

医药先锋系列之



Medical weekly pharmacy

» 医周药事

2025年第20期

(2025.05.12-2025.05.18)



北京先锋寰宇大健康管理有限公司 主办

——本期视点——

（阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体文章内容。）

• 分析解读 •

▶ [长期护理保险委托社会力量经办的相关思考](#)（来源：南开大学卫生经济与医疗保障研究中心）——第 6 页

【提要】我国自 2016 年开始探索长期护理保险试点，目前已经形成 49 个国家长期护理保险试点城市，在此期间，长期护理保险委托社会力量经办方面出台了一系列政策。

▶ [从粗放走向精准：医保治理颗粒度如何细化至“细胞级”？](#)（来源：中国医疗保险）——第 11 页

【提要】在医保服务流程延伸和再造的同时，医保治理的方式也在同步升级。传统的“粗放式管理”正被精准化、智能化的数据治理所替代。每一盒药品的流向、每一次检查的记录、每一位医生的诊疗行为，都在医保大数据的监测下形成可追溯、可分析、可优化的闭环。治理的“毛细血管”与服务的“末梢神经”相互交织，共同构建起更高效、更透明、更以人为中心的医疗保障体系。

• 医药专栏 •

▶ [叫停异地互联网处方，背后的原因](#)（来源：中国药店）——第 19 页

【提要】2024 年，国家新闻媒体曝光的药店伪造处方事件，使得外配处方成为关注焦点。国家医保局组织的专项飞行检查发现，一些定点医疗机构和定点零售药店外配医保药品处方管理粗放，虚假处方、超量开药等现象屡有发生，损害参保人合法权益，威胁医保基金安全，亟须加强外配处方的规范管理。

▶ [药品追溯码：构建医保与用药安全防线的“数字钥匙”](#)（来源：包头市医药采购服务中心）——第 23 页

【提要】在医药领域，药品追溯码正发挥着越来越重要的作用，它就像是药品的“电子身份证”，每一盒药品从生产出厂那一刻起，便被赋予了这独一无二的身份标签。2024 年以来，国家层面从多个维度对药品追溯码体系建设给予高度重视，通过官方发文、深入调研、重要活动以及广泛科普等方式，大力推动药品追溯体系建设。

• 国际视野 •

▶ [新机遇来了，中国医药如何通过东盟集采平台走向世界？](#)（来源：中国医疗保险）——第 27 页

【提要】近年来，随着国家组织药品集中采购工作的持续推进，许多原本价格昂贵的药品价格被大幅压缩，降至国际市场价格的 10% 至 30%，成功构建了“患者得实惠、医保减压力、产业促升级”的多方共赢格局。

▶ [迈向全民医疗保障的中国经验](#)（来源：国际劳工组织中国和蒙古

局)——第 34 页

【提要】中国致力于建立健全多层次的医疗保障制度体系。通过出台一系列法律法规,中国基本医疗保障覆盖面实现了从城镇职工扩展到农村居民、再到城镇居民,覆盖面从小到大,保障水平从低到高的转变,最终建立了基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重梯次减负的基本医疗保障制度体系,以及商业健康保险、慈善救助、医疗互助等与基本医疗保障共同构成多层次医疗保障制度体系。

• 医疗器械 •

▶ [如何打造合规医疗器械网售质量体系? 国家药监局要求“真、准、全”](#) (来源: 医药经济报)——第 74 页

【提要】日前,国家药监局正式发布《医疗器械网络销售质量管理规范》,面向国内网络销售经营者和电商平台经营者,提出了医疗器械网络销售质量管理的基本要求,要求经营者应当坚持诚实守信,确保网络销售医疗器械信息的真实、准确、完整、可追溯。企业应如何利用好政策过渡期,建立健全与其网络销售医疗器械相适应的质量管理体系并保证其有效运行?

▶ [骨科器械市场突破 600 亿美元,国产崛起能否迎头赶上?](#) (来源: 高端医械院)——第 79 页

【提要】随着全球人口老龄化加剧,骨科疾病的发病率持续上升。根据《中国骨质疏松白皮书》数据,60 岁以上人群中约有 55% 患有骨关

节炎，而 70 岁以上人群这一比例高达 70%。中国 65 岁及以上人口已突破 2 亿，随着老龄化进程的加速，骨科疾病的治疗需求也不断攀升，推动了骨科植入物市场的强劲增长。

• 医保快讯 •

▶ [在调整医疗服务价格的时候，该如何遴选要调整的项目？](#)（来源：中国医疗保险）——第 89 页

【提要】在推进医疗服务价格改革的征途上，很多医保工作者与医疗机构工作人员穿梭在政策落实与实践探索的前沿，积累了大量实战经验。那么，在调整医疗服务价格的时候，该如何遴选要调整的项目？

▶ [从垫资到即时报销：跨省异地就医直接结算政策的十年变革](#)（来源：中国医疗保险）——第 93 页

【提要】党的十八大以来，“健康中国”战略持续推进，习近平总书记多次强调要“完善大病保险和医疗救助制度，落实异地就医结算”。随着我国城市化进程加快，人口流动规模持续扩大，异地养老、异地工作、异地转诊等场景激增。传统的医保报销模式要求参保人先行垫付全部医疗费用，再凭票据返回参保地手工报销，不仅存在周期长、手续繁、垫资压力大等问题，更让急重症患者面临“救命钱”筹措难题。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

长期护理保险委托社会力量经办的相关思考

来源：南开大学卫生经济与医疗保障研究中心

我国自 2016 年开始探索长期护理保险试点，目前已经形成 49 个国家级长期护理保险试点城市，在此期间，长期护理保险委托社会力量经办方面出台了一系列政策。2016 年 6 月，人力资源社会保障部办公厅颁布《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80 号）提出“社会保险经办机构可以探索委托管理、购买以及定制护理服务和护理产品等多种实施路径、方法，在确保基金安全和有效监控前提下，积极发挥具有资质的商业保险机构等各类社会力量的作用，提高经办管理服务能力”。2020 年 9 月，国家医疗保障局和财政部发布《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37 号）进一步明确“引入社会力量参与长期护理保险经办服务，充实经办力量”。2021 年 9 月，《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36 号）提出“完善管理服务机制，引入社会力量参与长期护理保险经办服务”。这均为试点城市进一步委托社会力量参与长期护理保险经办提供了制度保障。由于目前参与经办的社会力量绝大多数是商业保险公司，

因此本文以下分析仅针对商业保险公司。

一、商业保险公司参与长期护理保险经办现状分析

(一) 经办内容

商业保险公司经办内容主要包括全流程经办和部分经办两种。总体来看，大多数城市采取全流程经办，且第二批试点城市全流程经办占比高于首批试点城市。全流程经办中，商业保险公司参与内容包括政策咨询、待遇申请受理、组织失能评估、对接护理服务、服务监管、结算支付等长期护理保险运行的各个环节。部分经办为医保部门根据自身工作职责及人员调配情况，将政策宣传咨询、待遇申请受理、组织失能评估、护理服务稽核等部分环节委托给商业保险公司经办，医保部门负责政策制定、部门协调、资金筹措、评估标准建设等内容。

(二) 参与方式

商业保险公司参与经办主要分为承办型和经办型两种方式。大部分城市采用承办型参与方式。承办型方式中，医保部门将长期护理保险当年度筹资总额作为购买产品的保费划拨给委托经办机构。委托经办机构从保费中提取运营成本，参与全流程管理，建立盈亏调节机制，通过设定限额进行风险共担，一定限额内由商保与医保共同承担，超过一定范围为政策性亏损，进行回补及政策调整。经办型则是政府以购买服务的方式委托商业保险公司经办管理，保险公司不承担超赔风险，根据协议约定和年终考核成绩，收取服务费用。

(三) 组织架构

商业保险公司参与长期护理保险经办的组织架构分为独家承保、主承共保和分区共保三种模式。大部分城市采取分区共保模式，少部分城市采取独家承保和主承共保模式。独家经办模式是指整个试点城市委托一家商业保险公司参与经办。主承共保模式是由经政府招标确定的商业保险公司组建长期护理保险服务中心，在各统筹地区设立分中心，服务中心由主承的商业保险公司运营，与各统筹地区共保商业保险公司共同负责长期护理保险经办工作，所需服务人员由长期护理保险服务中心统一安排。分中心具体负责市区和各地失能人员评定、居家上门服务组织、向护理服务机构派单、服务质量管理、资金结算、稽核巡查、定点护理机构监管等工作。区别于主承共保模式，分区共保模式不再区分主承和辅承，而是将统筹区划分为多个区域，各保险公司分别承担经办各自区域内部长期护理保险工作。

(四) 风险分担机制

少部分城市规定商业保险公司仅参与经办工作，不承担基金收支风险。而大部分城市设置了经办机构参与的基金风险分担机制。以亏损性质看，部分地区将亏损区分为政策性亏损和经营性亏损。一般而言，长期护理保险基金覆盖大部分政策性亏损，而商业保险公司承担全部的经营性亏损。以责任分担比例来看，分为商业保险公司全部承担和按比例承担两种方式。按比例承担中，大部分城市规定在一定亏

损比例内(一般为2%-10%),由商业保险公司自行承担;超过该比例后,部分地区规定由长期护理保险基金承担,以前一年结余以及调整筹资政策解决。以分担费用来源来看,分为基金收入(或累计结余)、预留风险金、经办管理费三类。大部分地区采用基金收入(或累计结余)与商业保险公司风险共担的方式,通过设置一定的分担比例来分散风险。也有部分地区在每年保费划拨后提取一定比例作为预留风险金,例如部分地区规定,将长期护理保险基金的10%预留为风险预留金,出现亏损时,亏损5%以内(含5%)由承保的商业保险机构承担;亏损超过5%以上部分,50%由累计的风险准备金予以承担,50%由承保的商业保险机构承担。另有部分地区商业保险公司承担亏损的费用来源为经办管理费,分为经办管理费扣除完商业保险公司不再承担剩余亏损和经办管理费扣除完商业保险公司依然需要承担剩余亏损两种模式。

二、完善长期护理保险委托经办的若干建议

第一,在经办内容方面,应在商业保险公司参与长期护理保险经办城市明确鼓励全流程经办。全流程经办下医保部门不再直接参与经办工作,而是成为其他参与经办机构的利益平衡方,有助于医保部门摆脱具体经办事项束缚,从宏观角度进行制度设计和完善。同时,商业保险公司利用其在精算和风险防控等方面具有明显的专业优势,能够统筹协调更多资源,提高经办效率和资金使用效率,降低经办成本。而且商业保险公司还可以发挥专业优势,为政府相关决策提供建议。

商业保险公司可以根据业务需要，灵活设置营业网点，满足参保人的服务需求；并充分利用在全国的服务网络，组织开展异地经办服务，满足异地居住参保人的照护服务需求。除此之外，为了避免全流程经办可能产生的风险点，也应强化对商业保险公司的监管机制，优化长期护理保险运行流程。

第二，在参与方式方面，应鼓励承办型模式。承办模式下管理权移交商业保险公司能够直接降低医保部门管理压力。同时，商业保险公司有丰富的保险资金管理经验，在此过程中可以发挥费用控制优势，提高基金运行效率。商业保险公司共担超赔风险，能够刺激商业保险公司积极参与长期护理保险业务，强化对长期护理保险运行各环节的全流程监督，优化运行和监管体系，避免基金亏损。除此之外，为了避免产生“合谋”风险，应探索建立第三方评估和监管机制。

第三，在组织架构方面，比较独家、主承共保和分区共保模式可以发现，独家模式一般针对体量规模较小、人员分布较为分散的城市；主承共保一般针对头部商业保险公司在区域内优势巨大、经验丰富的城市，但由于城市体量较大，仍需其他商业保险公司协同配合的城市；分区共保一般针对商业保险公司间能力水平差距不大，且城市面积、体量、参保规模较大的城市。因此，建议给予地方一定的自主权，不严格限制经办方式。

第四，在风险分担机制方面，长期护理保险委托协议及合同应按

照收支平衡、保本微利原则，合理设计风险分担机制，并明确政策性亏损和经营性亏损风险分担的启动条件与实现方式。同时，为了不断优化风险分担机制、提升机制的切实可靠性，建议商业保险公司在结束每一保险期间后，根据实际经营结果和相关政策调整，依据委托协议与医保部门协商修改下一保险期间的保险责任、保险费率等条款，并对保险期间的超额结余和政策性亏损等情况进行风险调节，进而实现长期护理保险可持续性运行。

[返回目录](#)

从粗放走向精准：医保治理颗粒度如何细化至“细胞级”？

来源：中国医疗保险

近年来，医保服务的边界正以前所未有的速度向基层延伸——从三甲医院到社区诊所和村卫生室，从公立医院到民营医院，甚至直达每一个参保人的手机屏幕。这些变化让医保不再只是“报销系统”，而是逐渐演化为触手可及的健康保障网络。

在医保服务流程延伸和再造的同时，医保治理的方式也在同步升级。传统的“粗放式管理”正被精准化、智能化的数据治理所替代。每一盒药品的流向、每一次检查的记录、每一位医生的诊疗行为，都在医保大数据的监测下形成可追溯、可分析、可优化的闭环。治理的“毛细血管”与服务的“末梢神经”相互交织，共同构建起更高效、更透明、更以人为中心的医疗保障体系。

每位参保人专属的“医保图谱”

根据《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》（国办发〔2024〕38号）规定需优化管理服务，准确掌握参保情况。国家医保局建立全民参保数据库，实现“一人一档”管理，定期将未参保人员信息推送至省级医保部门。

医保“一人一档”是指利用全国统一医保信息平台为每位参保人建立独立的医疗保险档案，记录其个人基本信息、医疗保障待遇以及医疗费用结算信息等情况，不仅有助于提升医保管理精细化信息化水平，更有利于更好保障参保人的权益。

当前各地医保部门正完善“一人一档”信息，通过精准完善基本医保参保档案，可以有效防范医疗保障终端、遗漏等风险。衢州、泉州率先探索建设了“一人一档”数据库，取得较好效果。

为了总结推广经验，国家医保局在2024年6-7月开展试点工作，同年8月-9月，在总结试点地区工作情况的基础上，向全国推广。湖南省衡阳市作为“一人一档”全民参保数据库建设国家试点城市，衡阳通过数据库，可实现“即时查询群众个人参保信息、以户以村以乡以县为单位批量查询群众参保缴费情况、以个人以村以乡为单位统计查询医保报销待遇享受情况”三个功能，达到了“医保政策精准找人、参保情况精准到人、医保红利精准惠民”的“三个精准”效果。

目前，26个省份和新疆生产建设兵团共51个统筹区开展了“一

人一档”全民参保数据库一期试点，基层干部及时了解参保情况，便利群众参保。并且，通过覆盖全民的参保数据库，锁定参保人群精准施策，可有效提高参保工作质效。

对于参保人来说，除了“一人一档”，还有“一人一码”给参保人带来直接的便利。在个人就诊，或者带老人、孩子看病买药时，如果没带社保卡，可激活使用医保电子凭证(即医保码)。医保码包含参保人的个人信息，实行“一人一码”，和身份证一样，仅限本人实名使用。关于激活使用教程，“中国医疗保险”发过多篇科普文章，点击链接《关于医保电子凭证，你想知道的都在这了》。

2019 年，全国首个医保码在山东省济南市激活，标志着就医购药正式进入了“一码通”时代。截至 2024 年底，全国医保码用户已超过 12 亿人，覆盖 31 个省(区、市)和新疆生产建设兵团，接入 93 万家定点医药机构，医保码接入机构下沉至村卫生室和定点零售药店。

每一份医保影像索引信息都上传至云端共享

过去，医保对检查检验的治理主要聚焦于“正确检查”——确保每一笔影像检查的医保支付符合规范，避免“男的当女的”、“女的当男的”、“没查当查了”等虚假报销的欺诈骗保行为。而如今，随着医保影像全面上云，治理的触角已深入医疗行为的“细胞级”层面。每一份 CT、MRI 的原始数据，不仅关联着医保结算凭证，更通过标准

化上传与共享机制，成为可追溯、可比对的医疗质量“标尺”。

“本人可阅、跨院可调、医保可查”的影像共享模式，不仅是技术提供便利，更是医保治理能力的跃迁。当患者的胸部X光片在A医院拍摄后，其影像的索引信息同步至医保云端，B医院的医生调阅时不仅能避免重复检查，更能通过历史影像对比发现细微病情变化。这意味着，医保的治理逻辑正从单纯的“基金角度”升级为对诊疗行为的治理。

与此同时，这种数据贯通使得“异常检查行为”无所遁形——同一患者短期内在不同机构进行相同项目检查、某医疗机构影像阳性率显著偏离（显著高于或显著低于）行业均值等现象，未来均可通过智能分析实时预警。比如，某基层医疗机构影像阳性率显著低于临床常值，原因可能是“过度检查”或“技术不足”，需随即启动针对性培训与资源调配。医保基金的使用效率与医疗质量的提升，在此实现了治理目标的统一。

