

国家谈判准入药品在各地的医保管理政策梳理与分析

刘心怡* 张璐莹 陈文

复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】目的:对两轮国家谈判准入药品在各地的医保管理政策进行梳理和分析,以不断完善相关政策,并为后续国家医保准入谈判药品政策的落地实施提供依据。方法:以“谈判药品”、“抗癌药”、“药品目录”为关键词,检索各地人力资源与社会保障厅(局)和政府官方网站,筛选2017年7月—2019年4月发布的相关文件,从谈判准入药品的特药管理、医保报销、鼓励使用三个方面进行归纳分析。结果:各省已完成将2017年国家谈判准入的36种药品和2018年国家谈判准入的17种抗癌药纳入本地医保药品目录。由于各地医保政策、运行和管理情况存在较大差异,故对于国家谈判准入药品的管理和保障也有较大的地区差异。结论:国家谈判药品的落地实施不仅需要国家层面的宏观指导和监督,也需要各地因地制宜出台具体的管理政策加以保障。

【关键词】国家谈判准入药品;政策实施;药品目录

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.09.014

Summarizing and analyzing the policy implementation for nationally negotiated drugs

LIU Xin-yi, ZHANG Lu-ying, CHEN Wen

School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】 Objective: To analyze and continuously improve the health management policy the implementation for nationally negotiated drugs, and provide evidence basis for the follow-up of all implementation stages. Methods: The relevant policy documents stipulating on “negotiating drugs”, “anticancer drugs” and “drug list” were systematically retrieved as the key words from the official websites of local human resources and social security departments (bureaus) and the local governments of every province and city. The screening of those documents was conducted between July 2017 and April 2019 from three aspects including the management strategies, relevant reimbursement policies, and the incentive to promote their utilization. Results: The nationally negotiated drugs have been basically brought into the local health insurance drug list of every province, whereby 36 medicine categories were negotiated in 2017 and 17 anticancer drugs were negotiated in 2018 to be included in the local medical catalogue. Due to the large differences in the policy, operation status and management of the local health insurance in various regions, there were also significant regional differences in terms of the management strategies and reimbursement levels of the nationally negotiated drugs. Conclusions: The implementation of the national negotiated drug access in every province not only requires the guidance and supervision at national level, but also requires the local governments to introduce specific management policies to adapt to local situation.

【Key words】 Nationally negotiated drugs; Policy implementation; Drug list

1 引言

人社部于2017年7月13日发布《人力资源社会

保障部关于将36种药品纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围的通知》(人社部发〔2017〕54号),宣布将国家谈判准入的利拉鲁

* 基金项目:上海市第四轮公共卫生三年行动计划重点学科建设项目(15GWZK0901)

作者简介:刘心怡,女(1992年—),博士研究生,主要研究方向为卫生经济学与卫生政策。E-mail: xinyiliu17@fudan.edu.cn

通讯作者:陈文。E-mail: wenchen@fudan.edu.cn

肽注射剂等 36 种药品纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017 年版)》乙类范围,并同步确定了此类药品的医保支付标准。2018 年 10 月 10 日,国家医疗保障局印发了《关于将 17 种药品纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围的通知》,公布了国家医保谈判新纳入医保报销的 17 种抗癌药,包括 12 个实体肿瘤药和 5 个血液肿瘤药。各省市根据当地情况,制定对国家谈判准入药品的医保统筹基金的支付比例、管理方法与供药渠道等实施政策。本研究对各地的医保管理政策进行梳理与分析,以不断完善相关政策,并为后续国家医保准入谈判药品的落地实施提供依据。

2 资料与方法

以“谈判药品”、“抗癌药”、“药品目录”为关键

词检索各省、市、自治区和各统筹地区人力资源与根据文件的发布日期,社会保障厅(局)、医疗保障局和政府官方网站对 2017 年 7 月—2019 年 4 月发布的相关文件进行筛选,并从特药管理、医保报销、鼓励使用三个方面进行归纳分析。

3 各地医保管理政策梳理

3.1 特药管理

国家谈判药品常被作为一类特殊药品纳入省级医保乙类药品目录。在具体操作中,国家谈判药品又会与其他类别药品合并进行特药的政策规定,典型的如将国家谈判药品与国家卫计委谈判药品、地方谈判药品合并管理。目前根据各地对于特药的管理范围界定,管理模式分为四种(表 1)。

