

国谈药“双通道”管理政策设计的省际比较研究

杨赐然^{1,2*} 王 瑞^{1,2} 罗 银^{1,2} 安舒涵^{1,2} 吴雨欣^{1,2} 毛宗福^{1,2} 崔 丹^{1,2}

1. 武汉大学公共卫生学院 湖北武汉 430071

2. 武汉大学全球健康研究中心 湖北武汉 430072

【摘要】目的:本研究旨在对比分析各省份“双通道”管理政策在响应时间、与原有保障政策的衔接模式和具体多维政策内容等方面的异同,以期发现不足,提炼经验,为优化“双通道”管理政策提供参考。方法:利用时间趋势分析,对各省份响应 28 号文的时间进行了刻画和描述,同时基于内容分析法提炼文本信息,以此对各省份“双通道”管理政策展开多尺度比较。结果:各省份的“双通道”管理政策在萌发和响应时间、与原有保障政策的衔接模式、医药机构遴选要求、限制性因素削弱和国谈药待遇保障水平等方面存在明显差距。结论:未来应从优化政策衔接、明确遴选条件、削弱不利因素和缩小待遇差距等方面进一步完善“双通道”管理政策的设计,促进国谈药落地,提升保障水平。

【关键词】“双通道”管理;国谈药;政策设计;比较研究

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.04.004

Inter-provincial comparative study on the design of “Dual-channel” management policies for national health insurance negotiated drugs

YANG Ci-ran^{1,2}, WANG Rui^{1,2}, LUO Yin^{1,2}, AN Shu-han^{1,2}, WU Yu-xin^{1,2}, MAO Zong-fu^{1,2}, CUI Dan^{1,2}

1. School of Public Health, Wuhan University, Wuhan Hubei 430071, China

2. Global Health Institute, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

【Abstract】 Objective: This study aims to compare and analyze the similarities and differences between the “dual-channel” management policies of various provinces in terms of response time, connection mode with the original safeguard policy, and specific multidimensional policy content, in order to find the shortcomings, refine the experience, and provide reference for optimizing the “dual-channel” management policies. Methods: Using the time trend analysis, the time of each province’s response to Document No. 28 was depicted and described, and the text information was extracted based on the content analysis method to carry out a multi-scale comparison of the “dual-channel” management policies of various provinces. Results: There are obvious gaps in the “dual-channel” management policies of various provinces in terms of germination and response time, the connection mode with the original safeguard policies, the selection requirements of medical institutions, the weakening of restrictive factors, and the guarantee level of national drug treatment. Conclusions: the design of the “dual-channel” management policy should be further improved from the aspects of optimizing policy convergence, clarifying selection conditions, weakening unfavorable factors and narrowing the treatment gap, so as to promote the landing of national drugs and improve the level of protection.

【Key words】 “Dual-channel” management; National medical insurance negotiated drugs; Policy design; Comparative study

近年来,依托价格谈判机制^[1]和医保战略性购买^[2]等制度手段,国家医保药品目录调整频率大幅

* 基金项目:比尔及梅琳达·盖茨基金会项目(OOP1148464、OPP1199760)

作者简介:杨赐然(1998年—),男,硕士研究生,主要研究方向为卫生经济与政策分析。E-mail: yangciran@whu.edu.cn

通讯作者:崔丹。E-mail: cuidan@whu.edu.cn

加快,患者能够以较为可及的方式和可承受的价格使用更多的好药和新药^[3],患者用药保障水平进一步提高。但是,受制于现行的医疗机构考核导向、政策约束和路径依赖等多重因素,部分国家医保谈判药品(以下简称“国谈药”)进得了医保目录,却进不了医疗机构,最终难以使患者受益。为解决这一问题,2021年4月,国家医疗保障局和国家卫生健康委联合发布了《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》(医保发〔2021〕28号,简称“28号文”)。该文件提出在定点医疗机构之外,增设定点零售药店作为国谈药的第二购药渠道,执行与定点医疗机构相同的医保报销待遇,以更好地满足患者对于国谈药的合理使用需求。

