

中图分类号: R95 文献标志码: A 文章编号: 1006-4931(2026)11-0033-04
doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2026.11.007



药占比综合管控措施用于提升医院临床用药规范性的效果分析*

宋伟正¹, 邹剑², 方静¹, 丁劲¹

(1. 四川省成都市第六人民医院, 四川 成都 610081; 2. 四川省彭州市人民医院, 四川 成都 611930)

摘要:目的 提升医院临床用药的规范性。方法 通过四川省成都市第六人民医院3个院区的医院信息系统(HIS)抽取2024年1月至10月(干预前)及2024年11月至2025年7月(干预后)的总药占比(不含中药饮片)、中成药及中药注射剂占比、中药饮片占比、抗菌药物使用强度(AUD)、门诊药占比、住院药占比、住院静脉输液率、月均门诊量、窗口发药人员数量、门诊药房药师与月均门诊量比、医院服务性收入占比、门诊次均费用、住院次均费用、四级手术占比、病例组合指数(CMI)、检查检验费用占比、耗材费用占比、实际例均检查检验费用、实际例均耗材费用等相关数据,以及药品目录调整情况。结果 干预后,药品目录和用药结构均得到了优化;总药占比、中成药及中药注射剂占比、门诊药占比、住院药占比、住院静脉输液率均显著下降($P < 0.001$);中药饮片占比、医院服务性收入占比、四级手术占比均显著上升($P < 0.05$);AUD降幅为7.33%;门诊药房药师与月均门诊量比由干预前的1:1 229.07降至干预后的1:1 337.26,人力成本降低;CMI值由干预前的0.83升至干预后的0.85;虽然检查检验费用占比、耗材费用占比均显著上升($P < 0.05$),但门诊次均费用、住院次均费用、实际例均检查检验费用、实际例均耗材费用均显著下降($P < 0.05$)。结论 药占比综合管控措施可在保障患者诊疗用药的基础上有效优化药品目录及用药结构,控制医疗费用,提升临床用药规范性。

关键词:药占比;医院管理;综合管控;费用控制;合理用药

Effect of Comprehensive Control Measures for Drug Cost Ratio on Improving the Standardization of Clinical Medication in a Hospital

SONG Weizheng¹, ZOU Jian², FANG Jing¹, DING Jin¹

(1. The Sixth People's Hospital of Chengdu, Chengdu, Sichuan 610081, China; 2. Pengzhou People's Hospital, Chengdu, Sichuan 611930, China)

Abstract: Objective To improve the standardization of clinical medication in a hospital. **Methods** Through the hospital information system (HIS) of the three hospital districts of the Chengdu Sixth People's Hospital, the relevant data from January to October 2024 (before the intervention) and from November 2024 to July 2025 (after the intervention) was extracted, including drug cost ratio [excluding traditional Chinese medicine (TCM) decoction pieces], the proportion of Chinese patent drugs and TCM injections, the proportion of TCM decoction pieces, the antibiotics use density (AUD), the proportion of outpatient drugs, the proportion of inpatient drugs, the inpatient intravenous infusion rate, the number of outpatients, the number of pharmacists dispensing drugs at the window, the ratio of outpatient pharmacy pharmacists to the monthly average number of outpatients, the proportion of hospital service income, the average outpatient cost per visit, the average inpatient cost per visit, the proportion of grade - IV surgeries, the case mix index (CMI), the proportion of medical check - up and testing cost, the proportion of consumables cost, the actual average medical check - up and testing cost per case, and the actual average consumables cost per case, and the adjustment of the drug catalog. **Results** After the intervention, the drug catalog and medication structure were optimized; the total drug cost ratio, the proportion of Chinese patent drugs, TCM injections, outpatient drugs, and inpatient drugs, and the inpatient intravenous infusion rate decreased significantly ($P < 0.001$); the proportion of TCM decoction pieces, the proportion of hospital service income, and the proportion of grade - IV surgeries increased significantly ($P < 0.001$); the decrease in AUD was 7.33%. The ratio of outpatient pharmacy pharmacists to the monthly number of outpatients decreased from 1:1 229.07 before the intervention to 1:1 337.26 after the intervention, resulting in a reduction in labor costs. The CMI value increased from 0.83 before the intervention to 0.85 after the intervention. After the intervention, the proportion of medical check - up and testing cost and consumables cost increased significantly ($P < 0.05$), but the average outpatient cost per visit, the inpatient cost per visit, the actual average medical check - up and testing cost per case, and the consumables cost per case decreased significantly ($P < 0.05$). **Conclusion** Comprehensive control measures for the drug cost ratio can effectively optimize the drug catalog and medication structure on the basis of ensuring patients' diagnosis and treatment medication, control the medical cost, and improve the standardization of clinical medication.