表 1 各地对于特药范围的不同界定

模式	特点	代表地区
国家谈判品种	1. 既往没有较多特药管理经验 2. 仅覆盖国家谈判品种	甘肃、安徽安庆
国家谈判品种 + 国家卫计委谈判品种	1. 既往没有较多特药管理经验 2. 基金压力较大,同时国家卫计委谈判产品落地进展较好	湖北
国家谈判品种 + (国家卫计委谈判品种) + 地方谈判准入品种	1. 基金压力较大,同时对国家卫计委谈判产品有管理需求 2. 既往当地有地方谈判准入的产品	湖南、江西、辽宁
国家谈判品种 + (国家卫计委谈判品种) + (地方谈判准入品种) + 部分新纳入医保目录品种	1. 基金压力较大,同时对国家卫计委谈判产品有管理需求 2. 既往当地有地方谈判准入的产品 3. 对特殊药品/高值药有定义,如: “……临床必需、疗效确切、年度人均药费达到或超过我省城镇居民年人均可支配收入的……”	吉林、江苏、陕西

各地根据其既往的特药管理经验、地方谈判准入药品情况及医保基金运行情况等,因地制宜地采取不同特药管理模式。对谈判药品进行单独管理,便于医保部门做出基金影响的预测,可相应制定国家谈判药品基金分类支出预算。

3.2 医保报销

各省医保文件对于患者先行自付比例和报销比例的规定各不相同。部分省(市)在全省对国家谈判药品统一设定了医保支付比例,患者个人先行自付比例基本在 10% ~ 30% 之间,如湖北、安徽、贵州、海南等。其他省(市)在省级医保文件中对患者个人先行自付比例和报销比例不做要求,由各统筹地区自行确定医保支付比例,如甘肃、内蒙古、广西等。

统筹地区层面,对于国家谈判准入药品的患者先行自付比例的规定有较大差别。在 2017 年国家

谈判准入的 36 种药品中,曲妥珠单抗等抗肿瘤用药和康柏西普、雷珠单抗等感觉器官药物的患者个人先行自付比例较其他西药高,多集中在 30% ~ 50%,最高达 80% (江苏泰州的城乡居民保险低档);复方黄黛片和参一胶囊的患者个人先行自付比例较其他中药高。2018 年国家谈判准入的 17 种抗癌药的患者个人先行自付比例基本与第一轮国家谈判准入的 36 种药品中的抗肿瘤药保持一致,其中部分省/市的规定中奥曲肽和培门冬酶的患者个人先行自付比例低于其他药品(如上海、陕西等地)。

在国家谈判药品使用的报销比例方面,政策规定基本可分为两种类型:第一种,患者按照先行自付比例支付后,按照原有的报销比例进行报销,如吉林、黑龙江、云南、山东、青海、海南、安徽、四川省本级、广东省惠州、河北省秦皇岛、辽宁省抚顺和营口

等。第二种,对国家谈判药品的使用单独制定报销比例,由患者按照先行自付比例支付后,医保基金按照规定的报销比例进行结算,职工医保的报销比例一般不低于城乡居民医保,如江西、宁夏、广东省广州和中山、河北省石家庄和唐山、辽宁省大连和辽阳、山东省德州、四川省成都、江苏省泰州等。各统筹区设定的报销比例各不相同,大部分在 50% ~ 80%,也有报销比例较高的(浙江省台州市的报销比例高达 97%)和报销比例较低的(江苏省泰州市居民低档参保者报销比例只有 20%)。

3.3 鼓励使用

医疗机构使用谈判准入药品的过程中会遇到如门诊无法报销、医保总额不足和药占比考核限制等障碍。为保证谈判准入药品的临床使用,各地相继采取针对性措施,如将特定疾病纳入门特/门慢、门诊定点供药管理、单行支付/单独结算、定点药店供药、明确不考核药占比等。表 2 以谈判准入药品中的肿瘤靶向药为例,归纳各地的相关政策措施。

表 2 鼓励谈判准入药品使用的政策措施(以肿瘤靶向药为例)