28号文颁布后,各省份的医保和卫生健康部门纷纷制定了相关的实施意见或办法,对国家层面的“双通道”管理政策给予了积极响应。本文以各省份相应出台的“双通道”管理政策为研究对象,基于比较研究视角,分析各省份在政策响应时间、衔接方式和内容设计等方面的异同,力图从中发现现有政策设计缺陷和提炼有益做法,为完善“双通道”管理政策提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

为了保证研究的一致性和匹配性,本文限定了政策出台时间和政策颁布层级,主要纳入分析的是各省级层面在28号文下发之后所出台的相关政策文本。政策文本资料来源于31个省(自治区、直辖市)医疗保障局、卫生健康委的官方网站和“北大法宝”数据库,并结合其他主流网络检索平台对比和补充相关资料。需要指出的是,所有纳入分析的省级“双通道”政策,在政策出台背景部分应该有对28号文或者相关文件的明确贯彻落实性表述,或主体内容直接与“双通道”机制构建高度相关,其他诸如“双通道”药品增补的简短性通知等文件则不纳入分析范围。此外,如果一个省份于不同时间出台了多份具有递进性和增补性的“双通道”政策,则一并纳入分析。

1.2 研究方法

对收集整理的省级“双通道”政策文本进行逐一研读,借助内容分析法提炼文本信息,主要从政策衔

接方式、对定点医药机构的有关要求、对于医疗机构限制性因素的削弱声明以及医保支付待遇等方面进行省际比较。需要说明的是,为避免研究人员在长时间阅读大量政策文本的过程中可能产生的认知不稳定性 and 注意力偏差对研究分析的潜在影响,在使用内容分析法展开研究之前,采用预先浏览与综合研讨的方式提炼分析框架和确定比较维度,并由两个及以上的研究人员独立使用MAXQDA 2020软件分析和记录所有政策文本,最终对所有研究人员的独立分析结果加以比较,对于判断结果和记录内容存在不一致的情况重新分析。另外,在研究过程中出现难以确定的政策表达意指和内容划分的情况,采取专家咨询等方式加以审慎确定。

2 结果

2.1 政策响应时间与发文趋势比较

内蒙古和新疆是最先响应国家层面28号文并发布“双通道”政策的省份,其在28号文颁布的次月就出台了“双通道”管理政策。随后,多个省份在已有做法的基础上陆续出台了政策文件,指导省内各级医保部门和医药机构如何理解执行28号文,探索构建适合省内情况的国谈药“双通道”管理机制。从发文趋势来看,2021年10—12月期间省级层面的“双通道”管理政策发布数量出现明显增加,河南、河北等17个省份先后出台了相应的政策文件。此外,还有个别省份迟迟未出台或未向社会公开发布“双通道”管理政策。

2.2 与已有保障政策衔接方式的比较

据统计,在28号文下发前,已有18个省份在探索和实施不同的药品特殊管理模式。^[4]在28号文下发之后,这些省份先后采用了与特药管理相衔接或与特药、门诊慢特病管理同时衔接等措施,以落实建立和完善“双通道”管理政策;相较而言,其他省份较多采取与门诊有关病种管理(各省份政策名称有所差异,大体包括“门诊大病”“门诊慢特病”“门诊特病”等)相衔接或单独建立“双通道”管理机制等措施(表1)。江苏省是采用与特药管理相衔接模式的典型代表,其最早在苏人社发〔2013〕278号文中将曲妥珠单抗注射剂等3种药品纳入特殊药品管理范围,之后逐渐扩大了特殊药品管理目录。28号文下发后,江苏省在已有特药管理目录的基础上,结合新版国家医保目录遴选了约100个“双通道”管理药品。

值得注意的是,江苏省因其特药管理与国家层面推出的“双通道”管理模式相近且做法类似,因而具有良好的契合度,实际政策衔接相对容易。与门诊慢特病管理相衔接的省份包括山东、辽宁、河南、内蒙古和广西等,其原采用的门诊慢特病管理方式对于基金运行能力的要求较高,因此在两种模式的衔接与切换时政策难度也相对较大。此外,安徽等省份尚未在前期实施国谈药的特殊管理或门诊慢特病管

