

淮医保〔2022〕10号

淮北市医疗保障局关于印发《淮北市“十四五”全民医疗保障规划》的通知

县（区）医疗保障局，机关各科室、局属各单位：

现将《淮北市“十四五”全民医疗保障规划》印发给你们，请认真贯彻执行。

淮北市医疗保障局

2022年5月23日

淮北市“十四五”全民医疗保障规划

为深入贯彻党中央关于全面建立中国特色医疗保障制度精神，落实党中央、国务院和省委、省政府以及市委、市政府关于深化医疗保障制度改革的意见，推动我市全民医疗保障事业高质量发展，依据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《中共安徽省委 安徽省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》《安徽省“十四五”全民医疗保障发展规划》《淮北市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》编制本规划。本规划是我市医疗保障领域的第一个五年规划，主要阐明“十四五”时期我市医疗保障事业发展的总体思路、发展目标、主要任务和重大政策措施，是指导未来五年全市医疗保障事业发展的综合性、基础性、指导性文件。

一、发展基础和形势

（一）发展基础

“十三五”以来，市委、市政府将医疗保障工作放在重要位置，全面落实国家、省关于医疗保障改革的决策部署，顺利组建医疗保障部门，进一步构建完善了以基本医疗保险(含生育保险)为基础，以大病医疗保险为补充，以医疗救助为托底，“统筹城乡、层次有别、相互衔接、全面覆盖”的医疗保障体系，为“十四五”时期我市医疗保障事业发展奠定了坚实基础。

基本医疗保险制度覆盖全民。2019年2月25日，淮北市医疗保障局正式挂牌成立，县（区）医疗保障局相继成立，全市统一的医疗保障行政体制正式形成。截至2021年底，全市基本医疗保险累计参保196.73万人，基本医疗保险参保率维持在99%以上。城镇职工、城乡居民、城乡居民大病保险政策范围内住院费用报销比例分别达到75.6%、73.3%、62.4%，为缓解群众“看病难、看病贵”问题发挥了重要作用。

多层次医疗保障体系逐步健全。整合城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗保险，建立统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度。基本医疗保险实现市级统筹管理，医疗救助托底机制逐步完善，生育保险和职工基本医疗保险合并实施。将参保职工纳入大病保障范围，实现了大病保险制度对城镇职工和城乡居民的全覆盖。统一基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理政策。同时，鼓励、引导商业保险公司推出与基本医疗保险相补充的商业保险品种，有力地促进商业健康保险健康发展。

医保领域重点改革取得突破。全面推进医保支付方式改革，城镇职工112个病种、城乡居民345个病种组实行按病种付费。全省率先实施“同病种定额支付”，率先开展安宁疗护项目，按疾病诊断相关分组（DRG）付费省级试点进入正式实施阶段，较国家、省要求分别提前两年、一年。门诊特殊疾病保障创新工作省级试点有效实施，实现了城乡居民门诊特殊疾病门诊就诊率、

满意率双提升和总体住院率、基金支出同比双降低的预定目标。出台我市首部医疗服务价格目录，实现“零突破”。全面完善医保协议管理，建立医保协议医师制度。全面落地实施国家、省药品和耗材集采政策和中选结果，“17+13+X”种抗癌药平均降幅39.52%，群众负担明显减轻。

医保基金监管全面加强。扎实推进医保基金监管制度体系改革，全省首家设立医疗生育保险基金安全管理中心，率先成立由市政府主要负责人任组长的医疗保险基金督察联合执法领导小组。实行属地包干管理和医共体医保基金监管派驻督导、社会监督员制度，建立欺诈骗取医保基金案件移送和违法违规线索移送纪委监委查处机制，成立医保基金监管人才库和案件审理委员会，出台医保基金使用监督管理、信用管理等一系列政策，引入第三方商业保险公司开展合署办公，多方参与、齐抓共管的医保基金监管格局初步建立。推进本地智能监控系统上线，智能监控“知识库”、“规则库”两库同步更新和本地化应用。汲取纪委监委巡察经验模式，创新开展“驻点督察”，建立全天候、全过程的医保智能化监管平台，常态化开展现场检查、交叉互查、飞行检查、专项整治，实施欺诈骗保行为举报奖励，加大曝光典型案例力度，严厉打击各类欺诈骗保行为。2019年以来，全市医保部门累计查处违规协议医药机构2039家次，约谈、限期整改1236家次，暂停35家、解除48家定点医药机构医保服务协议，处理

医保医师 221 人次，移交纪委监委 3 人、公安、卫健委、市场局 72 家，行政处罚 19.36 万元，累计追回扣除医保基金 1.42 亿元。

医保信息化建设全省领先。获批成为安徽省医疗保障信息平台建设省级试点城市和代表安徽省上线的首家城市，全省率先落地应用国家医保信息业务编码，率先完成国家（安徽省）医保信息平台切换上线工作，为全省医保信息平台建设提供了“淮北经验”，作出了“淮北贡献”。医保电子凭证激活 129.3 万人，激活率 63.06%，覆盖全市所有定点医药机构；二级及以上医疗机构使用占比 68.71%，位居全省第二，全市医保结算由“卡时代”迈入“码时代”。

