

附件

汕尾市医疗保障事业发展 “十四五”规划

(征求意见稿)

汕尾市医疗保障局编制
2021 年 7 月

目 录

汕尾市医疗保障事业发展	1
“十四五” 规划	1
第一章 发展基础和面临形势	3
第一节 发展基础	3
第二节 发展机遇	10
第三节 面临的挑战	12
第二章 总体要求	14
第一节 指导思想	14
第二节 基本原则	15
第三节 主要目标	16
第四节 关键指标	19
“十四五” 医疗保障关键指标	19
第三章 主要任务	21
第一节 健全完善多层次医疗保障体系	21
第二节 健全稳健可持续的筹资运行机制	23
第三节 建立管用高效的医保支付机制	25
第四节 健全严密有力的基金监管机制	27
第五节 协同推进医药服务供给侧改革	31
第六节 优化医疗保障公共管理服务	33
第四章 重点工程	36
第一节 实施医保全民参保工程	36
第二节 实施医保社会共建工程	37

第三节 实施医保标准化工程	40
第四节 实施医保智能化工程	41
第五节 实施医保法治化工程	43
第五章 保障措施	44
第一节 组织保障	44
第二节 能力保障	45
第三节 考核、评估、督查保障	46
第四节 宣传保障	46
第五节 疫情防控保障	47

汕尾市医疗保障事业发展“十四五”规划

第一章 发展基础和面临形势

第一节 发展基础

2018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引，以党的十八大、十九大及十九届二中、三中、四中、五中全会重大决定和精神为指导，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、基金监管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”期间全市医疗保障深化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。

一、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。

二、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”,将基本医疗保险报销后个人负责的医疗费用(含政策外的自费费用)纳入医疗救助范围。**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。

三、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 万元减低为 2 万元,2020 年从 2 万元再次减低为 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%。**六是**实施医疗

救助“二次救助”，将基本医疗保险政策外的自费费用纳入“二次救助”范围，将年度最高救助限额从5万元提高到10万元，个人负担超过3000元以上，即可纳入“二次救助”范围；特困供养人员、孤儿医疗救助不设起付线，救助比例100%，不设年度最高救助限额，实现“零支付”。2020年，全市支出医疗救助资金16431.65万元，其中，资助困难人员参加基本医疗保险15.17万人，医疗救助基金支出3346.80万元；住院救助12.49万人次，医疗救助基金支出10971.35万元。

四、多元复合式医保支付体系基本建立。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，得到省医保局高度肯定。二是积极争取省医保局支持，将我市列为广东省DRG付费方式改革试点，目前我市试点工作正在有序推进，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，积极探索适合县域医共体改革支付方式。

五、“五医”联动改革稳步推进。一是制定出台《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，让医保发挥撬动医改。

六、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。

七、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，市县医保部门、社保部门联合行动，并引入第三方机构，聘请专家等组成检查组，已完成对 18 家市级定点医疗机构核查，，全市检查定点医疗机构、定点药店检查覆盖率 100%。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，督促医疗机构自查自纠，引入第三方智能监管服务，扎实推进该项工作的进展，确保取得实效。市局抽查 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。四是强化排查整治。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。截止目前，处理违规定点医院 53 家，暂停定点零售药店服务协议 9 家，追回基金 4466.77 万元，对一家定点医疗机构行政处罚 70 多万

元，追回 3 名参保人违规医疗基金 4.88 万元，办理投诉举报 5 宗，曝光案件 4 宗，移交公安机关 2 宗。

八、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”管理制度模式。三是积极推进医保标准化信息化建设。汕尾作为全国医保信息平台第一个上线，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。全面推进医保电子凭证激活应用，做好 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。适应“放管服”、“无证明城市”要求，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。

九、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规定影响救治；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。

一、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。

二、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。

三、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。

四、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发展。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。

