

药占比在医院管理评价工作中的管制价值和社会效果分析[△]

徐 敢*,王 冲(国家食品药品监督管理总局执业药师资格认证中心,北京 100098)

中图分类号 R95;R197.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)34-4762-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.34.04

摘要 目的:评价药占比的管制价值和社会效果。方法:通过分析药占比的内涵和影响因素,采用比较研究、定性和定量研究的方法,分析药占比及药占比管制的科学性和合理性。结果:国际上药品费用占总医药费用比与我国药占比在指标内涵和应用价值方面有很大差异;药占比本身与用药费用控制或合理用药并无直接关系;将药占比作为医院医疗质量管理评价指标的管制价值和实际效果有待进一步论证。结论:建议卫生行政部门和政策制订部门应该进一步开展药占比管制政策的社会效果和价值调研,在科学论证的基础上决定是否继续推行药占比管制,必要时应在医院管理评价指标体系中调整或者取消药占比指标。

关键词 药占比;管制;医院管理;评价指标;药品费用

Regulation Value and Social Effect Analysis of Drug Proportion in the Hospital Management and Evaluation

XU Gan, WANG Chong (Certification Center for Licensed Pharmacist, China Food and Drug Administration, Beijing 100098, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To evaluate the value and social effect of the regulation by the indicator of drug proportion. METHODS: The scientificity and rationality of pharmaceutical proportion and the regulation activity by the indicator of drug proportion was analyzed by analyzing the connotation and influential factors of drug proportion and the method of comparative study, qualitative analysis and quantitative analysis. RESULTS: There was great difference in connotation and value between international drug proportion and domestic one. Indicator of drug proportion had no direct relation to pharmaceuticals consumption control and rational drug use; the value and effect of the regulation activity in a hospital by the indicator of drug proportion were far from complete and required further research. CONCLUSIONS: Health administrative department and policy decisions department should further research and objectively evaluate the value and effect of the regulation activity in a hospital by the indicator of drug proportion. Whether the regulation activity in a hospital by the indicator of drug proportion carry out based on scientific verification; if necessary, the indicator of drug proportion should be cancelled or adjusted in hospital management and evaluation indicator system.

KEYWORDS Drug proportion; Regulation activity; Hospital management; Evaluation indicator; Pharmaceutical expenditure

试验数据分析做好铺垫。随着国内临床试验水平的不断提高,系统还会面临更多的问题。在国外,计算机软件开发运行后均需第三方验证,计算机系统验需确保遵守《药品质量管理规范》《良好自动化生产规范指南》等相关法规^[8]。而计算机化系统验证可通过采用精益原则和风险基准验证法帮助软件实现错误率更低、模块和流程实现标准化、监管风险更小等目标。

参考文献

- [1] 陈仲林,姜丽岩,卢芳,等.药物临床试验电子信息化管理的分析与探讨[J].药学服务与研究,2012,12(5):333.
- [2] 徐帆,徐贵丽,徐昕明,等.药物临床试验管理系统中质量控制体系的设计与应用[J].中国药房,2012,23(1):16.
- [3] 牛瑛,杨勇,梁翠云,等.电子签名数字证书在我院信息系统中的应用[J].医学信息,2007,20(11):1 905.

- [4] 公培献,孔庆衍,周勇,等.我国药品不良反应监测体系建设有关制度研究[J].中国药物警戒,2009,6(2):74.
- [5] 丁雪鹰,刘泉林,李啸华,等.基于医院 HIS 系统的药物临床试验管理系统设计与实践[J].中国新药杂志,2014,23(3):365.
- [6] Chris H. *Clinical trial management systems: a decision-supporting engine for the future*[EB/OL]. (2011)[2015-05-02]. <http://www.oracle.com/us/industries/life-sciences/oracle-life-sciencesctms-1625650.pdf>.
- [7] 丁倩,曹彩.我国药物临床试验信息化建设初探[J].中国新药杂志,2012,21(7):722.
- [8] 谭建伟,李冰,杨天才.医院药品信息管理系统开发和他应用[J].中国药房,2007,18(16):1 230.
- [9] 陆芳,高蕊,唐旭东,等.临床研究中的数据管理标准 CDISC 及其应用前景[J].中国新药杂志,2011,20(24):2 400.

