

汕尾市医疗保障事业发展 “十四五”规划

目 录

前 言.....	1
第一章 发展基础和面临形势.....	2
第一节 发展基础.....	2
第二节 发展机遇.....	8
第三节 面临的挑战.....	10
第二章 总体要求.....	12
第一节 指导思想.....	12
第二节 基本原则.....	13
第三节 主要目标.....	14
第四节 关键指标.....	16
“十四五”医疗保障关键指标.....	16
第三章 健全完善多层次医疗保障体系.....	17
第一节 提升基本医疗保险参保质量.....	17
第二节 完善基本医疗保险待遇保障机制.....	19
第三节 健全稳健可持续的筹资运行机制.....	21
第四章 优化医疗保障协同治理体系.....	25
第一节 持续优化医疗保障支付机制.....	25
第二节 加快健全基金监管体制机制.....	27
第三节 改革完善医药价格形成机制.....	31
第五章 构筑坚实的医疗保障服务支撑体系.....	34
第一节 健全医疗保障公共服务体系.....	35

第二节 高起点推进标准化和信息化建设.....	37
第三节 持续推进医保治理创新.....	38
第四节 强化法治支撑.....	40
第六章 保障措施.....	41
第一节 坚持党的全面领导.....	41
第二节 强化资源投入保障.....	42
第三节 推进部门协同联动.....	42
第四节 营造良好舆论氛围.....	42
第五节 加强规划监测评估.....	43
“十四五”时期医疗保障事业工作责任清单.....	44

前 言

“十四五”时期（2021-2025年）是我国全面建成小康社会、实现第一个百年奋斗目标之后，乘势而上开启全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军的第一个五年，也是我市深化医疗保障制度改革的关键时期。为深入贯彻落实《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号）、《广东省医疗保障局关于印发广东省“十四五”时期医疗保障事业高质量发展实施方案的通知》（粤医保发〔2021〕52号）文件精神，结合《汕尾市人民政府关于印发〈汕尾市国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要〉的通知》（汕府〔2021〕23号）的决策部署，市医疗保障局立足于“十三五”时期医疗保障取得的成就与存在的难点痛点和医保未来的高质量发展要求，编制了汕尾市医疗保障事业发展“十四五”规划，进一步推进医疗保障高质量发展，保障人民健康，为加快把汕尾建设成为革命老区高质量发展示范区、沿海经济带的靓丽明珠和现代化滨海城市贡献医保力量。

第一章 发展基础和面临形势

第一节 发展基础

2019年以来，汕尾市医疗保障系统以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，贯彻落实党的十八大、十九大及十九届二中、三中、四中、五中全会精神，通过推动医疗保障关键领域和关键环节的一系列改革，在制度体系建设、待遇保障调整、支付方式改革、信息化建设、基金监督管理等关键领域和环节取得了显著成效，探索走出了一条符合汕尾实际的医保发展路子，为“十四五”期间全市深化医疗保障制度改革与高质量发展奠定了坚实的基础，为打造健康汕尾、建设沿海经济带靓丽明珠提供了重要支撑。

医疗保障管理体制规范统一。2019年1月，汕尾市医疗保障局完成组建，整合理顺了原本分散在民政、人社、卫健等部门的医疗保障相关职能，开创了汕尾市医疗保障事业发展新局面。2019年至2020年上半年，全市4个建制县（市、区）的医疗保障局相继挂牌成立，2个功能区参照建制县（市、区）理顺了医疗保障职能，为深化医疗保障制度改革和治理体系现代化提供了有力的组织保障。2020年11月，汕尾市医疗保障事业管理中心成立，随后各县（市、区）相继也成立了医保经办机构，为构建专业、规范、高效的医保经办管理服务制度体系和工作机制提供

了组织保障。

医疗保障制度体系更加完善。基本建成以基本医疗保险为主体，大病保险为补充，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险共同发展的医疗保障制度体系。一是落实全民参保政策。截至 2020 年底，全市基本医疗保险参保人数达 294.21 万人（职工医保 33.01 万人，居民医保 261.2 万人），2020 年城乡居民医保各级财政补助标准年人均 550 元，2021 年提高至 580 元。二是实施基本医疗保险市级统筹，完善城镇职工和城乡居民基本医疗保险分类保障制度。2016 年，制定出台《汕尾市城乡居民医疗保险暂行办法（2016 年修订）》，建立统一的城乡居民医疗保险制度。三是着力落实大病保险倾斜政策。对特殊人群实行倾斜政策，两次降低特殊人群大病保险起付线，同时制定了《汕尾市医疗救助与城乡居民基本医疗保险、大病保险实施“一站式”结算工作方案》，实现了基本医疗保险、大病保险、医疗救助同步“一站式”结算。2020 年起草了《汕尾市大病保险实施方案（2021-2023 年）》，建立熔断机制，政府承担政策性亏损最高限额不超过当年保费的 5%，确保参保人待遇不中断，有效解决群众大病医疗费用负担。四是全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施。2020 年，制定出台《汕尾市人民政府办公室关于印发汕尾市生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案的通知》，2020 年 7879 人次享受生育保险待遇，职工基本医疗保险（含生育保险）基金中生育医疗费及生育津贴支出 5311 万元。

五是实施医疗救助市级统筹。2020年，制定出台《汕尾市人民政府办公室关于印发汕尾市医疗救助市级统筹实施方案的通知》，完善医疗救助“二次救助”。六是推行“善美保”商业补充医疗保险。鼓励商业保险公司参与补充医疗保险，引入共保体承接“善美保”项目，参保人自主选择、自愿投保，商业保险机构自主经营、自负盈亏，充分发挥商业保险的补充作用。

医疗保障待遇水平稳步提高。一是实施普通门诊统筹制度。2020年起，普通门诊在市内镇级卫生院、社区卫生服务中心定点医疗机构门诊报销比例达到50%。二是扩大门诊特定病种保障范围。2020年起，将高血压、糖尿病纳入我市基本医疗保险门诊特定病种管理，报销比例达到55%。三是降低大病保险起付线。2019年将大病保险起付线从2.5万元减低至2万元，2020年从2万元再次减低至1万元，职工、城乡居民基本医疗保险和大病保险年度最高报销限额分别达到75.4万元、65.4万元，并落实大病保险对特殊人群倾斜政策。四是提高退休人员个人账户划拨标准。2020年5月起，退休人员个人账户划拨标准每人每月由60.8元增至128.6元，覆盖3万多名退休人员。五是提高住院报销比例。2021年起，职工基本医疗保险住院报销比例提高5%，居民基本医疗保险住院报销比例提高10%。

多元复合式医保支付方式基本建立。一是深化支付方式改革，积极探索按病种分值付费结算为主，病种、床日、日间治疗（手术）、项目付费等相结合的多元复合式医保支付方式改革。

2020年，制定出台《关于印发〈汕尾市基本医疗保险医疗费用结算办法（2020年修订）〉的通知》，在总结经验基础上，尝试引入第二、第三诊断，并结合我市当地疾病谱，调整修订分值，完善按病种分值付费政策，得到省医疗保障局高度肯定。二是积极争取省医疗保障局支持，将我市列为广东省DRG付费方式改革试点，积极探索DRG在调节医疗服务行为、引导医疗资源合理配置方面的作用，在深化医保支付方式改革、推动医保精细化管理、提高医保基金使用效率上探索有益经验。三是支持开展城市医联体、紧密型县域医共体改革，认真探索适合县域医共体改革支付方式。