Key words: drug cost ratio; hospital management; comprehensive management and control; cost control; rational drug use

药占比(不含中药饮片)是指医院药品收入占医疗总收入的比例,上海市于1994年实行医药费用总量控制,

*基金项目:四川医院管理和发展研究中心科研项目[SCYG2024-21];四川省成都市卫生健康委员会医学科研课题[2025085]。

第一作者:宋伟正,男,博士研究生,副主任医师,研究方向为神经外科及卫生管理,(电子邮箱)277410533@qq.com。

由此提出控制医药费用占比的概念^[1],并逐步成为国家医疗控费政策的重要工具。2015年,国务院要求试点城市公立医院将药占比控制在30%内^[2];2017年,全国公立医院取消药品加成(中药饮片除外)^[3],进一步控制医疗费用上涨,药占比也成为衡量医院管理水平的工具之一。随着医药卫生体制改革的不断深化,药占比的管控不再是单一的控费手段,更是衔接按疾病诊断相关分组/按病种分值付费(DRG/DIP)医保支付方式改革、落实医疗服务价格调整“腾笼换鸟”战略的关键抓手,其核心目标为通过挤压药品领域不合理费用空间,优化医疗费用结构,为提升医务人员技术劳务价值、回归医疗服务本质筑牢基础。药占比过高,不仅会增加患者的经济负担,还可能存在医疗资源利用不合理等问题^[4]。单纯追求低药占比而忽视临床用药需求,可能会影响临床疗效。为此,本研究中探讨了药占比综合管控措施对临床用药规范性的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

通过四川省成都市第六人民医院3个院区的医院信息系统(HIS)抽取2024年1月至10月(干预前)及2024年11月至2025年7月(干预后)的药品使用、医疗运行等相关数据。

1.2 方法

自2024年11月起,我院对药占比进行了综合管控,具体措施如下。1)优化药品采购与目录管理。积极执行国家组织药品集中带量采购(简称国家集采)政策,优先选择中标药品,降低采购成本;修订并完善医院药品采购管理、临时用药采购、新药遴选、药品变更、临时变更配送商管理、药品价格管理、药品清退管理、药品目录调整[将临床疗效欠佳、药品不良反应(ADR)频发、临床及患者需求极低的药品调出目录]等相关制度。在确保药品质量的前提下,优选价格低廉的药品,实现在院药品单价总体逐步下降,从而降低患者的用药成本。同时,完善创新药及治疗性/诊断性药物的入院流程,确保临床疗效更确切的治疗性药物及患者诊疗所需诊断性药物按需入院,以保障临床用药的多样性与有效性。2)强化医嘱/处方审核力度。加强临床药师团队建设,在系统实时医嘱/处方审核的基础上,强化人工审方,着重对高风险药物、超适应证用药、重复用药、重点监控药品、辅助用药情况进行监管与干预,完善合理用药问题反馈及考核机制,进一步规范临床用药行为,防止不合理用药现象的发生。3)制订科学、合理的药占比指标,并与绩效考核相结合。基于科室药占比的历史数据、收治病种的病例组合指数(CMI)及同级医院的药占比情况,制订科室药占比指标。同时,依

