

“十四五”全民医疗保障规划一问一答

一、“十三五”时期医疗保障事业发展取得了哪些成效？

在以习近平同志为核心的党中央坚强领导下，“十三五”期间，我国医疗保障事业取得了长足进步，人民群众获得感、幸福感、安全感明显增强。

（一）制度体系更加完善。以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险等共同发展的多层次医疗保障制度框架基本形成。2020年，全国基本医疗保险参保136100万人，其中，职工医保参保34423万人，居民医保参保101677万人，参保覆盖率稳定在95%以上。医疗救助资助7837.2万贫困人口（含动态调出）参加基本医疗保险，资助参保缴费支出140.2亿元，贫困人口参保面稳定在99.9%以上。商业健康保险快速发展，2020年全国商业健康保险保费收入8173亿元，年均增长率达20%。2020年全国职工医疗互助参保4625.3万人，848.2万人享受互助待遇。生育保险覆盖面持续扩大，2020年末，生育保险参保人数23567.3万人，享受待遇1166.9万人次。长期护理保险开展试点，10835.3万人参加长期护理保险。

（二）体制机制更加健全。基本医疗保险统筹层次稳步提高，全国300多个地市实现市地级统筹，市地级范围内实现保障范围、筹资待遇、基金管理、支付方式、价格招采、经办服务、协议管理、信息系统统一。四个直辖市实现了统收统支模式的省级统筹，部分省份在职工医保或居民医保实现了调剂金模式的省级统筹。医保目录动态调

整机制初步建立，印发《基本医疗保险用药管理暂行办法》，现行医保目录药品达 2800 种，此外还有中药饮片 892 种。经过三年调整，共纳入 433 种新药、好药，其中谈判新增准入药品 183 种，平均降幅超过 50%。印发《医疗机构医疗保障定点管理办法》《零售药店医疗保障定点管理办法》，规范定点医药机构管理。基金监管成效显著，2020 年共检查定点医药机构 62.7 万家，覆盖全国 99% 以上的定点医药机构，处理违法违规医药机构 40 万家，追回医保资金 223.1 亿元，举报奖励资金发放 214.2 万元。2018-2020 年，全国共查处违法违规定点医药机构 73 万家，解除医保协议 1.4 万家、移送司法 770 家，追回医保资金 348.7 亿元。

（三）重点改革卓有成效。城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗全面整合，形成统一的城乡居民基本医疗保险。生育保险和职工基本医疗保险合并实施。药品集中带量采购成为常态，高值医用耗材集采取得初步成效，医保基金战略购买作用逐步显现，2018 年以来，共启动 5 批药品集采，覆盖 218 个品种，平均降价 54%，节省费用超两千亿元；首批高值医用耗材集采中选冠脉支架价格从均价 1.3 万元降至 700 元左右，平均降幅 93%。医保支付方式改革有序推进，全国 30 个城市开展按疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点工作，试点城市全部通过模拟运行前的评估考核，进入模拟运行阶段；71 个城市启动区域点数法总额预算和病种分值（DIP）付费国家试点工作。实施紧密型县域医共体总额付费，医疗服务价格合理调整机制初步建立，“互联网+”医疗健康、“互联网+”医保支付等新模式蓬勃发展。

（四）发展基础不断夯实。医保信息化、标准化取得突破，医疗保障信息国家平台建成并投入使用。截至2021年9月10日，24个省份和新疆生产建设兵团110多个地市上线应用国家医保信息平台；建立编码标准数据库和动态维护平台，15项全国统一的医保信息业务编码标准推广应用。医保电子凭证累计激活超过7.4亿人，全国31个省份和新疆生产建设兵团均开通医保电子凭证支付功能，覆盖超过21万家定点医疗机构、33万家定点零售药店，累计结算超3.3亿笔，医保服务迈入“码时代”。医保法治基础持续夯实，出台《医疗保障基金使用监督管理条例》。医疗保障政务服务事项实施清单管理，公共服务不断优化。基金预算和绩效管理持续加强，2020年基本医疗保险（含生育保险）总收入2.48万亿元，总支出2.1万亿元，年末累计结余3.15万亿元。

（五）决战决胜医保脱贫攻坚。持续加大对贫困人口政策支持，资助贫困人口参保缴费，实施基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障，梯次减轻医疗费用负担。2018-2020年，医保扶贫累计资助贫困人口参保2.3亿人次，惠及贫困人口就医5.3亿人次，减轻贫困人口医疗费用负担3600多亿元，助力近1000万户因病致贫家庭精准脱贫。2018-2020年，中央财政共投入居民医保财政补助资金9597.02亿元，其中约85%投向中西部省份；投入医疗救助补助资金740亿元，其中90%投向中西部。中央财政自2018年起连续三年累计投入120亿元补助资金，专项支持深度贫困地区提高农村贫困人口医疗保障水平。

