

# 药品支付制度和总额支付制度:中国台湾地区的经验

姜 山<sup>1</sup>, 徐之昇<sup>2</sup>

(1. 上海交通大学安泰经济与管理学院经济系, 上海 200052; 2. 台湾大学管理学院, 台湾 10617)

**摘 要:**目前大陆学界对于我国台湾地区药品政策的研究仍不充分, 笔者通过对台湾地区药品政策的细致描述, 为我国大陆地区的药品政策改革提供可资借鉴的经验。为了系统地评价台湾健康保险制度中的药品政策, 笔者对其中两项最重要的政策进行了综合分析, 即总额支付制度和药品支付制度。这两项政策的实施有效控制了医疗费用, 尤其是药品费用的快速增长。笔者大量搜集了我国台湾地区健保制度的相关政策法规文献, 对这两项政策进行了比较分析。

**关键词:**中国台湾地区; 药品政策; 总额支付制度; 药品支付制度

## 1 导 论

总体来说, 世界各地的人民和政府都支持由当地政府提供医疗服务。本着“人人享有医疗”的目的, 几乎所有的发达国家或地区都为公众提供了令人满意的医疗服务。但是, 由政府提供的医疗服务并进行医疗资源的配置, 均表现不佳。在我国台湾地区, 强制推行的“全民健康保险”(简称“全民健保”)的覆盖率已经高达 99%。自从 1994 年 8 月“全民健保”实施以来, 台湾地区医疗服务的改进已经得到了台湾公众的认可。但是, 恶化的财政状况说明“全民健保”仍然需要改革。

世界各地实施医疗保险的方式有三种: ①直接提供者: 政府直接提供各种疾病健康服务。例如, 英国实施国民健康保险, 由政府经营的医疗机构提供各种各样的医疗服务。②规制者: 私营保险机构通过私营医疗机构提供医疗服务。政府将检查这些机构的运营是否符合相关的法规和标准, 而不是直接提供医疗服务。例如美国的健康维护组织。③购买者: 政府与私营医疗机构之间签订协议, 由前者支付医疗费用, 由后者提供医疗服务。台湾地区的健保制度类似于第三个方式。台湾地方政府提供一系列的合同, 私营医疗机构先提供医疗服务, 然后由“健保局”支付。

医疗费用的快速增长是所有国家面临的一个问题, 特别是药品费用的增长更是明显 (Berndt, 2002)。药品价格, 药品的用法, 和新药物的替代是药品费用上升的主要原因 (Levit & Smith,

2004; Hsieh & Sloan, 2008)。2009 年, “全民健保”支付的药品费用占台湾地区医疗总开支的 25% (其中门诊病人的药品支出占 31%, 而住院病人药品支出占 13%)。而根据“全民健保”的统计, 门诊病人的药物开支占医疗中心收入的 50%, 区域医院的 38%, 以及地区医院的 30%, 这都被认为是较高的比例。为了减轻日益沉重的财政负担, “健保局”实施了一系列的药品政策: 1999 年 7 月开始分阶段实施的总额支付制度 (Global Budget Payment System); 1999 年 3 月宣布实施的药品支付制度 (Drug Payment System); 1999 年 7 月宣布实施的药品价格调整政策 (Drug Price Adjustment Policy); 以及 1999 年 8 月实施的药品部分负担制度 (Drug Copayment System)。

## 2 研究目的与研究方法

这项研究的目的, 是系统地回顾总额支付制度和药品支付制度的发展和演变, 分析这些变化带来的正面和负面的影响, 最后提出适当的政策建议。

作者搜集了大量过去的历史档案, 包括正式文件, 法律书籍, 论文, 会议记录, 台湾地方政府出版物等等。然后使用了定性分析方法, 包括: ①比较法: 比较台湾地区和其他地区的药品政策机制; ②历史研究法: 政策变化的历程, 变化的原因, 和政策的实施过程; ③文献回顾法。

收稿日期: 2011-11-15

**作者简介:**姜山(1985-), 男, 上海交通大学安泰经济与管理学院经济系, 研究方向: 卫生经济学与卫生政策。本文是作者作为硕士交换生在台湾大学经济系学习期间与徐之昇博士合作研究的成果之一。本文作者曾在国际会议 Third International Conference of Improving Use of Medicine (ICIUM 2011) 上作为演讲人陈述了本文的部分观点。徐之昇, 台湾大学管理学院。

### 3 总额支付制度的分析

总额支付制度是指由医疗服务支付方和医疗服务提供方通过事先谈判,在一个特定的范围内确定一年之内医疗保险和医疗服务的总开支。这也是一个确保收支平衡的医疗费用支付制度。台湾地区的总额支付制度是分阶段实施。牙科门诊在1998年7月开始实施。中医门诊于2000年7月被囊括在内。2001年7月,西医开始被纳入总额支付制度。最终所有的西医医疗机构被全面纳入总额支付制度是在2002年7月。

