

我国医疗保险国谈药品单独支付政策省际比较研究

杨钰婷^{1,2*} 胡婉慈^{1,2} 左根永^{1,2}

1. 山东大学齐鲁医学院公共卫生学院卫生管理与政策研究中心 山东济南 250012

2. 国家卫生健康委员会卫生经济与政策研究重点实验室(山东大学) 山东济南 250012

【摘要】目的:对国家医疗保险谈判药品单独支付省级政策文本进行分析,总结关键措施及特点,为各省制定和优化单独支付政策提供借鉴。方法:检索各省、自治区、直辖市医疗保障局网站,收集有关单独支付的政策文件,对检索到的政策文本进行总结与分析。结果:各省份单独支付政策在目录发布、目录遴选方式、药品管理方式、政策待遇水平和政策衔接等方面存在差异。结论:单独支付政策是“三医”协同发展的重要推手。各省要平衡好单独支付目录各种政策要素,处理好医保基金控制和患者获得感以及理清单独支付政策与支持创新药发展的关系,减少“三医”协同障碍。

【关键词】国谈药品;单独支付政策;管理模式;政策比较

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.01.004

An inter-provincial comparative study on the separate payment policy for national medical insurance negotiated drugs in China

YANG Yu-ting^{1,2}, HU Wan-ci^{1,2}, ZUO Gen-yong^{1,2}

1. Centre for Health Management and Policy Research, School of Public Health, Cheeloo College of Medicine, Shandong University, Jinan Shandong 250012, China

2. NHC Key Lab of Health Economics and Policy Research(Shandong University), Jinan Shandong 250012, China

【Abstract】 Objective: This study aims to analyze the provincial policy text of separate payment for National medical insurance negotiated drugs, summarize the key measures and characteristics, and provide reference for the formulation and improvement of separate payment policies in various provinces. Methods: The retrieved policy texts were analyzed by searching the websites of the medical security bureaus of various provinces, municipalities, and autonomous regions. Results: There are differences in the separate payment policies of different provinces in terms of catalogue publishing, catalogue selection, drug management, policy treatment level and policy cohesion. Conclusion: The separate payment policy is the key driver of Joint Reformation for Public Health Services, Medical Insurance, and Medical Production-Circulation. And all provinces should balance the various policy elements of the separate payment catalogue, deal with the control of medical insurance funds and patients' sense of gain, and clarify the relationship between the separate payment policy and support the development of innovative drugs, so as to reduce the obstacles of Joint Reformation for Public Health Services, Medical Insurance, and Medical Production-Circulation.

【Key words】 National medical insurance negotiated drugs; Separate payment policy; Management model; Policy comparison

近年来,国家医疗保障局通过基本医疗保险药品目录动态调整,使创新药及独家品种数量逐年增加。^[1]但是,国家医疗保险谈判药品(简称“国谈药

品”)落地还存在困难,国家医疗保障局和国家卫生健康委员会联合发布了《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》(医保发

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71774102)

作者简介:杨钰婷(2000年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策。E-mail: 202216579@mail.sdu.edu.cn

通讯作者:左根永。E-mail: smartyong@sdu.edu.cn

[2021]28 号,简称“28 号文”),提出从定点医疗机构与定点零售药店两个渠道(“双通道”)解决国谈药品的落地问题。同时,针对国谈药品中年治疗费用较高的药品提出了单独支付保障机制。

基于上述文件,我国部分省份也开始制定国谈药品单独支付政策。那么,各省份在制定单独支付政策时采取了哪些措施,这些措施之间有什么不同,这些不同措施产生了什么影响?本文将针对上述问题开展研究,为优化我国各省单独支付政策提供建议和参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究政策文本通过检索国家和各省(自治区、直辖市)医疗保障局、卫健委官方网站收集得到。为保障研究的匹配性和一致性,本文对检索到的政策文本设置了纳入和排除标准:(1)发文时间限定为国家 28 号文件下发之后(2021 年 5 月 10 日—2023 年 9 月 22 日);(2)政策层级限定为省级层面;(3)政策文件内容包含对落实 28 号文件的明确表述或出现“单独支付”关键词;(4)排除未公开发布的文件。同时,本文对检索得到的政策文件内容中所涉及的有关政策文件也一并纳入分析。

