

医保药品支付标准与采购价的差额产生机制及其归属问题研究

金雨婷* 杨帆 邵蓉

中国药科大学 国家药物政策与医药产业经济研究中心 江苏南京 211198

【摘要】本文分析了不同医保支付标准制定政策下差额的形成机制,发现差额产生机制除与药品的报销比例有关外,主要取决于支付标准的制定方向和参考价格体系来源的选择。在差额归属问题上,结合重庆、绍兴等试点城市的具体做法探讨由医疗机构留作内部发展模式 and 由政府部门统筹后按绩效重新分配模式的优劣性,认为与简单的差额自留模式相比,差额上交再分配模式可以在保留医疗机构议价积极性的同时规范医疗机构的行为,提升医疗机构服务水平。为避免差额上交再分配模式存在医疗机构假报数据私留差额的政策风险,从博弈论的视角分析医疗机构与监管部门的策略选择,以探讨模式的可行性。最后,就差额归属问题提出“三步走”政策建议,即短期内将差额留归医疗机构以提高其议价积极性,同时积极探索差额上交再分配模式的绩效考核及监管方式,长期则通过建立健全市场价格调查及医保支付标准调整机制,逐步消除差额。

【关键词】医保支付标准;药品采购价;差额归属;博弈论

中图分类号: R197 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.03.010

An analysis on formation mechanism and balance affiliation between health insurance payment standard and market price

JIN Yu-ting, YANG Fan, SHAO Rong

National Drug Policy and Medical Industry Economy Research Center, China Pharmaceutical University, Nanjing Jiangsu 211198, China

【Abstract】 At present, because market price survey and health insurance payment standard adjustment mechanism in china is incomplete, health insurance payment standard can not be completely equivalent to the actual market price of drugs. This paper analyzed and summarized the main factors affecting the balance and formation mechanisms under different medical insurance payment standard policies. It is found that the balance formation mechanism depends not only on the reimbursement ratio of drugs, but also on the development pattern of the payment standard and on the source of the reference price system selected. On the issue of the ownership of the balance, from the specific practices of pilot cities such as Chongqing and Shaoxing, it can be seen that the merits and demerits still exist to the medical institutions for internal development models or re-allocated by the government agencies' performance-based. Compared with the simple balance retention model, the redistribution model can enhance the service of medical institutions by regulating their behavior. However, medical institutions may provide false data to get more balance in the redistribution model, and game theory was used to reduce the policy risk of misreporting the private balance of data from medical institutions, and the analysis of strategic choices of medical institutions and supervisory departments Finally, “three-step” policy proposal was proposed on the issue of balance attribution. In the short term, the balance should be given to the medical institutions to increase their bargaining motivation. At the same time, the performance appraisal and supervision methods should be explored to enhance the feasibility of redistribution model. In the long run, the balance should be eliminated gradually through the improvement of market price survey and medical insurance payment standard adjustment mechanism.

【Key words】 Drug health insurance payment standard; Market price; Balance affiliation; Game theory

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(15ZDB167)

作者简介:金雨婷,女(1993年—),硕士研究生,主要研究方向为医药政策与法规。E-mail:dora325@163.com

通讯作者:邵蓉。E-mail:shaorong118@163.com

2015年5月,国家发展改革委同相关部门发布《关于印发推进药品价格改革的意见的通知》(发改价格〔2015〕904号),提出取消大部分药品的政府定价,医保目录内药品以医保支付标准进行支付。基本医疗保险药品支付标准是参保人员使用医保目录类的药品时医保经办机构向医疗机构、药店等定点机构支付药品费用的基准。药价放开后,政府期望医保药品支付标准能与药品采购制度协同引导药品价格回归合理水平,并明确要求医保药品支付标准要在调查药品实际市场交易价格的基础上,综合考虑医保基金和患者承受能力等因素制定。作为一项全新的政策,支付标准的制定规则备受关注,在试点城市的探索过程中,除支付标准价格参考来源、按商品名还是按通用名支付等热点话题外,由于涉及多方利益,如何处理药品医保支付标准和医疗机构实际采购价之间的差额归属,也是一个值得讨论的热点问题。

