

电子公文打印版	
打印单位	
打印人	
年 月 日	

广西壮族自治区人民政府 办公厅文件

桂政办发〔2022〕6号

广西壮族自治区人民政府办公厅关于 印发广西医疗保障“十四五”规划的通知

各市、县人民政府，自治区人民政府各组成部门、各直属机构：

《广西医疗保障“十四五”规划》已经自治区人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2022年1月25日

（此件公开发布）

广西医疗保障“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。依据《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)、《广西壮族自治区国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》，制定本规划。

一、基本形势

(一) 发展基础。

“十三五”期间，自治区党委、自治区人民政府高度重视医疗保障工作，组建自治区医保局，出台《自治区党委 自治区人民政府印发〈关于深化医疗保障制度改革的实施意见〉的通知》(桂发〔2020〕18号)，为未来一个时期加快构建覆盖全民的高质量医疗保障制度体系指明了方向。全区各级医保部门坚持以人民健康为中心，深化改革创新，狠抓贯彻落实，全面推进医疗保障事业改革发展，基本形成以基本医疗保险为主体、以医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐助、医疗互助等共同发展的多层次医疗保障制度框架，基本医疗保险基金运行安全平稳。

医保制度体系不断完善。基本医疗保险基本实现市级统筹。职工基本医疗保险与生育保险合并实施。广西北部湾经济区职工基本医疗保险、生育保险制度实现全面统一。实施统一的城乡居

民基本医疗保险和大病保险制度。医疗救助托底机制逐步完善。开展长期护理保险试点。支持商业健康保险发展。到“十三五”期末，全区基本医疗保险参保人数达到 5205 万人，职工基本医疗保险和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分别达到 85%和 70%以上。完善门诊特殊慢性病医疗保障政策。大病保险最低筹资标准达到 65 元，最低报销水平达到 60%。医疗救助最高救助额度从 3 万元提高到 6 万元，实现符合条件困难群众资助参保率 100%和医疗救助政策落实率 100%的目标。

医保扶贫政策不断完善。全面实施医保扶贫“198”政策，建档立卡贫困人口 634 万人参保率达到 100%。实行门诊特殊慢性病贫困患者“先享受待遇后备案”制度，贫困人口慢性病卡应办尽办，建档立卡贫困人口办理门诊特殊慢性病卡人数达 80.24 万人，较 2016 年增长 708.06%。实施市域范围内定点医疗机构基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”结算，全面实施“村医通”工程。

医保领域改革不断深化。大力推进药品和医用耗材集中采购制度改革，大幅降低药品和医用耗材价格。开展多批次药品和医用耗材带量采购工作，126 个带量采购药品品种在广西落地，平均降价 58.9%，每年可减轻群众医疗负担 15.66 亿元。加大医疗服务价格改革力度，取消医用耗材加成，调整 695 项医疗服务项目价格。规范新增医疗服务项目价格管理，新增医疗服务项目 600 多项，支持和促进包括中医壮瑶医在内的医疗新技术进入临床。

深化医保支付方式改革，在全区推行按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革，建立以 DRG 付费为主的多元复合式医保支付体系。落实国家医保药品目录，将符合条件的新增医保药品和国家医保谈判药品纳入门诊特殊慢性病保障范围，将 29 种门诊特殊慢性病常规检查项目纳入医保支付范围，实现病种、药品目录、诊疗项目“三统一”，全区 150 多万名慢性病参保患者医疗负担明显减轻。出台肿瘤日间治疗支付政策，有效缓解恶性肿瘤患者住院候床难、负担重问题。远程医疗服务项目纳入医保支付范围，促进优质医疗资源下沉。17 项壮瑶医技法纳入医保支付范围，支持民族医药传承创新发展。

医保基金监管不断完善。建立健全严密有力的医保基金监管机制，实施欺诈骗保行为举报奖励办法，建立要情报告机制，完善医保基金社会监督员制度。实施打击欺诈骗保专项治理，组织开展飞行检查、交叉检查、自查自纠，检查定点医药机构 23177 家，处理违规医药机构 9279 家，挽回医保基金损失 11.25 亿元。创新医保基金监管方式，积极推进医保基金监管方式创新试点和医保信用体系建设试点工作。完善智能监控，推广生物特征识别功能，实现定点联网实时监控。

