

我国公立医院药房改革路径探讨

杨悦*,宗毛毛,尤晓敏,赵瑞,柴倩雯(沈阳药科大学工商管理学院,沈阳 110016)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2016)13-1737-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.13.03

摘要 目的:评估我国公立医院药房改革的成效,探讨其改革路径,为相关政策制定者提供参考。方法:介绍自2000年以来我国公立医院药房改革的目标、进程、效果及存在的问题,比较分析美、英、日等国和我国香港地区的医疗卫生服务体系,提出我国公立医院药房改革路径的思路。结果与结论:我国公立医院药房改革的核心目标是推进“医药分开”,破除“以药补医”机制。在2009年实施新医改前,我国公立医院药房改革主要有药房托管和药管中心两种模式;2009年实施新医改后,主要包括药管中心、药房托管和医院药房社会化模式等。通过实施公立医院药房改革,尽管部分公立医院实现了形式上的医院和药房收支分离,就诊患者次均药品费用、药占比等指标均有所下降,但患者的负担并未减轻;提高诊疗收费、增设药事服务费成为弥补药品零差率损失的主要补偿途径。可见,单纯通过药房改革并不能从根本上解决医患信息不对称问题,企业参与公立医院药房托管仍难以扭转“以药补医”的现状,某些地区医院的药学服务质量为此还受到了影响。结合美、英、日等国和我国香港地区医院只提供住院诊疗不设门诊药房、医保机构进行严格的医疗费用支付审查、医院药房与药店分离等经验,建议我国应将医院药房改革视作公立医院改革的一个组成部分,实行渐进式改革,建立处方多重监督机制以解决医患信息不对称问题,同时强化医院药学的各项功能以提高药学服务水平,在分级转诊基础上逐步实现公立医院门诊药房的社会化改革。

关键词 公立医院;药房;改革;以药补医;药房托管

Discussion on the Reform Pathway for Public Hospital Pharmacy in China

YANG Yue, ZONG Maomao, YOU Xiaomin, ZHAO Rui, CHAI Qianwen (School of Business Administration, Shenyang Pharmaceutical University, Shenyang 110016, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To evaluate the reform achievement of public hospital pharmacy in China and explore the pathway of the reform so as to provide reference for policymakers. METHODS: The objective, progress and outcomes of pharmacy reform and problems in China were introduced since 2000; the pathway of public hospital pharmacy reform was put forward based on comparing health service system of USA, British, Japan and Hong Kong area. RESULTS & CONCLUSIONS: The reform's objective is to promote "separation of pharmacy from medicine" and break down the mechanism of "drug-maintaining-medicine". Before the new medical reform in 2009, pharmacy trusteeship and centers of pharmacy management were the main reform models; after the new medical reform, there were socialization of hospital pharmacy, pharmacy trusteeship and centers of pharmacy management and so on. The reform have achieved separation of income and expenditure of pharmacy from those of hospital, the decrease of average drug cost per time, drug ratio and others in some public hospital, but patient's burden may not yet alleviate; the main compensation approaches for zero-profit drug supply is to increase the fees for diagnosis and treatment, and pharmaceutical care fee. So the reform merely aiming at pharmacy reform cannot solve information asymmetry between doctor and patient; pharmacy trusteeship may be difficult to cover up "drug-maintaining-medicine", and the quality of pharmaceutical care may be declined. On the basis of the experience of USA, British, Japan and other countries and Hong Kong including only supplying hospital treatment but not setting up outpatient pharmacy, checking medical cost payment strictly by medical insurance department, separating hospital pharmacy from social pharmacy, etc., it is suggested to consider pharmacy reform as one part of public hospital reform, implement incremental reform, build multiple prescription supervision system so as to solve the problem of information asymmetry between doctors and patients; at the same time, strengthen various functions of hospital pharmacy to upgrade pharmaceutical care, and gradually realize the socialization of public hospital outpatient pharmacy based on a grading treatment of medical units.

