

医药先锋系列之

Medical weekly pharmacy

» 医周药事

2025年第23期

(2025.06.02-2025.06.08)



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。）

• 医药专栏 •

▶ [1.3 倍差价红线：2025 药品挂网规则如何重塑渠道价格生态？](#)（来源：健识局）——第 6 页

【提要】继新疆、贵州公开发布新版药品挂网规则征求意见，陕西经协会征求意见之后，日前，医药大省广东也发布了《广东省医药采购平台药品挂网规则(征求意见稿)》，面向社会公开征求意见，这意味着全国范围药品挂网规则将统一化。

▶ [政策引领：全生命周期视角下的药品价格治理变革](#)（来源：招采网）——第 10 页

【提要】药价治理是保障民生、优化医疗资源配置的关键环节。我国药价改革历经多年探索，逐步构建起“政府调控与市场调节”相结合的现代化治理体系。从“四同药品”治理到即将发布的《挂网共识》，药品价格正在经历前所未有的系统性重塑。本文从药品全生命周期的视角出发，带领大家系统梳理药品价格治理的政策脉络。

• 县域医疗 •

▶ [县级医院：引领县域医共体建设，打通基层医疗“最后一公里”](#)（来源：国家卫健委办公厅）——第 14 页

【提要】县级医院作为我国医疗卫生服务体系的重要枢纽，在医疗体系中发挥着承上启下的关键作用，向上承接三级医院的技术指导和资源支持，向下引领县域医共体建设，推动优质医疗资源下沉基层。增强县医院能力成为我国医疗体系建设的关键。

▶ [中国基层卫生奔涌“数智浪潮”](#)（来源：人民日报海外版）——第 19 页

【提要】为促进健康福祉公平可及，我国出台了一系列数智赋能基层卫生政策。这些政策相辅相成、层层递进，形成了全方位、多层次的政策支持体系，让数字化、智能化技术效能充分显现。

• 分析解读 •

▶ [大模型如何重新“定义”健康管理？](#)（来源：动脉网）——第 24 页

【提要】作为 AI 应用探索已久的场景之一，健康管理在大模型时代也迎来了快速发展。众多企业纷纷入局，试图借助这一技术实现更精准、高效的健康管理服务。大模型与可穿戴设备结合，实现多维数据联动和个性化服务，部分商业模式已得到验证，正朝着多模态交互升级。但前行之路上，从技术层面的大模型幻觉问题、数据难题，到业务合作的复杂情况，诸多挑战横亘其间。

▶ [深化医疗服务价格改革 形成综合效应](#)（来源：国家医疗保障局）——第 33 页

【提要】医疗服务价格是人民群众最直接最现实的利益问题，涉及医疗机构等各方利益，一直备受关注。深化医疗服务价格改革在优化医疗资源配置、保障人民群众健康权益、促进医疗卫生事业可持续发展等方面具有重要作用。

• 医保监管 •

▣ [从“清源”行动来看医保协同监管](#)（来源：包头市医药采购服务中心）——第 43 页

【提要】日前，国家药监局召开药品经营环节“清源”行动部署会。会议强调，开展“清源”行动要紧盯群众反映强烈的突出问题，切实排查化解风险隐患，打击药品经营违法行为，规范网售业态，严防假劣药流入。要强化上下协同联动和跨部门查办协作，用好信息化手段，规范涉企检查，确保“清源”行动取得实效。

▣ [开展智能监管改革试点需了解的三个问题](#)（来源：江西省医保局待遇保障处）——第 48 页

【提要】随着医保监管工作的持续深入开展，大数据、云计算、区块链、物联网等新一代信息技术以及机器学习、机器人技术、AI、自然语言处理、生物识别技术、计算机视觉等智能技术在医保基金监管中的应用越来越受到重视。近日，国家医保局办公室发布《关于开展智能监管改革试点的通知》，预示着我国医保智能监管工作将进一步走向深入，医保智能监管时代即将来临。

• 国际视野 •

▶ [美法德日澳等商保政策异同](#)（来源：新浪健康保险研究院）——
第 56 页

【提要】工业革命让“保险”从最初的风险管理工具逐渐演变成一种国家治理思想和社会制度安排，随着社会的不断发展变化，商业医疗保险也在世界各国的福利体系下呈现出不同的景象。本节力图通过横向比较德国、法国、美国、澳大利亚、日本、新加坡、中国香港等典型国家或地区商业医疗保险的发展特征，找出共性与规律，为新时代中国特色商业医疗保险的健康发展提供有益的借鉴。

▶ [日本“禁止混合医疗”政策变革](#)（来源：健康国策）——第 92 页

【提要】成型于经济高速增长期的日本社会医保制度在一定程度上制约了商业健康保险的发展，限制了居民健康保障的市场需求，但随着经济缓行、人口老龄化趋势清晰可见，高水平、广覆盖的社会医保开始面临巨大压力。本文对日本社会医保体系的发展情况、日本商业健康保险的发展背景与市场定位、日本商业健康保险发展现状以及监管体系进行了翔实的分析，这些对我国商业健康保险的发展可以起到积极的启示作用。

-----本期内容-----

• 医药专栏 •

1.3 倍差价红线：2025 药品挂网规则如何重塑渠道价格生态？

来源：健识局

继新疆、贵州公开发布新版药品挂网规则征求意见，陕西经协会征求意见之后，5月23日，医药大省广东也发布了《广东省医药采购平台药品挂网规则(征求意见稿)》，面向社会公开征求意见，这意味着全国范围药品挂网规则将统一化。

较于新疆和贵州，广东版的挂网规则与《挂网共识终稿》通篇的政策表述和具体要求契合度为三版最高，几乎完全相同。

此次意见稿核心仍然是价格治理，例如明确同厂名、同规格的药品，全国挂网价格必须保持一致；不同厂牌化学药、中成药、生物类似物的红黄标、豁免条件几乎完全相同。未来全国的药价统一将会是大趋势。

之前行业流传出一份《挂网共识终版》，据传这个文件已下发到各相关省市，应该不会再出其他全国性的相关文件，接下来，各省省级挂网政策将进入密集落地阶段。

不同渠道间的差价比价关系

线上线下药物差价大已经是一个老生常谈的问题，这种情况也十

分普遍，部分常用药的线上价格比药店便宜 50%以上。

《挂网共识》VS《第三版征求意见稿》变化：

变化部分	变化情况	第三版征求意见稿	挂网共识（终稿）
挂网申报内容	措辞调整	确有必要通过医院议价或备案采购“先挂网后挂价”的	药品短缺等特殊情况下(新增)，确有必要通过医院议价或备案采购“先挂网后挂价”的，应作为临时性措施
真实企业自主定价和协议价格	细化要求	医药企业实事求是做好自评和自主定价，公开接受社会监督和同行评议。	医药企业实事求是做好自评和自主定价，公开接受社会监督和同行评议。具体以医保部门另行发布的相关政策为准。(新增)
真实企业自主定价和协议价格	细化要求	短缺易短缺药品清单的药品，按照有关操作指引要求排除价格风险后直接挂网。	短缺易短缺药品清单的药品，按照《短缺药品价格风险管理操作指引》要求，排除价格风险后直接挂网。
同种药品同厂牌差价比价关系	删除持证企业间的差价比价关系	持证企业间的差价比价关系。多家B证企业要同一A证企业生产同种药品，考虑其质量控制等方面存在实质性的强关联关系，按照常规方式申报挂网时，视为同一A证药品判断差价比价关系。其中，C证企业同时也是A证企业的一判断差价比价关系时，同等条件下应优先选择A证企业的挂网价格作为其他B证企业挂网价格的比较锚点（删除）。	-
不同剂型规格包装比价关系	放宽要求	按照不高于多剂量包装（100片/粒）挂网价格中位数确定挂网价格	按照不高于多剂量包装（主流包装数量）挂网价格中位数确定挂网价格
药品挂网形式和计价单位	剂型细化差别规则	剂型最小制剂单位价格原则上按照《药品差价比价规则》装量差价关系换算。小规格价格不高于大规格价格。	剂型(软膏、乳膏、贴膏)最小制剂单位价格按照《药品差价比价规则》的装量差价换算。不同浓度产品确有必要单列代表品的，低浓度价格不高于高浓度价格。采用特殊给药装置一体化包装，《药品差价比价规则》未明确换算关系最小制剂单位价格中扣减特殊给药装置费用的部分，按含装量差价换算。(新增)
同种药品同厂牌差价比价关系	“四同”变“二同”	地区间的差价比价关系。四同药品（指通用名、厂牌、剂型、规格均相同的药品）在平台新申报挂网价格的	地区间的差价比价关系：同厂牌同种药品（调整）在平台新申报挂网价格的
全文	名称调整	过评仿制药	过评同通用名药
不同类型药品比价	豁免条件措辞调整	不纳入治理范围	可不适用上述差价比价规则

药品名称	线下药店价格	医药电商/B2C价格	差价幅度	原因分析
阿托伐他汀钙片 (立普妥20mg*7片)	68元	42元 (JD)	38%	平台补贴+批量采购
连花清瘟胶囊 (24粒)	35元	22元 (MT)	37%	线下药店仓储成本高
盐酸二甲双胍片 (格华止0.5g*20片)	32元	19元 (AL)	41%	直连药企，减少中间商
布洛芬缓释胶囊 (芬必得0.3g*20粒)	28元	15元 (PDD)	46%	平台低价引流策略

多个销售渠道之间药价不相通的现象，已经持续了几十年，形成了独特的“双轨药价”。

大部分日常用的药品都执行市场调节价，不同地区、不同渠道的药品，销售成本也存在差异。供零售端的成本也和医院渠道不同，而且药店会根据自身经营情况给药品定价，这使得零售药价和医院药价会有差异。

值得一提的是，此次《意见稿》对不同渠道的差价关系也做出了要求：挂网价原则上应与当地社会药店零售价和互联网售药平台“即

时达”价格保持相当。申报价格高出当地药店零售价和网上“即时达”价格 1.3 倍的，平台应及时督促企业调整挂网价格至合理水平。这相当于是给出了药企定下了一个准确的参考锚点。

用药店价和网上价来约束药企挂网价，这是新一轮挂网规则的最大亮点。药店和互联网平台的“低价促销”空间将被全面压缩，和医院相比不再具有价格优势。这对药店和互联网售药平台来说可能是重大利空。

去年 7 月，国家下发文件，明确在药品价格信息监测中引入网络售药平台“即送价”和其他渠道药价进行对比，治理药品不合理高价乱象。截止到今年 3 月，全国 31 个省份均已上线搭建定点药店药品公开比价小程序。访问者可通过此系统查询到某一药品的药店均价、医院均价、药店价格区间、医院价格区间，实现线上实时比价。

挂网规则，倒逼线下药店降价

国家统一挂网规则，本意是希望以线上药价为锚点，倒逼线下药店降价，既能减轻患者负担，也能节省医保基金。

但对于这一要求的实际落地，还存在着一些问题。《意见稿》虽然确定了 1.3 倍的价格区间，但参考“即时达”价格本就存在争议：同一款药物不同商家价格、配送费高低各有不同，再加上一些红包优惠券，“即时达”的价格可能随时变化，难以有一个固定的参考标准。

退一步来说，即便所有标准都确定，线下药价下降的可能也不大。

实际上线上销售盘子要比线下小，那么对企业来说，为了不损失线下的市场，可能会反过来把线上的价格调高。

一些省份已经开始推进政策落地。2月24日，浙江省公布的《关于价格有明显优势产品挂网采购等信息梳理结果的公示》中，一个品种由于高于互联网售药平台“即时送”价格1.3倍，未能获得省级挂网资格。国家医保局也在搭建定点药店医保药品公开比价小程序或模块，进一步增加不同渠道之间药价的透明度。

未来，省级挂网平台价格、定点零售药店价格、线上电商价格等多渠道价格趋同是大趋势。

未来趋势

线上渠道规范化发展：

互联网平台“即时达”价格纳入比价范围，推动线上线下价格同步，促进O2O药房合规化运营，例如浙江已要求线上价格不高于挂网价1.3倍。明确要求药企在制定医院挂网价格、院外零售药店的零售价格、O2O价格、B2C价格，或市场投资力度及方式时，要充分考虑到各种价格间存在的联动性，长期来看要在不同销售渠道之间对零售价格尽量趋同。

处方药外流趋势：

随着DTP药房、互联网医院发展，患者更倾向“线上下单-快速配送”。根据中康CMH数据显示，全国DTP药房数量从2019年的3900

多家增长至 2023 年底的 7100 多家，在四年内数量几乎翻了一倍。



此外，DTP 药房市场规模也从 2019 年的 345 亿增长至 2024 年的 872 亿；随着各省双通道政策地不断落实，DTP 药房有望得到五成的院外处方量，在不久的将来市场规模可能突破千亿。

[返回目录](#)

政策引领：全生命周期视角下的药品价格治理变革

来源：招采网

药价治理是保障民生、优化医疗资源配置的关键环节。我国药价改革历经多年探索，逐步构建起“政府调控与市场调节”相结合的现代化治理体系。从“四同药品”治理到即将发布的《挂网共识》，药品价格正在经历前所未有的系统性重塑。本文从药品全生命周期的视角出发，带领大家系统梳理药品价格治理的政策脉络。

治理背景：从“无序”到“有序”的改革破局

我国曾长期针对药品的不合理价格开展专项治理工作，但仍长期面临两大痛点，极大影响了价格治理成效。

我国曾长期针对药品的不合理价格开展专项治理工作，但仍存在诸多堵点和难点尚未解决，极大影响了价格治理成效。

药品价格的治理方法不当

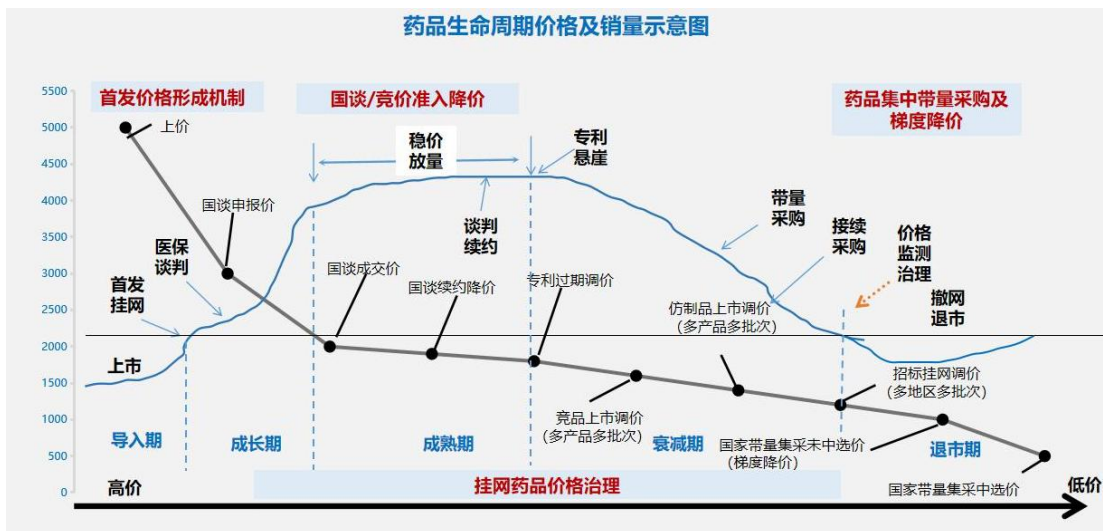
- 政府曾连续几年频繁出台药品强制降价和“两票制”等政策，但在降价风暴中，出现了低价药退出了市场，廉价药出现短缺等情况。
- 部分药企和中间商不断寻找变通手段，如通过虚开发票、虚构成本、虚构交易等方式，继续实施“一药双价”和“带金销售”，药品价格“高开高走”问题始终难以解决，药品价格治理依然无法深入。

多头治理，管理混乱

- 药品价格管理曾分属于包括卫计委、发改委、物价局、人社部等在内的多个部门，“九龙治水”的行政效率相对较低。
- 不同企业间、不同省际之间的“不公平高价”、“歧视性高价”等现象普遍存在。

2018 年国家医保局成立，首次整合药品价格管理职能，一改此前的混乱管理局面。至此，药品价格治理正式进入了规范化、标准化和系统化的发展新阶段。

药品生命周期价格及销量示意图：



全生命周期治理的四个阶段

一、导入期：创新药首发定价“放管服”结合

2023 年 3 月，国家医保局发布《关于做好 2023 年医药集中采购和价格管理工作的通知》，首次提出“新批准药品首发价格形成机制”，

确定北京、天津、河北、上海、江苏、四川等 6 省市做好首发价格受理、定期评估、动态调整等工作。

2024 年 2 月。国家医保局发布《关于建立新上市化学药品首发价格形成机制 鼓励高质量创新的通知》（征求意见稿）

1. 企业自评、自主定价：企业按医保部门公布的评价量表，从药理学、临床价值和循证证据三方面自我测评，按分值进入高、中、低三个组别，以此决定首发定价的自由度。

2. 支持高水平创新药在一定期限内获得相应收益回报。

3. 集中受理挂网模式，一次受理，提高新药挂网效率。

新批准药品价格由市场特性以及药品价值决定：药品创新价值含量越高，药品首发价格的自由度就可以越高，在挂网服务方面提供绿色通道挂网、稳定期保护等政策扶持。

二、成长 / 成熟期：医保谈判“以价换量”扩覆盖



自 2018 年以来，国家医保局连续 7 年开展医保药品目录动态调整。仍在成长、放量期的，具有一定创新性和临床价值的药品可通过谈判/竞价准入纳入医保实现“以价换量”，提高创新药可及性。

三、衰退期：集采降价“锚定”与梯度调整

国家集采：

(1) 中选药品：按照中选价直接挂网，并以中选价为价格锚点，同步调整其他非主非备地区的挂网价格。

(2) 非中选药品：按规定依据梯度降价的“红线价格”及时调价。

省级集采：参照各省集采规则和价格治理要求进行调整。

四、全周期药品价格治理政策影响与趋势预测



全国监测价、“四同”、“三同”价格治理、价格“一览表”等治理手段的出现，我国药品价格治理日益常态化、透明化和精细化。伴随《挂网共识》的即将出台，药品价格治理即将进入全国药价协同治理新阶段。

从首发定价的“创新激励”到衰退期的“梯度降价”，从“地方分散治理”到“全国共识协同”，药品价格治理的政策逻辑以市场调节为主导，辅以政府干预，始终围绕“让价格回归价值”展开。



随着《挂网共识》落地，行业即将迎来更透明、更规范的竞争格局，企业唯有主动拥抱变化，紧跟各省最新价格治理规则和要求，分类管理，主动规范产品的全渠道价格，方能在价格治理变革的浪潮中乘风破浪，砥砺前行。

