专 题

我国门诊慢特病保障政策的省际差异分析
——以四类疾病为例

张小娟[1]，叶 媛[1]，彭 博[1]，刘 阳[1]，朱 坤[2]
1. 中国医学科学院北京协和医学院医学信息研究所，北京 100020；
2. 中国财政科学研究院社会发展研究中心，北京 100142

摘 要：文章以消化系统疾病、神经系统疾病、心脏病及罕见病四类疾病为切入点，依托27个省份的政策文件与医保统计数据，运用文献分析与定量研究相结合的方法，剖析上述四类疾病门诊慢特病保障政策的省际差异。结果显示，各省份在病种覆盖范围上存在显著差异，且该差异与各省份普通门诊统筹水平有一定关联；同一病种在不同省份的待遇保障水平差异较大；罕见病的门诊慢特病保障体系仍不完善，保障力度不足。建议如下：一是改革“重住院轻门诊”的医保待遇保障体系，提高普通门诊保障水平，同时推动门诊慢特病保障模式从“病种扩面”向“费用风险分担”转变；二是依托大数据技术合理确定高费用病种并规范保障水平，加强省份间政策协同；三是构建多层次、多元化的罕见病保障机制，切实提高门诊慢特病保障的公平性。

关键词：门诊慢特病；省际差异；风险分散
中图分类号：R197.1 **文献标志码**：A **文章编号**：1671-0479（2026）05-504-008
doi：10.7655/NYDXBSSS260123

受“统账结合”制度路径依赖的影响，我国基本医疗保险体系侧重于住院费用保障，门诊费用长期处于缺乏保障或保障不足的状态，这导致慢病患者门诊负担较重[1-2]。为此，门诊慢特病保障制度逐步建立，旨在筛选部分费用高昂、病程较长的疾病，并提供门诊保障，以有效化解部分慢特病患者因高额门诊费用所面临的疾病经济风险。

门诊慢特病保障作为我国基本医疗保险门诊保障的核心组成部分，其政策经历了持续的演进与完善。国家层面最早关于门诊慢特病的政策表述，见于《劳动和社会保障部办公厅关于妥善解决医疗保险制度改革有关问题的指导意见》（劳社厅发〔2002〕8号）。该文件明确指出：“对于部分费用较高的门诊慢性病，导致患者个人负担较重的，可根据统筹基金的承受能力，支付一定比例的费用。”这一指导思想为后续门诊慢特病保障制度的构建与发展奠定了基础。此后二十余年间，各统筹区依托筹资水平的不断提升，持续优化和完善相关政策。近几年，门诊慢特病报销政策更是逐步在省级层面实现统一。

过往研究[3-4]通过对省级层面门诊慢特病保障政策的分析，梳理了各省份纳入的病种数量等内容。然而，门诊慢特病保障所涵盖的疾病种类繁杂，且各疾病种类的待遇保障政策存在显著差异，导致现有研究在政策深度挖掘与比较分析方面尚存不足。本研究在继承前人研究成果的基础上，通过分析27个省份消化系统疾病、神经系统疾病、心脏病、罕见病这四类病种的门诊慢特病保障政策，揭示门诊慢特病保障水平的省际差异，为优化医保制度设计提供实证依据。

一、资料与方法

（一）资料来源

2025年5月，以门诊慢性病、门诊特殊病、门诊大病、门诊特定病种、门诊慢特病作为检索关键词，通过各省份医保局官方网站，检索各省份截至检索日所出台的最新门诊慢特病保障相关政策文件。内蒙古、河南、陕西、西藏4个省份未检索到相关资料，鉴于此，本文将除这4省份以及港澳台地区之外

基金项目：国家社会科学基金“城乡居民医保患者门诊费用风险及共济保障机制完善研究”（24FGLB090）
收稿日期：2026-03-26
作者简介：张小娟（1985— ），女，山东寿光人，博士，研究员，研究方向为基层卫生和医疗保障，通信作者，zhang.xiaojuan@imicams.ac.cn。

的27个省份纳入分析范围，并收集《中国医疗保障统计年鉴》中各省份职工医保和居民医保筹资水平及门诊慢特病医疗费用相关数据。需要说明的是，研究资料均来源于各省份医保局等官方公开渠道。

（二）分析框架与方法

我国门诊慢特病保障的顶层政策目标一致，均为化解慢病患者门诊高额费用风险、减轻疾病经济负担，各地保障逻辑与政策初衷高度统一。但在实践中，省间病种目录、待遇标准、支付限额却出现显著分化，且此类差异无法完全由筹资水平差异解释。同一病种在不同省份保障待遇悬殊、部分高费用病种保障缺失、罕见病覆盖严重不均，破坏基本医保的公平性，也易引发地区间待遇攀比与基金运行风险。本研究从医疗保障的风险分散本质、制度设计的公平性诉求以及跨区域政策协同的必要性三个维度，系统解析门诊慢特病省际差异的现状并提出优化路径（图1）。