一、民生发展给医疗保障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。

二、宏观经济社会环境给医疗保障事业发展带来了新压力。一是经济全球化背景下贸易战等外部压力，可能对持续提升医疗保障水平产生负面影响，对优化筹资及待遇结构，控制不合理的医疗费用支出，完善分级诊疗等改革提出了更高的要求。二是高风险社会要求医疗保障体系具备应对突发性重大公共卫生事件的能力。三是信息技术发展的同时也带来信息管理的挑战，在医保管理中需要平衡好技术应用和个人隐私保护的关系。

三、人口结构变化给医疗保障事业发展带来了新任务。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。在“十四五”期间，汕尾市适应快速老龄化趋势，在筹资、待遇特别是医保基金和管理方面做好战略规划和布局，应对老龄化人口结构下的多维挑战，这对医保慢病管控和健康管理要提出更高的要求。

四、医疗保障发展中的短板给医疗保障事业改革与发展带来了新困难。一是医疗保障制度的系统性、协同性比较弱。还没有形成良性的内部循环。比如，政策往往过于注重保障水平，忽略政策的导向性，不注重调预期；往往过于注重“堵漏”等微观管理，忽略宏观调控，不注重建机制；往往过于注重“单线条”政策调整，忽略政策的系统性和整体性、联动性，不注重体系建设；往往过于注重行政干预手段，忽略市场对资源的调配作用，不注重利用规律；往往过于注重出台政策，忽略政策落地“最后一公里”，忽略信息化的赋能作用。二是基金监管长效机制尚不健全，监控系统仍然偏重事后审核，事前预警和事中管控开发不足，医保基金监管信息系统和国家及省医疗保障信息系统还存在一定的对接问题。三是医保经办体制仍需完善，人员配置不足，结构仍不够合理，远不能适应人民群众对医保经办的需求。四是医保社会治理机制仍未完善，如何加强医保、医疗、医药、医共体、数字医疗之间的统筹协调和综合改革，将是“十四五”期间面临的重大挑战。

五、医保社会治理机制给医疗保障事业共建共享共治带来了新挑战。将繁杂的医疗保障制度落地，除了增强行政效能，如何

强化社会治理，建设人人有责、人人尽责、人人共有的社会治理共同体，形成一个良好的医保外部生态环境，还有很多工作要做。比如，如何形成共识、行动协同，充分调动社会各方力量参与医保治理，推动形成矛盾自我化解机制，发挥最大限度的社会治理效益；如何发挥医保基础性、引领性作用，积极推动“五医联动”改革，构建对医疗机构的激励约束机制，发挥对医疗服务发展和卫生资源配置的引导性、基础性作用，协同推进“五医联动”改革向纵深发展；如何实现产业发展、群众受惠，积极推动“管理部门、医疗机构、生产企业、参保对象”相互促进、良性发展。如何尽快建成共建共享共治的医保社会治理体系，将是“十四五”期间社会治理体系建设面临的重大课题。

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、五中全会精神，贯彻落实党中央、国务院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，国家医疗保障局和省医保局的工作安排，坚持以人民为中心的发展思想，深入实施健康中国战略，坚定不

移贯彻新发展理念，坚持稳中求进的工作主基调，牢牢把握高质量发展的主题，不断深化医疗保障制度改革，不断推进医疗保障治理体系和治理能力现代化，加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，提升人民群众的获得感、幸福感、安全感，为构建新发展格局贡献医保力量。

第二节 基本原则

——坚持普惠公平原则。按照保障基本、量力而行、尽力而为，实事求是的原则，确定保障范围和标准。落实全民参保政策，，确保基本医疗保障依法覆盖全民，实现应保尽保、人人享有基本医疗保障。坚持筑牢底线、促进公平，强化制度公平，逐步缩小待遇差距，增强对困难群众基础性、兜底性保障。建立制度统一、公平普惠的医保格局。

——坚持健康持续原则。按照合理分担、均衡各方的原则，明确缴费责任，科学确定筹资水平。坚持防范风险，加强统筹共济，确保基金健康持续。为人民群众提供保障可靠、费用可控、服务可及、质量优良的医疗保障，实现医保制度可持续发展。