(收稿日期:2015-03-02 修回日期:2015-05-05)

(编辑:刘 萍)

[△] 基金项目:国家社会科学基金项目(No.11CGL097)

* 副主任药师,博士。研究方向:医药卫生政策的决策支持和仿真建模。电话:010-68001449。E-mail:xgcg@163.com

为了解决长期存在的药品诱导需求和医疗费用增长过快等问题,我国卫生行政部门将药占比作为一种关键性的政策工具和管理评价指标加以管制和调控。但是,笔者在开展公立医院补偿机制课题研究的过程中发现,部分医院管理人员和卫生管理专家对将药占比作为医院医疗质量管理评价指标颇有微词,表明政策制定者、执行者以及政策研究者对药占比指标的管制价值和社会效果存在分歧和争议^[1]。鉴于此,笔者拟通过采用国际比较研究、理论分析、逻辑推理等方法,对药占比的内涵和影响因素等进行分析,进一步论证和分析降低药占比作为医院医疗质量管理水平评价指标的科学性和合理性,为新医改决策者、执行者或研究同仁提供参考。

1 药占比的概念与内涵

药占比作为医院管理评价指标体系中的重要评价指标,在原卫生部于2005年发布的《医院管理评价指南(试行)》(简称“试行版指南”)和修订版《医院管理评价指南(2008年版)》(简称“2008年版指南”)中都有明确规定。在试行版指南中,将药占比界定为“药品收入占总收入的比例”;在2008年版指南中,将药占比界定为“药品收入占医疗总收入的比例”。二者对药占比的计算口径有一定差异。另外,2008年版指南对总收入、药品收入和医疗收入等评价指标有具体计算方法的说明,但没有对医疗总收入进行说明。药占比中的医疗总收入是采用总收入、业务收入还是其他的收入指标,在2008年版指南中的规定不够明确。实践中,绝大部分省、区、市在计算药占比时,对医疗总收入主要以业务收入为计算口径。如,河南省委组织部、省监察厅、省人力资源和社会保障厅、省卫生厅于2010年4月联合下发的《关于深化医药卫生体制改革加强全省三级医疗机构临床用药管理的意见》(豫卫发[2010]6号)中,将药占比规定为药品收入占业务总收入的比例;江苏省卫生厅于2004年正式出台的《关于控制医疗机构药品收入比例的实施意见》(苏卫规财[2004]63号)中,明确提出了药占比的计算口径为:药品收入占业务收入的比例,即药占比=药品收入÷(医疗收入+药品收入+其他收入)×100%。

2 我国医院管理评价对药占比的政策规定和要求

2008年版指南为我国三级综合医院设定了药占比参考值,要求三级综合医院的药品收入占医疗总收入的比例≤45%。根据该指南,全国各省、区、市纷纷提出了对药品收入比例进行上限控制的要求。如河南省在“豫卫发[2010]6号文件”中,要求全省所有三级综合医院的药占比不得高于45%,三级中医综合医院药占比不得高于50%,二级综合医院药占比不得高于48%。各级医院在医院管理评价政策的引导之下,积极采取多种措施来遏制药占比的过快攀升,如签订药品预期目标、公示与奖励相结合、处方点评、动态监测、病历检查、控制处方单价、控制日药品使用价格、控制出院带药天数等^[2-3]。

在推行“医药分开”和逐步“取消药品加成”的公立医院改革大背景下,新医改配套文件也将药占比确定为体现医院医疗质量和医疗行为规范性的重要指标。国务院办公厅于2012年6月印发的《关于县级公立医院综合改革试点意见》(国办发[2012]33号)和2015年5月印发的《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发[2015]38号)两个文件,都将药占