“五医联动”改革稳步推进。一是出台《汕尾市医疗保障局关于深化医药卫生体制改革“五医联动”实施方案》，围绕推动“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变的总体思路，遵循“控总量、腾空间、调结构、保衔接、强监管”的改革路径，高起点、高质量谋划我市医疗保障事业发展新路子。二是确保基金平稳运行。严格执行收支平衡、略有结余的基金管理原则，2018-2020年，城镇职工医保基金使用率达80%以上，城乡居民医保基金使用率为91%以上；截至2020年底，职工累计基金结余达7.7亿元，城乡居民累计基金结余达16亿元，为政策调整提供了空间。三是推进医疗服务价格改革。会同市卫生健康局、市财政局制定《汕尾市公立医疗机构全面取消医用耗材加成调整基本医疗服务价格方案》，顺利完成了取消全市公立医疗机构医

用耗材并科学合理调整基本医疗服务价格的工作任务，逐步理顺医疗服务比价关系，进一步推进我市公立医疗机构综合改革，充分发挥医保在医改中的撬动作用。

推进药品和耗材集中采购。一是组织开展了三批国家组织采购药品任务共 583.3 万元，共节省采购药品金额 900.5 万元，平均降幅 68.75%。二是继续推动药品跨区域联合集中采购，全市 66 家医疗机构在深圳平台参与采购有效订单金额 2.3 亿元，可节省采购药品金额 6470 万元，综合降幅 23.81%；全市 59 家公立医疗机构在广州平台下单 9746.57 万元。三是组织参与省平台组织的省耗材联盟区，全市 59 家医疗机构在广东省耗材联盟采购区下订单金额 2099.84 万元，平均降幅达到 12.2%。四是落实国家和省组织的高值医用耗材采购政策，有序推动冠脉支架、人工晶体、冠脉扩张球囊、核酸检测配套耗材等医用耗材集中采购等工作，其中采购冠脉支架 320 个，节约 300 多万元。通过带量采购，压实药品、耗材价格虚高水分，降低采购价格。

医保基金监管安全可控。一是加大宣传引导。开展打击欺诈骗保集中宣传月活动，在汕尾日报、汕尾广播电视台开设宣传专栏，印发海报、宣传折页，出台举报奖励实施细则，设立举报电话、邮箱，畅通举报监督渠道，聘任 15 名医疗保障社会监督员，推动诚信体系建设，营造打击欺诈骗保良好的社会氛围。二是开展规范使用医保基金行为专项治理。截至 2020 年底，全市检查定点医疗机构、定点药店检查覆盖率 100%。市医疗保障局组织

各地医保部门、第三方机构、医学专家等组成检查组，完成对18家市级定点医疗机构抽查复查；通过智能监控提取数据、专项检查、专家审查等方式，对全市定点医药机构全覆盖检查。2019年至2020年，处理违规定点医院53家，暂停定点零售药店服务协议9家，追回3名参保人违规医疗基金4.88万元，合计追回违规医保基金4347.77万元，行政处罚70.26万元，办理投诉举报5宗，曝光案件4宗，移交公安机关2宗。三是开展高值医用耗材专项治理工作。及时制定工作方案，成立专项治理工作领导小组，开展动员部署，抽查10家定点医疗机构进行高值医用耗材和大型仪器设备使用专项治理，督促医疗机构自查自纠，引入第三方智能监管服务，确保取得实效。

医保服务能力不断提升。一是全面实现基本医疗保险、大病补充医疗保险、医疗救助“一站式”结算。二是完善医保协议管理制度。出台汕尾市基本医疗保险定点医药机构协议管理办法和经办规程，推行定点医疗机构分级管理和内部医保精细化管理，着力构建“1+1+N”（1个办法、1个规程、多个配套文件）的管理模式。三是积极推进医保标准化信息化建设。全国统一的医保信息平台于2020年11月1日率先在汕尾正式投入使用，为全国医保信息化建设贡献汕尾经验。全面推广应用国家医保电子凭证。落实15项信息业务标准编码维护应用和贯标工作。四是规范医保经办服务管理。深化“放管服”改革，推进“无证明城市”创建，制定全市医疗保障经办政务服务事项清单，提升服务效能。

持续推进医疗保障系统行风建设，实施“好差评”制度，完善工作体系和长效机制。

应对新冠疫情成效显著。一是落实“两个确保”。疫情爆发后，及时预拨5家市内定点收治医院医保周转金4100万元，确保定点医疗机构不因医保总额预算管理影响救治；及时支付疑似和确诊患者73人次105万元、核酸检测30多万人次400多万元、CT筛查148人次近6万元，实现患者医疗费用个人零支付，确保患者不因费用问题得不到及时救治。二是优化医保经办服务。推行网上办理方式，延长生育保险待遇申报、部分门特病种备案和处方用药等3个期限，允许4类中途参保补办补缴。三是加强药品价格和供应监测。选择市内21家医疗机构、43家定点零售药店作为监测点，全面监测药品、耗材采购供应和价格情况。四是落实职工医保阶段性减半征收政策。2020年为参保单位累计减免7226万元，助力企业复工复产，保持就业稳定。五是积极参与物资保障。主动承担市指挥部交办的任务，发动捐赠、联系采购10万多个口罩、1100多套防护服等防控急需物资；牵头做好口罩生产管控调配工作，累计调配口罩2300多万个。

第二节 发展机遇

“十四五”时期，汕尾市医疗保障事业仍处于大有作为的重要战略机遇期。

顶层设计为医疗保障事业发展指明了方向。2016年10月25日，中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》专篇论述健全医疗保障体系和药品供应保障，体现了国家对医疗保障事业的重视。2020年3月5日，中共中央国务院印发了《关于深化医疗保障制度改革的意见》，为“十四五”期间医疗保障的改革与发展提供了新的政策导向。2020年7月10日，国务院办公厅发布《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》，再次提出要全面提升医保治理能力，净化制度运行环境，严守基金安全红线，维护医保基金长效运行。

全民参保意识不断提高为医疗保障事业发展夯实了基础。随着社会经济的发展和健康中国建设的推进，居民对自身健康与医疗保障方面的意识不断提升，特别是新冠肺炎疫情爆发以来引发了全社会对医保工作的关注和重视，政府及全社会也越来越深刻认识到医疗保障工作的重要性。

市场与社会力量的发展日趋成熟为医疗保障事业发展带来了机遇。商业健康保险的发展可以丰富医保产品供给，提高医疗保障水平。慈善机构等社会组织的参与，也有助于实现医疗保障的多层次发展。各种医保与健康信息类企业及健康管理、医养结合行业的发展可以有力地推动医保治理现代化水平的提升。

互联网和数字健康技术的发展为促进医保治理现代化水平创造了有利条件。互联网和数字健康技术的发展促进经办规范化、监管智能化、信息标准化，从而可以大幅提升医保治理能力

现代化水平。一是促进医保经办一体化和规划化。互联网和数字健康技术发展迅速，能够促进信息的集成与综合利用，促进“信息多跑路、群众少跑路”的实现。二是促进医保监管能力的提升。基于大数据开展医保实时监管和全过程全方位监管，促进医保监管从粗放式管理向精细化、标准化管理的转变，加快医保监管智能化发展进程。三是推动跨部门、多层次医保协同治理。建设医疗健康大数据标准体系，建立统一的数据目录体系，使用一致的信息化编码规则，构建有效的数据共享机制，搭建一个各部门共同参与健康治理的平台，为医疗、医药、医保、医共体、数字医疗“五医联动”改革及相关社会主体提供数据和信息安全交换汇集的技术基础，从而使得多方实质性联动与协同成为可能。

第三节 面临的挑战

“十四五”期间汕尾医疗保障事业发展也面临着诸多严峻挑战。

民生事业发展带来了新要求。随着我国社会主要矛盾的转移，人们对美好生活的需要在医疗保障方面更多地体现为从“病有所医”到“预防为主”和“病有良医”的“大健康”需求的转变。十九大报告和《“健康中国 2030”规划纲要》提出要以提高人民健康水平为核心，加快转变健康领域发展方式，全方位、全周期维护和保障人民健康，这对医保事业的发展提出了新的要求。