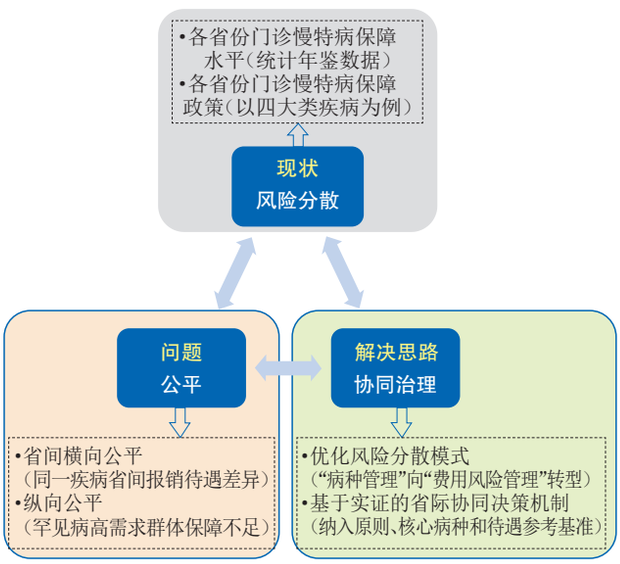


图1 门诊慢特病省际差异的分析框架

各省份门诊慢特病保障病种梳理与标准化处理。首先，将政策文件中规定的门诊慢特病病种逐条理清，录入Excel表格，开展病种名称规范、同义病种合并、疾病大类归类等前期处理工作；其次，把标准化后的Excel数据导入R语言软件，针对同一病种在各省份的纳入情况进行频次统计，以此分析四大类疾病的省际覆盖差异。其他定量分析工作借助Excel完成，主要进行描述性分析（人均筹资水平、门诊费用占比、门诊慢特病费用占门诊总费用的比例）。

二、研究结果

（一）各省份四大类疾病门诊慢特病保障政策文本分析

国家层面通常按照医疗费用高低对门诊慢特病分类，费用较低者归为“慢病”，保障水平相对较低；费用较高者归为“特病”，保障水平多参照住院费用。省级层面命名存在显著差异，普通门诊高水平保障地区（如京沪津浙）命名更统一（如“门诊特殊病”“门诊大病”），因其普通门诊保障水平高，仅对少数高费用病种提供特病保障；多数省份采用国家统一称谓（“门诊慢病/特病”）；部分省份使用其他名称（如黑龙江“门诊慢性病”、广东“门诊特定病种”、重庆“门诊特殊病”），并细分病种类别（如一类、二类等）实行差异化保障。

从政策统一程度看，各省份政策统一模式可分为三类：一是省级设定病种范围上限，由地市在省级目录范围内自主选择部分病种，代表省份为江西、辽宁、新疆；二是省级设定病种范围下限并允许地市增补，地市可在省级目录基础上新增病种，代表省份为吉林、黑龙江；三是省级统一病种，禁止地市增减，全省域严格执行统一目录，涵盖除上述5省份以外的其余省份。

在门诊慢特病保障范围方面，过往研究已对各省份门诊慢特病病种数量进行了系统整理，本研究不再赘述。依据各省份最新政策文件，河北门诊慢特病病种数量居首，为93种；上海仅3种，病种数量最少。然而，直接通过病种数量来比较各省份门诊慢特病保障水平存在局限性。首先，上海普通门诊保障水平较高，多数慢病能被普通门诊保障覆盖，因此门诊特病仅包括3种，但并不意味着上海门诊慢特病保障水平低；类似地，北京、天津和浙江等地区普通门诊保障水平较高，其门诊慢特病病种数量也仅10余种。其次，各省份对病种的界定存在显著差异，例如海南将心脏病视为单一病种，而河北则细分为肺源性心脏病、冠心病、心脏瓣膜置换术后治疗、心脏起搏器安置术后、心功能不全、心肌病、心律失常、风湿性心脏病等8种。这进一步说明，单纯依据病种数量进行分析评价并不科学，本文尝试以消化系统疾病、神经系统疾病、心脏病和罕见病四大类疾病为例，进一步展示门诊慢特病保障的详细情况。

1. 消化系统

消化系统疾病纳入门诊慢特病保障范围情况呈现显著省际差异（表1）。肝硬化覆盖最广（23个省份），病毒性肝炎和炎症性肠病次之（均为13个省份），慢性肝炎等疾病覆盖较少，还有4种疾病仅单省纳入。从省份维度看，河北、吉林覆盖最全（6种），江西次之（5种），还有5个省仅纳入1种消化系统疾病。

2. 神经系统

神经系统疾病门诊慢特病保障呈现出梯度覆盖的特征（表2）。其中，脑血管病（23个省份）、癫痫（23个省份）和阿尔茨海默病（17个省份）是主要的保

障病种，但各省份对同类脑病的命名存在差异，吉林、黑龙江、湖北等采用脑血管病（后遗症），辽宁、安徽、福建、江西命名为脑卒中，山东、天津、重庆、贵州则细分为脑出血、脑梗死。此外，垂体瘤等4种疾病仅被1~3个省份纳入保障。

