



医保省级统筹提速，医药中长期投资新起点

——省级统筹制度推进，支付能力“升格”

医药首席分析师：程培 医药分析师：李璐昕

医保省级统筹提速，医药中长期投资新起点

——省级统筹制度推进，支付能力“升格”

2026 年 3 月 9 日

- **医保基金省级统筹推进提速，提升医保资金使用效率，有望成为医药投资新起点。**近期医保省级统筹政策密集部署：2025 年 11 月，国常会讨论、随后印发《关于推进基本医疗保险省级统筹的指导意见》，要求各省制定实施方案；12 月中旬，全国医疗保障工作会议将其列 2026 年重点工作；2026 年 1 月 6 日，浙江省政府办公厅印发浙江省医保省级统筹实施意见；3 月 5 日，全国人大会议国务院政府工作报告中再次强调，稳步推动基本医疗保险省级统筹。医保基金作为我国医药行业支付体系核心环节，是引导市场需求走向的核心支付力量，我国卫生总费用、规模以上医药制造业企业收入的增速与医保基金收支增速高度相关，医保支出如能提速，将对医疗卫生行业恢复增长起到积极作用。
- **省级统筹有望解决医保结构性矛盾，盘活存量，推动支出回升。**我国医保基金目前存在结构性问题，一方面每年存在大额结余，2024 年底医保基金累计结余 5.31 万亿元，2025 年 1-12 月统筹基金当期结余 5313 亿元；另一方面则有大量地区医保支出下滑、医保保障力度不足。医保省级统筹制度通过打破地市间的行政壁垒，将经济发达、人口结构年轻的城市所产生的丰富医保结余，通过省级调剂制度定向支援省内经济基础薄弱、老龄化严重或面临基金穿底风险的城市，从而实现“以丰补歉、风险共担”。通过推进省级统筹与个人账户跨省共济，有望盘活医保存量结余资金，有效破解医保收支结构性矛盾，扭转支出增速放缓趋势。
- **从“调剂金”模式向“统收统支”模式推进，支出增速有望回归双位数。**当前全国 20 余个省正加速推进，已有 6 省市实现“统收统支”、8 个省采用“省级调剂金”模式、7 个省积极规划的梯队推进格局。根据袁涛《基本医疗保险省级统筹的科学内涵与路径优化》一文测算，该学者将 G 省进行基本医保省级统筹的政策采用非寿险精算技术进行仿真实验，结果预计该省 2021-2035 年医保统筹基金收入 CAGR=10.4%，医保统筹基金支出 CAGR=13.4%。
- **医保省级统筹推进有利于国内医疗行业复苏，医疗服务、院内药械、检验及创新药板块值得关注。**医疗服务、院内药械最直接相关，医保支出提速有利于医疗总量恢复，院内业务服务带来的相关医疗服务需求弹性较大，回款能力向好，直接作用于报表提振估值，院内药械、检验也将随着诊疗量提升得到积极修复；创新药在医保中占比小但空间大增速快，仿制药集采及创新药谈判为医保额度“腾笼换鸟”，医保支出提速将大幅提升医保基金对创新药械的支持力度。
- **投资建议：**从医药总量角度，医保支出如提速，将有利于院内业务复苏，对医药行业整体构成利好，推荐关注医疗服务（爱尔眼科、海吉亚医疗、通策医疗等）、院内药械（大输液、精麻药、血制品、影像、高值耗材等）、体外诊断及 ICL，及创新药（BIC 和 FIC 管线龙头）。
- **风险提示：**政策推进恢复不及预期的风险；政策推广后对下游需求促进不及预期的风险；医保基金运营收支不抵支的风险。

医药行业

推荐 维持评级

分析师

程培

✉: chengpei_yj@chinastock.com.cn

分析师登记编码: S0130522100001

李璐昕

✉: liluxin_yj@chinastock.com.cn

分析师登记编码: S0130521040001

相对沪深 300 表现图

2026-03-09



资料来源: 中国银河证券研究院

相关研究

重点公司盈利预测与估值

证券代码	证券简称	EPS (元)			PE			投资评级
		2025E	2026E	2027E	2025E	2026E	2027E	
600763.SH	通策医疗	1.19	1.34	1.51	40.03	35.55	31.55	-
6078.HK	海吉亚医疗	0.72	0.95	1.09	17.69	13.41	11.69	-
002422.SZ	科伦药业	0.93	1.25	1.46	35.14	26.14	22.38	推荐
688029.SH	南微医学	3.45	4.2	5.07	21.74	17.86	14.79	推荐
688271.SH	联影医疗	2.58	3.23	4.03	47.99	38.33	30.72	推荐
300003.SZ	乐普医疗	0.59	0.73	0.88	30.81	24.90	20.66	推荐

资料来源: (收盘日期为3月6日, 通策与海吉亚为一致预期), 中国银河证券研究院

目录

Catalog

一、 医保省级统筹政策加速落地，产业出现积极信号	5
（一） 医保省级统筹制度加速推进，进入落地利好阶段	5
（二） 医保作为政策周期的关键工具，是引导市场需求走向的核心支付力量	8
（三） 双轨并行，多元筹资：中国医保基金的收入构成与演变	14
二、 省级统筹：政策路径、模式比较与基金效应分析	17
（一） 从“分”到“统”的制度重构，大数法则下的公平性与效率双升	17
（二） 医保省级统筹现状：整体加速下的三梯队格局	21
（三） 省级统筹对医保基金收支影响：收支双升，共济能力提升	26
三、 省级统筹制度对细分行业影响	29
（一） 医保基金与医疗卫生费用支出项拆分	29
（二） 医疗服务：医保支出增长提振下游需求，行业回款能力增强	30
（三） 院内药械、检验：推动 ICL 行业增量需求释放	32
（四） 创新药：占比低，医保基金扩容下弹性空间大	33
四、 重点公司与投资建议	35
五、 风险提示	36

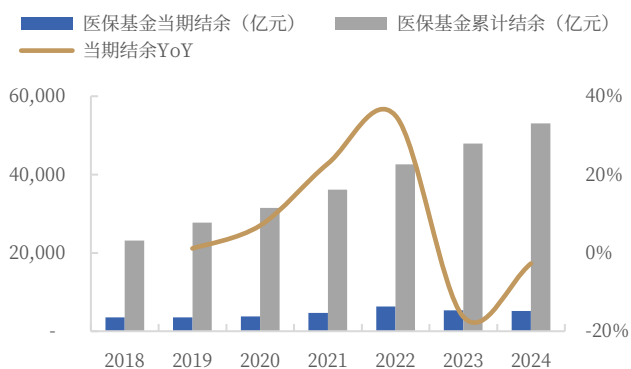
一、医保省级统筹政策加速落地，产业出现积极信号

（一）医保省级统筹制度加速推进，进入落地利好阶段

医保省级统筹制度近期加速推进，医保支出有望实现关键拐点。政府推动将医保资金统筹层次从市级提升至省级统一管理调配，以增强抗风险能力与使用效率，2025年11月27日，国务院常务会议明确部署推进基本医疗保险省级统筹工作，将其定位为健全全民医保制度的核心举措，标志医保制度从“地市分散管理”向“全省统收统支/调剂”的全面转型；随后国务院办公厅印发《关于推进基本医疗保险省级统筹的指导意见》（国办发〔2025〕42号），要求各省制定实施方案；2025年12月13日，全国医疗保障工作会议将“稳妥推进基本医保省级统筹”列为2026年重点工作，目标提升基金管理能力、规范制度统一性、强化共济保障功能；2026年1月，省级统筹地方落地提速，跨省共济政策同步升级，浙江省政府办公厅印发《关于推动基本医疗保险省级统筹促进城乡融合发展的实施意见》明确2026-2027年为关键实施期，目标2027年完成基金调剂与待遇保障等核心改革，国家医保局、财政部于1月9日联合印发《关于做好职工基本医疗保险个人账户跨省共济工作的通知》，正式在全国推行个人账户资金跨省家庭共济。3月5日，十四届全国人大四次会议国务院政府工作报告中再次强调，稳步推动基本医疗保险省级统筹。

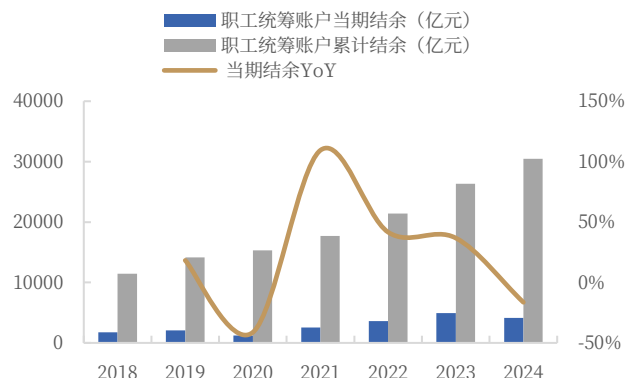
省级统筹有望解决资金结构性矛盾，盘活存量，推动支出回升。目前，我国医保基金存在结构性问题，通过推进省级统筹与个人账户跨省共济，有望盘活医保存量结余资金，有效破解医保收支结构性矛盾，扭转支出增速放缓趋势。**累计结余充足：**2024年医保基金累计结余5.31万亿元，2025年1-12月统筹基金当期结余5313亿元。**区域分布失衡：**医保省级统筹制度通过打破地市间的行政壁垒，将原本分散在各地的医保基金“蓄水池”整合为全省统一的“大水库”，有效解决了区域间基金结构性失衡的难题。在这一机制下，经济发达、人口结构年轻的城市所产生的丰富医保结余，能够通过省级调剂制度定向支援那些经济基础薄弱、老龄化严重或面临基金穿底风险的城市，从而实现“以丰补歉、风险共担”。

图1：医保基金结余情况



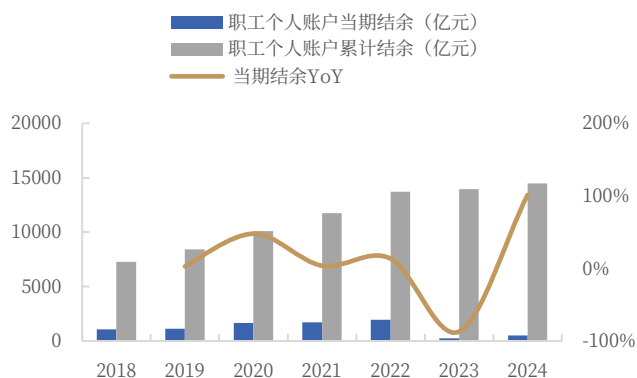
资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

图2：职工医保统筹账户结余情况



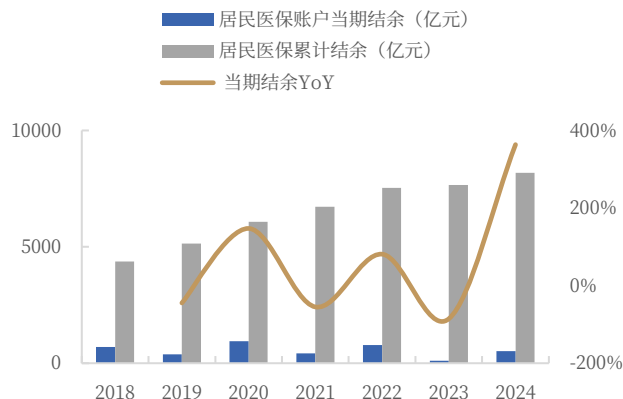
资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

图3：职工医保个人账户结余情况



资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

图4：居民医保账户结余情况



资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

医保基金复盘：从“单轨筹资”到“多方共担”，医保基金筹资结构的演变与规模跃升。中国医疗保障制度的发展历程是一个顺应社会经济变革、持续迭代升级的动态过程。其演进路径清晰呈现了从局部试点到全民覆盖、从规模扩张到结构优化、从粗放管理到精细治理的内在逻辑。当前，制度已进入以质量提升和效率优化为核心的新阶段，其发展历程可明确划分为三个主要阶段，依次实现了从制度初创、快速扩张到提质增效的转变，最终构建起覆盖全民、权责清晰、多层保障的医疗保障体系。

（1）制度破冰期（1978-1998 年）：试点探索与框架初建

本阶段的核心驱动力源于经济体制改革，倒逼传统的公费医疗与劳保医疗制度向社会化的医疗保险转型，旨在建立与市场经济相适应的社会保障体系。1987 年，地方试点先行，北京、四川等地率先推行大病医疗费用社会统筹，进行了风险共担模式的初步尝试。然而，早期试点存在统筹范围有限、管理方式相对粗放等问题。1994 年，“两江试点”定调，在镇江、九江开展的“统账结合”模式试验具有里程碑意义，确立了个人账户与社会统筹双轨并行的基金结构，为全国性制度的出台提供了关键范本。此时期基金筹资主要依赖企业与个人缴费，财政未进行直接补贴。制度呈现明显的碎片化状态，各地探索了如镇江“三段通道式”、海南“板块式”等差异化的基金管理模式，为统一制度的建立积累了实践经验。

（2）快速扩张期（1998-2011 年）：全民覆盖与基金规模跃升

本阶段以关键政策密集出台为催化剂，迅速拓展制度覆盖范围，实现了从城镇职工到城乡居民的全覆盖，医保基金规模实现历史性跃升。1998 年，《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》出台，正式确立了单位与个人共担的缴费机制，标志着职工医保进入规范化发展轨道。2003 年新型农村合作医疗（新农合）与 2007 年城镇居民基本医疗保险相继建立，财政补贴首次大规模、常态化注入医保基金，驱动参保率从特定群体向全民覆盖快速提升。这一阶段，参保总人数从 1998 年的不足 1 亿人迅猛增长至 2011 年的 4.7 亿人。基金年筹资总额突破千亿元量级。财政补贴成为基金可持续性的关键变量，尤其在新农合与居民医保中，财政与个人缴费比例达到约 3:1，奠定了基金的稳定基础。

（3）结构优化期（2011 年至今）：整合升级与效率提升

在实现广度覆盖后，制度建设的重点转向体系整合、管理精细化和基金使用效率提升，旨在构建更加公平、更可持续的医疗保障网。2015 年，大病保险全面实施：在基本医保基础上，对高额医

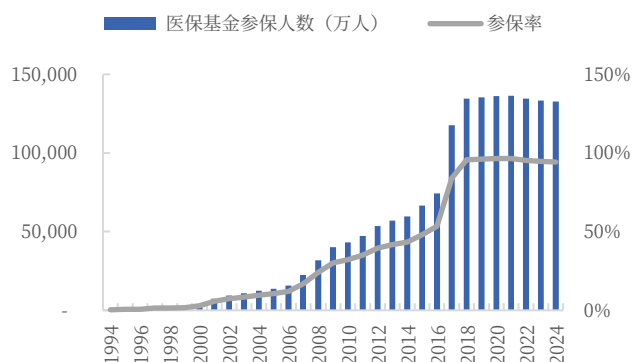
疗费用给予进一步保障，显著缓解了家庭的灾难性医疗支出风险。2016年，城乡居民医保整合，统一了城镇居民医保和新农合的制度框架、筹资标准（财政补助与个人缴费动态挂钩），增强了基金的规模效应和抗风险能力。2017年，异地就医直接结算开始推进。通过建立国家级结算平台，大幅降低了参保人员的资金垫付压力和报销周期，提升了医保基金的流转与服务效率。支付方式改革从传统的按项目付费，转向以疾病诊断相关分组（DRG）付费等复合型支付模式，增强了医保对医疗费用的调控能力。同时，医保智能监控系统广泛普及，对欺诈、滥用行为进行精准监管，基金安全风险得到有效遏制。