医保经办服务不断优化。建立全区统一的医疗保障信息系统，有效推广医保电子凭证，优化异地就医服务，构建“横到边、纵到底”的异地就医直接结算网络。优化再造医保经办流程，实行全区统一的医疗保障政务服务清单和群众办事指南。自治区内基

本医疗保险关系转移接续实现“异地通办、线上转移、资金秒到”。在全国率先实施区域内异地就医备案手续，实现北钦防三市就医结算一体化。实行职工基本医疗保险个人账户“家庭共享”，增强互助共济性。

医保应急管理不断增强。新冠肺炎疫情发生以来，全区各级医保部门做到“两个确保”（确保患者不因费用问题影响就医、确保收治医院不因支付政策影响救治），累计预拨医保基金 2.59 亿元。阶段性减征缓缴职工基本医疗保险单位缴费约 34.6 亿元，惠及 14.6 万家单位，助力企业复工复产。开展新冠病毒检测试剂联盟带量采购，核酸检测试剂费用平均降幅超过 90%，减轻群众和医保、财政检测费用负担近 8.62 亿元。

（二）面临形势。

从机遇看，广西医疗保障事业发展外部环境日趋向好，基本医疗保险基金规模占地区生产总值比重逐年加大。从挑战看，国际环境日趋复杂，不稳定性不确定性明显增加，新冠肺炎疫情影响广泛深远。当前广西医疗保障发展面临着人民群众日益增长的健康需要和医疗资源发展不平衡、不充分的矛盾。人口老龄化进一步加剧，对医疗保障和长期护理保障的需求持续上升。医保、医疗、医药联动改革协同性需进一步增强。医保支付方式改革仍需深化，医保基金监管形势依然十分严峻。医保工作力量仍比较薄弱，医保服务与群众需求存在差距。

“十四五”时期，广西医疗保障工作要着眼全区经济社会发

展战略全局，坚守为民服务初心，增强预见性，突出针对性，主动作为，在各项挑战中破困局、开新局，全面推动新时代广西医疗保障事业高质量发展。

二、总体要求

（一）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，深入贯彻落实习近平总书记视察广西“4·27”重要讲话精神和对广西工作的系列重要指示要求，牢牢把握全面建立中国特色医疗保障制度工作主线，坚持以人民健康为中心，深入实施健康中国战略，深化医药卫生体制改革，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，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则。

——坚持党的领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，强化顶层设计，完善党领导医疗保障工作的体制机制，为医疗保障制度成熟定型提供根本保证。

——坚持人民立场。坚持把人民群众生命安全和身体健康放在首位，更好地确保人民群众基本医疗保障权益，满足人民群众多元化医疗保障需求。

——坚持公平适度。坚持基本医疗保障依法覆盖全民，尽力而为、量力而行，防止过度保障和保障不足。坚持促进公平、筑

牢底线，强化制度公平，逐步缩小待遇差距，增强对困难群众基础性、兜底性保障。

——坚持系统集成。充分发挥医保在“三医联动”改革中的基础性作用，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

——坚持共享共治。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。

（三）发展目标。

到 2025 年，基本医保、城乡居民大病保险（或职工大额医疗费用补助）、医疗救助（以下统称三重制度）综合保障功能日益完善，医疗保障制度更加成熟定型。全区职工基本医疗保险政策统一，城乡居民基本医疗保险政策完善，重特大疾病医疗保险和救助制度进一步健全，重大疫情医疗救治费用保障机制进一步完善。多元复合式支付体系基本建立。医保基金监管保障有力。以市场为主导的药品和医用耗材价格形成机制有效运行，药品和医用耗材价格规范合理。构建全区统一的医疗保障信息系统、经办服务体系，群众看病就医便捷度显著提高。

