

药品福利管理试点实施现状及利益相关方的态度分析

——以安徽省芜湖市为例

何丽月* 刘心怡 杨 莉

北京大学公共卫生学院 北京 100191

【摘要】目的:了解安徽省芜湖市药品福利管理(Pharmacy Benefit Management, PBM)试点的开展现状、运作方式、利益相关方对 PBM 的态度、PBM 实施的初步效果及存在问题,为 PBM 在我国的发展提供实证经验。方法:本文定性资料来源于关键人物深度访谈及重点流程观察,定量资料来源于机构统计报表,采用主题框架法结合描述性分析对 PBM 模式进行探讨。结果:试点地区 PBM 模式主要在社区卫生服务中心开展。开展后,药品种类增加,门诊量提高一倍,广受参与患者好评,一定程度上慢病患者回流基层并推进了基本公共卫生服务的开展。但利益相关方对其态度不一,其发展受多种因素的影响。结论:PBM 能够提升基层药品可及性,在一定程度上促进慢病管理和医药分开,但其长期效果还需要更多的随访研究。

【关键词】药品福利管理;慢病管理;利益相关者分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.12.004

Analysis on current situation and the stakeholder's attitude of PBM pilot in China: A case in Wuhu city of Anhui province

HE Li-yue, LIU Xin-yi, YANG Li

School of public health, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 Objective: To understand the present situation, operation mode, stakeholder's attitude, preliminary results and problems in Pharmacy Benefit Management (PBM) from pilot areas in China, and put forward corresponding suggestions. Methods: In this paper, we carried out an analysis of introduced PBM model after reviewing the existing literature, conducting interviews with key person in the pilot areas and process observation. Moreover, we combined all of the methods and techniques with quantitative analysis in order to find promising results. Results: We constructed a PBM model based on the information provided by the analysis mainly carried out in the piloting community health service centers. After launching the model, the number of drugs increased, the number of outpatients doubled, and the program was widely praised by the patients who joined it. To a certain extent, with the introduction of PBM model, patients with chronic diseases returned to the grassroots level and promoted the development of basic public health services. On the contrast, stakeholders showed different attitudes towards the program, and this inconsistency greatly affected its development through many factors. PBM promoted the management of chronic diseases and tiered care system in pilot areas, but some problems are still there. Conclusions: To a certain limit, PBM can improve the accessibility of drugs in primary health service centers and promote the management of chronic disease and separation of clinics from pharmacies. With the gradual elimination of drug-supporting medical system and the deepening of health insurance reform, PBM may play its positive role in improving service quality and controlling medical expenses. However, its long-term effect requires more follow-up studies.

【Key words】 Pharmacy Benefit Management; Chronic disease management; Stakeholder analysis

药品福利管理(Pharmacy Benefit Management, PBM)是一种对处方药品的专业化第三方管理服务,

* 基金项目:国家自然科学基金(71273016,71673004)

作者简介:何丽月,女(1992年—),硕士研究生,主要研究方向为药物经济与政策。E-mail: heliyue_pku@163.com

通讯作者:杨莉。E-mail:lyang@bjmu.edu.cn

运用商业的合作与制衡机制,达到维护医疗服务质量和降低医疗费用的双重功效,同时也获得良好的社会效益和经济效益。^[1-2]其最早起源于 20 世纪 60 年代,现在在美国广泛应用,管理约 70% 的处方。^[3]药品福利管理公司(PBM companies, PBMs)提供包括制订药品福利管理计划、处方集管理、处理药品赔付申请、临床路径及合理用药管理、疾病健康管理、药品邮购、药物利用评价等服务在内的综合管理,不断向全面健康管理发展。^[4]

传统 PBM 的主要运作机制如图 1 所示。首先,药品生产商与 PBMs 就药品价格进行协商,提供较大折扣使该药品能够进入处方集;零售药店再与 PBMs 协商价格折扣,PBMs 付给零售药店药事服务费;患者可以通过共同付费的方式从零售药店取药,也可以通过购买保险参与健康计划,由健康计划向 PBMs 支付管理费用,PBMs 与健康计划分享生产商的回扣,向其提供药品临床服务,药品处方赔付处理服务;PBMs 还提供直接的邮购服务,将药品直接邮寄至患者家中。PBMs 在药品的买方和卖方之间起到衔接作用,使得保险方、药企、药店在部分让利的的基础上实现更大收益,最终达到多方受益的目的。^[5]