图5：医保基金历史进程复盘



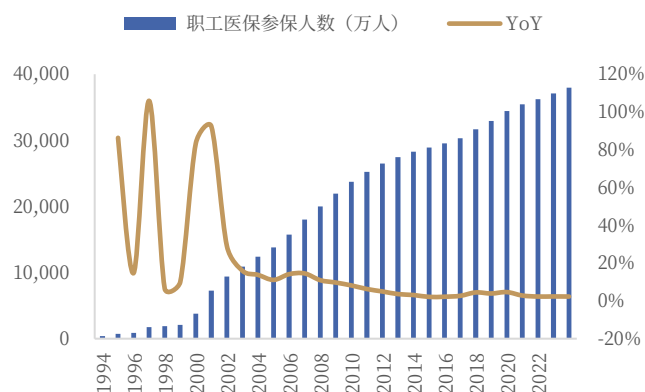
资料来源：中国银河证券研究院

图6：医保基金参保人数与参保率



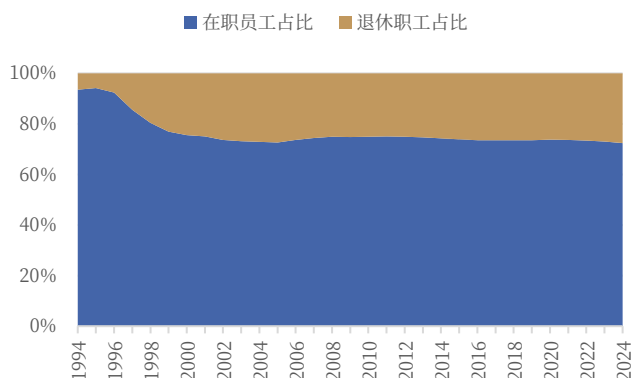
资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

图7：职工参保人数变化



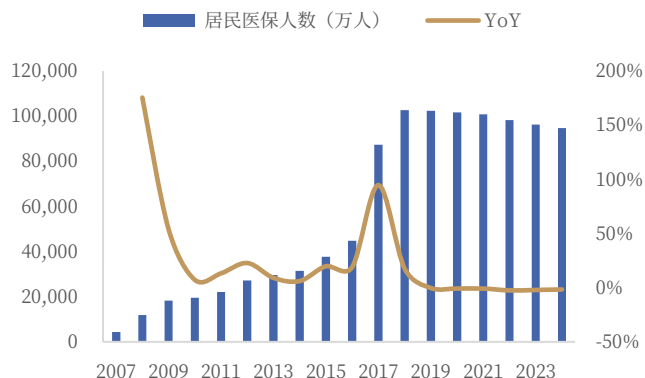
资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

图8：在职职工与退休职工参保人数占比



资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

图9：居民医保参保人数变化情况

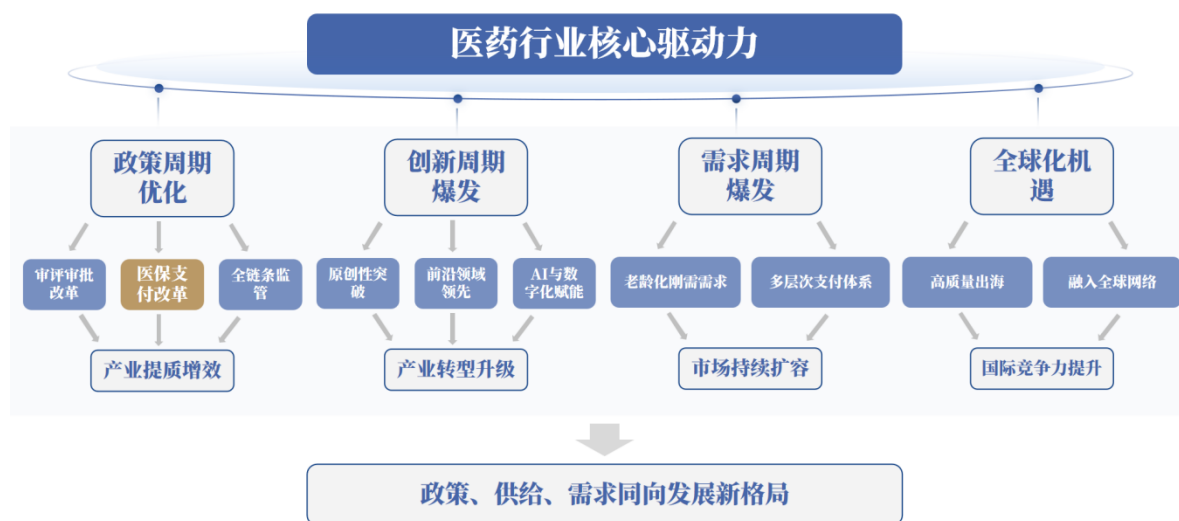


资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

（二）医保作为政策周期的关键工具，是引导市场需求走向的核心支付力量

政策周期、需求周期、创新周期与全球化机遇是我国医药行业的主要驱动因素，医保基金作为支付体系核心环节，不仅是政策周期中的关键工具，更是引导市场需求走向的核心支付力量。我国医药领域的发展受到三大关键动力的驱动：居民健康需求的持续提升、医药政策的阶段性调整以及技术创新的演进节奏。需求端，在人口结构老龄化、城镇化进程深化以及疾病类型转变的背景下，医药产业始终保持着长期向好的发展趋势。创新端，医药行业不仅承担着保障居民医疗健康需求的公共服务职能，同时也体现出一国的科技竞争力与新兴生产力特质，具备显著的创新属性。政策端，医药需求的增长往往伴随着创新推进与政策引导同时作用，呈现出周期性波动。政府作为医疗支付体系的重要参与方，在预算约束下通过强化行业监管，合理引导需求增长节奏。医疗卫生服务中包含大量具有公共或准公共产品性质的内容，因而如何在公平与效率之间取得平衡，一直是该领域政策制定的核心议题。基于上述背景，本文将围绕政策周期关键工具的医保基金省级统筹制度对医药行业需求走向可能带来的影响作出前瞻性探讨。

图10：中国医药行业核心驱动因素



资料来源：中国银河证券研究院

总体上政策改革、宏观环境以及公共卫生事件对行业表现影响较大，其中：① 722 事件及药审改革（2015 年）：使得国内制药行业受到较大打击，外企快速进入中国市场，医药生物行业表现快速下行，但该事件后中国药品研发产业开始明显回暖；② NMPA 加入 ICH 及两票制推行（2017 年）：自此国际创新药在中国上市的时间差逐步消失，中国企业可同步进行国际注册，有助于提升国内制药产业创新能力和国际竞争力，为国产创新药出海创造了条件。同年“两票制”开始在全国推行，并逐步延申至零售及线上，全国性医药流通头部公司集中度趋于提升；③ 中美贸易战（2018 年开始、2019 年扩大）：加征关税对本土医药企业实际影响有限，为国产医疗器械厂商带来难得窗口期，但市场投资情绪受影响较大，医药生物行业表现趋势与沪深 300 趋于一致；④ 医保局成立并启动集采（2018 年）：尽管短期医药板块多股跌停，总市值大幅缩水，但长期来看，集采从引导医药企业产品转型升级、改善商业模式、推动规模化发展及提升国产化率方面有积极意义；⑤ 公共卫生事件（2020-2022 年）：医药行业股价表现一度显著强于大盘，新冠疫苗、医疗基建、诊疗复苏等概念使得投资热度延续，但防疫政策调整后上市公司财务表现趋弱，板块进入估值消化的调整阶段；⑥ DRG 改革及快速推进（2021-2024 年）：DRG 模式推行有助于降低药占比、耗占比，控制医保支出并提升医院精细化管理能力，以及促成分级诊疗，医疗机构会更倾向于调整药品需求结构以提供优质、高效的医疗服务，有望增加创新药械需求；此外，对于常规药物采购价格、检验服务成本敏感度进一步提升，相关领域格局或将愈发集中；⑦ 医疗行业整顿升级（2023 年中至今）：尽管短期内影响院端招采活力，但长期来看能够规范行业秩序、优化资源配置、提升行业形象，引导行业健康发展，具备较强产品力的合规龙头企业有望受益。⑧ 医保省级统筹加速（2025 年底至今）：医保基金省级统筹推进提速，有望改善医保资金使用效率，提升支出增速，对国内医药产业起到积极促进作用。

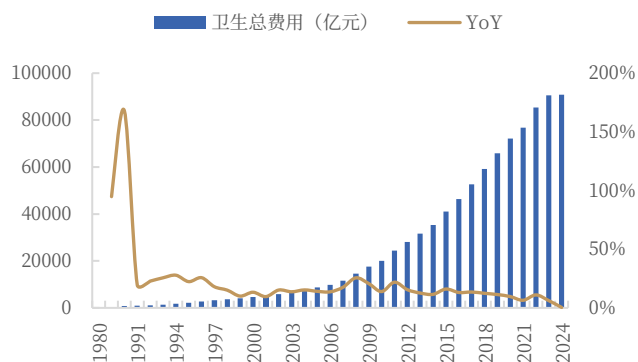
图11：2015 年年初至今医药生物行业总市值及市场表现复盘



资料来源：，中国银河证券研究院

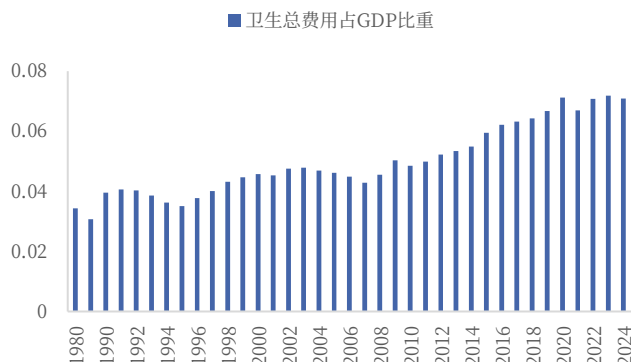
医保基金收支与卫生总费用增速趋同，医保基金收支占中国卫生总费用近四成，剔除政府财政支出后占比约五成，重要性不言而喻。根据国家统计局与卫健委数据显示，2024 年，我国卫生总费用为 9.09 万亿元，占我国 GDP 比重约 7%，人均卫生总费用 6454.4 元，较上年度微增；其中，政府卫生支出 22608.0 亿元，占 24.9%；社会卫生支出 43280.0 亿元，占 47.6%；个人卫生支出 25007.5 亿元，占 27.5%。2024 年医保基金收入为 3.48 万亿元，医保基金支出为 2.97 万亿元，分别占卫生总支出比例为 38%和 33%；如果总费用中剔除政府财政补贴部分，医保基金收入占比约为 51%，医保基金在我国医疗支付体系中的重要性不言而喻。此外，医保基金收支的增速在 16、17 年医保改革时高增，撇除这一影响，医保基金收支增速与中国卫生总费用趋同性较高。

图12：中国卫生总费用及增速



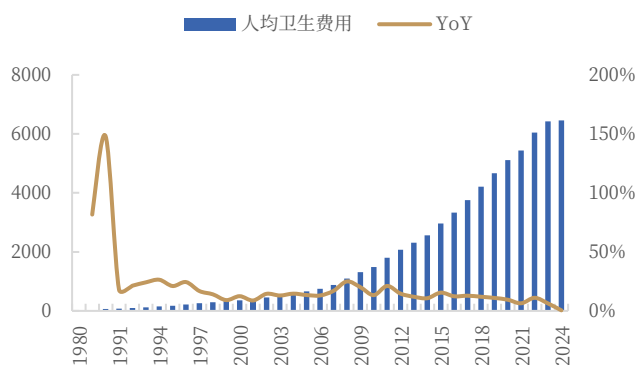
资料来源：卫健委，国家统计局，中国银河证券研究院

图13：中国卫生总费用占 GDP 比例变化情况



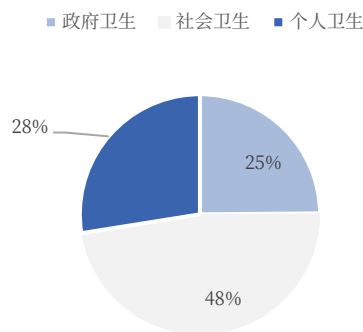
资料来源：卫健委，国家统计局，中国银河证券研究院

图14：中国人均卫生总费用及增速



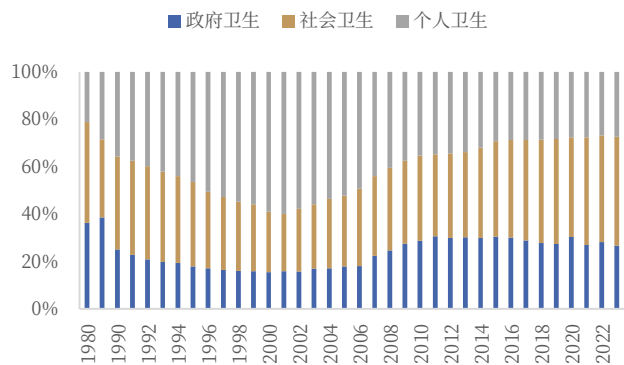
资料来源：卫健委，国家统计局，中国银河证券研究院

图15：中国卫生支出中政府/社会/个人卫生占比



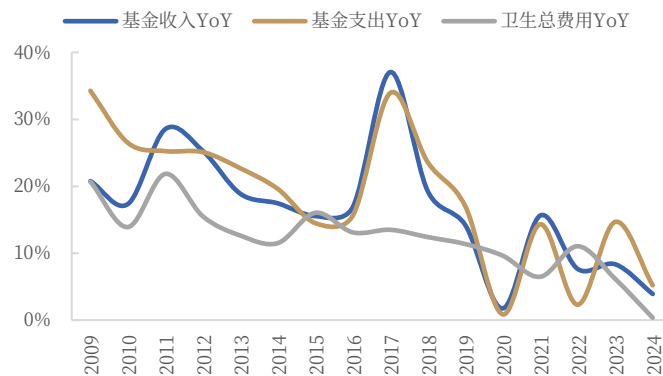
资料来源：卫健委，国家统计局，中国银河证券研究院

图16：中国卫生支出中政府/社会/个人卫生占比变化情况



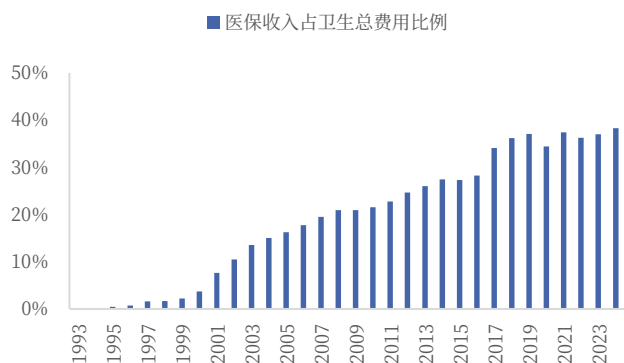
资料来源：卫健委，国家统计局，中国银河证券研究院

图17：医保基金收支增速与卫生总费用增速对比



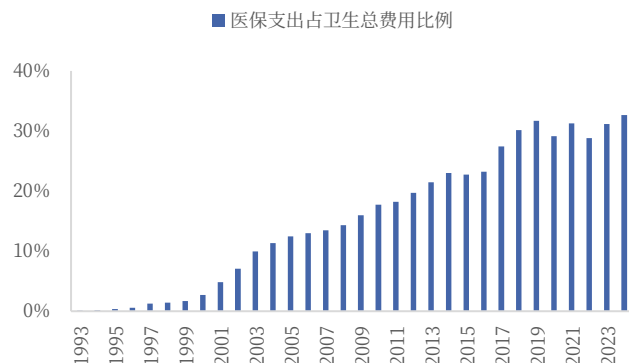
资料来源：卫健委，国家统计局，中国银河证券研究院

图18：医保收入占卫生总费用比例



资料来源：卫健委，国家统计局，中国银河证券研究院

图19：医保支出占卫生总费用比例

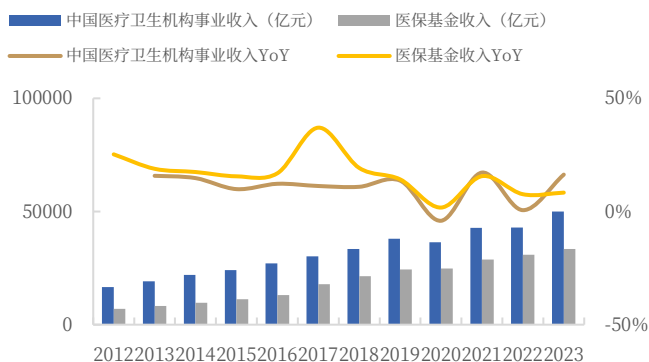


资料来源：卫健委，国家统计局，中国银河证券研究院

医保基金动向与变化对下游需求具备引领与前瞻价值。医疗机构囊括医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构和其他，其收入来源分为事业收入和直接财政拨款。根据国家卫健委发布的最新数据显示，事业收入方面，2023年，我国医疗机构事业收入为5.00万亿元，同比增长16%；其中，