待遇保障制度统一规范。三重制度综合保障功能更加完善，多层次医疗保障体系更加成熟定型。加快推进长期护理保险制度试点建设。制度间、人群间、区域间医疗保障水平差距逐步缩小。

建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制。促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，加快推进基本医疗保险自治区级统筹。

筹资分担机制更加均衡。职工基本医疗保险参保缴费政策逐步完善，筹资待遇更加公平。城乡居民基本医疗保险筹资结构进一步优化、筹资水平稳步提升。加大财政对医疗救助投入力度，鼓励社会资本对医疗救助基金投入，拓宽医疗救助筹资渠道。

医药服务协同高效。医保支付机制更加管用高效，医保支付方式改革以及药品和医用耗材集中带量采购制度改革进一步深化，药品和医用耗材价格治理机制更加完善，医疗服务价格调整更加灵敏有度。发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展。

基金监管严密有力。进一步推进医保基金监管制度体系改革，全领域、全流程的基金安全防控机制逐步构建，医保基金监管制度体系和执法体系基本建成。以法治为保障，以信用管理为基础，以多形式检查、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基本形成。

医保服务更加优质。构建自治区—市—县—乡镇（街道）—村（社区）五级医疗保障经办服务体系，医疗保障经办流程、服务标准更加规范，医保经办实现精细化管理，“互联网+”综合保障服务能力显著增强，信息化服务水平进一步提高，异地就医联网结算实现全覆盖，医保服务更加便捷惠民。

“十四五”时期全区医疗保障发展主要指标表

序号	主要指标	2020年	2025年	指标属性
1	基本医疗保险参保率	>95%	>97%	约束性
2	基本医疗保险(含生育保险)基金收入(亿元)	680.93	收入规模与经济社会发展水平更加适应	预期性
3	基本医疗保险(含生育保险)基金支出(亿元)	607.44	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
4	职工基本医疗保险政策范围内报销比例	85%左右	保持稳定	预期性
5	城乡居民基本医疗保险政策范围内报销比例(含大病保险)	70%左右	保持稳定	预期性
6	重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例	70%左右	70%左右	预期性
7	实行按DRG付费和按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例	30%	>70%	预期性
8	药品集中带量采购品种(个)	126	800	预期性
9	医用耗材集中带量采购品种(类)	1	10	预期性
10	医保信用监管体系建设设区市覆盖率	5%	100%	预期性
11	住院费用跨省直接结算率	70%左右	>70%	预期性
12	医疗保障政务服务事项线上可办率	>80%	>90%	预期性
13	医疗保障政务服务窗口可办率	——	100%	约束性

三、主要任务

（一）提高基本医疗保险参保管理水平。

全面提升基本医疗保险参保质量。单位职工、城乡居民、灵活就业人员依法依规分类参加基本医疗保险。适应新业态发展，完善灵活就业人员参保缴费方式，开放对灵活就业人员参保的户籍限制。深化医疗保险费征收体制改革，加强与教育、公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、司法、税务、市场监管、乡村振兴、残联、大数据发展等部门合作，建立健全数据共享交换机制，加强人员信息比对，建立健全覆盖全民的参保数据库，完善参保数据清查工作机制，实现自治区层面统一提取、归集基础数据，加强动态维护，提高参保数据质量，防止“漏保”、“断保”，避免重复参保，保持参保率总体稳定。做好跨统筹地区参保人员基本医疗保险关系转移接续工作。

（二）健全稳健可持续的筹资运行机制。

巩固提高统筹层次。加强职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险基金市级统一管理和使用，基金分别建账、分账核算。按照“收支两条线”管理办法，统一基金征缴和拨付流程。在全面做实基本医疗保险市级统筹的基础上，强化基金管理主体责任。按照政策统一规范、基金调剂平衡、完善分级管理、强化预算考核、提升管理服务方向等要求，加快基本医疗保险自治区级统筹。加快推进医疗救助市级统筹，提高资金使用效率，增强抗风险能力。

