

好药价更低 报销更便利

——2019 医保改革回眸

本报记者 李丹青



5.62元,4.72元,4.62元,4.5元,4.4元,4.36元成交!前不久,医保专家和药企间的“灵魂砍价”,引来点赞。小药片连着大民生。如此锱铢必较、分毫必争,是为了让患者用得起药、用上好药。

“灵魂砍价”只是国家努力解患者之忧的生动缩影。镜头推远,在即将过去的2019年,为了将药价降到更低,让看病更舒心,医保领域开展了一系列大刀阔斧的改革。从开展药品带量采购、药价降低六成,到城乡居民高血压糖尿病门诊药费报销可超五成,再到异地就医即时结算的

“版图”不断扩大,这些新政策正在惠及更多的职工和居民。

如果说这些红利是参保人员能切身感受和体会到的,那么由于医保基金的资源相对有限,今年还有不少调整和优化,是为了更合理公平地配置资源,进而让每一分“救命钱”都花在刀刃上。今天,我们着重对2019年医保领域的大事进行盘点和梳理,希望对大家了解医改新政、看病报销有所帮助,期待未来推出更多医保惠民大“礼包”。

——编者

带量采购全国扩围
药价降低六成

【划重点】

所谓带量采购,是在药品集中采购过程中开展招投标或谈判议价时,明确采购数量,让企业针对具体的药品数量报价。其目的是以量换价、降低药价和医保控费。

去年底,“4+7”城市药品带量采购在上海开标。这次试点采取“国家组织、联盟采购、平台操作”的组织形式,以北京、天津、上海、重庆和沈阳、大连、厦门等11个城市的公立医疗机构为集中采购主体,组成采购联盟。最终,与试点城市此前同种药品最低采购价相比,25个药品的中选价平均降52%,最高降幅96%。

今年上半年,“4+7”城市药品带量采购在试点城市的公立医疗机构落地,进入临床使用。9月,25个省份和新疆生产建设兵团与国家组织药品集中采购和使用试点扩围,加上此前已自行跟进的福建省和河北省,带量采购正式从试点推广至全国。在这次扩围招采中,25个“4+7”试点药品扩围采购成功,价格都降低到不高于“4+7”试点中选价格的水平,平均降幅25%。

【点评】

王文安(化名)是厦门的一位肺癌患者,一直服用靶向药易瑞沙(吉非替尼)。他向记者算了一笔账,此前这个药一盒2280元,而今年通过带量采购,该药每盒降至547元,他的医药费从每月三盒6840元降至1600元左右,再加上医保报销,“现在每天只需要一二十元就可以吃上‘救命药’”。

“救命钱”不是“唐僧肉”
打击骗保延续高压态势

【划重点】

医保基金是参保人员的“救命钱”。然而,近年来,医疗保险定点医院超量售药、串换药品、虚假售药等欺诈骗保频发,花样百出。为此,医保部门将基金监管作为医保首要任务,先后启动了打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动,以及专项行动“回头看”。

在今年全国两会的“部长通道”上,国家医保局局长胡静林表示,2019年要将打击欺诈骗保作为医保工作头等大事,继续出重拳、出硬招,坚决维护好医保基金的安全,绝不让医保基金成为新的“唐僧肉”。

【点评】

为“治标”更“治本”,医保部门扎紧打击骗保的制度篱笆,从年初就开始布局全年医保基金监管工作,提出建立“飞行检查”工作机制,并通过智能监控等手段,实现医疗费用100%初审。同时,探索建立定点医药机构、医保医师和参保人员“黑名单”制度,推动将骗保行为纳入国家信用管理体系。

今年6月,《关于开展医保基金监管“两试点一示范”工作的通知》印发,计划遴选部分省份和城市,开展医保智能监控示范点工作。8月12日,国务院办公厅发文强调要开展打击欺诈骗保专项治理活动,实现对全国定点医疗机构和零售药店监督检查全覆盖,公开曝光欺诈骗保典型案例。

生育保险并入医保
待遇不变成本不增

【划重点】

今年3月,国务院办公厅印发《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》。这意味着2017年启动的生育保险和职工基本医疗保险合并实施,经试点后正式落地。

《意见》提出了“四统一、两确保”的政策措施:统一参保登记,参加职工基本医疗保险的在职职工同步参加生育保险;统一基金征缴和管理,生育保险基金并入职工基本医疗保险基金,两个池子并成一个池子,相应的征缴也一并征缴;统一医疗服务管理,两项保险合并实施后实行统一一定点医疗服务管理;统一经办和信息服务;确保职工生育期间的生育保险待遇不变;确保制度可持续。