[返回目录](#)

• 县域医疗 •

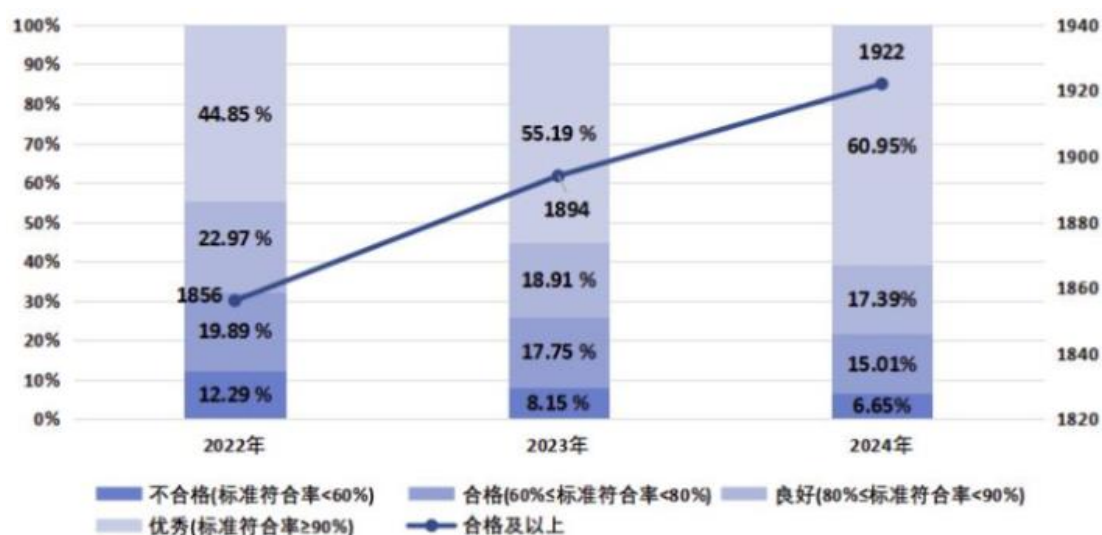
县级医院：引领县域医共体建设，打通基层医疗“最后一公里”

来源：国家卫健委办公厅

5月19日，国家卫健委办公厅发布《关于通报2024年度县医院

医疗服务能力评估情况的函》。该函显示，2024 年度参评医院 2059 家，县域覆盖率 98.93%。超过 90%的县医院作为县域医共体牵头单位。

全国县医院符合基本标准的占比情况：



县医院功能定位实现战略性升级

县级医院作为我国医疗卫生服务体系的重要枢纽，在医疗体系中发挥着承上启下的关键作用，向上承接三级医院的技术指导和资源支持，向下引领县域医共体建设，推动优质医疗资源下沉基层。增强县医院能力成为我国医疗体系建设的关键。

最新统计数据显示，2024 年我国县级医院在专科能力建设、医疗设备配置、急危重症诊疗水平等重点领域均取得显著提升，标志着县域医疗服务能力建设迈上新台阶。这一进展充分体现了我国分级诊疗制度建设取得的实质性成效。

超过 98%的县医院能够掌握呼吸(99.81%)、消化(98.74%)、心血管系统(98.49%)、儿科(98.54%)等常见病、多发病规范化诊疗。

全国县医院普遍设置了内科、外科、急诊、麻醉、儿科等科室,设置率均在 98%以上;医学影像、医学检验、药剂科等医技科室设置率持续增长,分别达到 100%、99.95%、99.71%。

超过 90%的县医院作为县域医共体牵头单位。2024 年平均每家县医院双向转诊人次达 4506 人次,较 2023 年增长 11.67%。向下级医院转诊人次数 2439 人次,较 2023 年增长 37.95%,县级医疗资源向基层进一步延伸。

县医院医疗资源布局仍不均衡,2025 年政策与补助贴利好

县医院医疗资源布局不均衡。比如,东、中、西部地区符合基本标准的县医院占比分别为 100%、95.70%、88.30%,东、中、西部地区符合推荐标准的县医院占比分别为 78.41%、65.92%、54.26%,区域间差距明显。

部分科室设置率较低覆盖面不全。有 13 个专业科室设置率低于 80%,其中全科医疗科、肿瘤科、精神科设置率分别为 45.17%、61.49%、79.16%。县医院专科建设质量仍需加强。精神科、血液内科、病理科、胸外科、眼科等 5 个科室基本标准符合率低于 80%,分别为 46.96%、62.07%、65.66%、66.97%、73.68%。

针对上述问题,国家卫健委要求,结合医疗卫生强基工程、2025 年卫生健康系统为民服务八件实事以及 2025-2027"儿科和精神卫生服务年"的相关要求,统筹服务体系、人才队伍、服务能力、医疗设

备和信息化等建设提升综合实力，增强县域血液透析、白内障手术、儿科、精神、感染、病理、急诊急救等能力，促进薄弱专业均衡发展，优化相关专科的设备配置，提高同质化服务水平。

近期，财政部接连发布多个 2025 年医疗补助预算通知，包括公立医院综合改革、医疗卫生机构能力建设、医保服务能力建设等，补助资金合计超 360 亿元。在 2025 年医疗服务与保障能力提升（医疗卫生机构能力建设）补助预算中，包含了县域医疗卫生机构能力建设、高海拔地区医疗服务能力提升、边境地区乡镇卫生院能力提升、国家医疗应急队伍建设四大建设，相关合计 39.88 亿元，本次下达 11.49 亿元。此外，近期国家还下发了县域医共体信息化建设、老年医学科建设、儿科服务建设等多项利好政策，新的拐点即将到来。



基层市场将扩容，企业如何把握

五一前夕，国家卫健委发布《关于优化基层医疗卫生机构布局建

设的指导意见》，再次明确要扩大基层常见病和慢性病用药种类，推动县域医共体用药目录统一。



标 题: 关于优化基层医疗卫生机构布局建设的指导意见	发文机关: 国家卫生健康委等
发文文号: 国卫基层发〔2025〕2号	来 源: 国家卫生健康委网站
主题分类: 卫生、体育\卫生	公文种类: 意见
成文日期: 2025年04月25日	

关于优化基层医疗卫生机构布局建设的指导意见

国卫基层发〔2025〕2号

目前，河南、安徽、甘肃等省已要求在4月底前完成目录优化调整工作，还有部分省份划定的时间期限为5月底或6月底。例如，陕西明确5月30日前形成紧密型医联体用药目录；吉林要求2025年6月底前医共体建立统一用药目录及动态优化机制；江西提出6月30日前调整优化本单位用药目录等。

我国基层医疗机构的用药目录以常见病用药和仿制药为主，在政策持续加码的背景下，医药企业迎来布局基层市场的战略机遇期。特别是在高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺病等慢性病用药领域，随着分级诊疗制度深入推进，基层市场需求将呈现加速增长态势。这对于管线覆盖相关治疗领域的区域性药企而言，有望实现二次增长。

值得注意的是，药品基层市场覆盖过程中面临的配送和信息化挑战日益凸显。由于区域发展不均衡，东部沿海地区与中西部地区的市场拓展节奏存在明显差异。中西部与边远地区因用量少、路途远，传统商业模式下配送积极性不高，更需要主管部门、制药企业、配送企

业等多方协同合作，以降低单次配送成本。

为保障基层药品供应，多省在方案中强调要完善县域内基层用药采供用报联动管理机制，围绕药事管理、用药目录、药品供应、合理用药、药学服务等情况，结合监测要点定期开展实施情况监测评估。

[返回目录](#)

中国基层卫生奔涌“数智浪潮”

来源：人民日报海外版

近年来，青海省海南藏族自治州共和县加快构建优质高效的医疗卫生服务体系，推进紧密型县域医共体建设，最大限度发挥现有资源和技术优势，提高基层医疗卫生服务质量，使优质资源“下沉”基层，让群众在“家门口”享受到优质诊疗服务。图为在共和县中医院，医生穆连财在与乡镇卫生院连线进行远程会诊。

当前，在科技蓬勃发展的中国，“数智浪潮”正以前所未有的深度和广度融入卫生健康行业。其发展成为提升基层医疗卫生服务质量、促进医疗服务公平可及、增进百姓健康福祉的关键驱动力。

从基层医疗卫生机构信息化建设标准确立，到紧密型县域医共体数据互通共享、高效协同；从紧密型县域医共体信息化倍增效应加速显现，到卫生健康行业“人工智能+”创新应用落地……数智赋能基层卫生的强大效能正全方位融入百姓看病就医、健康管理场景。这些进展，是中国以前瞻性战略布局数字健康领域、以前沿技术推动基层

卫生事业高质量发展的生动实践，彰显了中国卫生健康事业在全球数智化变革浪潮中的实践伟力。

信息化建设倍增效应加速显现

为促进健康福祉公平可及，我国出台了一系列数智赋能基层卫生政策。这些政策相辅相成、层层递进，形成了全方位、多层次的政策支持体系，让数字化、智能化技术效能充分显现。

2019 年，国家卫生健康委、国家中医药局联合发布的《全国基层医疗卫生机构信息化建设标准与规范(试行)》，为基层医疗卫生机构信息化建设提供了标准框架。在该政策指引下，各地基层医疗卫生机构得以有序开展信息化建设，逐步摆脱了既往信息系统标准不一的局面，为后续更大范围的数据互联互通、业务协同奠定了基础。

以往，医疗卫生机构之间信息孤立，患者在村、乡镇、县等不同层级医疗机构就诊时，检查检验结果难以互通互认，医疗服务连续性较弱。随着基层卫生信息化建设逐步推进，2023 年，国家卫生健康委等 10 部门联合印发的《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》，将政策着力点放在集区域内基层医疗卫生机构于一体的县域医共体上，数据互通共享范畴扩至县域级，要求统一县域医共体内信息系统。

通过县级统筹，患者病历、检查报告等信息得以在县域医共体内实时共享，上级医院专家可以根据基层医疗卫生机构上传的信息进行

远程诊断并予以指导，实现了医疗资源的合理调配和高效利用，让优质医疗资源能够更高效地下沉到基层。

进一步的深化、拓展还在继续。今年2月，国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局联合发布《紧密型县域医共体信息化功能指引》，对紧密型县域医共体信息化建设的主要功能、建设模式进行了全面规范和升级，统筹各地卫生健康行政部门基于省统筹全民健康信息平台，按照集约建设模式，完善县域医共体基础数据库、扩展业务功能应用。

在此基础上，紧密型县域医共体信息化建设的服务范畴进一步细化。同时，通过更大范围的省、市级统筹集成部署，县域医共体信息化建设的规范性和安全性进一步提升。该政策出台后，各地发挥紧密型县域医共体体制优势，信息化建设倍增效应加速显现。海南省的乡镇医疗卫生机构就曾令世界卫生组织驻华代表马丁·泰勒记忆深刻。他表示，这些机构在基层医疗卫生服务上有很大创新，人们可以更加便捷地获得服务。

人工智能与信息化建设并驾齐驱

数智赋能基层卫生进程中，人工智能与信息化建设并驾齐驱。2024年11月，国家卫生健康委会同多部门发布《卫生健康行业人工智能应用场景参考指引》（简称《参考指引》），明确4大类84项应用场景。其中，医疗服务管理、基本公共卫生服务等领域的应用场景

覆盖基层百姓看病就医与健康管理的各环节，使基层卫生健康数智化渐行渐近。

以基层全科医生智能辅助决策场景等为例，人工智能可以快速分析患者症状、病史、检查结果等大量信息，为医生提供诊断建议和治疗方案参考，帮助经验相对不足的基层医生提高诊断准确性和治疗科学性；在基本公共卫生服务方面，人工智能可根据居民健康数据提供精准健康管理服务，如个性化健康提示、疾病风险预测等。《参考指引》极大激活了各地探索“人工智能+”的积极性，为基层卫生注入创新发展活力。

系列政策的陆续出台，为大数据、人工智能深度融入基层卫生全链条奠定了基础，全国逐渐实现从基础建设到深度应用、从局部协同到系统治理的整体性跨越，其带来的巨大发展也吸引了国际社会的目光。

沙特阿拉伯王国补充和替代医学国家中心技术事务总监阿卜杜拉本·欧贝德·阿纳齐，在参访陕西省西安市基层医疗卫生机构时，对自助服务终端一体机、智慧药房、信息系统等赞叹不已：“中国基层医疗卫生机构所运用的技术和设备让我大开眼界。我们也在探索医疗数智化转型，但中国在这方面的实践已走在前列，为我们提供了宝贵经验。”

“中国经验”受到国际社会广泛认可

有了政策推动，中国各地探索实践澎湃向前，数智赋能基层卫生效能加速显现，展现出规模化效应。

在江苏省东台市，远程会诊、临床检验、网络心电、区域影像、智慧急救、集中审方、健康随访、医护调度、药物配供、消毒供应“十大信息中心”将市、区域中心、乡镇、村等不同层级的医疗卫生机构连成“一张网”。依托数智赋能，该市城乡医疗服务趋于一体化、同质化，市域内患者就诊率稳定保持在90%以上，基层医疗服务占比达75%。

安徽省应用自然语言处理、人机交互等人工智能技术打造的“智医助理”，实现了全省1703家基层医疗卫生机构全覆盖，3年来为3.3万名基层医生提供辅助诊断7.15亿次。“智医助理”能够在诊疗过程中为基层医生提供辅助诊断建议、病历质控、慢性病个性化管理等辅助诊疗功能，有效解决基层医生经验不足、诊疗水平有限的问题。

在浙江省，人人都可以拥有的一生专属“数字医生”——“安诊儿”已在该省大范围上线，能够为用户提供智能名医孪生、智能报告解读、智能健康档案、智能就医陪诊等人工智能服务，并集成了该省各级各类医疗机构的20余项医疗健康服务。自2023年11月上线以来，“安诊儿”已为超1700万人次提供服务，平均节省患者就医时间约20分钟。

在世界卫生健康治理全局中，数智赋能基层卫生发展的“中国经验”举世瞩目，受到国际社会广泛认可。世界卫生组织西太平洋区域主任萨亚·皮乌卡拉认为，世界卫生组织和各国合作制定数字健康战略，以远程医疗、电子健康记录和移动健康应用程序改善医疗服务质量，中国在利用新数字工具改善医疗保健领域处于领先地位。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

大模型如何重新“定义”健康管理？

来源：动脉网

进入 2025 年，行业已形成了一个共识：能否真正融入医疗日常工作场景并持续迭代，是决定大模型竞争力的关键。作为 AI 应用探索已久的场景之一，健康管理在大模型时代也迎来了快速发展。

那么，大模型技术如何为健康管理注入新活力？又能掀起怎样的新趋势？动脉网与微医人工智能研究院首席科学家徐红霞、深睿医疗高级副总裁刘建、南大菲特副总经理张芷韵三位深耕健康管理大模型应用的医疗企业专家进行了对话，供行业参考。

本文主要观点如下：

- 1、以深度场景理解为前提，找到最适配的应用场景
- 2、技术方与应用方存在协同困难，用户信任、关怀待加强

3、大模型+可穿戴设备，实现多维数据联动和个性化服务

4、部分商业模式已得到验证，大模型向多模态交互升级

大模型应用第一步：找到一个优质的健康管理场景

在应用落地与商业价值转化成为产业竞争焦点的背景下，如何精准识别并切入高适配性场景，正成为企业可持续发展的关键命题。

从深睿医疗高级副总裁刘建的分享来看，深睿医疗选择从体检场景切入健康管理领域，是市场需求、技术积累与政策导向三方协同的结果。

一方面，公众健康意识提升、国家“早筛早治”战略共同驱动了体检需求的持续增长；另一方面，作为 AI 影像领域头部企业，深睿在 CT、超声等医学影像的算法研发和临床验证方面已建立深厚壁垒，而体检场景中的基于 CT、MR、DR 等各类检查项目，均需依赖影像技术支撑，天然适配其技术强项。

场景是技术的试金石。刘建分享到，目前深睿医疗的大模型产品在肺癌、结直肠癌等项目中已实现价值验证，成功识别了百万级以上的高风险人群，实现了医保费用结构性优化。

南大菲特则以体重管理为突破口，通过“三师共管”AI 大模型助力慢病防治。

南大菲特副总经理张芷韵介绍，南大菲特深耕体重管理及慢病管理领域十余年，最初采用多学科团队模式开展体重管理服务；也是在

这一过程中，不断认识到传统人工模式存在的服务非标准化、质量波动、响应滞后等问题，对医疗健康服务规模化发展的制约。

而 AI 技术的应用，让这些问题迎刃而解。南大菲特通过自研模型与开源模型的结合，以及十余年的数据积累和技术优势，推出了三师共管 AI 大模型和首个减重代谢·慢病管理 AI 智能体，实现慢病管理的提质增效和可及性。目前，南大菲特三师共管 AI 大模型已在院内外和体检机构广泛应用，用户量已超 10 万人。

在 5 月 9 日-10 日的 VBEF 医疗 AI 大模型创新应用论坛上，多家企业也就场景选择逻辑展开过深度讨论。

一位嘉宾表示基于团队背景和技术积累，选择了诊疗流程外的科研场景；也有嘉宾遵循“痛点、刚需、高频”原则，将医生提效置于优先地位；另有嘉宾聚焦 C 端健康管理，通过 24 小时陪伴式服务提升医疗服务价值；一位投资人指出，大模型需切入基层全科医生等供给稀缺环节，而非仅做资源分配优化。

尽管路径各异，但各企业均指向一个核心逻辑：大模型在医疗领域的落地需以深度场景理解为前提，结合企业技术优势、商业化变现能力等，构建差异化价值壁垒。

这种以场景适配度为基础的战略选择，正成为大模型技术从“可用”走向“好用”的关键跃迁。

应用方与基座模型方并未实现完全协同

众多企业纷纷入局，试图借助这一技术实现更精准、高效的健康管理服务。但前行之路上，诸多挑战横亘其间。

从技术层面来看，大模型幻觉问题是一大难题。动脉网观察到，一些企业在通过 RAG(外部检索增强生成)、生成式与判别式 AI 协同、模型改进等方法来应对幻觉。

微医人工智能研究院首席科学家徐红霞指出，幻觉问题是现阶段大模型研究中面临的现实挑战，但微医控股采取了多种策略进行应对。一方面，在输入阶段对大模型的超参数进行调整，运用 RAG、思维链以及医疗专业知识微调等技术手段，以此引导输出模型更符合医疗领域要求的结果；另一方面，在输出阶段设置审核模型，对大模型的输出结果进行严格审核。同时微医控股会针对未通过审核的回答进行问题复盘与整理，并与专家共同探讨解决方案，以持续增强模型的可靠性。