在省份层面，河北和吉林的保障范围最为全面（覆盖6至7种疾病），江西和湖南次之（覆盖4至5种疾病），而北京、上海、江苏和浙江门诊慢特病基本未纳入这些病种。

表1 消化系统疾病纳入各省份门诊慢特病目录情况统计

病种	省份数（个）	纳入省份
肝硬化	23	除北京、上海、天津、江苏外
病毒性肝炎	13	湖南（仅乙肝）、安徽、广东、重庆、青海、宁夏、山东、海南、河北、山西、吉林、湖北、四川
炎症性肠病（溃疡性结肠炎、克罗恩病）	13	河北、山西、辽宁、吉林、安徽、江西、湖南、广东、海南、四川、云南、宁夏、青海
慢性肝炎	5	江西、广西、云南、甘肃、新疆
慢性胃炎	4	河北、吉林、江西、新疆
消化性溃疡	3	河北、江西、青海
其他病种	1	吉林（结肠息肉）、新疆（慢性结肠炎）、河北（慢性胰腺炎）、吉林（慢性胆囊炎）

表2 神经系统疾病纳入各省份门诊慢特病目录情况统计

病种	省份数（个）	纳入省份
脑血管病	23	除北京、上海、浙江、江苏外
癫痫	23	除北京、上海、江苏、贵州外
阿尔茨海默病	17	河北、山西、浙江、安徽、江西、山东、湖南、广西、海南、重庆、贵州、云南、甘肃、湖北、青海、宁夏、新疆
神经系统良性肿瘤门诊治疗（颅内良性肿瘤辅助用药）	3	山东、江西、贵州
其他病种	1	河北（脊髓空洞）、河北（血管性痴呆）、湖南（垂体瘤）

3. 心脏相关疾病

心脏相关疾病的门诊慢特病保障在不同省份间呈现显著差异（表3）。其中，冠心病的覆盖范围最广（22个省份），慢性心力衰竭（18个省份）、肺源性心脏病（17个省份）次之；心肌病的覆盖范围相对有限，仅8个省份，且具体类型有所区别，如安徽明确涵盖甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病，重庆则涵盖扩张型心肌病；心功能不全的覆盖范围最窄，仅有3个省份纳入。

各省份纳入的心脏相关疾病病种数量差异较大。河北全覆盖；吉林、宁夏和新疆覆盖6~7类疾病；而北京、上海和江苏则没有纳入任何心脏相关疾病。值得注意的是，部分省份采用了特殊的分类方式，如海南将“心脏病”作为一个大类整体纳入保障范围。

表3 心脏相关疾病纳入各省份门诊慢特病目录情况统计

病种	省份数（个）	纳入省份
冠心病	22	除北京、天津、上海、江苏和海南
肺源性心脏病	15	天津、河北、山西、吉林、山东、湖北、湖南、广西、重庆、四川、云南、甘肃、宁夏、新疆、青海
慢性心力衰竭	16	河北、山西、辽宁、吉林、安徽、江西、山东、福建、湖北、四川、云南、甘肃、宁夏、新疆、广东、广西
风湿性心脏病（心脏瓣膜病）	13	河北、山西、吉林、湖北、湖南、广西、贵州、云南、青海、宁夏、重庆、四川、新疆
心律失常（房颤）	8	河北、辽宁、吉林、江西、贵州、广西、宁夏、新疆
心肌病（扩张型心肌病）	8	河北、吉林、安徽、江西、重庆、四川、贵州、新疆
支架植入、搭桥、瓣膜置换等术后	7	河北、吉林、安徽、海南、甘肃、宁夏、湖北
心功能不全	3	河北、安徽、广东

4. 罕见病

我国于2018年和2023年先后颁布了两版罕见病目录，总计收录了207种疾病。综合各省份门诊慢特病病种目录来看，共有27种罕见病被纳入门诊慢特病保障体系（表4）。具体而言，血友病、帕金森病、苯丙酮尿症、肝豆状核变性、多发性硬化以及运动神经元病这6个病种在较多省份中被纳入门诊慢特病保障范围；21个病种被不超过5个省份纳入门诊慢特病目录，其中11种疾病仅被1个省份纳入。

从各省份对比来看，被纳入门诊慢特病保障范围的罕见病病种数量差异显著。安徽纳入门诊慢特病保障范畴的罕见病种数最多，共计22种；其次是河北，13种；四川8种，江西7种，湖南6种，山东和新疆各5种；而江苏和天津则仅1种。

