

分类号:
密 级:

单位代码: 10389
学 号: 31504057



福建农林大学

硕士专业学位论文

药品零差率政策实施效果评价的研究 ——以福建省某县医院为例

学位类别: 农业推广硕士

专业领域: 农村与区域发展

研究方向: 农村经济计划与管理

学生姓名: 张若男

指导教师: 林本喜 副教授

完成时间: 二〇二〇年四月

**Research on the Evaluation of the
Implementation Effect of Drug Zero
Difference Policy --Taking a county hospital
in Fujian Province as an example**

By

Ruonan Zhang

Supervised by Prof. Benxi Lin

A Dissertation Submitted to

Fujian Agriculture and Forestry University

in Partial Fulfillment of the Requirements

for

Master's Degree of Agriculture Promotion

College of Economics

Fujian Agriculture and Forestry University

Fujian, P.R. China

Completion Date (April ,2020)

Commencement Date (June, 2020)

目录

摘要.....	III
ABSTRACT.....	V
1 绪论.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究意义.....	2
1.2.1 理论意义.....	2
1.2.2 现实意义.....	2
1.3 研究目的.....	3
1.4 国内外研究现状.....	4
1.4.1 国内研究现状.....	4
1.4.2 国外研究现状.....	6
1.4.3 文献评述.....	7
1.5 研究方法.....	8
1.5.1 文献分析法.....	8
1.5.2 对比分析法.....	8
1.5.3 案例研究法.....	8
2 相关理论及定义界定.....	9
2.1 医疗服务价格.....	9
2.2 药品零差率定义.....	9
2.3 相关理论概述.....	9
2.3.1 公共产品理论.....	9
2.3.2 市场失灵理论.....	10
2.3.3 供方诱导需求理论.....	11
2.3.4 医患委托代理理论.....	11
2.4 公立医院补偿机制的模式.....	12
3 药品零差率政策在福建省县级公立医院的实施概况.....	13
3.1 福建省药品零差率政策实施情况.....	13
3.2 药品零差率政策对某县公立医院药品收支结余的影响.....	13
3.3 药品零差率对某县医院医疗收入的影响.....	14
3.4 药品零差率政策对某县公立医院收支结构的影响.....	17
3.5 药品零差率政策对某县公立医院门诊收入结构的影响.....	18
3.5.1 高血压门诊就诊医疗费用情况.....	18

3.5.2 糖尿病门诊就诊医疗费用情况.....	20
3.6 药品零差率政策对某县公立医院住院收入结构的影响.....	22
3.7 不同支付类型患者的医药费用分析.....	23
4 药品零差率政策对福建省某县公立医院医疗费用的实证分析.....	26
4.1 研究假设.....	26
4.2 变量的选择.....	26
4.3 实证结果分析.....	27
4.3.1 门诊医疗费用实证结果分析.....	27
4.3.2 住院医疗费用实证结果分析.....	28
4.4 本章小结.....	29
5 药品零差率政策实施后县级公立医院改革存在的问题.....	31
5.1 补偿力度不够到位.....	31
5.2 医疗服务项目定价机制不够成熟.....	31
5.3 患者自付比例高.....	32
5.4 不同类型的医保支付比例差额大.....	32
6 对策建议.....	34
6.1 加大政府财政补偿投入，科学推进医保支付改革.....	34
6.2 完善医疗价格定价机制，加强医疗支出成本控制.....	34
6.3 加强医务人员培训，提高医疗服务水平.....	35
6.4 完善医保支付制度，降低患者自付费用.....	35
7 结论.....	37
参考文献.....	38
致 谢.....	42

摘要

2009年，新一轮医改（新医改）主要要推进全国医疗体制和机制的改革，主要目标是要解决“看病难、看病贵”的问题。公立医院改革主要是目标是提高医院的运行效率、优化医院医疗收入和结构、提高医务人员的劳务价值和减轻患者就诊费用等。新医改后，全国开始实施药品零差率政策，逐步推进解决“以药补医”问题，促进公立医院深化改革。因此，研究药品零差率政策在县级公立医院的实施效果，总结和分析政策在实施过程中的经验问题，并针对县级公立医院的改革提出建议，促进公立医院的可持续发展。

本文以福建省某县级公立医院作为研究对象，通过研究县级公立医院改革的相关理论，在系统回顾我国公立医院改革的历史和发展现状的基础上，比较分析福建省某县级公立医院2013年-2016年的相关的财务数据，运用通过STATA16软件来运行多元线性回归分析，研究其在药品零差率政策实施后的患者就诊医疗费用等数据变化，发现其一在政策实施后，医疗服务费用呈上升趋势，这体现了医务人员的劳动价值得到提高；二是全面取消药品加成后，住院患者的就诊总费用、药品费用、个人支付费用呈下降趋势，但门诊患者的就诊总费用、药品费用、个人支付费用还在上升趋势；这说明药品零差率政策在实施过程已经开始出现了一些成效，但是由于政策实施后，政府财政补助收入力度不大，没有完善相关医疗价格定价机制和对医院、医务人员的监管不够到位等问题，导致了患者就诊费用并没有全面减少，没

有真正的减轻患者的就诊负担。本文认为,可以通过加大政府财政补偿投入,科学推进医保支付改革;完善医疗价格定价机制,加强医疗支出成本控制;加强医务人员培训,提高医疗服务水平;完善医保支付制度,降低患者自付费用等对策来科学推进医保支付改革,完善医疗价格定价机制,加强对公立医院成本控制,丰富医院补偿渠道,引入商业保险资金服务,才能减轻公立医院运营的负担,从而扭转医院亏损的窘境,保障公立医院正常运营。

关键词: 药品零差率, 县级公立医院, 效果

ABSTRACT

In 2009, the new round of medical reform (new medical reform) is mainly to promote the reform of the national medical system and mechanism, the main goal is to solve the problem of "difficult to see a doctor, expensive to see a doctor". The main goals of public hospital reform are to improve the operating efficiency of the hospital, optimize the hospital's medical income and structure, increase the labor value of medical staff, and reduce the cost of patient visits. After the new medical reform, the nation began to implement the zero-difference rate policy for medicines, gradually promoted the solution of the problem of "medicine supplementing medicine", and promoted the deepening reform of public hospitals. Therefore, study the impact of the drug zero-markup policy on county-level public hospitals, summarize and analyze the experience and problems of the implementation of the policy, and make recommendations for the reform of county-level public hospitals to promote the sustainable development of public hospitals.

This article takes a county-level public hospital in Fujian Province as the research object, comparatively analyzes a county-level public hospital in Fujian Province 2013 based on a systematic review of the history and development status of the reform of public hospitals in China Relevant

financial data from 2016 to 2016, using STATA16 software to study the changes in the hospital's medical income and average cost of patient visits after the implementation of the drug zero difference policy, found that the drug zero difference policy for county-level public hospitals The reform has obvious impacts, including changes in the revenue and expenditure structure of county-level public hospitals and the decrease in the proportion of patient medical expenses, but the total medical expenses and patient out-of-pocket expenses have not decreased, and there have been medical examinations, examinations, tests, and registrations. Many negative problems, such as the substantial increase in medical service costs, are largely attributed to the fact that after the implementation of the zero price difference of drugs, the government ' s financial subsidy income is not strong, and the relevant medical price pricing mechanism and supervision of hospitals and medical personnel have not been improved. Insufficient in place, resulting in no decrease in the cost of patient consultation, resulting in a lack of public welfare in public hospitals Lost. This article believes that the medical insurance payment reform can be scientifically promoted by increasing government financial compensation input; improving the medical price pricing mechanism and strengthening the cost control of medical expenditure; strengthening the training of medical personnel to improve the level of medical services; improving the medical insurance payment system and reducing the

out-of-pocket expenses of patients In order to scientifically promote the reform of medical insurance payment, improve the medical price pricing mechanism, strengthen the cost control of public hospitals, enrich hospital compensation channels, and introduce commercial insurance fund services, the burden of public hospital operations can be reduced, thereby reversing the dilemma of hospital losses and protecting public hospitals. The hospital is operating normally.

Keywords: zero-difference rate of drugs, county-level public hospitals, effect

1 绪论

1.1 研究背景

我国公立医院的改革经历了四个时期，一是计划经济时期（1949-1978年），当时的社会是计划经济体制时代，政府掌握了所有的医疗资源并全额承担医疗费用；二是改革开放时期（1979-1992年），伴随着改革开放。公立医院逐步开启市场化的改革，同时也开始了自收自支的过渡，由市场来补偿；三是改革探索时期（1993-2008年），由于市场化的逐利性导致弊端众多，政府对医疗市场开启了从市场主导转成政府主导，明确了医疗服务、药品加成收入和政府财政补助等三种补偿渠道；四是新医改时期（2009年至今），通过实行药品零差率政策，破除“以药养医”的局面，将公立医院的药品加成取消减少的收入改由政府加大补助和提高医疗服务收入，逐步在全国推开。

新医改进一步强调公立医院的公益性，把提高取消药品费用加成，增加医疗服务收入、减轻患者医疗费用的负担作为改革的目标。公立医院是否公益性是公立医院改革成败的中心标准。2010年2月，国家相关部门颁布了《关于公立医院改革试点的指导意见》，其中明确了指出“探索实现医药分开的具体途径，改变医疗机构过度依赖药品销售收入维持运转的局面，逐步取消药品加成政策，合理调整医疗服务价格，完善基本医疗保障支付方式，落实财政补助政策”^[1]。2012年6月，国务院为深化医药改革，出台了《关于县级公立医院综合改革试点的意见》，明确指出改革的关键是取消药品加成，破除“以药补医”，明确了医院可通过医疗服务收费和政府补助两个渠道来获得补偿，因药品零差率所减少的合理收入，则可以通过调整医疗服务价格和加大政府投入等来获得补偿。

福建省于2014年12月15日起全面推开58个县市县级公立医院综合改革，按照“三医联动”，推出“12345”医改思路。即一个总体要求：坚持“保基本、强基层、建机制”；两大改革重点：突出“强基层”和体制机制创新；三个推进阶段：2015年实现全省公立医院综合改革全覆盖，2017年基本形成分级诊疗制度，2020年普遍建立现代医院管理制度；四项主要任务：合理配置医疗资源，推进公立医院综合改革，统筹推进各项政策配套改革，加快推进社会资本办医；五条差别化政策：实行差别化的财政投入、医保支付、价格、人事和绩效考评政策。同时，根据总体方案要求，先后出台配套文件30份，医改顶层设计渐成体系。

1.2 研究意义

1.2.1 理论意义

从理论研究的角度来说，药品零差率作为我国新一轮医改的重要组成部分。现阶段我国已经进入了深化公立医院改革和医疗体制改革的深水区，我国大部分学者主要研究探讨药品零差率政策对于省市级公立医院的改革影响，或者是探讨药品零差率政策对于公立医院改革的补偿机制，所有的研究以整体改革成效的居多。而从微观的层面，现在的学者对于药品零差率政策对于县级公立医院改革的研究较少。所以，本文以药品零差率政策对县级公立医院改革的影响为研究对象，选取福建省某县公立医院 2013 年-2016 年的相关财务数据的变化，进一步来探讨案例医院在实施药品零差率政策后的运营的变化，为公立医院的改革研究做出一点贡献。

1.2.2 现实意义

从现实研究角度来说，福建省某县级公立院在 2015 年 1 月 1 日开始实行药品零差率政策，通过对其药品加成收入、医疗收入及结构、均次费用、医疗费用的支付方式等变动对比，分析探讨出药品零差率政策对某县级公立医院改革的实施效果，为深化县级公立医院的改革提供建议。