医保公共服务水平不断提高。统一医保经办服务规程，全面实施医保经办服务“好差评”制度，医疗保障经办政务服务事项实行清单管理。推行一网通办，个人医保公共服务事项实现全部全程网办，基本医保、大病保险、医疗救助实现“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。全面实现跨省住院费用直接结算和省内异地零售药店购药双向结算，顺利实现长三角地区职工医保普通门诊直接结算，异地就医住院定点医疗机构覆盖范围不断扩大。积极推进“15 分钟医保政务服务圈”建设，开通 24 小时智能语音客服电话，建立 11 个“医保便民服务站”，6 项高频医保业务下沉至三区，医保基本公共服务更加便利。

疫情应对有力有效。全面助力疫情防控，按照国家确保患者

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”要求，及时制定和落实疫情防控期间特殊报销政策，采取“两个确保、先救治后付费、长处方”等举措，全力保障群众疫情防控期间医疗权益。有效助力企业复工复产，阶段性实施职工基本医保缴费“减延缓”政策，共计为3528家企业减负2.3亿元。核酸检测价格“六连降”，单人次核酸检测价格从400元下调为28元，混合检测价格调整为不超6元，全面取消核酸检测试剂耗材收费。新冠疫苗累计接种368.05万人次，上解新冠病毒疫苗及接种费用2.53亿元，免除群众接种疫苗费用担忧。

（二）面临的形势

“十四五”时期是我国全面建成小康社会、实现第一个百年奋斗目标之后，乘势而上开启全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军的第一个五年，也是国家层面医疗保障制度体系成熟定型、医保高质量发展的重要战略机遇期。党中央、国务院高度重视医疗保障工作，印发了《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，明确了“十四五”期间医疗保障制度改革的总体要求、目标任务和路径举措；省委、省政府出台了《实施意见》，市委、市政府制定了《深化医疗保障制度改革实施方案》，为“十四五”时期我市医疗保障事业发展指明了方向、明确了任务，我市医疗保障事业发展迎来全新的机遇。同时，“十四五”期间，我市医疗保障事业发展外部环境和

内部环境都发生了复杂而深刻的变化，面临着诸多风险和挑战。

人口老龄化深度发展，基金支出预期攀升。随着居民生活质量不断提升，人均期望寿命不断延长，“十四五”时期我市人口老龄化趋势将明显加速，迎来老年人口增量的历史高峰。截至2020年年底，我市60岁及以上户籍老年人口34.82万人，占户籍总人口的15.92%。可以预见，随着老龄化程度的不断加深，慢性病、重病患病率显著增长，医保基金负担压力也将同步增长。

医疗费用持续增长，基金监管压力凸显。医疗保障待遇水平和群众期待刚性上涨，新设备、新技术、新药品不断应用于临床医学，医疗水平得到提升，刺激了医疗费用的不断攀升。受逐利动机驱使，医疗机构过度检查、过度治疗、过度用药情况，甚至欺诈骗保行为仍然存在，也造成了医疗费用的快速增长。随着疫情形势逐渐好转，我市医保发生医疗费用同比疫情前已恢复较快增长，预计“十四五”期间，医疗费用仍将持续较快增长。同时，医保基金监管能力、手段和人员队伍相对不足，支付方式改革尚需完善，基层监管执法力量较为薄弱，医疗保障基金监管任务艰巨，基金监管形势仍然严峻。

医保改革深入推进，发展定位深刻转变。随着《深化医疗保障制度改革的意见》出台和国家、省一系列医疗保障改革措施的推出，各级医疗保障部门职责权限逐步明晰。制度体系、待遇清单、医保目录、医药价格、药品耗材招采、信息平台建设等方面，

均更加强调国家、省级统筹规划，强调全国“一盘棋”，地市级以下医保部门政策权限和空间全面缩减，工作重心和模式面临从制度探索创新到落实精细管理的转变。

机构改革尚未到位，政策落地能力不足。医保改革政策的贯彻实施，高度依赖专业化的经办体系和信息化支撑。机构改革后，基层医保行政部门和经办机构普遍编制紧缺，医学和信息化专业等复合型人才匮乏，已经成为影响改革成效的突出问题。同时，行政部门与经办机构在基金监督、协议管理等方面的职业边界与衔接机制亟待厘清，基层经办机构的设置模式需要妥善研究。医保管理服务还不够优化，人工智能、大数据等信息化应用水平不高，医保服务体验还有较大的改进空间。这些突出的问题，需要在“十四五”时期着力解决。

二、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，认真贯彻落实习近平总书记考察安徽重要讲话指示精神，牢牢抓住推进长三角一体化发展的战略机遇，按照省十一次党代会和市九次党代会提出的目标要求，坚持以人民健康为中心，以高质量发展为主题，融入长三角，以体制机制改革创新为动力，坚持新发展理念，统筹需求侧管理和供给侧改革，强化精细化管理，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，加快建成覆盖全民、统筹城乡、公平统一、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，为建设新阶段现代化美好淮北提供保障。