（六）打赢疫情防控阻击战。实施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的“两个确保”政策，临时将新冠肺炎诊疗方案中的药品和诊疗项目纳入医保目录，及时结算新冠肺炎治疗费用。2020年，医保累计支付新冠肺炎治疗费16.3亿元，预拨定点救治机构专项资金194亿元。全国推广“不见面办”“及时办”“便民办”“延期办”“放心办”等举措，有效减少人员聚集，方便群众办事。

（七）群众获得感持续增强。职工和居民医保政策范围内住院费用报销比例稳定在80%和70%左右，城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制普遍建立。国家集采中选药品价格平均下降53%，冠脉支架首次国家带量采购大幅降价不降质。跨省异地就医住院费用直接结算全面推开，截至2020年底，全国4.44万家定点医疗机构实现住院费用跨省直接结算，累计直接结算724.83万人次，医保基金支付1038.43亿元；门诊费用直接结算试点工作稳妥推进，12个试点省份开通联网定点医药机构2.2万家，门诊费用跨省累计结算302万人次，医保基金支付4.29亿元。全国22个省份170个统筹地区开通国家平台统一备案服务，参保人员异地就医备案实现“网上办”“掌上办”。2020年，个人卫生支出占卫生总费用比例下降到27.7%，医疗保障降低群众疾病医疗负担成效显著。

二、“十四五”医疗保障面临的发展形势是什么？

从机遇上看，一是党中央、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5次主持中央深改委会议，专题研究医保工作。2020年，中央关于深化医疗保障制度改革的意见印发实施，

明确了未来十年医保改革的顶层设计。二是经济基础雄厚。我国经济总量突破 100 万亿元，人均 GDP 突破 1 万美元，财政收入超过 20 万亿元，居民人均可支配收入超过 3 万元，中等收入群体将进一步扩大，内需潜力巨大，经济长期稳定向好，已转向高质量发展阶段，为医保改革发展提供了雄厚的物质基础。三是实践基础坚实。我国新型医保事业经历了 20 多年的改革发展，制度从无到有，体系逐步健全，特别是“十三五”时期，药品、医用耗材集中带量采购改革和医保支付方式改革有序推进，医保药品目录和价格动态调整机制逐步建立，在打击欺诈骗保、信息化标准化方面探索了一系列行之有效的新做法，新时期医保工作实现从有到优具有坚实的实践基础。四是信息技术日新月异。以人工智能、大数据、区块链等新兴技术为支撑，推进建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，发布了 15 项全国统一的医保信息业务编码标准，建立了编码标准数据库和动态维护平台，实现了数据两级集中和标准统一，为医疗保障精细化管理和优质化服务提供重要的技术支撑。

同时，“十四五”时期，我国 60 岁以上老龄人口将超过 3 亿，社会进入中度老龄化阶段，劳动年龄人口减少，人口在职退休比进一步降低。而且，我国常住人口城镇化率已达 60%， “十四五”末期将达到 65%，人民群众对医疗保障范围和标准的要求不断提高。同时，疾病谱发生变化，传统传染病和新冠肺炎等新型传染病风险交织，医保基金支出刚需不断扩大，基金运行压力持续存在。从挑战看，一是发展不平衡不充分。地区间、人群间医疗保障水平存在差距，重大疾病保障机制需要完善。二是医保、医疗、医药改革不够协同。医保基

金监管形势仍然严峻，欺诈骗取医保基金和侵害群众利益的现象普遍存在。三是发展基础相对薄弱。医保信息化、标准化、法治化建设及公共服务体系建设与新时期医疗保障改革的要求存在差距。

三、如何理解“十四五”规划提出的五个医保？

关于公平医保。《规划》针对医疗保障公平性方面的不足，从参保公平、筹资公平、待遇公平、服务公平等方面作出相应安排。比如，提出建立健全待遇清单制度，推进基本医疗保障规范统一，提高统筹层次，均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任，推动待遇保障范围和标准与经济发展水平相适应，逐步缩小制度间、人群间、区域间保障差距，促进医疗保障再分配功能有效发挥。