KEYWORDS Public hospital; Pharmacy; Reform; Drug-maintaining-medicine; Pharmacy trusteeship

公立医院药房改革是公立医院改革的重要内容,其核心就是推进“医药分开”,进而破除“以药养医”(或称为“以药补医”)机制。通过笔者对《中国卫生和计划生育统计年鉴》(2014年版)提供的数据进行测算,结果表明我国公立医院90%的收入源自业务收入,其中药品收入约占总收入的40%,政府投入

*教授,博士生导师。研究方向:药事法规与药品政策。电话:024-23986372。E-mail:yyue315@vip.126.com

仅约占总收入的8%。由国家卫生和计划生育委员会于2014年1月27日发布的《2014年卫生计生工作要点》指出,我国要积极稳妥地推进公立医院改革,破除“以药补医”机制,逐步建立科学的补偿机制。本文拟通过回顾自2000年以来我国公立医院药房改革的进程,评价其改革成效,分析改革中出现的问题,并与部分国家和地区医疗卫生服务体系及“医药分开”模式进行比较,探讨我国公立医院药房的改革路径,为相关政策

制定者提供参考。

1 我国公立医院药房改革的目标

自2009年以来,国务院及其直属卫生行政部门曾下发多个公立医院改革文件,其中均涉及“推进医药分开”和“完善公立医院补偿机制”两个核心问题。由此可见,我国公立医院药房改革的核心目标就是要破除“以药补医”机制。这里的“以药补医”有两层含义:一方面是指以药品加成收入补助医院的医疗收入亏损;另一方面是以药品“回扣”的方式暗中补偿医师的收入。具体来讲:其一,公立医院药品加成收入是其收入的主要来源,改革目标就是要去除占比约达40%的药品加成收入,要么大幅提高财政补助投入,要么大幅提高诊疗费用;其二,切断“医”与“药”之间的利益联系,即去除医师开“大处方”以获取“回扣”的利益驱动,而要解决这一问题的关键就是要改变医患之间的信息不对称现象,有效监督医师的处方和诊疗行为。2009—2013年我国公立医院各项收入占总收入的比例统计见表1[注:本文数据均由笔者根据《中国卫生和计划生育统计年鉴》(2014年版)测算得来]。

表1 2009—2013年我国公立医院各项收入占总收入的比例
Tab 1 The proportion of each revenue in total revenues of public hospitals from 2009 to 2013

年份	诊疗收入占比,%	药品收入占比,%	财政补助占比,%	其他收入占比,%	合计,%
2009	47.53	42.06	8.50	1.91	100
2010	47.91	41.80	8.17	2.12	100
2011	48.70	40.51	8.68	2.11	100
2012	49.39	40.07	8.16	2.38	100
2013	50.85	38.85	7.94	2.36	100

2 我国公立医院药房改革的进程及效果

2.1 我国公立医院药房改革的进程

2000年,国务院体制改革委员会办公室等八部委联合出台的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》指出:“实行医药分开核算、分别管理。解决当前存在的‘以药养医’问题,必须切断医疗机构和药品营销之间的直接经济利益联系”。2002年,国家发展与改革委员会启动“医药分开”试点,但最终因政策不配套等原因未能持续,未能落实“医药分开”。于是一些省市开始探索“医药分开”的改革路径,以“药房托管”为主要形式。2009年,新一轮医药卫生体制改革展开,《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》出台,要求转变基层医疗卫生机构的运行机制,改革药品加成政策,实行“零差率”销售,建立规范的公立医院运行机制,推进“医药分开”,积极探索多种有效的方式逐步改革“以药补医”机制。通过实行药品购销差别加价、设立药事服务费等方式逐步改革或取消药品加成政策,同时采取适当调整医疗服务价格、增加政府投入、改革支付方式等措施完善公立医院补偿机制。

综合来看,在2009年实施新医改之前,我国公立医院药房改革主要有药房托管和药管中心两种模式。所谓药房托管,即在药房所有权不变的情况下,医院通过契约形式将药房委托给具有一定经营能力的企业实行有偿经营和管理,所有权仍属于医院,而经营管理权则属于企业^[1],以广西柳州、江苏南京最为典型。该模式的基本做法为:医院将现有药房、仓库及设备设施有偿提供给受托方,受托方承担聘用人员的工资、福

利待遇及劳动保障;药品采购、配送、经营权交给受托方;企业承担药学咨询服务、继续教育培训等;药剂科(药学部)管理职能、药学人员身份和工资待遇不变;药品以不高于招标挂网价销售(即零差率),但一般中草药、中药饮片除外。药房托管模式的直接效果就是可降低药品价格^[2]。由于药品收入不计入医院收支,因此公立医院不再受“零差率”所带来的成本压力影响,也不再受控制药占比(即药品费用占医疗费用的比例)的困扰。

