

## 药学管理与信息

## 医保支付标准与集中采购联动的螺旋式降价效应及其缓冲阈值设计

丁锦希, 郝 丽, 潘 越, 黄新锋, 李 伟

(中国药科大学, 江苏南京 211198)

**摘要:** 医保药品支付标准与集中采购制度联动实施, 可充分发挥控价控费作用, 但其螺旋式降价效应可能影响参保人福利、医疗机构谈判动力。文章通过借鉴澳大利亚和中国台湾的研究经验, 在全面评价医保支付标准与集中采购联动效应基础上, 设计支付标准缓冲阈值, 以最大限度控制联动负效应, 助力医保支付改革的平稳推进。

**关键词:** 医保支付标准; 集中采购; 联动效应; 缓冲阈值

**中图分类号:** R95      **文献标志码:** C      **文章编号:** 1001-8255(2018)02-0239-09

**DOI:** 10.16522/j.cnki.cjph.2018.02.020

2016年4月, 国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革2016年重点工作任务》, 明确指出“根据国家有关政策要求, 开展基本医保药品支付标准制定工作”。2016年底, 国家人社部出具《基本医疗保险药品支付标准制定规则的指导意见(征求意见稿)》(以下简称“征求意见稿”), 我国福建省、浙江省、重庆市、安徽省、天津市均对医保支付标准展开一定的探索工作。医保药品支付标准已成为我国新一轮医药卫生体制改革中的关键举措。

研究表明, 医保支付标准制度与集中采购制度联动推行, 将形成药品价格螺旋式下降效应<sup>[1]</sup>。这一方面可引导药价合理形成、控制医药费用支出不合理增长; 但另一方面, 也可能会导致药品利润过低、医疗机构缺少议价动力, 甚至损害参保人刚性福利的负面效应。

因此, 从三医联动视角出发, 关注医保支付方式改革与医药、医疗体制改革的联动效应, 尤其是研究医保支付标准制度与药品集中采购制度联动运

行所产生的药品价格螺旋式下降效应, 通过设计合理缓冲阈值最大限度控制其负效应, 对于保障医保支付方式改革平稳推进, 保证支付标准制度顺利实施和可持续发展<sup>[2]</sup>, 都有着重大理论价值和实践意义。

## 1 螺旋式降价效应形成过程

### 1.1 招标采购价系形成医保支付标准的主要数据来源

我国医保药品支付标准制度内涵基于“结算基准、发现价格、引导价格”, 其中“发现价格”是医保支付标准形成的核心要义, 也是其制度建设的重要理论基础, 要求医保经办机构能够从药品市场采集到真实的大数据, 经测算形成合理的支付标准<sup>[3]</sup>。目前, 我国按照采集的数据类型不同, 主要可分成招标采购数据和实际采购数据两类。其中, 招标采购数据是医保通过与省级采购平台信息对接后直接从平台采集获得; 而实际采购数据则是企业或协议医疗机构(药店)上报的实际采购量价信息<sup>[4]</sup>。

当前, 我国各省的药品集中采购平台基本建设完成, 从各省采购平台获取招标和中标数据简单方便、易于操作且来源可靠, 因此利用招标采购数据测算得到支付标准, 在我国医保支付标准制度建设初期, 是形成支付标准的主要数据来源。

以浙江省为例。2015年5月, 浙江省人民政府办公厅发布《浙江省人民政府办公厅关于改革完善公立医院药品集中采购机制的意见》(57号文),

收稿日期: 2018-01-10

**基金项目:** 2016年国家卫生和计划生育委员会项目《药品医保支付标准与节约型激励机制相关性研究》、2017年国家卫生和计划生育委员会项目《三医联动制度框架下完善我国基本药物制度研究》、2017年国家人力资源和社会保障部项目《基本医疗保险药品支付标准制定及实施有关问题研究》

**作者简介:** 丁锦希(1971—), 男, 教授, 博士生导师, 中国药科大学国际医药商学院副院长, 主要研究方向: 医药政策法规、药物经济学。

Tel: 025-86185198

E-mail: jinxi\_ding@163.com

指出根据集中采购平台产生的药品量价加权平均数系下一年度医保药品支付标准制定的主要依据。由于加权平均所得测算结果偏向于采购量大的医院或采购共同体,且大医院或医联体拥有更大的议价优势,在实际采购过程中能够得到相对较低的采购价,从而使得下一轮的支付标准低于上一轮采购价的算术平均价(以下简称“采购算术平均价”),如图1所示。