目前，国外的学术学者认为公立医院的改革要从机构、方法和补偿水平三个方面来探讨医疗体制的改革，而国内的学者则认为，改革主要是要体现公立医院的公益性，要降低患者的医疗费用的负担。所以要实行药品零差率政策，降低药品加成费用，从而降低患者的就诊负担。而降低药品加成的利润则可以从政府财政补助补贴和提高医院的医疗服务收入来弥补。总结目前国内已经开始实行药品零差率的地区的经验来看，取消药品价格的加成，在一定程度上降低了药品费用在总医疗收入费用中的比例，但是医疗服务价格的增加使得总医疗总费用也没有明显降低，所以次均就诊的费用的也并未降低^[2]。同时，医疗成本的开支在逐年升高，政府财政补助力度不够，导致实施药品零差率政策后公立医院得不到足够的资金，医院的的医疗收入、政府补助等总收入少于医疗成本等费用的开支，导致医院的收入出现了负增长，影响了医院的正常运营。从根本上来看，主要原因是政府财政补助收入力度不够和提高医务人员的劳务价值，忽视了对个体医院的深入研究。

2017 年的政府工作报告中指出，全面取消公立医院药品加成制度，这代表着我国公立医院的药品零差率时代正式开启。在国家政策文件的推动下，如何开

展公立医院的改革，是推动公立医院和医疗体制改革向“深水区”迈进的重要问题。同时，在政策开始实施的情况下，公立医院的补偿渠道也开始从医疗费用、药品加收入、政府财政转为了医疗费用和政府财政投入。药品收入下降是医院的一大损失，公立医院改革面临重大挑战。但由于政府财政投入有限，医院亏损问题无法从根本上解决。所以本文分析了药品零差率政策实施后县级公立医院改革存在的哪些不足，提出了加大政府财政补助投入，完善医疗服务定价机制，加强公立医院经营成本控制，加强对医务人员的培训，加强对医院、医务人员的监管等，有助于推动公立医院的改革，保障医院的可持续发展，促进深化推进医疗卫生体制改革。

1.3 研究目的

县级公立医院是我国基层卫生医疗机构，主要服务于最基层的人民群众，是我国医疗体制改革的重要部分。县级公立医的医疗体制改革，可以惠及最基层的百姓，让农村百姓也能病有所医，一定程度上可以缓解基层人民“看病难、看病贵”的现象，鼓励基层百姓按级别就医，也在一定程度上缓解了大城市的三甲医院的医疗资源紧张问题，让不同病情程度的患者都能获得及时的治疗，解决了“看病难”的问题。此外，县级公立医院是县级以上的卫生机构部门，是离乡村社区卫生机构最近的卫生机构部门，县级公立医院的改革发展不仅能促进县级公立医院自身的发展，还可以带动周边的基层卫生机构的共同发展，最终可以提高整个县级区域的整体医疗水平，更好服务好辖区内的人民群众。所以此次我将以“县级公立医院”为研究对象。研究其实行药品零差率政策后的对其改革的影响。当前县级公立医院虽然开始实行药品零差率政策，但其补偿机制（即依靠政府加大财政补助收入和调高医疗服务收费等来弥补药品零加成的取消）改革相对滞后，进而引发县级公立医院收支不平衡、医疗费用发生转移、患者就诊费用不降反升等多种问题。从表面上看，县级公立医院在实施药品零差率政策后，药品费用的收入占总医疗收入的比例是有所降，药品的15%的价格加成也取消了，但是从医疗费用明细项目上看，患者的均次医疗费用不降反升，自付比例依旧较高，说明了政策推动的改革还未惠及到基层百姓。因此，在县级公立医院在全面实施药品零差率政策的背景下，从县级公立医院的收支结构、医疗费用结构和患者次均就诊的费用来探讨其改革，与时俱进的找到当前县级公立医院改革存在的弊端，并针对性的对其提出解决举措，促进我国公立医院的深化改革，即保留了县级公立医院公益性，还能保证其健康可持续的运，做到真正的惠及到基层百姓，让百姓们病有所医，促进社会的安定稳定。

1.4 国内外研究现状

1.4.1 国内研究现状

目前国内的研究学者们普遍认为药品零差率政策对于控制药品价格、降低患者就诊次均费用等方面有着十分显著作用,但还是存在一些弊端。田小琳从住院患者的次均药费角度切入研究药品零差率政策的实施影响,她认为政策虽然可以降低住院患者的次均费用,但对患者的医疗费用支出并没有太大的影响。她建议公立医院的改革要侧重于推行医药行业供给侧改革和医疗保险支付方式改革,逐步完善医疗服务价格定价机制,加强政府投资和监管,有效减轻公众健康和经济负担^[3]。张雨薇则从核算医疗服务项目的定价机制,通过案例分析,认为药品零差率政策的实施全面取消了药品价格的加成,提高医疗服务价格,促进医务人员的劳动价值体现,有助于科学的建立公立医院的成本补偿研究,促进公立医院的的管理具有积极意义^[4]。周莹,李军等人认为,适当提高医疗服务费用,有助于实现医院、医务人员的劳动和技术价值;医生的合理用药和药品零差率政策的实施,取消药品加成的价格,有助于降低患者就诊费用。但是有于取消药品加成的收入,政府财政补助资金不足,无法弥补药品零加成的损失,导致基层公立医院长期处于亏本运营,而且随着医疗成本的增加,这个问题将会日益突出^[5]。伍林生等人认为,药品零差率政策优化了医院医疗收入结构,降低了患者就诊的次均费用,加强了成本控制,提高了医务人员的工作积极性。医疗费用调整不及时,经济补偿不够,医疗保险支付不完善^[6]。

在公立医院的补偿机制研究方面,殷超通过分析了宁波市4家综合性公立医院2010年至2016年的手术数据,研究了“零药价”时代公立医院补偿机制的路径。提出如果单纯依靠政府加大财政补偿和提高医疗服务费用价格是不能弥补药品零加成带来的损失,医疗总费用也不会明显下降。公立医院补偿机制存在公立医院投入不足、医疗保险制度不健全、医疗负担严重、医疗服务价格机制不完善等问题^[7]。岳经纶等提出,在药品零差零差政策实施的时代背景下,公立医院的药品加成制度取消,但这也仅从药品加成的这个单一的角度来降低药品费用,这样的效果是不够全面的,应该要采取适度放宽直接规制性工具,通过第三方控费、公共财政改革和信息公开的办法来约束医院的行为,从而控制医疗费用。程源等以患者就医的满意度为研究的切入点,通过对北京公立医院实施“医药分开”政策的前后患者就医的满意度进行了调研。得出,虽然实行医药分开政策,但是患者的医疗费用并未下降,但是医疗费服务的提升促进了患者对医疗服务质量的满意度的提升,但是患者对于政策实施后所出现的抢注药品效应等问题表示不满^[8]。

谢子远等人由于医疗卫生机构的特殊性,在医疗服务市场的改革时要加大医院政务信息的公开,提高透明度,要积极引进第三方机构,通过各博弈方的均衡结果,来推动医疗服务市场化的改革^[9]。韩世新等引入供需方的需求的角度切入,探讨政府在对医疗卫生机构的补偿方式,通过对政府购买服务和财政直接拨付的对比,从补偿供给的主体、风险的把控、政府的监管约束、公众的选择和可及性五个角度分别进行阐述论证,认为政府购买服务的行为强于政府财政的直接拨付^[10]。储陈栋认为目前我国的医院体制改革还存在医院资金的来源和补偿渠道不明确,医疗服务项目的定价缺乏科学实践性等问题,这些问题都不是单纯的医疗体制问题,无法简单的通过加大单方面的约束管理就可以解决的。应该通过医疗卫生市场化功能,引入第三方机构来促进医疗信息的公开透明,建立长效的科学的激励制度,保障医疗市场的平稳发展。

目前新医改改革的重点则是在实施药品零差率政策后,医院的补偿渠道发生的变化,减少了药品价格的加成收入,只能通过提高医疗服务收费和加大政府财政投入的两种渠道来补偿。学术研究者们都先后纷纷对于这种新型的补偿机制进行研究。其中刘君等人通过调查发现,公立医院的医疗服务项目成本高达45.98%~53.37%,但其成本的本回收率仅为28.47%~37.86%。主要是因为其中很多的医疗服务项目的重复都很高,所以要注重科学的制定合理的医疗服务项目,制定切合实际的医疗服务项目定价的机制,保障公立医院的正常运营^[11]。李婷婷以上海12家公立医院为研究对象,对其2008年度的财务数据进行统计分析,得出12家公立医院的医疗服务收支一直是入不敷出,处于亏本状态,医院为了收支平衡,保障正常的运营,必须依靠政府加大财政补助力度^[12]。

2012年,国家开始推进县级公立医院的改革,全面实施实施药品零差率政策,取消药品价格的加成。陈铮,高军认为通过以下四个方面来开展药品零差政策的改革:一是药品的集中采购。由相关卫生医疗主管机关集中向相关的制药厂家进行药品的价格谈判,确认其同意采购的价格,由制药厂家直接向各级医疗卫生机构供货,直接砍掉了中间环节的药品利润。其次,销售高价药和销售高价药没有经济激励,开更多药也没有经济激励,但从治疗的角度来看,确实可以为患者选择多种药物终止源头浪费。第三,在基本药物制度下,医生主要开基本药物,大幅降低高用药比例。四是降低药品费用价格,促进百姓的就诊费用的降低,即减轻了医院的压力又促进了对卫生资源的最佳利用^[13]。高广颖,韩优莉等在对北京试点医院和试点医院的调查中发现,药品价格下降了25%以上至30%,门诊病人的平均费用下降了25%。但顾昕认为在零溢价药品销售之后,医院的赤字将依靠政府补助来抵消。而政府补偿主要是针对药品加成的减少部分,所以药物使用量直接影响着政府财政补助的金额,形成了医生多开药多补偿的畸形局面,这也无法从根本上解决药品费用高的问题^[14]。周爱华和李丽华则以基层医疗

机构为研究对象,通过实行零差率药品前后的医疗机构相关财务数据进行比较分析,发展药品价格上涨在政策实施后一直上涨。由于基层医疗机构的药品零差率是较早提出的,所发现的问题对公立医院的改革具有很好的参考和预警作用。与中国高昂的药品价格相比,医疗服务价格处于非常低的水平。为了维护公立医院的公益性,传统的基本医疗的价格长期以来一直远低于其成本,这不能反映医生的劳动价值和工作能力^[15]。

1.4.2 国外研究现状

医疗支出的快速增长是世界各国决策者都面临的现实问题,尤其是药品价格持续居高不下。在欧洲,约有75%的药品费用从公共资金中偿还,政府必须采取更严格的措施以在强大的预算压力下控制药品价格。在美国,药品价格的增长速度快于通货膨胀率。在过去的30年中,该国人民的药品价格已成为一个稳定而热门的话题。Austvoll-Dahlgren等通过研究发现在一些发达地区和发达国家,国家人民的生命是非常安全的,这是因为他们专注于医疗质量控制和医务人员管理。同时,它将在药物开发,生产和合理的药物管理方面继续得到改善^[16]。有关科学家分析了不同国家的药品制度和政治控制。Ruredzo R和Laing R的研究理论是“津巴布韦模型”,其特征基本药物的等级列表。Cottingham J和Berer M的研究视角是印度的中央药品管理“德里模式”,而“澳大利亚模式”则是基于“两信封警报”,由Doran E和Alexander Henry D主导研究,主要研究其药品补贴系统。

许多外国学者已经开始评估药品政策的影响,或者加强了关于影响政策效果的因素的讨论。例如, Jacobzone等使用Logistic回归来衡量该国在5年内的药物保护计划与基本药物使用之间的关系,并指出基本药物政策的实施将有助于确保药物保护计划的顺利实施^[17]。Klepser等采用双重差异法,发现对照组和干预组之间没有显著差异,并评估了美国补偿政策对药物成本的影响及其对使用的影响^[18]。Gerber从制度系统腐败对药品政策的影响的角度研究了德国的药物或药品政策。他认为,制药业影响了当前药物政策的实施,医学分析表明,药物监测和临床药物试验均受到制药业腐败的影响,这大大降低了药物政策的有效性^[19]。

