



中华人民共和国国家标准

GB / T 31596.4—202X

代替 GB/T 31596.4-2015

社会保险术语 第4部分：医疗保险

（征求意见稿）

Social insurance terminology Part 4: Medical insurance

202X-XX-XX发布

202X-XX-XX实施

国家市场监督管理总局
国家标准化管理委员会

发布

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件是 GB/T 31596《社会保险术语》的第4部分。GB/T 31596 已经发布了以下部分：

- 第1部分：通用
- 第2部分：养老保险
- 第3部分：失业保险
- 第4部分：医疗保险
- 第5部分：工伤保险
- 第6部分：生育保险

本文件代替GB/T 31596.4—2015《社会保险术语》的第4部分，与GB/T 31596.4—2015相比，除结构调整和编辑性改动外，主要技术变化如下：

- a) 更改了“基本医疗保险制度”的内容（见第4部分3），将原“基本医疗保险制度”更改为“基本医疗保险制度及管理”（见第4部分3，2015年版的第4部分2）；
- b) 更改了“基本医疗保险”的内容（见第4部分3.1），将原“基本医疗保险制度包括职工基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险制度”更改为“基本医疗保险制度包括职工基本医疗保险制度和城乡居民基本医疗保险制度”（见第4部分3.1，2015年版的第4部分2.2）；
- c) 更改了“职工基本医疗保险”的定义（见第4部分3.2），增加了“无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员”（见第4部分3.2）；
- d) 删除了“城镇居民基本医疗保险”（见2015年版的第4部分2.3）和“新型农村合作医疗”（见2015年版的第4部分2.4），增加了“城乡居民基本医疗保险”（见第4部分3.3）；
- e) 增加了“职工大额医疗费用补助”（见第4部分3.4）、“城乡居民大病保险”（见第4部分3.5）和“医疗救助制度”（见第4部分3.6）；
- f) 删除了“基本医疗保险个人账户”“医疗保险基金预算”（见2015年版的第4部分2.8、2.9），增加了“职工基本医疗保险个人账户”（见第4部分3.8）；
- g) 增加了“基本医疗保险统筹基金”（见第4部分3.9）
- h) 更改了“医疗保险基金预算管理”的定义（见4部分3.11），更改为“根据国家预算法、社会保险法、医疗保障法、预算法实施条例以及国务院有关规定，统筹地区经办机构、税务部门、医疗保险行政部门、财政部门按照各自职责分工，通过