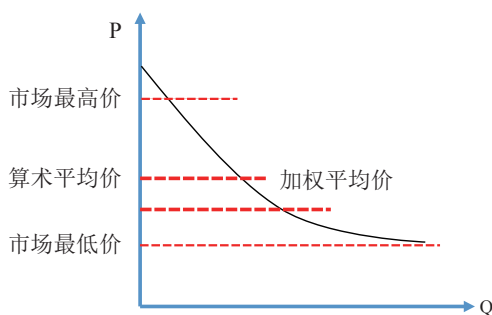


图1 医保药品支付标准与采购算术平均价比较示意图  
Fig.1 Comparison between Drug Health Insurance Payment Standard and Arithmetic Average Price of Purchasing

## 1.2 采购价低于支付标准部分成为医院议价利润

国家人社部发布的征求意见稿中规定,“药品采购价低于支付标准的,医保基金以支付标准为基准向医院支付医保补偿费用”(以下简称“低于支付标准的结算模式”)。如图2所示,该种处理模式允许将差价收益作为医疗机构的合理利润,因此绝大多数医疗机构受“利益驱动机制”影响在下一轮药品采购中会以支付标准作为标杆进行谈判议价,其谈判达成的采购价通常低于支付标准。

浙江省2016年11月发布的《关于全面开展公立医疗机构药品采购新机制试点的实施意见》规定,药品实际采购价格低于医保支付标准的差额奖励部分,主要用于探索建立适应医疗行业特点的人事薪酬制度、提高医院医务人员薪酬待遇等,将医院薪酬制改革与医保支付标准改革联动。调查数据显示,浙江省温州市已于2015年11月和2016年4月,分别启动两批药品价格谈判,第一批药品价格平均下降7.3%,第二批下降16.29%<sup>[5]</sup>。这说明,与医保支付标准制度联动实施后,公立医疗卫生机构的

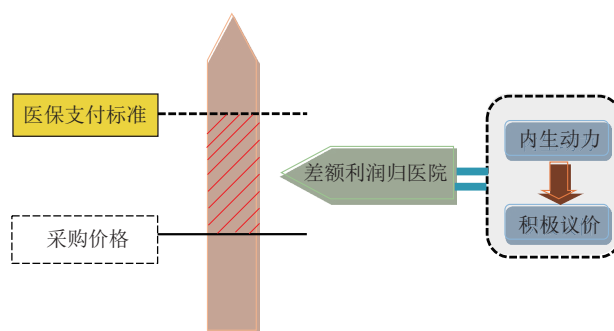


图2 采购价低于医保支付标准部分结算模式设计  
Fig.2 Settlement Mode Design on Part of Purchasing Price below Health Insurance Payment Standard

采购议价能动性得到有效提升。

## 1.3 螺旋式降价联动效应

由上述分析可知,利用招标采购数据测算得到下一轮医保支付标准后,该支付标准通常会低于采购算术平均价。而在以此支付标准为标杆和结算模式影响下,医疗机构努力与药品生产企业进行谈判议价,使得实际采购价格低于支付标准。

而第二轮的医保支付标准需要继续在新的采购价基础上测算得到,且结果小于采购算术平均价。结合低于支付标准的结算模式设计,第二轮药品的采购价又将在支付标准的基础上有所降低,如此循环,最终导致支付标准螺旋式下降,如图3所示。

## 2 螺旋式降价效应利弊分析

基于以上分析内容,笔者从医保支付标准的形成和结算机制出发,采用利益相关方分析法,对药品集中采购与医保支付标准的联动效应展开评价,进而优化制度设计,构建科学的市场竞争机制。

### 2.1 有利之处

#### 2.1.1 激发医院采购议价的内生动力,控价效果可持续

2017年4月,国家卫计委、发改委、财政部等7部门联合发布《关于全面推开公立医院综合改革工作的通知》中规定,9月30日前所有公立医院取消药品加成(中药饮片除外)。由此医院药房零利润,并由原来的利润中心变成了成本中心,使得医疗机构在省级招标采购中缺乏主动议价的动力,阻碍医联体采购模式的持续推进<sup>[6]</sup>。而医保药品支付标准实施下,由于低于支付标准的结算模式设计形

