



国家医保谈判药品落地现状 和地方实践经验研究报告



2024年1月

中国外商投资企业协会药品研制和开发工作委员会 (RDPAC)

摘要

到 2023 年底，我国已连续开展七轮国家医保药品谈判，超 400 种创新药品通过谈判进入基本医保药品目录，显著提升了创新药物可及性，增进患者健康福祉。国家医保局、国家卫健委高度重视谈判药品落地工作，陆续发布多个文件推动落地工作，以确保患者真正买得到、用得上谈判药。为全面了解谈判药品落地情况，中国外商投资企业协会药品研制和开发工作委员会（RDPAC）对谈判药品的落地情况进行了分析调研，形成本研究报告。

本报告以 2022 年版国家医保药品目录的协议期内谈判药品中 260 种符合条件的药品¹为研究样本，以国家医保服务平台“国家谈判药品配备机构查询”²为数据源，对谈判药品的医疗机构配备情况进行了分析，并对比了 2021-2022 年两批谈判药品落地速度的差异。同时，报告剖析了谈判药品落地链条尚存的堵点，并梳理了具有借鉴意义的地方落地政策，以期进一步畅通谈判药品落地“最后一公里”。报告关键发现如下：

落地情况分析：在各级医保和卫健部门的高度重视和积极推动下，谈判药品的医疗机构配备情况稳步提升，但总体配备水平依然较低，新谈判药品落地更加困难

近年来，各地医保和卫健部门在国家指导下不断完善谈判药品落地工作，一些省市在落地政策措施上做出了积极大胆的探索。从 2022 年 6 月到 2023 年 9 月，各批谈判药品在我国医疗机构的进院数量均持续增加。然而，谈判药品总体配备水平依然较低，截至 2023 年 9 月底，260 个样本谈判药品在全国三级医院覆盖率³的中位值为 7.8%（261 家），约 60% 的样本药品仅覆盖不到 10% 的三级医疗机构。值得关注的是，谈判药品数量的持续增加使医疗机构在用药目录管理和临床用药管理上面临的挑战随之加剧，对配备使用谈判药品的态度更加保守谨慎。2022 年批次样本谈判药品（84 个）执行后的落地速度显著慢于 2021 年批次样本药品（66 个），两批药品落地半年后的进院数量中位数分别为 114 家和 235 家，三级医院覆盖率中位值分别为 2.5% 和 5.4%，新谈判药品落地更加困难。

落地堵点分析：谈判药品的进院、处方、支付和“双通道”供应环节尚存在六项主要堵点

一是医疗机构尚未普遍建立与医保谈判相适应的药事会制度。药事会召开慢、经地方医保卫健部门多次督促后才召开、个别医院甚至多年未召开的现象广泛存在。以我国南方

¹ 样本药品选取条件为：从获批上市到首次医保谈判时间不超过 5 年，且在国家医保服务平台中有数据公示

² 该平台信息由相关药品生产企业自主申报，由于各企业报送口径不一和潜在统计误差等，可能与实际配备情况存在一定偏差；数据仅反映药品配备情况，据了解部分药品的配备信息也包含临时采购

³ 药品的三级医院覆盖率=药品已进入的三级医院数量/三级医院总数，全国三级医院总数按照《2022 年我国卫生健康事业发展统计公报》披露的截至 2022 年末共 3523 家计算

地区某省为例，2022年版医保药品目录落地后，截至2023年10月中旬全省137家主要三甲医院中仅有约三成医院召开了新药会。

二是医疗机构药品品种数量管理导致谈判药品无法得到“应配尽配”。对于已召开药事会的医院，多数存在进院新药数量受到不合理限制的情况，未能实现对谈判药品按需“应配尽配”。医院用药目录品种数控制是导致新药进院数量受限的首要原因。随着谈判药品数量逐年增加，医疗机构面临的药品总数控制压力加剧，新药进院的窗口被进一步压缩。以北京、上海、广州等18个重点城市为例，2022年批次样本药品（78种，不含罕见病药品）落地半年后，重点城市三级综合医院（含大型肿瘤医院）平均仅配备了约11%（约8种）。

三是医院绩效考核和医保费用管理影响药品按需使用。谈判药品进院后，依然有部分政策对临床按需开具处方造成制约，包括公立医院绩效考核中的次均费用增幅、医疗收入增幅、基本药物占比和医疗服务收入占比考核，以及医保费用管理方面的医保总额控制和DRG/DIP支付政策。在这些政策因素影响下，部分医院出现了限制单张处方金额、限制药品用量、停用高价药品、纳入医院用药目录后迟迟不采购等现象。

四是部分地区高值谈判药品门诊保障存在缺口。目前有6个省份尚未建立省级门诊特药政策，对于门诊慢特病没有覆盖的门诊用高值药品，保障水平不足。例如，2022年新增谈判药品中的脊髓性肌萎缩药品L的年费用约为11.5万元，该疾病不属于各省门诊慢特病范围，门诊统筹实际报销比例有限。

五是常见病慢性病药品“三定”限制影响患者用药便利性。各地“双通道”药品中包含大量常见病和慢性病治疗用药，按照“双通道”用药的“三定”“五定”管理要求，常见病、慢性病用药在“双通道”特定诊疗与报销管理流程下配药流程拉长，开药较为不便。

六是药店运营“双通道”药品成本效益低，发展可持续性受限。“双通道”药店实施高标准、高要求建设，运营成本较高，而谈判药品销售价格受限，导致药店面临成本投入和利润产出不匹配的困境，运营压力较大。例如，扬州市某老牌连锁药店2022年上半年运营“双通道”药品的毛利率不足1%。由于缺乏保盈利运行的制度安排，药店经营谈判药品的可持续性存在挑战。

谈判药品落地难，表面上是药事会制度、医疗机构药品使用和医保费用管理考核等束缚因素，但深层次是医疗机构的运行机制和激励机制问题，是对医务人员的考核和激励问题。要解决这些堵点，从中长期看，需要持续深化公立医院改革，理顺医疗服务价格，使医院和医生能够依靠医疗服务获得合理收入，在提升医疗服务质量前提下，主动控制医疗成本降低资源消耗，让医生根据临床需求合理选择和使用创新药品，使药品回归到治病救人的使用价值。对于医疗机构提供的药学服务，应给予体现其价值的回报，对于医院药品

经营成本应给予补偿，从而调动医院采购和使用创新药的积极性。

地方实践和建议：从短期看，为进一步加快谈判药品落地，提升患者可及，针对上述堵点，本报告借鉴各地医保、卫健部门和医疗机构的优秀实践经验，提出如下建议

一、建立促进谈判药品医疗机构配备和使用的配套机制

建议各省医保和卫健部门共同明确医疗机构应在医保目录公布后的 1~3 个月内召开药事会，并组织地市医保和卫健部门监督医院执行情况。在此基础上，建议各省级卫健部门将医疗机构召开国谈配套药事会情况纳入本省合理用药考核，各省级医保或卫健部门探索将国谈配套药事会要求细化固化成长效制度文件。将在药事会召开前尚未配备，以及召开后未能进院的谈判药品，直接纳入临采范围，建立绿色通道，简化程序、缩短周期、及时采购。

建议各省医保和卫健部门对医疗机构谈判药品配备数量开展考核或监测，省卫健部门明确对医疗机构用药品种不设数量限制。各省级医保部门对医疗机构分级分类设置药品配备数量要求，开展考核或监测，并纳入医院医保协议管理；各省级卫健部门把谈判药品配备数量要求纳入本省合理用药考核。

建议国家卫健委优化公立医院绩效考核的基药占比、医疗服务收入占比指标的设置和计算，促进谈判药品合理使用。各省市医保部门优化谈判药品医保总额管理和 DRG/DIP 支付政策。国家卫健委对基药占比、医疗服务收入占比指标增设延伸指标，将谈判药品费用从延伸指标计算中剔除，并向医疗机构明确次均费用增幅、医疗收入增幅等延伸指标的使用方法。各省市医保部门将单独支付药品及其他高值药品单列预算，不纳入医院医保总额，探索 DRG/DIP 下的过渡性除外支付或亏损补偿机制。

二、完善高值药品门诊特药政策

建议尚未建立特药政策的省份尽快建立省级统一的门诊特药政策，已建立特药政策的省份“查漏补缺”，补足现有政策中潜在的保障缺口；将特药政策的最高支付限额与住院合并计算，将特药政策报销后达到大病医保起付标准的费用纳入大病医保报销范围；对转入乙类的门诊用高值药品保留特药待遇，保障患者用药的稳定性和延续性。

三、完善谈判药品“双通道”政策精细化管理

建议各省医保部门明确“双通道”外配药品处方不计入医疗机构医保总额；实施“双通道”药品分类管理，取消常见病、慢性病药品的“三定”“五定”限制；加快建设形成省级统一的“双通道”管理系统，通过信息化监管为医保基金保驾护航。建议国家医保局探索出台激励性措施调动定点药店参与谈判药品供应的积极性。

四、推动医疗机构完善药学管理机制

医疗机构是谈判药品临床合理使用的主体。积极开展谈判药品配备使用，不仅能使创新药物惠及患者，更有助于医疗机构强化优势病种竞争力，提升综合医疗服务水平，促进相关临床学科和药学学科发展，最终助力医疗机构高质量发展，实现医院、患者、政府多方共赢的局面。因此，需由多方共同努力，支持医疗机构完善用药目录管理制度，提高临床用药精细化管理水平，促进实现谈判药品“应配尽配”和合理使用。

建立科学规范的医疗机构用药目录管理制度。建立与医保谈判配套的药事会制度，在新版医保目录出台后的 1-3 个月内召开药事会研究谈判药品配备使用；建立科学规范的新药准入和目录内药品剔除的遴选标准和决策流程；放开用药品种总数限制，以临床用药精细化管理代替品种总数管理；建立谈判药品临时采购绿色通道，精简采购流程，提高效率。

加强临床用药精细化管理，促使药品精准合理使用。建立科学的临床用药监测评价体系，避免因“药占比”导致用药中的一刀切；基于 DRG/DIP 病组数据对临床用药合理性进行评估，识别不合理问题；加强临床合理用药管理，降低不当用药和辅助用药成本，保障临床必需治疗药品的使用。

提升业务管理信息化水平，为各项工作提供支撑。实施药品临时采购电子化管理，通过医院 OA 系统完成申请审批全流程，提高临采效率；提升药品使用情况智慧监测分析能力，为开展用药精细化管理提供基础；财务管理系统应能够实现对谈判药品、罕见病药品费用的单独核算，以满足医保费用除外计算、公立医院绩效考核指标优化的需求。

目录

| | |
|---|-----------|
| 第一章 谈判药品医疗机构配备情况 | 1 |
| 1.1 谈判药品的医疗机构总体配备水平 | 1 |
| 1.1.1 各批谈判药品的配备水平总体持续提升 | 1 |
| 1.1.2 谈判药品总体可覆盖我国近四成重点医院 | 3 |
| 1.1.3 谈判药品落地速度相比往年呈放缓趋势 | 6 |
| 1.2 重点疾病领域创新药品配备水平 | 7 |
| 1.2.1 肿瘤药品配备水平 | 8 |
| 1.2.2 慢性病药品配备水平 | 10 |
| 1.2.3 罕见病药品配备水平 | 12 |
| 1.3 各省市谈判药品配备水平对比分析 | 14 |
| 1.3.1 各省份药品配备情况对比分析 | 15 |
| 1.3.2 重点城市药品配备情况对比分析 | 17 |
| 第二章 谈判药品落地的堵点和挑战 | 20 |
| 2.1 进院环节 | 20 |
| 堵点一：医疗机构尚未普遍建立与医保谈判相适应的药事会制度 | 20 |
| 堵点二：医疗机构药品品种数量管理导致谈判药品无法得到“应配尽配” | 21 |
| 2.2 处方环节 | 24 |
| 堵点三：医院绩效考核和医保费用管理影响药品按需使用 | 24 |
| 2.3 支付环节 | 27 |
| 堵点四：部分地区高值谈判药品门诊保障存在缺口 | 27 |
| 2.4 “双通道”环节 | 29 |
| 堵点四：部分地区谈判药品门诊保障缺口导致“双通道”保障缺失 | 29 |
| 堵点五：常见病慢性病药品“三定”限制影响患者用药便利性 | 30 |
| 堵点六：药店运营“双通道”药品成本效益低，发展可持续性受限 | 30 |
| 第三章 谈判药品落地的地方实践经验 | 32 |
| 3.1 应对堵点一：推动医疗机构建立与医保谈判相适应的药事会制度 | 33 |
| 3.2 应对堵点二：推动医疗机构按照临床需求对谈判药品“应配尽配” | 38 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3 应对堵点三：保障谈判药品临床合理使用需求 | 42 |
| 3.4 应对堵点四：建立完善高值药品门诊特药政策 | 46 |
| 3.5 应对堵点五：实施“双通道”药品分类管理，取消部分药品“三定”限制..... | 47 |
| 3.6 应对堵点六：探索建立“双通道”定点药店激励机制..... | 48 |
| 第四章 推动谈判药品更好落地的建议 | 49 |
| 4.1 对国家主管部门完善谈判药品落地的建议..... | 50 |
| 一、加强对医院用药目录管理的指导，将国谈配套药事会固化成长效制度 | 50 |
| 二、优化公立医院绩效考核中的基本药物和医疗服务收入占比指标 | 50 |
| 三、出台激励性措施调动定点药店参与谈判药品供应的积极性 | 50 |
| 4.2 对省市主管部门完善谈判药品落地的建议..... | 50 |
| 一、督促医疗机构在新版医保药品目录公布后的 1~3 个月内召开药事会..... | 50 |
| 二、围绕医疗机构谈判药品配备数量开展考核或监测，明确对品种数不设限制 ... | 51 |
| 三、明确 DRG/DIP 和医保总额管理下对谈判药品的倾斜政策..... | 51 |
| 四、科学制定医院绩效考核中的基本药物占比指标，明确取消药占比考核 | 52 |
| 五、加强地方各级医保部门和卫健部门在落地中的协同合作 | 52 |
| 六、完善高值药品门诊特药政策 | 52 |
| 七、完善谈判药品“双通道”政策精细化管理 | 52 |
| 4.3 对医疗机构完善药学管理机制的建议 | 52 |
| 一、建立科学规范的医疗机构用药目录管理制度 | 53 |
| 二、加强临床用药精细化管理，促使药品精准合理使用 | 53 |
| 三、提升业务管理信息化水平，为各项工作提供支撑 | 53 |
| 附录一 研究样本药品清单..... | 54 |

第一章 谈判药品医疗机构配备情况

样本选择

为全面了解历年谈判药品配备情况，报告以《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2022年）》协议期内谈判药品中符合条件的药品为研究样本，系统梳理相关药品在医疗机构的配备情况。数据来源为国家医保服务平台“国家谈判药品配备机构查询”栏⁴，数据统计时间节点为2022年3月至2023年9月期间的每季度末⁵。对于2022年版医保药品目录的346种协议期内谈判药品，为了更聚焦地研究新药的配备情况，本研究剔除了由常规目录转入谈判目录的“老品种”、从获批上市到医保准入时间超过5年的药品、数据缺失的药品，以剩余260种药品作为研究样本，样本药品包括237种西药和23种中成药，谈判批次覆盖2017-2022年（具体药品清单见附录一）。报告分析了全国三级医院、全国样本重点医院、全国百强医院的药品配备情况，以及不同省市的药品配备情况，主要使用以下两类指标评估药品配备水平：

- 药品的医院（省市）覆盖率 = 药品已进入的医院（省市）数量 / 医院（省市）总数
- 医院（省市）的药品配备率 = 医院（省市）已配备的药品数量 / 药品总数

关键发现

总体来看，在各级医保和卫健部门的高度重视和积极推动下，**谈判药品供应保障水平稳步提升，各批谈判药品的进院数量均持续增加。但三级医院对谈判药品的配备依然较低**，截至2023年9月底，260个样本谈判药品在全国三级医院覆盖率⁶的中位值为7.8%（261家），约60%的样本药品仅覆盖不到10%的三级医疗机构。值得关注的是，谈判药品数量的持续增加使医疗机构在用药目录管理和临床用药管理上面临的挑战随之加剧，对配备使用谈判药品的态度更加保守谨慎。2022年批次样本谈判药品（84个）执行后的落地速度显著慢于2021年批次样本药品（66个），两批药品落地半年后的进院数量中位数分别为114家和235家，三级医院覆盖率中位值分别为2.5%和5.4%，新谈判药品落地更加困难。

1.1 谈判药品的医疗机构总体配备水平

1.1.1 各批谈判药品的配备水平总体持续提升

2023年9月底，研究样本药品的进院数量中位数为365家，品种间数量分布跨度较大，

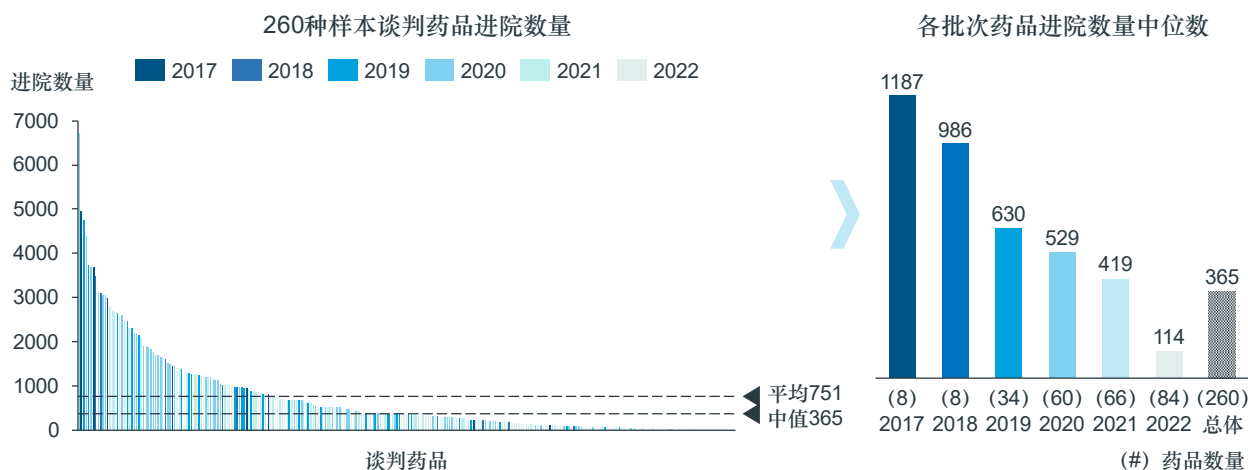
⁴ 该平台信息由相关药品生产企业自主申报，由于各企业报送口径不一、潜在统计误差等，可能与实际配备情况存在一定偏差；数据仅反映药品配备情况，据了解部分药品的配备信息也包含临时采购

⁵ 其中2022年3月和2022年9月统计数据仅包含进口药品数据

⁶ 药品的三级医院覆盖率=药品已进入的三级医院数量/三级医院总数

个别药品达 6000 家以上，最少的仅为 1 家（图 1-1）。较早批次药品的进院情况更佳，例如 2017 和 2018 年两批样本药品的进院数量中位数分别为 1187 家和 986 家，而 2022 年谈判药品进院数量中位数为 114 家。

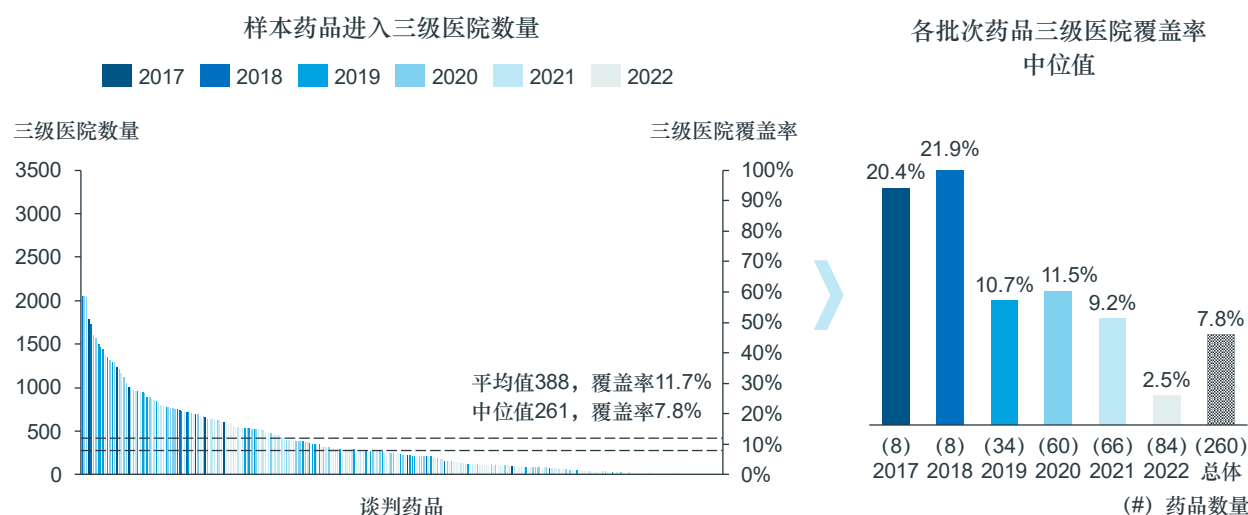
图 1-1：样本药品进院数量



注：左图中每个柱条表示一个药品的进院数量

三级医院是各级各类医疗机构中谈判药品配备使用的主体，是患者获取和使用国家谈判药品的主要场所，三级医院药品配备情况可用于反映药品可及性。使用指标【三级医院覆盖率】评估药品在三级医院的进院情况，计算公式为：【三级医院覆盖率 = 某药品已进入的三级医院数量 / 三级医院总数】。统计显示，样本药品在全国三级医院⁷的进院数量的中位数为 261 家，三级医院覆盖率中位数为 7.8%，60%样本药品的三级医院覆盖率低于 10%。较早批次药品的三级医院覆盖率可达约 20%，2022 年批次药品则为 2.5%（图 1-2）。

图 1-2：样本药品在全国三级医院进院情况



⁷ 全国三级医院数量按照《2022 年我国卫生健康事业发展统计公报》披露的截至 2022 年末共 3523 家计算

注：三级医院覆盖率=某药品进入的三级医院数量/全国三级医院总数

2022年6月至2023年9月，各批谈判药品的进院数量均持续增加。2017-2021批次药品的总体进院数量中位数从332家增长至535家，增长61%（图1-3）。其中2021批次药品的进院数量中位数从235家增长至419家，增长78%；较早批次的药品也有小幅增长，例如2017批次药品的进院数量中位数从1146增长到1187家，增长4%，反映各批谈判药品的可及性均在持续提升。谈判药品的三级医院覆盖率也相应增长，2017-2021批次药品的三级医院覆盖率中值从7.2%上升至10.5%（图1-4）。

图 1-3：2022 年 6 月至 2023 年 9 月样本药品进院数量变化（按照谈判批次划分）

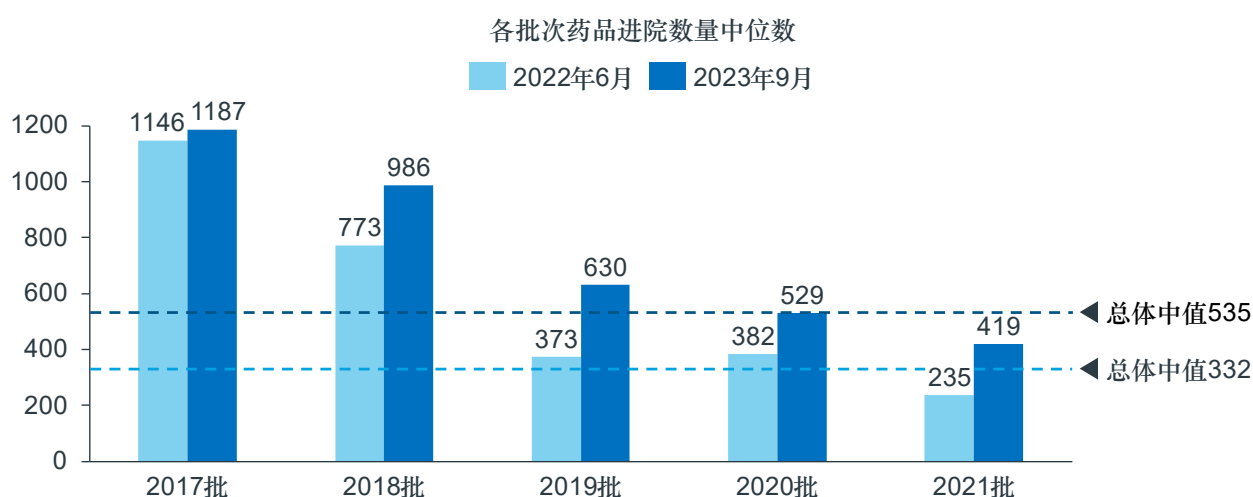
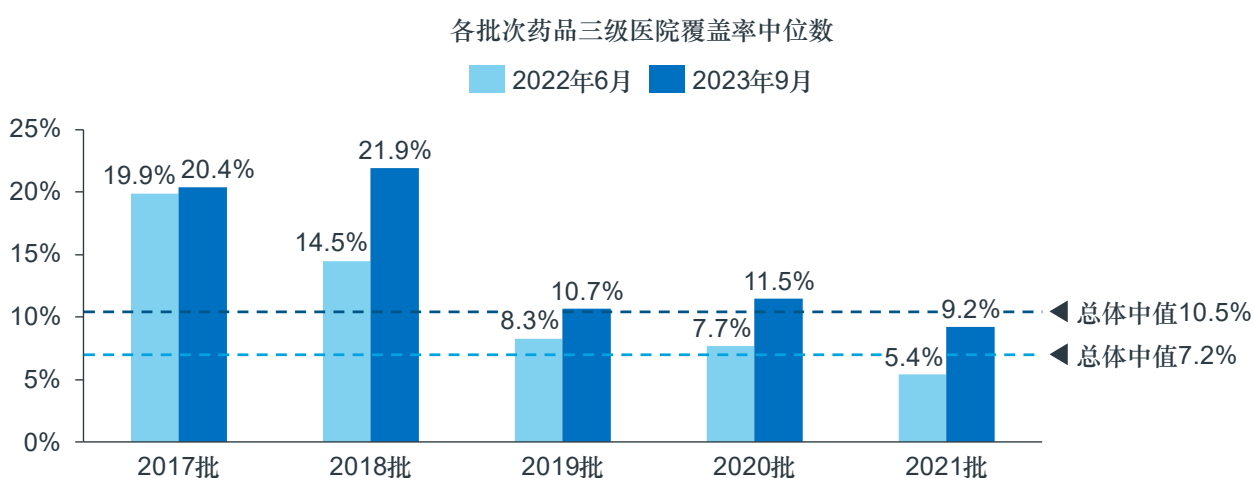