药品追溯码触及每一粒药的“毛细血管”

过去，医保对药品的监管主要停留在购销存台账和发票层面，难以穿透至药品流通的最终环节。而如今，每一盒医保药品的追溯码都成为治理链条上的“数字锚点”——从出厂、流通到患者手中，全流程数据实时同步至医保平台。医保部门不仅能精准核验每一粒药是否通过合法渠道采购，更能动态监测异常流向。例如，某降压药在短时

间内被同一医保卡高频结算，或某批号药品跨区域异常流通，系统可自动触发审核。这种“一物一码”的治理模式，让医保基金欺诈、药品串货、回流药等灰色操作彻底暴露在数据阳光下。

在医药行业，大型药企往往需要投入大量资源建立专门的药品防伪部门和打假系统，以防止假药“冒名顶替”扰乱市场。如今，随着药品追溯码体系的全面落地，这一局面正在发生根本性改变。通过为每一粒药品赋予唯一的“数字身份证”，医保治理的触角已延伸至药品流通的“毛细血管”末端，实现惠民利企的双赢局面。

对老百姓而言，药品追溯码体系构筑起坚实的用药安全屏障。每一盒通过医保支付的药品，其生产、流通、销售全流程都在追溯系统的监控之下。只需简单扫码，就能验证药品真伪，查看完整流通轨迹，真正实现了“明明白白吃药，放放心心用药”。这种全链条的透明化监管，从根本上杜绝了假药、劣药混入正规渠道的可能性，让人民群众的用药安全得到绝对保障。

对医药企业来说，药品追溯码体系显著降低了市场维护成本。特别是对研发投入巨大的创新药企，追溯系统有效遏制了仿冒产品的流通，保护了企业的知识产权和市场利益。统一规范的追溯平台更避免了各企业重复建设防伪系统的资源浪费，使企业能将更多精力投入到药品研发和质量提升上。这种制度性创新，为医药行业的高质量发展注入了新动能。

同时，当出现药品不良反应事件时，医保部门可以通过追溯码快速定位问题批次，协同药监部门实施精准召回，为参保群众用药安全再添一道“医保防线”。

从医保治理的角度看，药品追溯码体系实现了从单纯费用向质量安全监管的跨越式发展。当每一粒药品都有了“数字足迹”，医保支付就不仅是简单的费用结算，更成为保障药品安全的重要环节。这种创新治理模式，既守护了人民群众的用药安全，又优化了医药行业的发展环境，充分展现了医保治理现代化的实践智慧。

集采药品耗材触达县域市场的“毛细血管”

在药品销售的三大终端中，传统集采药品供应主要依赖公立医院，占比超过一半，尚未完全触及基层市场的毛细血管末端。尤其是对于农村患者来说，出行能力受限的空巢老人购药最为便捷的就医购药和健康管理的去处是村卫生室，但村卫生室甚至未被“三大终端、六大市场”统计在内。

集采“三进”（进村卫生室、进药店、进民营）本质上是通过行政力量打破原有的市场层级壁垒，让经过价格洗礼的药品穿透层层流通环节，直接触达县域市场的毛细血管。

从2024年5月起，国家医保局从政策顶层设计、细化落实、实地调研和配套政策（尤其是村卫生室纳入医保定点）等方面，快速形成集采“三进”的政策闭环。目前，全国已有江西、陕西、湖南等多省

发布集采药品“三进”实施方案，打通购买集采药品“最后一公里”。

今年，医保部门仍将强化集采结果执行，引导医疗机构优先使用质优价宜的中选产品，并在结算等方面予以优先支持，2025 年底前各统筹区在集采“三进”上要有显著成效。

医保支付资格触及基金监管的“毛细血管”

针对过往基金监管工作中无法精准监管到人、在欺诈骗保案件中仅处理到机构层次的难题，去年 9 月，国家医保局联合多部门发布《关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》，提出对定点医药机构具有医保支付资格的相关人员实施信用记分管理。在此基础上，今年年初，国家医保局又印发了经办规程。截至目前，已有河南、江苏等十余个省份出台了实施细则。

据国家医保局此前通报，根据大数据检查，发现了大量的医保违规乱象——男性做妇科检查，女性做男科检查。“宫腔镜检查”“宫颈癌筛查”“宫颈扩张术”这些都属于妇科类诊疗项目，但一些男性患者居然也产生了此类医保费用。“前列腺磁共振成像”“游离前列腺特异性抗原测定”这些都属于男科类诊疗项目，但大数据筛查发现，一些女性患者居然也产生了此类医保费用。

不仅定位至医院，还明确到科室和医生。在施行医保支付资格管理后，此类医保违规行为的医务人员将直接扣分。

这项改革首次将监管触角从机构延伸至个人，医保基金监管迈入

“全国联网、精准到人”时代，彻底改变了以往“集体担责”的监管模式，实现具有医保支付资格的医务人员为自己的行为担责，是医保基金监管方式的巨大进步。

展望未来医保治理功能的升维潜能

当医保服务和医保治理延伸至每一盒药、每一个参保人、每一位医务人员、每一张影像结果、每一家定点机构之后，医保大数据将连成“一张网”，逐步实现从治理工具到民生服务的升维革命。

实现毛细血管级的覆盖后，是尝试打通数据孤岛，实现“以人为本”的患者、医疗服务提供者(及定点医药机构)和相关企业的三重受惠。

我们设想一下，如果医保数据、医疗数据和公卫数据打通，对患者来说，医保和医疗数据可自动触发社会卫生服务随访；对医生来说，系统有患者健康数据(如过往药物不良反应记录)、既往用药、检查影像和检验结果；对于企业来说，药械厂商通过脱敏数据洞察真实世界疗效，加速创新产品纳入医保目录的循证过程。

但是，当前模型数据积累仍然不足，统一的数据质量标准尚未建立；满足医疗需求的信息通信技术仍待创新；个人隐私保护措施仍需完善，当前尚未具备数据跨部门大规模打通整合、互联互通的条件。

但是，可以期待的是，未来的某一天，当一位患者走进医院时，数据在患者自主授权下流动起来，他的主治医生看到的或许不再是一

份孤立的门诊记录，而是一张由医保支付数据、家庭医生随访记录、可穿戴设备监测指标共同编织的健康图谱。

医保大数据终将从“监管之眼”进化为“服务之手”——它记得住偏远地区参保人的用药习惯，算得清创新药械的全生命周期价值，守得住医者仁心的专业尊严。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

叫停异地互联网处方，背后的原因

来源：中国药店

2024 年，国家新闻媒体曝光的药店伪造处方事件，使得外配处方成为关注焦点。国家医保局组织的专项飞行检查发现，一些定点医疗机构和定点零售药店外配医保药品处方管理粗放，虚假处方、超量开药等现象屡有发生，损害参保人合法权益，威胁医保基金安全，亟须加强外配处方的规范管理。

2024 年 10 月 16 日，国家医保局发布《国家医疗保障局办公室关于规范医保药品外配处方管理的通知》(医保办函〔2024〕86 号)(以下简称《通知》)。

该《通知》的发布表明外配处方全流程监管时代到来了，这为全国医保药品外配处方管理提供了总体指导框架和宏观指导，为各地医

保药品外配处方管理工作指明了方向、设定了标准。

紧接着，2024年11月13日，内蒙古自治区医疗保障局与卫生健康委联合发布了《关于落实医保药品外配处方规范管理工作工作的通知》，紧密围绕国家文件精神，结合自治区医疗保障和卫生健康领域实际情况，对全流程管理、配套措施、培训宣传等方面进行详细部署，是国家政策在自治区层面的细化与拓展，确保国家政策能在内蒙古地区有效落地。

近日，通辽市医疗保障局发布了《关于停止使用异地互联网开具处方销售医保药品的公告》（简称《公告》），则是在国家和自治区政策基础上，针对本地情况制定的具体执行方案。通辽市医疗保障局的《公告》依据国家和自治区政策，聚焦本市医保药品外配处方管理中的异地互联网处方问题，提出具体的执行办法和时间节点，是地方对上级政策的进一步细化和本地化，增强政策在基层的可操作性。

该《公告》重点针对本地异地互联网处方销售医保药品问题，对定点医药机构和参保人员在停止使用异地互联网开具处方后的具体操作进行详细规定，强调本地处方管理的具体执行细节和保障措施。

医保药品外配处方管理是医疗保障体系中的关键环节，关乎参保人员的就医购药权益和医保基金的安全。笔者认为，通辽市医保局发布的《公告》对于外配处方管理政策有重要的现实意义。

1、保障医保基金安全

停止使用异地互联网处方，这是对国家医保局文件“暂不接受统筹地区外医疗机构外配处方”和内蒙古自治区文件“明确自治区外处方不纳入医保支付”精神的深刻领会。停止使用异地互联网开具处方销售医保药品，可有效减少虚假处方、超量开药等违规行为发生。异地互联网处方监管难度较大，存在部分不法分子利用监管漏洞骗取医保基金的风险。

《公告》通过限制处方来源，将处方限定为本市医保定点医疗机构、定点互联网医院或承担线上开方的二级及以下公立医疗机构开具，便于医保部门对处方真实性、合法性和规范性进行审核。同时，严格的处方管理要求促使定点医药机构加强自律，规范处方开具和调剂行为，从源头上保障医保基金安全，防止医保基金流失，减少跨区域欺诈骗保的可能性，确保医保基金本地化安全使用，确保有限的医保基金真正用于参保人员的医疗保障。

2、规范医药市场秩序

统一处方来源和标准，有助于消除因异地互联网处方带来的市场混乱。过去，异地互联网处方可能存在格式不统一、开具标准不一致等问题，导致定点零售药店在调剂药品时难以准确判断处方的有效性，影响医药市场秩序。《公告》的政策规定使本市医保药品外配处方管理更加规范有序，定点医药机构明确了处方的获取渠道和审核标准，避免因处方问题引发的药品销售乱象。此外，对定点零售药

店对接本市医疗机构和配备专兼职人员提醒参保人员凭处方购药的要求，进一步规范了药品销售流程，促进医药市场健康发展。

3、提升参保人员就医体验

要求定点医疗机构合理配备医师提供电子或纸质处方，确保参保人员购药不受影响；定点零售药店张贴公告、配备专兼职人员指引并熟练掌握电子处方下载调剂流程，缩短参保人员排队等候时间。这些措施从多方面为参保人员提供便利，使参保人员在购药过程中更加顺畅，减少不必要的麻烦和等待时间。同时，明确不同支付方式下(个人账户基金支付和门诊统筹基金支付)处方药和非处方药的购药要求，以及门诊慢特病外配处方政策，使参保人员清楚了解医保政策，能够更好地享受医保待遇，提升就医满意度。

4、推动本地医疗信息化建设

规定定点医疗机构提供电子处方，承担线上开方的二级及以下公立医疗机构配备专人提供电子处方开方服务，且定点零售药店要熟练掌握电子处方下载调剂流程，这一系列要求推动了本地医疗信息化建设。医疗机构和零售药店为满足政策要求，需加大对信息化设备和系统的投入，加强人员培训，提高信息化管理水平。随着电子处方的广泛应用，医疗数据的收集、整理和分析将更加便捷，有助于实现医疗服务的精细化管理，为医疗质量提升和医保政策优化提供数据支持。

该《公告》是国家与自治区政策的延伸和具体化，通过推动本地

医疗资源优化配置，防范医保基金风险；通过限制异地互联网处方，强化属地管理责任，在限制异地互联网处方的同时，明确本地定点互联网医院和二级以下公立医疗机构可提供电子处方服务，既保障参保人购药便捷性，又避免监管漏洞。该《公告》同时也启示，监管部门在政策实施过程中，应持续关注政策执行效果，加强部门协作，根据实际情况不断优化和完善政策，确保医保药品外配处方管理工作更好地服务于广大参保人员，促进医疗保障事业健康发展。

[返回目录](#)

药品追溯码：构建医保与用药安全防线的“数字钥匙”

来源：包头市医药采购服务中心

在医药领域，药品追溯码正发挥着越来越重要的作用，它就像是药品的“电子身份证”，每一盒药品从生产出厂那一刻起，便被赋予了这独一无二的身份标签。凭借这一特性，药品追溯码广泛应用于药品生产和流通的各个环节，成为保障药品质量安全、防范假药和回流药、杜绝串换销售现象，以及守护医保基金安全的关键手段。

2024 年以来，国家层面从多个维度对药品追溯码体系建设给予高度重视，通过官方发文、深入调研、重要活动以及广泛科普等方式，大力推动药品追溯体系建设。

一、官方发文：政策引领，规范追溯码应用

2024 年 4 月 16 日，国家医保局在官网发布《2024 年医保基金违

法违规问题专项整治工作方案》，明确指出要“加强药品追溯码在医保基金监管中的应用”，为后续的监管工作指明了方向。

2024 年 5 月 20 日，《国家医疗保障局办公室关于加强区域协同做好 2024 年医药集中采购提质扩面的通知》（医保办发〔2024〕8 号）正式发布，将使用药品追溯码列为集采申报条件，并计划逐步在配送、结算等环节推广应用追溯码，进一步拓展了追溯码的应用场景。

2024 年 7 月 10 日，国家医保局发布关于征求《关于在药品采购环节加强药品追溯码应用的方案》（征求意见稿）意见的通知，要求医保定点医药机构在采购药品时必须严格落实“扫码采购”，做到“逢采必扫”，并及时将追溯信息上传至药品上市许可持有人的追溯系统。这一举措从采购源头加强了对药品的监管。

2025 年 3 月 19 日，国家医保局、人社部、卫健委、药监局四部门联合印发《关于加强药品追溯码在医疗保障和工伤保险领域采集应用的通知》（医保发〔2025〕7 号）。该通知明确规定，自 2025 年 7 月 1 日起，销售环节需按要求扫码后，方可进行医保基金结算，进一步强化了药品追溯码在医保结算环节的关键作用。

二、官方调研：深入实际，探索追溯码应用新路径

2024 年 5 月 23 日，国家医保局相关领导亲自调研药品追溯码相关工作，并出席国家医保局与厦门市政府共建药品耗材追溯码数据应用中心合作备忘录签约仪式。在调研过程中，强调要积极探索药品追

溯码在全场景的应用，夯实其在医保领域的应用基础。同时，加强对全量追溯码数据的应用研究，不断创新医保、医疗、医药管理改革服务的应用场景，为医保事业的高质量发展注入新动力。

2024 年 8 月，国家医保局主要领导先后前往广西、吉林等地进行调研，调研内容重点关注当地药品追溯码的应用情况。通过实地考察，深入了解药品追溯码在实际应用中存在的问题和需求，强调要进一步加强医保基金监管，持续深入推进药品追溯码的应用，切实维护医保基金的安全。

三、多方部署，推动追溯码全面应用

2024 年 12 月 14 日，全国医疗保障工作会议在北京召开。会议部署 2025 年工作强调：构建大数据模型，推动药品耗材追溯码全场景应用，深入开展定点医药机构自查自纠，从全局层面为药品追溯码的应用提供了有力的支持。

2025 年 1 月 17 日上午，国家医保局召开“保障人民健康 赋能经济发展”新闻发布会。国家医保局基金监管司相关领导强调：强化大数据监管。积极推进药品追溯码监管应用，开启“码上监管”新阶段，让药品追溯码成为医保监管的有力工具。

2025 年 2 月 9 日，国家医保局针对“如何进一步完善集采政策？”时回答强调要“全链条可追溯”，即“自 2025 年起，所有参与集采的药品必须具备药品追溯码，做到“带码采购”。医保定点医疗机构

和定点药店要依据定点协议，对相关药品全流程采集上传追溯码，医保部门将以追溯码信息作为支付依据，实行“带码结算”。

四、官方科普：广泛宣传，提升公众认知度

国家医保局充分利用微信公众号这一平台，先后发布多篇科普文章，向公众宣传药品追溯码知识。2024年11月7日发布的《药品追溯码医保应用的五问五答》、2024年12月6日发布的《药品追溯码的再问再答》，以及2025年4月2日发布的《追溯码时代，医保购药的六要六不要》等文章，让公众对药品追溯码有了更深入的认识。这些科普文章详细介绍了药品追溯码的唯一性，以及其在全流程追踪药品生产、流通和销售过程中的重要作用，强调了它在防范“回流药”、假药和串换销售等违法行为，保障医保基金安全方面的关键意义。同时，还通过介绍核心作用，如利用唯一扫码记录识别非法套刷医保行为、维护企业市场秩序与品牌信誉，以及告知消费者如何通过留存证据(如拍照发票、剪存药盒)和遵循“六要六不要”原则来保护个人权益，进一步提升了公众对药品追溯码的认知和应用能力。

