

卫生政策研究进展

(2009 年第 2 期)

总第四期

上海市卫生局卫生法规处 (政研室)

上海市卫生发展研究中心 编

二〇〇九年二月二十七日

目 录

国际动态

世界卫生组织《金融危机与全球卫生》报告概要 1

成果汇编

公立医疗机构经济运行现状与医药费用控制策略研究 8

编者按：本次金融危机给卫生带来的影响已引起了许多国家和地区高度关注。本刊2009年第一期刊登了世界卫生组织（WHO）总干事陈冯富珍博士在2008年11月发表声明，介绍了全球金融危机对卫生的影响和应对措施。WHO于2009年1月19日召开了相关议题的高级协商会，并发布了题为《金融危机与全球卫生》的报告，本期对该报告的内容进行介绍。

世界卫生组织《金融危机与全球卫生》报告概要^[1]

金融危机给全球卫生带来了前所未有的直接和潜在影响，WHO和各政府都在深切关注以下问题：(1)金融危机和由此产生的经济衰退对各国（特别是对低收入和中等收入/发展中国家）的卫生预算和国际发展援助将带来什么变化？(2)这些变化可能会对健康结果有哪些影响？(3)为保护脆弱人群免受金融危机的负面影响，国家、民间团体和国际组织可采取哪些措施？

为解决上述问题，WHO总干事于2009年1月19日组织了一次由各国卫生部的部长和高层代表参加的高级协商会议。WHO执行委员会委员及其代表团、各会员国代表和有关国际组织、民间团体、私立部门组织及媒体代表参加本次会议。

该会议确立了三个方面的议题，一是经济衰退可能以何种方式对卫生支出、卫生服务及利用和健康结果带来影响；二是维持卫生投资

¹ 摘编自世界卫生组织网站。

的理由；三是确定行动（包括早期监测预警）计划以减轻经济衰退的负面影响。

会后，WHO发布了题为《金融危机与全球卫生》的报告，该报告要点如下：

一、金融危机对各国都将产生不同程度的影响

专家们认为，本次金融危机可能使全球遭受二十世纪三十年代以来最严重的经济衰退。此前二十世纪八、九十年代的危机是从发展中国家开始的，而本次危机则始于工业化国家，其影响迄今为止可能尚未在发展中国家全面显现出来。对于一些长期面临财政困难的低收入国家来说，这场危机并不是新的问题，他们的处境可能会随着经济衰退及其他外部原因的影响进一步恶化。

一些国家面对的威胁尤为严重。一是向国际货币基金组织申请紧急援助的发达国家，因为国际货币基金组织可能会在这些国家偿还贷款的时期内对其支出加以限制。二是长期高度依赖国际捐赠应对卫生问题的发展中国家，这些国家将面临援助减少的问题。三是有冲突或刚刚结束冲突的国家，由于财政储备匮乏，基础设施遭到破坏，很容易受到影响。四是其他一些国家特别是小岛屿发展中国家，他们必须在应付气候变化带来的紧急影响的同时，又面临经济衰退的困局。然而，无论是高收入国家还是低收入国家，受影响最严重的都是贫困人群和因在金融危机中丧失收入或住房而陷入贫困的人。专家们认为，对于金融危机给全球卫生带来的影响而言，确认脆弱人群与确认脆弱国家同样重要。

二、危机时刻要团结一致，巩固成果，信守诺言

专家们认为，为避免金融和经济危机对现有发展成果的破坏，各国政府需要共同担负起责任。捐赠国政府应信守承诺，维持发展援助的水平；各国政府应在公共政策伦理的高度维持基本卫生和社会服务的水平；社会团体应对各国政府、捐赠者和国际组织的承诺起到监督作用；民众也应分担一部分风险和责任。金融危机促使世界各国审视其赖以生存和发展的社会价值观，卫生部门应当力求发挥改革成效，促进社会公正。