图 1-4：2022 年 6 月至 2023 年 9 月样本药品三级医院覆盖率变化（按照谈判批次划分）



1.1.2 谈判药品总体可覆盖我国近四成重点医院

谈判药品的使用群体主要聚集在大医院就医，且各类药品的目标患者群体类型不同，

不同医院的功能定位不同。因此，本研究根据谈判药品特点，分类选取样本医院形成样本医院库，以进一步准确评估药品配备情况。首先，对于样本药品中的 237 种西药，根据药品适应症和使用特点将其划分为不同疾病领域，选择药品数量最多的肿瘤、慢性非传染性疾病、慢性传染性疾病、罕见病、自身免疫性疾病和细菌真菌感染 6 个疾病领域的药品作为评估对象（表 1-1）。随后，选取各疾病领域下谈判药品使用比较集中的一批医院作为样本医院⁸，这些医院医疗水平普遍较高、诊疗人次普遍较多，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重点医院的使用情况。使用指标【重点医院覆盖率】评价药品的重点医院进院进展，计算公式为：【重点医院覆盖率 = 某药品已进入的样本重点医院数量 / 样本重点医院总数】

表 1-1：样本西药疾病领域分布及样本医院选择

| 疾病领域 | 疾病举例 | 药品数量 | 样本医院数量 | 样本医院销售额占比 | 具体医院示例 |
|----------|-------------------------------|------|--------|-----------|-----------------|
| 肿瘤 | 非小细胞肺癌、乳腺癌、肝癌、肾癌、淋巴瘤等实体肿瘤和血液瘤 | 59 | 200 家 | 80% | 郑州大学第一附属医院 |
| 慢性非传染性疾病 | 糖尿病、高血压、高胆固醇血症、慢性阻塞性肺病等 | 46 | 300 家 | 65% | 首都医科大学附属北京安贞医院 |
| 慢性传染性疾病 | 结核、病毒性肝病、艾滋病 | 20 | 200 家 | 81% | 首都医科大学附属北京佑安医院 |
| 罕见病 | 血友病、肺动脉高压、多发性硬化、脊髓性肌萎缩等 | 22 | 100 家 | 83% | 北京协和医院 |
| 自身免疫性疾病 | 银屑病、系统性红斑狼疮、克罗恩病、类风湿关节炎等 | 16 | 200 家 | 86% | 上海交通大学医学院附属瑞金医院 |
| 细菌真菌感染 | 细菌感染、真菌感染 | 18 | 100 家 | 76% | 中国医学科学院血液病医院 |
| 其他 | 眼科疾病、麻醉镇静、心脑血管疾病、造血系统疾病、流感等 | 57 | / | / | / |

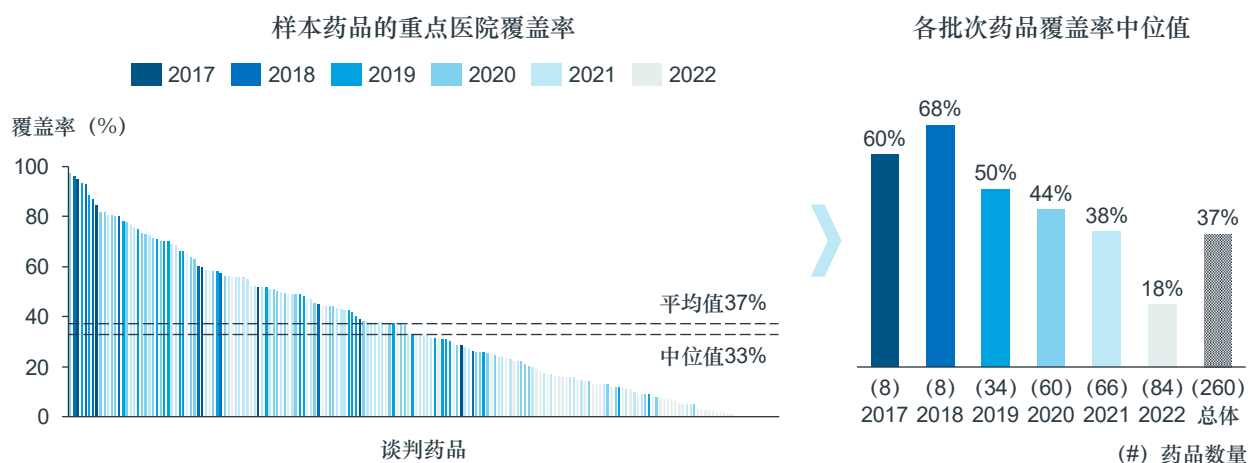
注：样本医院销售额占比指样本医院的谈判药品销售额之和占医院池中全部医院谈判药品销售额的比例

从样本重点医院来看，样本药品平均重点医院覆盖率为 37%，即谈判药品平均约覆盖我国 37%的重点医院（图 1-5）。较早批次药品的覆盖率更佳，2017-2018 年谈判药品的平均覆盖率可达 60%以上，2022 年谈判药品的平均覆盖率则为约 18%。不同疾病领域药品中，肿瘤和自免类药品的平均重点医院覆盖率相对较高，分别达到 53%和 46%；慢性非传染性

⁸ 委托第三方调研公司，对于每个疾病领域，从其抽样医院库中遴选出采购过历年该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靠前的 100~300 家医院作为本研究的样本医院

疾病次之，平均覆盖率达 34%；罕见病类、慢性传染病药品和细菌真菌感染类药品的平均覆盖率较低，分别为 24%、23%和 20%（图 1-6）。2022 年 6 月到 2023 年 9 月，2017-2021 批次药品的平均重点医院覆盖率从 37%增长至 45%，各批药品均有不同程度增长（图 1-7）。不过，新批次覆盖率明显偏低，2022 批次药品的覆盖率与往年药品差异显著，反映谈判药品进院仍然存在困难。

图 1-5：谈判药品的样本重点医院覆盖率（按照谈判批次划分）



注：药品的重点医院覆盖率 = 药品已进入的该疾病领域样本重点医院数量 / 该疾病领域样本重点医院总数，各领域样本重点医院数量见表 1-1

图 1-6：不同疾病领域谈判药品的样本重点医院覆盖率（按照谈判批次划分）

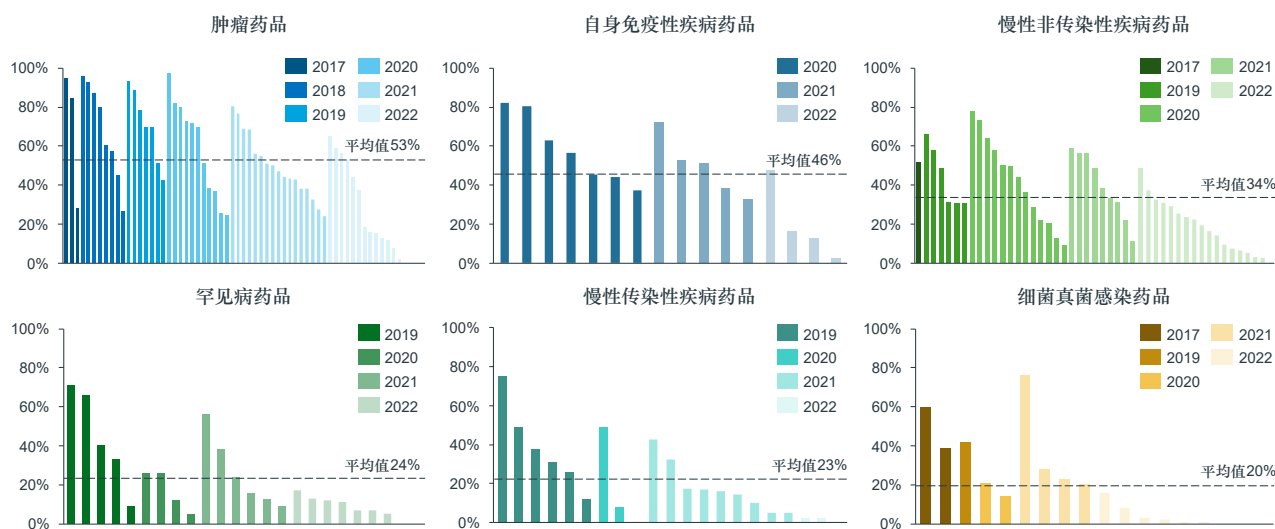
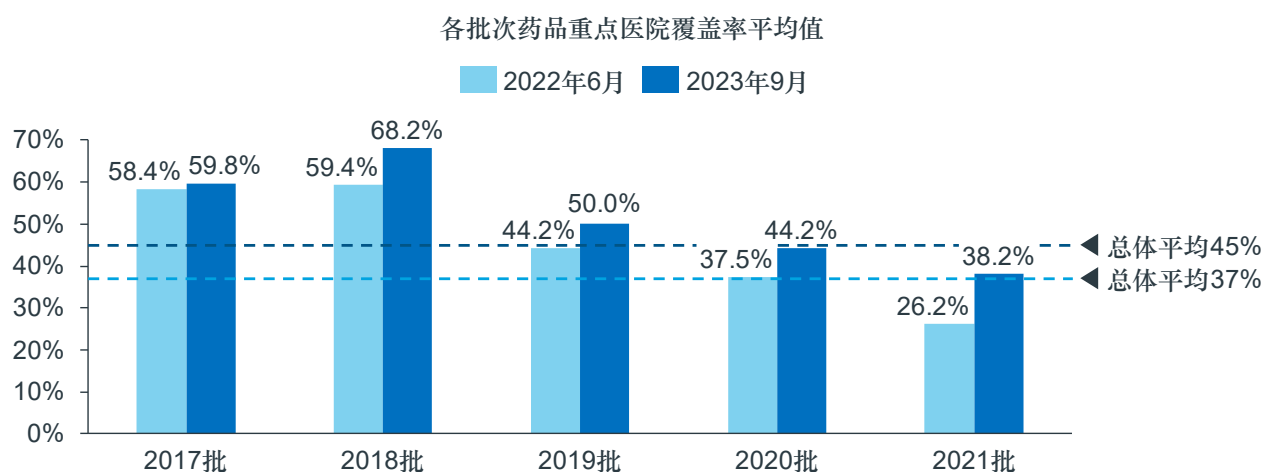


图 1-7：2022 年 6 月至 2023 年 9 月样本药品覆盖率变化（按照谈判批次划分）



1.1.3 谈判药品落地速度相比往年呈放缓趋势

为了解谈判药品落地速度变化趋势，以 2021 和 2022 年新增谈判药品为例对比两批药品在医保目录执行半年后的落地情况。2021 和 2022 批次药品落地 6 个月后的进院数量中位数分别为 235 家和 114 家，三级医院覆盖率中位数分别为 5.4%和 2.5%，重点医院覆盖率中位数分别为 24.5%和 12.8%（图 1-8），**反映 2022 批次药品落地速度明显慢于 2021 批次。**

进一步分析两批药品的各季度落地情况来观察谈判药品落地规律，以进口药品为例分析⁹，发现医保药品目录执行后的首季度是药品进院的“黄金期”，药品进院速度随时间推移而逐渐放缓。对比落地后前 6 个月情况，首季度内两批药品的进院数量基本持平，从第二季度开始 2022 批次药品增速显著慢于 2021 批次，2021 批次进口药品落地第二季度的平均进院数量环比增长 53.7%，而 2022 批次进口药品同期环比增速仅为 28.8%（图 1-9），呈现了 2023 年谈判药品落地困难增加的趋势。

⁹ 由于本研究所统计数据中 2022 年 3 月和 2022 年 9 月仅统计进口药品数据，因此仅以进口药品为例分析药品落地情况变化

图 1-8：2021-2022 批次药品落地半年后的进院情况对比

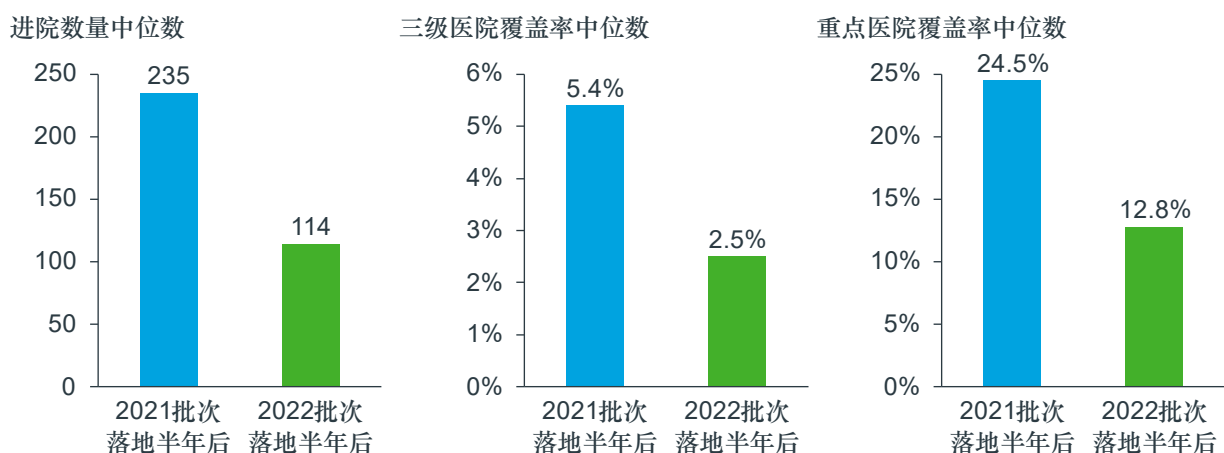
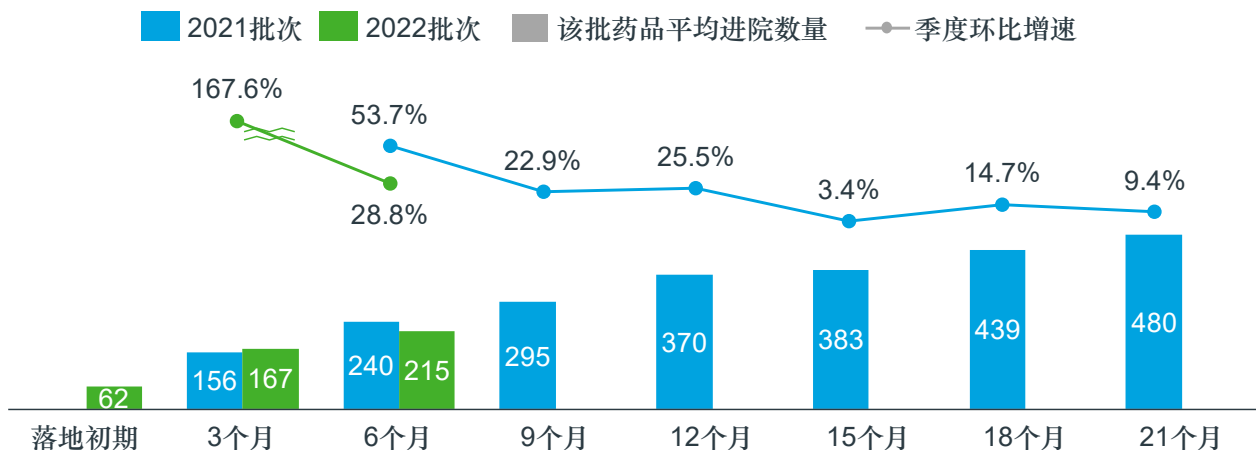


图 1-9：2021-2022 批次谈判药品进院情况变化对比（以进口药品为例）



注：2021 批次药品落地时间为 2022.1.1，落地初期数据缺失，落地 3 个月、6 个月分别指 2022 年 3 月、2023 年 6 月，以此类推；2022 批次药品落地时间为 2023.3.1，落地初期、3 个月、6 个月分别指 2023 年 3 月、2023 年 6 月、2023 年 9 月。

1.2 重点疾病领域创新药品配备水平

对于国家高度关注且药品数量较多的肿瘤、慢性病和罕见病三个疾病领域开展进一步分析，除了使用重点医院覆盖率、三级医院覆盖率等指标进行评估外，额外统计每种药品已经覆盖的省份（城市）数量，以评价药品的地域覆盖面。指标及计算公式为：【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

10

¹⁰ 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，将部分省辖县级行政单位也计入在内，全国城市总数按 355 个计算

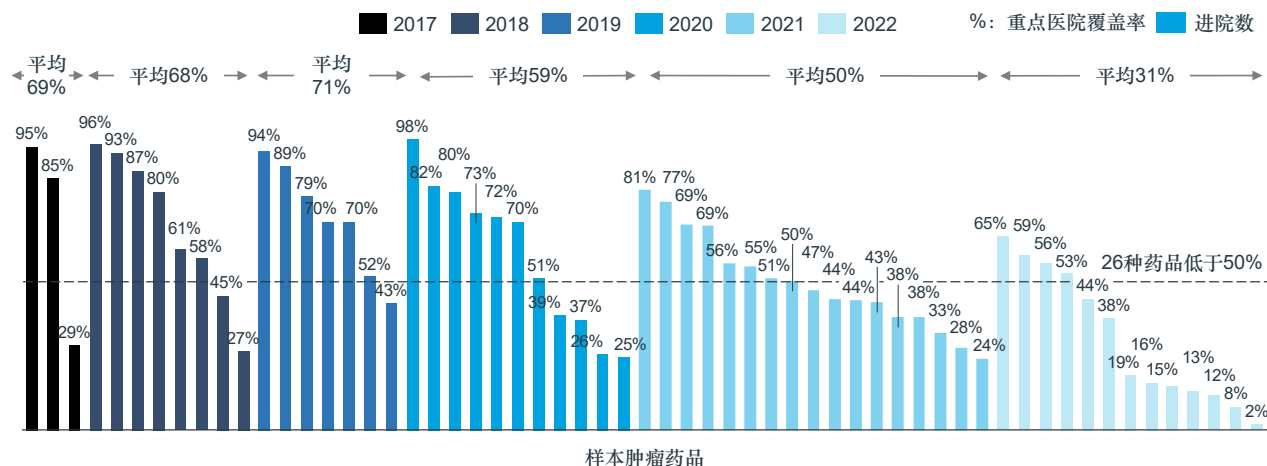
1.2.1 肿瘤药品配备水平

(1) 肿瘤药品总体配备情况

抗肿瘤是谈判药品分布最集中的领域，包含 59 种样本药品。从 200 家样本重点医院的药品配备情况来看（图 1-10），样本肿瘤药品平均进院 106 家，即重点医院覆盖率为 53%。较早批次药品的重点医院覆盖率更佳，例如 2017-2019 年三批肿瘤药品的平均重点医院覆盖率达到 70% 左右。2020-2021 年谈判药品的重点医院覆盖率平均达到 50% 左右，2022 年谈判药品的重点医院覆盖率平均达到 31%，新进谈判药的重点医院进院难度显著提高。

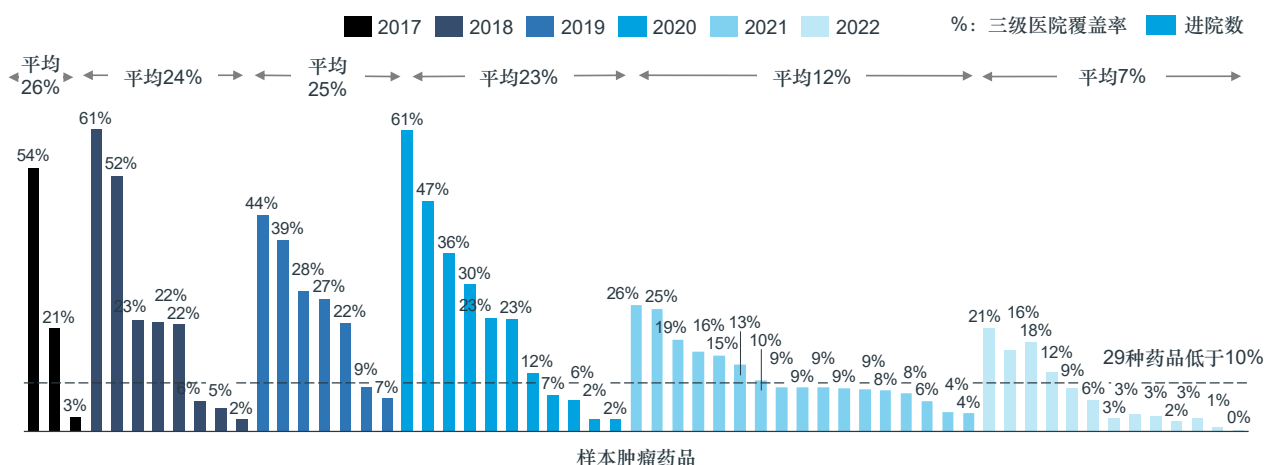
由于 2017-2019 年谈判药品的上市时间总体较长，因此其进院情况可视为肿瘤药品配备的“理想水平”。各批药品的进院情况差异，反映出药品从医保准入到临床广泛使用所需消耗的时间较长，一种新药可能需要 3~4 年时间才能在我国数百家高水平医院中得到比较充分的配备，意味着需要至少 3~4 年时间才能达到较高的药品可及性。

图 1-10：肿瘤药品的样本重点医院覆盖率（按谈判批次排列）



在临床实践中，三级医院往往是肿瘤患者进行长期治疗和随访的主要场景，因此进一步将分析范围从样本重点医院扩大到全国三级医院，分析肿瘤药品在全国三级医院的覆盖率。样本肿瘤药品在全国三级医院的覆盖率中位数仅为 9%，多数 2021、2022 年谈判药的三级覆盖率低于 10%（图 1-11）。较低的三级医院覆盖率，反映大部分患者可能难以在就诊的医院或居住地获取最适合其疾病情况的最新药品，影响患者长期用药的可及性、便利性。

图 1-11：肿瘤药品的三级医院覆盖率（按谈判批次排列）



(2) 高发病率癌种药品进院情况

进一步分析高发病率癌种药品的配备情况，选取发病率较高、药品数量较多的非小细胞肺癌、乳腺癌、淋巴瘤为代表开展分析。

以非小细胞肺癌药品为例，在样本重点医院层面，上市较早的安罗替尼、克唑替尼的重点医院覆盖率均达到 90%以上，反映样本重点医院普遍存在非小细胞肺癌患者诊疗需求。但 2021~2022 年谈判的非小细胞肺癌药品的重点医院覆盖率最高也仅有 51%，反映药品进院仍受到一些因素制约。在三级医院层面，新药品和老药品之间的配备水平差距则更加显著。仍以非小细胞肺癌药品为例，安罗替尼的三级医院覆盖率达 61%，说明我国超过一半三级医院都存在非小细胞肺癌患者诊疗需求，但 2022 年批次新药品的三级医院覆盖率均未超过 10%，新药的患者可及性仍较低（图 1-12）。

进一步分析药品的地域覆盖情况以了解药品可及性。在省级层面，肿瘤药品都覆盖了 20 个及以上省份。但在全国城市级层面覆盖率比较有限，谈判批次较早药品的城市覆盖率主要分布在 60-90%区间，但大部分药品的城市覆盖率低于 50%（图 1-13）。这意味着我国一半以上城市的肿瘤患者可能遇到难以在当地医院获取所需药品的问题。

图 1-12: 高发病率癌种药品在样本重点医院和三级医院的配备情况

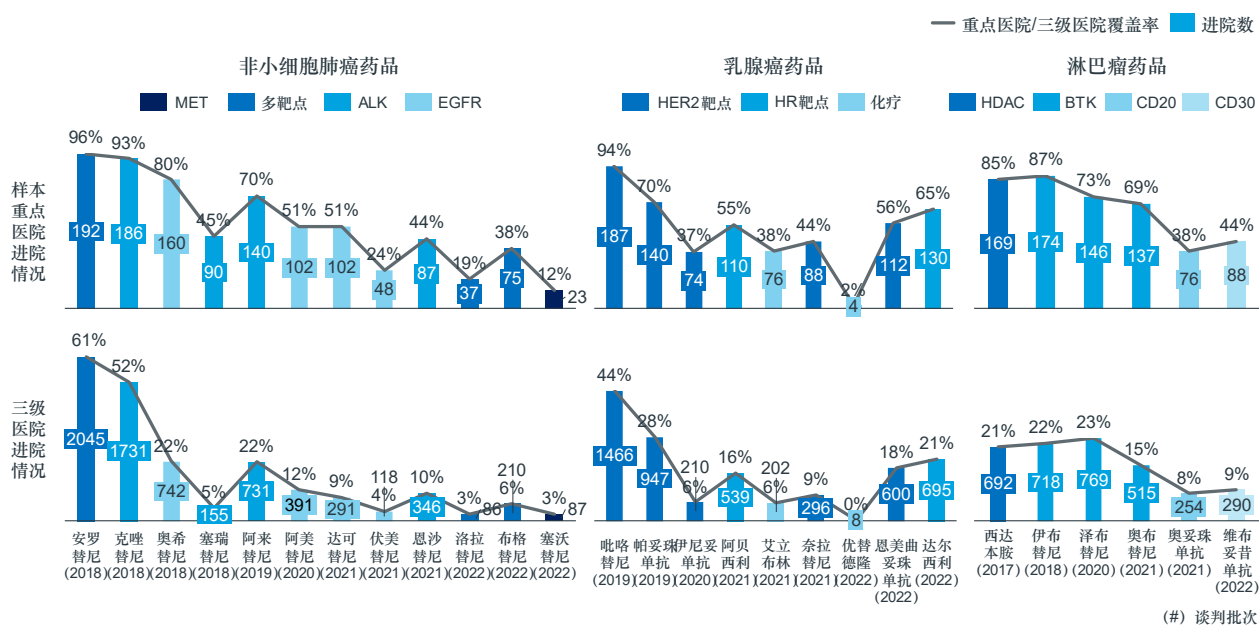
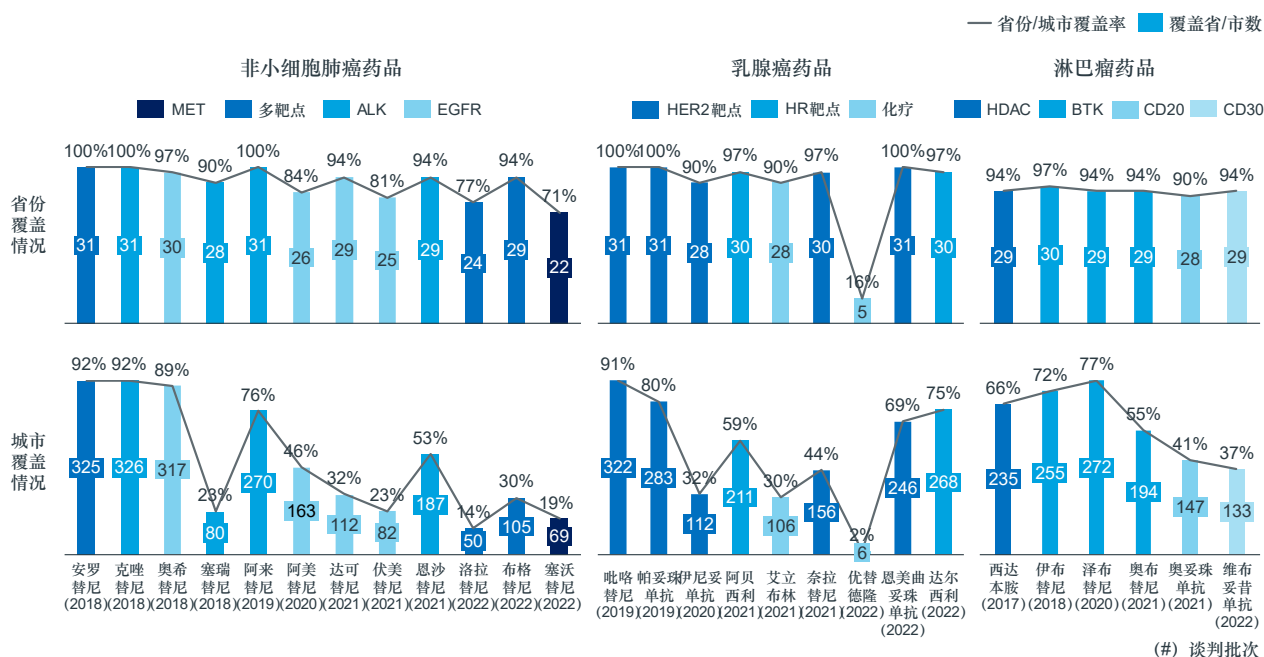