人民群众健康需求带来了新任务。随着经济社会的不断发展，人民群众多层次的健康需求也给医疗保障事业发展提出了新的要求，特别是老年人对康复护理、长期照料等需求也越来越大，要求建立长期护理保险制度的呼声也越来越高。如何满足人民日益增长的多层次健康需求是_我市医疗保障事业发展需要思考的问题。

基金可持续运行压力带来了新挑战。截至 2020 年底，汕尾市常住老年人口（60 岁及以上）为 40 万人，占全市常住人口的 14.9%，相较于 2010 年比重提升了 5%。这表明，在未来十至二十年间将是汕尾老龄化快速发展的时期，医保基金可持续运行压力巨大。同时，从基金收入看，参保扩面空间有限，经济仍存在下行压力，基金收入难以大幅增长；从基金支出看，群众医疗需求呈刚性增长趋势，市域一体化加速了待遇的提升和需求的释放，给基金平稳运行带来巨大压力。

队伍自身建设带来了新考验。随着医疗保障事业的不断发展，医保经办、稽查监管、执法力量不足和专业性不强的问题愈加凸显，与 400 多家定点医药机构和 300 来万参保人员的管理服务需求不相匹配，严重制约了日常监管工作的有效开展。另外，医保部门与人力资源和社会保障、卫生健康、市场监管等行政管理部门相比，缺少专门的执法队伍，对医保基金违规情形的认定、归责难以适应错综复杂的监管需求，执法人员的执法能力水平还有较大提升空间。

第二章 总体要求

第一节 指导思想

“十四五”期间，汕尾市医疗保障事业发展坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，学习贯彻习近平总书记关于医疗保障领域的重要讲话和重要指示批示精神，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，贯彻落实党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的决策部署和省委省政府、市委市政府的工作要求以及国家医疗保障局和省医疗保障局的工作安排，立足新发展阶段，完整、准确、全面贯彻新发展理念，构建新发展格局，坚持以人民为中心的发展思想，深入实施健康中国战略，深化医药卫生体制改革，以推动中国特色医疗保障制度更加成熟定型为主线，以体制机制创新为动力，发挥医保基金战略性购买作用，坚持医疗保障需求侧管理和医药服务供给侧改革并重，加快建设覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，努力为人民群众提供全方位全周期的医疗保障，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感，为加快把汕尾建设成为革命老区高质量发展示范区、沿海经济带的靓丽明珠和现代化滨海城市贡献医保力量。

第二节 基本原则

——坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，完善中国特色医疗保障制度，坚持制度的统一性和规范性，强化顶层设计，增强制度的刚性约束，为医疗保障制度更加成熟定型提供根本保证。

——坚持以人民健康为中心。把维护人民生命安全和身体健康放在首位，提供更加公平、更加充分、更高质量的医疗保障，使改革发展成果更多惠及人民群众，增进民生福祉，促进社会公平，推进共同富裕。

——坚持系统集成、协同高效。准确把握医疗保障各方面之间、医疗保障领域和相关领域之间改革的联系，建立基本医疗体系、基本医保制度相互适应的机制，统筹谋划，协调推进，汇聚改革合力，推动医疗保障改革取得更大突破。

——坚持精细管理、优质服务。深入推进医保领域“放管服”改革，加强管理服务能力建设，优化定点医药机构管理，健全基金监管长效体制机制。坚持传统服务方式和智能化应用创新并行，为群众提供更贴心、更暖心的服务。

——坚持共建共治、多方参与。促进多层次医疗保障有序衔接、共同发展，形成政府、市场、社会协同保障的格局。强化多主体协商共治，调动各方面积极性，凝聚改革发展共识，提高医疗保障治理水平。

——坚持改革创新，先行先试。按照治理创新、提质增效的要求，坚持问题导向，发挥政府主导作用，发挥市场机制的作用，发挥市场机构及社会组织的优势，提高医保治理标准化、协同化、一体化、智慧化、法治化、安全化水平，提升医保服务群众的效能。坚持勇于创新，先行先试，积极弘扬“敢为人先”的海陆丰革命老区精神，为医疗保障制度改革创新贡献汕尾力量。

第三节 主要目标

汕尾市医疗保障“十四五”规划总体目标是：以“建立高质量医疗保障制度”为目标，到2025年，医疗保障制度更加成熟定型，全面完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等四项重要机制和医药服务供给、医保管理服务两个关键领域的改革任务。完善多层次医疗保障制度体系，待遇保障公平适度，基金运行稳健持续，管理服务优化便捷，医保治理现代化水平显著提升，助力建设健康汕尾。

——基本医疗保障更加公平普惠。坚持从汕尾实际出发，遵循客观规律，尽力而为、量力而行，保障范围和标准与经济社会发展水平更加适应。筹资机制更加完善，各方责任更加均衡，实现医保制度标准化、可持续。落实医疗保障待遇清单制度，推进法定的基本制度、基本政策以及基金支付范围等医疗保障制度更加成熟定型，公共服务更加可及，制度间、人群间、区域间差距

逐步缩小，医疗保障再分配功能持续强化。

——**基金运行更加安全稳健。**坚持底线思维，持续强化信息安全管理，防范化解重大风险。建立防范化解因病返贫致贫长效机制，做好因病返贫致贫风险监测，确保基金安全高效、合理使用。建立强力、高效的医保信息平台运维、运营保障机制，强化数据安全管理和人员安全管理，确保信息化建设“安全”目标的实现。加快医疗保障的法治建设步伐，建立健全汕尾市医疗保障基金监督管理法治体系，探索建立专业、成熟的医疗保障执法队伍和管理规范，不断提升医疗保障的法治化水平。

——**医疗保障与医药服务发展更加协同。**全面推行总额预算管理下的复合式付费方式，建立按疾病诊断相关分组（DRG）付费，优化按病种分值付费方式，实现医保支付管用高效、基金支出稳定可控。实行精细化管理，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力。推进药品和耗材集中采购改革，坚持集中带量采购，持续推进药品跨区域联合采购，开展高值医用耗材、检验检测试剂集中采购，推动药品和耗材保供降价，减轻人民群众医疗费用负担。完善动态调整医疗服务价格机制，持续优化价格结构，理顺比价关系，促进区域价格合理衔接。探索医疗服务按病种、疾病诊断相关分组收付费联动改革。开展医疗服务价格评估工作，合理测算调价空间，优化选择调价项目，科学制定调价方案。

——**医疗保障公共服务能力显著提升。**主动对接、积极融入

全国医疗保障信息平台建设,全面实现医保信息业务编码、数据、经办服务标准化。推动实现医保各类业务查询与经办的“一站到达、一站受理、一站办结”,支撑医疗服务支付方式改革,支持省内跨市异地就医直接结算。“互联网+医疗健康”医保服务不断完善,持续扩大和完善“粤省事”“粤医保”“政务一体机”“善美村居”等平台办理事项,全面落实医保电子凭证的应用推广,逐步实现处方流转和线上移动支付。实行大数据动态监管,实现全领域、全方位、全流程智能监控。汇聚全市医保大数据,加强跨部门数据共享,实现科学宏观决策。

第四节 关键指标

基于上述思路与发展目标,设定若干关键指标,见下表。

“十四五”医疗保障关键指标

类别	主要指标	单位	2020年	2025年	指标属性
参保覆盖	基本医疗保险参保率	%	97.6	>95	约束性
基金安全	基本医疗保险(含生育保险)基金收入	亿元	27.56	收入规模与经济社会发展水平更加适应	预期性
	基本医疗保险(含生育保险)基金支出	亿元	23.40	支出规模与经济社会发展水平、群众基本医疗需求更加适应	预期性
保障程度	职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例	%	82.65	保持稳定	预期性
	城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例	%	70.2	保持稳定	预期性
	重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例	%	80	保持稳定	预期性