所谓药管中心,即医院将药房剥离,成立政府全额拨款事业单位^[3],名称为药品(医用耗材)管理中心、药事服务监管中心,药品收支两条线。该中心负责药品采购配送,药剂科(药学部)人员也划归到该中心,药品加成全部取消或只有基本药物加成取消,药品加成收入或非基本药物、医用耗材加价部分全部返还医院;以奖代补或先上交后财政按加成测算划拨额度。该模式需要以持续的政府投入维持中心的运行,利益分配方式为医院减少的药品收入通过以奖代补或按比例拨款的形式予以填补。

自2009年实施新医改之后,我国公立医院改革以“完善补偿机制”为突破口展开,随着逐步取消药品加成政策的推进,在其他补偿途径未能有效跟进的情况下,医院面临药房管理成本如何负担的问题。全国范围内公立医院药房改革开始采取多种方式进行探索,主要包括药管中心、药房托管和医院药房社会化以及其他综合改革模式。各地公立医院围绕医药、医疗、医保“三医”联动展开,增加财政补助投入,采取不合理用药控制措施,对于因药品“零差率”减少的收入,有的直接由财政负担,有的由财政和医保分担,也有的由财政、医保和医院三方共担,财政补偿的水平取决于各个地方的经济实力。

2.2 我国公立医院药房改革的效果评价

2.2.1 患者次均药品费用、药占比等指标均有所下降,但负担并未减轻 自2009年实施新医改后,我国部分公立医院药房改革从形式上实现了医院和药房收支分离,取消了“以药补医”。具体体现在以下方面:从空间位置看,实行医院药房托管、成立药管中心或药房社会化后,虽然门诊药房仍旧设在医院,但已不再完全属于医院,而是改由企业来管理;从改革效果评价指标来看:(1)就诊患者的次均药品费用下降;(2)药占比下降;(3)药品价格下降;(4)医保患者的自付药品费用下降。但是,这几项指标下降虽然从表面上看似减轻了患者的负担(解决“看病贵”问题),其实质却未必如此。原因一,患者到公立医院就诊的费用包括药品费用、诊疗费用和其他费用,单纯降低药品费用并不代表就诊费用下降,因为改革后公立医院的收入来源发生了根本变化,主要靠提高诊疗收费标准、增设药事服务费等途径进行补偿,虽然患者的次均药品费用有所下降,但患者的次均就诊费用并未改变甚至还提高了。原因二,虽然药占比有所下降,但诊疗费用占比必然会提升,由此导致患者的就诊费用不会发生变化甚至有所提高。原因三,药品价格下降并不等于患者的就诊费用下降,因为患者支付的药品费用=价格×数量、就诊费用=项目单价×数量,若医院并未改变按项目付费的方式,开“大处方”、过度诊疗等现象仍可能存在,患者的负担依然会保持不变甚至有所加重。原因四,虽然医保患者的自付药品费用有所下降,

但是自费就诊患者支付的费用可能不会下降甚至还有所提高。卫医管发[2010]20号《关于印发公立医院改革试点指导意见的通知》规定“增设药事服务费或提高诊查费用由医保支付”,但就诊患者中还存在非医保患者,对于非医保患者来说,其次均自付费用将有所提高。以深圳市为例,其2012年初推进公立医院改革,取消了药品加成,提高了门诊和住院患者的诊查费。深圳市本来就属于外来人口较多的城市,持医保卡就医的患者约占40%,这部分患者增加的诊查费全部由社保统筹基金支付,而非医保患者则只能由个人支付,也就是说有60%的患者需要支付比医改前更多的医疗费用^[4]。

从公立医院各种改革模式的实施效果来看,虽然均可实现药占比、次均药品费用下降的目标,但由此可能引发新的诊查费用上升的问题,患者的次均医疗费用仍可能大幅上升。经笔者分析表明,2009—2013年我国公立医院患者的药品费用占比虽然略有下降,但次均门诊费用、药品费用占门诊费用的比例均有所上升,人均住院费用、住院药品费用和检查费用也有所上升,具体见表2、表3。

表2 2009—2013年我国公立医院患者次均门诊费用(元)

Tab 2 Average expenditure per out-patient visit of public hospitals from 2009 to 2013(yuan)

