广东省医疗保障局文件

粤医保发〔2026〕17号

广东省医疗保障局关于印发广东省医疗保障事业发展“十五五”规划的通知

各地级以上市人民政府:

《广东省医疗保障事业发展“十五五”规划》已经省人民政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。实施过程中遇到的问题，请径向省医保局反映。

广东省医疗保障局

2026年10月29日

广东省医疗保障事业发展“十五五”规划

为推动广东医疗保障事业高质量发展，根据《全民医疗保障“十五五”规划》《广东省国民经济和社会发展第十五个五年规划纲要》，编制本规划。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大和二十届历次全会精神，深入贯彻习近平总书记对广东系列重要讲话和重要指示批示精神，按照省委“1310”具体部署，坚持在发展中保障和改善民生，以推动医保事业高质量发展为主题，以改革创新为动力，坚持整体谋划、系统治理，尽力而为、量力而行，持续深化医保制度改革，协同推进医药服务供给侧改革，全面建成覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次医疗保障体系，为广东在推进中国式现代化建设中走在前列贡献医保力量。

到2030年，推动医保建设更加公平、法治、安全、数智、协同、科学。医保关键领域改革任务基本完成，医药服务供给侧发展更加健康充分，人民群众看病就医获得感、幸福感、安全感更强。

专栏1　“十五五”时期广东医疗保障发展指标			
序号	主要指标	2025年	2030年
1	基本医疗保险参保率[①]	95%左右	保持稳定
2	长期护理保险制度覆盖统筹区数量	2个	覆盖所有统筹区
3	职工基本医疗保险目录内住院费用基金支付比例	80%左右	保持稳定
4	城乡居民基本医疗保险目录内住院费用基金支付比例	70%左右	保持稳定
5	职工基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数[②]	30个月	安全线以上
6	城乡居民基本医疗保险基金累计结余可支付月数	15个月	总体保持在安全水平
7	公立医疗机构通过省级集中采购平台采购药品（不含中药饮片）金额占全部采购金额的比例	96.72%	保持稳定
8	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金额的比例	96.82%	保持稳定
9	即时结算基本医疗保险基金支出覆盖率	80%	80%以上

注：①指“十五五”期间基本医疗保险参保率每年保持在95%左右。

②职工基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数是指统筹基金累计结余与下年度职工基本医疗保险统筹基金月平均预算支出的比例。如没有下年度基金预算支出金额，该指标使用本年度统筹基金预算支出金额。根据国家医保局、财政部、国家税务总局基本医疗保障基金运行有关政策，职工基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数安全线为18个月，居民基本医疗保险基金累计结余可支付月数安全线为9个月。

二、健全多层次医疗保障体系

（一）完善基本医疗保险制度

持续提升全民医保参保质量。深入实施全民参保计划，健全基本医疗保险参保长效机制，巩固拓展基本医疗保险覆盖面。做好职工基本医疗保险参保登记经办管理，巩固提升职工基本医疗保险参保人数占比。继续推动新生儿“出生一件事”联办，优化新生儿“出生即参、待遇即享”。探索对婴幼儿参加基本医疗保险提供资助。深化“一人一档”全民参保数据库应用，完善参保关系衔接，优化各类群体参保缴费服务，按照国家部署逐步统一全省居民医保集中征缴期。鼓励有条件的地市探索医保可信支付和信用参保。健全政府主导、多部门协同高效的参保工作推进机制。持续做好持居住证参加基本医疗保险经办服务。

专栏2　数据“找人”精准扩面工程

1.提升参保数据质量。持续强化“一人一档”全民参保数据库建设，积极获取本地区全量户籍、持居住证人员明细信息，以村（社区）全面应用、好用为目标，建设实时填报功能，动态更新人员信息。持续推进重复参保治理，完善跨统筹区、跨险种和同险种参保关系自动衔接机制，避免重复参保，提升参保数据质量。

2.健全数据共享归集机制。持续做好与公安、民政、社会保障等相关部门数据共享工作，强化部门协同。做好全量数据归集，定期更新出生、死亡、工伤等数据。动态管理信息数据，及时、准确保障参保人待遇。