精细管理	实行按疾病诊断相关分组付费和按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例	%	90.6	90	预期性
	公立医疗机构通过集中采购平台采购药品金额占全部采购药品（不含中药饮片）金额的比例	%	80	90	预期性
	公立医疗机构通过集中采购平台采购高值医用耗材金额占全部采购高值医用耗材金额的比例	%	—	80	预期性
	药品集中带量采购品种	个	112	>500	预期性
	高值医用耗材集中带量采购品种	类	1	8	预期性
优质服务	住院费用跨省直接结算率	%	—	>70	预期性
	住院费用省内直接结算率	%	90	90	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率	%	—	80	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率	%	—	100	约束性

第三章 健全完善多层次医疗保障体系

坚持公平适度、稳健运行，持续完善基本医疗保障制度，充分发挥基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助多重保障功能，推动商业保险机构等社会力量参与经办医疗保险业务，提高医疗保障服务能力。

第一节 提升基本医疗保险参保质量

基本医疗保险参保质量是医疗保障制度可持续发展的重要基石。要进一步完善基本医疗保险体系，推进依法依规分类参保，

优化参保缴费服务，建立健全与公安、民政、乡村振兴、残联等部门的 data 共享机制，加强 data 比对，落实全民参保计划，巩固提高参保覆盖率。

完善基本医疗保险制度。全面建成覆盖全民、依法参加的基本医疗保险体系。职工医保和城乡居民医保分类保障，待遇与缴费挂钩，基金分别建账、分账核算。改革职工基本医疗保险个人账户，合理调整个人账户计入方式。推动包括各类新业态从业人员在内的灵活就业人员根据自身实际，以合适方式参加基本医疗保险。完善灵活就业人员参保缴费方式，逐步放开对灵活就业人员参保的户籍限制。健全门诊共济保障机制，统筹做好门诊特定病种和普通门诊保障，全力创建“两病”门诊用药保障专项行动示范城市，扩大高血压、糖尿病政策受益面，提升人民群众获得感。

实施精准扩面参保。加强基本医疗保险政策宣传，合理引导参保人“保基本”的待遇享受预期，充分调动各方参保积极性。建立健全医疗保障部门与政务服务数据、教育、公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、税务、市场监管、退役军人事务、乡村振兴、残联等部门间的 data 共享机制，加强 data 比对，建立动态共享、互联互通的参保数据库，实现参保信息实时动态查询。落实全民参保计划，积极引导职工和城乡居民在就业地、常住地参保，避免重复参保，基本医疗保险参保覆盖率稳定在 95% 以上。

完善生育保险政策措施。继续做好生育保险对参保女职工生

育医疗费用、生育津贴等待遇的保障，规范生育医疗费用支付管理，进一步简化申领生育保险待遇的手续和证明事项。实现二险合并后在缴费标准、责任机制及信息系统等方面的衔接。落实生育医疗费用“一站式”联网结算，推进生育津贴信息业务系统办理、网上办理等事项。继续做好城乡居民基本医疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障。

第二节 完善基本医疗保障待遇保障机制

公平适度的待遇保障是增进人民健康福祉的内在要求。要不断推进医疗保障制度更加成熟定型，健全重特大疾病医疗保险和救助制度，统筹规划医疗保障高质量发展，根据经济发展水平和基金承受能力稳步提高医疗保障水平。

实行医疗保障待遇清单制度。建立医疗保障待遇清单制度，科学界定基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，促进医疗保障制度法定化、决策科学化和管理规范化。严格执行国家和省规定的基本支付范围和标准，实施公平适度保障，规范过度保障和保障不足问题。

健全统一规范的医疗救助制度。全面落实资助重点救助对象参保缴费政策，实现应保尽保。构建多层次医疗救助体系，修订完善汕尾市医疗救助管理办法，健全住院和门诊医疗费用救助机制，加大重特大疾病患者救助力度，增强医疗救助托底保障功能。

健全医疗救助对象及时精准识别机制，实施动态监测。

完善重大疫情医疗救治费用保障机制。在突发疫情等紧急情况时，确保医疗机构先救治、后收费。健全重大疫情医疗救治医保支付政策，完善异地就医直接结算制度，确保参保患者不因费用问题影响就医。创新医疗保障经办服务，开通医疗机构资金预拨付、结算和应急药品、耗材采购“绿色通道”，加强医疗救治经费保障，确保收治医院不因费用影响救治。按国家和省规定有针对性免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款，实施特殊群体、特定疾病医药费豁免制度。按国家和省规定统筹基本医疗保险基金和公共卫生服务资金使用，探索与公共卫生服务相衔接的医保支付方式，提高对基层医疗机构的支付比例，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

稳步推进长期护理保险制度。根据国家和省统一部署，推进长期护理保险制度，探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制。探索制定长期护理保险基本保障项目目录，合理确定待遇保障范围和基金支付水平。根据护理等级、服务提供方式实行差别化的待遇保障政策。做好与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的整合衔接。

促进多层次医疗保障制度融合发展。充分发挥基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助多重保障功能，实现政策互补、无缝衔接。实施统一的大病保险制度，规范补充医疗保险制度。规范与基本医疗保险、大病保险相衔接的普惠型商业补

充医疗保险，指导优化“汕尾善美保”承保方案，探索慢性病、特定病种商业承保模式。探索推进公务员医疗补助和企业补充医疗保险制度。

做好乡村振兴战略衔接。巩固拓展脱贫攻坚成果，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。分类优化医疗保障综合帮扶政策，在巩固大病保险保障水平基础上，合理控制救助对象政策范围内自付费用比例。严格落实全省统一支付标准，综合施策降低农村低收入人口看病就医成本。规范医疗服务行为，引导居民有序合理就医，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，健全重大疾病巡访医保服务工作机制，减少因病致贫、因病返贫发生。

第三节 健全稳健可持续的筹资运行机制

合理筹资、稳健运行是医疗保障制度可持续的基本保证。要加快完善筹资分担和调整机制，建立并完善基金预算管理 and 风险预警，不断优化筹资结构，均衡各方负担，以增强制度的可持续运行能力。

完善责任均衡的多元筹资机制。坚持互助共济，均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任，逐步建立责任共担、相对均衡、稳定可持续的筹资机制，统一规范缴费基数政策，合理确定费率，

实行动态调整。就业人员参加职工基本医疗保险，由用人单位和个人共同缴费。非就业人员参加城乡居民基本医疗保险，由个人缴费，政府按规定给予补助。推动各类新业态从业人员和灵活就业人员参加职工基本医疗保险。积极探索筹资水平与经济社会发展及居民收入相适应的动态调整机制，结合实际情况确定当年居民医保筹资标准。根据筹资情况提高大病保险待遇水平，建立大病保险筹资标准年度调整机制，加大对高额费用患者和困难群众的保障能力。

配合推动基本医疗保险省级统筹。配合省级逐步推动制度框架、参保缴费、待遇标准、基金管理、服务管理、信息系统“六个统一”。强化就医管理和医疗服务监管，落实分级管理责任。健全医保管理体系，按照省统一部署探索推进医保部门垂直管理。

加强基金预算风险管理和风险预警。加强医保基金总额预算管理，科学编制基金年度收支预算。提高基金预算与征收计划的协同性，强化年度基金征收计划与基金收入预算的契合度。建立健全预算绩效评价体系，全面实施预算绩效管理。强化预算执行监督，建立基金用款申报制度、预算执行情况报告和通报制度，进一步夯实预算执行主体责任，强化对预算执行的管控。加强基金中长期精算、风险分析和风险管理，构建收支平衡机制，完善全市统一的基金运行风险评估和预警指标体系，对基金支出重点环节进行监控。

专栏 1 商业健康补充医疗保险工程“汕尾善美保”

持续深化政府引导型商业全民健康补充医疗保险“善美保”制度建设，有力推进“善美保”的扩面提效和总结提升，不断完善多层次医疗保障制度体系。

（一）推行医保制度有序衔接

深化医保政策研究，精准回应群众保障需求，着眼可持续运营，通过创新重大疾病医疗保险制度，织密扎牢社会保障网，着力破解群众“看病贵、负担重”难题，助力海陆丰革命老区高质量发展示范区建设。大力推进“善美保”等与原有保障体系有机衔接，提升群众医疗保障水平。