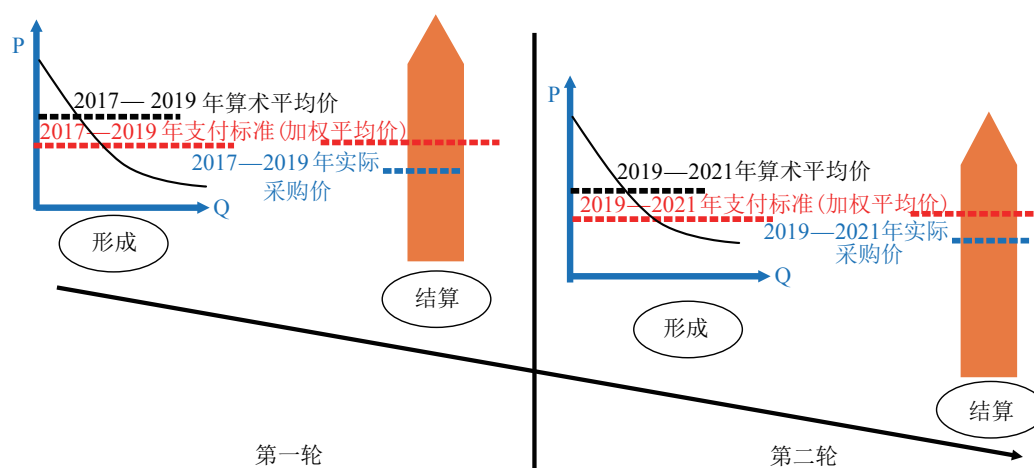


图3 医保药品支付标准螺旋式下降机制示意图

Fig.3 Spiral Price Reduction Mechanism of Drug Health Insurance Payment Standard

成激励机制，医疗机构拥有谈判议价的内生动力，控价效果可持续。

### 2.1.2 适用于民营医院和社会药房，控费效果广覆盖

由于药品集中招标采购制度仅适用于公立医院，其控价效果通常无法覆盖民营医院和社会药房，故出现公立医院与民营医院和社会药房药价差较大的现象。而医保支付标准实施后，可通过门诊药房和社会药房两大渠道发挥控价效果，其中门诊药房包括公立医院和民营医院，这一点在征求意见稿中“医保基金依据药品的支付标准以及医保支付规定向定点医疗机构和定点零售药店支付药品费用”有所体现。

可见，医保药品支付标准制度在控价效果层面上充分体现医保基金“广覆盖”原则，最大化地保障参保人的社会福利。如《2016年福建省医保药品支付标准实施办法》明确规定，医保药品支付标准统一适用于省内各级各类医疗保险定点医疗机构。

### 2.1.3 与按病种付费平行推进，分类支付引导门诊药房社会化

随着医保支付标准实施推进和医保支付方式改革深入，一方面医保支付标准为门诊药房和社会药房设定药费结算的基准，依靠超额部分参保人自付模式，控制药品费用；另一方面，按病种付费方式对包括药品、医用耗材和医疗服务在内的住院费用进行打包支付，鼓励医疗机构简化诊断流程、强化

仿制药的替代使用<sup>[6]</sup>。

如此将形成“住院用药采取按病种支付、门诊用药采取医保支付标准支付”的良好局面，推动门诊和住院医疗费用的“分类支付”，推进门诊药房与住院药房的“分类核算”，最终引导门诊药房社会化。

## 2.2 不利之处

### 2.2.1 影响参保人刚性福利

刚性福利通常指的是，人们对自己的福利待遇具有只能允许其上升不能允许其下降的心理预期。福利的这种“刚性”特征，要求我国在改革社会保障制度时，应以不降低现有社会福利水平、尽量实现社会福利最大化为前提<sup>[7]</sup>。

根据医保支付标准与集中采购联动的效应分析可知，支付标准降低会引导药品市场价格的下调，否则通过采购价高出支付标准部分由参保人承担的结算机制，参保人因“刚性福利”需求会放弃选择该类药品，进而导致药品的市场份额减少。

但通常情况下，药品市场价格的下调存在滞后性。即企业出于利润最大化心理，对于任何产品价格的调降决策都需要经过充分地调研与论证，以权衡该举措是否能够换取足够的市场份额保证企业的利润空间；最终由于价格下调滞后性造成的时间差，短期内可能导致药品采购价高于支付标准，损害参保人的刚性福利（如图4所示），若不妥善处理会

影响到医保支付标准制度的顺利推进。

### 2.2.2 企业利润空间减少，医院议价动力不足

医保支付标准通常代表的是药品的市场最高零售价，在此标准下医疗机构努力与企业进行议价。如图 5 所示，当支付标准不断下降时，留给生产企业的利润空间进一步被压缩，致使企业药品质量控制缺少资金保障，甚至当药品采购价逐步贴近成本价时，生产企业会放弃供应该种药品，并最终影响到患者的用药可及性。