诺贝尔经济学奖获得者米尔顿·弗里德曼(Milton Friedman)提出了“成本矩阵”理论,并指出“为谁花钱”和“为谁工作”决定了关注服务质量的服务提供者的水平。只有当我们“花钱为自己服务”时,我们才可以考虑服务成本和服务质量。例如,在中国目前的后付费健康保险模式的“全额支付系统”下,医疗机构“使用他人的钱(健康保险)为他人(患者)服务”。医疗机构既不能主

动积极降低医疗成本，也不能积极提高医疗质量，这将导致“看病难，看病贵”。此外，基于试验的医疗保险预付款方式解决了“自用（医院）钱”的问题，但如何以激励机制为核心建立“质量保证”体系，则有必要为医疗机构引入相关指导方针。

Detsky 等发现预付款总额导致医院投资减少和每位患者费用降低。同时，使用时间序列估算整个预付款系统对医疗支出和医疗福利的影响。研究表明，全额预付款可以成功降低医疗费用的增长率以及医疗福利的增长率^[20]。MB Buntin 等对不同类型的总预付款系统相比，认为总支出上限的总预付款可提供更好的成本控制，而目标支出系统中的医疗福利金额更大。对中国海南预付款制度改革的效果进行了考察，分析了基于不同报销比例和前期费用对整个预付费系统的医疗质量的影响，并基于对 5171 名住院患者的基本信息，疾病类型，医疗费用，自付费额，住院时间等进行检查，比较了改革医院和未改革医院的数据医院巧妙地将支付制度改革的效果分开。结论是预付款系统减少了整体医疗费用和患者的平均个人负担^[21]。Leemore S. Dafny 探讨了当疾病诊断组的价格发生变化时，医院是否根据预期的利润最大化来改变其行为。他选择了占医院收入 43% 的美国健康保险计划，分析 1988 年政策对于健康保险的变化影响。研究表明，对于这些价格变化，医院更改了用于患者诊断的组代码以获取更高的赔偿，非合理额外赔偿为 3.3 亿至 4.25 亿美元。同时，研究表明，只有少数几家医院改变了他们的医疗强度（包括总费用，住院病人，诊断程序的数量和每日特殊治疗的次数），而且没有一家医院提示患者选择与疾病相关的群体更有利可图。因此，他认为大多数医院不会更改其诊断或就诊指南，但会使用复杂的编码策略来获得最大的赔偿^[22]。

1.4.3 文献评述

综上所述，实施药品零差率政策以来，相关学者和专家的研究成果并不相同。有研究表明，药品零差率政策的实施，减少了医院药品的利润，控制了医疗费用的延伸率，降低药品的价格涨幅。但也有学者发现，基本医疗和医疗机构实行药品零差率政策后，药品价格虽然在下降，但仍有较大的利润差率。因此，即使实施了重要药品的零差率政策，药品价格仍然可以为药品生产企业留下巨大的利润空间。此外，不仅取消了医院的价差，诊疗费、护理费、手术费等部分也在增加，医疗费用负担不减反升。然而，目前国内外对于药品零差率的政策对于医院的医疗体制改革主要都是以省市地区老做综合分析，较少的研究药品零差率政策对于县级公立医院的改革影响。因此，本文将在充分借鉴国内外学者研究的基础上，通过数据对比分析，为县级公立医院的改革提供借鉴和参考。

1.5 研究方法

1.5.1 文献分析法

本文采用文献分析法，对中国知网、万方等数据库中的公立医院改革、药品零差价率、医疗服务价格、医疗费用结构等关键词进行了检索，对国内外学者关于公立医院改革的研究文章和研究成果进行了梳理和总结。为本课题的研究提供了全面的理论基础。其次，查阅政府卫生部门及其他相关网站，收集国内多年来在各试点地区的政策文件、试点改革实践情况，再对医疗机构改革的政策文件进行梳理分析，整合福建省某县级医院财务年报数据，梳理公立医院相关数据，了解公立医院改革的历史演变，进而分析政策因素。为县级公立医院改革提供决策依据。

1.5.2 对比分析法

通过对现行的药品零差率政策实施前后的福建省某县级公立医院的医疗收支情况、门诊次均费用及结构、个人自付比例及支付类型等基础数据，利用 STATA16 软件对 2013 年-2016 年福建省某县公立医院的医疗费用进行面板数据的回归分析，研究其在药品零差率政策实施后的医疗费用变化问题，并提出完善福建省县级公立医院改革的建议。

1.5.3 案例研究法

本文研究主要以福建省某县级公立医院为对象，通过对其 2013 年-2016 年（即药品零差率政策实施的前后）医院相关的财务数据进行统计分析，研究其在药品零差率政策实施前后的变化，总结其在实施过程中存在问题，并针对性的对其提出建议，以便于县级公立医院的改革提供借鉴和参考

2 相关理论及定义界定

2.1 医疗服务价格

医疗服务价格是作为商品交易时医疗服务采取的价格的一种形式。它本质上是医疗服务价值的货币表达。它是医疗服务的收费标准，包括门诊，住院和各种检查在内的为患者服务的收费价格。由于医疗服务属于公共物品的类别，因此医疗服务不同于普通商品，并且具有福利和商品的双重性。国家在给予某些形式的财政补贴时不对它们征税。因此，它不是通过调节市场供求而自发形成医疗服务价格，而是使用了不完全的生产价格模型，即负责的政府机构根据理论价格确定价格水平，然后根据经济发展水平和居民可承受性确定价格水平。因此，医疗服务的价格通常低于医疗服务的价值。医疗服务的价格是该组织收入的主要渠道，也是医疗设施抵消医疗成本开支的主要途径。

2.2 药品零差率定义

药品“零差率”是指基本药物实行“零差率”销售，即基本药物由政府统一采购和配送，基本药物在基层医疗机构的零售价格按招标价格销售，而不是按照以前的惯例把价格提高 15%。医疗机构收支平衡由政府补偿。早在 2006 年 5 月，国家发改委就会同卫生部等八部委下发了《关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见》，要求县级以上医疗机构严格执行规定，在实际收购价格的基础上，提高价格不超过 15%。中医药价格涨幅原则上控制在 25%，抑制医院药品成本和药品收入过快增长。为积极应对政策落实，各省在基层医疗机构开展药品“零差率”销售试点。如北京、上海、成都、深圳等地。

2.3 相关理论概述

2.3.1 公共产品理论

公共产品不能与私人物品相媲美。公共产品最初由琳达（Linda）出版，然后由现代经济学的代表人物萨缪尔森（Samuelson）广泛使用传播。这可以看作是金融理论发展的重大进步。塞缪尔森同时指出，公共产品是所有成员可以同时

享用的产品。每个成员对产品的消费不会导致社会其他成员的消费减少。也就是说，无论社会上所有成员都想购买产品，他们的利润不能分离，也不能分散在每个社区。萨缪尔森的概念在当时受到许多经济学家的批评，但随着经济理论的发展而被广泛接受。塞缪尔森概念的两个核心含义，即不竞争和不排斥，被视为公共产品的重要属性。换句话说，所谓的非排他性意味着一旦产品可用，就不能再为该产品付费。非竞争性意味着在产品上市后增加一方的消费不会降低另一方的利益。如果产品具有这两个属性，那就是纯公共产品。如果它们具有排他性和竞争性，那么它们就是私有产品。另外，纯公共产品和私人产品之间的非竞争性和非排他性产品是准公共产品。有一种混合产品理论，有人认为混合产品是准公共产品，但总的来说，混合产品是具有正面或外部影响的私人产品或具有广泛相似性和私人产品属性的产品。

医疗卫生服务是一项特殊产品。通常患者必须支付一定的使用费用才能使用。在某种程度上，这可以排除其他人的无偿消费。在此过程中有明显特征符合私人产品功能。但是，医疗卫生服务的私人收入会对可能与之接触的任何人（例如疫苗，感冒药等）产生积极的外部影响，因此具有混合产品的特性。这不能完全由政府控制或留给市场。正是其混合产品的特性为政府实施价格控制提供了理论基础。人类社会的发展与医疗服务密不可分。消费这部分产品需要政府和消费者承担确保供应和促进社会长期健康发展的成本。

2.3.2 市场失灵理论

中国的医疗卫生服务具有公共产品的特征，由于信息不对称和外部影响，市场失灵的可能性很高。在这种情况下，需要政府干预，但政府不是万能药。一方面，医疗服务的正外部性决定了政府必须支付经济补偿。正外部性是指未反映在交易双方以外的第三方所获得的价格中的经济利益。如果没有积极的外部性可用，则社会的充足资源分配可能不会处于最佳状态，从而导致无法最大程度地实现资源分配，即“最优”状态。这将减少公共产品的供应，不利于持续提供有益于社会的商品和服务。在这一点上，政府必须向公立医院提供财政补贴，以抵消服务过程中使用的各种资源。

另一方面，由于医疗保健行业的需求激增，政府必须加强监管。在政府宣布与医疗卫生体制改革改革有关的新政策之前，国家预算拨款和专项补助仅占公立医院补偿机制的一小部分。为了最大程度地减少对医院的财政补贴缺口，可以通过在药品销售与诊断和大型设备治疗的成本之间取得差异来实现一定的经济补偿。在政府财政补贴不足和医疗服务价格低廉的情况下，公立医院只能通过药品，检查费等的价格差异来增加医院收入，以实现收支平衡。医生的收入与医院的经

济利益密切相关，这不可避免地会导致诸如“高价药品”，“大处方”和检查过多等问题。因此，这不仅是由于供应有关的需求引起的道德风险，而且与补偿机制的设计密不可分。必须改变“以药补医”的政策，并消除引起需求的原因。

2.3.3 供方诱导需求理论

根据中国公立医院的当前状况，供方诱导需求主要与医生提供过度供应行为有关，在治疗过程中为患者提供超出了疾病的实际需求的行为，也称为“过度医学”。最典型的是“以药补医”。根据 2000 年的数据，药品收入约占公立医院总收入的 60%，一些中小型医院达到约 75%。近年来，药品的比例逐渐下降到约 40%，但药品收入仍然是医院的主要收入来源，这也是医疗费用不合理增加的主要原因。

近年来，国内学者使用国外的经验方法来研究国内供方诱导需求现象。结果表明，中国的供方诱导需求问题的严重性远大于某些欧美国家，这已成为“昂贵医疗”的主要原因。例如，周良荣以三所医院为样本，在对病历中不必要的用药、检查和手术进行分析之后，他发现这三家医院在不同级别上对医保患者和自费患者具有过度医疗行为。同时，国内学者普遍认为，我国的供应诱导引发的需求问题很大程度上是由目前不完善的公立医院补偿机制引起的。因此，迫切需要为公立医院建立科学的平衡机制，以解决由于信息不对称和激励扭曲而引起的供方诱导需求的问题。

2.3.4 医患委托代理理论

根据合同，一个或多个参与者指定或雇用其他参与者为他们提供服务，这是委托代理关系。为后者提供的服务的数量和质量支付一定的补偿，然后授予一定的决策权。委托人是授权者，代理是被授权者。医生和患者是典型的委托代理关系。患者生病后，根据医生的诊断和治疗选择药物，这导致了委托代理关系。该理论在制药市场具有以下特征：首先，某些效果指标难以衡量，例如治愈、好转的速度。其次，很难评估和比较医院之间的治疗计划。第三，随着医患之间委托人和代理人之间关系的形成，出现了药品垄断。目前，福建省主要采用按项目收费的支付方式，医生的收入与药品收入有一定的关系。强调增加福利将使医生为患者提供更多的医疗服务。此外，医院的决定也会影响医生的行为。管理药品部门这是一种在国外采用的方法，可以打破医生与医院和药品之间的直接联系，并有效地控制药品成本。

