

国家医疗保障局关于印发

《全民医疗保障“十五五”规划》的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

《全民医疗保障“十五五”规划》已经国家医疗保障局党组会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻落实。

国家医疗保障局

2026年7月27日

(主动公开)

— 1 —

全民医疗保障“十五五”规划

为进一步健全多层次医疗保障体系，推动医疗保障事业高质量发展。根据《中华人民共和国国民经济和社会发展第十五个五年规划纲要》，制定本规划。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大和二十届历次全会精神，认真落实四中全会部署，全面落实党中央、国务院关于医疗保障工作的决策部署，坚持以人民健康为中心，以推动医保事业高质量发展为主题，以改革创新为动力，坚持整体谋划、系统治理，尽力而为、量力而行，全面建成覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次医疗保障体系，持续提升人民群众的获得感、幸福感、安全感，谱写助力全体人民共同富裕的中国式现代化医保新篇章。

到2030年，公平医保普惠均衡，基本医保公共服务可及性进一步增强。法治医保规范完善，医疗保障法制体系基本形成，依法行政能力持续提升，行政执法更加严格规范。安全医保持续稳健，医保基金管理不断强化，基金运行安全可持续，医保安全保障能力巩固提升。智慧医保便捷高效，基于大数据、人工智能等技术的精细化管理、精准化服务广泛应用。协同医保

— 2 —

同频共振，“三医”协同发展和治理机制更加完善，医保基金使用效能进一步提升。科学医保加快推进，医保标准化加快建设，医保场景验证体系逐步完善，全流程全链条全方位的医保科学体系基本建立。

“十五五”时期全民医疗保障发展主要指标		
主要指标	2025年	2030年
基本医疗保险参保率	95%	保持稳定 ^①
长期护理保险制度覆盖统筹地区数量（个）	92	覆盖所有统筹地区
基本医疗保险目录内住院费用基金支付比例	职工基本医疗保险80%左右，城乡居民基本医疗保险70%左右	保持稳定
职工基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数 ^②	28.7个月	安全线以上
城乡居民基本医疗保险基金累计结余可支付月数	9.5个月	总体保持在安全水平
公立医疗机构通过省级平台采购药品（不含中药饮片）和高值医用耗材金额占全部采购金额的比例	药品90%，高值医用耗材80%	保持稳定
即时结算基本医疗保险基金支出覆盖率	70%左右	80%以上
生育津贴直接发放到个人	90%统筹地区实现	全部实现

注：①指“十五五”期间基本医疗保险参保率每年保持在95%左右。

②职工基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数是按统筹基金累计结余与下年度职工基本医疗保险统筹基金月平均预算支出的比例。如没有下年度基金预算支出金额，按指标使用本年度统筹基金预算支出金额。根据国家医保局、财政部、国家税务总局基本医疗保险基金运行有关政策，职工基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数安全线为18个月。

— 3 —

二、健全多层次医疗保障体系

(一) 完善基本医疗保险制度

持续提升全民医保参保质量。深入实施全民参保计划，巩固拓展基本医疗保险覆盖面。加强职工基本医疗保险参保登记、监管和缴费稽核。持续提高职工基本医疗保险的参保人数占比。继续推动落实新生儿“出生一件事”联办，实现“出生即参、待遇即享”。探索对婴幼儿参加基本医疗保险提供资助。进一步完善参保关系衔接政策。强化政府主导、各部门各司其职、协同高效的参保工作推进机制。

民生实事1 全民参保巩固提质
1. “一人一档”数据赋能精准扩面。深化“一人一档”全民参保数据库应用。
2. 完善各级政府、各部门协同参与的全民参保工作推进机制。落实持居住证参加基本医疗保险政策。
3. 鼓励支持灵活就业人员、新就业形态人员参加职工基本医疗保险。探索完善灵活就业人员、农民工、新就业形态人员参保缴费方式，提高参保率。明晰用工方和平台企业缴费责任，加强权益保障。
4. 依托国家医疗保障信息平台，健全全国统一的参保信息管理，优化全国参保关系衔接模式。探索建立全国统一的参保登记入口。提升与社会保险费征管系统的对接效率。

