

# 集采药品结余留用的政策逻辑

文 | 王震

国家组织药品集中带量采购,是解决长期以来药品价格居高不下、药品购销领域行为扭曲的重大措施,是构建合理的药品价格形成机制的基础性工作。药品集中带量采购工作的一个关键是药品在使用环节要“落地”,而使用环节“落地”的关键则是医院和医生。要求医院和医生改变原有行为,适应集中带量采购的规则来使用和处方药品,需要有相应的激励机制。

在药品集中带量采购政策实施的初期,为了保证采购量的落实,一些地方采用了行政化的办法——行政部门用行政指令要求医院,医院用行政指令要求医生。这种行政化的办法未考虑医院和医生的实际利益诉求,未考虑合理的激励机制,固然可以在短时间内落实采购量,但缺乏可持续性,甚至还会带来新的行为扭曲。

2019年国务院办公厅印发《国家组织药品集中采购和使用试点方案》,在使用环节提出“建立医保经办机构与医疗机构间‘结余留用、合理超支分担’的激励和风险分担机制”。2020年6月国家医疗保障局、财政部又联合发文对集采药品医保资金结余留用的具体实

施进行部署,要求在定点医疗机构的总额预算或总额控制指标中纳入国家集采药品,并对集采药品实施医保资金预算管理;根据考核指标,对定点医疗机构使用集采药品后带来的医保资金结余可以留用。该政策是“结余留用、合理超支分担”激励和风险分担机制的具体化、可操作化,同时也是落实中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》中“探索医疗服务与药品分开支付”的具体措施。

## 结余留用的政策逻辑

上述政策的出台意图是明确的,就是鼓励医院和医生在相同条件下更多使用集采药品。相比于非集采药品,集采药品价格更低,在预算资金给定的条件下,越多使用集采药品,结余就越多,从而可以留用的资金也越多。

实际上,这个政策并不新鲜,也不突兀。“结余留用、合理超支分担”的激励机制一直都是医保支付方式改革的核心逻辑。从按服务项目付费走向总额预付、按病种付费、按人头付费等以预付制为主的复合付费方式,是我国医保

支付方式改革的一条逻辑主线。2011年人社部《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》提出按照“结余奖励、超支分担”的原则实行弹性结算;2012年人社部、财政部、卫生部《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》提出建立合理适度的“结余留用、超支分担”的激励约束机制;2016年国务院《关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》提出建立“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制。2017年国务院办公厅《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》提出建立健全“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制。从这个角度,集采药品“结余留用、合理超支分担”政策是医保支付方式改革的逻辑延伸。

“结余留用、合理超支分担”背后的逻辑如下:假定相比于医保(付费方)和患者,医院和医生在医疗行为中掌握信息优势。在按服务项目付费的方式下,医院和医生有利用这种信息优势诱导需求的动机,也就是通常所说的过度诊疗动机。在预付制的方式下,医保根据事先约定的价格将费用支付给医院和医

生,如果实际的诊疗成本超过约定价格,那么医院和医生就要自己承担亏损,这是“超支自付”;如果医院和医生将实际成本控制在约定价格之下,那么结余部分由医院和医生所得,这是“结余留用”。在我国公立医院为主的情况下,由于超支部分还包括一些政策性亏损,因此超支部分由医院和医保来“合理分担”。

### 结余留用的政策目的

结余留用的激励机制在总额预算或总额控费中已经普遍展开。但是,由于我国是医药混业经营的,医疗机构同时也是药品的最大销售终端。因此,在总额预算中,已经将药品费用纳入到医保与协议定点医疗机构的总额中。本次集采药品的结余留用政策实际上是将已经纳入定点医疗机构总额中的集采药品预算单独拿出来,从而将集采药品使用的激励机制更加明确化。将药品预算单列,也意味着医保对医疗服务的支付和对药品的支付区分开来,从此意义上这是推动我国医药分开的一个重大举措;从国际上看,医疗服务和药品分开支付也是一个通行的原则;同时,也是贯彻落实《关于深化医疗保障制度改革的意见》中“探索医疗服务与药品分开支付”的重要举措。

在之前的集采政策中,虽然提出了结余留用的原则,但具体如何实施并未明确,这就导致一些定点医疗机构以及医生并没有内在的激励去使用集采药品。虽然通过行政命令可以落实一定的量,但没有内在激励的措施往往不可持续。在国家医保局最新印发的文件中,为了鼓励医院和医生更多使用集采药品,设计了相关规则:越多使用集采药

品则结余基数越大,从而能够留用的资金也就越多。在这一规则下,医院有动力优先使用集采药品,医生也有动力处方集采药品。而且,集采药品不仅可以如期实现带量的落实,还有扩大实际使用量的可能,这对于参加集采的药品而言无疑是个重大利好。当然,在药品市场规模大致固定的情况下,也会挤占非集采药品的市场空间。

### 政策实施的现实障碍

集采药品医保资金结余留用政策,还面临一些约束条件以及现实障碍。

首先,从激励强度看,结余留用的资金不能低于原有途径下医院和医生的“获利”。从目前情况来看,使用非集采药品能够带来的“利益”到底有多大,还没有一个准确的数字,从而也就难以给出准确的资金留用比例,激励效应也难以准确判断。要得到比较准确的数字,还需要较长一段时间的磨合。

其次,需要考虑我国公立医疗机构薪酬机制与分配机制的约束。公立机构实行行政管理,医院主要领导由上级行政部门任命,医院内部分配根据事业单位进行管理,医生薪酬根据事业单位编制人员确定。这就涉及两个约束性的问题:一是结余留用资金与事业单位工资总额限制的问题,即有多少可以用来发放人员工资;二是结余留用资金在医院和医生之间的分配问题,即有多少可以直接发放到有处方权的医生身上。虽然“两个允许”的政策已经提出来,但在现实中的实施情况却差强人意。即使结余留用的资金总额不少,但如果不能发放到有处方权的医生身上,那么结余留用政策的激励效果也要大打折扣。

从目前情况来看,这个关键环节的落实并不乐观。其背后也凸显了医改面临的一个悖论:医保作为医疗服务的购买方,要求与医疗机构间形成服务购买关系,适用市场交易的规则;但公立医疗机构作为服务供给方,仍然是管办一体、行政化管理的原则,要求与医保之间形成行政拨款的关系,要求医保成为事实上的“第二财政”。行政拨款要求事款对应、事务经费与人员经费分开;结余留用是典型的市场化交易规则,与公立医疗机构行政化管理本就存在冲突。如何调整这一冲突,也是“三医联动”改革的核心命题。可以说,如果不解决背后这个冲突,包括预付制在内的支付方式改革都会面临很大困难。

第三,需要考虑医保资金的性质。我国社会医疗保险是在特定历史环境下形成的。在计划经济时期公立医疗机构由财政负担运行经费和人员经费,当时的劳保医疗仅支付治疗费用;也就是说,劳保支付给医疗机构的费用中既不包括运行费用、也不包括人员费用,是扣除固定资产折旧和人员工资后的费用。这一原则在20世纪90年代末期建立职工基本医疗保险时也贯彻下来。2010年的《社会保险法》也规定医保资金仅支付治疗费用。从这个规定出发,医保资金是不能用于人员工资的。虽然2009年新一轮医改后各地都在进行医保支付方式改革,推行预付制的支付方式,并提出“结余留用、合理超支分担”的原则,但毕竟与法律规定有冲突之处,这一点也体现在集采药品的结余留用政策上。<sup>〔中国卫生〕</sup>

(作者系中国社会科学院经济研究所研究员)

编辑 宁艳阳