基金预算的编制、执行、调整和决算等环节，对医疗保险基金进行的具有法律效力的管理工作。”（见第4部分3.11，2015年版的第4部分2.10）

- i) 删除了“门诊统筹”（见2015年版的第4部分2.11），增加了“医疗保障待遇清单”（见第4部分3.12）；
- j) 更改了“基本医疗保险关系转移接续”的定义（见4部分3.13），更改为“职工基本医疗保险（3.2）参保人员（不含退休人员）和城乡居民基本医疗保险（3.3）参保人员在发生参保制度类型变更、不同统筹地区间流动、户籍或常住地变动的情況时，为保障其基本医疗保险（3.1）关系能够顺畅衔接，医疗保险经办机构（7.1）为其办理基本医疗保险（3.1）关系变更、转移和接受的过程。”（见第4部分3.13，2015年版的第4部分2.12）
- k) 增加了“国家组织药品集中带量采购”（见第4部分3.14）“国家组织高值医用耗材集中带量采购”（见第4部分3.15）和“国家医保药品谈判”（见第4部分3.16）；
- l) 更改了“统筹基金年度最高支付限额”的定义（见4部分4.1.2），更改为“基本医疗保险统筹基金（3.9）对参保人在一个医保年度内发生的属于参保人保障范围（4.2）内的医疗费用进行补偿的由统筹基金实际支付的最高限额。”（见第4部分4.1.2，2015年版的第4部分3.1.2）；
- m) 更改“个人自付”（2015年版的第4部分3.1.4）为“个人共付”（见第4部分4.1.4），将定义更改为“实际发生的医疗费用中，按照有关规定属于基本医疗保险（3.1）保障范围内由个人支付的费用。”；
- n) 删除了“个人自费”“基本医疗保险诊疗项目目录”“基本医疗保险医疗服务设施标准”（见2015年版的第4部分3.1.5、3.2.2、3.2.3），增加了“个人自负”“基本医疗保险医疗服务项目目录”“基本医疗保险医用耗材目录”（见第4部分4.1.5、4.2.2、4.2.3）；
- o) 更改了“基本医疗保险等待期”的定义（见第4部分4.3.2），更改为“除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中缴费期内参保或未连续参保的人员，从缴费之日到基本医疗保险统筹基金（3.9）履行支付责任之日的時間间隔。”（见第4部分4.3.2，2015年版的第4部分3.3.2）；
- p) 更改了“定点医疗机构”的定义（见第4部分5.1），更改为“经由医疗保险经办机构（7.1）确定后，签订医疗保障服务协议，为基本医疗保险（3.1）参保人提供医疗服务的医疗机构。”（见第4部分5.1，2015年版的第4部分4.1）；
- q) 更改了“定点零售药店”的定义（见第4部分5.2），更改为“经由医疗保险经办机构（7.1）确定后，签订医疗保障服务协议，为基本医疗保险（3.1）参保人提供药品服务的药店。”（见第4部分5.2，2015年版的第4部分4.2）；
- r) 删除了“定点医疗机构分级管理”“医疗费用审核”“定点医疗机构考核”和“定点零售药店考核”（见2015年版的第4部分4.5、4.6、4.7、4.8）；
- s) 增加了“定点医药机构协议管理”（见第4部分5.5）“医疗保障基金使用监督管理”（见第4部分5.6）“医保支付资格管理”（见第4部分5.7）；

- t) 更改了“付费方式”的定义（见第4部分6.2.1），更改为“医疗保险经办机构（7.1）与定点医疗机构（5.1）、定点零售药店（5.2）根据不同医疗服务的性质和特征，将医药服务划分为不同的付费单元并确定付费标准的措施。”（见第4部分6.2.1，2015年版的第4部分5.2.1）；
- u) 删除了“总额预算”（见2015年版的第4部分5.2.2）；
- v) 更改“按病种组付费”（2015年版的第4部分5.2.6）为“按病组付费”（见第4部分6.2.5），将定义更改为“医疗保险经办机构（7.1）根据病例年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，按照“临床过程相似、资源消耗相近”的原则将住院病例分入若干病组，并对每一组分别制定相应的费用支付标准，按此标准向定点医疗机构（5.1）支付医疗费用的方式”；
- w) 增加了“按病种分值付费”“即时结算”（见第4部分6.2.6、6.3.2）；
- x) 更改“零星报销”（见2015年版的第4部分5.3.3）为“手工报销”（见第4部分6.3.4）；
- y) 更改“异地结算”（见2015年版的第4部分5.3.4）为“异地直接结算”（见第4部分6.3.5），更改为“参保人在参保关系所在统筹地区以外发生的医疗费用中应由医疗保障基金支付的部分，先由就医地医疗保险经办机构（7.1）与定点医疗机构（5.1）和定点零售药店（5.2）进行结算，再由就医地医疗保险经办机构（7.1）与参保地医疗保险经办机构（7.1）进行清算的行为。”（见第4部分6.3.5，2015年版的第4部分5.3.4）；
- z) 增加了“信息化”“医疗保障信息化”“医疗保障应用框架”“医疗保障信息平台”（见第4部分8、8.1、8.2、8.3）

