

零售药店纳入门诊统筹管理政策实施的阻滞因素与疏通路径[△]

李立清^{1,2*}, 滕佳杉¹, 仲光金¹(1. 湖南农业大学公共管理与法学学院, 长沙 410128; 2. 湖南省医疗保障研究会, 长沙 410128)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2026)05-0571-07
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2026.05.04



摘要 **目的** 剖析零售药店纳入门诊统筹管理政策在执行过程中的阻滞因素,并探索提升政策执行效能的实践路径。**方法** 基于史密斯政策执行过程模型,构建政策分析框架。选取湖南省为典型样本,综合运用政策文本分析与半结构化访谈法,对相关政策文件进行深度解读,并对医保行政部门、定点医疗机构、零售药店及参保人员等多方关键主体共计42位进行访谈,对访谈文本进行分析。**结果与结论** 零售药店纳入门诊统筹管理政策的有效执行主要面临四维阻滞:一是政策自身存在系统性设计不完善与协调性不足的问题,导致源头性制约;二是执行主体间缺乏有效协同机制,服务与监管呈碎片化;三是目标群体存在政策认知偏差,且在利益驱动下行发生扭曲;四是医保基金压力与传统就医观念等环境因素叠加,制约了政策的落地空间。为此,本研究建议,应进一步强化顶层设计,消弭规则模糊与执行偏差;健全多方协同机制,提升政策运行效能;深化政策解读与利益协调,引导目标群体作出理性行为;破除环境壁垒,构建适应政策发展的外部生态,以推动零售药店纳入门诊统筹管理工作的高质量发展。

关键词 零售药店;门诊统筹;史密斯政策执行过程模型;政策执行效能

Barriers and facilitating pathways for incorporating retail pharmacies into outpatient pooling policies

LI Liqing^{1,2}, TENG Jiashan¹, ZHONG Guangjin¹ (1. College of Public Administration and Law, Hunan Agricultural University, Changsha 410128, China; 2. Hunan Medical Security Research Association, Changsha 410128, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE** To analyze the deep-seated impeding factors in the implementation process of the policy integrating retail pharmacies into the outpatient pooling system, and explore practical paths to improve policy implementation efficiency. **METHODS** Based on Smith's policy implementation process model, an analytical framework was constructed. Selecting Hunan province as a typical sample, this study combined policy text analysis and semi-structured interviews to conduct an in-depth interpretation of relevant policy documents and interviewed a total of 42 key stakeholders from multiple parties, including medical insurance administrative departments, designated medical institutions, retail pharmacies, and insured persons, and the interview texts were analyzed. **RESULTS & CONCLUSIONS** The study indicated that the effective implementation of this policy faces four dimensions of impediments: first, the policy itself suffered from systemic design problems and insufficient coordination, leading to source-based constraints; second, there was a lack of effective synergy mechanisms among implementing agencies, resulting in fragmented service and supervision capabilities, and their behaviors were distorted by interest-driven motives; third, there were cognitive biases regarding the policy among the target group, and their behaviors were distorted by interest-driven motives; fourth, environmental factors such as pressure on medical insurance funds and traditional medical-seeking concepts overlapped to restrict the space for policy implementation. Therefore, the following optimization strategies are proposed: strengthening top-level design to eliminate rule ambiguity and implementation deviation; improving multi-party synergy mechanisms to enhance policy operational efficiency; deepening policy interpretation and interest coordination to guide rational behavior among the target group; and breaking environmental barriers to build an external ecosystem adaptable to policy development, thereby promoting the high quality development of incorporating retail pharmacies into the outpatient pooling system.

KEYWORDS retail pharmacies; outpatient pooling; Smith policy implementation process model; policy implementation efficiency

[△] **基金项目** 国家社会科学基金重点项目(No.24AZD029);国家自然科学基金面上项目(No.72274059);湖南省医疗保障研究会2024年度课题(No.2024A07);2024年湖南农业大学研究生科研创新项目(No.2024XKCB047)

* **第一作者** 教授,博士生导师。研究方向:卫生政策与医疗保障。
E-mail: Liliqing1136@163.com

医保制度是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重要制度安排^[1]。零售药店作为医疗卫生服务体系的重要组成部分,其纳入门诊统筹管理是拓展医保服务渠道、提升参保人就医购药便利性的重要

