

# 百姓“药篮子”怎样升级？

## 国家医保局权威解读

新华社记者 徐鹏航



近日公布的新版医保药品目录新增91种药品，目录内药品总数增至3159种，参保人的“药篮子”再次升级。医保目录是如何诞生的？哪些药能进医保？谈判“信封底价”怎么定？国家医保局及有关专家进行解读。

### 1

#### 医保“药篮子”怎么选？ 支持新药、重点药

医保药品目录调整分为准备，申报，专家评审，谈判、竞价，公布结果五个阶段。

哪些药品可以申报进入国家医保药品目录？国家医保局医药管理司司长黄心宇表示，国家医保药品目录的调整，一是面向新药，即五年内经国家药监部门批准上市的新通用名药品，或经国家药监部门批准，适应证或功能主治发生重大变化的药品；二是面向重点药，即纳入《国家基本药物目录（2018年版）》、鼓励仿制药品目录或鼓励研发申报儿童药品清单的药品，以及罕见病治疗药品。

据悉，今年共有249种目录外药品通过形式审查，进入专家评审阶段，其中121种药品通过评审，通过率近50%。

黄心宇介绍，未通过的药品中，有的属于“打擦边球”，比如一些老药通过减少说明书上的适应证或对适应证做一些描述上的改变，从而以“适应证发生变化”为由进行申报；有的属于“新瓶装旧酒”，比如将老药微调一下成分配比，或者变化剂型，并没有改变临床价值，就作为新药进行申报；还有一些药价格过高，超出了基本医保的支付范围。

“我们支持合理的改良型新药，但成分不改、适应证不改、给药途径不改、临床价值不改的药品，在评审中很难得到青睐。”黄心宇说，国家医保药品目录调整，是要支持有临床价值的“真创新”。

数据显示，此次医保药品目录调整新增的91种药品中，90种为5年内新上市品种。其中，38种是“全球新”的创新药，无论比例还是绝对数量，都创历年新高。

### 2

#### 医保谈判怎么“讲价”？ “信封底价”是标尺

在医保谈判桌上，医保方手中的一个信封，往往成为关注的焦点。这个信封里放着专家通过测算，给出的药品底价，而企业方最终的报价，必须小于等于“信封底价”，才能谈判成功。

这个神秘底价是如何算出的？复旦大学教授、2024年国家医保药品目录调整药物经济学专家组组长陈文介绍，药物经济学专家通过药物经济学评价证据、国内挂网价格、国际价格、同类竞品价格比较等多种方法，综合测算确定基准支付标准。基金测算则更加关注对基金支出的影响，进一步强化了基金影响的刚性约束。

此外，今年的测算中还特别考虑了传统中药的特点与优势，有针对性地优化了评价维度和测算指标。

曾担任药物经济学测算组副组长的天津大学药物科学与技术学院副书记吴晶说，底价测算的基石是坚持以价值为基础定价。对于创新价值高、能填补空白的药品，会高度重视企业递交的药物经济学评价证据，合理确定溢价。

### 3

#### 医保药品怎么落地？ 加强监测、确保供应

药品进了目录并非终点，能够真正进入医院、药店，让参保人买得到、能报销，才是最终目的。

今年，国家医保局、人力资源社会保障部提出新要求：定点医疗机构原则上应于2025年2月底前召开药事会，根据新版国家医保药品目录及时调整本机构用药目录，保障临床诊疗需求和参保患者合理用药权益。不得以医保总额限制、医疗机构用药目录数量、药占比为由影响药品进院。

此外，各省份要及时更新纳入“双通道”和单独支付的药品范围，与新版目录同步实施，并借助国家医保信息平台、药品追溯码、医保药品云平台等渠道，收集、完善、维护本行政区域内医保药品配备、流通、使用信息，加强对辖区内医保药品配备使用情况的精细化管理。

“落地是决定目录调整工作成效的‘最后一公里’。让医保药品真正惠及群众、惠及患者，需要医保部门、医疗机构、医药企业的共同努力。”黄心宇说。