理,因此在响应 28 号文的主要策略是直接按照要求建立“双通道”管理机制,其在皖医保秘〔2021〕58 号文中明确了包括统一“双通道”管理药品目录、定点医疗机构和定点零售药店遴选标准等信息,并针对“双通道”管理的信息流转机制、医保经办流程、总额预算管理、药品使用安全和基金监督管理都做出了较为具体的规定,初步形成了一个较为完整的方案。

表 1 各省份“双通道”管理政策与原有政策衔接方式比较

省份	特药管理文件	发文时间	“双通道”管理文件	发文时间	间隔(月)	衔接模式
江苏	苏人社发〔2013〕278 号	2013/3/7	苏医保发〔2021〕40 号	2021/6/15	99	与特药管理衔接
江西	赣人社发〔2015〕49 号	2015/12/1	赣医保发〔2021〕10 号	2021/6/10	66	与特药管理衔接
陕西	陕人社函〔2017〕897 号	2017/11/1	陕医保发〔2020〕2 号	2020/1/21	26	与特药管理衔接
湖北	鄂人社发〔2017〕50 号	2017/9/30	鄂医保发〔2021〕52 号	2021/11/20	49	与特药管理衔接
吉林	吉人社办字〔2017〕58 号	2018/1/10	吉医保联〔2021〕26 号	2021/11/17	46	与特药管理衔接
湖南	湘人社发〔2018〕43 号	2018/7/2	湘医保发〔2021〕34 号	2021/8/9	37	与特药管理衔接
山东	鲁社保发〔2018〕17 号	2018/7/2	鲁医保函〔2022〕27 号	2022/5/9	46	与特药、门诊慢特病管理衔接
青海	青人社厅发〔2018〕73 号	2018/8/1	青医保局发〔2021〕129 号	2021/8/23	36	与特药管理衔接
贵州	黔医保发〔2019〕79 号	2019/12/24	黔医保发〔2021〕88 号	2021/12/17	23	与特药管理衔接
辽宁	辽医保〔2019〕16 号	2019/5/31	辽医保发〔2021〕16 号	2021/12/28	30	与特药、门诊慢特病管理衔接
河南	豫医保〔2020〕2 号	2020/3/13	豫医保办〔2021〕55 号	2021/10/11	18	与特药、门诊慢特病管理衔接
新疆	*	2020/6/23	新医保〔2021〕65 号	2021/5/31	11	与特药、门诊慢特病管理衔接
黑龙江	黑医保发〔2019〕68 号	2020/8/16	黑医保发〔2021〕53 号	2021/11/4	14	与特药管理衔接
内蒙古	内医保办发〔2020〕15 号	2020/8/3	内医保办发〔2021〕10 号	2021/5/19	9	与特药、门诊慢特病管理衔接
四川	川医保中心办〔2021〕13 号	2021/3/15	川医保办发〔2021〕27 号	2021/11/12	8	与特药管理衔接
重庆	渝医保发〔2021〕12 号	2021/2/22	渝医保发〔2021〕81 号	2021/12/31	10	与特药管理衔接
甘肃	甘医保中心发〔2021〕1 号	2021/2/26	甘医保发〔2021〕118 号	2021/12/20	9	与特药管理衔接
山西	晋医保办发〔2021〕5 号	2021/4/23	晋医保办发〔2021〕11 号	2021/8/6	3	与特药管理衔接
安徽	—	—	皖医保秘〔2021〕58 号	2021/6/3	—	直接建立管理机制
福建	—	—	闽医保〔2021〕78 号	2021/8/27	—	与罕见病及门诊统筹管理衔接
广东	—	—	粤医保发〔2021〕40 号	2021/9/8	—	与特药、门诊慢特病管理衔接
河北	—	—	冀医保保字〔2021〕45 号	2021/10/13	—	与门诊慢特病管理衔接
浙江	—	—	浙医保联发〔2021〕24 号	2021/10/28	—	与特药、门诊慢特病管理衔接
宁夏	—	—	宁医保发〔2021〕151 号	2021/10/29	—	与门诊大病管理衔接
广西	—	—	桂医保发〔2021〕42 号	2021/11/25	—	与门诊慢特病管理衔接
上海	—	—	沪医保医管发〔2021〕40 号	2021/12/1	—	直接建立管理机制
云南	—	—	云医保〔2021〕130 号	2021/12/28	—	与门诊慢特病管理衔接
天津	—	—	津医保办发〔2021〕59 号	2021/12/28	—	与门诊特病管理衔接
西藏	—	—	藏医保〔2021〕95 号	2021/12/30	—	与门诊保障机制衔接
海南	—	—	琼医保〔2022〕276 号	2022/11/14	—	与门诊慢特病管理衔接
北京	—	—	—	—	—	—