长期以来,我国医疗服务价格处于低水平,医疗机构靠药品加成、检查及耗材来维持利润。近年来,随着公立医院取消药品加成,医疗服务价格改革逐步推进,医院药占比、医疗费用增长幅度的控制压力,医院的药品销售由其利润转为成本,使其有动力将药品推到院外销售。这种医药分业的趋势为 PBM 在我国的发展创造了良好条件。

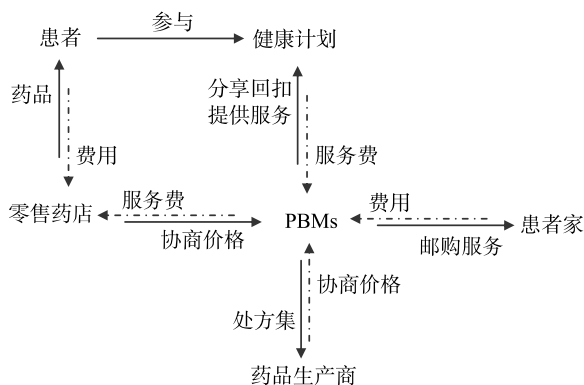


图 1 PBM 的运作机制

安徽省芜湖市于 2015 年底引入 PBM 模式,在其 7 个区县的基层医疗机构逐步开展试点工作,其效果也备受关注。目前国内对于 PBM 的研究数量有限且主要为理论分析,针对于芜湖 PBM 模式,仅有学者对其利益相关者进行了分析。^[6]本文通过实地调研,采用定性、定量分析相结合的方式对该模式的运作方式及初步效果进行了较为详细的介绍,并补充了部分利益相关者的态度分析,为 PBM 在我国的发展提供实证依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究资料来源于深入访谈、观察与二手数据收集。定性访谈对象为 PBM 推行过程中的各参与方。对于 PBM 公司方,主要了解其开展现状、运作模式;对于医疗机构方,主要了解机构实施前后变化;对于患者方,主要了解其就诊行为、经济负担变化。被访人员具体情况见表 1。

表 1 访谈时间、地点、对象及形式

时间	地点	对象	数量(名)	形式
2017. 4. 15	PBM 公司	PBM 公司人员	4	1 对 1 访谈
2017. 4. 17	市卫计委	医改办主任、医管局领导	2	
2017. 4. 16—2017. 4. 18	A、B 两社区	区卫计委主任、社区卫生服务中心主任	4	
		社区医生	4	
2017. 4. 16—2017. 4. 18	A、B 两社区	患者	8	1 对 1 访谈
		二级医院院长	2	
		2017. 4. 26—2017. 4. 27	C、D 两县	

观察对象为前来 A、B 社区卫生服务中心取药的患者 5 名,由调研组成员一对一的观察其开方、取药、付款及返现的全过程,以了解试点地区 PBM 实际的运作方式。

定量数据来源于 2011—2017 年芜湖市 A 社区卫生服务中心的卫生统计年报。主要信息为芜湖市

A 社区卫生服务中心的年就诊人次、人员配备等。

1.2 分析方法

本文的定量资料采用描述性分析方法,通过统计图、统计表的形式来呈现。定性资料来源于访谈后形成的转录资料和观察记录,采用主题框架法进行分析。主题框架法主要包括资料整理和分析两

步,其中整理过程又包括确定分析主题,手工对资料进行标记、归类和综合分析。

2 研究结果

2.1 安徽省芜湖市 PBM 试点的开展现状及运作方式

安徽省芜湖市于 2015 年进行了 PBM 试点,借鉴美国 PBM 的运作模式并进行相应调整。截至 2018 年 3 月,芜湖市共有约 70 个社区卫生服务中心/站开展了此项目,几乎达到全覆盖,签约患者达 6.4 万人。市区二级医院门诊用药也有涉及。另外,也有部分乡镇卫生院/村卫生室正在开展中。

PBM 模式在该地实施的核心要点是:慢性病用药远程登记;中心药房按患者需求独立包装;社区卫生服务中心就近取药;增加药品品种,满足患者用药需求;患者在原有报销基础上额外获得 20% 补贴(图 2)。