作为大模型“燃料”的数据同样是绕不开的难题。南大菲特张芷韵坦言，以体重管理为切入的慢病管理，并非是纯粹的严肃医疗范畴，在生活方式相关的数据收集上，面临数据量稀缺且质量欠佳的困境。因此，南大菲特只能依靠自身苦心积累，耗费了大量心力与成本在数据收集整理工作之上。经过十余年积累，南大菲特的三师共管 AI 大模型，已深度融合了百万条肥胖及慢病患者管理记录、权威专家共识、前沿研究成果以及自主构建的数据集。

业务合作的情况则更加复杂。一方面，应用厂商和基座模型的供需错配。如微医控股和南大菲特侧重于应用开发的企业，需要与基座大模型协同提供医疗健康服务。在这一过程中，可能存在应用迭代与基座模型升级周期错配的情况。因此，企业在基座模型合作方的选择上也会有更多的考量。

深睿医疗作为技术供应方，现阶段的重点则是聚焦于医疗应用和大模型技术的完美结合。刘建以肺癌全程周期管理为例分享到，大模型的加入实现了从单个环节到全程覆盖跨越。“健康管理院内疾病诊断在 AI 的应用场景上存在差异，无法直接套用，我们需深入了解健康管理的场景适配性，为人民群众提供更智能的健康管理服务。”

另外是应用厂商和医院之间的合作。微医徐红霞提到，由于医院本身在算力和部署成本方面存在限制，因此更倾向于使用轻量化、智能化的模型。为此，微医与浙江大学正在模型蒸馏技术上展开探索，并且已经取得了一定的成果，发表了多篇相关学术论文，积累了丰富的技术经验。目前，微医还引入了类似 MOE 技术，通过对医疗场景进行细分，有效控制了成本，与医院的合作也较为顺畅。

最后是赋能患者的企业初心与实践应用间的差距。当前医疗大模型在用户体验层面的实践表明，“赋能患者”的初心仍面临技术落地、服务设计、用户信任等多重考验。企业需在技术精度与人文温度、服务边界与医疗敬畏、场景适配与用户需求之间，找到更具象的破局路

径。

微医控股践行的是“AI 健管工具+真人健康管理师”模式。AI 系统将收集可穿戴健康设备数据，持续监控患者的各项指标，即时发出健康预警与运动饮食方案提醒，辅助健康管理师为患者提供用药指导或入院就诊提示。微医控股的这一模式，在天津数字健共同体中已有显著成果。

南大菲特则非常注重对用户的人文关怀。例如在粤港澳大湾区，产品特别配备了粤语 AI 健管助手，提供贴合语音回复的主动服务，以更好地服务老年群体。

深睿医疗针对院内医疗诊断服务与院外个人体检场景的差异，迭代技术服务意识。比如在体检服务中，用户相较在院内为患者仅提供针对疾病检测的单一诊断结果，更关注为体检客户提供基于健康报告的多维综合服务。基于此，深睿医疗探索出了一套适应健康体检的技术方案，提升服务专业性和效率。这也侧面说明，医疗 AI 从严肃医疗向消费健康延伸，需调整服务理念与技术边界，而非简单平移技术能力。

大模型+可穿戴设备，实现健康管理多维数据联动和个性化服务

在健康管理场景中，智能可穿戴设备能够助力企业感知用户的院外情况。通过访谈了解到，相较于传统 AI 可穿戴设备，基于大模型的可穿戴设备，在数据处理维度、个性化服务深度、场景覆盖广度和

技术融合能力等方面都有更显著效果。

南大菲特张芷韵分享到，传统可穿戴设备受限于算力与算法，通常仅能采集单一生理指标，且数据呈现“孤岛化”特征。基于大模型的可穿戴设备，一方面可以和更多设备做联动，处理数据的维度更多样；另一方面个性化程度更高，能够建立用户记忆，为后续的健康管理提供准确的数据支持。

“微医控股也希望融合专业医疗知识与大模型对患者的数据感知，将 AI 打造成类似于具身智能的‘具知智能’。”微医徐红霞认为，具身智能是人工智能与机器人学的交叉领域，“具知智能”则是人工智能与医疗健康相结合的产物。“知”将由两部分构成，一方面是专业的医疗知识，另一方面是大模型对患者的数据感知。她介绍，通过与多个国内知名智能穿戴硬件厂商深度合作，微医控股已成功打通院内外数据壁垒，做到了场景数据一体化，走通了防筛诊治管康全生命周期的“最后一公里”。

这一创新模式的核心亮点在于实现院内外数据的无缝整合。依托可穿戴设备实时采集的健康数据，微医控股 AI 系统能够生成个性化健康管理方案，并依据动态监测数据持续优化调整，真正实现对患者的精准健康干预。

部分商业模式已得到验证，大模型向多模态交互升级

在医疗大模型商业化浪潮中，微医控股、深睿医疗、南大菲特各

展所长，依托自身技术优势与战略定位等，探索出了不同发展路径。

微医控股在 AI 医疗领域布局早，成绩亮眼，AI 健共体模式成为市场关注的焦点。据弗若斯特沙利文资料，按 2023 年收入计，微医控股已是中国 AI 医疗健康解决方案的最大提供商。不仅如此，在由 AI 驱动的天津健共体中，通过 AI 赋能，天津市数字健共体在医保基金可控的前提下，实现了更好的健康收益，糖尿病患者人均医保额度盈余率超过 25%，医保支出增幅显著下降，实现了基层医疗机构、医生、患者、卫健医保的“四方共赢”。

深睿医疗则以 ToB 赛道为基础，不断拓展服务场景，向 ToC 模式挺进，凭借成熟的 AI 技术沉淀，构建立体防护体系：首先，通过智能辅助诊断系统提升效率，缩短患者候诊时间；其次，运用 AI 量化分析技术，在冠心病风险预测、骨密度检测等领域输出高精度诊断指标，助力医生专注关键环节；最后，借助大模型将晦涩的影像报告转化的通俗解读，解决患者理解难题，形成从机构服务到患者触达的疾病立体防护体系。其中，AI 将诊断关口前移，为疾病的防、诊、治、教、研提供了全方位的技术支撑。

南大菲特指出在大模型基础层成熟的背景下，应用端将迎来爆发期。为此，南大菲特将依托三甲医院资源，基于 AI 智能体业务中台实现标准化服务，并逐渐将业务从健康管理，向患者全流程服务延伸。同时，南大菲特也在探索不同的收费模式，来适配不同客户需求。

在前文提到的 VBEF 医疗 AI 大模型创新应用论坛上，嘉宾们也围绕医疗大模型商业化进行了探讨。观点可归纳为四类：

一是主张以替代医生为关键构建商业模式，认为辅助医生模式难以从医保或医生收入中获利；二是强调面向 C 端患者支付盈利，借助大模型产品提升患者体验，使患者因认可管理价值而付费；三是通过私有化部署和 SaaS 付费等方式，以及将模型嵌入企业工作流程的 2B 模式。且这种模式已经在医疗领域验证成功。

第四是，有观点认为大模型的商业模式可以分为两类：一是基础平台模式，依靠技术调用量付费；二是类似于 AI+CRO，基于大模型技术服务提供，注重服务质量和交付效率。

对于大模型未来的发展趋势，微医控股则明确将“具知智能”及其互动能力作为核心研究方向，致力于赋予大模型多维度感知与交互能力，推动 AI 从单一文本交互向视觉、听觉等多模态交互升级。面对 scGPT、RuiPath 等专业领域垂类模型快速发展趋势，微医将探索多智能体系统，加速构建多模态医疗大模型体系；同时探索大模型与多样化工具协同应用，进一步提升其在医疗场景中的实用性与效率。此外，针对大模型算力成本问题，微医也在着力研发轻量化技术，在增强模型智能水平的同时降低资源消耗，推动医疗大模型向高效、多维的方向发展。

[返回目录](#)

深化医疗服务价格改革 形成综合效应

来源：国家医疗保障局

医疗服务价格是人民群众最直接最现实的利益问题，涉及医疗机构等各方利益，一直备受关注。深化医疗服务价格改革在优化医疗资源配置、保障人民群众健康权益、促进医疗卫生事业可持续发展等方面具有重要作用。2021 年党中央、国务院决策部署改革试点以来，国家医保局会同有关部门以落实基本医疗服务公益性为导向，全面建立医疗服务价格动态调整机制，系统规范价格项目，指导试点地区探索建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的价格形成机制，促进提高医疗卫生为人民服务的质量和水平，控制人民群众医药费用负担，保障人民群众获得高质量、有效率、能负担的医疗卫生服务，取得阶段性积极成效。

夯基础，全国医疗服务价格项目统一规范进入“快车道”

长期以来，医疗服务价格实行各省属地管理，由地方医药价格主管部门制定价格项目、确定价格水平，地区之间价格项目的数量、内涵、颗粒度差异较大，医院计费繁琐，群众看不懂，无法很好地兼容新技术。对此，党中央、国务院高度重视，要求规范管理医疗服务价格项目，使价格项目更好计价、更好执行、更好评价，更能适应临床诊疗和价格管理需要。国家医保局坚决贯彻落实，把统一规范价格项目作为重要改革任务，组织专家团队以服务产出为导向梳理制定全国

医疗服务价格项目，按照“成熟一批、发布一批”的工作思路，加快编制出台医疗服务价格项目立项指南。各地根据立项指南陆续规范本地区价格项目政策，规范收费、减少乱收费，支持创新、维护公益性。目前已编制发布 27 批立项指南，呈现以下突出亮点。

一是支持创新，促进增量发展。医保既是民生工作，又是经济工作。大家习惯于把医保工作职能局限在民生领域，实际上，医保不仅从支付政策上带动药品、耗材、设备等领域产业发展，还可以从价格政策上助推创新发展。2024 年以来，按照国务院关于落实一揽子增量政策的决策部署精神，国家医保局密切关注科技创新在医疗领域的新发展，从价格项目管理等方面入手，畅通新技术的收费通道，推动高水平科技创新成果进入临床应用，既助力改善群众健康水平，又助力满足临床急需的新技术新产品加快收益回报，赋能科技创新在医疗领域率先发力。比如，神经系统类立项指南专门设立侵入式脑机接口置入费、取出费、非侵入式脑机接口适配费等价格项目，脑机接口技术成熟获批进入临床后，可快速进入临床应用并收费，明确科技创新回报预期，价格项目发布当日，资本市场脑机接口板块反响积极。再比如，心血管类立项指南适应第三代植入式“人工心脏”手术收费需要，新增心室辅助装置植入费、取出费、心脏植入式装置适配费等价格项目，分别解决手术植入、手术取出、术后调试等医疗服务计价收费问题，有助于“人工心脏”植入在临床的推广。这些增量项目，尽

管没有纳入医保支付，但对科技创新予以了赋能。

二是项目统一，引导诊疗规范。履行医疗价格管理部门职责，国家医保局系统性出台了价格项目立项指南，总体思路是在卫生健康部门医疗服务技术规范的基础上，对相同服务产出相关的价格项目进行“合并同类项”，有不同步骤的归并，有不同术式的合并，也有不同流派的规范。以中医针法类立项指南为例，将现行的舌针、鼻针、腹针、腕踝针、手针、面针、口针等项目进行整合，统一称为“常规针法”，整合后的价格项目颗粒度提升，未来有针法的新技术新场景的也可兼容收费需求，避免挂一漏万。同时，坚持以临床需要为导向，坚持当合则合、宜分则分，总的目标是让价格项目更好计价。而价格项目统一，将有力引导诊疗行为持续走向规范。例如，国家医保局持续关注医疗领域“消费升级”趋势，对于市场化程度比较高的医疗领域，如口腔正畸、整形美容等，通过立项指南等方式规范公立医疗机构的收费项目，也有助于引领市场化的医疗服务行为规范。

三是目标导向，紧贴社会需求。国家医保局聚焦群众多样化就医需求，促进补齐医疗服务短板，推出一批新的价格项目。为了更好地照顾老人，新设“免陪照护服务”“上门服务费”“床旁超声”“安宁疗护”等价格项目，其中“免陪照护服务”已在27个省份落地实施，价格水平相对适中，有支付意愿的患者家属可自愿选择免陪照护，从繁杂的陪护负担中解放出来。为呵护“小的”，新设“早产儿护

理”“新生儿护理”等价格项目，明确加收政策，鼓励医疗机构为小朋友提供更优质的医疗服务。为助力构建生育友好型社会，新增“分娩镇痛”“导乐分娩”“亲情陪产”等价格项目，支持医疗机构提供以产妇为中心的人性化分娩服务，改善生育医疗条件。为低空经济、医疗急救以及相关的高端保险等行业赋能，新增“航空医疗转运”价格项目，涵盖了固定翼飞机、直升飞机等各类航空器为患者提供的转运服务，促进了非基本医保报销领域更广泛的服务供给。此外，为实现本人手机可阅、同行跨机构可调、医保部门可查，在放射检查类立项指南明确提供“数字影像处理和上传存储服务”作为检查项目的应尽义务，公立医疗机构不能提供相关服务的要降低收费标准，推动检查结果互认，方便保存与获取和历史比对。

四是区分难度，体现劳务价值。在立项指南编制过程中，国家医保局充分尊重临床实际，按照各方意见对技术劳务价值高、风险程度大的复杂情况和复杂操作，区分常规和复杂情形，或者增加加收项，以充分体现技术难度差异。以“阴道分娩”为例，根据复杂程度分别设立“阴道分娩(常规)”和“阴道分娩(复杂)”，将瘢痕子宫、巨大儿、胎儿臀位、肩难产等分娩难度及风险大等情况列为“阴道分娩(复杂)”。同时，根据劳务付出情况，科学确定计价单位，将“胎心监测”“阴道分娩”“羊膜腔穿刺”等可能涉及多胎的项目，计价单位明确为“胎/次”，从价格项目层面指导地方医保部门关注劳务价值。

五是项目清晰，利于执行监督。立项指南对存量价格项目进行系统性重塑，无论是项目名称、服务产出、价格构成，还是加收项、扩展项都更加准确，更加清晰，实现技术规范与收费规范既紧密衔接又科学分离，“技术归技术，收费归收费”。同步编制映射关系表，将立项指南价格项目、国家编码项目和《全国医疗服务项目技术规范（2023 年版）》三者间进行映射，提供给地方参考，指导各地编制本地区映射关系表。各地对接落实立项指南后，医疗机构可依据本地区医疗服务价格项目和价格水平，合法合规收费，减少医务人员计费的事务性负担，“让医院收费更清楚，让患者付费更明白”。

建机制，深化医疗服务价格改革试点稳步推进

按照 2021 年 5 月中央全面深化改革委员会审议通过的《深化医疗服务价格改革试点方案》部署要求，国家医保局会同有关部门指导河北唐山、江苏苏州、福建厦门、江西赣州、四川乐山等五个城市开展改革试点，指导内蒙古、浙江、四川等三个试点省份启动全省（自治区）试点，总体思路是通过调价实践探索建立新的价格形成机制。

一是总量调控。“三明医改”的重要经验是有效控制医疗费用过快增长，通过更高层次、更大范围的结构优化，为更好保障人民群众病有所医创造良好的改革条件。五个试点城市积极建立更可持续的价格管理总量调控机制，均按照“历史基数+合理增长”建立测算模型，确定年度可用调价总金额，确保医疗服务价格总量与当地经济发展水

平、医疗资源和医保基金承受力相匹配，人民群众、医保基金、财政不因价格改革大幅增加额外负担。

二是分类管理。五个试点城市通过建立规范有序的价格分类形成机制，将医疗服务分为通用项目和复杂项目两类进行分类管理。一类是服务量大、标准化同质化程度高的通用型项目，如诊查、护理等，群众对价格关注度高，改革方向是政府负责管住管好价格基准，允许不同区域、不同层级的医疗机构围绕统一基准适当浮动，取得积极效果。另一类是技术复杂、操作难度大的复杂型项目，如冠脉支架置入术、人工关节置换术等，集中体现了医务人员技术、经验、劳务价值，群众对其内在价值更认同，对适度上调价格更理解。改革方向是政府发挥好“定规则、当裁判”的作用，引入医疗机构参与形成。

三是动态调整。五个试点城市建立灵敏有度的价格动态调整机制，明确调价的启动条件和约束条件，解决了“调不调、何时调”的窗口难题。2022年以来，五个试点城市已按新机制平稳实施两轮调价，首轮调价于2023年1月落地，累计调价金额3.52亿元，涉及1398项项目价格；次轮调价于2024年1月落地，调价金额6.31亿元，涉及5076项项目价格。

从改革试点监测评估情况看，五个试点城市持续完善改革试点具体方案和调价规则，已建立新的医疗服务价格形成机制，立足人民群众和医保基金支撑能力，引入公立医院参与价格形成，充分发挥医疗

服务价格杠杆功能，总体符合改革试点预期。其一，医保、医疗、医药协同联动显著加强。改革试点吸收“三明医改”的核心经验，实现医院控费和医疗调价双向挂钩，医药费用控制好则调价总量大，费用控制弱则调价总量少，压实医院控费责任，让医院改革红利“看得见、摸得着”。其二，新机制对公立医院高质量发展发挥积极作用。五个试点城市调涨项目集中在手术、治疗类项目，调降项目集中在检查检验类项目，一大批体现技术劳务项目的价格矛盾得到缓解，一些以设备物耗为主的检查治疗价格逐步降低。其三，新机制得到医院和群众的积极肯定。五个试点城市医务人员认为，“新机制将尊重医院和医生的专业性意见建议落到了实处，医生真真切切感受到了鼓舞。”特别是复杂项目报价机制，改革为医院和医生基于专业判断提出调价意见、在总量范围内“精打细算”提出调价方案意见。

2024年3月，为稳步推动改革铺向全国，国家医保局会同财政、卫生健康部门共同遴选了内蒙古、浙江、四川作为全省(自治区)试点省份，在更大范围、更高层次上持续深化机制性改革。目前，三个试点省份正在开展首轮调价工作。

调价格，赋能医疗机构平稳健康运行

2019年国家医保局部署建立和完善医疗服务价格动态调整机制。2021年《深化医疗服务价格改革试点方案》明确建立灵敏有序的动态调整机制，具体来说就是确定医疗服务调价的触发机制，什么情况