举措,对优化医疗保障资源配置、增强医保制度可持续性具有深远意义^[2]。2023年2月,国家医保局出台《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》(医保办发〔2023〕4号),系统规定了门诊统筹药店的准入条件、待遇标准及配套机制,要求门诊统筹药店执行与基层医疗机构相同的报销政策,并强化药品价格协同与基金监管。同年5月,湖南省医保局印发《关于定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》(湘医保办发〔2023〕3号),明确湖南省内定点零售药店执行不设起付线、符合医保门诊统筹支付范围的药品按70%比例支付的规定,并强调定点零售药店的药品价格需参考省级集采平台挂网价。2025年2月,湖南省医保局再次发布《关于进一步加强基本医疗保险定点零售药店管理的通知》(湘医保发〔2025〕8号),旨在进一步规范定点零售药店的处方审核、药品价格管理及信息化建设,形成从准入、处方流转至监管的完整政策闭环,推动零售药店向专业化门诊保障服务转型。然而,政策目标的实现并非一蹴而就,尽管政策框架日趋完善,但在落地过程中仍面临诸多挑战——部分地区零售药店准入进度缓慢、处方流转机制不畅、药品价格协同难度大、基金监管存在漏洞、参保人对政策知晓率不高等问题逐渐凸显^[3-6]。这些“政策落地堵点、机构运营难点、群众体验痛点”若不能得到有效解决,将直接影响门诊统筹政策的实施效果与群众就医购药的实际体验。

目前,已有较多研究从政策文本分析、制度比较等宏观层面探讨了零售药店纳入门诊统筹管理的意义与路径^[7-8],但较少从政策执行过程的微观视角系统分析该政策实施的阻滞因素与疏通路径。鉴于此,本研究拟以湖南省为例,基于史密斯政策执行过程模型(以下简称“史密斯模型”),从理想化政策、执行机构、目标群体和政策环境4个维度,深入剖析零售药店纳入门诊统筹管理政策执行过程中面临的阻滞因素,并探讨其疏通路径,以期为推动该政策高效落地、提升医保服务质量提供理论参考与实践依据。

1 研究设计

1.1 模型选取

1973年,托马斯·史密斯(Thomas B. Smith)提出的政策执行过程模型打破了传统政策分析的线性视角,将政策执行视为一个由理想化政策、执行机构、目标群体与政策环境4个维度交互构成的动态过程^[9]。该模型强调,上述4个维度在执行场域中若难以有效耦合,便会产生“紧张”与冲突,进而阻滞政策目标的实现;若执行场域启动“处理”机制以回应冲突,将推动“建制”过程,形成稳定的执行规则与秩序;而“反馈”机制可将执行过程中的问题与效果传递至政策制定端,保障政策顺利落地^[10-11]。相较于其他模型,史密斯模型的优势在于其不

仅关注政策文本的逻辑性,更聚焦于执行过程中多元主体与环境间的互动博弈^[12-14]。这一特征与本研究的主题具有高度适配性:零售药店纳入门诊统筹是一项复杂的系统性工程,其执行效果不仅取决于政策文本的可操作性,更受到医保与药店等执行机构的博弈、参保人的接纳度以及社会文化环境的制约。因此,运用史密斯模型有助于精准识别当前政策落地过程中的结构性矛盾与阻滞因素。基于此,本研究结合门诊统筹改革的实践情境,构建了如下分析框架(图1),并将史密斯模型的4个维度具体化为:其一,理想化政策,即从形式、类型、渊源等方面分析政策的合理性、合法性与可行性;其二,执行机构,即政策执行的机构,本研究主要指医保部门、医疗机构、零售药店等;其三,目标群体,即政策直接影响的对象,本研究主要指职工医保参保人;其四,政策环境,即与政策执行路径和空间相关的影响因素,本研究主要指经济市场环境与社会文化环境。4个维度之间的相互关系如图1所示。

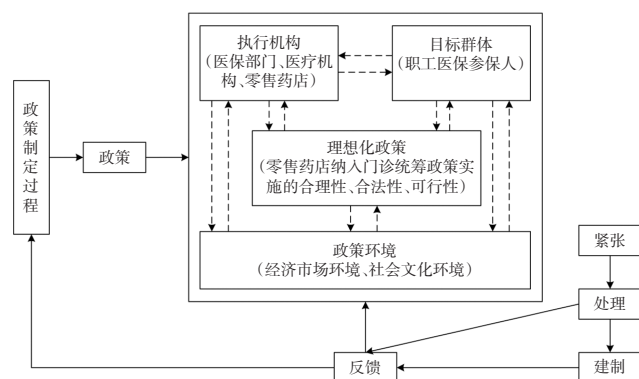


图1 零售药店纳入门诊统筹管理政策的史密斯模型

1.2 研究对象与方法

为系统探究湖南省零售药店纳入门诊统筹管理政策的实施现状与关键问题,本研究综合运用政策文本分析与实地访谈调研相结合的方法展开研究。一方面,对2023年2月—2025年10月国家医保局、湖南省医保局及湖南省卫生健康委等官网发布的与零售药店门诊统筹、药店医保定点管理、处方流转等相关的政策文本进行内容分析,重点梳理政策目标、工具选择与执行要求。另一方面,于2024年3月—2024年9月开展利益相关主体半结构化访谈(访谈提纲可扫描本文首页的二维码进入“增强出版”板块查看),征得其书面或口头知情同意后,进行录音,并同步记录关键观点与非语言信息。单份访谈时长控制在30~60 min。访谈对象涵盖医疗机构医保科工作人员、临床医师、药师,零售药店从业者,省、市医保局管理人员,以及职工医保参保人,共计42位(人员构成见表1)。访谈结束后及时对录音资料进行逐字转录、校对与整理,剔除无效表述,形成完整的访谈文本。在此基础上,按照研究思路与史密斯模型的4个维度,对