注: * 为文号未知的政策,新疆政策为《新疆维吾尔自治区医疗保障局关于做好区本级国家医保谈判药品使用管理工作的通知》。

2.3 对定点医疗机构的遴选要求比较

从表 2 可知,多数省份的“双通道”管理政策均

明确阐明医疗机构是国谈药临床合理使用的第一责任主体,并对医疗机构在辖区内的最低数量、级别和

责任医师等方面做出了较为具体的要求。从最低数量要求来看,新疆、安徽、江苏、山西、青海、宁夏和吉林等省份要求每个县(市、区)至少要有1家能够有能力配备和使用国谈药的定点医疗机构;江西和福建则要求在设区市的市区不低于2家有资质的定点医疗机构,而对其余县(市、区)不做具体要求。从等级限定和责任医师要求方面来看,多数省份明确定点医疗机构需要在二级及以上医疗机构范围中确定,并且需要由副主任医师及以上(适当条件下可以

放宽至主治医师)负责为参保患者提供治疗、评估和用药等方面的指导,而福建则是将所有定点三级公立综合性医疗机构和其他合规且自愿申报的二级及以上定点实体医疗机构纳入“双通道”管理。对于定点医疗机构国谈药品品种的配备率少有省份做出具体或最低限度的要求,只有个别省份(如浙江)分类别、分等级对公立医疗机构国谈药配备率提出公开性要求。

表2 各省“双通道”政策有关定点医疗机构数量、等级和药品配备率等的要求

省份	数量要求	等级限定	责任医师要求	药品配备率
新疆	—	二级及以上	—	—
安徽	每个县(市、区)≥1家	二级及以上	主治医师及以上	—
江西	设区市的市区≥2家,其余县(市、区)适当安排	二级及以上	主治医师及以上	—
江苏	每个县(市、区)≥1家	—	副主任医师及以上	—
山西	每个县(市、区)≥1家	—	—	—
湖南	—	—	主治医师及以上	—
青海	每个县(市、区)≥1家	二级及以上	—	—
福建	设区市的市区≥2家,其余县(市、区)适当安排	所有定点三级公立综合医疗机构,其他合规且自愿申报的二级及以上定点实体医疗机构	—	—
浙江	—	—	—	三级甲等公立综合性医疗机构≥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)≥20%,三级公立专科医疗机构≥相应专科药品60%
宁夏	每个县(市、区)≥1家,市辖区可适当增加	二级及以上	主治医师及以上	—
四川	—	部分药品限二级及以上	—	—
吉林	每个县(市、区)≥1家	—	主治医师及以上	—
海南	—	二级及以上	主治医师及以上	—

注:其余省份的有关政策未提及上述信息;多数省份政策对于责任医师要求为“副主任医师及以上(适当条件下可以放宽至主治医师)”,此处简化表述为“主治医师及以上”。

2.4 对定点零售药店的遴选要求比较

“双通道”管理政策旨在探索一条医疗机构国谈药供应“主渠道”之外的辅助渠道。因此,政策表述更多侧重于对定点零售药店的遴选。如表3所示,多数省份对于“双通道”定点零售药店的认定均较为谨慎,不仅考虑到现有零售药店的经营管理、资质信誉等情况,还更加看重对零售药店的供应保障、电子追溯等能力的审查,同时也给定点零售药店留下了适度竞争和动态调整的空间。多数省份要求每个县(市、区)至少要有1家“双通道”定点零售药店,而河南、河北和广西等省份仅规定每个统筹区的“双通

