

# 广东省人民政府办公厅文件

粤府办〔2012〕19号

## 印发广东省深化城乡医疗保障体制改革方案的通知

各地级以上市人民政府，各县（市、区）人民政府，省政府各部门、各直属机构：

《广东省深化城乡医疗保障体制改革方案》已经省人民政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。实施中遇到的问题，请径向省人力资源社会保障厅反映。

广东省人民政府办公厅

二〇一二年三月十六日

### 广东省深化城乡医疗保障体制改革方案

为深化城乡医疗保障体制改革，创新医疗保障服务管理，根据《中华人民共和国社会保险法》和深化医药卫生体制改革有关精神，结合我省实际，制定本方案。

#### 一、深化城乡医疗保障体制改革的总体要求

1·指导思想。以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，深入贯彻落实科学发展观，紧紧围绕加快转型升级、建设幸福广东的核心任务，进一步深化城乡医疗保障体制改革，健全覆盖城乡居民的基本医疗保障体系，推进医疗卫生基本公共服务均等化，增进民生福祉，促进社会和谐。

2·总体目标。以基本医疗保险制度为主，补充医疗保险为辅，城乡医疗救助保底，建立符合广东实际、具有广东特色的统筹城乡、层次多元、惠民高效、公平和谐的新型医疗保险模式，不断提高人民群众健康保障水平。至2012年底，省、市建立基本医疗保险信息平台，实现医保关系顺畅转移和异地就医即时结算，市、县（市、区）有医保管理服务机构。“十二五”期末，全省基本医疗保险参保率达到98%，参加基本医疗保险的职工政策范围内住院费用支付比例达80%以上，城镇和农村居民政策范围内住院费用支付比例达75%左右。

3·基本原则。坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续；坚持政府主导、市场参与、民主管理、机制创新；坚持多元筹资、平稳运行、便民惠民。

#### 二、完善统筹城乡的基本医疗保险制度

4·扩大基本医疗保险覆盖面。进一步完善职工医保，重点做好异地就业人员、非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员以及关闭破产企业退休人员和困难企业职工参保工作。扩大城镇居民医保覆盖面，重点解决老人、大学生、中职技校学生、中小學生、儿童和残疾人的基本医疗保险问题。在本省就读的异地务工人员子女，符合条件的可参加学校所在统筹地区城镇居民医保，并享受同等财政补助政策。积极完善新型农村合作

医疗（以下简称新农合）制度，进一步巩固和提高参合率，加快推进重大疾病保障试点工作，逐步扩大重大疾病救治试点病种范围。

5·推进城乡居民基本医疗保险制度一体化。妥善解决当前基本医疗保险中存在的资源分散、制度分割、管理分设的问题，努力缩小城乡差别、人群差异，着力提高基本医疗保险制度的公平性。根据总体部署、分步实施、循序渐进、逐步完善的原则，有序推进城镇居民医保与新农合两项制度并轨，到“十二五”期末，基本建立一体化的城乡居民医疗保险制度。

6·健全与城乡统筹相适应的医疗保险管理体系。整合城镇居民医保和新农合管理服务资源，提高管理效率和服务水平。建立覆盖全民的参保信息库和规范标准的管理服务流程，实现城乡居民医保“一个平台、同一网络、相互衔接、统筹管理”。

7·打造跨制度的转换通道。实现职工医保与城乡居民医保制度的有效衔接和转换，不同制度之间在缴费年限、待遇享受等方面相互确认。城乡居民医保参保人转为参加职工医保的，其参加本省城乡居民医保的劳动就业年龄段的缴费年限可按一定比例折算为职工医保缴费年限并累计计算。在省内转移医保关系时，转出地应将参保人折算后的职工医保缴费年限一并提供给转入地。职工医保参保人转为参加城乡居民医保的，视同连续参保。

8·巩固完善市级统筹。基本医疗保险以地级以上市为统筹单位，统一政策，合理确定缴费及待遇标准；统一基金管理，由市统一编制基金预决算并组织实施，建立基金支出的激励约束和责任分担机制，实现基金统收统支；统一规划建设信息系统平台，实现数据管理市级集中；统一经办服务，优化工作流程，确保参保人在统筹区内就医、购药实现即时结算。

9·探索推进医疗保险管理制度改革。完善和推广湛江市在城乡居民医疗保险管理服务中引入市场机制的经验做法，鼓励和支持商业保险机构发挥人才、技术、管理和精算优势，参与医疗保险管理服务，2012年选择3个地级以上市进一步扩大试点。支持有条件的地区借鉴“番禺医保模式”，以政府公开招标出资购买服务的方式，委托有资质的商业保险机构参与政策宣传咨询、医疗服务行为监管、待遇核发结算等医保服务。