世界各地实施总额支付制度的方法分为两种:设置支付上限和设定支付对象。台湾地区的总额支付制度采用前者,即每年的健康保险总额预算都是根据医疗服务成本和服务量增长率预先设定的。总额支付制度中有一个重要概念,就是医疗服务的点数。点数是医疗服务提供者经过标准化计算将医疗服务提供量转化后得到的数字。点数非常重要,每年度的总额预算金额就是根据上一年的点数确定的。在第二年每个季度的季末,提供者向“健保局”申报该季度所提供服务的点数,经过“健保局”审查核实之后支付费用。

由于总额预算是固定的,不会超支,而点数每年的数量不尽相同。所以点数的支付标准值是会浮动的。如果提供者实际提供的服务量超过了去年,那么支付点值就会小于1,这种情况下提供者的利益就会受到损失。如果提供者为了盈利而减少服务量,那么支付点值就会大于1,而“健保局”就会根据这个结果,在下一年度删减总额预算,以防止提供者借此牟利的可能。目前的总额预算制度能够使预算得到有效的控制,并且能够使得医疗资源得到有效的分配(BNHI,2005年)。

总额支付制度具有下列优点:①保险方(即支付方)对于预算分配可以有一个明确的具有前瞻性的认识,这有利于资源的规划和分配;②在年度预算固定的前提下,医疗服务提供者能够根据具体的支付标准提供定制化的医疗服务;③由于支付方和供应商相互协议,双方的成本意识大为加强,因此保证了收支的平衡;④医疗费用的增长可以控制在一个合理的范围内。政府将不会背负过重的财政负担。

另一方面,总额支付制度的缺点包括:①如果缺乏一个完整的监控系统,医疗质量可能会受到影响,导致保险方的部分权利被剥夺;②如果审查制度是不全面的,不公平的“劣币驱逐良币”现象就可能发生;③如果有关各方在谈判中缺乏适当

的协调能力,各方将很难成功达成协议;④专科医生和全科医生之间的利益纠纷可能出现。

总额支付制度会影响药品的使用。由于在台湾地区的“全民健保”制度之中,药品支出占总医疗费用的四分之一,总额支付制度的实施将直接影响医院的开支,这是一个强有力的激励医院控制成本的方法。由于医院要削减成本和保证利润水平,患者可能遇到信息不对称问题和药物使用过程中的逆向选择问题。这些行为可分为两种类型:①质量:医院可能用利润较高的药物取代利润较低的药物;②数量:医院可能使用“以药养医”的方法增加医院的利润,从而导致过度医疗或不必要的医疗。

Mougeot 和 Naegelen(2005)用博弈论分析了欧洲各国已实施的总额预算和支出上限法。该研究发现,总额预算法会诱导医疗服务提供者选择次优方案,减少医院的服务质量和医疗服务量。例如,在德国的总额预算法执行后,处方总量下降。法国的情况也类似。研究者还发现,总额预算制度实施后,处方中规定的治疗天数,以及开处方率显著增加,而每天的药物费用和人均药品费用显著减少。另外,有研究者探讨该制度对糖尿病治疗的影响。结果发现,医院药品的单位价格呈现向中档价位的药转变的趋势,这意味着高价位的药物处方下降,而低价格的药品处方增加。

有研究以高血压病人的门诊处方为研究对象,发现每天所用药物的成本增加,高血压药的平均成本所占的百分比增加;但是,不同的医院情况也不相同。例如在医疗中心,每张处方上的高血压药物的数量、平均用药天数、和药品成本均呈下降趋势。而在区域医院和地区医院,上述指标均呈增加趋势。此外,总额预算约束也将增加仿制药的使用比例。

### 4 药品支付制度的分析

支付制度对医疗资源的分配、成本、质量和效率等各个方面都有重大影响。支付制度基本上可以划分为以下几类:①按项目收费(Fee For Service, FFS);②按天数收费(per diem payment);③按病例收费(per case payment);④按人头收费(capitation payment);⑤总额支付制度。近年来,越来越多的地区采取总额支付制度,以抑制医疗费用的增长。

台湾地区药品支付制度的建设可以分为四个阶段:①筹备实施阶段(1995年3月以前);②药品价格内部审计(1995年3月至1996年11月);

