



2021 年国家医保谈判药品 落地情况分析报告

中国外商投资企业协会
药品研制和开发行业委员会 (RDPAC)

2022 年 5 月

摘要

随着国家医疗保障制度改革不断深入和完善，越来越多的创新药进入国家基本医保目录，为提升我国患者用药可及性，保障患者健康起到重要作用。2021 年以来，国家医保局、卫生健康委又印发了《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》等系列文件，以加速国家医保谈判药品（下称谈判药品）落地，确保患者尽早用到谈判药品，取得了显著效果。为了解谈判药品落地进展，保障药品供应，中国外商投资企业协会药品研制和开发行业委员会对 2021 年新增谈判药品的落地情况（截至 2022 年一季度）进行了分析，并对谈判药品落地中存在的困难、具有借鉴意义的优秀地方经验进行了梳理，提出了政策建议。

2021 年国家医保谈判药品落地进展分析

本报告从医疗机构和零售药店两方面分析了谈判药品的落地进展。对于医疗机构药品配备进展分析，项目选取 22 种 2021 年新增谈判药品为样本，以国家医保服务平台“国家谈判药品配备机构查询”¹一栏内公开的截至 2022 年一季度末的医院配备情况为信息源。其中，部分药品的医院配备信息包含正式进院和临时采购两种情况。根据数据分析结果，谈判药品在医疗机构的配备呈现出以下三个特点：

一是谈判药品在全国医疗机构的总体配备水平有待提升。

截至 2022 年一季度，22 种样本药品已配备医院的数量在 7~390 家不等，平均配备 156 家医院。从三级医院配备情况来看，样本药品平均仅覆盖了全国 4.1% 的三级医院。

二是不同治疗领域药品的配备情况存在明显差别。

从配备医院数量看，慢性非传染性疾病、肿瘤、慢性传染性疾病和罕见病 4 个治疗领域平均配备医院数量分别为 193 家、180 家、146 家和 48 家。

对于重点医院的配备情况，报告选取了每个治疗领域的谈判药品销售额高的样本医院（100~300 家），约占该治疗领域销售额前 80%（慢性非传染性疾病为约 70%），分析了重点医院的药品配备进度。其中，8 种慢性非传染性疾病药品在 300 家样本医院的配备进度平均为 22.6%；7 种肿瘤药品在 200 家样本医院的配备进度平均为 30.4%；4 种罕见病药品在 100 家样本医院的配备进度平均为 18%；3 种慢性传染性疾病药品在 100 家样本医院的配备进度平均为 33.7%。分剂型来看，口服及外用药品的平均配备进度为 29.1%，注射用药品的平均配备进度为 22.9%，整体低于口服及外用药品。

¹ 该平台数据由相关药品生产企业自主申报，由于企业报送口径不一、统计误差等，可能与实际药品配备情况存在一定误差

对于地域覆盖面情况，慢性传染性疾病、肿瘤、慢性非传染性疾病药品分别平均覆盖了全国 24.5%、20.5%、20.4%的城市，而罕见病药品平均只覆盖了国内不到一半的省份和不到 10%的城市。对于 4 种罕见病药品，在 31 个省会城市和直辖市中，仅有 5 个城市配备了 3~4 种药品，有 25 个城市只配备了 1~2 种药品，有 1 个城市均未配备。

总的来说，罕见病药品的可及性急需改善，慢性非传染性疾病药品等其他治疗领域药品的可及性情况同样不容乐观。

三是不同地区间药品的配备情况存在不平衡。

从省级层面看，31 个省（自治区、直辖市）已配备的样本药品品种数在 2~22 种之间，平均为 16.5 种，仅有广东和云南实现了样本药品全配备。从地域覆盖面来看，17 个省份已配备的品种平均仅覆盖了省内 10%~20%的地市。表现相对较优的有江苏和浙江，两省已配备的品种平均覆盖了约 50%的地市。

从各省三级医院的配备情况看，在多数省份，谈判药品在三级医院的平均进院率（含部分临采）仅为 2%~7%；对于已配备了谈判药品的三级医院，谈判药品种平均配备率多数集中在 9%~18%区间。

从重点城市来看，在北京、上海、广州、深圳等 19 个药品市场规模较大的城市中，各城市已配备的药品品种数在 14~22 种之间，仅有广州和昆明实现了样本药品全配备。从各城市三级医院的药品配备进展来看，样本药品平均仅覆盖了 9.1%的三级医院，表现最优的为上海，样本药品平均覆盖了全市 18%的三级医院。从单个医院的配备品种数来看，各城市的三级医院平均配备了 20.6%的样本药品品种，表现最优的为昆明，已配备谈判药品的三级医院平均配备了 38.8%的品种。

总体而言，多数省份、多数重点城市的药品配备水平还有比较大的提升空间。

在“双通道”政策出台进程上，绝大多数省份已建立了“双通道”管理机制，并及时把新增谈判药品纳入了“双通道”管理范围。

截至 2022 年一季度，全国已有 29 个省（自治区、直辖市）发文建立谈判药品“双通道”管理机制，但地市层面落实进展不一，多数省份中只有部分地市开通了“双通道”。同时，已建立“双通道”机制的省份均已把 2021 年新增的谈判药品纳入了“双通道”报销范围，15 个省份采取全部纳入，14 个省份采取选择性纳入。然而，在政策执行过程中，由于医院处方外流困难、定点药店的医保报销和结算机制不完善等问题，“双通道”对患者获得谈判药品的供应保障作用受到一定制约。

将各省份谈判药品进院情况和“双通道”政策开通情况结合来看，多数省份对医院进药和药店报销的落实采取“两手抓”；有的省份医疗机构药品种类相对充足，优先选择医疗机构满足药品供应需求，“双通道”开通进度相对较慢；有的省份医疗机构药品种类不足，通过开通零售药店供应发挥补充作用。

国家医保谈判药品落地存在的困难、地方经验与政策建议

根据数据分析，谈判药品总体配备水平还有提升空间，部分地区、部分类型药品例如罕见病药品落地进度相对较差。究其原因，谈判药品的落地还存在以下主要困难：

在政策管理方面，多数地区的落地政策不够细化量化且缺乏督导机制，对医疗机构约束力有限。同时，谈判药品落地政策与医疗机构费用控制政策的衔接还有待完善，谈判药品不计入药占比、不计入次均费用等激励政策在地方上落实情况不一。

而在医疗机构层面，一方面各种考核约束机制对医疗机构配备使用谈判药品造成了一定制约，另一方面，医院用药目录调整的复杂性和新药引进成本导致一些医疗机构对引进新药动力不足。同时，随着“双通道”管理机制的建立，部分医院因对政策理解不足，进一步收紧了谈判药品进院通路。因此，迫切需要医药卫生主管部门采取约束政策或者鼓励激励政策，才能引导医院充分配备谈判药品。

报告总结了谈判药品配备水平较优的江苏、浙江、上海、云南等地区的共性做法，为接下来进一步做好谈判药品配备工作提供参考：

一是明确医疗机构召开谈判药品药事会的时限要求，例如江苏和浙江分别要求医疗机构在新版目录公布后的 1 个月和 3 个月内召开药事会。

二是对谈判药品配备情况设置量化指标并开展考核，例如浙江、云南对指定医疗机构的谈判药品品种配备率作出了要求，上海把谈判药品配备品种数纳入合理用药考核。

三是与医疗机构沟通分配药品配备任务，例如云南组织昆明 14 家医疗机构按照功能定位分配药品配备任务，实现了样品药品全配备。

四是明确谈判药品不纳入相关费用控制指标，例如江苏对单独支付的谈判药品不纳入医院医保总额范围，云南从 2020 年起取消了谈判药品药占比、门诊住院次均费用增幅等 5 项考核指标，经过持续的政策宣导、培训，推动效果明显。

结合地方经验和思考，报告对接下来谈判药品配备工作的继续完善提出以下建议：

在中央层面，建议国家医保部门、卫生健康部门从以下两方面推动工作开展：

一、建议研究制定细化量化的谈判药品配备要求，指导各省参考执行，以压实医疗机构的药品配备主体责任。

一是要求医疗机构在新版医保药品目录公布后的规定时限内召开药事会。例如要求 1~3 个月内针对新增谈判药品召开药事会。

二是对各级各类医疗机构配备谈判药品品种数设置指标并进行考核。例如要求三甲综合性公立医院谈判药品配备率应不低于 30%（借鉴浙江做法）。建议考虑将谈判药品的配备

使用情况纳入公立医院绩效考核、合理用药考核、医疗机构等级评审体系中。

三是协调重点医院根据其功能定位配备谈判药品。例如对于罕见病药品，建议指导各地罕见病诊疗协作网医院对药品“应配尽配”。

四是对政策要求落实情况和谈判药品配备情况开展跟踪和督导，以确保政策落地落实。

二、督促地方放开谈判药品费用考核等约束规定，解决医院配备使用谈判药品的后顾之忧。

一是对于已经在国家层面的政策文件中明确要求的“谈判药品不纳入医院用药品规数量控制、药占比、次均费用，单独支付药品不纳入医保总额预算，实行 DRG 的病种及时调整病种权重”等规定，指导各省在省级文件中予以明确，地市层面及时跟进落地，及时更新相关考核标准、支付方式和结算标准等配套文件。

二是对于不能及时召开药事会又确有临床需求的，鼓励各地开放临时采购绿色通道，并指导医疗机构优化临时采购流程、缩短患者等待周期。

在地方层面，建议各地医保部门、卫生健康部门从以下三方面推动工作开展：

一、在落地思路，坚持以医疗机构作为药品配备供应的主体，夯实医疗机构主体责任，在此基础上因地制宜采取不同的推进方式。例如，对于整体医疗水平较高、医疗资源充足的地区可以市为单位推进谈判药品在医院优先配备，以药店为补充；整体医疗水平一般、医疗资源有限的地区可以省为单位选择重点城市、重点医院推进谈判药品配备，以保证谈判药品实现省内可及。同时，在“双通道”政策推广过程中，避免医院以“双通道”药店落地为理由，收紧药品进院通路这一现象的发生。

二、在具体工作上，制定细化量化的药品配备要求并放开费用考核等约束规定，并加强落地指导。建议省级医保部门、卫生健康部门深入调研各地市工作进展和医疗机构诉求，在省级层面统筹制定谈判药品配备要求和调整费用考核体系，包括制定药事会召开时限，制定谈判药品配备考核指标等，出台相应细则文件，文件发布后指导地市及时落地执行。同时，建议及时对医疗机构开展政策宣传教育，提高医疗机构对最新政策的理解和认知，推动医疗机构及时调整内部考核机制。政策落地后，定期跟进医院药品配备情况，持续督导考核。

三、深化部门间的协同合作。从长期角度，要想深入推动医疗机构完善新药引进工作机制、优化用药目录管理工作，离不开各级卫生健康部门的支持和指导。因此，建议各地深化医保部门和卫生健康部门的协同合作，以便充分发挥卫生健康部门对医疗机构药事管理工作的指导作用。建议卫生健康部门在调整完善药品使用考核机制的同时，对医疗机构的药事会工作进行进一步规范指导，推动医疗机构提高医院用药目录管理水平，建立医院用药目录的评估和调入调出机制，使具备更优临床价值的谈判药品及时进入临床使用，让患者获益。

目录

第一章 2021 年谈判药品在医疗机构配备情况	1
1.1 谈判药品总体配备医院数量	3
1.2 各治疗领域药品配备水平分析	4
1.3 不同剂型药品配备水平分析	12
1.4 地区间谈判药品配备水平分析对比	14
第二章 2021 年谈判药品“双通道”政策落地情况	19
2.1 各省份“双通道”政策开通情况及谈判药品纳入“双通道”目录情况	19
2.2 各省医疗机构和零售药店综合落地情况	20
第三章 谈判药品进院配备的主要困难	21
3.1 政策管理方面	21
3.2 医疗机构方面	22
第四章 谈判药品进院配备的优秀地方经验总结	23
4.1 定时限要求医疗机构召开谈判药品专题药事会，进行跟进监督	23
4.2 对谈判药品配备情况设置量化指标并开展考核	23
4.3 与医疗机构沟通分配药品配备任务，压实医疗机构配备主体责任	23
4.4 明确谈判药品不纳入相关费用控制指标	24
第五章 进一步做好谈判药品配备工作的建议	25
5.1 建议国家医保部门、卫生健康部门从以下方面推动工作的开展	25
5.1.1 研究制定细化量化的谈判药品配备要求	25
5.1.2 督促地方放开谈判药品费用考核等约束规定	26
5.2 建议各地医保部门、卫生健康部门从以下方面推动工作的开展	26
5.2.1 以医疗机构作为药品配备供应主体，因地制宜采取不同推进方式	26
5.2.2 制定药品配备要求并放开费用考核等约束规定，并加强落地指导	27
5.2.3 深化部门间的协同合作	27
附表一 各省样本药品配备情况统计	28
附表二 重点城市样本药品配备情况统计	29

第一章 2021 年谈判药品在医疗机构配备情况

研究方法

本部分以 2021 年新增谈判药品中的部分药品为研究样本，全面展示截至 2022 年一季度这些药品在医疗机构的配备情况。数据来源、样本药品选择和分析内容具体如下：

数据来源：本报告以国家医保服务平台“国家谈判药品配备机构查询”一栏内公开信息作为药品在医疗机构配备情况的信息来源。原始信息包括药品名称、相应医疗机构名称、地址、所在省市，报告工作组在此基础上，补充了医疗机构的级别信息¹，以供分析使用。

样本药品选择：本报告选取 2021 年新增谈判药品中，由中国外商投资企业协会药品研制和开发行业委员会的会员公司生产的总计 25 种药品，剔除其中尚未商业化上市的药品、治疗领域比较特殊的药品（例如造影剂）后，得到 22 种药品作为研究样本，数量占有 2021 年谈判新增西药的约 1/3。需要说明的是，由于本报告希望展示谈判药品总体配备情况，忽略品种间的作用机制、价格差异等带来的影响，因此报告将隐去药品名称，药品名称将使用大写字母“A，B，C，D…”代替（见表 1.1）。样本药品的适应症覆盖糖尿病、高血脂、银屑病、非小细胞肺癌、脊髓性肌萎缩、艾滋病等 17 种疾病，根据治疗领域将其划分为慢性非传染性疾病、肿瘤、罕见病和慢性传染性疾病 4 个类别开展研究。

