

· 卫生管理 ·

重庆市基本药物目录与医保药品目录衔接问题及对策研究*

商明敬¹, 伍林生^{1△}, 冯跃林², 滕永直³, 袁爱媛²

(重庆医科大学:1. 思想政治教育学院;2. 党委办公室;3. 学生处 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.03.049

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)03-0381-02

2010年,随着《重庆市实施国家基本药物制度试点工作方案》、《国家基本药物重庆市补充药物目录制定办法(暂行)》2010年版和《国家基本药物重庆市补充药物目录》(以下简称《补充药物目录》)相继颁布,本市基本药物制度正式建立,使得基本药物目录(以下简称“基药目录”)具备了实施效力,以往“有目录无制度”的局面结束,与此同时,基药目录和医疗保险药品目录(以下简称“医保目录”)并行局面形成。近年来,两目录在实施过程中,问题逐渐暴露,争议不断。两目录有效衔接是基本药物制度和基本医疗保障制度顺利实施的关键,它们的健康运行,决定着本市医疗卫生体制改革工作能否顺利推进,所以基药目录与医保目录的衔接性问题值得研究。

1 重庆市基药目录、医保目录发展历程简介

1.1 基药目录 2009年8月,2009年版《国家基本药物目录(基层医疗卫生机构配备使用部分)》(以下简称《国家基药目录》)颁布后,本市展开了国家基本药物增补目录的制定工作。2010年10月,市卫生局印发《国家基本药物重庆市补充药物目录制定办法(暂行)》(以下简称《办法》)。《办法》中提出了补充药物目录的遴选原则和遴选程序,并对补充药物目录的调整做出了规定。2010年12月,市卫生局出台《补充药物目录》。《补充药物目录》中的药品包括化学药品和生物制品、中成药两部分,共205种药品,其中,化学药品和生物制品130种,中成药75种。《国家基药目录》中的307种药品,加上《补充药物目录》中的205种药品,构成了本市的基药目录,共512种药品。

1.2 医保目录 医保目录是指参保人员临床治疗必需,纳入医疗保险给付范围内的药品目录,它是医疗保险用药范围管理的一种方式。我国的《医保目录》主要包括《基本医疗保险药品目录》、《新型农村合作医疗保险药品目录》和《城镇居民医疗保险药品目录》三大类。

2000年,国家出台《国家基本医疗保险药品目录》,规定了城镇职工基本医疗保险用药范围。本市分别于2001、2005和2009年,在国家目录的基础上,对乙类药品进行调整,并于2010年颁布了《重庆市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2010年版)》(以下简称《重庆医保目录》)。《重庆医保目录》中的药品包括西药和中成药两个部分,药品品种共2370个,其中甲类503个,乙类1843个,限工伤、生育保险用药24个。2004年,配合新型农村合作医疗试点工作,本市颁布的《重庆市乡村医疗卫生机构基本用药目录(暂行)》包括《乡镇卫生院基本用药目录(暂行)》和《村卫生室基本用药目录(暂行)》两个部分,药物数量分别为453种和225种。2007年,本市“城乡居民合作医疗保险制度”建立,将城镇居民基本医疗保险与新农合融为一体。2012年7月印发的《重庆市城乡居民合

作医疗保险市级统筹实施办法》中明确规定,城乡居民合作医疗保险将在2012年底之前实现全市统筹,全市统一执行《重庆医保目录》。

2 重庆市基药目录、医保目录并行下的问题分析

目前,本市对两目录衔接性问题的研究主要集中在报销政策上,要求将基本药物全部纳入医保甲类报销,报销比例高于非基药10%,在药品采购方面,初步提出基本药物采购医保基金预付制,但没有出台具体的实施办法,对目录遴选、监测等方面的衔接性研究较少。两目录并行局面形成后,在具体实施过程中,暴露出不少问题。