3.精准开展扩面服务。深化“一X一档”服务应用，广泛开展参保宣传动员。落实为基层减负要求，强化系统大数据分析应用，精准筛查“漏保”“断保”人员，通过省级“总对总”数据比对分析，“点对点”将参保扩面数据下发至各地市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）直至最小网格，实现数据赋能精准“找人”，确保基本医疗保险参保率达95%左右。

优化待遇保障和筹资机制。巩固职工基本医疗保险和居民基本医疗保险门诊和住院待遇水平。推动省内门诊特殊病保障更加规范统一。健全门诊共济保障机制，实现职工基本医疗保险个人账户跨省共济。完善城乡居民基本医疗保险筹资机制，鼓励集体、单位或其他社会经济组织对城乡居民参保缴费给予扶持或资助，合理提高城乡居民基本医疗保险财政补助标准，优化政府补助和个人缴费比例结构。深入推进运行机制改革，到2029年基本实现基本医疗保险省级统筹。落实医疗保障待遇清单制度，促进制度统一规范。

专栏3　推进基本医疗保险省级统筹工程
建立健全基金统筹机制，按照政策规范、基金统筹、分级管理、责任共担、预算考核的原则，进一步明确地方各级人民政府责任，推动地区间筹资、保障和管理水平更加均衡，提高基本医疗保险基金共济能力，抗风险能力和使用效率。统筹考虑省内经济发展水平和基金运行情况，全面推进基本医疗保险省级统筹，规范筹资和待遇政策，逐步统一全省职工医保缴费年限政策。累计缴费年限到2030年1月1日统一为男职工30年，女职工25年。优化省内门诊慢性病、特殊疾病保障范围和保障水平。优化医保支付、医疗服务价格和集中带量采购管理，推动政策更加规范。探索推进市地级以下医疗保障部门垂直管理。

（二）提升大病保险和医疗救助保障水平

规范大病保险制度。规范完善城乡居民大病保险支付范围，合理确定从城乡居民基本医保基金中划拨比例、起付标准、分段报销比例、最高支付限额等。完善大病保险对低保对象、特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童和返贫致贫人口等困难群众的倾斜性支持政策。探索推进居民大病保险与职工大病保险融合。探索符合时代特征、灵活多样的大病保险经办承办模式，

加强大病保险承办机构的管理和监督。

完善医疗救助制度。落实分类资助困难群众参保和医疗费用救助政策，合理确定救助标准。协同联动民政、农业农村等部门，建立健全医疗救助对象信息共享和监测预警机制，做好高额医疗费用负担患者监测预警。加强困难群众就医服务管理，通过明确诊疗方案、规范诊疗等措施降低医疗成本，合理控制困难群众政策范围内自付费用比例。实行医疗救助医疗机构定点管理，强化医疗救助对象高频住院等就医行为监督管理。持续做好医疗救助对象资助参保和医疗费用“一站式”结算。

（三）完善生育保险制度

推动完善职工生育保险有关法规规章。指导有条件的地市将灵活就业人员纳入生育保险覆盖范围。落实从失业保险基金中支付领取失业保险金人员的职工基本医疗保险（含生育保险）费相关工作。支持各市结合实际，提高职工未就业配偶和城乡居民生育相关医疗费用保障水平。全面落实参保女职工享受国家法定产假和计划生育手术休假期间的生育津贴待遇，确保应享尽享，合理确定享受生育津贴待遇所需满足的连续参保缴费时长，稳定长期参保预期。做好生育津贴按程序直接发放至参保人相关工作。切实做好生育保险待遇核准支付工作，规范生育医疗费用支出。全面准确掌握生育保险待遇享受、基金支付等情况，常态化开展生育保险运行情况分析。