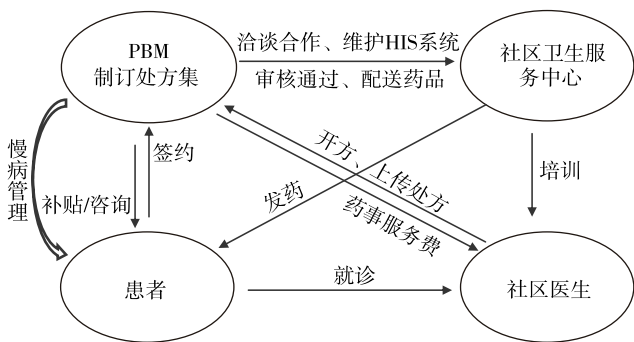


图 2 PBM 在试点地区运作流程图

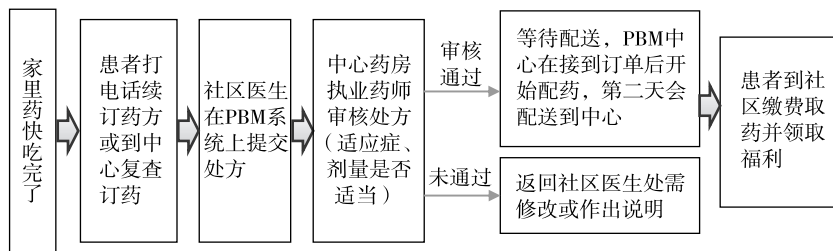


图 3 患者取药流程图

2.2 PBM 试点对社区卫生服务中心的影响

芜湖市 A 社区卫生服务中心最先开展 PBM 业务,截至调查之日,已开展约 16 月,而其他社区开展时间相对较短,故本文主要对 A 中心实施前后的变化进行介绍。

2.2.1 药品种类增加

试点地区的 PBM 药品目录是根据患者的常用药调查得来,主要针对常见的慢性病如高血压、高血脂、糖尿病、冠心病等。目前,该处方集包含 151 种

本文所提及的 PBM 公司成立于 2013 年 10 月,是一家民营企业,致力于探索中国 PBM 产业建设之路。该公司首先对市区 2 万多名患者进行了常用药调查,创建 PBM 处方集;在与区卫健委协商妥当后,将可用药目录加入社区卫生服务中心 HIS 系统,同时添加单独的 PBM 系统;之后,对社区医生、药师及收费人员进行统一培训,正式入驻社区卫生服务中心并动员患者来中心签约。签约后,患者从社区开具 PBM 处方集内的药品,由 PBM 公司提供,患者可以享受由 PBM 公司返回的 20% 的处方金额。目前 PBM 返给患者的钱全部由公司负担,医保仍遵循原有的报销方式,不会造成额外的负担。

在社区医生提交处方后,PBM 中心会对处方的适应症及用量进行审核,对医生的处方有一定的监管作用。采购方面,是公司直接与药厂或药品经销商谈判,通过“以量换价”来压低进价。PBM 药品零售价与社区卫生服务中心的零加成药品售价相同。PBM 公司还试图对患者的慢性病进行系统管理,但目前其慢病管理尚处于起步阶段,主要机制为定时提醒取药,对于需要长期用药的慢病患者,若上一次药品用量已经用完,且未按时取药,会由 PBM 呼叫中心以短信或电话形式提醒患者取药,以提高用药依从性(图 3)。此外,社区卫生服务中心每管理一位患者,PBM 公司会给社区 9 元/季度的药事服务费作为管理费用,用于对医生的绩效激励。

药物,相较于 A 社区卫生服务中心原有的常用药增加了 100 余种,突破了基层用药目录,基本能够满足区内患者的购药需求,且该处方集可根据患者需求动态调整,如患者甲说:“有些药品原来需要到大医院去开,现在到社区就可以买得到”,可见,患者的药品可及性大大增加。

2.2.2 门诊量显著提高

2011—2017 年,A 社区公共卫生服务量(计划免疫、儿童保健、孕产妇保健等)保持平稳。2015 年年

底加入 PBM 计划后,其门诊服务量大幅上升,2016 年达到 38 157 人次,较 2015 年增长约一倍(图 4),说明 PBM 计划的开展对于基层门诊量有拉动作用。