（二）创新医保制度运行模式

通过政府引导，发挥市场的积极作用，着力解决商业健康保险领域长期市场失灵、覆盖率低下等诸多问题；通过商保承办，实现政府有为、市场有效、群众有感。围绕“政府指导、商业运作、自愿参保”的原则，推动“善美保”产品持续完善，形成医保制度运行模式创新的汕尾模板。

（三）完善全民普惠政策体系

借助医保大数据分析，精准定位，降低群众高额医疗费用负担，按“保费低、覆盖广、待遇高”的要求，完善普惠政策体系，提升医疗保障水平。实行清单管理动态调整，不断更新完善准入清单和负面清单，切实减轻参保者医疗费用负担。

（四）优化全民健康补充医疗保险

充分发挥全民健康补充医疗保险（“善美保”等）的保障效应，强化梯次减负功能，促进多层次医疗保障体系建设制度化。一是强化基础管理，围绕参保扩面的目标，持续做好宣传引导，提高市民群众的政策知晓度和认可度，大力提升参保率。二是强化过程管理，建立专家评审制度，根据群众治疗需求和基金支撑能力，做好与基本医保目录的衔接，动态调整“善美保”等保障目录。推进总额控制下的多元复合型医保支付方式覆盖到目录外费用，会同承保机构组建监管队伍完善医疗费用智能审核工作，对目录外药品、诊疗项目、医用材料使用进行重点监控分析，加大对欺诈骗保行为的打击力度，促进“善美保”制度的稳健运行。三是强化目标管理，坚持高标准、高定位，致力于为全省、全国多层次医疗保障体系建设提供可复制、可推广的经验，提高医疗保险和商业健康保险融合发展的可持续性。

专栏2 创建全国“两病”门诊用药保障专项行动示范城市工程

以人民健康为中心，加快推进“两病”用药保障人群全覆盖，增强“两病”门诊药品配备和使用，加强“两病”患者健康教育和健康管理，提高群众防治高血压、糖尿病等慢性疾病健康意识，提升全民健康水平。

（一）完善“两病”待遇保障政策

科学确定“两病”待遇保障水平，合理设定年度最高支付限额，提高年度支付限额和报销比例，让更多参保群众及时享受政策“红利”；整合公共卫生服务与临床治疗服务，针对不同人群、不同服务需求提供精准健康服务，着力提升“两病”患者规范化管理率；完善我市门诊特定病种管理办法，做好“两病”门诊用药保障与普通门诊统筹和门诊慢特病保障等政策的归口衔接，确保“两病”患者不漏一人、应享尽享，及时享受应有待遇且待遇水平不降低。

（二）推进“两病”保障人群全覆盖

各级卫生健康部门指导基层医疗卫生机构加强“两病”人群的规范化管理，规范化管理人群整体纳入保障；规范“两病”资格认定程序，予以全市所有符合要求的定点医疗机构“两病”认定资格，实行“一站式”受理，信息同步备案，确保参保人及时按规定享受待遇。

（三）提升“两病”经办服务效能

打造“两病”精细化管理服务，建立一整套“线上+线下”全流程闭环管理服务链条，实现门诊特定病种“网上办理、一站式服务、实时结算”的智能化经办服务模式；推进“两病”认定网上办理，实现“两病”待遇在线申报办理，缩减申报办理时限；搭建“两病”人群综合管理信息平台，实现“两病”患者信息的有序流转。

（四）加强“两病”用药供给保障

加大“两病”门诊保障用药集中招标采购力度，制定出台药品集中采购资金结余留用激励政策；探索建立统一的药品采购、供应和配备使用管理机制，实现药品供应和药学服务同质化；拓宽“两病”门诊用药服务范围，探索将符合条件的定点零售药店提供的“两病”药品纳入门诊用药保障范围；结合乡村卫生服务一体化管理，探索村卫生室参与“两病”初级诊治和用药备药、开方、取药和配送服务。

（五）强化“两病”基金监督管理

探索“事前承诺、事中事后监管”机制，加强对定点医疗机构“两病”门诊用药的监管；发挥商业保险公司风险控制的专业优势探索，引入第三方承办“两病”商业保险项目，形成“政府主导、专业经办、独立评估”的管理格局。

（六）提高“两病”健康管理水平

完善家庭医生签约服务，组建以全科医生为主体的全专融合型家庭医生团队，推进“两病”“医防融合”；加强“两病”健康信息化管理，构建慢病管理生态闭环，通过数据流和服务流的双向流动，打通治疗、康复、用药各个环节，实现患者、平台、家庭医生、医疗机构同频共振。

第四章 优化医疗保障协同治理体系

第一节 持续优化医疗保障支付机制

“十四五”期间，在国家、省政策框架指导下，结合临床需要、合理诊治、适宜技术，完善医保目录、协议、结算管理，实施更有效率的医保支付，更好保障参保人员权益，增强医保对医药服务领域的杠杆调节作用。进一步加强协议管理，完善考核评价体系。持续深化医保支付方式改革，支持医疗服务体系建设。提高信息化管理水平，做好支付方式的智能监控、监控评估和配套政策。

实行统一医保目录。执行全省统一的药品、诊疗项目、医用耗材目录，实现医保支付范围统一。按照国家、省统一部署，落实诊疗项目、医用耗材目录实施准入法管理，建立高值医用耗材基本医保准入制度，实行高值医用耗材目录管理。建立健全医保药品支付标准，以集采药品、谈判药品和“两病”用药支付标准作为切入点，逐步推动药品目录管理和支付标准相衔接。将符合

条件的“互联网+医疗”的基本医疗服务费用按程序纳入医保支付范围。

完善医保协议管理。继续完善“1+1+N”管理机制，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。进一步完善医保协议范本，明确协议主体的权利、义务和责任。强化医药机构医保精细化管理，突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，建立医保内控机制和考核评价机制，规范定点医药机构分级管理制度。制定出台定点医药机构履行协议绩效考核细则，提高医保基金管理使用效率，将考核评价结果与医保基金支付、协议续签挂钩，并向社会公开。完善定点医药机构退出机制，实现动态管理。

深化支付方式改革。实行总额预算管理下以 DRG 付费为主的多元复合式医保支付方式改革，完善医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费。加快推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费方式改革，做好按 DRG 点数法付费结算运行工作，强化各定点医疗机构对疾病诊断分组内在逻辑、病案质量把控及病案上传规范标准培训，加强调查研究和数据测算，实现 2022 年 1 月 1 日起正式实施。创新与高水平医院发展相适应的支付方式，支持医疗机构促进医疗新技术的合理应用。配合卫健等部门加快推进紧密型县域医共体建设，推进以绩效为导向的医保支付方式综合改革试点，支持基层医疗卫生机构发展，完善适宜基层医疗机构开展的病种范围，推动村（社区）

卫生站纳入医保定点管理，方便群众就近就医、即时结算。支持中医药发展，实行中医治疗同病同治同价，加快建立符合中医药特点的医保支付方式。探索医疗服务与药品分开支付。做好医保支付方式的智能监控和监测评估。

完善考核评价机制。建立健全日常协议管理和年度考核机制，以价值医保为导向，突出行为规范、服务质量、费用控制和群众满意度的考核评价，完善医保医药服务考核评价体系。强化日常协议管理和考核结果应用，完善两定机构动态调整机制。推动定点医药机构绩效考核结果与应用挂钩，改进定点医药机构的管理工作。建立健全跨区域就医协议管理机制。

健全定点医药机构预算分配机制。完善“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制机制，深化住院与门诊、县域医共体与其他医药机构、县域内就医与转外就医等之间的科学配额机制，探索“结余留用、超支分担”的责任共担机制，巩固应对突发重大公共卫生事件的风险保障机制，建立针对不同支付方式的医疗服务行为监督管理办法，健全与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩机制，医保基金预付及结算管理机制。