据辅助用药、中成药及中药注射剂的比例,测算药占比可压缩空间,按月度或季度对药占比目标值实施科学调整,通过药房发药端对国家重点监控药品进行限量采购,对临床疗效欠佳、适应证宽泛、用量大或有滥用风险的中成药、中药注射剂等实施熔断机制,将药占比达标情况纳入考核,并进行月度通报。通过对比、分析同专业医师的药占比,识别出科室内部合理用药执行效果欠佳的医师。针对药占比偏高及用药结构不合理现象(如辅助性用药占比偏高、未优先选用国家集采药品),就相关问题约谈相关医师,并持续跟踪其整改效果,确保合理用药理念深入贯彻至最小业务单元。4)加强患者用药引导及合理用药指导工作。在药学门诊的基础上,探索临床药师联合坐诊模式,开设儿科-药剂科、呼吸科-药剂科、心内科-药剂科等联合门诊。强化患者用药指导,特别是针对儿童、老年人、慢性病患者及多病共存患者,提供精准用药指导,适时调整药物使用方案,包括减少药物剂量或种类、停药、优化多药联用方案,以减少药物滥用、误用及无指征长期用药。

1.3 观察指标

以2024年1月的数据为基准(1.0),比较干预前后医院总药占比(不含中药饮片)、中成药及中药注射剂占比、中药饮片占比、抗菌药物使用强度(AUD)、门诊药占比、住院药占比、住院静脉输液率、月均门诊量、窗口发药人员数量、门诊药房药师与月均门诊量比、医院服务性收入占比、门诊次均费用、住院次均费用、四级手术占比、CMI值、检查检验费用占比、耗材费用占比、实际例均检查检验费用、实际例均耗材费用等相关数据,以及药品目录调整情况。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验;不符合正态分布的计量资料以中位数表示,行Mann-Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 药品目录与用药结构优化情况

干预后,根据用药效果及临床实际需求,从药品目录中调出15种品规药品;为支持新技术、新项目的开展,满足患者的诊疗需求,准许91种临床诊断、治疗性药物及创新药进入医院,更充分地满足了专病门诊及特殊患者的诊疗需求。干预后,用药结构得到了显著优化,174个品规药品价格下调或被等效低价药替代;总药占比、中成药及中药注射剂占比、门诊药占比、住院药占比、住院静脉输液率均显著下降($P < 0.001$);中药饮片占比显著上升($P < 0.05$);AUD虽无显著变化($P > 0.05$),但降幅(7.33%)仍较大。详见表1。

表1 干预前后药品使用相关指标变化情况

Tab. 1 Changes in medication - related indicators before and after the intervention

项目	干预前	干预后	t/U值	P值
总药占比(不含中药饮片,%) [*]	22.16	18.19	89.0	<0.001
中成药及中药注射剂占比($\bar{X} \pm s, \%$)	2.49 ± 0.26	1.84 ± 0.12	6.776	<0.001
中药饮片占比($\bar{X} \pm s, \%$)	0.63 ± 0.07	0.98 ± 0.43	-2.364	0.0443
AUD(DDDs) [*]	30.96	28.69	66.0	0.0942
门诊药占比($\bar{X} \pm s, \%$)	32.76 ± 1.52	28.76 ± 1.41	5.923	<0.001
住院药占比(%) [*]	18.46	15.30	89.0	<0.001
住院静脉输液率($\bar{X} \pm s, \%$)	0.90 ± 0.02	0.86 ± 0.02	4.522	<0.001
月均门诊量($\bar{X} \pm s, \text{例次}$)	44 246.60 ± 3 801.49	45 467.00 ± 3 624.56	-0.714	0.4848
医院服务性收入占比($\bar{X} \pm s, \%$)	33.26 ± 1.11	35.79 ± 1.21	-4.743	<0.001
门诊次均费用($\bar{X} \pm s, \text{元}$)	291.27 ± 12.55	259.65 ± 9.81	6.067	<0.001
住院次均费用($\bar{X} \pm s, \text{元}$)	11 192.42 ± 286.80	10 223.31 ± 239.43	7.942	<0.001
四级手术占比($\bar{X} \pm s, \%$)	16.19 ± 1.97	19.86 ± 2.29	-3.756	0.0016
检查检验费用占比(%) [*]	35.38	36.19	17.0	0.0247
耗材费用占比($\bar{X} \pm s, \%$)	8.73 ± 0.39	9.06 ± 0.26	-2.184	0.0433
实际例均检查检验费用(元) [*]	3 957.63	3 671.37	6.933	<0.001
实际例均耗材费用($\bar{X} \pm s, \text{元}$)	977.03 ± 55.19	926.95 ± 40.69	2.228	0.0396