访谈内容进行归纳、提炼与总结,提取政策执行中存在的问题、原因及各方意见建议,为后续阻滞因素分析与疏通路程提出依据。在此基础上,依托史密斯模型,对湖南省零售药店纳入门诊统筹管理政策的执行阻滞因素与疏通路程进行深入剖析。

表1 访谈对象的基本信息

类型	人数	性别(男/女)位	平均年龄/岁	平均工作年限/年
医疗机构医保科工作人员	6	2/4	42.5	10.2
医疗机构临床医师	7	4/3	38.6	12.1
医疗机构药师	5	2/3	36.8	8.5
零售药店从业者	8	3/5	34.2	7.3
省、市医保局管理人员	6	4/2	45.3	15.0
职工医保参保人	10	5/5	48.7	

2 零售药店纳入门诊统筹管理政策实施的阻滞因素

2.1 政策自身:系统性设计与协调性不足

史密斯模型将理想化政策视为影响政策执行的首要因素,强调政策文本应具备明确性、可行性与前瞻性^[5]。医保政策因涉及多元主体、多重利益与多层次体系,尤其依赖清晰且协调的制度设计^[6]。以史密斯模型框架审视零售药店门诊统筹政策可发现,该政策在内容建构与路径规划方面仍存在一定的系统性问题,可能从源头上增加政策落地的阻力。

2.1.1 权责界定不清与操作规范缺位

政策虽明确了“鼓励药店纳入门诊统筹”的方向,但对关键主体的权、责、利界定缺乏清晰、可操作的规范。政策未清晰划分医保部门、医疗机构、零售药店在处方流转、基金监管、用药安全等方面的责任边界。这种关键权责界定不清与操作规范缺位不仅降低了政策的可操作性,亦在执行过程中诱发主体间的策略性博弈与责任规避行为,削弱政策执行的协同效率。

2.1.2 政策制定的反应性与前瞻性缺失

零售药店纳入门诊统筹政策在很大程度上呈现为对既有问题(如处方外流需求、基金监管压力)的被动回应,对基于医药卫生体制长远发展的系统性规划稍显不足。本次访谈发现,零售药店纳入门诊统筹政策对处方的界定仍拘泥于传统形态,对电子处方、互联网诊疗处方的法律规范、流转标准与监管框架缺乏超前布局,导致政策落地之初即面临“实践超前于制度”的困境(如部分地区互联网诊疗处方已开始流转,但对应的流转标准与监管规范未有政策予以明确)。此外,政策未充分考虑参保人可能出现的心理与行为反应及其引发的市场连锁效应。例如,目前尚未建立有效的激励机制引导参保人形成合理的药品消费观念,针对套刷医保基金等道德风险也缺乏完善的预判与防范体系,同时对于参保人因药品价格敏感度存在差异进而引发药品市场需求结构性波动的情况,也未采取有效的预判和应对措施。这反映出政策在行为预见与适应性设计方面的不足,可

能加剧零售市场竞争失衡与医保基金支出风险。

2.2 执行主体:协同机制缺失与服务监管碎片化

2.2.1 医保部门:监管机制不完善与标准适配不足

作为政策执行的核心组织,医保部门在推动零售药店纳入门诊统筹管理政策落地过程中承担着基金监管、标准制定与审核等重要职能。然而,本次访谈发现,当前医保部门监管机制不完善与标准适配不足,直接影响政策执行的效率与公信力:一是门诊统筹医保基金审查重事后、轻事前,事中动态监管能力薄弱。医保部门对零售药店门诊统筹基金的监管主要依赖“事后倒查”机制,需投入大量人力、物力进行数据核查与违规处理,效率低下且难以实现全面覆盖。事前风险预警与事中实时拦截机制缺失,导致对异常交易行为(如超剂量购药等)无法及时识别与阻断,基金流失风险居高不下。其根源在于“被动响应”的监管模式未能根本扭转,且在技术上集中体现为对智能化监管基础设施的支撑不足。尽管国家及省级医保信息平台已建立,但其与药店进销存系统的数据标准、对接机制及安全边界尚未完全统一与贯通,直接导致了数据共享机制不健全,基于全量动态数据的科学风险指标体系与实时监测模块建设滞后,从而制约了“早发现、早干预”的主动监管格局的形成。二是医保监管标准制定及审核未能充分贴合临床实践,精准度与公信力不足。部分地区医保部门在违规认定中存在“一刀切”现象。本次访谈发现,医师为患者开具的处方中包含心脑血管宁胶囊与复方丹参片,而医保部门审查时却认为两种药品均含有成分“丹参”,故被判定为重复用药。然而,从中医临床实践角度出发,中药强调“配伍”与“君臣佐使”的组方原则,同一药材在不同方剂中因所处药位与配伍关系不同,其药效与治疗作用亦有所区别,因而不宜简单地以成分重叠作为重复用药的判定依据^[7]。这反映出当前医保审核规则与中医药理论及临床实践之间存在认知差异。其原因在于医保审核标准制定过程中缺乏多学科专业人员参与,临床医师、药师等专业人员参与度低,未建立基于循证医学的监管规则适配性评估机制。