——坚持系统集成原则。按照系统集成、协同高效的要求，强化医保政策之间的关联度和联动性、协同性，增强医保、医疗、医药、医共体、数字医疗改革的整体性、系统性。明确多层次医疗保障体系的结构与功能定位，注重医保制度与外部相关环境的友好性，构建医保内部外部双循环相互促进的新发展格局。

——坚持改革创新原则。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”规划的总体目标是：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。

——实现医疗保障更加有力。坚持从汕尾实际出发，遵循客观规律，尽力而为、量力而行，切实维护人民群众基本医疗保障需求。守住政府责任边界，科学确定筹资待遇水平和各方负担比例，实现医保制度标准化、可持续。落实医疗保障待遇清单制度，建立与现阶段经济社会发展相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资机制，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，大幅度提升

医疗保障政务服务便捷性和舒适度。

——**实现医保管理更加精细。**注重基本医疗保障制度的整体性、系统性和联动性，推进全市“一盘棋”。强化基金预算的精细化管理，加强基金预算与征缴工作相衔接；统筹布局全市基本医疗保障待遇政策发展，强化待遇政策与基金承受能力的关联性，切实解决地区发展不平衡、结构发展不充分的短板；强化全市基本医疗服务价格项目的统筹管理，积极扩大药品和医用耗材集团采购覆盖面，增强价格调控能力；按照国家和省部署建立统一医保三大目录，深化医保支付方式改革，继续推进 **DRG** 付费方式改革试点工作，完善支付标准动态调整机制，健全医保支付标准与集中采购协同机制，推进集团采购的降价红利惠及群众。

——**实现医保治理更加有序。**强化医保社会治理，建设人人有责、人人尽责、人人共有的社会治理共同体，形成一个良好的医保外部环境。着眼于形成共识、行动协同，充分调动社会各方力量参与医保治理，推动形成矛盾自我化解机制；着眼于发挥医保基础性、引领性作用，积极推动“五医联动”改革，发挥对医疗服务发展和卫生资源配置的引导性、基础性作用，协同推进“五医联动”改革向纵深发展；着眼于产业发展、群众受惠，积极推动“管理部门、医疗机构、生产企业、参保对象”相互促进、良性发展；着眼于群策群力、分工协作，善于借助社会智慧、社会力量在医保制度改革、医保政策执行以及社会舆论形成等方面力量，完善医保共建共治共享的社会治理格局，强化医保服务能力

建设。

——实现医保服务更加便捷。主动对接、积极融入全国医疗保障信息平台建设，为全市医保业务办理标准化、公共服务便捷化、监督管理智能化、决策分析精准化提供能力支撑。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。推进“互联网+医保”服务，持续扩大和完善“粤省事”“粤医保”“民情地图”“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，构建全市医保电子处方中心和流转平台，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。汇聚全市医保数据，加强跨部门数据共享，实现科学宏观决策。

——实现医保制度更加健全。坚持科学立法、严格执法、公正司法、全民守法，围绕建立健全待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等机制，进一步完善相关配套制度，让基本医疗保障制度更加成熟定型、业务更加规范统一、体系更加完善完整、协商更加广泛多层的共建共治共享机制进一步健全，基金监管长效机制基本建立。

——实现医保基金更加安全。坚持底线思维，防范化解重大风险。基本医保基金管理得到加强，运行安全稳健，个人、单位、政府缴费责任更加均衡，基金结余合理，风险可控，多层次医疗保障衔接有序，群众医疗费用负担进一步减轻。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，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。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。

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

指标维度	指标名称	2020 年	2025 年	指标属性
参保覆盖	基本医疗保险参保率	97.91%	98%	约束性
基金安全	基本医疗保险（含生育保险）基金收入	27.56 亿元	收入规模与经济规模更加适应	预期性
	基本医疗保险（含生育保险）基金支出	23.40 亿元	支出规模与经济发展水平、群众疾病健康需求相适应	预期性
	基本医疗保险累计结余	—	保持在合理水平	预期性
保障程度	职工医保政策范围内住院报销比例	82.65%	80%	约束性
	居民医保政策范围内住院报销比例（含大病保险）	70.2%	70%	约束性
	重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例	—	80%	预期性
	商业保险赔付支出占卫生总费用的比例	—		预期性