经过一年的努力，国家医保局已基本构建起药品追溯码数据体系。按照规划，2026年1月1日起，所有医药机构都要实现药品追溯码全量采集上传。“医保药品卖药必扫码，买药先验码。必须有码，必须扫码，无码医保不结算”不再仅仅是一句口号，它更是医保部门对药品追溯码赋能强监管态势的浓缩总结，它切实反映了医保部门借

助药品追溯码强化监管的决心和态势。

2025 年是药品追溯码全面落地的关键年，随着国家医保信息平台的完善，药品追溯码将向“全链条、全场景、全量采集”方向深化。这是从“被动查处”到“主动防控”的转变，将为医保基金安全和公众用药安全筑牢防线。作为定点医药机构，应当主动适应这一新规，积极协同监管部门做好相关工作，共同守护好医保基金，为公众提供更加安全、可靠的医药服务。

药品追溯码体系的建设，不仅是技术升级，更是一场重塑医药行业规则的集中行动。当“电子身份证”嵌入每一粒药片，当扫码成为全民习惯，我们距离“透明药监、智慧医保”的愿景已不再遥远。这场静默的监管举措，终将让百姓用药更安心，让医保基金每一分钱都花在刀刃上。

[返回目录](#)

• 国际视野 •

新机遇来了，中国医药如何通过东盟集采平台走向世界？

来源：中国医疗保险

近年来，随着国家组织药品集中采购工作的持续推进，许多原本价格昂贵的药品价格被大幅压缩，降至国际市场价格的 10%至 30%，成功构建了“患者得实惠、医保减压力、产业促升级”的多方共赢格

局。

集采以以量换价的创新机制，不仅为我国患者节省了数千亿元的医疗支出，也引起了东盟地区医药市场的广泛关注。中国—东盟医药区域集采平台正是基于这一成功经验的复制与升级。今年1月9日，中国—东盟医药区域集采平台(以下简称“集采平台”)启动仪式在防城港市举行，这是中国首个跨国区域集采平台。中国—东盟医药区域集采平台包括中国—东盟医药区域集采与交易平台和医保云平台+N信息平台，集采平台建成投入使用后，为东盟国家百姓看病就医提供了更大便利。

创新合作模式，释放区域医疗潜力

中国东盟区域医药交易集采平台架起了跨境医疗合作的立体桥梁，通过创新合作模式，提升区域医疗水平。

平台网站提供多国语言，共设政策、企业、产品、信息等九大核心板块，实现依照从采购、交易到跨境结算配送的全流程管理。个人用户可通过医保电子地图查找上万家医保定点医疗机构，实现国内外在线购药、处方流转、移动支付和跨境配送等。

中国—东盟区域医药交易集采平台依托防城港国际医学开放试验区的优势，充分利用保税物流中心、国际公共卫生合作保障基地等项目，为医药企业提供保税、冷链仓储、国际配送等一站式服务，并且持续深化地中海贫血防治领域的技术交流与合作，助力攻克遗传疾

病难题。

搭建跨境集采新机制，推动规则互通与流程整合。集采平台以中国特色医疗保障制度为基础，探索区域医疗、医保、医药健康合作新模式，实现药品、医用耗材从集采到结算的全流程管理。例如，平台集成基础数据管理、招标管理、合同管理等功能，通过数字化手段优化跨境采购流程，缩短采购周期，降低交易成本。广西同步建设的“广西医保云平台+N”，已实现广西区内参保人员、区外异地就医人员及东盟跨境就医群体的实时线上购药需求，为跨境医疗服务提供了技术支撑。

促进中国医药“走出去”，拓展东盟市场空间。集采平台为中国医药企业提供了进入东盟市场的“快车道”。东盟国家医药市场年均复合增长率达 5%-8%，远高于发达市场，且本土制药产业基础薄弱，对进口药品依赖度高。此外，平台计划在 2025 年底前以中医药、地方特殊病种用药为重点，开展中国与东盟各国的区域集采，进一步扩大国产药品和耗材的市场份额。

赋能区域医学开放试验区，推动产业集聚与创新发展。集采平台的建设与防城港国际医学开放试验区深度融合，通过政策支持和资源整合，吸引优质医药企业落户试验区，形成产业集聚效应。例如，广西壮族自治区政府出台实施方案，明确将试验区打造为面向东盟的药品、耗材及医疗器械仓储物流跨境服务通道，并计划培育具有国际影

响力的跨国医学合作品牌。此外，平台通过数据要素生态系统的构建，推动医疗技术应用、人才培养及跨境结算等领域的创新，为区域医学产业升级注入新动力。

深化民生合作，惠及中国与东盟民众。集采平台的启动有助于提升区域内医药可及性，降低医疗成本。例如，广西已通过平台开展“小而美”医药民生项目，探索跨境医疗救治服务，如东兴市人民医院的“1369 生命直通车”跨国医疗救治服务，通过定期交流合作提升危急重症救治水平。此外，平台的跨境购药便捷通道逐步满足东盟国家患者的用药需求，体现了构建人类卫生健康共同体的理念。

推动医药企业引进来、走出去，东盟国家市场前景无限

中国—东盟医药区域集采平台的建立，不仅是区域合作的深度强化，更对全球医药产业链形成巨大冲击。据悉，目前已有三十多家中国医药企业进驻平台，已登记三百多种意向销往海外的药品、医用耗材和设备，其中 62 种医药产品有相应实物展示。同步对接越南、柬埔寨、俄罗斯等国家的医药企业，从原料药、仿制药到创新药，从药品、医用耗材到医疗设备，平台构建医药规则双边多边互通、数字互联、技术共享服务、多元人才交流等机制，正成为医药交易的强磁场，推动医药企业引进来、走出去。

“中国—东盟医药区域集采平台为医药企业提供了更广阔的市场空间。”据业内人士介绍，东盟国家为中国创新药和仿制药企业提供

了巨大的市场机会，这主要体现在以下三个方面：

其一，东盟国家医药市场需求巨大。据海关总署 2023 年 12 月公开数据，2022 年中国对东南亚市场的药品销售额为 275 亿美元，2023-2027 年，以东南亚为代表的新兴市场国家将持续保持 5%-8% 的高速增长，高于发达国家市场。而在医疗器械方面，根据中国海关进出口数据，2024 年中国对东南亚地区医疗器械出口额达到 244.76 亿元。特别是马来西亚、越南、菲律宾、泰国等国进口药品费用消耗占比均超过 50%，消耗量巨大，主要以跨国药企原研药为主。由此可见，跨国药企在东南亚医药市场占据了绝对优势，东南亚市场无疑将是未来全球医药发展最具潜力的市场之一，中国创新药的开发潜力巨大。

其二，大部分东南亚国家的患者收入低、医疗费用自付比例高，总体支付水平相对较低的现实，更高性价比的中国药企创新药将获得更多关注。根据普华永道的分析，2000 年-2019 年期间，东南亚的人均医疗支出的复合年均增长率为 9%，远高于美国和日本的 2%-5%。从医疗支出占 GDP 的比重看，2019 年东南亚国家医疗支出占 GDP 的比重为 3.8%，远低于同期美国的 16.8% 和日本的 10.8%，东南亚国家的人均医疗支出将保持快速的增长。

其三，与欧美地区相比，东南亚国家亚裔人口占据了较高的比例，人种差异较小，对中国新药的临床数据持有较高的认可度。从东南亚疾病谱角度来看，由于人种的相似性，东盟国家与我国疾病发病特征

也相似，基于中国人口疾病特征研发的药品也应当适用于东盟国家人口疾病特征。根据 IHME 统计，2019 年中国与东南亚疾病负担前十相比有 7 种疾病相同，心血管疾病、肿瘤、糖尿病与肾病、肌肉骨骼疾病、其他非传染性疾病、精神障碍与慢性呼吸系统疾病疾病负担均位于前列。此外，随着东盟国家人口老龄化逐渐加剧，心血管疾病、糖尿病等慢性疾病的患病率不断攀升，对相关药品的需求也在持续增长。

共享创新成果，中国医药走向国际舞台

中国常态化制度化推进医药集中带量采购，目前已开展十批国家组织药品集采，共纳入 435 种药品，覆盖常见慢性病和肿瘤药品；开展冠脉关节、人工关节、骨科脊柱、运动医学人工晶体、人工耳蜗外周血管支架五批耗材集采，有效减轻患者经济负担。

据中国医药保健品进出口商会数据显示，2024 年 1-10 月，全球医药贸易的规模达到了 1.376 万亿美元，同比增长 5.2%。2024 年中国的医药外贸总额 1993.8 亿美元，占整个全球医药贸易的 13.8%，中国医疗贸易基本保持稳定在 14%左右的规模，医药外贸潜力巨大。

推动中国医药“走出去”，是中国—东盟区域集采平台的发展目标之一，药品和医用耗材集采为其提供了有力支撑。集采平台的建立将为创新药、中医药等产业的发展提供更大机遇。

长期以来，中国与东盟的医药领域的贸易与供应链合作不断加

深。东盟国家有着良好的传统医药使用习惯,当地华人华侨数量众多,是我国中药产品进出口贸易的主要市场之一,更为我国的优质中药产品在东盟市场准入上提供了新的机遇。作为中国中成药出口及中药材进口的重要合作地区,2023年,东盟与我国中药类进出口额达到20.24亿美元。中医药已经成为中国与泰国、马来西亚、印度尼西亚等东盟国家开展贸易与人文交流合作的重要桥梁。

而在创新药方面,东盟多数国家本土制药产业基础薄弱,对于进口药品特别是高质量的创新药依赖度高。跨国药企占据了较大的市场份额,但这也为中国的创新药企提供了机会。近年来,中国与东盟在创新药领域合作成果显著,多种药品进入印度尼西亚、新加坡、马来西亚等国市场销售。

此外,通过集采平台,广西边境东兴市探索开通的“1369生命直通车”是中越首条跨境医疗救助通道,在中越边境线上搭起一条跨越国界的生命通道,不仅连接了两国,更连接了两国人民的心。截至2025年3月,通过该机制及时救治中外患者650余例。近期,一名越南籍主动脉夹层病人紧急通关后,由县、市、自治区接力转送到广西医科大学第一附属医院成功救治后返越的事迹,获国内和越南媒体高度关注。

4月28日下午,防城港国际医学开放试验区举行专题招商推介会,共吸引207家国内外医药企业的331名企业家参会,签约项目

52 个，总签约额 260.27 亿元人民币，签约项目涵盖医疗器械、创新药物、中药材进出口贸易、健康食品生产、国际医疗康养等医学试验区重点发展产业。

中国东盟区域医药交易集采平台以中国特色医疗保障制度为借鉴，创新探索国际性区域医疗、医保、医药交流合作及产业发展路径，充分发挥防城港国际主权开放试验区优势，让中国医药服务与全球健康需求有效衔接，更好服务构建更为紧密的人类卫生健康共同体。

[返回目录](#)

迈向全民医疗保障的中国经验

来源：国际劳工组织中国和蒙古局

推动居民医保从定额缴费到按费率缴费，可提高酒精、烟草和含糖饮料等有害健康产品征税或提税，用以补充基本医保资金，通过改善健康状况以减少基本医保基金支出。

中国致力于建立健全多层次的医疗保障制度体系。通过出台一系列法律法规，中国基本医疗保障覆盖面实现了从城镇职工扩展到农村居民、再到城镇居民，覆盖面从小到大，保障水平从低到高的转变，最终建立了基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重梯次减负的基本医疗保障制度体系，以及商业健康保险、慈善救助、医疗互助等与基本医疗保障共同构成多层次医疗保障制度体系。

基本医疗保险分为职工医保和居民医保——

在人口覆盖方面，职工医保覆盖所有用人单位职工，无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员；居民医保覆盖除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障人员外的全体城乡居民；截至 2023 年底，中国基本医疗保险覆盖 13.34 亿人，占全国总人口的 94.6%。

待遇设计方面，职工医保和居民医保均设置起付线、封顶线和目录内基金支付比例；职工和居民住院费用目录内基金支付比例分别在 80%和 70%左右，职工医保门诊费用的统筹基金支付比例不低于 50%，普遍设置封顶线；居民医保普通门诊保障水平较职工医保低。

在筹资方面，职工医保由用人单位和职工个人共同缴费，用人单位按照职工工资总额的 6%左右缴费，职工个人按照本人工资收入的 2%按月缴费，退休后不再缴纳；2023 年，职工医保人均实际筹资为 6182 元。居民医保采取个人缴费和财政补助相结合的方式筹资，2023 年，居民医保人均实际筹资 1098 元：

服务提供方面，2023 年医疗卫生机构数 107.08 万个，包括 3.84 万个医院，101.62 万个基层医疗卫生机构以及 1.21 万个专业公共卫生机构；每千人口医疗卫生机构床位数、每千人口拥有执业(助理)医师数，每千人口注册护士数分别为 7.23 张、3.40 人和 4.00 人。2023 年，全国医保定点医疗机构 52.0 万家，定点零售药店 48.5 万家。

战略购买方面，2023 年全国基本医疗保障基金收入合计 3.35 万

亿元，其中职工医保基金收入 2.29 万亿元，居民医保基金收入 1.06 万亿元；2024 年新版国家医保药品目录共收载 3159 种西药和中成药。

2023 年中国人均预期寿命增至 78.6 岁，全国孕产妇死亡率降至 15.1/10 万，婴儿死亡率降至 4.5‰，各主要健康指标总体上已居于中高收入国家前列，实现了人类历史少有的健康飞跃。

尽管中国全民医保取得较大成效，发展中的中国医保依然面临着参保未完全覆盖、参保质量有待提升、待遇公平性和保障水平有待提高、筹资机制不健全、基金统筹层次低，以及医疗费用快速增长、医保基金支出压力增加等问题。

回首中国迅速实现了 13 亿人口的全民医保覆盖，主要得益于中国政府致力于改善公民福祉的政治意愿、不断增长的经济实力和强有力的财政支持、广泛的公众支持、因地制宜地学习国际经验以及医保信息化的快速发展。

未来还需精准识别未参保人员、提升参保质量，推动建立公平统一的待遇保障机制，健全稳定、可持续的筹资机制。

一、引言

1948 年，联合国大会颁布《世界人权宣言》，明确了人人享有社会保障的权利，构成了当今国际社会保障体系架构的人权基础。从根本上说，全民健康覆盖是基于人权和人的现实需求提出的重要内容。

1952 年国际劳工组织的《社会保障(最低标准)公约》(第 102 号)规定了包含基本医疗保障在内的社会保障制度的最低要求。

1969 年《医疗和疾病津贴公约》(第 130 号)及其建议书(第 134 号), 2000 年《生育保护公约》(第 183 号)及其建议书(第 191 号)针对医疗、疾病和生育保障制定了更高的标准。

2012 年《社会保护底线建议书》(第 202 号)为第 102 号公约及其后通过的更高标准提供了补充, 提出弥合覆盖面差距并实现全民覆盖战略的两个维度, 即向未被覆盖人群的横向拓展覆盖面和向更高水平、更充分保障纵向拓展保障水平。

国际劳工标准在社会健康保护领域确立了一系列的指导原则, 包括全民保护、集体筹资、待遇的充足性、国家的主体责任等。

早在 1944 年《医疗服务建议书》(第 69 号)中, 国际劳工组织就呼吁通过社会保险、社会救助、公共医疗服务等方式为所有人提供医疗服务。

2005 年, 第 58 届世界卫生大会正式提出了全民健康覆盖的概念, 即所有人都能获得所需要的、有质量的医疗卫生服务, 而不会因利用这些服务而陷入经济困难(WHO, 2024)。

千年发展目标结束后, 2015 年联合国制定了 2030 年可持续发展目标, 全民健康覆盖被纳入《2030 年可持续发展目标》, 成为实现人人享有健康生活和福祉(具体目标 3.8)的重要保障, 包括人口覆盖、

服务覆盖和财务保护。

中国政府虽然尚未批准第 102 号公约，但始终秉持着公约的精神和原则，把保障人民健康放在优先发展的战略位置，在实现全民健康覆盖方面取得了积极进展和显著成效。

在距离联合国 2030 年可持续发展目标完成还有 6 年之际，本报告梳理总结中国推进全民健康覆盖的经验，为全球卫生事业的持续发展贡献智慧和力量。

二、中国致力健全多层次医疗保障体系

01 中国医疗保障制度框架

实现全民健康覆盖是世界各国共同追求的目标，社会医疗保障制度是实现全民健康覆盖、不让任何人掉队的基础。依据《中华人民共和国社会保险法》《社会救助暂行办法》等国家法律法规和党中央、国务院决策部署要求，中国建立了基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重梯次减负的基本医疗保障体系(见图 1)，其中基本医疗保险包括职工基本医疗保险(以下简称职工医保)和城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)。