2.1 基药目录“倒逼”医保目录退出基层 基本药物制度实施之前,乡级卫生院和村级诊所用药目录数量大约在700~800个品种^[1]。2011年1月和6月,本市分别实现了政府办基层医疗卫生机构和村卫生室基本药物制度全覆盖,要求实施基本药物制度的基层医疗卫生机构只能在《国家基药目录》、《补充药物目录》和本区(县)规定的非基药(不超过30个品规)内选择药品,可选药品数量仅有500个品种左右,常见病、慢性病、儿科、妇科用药严重不足,部分医保药品被排除在基层医疗机构用药以外,加之群众用药习惯尚未与基本药物相适应,基药配送到位率不高,导致基层“无药可用”,影响首诊制和双诊制的实施。以慢性病高血压为例,有调查显示我国居民购买前十位的抗高血压药物是:北京降压0号、复方降压片、珍菊降压片、复方罗布麻片、心痛定片(硝苯地平片)、寿比山片(吡达帕胺片)、卡托普利片、尼群地平片、倍他乐克和波依定,其中除复方罗布麻片外,其余药品全在医保药品目录中,却仅有卡托普利、尼群地平片和心痛定片(硝苯地平片)3种在基药目录中。

2.2 医保政策未完全落实影响基药目录实施效果 重庆具有“大城市大农村”的特殊结构,各区县经济发展水平差异较大。目前,本市城乡居民合作医疗保险还未实现市级统筹,各区县医保筹资、支付能力、报销政策落实程度参差不齐,影响基药目录的实施效果。以医保报销政策为例,虽然市里已出台文件要求将基本药物全部纳入医保甲类报销,但有些区县未将市补充药物全部纳入报销,有些区县未提高基本药物报销比例,有些区县在市级医保目录中又自行限定了一个较小的目录,有些区县未按基本药物市级集中采购价格报销等,一定程度上影响基药目录实施效果。

2.3 多部门参与,协调难度大 两目录适用范围、作用不同,分属市卫生局和市人社局主管,药品生产、招标、遴选、定价等环节都有两套不同的标准,加之其他部门,如:物价局、财政局、食品药品监督管理局等多管理部门的参与,两目录制定和实施过程其实就是各大部门利益的博弈,多头管理,管理制度不统

* 基金项目:重庆市决策咨询与管理创新计划项目(cstc2013jccx A10005)。 作者简介:商明敬(1988-),在读硕士研究生,主要从事社会学与卫生事业管理的研究。 △ 通讯作者,E-mail:wls191@yahoo.com.cn。

一,程序复杂,花费巨大^[2],协调难度大。此外,医保药品和基本药物分别进行遴选、招标,增大了发生腐败的空间,导致高价药中标事件屡屡发生。秀山县县城村村医杨秀民举例,进入区县联合体后,同为太极集团生产的 100 片装舒筋活血片,从 4 元涨到 8.4 元;深圳致君制药生产的头孢克肟也从 5 元上涨到 8.6 元^[3],部分常用药价格上涨严重。

3 国外的药品目录管理概况

目前,全球约有 160 多个国家制定了基药目录,大部分未制定基药目录的国家也有药品报销目录,在国外几乎不存在两套药品目录并行的情况。澳大利亚实行强制性全民医疗保险,药品政策是其重要组成部分,对列入药品目录的药品基本实行全额报销,药品目录由药品利润审查组织(PBAC)依据评估结果,给出目录内用药的推荐意见,递交卫生政策制定方决策^[4]。德国的药物遴选采用“多方利益集团共同参与型”评价模式,医疗卫生服务提供方(医院和医务工作者)和医疗保险基金供方参与卫生部决策,通过医疗保险基金对目录内药品的使用进行强制性限制^[5]。印度的基药目录除了常用药外还包括治疗慢性病、疑难杂症等的药物,其主要特点是住院患者和门诊患者分别使用不同的基药目录,以保证满足不同的健康需要。在主目录之外,印度政府还根据不同区域发病模式为诊所和卫生中心制定了个别药品目录。此外,津巴布韦、南非、菲律宾等也制定了基药目录,通过政府直接组织生产、采购和使用基本药物的方式来实施。

4 对两目录衔接的建议

4.1 完善两目录药品遴选机制 医保药品和基本药物的遴选原则均包括安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重等,二者在很多方面具有共性,为衔接提供了基础。两目录主管部门在遴选药品时应加强沟通协作,在《临床诊疗指南》的指导下,围绕常见病、慢性病,优化药物品种类别和比例结构。