完善筹资分担和调整机制。落实医保筹资主体责任，优化筹资结构，提高医保基金互助共济能力。综合考虑医疗保障待遇、经济发展和人口结构等因素，确定筹资标准，均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任。职工基本医疗保险由用人单位和个人共同缴费，合理确定费率，实行动态调整。合理提高城乡居民基本医疗保险财政补助标准和个人缴费标准，稳步提升筹资水平。拓宽医疗救助筹资渠道，鼓励社会慈善捐赠等多渠道筹资，落实市县级财政事权和支出责任。

（三）完善公平适度的待遇保障机制。

完善基本医疗保险制度。坚持和完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系，力争实现全区职工基本医疗保险政策统一。完善门诊特殊慢性病政策，强化门诊共济保障功能，统筹好门诊和住院待遇政策衔接。完善城乡居民高血压、糖尿病（以下统称“两病”）门诊用药保障机制，推进“两病”早诊早治、医防融合，逐步提高城乡居民基本医疗保险门诊保障水平。建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，推进职工基本医疗保险个人账户改革，改进个人账户计入办法，规范个人账户使用范围。

完善生育保险政策措施。贯彻落实积极应对人口老龄化国家战略，巩固扩大生育保险覆盖面，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。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。

落实医疗保障待遇清单制度。严格执行国家医疗保障基本制

度、基本政策、基金支付范围和标准，明确自治区级医疗保障待遇清单，清理超出清单授权范围的政策，纠正过度保障和保障不足问题，促进公平统一。建立重大决策请示报告制度，规范决策权限。

规范补充医疗保险制度。完善职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助及企业补充医疗保险等制度。完善城乡居民大病保险制度，加强与基本医疗保险和医疗救助制度的衔接，提高保障精准度。

完善医疗救助制度。健全统一规范的医疗救助制度，建立多部门协同、信息互通共享的工作机制，实现医疗救助对象精细化管理。推进医疗救助与医保一体化经办。通过明确诊疗方案、规范转诊等措施降低医疗成本，提高年度救助限额，合理控制困难群众政策范围内自付范围比例。健全重特大疾病医疗保险和救助制度，将因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者纳入医疗救助范围。加强与其他社会救助制度的衔接，鼓励社会力量参与救助保障，协同实施大病专项救治，强化互联网个人大病求助平台监管。筑牢医疗救助托底保障防线。稳步提升重特大疾病保障水平。

有效衔接乡村振兴战略。优化调整脱贫攻坚期间医疗保障倾斜政策，治理医保扶贫领域过度保障。稳妥将其他补充保障措施资金统一并入医疗救助基金，确保待遇平稳过渡，制度可持续。持续做好分类资助参保工作，大病保险继续对困难群众予以倾斜。

对规范转诊且在自治区内就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的，给予倾斜救助。建立健全防止因病返贫和因病致贫监测机制，分类予以帮扶。加强基层医疗保障服务，引导医疗资源下沉，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。

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。根据国家统一部署，通过有针对性免除医疗保险限制性条款等措施，落实相关医药费豁免制度。建立健全重大疫情医保基金预付和医疗费用结算、清算机制，统筹医保基金和公共卫生服务资金使用，提升资金在紧急情况下的使用和分配效率，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试点。按照国家统一部署，深入推进长期护理保险制度试点工作，明确筹资机制、待遇保障、经办服务等措施办法。推动全国统一的长期护理失能等级评估标准在广西落地，健全完善与失能等级相衔接的护理模式管理服务标准体系。鼓励商业保险积极参与长期护理保险建设，满足群众多元保障需求。

鼓励发展商业健康保险。鼓励、引导和支持商业保险机构探索实施与基本医疗保险、大病保险相衔接的普惠型商业健康保险，保障医保目录外用药大额支出，补齐多层次医疗保障体系中商业健康保险短板。鼓励将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。

支持医疗互助有序发展。坚持职工医疗互助的互济性和非营利性，加强医疗互助与职工基本医疗保险的衔接，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。