2.4 公立医院补偿机制的模式

首先是政府财政补偿的模型。财务补偿模型是全球公立医院常用的补偿模型之一。医疗卫生费用主要来自税收，医疗保险机构筹集的卫生经费以国家财政预算拨款的形式拨付给医疗机构，为居民提供免费或低成本的医疗服务。英国和一些北欧国家是典型的国家医保模式。英国国家医疗服务的主要成本来源是：国家财政拨款，在1984年占约88%，在1994年占约82%。财政拨款是卫生服务筹资的主要来源。在国家卫生服务收入中，主要用于医疗保险的部分约占用人单位缴纳的社会保险中的卫生服务费用的10%。患者可以自费享受免费门诊和住院医疗，但仍需支付部分处方费，约占比3%，还有其他的额外收入。叶锋、刘来生等也指出，英国政府医疗总投入与医疗总支出之比为83.2%，相对较高，与英国国家卫生体系相符。这有助于公平享受基本医疗服务，并且方便看病，避免出现手术长时间排队的现象。

第二类是国家和地区采用的商业医疗保险制度和社会医疗保险制度模式，称为双补偿模式。政府负责对公立医院基础设施和设备等资本资产进行投资。医疗保险公司负责日常运营费用，患者支付部分医疗费用。公立医院的双重补偿模式主要是社会保险制度和商业医疗保险。以德国为例。在公立医院融资方面，德国主要来自社会保险和政府资金，个人资金较少。2011年，德国医院筹资超过800亿欧元，其中政府投资50亿欧元，占总额的近6%。法定健康保险融资总额超过700亿欧元，占融资总额的80%以上。私人健康保险带来了超过80亿欧元的资金，占总资金的9%以上，而患者的自费仅占总资金的0.54%。公立医院的筹资机制主要规定了“双向支付”，即运营成本和投资成本分别支付。投资成本由政府以预算形式分配，运营成本由法定健康保险公司根据与疾病诊断相关的人群来支付。这种激励方式对提高医院管理水平具有良好的激励效果。为达到积极性和公益性，重点是不断探索和完善医疗保险购买补偿机制。

第三类是药品价格加成销售的收入补偿。由于我国的基本国情和制度，国家各方面的发展都需要政府的财政投入支持，在一定程度上减少了政府对医疗卫生服务的投入。因此，为了增加医院的收入，国家出台了相关药品加价政策，即以药品加价利润弥补医院收入，保证公立医院的正常运行和可持续发展。这一补偿政策的实质是解决公立医院因医疗服务项目价格低于成本、政府财政投入不足、药品涨价后的利润等原因造成的补偿机制不完善的问题。

3、药品零差率政策在福建省县级公立医院的实施概况

3.1 福建省药品零差率政策实施情况

2009年4月，国务院颁布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，福建三明、厦门、莆田、石狮、长汀和连江等地开始积极按照文件精神开始探索，2014年12月，福建省58个县（市）全面推开县级公立医院综合改革试点工作，所有试点县公立医院将以破除以药补医机制为关键环节，取消药品（不含中药饮片）、耗材加成政策，全部实行零差率销售，并同步推进医疗服务价格调整、医保支付、财政补助三项工作。

本次调查选取福建省某县公立医院作为样本分析，文中所有使用的财务数据均来自福建省某县公立医院，其从2015年1月1日起正式开始实施药品零差率政策，为了能更直观的呈现药品零差率政策实施后对医院的影响，本文将选取该医院在政策实施的前后两年即2013年-2016年的相关数据进行分析对比，以分析药品零差率政策对于县级公立医院的收支、医疗收入结构和次均费用等的影响，并分析其对县级公立医院改革的影响。

3.2 药品零差率政策对某县公立医院药品收支结余的影响

实施药品零率政策，主要是取消药品加成，实现药品零加成。表3-1是福建省某县县级公立医院2013年7月、2014年7月和2015年7月的同期药品出入库的价格的数据，由表3-1可见，2013年7月某县医院药品支出成本总额是600.71万元，销售收入总额是690.92万元，药品费用的结余额是90.21万元，药品费用的结余率为15.02%；2014年7月某县医院的药品成本支出总额是471.08万元，销售收入总额为541.28万元，药品费用的结余额是70.2万元，药品费用的结余率为14.9%；2015年7月某县医院的药品的成本支出总额是573.53万元，药品的销售收入为573.53万元，药品的费用收支结余为零。由此可见，2013年和2014年药品费用的结余率都在15%左右，而2015年药品费用无结余，这说明药品零差率政策的实施对于药品价格的加成有明显效果。

根据《福建省县级公立医院综合改革实施方案》，因县级公立医院改革，医院的补偿渠道由医疗服务收费、药品加成收入和政府财政补助三个渠道改为医疗服务收费和政府财政补助两个渠道，取消药品（不含中药饮片）加成政策。医院因药品零差率政策的实施所减少的药品加成收入，通过医疗服务价格调整补偿 82%、财政补偿 15%、医院分担 3% 的办法解决。

表 3-1 某县医院药品收支结余情况一览表

单位：万元

	2013 年 7 月	2014 年 7 月	2015 年 7 月
成本支出	600.71	471.08	573.53
销售收入	690.92	541.28	573.53
收支结余	90.21	70.2	0
结余率	15.02%	14.90%	0

3.3 药品零差率对某县医院医疗收入的影响

由表 3-2 可见，某县公立医院在药品零差政策实施前的 2013 年和 2014 年，门诊医疗收入由 8101.86 万元增加到 8915.33 万元，增加了 813.47 万元；2013 年门诊的医疗服务收入（包含挂号收入、诊察收入、检查收入、化验收入、治疗收入和手术收入）共计 3720.02 万元，占比门诊医疗收入的 45.9%，2014 年门诊医疗服务收入总计 4134.39 万元，占比门诊医疗收入的 46.37%；门诊药品收入特别是西药收入由 2403.38 万元增加到 2605.36 万元，西药占比幅度下降了 0.44%。总体来看，2013 年与 2014 年的门诊总体收入结构变化不大。

住院收入由 11623.85 万元增加到 12283.17 万元，增加了 659.32 万元；2013 年住院医疗服务收入（包含床位收入、诊察收入、检查收入、化验收入、治疗收入、手术收入和护理收入）共计 4530.81 万元，占比住院医疗收入的 43.24%；2014 年住院的医疗服务收入为 5276.5 万元，占比住院医疗收入的 42.96%，降低了 0.28%；药品收入费用由 5244.67 万元增加到 5338.58 万元，增加了 93.91 万元，但是其药占比降低 1.66%，其中西药收入占比下降了 2.66%。总体来看，2013 年与 2014 年度住院收入结构有小幅度的变化。

表 3-2 2013 年-2014 年某县医院医疗收入情况一览表

项目	2013 年		2014 年	
	费用(万元)	比例	费用(万元)	比例
1. 门诊收入	8,101.86		8,915.33	
其中：挂号收入	52	0.64%	54	0.60%
诊察收入	152	1.88%	166	1.86%
检查收入	1,630.03	20.12%	1,792.06	20.10%
化验收入	1,458.90	18.01%	1,647.10	18.47%
治疗收入	306.02	3.78%	358.41	4.02%
手术收入	121.13	1.50%	117.15	1.31%
卫生材料收入	9.85	0.12%	8.81	0.10%
药品收入	3,435.32	42.40%	3,696.50	41.46%
其中：西药收入	2,403.38	29.66%	2,605.36	29.22%
中草药收入	49.00	0.60%	61.01	0.68%
中成药收入	982.94	12.13%	1,030.12	11.55%
2. 住院收入	11,623.85		12,283.17	
其中：床位收入	406.16	3.49%	399	3.25%
诊察收入	42.57	0.37%	41.84	0.34%
检查收入	1,158.20	9.96%	1,179.68	9.60%
化验收入	1,851.79	15.93%	2,056.30	16.74%
治疗收入	495.20	4.26%	524.72	4.27%
手术收入	595.01	5.12%	648.48	5.28%
护理收入	477.08	4.10%	426	3.47%
卫生材料收入	144.81	1.25%	149.01	1.21%
药品收入	5,244.67	45.12%	5,338.58	43.46%
其中：西药收入	4,659.90	40.09%	4,597.41	37.43%
中草药收入	1.38	0.01%	1.21	0.01%
中成药收入	583.39	5.02%	739.95	6.02%

由表 3-3 可见, 2015 年某县公立医院门诊收入 10166.84 万元, 2016 年门诊收入 13576.83 万元, 总体呈现小幅度增长。2015 年门诊医疗服务收入 5475.66 万元, 占比门诊医疗收入的 53.86%, 2016 年门诊医疗服务收入为 7453.21 万元, 占比门诊医疗收入的 54.9%; 2015 年药品收入 3597.53 万元, 其中西药收入 2613.57 万元, 西药收入占比门诊医疗收入的 25.71%, 2016 年门诊药品收入

4704.15 万元，其中西药收入 3390.17 万元，占比门诊医疗收入的 24.97%。总体来看。2015 年和 2016 年门诊收入费用结构有一些变化。

住院收入由 13582.71 万元增加到 17089.2 万元，增加了 3506.49 万元；2015 年住院医疗服务收入共计 6730.48 万元，占比住院医疗收入的 50%；2016 年住院的医疗服务收入为 8668.14 万元，占比住院医疗收入的 51%；药品收入费用由 4615.16 万元增加到 5606.69，增加了 991.53 万元，但是其药占比降低 1.17%，其中西药收入占比下降了 1.17%。总体来看，2015 年与 2016 年度住院收入结构有小幅度的变化。

综合表 3-2 和表 3-3 可见，在 2015 年药品零差率政策后，医疗收入中药品及其中的西药的收入在逐年增加，但其在医疗收入的占比下降了，由政策实施前的 34.1%下降至政策实施后的 26.94%，下降了 7.16%；而相关的医疗服务收入费用逐年增长，其在医疗收入中的占比也大大提高，由 44.62%增加到 52.44%，增加了 7.82%。这说明药品零差率政策在降低药品中的西药加成价格方面有显著的作用，同时也说明了新医改更加注重医务人员的劳动价值，极大的提高了医务人员等的工作积极性。但是，随着药费的下降，总医疗收入并没有随之降低，反而出现逐年小幅增长的趋势，说明这存在着医疗行为转移的行为，医院试图通过在检查和耗材方面的诱导需求行为来抵消取消药品加成造成的损失。

表 3-3 2015 年-2016 年某县医院医疗收入情况一览表

项目	2015 年		2016 年	
	费用(万元)	比例	费用(万元)	比例
1. 门诊收入	10166.84		13576.83	
其中：挂号收入	64	0.63%	85.43	0.63%
诊察收入	593.47	5.84%	892.53	6.57%
检查收入	2168.32	21.33%	2795.59	20.59%
化验收入	1832.02	18.02%	2486.49	18.31%
治疗收入	658.10	6.47%	978.83	7.21%
手术收入	159.77	1.57%	214.36	1.58%
卫生材料收入	8.75	0.09%	10.68	0.08%
药品收入	3597.53	35.38%	4704.15	34.65%
其中：西药收入	2613.57	25.71%	3390.17	24.97%
中草药收入	116.44	1.15%	150.49	1.11%
中成药收入	927.52	9.12%	1243.61	9.16%

表 3-3 2015 年-2016 年某县医院医疗收入情况一览表 (续表)

项目	2015 年		2016 年	
	费用(万元)	比例	费用(万元)	比例
2. 住院收入	13582.71		17089.20	
其中: 床位收入	659.76	4.86%	730.09	4.27%
诊察收入	225.04	1.66%	303.14	1.77%
检查收入	1421.43	10.46%	1868.41	10.93%
化验收入	2438.71	17.95%	3068.33	17.95%
治疗收入	584.55	4.30%	735.47	4.30%
手术收入	812.51	5.98%	1222.28	7.15%
护理收入	588.48	4.33%	740.42	4.33%
卫生材料收入	173.33	1.28%	218.08	1.28%
药品收入	4615.16	33.98%	5606.69	32.81%
其中: 西药收入	3953.99	29.11%	4774.83	27.94%
中草药收入	3.50	0.03%	5.80	0.03%
中成药收入	657.67	4.84%	826.06	4.83%