道”定点零售药店不少于1家。对于“双通道”定点零售药店国谈药配备数量和药师配备数量仅有少数几个省份的文件给予了最低限度的规定,例如江西和福建等省份规定定点零售药店国谈药的配备率不得低于“双通道”管理药品种数的30%,且执业药师数量应不少于2名,山东则要求市辖区内和县域内定点药店配备的国谈药分别不少于30种和20种,但未对执业药师数量做出规定。上海政策则规定,能够配备2名及以上执业药师和“双通道”管理药品种类的50%以上,对于未配备药品具有1~2天调配能力的定点零售药店在遴选中会得到优先考虑。

表 3 各省“双通道”政策有关定点药店数量和药品配备率等的要求

省份	药店数量	药品配备数量	药师配备数量
内蒙古	每个旗/县/区≥1 家	—	—
安徽	每个县(市、区)≥1 家	—	—
江西	设区市的市区≥2 家,其余县(市、区)适当安排	≥30%	≥2 名
江苏	每个县(市、区)≥1 家	—	—
山西	每个县(市、区)≥1 家	—	—
湖南	每个县(市、区)≥1 家	—	—
青海	每个县(市、区)≥1 家	—	—
福建	区市的市区≥2 家,其余县(市、区)适当安排	≥30%	≥2 名
广东	—	—	≥1 名
河南	每个统筹区≥1 家	—	—
河北	每个统筹区≥1 家	—	—
浙江	每个县(市、区)≥1 家	—	—
宁夏	每个县(市、区)≥1 家,市辖区可适当增加	—	—
黑龙江	每个市(地)≥1,具备条件的县(市)≥1 家	—	—
吉林	每个县(市、区)≥1 家	—	—
湖北	每个市(州)≥1 家	—	—
广西	每个统筹区≥1 家	—	≥1 名
上海	—	≥50%	≥2 名
甘肃	每个地级市≥1 家	—	—
云南	每个县(市、区)≥1 家	≥30%	—
西藏	每个市(地)≥1 家	—	—
重庆	每个县(市、区)≥1 家	—	—
山东	每个县(市、区)≥1 家,市辖内全面保障重特大疾病和“两病”用药供应≥1 家	市辖区内≥30 种,县域内≥20 种	—
海南	—	—	≥2 名

注:其余省份的相关政策未提及上述信息。

2.5 对于削弱医疗机构限制性因素的比较

从表 4 来看,为确保医疗机构在促进国谈药落地过程中能够始终发挥主渠道作用,各省份的“双通道”管理政策对一些限制医院采购和使用国谈药的因素进一步明确给予取消或者削弱。其中,多数省份的“双通道”管理政策鼓励将合理使用的国谈药单列,不再纳入特定的医疗机构考核指标的计算之中。但对于特定指标的列举说明,不同省份存在着很大的区别,如湖南、贵州等多个省份同时在政策中具体说明了合理使用的国谈药不再与次均费用、医保总额控制、医疗机构用药品种总量和药占比等考核指标的计算关联;广东虽然未在政策中直接说明对前述诸多限制性因素给予取消或者削弱,但采用正向激励的做法,即将国谈药配备率作为医疗机构的重要绩效评价考核指标并与医保基金支付挂钩,引导

定点医疗机构合理有度配备和使用国谈药。此外,也有一些省份对于潜在影响国谈药在定点医疗机构落地的其他限制性因素同样给予取消或者削弱,如江西、山西、宁夏、上海和辽宁等省份分别还规定定点医疗机构不得以变相药占比、基本药物占比、药事委员会审定、建立“双通道”管理机制和医疗费用总控等为由影响国谈药的合理使用。

表 4 各省“双通道”政策对于削弱医疗机构限制性条件的有关表述(节选)

