

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

中医专刊  
2016年 第5期  
(总第72期)

上海市卫生发展研究中心

2016年7月10日

**编者按** 长期以来，中医医院在我国的医疗卫生事业发展中具有不可忽视的作用和地位，但在目前市场经济体制强调公平竞争与效率优先的背景下，中医医院自身的发展特点和业务结构尚不能满足人民群众日益增长的对医疗服务多样化的需要，中医医院经济运行中存在的一些问题也一定程度上影响了医院的健康发展。本期专刊以中医为主题，收录了《建立符合中医药服务运行特点的中医医院补偿机制》、《上海市中医医院补偿现状、挑战与对策》、《中医类医疗服务比价研究——以上海为例》、《基于中医药服务综合评价指标体系的影响分析》等4篇文章，从医院补偿、医疗服务价格比较和中医药服务综合评价三个角度对中医医院的总体运行进行专题研究。同时在“专家观点”板块收录了《中药药物经济学评价建议》和调研手记《如何让医院“短板”不短？》。谨供领导和同志们参阅。



## 卫生政策研究进展

2008年11月创刊  
第9卷第5期(总第72期)  
2016年7月10日  
(内部交流)

### 主管

上海市卫生和计划生育委员会

### 主办

上海市卫生发展研究中心  
(上海市医学科学技术情报研究所)

### 编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部  
上海市北京西路1477号807室  
邮编: 200040  
电话: 021-22121872  
传真: 021-22121623  
E-mail: phpr@shdrc.org  
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 郭惊雷  
肖泽萍  
主 编: 胡善联  
副 主 编: 付 晨  
金春林(常务)  
丁汉升  
吴凌放  
编辑部主任: 信虹云  
编 辑: 何江江 杨 燕  
陈 多 常雪沛  
康乐妮 卢伟霞  
校 对: 杨 燕 熊玉琦

上海市连续性内部资料准印证  
(K)第0649号

## 目 次

### 专题研究

- 建立符合中医药服务运行特点的中医医院补偿机制····· 1
- 上海市中医医院补偿现状、挑战与对策····· 10
- 中医类医疗服务比价研究——以上海为例····· 20
- 基于中医药服务综合评价指标体系的影响分析····· 30

### 专家观点

- 中药药物经济学评价建议····· 40
- 如何让医院“短板”不短? ····· 44

## 建立符合中医药服务运行特点的中医医院补偿机制

李芬<sup>1,2</sup> 王瑾<sup>1</sup> 陈多<sup>1</sup> 方欣叶<sup>1</sup> 金春林<sup>1,3</sup>

**【摘要】** 与综合医院相比,中医医院诊疗服务依赖于医务人员知识和经验,对检查、化验设备利用较少;药品服务成本高、损耗大,收入结构中药占比高;医疗服务价格偏低,治疗同一种疾病与西医治疗手法相比次均费用低。根据这些特点,部分省、市探索采用编制人数、服务量或绩效考核结果等增加中医医院财政投入,调整医疗服务价格,扩大中医药服务报销范围和比例等方式完善中医医院补偿机制。本文通过比较这些改革措施的优劣及其带来的效果,提出了完善符合中医药服务特色的补偿机制的政策建议。

**【关键词】** 中医医院; 补偿机制; 财政补助; 价格调整; 支付方式

中医医院是医疗服务体系中的重要组成部分,医疗服务和经济运行具有其特殊性。为充分发挥中医药服务的优势,中医医院的改革必须突出中医药特色和优势建设,补偿机制应有利于中医药特色优势发挥、体现中医技术劳务价值、调动中医药医务人员积极性。本文从公立中医医院的经济运行特点出发,分析了中医医院的补偿机制存在的问题及各地的改革经验,提出完善中医医院补偿机制的建议。

### 一、中医医院经济运行特点

中医药最早的服务模式是个体行医,汉代以来坐堂诊疗逐渐兴起,近代受西方行医模式的影响,逐步建立了以中医医院为主体的中医医疗

---

作者简介:李芬,女,助理研究员,博士在读

通讯作者:金春林,男,研究员,上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位:1.上海市医学科学技术情报研究所,上海市卫生发展研究中心,上海 200040

2.复旦大学公共卫生学院,上海 200032

3.上海市人口与发展研究中心,上海 201199

保健服务体系<sup>[1]</sup>，且成为当前中医药服务的主要体系。然而，由于中医的认知方法、理论基础及诊疗手段与西医迥异，中医医院的经济运行特点也有别于以西医为主的综合医院。

### （一）中医服务诊疗以医务人员劳务为主

传统中医药服务通过“望、闻、问、切”等手段得出病证诊断，以中草药和针灸、推拿等为主要治疗手段，主要依靠医生的知识、经验进行诊治，耗时长，人力支出是开展服务的主要成本。现代中医医院诊疗也借助检查和化验设备开展手术治疗，但总体来看，中医医院收入中检查、化验、手术等收入较低，支出结构中药品、人力成本占比相对高。根据2014年全国卫生财务年报，中医医院门诊收入中检查、化验收入占比较西医医院低10.2个百分点，药品收入高13.1个百分点；住院收入中检查、化验收入占比较西医医院低1.3个百分点，药品收入高2.5个百分点<sup>[2]</sup>。

### （二）中医医院药品占比较高，成本高、耗损大

中成药、中药饮片与西药相比成本高、损耗多。一是种植药材的成本高，一茬药材成熟一般需要3年时间，如果遇到天旱等灾害天气可能大量减产。二是储存过程损耗大。医院药房的中药饮片都有不同程度的报损或耗损，报损是指经批准进入会计账目报销的、实际损失的中草药品种数和金额；耗损指因药品存放、配方误差及其他原因无法计算出准确金额的损耗。三是中药房运行人力成本高。西药房为成品，按处方取药；中药材需按处方称量、包装，根据药性、调剂与制剂的不同特点进行制药，中药房在操作人数上、过程复杂程度上远超过西药房<sup>[3]</sup>。根据某三甲中医医院对其药品收入和药房服务成本支出数据进行的成本核算，结果显示：虽然中药饮片药品加成率比西药、中成药高10个百分点，但收益率反而较低，收益率分别为10.4%、10.5%和2.8%。原因

在于中药饮片药事服务成本高，每处方的药事服务成本西药、中成药、中药饮片分别为 9.2 元、7.2 元和 29.8 元<sup>[4]</sup>。

### （三）医疗服务价格偏低，同一种疾病治疗总体次均费用低

中医服务项目占医疗服务项目比重小，且定价不高。最新版医疗服务价格，中医医疗服务项目数量，价格低于服务成本，且远低于同类西医服务项目。针灸、推拿、敷贴是典型的中医非药物疗法。根据 2012 年浙江的成本核算结果，针灸科直接成本中劳务成本约占 50%，针灸类服务项目的收费标准低于实际成本 30% 以上，收费价格最多能覆盖标准成本的 45%<sup>[5]</sup>；2012 年山东省项目成本核算结果显示，各级各类医院的针灸类、中医综合类项目普遍亏损<sup>[6]</sup>。骨伤科也是中医诊疗的传统强项，中医接骨具有创伤和副作用小的特点。2014 年上海市中医骨伤科收费项目主要分为骨折手法整复和关节脱节手法整复等 24 个项目，收费单价在 10 ~ 200 元之间；西医骨折和关节脱位手术分类细，收费项目 100 余项，价格在 780 ~ 5500 元之间，还需使用高值耗材，因而治疗同种疾病比中医手法治疗的医疗费用高。

综上，中医手法治疗具有费用低、副作用小、创伤小等特点，发展中医医院既是传承我国传统文化的要求，也是降低医疗费用、惠及患者的需要。中医药服务以医务人员技术劳动为主，耗时长、人力成本高，然而当前医疗服务价格对人力成本的补偿不足，依靠药品和耗材加成、依赖现代设备的检查和化验等收入来弥补，补偿机制不符合中医医院经济运行特点，不利于中医药服务发展。对中医医院的补偿不能等同于对医院的补偿，不能让中医医院依靠检查和耗材等来弥补运营成本，而应找准中医药服务的特点和优势，使补偿机制设计能促进中医药服务发展。

## 二、典型省、市中医医院补偿机制改革探索

公立医院补偿的渠道为财政补助和服务收费，财政补助涉及的要素

包括补偿范围、补偿标准和补偿方式，服务收费涉及的要素包括收费项目、收费标准（即价格）和支付方式。部分省、市中医医院补偿机制改革围绕着上述几个方面，开展了多种形式的探索。

### （一）通过提高财政补助对中医医院进行倾斜

北京市建立了以考核结果为导向的财政投入倾斜机制。2009年，《北京市中医、中西医结合医院绩效考核管理办法》（京中医发〔2009〕90号）<sup>[7]</sup> 出台，考核内容包括中医医院基础建设、内涵建设、财务管理、医院管理、中医特色服务指标等，绩效考核结果将作为市、区（县）财政部门编制单位下年度经费预算的依据。财政部门按照考核结果确定得分等级，对中医医院编制内在职人员基本工资、国家规定范围内津贴在下年度部门预算中进行分级补助，具体是：考核成绩85分以上，财政部门按100%比例负担人员基本工资、国家规定范围内的津贴；70～85分财政投入比例是80%；60～70分财政投入比例是70%；60分以下财政则将投入比例降低到50%。该补偿机制财政投入范围聚焦于人员经费，符合中医药服务人力成本高的特点，有利于缓解当前医疗服务价格对人力成本补偿不足的问题；同时，建立了补偿标准与中医药服务绩效考核结果挂钩的投入方式，激发中医医院提供和发展中医药服务的动力。经济运行数据分析发现，2008—2010年北京15所中医医院的服务量、总收入增加，收入结构改变：2008年财政投入为2.0亿元，到2010年增至3.8亿元，增幅达90%；药品收入占总收入的比重2008—2009年上升1.05个百分点转变为2009—2010年下降1.47个百分点，但中草药比重由2008—2009年下降0.88个百分点转变为2009—2010年上升1.81个百分点<sup>[8]</sup>。

上海市公立医院补偿机制市级、区（县）层面存在差异。对市级中医医院的基本支出补助政策和以西医为主的综合医院无异，人员经费为

医院在编人员国家基本工资的 50%，公用经费按照差额事业单位公用经费综合定额标准（1500 元 / 人 / 年）和在编人员数进行补助；项目补助方面在基本建设投入给予了一定程度倾斜，对“十五”、“十一五”期间医院基本建设补助，综合性市级医院（含一般专科医院）的投入比例是 70%，中医医院的补助比例是 90%；同时设立了中医三年行动计划项目，各区（县）中，浦东新区通过对该区中医医院的中医服务项目进行成本核算，出台了《浦东新区中医药服务特色专项补助试行方案（2011 年）》，遴选了 20 种临床常用中医非药物治疗项目和中药饮片，财政补偿额度为各遴选项目收费标准的 10% ~ 15%。上海市对市级医院财政投入政策侧重于基本建设和科研发展，有利于中医医院整体发展，但对促进中医医院办院方向、中医药服务发展的作用相对较弱；浦东新区实施中医药服务专项补助后，区属中医药服务项目开展率 2012 年底比 2011 年提高了 38.9%；2013 年，非药物治疗服务量比 2011 年提高了 29.5%，中药饮片比 2011 年增长了 59.6%，增速高于上海市服务量增长率<sup>[9]</sup>。补偿资金虽来源于财政，但要获得补偿必须通过中医药服务，对医院提供中医药服务的刺激作用强。