年份	次均门诊费用	分项费用			占门诊费用比例,%		
		治疗费	药品费	检查费	治疗费	药品费	检查费
2009	154.7	16.8	80.0	27.8	11.0	52.5	18.2
2010	167.3	18.6	87.4	30.8	11.1	48.5	18.4
2011	180.2	20.1	92.8	33.4	11.2	51.5	18.5
2012	193.4	19.6	99.3	36.2	10.1	51.3	18.7
2013	207.9		104.4	38.7		50.2	18.6

表3 2009—2013年我国公立医院患者人均住院费用(元)

Tab 3 Average expenditure per in-patient visit of public hospitals from 2009 to 2013(yuan)

年份	人均住院费用	分项费用		占人均住院费用比例,%	
		药品费	检查费	药品费	检查费
2009	5 856.2	2 573.0	407.7	43.9	7.0
2010	6 415.9	2 784.3	460.8	43.4	7.2
2011	6 909.9	2 903.7	518.5	42.0	7.5
2012	7 325.1	3 026.7	565.4	41.3	7.7
2013	7 858.9	3 116.3	629.8	39.7	8.0

2.2.2 提高诊疗收费、增设药事服务费成为弥补药品零差率损失的主要补偿途径 实施公立医院药房改革后,尽管药占比略有下降,但在财政补助收入基本未发生变化的情况下,公立医院的收入并未发生明显变化,甚至还略有提高。财政补助收入受各地的经济实力影响较大,从全国的情况来看,增加财政补助的补偿途径给地方财政造成了较大压力,普遍存在不同程度的财政补偿可持续性^[5]。从具体数据来看,公立医院改革措施中提高诊疗收费、增设药事服务等措施在一定程度上弥补了药品“零差率”带来的药品收入减少的损失。经笔者对2009—2013年我国公立医院的数据进行统计分析,公立医院院均医疗收支差在2012年和2013年已呈现较大盈余,分别盈余713.84万元和750.8万元,扭转了一直以来的医疗收支亏损局面,提示未来通过持续提高诊疗收入,“以药补医”有望得到彻底解决。

3 我国公立医院药房改革进程中出现的问题

3.1 单纯进行公立医院药房改革并未根本解决医患信息不对称问题

从目前的情况来看,单纯进行公立医院药房改革,仅仅是为了应对药品“零差率”,甩掉医院药房维持运行的成本包袱,并未从根本上解决医师与患者信息不对称的问题,也未彻底切断医和药之间的利益联系,特别是企业与医院、企业与医师之间的隐性利益联系。

从国际经验看,改革支付方式可起到一定的诊疗费用总额控制作用。虽然国内有些地区已试行疾病诊断相关分组(DRGs)支付与总额预付制等支付方式,正在从单一付费制向混合付费制转变,但是由于前期基础较薄弱,缺少疾病分类标准和标准化操作流程与规范,缺少诊疗路径,使得各地医院的管理水平参差不齐,在我国推广还存在一定难度^[6]。从处方和诊疗监督效果看,支付方或其代理方应对医师的处方和诊疗的合理性进行监督,一旦发现不合理情况即不予支付。但目前,我国的支付方主要系各类医保机构或个人。从各种单纯性药房改革模式看,所有模式均未有效强化处方审查与监督这一核心问题。而以药品“零差率”为基础的公立医院综合改革模式,从体制、机制、监督方面进行整体设计,已显示出积极的效果,其中以福建三明市、浙江绍兴市的改革效果较为明显。三明市通过彻底切断医和药之间的利益链条,强化用药行为监控,控制医药费用低于福建省和全国公立医院的平均增速,2013年其患者次均住院费用下降,所有患者药占比下降到历史最低的28.2%^[7]。从浙江绍兴8家市级公立医院的试点效果来看,其总医疗费用与改革前持平,药占比下降,门诊和住院患者次均费用均同比下降,其对低保、惠民医疗对象、残疾人、老年人、慢性病患者实行免收全部门诊诊查费等措施,有效减轻了这部分群体的就医负担^[8]。

3.2 企业参与公立医院药房改革仍难以扭转“以药养医”现状

药房托管和不完全托管均有企业参与,是医院、托管企业与制药企业之间的利益博弈:公立医院急于甩掉药房的成本包袱;托管企业希望藉此垄断医院药品的采购权、议价权;制药企业因成本增加而不愿托管企业进入已经形成的药品流通环节。事实上,药房托管和不完全托管模式下医院和托管企业已形成利益共同体,仅实现了形式上的“医药分开”,医和药之间的利益关系变得更加隐蔽。企业参与医院药房经营后医院不再受药占比等限制,如果缺乏监督,“大处方”、开高价药、过度诊疗、“回扣”等现象仍会在暗中进行,这与公立医院药房改革的初衷并不一致。