表 1.1：研究样本药品

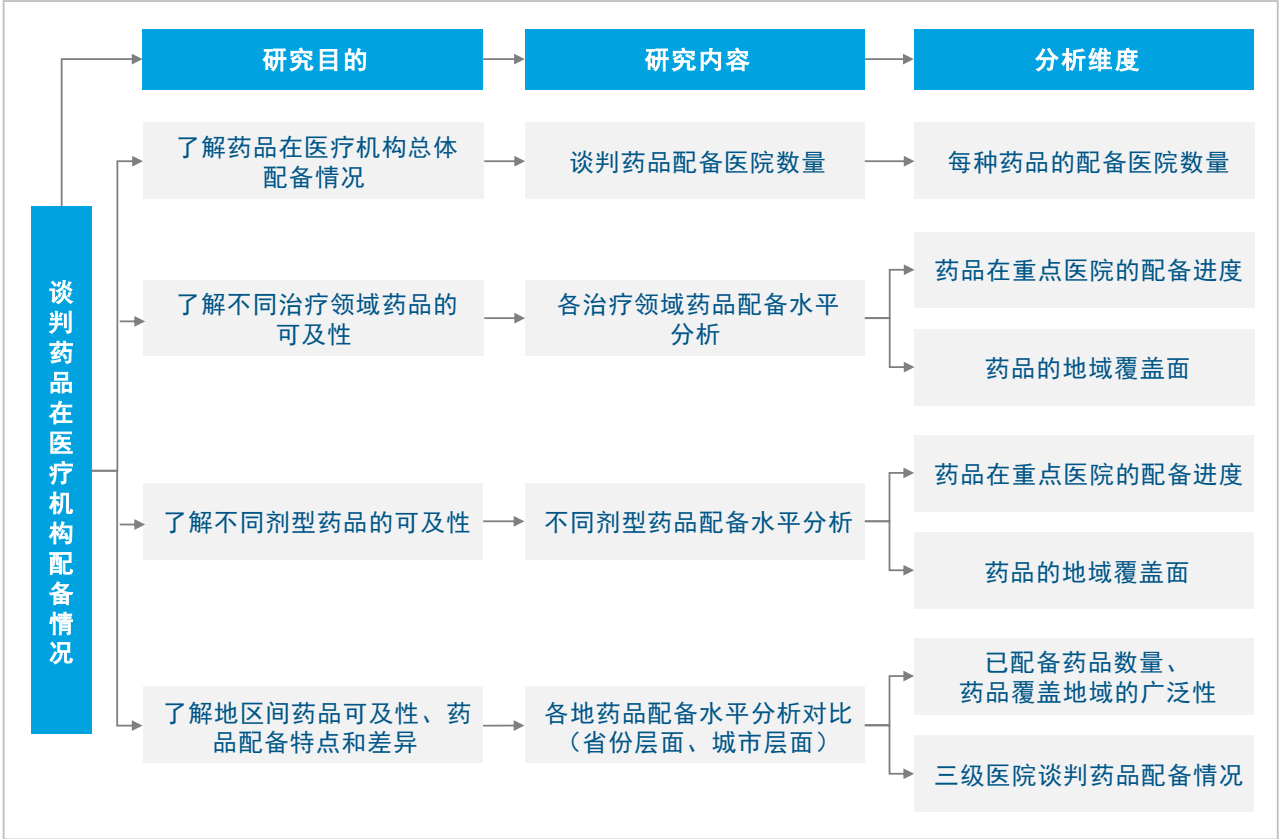
药品	治疗领域	剂型
A	慢性非传染性疾病	注射剂
B	慢性非传染性疾病	注射剂
C	慢性非传染性疾病	注射剂
D	慢性非传染性疾病	口服制剂
E	慢性非传染性疾病	注射剂
F	慢性非传染性疾病	注射剂
G	慢性非传染性疾病	软膏剂
H	慢性非传染性疾病	注射剂
I	肿瘤	口服制剂
J	肿瘤	注射剂
K	肿瘤	口服制剂
L	肿瘤	注射剂
M	肿瘤	注射剂
N	肿瘤	口服制剂
O	肿瘤	口服制剂

¹ 资料来源：国家卫生健康委员会“全国医疗机构查询”网站，米内网

药品	治疗领域	剂型
P	罕见病	注射剂
Q	罕见病	注射剂
R	罕见病	注射剂
S	罕见病	口服制剂
T	慢性传染性疾病	口服制剂
U	慢性传染性疾病	口服制剂
V	慢性传染性疾病	口服制剂

分析内容：本部分将从谈判药品配备医院数量、各治疗领域药品配备水平分析、不同剂型药品配备水平分析、地区间药品配备情况差异分析四个方面开展研究（见图 1.1）。

图 1.1：谈判药品在医疗机构配备情况研究框架



1.1 谈判药品总体配备医院数量

从每种药品的配备医院数上来看，22 种样本药品中配备医院数量最多的达 390 家，最少的仅为 7 家，平均数量为 156 家（见图 1.2）。从分布情况来看，有 9 种药品的配备医院数量在 100~200 家附近，该区间分布最为集中。有 8 种药品配备医院数量不足 100 家。

考虑到绝大多数三级医院都有谈判药品使用需求，为了解三级医院药品配备情况，报告工作组梳理了所有药品已配备医院的级别信息，从而统计出每种药品已进入的三级医院数量。根据国家卫健委最新公开数据，截至 2021 年 11 月底我国共有 3178 家三级医院¹，则样本药品已配备的三级医院数量平均占全国三级医院总数的 4.1%（见图 1.3）。

图 1.2：22 种样本药品的配备医院数

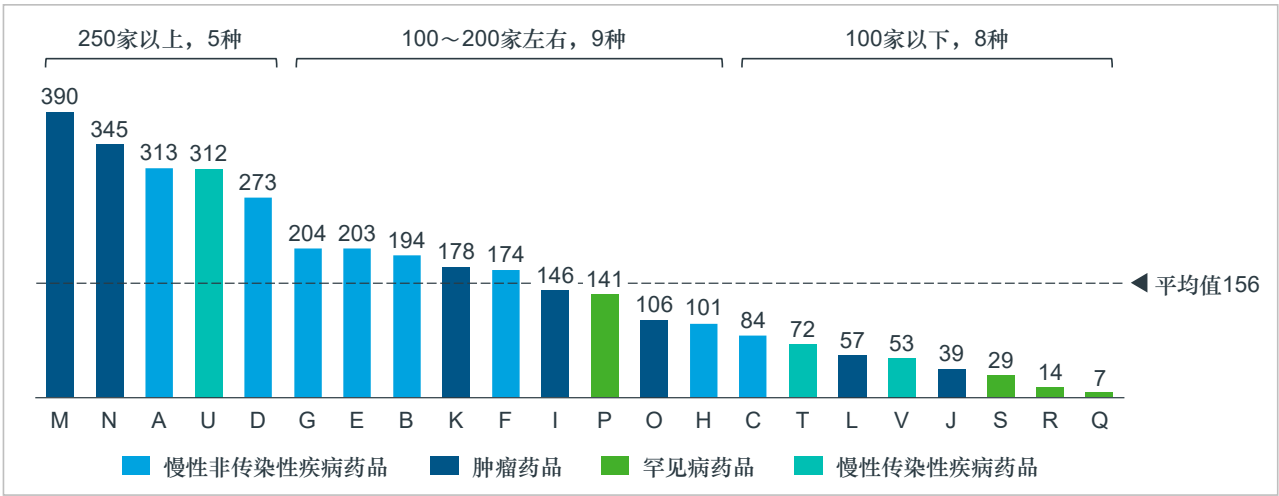
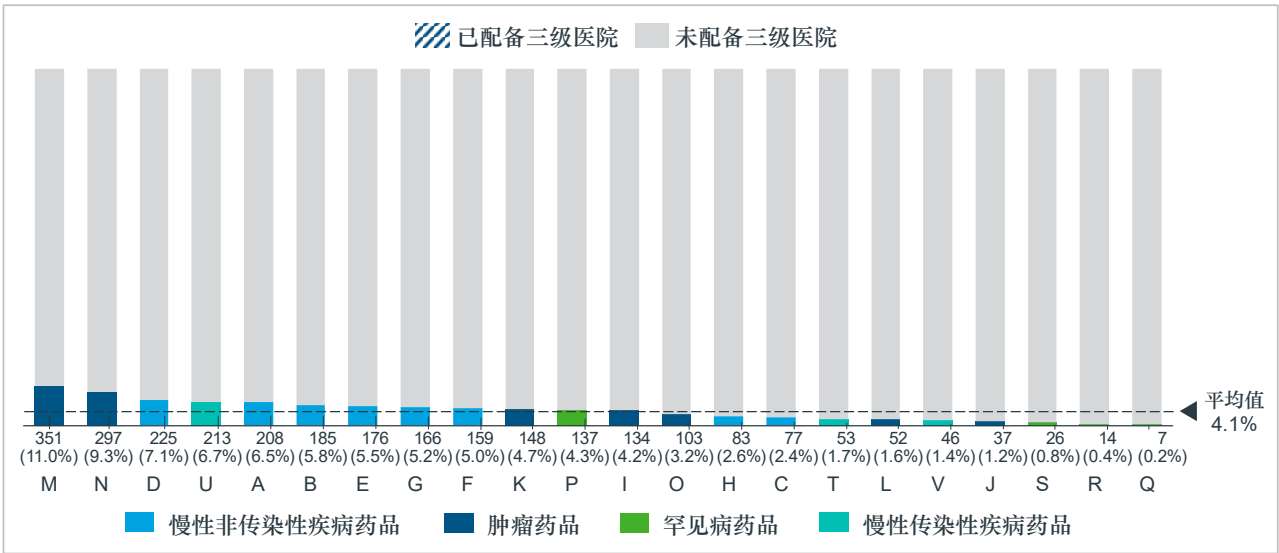


图 1.3：22 种样本药品已配备的三级医院数量占全国三级医院数量的比例



¹ 资料来源：国家卫生健康委员会，2021 年 11 月底全国医疗卫生机构数

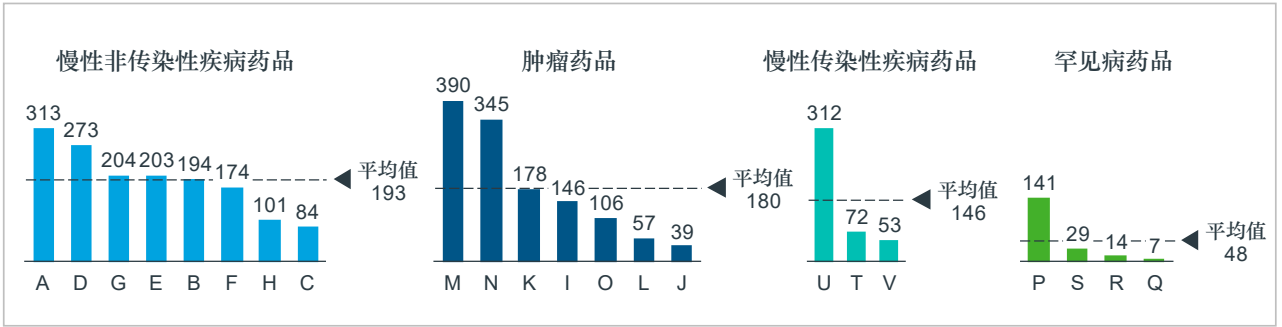
此外需要说明的是，在实际中，医院配备新药的途径主要包括正式列入用药目录和临时采购两种途径。一般来说，正式列名更有助于保障患者稳定、持续地用药。据报告工作组调研，了解到样本药品中有少数药品的配备医院信息包含正式列名和临时采购两种情形，已知的有药品 M、N、U、P 等。从数据图中不难发现，含临采情形的药品的配备医院数量总体高于平均水平。

1.2 各治疗领域药品配备水平分析

研究方法

不同治疗领域药品的配备医院数量具有明显差异，例如配备医院数量最多的 2 种药品（分别为 390 家、345 家）均为肿瘤用药，配备数量最少的 3 种药品（分别为 29 家、14 家、7 家）均为罕见病用药。总体上，慢性非传染性疾病和肿瘤药品配备医院数较多，慢性传染性疾病药品较少，罕见病药品最少（见图 1.4）。

图 1.4：各治疗领域样本药品的配备医院数量



由于谈判药品的用药患者主要聚集在大医院就医，且各类药品的目标患者群体不同，不同医院的功能定位不同，仅看医院数量无法准确反映药品的配备水平。因此，为准确了解各类药品的可及性现状，有必要引入其它维度指标，并结合各类药品的使用特点，对每类药品的配备情况进行单独讨论。本部分将主要从以下两个维度分析每类药品的配备水平：

（1）一是选取每个治疗领域下谈判药品配备使用比较集中的一批医院作为样本，以样本医院为范围，计算药品在这些医院的配备进度。具体方法是：对于每个治疗领域，委托第三方调研公司，从其抽样医院库中遴选出采购过 2017~2021 年相应领域谈判药品的医院作为本研究的样本医院池，再从样本医院池中选择销售额占比前 70%~80%的数百家医院作为本研究的样本医院（见表 1.2）。这些医院普遍医疗水平较高、诊疗人次较多，通常是谈判药品的重点配备使用医院（下称样本重点医院），其配备情况能较好反映谈判药品在医院的使用情况。选定样本医院后，使用指标【药品在样本重点医院配备进度】评价药品的进院进展。计算公式为：

【药品在样本重点医院配备进度】=已配备的样本重点医院数量/样本重点医院总数

表 1.2：各治疗领域样本医院选取结果

治疗领域	样本医院选取结果	样本医院销售额占比 ¹	具体医院示例
慢性非传染性疾病	300 家医院	70%	北京协和医院
肿瘤	200 家医院	78%	复旦大学附属肿瘤医院
罕见病	100 家医院	83%	中国医学科学院阜外医院
慢性传染性疾病	100 家医院	82%	首都医科大学附属北京佑安医院

