建议

3.1 医药分开的本质是医院、医生利益与药品脱钩,既非医药分离,也非医药分业

根据新医改后国家重要相关政策文件^[13-17]及纳

入文献,我国公立医院“医药分开”要求破除以药补医,本质是通过取消药品加成,完善公立医院补偿机制,并配套多机制综合调整,来弱化“两医”(医院和医生)收入与药品销售价格及销售量的直接经济联系,即“经济上”的医药分开。不同于新医改前医院和药房相分离,即“物理上”的医药分开,也不同于亚洲部分国家和地区实施的医药分业改革(Separation of Prescribing and Dispensing Drugs)。^[18-19]

3.2 医药分开是重点调整补偿机制,兼顾提升筹资水平、完善组织结构和加强政策约束的综合改革

控制柄间的改革具有系统性的特点,所以医药分开在重点改革补偿机制,使医院和医生仅可通过一定数量和质量的医疗服务而非药品获得足够经济补偿的同时,配套进行公立医院外部治理、内部运行和监管方面的综合改革,以保障补偿改革的奏效。外部治理方面,采取管办分开,以适应政府对医院整体以绩效考核方式进行补偿^[20];内部运行方面,采取公司法人治理结构改革,以适应医保付费方式改革及其选择、监督权力增强,促使公立医院主动完善自身运行机制,获得医保机构信任。^[21-22]同时,各地通过规制强度不同的政策,进一步加强政府监督力度,规范医院、医生、药品流通商的行为。

3.3 短期内患者药品费用负担减轻,但医生利益与药品费用未实质脱钩

数量与质量有限的定量效果评价研究显示,政策实施后的短期内,医保患者药品费用负担有所减轻,而非医保患者药品费用负担存在加重的可能。访谈类定性研究中提示,医生利益与药品未实质脱钩。

3.4 建议在体现医疗服务价值的价格形成机制基础上,建立公平的院内薪酬分配制度,完善医保总额预付制,更直接地控制医生趋利行为

目前主要利用外部支付即补偿机制,由政府与医保直接控制医院趋利行为以及医院控制医生趋利行为,以切断医院、医生与药品之间的经济联系。然而,在医生强大技术垄断优势下,仅依靠医院或政府强制力来控制医生行为,成本高且难以实现,应建立有效薪酬激励与约束机制,让其通过医疗服务获得符合其劳动价值的合理收入,并利用经济利益激励降低药费,例如含药费在内的费用均摊的预付制^[23]。然而,目前在“总量不变,结构调整”思路之下的补偿机制改革,其所制定的医疗服务价格是否能够有效反

映医生劳动价值还不能确定^[24],加之薪酬(内部支付)机制缺乏内部公平与个人一致性^[25],因此,无法确定医生可否通过提供足够数量与质量的医疗服务,获得合理收入。所以应以体现医疗服务价值的医疗服务价格形成机制保障薪酬外部公平,建立体现内部公平和个人一致性的院内薪酬分配制度(内部支付),巩固和完善医保预付制,更加直接的控制医生趋利行为。

参 考 文 献

- [1] Roberts M J, Hsiao W, Berman P, et al. Getting Health Reform Right[M]. 任明辉,等,译. 北京:北京大学出版社,2010.
- [2] 曹云霞. 芜湖市公立医院综合改革的探索[J]. 中国农村卫生事业管理, 2012, 32(9): 891-894.
- [3] 江捍平, 罗乐宣, 陈广钦, 等. 深圳市医药分开改革方案的总体设计 and 创新[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(10): 725-727.
- [4] 王小波. 上海闵行“药改”求解医药分开[J]. 医院领导决策参考, 2009(22): 36-39.
- [5] 方来英, 毛羽, 韦江, 等. 北京市公立医院改革设计与实践[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(8): 561-564.
- [6] 江捍平, 许四虎, 罗乐宣, 等. 深圳市医疗服务体制改革回顾与展望[J]. 中华医院管理杂志, 2009, 25(11): 728-731.
- [7] 江捍平, 罗乐宣, 李创, 等. 深圳市医药分开改革成效和深化改革的政策建议[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(10): 728-731.
- [8] 史培娜, 李凤如, 王波, 等. 我院探索医药分开改革的实践[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(8): 569-571.
- [9] 沈华亮. 深圳市公立医院医药分开综合改革医保先行[J]. 中国医疗保险, 2012(8): 24-26.
- [10] 沈松泉, 李军. 药品招标和医药分开改革的实践与思考[J]. 中国医疗保险, 2012(3): 68-70.
- [11] 张瑾. 公立医院的改革及有关安徽省芜湖市医药分家的探讨[J]. 财经界: 学术版, 2010(6): 39.
- [12] 王波, 李凤如, 史培娜. 我院实施医药分开前后就医人群调查[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(8): 573-575.
- [13] 赵亮, 金昌晓, 乔杰. 北京市公立医院试点医事服务费调查[J]. 中国医院管理, 2012, 32(11): 1-3.
- [14] 宋杰, 吴家锋, 王亚东. 我院试行“医药分开”改革[J]. 医院院长论坛, 2013(1): 48-51.
- [15] 李凤如, 史培娜, 李蕊, 等. 医药分开带来医院服务理念的改变[J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(2): 153-155.