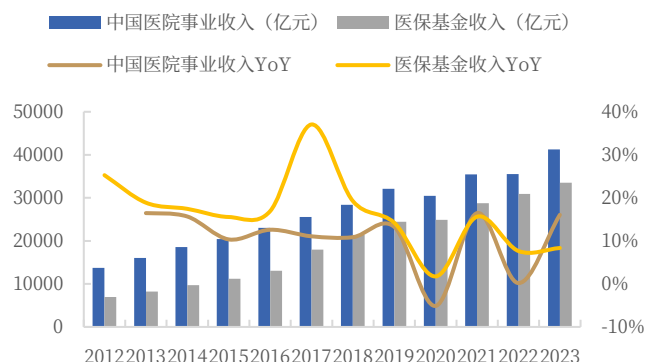
医院事业收入为 4.12 万亿元，同比增长 16%。对比过去十年 2013-2023 年医疗机构事业收入增速分别为 16.45%、15.67%、10.34%、12.58%、11.06%、10.85%、13.25%、-5.12%、16.45%、0.19%、16.05%，医保基金支出 2013-2023 年增速分别为 23%、20%、14%、16%、34%、24%、17%、1%、14%、2%、15%，呈现同增同减的态势。此外，根据国家统计局数据显示，我国规模以上医药制造业企业收入的增速与医保基金同样呈现一定的趋同相关性。医保基金收支的变化情况和指标跟踪观测对下游医疗机构与企业收入具备预测与指导意义。

图20: 医保基金收入增速与医疗机构事业收入增速对比



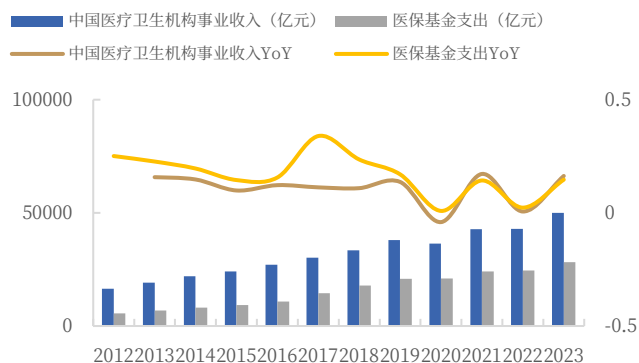
资料来源: , 国家卫健委, 中国银河证券研究院

图21: 医保基金收入增速与医院事业收入增速对比



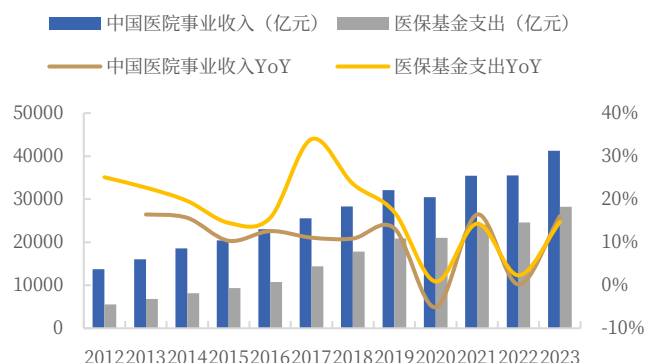
资料来源: , 国家卫健委, 中国银河证券研究院

图22: 医保基金支出增速与医疗机构收入增速对比



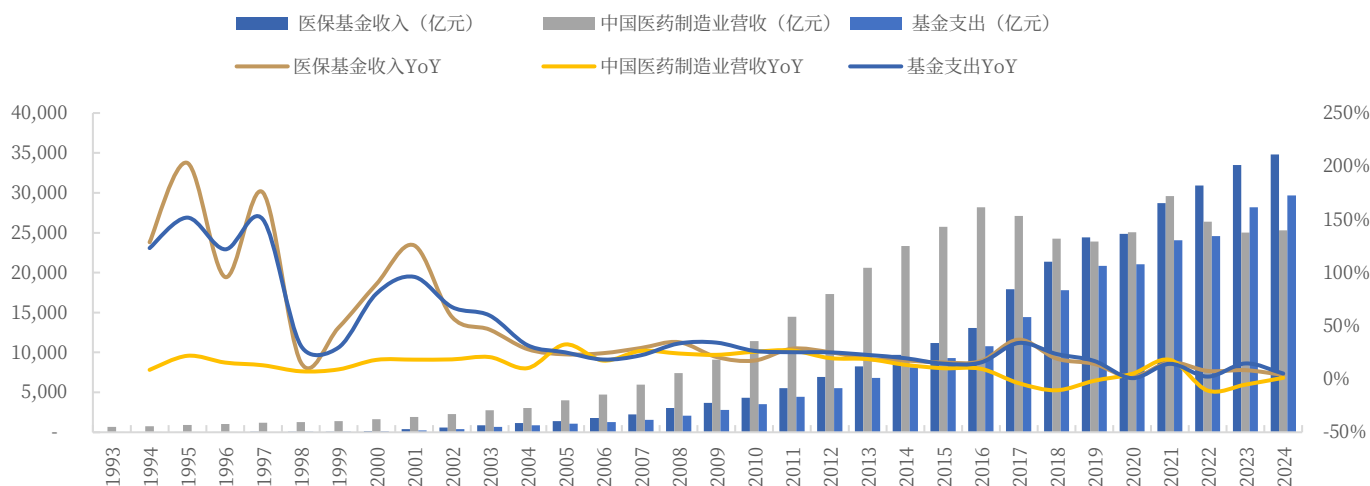
资料来源: , 国家卫健委, 中国银河证券研究院

图23: 医保基金支出增速与医院事业收入增速对比



资料来源: , 国家卫健委, 中国银河证券研究院

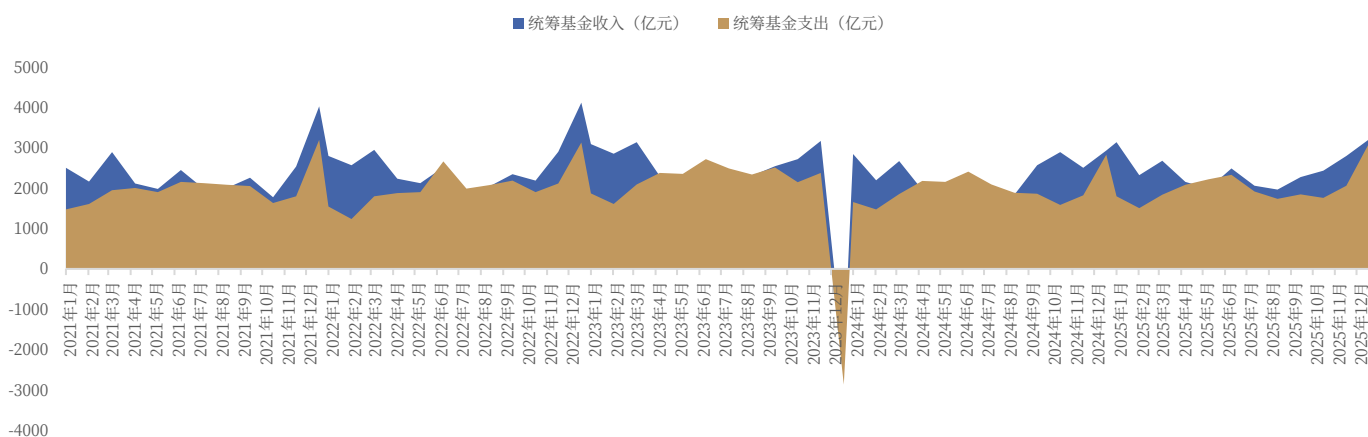
图24：医保基金收入与中国规模以上医药制造业营收对比



资料来源：国家统计局，卫健委，中国银河证券研究院

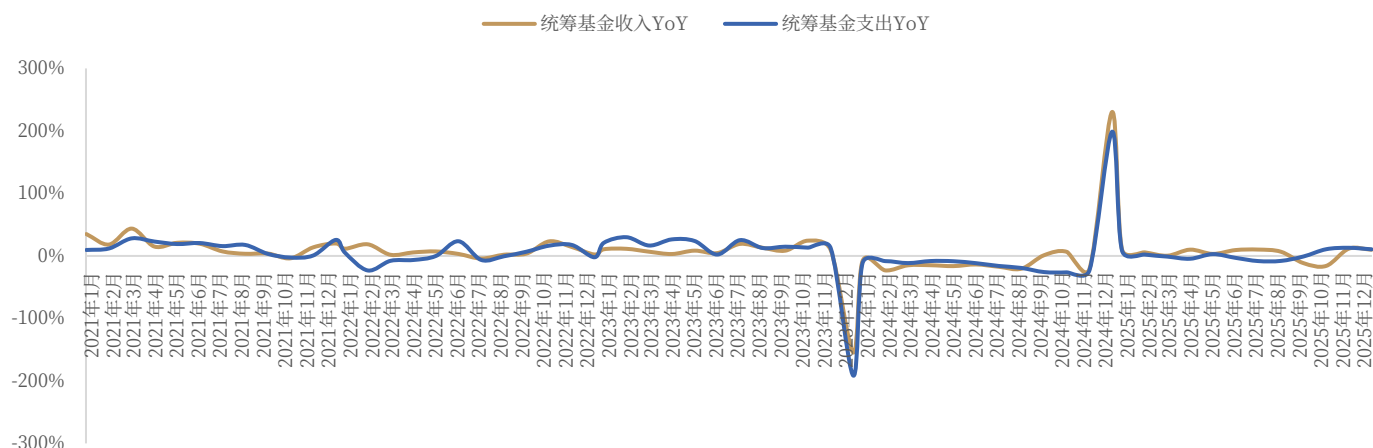
2025年12月，医保基金收支月频数据同比增速回正。根据国家医保局最新数据显示，2025年1-12月医保统筹基金收入为29544.06亿元，同比增长3.64%，其中，职工基本医疗保险（含生育保险）收入为18317.66亿元，城乡居民基本医疗保险收入11226.40亿元；统筹基金支出24231.24亿元，同比增长1.71%，其中，职工基本医疗保险（含生育保险）支出13574.17亿元，城乡居民基本医疗保险支出10657.07亿元；单月来看，2025年12月，医保统筹基金收入3223.38亿元，同比增长9.9%；医保统筹基金支出3130.78亿元，同比增长10.8%；2025年以来，医保基金收入单月增速从1-12月分别为10.4%/5.7%/0.4%/10.0%/3.2%/9.3%/10.1%/6.8%/-11.6%/-16.0%/11.6%/9.9%，支出单月增速分别为8.5%/2.2%/-1.1%/-4.5%/2.9%/-3.1%/-8.2%/-8.0%/-0.9%/10.7%/13.0%/10.8%；11月与12月收入增速由9月与10月的负值回正，支出增速在3-9月为负值，从10月开始回正并于11月提速，12月维持在10%以上。

图25：2021年至2025年12月医保收支月频数据



资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

图26：2021 年至 2025 年 12 月医保收支增速月频数据



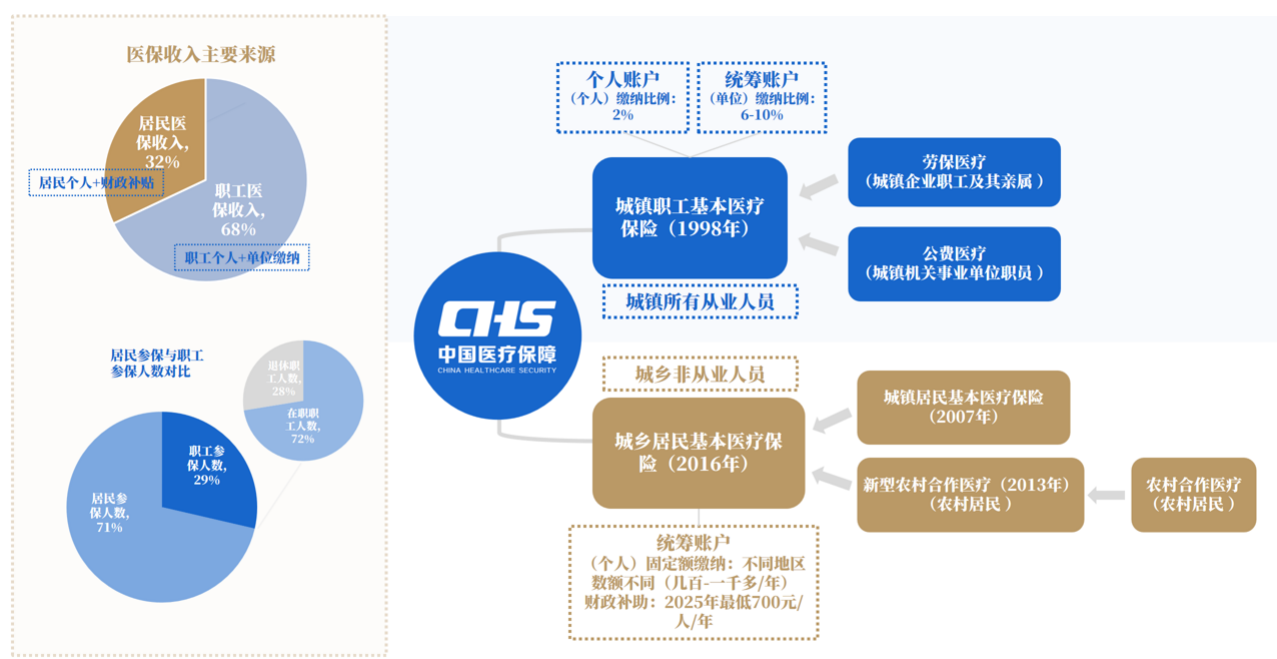
资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

（三）双轨并行，多元筹资：中国医保基金的收入构成与演变

城镇职工和城乡居民的双轨并行，个人缴纳（职工与居民）、单位缴纳与财政补贴是医保基金收入主要来源，职工医保中职工个人与单位缴纳比例约 1:3.5，居民医保中个人与财政补贴比例约 1:1.3。经过 1998 年职工医保成立与 2016 年城镇与新农合合并后，我国医保的城镇职工医保和城乡居民医保的双轨制设计架构形成，基本实现了全民覆盖的医疗保障目标。职工医保的工资关联筹资模式和居民医保的财政补贴主导模式，分别适应了就业人群和非就业人群的经济特征与保障需求。

城镇职工医保方面，医保基金主要分为个人账户和统筹账户，个人账户主要由个人按基数的 2% 从工资中直接扣除，单位则按照基数的 6-10% 为员工进行缴纳。城乡居民医保同样也有两个收入来源，分别为个人按照当地政府给出的固定额进行缴纳，通常为每年几百到一千多元不等（约在 400-1200 元区间），另外政府财政进行直接补助，2025 年最低补助标准为每人每年 700 元。但经济发达地区，如上海，根据上海医保局最新发布信息，2026 年政府财政继续加大对城乡居民医保的投入力度，19-59 岁人员财政补助 3541 元/年，60-69 岁人员财政补助 6731 元/年，70 周岁以上人员财政补助 6901 元/年。

图27：医保基金历史进程复盘医保基金账户演变、人员构成与主要收入来源



资料来源：国家医保局，仇雨临、王昭茜《我国医疗保险制度发展四十年：进程、经验与展望》，中国银河证券研究院

表1：职工与非职工医保缴纳方式、基数与数额

参保类型	个人缴费方式	个人缴费比例/金额	单位缴费比例	缴费基数/参考
职工	直接扣除/自行缴纳	2% (在职) / 5-15% (灵活就业)	6-10% (在职) / 无 (灵活就业)	按上年月均工资或医保局核定基数 (有上下限制)
非职工	线下缴费/一次性缴纳	固定金额 (如 400 元/年，各地政策不一)	无	按当地政策统一标准

