国家医保谈判药品“双通道”管理政策比较分析

李玮萍，沈荣蕃，武佳敏，董子暄，张辰达，何敏媚*
（北京中医药大学管理学院，北京 100029）

摘要：目的 系统梳理并比较分析各地国家医保谈判药品“双通道”管理政策，为其优化提供决策参考。**方法** 比较全国31个省级行政区（不包括港澳台）“双通道”管理相关政策，从药品目录管理、药品分类管理、定点医药机构管理以及医保待遇等方面进行分析，比较各省份政策差异及创新实践。**结果** 各省已开展“双通道”管理相关探索，实施情况较好。**结论** 各省在政策协同性、药品配备主体责任和切实关系到群众利益的医保个人待遇方面的公平性问题还有待改善。

关键词：“双通道”管理；国家谈判药品；定点医药机构遴选；医保报销
中图分类号：R95 **文献标志码：**A **文章编号：**1672-9188(2025)08-0863-006
引用：李玮萍, 沈荣蕃, 武佳敏, 等. 国家医保谈判药品“双通道”管理政策比较分析[J]. 世界临床药物, 2025, 46(8): 863-868. DOI：10.13683/j.wph.2025.08.020

Comparative analysis of the "Dual-Channel" management policies for national medical insurance negotiated drugs

LI Weiping, SHEN Rongfan, WU Jiamin, DONG Zixuan, ZHANG Chenda, HE Meimei*
(*School of Management, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China*)

Key words: "dual-channel" management; national negotiated medicines; selection of designated medical and pharmaceutical institutions; medical insurance reimbursement

国家医保谈判自2016年5月启动，截至2023年12月底已开展7轮谈判工作，累计准入121种国家医保谈判药品（简称“国谈药”），平均价格降幅达61.7%[1]。从总体趋势来看，谈判药品数量逐年递增，平均价格降幅持续扩大，显著提升了患者用药可及性，减轻了患者用药经济负担。但国谈药在医疗机构的准入仍面临医疗机构配备动力不足及医保与医疗政策协同不畅等问题[2]，导致部分国谈药临床可及性未达预期。为此，国家医疗保障局（简称“医保局”）会同国家卫生健康委员会先后印发《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》（简称“指导意见”）和《关于适用国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》，建立定点医疗机构与定点零售药店并行的双渠道供应体系。本研究系统梳理并比较分析了各地政策实践，以期为优化“双通道”管理机制提供决策参考。

1 资料和方法

1.1 资料来源

本研究系统检索了2021年4月22日（《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，以下简称《指导意见》发布日]至2024年3月期间，全国31个省级行政区（不包括港澳台）医保局官网发布的与“双通道”管理机制、国谈药落地实施及医保药品目录管理相关的政策文件。以此为资料来源，排除新闻、工作报告类文件，通过Excel对各省份“双通道”

收稿日期：2024-12-19
作者简介：李玮萍，硕士研究生，研究方向：药物管理。
通信作者：何敏媚，教授，研究方向：从事卫生政策、药物管理方面的研究。

和“国谈药落地”相关政策进行编码整理。

1.2 方法

运用 ROST CM6 文本分析软件，对 31 个省份发布的“双通道”管理机制及国谈药落地政策进行系统分析。通过提取政策文本高频词，并结合语义网络分析图，识别各省份政策的核心关注点及潜在疏漏。

在此基础上，通过对比分析国家级与省级“双通道”药品管理政策，采用文本分析法定性研究各地政策差异及实施方案特点，进而归纳当前政策实施现状，并提出讨论建议。

2 结果

2.1 “双通道”药品政策高频词分析结果

根据政策文本高频词分析结果，筛选出前 10 位高频词（药品、双通道、管理、谈判、用药、支付、纳入、患者、定点医疗机构、定点零售药店）和后 10 位低频词（顺畅、互联网、公众、违法、防范、数据、付费、适应、资金、联动机制）。分析显示，各省份“双通道”管理政策主要聚焦于定点医药机构的药品供应管理和谈判药品的医保支付，而对零售药店的动态监管机制、医药机构违法行为监测，以及跨部门政策协同等方面的关注相对不足。

