

江门市医疗保障事业发展“十四五”规划

目录

一、发展基础和面临的形势.....	1
(一) 发展基础.....	1
(二) 发展机遇.....	4
(三) 面临的挑战.....	5
二、总体要求.....	8
(一) 指导思想.....	8
(二) 基本原则.....	8
(三) 主要目标.....	9
(四) 关键指标.....	12
三、重点任务.....	13
(一) 完善医疗保障待遇机制.....	13
(二) 健全稳健可持续的筹资运行机制.....	17
(三) 建立管用高效的医保支付机制.....	18
(四) 健全严密有力的基金监管机制.....	20
(五) 协同推进医药服务供给侧改革.....	23
(六) 优化医疗保障公共管理服务.....	25
四、保障措施.....	27
(一) 法制保障.....	27
(二) 组织保障.....	27
(三) 能力保障.....	29

一、发展基础和面临的形势

（一）发展基础

“十三五”是江门市医疗保障全面深化改革的重要时期。“十三五”期间，江门医疗保障系统以党的十八大、十九大及中央全会重大决定和精神为指导，坚持“政府主导、责任分担、全面覆盖、城乡一体、层次多元”的理念，努力推进医疗保障关键领域和关键环节的一系列改革，在多方面取得显著成效，为“十四五”期间实现医保高质量发展奠定了良好的基础。

医疗保障管理体制从部门分割走向集中统一。江门市医疗保障局于2019年1月挂牌成立，医保局的组建，整合理顺了原本分散在人社、民政、卫健与发改等部门的医疗保障相关职能，使得医疗保障管理体制从部门分割走向集中统一，扫清了长期制约这一制度改革与发展的体制性障碍。

医疗保障制度体系更趋健全。江门市已建立起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，各项制度平稳运行。基本医疗保险方面，成功打破医保城乡分置，全市医保制度归并为城乡一体的社会医疗保险制度，使得城乡参保人公平享有基本医疗保险权益，城乡居民医保待遇显著提高；基本实现全民医保的目标，截至2020年底，全市共有248.43万居民（含灵活就业人员）参加基本医疗保险一档，其中困难居民参保人18.97万，60岁以上参保人56.19万；

引入商业保险机构承办大病保险，理顺业务流程，提供政策指引，构建起大病医保“政府主导、商业参与、风险共担”的格局。医疗救助方面，建立起了涵盖资助参保、门诊救助、住院救助三种救助方式的医疗救助体系，将最低生活保障家庭成员、特困供养人员、孤儿、低收入家庭成员、因病致贫家庭重病患者及其他特殊困难人员都纳入为医疗救助体系的保障对象，并已实现市级统筹，实现全市政策统一，医疗救助的待遇水平和公平性进一步提高。医保扶贫效果显著。生育保险方面，参保人数不断增多，并实现了和职工医保的合并实施。

医疗保障待遇水平持续提升，有效缓解了“看病贵”、“看病难”问题。江门市医疗保险实行一体化改革以来，参保人的住院报销比例和最高支付限额持续上升，大病保险起赔标准降为1万元，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障，并向困难群体倾斜，对建档立卡贫困人口、最低生活保障对象和特困供养人员不设最高赔付限额。

经办能力不断提升，全面实现一站式结算。坚持将医保经办服务作为服务民生的重要内容，按照“办事就简不就繁，服务就近不就远”的原则，以信息化为导向，通过推行就近办、简化办、一站办、联网办、掌上办等服务举措，全面实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助异地就医“一站式”结算，实现医保经办服务更加智能便捷、公平可及。

医保支付方式改革持续深化，多元复合式医保支付体系初步形成。通过全面推行按病种分值付费，完善按人头付费、按床日付费、按项

目付费、日间手术、平均定额结算等支付方式，实施适合医联体发展的支付方式，建立起了符合江门市医疗服务特点的多元复合式医保支付体系。其中，按病种分值付费在多年的探索中也逐步走向成熟，并探索引入 DRG 病种组过渡支付方式改革，制定江门市本土化病种分值库和系数。医保支付方式改革促进了优质医疗资源的合理配置，助力控制医疗费用的不合理增长。