第二节 加快健全基金监管体制机制

医疗保障基金是人民群众的“救命钱”，必须始终把维护基金安全作为首要任务。要织密扎牢医保基金监管的制度笼子，着

力推进监管体制改革，建立健全医疗保障信用管理体系，创新医疗保障基金监管方式，建立医疗保障基金长效监管体系。以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用，提升医疗保障监管的法治规范水平。

完善基金监管体制。加快推进医保基金监管制度建设，规范监管权限、程序、处罚标准。加强医疗保障公共服务机构内控机构建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。实施多部门协同监管，积极引入第三方监管力量，强化社会监督，规范执业行为和管理服务、促进行业自律。提升监督检查能力。加强基金监督检查能力建设，建立健全基金监管执法体系，加强人员力量，强化技术手段。理顺医保行政监管与经办协议管理的关系，形成分工明确、各司其职、权责对应、纵向贯通的行政监管体系。落实经办机构协议管理、费用监控、稽查审核工作责任。充分利用智能监控、第三方力量、现场稽核、建立市级专家库等手段，实现初审全覆盖。建立健全经办机构内部控制制度，定期聘请第三方机构对经办机构内控风险进行评估，加强内部监督制约，及时防范廉政风险。加强各级财政资金保障，通过政府购买服务加强基金监管力量。

健全监督检查制度。推行“双随机、一公开”的监管机制，建立和完善日常巡查、专项检查、抽查复查、专家审查等多形式相结合的检查制度，明确检查对象、检查重点和检查内容。规范启动条件、工作要求和工作流程，明确各方分工权责。建立综合

监管制度。建立和完善部门间联合执法、协同监管的综合监管制度。促进各部门信息共享，健全协同执法工作机制。加强医保部门与市公安、卫生健康、市场监管、审计、纪检监察等部门的联动配合，完善行政执法与刑事司法衔接和违法违纪的责任追究等机制。对查实的欺诈骗保行为，各相关部门要按照法律法规和职责权限对有关单位和个人从严从重处理。

创新基金监管方式。实行大数据动态监管，推进全领域、全方位、全流程智能监控。健全建立信息强制披露制度，依法依规向社会公开医药费用、费用结构等信息。实施医保基金绩效评价管理，完善评价指标体系、评价方法和结果运用规则。完善欺诈骗保行为举报奖励制度，引导群众积极主动举报欺诈骗保行为。全面建立智能监控制度。加快推进医保标准化和信息化建设，加强信息交换和共享。加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，强化事前、事中监管。完善智能监控规则，提升智能监控功能。推进实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。丰富智能监测维度。结合支付方式创新与改革，运用智能监控系统，加强对临床行为的过程监控，丰富大数据分析比较维度，提升监控效果；推广视频监控、人脸识别等新技术应用；实现药品进销存实时管理，完善医疗保障基金风控体系。

建立信用评价体系。推行基金监管信用体系建设，出台相关标准、规范和指标等系列配套措施，建立“互联网+信用监管”

新模式的长效监管机制。建立定点医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度和积分管理制度。创新定点医药机构综合绩效考核机制，将信用评价结果与预算管理、检查、稽核等相关联。加强和规范医疗保障领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单管理。积极推动将欺诈骗保行为纳入当地信用管理体系，建立严重违规定点医药机构、医护人员、医保医（药）师、参保人员“黑名单”制度，将医保领域涉骗行为纳入信用管理体系联合惩戒，通过信息共享互联互通，实现与国家医疗保障局信息平台 and 信用中国的联合惩戒，发挥联合惩戒威慑力。

依法打击欺诈骗保行为。坚持依法行政，完善日常检查和专项检查机制，加强部门间联合执法，综合运用协议、行政、司法等手段，对定点医药机构、医保经办机构实施常态化监管，坚决防范定点医疗机构挂床入院、轻症住院等违规现象，有效打击欺诈骗保行为，遏制医保领域违法违纪犯罪活动，维护医保基金安全和公民合法权益。严肃追究欺诈骗保单位和个人责任，对涉嫌犯罪的依法追究刑事责任，坚决打击欺诈骗保、危害参保群众权益的行为。建立健全实施《医疗保障基金使用监督管理条例》相关配套政策。完善医疗保障对医疗服务行为的监控机制，将监管对象由医疗机构延伸至医务人员，将监管重点从医保控费转向医保控费和医疗服务绩效提升双重目标的实现。与卫健部门协同合作，建立并落实医保医师制度、临床药师制度、处方点评制度，强化临床应用和评价等标准规范运用。

建立健全医疗保障基金监督管理法治体系。规范医疗保障基金监督管理，实现医疗保障基金监管法治化。加强医疗保障执法，逐步探索建立专业、成熟的医疗保障执法队伍和管理规范，持续打击欺诈骗保行为，引导全社会增强医疗保障法治意识和法治责任。加快推进基金监管制度体系改革，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，基本形成以法治为保障，信用管理为基础，多形式检查，大数据监管为依托，党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局。

第三节 改革完善医药价格形成机制

“十四五”期间，要充分发挥药品、医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中的引领作用，实现药品、医用耗材采购的规范化、制度化和常态化，推进医保、医疗、医药、医共体、数字医疗联动改革系统集成，加强政策和管理协同，保障群众获得优质实惠的医药服务。探索医疗服务收付费联动改革，建立相关考核评价体系。

深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革。坚持招采合一、量价挂钩，全面推进药品、医用耗材集中带量采购。落实国家、省级药品和医用耗材采购工作，协同有关部门督促公立医疗机构优先采购和使用中选品种，鼓励社会办医疗机构和零售定点药店资源参与药品和医用耗材集中采购。推动完善以市场为主导的药

品、医用耗材价格形成机制，促进药品、医用耗材价格合理回归。积极推进医保基金与医药企业直接结算，建立医药采购专户结算和履约保证制度。促进医保支付标准和集中采购价格的协同，完善结余留用政策。鼓励各采购平台建立跨区域采购协作和信息共享机制，推动药品、医用耗材价格跨区域联动，形成合理比价关系。依托省统一建立的药品和医用耗材招采管理系统，完善在线支付结算机制，强化对货款结算情况监管。逐步实现药品、医用耗材采购的规范化、制度化和常态化，形成公正透明、便捷高效的公共采购市场环境，不断推动“五医联动”改革，促进医药行业高质量发展，保障群众获得优质实惠的医药服务。

稳妥有序试点医疗服务价格改革。加强医疗服务价格宏观管理，完善定调价规则，改革优化定调价程序，探索适应经济社会发展、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医疗服务价格形成机制。加快医疗服务项目价格动态调整和新纳入项目、新修订定价工作。严格按照国家和省的统一要求，全面清理医疗机构自行拓展项目，使用由省统一立项、统一编码、统一录入目录的医疗服务价格项目。加快受理审核新增医疗服务价格项目工作。在省规定的范围内，按照“总量平衡、结构调整、有升有降、逐步到位”原则，科学确定医疗服务价格，实施动态调整机制，持续优化价格结构，理顺比价关系，促进区域价格合理衔接。开展医药价格和招采信用评价，坚持共建共治共享原则，推动医药企业、医疗机构积极参与，引导医药企业自觉履行遵守

价格规则、诚信经营的义务，引导医疗机构同等条件下优先选择信用评级更优的医药企业作为供应或配送单位，及时处理涉及采购的投诉举报，通过函询约谈、提醒告诫、信息披露等手段，对采购工作进行常态化监管。

加强药品和医用耗材采购行为监管。依托全省统一建立的医药采购监管系统，市县联动推进医药采购、交易、结算等全流程的一体化、信息化和智能化监管，实现线上和线下的协同和配合。推进各药品和医用耗材采购平台完善系统功能，使用统一编码、数据标准和功能规范，加强对线上采购各环节的管理，实现采购各环节数据和技术与省采购监管系统实时对接，推进部门间信息互通和资源共享。

