

深圳市医疗保障局 深圳市发展和改革委员会 文件

深医保发〔2022〕2号

深圳市医疗保障局 深圳市发展和改革委员会 关于印发《深圳市医疗保障事业发展 “十四五”规划》的通知

各区人民政府，新区、特别合作区管委会，市有关单位：

《深圳市医疗保障事业发展“十四五”规划》已经市政府同意。现印发给你们，请结合实际贯彻实施。

深圳市医疗保障局

深圳市发展和改革委员会

2022年2月11日

深圳市医疗保障事业发展“十四五”规划

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。“十四五”时期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，是深圳实现建设中国特色社会主义先行示范区第一阶段发展目标的五年。“十四五”时期也是我市深化医疗保障制度改革，构建以促进健康为导向的创新型医保制度的关键时期。为进一步推进我市医疗保障事业高质量发展，依据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《“十四五”全民医疗保障规划》《广东省“十四五”时期医疗保障事业高质量发展实施方案》和《深圳市国民经济和社会发展的第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》，制定本规划。

一、发展基础和面临形势

（一）发展基础。

“十三五”以来，根据党中央、国务院部署，在省委、省政府和市委、市政府的坚强领导下，我市医疗保障体系建设和制度改革持续推进，为缓解群众看病难、看病贵问题发挥了重要作用。

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，医疗救助为托底，补充医疗保险等共同发展的多层次医疗保障制度体系。生育保险和职工基本医疗保险合并实施。提升医疗

救助统筹层次，实现市级统筹。基本医疗保险覆盖 1609 万人，基本医疗保险一档、二档、三档政策范围内住院支付比例分别达 93%、89%、77%。重特大疾病补充医疗保险累计赔付 10.85 亿元，赔付 8.71 万人。专属医疗险投保人数超 100 万，投保金额突破 18 亿元。

医保支付方式改革进一步深化。全面实施按病种病组付费改革，完善按疾病诊断相关分组付费（DRG）、按人头付费等付费方式。首批 DRG 试点医院住院次均费用增长率、平均住院时长等较试点前下降。将符合规定的日间手术基本医疗费用纳入医保支付。开创罗湖医疗集团总额管理、结余留用医保基金管理方式，加强监督考核，引导签约参保人到基层就医，推动分级诊疗落到实处。推进“互联网+”医疗服务医保支付，高血压、糖尿病等 19 种门诊慢性病在全市 20 家互联网医院实现线上复诊费用医保在线支付。

基金监管制度体系改革持续推进。建立并推行医疗保障行政执法“三项制度”、综合监管制度、欺诈骗保举报奖励制度，基本形成了制度支撑、社会监督、部门联动、群众参与的基金监管长效机制。查处违法违规定点医药机构 2570 家，追回医保基金 8476 万元。处理违法违规参保人 22 名。组织定点医药机构开展自查自纠，1092 家机构主动退回违规费用 6200 万元。联合公安机关破获一宗涉案金额高达 230 余万元的“利用社保卡套现医保基金”案，刑事拘留 13 人。

医药服务供给侧改革成效显著。探索公立医院药品集团采购模式，节省采购费用26.8亿元。圆满完成“4+7”试点任务并有序衔接省试点扩围，稳妥推进第二、三批国家集采药品使用，112个中选药品节省采购费用6.82亿元。拨付结余留用资金3359万元，激励医疗机构和医务人员积极参与改革。97个国家谈判药品节省采购费用4.35亿元。开展高值医用耗材治理改革，建设医用耗材阳光交易平台，实现招标、采购、配送、结算、监管一体化管理。全面取消挂号费和公立医院耗材加成，推进部分大型设备诊疗和检查项目费用降低。

医保公共服务更加便捷高效。推动医保政务服务向街道、社区延伸，医保服务网点从机构改革前的33个增加到584个，服务窗口从48个增加到1300个。医保业务实现官网、“i深圳”和“粤省事”等多种渠道办理，医疗费用报销等39项权责清单事项全部实现网办，其中异地就医备案、生育津贴申领等15个事项实现网上“秒批”，缴费托收等12项事项实现“刷脸办”。激活医保电子凭证831万张，3271家定点医药机构接入医保电子凭证数据，82家大病定点医药机构实现大病外购电子处方信息共享。

积极探索以促进健康为导向的医保制度。把促进健康融入医疗保障政策制定实施全过程，创新高血压、糖尿病门诊用药保障机制，设置与社康中心家庭医生签约挂钩的差异化报销比例，群众在药费负担降低的同时还得到了慢病健康管理。充分发挥中医

药在促进健康方面的独特作用，全国首推中医传统诊疗项目药品打包、住院综合诊疗服务打包收费试点。针刺、灸法等 71 项中医治疗项目在社康中心“打七折”，医保付费向临床价值高的 28 个中医优势病种倾斜，新增体现中医临床价值的 14 项医疗服务价格项目。

疫情应对及时有效。率先将发热门诊的核酸检测、肺部 CT 筛查纳入医保支付。零负担保障患者放心就医，我市参保的新冠肺炎患者医保报销比例达 93.8%，最高报销 119 万元，医保报销之外由财政按规定予以补助。除按常规向全市定点医药机构拨付 15.06 亿元作为日常周转金外，另拨付 1.14 亿元定向支持相关医疗机构开展救治和疫情防控。协调紧急采购疫情防控应急药品 8000 余万元。开展新冠病毒核酸测试剂和试剂盒集中采购，大幅降低检测费用。支持企业复工复产，实施“减、免、降、缓”政策，为 80 余万家企业减负 90 亿元。