综上，四大类疾病的保障情况清晰揭示了门诊慢特病政策的省际差异不仅广泛存在，且在不同疾病类别、不同病种间呈现复杂的异质性格局，尤以罕见病保障的省际失衡最为突出。

（二）省际门诊慢特病保障待遇差异分析

为明确揭示不同省份在门诊慢特病报销待遇方面的差异，本文选取各省份广泛纳入报销范围的4种疾病：阿尔茨海默病、冠状动脉心脏病、肝硬化

表4 罕见病纳入各省份门诊慢特病目录情况统计

病种	省份数（个）	纳入省份
血友病	26	除上海外
帕金森病	23	除北京、天津、上海和江苏外
苯丙酮尿症	10	河北、吉林、福建、江西、湖北、湖南、重庆、甘肃、宁夏、新疆
肝豆状核变性	11	河北、山西、吉林、安徽、江西、山东、湖北、湖南、重庆、四川、贵州
多发性硬化	10	北京、河北、安徽、江西、湖南、广东、海南、四川、云南、宁夏
运动神经元病（肌萎缩侧索硬化）	9	河北、江西、山东、海南、云南、四川、安徽、重庆、新疆
进行性肌营养不良	5	河北、安徽、山东、四川、新疆
尼曼匹克病	4	北京、安徽、广东、海南
白塞病/贝赫切特综合征	4	河北、辽宁、安徽、四川
视神经脊髓炎	3	安徽、湖南、四川
肢端肥大症	3	安徽、广东、海南
结节性硬化症	2	河北、安徽
亨廷顿病（亨廷顿舞蹈症）	2	海南、安徽
戈谢病	2	河北、安徽
短肠综合征	2	河北、安徽
变应性亚败血症（成人Still病）	2	江西、吉林

其他11个疾病仅被1个省份纳入：遗传性血管性水肿、发作性睡病、法布雷病、ANCA相关血管炎、低磷性佝偻病、非典型溶血性尿毒症、脊髓性肌萎缩症和脊髓延髓肌萎缩症（肯尼迪病）仅被安徽纳入；烟雾病和朗格汉斯细胞组织细胞增生症仅被河北纳入；天疱疮仅被四川纳入。

及帕金森病，从起付线、报销比例和支付限额三个方面进行报销政策的比较分析。鉴于部分省份省级层面未规定具体的报销水平，本研究对山西（仅居民医保）、山东、甘肃、青海、宁夏、云南、重庆、海南及湖南的相关报销政策进行分析。

从起付线看，山东政策文件中未明确规定起付线。山西、甘肃及湖南规定不设起付线（0元）。海南依据医疗机构的级别分别确定差异化起付线，一级不设起付线（0元），二级起付线100元，三级起付线200元。其他省份倾向于分别为慢病和特病制定起付线标准。如云南居民医保将帕金森病归为特病，起付线定为1 200元，而其他3种疾病归为慢病，由各统筹区自定起付线；重庆居民医保将阿尔茨海默病归为特病，根据医疗机构的等级设定不同的起付线，并与住院费用起付线保持一致，而其他3种疾病归为慢病，不设起付线。青海职工医保门诊慢特病报销的起付线与个人账户余额挂钩，规定当个人账户余额不足1 000元时，方可从医保统筹基金中获得报销。

从报销比例看，山东、甘肃、宁夏及湖南4个省份职工医保和居民医保，青海职工医保、山西居民医保及重庆职工医保对4种疾病采用统一的报销比例，为60%~85%；而青海居民医保（三级50%，其他70%）、重庆居民医保（三级40%，二级60%，一级80%）和海南职工医保（三级85%，二级88%，一级90%）及居民医保（三级65%，二级75%，一级90%）则分医疗机构级别执行差异化报销比例，但4种疾病在同一级别医疗机构报销比例相同；云南居民医保4种疾病报销比例不同，省级仅给出报销比例的范围，由各统筹地区自由裁量（帕金森病除外）。

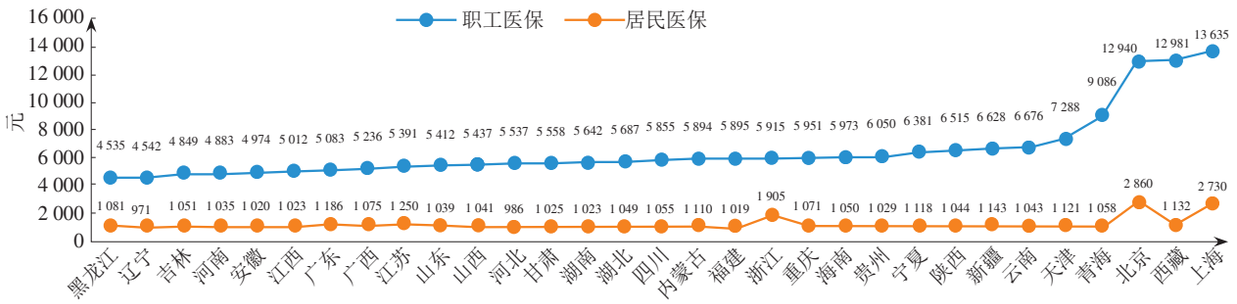
从支付限额看，各省份的特病病种多与住院费用合并计算支付限额；而大多数省份慢病有不同的支付限额，且职工医保支付限额通常更高，如阿尔茨海默病居民医保支付限额从1 200元/年到6 000元/年，职工医保则从1 920元/年到6 000元/年；冠心病、肝硬化和帕金森病居民医保支付限额从1 200元/年到5 000元/年；冠心病职工医保支付限额从2 496元/年到住院支付限额（通常较高，几十万元）；肝硬化和帕金森病职工医保支付限额从2 720元/年到住院支付限额（通常较高，几十万元）。

