

# 广东省医保支付政策对“国谈”抗癌药使用的影响分析\*

向国春<sup>①</sup>, 郭亦凌<sup>①</sup>, 章梦君<sup>②</sup>, 罗晟威<sup>①</sup>, 吴志明<sup>②</sup>, 陈运山<sup>③</sup>

**摘要** 保障国家谈判抗癌药落地是国家谈判机制能否惠及百姓的关键。通过梳理我国保障国家谈判抗癌药落地的主要措施,分析不同医保类型患者使用国家谈判抗癌药的费用结构和特征,探讨医保的供需方政策对国家谈判抗癌药使用的影响,提出完善肿瘤治疗的费用分担机制、合理提升肿瘤诊治能力、加强医保精细化管理等建议。

**关键词** 医保支付政策; 国家谈判抗癌药; 广东

中图分类号 R1-9; R19-0 文献标志码 C 文章编号 1003-0743(2022)08-0011-04

**Analysis on the Impact of Medical Insurance Payment Policy on Use of National Negotiated Anticancer Drugs in Guangdong/XIANG Guo-chun, GUO Yi-ling, ZHANG Meng-jun, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(8):11-14**

**Abstract** To guarantee the implementation of national negotiated anticancer drugs is important to benefit the tumor patients, it reviews the main methods to ensure the implementation of national negotiated anticancer drugs in China, analyzes the cost structure and characteristics of patients with different types of medical insurance, and discusses the impact of medical insurance policies on the use of the anticancer drugs. It aims to put forward suggestions, which could improve tumor treatment cost-sharing mechanism, enhance the tumor diagnosis & treatment ability policy, and strengthen the refined management of medical insurance.

**Keywords** medical insurance payment policy; national negotiated anti-cancer drug; Guangdong

**First-author's address** School of Health Management, Southern Medical University, Guangzhou, 510515, China

**Corresponding author** CHEN Yun-shan, E-mail: cys05@126.com

恶性肿瘤成为严重影响人类健康的重大疾病。我国通过国家谈判、集中带量采购等举措从提高用药可及性、降低疾病经济负担,保障用药安全等方面,切实保障癌症患者受益。通过国家谈判(以下简称国谈)将部分临床必需、疗效确切、患者使用量较大的抗癌药纳入国家医保目录,由基本医保、大病保险和医疗救助等方面从保险政策向肿瘤患者倾斜,大幅度提高了患者的报销水平。但在支付方式改革背景下,医保支付政策对患者使用国谈抗癌药的影响如何,哪些因素可能会影响患者使用国谈抗癌药,目前相关研究偏少<sup>[1-2]</sup>。本研究探讨广东省医保支付政策对国谈抗癌药使用的影响,并提出完善相应政策的建议。

## 1 保障国谈抗癌药落地的主要措施

### 1.1 多举措提高国谈抗癌药的可及性

抗癌药多是进口专利药,可选品种少、价格昂贵。国家鼓励加大投入开发创新药品、加速新药审批上市,提升癌症等重大疾病的药品保障能力。取消或

降低抗癌药的进口税费,加快更新国家医保目录,优化医保目录药品结构。建立医保谈判药品“双通道”管理机制,拓宽供应渠道,确保患者“有药可用”。

### 1.2 降低使用抗癌药患者的疾病负担

全面落实临床治疗价值高、癌症患者需求较多的抗癌药降价是国家医保局的重点工作之一。医保价格谈判通过发挥医保的“战略购买”作用,不设最低价,激励药企通过大幅降价获得医保报销资格,实现“以价换量”增加企业利润<sup>[3-4]</sup>。将国谈抗癌药纳入国家医保乙类目录(表1),实施集中带量采购,不允许调整限定支付范围,切实保障患者“用得起药”。

### 1.3 加强临床使用抗癌药的安全管理

保障医疗质量和医疗安全是临床工作的生命线。国家针对药品特性,将抗肿瘤药物分为普通使用级和限制使用级进行分类管理。医疗机构建立肿瘤多学科诊疗MDT模式,强调药物的循证使用和临床的规范化治疗。配备专业医师对患者进行合理用药指导,提高用药依从性和安全性。同时,医疗机构和各卫生行政部门定期评估抗肿瘤药物分级管理和使用情况,确保为患者科学精准“用好药”。