优化完善可持续筹资机制。均衡个人、用人单位和政府筹资责任，推动多元筹资。完善城乡居民基本医疗保险筹资机制，推动筹资分担水平与经济社会发展、财政可负担程度、居民人均可支配收入等相匹配。鼓励集体、单位或其他社会经济组织对城乡居民参保缴费给予扶持或资助，探索多种资金筹集渠道。推进各省规范执行职工基本医疗保险缴费基数政策。

— 4 —

健全公平适度待遇保障机制。坚持基本医保“保基本”，进一步明晰基本医保、大病保险、医疗救助制度边界，厘清与其他保障形式的功能定位。完善医疗保障待遇清单制度。巩固职工基本医保、城乡居民基本医保门诊和住院待遇水平，报销政策向基层倾斜，因地制宜适当拉开参保人员在不同等级医疗卫生机构的住院报销水平。推动省内门诊慢性病、门诊特殊病保障规范统一。

深入推进运行机制改革。按照政策规范、基金统筹、分级管理、责任共担、预算考核原则，进一步明确地方各级责任，推动统筹地区提升筹资、保障管理水平，提高基金抗风险能力和使用效率，到2029年基本实现省级统筹。

(二) 提升大病保险和医疗救助保障水平

规范大病保险制度。规范城乡居民大病保险制度。规范大病保险支付范围，合理确定从城乡居民基本医保基金中划拨比例、起付标准、分段报销比例、最高支付限额等。落实大病保险对符合规定的困难人群倾斜支付政策。规范职工大病保险和职工大额医疗费用补助制度。规范大病保险资金使用和经办管理。

完善医疗救助制度。落实分类资助参保政策，合理确定救助标准。建立救助对象信息共享和监测预警机制，完善常态化医保帮扶措施，健全防范化解因病返贫致贫长效机制，做好高额医疗费用负担患者监测预警。健全医疗救助基金多渠道筹资机制，合理安排财政补助资金。做好困难群众就医服务管理。

— 5 —

(三) 完善生育保险制度

推动用人单位职工应参尽参，全面落实由失业保险基金为领取失业保险金人员代缴职工医保（含生育保险）费政策。大力推动参加职工医保的灵活就业人员、农民工、新就业形态人员参加生育保险。全面落实参保女职工享受国家法定产假生育津贴待遇。推进辅助生殖技术规范有序应用，合理提升产前检查医疗费用保障水平，指导地方制定覆盖孕期基础检查的基本服务包，可参照门诊慢特病待遇支付。完善住院分娩医疗费用支付政策，推动基本实现生育保险政策范围内住院分娩个人“无自付”。将适宜的分娩镇痛项目纳入保障范围。推动医保支付方式改革延伸至生育医疗费用保障。实现参保人员生育医疗费用直接结算和生育津贴按程序直接发放给参保人。

(四) 大力推动商业医疗保险发展

积极支持商业医疗保险在多层次医疗保障体系中更好发挥作用，提升服务保障水平。鼓励商保与基本医保衔接互补、差异化发展。聚焦群众多样化需求，支持商保丰富产品供给。在风险可控、经营可持续基础上，积极将医疗新技术、新服务、新药品、新器械应用纳入商保保障。依法依规推进基本医保与商保数据共享、同步结算，支持商保快赔直赔。

(五) 支持职工医疗互助等医疗保障有序发展

推动医疗互助与职工基本医保更好衔接、更加协同，依托医保信息平台推进数据共享，探索同步结算。健全医保信息平台功

— 6 —

能，激发慈善等社会力量参与医疗救助积极性。健全多元化医疗救助体系，形成综合救助合力，进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担。逐步规范企业补充医疗保险。

三、推行长期护理保险

(六) 全面建立长期护理保险制度

统筹城乡制度设计，基金统一建账、资金统筹使用。从市地级统筹起步，有条件的省份可探索推动省级统筹。建立健全互助共济、责任共担的多元筹资机制，合理确定单位、个人、政府、社会等各方筹资责任，实行筹资动态调整。建立公平适度的待遇保障机制，合理确定保障对象、服务项目和待遇标准。探索建立参保激励约束机制，逐步扩大覆盖面。推进建设多层次长期护理保障体系，发展商业长期护理保险，探索发挥社会力量作用。