3.4 药品零差率政策对某县公立医院收支结构的影响

由表 3-4 可见,2013 年至 2016 年,医疗收入增加了 10946 万元,增长 55.46%; 财政基本补助收入增加了 959 万元,增长 36.62%; 医疗业务成本增加了 11116 万元,增长了 55.41%, 管理费用增加了 426 万元,增长 22.96%, 但 2013 年到 2016 年的医疗业务成本费均高于医疗收入。这说明医院在医疗费用中入不敷出, 需要靠补偿机制来补充医院的收入,即需要加大政府财政补助收入或者是提高医疗服务收入来增加收入,从而维持医院正常运营。但是这四年的财政基本补助收入的增幅却大大低于医疗收入和医疗业务这四年的增幅,这说明财政投入不足,为了收支平衡,有可能会出现过渡医疗或者医疗转移,从而提高医疗服务收入,这将很大的侵害到患者的权利,影响公立医院的公益性改革的发展。

表 3-4 2013 年-2016 年医院的收入支出明细表

单位：万元

年度	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
医疗收入	19726	21198	23749	30666
财政基本补助收入	2622	2912	3418	3581
其他收入	295	1099	344	286
医疗业务成本	20062	22756	24611	31178
管理费用	1855	1978	1987	2281
其他支出	78	212	68	124

3.5 药品零差率政策对某县公立医院门诊收入结构的影响

按照某县公立医院疾病诊断分类系统，结合 2014 年、2015 年某县医院门诊就诊大数据分析，某县医院门诊就诊人数较多的病种有高血压和糖尿病。下面我将从这两种病种在药品零差率政策实施前后的医疗费用变化进行分析。

3.5.1 高血压门诊就诊医疗费用情况

以某县医院 2014 年-2015 年高血压门诊就诊患者为对象，选取了 2014 年、2015 年间共 45288 人次的就诊医疗费用明细，从就诊患者的年龄、疾病诊断的类型来对比分析同一个病种在药品零差率政策实施前后的医疗费用结构的变化。

由表 3-5 可见，2014 年至 2015 年门诊高血压就诊患者共计 45288 人，2014 年门诊就诊的患者 80 岁以上的老人 5956 人，占比 25.89%；60-79 岁的患者 14212 人，占比 61.77%；40-59 岁的就诊患者 2783 人，占比 12.10%；40 岁以下的就诊患者 58 人，占比 0.25%。2015 年高血压门诊就诊患者 80 岁以上的 5155 人次，占比 23.14%；60-79 岁的就诊患者 14453 人次，占比 64.87%；40-59 岁的就诊患者 2607 人次，占比 11.7%；40 岁以下的患者 64 人次，占比 0.29%。这说明高血压的就诊患者大部分为 60 岁以上的中老年人。

表 3-5 2014 年-2015 年门诊高血压患者年龄分布一览表

年龄	80 岁以上		60-79 岁		40-59 岁		40 岁以下		合计
	人数	比例	人数	比例	人数	比例	人数	比例	
2014 年	5956	25.89%	14212	61.77%	2783	12.10%	58	0.25%	23009
2015 年	5155	23.14%	14453	64.87%	2607	11.70%	64	0.29%	22279

由表 3-6 可见，2014 年高血压门诊就诊患者中诊断为高血压病的 23001 人，占比 99.97%，其余的 1 个诊断为 2 级高血压，7 个为 3 级高血压。2015 年高血压门诊就诊患者中诊断为高血压的 22249 人，占比 99.87%，其余 3 个为二级高血压，27 个为 3 级高血压。

表 3-6 高血压门诊患者疾病诊断情况一览表

	高血压	高血压 2 级	高血压 3 级	合计
2014 年	23001	1	7	23009
2015 年	22249	3	27	22279

由表 3-7 可见，2015 年高血压门诊就诊患者总费用为 5968487 元，较 2014 年的高血压门诊就诊患者总费用 4090749 元，增长了 1877738，增幅达 45.9%，患者就诊的均次费用也由 177.79 元增长到 267.9 元，增长了 90.11 元，增幅为 50.68%；高血压门诊医疗服务费用由 2014 年的 452853.35 元增长到 2015 年的 875345.35 元，增加了 422492 元，医疗服务费用占门诊医疗总费用的比例也由 2014 年的 11.07% 增加到 2015 年 14.66%；药品费也由 2014 年的 3628335.05 元增加到 2015 年的 4884517.9 元，增加了 1256183 元，但是药品费占高血压门诊总费用的比例却由 2014 年的 88.7% 下降到 2015 年的 81.84%。

从高血压门诊费用的支付类型的比列来看，个人支付的均次费用由 2014 年的 46.5 提高到 2015 年的 90.29 元，增加了 43.79 元，且个人支付占均次门诊总费用的比列也从 2014 年的 26.15% 上升到 2015 年的 33.7%，这说明门诊高血压患者就诊的费用不降反升，增加了患者的负担，有违公立医院的公益性。

表 3-7 某县医院 2014 年-2015 年高血压门诊医疗费用结构一览表

	2014 年			2015 年		
	总费用	次均费用	比例	总费用	次均费用	比例
总费用	4090748.58	177.79		5968486.74	267.9	
诊查费	185840	8.08	4.54%	195332	8.77	3.27%
治疗费	9632	0.42	0.24%	48745.5	2.19	0.82%
手术费	61	0	0.00%	47650	2.14	0.80%
护理费	72	0	0.00%	33686	1.51	0.56%
检查费	91770.5	3.99	2.24%	198694.5	8.92	3.33%
化验费	165477.85	7.19	4.05%	351237.35	15.77	5.88%
药品费	3628335.05	157.69	88.70%	4884517.9	219.24	81.84%
其他费	5938.68	0.26	0.15%	114837.93	5.15	1.92%
其他医疗	1778	0.08	0.04%	26436.41	1.19	0.44%
个人支付	1069917.06	46.5	26.15%	2011644.27	90.29	33.70%
医保个人账户	538299.86	23.4	13.16%	509066.93	22.85	8.53%
医保统筹支付	2474948.81	107.56	60.50%	3416671.91	153.36	57.24%

这说明 2015 年实施的药品零差率政策对控制医疗费用中药品费占比有效果,且在费用结构中可以看出医务人员的劳动价值提高了,医疗服务收入整体呈上升的趋势,但是患者次均费用在不断上升,均次费用的个人自付比例也呈上升趋势,这说明了在药品加成费用取消的同时,医院通过提高医疗服务来弥补药品零加成的损失,但是对于医疗服务价格如何适当的提升却没有把握好,导致了患者自付比例的不断增加。所以如何在下降药品价格的同时,即使提高了医疗服务收费,又降低门诊医疗费用,是患者真正享受到政策带来的实惠,体现了公立医院公益性的缺失,是今后县级公立医院改革的一个重要课题。

3.5.2 糖尿病门诊就诊医疗费用情况

以某县医院 2014 年、2015 年糖尿病门诊就诊患者为对象,选取了 2014 年、2015 年间共 30042 人次的就诊医疗费用明细,从就诊患者的年龄、疾病诊断的类型来对比分析同一个病种在药品零差率政策实施前后的医疗费用结构的变化。

由表 3-8 可见,2014 年、2015 年某县公立医院门诊共接诊病人 30042 人次,

其中 2014 年门诊就诊患者 80 岁以上有 2475 人, 占比 1.92%, 60-79 岁的有 9400 人, 占比 64.27%, 40-59 岁的有 2484 人, 占比 16.98%, 40 岁以下的有 266 人, 占比 1.82%。2015 年门诊就诊患者 80 岁以上的 1912 人, 占比 12.4%, 60-79 岁的有 9860 人, 占比 63.96%, 40-59 岁的有 3224 人, 占比 20.91%, 40 岁以下的 421 人, 占比 2.73 人。这说明 2014 年和 2015 年的糖尿病门诊就诊患者的总数和就诊患者的年龄分布并未有太大的不同。

表 3-8 2014 年-2015 年糖尿病门诊就诊患者年龄分布

年龄 时间	80 岁以上		60-79 岁		40-59 岁		40 岁以下		合计
	人数	比例	人数	比例	人数	比例	人数	比例	
2014 年	2475	16.92%	9400	64.27%	2484	16.98%	266	1.82%	14625
2015 年	1912	12.40%	9860	63.96%	3224	20.91%	421	2.73%	15417

由表 3-9 可见, 2014 年某县公立医院糖尿病门诊中有 14411 人被诊断为糖尿病, 占糖尿病门诊就诊总人数的 98.54%, 其余的 2 人为糖尿病前期, 212 人为 2 型糖尿病。2015 年糖尿病就诊患者中有 15068 人诊断为糖尿病, 占比 97.74%, 其余的有 2 例为糖尿病前期, 347 例为 2 型糖尿病。这说明 2014 年和 2015 年糖尿病门诊就诊的患者的疾病诊断基本上都是糖尿病。

表 3-9 门诊糖尿病患者疾病诊断一览表

	糖尿病前期	糖尿病	2 型糖尿病	合计
2014 年	2	14411	212	14625
2015 年	2	15068	347	15417

由表 3-10 可见, 某县公立医院 2014 年糖尿病门诊就诊患者总医疗费用为 2868282.61 元, 就诊人数为 14625 人次, 次均费用为 196.13 元, 2015 年糖尿病门诊就诊患者的总医疗费用为 3853345.16 元, 就诊人数为 15417 人次, 次均费用为 249.94 元。其中 2014 年糖尿病门诊医疗服务收入为 239123.7, 占比 8.34%, 2015 年糖尿病门诊就诊医疗服务收入为 578594.65 元, 占比 15.02%, 同比增加了 3394770.95 元, 占比增幅为 6.68%。2014 年糖尿病门诊药品费为 2623395.16 元, 次均药费为 179.38 元, 占比 91.46%, 2015 年糖尿病门诊药品费为 3260221.54 元, 次均药费为 211.47 元, 占比为 84.61%, 同比药品费增加了 636826.38 元, 次均药费增加了 32.09 元, 占比幅度降低了 6.85%。

从糖尿病门诊费用的支付类型的比列来看，个人支付医疗总费用由 2014 年的 877691.43 元增加到 2015 年的 1363371.88 元，次均费用也由 2014 年的 60.01 元增加到 2015 年的 88.43 元，支付比例也由 2014 年的 30.6% 增加到 35.38%；而医保个人账户和医保统筹支付的比例则相对的有所降低。

表 3-10 某县医院 2014 年-2015 年糖尿病门诊医疗费用结构图

	2014 年 (14625 人次)			2015 年 (15417 人次)		
	总费用	次均费用	比例	总费用	次均费用	比例
总费用	2868383.61	196.13		3853345.16	249.94	
诊查费	87185.00	5.96	3.04%	186114	12.07	4.83%
治疗费	6967.50	0.48	0.24%	18279	1.19	0.47%
检查费	23994.00	1.64	0.84%	115205	7.47	2.99%
化验费	120977.70	8.27	4.22%	258996.65	16.80	6.72%
药品费	2623395.16	179.38	91.46%	3260221.54	211.47	84.61%
其他费	3914.75	0.27	0.14%	3878.22	0.25	0.10%
其他医疗	930.50	0.06	0.03%	10555	0.68	0.27%
个人支付	877691.43	60.01	30.60%	1363371.38	88.43	35.38%
医保个人账户	275038.89	18.81	9.59%	268926.54	17.44	6.98%
医保统筹支付	1715653.29	117.31	59.81%	2221047.24	144.06	57.64%