（二）发展形势。

党中央、国务院高度重视医疗保障工作。党的十九大以来，习近平总书记先后五次主持召开中央深改委会议，研究部署国家药品集中采购、高值医用耗材治理、深化医疗保障制度改革、医疗保障基金监管体系改革、深化医疗服务价格改革等重要工作。2020 年 2 月，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，这是我国医疗保障领域迄今的最高规格文件，中央顶层设计为“十四五”期间医疗保障事业发展指明了方向。

社会主义先行示范区对医疗保障事业提出新要求。2019年8月，中共中央、国务院印发《关于支持深圳建设中国特色社会主义先行示范区的意见》，要求深圳率先形成共建共治共享共同富裕的民生发展格局，建成全覆盖可持续的社会保障体系，加快构建国际一流的整合型优质医疗服务体系和以促进健康为导向的创新型医保制度。

医疗保障事业发展的短板与挑战。我市医疗保障发展存在一定不平衡、不充分、不协调，如多层次医疗保障制度还未成熟定型、医保支付方式改革效果还未充分体现、协同推进医药服务供给侧改革力度还不够、基金监管形势还十分严峻、信息化建设不能适应改革发展需求等。可持续发展面临风险挑战，在人口老龄化、卫生健康服务需求持续增加、突发性公共卫生事件等影响下，医保基金收支平衡压力不断增大。同时，国家、省正加强医疗保障的统一规划部署，坚持一盘棋的思路，国家建立医保待遇清单制度，省将统一医保信息系统、推进基本医疗保险省级统筹，我市需要在国家、省的医疗保障制度框架下构建好以促进健康为导向的创新型医保制度。

二、总体要求

（三）指导思想。

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，深入学习贯彻习近平总书记对广东、深圳系列重要讲话和重要指示批示精神，坚决落实党

中央、国务院深化医疗保障制度改革的决策部署，准确把握新发展阶段，坚决贯彻新发展理念，服务构建新发展格局，坚持稳中求进工作总基调，以推动高质量发展为主题，以深化供给侧结构性改革为主线，以改革创新为根本动力，以满足人民日益增长的美好生活需要为根本目的，抢抓“双区”驱动、“双区”叠加、“双改”示范等重大历史机遇，深入推进健康深圳建设，全面建成公平、高效、可持续、多层次、以促进健康为导向的创新型医保制度，助力深圳打造民生幸福标杆城市，更好保障病有良医、老有颐养、弱有众扶，为我市建设中国特色社会主义先行示范区、创建社会主义现代化强国的城市范例作出医保贡献。

（四）基本原则。

——**坚持党的全面领导**。把党的领导贯彻到医疗保障改革发展全过程，严格按照统一部署，不断提高贯彻新发展理念、构建新发展格局能力和水平，为医疗保障事业高质量发展提供坚强保障。

——**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全体人民，增进民生福祉，促进社会公平，推进共同富裕。

——**坚持应保尽保、保障基本**。基本医疗保险依法覆盖全民，尽力而为、量力而行，把保基本理念贯穿始终，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，增强

对贫困群众基础性、兜底性保障。

——**坚持稳健持续、防范风险。**科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，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。

——**坚持治理创新、提质增效。**发挥市场决定性作用，更好发挥政府作用，提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。

——**坚持系统集成、协同高效。**增强医保、医疗、医药改革的整体性、系统性、协同性，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。

（五）主要目标。

到 2025 年，我市高质量完成待遇保障、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，全面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、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系，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，构建起以促进健康为导向的创新型医保制度。

专栏1 “十四五”时期深圳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(%) | > 98 | > 98 | 约束性 |
| 基金安全 | 统筹基金结余支付能力(月) | 19 | > 12 ^① | 约束性 |
| 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(%) | 基本医疗保险一档、二档、三档政策范围内住院费用基金支付比例分别为93%、89%、77% ^② | 保持稳定 | 预期性 |
| | 居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例(%) | | 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 | 80 | 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 | > 90 | 预期性 |
| | 医保付费的中医优势病种数(个) | 28 | > 100 | 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(%) | 95 | > 95 | 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(%) | 低于5 | > 90 | 预期性 |

| | | | | |
|------|---------------------|--------------------|---------------------------------------|-----|
| | 药品集中带量采购品种数量（个） | 112 | 落实国家和省组织药品集采,我市进行合理有效补充,共完成500个以上药品集采 | 预期性 |
| | 医用耗材集中带量采购品种数量（类/个） | 执行国家组织集采1类,省组织集采2类 | 在执行国家和省组织集采基础上,开展我市医用耗材集采15个以上 | 预期性 |
| 优质服务 | 住院费用异地就医直接结算率（%） | 60 | > 80 | 预期性 |
| | 医疗保障政务服务满意率（%） | > 98 | > 98 | 预期性 |
| | 医疗保障政务服务事项线上可办率（%） | 100 | 100 | 预期性 |
| | 医疗保障政务服务事项窗口可办率（%） | 100 | 100 | 约束性 |
| | 定点医药机构协议网签率（%） | 70 | > 90 | 预期性 |

注：①统筹基金结余支付能力为统筹基金累计结余除以统筹基金月均支出。在医保基金绩效评估中，职工医保统筹基金累计结余可支付月数在6个月至18个月范围内，表示运行情况良好。

②因我市一直以来实行职工、居民医保一体化制度，职工、居民按规定参加基本医疗保险一档、二档、三档，因此，表格“职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例”及“居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例”