图 1-13: 高发病率癌种药品的地域覆盖情况

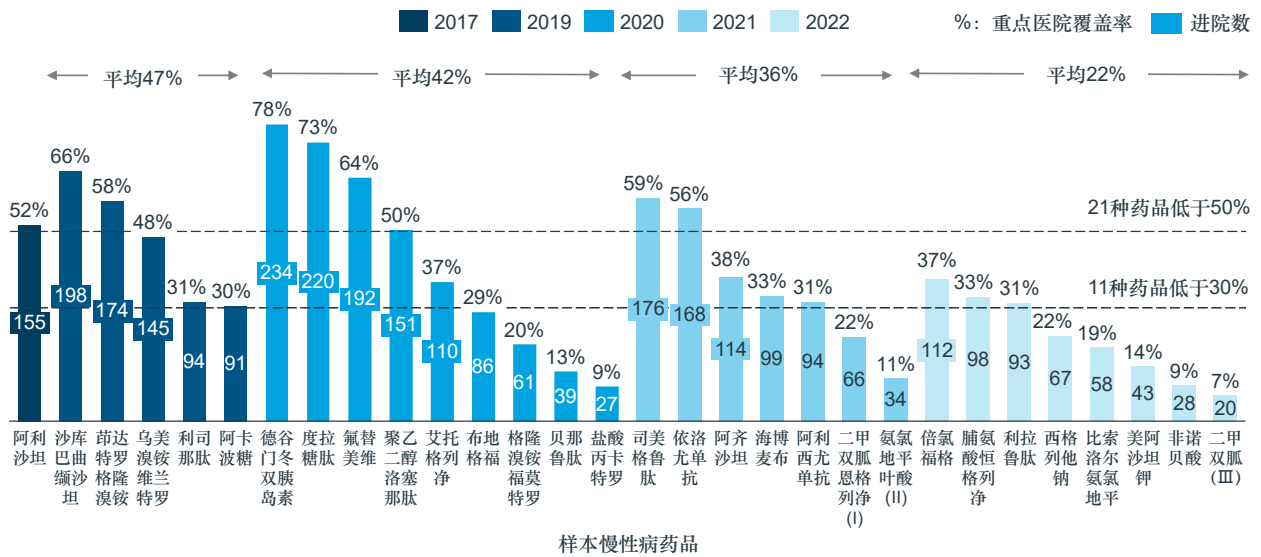


1.2.2 慢性病药品配备水平

样本药品中共包含 46 种慢性非传染性疾病药品，对其中用于治疗高血压、糖尿病、高胆固醇血症和慢性阻塞性肺疾病四种主要慢性病的 30 种药品进行深入分析，从 300 家样本重点医院的配备情况来看，样本慢性病药品平均进院 101 家，即重点医院覆盖率为 34%。2017 年和 2019-2022 年共五个批次药品的重点医院覆盖率平均值分别为 52%、47%、42%、

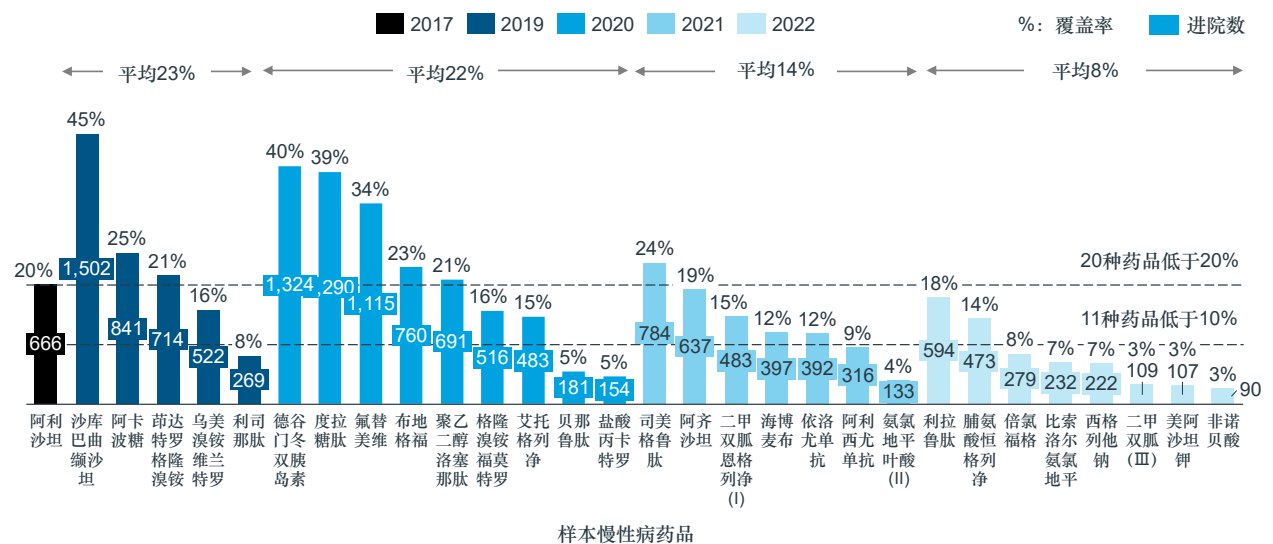
36%和22%。大部分药品重点医院覆盖率低于50%，11种药品低于30%（图 1-14）。从2017和2019年谈判药品来看，慢性病类药品在我国高水平医院的理想覆盖率应达到50%以上，但新药品距这一水平有显著差距。

图 1-14：慢性病药品的样本重点医院覆盖率（按谈判批次排列）



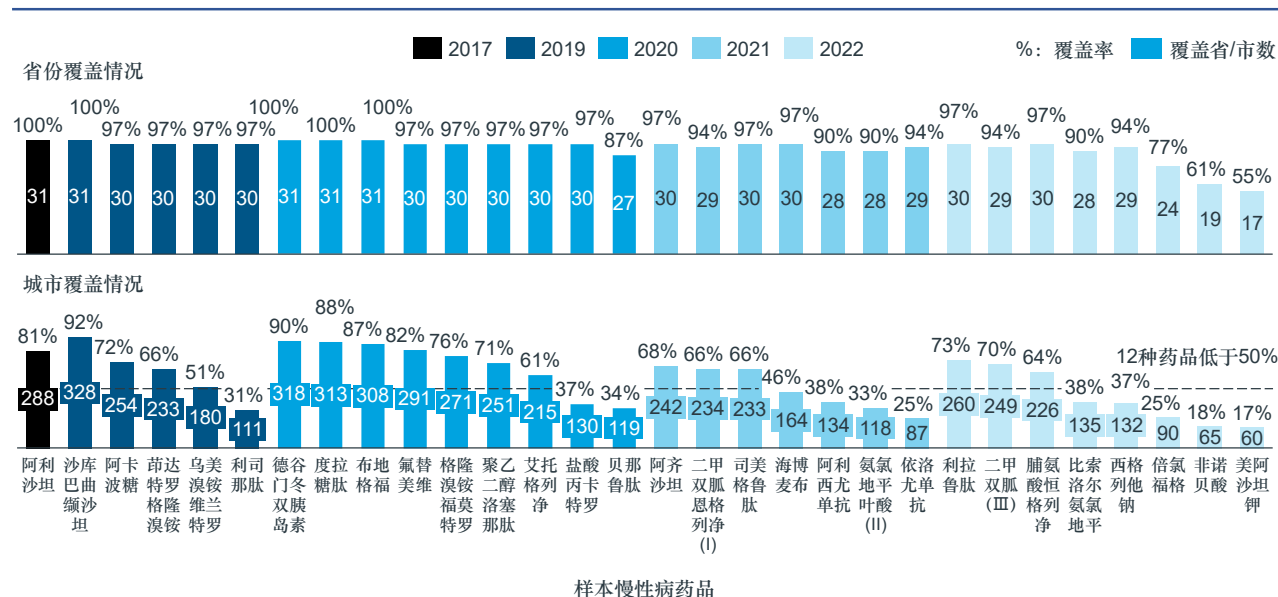
由于慢性病患者存在“家门口”就医用药的需求，将分析范围从300家样本重点医院扩大到全国三级医院，分析慢性病药品在三级医院的配备情况。30种样本慢性病药品在全国三级医院的平均覆盖率为14%，大部分药品的覆盖率低于20%，约三分之一药品覆盖率低于10%（图 1-15），意味着患者用药的可及性和便利性存在巨大挑战。

图 1-15：慢性病药品的三级医院覆盖率（按谈判批次排列）



为便于评估患者用药可及性情况，进一步分析计算样本慢性病药品的省、市覆盖情况。尽管慢性病药品的省份覆盖率情况总体较佳，但由于慢性病患者数量庞大、地域分布广泛且具有长期用药需求，城市覆盖率能更准确反映药品可及性情况：30 种慢性病药品的城市覆盖率最高为 92%，最低为 17%，12 种药品城市覆盖率不足 50%（图 1-16）。

图 1-16：慢性病药品的地域覆盖情况（按谈判批次排列）



1.2.3 罕见病药品配备水平

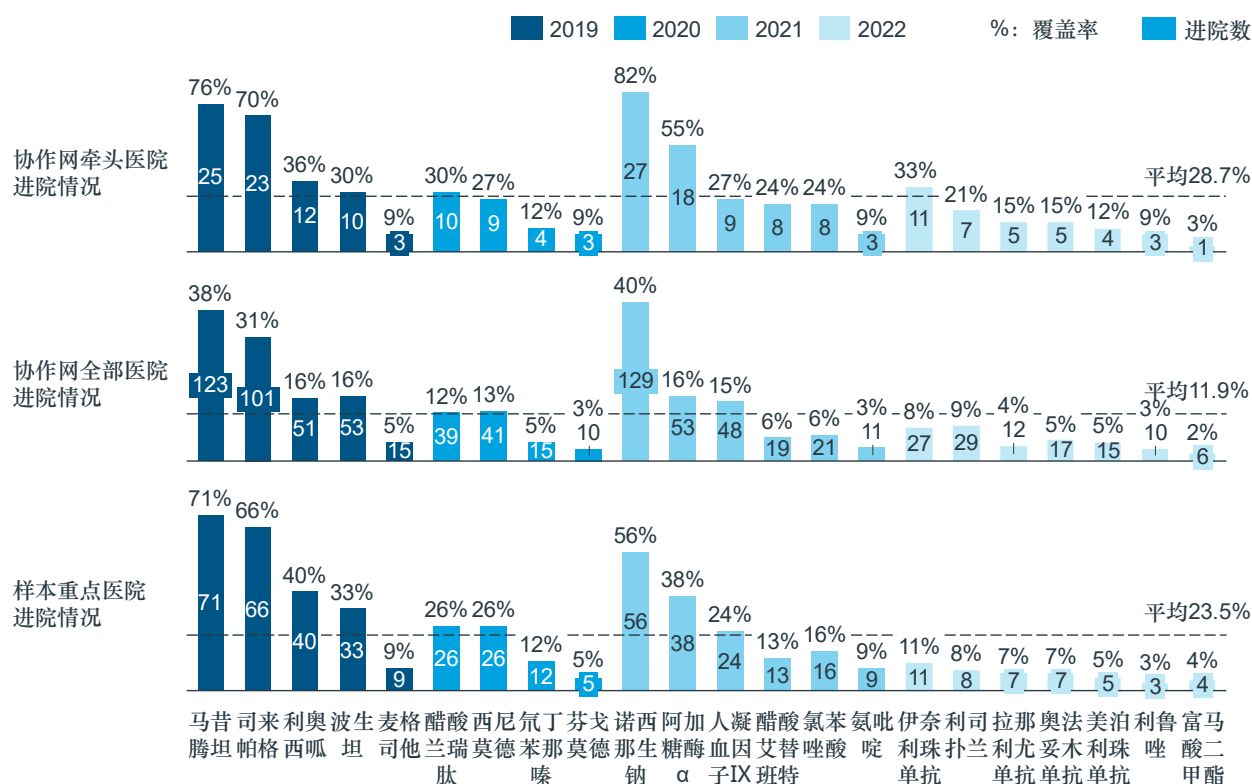
针对临床用药需求迫切、社会各界高度关注的罕见病领域，国家卫健委大力推进了一系列罕见病诊疗保障举措，包括在全国范围内遴选 324 家罕见病诊疗能力较强、病例较多的医院组建罕见病诊疗协作网¹¹，并从中设置 1 家国家级牵头医院和 32 家省级牵头医院共 33 家牵头医院。按照部署，协作网医院将作为我国罕见病诊疗的主干力量，协作网医院应及时将罕见病用药纳入配备范围¹²。因此，对协作网医院的药品配备情况进行分析。

总体来看，罕见病药品配备水平较低。22 种样本罕见病药品在协作网牵头医院、协作网全体医院和样本重点医院（100 家）的平均覆盖率分别为 29%、12%和 24%（图 1-17）。聚焦罕见病协作网牵头医院，则绝大部分药品在各省罕见病协作网牵头医院的覆盖率不足 50%，2022 批次药品中最多的仅进入了 9 家协作网牵头医院，33 家协作网牵头医院平均配备药品数量为 6.3 种，意味着仍有大部分患者可能难以在本省牵头医院获得所需治疗药品。

¹¹ 资料来源：国家卫生健康委员会

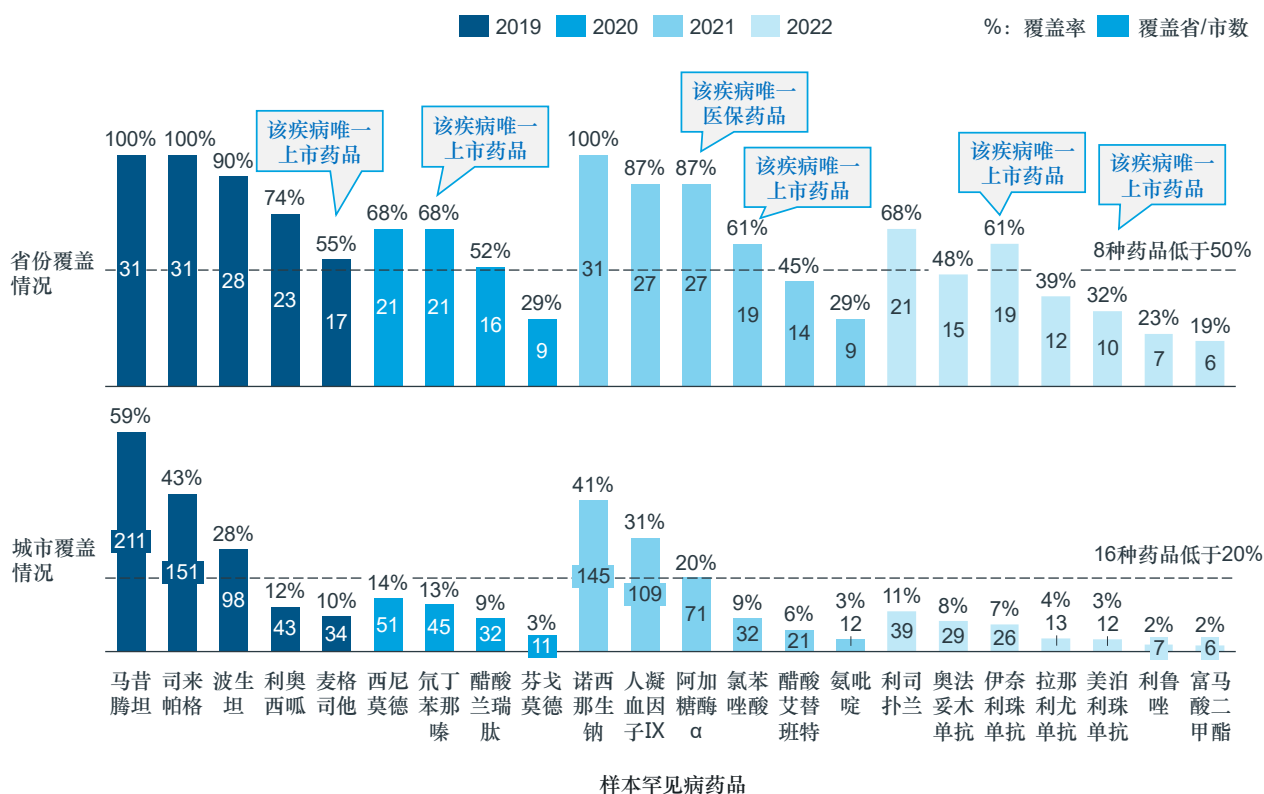
¹² 资料来源：国家卫生健康委办公厅《关于建立全国罕见病诊疗协作网的通知》国卫办医函〔2019〕157号

图 1-17：罕见病药品在罕见病协作网医院和样本重点医院的配备情况（按谈判批次排列）



由于罕见病诊疗资源稀缺，罕见病患者异地就医是不得已下的常见选择。在罕见病药品的地域覆盖面上，在省级层面，仅有 3 种样本药品实现了对我国全部省份的覆盖，8 种药品覆盖省份数量不足一半（图 1-18），即使是谈判批次较早的罕见病药品，也存在覆盖情况不佳的问题，反映罕见病药品“进院难”问题长期存在。在城市级层面，大部分药品的城市覆盖率不足 20%，意味着大部分罕见病患者确诊后难以在当地获得长期治疗所需的药品。更为严峻的是，一些罕见病药品是该疾病唯一上市的特异性药品，或者唯一的医保药品，药品可及性将严重影响患者的治疗。

图 1-18：罕见病药品的地域覆盖情况（按谈判批次排列）



1.3 各省市谈判药品配备水平对比分析

我国地域间医疗资源分布不均衡，各地的谈判药品配备情况存在显著差异。本部分从省、市两级层面，对全国 31 个省（自治区、直辖市）¹³和 18 个药品使用量较大的一线、二线样本重点城市的药品配备情况进行了对比分析。

各省中，配备药品数量较多的有广东、江苏、河南、云南和浙江等省；各省市的三级医院平均谈判药品配备率¹⁴主要分布在 8%-16%之间，最高为上海达 21.4%（图 1-19、1-20）。纵向对比 2021 和 2022 年医保谈判药品落地情况，两批药品落地半年后，各省三级医院平均药品配备率的平均值分别为 8.2%和 5.9%（图 1-21），绝大部分省份有所下降，上海略有增长。

重点城市层面，本报告分析了北京、上海、广州和深圳等 18 个重点城市的谈判药品三级综合医院覆盖率和头部医院药品配备率两个指标。重点城市是全国或区域性医疗中心，三级医院数量多，三级综合医院的药品配备情况各方高度关注，其头部医院更是所在区域性的医疗中心医院、教学医院，药品配备情况直接影响该区域患者对创新药的可及。从三

¹³ 新疆生产建设兵团与新疆维吾尔自治区合并统计，统称为新疆

¹⁴ 三级医院平均药品配备率 = 三级医院已配备样本谈判药品数量的平均数 / 样本谈判药品总数

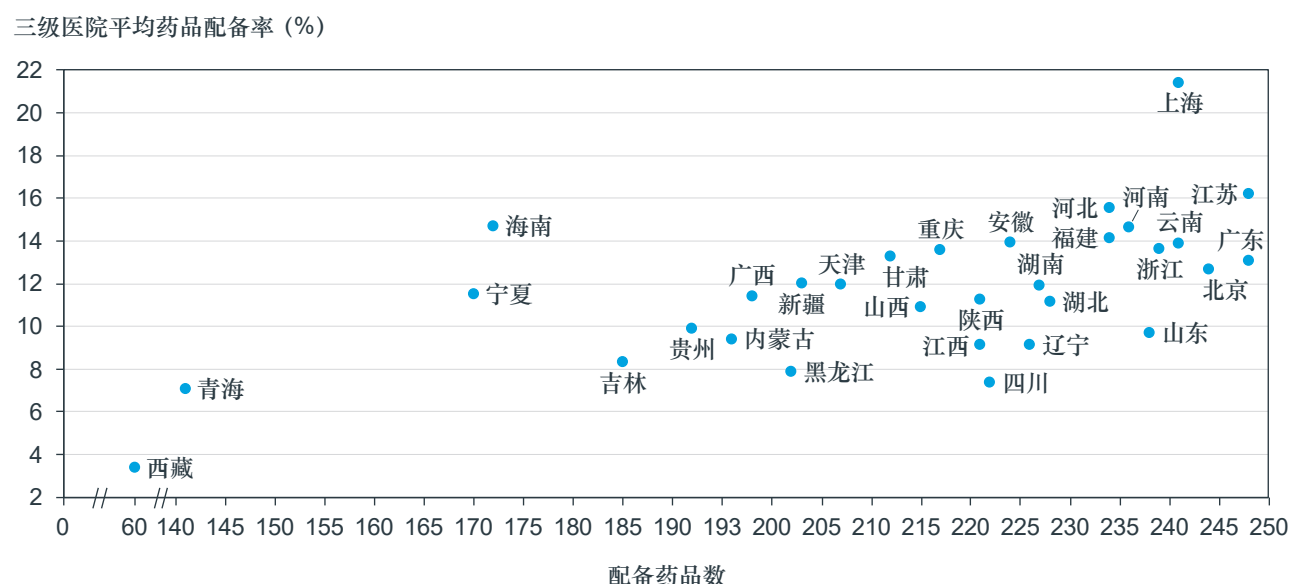
级医院药品进院情况来看，各重点城市的谈判药品三级综合医院覆盖率（含大型肿瘤医院）主要分布在12%-30%之间（图1-23）。从头部医院药品配备情况来看，各城市头部医院平均药品配备率的中位数为33%，最高为昆明达44%（图1-25）。纵向对比2021和2022年医保谈判药品落地情况，落地半年后，重点城市头部三级医院药品配备率的平均值分别为24%和16%（图1-26），大部分城市均呈现不同程度的下降，仅上海略有增长。

1.3.1 各省份药品配备情况对比分析

分析各省份已配备的药品总数和三级医院药品配备水平。从配备药品数来看，尚无省份实现对样本药品的全配备，各省配备药品数主要集中在185~250种间（图1-19），平均配备211种，占样本药品总数的81%。配备药品数最多的前5个省份为江苏、广东、云南、浙江、山东（不计直辖市），均达到235种以上。

进一步对比各省三级医院药品配备情况，使用指标【三级医院平均药品配备率】反映各省三级医院的谈判药品配备充分程度，计算公式为：【三级医院平均药品配备率 = 三级医院配备的样本谈判药品数量平均值 / 样本谈判药品总数】¹⁵。分析得到各省三级医院平均药品配备率主要分布在8%~16%区间，最高为上海达21.4%，其次为江苏，达到16.2%（图1-19），此外河北、海南、河南、福建等省份的配备率也较高。从地域分布特点看，三级医院药品配备率较高的省份多数为东部南部沿海地区经济较发达、医疗资源较集中的省份（图1-20）。但也有部分西部省份表现较佳，例如云南等。