综上所述，2015 年药品零差率政策的实施对该县级公立医院门诊收入结构的影响明显。第一，医疗服务项目的收入整体呈上升的趋势，体现了医务人员的劳动价值提高了；第二，药品费用虽然上升了，但是药品费占比同比下降了，说明了药品零差率政策对于控制药品的价格有一定的作用。第三，患者个人支付比例的上升，这说明患者的就诊医疗费用负担加重了。第四，患者次均费用、均次药品费的在不断上升，均次费用中个人自付比例也呈上升趋势，这说明了在药品加成费用取消的同时，医院通过提高医疗服务收费来弥补药品零加成的损失，但缺乏一个完整完善的价格机制，导致了患者自付比例的不断增长，政策的普及没有真正的惠及到患者本身，导致县级公立医院公益性的缺失。

3.6 药品零差率政策对某县公立医院住院收入结构的影响

由表 3-11 可见，以住院患者为研究对象，选取两个病种（以下简称 A 病种和 B 病种）住院患者 2014 年和 2015 年费用结算清单，来统计住院医疗门诊费用

结构的变化。由图可见，A、B两种病种次均费用都提高了，主要是因为床位费、诊查费、治疗费、护理费、检查费、化验费等医疗服务费用价格提高了，而药品费用却降低了，且药品费用占总费用的比例也明显下降了3%左右，两种病种的药占比均在31%。说明药品零差率政策对于控制药品费用有明显的作。且在费用的支付比例中个人支付的金额也有所降低，个人支付比例也随着降低。

表 3-11 患者住院医疗费用明细一览表

	A 病种				B 病种			
	2014 年		2015 年		2014 年		2015 年	
	次均费用	比例	次均费用	比例	次均费用	比例	次均费用	比例
总费用	7716.18		8207.15		6960.23		7014.49	
床位费	318.23	4.12%	346.98	4.23%	333.80	4.80%	343.41	4.90%
诊查费	121.65	1.58%	123.70	1.51%	125.62	1.80%	124.03	1.77%
治疗费	248.47	3.22%	298.08	3.63%	178.54	2.57%	199.82	2.85%
手术费	24.42	0.32%	31.23	0.38%	14.90	0.21%	0.00	0.00%
护理费	232.02	3.01%	254.74	3.10%	188.94	2.71%	196.04	2.79%
检查费	1587.21	20.57%	1870.74	22.79%	1444.95	20.76%	1623.35	23.14%
化验费	2108.79	27.33%	2391.43	29.14%	1936.95	27.83%	2087.42	29.76%
药品费	2668.57	34.58%	2552.35	31.10%	2453.55	35.25%	2235.45	31.87%
其他费	313.79	4.07%	227.30	2.77%	229.69	3.30%	125.98	1.80%
其他医疗	9.23	0.12%	17.17	0.21%	5.36	0.08%	10.17	0.14%
个人支付	2503.81	32.45%	2230.01	27.17%	2138.56	30.73%	1920.09	27.37%
医保个人账户	67.60	0.88%	77.96	0.95%	81.08	1.16%	66.24	0.94%
医保统筹支付	5144.77	66.68%	5899.17	71.88%	4740.59	68.11%	5028.16	71.68%

3.7 不同支付类型患者的医药费用分析

表 3-12 是以医院门诊就诊患者为对象，随机抽取 2013 年至 2016 年共 55038 个患者就诊的诊疗费用，按照支付类型划分，统计不同的支付类型的患者医疗费用中的个人支付、医保个人账户和医保统筹支付的变化情况。可见：在药品零差率政策实施前的 2013 年和 2014 年省医保中的个人支付比例在 20%左右，市医保的个人支付比例在 14%左右，新农合医保的个人支付比例在 49%左右；在药品零

差率政策实施后的 2015 年和 2016 年，省医保个人支付比例占比 13%，较之前的下降 7%，市医保个人支付比例为 11%，较之前的下降了 3%，而新农合医保的个人支付比例为 53%，较之前的上升了 5%。可见在 2015 年药品零差率政策实施后，省医保和市医保支付中的个人支付比例有所降低，医保统筹支付比例提升。但新农合医保支付中的个人支付比例有所增加，医保统筹支付比例下降。

表 3-12 门诊就诊患者医疗费用支付比例一览表

年份	支付类型	个人支付	医保个人账户	医保统筹支付
2013 年	省医保	19.91%	33.69%	46.40%
	市医保	11.64%	19.22%	69.14%
	新农合医保	49.83%	0.00%	50.17%
	自费	100.00%	0.00%	0.00%
	其他医保	41.67%	0.00%	58.33%
2014 年	省医保	20.22%	33.90%	45.87%
	市医保	12.40%	18.14%	69.46%
	新农合医保	48.76%	0.00%	51.24%
	自费	100.00%	0.00%	0.00%
	其他医保	41.71%	0.00%	58.29%
2015 年	省医保	13.31%	21.33%	65.36%
	市医保	11.90%	15.31%	72.79%
	新农合医保	54.02%	0.05%	45.93%
	自费	100.00%	0.00%	0.00%
	其他医保	48.69%	0.00%	51.31%
2016 年	省医保	14.51%	26.43%	59.06%
	市医保	10.33%	13.62%	76.05%
	新农合医保	52.52%	0.11%	47.37%
	自费	100.00%	0.00%	0.00%
	其他医保	53.78%	0.00%	46.22%

表 3-13 是以某县医院住院患者为对象，随机抽取 2014 年至 2016 年就诊患者的药疗费用，按照支付类型划分，统计不同的支付类型的患者医疗费用中的个人支付、医保个人账户和医保统筹支付的变化情况。可见：2014 年，市医保的个人支付比例为 18.72%，新农合医保的个人支付比例为 36.08%；2015 年市医保的个人支付比例为 15.19%，新农合医保的个人支付比例为 35.24%；2016 年市医

保的个人支付比例为 13.5%，新农合的个人支付比例为 27.11%。这说明在 2015 年药品零差率政策实施后，市医保和新农合医保的个人支付比例均有所下降，医保个人账户支付比例和医保统筹支付比例逐年升高。

表 3-13 住院患者医疗费用支付比例一览表

年份	支付类型	个人支付比例	医保个人账户支付比例	医保统筹支付比例
2014 年	市医保	18.27%	3.02%	78.71%
	新农合医保	36.08%	0.00%	63.92%
	自费	100.00%	0.00%	0.00%
2015 年	市医保	15.19%	4.26%	80.55%
	新农合医保	35.24%	0.00%	64.76%
	自费	100.00%	0.00%	0.00%
2016 年	市医保	13.50%	4.25%	82.26%
	新农合医保	27.11%	0.03%	72.86%
	自费	100.00%	0.00%	0.00%

4.药品零差率政策对福建省某县公立医院医疗费用的实证分析

4.1 研究假设

2015年1月1日,某县公立医院开始实施药品零差率政策,开始医院的新一轮医疗改革。一是全面取消了药品的加成。从药品收支结余表可以看出,2013年、2014年某县公立医院药品的收支结余率为15%。二是增加政府财政支持投入。从某医院的收入支出明细表中我们很明显可以看出,政策实施后的2015年和2016年的财政补助收入高于2013年和2014年,总共增加了1465万元。三是提高医疗服务收入。综合2013年-2016年医院医疗收入结构可以看出,医疗服务费用在逐年增加。综上所述,药品零差率政策的实施在某县公立医院得到的全面的贯彻实施,那政策的实施是否真正惠及到百姓呢?由此本小结提出四个研究假设:

假设1:药品零差率政策实施对患者的就诊费用的影响;

假设2:药品零差率政策实施对患者个人支付医疗费用的影响;

假设3:药品零差率政策实施对患者医疗服务费用的影响;

假设4:药品零差率政策实施对患者药品费用的影响。

4.2 变量的选择

本文选取2013年-2016年某县公立医院就诊的门诊和住院患者医疗费用为样本进行研究。综合参考了国内外学者对医疗费用支出的影响因素研究结果,已有文献发现,患者的年龄、病情程度、医保的类型对患者医疗费用支出的都有一定的影响,因此,本小结将以此作为与医疗费用支出的关系依据,同时引入药品零差率政策是否实施作为重要指标,构建多元线性回归模型的形式为:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki} \quad i=1, 2, 3, \dots, n$$

其中, k 为解释变量的书面, $\beta_j(j=1, 2, 3, \dots, k)$ 称为回归系数(regression coefficient)。一元线性回归是一个主要影响作为自变量来解释因变量的变化,通过STATA16软件来运行多元线性回归分析。

表 4-1 自变量的选择及赋值办法

变量名称	变量赋值
医保类型 (category)	厅级干部=5
	省医保=4
	市医保=3
	县新农合=2
	市居民=1
	自费=0
病情程度 (degree-danger)	低危=1
	中危=2
	高危=3
是否实施药品零差率政策 (addition)	否=0
	是=1

4.3 实证结果分析

4.3.1 门诊医疗费用实证结果分析

由表 4-2 可见, 本次研究共随机选取门诊就诊患者费用样本共 169048 个, 分别以门诊患者的总费用 (Y1)、个人支付费用 (Y2)、医疗服务费用 (Y3)、药品费用 (Y4) 为因变量, 药品零差率政策 (X1)、年龄 (X2)、医保支付类型 (X3) 和病情程度 (X4) 为自变量, 构建多元线性回归模型, 且各自变量与因变量之间的关系影响都是显著的。

在模型 1 总费用的回归中, 可见药品零差率政策的实施和病情程度对于总费用的影响是呈正相关的, 而年龄和医保类型与总费用是呈现负相关的。药品零差率的政策实施后门诊总费用上升了 110.97 元, 这回答了假设 1, 即药品零差率政策的实施增加的患者的门诊就诊费用。

在模型 2 门诊医疗费用的个人支付费用回归中可见, 药品零差率政策的实施和病情程度对于个人支付费用的影响是呈正相关的, 而年龄和医保类型与个人支付是呈现负相关的。药品零差率政策实施后患者均次就诊的个人支付费用增加了 38.11 元, 即药品零差率政策的实施增加了患者的个人支付费用, 这也回答了假设 2 的问题。

在模型 3 门诊医疗费用中的医疗服务费用的回归中, 药品零差率政策的实施和病情程度对于医疗服务费用的影响是呈正相关的, 而年龄和医保类型与医疗服务费用是呈现负相关的。药品零差率政策实施后患者的门诊就诊医疗服务费用增加了 14.92 元, 即药品零差率政策的实施增加了患者的医疗服务费用, 这回答了

假设 3 的问题。

在模型 4 门诊医疗费用的药品费用回归中可见,药品零差率政策的实施和病情程度对于药品费用的影响是呈正相关的,而年龄和医保类型与药品费用是呈现负相关的。药品零差率政策实施后患者的均次门诊药费也提高了 36.69 元,即药品零差率政策的实施增加了患者的药品费用,这也回答了假设 4 的问题。

表 4-2 门诊医疗费用样本回归结果

	变量	总费用 total_fee	个人支付费用 Pay_byself	医疗服务费用 service_fee	药品费用 drug_fee
药品零差率政策	addition	110.97*** (4.45)	38.11*** (3.18)	14.92*** (0.68)	36.69*** (1.427364)
年龄	age	-12.25*** (0.14)	-6.68*** (0.1)	-1.99*** (0.02)	-2.02*** (0.05)
医保类型	category	-63.88*** (3.83)	-164.17*** (2.74)	-13.46*** (0.58)	-13.79*** (1.23)
病情程度	degree_danger	1253.87*** (11.14)	625.44*** (7.96)	154.77*** (1.7)	338.5*** (3.57)
常数	Constant	-154.71*** (16.12)	137.4*** (11.52)	17.98*** (2.46)	-24.87*** (5.17)
	Observations	169,048			
	R-squared	0.1254	0.0939	0.1104	0.0727