下可以调，什么情况下不能调，都要有章可循，综合考虑社会经济发展、医院改革绩效、医保和患者承受能力等因素，科学把握调价窗口和节奏，稳定价格预期。

2022 年全国 31 省(自治区、直辖市)均已按照“设置启动条件、评估触发实施、有升有降调价”的基本思路，建立医疗服务价格动态调整机制，并连续三年开展评估，将评估结果转化为调价决策。其中，2022 年 17 个省份经评估开展调价，2023 年 28 个省份经评估开展调价，2024 年 15 个省份经评估开展调价。截至 2024 年底，医疗服务价格总水平较 2018 年累计上涨约 22.3%，其中护理、中医、诊查、康复、手术等体现技术价值和劳动付出的项目涨幅更高，如特级护理价格普遍上调至每日 150 元左右，输液港置入费普遍上调至 700 元左右，医疗机构从真正体现医技护的产出中获得更多回报，有力推动公立医疗机构高质量发展。与此同时，国家医保局自 2024 年开始，统一部署开展医疗服务价格规范治理专项行动，聚焦以物耗为主、量大、虚高的检查检验项目，分析区域间价格和成本情况，分批指导高价省份合理下调检查检验类价格水平，比如，某省 B 型钠尿肽测定由 330 元/项降至 180 元/项，某省糖化血红蛋白测定由 88 元/次降至 30 元/次，通过结构性调整，持续将医疗价格导入符合公益性和社会价值取向的轨道。

总体上看，虽然各年度调价统筹地区有多有少，调价金额总量有

高有低，调价项目数量有多有少，但机制化调价保障了调价作为日常工作有规可循，遵循客观评价指标，调价快慢由客观因素决定，制度化常态化运行医疗服务价格动态调整机制符合改革部署要求，符合客观实际。但也有医疗机构、医务人员认为医疗服务价格上涨低于预期，希望体现医疗技术和劳务的价值多涨一点。

从过去三年调价实践来看，部分地区不符合调价启动条件，主要原因是受客观条件所限：一是部分地区居民医保基金平稳运行压力加大，医疗服务价格“涨不了”。近年来，职工医保基金运行状况良好，但部分统筹地区居民医保出现当期赤字，无法支撑大规模涨价。长期来看，过快的医药总费用增速可能为经济社会发展带来负担，从 2018 年至 2024 年短短六年间，医保基金支出已从 1.70 万亿增至 2.97 万亿，年均增速达 11%。二是公立医疗机构医药费用增速超标，医疗服务价格“不能涨”。“三明医改”实践证明，医疗服务价格调涨的前提是有效的医疗控费。目前，各地床位规模扩张和老龄化等因素也客观上推动医药费用过快增长，2023 年住院率升至 22%，2024 年度自评不符合调价条件的省份中，13 个省份医药费用增速超 15%。三是体现新质生产力的新药新项目需要支持，医疗服务价格“涨不动”。虽然集采有效控制药品耗材费用增速，但减负腾出来一定的费用空间，既要用于吸纳更多的好药新药进入医保，还要用于促进新医疗技术项目进入临床应用，一定程度分流了对现有价格项目的支持。医保部门

也希望医疗机构多支持集采，多支持控制不合理费用，这样社会和医保才更有意愿和能力接纳医疗价格合理上调。四是坚守公立医疗机构公益性，医疗服务价格“不宜快涨大涨”。习近平总书记强调，无论社会发展到什么程度，我们都要毫不动摇把公益性写在医疗卫生事业的旗帜上。这就要求公立医疗机构不仅要执行公益性的价格，也要在此基础上加强内部精细化管理，理顺利益传导机制，既调动医务人员积极性，又不能走全盘市场化、商业化的路子，才能更好保障广大人民群众就近享有公平可及、系统连续的健康服务。

谋长远，绘制医疗服务价格改革系统蓝图

下一步，国家医保局将继续推进医疗服务价格改革的系统性工程，通过价格杠杆撬动医疗技术与产业的高质量发展。

一是全面深化医疗服务价格改革试点。指导内蒙古、浙江、四川等3个试点省份完成首轮调价。指导5个试点城市发挥统筹推进相关改革。开展改革试点全面总结，形成可复制可推广的改革经验，为全面推开医疗服务价格改革做好充分准备。

二是加快编制立项指南并推动落地。继续开展医疗服务价格项目质量提升专项行动，尽快全面完成立项指南编制工作，形成医疗服务价格项目领域统一的“通用名”。指导各地及时跟进，在2025年底前对接落实，实现全国医疗价格项目基本统一规范。

三是处理好集采改革、支持创新与上调医疗服务价格的关系。坚

定不移推进集采改革，挤出虚高药价空间，为更好支持创新药、新医疗技术、上调现有医疗服务价格创造客观条件。在人民群众和医保基金总体负担可承担的前提下，平衡好创新药、新技术和医疗服务的发展需要。

四是持续优化医疗服务价格，赋能技术和产业。支持符合调价条件、医保基金运行平衡的地区加快开展调价工作，优先安排调整护理、诊查、手术、中医等技术劳务占比高的项目价格，通过价格杠杆支持提升医疗服务质量。旗帜鲜明支持医疗技术创新发展，指导地方医保部门用好现有项目兼容、附条件新增、重大创新绿色通道等新增价格项目渠道，促进高水平创新技术和产品加快临床转化。

[返回目录](#)

• 医保监管 •

从“清源”行动来看医保协同监管

来源：包头市医药采购服务中心

2025年4月3日，国家药监局召开药品经营环节“清源”行动部署会。会议强调，开展“清源”行动要紧盯群众反映强烈的突出问题，切实排查化解风险隐患，打击药品经营违法行为，规范网售业态，严防假劣药流入。要强化上下协同联动和跨部门查办协作，用好信息化手段，规范涉企检查，确保“清源”行动取得实效。

“清源”行动的核心在于通过系统性治理，清除药品流通环节的风险漏洞与违法违规行为，重构规范有序、安全可靠的药品经营秩序。其中，跨部门协同执法机制尤为关键，例如药监部门与医保部门的联合检查。以安徽省近期发布的《2025 年药品经营环节“清源”行动实施方案》为例，可深入分析医保部门在协同监管中的关注重点。

日前，安徽省药监局印发《2025 年药品经营环节“清源”行动实施方案》（以下简称《方案》）。

《方案》指出，“清源”行动结合日常监管、风险会商工作，聚焦药品经营各类主体易发的风险和问题，重点关注药品批发企业、药品零售连锁企业总部、药品零售企业及药品网络交易第三方平台四大方面，重点严厉打击出租出借证照、制售假药劣药、非法渠道购进药品、不凭处方销售处方药、未按照规定渠道销售第二类精神药品、网络销售《禁止清单》药品等违法违规行为。

值得注意的是，《方案》中多项监管内容与医保部门职责存在交叉协同，尤其是在药品追溯码全链条采集和外配处方规范化管理两大领域。

一、药品追溯码采集

《方案》明确将“未按规定上传药品追溯码信息或信息无法校验”列为药品批发企业和零售连锁总部的重点检查项。作为医药、医疗、医保“三医联动”的重要关注点，药品追溯码体系建设在 2025 年进入

全面落地关键期,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。2025 年 3 月 19 日,国家药监局和国家医保局、人力资源社会保障部、国家卫生健康委四部门联合发布了《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》,该《通知》强调了“强化采集,确保应扫尽扫”的时间节点和具体要求。

《通知》强调:“医保定点医药机构要准确采集、核验药品追溯码并上传至全国统一的医保信息平台 and 药品上市许可持有人的药品追溯系统(中药饮片、中药配方颗粒、院内制剂、必须拆零发放的药品以及零散注射针剂等除外)。

原则上,2025 年 7 月 1 日起,销售环节按要求扫码后方可进行医保基金结算,对此前已采购的无追溯码药品,列入“无码库”管理,暂可进行医保结算。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。零售药店要在顾客购药小票上显示药品追溯码信息。工伤保险医疗服务协议机构、工伤康复协议机构〔以下简称工伤医疗(康复)协议机构〕要加快推进药品追溯码采集应用”。

由此,药品追溯码必将成为监管部门重点推进的重要事项。医保部门正在联合多部门推进药品追溯码体系建设,而且设立时间节点落地。目前,各地正在根据实际推进药品追溯码采集工作,截至 2025 年 3 月 31 日,国家医保信息平台累计归集追溯码 273.09 亿条,覆盖

全国 31 个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团。接入 88.9 万家定点医院药店, 占定点医药机构总数的 95.6%, 定点医疗机构接入占比 92.82%, 定点零售药店接入占比 98.18%。在监管过程中多地已出现因追溯码采集不到位被中止医保协议的典型案例, 凸显监管力度。

二、外配处方管理

《方案》将“购进销售医保回流药品”“不凭处方销售处方药”“未审核处方网售药品”“先销售后补方”等列为零售药店和网络平台的监管重点。从医保视角看, 外配处方管理直接关联基金使用安全。

处方药必须凭处方销售, 多个文件办法都有所规定。《中华人民共和国药品管理法》、《处方药与非处方药分类管理办法》和《药品经营和使用质量监督管理办法》等法律法规明确规定, 处方药必须凭处方销售。作为医保部门, 国家层面和地方层面对外配处方都是有所规定和要求的。

根据国家医保局办公室 2023 年 15 日印发的《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, 以下简称《通知》)要求: “参保人凭定点医药机构处方, 在定点零售药店购买医保目录内药品, 可由统筹基金按规定报销”。2024 年 1 月 22 日内蒙古自治区医保局发布《关于进一步规范全区门诊统筹定点医药机构管理的通知》, 该《通知》明确: “定点零售药店应严格按照《处方管理办法》有关规定供药; 定点零售药店使用远程审方系

统开具处方的,时间应在药品结算前,结算后期补方的视为无处方供药”。

2024 年,国家新闻媒体曝光的药店伪造处方事件和回流药事件,使得外配处方和“医保回流药品”成为监管部门关注焦点,促使监管层将“防止虚构交易套取医保资金”列为重点,要求零售药店严格执行处方审核前置制度。

综上,药品追溯码体系的建设通过对药品全流程监管,从根本上杜绝和遏制回流药蔓延;外配处方的强化管理则为安全用药、合理用药和合理使用医保基金保驾护航。药监部门以药品质量安全为核心,防止假劣药、非法渠道药品流入消费终端,避免公众因用药不当或误用假药导致健康损害。医保部门以医保基金安全为核心,打击“医保回流药品”、虚构交易套取医保资金等行为,避免公共医保资金被滥用。

两大部门监管核心目标一致,均以维护公众健康权益与社会公共资源合理使用为根本出发点,通过监管遏制零售药店利用信息不对称损害公众或公共利益的行为。由此,医保部门协同药监部门会共同关注药品追溯码体系建设、打击回流药和规范外配处方等多方面开展工作,通过追溯码数据互通、处方流转平台对接、联合执法机制等,形成“质量-基金”双防线,共同保障安全用药和合理使用医保基金。

“清源”行动以“清除药品经营乱象、净化市场环境”为核心,

通过全链条监管与多方协同，实现药品安全与产业健康发展。医保部门与药监部门在零售药店监管中虽侧重不同(药品质量和医保基金)，但在保障公众权益和强化合规管理等维度高度协同，其深度联动将显著提升药品流通领域治理的系统性与有效性。

[返回目录](#)

开展智能监管改革试点需了解的三个问题

来源：江西省医保局待遇保障处

随着医保监管工作的持续深入开展，大数据、云计算、区块链、物联网等新一代信息技术以及机器学习、机器人技术、AI、自然语言处理、生物识别技术、计算机视觉等智能技术在医保基金监管中的应用越来越受到重视。近日，国家医保局办公室发布《关于开展智能监管改革试点的通知》(以下简称：《通知》)，预示着我国医保智能监管工作将进一步走向深入，医保智能监管时代即将来临。

对各级医保部门来说，准确领会《通知》精神显然是创造性开展改革试点工作的基础，而全面了解如下三个问题，不仅有助于《通知》精神的准确把握，也有助于在改革实践中活学活用、融会贯通。

一、医药服务大数据亟需医保监管智能化

医药服务数据可以算得上是真正意义上的“大数据”。

首先，医疗服务数据不仅体量庞大而且呈爆发式增长态势。从横向上看，每一次门诊、住院、用药、检查、医保结算、线上问诊甚至

可穿戴设备监测都会生成数据。据统计，2023 年我国的年诊疗量超 80 亿人次，某些三甲医院的日医疗数据量就达 TB 级。从纵向上看，从健康管理到疾病治疗再到康复，一个人的医疗数据可能持续数十年，且需长期存储(如电子健康档案需保存 15 年以上)。

其次，医疗服务数据不仅维度复杂而且相互间关联度较高。这主要包括：一是医疗数据大多是多源异构数据，既包括结构化数据，也包括非结构化数据，还包括时序数据。二是医疗数据具有高维度特征。例如，单个患者的基因组数据可达数百 GB，一次 PET-CT 扫描就可能包含数万张切片图像。三是临床诊疗需进行多模态数据融合。比如：需整合临床数据(如 CT 影像)、基因数据(如全基因组测序)、行为数据(如用药依从性)、环境数据(如空气污染指数)等。

第三，医疗服务数据虽然蕴藏极高价值但是挖掘难度极大。主要体现在：一是精准医疗的有效性有赖于数据的精准性和完整性。例如，肿瘤靶向治疗需匹配患者基因突变、用药史和疗效数据，数据误差可能导致治疗方案失败。二是有关医药方面隐藏规律的发现需要进行数据的深度挖掘。比如：需要通过分析百万级患者的用药记录，才有可能发现罕见的药物不良反应。三是在开展流行病学研究中可能还需要结合地理信息数据(如疫情热力图)和时间序列数据(如疾病发展轨迹)来进行时空关联性分析。

由于医疗服务的大数据特性且更多是医生病历文本、检查影像等

非结构化数据，而许多欺诈套骗医保基金的行为往往隐藏在多数据维度中，再加上在高新技术的加持下骗保手段不断升级，不仅使得传统的监管手段(如人工抽查、简单规则筛查)难以应对，也使得传统的监控规则引擎无法解析。因此，迫切需要采用新技术、新手段进一步提升医保基金使用监管的精准度、有效性和工作效率。

大数据、云计算、区块链等新一代信息技术以及机器学习、AI、自然语言处理、生物识别技术、计算机视觉等智能技术，具有高效数据处理能力、自主学习与精准分析能力，以及支持多技术融合与实时交互、支持在线学习和迁移学习等特点，如果将其运用在医保基金使用监管上，就可以有效防范欺诈骗保者对海量、高维、动态医药服务行为数据的恶意利用。如，通过分布式计算实时处理 TB 级数据，实现对医疗服务数据的全量审核而非抽样检查；利用图计算准确识别“药贩子-患者-医疗机构”黑色网络；通过时序模型检测异常就诊频率(如慢性病患者每月开药量突然翻倍)；利用 NLP 提取电子病历中的关键信息(如 ICD 编码与实际诊疗是否匹配)；通过 CV 识别 CT 影像与收费项目是否一致，等等。可以说，只有通过智能技术的“显微镜”(精准识别)、“雷达网”(实时监控)和“防护盾”(风险预判)，才能实现从“被动响应”到“主动防御”的转型，从而切实保障医保基金的使用安全。

二、医药服务行为的复杂性需要试点先行

之所以要先行开展智能监管改革试点工作，国家医保局在《通知》中给出的说法是，通过改革试点，提炼典型经验和做法，做好技术总结推广，从而推动国家局公布公开的“两库”在定点医药机构自建事前提醒系统中落地应用，将参加试点的定点医药机构建设成为国家医保局“两库”开发建设、公布公开的“试验田”，以及自查自纠的“标杆”；同时，推动全国医保系统智能监管子系统应用成效提升，实现监管关口前移，从源头上减少使用医保基金违法违规行为发生，推动定点医药机构在事中审核、飞行检查等事中事后监管工作中发现问题明显减少，使“两库”公开、智能监管成为定点医药机构主动合规的有效途径。

其实，早在 2020 年 6 月，国务院办公厅在《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》中就明确提出，全面建立智能监控制度。随后，国家医保局分别在 2022 年和 2023 年制定颁布了《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法(试行)》、《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0 版)》以及《关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》等一系列政策文件。国家医保局之所以还要于 2025 年 4 月发文开展医保智能监管改革试点工作，在笔者看来，有着更为深层的原因。

一是医保基金的战略敏感性决定了智能监管的容错率必须保持极低水平。医保基金是 14 亿多参保人的“救命钱”，一旦智能监管

系统出现大规模误判(如错误拦截合规报销),可能直接导致患者无法及时就医,从而引发社会问题。再加上,医保基金支出金额巨大(如我国基本医疗保险基金(含生育保险基金)在2024年的总支出额就高达近3万亿元),智能监管算法若存在漏洞(如未能识别新型骗保手段),单点失误就可能造成亿元级损失。因此,对于医保智能监管工作在全国范围内的全面实施必须慎之又慎。

二是医疗数据的区域性差异决定了智能监管规则设定必须与地方实际适配。由于我国不同地区的医疗水平、疾病谱、不同等级医疗机构的电子病历标准化程度、医保政策等,客观上还存在着较大差异,决定了智能监管系统的部署实施需要结合地方实际进行针对性建模,而不是一上来就一刀切。

三是智能监管的实用性需求决定了模型设计必须得到真实应用场景的验证。一方面,智能监管算法的可靠性有待在实际中得到检验。比如:欺诈检测模型在实验室准确率可达95%,但真实场景中可能因数据漂移(如疫情后就诊模式突变)而失效。另一方面,智能监管中的人机协同模式尚有待在实际中探索。毕竟智能监管并非能够完全替代人工,还需要通过改革试点确定两者的最优分工(如AI初筛+专家复核比例)。

四是积极稳妥的渐进性要求决定了医保智能监管改革工作必须要先行先试。不管怎么说,医保智能监管工作的开展直接触动的是医

疗机构的利益，如果激进推广就极易引发抵触，而通过试点先行的办法逐步调整规则则可以有效缓释矛盾，减少改革阻力。再说，通过改革试点积累判例，不断实现监管标准的迭代升级，从而形成全国统一的智能监管知识库和规则库。

三、试点以取得可复制推广的经验为目的

从根本上来说，试点的目的是为了形成在全国范围内可复制、可推广的成功经验，而不是搞成一个个仅供参观的“盆景展示”。

而为了保证改革试点工作取得预期成效，就需要将改革试点的系统性设计与分阶段推进相结合，既要确保技术应用的可行性，又要兼顾政策实施的平稳性。为此，改革试点工作应着力解决好如下5个问题。