问题	政策路径	代表省/市
门诊无法报销: 无门诊统筹/门诊统筹额度低	将疾病病种纳入门特/门慢	北京、内蒙古巴彦淖尔、江苏泰州、福建福州、河南、内蒙古、新疆、广州、浙江台州等
	允许药品在门诊参照门特/门慢/住院待遇报销	吉林(药店)、山西(药店)、贵州、辽宁抚顺和盘锦、内蒙古赤峰、安徽铜陵、山东等
	门诊定点供药管理(双通道)	辽宁大连、青海、安徽黄山、江西、湖南(药店为主)等
	单行支付/单独结算(对门诊、住院设定统一报销比例)	四川、甘肃兰州、陕西西安、江苏镇江等
医保总额不足	纳入日间手术(参照住院报销待遇)	福建、湖南、浙江宁波、河北等
	单独结算/明确不占总额/增加预算	吉林、天津、甘肃兰州、浙江宁波和温州、安徽蚌埠和铜陵、四川成都、广东佛山、江苏镇江、河南、青海、江西、山东等
药占比考核制约	药店单独结算	湖南等
	定点药店供药	吉林、辽宁大连、内蒙古巴彦淖尔、甘肃兰州、青海、安徽黄山、四川德阳、山西、江西、湖南、广东广州等
	单独考核/明确不占药占比	甘肃、安徽、广东、河北唐山、安徽铜陵、浙江宁波、广西、天津、海南、辽宁、吉林、新疆、河南、黑龙江、湖南、河北、山东等

部分地区将谈判药品纳入医保定点药店的特殊药品管理,这种方式既能落实患者报销,有助于医保对患者用药监管,又可以缓解医疗机构药占比压力,使患者用药不至受到影响。例如吉林、辽宁大连等。

将谈判药品纳入门慢/门特管理可以解决患者门诊报销问题,避免住院报销造成基金不必要浪费,同时可借助现有门慢门特审核体系实现事前审核和实施监控的管理要求。目前,谈判药品中,高血压、糖尿病等常见慢病用药,以及肿瘤治疗用药已纳入许多统筹地区的门诊慢性病或特殊病管理,能够解决患者报销问题。然而诸如多发硬化、湿性年龄相关性黄斑变性等疾病的门诊用药尚未得到重视,患者门诊治疗难以享受到报销待遇。

4 讨论

4.1 各地谈判准入药品医保管理政策异同并存

我国目前 31 个省市自治区(除了香港、澳门特

别行政区和台湾地区)均已出台相关政策文件,将 2017 年的 36 种和 2018 年的 17 种国家谈判药品纳入地方医保报销范围。^[1]各省市根据当地情况,制定对国家谈判准入药品的医保统筹基金管理办法、支付比例、鼓励使用策略等,具政策各有异同。

各地对于国家谈判准入药品管理方式和保障水平的差异,多源于各地既有的医保政策、管理模式、管理能力和基金运行情况。例如有些地区有本地的谈判准入药品,在特药管理方面有针对性政策措施和相当的管理经验;有些地区原来就有药品分类管理,管理区分度更高,医保基金的安全更有保障^[2]。

4.2 尚存问题及原因分析

4.2.1 医保基金的支付压力问题

谈判药品一般价格昂贵,纳入医保报销必然会带来对医保基金的影响。而由于这些药品所涉及的

疾病本底信息(特别是流行病学资料)并不充分,依据已有资料或国外指标推算的患者人数并不准确,无法准确预测其对医保预算的影响。如果当地医保基金收支紧张的话,需要对谈判药品纳入医保报销更为审慎。

4.2.2 药品可及性问题

(1) 医保总额控制

虽然很多地区陆续出台了谈判准入药品不受总额控制的限制,或者对谈判准入药品实行单独结算的措施。而事实上,这些地区医保基金没有额外能力来支付患者使用这些高价谈判准入药品所发生的费用,仍有可能通过总额控制或其他措施来控制这些药品的使用。理论上存在的“腾笼换鸟”效应,即使用这些高价创新药品可以减少原有治疗药品和辅助治疗费用,由于缺乏必要的配套激励机制短期内也没能在临床上被普遍观察到。

(2) 药占比考核

国家谈判准入药品大多是昂贵的靶向药、所属疾病的一线治疗用药,这些药品纳入医保药品目录后,医疗机构在采购和使用这些药品时会考虑到药占比考核的限制,这在客观上成为谈判准入药品在医疗机构临床使用的直接障碍,因而这也使得很多地区采取定点药店供药的应对措施。^[3]