Std.Err. in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

4.3.2 住院医疗费用实证结果分析

由表 4-3 可见,本次研究共随机选取住院患者费用样本共 6630 个,分别以住院患者的总费用(Y1)、个人支付费用(Y2)、医疗服务费用(Y3)、药品费用(Y4)为因变量,药品零差率政策(X1)、年龄(X2)、医保支付类型(X3)和病情程度(X4)为自变量,构建多元线性回归模型,除了药品零差率政策对于住院总费用的影响不显著外,其他的自变量与因变量之间的关系影响都是显著的。

在模型 1 总费用的回归中,可见药品零差率政策的实施对于总费用的影响是呈负相关的且影响不显著,而年龄、医保类型和病情程度与总费用是呈现正相关的。药品零差率的政策实施后住院总费用下降了 98.6 元,这回答了假设 1,即药品零差率政策的实施降低的患者的住院费用。

在模型 2 住院患者费用的个人支付费用回归中可见,可见药品零差率政策的实施和医保类型对于个人支付费用的影响是呈负相关,而年龄和病情程度与总费用是呈现正相关的。药品零差率政策实施后患者均次住院的的个人支付费用减少了 296.48 元,即药品零差率政策的实施降低了患者的个人支付费用,这也回答了假设 2 的问题。

在模型 3 住院医疗费用中的医疗服务费用的样本回归中,药品零差率政策的实施、病情程度、年龄和医保类型与医疗服务费用均呈现正相关的影响。药品零差率政策实施后患者的医疗服务费用增加了 245.52 元,即药品零差率政策的实施增加了患者的医疗服务费用,这回答了假设 3 的问题。

在模型 4 住院医疗费用的药品费用回归中可见,药品零差率政策的实施对于药品费用的影响是呈负相关的,而年龄、病情程度和医保类型与药品费用是呈现负相关的。药品零差率政策实施后患者的均次住院药费也降低了 36.69 元,即药品零差率政策的实施降低了患者的药品费用,这也回答了假设 4 的问题。

表4-3 住院医疗费用样本回归结果

	变量	总费用 total_fee	个人支付费用 Pay_byself	医疗服务费用 service_fee	药品费用 drug_fee
药品零差率政策	addition	-98.6 (101.95)	-296.48*** (46.87)	245.52*** (39.22)	-188*** (51.62)
年龄	age	60.75*** (1.58)	20.62*** (0.73)	32.72*** (0.61)	23.52*** (0.8)
医保支付类型	category	461.54*** (91.84)	-1629.43*** (42.22)	181.22*** (35.33)	252.85*** (46.74)
病情程度	degree_danger	1640.68*** (82.9)	720.4*** (38.11)	523.48*** (31.89)	196.2*** (42.1)
常数	constant	780.23*** (148.97)	2141.99*** (68.49)	506.47*** (57.31)	648.25*** (75.66)
	Observations			6,630	
	R-squared	0.2832	0.2485	0.3931	0.1723

Std.Err. in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

4.4 本章小结

本章通过对 2013 年-2016 年福建省某县公立医院的门诊和住院患者的医疗费用进行了多元线性回归,得出结论一是药品零差率政策实施后,医疗服务费用呈上升趋势,提高了医务人员的劳动价值,促进了医务人员的积极性;二是全面取消药品加成后,住院患者的药品费用开始降低,但门诊患者的药品费用还在上

升趋势；三是住院患者的个人支付费用在政策实施后呈现下降的趋势，而门诊患者的个人支付用却呈小幅度的增长；四是政策实施后住院患者的总费用得到一定的降低，但影响并不显著，而门诊就诊患者的均次费用却呈现上涨趋势。综上所述，药品零差率政策在福建省某县级公立医院实施有一定的成效，但距离实现全面降低患者的就诊费用的目标还是有一定的距离。

5.药品零差率政策实施后县级公立医院改革存在的问题

通过对福建省某县公立医院的 2013 年-2016 年医院收入及其结构、次均费用及医疗费用的结构等数据分析,总结出药品零差率政策对县级公立医院改革的影响,分析其利弊,为医疗改革提供了可借鉴的经验。

5.1 补偿力度不够到位

根据《福建省县级公立医院综合改革实施方案》文件规定,因药品零差政策实施后取消了药品加成的补偿,所以医院的补偿渠道改为医疗服务收费和政府财政补助补偿两个渠道。县级公立医院在取消药品(不含中药饮片)的加成后所减少的药品收入,通过医疗服务价格调整补偿 82%、财政补偿 15%、医院分担 3% 的办法解决。

本文研究发现,某县公立医院自 2015 年实施药品零差率政策后,医疗收入中药品费用中的西药收入的药占比由政策实施前的 34.1%下降至政策实施后的 26.94%,下降了 7.16%;但相关的医疗服务收入费用逐年增长,由政策实施前的 44.62%增加到政策实施后的 52.44%,增加了 7.82%。其次,对比 2014 年和 2015 年某县公立医院的收支明细表发现,在医疗收入和医疗成本的增长幅度均为 55% 的时候,财政补助收入却仅增加 36%,说明政府财政补助力度不够,医院为了维持收支平衡的问题,只能通过提高医疗服务收入价格来保证医院的正常经营。这也直接导致了医院药品费用占比降低,但医疗服务收入提高,导致患者次均费用呈上升趋势,使得政策的利民性没有惠及到患者本身。

所以,在县级公立医院的改革中,要建立科学的医院补偿渠道,确保财政补助到位,稳定合理的医疗服务收入。目前我国现行的补偿方式主要有 4 种,分别是按床位、按人头、混合补偿(既按人头又按床位)和定额包干补偿。因为每一种补偿方式都各有利弊,比如按床位的补助有助于补偿的覆盖到医院的所有病人,但存在着为了补偿盲目的扩张床位的情况出现。所以对于补偿不能实行一刀切做法,要根据医院实际情况进行测算,选择最佳的补偿方式。

5.2 医疗服务项目定价机制不够成熟

从医疗费用结构图中可见，福建省某县级公立医院自 2015 年实施了药品零差率政策后，医务人员的劳务价值逐步回归，无论是诊查治疗的收入总量，还是在医疗收入中的占比都呈现出逐年上升的态势，医疗服务收入较上年的未实施药品零差率政策时的医疗服务占比增加了 7.82%，但是高血压和糖尿病的门诊次均费用以及住院的次均费用均呈上升的趋势，一方面说明此次改革注重提高了医务人员的劳动价值，但是对于医疗服务收入的价格定价却未建立在其实际的劳务成本上，导致医院的药品收入和医疗服务费用此消彼长，患者次均就诊费用呈直线上升。

其原因是医疗服务的价格仍然不合理，主要体现在以下几个方面：第一，在对医疗服务价格进行行政调整之后，取消药品加成费用的补偿率低于预期，不能扭转医院损失的局面。其次，医疗服务调价在实际运作过程中缺乏科学性和合理性。在消除药品价格差异之后，当地定价部门仅根据医院的减少收入进行调整。不仅调整依据差，计算精度也差，而且还考虑了医保的实际偿付能力和社会舆论的影响。因此，很难一步一步进行调整。第三，统一的价格调整方法不够合理，无法公正地对待不同医院的经验。不同医院的业务收益和实际情况不同，同一医院的各科室各病种间也存在不同。因此，医疗服务的定价或价格调节是改革公立医院机制的瓶颈之一。

5.3 患者自付比例高

2013 年-2016 年，某县公立医院在药品零差率政策实施后，其药品收入占医疗费用的收入的比例有所降低，但是门诊和住院患者的均次药费则略有上升，药占比从 44% 下降到 35.2%。这说明药品零差率政策对控制药品费用上涨的确有着显著作用。通过上文的数据对比分析可见，患者的个人医疗次均费用在逐年并没有因药品零差率政策的实施而随之降低，反而是逐年呈现增长的趋势。究其根源在于诊查、治疗、检查和化验等医疗费服务费用在医疗收入中的占比逐年上升，在药品零差率实施后，为了维持医院收支平衡，医院把药品加成取消所减少的利润转嫁到医疗服务收入费用上，即增加诊查、检查化验等费用，从而转换一种收入说法，这样造成了药品费用的下降，但提高了检查、治疗等医疗服务费用，总医疗费用依然是上涨的。从经济角度看，药品零差率政策的实施可以调整了医院的医疗收入结构，但不能完全解决降低患者就诊费用的根本问题。

5.4 不同类型的医保支付比例差额大

本文通过研究 2013 年-2016 年福建省某县级公立医院的门诊和住院患者的不同医保支付支付医疗费用的比例分析发现,在药品零差率政策实施后,一是门诊医疗费用结算中省医保支付中的个人支付比例由政策实施前的 20%下降到政策实施后的 13.9%,下降率 6.1%,市医保支付中的个人支付比例由政策实施前的 12.02%下降到政策实施后的 11.12%,下降了 0.9%,而新农合医保支付中的个人支付的比例却由 49.3%增加到政策实施后的 53.27%,增长了 3.97%。二是住院患者的出院结算中市医保支付中的个人支付比例由 18.27%下降至 14.35%,下降了 3.92%,新农合医保支付中的个人支付比例由 36.08%下降到 31.18%,下降了 4.9%。

这说明在政策实施后,省市医保支付中的患者个人支付的费用比例由明细的降低,但新农合医保支付的患者在门诊费用的个人支付比例不降反升,说明了政策的普及并未惠及到所有的就诊患者。且省市医保中个人支付的比例远远低于新农合医保中个人支付问题,说明政策的全民覆盖性还有待加强,促进全民享受平等的医疗保障。

6 对策建议

通过对福建省某县公立医院的在药品零差率政策实施后存在的患者医疗费用自付比例高、医疗服务调价难以弥补医院的亏损和医疗费用增加的问题,提出来要加大政府财政补助补偿、完善相关的医疗诊疗服务项目的定价和加强对医生等医务人员的培训和监管力度等对策建议,为县级公立医院的改革提供可借鉴的经验。

6.1 加大政府财政补偿投入,科学推进医保支付改革

药品零差率等实施后,药品的加成费用归零,医疗成本逐渐增加,医院医疗收入始终低于医疗成本的开支,收支结构失衡,导致公立医院的持续亏损,这对县级公立医院的正常运营产生了巨大阻碍。如何平衡医院的收支管理和保持医院的社会公益性,且又要保证医疗服务水平和质量,不仅要靠开源,更要注重节流。既要拓宽收入补偿渠道,弥补药品加成取消的损失,又要体现公立医院的公益性。既要满足医院的可持续发展,又要增加收入。这就需要社会各方面力量的共同努力,才能实现医院的健康发展。需要政府加大对县级公立医院的财政支持,以弥补收入的损失。政府应该进一步完善医疗服务和药品服务的投入和补偿,承担更多惠民的社会责任。同时要建立科学的补偿机制。要对各级公立医院进行分级的补偿机制,优化医院收入支出结构,建立健全财政补助长效机制,保障医院健康可持续的运营。

近年来,政府扩大了医疗报销对于医疗服务项目的范围,规范了医疗服务收费行为,完善医疗服务体系。目前,我国医疗保险的支付方式有三种:人头、疾病、服务单位。不断出台相关医保支付政策,推进深化各种支付改革,不仅是为了提醒公立医院发挥公益性作用,降低医疗成本,减轻患者负担,更是为了督促医院改变收入来源。从服务收费、药品加价收入、政府投入服务收费、政府投入等方面入手,提高医疗服务水平,提高医疗服务质量,优化业务部门整体收入结构。

6.2 完善医疗价格定价机制,加强医疗支出成本控制

实行药品零差率政策后,取消药品价格的加成,后推出的医疗服务价格调整,

意在借此来增加医疗收入，从而弥补药品加成的缺失。所以此次医疗价格的调整侧重于医疗服务项目，极大地提升了医生等医务人员的劳务价值。但是此次的调价并未根据县级公立医院的实际运营情况基础上进行调价，导致后面出现医疗费用价格高，均次医疗费用在药占比下降的同时还保持着一定增长的趋势，也很难保证患者的权益。因此，要完善医疗价格定价机制，综合考虑医院、医务人员、患者等相关方的合理利益，可通过听证会邀请各方进行参与探讨，再邀请相关专家学者进行实际调研确认，制定出合理又能保证患者权益的医疗价格定价机制，并能实时根据医疗项目的变更而更新服务价格。