（四）大力推动商业医疗保险发展

支持引导商业医疗保险与基本医疗保险衔接互补、差异化发展。支持与基本医疗保险、大病保险相衔接的普惠型商业医疗保险发展，持续提升产品质量、服务能力、管理效能，减轻群众高额医疗费用负担。鼓励商业健康保险公司根据商业健康保险药品目录推出以保障创新药为主的商保产品，扩大商业健康保险对创新药品、高值医用耗材、新诊疗技术的支付范围。鼓励保险公司开发针对特定人群、慢性病等特定疾病的专项保险产品。在保证信息安全，合法合规基础上，根据商业健康保险公司申请提供“一站式”理赔结算服务。

（五）支持医疗互助等医疗保障有序发展

建立健全多元化医疗救助体系。支持职工医疗互助制度，推动医疗互助与职工基本医疗保险更好衔接、更加协同。强化政策支持，激发慈善等社会力量参与医疗救助积极性，推动政府救助与慈善帮扶相衔接，形成救助合力，减轻困难群众和大病患者医疗费用负担。

三、建立长期护理保险制度

（六）加快推进长期护理保险制度建设

加快建立覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的长期护理保险制度。长期护理保险基金实行市地级统筹，统一建账，资金统筹使用。积极推动长期护理保险省级统筹。

建立健全互助共济、责任共担的多元筹资机制和公平适度的待遇保障机制。起步阶段保障重度失能人员。探索建立缴费时长和待遇水平相挂钩的连续参保激励机制。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。到2027年全省基本实现长期护理保险人群全覆盖。

（七）加强长期护理保险服务管理

落实国家统一制定的长期护理保险服务项目目录。按照全国统一标准，规范失能等级评估管理，推动有关部门按需使用失能等级评估结果。加强长期护理保险服务机构定点管理，促进长期护理保险定点服务机构资源合理配置。建立符合长期护理保险服务特点的支付机制和协商谈判机制，明确各类支付方式适用范围。按照国家统一部署研究探索将长期护理相关智能化服务和支持性辅助器具等纳入支付范围。建立健全长期护理保险服务质量评价机制和费用控制激励约束机制。建立长期护理保险基金监管制度体系。强化长期护理保险定点机构协议管理和智能审核。完善长期照护师培养机制和失能等级评估人员规范化培训机制。实现职工基本医疗保险个人账户支付用于本人及近亲属参加长期护理保险的个人缴费。

（八）建设多层次长期护理保障体系

支持商业保险机构开发商业长期护理保险产品，形成以政策性长期护理保险为主体，惠民型商业护理保险为补充，其他

商业护理保险、社会救助、社会福利等制度有序衔接、共同发展、各市场主体积极参与的多层次长期护理保障体系。发挥养老机构、社区居家服务机构照护服务功能，充分有效利用医疗卫生机构资源，提供长期护理服务。统筹推进失能等级评估和护理服务质控工作。探索智能长期照护应用场景，推动人工智能技术赋能产品研发和产品创新，促进智能外骨骼等智能化设备在长期照护领域的应用，推动我省长期护理产业科技进步、理念创新、服务创新，助力银发经济发展。

四、深化医药服务改革

（九）规范医保目录管理

按照国家部署定期调整我省医保药品目录。立足基金承受能力，适应群众医疗需求、临床技术进步，动态调整优化全省统一的医保医疗服务项目、医用耗材目录，将临床价值高、经济性评价优良的医疗服务项目和医用耗材纳入医保支付范围。做好医保目录落地情况监测评价，引导定点医药机构优先配备、使用目录内药品和医用耗材。

（十）健全医保支付体系

科学制定医保基金支出总额，印发按病种分值付费区域总额管理工作规则，持续推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。完善中医特色医保支付体系，推进中医优势病种按病种分值付费，促进岭南中医药传承创新发展。推进康复病

种医保支付方式改革，进一步落实医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，加强参保人长期住院保障。完善普通门诊按人头付费支付方式，科学确定普通门诊年度按人头付费标准，探索开展门诊特定病种支付方式改革。完善按病种付费结余留用政策。完善按病种付费特殊病例单议、医保数据工作组、医保部门与医疗机构协商谈判等工作机制。