三、减轻金融危机影响的对策

（一）保证卫生投入。与以往的危机情况相反，一些国家发布的报告显示其卫生预算未减反增。而一些国家则面临来自财政部门的压力，卫生部门必须证明卫生投资能带来经济效益。专家们认为，卫生保健本身就是一种应得权利，必须让政府和财政部门认识到这一点，以维持卫生预算的水平。世界银行强调，应确保卫生投入向贫困人群倾斜，因为以往的经验表明，卫生投入带来的利益可能更多的是流向富裕阶层。

（二）强化社会保障。专家们认为，对于应对金融危机的影响而言，社会保障尤其重要。应该将保障群众收入和保护健康结合起来，确保安全网能覆盖到那些最需要的人群。墨西哥代表指出，可通过向贫困家庭进行现金转移支付，以促进其使用预防性卫生干预措施。这种社会保障需要若干部门的政策协同，如稳定价格，降低食品费用支出，帮助群众维持健康保险支出，确保儿童继续接受教育等。另外，应加强以税收或社会保险为基础的卫生筹资系统来分摊风险，这是上述政策协同的关键所在。

（三）提高卫生投入的效率。受金融危机的影响，在政府预算遇到压力的同时，家庭收入下降，公共服务需求就会增加。过去的经验表明，在经济下滑期，患者会延迟就医，或转向费用较低的公立医院和诊所就医，私立部门的卫生支出往往会减少。在这种情况下，如果不适当资助公立卫生部门，其医疗质量很可能会变差。不少专家们认为，要减少金融危机的影响，应改变卫生服务的筹资和组织方式，以实现初级卫生保健的全覆盖。应鼓励更明智、有效的方式来提高资源的利用效率，而不是单纯削减资源投入。

在讨论如何提高卫生投入的效率时，与会代表反复强调了预防工作的重要性。由于医疗服务容易获得政治支持，在遇到预算压力时，政府往往会减少预防性卫生支出。在危机期间，卫生部门工作的关键是，必须平衡基本医疗与预防工作，并使财政部门的经济学家们认识到预防工作的价值。

增进健康是全社会共同行动的成果，需要以跨部门协作的方式来应对金融危机，并在政策制定中强调卫生工作的重要性。新西兰代表指出，由于健康受广泛的社会和经济因素的影响，国际组织和开发银行需要对其投资的合理性进行评估。

（四）加强国家内外合作。在危机期间，社会组织在提供和倡导服务方面的作用尤为重要。各国政府应认识到这一作用，并充分发挥其优势。WHO欧洲办事处将于2009年4月在挪威首都奥斯陆召开会议讨论金融危机对卫生工作的影响。在过去，WHO地区办事处的领导和合作对各国应对类似问题曾发挥过良好的作用。会议呼吁各WHO区域办事处继续在监督发展合作和促进各国卫生服务方面发挥作用。

（五）改进监测、分析和研究以促进政策的制定和完善。专家们认为，过去历次危机的经验对本次危机的借鉴作用较为有限，应认真对待监测、分析和研究工作，引入适应形势要求的科学方法。分析工作应为针对卫生保健具体问题制定有效的应对计划提供依据（如老人医疗护理和社会保险计划等方面）。在早期监测预警方面，需要获得各方信息，与会代表敦促各国际组织尤其是世界银行、WHO以及各区域银行开展合作。在研究方面，代表们认为，不应将研究视为一种奢侈的投资，而是卫生部门制定危机对策的关键工具。

（六）继续开展卫生援助。外部援助对一些发展中国家维持其卫生服务关键领域的支出至关重要。除捐赠方必须履行承诺外，援助的数量和质量也很重要。创新性筹资渠道可以为卫生发展筹集到额外的资金。与此同时，不少国家代表和专家强调，外部筹资的可预测性（predictability）对于卫生规划的制定和确保捐赠资金的投入效果来说也十分重要。