比作为公立医院医疗质量安全控制评价体系的重要考核指标,将药占比作为“两升两降”(服务量、收入上升,药占比、次均费用下降)目标的重要指标进行监控。另外,2014年9月开展的“国家卫生和计划生育委员会(简称‘国家卫计委’)预算管理医院建设工作”中,国家卫计委要求委预算管理医院从积极推进医院科学化精细化管理、深化人事和分配制度改革、逐步降低药占比、改革药品器械采购办法、大力发展远程医疗、推进国产医疗设备发展应用等6个方面入手,积极参与公立医院改革,其中逐步降低药占比就是委预算管理医院的重要绩效考核指标。

3 药占比管制政策的执行效果与争议

药占比到底应该设定为多少才合适,从医学本身的角度来看的确很难界定。患者最期待的情况是就医时都不用检查,医师凭经验就能准确诊断用药并实现药到病除,这时药占比接近“1”。当然,这种理想情况只是一个类比,并非医疗常态,但这个偏极端例子可从另一个侧面说明降低药占比与提高医院综合管理水平及医疗行为规范性之间可能并非简单的必然联系。

通过查阅国内的相关资料,可将药占比管制价值和效果归纳为4种观点:第一种认为药占比高低决定合理用药的水平,药占比是医院综合管理水平的重要标志,降低药占比直接关系到患者就医负担和医院管理成效,关系到患者权益的保护^[3];第二种认为药占比管制实际效果值得商榷,片面强调药占比管制可能诱发大检查,增加医疗负担,可能加剧“看病难”^[4];第三种认为药占比只是一个统计数字,本身与用药合理与否并无直接关系,应引入药占比指数(药占份额与医占份额的差乘以0.5),以更公平地反映各临床科室的用药费用比例变化^[5];第四种认为药占比管制并不能从根本上解决医疗供给诱导需求和医疗费用控制问题,反而可能产生新的管制行为扭曲和患者福利窘境,药占比管制政策不仅不值得提倡,反而应该进行深刻反思和调整^[1]。

从有关文献对争议观点的分析来看,支持第一种观点并积极肯定药占比管制价值的文献数量居多^[6]。经查阅国家卫计委发布的深化医药卫生体制改革动态和公立医院改革试点工作简报,笔者发现公立医院改革试点医院对药占比控制采取了许多措施,各试点医院药占比数值上都有不同程度的下降,甚至有个别医院药占比由原先的40%以上降到了30%以下^[7]。支持后3种观点的文献数量虽然不多,但从不同角度对药占比管制提出了调整建议。近年来,社会上对药占比管制价值和效果的争议越来越大,已有越来越多的专家和学者开始对药占比调控对医院管理质量提升和减轻患者医药费用负担之间的实际成效和逻辑关系提出了疑问和质疑。他们认为,片面强调药占比管制的的确可能诱发大检查,增加医疗负担,加剧“看病难”。由此可见,药占比管制的实际效果值得商榷^[1,4]。

4 药占比管制政策的价值分析

4.1 从国际比较角度分析药占比管制政策的作用

从文献来看,国内药占比管制的重要依据是我国药占比与国际上有很大差异。这种国际差异主要表现为我国医院平均药占比在40%~60%以上,少数中、小型医院高达70%以

上;而发达国家只有5%~20%,部分发展中国家也只有15%~40%^[8]。这种国际比较在不同的会议报告和文献中都可见到。这种国际差异已成为卫生行政部门开展药占比管制的重要理由和参考依据。不过,对于这个国际比较的逻辑、过程和结论,笔者认为值得进一步商榷。