（十一）加强医保定点管理

指导各统筹区综合考虑群众医疗需求、医保基金支撑能力、区域医疗卫生资源规划等因素，科学确定本地区医保定点医药机构资源配置总量、配置标准，形成布局合理、资源优质、竞争适度、服务便捷、监管有力的医保定点医药机构服务体系。常态化开展定点医疗机构医保医药服务评价，完善医药服务评价结果与医保支付挂钩机制。

专栏4　医保助力基层医疗卫生能力提升工程

1.强化定点管理。将符合条件的公建村卫生室纳入医保定点管理，实现医保结算“村村通”。

2.促进分级诊疗。住院起付标准、支付比例等向基层倾斜。健全普通门诊支付制度，进一步完善按人头包干支付方式，支持基层医疗机构开展常见病、多发病、慢性病、康复护理等服务和健康管理。推进家庭医生制度建设，将家庭医生服务包中基本医疗服务的费用纳入医保报销范围。

3.支持紧密型县域医共体建设。对紧密型县域医共体实行医保基金总额付费，加强监督考核，建立结余留用、合理超支分担机制，支持基层医疗服务发展，促进分级诊疗。

4.扩大基层病种。落实国家医保局制定的基层病种（病组），有序推动各地落实基层病种不少于200个、基层病组不少于50个，推进基层病种在不同等级医疗机构实行同病同标准支付，鼓励基层医疗机构优先开展基层病种。

5.推进集采药品进基层。推进集采药品中选结果惠及基层群众，提高集采药品可及性。

6.推进即时结算改革。加快医保基金拨付速度，提高结算工作质效。

7.推进医保服务下沉基层。加强基层医保服务点建设，为乡镇（街道）便民服务中心、村（社区）便民服务站、定点医药机构医保服务站点配置终端设备，扩大“15分钟医保服务圈”覆盖范围，实现医保移动手持终端可帮办代办医保便民服务事项。建设基层数字化医保健康服务网络，推动健康信息数据、医保基金数据、医药信息数据等直通基层。

（十二）健全医药价格形成机制

健全药品和医用耗材价格治理机制。落实新上市药品企业自评制度，区分高水平创新药、改良新药、通用名药等情形，分别予以政策支持和引导。建设全省挂网药品和医用耗材价格数据库，加强药品、耗材价格监测预警，完善公立医疗机构采购行为监测机制。完善药品比价工具，引导线上线下药品平台合理诚信定价。健全药品和医用耗材挂网机制，优化挂网审核流程，强化挂网药品、耗材一览表应用，加强药品和医用耗材挂网管理。深化药品和医用耗材价格治理。落实医药价格和招采信用评价制度，促使企业公平参与市场竞争，维护药品耗材价格秩序，营造公平公正的医药采购交易环境。

深化医疗服务价格改革。建立健全适应经济社会发展、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。做好医疗服务价格项目立项指南落地实施和监测管理工作。常态化运行医疗服务价格动态调整机制，指导地市每年度开展医疗服务价格动态调整评估。探索完善特需医疗、国际医疗服务价格政策，促进多样化医疗服务供给。

（十三）构建医药集中采购新格局

完善药品和医用耗材集中采购制度，优化采购规则，推进提质扩面。推动省内采购平台上线药品和医用耗材招采子系统。强化集采结果执行，引导医疗机构优先使用质优价宜的中选产

品。健全医保与医药企业直接结算机制，推动集采药品进基层医疗机构、进民营医疗机构、进零售药店，落实集采药品医保支付标准。搭建药品“云平台”，实现医保药品配备情况可查询，药品信息及时更新。

（十四）支持医药创新高质量发展

强化国家医保谈判药品落地工作，及时调整单独支付和“双通道”药品范围，建立健全医疗机构和零售药店配备国谈药情况公开机制。实施创新药械挂网绿色通道，提升药品和医用耗材挂网时效。对符合条件的创新医疗服务价格项目实施新增申报绿色通道，快速受理，快速审核，促进高水平技术创新和产品临床转化，助力药品医疗器械领域全国统一大市场建设。积极参与推动药品耗材医保综合价值评价。