2.2 各省份政策文本比较

中国部分省份结合当地医保运行实际与患者用药需求，探索出具有地方特色的国谈药“双通道”管理机制。如福建省在政策突破方面，明确规定国谈药使用“不纳入公立医院年度绩效（年薪）考核”[3]；山东省逐渐探索出针对定点零售药店的遴选机制，不仅规定省内药店谈判药品配备品种，还在遴选程序上推出“药房主动申请＋特药药房优先纳入”相结合的方式[4—5]；江苏省和四川省在探索单行支付方面先行先试，其中江苏省明确规定单行支付药品实行“双通道”管理，药品报销费用“不纳入医保基金年度总额控制”，为支付创新提供重要参考[6]。这些地方实践为国家层面完善国谈药“双通道”政策提供了差异化的实施路径以及政策优化方向。

2.2.1 药品纳入范围存在差异，“双通道”药品目录管理有待细化与完善

文本分析表明，部分省份将全部国谈药纳入“双通道”管理范围。但从实际来看，谈判药品目录中的部分药品（如麻醉和精神药品等特殊管理类药品）因监管安全要求不宜通过零售药店渠道销售[7]。同时，部分高值药品尚未被纳入“双通道”目录，导致管理政策覆盖不足。建议对符合条件的高值药品动态调整纳入“双通道”管理，以提升药品可及性并满足患者临床用药需求。

2.2.2 药品分类管理仍需继续探索，政策协同性有待加强

各省份对国谈药的分类管理存在共性策略，均提供较优惠的医保待遇。但在具体实施层面，如药品目录范围、分类标准、支付方式及政策协同等，各省份根据实际情况进行了差异化探索。如四川省建立“单行支付药品”和“高值药品”分类；重庆市则细分为国谈药“门诊特病用药”和“门诊保障用药”两类。

从实施效果来看，最早开始分类管理、执行单行支付药品政策的省份（如四川、江苏）已形成相对成熟的制度体系。以四川省为例，2019 年率先对特殊药品实施“单行支付＋双通道”机制，通过严控基金管理，2021 年特药药房渠道占比已超过 50%[4]。文本分析表明，省级“双通道”政策与其他医保政策（门诊待遇、支付方式改革、医保异地结算）的协同性存在不足[4,8—9]。

2.2.3 药品配备主体责任有待加强，药事会召开时间各异

各省份药事会召开的具体时间各异（表 1）。多数省份规定在新版医保药品目录公布后 1—3 个月内召开药事会（如甘肃要求 1 个月内，安徽允许最长 3 个月），部分省份尚未明确具体时限。谈判药品配备上各省份普遍强调“应配尽配”原则，四川

省对单行支付药品和高值药品实施优先配备机制；但药品目录调整的指导原则不同，如内蒙古、陕西等省份要求结合医疗机构功能定位、临床需求和诊疗能力等对用药目录进行调整优化。目前各省份在特殊药品、高值药品和暂时无法纳入院内药品目录药品的处理流程存在一定差异，反映出各省份对医疗机构主体责任的理解尚未统一。

表 1　部分省份召开药事会规定时间情况

Table 1　Scheduling of pharmaceutical affairs meetings in some provinces

目录公布3个月内	目录公布2个月内	目录公布1个月内	具体时间节点
安徽	福建	甘肃	陕西(2024年4月之前)
海南	吉林	河北	广西(2024年1月底前)
湖南	内蒙古	江苏	
山东		山西	
四川		上海	
江西		新疆	

2.2.4 零售药店管理机制还需完善，供药积极性不强

当前各省份对定点零售药店的遴选管理机制仍有待完善，特别是遴选标准需进一步规范、统一[7]。据统计，全国 31 个省份中仅有 11 个省份（占比 35.5%）对药店的药学技术人员配备或药品配备情况作出具体要求。在人员配备方面，多数省份要求至少配备 2 名执业药师，其中北京市（≥ 6 名）及江苏省（≥ 4 名）的要求更为严格。药品配备标准存在明显地区差异，河南、江西、福建和上海等地以“双通道”药品目录为参考，配备率在 30% ～ 85% 浮动；其他省份则以国谈药目录为准。这种差异可能是源于各地区“双通道”目录不同、医保基金运行状况及患者需求存在差别。值得注意的是，北京、重庆、河北和新疆等地还特别要求设置国谈药售卖专区，而天津市则由定点医疗机构指定合作零售药店。这些差异反映出各地对零售药店管理主体责任的认识和实践仍有较大分歧。

《指导意见》指出，按照谈判药品规定，药店不得以超出国谈规定的支付标准出售。同时强调，对纳入“双通道”管理的药品，定点医疗机构和定点零售药店实行统一的医保支付政策。然而在实际执行中，零售药店面临多重挑战：虽然谈判药品定价较高，但实际利润有限；此外，药店需满足严格的药事服务要求（如重庆规定需设立国谈药专区，北京和江苏对药学技术人员数量有明确要求），导致经营成本增加。这些因素共同导致具备销售资格的零售药店数量较少，且现有药店的供药积极性普遍不高[8—9]。