在公立医院试点改革省、市中，浙江省除中药饮片外，取消西药、中成药加成；取消药品加成带来的损失主要通过提高诊疗费、手术费、护理费等医疗服务收费的方式来弥补。综合医院通过增加服务量、手术量、护理服务量等基本能弥补亏损，但中医医院在这些方面提升空间有限，减少收入的实际补偿率大约为 70%；宁波、嘉兴等地对中医医院给予专项财政补偿，即对中医医院每个门诊处方补贴 8 元，住院床位每天补助 15 元。深圳市取消了医保目录所有的药品加成，中医医院实行包括中药饮片在内的全部药品零差率销售，医院维持经济平稳运行受到很大挑战。深圳市卫生计生委拟采取由财政对中医医院亏损进行兜底的举

措，同时建立中医药服务考核制度<sup>[10]</sup>。两地的做法都是针对改革出现问题而采取的非常态举措，补在医院而不是中医药服务，有利于维持改革期间医院平稳运行，但对促进中医办院导向作用较小。

## （二）通过增加服务收费对中医医院进行倾斜

增加服务收费的方式有提高服务单价和增加服务数量两种。针对医疗服务价格与价值偏离程度大的问题，各地都在不同程度上进行医疗服务价格调整，但调整幅度不大。以上海为例，按照“小步走、不停步”的原则，综合考虑中医服务成本、社会承受能力等各方面因素，对医疗服务项目价格逐年进行调整。2014年中医及民族医诊疗类共有8大类148项，按照2014年调整项目价格与2010年的差值，乘以2013年的门急诊、住院服务频次，得出中医服务项目调价增额为945.1万元，占当年医疗服务收入的比例不到1%，调价所带来的收入增加额小。因医疗服务价格调整要兼顾其对多方面的影响，价格调整过大如无医保或财政支持，势必会加重患者负担而影响中医药服务利用。从另一个角度来说，即使对中医药服务项目价格进行较大调整，中医服务项目与同类西医服务项目相比，价格差异还是大。一位知情人士在访谈中提到，即使中医服务项目价格大幅提高，医院还是有选择西医服务的倾向，因为西医手术费定价高，加上耗材费等，西医服务项目的收益远高于中医，难以改变“中医西化”的困局；有的医院出现采用中医疗法但“套用”西医诊疗收费编码，以提高医疗收入。

重庆市的做法：**一是**主要从支付制度改革入手，扩大医保报销范围、提高报销比例以提高中医药服务的利用。为鼓励参保人员到公立中医医院就诊，重庆市城镇职工医疗保险和城乡居民合作医疗保险的参保人员在三级和二级中医医疗机构住院、特殊疾病门诊治疗起付标准降低一个档次，即三级中医医院执行二级综合医院起付标准，二级中医医院执行

一级医院起付标准。二是扩大中医药诊疗服务项目的报销范围，自制的中药（含民族药）制剂、医药传统特色明显和较高疗效的诊疗服务项目，按规定定价和报人社局论证后，列入医疗保险用药范围。医保范围内的医院自制中药制剂，视为中药饮片，纳入医疗保险基金的支付范围，按甲类支付；中药煎药费纳入医疗保险报销范围，按甲类支付。三是提高医保支付标准，住院和特殊疾病门诊治疗使用医疗保险范围内的中医诊疗项目、中药饮片、中成药以及医院自制中药制剂的医疗费用，政策报销比例城乡居民医保提高 10%，职工医保提高 2%<sup>[11]</sup>。

### 三、建立符合中医药服务特色的补偿机制

中医医院补偿机制应符合中医药服务特点，财政投入、医疗服务价格和支付方式调整应互为补充、相辅相成。基于中医医院经济运行状况欠佳、中医诊疗特色等原因，本市政府在财政投入方面对其基本建设、学科建设等项目投入采取了一定程度的扶持政策。然而，目前中医医院日常运营面临的主要压力是医疗服务价格偏低、人力成本支出上扬，财政投入补助不够。在当前的卫生筹资体系下，公立医院的补偿应当以服务收费为主，财政补偿主要起到补充和导向作用，且根据中医药服务考核结果补偿其人力成本，使中医医院补偿机制起到促进中医药服务发展的作用。

#### （一）正确衡量人力成本的价值，通过价格调整增强中医医院自偿能力

调整中医药服务价格，缩小中、西医服务项目间的差距。不少省、市虽然在调整中医药服务价格，但幅度普遍不高，应逐渐缩小中医药服务项目与西医服务项目的价格差距，并且转变医疗服务价格形成机制，扭转中医医院因为经济因素出现西化的倾向。目前医疗服务价格调整思路是西医思维，即按照人力成本、物耗及风险来制定价格，无法真正体

现中医药服务价值。以中医接骨治疗为例，中医接骨所需时间 10 分钟，按照人力成本来测算仅计算 10 分钟的人时成本；西医手术的本身特点需要多名医护人员联合工作，手术时间即使最高水平的医生也需要几个小时。而价格形成机制中，人力成本主要计算服务标准时长，知识和经验主要体现在不同职称的标准薪酬上，中西医服务模式的差异无法在定价体系中体现出来。此外，西医服务在检验化验、耗材等其他渠道可获得一定收益。因而，医疗服务价格调整，人力成本的测量应充分考虑中医药服务特点、知识和经验的权重，使中医药价格调整切实能带动医务人员积极性、给医院带来一定收益。

### **（二）适度提高医保预付总额和支付比例，加快按病种付费进程**

医保支付政策一方面要与价格调整政策同步，保障医院补偿来源平稳；另一方面要能起到激励患者使用中医药服务的作用。一是建议实行总额预付制度的地区适当提高中医医院医保总额额度，将中医医院发展增速、调价增量等政策因素作为“非协商因素”，支持中医发展。二是提高医保支付比例，可减少因中医药服务价格提高而造成服务量的减少，激励患者选择中医药服务。重庆市扩大中医药诊疗服务项目报销范围、鼓励自制制剂列入医保支付范围、提高医保支付比例和支付标准可借鉴。三是积极探索按病种付费。长远来看，在基于服务结果的支付方式下，同种疾病不管采用何种治疗手法，相同疗效下，医保支付价格应该相同。这种支付方式将使“简、便、验、廉”的中医药治疗手法充分显现，“中医西化”现象将得到根本转变。

### **（三）提高基本支出投入比例，将财政投入与中医药服务综合评价结果相挂钩**

首先，明确财政补偿的作用。财政投入能起到支持中医医院发展的作用，但不是补偿的主要渠道，财政补偿的作用应体现在导向作用上。

其次, 财政投入要改变“重物轻人”的思想, 盲目保障基本建设和设备而造成医疗资源浪费; 受 2015 年出台的工资制度改革和事业单位养老保险制度改革等新政策的影响, 医院经济运行当期收支平衡被打破, 财政投入应补在人力成本上, 调动医务人员积极性, 提高中医医院当期收支平衡能力水平。再次, 财政补偿方式不宜采用按编制人员或床位数定额投入的方式, 避免出现干多干少一个样; 浦东新区按服务量进行补偿的办法仅考虑了数量, 缺乏对质量、费用水平等其他指标的考核。北京、上海、重庆均已出台了中医药服务考核指标体系, 但仅北京的财政投入与考核结果挂钩。建议财政补助与包括中医药服务量、服务质量、次均费用等指标在内的考核结果挂钩, 发挥财政投入的正向激励作用。

## 参考文献

- [1] 邱鸿钟,梁瑞琼. 中医药服务模式的演变与评价标准[J]. 现代医院管理, 2007 (3):9-11.
- [2] 国家卫生和计划生育委员会财务司. 2014年全国卫生计生财务年报资料[C]. 国家卫生和计划生育委员会, 2014.
- [3] 李毅,赵淑芝,舒波. 医院药房中药饮片的耗损与报损浅议[J].现代中药研究与实践, 2011(1):70-71.
- [4] 樊俊芝,曹莉. 公立中医医院药事服务费补偿问题研究与思考[J].中国卫生经济,2010,29(10):65-66.
- [5] 李家伟,杨丽,周晔,等. 中医针灸治疗项目成本核算与补偿标准研究[J].中国卫生资源,2014, 17(2):109-111.
- [6] 窦蕾,刘庆,尹爱田,等. 中医医疗服务项目盈亏情况及亏损原因分析[J]. 中国卫生经济,2012,31(10):82-84.
- [7] 北京市卫生局,北京市中医管理局,北京市财政局. 北京市中医、中西医结合医院绩效考核管理办法(试行)[J].医院管理论坛,2009(10):7.
- [8] 宫天祥. 北京市中医人员补偿政策实施前后15所中医院对比[D].北京中医药大学,2012.
- [9] 李荣华,郁东海,荆丽梅,等. 浦东新区中医补偿机制的研究与实践[J].中国卫生资源, 2015(09):365-367.
- [10] 谭嘉,崔芳中. 医院不应只是改革“跟随者”[N].健康报,2013-1-14.
- [11] 重庆市渝中区人力资源和社会保障局. 重庆市关于进一步完善中医药医疗保险政策的通知[EB/OL].<http://www.cqyzrsj.gov.cn/a/shehuibaoxian/yiliaobaoxian/2013/0521/661.html>.(2013-05-21)[2015-10-26].

(责任编辑: 常雪沛)

## 上海市中医医院补偿现状、挑战与对策

方欣叶<sup>1</sup> 李 芬<sup>1,2</sup> 王 瑾<sup>1</sup> 陈 多<sup>1</sup> 赵致平<sup>3</sup> 孙行军<sup>3</sup> 苏锦英<sup>3</sup>

**【摘要】** 目的：促进中医医院补偿机制改革。方法：以卫生计生财务报表数据为基础，分析上海市、区两级公立中医医院发展现状，测算相关政策变动对医院经济运行的影响。结果：中医医院财政投入与综合医院基本相同，投入量与中医药特色关联较弱；中医服务项目定价低，亏损率高，调价增收不明显，部分项目没有收费编码；中医医院对药品收入依赖性大。结论：落实财政投入倾斜政策和医保支付扶持制度，促进中医药服务利用；调整中医服务项目价格，增强医院自偿能力；加大中医药服务综合评价结果运用，与财政投入相挂钩。

**【关键词】** 中医；补偿；药品加成；绩效考核；医疗服务收费

中医医院是医疗服务体系的重要组成部分，医疗服务和经济运行具有其特殊性。为充分发挥中医药服务优势，中医医院改革必须突出中医药特色，补偿机制应有利于中医药特色优势发挥、体现中医技术劳务价值、调动医务人员积极性。本文在充分考虑公立中医医院经济运行特点的基础上，分析了上海市中医医院的发展现状，指出了补偿机制存在的问题，结合近年来中医医院运行面临的新挑战，提出符合中医特色的补偿机制方案。

### 一、公立中医医院发展现状

上海市公立医院按管理的隶属关系可分为市级医院和区县医院。市级医院的主管部门是申康医院发展中心，主要由市级财政进行投入；区

---

第一作者：方欣叶，女，研究实习员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

3. 上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

县医院的主管部门是各区县卫生和计划生育委员会（简称“卫生计生委”），主要由区县财政进行投入；市卫生计生委主要发挥行业主管的作用。2014年，上海市共有市级中医医院4家、综合医院14家（市属，不包括专科医院和复旦系统医院），区级中医医院17家、综合医院60家。市级中医医院的门急诊服务量占比20.9%，区级不到20%；住院服务量市级、区级均在12%左右。从2011年至2014年的收入增长率来看，区级中医医院的增长速度高于区级综合医院，而市级中医医院的变化趋势相反（表1）。

