

· 医院管理 ·

高成本下医院制剂成本管理控制策略探讨

张 荣, 黄丽珊, 黄艺蓉, 王庆芬

【摘要】 目的 通过医院制剂配制部门实施成本管理控制策略, 达到有效控制成本, 实现质量与效益的统一, 使制剂部门保持良好经营状况。**方法** 通过分析医院制剂成本构成的特点, 研究制定并实施制剂配制成本管理控制策略。**结果** 对医院制剂配制成本实行管控后, 生产利润率提高至 39.48%; 产品合格率提高至 98.2%; 劳保及办公用品人均费用下降了 38.16%; 原材料、制剂成品达到了零报损。**结论** 实施制剂成本管理控制策略后, 能够有效控制成本管理水平, 提高制剂质量的稳定, 有助于医院制剂的健康持续发展。

【关键词】 医院制剂; 成本分析; 成本核算; 成本控制

【中图分类号】 R197.32 **【文献标志码】** A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2014.04.040

医院制剂作为药品的组成部分, 发挥了药品市场供应不足的补偿作用。但随着药品质量标准不断提高, 质量成本大幅度增加; 同时生产原材料价格和人员工资上涨, 使得生产成本不断增长; 再加之, 受到药品市场规模的冲击和医院制剂定价原则^[1]的限制, 利润空间不断缩小, 从经济学的视角看医院制剂的生存与发展条件已不具备优势, 更需要以经济管理为手段, 控制成本水平。近年来, 我院积极探索制剂成本管理控制, 取得了明显成效。现将探索实践情况报告如下。

1 分析医院制剂成本的构成

通过对本院 2011–2013 年制剂配制成本核算, 分析了各项成本的占有比例, 为制定成本管理控制策略提供依据。医院制剂成本由配制时消耗的生产资料、支付人员工资、固定资产折旧、管理费用等项构成。如生产资料成本(原辅料、药包材、低值易耗品等)占总成本 41.61%; 折旧成本(厂房、设施设备的折旧费)占 8.34% 左右; 人力成本(所有参与制剂生产、检验、管理人员的工资、奖金、福利)占 33.65%; 水电气能耗占 12.55%; 设施设备维护费用占 0.74%; 管理成本(人员培训、制剂管理等)占 2.77%; 转移成本(医院的管理成本按各核算单元的工作人员数进行部分转移分摊)占 0.34%。上述数据显示, 生产资料和人力成本是制剂成本的主体, 也是成本控制的重点。

2 健全医院制剂成本核算体系

2.1 成本核算机构 由医院经管科、财务部门负责

对制剂配制成本进行核算。

2.2 成本核算方式 一般采用事后核算法, 即对当月制剂收入、支出及结余状况进行的总分类核算, 结余部分按一定比例提成作为科室效益奖。

2.3 制剂收入核算 制剂以成本价入医院药库后以零售价出库发至各药房所取得的金额作为制剂收入, 财务部门通过设置“药品—药库药品—自制药剂”的科目进行核算^[2]。

2.4 制剂定价方法^[1] 医院制剂零售价格按保本微利原则制定。零售价格由制造成本加不超过 5% 的利润构成。计算公式: 零售价格 = 制造成本 × (1 + 制造成本利润率)。

医院制剂的原料损耗, 中药最高不得超过 20%, 西药最高不得超过 5%。调剂购进的医院制剂, 医疗单位以实际购进价格为基础加不超过 5% 的利润制定零售价格。医院制剂制造成本的制定是以当地物价局制定方案核算。如以福建省为例: 制造成本 = [(原材料成本 + 辅助材料成本) × (1 + 损耗率 5%) + 包装材料成本 × (1 + 损耗率 5%)] × (1 + 检验费率 15%) + 定额生产费用。

3 实施制剂成本管理控制策略

3.1 建立二级成本核算体系 医院制剂配制作为医院一种独立的业务性质, 根据统一管理, 分级核算的原则, 应按照院科两级全成本核算的模式进行独立核算^[3], 才能对制剂配制进行全面核算。科室负责一级核算, 对计入制剂产品成本的费用进行归集和核算, 按照产品核算方法, 对制剂配制过程所发生的直接费用按照用途和发生点直接进行归集, 将间接成本进行分摊至各种制剂产品中, 进行产品生产

成本核算。医院经管科、财务部门负责二级核算,对制剂部门当月的收入、支出及结余状况进行总分类核算。

3.2 制剂成本管理重点环节的控制

3.2.1 构建科级成本核算的信息平台 科级成本核算是制剂配制成本控制的首要环节,应配备专职人员负责成本核算工作。目前,医院在医疗活动过程中普遍使用的是总部配发的“军卫字一号”系统,由于该系统没有留下与“军队医院会计核算管理系统”的接口,必须在现有的信息平台上,搭设医疗与核算之间的桥梁^[4]。应用制剂配制信息管理软件,与“军卫字一号”系统、军队医院会计核算管理系统衔接,建立制剂成本核算信息网络系统,实现配制成本核算数据的自动收集、存储、分析和信息共享,提高成本核算的高效率和准确率。建立原辅料、药包材、低值易耗品的明细账,不断完善成本实际发生情况的收集、传递、记录、计算和汇总工作。