精细管理	中国医疗支付方式改革覆盖面	100%	100%	预期性
	住院费用省内直接结算率	—	90%	预期性
优质服务	医疗保障政务服务满意率	—	85%	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

*指标解读

（1）参保率是衡量实现人人享有基本医疗保障覆盖目标和普适性的关键数据。此处的参保率是指户籍人口和缴纳职工医保对象的常住人口的参保率。

（2）报销比例和个人自付医疗费用率是衡量人民疾病医疗后顾之忧的关键指标。此处的报销比例是指一级、二级、三级医疗机构的综合报销比例。

（3）医疗保险基金支出占卫生总费用比重是科学控费、适度增长和制度可持续的宏观尺度。

（4）个人负担筹资比率是评价基本医疗保险筹资机制责任分担合理性的重要指标。合理划分政府与个人的筹资责任，需要在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费比重，从而形成相对均衡的筹资责任分担机制。

（5）职保与居保人均医保资金支出差距是反映两大制度公平度的核心指标。

（6）医保基金结余支付能力是考核基金平衡与运行持续性的动态指标。医保制度通常采取现收现付的财务机制，以追求年度收支预算平衡为基本目标，同时，考虑到医疗费用的合理增长，一般会考虑适度结余。

（7）困难人员住院医疗费用救助报销比例是指在基本医保、大病保险报销后，医疗救助制度在政策范围内的报销比例。其中，特困供养人员救助比例是100%。

第三章 主要任务

第一节 健全完善多层次医疗保障体系

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。

一、完善基本医疗保险制度。修订完善汕尾市基本医疗保险管理暂行规定，提升基本医疗保险参保质量，全面建成覆盖全民、依法参保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。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。

二、优化完善生育保险制度。优化生育保险制度，积极贯彻应对人口老龄化战略要求，合理设定生育津贴计发办法，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。

三、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。

四、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。建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，减少因病致贫、因病返贫发生。

五、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。

六、稳步推进长期护理保险制度。根据国家和省统一部署，审慎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。

七、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。完善公务员医疗补助和企业补充医疗保险制度。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“善美保”承保方案，探索慢性病、特定病种商业承保模式。

第二节 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和风险预警，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。

一、完善医保筹资调整机制。建立基本医疗保险基准费率制度，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，完善灵活就业人员参保缴费方式。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。

二、优化医保筹资分担机制。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任。提高职工的筹资分担比例，增强个人的健康责任意识，降低企业医保筹资负担，增强企业依法参保主动性。在维持现有筹资规模不变的情况下，以职工基本医疗保险筹资方式为标杆，分阶段合理调整用人单位的缴费比例，适当提高职工的缴费比例，加大稽核稽查力度，推动职工医保扩面征收。完善居民医保筹资机制，逐步转向政府与居民筹资责任均衡，由目前等额缴费转向以收入为基准的多档缴费，提升医疗保障均等化水平。

三、加强基金预算管理和风险预警。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，强化预算对预算执行的管控。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。

第三节 建立管用高效的医保支付机制

“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。

一、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。

二、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。

三、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，确保 2022 年 1 月 1 日正式实施。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。推进紧密型县域医共体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。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。

四、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。加强协议管理，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。

五、健全协商谈判机制。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。

第四节 健全严密有力的基金监管机制

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。

一、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。

1. 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。

2. 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。

3. 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。

二、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。

1.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。

2.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。

3.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评机制，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，实现与国家医保局信息平台 and 信用中国的联合惩戒，发挥联合惩戒威慑力。

三、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。

1.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。

2.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。

第五节 协同推进医药服务供给侧改革

“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。

一、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。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。落实国家、省级药品和医用耗材采购政策，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。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。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，强化对采购资金的监管。根据省的工作部署，到 2025 年基本实现药品、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。