医保基金监管取得阶段性成果，有效遏制了欺诈骗保违法行为。

一是通过集中宣传、机构自查、专项检查、省级飞行检查等集中对全市定点医疗机构开展专项治理。二是通过畅通社会举报渠道，形成了制度支撑、社会监督、部门联动、群众参与的基金监管长效机制。2020年1月，出台《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。三是推进智能化医保监控体系的建设，运用智能监控措施规范医保单据初审、复审，利用智能化监控，聚焦和精准打击虚假住院、低标准入院、编码高套、分解住院和虚构医疗服务等欺诈骗取医保基金的不法行为，确保医保基金安全。

医保扶贫取得显著成效。一是贯彻落实广东省医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018-2020年），完善可持续筹资政策，全额资助参保，确保应保尽保。对符合条件的困难居民参加城乡居民医保，由财政全额资助，个人免缴费，确保困难居民全面纳入我市基本医疗保险保障范围。二是落实大病保险倾斜政策，切实减轻医疗费用负担，使困难人员获得更好的医疗保障。三是创新扶贫政策，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。四是优化综合保障措施，提升医保扶贫待遇水平，统一全市医疗救助待遇。对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。五是推进医疗保障“一站式”结算，实现医疗救助和基本医疗保险、大病保险市域内、省内和跨省“一站式”直接结算，解决救助对象垫付医疗费用负担重的问题。

（二）发展机遇

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的要求，体现了国家对医疗保障事业的重视。十九大再次提出深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系。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》，从总体上规划了未来一段时期我国医保的发展方向，对未来的医保发展具有指南针的作用。

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。

（三）面临的挑战

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。十九大报告和《“健康中国 2030”规划纲要》都倡导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，加紧实施慢性病综合防控和健康管理，推进基本公共卫生服务均等化。

《关于深化医疗保障制度改革的意见》提出了医疗保障改革攻坚

克难的重要任务。《意见》除了要求完善支付机制、调整保障结构、加强基金监管外，还对提供医疗保障公共管理服务、协同推进医药服务供给侧改革提出了高标准的要求。《意见》要求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；建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，实现全国医疗保障信息互联互通，加强数据有序共享；大力推进服务下沉，实现省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。《意见》提出要完善应急医疗救助机制，要统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，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。要求充分发挥药品、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，完善医保支付标准与集中采购价格协同机制。推进医保、医疗、医药联动改革系统集成，加强政策和管理协同，增强医药服务可及性，促进医疗服务能力提升。

人口结构变化对医疗保障事业提出了新任务。截至 2020 年底，全市常住人口 479.81 万人中，60 岁及以上人口为 87.63 万人，占 18.26%，其中 65 岁及以上人口为 62.42 万人，占 13.01%。老龄快速化、高龄化对医疗保障事业提出了新任务。一是对资金筹集与基金管理提出了新任务。基金收入将面临增长乏力，参保扩面工作亟待进一步推进，同时，未来基金支出将持续增长。因此，医保部门必须在筹资、待遇、特别是基金管理方面做好战略规划和布局。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

提出了更高的要求。如何推进医养结合，如何设计和建立长期护理保险制度，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，将是江门市“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的要求。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的要求。

“十三五”时期医疗保障事业发展取得重要成就，为“十四五”时期推动医疗保障事业高质量发展打下了坚实基础。但同时应当看到，面对人民群众日益增长的医疗保障需求，我市医疗保障事业发展还存在不少问题和短板。主要表现在：一是医疗保险基金运行风险不容忽视，医保基金运行可持续弱化。人口老龄化加剧了医保基金可持续运行压力，医疗保障资源投入和使用效率有待提高，城乡居民医保筹资机制需要进一步优化。二是保障不够充分。因病致贫、因病返贫问题还未得到有效解决。参保人员大病和慢性病保障水平还有较大提升空间，医疗保障在化解重特大疾病医疗支出风险能力方面有待提高，补充性保障发展滞后，重特大疾病保障能力还有不足；三是医保、医疗、医药改革协同性需进一步增强，多层次医疗保障体系内各制度衔接不

畅；四是治理和服务效能不够优化。医疗保障精准保障能力不强，群众获得感和资源投入不相匹配，医保基金监管长效机制尚未健全，监管成本较高。医保服务与群众需求存在差距。

二、总体要求

（一）指导思想

“十四五”期间，江门市医疗保障事业发展要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻习近平总书记关于医保工作的重要讲话、重要指示精神，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，认真落实党中央、国务院决策部署和省委省政府、国家医疗保障局、市委市政府、省医疗保障局的工作要求，坚持以人民为中心的发展理念，以切实保障人民群众看病就医需求、提升人民群众医疗保障获得感为出发点，以体制机制改革和创新为动力，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，初步建成制度合理、结构优化、治理高效的医疗保障制度体系，为建设健康江门、提升人民群众健康水平作出新贡献。

