

台山市医疗保障事业发展“十四五”规划

目 录

第一章 “十三五”时期发展回顾	1
第一节 医疗保障制度体系更趋健全	1
第二节 医疗保障待遇水平稳步提高	2
第三节 医疗保障扶贫工作成效显著	2
第四节 医保支付方式改革持续深化	3
第五节 医疗保障经办服务不断优化	4
第六节 医疗保障基金监管效能提升	4
第二章 “十四五”时期发展形势	5
第一节 发展机遇	5
第二节 面临挑战	6
第三章 总体要求	8
第一节 指导思想	8
第二节 基本原则	9
第三节 总体目标	10
第四节 关键指标	12
第四章 “十四五”时期重点任务	14
第一节 完善多层次医疗保障体系	14
第二节 健全稳健可持续的筹资运行机制	17
第三节 建立管用高效的医保支付机制	19
第四节 健全严密有力的基金监管机制	21
第五节 协同推进医药集采和价格调整	23
第六节 优化医疗保障公共管理服务	25
第五章 保障措施	27
第一节 组织保障	27
第二节 法制保障	29
第三节 能力保障	29

第一章 “十三五”时期发展回顾

“十三五”是医疗保障全面深化改革的重要时期。“十三五”期间，台山市坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入推进医疗保障制度体系建设等关键领域、关键环节的一系列改革，积极探索适应台山实际的医疗保障发展之路，为“十四五”期间全市医疗保障领域深化改革与高质量发展奠定了坚实基础，为健康台山建设提供了重要支撑。

第一节 医疗保障制度体系更趋健全

2019年2月12日，台山市医疗保障局挂牌成立，整合理顺了原本分散在人力资源社会保障、卫生健康、民政和发展改革等部门的医疗保障相关职能，为深化医疗保障制度改革和治理体系现代化提供了组织保障，为构建专业、规范、高效的医保经办管理服务体系奠定了良好基础。

2020年，基本建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、重大疾病医疗保险、商业健康保险共同发展的医疗保障制度体系。一是整合城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险，统一覆盖范围、筹资政策、保障待遇、基金管理、经办管理，建立城乡一体化基本医疗保险制度，使得城乡参保人公平享有基本医疗保险权益。二是建立完善由“政府主导、市场运作、风险共担”的大病保险制度，完善商业保险机构承办城乡居民大病保险运行及监管机制，提升服务水平。三是建立健全困难群体的参保资助及医疗救助机制，医疗救助与基本医疗保险实现有效衔接，医保扶贫“托底”保障进一步巩固。四是基本

实现全民医保的目标，参保覆盖面稳步提升，截至 2020 年底，全市共有 84.98 万居民（含灵活就业人员）参加基本医疗保险一档，与 2019 年同期相比参保人数保持稳定，基本医疗保险总覆盖率达 97.28%。五是实现生育保险和职工基本医疗保险合并实施，生育保险参保人数为 10.53 万人，较 2019 年同期增长 5.3%。

第二节 医疗保障待遇水平稳步提高

台山市自实行医保一体化改革以来，参保人住院报销比例和最高支付限额持续上升，2020 年基本医疗保险一档住院统筹年度最高支付限额提高到 30 万元，一档住院统筹三级定点医疗机构的支付比例提高到 65%；大病保险起赔标准降至 1 万元，年度累计最高赔付限额为 24 万元，并通过下调住院统筹、大病保险统筹起赔标准、提高赔付比例、不设最高赔付限额等方式，向建档立卡贫困人口、最低生活保障对象和特困供养人员倾斜。

第三节 医疗保障扶贫工作成效显著

落实资助参保政策。资助参保范围进一步扩大，最低生活保障对象、特困供养人员、低收入家庭成员、建档立卡人员、困境儿童等困难居民纳入资助参保范围，由财政全额资助参保，个人免缴费，确保困难居民全面纳入基本医疗保险保障范围。

创新医保扶贫政策。100%实施医疗保障精准扶贫，将精准扶贫对象发生的住院和特定病种门诊医疗费用，通过基本医疗保险基金、大病保险资金、医疗救助资金和城乡居民医疗保障精准扶贫资金按规定提供精准全额资助。

实现医疗救助市级统筹。优化综合保障措施，提升医保扶贫待遇水平，统一全市医疗救助待遇。最低生活保障家庭成员、特困供养人员（含孤儿）、低收入家庭成员等医疗救助比例不低于70%，年度最高救助限额不低于8万元；对经医疗救助后医疗费用个人负担仍较重的医疗救助对象还可享受二次医疗救助；实施特定重大疾病患儿医疗救助政策，对参加基本医疗保险的0-14周岁（含14周岁）儿童治疗急性白血病和先天性心脏病的限定医疗费用，经基本医疗保险基金按规定比例支付后，城乡医疗救助基金救助20%。