可适量扩大基药目录的范围,优先考虑将医保目录中部分妇科、儿科用药和常见病、慢性病用药纳入。扩充基本药物需深入基层进行调查后,经过循证医学、药物经济学的科学验证,而不能凭经验或个人意见作为依据,由专家、基层医生、上级医生、群众等相关利益群体共同参与决定^[6]。基药目录的遴选,还要充分考虑医保体系的筹资能力和支付水平。目前,基药目录遴选方法主要采用以专家咨询为主的定性方法,可逐步探索定性和定量相结合的基药目录遴选方法,例如,将运筹学中的背包模型运用于基本药物的遴选之中,把医保覆盖率和医保药品筹资能力分别加入到该模型的目标函数和约束条件中,加强基药目录和整个医保体系的对接。

4.2 建立联合办公机制,引入第三方管理 全国政协委员周超凡曾提出基药目录和医保目录衔接“合并说”,由于目前本市基本药物制度和医疗保障制度不完善,多部门参与,两目录合二为一阻力较大。建议在市政府的领导下,人社局、卫生局及其他参与基药、医保目录制定的部门加强组织协调,建立联合办公机制,尽量避免制定政策上的衔接问题。完善目录相关部门的管理衔接的具体方法可以采用加强各部门间的信息沟通和引入第三方管理的模式进行解决,通过研讨会、信息通报、文件传阅、征求意见等多种方式使各部门间沟通信息“负荷”适当,通过指定行业协会、咨询公司、学校等单位作为第三方机构

对医疗机构执行药品目录进行监督和评价^[7]。

4.3 以重庆药品交易所为切入点加强两目录衔接 重庆药品交易所于 2010 年 3 月 31 日正式成立,主要从事药品、医疗器械及其他相关医用产品的电子交易服务。药交所电子挂网交易模式是本市特有的药品交易方式。目前,本市实施基本药物制度的基层医疗卫生机构、其他各级各类医保定点医疗卫生机构配备和使用基本药物,全部通过药交所平台集中采购。加强两目录衔接性,应充分考虑实际情况,提出有针对性、可行性的对策。目前,本市仍有 2 225 个基本药物无医保流水号,导致这部分基本药物无法报销。医保管理部门应和药交所应重视两目录药品的衔接,加强技术合作,将医保报销药品数据库和药交所药品数据库进行比对,完善挂网药品的医保流水号,积极衔接药品数据,探索医保数据和药交所数据联网方式,落实基药采购医保基金预付政策,争取实现医保药品和基本药物统一采购、统一配送、统一结算、统一监管。

4.4 完善配套措施,推进基本药物制度和医疗保障体系建设 医改是一项系统工程,推进综合配套改革,为两目录贯彻落实提供体制机制保障至关重要。以基本药物制度和医保的市级统筹为契机,探索相关人事制度、分配制度、保障制度等综合改革,加大基本药物制度的贯彻力度,加快医保市级统筹进度。同时,改革完善相关补偿机制,强化政府投入,提高财政补偿资金到位率,将财政补偿资金按比例纳入各级财政预算,通过逐渐增大政府对公共服务的购买力度,适度提高医疗服务价格,强化绩效考核,增设药事服务费等^[8],积极探索多渠道长效补偿机制。

参考文献:

- [1] 谢敏敬,张方.关于国家基本药物目录与“医保目录”,“新农合”报销目录衔接的思考[J].中国药房,2011,22(16):1443-1445.
- [2] 王岩,吕景睿.《基本药物目录》和《基本医疗保险药品目录》实施面临的挑战[J].中国医疗保险,2010,46(4):46-49.
- [3] 张昊.重庆秀山,村医收入下降“基药”价格上涨[N/OL].健康报(2012-10-08).<http://www.jkb.com.cn/document/326684.htm?docid=326684&sKeyWord=null>.
- [4] 李颖,王虎峰.药物目录遴选制度构建关键问题研究——基于典型国家遴选制度模式的经验[J].中国药房,2011,22(24):2212-2214.
- [5] 李颖.药品目录遴选的药品经济性评价模式研究——基于澳大利亚,英国,德国和法国的比较[J].中共中央党校学报,2009,13(5):52-56.
- [6] 雷明明,冯泽永.国家基本药物制度对双诊制的影响及对策研究[J].中国全科医学,2011,14(13):1422-1424.
- [7] 范学礼.基本药物目录与医保目录并行下的衔接性研究[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2011.
- [8] 刘佳,冯泽永.基本药物制度对首诊制的影响及对策研究[J].医学与哲学,2012,33(3):51-52.