表1 2014年上海市中医医院医疗服务及变化情况（%）

医院类别	门急诊			住院			
	人次占比	收入占比	2011年至2014年 收入增长率	人数占比	收入占比	2011年至2014年 收入增长率	
市级	中医	20.9	18.6	12.6	12.3	9.4	12.8
	综合	60.9	64.6	12.9	65.3	71.7	15.6
区级	中医	16.2	15.7	29.0	11.7	10.1	43.7
	综合	78.4	79.1	11.1	83.1	84.2	13.5

## 二、补偿机制存在的问题

### （一）财政对人员成本投入不高，投入方式尚未体现绩效

市级公立中医医院的基本支出补助政策与以西医为主的综合医院无异，公立中医医院（三级）基本支出补助主要是人员经费和公用经费，人员经费为医院在编人员国家基本工资的50%，公用经费按照差额事业单位公用经费综合定额标准（1500元/人/年）和在编人员数进行补助。项目支出补助纳入项目库管理，采取申报竞标、主管部门评审和审批形式，由政府根据项目轻重缓急和财力可能统筹安排。相对综合医院，中医医院对大型设备等的需求低，在设备购置竞争中处于劣势。基本建设方面，财政对中医医院给予了一定倾斜，相对对综合性（含一般专科医院）

市级医院的投入比例 70% 而言，对中医类市级医院的基本建设投入比例已达 90%；对市级公立医院“十五”、“十一五”期间基建债务，中医医院项目政府承担 90%，儿童医院、肺科医院和胸科医院项目政府承担 85%，其他综合性医院项目政府承担 75%。

上海市对中医医院发展有一定的扶持，但倾斜主要体现在项目投入上，中医医院经济运行的特点是人力成本高，且受 2015 年出台的工资制度改革和事业单位养老保险制度改革等新政影响，医院经济运行当期收支平衡被打破，财政投入应补在“人力成本”上。财政投入方式与中医医院公益性、服务数量和质量、中医特色发挥等不相关，没有体现绩效导向。

### **（二）中医医疗服务亏损率高，医疗服务收费补偿不足**

按照“小步走、不停步”的原则，综合考虑中医服务成本、社会承受能力等各方面因素，上海市逐步对医疗服务项目价格进行调整。2014 年，中医及民族医诊疗类共有 8 大类 148 项。对 2014 年调整的中医类服务项目统计发现，中医药服务项目（不包括非中医药服务项目）的价格调整带来的医疗收入增加额为 945.1 万元，占 2013 年医疗收入总额的比重很小。

### **（三）药品加成收入是重要补偿渠道，对药品依赖性大**

中医诊疗特殊性，药占比高，药品加成收入是中医医院重要的补偿渠道<sup>[1]</sup>。2014 年，市级中医医院药品加成收入 4.5 亿元，加成率达 18.4%，占总收入 51.7%，占医疗收入比例 61.0%。同期，市级综合医院（不包括 4 家郊区新院\*）药品加成收入 10.6 亿元，加成率为 14.1%，药品收入占总收入 34.5%，药品收入占医疗收入比例 38.4%（图 1）。市级中医医院药品收入占医疗收入的比重比综合医院高出约 22 个百分点，药品加成收入是中医医院的重要补偿渠道<sup>[2]</sup>。

\*注：4 家郊区新院指上海市第六人民医院东院、仁济医院南院、瑞金医院北院和华山医院北院。

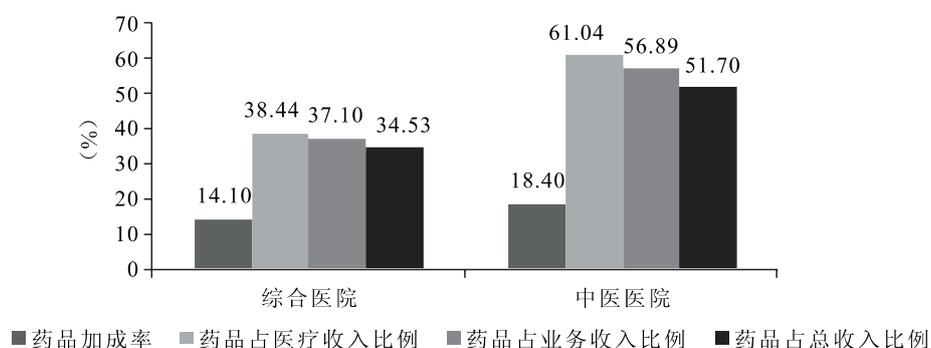


图1 2014年上海市市级中医医院、综合医院药品收入及加成比例

2014年，区级中医医院药品加成收入3.4亿元，加成率达17.0%，药品收入占总收入47.0%，占医疗收入比例56.7%。同期，区级综合医院药品加成收入16.5亿元，加成率为15.0%，药品收入占总收入41.5%，占医疗收入比例48.7%（图2）。

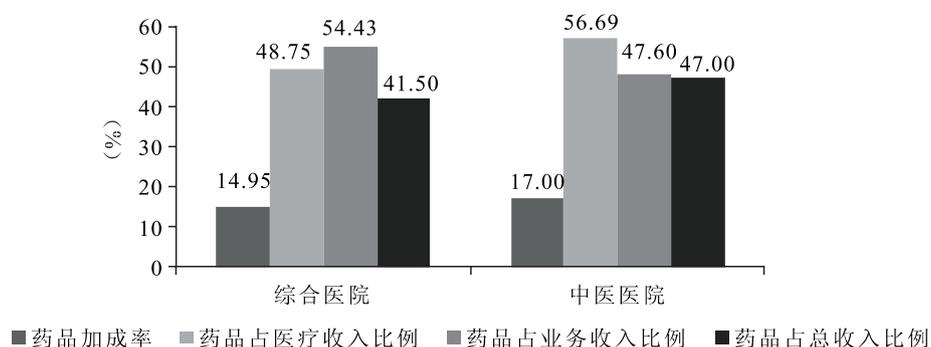


图2 2014年上海市区级中医医院、综合医院药品收入及加成比例

2011—2014年，市级中医医院药品收入占医疗收入、业务收入的比例也有一定下降，两者均下降约1个百分点；市级综合医院（不包括4家郊区新院，因其已实施药品零差率）下降更为明显，分别下降了2.5个百分点和2.1个百分点（图3）。药品收入作为中医医院重要补偿渠道的状况没有改变。

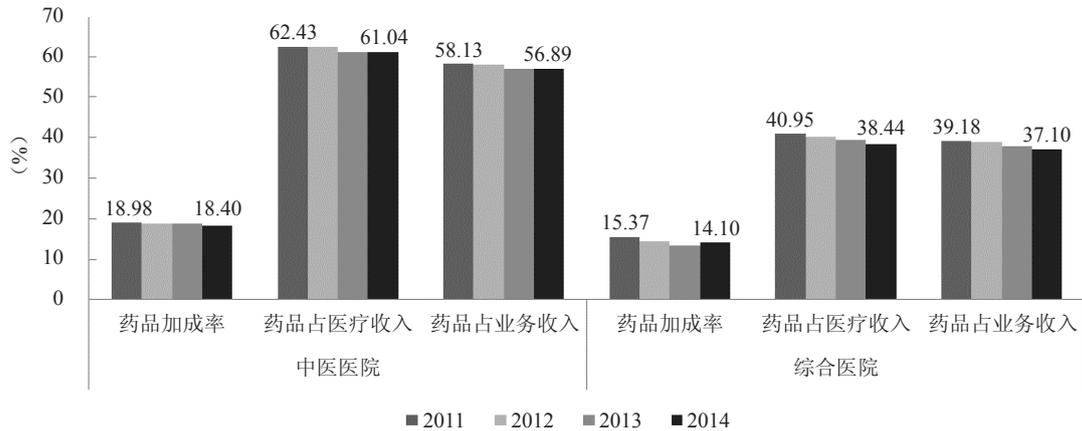


图3 2011—2014年上海市市级医院药品加成率及药品收入占比变动

#### (四) 医院考核中医特色不突出，尚未明确与补偿的关系

申康医院发展中心考核市级医院，中医医院指标体系与综合医院相同。指标体系由定量和定性考核指标构成，定量考核指标依据其功能分为基本指标和修正指标。基本指标反映市级医院绩效水平，修正指标是根据对照、补充或矫正的需要，对基本指标进行调整的指标。定量指标中，费用情况涉及次均门急诊费用（修正指标：次均门急诊费用年增长率）、每出院人次平均费用（修正指标：每出院人次平均费用年增长率）、药占比（药品收入占医疗收入比例）三个基本指标。因为中医医院检查、手术费用等低于综合性医院，使得平均门急诊费用和住院费用略低，在考核方面占有优势；然而，采用年增长率进行修正，则消除了这种优势。例如，2012—2013年，中医医院次均门急诊费用年增长率为2.93%，高于综合医院0.56%的年增长率，考核优势被抵消。而对药占比的考核则会对中医医院产生一定不利影响。

2013年，上海市卫生行政部门出台的《关于公立医院综合评价工作的实施意见》（沪卫医管〔2013〕4号），探索建立以公益性为核心，以结果性指标为导向的公立医院综合评价体系，并在综合医院评价内容基础上增加中医药服务评价内容并设定适当权重（不低于30%）；评价

结果作为财政投入、医保额度分配、院长绩效考核等的重要依据。2014年起，市卫生计生委牵头开展的中医药服务综合评价，与其他公立医院考核、评价体系互为补充，相互协同，引导中医医院中医药办院方向。但目前评价结果应用范围仅局限在中医药系统内部，申康、财政等相关委办局对评价结果的知晓度不高，评价结果没有与绩效工资水平、财政投入和医保支付额度等挂钩。

### 三、公立中医医院运行面临新挑战

随着养老保险制度和医药分开等改革逐步深化，中医医院面临人力成本增加和业务收入来源变化等挑战。按照上海市市级医院在编在岗、非在编人员数，以市级中医医院为例，根据相关政策调整因素人力成本变化进行模拟测算，定量分析政策变动对医院经济运行的影响。

#### （一）人员工资增长与业务收益不足的压力

市级中医医院虽然收支略有结余，但医务人员待遇普遍低于同级医院平均水平。根据《关于调整机关事业单位工作人员基本工资标准和增加机关事业单位退休人员离退休费三个实施方案的通知》（国办发〔2015〕3号）要求，普遍提高事业单位岗位工资标准。由于基本工资增加和绩效工资减少，市级中医医院在编在岗人员增长额度为5744万元，在岗人员（包括在编和非在编人员）工资性支出增长额度为7032万元。

#### （二）社会保障制度调整带来的人力成本增加

一是夯实社会保障缴费基数使部分未缴足保费的医院人力成本增加。根据市统一要求，事业单位开展夯实社会保障缴费基数工作，2014年达到缴费基数的80%，2015年达到缴费基数的100%。据此，市级中医医院在编在岗人员增加支出3877万元，在岗人员增加支出4794万元，夯实缴费工作将对中医医院造成较大影响。