（三）各省份门诊慢特病医疗费用支出结构分析

对门诊慢特病保障的分析需纳入整体门诊保障框架。2023年数据显示，各省份门诊保障水平差异显著。除北京、浙江、天津等省份外，大部分省份职工医保门诊费用支出占医疗费用总支出的比例为30%~50%，而约半数省份居民医保该比例低于20%，表明住院保障在多数地区仍占主导，门诊保障整体薄弱，且这一倾向在居民医保中更为显著。

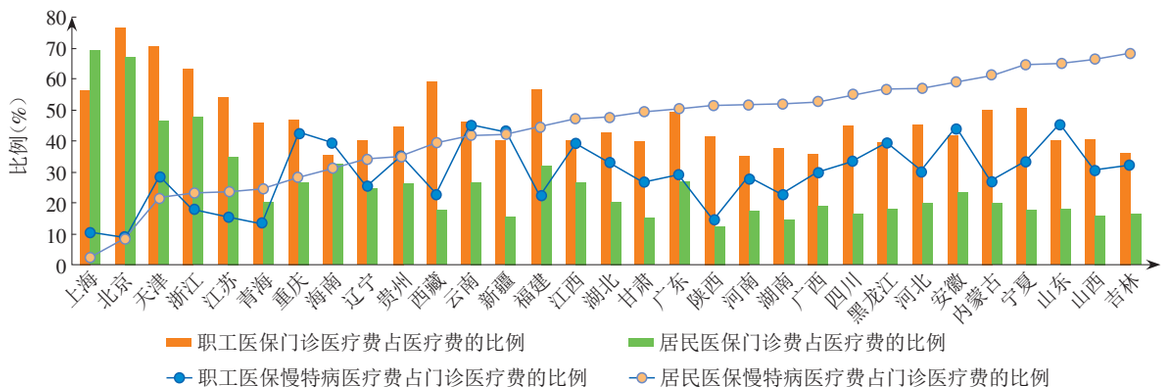
进一步分析发现，门诊慢特病费用占门诊费用的比例与整体门诊保障水平呈显著负相关。在门诊保障水平较高的地区（如北京、上海、天津、浙江），门诊慢特病费用占门诊费用的比例较低（如北京、上海<10%）。这得益于这些地区普惠式的普通门诊保障形成了强大的“风险池”，已覆盖大多数慢病，从而降低了对“门诊慢特病”这一特惠式目录的依赖，门诊慢特病目录病种数量也相对较少。这一现象在居民医保中更为凸显（如山东、山西、吉林等门诊慢特病费用占门诊费用的比例为近60%），反衬出这些地区普通门诊保障的不足，导致其门诊保障严重依赖门诊慢特病制度。

此外，医保筹资水平与门诊保障模式之间的关系较为复杂。尽管筹资水平较高的京沪等地呈现出较高的门诊保障水平特征，但二者并非简单的线性关系。图2和图3表明，各地选择了不同的“风险分散”模式（依靠强大的普通门诊或依赖特惠式的门诊慢特病），这是导致医疗费用结构省际异质性的关键制度因素。这也表明，单纯比较各省份慢特病目录病种数量，难以真实、全面地反映其保障水平的高低。



数据来源:《2024年中国医疗保障统计年鉴》。

图2　2023年职工医保和居民医保人均筹资水平分析



数据来源:《2024年中国医疗保障统计年鉴》。

图3　2023年职工医保和居民医保门诊医疗费用和门诊慢特病医疗费用占比分析

三、讨　论

(一)省际门诊慢特病保障差异根源:历史路径与制度依赖

省际门诊慢特病保障待遇存在差异的原因在于,各省份受历史制度惯性与现实资源约束的共同影响,对门诊医疗费用风险分散策略作出了不同选择。受职工医保“统账结合”制度路径依赖的影响[5],大多数省份延续以住院保障为主的待遇保障组合框架,秉持门诊费用属于低额支出的传统观念。同时,由于担忧门诊费用报销可能对医疗保险基金收支平衡[6-8]造成威胁,门诊保障领域的政策创新与突破长期停滞。