推进医疗保障“一站式”结算。2020年底，全市共有6家定点医疗机构实现住院费用医疗救助和基本医疗保险、大病保险省内和跨省“一站式”直接结算，切实减轻群众垫付医疗费用负担，避免就医地和参保地两地往返报销，让群众少跑腿，办事更省心。

第四节 医保支付方式改革持续深化

自2018年起，台山市积极配合江门市推进医保支付方式改革，全市基本形成以按病种分值付费为主体、按人头付费、按床日付费、按项目付费、日间手术、平均定额结算为辅助的多元复合式医保支付体系，2020年确定6136个病种分值，病种分值库逐步完善，医保支付机制不断健全。在进一步完善病种分值付费工作的过程中，建立医保支付制度评议组织，健全医保经办机构与医疗机构之间的集体协商机制，充分听取相关部门和医疗机构的意见和建议，对医疗机构提出异议的病种、分值、系数等进行动态调整，共建医疗保障体系社会共治格局。

第五节 医疗保障经办服务不断优化

全市医保“放管服”持续推进，在线服务、效率服务和精准服务不断改善，以信息化服务为导向，推行就近办、简化办、一站办、联网办、掌上办等服务举措，深入推进异地就医直接结算服务，规范异地就医备案程序，完善医保电子凭证应用场景，推动医保业务云端办理，全面实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”结算，为参保群众提供更加方便快捷的医保服务。

第六节 医疗保障基金监管效能提升

畅通社会举报渠道，完善基金监管长效机制。开展“打击欺诈骗保 维护基金安全”集中宣传月活动，营造全社会关注并自觉维护医保基金安全的良好氛围。落实《江门市医疗保障局关于打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》，进一步激发群众参与医保基金监管的热情，形成制度支撑、社会监督、部门联动、群众参与的基金监管长效机制。

推行医保智能审核，有力打击欺诈骗保。多措并举，运用智能监控措施规范医保单据初审、复审，落实日常监管，实施现场检查全覆盖，组织开展机构自查、专项治理和省级交叉检查，聚焦和精准打击虚假住院、低标准入院、编码高套、分解住院、不合理检查、虚构医疗服务等违法违规行为，有效震慑违法违规行为，全力守护医保基金安全。

第二章 “十四五”时期发展形势

第一节 发展机遇

顶层设计为医疗保障事业发展指明了方向。医保制度框架基

本形成，管理服务日趋精细，医保改革共识不断凝聚。2016年10月25日，中共中央、国务院印发的《“健康中国2030”规划纲要》对医疗保障体系和药品供应保障提出了明确要求，体现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《关于深化医疗保障制度改革的意见》，着眼于加快建成覆盖全民、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，从总体上规划了未来一段时期我国医保的发展方向。二十大报告再次强调要健全多层次社会保障体系，扩大社会保险覆盖面，促进多层次医疗保障有序衔接，完善大病保险和医疗救助制度。

互联网和数字技术的发展将助力医保公共服务能力的提升。

“互联网+”、云计算、大数据的发展将在很大程度上改革和创新医保的管理方式、服务方式和行为方式，医保信息系统不断升级适应国家惠民工作的要求，促进“信息多跑路、群众少跑腿”的实现，医保经办能力大幅提升。基于大数据的算法优势，进行按病种分值付费等付费方式的测算和评价，为科学付费提供了新的技术基础。基于大数据开展医保实时监管，将医疗机构和药店、医师、参保人员等参与者的行为全部纳入实时在线监控，将实现医保由传统的“个案监管”向“大数据监管”的转变，实现从粗放式管理向精细化、标准化管理的转变。区块链技术的运用将有效避免医保欺诈，提高医保经办处理效率，并加强医疗信息交换的安全性。

市场与社会力量的发展日趋成熟。人们的风险与保险意识在快速提升，商业健康保险的产品供给能力在增强，可以丰富医保

产品供给，提高医疗保障水平。互助型医疗保险和慈善医疗的发展也有助于建立多层次医疗保障体系。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。

第二节 面临挑战

民生发展对医疗保障事业提出了新要求。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的体现在从追求之前的“病有所医”到现在的“预防为主”和“病有良医”的“大健康”需求上来。党的二十大报告和《“健康中国2030”规划纲要》都倡导要把保障人民健康放在优先发展的战略位置，完善人民健康促进政策。这就要求建立集预防、保健、康复于一体的整合型医疗服务模式，要求重视疾病预防工作，加紧实施慢病综合防控和健康管理，推进基本公共卫生服务均等化。