（四）建立管用高效的医保支付机制。

强化医保目录管理。贯彻执行国家基本医疗保险目录，落实国家医保谈判药品落地使用政策。规范中药壮瑶药饮片、中药配方颗粒和治疗性医疗机构制剂使用及医保支付管理，动态调整基本医疗保险（生育保险）药品目录。根据医疗保障待遇清单，逐步规范全区医保医疗服务项目、医用耗材支付范围。结合医保基金承受能力，将临床疗效确切、性价比高的新增医疗服务项目纳入医保支付范围，促进医疗服务新技术有序发展。

健全多元复合式医保支付体系。全面推进医保支付方式改革，以国家试点为引领，推行以 DRG 付费为主的多元复合式医保支付方式，完善按病种、人头、床日、项目等付费方式，打造广西样板。完善“总额预算、结余留用、合理超支分担”责任共担机制，激励医疗机构规范医疗服务行为，完善成本控制机制，引导医疗资源合理配置和患者有序就医。加强统筹区域内医保基金总额预算管理。健全紧密型医疗联合体医保支付政策。探索符合中医药壮瑶医药特点的医保支付方式。建立健全适合门诊共济保障的支付机制，探索按人头付费与门诊特殊慢性病管理相结合的医保支付方式，逐步减轻参保人员门诊医疗费用负担。

规范医保定点医药机构管理。健全医保经办机构与定点医疗

机构间公开平等的谈判协商机制，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制原则，统筹各类医疗服务情况，完善分类分项预算管理办法，规范医保基金预算及结算管理。强化医保协议管理，优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判等程序，实行社会办医疗机构与公立医疗机构同等医保管理政策。支持“互联网+医疗”等新服务模式发展，实现线上线下诊疗服务统一管理。健全定点医药机构激励约束及退出机制，完善监督考核评价办法，考核评价结果与医保基金支付等挂钩。

专栏 1 健全多元复合式医保支付体系

1. 实施多元复合式医保支付方式。充分发挥医保支付方式对医药服务市场健康发展的重要牵引作用，完善区域医保基金总额预算管理下的按病种、人头、床日、项目等付费方式。

2. 持续推进 DRG 付费改革。发挥国家试点引领作用，在全区推进 DRG 付费改革，逐步覆盖到符合条件的一级定点医疗机构。加强基础数据质量控制，动态调整分组和权重。

3. 加快紧密型县域医共体政策。健全“总额预算、结余留用、合理超支分担”责任共担机制，引导医疗机构合理诊疗，提高医保基金使用绩效。

4. 探索符合中医药壮瑶医药特点的医保支付方式。研究按疗效价值付费的适用病种和疗效评估标准，探索中医特色病种付费机制，加快推进中医药壮瑶医药传承创新发展。

5. 建立健全门诊共济保障支付机制。推进与门诊共济保障机制相适应的支付方式改革，探索按人头付费与门诊特殊慢性病管理相结合的医保支付方式。

（五）建立科学合理的医药价格形成机制。

深化药品和医用耗材集中采购制度改革。加强医保部门对药品和医用耗材采购工作的统一管理。常态化开展药品和医用耗材集中带量采购、省际价格联动、挂网议价、备案采购等工作。加强药品和医用耗材集中采购平台规范化建设，建立完善采购平台考核评价机制，完善药品集中采购平台功能，加强对药品和医用耗材采购的全流程监管。按照国家统一部署，以医保支付为基础，推动整合药品和医用耗材招采平台，落实使用集采购、交易、结算、监督于一体的药品和医用耗材招采平台。改进结算方式，探索推进医保基金与医药企业直接结算。完善医保支付与集中采购价格协同机制。完善与药品和医用耗材集中采购相配套的激励约束机制，落实医保资金结余留用政策，鼓励优先使用中选产品。

开展药品和医用耗材价格治理。建立药品和医用耗材价格监测预警机制，落实医药价格、招采信用评价制度和信息共享机制，强化结果应用。通过成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数等手段，对药品和医用耗材价格实行常态化监管，遏制虚高价格。

深化医疗服务价格改革。规范全区现行医疗服务价格项目，简化新增医疗服务价格申报流程，加快审核新增医疗服务价格项目进度，支持和促进包括中医壮瑶医在内的医疗新技术进入临床。完善医疗服务价格动态调整机制，定期开展医疗服务价格调价评估，合理确定价格调整总量，逐步理顺医疗服务比价关系，优化