10·做好基本医疗保险与医疗救助的衔接。大力发展医疗救助事业，健全政府医疗救助体系，鼓励红十字会、慈善总会等公益慈善组织和社会资本发展医疗救助事业。鼓励和支持工会、共青团、妇联等社会团体开展多种形式的医疗救助活动。统筹协调，强化合作，建立和完善基本医疗保险、医疗救助和定点医疗机构的信息共享平台，城乡救助对象在定点医疗机构看病就医时，实现基本医疗保险、医疗救助同步结算、即时救助的“一站式”服务，进一步减轻城乡困难群众就医压力，保障困难群众有病及时治疗。

### **三、健全基本医疗保险筹资与待遇水平调整机制**

11·完善筹资机制。建立筹资水平与经济社会发展水平相挂钩机制：职工医保缴费与在岗职工工资相挂钩，城乡居民医保个人缴费与居民年可支配收入（农民年人均纯收入）相挂钩。加大对困难群体的保障力度，对低保对象、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭中60周岁以上的老年人和未成年人、农村“五保户”以及低收入重病患者等参加城乡居民医保的个人缴费部分，政府予以全额资助。

12· 均衡适度提高基本医疗保险待遇水平。坚持“保基本”原则，综合考虑医疗需求、筹资标准、物价指数等因素，合理确定基本医疗保险统筹基金的起付标准、最高支付限额和支付比例，保持医保待遇水平与经济社会发展水平相适应。职工医保、城乡居民医保最高支付限额分别不低于统筹地区职工年平均工资、居民年可支配收入（农民年人均纯收入）的6倍，统一由基本医疗保险统筹基金支付。完善连续参保激励机制，待遇水平与参保人连续参保时间挂钩。全面开展普通门诊统筹，将保障范围由大病向小病延伸。

13· 激活职工医保个人账户功能。进一步扩大个人账户使用范围，拓展使用功能，盘活沉淀基金，提高使用效率。将个人账户拓展为家庭账户，允许使用家庭账户代直系亲属缴纳城乡居民医保费，支付本人或直系亲属疫苗接种、健康体检及中医“治未病”等费用。职工医保参保人转移医保关系时，个人账户原则上随医保关系转移划转，也可以支付给个人。有条件的地区，可按照职工自愿的原则，探索使用一定比例的个人账户金额购买补充医疗保险。

#### **四、构建多方参与的基金管理监督体系**

14· 积极拓展民主管理。尊重、保障公民和社会组织对基本医疗保险的知情权、参与权、表达权和监督权，实现基金阳光运作。自觉接受人大、政协监督和社会监督、舆论监督。进一步强化社会保险基金监督委员会作用，广泛吸纳用人单位代表、参保人代表、医疗机构代表、工会代表、专家等社会各界人员作为监督委员会成员，完善日常监督管理机制。设立省医疗保险咨询专家委员会，实行医疗保险重大问题专家咨询、评估制度。探索建立医疗保险服务违规行为举报奖励制度。

15· 健全基金运行评估及预警机制。完善基金预决算管理制度，综合考虑基金收支情况、参保人结构、医疗消费水平等因素，合理确定基金结余。完善基金评价指标体系，建立基金运行分析机制及动态调控机制。提高基金风险防范意识，基金累计结余不足支付9个月待遇的，应启动基金风险预警机制，通过调整筹资水平、结算办法等措施控制基金风险。

16· 保障基本医疗保险基金安全。基本医疗保险基金应专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。完善定点医药机构协议管理，通过日常检查、专项检查、年度考核、举报投诉处理等措施，对定点医药机构实行全方位监管，将现场检查和非现场监督相结合，防止骗保等欺诈行为发生。建立医疗保险协查管理制度，定期组织省内跨地区专项检查。人力资源社会保障、财政、审计、卫生、地税、药监、物价、监察、公安以及司法等部门要建立多方联动监管协作机制，共同加强监督管理，切实维护基金安全。

#### **五、加强基本医疗保险服务能力建设**

17· 加快建设标准统一、资源共享的信息系统。加大资金投入，加快建设省、市两级基本医疗保险信息平台，将网络终端延伸到基层公共服务平台和定点医药机构，实行全省信息系统对接，实现主要业务的全程信息化处理。积极推行网上政务和网络问政，方便有关单位和参保人网上申报、自助参保、实时查询、业务咨询、投诉建议，实时维护医保权益。以全国统一的社会保障卡为载体，按照“统筹建设、资源共享”的原则，积极推行社会保障“一卡通”，加载金融功能，延伸到自助挂号、电子病历、健康档案

等服务领域，实现参保人持卡享受参保缴费、看病就医、双向转诊、费用结算等全过程便利服务。到“十二五”期末，社会保障卡全省持卡率达75%以上。

18·实现医保关系顺畅转移和异地就医即时结算。统一全省职工医保关系转移接续办法，参保职工在省内不同统筹地区的参保年限累计计算，实现医保权益随参保人流动就业转移。推进流动人员基本医疗保险关系跨省转移。建设全省基本医疗保险异地就医服务和结算平台，建立异地协管机制。按照“享受参保地待遇，委托就医地管理”的原则，进一步扩大省内外异地就医即时结算合作范围。