关于法治医保。建设法治医保，不仅要完善医保法律体系，而且要推动政策法定，同时要统筹做好医疗保障立法、司法、执法、普法、守法，完善多主体协商的共建共治共享机制，推动职工和居民依法参保，对定点医药机构依法管理，规范基金监管行政执法，全社会医疗保障法治理念明显增强，法治在医疗保障治理体系中的作用日益彰显。

关于安全医保。《规划》着眼落实总体国家安全观，统筹发展和安全，以更加安全的医疗保障促进更优质的发展。保障基金安全，强化基金监测预警，构筑严密有效的基金安全防线。保障数据安全，加强医保内部管理，完善医保信息平台，保护好群众健康数据。保障参保群众个体健康安全，基本建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，有效衔接乡村振兴。

关于智慧医保。《规划》顺应数字经济发展趋势，明确提出全面加强医疗保障信息化、标准化建设，以建成全国统一的医疗保障信息平台为基础，普遍推广应用医保电子凭证，运用大数据、互联网、云计算、区块链等新一代信息技术，提高医保管理和服务数字化、智能化水平，实现医保“决策数字化、管理精细化、服务智慧化”，为参保群众和定点医药机构提供更加便捷的医保服务。

关于协同医保。《规划》由医保部门和卫生健康部门联合编制，本身就体现了部门的协同。在具体措施上，提出在巩固基本医疗保障的同时，积极发展商业健康保险，鼓励职工医疗互助、慈善捐赠等多种形式的保障协同发展。《规划》还提出完善医药价格和采购机制，优化医疗服务价格结构，有效发挥医保基金战略性购买作用。同时，强化医保基金协同监管，医保、卫生健康、公安、市场监管等部门加强数据共享，协同发力，保护好人民群众的“治病钱”“救命钱”。

四、“十四五”规划提出参保率保持在95%以上，“十三五”参保率也在95%以上，内涵上有什么不同？

虽然两个五年参保率都是95%，但是“十四五”时期的质量更高。一是参保政策更加完善。推动更多职工和城乡居民能在常住地、就业地参保。健全包括新就业形态从业人员在内的灵活就业人员参保方式，稳步做实全民参保计划，巩固提高参保覆盖率。二是参保服务更优。通过医保与税务、商业银行等单位开展“线上+线下”合作，丰富参保缴费便民渠道，群众办理参保更加便利。三是参保管理更智慧。通过全国统一的医疗保障信息平台，实现全国参保信息互联互通，重复参保、漏保、断保将进一步减少。完善覆盖全民的参保数据库，实

现参保信息实时动态查询。建立健全与公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管、税务、教育、乡村振兴、残联等部门的数据共享交换机制，加强部门数据对比。四是基本医疗保险关系转移接续更加顺畅。适应人口流动和就业转换需要，畅通跨统筹地区基本医保关系转移接续渠道，推进基本医保关系转移接续跨省通办。

五、职工医保和居民医保住院费用政策范围内基金支付比例保持稳定的考虑是什么？

“十四五”期间，职工医保和居民医保住院费用政策范围内基金支付比例表述为保持稳定，内涵更加丰富，体现了保障质量的提升。一是这个稳定是在逐步扩大门诊统筹背景下的稳定，住院和门诊待遇更加均衡。二是这个稳定是在医保目录动态调整机制下的稳定，目录更加灵活，更多好药、管用药及时纳入目录。三是这个稳定是就医更加便捷的稳定，住院费用跨省直接结算率将由50%提高到70%。四是这个稳定是对重大疾病保障机制更加完善的稳定，有助于推动防范化解因病致贫返贫的长效机制建立。

六、个人卫生支出占卫生总费用比例下降到27%对参保人意味着什么？

个人卫生支出占卫生总费用比例是反映医疗卫生费用中个人负担比例的重要指标，是全口径医疗卫生费用中的个人负担比例。根据卫生总费用支出法，卫生总费用由政府卫生支出、社会卫生支出、个人卫生支出三部分组成。“十三五”期间，有关部门通过加大财政投入、提高基本医疗保险报销比例、完善基本医保目录动态调整机制等措施，我国个人卫生支出占卫生总费用比例已经从29.27%下降到

27.7%。“十四五”期间，我们将继续通过完善基本医保制度、加大政府投入等措施，持续降低个人卫生支出占比，不断减轻群众医疗费用负担。同时考虑到未来五年经济发展的外部环境不确定性因素仍然较多，财政对医疗保障投入的增速很难维持过去的增速，按照积极稳妥、留有余地的原则，将目标确定为27%。