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由国家医疗保障局提出。

本文件由全国医疗保障标准化工作组（SAC/SWG 37）归口。

本文件起草单位：国家医疗保障局、中国社会保障学会。

本文件主要起草人：严娟、王震、周剑、彭康康、余丞臻、韩宗钊、史康健、柳雯馨、王亚萍、朱凤梅、马丽、翟梦媛、张捷、张圣和、李豪、孙毅昂、冯俊皓、王烺烺、李民、刘双赫。

社会保险术语 第4部分：医疗保险

1 范围

本文件界定了基本医疗保险制度及管理、医疗保险对参保人管理、医疗保险对医药服务的管理、医疗保险支付管理、医疗保险管理服务组织、信息化等方面的术语和定义。

本部分适用于基本医疗保险领域管理、服务、学术研究、国际交流和信息平台建设。

注：根据2018年国务院机构改革方案的决定，由新组建的国家医疗保障局统一管理医疗保险制度，将医疗救助制度也纳入基本医疗保险的范畴，因此，本部分的有关论述也包括医疗救助制度。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 基本医疗保险制度及管理

3.1

基本医疗保险 basic medical insurance

国家立法实施的，通过参保人、用人单位和政府等多方筹资形成基金，对参保人因患病而就医诊疗时提供资金支持，以保障其享有基本医疗服务的一项社会保险制度。

注：基本医疗保险制度包括职工基本医疗保险制度和城乡居民基本医疗保险制度。

3.2

职工基本医疗保险 urban employee basic medical insurance

国家立法实施的，面向所有用人单位职工、无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，用人单位职工由用人单位和职工双方共同缴费，无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员以个人缴费为主进行筹资，以保障参保人基本医疗需求的社会保险制度。

3.3

城乡居民基本医疗保险 basic medical insurance scheme for urban and rural residents

国家立法实施的，面向未参加职工基本医疗保险（3.2）且未享有国家其他医疗保障的全体城乡居民，由个人缴费和政府补助共同筹资，以保障参保人基本医疗需求的社会保险制度。

3.4

职工大额医疗费用补助 supplementary allowance for employees' major medical expenses

对职工基本医疗保险（3.2）参保患者发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障的补充医疗保险制度。

注：职工大额医疗费用补助含部分省份的职工大病保险。

3.5

城乡居民大病保险 critical illness insurance for urban and rural residents

对城乡居民基本医疗保险（3.3）参保患者发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障的补充医疗保险制度。

3.6

医疗救助制度 medical assistance system

对符合条件的救助对象（特困人员、最低生活保障家庭成员、符合条件的防止返贫致贫对象等）参加城乡居民基本医疗保险（3.3）的个人缴费部分给予资助，以及对救助对象经基本医疗保险、补充医疗保险支付后，个人及其家庭难以承受的符合规定的基本医疗自费用给予救助的一种制度安排，筹资来源于各级财政补助、社会捐助等多种渠道。

3.7

基本医疗保险基金 basic medical insurance fund

按照法律规定，由职工基本医疗保险（3.2）、城乡居民基本医疗保险（3.3）筹集而来的资金。

3.8

职工基本医疗保险个人账户 individual account of urban employee basic medical insurance

医疗保险经办机构（7.1）按照国家规定为参保人以其个人名义建立的医疗保险账户，用以支付应由参保人个人负担的政策范围内的自付费用，参保人配偶、父母、子女等近亲属在定点医疗机构就医或定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用，以及参保人配偶、父母、子女等近亲属参加城乡基本居民医疗保险等的个人缴费、本人及近亲属参加长期护理保险等的个人缴费支出。

3.9

基本医疗保险统筹基金 pooling fund of basic medical insurance

包括职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险统筹基金，主要用于按一定比例和参保人共同负担政策范围内的医疗费用。职工基本医疗保险统筹基金是由扣除职工基本医疗保险个人账户（3.8）资金后剩余的医疗保险资金及其利息收入等汇集而成的基金，居民基本医疗保险统筹基金是由财政补助、个人缴费及其利息收入等汇集而成的基金。