医疗机构在实际采购过程中，支付标准与采购价之间的价差往往是其主动谈判议价的动力，因此若支付标准因自身“螺旋式下降”机制不断降低进而压缩医疗机构的议价空间，则可能会削弱他们的议价动力，致使支付标准制度无法正确引导药品价格走向合理。

### 3 螺旋式降价效应与缓冲阈值

医保药品支付标准制度实施后，通过其自身形成和结算模式设计，可持续地、广范围地控价控费，且与按病种付费方式平行推进，引导门诊药房社会化；但同时可能影响参保人、企业和医院方的利益，阻碍医保支付标准制度的顺利推行。笔者通过研究发现，其他国家和地区通常会引入缓冲阈值措施，控制因螺旋式下降带来的负效应。

缓冲阈值，也称为合理价差区间 (reasonable zone, 以下简称 R 值)，指的是当拟定医保支付标准与上一轮支付标准比较后，若其降幅在合理价差区间内，则不进行调整，以便维持制度运行的相对稳定性，为企业和医院分别保留一定的利润空间和议价空间。

如图 6 所示，某种药品 A 在采用如中标价比

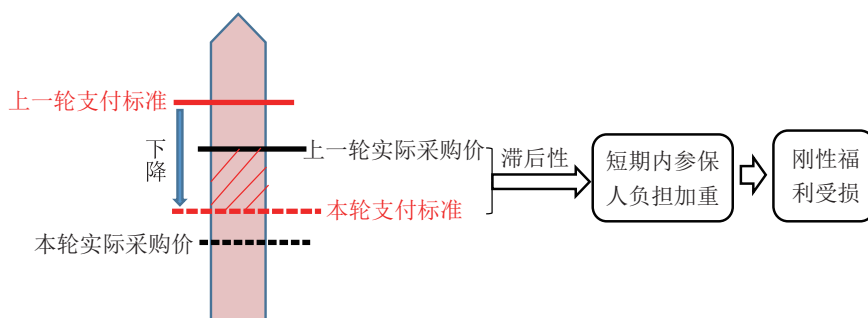


图 4 短期内参保人刚性福利变化示意图

Fig.4 Short-term Change of Rigid Welfare of The Insured

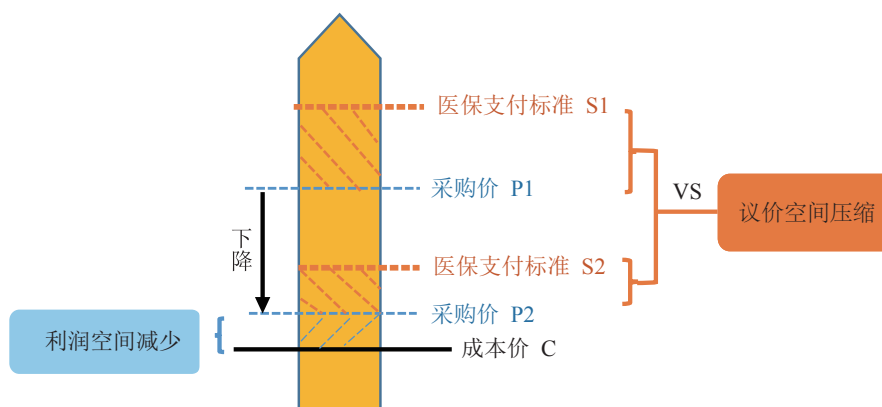


图 5 医保支付标准对企业和医院影响机制分析

Fig.5 Influence Mechanism of Health Insurance Payment Standard on Businesses and Hospitals