省份	单列	次均费用	医保总额	用药目录	药占比	其他限制性条件的削弱声明
内蒙古	√	○	√	√	√	—
安徽	√	○	√	○	○	—
江西	○	○	√	√	√	变相药占比
山西	○	√	○	√	√	基本药物占比、医疗服务收入占比
湖南	√	√	√	√	√	—
福建	√	○	√	√	○	绩效考核指标
广东	√	○	○	○	○	—
河南	√	√	√	√	√	—
浙江	√	√	√	√	√	—
宁夏	√	○	√	√	√	药事委员会审定
黑龙江	√	√	√	√	√	—
四川	√	○	√	○	○	—
吉林	√	√	○	√	√	基本药物占比、医疗服务收入占比
上海	○	○	○	○	○	建立“双通道”管理机制
陕西	○	○	√	√	√	—
贵州	√	√	√	√	√	—
辽宁	√	√	√	√	√	医疗费用总控、药事委员会评审

注:√表示政策文件有明确涉及对应表述,○表示政策文件未涉及对应表述。

2.6 “双通道”药品目录确定、支付与待遇保障比较

国家层面规定,原则上纳入“双通道”管理和实施单独支付的药品范围需由省级医保行政部门确定。经过梳理发现,多数省份遵循了这一原则,其中江西、江苏、湖南、广西、甘肃、海南等省份还明确指出各地医保部门不得自行做出调整,但有个别省份则允许各统筹地区根据情况划定“双通道”管理药品目录(如湖北等),鼓励各统筹区结合本地药品供应和患者需求情况在其他国谈药品种范围内增补“双通道”管理药品目录(如辽宁等)。

不同省份原有实施的医保政策体系、医保基金运行情况等差异明显,所纳入“双通道”管理的药品在支付和保障待遇方面存在较大区别。简化起见,仅从门诊使用“双通道”管理药品这一情形来看,多数省份并未设置起付线,但也有个别省份(如宁夏

等)明确设置了起付线;新疆、江西、湖南、宁夏、四川、湖北和天津等省份明确将门诊使用“双通道”管理药品费用累计计入医保基金年度支付限额,四川和天津等省份还鼓励各地结合实际条件将医保支付后剩余费用纳入大病保险等政策给予报销。此外,各省的报销待遇水平也不尽相同,既体现在报销比例划定限额差异,如湖北规定职工医保和居民医保的报销比例分别不低于65%和50%(差距为15%),而辽宁和吉林等省份规定的报销比例则高达80%和70%(差距为10%);也体现在是否明确对超过报销比例部分提供额外的救济,如吉林明确对于符合条件的人员(含特困群体、低保对象、孤儿、事实无人抚养儿童、返贫致贫人口等)发生“双通道”管理药品支付费用时直接在原有报销比例的基础再上调10%,天津和湖南等省份则规定符合条件的参保患者在经过门诊报销机制报销后可以再享受大病保险等政策救济(表5)。

表5 各省“双通道”药品门诊医保支付与待遇规定(节选)

省份	待遇政策
江苏	单独支付药品,不设起付线,职工医保≥70%,居民医保≥60%;非单独支付药品,执行各地现行支付政策
湖南	不设立起付线;职工医保=70%,居民医保=60%,超统筹基金年度支付限额,符合大病保险的按相应政策执行,个人自付费用不再纳入大病互助或者大病保险支付范围;实报金额计入年度最高支付限额,超出不予支付;门特患者使用“双通道”药品,按“双通道”药品待遇标准单行支付,不纳入门慢(特)医保支付限额
宁夏	起付线为500元/年,职工医保=75%,居民医保=60%;谈判药品年度最高支付限额与基金年度最高支付限额捆绑使用,职工医保=40万元,居民医保=13万元
吉林	职工医保=80%,居民医保=70%,符合条件的特困人员、低保对象、孤儿、事实无人抚养儿童、返贫致贫人口分别上调10%;其中属于国家集采品种执行现行支付政策
湖北	不设起付线,按统筹地区乙类先行自付比例支付后,职工医保≥65%,居民医保≥50%,不单独设定年度支付限额,累计进入医保基金年度最高支付限额
甘肃	职工医保≥70%,居民医保≥60%
辽宁	门诊和住院费用政策范围内报销比例职工医保=80%,居民医保=70%
天津	执行现行支付政策,最高支付限额按药品说明书年度最高药品费用确定;经门诊用药保障机制报销后,可继续按规定享受大病保险等报销待遇
山东	执行现行支付政策,个人负担部分符合规定的,纳入大病保险、医疗救助支付范围;降低谈判药品医保个人自付比例至≤20%