2.2.5 “双通道”管理各地医保报销待遇存在差距，公平性问题亟待解决

从已搜集的政策文件来看，各省份在医保待遇和药品个人自付比例的规定上存在显著差异（表 2，其中门特指门诊特殊药品管理；门慢指门诊慢性病（用药）管理；特药指特殊药品管理）。以辽宁省为例，其医保待遇标准为 80%（城镇居民医疗保险）、70%（城乡居民医疗保险），而湖北省对单独支付药品的医保待遇则设定为 60% 和 50%，两者差距明显。多数省份对不同类型医保报销比例差距通常维持在 10%，但宁夏和湖北等地的差距可达 15%。此外，各省份在医保报销与其他政策的衔接机制上也各具特色。从表 2 可见，广西采取与门诊特殊药品医保报销相衔接的模式，不设起付线，职工医保和居民医保分别按 70% 和 50% 比例报销，年度统筹基金支付限额分别为 8 万元和 4 万元。湖南省实施“双通道”单行支付政策，设定 70% 和 60% 两档报销比例，取消起付线且住院结算不纳入分段支付。吉林省则将原“特药”统一更名为“双通道药品”，且规定非靶向抗肿瘤药、抗菌抗病毒药等特定类型药品可享受免于医保部门审核的待遇。

从个人自付比例来看（表 3），各地政策存在明显差异，主要可分为三档：20% ～ 30%、20% 和 10%。具体而言，山西省规定“双通道”药品不适用乙类药品的个人先行支付政策；江西省将药品分

表 2 部分省份医保报销模式分类情况

Table 2 Classification of medical insurance reimbursement models in some provinces

与“门特”“门慢”相衔接	与“特药”相衔接	“双通道”单独支付通道
河南	辽宁	湖南
甘肃	湖北	宁夏
重庆	陕西	江西
广西	青海	西藏
山西	新疆	福建
海南	黑龙江	
安徽	江苏	
河北	山西	
上海		
北京		
天津		
内蒙古		
山东		

为 A、B、C 三类并实施差异化支付政策；上海市对部分医保药品设定了个人自付定额标准，药品定额标准从 10 元至 1 990 元不等。这些差异主要源于两方面因素：一是各地医保基金运行状况的差异，二是地方政府在医保政策导向上的不同考量。

3 讨论

3.1 细化并完善“双通道”药品目录管理

建议细化各地“双通道”药品目录，并明确规定零售药店不得销售的谈判品种。根据目前收集的信息显示，仍有部分省份将全部国谈药纳入双通道药品管理，但对药品种类的适宜性缺乏有效评估，且存在患者急需的高值药品未被纳入管理范围的情况。建议各省份根据实际情况动态调整“双通道”管理药品目录，实施定点医疗机构和零售药店分类目录管理，实现“应配尽配”。针对高值药品配备，医院应结合专科建设需求与患者实际[10]，科学储备高值药品。

3.2 实行药品分类管理，有效衔接“门特”“门慢”等政策

建议尚未开展或需完善药品分类管理制度的省份主动借鉴现有经验，建立省际学习交流机制，推动分类管理制度的落实与完善。已有实践经验表明，“双通道”政策与特殊药品管理的协同实施能有效促进医药分开，形成院内院外药品供应明确分工[8]。建议在药品分类管理层面，从药品端出发，探索高值 / 特殊药品单行支付制度，针对国谈药中价格昂贵且适应证明确的品种（如抗肿瘤药林普立塞片）设立独立医保支付通道，同时满足患者用药需求和控制医保基金支出。“双通道”目录内门诊用药、门特用药和门慢用药继续执行原有政策，并将目录

表 3 部分省份“双通道”药品个人自付比例 / 医保待遇（节选）

Table 3 Personal co-payment ratio/medical insurance benefits for "Dual-Channel" medications in some provinces (excerpt)