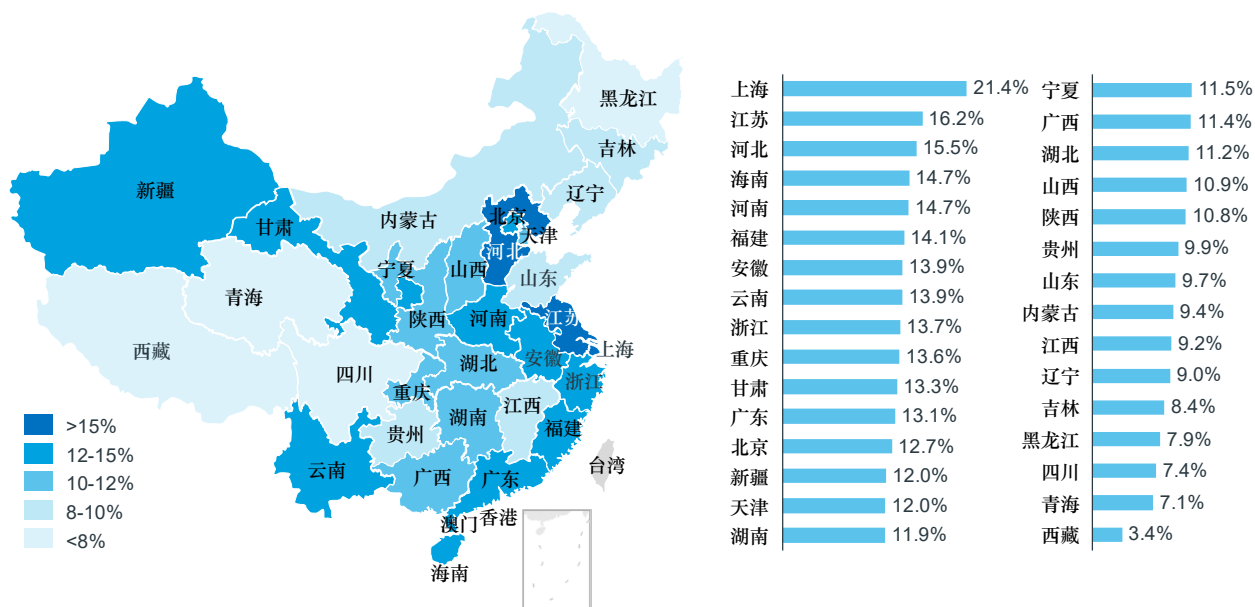
图 1-19：各省份配备药品数及三级医院平均药品配备率



¹⁵ 计算该指标时，只计入配备品种数不为零的医院；由于罕见病药品配备面较窄，为缩小误差、便于省份间横向比较，罕见病药品不纳入计算基数

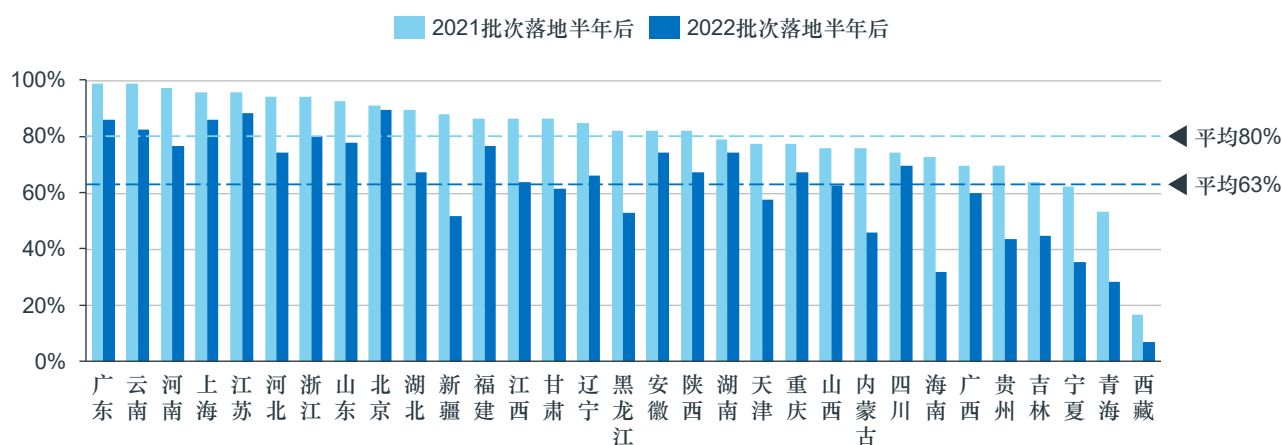
注：三级医院平均药品配备率 = 三级医院配备样本谈判药品数量的平均值 / 样本谈判药品总数

图 1-20：各省三级医院平均药品配备率



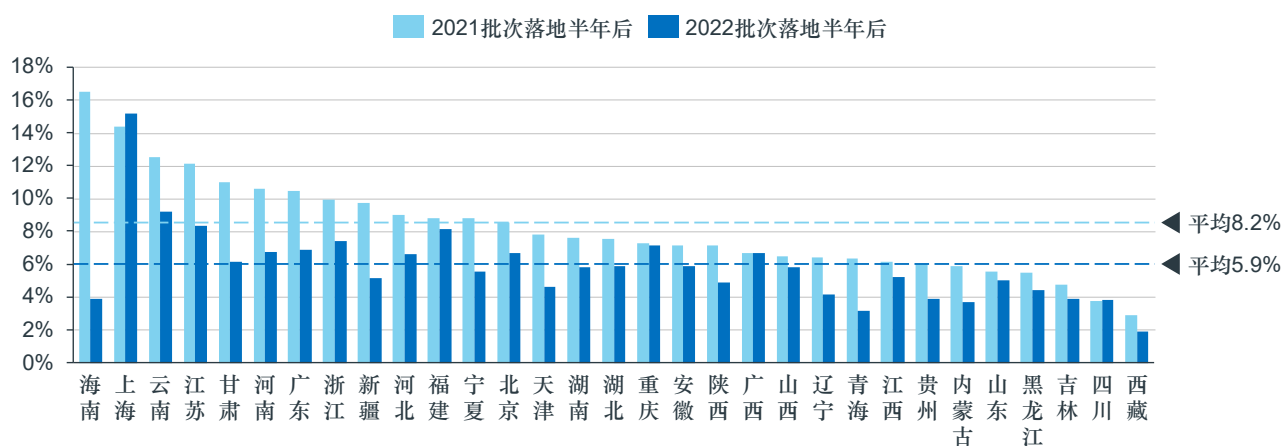
对比 2021-2022 两批谈判药品在各省的落地情况，总体来看各省的 2022 批次药品配备水平不及 2021 批次药品同期水平。在各省已配备药品总数上，2021 和 2022 两批药品落地半年后，各省已配备药品比例的平均值分别为 80%和 63%（图 1-21），绝大部分省份有所下降，仅北京保持基本持平。在三级医院药品配备率上，两批药品落地半年后，各省三级医院平均药品配备率的平均值分别为 8.2%和 5.9%（图 1-22），绝大部分省份有所下降，上海略有增长。

图 1-21：2021-2022 批次药品落地半年后各省已配备药品比例对比



注：某省已配备药品比例 = 该批次药品中该省已配备药品数 / 该批次药品总数

图 1-22：2021-2022 批次药品落地半年后各省三级医院平均药品配备率对比



注：三级医院平均药品配备率 = 三级医院配备的样本谈判药品数量平均值 / 样本谈判药品总数

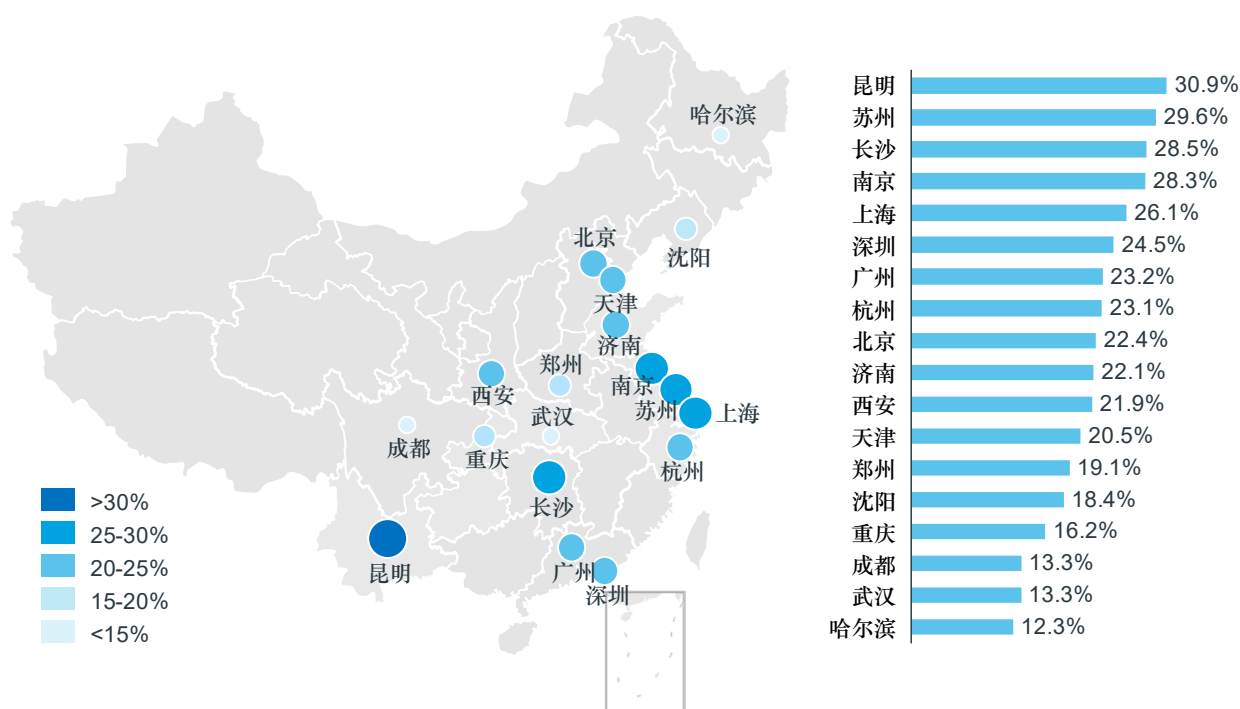
1.3.2 重点城市药品配备情况对比分析

为进一步了解重点城市的药品配备情况，本报告选取了药品使用量较大的 18 个城市作为研究样本，包括北京、上海、广州、深圳、天津、重庆、南京、苏州、杭州、郑州、长沙、武汉、济南、成都、西安、昆明、沈阳和哈尔滨。

重点城市三级医院数量多，三级综合医院的药品配备情况受各方高度关注。分别从药品的医院覆盖率、医院的药品配备率两个维度进行分析：各重点城市的谈判药品三级综合医院平均覆盖率（含大型肿瘤医院）主要分布在 12%-30%之间，即样本药品平均覆盖了重点城市 12-30%的三级综合医院，中位数为 22.2%，最高的为昆明达 30.9%（图 1-23）；三级综合医院平均药品配备率主要分布在 10%-30%之间，与药品的医院覆盖率呈正相关性，中位数为 18.5%，最高的同样为昆明，达 34.4%（图 1-24）。

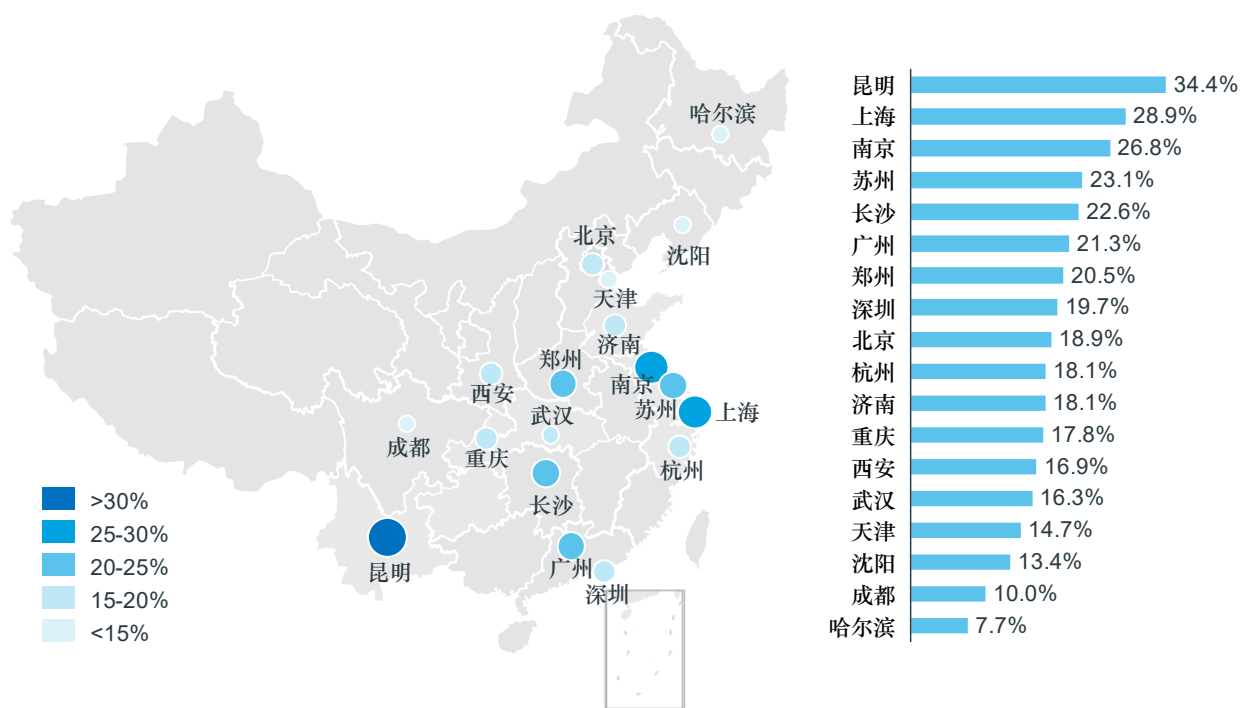
由于这些城市的头部三级医院是各类型患者和异地就医患者集中就医的选择，进一步分析各城市的头部三级医院的药品配备水平：对于北京、上海、广州三个城市，考虑到其医疗水平、医疗需求和区域医疗中心地位较高，选取各城市谈判药品配备数量最多的 20 家三级医院作为头部医院，其他城市选取前 10 家三级医院作为头部医院，分析各城市头部医院的平均谈判药品配备率。计算得到各重点城市的头部医院平均药品配备率分布在 15%-44%之间，中位数为 33%，最高为昆明达 44%。对于肿瘤药品和慢性病药品，各城市头部医院平均药品配备率的中位数分别为 50%和 40%（图 1-25）。从各城市药品配备水平来看，经济发达、医疗资源丰富的城市药品配备情况总体更佳，但部分非医疗资源强势城市也实现了相对较优的药品配备水平，反映地方政策作用。

图 1-23：重点城市谈判药品三级综合医院平均覆盖率（含大型肿瘤医院）



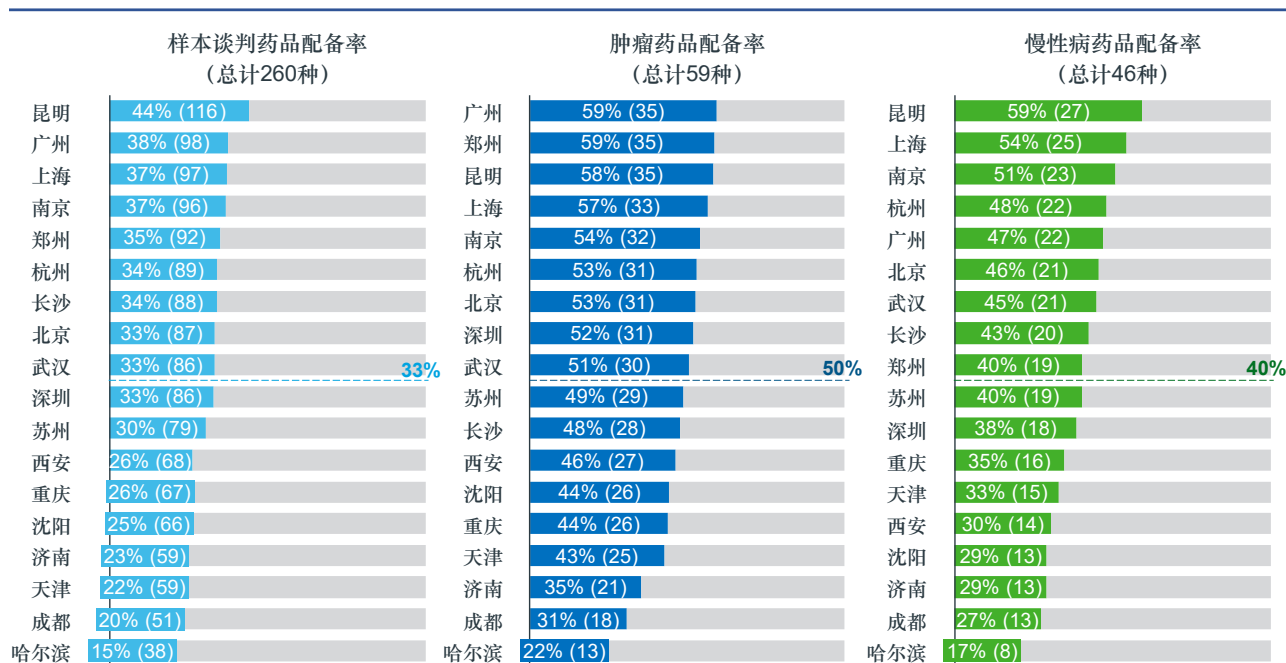
注：三级综合医院平均覆盖率=谈判药品已进入三级综合医院数量的平均数/三级综合医院总数（含大型肿瘤医院）；罕见病药品不纳入统计

图 1-24：重点城市三级综合医院平均谈判药品配备率（含大型肿瘤医院）



注：三级综合医院平均谈判药品配备率=各医院已配备药品数量的平均数/样本药品医院总数（含大型肿瘤医院）；罕见病药品不纳入统计

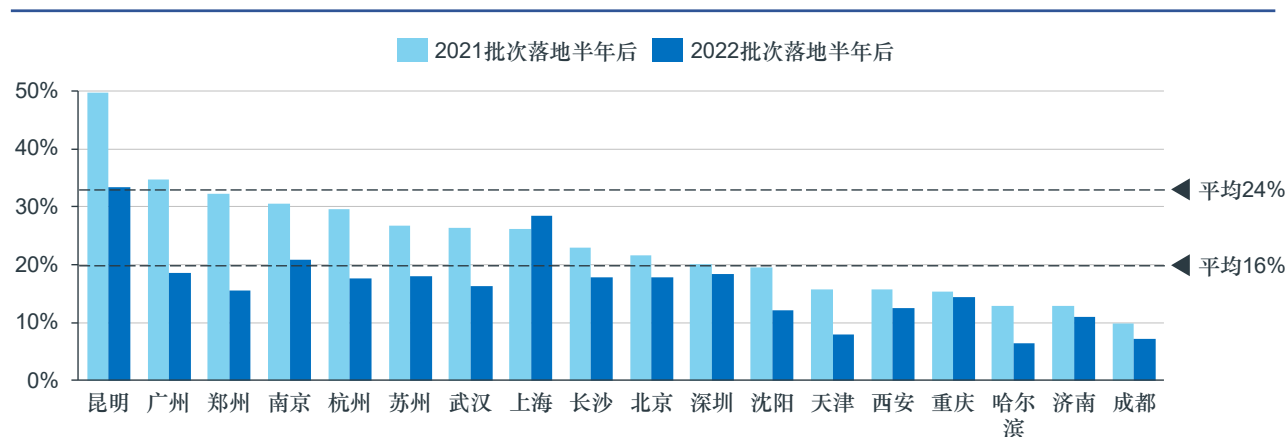
图 1-25：重点城市头部医院平均药品配备率



注：北京、上海、广州选取配备药品数量最多的前 20 家三级医院进行计算；其他城市选取前 10 家三级医院进行计算；头部医院平均药品配备率 = 头部医院配备的样本谈判药品数量的平均值 / 样本谈判药品总数

纵向对比 2021-2022 两批谈判药品在重点城市的落地情况，总体上各城市 2022 批次药品配备水平也不及 2021 批次药品同期水平。两批药品落地半年后，重点城市头部三级医院平均药品配备率的平均值分别为 24%和 16%（图 1-26），仅上海略有增长，其他城市均呈现不同程度的下降。

图 1-26：2021-2022 批次药品落地半年后各重点城市头部医院平均药品配备率



注：北京、上海、广州选取配备药品数量最多的前 20 家三级医院进行计算；其他城市选取前 10 家三级医院进行计算

第二章 谈判药品落地的堵点和挑战

为找出谈判药品落地数据表现不及往年背后的原因，报告工作组开展了访谈、调研和案头研究，并结合 RDPAC 2022 年《历年国家医保谈判药品落地情况分析报告》的调研结果，从谈判药品供应的各环节出发深入分析了谈判药品落地现存的堵点和挑战。

研究发现，谈判药品的进院、处方、支付和“双通道”供应等环节还存在六项主要堵点：在进院环节，医疗机构尚未普遍建立与医保谈判相适应的药事会制度，医疗机构药品品种数量管理导致谈判药品无法得到“应配尽配”；在处方环节，医院绩效考核和医保费用管理影响药品按需使用；在支付环节，部分地区高值谈判药品门诊保障存在缺口；在“双通道”供应方面，常见病慢性病药品“三定”限制影响患者用药便利性，药店运营“双通道”药品成本效益低导致其发展可持续性受限。

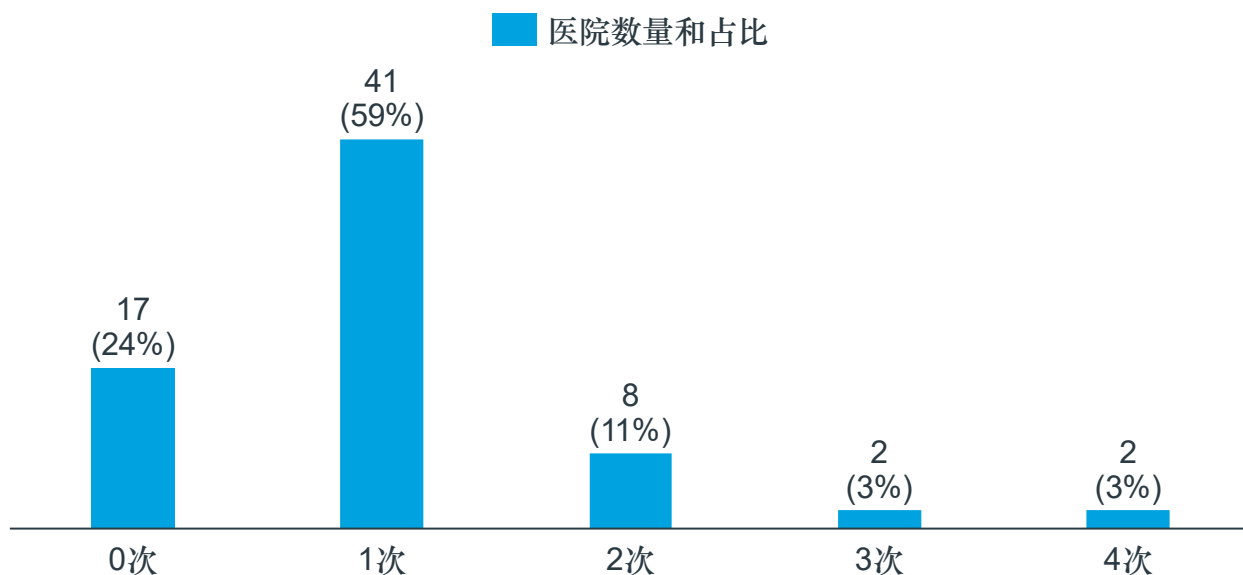
2.1 进院环节

堵点一：医疗机构尚未普遍建立与医保谈判相适应的药事会制度

《国家医疗保障局 国家卫生健康委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）提出，医疗机构应“建立院内药品配备与医保药品目录调整联动机制”。然而，由于医院用药目录调整的程序复杂、涉及相关方众多，医疗机构在开展新药遴选和目录内药品剔除时往往存在操作难点，且我国目前尚无统一的用药目录管理指导性文件可供医疗机构参考，加之担忧谈判药品费用影响医院绩效考核成绩和医保收支平衡，**仍有较多医疗机构对召开新药进院药事会态度谨慎，尚未建立和医保谈判相匹配的药事会制度。**召开慢、经地方医保卫健部门多次督促后才召开、个别医院甚至多年未召开的现象广泛存在。

根据药品企业对全国综合百强医院（根据复旦大学医院管理研究所评选的 2022 年中国医院排行榜）的抽样调研结果，约有四分之一的百强医院 2023 年末召开新药会（图 2-1）。以我国南方地区某省为例，2022 年版医保药品目录落地后，根据药品企业调研统计，截至 2023 年 10 月中旬全省 137 家主要三甲医院中仅有约三成医院召开了新药会，尽管地方医保和卫健部门持续督促推动，仍有相当一部分医院未召开药事会。

图 2-1：全国百强医院 2023 年召开新药会次数分布



注：调研范围为复旦医院管理研究所评选的 2022 年中国百强医院中的 70 家抽样医院

案例 1 我国南方某省 2022 年版医保目录落地半年后仅三成医院召开新药药事会

我国南方地区某省为例，2022 年版国家医保药品目录于 2023 年 3 月 1 日落地后，根据药品企业统计，全省主要的 137 家三甲医院截至 2023 年 10 月中旬仅有 44 家医院召开了新药会，占比 32%。

据企业调研了解，医院未召开药事会背后存在多方面考虑。首先，担心谈判药品费用影响“国考”即三级公立医院绩效考核的成绩，是大部分医院的首要顾虑。尽管国家卫健委已经于 2022 年对国考指标做了修订，将谈判药品费用从“医疗收入增幅”和“次均费用增幅”等 5 项指标的延伸指标的计算基数中剔除，但由于 2022 年“国考”结果尚未公布，医院缺少“定心丸”。其次，随着“双通道”政策正在该省各地级市陆续落地，部分医院选择将谈判药品通过定点药店供应而不纳入医院目录，137 家医院中有 25 家采取这种方式。最后，有医院认为该省在今年新版医保目录公布后发布的配套文件中并未具体要求医院召开药事会，未充分重视。

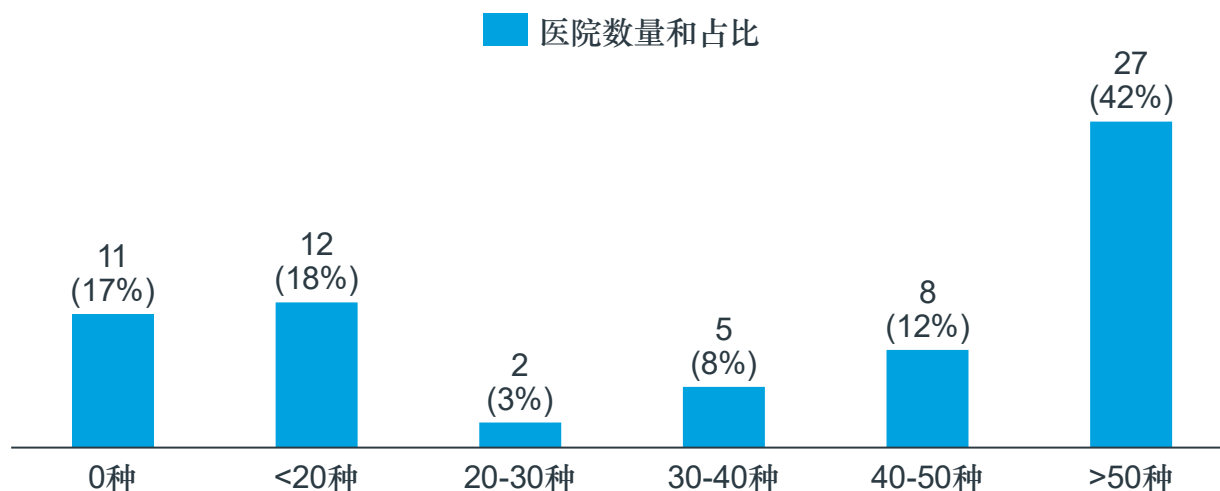
省医保局和卫健委发现药品落地情况未达预期后，从 2023 年下半年起陆续出台多个文件，指导医院加快召开药事会、优化简化谈判药品进院程序，但医院响应效果一般。部分医院考虑到 2023 年已过大半，计划等到 2023 年底新一轮医保目录调整后再召开药事会，这意味着新药入院时距离 2022 年版目录落地已经时隔近一年，极大影响患者对创新药物的快速可及。