资料来源：中国银河证券研究院

表2：各省市城乡居民缴费与财政补贴标准

地区	省市	缴费标准
全国统一要求：城乡居民基本医疗保险的筹资标准为每人每年不低于 1100 元（含个人缴费和财政补贴）。其中，个人缴费部分一般为 400 元，财政补贴部分一般为 700 元。		
华北	北京	北京的医保政策非常细化，根据人群分为不同档位： 个人缴费标准：老年人 460 元/年，学生儿童 435 元/年，劳动年龄内居民 795 元/年。 财政补助标准：老年人 4380 元/年，学生儿童 1755 元/年，劳动年龄内居民 2355 元/年
	天津	2025 年居民医保财政补助标准为低档每人每年 700 元、高档每人每年 1130 元。2026 年居民医保个人缴费标准为低档每人每年 420 元、高档每人每年 1080 元。
	河北	按照全国统一标准。
	山西	按照全国统一标准。对特困人员给予全额资助、对低保对象给予 80% 的定额资助、对防止返贫监测对象仍按每人每年 280 元定额资助。
	内蒙古	按照全国统一标准。

东北	辽宁	成年居民缴费 460 元，未成年人和在校学生缴费 400 元，财政补助标准为 700 元。
	吉林	按照全国统一标准。
	黑龙江	按照全国统一标准。
华东	上海	70 周岁以上人员，筹资标准调整为 7601 元/年，其中个人缴费 700 元/年、财政补助 6901 元/年；60-69 岁人员，筹资标准调整为 7601 元/年，其中个人缴费 870 元/年、财政补助 6731 元/年；19-59 岁人员，筹资标准调整为 4581 元/年，其中个人缴费 1040 元/年、财政补助 3541 元/年；中小学生和婴幼儿，筹资标准调整为 2891 元/年，其中个人缴费 400 元/年、财政补助 2491 元/年；本市各类高等院校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本科学士生、高职高专学生以及非在职研究生(以下简称“大学生”)，筹资标准调整为 1621 元/年，其中个人缴费 400 元/年、财政补助 1221 元/年。全省最低标准按照全国统一，但具有城市差异：例如，南京、苏州、南通等城市有所上调；南通市老年居民、成年居民个人缴费仍为 620 元，财政补助 1140 元；苏州市老年居民每人每年 3280 元，其他居民每人每年 2060 元，学生儿童每人每年 1040 元，大学生每人每年 1520 元，其中，个人缴纳老年居民每人每年 580 元，其他居民每人每年 620 元，学生儿童每人每年 390 元，大学生每人每年 280 元；南京市老年居民筹资标准为 1860 元/人·年，其中，财政补助标准 1300 元/人·年，个人缴费标准 560 元/人/年，其他居民筹资标准为 1880 元/人/年，其中，财政补助标准 1220 元/人/年，个人缴费标准 660 元/人/年。
	江苏	全省最低标准按照全国统一，但具有城市差异：杭州市居民医保分设以下二档筹资标准，可选择其一进行缴费：一档每人每年 2320 元，其中个人缴纳 770 元，政府补助 1550 元；二档：每人每年 2020 元，其中个人缴纳 670 元，政府补助 1350 元（2025 年）。
	浙江	按照全国统一标准。
	安徽	按照全国统一标准。
	福建	个人缴费标准为 450 元/人（与 2025 年度保持不变），财政补助标准为 830 元/人。
	江西	按照全国统一标准。
	山东	个人缴费：420 元/年（普通居民）；财政补贴：690 元/人
	河南	按照全国统一标准。
中南	湖北	按照全国统一标准。
	湖南	按照全国统一标准。
	广东	全省最低标准按照全国统一，但具有城市差异：广州市在校学生个人缴费标准为 413 元/人/年，财政补助标准为 956 元/人/年；其他参保人员：个人缴费标准为 549 元/人/年，财政补助标准为 820 元/人/年。深圳市居民医保基金筹集实行个人缴费和政府补助相结合，缴费基数为本市上上年度城镇居民月可支配收入；成人居民个人只需以缴费基数的 0.7% 按月缴费，财政补助 1.1%。
	广西	按照全国统一标准。
	海南	按照全国统一标准。
	重庆	个人缴费标准与去年持平，一档 400 元/人/年、二档 775 元/人/年；人均财政补助标准 700 元/人/年。
西南	四川	按照全国统一标准。
	贵州	按照全国统一标准。
	云南	按照全国统一标准。
	西藏	城乡居民基本医疗保险个人缴费标准为 240 元和 400 元两个档次。
西北	陕西	按照全国统一标准。
	甘肃	按照全国统一标准。
	青海	按照全国统一标准。
	宁夏	2026 年 1 月 1 日至 6 月 30 日之间缴费的，补缴金额为 400 元/人；2026 年 7 月 1 日至 12 月 31 日之间缴费的，补缴金额为 1100 元/人。
	新疆	6 月 30 日前参保缴费的每人仅需缴纳 440 元（含长期护理保险费 40 元），一旦错过这个时间，从 7 月 1 日起参保缴费将不再享受财政补贴，需个人全额承担（除出生 90 天内新生儿、享受资助参保的医疗救助对象），且每人不低于 1113 元。

资料来源：北京、天津、上海等省/市医保局，中国银河证券研究院

二、省级统筹：政策路径、模式比较与基金效应分析

（一）从“分”到“统”的制度重构，大数法则下的公平性与效率双升

医保省级统筹有助于大数法则下的公平性与效率双升，统筹层次提升是趋势所在。医保省级统筹是指将基本医疗保险（包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险）的统筹层次从地市级或县级提升至省级行政区划范围，在全省（自治区、直辖市）层面实现医疗保险制度的统一管理和基金的统一调配。其本质是在一个更大的地理范围和人口规模内，运用保险的“大数法则”和风险分担机制，以增强基金的共济能力、促进制度的公平性和提升管理的统一性。长期以来，我国基本医疗保险制度以地市级统筹为主，部分地区甚至停留在县级统筹层面。这种碎片化的统筹格局导致了一系列深层次问题：一是地区间基金运行差异巨大，部分发达地区基金结余高，而部分老工业基地、经济欠发达或老龄化严重地区则面临基金穿底风险，制度的可持续性受到严峻挑战；二是保障待遇不均衡，不同统筹区在筹资标准、报销比例、药品目录等方面存在显著差异，削弱了制度的公平性；三是管理成本高昂，政策壁垒使参保人员的自由流动和异地就医存在阻力，增加了群众负担和管理成本。在此背景下，提升医保统筹层次，尤其是推进基本医疗保险的省级统筹，被视为破解上述难题、深化医疗保障制度改革的关键。医保省级统筹的政策演进是一个循序渐进、从理论探讨到法律确立、再到全面部署的长期过程。我们可以将其大致划分为三个阶段：

（1）探索与奠基阶段（2009 年之前）

这一阶段统筹层次较低，基本医疗保险原则上以地级以上行政区（包括地、市、州、盟）为统筹单位，也可以县（市）为统筹单位，北京、天津、上海 3 个直辖市原则上在全市范围内实行统筹。在这一阶段，医保制度的重点是扩大覆盖面和在各地“建制度”。

（2）顶层设计与法律确立阶段（2009-2017 年）

这一阶段是省级统筹从理念走向国家战略和法律规定的关键时期。2009 年，人力资源和社会保障部与财政部联合发布的《关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》也重申了 2011 年基本实现市级统筹的目标。2010 年，《中华人民共和国社会保险法》正式颁布。该法第四条明确规定：“基本医疗保险基金逐步实行省级统筹，其他社会保险基金逐步实行省级统筹或者全国统筹”。这首次从国家法律层面为医保省级统筹提供了最高法律依据，标志着省级统筹不再仅仅是政策选项，而是法定的改革方向。在此之后，国家层面持续出台文件，为省级统筹清扫外围障碍。例如，推动基本医保关系转移接续、探索城乡一体化管理制度等，都为省级层面统一政策和管理创造了条件。这一阶段的主要任务是巩固市级统筹，为省级统筹做准备。

（3）加速推进与深化改革阶段（2018-2024 年）

2018 年国家医疗保障局的组建，结束了医保管理职能分散的局面，极大地提升了政策执行力，医保省级统筹进入了加速推进的快车道。2019 年，国家医保局会同财政部发布《关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30 号），文件中虽未直接定义省级统筹，但对统筹地区如何界定和管理提出了要求，并强调“积极推进市级统筹，鼓励有条件的省（区、市）推进省级统筹”。2020 年，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，这是新时代医保改革的纲领性文件。文件明确将“稳妥规范推进省级统筹”作为“十四五”期间的重要改革任务，并要求“鼓励有条件的省（区、市）按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思

路，探索推进省级统筹”。这为省级统筹的实施路径和原则提供了权威指导。2021年起，每年的政府工作报告都对推进省级统筹提出明确要求，显示出国家层面的坚定决心。2022年，党的二十大报告进一步明确要求“推进基本医疗保险、失业保险、工伤保险省级统筹”，将其提升到健全社会保障体系的战略高度。

（4）加速落地与推行阶段（2025年至今）

2025年，国务院常务会议再次部署推进基本医疗保险省级统筹工作，强调这是健全全民医保制度的重要举措，要求优化基金预算管理，规范统一经办服务，为省级统筹的全面铺开按下了“加速键”。

图28：省级统筹政策发展历程



资料来源：国家医保局，中国政府网，新华社，中国银河证券研究院

表3：基本医疗保险省级统筹的政策法规文件

文件名	发布机构/文号	内容
《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	基本医疗保险原则上以地级以上行政区（包括地、市、州、盟）为统筹单位，也可以县（市）为统筹单位，北京、天津、上海3个直辖市原则上在全市范围内实行统筹（以下简称统筹地区）。
《人力资源和社会保障部、财政部关于进一步加强基本医疗保险基金管理的指导意见》	人社部发〔2009〕67号	各地要根据本地实际情况，加快推进提高基本医疗保险统筹层次工作，到2011年基本实现市（地）级统筹。具备条件的地区，可以探索实行省级统筹。
《人力资源和社会保障部关于做好人社系统承担的2010年度医疗卫生体制改革工作的通知》	人社部发〔2010〕42号	有条件的地区，可探索建立省级医疗保险基金调剂金，逐步实现省级统筹。

《社会保险法》	中华人民共和国主席令第三十五号	基本养老保险基金逐步实行全国统筹，其他社会保险基金逐步实行省级统筹，具体时间、步骤由国务院规定。
《医药卫生体制五项重点改革 2011 年度主要工作安排》	国办发[2011]8 号	职工医保、城镇居民医保基本实现市(地)级统筹，鼓励地方探索省级统筹。有条件的地区进一步提高新农合统筹层次。
《人力资源和社会保障部关于做好人社系统承担的 2011 年度医药卫生体制改革工作的通知》	人社部发[2011]22 号	提高基本医疗保险统筹层次，基本实现职工医保、居民医保市(地)级统筹，京津沪等有条件的地区要积极探索省级统筹。
《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2013 年主要工作安排的通知》	国办发[2013]80 号	提高基金统筹层次，鼓励有条件的地方探索省级统筹。
《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2014 年重点工作任务的通知》	国办发[2014]24 号	加快提高基本医保的统筹层次，提高统筹质量，鼓励实行省级统簿。
《关于进一步做好基本医疗保险异地就医医疗费用结算工作的指导意见》	人社部发[2014]93 号	有条件的地方要加快推进省级统筹。
《人力资源社会保障部 财政部关于做好 2015 年城镇居民基本医疗保险工作的通知》	人社部发[2015]11 号	巩固完善市级统筹，探索省级统筹，增强基金抗风险能力。
《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2014 年工作总结和 2015 年重点工作任务的通知》	国办发[2015]34 号	加快推进和完善基本医保市级统筹，鼓励实行省级统筹。
《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2016 年重点工作任务的通知》	国办发[2016]26 号	积极推进基本医保统筹层次提升至地市级，鼓励有条件的地区实行省级统筹。
《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》	国发[2016]3 号	鼓励有条件的地区实行省级统筹。
《人力资源和社会保障事业发展“十三五”规划纲要》	人社部发[2016]63 号	积极探索推进医疗保险省级统筹。
《人力资源社会保障部关于深入学习贯彻全国卫生与健康大会精神的通知》	人社部发[2016]88 号	要遵循社会保险“大数法则”的规律，按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路，加快提高医保基金统筹层次，到 2020 年建立医保基金调剂平衡机制，逐步实现医保省级统筹。
《关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》	医保发〔2019〕30 号	鼓励有条件的省、自治区、直辖市按照“分级管理、责任分担、统筹调剂、预算考核”的总体思路探索制定省级统筹方案，报国家医疗保障局和财政部备案后实施。
《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》	中发[2020]5 号	巩固提高统筹层次，全面做实基本医疗保险市地级统筹，探索推进市地级以下医疗保障部门垂直管理，鼓励推进省级统筹，做大做强基金“池子”，增强基金抗风险的能力。
《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二零三五年远景目标的建议》	2020 年 10 月 29 日中国共产党第十九届中央委员会第五次全体会议通过	推动基本医疗保险省级统簿。
《党的二十大报告》	2022 年 10 月中国共产党第二十次全国代表大会	扩大社会保险覆盖面，健全基本养老、基本医疗保险筹资和待遇调整机制，推动基本医疗保险、失业保险、工伤保险省级统筹。促进多层次医疗保障有序衔接，完善大病保
《关于推进基本医疗保险省级统筹的指导意见》	2025 年 11 月中共中央国务院	标志着我国医保制度从“地方分散”向“省级统管”迈出关键一步。

资料来源：中国政府网，国家医保局，中国银河证券研究院

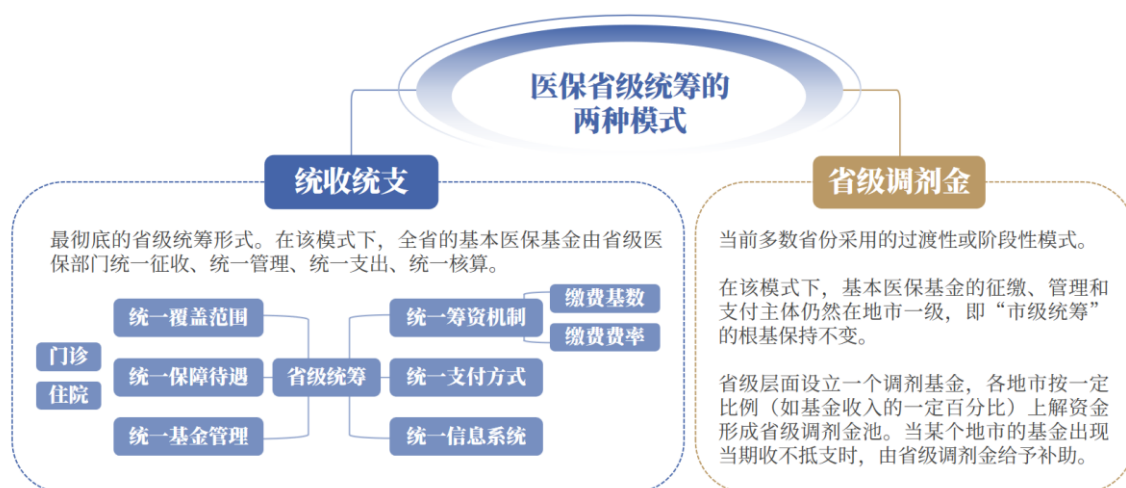
从“分灶吃饭”到“六统一”的制度重构。医保省级统筹并非简单的基金“上交”，而是一个

系统性的制度重构过程。其具体内涵通常被概括为“六统一”管理模式，这也是衡量一个地区是否真正实现省级统筹的核心标准。（1）统一基本医保政策与覆盖范围：在全省范围内执行统一的参保政策、参保范围和缴费年限规定，确保各类参保人群享有同等的参保权利和义务，消除因地区差异造成的政策壁垒。（2）统一筹资缴费标准：全省实行统一的职工医保缴费基数核定办法和费率，以及统一的城乡居民医保个人缴费标准和财政补助标准。这旨在均衡不同地区的筹资负担，避免地区间的“政策洼地”和无序竞争。（3）统一待遇保障水平：全省执行统一的药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围（即“三大目录”），并逐步统一住院和门诊的起付线、报销比例和最高支付限额等核心待遇政策。这是实现医疗保障待遇公平性的关键所在。（4）统一医保支付方式：在全省范围内统一医保支付方式改革的部署和标准，全面推进以按病种分值付费（DIP）和按疾病诊断相关分组（DRG）为主的多元复合式支付方式，以更强的议价能力和更统一的规则引导医疗机构规范服务行为，控制不合理费用增长。（5）统一基金管理制度：建立省级集中的医保基金预算管理、财务会计和内部控制制度。省级医保部门对全省基金的收、支、余进行统一管理和调度，这是省级统筹的核心，也是基金安全运行的保障。（6）统一经办服务与信息系统：建立全省统一、规范的医疗保险经办服务流程和标准，并依托全国统一的医保信息平台，实现全省数据互联互通、业务通办，为参保人提供更加便捷高效的服务，特别是为异地就医直接结算提供技术支撑。