3.10

基本医疗保险统筹层次 pooling level of basic medical insurance

适应基本医疗保险制度、政策和管理需要，按照一定的地域范围，在政策设置、基金收支、经办服务等方面实行的管理层级。同一统筹层次待遇政策相对规范、统一。

3.11

医疗保险基金预算管理 budgetary management for medical insurance fund

根据国家预算法、社会保险法、医疗保障法、预算法实施条例以及国务院有关规定，统筹地区经办机构、税务部门、医疗保险行政部门、财政部门按照各自职责分工，通过基金预算的编制、执行、调整和决算等环节，对医疗保险基金进行的具有法律效力的管理工作。

3.12

医疗保障待遇清单 healthcare security benefit catalog

国务院医疗保障行政管理部门依据国家法律法规、政策等，对医疗保障的基本制度、基本政策，以及医保基金支付的项目和标准、不予支付的范围进行管理的规定。

3.13

基本医疗保险关系转移接续 transfer and continuation of basic medical insurance relations

职工基本医疗保险（3.2）参保人员（不含退休人员）和城乡居民基本医疗保险（3.3）参保人员在发生参保制度类型变更、不同统筹地区间流动、户籍或常住地变动的情况时，为保障其基本医疗保险（3.1）关系能够顺畅衔接，医疗保险经办机构（7.1）为其办理基本医疗保险（3.1）关系变更、转移和接受的过程。

3.14

国家组织药品集中带量采购 national centralized volume-based drug procurement

根据国家有关基本医疗保险（3.1）的法律法规、政策等，组织各地区公立、军队医疗机构及自愿参加的医保定点社会办医疗机构等，对在中国大陆地区上市的集中采购范围内的药品，开展集中带量采购的行为。

3.15

国家组织高值医用耗材集中带量采购 national centralized volume-based procurement for high-value medical consumables

根据国家有关基本医疗保险（3.1）的法律法规、政策等，组织各地区公立、军队医疗机构及自愿参加的医保定点社会办医疗机构等，对在中国大陆地区上市的集中采购范围内的高值医用耗材，开展集中带量采购的行为。

3.16

国家医保药品谈判 national reimbursement drug list negotiation

国务院医疗保障部门依据国家有关基本医疗保险的法律、法规、政策等，对通过国家医保药品目录调整评审的独家药品，组织与医药企业谈判确定药品医保支付标准。

4 医疗保险对参保人管理

4.1 参保人费用支付管理

4.1.1

起付标准 the deductible

起付线

基本医疗保险统筹基金（3.9）对参保人发生的属于保障范围内的医疗费用进行补偿的计算起点，在该起点以下的医疗费用，基本医疗保险统筹基金（3.9）不予支付。

4.1.2

统筹基金年度最高支付限额 annual ceiling for payment of social pooling fund

封顶线

基本医疗保险统筹基金（3.9）对参保人在一个医保年度内发生的属于保障范围（4.2）内的医疗费用进行补偿的由统筹基金实际支付的最高限额。

4.1.3

共付比例 co-insurance rate

参保人所发生的在起付标准（4.1.1）以上、统筹基金年度最高支付限额（4.1.2）对应的医疗费用总额以下且属于保障范围内（含乙类先行自付）的医疗费用，由基本医疗保险统筹基金（3.9）和参保人分别承担的比例。

4.1.4

个人共付 co-payment

实际发生的医疗费用中，按照有关规定属于基本医疗保险（3.1）保障范围内由个人支付的费用。

4.1.5

个人自负 out-of-pocket payment

实际发生的医疗费用中，个人自负是个人共付（4.1.4）与按照有关规定不属于基本医疗保险（3.1）保障范围内而由个人全部支付的费用之和。

注：基本医疗保险个人自负包括基本医疗保险保障范围内起付线以下、封顶线以上、乙类先行自付、按比例共付、超支付标准(限价)等政策规定需要个人分担的费用，以及超出基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目目录保障范围外的由个人负担的费用。