2020年的指标按一、二、三档计算。“十四五”期间，我市将按照国家、省统一部署，落实职工和居民分类保障，稳定基本医疗保险住院待遇。

三、健全完善多层次医疗保障体系

统筹规划各类医疗保障高质量发展，为人民群众提供全方位全周期的医疗保障。健全筹资运行机制，确保医疗保障基金稳健可持续。

（六）持续提升基本医疗保险参保质量。

依法依规分类参保。完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系。职工基本医疗保险覆盖用人单位及其职工，居民基本医疗保险覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他居民。完善户籍居民、新就业形态劳动者、持居住证人员等医保参保政策。完善灵活就业人员参保缴费方式，放开对灵活就业人员参保的户籍限制。落实困难群众分类资助参保政策。支持在深居住、工作、就读且符合条件的港澳居民按规定参加医疗保险。

实施精准参保扩面。持续推进参保扩面工作，建立健全医疗保障部门与教育、公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、税务、市场监管、残联等部门和单位的数据共享机制，加强数据比对，实现参保信息实时动态查询，推动落实全面参保。

（七）完善基本医疗保险待遇机制。

促进基本医疗保险公平统一。完善职工基本医疗保险与居民基本医疗保险分类保障机制，待遇与缴费挂钩，基金分别建账、分账核算。坚持保基本定位，落实国家医疗保障待遇清单制度和

基本医保省级统筹工作部署，完善本市基本医疗保险政策，科学界定基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，实施公平适度保障，既要保障到位，又要防范过度保障。

合理确定基本医保待遇保障水平。根据经济社会发展水平和基金承受能力，稳定基本医疗保险住院待遇，稳步提高门诊待遇，做好门诊待遇和住院待遇的统筹衔接。健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，改革职工基本医疗保险个人账户，科学调整计入标准，规范使用范围。深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制，推进“两病”早诊早治、医防融合。做好门诊特定病种保障。

专栏 2 修订《深圳市社会医疗保险办法》

修订《深圳市社会医疗保险办法》，按照国家部署逐步调整医保个人账户计入标准，规范完善个人账户支付范围；健全门诊特定病种及普通门诊待遇保障；按照国家部署建立职工、居民分类保障制度。

规范补充医疗保险。完善和规范大病保险制度，加强与基本医疗保险和医疗救助的衔接，提高保障能力和精准度。逐步规范企业补充医疗保险制度。完善公务员医疗补助制度。

完善医疗救助制度。建立健全救助对象及时精准识别机制，做好各类困难群众信息共享，及时纳入医疗救助范围。实施分层分类救助，规范医疗救助费用保障范围，合理确定救助标准。建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，积极引导慈善等社会力量参与救助保障，促进医疗救助与其他社会救助制度的衔接。完善疾病应急救助管理运行机制，确保需急救的急重危伤病患者

不因费用问题影响及时救治。

专栏3 健全重特大疾病保障机制

1. 建立救助对象及时精准识别机制，加强部门协同，做好各类困难群众信息共享，及时将符合条件的困难群众纳入医疗救助范围。

2. 鼓励发展商业健康保险，健全引导社会力量参与机制，促进慈善医疗救助发展，规范发展医疗互助，健全多层次医疗保障制度体系，稳步提高重特大疾病保障水平，合力防范因病致贫返贫风险。

健全重大疫情医疗保障机制。在突发疫情等紧急情况时，确保医疗机构先救治、后收费，确保患者不因费用问题影响就医。探索建立重大疫情特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，有针对性免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款，减轻困难群众就医就诊后顾之忧。创新医疗保障经办服务，开通医疗机构资金预拨付、结算和应急药品采购“绿色通道”，加强医疗救治经费保障。统筹医保基金和公共卫生服务资金使用，对基层医疗机构实施差别化支付政策，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

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，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，降低生育成本，提高生育保险与职工基本医疗保险合并实施成效。继续做好居民基本医疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障。

（八）健全稳健可持续的筹资运行机制。

完善责任均衡的多元筹资机制。均衡个人、用人单位、政府

三方筹资责任。规范缴费基数，合理确定费率。提高统筹基金在职工基本医疗保险基金中的比重。完善居民基本医疗保险筹资政策，研究建立缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩的机制，优化个人缴费和政府补助结构。拓宽医疗救助筹资渠道，鼓励社会捐赠等多渠道筹资。加强财政对医疗救助的投入。

加强基金预算管理水平。科学编制医疗保障基金收支预算。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。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理，强化绩效监控、评价和结果运用。开展基金中长期精算，构建收支平衡机制，建立健全基金运行风险评估预警机制，促进基金中长期可持续。

（九）鼓励商业健康保险发展。

鼓励商业保险机构提供医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品和服务，厘清基本医疗保险责任边界，支持商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，更好覆盖基本医疗保险不予支付的费用。规范商业保险机构承办相关业务，加强考核评价。加强对商业保险机构的协作监管。

（十）支持医疗互助保障有序发展。

充分发挥医疗互助低成本、低缴费、广覆盖、广受益的优势，加强制度建设，强化监督管理，规范医疗互助发展。加强医疗互助与职工基本医疗保险的衔接，依托全国统一的医疗保障信息平

台，推动医疗保障与医疗互助信息共享，充分发挥医疗保险和医疗互助的协同效应。坚持职工医疗互助的互济性和非营利性，推动科学设计、规范运营，更好减轻职工医疗费用负担，提高服务保障能力。

（十一）探索建立长期护理保险。

适应我市经济发展水平和老龄化发展趋势，按照国家统一部署，探索建立长期护理保险制度，重点解决重度失能人员基本护理保障需求，协同促进长期照护服务体系建设。探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，形成与经济社会发展和保障水平相适应的筹资动态调整机制。探索建立公平适度的待遇保障机制，合理确定待遇保障范围和基金支付水平。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衔接。建立健全长期护理保险经办服务体系。建立健全管理服务机制，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。鼓励商业保险机构开发商业长期护理保险产品。