## 2 使用国谈抗癌药患者的费用特征

### 2.1 使用不同抗癌药的费用构成

以广东省汕头市三级乙等样本医院和潮州市三级甲等样本医院2018年1月—2019年7月使用国谈抗癌药的肺癌和直肠癌住院非手术放化疗患者的信息为例,分析使用不同抗癌药患者的费用构成。其中肺癌患者56人次,主要使用奥西替尼80 mg×30片/瓶(510元/

\*基金项目: 2019年度广东省哲学社会科学规划项目(GD19CGL37); 广州公共卫生服务体系建设研究基地资助项目(2021-2023); 南方医科大学卫生管理学院资助课题; 广州市市校(院)联合资助项目(202102010163); 国家卫生健康委卫生发展研究中心委托项目。

① 南方医科大学卫生管理学院 广州 510515

② 南方医科大学南方医院 广州 510000

③ 广州市妇女儿童医疗中心 广州 510620

作者简介: 向国春(1982—),女,硕士学位,副研究员;研究方向: 医疗保险与卫生经济; E-mail: melinda\_lx@163.com。  
通信作者: 陈运山; E-mail: cys05@126.com。

表1 2016—2021年国家谈判抗癌药纳入医保的相关文件梳理

时间	文件名称	抗癌药数量	支付标准有效期
2016-05-20	《关于做好国家谈判药品集中采购的通知》(国卫药政发〔2016〕19号)	2	—
2017-07-18	《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)	16	2019-12-31
2018-10-10	《国家医疗保障局关于将17种抗癌药纳入〈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》(医保发〔2018〕17号)	17	2020-11-30
2019-11-28	《国家医保局 人力资源社会保障部关于将2019年谈判药品纳入〈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》(医保发〔2019〕65号)	97(新增70, 续约27)	2021-12-31
2020-12-28	《国家医保局 人力资源社会保障部关于印发〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2020年)〉的通知》(医保发〔2020〕53号)	31(新增17, 续约14)	2022-12-31
2021-12-03	《国家医保局 人力资源社会保障部关于印发〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2021年)〉的通知》(医保发〔2021〕50号)	51	2023-12-31

片, 15 300元/瓶)、吉非替尼0.25 g×20片/瓶(228元/片, 4 560元/瓶); 直肠癌患者66人次, 主要使用西妥昔单抗20 mL:0.1 g/瓶(1 295元/瓶, 每疗程6瓶7 770元)。使用西妥昔单抗治疗直肠癌患者的次均费用为7 770元, 药占比85.18%; 使用奥西替尼治疗肺癌的患者的次均费用为7 650元, 药占比87.47%; 使用吉非替尼治疗肺腺癌患者的次均费用为4 716元, 药占比69.32%。

## 2.2 不同医保类型的患者费用构成

以广东省广州市三级甲等样本医院2019—2021年使用奥西替尼80 mg×30片/瓶的714名患者为例, 其中, 广州市医保84人, 跨省异地医保134人, 省内异地医保496人。奥西替尼2018年进医保目录的价格为80 mg×30片/瓶(510元/片, 15 300元/瓶), 2021年3月1日降价为5 580元/瓶。2019—2021年, 该医院收治的广州市医保84人平均住院次数为7.80人次, 跨省异地医保134人平均住院次数为12.92人次, 省内异地医保496人患者平均住院次数为9.49人次。2019—2021年, 使用奥西替尼患者住院总费用增长155.35%, 收治人次增长210.53%, 不同医保类型患者的住院次均