4.2 参保人保障范围管理

4.2.1

基本医疗保险药品目录 drug list of basic medical insurance

保证基本医疗保险（3.1）参保人基本医疗需求，由基本医疗保险基金（3.7）支付费用的药品范围。

4.2.2

基本医疗保险医疗服务项目目录 catalogue of medical service items for basic medical insurance

保证基本医疗保险（3.1）参保人基本医疗需求，由基本医疗保险基金（3.7）支付费用的医疗服务项目范围。

4.2.3

基本医疗保险医用耗材目录 medical consumables catalog of basic medical insurance

保证基本医疗保险（3.1）参保人基本医疗需求，由基本医疗保险基金（3.7）支付的，可单独收费的医用耗材范围。

4.3 参保人就医行为管理

4.3.1

异地就医 cross-regional medical treatment

基本医疗保险（3.1）参保人在参保关系所在统筹地区以外发生的就医行为。

4.3.2

基本医疗保险等待期 waiting period of basic medical insurance

除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中缴费期内参保或未连续参保的人员，从缴费之日到基本医疗保险统筹基金（3.9）履行支付责任之日的时间间隔。

5 医疗保险对医药服务的管理

5.1

定点医疗机构 contracted medical institution

协议医疗机构

经由医疗保险经办机构（7.1）确定后，签订医疗保障服务协议，为基本医疗保险（3.1）参保人提供医疗服务的医疗机构。

5.2

定点零售药店 contracted retail pharmacy

协议零售药店

经由医疗保险经办机构（7.1）确定后，签订医疗保障服务协议，为基本医疗保险（3.1）参保人提供药品服务的药店。

5.3

定点医疗机构医疗保障服务协议 medical security services agreement between contracted medical institution and medical insurance administration

医疗保险经办机构（7.1）为了实现医保行政管理职能和公共服务目标，与定点医疗机构（5.1）签订的，用于规范双方权利、义务及违约处理等的行政协议。

5.4

定点零售药店医疗保障服务协议 medical security services agreement between contracted retail pharmacy and medical insurance administration

医疗保险经办机构（7.1）为了实现医保行政管理职能和公共服务目标，与定点零售药店（5.2）签订的，用于规范双方权利、义务及违约处理等的行政协议。

5.5

定点医药机构协议管理 medical expense agreement management

医疗保险经办机构（7.1）根据国家有关基本医疗保险（3.1）的法律法规、政策等，对定点医疗机构（5.1）和定点零售药店（5.2）在定点申请、协议订立、协议履行、协议解除等环节，进行协议服务全周期全过程的管理，旨在维护医保基金安全、提高医保基金使用效率，并维护参保人员合法权益。

5.6

医疗保障基金使用监督管理 supervision and administration of medical security fund utilization

医疗保障行政部门等根据《中华人民共和国医疗保障法》《医疗保障基金使用监督管理条例》及相关的法律法规、政策等，依法对医疗保险经办机构、定点医药机构及其工作人员、参保人员等的医疗保障基金使用行为进行监督管理。医疗保障行政部门对违法使用医疗保障基金支出的行为作出行政处罚或者行政处理决定。