1. 指样本医院的谈判药品销售额之和占医院池中全部医院谈判药品销售额的比例

（2）二是根据每个药品已经覆盖的省份（城市）数量，评价药品的地域覆盖面。报告工作组基于国家医保服务平台“国家谈判药品配备机构查询”一栏内公开信息，梳理了每种药品已配备医院的所在省市信息，进而统计出每种药品已经覆盖了多少个省份和城市。使用指标【药品省份（城市）覆盖率】进行量化评价。计算公式为：

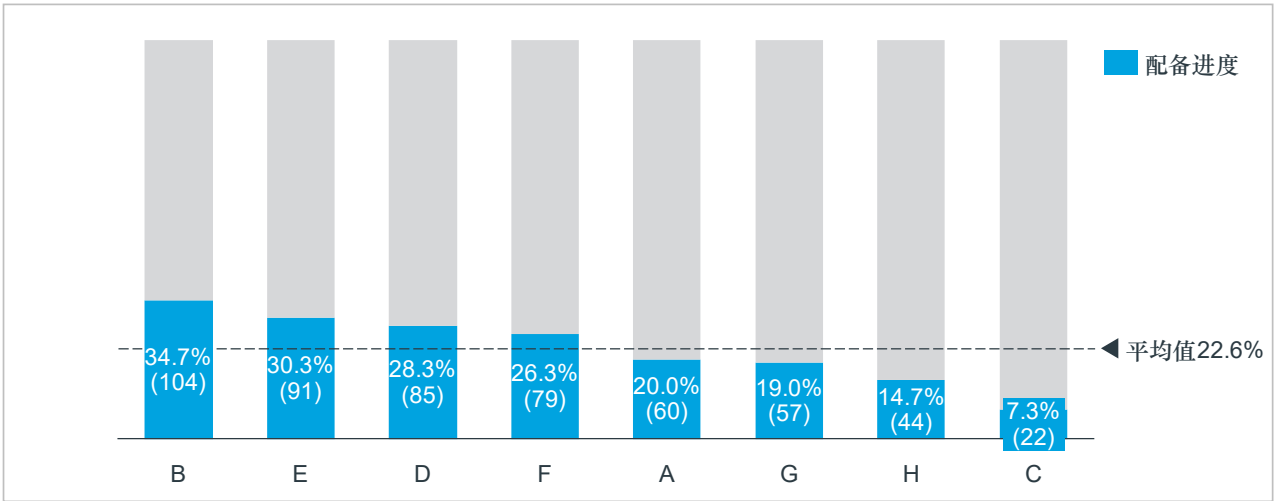
【药品省份覆盖率】=已覆盖的省份数量/省份总数

【药品城市覆盖率】=已覆盖的城市数量/城市总数¹

1.2.1 慢性非传染性疾病药品配备水平

从药品在样本重点医院的配备进度来看，对于 8 种慢性非传染性疾病药品，在 300 家样本重点医院中，配备医院数量最多的药品达 104 家，最少为 22 家，平均为 67.8 家。配备进度最高为 34.7%，最低为 7.3%，平均为 22.6%，即对于该类药品平均有 22.6% 的样本重点医院进行了配备（见图 1.5）。

图 1.5：样本慢性非传染性疾病药品的配备进度



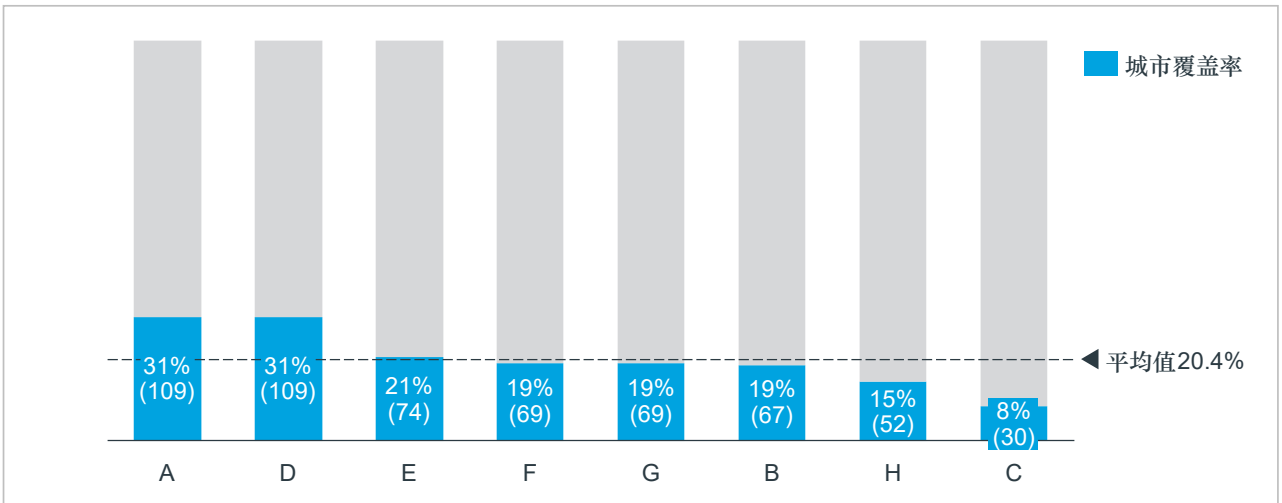
¹ 城市的定义主要是地级行政单位，包括地级市、地区、自治州、盟，并根据国家医保服务平台对城市的划分进行调整，将一些省辖县级行政单位（例如海南省辖的 15 个县级市、县和自治县）也计入在内，最终全国城市总数按 355 个计算

从地域覆盖面来看，慢性非传染性疾病药品均覆盖了 20 多个省份，平均覆盖 27 个省份，72 个城市（见表 1.3）。鉴于慢性病患者具有长期用药需求，且我国慢性病患者数量庞大，地域分布广泛，因此以全国城市数量为分母，使用药品城市覆盖率指标评价药品的可及性，计算得到慢性非传染性疾病药品的城市覆盖率最高为 31%，最低为 8%，平均为 20.4%（见图 1.6），药品可及性仍有待提升。

表 1.3：样本慢性非传染性疾病药品的覆盖省市数量

序号	覆盖省份数	覆盖城市数
A	29	109
B	29	67
C	23	30
D	28	109
E	27	74
F	26	69
G	28	69
H	26	52
平均值	27	72.4

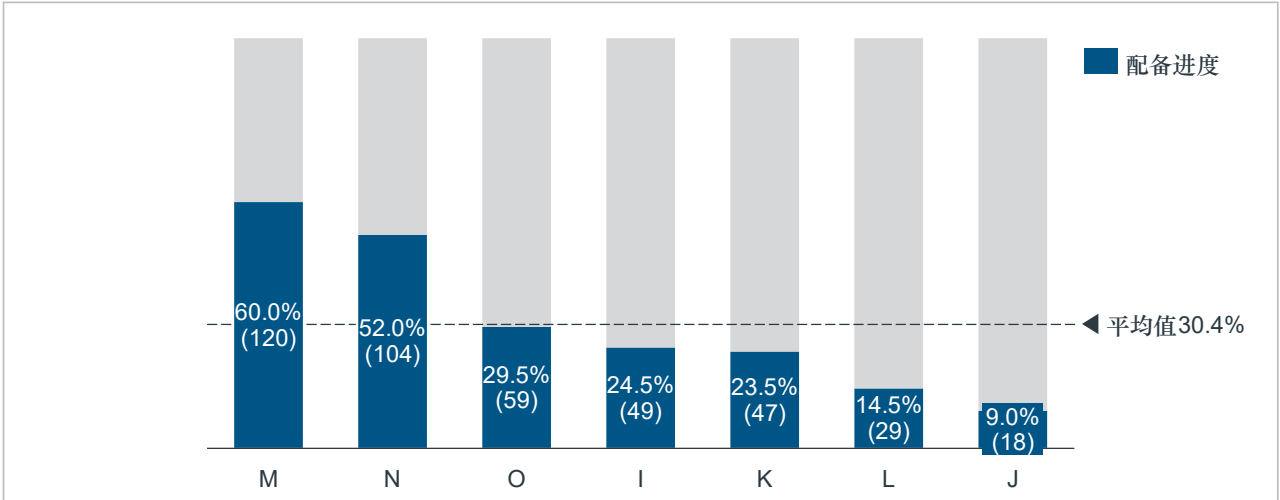
图 1.6：样本慢性非传染性疾病药品的城市覆盖率



1.2.2 肿瘤药品配备水平

对于 7 种肿瘤药品，在 200 家样本重点医院中，配备医院数量最多的药品达 120 家，最少为 18 家，平均为 60.9 家。配备进度最高为 60.0%，最低为 9.0%，平均为 30.4%（见图 1.7）。据了解药品 M、N 的报送口径包含临采情形，如排除 M、N，其他 5 种药品的配备进度平均为 20.2%，与慢性非传染性疾病药品接近。

图 1.7：样本肿瘤药品的配备进度

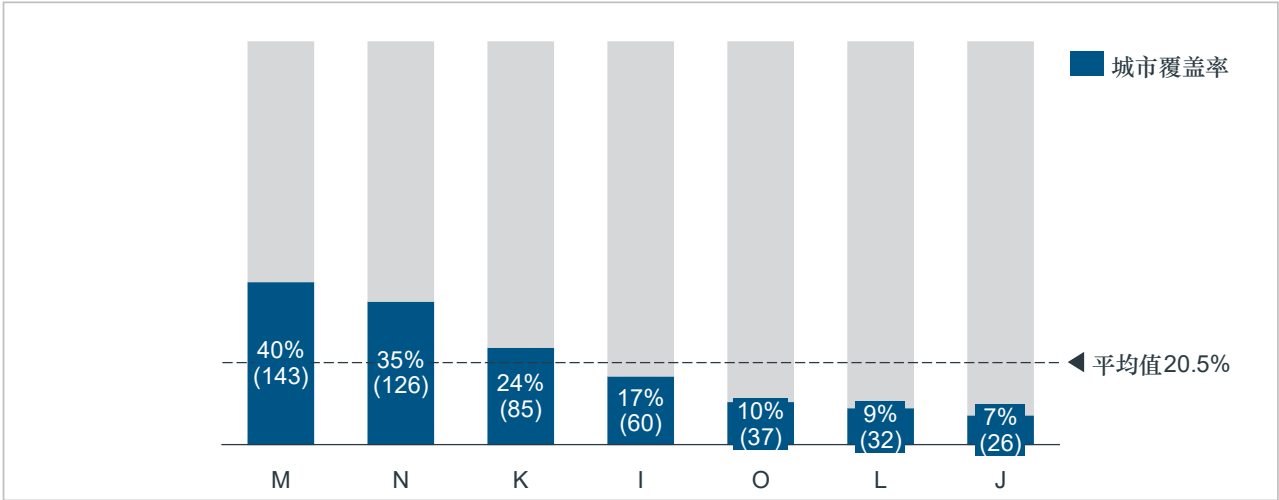


从地域覆盖面来看，多数肿瘤药品的覆盖省份数量在 20 个省份及以上，平均覆盖 24 个省份，73 个城市（见表 1.4）。由于我国肿瘤患者数量可观，且地域分布广泛，因此同样以全国城市数量为分母，使用药品城市覆盖率指标评价药品的可及性，计算得到肿瘤药品的城市覆盖率最高为 40%，最低为 7%，平均为 20.5%（见图 1.8）。如排除药品 M、N，其他 5 种药品平均覆盖 22 个省份，48 个城市，城市覆盖率平均为 14%

表 1.4：样本肿瘤药品的覆盖省市数量

序号	覆盖省份数	覆盖城市数
I	25	60
J	19	26
K	27	85
L	19	32
M	30	143
N	30	126
O	21	37
平均值	24.4	72.7

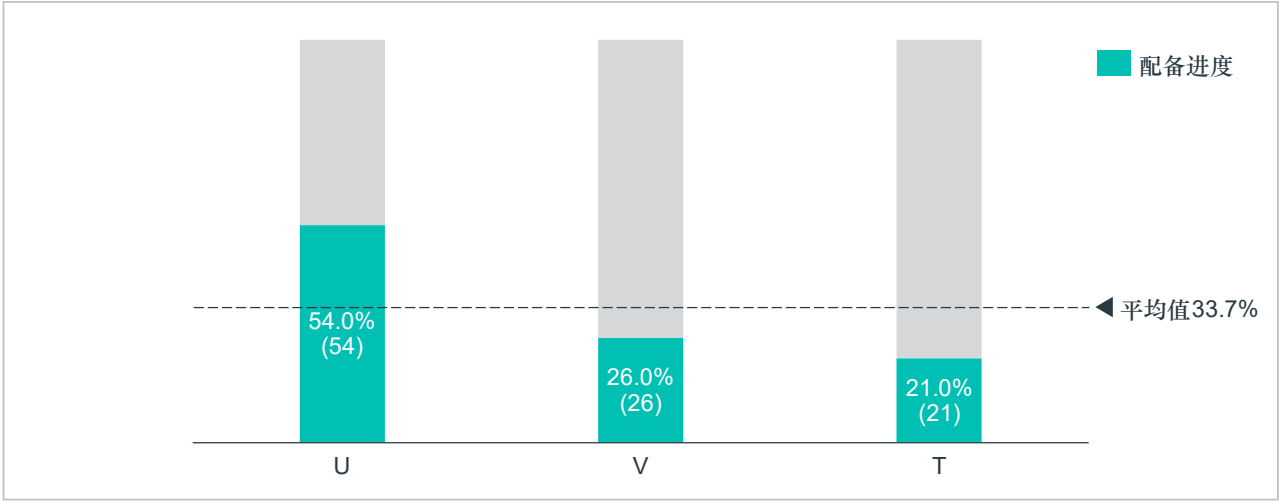
图 1.8：样本肿瘤药品的城市覆盖率



1.2.3 慢性传染性疾病药品配备水平

对于 3 种慢性传染性疾病药品，在 100 家样本重点医院中，配备医院数量分别为 54、26、21 家（见图 1.9），相应配备进度分别为 54%、26%、21%，平均为 33.7%。据了解药品 U 的报送口径包含临采情形，促使配备进度较佳。