人口结构变化对医疗保障事业提出了新任务。台山市属于人口流出的县级市，且人口老龄化、高龄化程度远高全国和广东省平均水平，已成为广东省老龄化最严重的地区之一。截至2020年底，全市常住人口90.77万人中，60岁及以上人口为20.94万人，占23.07%，其中65岁及以上人口为14.96万人，占16.48%。全市常住人口与2019年的95.39万人相比，减少4.62万人，下降4.75%。常住人口减少、老龄快速化、高龄化对医疗保障事业提出了新任务。一是参保征缴扩面工作难度提升，台山是华侨之乡，移居海外人数逐年增加，且经济社会环境受新冠疫情影响较大，职工医保参保人数增长空间有限，基本医疗保险参保参保人

数难以提高，基金收入增长乏力，未来基金支出将持续增长，医疗保险基金运行风险不容忽视。二是失能老年人护理需求急剧增加，数量庞大的老年人群体对医疗保障和医疗服务提出了更高要求。如何推进医养结合，如何探索长期护理保险制度，以更高效地应对慢性病与失能的挑战，并分担家庭的照护压力，将是“十四五”期间医疗保障制度建设无法回避的重大问题。

宏观经济社会环境为医疗保障事业带来新难题。经济逆全球化背景下贸易战等外部压力，可能对提升医疗保障水平产生负面影响，对优化财务及待遇结构，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要求。未来的医疗保障体系也要随时准备应对突如其来的重大公共卫生事件，充分发挥医保在应急管理体系中的重要作用。劳动就业方式与行业结构将发生变化，人口流动性进一步增强，灵活就业人数可能增加，这些都对参保缴费和经办服务提出了更高要求。

医保经办体系建设为医保服务能力提升带来新挑战。医保经办职能将由台山市社会保险金管理局移交台山市医疗保障事业管理中心，新的经办体系仍需进一步完善，短时间难以满足人民群众对经办服务精细化、个性化的需求。全面推进医保治理现代化、科学化、精细化，满足参保群众和企业享受更加便捷、优质、高效、精细的医保服务，为加快完善全市医保经办管理和公共服务体系、提升医保经办服务能力带来了新的挑战。

第三章 总体要求

第一节 指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，坚持以人民健康为中心，以更好满足人民多样化医疗保障需求为目标，以医疗保障事业高质量发展为主题，以改革创新为动力，深化医疗保障制度改革，加快推进医疗保障治理体系和治理能力现代化建设，为建设健康台山、提升人民群众健康水平作出新贡献。

第二节 基本原则

坚持普惠公平原则。坚持全民参保、应保尽保、基本医疗保险依法覆盖全民，保障基本，尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准。坚持促进公平、筑牢底线，强化制度公平，逐步缩小待遇差距，增强对贫困群众基础性、兜底性保障。建立制度统一、公平普惠的医保格局，实现人人享有基本医疗保险。

坚持稳健持续原则。坚持合理分担、均衡各方缴费责任，科学确定筹资水平。坚持防范风险，加强统筹共济，确保基金稳健持续。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。

坚持协同高效原则。坚持系统集成、协同高效，增强医保、医疗、医药、公共卫生联动改革的整体性、系统性、协同性。明确多层次医疗保障体系的结构与功能定位，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

坚持改革创新原则。坚持问题导向和治理创新、提质增效，坚持政府主导，并发挥市场的重要支撑作用，提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平，提升医保服务群众的效能。

第三节 总体目标

到 2025 年，在全面实现“病有所医”的基础上，以“病有良医”为目标实现医保的高质量发展。基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务，医保制度体系基本成熟定型。建成覆盖全民、制度优化、权责关系清晰、体系结构合理、运行机制高效的多层次医疗保障体系。

待遇保障公平适度。落实国家、省、江门市的医疗保障待遇清单制度，科学界定医疗保障的基本制度、基本政策、基金支付项目和标准；规范医保支付政策，逐步统一待遇标准，基本医疗保障制度更加公平普惠。推进贯彻落实门诊共济保障，稳妥实施职工基本医疗保险个人账户改革工作，合理调整个人账户划入比例，统筹普通门诊和个人账户政策衔接，逐步提高门诊保障水平，增强门诊共济保障功能。群众多样化需求保障更加充分。各方缴费责任更加均衡，筹资标准和保障范围与经济社会发展水平更加适应，医保公共服务更加可及。

参保扩面稳妥推进。落实全民参保计划，统筹城乡医保参保宣传发动工作，横向强化税务、社保、教育等部门协作，纵向联动 17 个镇街，充分利用大数据比对，精准发动广大城乡居民参保，做实城乡居民参保工作。创新宣传形式提升宣传效果，“线上”与“线下”相结合，通过官方媒体宣传、举办专场宣传活动、派发宣传资料、上门入户等多种方式扩大宣传效果，提高居民参保积极性。加强人员信息比对和共享，建立并完善应参保名单，重点发动持居住证人员、就业转失业人员、学生参保，持续推进