2.2.2 医疗机构:处方流出意愿低与外部监管难

作为政策执行的关键主体之一,医疗机构在处方外流环节扮演着核心角色,其合作意愿与协同能力直接影响零售药店纳入门诊统筹管理政策的实施效果。然而,本次访谈发现,当前医疗机构在处方流出方面存在明显的主客观障碍,且互联网医疗处方缺乏有效监管机制,制约了政策目标的全面实现:一是实体医疗机构受多重利益与安全考量制约,处方流出意愿不强。尽管药品“零差价”削减了医疗机构药品销售的直接收益,但药品关联的隐性收入与集采任务仍使部分医疗机构对处方外流持保守态度。同时,医疗机构普遍担忧处方外流可能导致用药安全责任不清,易引发医患纠纷,因而缺乏

主动推动处方流转的动力^[9]。另外,客观条件也限制了处方的实际流出——若医疗机构未配备患者所需药品,则无法开具外配处方;即便开具处方,若药品品规与零售药店库存不一致,可能导致患者重复就医开方,进一步降低了处方流出的可行性与效率。二是互联网医疗机构处方流转面临跨部门协同的系统性监管缺失,难以纳入门诊统筹报销凭证体系。当前,由卫生行政、药品监管等部门主导的针对互联网诊疗行为的质量监管法规与全程追溯体系尚不健全,互联网诊疗行为的质量控制主要依赖所依托的实体医疗机构自我规范,导致线上诊疗服务质量参差不齐。部分互联网医疗机构存在误诊、错诊行为,并且部分兼具药品销售业务的平台可能出现过度开药、与企业合谋拉升销量等行为,其内部的处方审核与合理用药管理制度往往形同虚设。在此背景下,流出的互联网处方的真实性、合理性与安全性缺乏权威认证与有效追溯。因此,医保部门出于保障基金安全和规范使用的考虑,暂未将此类互联网处方认定为零售药店纳入门诊统筹支付的合法凭证。这一现状客观上限制了多渠道处方资源的整合与利用。

2.2.3 零售药店:药品价格“倒挂”与药店医保信息系统对接滞后

作为政策执行的终端主体,零售药店在纳入门诊统筹管理政策中承担着药品供应、医保结算与药学服务等多重职能。然而,本次访谈发现,零售药店在政策执行过程面临两大现实挑战:一是药品价格形成机制的系统性缺陷,二是部分药店的医保信息系统对接滞后。这两大因素共同加剧了药店的经营与服务压力。

首先,药品价格“倒挂”现象突出,即药店采购价格高于医保门诊统筹支付标准,直接侵蚀药店利润进而使其销售行为发生扭曲。调研发现,药品价格“倒挂”现象不仅直接加剧药店经营负担,也间接激发其逐利动机。近年来,线上外卖平台作为重要的药品零售补充渠道,其入驻药店多采取低价策略销售药品,进一步挤压了线下门诊统筹药店的利润空间,加剧了价格“倒挂”带来的经营困境——为应对低价竞争与利润挤压,部分线下门诊统筹药店的逐利动机更为强烈,向消费者主推高价未挂网药品、引导患者替换药品的行为也更为突出^[10]。此类行为不仅损害患者购药体验与选择权,且高价药品会使医保基金承担更高费用,推高医保基金支出,偏离政策初衷。其深层原因在于,当前缺乏针对门诊统筹药店的科学价格调控与成本补偿机制。药品挂网价格主要基于医疗机构采购体量制定,未能充分考虑零售环节的运营成本与合理利润。在缺乏差异化定价、成本补贴或动态调价机制的情况下,药店难以持续合规销售统筹药品,从而出现政策执行中的行为扭曲与目标偏移。

其次,部分药店的医保信息系统对接滞后,既降低了政策落地效率,也影响参保群众购药服务体验。该系

统的不稳定与低效,导致患者在药店进行医保结算时需长时间等待,购药流程烦琐。这不仅直接降低了患者在药店购药的意愿,同时也增加了药店的人力成本与运营负荷,削弱了其药学服务能力。信息系统对接滞后使药店即使有服务意愿,也难以提供便捷高效的医保结算体验,削弱了其作为政策执行主体的功能。