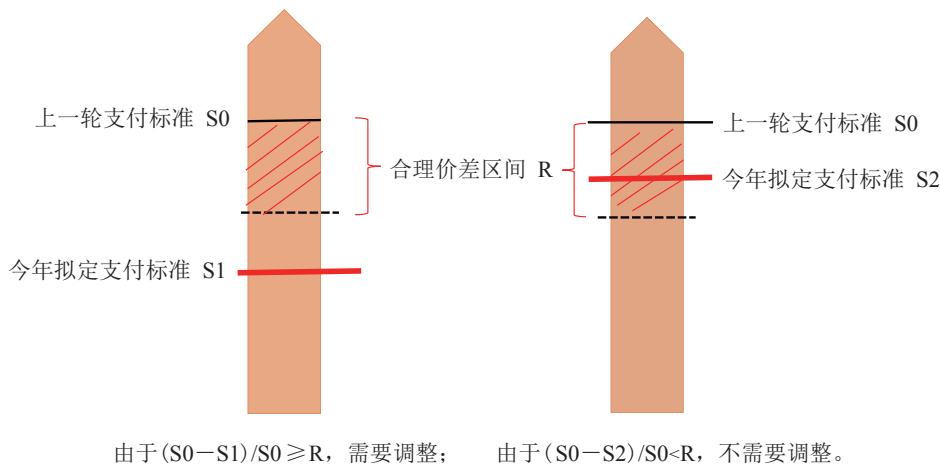


图 6 医保支付标准的缓冲阈值内涵示意图

Fig.6 Connotation of Health Insurance Payment Standard's Buffer Threshold

较、量价加权等方法计算得到拟定医保支付标准 S1 后，与上一轮支付标准 S0 相比，若  $(S0 - S1)/S0 \geq R$ ，则需要对医保支付标准进行调整；反之则保持不变。

下面笔者将分别从澳大利亚和中国台湾的两种模式入手，剖析其制度设计的异同点，为我国内地缓冲阈值制度的设计提供借鉴。

### 3.1 澳大利亚

澳大利亚从 2007 年开始对部分通用名下的仿制药实行自愿的价格披露安排 (price disclosure arrangements)，随后在 2014 年将价格披露安排升级为简易价格披露 (simplified price disclosure, SPD) 循环机制，要求制药企业每年向澳大利亚国家卫生部上报与批发商或药房交易的真实数据<sup>[8]</sup>，在此基础上结合政府自身收集的相关价格信息，采用阈值调控的方式调整仿制药价格。

笔者通过查阅澳大利亚 Federal Register of Legislation 官方网站，综合澳大利亚历年来药价调整的结果发现，R 值大小始终稳定在 10% 左右，且需调降的药品品种数约占 30%~60%，平均调降比例为 46%。具体见表 1 (数据来源：<https://www.legislation.gov.au/Home>)。

### 3.2 中国台湾

中国台湾卫生福利部中央健康保险署自 1996 年起定期办理药价调查，并依据调查结果，对药品

表 1 澳大利亚历年来药价调降结果统计

Tab.1 Statistics of Australian Drug Price Reduction over the Years

降价日	SPD 循环机制下 药品统计总数	需调降数目	调降比例/%	平均降幅/%
2014 年 10 月	3 555	1 781	50	20.46
2015 年 4 月	3 723	2 171	58	18.51
2015 年 10 月	3 884	1 641	42	19.57
2016 年 4 月	3 916	1 647	42	16.53
2016 年 10 月	3 661	1 985	54	22.63
2017 年 4 月	3 569	1 161	33	18.54
2017 年 10 月	3 533	1 464	41	17.63

支付标准进行调整，促使支付标准更接近市场实际交易价格。据统计截止到 2014 年，台湾地区药价调整所缩小药费支出金额的具体成效共计约为 838 亿元新台币，平均每年约有 45% 的药品需要进行支付标准调整<sup>[9]</sup>，现 R 值大小基本保持在 15% 左右。

为能够有效减缓药费增长的趋势，中国台湾于 2013 年继续推出药品支付标准的配套措施——药费支出目标制，扩大支付标准的调整范围和幅度。就 2017 年健保药价的调整结果来看，约 16 700 项健保药品中，调降品种达到 7 331 项，平均降幅达到 3.5%，相比上一年药费支出目标预计减少 57.1 亿元新台币，共 43.9% 的品种需纳入调整范围。详见表 2 (数据来源：卫生福利部中央健康保险署)。

综合澳大利亚和我国台湾历年来医保支付标准的调整结果来看，通过设定合理的缓冲阈值，避免

因支付标准下降过快导致参保人刚性福利受损；同时保证了高质量药品的生产供给，提升医院谈判议价的动力，最终为支付标准的顺利推进和平稳运行提供保障。

#### 4 我国内地缓冲阈值制度设计

征求意见稿中指出，制定支付标准“要有利于医保、集中采购等政策的衔接配合，调动定点机构主动降低药品采购价格的积极性”、“医保部门要进一步加强药品费用、医疗费用、参保人员个人负担等指标的考核，避免转嫁负担，损害群众利益”。可见，我国内地提倡在实施医保支付标准制度的同时，需要优化制度设计，最大限度地控制负效应。