堵点二：医疗机构药品品种数量管理导致谈判药品无法得到“应配尽配”

对于已召开了药事会的医院，往往存在进院新药数量受到不合理限制的情况，未能实现对谈判药品“应配尽配”。新药进院的流程通常包括：临床医生向科室提出用药申请、科

室向药剂科提交新药申请单、药剂科初步筛选、药事会投票讨论、批准进院。然而，这一过程中大部分医院会对进院新药数量进行把控，包括限制各科室提单张数、限制上会药品总数、往年谈判药品不能提单等。仍以全国综合百强医院为例，抽样调研结果显示，约有 35% 的百强医院 2023 年正式引进新药总数少于 20 种，其中 17% 的医院未正式引进新药（图 2-2）。

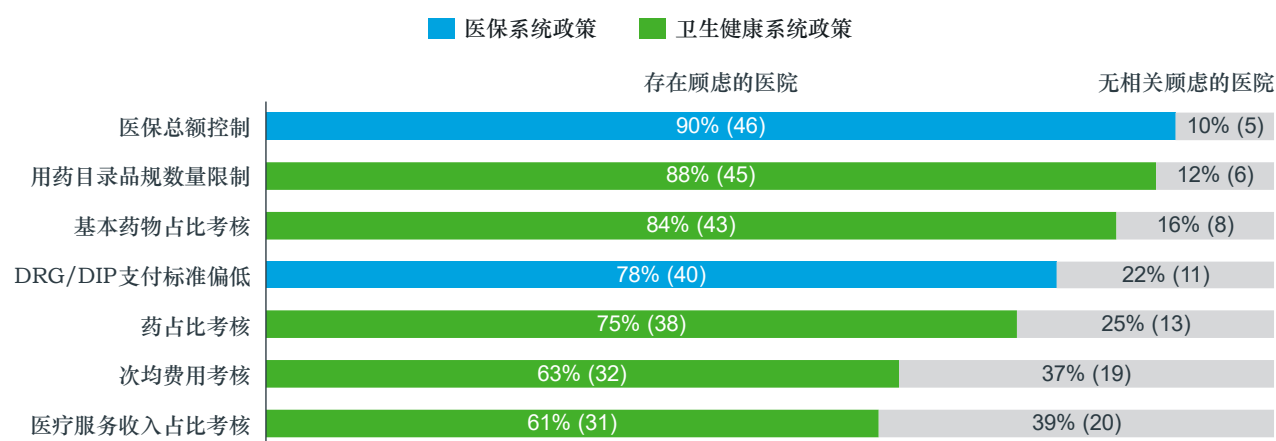
图 2-2：全国百强医院 2023 年进药数量分布（包含谈判药品和其他药品）



注：调研范围包括复旦医院管理研究所评选的 2022 年中国百强医院中的 65 家抽样医院

医院用药目录总品种数控制是导致新药进院数量受限的首要原因。该规定最早来源于原卫生部《三级综合医院评审标准实施细则（2011 年版）》，文件提出“800 床以上（的三级综合公立医院）：西药≤1200 品种，中成药≤300 种品规”。尽管现行版本的国家三级医院评审标准已不再使用该指标，但由于没有得到各级各地卫健部门的明确取消考核，多数医疗机构对该指标仍存在顾虑。同时，医疗机构的管理习惯也未及时调整，较多医疗机构继续延用品规数量指标作为管理工具，大量医院采取“进一出”的做法来把控医院总品种数，而非根据临床需求“应配尽配”。RDPAC 2022 年发布的《历年国家医保谈判药品落地情况分析报告》面对我国一二线城市的三级医院开展了抽样调研，发现有 88% 的医疗机构在引进谈判药品时会面临药品品种数量限制的顾虑（图 2-3）。

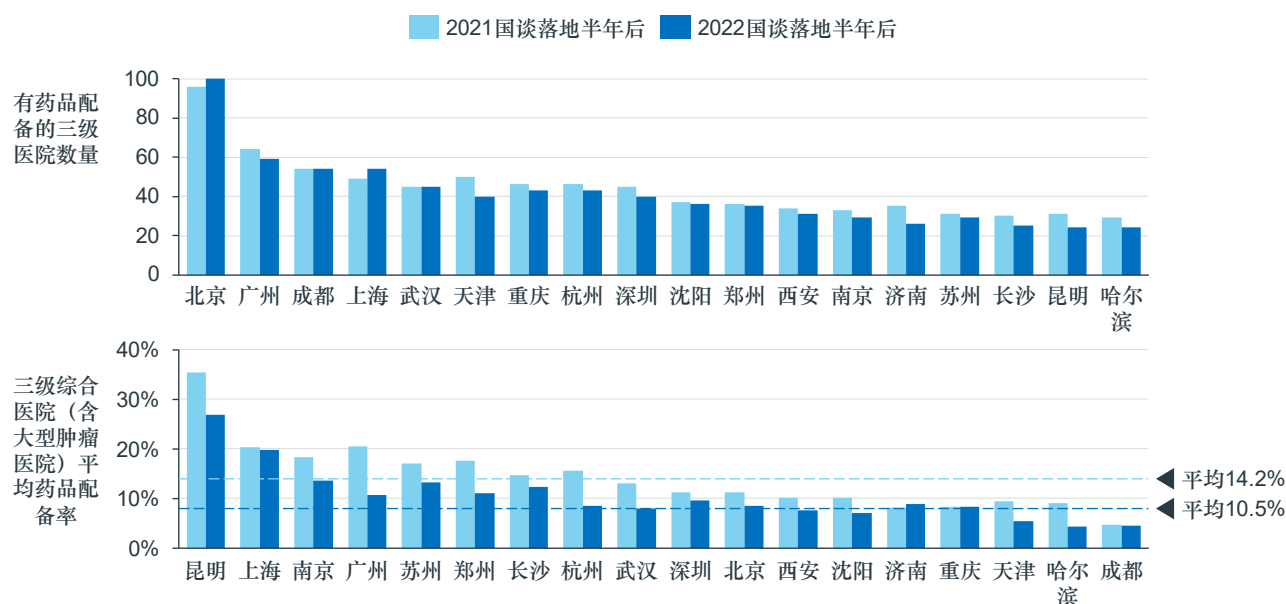
图 2-3：医疗机构在谈判药品引进中存在的政策性顾虑



注：N=51；受访者为相应医院的药剂科主任或副主任；来源：RDPAC《历年国家医保谈判药品落地情况分析报告》，2022年12月

随着医保谈判常态化下谈判药品数量逐年增加，医疗机构面临的药品总数控制压力加剧，新药进院的窗口被进一步压缩。以北京、上海、广州等 18 个重点城市为例，分析对比 2021 和 2022 年两批谈判药品落地半年后的配备情况，发现重点城市里新批次谈判药品的进院数量、每家医院新进谈判药的数量都有降低：2022 年国谈落地半年时，重点城市共有 737 家三级医院配备了至少 1 种当年谈判药品，而 2021 年国谈落地同期为 791 家，绝大部分城市相比上年下降，仅北京和上海略有增加，成都和武汉与上年持平。在各医院配备药品数量上，重点城市三级综合医院（含大型肿瘤医院）平均配备了 10.5% 的 2022 批次谈判药品，低于上一年同期的 14.2%（图 2-4），绝大部分城市均不同程度下降，反映医院对进院品种数量的控制趋严。

图 2-4：2021-2022 批次药品落地半年后各重点城市三级医院药品配备情况对比



针对无法及时召开药事会和药品品种数有限等问题，国家医保局、国家卫健委在《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）》中提出，医疗机构“对于暂时无法纳入本医疗机构供应目录，但临床确有需求的谈判药品，可纳入临时采购范围，建立绿色通道，简化程序、缩短周期、及时采购”。

但在临时采购管理上，由于配套政策不清晰，导致目前医疗机构开展临时采购中仍存在较多障碍，少数医院尚未建立谈判药品临采制度，一些医院临采程序耗时过长，难以及时响应患者用药需求。RDPAC 2022 年调研结果显示，受调研的 51 家一二线城市的三级医院中有 11 家对谈判药品未开通临时采购渠道。已开通临采的医院的临采审批程序和耗时不一，仅有少数医院可实现 1-2 个工作日完成审批，大部分医院往往需要一周左右甚至更久才能完成审批流程。以我国中部地区某省为例，该省内大型医院的临时采购审批程序以定期集中审批为主，临床提交申请到获批的耗时普遍为一个月及以上。

案例 2 我国中部地区某省人民医院药品临采审批周期通常一个月以上

在多数地区，医院的药品临采程序通常是“随时申请随时审批”，但我国中部地区某省内大型医院的临采程序主要是“定期集中审批”，例如每几周审批一次，但有时也未能按照流程准时开展审批，因此临采周期基本都在一个月及以上。其中，省人民医院过去采取每月一次集中审批的制度，流程是临床提交申请单、药剂科审批、分管副院长审批。但从 2023 年起，由于医院人事变动等原因的影响，药剂科基本不再规范按流程进行定期审批，而是等积累了一定数量的申请单后再进行审批，审批周期明显延长。如果临床科室和药品企业积极跟进，快则一两个月完成审批；如果没有积极推动，则可能需要等待三个月以上才能获批。

2.2 处方环节

堵点三：医院绩效考核和医保费用管理影响药品按需使用

谈判药品进院后，药品临床使用与医保费用管理和医院绩效考核政策间的协同性不足问题，依然影响着临床按需开具处方。对此，近年来国家医保和卫健部门积极推动政策“松绑”，包括根据谈判药使用情况调整医保总额和调整 DRG/DIP 病组（病种）权重、谈判药不纳入医院药占比和次均费用，有效提高了医疗机构开展谈判药品配备的积极性，但目前还存在一些政策有待进一步理顺。

从卫健部门层面，影响临床用药的政策主要是国家公立医院绩效考核，包括次均费用增幅、医疗收入增幅、基本药物占比和医疗服务收入占比考核，此外药占比指标也对部分地区医疗机构造成了压力。上文第二章 2.2 节所述的《历年国家医保谈判药品落地情况分析报告》调研显示，分别有 84%、63%和 61%的医疗机构在引进谈判药品时存在基本药物占比、次均费用增幅和医疗服务收入占比上的顾虑，有 75%的医疗机构存在药占比上的顾虑

(图 2-1)，下文逐一分析上述指标的应用情况和影响。

- **次均费用增幅和医疗收入增幅指标：**针对绩效考核中的“次均费用增幅”类¹⁶和“医疗收入增幅”共五项与谈判药品费用相关的直接指标，国家卫健委于 2019 年、2022 年分别修订了考核方法，对该五项指标增设了延伸指标，把谈判药品等费用从延伸指标的计算中剔除。但在实践中，延伸指标将如何在医院的考评结果中体现尚未得到明确，医院缺少“定心丸”；此外，由于剔除后的数据需要由医院自行填报，部分医院系统暂无法将谈判药品费用单独核算，而未能填报数据。因此，次均费用指标优化对医院的激励效果并不明显，仍有大量医院在临床处方中存在顾虑。
- **基本药物占比和医疗服务收入占比指标：**除了次均费用增幅等直接指标外，基药占比（包括门诊患者基本药物处方占比、住院患者基本药物使用率、基本药物采购品种数占比三项指标）、医疗服务收入占比两个间接指标是目前绩效考核中制约药品使用的主要因素，较高的谈判药品价格仍然对考核结果产生影响。其中，基药占比指标为省级监测指标，各省可根据本地实际确定基准值/区间和指标分值；医疗服务收入占比指标为国家监测指标，指标分值和评分方式由国家卫健委确定。对于基药占比指标，由于国家基本药物目录调整频率低于医保谈判开展频率，最新版《国家基本药物目录》发布于 2018 年，包含 685 种药品，而随着我国新药快速上市，医保目录调整从 2018 年至 2022 年共新增了 391 种药品，在基本药物目录尚未调整、医保药品总数快速增加的情况下，临床面对基药占比考核的压力加剧。
- **药占比：**目前我国已不再统一使用“药占比”指标进行考核，但在实践中，仍有部分省市卫健委将药占比纳入采集范围，医院需在绩效考核提交数据时也提交药占比数据，且并不清楚该指标是否会纳入打分或者进行奖惩，加之部分医院无法将谈判药品费用剔除计算，因此依然给医院使用谈判药品带来顾虑。

从医保部门层面，影响临床用药的政策主要是医保总额和 DRG/DIP 支付政策。对此，国家医保局已给出了政策支持，指导地方医保部门对单独支付谈判药品不纳入医保总额范围、合理调整医院医保总额、调整 DRG/DIP 病组（病种）权重。但在实际落地过程中，在已经出台政策的省份，由于各省市现实条件和政策执行能力存在差异，有地区 DRG/DIP 支付政策未能及时调整，也有部分省份尚未出台相应松绑政策，科室依旧面临使用高值药物带来的亏损问题；部分省市将“双通道”外配处方也纳入医院医保总额管理，更加制约了临床科室使用高值药品的积极性。

在上述绩效考核和医保管理政策的影响下，部分医院出现了限制单张处方金额、限制

¹⁶ 包括门诊次均费用增幅、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 4 项指标

药品用量、停用高价药品、纳入医院用药目录后迟迟不采购等现象。例如，我国东南部地区 F 省的几家省属医院中，有医院采取限制药品用量的做法，例如处方达到 500 张后即关闭 HIS 系统处方权限，只能通过“双通道”系统开出；有医院希望对标其他医院降低药占比，年底时停用一些门诊进口药品；也有医院在 2022 年初谈判药品落地时引进了几十种药品，但全年基本没有进行采购。对于药品费用整体较高的肿瘤和罕见病领域，尤其是罕见病药品，临床科室面临更大的费用压力。根据蔻德罕见病中心《“破局最后一公里”——罕见病国谈药落地情况调研报告及政策建议（2023）》研究报告，由于医保总额和 DRG/DIP 控费政策的“松绑”在实践中难以真正落实，一些罕见病高值药品即使进院，在处方用药环节，医疗机构仍可能因为担忧亏损而无力接诊需要长期治疗的患者。

案例 3 终身用药保障是法布雷病患者小何不停歇的挑战

法布雷病是一种罕见的溶酶体贮积症，由 X 染色体上基因突变引发，患者体内的代谢废物不能被分解，进而在多个脏器例如肾脏、心脏、神经、皮肤等经年大量堆积，可引起多器官病变，疾病后期将出现肾脏、心脏、脑等器官受累，危及生命。

法布雷病的治疗方法主要有特异性的酶替代疗法（ERT）和对症治疗。目前，已有阿加糖酶 α 、阿加糖酶 β 两种 ERT 药品在中国上市，其中阿加糖酶 β 尚未进入基本医保目录，阿加糖酶 α 则在 2021 年底通过谈判纳入医保目录，年费用从约 100 万元下降到约 28 万元，使更多患者有机会开展治疗。然而，阿加糖酶 α “最后一公里”的可及仍然面临着诸多挑战。其中，DRG/DIP 支付给医院带来的亏损压力是患者与临床专家共同反映的一大忧虑。

根据 CHS-DRG 分组，法布雷病属于内分泌、营养、代谢疾病及功能障碍（MDCK）组下的先天性代谢异常（KV1）分组。由于该组内许多疾病暂时没有特效治疗方式，患者仅能开展对症治疗，因此病组支付标准相对偏低。根据调研，从一线城市诊疗中心到县级城市的基层医院，使用谈判药品治疗一例法布雷病，医院的亏损金额为 2000 元至 11000 元不等。在此情况下，一些基层医疗机构在面临引进阿加糖酶 α 的诉求时，考虑到必然产生的亏损，往往要求患者转诊至其他大型三甲医院。但结合本报告第一章分析数据，该药品仅覆盖了我国 20% 的城市，意味着大部分患者必须频繁异地就医，而且即使是大型医院也可能在 DRG/DIP 结算下出现亏损，而中止向患者提供治疗。

22 岁的小何是一名法布雷病患者，小何的母亲和弟弟也都患有该疾病。过去，由于 ERT 药品的高昂费用，小何一家主要进行辅助治疗。2021 年阿加糖酶 α 通过谈判纳入医保目录，经过医保报销、社会救助后，小何一家的自费医疗支出可以控制在每年几万元内，家庭基本能够负担。然而，小何首先在药品进院上就遇到了困难。2022 年 5 月，小何首先向家门口的市人民医院提出用药诉求，然而，医院出于对药占比、医保总额控制等考核的顾虑，进药意愿不强，1 个月过后药品仍未配备好。

小何在认真查询国家及所在省份的国谈药落地政策文件后，与不同级别的医保、卫健部门和医院展开了反复沟通。他跑了二十余次县医保局，沟通无果后，又前往省卫健委和市政府，最终得到了积极回应和处理。最终，在县医保局督办下，2022年8月县医院药事会批准了药品采购，小何一家人终于用上了药。但在2023年4月，县医院通知小何，由于医院实施DIP结算，法布雷病每次使用谈判药品治疗会产生7000元左右的超支，小何一家2023年已给县医院造成约十八万元的亏损，其用药可能难以为继，建议小何一家前往其他大医院治疗。

小何在认真研读国家DRG/DIP支付改革政策文件后，向县医保局致信申请，希望能对法布雷病进行特殊单列管理，保障患者治疗需求。在医保局对医院、医保中心的沟通下，小何一家的用药最终获得了单独管理，按实际费用进行结算，从而解决了医院的亏损压力。

小何的情况并非个例。全国范围内，有患者通过类似的多方沟通和政策倡导，成功争取到了医保部门的特殊备案。也有很多患者疲于奔波，在一次次的碰壁下走投无路。因此，除了患者个人的努力，更有必要制定地区性统一的政策，才能彻底、全面的解决患者使用高值谈判药品的困境，保障患者享受应有的治疗待遇。

资料来源：蔻德罕见病中心《“破局最后一公里”——罕见病国谈药落地情况调研报告及政策建议（2023）》

2.3 支付环节

堵点四：部分地区高值谈判药品门诊保障存在缺口

支付环节的报销保障是药品可及性的重要影响因素。谈判药品中有大量主要在门诊使用的药品，**目前一些省份的高值药品门诊保障制度尚不够健全，部分药品门诊使用的实际报销水平远远无法满足患者用药需求**，导致患者倾向于用住院替代门诊，带来就医不便和诊疗资源浪费的问题。

从各地的实践来看，我国的门诊保障政策主要包括门诊统筹、门诊慢特病政策（即门诊慢性病或特殊病政策）和特药政策（即高值药品门诊单行支付政策、门诊用药保障政策等）三种。三种政策分别是基于一般费用、病种、药品的统筹，定位于满足不同类型的门诊医疗费用需求，合力形成全面的高值药品门诊保障政策体系。其中，特药政策作为各地近年来积极开展的创新支付机制，对高值药品保障针对性更强、待遇水平更佳（表2-1）。

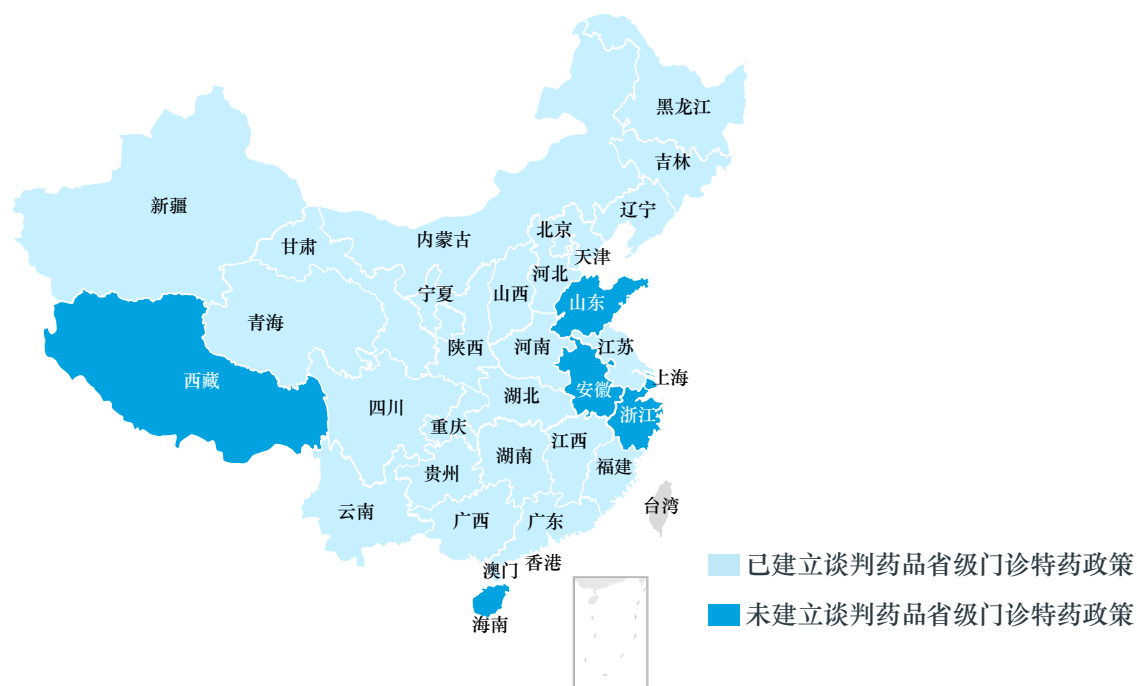
表 2-1：三种门诊保障政策的内涵及特点

| 政策类型 | 保障范围 | 保障水平 | 实施情况 |
|------|----------------------------------|------------------------------|--------|
| 门诊统筹 | 针对门诊发生全部政策范围内医疗费用，报销范围广泛，属于普惠式保障 | 支付限额通常在数百元到数千元不等，对高值药品保障能力较弱 | 各省普遍建立 |

| 政策类型 | 保障范围 | 保障水平 | 实施情况 |
|-------|---|---------------------------------|-----------|
| 门诊慢特病 | 针对治疗周期、费用高且适合在门诊治疗的常见慢性病和重特大疾病 | 支付限额通常根据病种量身定制，对高值药品保障能力一般 | 大多数省份已建立 |
| 特药政策 | 针对超出门诊统筹和门诊慢特病支付能力的高值药品，主要覆盖协议期内医保谈判药品，也纳入部分乙类药品，并向新病种新疗法倾斜 | 大部分省份将最高支付限额与住院合并计算，对高值药品保障能力最佳 | 25 个省份已建立 |

随着医疗技术进步、门诊项目扩大，越来越多慢性疾病和重大疾病在门诊治疗比例增加，对我国门诊保障体系的改革提出了要求。在此背景下，近年来多个省份陆续建立省级门诊特药政策，进一步织密患者门诊就医保障网。截至 2023 年 11 月底，31 个省份中已有 25 个省份建立了针对谈判药品的省级门诊特药政策（图 2-5），特药目录主要覆盖本省门诊统筹和门诊慢特病政策下保障水平不足的药品，以发挥精准保障作用。

图 2-5：各省门诊特药政策出台情况



注：上海实施门急诊和住院费用合并统筹，门诊报销额度较高；山东已对部分高值药品和罕见病药品建立省级大病保险特药政策，尚未出台主要针对谈判药品的门诊特药政策，部分地级市建立了市级门诊特药政策，例如济南、烟台、淄博等

6 个省份尚未建立针对谈判药品的省级门诊特药政策，包括浙江、安徽、西藏、海南、山东、上海。其中上海实施门急诊和住院费用合并统筹，门诊报销额度较高；山东已对部分高值药品和罕见病药品建立省级大病保险特药政策，尚未出台主要针对谈判药品的门诊

特药政策，部分地级市建立了市级门诊特药政策，例如济南、烟台、淄博等。在这些省份中，如果门诊统筹报销比例和额度较低、门诊慢特病未能覆盖一些新疾病，则会产生保障缺口。以 2022 年批次新增谈判药品为例分析，脊髓性肌萎缩药品 L、多发性硬化药品 A 和 F 均主要在门诊使用，年费用均达数十万元，但这些病种极少被纳入门诊慢特病（表 2-2）。例如，脊髓性肌萎缩症药品 L 的年费用约为 11.5 万元，如果未被纳入门诊慢特病，则在门诊使用只能通过门诊统筹进行报销，在门诊统筹限额较低的地区，药品 L 的实际报销比例极为有限，即使在门诊统筹限额较高的地区，由于门诊统筹报销比例通常低于住院，尤其是居民医保门诊报销比例较低，仍可能导致患者自付负担加重（表 2-3）。

如果患者通过“双通道”渠道来购买药品，由于“双通道”实施在定点药店和定点医院统一的支付政策，门诊开具的外配药品费用需按照定点医院的门诊报销政策进行报销，如果门诊报销水平不足，则“双通道”报销存在相同缺口，药费将主要由患者个人承担。

表 2-2：2022 年谈判药品中费用较高的门诊用药举例（在 6 个未建立特药政策省份）

| 药品 | 适应症 | 药品用法 | 已有该门诊病种的省份 | 没有改门诊病种的省份 | 年治疗费用/万元 |
|----|--------|----------------|------------|------------|----------|
| L | 脊髓性肌萎缩 | 口服，每日一次，12 天一瓶 | 1 | 5 | 11.5 |
| A | 多发性硬化 | 皮下注射，每月一次 | 2 | 4 | 8.2 |
| F | 多发性硬化 | 口服，每日两次，28 天一盒 | 2 | 4 | 4.4 |