3.2.2 控制人力成本 近年来医院人力成本呈快速增长的趋势,已达总成本的 30% 以上。因此降低人力成本对控制成本起到至关重要的作用。首先合理配置人员,设立与药品生产相适应的生产、质量与物质管理、工程管理等职能部门,根据生产、质量管理需要配置各类人员,防止不必要的人员存在;其次要合理定薪,需要有一定刺激作用的工资报酬留住人才;第三,重视引进先进的制药设备,减少人工操作,提高生产效率。

3.2.3 重点抓好对制剂产前、产中与产后三个阶段的成本控制 ①产前阶段成本控制:建立费用审批制度,做到所有费用开支前都要经过申请审批才能支付;加强实物物资管理,做好原材料采购预算,控制原材料的采购库存成本;对引进项目、开发产品时,要进行科学性、可行性和投入与产出的效益等方面论证,做好投资的风险评估,避免决策失误而带来的损失与浪费;引进设备时应考虑到多品种、多规格兼容,提高设备利用率,降低折旧成本。②产中阶段成本控制:实施生产过程的全面质量管理,落实质量控制和监管,防止出现不合格的中间品、成品,提高产率是制剂生产中成本控制的主要环节。③产后阶段成本控制:根据临床需要量制定配制计划,合理库存,减少制剂库存资金占用量,避免成品过期报废。

3.2.4 成本日常监控 由于制剂工作人员长期以来习惯于大锅饭体制,缺乏成本控制意识,在制剂配制全过程中的浪费现象比较普遍,这就更需要实行成本控制的责任制,在配制流程的各个环节进行费用监督。如采购成本的控制由仓管组人员负责,生

产过程的成本控制由各生产部门负责,辅助生产成本由辅助生产部门控制。只有这样成本日常监控才能落到实处,制剂产品的单位成本才能得到有效控制。

3.3 关键环节的管理控制

3.3.1 保持适度生产规模 药品生产存在因某些生产用具有不可分割性或某种固定投入要素成本,这种特性造成固定成本随产量增加而平均值下降,从而形成规模经济效益^[5]。扩大制剂配制批量,是降低制剂产品的单位成本的有效措施。但这对于单个医疗机构而言是不现实的,可通过实行委托生产或使医院制剂在区域内几家医院内共同调剂使用来实现。

3.3.2 科学制剂定价方案 制剂定价是成本控制的关键环节,按照福建省物价局制定的计算公式^[1]计算制剂成本时,关键在于科学合理确定定额生产费用。其应能客观反映配制过程中投入的扣除生产资料成本和检验费用之外的其他成本,否则很难准确核算制剂成本,因制剂配制量少,容易造成制剂成本偏低。医院制剂的本质仍然是药品,在生产过程、质量标准、临床使用管理上与市售药品是同等对待,那生产投入的成本与市售药品理应一致,医院制剂的定价方案也可参照同类市售药品,以体现价值相符原则。

3.3.3 定期进行成本差异分析 制定成本控制标准是成本控制的首要环节^[6]。制剂部门的成本核算应重视对事前、事中的成本预测研究,在每年年初进行上一年度的成本数据差异分析,对盈亏原因作出分析判,为制定成本控制标准提供依据,制定合理的控制水平。

4 制剂成本管理控制成效

4.1 生产利润率逐年提高 2011 年生产利润率 34.2%,2012 年生产利润率 38.90%,2013 年生产利润率 39.48%。实行管控后利润率提升 5.28%。

4.2 产前、产中与产后 3 个阶段的成本得到有效控制 2012 年原材料月平均库存量与 2011 年相比,下降了 6.44%;2013 年在配制量扩大、原材料价格上涨的情况下,月库存量与 2011 年相比上涨了 0.54%。不仅减少了库存占用资金量,而且原材料报损量由 2011 年 4013.28 元降至 2013 年的零报损。

实施生产过程质量控制和监管后,产品合格率明显提高,所配制的 78 个制剂品种产率由 2011 年 93.8% 提高至 98.2%。实行按需制定配制计划后,2012 年成品平均月库存量与 2011 年相比,下降了

19.91%;2013 年在临床用量明显增加的情况下,成品月库存量与 2011 年相比上涨了 1.72%。成品年度报废量 2011 年为 8793.58 元,2013 年为 0。

4.3 成本日常监控成绩明显 落实成本控制责任制后,科室人员的成本控制意识明显增强。劳保及办公用品人均费用 2013 年比 2011 年下降了 38.16%;原材料用量 2013 年与 2012 年比较,在生产量增长 5.02% 的情况下,原材料用量仅增长 0.4%。