4.1.1 国际上的药品费用占医药总费用的比重 国际卫生统计中与“药占比”具有对应关系的指标是“药品费用(Pharmaceutical expenditure)占医药总费用(Health expenditure)的比重”。经笔者查询经济合作与发展组织(OECD)2013年发布的卫生统计报告发现,OECD成员国2011年药品费用占医药总费用比重的平均值大约是17%^[9];据2014年发布的OECD卫生统计报告,欧盟2012年的药品费用占医药总费用的比重仅为19%^[10]。这两组数据与国内报道的国际上5%~20%的“药占比”有一定的相似度和关联性。但需要解释的是,按照相应出处的统计报告对药品费用指标的解释,统计资料中所指的药品费用包括处方药与非处方药消费支出(如果药价中不包括调剂费的,还应包括药师的薪金),但医院住院使用的药品费用是不包括在内的。如果需要计算包括医院药品费用比重的,还需另外再加大约15%。也就是说,大多数欧美国家已经实行“医药分业”,药品费用是指通过社会药房调剂处方或患者自我药疗时的药品费用。医院住院部门使用的药品费用排除在药品费用统计口径以外,统计医院中的药品费用或者药品支出通常只包括门诊用药费用,甚至只针对门诊医疗保险覆盖的处方药部分。其“药品费用占医药总费用的比重”的指标不是政府用于评价医院药品收入比重和医疗质量,更不是用于控制药品费用增长的工具,而是用于分析该国家和地区的药品流通经营产业在医药总产业的比重和发展状况的。

4.1.2 我国药占比与国际上的药品费用占医药总费用比重比较 我国大部分药品主要在医院药房调剂使用,药占比主要是指医疗机构中药品收入占业务收入的比例。国际上的“药品费用”与我国历年统计年鉴中的“药品费用”,虽然在英文翻译上有一定的对应性,但具体内涵却有较大不同。按照OECD卫生统计报告对药品费用的解释,其“药品费用占医药总费用的比重”与我国常用的“药占比”指标并非对应关系,两者并不具有完全同质的可比较性。与OECD发布的卫生统计报告中的药品费用占比具有对应关系的,应该是我国“医院门诊药品收入加上药品零售企业药品总收入的总和与医药总费用的比例”。按照我国现有的卫生统计方法,这一数据现在还不易直接获得。

由于我国80%以上的药品都是由医院调剂使用的,药品零售企业中的药品调剂占药品使用整体的比例较小。不妨将我国医院门诊药品收入占医院总收入的比例与国际上药品费用占医药总费用的比重进行粗略比较。按照我国《2013年中国卫生统计年鉴》中的统计数据,全国综合医院总的门诊药品收入与医院总收入的比重在16%左右。也就是说,我国的门诊药品费用比重与国际上的药品费用占医药总费用的比重相近,并非是倍数级的差别。另外,按照OECD统计报告对药品费用支出的解释,如果需要计算包括医院药品费用比重的,还需另外再加大约15%,那么OECD包括医院药品费用的“总药

品费用占医药费用比重”应该是32%左右。根据我国《2013年中国卫生统计年鉴》中的数据计算,近些年我国医院中药品收入占总收入的40%左右。我国“医院药品收入占总收入的比例”与OECD“药品费用占医药费用的比重”之间具有一定的可比性,两者相差了几个百分点。考虑到我国住院费用所占比例较大,公立医院住院业务收入占总收入60%的实际情况,我国与OECD成员国平均水平在“药品费用占医院总费用比重”这个指标上差距可能更小。即我国药占比可能较国际上高,但绝非有关报道的几十个百分点(17% vs. 40%)的差异,而可能只是几个百分点的差距。

4.2 从药占比影响因素角度分析药占比管制政策的作用

根据药占比指标的内涵,药占比的统计和计算方法可表示为“药品收入”与“药品收入+医疗收入+其他收入”的比值。即药占比=药品收入/(药品收入+医疗收入+其他收入)。根据国家卫生计生部门发布的《2012年中国卫生统计年鉴》,各级医疗机构的其他收入在业务收入中大概只占1%~2%,对药占比影响很小。因此,药占比主要受医疗收入与药品收入的比值影响。药占比与“医疗收入/药品收入”呈负相关,“医疗收入/药品收入”越大,药占比越小。要降低药占比,应增加医疗收入/药品收入的比值。