注: *为采用 Mann - Whitney U 检验, 其余采用 t 检验。

Note: * indicates that the Mann - Whitney U test is used, while the t - test is used for the rest.

2.2 月均门诊量与医院人力成本变化情况

干预后,月均门诊量由(44 246.60 ± 3 801.49)例次升至(45 467.00 ± 3 624.56)例次,上升了2.76%(已扣除新院区开诊增加的门诊量)。详见表1。月均门诊量较干预前上升的情况下,窗口发药人员数量由36名减至34名,但门诊药房药师与月均门诊量比由干预前的1:1 229.07降至干预后的1:1 337.26,人力成本降低,促使药师有更多时间和精力用于临床指导合理用药及药学门诊工作。

2.3 费用控制效果

干预后,CMI值由0.83升至0.85;医院服务性收入占比、四级手术占比均显著上升($P < 0.05$);虽然检查检验费用占比、耗材费用占比均显著上升($P < 0.05$),但门诊次均费用、住院次均费用、实际例均检查检验费用、实际例均耗材费用均显著下降($P < 0.05$)。详见表1。

3 讨论

随着DRG / DIP医保支付方式改革的不断推进,单一的药占比指标已显现出明显局限性,其仅能反映药品收入在医疗总收入中的占比关系,无法体现药品使用的临床价值、费用效能及患者诊疗结局,也难以结合科室CMI值体现不同病种诊疗的用药需求差异,易导致医疗机构为达标出现“一刀切”控费或诊疗不足等问题^[5]。因此,构建更科学的多维度合理用药评价指标体系迫在眉

睫,该体系应整合费用效能比、用药适宜性、患者预后、CMI值、AUD、辅助用药占比等核心指标,既关注药品费用的合理管控,也重视用药的临床精准性与诊疗效果,实现从“单纯控占比”向“合理用药提质效”的转变,让用药评价更贴合临床实际与医保支付的核心要求。

药占比受多重因素影响,涵盖医师诊疗习惯、患者需求差异、医院管理效能、医保政策导向(如国家集采品种的增加)、药品市场竞争态势,这些因素相互作用、相互制约,共同导致其结果^[6-8]。药占比过高或过低,可能会引发或伴随过度医疗、不当收费、诊疗不足等情况。而在DRG / DIP医保支付方式改革的背景下,药占比不合理还会直接导致医院病种成本管控失效,影响医保基金的使用效率与公立医院的可持续发展,与“腾笼换鸟”所倡导的医疗服务价值转型目标相悖。患者对疾病及用药的认知存在局限性,特别是慢性病患者及多病共存的老年患者会过度依赖药物,忽视生活方式的调整及药物的合理增减,从而导致药占比持续处于较高水平^[9-10]。医师在诊疗过程中若过于偏重药物治疗而忽视综合治疗手段,同样会导致药占比上升。在医院管理层面,若药品采购、遴选、供应商变更、国家集采药品使用、重点监控药品及辅助性药物管理、处方点评等制度不完善,或绩效考核力度不足、导向不恰当,均可能导致药占比控制效果不佳,甚至出现“补偿性过度医疗”^[11]。医保政策对药品报销比例、医保目录的调整,会直接影响患者的用药选择,进而对药占比产生影响。药品生产企业生产的仿制药、等效药数量,创新药的更新换代及竞争的充分性,配送商的市场策略及行为(如高价药推广)等,也会间接影响药占比。我院除积极落实国家集采政策外,在执行国家集采药品遴选、新药遴选、药品临时采购、动态药品比价等过程中,充分开展了比价并引入竞争机制,合理设置价格,有效降低了医保目录内药品及临时采购药品的成本。同时,通过制订科学、合理的药占比指标,强化用药审核、绩效考核、患者教育、用药指导等工作,在药占比控制方面取得了较好的成效,有效减轻了患者的经济负担^[12-14]。