七、“十四五”时期，基本医疗保障如何实现更加公平的发展？

公平适度的待遇保障是增进人民健康福祉的内在要求。在待遇方面，一是巩固提高基本医疗保险统筹层次，基本统一全国基本医疗保险用药范围，规范医保支付政策确定办法。二是落实医疗保障待遇清单制度。建立健全医疗保障待遇清单制度，确定基本保障内涵，厘清待遇支付边界，明确政策调整权限，规范政策制定流程。三是坚持适度保障。根据经济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，做好门诊和住院待遇的统筹衔接。同时通过集中带量采购、目录谈判，逐步降低常用药、高值医用耗材价格，减轻群众负担。四是完善医疗救助制度。建立救助对象及时精准识别机制，实施分层分类救助。规范救助费用范围，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。在筹资方面，一是稳步提高统筹层次。在全面做实市地级统筹的基础上，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、提升管理服务的方向，推动省级统筹，促进基本医疗保险公平和可持续运行。二是完善基本医保筹资机制。优化职工医保基金结构，提高统筹基金所占比重。完善城乡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，优化个人缴费和财政补助结构。

八、“十四五”时期，如何加强医保法治建设？

一是加强立法。推进医疗保障法立法工作，深入实施《医疗保障基金使用监督管理条例》，制定药品价格管理办法等规章，做好相关释义及解释。加强行政规范性文件制定和监督管理。二是规范执法。完善权责清单、执法事项清单、服务清单，制定全国统一的医疗保障行政处罚程序规定，规范执法文书样式、行政执法指引，规范行政执法自由裁量权。规范执法行为，改进执法方式，加强执法监督，建立健全医疗保障执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核等制度。健全行政复议案件处理工作机制。三是做好普法宣传。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。

九、“十四五”时期，医疗保障如何实现安全发展？

安全是发展的前提，发展是安全的支撑。《规划》坚持总体国家安全观，统筹发展和安全，树立底线思维，强化基金管理、加强内部控制和数据安全的管理，护航医疗保障高质量发展。

一是维护基金安全。研究建立预算绩效管理体系，合理确定绩效目标，全面实施绩效运行监控，科学开展绩效评价，切实强化结果应用，进一步提高基金管理水平。落实统筹地区管理责任，全面开展统筹地区基金运行评价。

二是确保数据安全。落实数据分级分类管理要求，制定医疗保障数据安全管理办法，规范数据管理和应用，维护医疗保障信息平台安全运行，依法保护参保人员基本信息和数据安全。

三是加强内部控制。梳理医疗保障内部管理和职权运行风险点，建立流程控制、风险评估、运行监控、内审监督等内部控制工作机制，及时发现并有效防范安全隐患，确保不发生重大安全问题。强化责任追究，促进内控机制有效运行。

四是增强人民群众医保安全感。通过健全重大疾病医疗保险和救助制度，建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，不断提升医保服务，提升参保群众获得感、幸福感、安全感。

十、“十四五”时期，如何推动智慧医保发展？

信息技术是实现智慧医保的重要支撑。规划从管理、服务、基础设施建设等方面，提出了信息化建设的任务。

一是加强信息基础设施建设。全面建成全国统一的医疗保障信息平台，持续优化运行维护体系和安全管理体系，完善平台功能。推进数据迁移、清洗等工作，提高数据质量。建立健全物理安全、数据安全、网络安全等安全管理体系和云平台、业务系统、网络等运行维护体系。深化大数据、区块链等技术在宏观决策分析、医疗电子票据等工作中的应用。

二是运用智慧医保加强管理。全面建立智能监控制度。积极探索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以及“互联网+医疗健康”等新业态、长期护理保险等纳入智能监控范围。

三是提升服务水平。运用信息化技术，提升医保便民服务质量。鼓励发展诊间结算、床边结算、线上结算，推进医疗电子票据使用，支持重点区域拓展“跨省通办”政务服务范围。运用信息化技术，提高异地就医直接结算效率。继续优化网上办事流程，提供更多智能化适老服务。

四是推进数据共享。通过全国一体化政务服务平台，实现跨地区、跨部门数据共享，做好医保数据分级分类管理，探索建立与卫生健康、药监等部门信息共享机制。按规定探索推进医疗保障信息平台与商业健康保险信息平台信息共享。

十一、“十四五”时期，如何体现协同医保？

一是目录调整更加协同。在初步建立药品目录动态调整机制的基础上，建立完善医保药品目录调整规则及指标体系，动态调整优化医保药品目录。健全医保药品评价机制，加强医保药品目录落地情况监测和创新药评价，提高谈判药品可及性。