注：药品名称以随机字母代号代称；有/无相应门诊病种的省份数量以 6 个未建立省级特药政策的省份为统计范围。药品日剂量需要参考体重确定时，按 60kg 计算；药品治疗周期参照说明书疗程计算，说明书未注明的按照 365 天计算

表 2-3：脊髓性肌萎缩药品 L 在未建立特药政策省份的门诊报销待遇情况

| 城市举例 | 门诊报销待遇 | 职工医保 | | 居民医保 | |
|------|--------|----------|--------|----------|--------|
| | | 支付限额/元 | 实际报销比例 | 支付限额/元 | 实际报销比例 |
| 杭州 | 门诊统筹 | 不设最高支付限额 | 82% | 不设最高支付限额 | 40% |
| 拉萨 | 门诊统筹 | 3000 | 2.6% | 300 | 0.3% |
| 海口 | 门诊统筹 | 2000 | 1.7% | 700 | 0.6% |

注：在职职工和退休人员政策不一的，以较高标准计算；不同级别医院政策不一的，以三级医院计算；由于药品费用较高，因此计算报销比例时不考虑起付线，仅依据最高支付限额进行计算

2.4 “双通道”环节

堵点四：部分地区谈判药品门诊保障缺口导致“双通道”保障缺失

如上文所述，在部分高值谈判药品门诊保障政策缺失的地区，如果患者通过“双通道”药店购买药品，由于“双通道”药品在定点药店和定点医院实施统一的支付政策，门诊开具

具的外配药品费用需按照定点医院的门诊报销政策进行报销，如果高值药品门诊保障政策缺失，则“双通道”报销也难以实现。

堵点五：常见病慢性病药品“三定”限制影响患者用药便利性

按照“双通道”药品的医保经办和药品使用的严格管理要求，一些药品特别是常见病、慢性病用药在“双通道”特定诊疗与报销管理流程下配药流程拉长，开药较为不便。目前各地“双通道”药品范围总体较广，截至 2023 年 11 月底，广东、山东、河北、安徽等 12 个省份将 2022 年版医保目录所有谈判药品都纳入“双通道”，包含大量常见病和慢性病治疗用药，涉及高血压、糖尿病、高胆固醇血症、慢性阻塞性肺疾病等。按照通常的“三定”“五定”管理机制，患者通过“双通道”使用药品需先在医保经办机构或指定医疗机构办理备案，后续即可在定点医疗机构的指定责任医师处开具处方，并到定点药店取药和结算。

定点管理模式有助于实现患者用药行为的全过程监管，保障用药安全和基金安全。但对于常见病和慢性病，由于“双通道”定点医药机构数量有限，有城市只有几家定点医疗机构和定点药店，且药店的谈判药品种覆盖可能不全，服务网络难以实现对数量庞大的患者的充分覆盖，患者如需长期用药，存在较大不便。

此外，随着定点零售药店门诊统筹政策推进，为确保定点药店的普通门诊统筹、门诊慢特病统筹和谈判药品“双通道”政策的顺畅衔接，更有必要对“双通道”药品实施分类管理，对其中的常见病和慢性病治疗药品简化定点管理要求，将显著减轻这部分患者的就医负担，并有助于降低医保经办部门和医疗机构管理成本。

堵点六：药店运营“双通道”药品成本效益低，发展可持续性受限

“双通道”药店实施高标准、高要求建设，运营成本较高，而谈判药品销售价格受限，导致药店面临成本投入和利润产出不匹配的困境，运营压力较大。对定点药店而言，承接“双通道”职能有助于带来更多药品品种、吸引患者流量。同时，为保障患者用药安全和服务质量，各地医保部门对“双通道”药店的资质逐步提出了更高要求。零售药店要申请成为“双通道”药店，需按要求设立谈判药品专柜、配备专业药师、改造医保结算信息系统、建立符合要求的储存配送体系。由于谈判药品实施“零加成”销售，因此定点药店很可能面临运营成本增加、利润率降低的问题。由于缺乏保盈利运行的制度安排，药店经营谈判药品的可持续性受到一定限制。与此同时，随着药店门诊统筹和药店参与招采体系等政策的推进，药店其他品类药品售价也受到制约。高标准、高要求建设下的“双通道”药店的可持续运营，是未来需要考虑的问题。

案例 4 扬州市某老牌连锁药店运营“双通道”药品毛利率不足 1%

以江苏省扬州市某老牌连锁药店为例，2021 年上半年，该店经营“双通道”药品 29 品，销售金额 1661.5 万元，毛利额 57.8 万元，毛利率 3.48%；2022 年同期，经营“双通道”药品 49 品，销售金额虽然同比增长了 32%，但毛利率仅为 3.62%，若再扣减生物制剂 3%的增值税税率，部分“双通道”药品的实际毛利率仅为 0.62%，实际毛利仅为 13.64 万，呈现出销售额看似上升，实际利润却在下降的态势。

资料来源：张顺生，曹红梅《打通“双通道”定点零售药店“微梗阻”》

第三章 谈判药品落地的地方实践经验

针对谈判药品落地的六项堵点，我们总结和梳理了各堵点产生的成因，并按照成因所在层级将问题归类为国家医保卫健政策层面、地方医保卫健政策层面、以及医疗机构层面（表 3-1），以便从各堵点形成的层级和相应主体出发，探讨解决方案。

在国家政策层面，涉及的堵点包括医院药事会召开不及时、医院绩效考核影响谈判药合理使用和定点药店运营“双通道”药品利润承压。分析其原因，一是指导规范尚需进一步细化、明确，目前全国层面尚无细致的医疗机构用药目录管理指导性文件。二是政策协同需加强，体现在公立医院绩效考核中的基药占比和医疗服务收入占比指标有待优化，已优化的指标需要关注实际执行问题。三是激励机制需补足，尚无对于定点药店的激励机制。

在地方政策层面，涉及的堵点包括医院药事会召开不及时、进院品种数受限、医保费用管理影响药品合理使用、高值药品门诊保障薄弱和“双通道”常见病慢性病药品管理过严。分析其原因，主要源于落地配套措施需加强、明确，包括对医院药事会和药品配备情况的监督力度不够，医保总额管理和 DRG/DIP 支付政策没有切实调整适应谈判药品使用，品规总数和药占比等传统管理方式依然广泛使用，门诊保障和“双通道”药品管理需进一步完善。此外，部分地区卫健部门在落地工作中的参与力度不足，影响落地政策实施效果。

医疗机构是谈判药品配备使用的责任主体。谈判药品落地中的多项堵点，包括药事会召开不及时、限制药品进院数量、限制合理药品处方，一方面有来自医保费用管理和医院绩效考核的压力，另一方面也源于医疗机构按照传统管理理念和方式运行，没有适应医保谈判常态化下，创新药品快速进入临床使用对医院管理带来的要求。因此，必须推动医院提升精细化管理水平，完善用药目录管理、临床用药管理和信息化管理能力，才能深入、长效的促进创新药品顺畅落地。

各堵点必须由相关主体在不同层次上分别解决，并形成合力，才能深入理顺谈判药品进院链条。本章梳理了地方医保卫健部门和医疗机构在解决各堵点上的宝贵实践经验，总结了可能的解决方法，以期为主管部门和医疗机构提供参考。

表 3-1：谈判药品落地堵点和堵点成因的所在层级

| 堵点 | 成因所在层级 | 国家医保和卫健政策 | 地方医保和卫健政策 | 医疗机构 |
|------------------------|--------|-----------|-----------|------|
| 一. 医疗机构药事会召开不及时 | | √ | √ | √ |
| 二. 谈判药品进院品种数受限 | | | √ | √ |
| 三. 绩效考核和医保费用管理影响药品合理使用 | | √ | √ | √ |

| 堵点 | 成因所在层级 | 国家医保和卫健 政策 | 地方医保和卫健 政策 | 医疗机构 |
|----------------------|--------|---------------|---------------|------|
| 四. 高值药品门诊保障存在缺口 | | | √ | |
| 五. 常见病慢性病患者“双通道”开药不便 | | | √ | |
| 六. 定点药店运营“双通道”药品利润承压 | | √ | | |

3.1 应对堵点一：推动医疗机构建立与医保谈判相适应的药事会制度

要推动医院建立与医保谈判相适应的药事会制度，医院自身和主管部门的共同作用缺一不可。医疗机构应积极承担创新药品供应责任，建立规范的药事会召开机制。而地方医保和卫健部门的合力深入推动，将有效改善医院的执行情况。调研总结部分落地水平相对较佳的省份的实践经验如下。

案例 5 江苏省将国谈配套药事会制度纳入顶层法规，召开全省三方联席动员会议

从 2021 年版医保药品目录执行起，江苏医保局就在历年配套文件中提出医疗机构应在新版目录公布后 1 月内召开药事会的要求。2022 年 1 月，江苏省政府办公厅印发《优化审评审批服务推动创新药械使用促进医药产业高质量发展行动方案》，提出定点医疗机构应在谈判药品目录发布 1 个月内召开专题药事会，将谈判药品纳入医院基本用药供应目录，做到“有需必采”“应采尽采”。2023 年 1 月，江苏省人大通过了《江苏省医疗保障条例》，自 2023 年 6 月 1 日起施行，为推动医保改革成果与政策规范的衔接、使医保立法真正惠及人民群众，条例规定“国家药品目录发布后，定点医疗机构应当在 1 个月内将国家谈判药品按需纳入药品采购目录范围”，从而以法律条文的形式明确了医疗机构使用“国谈药”的主体责任。

此外，江苏实施谈判药品进院“动员会”，每年目录落地后的第一时间，省医保局就牵头邀请省卫健委、主要医疗机构和药品企业代表召开医保、医疗、医药三方联席会议，增进医疗机构的政策理解和主体责任意识，搭建企业与医疗机构直接面对面沟通的平台，推动各方形成进院共识。目录正式执行后，省医保局还组织各地市对医疗机构召开药事会情况定期监测上报。从医院实际执行情况来看，江苏省“顶层设计、会议动员”效果显著，2023 年省内三级医院基本都及时召开了药事会或开展了其他形式的专项讨论。

案例 6 云南省推进重点医疗机构着力推进谈判药品配备，实现创新药品省内可及

云南省医保局从 2020 年起，连续四年通过引导昆明的区域重点三级医疗机构配备谈判药品为抓手，建立了常态化的谈判药品配备政策机制，保障谈判药品准入后的快速落地。

2020 年 6 月，云南省医保局首次发文遴选 5 家位于昆明市的区域重点医疗机构开展加强谈判药品落地试点，根据医疗机构的功能定位配备药品，其中昆明医科大学第一附属医院等综合性医院优先配备化学药品和生物药品，昆明市儿童医院优先配备儿科用药，云南省中医医院优先配备中成药。同时，省医保局联合省卫健委发布文件，取消谈判药品药占比、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；定点医疗机构合理使用国家谈判药品发生的实际费用，年底费用清算时，不纳入当年总额控制范围，单独予以核算支付。政策出台后，谈判药进院情况明显好转。

2021 年起，云南省根据首年执行的发现的问题和经验，优化了政策设计，包括将定点医院由原 5 家增加至 14 家昆明市三级医院；般要求医院在新版目录落地执行日前召开药事会，使得药品可及速度远快于其他省份；指导定点医院根据功能定位、临床需求和诊疗能力，将新增谈判药品纳入医疗机构用药目录，确保“应配尽配”；对未配备但有需求的谈判药品，建立绿色通道和临时采购机制，确保 24 小时满足临床需求。2023 年，云南省进一步优化谈判药品配备管理，指导定点医院将药品配备范围扩大到协议期内全部谈判药品，医院分别报送本年度新增国谈药品、协议期内谈判药品的配备情况，医保局在官网公布 14 家医院相关药品的配备结果。

经过四年政策推进，定点医院已经建立了快速、高效的常态化国谈配套药事会制度，能够有效实现了创新药品快速可及。数据分析也显示，昆明市三级医院谈判药品配备水平位于全国各重点城市前列。

案例 7 北京市卫健委细致督导推动医疗机构药事会召开情况显著改善

2022 年版医保药品目录落地后，北京市政府高度关注国谈药落地“最后一公里”问题，着力加大对相关工作的指导和督促。北京市卫健委从关键环节药事会切入，于 2023 年 6 月向北京市医疗机构印发《关于进一步促进国谈药品合理使用的通知》，要求医疗机构在医保谈判落地 3 个月内召开药事会专题研究相关药品进院事宜。随后，又在 7 月印发的《北京市全面提升医疗质量行动方案（2023-2025 年）》中再次提出“遇国家基本药物、医保谈判等药品目录调整，应于 3 个月内召开药事会”，将谈判药品配套药事会要求固化成长期执行的制度。在明确的政策要求督促下，北京市医院总体药事会频率显著提高，大部分医院按时召开了会议，但也存在郊县地区医院、中医系统医院开会较慢的情况，也有医院以已经讨论过国谈药落地情况和临采为由“躲避”药事会。

为全面了解医院开会情况、进一步督促医院及时开展工作，北京市卫健委又于 9 月发布《促进医疗机构召开药事委员会督导方案》，该文件主要检查医院药事会召开和谈判药品配备情

况，要求医疗机构自查梳理院内情况，上报相应数据，对一定时间节点内未开药事会的医院进行约谈。市、区卫健委组织药学专家到医院在自查基础上开展工作督导检查，通过实地查看、资料抽查等形式，就医院的药事管理制度、药事会召开情况、药事会各项工作任务完成情况进行检查，就存在的问题现场给出建议。多措并举下，有效推动了尚未召开药事会的医院的进度，一些多年未召开药事会的医院也陆续启动工作。

北京市的实践经验，反映了明确的药事会时限要求和切实的后续跟进措施是改善医院药事会召开情况的有效工具。尤其值得借鉴的是，北京市本轮谈判落地工作以卫健部门为推动主力，更加有利于增进和医院的沟通、调动药学专家参与、为医院药事管理工作提供科学指导。然而，目前全国多数地区谈判落地通常以医保局为主要推动力，地方卫健委参与度往往较低。因此，必须加强两部门的合作，地方卫健委充分发挥指导作用，才能最大化落地工作成效。

除上述案例省份外，其他省份也开展了多种形式的推动工作。总结各地经验，推动医疗机构召开药事会的政策实践主要呈现两项思路：**一是明确药事会召开时限要求并跟进督导医院执行情况，二是将药事会召开要求细化固化成长效制度文件。**

多省实践经验显示，细化医疗机构药事会召开时限要求并跟进督导医院执行情况，对改善医院开会情况有显著促进作用。从目录落地前、中、后各阶段的管理机制出发，典型措施包括：新版目录落地前，省医保局在医保目录调整配套文件中明确医疗机构应在目录公布后的1-3个月内召开药事会，大部分省份已采取这种做法；目录落地阶段，省医保局和卫健委召开全省重点医疗机构动员会议，增进了解、达成共识，例如江苏、福建、山东等省；目录落地后，省医保局和卫健委制定监测、统计和报送方案，地市级医保局和卫健委定期（例如按月）统计辖区内医院开会和药品配备情况并报送省主管部门，对未及时召开会议的医院，进行问询、约谈了解情况并督促其执行，并将医院药品配备情况向社会公示，例如浙江、山东、云南等省。部分省市政策经验如下表 3-2。

将药事会召开要求细化固化成长效制度文件，从而推动药事会机制常态化长效化。一些省份的省卫健委将谈判药品药事会和药品配备要求纳入本省合理用药考核，例如江苏、安徽等。一些省份则将药事会要求写入更高层面的制度文件，例如江苏将其纳入《江苏省医疗保障条例》《优化审评审批服务推动创新药械使用促进医药产业高质量发展行动方案》（2022 - 2024 年），北京将其纳入《北京市全面提升医疗质量行动方案（2023-2025 年）》，广东将其纳入《广东省医疗机构用药目录管理指南》。部分省市政策经验如下表 3-2。

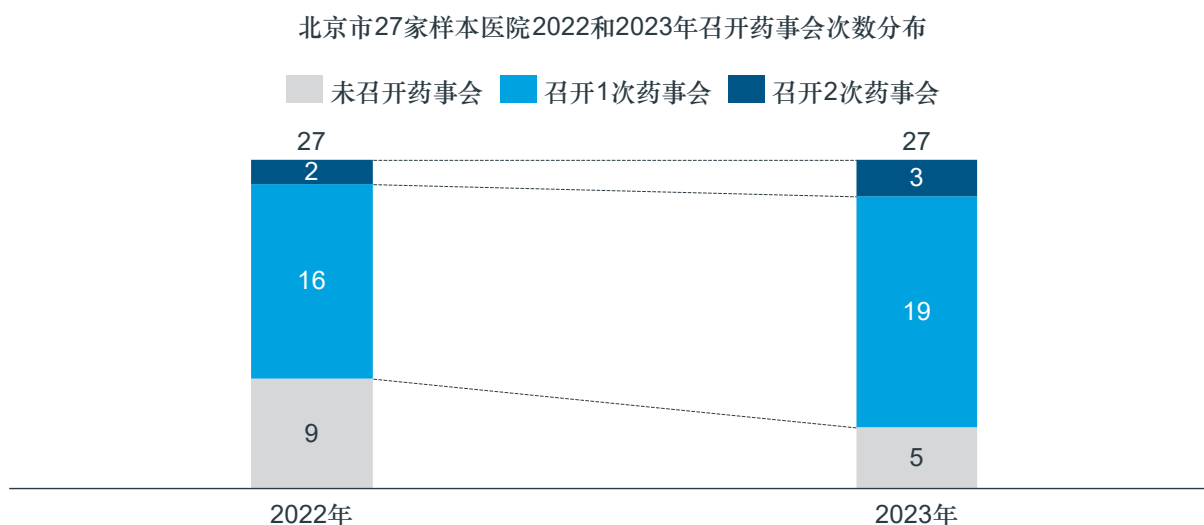
表 3-2：推动医疗机构及时召开药事会的地方政策经验举例

| 一、细化医疗机构药事会召开时限要求，并跟进医院执行情况 | | |
|-----------------------------|--|--|
| 省份 | 药事会召开时限要求 | 跟进措施 |
| 北京 | <ul style="list-style-type: none"> 医院应在医保谈判落地 3 个月内召开药事会专题研究相关药品进院事宜 | <ul style="list-style-type: none"> 市卫健委发布督导方案检查谈判药品配备情况，要求医院上报药事会召开情况，对未召开医院进行约谈 |
| 江苏 | <ul style="list-style-type: none"> 在新版目录公布后 1 月内召开国谈药进院专题药事会 | <ul style="list-style-type: none"> 省医保局和卫健委组织医院、药品企业召开国谈药使用三方联席会议 省医保局组织各地市定期收集三级医院药品配备情况 |
| 浙江 | <ul style="list-style-type: none"> 医院在新版医保目录公布后 3 个月内召开专题药事会 | <ul style="list-style-type: none"> 省医保局在官网按季度公布全省三级医疗机构的药品配备情况 |
| 福建 | <ul style="list-style-type: none"> 医院在新版医保目录公布后 2 个月内召开专题药事会 | <ul style="list-style-type: none"> 省医保局和卫健委召集主要医疗机构召开政策宣讲会，为医疗机构开展答疑，督促落地 将召开国谈药药事会及其配备纳入院长年终绩效考核 |
| 上海 | <ul style="list-style-type: none"> 应在药品目录发布后 1 个月内，及时召开药事会议 | <ul style="list-style-type: none"> 将药事会议等召开情况及时向申康医院发展中心和各级卫生健康、医保部门报告 |
| 广东 | <ul style="list-style-type: none"> 应在新版国家医保药品目录正式公布后 3 个月内召开药事会 | <ul style="list-style-type: none"> 省卫健委发布多个督导文件，并到部分地市进行督导 省医保局和卫健委联合到重点医疗机构进行调研 |
| 山东 | <ul style="list-style-type: none"> 自国家药品目录正式公布三个月内，根据临床用药需求，及时召开药事会 | <ul style="list-style-type: none"> 省医保局按月调度各市上报国谈药品配备数量、使用金额，院内结算国谈药品费用占比、信息查询服务及群众用药购药投诉情况等内容，按季度通报 省医保局组织各地市医疗机构召开国谈药品落地情况及问题沟通协调会 |
| 四川 | <ul style="list-style-type: none"> 医疗机构自新版国家医保药品目录公布后三个月内，及时召开专题药事会 | <ul style="list-style-type: none"> 省医保局发文组织各地市收集医疗机构召开国谈药专题药事会情况，医疗机构报送召开时间、(如未召开) 召开计划、不召开的原因 |
| 云南 | <ul style="list-style-type: none"> 要求昆明市 14 家指定医疗机构在国谈药落地执行日前召开药事会 | <ul style="list-style-type: none"> 市医保局要求医院分别报送本年度新增国谈药品、全部谈判药品配备情况，在官网公布 14 家医院药品配备 |
| 二、将药事会召开要求细化固化成长效制度文件 | | |
| 省份 | 发文单位及文件名称 | 文件内容 |
| 江苏 | <ul style="list-style-type: none"> 江苏省人大《江苏省医疗保障条例》 江苏省政府办公厅《优化审评审批服务推动创新药械使用促 | <ul style="list-style-type: none"> 国家药品目录发布后，定点医疗机构应当在一个月将国家谈判药品按需纳入药品采购目录范围 在创新药进入国家谈判药品目录后，定点医疗机构应在一个月召开专题药事会，将谈判药按需 |

| | | |
|----|--|---|
| | 进医药产业高质量发展行动方案》(2022 - 2024 年) | 纳入医院药品基本用药供应目录,做到“有需必采”“应采尽采” |
| | <ul style="list-style-type: none"> 江苏省卫生健康委员会《关于印发江苏省医疗机构合理用药考核工作实施方案的通知》(苏卫医政〔2021〕25号) | <ul style="list-style-type: none"> 将国谈药药事会和配备情况纳入合理用药考核: <ul style="list-style-type: none"> ①有相关药事管理会议记录,得3分。 ②有用药目录的调整优化记录,得3分。 |
| 北京 | <ul style="list-style-type: none"> 北京市卫生健康委员会北京市中医管理局《北京市全面提升医疗质量行动方案(2023-2025年)》 | <ul style="list-style-type: none"> 遇国家基本药物、医保谈判等药品目录调整,应于3个月内召开药事会,结合患者需求和学科特点做好本院目录衔接 |
| 广东 | <ul style="list-style-type: none"> 广东省卫生健康委员会《广东省医疗机构用药目录管理指南》(粤卫药政函〔2023〕10号) | <ul style="list-style-type: none"> 医院应在新版国家医保药品目录正式公布后三个月内召开药事会 医院应当每季度至少召开一次药事委员会工作会议,必要时随时召开,会议内容应当包含讨论调整优化医疗机构用药目录的内容 |
| 安徽 | <ul style="list-style-type: none"> 安徽省卫生健康委员会安徽省中医药管理局《关于印发安徽省医疗机构合理用药考核工作方案的的通知》(皖卫医秘〔2021〕284号) | <ul style="list-style-type: none"> 将谈判药药事会和配备情况纳入合理用药考核: <ul style="list-style-type: none"> ①医疗机构药事管理与药物治疗学委员会(组)及时组织讨论国家医保谈判药品引进配备使用工作,有相关会议记录,并按规定的时限执行,得1分。 ②查看医疗机构基本用药供应目录,与国家医保谈判准入药品目录对比,是否优先配备国家医保谈判准入药品,有1个不符合要求扣0.5分,扣完为止。 |

地方经验同时显示,地方卫健委的参与度对于推动医院积极响应谈判药品落地工作至关重要。以上文所述的北京市为例,2023年北京市卫健委着力加大对医疗机构执行谈判药品落地的指导和督促力度,促使北京医疗机构药事会召开情况相比往年总体显著改善。企业调研结果显示,在抽样调研的北京市27家重点医院中,2023年有22家医院召开了药事会,2022年则为18家(图3-1)。再结合本报告第二章2.2节数据分析结果来看,2023年绝大多数重点城市开展谈判药品配备的三级医院数量有所下降,而北京略有上升,印证了政策成效。

图 3-1：2022 和 2023 年北京市抽样调研医院召开药事会情况对比



3.2 应对堵点二：推动医疗机构按照临床需求对谈判药品“应配尽配”

解决医疗机构不合理限制进院品种数的问题，需要地方医保卫健部门和医疗机构共同努力。一方面，地方主管部门可以“松绑”和“驱动”措施并举，从松绑层面明确对医院品种数量不设限制，从驱动层面对医疗机构配备谈判药品开展量化考核。另一方面，更需要医疗机构充分认识到我国医保谈判制度发展和新药上市速度加快的现状，过去使用的数量控制管理模式已无法适应当前药事管理的需要，应转变用药目录管理观念，由数量管理向按照临床需求配备药品来转变，同时开展用药目录迭代升级，为新药好药留出空间。

政策角度，已有地方卫健委、医保局开展了明确取消医疗机构品种总数限制的探索。

2023年8月，广东省卫健委发布《广东省医疗机构用药目录管理指南》，该新版《指南》删除了公立医疗机构的用药品种数（三级综合1500种/二级综合1200种/其他600种）的限制，是全国首个明确取消医院品种数限制的文件。《指南》还明确：医院应在新版国家医保药品目录正式公布后三个月内召开药事会，根据临床用药需求对谈判药品“应配尽配”；因故无法按期召开药事会的，但临床优势明显、安全性高、不可替代、患者确有需求的国谈药品，可经药事委员会主任委员审核确认后直接纳入用药目录；药事委员会应至少每季度召开一次药事会讨论用药目录调整工作，必要时随时召开。在政策鼓励下，广东省一些医院开始放宽药品进院数量限制。2023年12月，上海市医保局印发《上海市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023年）》，提出“对各级医院的用药目录品种数不设数量限制，各定点医疗机构不得以用药目录数量、“药占比”等为理由限制创新药的配备、使用。”2024年1月，四川省卫健委发布《关于进一步做好医疗机构药品器械管理有关工作的通知》，提出“国家《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》已于2021年10月9日废止，其中关于医

疗机构《基本用药供应目录》品规数的相关要求不再执行。”

此外值得注意的是，由于医政政策和管理制度是相互关联的复杂系统，各类指标彼此关联，往往牵一发而动全身。虽然用药品种总数不做考核，但谈判药品数量增加，会对基本药物品种数占比带来影响，因此，有必要优化基本药物占比指标，保障政策协同。