1 差额的影响因素及产生机制

医疗机构药品的利润来源于药品成交价格与采购价格之间的价差。药品成交价格由医保基金负担部分和患者自付部分构成,医保支付标准新政实行后,医保基金以支付标准为基础支付费用,患者仍以实际销售价格为基础支付费用,医保基金负担部分改变,患者自付部分不变。药品的采购价格是医疗机构与医药企业的市场行为,具体的采购价格基于双方谈判行为,医保支付标准政策无法直接干预采购价。因此,在医保支付标准制度制定过程中,作为医疗机构药品利润构成的突变模块,医保支付标准与采购价之间的差额成为了各方利益的聚焦点。差额产生机制除与药品的报销比例有关外,主要与医保支付标准的制定规则有关,即主要取决于支付标准的制定方向和参考价格体系来源的选择。

1.1 医保药品报销比例

药品成交价格计算方式首先取决于医保药品的种类,基本医疗保险给付范围内的药品分为甲类和乙类,目录详见《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017年版)》,甲类目录全国统一,乙类药品目录具体由各省(市、区)制定,但调整数量不得超过国家乙类药品数量的15%。甲类药品的费用由基本医疗保险基金全额承担,乙类药品费用由基本医疗保险基金和参保人员按统筹地区规定的分担比例共担。

1.2 医保支付标准制定方式

差额的形成机制与医保支付标准制定方式密切相关。传统模式下,医保基金与医疗机构结算药费时按商品名进行支付,实行医保支付标准政策后,通过借鉴发达国家的经验,分组支付的概念被广泛提及。在制定政策的过程中,人社部在2017年版医保目录的通知中也要求各省(区、市)按照药品价格改革的要求加快推进按通用名制定医保药品支付标准工作。但由于我国目前尚未完成仿制药一致性评价工作,为避免劣币驱逐良币现象的发生,我国医保支付标准需分步走,即初始阶段“按商品名支付”,发挥保障药品有效供应、维持基金持续运行的作用;过渡阶段“按商品名+按通用名支付”,发挥促进药品质量竞争,倒逼一致性评价进程的作用;成熟阶段“按通用名支付”,发挥有效控制基金和引导优质优价的作用。^[1]

分组支付情况下医保支付标准与各商品名药品必然存在价差,以德国为例,德国选定参考价格组最高价与最低价所形成价格区间的下三分位数作为医保支付标准^[2],也就意味着1/3的药品品种价格在医保支付标准之下,使用这些药品时医保支付标准与采购价之间存在正向差额,另2/3的药品品种的价格要高于支付标准,会产生负向差额,负向差额的一般解决方法为患者承担品牌溢价。目前我国药品质量差异较大,在医保支付标准探索的初期阶段还不具备按通用名支付的条件^[3],且“按通用名支付”或“按参考价格组支付”下差额产生机制过于复杂,不作深入讨论,本文假设医保支付标准按商品名制定。在此背景下,通过分析医保支付标准价格体系参考来源来探讨正向差额的产生机制。

1.3 医保支付标准价格体系参考来源

《关于基本医疗保险药品支付标准制定规则的指导意见(征求意见稿)》指出,支付标准主要依据实际市场价格和采购数量等因素决定,通过加权平均中位数或者分位数等方式计算医保支付标准。医保支付标准制定的一大难点在于如何确定实际市场价格的概念,由于现行的招标采购体制招采分离,二次议价普遍存在,当前的省级集中采购已经演变为准入门槛,主要发挥准入和限价作用,中标价是医疗机构采购药品时的封顶价,实际的采购价格主要经由采购主体与生产企业的议价谈判产生。目前,虽然国家层面的制度设计思路还未正式公布,各地制定医保支付标准的依据不尽相同,有的地区基于实际

交易价格,有的则基于省级中标价格,但无论如何,在公立医院作为药品零售主体的前提下,集中招标采购形成的中标价和实际交易价是制定医保药品支付标准的重要依据。医改试点省份的探索工作也印证了这一点,医保支付标准的参考价格来源一般分为两种:一种是以福建、安徽为代表的本省药品中标价,另一种是以重庆、浙江为代表的省级集中采购平台药品加权平均价。

中标价是目前最为完整的一个价格体系,数据的可及性较好,但不符合市场价格的定义,由于带量采购、地市级谈判、二次议价的存在,药品的真实采购价普遍低于中标价。采购价与采购量、配送要求、回款条件等挂钩,是通过频繁交易得到的价格,更贴近于市场价格的概念,但在招采分离、存在利益输送的现实情况下,二次议价较为隐蔽,企业和医疗机构主动披露的可能性较小,医保部门很难获得真实的市场价格。

无论是以中标价或是真实采购价作为价格参考来源,医保药品支付标准在某一时间段内均是一个具体、固定的值,而在市场环境中,由于每一家医疗机构的采购量、回款方式、谈判技巧不同,药品的采购价格必然存在差异。不仅是机构间的差异,即使