在实践中，各地推进省级统筹主要采取两种模式，这两种模式代表了统筹的不同层次和发展阶段。**省级统收统支模式：**这是最彻底的省级统筹形式。在该模式下，全省的基本医保基金由省级医保部门统一征收、统一管理、统一支出、统一核算。市、县级医保部门不再拥有独立的基金所有权和支配权，转而成为省级医保部门的执行机构。这种模式能够最大程度地发挥基金的规模效应和风险共济作用，实现省域内医保制度的完全一体化。北京、上海、重庆、西藏等省份较早实现了这种模式。然而，其缺点也十分明显，即对省级管理能力要求极高，且在实施初期可能面临地方政府因财权事权变化而产生的较大阻力。

省级调剂金模式：这是一种过渡性的、风险调剂型的统筹模式。在该模式下，医保基金仍由各地市进行征收和管理，即“分级核算、分级管理”。省级层面设立一个调剂基金，各地市按一定规则（如按当期基金收入的一定比例、或按参保人数）上解资金至省级调剂金池。当某个地市出现基金当期收不抵支时，可以按规定申请省级调剂金的补助。这种模式的优点是改革阻力较小，易于启动，可以在不改变现有管理格局的情况下，在一定程度上实现“以丰补歉”的互助共济功能。目前，多数正在推进省级统筹的省份，如安徽等，都将建立省级调剂金制度作为起步阶段的核心任务。其缺点是共济能力有限，调剂规模往往不足以应对大的基金风险，且未能从根本上解决地区间政策、待遇不统一的问题。通常，调剂金模式被视为向统收统支模式过渡的必要阶段。

图29：省级统筹的两种模式



资料来源：中国银河证券研究院

（二）医保省级统筹现状：整体加速下的三梯队格局

我国医保省级统筹工作呈现出“整体加速、模式多样、进度不均”的总体态势。根据 25 年底国务院推进基本医保省级统筹会议内容显示，全国已有 20 个省（自治区、直辖市）正在推进省级统筹，一些省市正在初步尝试。我们根据各地方政府官方披露情况，对各省市区医保省级统筹现状进行梳理，目前，全国各省市的省级统筹实施进度大致划分为三个梯队：

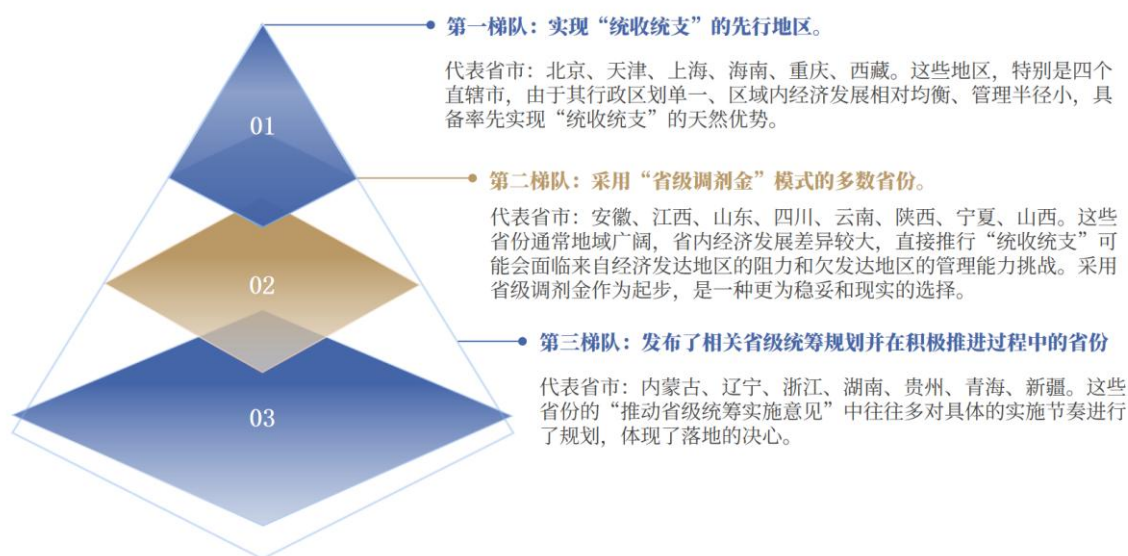
第一梯队：实现“统收统支”的先行地区。代表省市：北京、天津、上海、海南、重庆、西藏。这些地区，特别是四个直辖市，由于其行政区划单一、区域内经济发展相对均衡、管理半径小，具备率先实现“统收统支”的天然优势。例如，上海、北京、天津早在 2000 年左右就开始逐步实现统收统支。在这些地区，医药企业面对的是一个完全统一的市场，无论是药品招标采购、医保目录准入还是费用结算，都遵循同一套规则，市场透明度和可预测性较高。

第二梯队：采用“省级调剂金”模式的多数省份。代表省市：安徽、江西、山东、四川、云南、陕西、宁夏、山西。这是目前省级统筹的主力军。这些省份通常地域广阔，省内经济发展差异较大，直接推行“统收统支”可能会面临来自经济发达地区的阻力和欠发达地区的管理能力挑战。因此，采用省级调剂金作为起步，是一种更为稳妥和现实的选择。对医药企业而言，在这些省份开展业务，虽然省级层面已有一定的协调，但仍需关注各地市在具体执行层面的细微差别。这些省份在建立调剂金制度的同时，逐步向“六统一”推进，为实现统收统支奠定了扎实的基础。根据多数省份的规划，例如四川省，其目标是在 2025 年底前基本实现全省医保药品、耗材支付范围的统一，这意味着即使是调剂金模式，其政策统一的步伐也在加速。

第三梯队：发布了相关省级统筹规划并在积极推进过程中的省份。代表省市：内蒙古、辽宁、浙江、湖南、贵州、青海、新疆。部分省份虽然也发布了政策文件，但可能仍处于建立省级调剂金制度的初期，或者正在攻坚“六统一”中的某几个难点。但这些省份的“推动省级统筹实施意见”中往往多对具体的实施节奏进行了规划，体现了落地的决心。例如，内蒙古 2025 年起草了《内蒙古

自治区关于推动基本医疗保险自治区级统筹的实施意见（征求意见稿）》，明确了未来三年的推进方向。预计 26 年制定调剂金制度，27 年实施职工调剂金，28 年实现居民调剂金；2024 年 9 月，辽宁省人民政府办公厅正式印发《关于推进基本医疗保险省级统筹的实施意见》，明确了具体的筹备时限和目标，计划三年实现调剂金制度；贵州省 2025 年 1 月发布《省人民政府办公厅关于推进基本医疗保险省级统筹的意见》提到“2025 至 2027 年，分步推进实施省级风险调剂。2025 年 6 月底前，出台省级风险调剂金管理办法；2025 年 9 月底前，出台全省统一的居民医保筹资和报销待遇政策；2026 年 3 月底前，实施居民医保省级风险调剂金筹集、分配工作；2026 年 6 月底前，居民医保省级风险调剂制度正式落地；2026 年 7 月底前，出台全省统一的职工医保筹资和报销待遇政策；2027 年 3 月底前，实施职工医保省级风险调剂金筹集、分配工作；2027 年 6 月底前，职工医保省级风险调剂制度正式落地。后期条件成熟后再逐步推行省级统收统支。”

图30：各省省级统筹推进情况概况



资料来源：中国银河证券研究院

表4：医保省级统筹各省市推进情况

	省份	实施情况	相关文件号
统收统支	北京	2001 年实现统收统支	
	天津	2001 年实现统收统支	
	上海	2000 年实现统收统支	
	海南	2020 年实现统收统支	
	重庆	2012 年实现统收统支	
	西藏	2023 年实现统收统支	
调剂金模式	安徽	2024 年发布《基本医疗保险省级统筹的实施意见》，分三个阶段，计划 2024 年规范统一居民医保待遇保障等配套政策；制定基本医保省级调剂金管理办法，2025 年居民调剂金，2026 年职工调剂金。上交比例不超过上年基数 5%。	皖政办〔2024〕3 号
	江西	2024 年发布实施意见，建立调剂金制度，职工医保上解比例为 10%，居民医保上解比例为 15%。	赣府厅发〔2024〕5 号
	山东	2023 年 10 月开始实施职工医保省级统筹，先建立调剂金，调剂比例为上年的 3%，再逐步向统收统支过渡。	鲁政字〔2023〕184 号
	四川	2024 年顺利完成首次调剂金上解和下拨	川办发〔2023〕38 号
	云南	2025 年 9 月出台《云南省人民政府办公厅关于推进基本医疗保险省级统筹的实施意见》，10 月 15 日起实施调剂金制度；2025 年底前，出台城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）省级统筹调剂金管理办法。2026 年起，实施居民医保省级统筹调剂金筹集、分配。2027 年底前，统一全省居民医保待遇政策标准。条件成熟后，制定职工基本医疗保险（含生育保险，以下简称职工医保）省级统筹调剂金管理办法，启动职工医保省级统筹。省级统筹调剂金模式运行平稳后，逐步过渡到统收统支模式。	云政办规〔2025〕6 号
	陕西	2024 年实行调剂金制度，陕西省人民政府办公厅发布《推进基本医疗保险基金省级统筹调剂若干措施》。	陕政办发〔2024〕19 号
	宁夏	2016 年《自治区人民政府关于城镇职工基本医疗保险自治区级统筹管理的意见》开始实行调剂金制度，2021 年推进区内统收统支。（但是否实现统收统支进度不明确）	宁政办发〔2021〕77 号
积极推进中	山西	2023 年 12 月，发布《山西省推进城乡居民医疗保险省级统筹方案》：到 2025 年 1 月 1 日，全省居民医保实现参保范围、待遇标准、基金预算管理、基金调剂管理、经办服务、信息系统“六统一”。居民医保省级统筹调剂金按一定比例计提，纳入省财政专户管理，实行单独核算，主要用于调剂各市基金收支，充分发挥互助共济作用，确保基金安全可持续运行。	晋政办发〔2023〕77 号
	内蒙古	2025 年起草了《内蒙古自治区关于推动基本医疗保险自治区级统筹的实施意见（征求意见稿）》，明确了未来三年的推进方向。预计 26 年制定调剂金制度，27 年实施职工调剂金，28 年实现居民调剂金。	
	辽宁	2024 年 9 月，辽宁省人民政府办公厅正式印发《关于推进基本医疗保险省级统筹的实施意见》，明确了具体的筹备时限和目标，计划三年实现调剂金制度。	
	浙江	2025 年浙江省发布《关于推动基本医疗保险省级统筹促进城乡融合发展的实施意见》，明确了到 2025 年完善省级统筹配套政策，到 2027 年，基本完成基金调剂、待遇保障、筹资运行、医保支付、价格治理、基金监管等关键领域改革任务，区域间、群体间待遇差距明显缩小；到 2029 年，基本医保制度、政策、管理和服务实现省域一体化，职工和居民在基层医疗卫生机构医保报销比例差距缩小至 20% 左右，困难群众医疗费用综合保障率达到 90% 左右。	

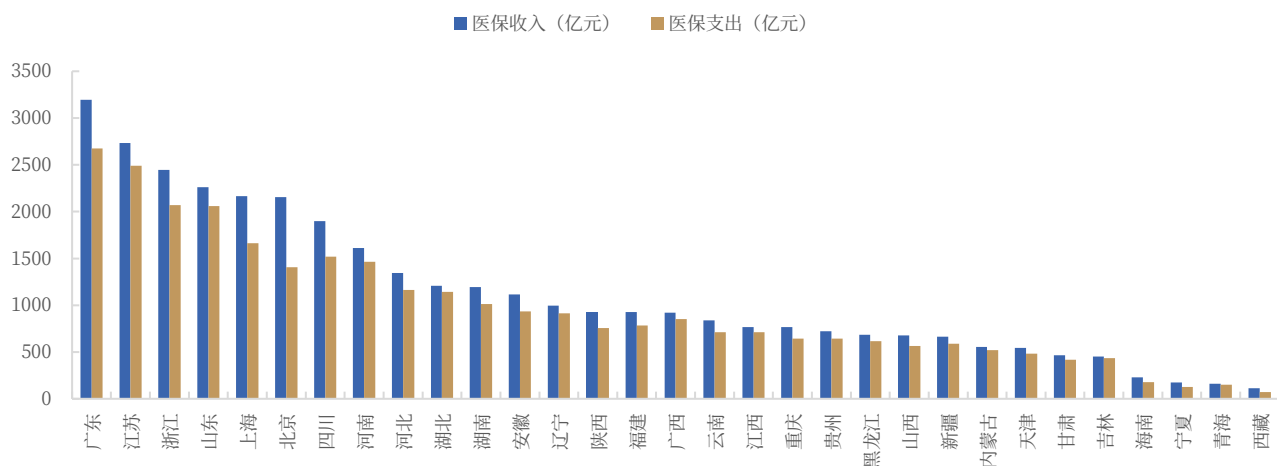
	湖南	2025 年底发布《关于推进基本医疗保险省级统筹的实施方案》，计划 2026 年底前，市州全面做实基本医保市级统筹。统一全省主要医保政策。健全基本医保省级统筹配套管理制度，完善基金运行风险监测预警机制。2027 年，启动实施基本医保省级统筹。先启动职工医保省级统筹，2028 年底前启动居民医保省级统筹。到 2029 年，基本实现基本医保省级统筹，政策更加规范，基金更加安全，群众医疗保障更加有力。	湘政办发〔2025〕55 号
	贵州	2025 年 1 月发布《省人民政府办公厅关于推进基本医疗保险省级统筹的意见》：2025 至 2027 年，分步推进实施省级风险调剂。2025 年 6 月底前，出台省级风险调剂金管理办法；2025 年 9 月底前，出台全省统一的居民医保筹资和报销待遇政策；2026 年 3 月底前，实施居民医保省级风险调剂金筹集、分配工作；2026 年 6 月底前，居民医保省级风险调剂制度正式落地；2026 年 7 月底前，出台全省统一的职工医保筹资和报销待遇政策；2027 年 3 月底前，实施职工医保省级风险调剂金筹集、分配工作；2027 年 6 月底前，职工医保省级风险调剂制度正式落地。后期条件成熟后再逐步推行省级统收统支。	黔府办发〔2024〕19 号
	青海	2025 年 12 月，印发《青海省关于推进职工医保省级统筹实施意见》，积极推进职工医保省级统筹。	青政办〔2016〕81 号
	新疆	2024 年 7 月的关于公开征求《关于推进城乡居民基本医疗保险自治区级统筹的实施方案（征求意见稿）》意见建议的通知中提到要建立调剂金制度，2025 年 10 月的关于公开征求《关于推进基本医疗保险自治区级统筹的实施意见（征求意见稿）》意见的公告中提到积极推进区级统筹。	
积极探索中/其他	河北	2020 年实现城乡居民市级统筹，2021 年实现职工市级统筹，可以跨省市结算，但医保基金支出仍是市级统筹	
	吉林	尚未实现，积极探索中	
	黑龙江	尚未实现，积极探索中	
	江苏	尚未实现，积极推进中	
	河南	尚未实现，积极推进中	
	湖北	尚未实现，积极推进中	
	广东	尚未实现，积极推进中	
	广西	尚未实现，积极推进中	
	甘肃	尚未实现，积极推进中	
	福建	部分资料显示福建 19 年实施职工医保省级调剂，但未找到官方文件	