一是试点地区和试点单位的选择问题。《通知》提出的原则要求是，各省级医保局向国家医保局报送改革试点地区3个、试点单位10家（其中定点医疗机构8家、定点零售药店2家）。由于我国幅员辽阔，不同地区、不同医疗机构之间的差异性较大，这就要求试点地区和试点单位的选择要具有普遍代表性，试点地区的选择应该分别覆盖较发达地区、中等发达地区、欠发达地区，试点单位的选择则应该兼顾不同等级的专科医疗机构、全科医疗机构、连锁零售药店、单体零售药店等不同类型医药机构。为此，国家医保局在《通知》中要求，各省级医保局申报时综合考虑定点医药机构级别、类型、中西医、综

合专科等因素。

二是智能监管技术方案的选型问题。在开展改革试点时，应遵从循序渐进原则，优先部署成熟技术(如规则引擎+机器学习)，选择能输出拒付理由的算法(如决策树而非深度神经网络)，尽量避免过度依赖大模型，以期从小切口入手实现智能监管的新突破。

三是智能监管技术的应用场景问题。对重点领域、重点人员、重点行为，搭建场景监控模块，通过接入定点医药机构端硬件设备抓取生物特征、人脸识别，并与定点医疗机构就医结算信息、定点药店购药信息等进行比对分析，发现“假病人、假病情、假票据”等欺诈骗保行为疑点信息。同时，在不影响患者正常就医、不干预正常诊疗活动、不增加医务人员额外负担的情况下，实现对医药服务行为的全流程监控，从而带动智能监管事前提醒、事中审核、事后监管全流程工作质效提升。

四是试点效果评估与迭代升级问题。医保智能监管试点的“效果评估与迭代升级”是确保改革从“实验性探索”转向“规模化推广”的核心环节，需建立“量化评估-问题诊断-动态优化”的闭环体系。具体来说：一是搭建试点效果评估框架，从基金安全、医疗质量、运行效率三个维度进行度量化验证；二是建立规范化的问题发现与诊断机制，通过数据溯源定位错误案例根源，将发现的问题分为技术类(如算法偏差)、规则类(如政策理解差异)、数据类(如字段缺失)进行问

题分析诊断；三是根据问题的分析诊断进行智能监管系统的迭代升级。

五是试点经验标准化与全面推广问题。医保智能监管试点经验的标准化与全面推广是实现改革成果转化的关键一跃，需解决“从1到N”的规模化难题。首先是试点经验标准化。重点是按照《通知》要求，省平台全面落地应用国家1.0版“两库”框架体系及其增补“两库”；统筹地区细化本地化、特色化的规则 and 知识；合理区分事前提醒、事中审核、事后监管“三道防线”，事前、事中、事后选用规则形成梯次。其次是实行分层分类的落地策略。发达地区直接复用复杂模型（如深度学习反欺诈模型），欠发达地区优先部署规则引擎+简化版AI，部分特殊区域则实行定制开发（如民族地区藏药使用规则）。第三是构建可持续的保障体系。制定配套的政策法规体系，实现体制机制创新，建立激励约束机制。第四是加强教育培训，着眼于能力提升，确保全面推广工作不走样。

我们完全有理由相信，随着智能监管改革试点工作的深入开展，在不远的将来，我国的医保智能监管工作将实现如下目标：一是技术层面能够“通过算法发现人眼看不到的风险”，二是管理层面全面构建“人机协同的新型监管流程”，三是政策层面形成“可全国复制的标准化解决方案”。

[返回目录](#)

• 国际视野 •

美法德日澳等商保政策异同

来源：新浪健康保险研究院

一、不同国家或地区商业医疗保险的比较研究

工业革命让“保险”从最初的风险管理工具逐渐演变成一种国家治理思想和社会制度安排，随着社会的不断发展变化，商业医疗保险也在世界各国的福利体系下呈现出不同的景象。

本节力图通过横向比较德国、法国、美国、澳大利亚、日本、新加坡、中国香港等典型国家或地区商业医疗保险的发展特征，找出共性与规律，为新时代中国特色商业医疗保险的健康发展提供有益的借鉴。

01 国际视野下的商业医疗保险概述

1. 商业医疗保险的市场分类与制度基础

不同国家医疗保障制度的差异化设计，为商业医疗保险的发展构建了制度性框架。根据法律或政府在商业医疗保险政策及管理中发挥的作用，可将其分为政府主导型、政府支持型、社会治理型、市场经营型四种——

政府主导型指在国家立法或政府制定具体规则并统筹管理基础上运行的商业医疗保险；

政府支持型是指政府在提供资金支持、税收优惠等鼓励政策下采

取市场化经营的商业医疗保险；

社会治理型是指市场化经营主体或非盈利主体参与法定医保或全民医保运营的模式；

市场经营型是由商业保险公司在自由市场中自主经营的模式。

四类模式的核心差异体现为筹资来源、保障范围与政府干预强度的系统性配置，进而决定了商业健康保险的市场边界与发展动能。

商业医疗保险的功能定位，主要源于制度设计对医疗保障“公共品”与“私人品”属性的界定。商业医疗保险的市场形态本质上是制度逻辑、经济基础与技术条件共同塑造的动态均衡体系。

在社会保险型与国家福利型制度中，法定医保通过广覆盖、保基本的刚性设计形成普惠性保障网络，商业保险被赋予明确的补充性职能。

市场主导型制度中，商业保险通过管理式医疗等模式深度整合医疗服务供应链，承担起风险管控、费用支付与健康管理的系统性职能。

储蓄保障型制度中，商业保险与个人储蓄账户的风险覆盖范围形成互补，重点强化对重大疾病与长期护理风险的分散能力，同时通过精算技术平衡储蓄资金的长期积累与保障需求的即时性矛盾。

2. 保障计划与筹资机制

商业医疗保险的保障功能主要体现在三大维度：基本医保补充、高端服务延伸以及特定人群覆盖——

基本医保补充型计划旨在填补法定医保的保障盲区，通过覆盖自费药品、非基础诊疗项目或提高报销比例等方式，强化中高收入群体对医疗支出的风险抵御能力。

高端服务延伸型计划则聚焦差异化医疗需求，通过整合优质医疗资源、个性化健康管理及跨境医疗服务等增值内容，构建多层次服务体系，满足高净值人群对医疗品质与效率的进阶诉求。

特定人群覆盖型计划则针对公共医保制度未能充分覆盖的群体，例如自由职业者、跨境流动人口或慢性病高风险人群，通过定制化精算模型与风险定价机制，实现保障范围的精准拓展。

筹资机制的构建是商业医疗保险可持续发展的核心支撑之一，其资金来源主要涵盖税收划拨、保费积累、储蓄账户及混合模式四种方式——

税收划拨模式指公共财政通过专项税收为全民获取医疗服务提供转移支付。

保费积累模式则以市场化运作为核心，投保人通过缴纳风险对价保费形成独立资金池。

储蓄账户模式通过强制储蓄机制将个人收入部分转化为医疗储备资金，商业保险通过与储蓄账户的绑定实现资金流转。

混合模式则通过税收补贴、企业共担与个人付费的多元组合，构建更具弹性的筹资结构。

3. 运营管理模式与治理框架

在多元主体协同共治的框架下，商业医疗保险的运营管理体系以政府监管、商业公司和非营利组织等多元主体的分工协作为基础——

政府作为制度供给者与市场监督者，通过立法授权明确商业保险的法定地位与业务范围，其本质是通过公权力介入防范市场失灵风险。

商业保险公司作为核心运营主体，依托市场化机制完成风险分散、服务整合与技术创新。

非营利组织则作为社会资本参与方，通过互助保险、公益基金等形式填补商业保险的普惠性短板，其运营模式往往受到税收优惠与财政补贴的政策牵引。

现代商业医疗保险的管理机制革新已超越传统风险分担的单一模式，迈向系统性资源整合与效率提升的复合范式，其核心特征体现在管理式医疗、公私协作与数据驱动三大方面——

管理式医疗模式通过预付制支付改革、优先服务网络构建及临床路径标准化，重构了保险机构与医疗服务提供者的激励相容关系。

公私协作机制的深化则进一步模糊了公共与私人部门的传统边界，政府通过制度设计权主导保障底线，商业机构凭借运营效率拓展保障上限。

数据驱动决策体系的成熟则标志着行业步入智能治理阶段，医疗

大数据与机器学习技术的结合不仅实现了个体风险评估的动态化与精准化,更通过逆向选择识别、欺诈行为预警及费用预测建模等工具,将风险管理从经验判断升级为算法决策。

02 七个国家或地区商业医疗保险市场发展状况比较

1. 日本：法定国民健康保险下的现金给付型商业健康保险

1961 年日本颁布《国民健康保险法》，开始实“国民皆保险”的全民医保制度，强制要求所有国民加入。

日本社会医疗保险由职域保险(雇员健康保险)和地域保险(国民健康保险)两部分组成，二者覆盖了几几乎所有公民(包括在日本境内的外国人)。

日本在强调在社会医疗保险普适性、公平性的理念下，早期推行“禁止混合医疗”原则，客观上制约了商业健康保险的发展，后期打破“第三领域”经营限制后，保险公司针对国民健保支付之外的住院单间、食费以及先进治疗费用，提供补丁式的商业医疗保险产品作为法定医保的补充，且这类保障责任通常都作为可选项特约在以现金给付为主的健康险产品上。

然而，过于偏重发展理财型寿险的过程也使得日本商业保险缺少经营健康险的传统和基础。商业健康险在健康支出总费用中的比重由 2000 年的 3.6%降至 2022 年的 3%。

日本在完善的法定国民医保环境下，商业健康保险仅依靠自由市

场经营模式，在有限的补充保障空间内难以实现支付型保险的发展，从而走向了现金给付型保险的发展道路。

2. 德国：错位互补、并行不悖的法定医保与私人保险体系

德国现行的医疗保险制度具有法律强制性，采取以法定社会医疗保险为主、商业医疗保险并行的模式。月收入低于 4987.50 欧元(2023 年标准)的居民会被强制要求参与法定医疗保险(政府公务员和自由职业者除外)，高于该标准的居民则可以选择参与法定医保或选择商业医疗保险。

法定医保覆盖了德国超过 90%的人群，其余 10%的高收入人群由商业健康险覆盖。由于法定医保未能覆盖牙科、替代治疗等非必需性的医疗需求，德国商业保险公司还提供一类补丁式的附加医疗保险。

德国拥有以法定医保为主的第一健康市场和以商业健康保险为主的第二健康市场并行发展的两大体系——

第一健康市场所提供的服务或产品必须满足有效性、必要性和普遍标准，并综合考虑到医疗的发展，其资金来自法定医疗、长期护理、养老金和公共预算。

第二健康市场主要面向自费或商业健康保险支付的客户，为其提供更高品质的医疗健康服务以及更高级别的舒适度和隐私选择，其中包括先进医疗技术、替代治疗方法(如自然疗法、中医草药)和预防服务的个性化健康医疗服务和相关产品。

德国是世界上少数采取商业健康险专业化经营的国家，即经营健康险的公司不得经营寿险和财产险业务，寿险公司和财产险公司也不得经营健康险业务。有三项机制对商业健康保险的健康可持续经营起到了关键作用——

一是保证续保长期保障，德国商业健康保险实行保证续保原则，保险公司一旦承保就不得解约。

二是计提老年疾病准备金用于长期投资，投保人在年轻时须为将来缴纳老年疾病风险储备金(AgingReserve)，约占保费的10%，这部分长期积累资金有利于商业健康保险资金的长期风险平滑和经营主体的持续发展。

三是商业健康保险目录(GOÄ)，商业健康保险目录是商业健康保险支付的计费基础，不但控制了医疗费用的合理增长，而且有效链接了医药健康产业，有力推进了医疗和药品产业的发展。

3. 法国：高度结合、行业自治的基本医疗保险与补充医疗保险

法国于1978年实现了基本医疗保险的全民覆盖。法国医疗保险体系主要分为强制性的基本医疗保险(S é curit é Sociale)和自愿性的补充医疗保险(Mutuelle)两部分——

基本医疗保险制度按照劳动性质和行业分为工商业企业职工保险(CNAMTS)、农业社会保险(MSA)、独立劳动者社会保险(RSI)三大类别，此外，法国还设有特殊行业医疗保险，参保对象主要为铁路，矿

业，海运，公务员及煤电部门等工作人员。

补充性医疗保险主要包括互助型补充医疗保险(市场份额约为56%)、商业补充医疗保险(24%)和其他团体性补充医疗保险(20%)等。

总的来看，法国以行业为载体的基本医疗保险与补充医疗保险呈现高度结合、行业自治的特点，在这种环境下，商业健康保险公司传统的风险筛选定价经营逻辑缺乏优势，发展空间有限。

相比之下，基于非盈利的相互制健康保险近年来在全球增长显著，2022年，健康相互保险占各类相互保险行业总收入的21%⁹，体现了相互保险模式与健康保险在体制机制上的高度契合。

4. 中国香港：低效率公共医疗福利下的多元化商业健康保险市场

香港作为国际金融中心之一，拥有高度成熟的保险市场和完善的运作体系。香港医疗服务机构形成了由“公”营和“私”营医疗系统组成的“双层”医疗架构，并通过专设的医院管理机构对全港的公立医院及相关医疗服务进行监管。但香港也存在公立医疗系统拥挤、等候时间过长和服务效率低下的问题。

为此，政府鼓励中高收入者更多地使用私营医疗服务，同时也鼓励发展商业健康保险。从2006年到2016年，商业医疗保险的保费规模从71亿元增长到251亿元，覆盖人群从140万人增长至326万人，覆盖率从20%增至45%，在整体医疗卫生开支中的占比约从10%增长至16%。

配套税优政策的“自愿医保计划”(Voluntary Health Insurance Scheme, 简称 VHIS) 于 2019 年 4 月 1 日正式实施。在这一计划下, 参保人可以自由选择灵活多样的保障方案, 所享受的医疗保障不限公立或私立机构、医疗区域、病房级别, 有效破解了香港居民在公立医院轮候时间漫长的痛点, 也一定程度上舒缓了公立医疗系统的压力。

截至 2023 年, 香港“自愿医保计划”的保单数目达到 130 万份, 覆盖了约 18% 的香港本地居民。然而, 由于“自愿医保计划”对保险公司而言利润率极低, 因此, 保险公司本身推动的积极性并不大, 这也侧面反映出, 即便在政府强力支持和管理的条件下, 市场自愿型医疗保险的发展空间较为有限, 后期或将面临诸多挑战。

5. 澳大利亚: 相得益彰、激励相容的公共医疗保险与私人医疗保险

澳大利亚于 1984 年通过《全民医疗保障法》, 建立了覆盖全民的 Medicare 制度, 通过税收筹集方式和联邦、州和地方三级政府管理, 为公民提供从社区卫生保健、住院到公共卫生和预防性免疫等大部分的医疗卫生服务, 并提供免费的药品福利计划(PBS)。

政府也鼓励居民购买商业健康保险, 并给予 30%-40% 的补贴, 以减轻公立医疗系统的负担。在政府的补贴政策下, 2019 年。澳大利亚商业健康保险覆盖人群超过 1360 万人, 参保率达到 53.6%, 保费收入超过 250 亿澳元。

然而，值得注意的是，近几年私人医疗保险的政府补贴与医疗服务价格上涨不能同步，造成近几年私人保险保费不断涨价，2018 年，已有超过 64000 人退出了私人医疗保险。

澳大利亚的药品福利政策独具特色，对中国药品保障管理改革影响巨大。药品福利计划纳入了超过 650 种药物和 2500 个品种，涵盖了 80%以上的处方药。

随着医药科技的迅速发展，PBS 计划不断更新，许多新药、昂贵药也被及时纳入至 PBS 计划中。政府采取了一套科学、严谨的管理流程对 PBS 药品提供补贴：

首先是通过立法成立药品福利咨询委员会，根据药物的成本效益，向政府提出是否纳入以及价格范围的建议；

其次，卫生部下属的药品福利定价委员会负责与药品生产企业进行价格谈判；

最后，引入再审查制度，针对创新药准入时可能存在的临床数据不充分、成本效益和临床使用风险不确定等风险，持续对 PBS 目录内药品进行监测、评估和动态调整。这项制度有效地保障了澳大利亚国民对处方药的需求。

6. 美国：由团体保险和管理式医疗构成的商业健康保险市场

美国是世界上商业医疗保险最发达的国家，同时也是医疗支出成本最高的国家。美国的医疗保险包括政府公共医疗保险体系和商业医

疗保险体系两大类——

公共社会保险体系主要由政府为 65 岁及以上老人提供的 Medicare、低收入群体的 Medicaid、儿童健康保险 CHIP 及其他保险 (如军人医疗保险、印第安人健康保险等) 组成。

商业医疗保险体系则是由企业、商业保险公司、凯撒、蓝十字、蓝盾等主体构成的多元保障体系，其中，专业健康险公司占据市场主导地位，国民总体覆盖率达到 64%。

奥巴马政府于 2014 年推出《患者保护与平价医疗法案》(ACA)，旨在通过降低保险费用，使每个人都能负担得起医疗保险，并获得足够的医疗支付能力。美国商业健康保险公司除了受托经营政府公共医疗保险外，还经营了 1.16 亿人的团体医疗保险和 2400 万个人医疗保险。

据统计，截至 2022 年，政府公共保险覆盖了 36.1%，商业保险覆盖了 65.6% 的人群，总计有 92.1% 的人口有保险覆盖。

为有效控制医疗费用的增长，健康维护组织 (HMO) 成为美国最为重要的医疗保险模式。在此基础上，商业保险公司逐步发展出优选医疗服务组织 (PPO)、定点医疗服务计划 (POS)、医疗储蓄账户和高免赔保险计划 (Medical Savings Account Plans) 等不同形式的管理式医疗。

政府于 2003 年推出“医疗储蓄账户/高免赔健康保障计划

(HSA/HDHP)”，旨在通过税收优惠鼓励个人为医疗费用储蓄，同时推动雇主和个人以更低的成本获得医疗保险的覆盖。

根据凯撒家庭基金会(KFF)等机构的数据：截至 2023 年，约 30% 的美国雇主提供 HDHP，约 3500 万人拥有 HSA 账户，资产规模超过 1500 亿美元，覆盖近 4000 万员工及其家属，占私营保险市场的三分之一以上。

7. 新加坡：储蓄与共济、公平与效率有机结合国民健保制度

新加坡是世界上卫生支出较低且健康绩效较好的发达国家之一。新加坡政府于 1990 年推出自愿参加的健保双全计划(Medi Shield)，2015 年 11 月 1 日后又通过一定的政府保费补贴政策升级为强制受保的终身健保计划(MediShield Life)，并在政府的强力推动下，其筹资水平和保障水平不断提升。

MediShield Life 计划由政府统筹管理，只能支付公立医院中等和基础级别病房的费用。如果患者希望享受更多保障，则可以升级为 IntegratedShield Plan(简称 IP 计划)，该计划可以支付公立医院特需病房和私立医院高昂的医疗费用，但保费也更贵。