费用均有所下降。受奥西替尼价格调整影响, 2021年住院费用的药占比有所下降, 但药费仍是患者住院费用的主要构成部分(表2)。

## 3 医保支付政策对国谈抗癌药使用的影响

### 3.1 在需求侧方面医保报销政策对患者的影响

3.1.1 门诊和住院政策。在需求侧方面, 医保支付通过特殊门诊、住院补偿和家庭病床等方式, 对恶性肿瘤等重大疾病在起付线、报销比例和封顶线等方面有政策倾斜, 但各地政策略有不同。广州市要求广州市职工医保和居民医保的参保人使用基本医保乙类目录药品时, 患者先自付总费用的5%和15%, 剩余费用再纳入相应的门诊和住院报销政策。广东省汕头市通过设置家庭病床, 将恶性肿瘤的门诊放化疗按照起付线400元/次, 医保目录内报销费用的50%来减轻患者费用负担。以广东省潮州市为例的其他地市则是将恶性肿瘤在门诊的放化疗报销按住院标准执行, 年度支付限额同住院合并。恶性肿瘤患者在门诊的放化疗纳入医保报销或住院放化疗时提高住院报销比例, 都极大地降低了患者负担<sup>①</sup>。在报销方式上, 汕头市的“门诊”、住院和“家庭病床”的报销都能够通过信息系统

表2 2019—2021年不同医保患者使用奥西替尼的相关情况

年份	住院均次费用(万元)			平均住院天数(天)			住院人数(人)			药占比(%)		
	广州市 医保	跨省异地 医保	省内异地 医保	广州市 医保	跨省异地 医保	省内异 地医保	广州市 医保	跨省异地 医保	省内异地 医保	广州市 医保	跨省异地 医保	省内异 地医保
2019	3.02	3.61	4.23	4.62	5.56	6.83	15	16	73	75.62	84.47	73.79
2020	4.15	2.94	3.51	6.00	3.63	4.03	18	38	175	68.63	83.76	78.75
2021	3.02	2.17	2.66	5.41	3.54	5.00	51	80	248	68.10	70.56	68.60

表3 不同医保类型患者使用奥西替尼成对比较结果

医保类型	检验统计	标准误	标准检验统计	P	P (调整后)
广州市医保—跨省异地医保	-13.120	27.220	-0.482	0.630	1.000
广州市医保—省内异地医保	-53.693	23.078	-2.327	0.020	0.120
跨省异地医保—省内异地医保	40.573	19.043	2.131	0.033	0.199

实现即时结算,减少患者垫付负担。

3.1.2 不同医保类型对抗癌药使用情况。对广州市三级甲等样本医院2019—2021年使用奥西替尼80 mg×30片/瓶的714名患者,采用独立样本克鲁斯卡尔·沃利斯检验分析医保类型对患者奥西替尼使用量的影响研究(表3)。原假设:在不同医保类型的类别中,患者的奥西替尼使用量分布相同。克鲁斯卡尔·沃利斯检验结果为 $P=0.014$ ,拒绝原假设,可认为不同医保类型对患者的奥西替尼使用量有不同。广州市医保和跨省异地患者人均奥西替尼用量显著低于省内异地患者。

3.2 在供给侧方面医保支付方式改革对国谈抗癌药使用的影响

3.2.1 支付方式改革。在供给侧方面,2018年广东省21个地市实施了支付方式改革。目前,广东省有19个地市实施按病种分值付费(Diagnosis-intervention packet, DIP),1个地市实施按疾病诊断相关分组付费(Diagnosis Related Groups, DRG),1个地市DRG和DIP并行。按照属地管理原则,市域内住院按DRG/DIP结算,异地就医则按项目付费。各地市根据近3年的医疗机构运行情况,制定和调整各地的病种分值结算方案。大部分地市的病种分值库在4 800~5 200种,广州市的病种分值库最细达到12 000种以上。同一病种和治疗方式,各地市的病种费率不同。

3.2.2 不同支付方式对患者抗癌药的使用影响。对广州市三级甲等样本综合医院2019—2021年使用奥西替尼80 mg×30片/瓶的714名患者,按照广州市医保政策为按病种分值付费结算,赋值为0;省内异地就医和跨省异地就医为按项目付费,赋值为1进行单因素回归分析。原假设:不同的医保结算方式对奥西替尼的使用量没有影响。单因素回归分析结果 $P=0.04$ ,可认为不同医保结算方式对患者的奥西替尼使用量有影响,按病种分值付费结算患者使用量低于按项目付费结算患者(表4)。