单一的药占比数据难以全面、准确地评判用药的合理性^[15-16]。近年来,部分地区逐步取消了药占比硬性指标,采用动态监测和合理用药评估机制,使医疗机构能更灵活地根据临床实际需求调整用药结构。这一政策调整与DRG / DIP“以临床价值为核心,以合理成本为基础”的支付原则高度一致,也为“腾笼换鸟”战略的落地提供了更科学的实施路径。此外,还需关注药品总费用中辅助性药物、中成药及中药注射剂的占比。当药占比保持不变时,可减少辅助性药物^[17]、中成药及中药注射剂的占比,并增加诊断性和治疗性药物的使用,以

更有效地满足临床和患者的诊疗需求,从而提高医疗质量。我院的总药占比(不含中药饮片)由干预前的22.16%降至18.19%,腾出不合理用药的“空间”,以患者为中心,优化药品目录,剔除临床疗效差、ADR多、性价比不高的药品,增加临床及患者需求的诊断性和治疗性药物,更好地满足了患者的诊疗需求,有效提升了门诊量。

本研究结果显示,干预后,检查检验费用占比和耗材费用占比虽显著上升,但并非“补偿性过度医疗”的体现,而是诊疗复杂度提升后的合理伴随现象。其中,检查检验费用占比的上升(0.81%)与四级手术占比上升(3.67%)及CMI值上升(0.02)直接相关,复杂手术、疑难病症的诊疗过程中,需通过更多的检查检验手段明确诊断、评估病情,为临床诊疗决策提供科学依据;耗材费用占比的上升则与手术量/难度的增加及新技术、新项目的临床应用小幅上升有关。值得注意的是,虽然上述2项指标占比均有所上升,但因住院次均费用整体降幅更明显,实际例均检查检验费用、例均耗材费用呈“占比上升但绝对费用下降”的特点,表明医院在药占比管控过程中未出现费用转移的情况,有效避免了患者经济负担的变相增加。药占比作为反映医疗机构药品使用情况和医疗费用结构的重要指标^[18],是医疗服务价格改革及医保支付方式调整的重要参考。但其高低受检验检查费用、耗材费用、服务性收入等多种因素的影响。因此,仅依据药占比及相关指标控制效果难以全面体现其在减轻患者经济负担及诊疗合理性提升中的作用,需充分考虑疾病的复杂程度、患者的合并症等实际情况^[19],同时将患者例均费用、检验检查合理性、费用增长及耗材占比变化等情况纳入监测及干预范围内,避免药占比控制降低的费用“空间”被“补偿型过度医疗”填补,造成患者真实经济负担减轻的感受不强。

综上所述,药占比综合性控制措施可在保障患者诊疗用药的基础上有效优化药品目录及用药结构,控制医疗费用提升临床用药的规范性。但本研究为单中心回顾性研究,结果易受医院诊疗特色、区域患者特征等因素影响,外推性有限;虽推动了多院区药占比管控的同质化,但新院区运营等院区间异质性因素仍可能干扰研究数据,且干预前(10个月)与干预后(9个月)时间区间设置不完全对称,叠加干预后,国家集采政策更新、医保细则调整等外部混杂因素,难以剥离单一干预措施的独立效应;暂未开展敏感性分析或分层分析,后续可通过多中心前瞻性研究、多维评价指标进一步探讨不同措施对药占比下降的具体贡献度,为优化药占比管控策略提供依据。

参考文献

[1] 上海市实行医药费用“总量控制、结构调整”[J]. 上海医药,

1994,15(9):8.