[16] 邹长青, 林丽, 吴华章, 等. 广东省公立医院改革初探——基于深圳、高州、清新的调研[J]. 中国医院管理, 2012, 32(1): 9-10.

[13] 中共中央, 国务院. 关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009-2011 年)的通知[Z]. 2009.

[14] 中共中央, 国务院. 办公厅关于印发医药卫生体制五项重点改革 2011 年度主要工作安排的通知 [Z]. 2011.

[15] 中共中央, 国务院办公厅. 关于印发 2011 年公立医院改革试点工作安排的通知 [Z]. 2011.

[16] 中共中央, 国务院. “十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案 [Z]. 2012.

[17] 中共中央, 国务院. 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[Z]. 2009.

[18] 王贤吉, 付晨, 金春林, 等. 医药分开的内涵与实现途径探讨[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(1): 26-39.

[19] World Bank. China Health Policy Notes[R]. 2010.

[20] 郭凡礼. 公立医院改革,“医药分开”与“管办分离”应同步推进[J]. 医院领导决策参考, 2010(4): 11-13.

[21] 李磊, 赵阳, 夏云, 等. 对公立医院运行机制改革的思考[J]. 卫生经济研究, 2010(4): 7-9.

[22] 方鹏骞, 陈婷. 以药补医历史、现状及后以药补医时代的政府责任[J]. 中国医院管理, 2012, 32(6): 6-10.

[23] 维托克·R·福克斯. 谁将生存? [M]. 罗汉, 等译. 上海: 人民出版社, 2000.

[24] Ehrenberg R G, Smith R S. Modern Labor Economics [M]. 刘昕 译. 中国人民大学出版社, 2008.

[25] 杨旖旎. 公共部门薪酬制度研究——以公立医院为例 [D]. 杭州: 浙江大学, 2008.

[收稿日期:2013-06-25 修回日期:2013-12-05]

(编辑 薛 云)

· 信息动态 ·

全民健康覆盖大会在日本东京召开

2013 年 12 月 6 日,日本政府与世界银行全民健康覆盖大会在东京召开。此次会议阐明了世界银行在推动各国实现全民健康覆盖方面的目标,提出了一些国际经验和启示供各国借鉴,并发布了监测全民健康覆盖进展的框架。

在推动各国实现全面健康覆盖方面,世界银行制定了明确的目标,包括:(1)人人都应享有负担得起的优质医疗保健服务;(2)任何人都不应因支付所需医疗保健服务的费用而被迫陷入贫困或持续陷于贫困;(3)所有国家必须充分利用除卫生部门以外的其他部门的筹资,为建设一个健康社会奠定基础。

同时,世界银行集团与日本政府合作,对 11 个国家开展了案例研究,得出了一些重要的经验启示,供各国借鉴:(1)强有力的国家和地方政治领导力和长期的承诺是实现和维持全民健康覆盖的必要条件;(2)短期成功对于获得公众对改革的支持具有关

键意义;(3)经济增长本身不足以确保公平覆盖,所以各国必须颁布政策重新分配资源和缩小在获得可负担的优质医疗保健服务方面的差距;(4)改善卫生保健服务的质量与可获得性不仅取决于技术高的专业人员,还取决于社区和中层的卫生工作者;(5)国家需要投资建立一个强大的初级卫生保健体系,以改善医疗保健服务和管理医疗卫生费用。

此外,在此次大会上,世界银行和世界卫生组织发布了监测全民健康覆盖进展的统一框架,包含两个目标,一是财务风险保护目标,建议到 2030 年将因自费支付医疗费用致贫的人数减少一半,并且任何人都不会因自费支付医疗费用而致贫;二是卫生服务提供目标,建议到 2030 年 80% 的贫困人口能够获得基本卫生服务。

(来源:世界银行网站)