1.2 资料分析

本研究通过内容分析法对各省国谈药品单独支付政策进行分类比较,比较内容包括单独支付目录管理措施、药品管理措施、保障水平、政策衔接等方面,并通过专家访谈、模拟测算分析单独支付政策运行中存在的问题。

2 结果

2.1 国谈药品单独支付目录管理措施

2.1.1 单独支付目录发布形式

从全国各省公布的单独支付政策文件来看,单独支付目录发布形式主要有单独支付药品目录、单独支付病种目录、高值药品目录、特殊药品目录、谈判药门诊用药保障目录等(表 1)。在发布单独支付药品目录的省份中,有的省份对门诊和住院实行合并管理,有的则对门诊实行单列管理,如广西发布的药品目录为“单列门诊统筹支付药品目录”。还有省份暂未查到单独支付相关目录,可能采用“双通道”目录对部分药品进行单独支付。

表 1 国谈药品单独支付目录发布形式

目录发布形式	省份
单独支付药品目录管理	江苏、湖南、湖北、甘肃、四川、广东、河北、广西
单独支付病种目录管理	山东
特殊药品目录管理	河南、陕西、黑龙江、山西、云南、新疆、贵州、青海、内蒙古
谈判药门诊用药保障目录管理	天津、重庆
高值药品管理目录	辽宁
双通道目录管理	福建、海南、宁夏、西藏、安徽、江西、吉林

2.1.2 单独支付药品(病种)目录遴选方法

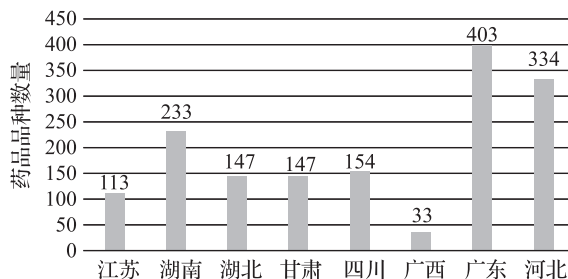
各省份单独支付目录主要分为病种目录、药品目录。执行单独支付病种目录的主要是山东,其余省份均执行单独支付药品目录。多数省份通过对本省“双通道”药品目录或特殊药品等目录选择、补充或调整从而遴选出单独支付目录。四川、广东等省份则是从国谈药品中直接选择适宜的药品纳入单独支付(表 2)。另外,各省单独支付目录均按省级层次统筹,原则上根据国谈药品动态变化,每年调整一次。

表 2 单独支付药品(病种)目录遴选方法

遴选方法	省份
“双通道”药品中遴选	江苏、湖南、湖北、甘肃(“双通道”单独支付管理)、江西(“双通道”A 类药品)
在门诊慢特病病种中选择	山东
调整、完善特殊药品保障范围	广西
独立遴选	四川、广东、河北

2.1.3 单独支付药品目录品种情况

单独支付药品纳入数量在省际之间存在较大差距。图 1 列出了实行单独支付药品目录省份 2023 年药品品种纳入情况,品种总数最多的是广东,共 403 种;最少的是广西壮族自治区,共 33 种。



数据来源:各省医疗保障局官网。

图 1 2023 年实行单独支付药品目录省份品种数量情况

2.2 单独支付药品管理措施

2.2.1 单独支付药品遴选条件

大多数省份对适合门诊使用的使用周期长、疗程费用高的协议期内国谈药品执行单独支付。广东和河北进一步扩大了遴选条件,允许将转常规的谈判药品纳入单独支付范围。山东则是选择适宜病种执行单独支付(表3)。