中途参保，扩大参保征缴面。夯实困难居民资助参保机制，保障困难居民应保尽保。

医药服务管理高效运行。按照国家、省、江门市的部署，落实药品和医用耗材集中采购制度，协同深化药品、医用耗材集中采购制度改革。配合完善医疗服务价格动态调整机制，在国家、省、江门市规定的范围内，科学确定、调整医疗服务价格。加强定点医疗机构协议管理，完善医保医药服务考核评价体系，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，将考核结果与医保基金支付挂钩，落实定点医药机构退出机制，实现动态管理。

治理机制创新优化。深化医疗保险支付制度改革，全面推行总额预算管理下的复合式付费方式，优化支付方式，实现基金支出稳定可控。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。完善省内、外异地就医直接结算，加强参保地与就医地协作，方便群众结算，减少群众“跑腿”“垫资”。根据国家医保信息化建设指南和标准规范，在省政府“数字政府”统一框架体系下，按照“统一、高效、兼容、便捷、安全”总目标，协助构建国家医保信息平台。加强基金监管方式创新和信用体系建设，提高智能监控水平，建立适合台山实际的长效监管方式。建立医保基金收支精算平衡机制和医保基金预警模型，运用大数据技术辅助运行管理，防范化解基金运行风险。

法治化水平有效提升。加快医疗保障的法治建设步伐，提升医疗保障的法治化水平。推动制定医疗保障领域行政法规，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，

做到有法可依。加强医疗保障专业执法队伍建设，推动医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化，避免行政不作为，持续打击欺诈骗保行为。

第四节 关键指标

基于上述思路与发展目标，设定若干考核指标，见表 1。

表 1 “十四五”医疗保障考核指标

类别	主要指标	2020 年	2025 年	指标属性
参保覆盖	基本医疗保险参保率 (%)	> 95	> 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)	10.76	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)	9.65	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 (%)	85	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 (%)	75	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	> 85	90	预期性

	费和按病种付费的住院费用 占全部住院费用的比例 (%)			
	公立医疗机构通过省级集中 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
	公立医疗机构通过省级集中 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	> 5	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 (%)	80	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

第四章 “十四五”时期重点任务

第一节 完善多层次医疗保障体系

(一) 优化基本医疗保险制度

1. 优化城乡居民基本医保制度。城乡居民由自愿参保转为

“自动”参保，继续将新兴行业务工人员纳入医疗保障体系作为重点工作推进，实现基本医疗保险“应保尽保”，2025年，基本医疗保险参保率达到95%。适度提高职工和居民住院报销比例。严格按照国家、省、江门市的要求落实医疗保障待遇清单管理制度，在统一的制度政策框架内规范基金支付范围、基金支付项目和标准，公平适度保障人民群众基本医疗保险权益。适当提升重点患者群体的待遇保障水平。

2. 优化大病保险财政补助政策。按照江门市统一部署，根据经济发展水平和基金承受能力适度提高大病保险保障水平，强化大病保险与基本医疗保险及医疗救助三重法定医疗保障制度的衔接。

3. 进一步健全医疗救助制度。优化救助对象及时精准识别机制，科学确定救助范围，规范救助标准，理顺经办管理，形成包括资助参保、医疗救助（包括二次救助）的医疗救助体系。各级财政应适度加大对医疗救助的投入，明确各级财政的负担比例。积极探索多渠道的筹资来源以满足救助需要和可持续性。

（二）推进商业健康保险发展

4. 积极引导和支持商业性健康保险的发展。通过政策引导与强化市场竞争等手段，激励保险公司开发“适销对路”的医疗与健康保障系列产品，在社会医保报销目录之外扩大病种、药品、医疗服务的报销范围，提高赔付标准，以满足不同收入群体的多层次和多样化医疗保障需求。

（三）发展针对重点人群的医疗保障制度

5. 加强对相对贫困人员的医疗保障。加强医保等相关部门之

间的有机联动，建立相对贫困人员的信息共享平台。加强动态监测，构建多层次医疗救助体系，完善医疗救助政策，增强医疗救助兜底力度。巩固拓展医保脱贫攻坚成果，将脱贫攻坚期开展的其他医疗保障扶贫措施资金逐步统一并入医疗救助基金，实现由集中资源支持脱贫攻坚向基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡，建立防范和化解因病致贫长效机制。综合施策降低农村低收入人口看病就医成本，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。