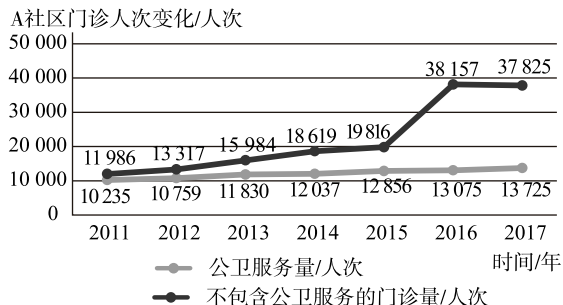


图 4 2011—2017 年 A 社区门诊人次变化

2.2.3 社区医生工作量激增,有利于推进家庭医生签约

2011—2016 年,A 社区卫生技术人员数基本稳定在 20~22 人,年服务常住人口数由 13 660 人升至 32 268 人,加上非常住人口,该社区管服务范围约有 5 万人。由图 5 可知,该社区千人口卫生技术人员数下降明显,表明社区卫生技术人员工作负担越来越重。但另一方面,在实施 PBM 后,前来基层就诊的患者增多,也有利于其自身水平的提高;另外,A、B 社区卫生服务中心领导均表示,将家庭医生签约与 PBM 打包,在患者前来取药时,可以同时进行家庭医生签约、健康档案管理工作,有利于推进基本公共卫生服务。

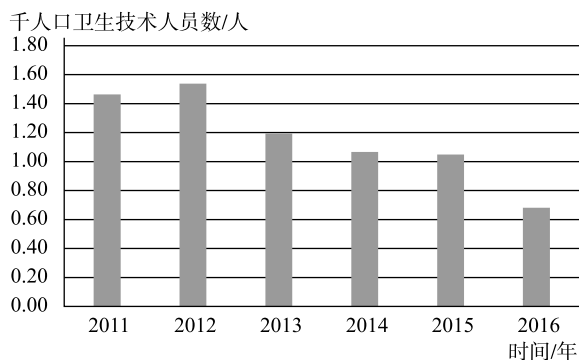


图 5 A 社区千人口卫生技术人员数

2.3 利益各方对于 PBM 的态度

PBM 的实施,对于各个利益相关方有不同的影响,因而各方的态度也各不相同。根据访谈结果:患者根据自身情况选择性参与 PBM,对于部分加入门诊慢性病医保患者,原来超过起付线的部分即可报销 80%,现每单可返还 20% 药费,几乎做到了免费用药,满意度较高。社区卫生服务中心领导表示由于 PBM 项目的 20% 订单优惠吸引更多患者前来就诊,

带动了基本公共卫生服务、家庭医生签约和基本医疗服务,大力支持 PBM 项目。社区医生由于工作量增加,对 3 元/月的药事服务费激励持支持、反对意见均有。二级医院、县医院、乡镇卫生院院长由于取消药品加成后药品流通企业存在 5%~20% 返点行为对 PBM 持反对态度居多,此外,由于县里相对偏远,药品配送的安全性、时效性等能否保证也是医院关注的问题。医保方由于存在总额付费、按病种付费等多种支付方式控费,PBM 尚处于起步状态,在看不到医保基金长期可以节约受益的情况下,医保方也没有和 PBM 达成合作的动力;药监部门担心 PBM 公司可能会形成药品流通领域的垄断而影响药品的安全性,认为该项目并不合规。

3 讨论

3.1 PBM 有利于吸引患者到基层就诊,促进分级诊疗

在社区实施 PBM 后,突破基药限制,药品种类大大增加。这使得原来因基层缺药而选择去大医院的患者可以在基层获得所需药品,加之存在 20% 的处方金额返还,患者自付药品费用直接减少,更吸引了患者前往基层取药。从机构报表可以看到门诊量显著上升,与逻辑推理结果相符,说明该地实施 PBM 有利于将慢病患者从大医院分流到基层,缓解大医院压力。同时,社区在实施过程中将 PBM 与家庭医生签约捆绑,也间接促进了家庭医生签约和慢病管理工作。另外,社区医生工作量增加,能够改变原来基层医疗机构“吃不饱”的状态,激活其潜力,有助于推进分级诊疗建设,使医疗资源的利用更加合理化。