五、健全医保基金立体监管体系

（十五）持续强化基金监管力度

立足基金使用监督管理，推动飞行检查、交叉检查、日常核查覆盖所有统筹区，覆盖定点医疗机构、定点零售药店、参保人、参保单位和医保经办机构等各类主体。分领域、分阶段系统推进基金使用问题专项整治。常态化开展定点医药机构违法违规使用医保基金自查自纠。做好举报投诉线索和大数据筛查疑点线索的核查检查。综合运用协议处理、行政处罚、支付资格管理等方式依法依规处置各类违法违规行为。深化行行衔

接、行刑衔接、行纪衔接机制，做好与相关行政部门、司法部门线索移送和联合惩戒工作。强化典型案件曝光，加强警示教育。

（十六）构建智能监管防线

推进医药机构端事前提醒、经办端事中审核、行政端事后监管“三道防线”建设，形成梯次拦截违法违规行为的协同效应。提高事前提醒功能接入率，基本实现定点医药机构事前提醒全覆盖。提升药品追溯码采集、监管能力，联合有关部门精准打击倒卖医保“回流药”、串换医保药品等违法违规行为。加强智能监管的知识库和规则库建设管理，探索人工智能辅助医保监管创新应用，加大各类大数据监管模型研发应用力度，形成大数据监管模型矩阵。探索开展与 DRG/DIP 支付方式相适配的病种监管。推动精神病类医疗机构、重点保障群体频繁住院等监管模型建设。

（十七）健全医保基金监管长效机制

全面落实医疗保障基金使用监督管理条例及其实施细则，完善广东省医保基金使用监督管理行政处罚裁量基准。监督指导医保基金常态化监管工作。强化定点医药机构相关人员医保支付资格管理，引导定点医药机构工作人员规范医保基金使用行为。探索定点医药机构信用评价和分级分类监管方式，用好举报奖励机制。开展医保基金监管集中宣传月活动，加强医保

基金监管法律法规和政策宣传。发挥社会监督员作用，构建全社会共建共享的医保基金监管治理格局。

六、优化医疗保障公共管理服务

（十八）健全医保经办管理服务体系

构建与多层次医疗保障体系相适应的医保经办体系。巩固提升基本医保、大病保险、医疗救助经办管理服务水平，升级优化商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等经办服务，构建多元协同的经办服务新格局。完善第三方机构等社会力量参与长期护理保险经办管理有关机制，提升长期护理保险经办管理服务水平。

完善触达基层的医保公共服务网络。建立健全与省级统筹相适应的医保经办管理服务体系，持续完善全省统一的经办管理服务标准，健全经办政务服务事项清单动态管理机制，提升规范化管理水平。积极争取地方党委政府支持，完善医保经办服务管理投入保障机制。推进医保强基工作，鼓励基层医保服务站点配置终端设备，不断健全基层医保公共服务网络。

（十九）优化医保经办管理服务机制

完善医保结算机制。因地制宜加快推进非集采药品耗材直接结算，探索推进商业健康保险、慈善互助等与基本医疗保险同步结算。实施医保基金清算提质增效三年行动计划，持续完善医保基金预付、结算清算等机制，逐步调整至每年3月底前

完成清算，清算资金占全年基金拨付比例逐步降低至3%左右。全面扩大即时结算范围，协同推进直接结算、同步结算。

巩固提升异地直接结算工作质效。进一步规范异地就医直接结算管理，逐步拓展结算险种范围。巩固提升异地就医直接结算服务，切实解决异地就医结算难点堵点问题，拓展覆盖范围，切实减轻参保人垫资压力。参照基本医疗保险省内跨市就医医疗费用直接结算方式，逐步建立长期护理保险省内跨市评估费用、护理服务费用直接结算机制。