（四）优化完善生育保险制度

6. 进一步落实《广东省职工生育保险规定》，促进实现应保尽保。落实江门市生育保险配套政策，配合推进生育医疗费用支付方式改革，住院分娩按病种支付，产前检查按人头支付，控制生育医疗费用不合理增长。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。

7. 优化生育保险和医疗保险合并实施后的协同管理。注重二险合并后在缴费标准、责任机制等方面的衔接。理顺合并实施和省级统筹的政策衔接问题。统筹考虑生育保险与医疗保障经办管理的信息化建设工作。

（五）探索建立长期护理保险制度

8. 探索建立长期护理保险制度。根据国家、省、江门市的工作部署，探索符合台山实际情况的长期护理保险制度，明确参保范围、资金筹集方式、保障范围、支付标准以及经办管理权限等。强调互助共济原则，探索建立单位、个人、财政、社会等责任共担的多元筹资机制，合理划分筹资责任和保障责任。制定科学的失能评估标准，实行精准保障。

9. 加强医养结合工作与长期护理保险制度的配合。按照自愿申请的原则，将符合条件的养老机构内设医疗机构纳入定点医疗机构范围，将符合条件的医保定点机构按规定纳入长期护理保险定点，促进医养结合工作的开展。继续推进家庭病床的发展，增强对老龄人口的居家护理能力。鼓励发展医养结合型补充性保险，发展健康管理。

（六）落实应急医疗救治保障制度

10. 完善应急医疗救治费用保障机制。将新冠疫情期间临时出台的应急性政策纳入医疗保障制度中，成为专项应急机制，包括应急启动机制、资金支撑、政策待遇及具体运行等内容。

11. 健全重大疫情医疗救治医保支付机制。在突发重大公共卫生事件等紧急情况时，确保医疗机构先救治、后收费；落实异地就医直接结算制度，确保患者不因费用问题影响就医；落实特殊群体、特定疾病医药费豁免制度以及有针对性免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款的政策；按照国家、省和江门市的统一要求，建立健全医保基金与公共卫生财政资金在重大疫情医疗救治费用保障中的统筹使用机制。

专栏 1 完善医疗保障体系的创新性工作

- 1、城乡居民由自愿参保转为“自动”参保。
- 2、适当提升重点患者群体的待遇保障水平。
- 3、强化大病保险与基本医疗保险及医疗救助三重法定医疗保障制度的衔接。
- 4、各级财政应适度加大对医疗救助的投入。
- 5、加强对相对贫困人员的医疗保障。
- 6、探索建立长期护理保险制度。

第二节 健全稳健可持续的筹资运行机制

(七) 完善筹资分担和调整机制

12. 逐步均衡筹资负担，完善筹资方式。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，优化筹资结构。就业人员参加基本医疗保险由用人单位和个人共同缴费。非就业人员参加居民基本医疗保险由个人缴费，政府按规定给予补助，缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。

13. 加强新业态从业人员参保缴费管理。适应新业态的发展，探索建立新业态从业人员参保缴费机制，推动各类新业态从业人员和灵活就业人员参加医保，提高参保率。

14. 加强财政投入，逐步提高筹资水平。研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。加强财政对长期护理和医疗救助的投入，拓宽医疗救助筹资渠道。

(八) 完善基金预算制度，建立预警机制

15. 强化医保基金预算管理，推进绩效评价。科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。落实上级关于预算编制执行、监督管理的有关要求，进一步强化预算约束、强化医疗保障基金（资金）的绩效评价。

16. 建立基金预警机制。加强基金中长期精算，构建收支平衡机制，健全基金运行风险评估、预警机制。基于大数据建立医保基金预测预警模型，在此基础上建立监控规则库、优化监控系统。

专栏 2 健全稳健可持续的筹资运行机制的创新性工作

1、居民医保缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。

2、完善灵活就业人员参保缴费方式。

3、研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。
4、建立基本医疗保险基准费率制度并实行动态调整。
5、强化医疗保障基金（资金）的绩效评价。
6、基于大数据建立医保基金预测预警模型。

第三节 建立管用高效的医保支付机制

（九）落实医保目录调整机制

17. **规范医保目录管理。**按照国家和省的规定继续做好新版药品目录和国家谈判药品的落地工作。严格执行国家、省基本医疗保险目录及医保用药限定支付范围，及时调整更新本市目录，实现医保目录动态调整。加强高值医用耗材规范化管理，明确监测、监管范围，引导规范医疗服务行为，促进医用耗材合理使用。积极推进纳入医保支付范围的“互联网+医疗”服务项目，落实医保“双通道”和高血压、糖尿病门诊用药保障等政策。

（十）强化两定机构管理

18. **创新定点服务协议管理。**完善基本医疗保险协议管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。将符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围，完善定点医药机构退出机制，实现动态管理。落实跨区域就医协议管理机制。