二是根据《上海市贯彻〈国务院关于机关事业单位工作人员养老保

险制度改革的决定》实施办法》（沪府发〔2015〕29号），单位缴纳基本养老保险费比例由原来的21%调整为20%。机关事业单位在参加机关事业单位基本养老保险的基础上，建立职业年金制度作为补充养老保险。职业年金所需费用由单位和个人共同承担，单位缴纳职业年金费用的比例为本单位基数总额的8%，个人缴费比例为本人缴费基数4%。养老制度改革对公立医院净影响是养老缴费比例提高了7个百分点，个人缴费比例提高了4个百分点。据测算，市级中医医院对在编在岗人员职业年金单位缴费为7293万元。

综合人力成本和社会保障政策变化因素，市级中医医院在编在岗人员的人力成本将增加支出15011万元，在岗人员人力成本增加支出18811万元；在岗人员人力新增成本占2014年人员支出（151808万元）的12.4%。

### （三）取消药品加成政策造成的医院减收

按照国家医药分开总体部署，除中草药外，逐步取消药品加成，实行药品零差率销售，医院经济运行将受到较大冲击。2014年，市级中医医院因取消药品加成减收23155.4万元（中草药加成收入不计入），占业务收入的4.56%（表2）。

表2 2014年上海市市级中医医院药品加成收入情况（单位：万元）

医院	药品收入	药品费	药品加成收入	中草药收入	中草药费	中草药加成收入	零差率影响
上海市中医医院	47881.9	40183.8	7698.1	24890.0	19927.9	4962.1	2735.9
龙华医院	80647.0	67411.1	13235.9	36720.8	29328.3	7392.5	5843.5
曙光医院	101721.6	87139.0	14582.6	24236.9	19525.2	4711.7	9871.0
岳阳中西医结合医院	59248.9	49788.8	9460.1	24065.7	19310.5	4755.2	4705.0
小计	289499.4	244522.6	44976.8	109913.3	88091.9	21821.4	23155.4

#### 四、建立符合中医药服务特色的补偿机制方案

中医医院补偿机制应符合中医药服务特点，财政投入、医疗服务价格和支付方式应互为补充、相辅相成。基于中医医院经济运行状况欠佳、中医诊疗特色等原因，上海市政府在财政投入方面对其基本建设、学科建设等项目投入采取了一定程度的扶持政策。然而，目前中医医院日常运营面临的主要压力是医疗服务价格偏低、人力成本支出上扬，财政投入补助不够。在当前的卫生筹资体系下，公立医院补偿应以服务收费为主，财政补偿主要起补充和导向作用，且根据中医药服务考核结果补偿其人力成本，使中医医院补偿机制起到促进中医药服务发展的作用<sup>[3]</sup>。

##### （一）应用中医药服务评价结果，与财政投入相挂钩

落实财政倾斜政策，主要是提高人员经费的补助比例，统筹考虑工资制度改革和事业单位养老保险制度改革等新政策的影响，通过提高财政承担基本工资和津贴补贴补助比例、专项补助社保缴费等方式，提高中医医院平衡当期收支的能力。事业单位分类改革及绩效工资改革要求不同公益类事业单位，根据单位具体特点和财力可能制定经费标准。在当前的财政投入机制下，建议对相关专科医院在编在岗人员的绩效部分给予一定比例的补助，且对中医医院的补助比例，略高于一般综合性医院。

项目支出补助方面，坚持政府对中医医院基本建设80%的投入比例倾斜，适度调整支出标准；重点落实公共卫生财政补助，全额补偿公共卫生服务项目成本。中医医院承担了大量公共卫生服务，应根据《关于完善上海市政府卫生投入政策的实施意见》（沪府办发〔2012〕23号）要求，对公共卫生给予专项补助；按照服务成本，保障紧急救治、救灾、援外、支农、对口支援等公共服务经费。

建立与绩效考核相挂钩的财政投入机制。各主管部门对市级公立医院均有考核要求，但侧重点不一，易造成政府导向不明确等问题。建议

将中医药服务综合评价结果与其他评价体系相结合，根据考核结果对中医医院实际补偿额度进行核增或核减，起到既维持中医医院运行，又发挥政府导向的作用。

## （二）调整医疗服务收费结构，增强中医医院自偿能力

调整医疗服务收费结构，应预先测算医药分开政策对中医医院经济运行的影响。取消药品加成所带来的减收，应充分发挥价格补偿的基础性作用，统筹兼顾中医医院的补偿需求，确保医院经济运行状况总体良好。若价格补偿暂不能一步到位，医院在力争降低运行成本之下仍存在阶段性经济运行困难的，可根据补偿情况制定过渡期（原则上不超过三年）财政专项补助政策<sup>[4]</sup>，并建立与价格调整、医保支付联动的机制，确保“医药分开”工作稳步推进。建议中医医院保留中成药15%加成<sup>[5]</sup>。若取消，应适当增收药事服务费以保障药品服务成本。价格调整另一重要方面是要逐渐缩小中、西医服务项目价格间的差距，扭转中医医院因为经济因素出现西化的倾向。价格调整应建立在合理的人力成本基准之上，尊重中医药服务技术含量并充分考虑服务时长，确保其带来的调整差价能为医院带来一定收益。

## （三）加强医保支持政策，促进中医药服务利用

完善医保支付制度，探索按病种付费。提高医保支付比例，可减少因中医药服务价格提高而造成的服务量减少，鼓励患者选择中医药服务。上海、北京等采用总额预付制协商各家医院医保额度，建议将中医医院发展增速、调价增量等政策因素作为“非协商因素”，支持中医发展。长远来看，在基于服务结果对医疗服务付费的方式下，同种疾病不管采用何种治疗手法，在相同疗效下，医保支付价格应该相同。这种支付方式将使“简、便、验、廉”的中医药治疗手法充分显现，“中医西化”现象将得到根本转变。

## 参考文献

- [1] 谭嘉,崔芳.中医院发展遇困惑补偿不足是关键[J].医院领导决策参考, 2013, (3):33-35.
- [2] 段光锋,金春林,张雪,等.上海市公立中医医院经济运行状况分析[J].中国卫生资源,2012, 15(06):454-457.
- [3] 公立中医医院补偿机制的优劣势分析与政策建议——选自国家中医药管理局“中医药法制建设项目”课题《公立中医医院补偿机制研究报告》.医院领导决策参考, 2010, (9):5-9.
- [4] 金春林,李芬,虞建明,等.完善公立医院补偿机制的建议[J].中华医院管理杂志,2015,(3):167-169.
- [5] 许凌雪,王丽,尹爱宁,等.公立中医医院医疗服务价格调整研究[J].中医药管理杂志, 2010, 18(3):246-248.

(责任编辑: 卢伟霞)

## 中医类医疗服务比价研究

### ——以上海为例

王海银<sup>1,2</sup> 金春林<sup>1,3</sup> 王 惟<sup>4</sup> 贺渊峰<sup>4</sup> 赵致平<sup>4</sup> 苏锦英<sup>4</sup>

**【摘要】**目的：掌握现行中医医疗服务项目价格水平，比较和筛选不合理的中医医疗服务项目，为价格制定和调整提供依据。方法：构建标化价值模型测算中医医疗服务项目价值，开展价格水平和比价关系分析，筛选出需优先调整项目，提出优化价格调整的政策建议。结果：对接一致项目共 143 项。115 项现行价格偏低，主要为针刺、中医肛肠、骨伤等。标化价值比价关系偏离度大，差异有统计学意义( $t=6.275, P<0.01$ )，构成比比值低于 0.8 的项目占比较高，为 37.8%。需要优先调整的项目 53 项。结论：中医类项目现行价格水平总体偏低，比价关系不合理，建议综合考虑调价空间、医保及医疗机构运行、患者负担水平等影响因素下，分步分批逐步调整。

**【关键词】** 中医；医疗服务；比价

长期以来，我国中医类医疗服务项目价格偏低，制约着中医药事业的发展。这一方面与我国当前医疗服务价格定价机制不完善，未考虑中医类医疗服务的特点有关，如价格制定重设备耗材轻人力，未体现中医类医疗服务以人力为主的特征和技术劳务价值。另一方面，我国多地价格调整周期长，多数现行价格远低于其成本水平。目前，国内开展了一系列比价研究，主要分为两类，一类是以项目成本为比价对象，通过现行价格与成本比较来筛选不合理的项目类别，另一类是通过比较和参考

第一作者：王海银，男，助理研究员，博士在读

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

3. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

4. 上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

不同省市价格水平，发现不合理的价格区间。两类方法均有助于价格的制定和调整，但仍不能有效反映中医类技术劳务价值水平，具有一定的局限性。本次研究通过采用新的价值测算模型，并基于上海地区卫生事业薪酬改革进展，充分考虑人力价值因素，探索构建中医类医疗服务价值体系，为中医类医疗服务价格制定和调整提供理论支撑。

## 一、资料与方法

### (一) 建立中医类医疗服务项目对接数据库

基于可比和一致性原则（如项目内涵、计价单位等相同），对接上海现行中医类医疗服务项目与《全国医疗服务价格项目规范（2012年版）》，建立涵盖基本人力及耗时、技术难度及技术风险等因素的对接数据库。

### (二) 测算中医类医疗服务项目标化价值

标化价值是指各项目资源消耗的价值测量，包括技术劳务及成本消耗。技术劳务标化价值主要依据基本人力消耗及耗时测定，同时考虑技术难度及风险程度；成本消耗主要测定直接变动成本，不含可另外收费的卫生材料费和其他费用，也不含固定资产折旧和无形资产分摊等。

$$\text{标化价值} = \sum \text{标化技术劳务价值} + \text{直接物耗成本}$$

#### 1. 标化技术劳务价值测算

各项薪酬参数来源于《上海市卫生事业单位薪酬制度改革方案》，标化技术劳务价值测算公式如下：

$$Y = \left( \sum_i \frac{X_i}{\text{工作日} \times \text{工作月} \times \text{工作时间}} (k_i \times T \times L_i) \right) \times \left( 1 + a \frac{\text{项目技术难度} \times \text{技术风险}}{\text{基线项目技术难度} \times \text{技术风险}} \right)$$

$X_i$  是医院医生目标薪酬， $k_i$  是医务人员数， $T$  指项目时间， $L_i$  指技术类别、职称等。 $a$  指技术难度和风险权重<sup>[1]</sup>。

## 2. 直接物耗成本测算

采用作业成本法测算，直接物耗成本不含可单独收费耗材及能耗、物业等，不包括行政后勤、财政项目补助支出及固定资产折旧和无形资产摊销。

### （三）中医类现行价格及标化价值比价关系

分别测算二级和三级医院，以中医类各项目现行价格和标化价值为点数，计算中医类现行价格及标化价值的构成比，将现行价格构成比除以标化价值构成比得出构成比比值；以价格水平差和构成比比值综合判断和筛选调整项目。筛选标准如下：现行价格水平平均低于二、三级医院标化价值；二、三级医院构成比比值均低于 0.8。

$$\text{构成比比值} = \frac{\text{现行价格} / \text{现行价格总值}}{\text{标化价值} / \text{标化价值总值}}$$

## 二、研究结果

### （一）项目对接基本情况

上海现行价格目录与国家 2012 版目录有一定差异。以国家目录为基础，两者计价单位和内涵完全不可对接 56 项，占 17.1%；可对接项目 271 项，占 82.9%，其中基本一致项目 143 项，计价单位不一致项目 68 项，内涵不一致项目 60 项。

### （二）现行价格与标化价值水平比较

#### 1. 可对接中医类项目现行价格水平总体偏低

在可对接的中医类项目中，115 项现行价格均低于二、三级医院标化价值，主要为针刺、灸法、拔罐、中医肛肠、骨伤、特殊治疗及外治类，占 80.4%；2 项其他灸法治疗均高于二、三级医院标化价值，占 1.4%；26 项现行价格低于三级医院标化价值，但高于二级医院标化价值，主要为中医推拿治疗，占 18.2%（表 1）。