4.2.3 与其他政策的协同问题

(1) 门诊统筹保障的缺失或不足

目前我国大部分地区城乡居保缺乏有效的门诊统筹保障,待遇水平普遍较低;职工医保仍主要依靠个人医疗账户支付普通门诊费用。由于门诊保障缺失或不足,使一些本来门诊就能解决的医疗问题转变成了住院治疗,这种诊疗升级造成了医疗资源的极大浪费。这次谈判准入药品中有些属于门诊用药,由于单价较高,在大多数门诊统筹中得不到有效保障(即实际报销水平较低,患者仍需自付大部分费用),而转变为住院使用又不被报销,这样就限制了这些药品的有效使用。

(2) 其他政策措施

许多省市早于国家医保准入谈判前已开始探索地方性医保准入谈判,并对纳入报销的谈判药品制定了特殊管理政策。随着国家医保准入谈判结果的落地实施,可能会与原有管理政策发生冲突,包括部分高价新药占有企业开展的慈善买赠项目,需要地

方上及时作出调整,以保证政策的延续与患者医保待遇的不降低^[4]。

5 政策建议

5.1 形成政策预期

国家药品准入谈判作为基本医疗保险药品目录动态调整机制的重要组成,未来将作为具有重大创新价值药品纳入医保药品目录的机制而长期存在,社会各方对此要有充分的政策预期。

各医保统筹地区对国家准入谈判药品,由于其支付标准(谈判价格)由国家确定,具有弹性的只是依据当地临床需求和医保基金支付能力制定的药品支付比例。在此政策预期下,各地应在医保基金支出预算和谈判准入药品使用管理上做好工作,有条件的应对谈判准入药品所涉及的疾病设定医保基金分项预算以提高精细化管理水平。

5.2 促进谈判准入药品可及性和合理使用

随着谈判准入药品纳入医保药品目录,一方面需要采取综合措施促进其可及性,如将特定疾病纳入门特/门慢、门诊定点供药管理、单行支付/单独结算、定点药店供药、明确不考核药占比等。另一方面其使用必然意味着基金支出的增加,需要采取综合手段促进谈判准入药品合理使用,以替代原有治疗方案或有效减少辅助治疗,以真正实现“腾笼换鸟”,将医保资金尽可能用于疗效更好的谈判准入药品使用上。促进合理使用手段包括又不限于临床诊疗规范的使用和监督管理,基于诊疗规范的按病种支付或按绩效支付等。

5.3 加强与其他政策措施的协同

国家谈判药品纳入医保目录的政策落地实施需要做好与各地原有的政策之间的衔接工作,在保障参保患者的利益和权益的同时,平稳过渡,使得新的政策得以落实。

第一,这些药品在原大病谈判地区从大病谈判药转化为医保目录内的乙类药品,需要考虑其管理方式、审核认定方式、药品供应和药品报销政策等方面的衔接与过渡。第二,国家谈判药品涉及品种原有慈善赠药模式的,医保部门应加强与慈善赠药相应的组织或管理机构的沟通,防止接受慈善赠药参保患者同时享受医保对于这些谈判药品的报销,在保障参保患者享受福利的同时保障医保基金的安

全,妥善解决与原有慈善赠药的政策衔接。第三,各地区需协调医保部门和卫生部门在政策方面的一致和联动,为落实国家谈判药品切实进入到医院和患者家中作出保障。

5.4 实施监测与评价

监测与评价对任何公共政策的执行都是必要环节,对这个专项政策尤其重要。因为国家谈判准入药品所涉及的治疗领域常缺乏中国本土的循证资料,包括流行病学、临床治疗模式、真实的治疗效果、所能减少的其他治疗或辅助治疗及其费用等,这将直接影响到地方医保基金支出。只有通过监测与评价,才能妥善解决这些问题。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 李琛,崔丹,彭宏宇,等. 谈判药品纳入医保管理的实践研究[J]. 中国医院管理, 2018, 38(5): 39-41.
- [2] 邵蓉,葛其南,谢金平. 典型地区医保特药谈判制度研究及对医保药品目录谈判的启示[J]. 广东药科大学学报, 2017, 33(4): 518-521.
- [3] 丁锦希,郑翠微,李伟,等. 落实医药谈判成果的社会药房供给模式探讨[J]. 中国社会保障, 2018(2): 74-76.
- [4] 朱刚令. 药品谈判落地见效需把好三关[J]. 中国医疗保险, 2017,(8): 23-25.

[收稿日期:2019-04-21 修回日期:2019-06-28]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

欢迎订阅 2020 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管

理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

联系人:薛云

电话:010-52328696、52328697