表4 不同支付方式对抗癌药使用影响单因素回归分析结果

变异来源	SS	自由度	MS	F	P
回归	1.301	1	1.301	4.226	0.04
残差	211.168	1	211.168	686.226	0.00

## 4 讨论

### 4.1 不同医疗机构收治病种、费用差异较大

广东省内各地医疗机构服务能力不同,肿瘤收治

能力差异较大。在实施DIP后,部分地市的肿瘤科成为院内医保亏损最大的科室,可能进一步导致服务能力萎缩。研究发现,汕头市样本医院和潮州市样本医院属于地市级三级医院和县级三级医院,收治的癌症患者多是在珠三角地区大型三甲医院或者肿瘤专科医院做完手术,转回当地进行放化疗或康复治疗的患者。放化疗等治疗方式在按病种分值付费中分值较手术低,且放化疗主要使用的是抗癌药,费用结构中药占比较高。同样是放化疗,不同医疗机构的费用差异较大<sup>[9]</sup>,汕头市样本医院和潮州市样本医院的次均费用远低于广州市样本医院的次均费用。

### 4.2 医保经办管理面临新挑战

抗癌药纳入医保、医保的支付方式改革等方面对医保的经办管理都提出挑战。为了解决国谈抗癌药“进院难”问题,使用谈判药品费用不纳入医保总额控制范围,合理使用的国谈抗癌药费用单独结算。广东省在全面实施DIP改革的情况下,如何针对抗癌药纳入医保,科学制定医保总额和控费指标,都要求做出精细化的测算。广东省各地市对区域内的医疗机构按病种分值付费结算,对转外就医的费用则按项目付费,不利于对医保费用的控制。广东省医疗保障局规定从2022年1月开始,省内跨市住院医疗费用按照全省统一的医保目录和支付标准执行,这将扭转这种情况。同时,如何科学制定病种费率,让病种分值反映肿瘤科室的实际成本和医生的劳动价值,也将直接影响肿瘤科室的发展,并影响国谈抗癌药能否真正惠及患者。

### 4.3 其他政策对抗癌药使用的影响

异地就医即时结算政策是降低患者疾病负担的重要举措<sup>[7]</sup>。但相对流出地,肿瘤科服务能力萎缩将导致异地就医继续增多,冲击属地的医保基金安全。相对流入地,多数外地患者可以规避本地医保的监管,还能适当拉低病种的次均费用。公立医院绩效考核,对医疗费用年平均增长幅度和药占比等指标提出具体要求。虽然医疗保障局明确提出使用抗癌药的费用单独结算,药占比不再是医保控费的主要指标,但仍有部分地区“一刀切”。而取消药品加成后,高昂的抗癌药带来的资金占用和冷藏成本等问题,因为没有相应的绩效激励机制,所以医疗机构可能缺乏动力配齐和使用抗癌药。综上,多种政策叠加对医疗机构产生影响,进而影响恶性肿瘤患者在地市或县域内就近使用抗癌药,导致患者流出加剧医疗费用负担。如何调动

医疗机构提升肿瘤防治能力的积极性，又合理控制医疗费用的增长幅度，成为卫生健康部门、医保部门和医疗机构的待解难题。

## 5 政策建议

### 5.1 探索多渠道的费用分担机制

将国家抗癌药谈判机制和经验拓展到其他药品和耗材领域，从源头降低患者的医疗费用负担。在基本医疗保险筹资能力有限的情况下，鼓励商业健康保险公司制定多样化的保险产品满足居民的医保需求，防范重大疾病风险。政府应给予适当补贴，并鼓励有经济困难的癌症患者购买“穗岁康”“莞家福”等补充医疗保险产品。可资助贫困人口免费参保。引导社会慈善组织有针对性的开展恶性肿瘤免费赠药和免费救治手术。确有“因病致贫，因病返贫”风险的患者，政府通过医疗救助建立兜底保障机制，减轻患者疾病负担。

### 5.2 合理提升肿瘤诊疗服务能力

随着恶性肿瘤发病率的逐年增加，防治形势愈发严峻。如何提高区域内医疗机构肿瘤诊疗技术服务能力，需要遵循各区域卫生规划的基本原则做好预先谋划。医保和卫生健康的相关政策要共同推动区域内肿瘤专科建设。推广肿瘤治疗适宜技术，引导各级医疗机构开展特色专科建设，走差异化发展路线，避免盲目配置大型医疗设备扩张业务，导致恶性竞争。鼓励医疗机构按恶性肿瘤诊疗规范配备药品，强化合理用药考核，促进抗癌药的临床规范并合理使用。加强医疗质量监管，避免重复诊治、多次转院等不合理行为，加重患者疾病经济负担。