为满足群众多元化的健康需求，基本医疗保障制度之外还建立了商业健康保险、慈善救助、医疗互助等，与基本医疗保障共同构成多层次医疗保障制度体系。目前，中国基本医疗保障覆盖面实现了从城镇职工扩展到农村居民、再到城镇居民，覆盖面从小到大，保障水平

从低到高，管理服务从有到优的转变(国新办，2024)。



图1 基本医疗保障体系筹资、服务和待遇框架

截至2023年底，中国基本医疗保障覆盖13.34亿人(国家医疗保障局，2024a)，占全国总人口的94.6%(国家统计局，2024)，建立了全世界规模最大的基本医疗保障体系。

02 医疗保障体系建设的政策环境支持

中国政府一直致力于建立全民医疗保障制度，出台了一系列法律法规。

在法规制度建设方面，2010年《中华人民共和国社会保险法》(以下简称《社会保险法》)为基本医保制度的完善和发展提供了根本性法律制度保障，明确了社会保险制度的基本框架和原则，中国向实现全民医保迈出坚实一步。2020年《中华人民共和国基本医疗卫生促

进法》实施,该法明确规定公民依法参加基本医疗保险的权利和义务。2021 年,国家医保局起草《医疗保障法草案(征求意见稿)》,并公开征求意见,该草案作为一部纲领性的、全面的医疗保障法律,标志着中国医疗保障已正式步入法治化轨道。

在医药卫生领域,2009 年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》对医药卫生体制改革的目标原则、整体架构、重点任务做了具体的规定安排,提出“建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系”,给基本医保制度的发展提供了良好的外部环境和契机。此后,中国以全球和历史上少有先例的速度实现了基本医保制度的全民覆盖。

2018 年 5 月,新一轮国家机构改革后,组建了国家医疗保障局,标志着医保改革已进入全面深化的新阶段。国家通过出台顶层设计、制定医保基金使用监管法规、改革职工医保个人账户、推进市地级统筹、开展医药集中带量采购、扩大按病组(DRG)付费和按病种分值(DIP)付费试点、建立医保待遇清单制度等一系列重大改革措施(郑功成, 2021),使基本医疗保障制度开始走向成熟定型、迈向高质量发展。

2020 年 3 月,中共中央、国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的指导意见》(以下简称《意见》),明确了中国医保制度的建制目标是建立覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系,设定到 2030 年全面建成以基本医疗保险为主体,

医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。《意见》的发布标志着中国医保制度改革步入了以全面建成高质量、可持续的中国特色医保制度为目标的新发展阶段(郑功成，2022)。

2021 年，国务院办公厅印发《“十四五”全民医疗保障规划》进一步细化了《意见》在“十四五”期间的实施方案。

2024 年 7 月，《中共中央关于进一步全面深化改革推进中国式现代化的决定》提出健全社会保障体系，健全基本养老、基本医保筹资和待遇合理调整机制健全灵活就业人员、农民工、新就业形态人员社保制度，扩大失业、工伤、生育保险覆盖面，全面取消在就业地参保的户籍限制，完善社保关系转移接续政策发挥各类商业保险的补充保障作用。推进基本医保省级统筹，深化医保支付方式改革，完善大病保险和医疗救助制度，加强医保基金监管等。

03 基本医疗保障制度全民覆盖过程

建国初期，国家在计划经济基础上建立了覆盖企业职工的劳保医疗制度和覆盖国家机关事业单位工作人员的公费医疗制度。为适应社会主义市场经济体制改革，国家开始探索将免费的劳保医疗和公费医疗制度逐步向社会医疗保险制度转型(鲁全，2022)。

1998 年 12 月《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44 号)出台，国务院正式建立起职工医保，确定

了“属地”原则，2002 年覆盖了中国城镇企业和机关事业单位工作人员(李珍，2022;孙淑云，2018)。

在农村地区，以农村集体经济为依托，1957 年开始实行“农村合作医疗制度”。伴随农村家庭联产承包责任制改革，“农村合作医疗制度”大面积解体。

2003 年《关于建立新型农村合作医疗制度的决定》(国办发〔2003〕3 号)提出“由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度试点”，并提出“到 2010 年，实现在全国建立基本覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度(以下简称新农合)的目标”，基本医疗保险制度覆盖面由城镇职工扩展到农村居民。

在城镇职工、农村居民都有了基本医疗制度保险制度的背景下，2007 年，国务院发布《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》(国发〔2007〕20 号)，建立了覆盖城镇非从业居民的城镇居民基本医疗保险制度(以下简称城镇居民医保)，缴费来源为参保家庭和政府补贴。

至此，中国基本医保因地制宜地在制度上实现了从城镇职工到农民再到城镇居民的制度全覆盖过程(见图 2)。

随着制度的发展，城镇居民医保和新农合人均筹资水平逐渐趋同。为进一步促进制度的公平性，2012 年各地开始探索将城镇居民

医保和新农合进行制度整合。



图 2 基本医疗保险制度建立发展历程示意图

2016年1月，国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号），实现了城镇居民医保与新农合在覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理的整合，形成“城乡居民基本医疗保险”，形成了基本医保制度框架下，职工医保和居民医保两个板块分类保障的格局，增强了基本医保基金的共济能力，提高了参保群众待遇保障水平。

2016年11月，国际社会保障协会将“社会保障杰出成就奖”授予中国政府，标志着中国全民医保改革发展的成就举世公认。2019年，国务院办公厅发布了《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号），实现了生育保险基金和职工医保基金合并建账及核算，进一步完善社会保障体系，确保参保人员待遇。

为提高保障水平，国家在基本医保基础上又建立了针对城乡居民

的城乡居民大病保险、针对参保职工的职工大额医疗费用补助(含部分省份的职工大病保险)以及针对公务员的公务员医疗补助。

早在 2010 年,为进一步提高农村居民医疗保障水平,探索减轻农民重大疾病负担的有效途径,原卫生部出台了《关于开展提高农村儿童重大疾病医疗保障水平试点工作的意见》(卫农卫发〔2010〕53 号),优先选择几种危及儿童生命健康、医疗费用高、经积极治疗预后较好的重大疾病(如急性白血病和先天性心脏病)开展试点,提高对重大疾病的医疗保障水平。

除新农合重大疾病保障制度的发展之外,2012 年国家发展改革委等六部委联合出台了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会〔2012〕2605 号),明确了城乡居民大病保险是在基本医疗保障的基础上,对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。在试点基础上,2015 年国务院办公厅发布《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》(国办发〔2015〕57 号),明确全面实施大病保险,对城乡居民因患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障,使人民群众不因疾病陷入经济困境。

在医疗救助方面,2003 年,民政部等部委联合下发《关于实施农村医疗救助的意见》(民发〔2003〕158 号),建立了面向农村居民的社会医疗救助制度。2005 年《国务院办公厅转发民政部等部门关于建立城市医疗救助制度试点工作意见的通知》(国办发〔2005〕10

号), 开始在城市开展医疗救助试点。2008 年, 全面实施统一的城乡医疗救助制度。2015 年《国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》(国办发〔2015〕30 号), 进一步完善了重特大疾病的医疗救助制度, 减轻城乡居民的大病负担。2021 年, 国务院办公厅印发《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》(国办发〔2021〕42 号) 提出医疗救助应公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民, 根据救助对象类别实施分类救助。

三、中国基本医疗保障体系设计

01 人口覆盖

2021 年, 国家医疗保障局印发《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(医保发〔2021〕5 号)(以下简称《待遇清单》), 明确了参保人群范围、资助参保政策等, 对基本参保政策进行了规范——

职工医保覆盖所有用人单位职工、无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员, 用人单位职工实施强制参保; 参加职工基本医疗保险的在职职工同时参加生育保险, 生育保险覆盖用人单位及其职工。

居民医保覆盖除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障人员外的全体城乡居民, 公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务; 个人缴费需要在户籍地或常住地的集中参保期内按年度一次性缴纳。

非全日制从业人员以及其他灵活就业人员并不强制参加职工医保，可以选择参加职工医保或居民医保。2024年8月国务院办公厅发布《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》（国办发〔2024〕38号），规定进一步放宽放开参保的户籍限制，包括超大城市要取消对灵活就业人员、农民工、新就业形态人员参加职工医保的户籍限制，以及中小学生、学龄前儿童可以在常住地参保等。

同时规定新生儿从“落户才参保”变成新生儿凭出生医学证明参保，通过在线申请医保码，真正实现“落地即参保”。大病保险方面

参加职工医保的人员(含退休人员)，同步参加大额医疗费用补助/大病保险；

参加居民医保的人员自动获得大病保险的资格。

参保人在就医看病，特别是住院过程中，个人花费超过了一定额度，原则上不高于统筹地区居民上年度人均可支配收入的50%，大病保险自动启动(国新办，2024；国家医疗保障局，2021)。医疗救助覆盖特困人员、低保对象、返贫致贫人口等困难群众。

02 待遇设计

参保人在定点医疗机构接受基本医疗服务产生的医疗服务费用主要由基本医保基金和个人支付(全国人大，2020)。即基本医保基金用于支付参保人员在基本医疗保险药品目录，基本医疗保险服务设

施、医用耗材目录，医疗服务项目目录三大目录以内的普通门诊、门诊慢特病与住院费用(见图 1)。

职工医保和居民医保均设置起付线、封顶线和目录内基金支付比例。职工医保个人账户可用于支付定点机构门诊费用、药店购药、起付标准以下费用等。职工医保统筹基金和居民医保基金主要用于支付起付标准以上、最高支付限额以下的住院费用和门诊费用。生育保障待遇主要通过生育保险提供。职工医保参保者可享受生育津贴和生育相关医疗费用的报销待遇；居民医保参保者不享受生育津贴待遇，但可通过居民医保报销其生育相关医疗费用。

城乡居民大病保险是附加在基本医保框架内的第二重保障，对居民医保参保患者发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

职工大额医疗费用补助(含部分省份的职工大病保险)对参保职工发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障(国新办，2024；国家医疗保障局，2021)。

基本医保享受待遇时间和参保时间一致。职工医保叠加职工大额医疗费用补助、居民医保叠加大病保险的最高支付限额原则上达到当地职工年平均工资和居民人均可支配收入的 6 倍左右(国家医疗保障局，2021)。

为发挥基金互助共济效能，2021 年，国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》(国办发

(2021) 14 号)(以下简称《门诊共济保障》), 明确规定职工医保用人单位缴纳的基本医保费全部计入统筹基金, 并对从统筹基金划入退休人员个人账户的额度做出了统一规范, 强化了职工医保个人账户家庭共济功能。

2024 年, 全国所有省份实现职工医保个人账户省内跨统筹区共济, 职工医保个人账户共济范围扩大至其参加基本医保的配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母等近亲属, 参保人可通过线上途径绑定近亲属关系, 实现职工医保个人账户的共济。《门诊共济保障》明确在做好门诊慢特病医疗保障的基础上, 逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围, 提高参保人员的门诊待遇。

为满足群众异地就医结算需求, 2018 年以来, 国家医保局在巩固住院费用跨省直接结算的基础上, 将跨省结算服务拓展到普通门诊费用和门诊慢特病相关治疗费用。就医结算服务也从原来的覆盖统筹地区内逐步延伸到省内和跨省结算。

03 筹资体系

职工医保采用固定费率制, 用人单位和职工个人共同缴费(见表 1), 用人单位按照职工工资总额的 6%左右缴费, 职工个人按照本人工资收入的 2%按月缴费。制度结构上, 职工医保采取统账结合的模式, 个人缴费划入职工医保个人账户, 单位缴费划入统筹基金。缴费基数随职工收入水平增长而增长。在职职工参加生育保险, 个人不单

独缴费，由企业缴纳。

核心要件	职工医保	居民医保
筹资来源	单位缴费+个人缴费	财政补贴+个人缴费
筹资标准	单位: 职工工资总额的6%左右 职工: 本人工资收入的2%	定额缴费, 逐年调整
统筹层次	市地级统筹, 部分地区实现省级统筹	市地级统筹, 部分地区实现省级统筹

表 1 职工医保和居民医保筹资概况

来源:《国家医保局财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(2021)、《社会保险法》(2011)等。

2023 年,职工医保人均实际筹资分别为 6182 元。职工医保参保者达到法定退休年龄时累计缴费达到国家规定年限的,退休后不再缴费,按照国家规定享受基本医疗保险待遇。各地累计缴费年限不一,如山东、广东等地累计缴费年限男满 30 年,女满 25 年,浙江要求累计缴费年限 20 年。

居民医保采取个人缴费和财政补助相结合的方式筹资,以财政补助为主要筹资来源(见图 1),其中财政补助包括中央财政补助和地方财政补助;中央财政按规定对地方实施分档补助,对西部、中部地区分别按照人均财政补助标准 80%、60%的比例给予补助,对东部地区省、市分别按一定的比例补助(国家医疗保障局, 2024b)。

国家每年制定最低财政补助标准和个人缴费标准。2023 年,全国财政补助居民医保基金 6612.98 亿元,占当年居民医保基金收入的 62.45%(财政部, 2024)。

2023 年，居民医保人均实际筹资 1098 元。个人缴费需要在户籍地或常住地的集中参保期内按年度一次性缴纳。居民医保采用终身缴费的方式，对断缴人员和未按时参保人员设定待遇等待期。特困人员、低保对象等医疗救助对象参加居民医保的个人缴费部分按规定享受分类资助。

在统筹层次方面，在同一统筹地区，职工医保与居民医保各自独立建立基金池。职工医保基本做实市地级统筹，探索实行省级统筹；居民医保已基本做实市地级统筹，稳步推进省级统筹。

截至目前，中国已有 17 个省(区、市)推进了基本医疗保险省级统筹，其中北京、天津、上海、重庆、海南、青海、西藏(职工医保)7 省(市)采取统收统支模式，山西(居民医保)、江西、四川、西藏(居民医保)、宁夏、福建(职工医保)、山东(职工医保)、辽宁、安徽、陕西、新疆兵团(职工医保)11 省(区、市)采取省级调剂金模式。

城乡居民大病保险资金来源于所有居民医保参保人，普遍采用从居民基本医保基金划拨的方式。医疗救助资金主要来源于中央、省级和市级或县级财政拨款，专项彩票公益金和社会捐助等，绝大多数地区医疗救助的统筹层次在县级层面。

每年中央财政、省级和市级或县级财政部门制定医疗救助预算，根据医疗救助资金年度预算安排情况，财政部会同国家医疗保障局分配中央财政城乡医疗救助补助资金，省级财政部门会同同级医疗保障

部门将中央财政补助资金分解下达至设立基金的市级或县级及以上统筹地区的财政部门，设立基金地区的财政部门将上级财政医疗救助补助资金拨付至本级社会保障基金财政专户。

对于资助参保，主要是根据相关部门提供的医疗救助对象名单，各级财政的补助款直接拨付到统筹区社会保障基金财政专户。医疗救助对特困人员进行全额补贴，对低保对象、返贫致贫人口等困难群众实行定额补贴，定额资助标准由各省级人民政府根据实际确定(国家医疗保障局，2021)。

对于医疗费用救助，医疗救助对象到医院就医缴纳费用时，个人只缴纳自负费用，医疗救助的费用由医疗机构先垫付，然后由医疗机构向统筹区医疗保障部门申报，审核通过后医疗保障部门向本级财政部门请款，财政部门再拨付到医疗机构。

04 服务提供

基本医疗卫生服务包括基本公共卫生服务和基本医疗服务——

基本公共卫生服务由国家免费提供(国家卫健委，2024)。县级以上人民政府通过举办专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构和医院，或者从其他医疗卫生机构购买服务的方式提供基本公共卫生服务(全国人大，2020)。

基本医疗服务主要由政府举办的医疗卫生机构提供，鼓励社会力量举办的医疗卫生机构提供基本医疗服务(全国人大，2020)。

05 战略购买

2021 年，国务院办公厅发布《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2 号）和国家医保局等 8 部门发布《于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见》（医保〔2021〕31 号），开始在全国开展常态化、制度化的药品高值医用耗材集中带量采购。

截止 2024 年 12 月底，国家共组织开展了 10 批药品集采和 5 批高值医用耗材集采，各省以独立或者联盟的方式开展药耗集采，加快推动省牵头、全国参加的全国联采。

同时，提出推动将符合条件且愿意申请的村卫生室纳入基本医保结算范围，推动集采药品进基层医疗机构，进民营医院，进零售药店，方便群众就近就便购药。在减轻群众“老药”费用负担的同时，腾出费用空间为支持新药纳入医保提供条件（国家医疗保障局，2024e）。

国家医保局成立以来，已连续 7 轮调整国家医保药品目录，累计将 835 种药品新增进入国家医保药品目录，其中谈判新增 530 种，竞价新增 38 种。不断提升优化群众用药结构，同时促进医药产业提质升级。（国家医疗保障局，2024e）。

06 部门职责

2018 年 5 月，国家医疗保障局成立，将原先人力资源和社会保障部的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、生育保险以