表3 单独支付药品遴选条件

遴选条件	省份
适合门诊用的疗程费用较高的协议期内国谈药品	江苏、湖南、湖北、甘肃、江西、四川、辽宁、广西、重庆、陕西
适合门诊用的国谈药品(含协议期、转常规乙类)	广东、河北
部分门诊治疗费用相对较高、治疗用药单一、诊疗路径明确的病种	山东

2.2.2 单独支付药品管理方法

单独支付药品管理方法主要分为“三定”“四定”“一审两定”以及“五定”四种方法(表4)。不同省份管理方法具体特点存在差异,湖南、湖北等省份对单独支付药品实行“三定”管理;四川、广西等省份则执行“五定”管理,以进一步控制国谈药品单独支付药品的使用。但是,在与医疗保险管理专家进行访谈过程中,专家提及“部分医疗机构、零售药店、患者等利益相关方对‘三定’或‘五定’管理较为不满,认为在实际工作中‘三定’或‘五定’管理存在流程较为繁琐的问题,给医生带来的管理成本高,患者获得感比较差”。

表4 单独支付药品管理方法

药品管理方法	主要特点	省份
“三定”管理	确定医疗机构、责任医师、零售药店	湖南、湖北、辽宁、重庆、江西、青海、福建、宁夏
	确定医疗机构、责任医师、患者	新疆
	确定医疗机构、责任医师、药品	天津、吉林
“四定”管理	确定医疗机构、责任医师、零售药店和患者	江苏、甘肃、河北
	确定医疗机构、责任医师、零售药店和目录	海南
“一审两定”管理	使用特殊药品的资格认定、确定医药机构和责任医师	陕西
“五定”管理	确定医疗机构、责任医师、零售药店、认定机构与患者	四川、广西
	确定医疗机构、责任医师、零售药店、患者和处方	黑龙江
	确定医疗机构、责任医师、患者、药品、用量(设定医保支付最大量)	贵州

2.3 国谈药品单独支付政策保障水平比较

2.3.1 起付线和个人先行自付比例管理

多数省份对在门诊合理使用单独支付药品的情况都未设置起付线。也有少数省份设置了起付线,其中宁夏规定参保患者门诊使用谈判药品起付线为500元/年。而关于个人先行自付比例,值得注意的是青海采用了分段先行自付比例的设计(例:使用注射剂的,按单价1000元(含)以下、1000~5000元、5000元(含)以上分段,分别按10%、20%、30%个人先行自付。)此外,辽宁和陕西在相关文件中做出了明确规定,将个人自付比例下调至20%。江西和湖北则明确规定对执行单独支付的药品不设个人先行自付比例。部分省份还提出各统筹地区可根据医保基金承受能力确定起付线和个人先行自付比例。

2.3.2 报销比例管理

各省对于执行单独支付药品实行报销待遇动态调整机制,大多数省份都按照国家层面所规定的职工医保不低于65%、城乡居民医保不低于50%设置报销比例,部分省份在此基础上适当提高了报销比例。此外,不同人群报销比例的差距在省际间也存在差异,广西在职工和城乡居民之间的差距达到了20%;四川则提出不区分类别,由基本医疗保险统筹基金直接按75%的比例支付(表5)。

2.3.3 报销限额管理

限额管理方法主要包括增量管理、存量管理、分

表5 部分省份国谈药品单独支付报销比例情况

管理方法	省份	城镇职工(%)	城乡居民(%)
低于国家标准	河北	60	50
	新疆	60	60
国家标准	湖北	65	50
高于国家标准	江苏、陕西、湖南、甘肃	70	60
	山东	70	65
	广西	70(在职) 75(退休)	50
	山西	70(6特药)	70(6特药)
		70(21罕见病) 65(其他)	60(21罕见病) 55(其他)
	四川	75	75
	宁夏	75	60
	辽宁	80	70
	重庆	80	参照住院
	江西	按医保最高支付标准和个人负担的定额费用政策支持	
	广东	支付比例不低于就医医疗机构普通门诊统筹标准	