二是对定点医药机构预算分配更加协同。加强医保定点管理，全面实施医疗保障定点医疗机构、医疗保障定点零售药店管理办法，优化定点管理流程，完善定点医药机构绩效考核，制定针对不同支付方式的医疗服务行为监督管理办法。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制原则，统筹考虑住院与门诊保障、药品（医用耗材）与医疗服务支付、地区内就医与转外就医等情况，完善分项分类预算管理办法，健全预算和结算管理机制。支持有条件的地区医保经办机构按协议约定向医疗机构预付部分医保资金，提高医保资金使用绩效。

三是深化医药集采制度改革，医药服务价格形成机制更加科学合理。深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革，常态化制度化实施国家组织药品集中带量采购，持续扩大国家组织高值医用耗材集中带量采购范围。探索建立适应经济社会发展、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。

四是持续深化医疗保障支付方式改革。在全国范围内普遍实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。推进区域医保基金总额预算点数法改革。制定医保基金总额预算管理、按床日付费、按人头付费等技术规范。完善紧密型医疗联合体医保支付政策。

五是强化协商共治机制。健全医疗保障部门、参保人代表、医院协会、医师协会、药师协会、护理学会、药品上市许可持有人、药品生产流通企业等参加的协商机制，构建多方利益协调的新格局。

十二、“十四五”时期，推进医疗保障标准化建设的任务是什么？

根据中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》要求，高起点高标准推进标准化和信息化建设，统一医疗保障业务标准和技术标准。

“十四五”期间，一是完善标准化工作基础。建立上下联动、部门合作、职责分明的标准化工作机制，推进医疗保障与人力资源社会保障、卫生健康、银保监、药监等部门的工作衔接。推动医疗保障标准在规范执业行为和促进行业自律等方面更好发挥作用。强化标准实施与监督。向定点医药机构提供标准服务。

二是加强重点领域标准化工作。统一医疗保障业务标准和技术标准，制定基础共性标准清单、管理工作标准清单、公共服务标准清单、评价监督标准清单，组建各类标准咨询专家团队。

三是健全标准化工作体制机制。组建全国医疗保障标准化技术委员会，建立高水平医疗保障标准化智库。强化医疗保障标准日常管理维护，完善落地应用长效机制。健全医保编码信息维护、审核、公示、发布的常态化工作机制。

十三、如何实现巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接？

一是坚持共同富裕方向，坚持共享发展成果，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。二是优化调整脱贫人口医疗救助资助参保政策，分类调整医疗保障综合帮扶政策，坚决治理过度保障政策，确保政策有效衔接，待遇平稳过渡，制度可持续。三是综合施策降低农村低收入人口看病就医成本，引导合理诊疗，促进有序就医，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。

十四、“十四五”期间完善生育保险政策的举措有哪些？

贯彻积极应对人口老龄化国家战略要求，未来五年将持续完善生育保险政策。一是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。二是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。三是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。

十五、如何健全重特大疾病医疗保障和救助制度？

一是建立救助对象及时精准识别机制。加强部门协同，做好各类困难群众身份信息共享，及时将符合条件的困难群众纳入医疗救助范围。二是建立健全防范化解因病致贫返贫长效机制。强化高额医疗费用支出预警监测，依申请落实综合保障政策。三是规范就医服务管理。引导合理诊疗，促进有序就医，严控不合理医疗费用。四是完善基本医疗保险政策，夯实医疗救助托底保障，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，稳步提高重大疾病患者保障水平，合力防范因病致贫返贫风险。

十六、“十四五”时期如何促进商业健康保险发展？

商业健康保险对于满足群众多样化健康需求发挥着重要作用。促进商业健康保险发展，要在产品创新、政策创新、机制创新、监管创新上共同发力。一是鼓励商业保险产品创新，提供包括医疗、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，支持保险公司、中医药机构合作开展健康管理服务，开发中医治未病等保险产品，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。更加注重发挥商业医疗保险的作用，引导保险机构创新完善保障内容，提高保障水平和服务能力。二是加强基本医保与商业保险合作。鼓励商业保险机构等社会力量参与医保经办管理服务，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。鼓励商业保险公司开发商业长期护理保险产品。三是完善支持政策。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，更好覆盖基本医保不予支付的费用，满足人民群众多样化保障需求。按规定探索推进国家医疗保障信息平台与商业健康保险信息平台信息共享。四是落实行业监管部门责任，加强市场行为监管，突出健康保险产品的设计、销售、赔付等关键环节监管。