二、完善医药服务价格形成机制。完善价格管理方式，优化调定价规则和程序。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，做好 6 岁以下儿童加收项目和特需项目确定工作。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，使用统一编码、数据标准和统一规范。加快新增医疗服务价格项目审核工作。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。协同开展医疗服务按病种、疾病诊断相关分组收付费联动改革试点。建立医药价格、病种费用等信息监测与披露机制，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。

三、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。

四、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。

第六节 优化医疗保障公共管理服务

完善经办管理和公共服务体系，提高信息化服务水平，推进医疗保障治理创新，为人民群众提供便捷高效的医疗保障服务。

一、优化医疗保障公共服务。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，实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算。加快推进服务事项网上办理，提高运行效率和服务质量。**一是**支撑医疗服务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。**二是**提供更加便捷的医保移动支付服务。基于国家医疗保障信息平台，努力推动定点医药机构对接医保移动支付中心和管理平台、医保部门官方认证授权的第三方渠

道，推进我市医疗保障支付移动化、智能化。**三是**建设全渠道全业务全场景的公共服务。通过国家医保服务平台 APP、粤医保小程序、粤省事小程序、PC 网厅、政务一体机、公众号等线上服务渠道，开展医保电子凭证激活和场景应用，探索应用 5G 科技和大数据，提供医保业务查询和办理服务，努力提高高频业务线上办理的比例，推进医疗保障公共服务均等可及。**四是**实现更加便捷可及的“互联网+医保”服务。建设慢性病特定门诊认定线上服务，打通医药机构、医保经办机构和群众数据壁垒，采取网上申请、后台审定、自行拿药的方式，实现参保人“最多跑一次”。

二、高起点推进标准化和信息化建设。一是加快推动医保电子凭证激活和移动支付工作，“以用促推”加大医保电子凭证推广力度，做好医保业务经办支撑服务。**二是**贯彻落实市委市政府关于优化营商环境决策部署，对接省项目组和市政数局，推动更多医保服务事项进驻“粤省事”“粤医保”和政务服务网，提高医保高频业务线上办理的比例。**三是**进一步推进“无证明城市”创建工作。结合医保工作实际，围绕“证件免交、证照免带”目标要求，进一步减少证明材料，简化医保经办机构和定点医药机构办事手续。**四是**积极融入“民情地图”和“善美村居”建设，推动医保服务事项进驻政务服务一体机，做好进驻市民广场相关工作，实现医保业务“全程网办、一体机办理、实体政务大厅代收代办”。

三、加强经办能力建设。构建全市统一的医疗保障经办管理

体系，大力推进服务下沉，实现县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。加强经办服务队伍建设，打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍。加强医疗保障公共管理服务能力配置，建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制。一是构建一体化医保业务经办支撑服务。依托医疗保障信息平台，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，大幅提高医保政务服务标准化、服务能力“双提升”，推动医保服务能力现代化。二是构建全市统一的医疗保障经办管理体系。探索建立“政策统一、基金统筹、全城通办、服务高效”的市、县（区）医疗保障经办一体化垂直管理体系，实现医疗保障事项一次办好、经办业务全城通办、政务服务事项一网通办及困难人员医疗保险、医疗救助待遇“一站式”结算。推进服务下沉，实现市、县、区全覆盖。三是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，加大培训力度，打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍。为医疗保障经办机构配备工作人员，合理配备经办人员力量，提升经办服务能力。

四、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。**一是**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。**二是**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。**三是**提供科学高效合理的宏观决策支持。搭建汕尾市本地数据平台，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。**四是**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。

第四章 重点工程

第一节 实施医保全民参保工程

一、全面实施全民参保。落实职工法定参保，职工基本医疗保险严格按照劳动关系参保缴费，同时增强居民医保的吸引力，实现基本医保制度全覆盖，参保率稳定在 98%以上。创新参保方

式，将灵活就业人员与新业态从业人员全部纳入医保体系，有序办理医保关系转移接续。完善异地就医直接结算制度。在待遇和筹资保持稳定的情况下，制定相关激励政策，将居民参保年龄和连续参保年限与缴费挂钩，并鼓励参保人尽早参保、连续参保。

