

基本医保目录内早期准入的非国谈药品的购买价值探讨

张彦忠 孙利华^(通讯作者)

沈阳药科大学工商管理学院 辽宁 沈阳 110016

【摘要】目的：通过对基本医保目录内早期准入的非国谈药品进行经济性评价，为优化非国谈药品价值购买目标的实现提供可行的评价依据和参考。方法：通过国家医保局和医药魔方等数据库汇总基于病种和作用机制分类的药品价格信息，并基于国谈新药准入的临床优效原则，和慢病长期用药的特点选择采用最小成本法对高血压治疗用药中的非国谈药品与国谈新药进行经济性对比。结果：2017年及以前纳入基本医保目录且至2025版仍未调出的目录内非国谈药品总数共2,290种，其市场规模高达0.68万亿元，占基本医保目录药品总支出的82.9%。在高血压治疗用药中，存在非国谈药品日费用高于同机制国谈新药的现象。结论：早期准入的非国谈药品对医保基金的使用影响巨大，同时基于对高血压治疗用药的经济性分析，发现目录内早期准入的非国谈药品中存在支付成本偏高的现象，但不宜简单将其等同于“无购买价值”。建议建立涵盖经济性、临床价值、安全性及可及性的多维度评价体系，优先在基金消耗大、竞争性强的治疗领域开展非国谈药品的经济性评价试点研究，并将评价结果应用于医保支付标准的制定和医保目录的动态调整。

【关键词】基本医保目录；非国谈药品；药物经济学；支付标准；价值购买

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.093

1 引言

基本医保目录作为我国公立医院药品进院参考和医保报销参考，在我国医疗卫生体系内发挥着巨大作用。根据国家医保局统计数据^[1]，目前在全国公立医院采购的药品中，基本医保目录内药品的采购金额占医院全部用药的比例已超90%。自2018年国家医保局成立后，基本医保目录进入“一年一调”的快速调整时代，药物经济性评价在国谈新药的医保准入和支付标准的确立方面发挥着巨大作用。

根据2025版国家基本医保目录^[2]，目录内药品总数达到3253种，其中西药1857种、中成药1396种，国谈政策实施以来的八年累计调入949种新药，据统计截止到2025版医保目录，约242款国谈新药已转入常规目录管理。

根据医药魔方数据库2024年统计，目录内非国谈药品的市场规模约0.68万亿元，占基本医保目录内药品总规模的82.9%。由于该部分非国谈药品一直未曾开展经济性评价，因此便可能存在支付标准过高和医保基金浪费等风险。如雷尼替丁注射剂已因NDMA基因毒性杂质问题于2020年在欧美全面撤市^[3]，其临床地位则可由其他PPI抑制剂进行替代，而在基因毒性问题尚未解决的情况下其在中国却仍凭借医保身份在医院端广泛使用，根据医药魔方数据显示，其2024年在公立医院端的市场规模仍高达20.8亿元。在医保基金压力持续增大的背景下，建立覆盖目录内非国谈药品的经济性评价机制，可成为进一步提升医保基金价值购买能力的重要手段。因此，本研究选取高血压慢病长期用药领域的目录内非国谈药品与国

谈新药进行经济性对比。

据此，本研究将探明在高血压慢病长期用药领域中的非国谈药品是否存在日费用高于国谈新药的情况，以期为医保政策的进一步调整提供依据和参考。

2 研究结果

研究显示，尚未经过经济性评价的目录内非国谈药品市场规模高达0.68万亿元，以抗感染、消化道及代谢疾病、心脑血管慢病等临床常用药为主。通过对我国患病群体较大的高血压领域的口服长期用药进行经济性评价，发现目录内部分非国谈药品如“缬沙坦氨氯地平片(II)”的日费用显著高于同机制国谈新药。同时，研究还发现同一通用名药品不同厂家间的价格差距巨大，以临床用量较大的“硝苯地平片”为例，最高价与最低价相差达到98倍。在非国谈药品缺乏统一的医保支付标准且医保基金按比例进行药品费用报销的现状下，该挂网乱象可能导致医保基金浪费并存在医保基金支付公平性的问题。

2.1 目录内非国谈药品市场规模统计

如表1所示，为根据医药魔方数据库统计的我国公立医院端近5年药品销售数据。根据2024年完整年度统计，我国公立医院端药品市场规模总量约0.90万亿元，其中目录内非国谈药品规模约0.68万亿元，占基本医保目录药品总支出的82.9%，而国谈新药占比仅17.1%。可见对目录内非国谈药品及时开展经济性评价，对进一步提高医保基金价值购买能力的实现意义重大。