3 讨论与建议

3.1 讨论

3.1.1 省际间政策衔接模式存在差异

国家“双通道”管理政策是在总结地方已有实践

经验的基础上形成的。各个省份实施过程中政策衔接模式的差异源于不同地区的实践经验、资源配置和地方政府对特药管理的重视程度。对于早期能够针对国谈药开展类似于“双通道”管理的省份,较容易同28号文的要求进行衔接,实现已有国谈药管理方式的优化完善。对于前期特药管理经验不足的省份,一般采用与门诊慢特病(或者其他门诊保障形式)相衔接的方式,或者选择直接在国家指导文件的基础上,结合其他省份的具体经验和省内的实际情况构建起“双通道”管理机制。^[5-6]这些地区在政策实施过程中可能面临政策落地的困难、医药机构的配合度不足等问题,影响政策效果的发挥。

3.1.2 医药机构遴选要求不尽相同

多数省份对于“双通道”定点医疗机构配备和使用国谈药的主体责任给予了明确说明,并对定点零售药店的各方面资质提出了较高的要求,但对于定点医药两种机构的具体设置数量要求不尽相同,这可能导致不同地区患者在获取国谈药方面的便利性存在差异。多数省份规定在每个县(市、区)定点医药机构各不得少于一家,但少数省份(如福建和江西)则侧重于增加设区市区市区定点医药机构数量,更多考虑到人口密集居住地对于国谈药使用的潜在需求。此外,经过梳理发现多数省份在文件中并未直接明确规定“双通道”医药机构的国谈药配备数量,一定程度上反映出多数省份在国谈药对医保基金的消耗、对医院绩效考核等方面仍存疑虑,担心省级层面直接下达最低限度国谈药配备要求可能会给下级医保基金和医院运营带来不利影响。

3.1.3 部分省份仍需明确考核内容与实施细则

从现有政策设计来看,不同省份关于取消潜在限制国谈药落地考核内容的情况仍存在较大差异。经由卫生健康和医保等部门联合发文的“双通道”政策,往往能够强调对合理使用的国谈药单列,不纳入次均费用和药占比等考核内容。显然,在政策设计内容上,虽然多数省份都在一定程度上削弱了限制国谈药落地的诸多原有考核因素,但在实际执行过程中仍然可能面临这些限制性条件。因此,需要各级政府和相关管理部门明确考核内容与实施细则,制定并落实相应配套的考核和激励机制。

3.1.4 省份之间国谈药待遇保障水平差距明显

受制于既有的医保政策、管理模式、管理能力和基金运行情况等因素的影响^[7-8],不同省份不但在纳入“双通道”管理的药品清单的品种和数量方面存在

差异,而且在医保支付待遇方面也有较大差距,有些省份划定了较高的自付比例,有些省份则降低了患者的自付负担,地区之间人群保障的公平性存在明显差别;在门诊国谈药医保支付待遇方面,有些省份职工医保和居民医保的报销待遇差距较大,不同人群之间也存在着明显的待遇公平性问题。为解决这些问题,各级政府和有关部门需要加强对各类患者需求的研究,逐步完善相关政策,以实现待遇公平性的提升。

3.2 政策建议

3.2.1 做好“双通道”管理政策衔接与完善工作

不同省份的“双通道”管理政策衔接模式各有交叉、重叠,侧重点有所不同,但在具体的政策设计和实施过程中,需要做好与原有的特药管理、门诊慢特病管理等政策的衔接,借助信息技术等手段匹配好患者的原有疾病信息和医保信息,探索和采用更为精简高效的方式做好信息审核和资格认定工作,确保符合条件的患者原有待遇不降低,并在此基础上进一步解决国谈药落地过程中的供应、使用和支付问题。