IP 计划在扣除 Medishield life 部分的资金后，由新加坡七大私人保险公司管理，保费价格由各保险公司按照投保人年龄厘定，居民可以从个人的 Medisaveaccount 中支付部分保费。截至 2024 年 6 月 30 日，总计约有 290 万新加坡居民(约占总人口的 71%)通过 IP 获

得了超出 Medi Shield Life 范围之外的补充保障。

值得关注的是，即便新加坡政府对 IP 计划给予了极高的支持，包括保费补贴和统一监管，但这种在法定医保之上搭载商业健康险的模式，在实际运行中也出现了较高的道德风险，2017 年，七家承保 IPs 的私人保险公司亏损总额达到 1.46 亿新元。

03 启示与借鉴

1. 共性特征和基本规律

通过对上述七个国家或地区的横向比较，研究发现一个最显著的规律，即：法定医保的覆盖程度并不影响商业医疗保险市场的发展，而政府的支持及支持的方式才是决定商业医疗保险覆盖率和市场规模的主要因素。

表 1 2018-2024 年 7 个国家或地区法定医疗保险和商业健康保险覆盖率

国家	法定医保模式	法定医保 覆盖率	商业健康保险发展 环境类型	商业健康保险 覆盖率
日 本	社会保险	99%	市场经营	3%
德 国	社会保险	90%	市场经营	11%
法 国	社会保险	84%	市场经营	24%
中国香港	公共福利	100%	政府支持	45%
澳大利亚	公共福利	100%	政府支持	54%
美 国	弱势群体社会保险	27%	社会治理	66%
新加坡	强制储蓄、社会保险	100%	政府主导	71%

当政府对商业医疗保险并无政策支持或参与，放任其在自由市场上经营，其结果就是覆盖率极低，如日本；当政府给予政策支持但不

直接参与规则制定的条件下，商业健康保险只能获得小范围的发展，如德国、法国；当政府给予补贴或直接制定规则，即便是拥有全民医保的国家，商业健康保险也能获得较大的发展，如中国香港、澳大利亚、新加坡。

高度繁荣的商业医疗保险市场有赖于多种形式的政府支持共同作用。其中，起到关键作用的支持措施概括为以下八项：

一是出台专项法规。不同国家或地区的健康保险法规，反映的是该地对这一领域所持的基本精神和学理基础，对整个行业的发展起着至关重要的作用。

二是提供保费补贴。例如澳大利亚和新加坡，通过政府对参保人的直接补贴，快速提升了商业医疗保险的市场覆盖率。

三是提供税收优惠。合理的税收优惠政策使得雇主、雇员采取共同分担的缴费方式成为一种自然的选择，它是保险领域最高效和最稳定的筹资机制，是商业医疗保险长期可持续发展的关键。

四是准入合格产品。除日本、法国外，大多数国家或地区的政府都对商业医疗保险的产品分类、保障范围甚至保费定价都制定了严格的规则，强化了商业医疗保险在民众心目中的权威性和规范性，实现了较高的商保覆盖率。

五是制定通用标准。政府或具有行业公信力的组织对商业医疗保险制定的支付或管理规则，有助于降低保险公司的赔付成和管理成

本。

六是提供基础设施。政府或行业对商业医疗保险提供医疗健康数据、统一筹资平台等国家基础设施，对降低保险筹资成本发挥了重要作用。

七是建立再保险池。采取市场化方式经营商业医疗保险的国家无法避免逆向选择问题，建立由政府提供资金的再保险池是解决“剩余市场”问题的有效方式。

八是配套投资政策。相较于德国、法国采取的保险资金后端投资管理模式，美国 HSA 账户在前端进行自主投资管理的机制更为有效，既能吸引更多人增加健康储蓄用于灵活支配，促使人们减少医疗消费，提高健康水平，从而获得更多投资收益。

表 2 七个国家或地区政府支持形式与商业健康保险覆盖率列表

政府支持形式	美国	德国	法国	澳大利亚	日本	新加坡	中国香港
	66%	11%	24%	54%	3%	71%	45%
出台专项法规	☒	☒		☒		☒	☒
提供保费补贴				☒		☒	
提供税收优惠	☒	☒	☒	☒		☒	☒
准入合格产品	☒	☒		☒		☒	☒
制定通用标准	☒	☒		☒		☒	☒
提供基础设施	☒					☒	
建立再保险池	☒			☒			
配套投资政策	☒	☒	☒				☒

2. 对中国的借鉴意义

不同国家医疗保障制度的形成与发展,需要与当地的历史、国情、文化、体制相适应。作为医疗保障体系中的一种资源配置方式,商业医疗保险同样需要立足本国实际,走出符合本国国情的发展道路。

中国是一个有着 14 亿人口的发展中国家,与发达国家相比,中国人均资源占有量少,地区间发展不平衡,这些都对经济社会发展和福利保障体系的完善带来了挑战;但从另一方面看,中国又是一个有着自身独特优势、具有广阔发展前景的后发国家。从中国特色社会主义基本国情的实际出发,应如何看待上述七个发达国家或地区在商业医疗保险方面发展的经验和普遍规律?

(1) 自愿性的商业医疗保险是否能够适应中国多层次医疗保障体系的发展?

中国商业医疗保险几十年来按照自愿性原则经营,整体发展状况与日本相似,近年来市场增长缓慢。中国政府是否能够采取澳大利亚、新加坡式的保费补贴政策来发展自愿性的商业医疗保险市场?

事实上,中国最大的自愿性医疗保险——居民基本医疗保险,目前参保人数达到 9.63 亿人,政府每年提供缴费补贴近 7000 亿元,人均补贴额达到 600-700 元。如果中国商业医疗保险也采取这种补贴方式,比照澳大利亚的参保率和政府补贴水平计算(考虑货币购买力平价因素),中国政府则需要为 7 亿人额外投入人均 500 元、总量 3500 亿的补贴金额,且这种补贴一旦开始,就将成为刚性支出,难以取消

或调整。因此，利用补贴提升保险覆盖率的方式需要极其慎重。

总的来看，自愿性的医疗保险是一种较为低效的保险方式，在经济发达、人口较少的国家，通过政府补贴和税优政策的综合作用能够起到一定的效果，但对于中国这样的发展中人口大国，其可行性和可能性都较低。

(2) 什么形式的税优优惠政策适应中国特色商业医疗保险的发展？

纵览各国医疗保险制度，无论是法定保障还是商业保险，几乎都采取了税收优惠的做法，体现了政府对促进公众健康、减轻医疗支出压力方面的价值导向和实际支持。

国际上对商业医疗保险所采取的税收优惠政策，基本上都是雇主和雇员同时享受所得税税优政策，有效地发挥了税优政策的杠杆撬动效应。所得税税基式优惠能够有效降低纳税人的税收负担，这种优惠方式对于鼓励特定行业或地区的发展、支持小微企业等方面具有重要意义。

反观中国的商业健康保险税优政策，从政策科学化角度看，存在一定不足：

首先，对保险公司经营主体的营业税优惠(保险公司开办的一年期以上健康保险险种免征营业税)并不会带来筹资端的激励效应，也并没有推动商业保险公司在多层次医疗保障体系中发挥医疗服务支

付作用；

其次，企业补充医疗保险的税优政策仅针对企业端做出了工资总额 4%以内企业所得所的扣除规定，对企业员工个人部分未给予任何税优政策，制约了员工个人在补充医疗保险中的筹资动力。

最后，个人税优健康险税优政策对应的是个人自愿性的商业医疗保险市场，大多数个人对保险这件特殊商品的“逆选择”行为难以受到约束，导致税优政策的放大效果不佳。

事实上，如果把目前所执行的个人健康险税优政策平移到企业团体补充医疗保险上来，即：将团体合格产品纳入 2400 元的税优范围中，必将带来更大的杠杆效应。因此，在税优政策方面，中国需要充分借鉴发达国家的经验，及时做出更有效的调整和优化。

(3)借鉴国际上准入合格产品的做法是否有助于中国商业医疗保险的发展？

由于医疗保险不同于自由竞争的商品，具有社会的广泛性和普遍性，涉及到众多民众的切实利益，因此，多数国家都将其视为公共品或准公共品，在质量和数量上严格控制，设定最低保障标准，避免保险公司通过缩减保障范围进行恶性竞争。

商业医疗保险采取由政府制定合格产品准入标准的做法有利于提升医疗资源的配置效率。在合格产品准入制下，政府须明确必保责任、最低赔付比例等核心参数；同时也应考虑满足不同需求的差异化

产品供给;对于具有公共利益的项目,还可要求产品嵌入预防保健服务、慢病管理等公共健康元素。

(4)由政府或行业制定针对商业医疗保险的通用支付标准能否在中国发挥有效作用?

商业医疗保险所搭建的理赔运营体系取决于条款约定和相关法规要求,从而形成相应的人力、服务网络、标准、系统、财务等管理资源配置。对中国而言,商业医疗保险发展还处于初期阶段,规模小、市场分散,不具备各自建立独立的医疗风控体系的条件,也形成不了具有议价影响力的医疗服务网络,因此,有赖于政府或行业制定统一通用的风控标准,其中,首当其冲的就是药品支付目录。

中国基本医保在支付目录方面具有坚实的基础,政府或行业可借鉴其管理经验,重点针对商业医疗保险准入制下的合格产品,制定有针对性的通用支付标准和集约化的谈判商议机制,商业保险公司还需配合相应的行业支付标准,建立数据平台、审核管理、争议解决、支付流程等配套体系,从而提升行业整体的医疗风控能力。这种由政府制定合格产品准入标准的做法,尤其值得中国学习借鉴。

(5)政府提供哪些基础设施有助于促进中国商业医疗保险的发展?

中国商业医疗保险无论是在经营主体层面还是行业层面,都缺乏与医疗服务机构建立互联互通的信息系统、支付结算系统等基础设

施。在这种经营主体“先天不足”的状况下，有赖于政府统筹规划、加大投入，建立一套覆盖商业保险行业的信息基础设施，实现医疗服务供方和医疗保险支付方之间的互联互通。

为此，2024 年底，在国家政策的指导下，中国银保信通过构建医保商保信息共享平台，实现了医保与商业健康保险的“总对总”数据共享，为行业获取标准化的支付信息提供了强有力的支撑。

在保险筹资基础设施方面，2015 年，国务院批准设立上海保险交易所(SHIE)，定位于行业基础设施和综合服务平台，为保险、再保险、保险资管等各类保险活动提供系统、规则 and 标准等基础性公共服务。

因此，我国完全有条件将其功能延伸至企业、各类非法人机构等团体医疗保险筹资领域，一方面向客户提供合格准入产品的信息，另一方面向保险公司提供承保风险的撮合交易，从而扩大团体医疗保险市场覆盖面，保证市场公平交易，净化行业生态。

(6) 中国商业医疗保险是否应由政府设立再保险池？

在市场机制发挥作用的领域，总会存在市场失灵、不能有效配置资源的现象。商业医疗保险市场尤为如此，“撇奶油”行为带来的患病人群、残疾人、老年人、低收入人群，如果没有政府的干预，就会形成一个被抛弃的剩余市场。由政府支持设立一个旨在促进高风险人群受保以及处理极端风险的再保险机制是十分必要的。

通过政府再保险池机制，为保险公司承担部分高额理赔费用，减轻因高风险参保人(如重大疾病、慢性病患者)带来的溢出风险，同时也能有效应对突发的极端风险，如传染病大流行等。

二、基于第二支柱模式的补充医疗保险改革建议

基于本研究所开展的大量理论和实践分析，总结出一条符合新时代中国特色的商业医疗保险发展道路，即建立基于第二支柱的企业补充医疗保险金制度，形成“基本医保+补充医保+商业保险”层次清晰、功能衔接、协同有效的全民医疗保障体系。

01 制度框架设计

1. 制度基本框架

根据《劳动法》、《劳动合同法》、《保险法》、《信托法》等法律和国务院有关规定，制定出台《企业补充医疗金试行办法》(简称“企业医疗金”)，明确顶层制度基本框架，主要包括：

(1) 制度定位和覆盖范围

企业医疗金是企业及其职工在依法参加基本医疗保险的基础上，通过集体协商自主建立的补充医疗保险制度，是我国多层次医疗保障制度体系中的重要组成部分。企业医疗金适用于企业及其职工、各类社会组织及其专职工作人员、机关事业单位编制外工作人员，以及职工的直系亲属，鼓励采取家庭联保方式。

(2) 筹资模式

企业医疗金实行单位与个人共建,采取医疗共济和健康储蓄基金灵活组合模式。医疗保险部分采取现收现付制,根据职工所选择的合格医疗保险计划,由企业与职工协商确定分担比例或额度,不设职工最低分担比例;健康储蓄基金采取完全积累制,由企业与职工协商确定分担比例或额度,不设企业最低分担比例(上限不超过 200%),设置个人存储金额上限(可比照个人养老金标准 12000 元/年)。

企业可以根据职工岗位、责任和贡献等不同,在分配企业缴费时存在一定的区别,体现企业福利的激励作用。

职工医疗金账户下设企业缴费子账户和个人缴费子账户,分别记录医疗保险和健康基金的企业缴费部分以及本人缴费部分及其账户利益。职工个人缴费由企业从职工个人工资中代扣代缴。

(3) 合格医疗保险计划

合格医疗保险计划由政府制定若干分类分级的产品标准,并进行上市前准入管理。经准入后的合格医疗保险计划可由符合资质的商业保险公司向企业直接提供,也可由符合资质的保险经纪公司、科技服务公司提供中介服务。

合格医疗保险计划合同应当包括保障责任、参加人员、资金筹集与分配的比例和办法、账户管理、支付方式、方案的变更和终止、组织管理和监督方式、双方约定的其他事项等内容。

(4) 健康储蓄基金的管理运营

企业医疗金的健康储蓄基金属于个人资产，由个人灵活支配，可用于支付基本医疗保险与合格医疗保险计划保障范围之外的门诊、药品、牙科、眼镜、疾病预防、护理等自费支出。

健康储蓄基金可参照个人养老金制度委托专业机构进行管理运营，基金累积部分可用于职工及家属或本人退休后的补充医疗保健支出。身故职工的法定受益人享有继承权。

同时，积极探索健康储蓄基金与个人养老金账户的衔接机制，借助企业补充医疗金需求量大、覆盖面广、门槛低等优势，发挥在职工年轻阶段企业与个人的共同积累账户功能，为老年阶段个人养老及医疗需求提供有针对性的补充保障。

(5) 中断与接续

企业职工更换工作或离职，可自行加入临时合格保险计划(由上海保险交易所平台或特定服务机构提供合格产品)，一定期限内(如1年内)按照当期团体平均保费略上浮计算(如102%)，期限外可进一步提高到缴纳标准(如150%)，保险费全部由个人承担。

2. 税收优惠及补贴支持政策

(1) 税收优惠政策

企业为职工支付的补充医疗保险资金(含合格医疗保险计划、健康储蓄基金)，在不超过职工工资总额4%标准内的部分，在计算应纳税所得额时准予扣除；

个人支付的补充医疗保险资金(含合格医疗保险计划、健康储蓄基金),在不超过职工个人工资 14400 元标准内的部分(包含个人税优健康险 2400 元标准),在计算应纳税所得额时准予扣除。

健康储蓄基金资产所得及再投资产生的利息和收益可以免于征税;

基金中的资产用于支付符合条件的医疗健康费用可免税;

持有人提现,须补缴个人所得税。

(2) 困难职工补贴政策

对建立有补充医疗保险金的企业,签订了一年以上劳动合同或能出具一年以上劳动关系证明的困难职工,可申请由国家(如财政、工会)对职工给予补充医疗保险金定额补贴。困难职工包括:

因自然灾害、重大安全事故、重大疫情等事件中负伤致残、染病的职工;

因患重特大疾病、伤残等因素,导致家庭收入低于当地最低生活保障标准的职工;

对已纳入最低生活保障,但还存在患病、子女上学、伤残等其他刚性支出的困难职工;

家庭成员突发重大疾病,导致救治费用过高,基本生活暂时出现严重困难的职工;

因自然灾害或重大安全事故造成重大人身伤害或住宅、家庭生活

必需品损毁严重，导致基本生活暂无着落的职工等。

03 服务机构体系

(1) 合格保险人

采用评估准入管理机制，认定企业医疗保险金合格保险人(如专业健康保险公司、人寿保险、财产保险)，负责提供合格保险计划、团体风险评估、定价、风险承保、理赔支付、风险管理以及受托健康储蓄基金归集并收取受托管理费(如不高于 1%)等。

(2) 健康储蓄基金托管人

按照基金资产与基金管理人的自有资产相互独立原则，健康储蓄基金采取资产托管机制，托管人为具有企业年金托管资格的商业银行，接受受托人委托保管的健康储蓄基金财产，行使托管人职责，收取托管费(如不高于基金财产净值的 0.05%)避免基金资产被挪用、侵占或滥用的风险。

(3) 健康储蓄基金管理人

以健康保障委托管理业务为基础，借鉴国际经验，批设一类采取免税信托或托管机制，满足所有权和治理要求，具有相应管理经验、专业能力以及信用状况良好的法人机构，遵循独立性和风险隔离原则，接受合格保险人委托管理的健康储蓄基金专业机构。

健康储蓄基金管理机构负责受托管理企业健康储蓄基金和持有人医疗健康福利，包括：医疗项目报销管理、健康福利直付、健康奖

励、医疗健康咨询、投资相关服务(如为基金余额超过一定门槛的持有人提供投资相关服务，并收取投资相关费用)。

(4) 第三方服务机构

积极发展培育第三方服务市场，制定相关标准，规范服务机构的行为，提高服务质量和效率。如——

保险经纪公司为企业团体补充医疗保险咨询及保险中介服务；

健康大数据公司提供疾病发生率预测、费用控制等分析服务；

医疗服务网络 TPA 机构提供审核支付服务；

审计与评级机构发布运营主体评级报告等。

4. 配套法规完善

(1) 财税法规

修订《关于企业补充医疗保险有关问题的通知(财社[2002]18号)》关于“企业补充医疗保险资金由企业或行业集中使用和管理，单独建帐，单独管理，用于本企业个人负担较重职工和退休人员的医药费补助，不得另行建立个人帐户或变相用于职工其他方面的开支”的规定。