2.3 目标群体:政策认知偏差与行为激励扭曲

目标群体(即职工医保参保人)对政策的认知、态度与行为选择,直接决定了政策执行的实际成效。本次访谈发现,当前参保人普遍存在对零售药店纳入门诊统筹管理政策的理解不充分、行为响应非理性等问题,成为政策执行过程中的显著阻滞因素。一方面,参保人对政策内容存在认知偏差,影响政策认同与利用效率。多数参保人不了解门诊统筹的报销规则、额度标准及处方有效期等关键信息。例如,湖南省职工医保门诊统筹年度额度明确为在职职工1 500元、退休人员2 000元,而部分参保人错误地认为“年度额度不用白不用”,或将门诊统筹账户与个人账户混为一谈^[9]。这种认知误区不仅增加了医保基金支出压力,也降低了政策执行的可预测性。参保人认知偏差的根源在于政策宣传解读不足,参保人缺乏可靠、易懂的信息获取渠道,药店及医疗机构也未充分发挥政策解释与用药指导功能。另一方面,参保人购药行为呈现非理性特征,削弱了政策实施效果与可持续性。在“损失厌恶”心理驱动下,部分参保人进行非必要的药品囤积,甚至出现重复购药、超量购药等行为,严重浪费医保基金和药品资源^[20]。该行为不仅扰乱了医药服务秩序,亦加剧了政策执行环境的复杂性。其反映出政策设计未充分考虑参保人行为心理特点,缺乏弹性机制和有效激励约束,未能引导参保人形成长期、稳定的理性购药习惯。

2.4 政策环境:经济压力与文化观念的叠加制约

2.4.1 经济资源配置与市场机制的结构性矛盾

政策执行离不开相应的经济与市场环境,当前的资源配置方式、激励机制与政策目标之间存在明显矛盾^[21]。一方面,医保基金面临预算硬约束与支出风险防控的双重压力。在医保基金“总额预算”管理与“紧平衡”运行的宏观背景下,基金支付方对费用支出高度敏感。本次访谈发现,零售药店纳入门诊统筹政策带来的基金支出不确定性,促使监管部门的行为趋于审慎,例如强化事后审核、收紧报销口径等。这种风险规避型的基金监管策略,在与政策执行的互动中,客观上加剧了流程的复杂性与刚性。另一方面,药品定价与补偿机制存在系统性错配。现行的药品集中带量采购价格形成机制,主要基于医疗机构大批量采购的场景设计,未能充分考虑零售药店的运营成本结构与合理利润空间。这种基于单一采购主体(医疗机构)形成的价格,在向多

元供应终端药店传导时,必然引发药品价格“倒挂”等市场扭曲现象,从经济根源上导致零售药店的可持续性危机与经营行为失范,构成政策落地的结构性障碍。

2.4.2 社会认知与文化惯性的深层制约

政策执行过程同样受到来自社会认知与文化习惯等非正式制度的深刻影响^[22]。长期以来,“重医院、轻药店”以及“医院中心主义”的固有社会认知,使得公众乃至部分医疗从业者对医疗机构具有更高的专业认可度,而对零售药店从业人员的专业能力认可度相对不足。这种源于路径依赖的信任结构,与社会中残留的“以药补医”隐性利益机制相结合,共同构成了处方外流的文化与认知阻力,削弱了政策的社会接受度与合作基础。另外,本次访谈发现,部分参保人的非理性购药行为不仅是对“统筹额度年度清零”这一政策信号的直接反应,也在深层次上与社会上长期存在的“家庭药品储备”文化习惯相耦合^[23]。政策设计刚性(如统筹额度年度清零)激活并放大了这种固有的预防性储备心理,导致短期内的集中购药“需求”爆发,与政策“保障日常需求、避免资源浪费”的初衷背道而驰,凸显了政策设计与社会文化心理适配不足所带来的挑战。

3 零售药店纳入门诊统筹管理政策实施的疏通路径

3.1 强化政策顶层设计,消弭政策执行模糊偏差

理想化政策是史密斯模型的核心要素,其内容的明确性、协调性与前瞻性是政策有效执行的基础。零售药店纳入门诊统筹作为一项涉及多主体、多环节的政策,尤其需要具备清晰的权责界定、科学的工具选择与充分的现实可行性,以从源头上消弭政策执行过程中的规则模糊与行为偏差。

政策的清晰性与协调性主要体现在关键环节的规则明确与主体间的责任衔接上。当前政策虽确立了零售药店纳入门诊统筹的总体方向,但在处方流转、基金监管、用药安全等核心环节仍缺乏清晰、可操作的实施细则与统一标准。特别是医保部门、医疗机构与零售药店在电子处方认证、信息共享、违规处理等方面的权责边界模糊,易导致执行过程中的博弈与推诿。因此,医保部门应尽快出台门诊统筹药店管理实施细则,明确各类处方的流转标准、数据接口规范与结算流程,统一药品编码、医保目录对照规则与对账机制,夯实政策执行的制度基础。同时,在门诊统筹药店管理实施细则中嵌入多部门协同条款,建立医保、卫生行政、药品监管等多部门的定期会商与联合执法机制,增强政策的系统性和协调性。