同一家医疗机构,不同周期的采购价格也会波动。因此,从微观交易的角度来看,以任何方式确定的医保支付标准均不可能完全等同于药品实际市场交易价格,医保支付标准与药品实际交易价格间必然存在差额。这类差额是市场本身造就的,不可能完全消除,政策不应该也无法解决此种差额。基于医保基金的运营情况由所有个体交易组成,故本文将所有医疗机构简化为一个主体。考虑到政府获取实际交易价格存在一定的概率,医保支付标准的参考价格体系来源有中标价和采购价两种情况,零差率背景下医疗机构设定的药品零售价格也是如此。

从表 1 可以看出,医疗机构能否从医保基金和患者处获利取决于能否采集到医疗机构的真实采购价格。由于医保药品信息管理上存在平台建设落后、字段和编码标准化水平低等问题,药品数据采集能力弱,在相当长的一段时间内难以依托药品市场大数据发现真实药品价格^[4],只有随着市场价格调查机制的建立和完善,药品支付标准与采购价之间的差额才会消失。获取市场交易价格并非易事,出于提高医保基金利用效率、为患者购买更多医疗服务的考虑,需研究差额的归属问题。

表 1 四种医保支付模式下医疗机构获利情况

医保支付标准(医保基金支付依据)	医院零售价(患者支付依据)	医疗机构药品利润
中标价	中标价	中标价 - 采购价
中标价	采购价	中标价 - 采购价(甲类) (中标价 - 采购价) × 医保基金负担比例(乙类)
采购价	中标价	0(甲类) (中标价 - 采购价) × 患者自付比例(乙类)
采购价	采购价	0

2 差额归属问题研究

针对差额归属问题,不同试点地区在医保支付标准的探索和实践过程中主要采用了两类处理方式:一是以重庆为代表的由医疗机构留作内部发展,二是以绍兴为典型的由政府部门统筹后按绩效重新分配。

2.1 差额自留

2015 年,重庆市政府办公厅发布《关于完善公立医院药品集中采购工作的通知》,明确了“结余自留,超额自担”的差额归属办法。2017 年,福建省医保办公布药品联合限价阳光采购目录(第一批)及医保最高销售限价和医保支付结算价,鼓励定点医疗机构与药品供应企业进一步谈判,降低药品采购价格,药

品采购价与销售价之间的差额归医疗机构所有。差额自留的方式提高了医疗机构的议价积极性,遏制了药价的不合理增长,但会导致医疗机构从倾向于使用高价药转换为使用议价空间大的品种,助长二次议价的风气,同时也会存在劣币驱逐良币的现象。

2.2 差额上交再分配

2014 年,浙江绍兴发布《绍兴市创新公立医疗卫生机构药品集中采购与定价机制试点工作方案(征求意见稿)》,明确提出试点阶段试点单位以省中标价格作为医保药品支付价格,试点单位按医保支付价格销售后获得的差价收入全额上缴同级财政,由同级财政统筹、按照优绩优酬的原则用于试点单位的运行补偿,资金主要用于探索建立适应医疗行业特点的人事薪酬

制度、提高医务人员薪酬待遇和增加公立医院建设发展支出,试点单位对财政运行补偿资金实行专项核算和管理。绩效考核指标包括基本药物使用比例、门诊或住院总费用及药品费用、门(急)诊均次费用、住院均次费用、药品占比、抗菌药物占比。

差额上交再分配模式可以在鼓励医疗机构进行药价谈判的同时促使其提高服务质量。然而,差额上交再分配模式在现实操作层面存在一定的政策风险,医疗机构具有逐利性,作为一个理性的经济人,必然不愿意全额上交药品的差价,医疗机构可能会假报数据,私自留存药品差额。同样,由于行政资源的有限性,以及二次议价行为的隐蔽性,药品监管部门能否采集到医疗机构真实采购价还不得而知。因此,本文采用博弈论模型分析其中的利益关系、博弈过程和策略选择,找出博弈过程中的问题,从而能优化政策,提高政策所带来的经济及社会效益。^[5]