权管理三种方式(表 6)。还有部分省份对合理使用单独支付政策药品不再单独设置每年的支付限额,而是将其纳入年度统筹基金中最高支付限额来计算。

表 6 国谈药品单独支付政策限额管理方式

管理方法	主要特点	省份
统一定额	增量管理(针对特殊药品设置统一的年度支付限额)	四川(25 万元/人·年)、广西(居民医保 4 万元/人·年,职工医保 8 万元/人·年)
药品独立定额	增量管理(根据药品年治疗费用制定年度最高支付限额)	天津
药品独立限量	增量管理(限制每次用量)	河南
合并住院管理	存量管理(最高支付限额纳入住院合并计算)	青海、云南、宁夏、陕西、新疆、山西、贵州、重庆、内蒙古、福建
未明确支付限额	分权管理(各统筹地区自主决定)	吉林、甘肃、辽宁、江苏、河北
不单设支付限额	直接纳入统筹基金最高支付限额	湖南、湖北、陕西、广东、江西、黑龙江

2.4 政策衔接

单独支付政策的实施还涉及到与已有政策衔接和药品退出单独支付机制的衔接问题。为保障单独支付政策与原有政策有效衔接,在待遇层面多数省份遵循了不重复享受门诊其他待遇,并保障原有待遇不降低这一原则。在药品退出机制方面,湖北、湖南等省份对于协议期满并且未续约成功的谈判药品采取暂时继续按原政策管理、逐步退出,但是也有省份协议期满即停用单独支付政策,甚至有可能将该药品退出”双通道“管理(表 7)。

表 7 部分省份单独支付药品退出机制

退出机制	主要特点	省份	过渡时间
设置过渡期	过渡期内继续执行原政策	湖北	各地结合实际,不超过 2023 年 12 月 31 日
		湖南、山西	两个月
		陕西	至备案期结束
		甘肃	逐步退出
不设置过渡期	协议期满后退出原管理机制	重庆、江苏、江西、新疆、青海、天津、宁夏	

2.5 单独支付药品模拟测算

为更好地分析参保人员的获得感,表 8 对国谈药品中的 A 药(治疗中重度特应性皮炎)在陕西和辽宁的单独支付政策运行情况进行了测算,发现陕西

省参保人员的报销金额在执行单独支付政策后提高了 420 元,辽宁省提高了 240 元,同一单独支付药品在省与省之间参保人员获得感存在差异。

表 8 陕西、辽宁省 A 药模拟测算

省份	政策节点	起付线	先行自付比例 (%)	合规报销费用 (元)	报销比例 (%)	医保报销费用 (元)
陕西	政策实施前	不设立	30	2 100	60	1 260
	政策实施后		20	2 400	70	1 680
辽宁	政策实施前	不设立	30	2 100	80	1 680
	政策实施后		20	2 400	80	1 920

注:假设 A 药的单价为 3 000 元,参保人员类别为城镇职工。

3 讨论

3.1 国谈药品单独支付政策是“三医”协同的重要推手

国谈药品单独支付政策最初的政策目标是完成治疗费用比较高、治疗周期比较长的国谈药品的落地工作,但是随着政策发展,北京、上海开始借助单独支付政策来支持创新药发展。^[2]也就是国谈药品单独支付政策已经演变为支持国谈非创新药落地、激励国谈创新药发展两种功能。其一,对于单独支付政策支持国谈非创新药落地来说,是通过单独支付目录制定、药品遴选、药品管理、报销政策设计(起付线、先行自付比例、报销比例、报销限额)来达到医疗保险基金费用的安全使用、临床使用的方便、患者使用获得感之间的平衡,即医保、医疗的协同。其二,对于单独支付政策支持国谈创新药发展来说,北京市采用 CHS-DRG 付费新药新技术除外支付管理,按实支付创新药费用(本质上是按项目付费)^[3],上海市则对“对谈判纳入国家医保目录的创新药前三年实行单列预算,不纳入当年医院医保总额预算,第四年按前三年最高一年使用情况纳入总额预算测算基数”。这类政策实现了医保、医药的协同。可见,国谈药品单独支付政策促进了医保、医药、医疗三者之间的协同发展。