（二）基本原则

1. 普惠公平原则

坚持全民参保、应保尽保、基本医疗保障依法覆盖全民，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障。

2. 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。

3. 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。

4. 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。

（三）主要目标

江门市医疗保障“十四五”规划的总体目标是：到2025年，制度体系基本成熟定型，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。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，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。

1. 制度体系基本成熟定型

深化医疗保障制度改革，构建起江门特色医疗保障制度体系。一是实现基本医疗保险覆盖全民，参保率持续稳定在 95%。二是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，完善住院和门诊医疗费用救助机制，规范“二次救助”政策，实现贫困群众应保尽保，增强医疗救助托底保障力度。三是探索建立长期护理保险制度，为全市老年人群提供适应的长期护理服务。四是在全面实现生育保险和职工基本医疗保险合并实施的基础上，完善生育保险政策，确保收支平衡。五是促进多层次基本医疗保障体系发展，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，并实现政策互补、无缝衔接。

2. 待遇保障公平适度

落实国家和省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。改革职工医保个人账户，合理调整个人账户划入比例。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，增强统筹基金对门诊医疗费用的保障能力。健全重大疫情医疗救治医保支付政策，确保参保患者不因费用问题影响就医。积极探索罕见病综合医疗保障机制。

3. 筹资机制稳健可持续

完善筹资分担和调整机制，建立与江门市经济发展水平相适应、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。切实加强基金运行管理，加强风险预警。适应新业态发展，完善灵活就业人

员参保缴费方式，推动各类新业态从业人员和灵活就业人员参加职工医保。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，厘清责任。加强财政对医保的投入，拓宽医疗救助筹资渠道。

4. 医药服务管理高效运行

按照国家和省的部署，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。落实医药服务价格形成、调整机制，强化价格项目监测监督，规范调价规则和程序，在国家和省规定的范围内，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。

5. 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，建立适合江门市实际的长效监管方式。建立医保基金收支精算平衡机制，建立医保基金预警模型，运用大数据技术辅助决策，支持民间智库开展医

保相关研究，提升决策科学化水平。

6. 法治化水平不断提升

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。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，确保医疗保障基金安全。实现医疗保障基金监管法治化，做到有法可依。加强医保执法，避免行政不作为，确保执法到位，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。

（四）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

“十四五”时期全民医疗保障发展主要指标				
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)	67	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)	63	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费和按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例(%)	>85	90	预期性
	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

三、重点任务

(一) 完善多层次医疗保障体系

1. 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”。适度提高职工和居民住院报销比例。按照国家医疗保障待遇清单要求，科学界定医疗保障制度的待遇水平、基金支付项目和标准，严格执行国家基本支付范围和标准，实施公平适度保障。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。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。

2. 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。

3. 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。加强医保局和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。

（6）探索建立罕见病人群综合性医疗救助与保障体系。在现有医疗救助政策框架下向罕见病患者予以救助倾斜，提供维持罕见病患者基本生存的救助水平。在此基础上，建立多元化筹资机制，发挥财政、民政、红十字会、慈善组织、社会捐助等多渠道筹集基金，建立

专门的基金运行及监督机制，保证专款专用，确保罕见病保障的长期可持续性。

4. 优化完善生育保险制度

(7) 进一步落实《广东省职工生育保险规定》，促进实现应保尽保。修订江门市生育保险的配套政策，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。

(8) 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。

(9) 建立生育保险费率的自动调整机制。按照以支定收、略有结余的原则确定均衡费率。定期评估并调整均衡费率以防止费率调整出现较大波动。

5. 探索建立长期护理保险制度

(10) 探索建立长期护理保险制度。根据国家和省的部署，设计符合江门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。

(11) 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。

6. 建立应急医疗救治保障制度

(12) 完善应急医疗救治费用保障机制。将新冠肺炎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。

(13) 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；按照国家和省的统一要求，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. 建立罕见病人群综合性医疗救助与保障体系。
7. 修订江门市生育保险的配套政策。