3 差额上交再分配政策的博弈分析

3.1 博弈模型的构建

模型构建中假设仅有两个参与者:医疗机构与监管者(政府部门)。由于药品采购价格较为隐蔽,医疗机构有两种策略可供选择:“上交”(T)或者“私留”(F)。医疗机构将差额全额上缴同级财政后再由财政统筹奖励的收益为 r_T ,医疗机构不按实际差额上交获得收益为 r_F , $r_T < r_F$ 。当医疗机构全部上交差额再分配时政府获得的社会总价值用 v 表示,反之政府将无法获得社会总价值 v 。政府是医疗机构的监督管理部门,也有两种策略可供选择:“检查”(S)或者“不检查”(N)。政府部门核查药品实际采购价需要耗费行政资源,政府部门选择检查时需要付出成本 $h > 0$,以此为代价获取医疗机构是否按实际情况上交差额,假设若政府发现医疗机构未按照规定上交差额时,医疗机构将受到处罚,其损失的收益记为 $-u$,并假设医疗机构方此时的损失等于监管方处罚被监管方违法行为时所获得的资金、声誉等收益,记为 u ,因 u 具有惩罚性,所以 $u > r_F - r_T$,且 $u > h$ 。医疗机构与监管机构之间的博弈如表2所示,是一个双变量收益矩阵。

表2 在差额上交再分配政策下医疗机构与政府的两方博弈

局中人及其策略		监管者	
		检查(S)	不检查(N)
医疗机构	上交(T)	$r_T, v-h$	r_T, v
	私留(F)	$r_F-u, u-h$	$r_F, 0$

3.2 博弈模型分析

在这一博弈过程中,监管者没有占优策略,如果医疗机构选择不作假全部上交的话,监管方的最佳策略是“不检查”,如果医疗机构私留差额,监管方的最佳策略是“检查”。同样,医疗机构也不存在占优策略,若医疗机构知道监管方不检查,由于 $r_T < r_F$,医疗机构必将会选择“私留”的策略;因 $u > r_F - r_T$,在知道监管方检查时医疗机构就会选择“上交”策略。

由于药品实际采购价格较为隐蔽,较难查证,再加上监管资源有限,医疗机构在面对利益诱惑时会存在侥幸心理,医疗机构采取随机的方式选择上交或者私留,形成医疗机构的随机战略 $p_1 = (p, 1-p)$ 。这表明医疗机构选择按实上交可能性为 p ,为利益选择私留的概率为 $1-p$ 。让监管者在选择“检查”和“不检查”两个策略时呈现效果无差异性。战略组合(p_1 ,检查)的期望收益为 $p * (v-h) + (1-p) * (u-h)$;(p_1 ,不检查)的期望收益为 $p * v$ 。两者期望相同,即: $p * (v-h) + (1-p) * (u-h) = p * v, q = 1-h/u$,得到 $p_1 = (1-h/u, h/u)$ 。这也意味着在惩罚力度固定的情况下,政府监管成本越高,医疗机构选择上交差额的可能性越小;医疗机构私留后被检查发现以后的惩罚力度越大,其上交差额的可能性越高。

同样,监管者会选择一种不确定、随机的检查方式,形成监管者的随机战略 $p_2 = (q, 1-q)$ 。这表明监管者检查的可能性为 q ,选择不检查的概率为 $1-q$ 。这样就能让医疗机构在选择“上交”和“私留”两个策略时呈现效果无差异性,即战略组合(上交, p_2)和(私留, p_2)对医疗机构产生的效果无差异,战略组合(上交, p_2)的期望收益为 $q * r_T + (1-q) * r_T = r_T$;战略组合(私留, p_2)的期望收益为 $q * (r_F - u) + (1-q) * r_F = r_F - uq$ 。两者期望相同,即 $r_T = r_F - uq, q = (r_F - r_T)/u$ 。这也意味着,如果医疗机构私留比上交再补助获得的收益越大,监管者选择检查的可能性越高;医疗机构作假私留差额的惩罚越严厉,违法成本越高,监管者选择检查的可能性越低。

4 政策建议

在差额归属问题上,建议采用“三步走”策略,短期内由医疗机构自持以发挥其价格谈判优势,同时积极探索差额上交再分配的绩效考核模式以提升医疗机构服务水平,长期则应建立健全市场价格调查及医保支付标准调整机制,逐步消除差额。

4.1 短期内允许差额收益归属医疗机构

采购制度只有在医院有降价的内在激励下才能真正发挥作用,支付制度也只有赋予医生和医院剩余的索取权与控制权后才能保证控制药品费用下的合理用药。^[6]为保障政策能够顺利落地,应给予医疗机构消化政策的时间和空间,在差额的归属问题上,建议借鉴 20 世纪 90 年代日本推行的较为激进的“医药分开”体制改革时的初始做法,即制定较高的药品医保支付价格基准,允许医疗机构在过渡时期内保留药品价格加成的权力,同时较大幅度地增加医事服务费(处方费)和药事服务费(调剂费),用于激励医疗机构和工作人员以及新体制的建立和运行。^[7]虽然这种差额归属方式的合理性存在一定争议,但短期内有助于医疗机构在药品采购环节提高议价积极性,促进药价回归合理水平,具有一定的现实意义。此外,通过调动医院、药企、个人等市场主体积极参与市场活动,将打破长期以来招采制度的过度管制,形成市场竞争,为今后制定和调整支付标准提供市场信息。^[8]