四、五点行动框架

会议最终形成了五个方面的行动框架。会议认为，在WHO的支持下，全球、各区域和国家在这五个领域采取行动，将有助于确保卫生部门顺利渡过金融危机。

（一）领导力。卫生部门的领导人应重视证据的作用，在与财政部门合作开展工作时，应充分阐述卫生工作的重要性。WHO各区域办事处可在促成国家之间的协作方面发挥有力的作用。在全球层面，当务之急是在全球领导人会议上，把保障卫生发展和确保捐赠方履行承诺列为重点议题。WHO应大力宣传卫生工作的重要性，确保各国政府的足够重视。

（二）监测和分析。各国应在高质量数据信息的基础上制定应对计划。要针对本国实际情况进行具体分析，这对于指导政策的制定和评估其对不同人群和机构的潜在影响而言十分重要。建立早期预警系统需要各相关机构之间相互协作，发挥其不同领域的专长。WHO将特别重视监督政府与捐赠方之间的卫生资金流动、药品和其它医疗保健物资的可获得性。

（三）向卫生领域和贫困人群倾斜的公共支出。反周期性公共支出是振兴经济的有效手段，这一点有着广泛的共识。对于那些没有经济实力独自采取刺激措施的许多低收入国家，援助可以发挥关键作用。与此相关的挑战是，必须确保公共支出真正向贫困人群倾斜，并且尽可能确保其在卫生领域发挥积极的作用。基础设施投资是公共支出的一种选择，但是还必须在维护人民群众生活和保障收入的方面进行投入。

（四）卫生部门的政策。金融危机期间，卫生部门首先可以在初级卫生保健方面采取措施。初级卫生保健之所以如此之重要，是因为其价值基础是重视公平，强调全面覆盖和风险分担，主张采取跨部门的协作，并充分发挥私立部门、志愿者组织和非政府部门等所有相关机构和人员的作用。在这方面，WHO将在收到相应请求后通过其驻各国代表处（必要时也可以是区域办事处和总部）提供支持。

（五）国际卫生工作的新方法。金融危机对国际卫生界就卫生工作方式和方法提出一些根本性问题，包括：如何减少不同机构之间工作的重叠和重复，如何促进各个卫生项目之间的协同和配合；如何确保关键领域（如营养和环境卫生等）的卫生促进干预措施不被忽视，如何确保特定的卫生项目更加符合国家发展重点优先领域等等。全球

卫生进展取决于各国家、区域和全球层面的共同行动。WHO也正致力于提高效率，改善工作绩效，评估各项重点优先工作，探索新的、更好的工作方法。

(编辑：上海市卫生发展研究中心 陈力歌 王贤吉)

编者按：本期介绍 2007 年上海市卫生局卫生政策课题之一——上海市第六人民医院何梦乔院长等承担的课题《公立医疗机构经济运行现状与医药费用控制策略研究》的主要结论以及关键性数据，供有关同志参考。

公立医疗机构经济运行现状与医药费用控制策略研究

在上海市的医疗卫生服务提供体系中，公立医疗机构占据绝对主导地位。因此，保障上海公立医疗机构的经济正常运行，是确保上海市医疗卫生服务提供体系正常、良好运转的基础。

一、上海市公立医疗机构经济运行现状

本研究选取了 10 所综合性三级医院、20 家区县中心二级医院和 227 家上海市社区卫生服务中心，研究分析近年的总体收支情况，反映公立医疗机构当前的经济运行状况。

1. 收入结构分析

表 1、上海市十所综合性医院 2004 年—2006 年收入结构(单位：亿元)

年份	财政收入	医疗收入	药品收入	其他收入	收入合计
2004	2.7(4%)	34.6(48%)	31.1(43%)	3.3(5%)	71.8
2005	3.1(4%)	42.5(50%)	36.7(43%)	2.7(3%)	85.0
2006	3.4(4%)	47.9(50%)	42.2(44%)	2.7(3%)	96.1

表 2、上海市 20 家二级医院 2004 年—2006 年收入结构(单位：亿元)