(2) 保险法规

修订《中国银保监会办公厅关于进一步规范健康保障委托管理业务有关事项的通知》关于“保险公司开展健康保障委托管理业务，委

托人将委托资金划归保险公司管理的，保险公司应当设立单独账户管理资金，专款专用，支付限额为委托资金和按照人民币活期存款基准利率计算的利息收入之和”的规定。

(3) 地方法规

废除《北京市大额医疗费用互助暂行办法》（京劳社医发〔2001〕18号）、《天津市城镇职工大额医疗费救助办法》（津劳局〔2001〕329号）等各地方性企业补充医疗保险制度文件，各地基本医疗保险经办机构不再额外征收企业补充医疗保险费及支付基本医疗保险以外的待遇。

02 基础设施建设

1. 建设医疗健康大数据平台，赋能保险定价及精细化管理

(1) 医疗健康大数据平台发展定位

构建一个完善的医疗健康大数据平台是实现“健康中国”和数字化未来的重要基石。中国的突破在于以“数据要素市场化改革”为杠杆，撬动医疗、保险、科技三方协同，在效率与公平间寻找最优解。

随着国家标准《信息技术大数据数据治理实施指南》（GB/T44109-2024）在医疗行业的落地与东数西算工程的推进，医疗数据将像电力一样流通全国。届时，医疗保险不再是被动买单者，而是健康生态的共建者：客户的健康画像可转化为风险指数，员工的运动数据能兑换保费折扣，老年人的慢病记录可定制管理方案……当每一

个生命体征都被具化为生产要素，“健康中国”的愿景终将照进现实。

(2) 医疗健康大数据平台载体

面对当前全球医疗体系正朝着“数据驱动”的浪潮加速转型，中国建设统一的医疗健康大数据平台，不仅是破解“数据孤岛”的技术命题，更是重构商业健康保险业价值链的战略机遇。中国具有集中式基建的巨大体制优势，依托全国统一医保信息平台(已覆盖 40 万家定点医疗机构和 40 万家定点零售药店)，可快速实现数据纵向贯通。

在此基础上，加强数据分类整合，归集参保人全周期诊疗、用药、费用数据，实现从“碎片化索赔”到“全景式画像”的跨越。

同时，全国医疗健康大数据平台应在底层编码体系上发挥后发优势，采用国际先进的 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)标准，兼容电子病历、穿戴设备、基因组学等多源数据，为 AI 人工智能的发展预留接口。

(3) 保险定价及精细化管理应用

国家及区域医疗健康大数据平台在健康保险领域的应用包括：

支持产品基础定价：在满足数据隐私条件下，对于具有准公共品性质的普惠保障领域，通过医疗健康大数据平台向涉众型保险(如惠民保、合格保险计划)免费开放基础数据，降低数据使用门槛，辅助产品定价。

赋能动态调整：保险公司应充分利用医疗保险精算技术，开发相

关风险分层模式，精准量化疾病风险和治疗成本，支撑不同医疗保险计划的动态定价调整。

打击欺诈骗保：基于知识图谱技术，识别“一病多赔”、“虚构诊疗”等行为。

改进智能核保：利用电子健康档案数据，动态监测参保人健康指标，与保费定价挂钩，激励健康管理。

促进价值医疗：根据患者电子健康档案数据或真实世界数据(RWD)追踪疗效，对部分创新药械、手术方式，保险公司可实现按疗效分期支付方式。

提升健康管理：精准识别高风险人群，整合医疗机构、社区卫生服务中心、健康管理机构等资源，推送个性化服务包，降低疾病发生率、延缓或逆转疾病进展状况。

2. 扩展保险交易所功能，建立补充医疗保险公共管理服务平台

(1) 职能与架构

将上海保险交易所职能扩展至企业和个人补充医疗保险领域，发挥公共管理服务功能，明确交易所法律地位。基于中国区域发展差异，可构建“国家平台+区域分所”的双层架构——

国家职能部门主导制定准入标准、精算规则和风险调节机制；

省级分所负责产品上架、资格审核和运营管理，各省可在免赔额、报销比例等参数上进行动态监测和差异化调整。

(2) 动态准入管理

根据保障范围、保障水平、服务网络、健康管理、价格竞争力等维度的评估,建立产品评估模型,进行合格医疗保险产品审核及备案,严格准入和退出管理。

(3) 智能匹配机制

面向企业团体、离职个人开发"需求-供给"双向匹配算法。参保人输入年龄、行业、健康状况等参数后,系统自动推荐适配产品组合。

(4) 核保定价

打通医保数据库,实现投保团体或个人中的带病体精准核保定价,设定风险调整阈值,提高带病体团体或个人承保覆盖率。

(5) 三级风险池

构建基础风险池(保费 1%计提)、超额风险池(财政专项补贴)、巨灾风险池(再保险机制)三级风险池,利用溢额分保合约或比例分保合约,对高龄、带病体等高风险业务实施分级风险补偿。有条件的情况下,可引入风险走廊机制,限定保险公司盈亏的上下限,超出部分由政府与保险公司分摊。

(6) 探索价值支付机制

推行“健康绩效奖励”制度,如保险公司若实现参保人年度住院率下降 5%、慢病控制达标率提升 10%,可获得保费收入 3%-5%的奖励,激励商业保险公司积极开展风险减量管理。此外,还可试行“价值补

偿”机制，对高价值医疗技术带来的超额赔付风险，参考德国商保的“风险结构补偿(RSA)”模型，对收治复杂病例较多的险企给予补偿。

3. 发挥行业和专业组织力量，制定价值导向下的行业标准

(1) 建立行业共治机制

成立由相关部门牵头组织，中华医学会、药学会、中国医院管理协会、保险行业协会、商业健康保险公司、医药企业等行业机构共同组建“商保支付标准委员会”“子专业委员会”“谈判代表团”等行业治理机制，形成“临床价值-经济价值-社会价值”多维度评估共识和技术评估体系，规划支付标准分类分级体系，组织开展标准制定和支付协商相关工作。

如以“商保药品目录”为载体，细分出针对惠民保重大疾病用药的A目录和针对企业补充医疗保险合格产品的普药原研药B目录；针对新型或基本医保未覆盖的“诊疗项目目录”；针对特定合格产品下(如高端私立医疗保险计划)的商保DRG支付标准等，从而构建起商业医疗保险行业通用的支付内容和标准。

(2) 建立价值导向的目录结构

① 药品支付标准：基于“创新梯度原则”

可参照德国商保目录中生物制剂、孤儿药的单独分类机制，对中国大陆地区未纳入基本医保的癌症靶向药，按临床价值或疗效证据强度分为：

A 类(III期临床数据+真实世界研究支持, 支付比例 90%);

B 类(II 期临床数据+专家共识, 支付比例 60%);

C 类(个案报告或早期研究, 支付比例 30%);

D 类(对高价创新药实施"疗效挂钩支付", 如 CAR-T 疗法按 12 个月无进展生存率分档支付(生存率 $\geq 70\%$ 支付全价, 50%-70%支付 80%, $< 50\%$ 终止支付)。

②诊疗项目标准: 建立"必要性分级清单"

可借鉴德国对 2 万多项诊疗服务的“必要性判定规则”分级标准, 对中国未纳入基本医疗保险的诊疗项目进行分类分级:

A. 强制覆盖项目(循证等级 A, 如新型溶栓剂用于脑卒中患者的紧急救治);

B. 选择性覆盖项目(循证等级 B, 如人工胰岛细胞移植术治疗 I 型糖尿病患者);

C. 排除支付项目(循证等级 C, 如营养输液用于非营养不良患者);

D. 对争议性项目设置“专家评审豁免通道”, 如质子治疗儿童肿瘤可由三甲医院多学科会诊申请商保支付。

③病种支付标准: 建立"商保 DRG 模型"

在基本医保 DRG/DIP 基础上, 针对条件优越、价格较高的优质医疗机构, 如三甲公立特需病房、私立医疗机构等, 开发支付水平优于商保专属分组器, 体现商保价值导向。

例如：对恶性肿瘤增加分子分型维度，如 HER2 阳性乳腺癌单列组；晚期肿瘤姑息治疗组权重较基本医保上浮 50%，支持舒缓疗护服务覆盖等。通过商保 DRG 的实现，使中高端医疗服务机构行为得到有效控制。

(3) 动态调整协商机制

建立“企业申报-专业评估-行业听证-标准发布”标准流程，对创新医疗技术开辟“快速准入通道”，如通过国家药监局优先审评审批的药品，可在获批后 3 个月内完成商保支付评估。实行“商保目录与医保目录联动调整”，如当某药品或耗材进入国家医保谈判时，自动触发商保目录调整机制，形成有序衔接的格局。

设立由临床专家、保险精算师、患者代表组成的“争议调解委员会”，制定相应的仲裁规则，处理企业申诉与参保人投诉。

4. 搭建区域服务网络平台，加强保险公司控费能力建设

(1) 明确客户需求

覆盖范围：全国/区域性医疗网络(覆盖总部+分支机构)

企业客户需求：如 IT 企业关注心理健康，制造业企业关注工伤康复

服务可及性：确保职工能在工作地、居住地便捷就医

(2) 医疗服务提供商的选择与合作

医疗机构筛选：公立、私立、连锁诊所、连锁药房等；

非公立医疗机构议价/支付：直接谈判结算协议，支持保险公司直付

设立专属团体保险绿色通道，提高就医效率

建立专属体检与健康管理服务

药品直付网络：连锁药店合作，提供药品直付+线上购药+送药到家服务，支持健康储蓄基金账户支付，职工可用于购买非处方药

(3)搭建高效支付与理赔体系

直付合作医院：职工在签约医院就医可直接结算，无需先垫付再报销

无纸化理赔：OCR 识别+电子化审批，减少理赔时间，提高员工满意度

小额快赔：小额医疗费用快速审核与理赔

合理用药管理：通过药师审核机制减少不必要的昂贵药品支出

(4)数字化健康管理提升客户体验

建立企业健康管理平台，员工可在线预约挂号、查体检报告、咨询医生

结合可穿戴设备监测员工健康数据

通过 AI+大数据分析健康风险，提前预警重大疾病

提供 24/7 医疗咨询(电话+在线问诊)

设置 VIP 绿色通道，缩短就医等待时间

03 实施路径与目标展望

1. 分阶段试点推广路径

试点验证期(2025-2026)：首批可在京津冀、长三角、珠三角等商保渗透率较高的若干城市(如 10 个)开展试点，覆盖 10000 家企业法人或非法人单位，实现筹资规模 25 亿元-50 亿元。试点期核心任务包括：

出台《企业补充医疗保险金制度试行办法》；

批设首批健康储蓄基金管理人，开展健康储蓄基金账户管理；

搭建全国补充医疗保险数据平台，实现与基本医保系统的实时交互；

制定首版《商保药品目录-B 类(企业补充保险药品支付目录)》、《企业补充保险诊疗项目目录》等行业标准；

依托税务部门代征代缴功能，确保按照用人单位工资总额缴费及个人税前工资缴费精准计算税前扣除；

开发保险交易所补充医疗保险公共管理服务平台功能；

搭建区域优势医疗网络，提供特需病房等优质医疗直付服务。

深化推广期(2027-2030)：将试点方案及经验推广至全国，目标覆盖 50 万家企业法人或非法人单位，实现筹资规模 1000 亿元-2500 亿元，完善制度运行机制。推广期核心任务包括：

实施预防性保障计划，将与职业健康相关的疫苗、阿尔茨海默症

早期干预等对接至企业补充医疗保险，推动保障关口前移；

在粤港澳大湾区试点跨境医疗结算，实现职工参保人赴港澳指定医疗机构就诊可直接结算；

在境外国家或地区试点跨境医疗结算，实现职工参保人赴境外指定医疗机构就诊可直接结算。

2. 改革目标展望

(1) 提升多层次医疗保障体系内在协同性

通过这项系统性的改革，建立起“筹资共担+市场化运营”的机制，在不新建机构、不增加投入的条件下，实现政府管理和市场效率之间的有效平衡。这项改革有望在未来 10 年内实现每年 5000 亿元-8000 亿元的企业补充医疗保险筹资规模，承担职工约 20-30% 的年度医疗健康费用支付，更好地体现商业医疗保险的补充保障定位。

(2) 提高商业医疗保险与医药产业高质量发展的协同性

通过建立以企业补充医疗保险为核心的筹资模式，撬动每年数千亿元的“新支付方”投入医疗健康领域；同时，通过多元支付标准和激励管理手段引导，推动资源向价值医疗和“健康为中心”集中，促进商业医疗保险与医药产业高质量协同发展。

(3) 完善职工薪酬福利体系，提升企业竞争力

一般而言，建立补充医疗保险金的大部分资金来自单位的支出，构成员工薪酬福利的重要部分，体现了企业对员工的责任和关怀，有

助于吸引和稳定高素质人才，提升员工的归属感和忠诚度，从而为企业创造更大的价值。

(4) 释放银发经济价值

企业补充医疗保险金所包含的健康储蓄基金具有长期积累作用，按照美国康储蓄账户(HSA)的经验，自2003年起至2023年的20年间，共累积了超过1000亿美元的专项健康储备资产。

结合中国的人口优势，或将吸引1-2亿职工群体建立该基金账户，如户均供款额度在每年5000元，规模可达到5000亿-1万亿之间，随着中国经济的发展和职工收入的上升，未来有望撬动2万亿的第二健康市场，有效缓解老龄化支付压力。

[返回目录](#)

日本“禁止混合医疗”政策变革

来源：健康国策

商业健康保险保障范围的大小，取决于被允许“混合医疗”的尖端医疗项目目录的大小，分“宽而浅”“窄而深”两类。

成型于经济高速增长期的日本社会医保制度在一定程度上制约了商业健康保险的发展，限制了居民健康保障的市场需求，但随着经济缓行、人口老龄化趋势清晰可见，高水平、广覆盖的社会医保开始面临巨大压力。

1980年代后，日本基尼系数一度迅速上升，要求国家在普惠性

原则基础上提高社会保障水平，标志着“医疗平等”的禁止“混合医疗”原则开始松绑，为商业健康保险的发展留下了空间。在此背景下，日本于 1995 年修订《保险业法》、开放商业保险市场，并采取了一系列措施支持商业健康保险发展。

本文对日本社会医保体系的发展情况、日本商业健康保险的发展背景与市场定位、日本商业健康保险发展现状以及监管体系进行了翔实的分析，这些对我国商业健康保险的发展可以起到积极的启示作用。

一、禁止“混合医疗”原则的历史与现状

禁止“混合医疗”原则，是随着 1961 年社会医疗保险实现全民覆盖开始确立的，与经济高速发展、国民收入差距缩小、公民运动高涨的背景下，社会医保体系高保障、广覆盖、重公平的建设目标相一致。

在全民覆盖实现之前，由于社会医保覆盖面窄、筹资不足、支付能力有限，日本国民使用社会医保目录外医药服务的情况非常普遍，实施禁止“混合医疗”原则的条件并不存在。

而随着社会医保目录的迅速扩容和社会医保诊疗给付比例的提高，社会医保运营方和医疗服务供方逐步达成妥协。一方面社会医保已经覆盖了全体国民，另一方面绝大部分的医生成为保险医师、医疗机构成为社会医保定点机构，禁止混合医疗原则才得以落实。

该原则的具体内容是，在对同一疾病的诊疗过程中，原则上不允许出现社会医保覆盖范围内的医疗项目和药品由社会医保支付、社会医保不覆盖的项目和药品由商业保险支付或自费支付的情形，即在已经接受了社会医保给付的疾病诊疗过程中，医疗服务供方不能在社会医保覆盖范围外，为社会医保目录外的服务和药品向患者单独收费。

一旦发生这种收费，则对该疾病的所有诊疗费用，社会医保都不再给付，一律转为患者自付(或由患者购买的商保支付)。换言之，患者一旦使用社会医保目录外的服务和药品，即视同放弃社会医保支付。

禁止“混合医疗”原则的主要政策目标——

一是限制医疗机构向患者推销未经确认安全性和有效性的疗法和药品；

二是避免支付能力更强的患者使用更多社会医保资金，破坏社会医保二次分配的制度功能。

换言之，目的是尽量减少由患者收入不平等带来的医疗不平等。

01 禁止“混合医疗”原则的放松过程

日本社会普遍认为，其社会医保目录有覆盖广、更新快的特点。

《药事法》批准的药品几乎都能被收入社会医保目录，社会医保甚至还能支付部分在其他国家基本不包括在公共健康保险体系中的替代疗法，如针灸、按摩和中草药。这是禁止“混合医疗”原则得以落实

的主要前提。

然而，随着社会医保体系财务负担的日益加重，以及人们对最尖端的、尚未进入社会医保目录的医疗技术和药品需求的增长，日本社会出现了针对禁止“混合医疗”原则的辩论。对“混合医疗”的管制逐渐放松，允许供方在社会医保给付的基础上就特定目录外技术和药品单独收费。具体过程可简述如下。

1984 年，《健康保险法》改革正式明确了“特定医疗费”（“特定療養費”）制度。这是对禁止“混合医疗”原则的第一次放松，主要涉及社会医保尚未覆盖的新药和尖端疗法，以及社会医保不予支付的昂贵服务两个方面。

换言之，属于这两个方面的一些医疗服务和药品被允许单独收费，而不影响对其余服务的社会医保支付。允许单独收费的内容具体包括：

特殊病房费用；

未经转诊直接到(200 张病床以上)大医院就诊时加收的费用；

预约诊疗费；

超过 180 天的住院费用；

《药事法》已批准但社会医保目录尚未收录的药品和其他医疗用品。

2006 年，《健康保险法》再次改革，用“保险外并用医疗费”（“保

險外併用療養費”)制度代替了特定医疗费制度,扩大了后者的范围,并建立了尖端医疗使用申请制度。这次改革是对禁止混合医疗原则的进一步放松,将允许混合医疗存在的情况归纳为“特选医疗服务”和“评估医疗服务”两大类别,内容如下:

若干经由厚生劳动大臣批准的特选医疗(“選定療養”)服务可以由商业健康保险或个人自费支付。这些医疗服务包括单人病房、特殊病房、未经转诊的大医院诊疗(初诊、复诊)、预约诊疗、医院加班诊疗、超过社会医保给付次数的理疗、超过 180 天的住院、特殊合金假牙和其他牙科高端服务等。

正在接受评估但尚未进入社会医保目录的医疗技术和药品,在评估期间可以由商业健康保险或个人自费支付,而不影响社会医保支付。这些医疗服务称为评估医疗服务(“評価療養”),包括《药事法》已批准但社会医保目录尚未收录的药品和其他医疗用品、正在申请变更用法用量等因而接受重新评估的医药品等。

在评估医疗服务中,基于医疗机构的申请,由厚生劳动省内的“尖端医疗会议”(“先進医療会議”)审查其安全性、合理性和有效性后,可以批准使用的尖端医疗(“先進医療”)服务,也可以由商业健康保险或个人支付而不影响社会医保支付。审批时间约为 6 个月。目前得到批准的尖端医疗服务共 81 种。这个名单每年会有变化,因为其中某项尖端医疗服务可能会被收入社会医保目录,或由于一些原因被剔