注：医疗费用的协议管理（5.5）及医疗保障基金使用监督管理（5.6）均涉及医疗救助基金。

5.7

医保支付资格管理 medical insurance payment eligibility management

医疗保险经办机构（7.1）根据协议约定，依据服务过程和结果，对定点医药机构相关人员在协议有效期内的支付资格进行管理的行为。

6 医疗保险支付管理

6.1 支付制度

6.1.1

支付制度 payment system

医疗保险关于医疗费用预算、付费方式（6.2.1）、结算办法（6.3.1）等一系列内容的总称。

6.2 医疗保险付费管理

6.2.1

付费方式 payment methods

医疗保险经办机构（7.1）与定点医疗机构（5.1）、定点零售药店（5.2）根据不同医疗服务的性质和特征，将医药服务划分为不同的付费单元并确定付费标准的措施。

6.2.2

按项目付费 fee-for-service

医疗保险经办机构（7.1）及参保人员，按具体服务项目的收费标准（或价格）和实际服务量，向定点医疗机构（5.1）支付医疗费用的方式。

6.2.3

按人头付费 capitation

医疗保险经办机构（7.1）按协议规定的时间（一个月、一季度或一年），根据定点医疗机构（5.1）服务的参保人数和人头定额标准，向定点医疗机构（5.1）支付费用，定点医疗机构（5.1）按协议规定提供医疗服务的费用支付方式。

6.2.4

按床日付费 per diem payment

医疗保险经办机构（7.1）以住院参保人员每住院一天作为一个床日，确定床日定额付费标准，并按参保人员实际住院天数向定点医疗机构（5.1）支付医疗费用的方式。

6.2.5

按病组付费 diagnosis-related groups (DRG) payment

医疗保险经办机构（7.1）根据病例年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，按照“临床过程相似、资源消耗相近”的原则将住院病例分入若干病组，并对每一组分别制定相应的费用支付标准，按此标准向定点医疗机构（5.1）支付医疗费用的方式。

6.2.6

按病种分值付费 diagnosis-intervention packet (DIP) payment

医疗保险经办机构（7.1）利用大数据优势，基于“疾病诊断+治疗方式”的共性特征，对病案数据进行客观分类，形成病种，并在总额预算机制下，根据年度医保支付总额计算病种分值点值形成支付标准，按此对定点医疗机构（5.1）住院病例进行支付的方式。

6.3 结算管理

6.3.1

结算办法 settlement methods

医疗保险经办机构（7.1）根据与定点医疗机构（5.1）、定点零售药店（5.2）的协议，在医疗服务发生后，按照预算办法、付费方式（6.2.1）及其标准、医疗服务量及监督检查结果，将资金拨付给定点医疗机构（5.1）和定点零售药店（5.2）的方法。

6.3.2

即时结算 instant settlement

参保人在定点医疗机构（5.1）、定点零售药店（5.2）完成医药费用结算后，医疗保险经办机构（7.1）应在规定时间内及时与定点医疗机构（5.1）、定点零售药店（5.2）完成医疗保险基金结算。

6.3.3

直接结算 direct settlement

参保人在就医或购药时，按医疗保险规定向定点医疗机构（5.1）、定点零售药店（5.2）支付个人负担费用，其他由医疗保险基金支付的部分由医疗保险经办机构（7.1）与医疗或药品提供服务方直接结算。

6.3.4

手工报销 manual reimbursement

因特殊原因，参保人员在定点医疗机构（5.1）未能直接结算（6.3.3）的医疗费用，先由参保人员个人垫付，再向医疗保险经办机构（7.1）办理报销手续的行为。

6.3.5

异地就医直接结算 direct settlement for cross-regional medical treatment

参保人在参保关系所在统筹地区以外发生的医疗费用中应由医疗保障基金支付的部分，先由就医地医疗保险经办机构（7.1）与定点医疗机构（5.1）和定点零售药店（5.2）进行结算，再由就医地医疗保险经办机构（7.1）与参保地医疗保险经办机构（7.1）进行清算的行为。

6.3.6

结算周期 billing cycle

医疗保险经办机构（7.1）从收到结算申请人申请，到向其拨付结算资金的时间间隔。

7 医疗保险管理服务组织

7.1

医疗保险经办机构 medical insurance administration

负责承办医疗保险参保登记、关系转移、个人权益记录、基金管理和支付、定点医药机构协议管理、提供咨询服务等业务的组织。

8 信息化

8.1

医疗保障信息化 healthcare security informatization

凭借现代电子信息技术手段，通过开发和利用医疗保障信息资源，优化和提高医疗保障经办业务流程、管理服务水平、监督决策能力的工作过程。

8.2

医疗保障应用框架 healthcare security application framework (HSAF)