3.2 PBM 客观上加速了门诊药房从医院剥离

PBM 对慢性病常用药物进行单独管理,将这些药物的长期处方行为和首次就诊分开,并将其流通管理从现行公立医院药品供应体系中分离开来,医保目录调整和新药价格谈判,使得一些原来价格较贵的自费药品进入医保监控范围,再加上医院实施的取消药品加成、药占比和医疗费用管控措施的综合作用,能够在一定程度上加速“医药分开”。

3.3 PBM 发展受多种因素的影响

3.3.1 电子信息系统的整合和发展

PBM 系统与 HIS 系统不兼容,医生在医院的 HIS 系统上开完处方之后,还要再到 PBM 的平台上再输入一次处方,增加工作量且容易出现错误。虽

然目前我国大部分地区均实现了电子处方,但各医疗机构所用的数据平台差异大且存在数据孤岛,基本公共卫生慢病管理和电子病历数据库相互独立,很难进行共享和标准化。在一定程度上制约着 PBM 的发展。

3.3.2 基层医疗机构的绩效考核和激励机制

PBM 开展后,吸引了更多患者前来基层就诊,社区医生工作量大大增加。但每管理一名患者 PBM 公司仅给予 9 元/季度的补偿,激励显得不足,医生认为付出和回报不成比例,工作积极性受到影响。

同时,基层绩效考核收入分配政策也在不断调整。对基本公共卫生经费的下拨进行定期考核,按照基层管理的慢性病病人的量和质拨款,奖惩并存。并且单位的绩效逐渐向医生倾斜,以提高其积极性。

3.3.3 医共体、科联体的发展与基层医疗机构的水平

近年来,各地积极试点医共体、科联体模式,探索医疗卫生服务体系供给侧结构性改革。医共体尤其是紧密医共体,能够整合不同层级医疗机构服务以及基本公共卫生与基本医疗服务,下沉优质医疗资源,促进基层医疗机构的能力提高;单病种同城同价,使得大医院更愿意“放”,基层更愿意“收”。与 PBM 有机结合,能够吸引更多慢病患者不仅愿意在基层取药,而且愿意长期在基层看病,促进分级诊疗的发展。

3.3.4 医疗保障体制的发展和支付方式改革

目前部分患者在加入 PBM 后,若未达到报销上限,由于有 20% 处方金额返还,使得其有多开药的动力,加之基层医疗机构处方监管不严,无意中促进了患者的变相“骗保”。如果医保按人头支付,患者越健康其结余越多,这样医疗机构才有动力去优化患者用药、提升医疗质量以减少患者再生病、生重病而

产生更大的支出,因而更有动力去做慢病管理、疾病预防的工作。国家医疗保障局成立,将与支付相关的职能集中化,改善了过去“九龙治水”的局面,更有利于发挥医保的功能,这也为 PBM 与医保合作带来了新的希望。

综上所述,PBM 能否充分发挥预期作用受到多种政策影响和多因素制约。该管理对于人群健康的作用效果、对医保基金及个人疾病经济负担的影响需要较长的时间来显现,其长期效果需要通过更多的实证研究来证实。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 胡海宁,雷海潮. PBMs: 缚住药费的翅膀[N]. 中国高新技术产业导报, 2001-12-13(2).
- [2] 高红玉,周利生. 美国药品福利管理模式的科学价值及其在我国的应用[J]. 价格理论与实践, 2014(5): 100-102.
- [3] Hermanowski T R, Drozdowska A K, Kowalczyk M. Institutional framework for integrated Pharmaceutical Benefits Management: results from a systematic review[J]. Int J Integr Care, 2015, 15: e36.
- [4] 杨莉,周顺华,李野. 美国药品福利管理者浅析[J]. 中国药房, 2006(2): 150-152.
- [5] 阿雷. CVS 与沃尔格林闹“分手”不再合作药品福利管理业务[N]. 中国医药报, 2010-6-21(8).
- [6] 蒋俊男,陈海红,张梦辉,等. 芜湖药品福利管理模式的利益集团分析[J]. 中国医院管理, 2017(11): 18-19.

[收稿日期:2018-02-11 修回日期:2018-09-05]

(编辑 赵晓娟)