价格结构。逐步实现医用耗材与价格项目分离，更好体现医疗服务技术价值，明确医疗技术或医疗活动转化为价格项目的立项条件和管理规则，厘清价格项目与临床诊疗技术规范、医疗机构成本要素、不同应用场景加收标准等的政策边界。构建内涵边界清晰、适应临床诊疗、便于评价监管的价格项目体系。

专栏 2 药品和医用耗材集中带量采购制度化常态化

1. 规范统一药品和医用耗材招采平台。完善药品和医用耗材集中采购工作机制，提升采购、交易、结算、监管信息化管理水平。

2. 加强对药品和医用耗材采购全流程监管。搭建全区统一的药品和医用耗材结算监管系统，完善药品和医用耗材线上结算流程，加强对医疗机构药品回款线上结算的监督与考核，探索对集中带量采购的药品和医用耗材货款开展医保基金与医药企业直接结算。

3. 建立医药价格采集和监测机制。推动成立医药价格监测机构，整合医保支付、药品和医用耗材采购、医疗机构、医药企业信息系统数据，搭建价格监测平台，实时监测价格信息，定期发布监测报告。

4. 完善药品和医用耗材价格以及招采信用评价制度。处置药品和医用耗材采购失信行为。

（六）协同推进“三医联动”改革。

发挥医保基础作用。发挥医保支付政策杠杆作用，协同推进共治共享、多方参与的医药服务供给体系改革，促进医疗资源优化配置。支持紧密型医疗联合体建设，促进远程医疗技术、人工智能等新技术的合理运用。继续推进优质医疗资源向基层下沉，引导基层医疗卫生服务有效利用和患者有序就医，落实分级诊疗

制度，促进定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律。探索国家医保谈判药品单独支付政策，支持优质仿制药使用，引导定点医药机构优先配备使用国家医保目录内药品、国家基本药物、集中带量采购药品。完善药品处方流转机制，发挥药店独特优势和药师作用。

（七）加快健全基金监管体制机制。

建立健全监督检查制度。贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，实行医疗保障领域“双随机、一公开”监管机制，落实要情报告制度。完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等多形式检查措施，规范检查内容、工作要求和工作流程，确保公开、公平、公正。通过政府购买服务等形式，积极引入第三方力量协助开展医保基金监管。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。加强医保基金监管能力建设，建立健全监管执法体系，落实市、县（市、区）医保部门监管职责，强化医保定点医药机构的主体管理责任。

建立完善智能监控制度。依托全国统一的医疗保障信息平台，加快推进全区统一的医保智能监管子系统落地应用，强化事前提醒、事中监管，实现医保基金全方位、全流程智能监控。建立医保智能监管子系统和定点医药机构信息对接机制，逐步加强对定点医药机构价格收费、药品和医用耗材进销存、医疗服务行为、处方流转和医疗费用结算实时监管。完善智能监控规则，加强药品和医用耗材、诊疗项目和医疗服务设施等基础信息标准库和临

床指南等医学知识库建设。推广生物特征识别、“互联网+”等技术应用，提升智能监控功能。

建立医疗保障信用管理制度。推进医疗保障信用体系建设，建立定点医药机构、医保医师（药师、护师、技师）、参保人员等医保信用记录、信用评价管理制度。创新定点医药机构综合绩效考核机制，将信用评价结果、综合绩效考核结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等挂钩。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工作，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。

建立综合监管制度。建立部门间相互配合、协同监管的综合监管制度。构建协同监管格局，加强部门联合执法，建立健全欺诈骗保案件情报沟通、协作查处和信息共享机制，畅通案件移送渠道，各相关部门对查实的欺诈骗保行为按照职责权限依法依规处理。建立健全打击欺诈骗保行刑衔接联络人机制，将医保监管与卫生综合监管等有机衔接，推动医保监管结果有效运用。