8. 建立生育保险费率的自动调整机制。

9. 探索建立长期护理保险制度。

(二) 健全稳健可持续的筹资运行机制

7. 完善筹资分担和调整机制

(14) 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。

(15) 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。

(16) 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。

(17) 完善筹资调整机制，实行动态调整。建立基本医疗保险基准费率制度，规范缴费基数政策，合理确定费率，实行动态调整。

8. 完善基金预算制度，建立预警机制

(18) 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。落实国家医保局、省委省政府关于预算编制执行、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。

(19) **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。 |

(三) 建立管用高效的医保支付机制

9. 落实医保目录调整机制

(20) **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。

10. 强化两定机构管理

(21) **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。

(22) 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。

11. 深化医保支付方式改革

(23) 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。

(24) 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。

(25) 完善门诊支付制度。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。结合我市实际，探索进一步扩大普通门诊统筹选点的范围。

(26) 配合推进医保支付方式创新。根据国家和省的统一部署，一是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；二是配合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，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；三是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。 |

（四）健全严密有力的基金监管机制

12. 创新医疗保障基金监管方式

（27）**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。

（28）**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，推行网格化管理。推进信息共享和互联互通，

健全协同执法工作机制。

(29) 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、参保人员进行监督。主动邀请新闻媒体参与飞行检查、明察暗访等工作，通过新闻发布会、媒体通气会等形式发布打击欺诈骗保成果及典型案例，严厉打击欺诈骗保行为。建立医疗保障违法违规违约行为举报奖励制度。

(30) 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。

13. 发展医疗保障基金智能监控

(31) 完善智能监控知识库，夯实智能监控基础。按照国家的统一部署和省的工作安排，逐步推进国家医保信息系统建设，根据上级要求的时间节点逐步建立医疗专业知识库、医保电子病历库、医保检查检验库、医保医院设备管理库和医学影像检查信息库，规范全市医疗服务项目的准入标准，加强基础信息库的统一管理与维护。

(32) 升级智能监控规则及指标体系。按照国家的统一部署和省的工作安排，逐步推进国家医保信息系统建设，针对欺诈骗保新特点，根据上级要求的时间节点逐步建立具有可操作性的指标体系，对智能

监控规则进行完善升级。按药品、诊疗项目、医疗行为、临床规范等分类建立审核规则库，细化规则等级，通过分类管理，精准定位监控点，通过分级管理，对智能审核结果进行分类处理。

(33) 完善医保支付结算的智能监控。按照国家的统一部署和省的工作安排，逐步推进国家医保信息系统建设，根据上级要求的时间节点逐步开发智能疾病编码适配器、按病种分值付费考核评价系统建立病种分值库和病种分值付费测算模型，评估对医药发展的影响。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管，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骗行为监控机制，及时阻断医疗机构的不规范医疗行为。

14. 建立基金监管信用体系

(34) 建立基金监管信用评价指标体系。探索基金监管信用体系建设路径，重点探索基金监管信用体系建设相关标准、规范和指标体系，相关信息采集、评价和结果应用等内容。

(35) 推行守信联合激励和失信联合惩戒。积极推动将欺诈骗保行为纳入当地信用管理体系，建立守信联合激励和失信惩戒制度。

15. 加强异地就医监管

(36) 协同配合，加强异地就医监管。积极配合兄弟省市医保经办部门，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. 建立医疗专业知识库、医保电子病历库、医保检查检验库、医保医院设备管理库和医学影像检查信息库。
6. 完善升级智能监控规则。
7. 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。
8. 将异地就医人员纳入统一监管范围。

（五）协同推进医药集采和价格调整

16. 落实药品与耗材集中采购政策

（37）深化集中带量采购制度改革。开展江门市医疗机构药品与高值耗材在省相关平台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，落实结余留用政策。依托全省统一的药品和医用耗材招采管理子系统，落实在线支付结算机制，强化对采购资金的监管。

17. 加强药品和医用耗材价格监督

（38）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、省强化药品和医用耗材价格常态化监管，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。

18. 落实医药价格形成、调整机制

(39) 完善医疗服务价格形成机制。严格执行医药价格形成有关规定，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。

(40) 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。指导医疗机构向省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。

(41) 开展医疗服务价格动态调整。加强价格项目管理，完善价格监测机制，并结合我市实际，在省的规定范围内适时调整我市医疗服务项目价格，持续优化价格结构，理顺服务比价关系，促进价格合理衔接。