四、优化医疗保障协同治理体系

发挥医保支付、价格管理、基金监管综合功能，促进医疗保障与医疗服务体系良性互动，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务和更加优质便捷的医疗保障。

（十二）建立管用高效的医保支付机制。

规范医保目录管理。按照国家和省的规定继续做好药品目录落地工作，健全谈判药品落实情况监测机制。严格执行国家、省

基本医疗保险药品、医疗服务项目、医用耗材目录及医保限定支付范围，建立实施国家医保目录动态调整的反馈机制。加强定点医药机构落实医保用药管理政策，强化用药合理性和费用审核，将医保药品备药率、非医保药品使用率等与定点医疗机构的基金支付挂钩。规范医疗服务项目及医用耗材使用，引导规范医疗服务行为。

完善按病种病组付费改革。落实国家区域点数法总额预算，推进区域医保基金总额预算点数法改革。全面开展按病种分值付费为主的多元复合式医保支付方式改革，优化按病种分值付费政策，完善技术规范 and 病种库设置，形成本地化的病种库。完善按疾病诊断相关分组付费政策，推动国家统一版本在本市应用，推动国家试点技术规范 and 分组方案落地实施。提高医保数据管理能力，加强基础数据测算和质量监控，不断提高付费精准度。指导医疗机构完善内部医疗管理制度，强化医疗行为、病案编码、服务质量等方面的监管。建立支付方式改革工作人才队伍，涵盖医保、信息、统计、病案和临床等各方面人才，保障相关工作顺利实施和推进。

持续优化按床日付费政策。将康复医疗、慢性精神疾病、家庭病床、安宁疗护等纳入按床日付费范围。优化康复医疗按床日付费方式，提升医疗资源利用率。加强对精神类疾病的支持，畅通收支渠道，将六类严重精神病纳入床日付费范围，减少精神障碍患者肇事肇祸案件发生。完善家庭病床床日付费标准，引导医

疗服务向居家延伸。探索安宁疗护服务按床日付费，实现医保支付覆盖医疗服务全链条，支持我市安宁疗护试点工作的开展。

开展以绩效为导向的紧密型城市医疗集团医保支付方式综合改革。规范紧密型城市医疗集团的建设和管理，实行医保基金总额付费，结余留用、合理超支分担，明确居民健康管理签约服务内容，强化医疗集团监督考核，建立以健康为导向的考核指标体系，推动医疗卫生服务从“重医疗”向“重预防”的方向发展。

完善与门诊共济保障相适应的付费机制。结合门诊共济保障改革的推进，深化门诊支付方式改革，规范门诊付费基本单元，逐步形成以服务能力、服务项目、服务量为基础的支付方式。积极探索全科门诊医保打包付费和专科门诊病种分值付费。完善门诊按人头付费政策，探索基层医疗卫生机构普通门诊按人头付费与家庭医生签约服务相结合，推行诊疗方案、评估指标明确的慢性病按人头付费，加强慢性病管理。

深化中医药支付方式改革。探索符合中医药特点的医保支付方式，正向引导我市医疗机构实施中医优势病种目录，鼓励实行中西医同病同效同价。鼓励基层医疗机构提供适宜的中医药服务，发挥中医药在维护和促进人民健康中的独特作用。

完善“互联网+”医疗服务医保支付政策。从门诊慢特病开始，逐步扩大医保对常见病、慢性病“互联网+”医疗服务支付的范围。按照线上线下一致的原则配套“互联网+”医疗服务医保支付政策，建立与“互联网+”医疗服务等相适应的医疗保险

费用结算模式，并根据服务特点完善协议管理和结算流程。

规范长处方医保支付。按照《长期处方管理规范（试行）》有关规定，推动医疗机构实施“长处方”记账，支持医疗机构在符合卫生健康部门要求的前提下，根据参保人实际情况，合理增加单次处方用药量，减少参保人到医疗机构就诊配药次数。优先保障门诊慢特病等复诊续方需求，提升长期用药患者就医购药便利性。

推动医疗服务与药品分开支付。结合药品、医用耗材集中采购推进情况，建立医疗服务和药品、医用耗材独立核算机制，探索医疗保险对医疗服务和药品、医用耗材分开支付，单独针对医疗服务确定医保支付总额。

专栏4 医保支付方式专项改革

1. 支持中医优势病种发展。遴选中医优势科室开展范围广、中医优势明显、治疗路径清晰、中医费用占比大的病种做为中医优势病种。
2. 支持日间病房发展。将符合规定的日间病房基本医疗费用按照住院待遇支付，推动卫生健康部门建立日间病房管理规范，降低民众医疗费用，缓解医院床位资源紧张状况。
3. 支持构建连续性康复医疗服务体系。实施更加有利于康复医疗发展的医保支付方式，以病种为单位结合功能障碍设置偿付标准，实施按床日付费，解决康复病人长期住院问题。

提升医保基金总额管理水平。完善医保基金总额预算管理，健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制。根据医保基金收支情况，结合医疗机构上年度医疗费用，科学制定医保基金预算总额，建立年中调整机制。

加强医保定点管理。落实国家、省级医疗机构和零售药店医疗保障定点管理办法，从定点医药机构的确定、运行管理、动态管理、监督及医保经办管理服务等五个方面规范医疗保障定点管理。优化医疗保障经办机构确定医疗保障定点医药机构的条件和流程，组织医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员对定点医药机构开展评估，将符合条件的医药机构及时纳入医保定点范围。建立健全定点医药机构医保精细化管理机制，将考核结果与协议管理、费用结算等工作挂钩进行奖惩并向全社会公开，引导医疗机构完善内部管理，提供优质医疗服务。