资料来源：安徽省、江西省、山东省等省市政府或医保局官网，中国银河证券研究院

各省医保基金运行呈现出“总量看经济、健康度看结构、公平看转移”的鲜明特征。区域分化显著，经济大省承担支出主力的同时亦面临最大的中长期平衡压力。总量维度方面，医保基金收支水平与区域经济总量高度绑定，呈“东高西低”格局。医保基金总盘子由地区经济与人口规模共同决定。广东、江苏、浙江、山东、上海、北京等经济发达省市构成了全国医保基金收支的绝对主力，这与它们的经济地位相匹配。而西部及东北部分省份基金规模相对较小。结余率与健康度方面，衡量可持续性的关键指标“当期结余率”揭示出结构性压力，呈“哑铃型”分布。高结余端：北京、上海凭借强大的筹资能力和管理效率，结余率保持 40%左右的高位；西藏、宁夏等地则受益于中央财政强力转移支付及相对可控的医疗需求，结余率同样充裕。低结余端（压力区）：江苏、山东、河南等经济与人口大省，尽管基金总收入巨大，但结余率普遍低于 15%甚至个位数，处于全国偏低水平。这表明这些省份作为医疗需求的“主耗区”，在人口老龄化、医疗资源丰富等多重因素下，基金的中长期平衡挑战最为严峻。人均维度方面，保障强度与经济水平正相关，转移支付有效平滑差距。人均医保支出与人均 GDP 呈现强正相关，表明经济发达地区有能力提供更高水平的保障。值

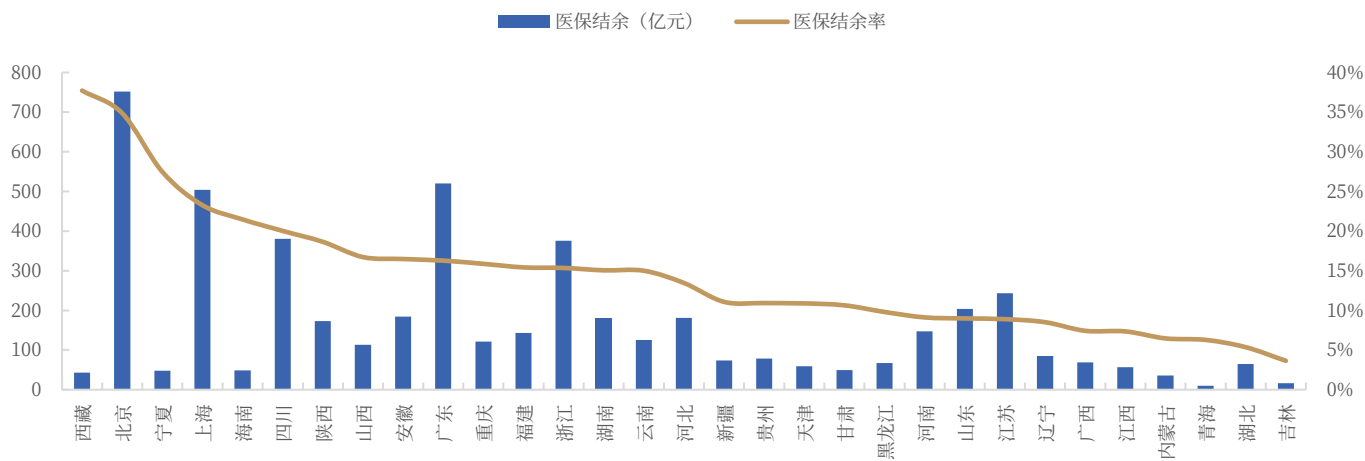
值得注意的是，中央财政转移支付发挥了关键调节作用，使得西藏、青海等人均 GDP 不高的地区，人均医保收入达到了全国中上游水平，显著提升了制度公平性。当前格局下，经济发达省份是医保体系的“财力基石”与“支付主力”，其可持续性关乎全国大局。区域间保障能力的差异，需通过“增收”与“增效”并举的方式应对。一方面，持续的经济高质量发展是根本。另一方面，加快推进基本医保省级统筹、优化财政转移支付机制、深化支付方式改革，是提升基金整体抗风险能力、促进制度公平统一的必然路径。

图31：各省/市/地区医保基金收支情况



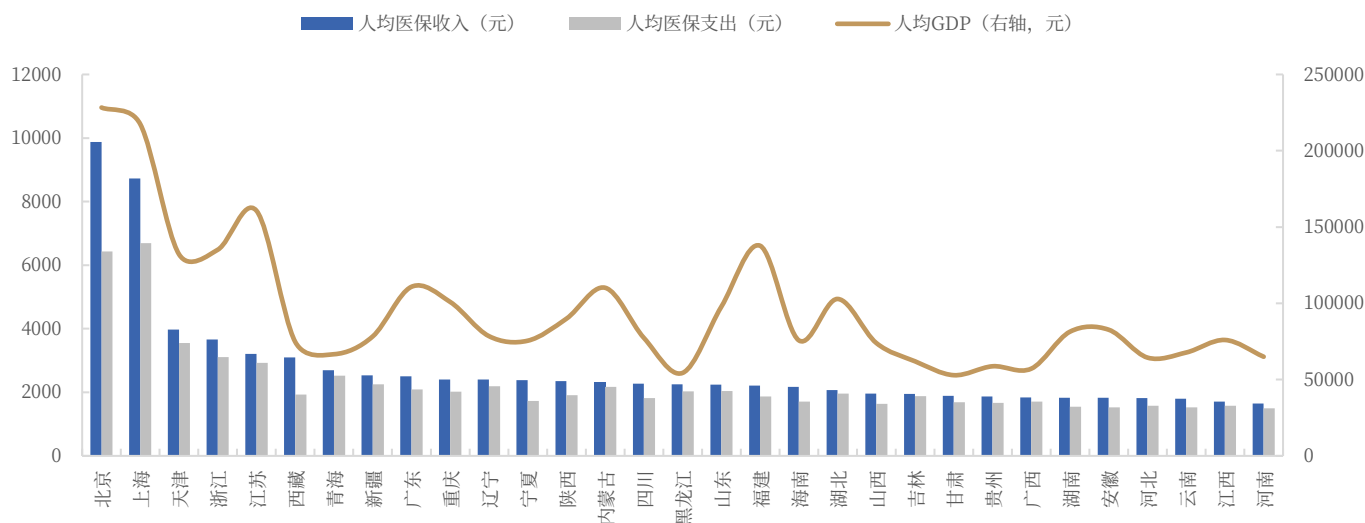
资料来源：聚金数据，中国银河证券研究院

图32：各省/市/地区医保基金结余与结余率情况



资料来源：聚金数据，中国银河证券研究院

图33：2024 年各省/市/地区医保基金人均收支与人均 GDP 对比



资料来源：国家统计局，聚金数据，中国银河证券研究院

（三）省级统筹对医保基金收支影响：收支双升，共济能力提升

省级统筹的实施，直接作用于医保基金的“收、支、管”各个环节，对基金的整体运行状态产生了深刻而复杂的影响。医保省级统筹最显著的成效体现在基金抗风险能力和跨地区就医便利性两个方面。通过扩大基金池、建立省级调剂金制度，基金的互助共济能力和抵御局部风险的能力得到根本性增强，整体运行更趋平稳，为制度的可持续性奠定了坚实基础。同时，随着省内就医“无异地”的实现和跨省异地就医直接结算网络的全面铺开，参保群众的就医便捷度实现了革命性突破。

1. 医保基金抗风险能力的增强，收入与支出均有所提升

提高统筹层次是增强社会保险基金抗风险能力的途径之一。医保省级统筹的全面实施，通过构建更大规模的风险共济池，从根本上改变了过去地市级统筹模式下基金各地分割的局面，极大地提升了整个医保体系的稳定性和可持续性。社会保险的运行遵循“大数法则”，即参保单位和个体越多，风险就越分散，基金的运行就越稳定。在过去的地市级统筹模式下，一个城市几百万甚至几十万参保人构成的基金池，其规模相对有限。当面临重大突发公共卫生事件、辖区内人口老龄化加速或高额医疗费用病例集中出现等冲击时，基金很容易出现当期收不抵支甚至穿底的风险。省级统筹将统筹单位从全省上百个地市级单位提升至省级层面，参保人数从百万级跃升至千万级甚至近亿级。这种规模的指数级扩大，使得医疗费用的发生概率更加趋于稳定和可预测，个别的、局部的风险能够在更广阔的范围内被稀释和分摊。这不仅增强了基金抵御短期、突发性风险的冲击能力，也提升了应对人口老龄化、慢性病高发等长期结构性压力的韧性。

省级统筹推广下的医保收支 2021-2035 年 CAGR 预计在 10% 以上。由于各省城市医保数据披露缺失，仅能对省级统筹效果进行一定经济测算。根据袁涛《基本医疗保险省级统筹的科学内涵与路径优化》中测算，该学者将典型地区 G 省进行基本医保省级统筹的政策采用非寿险精算技术进行仿真实验，将政策分为四种方案进行测算。结果证明如果该省保持现有筹资费率、划账结构和待遇保障水平，按照过去 4 年的医疗服务利用和费用增长趋势模拟运行省级统筹，该省 2021-2035 年医保统筹基金收入 CAGR=10.4%，医保统筹基金支出 CAGR=13.4%；个人账户方面，如果维持现有

筹资比例政策不变，但更改停止单位缴费纳入个人账户，结果显示该省 2021-2035 年医保基金个人账户收入 CAGR=10%，医保基金个人账户支出 CAGR=13.3%。

表5：标准方案中省级统筹后统筹账户基金收支情况

年份	统筹基金 征缴收入	征缴收入 增幅	统筹基金 支出	统筹基金 支出增幅	当期 结余	累计 结余
2021	87.48		79.46		9.8	62.87
2022	99.51	13.76%	87.1	9.62%	14.42	77.29
2023	113.11	13.66%	96.03	10.26%	19.38	96.67
2024	127.06	12.34%	108.04	12.51%	21.7	118.37
2025	142.02	11.77%	122.2	13.11%	22.94	141.3
2026	158.26	11.44%	138.93	13.68%	22.94	164.24
2027	174.31	10.14%	159.73	14.97%	18.72	182.96
2028	191.71	9.98%	182.42	14.21%	13.92	196.88
2029	210.43	9.77%	211.23	15.79%	4.37	201.25
2030	228.18	8.44%	248.72	17.75%	-14.83	186.42
2031	246.6	8.07%	290.39	16.75%	-37.69	148.73
2032	265.92	7.84%	338.89	16.70%	-66.62	82.1
2033	286.46	7.72%	389.46	14.92%	-96.67	-14.57
2034	308.28	7.62%	446.81	14.73%	-132.29	-146.85
2035	331.5	7.53%	513.32	14.89%	-174.75	-321.61

资料来源：袁涛《基本医疗保险省级统筹的科学内涵与路径优化》，中国银河证券研究院

表6：标准方案中省级统筹后个人账户基金收支情况

年份	个人账户 征缴收入	征缴收入 增幅	个人账户 支出	个人账户 支出增幅	当期 结余	累计 结余
2021	77.63	--	52.28	--	26.55	115.08
2022	88.31	13.76%	56.50	8.09%	33.36	148.44
2023	100.37	13.66%	61.36	8.60%	41.02	189.45
2024	112.75	12.34%	68.00	10.81%	47.31	236.77
2025	126.03	11.77%	76.20	12.06%	53.03	289.80
2026	140.44	11.44%	85.69	12.45%	58.67	348.46
2027	154.69	10.14%	97.52	13.81%	61.87	410.33
2028	170.12	9.98%	110.39	13.19%	65.27	475.60
2029	186.74	9.77%	126.70	14.77%	66.46	542.06
2030	202.49	8.44%	148.19	16.96%	61.62	603.68
2031	218.83	8.07%	172.04	16.10%	54.94	658.62
2032	235.98	7.84%	199.51	15.96%	45.36	703.98
2033	254.21	7.72%	228.66	14.61%	35.05	739.04
2034	273.57	7.62%	261.72	14.46%	21.83	760.87
2035	294.18	7.53%	299.73	14.52%	4.72	765.58

资料来源：袁涛《基本医疗保险省级统筹的科学内涵与路径优化》，中国银河证券研究院

此外，省级统筹有望增强基金的议价能力。省级层面的医保基金作为单一的、强大的支付方，在与药品、耗材供应商以及医疗机构进行谈判时，拥有更强的话语权。这有利于通过集中采购、支付标准谈判等方式，有效控制不合理的医药费用增长，实现“腾笼换鸟”，将节省下来的资金用于提升参保人的保障待遇，提高基金使用效率。

2. 促进医疗保障公平性与可及性，省内“无异地”提升患者就医意愿

在省级统筹实施之前，即便是省内跨地市就医，也被视为“异地就医”，通常需要办理备案手续等，省级统筹的全面实现，从根本上改变了这一状况。在省域范围内，医保信息系统实现了统一，定点医药机构的管理实现了互认。这意味着，参保人在省内任何一个城市的定点医院或药店就医购药，都视同在参保地本地就医，可以直接刷医保卡（或医保电子凭证）进行实时结算，无需再办理任何手续。此外，在过去，同一省份内，不同地市之间，甚至城乡之间（职工医保、原新农合、原城镇居民医保），待遇水平存在显著差异。经济发达的地市，其报销比例可能比欠发达地市高出十几个百分点，医保目录范围也更宽。这种基于地域和身份的制度分割，造成了事实上的待遇不公。省级统筹的实施，意味着无论参保人身处省内哪个城市、是城镇职工还是城乡居民，都能在同一套政策框架下享受医保待遇。这极大地提升了制度的公平性和一致性，保障了省内所有参保居民享有公平的医保权益。这种制度性的统一，是实现全民医保高质量发展、促进社会和谐稳定的重要基石。这一变化，极大地释放了省内就医需求，特别是满足了地市居民到省会城市寻求优质医疗资源的需求。

3. 优化管理效率与资源配置

省级统筹通过整合管理资源、统一业务标准，能够显著提升医保治理的现代化水平，降低行政管理成本。变“多龙治水”为“全省一盘棋”，可以精简经办机构，优化管理流程，避免重复建设信息系统和制定政策，从而降低制度运行的行政成本。此外，省级统筹为深化“三医联动”（医疗、医保、医药）改革创造了有利条件。统一的医保政策和支付标准，能够更有效地引导医疗机构规范服务行为、控制成本；统一的药品目录和采购平台，能更好地推动医药领域改革。医保作为战略购买者的作用得以充分发挥。长期来看，统一的医保支付政策会影响患者的就医流向和医疗机构的发展策略。通过设定差异化的支付标准（例如，向基层医疗机构倾斜），省级医保部门可以更有效地引导患者首诊在基层，逐步形成合理的分级诊疗秩序，从而促进全省医疗资源的均衡布局。

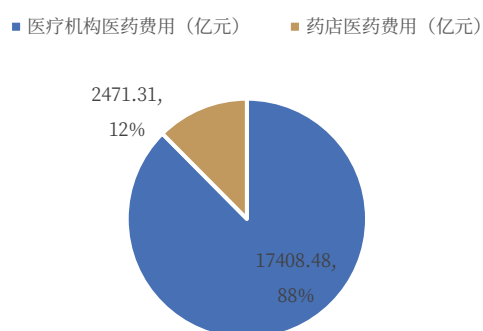
三、省级统筹制度对细分行业影响

(一) 医保基金与医疗卫生费用支出项拆分

综合医院为代表的医疗机构是我国医保基金与卫生支出的核心，综合医院收入中，药品、卫生材料、检查、治疗分别占比 26.4%、15.4%、15.4%、12.6%、6%；药品占比下滑，材料与检查占比持续上升。根据国家卫健委最新数据显示，2023 年，我国医疗卫生机构事业收入为 5.0 万亿元，医院事业收入为 4.12 万亿元，占比 82.5%，是医疗支出的主要所在。医保方面，根据国家医保局数据显示，2023 年，职工医保参保人员医药总费用 19879.79 亿元，比上年增长 21.3%，其中，在医疗机构发生 17408.48 亿元（占比 88%），在药店发生 2471.31 亿元（占比 12%）；居民医保参保人员医药费用 19581.56 亿元，其中，在医疗机构费用 19426.97 亿元（99%），在药店购药费用 154.59 亿元（1%）。