二、畅通医保缴费渠道。健全医保参保缴费政策，逐步均衡各方筹资责任，逐步建立互助共济、责任共担的稳定可持续的筹资机制。深化医疗保险费征缴体制改革，做好点对点参保服务工作。探索建立跨区域医保管理协作机制，实现全流程、无缝隙公共服务，实现全民参保自主申报缴费，线下、线上同办，接入移动端申报缴费渠道，实现全国办、随时办。鼓励统筹地区五项社会保险单位参保登记互认与信息推送共享。做好流动就业人员跨统筹地区基本医保关系转移接续工作，促进参保与待遇享受无缝衔接。

三、合理引导参保预期。大力宣传医疗保障政策，帮参保人算好参保“好处账”，充分调动早参保、连续参保的积极性；讲清医疗保险的“社会共济”属性，明确缴费义务，均衡各方缴费责任，优化缴费结构，增强参保人的责任主体意识；强调社会主义初级阶段这个“基本国情”，医疗保障工作既尽力而为，又要量力而行，坚持保基本，引导参保人的待遇预期符合经济社会发展实际。

第二节 实施医保社会共建工程

一、吸纳社会智慧支撑。通过培育规范化社会组织、购买服务、支持调研、提供数据等方式，支持医疗保障领域高端智库的建设。充分发挥医保研究会等社团组织、高校、智库、科研院所等决策咨询和技术支撑作用。坚持问题导向，开展关于医保制度建设、治理能力和治理水平现代化等重要领域的专题研究，为进一步提升医保的科学决策水平和专业化、精细化管理能力提供依据、奠定基础。

二、引导社会舆论氛围。进一步发挥媒体的舆论引导和政策宣传作用，推进我市医保事业发展重大政策的政策解读，做好政策的“传声筒”，及时答疑释惑，增进社会公众对我市重大医保政策的理解认同。引导媒体回应群众关切，利用新媒体进一步加强做好医保领域政府信息公开工作，及时回应各方关切，增强公开实效，提升政府公信力。引导媒体开展普法活动，结合热点焦点问题，充分借力报社、电台、电视台、网站、融媒体中心等媒体及时准确开展医保法律法规和政策制度的宣传教育，提升医保领域普法的普及性、生动性、针对性和实效性。

三、吸纳社会资源参与。以健全多层次医疗保障体系为目标，发展多种形式的医疗保障项目，增强医保服务能力。充分发挥群团组织和社会组织在医保治理中的作用，畅通和规范市场主体、新社会阶层等参与医保治理的途径。促进慈善医疗和医疗互助健康发展，鼓励社会慈善捐赠，拓宽医疗救助资金来源，支持医疗

救助互助有序发展。规范和加强医疗保障部门与商业保险机构、社会组织的合作，积极推动商业补充医疗保险的有序发展，以满足人民群众多层次、多样化和个性化医疗保障的需求。创新医保管理服务方式，积极引进社会力量参与经办服务，探索建立共建共治共享医保治理格局。

四、善用社会力量共治。探索构建医疗保障部门主导的多元共治机制。建立医疗保障部门与民政、财政、人力资源社会保障、卫生健康等部门共同参与的工作机制，协同推进深化医疗保障制度改革。积极建立沟通交流平台，加强医保与医药机构的协商交流。运用大数据创新治理机制，建立医保医药服务考核评价体系，优化服务流程，推进信息系统建设。创新医保管理服务方式，积极引进社会力量参与经办服务。逐步引入专业行业参与医疗保障服务和医药服务，依托专家力量建立第三方评审机制，鼓励医药服务和医药行业代表参与医保治理。

五、巧用社会监督合力。进一步提升医疗保障社会治理水平，鼓励和支持社会各界积极参与医保监管，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。探索建立医疗保障社会监督制度，引入第三方力量，充分发挥监督职能，切实维护好人民群众的“救命钱”。建立信息披露制度，医疗保障部门定期向社会公告基金收支、结余和收益情况，主动接受社会监督。建立并不断完善欺诈骗保举报奖励制度，畅通投诉举报渠道，推动医保社会监督工作良好运行。通过探索引入第三方评价、信用评价与诚信体系的建