3.2 单独支付目录的准入差异影响国谈药品医保和医疗的协同

单独支付目录颁布形式、药品遴选方法、数量多少会影响统筹地区医疗保险与医疗服务之间的协同。其一,单独支付目录的颁布形式可以采用药品、病种两种,这会直接影响医保与医疗之间的协同。对于单独支付药品目录,医疗保险基金可控性更强,

但是临床使用、参保人选择受限,获得感低;对于单独支付病种目录,临床使用、参保人选择受限较少,获得感强,但是容易出现非国谈药品也想纳入单独支付政策的情况,医疗保险基金管理成本较高。其二,单独支付目录药品的遴选来源直接影响了医保和医疗之间的协同。本研究发现单独支付目录药品遴选来源主要包括“双通道”目录、门诊慢性病特殊疾病目录。但是,基本医疗保险只负责解决“单独支付目录”药品费用,而对于门诊慢性病特殊疾病目录则既解决药品费用支付问题,也解决疾病相关的检查、医疗服务费用问题。^[4-5] 在一些财政状况比较好的省份或地级市,没有设置单独支付目录,而是用门诊慢特疾病目录来实现单独支付的功能。此外,国谈药品转常规乙类药品后,要不要从单独支付药品目录中退出?虽然国家医保局要求不要因为国谈药品转常规乙类,而将其调出单独支付药品目录,但是各统筹地区实际操作时,存在比较大的差异,这将影响临床用药的连续性。其三,单独支付药品目录纳入药品的数量直接影响到国谈药品单独支付政策覆盖的患者群体大小,这将直接影响医疗保险基金费用,对于医疗保险管理能力要求较高。可见,单独支付目录颁布形式的不同、药品遴选来源的不同、目录药品数量的不同,直接影响了医疗环节的临床用药,同时也影响了医保环节的基金支付。

3.3 单独支付药品使用的监管差异影响医保和医疗之间的协同

国谈药品单独支付政策的药品使用“三定”或“五定”这种药品管理方法的差异直接影响了临床用药、参保患者的获得感,也会影响医保基金的支付。其一,药品管理方法越复杂,使用国谈药品单独支付药品的医生需要付出的时间成本和认知资源越多,这有可能会将医生有限的注意力吸引到无关紧要的事上,从而影响国谈药品单独支付药品临床价值的显现。其二,药品管理方法越复杂,越容易进行医疗保险控费。^[6-7] 但是,医疗保险单独支付药品主要是一些特殊或慢性疾病,并且这些疾病人群较少,不存在套取药品给其他患者使用的可能性。其三,药品管理方法复杂导致患者就诊流程复杂化,这增加了患者的就医障碍和时间成本,直接影响其获得感。^[8-9] 因此,单独支付药品管理方法越复杂,参保患者获得药品的交易费用越高,医保基金越容易控制费用,但是医保和医疗之间就出现了不协同。

3.4 国谈药品单独支付政策的不同设计影响医保和医疗之间的协同

国谈药品单独支付政策直接影响医保支付,也直接影响医疗用药的可及性、可负担性。其一,在统筹地区之间存在着起付线、个人先行自付比例、报销比例、报销限额方面的差异^[10],有可能引起参保患者的投诉,甚至有可能引导参保人员进行“医保移民”,以获得更高的医保支付待遇。其二,报销限额方面,很多省份针对单一药品限制使用数量或使用金额,这将影响临床用药的可及性、可负担性。但是,这种限制并不是基于大数据分析。有可能单独支付药品运行的结果是,有的药品单个病例费用高,但是患者人群极小;而有的药品则属于单个病例费用不高,但是患者人群比较大,对医保基金的冲击仍然很大。现在还缺少基于大数据对单独支付药品的分类,这将导致国谈药品单独支付政策的不同设计会造成医保支付和医疗使用之间的不协同。