专栏5　异地就医直接结算提质增效工程

1.持续巩固异地就医结算服务，进一步规范异地就医备案管理，严格落实“先备案、后结算”，按备案类型分类管理，规范以个人承诺方式办理备案的手续，提升办结效率。对临时外出就医人员，完善差异化的报销政策，积极促进分级诊疗。根据“重质量、优布局、严管理”的原则，持续完善跨省、省内跨市联网定点医药机构管理。

2.探索将长期护理保险纳入直接结算体系。按照全国统一部署推进跨省异地就医住院费用纳入按病种付费管理。

3.强化异地就医费用智能审核。将异地就医费用纳入就医地智能审核、审核扣款、协议管理等管理范围，与本地就医同质化管理。落实就医地审核扣款职责，配合做好参保地就医费用协查。加强就医地日常审核、费用协查和问题协同情况监测。

4.持续开展异地就医结算资金监测和运行分析。提升异地结算清算平台智能化水平，加强异地就医结算系统报错治理，聚焦报错关键节点、报错高发问题强化改造治理，从源头减少报错量。推动实现异地就医政策智能回答。

5.提高异地就医结算效率。推进省内异地就医医保基金即时结算，异地就医费用月度结算时限不超过15个工作日。

健全医保协议管理机制。按照定点医药机构资源配置规划和申请条件规定，及时将符合条件的医疗机构和零售药店纳入协议管理。严格执行“一规程两范本”，推进协议管理电子化、信息化、智能化。建立健全两定机构动态管理机制，强化对定

点医药机构的日常、专项、重点核查，加强违约行为协议处理。做好医保定点医药机构相关人员医保支付资格经办管理。

优化公共服务供给机制。优化公共服务经办流程，为参保群众、定点医药机构提供更便捷的医保服务。扎实推进“高效办成一件事”医保领域重点事项，加大医保码、电子处方流转等服务场景建设。推动刷脸支付、一码支付、移动支付、信用支付相互融合、协同互补，建成安全、便捷、高效、成熟的医保便捷支付体系。

专栏6　粤港澳大湾区医保服务建设工程
1.探索跨境经办服务新模式。持续优化港澳居民参保登记、异地就医备案、关系转移接续及参保信息查询等“线上办”服务。结合经济发展实际，设置“跨省通办”“港澳服务”“横琴专窗”等窗口，提供“融合办、就近办、共享联办”服务。 2.开展国际医疗服务创新试点。支持经卫生健康部门牵头遴选的试点医疗机构国际医疗服务自主选择价格项目、自主制定收费标准，不纳入基本医疗保险支付范围，实现优质优价，提升粤港澳大湾区医疗服务的可及性、便利性，形成与国际接轨、具有广东特色的国际医疗服务体系。 3.完善与国际接轨的药械供应保障机制。做好“港澳药械通”政策落地工作，加快“港澳药械通”药品及医用耗材编码落地应用，促进粤港澳大湾区优质医疗资源融合对接，推进健康湾区高水平建设。

（二十）深入推进医保经办数智化转型

积极推动医保经办全领域“人工智能+”，依法依规归集整合参保人医保信息数据，形成以人为单元、以物为单元、以资金为单元、以规则为单元的整合性信息。深化“一人一档”“一企一档”“一校一档”“一机构一档”等经办应用。精准识别各类群体诉求，推进“即说即办”在线服务、经办数字人等智慧经

办模式，及时推送待遇政策、服务，智能识别待遇申领，打造医保“画像式”管理。开展全业务全流程经办智能审核工作，按照全国统一部署协助推进建立全国经办智能审核规则共建共享机制，创建经办多场景应用模型，实现经办事项与业务流程智能审核全覆盖。对各类风险线索实施分级分类核查，全面提升风控识别精准性、主动性。

（二十一）打造专业规范高水平经办队伍

强化经办审核核查和内控管理。压实费用审核责任，重点加强手工零星报销费用、单笔大额医疗费用等审核。持续健全内控制度体系建设，加强全过程监督管理。强化经办机构管理，持续开展“快核快反”处置，形成合规管理长效机制。聚焦基金管理、审核结算、协议管理、长护险经办等重点业务，开展各级经办人员培训，推进医保经办队伍专业化、规范化。