十七、如何支持医疗互助有序发展？

一是明确各类医疗互助的定位性质，强化制度建设，加强监督管理，规范医疗互助发展，更好满足人民群众对医疗互助保障的新需求。二是鼓励职工医疗互助发展，坚持职工医疗互助的互济性和非营利性，发挥低成本、低缴费、广覆盖、广受益的优势，加强职工医疗互助与职工基本医疗保险的衔接，推动工会医疗互助科学设计、规范运营，更好减轻职工医疗费用负担。三是依托医疗保障信息平台，推动医疗互助信息共享，充分发挥保险、互助的协同效应。

十八、“十四五”时期，如何推动长期护理保险发展？

建立长期护理保险制度是医疗保障领域深入贯彻积极应对人口老龄化国家战略的战略举措，是补齐社会保障体系的重要制度安排。主要围绕以下四个方面指导地方推进试点，探索形成可复制可推广的经验，稳步建立长期护理保险制度。

一是合理确定参保对象和保障范围。试点阶段从职工基本医保参保人群起步，重点解决重度失能人员基本护理保障需求。

二是探索完善筹资机制。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。

三是建立公平适度的待遇保障机制。着眼于政策统一、待遇均衡，明确制定全国统一的长期护理保险失能等级评估标准，建立完善长期护理保险需求认定、等级评定等标准体系和管理办法。着眼于保障适度、边界清晰，提出长期护理保险基本保障项目。着眼于提高资金使用效率，形成政策合力，提出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。

四是健全长期护理保险经办服务体系。着力推进公共管理创新，激发市场活力，提出完善管理服务机制，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。

十九、“十四五”期间，医保目录动态调整机制有哪些内容？

未来五年，将按照药品、医用耗材、医疗服务三个项目目录，建立健全动态调整机制。

在医保药品目录方面，一是统一化。持续推进省级增补药品消化，确保到2022年实现全国基本医保用药范围基本统一。二是规范化。建立完善医保药品目录调整规则及指标体系，及时将临床价值高、患者获益明显、经济性评价优良的药品按程序纳入药品支付范围，支持药品创新。将符合条件的中药按规定纳入医保支付范围。健全医疗保障药品评价机制，加强药品目录落地情况监测和创新药评价。三是标准化。建立健全医保药品支付标准，以谈判药品、集中带量采购药品和“两病”用药支付标准为切入，逐步推动药品目录管理和支付标准相衔接。

在医保医用耗材管理方面，建立医用耗材医保准入制度，制定医保医用耗材目录。探索制定医用耗材医保支付标准，引导规范医疗服务行为，促进医用耗材合理使用。

在医疗服务项目管理方面，完善医保医疗服务项目范围管理，明确医疗服务项目医保准入、支付、监管政策，规范医疗服务行为。在规范明细、统一内涵的基础上，逐步建立科学、公正、透明的医疗服务项目准入和动态调整机制，促进医疗服务新技术有序发展。

二十、“十四五”时期，医保支付方式将有何变化？

医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制。《规划》提出，“十四五”时期，要推进医保支付方式改革，基本建成管用高效的医保支付制度。

一是加强医保总额预算管理。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，加强医保基金收支预算管理，合理确定统筹地区总额控制目标，探索推进区域医保基金总额预算点数法。根据分级医疗服务体系功能划分及基层医疗卫生机构与医院双向转诊要求，将总额控制目标细化分解到各级各类定点医疗机构。支持有条件的地区医保经办机构按协议向定点医疗机构预付部分医保资金。

二是完善多元复合支付方式。普遍实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，制定按床日付费、按人头付费等技术规范，提高支付方式标准化、规范化程度。开展支付方式绩效考核和监管。完善紧密型医疗联合体医保支付政策。探索符合中医药特点的医保支付方式。配合门诊共济改革，总结推广家庭医生签约服务与按人头付费有效做法，促进基层首诊。

二十一、“十四五”时期，医保定点管理有哪些新变化？

一是推动医疗保障定点医疗机构、医疗保障定点零售药店管理办法有效实施。二是完善协议内容，优化流程，扩大定点覆盖面，将更多符合条件的基层医疗机构纳入医保定点范围。三是加强考核监督，完善定点医疗机构绩效考核，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。