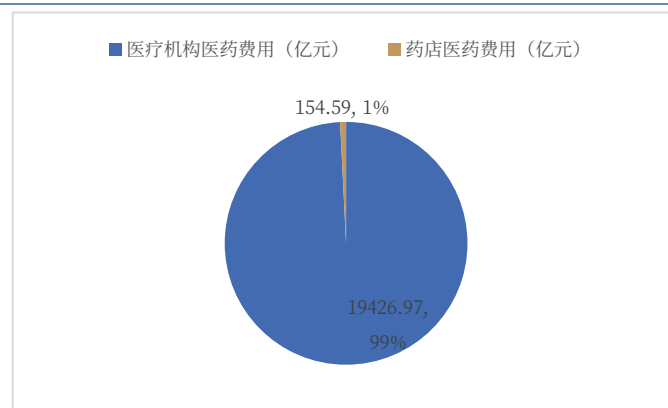
各级综合医院收入拆分：根据国家卫健委数据，2023 年，医院的主要收入来源依然是药品，受集采等因素影响下，药品占比从 2012 年的 43.7% 下滑至 2023 年的 26.4%，药品结构持续发生变化；占比第二第三的卫生材料和检查费用占比持续上升，分别从 2012 年的 12.1%、9.7% 上升至 2023 年的 15.4%，材料收入占比上升较为显著。

图34：2023 年职工医保参保人员医药总费用中医疗机构和药店占比



资料来源：国家统计局，中国银河证券研究院

图35：2023 年居民医保参保人员医药总费用中医疗机构和药店占比



资料来源：国家统计局，中国银河证券研究院

表7：各级综合医院平均收入拆分（收入单位均为万元）

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
机构数(个)	4678	4681	4676	4519	4510	4521	4522	4513	4503	4507	4519	4475
平均每所医院总收入(万元)	20566	23765	27341	31210	35007	38857	42507	48259	48956	53846	54952	61932
医疗收入(万元)	18633	21586	24861	27963	31306	34677	37765	42882	40061	46279	45678	52511
门急诊收入	6117	7041	8124	9132	10098	11062	12082	13845	13187	15866	16092	18092
内：检查收入	1280	1473	1719	1925	2146	2391	2640	3014	2948	3481	3447	4246
治疗收入	564	650	741	842	949	1108	1255	1454	1399	1744	1801	2103
手术收入	111	129	151	180	207	248	294	353	343	449	450	545
卫生材料收入	141	189	243	303	360	409	450	503	476	573	542	592

药品收入	3012	3373	3817	4200	4476	4586	4785	5492	5008	5604	5783	6372
西药收入	2380	2637	2981	3285	3510	3609	3807	4395	3985	4389	4537	4930
中药收入	632	736	836	915	966	977	978	1097	1023	1216	1246	1443
住院收入	12516	14546	16737	18830	21207	23615	25682	29024	26847	30327	29416	34146
内：床位收入	481	548	610	671	749	845	912	970	858	924	898	1066
检查收入	977	1183	1405	1631	1877	2171	2483	2881	2711	3150	3166	3859
治疗收入	1603	1784	1977	2203	2502	2922	3335	3710	3439	3834	3813	4521
手术收入	839	933	1039	1156	1358	1659	1918	2259	2201	2646	2627	3159
护理收入	237	298	361	426	527	672	790	858	786	849	843	975
卫生材料收入	1670	2212	2756	3319	3994	4659	5239	6107	5877	6874	6553	7510
药品收入	5128	5704	6371	6870	7257	7243	7087	7801	6928	7467	6973	7491
西药收入	4881	5384	5982	6440	6786	6762	6619	7301	6489	6977	6461	6864
中药收入	246	320	389	431	471	481	467	500	439	490	511	627
科教收入	83	92	104	126	129	173	208	180	222	275	296	377

资料来源：国家卫健委，中国银河证券研究院

表8：各级综合医院平均收入拆分（按种类，收入单位均为万元）

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
检查收入	2257	2656	3124	3556	4022	4561	5123	5894	5658	6630	6614	8105
治疗收入	2168	2434	2718	3044	3451	4030	4590	5164	4837	5578	5615	6624
手术收入	950	1061	1190	1336	1566	1907	2211	2612	2543	3094	3077	3704
卫生材料收入	1811	2400	2999	3623	4354	5068	5689	6610	6353	7447	7095	8101
药品收入	8139	9077	10188	11071	11732	11829	11871	13293	11936	13071	12755	13863
医疗总收入	18633	21586	24861	27963	31306	34677	37765	42882	40061	46279	45678	52511

资料来源：国家卫健委，中国银河证券研究院

表9：各级综合医院平均收入拆分（按种类占比）

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
检查收入	12.1%	12.3%	12.6%	12.7%	12.8%	13.2%	13.6%	13.7%	14.1%	14.3%	14.5%	15.4%
治疗收入	11.6%	11.3%	10.9%	10.9%	11.0%	11.6%	12.2%	12.0%	12.1%	12.1%	12.3%	12.6%
手术收入	4.5%	4.3%	4.2%	4.1%	4.3%	4.8%	5.1%	5.3%	5.5%	5.7%	5.8%	6.0%
卫生材料收入	9.7%	11.1%	12.1%	13.0%	13.9%	14.6%	15.1%	15.4%	15.9%	16.1%	15.5%	15.4%
药品收入	43.7%	42.0%	41.0%	39.6%	37.5%	34.1%	31.4%	31.0%	29.8%	28.2%	27.9%	26.4%

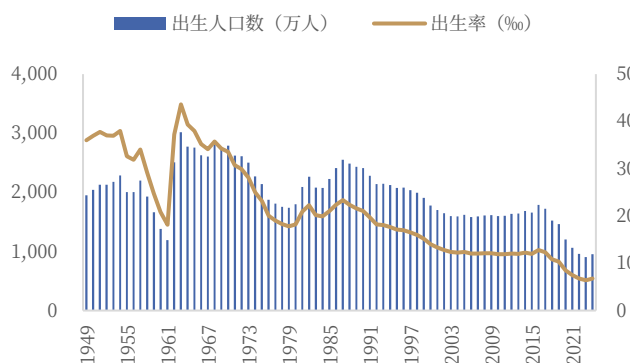
资料来源：国家卫健委，中国银河证券研究院

（二）医疗服务：医保支出增长提振下游需求，行业回款能力增强

银发浪潮下的确定性机遇，坚守医疗服务黄金赛道。中国人口结构正经历深刻变革，出生率持续走低与老龄化进程加速构成长期宏观背景。国家统计局数据显示，我国出生率下滑至个位数，人口负增长，60岁以上人口占比提升至22%。60岁以上人口占比的快速提升，将驱动疾病谱系向慢性病、退行性疾病集中，从而带来医疗需求总量与单客价值的双重提升。我们认为，这一趋势会强化医疗服务行业作为“长坡厚雪”式投资赛道的确定性，长期看好医疗服务板块的景气度。细分赛道方面，体检行业早期筛查的功能属性，是医疗需求的流量入口，直接受益于全民健康意识提升与

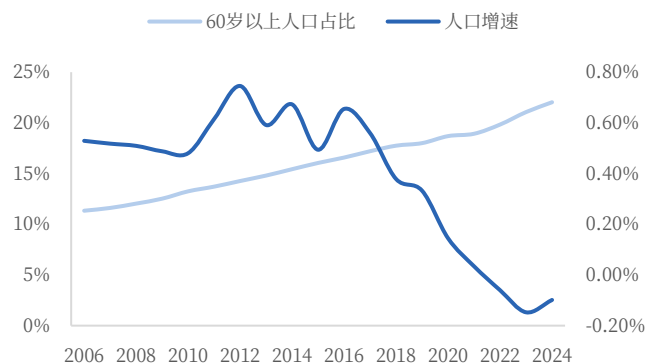
企业福利普及。其核心价值在于数据积累与客户粘性，通过检后管理、异常指标追踪可自然导流至专科领域，实现业务协同。兼具规模化运营能力、精准筛查技术、AI 提质增效的龙头公司有望持续受益。专科服务如眼科、牙科、辅助生殖，兼具“医疗刚性”与“消费属性”，对医生技术和先进设备依赖度高，形成天然壁垒。服务项目多为自费，受医保控费影响小，具备可复制性强，易于标准化和连锁化扩张的特点，经济环境回暖时弹性较大。互联网医疗的核心价值在于打破时空限制，优化资源配置。它在慢性病复诊、专家门诊预约、药品配送、健康咨询和院后管理等方面优势显著，是传统医疗体系的有效补充。当前行业已从流量争夺步入商业化变现能力验证阶段，具备清晰盈利模式的公司有望业绩持续兑现。此外，能够提升医疗效率、填补服务空白的康复医疗、长期照护及“医养结合”等新兴业态，这些领域政策支持明确，市场空间广阔。

图36：中国自建国以来出生人口数与出生率



资料来源：国家统计局，中国银河证券研究院

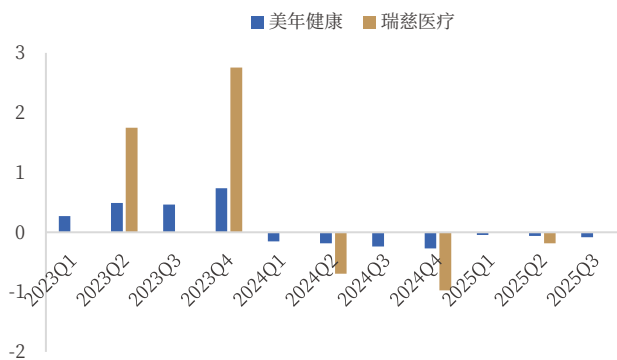
图37：中国 60 岁以上人口占比



资料来源：国家统计局，中国银河证券研究院

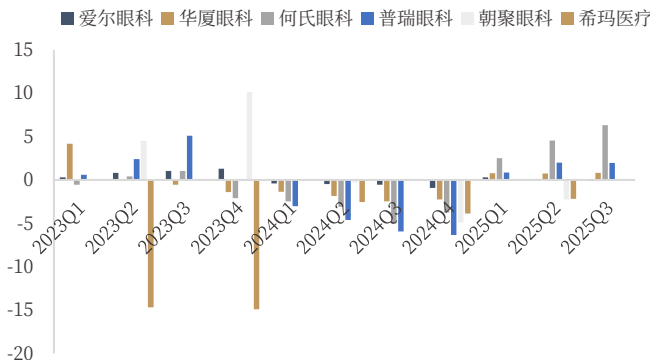
医保支出提升带动整体下游需求增长，医疗服务公司应收账款周转率向好，直接作用于报表提振估值。25Q3 应收账款周转率好转，较 2024 年同比降幅收窄或回正，回款能力提升。大部分医疗服务公司应收账款周转率情况好转，分行业和公司来看，体检行业该指标同比降幅较 2024 年底出现明显收窄；眼科方面，爱尔眼科、朝聚眼科、希玛医疗同比降幅收窄，普瑞眼科出现明显增长；牙科方面，通策医疗上半年出现增长，增速回正，Q3 与去年同比持平，降幅显著收窄。

图38：体检行业应收账款周转率同比变化情况（%）



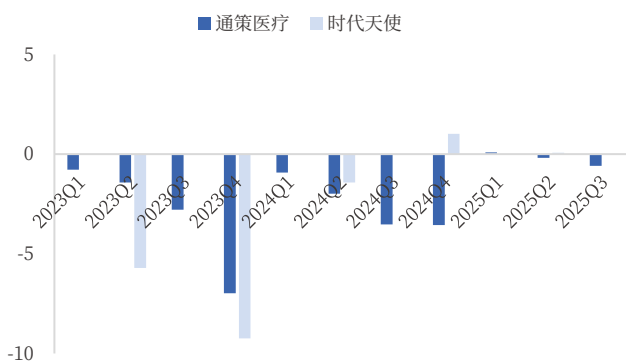
资料来源：中国银河证券研究院

图39：眼科行业应收账款周转率同比变化情况（%）



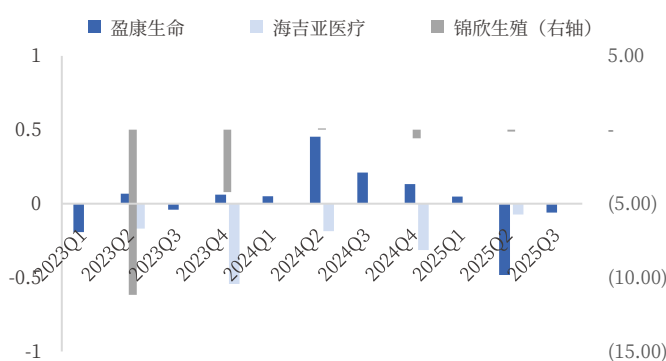
资料来源：中国银河证券研究院

图40：牙科行业应收账款周转率同比变化情况（%）



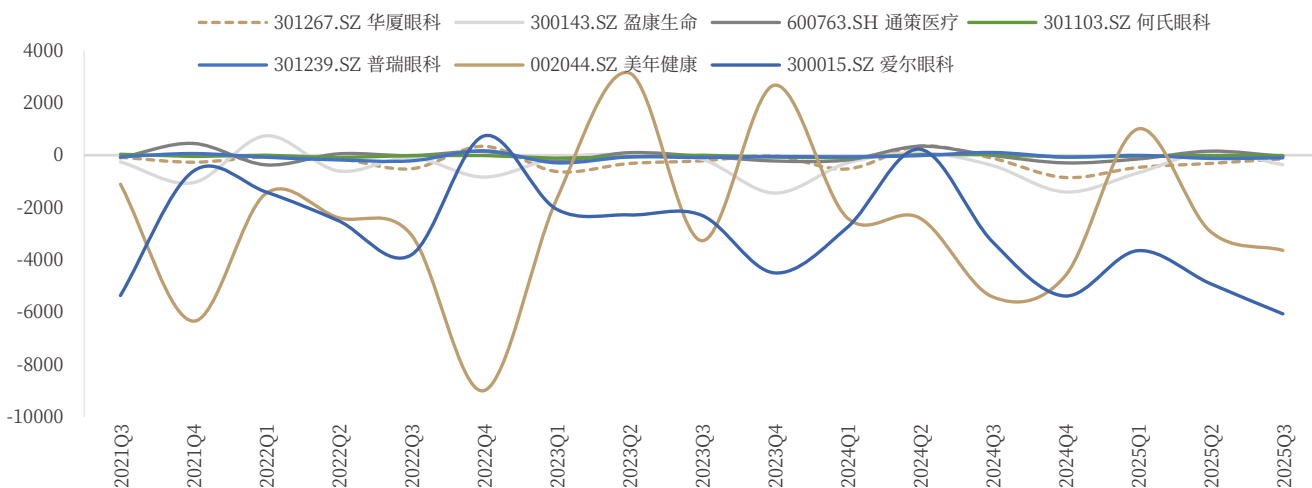
资料来源：，中国银河证券研究院

图41：其他专科患者服务行业应收账款周转率同比变化情况（%）



资料来源：，中国银河证券研究院

图42：医疗服务公司信用减值损失变化情况（万元）



资料来源：，中国银河证券研究院

（三）院内药械、检验：推动 ICL 行业增量需求释放

医保控费常态化下，IVD 行业分化加剧，医保费用总量提升下，关注具成本优势及创新能力企业。包含集采、DRG/DIP 支付改革在内的医保控费已成为 IVD 行业长期发展的底层逻辑，价格下行压力常态化推动行业加速分化，中小企业因缺乏规模效应与技术壁垒，在低价竞争中逐步出清，而头部企业凭借全产业链成本控制能力与持续创新实力，既受益于以价换量的规模红利，又能通过高端产品突破价格约束，同时叠加出海市场拓展，或能实现逆势增长。具备规模化生产能力、全产业链布局及持续研发转化实力的企业值得重点关注。