从公共政策执行与政府治理激励的视角来看,门诊保障改革长期停滞,其更深层次的原因在于地方医保部门缺乏足够的改革动力与考核约束。当前我国医保治理的核心考核指标多集中在基金安全、住院保障等领域,门诊保障水平、门诊慢特病保障公平性等并未纳入地方政府绩效考核的硬性约束指标。在“强激励、硬约束”的政策执行体系下,地方政府更倾向于将有限资源投入到考核排名靠前、显性成效突出的工作中。而门诊保障改革涉及利益调整,会加大基金支出压力并可能引发基金风险,加之缺乏自上而下的刚性改革任务要求,地方政府普遍存在保守倾向。即便2022年国家医保局已统一部署职工医保门诊共济保障改革,且多数省份职工医保基金具备一定支撑能力,但各地在推进职工医保普通门诊统筹时仍持明显保守态度,支付限额偏低、保障力度有限,未能充分实现门诊费用的保障和风险的有效分散[9-10]。然而,经济较为发达的东部部分省份,如北京、上海、天津及浙江,凭借较高的医保筹资水平,早在“十二五”时期便已率先建立并持续优化门诊保障制度。如北京和上海医保患者门诊费用在总医疗费用中的比重已超过住院费用,这与其他省份主要侧重住院费用保障的模式形成了鲜明对比。

(二)省际门诊慢特病保障待遇差异明显

各地在普通门诊保障理念与保障水平方面存在显著差异,直接催生了两种截然不同的门诊慢特病风险分散模式,这也是省际门诊慢特病保障待遇差异形成的原因之一。其一为“强普通门诊统筹”模式,以北京、上海、天津、浙江等为代表。该模式通过构建高水平的门诊统筹保障体系,将多数中等费用的慢病纳入普通门诊保障范围。因此,其门诊慢特病病种目录更为精简,仅聚焦于超高费用的少量特殊病种与罕见病,这更契合医保按费用风险分担的本质逻辑。其二为“弱普通门诊统筹”模式,普通门诊保障水平较低的多数省份均采用该模式。

由于普通门诊无法有效覆盖慢病患者的门诊费用风险，各地只能通过设立门诊慢特病病种目录，为部分费用较高的慢病患者提供保障，从而形成了对门诊慢特病病种目录扩面的高度依赖[11]。

除因普通门诊保障水平差异导致门诊慢特病保障政策有所不同外，省际门诊慢特病保障待遇自身也在不断分化，表现为目录覆盖不均、待遇核定差异大等特征。其一，病种覆盖存在明显缺口与结构性差异，主要体现在两方面：一方面，大部分省份已纳入保障范围的病种，仍有少数省份未给予保障，如肺源性心脏病、阿尔茨海默病等；另一方面，部分病种仅极少数省份纳入保障，如脊髓空洞症、血管性痴呆等，仅河北将其纳入保障范围，其他省份均未纳入。其二，同一病种在各省的支付限额、报销比例差距显著。以阿尔茨海默病为例，湖南职工医保年度支付限额仅1 920元，重庆则达6 000元，保障水平相差较大。

值得关注的是，即便筹资水平相近，省际门诊慢特病保障水平仍存在显著差异。如多数省份居民医保筹资水平相当，但门诊慢特病覆盖范围与支付标准明显不同；再如安徽职工和居民医保人均筹资处于全国中等偏下水平，却在罕见病等病种上实现了更广泛的覆盖。这种非财力因素导致的政策分化，既加剧了地区间待遇攀比和社会不公的感知，也削弱了基本医保的公平性。这充分说明，当前门诊慢特病保障尚未建立基于患病率、疾病负担、费用风险与基金精算的统一准入与待遇核定机制，目录设定与待遇标准更多依赖地方政府政策偏好和历史惯例，而非科学测算依据，充分暴露出当前门诊慢特病病种遴选主观性强、规范性不足、省际协同缺失的突出问题[12-13]。

（三）罕见病等高风险群体待遇保障存在短板

在纵向公平层面，较为显著的问题是各地门诊慢特病保障政策针对有更高保护需求的病种，并未提供对应的风险保障。我国已公布207种罕见病，但仅有27种被部分省份纳入门诊慢特病保障目录，大量罕见病患者无法获得充分的费用风险保障。进一步分析表明，在27种被纳入保障目录的罕见病中，仅有6个病种被超过5个省份纳入保障范围，其余21个病种仅被5个及以下省份纳入。罕见病通常病程漫长，甚至需要终身治疗，治疗费用也相对高昂，理论上符合门诊慢特病的纳入条件。然而，由于部分罕见病药品费用极其昂贵，可能超出医保基金的承受能力，多数省份在将罕见病纳入门诊慢特病保障范围时显得较为慎重。

尽管我国政府已发布罕见病目录，且部分省份已将罕见病目录中的部分病种纳入基本医保门诊慢特病保障范围，但在确定哪些病种应被纳入保障范围、哪些病种暂时不宜纳入，以及如何应对省际筹资和保障水平差异等问题上，仍缺乏清晰的指导原则和标准。