完善社会监督制度。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。建立信息披露制度，医保经办机构向社会公布签订服务协议的定点医药机构名单，并公开医保基金收入、支出、结余等情况。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，主动接受社会监督。进一步完善医保基金社会监督员制度、欺诈骗保举报奖励制度。强化警示教育，推动通报曝光常态化。

加强医保基金财务管理。科学编制医保基金收支预算、精细化制定医疗救助基金收支计划。构建医保基金预算执行纠偏机制，加强预算执行监督，全面实施基金运行全过程绩效管理，建立适应时代发展的基金绩效评价动态体系。分类开展职工基本医疗保险基金和城乡居民基本医疗保险基金中长期精算，构建收支平衡机制。探索制定基金运行风险预期指标体系，开展医保待遇调整和政策改革的基金风险评价，建立基金预警通报制度。

专栏3 医保基金智能监管项目

1. 完善基础信息标准库和临床指南等医学知识库，推进信息化智能监控建设。

2. 对药品和医用耗材进销存进行实时监管，探索建立医保信息平台下的药品和医用耗材进销存智能化实时监控系統。

3. 推广生物特征识别、视频监控等信息化技术在医保基金监管中的应用。

4. 将异地就医、门诊就医、药店购药等纳入智能监控范围。

（八）提升医疗保障公共服务能力。

完善医保经办服务体系。建立医疗保障经办管理标准化体系，实现全区医保经办服务规范一致化、事项办理标准一致化。建立健全全区统一的经办服务体系，加强基层医保经办服务能力建设，推进医保经办服务纳入县—乡镇（街道）—村（社区）公共服务一体化建设，实现自治区—市—县—乡镇（街道）—村（社区）五级全覆盖。开展医银合作、医医合作，推动医保经办服务向金

融、医疗等机构延伸。

优化医保公共服务。创新多种适老化服务举措，支持符合条件的养老机构内设医疗机构纳入医保定点协议管理范围，满足老年人群体医保服务需求。加强部门联动协作，实现参保人员增减变动、退休办理等服务“聚合办”、“联合办”。加强部门间信息互通，通过信息共享进一步减证便民，充分利用信息技术手段提高经办效能。

推进“互联网+医保服务”。推进医保公共服务事项“网上办”、“掌上办”，不断扩大“全区通办”、“跨省通办”服务事项范围，实现群众办事“一次不用跑”、“最多跑一趟”。完善“互联网+医保”线上结算管理服务新模式，实现互联网诊疗、电子处方流转、在线费用结算、送药上门全流程的医保服务。

优化异地就医结算服务。实行全区统一的异地就医备案服务，提供不少于3种线上备案服务渠道。扩大异地就医直接结算范围，推行门诊费用双向跨省直接结算，推进门诊特殊慢性病相关治疗费用跨省直接结算工作。继续抓好区域一体化试点工作，实现就医结算、经办服务和医保待遇同城化。健全异地就医业务协同管理工作机制，加快异地就医费用结算、清算效率。强化费用监管，将异地就医费用与本地费用进行同监管、同考核。

创新医保治理机制。推进医保经办机构法人治理，强化医保业务经办的主体责任。完善内控管理制度，提高医保经办机构风险防范水平。支持商业保险机构等社会力量参与经办服务，不断

完善相应的激励约束机制。加强医疗保障系统行风建设，委托第三方开展行风建设专项评价。

专栏 4 经办服务能力提升工程

1. 健全经办服务体系。建立覆盖自治区—市—县—乡镇（街道）—村（社区）五级医疗保障服务网络。乡镇（街道）层面，依托乡镇政务服务中心提供业务办理、政策咨询、信息查询等服务；村（社区）层面，依托村级公共服务中心和村卫生室，提供参保缴费、信息查询等服务。

2. 加强工作人员配备。根据参保人数等情况，加强经办服务能力配置。

3. 推进服务窗口标准化建设。推动医保经办大厅设置和服务规范落地，开展标准化窗口和示范点建设，设区市 100%完成标准化示范窗口建设，50%以上的县（市、区）完成标准化示范窗口建设。在有条件的乡镇（街道）和村（社区）建设医疗保障基层服务示范点。