19. **建立健全定点医药机构动态管理机制。**完善定点医药机构绩效评价指标体系，将医疗质量、费用控制、用药合理性、参保人获得感等作为对定点医药机构考核评价的重要依据，将考核结果与预算管理、检查稽核、费用结算、协议管理等工作相关联并向社会公开，实现定点医药机构的精细管理和差别化支付。

（十一）深化医保支付方式改革

20. 复合式医保支付方式。开展总额预算管理下以按病种分值付费为主的多元复合式医保支付方式，推广按病种分值付费、按疾病诊断相关分组付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费。

21. 开展特色病种分值付费。支持基层医疗卫生机构发展，设置适宜基层医疗机构开展的基层病种，引导合理就医，促进基层首诊。设置符合中医药特点的中医病种，引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务。扩大日间手术病种范围，总结日间手术试点工作的经验，完善日间手术病种分值付费方式。

22. 完善门诊支付制度。按照上级部署，深化门诊支付方式改革，完善普通门诊统筹、门诊特殊慢性病按人头付费，探索进一步扩大普通门诊统筹选点的范围。

23. 配合推进医保支付方式创新。根据国家、省和江门市的统一部署，配合推进与高水平医院发展相适应的支付方式创新，促进医疗新技术的合理应用；落实省内异地就医按就医地支付方式付费，引导医疗机构合理诊疗，提高医保资金使用效能；协同做好医保支付方式的智能监控和监测评估。

专栏 3 完善合理、有效的医保支付机制

- | |
|--------------------------------|
| 1、加强高值医用耗材规范化管理。 |
| 2、推进纳入医保支付范围的“互联网+医疗”服务项目开展。 |
| 3、完善定点医药机构准入和退出机制。 |
| 4、开展基层病种、中医病种和日间手术病种等特色病种分值付费。 |
| 5、探索进一步扩大普通门诊统筹选点的范围。 |
| 6、落实省内异地就医按就医地支付方式付费。 |

第四节 健全严密有力的基金监管机制

(十二) 创新医疗保障基金监管方式

24. 建立健全监督检查制度。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、飞行检查、重点检查、专家审查等多形式相结合的检查制度。建立部门联动机制，开展联合检查，形成监管合力。积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方力量参与医疗保障基金监管，建立对第三方机构的管理制度，建立和完善政府购买服务制度，提升监管的专业性。

25. 建立综合监管制度，加强部门联动。适应医疗保障管理服务特点，组建包括医学、法律、财务、审计、信息等各方面专业人士在内的医保基金监督专家库。医保部门与纪委监委、公安、卫健、市场监管等部门建立协同联动机制，建立和完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度。推进信息共享和互联互通，健全协同执法工作机制。

26. 健全社会监督制度。建立信息披露制度，经办机构定期向社会公告医疗保障基金的收支、结余和收益情况，接受社会监督。完善对医疗服务的监控机制，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。建立医疗保障基金社会监督员制度，聘请人大代表、政协委员、群众和新闻媒体代表等担任社会监督员，对定点医药机构、经办机构、参保人员等进行监督。发布打击欺诈骗保成果及典型案例，发挥警示教育作用，持续巩固打击欺诈骗保的高压态势。建立医疗保障违法违规违约行为举报奖励制度。

27. **加强监控管理队伍建设。**建立专业化的基金监管稽核队伍。加强培训，以专题培训、以案带训等方式，组织开展基金监管业务培训，全面提升基金监管人员业务能力水平。

(十三) 发展医疗保障基金智能监控

28. **完善医保支付结算的智能监控。**按照国家的统一部署和省、江门市的工作安排，逐步推进国家医保信息系统建设，逐步建立全程实时监控的医疗保险信息系统，实现与定点医药机构信息系统的对接，对定点医药机构医疗费用实行事前提醒、事中监控、事后审核的全程实时监控，重点对药品、高值医用耗材使用情况及大型医用设备检查等医疗行为进行跟踪监测评估，逐步建立医保基金欺诈行为监控机制，及时阻断医疗机构的不规范医疗行为。

(十四) 建立基金监管信用体系

29. **推行守信联合激励和失信联合惩戒。**推动将欺诈骗保行为纳入我市信用管理体系，建立守信联合激励和失信惩戒制度。

(十五) 加强异地就医监管

30. **协同配合，加强异地就医监管。**配合异地医保经办部门，协同调查异地就医零星报销异常情形，共同防范打击欺诈骗保行为。落实就医地监管责任，将异地就医人员纳入统一监管范围，着重配合参保地加强备案管理，规范医疗行为。