### 5.3 加强医保的精细化管理

支付方式改革和公立医院绩效考核，倒逼医疗机构加强医保精细化管理<sup>[8-9]</sup>。在需求侧方面，合理制定医保政策补偿范围，加强转外就医的审核审批，有序引导患者在区域内就医。在供给侧方面，科学合理制

定医保总额和医保控费指标，在取消药品加成后医保付费方式应考虑不同层级医疗机构和不同科室的具体特征及谈判药品的实际使用情况，合理调整病种权重，并定期调整完善支付方式改革方案。可探索将广东省内异地就医按就医地支付方式结算做法，逐步拓展到跨省异地就医患者，发挥支付方式改革的控费作用。对国谈抗癌药的使用，应严格按照“双通道管理”机制，处理好外地患者备药和处方外流问题，满足癌症患者的用药需求。

## 参 考 文 献

- [1] 谢金平, 胡紫馨, 王苑如, 等. 国家药品集中采购政策对四直辖市药品价格、费用及仿制药替代的影响分析[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(9):24-28.
- [2] 陈焯, 丁锦希, 柳婷, 等. 国家谈判药品门诊医保待遇现状、问题及完善措施[J]. 中国药科大学学报, 2020, 51(5): 628-634.
- [3] 蒋和胜, 王振平, 方锐. 我国医保机构主导的药品价格谈判机制研究[J]. 价格理论与实践, 2015(4):25-27.
- [4] 常峰. 我国医保药品价格谈判机制与管理创新研究[J]. 价格理论与实践, 2017(5):18-22.
- [5] 尹世全, 张弘, 刘跃华. 肿瘤创新药纳入全国医保目录的政策实施效果与思考[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(1):22-24.
- [6] 尚波波, 徐伟, 胡紫馨, 等. 恶性肿瘤放、化疗异地就医费用与就医地本地费用结构比较分析[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(12):41-44.
- [7] 郑先平, 吴超男, 童潇, 等. 全域化视角下医疗保险门诊费用异地结算政策完善思考[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(10):35-38.
- [8] 张博锴, 康正, 梁秀坤, 等. 基于时间序列分析的跨省异地就医医保预付金支付研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(2):24-27.
- [9] 宋静, 吉雅玲. DIP改革新形势下医院医保精细化管理探讨[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(2):77-79.

[收稿日期: 2022-05-12] (编辑: 杨威)

(◀◀上接第10页◀◀)

- [10] 孙乔乔. 基于SFIC模型的网约车协同治理研究[D]. 杭州: 浙江大学, 2019.
- [11] 田培杰. 协同治理: 理论研究框架与分析模型[D]. 上海: 上海交通大学, 2013.
- [12] 刘桔铭, 陈琰姝, 杨一青, 等. 县域医共体改革对区乡医疗机构卫生服务效率的影响评价[J]. 中国医院管理, 2021, 41(1):11-14, 18.
- [13] 赵慧童. 天长市县域医共体新农合按人头总额预付制对分级诊疗影响研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2018.
- [14] 王显君, 唐智友, 杨文梅, 等. 基层医疗卫生机构医防“五融合”健康管理服务模式研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(31):3924-3929.
- [15] 应亚珍. 以健康为导向探索基本医保基金和公共卫生服务

资金统筹使用[J]. 中国医疗保险, 2020(5):7-10.

- [16] 曹阳, 宋雨佳. 基于结构方程的基层医生工作满意度及离职意愿影响因素研究[J]. 中国卫生事业管理, 2018, 35(1): 24-26, 43.
- [17] 田森森, 张小娟, 朱坤. 我国乡镇卫生院人力资源流动现状、问题与对策研究[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(6): 32-37.
- [18] 于亚航, 孔晨, 袁蓓蓓. 医疗卫生服务体系整合型改革对医务人员工作动机及行为影响的系统综述[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(2):15-22.
- [19] 胡盟, 肖世宣. 福建三明一体化的医防融合新模式[J]. 中国卫生, 2021(1):92.

[收稿日期: 2022-05-06] (编辑: 高非)