3.3 企业参与公立医院药房改革后某些地区医院的药学服务和药品调配质量受到了影响

医院药房的功能除了调配药品外,还包括药物咨询、药品不良反应监测等药学服务工作。托管企业参与公立医院药房改革后,上述药学服务工作改由其承担,某些地区的医院为此出现了药学服务质量受到较大影响的问题^[9]。医院药房原有药师若也由企业管理,企业受利益驱动控制“大处方”的意愿降低,药师的处方审核和处方监督作用将更加弱化。

4 部分国家或地区“医药分开”所依托的医疗卫生服务体系分析

通过比较美、英、日及我国香港地区等的医疗卫生服务体

系与“医药分开”模式,可知其存在一定的客观条件和基础,即其医疗卫生服务体系分级分工明晰、医保支付与处方监督相结合、有严格的医疗执业准入与退出机制,使得医师的诊疗行为得到了有效监督。

4.1 医院是否设置门诊药房与其是否提供门诊治疗服务有直接关系

在美、英等发达国家,已形成成熟的分级转诊的医疗卫生服务体系,其日常诊疗和初级卫生保健由社区医院或个体诊所的全科医师(或家庭医生)提供服务,患者凭全科医师的处

方到药店购药。医院主要提供住院诊疗服务,没有门诊患者,因此不需要设立门诊药房,只有住院药房。日本、新加坡及我国香港地区等也实行分级诊疗,日本至今仍有约40%的医院设有门诊药房,医院也接收门诊患者;新加坡和我国香港地区的医院门诊药房也未完全剥离。香港地区的公立医院政府财政投入占92%以上,医疗收入(含药品收入)仅占医院收入来源的3%~6%^[10]。部分国家和地区医疗卫生服务提供与药品费用占比情况见表4。

4.2 医保机构实行严格的医疗费用支付审查

表4 部分国家和地区医疗卫生服务提供与药品费用占比

Tab 4 Medical and health service and drug cost ratio of some countries and areas

国家或地区	医疗卫生服务分级	服务提供方	性质	服务内容	服务对象	药房	药费占比,%
美国		社区医院(诊所)	私立	日常诊疗	门诊患者	无药房	
		医院	70%私立;80%非盈利	住院、专科、疑难	住院患者	无门诊药房	5~10 ^[11-12]
英国	初级	诊所	私立	初级卫生保健	门诊患者	无药房	
	二级	医院	公立占95% ^[13]	专科、急诊	住院患者	无门诊药房	10~20 ^[14]
	三级	医院	公立占95% ^[13]	疑难复杂诊疗	住院患者	无门诊药房	10~20 ^[14]
日本	一次(初期)	诊所、中小医院	私立占95%	日常诊疗	门诊患者	无药房	
	二次	医院	私立占80%	住院	住院患者	40%设有门诊药房	8.7 ^[15]
	三次	医院	私立占80% ^[15]	疑难、专科	住院患者	40%设有门诊药房	21.2 ^[15]
新加坡	一级	社区医院或诊所	私立	日常诊疗	门诊患者	部分设有药房	
	二级	医院	公立占50% ^[16]	住院、专科为主	住院患者	有门诊药房	10 ^[17]
	三级	医院	公立占70% ^[16]	昂贵复杂诊疗	住院患者	有门诊药房	10 ^[17]
我国香港	基层	基层医疗	公立占29%	门诊	门诊患者	有门诊药房	
	第二层	医院	公立占79% ^[10]	住院	住院患者	有门诊药房	8 ^[10]
	第三层	医院	公立占79% ^[10]	住院	住院患者	有门诊药房	8 ^[10]
澳大利亚		全科诊所	私立	门诊	门诊患者	无门诊药房	
		专科诊所	私立	门诊	门诊患者	无门诊药房	
		医院	公立占56% ^[18]	急诊、转诊患者、住院患者	住院患者	无门诊药房	4.7(公立医院) ^[18]