4 建议

4.1 理清单独支付政策国谈药品落地与支持创新药之间的关系

建议国家医保谈判药品单独支付目录进一步细分为高值药品落地的单独支付目录、支持创新药发展的单独支付目录。这样就可以用国家医保谈判单独支付政策作为促进临床使用的工具,同时也可以对部分临床价值比较好的创新药进行按项目付费或单列预算,促进制药企业进一步研发出更具有创新性的药品,从而实现医保、医疗和医药之间的协同发展。

4.2 平衡单独支付目录各种政策要素以减少医保和医疗协同的障碍

单独支付目录的颁布形式、药品遴选方法和条件、纳入的药品数量等政策要素之间的组合,将直接影响单独支付药品在省级、地市级两个统筹层面的准入障碍,从而影响医保和医疗之间的协同。建议统筹考虑病种、药品,对不同病种的临床使用、医保支付进行大数据测算,并在此基础上对不同药品在同一病种内的差异进行测算,以平衡临床使用、参保患者选择权、获得感与医疗保险基金支付压力之间的平衡。

4.3 单独支付药品管理要宽严并济以控制医保和医疗的交易费用

单独支付药品管理可以考虑简化流程、借助医

保服务信息化系统减少临床使用、医保支付的障碍,减少全链条交易费用,增加参保患者的获得感。其一,基于大数据分析,对于医保基金冲击比较大的单独支付药品,进行比较复杂的“三定”或“五定”管理,但是对于医保基金冲击比较小的单独支付药品,可以考虑简化流程。其二,通过医保服务信息化平台,减少临床医生开具处方的成本,同时也减少参保患者使用单独支付药品的成本。通过上述对单独支付药品管理方法的优化,减少单独支付药品的交易费用,实现医保和医疗之间的协同。

4.4 多层次医疗保障助推提高单独支付药品保障水平

单独支付药品治疗费用比较高,使用周期比较长,基本医疗保险可以解决部分问题,大病保险、商业保险、医疗救助的多层次保障也非常重要。建议优化基本医疗保险对单独支付药品的限额支付,可以考虑对于患者人群小、年用药总费用较低的药品放开限额。但是,对于患者人群比较大、年用药总费用比较高的药品可以限制基本医疗保险支付的限额,超出限额的由多层次医疗保障体系来进行支付。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 张博,丁锦希,陈焯,等. 国家医保谈判药品“双通道”政策动因与实施模式[J]. 世界临床药物, 2021, 42(9):

709-716.

- [2] 胡宏伟,郭宏旺,睦旭东. 多元视角下 DRG 除外支付机制探析[J]. 中国医疗保险, 2022(10): 54-57.
- [3] 李水娥,丁锦希,李佳明,等. DRG 创新除外机制的关键问题研究[J]. 中国医疗保险, 2023(4): 41-48.
- [4] 李娟,王宗凡. 职工医保门诊共济保障机制改革的现状分析和对策建议[J]. 兰州学刊, 2023(1): 75-87.
- [5] 徐嘉杰,高广颖,徐丽荣,等. 我国试点地区慢性病门诊医疗保障政策现状与分析[J]. 中国社会医学杂志, 2022, 39(4): 369-372.
- [6] 韩晓睿,丁锦希,李伟等. 国家谈判药品“双通道”的遴选标准与实施路径[J]. 世界临床药物, 2021, 42(9): 717-724.
- [7] 段承阿鑫,常峰,路云. 我国各省城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病政策比较研究[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(5): 342-345, 369.
- [8] 顾海,刁仁昌,石斌,等. 国谈药“双通道”落地存在的问题及对策建议[J]. 中国医疗保险, 2023(8): 59-65.
- [9] 阮湘林,戴艳艳. 南京市“双通道”药品政策落地情况分析 & 优化建议[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(2): 65-69.
- [10] 孙焕征,曹人元,任今今,等. 医保国谈药“双通道”管理机制成效与展望[J]. 中国医疗保险, 2023(1): 12-15.

[收稿日期:2023-09-29 修回日期:2023-12-19]

(编辑 薛云)