政策的可行性与前瞻性要求其应既切合实际又具备动态适应能力。当前政策在一定程度上滞后于医药服务创新实践,尤其对电子处方、互联网诊疗等新兴处

方的合法性认定、流转路径与监管要求缺乏超前布局,导致政策刚一落地即出现制度供给与实践发展不相适应的情况。因此,建议将电子处方流转平台建设、互联网医疗机构处方外流规范等内容纳入政策主体框架,明确其法律地位、技术标准与业务规程,为多元处方来源提供制度保障。此外,政策制定者需提高对重要风险情境的预见与适应能力,建立政策效果动态评估与灵活调整机制。例如,针对药品市场价格波动与供应不稳定的情况,应明确应急采购、价格联动或临时补贴的触发条件与实施路径,提升政策应对复杂局面的韧性。

3.2 健全多方协同机制,提升政策运行效能

政策执行机制是零售药店纳入门诊统筹管理政策高效运转的核心支撑。基于史密斯模型,执行机构的协同效率、权责配置与监管能力直接决定政策目标的实现程度。当前需针对医保部门、医疗机构与零售药店三大核心主体,围绕基金监管、处方流转与定价结算等关键环节,构建系统、精细且可持续的政策执行机制。

首先,完善基金协同监管与智能风控机制。医保部门应牵头构建“事前预警-事中控制-事后追溯”的全链条监管体系。在事前环节,可在门诊统筹药店医保结算系统全面嵌入智能审核与实时拦截功能,对超量开药、重复用药等违规行为实现自动防控;在事中环节,可依托省级医保信息平台动态抓取药品进销存、医保结算等数据,开展库存匹配、频次异常等在线监测,强化交易全程留痕与风险动态感知;在事后环节,可建立多部门联合稽查、失信联合惩戒与典型案例通报制度,增强监管震慑力。同时,医保部门应构建“行业专家+智能审核”协同决策机制,组建由临床医学、药学、医保管理等专家参与的专业委员会,制定符合临床实际的审核规则,并将审核规则固化为智能审核系统的程序设定与算法模型,依托系统完成医保结算数据的自动筛查与智能初审,对存疑或复杂案例提交专家委员会复审,完善“智能初审-专家复审-结果公示”三级审核与申诉纠错流程,提升监管的专业性与公信力。

其次,优化处方流转服务机制。一是加快建设并推广应用全省统一的医保电子处方流转平台,推进标准化与信息化改造,统一数据接口、药品编码及业务规范,建立门诊统筹药品库,实现门诊统筹药店与医疗机构之间的处方信息实时共享;同时,将医疗机构及其对接药店的平台接入与应用情况纳入医疗机构绩效考核及门诊统筹药店管理评估体系,从而提升电子处方流转比例,降低纸质处方流转风险;另外,在省级医保电子处方流转平台上,开发集采任务联动功能,对于通过平台流转到定点零售药店的集采药品处方,经医保部门审核确认后,可按一定比例计入开具处方的医疗机构集采任务完成量,从根本上消除医疗机构因处方外流而无法完成集采任务的顾虑。二是拓宽处方来源渠道并健全药品信

息协同机制:(1)充分发挥家庭医生在处方流转中的作用,为参保人提供便捷、高效的处方服务;定期组织“处方流转服务体验日”等活动,增强群众对“签约即能开方、用药更加便捷”服务的直观感受。(2)探索放宽部分非处方药(如标识为绿色的非处方药品)的门诊统筹支付限制,在一定金额或数量范围内,允许参保人直接在门诊统筹药店购买。(3)总结推广互联网医疗机构处方流转试点的成熟管理经验,明确线上处方开具、流转、审核与医保结算的标准流程,推动互联网诊疗处方规范、有序、高效流转。(4)针对药品规格不匹配问题,建立医疗机构与零售药店之间的药品品规协同通报机制——医疗机构开具外配处方时应尽量选择常用规格,药店应定期向医疗机构反馈库存信息,从而方便为患者提供适配药品,提升处方调剂成功率。

最后,构建科学的价格形成机制与高效的信息服务体系。一方面,零售药店应严格执行分类定价和分类结算价管理。对于零售价,集采中选品可按中选价适度加成销售;其他产品可按药店经营成本及市场竞争自主定价。对于统筹结算价,集采中选品按中选价适度加成结算;同通用名已挂网的,同规格同包装者按挂网价结算,不同规格、不同包装的按照药品差价规则核定结算价,超出部分可由个人账户或现金支付;同通用名未挂网的,参考已挂网产品的挂网价结算,超出部分可使用个人账户或现金支付,以此缓解药品价格“倒挂”对药店的经营压力。零售药店通过零售价与医保结算价的分账管理,确保价格执行透明合规,自觉抵制串换药品、虚高定价等行为。另一方面,医保部门应加快推进医保信息平台与定点零售药店的系统对接与功能优化,通过升级结算系统、增加服务器资源、简化操作流程,大幅压缩医保结算的响应与等待时间,确保患者购药体验的便捷与流畅。