在上述国家和地区,均建立了不同的医保体系,医保机构是主要的支付方。虽然各类保险筹资方式有差异,但在支付环节均有严格的审查程序,医保机构对于经审查不符合保险支付范围的诊疗项目和处方,均予以拒绝支付。以美国为例,其以商业保险为主、社会保险为辅,实行管理型医疗,引入第三方药品福利管理机构进行支付前审查;日本则以国民健康保险和职工健康保险为主,依赖第三方独立审查。同时,对于支付前审查发现问题的医院和医师,还要加强审核,并建立医师职业退出机制。另外,医院董事会也会对医师处方及诊疗行为的合理性进行监督,以保证医院的声誉和实际运行效率。医师也有自己的自律组织团体,如医师协会进行行业管理和自律。如果医保、医院、协会任何一方收到患者举报或投诉医师有“回扣”行为,一经核实,该医师将面临被取消医师资格等严厉处罚,因此医师行为受到严格监督并得到规范。

4.3 分级诊疗模式下,医院药房与药店分工明确

药品供应也是医疗卫生服务体系的一部分。在美、英等发达国家,其分级诊疗成熟,医院不设门诊药房,只有住院药房,因此药品零售是主渠道,而且医院和零售两种渠道销售药品均在医保支付范围内。其医院药房(住院药房)承担的主要工作包括:指导住院患者合理用药;优化住院患者用药,确保为患者提供最佳的给药方案,以及监测药物相互作用和不良反应;为患者提供专业的服务和咨询;处方调配。美国医院药房的自动化管理水平很高,其核心是提高药品调配效率、减少药品差错、促进合理用药、提高以患者为中心的药学服务水

平。新加坡;我国香港地区的医院门诊药房承担的主要工作为:药品调剂;提供耐心的用药指导以及咨询服务。医院药房或药店的药学服务和药品调剂等功能的实现主要依靠药师完成。

5 我国公立医院药房改革的路径思考

要解决“以药补医”,有效切断医与药之间的利益联系,关键是要改变医患之间的信息不对称、去除医师诱导需求的利益驱动因素,以及薪酬体系要合理体现医师、药师等医务人员和医院的医疗和药学服务价值。

5.1 将医院药房改革作为公立医院改革的一个组成部分

从全国的情况来看,我国的公立医院改革还没有统一的模式,公立医院药房改革也没有统一的模式,目前的药房托管、不完全托管、药管中心模式等都是医院为规避药品“零差率”、补偿不到位问题而采取的过渡性措施。上述模式的探索均从公立医院可持续发展角度设计,有一定的合理性,但同时也存在一定的缺陷,特别是隐含在各种模式背后的利益分配关系更应引起政府部门的重视。

从长远来看,上述模式不应成为公立医院药房改革的方向。门诊药房社会化途径是未来的方向,但应避免形式上社会化、实质上转向更加隐蔽的“以药养医”的现象。

公立医院药房改革应将其纳入公立医院改革的整体中来对待,通过诊疗费用控制解决“看病贵”问题,而不是单纯降低药品费用和药占比。要想彻底解决“以药养医”,必须采取综合的改革措施,包括公立医院管理体制改革、补偿机制改革、

医保支付方式改革、绩效与薪酬改革等。

5.2 实行渐进式改革

由于公立医院药房改革各地的方式不统一,药房托管与不完全托管模式还存在一些不规范行为,建议对该模式进行规范,限制药房托管背后隐藏的利益分配暗箱,破除医院与托管企业的利益共同体,重点规范托管费和保证金、采购权、议价权、赞助等变相的药品收入分配,并加强托管企业的税收审查。

经笔者结合《中国卫生和计划生育统计年鉴》(2014年)进行统计表明,我国基层医疗卫生机构的数量众多,占医疗卫生服务机构总数的96%,但只提供了全部门诊服务的59.7%。在所有公立医院中,三级医院的门诊患者最多,从便利性角度讲,为方便门诊患者调配药品,医院需要设立门诊药房。在分级诊疗逐步推进的基础上,公立医院门诊药房才能逐渐社会化。

5.3 应建立处方监督机制,解决医患之间的信息不对称问题

公立医院药房改革最重要的是解决医患信息不对称问题,建立医师处方的监督机制。从国外经验看,无非3种途径的处方监督:第一,医院内部监督,主要靠药师;第二,依靠保险支付方的支付审核监督,保险支付方建立严格的审核标准和审核程序,通过改变现有按项目付费的方式,改为住院诊疗DRGs或初级诊疗按人头付费等综合、总额预付相结合的方式,以达到控制药品费用的目的;第三,建立独立的药品处方监督机构,独立于保险机构与医院之外,审核医师处方等医疗行为的合理性,监督医师处方和医疗行为。从国外经验看,各种监督模式综合运用效果可能更好。我国这3种处方监督途径均需要进一步强化,特别是对以门诊药房托管为代表的弱化处方监督的改革形式应予以干预。同时,我国应建立与处方监督机制配套的医师资格退出机制,对于医师“回扣”“大处方”行为,除现行处罚方式外,还应增设吊销执业医师证的处罚,并给予业内警示,以此加强医师的职业行为规范,对诱导需求、“大处方”行为进行有效遏制。