（十三）改革完善医药价格形成机制。

深化药品和医用耗材集中采购制度改革。全面贯彻落实国家、省组织药品、医用耗材集中带量采购工作，坚持以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，充分发挥招采合一、量价挂钩机制作用，常态化、制度化推进药品集中带量采购，分步有序扩大医用耗材集中带量采购品种和范围。进一步改进公立医疗机构药品、医用耗材采购管理政策，严格规范公立医疗机构通过平台采购药品、医用耗材，进一步提高医用耗材线上采购率。推动公立医疗机构成立药品、医用耗材采购联盟，探索以区域联盟、医联体、医共体、医院联合等形式开展联合带量采购。建立健全药品、医用耗材采购交易集中在线结算机制，配合逐步推进医保基金与医药企业直接结算货款。建立与集中采购相配套的医保资金结余留用、医保定点协议管理等激励约束机制，促进中选产品优先使

用、合理使用，鼓励社会办医疗机构、定点零售药店参与集中带量采购。

完善药品和医用耗材价格监管机制。加快药品、耗材采购平台建设，推进省内各采购平台信息互通、资源共享、价格联动。建立健全本市药品、医用耗材采购工作管理规范及风险防范机制，有序推进采购平台与医疗系统、监管系统以及全市统一的公共资源交易系统对接，通过数据共享分析有效提升监督管理效能。加快推进国家医保医用耗材标准分类和编码的本地化应用，统一全市医用耗材编码，探索衔接国家制定的医疗器械唯一标识系统规则。指导监督深圳药品、医用耗材采购平台落实医药价格和招采信用评价制度管理，建立健全信息披露机制，依法惩戒采购失信行为，加强对采购守信行为的正面引导，推进医药领域和医疗保障诚信建设。

深化医疗服务价格机制改革。分类重整医疗服务价格，探索政府作用更好发挥、医疗机构充分参与、人民群众更可负担的医疗服务价格机制。接受省级医保部门委托，承担医疗服务价格项目管理工作，对资源消耗大、价格预期高的新增价格项目，开展创新性、经济性评价，促进医疗技术创新发展和临床应用，保障患者及时获得更具有临床价值和成本效益的医疗服务。

专栏 5 深化药耗采购治理改革

1. 重构公立医疗机构药品采购管理政策。完善药品分类采购及其动态管理制度，逐步扩大品种覆盖范围，及时适应市场供需变化；借鉴国家组织药品集中采购经验做法，逐步推进跨区域联盟采购，做实

做大药品集团带量采购；建立药品采购交易集中在线结算机制，进一步提升药品采购回款效率。

2. 提升价格监管能力。建设定点零售药店医保药品价格监测系统，综合利用监测预警、提醒告诫、信息披露等手段，提升市场定价药品价格监管能力，推动药价进一步透明化，加强行业价格自律。

3. 搭建医用耗材综合监管平台。加快推进医用耗材阳光交易和监管平台建设，完善功能模块和系统规则，统一全市医用耗材编码，建立招标、采购、交易、配送、结算、监督全流程一体化的医用耗材采购平台。与医疗系统、卫健系统、纪委监委系统及省平台数据对接，信息互通、资源共享、价格联动，实现医用耗材采购交易智能监管。

4. 发挥医保资金结余留用制度考核和激励作用。出台医保资金结余留用管理相关政策，制度化常态化落实国家、省、市组织药品及医用耗材集中带量采购的配套考核和激励措施，让医疗机构及其工作人员共享药品集中带量采购改革成果，助力“三医联动”改革纵深推进。

（十四）健全严密有力的医保基金监管机制。

建立健全监督检查制度。建立并完善日常巡查、专项检查、飞行检查、交叉检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度，完善“双随机、一公开”检查机制，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，明确各方权利义务，确保公开、公平、公正。实施多部门协同监管，形成监管合力。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保基金监管，探索推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性、效益性。

全面建立智能监控制度。建立和完善医保智能监管系统，加强大数据应用。提升医保智能监管能力，将按疾病诊断相关分组

付费、按病种分值付费等新型支付方式、“互联网+医疗健康”等新模式、长期护理保险等纳入智能监控范围。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。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。

专栏6 医保基金监管智能监控

1. 完善智能监控知识库。建立并完善药品与诊疗目录等基础信息标准库、临床指南等临床诊疗知识库、病种编码库，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，夯实智能监控基础。

2. 升级智能监控规则及指标体系。针对欺诈骗保行为特点变化，不断完善监控规则、细化监控指标，探索建立健全可采集、量化和纵横对比的医保基金安全风险防控指标体系。按药品、诊疗项目、医疗服务设施等分类建立审核规则库，细化规则等级，精准定位监控点。

3. 加强大数据应用。探索建设宏观决策大数据应用系统，力争实现宏观决策、精算分析、监管风控，建立本市基金监管大数据分析模型，实现基金监管向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。

4. 开展药品、医用耗材进销存实时管理。加快推进智能监管系统与本市药品、耗材阳光采购平台的信息联通交互工作，通过设立相应监控规则和风险防控标准，对定点医药机构的药品、医保耗材的进销存进行实时监控。

5. 推进机构诊疗全流程智能监控。依托智能监控系统，将医保的监管触手延伸到每一个门诊系统及临床科室的医生工作站，加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，实现“事前警示、事中管控、事后审核”全程智能监控。