图 1.9：样本慢性传染性疾病药品的配备进度

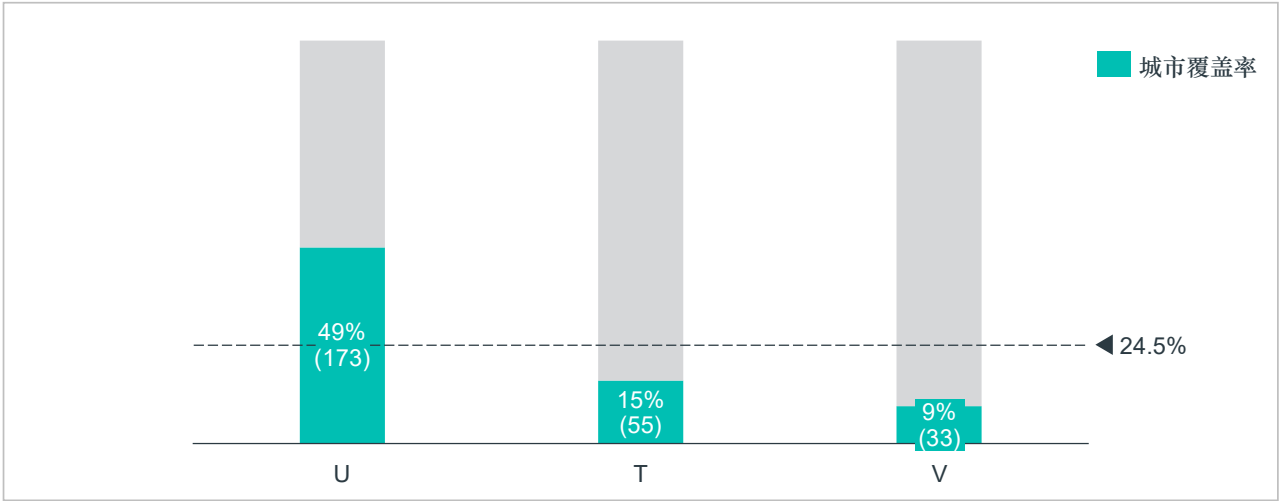


从地域覆盖面来看，药品 U 已实现了全省份覆盖，其他两种药品覆盖省份数为 19 和 20 个，三种药品平均覆盖了 23 个省份和 87 个城市（见表 1.5）。由于慢性传染性疾病患者多数集中在本地的传染病医院就医，且需要长期用药，因此同样以全国城市数量作为分母，使用药品城市覆盖率指标评价药品的可及性。尽管药品 U 在省份覆盖面上表现优异，但仍在超半数城市没有实现覆盖，而另外两种药品的城市覆盖率仅为 15%和 9%（见图 1.10）。

表 1.5：样本慢性传染性疾病药品的覆盖省市数量

序号	覆盖省份数	覆盖城市数
T	19	55
U	31	173
V	20	33
平均值	23.3	87

图 1.10：样本慢性传染性疾病药品的城市覆盖率



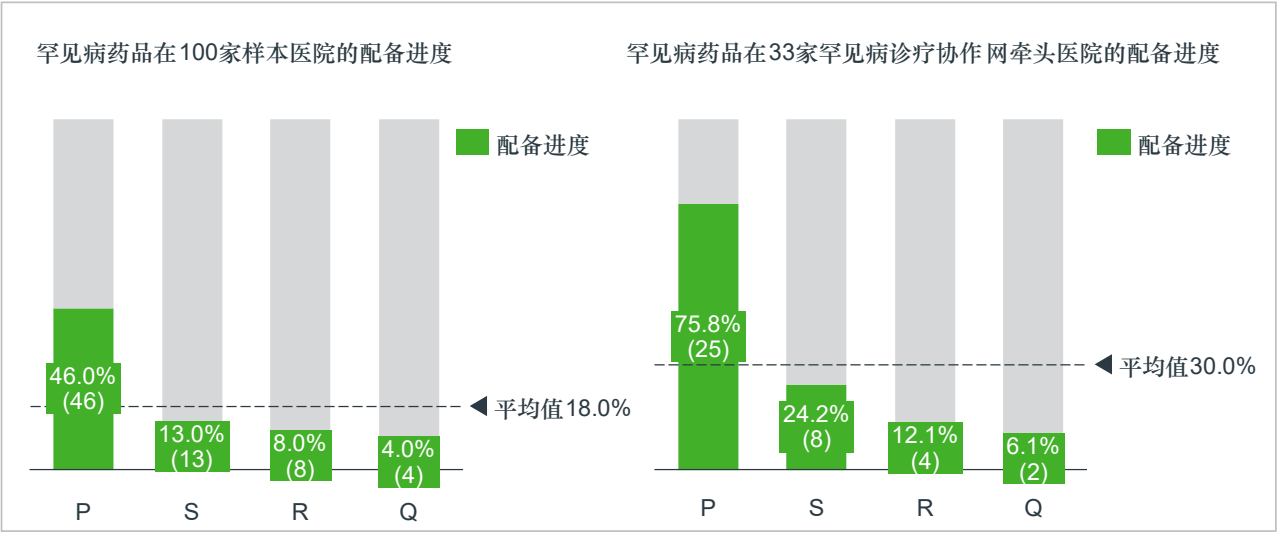
1.2.4 罕见病药品配备水平

对于 4 种罕见病药品，在 100 家样本重点医院中，配备医院数量分别为 46、13、8、4 家，相应配备进度分别为 46%、13%、8%、4%，平均为 18%，总体显著低于其他类别药品（见图 1.11）。据了解药品 P 的报送口径包含临采情形，数据结果较佳。其它 3 种药品的配备进度均比较低，平均进度仅为 8.3%，大部分罕见病药品可及性仍然较差。

针对罕见病问题，国家卫健委牵头建立了一系列诊疗保障机制，并在全国范围内遴选 324 家罕见病诊疗能力较强、病例较多的医院组建了罕见病诊疗协作网，其中包括 1 家国家级牵头医院、32 家省级牵头医院和其他成员医院。按照国家卫健委部署，协作网医院将作为我国罕见病诊疗的主干力量，还要求协作网医院应及时将罕见病用药纳入配备范围。因此，对 33 家罕见病诊疗协作网牵头医院¹（下称牵头医院）的药品配备情况进行分析，得到药品 P 在 33 家牵头医院中的配备进度达 75.8%，其它 3 种药品的配备进度平均为 14.1%（见图 1.11），说明牵头医院的药品配备情况略优于其他样本重点医院，但药品配备水平依然比较不足。

¹ 资料来源：国家卫生健康委员会

图 1.11：样本罕见病药品的配备进度



从省市覆盖面来看，药品 P 已覆盖全国 30 个省份，另外 3 种药品分别覆盖了 15、6、4 个省份（见表 1.6），4 种药品平均覆盖 14 个省份，29 个城市。由于罕见病诊疗资源和患者数量都较少，罕见病患者的就医行为主要发生在区域性头部医院，异地就医是主要选择。因此，以全国省份数量为分母，使用省份覆盖率指标评价药品地域覆盖面，则 4 种药品的平均省份覆盖率为 44.4%，如排除药品 P，则其他 3 种药品的平均省份覆盖率仅为 26.9%（见图 1.12）。

为了解具体各省的罕见病药品可及性情况，以各省会城市和四个直辖市为代表，统计各省会城市（直辖市）对于 4 种罕见病药品的配备情况。得到拉萨市 4 种药品均未配备，有 15 个城市只配备了 1 种药品，10 个城市只配备了 2 种药品，3 个城市配备了 3 种药品，仅有广州市和昆明市实现全部配备，反映罕见病药品的可及性在多数省份面临严峻挑战（见图 1.13）。

表 1.6：样本罕见病药品的覆盖省市数量

序号	覆盖省份数	覆盖城市数
P	30	82
Q	4	4
R	6	9
S	15	21
平均值	13.8	29

图 1.12：罕见病药品的省份覆盖率

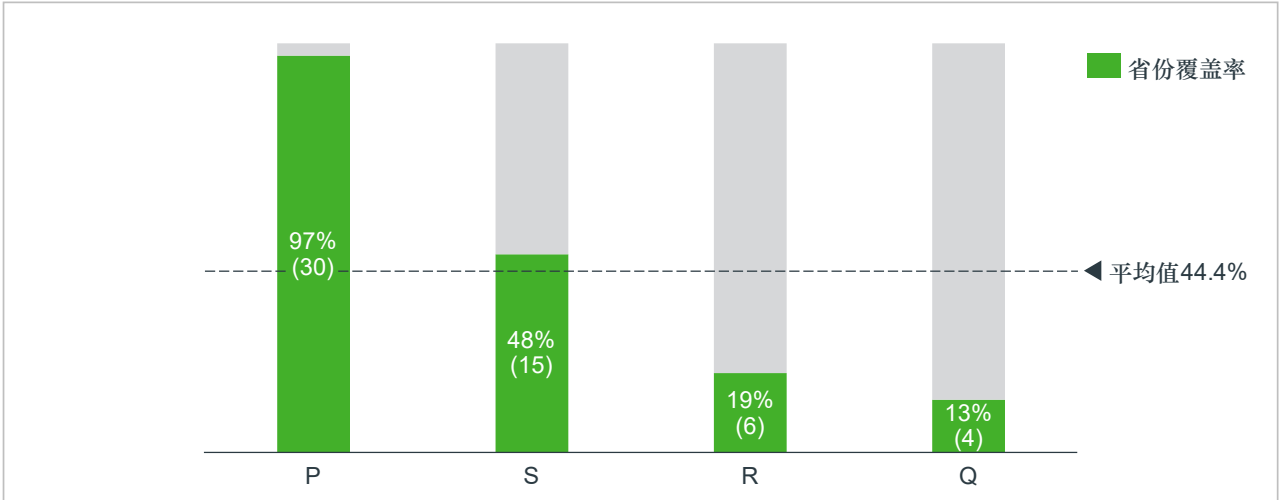
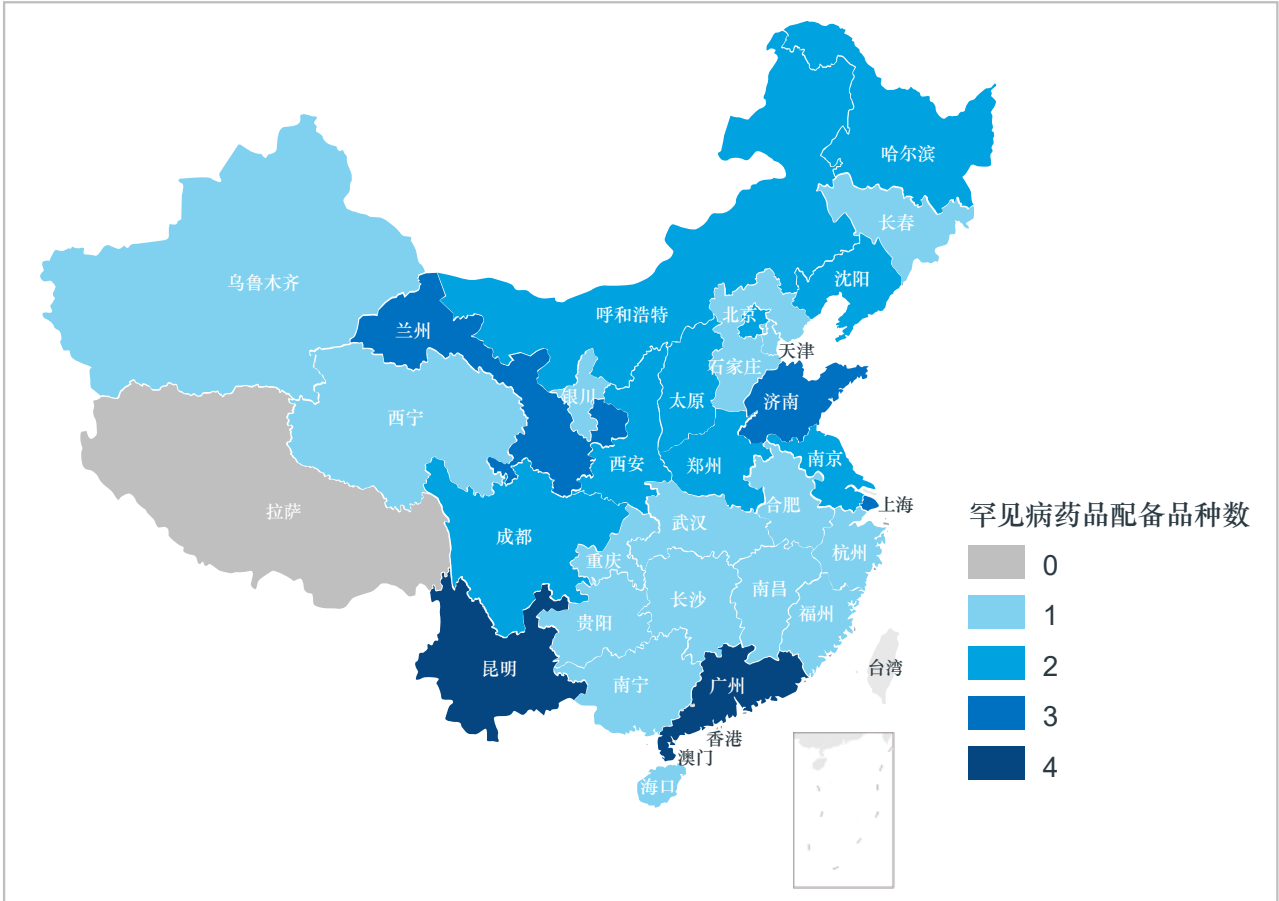