作者简介：张彦忠，男，沈阳药科大学工商管理学院硕士研究生，研究方向：药物经济学。

通讯作者：孙利华，女，沈阳药科大学工商管理学院教授，博士生导师，研究方向：药物经济学与药物政策、医药投资效益与管理。

表 1 公立医院端近五年药品市场规模统计/万亿元

项目	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年
目录内早期准入 的非国谈药品	0.64	0.68	0.66	0.67	0.68
国谈新药	0.02	0.05	0.08	0.11	0.14
非医保药品	0.09	0.10	0.09	0.09	0.08
全部药品总规模	0.76	0.83	0.82	0.86	0.90

注：数据来源于医药魔方数据库

如图 1 所示，为各疾病领域的目录内非国谈药品 2024 年的市场占比统计。目录内非国谈药品中，当前市场体量最大的为全身性抗感染用药占比约 15%，其次为消化道和新陈代谢用药占比约 14%，心血管系统和血液系统用药合计占比约 18%。可见目录内非国谈药品的主要临床应用场景以患者群体庞大的临床常见病和慢病用药为主。

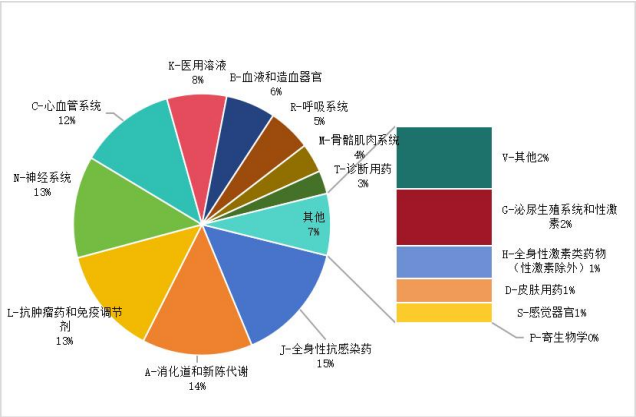


图 1 目录内非国谈药品各治疗领域 2024 年市场占比统计

注：数据来源于医药魔方数据库

2.2 高血压治疗用目录内非国谈药品的经济性评价

根据《国家基层高血压防治管理指南 2025 版》^[4]，对于无合并症的高血压药物治疗方案，以 CCB 类直接松弛血管平滑肌或 ACEI/ARB 类（阻断 RAAS）或利尿剂类作为一线治疗方案，β受体阻滞剂类可降低心率主要用于静息心率≥80 次/min 的高血压患者，顽固性高血压则采用联合用药。如表 2 所示，为国谈准入的高血压治疗用新药的支付标准和日费用统计。截至 2025 版基本医保目录，共有 10 款口服降压长期用药经国谈纳入基本医保目录，该类药物 2025 年的日费用普遍处于 1.5-5 元/日。如“沙库巴曲缬沙坦钠片”2024 年已经转入常规目录，

其日费用属同类最高水平为 5.16 元/日；“比索洛尔氨氯地平片”2022 年纳入国谈目录，其日费用处于同类最低水平为 1.54 元/日。

表 2 经国谈准入的高血压治疗新药支付标准和日费用统计

作用机制	药品名称	临床主规格	医保支付标准 2025(元)	2025 年日费用(元/日)
ARB 类	阿利沙坦酯片	240mg	2025 年转入常规目录	4.15
	阿齐沙坦片	40mg	2023 年转入常规目录	3.18
	美阿沙坦钾片	80mg	2025 年转入常规目录	3.79
CCB 类	氨氯地平叶酸片(II)	5mg/0.8mg	1.58	1.58
	沙库巴曲缬沙坦钠片	200mg	2024 年转入常规目录	5.16
	比索洛尔氨氯地平片	5mg/5mg	2024 年转入常规目录	1.54
复方制剂	阿利沙坦酯氨氯地平片	240mg/5mg	4.02	4.02
	沙库巴曲阿利沙坦钙片	240mg	4.48	4.48
	阿利沙坦酯缬达帕胺缓释片	240mg/1.5mg	*	*
醛固酮抑制剂	依普利酮片	50mg	2.09	2.09

注：数据来源于国家医保局和医药魔方数据库；*代表国谈支付标准保密且未查询到挂网价

如图 2 所示，为目录内非国谈口服降压药平均挂网价统计。据统计，目录内非国谈口服降压药总计超 100 款，以国谈口服降压药 2025 年日费用 1.5-5 元/日为标准，其中 49 款目录内非国谈药品的平均日费用处于 1.5 元/日以上；5 款药品的日费用甚至超过国谈新药日费用 5 元/日的上限，占目录内非国谈药品的比例约 5%，该部分药品的经济性应受到重点关注。以均价次高的“缬沙坦氨氯地平片(II)”为例，其平均日费用为 7.00 元/日，显著高于相同作用机制的国产创新新药“阿利沙坦酯氨氯地平片”4.02 元/日的日费用。