6. 推广视频监控、生物特征识别等技术应用。开展远程监管、移动监管。推行医保智能核卡监管方式，对住院、门诊血透、大病药店

购药的参保人进行人脸识别比对。

建立医疗保障信用管理体系。完善医疗保障信用管理制度，形成信用承诺、信用评价、信息共享、结果公开、结果应用、信用修复等全链条闭环式信用监管，推动实施分级分类监管。提高医保信用体系建设法治化、规范化水平。建立健全定点医药机构、医保医师、医保药师、参保人、用人单位等信用主体的信用评价制度和积分管理制度。推动医保信用体系融入社会信用体系建设。依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。鼓励行业协会开展自律建设，促进行业规范发展。

建立综合监管制度。适应医保管理服务特点，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，促进监管结果协同运用。建立医疗保障、卫生健康、公安、市场监管、审计等部门组成的医疗保障基金综合监管部门联席会议，进一步健全案件通报、案件移交等工作机制，对查实的欺诈骗保行为，各相关部门按照职责权限对有关单位和个人依法依规依纪严肃处理，坚持“一案多查”、“一案多处”，实现医保基金监管全链条无缝衔接。

健全社会监督制度。鼓励和支持社会各界参与医保基金监督，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。建立医疗保障基金监管社会监督员队伍。完善欺诈骗保举报奖励制度，畅通投诉举报渠道，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，加

强隐私保护，切实保障举报人信息安全。健全完善要情报告制度，用好基金监管曝光台，做好医保基金监管典型案例的收集遴选和公开通报。主动邀请新闻媒体参与监督检查等工作，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。建立信息披露制度，医保经办机构定期向社会公告医保基金收支、结余和收益情况，定点医药机构依法依规向社会公开医药费用、费用结构等信息。

加强医保基金监督检查能力保障。加强医保基金监督检查能力建设，建立健全医保基金监管执法体系，配齐配强执法人员。强化技术手段，实施大数据实时动态智能监控。理顺医保行政监管与经办协议管理的关系，明确行政监管与经办稽核的职责边界，加强工作衔接。落实经办机构协议管理、费用监控、稽查审核工作责任。建立健全经办机构内部控制制度，聘请第三方机构对经办机构内控风险进行评估，筑牢医保基金监管内控防线。

加大对欺诈骗保行为的惩处力度。对定点医药机构、医保经办机构实施常态化监管，不定期开展专项治理，保持打击欺诈骗保高压态势。综合运用协议、行政、司法等手段，严肃追究欺诈骗保单位和个人责任。严格落实全国人大常委会关于欺诈骗保行为的立法解释，对涉嫌犯罪的案件，依法移交司法机关追究刑事责任。医疗保障部门依法依规加大行政处罚力度。

（十五）协同建设高效的医药服务供给体系。

增强医药服务可及性。支持全科和专科医疗服务合作分工的

现代医疗服务体系建设。鼓励发展社会办医，规范“互联网+医疗健康”等新服务模式发展。加强处方信息共享，推动零售药店逐步成为向患者售药和提供药学服务的重要渠道，发挥执业药师的作用，为购药者提供药学服务。协同推进医疗机构检查检验结果互认。

探索开展医保技术评估。以基于临床医疗价值结合医保支付的医保技术评估为突破口，对纳入医保支付的药品、医用耗材、医疗技术的技术特性、有效性、安全性、经济性和社会适应性进行系统评估，将医保技术评估运用到医保支付、医用耗材采购等决策中，通过多手段降低参保人医疗费用负担，缓解疾病的医疗和整体社会经济负担，增强参保人对新医疗技术及用药的可及性，实施更有效率的医保支付。

专栏7 医保技术评估

1. 临床技术评估。加强对临床使用效果好、副作用少、评价高的各类医疗新技术的支持，以手术和介入治疗等新技术为重要评估方向。

2. 医疗服务设施评估。以参保人在接受诊断、治疗和护理过程中所必须的医疗生活服务设施为研究对象，完善成本核算机制，为制定、调整相应项目价格提供依据。

3. 医疗服务模式评估。评估重点为分级诊疗制度的建立与完善、不同服务模式对区域总额预算管理的影响、基层医疗机构和大型医院互补和替代性、新型服务模式下对重点人群的影响、医疗机构开展日间病房及家庭病床等对患者及基金的影响、比较论质及论量计酬对医保负担或是长期慢性病患者预后的差异、重点病种及重点人群直接出院或是接受整合型医疗照护对预后产生的差别。

4. 药物应用评估。以新药、重大疾病用药、慢性病用药、国家谈判药、癌症用药、高负担疾病治疗药物为关键领域，开展药物经济性评价，特别是替代药物的效果及经济性分析。

5. 医用耗材评估。以高值耗材为重点领域，从医保支付视角，加大对医用耗材（高值、普通）在医疗费用中的占比分析，挑选重点专科常用耗材进行分析。

6. 医疗设备评估。重点研究医疗机构配置设备的必要性、有效性、可及性等方面。

7. 政策效果评估。促进医保技术评估结果的政策转化，建立政策效果评估工作机制，提升政策制定科学性。

强化医保购买的方向引领。探索医保定向购买更有质量、更具价值的医疗服务新模式，支持先进医疗技术在本市的应用，促进医疗服务体系持续优化、医疗服务质量持续改进、医学科技不断进步和居民健康水平持续提升。

支持整合型医疗服务体系建设。协同推进居民健康管理制度建设，促进家庭病床的发展。推动城市医疗集团发展，助力“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”分级诊疗体系建设，设置医保差异化报销比例等政策引导参保人有序就医。促进定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律。探索助力远程医疗、远程会诊中心的发展，探索促进区域性检验中心、病理中心、影像诊断中心的发展。