4. 按照全国统一标准建设医疗保障公共服务平台。包括在线服务平台、手机软件、服务热线。

（九）促进数字、智慧医保发展。

统一医疗保障信息平台。按照国家医疗保障业务标准和技术标准，建成统一、高效、兼容、便捷、安全的全区医疗保障信息平台，实现医保业务信息的统一管理。搭建覆盖全区医保经办机构、定点医药机构的医保骨干网络，实现与教育、公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、税务、市场监管、乡村振兴、残联、大数据发展等部门信息互联互通。强化医疗保障信息安全管理，做好医保数据分级分类管理，依法保护参保人员基本信息数

据安全。加强大数据开发与应用，强化服务支撑功能。

加快推广应用医保电子凭证。实现医保经办机构和定点医药机构医保电子凭证应用全覆盖，充分发挥医保电子凭证在参保登记、就医购药、费用结算、信息查询、经办服务等医保业务办理方面的主体作用，到 2025 年底，全区医保电子凭证激活率超过 85%。加快形成以医保电子凭证为载体的医保“一码通”服务管理新模式。

专栏 5 医疗保障信息平台工程

1. 建立健全医疗保障骨干网络。主要依托电子政务外网建立覆盖全区医保部门和定点医药机构的医保骨干网络。实现与教育、公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、税务、市场监管、乡村振兴、残联、大数据发展等部门信息互联互通。

2. 统一医疗保障信息平台。按照国家医疗保障业务标准和技术标准，建成统一、高效、兼容、便捷、安全的全区医疗保障信息平台，实现医保业务信息的统一管理。

3. 强化医疗保障信息安全管理，做好医保数据分级分类管理，依法保护参保人员基本信息数据安全。

四、保障措施

（一）加强组织领导。坚持各级党组织在医疗保障事业发展中的领导作用，确保党对医疗保障工作的绝对领导，确保医疗保障工作始终坚持正确的政治方向。全区各级各部门要强化责任落实，统筹做好广西医疗保障规划落实工作。要充分发挥各级医保

部门在把方向、管大局、保落实方面的重要作用，提高履职尽责的政治性和有效性。

（二）强化法治保障。加强医保法治建设，为医疗保障事业发展营造良好法治环境。建立健全医疗保障执法公示、执法全过程记录、重大行政执法决定法制审核等制度，动态调整权责清单，规范行政执法，强化对行政权力的监督和制约，规范医疗保障管理服务，维护群众合法权益。加大普法力度，提高全社会医疗保障法治思维和法治意识，严格尊法、学法、守法、用法。

（三）注重统筹规划。全区各级医保部门、相关责任单位要将落实规划作为重点工作，明确责任主体，科学把握规划重点和难点，制定时间表和路线图，统筹安排、协同推进各项任务，确保如期完成规划目标。

（四）强化队伍建设。开展医保干部轮岗交流、跨部门交流，完善监督考核和激励奖惩机制，打造“懂医药、精保险、善管理”的高素质专业化复合型医保人才队伍。加强医保经办、基金监管力量和能力建设。强化医保业务培训和知识更新，提升干部履职能力。

（五）加强监测评估。编制年度计划，科学设定年度计划监测指标，建立全面的监测指标体系，加强年度计划监测分析。加强规划重点指标的考核评估，科学设置评估指标体系，确立量化标准。

（六）做好舆论引导。将舆论宣传工作与规划的实施紧密结

合，同步策划，同步安排，同步落实。积极运用多渠道大力宣传医疗保障政策。及时准确发布权威信息，加强网络舆论引导，及时回应社会关切，积极营造医保、医疗、医药协同改革的良好氛围，为深化医疗保障制度改革提供良好舆论环境。

抄送：自治区党委各部门，广西军区，武警广西总队，各人民团体。
自治区人大常委会办公厅，自治区政协办公厅，自治区高级法院，
自治区检察院。
各民主党派广西区委会，自治区工商联。

广西壮族自治区人民政府办公厅

2022年1月27日印发