③价格统一阶段(1996年11月—1999年3月);和④药品基准价格(1999年3月之后)。

在台湾地区“全民健保”实施之前,约有50%的人口是享受台湾地方政府提供的保险,包括台湾地方政府为雇员提供的公务员保险(公保),劳工保险(劳保),和农民保险(农保)。当时制药公司均有权自由定价。他们通过与医院进行药品招标谈判,以确定销售给医院的药品的价格。医院会要求被保险人负担自己的药品费用。被保险人因此必须接受采用“药品加成”的方法进行支付。这个方法的意思是,公立医院以联合竞标价格购买药物。当他们卖出药品给患者时,会在进价的基础上,增加10%—20%的价格加成。

这个额外的价格加成,本来是用来补偿药品仓库的各项管理费用。对于高水平医院来说,由于药品加成的激励,他们往往使用昂贵的原研药或进口药。在公立医院进行药品招标时,为了保护市场,制药企业被强令按照最低的市场价格出售药品。但是制药企业不愿意降价,因此他们的投标价格就比较高。对于基层诊所来说,因为大多数患者没有根据享受公保、劳保和农保,药品必须自费,因此病人的价格需求弹性更大,对于价格更为敏感。他们一般不会选择使用昂贵的名牌药品或进口药物,相反,他们一般选择仿制药。

在“全民健保”的早期实施阶段,“健保局”发布“全民健康保险药品目录”,宣布“健保局”将通过内部价格控制法核查所支付的药品费用。然而由于内部价格控制法不够清晰,并且由于缺乏药品价格的比较,导致进口仿制药的价格相对较高,即便药物成分相同,台湾省内的药物和进口药物之间的价格悬殊很大。

在药品支付制度方面,医院采用的“按项目付费”的方式,而基层诊所采用“无审查固定金额处方”制度(单日处方的固定药品成本为35元,两日处方为70元,三日处方为100元)。因此遇到以下现象:①基层诊所倾向于降低药物成本,不愿意开处方(不利于医药分离的实施);②患者被转诊到上级医院,以使用较贵的药和获得更长的处方天数;③初级诊所的药品市场萎缩。

鉴于以上这些弊端,为了降低药品总体价格,控制药价增长,并降低品牌药和仿制药的价格,鼓励使用仿制药并保护仿制药市场,“健保局”邀请制药企业商谈有关设立“全民健康保险药品定价原则”(药品价格的五个原则)和药品分类原则的问题。如下:①新药:被保险人协同医疗专家和制药专家进行审查和批准;②复合制剂和特殊规格

的药品:支付价格等于含有相同成分的药品中最低的价格;③品牌药:细分为非BA/BE(BA即为生体可用度,BE生体相等性)仿制药:这类药品根据国际价格的中值定价。非BA/BE仿制药不得超过国际同类药品价格中值的85%;④BA/BE仿制药:价格不能超过品牌药;⑤一般仿制药:价格不能超过品牌药的80%。自此,“全民健保”的药品定价进入统一定价阶段。

为了找出市场上药品价格的差异,“健保局”要求医院和制药公司提供实际交易价格和交易量,但因为大多数的医院和制药公司提供虚假信息,药品价格的差异仍然是一个严重的问题。因此,“健保局”宣布,从1999年3月开始实施“全民健康保险药品基准价格制度”,并计划在五年内将药品价格差缩小到15%以内的目标。此外,“健保局”于1999年4月公布“全民健康保险补偿药品价格调整原则”,宣布每一至两年进行一次药品价格普查。到目前为止,“健保局”一共实施了六次药品价格普查(分别始于2000年4月1日、2001年4月1日、2003年3月1日、2005年9月1日、2006年11月1日、2007年9月1日和2009年10月1日),并公布了新的药品基准价格。

在过去曾有过许多“全民健保”药品支付制度的相关研究。人们普遍认为,“按项目付费”是药物成本上升的主要原因,因为它导致医院倾向于使用高价药,并增加了处方数量(Bryant & Prohmmo, 2005)。与之相反,“论病例付费”的方式则减少了处方数量和医疗费用支出。另一项研究显示,药品价格越低,处方中仿制药的比例就越高。

## 5 结论和政策建议

根据笔者的分析,总额支付制度能够有效控制药品费用的增长,但是如果没有有效的监管,医疗服务的质量会下降。药品支付制度的改革同样有效控制了医疗费用的增长,但是可能引起道德风险问题,医院和制药公司利用信息不对称,隐瞒药品进价的真实信息,损害患者的福利。

尽管台湾地区“全民健保”制度的药物政策一开始是模仿西方的模式,但是经过长期的探索和改革,各项药品制度在台湾地区展现出了越来越强的合理性和有效性。然而,药品政策的改革往往引发了各种各样的纠纷,改革的结果往往比预期的要差。因此,为了继续改善医疗服务质量和药品使用的合理性,提高医疗服务的效益,“健保