总之,医院制剂低成本投入,高利润回报的时代已经过去。医院制剂品种多、规模小,产量低的生产特点,导致了投入与产出不成正比等问题已成为制约医院制剂发展的瓶颈。特别当前贯彻落实药品安全“十二五”规划,加快提升医院制剂质量标准,将使质量成本进一步增加,更需要依靠加强对医院制

剂配制成本管理控制来实现质量与效益的统一。

【参考文献】

- [1] 国家发改委.药品政府定价办法[ED/OL]. [2000-11-21]. <http://wenku.baidu.com/view/df36338984868762caaed554.html>.
- [2] 张秀华.“在加工材料”科目在医院制剂核算中的不足及改进[J].医药世界,2007(2):101.
- [3] 杨小龙,高晓英.浅析加强院科两级成本核算的途径[J].中国卫生资源,2011,14(6):416.
- [4] 陈照明.推行全成本核算管理 提升医院质量效益[J].东南国防医药,2009,11(1):VI-IX.
- [5] 庄奕琦.经济学原理[M].上海:复旦大学出版社,2003:115-118.
- [6] 田 军.略论医院制剂生产中的成本控制[J].科级创业月刊,2006(12):96-97.

(收稿日期:2014-04-14;修回日期:2014-05-25)

(本文编辑:史新中)

(上接第 420 页)

回收,使用 WD290 清洗机集中清洗消毒(水温 90℃,时间 30 min)后装袋发放科室备用。

1.3 采样方法 以棉签蘸无菌生理盐水在呼吸机及雾化管道内 5~10 cm 处来回涂擦取样,之后直接涂于普通营养琼脂培养基表面,置 37℃ 培养 48 h 观察细菌生长,如有细菌生长再行细菌分型鉴定。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计软件分析数据,计数资料以百分率(%)显示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

科室自行清洗消毒 344 件,合格数 315 件,合格率 91.57%;消毒供应科集中清洗消毒 360 件,合格数 358 件,合格率 99.44%。两组清洗消毒方法合格率比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),消毒供应科集中清洗消毒的合格率高于科室自行处理。

3 讨 论

消毒供应科集中清洗消毒效果明显优于科室自行清洗消毒,主要原因是临床科室无清洗干燥设备,操作不规范。尤其是采用自然晾干的方式,不能及时干燥,易造成细菌污染。消毒供应科集中处理呼吸机及雾化管道是采用机器清洗消毒,优于化学浸泡消毒,且全自动机器清洗不添加任何消毒剂,对患者呼吸道黏膜无刺激^[3-4]。科室自行清洗消毒是以“84”含氯消毒液浸泡,如果冲洗不干净,会对患者呼吸道黏膜造成伤害。科室自行清洗消毒过程

中,如“84”含氯消毒液加入量不够,浓度达不到要求,亦会影响消毒效果。消毒供应科以机器热处理清洗消毒后,对呼吸机及雾化管道采用灭菌过的子母扣袋包装,避免了二次污染,有利于呼吸机及雾化管道的保存。而“84”含氯消毒液洗消过程中对呼吸机及雾化管道具有一定的腐蚀性,会增加管道的脆性,减少管道使用寿命。消毒供应科集中清洗消毒亦利于洗消过程的科学管理,由于采用机器热处理,且由专业人员操作,可充分利用洗涤设备,节省人力物力,规范操作规程,同时也节省了各科室自行清洗消毒的洗消成本和人力资源。

总之,呼吸机及雾化管道的清洗消毒质量与患者的医疗安全密切相关^[5-6]。消毒供应科回收集中清洗消毒可以保证洗消效果,有效预防医院感染。

【参考文献】

- [1] 曹登秀.复用呼吸管道附件流程处理质量管理[J].中国消毒学杂志,2013,30(3):205.
- [2] 黄朝晖,陈严伟,高玉华.影响呼吸管路清洗消毒效果因素的分析[J].中华医院感染学杂志 2012,22(6):1226-1227.
- [3] 严 行.全自动清洗消毒机消毒呼吸管路的研究[J].中华医院感染学杂志 2012,22(4):778.
- [4] 陈东方,刘 睿,任 建.全自动清洗消毒机集中处理呼吸管路观察[J].中华医院感染学杂志 2010,20(6):825-826.
- [5] 全玉丽,赵秋良,徐蕴芳,等.床边纤维支气管镜吸痰和灌洗治疗呼吸衰竭患者的护理[J].东南国防医药,2012,14(3):266-267.
- [6] 戴红霞.呼吸管道清洗与消毒方法的改进[J].中华医院感染学杂志,2013,23(8):1822.

(收稿日期:2014-04-30;修回日期:2014-06-14)

(本文编辑:张仲书)