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常态化监管。

4. 完善体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制。

5. 落实价格项目新增立项和退出机制。

6. 动态调整我市医疗服务项目价格。

（六）优化医疗保障公共管理服务

19. 推进医疗保障经办体制改革

（42）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，建立统一的市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保障。

20. 加快医疗保险大数据信息平台建设

（43）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。

（44）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。完善基本医疗保险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。

21. 加强医疗保障经办能力建设

（45）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。

(46) **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，力争市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。

22. 持续推进医保治理创新

(47) **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。

(48) **进一步发挥高端智库和专业机构的决策支持和技术支撑作用。**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，为科学决策提供依据。

专栏 6 优化医疗保障公共管理服务的创新性工作

1. 整合医疗保障各类项目经办管理资源建立统一的市级医疗保障服务中心。
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. 力争医保经办服务的市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。

四、保障措施

（一）法制保障

1. **推动医疗保障制度步入法制化轨道。**根据国家、省层面的医保政策及改革方向，探索制定医疗保障地方性法规条例，明确医疗保障制度的框架体系、政府责任、筹资机制与责任分担比例、管理体制以及经办机制、监督机制等，对基本医疗保险、补充医疗保险进行全面规制。

2. **加强宣传教育，提高法治意识。**加大宣传教育力度，提高医疗保障依法治理的意识。树立法治精神，严格依法办事。创新宣传手段和方法，广泛借助传统及新兴媒介等多种渠道，积极开展社会普法宣传，进一步提高民众守法意识。

（二）组织保障

3. **建立信息共享机制。**适应大数据时代的需要，建立医保与政府其他相关部门间、医保与定点医药机构间的信息共享机制，形成围绕医保主体的涉医涉药及相关主体信息无缝对接。

4. **建立部门协同机制。**一是构建部门联动平台。建立医疗保障基金综合监管部门间联席会议制度，联席会议由政府统一领导，办公室设在医保部门，卫生健康、药品监督、市场监督、审计、财政、公安等部门为成员单位。二是不定期召开部门联席会，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。三是医保监管政

策实行多部门联合印发，医保部门在制定如医疗服务监督办法、就医管理办法、医保支付办法等相关政策时，广泛征求相关部门意见建议，根据职能实行联合印发。四是建立重大、专项行动检查人员库，共同派人组建检查人员库，动态调整维护，根据检查需要，随机抽取检查对象，随机选派执法检查人员。各部门协同治理，加强信息交流，为推动“三医”联动改革提供更加强有力的组织保障。

5. 加强医保宣传教育。根据国家医保政策调整力度大、频次快的特点，把医保政策宣传作为落实医保惠民政策的重要抓手。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。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。

6. 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、卫健、市场监督管理、药品监督管理、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。

7. 完善医疗保障的司法监督制度。以司法手段切实维护居民的健康权并惩处医保领域中的违法行为。在法院内部设立社会保障法庭，为参保者建立法律渠道以获得强有力的司法保护。探索建立专门的社会保障审判机构，在职业法官之外，吸收来自医保系统、医疗机构的专业人员参与审判，以独立的司法监督制度实现审判的专业性，提高裁判结果的接受程度，增强公民通过司法渠道实现权利保障的信心，同时确保医保制度依法实施。

8. 进一步加强社会监督。各级医保部门经办机构、大病保险承保机构建立定期沟通联系机制，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，引导各界积极规范有序地参与医保监督。

（三）能力保障

9. 推进“智慧医保”建设。努力消除医疗保障信息化领域信息孤岛、技术壁垒等信息系统碎片化问题，高标准建设“统一、高效、兼容、便捷、安全”的医疗保障信息平台，结合互联网、云计算等推进“智慧医保”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。

10. 加强医保大数据的应用。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。运用医保大数据有效监控异地就医行为、线上的医保移动支付行为。运用

医保大数据手段，不断优化医保结算政策，支撑医保支付方式改革。

11. 加强医疗保障人才队伍建设。根据江门市的实际情况，补充并优化医保人才队伍人员配备，以应对急速增长的工作任务。实施医保领域内干部全员培训制度。不断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，包括经济学、管理学、信息技术等领域的既懂政策经办、又懂信息化的复合型技术人才。