为了实现医保信息化统一技术架构标准目标，为业务子系统提供技术架构标准所要求的基础功能软件产品和服务。采用分布式云架构，封装核心云支撑服务适配接口，用于实现云产品解耦设计。

8.3

医疗保障信息平台 healthcare security information platform

采用分布式云架构，使用医疗保障应用框架（8.2）构建的以中台为支撑的一系列相互关联的医疗保障信息子系统或业务中台的合称。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国社会保险法（2018修正）（中华人民共和国主席令〔2018〕第二十五号）
- [2] 中华人民共和国医疗保障法（中华人民共和国主席令〔2026〕第八十号）
- [3] 医疗保障基金使用监督管理条例（中华人民共和国国务院令 第735号）
- [4] 关于深化医疗保障制度改革的意见（2020年版）
- [5] 关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见（国发〔2016〕3号）
- [6] 关于全面实施城乡居民大病保险的意见（国办发〔2015〕57号）
- [7] 国家组织药品集中采购和使用试点方案（国办发〔2019〕2号）
- [8] 国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知（国办发〔2019〕37号）
- [9] 关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见（国办发〔2021〕14号）
- [10] 关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见（国办发〔2021〕42号）
- [11] 国务院办公厅关于健全药品价格形成机制的若干意见（国办发〔2026〕9号）
- [12] 医疗机构医疗保障定点管理暂行办法（国家医疗保障局令第2号）
- [13] 医疗保障基金使用监督管理条例实施细则（国家医疗保障局令第7号）
- [14] 关于印发按疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案的通知（医保办发〔2019〕36号）
- [15] 关于建立医疗保障待遇清单制度的意见（医保发〔2021〕5号）
- [16] 基本医疗保险医用耗材管理办法（试行）（医保发〔2021〕24号）
- [17] 国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知（医保办发〔2021〕27号）
- [18] 关于开展国家组织高值医用耗材集中带量采购和使用的指导意见（医保发〔2021〕31号）
- [19] 关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知（医保发〔2024〕21号）
- [20] 关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见（医保发〔2024〕23号）
- [21] 关于完善医药集中带量采购和执行工作机制的通知（医保发〔2024〕31号）
- [22] 基本医保基金即时结算经办规程（试行）（医保办发〔2025〕13号）
- [23] 关于进一步加强医疗保障定点医疗机构管理的通知（医保发〔2025〕14号）
- [24] 国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（医保发〔2025〕33号）
- [25] 关于做好职工基本医疗保险个人账户跨省共济工作的通知（医保发〔2025〕35号）

索引

汉语拼音索引

A

按病种分值付费····· 6. 2. 6
按床日付费····· 6. 2. 4
按病组付费····· 6. 2. 5
按人头付费····· 6. 2. 3
按项目付费····· 6. 2. 2

C

城乡居民大病保险····· 3. 5
城乡居民基本医疗保险····· 3. 3

D

定点零售药店····· 5. 2
定点零售药店医疗保障服务协议····· 5. 4
定点医疗机构····· 5. 1
定点医疗机构医疗保障服务协议····· 5. 3
定点医药机构协议管理····· 5. 5

F

封顶线····· 4. 1. 2
付费方式····· 6. 2. 1

G

个人共付····· 4. 1. 4
个人自负····· 4. 1. 5
共付比例····· 4. 1. 3
国家组织高值医用耗材集中带量采购 3. 15
国家医保药品谈判····· 3. 16
国家组织药品集中带量采购····· 3. 14

J

基本医疗保险····· 3. 1
基本医疗保险等待期····· 4. 3. 2
基本医疗保险关系转移接续····· 3. 13
基本医疗保险基金····· 3. 7
基本医疗保险统筹层次····· 3. 10
基本医疗保险统筹基金····· 3. 9
基本医疗保险药品目录····· 4. 2. 1
基本医疗保险医用耗材目录····· 4. 2. 3
基本医疗保险医疗服务项目目录····· 4. 2. 2
即时结算····· 6. 3. 2
结算办法····· 6. 3. 1
结算周期····· 6. 3. 6