年份	财政收入	医疗收入	药品收入	其他收入	收入合计
2004	2.81(6.2%)	21.6(48.0%)	19.7(44.0%)	0.94(2.1%)	44.97
2005	2.91(5.7%)	24.5(48.0%)	22.5(44.0%)	1.06(2.1%)	51.00
2006	3.34(6.1%)	25.9(47.4%)	24.5(44.7%)	1.0(1.8%)	54.72

表 3、上海市社区卫生服务中心 2004 年—2006 年收入结构(单位：亿元)

年份	财政收入	医疗收入	药品收入	其他收入	收入合计
2004	2.06(5.96%)	11.14(32.2%)	20.5(59.3%)	0.73(2.1%)	34.6
2005	2.86(6.84%)	12.73(30.4%)	25.2(60.2%)	0.85(2.0%)	41.8
2006	4.12(8.77%)	12.78(27.2%)	27.2(57.8%)	1.02(2.2%)	47.0

十所三级医院三年中医疗收入和药品收入的比例没有发生大的变化。尽管期间出现多次的药品降价政策，但对于医院运行几乎没有什么大的影响。二级医院医疗收入和药品收入比例与三级医院基本一致，财政收入比例略高，主要由于三级医院的总收入水平较之更高。社区卫生服务中心的收入结构与二、三级医院的差异主要表现为药品收入比例高，达到 60%左右。医疗收入比例只有 30%左右，且三年比例持续下降。主要由于政府财政支出增加，指引社区卫生服务中心更多从事公共卫生活动。社区卫生服务中心的财政收入比例持续上升。

2. 支出结构分析

表 4、上海市 10 所综合性医院 2004 年—2006 年支出结构(单位：亿元)

年份	支出总计	医疗支出	药品支出	人员支出	修购基金
2004	65.6	38.7(59%)	25.5(39%)	18.1(28%)	4.8(7%)
2005	79.5	48.5(61%)	30.2(39%)	21.9(28%)	6.4(8%)
2006	92.7	56.6(61%)	35.3(39%)	26.2(28%)	6.9(7%)

表 5、上海市 20 家二级医院 2004 年—2006 年支出结构(单位：亿元)

年份	支出总计	医疗支出	药品支出	人员支出	修购基金
2004	42.9	25.2(58.7%)	16.5(38.5%)	12.8(29.8%)	3.4(7.9%)
2005	50.1	29.6(59.1%)	18.9(37.7%)	15.3(30.5%)	3.7(7.4%)
2006	54.0	31.7(58.7%)	20.8(38.5%)	16.2(30%)	4.1(7.6%)

三年中十所医院的支出结构基本保持稳定。这里的医疗支出和药品支出都包含了各自的人员支出和修购基金提取。人员支出、修购基金提取和结余其实就是医院毛利的最主要流向。如果相关卫生经济政策影响了医院经济运行状况，那么势必要采取其他政策对两者进行干预，才能保证医院稳定发展和政策的有效推进。二级医院的医疗支出和药品支出比例基本保持稳定，各自比例也都差异不大。

3. 收支结余分析

表 6、上海市十所综合性医院 2004 年—2006 年收支结余分析(单位：亿元)

年份	医疗收支结余	药品收支结余	财政收入	其他结余	总结余
2004	-4.1	5.7	2.7	1.9	6.2
2005	-6.1	6.4	3.1	2.1	5.5
2006	-8.7	6.9	3.4	1.8	3.4

表 7、上海市 20 家二级医院 2004 年—2006 年收支结余分析(单位：亿元)

年份	医疗收支结余	药品收支结余	财政收入	其他结余	总结余
2004	-3.69	3.22	2.80	-0.28	2.05
2005	-5.06	3.61	2.91	-0.51	0.95
2006	-5.73	3.70	3.34	-0.53	0.78

表 8、上海市社区卫生服务中心 2004—2006 年的收支结余情况(单位：亿元)

年份	医疗收支结余	药品收支结余	财政收入	其他结余	总结余
2004	-4.45	3.95	2.06	—	1.74
2005	-5.48	4.75	2.86	—	2.06
2006	-8.34	4.81	4.12	—	2.26