图 1.13：各省会城市（直辖市）样本罕见病药品配备品种数



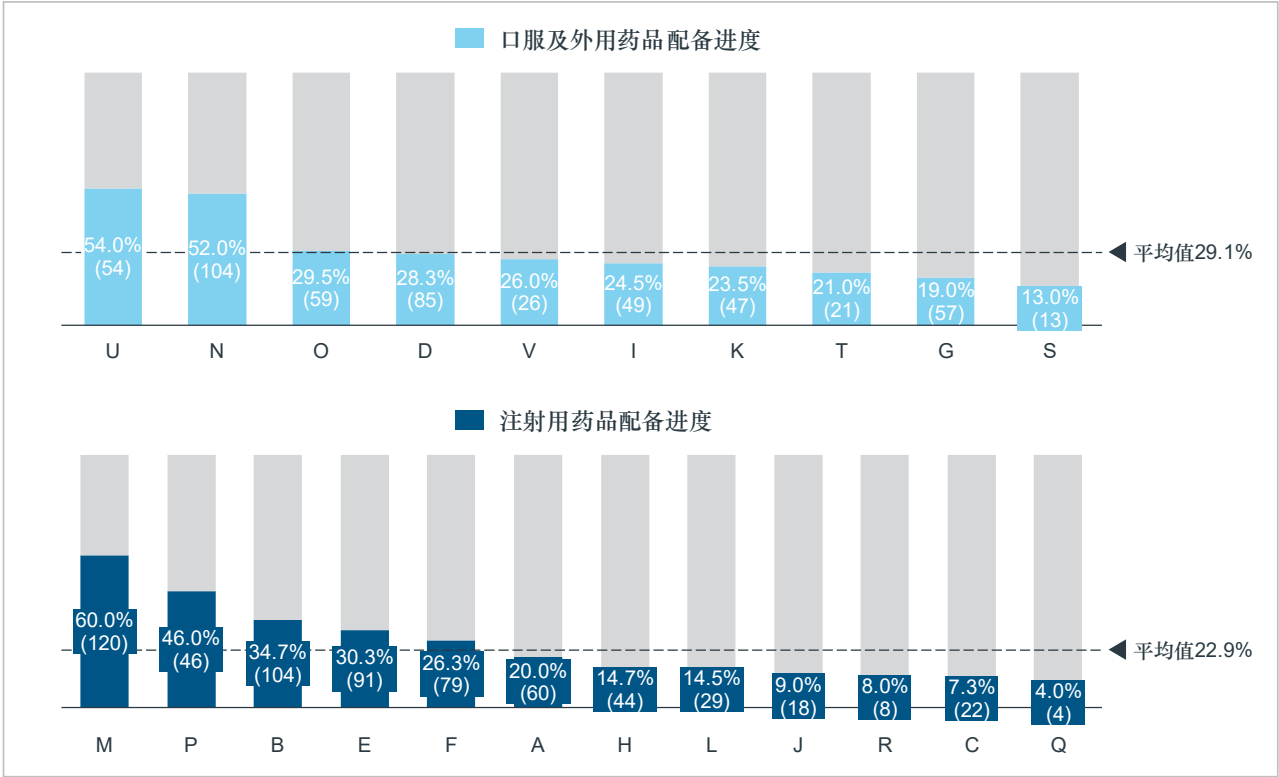
总体上，按样本医院配备进度比较，慢性传染性疾病和肿瘤药品配备进度相对较高，慢性非传染性疾病和罕见病药品配备进度相对较低。按地域覆盖面比较，慢性传染性疾病药品、肿瘤药品、慢性非传染性疾病药品地域覆盖面相对更广，罕见病药品地域覆盖面比较窄。罕见病药品的可及性问题急需改善，慢性非传染性疾病药品等其他领域药品的可及性情况同样不容乐观。

1.3 不同剂型药品配备水平分析

22 种样本药品中包括 9 种口服药品、1 种外用药品和 12 种注射用药品。为了解不同剂型药品的配备水平是否存在差异，本部分统计了每类药品的配备进度、省市覆盖情况。其中口服药品和外用药品合并为一类计算。

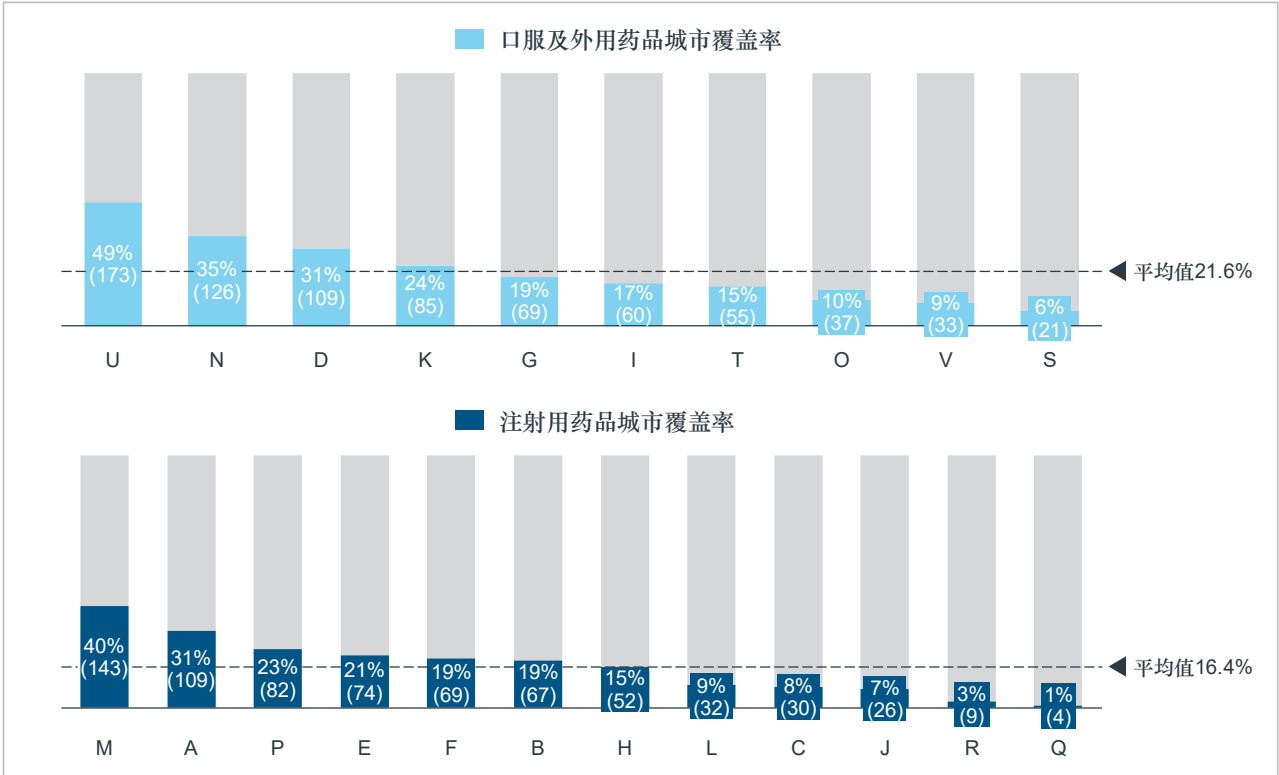
从药品在样本重点医院的配备进度来看，口服及外用药品中，配备进度最高为 54%，最低为 13%，平均为 29.1%（见图 1.14）。注射用药品中，配备进度最高为 60%，最低为 4%，平均为 22.9%，整体配备进度更低。考虑到药品 U、N、M、P 的信息均包含临采情形，如果排除这些药品再进行计算，注射用药品的配备进度依然低于口服及外用药品。

图 1.14：不同剂型样本药品的配备进度



从地域覆盖面来看，口服及外用药品的城市覆盖率最高为 49%，最低为 6%，平均为 21.6%（见图 1.15）。注射用药品的城市覆盖率最高为 40%，最低为 1%，平均仅为 16.4%。排除已知含临采情形的药品后，注射用药品的覆盖面依然更窄。

图 1.15：不同剂型药品的城市覆盖率



由数据可见，注射用药品的配备进度、地域覆盖情况均明显低于口服及外用药品。通常，注射剂类药品对于操作要求高，更需要在院内使用。对于造成剂型间差异的原因，报告工作组将进一步深入研究。

1.4 地区间谈判药品配备水平分析对比

研究方法

我国地域间医疗资源分布不平衡，各省市谈判药品配备情况存在一定差异。报告工作组基于国家医保服务平台“国家谈判药品配备机构查询”一栏内公开信息，梳理了每种药品已配备医院的所在省市信息，以了解各省市药品配备情况。本部分从省、市两级层面，对全国31个省（自治区、直辖市）¹的药品配备情况、19个重点城市的药品配备情况进行了分析对比。为反映各地药品可及性、医院配备情况的特点和差异，将主要从以下两个维度分析比较各省、各市的药品配备水平：

（1）一是从药品覆盖广度出发，统计每个省（市）配备的药品数量、每省已配备的药品覆盖了省内多少个城市，以反映药品种类是否齐全、覆盖地域是否广泛，体现药品可及性。使用的指标及计算公式为：

【配备品种数】=该省（市）已配备的药品品种数

【药品平均城市覆盖率】=该省已配备的每种药品的城市覆盖率，求平均值²

（2）二是从药品配备深度出发，统计每个省（市）里谈判药品进入了多少家三级医院、每家三级医院配备的谈判药品数量，以反映各地三级医院的谈判药品配备充分程度，体现三级医院工作进展。使用的指标及计算公式为：

【药品在三级医院平均配备进度】=每种药品已配备的三级医院数量/该省（市）三级医院总数³，求平均值

【三级医院平均药品配备率】=该省（市）每家三级医院配备的谈判药品数量/谈判药品总数，求平均值⁴

需要说明的是，由于罕见病和慢性传染性疾病药品配备面较窄，为缩小误差、便于省市间横向比较，在计算药品平均城市覆盖率、药品在三级医院平均配备进度、三级医院平均药品配备率时，只将慢性非传染性疾病和肿瘤药品纳入计算。