及正在试点的长期护理保险管理职责，原卫生部的新型农村合作医疗管理职责，民政部门的医疗救助管理职责，发展改革委的药品和医疗卫生服务价格管理职责整合在一起，由国家医疗保障局集中管理，实现了全国医疗保障事业的集中归口管理(郑功成，2020;王东进，2018)。

具体来看，国家医疗保障局的主要职责是，拟订基本医疗保障制度的政策、规划、标准并组织实施，监督管理相关医疗保障基金、推进医保支付方式改革，组织制定医保目录和支付标准、收费和价格政策及招标采购和监督实施，负责医疗保障经办管理和信息化建设，以及参保动员和政策宣传解读等。

财政部门、公安部门、人力资源社会保障部门、教育部门、卫生健康部门、民政部门、税务部门等均承担了部分职能(见图1)——

财政部门对参保人数、财政补助资金拨付等情况进行审核，对基本医保基金的收支、管理情况实施监督，审核并汇总编制基本医保基金预决算草案，及时落实各级财政补助资金，并承担社会保障战略储备基金等职能。

公安部门、人力资源社会保障部门、教育部门在居住地参保、新生儿参保，以及失业保险人员、大学生参保人员信息比对等方面发挥重要作用。

民政部门等承担医疗救助对象人群认定的责任，医疗保障部门负

责动员引导社会力量依法规范参与医疗救助活动。

卫生健康部门优化医疗资源配置，加强医疗机构行为监管，与医保部门联动，推动医疗费用增长合理有度且与经济社会发展水平、医保筹资水平和群众承受能力相适应。

根据《国税地税征管体制改革方案》，2019年起，税务部门承担各项社会保险费统一征收和缴费服务，加强与医疗保障部门数据比对，协助做好参保动员工作。公安部门、卫生健康部门与医保部门还加强部门合作，联合严厉打击涉医保基金违法犯罪行为。

四、中国基本医疗保障全民覆盖效果

01 人口覆盖

1998年，中国基本医保参保人数仅为1878.7万人，参保覆盖率1.51%。随着新农合和城镇居民医保制度的建立，2007年，中国基本医保参保人数迅速增加至9.49亿人，参保率快速提高至71.83%，从参保人数和参保率变化上可以看出两项制度的建立为基本医保扩面作出了巨大贡献。

2009年，新农合实现了农业人口全覆盖，城镇居民医保也在全国范围开展，参保率得到较快提升，尤其是2011年开始，参保率基本稳定在95%以上，中国以前所未有的速度实现全民健康覆盖。2013年《政府工作报告》宣布“全民基本医保体系初步形成，各项医疗保险参保超过13亿人”。

2022 年全国统一的医保信息平台全面建成，在消除重复参保现象的条件下，2023 年基本医保年度参保率仍保持在 94.62%。2023 年，全国参加生育保险参保人数 2.49 亿人，长期护理保险参保人数达到 1.83 亿人(国家医疗保障局，2024a)。

总体来看，2018 年国家医疗保障局成立后，基本医保年度参保总人数稳定在 13.5 亿人左右，参保率稳定在 95%左右(国新办，2024)，中国已基本实现基本医保全民覆盖。

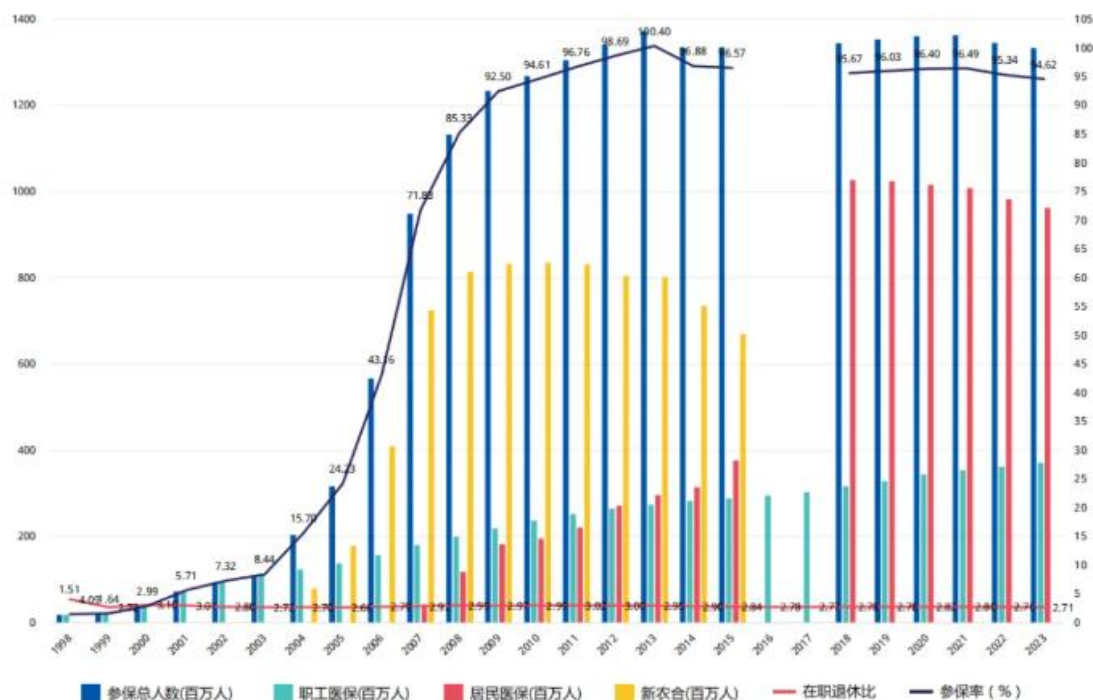


图 3 中国基本医疗保险参保概况

数据来源：《中国统计年鉴(2024)》《中国医疗保障统计年鉴(2024)》

注：2016 年新农合和城镇居民医保合并，使得 2016 年和 2017 年部分数据尚未统计导致部分数据缺失。

02 应用场景与适用类型

《中国统计年鉴(2024)》数据显示，个人现金卫生支出占卫生总费用的比重从2003年的55.87%降低到2016年的28.78%，此后进入平台期，2023年个人现金卫生支出占卫生总费用的比重为27.33%。

1. 职工医保待遇

对于住院服务，职工医保住院费用的年度起付标准原则上不高于统筹地区年职工平均工资的10%，不同级别医疗机构适当拉开差距，大病保险年度起付标准原则上不高于统筹地区居民上年度人均可支配收入的50%。

对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，基本医保总体支付比例75%左右，大病保险支付比例不低于60%，不同级别医疗机构适当拉开差距。

2023年职工医保住院费用目录内基金支付比例84.6%，三级、二级、一级及以下医疗机构支付比例分别为83.5%、87.4%、89.4%(国家医疗保障局，2024a)。基金最高支付限额方面，职工医保叠加职工大额医疗费用补助的最高支付限额原则上达到当地职工年平均工资收入的6倍左右(国家医疗保障局，2021)。

在普通门诊统筹方面，从起付标准看，年度起付线范围在0-1800元，中位数是200元，主要有定额和按医院级别设置，如：

北京门诊统筹年度起付线在职职工为1800元、退休人员为1300

元；

海南一级及以下定点医疗机构、二级定点医疗机构和三级定点医疗机构年度起付线分别为 10 元、50 元和 100 元。

大部分省份门诊费用目录内基金支付比例不低于 50%。从最高支付限额看，北京、上海不设封顶线，大多省份会设置年度封顶线，如海南在职职工年度封顶线为 1500 元，退休人员为 2000 元；宁夏在职职工年度封顶线为 4000 元，退休人员为 4500 元(朱铭来，2024)。

2. 居民医保待遇

对于住院服务，居民医保起付线通常不高于居民可支配收入的一定比例(如山东 3%、浙江 5%、吉林 10%)、居民次均住院费用的百分比(如湖北 10%)或根据不同等级医疗机构及住院次数确定固定的起付标准，如海南一级及下定点医疗机构 300 元/年，二级定点医疗机构 600 元/年，三级定点医疗机构 800 元/年；大病保险起付标准原则上不高于统筹地区居民上年度人均可支配收入的 50%。低保对象、特困人员原则上全面取消救助门槛。

对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，基本医保支付 70%左右，不同级别医疗机构适当拉开差距。2023 年居民医保住院费用目录内基金支付比例 68.1%，三级、二级、一级及以下医疗机构支付比例分别为 63.2%、72.4%、80.8%(国家医疗保障局，2024a)。

医疗救助对低保对象、特困人员可按不低于 70%比例给予救助。居民医保患者住院费用目录内基金支付比例与实际报销比例均低于职工医保。居民医保叠加大病保险的最高支付限额原则上达到当地居民人均可支配收入的 6 倍左右。

在普通门诊统筹方面，普通门诊一般不设置年度起付线或设置较低起付线，单设较低的年度封顶线。如北京市——

一级及以下医疗机构年度起付线是 100 元，目录内基金支付比例是 55%；

二级及以上医疗机构年度起付线是 550 元，目录内基金支付比例 50%；

年度门诊封顶线 5000 元。

云南省政策范围内普通门诊费用，二级以下定点医疗机构门诊统筹支付比例不低于 50%，二级及二级以上定点医疗机构不低于 25%，年度最高支付限额不低于 400 元。门诊慢特病方面，把高血压、糖尿病等门诊用药纳入医保报销。

2015 年全面建立城乡居民大病保险后，居民医保参保人在基本医保报销后对于符合条件的高额医疗费用可以获得大病保险的报销，2023 年政策范围内报销比例可在基本医保的基础上提高 15 个百分点以上。

2023 年，全国医疗救助支出 746 亿元，医疗救助基金资助 8020

万人参加基本医保，实施门诊和住院救助 15340 万人次，全国次均住院救助、门诊救助分别为 1241 元、132 元；中央财政安排医疗救助补助资金 297 亿元；各项医保综合帮扶政策惠及农村低收入人口就医 1.86 亿人次，减轻农村低收入人口医疗费用负担 1883.5 亿元(国家医疗保障局，2024a)。

03 服务提供

2000 年至 2023 年，中国医疗卫生机构数、每千人口医疗机构床位数、每千人口拥有执业(助理)医师数和每千人口注册护士数等医疗资源增势明显。2000 年以来，医疗卫生机构数从 2000 年的 103.42 万个增长到 2023 年的 107.08 万个，包括 3.84 万个医院，101.62 万个基层医疗卫生机构以及 1.21 万个专业公共卫生机构；分不同等级医疗机构看，三级医院 3855 个(其中，三级甲等医院 1795 个)，二级医院 1.19 万个，一级医院 1.33 万个，未定级医院 9302 个。

每千人口医疗卫生机构床位数从 2000 年的 2.38 张增加至 2023 年的 7.23 张；每千人口拥有执业(助理)医师数从 2000 年的 1.02 人增加至 2023 年的 3.40 人，每千人口注册护士数从 2000 年的 1.08 人增加至 2023 年的 4.00 人。

与此同时，全国医保定点医疗机构和定点零售药店分别从 2018 年的 19.3 万家、34.1 万家增加到 2023 年的 52.0 万家和 48.5 万家。更多的定点医疗机构和零售药店提升了医疗服务的可及性，给群众就

医购药带来了极大便利。



图 4 医疗卫生资源概况

数据来源：《中国统计年鉴(2024)》

基本医保制度降低了老百姓的医疗费用负担，同时使得医疗服务利用率快速上升。医疗卫生机构诊疗人次和入院人数分别从 2002 年的 21.45 亿人次和 5991 万人次稳步增长到 2023 年的 95.5 亿人次和 3.02 亿人次，分别增长了 4.5 倍和 5 倍。2023 年职工参保人员待遇享受人次达 25.3 亿人次，比上年增长 20.45%。

其中，普通门急诊 21.8 亿人次，门诊慢特病 2.7 亿人次，住院 0.8 亿人次，享受药店购药 23 亿人次。参加居民医保人员享受待遇 26.1 亿人次，比上年增长 21.1%。其中，普通门急诊 20.8 亿人次，门诊慢特病 3.4 亿人次，住院 2 亿人次(国家医疗保障局，2024a)。

职工医保和居民医保参保患者住院率也快速上升，职工医保参保人群住院率由 2012 年的 13.5% 上升至 2023 年的 21.86%，居民医保参

保人群住院率由 2012 年的 12.33% 增长至 2023 年的 25.34%。

2023 年，跨省联网定点医药机构达到 55.04 万家，全年住院、普通门诊、门诊慢特病跨省直接结算人次分别达到 1125.48 万人次，8598.73 万人次，331.00 万人次。跨省直接结算门诊慢特病从 5 种增加到 10 种(国新办, 2024)；建立了高血压、糖尿病门诊用药保障机制。

生育保险方面，2023 年起，进一步规范统一生育保险待遇享受统计口径，将产前检查、计划生育人次纳入生育保险待遇统计，享受各项生育保险待遇 2834 万人次，比上年增加 1065 万人次，比上年增长 60.2%。2023 年，49 个试点城市享受长期护理保险待遇人数共 134.29 万人，长期护理保险定点服务机构 8080 家，护理服务人员 30.28 万人(国家医疗保障局，2024a)。

04 战略购买

国家医疗保障局成立以后，此前分散在不同部门的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和医疗救助资金集中由医疗保障局统一管理，增强统筹基金共济能力。

近年来，基金收入持续增长，2023 年全国基本医疗保险基金收入合计 3.35 万亿元，其中职工医保基金收入 2.29 万亿元，居民医保基金收入 1.06 万亿元；此外，2023 年长期护理保险基金收入 243.63 亿元。

2023 年全国基本医疗保险(含生育保险)基金总支出 2.82 万亿元

(其中生育保险基金支出 1177.23 亿元)，统筹基金当期结存 5040.32 亿元，累计结存 3.40 万亿元；长期护理保险基金支出 118.56 亿元(国家医疗保障局，2024a)。

国家医疗保障局成立以来，积极推进医药招采制度改革、启动医保药品目录国家谈判，实现医保战略性购买。国家医保药品目录坚持每年调整一次，新版目录一般于次年初开始实施。

基本医疗保险药品目录收载西药和中成药数量从 2016 年的 2196 种增加至 2024 年的 3159 种(国家医疗保障局，2024d；国新办，2024)，覆盖公立医疗机构用药金额 90%以上的品种(国新办，2024)。

目录内药品的质量也显著提升，特别是在肿瘤、罕见病、高血压、糖尿病等疾病的治疗领域，很多新机制、新靶点的药物被纳入(人民日报，2024)。

医保目录准入谈判已成为高值创新药品准入医保的重要途径，对于提高患者用药的可支付性具有重要意义。同时，医学检查、彩超、CT、核磁共振等高新设备，无痛手术、微创手术等诊疗技术纳入医保报销范围(国新办，2024)。

与此同时，落实积极生育支持措施，目前 31 个省份和新疆生产建设兵团将试管婴儿等辅助生殖技术项目纳入医保支付范围。药品和高值医用耗材集采，有效挤出了药品和高值医用耗材虚高价格水分，提高了药耗的可及性(人民日报，2024)。

中国用占GDP2%左右的基本医保筹资水平构成医疗卫生总费用四成左右的集团购买力量，解决了全世界约六分之一人口的基本看病就医问题，为政府集中力量引导医疗资源合理配置、规范医患双方诊疗行为提供了经济支撑，也充分展现了一个发展中大国的治理水平。

05 健康状况提升

医疗保险制度的建立对中国城市和农村地区人群健康状况的提升做出了巨大贡献。

中国统计年鉴数据显示，中国人均预期寿命从2000年的71.40岁增长到2023年的78.6岁；其中，男性平均期望寿命从2000年的69.63岁增长到2020年的75.37岁，女性从2000年的73.33岁增长到2020年的80.88岁；人均预期寿命的大幅增长集中体现了中国人民健康水平的提升。

新中国成立前，全国孕产妇死亡率高达1500/10万，婴儿死亡率高达200‰；2023年中国卫生健康事业发展统计公报数据显示，全国孕产妇死亡率降至15.1/10万，婴儿死亡率降至4.5‰。

城市和农村孕产妇死亡率、5岁以下儿童死亡率以及新生儿死亡率均呈现明显的数量级下降，尤其是农村相关健康状况改善趋势明显。各主要健康指标总体上已居于中高收入国家前列，实现了人类历史少有的健康飞跃。

五、发展中的中国医保面临的问题、经验与展望

01 全民医保发展面临的主要问题

1. 参保未完全覆盖，参保质量有待提升

自 2011 年以来，中国基本医疗保险参保率一直维持在 95%左右，中国已基本实现全民医疗保险覆盖。人口覆盖率大幅增加后，覆盖率进展缓慢，5%左右的未参保人口成为中国真正实现全民医保的“最后一公里”。

中国基本医保参保结构依然呈现明显的“二元结构”，城镇居民和农村居民参加的居民医保人口为主(占 70%以上，约为职工医保参保人数的近 3 倍)，整体参保质量有待提升。