二十二、“十四五”时期医保如何支持中医药发展？

《规划》在目录管理、支付管理等任务中提出了支持中医药发展的举措。一是将符合条件的中药按规定纳入医保支付范围。二是支持符合条件的中医医疗服务项目按规定纳入医保支付范围。三是探索符合中医药特点的医保支付方式，发布中医优势病种，鼓励实行中西医同病同效同价，引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务。四是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。支持商业保险机构与中医药机构合作开展健康管理服务，开发中医治未病等保险产品。

二十三、“十四五”时期如何完善药品和医用耗材集中带量采购改革？

一是加大药品、医用耗材集中带量采购力度。推动集中带量采购成为主导模式，常态化、制度化开展药品国家集中带量采购，持续扩大高值医用耗材集中带量采购范围。二是完善工作格局。强化对集中采购机构的统一指导，规范地方开展集中带量采购，形成国家、省级、跨地区联盟采购相互配合、协同推进的工作格局。三是建立以医保支付为基础，招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级集中采购平

台。四是推进并规范医保基金与医药企业直接结算，完善与集中采购配套的激励约束机制，落实医保资金结余留用政策，推动集中带量采购成为公立医疗机构医药采购的主导模式，鼓励社会办医疗机构、药店参与集中招标采购。

二十四、“十四五”时期如何完善药品及医用耗材价格治理机制？

一是加强价格监测。全面建立公立医疗机构药品和医用耗材的采购价格信息监测机制、交易价格信息共享机制，提升药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力。强化药品和医用耗材价格常态化监管，推动实施全国医药价格监测工程，全面落实医药价格和招采信用评价制度。二是加强价格监管。灵活运用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数、挂网规则等管理工具，精准施策，有效传导，遏制药品、医用耗材价格虚高，兼顾企业合理利润，促进医药行业高质量发展。

二十五、“十四五”时期如何深化医疗服务价格改革？

一是明确总体思路。加强医疗服务价格宏观管理，完善定调价规则，改革优化定调价程序，探索适应经济社会发展、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。二是促进价格管理规范化。制定完善医疗服务价格项目编制规范，分类整合现行价格项目，健全医疗服务价格项目进入和退出机制，简化新增医疗服务价格申报流程，加快受理审核进程，促进医疗技术创新发展和临床应用。比如，将探索完善药学类医疗服务价格项目，健全上门提供服务的医疗价格政策。三是稳妥开展试点。开展深化医疗服务价格改革试点，形成可复制的改革经验，并有序推广。四是加强价

格监测。完善公立医疗机构价格监测，编制医疗服务价格指数，探索建立灵敏有度的动态调整机制，发挥价格合理补偿功能，稳定调价预期。五是强化日常管理。加强总量调控、分类管理、考核激励、综合配套，提高医疗服务价格治理的社会化、标准化、智能化水平。

二十六、“十四五”时期如何加强医保基金监管？

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，基金的使用安全涉及广大群众的切身利益，关系医疗保障制度的健康持续发展。国家医保局成立以来，将加强基金监管作为重点工作推进落实，在全国范围内开展专项检查、飞行检查、“打击欺诈骗保”集中宣传月活动，推动出台《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》《医疗保障基金使用监督管理条例》，为基金监管奠定了坚实的实践基础、法治基础。《规划》明确，“十四五”时期，要构建全领域、全流程的基金安全防控机制，基本建成医保基金监管制度体系和执法体系。主要提出了5个方面的具体任务。

一是建立健全监督检查制度。建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度；健全“双随机、一公开”检查机制。完善部门联动机制，开展联合检查。建立和完善第三方参与机制，引入信息技术服务机构、会计事务所、商业保险机构等参与医保基金监管，提升监管专业性、精准性、效益性。

《规划》还提出实施医保基金监督管理全覆盖工程，实现系统监控全覆盖、现场检查全覆盖、飞行检查全覆盖、社会监督全覆盖、监管责任全覆盖。

二是全面建立智能监控制度。主要是通过加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，加大稽查审核力度，实现本地异地、门诊住院医疗费用审核全覆盖。全面推进医疗费用智能审核，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。

三是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，推动实施分级分类管理。依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。

四是健全综合监管制度。适应医疗保障管理服务特点，建立并完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度。大力推进部门间联合执法、信息共享和互联互通，促进监管结果协同运用。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规依纪依法严肃处理。建立健全打击欺诈骗保行政执法与刑事司法衔接工作机制。

五是完善社会监督制度。广泛动员社会各界参与医疗保障基金监管，协同构建基金安全防线，促进形成社会监督的良好态势。健全欺诈骗保举报投诉奖励机制，完善奖励政策和奖励标准。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。医疗保障经办机构定期向社会公告基金收入、支出、结余和收益情况。