(七) 完善长期护理保险服务政策

健全全国统一的失能等级评估标准，推动评估结果全国范围互认。加强对失能等级评估人员的培训。探索发挥家庭医生在失能等级评估中的作用。动态完善统一的长期护理保险服务项目目录，建立与服务模式相适应的支付方式。规范长期护理定点服务机构管理，鼓励符合条件的养老服务、基层医疗卫生等机构提供长期护理服务。健全支持长期照护人才培养政策体系，推动长期照护师职业化、规范化。加强长期护理保险基金监管。

(八) 提升长期护理服务能力和技术水平

建设长期护理保险经办体系。完善对各类管理服务对象的评

— 7 —

价和激励约束机制。强化定点机构协议管理和智能审核。规范长期护理保险服务全流程文书管理。优化长期护理保险公共管理服务配置。健全失能人员照护体系，促进长期护理服务供给能力提升。推动长期护理服务资源合理布局，促进长期护理相关领域创新，促进智能外骨骼等智能设备在长期照护领域应用。

四、深化医药服务改革

(九) 统筹规范医保目录管理

完善医保药品目录支付管理政策，健全适宜的动态调整机制，将符合条件的药品按程序纳入医保支付范围。规范医疗服务项目和医用耗材医保支付管理。完善医用耗材医保通用名管理，实现医疗服务项目和医用耗材医保目录省级统一规范。制定国家基本医疗保险医疗服务项目和医用耗材目录。

(十) 深化医保支付方式改革

持续推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，强化区域总额管理。动态调整病种分组方案和支付标准，健全核心要素管理机制和配套管理机制。将异地就医直接结算住院费用纳入按病种付费范围，促进支付衔接。完善按病种付费结余留用政策，推动按病组（DRG）和病种分值（DIP）付费融合发展。探索对精神疾病、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病实施按床日等多种支付方式。推进门诊支付方式改革试点。落实符合条件的紧密型县域医共体总额付费，对中医医疗机构牵头组建的紧密型县域医共体在总额上适当倾斜。逐步完

— 8 —

善符合中医药特点的医保支付方式。

(十一) 深入推进医疗服务价格改革

加强医疗服务价格宏观管理。常态化运行灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制。全面建立医疗服务价格分类形成机制。加强医疗服务价格项目管理，基本实现全国医疗服务价格项目统一规范，加强医疗服务价格项目新增管理，探索建立医疗服务价格预立项制度，根据临床需要和服务产出等因素及时新增或优化价格项目。探索完善特需医疗、国际医疗服务价格政策，促进多样化医疗服务供给。

(十二) 健全药品耗材价格形成机制

实行新上市药品企业自评制度，区分高水平创新药、改良新药、通用名药等情形，分别予以政策支持和引导。健全药品耗材集中带量采购价格形成机制。探索挂网价格与医疗机构议定价格合理联动。建成并运用挂网药品、耗材价格一览表，加强药品、耗材价格监测预警。严格落实药品挂网规则，规范医用耗材挂网规则。深化药品耗材价格治理。强化医药价格和招采信用评价制度落实，引导企业规范诚信运营。强化药品和医用耗材价格治理能力配置。

民生实事2 购药百事通
1. 完善应用比价工具，实现药品价格线上线下一键查询、实时对比、购药位置导航、库存信息展示、异常价格提醒、价格趋势分析等功能，方便群众购药，丰富应用场景。

— 9 —

民生实事2 购药百事通

2. 持续优化医保药品云平台。构建包含药品生产、流通、配送、使用等信息的云平台，依托医保地图、外配处方、在线购药、药品库存等功能信息，实现智能寻药、购药、配药、送药，并为完善医保药品支付管理提供基础。

(十三) 支持医药创新高质量发展

发挥医保战略购买作用，支持医药创新高质量发展。加强“三医”信息互通与协同，推动医保数据资源开发利用，探索为医药创新研发提供必要的医保数据服务。在坚持“保基本”的基础上，按程序将符合条件的创新药纳入医保目录，完善商业健康保险创新药品目录。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，促进高水平医药创新技术和产品加快临床转化。

(十四) 推动构建全国统一的医药采购市场

构建完善记录药品耗材物联信息的医药集中采购平台，持续提高医药集中采购平台服务能力。强化挂网规则统一协同，优化准入服务，推动挂网申请在全国范围内联审通办。推动公立医疗机构落实药品和高值医用耗材平台网采责任，提高网采率。规范化制度化常态化推进药品和医用耗材集采，优化采购规则，推进提质扩面。强化地方集采协同，推动地方已集采品种全国联动。探索建立快捷高效的集采协议期满接续采购新机制。对医保目录内纳入集采的通用名药品，以中选价格为基准确定医保支付标准。研究推进集采药品医保与医药企业直接结算工作，推动集采药品进基层医疗机构、进民营医疗机构、进零售药店。推进全国