表 1 上海中医类项目现行价格与二、三级医院标化价值比较

类别	项目数量 (项)	二、三级医院比价情况		
		现行价格均低 (项, %)	现行价格均高 (项, %)	现行价格低于三级医院高 于二级医院 (项, %)
拔罐法	1	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
灸法	4	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
其它针灸治疗	2	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
针刺法	12	12 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
中医肛肠治疗	3	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
中医骨伤治疗	55	55 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
中医特殊治疗	6	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
中医推拿治疗	44	18 (40.9)	0 (0.0)	26 (59.1)
中医外治	16	16 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
合计	143	115 (80.4)	2 (1.4)	26 (18.2)

## 2. 现行价格同标化价值差值离散程度高

以现行价格均低于二、三级医院标化价值的项目为例，二级医院差幅比例最小值为 2%，最大值为 3183%，标化价值平均为现行价格的 3.4 倍。如咽部吹药治疗现行价格为 5 元，二、三级医院标化价值分别为 9 元和 12 元。肘关节脱位手法整复术现行价格为 60 元，二、三级医院标化价值分别为 192 元和 274 元，差幅比例差异明显（表 2、表 3）。

表 2 上海中医类现行价格与二、三级医院标化价值的差幅比较

结果类别	医院级别	差幅比例 (%)			
		最小值	最大值	中位数	四分位间距
现行价格均低	二级	2	2133	340	(155, 520)
	三级	41	3183	539	(263, 790)
现行价格均高	二级	38	49	44	(41, 46)
	三级	11	28	20	(15, 24)
现行价格低于三级医 院高于二级医院	二级	1	16	16	(15, 16)
	三级	18	38	18	(18, 20)

表3 上海部分中医类项目现行价格与二、三级医院标化价值比较(元)

项目名称	现行价格	三级医院		二级医院	
		标化价值	差值	标化价值	差值
中药封包治疗(小)	6	50	-44	35	-29
中药封包治疗(中)	8	51	-43	35	-27
中药封包治疗(大)	10	53	-43	38	-28
中药封包治疗(特大)	12	63	-51	47	-35
小儿肌性斜颈推拿治疗	40	64	-24	45	-5
血栓性外痔切除术	100	604	-504	568	-468
混合痔外剥内扎术	200	947	-747	808	-608
中药热奄包治疗(小)	10	73	-63	54	-44
中药热奄包治疗(中)	10	74	-64	55	-45
中药热奄包治疗(大)	10	75	-65	55	-45
中药热奄包治疗(特大)	10	76	-66	56	-46
中药化腐清创术(小)	48	187	-139	131	-83
颞颌关节脱位手法整复术	24	229	-205	174	-150
肩锁关节脱位手法整复术	60	373	-313	259	-199
胸锁关节脱位手法整复术	60	377	-317	261	-201
肩关节脱位手法整复术	60	402	-342	278	-218
肘关节脱位手法整复术	60	274	-214	192	-132
桡骨头半脱位手法整复术	24	86	-62	78	-54
桡骨头脱位手法整复术	24	631	-607	446	-422
下桡尺关节脱位手法整复术	24	650	-626	459	-435
面针治疗	10	140	-130	96	-86
鼻针治疗	10	140	-130	96	-86
鼻腔针刺治疗	10	104	-94	72	-62
口针治疗	10	89	-79	61	-51
舌针治疗	10	89	-79	61	-51
腹针治疗	10	87	-77	60	-50
手针治疗	10	87	-77	60	-50
腰椎间盘突出推拿治疗	50	132	-82	92	-42
第三腰椎横突综合征推拿治疗	50	67	-17	48	2
强直性脊柱炎推拿治疗	50	69	-19	49	1
退行性脊柱炎推拿治疗	50	68	-18	49	1
桡骨茎突狭窄性腱鞘炎推拿治疗	20	50	-30	36	-16
耳部吹药治疗	5	12	-7	9	-4
咽部吹药治疗	5	12	-7	9	-4
外气功治疗	6	80	-74	56	-50
中药化腐清创术(中)	96	262	-166	181	-85
中药化腐清创术(大)	144	745	-601	508	-364
中药化腐清创术(特大)	192	2052	-1860	1394	-1202

### (三) 现行价格与标化价值比价关系

梳理比价关系发现，中医类项目间比价关系明显不同于标化价值，多数构成比比值偏离 1，且差异有统计学意义 ( $t=6.275, P<0.01$ ) (图 1)。构成比比值偏低的比例较高。对构成比比值归类统计，不同区间的频数分布差异明显，三级医院构成比比值接近于 1 (0.8 ~ 1.19 组) 的有 25 项，占 17.5%；构成比比值低于 0.8 的有 54 项，占 37.8%；构成比比值大于 2 的有 49 项，约占 34.3% (表 4)。

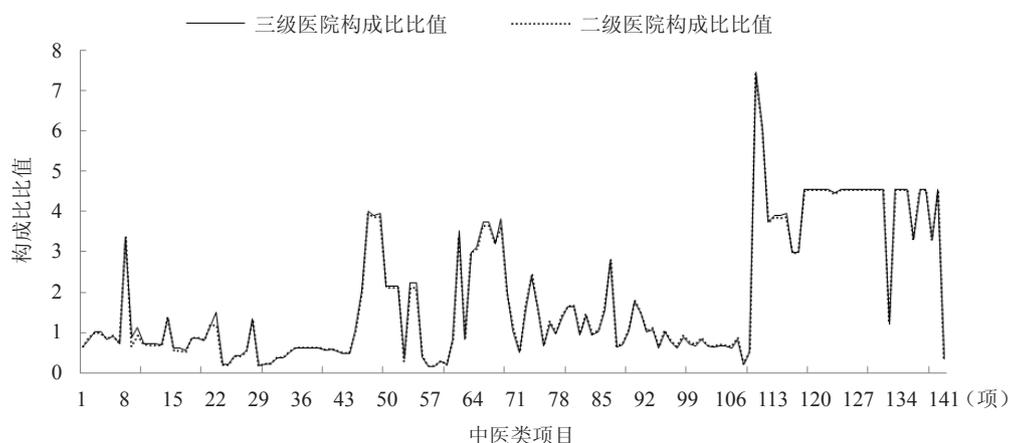


图 1 上海中医类项目现行价格与标化价值构成比比值

表 4 上海中医类项目比价关系分布情况

构成比比值	三级医院		二级医院	
	数量 (项)	占比 (%)	数量 (项)	占比 (%)
0.50 及以下	20	14.0	19	13.3
0.51 ~ 0.79	34	23.8	35	24.5
0.80 ~ 1.19	25	17.5	26	18.2
1.20 ~ 1.49	8	5.6	6	4.2
1.50 ~ 1.99	7	4.9	7	4.9
2.00 ~ 2.99	11	7.7	12	8.4
3.00 及以上	38	26.6	38	26.6
合计	143	100.0	143	100.0

### (四) 需优先调整的中医类价格项目

构成比比值低于 0.8 和价格水平平均偏低的项目有 53 项，主要包括

灸法、针刺法、中医骨伤、特殊治疗、外治及肛肠等类别。其中，内养功和放松功治疗构成比比值最低，三级医院和二级医院分别为 0.16 和 0.17，现行价格明显低于标化价值（表 5）。

表 5 上海需优先调整的中医类项目

项目名称	现行价格 (元)	三级医院		二级医院	
		标化价值 (元)	构成比 比值	标化价值 (元)	构成比 比值
内养功治疗	6	197	0.16	134	0.17
放松功治疗	6	197	0.16	134	0.17
关节粘连手法松解术	12	365	0.18	247	0.18
下桡尺关节脱位手法整复术	24	650	0.20	459	0.20
外固定架拆除术	10	263	0.20	183	0.21
桡骨头脱位手法整复术	24	631	0.20	446	0.20
督灸治疗	50	1254	0.21	848	0.22
大关节粘连手法松解术	24	597	0.22	407	0.22
外固定架调整术	10	223	0.24	168	0.23
气功音乐治疗	6	110	0.29	76	0.30
镞针治疗	6	90	0.36	61	0.37
肛周药物注射封闭术	60	848	0.38	788	0.29
面针治疗	10	140	0.38	96	0.39
鼻针治疗	10	140	0.38	96	0.39
外气功治疗	6	80	0.40	56	0.41
手腕部脱位手法整复术	24	302	0.43	224	0.41
髌骨脱位手法整复术	24	296	0.44	220	0.41
雷火灸治疗	15	166	0.49	116	0.49
太乙神针灸治疗	15	166	0.49	116	0.49
中药化腐清创术（特大）	192	2052	0.50	1394	0.52
鼻腔针刺治疗	10	104	0.52	72	0.53
大灸治疗	50	516	0.52	350	0.54
梅花针治疗	12	120	0.54	82	0.55
足部关节脱位手法整复术	24	233	0.55	177	0.51
颞颌关节脱位手法整复术	24	229	0.56	174	0.52
项针治疗	10	94	0.57	65	0.58
夹脊针治疗	10	92	0.58	63	0.60
经皮穿刺管状骨骨折闭合复位内固定术	150	1338	0.60	1056	0.54
口针治疗	10	89	0.60	61	0.62
舌针治疗	10	89	0.60	61	0.62
腹针治疗	10	87	0.62	60	0.63
手针治疗	10	87	0.62	60	0.63

续表 5 上海需优先调整的中医类项目

项目名称	现行价格 (元)	三级医院		二级医院	
		标化价值 (元)	构成比 比值	标化价值 (元)	构成比 比值
经皮穿刺关节骨折闭合复位内固定术	150	1294	0.62	1026	0.55
肱骨外髁骨折撬拨复位术	120	1034	0.62	700	0.65
腕踝针治疗	10	86	0.62	59	0.64
踝关节骨折脱位手法整复术	156	1338	0.63	909	0.65
髋关节脱位手法整复术	120	1026	0.63	695	0.65
胫骨髁部骨折撬拨复位术	120	1020	0.63	691	0.66
中药封包治疗(小)	6	50	0.64	35	0.65
股骨颈/股骨转子间骨折手法整复术	100	831	0.65	567	0.67
肱骨干骨折手法整复术	100	808	0.67	551	0.69
股骨髁部骨折撬拨复位术	120	968	0.67	656	0.69
跟骨骨折撬拨复位术	120	966	0.67	654	0.69
桡骨头颈部骨折撬拨复位术	120	958	0.67	649	0.70
踝关节骨折撬拨复位术	120	953	0.68	645	0.70
股骨干骨折手法整复术	100	762	0.71	520	0.73
中药热奄包治疗(特大)	10	76	0.71	56	0.68
中药热奄包治疗(大)	10	75	0.72	55	0.69
中药热奄包治疗(中)	10	74	0.73	55	0.69
中药蒸汽浴治疗	20	147	0.73	104	0.73
肱骨内上髁骨折撬拨复位术	120	880	0.73	596	0.76
中药热奄包治疗(小)	10	73	0.74	54	0.70
脊柱骨折手法整复术	156	1087	0.77	739	0.80