¹ 新疆生产建设兵团与新疆维吾尔自治区合并计算，统称新疆

² 该指标只用于省份分析，不用于重点城市分析

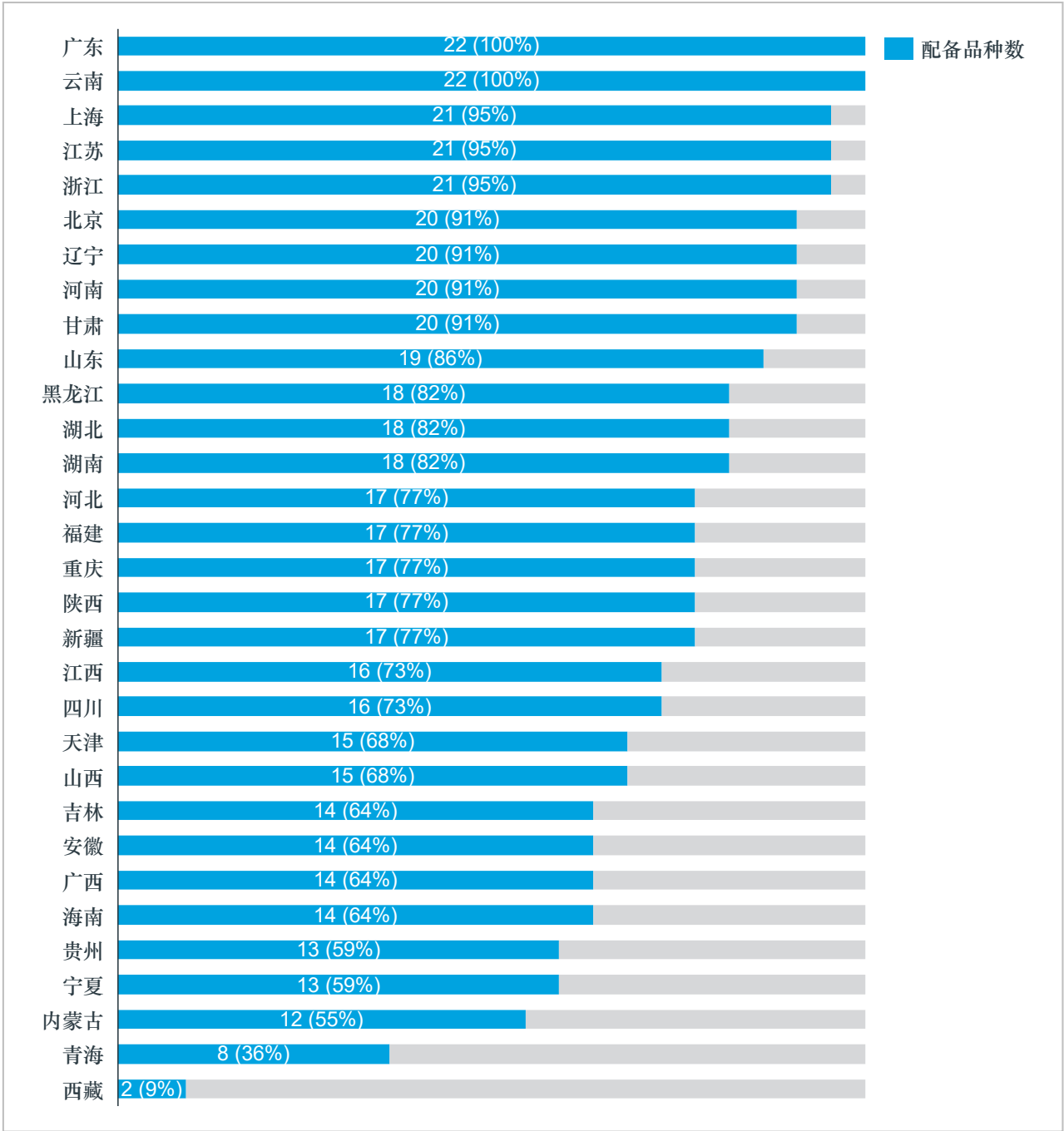
³ 资料来源：各地卫生健康委，米内网

⁴ 只计入配备品种数不为0的医院

1.4.1 各省份药品配备情况分析对比

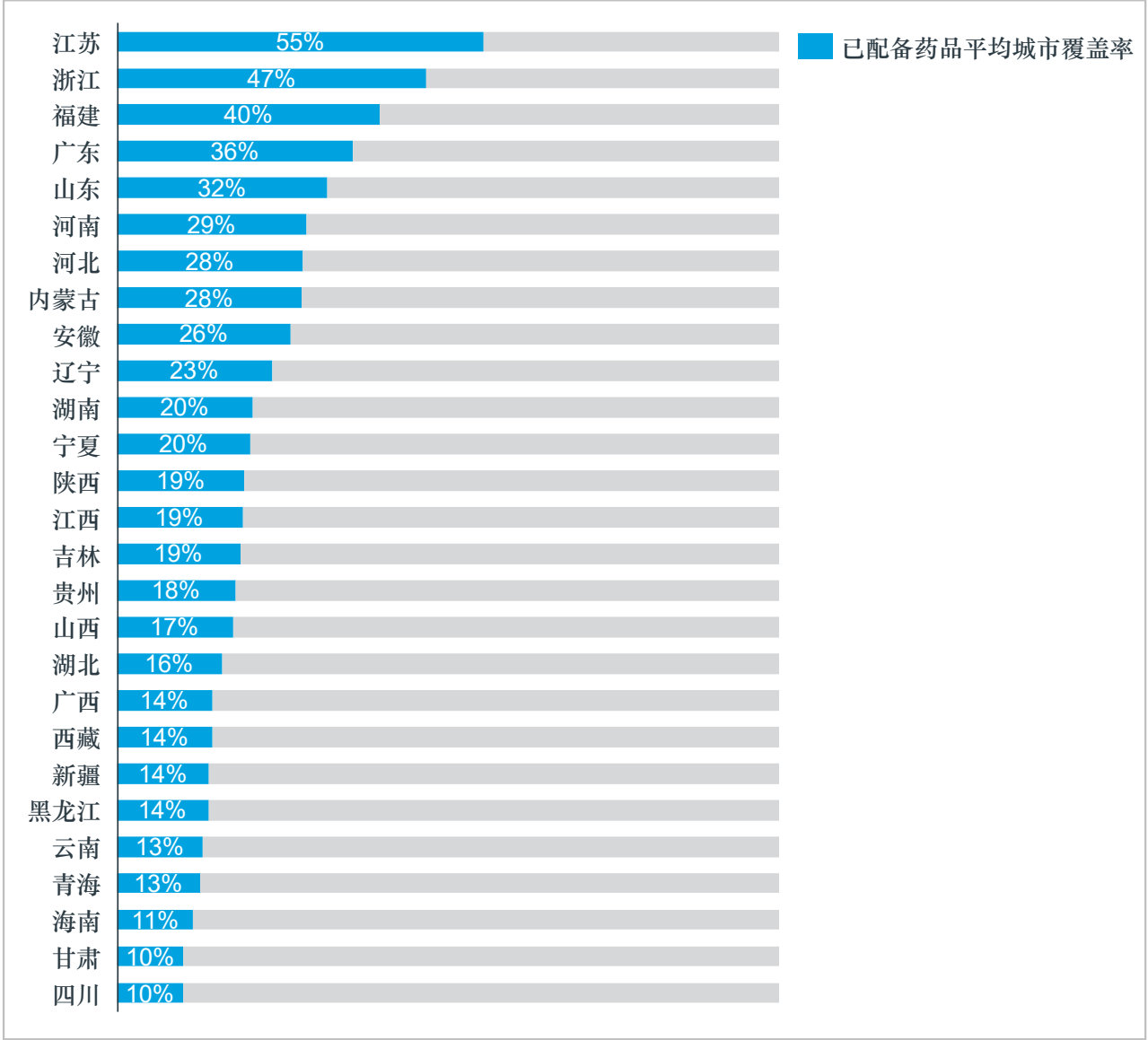
在药品覆盖广度上，从品种数量来看，广东和云南实现了 22 种药品全部配备，其余省份最少的仅配备了 2 种，各省平均配备品种数为 16.5 种，绝大部分省份的配备品种数在 12 种及以上（见图 1.16）。

图 1.16：各省样本药品配备品种数及占比



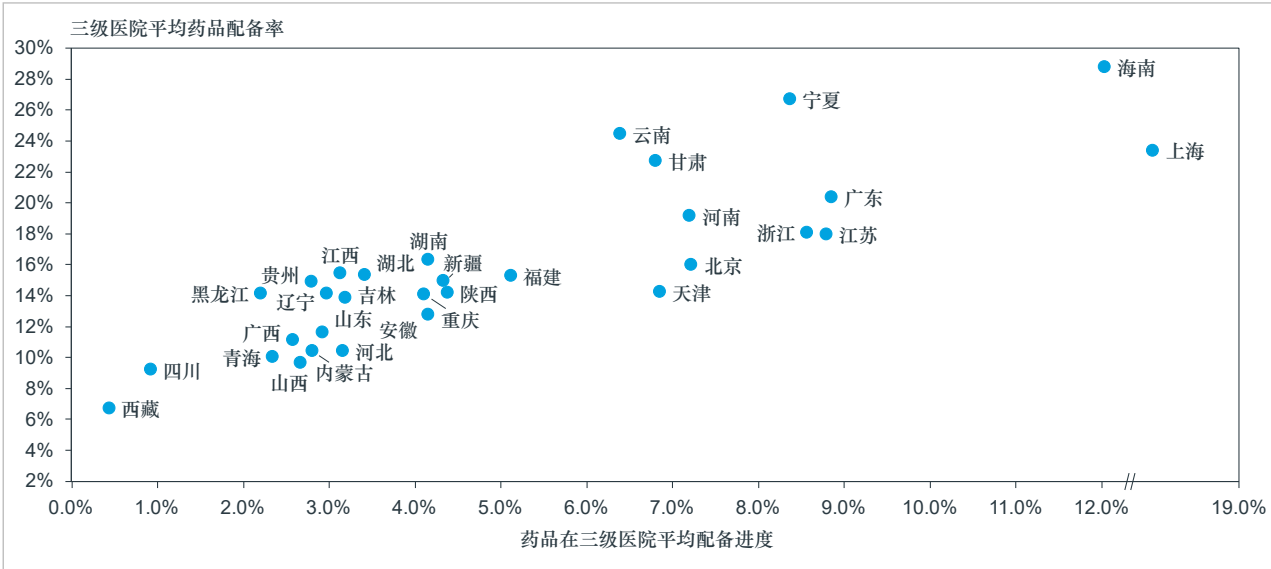
从各省已配备药品的平均城市覆盖率来看，排除四个直辖市后的 27 个省份中，各省内药品的城市覆盖率最高为 55%，最低为 10%，17 个省份在 20%及以下（见图 1.17），说明已配备药品的覆盖面仍然比较窄。

图 1.17：各省已配备药品平均城市覆盖率



在药品配备深度上，从药品在三级医院配备进度（横坐标）来看（见图 1.18），各省最高达 18%，最低不到 1%，集中分布在 2%~5%区间，表示多数省份里每种药品平均只覆盖了 2%~5%的三级医院。从三级医院平均药品配备率（纵坐标）来看，各省最高达 29%左右，最低为 7%左右，集中分布在 9%~18%区间，表示在多数省份里已配备了谈判药的三级医院只配备了 9%~18%的药品。各省总体药品配备进度、单个医院药品配备率都有极大的提升空间。

图 1.18：各省三级医院药品配备率和药品在三级医院配备进度

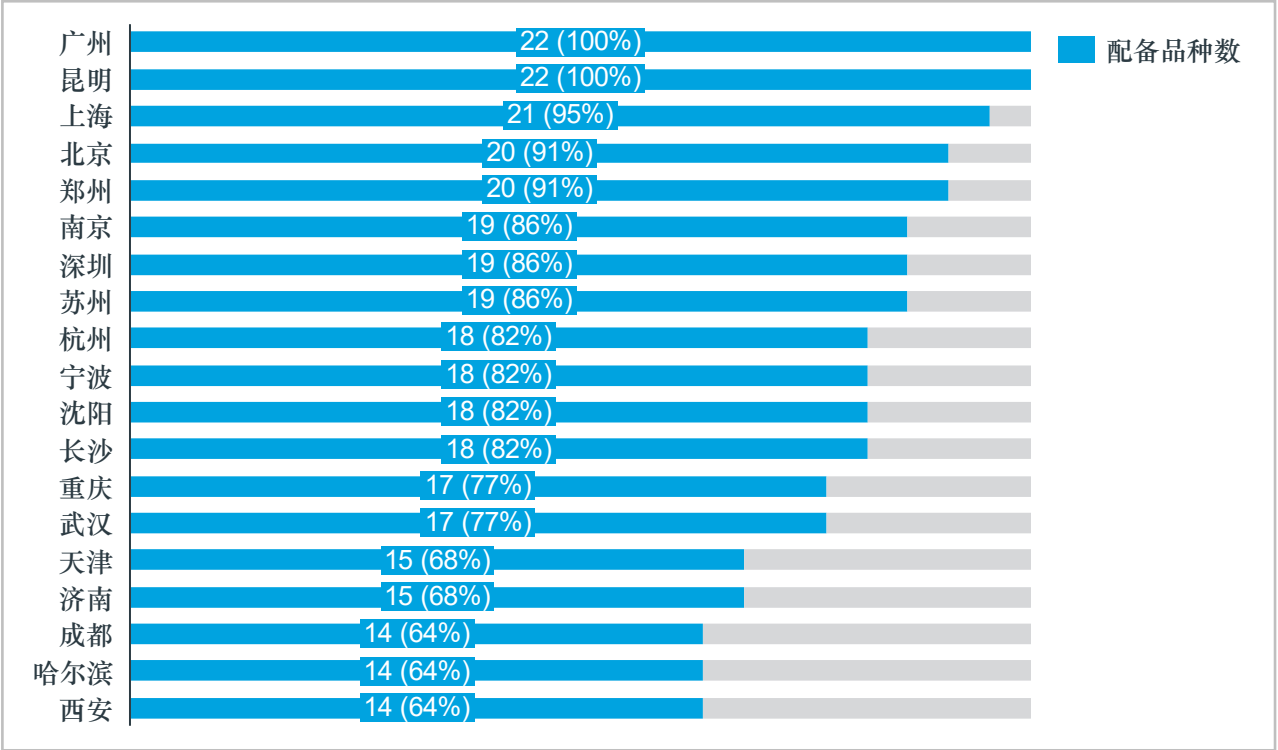


1.4.2 重点城市药品配备情况分析对比

为进一步了解重点城市的药品配备情况，本报告选取了药品销售额较高的 19 个城市作为研究样本，包括北京、上海和广州 3 个一线城市，深圳、天津、重庆、南京、苏州、杭州、宁波、郑州、长沙、武汉、济南、成都、西安、昆明、沈阳和哈尔滨 16 个二线城市，作为样本，从药品覆盖广度、药品配备深度两维度进行分析。

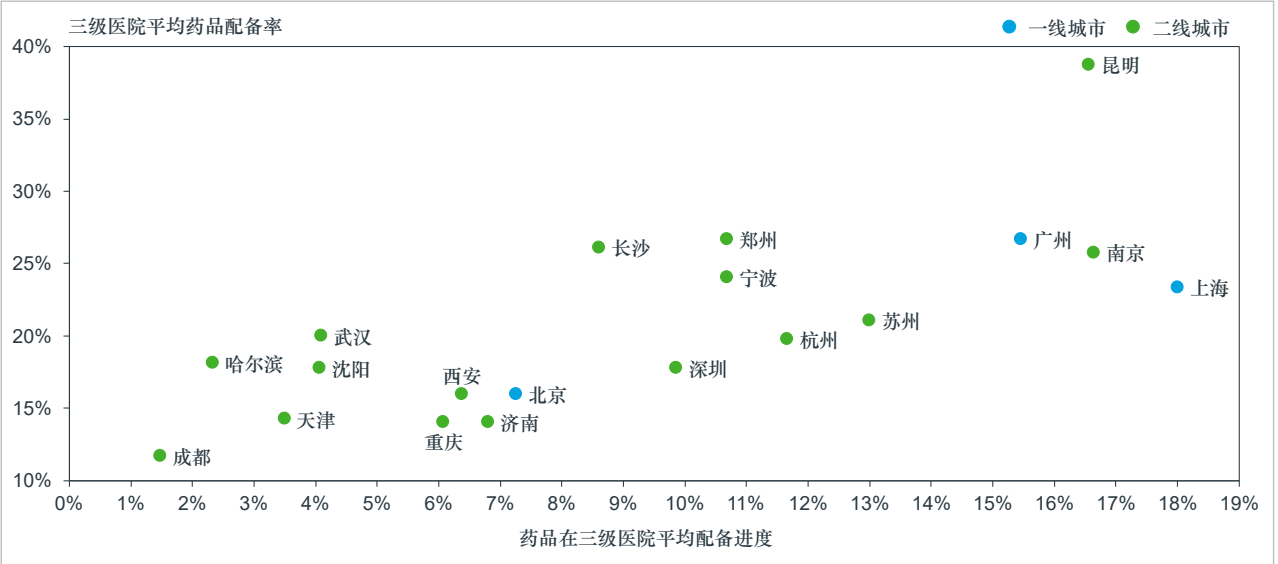
在药品覆盖广度上，19 个样本城市的样本药品配备品种数在 14~22 种之间，占比均超过 60%（见图 1.19）。广州和昆明实现 22 种样本药品全覆盖，上海、北京、郑州分别以 21、20、20 种的配备数紧随其后。

图 1.19：重点城市样本药品配备品种数及占比



在药品配备深度上，从药品在三级医院配备进度（横坐标）来看，各城市差异较大，最高达 18%，最低为 1.5%，散在分布，各城市平均为 9.1%。从三级医院平均药品配备率（纵坐标）来看，最高为 39%，最低为 12%，多数分布在 14%~26%区间（见图 1.20），各城市平均为 20.6%。考虑到相关城市为我国医疗资源最集中、医疗技术最先进的城市，药品配备水平还有较大的提升空间。