四、政策建议

（一）推动基本医保门诊费用风险分散模式转变：从病种管理转向费用分级保障

门诊保障在基本医疗保险待遇保障体系中的定位仍有待进一步明确。当前，多数省份通过持续扩大门诊慢特病病种范围，来分散部分慢特病患者门诊费用的风险并提供保障。但这一策略的实施会面临诸多挑战，如管理成本增加、病种间公平性问题等。未来的改革应着重提升普通门诊统筹的保障水平，逐步提高医保支付限额（这是当前门诊保障水平的主要制约因素），覆盖大多数中等费用的慢病，缩减门诊慢特病的病种规模，逐步实现从特定慢病病种保障向高额门诊费用风险分散的转变。这一策略不仅能够促进公平，缩小不同疾病患者之间的待遇差距，确保风险相同的患者享受相同的待遇，还能降低慢病管理成本[14-15]。

然而，普通门诊统筹制度的建立与保障水平的提升并非一蹴而就，特别是在当前医保基金平衡压力较大的背景下，应采取更为谨慎的策略。我国基本医保，特别是城乡居民医保的筹资水平相对较低，如何在有限的筹资水平下实现医保基金支出的最大效率，更大程度地分散风险并提供保障，是亟待解决的关键问题。要达成这一目标，普通门诊保障机制的设计应立足于基本医保制度建立的初衷以及风险分散理论，同时兼顾公平性、可持续性与道德风险防控。在现有筹资水平约束下，鉴于门诊服务可及性高、基金监管难度大等特征，科学设定并规范普通门诊起付线具有重要现实意义。为有效防范道德风险、提高医保基金使用效率，职工医保制度可借鉴浙江实践经验，将个人账户纳入门诊起付线协同管理，构建“当年个人账户资金用完且达到政策规定起付线后，方可进入统筹基金报销”的模式。该模式既可强化参保人员自我约束意识，也能依托个人账户差异进一步提升制度公平性。对于居民医保，应秉持循序渐进、稳步推进的原则，优先选取筹资水平相对较高、基金支撑能力较强且运行平稳的地区开展先行试点，逐步探索合适的起付线、支付限额和报销比例，暂不实行全国“一刀切”的做法。改革的关键在于提高起付线的同时，提高医保支付限额，将大部分患者的门诊费用风险纳入保障范围，确保改革与基金承载能力相匹配，改变当前低起付线、低支付限额的“个人账户式”（名义上是统筹，实际仍是个人账户）门诊统筹模式。同时，对低收入困难群体实施政策倾斜，针对

起付线以下的费用以及个人自付负担较重的部分，通过医疗救助、倾斜性报销政策等方式给予兜底保障，确保基本医疗需求不受影响。

（二）构建省际慢特病保障协同治理机制：基于实证证据的统一标准框架

除地方性疾病外，多数门诊慢特病病种在不同省份间的患病率并无显著差异。而慢特病病种准入和保障原则应保持一致。所以在医保筹资水平和门诊保障水平相近的省份，其门诊慢特病病种理应趋于一致，但目前省际差异却较为突出。我国国家层面尚未出台统一的门诊慢特病目录，但国家医保局已先后规定10种异地就医直接结算的门诊慢特病病种，包括第一批的高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等，以及第二批的慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎等。第一批的5个病种目前基本已纳入各省份的门诊慢特病目录，但第二批的5个病种仍有较多省份尚未纳入，这充分暴露出各省份慢特病准入原则和标准的不明确和不统一。

为达成全国医保体系的公平性目标，迫切需要建立健全跨省协同治理机制，构建全国统一、有实证支撑的门诊慢特病纳入标准与待遇保障水平决策体系。建议充分利用全国统一医保大数据平台，在系统梳理患病率和医疗费用数据的基础上，以两批共10个异地就医直接结算门诊慢特病病种为基础，建立全国统一核心病种目录，并提出与筹资能力相匹配、能有效防范灾难性卫生支出的适宜保障水平（包括起付线、报销比例和支付限额的指导原则），形成可落地、可推广、可考核的实施框架，逐步缩小省际保障差距。

（三）以基本医保门诊慢特病保障为基础，建立多元筹资机制补足罕见病保障短板

罕见病保障已经成为社会各界关注的焦点议题。在现行基本医保筹资水平约束下，全面覆盖所有罕见病病种并不切实际，特别是居民医保已处于基金紧平衡状态。然而，为尽可能保障罕见病患者的权益，改变省际差异悬殊的现状（尤其是筹资水平相当的地区），避免引发社会不良情绪，应通过省际协同，确立将罕见病纳入基本医保保障范畴的原则与标准，稳步将部分罕见病纳入基本医保门诊慢特病目录，在确保医保基金安全和待遇公平的前提下，切实提高罕见病患者的保障水平。

此外，当前学术界普遍认同建立罕见病的多元化筹资与保障体系，即在基本医保的基础上，依靠政府财政补贴并动员社会资源共同参与，进而实现对罕见病患者的全面保障[16-17]。目前，山东、浙江、江苏等多地已展开探索与实践，设立了罕见病专项基金。例如，浙江于2019年通过省级统筹，按照每人2元的标准，一次性从各统筹区大病保险基金中上解至浙江省罕见病用药保障基金，每年总缴费约1.2亿元，用于保障戈谢病、庞贝病、法布雷病以及BH4缺乏症所引发的高苯丙氨酸血症。但对于政府财政财力薄弱或大病保险基金紧张的地区而言，仍需中央财政转移支付。