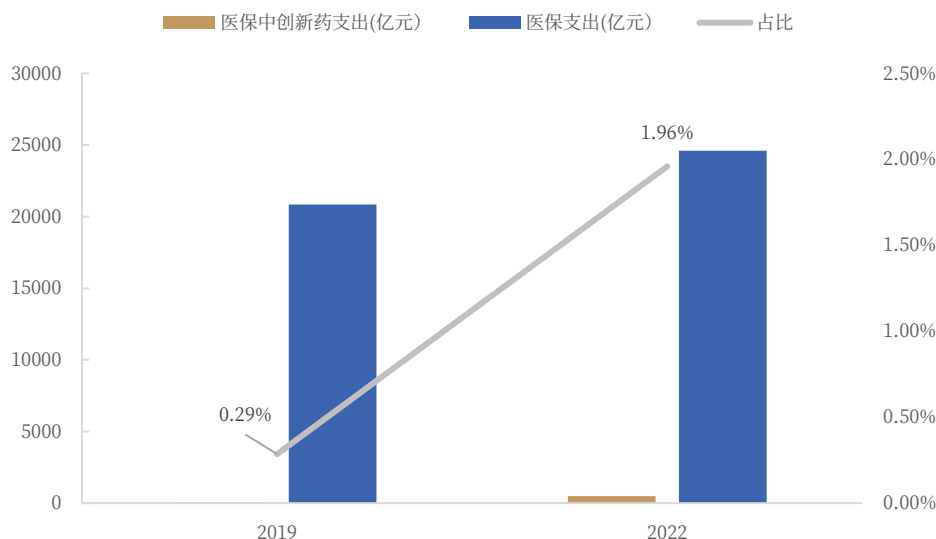
医保政策变化或将推动 ICL 行业增量需求释放。医保控费常态化结合医疗资源优化政策，正在倒逼医疗机构聚焦核心诊疗、压降检验成本，ICL 作为具备专业化、集约化优势的服务提供者，正成为医院控本增效的重要选择。未来随着一系列政策导入，基层检验需求释放、高端特检需求升级、区域检验中心共建加速等，将共同驱动行业增量需求持续扩容，行业将沿着规模化降本、创新化提质的逻辑演进，具备网络布局优势、技术创新能力与基层服务能力的企业将持续领跑。

（四）创新药：占比低，医保基金扩容下弹性空间大

药品结构变化下，在医保中占比较低创新药空间大。根据 2023 年 5 月国家医疗保障局局长胡静林在国新办举行“权威部门话开局”系列主题新闻发布会上提到：鼓励行业研发创新，建立了以新药为主体的医保准入和谈判续约机制，上市新药纳入医保目录的等待时间从过去的平均近 5 年缩短至不到 2 年，有的新药上市仅半年就被纳入医保目录。医保对新药的支出从 2019 年的 59.49 亿元增长到 2022 年的 481.89 亿元，增长了 7.1 倍。以此数字测算，2022 年创新药占医保基金比例约为 2%，占比较低，随着创新药进入医保目录持续增多，空间较大。

创新药在医保目录中占比持续提升，准入时间缩短，拉动产业规模千亿级。医保政策通过系统性、多层次的支持体系，显著促进了创新药产业的创新发展。根据国家医保局给出数据显示，创新药准入时间大幅缩短：医保目录动态调整机制将新药纳入周期从最长 8 年缩短至 1 年，加速了市场准入；新药从获批上市到纳入医保目录获得报销的时间，已从原来的 5 年左右降至 1 年左右，约 80% 的创新药可以在上市 2 年内纳入医保支付范围。创新药占比持续提升：2025 年新版目录新增 114 种药品中 1 类创新药占比达 44%；5 年内新上市药品在当年医保目录新增品种中占比从 2019 年的 32% 提高至 2024 年的 98%。谈判成功率提高：2025 年创新药谈判成功率达到 88%，较 2024 年的 76% 明显提高。此外，商保创新药目录为高值创新药开辟了补充支付路径，首版纳入 19 种药品，涵盖 CAR-T 细胞治疗等前沿疗法，与基本医保形成有效互补。医保政策的革新对创新药产业实际促进作用显著，研发投入持续增加，根据国家医保局数据显示，2024 年 1 类创新药获批数量达 48 种，较 2018 年增长 5 倍以上；国家医保局已连续 8 年调整了医保药品目录，包括 2025 年在内累计调入 949 种新药，医保基金为协议期内的谈判药支出超过 4100 亿元，拉动销售超过 6000 亿元，有力推动医药市场“腾笼换鸟”迭代升级。临床获益提升，肿瘤患者五年生存率从十年前的 33.3% 提升至 2023 年底的 43.7%。

图43：创新药在医保支出中的占比变化情况



资料来源：国家医保局，中国银河证券研究院

四、重点公司与投资建议

医保省级统筹推进有利于国内医疗行业复苏，医疗服务、院内药械、检验及创新药板块值得关注。医疗服务、院内药械最直接相关，医保支出提速有利于医疗总量恢复，院内业务服务带来的相关医疗服务需求弹性较大，回款能力向好，直接作用于报表提振估值，院内药械、检验也将随着诊疗量提升得到积极修复；创新药在医保中占比小但空间大增速快，国家医保局已连续 8 年调整了医保药品目录，包括 2025 年在内累计调入 949 种新药，医保基金为协议期内的谈判药支出超过 4600 亿元，拉动销售超过 6000 亿元，有力推动医药市场“腾笼换鸟”迭代升级。

从医药总量角度，医保支出如提速，将有利于院内业务复苏，对医药行业整体构成利好，推荐关注医疗服务（爱尔眼科、海吉亚医疗、通策医疗等）、院内药械（大输液、精麻药、血制品、影像、高值耗材等）、体外诊断及 ICL，及创新药（BIC 和 FIC 管线龙头）

看好的方向及建议关注的公司：

- （1）医疗服务：爱尔眼科、海吉亚医疗、通策医疗等
- （2）院内药械：大输液（科伦、石四药、双鹤等）、精麻药（人福、恩华）、血制品（天坛、莱士、华兰等）、影像（联影、开立等）、高值耗材（乐普、南微、心脉、迈普等）
- （3）体外诊断及 ICL：迈瑞、安图、新产业、万孚、金域、迪安等
- （4）创新药：恒瑞、百济、信达、科伦博泰、三生、映恩、先声、华东等。

表10：重点公司盈利预测与估值（2026-03-06）

证券代码	证券简称	当前股价 (元)	总市值(亿 元)	归母净利润/亿元			PE			投资评级
				2025E	2026E	2027E	2025E	2026E	2027E	
600763.SH	通策医疗	47.64	213.09	5.30	5.94	6.71	40.24	35.87	31.78	-
6078.HK	海吉亚医疗	12.74	78.80	4.48	5.89	6.73	17.59	13.37	11.72	-
002422.SZ	科伦药业	32.68	522.24	14.83	19.95	23.35	35.22	26.18	22.37	推荐
688029.SH	南微医学	75.00	140.89	6.48	7.88	9.52	21.74	17.88	14.80	推荐
688271.SH	联影医疗	123.82	1,020.47	21.26	26.59	33.23	48.00	38.38	30.71	推荐
300003.SZ	乐普医疗	17.27	318.35	11.05	13.55	16.33	28.82	23.49	19.49	推荐

资料来源：（收盘日期为 3 月 6 日，通策与海吉亚为一致预期），中国银河证券研究院

五、风险提示

1. 政策推进恢复不及预期的风险

医保省级统筹涉及省内各地区经济发展水平、财政实力、人口结构和医疗资源的巨大差异，政策统一面临实质性阻力。改革进程中可能出现“管理悖论”，即统筹层次提升后，市级政府征缴扩面积极性减弱，基金监管动力衰减。部分地区为维护本地利益，可能在执行层面打折扣，导致“形统实分”，政策落地效果不及预期。此外，省级调剂金分配机制若缺乏科学透明的标准，容易引发地区间利益博弈，影响改革协同推进。

2. 政策推广后对下游需求促进不及预期的风险

省级统筹破除地域壁垒后，可能产生显著的“虹吸效应”。患者就医选择更自由，会加速向省会及中心城市的三级医院集中，导致这些医院医保支出激增，而基层医疗机构则可能面临服务量萎缩。这种资源自发集中不仅未能有效促进基层医疗需求，反而可能加剧医疗资源分布失衡，与分级诊疗制度建设的目标背道而驰。若未能同步完善差别化医保支付政策并强化基层服务能力，省级统筹对下游（尤其是基层医疗市场）需求的整体促进效果可能大打折扣。

3. 医保基金运营收不抵支的风险

“十五五”时期，医保基金运行面临多重压力。人口老龄化加深、慢性病患者群体扩大将持续推高医疗费用支出，而经济增速放缓可能影响基金收入增量，收支矛盾逐步凸显。即使在省级统筹框架下，通过省内调剂实现余缺互补，但若整体筹资机制未能与时俱进、支出控制不力，基金中长期可持续性仍面临挑战。若管理不善，存在局部乃至整体穿底的风险。

图表目录

图 1: 医保基金结余情况.....	5
图 2: 职工医保统筹账户结余情况	5
图 3: 职工医保个人账户结余情况	6
图 4: 居民医保账户结余情况	6
图 5: 医保基金历史进程复盘	7
图 6: 医保基金参保人数与参保率	7
图 7: 职工参保人数变化.....	7
图 8: 在职职工与退休职工参保人数占比	8
图 9: 居民医保参保人数变化情况	8
图 10: 中国医药行业核心驱动因素.....	9
图 11: 2015 年年初至今医药生物行业总市值及市场表现复盘	10
图 12: 中国卫生总费用及增速.....	10
图 13: 中国卫生总费用占 GDP 比例变化情况	10
图 14: 中国人均卫生总费用及增速.....	11
图 15: 中国卫生支出中政府/社会/个人卫生占比	11
图 16: 中国卫生支出中政府/社会/个人卫生占比变化情况.....	11
图 17: 医保基金收支增速与卫生总费用增速对比	11
图 18: 医保收入占卫生总费用比例.....	11
图 19: 医保支出占卫生总费用比例.....	11
图 20: 医保基金收入增速与医疗机构事业收入增速对比	12
图 21: 医保基金收入增速与医院事业收入增速对比	12
图 22: 医保基金支出增速与医疗机构收入增速对比	12
图 23: 医保基金支出增速与医院事业收入增速对比	12
图 24: 医保基金收入与中国规模以上医药制造业营收对比.....	13
图 25: 2021 年至 2025 年 12 月医保收支月频数据	13
图 26: 2021 年至 2025 年 12 月医保收支增速月频数据	14
图 27: 医保基金历史进程复盘医保基金账户演变、人员构成与主要收入来源	15
图 28: 省级统筹政策发展历程.....	18
图 29: 省级统筹的两种模式	21
图 30: 各省省级统筹推进情况概况.....	22
图 31: 各省/市/地区医保基金收支情况	25
图 32: 各省/市/地区医保基金结余与结余率情况	25

图 33: 2024 年各省/市/地区医保基金人均收支与人均 GDP 对比	26
图 34: 2023 年职工医保参保人员医药总费用中医疗机构和药店占比	29
图 35: 2023 年居民医保参保人员医药总费用中医疗机构和药店占比	29
图 36: 中国自建国以来出生人口数与出生率	31
图 37: 中国 60 岁以上人口占比	31
图 38: 体检行业应收账款周转率同比变化情况 (%)	31
图 39: 眼科行业应收账款周转率同比变化情况 (%)	31
图 40: 牙科行业应收账款周转率同比变化情况 (%)	32
图 41: 其他专科患者服务行业应收账款周转率同比变化情况 (%)	32
图 42: 医疗服务公司信用减值损失变化情况 (万元)	32
图 43: 创新药在医保支出中的占比变化情况	33
表 1: 职工与非职工医保缴纳方式、基数与数额	15
表 2: 各省市城乡居民缴费与财政补贴标准	15
表 3: 基本医疗保险省级统筹的政策法规文件	18
表 4: 医保省级统筹各省市推进情况	23
表 5: 标准方案中省级统筹后统筹账户基金收支情况	27
表 6: 标准方案中省级统筹后个人账户基金收支情况	27
表 7: 各级综合医院平均收入拆分 (收入单位均为万元)	29
表 8: 各级综合医院平均收入拆分 (按种类, 收入单位均为万元)	30
表 9: 各级综合医院平均收入拆分 (按种类占比)	30
表 10: 重点公司盈利预测与估值 (2026-03-06)	35

分析师承诺及简介

本人承诺以勤勉的执业态度，独立、客观地出具本报告，本报告清晰准确地反映本人的研究观点。本人薪酬的任何部分过去不曾与、现在不与、未来也将不会与本报告的具体推荐或观点直接或间接相关。

程培，医药行业首席分析师。上海交通大学生物化学与分子生物学硕士，10年以上医学检验行业+医药行业研究经验，公司研究深入细致，对医药行业政策和市场营销实务非常熟悉。此前作为团队核心成员，获得新财富最佳分析师医药行业2022年第4名、2021年第5名、2020年入围，2021年上海证券报最佳分析师第2名，2019年“金牌分析师”医药行业第1名，2018年第一财经最佳分析师医药行业第1名等荣誉。

李璐昕，医药团队分析师，悉尼大学硕士，2019年加入中国银河证券，主要从事医疗服务、医美美妆、AI医疗研究工作。

免责声明

本报告由中国银河证券股份有限公司（以下简称银河证券）向其客户提供。银河证券无需因接收人收到本报告而视其为客户。若您并非银河证券客户中的专业投资者，为保证服务质量、控制投资风险、应首先联系银河证券机构销售部门或客户经理，完成投资者适当性匹配，并充分了解该项服务的性质、特点、使用的注意事项以及若不当使用可能带来的风险或损失。

本报告所载的全部内容只提供给客户做参考之用，并不构成对客户投资咨询建议，并非作为买卖、认购证券或其它金融工具的邀请或保证。客户不应单纯依靠本报告而取代自我独立判断。银河证券认为本报告资料来源是可靠的，所载内容及观点客观公正，但不担保其准确性或完整性。本报告所载内容反映的是银河证券在最初发表本报告日期当日的判断，银河证券可发出其它与本报告所载内容不一致或有不同结论的报告，但银河证券没有义务和责任去及时更新本报告涉及的内容并通知客户。银河证券不对因客户使用本报告而导致的损失负任何责任。

本报告可能附带其它网站的地址或超级链接，对于可能涉及的银河证券网站以外的地址或超级链接，银河证券不对其内容负责。链接网站的内容不构成本报告的任何部分，客户需自行承担浏览这些网站的费用或风险。

银河证券在法律允许的情况下可参与、投资或持有本报告涉及的证券或进行证券交易，或向本报告涉及的公司提供或争取提供包括投资银行业务在内的服务或业务支持。银河证券可能与本报告涉及的公司之间存在业务关系，并无需事先或在获得业务关系后通知客户。

银河证券已具备中国证监会批复的证券投资咨询业务资格。除非另有说明，所有本报告的版权属于银河证券。未经银河证券书面授权许可，任何机构或个人不得以任何形式转发、转载、翻版或传播本报告。特提醒公众投资者慎重使用未经授权刊载或者转发的本公司证券研究报告。

本报告版权归银河证券所有并保留最终解释权。

评级标准

评级标准	评级	说明
评级标准为报告发布日后的6到12个月行业指数（或公司股价）相对市场表现，其中：A股市场以沪深300指数为基准，新三板市场以三板成指（针对协议转让标的）或三板做市指数（针对做市转让标的）为基准，北交所市场以北证50指数为基准，香港市场以恒生指数为基准。	行业评级	推荐：相对基准指数涨幅10%以上
		中性：相对基准指数涨幅在-5%~10%之间
		回避：相对基准指数跌幅5%以上
	公司评级	推荐：相对基准指数涨幅20%以上
		谨慎推荐：相对基准指数涨幅在5%~20%之间
		中性：相对基准指数涨幅在-5%~5%之间
		回避：相对基准指数跌幅5%以上

联系

中国银河证券股份有限公司 研究院

深圳市福田区金田路3088号中洲大厦20层

上海浦东新区富城路99号震旦大厦31层

北京市丰台区西营街8号院1号楼青海金融大厦

公司网址：www.chinastock.com.cn

机构请致电：

深广地区：程曦 0755-83471683 chengxi_yj@chinastock.com.cn
 苏一耘 0755-83479312 suyiyun_yj@chinastock.com.cn
 上海地区：林程 021-60387901 lincheng_yj@chinastock.com.cn
 李洋洋 021-20252671 liyangyang_yj@chinastock.com.cn
 北京地区：田薇 010-80927721 tianwei@chinastock.com.cn
 褚颖 010-80927755 chuying_yj@chinastock.com.cn