图 1.20：重点城市三级医院药品配备率和药品在三级医院配备进度



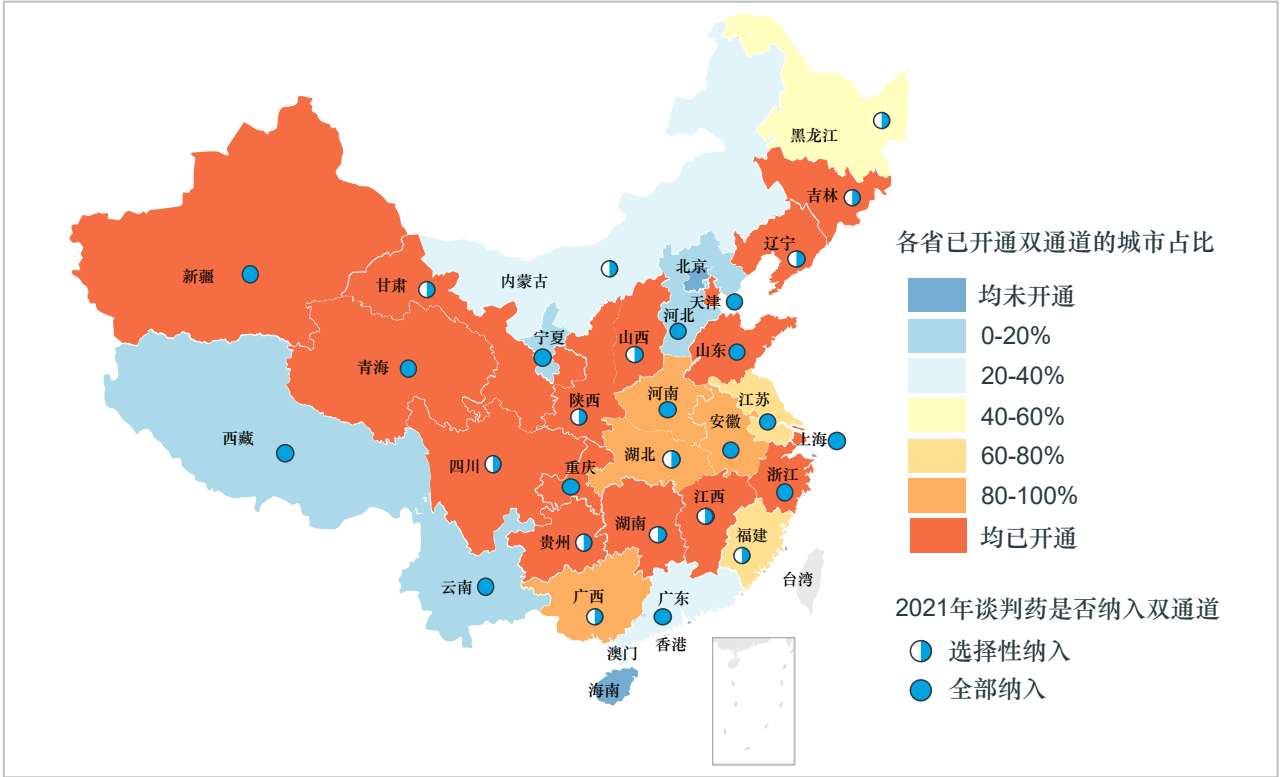
第二章 2021 年谈判药品“双通道”政策落地情况

除医疗机构外，零售药店也对药品供应发挥着重要的补充作用。2021 年，国家医保局、卫生健康委发布《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（医保发〔2021〕28 号），对谈判药品“双通道”管理统一提出了要求，为谈判药品配备供应提供了新的途径。对此，报告工作组开展了谈判药品“双通道”政策情况调研梳理¹，以了解各省“双通道”落地基本进展，进而整体讨论各省在谈判药品的两种供应渠道上的落地情况。

2.1 各省份“双通道”政策开通情况及谈判药品纳入“双通道”目录情况

从“双通道”政策开通情况来看，截至 2022 年一季度，已有 29 个省份发文建立谈判药品“双通道”管理机制²，但地市层面落实进展不一，多数省份中只有部分地市开通了“双通道”（见图 2.1）。海南省尚未发布“双通道”政策，北京市已经开通了定点药店处方外配医保结算，未针对谈判药品单独出台管理政策，暂按“未开通”归类。同时，建立“双通道”机制的省份均已把 2021 年新增的谈判药品纳入了“双通道”报销范围，15 个省份采取全部纳入，14 个省份采取选择性纳入。

图 2.1：各省“双通道”政策开通情况及谈判药品纳入“双通道”目录情况



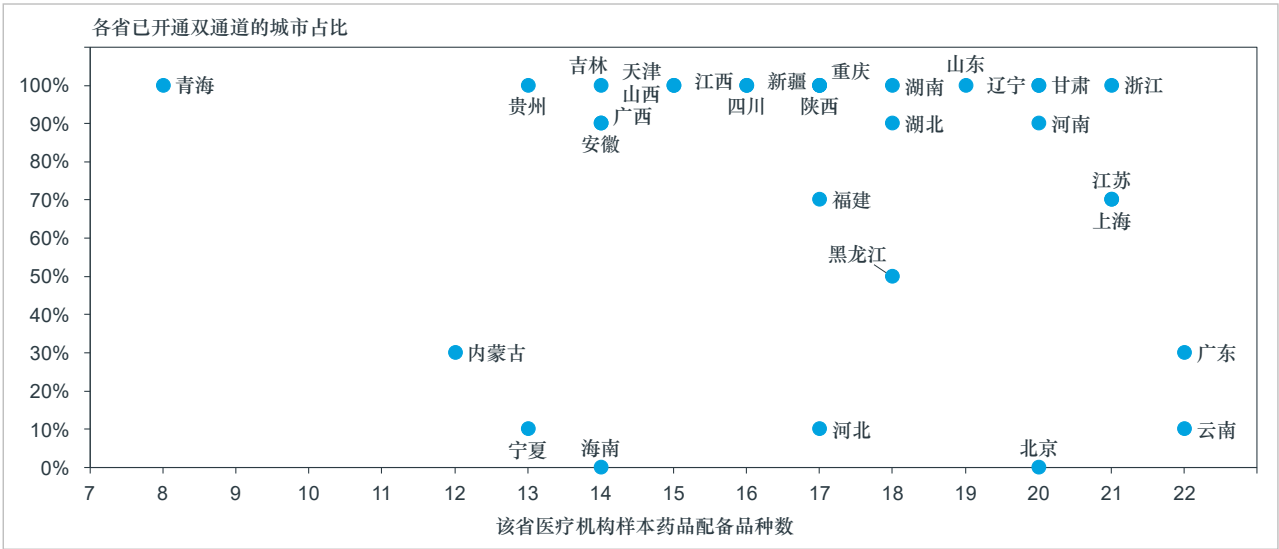
¹ 资料来源：案头研究，专家访谈

² 新疆维吾尔自治区与新疆生产建设兵团合并计算，统称新疆

2.2 各省医疗机构和零售药店综合落地情况

将各省份谈判药品进院配备情况和“双通道”政策开通情况结合起来讨论（见图 2.2），可以发现，多数省份对医院进药和药店报销的落实“两手抓”；有的省份医疗机构药品种类相对充足，优先选择医疗机构满足药品供应需求，“双通道”开通进度相对较慢；有的省份医疗机构药品种类不足，通过开通零售药店供应发挥补充作用；也有省份在两种渠道均表现欠佳。

图 2.2：各省样本药品配备品种数和“双通道”政策开通情况



此外，据调研了解，在很多已经出台了“双通道”政策的地区，患者实际购药时也可能遇到一系列问题，例如指定药店名单迟迟未发布，处方外流机制未打通，药店与医保的结算细则未出台，患者需先垫付后报销等，可能导致患者实际购药难或者无法享受到医保支付。围绕“双通道”政策落地过程中的处方外流、医保报销等问题，报告工作组将进一步深入研究。

第三章 谈判药品进院配备的主要困难

自新版医保药品目录公布以来，各省份均积极出台了谈判药品进院落地政策，但从数据分析来看，谈判药品总体配备水平还有提升空间，有部分地区落地进度相对较慢，部分类别药品例如罕见病药品、注射剂药品落地进度相对较差。究其原因，谈判药品进院配备还存在以下主要困难。

3.1 政策管理方面

3.1.1 落地政策不够细化量化，政策约束力有限

各省均围绕 2021 年谈判药品进院工作出台了相应政策，但在多数政策文件中，对医疗机构药品配备工作的要求不够具体详细，缺少量化评价方式，也没有建立对配备结果的跟踪督导机制，后续执行效果可能不及预期。

例如，多数省份都在文件中提出鼓励医疗机构及时召开药事会论证谈判药品入院，但其中大部分未对药事会的召开时限做出要求，因此对医疗机构约束力有限；又或者做出了时限要求，例如，有的省份要求在新版医保药品目录公布后 3 个月内召开，但是文件发布后后续的跟进督导和考核力度不足，导致一些医疗机构仍旧不召开药事会。

3.1.2 谈判药品落地促进政策与医疗机构费用控制政策的衔接有待完善

谈判药品多数为高值药品，这对于医疗机构配备使用造成了较大的控费压力。在过去很长一段时间内，医药卫生主管部门利用药占比、次均费用增幅、医保总额控制、按病种付费等措施对医疗机构进行考核约束，以控制医疗卫生支出，另一方面也不可避免地影响了医疗机构对高值药品配备使用的积极性。

近年来，各界看到国家已在推进对谈判药品的考核控费政策进行“松绑”。2021 年 9 月国家医保局、卫生健康委联合印发的《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》（医保函〔2021〕182 号）就已提出“对单独支付的谈判药品不纳入医保总额”、“将合理使用的谈判药品单列，不纳入药占比、次均费用等考核指标范围”、“对实行 DRG 等支付方式改革的病种，要及时根据谈判药品实际使用情况合理调整该病种的权重”。2022 年 3 月，国家卫健委印发《国家三级公立医院绩效考核操作手册（2022 版）》，最新版手册修订了“剔除有关项后的医疗收入增幅、门诊次均费用增幅、门诊次均药品费用增幅、住院次均费用增幅、住院次均药品费用增幅”5 个指标，将谈判药品费用、罕见病药品费用剔除在外，免受医疗费用年度总体增长限制。这些举措体现了国家对于保障谈判药品落地的决心和期望。

尽管国家医保局、卫生健康委已发布相应要求，但具体到地方上，各地落实情况不一，

往往导致政策效果打折扣。例如，针对谈判药品不占医保总额这一措施，一些省份发文后，具体到地市层面没有发布明确的制度文件支持和参考。针对 DRG/DIP 的一些灵活调整方式例如谈判药单列支付等，在执行中也可能遇到技术困难。此外，除了这些考核指标，主管部门对医疗机构的控费管理机制穿插在医疗行为中的方方面面，考核指标广泛多样，导致落地阻力难以避免。

3.2 医疗机构方面

3.2.1 在外部，各种考核约束机制对医疗机构配备使用谈判药品造成制约

费用考核、品规数量控制等是长期以来影响新药入院的因素。在主管部门长期考核下，医院普遍建立了内部管理约束机制。尽管医保和卫生健康部门出台了针对谈判药品不纳入相关考核的要求，但一方面地方上政策落地程度不一，另一方面仍有较多医院在内部管理中未及时更新跟进，而是沿用过去的考核方法。例如，医院常常提及的品规数量考核指标，源于原卫生部《三级综合医院评审标准实施细则（2011 年版）》，此后的新版评审标准中已经不再使用这一指标，但长期考核促使大量医院仍将品规数量作为院内考核指标，引进一种新药则必须“踢出”一种现有药品，进而制约了其引进和使用谈判药品。

对于不能及时召开药事会，又确有临床需求的，医疗机构可以采取临时采购引进所需药品。但在实际工作中，临时采购程序往往比较繁琐，由于需要经过临床科室、药学部、院领导多重审批，部分医院还需要经药事会论证通过，导致整个临采流程耗时长，时间跨度可能达 2 周以上，难以满足住院患者及时用药需求；同时，采购次数、采购量、使用病人严格受限，例如要求每种药品每年临时采购不超过 3 次，采购数量每次不超过单个病人 1 个疗程所需数量，不利于一部分具有长期治疗需求的患者。

3.2.2 在内部，医院用药目录调整的复杂性和新药引进成本导致一些医疗机构对引进新药动力不足

随着国家医保谈判常态化，谈判准入药品数量逐年增加，医院在进行新产品准入的同时，往往伴随着旧产品的退出，这对医院的用药目录管理能力提出了更高要求。但目前，我国多数医院未建立规范化、常态化的药事会制度，更遑论与国家医保谈判相匹配的药事会机制，用药目录管理能力还有待提升。此外，从医院财务角度出发，引进新药不仅不能带来收入加成，反而伴随一系列管理成本的增加。两因素叠加，导致在没有外部驱动力的情况下，一些医院主动引进新药的动力不足。同时，随着谈判药品“双通道”机制的建立，一些医院对政策理解不到位，认为谈判药品在零售药店有供应即可，从而收紧进院管理。在这些因素下，一些医院不愿意召开药事会，或者仅象征性召开药事会准入极少量的谈判药品。因此，迫切需要由医药卫生主管部门采取约束政策或者鼓励激励政策，才能引导医院充分配备谈判药品。

第四章 谈判药品进院配备的优秀地方经验总结

针对上述困难，已经有地方积累了比较有效的实践经验。数据显示，江苏、浙江、上海、云南等省市在谈判药品进院配备上取得了相对更优的成果。报告工作组深入研究了这些地区的案例经验，提炼总结了优秀地区的共性做法。

4.1 定时限要求医疗机构召开谈判药品专题药事会，进行跟进监督

明确要求医疗机构在 1~3 个月内召开药事会，并定期跟进谈判药品配备使用情况。例如，江苏省医保局在“苏医保函〔2021〕340 号”文中，要求定点医疗机构在新版目录公布后 1 月内召开国谈药进院专题药事会；浙江省医保局在“浙医保联发〔2021〕24 号”文中，要求新版国家医保药品目录公布后三个月内要召开药事会。两省后续实际执行情况显示，2022 年以来医疗机构药事会召开频率明显上升。同时，江苏还对药品落地情况持续跟进，在谈判药品落地后的前三个月内，组织医疗机构每月至少报送两次药品使用支付情况，从第四个月起组织医疗机构按月报送药品使用情况，确保了医院的执行力度。