对于职工医保，随着新型城镇化深入推进，人口在城乡之间、区域之间频繁流动，互联网+和数字经济的繁荣，新就业形态不断增加。2023 年参保人数 3.71 亿人(在职 2.71 亿人)(国家医疗保障局，2024a)，而同期城镇就业人员约 4.70 亿人(国家统计局，2023)，这意味着仍有约 2 亿城镇就业人员未参加职工基本医保。

政策赋予了无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员参保的权利，但并未强制参保；同时，由于雇主责任不明、流动性强、收入水平普遍较低且不稳定，个人需承担个人和单位的双重缴费负担，降低了其参加职工医保的意愿，大量本应参加职工医保的就业人员没有参保或参加了居民医保。

同时，由于人口老龄化程度不断加深、出生率下降等原因，在职和退休人员之比由 1998 年的 4.09 下降为 2023 年的 2.71，呈现明显的下降趋势。

虽然一直以来财政对覆盖参保总人数 70% 以上的居民医保发挥了重大支撑作用，但在医疗费用持续增长的大背景下，为确保参保人医保待遇支出，近年来个人缴费标准随之合理调增。而在自愿参保下，一些身体健康者、进城务工人员选择不参保或不续保（仇雨临，2020），参保扩面压力较大，给制度可持续性带来不确定。

与此同时，虽然全国纳入监测范围农村低收入人口参保率稳定在 99% 以上（国家医疗保障局，2024a），一部分群众纳入其他制度保障，仍有较个别群众往往存在侥幸心理等原因，经反复动员仍不愿参保。

2. 待遇公平性和保障水平有待提高

中国基本医疗保障制度采用职工医保和居民医保二元制的制度方式，虽然执行了统一的医保目录和定点管理政策，职工医保和居民医保的筹资机制、筹资水平和待遇水平差距明显。

同时，由于采取分级决策、分级管理的体制，统筹地区在医保决策方面具有较大的自主权，地区之间医保制度、政策呈现较大差异。

各地较多地依靠本统筹区财政能力与医保资金筹集情况来提供医保待遇，地区经济发展水平越好，医保待遇越好。制度“碎片化”和统筹层次低导致不同制度以及同一保险制度在不同地区的待遇水

平也存在着较大的差异，直接影响人群间的公平性。

近年来职工和居民医保住院费用目录内统筹基金支付比例分别稳定在 80%和 70%左右，职工医保门诊费用的统筹基金支付比例不低于 50%，普遍设置封顶线。居民医保普通门诊保障水平较职工医保更低。当面临重特大疾病时，封顶线以上以及目录外费用依然会给家庭造成沉重经济负担。

3. 筹资机制不健全，基金统筹层次低

现行基本医保制度依然存在筹资责任不健全等问题，制度公平可持续运行存在风险。对于职工医保，门诊共济改革虽然缩小了个人账户规模，但个人账户依然占据筹资总额四分之一左右，一定程度上影响了基金的共济能力。

退休人员及其原单位不再缴费和劳动年龄人口净减少(人社部，2021)，导致职工医保缴费人群相对缩小、享受待遇人群持续扩大，给职工医保的筹资造成巨大挑战。

对于居民医保，定额缴费征收方便，但造成高收入者与低收入者筹资责任的不公平，并导致缺乏稳定合理的筹资增长机制，制约筹资水平提升。同时，近年来居民医保财政补助与个人缴费标准之比逐年下降，个人缴费占比逐年提高，一定程度上影响了居民医保筹资可持续性。

总体来看，职工医保和居民医保分别建立资金池，普遍采用市地

级统筹的模式，“基金池子”规模小，使得基本医保风险分担作用受限。由于财政体制原因，绝大多数地区医疗救助的统筹层次在县级层面，使得地区之间的医疗救助保障水平差距大。

4. 医疗费用快速增长，医保基金支出压力增加

2020 年中国第七次人口普查数据显示，中国 60 岁及以上人口超过 2.6 亿人，占总人口的 18.70%，65 岁及以上人口为 19064 万人，占总人口的 13.50%。

对比 2010 年中国第六次人口普查结果，60 岁及以上人口比重上升了 5.44 个百分点，65 岁及以上人口上升了 4.63 个百分点，上升幅度分别提高了 2.51 和 2.72 个百分点(国家统计局，2021)，中国老龄化进程逐步加快。

老龄化的加剧给医保基金带来双重风险：

在筹资端，在职退休比不断降低，缴费人数占比随之下降；

在支出端，慢性非传染性疾病可以通过手术或药物治疗得到一定的治疗、控制，使原来被压缩的医疗需求得到释放，如占职工基本医保参保人约 1/4 的退休人员产生的医疗总费用约占医疗总费用近 60%，是在职人员的 4 倍多；占住院总费用和门诊慢特病费用的比例均超过 60%；这种“剪刀差”给医保筹资运行的可持续性带来巨大压力(张立强，2023)。

随着经济社会发展，新药、新材料、新技术、新设备快速增加和

应用，罕见病药物、细胞治疗、基因治疗等的推出和普及，使得更多疾病的治疗从之前的“无药可医”转向“可医可控”（习近平，2022）。

“互联网+”医疗、远程医疗等模式创新，使得就医购药更加便捷。将新技术、新药等纳入基本医保后，更多人享受技术进步成果，促进医疗需求进一步释放。同时，城乡医疗资源分布差距导致参保患者涌向三级医院就医，使得医疗费用支出持续攀升，医保基金的收支压力日益加大。

02 实现全民医保覆盖的主要经验

中国基本医保低水平起步，迅速实现了 13 亿人口的全民医保覆盖，这主要得益于中国政府致力于改善公民福祉的政治意愿、不断增长的经济实力和强有力的财政支持、广泛的公众支持以及因地制宜学习国际经验。

1. 改善公民福祉的政治意愿

中国尚未批准国际劳工组织第 102 号公约，但中国政府致力于将第 102 号公约精神逐步贯彻到社会保障法规和政策中，按照国际标准持续丰富、规范和完善中国社会保障制度。

同时，中国政府积极支持在全球、区域和国家层面推动落实 2030 年可持续发展议程卫生相关目标，努力确保“不让任何人掉队”的全民健康覆盖，并愿意积极贡献中国力量。

2009 年中国政府投入 8500 亿元人民币进行新一轮医药卫生体制

改革，首次提出“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度”的新医改总体目标，明确到 2011 年基本医疗保障制度全面覆盖城乡居民。

2010 年通过《社会保险法》确立了中国医疗保险制度的框架。特别是 2012 年党的十八大以来，以最高领导人为核心的党中央把维护人民健康摆在更加突出的位置，制定《“健康中国 2030”规划纲要》，将建设“健康中国”上升为国家战略，确定了“共建共享、全民健康”的战略主题，迈入全面建成中国特色医疗保障体系的新阶段。

2018 年成立国家医疗保障局，为中国医疗保障制度改革全面迈向成熟、定型提供了组织基础，不断引领卫生健康事业实现全方位进步、取得历史性成就。

2. 经济社会发展和强有力的财政支持

改革开放后，中国转变为以经济建设为中心，强调效率优先、兼顾公平，中国经济总量和人均水平大幅跃升。

2023 年，国内生产总值达 126.06 万亿元，经济总量占世界的比重升至 17% 左右，稳居世界第二大经济体；2019 年，中国人均 GDP 达到 70078 元，首次突破 1 万美元；2023 年中国人均 GDP 达 89358 元（12681 美元），已经成为中等偏上收入国家（中国政府网，2024；求是网，2024）；2020 年中国消除了绝对贫困。蓬勃发展的中国经济为全民健康覆盖的增长创造了空间。

卫生总费用占 GDP 比重从 2000 年的 4.6% 上升到 2023 年的

7.2%(国家医疗保障局, 2024c), 居民医保人均财政补助标准由 2003 年的 20 元提高到 2024 年的 670 元, 国家财政补贴占居民医保基金的 2/3, 政府财政支持对于全民医保的扩面发挥了较大作用。同时, 政府财政在补需方的同时补供方, 促使医疗保障制度与医疗服务体系之间形成了良性循环。

3. 坚持国际视野与本土智慧相结合

在确定建立社会保险模式后, 面对基本医疗保险制度发展过程中筹资、保障内容和保障水平以及城乡差距等挑战, 中国仍在不断学习国际经验, 推动建立省级统筹或省级调剂金制度, 加快建立门诊统筹保障机制, 推动 DRG 支付方式改革等, 不断调整、健全和完善多层次医疗保障体系。

在学习国际经验的同时, 推行各项医保改革的过程中采取试点先行、由点到面的渐进式改革, 坚持基本医保低水平起步和保基本的原则, 始终因地制宜地与社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应, 逐步提高待遇水平, 赢得了广泛的公众支持。与此同时, 基本医疗保险制度建立后, 不断利用信息化带来的技术红利推动改革, 降低医疗保险管理成本, 使得全民参保登记、统一结算、基金监管等更加高效、快捷。

4. 医保标准化信息化快速发展

2018 年, 国家医疗保障局成立, 将医保标准化信息化建设当成

推进医保治理现代化的重要抓手。2022 年 3 月，全国“统一、高效、兼容、便捷、安全”的医保信息平台已全面建成，医保信息化标准化取得里程碑式突破，为医保决策、医保精细化治理，以及精准、优质、高效地为人民群众提供医保服务，提供了坚实的技术支撑。

全国统一的医保信息平台，为百姓提供参保缴费、信息查询、待遇申请、业务经办等多种实用功能服务；此外还提供医保码、移动支付、电子处方流转、异地就医和转移接续等多项实用功能，为百姓提供便捷、优质的线上医保服务。截至 2024 年 9 月底，全国社保卡持卡人数达 13.86 亿人，覆盖 98.3%的人口，其中领用电子社保卡 10.34 亿人，覆盖 73.4%人口。

与此同时，累计已经有 11.7 亿人激活了医保码，医保服务迈入了“码时代”。群众可以不用携带实体卡，利用手机或者其他电子设备激活医保码就可以就医看病报销(国新办，2024)。

03 实现全民医保覆盖的政策建议

1. 精准识别未参保人员，提升参保质量

参保是确保群众获得基本医疗保障的前提条件，借助全国统一的医疗保障信息平台建设以及医保码，规范参保基础信息采集，实时核对参保人参保情况；同时，加强医疗保障部门与公安部门、人力资源社会保障部门、教育部门、民政部门间信息比对和共享，摸清应参保人群底数，精准识别未参保人群，调查分析应参未参人群未参保的原

因，有针对性地推进参保扩面工作，减少不必要的重复参保——

对于职工医保，应重点聚焦灵活就业人员、新业态从业人员等人群，加强参保服务，落实以“属地参保”向“居住地参保”的政策，借助税务部门税收体制和统一征缴基本医疗保险费用的机制，并利用信息技术手段有效识别参保人及其收入，提升上述人员参加职工医保的比例，减轻财政负担。

对于居民医保，做好参保宣传，强化参保缴费意识，推动将定额缴费调整为按费率缴费。此外，借助职工医保个人账户家庭共济政策，推动职工医保个人账户资金用于家庭成员参加居民医保、支付医疗费用。

提升参保质量，引导更多的灵活就业等新就业形态人员参加职工医保，减少参加居民医保人数，逐步提高职工医保参保人数占比，持续优化参保结构。在财政补贴总额大体不变时，因参加居民医保人数减少，则居民人均筹资水平将会得到较快提升，从而减少两项制度间筹资待遇差距。

2. 推动建立公平统一的待遇保障机制

在落实制度方面，严格执行全国统一的基本医疗保障待遇清单，严格医保决策权限，推进医保制度法治化、规范化、标准化，进而推进基本医保体系走向公平统一。

在地区平衡方面，在全面做实基本医保市地级统筹基础上，推动

实现省级统筹，探索省级调剂金制度，推动实现医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，提升基本医保基金和医疗救助资金互助共济和抗风险能力，均衡省域范围内不同地市之间的待遇差距，建立更加公平的全民医保制度。

在解决总体待遇水平过低、减少个人负担方面——

一方面需要进一步发挥医疗服务定价、医保支付机制等对规范诊疗秩序、合理选择医疗服务、引导分级诊疗的杠杆作用，发挥医保基金战略购买作用，提高医保资金效益和效能；

另一方面，在稳定住院待遇的同时，重点推进建立健全门诊统筹保障机制，有效提高参保人普通门诊保障水平，减轻个人就医负担；

为减少个人医疗费用支出占比，还需适当提高政府和社会医疗费用投入。

此外，重点关注孕产妇等特殊人群，提高产检和生育相关医疗费用的报销比例，对经基本医保、大病保险报销后仍个人负担较重的夫妻双方未就业的孕产妇，按规定由医疗救助制度及时给予救助。

3. 健全稳定、可持续的筹资机制

探索与社会经济发展水平、居民可支配收入、家庭承受能力挂钩的动态筹资机制，合理确定费率，建立稳定的基本医疗保险筹资增长机制——

对于职工医保，拓宽应对人口老龄化的多渠道筹资机制。

对于居民医保，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费责任，推动政府与个人筹资责任的合理分担；可从探索实行差异化分档缴费起步，随着个人收入核算体系的完善，逐步实现按收入的一定比例缴费。

同时，扩大筹资来源，进一步促进多层次医疗保障体系中商业健康保险、社会慈善捐赠等三次分配政策制度，可提高酒精、烟草和含糖饮料等有害健康产品征税或提税，用以补充基本医保资金，通过改善健康状况以减少基本医保基金支出。

[返回目录](#)

• 医疗器械 •

如何打造合规医疗器械网售质量体系？国家药监局要求“真、准、全”

来源：医药经济报

4月28日，国家药监局正式发布《医疗器械网络销售质量管理规范》（以下简称《规范》），面向国内网络销售经营者和电商平台经营者，提出了医疗器械网络销售质量管理的基本要求，要求经营者应当坚持诚实守信，确保网络销售医疗器械信息的真实、准确、完整、可追溯。

《规范》将自2025年10月1日起施行。企业应如何利用好政策过渡期，建立健全与其网络销售医疗器械相适应的质量管理体系并保

证其有效运行？

压实责任主体、细化合规引导

“电商持续繁荣，经营主体快速增加，一方面促进经济发展、给消费者带来便捷，同时也给监管带来挑战，传统的管理方式需要与时俱进，进一步发挥引领促进作用，激励指引网络销售市场健康有序规范高质量发展。”中国人民大学信息法中心主任张新宝表示。

据统计，从 2018 年至今，国内从事网络销售的医疗器械经营企业已经由 8717 家增至 36 万家，第三方平台企业也由 77 家增长至 851 家。近年来，国家药监局将网络销售有关规定纳入新修订《医疗器械监督管理条例》，颁布实施了《医疗器械网络销售监督管理办法》，明确规定医疗器械网络交易服务第三方平台提供者应当具备与其规模相适应的办公场所、技术条件、质量安全管理机构、人员以及相应的管理制度。与此同时，组建了国家医疗器械网络销售监测平台和医疗器械网络销售质量安全风险共治联盟，有序开展医疗器械网络交易监测处置，推动形成医疗器械网络销售社会共治格局。

“这次出台的《规范》一个最大亮点是，非常清晰地定义了网络销售经营者和电商平台经营者两类主体，指导网络销售经营者和电商平台经营者主动履行医疗器械网络销售质量安全管理责任，并明确了网络销售经营者和电商平台经营者的协同责任。”中国医药商业协会会长石晟怡表示。第二个亮点是，对近年来大量新进入医疗器械网络

销售领域的电商平台设置专门章节，提供具有详细的质量管理建设的操作指引，包括体系建立、制度职责、机构人员、入网经营者管理、质量安全风险管理等。第三个亮点是，要求经营者在医疗器械网络交易服务的全过程采取有效的质量控制措施，如应依法展示企业资质信息和产品信息、完善网络销售记录及相关凭据信息、采取有效措施确保产品运输过程中质量安全等。据了解，《规范》在内容上与《医疗器械经营质量管理规范》互为补充，法律层级上互相并列。《规范》在对网络销售经营者的质量管理机构职责、人员、质量管理体系文件、进货查验与购销记录等多个质量管理环节，均基于《医疗器械经营质量管理规范》的规定，并结合网络销售的特点，提出质量管理要求。

同时，《规范》在《医疗器械网络销售监督管理办法》的基础上，进一步细化压实电商平台经营者管理责任，明确电商平台经营者质量安全管理责任，指导电商平台经营者建立健全质量管理体系，依法保障消费者合法权益。

鼓励追高线，企业需做好质量守门人

在当今，趁着电商打折囤两盒隐形眼镜，给爸妈网购血糖仪、血压仪等，是再平常不过的场景。随时随地可购物，快则几十分钟慢则数日就能收到货品。“毫不夸张地说，电子商务尤其是头部电商平台，正广泛且深刻地影响当今社会生活的方方面面，逐渐改变了人们的消费行为和消费习惯。同时，头部电商平台对商家也具有极其强大的行