鼓励医药服务创新发展。支持中医药传承创新发展，强化中医药在疾病预防治疗中的作用，推广中医治未病干预方案。支持儿科、老年医学科、精神心理科和康复、护理等紧缺医疗服务发

展。鼓励日间手术、多学科诊疗、无痛诊疗等医疗服务发展。支持远程医疗服务、互联网诊疗服务、互联网药品配送、上门护理服务等医疗卫生服务新模式新业态有序发展，促进人工智能等新技术的合理运用。

五、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，不断增强服务效能。

（十六）优化医疗保障公共管理服务。

持续推进医保服务下沉基层。建立覆盖市、区、街道、社区的医疗保障服务网络，打通服务群众“最后一百米”。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。补充完善软硬件设施，统一规范医保公共服务，全面加强经办服务窗口标准化建设。对全市经办服务窗口标准化建设情况和服务质量进行动态评估，督促不断优化。加强对街道（社区）窗口人员的指导和培训，巩固拓展医保业务进基层成果。建立绩效评价、考核激励、风险防范机制，持续组织开展经办服务创先争优活动，打造深圳医疗保障经办服务品牌。

专栏 8 医疗保障服务示范工程

1. 实现全市医保经办标准化窗口全覆盖。落实国家医疗保障管理服务窗口标准规范，制定医保经办服务示范窗口、医疗保障基层服务示范点评定方案，实现医保经办机构地标识别功能，规范服务。
2. 建成 10 个医保经办服务示范窗口（区或街道政务服务大厅）。
3. 建设 10 个医疗保障基层服务示范点（社区党群服务中心）。

4. 建设 10 个医疗保障定点医疗机构示范点，推动精细化管理，提升参保人就诊体验。

5. 建设 1 个智慧医保管理服务示范点，提升经办管理服务数字化、智能化水平。

深化医保政务服务改革。完善经办管理服务流程，优化办事程序。加强部门数据共享，精简办事材料。打造医保政务服务新模式，实现“一窗受理、一网（厅）通办、一站办结”。利用全国一体化政务服务平台，实现医保政务服务一体化办理。借助移动互联网、大数据、云计算等新技术，结合“互联网+”工作思路，通过统一移动门户打造医保线上线下一体化服务新模式，以医保移动支付和外配处方电子化流转为切入点，建设医保“互联网+”服务平台。全面落实“好差评”制度。

专栏 9 医疗保障服务能力建设

1. 网上办、掌上办。推动所有医保政务服务事项在门户网站、微信公众号、“i 深圳”、“粤省事”、自助终端机全渠道办理。实现更多的医保政务服务事项网上“秒批”办理。全面推广使用医保电子凭证。

2. 提升适老服务水平。合理布局服务网点，配备引导人员，提供咨询、指引等服务，保留传统服务方式，优化完善无障碍设施，提供预约服务、应急服务，积极推广“一站式”服务，畅通为老年人代办的线下渠道。

3. 全面落实“好差评”制度。加强医保经办服务大厅和窗口管理，持续推进医保系统行风建设，严格落实行风建设各项任务。建立差评和投诉问题调查核实、督促整改和反馈机制。增强服务意识，规范服务方式，提升服务效能。

提升异地就医直接结算能力。继续完善异地就医住院结算政

策措施，简化优化异地就医备案服务，按照先省内后跨省、先普通门诊后特定病种门诊，逐步推进异地就医门诊费用直接结算工作，实现省内异地就医生育医疗费用直接结算，进一步解决医保患者报销周期长、个人垫资、往返奔波等“痛点”、“堵点”难题，实现住院、门诊费用线上线下一体化的异地就医结算服务。

专栏 10 异地就医结算能力建设

1. 加强异地就医结算能力建设，落实全国统一的异地就医经办业务流程、标准规范，融合业务流、资金流、信息流，提升异地就医结算综合协调能力，完善异地就医业务协同管理机制。

2. 落实全国统一的跨省异地就医资金预付、结算、清算流程，加强资金全链条监管，提高资金使用效率和清算效率。

3. 完善异地就医直接结算信息化建设，推进异地就医备案、住院和门诊费用直接结算，手工零星报销线上线下一体化服务。

健全完善医保协议管理。规范定点医药机构医疗保险协议服务范围和内容，完善医保经办机构与医疗机构之间的平等协商机制，及时向有关定点医药机构通报医疗费用结算情况。探索建立医保医师协议管理制度，强化医师行为管理。规范门诊特病诊断、治疗医疗机构及“双通道”定点零售药店管理。优化定点医药机构区域布局。完善“互联网+医疗健康”医保服务定点协议管理，实施定点医药机构协议网签。依法依规加强医疗保障与卫生健康、市场监管部门的信息共享，实现全流程网上办理。与异地医保部门建立跨区域定点医药机构协同管理机制。完善定点医药机构退出机制，细化定点医药机构违反协议和取消定点情形。建立每年医疗服务协议续签评议机制，根据定点医药机构医疗服务协议周

期内的履约情况，综合确定医疗服务协议续签结果。

持续推进医保治理创新。积极引入社会力量参与经办服务，推进政保合作、政银合作模式。规范和加强与商业保险机构、社会组织等的合作，完善激励约束与绩效评价机制，提升管理效能。加强深圳与香港、澳门医疗保障工作衔接，建立健全医疗保障管理服务协作机制。持续优化港澳居民参保服务，逐步探索构建医疗保障经办、第三方金融机构与港澳社会共同参与的跨境医疗保障经办新模式，实现港澳居民医疗保险参保、缴费“一站办”。完善医疗保障专家库，发挥高端智库和专业机构的决策支持与技术支持作用。