参考文献

[1] 袁理娜，张欣燕，宋小宛，等. 职工医保门诊统筹政策对患者就医行为的影响——基于因果森林模型[J]. 中国卫生统计，2024，41（6）：932-936
[2] 陈薇，张心洁. 门诊统筹能缓解老年人的相对贫困吗?——基于CLHLS的微观经验证据[J]. 南方人口，2024，39（5）：13-29
[3] 朱斌，宁伟，张静雅，等. 我国基本医保门诊慢特病政策分析——基于内容分析法[J]. 中国卫生政策研究，2022，15（1）：43-49
[4] 李艺，张思奇，王佳怡，等. 门诊慢特病政策焦点变迁及时空演进规律研究[J]. 中国卫生经济，2025，44（5）：27-32
[5] 王延中，龙玉其. 中国医疗保障制度改革的回顾、挑战与展望[J]. 北华大学学报（社会科学版），2022，23（1）：77-85
[6] 李爱芹，赵宇. “门诊共济”改革背景下南京市职工医保统筹基金的可持续性研究[J]. 中国卫生政策研究，2024，17（2）：9-16
[7] 张梦雨，郭孟子，赵虎，等. 基于DPSIR模型的职工医保基金可持续发展能力评价研究[J]. 南京医科大学学报（社会科学版），2026，26（1）：51-56
[8] 丁海峰，陈希安. 可持续性视角下我国医保基金发展规模预测研究[J]. 南京医科大学学报（社会科学版），2025，25（2）：121-130
[9] 朱统. 职工医保门诊共济保障机制的改革现状与对策建议[J]. 中国保险，2024（11）：21-23
[10] 田博韬，郭筱克，陈永成. 职工医保门诊共济改革：依据、内容以及福利调整[J]. 卫生经济研究，2024，41（4）：65-68
[11] 高奇隆，朱佳英，朱立明，等. 职工医保普通门诊统筹政策的省际比较研究[J]. 卫生经济研究，2025，42（1）：43-47
[12] 沈莉婷，司絮，唐宁婧，等. 以炎症性肠病患者为例的我国门诊保障政策下患者用药报销待遇差异性分析[J]. 中国卫生经济，2025，44（5）：23-26，37
[13] 冯逸佳，张璐莹，李骄阳，等. 协同发展视角下长三角职工医保门诊统筹政策差异分析[J]. 中国卫生政策研究，2025，18（4）：18-24
[14] 喻月慧，毛雅宣. 典型共病模式下老年慢性病患者医疗负担影响因素分析[J].中国卫生政策研究，2024，

17(11): 35-43
[15] 张小娟，周德水. 基本医保参保人门诊医疗服务利用、费用及风险分析[J].中国卫生政策研究，2023,16(1): 36-41
[16] 杨婕娱. 效益与公平:政府保障罕见病患者的"弱势责任"[J]. 中国医学伦理学,2025,38(5):565-573
[17] 刘慧玲,赵恒伯,谢志勤,等. 2022年江西省罕见病治疗费用核算分析——基于SHA2011[J]. 卫生经济研究,2025,42(2):46-50

（本文编辑:姜　鑫）

Heterogeneity in China's outpatient chronic and special disease benefit schemes: evidence from four disease categories

Zhang Xiaojuan[1], Ye Yuan[1], Peng Bo[1], Liu Yang[1], Zhu Kun[2]
1. Institute of Medical Information, Peking Union Medical College, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020;
2. Social Development Research Center, China Academy of Fiscal Sciences, Beijing 100142, China

Abstract: This study analyzes the inter-provincial differences in the outpatient chronic and special disease guarantee policies across four major categories of diseases, including digestive system diseases, nervous system diseases, heart diseases, and rare diseases. Drawing on policy documents and medical insurance statistics from 27 provinces, this study combines literature analysis and quantitative research methods to assess the inter-provincial differences. The research results show substantial inter-provincial differences in the scope of disease coverage, which is associated with some extent with general outpatient pooling levels in each province. The level of treatment guarantee for the same disease varies considerably across different provinces. In addition, the outpatient chronic and special disease guarantee system for rare diseases remains inadequate, with insufficient coverage. Three recommendations are proposed to address the above problems. First, the medical insurance treatment coverage system that emphasizes inpatient care over outpatient care should be reformed to improve the general outpatient care coverage system, while promoting the transformation of the chronic and special disease coverage model from expanding disease coverage to sharing cost risks. Second, it is essential to rely on big data technology to reasonably identify diseases with high medical costs, standardize coverage standards, and strengthen inter-provincial policy coordination. Third, this study recommends establishing a multi-level and diversified coverage mechanism for rare diseases to effectively improve the equity of outpatient coverage for chronic and special diseases.

Key words: outpatient chronic and special disease; inter-provincial differences; risk diversification