业自律引导作用。”张新宝表示。医疗器械不是普通快消品，是人们用来预防、诊断和治疗疾病的重要医疗产品。消费者首要关注的是产品有效安全，之后才是价格和便捷。“这就要求电商平台在整个医疗器械的网络销售中，要扮演一个守门人的角色。”石晟怡分析。

此次《规范》相关条款要求电商平台采取有效措施对平台内医疗器械经营者的经营行为进行管理，并对存在的违法违规行为进行识别与处置。指导电商平台经营者要依法保障消费者合法权益，建立投诉举报管理制度，公开投诉举报方式，督促平台内网络销售经营者对被投诉的医疗器械质量安全问题查明原因，并采取有效措施及时处理和反馈。“作为从业者可以深刻地体会到，近年来我国对于网售医疗器械等新业态的监管政策正在发生变化，通过强化主体责任和强化主体质量管理体系建设，驱动企业从‘被动符合’向‘主动改进’转变。”国药器械数字业务部部长赵宇说。

政策过渡期做好关键任务

《规范》要求，电商平台经营者应当设立与医疗器械网络交易服务规模和医疗器械风险程度相适应的医疗器械质量安全管理机构，并明确了10项机构职责。未设立质量安全机构的，应指定专门的医疗器械质量安全管理机构履行质量安全机构的职责。石晟怡表示，电商平台一定要有医疗医药产品区别于普通快消品的概念，首先得加强对相关法律法规制度的学习、理解、培训。在政策实施前的过

渡期，电商平台要深刻了解自己的主体责任以及应达到的管理要求，组织制定网络销售质量管理制度，建立完善质量安全管理机构，加强对相关岗位人员培训，加紧完善相关资质信息展示，建立完善供应商审核制度，切实承担起质量安全主体责任。

“我建议今后可以组织对关键岗位人员进行考核，能持证上岗最好。”石晟怡建议。“国药器械自身是医疗器械经营领域的头部企业之一，近年来，在企业数字化转型的内部驱动下，国药也构建了自己的医疗器械 B2B 电商平台。”赵宇表示，“公司具有多年的 GSP 素养与良好的质量管理体系，但对于网络销售这样一个高度依赖数字技术的销售方式，也会面临一些不能依靠惯性思维解决的新问题。《规范》为企业规划了持续加强医疗器械网络销售质量安全风险的管理路径和关键指标。”

“在 B2B 场景下，医疗设备、骨科材料、高值耗材、IVD 以及低值易耗产品，其产品形态、渠道管理和质量属性截然不同，需要依据上述管理要求来量身打造符合不同产品的管理流程和系统功能。”赵宇分析，同样的，网络销售经营者和电商平台经营者两个主体，因其特点不同，优先解决的任务也不尽相同。“一般电商平台经营者需要面对管理的大量网络销售经营者，涉及资质审核、检查监控、建立档案等工作，需要提前着手策划，以便留出足够时间周期。”赵宇表示。

《规范》也指引电商平台经营者要主动关注和收集药品监督管理

部门网站发布的医疗器械监督检查、行政处罚、监督抽检、产品召回等监管动态信息，并及时开展自查。据悉，国家药监局也将于近期组织开展《规范》的宣贯培训活动和政策解读，并抓紧制定医疗器械网络销售质量管理规范现场检查指导原则，以切实指导基层药监部门提升监管效能，帮助企业理解学习。

[返回目录](#)

骨科器械市场突破 600 亿美元，国产崛起能否迎头赶上？

来源：高端医械院

作为医疗器械行业最大的子行业之一，根据《财富》数据显示，全球骨科医疗器械市场在 2023 年已达 593.6 亿美元，预计到 2024 年将增长至 622.2 亿美元，至 2032 年市场规模将突破 940 亿美元，年均增长率稳定在 5.3%。其中，骨科植入器械作为市场的核心部分，占据了约 90% 的份额，成为推动整个行业发展的关键力量。

骨科植入器械通过手术植入人体内，用于维持、支撑和修复骨骼，且价值通常较高，属于“高值医用耗材”范畴。这些器械根据使用部位可分为创伤、脊柱、关节和运动医学等多种类别，广泛应用于创伤外科、脊柱外科和关节外科等多个领域。

随着全球人口老龄化加剧，骨科疾病的发病率持续上升。根据《中国骨质疏松白皮书》数据，60 岁以上人群中约有 55% 患有骨关节炎，而 70 岁以上人群这一比例高达 70%。中国 65 岁及以上人口已突破 2

亿，随着老龄化进程的加速，骨科疾病的治疗需求也不断攀升，推动了骨科植入物市场的强劲增长。

尽管中国骨科医疗器械行业起步较晚，但随着改革开放后大量国际骨科器械企业进入中国市场，国内企业在技术、工艺、研发及管理水平上取得了显著提升。当前，中国正处于骨科医疗器械市场扩容与进口替代的"双重机遇期"，预计到 2026 年，市场规模将突破 800 亿元，年均复合增长率高达 16%。国产骨科植入物在关节类和运动医学类等高端领域的市场份额逐渐上升，替代进口的进程正在加速推进。

全球骨科器械竞争格局

从竞争格局来看，当前全球骨科植入医疗器械企业可分为三大竞争梯队，第一梯队主要为全球五巨头，包括 DePuy Synthes 强生骨科、Zimmer Biomet 捷迈邦美、Stryker 史赛克、Smith&Nephew 施乐辉、Medtronic 美敦力。第二梯队为细分领域中的领军企业，如 Mathys 瑞士马特仕、WEGO 威高骨科等。第三梯队则是发达国家创新企业和新兴国家高成长企业。

从细分市场看，脊柱类、创伤类和关节类器械是我国骨科植入医疗器械最主要的细分领域，市场规模相近，占比合计达 90%以上。

2024 年我国脊柱类植入器械市场规模在 171 亿元左右，未来 5 年的复合增长率在 14.42%左右，与骨科植入医疗器械整体市场的增速基本保持一致。

2024 年我国创伤类植入器械市场规模在 170 亿元左右，未来 5 年的复合增长率在 13.15% 左右。创伤类产品的生产技术相对成熟，市场开发较充分，是目前我国骨科植入医疗器械市场最大的细分类别。

2024 年我国关节类植入器械市场规模在 187 亿元左右，未来 5 年的复合增长率在 16.87% 左右。关节类植入医疗器械仍将保持细分行业中相对较快的增速发展。

我国运动医学领域的发展起步较晚，但增长速度位列细分领域前列。近年国内以传统骨科闻名的各大医院，如北京大学第三医院、北京积水潭医院、上海市第六人民医院、湘雅医院等，纷纷单独开设了运动医学科室。2016 年至 2023 年，我国运动医学类骨科医疗器械市场规模从 13 亿元增长至 48 亿元，年复合增长率为 20.51%，近三年单年增长率均超 18%。

I 类器械基本实现国产化

骨科器械根据风险程度和技术要求分为 I 类、II 类和 III 类。I 类器械主要用于辅助治疗，且对人体的风险较小，比如骨科用刀、骨科用剪等基础手术器械。II 类器械属于中等风险设备，常见的有骨凿、外固定支架系统等。III 类器械是高风险设备，通常用于复杂的手术治疗，涉及到对人体重要功能的支持或替代，主要为骨科植入物（如接骨板、髓内钉、人工关节等）。

据高端医械院数据中心统计，截止 2024 年底，国内骨科医疗器械中 I 类器械的注册数量远超其他类别，总计达到 14680 件，其中大部分为国产产品(2228 件进口产品)。II 类器械的注册数量为 1173 件，进口数量为 238 件；III 类器械注册数量最少，仅 58 件，其中进口产品为 19 件。

其中，江苏省位居全国注册量最高的省份，注册数量为 4735 件，远高于其他省份，紧随其后的是山东省(1507 件)、上海市(1480 件)和河北省(1398 件)。这些地区在骨科器械注册中也占有重要地位，反映出其产业基础和医疗器械企业的集聚效应。

在国际市场上，中国的骨科器械注册量远超其他国家，达到了 15911 件，占据市场主导地位，显示出中国在骨科器械行业的迅猛发展和庞大的市场需求。美国以 1019 件位列第二，虽然较中国有所差距，但依然是全球骨科器械市场的重要参与者。德国(563 件)、瑞士(231 件)和法国(161 件)位列第三至第五，反映了欧洲市场在骨科器械领域的重要性的技术竞争力。

关于骨科手术器械的国产化率情况，据高端医械院数据中心统计，骨科用刀/剪/钳/钩/针/锯/锥/钻等的国产化率超过 70%，1/5 产品的国产化率达到 100%；但石膏切割用刀和固定针的国产化率相对较低，分别为 50%和 51.72%。

骨科用有源器械的国产化率较高，特别是骨科动力手术设备，达

到 83.3%，石膏切割器具(76.19%)和骨科动力手术设备(68.46%)次之。外固定及牵引器械的国产化率超过 90%，1/2 产品的国产化率达到 100%，如髌骨爪(100%)和骨科牵引床及配件(100%)。基础通用辅助器械的国产化率为 65%以上，部分产品如刨骨器和微创骨引导器的国产化率已达到 100%。

创伤/关节/脊柱外科辅助器械的国产化率为 66%以上，特别是在创伤/关节类产品中，超过 2/3 的产品已实现国产化，脊柱外科产品的国产化率也在稳步提高。总体来看，骨科手术器械的国产化程度在逐步提升，但在一些技术要求较高的产品领域，仍然依赖进口。

III类器械国产替代进程加速

目前 III 类骨科植入耗材已成为集采常客，各品类已基本被集采，涵盖创伤类、关节类、脊柱类和运动医学类产品。除了创伤类产品，其它品类均已进行国家层面集采。

集采规则也逐步变得温和、合理。在中选率上，各企业的中选率逐步提升，2021 年河南 12 省联盟骨科创伤类产品集采中选率仅有 70%，2023 年运动医学类产品集采中选率达 98%。同时在价格降幅上也逐渐温和，2023 年运动医学品类集采的平均降价幅度为 74%，与 2021 年十二省联盟创伤集采的 89%相比，价格降幅更为合理。

集采也促进国产替代进程加快。2020-2023 年期间，创伤类和关节类集采逐步落地，国产化率提升较快，关节类国产化率从 2020 年

的 30%提升至 2022 年的 55%。由于脊柱类产品集采落地时间为 2023 年，未来国产化率有望快速提升。

01 创伤类：国产化率提高，集采规则逐步温和

自 2021 年以来，骨科创伤类耗材经历了三次大规模集采，其中包括河南省牵头的十二省联盟集采、京津冀"3+N"联盟集采以及 28 省创伤类耗材集采续约。整体来看，创伤类耗材的采购需求量不断增加，但价格降幅逐渐温和，集采政策也在优化。

在河南十二省和京津冀"3+N"联盟集采中，并未设置最高有效申报价，导致部分企业采取了低价恶性竞争。而在 28 省骨科联盟集采中，设置了最高申报价，确保了报价低于该价格的企业能够中标并获得至少 50%的分配量，从而避免了低价恶性竞争的情况。

在河南十二省和 28 省集采续约中，创伤类耗材的中标价格普遍有所提升。对比前期中标价格，部分品类涨幅为 300-400 元，即使扣除伴随的服务费用(每套 200 元)，中标价格依然有所上升。国产创伤类龙头如武汉迈瑞和威高骨科的价格涨幅尤为明显，标志着国产品牌在市场中的竞争力不断增强。

集采的实施促进了国产化率的提高。在河南 12 省的集采中，国产厂家竞争激烈，强生、史赛克、美敦力等进口企业未能进入 CR5(前 5 行业集中度)名单；与 2019 年相比，国产厂家在 CR5 中的市场份额已经占据 43%，接近集采前的水平。

02 人工关节类：行业集中度提升，国产企业份额扩大

人工关节类耗材作为国家级层面的集采品类，包括髋关节和膝关节两大类，总需求量为 537518 个，其中髋关节占比 57%，膝关节占比 43%。集采周期为 2 年，集采协议量占总需求量的 90%。

在集采前，人工关节类的 CR5 市场份额约为 40%，而在国家集采后，CR5 的市场份额上升至 58%，实现了"强者恒强"的局面。国产品牌如爱康医疗、威高骨科和正天医疗的市场份额均有较大提升，标志着国产企业的崛起。

在此次集采中，膝关节的申报价为 19000 元，髋关节的申报价根据不同材质的不同，在 16000 至 19000 元之间。最终，中选率高达 92%，平均降价幅度达到 82%。这一显著降价幅度不仅减轻了患者的经济负担，也促进了国产品牌的竞争力提升。

03 脊柱类：国产替代加速，价格竞争温和

脊柱类耗材作为国家级集采的另一重要品类，涉及 14 个品类的产品，包括颈椎前路钉板固定融合系统、颈椎后路钉棒固定系统等。总需求量为 1208401 个(不包括骨水泥)，采购周期为 3 年，集采协议量占总需求量的 90%。

脊柱类耗材的集采中，进口厂家如强生和美敦力的市场份额大幅下降，从 53%下降至 9%。目前，脊柱类集采中的 CR5 市场份额均为国产厂家，但整体市场份额较为分散，CR5 的市场份额仅为 37%，相比

2019 年的 71%大幅下降。

其中头部厂商的中标价格差异较小，竞价较为温和。许多厂家为了确保中标，选择在集采文件规定的最高限价的 40%以内报价，从而避免了过度降价现象。国产企业威高骨科的降价幅度较大，许多产品的中选价格低于其他厂家，这使其有望快速提升市场份额。

但在集采产品价格降低后，规模较小企业的竞争压力也越来越大。骨科龙头在集采过程中，拥有覆盖广泛的分销网络，与医疗机构签订长期合同和服务协议，建立起稳固的合作关系，充分提高客户黏性，保持较高的市占率，产生较为显著的渠道优势，在这种情况下，小型企业很难进入市场争夺份额。

同时在集采降价压力下，真正具备优秀创新能力的企业也将积极推出创新产品，拓宽研发管线，布局新兴赛道，寻找新的业务增长点。即使在国家集采政策的压力下，预期在新产品逐步落地后，将会迎来新一轮的业绩增长。

创新产品赋能骨科行业新动力

在全球范围内，许多骨科企业正在积极布局新兴技术，如运动医学、骨科机器人、3D 打印、组织再生、人工智能和智能植入物等，而国内企业也紧跟步伐，逐步加大研发投入，积极拓展技术创新领域。尤其是在超声骨刀、运动医学和骨科机器人等新兴技术的推动下，骨科行业的前景愈发广阔。

01 超声骨刀：有望成为骨科手术的“黄金品种”

超声骨刀通过特殊的转换装置，将电能转化为机械能，经由高频超声震荡的作用，使目标骨组织内的水分蒸发，蛋白质氢键断裂，从而将骨组织彻底切割。这种技术的独特之处在于其高强度聚焦超声波仅对特定硬度的骨组织产生作用，而不会破坏周围的血管、神经等软组织，手术创口相对较小，避免了传统手术对周围健康组织的损伤，减少了并发症的发生。

捷迈邦美(Zimmer Biomet)的超声骨刀适用于在整形外科手术中切割和移除骨及丙烯酸骨水泥。北京水木天蓬生产的超声骨组织手术设备既支持开放手术，又支持通道和椎间孔镜下的微创手术，在中国、欧盟和美国都获得了上市许可。

02 运动医学：数字化与精准治疗成为趋势

运动医学不仅仅局限于运动损伤的治疗，更逐步发展成一种多学科交叉的综合治疗体系。其核心目标是通过精准的诊断和治疗手段，帮助患者恢复功能，减少运动损伤的复发，提升运动表现。

随着数字化技术的发展，运动医学在疾病诊疗、治疗监测、康复训练等方面逐步引入智能化手段。例如，借助运动追踪设备、虚拟现实(VR)和增强现实(AR)技术帮助医生进行精准诊断，并通过数字化平台为患者提供个性化的康复训练指导。

在运动医学领域，强生通过收购 Depuy 和 Synthes 补充其运动医

学产品线，提供关节重建、创伤、脊柱、运动医学、颌面以及动力工具和生物材料等领域的服务，在全球骨科市场占据主导地位。施乐辉的运动医学业务提供多种创新的运动医学植入物、仪器、手术和生物解决方案，着重于对肩膀、膝盖、髌部和小关节的微创和开放性治疗。

03 骨科机器人：提高手术精度与效率

骨科机器人，作为另一个备受关注的创新技术，正逐步进入临床应用阶段。骨科手术中机器人技术的引入，不仅提高了手术的精确性，还优化了手术效率，成为未来骨科手术发展的重要方向。