专栏 4 健全严密有力的基金监管机制

- 1、建立部门联动机制开展联合检查和共同执法。
- 2、组建包括医学、法律、财务、审计、信息等各方面专业人士在内的医保基金监督专家库。
- 3、建立医疗服务信息强制披露制度。

4、建立专业化的基金监管稽核队伍。

5、推进公立医疗机构、非公立医疗机构、零售药店、医师、药师等行业协会开展行业规范和自律建设。

6、将异地就医人员纳入统一监管范围。

第五节 协同推进医药集采和价格调整

(十六) 落实药品与耗材集中采购政策

31. 深化集中带量采购制度改革。按照上级部署，组织医疗机构开展中选药品与高值耗材集中采购和跨区域联合集中采购有关工作。通过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。做好医保支付标准和集中采购价格的协同，建立并完善定期通报制度，落实结余留用政策，有效提高医疗机构参与集中采购的积极性，有力推动药品和高值医用耗材大幅度下降，切实减轻人民群众医疗费用负担。

(十七) 强化药品和医用耗材价格监测

32. 协同开展药品和医用耗材价格治理。全面落实公立医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测、交易价格信息共享等机制，提升对药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力。协同国家、省、江门市强化药品和医用耗材价格监测，运用医药价格和招采信用评价等工具，遏制药品和医用耗材价格虚高。

(十八) 协助做好医疗服务价格调整工作

33. 完善医疗服务价格形成机制。配合上级部门执行医药价格形成有关规定，参与规范测算评估、专家论证、征求意见和集体讨论等程序，协同完善适应经济社会发展、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。

34. 加强医疗服务价格动态管理。全面清理医疗机构自行拓展项目,实现医疗服务价格项目统一由省立项、编码和列入目录。指导医疗机构申请新增符合条件的医疗服务价格项目,落实价格项目立项和退出机制,促进我市医疗技术创新发展和临床应用。组织公立医疗机构落实医疗服务价格政策调整,扎实推进医疗服务价格政策落地实施。

专栏 5 深化集中采购和医药价格改革
1. 配合做好省有关平台和跨区域联合的集中采购工作。
2. 落实药品集中采购工作中医保资金结余留用政策。
3. 强化药品和医用耗材价格监测。
4. 完善医疗服务价格形成机制。
5. 加强医疗服务价格动态管理。

第六节 优化医疗保障公共管理服务

(十九) 加快医疗保险大数据信息平台建设

35. 推进医疗保障信息系统建设。按照国家和省信息化建设的整体规划和要求,结合本市的实际需求,建设并部署统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统,实现精确监管、科学决策和个性化服务。推广应用医保电子凭证、医疗电子票据、电子处方流转等,增加支持使用的定点医药机构数量,拓展应用场景。

36. 建设集管理、决策、应用三大功能的医疗保险大数据信息平台。完善基本医疗保障全国联网和异地就医直接结算,健全异地转诊的政策措施,加强参保地与就医地协作,方便群众结算,

减少群众“跑腿”“垫资”。与定点医药机构的系统实现全面对接，运用医疗服务监控系统，强化医疗服务协议管理。

（二十）加强医疗保障经办能力建设

37. 推进经办体制改革与创新。整合各类社会医疗保险、生育保险、医疗救助和医药价格经办管理资源，建立统一的县级医疗保障服务中心，为进一步提高经办服务效能提供体制组织机构和体制保障。

38. 加强医疗保障经办服务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，重新布局并配备人力。按照服务对象多寡为医疗保障经办机构配备工作人员，统一明确医疗保障经办机构员工队伍建设的编制依据，建立职业化、专业化的医保经办队伍。

39. 优化经办服务。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。大力推进服务下沉，力争县、镇、村全覆盖。

（二十一）持续推进医保治理创新

40. 积极引入社会力量参与经办服务。推行政保合作、政银合作模式，分担经办机构的负担，节约成本，提高服务效率和质量。建立与相关职能部门及商业保险机构等社会相关领域的沟通交流机制，规范和加强与商业保险机构、社会组织等的合作，完善激励约束机制，力争实现共建共治共享的医保治理格局。

41. 进一步发挥高端智库和专业机构的技术支撑作用。鼓励相关人员与机构围绕本市医保改革与发展中的关键问题，深入开展调查研究，为科学治理提供技术支撑。

专栏 6 优化医疗保障公共管理服务的创新性工作

- 1、建立统一的医疗保障事业管理中心。
- 2、按照服务对象多寡为医疗保障经办机构配备工作人员。
- 3、推广应用医保电子凭证、电子处方流转等。
- 4、建设集管理、决策、应用三大功能的医疗保险大数据信息平台。
- 5、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医疗救助待遇“一站式”结算。
- 6、力争医保经办服务县、镇、村全覆盖。