三年中三级医院医疗收支一直处于“收不抵支”的状态，药品则一直都有结余。从 04 年到 06 年，医疗收入一直在以两位数的速度增长，但同时亏损也在增加。到了 2006 年，药品收支结余已无法抵消医疗亏损，要靠财政收入和其他结余才能抵平。二级医院单靠药品收支结余还无法抵偿医疗亏损，必需依靠财政收入来进行调整。二级医院其他收入相对于支出而言也处于亏损状况，总体结余状况不如三级医院。药品收支的干预政策对于二级医院的影响可能要比三级医院的大。社区卫生服务中心的医疗收支连续三年处于亏损局面，而且亏损增长趋势加剧。药品收支结余和财政收入则持续增长。

4. 人员经费状况

表 9、上海市公立医疗机构 2004—2006 年人员经费情况(单位：万元)

人均经费	2004			2005			2006		
	最低	中位	最高	最低	中位	最高	最低	中位	最高
三级医院	5.9	8	10.8	7	9.4	12.1	7.7	10.7	14.7
二级医院	5.2	6.2	8	5.7	7.1	10	6	7.4	10.2

二、三级医疗机构的人均经费呈较快幅度增长。三级医院的平均水平显著高于二级医院，且差距有扩大趋势。06 年，三级和二级医院之间的中位值差距是 3.3 万元，而 04 年这个差距只有 1.8 万元。同级医院间人均经费的变异度也比较大，且绝对值差距有扩大的趋势。如在三级医院中，06 年人均经费最高和最低医院之间的差距达到了 7 万元，而 04 年这个差距是 4.9 万元；在二级医院中，06 年最大差距是 3.6 万元，而 04 年差距为 2.8 万元。部分经济状况好的二

级医院的人均经费高于三级医院中比较差的水平，但最高也就达到了三级医院中的平均水平。

5. 小结

近年因物价上升、设施设备更新改造、人力成本上升等原因导致医院经营成本大幅上升；而药品顺价加成，取消药品返利等政策导致医院毛利大幅下降，在有关政策控制下，医院经营受到较大影响，公立医疗机构收支结余呈下降趋势。

二、相关政策对公立医疗机构经济运行现状的影响分析

为了控制药费快速上涨政府有关部门相继出台了不少政策，其中一些主要是针对药品生产和流通环节，一些则针对医疗机构的收入和行为。

1. 药品统一招标采购政策

药品统一招标采购政策在上海已经实施多年，在初期起到了较好的效果。早期的公立医疗机构单独进行药品采购，因此医药生产和流通企业对公立医疗机构的高额回扣和让利现象屡见不鲜，一些不具有资质、质量不高的企业所生产和经营的药品都堂而皇之的进入了医院，导致药品费用快速上涨，安全事件时出，商业贿赂事件频发。药品统一招标采购政策最大的作用是规范了相关市场和游戏参与者，并把一些恶性竞争的企业给赶出了市场。对于控制药品价格、把药厂让利控制在一个固定的范围内起到了很大的作用。

药品统一招标采购政策在实施过程中也曾经出现过“质优价廉”的良药反而无人问津的怪现象，这都是由于利益补偿问题所引起的。经过这些多年来的发展，药品统一招标采购政策对于医院的经济影响已经越来越小。从前述药品获利数据来看，04 到 06 年公立医疗机构的药品实际加成率下降幅度非常小。事实上，药厂完全理解在药品统一招标采购中的“潜规则”：如果以最低的价格中标，很可能没有多少医院会采用这种药品。