3.3 加强政策解释,协调目标群体利益诉求

目标群体对政策的认知、态度与行为选择,直接决定了门诊统筹政策执行的实际成效。为纾解当前参保人存在的认知与行为偏差,需从“自上而下”的政策解读与“自下而上”的利益协调两方面共同发力,增强参保人的政策认同感与行为配合度。

一方面,在“自上而下”的路径上强化政策内容的精准传达与价值阐释:(1)医保部门、定点零售药店与基层医疗机构应联合开展医保政策细节解释,避免专业术语堆砌,重点就报销比例、统筹年度额度、处方流转与有效期等关键操作点,通过图文、案例等形式进行通俗化解读,明确“什么能报、怎么报、报多少”,消除参保人“门诊统筹额度不用白不用”或“门诊统筹额度即个人账户”等误解。(2)制度价值解释须阐明零售药店纳入门诊统筹管理政策在提高医保基金使用效率、降低群众医药负担、优化资源配置方面的社会意义,强调其对于构建更

公平、更可持续的医疗保障体系的重要作用,增强参保人的制度信任感。(3)客观说明政策可能带来的额外效益与潜在影响,如方便购药、减少就诊排队时间等正面效应,也可能包括对某些药品使用行为的合理约束,帮助参保人形成合理预期。

另一方面,在“自下而上”的路径上拓宽参保人诉求表达与行为引导机制:(1)探索建立科学合理的门诊统筹额度管理机制,针对当前存在的“年末集中购药”等问题,可考虑实施年度统筹额度结余按比例结转制度(如10%或20%),设置累计额度上限(如5 000元),同时对未使用额度者给予奖励性结转(如5%)。建立结转额度使用负面清单制度,对超量购药行为实施额度扣减,通过弹性结转机制缓解参保人的“损失厌恶”心理,引导其合理购药行为。(2)依托家庭医生签约服务深化药品保障与政策宣传。地方医保部门与卫生健康委员会可在社区医疗卫生服务中心和乡镇卫生院探索设立“常见慢病药品免费发放点”,对签约居民凭家庭医生电子处方免费发放基础慢病药品,从服务供给端减少参保人对门诊统筹额度清零的焦虑和非理性购药行为。(3)建立常态化、多层次的民意吸纳机制。定点零售药店和医疗机构作为政策执行的一线窗口,应设立政策咨询与反馈专区,定期收集参保人在使用门诊统筹购药中遇到的实际困难与建议,并定期开展参保人满意度与政策认知度调查,精准识别政策盲点和行为动机。

3.4 破除政策环境壁垒,促进政策落地畅通

良好的政策执行环境是零售药店纳入门诊统筹管理政策有效落地的基础保障。破除经济资源配置与社会文化认知等方面的环境壁垒,缓解医保基金压力、化解药品价格机制矛盾、引导社会观念转型,是推动政策畅通实施的关键。

第一,优化医保基金资源配置,完善药品价格形成与补偿机制。零售药店纳入门诊统筹管理政策的可持续运行,依赖于医保基金的稳健管理与药品价格机制的合理设计。因此,首先,应探索建立与门诊统筹支出特点相适应的基金预算管理机制,在强化总额控制的同时,预留一定弹性空间应对非预期支出,避免因过度进行风险防范而牺牲政策便利性。可试行“结余留用、风险共担”的激励约束机制,提高基金使用的效率与灵活性。其次,着力破解门诊统筹药店药品价格“倒挂”难题,建立专门针对门诊统筹药店的药品集采与定价机制,充分考虑其零售环节的运营成本,通过设置合理加成区间或实行分类结算价等方式,弥补药店合理利润,从根本上抑制门诊统筹药店的经营异化行为。同时,鼓励以省为单位开展门诊统筹药店药品专项采购,形成与医疗机构采购并行、符合零售市场特征的药品价格体系。

第二,引导社会认知转型,构建有利于处方外流的

文化与信任环境。首先,加强政策宣传与舆论引导,突出零售药店在便捷服务、药品可及性方面的优势,广泛宣传药师的专业作用与药店规范化建设成果,逐步改变公众认知。可遴选一批管理规范、服务优质的参与门诊统筹管理的药店作为示范点,通过媒体宣传、公众开放日等形式,增强社会信任。其次,推动医疗文化与用药习惯的良性转型。通过家庭医生、社区健康教育等活动等渠道,倡导理性购药、合理用药理念,改变长期形成的“囤备用药”习惯。此外,应坚决破除“以药补医”残余机制,切断医疗机构与药品收入的不当利益联结,为处方外流营造公平、透明的制度环境。