Q

起付标准····· 4. 1. 1
起付线····· 4. 1. 1

S

手工报销····· 6. 3. 4

T

统筹基金年度最高支付限额····· 4. 1. 2

X

协议零售药店····· 5. 2
协议医疗机构····· 5. 1

Y

医疗保障待遇清单····· 3. 12

医疗保障信息化·····	8. 1	异地就医直接结算·····	6. 3. 5
医疗保障应用框架·····	8. 2		
医疗保障信息平台·····	8. 3	Z	
医保支付资格管理·····	5. 7	支付制度·····	6. 1. 1
医疗保障基金使用监督管理·····	5. 6	直接结算·····	6. 3. 3
医疗保险基金预算管理·····	3. 11	职工大额医疗费用补助·····	3. 4
医疗保险经办机构·····	7. 1	职工基本医疗保险·····	3. 2
医疗救助制度·····	3. 6	职工基本医疗保险个人账户·····	3. 8
异地就医·····	4. 3. 1		

英文对应词索引

A

annual ceiling for payment of social pooling fund ·····	4. 1. 2
--	---------

B

basic medical insurance ·····	3. 1
basic medical insurance fund ·····	3. 7
basic medical insurance scheme for urban and rural residents ·····	3. 3
billing cycle ·····	6. 3. 6
budgetary management for medical insurance fund ·····	3. 11

C

capitation ·····	6. 2. 3
catalogue of medical service items for basic medical insurance ·····	4. 2. 2
co-insurance rate ·····	4. 1. 3
co-payment ·····	4. 1. 4
contracted medical institution ·····	5. 1
contracted retail pharmacy ·····	5. 2
critical illness insurance for urban and rural residents ·····	3. 5
cross-regional medical treatment ·····	4. 3. 1

D

diagnosis-intervention packet (DIP) payment ·····	6. 2. 6
--	---------

diagnosis-related groups (DRG) payment	6. 2. 5
direct settlement	6. 3. 3
direct settlement for cross-regional medical treatment	6. 3. 5
drug list of basic medical insurance	4. 2. 1

F

fee-for-service	6. 2. 2
-----------------	---------

H

healthcare security application framework (HSAF)	8. 2
healthcare security benefit catalog	3. 12
healthcare security informatization	8. 1
healthcare security information platform	8. 3

I

individual account of urban employee basic medical insurance	3. 8
instant settlement	6. 3. 2

M

manual reimbursement	6. 3. 4
medical assistance system	3. 6
medical consumables catalog of basic medical insurance	4. 2. 3
medical expense agreement management	5. 5
medical insurance administration	7. 1
medical insurance payment eligibility management	5. 7
medical security services agreement between contracted medical institution and medical insurance administration	5. 3
medical security services agreement between contracted retail pharmacy and medical insurance administration	5. 4

N

national centralized volume-based drug procurement	3. 14
national centralized volume-based procurement for high-value medical consumables	3. 15

national reimbursement drug list negotiation	3. 16
---	-------

O

out-of-pocket payment	4. 1. 5
------------------------------	---------

P

payment methods	6. 2. 1
payment system	6. 1. 1
per diem payment	6. 2. 4
pooling fund of basic medical insurance	3. 9
pooling level of basic medical insurance	3. 10

S

settlement methods	6. 3. 1
supervision and administration of medical security fund utilization	5. 6
supplementary allowance for employees' major medical expenses	3. 4

T

the deductible	4. 1. 1
transfer and continuation of basic medical insurance relations	3. 13

U

urban employee basic medical insurance	3. 2
---	------

W

waiting period of basic medical insurance	4. 3. 2
--	---------