二十七、“十四五”时期如何推动医药服务体系高质量发展？

医药服务供给体系是医疗保障的依托，要以高质量发展为目标，优化医药服务资源配置，健全医疗卫生服务体系，提高药品供应和安全保障能力，不断激发医药服务供给侧活力。

在医疗卫生服务体系方面，完善区域卫生规划，健全城市三级医院、县级医院和基层医疗机构分工协作的现代服务体系，支持整合型医疗卫生服务体系建设，加强分级诊疗体系建设，推进基层医疗卫生机构发展，促进基层医疗卫生服务有效利用和有序就医。

在医疗服务方面，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。提高门诊检查、手术、治疗保障水平，推进医疗机构检查检验结果互认。支持远程医疗服务、互联网诊疗服务、上门医疗服务等新模式新业态有序发展，促进智能技术合理运用。

在药品供应方面，深化审评审批制度改革，鼓励药品创新发展，加快新药好药上市，促进群众急需的新药和医疗器械研发使用。稳步推进仿制药质量和疗效一致性评价。分布实施医疗器械唯一标识制度，拓展医疗器械唯一标识在卫生健康、医疗保障领域的衔接应用。严格药品监管，有序推进药品追溯监管体系建设。健全短缺药品监测预警和分级应对体系，加大对原料药垄断等违法行为的执法力度，进一步做好短缺药保供稳价。

在药品流通方面，逐步建立集中采购中标企业应急储备、库存和产能报告制度，保障集中采购药品供应。支持药店连锁化、专业化、数字化发展，更好发挥药店的独特优势和药师作用。依托全国统一的医疗保障信息平台，支持电子处方流转。

二十八、“十四五”期间，医疗保障将给人民群众带来哪些变化？

《规划》立足于保障人民健康，从健全多层次医疗保障制度体系、优化医疗保障协同治理体系、构筑坚实的医疗保障服务支撑体系三个维度推进医保事业高质量发展。通过未来五年的努力，群众至少可以从以下四个方面获益：

一是新药好药更加可及。国家医疗保障局成立以来，连续三年调整医保药品目录，调整规则和指标体系在实践中进一步完善。“十四五”期间，将继续立足基金承受能力，适应基本医疗需求、临床技术进步需要，动态调整优化药品目录，及时将临床价值高、患者获益明显、经济评价优良的药品以及符合条件的中药纳入支付范围。同时，自2018年以来已开展五批药品集采，患者个人负担水平明显降低，大量原来用不起高价药的患者用上了高质量药品。在高值医用耗材集采方面，中选冠脉支架价格降幅达93%，近期实施的人工关节集中带量采购，髋关节和膝关节的平均价格分别从3.5万元和3.2万元下降至7000元和5000元左右，平均降价82%。“十四五”时期，将进一步扩大药品和高值医用耗材集采范围，让参保群众用上更多新药好药。

二是重大疾病保障更加有力。核心是建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制。首先，建立医疗救助对象及时精准识别机制，加强部门协同，做好各类困难群众身份信息共享，及时将符合条件的困难群众纳入医疗救助范围。其次，针对不同困难类型，实施分层分类救助。第三，规范救助费用范围，合理确定救助标准。同时，积极引导

社会力量参与救助保障，稳步提高重大疾病患者的保障水平，减轻参保人员医疗负担，防范因病致贫返贫风险。

三是住院和门诊保障水平更加均衡。未来五年将立足经济社会发展水平和医保基金承受能力，统筹发挥三重制度综合保障功能，在巩固稳定住院保障水平的基础上，推动提高门诊待遇保障水平。建立健全职工门诊共济保障机制，改革职工医保个人账户，开展职工医保普通门诊统筹。完善城乡居民医保门诊保障政策，提升城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障水平。

四是医保公共服务更加便利。《规划》提出，要为参保群众和单位提供更加便捷、优质、高效、精细的服务。“十四五”期间，医保服务网更为完善，建立省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）五级医保服务网络，合理布局服务网点，大力推进服务入镇进村，为群众提供家门口的医保服务。在完善服务网络的基础上，推动传统服务和新型服务共同发展，在积极推广经办大厅现场“一站式”服务的同时，加快构建互联网、医保电子凭证等智能化医保公共服务平台，推动医保公共服务“网上办”“码上办”“视频办”。以更加智慧便捷的网络为支撑，进一步扩大跨省异地就医直接结算范围，逐步实现住院门诊费用线上线下一体化的异地就医结算服务。