### 三、讨论和建议

#### (一) 结合中医类项目特点, 建立适宜的比价方法学模型

当前开展的比价方法学有一定局限性, 有待于进一步优化。中医类医疗服务项目比价主要通过比较现行价格与成本及同类型城市价格来评价现行价格水平及比价关系的合理性。一方面, 由于中医类服务项目涉及仪器设备较少<sup>[2]</sup>, 以技术劳务投入为主, 不同于检查、检验等。采用现行的成本核算方法不能较好地反映医务人员技术劳务价值, 测算结果同中医类服务项目价值存在较大偏差。国内一项研究结合中医项目的特点, 通过优化成本分摊系数以提高成本测算结果的准确性, 但在人力价值测算上仍有待于加强<sup>[3]</sup>。另一方面, 横向的价格比较在一定程度上可

以掌握该地区的价格水平，但在价格水平普遍不合理的情况下，其对价格制定和调整的指导意义有限。

结合国家 2012 版目录框架和本地实际，形成了上海比价测算体系。2012 年，国家发改委、国家卫生计生委、国家中医药管理局联合发布了新版的价格目录。其中明确提出了各个中医项目需要的人力及时间、技术难度和风险程度，但尚未提出各项目的价值点数。目前，国内尚没有基于该版本的中医类项目价值测算研究。本次研究首次基于 2012 年版价值框架和参数，同时结合上海卫生事业薪酬改革方案，结果凸显了医务人员的技术劳务价值，拓展和优化了当前中医类价值测量方法学模型。

## **(二) 中医类现行价格水平及比价关系不合理，需分步分批逐步调整**

上海中医类现行价格水平和比价关系不合理，结果同国内相关研究结论基本一致。山东一项中医成本调查发现各类医疗机构中针灸类和中医综合类项目均低于成本，基层医疗机构各类中医项目成本回收率低<sup>[4]</sup>；另一项研究显示中医骨伤、肛肠项目亏损明显<sup>[5]</sup>。重庆市中医类项目成本测算显示中医类收费价格普遍偏低，尤其是中医类手术、治疗项目，其成本核算价是现行价格的 2~5 倍<sup>[6]</sup>。上海市一项同类型城市的中医项目比价结果显示中医类项目总体价格偏低，其中针刺类、中医骨伤类、中医肛肠类、中医外治类项目偏低明显<sup>[7]</sup>。本次研究发现二级医院和三级医院的标化价值平均为现行价格的 3.4 倍和 5.4 倍，构成比比值明显偏离 1，提示当前价格在水平和结构上均存在不合理。

调整需综合考虑水平和比价关系，建议分步分批调整。调研发现构成比比值区间较宽，各项目现行价格与标化价值差异较大，一步调整到标化价值影响太大，不符合当前改革实际，可以根据调价空间额度，依据比价关系逐步调整至合理水平。

### （三）构建适合当地的价值点数体系，形成科学的价格制定和调整机制

需逐步优化模型参数，构建适合本地的价值点数体系。本次研究采用国家 2012 版参数，部分标化价值明显较高，主要是由于部分项目的标化时间同实际人力投入有较大差距，因此，在使用该方法学模型时需要结合当地劳动生产率进行适当调整，以真实反映实际情况。建立各项目类别的价值点数，探索构建当地的标化价值点数体系。

改革价格制定和调整机制。首先，探索形成价值点数同医保总额、财政投入的联动机制，考虑结合物价指数的增长机制。其次，调整前开展患者负担、医院及医保支出的影响分析，尤其是对可能涉及到的大病病种、自费比例高的、弱势群体常见的医疗服务项目要进行深入分析，形成科学的价格制定和调整机制。

### 参考文献

- [1] 王海银, 金春林, 王惟, 等. 上海医疗服务价格比价方法体系构建[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(8):635-638.
- [2] 党海霞, 图雅, 杨永生, 等. 中医药服务价格现状抽样调查及调整策略建议[J]. 中国卫生经济, 2013(08):23-25.
- [3] 窦蕾, 尹爱田, 刘玉欣, 等. 中医医疗服务项目成本核算及特殊性研究[J]. 中国卫生经济, 2012(10):76-78.
- [4] 窦蕾, 刘庆, 尹爱田, 等. 中医医疗服务项目盈亏情况及亏损原因分析[J]. 中国卫生经济, 2012(10):82-84.
- [5] 窦蕾, 尹爱田, 周振峰. 山东省四县级中医院中医服务项目经济效益及其变动分析[J]. 中国卫生经济, 2012(12):64-66.
- [6] 黄彦, 段绪坤, Yan Huang, 等. 重庆市中医医疗服务项目收费及成本核算的调查研究[J]. 中国卫生资源, 2015, 18(04):266-267.
- [7] 王海银, 苏锦英, 金春林. 上海市中医类医疗服务价格水平研究—基于上海与五个城市的比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2014(07):63-67.

（责任编辑：康乐妮）

## 基于中医药服务综合评价指标体系的影响分析

陈多<sup>1</sup> 李芬<sup>1,2</sup> 王瑾<sup>1</sup> 苏锦英<sup>3</sup> 金春林<sup>1,4</sup> 赵致平<sup>3</sup> 方欣叶<sup>1</sup>

**【摘要】** 目的：了解上海市中医医院中医药服务综合评价指标体系的实施情况，以及对医院内部管理产生的影响。方法：根据综合评价结果，综合考虑医院级别、所在区域，选取了三级（2家）、二升三（1家）和二级中医医院（3家）开展现场调研和关键知情人士访谈。结果：中医药服务综合评价工作促进了医院的中医办院方向，为管理提供人员提供了衡量中医药发展水平的抓手，促进了中医药服务规范化和能力提升。但该综合评价指标体系偏重基础，对学科发展水平的区分度略低；该项工作给信息化程度较低的医院增加了工作负荷，并需进一步协调与其他评价体系的关系。结论：进一步完善该综合评价指标体系和组织管理工作，充分发挥评价结果对医院发展的指导作用，并协同外部环境改革激发发展中医药的内在动力。

**【关键词】** 中医医院；综合评价；内部管理；影响

目前我国中医医院的管理体系、补偿机制、监管体系等治理手段不符合中医服务和经济运行特点，不利于中医特色的发挥和长远发展<sup>[1,2]</sup>。上海市要求中医及中西医结合医院在公立医院综合评价中增加中医药服务评价内容<sup>[3]</sup>。2014年，上海市印发了中医药服务综合评价指标体系（简称“综合评价指标体系”），对中医医院的中医药服务情况开展考评。课题组综合考虑医院级别、所在区域，选取了三级（2家）、二升三（1家）和二级中医医院（3家）开展现场调研，了解该评价体系的实施情况，

---

第一作者：陈多，女，研究实习员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

3. 上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

4. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

基金项目：上海市卫生和计划生育委员会卫生政策研究课题（2015HP016）

以及对医院运行管理产生的影响，为进一步完善中医药服务综合评价工作提出政策建议。

## 一、中医药服务综合评价工作基本情况

### （一）评价工作组织架构

上海市中医医院中医药服务综合评价工作充分发挥了政府主导和行业管理的作用。评价工作由市卫生计生委组织开展，由市中医药发展办公室牵头负责，由上海市中医、中西医结合医院评价（评审）中心组织中医药领域临床专家和管理专家（简称“评价专家组”）进行专项评审。区县卫生计生部门组建了中医药管理部门，参与中医药服务综合评价工作。医院层面成立了中医药服务综合评价工作小组，由分管医疗的副院长牵头，院办、医务处、门办、住院办、信息部门等业务部门共同参与，定期收集中医药服务开展情况的相关资料上报评价中心。中医药服务综合评价工作开展所需经费由财政专项资金保障。

中医药服务综合评价的预评价工作于 2013 年底在 8 家中医医院试点，2014 年第一季度即在全市中医医院推开。评价指标体系中的定量指标，2014 年、2015 年上半年采取医院填报、评价专家组现场复核的方式，每个季度填报一次；定性指标的评价每半年开展一次评估。

### （二）指标体系设计

综合评价指标体系采用百分制，突显中医药特色：一级指标包括计划措施落实与人员队伍建设、中医药服务利用情况、临床科室建设、中药药事与中医护理服务、中医学科专科建设等 5 个一级指标，细化为 11 个二级和 22 个三级指标（图 1）。三级指标通过多次预评价、专家研讨，从 400 多个指标中凝练而来，并在印发时均明确了指标的计算和评分方法。



图1 中医药服务综合评价指标对医院引导目标的逻辑架构图

### (三) 指标采集方法

评价指标的可测量性和可获得性较好，可跟踪性较强。定量指标部分可在医院信息系统中直接提取，部分经过计算获得，指标数值可跟踪。但由于中医药服务综合评价预评价工作于2013年底在试点医院开展试点，而2014年第一季度便在全市22家中医医院全面实施，试点时间与推开时间间隔不到1个月，若以试点时间为基线，将损失大量样本。因而本文以2014年第一季度数据为基线值，分析所有中医医院的变化情况。此外，因传统中医讲究外环境与身体内环境的影响与相互作用，中医用药受季节变化影响较大，因此选取同期数据进行分析更加符合中医药服务特点。定性指标一部分采纳本市质量控制等专项评估结果，以避免重复检查、降低医院管理负荷；一部分由评价专家组通过听取汇报、现场抽查资料的方式，根据指标评分方法进行打分。为提高定性指标的

可测量性，市卫生计生委制定了评价操作手册，对评分标准进一步细化。

## 二、中医药服务综合评价工作对医院内部管理的积极作用

中医药服务综合评价工作的开展对上海市各级中医医院、中西医结合医院的内部管理产生了不同程度的影响。

### （一）评价工作有助于明确中医办院方向

目前政府对中医医院的管理基本照搬西医体系，补偿机制、定价机制、评价制度没有体现中医药服务特点。在这个大环境下，由于医院需要获得收益以维持正常的运营，部分中医医院在办院方向上发生了一定偏差，存在对中医药人员培养、中医药技术的传承和发展、实际开展的中医药服务技术、中药饮片的应用等方面不足的问题。综合评价指标体系以计划措施落实和人员队伍建设中的计划措施部分指标及中医药服务利用指标两大项共计8项三级指标为抓手，旨在使医院坚持以发展中医药为主基调，同时考核各中医医院门诊和病房对中医诊疗技术具体开展和中药饮片的应用情况，以及医院收入中各类型中医药服务收入所占比重，以此鼓励医院积极开展临床中医药服务，发挥中医药特色。

通过综合评价指标体系实施前后的相关指标变化情况可知，2014年第一季度—2015年第二季度，在上海市的中医医院门诊中，中医诊疗技术开展种类数从51.2种上升到54.6种，增长率为6.6%；三级中医医院、二升三类中医医院及二级中医医院开展的种类数增长率分别为3.7%、2.8%和1.3%。从同期指标变化趋势比较情况可以看出（表1），除却中药收入占药品收入比例在总体上呈现下降趋势以外，门诊中医诊疗技术应用、门诊中药饮片处方比例、出院者中医诊疗技术治疗比例、出院者应用中药饮片治疗比例、中医诊疗收入比例总体上均呈现上升趋势。虽然中药饮片收入占药品收入比例这一指标在三级医院呈下降趋势，但在二级医院、二升三类医院中仍然呈现上升趋势。通过定性访谈也可

以了解到，大部分中医医院的院长认为，综合评价指标体系是第一个体现中医药特色要求的标尺，是公立医院综合评价体系（上海市卫生计生委发布《关于公立医院综合评价工作的实施意见》（沪卫医管〔2013〕4号）、院长绩效考核体系（上海申康医院发展中心发布）的有力补充，在中医药办院方向上具有较强的引导和促进作用。