— 10 —

范围内医保药品配备情况可查询。

（十五）促进医疗、医保、医药协同发展和治理

促进优质医疗资源均衡布局下沉。促进公立医院改革、医保支付、药耗集采等重点改革协同。加强药品耗材上市、药品一致性评价结果与医药集采、目录调整的信息共享。支持医学检查检验结果互认和影像资料共享。支持提升老年医学、儿科、精神心理、康复、护理等医疗服务和学科专业保障能力。支持医疗卫生强基工程建设，完善紧密型县域医共体医保政策，支持基层首诊、双向转诊制度建设，促进分级诊疗。

民生实事3 医保助力基层医疗卫生专项行动
1. 强化定点管理。把符合条件的基层医疗卫生机构纳入定点管理，确保设有村卫生室的行政村纳入定点管理的比例达98%以上。 2. 优化价格管理。落实基层医疗卫生机构一般诊疗费政策，合理调整不同级别医疗机构中同质化程度高的医疗服务项目价格差距，引导患者基层首诊。 3. 完善医保报销政策。完善不同等级医疗机构差异化报销政策。 4. 支持紧密型县域医共体建设。落实符合条件的紧密型县域医共体总额付费，合理确定职工医保和居民医保支出总额。 5. 明确基层病种范围。推进基层病种在统筹地区内不同等级医疗机构“同病同价”。

五、健全基金管理和监管体系

（十六）加强基金预算和运行管理

坚持以收定支、收支平衡，科学编制预算，增强预算刚性约束。探索中长期精算模型，强化支出总额管理，开展政策调整事前评估与事后评价。构建与统筹层次相适应的预算管理机制，深化基金预算绩效管理。健全医保基金财务管理制度，加强财务监

督，防止挤占和挪用。建立健全基金运行监测指标库、数据库并与财政部门共享数据。医保部门会同财政部门建立健全医保基金运行监测、风险预警和风险问题及时处置闭环管理机制，完善医保基金运行评价机制。强化评价结果运用。建立医保统计和业务协同的数据联审、质量考核机制。健全医保制度运行统计监测指标体系。建立国家医保统计监测点。

重大工程1 基金运行监测预警
1. 健全基金运行和监测机制。将医保支付比例、就医人次、住院率、医疗费用、次均费用、定点医疗机构数量纳入常态化监测范围，推进医保信息系统与预算管理一体化系统对接，加强医保、财政、税务部门间数据共享。 2. 健全风险预警机制。构建基金收支模型和风险预警系统，分级分类设置风险预警阈值。完善基金风险预警机制，加强数据精算分析及应用。 3. 完善风险应对机制。健全不同风险等级统筹地区基金运行的管理措施。

（十七）持续强化基金监管力度

统筹国家、省级飞检和市级交叉检查，一体推进年度飞检和专项飞检，五年覆盖所有统筹地区、各类监管主体和定点机构。分领域、分阶段系统推进基金使用问题专项整治。深化飞行检查和专项整治工作成果运用，动态调整重点问题清单和检查指南。深入开展定点医药机构违法违规使用医保基金自查自纠。做好举报投诉线索和大数据筛查疑点线索的核查检查。综合运用行政处罚、协议管理等依法依规处置违法违规行为。做好与相关部门线索移送和联合惩戒。强化典型案件曝光。

（十八）持续完善全流程监管体系

统筹推进医药机构端事前提醒、经办端事中审核、行政端事后监管，基本实现定点医药机构事前提醒全覆盖。持续发布“两库”规则，赋能各级医保部门和定点医药机构。探索人工智能等前沿技术运用，加强大数据监管模型研发应用，逐步形成覆盖医保基金使用的大数据监管模型矩阵。探索开展与DRG/DIP支付方式相适配的病种监管。推动药品追溯码在医保领域全量采集和全场景应用，深化与公安、药监等部门联防联控，推动打击倒卖医保“回流药”形成监管闭环。