【点评】

生育保险并入医保后,不少职工担心待遇会不会受到影响?国家医保局副局长陈金甫肯定道,丝毫不会影响,只是在经办上改变了享受渠道,但没有改变参保范围,没有改变生育保险设定的保障项目和支付水平。随着经济社会的发展,陈金甫认为,生育保险只会越来越好。

针对小微企业参与生育保险会不会随着两项保险合并实施给它们带来负担的问题,陈金甫介绍,从两项保险合并实施的进程来看,不仅没有增加小微企业参加生育保险的难度,相反更简化了参保,消除了政策障碍,提升了管理服务能力。从试点情况来看,12个试点城市随着合并实施,生育保险的参保覆盖面扩大了,参保人数比试点前提升了13%左右。

调整医保药品目录
优先调入癌症、慢性病用药

【划重点】

今年4月,《2019年国家医保药品目录调整工作方案》正式公布。通过准备、评审和谈判,2019年《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》共收录药品2709个,与2017年版相比,调入药品218个,调出药品154个,净增64个。

常规准入部分共新增了148个品种,其中西药47个、中成药101个,新增药品覆盖了要优先考虑的国家基本药物、癌症及罕见病等重大疾病治疗用药、慢性病用药、儿童用药等。

【点评】

此次药品目录调整是国家医保局成立后首次全面调整,也是自2000年第一版药品目录以来对原有目录品种的一次全面梳理。

仅从常规准入的品种来看,调整后药品数量变化不大,但调入、调出的品种数量较多,医保目录药品结构明显优化,保障能力显著提升。一批认可度高、新上市且临床价值高的药品调入目录,癌症、罕见病、慢性病用药以及儿童用药保障能力得到显著提升。

一些管用有效的新药、好药加入医保的同时,也有些药品被“开除”了。此次目录调整中还有被国家药监局撤销文号的药品以及临床价值不高、滥用明显、有更好替代的药品被调出。从调出的品种看,有一些品种年销售量较大,被调出可能会对个别企业生产经营产生影响。但专家评审认为,将此类药品调出目录,有利于为调入更多救命救急的好药腾出空间。

97个药品谈判入医保
进口药给出全球最低价

【划重点】

11月11日至13日,为期3天的医保药品准入谈判在北京举行。本次谈判是我国建立医保制度以来规模最大的一次。

国家医保局医药服务管理司司长熊先军介绍,今年进入谈判环节的药品数量共有150个,包括119个新增谈判药品和31个续约谈判药品。最终,119个新增药品有70个谈判成功,31个续约药品有27个谈判成功。这些药品涉及癌症、罕见病、肝炎、糖尿病、风湿免疫、心脑血管、消化等10余个临床治疗领域。

【点评】

备受关注的PD-1类肿瘤免疫治疗药,能治愈乙肝的口服药等首次进入目录,肺癌、直肠癌、乳腺癌等有了更多靶向和化疗药选择,波生坦、麦格司他等药品的谈判成功,使肺动脉高压、C型尼曼匹克病等罕见病患者摆脱目录内无药可治的困境,糖尿病、乙肝、类风湿性关节炎、耐药结核、慢性阻塞性肺炎等患者有了更多优质新药可供选择。

多个全球知名的高价药开出了“平民价”,进口药品基本给出了全球最低价。70个新增谈判药品价格平均下降60.7%。三种乙肝治疗用药降幅平均在85%以上,肿瘤、糖尿病等治疗用药的降幅平均在65%左右。27个续约药品,价格平均下降26.4%。保守估计,通过谈判降价和医保报销,总体上患者个人负担将降至原来的20%以下,个别药品降至5%以下。

高血压糖尿病
门诊药费可报销超五成

【划重点】

今年10月印发的《关于完善城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》明确,城乡居民高血压、糖尿病“两病”参保患者在二级及以下定点基层医疗机构看门诊开降压药、降糖药,可进行医保报销,政策范围内支付比例达到50%以上。

在用药范围方面,《指导意见》明确为国家基本医保用药目录范围内降血压和降血糖的药品,优先选用目录甲类药品、基本药物,通过一致性评价的品种、集中采购中选药品,以保证药品质量及价格合理。

对于新政将带来的医保基金的支出增加,国家医保局待遇保障司司长王芳琳表示,测算下来1年支出将近400亿元。国家医保局副局长陈金甫认为,这势必会增加医保基金的支出。为解决这一问题,他指出,要完善支付标准,即医保机构结算定点医疗机构药品费用的基准,医疗机构不管进什么药,以什么价格进药,要根据社会普遍的价格区间标准,确定医保结算的基准并支付,引导医疗机构合理选药,引导患者合理用药。