因此缓冲阈值的设定，是医保支付标准政策推进中的关键环节，原则上应当以省级为单位，从而与征求意见稿中国家层面推荐采用“支付标准省级制定”模式相一致，着重针对“非谈判药品”调整实施<sup>[10]</sup>。

#### 4.1 支付标准形成与调整流程

首先，医保药品支付标准的形成与调整需要涵盖6个步骤，包括数据采集、数据清洗、公式测算、降幅排序、测算R值和R值分类处理等，如图7所示。

##### 4.1.1 数据采集

数据采集是指从省级采购平台采集数据，用于医保支付标准的测算调整。根据各省采购平台信息

化建设的差异性，可将采集的数据类型大致分成两类，包括中标价和采购量价。中标价：即药品在本省（直辖市）最新一轮招标采购中的中标价格，以及全国各省级集中采购中标价。采购量价：指医疗机构采购过程中的实际采购价格和采购数量，目前只有少数省份的采购平台能够采集数量信息，如浙江省。

##### 4.1.2 数据清洗

从省级采购平台获取数据后，首先需要按照“七同原则”，即同通用名、同剂型、同规格、同转换比、同包装材质、同包装单位及同厂家对药品中标数据进行同类归并处理，从而剔除无效信息，仅保留有效数据；其次对清洗结果进行逻辑性校验，如数量校验，按照采购量大于配送量，配送量大于入库量的原则对药品数量信息的准确性进行检验；最后针对采购平台的药品编码和医保编码之间实施转换工作，将招标数据清洗成为医保数据，为后续支付标准的制定奠定基础。

##### 4.1.3 公式测算

在对药品数据信息进行清洗处理后，医保经办机构需要根据中标价和采购量价两种数据类型，分别公式化测算拟定医保支付标准，以便为下一步的“降幅排序”做准备。下面以全国最低中标价法和量价加权法为例作说明。

表2 全民健保历年药品支付标准调整情况（单位：新台币）

Tab.2 Adjustment of National Drug Health Insurance Payment Standard over the Years

年度	支付标准调整结果	调降比例/% (调降数目/16 700)
2014	调整10 947项 (调升3 364项, 调降7 583项, 平均调幅约为3.9%), 调降药费56.7亿元	45.4
2015	调整6 963项 (调升142项, 调降6 821项, 平均调幅约为5.3%), 调降药费82.1亿元	40.8
2016	调整7 540项 (调升148项, 调降7 392项, 平均调幅约为2.1%), 调降药费31.8亿元	44.3
2017	调整7 663项 (调升332项, 调降7 331项, 平均调幅约为3.5%), 调降药费57.1亿元	43.9

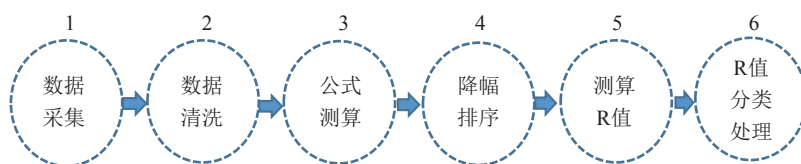


图7 医保支付标准形成与调整流程图

Fig.7 Flow Chart of Health Insurance Payment Standard Formation and Adjustment

### (1) 全国最低中标价法

依赖于从省级采购平台和国家药管平台采集的招标和中标数据, 综合考虑全国范围内的各省中标价, 取其最低值作为药品的拟定支付标准, 计算公式如下:

$$P = \{p_1, p_2, \dots, p_n\} \min$$

其中,  $P$ : 拟定医保支付标准;  $p_1, p_2, \dots, p_n$  分别表示各省中标价。

### (2) 量价加权法

采用从省级采购平台采集药品的采购数量和相对应的采购价格, 计算拟定医保支付标准。其计算公式如下:

$$P = \frac{\sum_{i=1}^n (S_i \cdot P_i)}{\sum_{i=1}^n S_i}$$

$P$ : 拟定医保支付标准;  $n$ : 参与计算的药品种类数;  $p_i$ : 第  $i$  种药品的价格;  $S_i$ : 第  $i$  种药品的数量。

#### 4.1.4 降幅排序

降幅是指本年度拟定医保支付标准与上一轮支付标准比较后, 其降低的幅度大小 [ 降幅 = ( 上一轮支付标准 - 拟定支付标准 ) / 上一轮支付标准  $\times$  100% ]。通过将所有药品的降幅按照由高到低的顺序进行排列, 只选择其中降幅排列靠前的药品列入调整名单, 达到控制药费基金支出和维持制度平稳的双重目标。