设、推进行业协会自律等方式，引导社会各界参与医保监督。

第三节 实施医保标准化工程

一、全面贯彻医保信息业务编码标准应用。通过贯彻国家医保局全国统一的 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。

二、建立规范统一医保数据标准。以国家和省医保数据标准规范为基础，建立全市统一医保数据标准。推动各县区按统一数据标准完成医保数据转换、治理和迁移，实现国家和省统一医保信息平台各地上线运行。按照统一数据标准构建全市集中医保数据仓库，支撑内部数据应用和分析、外部单位数据共享以及面向国家、省医保局的数据交换。

三、统筹推进医保服务标准化。公开发布编制公开医保服务指南、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，公开的信息要简明扼要、通俗易懂，并及时根据法律法规规章及机构职能变化情况进行动态调整。健全全市医保经办服务管理体系，持续推进经办业务规范化标准化建设，简化证明材料和备案手续，优化服务流程，规

范管理方式，推进医保领域“放管服”改革，为人民群众提供优质服务。

四、严格规范医保执法标准化。建立健全行政执法公示制度、执法全过程记录、重大执法决定法制审核等制度，统筹推进双随机一公开监管工作。规范统一的行政执法程序标准，执法文书样式，行政执法指引，规范行政处罚自由裁量权。依托“数字政府”云平台，加快推进执法信息互联互通共享，有效整合执法数据资源，实现对行政执法活动的即时性、过程性、系统性管理。

第四节 实施医保智能化工程

一、运用全国医疗保障信息平台支撑服务。根据国家和省医保局信息化建设的统一部署和要求，按照市“数字政府”总体规划，依托统一、高效、兼容、便捷、安全的全国医疗保障信息平台，实现“标准全市统一、数据市级集中、平台市级部署、网络全面覆盖”的医疗保障信息化建设要求，突出业务导向、应用导向，为业务办理标准化、监督管理智能化、公共服务便捷化、决策分析精准化提供能力支撑。

二、构建一体化医保业务经办优化服务。通过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“全省通办、一次办成”医保政务服务新模式，大幅提高医保政务服务标准化、服务能力“双提升”，推动医保服

务能力现代化。

三、建设全渠道全业务全场景的公共服务。通过国家医保服务平台 APP、粤医保小程序、粤省事小程序、善美村居、PC 网厅、公众号等线上服务渠道,开展医保电子凭证激活和场景应用,提供医保业务查询和办理服务,推进医疗保障公共服务均等可及。

四、拓展 “互联网+医保” 智能化服务。基于全国医疗保障信息平台,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。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。

五、完善科学合理的医保信用评价应用。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。

六、提供更为便捷的异地就医结算支持。支持实现省内跨市异地住院和门诊就医直接结算,支撑实现个人账户跨市使用支付,与国家异地就医平台对接,实现门诊费用跨市跨省直接结算。

七、强化医保基金全过程智能化监管。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。

八、提升科学高效合理的宏观决策水平。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。

第五节 实施医保法治化工程

深入推进法治医保建设，深化医疗保障制度改革，是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、医保法治是医保制度改革发展的有力保障，医疗保障的改革发展必须以医疗保障法治建设为基础。

一、完善依法行政制度体系。深入推进我市医保领域科学立法、民主立法，恪守以民为本、立法为民的理念，坚持以保障群众期待的医保权利和健康权利为重要工作内容，积极推进医疗保障重点领域地方性法规和规章的立法工作，坚持立改废释并举。加强规范性文件监督管理，建立规章和规范性文件清理长效机制。加快形成与医疗保障改革相衔接，有利于制度成熟定型的法律制度，建成以法规为支撑，规范性文件为补充的法规体系。

二、坚持严格规范公正执法。建立健全权责统一、权威高效的行政执法体制。深化行政执法体制改革，健全行政执法和刑事司法衔接机制。完善行政执法程序，建立健全行政裁量权基准制度。全面落实行政执法责任制，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。推动形成权威高效的行政执法体系和职责明确、依法行政的政府治理体系。