5.4 强化医院药学的各项功能,提高药学服务水平

我国公立医院药房无论怎样改革都需要药学服务,需要药师,也需要药品。药师和医师应是密切合作的关系,医师开处方,药师监督处方的合理性、指导患者合理用药、进行用药教育、进行药品不良反应监测。有必要借鉴美、英、日等发达国家的经验,注重医院药房自动化水平的提高,特别是提高药品调配、处方传递、处方审核方面的自动化程度,其核心是减少因人为操作导致的药品差错;同时,药师有更多的时间直接面向患者,参与临床诊疗活动,与医师一起拟定患者的治疗方案,全面提高药学服务水平。药师的价值体现在药品调配,以及干预医患信息不对称、减少不合理用药、提高患者治疗效益、控制药品费用等方面。

6 结语

我国公立医院药房改革是一项系统工程,建议在分级诊疗的基础上,改革医疗费用支付方式,消除医保支付地域限制,降低患者自付费用比例,建立针对医师处方的医保、医院、药师、行业等多重监督机制,提高医院药房自动化水平和药学

服务水平,逐步实现公立医院门诊药房社会化改革。

参考文献

- [1] 周茜.中国药价放开后药房托管制度效用与改进路径[J]. 求索,2016,35(1):95.
- [2] 宋燕,卞鹰.“零差率”政策对降低基层医疗卫生机构药品价格的效果分析[J].中国药房,2011,22(44):4 131.
- [3] 吴凤清.药管中心转型记[J].中国医院院长,2012,8(9):44.
- [4] 邓淋彦,文婷.深圳诊察费提价首日 自费人群反应不一[N].南方都市报,2012-07-22(AA02).
- [5] 刘牧樵,刘燕翌.新医改的地方财政补偿资金能否足额到位[J].中国卫生产业,2010,7(1):37.
- [6] 汪丹梅,王静.中美医疗保险支付方式的比较分析及启示[J].中国经贸导刊,2003,20(8):23.
- [7] 应亚珍.三医联动 多方共赢:三明市公立医院改革调研报告[J].卫生经济研究,2014,20(10):30.
- [8] 王健.绍兴市市级公立医院综合改革试点的实践与思考[J].医院管理论坛,2013,30(12):11.
- [9] 李蕴明.药房托管后,药学服务是进还是退[N].医药经济报,2006-05-19(A05).
- [10] 香港食物及卫生局.香港健康数字一览[EB/OL].(2014-08-01)[2015-03-02].http://www.dh.gov.hk/tc_chi/statistics/statistics_hs/files/Health_Statistics_pamphlet_TC.pdf.
- [11] American Hospital Association. *Fast facts on US hospitals* [EB/OL]. (2014-01-02)[2015-03-15].<http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>.
- [12] 赵强.揭秘美国医疗保障制度及其相关行业[M].南京:东南大学出版社,2010:167-183.
- [13] 兰迎春,戈文鲁,王德国.国外公立医院改革现状、措施及启示[J].中国卫生质量管理,2011,18(3):104.
- [14] 董莹,靖猛,伊爱宁.国外及我国港台地区公立医院补偿机制现状研究[J].中医药管理杂志,2010,18(4):291.
- [15] 厚生労働省.結果の概要,表3開設者別にみた施設数[EB/OL].(2014-09-28)[2015-02-16].<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/1-1.pdf>.
- [16] Ministry of Health Singapore. *Hospital services*[EB/OL]. (2013-04-05)[2015-03-12].https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/Healthcare_Services/Hospitals.html.
- [17] 赵斌,严婵.新加坡的医疗保障体系[J].东南亚研究,2009,39(4):48.
- [18] Australian Institute of Health and Welfare. *Australia's hospital resources*[EB/OL]. (2013-04-19)[2015-03-05].<http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=60129543-133>.

(收稿日期:2015-09-16 修回日期:2016-02-20)

(编辑:杨小军)