在医院管理中,要增加医疗收入/药品收入的比值,只有3种可能的方式:一是降低药品收入,而医疗收入不变、增加或者医疗收入下降比重相对药品收入下降比重较小;二是药品收入不变,医疗收入增加;三是药品收入增加,医疗收入也增加,但是医疗收入增幅比药品收入增幅更大。目前,新医改政策对公立医院改革提出的“两升两降”的目标,希望实现服务质量、医院收益上升而药占比、次均费用下降。而要实现这个社会目标的社会最优策略是通过第一种方式,即通过改革实现次均药费下降,药占比下降,医疗收入表现为不变甚至下降。不过,在现有的公立医院运行模式下,在没有建立有效补偿机制的情况下,医院为了利润或效益最大化,更偏好第二种甚至第三种方式,即药品收入不变或增加,医疗收入更大幅度增加。即使在政策干预的情况下,卫生行政部门强制要求医院降低药品收入,医院也会采取尽量减少药品收入下降的比例,增加医疗收入来实现药占比的下降。通过简单的博弈分析可知,实行药占比管理,药品收入和医疗收入都下降的策略并非医院的优选策略。

在我国现有的医院运行模式下,当药占比管制强度不大时,药品使用量只能适度减少或不下降,而药品收入适度下降的效果很容易被社会人口老龄化、慢性病治疗增加导致的药品支出增长所抵消,患者对药品收入下降几乎感受不到,但诱导患者检查和治疗费用支出增加的环境仍然存在,此时患者将处于“过度检查”与“过度用药”(即实际用药量仍然超过临床最优的用药水平)并存的困境。当管制强度稍大时,药品使用量将可能被迫过度减少(药品收入下降),医院只能通过诱导患者检查或非药物治疗的方式加大医疗收入,此时患者将可能处于“过度检查”“过度治疗”与“用药不足”(即实际用药量低于临床最优的用药水平或者要求患者外出购药)并存的窘境。也就是说,在药占比管制过程中,无论采取哪种方式,

除非有足够的政府财政补偿,否则都会导致“检查过度+用药过度”或“用药不足+检查过度”的困境。其结果可能是患者的福利因药占比管制而下降,产生新的“看病难、看病贵”问题^[1]。

5 讨论与建议

5.1 药占比管制缺乏科学依据

从前文的国际比较来看,由于医药体制不同,在“医药分开”的国家,“药品费用占医药总费用的比重”的指标主要用于分析该国家和地区的药品流通经营产业在医药总产业的比重和发展状况。“药品费用占医药总费用的比重”的内涵、范围界定与我国医院管理中的药占比是有所不同的。以国际上的药品费用占医药总费用比重为参照,直接得出“我国药品支出比重过大”“‘以药养医’问题严重”的结论,逻辑推理是不够严谨的。国际上的“药品费用占医药总费用的比重”较我国药占比低,不能成为我国药占比管制的理由和依据,具体指标更不能成为我国药占比控制的参考标准。

综合分析我国药占比的内涵和影响因素,可见药占比本身与用药费用控制或者用药合理并无直接关系。药占比管制并不能从根本上解决医疗供给诱导需求和医疗费用控制问题,要通过降低药占比实现药费和医疗费用双下降只是一个理想状态。在现有的医院补偿机制之下进行药占比管制,除非有足够的政府财政补偿或建立新的科学补偿机制,否则都会导致“检查过度+用药过度”或“用药不足+检查过度”的困境。

5.2 建议政府在进一步论证的基础上调整或取消药占比指标

需要说明的是,对“药占比”进行具体比较分析,并非否定我国公立医院改革试点工作中在药占比和次均药费控制等方面所做的改革成果,而是指一些公立医院试点改革经验总结的改革成果与药占比管制可能没有必然因果关系。将降低药占比与医院医疗质量和质量管理水平相关联,将药占比控制水平作为医院管理评价指标的价值和管制实际效果值得商榷,有待进一步论证。药占比管制可能产生新的管制行为扭曲,患者福利窘境。通过降低药占比来降低患者医药负担或者提升医疗质量也许是一个假命题。因此,建议卫生行政部