（十七）强化法治支撑。

健全依法行政制度体系。全面贯彻落实国家、省医疗保障领域法律、法规、规章及规范性文件，完善社会医疗保险办法，推进出台长期护理保险办法等市政府规章，健全待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管、医药服务和医保公共管理服务等方面政策文件，坚持立改废并举，夯实医疗保障事业改革和发展的法治基础。加强规范性文件管理，健全行政规范性文件动态清理工作机制。

全面推进严格规范公正文明执法。完善权责清单、执法事项清单、服务清单。落实全国统一的行政处罚程序规定，规范执法文书样式、行政执法指引，落实行政裁量权基准制度。规范执法行为，改进执法方式，加强执法监督，落实行政执法责任制。全

面落实医疗保障行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核等制度。创新行政执法方式，推行轻微违法行为依法免于处罚清单，推进跨部门联合执法，定期发布行政执法案例，加强以案释法。健全行政复议和行政诉讼案件处理工作机制。

强化法治宣传教育。突出学习宣传习近平法治思想，弘扬宪法精神。落实国家工作人员学法用法制度，重点抓好“关键少数”，建立领导干部应知应会法律法规清单。提高普法针对性实效性，充分运用新技术新媒体开展精准普法，重点加强对定点医药机构、医保医师、医保药师、参保单位和广大参保人员有关医保法律法规政策宣传，增强参保人的健康管理意识，提高定点医药机构和参保人员法治意识。全面落实“谁执法谁普法”普法责任制。

（十八）加强医保信息化建设。

推进智慧医保建设。按照国家和省医疗保障信息化建设整体规划和要求，全面上线全国统一的医疗保障信息平台，持续优化平台功能，建立健全本地安全管理体系和运维保障体系。依托全国统一的医疗保障信息平台，统筹规划深圳智慧医保信息化建设，打通医疗保障政策规划、支付管理、医药服务管理、智能监管等各个环节，构建“横向联通、纵向融合”的医保业务全景图，以数据为医保建设赋能，用数字创新服务民生，全面提高深圳医疗保障治理水平和治理能力，推动“三医联动”改革。

专栏 11 深圳智慧医保信息平台工程

根据本市特色业务和试点工作，充分运用移动互联网、云计算、大数据、物联网、人工智能、区块链等新一代信息技术，以统筹规划、数字转型、融合创新、充分利旧为原则，通过数据赋能、AI 使能、中台聚能、5G 送能、互联网释能，建设“一云一网、三个中心”的医保信息化支撑体系，构建智慧服务、智慧经办、智慧监管、智慧医药、智慧决策、智慧政务等六大方面的医疗保障管理、决策和应用一体化运作框架，其中重点创新基金监管方式，设置基金监管“防火墙”，提升医药服务管理智能化水平，实施更有效率的医保支付，全面提升医保治理智能化、现代化、精准化、高效化水平。

强化标准化工作。贯彻实施国家基础共性标准、医保信息业务编码标准、管理工作规范、公共服务标准、评价监督标准等重点领域标准，建立信息维护、审核、公示、发布等常态化工作机制。利用标准化强化对信息化建设的基础支撑，将信息化贯穿标准化工作全程，提升数据收集、分析和整理效率。

构建医保数据资源管理与利用体系。推进建设深圳医保数据中心，构建医保数据资源体系，加强数据治理，打造统一标准的数据服务能力。全面落实医保首席数据官制度试点工作，推进医保数据治理及运营团队建设，依法依规进一步健全与卫生健康、公安、民政、人力资源社会保障、残联等部门信息共享机制，协同推进健康管理、医疗救助、养老服务等方面应用。开展医保大数据分析 and 挖掘，建立大数据应用支撑体系。探索建立数据开放共享新模式，促进数据要素有序、高效流动。

加强网络安全和数据保护。加强网络安全保障和数据安全保护，实施网络安全管理和数据安全保护制度，落实网络安全责任制。建立健全数据安全治理体系，规范数据全生命周期管理，提升医保网络安全管理能力、数据安全保护能力、数据共享服务能力。

六、做好规划实施

“十四五”时期医疗保障事业高质量发展任务艰巨，要加强各项保障，突出重点、统揽全局，推动规划确定的各项目标任务落实落地。

强化协同配合。建立规划协调推进机制，医疗保障、发展改革、公安、民政、司法、财政、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管、税务、银保监等部门按职责抓好落实，合理推进规划实施。建立部门协同机制，加强医保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套。

建强干部人才队伍。建设高素质专业化医疗保障干部队伍。坚持以政治建设为统领，把政治标准和政治要求贯穿干部队伍建设全过程，围绕构建以健康为导向的创新型医保制度这个工作大局，以落实岗位说明书制度为基础，坚持“知事识人、序事辨材”，坚持不断优化干部年龄结构、拓展来源结构、改善专业结构，大力推进素质培养、知事识人、选拔任用、从严管理、正向激励“五大体系”制度机制建设，构建科学精准的干部选育管用工作体系。持续构建优化协同高效的行政管理体系，不断提升行政编制使用

的运行效能。

精准推进规划实施。建立规划实施机制，做好规划重点任务分解，明确责任单位、实施时间表和路线图，提升规划实施效能。组织开展规划实施评估，监测重点任务进展、主要指标完成情况，及时完善优化政策。

积极营造良好氛围。做好政府信息公开和新闻发布，及时准确发布权威信息，引导社会舆论，增进各方共识。开展多种形式的医保普法宣传活动，增强全社会医保法治意识，提高政策知晓度，营造医保、医疗、医药协同改革的良好氛围，为深化医疗保障制度改革创造良好舆论环境。

公开方式：主动公开

深圳市医疗保障局办公室

2022年2月11日印发