- [2] 国务院办公厅. 关于城市公立医院综合改革试点的指导意见:国办发[2015]38号[A/OL]. (2015-05-17)[2025-10-19]. https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/17/content_9776.htm.
- [3] 国家卫生和计划生育委员会,中华人民共和国财政部,中央编办,等. 关于全面推开公立医院综合改革工作的通知:国卫体改发[2017]22号[A/OL]. (2017-04-24)[2025-10-19]. <https://www.nhc.gov.cn/tigs/c100053/201704/7084c5c9a0c44df3a5af01f4a134114c.shtml>.
- [4] 徐 敢,王 冲. 药占比在医院管理评价工作中的管制价值和社会效果分析[J]. 中国药房,2015,26(34):4762-4765.
- [5] 金丽霞,刘 毅,刘 斌. 基于专科医院某疾病诊断相关分组费用分析的管理思路探讨[J]. 华西医学,2019,34(12):1379-1383.
- [6] 孙向彦,曲薪池. 药占比管制下过度医疗行为多阶段动态演化研究[J]. 中国管理科学,2024,32(8):308-321.
- [7] 杨 琪,徐丽芬,罗宇燕. 品管圈活动降低医院药占比效果分析[J]. 中国药业,2025,34(3):6-9.
- [8] 徐 源,陈珉愷,何江江,等. 深圳市药品集团采购现状及对公立医院药品费用和结构的影响[J]. 中国卫生资源,2020,23(3):222-227.
- [9] 康 学,程京艳,李志远,等. 骨科中成药潜在用药风险及处方点评分析[J]. 中国医药导报,2025,22(18):192-197.
- [10] 胡永恒,郝 顺,王 婧,等. 门诊风湿免疫疾病处方点评与用药指导[J]. 中南药学,2025,23(5):1459-1463.
- [11] 徐 肖,蔡 勇,侯泽敏. 服务性收入占比管制下公立医院过度医疗行为演化研究[J]. 运筹与管理,2025,34(1):171-177.
- [12] 徐伟佳,谢岳云,徐李玲,等. 临床药师参与“国谈”新型抗肿瘤药物MDT管理模式的效果分析[J]. 重庆医学,2025,54(1):114-120.
- [13] 陈 俊,任杜娟,苏小林,等. DIP支付模式下临床药师促进临床合理用药实践探索[J]. 中国药业,2025,34(14):28-31.
- [14] 高 志,韩璐璐,刘 芳,等. 处方前置审核对门急诊合理用药及超说明书用药管理的影响[J]. 中国药房,2025,36(13):1666-1670.
- [15] 郝有丽,张海霞,郭宏霄,等. 临床药师在泌尿外科开展药学服务的效果分析[J]. 实用药物与临床,2019,22(12):1307-1312.
- [16] 吴晓丹,刘一凡,李 娟,等. 药占比管制下过度医疗行为演化研究[J]. 系统工程理论与实践,2019,39(12):3163-3175.
- [17] 徐 彬,吴琼华. 辅助用药监管对策与实施成效[J]. 中国医院用药评价与分析,2020,20(3):333-336.
- [18] 奉祁薇,闫春晓. 湖南省慢阻肺患者住院费用影响因素分析[J]. 湖南中医药大学学报,2023,43(4):740-746.
- [19] 王银霞,徐佳丽,李思颖. 266例急性冠脉综合征患者住院费用与影响因素的相关性分析[J]. 中国病案,2021,22(6):51-53.

(收稿日期:2025-10-23;修回日期:2026-01-09)