表1 2015年与2014年同期相比上海市的中医医院中医药服务利用指标变化率（%）

指标	2015年第一季度与2014年第一季度比较				2015年第二季度与2014年第二季度比较			
	三级医院	二升三类医院	二级医院	合计	三级医院	二升三类医院	二级医院	合计
	门诊中医诊疗技术应用 (项次/人次)	+0.08	-0.08	0.14	+0.07	+0.01	+0.11	+0.01
门诊中药饮片处方数占门诊药品总处方数的比例	-2.4	+1.5	+1.4	-0.6	+2.2	+3.5	+2.4	+2.6
出院者中医诊疗技术治疗人数占出院总人数的比例	-26.9	+4.3	+6.5	-10.0	+10.9	+5.2	+17.5	+11.1
出院者应用中药饮片治疗人数占出院总人数的比例	+10.9	+3.5	+4.8	+7.7	+0.2	+9.5	-0.5	+2.5
中药收入占药品总收入比例	-0.4	+0.05	-2.2	-0.9	-2.1	-0.1	-0.4	-0.8
中药饮片收入占中药收入的比例	-1.1	+5.5	+1.6	+0.5	-3.1	+3.2	+0.5	-0.9
中医诊疗技术收入占除药品收入外医疗收入的比例	+0.3	+0.5	+4.4	+1.3	+2.3	-0.8	+5.4	+2.1

## （二）评价工作成为发展中医药的管理抓手

通过现场调研了解到，各级各类中医医院都不同程度地将评价指标体系结合到医院内部管理中。院长和业务部门负责人认为，中医药服务综合评价结果为院内管理人员指导业务发展提供了依据。在医院内部，管理人员通过横向、纵向比较中医药服务综合评价指标中的临床科室内涵建设中的临床科室业务管理、中医综合治疗，以及中医预防保健、中

药药事、中医护理服务及中医学科专科等相关指标，引导临床部门查找差距、分析原因，促进自身中医药服务提供、规范医疗行为。部分医院还将考核指标纳入医务人员的常规绩效考核指标体系中，以此鼓励临床科室重视和运用中医药服务。在医院层面，中医药服务综合评价结果让医院能够在全市层面了解自身在同级同类医院中的位置，帮助医院在发展方向和行业中进行定位，包括能力水平、优势学科、差距和短板，为医院制定针对性的发展策略提供参考。

### （三）评价工作有利于医疗服务规范化

综合评价指标体系中临床科室建设指标中的中医诊疗规范实施、中医医疗质量控制、中医药事和中医护理服务的建设等都是中医医院基本的临床诊疗质量管理项目，旨在考查医院各临床科室对医院核心制度的落实情况和中医诊疗规范及质量控制情况，以此规范各医院在开展中医药服务过程中医疗行为的科学性和合理性，保障患者权益的同时也提升了临床科室业务能力的建设和长远发展。通过实地调研获得的信息可知，部分医院把考核要求融入日常管理中，如把病史检查、主任查房等纳入院内月度考核中，提高了医院相关医务人员对诊疗规范的重视程度，促进医疗行为的规范、提高临床服务质量。

### （四）评价工作有助于中医药服务能力提升

首先，在综合评价指标体系中，中医人才队伍的5项指标对人员结构提出了一定要求，反映了医院从临床基层到管理层具备中医药专业技术人员或经过中医药培训人员的比例，旨在确保医院各级人员了解和熟悉中医药发展特色、以中医药为主要专业技能的医护人员比例，使医院人事管理部门意识到中西医人员比例存在问题，从而在选拔、招聘过程中进行改进。其次，评价工作促使医院加大了对相关人员中医药技术的培训力度，如派出西医人员参加“西学中”培训、科主任参加新技术学

习等。虽然从短期来看会造成医院人员紧张，但长远来看促进了中医药技术的应用和发展，如“西学中”人员归来后将开方、中医技术应用到实践；科主任学成归来带动了新技术发展，给医院带来良好经济效益的同时，也促进了中医药技术的传承和发展，产生了较好的社会效益。

总体来说，中医药服务综合评价工作提高了医院对中医药能力发展的重视程度，在办院方向上起到了较强的引导作用，为医院强化内部管理提供了参考依据。

### 三、综合评价指标体系存在的问题

然而，根据定性访谈得到的信息可知，目前综合评价体系在评价不同级别、不同类型中医医院、中西医结合医院时，仍存在可进一步增强其引导作用的空间。

#### （一）指标体系未充分体现中医医院专科发展的差异化

综合评价指标体系面向的是全市各级中医、中西医结合医院，因此在指标设计上顾及了各级各类医院的情况，而且多选择的是基础性指标，如三级查房制度、中医药事和中医护理等，无法很好地体现医院的优势学科，医院评价结果的区分度不够，学科发展领先的医院在评价中不能得以体现，对服务水平已经较高的医院激励不足。在结果应用方面，因中医医院发展历史、专科特色、服务能级各不相同，评价分数的高低并不能完全反映医院的客观情况，院长们认为管理不能唯指标判断发展情况。这与中医药服务综合评价工作的发展阶段有关，综合评价指标体系第一阶段侧重于对于中医药服务基础的考核，引导办院方向，在此基础上进一步探索差别化的考核体系。此外，评价结果没有明确的排名，使医院很难直观地了解自身不足，同时也无法找到优秀的“标杆”，开展交流、学习。

## （二）综合评价指标体系的实施效果易受评价结果的应用程度影响

评价结果的运用程度影响医院对中医药服务综合评价的重视程度。例如，部分区（县）将中医药服务综合评价结果部分或全部采纳作为该区（县）公立医院绩效考核，医院的执行力度、效果较好；反之，部分区（县）仍采用与西医医院相同的绩效考核体系，对中医办院方向的引导相对较弱。评价工作的实施效果受配套政策的影响，例如，松江区公立医院实行绩效工资，医务人员收入与医院整体绩效考核结果相关，与业务收入脱钩，医务人员真正做到从患者出发提供服务，中医药服务发展动力强，全市普遍较弱的儿科等学科在该院发展较好；但部分区县运行外环境没有改变，经济效应仍然是医院首先考虑的重点<sup>[5]</sup>，中医药服务综合评价的引导作用略弱。

## （三）各项公立医院考核结果的协同作用有待进一步加强

综合评价指标体系在于促进中医药服务，所选取的指标紧紧围绕中医药服务；市卫生计生委、申康医院发展中心已制订了公立医院公益性考核体系、院长绩效考核体系，其中已有的质量、效益等指标不再纳入。因而在运用考核结果时，应与不同主管部门制定的考核结果有机结合，起到“互补”的作用。例如，对于三级医院院长绩效考核可考虑将中医药服务综合评价考核结果设置一定的权重（例如30%），既考核三级中医医院的发展绩效，又考核中医办院方向的落实情况；对于区（县）中医医院的考核，将中医药服务综合评价结果与该区（县）的医院综合考核办法相结合。

## 四、政策建议

### （一）进一步完善评价指标体系和组织管理，针对医院定位开展差异化评价

评价工作早期以强基础、重规范为目的，引导中医办院方向。随着

中医医院的发展，评价工作要逐步体现内涵建设要求，体现发展和创新导向，对中医医院实行分级分类评价和管理。除基础性指标以外，对二级医院和三级医院可以有不同的侧重点，如三级医院可以进一步突出中医药创新能力等，以指导各级各类中医医院的下一步发展方向。组织架构方面建议联合其他相关委办局共同参与，提高评价结果的认同度。在指标收集过程中，建议由市卫生计生委借助信息化工作，建立从医院信息系统中直接生成定量考核指标的接口，提高数据的准确性、可比性，减少医院填报工作负荷。

## **（二）协同相关政策改革激发中医药发展动力，落实中医药服务综合评价结果对中医医院的影响**

中医药服务综合评价工作是把鞭子打在中医医院上，在促进中医药发展上起到引导作用。但价格形成机制、医保补偿政策、财政投入方式等机制没有转变，中医药发展程度和中医医院经济效益无法匹配协调，可能导致中医医院发展动力不足。目前评价结果还没有与医保政策、财政投入政策、绩效工资等“真金白银”挂钩，访谈医院多把这项工作作为一个管理抓手，指导临床科室提高中医药服务比例。随着评价工作的深入和结果应用的加强，不排除部分医院为“达标”“创优”而出现不当医疗行为的可能性<sup>[6-7]</sup>。因而，促进中医药发展还需同步改革外部环境，建立符合中医药服务特点的体制机制、管理手段，使提供中医药服务、积极传承和发展中医药技术的医院、医务人员获得奖励和发展。

## **（三）提高公立医院各项考核结果的协同作用，充分发挥评价对医院发展的指导作用**

每家中医医院都有各自的优势专科和服务特点，医院管理人员普遍希望主管部门充分应用评价结果，不仅仅发布考核结果，而是应了解指标高低及变化的原因，找出可推广的发展经验，发现普遍存在的问题和

各医院较为突出的短板,用评价结果来指导全市中医医院的发展。同时,进一步加大对结果的应用,如在全卫生系统公示或在全市中医医院管理者会议上进行公示,进一步提高医院的重视程度,同时也有利于医院之间的交流、学习。在条件成熟时,可将评价结果抄送财政局、人保局、申康医院发展中心、区县卫生计生委等部门,加大评价结果的应用范围,探索与政府财政投入政策等制度的联动,发挥“指挥棒”作用。

## 参考文献

- [1] 毕波.中医院中医知识传承能力评价指标体系研究[D].南京:南京中医药大学,2014.
- [2] 窦蕾.促进基层医疗机构中医药服务发展的财政补偿研究[D].济南:山东大学,2013.
- [3] 市卫生计生委,上海市医疗保险办公室,上海市财政局,等.关于公立医院综合评价工作的实施意见[EB/OL].[2013-4-25].<http://www.shanghai.gov.cn/shanghai/node2314/node2319/node12344/u26ai35751.html>.
- [4] 廖藏宜.公立医院管理体制改革的优化比较[D].大连:东北财经大学,2012.
- [5] 舒蝶.公立医院绩效考核指标体系研究[D].上海:复旦大学,2012.
- [6] 李家伟.中医服务及医院补偿机制研究[D].上海:复旦大学,2013.
- [7] 周一心.完善中医院补偿机制的策略研究[D].上海:复旦大学,2012.