三、深入开展法治宣传教育。坚持全民普法先行。要坚持党对依法治国的集中统一领导，强化宪法和法律实施，建立健全政府工作人员学法用法制度，注重通过法治实践提高政府工作人员法治思维和依法行政能力，坚持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。

第五章 保障措施

第一节 组织保障

一、加强组织领导。全市医疗保障系统要高度重视医疗保障制度改革，把党的领导贯穿医疗保障制度改革始终。健全工作机制，采取有效措施。各级领导机构要切实发挥组织、协调、指导和监督作用，定期召开专题会议，听取汇报、通报工作、研究解决重大问题。将推进落实医疗保障制度改革纳入全面深化改革重

点任务，确保改革目标如期实现。

二、加强协同配合。各级医疗保障部门加强与财政、民政、人力资源社会保障、卫生健康、公安、市场监管、税务等部门的联系，形成更加良性的共同参与的工作机制，协同推进深化医疗保障制度改革，加强医疗保障领域法规制度建设；加强医保、医疗、医药各项政策之间的统筹协调，确保政策衔接规范、保障水平适宜适度。

第二节 能力保障

一、加强医疗保障信息化建设。结合互联网、大数据、云计算等推进“智慧医保”建设，实现医保信息全方位互通互享。政府加大投入，开展人工智能、物联网等新型基础设施建设，全面提高医疗保障科学化管理水平，有效提高医疗保障服务质量，促进医疗保障治理现代化建设。完善全市医疗保障大数据管理运用，实现对定点医药机构医保相关数据的实时全量采集，推进国家15项医保信息业务编码标准落地使用，优化医保结算政策，支撑医保支付方式改革。

二、加强医疗保障队伍建设及人才培养。加强医疗保障经办服务队伍建设，打造与新时代医保公共服务要求相适应的专业队伍，借助社会力量优化医保经办，提升医保经办能力。提高医疗保障工作人员的专业素养，努力培养以医疗专业背景为主，经济学、计算机、管理学等领域的复合型技术人才。

第三节 考核、评估、督查保障

一、加强考核评估。做好纳入规划指标、政策措施和重大项目实施情况的跟踪监测,认真组织开展规划实施情况中期评估及总结评估。要细化目标、分解任务,制定规划落实实施方案。进一步健全责任体系,严格落实各方主体责任,确保规划目标任务顺利完成。

二、加强社会监督。建立医保部门经办机构、大病保险承保机构定期沟通联系机制,指定专人负责社会义务监督员的管理和联络工作,定期召开座谈会,听取社会义务监督员的意见和建议。同时探索通过引入第三方评价、信用评价与诚信体系的建设、推进行业协会自律等方式,引导社会各界参与医保监督。

第四节 宣传保障

一、加强宣传教育。采用多种载体和媒介进行宣传教育,向群众宣传医疗保障法律法规和政策,同时依法开展全民参保动员工作,提高参保人对医保惠民政策的知晓率,提高全民参保意识。

二、进一步加强信息报送和宣传工作。完善信息报送制度,定期做好政务信息的收集、整理、编写和上报工作;同时完善官方信息发布和安全管理制

覆盖面。

第五节 疫情防控保障

一、完善医疗救治费用。贯彻执行国家、省的医保特殊政策，持续做好两个确保；按国家、省的新出台目录，做好治疗药品、医疗服务项目等纳入医保支付范围，同时做好医保系统维护；及时将治疗药品、医疗服务项目等纳入医保支付范围，合理确定确诊和疑似新冠肺炎的参保患者待遇保障水平。

二、完善疫苗及接种费用。持续做好疫苗接种费用支付各项工作及各部门工作衔接沟通，做好结算、数据上报及监测工作。

三、完善医药机构管理。进一步优化新冠肺炎结算工作流程，开辟医疗机构资金拨付和结算“绿色通道”，适度对救治医疗机构提高医保基金预付额度。