除出去。使用这些尖端医疗服务的资格要由医疗机构向厚生劳动省单独申请，申请者必须是社会医保定点机构，且要符合所申请的尖端医疗项目要求的设备、人员、管理等各方面条件。可以实施每种尖端医疗的医院均在厚生劳动省网站上公示。这类尖端医疗服务的例子有重离子治疗等。

2016 年开始，保险外并用医疗费制度再次扩大范围，增加“患者申请医疗服务”这一类别。由患者向厚生劳动省提出申请后，若干经过批准的医疗机构(特殊功能医院，即“特定機能病院”，其中又有更高级的“臨床研究中核病院”)可以采用患者所要求的目录外技术和药品(包括尚未经日本法律批准的新药)进行一定程度的混合医疗，这被称为患者申请医疗服务(“患者申出療養”)。

特殊功能医院共 87 家，其中 14 家是“臨床研究中核病院”。患者申请医疗服务的审核时间较短，一般只需要 6 周，在有先例的情况下甚至可以缩短到 2 周。这便大大增加了可使用的尖端医药的种类，缩短了审核时间。

而下一步的改革方向，则是要适当扩大能使用尖端医药进行混合医疗的医疗机构范围。

02 禁止“混合医疗”原则的制度争议

事实上，在 1984 年《健康保险法》改革之前，法律对禁止“混合医疗”原则并无明确的表述。对该原则的阐明，恰恰是与 1984 年

特定医疗费制度建立同时发生的。换句话说，在该原则因社会需求的变化开始出现松动时，方才需要对其进行更明确的表述和解释。

2006 年以后，禁止“混合医疗”原则的松动明显是受到技术进步的冲击。医学技术的快速发展使得社会医保体系面临日趋尖锐的矛盾：当筹资能力与技术进步的速度不相协调时，社会医保如何重新定位，原本为遏制“不公平”的制度设计是否会导致新的“不公平”或“不合理”？

如果解禁“混合医疗”，则意味着患者只需要为其所使用的社会医保目录外医药付费，对社会医保目录内的医药则只需要缴纳较少的自付部分。这减轻了单个患者的总体负担，也使得患者更有动机去尝试尚未进入社会医保目录的尖端医疗服务。

如此一来，选择使用昂贵的尖端医药服务的患者就会增加。但是使用尖端医药过程中，通常也会同时使用很多社会医保目录内的医药服务，推高总体的医疗花费。使用尖端医药的是具备一定支付能力的患者，解禁“混合医疗”意味着他们的总体负担减轻，会鼓励他们大量使用尖端医药，与此同时就花去了更多的社会医保资金。

换言之，解禁“混合医疗”扩大了能负担尖端医药的患者的人数，也使这部分人占据了更多的社会医保资金和医疗资源。

而对不具备对尖端医药服务的支付能力的患者来说，解禁“混合医疗”不会影响他们的医疗选择，只会让他们所花费的社会医保资金

占比变少。这是解禁“混合医疗”始终面临的道德质疑：使支付能力更强的患者使用更多社会医保资金，加剧了医疗的不平等，违背了社会医保的“公平”原则。

但是，解禁“混合医疗”的一大动力在于社会医保日益沉重的资金压力。由于原则不鼓励患者使用社会医保目录外的药品和疗法，因此社会医保目录必须及时、不断地扩充，才能满足国民对于尖端医药不断增长的需求。

而当社会医保目录扩充后，患者使用昂贵的尖端医药的倾向会加强，这会使整体医疗费用居高不下。社会医保的资金压力由政府财政和参保企业、员工共同负担，因此高额医疗费用不仅会带来政府支出的压力，也给参保企业带来沉重的压力。在老龄化严重的日本，65岁以上老年人花费的医疗费用占总额的60%以上，而老年人是慢性病的多发群体，对新药、新技术的需求更大，社会医保目录扩容越快，老年人医疗费占比增长就可能越快。这给年轻一代造成沉重的供养压力，凸显了另一种“不公平”“不合理”。

从另一个角度来说，如能解禁“混合医疗”，则尚未进入社会医保目录的尖端医药多可以暂缓进入，总体来说可减轻社会医保和企业的负担。这对经济发展也将产生一定正面影响。对生产尖端药物的大型药企来说，虽然药品进入社会医保目录可以扩大市场，但同样面临被压低药价的问题，因此针对不同的药物，企业对解禁“混合医疗”

的态度并不一致。

二、禁止“混合医疗”原则与医疗技术发展

禁止“混合医疗”原则的松动扩大了医疗机构的收入来源，也推动了新技术、新药品更快进入日本市场，可能导致高水平医疗机构与普通医疗机构间差距扩大、竞争加剧。对有能力提供社会医保目录外尖端医药服务的大型教学医院来说——

首先，解禁“混合医疗”鼓励新药、新技术的推广和创新，可以提高这类医院的科研水平，促进其技术进步。

其次，由于有能力提供尖端医药服务的机构数量有限，处于相对强势的地位，商业保险很难对社会医保目录外的尖端医药起到足够的控费作用。尖端医药服务的定价权在医疗机构手中，且受到的限制十分有限。

对这类医院来说，2006 年以后的尖端医疗审批制度仍然对提高医院水平构成了阻碍，而 2016 年后建立的患者申请医疗服务制度大大加快了审批速度、扩大了审批范围，是明显的政策利好。

例如，在针对患者申请医疗服务制度的讨论中，大阪大学教授森下龙一在东京电视台的一个节目中发言，强烈主张进一步解禁“混合医疗”。他正在研究如何治疗手和脚的血管收缩导致皮肤坏死的血栓闭塞性脉管炎，正在向国家提出申请，要求把制造血管的 HGF 基因注射到患者身上的治疗方法纳入可以进行“混合医疗”的范围。在新的

制度中，审查时间将从现行的 6-7 个月缩短到 6 周左右，对他招募患者、推进研究十分有利。可以推断，如果全面解禁“混合医疗”，即取消现行的限制和审查制度，对这类研究必然更加有利。

但另一方面，尖端医疗技术往往需要更大的设备投入，因此增强了医疗机构对资本投入的依赖性。大型医疗机构可支配的资源增多，可能导致医疗机构与医生之间张力增强，加强了医生对机构或资本的依附。对医生来说，研究资源的增加不是没有代价的。因此大型教学医院和其中医生群体的利益诉求未必完全一致。

同时，对于人数占医师协会成员 50%以上的小诊所医生来说，解禁“混合医疗”可能会推动诊所间的竞争，即部分资金较为充裕的诊所利用社会医保目录外的尖端医药服务来吸引患者，给同行带来更大压力。竞争加强可能促进医疗服务市场中的优胜劣汰，但小诊所医生相对不具备竞争优势，面临的压力要远远大于大医院的医生。

无论对大医院还是小诊所工作的医生来说，新技术的应用和推广都可能改变其与资本的关系。如果医生不能从政治上形成有组织的反对力量，则技术推广的趋势是将医生从自雇佣者逐渐变为资本的合作者甚至雇佣者。这可能是日本医师协会和全国保险医疗团体联合会至今采取反对解禁“混合医疗”的立场的主要原因。

一个侧面例子是，日本医师协会的领导层以小诊所医生为主，作为自雇佣者的医生在行业协会中仍占主流。

从资本角度来看，如果社会办医能够形成有组织的政治集团，则会成为博弈中的另一个参与者，游说解禁“混合医疗”的声音可能会更强。但日本对社会办医的管控、对资本进入的限制，使得这种情况没有出现。日本在对医疗服务市场的规划与监管中，一直有一定鼓励和保护中小型医疗机构发展的倾向——

一方面监管部门不愿看到竞争带来小诊所之间的快速淘汰、兼并等现象；

另一方面，小诊所的医疗水平参差不齐，可能发生更多对目录外医药的冒进误用现象，从而损害患者的健康，并带来更多医疗纠纷和诉讼，也是监管部门希望避免的。

最终的结果是，禁止“混合医疗”原则目前仍在一定程度上限制了前沿医疗技术在日本市场上的发展和推广。

三、患者需求与禁止“混合医疗”原则

01 患者对商业健康保险的需求

日本患者对社会医保目录外药品和医疗服务的需求，比起其他发达国家，相对处于较低的水平。对患者来说，社会医保目录内药品和服务不能满足的需求一般集中在两个方面：

一是材料更昂贵、体验更舒适、更便捷的“高端”服务；

二是针对疑难杂症的最新尖端药品和疗法，它们或由于尚未通过日本监管部门的批准，或由于价格过于昂贵而没有进入社会医保目

录。

对于前者，经过 1984 年和 2006 年两次改革之后，日本患者经常使用的常规“高端”服务已经全面解禁，即允许医疗服务方对患者单独收费。这就是“特选医疗服务”所包括的内容。相应地，商业健康保险通常向被保险人提供定额现金补偿，用来覆盖这类服务的费用。

目前的绝大多数商业健康保险产品都包含特选医疗服务的补偿待遇，这成为商业健康保险补充社会医保的一种“标准配置”。

可以说，特选医疗服务创造了商业健康保险市场需求，对这部分需求，商业健康保险产品更重要的价值定位是保险支付，这本身也是商业保险的优势，可以通过精算实现产品精准定位，并向纵深开发市场等。

以单人病房和特殊病房为例，日本由社会医保覆盖费用的普通病房通常每个房间的病床数在 6 张以上，而每房间病床数在 4 张以下的病房就算特殊病房，可以向患者收取额外费用。

在现行制度下，这种差额病床费在“混合医疗”允许范围内，因此日本的医院只要有条件，多会提供特殊病房的选项。2018 年，日本共有属于特殊病房的病床 267590 张，占全部病床数的 20.5%。

根据医院提供的条件不同，差额病床费的价格差异很大，根据 2018 年的统计数据，差额病床费总体在每日 1000-100000 日元(约合人民币 49-4922 元)之间，最高可达每床 37.8 万日元(约合人民币

18606 元)，而最低的差额病床费则为每床 50 日元(约合人民币 2.5 元)。日平均费用为每床 6,188 日元(约合人民币 305 元)。

但是，日本自 20 世纪 90 年代以来陷入长期的经济增长放缓乃至停滞，社会医保体系一直面临巨大的控费压力。同时由于疾病谱的变化和老龄化的发展，未来社会医保体系明显难以支撑目前的待遇水平，遑论紧跟医疗尖端技术发展的脚步。当社会医保筹资能力相对尖端医疗需求出现明显缺口，社会医保制度可能不再能够承担起为全民提供平等医疗的制度功能。中等以上收入群体对尖端技术的需求随疾病谱的变化而得到释放。因此，尖端医药是关于解禁“混合医疗”的主要争议点。

对罹患癌症等重症或其他疑难杂症的患者来说，对社会医保目录外的尖端医药的需求往往十分迫切。而禁止“混合医疗”原则是这类患者寻求更多治疗机会的主要阻碍。由于一旦使用了目录外疗法，则从获得诊断开始的一切费用都要自费，这往往构成极大的医疗费用负担。

虽然 2006 年以后，以评估医疗的方式开放了部分尖端疗法在部分医疗机构的“混合医疗”，但得到厚生劳动省批准的尖端疗法种类有限(如 2020 年仅有 82 种，通常在这个数量上下浮动)，可以提供这些尖端医药服务的医疗机构数量更少，如果不能选择到获得批准的机构就医，则无法依据此制度获得“混合医疗”。

在日本拥有 20 张以上病床的医疗机构即可归类为医院，但其中只有特殊功能医院和小部分地区医疗支援医院这类病床数超过 200 张的医院，才有可能获得使用尖端医药进行“混合医疗”的资格绝大多数为日本患者提供日常医疗服务的小医院都不具备这种资格。

因此可以在混合医疗中使用的尖端医药的可及性并不强。

在 2007 年的一个案件中，原告清乡伸人为了治疗肾脏癌，在神奈川县立癌症医院听取主治医生的建议，同时接受了社会医保覆盖的干扰素疗法和目录外的活性化自我淋巴细胞移入疗法(简称“LAK 疗法”)的治疗，之后被医院告知，根据社会医保的规定，两种疗法需要全部自费。原告认为社会医保的这一规定违反宪法和《健康保险法》，向法院提起诉讼。2007 年东京地方法院的初审结论支持了原告的诉求。

但 2011 年 10 月 25 日，最高法院第三小法庭做出终审判决，认为该案例虽然使用了多种治疗方案，但仍应该当成不可分割的一个整体来判断。由于神奈川县立癌症医院并未获得厚生劳动省单独批准的使用 LAK 疗法与其他疗法进行“混合医疗”的资格，因此不适用于保险外并用医疗费制度，应当按禁止“混合医疗”原则进行判断，判决驳回诉讼。

但同时，此案的法官也针对禁止“混合医疗”原则的合理性提出了一些意见。现行《健康保险法》对于禁止“混合医疗”原则的规定

不够明确，对普通患者来说含有含糊不清、难以理解的地方。而对患者最关心的尖端医药的处理方式，并未做出全面的规定。而随着患者对尖端医药的需求不断增长，制度应该、也有可能做出一定变通。这间接促成了 2016 年新的患者申请医疗制度的建立。

然而，由于医疗服务中供需双方处于信息不对称的地位，患者方面对于未经社保目录认可的尖端医药的可行性和安全性也存在疑虑。例如，日本最大的患者组织——日本疾病控制和预防小组委员会曾提出对尖端医药安全性保障的疑虑。

2016 年后新的制度将审查时间从半年缩短到 2-6 周，如此激进的改变，必然给审核过程带来更大的压力，使审核过程大大简化，可能带来安全方面的问题。

同时，由于社会医保目录外医药的定价权属于数量较少、处于强势地位的医疗机构，因此患者乃至商业健康保险往往难以对其控费。

因此即使对中等以上收入水平的患者来说，更为有利的情形也是尖端医药能够不断及时地进入社会医保目录。正如前面已经论述的，解禁“混合医疗”会减轻社会医保目录的扩容压力。如果社会医保目录扩容放缓乃至停滞，则患者个人的医疗费用负担还是会不断加重。

02 商业健康保险的机遇和现有产品设计

通过特选医疗服务的规定，最常见的“高端”医疗服务(以特殊病房和高级假牙材料等为代表)均已被允许与社会医保目录内服务进

行“混合医疗”。

这些高端服务，除未经转诊的大医院诊疗外，其余项目对医疗服务供方并无资格限定。其定价由医疗机构自行决定，但由于市场竞争的存在，最终形成了较为稳定且有一定梯度的市场价格。商业健康保险在对这些项目支付时，对医疗机构的约束力十分有限，基本不能对医疗资源的配置发挥作用。

商业健康保险主要采取现金赔付的方式，为被保险人覆盖这部分费用。现金赔付在医疗行为发生时直接支付给被保险人，不但可以用来支付这类高端服务费用，也可以用来补偿营养费、误工费等其他支出，缓解被保险人就医期间的经济压力，因此增加了灵活性和对客户的吸引力。

而上述“常规”的高端服务之外的目录外项目，则主要是所谓尖端医疗项目，社会医保目录已收入的项目都相对比较少。即使全面禁止其和目录内项目的“混合医疗”，多数患者也不会选择全自费或者由商业健康保险支付。

这可能是由于费用负担过重而无法承担，更可能是因为本身没有这个需求。除非医药科技进步较快，同时日本社会医保筹资出现困难，使得社会医保目录的扩容能力开始明显跟不上患者的需求。这种前置条件变化之后，商业健康保险才有更多的介入机会。换言之，能够让禁止“混合医疗”原则实施至今的，是日本社会医保持续的目录扩容

能力，或者说基金筹资能力。

在目前的状况下，商业保险公司采取的策略主要是为已经被允许应用于“混合医疗”的目录外尖端医疗项目提供保障。因为采用这类项目，不会使患者丧失社会医保支付资格，而只需要为这项尖端医疗单独付费。在有商业健康保险的情况下，患者可以采取由社会医保支付目录内部分、商业健康保险支付目录外部分(即被允许进行“混合医疗”的尖端医疗项目)的方式。这就是目前为止商业健康保险补充社会医保的主要形式。

商业健康保险保障范围的大小，实际上取决于被允许“混合医疗”的尖端医疗项目目录的大小。随着禁止“混合医疗”原则继续松动，被允许应用于“混合医疗”的项目增加，则商业健康保险的保障范围也会随之增加。

对日本消费者来说，如果商业健康保险中包括尖端医疗条款，通常较不包括的产品保费更高。因此保险公司通常会针对风险偏好和支付能力不同的消费者开发出不同层次的产品。

商业健康保险中最常见、市场覆盖率最高的长期医疗保险和癌症保险两种，都有提供尖端医疗补偿的设计。但由于这两种保险针对的消费者偏好和保障重点有所不同，其尖端医疗保障内容也有一定区别。

就长期医疗保险来说，其针对的消费者主要是日常医疗支出方面

的风险规避者，如现金流较为紧张、没有为突发疾病存钱的人，以及对自己的健康状况没有自信、觉得自己容易生病或将来可能生病的人。

因此，医疗保险的产品设计相对来说“广而浅”，偏重于覆盖面广，如对因一切疾病或受伤住院的情况都提供固定的现金补偿。就尖端医疗来说，如果在合约中已经包括了尖端医疗条款，则往往不限制尖端医疗补偿范围，即对所有社会医保允许“混合医疗”的项目都予覆盖。

而如果以附属合约的形式加入尖端医疗条款，则可能允许消费者选择覆盖面广的合约，或仅针对较常见的“三大疾病”相关疗法的合约等。

而就癌症保险来说，其针对的是对罹患癌症的风险敏感的消费者，鉴于癌症早已是日本人排名第一的死亡原因，成为许多日本人心头的阴影和隐忧，因此其市场也较为广阔。癌症保险的特点是“窄而深”，仅针对癌症，但在确诊后提供大额的一次性现金补偿，而且可能还包括手术后治疗、门诊复诊、家庭护理、生活质量提升等一系列针对性补偿。就尖端医疗来说，无论是合约固定条款，还是可自选附属合约，都会更偏重于治疗癌症的尖端医疗项目，如目前社会医保目录外项目中最流行的质子治疗和重离子治疗等。

未来，禁止“混合医疗”原则变化给商业健康保险带来的空间：

还将取决于社会医保目录扩容能力以及商业健康保险参与支付形式的多样性。

此外，社会办医、医疗服务市场的管制政策也将间接影响商业健康保险配置医疗资源的能力以及商业健康保险在医疗服务方面的市场挖掘。

[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