【点评】

王芳琳表示,城乡居民参保者中约3.2亿人患有高血压、糖尿病,按照现有的发病率和知晓率,通过新政最直接受益的有1亿多人。

为减轻患者就医负担,《指导意见》提出完善“两病”门诊用药的长期处方制度。国家卫健委医政医管局局长张宗久指出,探索把处方周期放到3个月,这对于基层全科医生的长期管理、减少病人的跑腿次数、提高长期诊疗治疗绩效,有较大的促进作用。

DRG来了
同城同病“一口价”

【划重点】

今年5月,国家医保局公布了疾病诊断相关分组(DRG)付费30个试点城市名单。同时列出时间表,2020年模拟运行该付费方式,2021年启动实际付费。10月底,DRG付费国家试点技术规范 and 分组方案发布,这意味着DRG付费国家试点迈出关键性一步。

DRG实质上是一种病例组合分类方案,即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度等因素,将患者分入若干诊断组进行管理的体系。按照国家医保局医药服务管理司司长熊先军对DRG付费的解释,它将压缩检查治疗中的水分,有效减少“大处方”“多检查”,减少患者不必要的医疗支出,使参保者获得更加优质高效的医疗服务。

【点评】

通俗地讲,相比于我国现行的按项目付费支付模式,DRG以病为结算单位。每一类疾病从开始治疗到结束,大概花多少钱,会有较为科学的计算机制。以阑尾炎疾病为例,以往患者医保就医,要先付挂号费,然后支付检查费,血常规一项多少钱、拍片一项多少钱,一项项收费。而DRG则是将阑尾炎相关的各种诊疗费用打包、定价,以此作为医保支付的标准。

在DRG模式中,医院给患者开出的检查、药品会成为医院的成本,因此其在给病人看病时就会“精打细算”。DRG结算对医保而言起到了控费的作用,对医保的信息化管理、医生的诊疗规范化也起到了一定的推动作用。

挤去价格水分
给高值医用耗材降“虚火”

【划重点】

心脏支架、起搏器、人工关节……近年来,一些高值医用耗材在为患者治愈疾病的同时,也因价格虚高、过度使用等,极大增加了患者的就医负担。

今年,高值耗材的整顿风暴来了。《治理高值医用耗材改革方案》印发,将通过降价、防滥用、严监管等措施来进一步规范耗材市场,挤出虚高价格水分,降低高值医用耗材价格。今年以来,安徽、江苏率先对部分高值医用耗材进行带量采购,实现相关产品大幅降价。

【点评】

对于高值医用耗材的改革,首要措施就是完善价格形成机制,降低虚高价格。通过统一耗材分类和编码,将单价和资源消耗占比相对较高的耗材作为重点治理对象;实行医保准入和动态调整机制,逐步实施准入价格谈判,建立企业报告制度;完善分类集中采购办法,公立医疗机构在采购平台上须公开交易,探索开展集中或者联合带量谈判采购,取消医用耗材加成,实施“零差率”销售;完善医保支付政策,引导医疗机构主动降低采购价格。

与此同时,规范医疗服务行为,严控不合理使用。严格落实卫生计生行业管理责任,完善临床诊疗规范和指南,加强手术跟台管理,建立院内准入遴选、点评和异常使用预警等机制;加强定点医疗机构服务行为管理,完善医保智能审核系统,建立“黑名单”制度。

“朋友圈”不断扩大
异地就医即时结算更便捷

【划重点】

今年,异地就医即时结算驶入“快车道”。首先,异地就医住院医疗费用直接结算稳步推进,跨省异地就医定点医院机构和备案人数持续增长。截至11月底,跨省异地就医定点医院机构数量为25057家,国家平台备案人数523万人,累计结算人次395万。11月,日均直接结算量近万人次。进入12月,伴随着国家异地就医备案小程序的试运行,全国统一跨省异地就医备案服务试点启动。

其次,越来越多的地区探索异地就医门诊费用直接结算。目前,异地门诊结算已覆盖长三角全部41个城市,联网医疗机构达到3800余家。四川、重庆、贵州、云南、西藏5省市区近日联合推动异地就医,启动西南片区跨省门诊费用直接结算系统。同时,京津冀异地就医门诊费用直接结算正在准备试点。

【点评】

过去,对于家住上海但在江苏徐州工作、参加医保的退休职工曹实(化名)而言,在家看病一直是块心病。自行垫付门诊医疗费用不说,她还得带票带回徐州,到医保部门进行人工报销,周期长、往返奔波,极不方便。长三角异地就医结算网络的陆续铺开,让曹实很快享受到了这一利好政策。前不久,她在办理了异地就医手续后,在上海交通大学医学院附属仁济医院门诊就医,并成功用医保卡实时结算,无需垫付费用。“确实是太方便了!”曹实说。

(本版制图:张菁)