门和新医改政策制订部门应该进一步开展药占比管制政策的社会效果和价值研究,在科学论证的基础上决定是否继续推行药占比管制,必要时应在医院管理评价指标体系中调整或取消药占比指标。

参考文献

- [1] 陈刚.药占比管理能控制住医疗费用吗:基于县级医院的理论与实证研究[J].财经论丛,2014,8(8):87.
- [2] 许严伟,肖延民,苗润宏,等.我院在控制药品比例和合理用药方面的实践与体会[J].中国药房,2013,24(48):4 579.
- [3] 周枫,傅全威.从药占比看医疗管理成效[J].解放军医院管理杂志,2013,20(5):488.
- [4] 杨学文,邱波.片面强调“药占比”让看病更难[J].中外医疗,2010(23):192.
- [5] 陆瑜,司梁宏,刘子修,等.药占比指数的概念及其应用研究[J].中国药房,2014,25(13):1 242.
- [6] 蔡晓静,黄雪霞.药品收入比例的现状和解决方法[J].中国误诊学杂志,2011,11(7):1 531.
- [7] 国家卫生和计划生育委员会.公立医院改革试点工作简报:第180期[EB/OL].(2011-12-15)[2015-07-01].<http://www.nhfp.gov.cn/zyzygj/s10006/201112/9afbf1647f074f6497c3579fbf1b8145.shtml>.
- [8] 刘桦,臧巧源.门诊药占比影响因素分析[J].中国医院用药评价与分析,2012,12(6):564.
- [9] OECD. *Health at a glance* 2013[EB/OL].(2013-12-21)[2015-07-01]. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-67-en.
- [10] OECD. *Health at a glance: Europe* 2014[EB/OL].(2014-12-03)[2015-07-01].http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-54-en.

(收稿日期:2015-04-01 修回日期:2015-07-10)

(编辑:杨小军)

国家卫生和计划生育委员会主任李斌访问香港、澳门特别行政区

本刊讯 2015年10月31日至11月3日,国家卫生和计划生育委员会主任李斌率团访问香港、澳门特别行政区,并出席了第十四届内地、香港、澳门卫生行政高层联席会议。

在港期间,李斌分别会见了香港特区政府行政长官梁振英、食物及卫生局局长高永文,以及医院管理局主席梁智仁、香港医学专科学院院长李国栋等,与高永文局长续签了医疗卫生合作安排,见证了国家卫生和计划生育委员会与香港医学专科学院关于开展全科/专科医师规范化培训的合作备忘录签署,并参观了香港医学专科学院和玛丽医院。

李斌感谢香港对内地卫生事业改革与发展的支持,特别是近期在卫生政策和管理人才培养、全科专科人才培养等方面开展的交流,希望两地在建设医疗大数据平台、卫生科技资讯、电子健康病历、药品招标采购、公众健康宣传、中医药发展、公共卫生应急等加强合作。

在澳期间,李斌会见了澳门特区政府社会文化司司长谭

俊荣,续签了开展卫生领域交流合作安排,并参观了黑沙湾社区卫生中心、仁伯爵医院和澳门大学。李斌感谢澳门与内地开展社区卫生发展和管理等方面的交流,愿意就医学人才培养、建立远程医疗网络、加强公共卫生应急等进一步加强合作与交流。

第十四届内地、香港、澳门卫生行政高层联席会议于11月3日在澳门举行。本次会议围绕突发公共卫生事件卫生应急、传染病防控、控烟和社区卫生四个专题进行了交流。李斌表示,未来三地卫生行政部门应共同携手,以大卫生的视野,研究、参与、编制健康中国建设规划,进一步加强三地不同层次、渠道的卫生交流,不断扩大合作范围,丰富合作形式,沟通信息,互通有无。进一步开展卫生人才培养,推动公共卫生应急合作,促进传统医学和现代医学相互借鉴,推动三地卫生领域全方位合作,保障三地人民的健康福祉。