(责任编辑:周珠凤)

## 中药药物经济学评价建议

胡善联<sup>1,2</sup>

中医药是祖国医药的宝库，青蒿素的发现为治疗恶性脑型疟疾找到了有效的药物，不仅挽救了数百万患者的生命，而且产生了巨大的社会效益。2015年12月，国务院常务会议通过了《中华人民共和国中医药法（草案）》，着眼继承和弘扬中医药，坚持与规范并重，强化政策支持。中药的药物经济学评价与化学药物的评价既有共性又有其特殊性。对中成药开展药物经济学的评价和研究，规范中成药的应用具有积极意义。

### 一、中药地位独特

中成药在中国的药品市场中占有独特的地位。据南方所“2012年中国医药发展蓝皮书”对中国医药经济运行分析系统、中国医药市场全景解读（CAN）和艾美仕分析（IMS）的综合报道，2011年中成药与化学药的市场占比分析，化学药市场规模为5823亿元人民币，占整个药品市场比例62%，市场规模的年增长率为11.1%。反之，中成药市场规模为3500亿元人民币，占整个药品市场的38%，中成药的市场规模年增长率为30.6%，要比化学药的增长率高得多。

国家基本药物目录的遴选标准除了国际通用的标准，如防治必需、安全有效、价格合理、使用方便以外，我国还有“中西药并重”这一独特的遴选标准。因此，纵观1994年、1997年、2000年、2002年、2004年的五次国家基本药物目录调整中，中成药占有很大的比重，分别占到

---

作者简介：胡善联，男，教授，上海市卫生发展研究中心首席顾问

作者单位：1. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200031

70.9%、64.3%、61.9%、62.1% 和 62.0%。2009 年和 2012 年新医改以来，两次修订的国家基本药物目录，药品的总量下降为 307 种和 520 种，中成药的比例也随之分别降低到 33.2% 和 39.0%。

## 二、中药与化药的评价共性

药物经济学在中国的发展已有 20 ~ 30 年历史。药物经济学 (PE) 与循证医学 (EBM)、结果研究 (OR) 和卫生技术评估研究 (HTA) 往往是结合在一起的，主要内容包括宏观的国家药物政策研究和微观的药物经济学评价研究。药物经济学政策研究的转化涉及到药物的定价与报销、基本药物目录和医保报销药品目录的遴选、药品招标采购、上市前和上市后的药物经济学评价、药品市场研究、价格谈判等。

化学药和生物药的药物经济学基本研究方法同样适用于中成药。如常用的一些药物经济学评价方法：最小成本分析 (CMA)、成本效果分析 (CEA)、成本效用分析 (CUA)、成本效益分析 (CBA)、增量成本效果 (或效用) 分析 (ICER)、药品预算影响分析 (BIA)、药品风险和效益分析 (RBA)、药品真实世界分析 (RWS)、药物不良反应分析 (ADR) 等。

药物研究中有很多障碍条件，**一是**药物的安全性，凡是药物首先要有安全性；**二是**必须要有临床治疗的功效；**三是**具有成本效果，也就是成本要低、效果要好的经济学原理，才是值得应用的；**四是要**“物有所值”，药物的治疗成本是否具有货币的价值，在西药的评价中是以提高一个生命质量调整年需要花多少钱来衡量 (QALY)；**五是**药品的价格是否具有可承受性。

对这 5 个条件，中成药的评价也不能例外。根据 2013 年国家药品不良反应监测年度报告显示，中药的不良反应占总不良反应的 17.3%。2013 年全国由中药注射剂引起的不良反应者有 12.1 万例，严重报告者

占到 5.6%。前 10 位引起不良反应的中药注射剂为清开灵、参麦、丹参、双黄连、香丹、血赛通、脉络宁、舒血宁、生脉、黄芪注射剂。当中药注射剂与其他药品联合使用时可增加安全风险，因此，中药注射剂的不良反应对患者的危害是不容忽视的。中成药的治疗无论是“同病同冷”或是“异病同冷”都应该有明显的疗效，如云南白药在外科止血方面具有明显缩短出血的时间。但有的中成药主要是对症治疗或是辅助性治疗用药，中药不是“安慰剂”，如果效果没有循证的依据，临床效果不是非常明显的话，就应该减少这方面的用药，节省药品资源，将有限的药物费用花到更有疗效的治疗药物上去。为加强辅助性用药的管控和限制，北京市已将 21 种注射剂列为辅助用药，其中也包含部分中药注射剂。要指出的是，有些独家生产的中成药产品已非昔日价廉中药的概念，中成药的合理定价也是需要考虑的一个问题。

### 三、中成药评价的特殊性与建议

然而，中成药药物经济学评价中与化学药评价不同的是，它的诊疗体系与西医不同，需要遵照中医学的辨证论治方法、中医疾病的分类和分型，因此病例的选择标准应该不同。另外，大部分中成药已经过几千年的“人体试险”，也可以认为是一种真实世界的研究（realworld study）。再有，中药有不少是辅助治疗，如何去评价其疗效是一个值得研究的问题。此外，还有很多值得思考的问题，如不少的治未病养生方剂、中药药物经济学的研究方法完全采用传统西药的评价体系是否合适？而且中成药有很多是独家产品，它的合理定价问题亦值得研究。

2015 年国家中医研究院基础医学研究所已开始组建中药药物经济学研究队伍，并将成立中药药物经济学专家咨询委员会，中成药企业对中药的药物经济学评价也日益重视，这些新的进展对我国的中药药物经济学研究将会产生深远的影响。

对中医经济学评价研究问题，笔者有以下几点建议：一是应该进一步研究适宜中药药物经济学的评价方法和指标体系；二是应开展中药的真实世界研究（real world study），需要对一些重点研究的中成药开展病历登记和随访；三是中药治疗中并不像化学药有针对性的疾病治疗或靶向治疗，应该注重生活质量改善（quality analysis），以提高中药注射剂的质量。

（责任编辑：杨燕）

## 如何让医院“短板”不短？

### ——调研手记

李 芬<sup>1,2</sup>

今年参加了几项医院经济运行方面的课题，把上海市列为“薄弱”、“短板”的医院跑了个遍，有幸与卫生、财政、申康等政府部门的官员，医院院领导、业务科室负责人及临床一线人员进行了面对面地交流，心里有一点感触，特记录下来。

“短板”医院一个共同的特征是医务人员收入不高，学科医院招不到人、留不住才。几家中医医院院长说“选择学中医的人，大多数骨子里对中医有一种特殊的感情；但选择了中医、坚持中医药疗法，就等于选择了受穷”。精神病医院院领导说：“市场上一般的心理咨询师月收入上万，大牌专家咨询时间按分钟计算。精神病医院医生跟外科医生相比，劳动强度，风险系数当然没法比，收入水平也不能要求与他们持平，但收入水平应当能留住人，不然，这个学科没法发展了。”上海市某儿科医院出了好些卫生系统的领导，我很敬佩这家医院，但一位老师说：“儿科医生不赚钱，从政的比例相对高一些”。

为什么这些医院运行效益不佳？各医院院领导不约而同认为是“价格体系”。一位中医医生问我：你觉得中医治疗难还是西医手术难。我说做西医手术难。“看，这就是不懂中医的人的看法。你觉得是看不见骨头，根据经验、知识，手法难呢？还是切开皮肉，打钉子把骨头钉在一起难呢？你认为是手术难，现在大部分卫生系统官员是西医出身，他

---

作者简介：李芬，女，助理研究员，博士在读

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

们也觉得是手术难，定价系统的测算方法，把工作人时、医疗耗材成本，风险系数几个因素加总，西医手术疗法价格噌噌地上去了；而且西医手术项目分类非常细，不同部位有专门的项目，光手术价格就 780 ~ 5500 元不等，还没加上耗材等其他费用，总体费用高，创伤也很大。骨伤科最能体现中医手法的‘简、便、验、廉’优势，但中医接骨的价格定得连成本都收不回来”。其他难兄难弟型医院的境况也类似。儿科医院的知情人士说，很多国家儿科的诊疗费是高于成人项目的，国家层面有这项政策，允许地方的儿科诊疗项目加价，但上海还没有实施。传染病医院的“洗、消、防”成本远高于一般医院，但定价与一般医院没有差别。

为了提高员工待遇，改善医院经济运行状况，医院也各有招术。每个院长心里都有一本账，哪些项目赚钱，哪此项目赔钱，心里都很清楚。精神病专科医院，上海的效益较差，但有的沿海省份这类医院是当地效益最好的医院，原因何在？因为这些医院大力发展脑外科，效益立刻好转。上海市传染类医院收入一直在业务内垫底，因业务的特殊性，地方偏远，人才流失尤为严重；近年来，在中心城区开设了分院，发展呼吸科特别是手术，自我造血能力逐步提升。这种方式好吗？可推广吗？我在心里打了个问号。医院能搞活经济，提升服务能级当然是好事，能培养一批人并提供更多的医疗服务，社会效益与经济效益都挺好。但是，开展这些业务会影响政府指定开展的专科服务吗？能保留学科发展的动力吗？其他同类医院具备开展这些业务的能力吗？

吸引不住人才，学科发展、相关医疗服务自然受到限制，最终受苦的还是老百姓。我去年生小孩，因准备工作不足，建大卡时按规定时间去医院，到医院被告知大卡要提前一个月预约才排得上。儿科医院更是人满为患，每次去都要排队半个上午，带着小宝宝等候那么长时间是件很难熬的事情；而一般医院不愿意开设儿科门诊，华山医院妇产科也没

有开展。一位医院领导坦言，在当前环境下，一些老百姓需要的服务，因为亏损大、其他渠道补不足，服务提供没有积极性。比如，某些服务是按照规定必须开设，医院会按照要求开展，但人力物力配置上就不会那么充足，需要这项服务的就慢慢排队吧。还有的做法就是违规了。比如，中西医院治疗项目，患者搞不清楚哪个代码是中医，哪个代码是西医，医院套用编码就可以大大提高收费水平了。诚然，这种做法是违规的、要坚决取缔的，但从另一个角度来看，医院用哪种治疗方式对患者来说有什么差别呢？相同的治疗效果，收费价格为什么差异那么大呢？

医改一直在调整医疗服务价格，但中医医疗服务项目的价格给医院带来的收益非常小。我一位同事以 2013 年的历史数据，测算 2014 年中医调整项目带来的增收，不到 2013 年医疗收入的 1%。其他薄弱专科医院的针对性价格调整项目就更少了。当然，其与综合医院相同的服务项目价格在同步调整，但与此同时，药品、耗材加成等政策在改革，各试点改革城市普遍反映，依靠价格调整搞活这些薄弱专科医院的效益还遥不可及。医疗服务价格调整任重而道远！

医疗服务价格调整的思路仅考虑人力成本，物耗和技术风险，似乎对专科医院的服务来说，少了些什么。一位中医医院的一线人员说，就算中医服务价格按这个思路调整后能够补偿成本，中医服务还是发展不起来，因为这个定价体系是按西医来的，中医接骨只有十分钟，但所需的知识、经验，在这 10 分钟是体现不出技术含量的权重的；手术的本身特点需要多名医护人员联合工作，手术时间即使最高水平的医生也需要几个小时，由于时间上的巨大差异，中西医知识与经验在定价系统中所占的权重差异很大。此外，西医服务的化验、耗材等渠道可有一定收益。精神病医院的情况与中医医院类似，人力成本是主要成本，但成本中对知识、经验的重视度不够；而传染病医院等其它医院提供相同服务，

对额外成本的统计，对风险程度和服务的外溢效应考虑不够，基于成本加和的价格形成机制没有体现服务价值。

再回到之前的疑问，医疗服务应该基于什么来定价？中医、西医手法治疗同一种疾病，按目前的定价体系，按项目支付的医保付费方式，造成治疗费用差异很大。是应该按成本支付，还是应基于结果来支付？国际上近年来提出基于价值付费，我想在中国再适合不过了。无论何种疗法，同一病种能不能采用相同的支付价格？如果真能没到做到按价值支付，“中医西化”就不用再担心了，中医“简、便、验、廉”的优势将会充分凸显，给医院和患者都带着巨大的社会效益与经济效益。

薄弱医院通过发展相关的业务可提供自身的造血能力是值得考虑的做法，但需要注意的是不能影响本职业务的开展。更期望能有一天，定价体系、支付体系机制的改革，能让这些医院做好本职工作就能良好的运转，医生就获得相当的收入，“短板”医院不短、做基本医疗服务的医务人员不再受穷。

（责任编辑：杨燕）







研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China