除明确不限制品种数外，部分省市医保和卫健部门对医疗机构谈判药品配备情况开展量化考核。典型案例为浙江省率先探索对医疗机构的药品配备数量分级分类提出配备要求。

案例 8 浙江省医保局对医疗机构的药品配备数量分级分类提出配备要求

2021 年版医保药品目录发布后，浙江省医保局、省卫健委在《关于落实国家医保谈判药品“双通道”管理机制的通知》（浙医保联发〔2021〕24 号）提出，“依据诊疗需求，原则上国谈药品品种配备率三级甲等公立综合性医疗机构不低于 30%，三级乙等公立综合性医疗机构、三级公立中医医院（含中西医结合医院）不低于 20%，三级公立专科医疗机构不低于相应专科国谈药品品种的 60%。”文件还要求，医疗机构应在新版国家医保药品目录公布后三个月内召开药事会，做到国谈药品“应配尽配”。

除明确配备要求之外，浙江省医保局从 2021 年 6 月起通过官网对部分谈判药品的配备情况进行公示，并从 2021 年第四季度起对全省三级医疗机构的谈判药品配备情况进行公示，以便患者查询，并间接督促医疗机构提高谈判药品落地工作重视程度。

经过 2 年多的实践，浙江省三级医院已基本形成国谈配套的药事会和药品配备工作机制。2023 年，大部分医院在新版目录落地后一个季度及时召开了药事会议，多数重点三甲医院的药品配备率可达到医保局相应指标。

除浙江省之外，也有一些省市在推动谈判药品“应配尽配”上探索了多类措施。各地典型措施包括：一是医保部门对医疗机构的谈判药品配备数量分级分类开展考核或监测，例如上述的浙江和山东青岛；二是医保部门将药品配备数量要求纳入医保协议，例如上海、福建；三是卫健部门将药品配备数量纳入地方合理用药考核体系，例如上海；四是组织区域内重点三级医疗机构着力开展谈判药品配备，确保区域内创新药品的可及性，例如上文所述的云南经验。部分省市政策经验如下表 3-3。

表 3-3：推动医疗机构按照临床需求对谈判药品“应配尽配”的地方政策经验举例

| 省市 | 出台部门 | 政策做法 |
|------------------|------|---------------------|
| “松绑”性政策：明确不限制品种数 | | |
| 广东 | 卫健委 | 明确删除公立医疗机构用药品种数的限制 |
| 上海 | 医保局 | 对各级医院的用药目录品种数不设数量限制 |

| 省市 | 出台部门 | 政策做法 |
|----------------------|------|---|
| 四川 | 卫健委 | 明确医疗机构《基本用药供应目录》品规数的相关要求不再执行 |
| “驱动”性政策：开展药品配备情况量化考核 | | |
| 浙江 | 医保局 | 要求谈判药品配备率在三级甲等公立综合性医疗机构不低于 30%，三级乙等公立综合性医疗机构、三级公立中医医院（含中西医结合医院）不低于 20%，三级公立专科医疗机构不低于相应专科国谈药品品种的 60% |
| 青岛 | 医保局 | 要求市本级三级综合医院常规配备国谈药品数量不少于 60 种；非市本级三级综合医院常规配备不少于 50 种；三级中医综合医院常规配备不少于 40 种；二级综合医院（含二级中医综合医院）常规配备不少于 30 种；三级专科医院常规配备国谈药品中专科品种数量不少于 50% |
| 福建 | 医保局 | 将医保谈判药品配备比例要求 30%纳入医院医保协议内容 |
| 云南 | 医保局 | 组织昆明市 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%。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，实现谈判药品都至少有一家医院配备 |
| 上海 | 卫健委 | 将谈判药品配备品种数纳入医疗机构合理用药考核：根据已进院的谈判药品数量占该院院内药品采购目录药品数量的比例：二级综合医院的品种数量占比≥5%得 4 分（满分），三级综合医院品种数量占比≥5%得 8 分（满分），肿瘤、胸科、肺科专科医院参照同级别综合医院进行考核，其他专科医院首次暂不纳入考核 |

医疗机构角度，一些医院利用医保谈判的政策机遇，将谈判药品落地作为医院高质量发展的助推器。通过引入创新药物和先进疗法，强化医院优势病种竞争力，促进相关临床学科发展和药学学科发展。同时，新药引进将支持医院医疗服务水平综合提升，惠及患者，从而实现医院、患者、主管部门等多方共赢的局面。

面对国谈落地，一些医疗机构切实放开药品总数限制，建立规范的用药目录纳入和退出制度，基本实现对临床需要的药品“应配尽配”。从各地医院的实践经验来看，典型措施主要有：药事分管院长或药学部牵头制定明确的谈判药品准入规则；药学部梳理最新谈判药品清单，提供给各临床科室勾选有使用需求的药品，不限制药品数量；医保办深化政策理解，和医院管理层、临床、医务、药学等部门充分沟通，明确住院和门诊谈判药品的医保政策落实。例如，上海交通大学医学院附属某三甲医院建立谈判药品进院“绿色通道”，临床药学科主动对最新谈判药品进行梳理和筛选，并征询临床科室意见后，形成纳入药事会讨论的目录，不限制各科室品种数；厦门大学附属某三甲医院深入理解国谈落地的各项配套利好政策，积极响应政策，制定政策落地医院的详细工作方案。

案例 9 上海交通大学医学院某附属医院建立国谈药“绿色通道”高效开展药品准入

上海交通大学医学院附属某三甲医院在药品供应和监管工作中始终注重临床用药的有效性、安全性、创新性、经济性、可及性、公平性，强调基本药物、集采药品、国谈药品三大类药物的使用。在国谈药品管理方面，医院从2016年到2022年已完成七批药品的用药目录调整，共通过药事会准入了国谈药品 175 个。

医院对谈判药品设置了“绿色通道”，开会及时、流程高效，并以科学严谨的审批流程进入医院用药目录。通常新药引进需要各临床科室提单、临床药学科审批、再经过全院药事会审议投票。但谈判药品无需临床科室提单，每年新版药品目录出台后，临床药学科会及时梳理最新谈判药品清单，首先由临床药师对药品进行筛选，再向临床专家进行意见征询，征询对象包括各临床科室的主任、副主任、执行主任、执行副主任等。在药学和临床评审征询的基础上，再结合各专科用药分发到各临床科室进行临床核心小组讨论，各科室勾选建议引进的药品，不限制药品数量，最后形成呈报药事会的目录。经药事会讨论评议，取 2/3 通过者纳入医院用药目录。专题药事会在新版医保目录出台约一个月后就完成召开，确保新药快速进入临床。

案例 10 厦门大学附属某三甲医院深入理解国谈配套政策，细致推进落地工作

厦门大学附属某三甲医院重视国谈药品落地这一契机，积极响应国谈政策，让政策红利真正释放到患者身上，同时也使其成为医院高质量发展的机遇。到 2023 年，医院已将 100 多种药品纳入用药目录，并为其他 100 多种药品建立了“双通道”供应机制。在推进国谈落地中，医院秉持“积极响应、充分评估、稳步迈进”的原则，主要开展了如下三步工作。

首先，深入开展政策研究。医保办第一时间对政策做细致的理解，并将政策规定翻译成院领导和医务人员能迅速了解的信息。同时，医保办结合其他医政政策和管理制度进行综合研判：针对医院最担心的 DIP 结算超额、次均医疗费用和医疗服务收入占比（药占比）指标考核的问题，医院深入分析国家和地方配套政策，厦门医保部门会根据医院使用国谈药品情况在 DIP 年终清算时对医院的亏损进行补偿，厦门公立医院绩效考核将国谈药品金额剔除计算；在国家公立医院绩效考核中，虽然有指标未将国谈药品使用金额剔除，但是医院经过权衡，决定以患者利益为第一出发点，积极响应落地政策。

随后，分析院内药品现状。药学部从院内药品目录结构、历史使用数据、考核指标完成情况等角度进行多维度分析，评价医院现行药品目录完整性、科学性和需求可及性情况，提出完善建议。将国谈药品与医院现有同类药品做比较分析，结合临床科室用药情况和需求，提出拟新增的药品种类建议，并根据医院专科建设规划、病种建设、品牌营造、患方需求调研等情况

有侧重的增加药品品种，最终确定药品增补方向。

最后，制定详细落地方案。召开药事会前，医院确定了以药学部为中心，医务部、医保办等多部门协作共同筹备药事会的联动工作机制，并明确各部门分工。在药事会上，医保物价部进行政策宣贯，药学部对拟纳入讨论的药品进行介绍，投票表决。此外，医院建立完善日常工作运作机制，配套药品合理使用考核机制、用量监测机制、动态提醒机制，来确保药品费用可控，并能保证医院按规定完成基药和集采政策。

经过近两年的实践，医院新引进谈判药品数量从过去每年增加 5-6 种到增加几十种，累计引进 100 多种谈判药品，国谈药品使用量同比增长 3.5%。但是药占比维持基本持平。

对于尚未进院的药品，一些医疗机构建立了畅通高效的临时采购程序，确保临床需求可以得到快速响应。例如，江苏省医疗机构基本都建立了畅通的谈判药品临时采购绿色通道，主要措施有：放宽谈判药品临采申请条件，一般只能为住院患者申请的，谈判药品则门诊和住院均可申请；审批流程精简提速，一般临采需要通过药事会审议的，对谈判药品实施随申随批；实施电子化管理，利用医院 OA 系统完成全流程申请和审批，无需医务人员来回跑动，高效快速打通使用通道。在畅通的临采程序下，实现了患者用药体验与正式进院药品类似，最大化满足临床需求。

案例 11 江苏省医疗机构建立谈判药品临时采购绿色通道，快速响应临床需求

江苏省某三甲中医院特地修改完善了新药引进管理办法，把国谈药列为优先引进品种，目前在院使用国谈药已达 183 个品种。对于未纳入用药目录的药品，医院建立了临采审批绿色通道：一般情况下要求临采也需要通过药事会审议，但是对于所有新国谈药品，只要遇到患者需要使用，医生可以直接从医院内网提交临时用药申请，及时审批，保证临床用药需求，做到“应采尽采”。南京医科大学附属某三甲医院是南京最早开通国谈药绿色通道的医院，医院对国谈药品临采精简流程，临床产生需求则“应采尽采”，医生在 OA 系统上申请后 1~2 个工作日即可批准采购。

3.3 应对堵点三：保障谈判药品临床合理使用需求

面对医院绩效考核、医保费用管理对临床合理使用谈判药品带来的约束，需要国家、地方医保卫健部门和医疗机构共同解决。一方面，需要医保卫健部门继续理顺政策协同中尚存的堵点，并增强现有“松绑”政策的落地落实。另一方面，医疗机构应强化以患者利益为第一出发点，通过精细化管理，优化临床用药结构，实现药品费用“腾笼换鸟”，为新药好药留出空间。

政策角度，目前影响临床用药选择的政策有卫健部门公立医院绩效考核中的次均费用增幅、医疗收入增幅、医疗服务收入占比（药占比）、基本药物占比，以及医保部门费用管理政策中的医保总额、DRG/DIP 付费。这些政策分别涉及不同层级管理主体，政策优化和落地也需由对应管理主体来解决：绩效考核方面，次均费用增幅、医疗收入增幅、医疗服务收入占比指标的制定、考核权限归属国家卫健委，基本药物占比指标的制定、考核权限分别归属国家、省级卫健委，药占比指标的应用由各省市卫健委开展。医保费用管理方面，医保总控和 DRG/DIP 政策均由各省市医保局制定。各项政策的管理主体和实施现状梳理结果如下表 3-4。

表 3-4：谈判药品临床使用影响性政策的管理主体和政策实施现状

| 政策类别 | 影响性政策 | 管理主体 | 政策设计情况 | 政策落地情况 |
|----------|---------------|---------------------|--|-------------------------------|
| 公立医院绩效考核 | 次均费用增幅、医疗收入增幅 | 国家卫健委 | 谈判药品费用已经从延伸指标的计算基数中剔除 | 指标如何使用尚不明确，部分医院剔除谈判药品费用存在技术困难 |
| | 医疗服务收入占比 | 国家卫健委 | 谈判药品费用纳入计算分母 | / |
| | 基本药物占比 | 国家卫健委（制定）、省级卫健委（考核） | 谈判药品费用纳入计算分母 | / |
| 医保费用管理 | 药占比 | 省市卫健委 | 国家已不再使用该指标 | 部分地区将药占比作为绩效考核的采集指标 |
| | 医保总额 | 省市医保局 | 部分省市发文将符合条件的谈判药品费用不纳入医院总额控制范围，或结合医院实际用药情况对其年度总额做出合理调整，少数省份没有相关政策安排 | 通常按照政策执行 |
| | DRG/DIP | 省市医保局 | 部分省市发文对符合条件的谈判药品不纳入 DRG/DIP 结算，或根据医院使用谈判药品情况调整 DRG/DIP 病种权重，少数省份没有相关政策安排 | 各地市执行能力和执行情况存在差异 |
| | | | | |

地方卫健委层面，可以科学设定基药占比考核标准，明确不开展药占比考核。对于基本药物占比，考虑到我国基本药物目录调整频率低于医保目录开展频率的现实，且三级医院病例情况复杂、对谈判药品等创新药需求大，一些省市科学制定基本药物占比指标要求，兼顾了基本药物和创新药配备使用的平衡，较好地化解了医疗机构使用谈判药品的顾虑。

与此同时，科学设定基本药物品种数占比，也有助于医疗机构放开对谈判药品进院品种总数的限制，促进谈判药品“应配尽配”。

地方医保局层面，一些省市深入放开医保总额和 DRG/DIP 限制，以解除医疗机构后顾之忧。 医保总额方面，多个省份明确将全部谈判药品或单独支付谈判药品的费用不纳入医院医保总额，例如上海、江苏、福建、江西、云南、宁夏等。其中，上海在全国率先实施对谈判纳入国家医保目录的创新药前三年实行单列预算，不纳入当年医院医保总额预算，第四年按前三年最高一年使用情况纳入总额预算测算基数。对于“双通道”药店购药，多地也明确外流处方费用不纳入医院医保总额，例如北京、上海、江苏、福建等。DRG/DIP 支付方面，一些省市采取了对谈判药品进行过渡性除外支付、调整病组点数或将药品费用折算成点数支付、对医院亏损给予补偿等做法，例如北京、广东佛山、浙江宁波、福建厦门等地。其中，北京在全国率先探索新药新技术的 DRG/DIP 除外支付，对于三年内新纳入国家医保药品目录的药品可申请实行除外支付，在未来三年有效。下表 3-5 举例总结了部分城市的经验。

表 3-5：医保总额管理和 DRG/DIP 政策下谈判药品特殊支付政策的地方经验举例

| 省市 | 谈判药品特殊支付政策 |
|-----------------|---|
| 医保总额管理政策 | |
| 上海 | 前三年单列预算： 对谈判纳入国家医保目录的创新药前三年实行单列预算，不纳入当年医院医保总额预算，第四年按前三年最高一年使用情况纳入总额预算测算基数——《进一步完善多元支付机制支持创新药械发展的若干措施》（沪医保发〔2023〕2号） |
| DRG/DIP | |
| 北京 | 实施过渡性除外支付： 三年内新纳入国家医保药品目录的药品可申请实行 CHS-DRG 除外支付，在未来三年有效——《北京市医保局关于印发 CHS-DRG 付费新药新技术除外支付管理办法的通知（试行）》（京医保中心发〔2022〕30号） |
| 广东佛山 | 高值药品单独计算点数： 选取“双通道”药品中费用较高、对 DRG 病组稳定性影响较大的药品，优先选择急救、抢救、罕见病、恶性肿瘤相关用药，形成单独计算点数特药目录 |
| 浙江宁波 | 精确调整应用谈判药品的病例点数： 先将谈判药品费用从 DRG 病例总费用中剔除，再按谈判药品的实际发生费用/全市所有病例次均费用×100 折算为 DRG 点数，最后与剔除谈判药品的病例费用相加，得到该病例的总点数 |
| 福建厦门 | 补偿医院因使用谈判药品产生的亏损： 医保基金为谈判药品设立专项基金池，医保中心在医保总额和 DIP 病种结算的年度总清算时，对于医院因使用谈判药品超支的部分，进行全额补偿，弥补医院实际亏损 |

除上述影响性政策外，次均费用增幅、医疗收入增幅、医疗服务收入占比和基本药物

占比考核，则有待通过国家卫健委层面进行解决。次均费用增幅、医疗收入增幅指标虽然已得到国家卫健委的优化，在其延伸指标中将谈判药品从计算基数中剔除，但该延伸指标如何使用尚不明确，导致医院仍然存在顾虑。医疗服务收入占比、基本药物占比仍然是制约医院使用谈判药品的因素，可参照次均费用增幅指标的处理方法，增设延伸指标，将谈判药品费用从计算中剔除。

医疗机构角度，一些医疗机构通过精细化用药管理，降低不当用药、辅助用药费用，保障临床必需治疗药品的使用。在 DRG/DIP 支付方式改革的大环境下，虽然使医疗机构面临亏损压力，但 DRG/DIP 更为药品合理性评价提供了数据支撑，为医院开展精细化用药管理提供了抓手。众多医疗机构普遍选择的做法，是基于 DRG 病组的数据对病组的用药合理性进行充分评估，识别不合理问题，通过构建临床用药路径来规范临床用药行为，降低不当用药、辅助用药成本，确保临床必需治疗药品的使用。

案例 12 首都医科大学附属某医院基于 DRG 病组优化临床用药路径，实现扭亏为盈

以首都医科大学附属某三甲医院为例，为适应 DRG 付费政策，药学部牵头开展了基于 DRG 病组的用药管理模式。这一模式主要有两大重点：一是根据二八法则，找到 DRG 支付下的重点科室、重点人群、重点药品；二是针对问题进行专项管理。

医院药学部门首先对医院整体用药情况进行了全面分析，发现住院系统用药占比最高的是心外科，其中大部分用药是中和术后监护使用的药物，由麻醉师和术后监护室的医生开具。

基于此，药学部启动了麻醉科专项管理。首先对数量排名前五的心外科手术进行分析，发现相似病例下的药品费用差异最大可达约两倍。根据数据与病案，药学部邀请麻醉科共同开会讨论，对诊疗过程中的用药情况进行综合分析：针对效果不好、可用可不用的药，直接停掉；找出同类药品中性价比更高、更具经济性的品种，推荐给科室替代使用；对于必须使用且价格较高的药品，通过明确其使用时间与用法，促使其使用更加规范、适用。

找到具体问题之后，药学部根据药品指南、价格与临床使用规律，制定出每一种麻醉药品的用药规则。同时制定各大类手术的麻醉费用上限，与医师的绩效直接挂钩。如果超出了，医生需要说明具体理由，由专门的核定小组分析理由是否成立。

经过初步治理，医院心脏外科麻醉药品的费用得到大幅下降。每例心脏外科手术的麻醉次均费用环比降低约 800 元，甚至带动了其他科室手术的麻醉费用也下降约 200 元。以 2021 年为例，全年药品费用降低约 1350 万元，是使医院 DRG 支付下整体扭亏为盈的重要原因。

心脏外科麻醉问题解决后，医院采用同样方法开始着手解决心脏外科的亏损问题。经过对科室亏损严重病例进行分析发现，冠状动脉搭桥是造成亏损的主要病种之一，病例多、亏损病例多，而且药占比高。对于同样的手术，不同病例的药品费用占比差别巨大，例如白蛋白的使用占比从 12%到 31%不等、抗菌药使用占比则从 6%到 22%不等。

于是，药学部会同心脏外科共同讨论，分析术中有哪些可用可不用的、性价比低的药品，进行停用或限制权限，同时制定专门的临床用药管理路径，对药品的使用进行规范。经过管理后，冠状动脉手术很快扭亏为盈，患者次均药品费用下降 27%。

3.4 应对堵点四：建立完善高值药品门诊特药政策

针对部分高值药品门诊保障存在缺口的问题，国家医保局、国家卫健委在《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）中提出“具备条件的地区要积极探索完善谈判药品单独支付政策，逐步将更多谈判药品纳入单独支付范围”。截至 2023 年 11 月 30 日，已经有 25 个省份建立了省级统一的门诊特药制度（见上文图 2-3）。

在特药政策的覆盖药品范围方面，多数省份的特药目录将现有制度保障水平不足的门诊用药“应纳尽纳”，补足门诊保障缺口。普通门诊统筹和门诊慢特病政策保障能力一般的省份，主要采取“广覆盖”的目录，例如青海、云南、宁夏等省将全部谈判药品纳入特药范围。普通门诊统筹和门诊慢特病保障覆盖面较好的省份，主要采取精准覆盖的模式，将超出现有统筹额度和门诊病种覆盖范围的药品纳入特药目录，例如北京、天津、福建等省市，肿瘤、罕见病、慢性传染病和自身免疫性疾病药品是重点覆盖对象。除了协议期内谈判药品外，较多省份也将一些乙类目录内经济负担较重的门诊用药纳入了特药政策范围。

在待遇水平方面，多数省份将门诊特殊药品的最高支付限额纳入住院合并计算，能较好保障高值药品费用。大部分省份将门诊特殊药品的最高支付限额与住院合并计算，少数省份如广西、四川另行制定了限额，天津则按药品单独测算限额，还有省份由各地自行制定（表 3-6）。此外，一些省份还明确将特药政策与大病医保衔接，患者自付达到大病医保标准的，可继续纳入大病医保进行报销。

表 3-6：各省门诊特药政策最高支付限额管理模式

| 最高支付限额管理模式 | 模式特点 | 省份 |
|------------|---------------------|--|
| 参照住院管理 | 最高支付限额纳入住院合并计算 | 青海、云南、宁夏、河南、湖南、陕西、新疆、山西、贵州、江西、重庆、内蒙古、福建、北京、湖北、广东 |
| 统一定额保障 | 就特药政策单独设置年度支付限额 | 四川、广西 |
| 基于药品的定额保障 | 根据药品年费用分别制定年度最高支付限额 | 天津 |

| 最高支付限额管理模式 | 模式特点 | 省份 |
|------------|-------------------|--------------------|
| 其他 | 未明确支付限额或由各统筹区自行制定 | 吉林、甘肃、辽宁、黑龙江、江苏、河北 |

注：统计时间截至 2023 年 11 月 30 日

对于谈判药品协议期满转入常规乙类目录后的管理，大部分省份采取保留其特药待遇，以保障患者用药的稳定性。目前各地特药政策主要覆盖医保谈判药品，由于谈判药品协议期通常仅有两年，一旦药品协议期满转入常规目录后，医保待遇是否延续成为患者关注的问题。目前，天津、福建、重庆、青海、新疆等省明确提出谈判药品协议期满转入常规目录后相关待遇延续，也有省份做法较为保守，例如，江苏提出药品协议到期后转入常规目录的，退出单独支付；甘肃提出现有特药目录中已转入常规目录的原谈判药品可暂时继续实行“双通道”单独支付管理，逐步退出（表 3-7）。因药品身份变化而发生报销政策调整，不利于患者用药的稳定性和获得感。

表 3-7：各省特药政策药品转入常规乙类目录延续性管理模式

| 谈判药转入常规目录后待遇延续性 | 省份 |
|-----------------|--|
| 转入常规目录后保留 | 青海、新疆、重庆、福建、天津 |
| 转入常规目录后选择性保留 | 湖北 |
| 转入常规目录后退出或逐步退出 | 宁夏、湖南、甘肃、江苏 |
| 未提及 | 云南、河南、陕西、吉林、山西、贵州、四川、辽宁、黑龙江、江西、内蒙古、广西、北京、河北、广东 |

注：统计时间截至 2023 年 11 月 30 日

3.5 应对堵点五：实施“双通道”药品分类管理，取消部分药品“三定”限制

对于“双通道”下常见病、慢性病药品配药不便的问题，一些地方医保部门开展“双通道”药品分类管理，取消了部分谈判药品“三定”限制。例如，山东是开展谈判药品“双通道”管理较早的省份，各地市均已实施“双通道”政策，经验丰富。随着谈判药品范围的不断扩大，山东省及各地市医保局与时俱进，不断创新完善谈判药品处方流转机制，推进“双通道”药店和门诊统筹的对接，济南、青岛、烟台取消了谈判药品中部分价格较低、治疗常见病、慢性病药品的“三定”管理限制。

山东省医保局鼓励各市创新管理服务机制，各市可增加“双通道”药店门诊慢特病用药品种，或选择符合条件的普通定点零售药店提供门诊慢特病用药服务，通过处方流转和医保信息系统对接，实现在定点零售药店配药和医保结算。济南遴选首批 102 种价格较低的常见病和慢性病药品，不再实行“三定管理”，可通过门诊统筹外配处方的开放系统处方并通过“医保开方系统”的电子处方流转实现一站式购药结算。青岛对于门诊患者在“双通道药

店”结算谈判药品和调整为乙类的原谈判药品，按照门统相关政策执行。烟台对“双通道”药品中临床价值高、使用周期长、疗程费用高、患者急需、替代性不高的 163 种药品实行定医疗机构、定医保责任医师、定“双通道”药店的“三定”管理，对其他“双通道”药品按常规乙类药品管理。

3.6 应对堵点六：探索建立“双通道”定点药店激励机制

针对定点药品运营“双通道”药品存在经营压力的问题，尚未有地方探索相应解决方案，需要由国家医保局牵头探索解决。但值得研究的是，随着各地不断推进零售药店纳入招采体系，一些省份在零售药店参与带量采购的配套政策中提出，药店可在集采药品中选价格基础上按不超过 15%加价销售，例如河南、湖南、云南、新疆等。对于“双通道”药品，可以考虑参考集采药品价格管理模式，允许药店对谈判药品按照一定比例加价销售，使其拥有合理的利润来支撑由此产生的运营成本与支出。同时，应制定价格加成上限，确保患者经济负担不显著增加、医保基金支出可接受。

第四章 推动谈判药品更好落地的建议

随着我国医保药品谈判制度化常态化，谈判药品数量和医保药品目录持续扩容，在给临床带来更多治疗选择的同时，也使医疗机构面临着日益复杂的药品供应和药学管理挑战。

谈判药品落地难，表面上是药事会制度、医疗机构药品使用和医保费用管理考核等束缚因素，但深层次是医疗机构的运行机制和激励机制问题，是对医务人员的考核和激励问题。要解决这些堵点，从中长期看，需要持续深化公立医院改革，理顺医疗服务价格，使医院和医生能够依靠医疗服务获得合理收入，在提升医疗服务质量前提下，主动控制医疗成本降低资源消耗，让医生根据临床需求合理选择和使用创新药品，使药品回归到治病救人的使用价值。对于医疗机构提供的药学服务，应给予体现其价值的回报，对于医院药品经营成本应给予补偿，从而调动医院采购和使用创新药的积极性。