19·提升医疗保险管理服务能力。县（市、区）级以上设立医保管理服务机构，乡镇、街道、社区设立医保服务网点，地级以上市及其下属社会（医疗）保险经办机构垂直管理。优化经办队伍人员结构，提升业务技能，实现精确管理。定期开展知识竞赛、主题宣传、户外咨询、广场论坛等医疗保险服务主题活动，不断深化服务意识，拓展服务内涵。

## **六、充分发挥基本医疗保险对医疗卫生事业发展的促进作用**

20·深化付费方式改革。推进复合式付费制度改革，按照因地制宜、科学测算、合理支付的原则，坚持以基金预算管理下的总额控制为基础，住院及门诊大病医疗费用结算采取平均定额付费、总额预付、按病种付费等方式，普通门诊医疗费用结算采取按人头付费等方式。健全和完善社会（医疗）保险经办机构与定点医药机构的谈判协商与风险分担机制，建立激励约束机制，充分调动医疗机构和医务人员合理控制医疗费用的积极性，提高基本医疗保险资金使用效率，减轻参保人医疗费用负担。

21·提升定点医药机构医疗服务质量。完善定点医药机构医保服务评价指标体系，规范准入和退出管理，加强协议管理，加大定点医药机构医保管理队伍建设力度。健全医疗保险诚信体系，推行定点医疗机构分级管理，加强对定点零售药店管理，探索实施定点医师管理制度。建立对定点医药机构医保管理质量的表彰制度，强化对定点医药机构的激励约束机制，促进医疗服务质量提升。

22·实现与医药卫生事业各项改革的有机衔接。做好与医疗服务体系建设、基本药物制度、基层医疗卫生机构综合改革、全科医生制度、乡村医生队伍建设等政策的衔接。继续落实基本医疗保险对保障城乡居民基本公共卫生服务项目的补助政策。以基本医疗保险推动基层医疗卫生体系完善，将符合条件的基层医疗卫生机构（含民办医疗机构）纳入医保定点范围，鼓励和引导参保人到基层医疗卫生机构和民办医疗机构就诊；大力推行基层医疗卫生机构首诊制，推动实施双向转诊制度。推行医疗机构病历及检查结果互通互认。完善扶持和促进中医药事业发展的政策。通过就医管理和费用支付调控，促进医疗卫生资源合理配置。

## **七、充分发挥商业保险的补充作用**

23·鼓励商业保险参与补充医疗保险。鼓励商业保险公司经办大额医疗补助等补充医疗保险，解决参保人基本医疗保险起付线以上、国家规定的最高支付限额以内个人负担的医疗费用以及超过最高支付限额等医疗费用。鼓励商业保险机构开发适应不同需要的健康保险产品，发展非营利性健康保险，简化理赔手续，满足群众多样化的健康需求。

24·大力发展企业补充医疗保险。鼓励有条件的企业建立企业补充医疗保险，所需经费在职工工资总额5%标准内的部分可按规定从成本中列支。企业可择优选择商业保险等金融机构管理运营企业补充医疗保险基金。

## **八、保障措施**

25·加强组织领导。深化城乡医疗保障体制改革涉及面广，政策性强。各地要从大局出发，深刻认识改革的重大意义，加强领导，周密部署，制定工作方案，并将其纳入绩效考核体系，一级抓一级、层层抓落实，采取切实有效措施扎实推进。

26·加强统筹协调。建立广东省城乡居民医疗保障工作协调小组，由省人力资源社会保障厅牵头，会同省编办、发展改革委、卫生厅、财政厅、民政厅、监察厅、审计厅、残联等部门，加强协调，紧密配合，稳步推进深化城乡医疗保障体制改革各项工作，重大问题要及时向省政府提出报告和工作建议。各地也要建立健全联合工作机制，加强对深化城乡医疗保障体制改革工作的统筹协调。

27·加强法制保障。加快社会医疗保险条例制订工作，推动配套地方立法，对制度框架、部门职责、筹资机制、保障范围、待遇水平、管理服务、基金监督、法律责任等重大事项作出统一规范，保证基本医疗保险平稳、均衡、可持续发展。

28·加强能力保障。各地要根据深化城乡医疗保障体制改革工作的需要，为各项工作的开展提供财力保障。根据医疗保险管理服务机构工作量，合理配备人员，切实提高服务能力和效率。积极探索将医疗保险管理服务的辅助性、一般事务性、季节性工作通过政府购买服务的方式完成。

資料來源: 廣東省人民政府網站

[http://zwgk.gd.gov.cn/006939748/201203/t20120323\\_308437.html](http://zwgk.gd.gov.cn/006939748/201203/t20120323_308437.html)