七、夯实发展基础

（二十二）健全医保信息化支撑体系

全面深化平台智能应用。持续完善医保信息平台各项功能，充分发挥平台支撑和引领作用。深化医保信息平台跨区域信息共享、业务协同，深入推进“人工智能+”医保建设应用，探索区块链、云计算、人工智能等新技术在医保领域创新实践，实现健康预防精准化、就医服务便捷化、医保服务智能化、产业赋能精准化，全面推动医保治理从“经验决策”迈向“数智驱动”。

发挥医保大数据要素乘数效应。贯彻落实国家标准及相关规范，全面提升医保相关信息收集运用的科学化水平，按照国家有关标准，规范医保信息数据上传标准，以更多类型、更小单元、更细颗粒度，全面、及时、准确采集各类与医保费用支出相关的数据，积极开展个人医保云、影像云等建设，夯实医保大数据基础。完善医保数据分级分类管理，在确保数据安全、保护个人信息隐私的前提下，推动医保管理向“数据驱动”转型，积极赋能“医、药、健、保、养、护”产业协同发展。

强化平台运行运维管理机制。健全医保信息平台运营运维管理体系，建立网络、数据、云资源、应用服务及业务运营等全栈式管理标准，建设专业稳定可靠的运营运维管理团队。完善医保信息化安全保障体系建设，提升网络和数据安全技术防护水平。强化容灾备份中心应用，提高安全风险闭环处置能力，保障医保信息平台安全平稳运行。

（二十三）推进基金管理精准化

加强医保基金预决算管理。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，科学编制预算，构建与统筹层次相适应的预算分配机制，强化分项分类预算执行管理。强化决算编审责任，确保数据真实准确、内容完整、说明详尽。深化医保基金预算绩效管理，健全绩效评价机制，注重绩效评价结果运用。探索开展医保基金中长期精算，建立健全基金承受能力评估机制，开

展政策调整事前评估与事后评价。健全医保基金保值增值机制。实施居民医保基金保费收入权责发生制改革。

健全医保基金运行管理机制。协同税务部门依法按时足额征收基本医疗保险费，协同财政部门依法按时足额下达财政补助资金。健全医保、财政、税务等部门数据交互机制，建立医保基金运行数智监测指标库与数据库，对医保支付比例、就医人次、住院率、次均费用、定点医药机构数量等指标开展常态化监测分析。构建基金收支模型和风险预测预警模型，动态跟踪基金收支、结余情况，实现对支付异常、运行压力等情况早期识别和精准防控。建立风险即时处置反馈机制，切实化解基金风险。

（二十四）强化人才队伍建设

坚持党建引领，把政治建设摆在首位，深化理论武装，提升干部政治判断力、政治领悟力、政治执行力。严格落实新时代好干部标准，严把政治关、廉洁关、能力关，精准选拔适配医疗保障改革发展的专业化干部。探索医疗保障专业技术人员职业发展路径，扎实推进医保经办等专业技术人员职业建设。强化精准培训与实践锻炼，完善激励约束机制，畅通干部成长渠道。强化作风建设，筑牢廉政防线，持续锻造高素质医保干部队伍，为医保事业高质量发展提供坚强组织保障。

八、推进规划实施

坚持党的全面领导，加强规划实施的动员部署、统筹协调和指导，加强规划对医疗保障各领域、全过程的统筹引领，推动政策、业务、经办、监管协同发展。分解落实规划确定的发展目标和主要任务，建立工作台账管理机制。强化规划任务完成情况评估应用，开展规划实施动态监测、中期评估和总结评估，确保规划任务落地见效。

公开方式：主动公开

抄送：省发改委、省教育厅、省工信厅、省公安厅、省民政厅、省财政厅、省人力资源社会保障厅、省农业农村厅、省卫生健康委、省市场监管局、省政务和数据局、省药监局、省残联、国家税务总局广东省税务局、国家税务总局深圳市税务局

广东省医疗保障局办公室　　2026年10月29日印发