从短期看，为进一步加快谈判药落地，聚焦落地的各环节堵点，本报告根据地方实践经验提出如下政策建议和医疗机构管理建议。其中，围绕直接影响谈判药品配备使用的“药事会、药品引进、合理使用”三个关键步骤，提出以下三项建议：

一、建议各省医保和卫健部门共同明确医疗机构应在医保目录公布后的 1~3 个月内召开药事会，并组织地市医保和卫健部门监测督导医院执行情况。在此基础上，建议各省级卫健部门将医疗机构召开国谈配套药事会情况纳入本省合理用药考核，各省级医保或卫健部门探索将国谈配套药事会要求细化固化成长效制度文件。将在药事会召开前尚未配备，以及药事会召开后未能进院的谈判药品，直接纳入临采范围，建立绿色通道，简化程序、缩短周期、及时采购。

二、建议各省医保和卫健部门对医疗机构谈判药品配备数量开展考核或监测，省卫健部门明确对医疗机构用药品种不设数量限制。各省级医保部门对医疗机构分级分类设置药品配备数量要求，开展考核或监测，并纳入医院医保协议管理；各省级卫健部门把谈判药品配备数量要求纳入本省合理用药考核，在相关文件中明确对医疗机构品种数不设限制，鼓励医疗机构用临床用药精细化管理代替品种总数管理。

三、建议国家卫健委优化从公立医院绩效考核的基药占比、医疗服务收入占比指标的设置和计算，促进谈判药品合理使用。各省市医保部门优化谈判药品医保总额管理和 DRG/DIP 支付政策。国家卫健委对基药占比、医疗服务收入占比指标增设延伸指标，将谈判药品费用从延伸指标计算中剔除，并向医疗机构明确次均费用增幅、医疗收入增幅等延伸指标的使用方法。各省市医保局将单独支付药品及其他高值药品单列预算，不纳入医院总额，精细化测算 DRG/DIP 费用，探索 DRG/DIP 下的过渡性除外支付或亏损补偿机制。

在以上核心建议的基础上，本报告向国家医保和卫健部门、地方医保和卫健部门、医疗机构分别提出以下详细建议。

4.1 对国家主管部门完善谈判药品落地的建议

一、加强对医院用药目录管理的指导，将国谈配套药事会固化成长效制度

建议国家卫健委对医疗机构优化用药目录管理提供指导：可指导中国药学会在其 2022 年发布的《中国医疗机构用药目录管理评价指南》的基础上进一步深化完善，同时参考地方指南例如《广东省医疗机构药品目录管理指南》，形成相关操作规范或指南，提出医疗机构用药目录调整周期、新药准入标准和流程、老药剔除标准和流程、目录外药品临时采购制度的规范，推动我国医疗机构普遍建立科学高效的用药目录管理和决策机制。

建议国家卫健委鼓励取消医疗机构用药数量限制：鼓励各省卫健委参考广东和上海经验，在相关文件中明确对各级医院的用药目录品种数不设数量限制；指导医疗机构通过临床用药精细化管理代替品种总数管理，提高临床药品管理水平。

建议国家卫健委考虑将医疗机构召开国谈配套药事会的要求固化成长效制度：可将相关要求写入《医疗机构药事管理规定》等文件中，以推动医疗机构尽快建立与医保谈判联动的用药目录调整机制。

二、优化公立医院绩效考核中的基本药物和医疗服务收入占比指标

建议国家卫健委对基本药物占比、医疗服务收入占比指标增设延伸指标，将谈判药品费用从延伸指标的计算中剔除，即参考“医疗收入增幅”“次均费用增幅”5 项指标的处理方法；对于当前已经优化的“医疗收入增幅”“次均费用增幅”5 项指标，向医疗机构明确其剔除谈判药品费用后的延伸指标的具体使用方法，切实打消医疗机构顾虑。

三、出台激励性措施调动定点药店参与谈判药品供应的积极性

建议国家医保局探索允许“双通道”定点药店按照一定比例加价销售谈判药品：可根据药品类型制定加价比例，生物制剂等保藏和运输成本高的药品的加成比例可高于其他药品，同时规定价格加成上限，具体加成比例和上限可由省级医保部门制定。

4.2 对省市主管部门完善谈判药品落地的建议

一、督促医疗机构在新版医保药品目录公布后的 1~3 个月内召开药事会

建议各省医保和卫健部门共同明确医疗机构应在医保目录公布后的 1~3 个月内召开药事会，在新版目录落地初期开展医疗机构动员会议，组织地市医保和卫健部门监测、报送医院执行情况，对没有及时召开的医疗机构督促约谈；各省级卫健部门将医疗机构召开国

谈配套药事会情况纳入本省合理用药考核；各省级医保或卫健部门探索将国谈配套药事会要求细化固化成长效制度文件。（参考表 3-2 相关地方经验）

二、围绕医疗机构谈判药品配备数量开展考核或监测，明确对品种数不设限制

建议各省卫健部门明确对医疗机构用药品种数不设数量限制；各省医保和卫健部门对医疗机构谈判药品配备数量开展考核或监测，其中，省级医保部门对医疗机构分级分类设置药品配备数量要求，开展考核或监测，并纳入医院医保协议管理，省级卫健部门把谈判药品配备数量要求纳入本省合理用药考核；各地市医保和卫健部门定期统计上报医疗机构谈判药品配备和使用情况，对配备品种数不合理过少、配备但不使用等情况进行督促纠正。（参考表 3-3 相关地方经验）

建议各省医保部门因地制宜制定落地工作策略：医保结余充裕、医疗需求高的省份应由省级统一部署，推动各地市普遍开展药品配备；医保基金承压、医疗需求不均衡的省份，可借鉴云南省经验，指定区域医疗中心城市加强药品配备。（参考表 3-3 相关地方经验）

建议地方各级卫健部门加强对医院临时采购制度的指导，督促医院普遍建立谈判药品临时采购绿色通道，将在药事会召开前尚未配备，以及药事会召开后未能进院的谈判药品，直接纳入临采范围，建立绿色通道，简化程序、缩短周期、及时采购。（参考章节 3-2 案例 11）

三、明确医保总额管理和 DRG/DIP 支付政策下对谈判药品的倾斜政策

建议各省市医保部门明确将单独支付及暂未纳入单独支付的合理使用的高值谈判药品（例如罕见病药品）单列预算，不纳入医疗机构总额范围，待积累一定使用经验后再根据药品使用情况调整制定医疗机构医保总额；探索实施全部谈判药品单列预算，前三年不纳入医保总额，第四年按前三年最高一年使用情况纳入总额预算测算基数。（参考表 3-5 相关地方经验）

建议各省市医保部门与当地高水平医院加强协作，精细化开展 DRG/DIP 测算，探索亏损补偿机制，保障医院不因合理使用谈判药品产生亏损；探索对医疗成本明显超出现有 DRG/DIP 病组支付标准的药品实施 DRG/DIP 下的过渡性除外支付，待运行三年后再纳入 DRG/DIP 付费管理；实施单独支付的地区，做好单独支付和 DRG/DIP 的衔接，单独支付药品费用不纳入 DRG/DIP 结算范围。（参考表 3-5 相关地方经验）

建议各省医保部门就谈判药品相关医保总额管理和 DRG/DIP 支付制定细化、可操作的指导性文件下发给各地市医保部门，以辅助各地市高效有效执行，促进政策落地落实。

四、科学制定医院绩效考核中的基本药物占比指标，明确取消药占比考核

建议各省卫健部门对基本药物占比指标制定科学合理的考核基准和分值，将医疗机构引进谈判药品对基本药物品种数占比带来的影响纳入考虑；各省市卫健部门明确不再开展药占比考核，对于使用药占比指标开展监测的，应与医院充分沟通，化解医院顾虑。

五、加强地方各级医保部门和卫健部门在落地中的协同合作

建议各省级、市级医保部门加强与当地卫健部门的合作，共同推进谈判药品落地工作：建立部门间长效协作机制，围绕谈判药品落地成立省级、市级跨部门专项工作小组。新版医保目录落地前，省级医保和卫健部门共同发文部署医疗机构开展谈判药品落地；目录落地阶段，省级医保和卫健部门共同组织医疗机构召开政策宣贯会议；目录落地后，地市医保和卫健部门合作统计上报医疗机构召开药事会和配备药品情况，对未及时召开会议的医院督促约谈。明确两部门的工作分工，医保部门开展主要政策宣导、统计通报医疗机构药品配备情况、推进门诊报销和“双通道”政策落地，卫健部门发挥对医疗机构的药事会、药品配备、临时采购和药品使用的监督指导作用。建立沟通联络机制，两部门定期沟通了解谈判药品落地情况，发现问题及时协商解决。

六、完善高值药品门诊特药政策

建议尚未建立特药政策的省份尽快建立省级统一的门诊特药政策，已建立特药政策的省份“查漏补缺”，补足现有政策中潜在的保障缺口；在最高支付限额管理上参照各省主流做法与住院合并计算，将特药政策报销后达到大病医保起付标准的费用纳入大病医保报销范围；对转入乙类的门诊用高值药品保留特药待遇，保障患者用药的稳定性延续性。

七、完善谈判药品“双通道”政策精细化管理

建议各省医保部门明确对“双通道”外配药品处方不计入医疗机构医保总额；实施“双通道”药品分类管理，取消常见病、慢性病药品的“三定”“五定”限制；加快建设形成省级统一的“双通道”管理系统，通过信息化监管为医保基金保驾护航。

4.3 对医疗机构完善药学管理机制的建议

医疗机构是谈判药品临床合理使用的主体。要提高创新药品的可及性，不仅需要医保和卫健部门的政策优化，更需要医疗机构积极担当，以患者利益为第一出发点，承担创新药品配备使用的责任。因此，建议国家主管部门、医疗机构、行业学协会和研究机构等共同努力，推动医疗机构完善用药目录管理制度，提高临床用药精细化管理水平，从而优化药品费用结构，实现临床用药迭代升级，提高医疗卫生支出使用效率。

一、建立科学规范的医疗机构用药目录管理制度

建议医疗机构在国家 and 地方卫健部门指导下，建立与医保谈判配套的药事会制度，在新版医保目录出台后的 1-3 个月内召开药事会研究谈判药品配备使用；建立科学规范的新药准入和目录内药品剔除的遴选标准和决策流程；取消用药目录总数限制，用临床用药精细化管理代替品种总数管理；建立谈判药品临时采购绿色通道，精简采购流程，提高采购效率。（参考章节 3-2 案例 9、案例 10、案例 11）

二、加强临床用药精细化管理，促使药品精准合理使用

医疗机构应建立科学的临床用药监测评价体系，避免因“药占比”等指标导致用药中的“一刀切”；基于 DRG/DIP 病组数据对临床用药合理性进行评估，识别不合理问题，建立临床用药管理规范来规范用药行为，制订重点监控药品目录并开展管控，降低不当用药和辅助用药成本，保障临床必需治疗药品的使用。（参考章节 3-3 案例 12）

三、提升业务管理信息化水平，为各项工作提供支撑

医疗机构应提升药品采购、使用监测、费用统计方面的信息化管理水平，为各项工作提质增效提供支撑：实施药品临时采购电子化管理，通过医院 OA 系统完成申请审批全流程，提高临采效率；提升药品使用情况智慧监测分析能力，为开展用药精细化管理提供基础；财务管理系统应能够实现对谈判药品、罕见病药品费用的单独核算，以满足公立医院绩效考核指标优化的要求。

附录一 研究样本药品清单

| 疾病领域 | 序号 | 药品 | 疾病领域 | 序号 | 药品 |
|------------------|----|-------------------------|------|----|--------------------|
| 慢性非 传染性 疾病 | 1 | 德谷门冬双胰岛素注射液 | 肿瘤 | 32 | 吡仑帕奈片 |
| | 2 | 德谷胰岛素利拉鲁肽注射液 | | 33 | 甘露特钠胶囊 |
| | 3 | 盐酸二甲双胍缓释片 (III) | | 34 | 盐酸美金刚口溶膜 |
| | 4 | 二甲双胍恩格列净片 (I) | | 35 | 苯环喹溴铵鼻喷雾剂 |
| | 5 | 阿卡波糖咀嚼片 | | 36 | 乌美溴铵维兰特罗吸入粉雾剂 |
| | 6 | 利司那肽注射液 | | 37 | 茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾剂 |
| | 7 | 贝那鲁肽注射液 | | 38 | 格隆溴铵福莫特罗吸入气雾剂 |
| | 8 | 度拉糖肽注射液 | | 39 | 布地格福吸入气雾剂 |
| | 9 | 聚乙二醇洛塞那肽注射液 | | 40 | 氟替美维吸入粉雾剂 |
| | 10 | 司美格鲁肽注射液 | | 41 | 盐酸丙卡特罗粉雾剂 |
| | 11 | 艾托格列净片 | | 42 | 倍氯福格吸入气雾剂 |
| | 12 | 脯氨酸恒格列净片 | | 43 | 茚达格莫吸入粉雾剂 (II) |
| | 13 | 西格列他钠片 | | 44 | 茚达特罗莫米松吸入粉雾剂 (II) |
| | 14 | 艾地骨化醇软胶囊 | | 45 | 茚达特罗莫米松吸入粉雾剂 (III) |
| | 15 | 盐酸乙酰左卡尼汀片 | | 46 | 注射用奥马珠单抗 |
| | 16 | 氯吡格雷阿司匹林片 | | 47 | 优替德隆注射液 |
| | 17 | 甲苯磺酸艾多沙班片 | | 48 | 注射用伊尼妥单抗 |
| | 18 | 艾考糊精腹膜透析液 | | 49 | 帕妥珠单抗注射液 |
| | 19 | 非奈利酮片 | | 50 | 信迪利单抗注射液 |
| | 20 | 比索洛尔氨氯地平片 | | 51 | 替雷利珠单抗注射液 |
| | 21 | 氨氯地平叶酸片 (II) | | 52 | 特瑞普利单抗注射液 |
| | 22 | 阿利沙坦酯片 | | 53 | 注射用卡瑞利珠单抗 |
| | 23 | 阿齐沙坦片 | | 54 | 奥妥珠单抗注射液 |
| | 24 | 美阿沙坦钾片 | | 55 | 达雷妥尤单抗注射液 |
| | 25 | 沙库巴曲缬沙坦钠片 | | 56 | 注射用恩美曲妥珠单抗 |
| | 26 | 非诺贝酸片 | | 57 | 注射用维布妥昔单抗 |
| | 27 | 海博麦布片 | | 58 | 甲磺酸氟马替尼片 |
| | 28 | 依洛尤单抗注射液 | | 59 | 甲磺酸奥希替尼片 |
| | 29 | 阿利西尤单抗注射液 | | 60 | 甲磺酸阿美替尼片 |
| | 30 | 米诺膦酸片 | | 61 | 盐酸安罗替尼胶囊 |
| | 31 | 地舒单抗注射液 (60mg(1.0ml)/支) | | 62 | 克唑替尼胶囊 |

| 疾病领域 | 序号 | 药品 | 疾病领域 | 序号 | 药品 |
|------|----|------------|---------|-----|-------------------------|
| | 63 | 塞瑞替尼胶囊 | | 97 | 注射用卡非佐米 |
| | 64 | 盐酸阿来替尼胶囊 | | 98 | 羟乙磺酸达尔西利片 |
| | 65 | 培唑帕尼片 | | 99 | 阿帕他胺片 |
| | 66 | 瑞戈非尼片 | | 100 | 达罗他胺片 |
| | 67 | 甲磺酸阿帕替尼片 | | 101 | 瑞维鲁胺片 |
| | 68 | 呋喹替尼胶囊 | | 102 | 注射用醋酸地加瑞克 |
| | 69 | 马来酸吡咯替尼片 | | 103 | 依维莫司片 |
| | 70 | 伊布替尼胶囊 | | 104 | 泊马度胺胶囊 |
| | 71 | 泽布替尼胶囊 | | 105 | 地舒单抗注射液 (120mg/1.7mL/支) |
| | 72 | 磷酸芦可替尼片 | | 106 | 注射用维得利珠单抗 |
| | 73 | 维莫非尼片 | | 107 | 本维莫德乳膏 |
| | 74 | 曲美替尼片 | | 108 | 度普利尤单抗注射液 |
| | 75 | 甲磺酸达拉非尼胶囊 | | 109 | 克立硼罗软膏 |
| | 76 | 甲苯磺酸多纳非尼片 | | 110 | 阿布昔替尼片 |
| | 77 | 盐酸恩沙替尼胶囊 | | 111 | 巴瑞替尼片 |
| | 78 | 甲磺酸伏美替尼片 | 自身免疫性疾病 | 112 | 注射用贝利尤单抗 |
| | 79 | 达可替尼片 | | 113 | 注射用泰它西普 |
| | 80 | 奥布替尼片 | | 114 | 乌帕替尼缓释片 |
| | 81 | 阿贝西利片 | | 115 | 阿普米司特片 |
| | 82 | 马来酸奈拉替尼片 | | 116 | 依那西普注射液 |
| | 83 | 索凡替尼胶囊 | | 117 | 司库奇尤单抗注射液 |
| | 84 | 洛拉替尼片 | | 118 | 乌司奴单抗注射液 |
| | 85 | 布格替尼片 | | 119 | 乌司奴单抗注射液 (静脉输注) |
| | 86 | 赛沃替尼片 | | 120 | 依奇珠单抗注射液 |
| | 87 | 奥雷巴替尼片 | | 121 | 古塞奇尤单抗注射液 |
| | 88 | 瑞派替尼片 | | 122 | 注射用甲苯磺酸奥马环素 |
| | 89 | 西达本胺片 | | 123 | 苹果酸奈诺沙星胶囊 |
| | 90 | 奥拉帕利片 | | 124 | 苹果酸奈诺沙星氯化钠注射液 |
| | 91 | 甲苯磺酸尼拉帕利胶囊 | 细菌真菌感染 | 125 | 注射用头孢唑林钠/氯化钠注射液 |
| | 92 | 氟唑帕利胶囊 | | 126 | 注射用头孢美唑钠/氯化钠注射液 |
| | 93 | 帕米帕利胶囊 | | 127 | 注射用头孢呋辛钠/氯化钠注射液 |
| | 94 | 甲磺酸艾立布林注射液 | | 128 | 注射用头孢他啶/5%葡萄糖注射液 |
| | 95 | 注射用维迪西妥单抗 | | 129 | 注射用头孢他啶/氯化钠注射液 |
| | 96 | 维奈克拉片 | | 130 | 小儿法罗培南钠颗粒 |

| 疾病领域 | 序号 | 药品 | 疾病领域 | 序号 | 药品 | |
|---------|----------------------------|---------------------|------|------------------------------|-------------------|--|
| | 131 | 头孢托仑匹酯颗粒 | | 164 | 醋酸艾替班特注射液 | |
| | 132 | 盐酸头孢卡品酯颗粒 | | 165 | 拉那利尤单抗注射液 | |
| | 133 | 吗啉硝唑氯化钠注射液 | | 166 | 波生坦分散片 | |
| | 134 | 注射用磷酸左奥硝唑酯二钠 | | 167 | 利奥西呱片 | |
| | 135 | 康替唑胺片 | | 168 | 马昔腾坦片 | |
| | 136 | 注射用两性霉素 B 胆固醇硫酸酯复合物 | | 169 | 醋酸兰瑞肽缓释注射液 (预充式) | |
| | 137 | 泊沙康唑口服混悬液 | | 170 | 西尼莫德片 | |
| | 138 | 注射用硫酸艾沙康唑 | | 171 | 盐酸芬戈莫德胶囊 | |
| | 139 | 对氨基水杨酸肠溶颗粒 | | 172 | 奥法妥木单抗注射液 | |
| | 140 | 德拉马尼片 | | 173 | 伊奈利珠单抗注射液 | |
| | 141 | 艾米替诺福韦片 | | 174 | 富马酸二甲酯肠溶胶囊 | |
| | 142 | 恩替卡韦口服溶液 | | 175 | 诺西那生钠注射液 | |
| | 143 | 恩替卡韦颗粒 | | 176 | 利司扑兰口服溶液用散 | |
| | 144 | 艾尔巴韦格拉瑞韦片 | | 177 | 氘丁苯那嗪片 | |
| | 145 | 来迪派韦索磷布韦片 | | 178 | 氨吡啶缓释片 | |
| | 146 | 索磷布韦维帕他韦片 | | 179 | 氯苯唑酸软胶囊 | |
| | 147 | 盐酸可洛派韦胶囊 | | 180 | 利鲁唑口服混悬液 | |
| | 148 | 索磷维伏片 | | 181 | 美泊利珠单抗注射液 | |
| 慢性传染性疾病 | 149 | 达诺瑞韦钠片 | | 182 | 注射用艾普拉唑钠 | |
| | 150 | 盐酸拉维达韦片 | | 183 | 奥美拉唑碳酸氢钠干混悬剂 (I) | |
| | 151 | 磷酸依米他韦胶囊 | | 184 | 奥美拉唑碳酸氢钠干混悬剂 (II) | |
| | 152 | 艾考恩丙替片 | | 185 | 富马酸伏诺拉生片 | |
| | 153 | 奈韦拉平齐多拉米双夫定片 | | 186 | 替戈拉生片 | |
| | 154 | 注射用艾博韦泰 | | 187 | 昂丹司琼口服膜 | |
| | 155 | 比克恩丙诺片 | | 188 | 奈妥匹坦帕洛诺司琼胶囊 | |
| | 156 | 艾诺韦林片 | 其他 | 189 | 精氨酸谷氨酸注射液 | |
| | 157 | 拉米夫定多替拉韦片 | | 190 | 利那洛肽胶囊 | |
| | 158 | 多拉米替片 | | 191 | 磷酸钠盐散 | |
| 159 | 重组细胞因子基因衍生蛋白注射液 (商品名: 乐复能) | 192 | | 注射用重组人 TNK 组织型纤溶酶原激活剂 (冻干粉针) | | |
| 160 | 麦格司他胶囊 | 193 | | 注射用甲磺酸萘莫司他 | | |
| 161 | 阿加糖酶 α 注射用浓溶液 | 194 | | 马来酸阿伐曲泊帕片 | | |
| 162 | 司来帕格片 | 195 | | 海曲泊帕乙醇胺片 | | |
| 163 | 人凝血因子IX | 196 | | 注射用罗普司亭 | | |
| 罕见病 | | | | | | |
| | | | | | | |

| 疾病领域 | 序号 | 药品 | 疾病领域 | 序号 | 药品 |
|------|-----|--------------------------------|------|-----|----------------|
| | 197 | 异麦芽糖酐铁注射液 | | 228 | 布林佐胺溴莫尼定滴眼液 |
| | 198 | 罗沙司他胶囊 | | 229 | 地塞米松玻璃体内植入剂 |
| | 199 | 注射用罗特西普 | | 230 | 康柏西普眼用注射液 |
| | 200 | 达依泊汀 α 注射液 | | 231 | 阿柏西普眼内注射溶液 |
| | 201 | 中长链脂肪乳/氨基酸(16)/葡萄糖(36%)注射液 | | 232 | 环孢素滴眼液(II) |
| | 202 | 结构脂肪乳(20%)/氨基酸(16)/葡萄糖(13%)注射液 | | 233 | 肠内营养乳剂(SP) |
| | 203 | 小儿多种维生素注射液(13) | | 234 | 环硅酸锆钠散 |
| | 204 | 瑞加诺生注射液 | | 235 | 吸入用氯醋甲胆碱 |
| | 205 | 注射用盐酸兰地洛尔 | | 236 | 注射用全氟丙烷人血白蛋白微球 |
| | 206 | 法维拉韦片(又称:法匹拉韦片) | | 237 | 注射用全氟丁烷微球 |
| | 207 | 玛巴洛沙韦片 | | 238 | 银翘清热片 |
| | 208 | 来特莫韦片 | | 239 | 冬凌草滴丸 |
| | 209 | 来特莫韦注射液 | | 240 | 清肺排毒颗粒 |
| | 210 | 示踪用盐酸米托蒽醌注射液 | | 241 | 五味苦参肠溶胶囊 |
| | 211 | 硫培非格司亭注射液 | | 242 | 小儿荆杏止咳颗粒 |
| | 212 | 盐酸艾司氯胺酮注射液 | | 243 | 连花清咳片 |
| | 213 | 环泊酚注射液 | | 244 | 金花清感颗粒 |
| | 214 | 利多卡因凝胶贴膏 | | 245 | 化湿败毒颗粒 |
| | 215 | 普瑞巴林缓释片 | | 246 | 宣肺败毒颗粒 |
| | 216 | 注射用利培酮微球(II) | | 247 | 缓痛止泻软胶囊 |
| | 217 | 棕榈帕利哌酮酯注射液(3M) | | 248 | 桑枝总生物碱片 |
| | 218 | 水合氯醛灌肠剂 | | 249 | 芪蛭益肾胶囊 |
| | 219 | 注射用甲苯磺酸瑞马唑仑 | | 250 | 益肾养心安神片 |
| | 220 | 注射用苯磺酸瑞马唑仑 | | 251 | 蒺藜皂苷胶囊 |
| | 221 | 水合氯醛/糖浆组合包装 | | 252 | 银杏二萜内酯葡胺注射液 |
| | 222 | 咪达唑仑口服溶液 | | 253 | 解郁除烦胶囊 |
| | 223 | 咪达唑仑口腔粘膜溶液 | | 254 | 七蕊胃舒胶囊 |
| | 224 | 盐酸曲唑酮缓释片 | | 255 | 芍麻止痉颗粒 |
| | 225 | 依达拉奉右莛醇注射用浓溶液 | | 256 | 五虎口服液 |
| | 226 | 福多司坦口服溶液 | | 257 | 筋骨止痛凝胶 |
| | 227 | 布林佐胺噻吗洛尔滴眼液 | | 258 | 玄七健骨片 |
| | | | | 259 | 关黄母颗粒 |
| | | | | 260 | 坤心宁颗粒 |



中国外商投资企业协会药品研制和开发工作委员会（RDPAC）

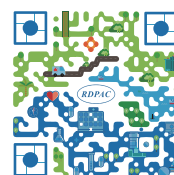
北京市朝阳区东三环北路 8 号亮马河大厦 1 座 506

电话 : +86 (10) 6590 7696

传真 : +86 (10) 6590 7697

邮箱 : info@rdpac.org

www.rdpac.org



关注我们