#### 4.1.5 测算 R 值

根据澳大利亚和中国台湾的经验总结分析, 他们通常是将 45% 的药品列入调降名单, 因此我国内地在确定 R 值大小时, 可充分借鉴这一调整比例, 将所有药品的医保支付标准降幅降序排列后, 在药品数量的 45% 处确定分界线, 则分界线下首个药品的降幅就是本年度医保支付标准的 R 值。具体见图 8。

#### 4.1.6 R 值分类处理

R 值大小确定后, 可通过比较支付标准的降幅 C 和 R 值, 判断是否需要调整药品的医保支付标准。若降幅小于 R 值, 则不进行调整; 若降幅  $\geq$  R 值, 则需依照正常程序对支付标准进行调整。以图 8 中

	药品名称M	降幅C
45%	M1	C1
	M2	C2
	M3	C3
	M4	C4
	M5	C5
	...	...
	Mj	Cj
	...	...
	Mt	Ct
	...	...
	Mn	Cn

注:  $C1 > C2 > C3 \dots > Cj > \dots > Cn$       $R = Cj$

图 8 R 值测算示意图

Fig.8 Calculation of Reasonable Zone

数据为例, 对于降幅  $C \geq Cj$  的多数药品, 如 M4、M5 等, 需要对它们的支付标准展开调整; 而对于降幅  $C < Cj$  的多数药品, 如 Mt 等, 则不需要调整 (针对降幅过高和过低的药品, 需要另外展开跟踪分析, 了解情况后再进行调整, 一般这类药品品种数控制在 5 个左右)。

#### 4.2 关键参数

在医保支付标准形成和调整过程中, 需要强调以下关键参数, 包括主要参数和辅助参数两部分。

##### 4.2.1 主要参数

从澳大利亚和中国台湾历年来医保支付标准的调整结果来看, 几乎每年有 45% 的药品被列入调降范围, 即调降比例 = 45%, 因此我国内地可根据调降比例来初步确定 R 值, 上文内容已做阐述, 此处不再赘述。

在此基础上, 根据国际一般惯例即 R 值取值范围为 10% ~ 15%, 对以上确定的 R 值进行修正, 判断其是否在国际标准范围内。

##### 4.2.2 辅助参数

相关部门初步测算得到我国 R 值后, 需要按照“R 值分类处理”方法, 确定新的医保支付标准, 通过比较新的医保支付标准与上一轮标准大小后, 可大致估计出支付标准平均降幅 (国际上一般是在 3% ~ 5%) 和费用控制比 (药费预计减少额占当年药费总支出的比重)。

此时借助于平均降幅和费用控制比两项参数,

结合我国医药产业发展情况和临床需求、本省基金结余、基金筹资和支出增长率展开综合调控,最终使得阈值调控的结果满足既定的政策目标。

## 5 结论

综上所述,为了能够优化医保支付标准制度设计,避免螺旋式下降所带来的负面影响,需要科学合理设计我国的缓冲阈值。

### 5.1 三医联动是推进医保支付方式改革的源动力

现阶段,招标采购数据是医保支付标准形成过程中“发现市场真实价格”的主要数据来源,通过平台的信息化建设和议价机制的不断完善,集中招标体制改革成果可为医保支付标准的数据采集和测算提供依托。同时,药品集中招标采购制度的完善需要依赖于医保支付标准的深化改革,逐步提升医院议价的内生动力,扩大药价控制的覆盖面。

### 5.2 医保支付标准与集中采购的联动效应是把双刃剑

一方面,它能够持续深入地控价控费,引导医药分业;另一方面,也可能会损害参保人、医院和企业的利益。因此在享受其带来的制度红利的同时,应当认识到科学评价与前瞻性制度设计是医保支付标准制度顺利推进的重要前提。

### 5.3 结合一致性评价进程,分阶段设计我国医保支付标准

由于我国各地医保基金统筹方式、结余情况和用药习惯的差异性,以及多种医改政策的实施进程不同,医保支付标准的制度设计应当是基于国际经验的借鉴和我国国情的双重考量;同时仿制药一致性评价带来的新一轮药品质量革命,将推动医保支付标准由“按厂牌制定”向“按通用名制定”过渡,因此医保经办机构需要结合一致性评价进程,分阶