省份	个人自付/医保待遇[1)]
辽宁	高值（自付：30%～20%（部分高值药品仅在门诊使用时单独核算）；医保报销：80%、70%）
湖北	128种单独支付医保待遇（60%、50%）；“双通道”药品（65%、50%）
四川	单独支付药品不设起付线、75%比例支付、≤25万元/人年；超过支付额度、封顶线（住院补充医疗保险或公务员医疗补助支付范围：77%）
宁夏	支付政策：先扣除自付比例后（起付线：500/年、75%、60%）
山西	不执行乙类药品个人先行自付政策：（70%、60%）
江西	A类：不设起付线和个人先行自付比例，设定医保最高支付标准； B类：不设起付线，由个人先行自付10%，再按医保最高支付标准和个人负担的定额费用政策支付
重庆市	国谈药门诊保障参照门诊特药报销：80%、70%
上海市	乙类药品个人先行自付比例10%
陕西省	特殊药品政策范围内报销比例：≥70%，≥60%

注：[1)]不同类型医保支付比例默认排序为：城镇职工医保、城乡居民医保。

中药品纳入门慢 / 门特管理体系[4]。从参与主体出发，建议将某些门诊必需药品、手术急用药及常见药品等薄利多销的基本目录内药品放在医疗机构配备，而高值药和罕见病用药等则依托药店渠道[9]，并加强对药店的监管。

各地应重点推进“双通道”与地方特殊药品管理政策的制度整合，与医保支付方式改革形成政策联动，并与异地就医结算体系实现协同[11]。

3.3 压实药品配备主体责任，提高谈判药品配备率和品种配备率

由于国谈药多为高值、创新药品，价格昂贵，且对医疗机构的配备要求较高（需满足管理规范、基础设施完备、物流和仓储冷链系统等条件），多数基层医疗机构受限于资金和资质，难以满足国谈药配备要求[7]。因此，基于当前现状，应优先提升三级医疗机构的国谈药配备率和品种覆盖率，这一策略更具现实可行性。

此外，各地应细化药事会召开的具体要求。政策分析显示，国谈药配备率较高的地区均制定了明确的药事会实施细则（包括召开时限等具体规定）。例如，浙江省 24 号文明确规定，省内医疗机构须在新版医保目录公布后 3 个月内召开药事会[12]，同时将国谈药配备情况纳入医疗机构绩效考核体系。

建议同时采取配套“松绑”性政策[12]，如通过与支付方式改革联动，优化付费点数计算方式等措施，激励医院提升国谈药的配备比例及品种覆盖，实现药品“应配尽配”。此外，定点医疗机构需同步细化、量化临床医生的绩效考核指标[13]。

3.4 确定零售药店遴选机制，加大医保基金支持力度

各省份应根据当地实际情况，加快遴选符合资质标准的零售药店[14]；确定并公布零售药店“执业药师及药学专业技术人员”配备标准及“药品配备率”考核指标；建立零售药店动态调整机制，严格执行准入和退出机制。

定点零售药店具有分布广泛、市场化程度高且服务灵活的优势[2]，保障国谈药的配备率，是保障患者及时获取国谈药的关键[7]。但当前“双通道”药店的政策实施效果仍未达到预期[7]。为此，各地相关部门应重视零售药店的国谈药配备率，根据各地政策要求，将药品配备率标准设定为不低于 30%，以提升谈判药品的可及性。此外，零售药店需具备满足特殊药品运输及储存要求的冷链及配送系统；完善“双通道”药品的进销存管理，确保质量保障[6]；设立国谈药专用销售区域；开辟谈判药品专用陈列区，并配备药学专业人员；持续加强自身建设，优化药事管理服务能力[10]。

针对药店积极性不足的问题，建议各地积极鼓励有条件的医疗机构根据具体情况，签约一批定点合作药店，由这些药店负责院内谈判药品目录外的药品供应及院外输注服务。同时，各地医保基金适当加大对药店的支持力度，优化国谈药品基金拨款流程，并通过设立定点药店药事服务费等方式给予合理补偿[15]。此外，卫生行政部门需监督定点零售药店加强信息化建设，确保电子处方在药店和医疗机构间的实时流转；推动建立由医疗保障部门、医疗机构、零售药店及药品生产企业等多方参与的“双通道”协同平台[16]，结合数字化管理手段，实现处方流转与药品使用情况的动态监控。

3.5 缩小各地“双通道”管理医保报销待遇差距，发挥商业健康保险的补充作用。

目前各省份在国谈药医保待遇保障方面的规定存在明显差异，且整体保障力度仍需加强（特别值得注意的是，部分地区乙类药品个人自付比例仍维持在较高水平）。在确保医保基金可持续运行的前提下，除需适当调整国谈药医保待遇水平外[17]，更应发挥商业健康保险的补充作用，通过鼓励推行符合各地实际情况的特色商保项目，构建多层次保障体系，从而有效缓解患者的支付压力。