2. 药品降价政策

自上个世纪以来，国家发改委发起了几十次的药品降价行动，涉及了几乎所有品种，降价幅度也不可谓不大，但这些降价政策对于医院的经济营业收入几乎没有产生什么大的影响。

原因是：一、在药品生产成本不能明确的情况下，只要药品价格仍存在较大的让利空间，那么医院的收入就不会受到大的影响；二、如果一些药品的降价幅度接近了药品价格底线，由于无法给医院让利，这些药品就会逐渐在市场上消失，或改头换面后重新报价；三、在政府没有能重建流通体系之前，没能摸清流通成本之前，药品降价行动只能压缩药品生产和流通企业、以及医疗机构的“获利”空间，但不可能完全消除。

到目前为止，国内药品销售超过 80%依然是在医院内完成的。作为销售终端，医院自然可以任由药品生产流通企业、地方政府与国家发改委进行博弈。

3. 取消返利政策

取消返利政策是对医院经济运行产生巨大影响的政策。按照 2006 年的药品毛利水平,取消药品返利政策意味着减少了一半甚至更多的药品毛利,这将对医院的结余状况产生重大影响,见表。

表 10、上海市 10 所综合性医院 2004—2006 年药品获利情况(单位: 亿元)

	2004	2005	2006
原毛利	7.18	8.27	9.4
调整后毛利	3.59	4.28	4.86
原结余	6.2	5.5	3.4
调整后结余	2.61	1.51	-1.14

表 11、上海市 20 家二级医院 2004—2006 年药品获利情况(单位: 亿元)

	2004	2005	2006
原毛利	5.0	5.6	5.75
调整后毛利	2.21	2.55	2.80
原结余	2.05	0.95	0.78
调整后结余	-0.74	-2.10	-2.17

即使对于三级医院,按照 06 年时候的水平,取消药品返利后将出现亏损局面。按照这样的趋势,在正式实施返利政策的 08 年,亏损幅度将至少达到 3—4 亿元。而对于二级医院而言,假如取消返利,那么从 04 年开始就已经出现亏损局面了,而且亏损也会逐步加剧。

对于取消返利政策之后可能带来的巨大影响,各个公立医院都严阵以待,强调通过加强收治,控制成本等来弥补可能带来的亏损局面。对于医院来讲,存在增加能够带来盈余的医疗服务的可能性,因为在人力成本和修购基金等大额支出基本确定的前提下,通过增加服务量还是能够带来一些毛利的。

如果能够采取配套政策弥补因取消返利政策带来的潜在亏损，那么这个政策对于改变医药不正当利益联系是可能产生很大作用的。因为如果所有药品都只能获得 15% 加成，那么在总量控制的政策约束下，医院所能获得的药品毛利将是固定的，没有什么特别的操作空间。对于医院来说，同种同类药品中处方比较贵的和比较便宜的都一样，只要最后处方总量达标，那么加成获得的毛利都一样。在这样的机制下，组织型的医药不正当利益联系将得到有效遏制。至于会不会演变成个人获利，相关证据很难掌握，或许会有一些个案，但难以全面掌握情况。

4. 收支两条线管理政策

上海目前的收支两条线管理政策主要在社区卫生服务中心推行，以及松江区试点进行区域内医疗机构的收支两条线管理。收支两条线管理政策是对医院宏观管理的一种根本性的变革，其影响将非常深远，目前总结收支两条线政策对于医院管理和发展的全面影响还为时过早。

从理论上说，收支两条线将彻底切断组织型的医药不正当利益纽带，趋利性的大处方、大检查、大服务等将基本消失，但防御性的大处方、大检查和大大服务短期内难以完全控制，人情方等或许又会重新抬头，看病需要“靠关系”等问题也可能重新抬头。

在目前初步的观察中，一些社区卫生服务中心的有效诊疗量(扣除转诊)在下降。收支两条线管理政策类似于国外的预算管理和我国

计划经济条件下公立医院的状况，我国以前公立医院的效率非常低下；而国外进行预算管理的公立医院的效率也并不高，比如英国和加拿大。我国推行收支两条线管理下的医疗机构的效率有可能更低，这是因为我们的医生和医院都是一体的，大家都没有积极性；而国外医生是独立执业、收取诊疗费的，因此还比较有积极性，只是医疗机构往往“照章办事”，效率平平而已。