4.2 对谈判药品配备情况设置量化指标并开展考核

医保部门或卫生健康部门对医疗机构配备谈判药品品种数设置量化指标，纳入考核。例如，浙江省医保局在“浙医保联发〔2021〕24 号”文中，对三级公立医院的谈判药品品种配备率规定了具体指标，其中三甲公立综合医院谈判药品品种配备率不低于 30%，三级公立专科医院不低于相应专科谈判药品品种的 60%，在后续执行中，多数重点三甲医院的药品配备率能够达到相应指标；云南省医保局自 2020 年起着力推动谈判药品落地工作，指定昆明市 14 家医院重点推进谈判药品配备，要求指定医院谈判药品配备率不低于 50%，经过两年的持续宣传、跟进和督导，指定医院的药品配备率基本实现了这一要求；上海市卫健委在 2021 年医疗机构合理用药考核工作中，将医院用药目录中谈判药品数量比例纳入考核指标，三级综合医院品种数量占比>8%可得满分。这三个省（市）谈判药品配备数量均居各省前列，反映设置配备率考核这一做法具有较佳的实践意义。

4.3 与医疗机构沟通分配药品配备任务，压实医疗机构配备主体责任

深入医疗机构开展调研和动员，组织医疗机构根据功能定位配备药品，明确配备任务。典型代表为云南省。云南省医保局组织昆明市 14 家指定医院根据其功能定位申报拟配备的药品，其中儿童医院承担儿科用药配备任务，中医院承担中成药配备任务，三甲综合医院承担一般化药配备任务，以实现各种谈判药品都至少有一家医院配备。

4.4 明确谈判药品不纳入相关费用控制指标

医保部门、卫生健康部门分别出台相关政策，明确谈判药品不纳入医保总控、费用考核等。例如，江苏医保局对谈判药品实施“单行支付”政策，对纳入单独支付的谈判药品，不纳入医院医保总额范围；云南早在 2020 年初，就由省医保局联合卫健委发文取消了谈判药品药占比、门诊次均费用增幅、门诊次均药品费用增幅、住院次均费用增幅、住院次均药品费用增幅等 5 项考核指标，经过持续的政策宣导、培训，推动效果明显。

第五章 进一步做好谈判药品配备工作的建议

为进一步做好谈判药品配备工作，本报告借鉴上述地方的优秀经验，总结提出了促进谈判药品进院配备的几项措施，以期为后续的谈判药品落地政策制定提供参考方向。我们建议，国家医保局、卫生健康委共同研究制定促进谈判药品进院配备的具体措施，为地方落地执行提供指导意见，并指导各省及时调研总结本省情况，出台省级层面的工作方案。

5.1 建议国家医保部门、卫生健康部门从以下方面推动工作的开展

5.1.1 研究制定细化量化的谈判药品配备要求，指导各省参考执行，以压实医疗机构的药品配备主体责任

一是要求医疗机构在新版医保药品目录公布后的规定时限内召开药事会。具体时限可设置为最多不超过3个月，鼓励各地根据自身实际缩短时限至1~2个月。对于各地已经做出时限要求，但没有跟进督导的，应及时跟进督导；对于没有做出时限要求的，应督促尽快出台政策落实。

由于很多医院还未形成常态化的药事会机制，一些医院的药事会召开周期长达一到两年，可能会导致一些谈判药品无法在当年参加药事会，甚至可能出现谈判药品身份“到期”转入常规目录后依然未能参加药事会的情况。因此，建议对往年谈判药品、协议到期后转入常规目录的原谈判药品也允许纳入药事会论证范围，以促进药品可及。

二是对医疗机构配备使用谈判药品情况设置指标并进行考核。在每一批新版医保药品目录公布后明确谈判药品配备品种数量要求，对各级各类医院的设置相应考核标准，例如三甲综合性公立医院谈判药品配备率不低于30%，涵盖当年及往年谈判药品。除此之外，建议卫生健康部门将相关指标纳入医疗机构考核体系中，参考基本药物的考核方式，将谈判药品的配备使用情况纳入公立医院绩效考核、合理用药考核、医疗机构等级评审体系，以逐步提高医疗机构对谈判药品配备使用工作的重视程度，逐渐形成医疗机构对谈判药品的主动引进、配备使用的长效机制。

在制定具体考核要求时，建议各地根据自身医疗水平和功能定位制定考核标准。例如，对于北京、上海、成都、广州等核心城市以及各省的省会城市等，由于这些城市往往承担了区域医疗中心的功能，就诊人次多、疑难重症病例多，可以设置相对更高的配备要求，以充分满足当地及周边患者需求。

三是协调重点医院根据其功能定位配备谈判药品。建议协调重点医院主动申报谈判药品的配备计划，或者指定具体医院根据功能定位配备相应的谈判药品，实现一定地区范围内谈判药品全配备，以满足患者本地就医需求。此外，针对罕见病药品可及性较差的问题，

建议充分发挥全国罕见病诊疗协作网功能，建议要求省级牵头医院对国谈罕见病药品做到“应配尽配”，鼓励成员医院根据诊疗分工和学科特点配备相应药品，实现罕见病患者“就医不出省”。同时，建议对往年谈判药品配备情况“查漏补缺”，把往年谈判药品也纳入配备范围，对临床确有需求、不可替代的往年谈判药品，及时协调医院进行配备。

四是对政策要求落实情况和谈判药品配备情况开展进度跟踪和督导。发布相关政策后，建议地方医保部门、卫生健康部门持续跟进政策要求落实情况，定期（例如按月）统计、通报、公示医疗机构谈判药品配备情况，发现问题及时纠偏，探索开展奖惩。

5.1.2 督促地方放开谈判药品费用考核等约束规定，解决医院配备使用谈判药品的后顾之忧

一是对于已经在国家层面的政策文件中明确要求的“谈判药品不纳入医院用药品规数量控制、药占比、次均费用，单独支付药品不纳入医保总额预算，实行 DRG 的病种及时调整病种权重”等规定，指导各省医保部门、卫生健康部门在省级层面的文件中予以明确。同时，鼓励各地调研分析当前医疗机构考评体系中各项指标对谈判药品配备使用的影响，及时修订其他可能影响谈判药品进院的指标。为确保相关政策发布后落到实处，建议要求各地市医保部门、卫生健康部门根据职责及时更新相关考核标准、支付方式和结算标准等配套文件，对医疗机构开展培训，使医疗机构了解最新政策，以化解医疗机构对谈判药品配备的顾虑，并引导医疗机构逐步优化内部考核体系，实现谈判药品按临床需求“应配尽配”。

二是对于不能及时召开药事会又确有临床需求的，鼓励各地开放临时采购绿色通道，并指导医疗机构优化临时采购流程、缩短患者等待周期。例如，对同一患者同一药品第二次申请用药时简化流程，建议临采审批周期不超过一定工作日等。此外，建议各地探索减少对谈判药品临时采购的病人数、采购量、采购次数限制的方案，以保证确有需求的患者能及时用上药品。

建议国家医保局、卫生健康委，研究制定上述政策措施，指导各地结合自身实际，查漏补缺制定工作方案，及时出台本省相应政策。同时，建议组织各地开展经验分享和交流学习，以便帮助推广具有价值的地方经验。

5.2 建议各地医保部门、卫生健康部门从以下方面推动工作的开展

5.2.1 以医疗机构作为药品配备供应主体，因地制宜采取不同推进方式

在落地思路，坚持以医疗机构作为药品配备供应的主体，夯实医疗机构主体责任，在此基础上因地制宜采取不同的推进方式。例如，对于整体医疗水平较高、医疗资源充足的地区，建议以市为单位推进谈判药品在医院优先配备，以药店为补充；对于整体医疗水平一般、诊疗资源有限的地区，建议以省为单位选择重点城市、重点医院推进谈判药品配备，对医疗水平较低或病例较少的地区通过“双通道”保障供应，以保证谈判药品实现省

内可及，并尽量扩大药品的地域覆盖面。同时，在“双通道”政策推广过程中，避免医院以“双通道”药店落地为理由，收紧药品进院通路这一现象的发生。

5.2.2 制定细化量化的药品配备要求并放开费用考核等约束规定，并加强落地指导

在具体工作上，建议省级医保部门、卫生健康部门深入调研了解医疗机构面临的困难和诉求，以及地市对于国家要求谈判药品不纳入相关考核的落实情况，随后，按照国家方案，结合本省实际，从省级层面统筹制定药品配备考核要求、调整费用考核体系，包括制定药事会召开时限，制定谈判药品配备考核指标，沟通医疗机构配备任务，对谈判药品不纳入品规数量、药占比、医保总额，明确最新版三级公立医院绩效考核手册提出的谈判药品费用、罕见病药品费用不纳入次均费用增幅考核，出台相应详细文件。

文件发布后，建议加强对地市执行情况的指导力度，指导地市及时调整发布相应管理细则。同时，深入开展医疗机构的政策宣传教育，提高医疗机构对最新政策的理解和认知，推动医疗机构及时调整内部考核机制，例如及时废止品规总数限制、药占比等指标。政策落地后，定期跟进医院药品配备情况，持续督导考核。

5.2.3 深化部门间的协同合作

从长期角度，要想深入推动医疗机构完善新药引进工作机制、优化用药目录管理工作，离不开各级卫生健康部门的支持和指导。因此，建议各地深化医保部门和卫生健康部门的协同合作，形成紧密的部门协作机制，例如围绕谈判药品落地工作成立跨部门专项工作小组，以便充分发挥卫生健康部门对医疗机构药事管理工作的指导作用。

建议卫生健康部门在调整完善药品使用考核机制的同时，对医疗机构的药事会工作进行进一步规范指导，推动医疗机构提高医院用药目录管理水平，建立医院用药目录的评估和调入调出机制，使具备更优临床价值的谈判药品及时进入临床使用，让患者获益。

附表一 各省样本药品配备情况统计

省份	配备品种数	品种数占比	样本药品平均覆盖城市数	样本药品平均城市覆盖率	样本药品平均已配备三级医院数	样本药品在三级医院平均配备进度	三级医院平均配备药品数量	三级医院平均药品配备率
北京	20	91%	1.0	-	8.1	7.2%	2.4	16%
天津	15	68%	1.0	-	3.1	6.9%	2.1	14%
河北	17	77%	3.1	28%	3.3	3.2%	1.6	10%
山西	15	68%	1.9	17%	1.7	2.7%	1.4	10%
内蒙古	12	55%	3.3	28%	2.6	2.8%	1.6	10%
辽宁	20	91%	3.3	23%	4.9	3.0%	2.1	14%
吉林	14	64%	1.7	19%	1.8	3.2%	2.1	14%
黑龙江	18	82%	1.8	14%	2.4	2.2%	2.1	14%
上海	21	95%	1.0	-	10.3	18.0%	3.5	23%
江苏	21	95%	7.2	55%	10.3	8.8%	2.7	18%
浙江	21	95%	5.1	47%	12.5	8.6%	2.7	18%
安徽	14	64%	4.2	26%	4.3	4.2%	1.9	13%
福建	17	77%	3.6	40%	4.7	5.1%	2.3	15%
江西	16	73%	2.1	19%	2.9	3.1%	2.3	15%
山东	19	86%	5.1	32%	6.1	2.9%	1.7	12%
河南	20	91%	5.1	29%	8.8	7.2%	2.9	19%
湖北	18	82%	2.2	16%	5.2	3.4%	2.3	15%
湖南	18	82%	2.9	20%	4.7	4.2%	2.4	16%
广东	22	100%	7.5	36%	21.7	8.9%	3.0	20%
广西	14	64%	2.0	14%	2.3	2.6%	1.7	11%
海南	14	64%	2.2	11%	4.6	12.0%	4.3	29%
重庆	17	77%	1.0	-	2.7	4.1%	2.1	14%
四川	16	73%	2.1	10%	2.7	0.9%	1.4	9%
贵州	13	59%	1.6	18%	1.9	2.8%	2.2	15%
云南	22	100%	2.1	13%	7.2	6.4%	3.7	24%
西藏	2	9%	1.0	14%	0.1	0.4%	1.0	7%
陕西	17	77%	1.9	19%	3.4	4.4%	2.1	14%
甘肃	20	91%	1.4	10%	3.4	6.8%	3.4	23%
青海	8	36%	1.0	13%	0.6	2.4%	1.5	10%
宁夏	13	59%	1.0	20%	1.3	8.4%	4.0	27%
新疆	17	77%	2.1	14%	2.5	4.3%	2.2	15%

备注：配备品种数和品种数占比根据全部 22 种样本药品计算，其它指标仅计算样本药品中的 15 种慢性非传染性疾病药品和肿瘤药品。

附表二 重点城市样本药品配备情况统计

城市	配备品种数	品种数占比	样本药品平均已配备三级医院数	样本药品在三级医院平均配备进度	三级医院平均配备药品数量	三级医院平均药品配备率
北京	20	91%	8.1	7.3%	2.4	16%
天津	15	68%	3.1	6.8%	2.1	14%
上海	21	95%	10.3	18.0%	3.5	23%
重庆	17	77%	2.7	4.1%	2.1	14%
成都	14	64%	1.4	1.5%	1.8	12%
广州	22	100%	10.9	15.5%	4.0	27%
哈尔滨	14	64%	1.3	2.3%	2.7	18%
杭州	18	82%	5.5	11.7%	3.0	20%
济南	15	68%	1.4	3.5%	2.1	14%
昆明	22	100%	6.2	16.6%	5.8	39%
南京	19	86%	5.4	16.7%	3.9	26%
宁波	18	82%	2.4	10.7%	3.6	24%
深圳	19	86%	4.3	9.9%	2.7	18%
沈阳	18	82%	2.1	4.1%	2.7	18%
苏州	19	86%	4.0	13.0%	3.2	21%
武汉	17	77%	4.0	6.1%	3.0	20%
西安	14	64%	2.9	6.4%	2.4	16%
长沙	18	82%	2.9	8.6%	3.9	26%
郑州	20	91%	4.3	10.7%	4.0	27%

备注：配备品种数和品种数占比根据全部 22 种样本药品计算，其它指标仅计算样本药品中的 15 种慢性非传染性疾病药品和肿瘤药品。



中国外商投资企业协会药品研制和开发行业委员会

地址：中国北京市朝阳区东三环北路 8 号 北京亮马河大厦 1 座 506 室

邮编：100004

电话：8610-6590 7696

传真：8610-6590 7697

网址：www.rdpac.org