相对于传统手术，手术机器人能够基于术中 3D 图像与 2D 图像进行手术空间映射和手术路径规划，实现精准、微创的手术效果，同时大幅降低手术辐射，引导医生按照智能标准完成手术，这使得多种高难度手术的实现成为可能，并且缩短医生的培训时间和学习曲线。

骨科机器人领域，目前已有超过 20 款骨科手术机器人在中国获批，包括进口、国产产品。史赛克的 Mako 关节手术机器人系统在世界范围内已广泛使用，全球市占率超过 50%，其拥有两大核心技术：智能手术规划技术和智能辅助截骨技术，实现“一键解决”全髋关节置换、全膝关节置换、单髁关节置换三大项目。

天智航天玑骨科手术机器人 2024 年全年完成手术量超 3.9 万台，较 2023 年超 2.4 万台的全年手术量同比增长 62.5%。而 2025 年一季度其手术量也已完成超 11000 例。截至一季度末，天智航累计完成手

术量突破 11 万例，带动行业向产品规模化应用的目标稳步迈进。

总体看来，目前骨科行业价格已经稳住，未来行业产品销量的增长直接影响了行业增速。且随着医学、材料学以及相关高新技术的不断进步，骨科医疗器械的创新呈现出蓬勃发展的态势。尽管集采政策对骨科企业提出了更高的要求，但技术创新仍然是企业持续发展的核心竞争力。随着新技术的不断落地，预计将迎来新一轮的业绩增长，推动骨科行业进入一个全新的发展阶段。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

在调整医疗服务价格的时候，该如何遴选要调整的项目？

来源：中国医疗保险

在推进医疗服务价格改革的征途上，很多医保工作者与医疗机构工作人员穿梭在政策落实与实践探索的前沿，积累了大量实战经验。那么，在调整医疗服务价格的时候，该如何遴选要调整的项目？

明确调增和调减项目范围，重点关注技术劳务价值高的项目和薄弱学科。

遴选调整项目时应结合本地实际情况，以技术劳务价值为核心导向，重点支持符合“三个 60%”标准的项目，有升有降、分步理顺医疗服务项目价格。

一是建议划分调增和调减项目范围，调增项目主要是技术劳务价值高的手术、中医、儿科等项目，重点关注薄弱学科，如急诊、特级护理、重症监护、抢救、病理检查等类别项目。调减项目范围为以设备物耗为主的检查治疗项目以及涉及试剂集采的医疗服务项目。

二是在政策性赋分方面，根据当前政策支持方向对符合要求的调价项目予以加分，例如对四级手术、中医、重点学科等项目进行不同权重的加分，帮助项目获得优先调价机会。

三是鼓励医疗机构积极主动降价，将医疗机构主动降低的医疗服务项目金额纳入调价总量。

四是对于门诊诊查费等受众面广、服务量大的项目，做好调价与医保政策协同，尽量不增加患者就医负担。

五是对劳务均质化程度较高的服务项目，如肌肉注射、静脉注射实行“同城同价”，不区分医疗机构等级和医务人员职称级别。

优先调整对患者负担影响较小的项目，避免因价格调整导致患者医疗费用大幅增加。

遴选医疗服务价格调整项目时，首先要引导医疗机构综合考虑技术劳务价值、医保支付能力和患者负担，结合成本、供需、服务质量、区域经济发展水平和公众意见等多方面因素进行报价。同时，医保部门也要建立科学的遴选机制和动态调整机制，以实现医疗服务价格调整的精准化和高效化。

一是关注医务人员技术劳务价值。优先调整手术、诊疗、护理、康复等能够体现医务人员技术劳务价值的项目，建立以技术难度、风险难度和劳动价值为参考的调价机制，重点体现对四级手术、中医、儿科等技术劳务占比高，医疗机构意见反映强烈，比价严重偏离的项目支持力度，适当提高价格以激励医务人员提升服务质量。同时，降低以设备物耗为主的检查治疗项目价格，对过度依赖设备而技术含量较低的项目，可重点跟进了解大型检查治疗设备的真实采购价格，及时降低项目价格；下调费用偏高、患者负担偏重的部分检查检验类项目，优化价格结构，减轻患者负担。

二是结合医保支付能力。根据医保基金承受能力，优先调整对基金影响较小的项目，避免因价格调整导致基金压力过大。要确保价格调整与医保支付标准相协调，特别是与按病种付费、按人头付费等支付方式改革相关的项目。

三是考虑患者负担和社会公平。优先调整对患者负担影响较小的项目，避免因价格调整导致患者医疗费用大幅增加。对涉及基本医疗服务的项目，特别是患者每月都可能会使用的常见病诊疗服务，价格调整应更加谨慎。不仅如此，对于不同收入群体和不同层次的医疗服务也应进行分层调整，确保价格调整的社会公平性，特殊人群如血透患者的相关诊疗费用调整须格外审慎。

四是考虑医疗服务供需状况。对于供不应求的项目，应优先调整，

如某些专科服务、疑难病症诊疗等,通过价格调整引导资源合理配置,缓解供需不平衡。对于供过于求的项目,如一些常规的检查检验等,可适当降低价格,促进资源的节约和高效利用。对于新技术、新项目,如精准医疗、人工智能辅助诊断等,可根据其市场接受度和推广需求,适时纳入调整范围。

五是基于医疗服务成本核算。首先要对各类医疗服务的直接成本(如人力、设备、耗材等)和间接成本(如管理费用、房屋折旧等)进行全面核算,重点关注成本与现行价格之间的差距。对于价格倒挂项目,优先调整价格明显低于成本的项目,特别是那些因价格过低导致医疗机构难以维持正常运营的服务(如部分基础护理、手术和诊疗项目)。

六是依据医疗服务质量评价。将医疗服务质量评价结果作为遴选依据,服务质量和患者满意度显著优于平均水平的服务项目,可适当提高价格,体现“优质优价”原则,鼓励医疗机构持续提升服务质量。

七是结合区域经济发展水平。经济发达地区可适当提高技术含量高、需求较大的服务项目价格,体现医疗资源的稀缺性。经济欠发达地区应优先调整价格偏低、患者需求迫切的项目,同时控制价格上涨幅度,减轻患者负担。

八是完善医疗机构参与机制和明确报价后触发调价项目启动条件。同时,调价需经过多轮复核报价,筛选优先级项目,确保结果公平合理。此外,各地应结合自身经济水平,逐步缩小城乡之间、同等

级医院之间的价格差异，推动全国、全省区域价格体系协同。

九是建立公众参与和社会反馈机制。调价项目遴选出来后，应通过组织座谈会、开展问卷调查等方式，广泛征求患者、医务人员、医疗机构和社会公众的意见，了解各方对价格调整的真实诉求，并邀请专家对公众反馈进行分析，优先调整社会关注度高、争议较大的项目，确保价格调整的社会接受度。

[返回目录](#)

从垫资到即时报销：跨省异地就医直接结算政策的十年变革

来源：中国医疗保险

党的十八大以来，“健康中国”战略持续推进，习近平总书记多次强调要“完善大病保险和医疗救助制度，落实异地就医结算”。随着我国城市化进程加快，人口流动规模持续扩大，异地养老、异地工作、异地转诊等场景激增。传统的医保报销模式要求参保人先行垫付全部医疗费用，再凭票据返回参保地手工报销，不仅存在周期长、手续繁、垫资压力大等问题，更让急重症患者面临“救命钱”筹措难题。

据网上公布的数据显示，2021年全国跨省异地就医住院费用直接结算率仅为58.3%，超过40%的患者仍需经历漫长的报销周期。这一痛点直接催生了异地就医直接结算制度的改革：通过打通各省医保信息孤岛，构建全国统一结算平台，让参保群众在就医地即可实时结算医疗费用，个人仅需支付自付部分。

十年磨一剑，构建全球最大医保结算网络

福建省漳州市诏安县的李大爷最近体验到了异地就医直接结算服务带来的便捷。由于患有糖尿病、高血压等慢性疾病，李大爷需要定期到医院门诊就诊开药。自从通过手机自助完成了异地就医备案后，他在广东省三甲医院就诊时，只需出示医保电子凭证就能直接结算费用，无需再为往返老家报销而烦恼。“现在只要在手机上登记备案，我在医院就诊开药刷老家的医保卡就能直接报销，不用再广州、诏安两地跑，也不用为垫钱发愁了！”李大爷分享了他的喜悦。

随着国家对医疗保障体系的不断优化升级，异地就医直接结算服务正逐步成为常态，极大地便利了像李大爷这样的跨省居住人员。自2018年国家医保局成立以来，按照“住院费用先行、门诊费用跟进、慢特病全覆盖”的推进策略，持续扩大结算范围。特别是2022年7月发布的《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》，统一了全国范围内跨省异地就医直接结算的相关政策，确保了住院、普通门诊以及门诊慢特病费用的跨省直接结算政策的一致性。

尽管现行的跨省直接结算政策和流程已基本定型，但这些规定分散于多个文件中，且存在差异化的执行标准，导致实际操作中可能出现备案困难、直接结算率低等问题。为此，国家医保局联合财政部发布了上述通知，旨在整合现有政策，规范统一管理流程，并解决结算

政策差异大、异地就医备案难等关键问题，推动实现更加高效便捷的服务模式。

追溯至 2009 年，《国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》首次提出了改进异地就医结算服务的目标，重点关注城乡流动农民工及异地安置退休人员的需求。随后，在 2016 年的政府工作报告中明确提出加快基本医保全国联网和异地就医结算的步伐。自此，跨省异地就医结算改革全面加速，从最初的住院费用结算扩展至普通门诊费用，并逐步覆盖更多类型的慢性疾病：

- 2017 年 1 月 17 日，全国首例住院费用跨省直接结算在海南实现；
- 2018 年政府工作报告指出，扩大跨省异地就医直接结算范围，把基层医院和外出农民工、外来就业创业人员等全部纳入，9 月起，长三角地区率先开展门诊跨省直接结算试点；
- 2019 年，京津冀地区和西南片区(重庆、四川、贵州、云南、西藏)在国家医保局支持下，相继开展门诊费用跨省直接结算试点工作；
- 2020 年底，长三角、京津冀、西南片区三个试点区域的平台统一到国家平台，实现了数据的汇聚、流程的统一。也是在这一年，开启全国统一普通门诊费用跨省直接结算试点；
- 2021 年底，基本实现普通门诊费用跨省直接结算和异地就医备案线上服务统筹地区全覆盖。
- 2022 年，所有省份启动 5 种门诊慢特病相关治疗费用跨省直接

结算试点，并迅速实现了所有统筹地区的全覆盖……

截至 2024 年，随着新增慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎等 5 种疾病的纳入，门诊慢特病跨省结算病种已达 10 种，涵盖了超过 90% 的常见高发慢性病。这意味着更多的患者能够享受到更为便捷的医疗服务，减少了因地域限制所带来的不便，真正实现了让信息多跑路，群众少跑腿的美好愿景。这一系列举措不仅提升了民众的获得感和幸福感，也为构建更加公平高效的医疗保障体系奠定了坚实的基础。

跨省异地就医直接结算，促进三医协同发展

跨省异地就医直接结算工作的全面推进，不仅是医疗保障体系的一项重大改革成果，更是推动“三医联动”——即医保、医疗、医药协同改革与发展的重要实践路径。这一政策的实施，不仅解决了群众看病难、报销难的问题，更在深层次上促进了医疗资源优化配置、医疗服务能力提升和药品供应保障机制完善，为构建高效、公平、可持续的健康中国提供了有力支撑。

(一) 医保引领医疗资源配置优化

医保作为连接医疗与患者之间的桥梁，在整个医疗服务体系中起着“指挥棒”的作用。异地就医直接结算政策的落地，打破了原有的地域壁垒，使参保人可以根据自身需求自由选择优质医疗机构就诊，从而倒逼各地医疗机构不断提升服务质量与效率。

过去，由于医保不能跨省结算，很多患者只能回到户籍地或参保

地看病，即使当地医疗水平有限，也难以转诊至更高水平的医院。这种“属地化管理”模式导致了优质医疗资源集中于少数大城市，而基层和欠发达地区长期面临人才短缺、设备落后等问题。

如今，随着异地就医直接结算范围的扩大，越来越多的患者能够“走出去”，到外地就医，这不仅缓解了大城市的医疗压力，也为中小城市和县级医院带来了发展契机。例如，一些地方通过引入远程会诊、专家巡诊等机制，与异地大型医院建立协作关系，提升了本地医疗服务水平，逐步实现“小病不出县、大病有保障”的目标。

对此，国家医保局相关负责人此前也表示，异地就医直接结算在建设全国统一大市场所发挥的作用还体现在推进优质医疗服务资源全国共享，助力推进医疗服务市场高水平统一。

(二) 医疗系统响应变革，服务能力持续提升

异地就医直接结算政策的推广，对医疗机构提出了更高的服务要求。为了适应大量跨区域患者的到来，各地医院纷纷加强信息化建设、优化服务流程、提升接诊能力。

一方面，医院加快接入国家医保信息平台，确保结算系统的稳定运行；另一方面，也通过设立异地患者服务窗口、开通多语种导医服务、提供个性化健康管理等方式，增强患者体验感和满意度。

更重要的是，异地就医结算带来的数据流动，为医院科研和临床研究提供了宝贵的样本资源。通过对异地就诊人群的疾病谱分析，医

院可以更好地掌握不同地区疾病的流行趋势，进而调整学科发展方向，推动精准医学的发展。

同时，这一政策也促进了分级诊疗制度的落实。部分地方探索“双向转诊+医保衔接”机制，支持患者在基层首诊、疑难重症转诊上级医院、康复期再转回基层的全过程管理模式。这种模式有助于形成合理的就医秩序，避免大医院人满为患、小医院门可罗雀的局面。

智能化平台助力，异地就医服务更高效便捷

随着“互联网+医保”服务模式的不断深化，国家医保局依托全国统一的医保信息平台，积极推动数字化、智能化转型，构建起覆盖全国的异地就医直接结算网络。如今，参保人员只需动动手指，即可完成异地就医备案、查询定点医疗机构、获取医保电子凭证等操作，真正实现了“数据多跑路、群众少跑腿”。

（一）“国家医保服务平台”小程序全面升级

为方便群众办理异地就医相关业务，国家医保局推出了官方线上服务平台——“国家医保服务平台”APP及微信小程序。该平台集成了备案申请、资格审核、结果查询、费用明细查看等多项功能，支持全国所有省份和统筹地区使用，成为异地就医服务的重要载体。

以异地就医备案为例，用户只需登录“国家医保服务平台”微信公众号或APP，进入“异地就医备案申请”模块，按照提示填写相关信息并上传证明材料，即可完成备案流程。整个过程无需前往医保经

办机构现场办理，也不再需要提交纸质材料，大大简化了手续，提高了效率。

此外，系统还支持“承诺制备案”，即部分无法提供完整居住证明、工作证明的参保人，可通过签署个人承诺书的方式完成备案。这一举措极大地方便了农民工、自由职业者等流动性强的人群，使他们也能享受到跨省就医直接结算的便利。

(二) 实时查询功能保障参保人知情权

为了让参保人更加清晰地了解异地就医政策和自身权益，“国家医保服务平台”还提供了多项实用查询功能：

- 异地联网定点医药机构查询：用户可按城市、医保结算等级、医院机构分类等条件筛选查找已开通异地就医直接结算服务的医疗机构和药店。

- 备案记录查询：可随时查看备案是否成功、备案类型、有效期限等信息，确保就医前准备充分。

- 门诊慢特病待遇资格查询：对于患有高血压、糖尿病等慢性病的患者，可以查询自己是否具备门诊慢特病待遇资格，以便在异地享受相应报销政策。

- 异地就医费用明细查询：结算完成后，用户可通过平台查看每笔医疗费用的具体构成，包括医保支付金额、个人自付部分等，提升透明度与信任感。

(三) 医保电子凭证实现“无卡化”就医

为进一步提升异地就医结算的便捷性，国家医保局全面推广“医保电子凭证”。参保人无需携带实体社保卡，仅需通过手机展示医保电子凭证二维码，即可在全国各地开通异地就医服务的定点医疗机构完成挂号、就诊、结算等全流程操作。

医保电子凭证具有安全、便捷、通用、终身唯一等特点，适用于线上线下多种场景。截至 2024 年 2 月份，全国 31 个省(区、市)和新疆生产建设兵团均已支持医保码就医购药，接入定点医药机构超过 80 万家。同时，电子凭证还支持家庭成员绑定，方便老人、儿童等群体由亲属代为操作。

借助现代信息技术手段，国家医保局正逐步打造一个全天候、全方位、全覆盖的异地就医服务体系。未来，随着人工智能、大数据分析等技术的深入应用，异地就医服务将更加精准、智能、个性化，让每一位参保人都能享受到公平、便捷、高效的医疗保障服务。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号

北京先锋寰宇大健康管理有限责任公司

公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药 城: <http://www.yaochengwang.com>

地 址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

电 话: 010-68489858