4.2 中期采取差额上交再分配模式,完善绩效考核及监管方式

如果对医疗机构自留的差额不加限制、不做考评,会加重医疗机构的逐利性,建议在浙江、福建做法的基础上,参考美国《保护患者和平价医疗法案》中责任医疗组织制度的收益分红模式^[9],从患者的角度确立部分医疗服务质量评价指标,或从控费的角度建立医疗成本控制评价指标,改变现有绩效考核标准“重价格、轻服务”的问题,并将评价指标与收益分配直接挂钩以年度考评的方式确定各医疗机构的差额分配比例,从而利用药品采购节约的费用促进医疗机构进一步控制医疗成本、提高医疗服务质量。

此外,为引导医疗机构上报真实药品采购价,按实上交差额,基于博弈的结果,建议政府相关部门设立明确的奖惩机制,提高医疗机构的违法成本。提前告知收回后再分配的具体细则,让医疗机构了解如何通过提升自身服务水平获得资金奖励,让医疗机构不再将目光局限于药品的差额。同时提高行政效率,降低监管成本,加强对药品实际采购价格的实时监测。

4.3 推进数据采集工作,建立支付标准调整机制逐步消除差额

社会保险基金不得违规投资运营,不得用于平衡其他政府预算,不得用于兴建、改建办公场所和支付人员经费、运行费用、管理费用,或者违反法律、行政法规规定挪作其他用途,从控制经费、实现医保基

金可持续发展的角度出发,差额自留和上交再分配均不符合《社会保险法》的规定,故应当逐步稳健改革,逐步实现差额收益由医疗机构向医保基金转移,使得医保基金能完全用于参保人员购买医疗服务,提高医保基金的使用效率。

差额归属问题的本质在于医保支付价格与市场实际交易价格不吻合,建议加快推进药品市场价格数据采集与标准化研究,同时借鉴日本及台湾地区的经验,设置常规性价格调查和机动性价格调查等市场价格调查机制,通过设立惩罚措施来规制医疗机构和药品供应商上报真实的采购价格。在此基础上,构建规范、合理的支付标准调整机制,实现医保支付标准的动态化管理。^[10]在消除差额收益的过程中,为保障医院的正常运营,应健全医疗机构补偿机制,加大财政投入。同时,医疗机构自身也应加强成本控制管理,节约运行成本。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 李蕴明. 医保支付标准分步走[N]. 医药经济报, 2017-05-08(010).
- [2] 常峰, 崔鹏磊, 夏强, 等. 德国药品参考价格体系对构建我国医保支付标准的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(7): 55-60.
- [3] 李伟, 周琳, 丁锦希, 等. 药品质量“一致性评价”对我国医保支付标准影响研究[J]. 价格理论与实践, 2016(8): 70-73.
- [4] 丁锦希, 薛云霞, 李伟, 等. 药品医保支付标准形成的数据采集与标准化研究[J]. 中国医药工业杂志, 2017, 48(2): 271-277.
- [5] 毕旭. 公共政策制定的利益博弈分析[D]. 苏州: 苏州大学, 2013.
- [6] 蔡雪妮. 中国药品集中采购的演变以及与医保支付的逻辑关系[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(6): 6-12.
- [7] 傅鸿鹏, 娄兰翔, 袁雪丹, 等. 国内外药品集中采购典型做法述评[J]. 卫生经济研究, 2015(9): 3-6.
- [8] 董朝晖. 对于医保支付标准形成机制的展望[J]. 中国医疗保险, 2015(7): 21-23, 29.
- [9] 王梦媛, 颜建周, 张伶俐, 等. 美国节余分享计划下的责任医疗组织制度研究[J]. 卫生经济研究, 2017(1): 53-57.
- [10] 常峰, 崔鹏磊, 夏强, 等. 日本医保药品支付价格调整机制对我国的启示[J]. 中国医药工业杂志, 2015, 46(8): 915-920.

[收稿日期: 2017-09-20 修回日期: 2017-12-11]

(编辑 赵晓娟)