各地应积极推进由政府引导建立的多层次医疗保障体系，通过制度设计将基本医保与居民大病

保险、职工医疗救助有机衔接，并在全国推广构建“3＋N”型医保报销结算模式[12]。建议允许部分符合条件的谈判药品或特定经济条件的患者，在基本医保报销后，其自付部分费用仍可纳入大病医保和医疗救助的报销范围，以切实减轻患者支付压力，如山东省提出：“符合规定的个人负担部分可以纳入大病保险和医疗救助，同时对于已额外购买商业健康保险的患者，在享受基本医疗报销后还可申请商业健康保险的赔付”[5]。

对于商业健康保险，政府应通过相关政策引导，鼓励商业保险公司开发针对特定创新药、特效药的专项保险项目，充分发挥商业健康保险的多层次补充作用。同时，科学有序地将商业健康保险纳入国谈药的医疗保障体系，能有效缓解医保基金运行压力[17]。例如浙江丽水市的“浙丽保”和金华市“选缴保费法”大病商业补充保险制度[12]，都是商业健康保险参与基本医疗保障体系的典型成功案例。

4 结语

综上，可以认为“双通道”药品管理制度在各省的积极探索和实践过程中，已初步形成一些具有参考价值的运行模式，但仍存在药品目录动态调整机制不健全、分类管理标准不统一、医疗机构配备责任落实不到位及医保待遇区域不均衡等问题。今后建议各省在现有经验基础上，结合地方实际细化目录管理，建立与“门特”“门慢”政策的联动机制；完善药品分类管理，明确药事会评审流程；通过医保支付改革等“松绑性”政策将国谈药配备率纳入医院考核；支持定点药店参与处方共享和医保结算，构建医院 - 药店协同供应体系；同时试点“三级医疗机构＋N家定点药店”的“3＋N”结算模式，逐步推进医保待遇公平化。

参考文献：

[1] 戴伟. 用市场思维引导谈判药品落地[J]. 中国社会保障, 2021, (8): 27.
[2] 张博, 丁锦希, 陈烨, 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.
[3] 彭博, 姜骁桐, 张小娟, 等. 国家医保谈判药品“双通道”管理实施现状与政策分析[J].中国卫生政策研究, 2024, 17(5): 9-16.
[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] 孙雅群, 宋燕. 山东省国家医保谈判药品“双通道”管理政策比较研究[J]. 卫生软科学, 2023, 37(10): 13-16.
[6] 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.
[7] 李婵, 邹佳, 徐焦, 等. “双通道”模式下S省国谈药可获得性分析[J]. 中国医疗保险, 2022, (11): 54-59.
[8] 王飞, 何勤, 唐萍, 等. 贵州省某公立医院特殊药品使用管理“双通道”机制实践[J].中国医院, 2022, 26(12): 78-80.
[9] 段斯旭. 基于史密斯模型的国家谈判药品“双通道”政策优化研究[D]. 济南: 山东大学, 2023.
[10] 张钰婉, 谈在祥, 卢亚娟. 国家谈判药品“双通道”模式实施现状及优化建议——以S市为例[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(4): 15-18.
[11] 孙焕征, 曹人元, 任今今, 等. 医保国谈药“双通道”管理机制成效与展望[J]. 中国医疗保险, 2023, (1): 12-15.
[12] 彭瑾, 蒋俊男, 邱增辉, 等. 国家医保谈判药品在浙江省三级医疗机构的落地实践[J].中国药房, 2023, 34(10): 1159-1164.
[13] 刘雨晗, 万子瑾, 戴遥, 等. 基于多维尺度分析的国家谈判药品可及性问题研究[J]. 中国医院管理, 2023, 43(7): 25-29.
[14] 谢金平, 邵蓉. 国家医保谈判药品省级落地管理典型模式研究[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(6): 42-46.
[15] 郑洋洋, 杨萌, 潘洁, 等. 医保谈判药品“双通道”管理机制下我国社会药房药学服务补偿模式初探[J]. 中国药业, 2023, 32(7): 20-24.
[16] 檀朝明, 黄悦康, 汪茂艳, 等. 国谈药“双通道”闭环管理的南京实践与探索[J]. 中国医疗保险, 2022, (5): 75-78.
[17] 杨赐然, 王瑞, 罗银, 等. 国谈药“双通道”管理政策设计的省际比较研究[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(4): 25-31.
[18] 曹庄, 李赛赛, 曹人元, 等. 国家医保谈判药品落地情况研究——基于5市17种国谈抗癌药使用及报销数据的分析[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(7): 53-56.

（编辑：刘玲玲）