收支两条线管理需要出台比较详尽的绩效考核和奖惩体系来作为配套，而目前我们并没有经过实践验证的、运转良好的绩效考核体系。此外，收支两条线管理对于卫生行政主管部门的要求非常高，并极大地增加了他们的责任和工作难度。如果对下属医院的考核评价和资金拨付无法让医院满意，则会导致诸多问题。

三、切断医药不正当利益纽带的研究

1. 医药不正当利益联系的原因

我国医药不正当利益纽带的形成有其客观原因和历史发展过程。在二十几年的演变过程中，已经形成了复杂的因果链和利益关系。

早期的医药利益纽带是政策性、组织性的行为，是政府在直接财政补偿不足、医疗服务项目收不抵支的情况下，在政策上允许医疗机构购销药品时享有一定的加成收益，以弥补因为提供医疗服务而产生的亏损，从而为医院的生存发展和学科建设提供部分资金来源。在这样的政策机制下，公立医疗机构倾向于多开药，多开贵药，多提供定价高于成本的一些检查、检验项目。

由于定价越高的药品医院能够获得更高的加成，厂商和代理商也有更多空间来打通医院市场和给予相关人员好处，加上国内药品厂商产能过剩和重复竞争，因此，药品价格也越来越高。在这种相互作用过程中，一些医院工作人员和医生的道德开始滑坡，远远突破了药品加成的政策原意。让问题更加复杂化和难以治理的是我国传统的医生和医院组织利益一体化的结构。

医药不正当利益纽带的另外一个重要基础是在我国，超过 85% 的药品是通过医院售出的，即使是一些社会零售药店的药品价格比医院药品价格更低的情况也是如此。

2. 不合理医疗卫生服务的原因

在部分医疗项目补偿不足和政府直接补偿不足的情况下，医疗机构被迫从药品、昂贵材料、高技术检查、新技术服务项目等服务中获取补偿；医生广泛实施防御性医疗服务；病人、尤其是医保病人，有时会要求超过其实际需要的医疗服务；缺乏统一的诊疗规范和临床路径。

四、政策建议

政策建议分为切断医药不正当利益联系的思路和消除服务不当利用的思路两类。

1、切断医药不正当利益联系的政策建议

本研究所提出的切断医药不正当利益纽带的建议是基于以下的基本认识：一、切断医药不正当利益纽带之后，必须有途径保证医疗机构的正常运行和发展，保障医务人员的待遇水平；二、切断医药不正当利益纽带的措施和做法必须要能够帮助恢复和重建医患信任关系，而不是给医患关系再增加复杂的变数；三、切断医药不正当利益纽带的措施和做法必须能够促进医疗服务效率和医务人员的积极性；四、切断医药不正当利益纽带的做法必须是可持续的，应能让各利益方都有前进的可能。

根据上述认识，我们提出了以下的切断医药不正当利益纽带的可选方案。

方案一：取消药品返利、取消药品加成(或保留药品加成)、减少药品总控指标、相应增加劳务收费水平(只在医保内部实现和对自费病人实现)

方案设计思路：1. 彻底取消返利和加成后，医疗机构和药企之间的利益联系基本不再存在；2. 取消返利之后，应联合把药价降低(把返利部分削去)；3. 相应减少药品总控指标；4. 对于取消药品返利和加成之后医院面对的亏损局面，由医保通过提高医疗服务项目支付标准来进行弥补。对于三级医疗机构来说，4.1. 如果取消了药品加成，大致是提高 20%左右，医疗机构收支就能维持当前平衡局面。4.2. 如果保留药品加成，医保只要提高医疗服务项目的支付标准不到 10%的水平。5. 由于药费降低了，医保支付总额不会提高。甚至