第五章 保障措施

第一节 组织保障

（一）坚持党的领导。切实加强党对医保工作的全面领导。把党对医保工作的领导贯彻到医保改革发展的全过程，切实提高政治站位，落实“两个维护”，增强政治判断力、政治领悟力和政治执行力，准确把握医保新发展阶段、新发展理念、新发展格局要求。抓好党风廉政“一岗双责”制度建设，切实做到把党风廉政建设和反腐败工作与日常业务工作一起抓，筑牢医保系统防腐拒变防火墙，同时守好医保领域意识形态主阵地，为确保规划实施提供政治保障和思想保障。

（二）强化部门协同。一是进一步完善医疗保障基金综合监管部门间联席会议制度，由政府统一领导，卫生健康、市场监督管理、审计、财政、公安等部门为成员单位。办公室设在医保部门，不定期召开部门联席会议，各部门通报情况、研究医保相关工作，及时协调解决各部门重大问题。二是建立专项行动检查人

员库，动态调整维护，针对医保领域的突出问题，聚焦人民群众反映强烈的热点问题，制定年度抽查计划，随机抽取检查对象，随机选派执法检查人员，开展跨部门联合执法，实现“进一次门，查多项事”。三是加强医保协同治理，多部门协同推进医保与医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套，研究解决医保改革中跨部门、跨区域、跨行业的重大问题，为推动“三医”联动改革提供更加强有力的组织保障。四是合力打赢城乡居民医保参保扩面攻坚战。医保部门牵头统筹，横向强化税务、社保、教育等部门协作，纵向联动 17 个镇（街），指导镇（街）建立应参保名单，加强人员信息比对和共享，精准发动广大城乡居民参保，做实全民参保工作。

（三）营造良好氛围。做好政府信息公开和新闻宣传工作，及时准确发布权威信息。紧紧围绕医疗保障重点改革、重大政策、重要工作，广泛开展宣传，回应社会关切，引导社会舆论和公众预期，增进各方共识。督促全市各定点医疗机构和定点零售药店，充分利用广播电视、微信、门户网站、经办窗口、宣传栏等多种渠道，采取多种形式，向广大群众宣传医疗保障法律、法规、政策，提升民众对医保政策的知晓率。持续深入开展医保普法宣传，做实“国家医保基金监管集中宣传月”活动，增强全社会医保法治意识。对定点医疗机构存在的低指征入院、违规收费、重复检查、过度医疗等行为，以及定点零售药店存在的社会保障卡刷生活用品，违规套取医保资金等行为，加强警示教育宣传。

（四）加强监管力量。明确市医保部门的监管职责，加强与监察、公安、卫生健康、市场监督管理、审计等部门协调配合，

形成医疗保障基金综合监管合力。通过全面调查、抽查、受理举报投诉等方式，对医疗机构及药品经营单位等医疗保险服务机构、承办医疗保障业务的经办机构和商业保险机构、用人单位、参保人员遵守医疗保障相关法律、法规和规章的情况进行监督检查。充分利用智能监控等手段不断提升对医疗保障制度特别是医保基金的监管能力和水平。对违法违规行为，依法作出行政处罚处罚决定；涉及医保方面的欺诈行为等涉嫌犯罪的，移送司法机关。

第二节 法制保障

贯彻落实各级医保法律法规和政策文件。全面落实医保依法行政制度，完善医保行政执法程序，合法、合理、适当地行使行政处罚裁量权，严格规范公正文明执法，切实提高医保行政执法水平。广泛深入开展医保政策解读和普法宣传，积极推进医保决策和重点领域信息公开，认真回应社会关切，不断增强参保人、参保单位、定点医药机构的医保法治意识。

第三节 能力保障

（一）加强医保人才队伍建设。努力打造一支“心中有理想、肩上有担当、身上有本领、脚下有定力”的医保干部队伍。实施干部素质能力提升工程和全员培训计划，培养一批“懂医学、会保险、能算数、善管理”的专家型、复合型医保专业人才，建设思想过硬、业务精湛、作风过硬的执法人员队伍。大力培养引进医药、统计、财会、保险、信息技术、法律等专业人才，努力打造与新时代医保公共服务要求相适应的专业化经办队伍。

（二）加强医保大数据应用。依托“统一、高效、兼容、便捷、安全”的医疗保障信息平台，打破医疗保障信息化领域的地域和技术壁垒，推进“智慧医保”建设。完善全民参保基础信息库，提升数据质量，强化医保业务、招采监管、智能监管、异地就医等应用模块数据共享，通过大数据来不断完善监控指标体系，建立自动监控报警机制等，为上审核下稽核提供有效依据，实现监管智能化、精准化。

公开方式：主动公开

台山市医疗保障局办公室

2022年2月3日印发