其次，县级公立医院的发展并不是单一依靠政府的财政投入开源来使医院的经营扭亏为盈，更需要其节流，即合理的控制好医疗成本。一是要注重提高医务人员的劳动效率，加强宣传教育，树立节约意识观念。严格制定好相关规定，明确相关部门责任。二是控制好医疗耗材损耗，可将科室的耗材损耗列入科室或是医务人员的绩效考核中，督促相关人员采取积极的控制措施，落实管理责任，增收节支。

6.3 加强医务人员培训，提高医疗服务水平

首先，要加强医务人员培训，鼓励医务人员通过学习不断提高业务水平，总结诊疗活动经验，积极开展医学研究，科学提高诊疗实力，提高医疗质量，为患者提供更好的健康服务。发展核心医疗技术，提高医院核心竞争力，通过差异化医疗服务吸引医务人员流动，产生经济效益。

其次，要加强对医生等医务人员的保护和监管。由于药品价格加成的取消，很多医院为了收支平衡，加大了医疗服务的收费，从而发生了医疗费用的转移，侵犯了患者的权益。所以要从加大对医务人员的监管，通过医疗费用中的医疗项目结构收支明细占比来监测，确保不出现高价药、大检查等问题。其次，要及时公开医疗服务项目收费相关政策法规，让患者知晓，减少医患矛盾，保护医务人员。

6.4 完善医保支付制度，降低患者自付费用

由某县级公立医院的门诊住院就诊费用结算明细中可见，医保的支付类型对于不同等级的医保有不同的支付比例，省市医保支付与新农合医保支付中个人负担存在很大的差异，所以在今后的医改中可以通过调整医保支付标准，适提高新农合等基层的医保报销比例，充分发挥医保统筹基金的作用，降低患者就诊的自

付费用，让百姓享受到医改的真正实惠。

7 结论

实行药品零差率政策，已成为新医改的重要举措和重点政策。目标是切实缓解“看病贵、看病难”问题，要转变医疗机构运行机制，使公立医院回归公益性，有效降低药品价格，从根本上减轻医疗成本负担。从 2009 年起，中国开始在全国范围内实行药品零差率销售政策。以“药改”的方式推进“医改”，推进整个医疗体制改革。零差率政策不仅是取消药品价格上涨的简单措施，也是深化医改的重要举措。通过对福建省某县公立医院在药品零差率政策实施前后的相关数据分析，得出以下主要结论：一是县级公立医院药品费用占医疗收入中的比重下降，医疗服务收入占比同期上升；第二，医院的缺乏科学、可持续的财政补贴机制，财政补贴少，医疗服务价格调整不合理。三是药品零差率政策实施后，患者自付费用比例高。基于以上结论，本文提出了加大政府财政补偿投入，科学推进医保支付改革；完善医疗价格定价机制，加强医疗支出成本控制；加强医务人员培训，提高医疗服务水平；完善医保支付制度，降低患者自付费用等对策。

参考文献

- [1] 田小琳. 实施药品零差率后县级公立医院补偿问题研究[D]. 南京农业大学, 2016.
- [2] 张雨薇. “药品零差率”政策背景下公立医院成本补偿机制研究[D]. 华北理工大学, 2016.
- [3] 王春鸣, 周莹, 李军, 陈宇峰, 戎莉. 上海市某新建二级公立医院实施药品零差率实效分析[J]. 中国医院, 2016, 20(06):32-34.
- [4] 项千力, 伍林生. 重庆县级公立医院药品零差率政策对医方利益的影响及对策研究[J]. 医学争鸣, 2018, 9(03):72-75.
- [5] 钟初雷, 寿清和. 药品零差率四年后物价政策补偿到位情况实证分析[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(09):25-27.
- [6] 韩世新, 医疗费用增长过快的原因及对策分析[J]. 第三军医大学学报, 2001(06):63-64.
- [7] 刘君, 医疗费用过快增长原因探讨[J]. 湖北预防医学杂志, 2003, 13(6):66.
- [8] 周晓爽, 李婷婷, 顾雪非, 基本药品零差率销售对降低医药费用的影响研究[J]. 中国卫生经济, 2013, 8(366):50-52.
- [9] 陈铮, 高军, 社区药品“零差率”任重道远—冷观社区卫生服务药品集中采购和集中配送[J]. 首都医药, 2007, (5):15-19.
- [10] 高广颖, 韩优莉, 朱兆芳, 崔斌, 王禄生, 北京市乡镇卫生院药品零差率实施效果研究[J]. 中国医院, 2009(7):21-25
- [11] Austvoll-Dahlgren, The Role of Group Purchasing Organizations in the U. S. Health Care System. Prepared for HIGPA[J]. March 2000.
- [12] Jacobzonei. Changing the U. S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management[J]. January 2014.
- [13] Department of Chemicals and Petrochemicals Government of India, National Pharmaceuticals Policy[J], 2006 draft. December 28, 2005.
- [14] Klepser, Dahlgren A. Pharmaceutical policies: effect so preference pricing, other pricing, and purchasing policies[R]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006.
- [15] Kyle MK. Pharmaceutical price control sand entry strategies[J]. Review of Economics and Statistics, 2007, 89(1):88-99.
- [16] Gerber. Differences by Age Groups in Health Care Spending[J]. Health Care Financing Review, 1980, 1(4):65-90.

- [17] Haug M R. Age and Medical Care Utilization Patterns. *Journal of Gerontology*, 1981, 36(1): 103-111.
- [18] Allen C Goodman, Miron Stano. *The Economies of Health and Healthcare (The Third Edition)* [J]. 中国人民大学出版社, 2004.
- [19] Detsky, Non-Monetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence [J]. *Journal of Political Economy*, 1975, 83 (Volume 83, Number 3): 595-614.
- [20] MB Buntin, AM Zaslavsky, Too much ado about two-part models and transformation Comparing methods of modeling Medicare expenditures [J]. *Journal of Health Economics*, 2004, 23 (23): 525-542.
- [21] Leemore S. Dafny, J Posnett, The determinants and effects of health expenditure in developed countries [J]. *Journal of Health Economics*, 1992, 11 (2): 173-181.
- [22] 殷超. 药品零差率时代公立医院补偿机制的改革路径研究 [D]. 浙江大学, 2018.
- [23] 李双双, 姜小明, 唐月红. 基于结构变动度的乌鲁木齐市某二甲医院住院科室医疗服务项目收入分析 [J]. *医学与社会*, 2016, 29 (04): 67-69.
- [24] 胡爱忠, 李建刚. 英国医疗卫生体系特点及对中国的借鉴 [J]. *卫生软科学*, 2012, 26 (02): 84-85.
- [25] 许冠吾, 吴涛. 浅谈医院物价管理的问题与对策 [J]. *中国卫生产业*, 2015, 12 (09): 148-149+152.
- [26] 程源. 强化医院物价管理降低医院经营成本 [J]. *中国管理信息化*, 2016, 19 (18): 24.
- [27] 谢子远, 医疗费用增长过快的原因及其控制 [J]. *卫生经济研究*, 1998 (1): 40.
- [28] 王铮, 社区卫生服务机构药品零差率政策可行性研究 [D]. 华中科技大学, 2008.
- [29] 夏林兵, 李永斌, 王芳, 卢祖询, 全国重点联系城市社区卫生服务机构药品零差率政策实施现状及效用分析 [J]. *中国卫生政策研究*, 2010: 11-13.
- [30] 张建国, 刘建江, 杜国栓, 新型农村合作医疗村级基本药物制度对农村居民经济负担的影响分析 [J]. *中国全科医学*, 2011, 22.
- [31] 田起顺, 许可, 对实践药品零差率政策的思考 [J]. *行政事业资产与财务*, 2013 (4): 86-87.
- [32] 沈荣生, 公立医院改革药品零差率后对药品使用的影响 [J]. *中国医院*, 2012, 1 (17): 62-63.

- [32] 周爱华, 李立华, 基本药物制度在基层医疗机构实施现状分析与思考明. 长江大学学报, 2016, 13(24):72-73.
- [33] 陈力, 赵郁馨, 刘国祥, 杨文秀, 张毓辉[J]. 中国经济研究志, 2008, 27(10):12-16.
- [34] 李秀娟, 吴洋. 医疗费用增长的原因及对策思考[J]. 卫生软科学, 2002, 16(3):25-27.
- [35] 张毓人. 甘肃省医疗费用快速增长问题的调查与对策[J]. 甘肃社会科学, 2003, 3:84-86.
- [36] 韩志淡, 温楠, 宋奎勋, 宋燕, 窦伟洁. 山东省公立医院患者医疗费用结构变动分析[J]. 卫生软科学, 2018, 32(02):40-45.
- [37] 顾卫兵, 张东刚, 城乡居民收入与医疗保健支出关系的实证分析[J]. 消费经济, 2008(1):43-46.
- [38] 柴化敏, 中国城乡居民医疗服务需求与医疗保险研究[J]. 南开大学, 2013.
- [39] 沈政, 李军, 农民工医疗支出影响因素的实证分析——基于全国 3078 个农民工的调查数据[J]. 东岳论丛, 2015, 36(12):24-33.
- [40] 冯海龙, 陈长香, 田喜凤, 城乡中老年人就医行为的现状研究李淑杏[J]. 护理管理杂志, 2006, 6(5):13-14.
- [41] 宋璐, 左冬梅, 农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异:以巢湖地区为例[J]. 中国农村经济, 2010(5):74-85.
- [42] 刘萍, 林琳. 公立医院成本补偿存在的问题及对策探讨[J]. 中国卫生产业, 2015, 12(21):56-58.
- [43] 李志荣, 李传荣, 张辉, 土景宏, 徐媛, 吴海燕. 青岛市市属公立医院财政补助收入与公立医院运行情况的相关性分析[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(03):21-23.
- [44] 卢凤霞. 药品价格管理国际比较分析(上)[J]. 价格理论与实践, 2002, 06:34-35.
- [45] 张新平, 王洪涛, 唐玉清等. 国家基本药物制度政策回顾研究[J]. 医学与社会, 2012, 09:28-31.
- [46] 常峰, 张子蔚, 赵雪松. 国内外药品价格规制政策述评[J]. 价格理论与实践, 2009, 04:49-50.
- [47] 吴嘉冶, 余伯阳. 我国全民医保下的药品价格谈判机制研究[J]. 中国医药导报, 2013, 33:158-162.
- [48] 鲁秀玲, 赵志刚. 北京市社区卫生服务中心“零差率”药品政策的实施与思考[J]. 中国药房, 2011, 48:4596-4599.
- [49] 杜芬. 国家基本药物制度实施前后天津市基本药物使用实证研究[D]. 天津

大学, 2012.

致 谢

值此论文成稿之际，心绪万千，经过日夜不懈的努力，我终于完成了论文的撰写。

首先我要谢谢我的导师林本喜副教授，在论文的选题、资料的收集整理到论文的写作，整个过程对我不厌其烦的指导，提出了很多建设性的意见！整个撰写过程中，导师都以严谨、认真的工作态度，细心讲解，是我受益匪浅。其次我要谢谢我的家人朋友，在论文的撰写过程中不断的鼓励着我，帮助我。最后我还要谢谢在某县医院的工作人员，加班加点帮忙导出数据给我，在整个论文撰写的过程给我提供资料数据。

我的论文还不是很成熟，还有诸多不足，但这次论文的撰写的过程中已经使我受益终身，让我认识到做研究做学问一定要脚踏实地，真正用心去学习、去思考、去感受，今后我也将带着这份感悟，在学习工作中不断进步。

最后，再次衷心感谢林本喜副教授对我的悉心指导。