推动医保定点零售药店价格监测和发布制度。通过建立医保定点零售药店常规药品价格信息定期监测和发布机制，充分发挥“医保”药品价格信息对市场的引导作用，规范药店价格行为，强化社会监督，保障群众的切身利益，进一步助推医疗保障高质量发展。

专栏3 医药服务供给侧改革推动工程

（一）全面落实药械集中采购

落实《广东省药品和医用耗材集团采购监督管理办法》，规范联合集中带量采购工作，做到程序、规则、政策相对一致，形成广东特色的集中带量采购模式，为医药企业提供良好的环境和优质的服务。“十四五”期间省级集中带量采购药品品种达到500个，高值医用耗材集中带量采购品种覆盖8类；推进跨区域采购协作和信息共享机制，落实国家、省各项药品、耗材带量采购任务，执行药品、耗材采购政策。

（二）优化医疗服务价格结构

根据医疗服务价格动态调整机制，衔接医用耗材集中采购等各项改革措施，统筹兼顾医保基金负担、医疗事业发展和人民群众的承受能力，合理调整医疗服务价格，优化医疗机构收入结构。

提升医疗服务能力与质量。配合卫健等部门加强县域医共体建设，着力提升基层医疗卫生服务能力，推动村（社区）卫生站纳入医保定点管理，方便群众就近就医、即时结算。通过医疗、医保、医药、医共体、数字医疗政策联动，充分发挥分级诊疗和医保支付相结合的制度作用，激励基层医疗机构提升医疗服务水平。探索医疗服务能力评估同医院绩效评价相挂钩，引导医疗机构聚力提升医疗服务质量。

（三）推行常规药品价格定期监测发布

建立药品价格监测信息发布机制，动态监测和定期发布全市医保定点零售药店的医药价格及采购供应情况，广泛向经营者、消费者开启信息反馈服务新模式，引导经营者正确行使自主定价权合理制定药品价格，遏制药品价格虚高，促进医药行业高质量发展。

（四）推进并规范医保基金与医药企业直接结算

常态化制度化落实国家、省级药品和医用耗材集中带量采购政策，积极推进并规范医保基金与医药企业直接结算，逐步扩大直接结算品种范围，建立医药采购专户结算和履约保证制度，完善医保支付标准和集中采购价格的协同机制，落实医保资金结余留用政策，优化营商环境。

第五章 构筑坚实的医疗保障服务支撑体系

聚焦群众就医和医保需求，深入推进“放管服”改革，补短板、堵漏洞、强弱项，着力健全经办管理服务体系，提升医疗保障基础支撑能力，提高信息化服务水平，推进医疗保障治理创新，不断增强服务效能。

第一节 健全医疗保障公共服务体系

按照国家、省统一部署，完善医疗保障经办管理和公共服务体系，推进医疗保障公共服务标准化规范化，加快推进服务事项网上办理，提高运行效率和服务质量。

加强经办能力建设。按照全省医疗保障管理服务窗口标准规范及示范窗口评定标准，推动全市区县级以上经办标准化窗口全覆盖。按照全省统一的经办管理体系，大力推动医保经办服务下沉，统一经办规程，规范服务标识、窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限，逐步实现市、县（市、区）、镇场（街道）、村（社区）全覆盖。统一规范稽核监管标准体系，加强医疗保障经办管理机构内控机制建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。加强基层医保经办服务队伍建设和服务能力配置，建立健全与服务绩效挂钩的激励约束机制。在经办力量配置不足地区，可通过政府购买服务等方式，补齐基层医疗保障公共管理服务能力配置短板。

优化医疗保障公共服务。深化医疗保障领域“放管服”改革，推行医保经办政务服务事项清单管理，实现医疗保障“一站式”服务、“一窗口”办理、“一单制”结算。进一步推进“无证明城市”创建工作，减少证明材料，简化医保经办机构 and 定点医药机构办事手续。推进高频事项“全市通办”“省内通办”“跨省通办”。创新医保服务模式，积极构建服务大厅与网上平台、移

动终端、自助终端、咨询热线等互为补充的全方位经办服务格局，探索实施“视频办”，推进医疗保障公共服务均等可及。落实“好差评”制度，加强医保经办服务窗口行风建设。提升适老服务水平。积极推进“互联网+医保”，推动更多医保服务事项进驻“粤省事”“粤医保”“善美村居”和政务服务网，提高医保高频业务线上办理的比例。推动医保服务事项进驻粤智助政府服务自助机，逐步实现医保业务“全程网办、自助机办理、实体政务大厅代收代办”。结合服务特点完善协议管理、结算流程，积极探索信息共享，逐步实现处方流转、在线支付结算、送药上门一体化服务。

完善异地就医直接结算制度。扩大异地就医定点医疗机构覆盖面，推动符合条件的定点医疗机构上线异地就医直接结算平台，逐步实现住院、门诊费用线上线下一体化的异地就医结算服务。与国家异地就医平台对接，逐步实现普通门诊和门诊特定病种医疗费用省内异地就医直接结算、省内异地就医生育医疗费用直接结算、门诊费用跨省直接结算。简化优化异地就医备案服务，按照省的统一部署拓展更多异地就医备案服务方式，逐步实现异地就医备案服务接入国家医保服务平台 APP 和国家异地就医备案小程序。

加强队伍建设与人才培养。遵循“行政管理向上集中，经办服务向下延伸”的原则，加强经办服务队伍建设，加大培训与引进力度，合理配备经办人员力量，提升经办服务能力，着力打造

与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍。

第二节 高起点推进标准化和信息化建设

依托全国统一的医疗保障信息平台，逐步完善标准化工作基础，加强重点领域标准化工作，健全标准化工作体制机制。突出业务导向、应用导向，加快医保信息化建设，持续优化运行维护体系和安全管理体系，逐步实现跨地区、跨部门数据共享。

加强医保标准化建设。贯彻国家医疗保障局全国统一的 15 项医保业务信息编码，形成全市和全省、全国医疗保障的“通用语言”，确保业务编码全国统一、数据互认，推动医疗保障信息化标准化两化融合。建立信息业务编码标准数据动态维护机制，实现全市各地各机构对 15 项编码数据库动态维护。推进医保业务编码标准在全市范围内贯彻应用，实现标准在医保数据全覆盖、编码全转换、系统全贯通。统筹推进政务公开标准化，以简明扼要、通俗易懂的形式，及时通过门户网站及政务新媒体、办事大厅公示栏、服务窗口等平台发布服务指南、执法流程图，明确执法事项名称、依据、受理机构、受理条件、办理时限等内容，方便群众办事，并及时根据法律法规、规章及机构职能变化情况调整。

加强医保信息化建设。依托国家医疗保障信息平台全面支撑医保服务流程和方式系统性重塑，以数据通、系统通、业务通促

进线上线下深度融合，推进“标准统一、异地受理、协同联动”的“全市通办、一次办成”医保政务服务新模式，构建一体化医保业务经办支撑服务。推动建设医保移动支付中心和管理平台，统一对接定点医药机构、第三方渠道，推动医保结算支付移动化、智能化，提供更加便捷的医保移动支付服务。畅通多元化的线上服务渠道，加快推动医保电子凭证场景应用激活和移动支付工作，通过国家医保服务平台 APP、粤医保、粤省事、善美村居、PC 网厅、公众号等线上服务渠道，提供医保业务查询和办理服务。依托医保电子凭证进行实名认证，构建全市医保电子处方中心和流转平台，实现医疗机构处方信息与药店药品销售信息互联互通、实时共享，处方流转全程溯源，实现“互联网+”医疗服务复诊处方流转和线上移动支付。