由于不合理处方的减少所导致的药费总额的进一步降低，理想状况下医保支付总额可能会有所降低。

方案二：医生靠劳务费，医院和其他员工实行收支两条线管理

方案设计思路：1. 本方案的设计思路关键是切断医生与医院的经济利益关系。医生是几乎所有医疗服务的发动者，只要机制的设计能够让医生的服务提供和决定回到合理的轨道上来，那么医院也无从提供不合理的服务；2. 临床医生的劳务收入归属医生个人或其所属临床科室，他们不能从药品、材料、设备、检查等其他方面获取任何经济利益；3. 除临床医生劳务项目收入外的所有收入，医院全部上交主管和主办单位。上级主管单位以工作效率和工作质量来考核医院，而非依据收入多少来考核；4. 医院照样承担医疗服务的组织、管理和监督工作。医生照样需要定点在某个或某几个医疗机构，但经济上脱离关系；5. 医保局可以根据医生的表现，确定是否取消一个医生“医保定点医生”的资格。并在医院公示栏中告诉病人每个医生是否属于医保定点医生。医保可以通过医生的表现恢复其“定点”医生资格。

2、消除服务不当利用、控制公立医疗机构医疗费用的政策建议

一般的，解决医疗服务不合理利用，控制医药费用不外乎供方控制和需方控制两个方面。在供方控制方面，主要包括医院/医生补偿机制选择、服务提供者选择(定点)、服务利用评估(主要针对一些费

用较大的病例)等。需方控制则包括费用分摊方案设计、把门人制度、病人教育和信息提供、以及加强预防保健服务等。

(1) 改革补偿机制问题

根据上海当前医疗卫生体系所面临的问题,我们认为公立医院补偿机制设计的第一优先准则应是“让医院和医生不再趋利”;第二优先准则应该是“效率”。至于其他一些重要方面如“公平”、“服务可及性”、“医学技术发展”等,主要是通过医疗保障制度、医疗资源分配决策等来决定的,医院补偿机制不应承担主要责任。

传统上,让医生不再成为医院的赚钱工具的补偿机制设计大概有以下两种:回归传统的纯事业单位性质(或称全收全支制);实行人头承包制度。上述两种制度都存在一些问题,不是特别适合上海目前的情况,为此,我们建议可试行前面推荐的方案二(即医生和医院分别补偿、统一管理的方案)。

(2) 进一步实行单病种付费制度

(3) 病人教育

事实上,在高级别医院里,有相当多的不合理服务利用和过度利用,也存在病人和家属过度需求的因素。

(4) 稳步推进诊疗规范和临床路径建设

(5) 切实推进全科医生培训工作,提高全科医生的质量

除了加强培训之外,还需要考虑拓宽医生的执业范围问题。或可以考虑社区卫生服务中心的医生都由二级医院派出轮转。

(6) 重新引入“把门人”制度

我们建议在加强全科医生培养，增强医生同质性的基础上，重新引入把门人制度，来控制和引导服务的合理利用。我们建议逐步推行全科医生与医疗机构分离的制度，即让全科医生单独执业(虽然他的办公室可能在社区卫生服务中心内)，由全科医生来决定病人可以在社区卫生服务中心就诊还是需要到更高级别的医疗机构中去。

(7) 重新审订医疗项目收费标准

应按劳务类、设施类、设备类、材料类等进行分别定价，重新合理审订医疗项目收费标准是一切医疗费用控制措施的重要基础之一，也是很多其他改革，包括绩效考核改革的重要前提条件之一，需要切实推进。很多人担忧服务项目价格调整、特别是劳务项目收费上调可能引起病人的抱怨，其实完全可以在医保内部消化，不必直接面对医保病人；而对于自费病人，也可以通过降低药品费用来平衡总的医疗费用。

(编辑：上海市卫生发展研究中心 林海)

欢迎读者来信来函批评指正，不吝赐稿。

来信来稿请寄：

北京西路 1477 号，801 室，邮编：200040

联系人：陈力歌、林 海

电话：021-22121868、22121878

传真：021-22121879

电子邮件：lige.chen@gmail.com, lin_hai@hotmail.com

上海卫生发展研究网：www.shdrc.org