段设计我国的医保药品支付标准,引导药品价格走向合理。

## 参考文献:

- [1] 丁锦希,周琳,李伟,等.三医联动下的药品医保支付标准结算模式及其社会效应探讨[J].中国医疗保险,2016,(10):13—18.
- [2] 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(国办发[2017]55号)[EB/OL].[2017-06-28].[http://www.gov.cn/xinwen/2017-06/28/content\\_5206473.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2017-06/28/content_5206473.htm)
- [3] 丁锦希,薛云霞,李伟,等.药品医保支付标准分类形成机制探究[J].中国医疗保险,2016,(7):9—13.
- [4] 丁锦希,薛云霞,李伟,等.药品医保支付标准形成的数据采集与标准化研究[J].中国医药工业杂志,2017,48(2):271—277.
- [5] 中华人民共和国中央人民政府.浙江省鼓励公立医院开展药品价格谈判[EB/OL].[2016-12-06].[http://www.gov.cn/xinwen/2016-12/06/content\\_5143748.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2016-12/06/content_5143748.htm)
- [6] 丁锦希,潘越,李伟,等.三医联动政策框架下医保药品支付标准控费机制实证分析[J].中国医疗保险,2017,(9):20—24.
- [7] 侯明喜,曾崇碧.福利刚性:多维解析、发展态势及弱化措施[J].经济体制改革,2014,(6):15—18.
- [8] 丁锦希,黄泽华,钊江苑.价格披露制度在澳大利亚仿制药定价中的应用与评价[J].中国卫生经济,2017,(3):93—96.
- [9] 陈光冠.药业经营者面对二代健保实施的因应措施[D].台北:国立政治大学硕士论文,2013.
- [10] 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)[EB/OL].[2017-07-13].[http://www.mohrss.gov.cn/gkml/xxgk/201707/t20170718\\_274153.html](http://www.mohrss.gov.cn/gkml/xxgk/201707/t20170718_274153.html)



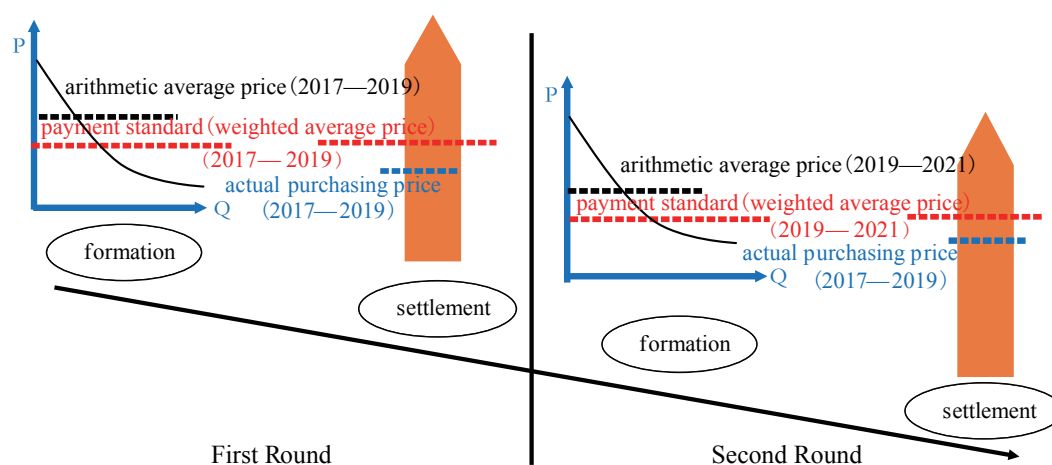
# The Spiral Price Reduction Effect of The Linkage between Health Insurance Payment Standard and Centralized Purchasing and Design on Buffer Threshold

DING Jinxi, HAO Li, PAN Yue, HUANG Xinfeng, LI Wei

(China Pharmaceutical University, Nanjing 211198)

**ABSTRACT:** Drug health insurance payment standard system can play a full role of price and expenditure control under its linkage with centralized purchasing. But at the same time its spiral decline may influence the welfare of the insured and negotiating motivation of medical institutions. The article aims to design buffer threshold of payment standard to maximally control negative effects and finally promote the smooth progress of health insurance payment reform, based on the study of the experiences of Australian and Taiwan, China, and the comprehensive evaluation of the linkage effect.

**Key Words:** health insurance payment standard; centralized purchasing; linkage effect; buffer threshold



After its joint implementation with centralized purchasing, drug health insurance payment standard will decline spirally based on its formation and settlement mode, so buffer threshold need to be introduced to control.