4 总结与展望

本研究基于史密斯模型,构建了零售药店纳入门诊统筹管理政策执行的分析框架。研究通过对医疗机构医保科工作人员、临床医师、药师,零售药店从业者,医保局管理人员,以及职工医保参保人进行访谈,结合湖南省的现状,厘清了理想化政策、执行机构、目标群体与政策环境4个维度的互动逻辑,揭示了当前政策落地中存在的系统性设计缺陷、主体协同困境、认知偏差及环境制约等深层阻碍,为优化零售药店纳入门诊统筹管理政策体系提供了理论支撑与实践参考。本研究的局限性主要体现在样本选取的单一性与量化实证的不足,尤其欠缺对不同经济发展水平地区的差异性比较,且未能运用医保大数据对政策实施后的基金支出变动、个人负担减轻程度等经济绩效进行精确计量;此外,对政策调整后的长期演进规律及多方博弈的深层动态机制探讨尚显薄弱。未来学者可在深化现有研究的基础上,着力拓展研究方法,结合大样本数据构建政策绩效评价指标体系;同时,重点关注跨区域比较与纵向追踪,并紧跟“互联网+医保”趋势,探究电子处方流转、线上复诊购药等新兴场景下的监管重构与治理创新,以推动零售药店纳入门诊统筹管理制度的成熟定型。

参考文献

[1] 赵亚宁.多层次医疗保障的体系整合与制度衔接:以健康权实现为中心[J]. 保险研究,2025(3):19-30.

[2] 丁海峰,李立清,腾佳杉.定点零售药店纳入门诊统筹管理的影响机制研究:基于ISM和MICMAC模型的系统分析[J]. 卫生经济研究,2025,42(3):59-62,66.

[3] 丁瑞琳,颜建周,李馨雨,等.定点零售药店纳入门诊统筹管理政策的实施难点分析[J]. 卫生经济研究,2025,42(9):14-18.

[4] 周雨驰,丁雪清,徐欣,等.定点零售药店参与集中采购与集中结算研究[J]. 卫生经济研究,2025,42(1):32-34.

[5] 丁瑞琳,颜建周,欧阳沁,等.定点零售药店纳入门诊统筹管理政策对利益相关者的影响分析[J]. 中国卫生政策研究,2024,17(3):17-23.

[6] 雷清强,陈天池,廖博玮,等.定点零售药店纳入医保门

诊统筹管理实践比较分析[J]. 中国卫生政策研究,2023,16(12):26-32.

[7] 胡婉慈,杨钰婷,左根永.我国零售药店纳入门诊统筹政策省际比较研究[J]. 中国卫生政策研究,2023,16(10):56-63.

[8] 刘若颖,许洪皓,那昕,等.江苏省医保定点零售药店管理政策研究[J]. 卫生经济研究,2024,41(2):14-18.

[9] 张晓云.医疗机构疾控监督员政策执行情况研究:基于史密斯政策执行模型[J]. 卫生经济研究,2024,41(5):81-83,86.

[10] 刘瑞明,陈琴,肖俊辉,等.我国家庭医生签约服务政策执行的制约因素与优化路径:基于史密斯政策执行过程模型[J]. 中国全科医学,2022,25(7):782-790.

[11] SMITH T B. The policy implementation process[J]. Policy Sci,1973,4(2):197-209.

[12] 李聪,王承武,郑文博.农村宅基地退出政策何以实施?基于政策执行过程理论[J]. 社会政策研究,2022(4):87-101.

[13] 李人杰,王燕,段从宇.首轮“双一流”建设政策执行的现实困境与破解之道:基于史密斯政策执行过程模型的分析[J]. 教育与经济,2022,38(3):17-24.

[14] 梁晓雪,钱梦岑,柴双,等.上海市“养老院+互联网医院”服务模式效果分析[J]. 卫生经济研究,2025,42(5):32-36.

[15] 徐春浪,范涌峰.普通高中特色发展政策执行的阻滞因素与疏通机理:基于史密斯模型的分析[J]. 教育科学研究,2025(8):50-57.

[16] 王震.医保在三医协同发展及治理中的功能及作用:理论内涵与政策路径[J]. 社会保障评论,2024,8(6):70-88.

[17] 张慧丽,田京辉,徐贞贞,等.中成药重复用药的精细化设置在门诊前置审核中的应用实践[J]. 中国医院药学杂志,2024,44(11):1345-1350.

[18] 问瑜英.职工医保门诊共济制度下定点零售药店监管问题研究:以保定市实践为例[J]. 中国医疗保险,2025(2):77-83.

[19] 袁理娜,张欣燕,宋小宛,等.职工医保门诊统筹政策对患者就医行为的影响:基于因果森林模型[J]. 中国卫生统计,2024,41(6):932-936.

[20] 李惠.医疗保险中的道德风险难题及治理对策[J]. 经济师,2021(11):45-47.

[21] 翟绍果.数字化转型中社会保障的结构改革与制度创新[J]. 社会保障评论,2025,9(2):15-31.

[22] 包水梅,王琦.“研究生教育分类发展”政策执行的现实困境与突破路径:基于史密斯政策执行过程模型的分析[J]. 研究生教育研究,2025(4):76-84.

[23] 王晓辉,张铭,曹瑾,等.北京、成都、兰州居民家庭药品可及性入户调查[J]. 中国现代应用药学,2020,37(13):1650-1655.

(收稿日期:2025-10-11 修回日期:2026-02-18)

(编辑:孙冰)