第三节 持续推进医保治理创新

推进医疗保障经办机构法人治理，积极引入社会力量参与经办服务，探索建立共建共治共享的医保治理格局。规范和加强与商业保险机构、社会组织合作，完善激励约束机制。

支撑医保支付方式改革和异地就医直接结算。支撑医保支付方式改革，结合大数据应用，实现以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，支持按疾病诊断相关分组（DRG）付费、按病种分值付费方式。支撑更为便捷的异地就医结算，支持实现省内

跨市异地住院和门诊就医直接结算，与国家异地就医平台对接，实现门诊费用跨省直接结算。

提供智能化的医保基金运行和医疗保障监管支持。对医保基金从征缴、管理及支出进行全过程、全方位的核算和分析，对基金运行的违规和异常现象进行预警。建立完备的医保智能监管规则库，结合大数据分析技术，实现对定点医疗机构在患者就医过程中的智能监管。

支撑科学合理的全市医保信用评价应用。结合科学合理的信用评价指标和信用体系，构建信用综合评价模型，运用大数据技术对医疗保障管理全过程参与主体进行信用等级评定，建立黑白灰名单制度，为推行守信联合激励和失信联合惩戒提供数据支撑。

提供科学高效合理的宏观决策支持。定期从省集中系统获取汕尾市医保业务数据形成汕尾的医保数据库。汇聚全市医保基本信息和业务数据，结合外部单位关联数据，利用大数据分析技术，建立多维度分析模型，实现科学宏观决策。

积极引入社会力量。本着节约成本、提高管理效率的原则，将法定医保业务经办中的部分工作采取委托或外包方式交由市场主体承担，实施按绩效付费，完善激励约束机制。

第四节 强化法治支撑

深入推进法治医保建设，深化医疗保障制度改革，是深入贯彻习近平法治思想、全面推进依法治国和实施“健康中国”战略大背景下医疗保障工作实现更高保障水平和推动高质量发展的坚定方向和必由之路，是医保制度改革发展的有力保障。

加强医保领域依法行政。认真贯彻落实国家和省市医疗保障法律、法规、规章及规范性文件的要求，促进制度法治化、决策科学化、管理规范化的要求，健全完善重大决策、重大执法决定等重大行政行为的程序，严格行政处罚自由裁量标准。加强规范性文件管理，及时跟进上位法制定、修改、废止情况，加强与相关部门的工作联动，扎实有序开展规章和规范性文件清理工作。

严格规范公正文明执法。全面深入贯彻落实《行政处罚法》，加大对行政执法行为的监督力度。创新行政执法方式，推动执法联动和信息共享，以信息化手段推动“三项制度”全面落实。健全行政执法人员管理规定，全面实行持证上岗和资格管理制度。有效化解社会矛盾纠纷，完善行政复议和行政诉讼案件处理工作机制。

深入开展法治宣传教育。坚持全民普法先行，建设高素质医疗保障法治工作队伍。持续开展法治宣传教育，落实“谁执法谁普法”普法责任制，通过政策公开、舆论宣传、典型正反案例解读，打破固有传统观念，营造良好行业风气，更好地发挥法治在

医疗保障制度建设中的保障作用，不断增加人民对医保的获得感、幸福感、安全感。

第六章 保障措施

医疗保障是实现保障“病有所医”的关键性制度安排。要充分调动一切积极因素，创造规划实施的必要条件和良好环境，努力确保规划目标任务如期完成。

第一节 坚持党的全面领导

坚持各级党组(委)在医疗保障事业发展中的领导核心作用，医疗保障系统各级党组织要增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，将全面从严治党贯穿于医疗保障部门党的建设和党内生活各方面，健全医疗保障系统责任落实机制。各级领导机构要把医疗保障制度改革作为重要工作任务，坚持以项目为抓手带动规划实施，加强对规划实施情况的跟踪分析和监督检查。强化部门联动和协同管理，形成医疗保障深化改革和系统发展的强大合力。

第二节 强化资源投入保障

按照“盘活资金存量、用优资金增量、监控资金流量”的思路做好经费预算，做好对医疗保障事业投入，有效落实各项行动规划和规划项目。健全医疗保障资金分配使用管理和项目建设规范，加强资金监管和绩效评价。加强医疗保障队伍建设，强化业务培训，提高医疗保障业务人员工作能力和管理水平。加强医保领域执法队伍建设，充实医保监管力量。强化基层经办机构能力建设，确保医疗保障各项工作落到实处。

第三节 推进部门协同联动

建立医疗保障领域部门协作联动机制，深化“五医联动”。加强与财政、人力资源和社会保障、税务、卫生健康、民政、市场监管、公安、审计等部门的沟通协调，破除部门“信息孤岛”，加强信息互通共享。完善监督管理协作联动工作机制，形成打击欺诈骗保行为的部门合力，有效提升医疗保障基金安全保障水平。

第四节 营造良好舆论氛围

加强医疗保障政策解读和宣传服务，提高群众政策知晓度，

及时回应社会关切，合理引导预期。重要改革事项广泛听取意见，落实重大改革社会稳定性评估。充分调动各方支持，加强配合改革的积极性和主动性，凝聚社会共识。加强对两定机构和广大参保人员有关医保法律法规政策宣传，树立参保人的健康管理意识，提高医药机构和参保人员法治意识。积极主动曝光已查实的典型欺诈骗保案件，及时向社会传递打击欺诈骗保行为的决心。

第五节 加强规划监测评估

规划确定的指标和任务，是对广大人民群众的重大承诺，要建立健全规划实施监测评估机制、动态调整修订机制、监督考核机制，加大督查落实力度，接受人大、政协和人民群众监督。鼓励多方参与，积极引入第三方评估，确保各项任务和重点项目有效落实与推进。

“十四五”时期医疗保障事业工作责任清单

工作任务	责任部门	配合责任部门
完善基本医疗保险制度	市医疗保障局	市税务局
实行医疗保障待遇清单制度	市医疗保障局	
健全统一规范的医疗救助制度	市医疗保障局	市民政局、市财政局、市卫生健康局
完善重大疫情医疗救治费用保障机制	市医疗保障局	市财政局、市卫生健康局
促进多层次医疗保障体系发展	市医疗保障局	市民政局、市财政局、市总工会、汕尾银保监分局
完善筹资分担和调整机制	市医疗保障局	市财政局、市税务局
配合推动省级统筹	市医疗保障局	市委编办、市财政局、市卫生健康局、市政务服务数据管理局、市税务局
加强基金预算管理和风险预警	市医疗保障局	市财政局、市税务局
完善医保目录动态调整机制	市医疗保障局	市人社局、市卫生健康局、市市场监督管理局
完善医保协议管理	市医疗保障局	市卫生健康局、市政务服务数据管理局
深化医保支付方式改革	市医疗保障局	市财政局、市卫生健康局
完善基金监管体制	市医疗保障局	市卫生健康局、市市场监督管理局、市公安局、市审计局
创新基金监管方式	市医疗保障局	市财政局、市卫生健康局、市市场监督管理局

依法打击欺诈骗保行为	市医疗保障局	市发改局、市公安局、市卫生健康局、市市场监督管理局
深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革	市医疗保障局	市卫生健康局、市财政局、市市场监督管理局、市工信局、市人社局
完善医药服务价格形成机制	市医疗保障局	市卫生健康局、市市场监督管理局、市财政局
增强医药服务可及性	市卫生健康局	市发改局、市工信局、市医疗保障局、市市场监督管理局
促进医疗服务能力提升	市卫生健康局	市财政局、市人社局、市医疗保障局、市市场监督管理局
优化医疗保障公共服务	市医疗保障局	市卫生健康局、市政务服务数据管理局
高起点推进标准化和信息化建设	市医疗保障局	市政务服务数据管理局
加强经办能力建设	市医疗保障局	市财政局、市人社局
持续推进医保治理创新	市医疗保障局	市政务服务数据管理局、市税务局、汕尾市银保监分局