3.2.2 进一步明确定点医药机构遴选条件

一方面,就定点医疗机构而言,不同类型和级别的医院在诊疗条件、收治能力和物流通管理等方面存在差别,需要根据实际情况和条件在有关协议中精确划定不同医院国谈药品配备的最低种类和数量要求,确保医疗机构在国谈药落地过程中的主体性作用得到切实发挥;另一方面,对于定点零售药店来说,要着重考虑其资质能力与空间布局,对纳入“双通道”管理的定点零售药店在药品储存、运输和销售等各个环节的合规性加以动态监管,听取患者对于药店布局和购药用药体验的反馈意见,对于资质能力不合规、空间布局不合理的药店要实施调整,确保优者进、劣者退。

3.2.3 最大限度破除国谈药落地的限制性因素

卫生健康和医保部门对于公立医院的考核内容应该根据国谈药落地的需要做出适时调整,对于合理使用的国谈药应该尽可能从政策文件上给予明确的单列,不再纳入医疗机构次均费用、医保总额控制、医院用药目录和药占比等考核指标计算范围。同时,各级卫生行政部门应加强政策解读指导、培训协助和监督检查,从政策设计层面简化流程和降低执行难度,明确药事委员会召开时间和频次,防止定点医疗机构以药事委员会审定和已经建立“双通道”管理机制为由规避承担国谈药落地的主体责任问题;采取考核协议和建立信息公开制度等方式融入

应有的负面惩戒和正向激励内容,对于应配未配、推卸责任的定点医疗机构采取社会曝光和上级约谈等手段倒逼医疗机构主动作为,而对于按需及时配备和合理使用国谈药的医疗机构需要给予有效的财政拨款支持,确保其不因国谈药的配备和使用出现严重运营亏损。

3.2.4 合理缩小国谈药医保待遇水平的省级差距

利用大数据和信息化手段实时监测国谈药使用所造成的医保基金支出情况,在医保基金可承受范围内适时调整国谈药医保待遇水平,特别是对于目前保障水平较低且医保基金运行情况良好的省份可以逐步提高国谈药待遇水平,缩小与其他省份的待遇差距。此外,可以探索在国谈药医保待遇与大病保险、医疗救助等政策以及商业医疗保险之间的衔接,进一步减轻患者经济负担,提高保障水平。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Tang M, Song P, He J. Progress on drug pricing negotiations in China [J]. *Bioscience Trends*, 2019, 13(6): 464-468.
- [2] 鲍玉荣, 英立平, 唐斯斯, 等. 系统论、博弈论及协同论视角下医疗与医保体系的关系及优化建议 [J]. *中华医院管理杂志*, 2021, 37(8): 627-630.
- [3] Zhang Y C, Wushouer H, Han S, et al. The impacts of government reimbursement negotiation on targeted anticancer medication price, volume and spending in China [J]. *BMJ Glob Health*, 2021, 6(7): 11.
- [4] 韩晓睿, 丁锦希, 李伟, 等. 国家谈判药品“双通道”的遴选标准与实施路径 [J]. *世界临床药物*, 2021, 42(9): 717-724.
- [5] 吕兰婷, 胡邱伽, 郭珉江. 我国药品谈判政策演变与创新扩散机制探究 [J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(9): 47-55.
- [6] 张博, 丁锦希, 陈焯, 等. 国家医保谈判药品“双通道”政策动因与实施模式 [J]. *世界临床药物*, 2021, 42(9): 709-716.
- [7] 刘心怡, 张璐莹, 陈文. 国家谈判准入药品在各地的医保管理政策梳理与分析 [J]. *中国卫生政策研究*, 2019, 12(9): 77-81.
- [8] 蒙文鑫, 蒋蓉. 江苏省国家谈判药品“双通道”管理政策比较研究 [J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(7): 38-44.

[收稿日期:2023-01-03 修回日期:2023-04-06]

(编辑 刘博)