重大工程2 医保大数据监管模型
1. 住院监管模型。重点筛查虚假住院、异常住院、分解住院等问题线索。 2. 门诊监管模型。筛查超量开药、虚构门诊服务等问题线索，重点监控慢特病门诊费用异常。 3. 药店监管模型。筛查空刷套刷医保凭证、套现、诱导冲顶消费等问题线索。 4. 药品耗材监管模型。探索高值药品、耗材滥用或超常规使用预警。 5. 参保人监管模型。建立参保人就医购药画像，识别冒用医保身份，监测参保人短期多次住院就医购药疑点。 6. 药品追溯码监管模型。持续完善基于药品追溯码的监管模型，查处倒卖医保商品等违法违规行为，进一步拓展药品追溯码的多场景应用。 7. 影像云监管模型。基于影像云数据，探索识别虚假检查、不合理重复检查等问题。 8. DRG/DIP监管模型。基于全口径临床诊疗数据，探索筛查高编分組、高套分值、分解住院等问题。 9. 异地就医监管模型。探索筛查异地就医异常线索。

（十九）持续健全基金监管长效机制

持续推动落实医疗保障基金使用监督管理条例及其实施细则，规范裁量基准，严格规范公正文明执法。强化医保行政部门

监管责任、医保经办机构审核检查责任、定点医药机构自我管理责任、行业部门主管责任、属地监管责任等，完善常态化监管机制。全面实施医保支付资格管理制度，探索建立定点医药机构和参保人员的信用管理机制。拓宽举报渠道，规范举报线索办理流程。分类开展警示教育。

（二十）加强定点医药机构管理

坚持明确总量、调整存量、优化增量、提高质量，综合群众需求、医保基金支撑能力、区域医疗卫生资源规划等，合理确定本地区定点医药机构的资源配置。严格定点医药机构准入管理，建立健全定点医药机构绩效评价机制，科学动态调整。实行定点医药机构分级分类管理，创新协议管理方式。

六、健全医保公共服务体系

（二十一）完善医保经办管理服务

构建与多层次医疗保障体系相适应的医保经办体系，巩固提升基本医保经办服务水平，推进大病保险经办模式创新发展。建立健全与省级统筹相匹配的经办管理体制机制。完善各级医保公共服务网络，指导乡镇（街道）落实履职事项清单中医保服务事项，发挥基层网格服务作用。推进医保强基工作，构建覆盖全国乡镇（街道）和村（社区）的基层医保服务网络，鼓励基层医保服务站配置终端设备，促进医保便民服务拓展延伸。完善医保基金预付、结算清算等机制，逐步调整至每年3月底前完成清算，清算资金占全年基金拨付比例逐步降低至3%左右。全面扩

大即时结算范围，协同推进直接结算、同步结算。做好医保定点医药机构相关人员医保支付资格管理。持续提升经办审核和核查能力，加强经办日常、专项、重点核查。

（二十二）推动公共服务供给多样化便利化

建立健全经办政务服务事项清单动态管理机制，深化医保领域“高效办成一件事”。建立健全医保经办跨区域协作机制，实现更多高频服务事项“异地可办、就近能办”。进一步规范异地就医直接结算管理，逐步拓展结算险种范围。优化生育保险经办服务。推进医保钱包应用，全面实现职工基本医保个人账户共济使用。畅通线上线下服务渠道，全面深化应用刷脸支付、一码支付、移动支付、信用支付。针对老年人、儿童、残疾人、困难人员等群体，提供更加贴心便利的医保服务。

民生实事4 规范异地就医直接结算管理
1. 进一步规范异地就医直接结算管理。进一步规范异地就医备案管理，严格落实“先备案、后结算”。对临时外出就医人员，完善急性的报销政策，积极促进分级诊疗，完善跨省联网定点医药机构管理，更加“重质量、优布局、严管理”，推进异地就医费用纳入本地同质化管理。完善跨省异地就医违规费用退出参保地工作机制。持续开展异地就医结算资金监测和运行分析。 2. 持续巩固异地就医直接结算服务。扩大异地直接结算险种范围，指导有条件的地方按照“省内省内跨市、先住院后门诊”的原则，开展生育医疗相关费用异地直接结算试点。全面实现职工基本医疗保险个人账户跨省共济费用清算。 3. 强化异地就医管理信息化支撑。提高全国异地结算清算平台智能化水平，健全异地就医直接结算差错协同治理长效机制，进一步提高直接结算成功率，提高报销处置智能化水平。推动实现异地就医政策智能问答。