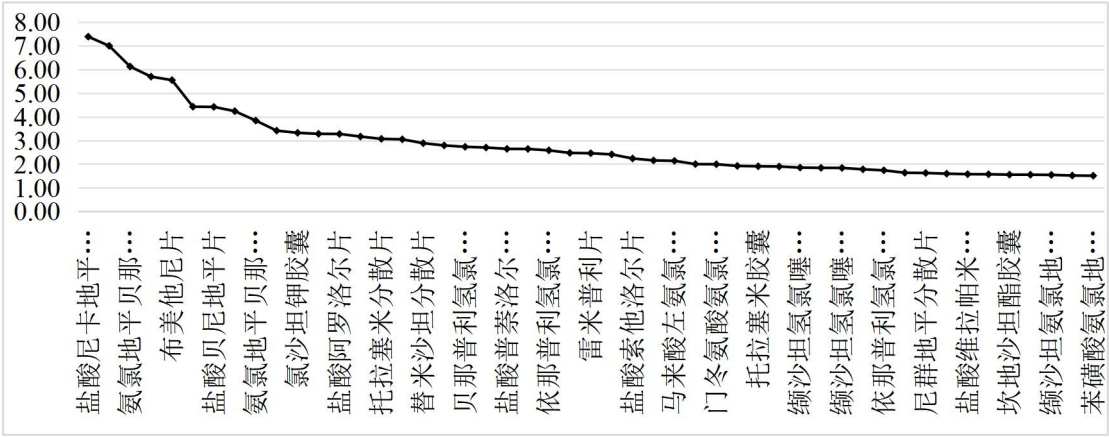


图2 目录内非国谈口服降压药平均挂网价统计

注：数据来源于医药魔方数据库

另一方面，“硝苯地平片”作为平均挂网价最低的口服降压药，全国平均挂网价为 0.04 元/片，但不同企业间挂网价差却达到 98 倍。如表 3 所示为“硝苯地平片”临床主规格的不同企业间最高和最低挂网价的部分统计，该规格药品每日用量为 3-6 片，因此不同厂家间的日费用介于 0.03-5.88 元/日。由此可见，尽管“硝苯地平片”平均挂网价处于同类药品最低水平，但依然存在部分厂家的日费用显著高于国谈新药的现象。

表3 硝苯地平片不同企业间最新挂网价统计

企业名称	规格	挂网价 (元/片)	执行时间	2024 年处方 使用量/亿片
黑龙江乌苏里江制药有限公司哈尔滨分公司	10mg	0.98	2024-05-23	0.00
石药集团欧意药业有限公司	10mg	0.62	2024-04-30	0.09
烟台鲁银药业有限公司	10mg	0.35	2024-04-07	0.00
临汾宝珠制药有限公司	10mg	0.01	2024-05-17	0.01
山东鲁西药业有限公司	10mg	0.01	2025-12-18	0.09

注：数据来源于医药魔方数据库

3 讨论

本研究以高血压慢病领域为对象，发现约 45%的目录内早期准入非国谈药品日费用高于国谈新药支付标准下限，表明部分品种存在支付成本偏高问题，但需结合形成机制分类甄别。高费用药品可分为四类：安全性缺陷型应直接调出；供应保障型重在稳供与质控；临床不可替代型保留并差异化支付；纯经济性偏高型优先纳入统一支付标准试点。建议建立统一支付标准需防范“劣币驱逐良币”与基层配送“成本悬崖”：前者以质量同质为前提，通过一致性评价者按统一标准支付，并建立动态调整机制，如 2026 年 5 月，上海市医保局率先对第十一批国家集采药品实施了统一的医保支付标准和差额自负制度，是一次兼顾“以量换价”和保障参保人“公平性”和“可选择权”的尝试^[5]。后者可通过配送成本补偿、基层支付标准加成及短缺预警替代联动保障供应。建议优先在高血压、糖尿病等慢病领域开展试点，对确无临床优势且成本显著偏高的品种探索统一支付标准，充分考虑临床转换成本，采取渐进式调整，逐步推广。

参考文献：

[1] 国家医疗保障局.医保谈判对创新药支持成效显著,新一轮谈判即将开展[EB/OL].(2024-10-24)[2026-01-31].

[2] 国家医疗保障局,人力资源社会保障部.国家医保局人力资源社会保障部印发 2025 年版国家基本医疗保险、生育保险和工伤保险药品目录和商业健康保险创新药品目录[EB/OL].(2025-12-07)[2026-01-31].

[3] 王洁琼,范竹萍.美国食品与药品监督管理局宣布禁用雷尼替丁[J].英国医学杂志中文版,2020,23(7):366.

[4] 国家心血管病中心国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室,国家基层高血压管理专家委员会.国家基层高血压防治管理指南 2025 版[J].中华心血管病杂志,2025,53(09):977-991.

[5] 上海市医疗保障局.关于优化第十一批国家组织集采药品医保支付协同的通知:沪医保医管发〔2026〕12 号[A/OL].(2026-04-22)[2026-06-03].