（二十三）提升公共服务数智管理效能

持续完善医保信息系统，提升对医保公共服务的支撑能力。

上线国家医保智能客服。强化经办全业务流程智能审核体系建设。深化区块链、大数据、云计算、人工智能等技术应用，探索建设个人医保云。依法依规归集整合参保人医保信息数据，形成以人为单元、以物为单元、以资金为单元、以规则为单元的整合型信息，提升全国一体化的智慧医保管理水平，赋能医疗服务、医药产业，激发医药领域新质生产力潜力。强化医保信息化基础设施和安全保障体系建设，加强运维管理，提升网络安全技术防护水平，打造专业稳定的运维管理团队。在确保数据安全与隐私保护前提下，落实公共数据资源开发利用责任制，深化医保数据资源开发利用，探索医保数据授权运营。

民生实事5 个人医保云
1. 加强个人医保服务。经个人授权同意后，提供包含个人医保健康档案、财务档案、信用档案等的个人医保服务，加强医保信息与居民电子健康档案的互联互通共享。 2. 医保智能服务升级。探索医保智能客服、就医引导、保障方案优化、与其他医疗保障同步结算等服务。依托医保码、社会保障卡，为参保人提供挂号、候诊、检查、结算等关键就医节点的实时信息通知与状态查询服务，实现身份验证、业务办理与医保结算等功能衔接。基于个人医保档案，为参保人提供健康增值服务。

七、夯实发展基础

（二十四）强化法治和标准化支撑

健全医保法治体系，推进医疗保障法立法，开展相关法规、部门规章制修订。健全依法决策机制，规范重大行政决策程序，严格行政执法规范化管理，建立医疗保障领域复议、诉讼案例库。建设科学合理、层次清晰、协调统一的医疗保障国家标准体系。制定并推进医疗保障国家标准制修订三年实施计划。强化基础共性标准、公共服务标准等系列标准制定。加强地方标准制修订的统筹协调，强化宣贯推广。健全医保标准化建设专家团队。开展标准应用评估。

（二十五）强化人才队伍建设

加大医疗保障系统干部教育培训力度，深化“人民在我心中”党建品牌创建，强化实践锻炼，发挥先进典型的示范引领作用，激励干部新时代新担当新作为。统筹推进医保人才队伍、学科专业建设，鼓励医保部门与高等学校、科研院所等合作，加强医保智库建设，探索医保领域人才评价机制，为医保高质量发展提供人才保障。积极推进医保经办专业人员队伍等职业建设。支持定点医疗机构加强医保职能部门建设。

（二十六）促进宣传交流和国际合作

统筹各类宣传平台和宣传力量，发挥各种宣传主体作用，组织单位开放、故事征集等活动，聚焦群众关注的重点领域，利用多种宣传方式，讲好中国医保故事。加强对外宣介，建立多边、双边等合作机制，举办国际交流论坛，主动分享中国医保文化、制度、实践、经验。全方位推进医保领域国际交流合作，加强与共建“一带一路”国家以及国际组织等的交流合作，分享中国医保经验。用好中国药品价格登记系统，为创新药企业提供国际化价格登记查询服务。建立健全跨境

重大工程3 医保服务国际合作
打造国际化药品、医用耗材交易平台，推广中国—东盟区域医药交易（集采）平台模式，建设中国国际贸易医药交易（集采）平台、中国（新疆）—中亚中心药房、中国（宁夏）—阿拉伯国家医药交易（集采）平台、宁波中东欧医药交易（集采）平台等。发挥海南自由贸易港乐城国际医疗旅游先行区创新药械先行先试的政策优势，方便入境就医人群在中国使用全球药品。
八、推进规划实施
坚持党的全面领导，建立职责明晰、衔接顺畅、协同高效的规划实施机制。建立健全分工协作推进机制，明确责任单位、时间节点和实施路径。聚焦目标指标和重点任务，细化任务分解。加强过程管理，组织开展评估，强化评估结果运用。发挥规划的统筹引领作用，强化工作协同和资金保障。做好政府信息公开，接受社会监督。及时发布规划实施成果，权威解读政策。