（二）基本原则

坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，完善具有淮北特点的医疗保障制度，坚持制度的统一性和规范性，增强制度的刚性约束，为全市医疗保障事业的高质量发展提供根本保障。

坚持以人民健康为中心。坚持健康优先、共享发展，着力全方位全周期保障人民健康，提供更加公平、更加充分、更高质量的医疗保障，使改革发展成果更多惠及全体人民，增进民生福祉，促进社会公平，推进共同富裕。

坚持保障基本、更可持续。坚持实事求是，尽力而为、量力而行，把保基本理念贯穿始终，科学合理确定保障范围和标准，厘清待遇支付边界，纠正过度保障和保障不足问题，提高基金统筹共济能力，防范和化解基金运行风险，推动医疗保障水平与经济社会发展水平相适应。

坚持精细管理，优质服务。深入推进医保领域“放管服”改革，加强管理服务能力建设，优化医保定点医药机构管理，健全基金监管长效体制机制。坚持传统服务方式和智能化应用创新并行，推动公共服务标准化、规范化、便利化，多渠道、全方位构

建“医保在身边”公共服务，大力提升适老化水平，为群众提供更贴心、更暖心的服务。

坚持系统集成、协同高效。准确把握医疗保障各方面之间、医疗保障领域和相关领域之间改革的联系，建立基本医疗体系、基本医保制度相互适应的机制，统筹谋划、协调推进，汇聚改革合力，推动医疗保障改革取得更大突破。加强政策和管理协同，构建共建共治共享医保治理格局。深化淮海经济区医疗保障共建共享，积极探寻融合发展、一体化发展新路径。

坚持共享共治、多方参与。促进多层次医疗保障有序衔接、共同发展，统筹商业健康保险、慈善救助、医疗互助等社会力量，形成政府、市场、社会协同保障的格局。强化多主体协商共治，积极推进政府购买社会力量服务模式，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）主要目标

到2025年，医疗保障制度更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务，医疗保障政策规范化、管理精细化、服务便捷化、改革协同化程度明显提升。积极融合长三角医疗保障一体化，淮海经济区医保协同发展进一步深化，群众获得感满意度持续增强。

建设公平医保。基本医疗保障更加公平普惠，各方责任更加

均衡，保障范围和标准与经济社会发展水平更加适应，公共服务更加便捷可及，制度间、人群间、区域间差距逐步缩小，医疗保障再分配功能持续强化，人民群众医疗费用负担有效减轻。

建设法治医保。医疗保障地方立法加快推进，医疗保障制度法定化程度明显提升。医疗保障行政执法更加规范，医保治理法治化水平显著提高。医保定点医药机构管理更加透明高效，全社会医保法治观念明显增强。

建设安全医保。基金监管制度更加完善，基金预算绩效管理更加科学，绩效评价更加精细，基金运行更加安全稳健，信息安全管理持续强化，防范和化解因病致贫返贫长效机制基本建立，医疗保障安全网更加密实。

建设智慧医保。医保人才队伍建设进一步加强，智慧医保内涵不断丰富，医疗保障信息化水平显著提升，医保信息系统全面建成并安全运行，“互联网+”医保服务不断完善，智能监控全面应用，医保大数据智能化综合治理能力显著提升。医保经办服务数字化稳步推进，医保电子凭证普遍推广，就医结算更加便捷。

建设协同医保。医保支付方式改革、药品和医用耗材集中带量采购、医疗服务价格调整在深化医改中的作用有效发挥，医药服务供给侧改革协同推进，医疗保障和医药服务高质量协同发展。医保支付机制更加管用高效，以市场为主导的医药价格和采购机制更加完善，医疗服务价格调整更加灵敏有度。

专栏 1 淮北市“十四五”医疗保障事业发展规划主要指标

类别	主要指标	2020 年	2025 年	指标属性
参保覆盖	基本医疗保险参保率（%）	95.47	>95 ^①	约束性
基金安全	基本医疗保险(含生育保险)基金收入(亿元)	29.68	收入规模与经济规模更加适应	预期性
	基本医疗保险(含生育保险)基金支出(亿元)	25.78	支出规模与经济发展水平、群众疾病健康需求相适应	预期性
保障程度	职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例（%）	81.24	保持稳定	预期性
	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（含大病保险）（%）	78.53	保持稳定	预期性
	重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例（%）	70%	≥ 70	预期性
	个人卫生支出占卫生总费用的比例（%）		27	约束性
精细管理	实行按疾病诊断相关分组和按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例（%）	24.62	70	预期性

	公立医疗机构通过省级集中采购平台采购药品金额占全部采购药品(不含中药饮片)金额的比例(%)		90	预期性
	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高值医用耗材金额的比例(%)		80	预期性
	药品集中带量采购品种(个)	国谈129个,省谈13个	落实国家和省中选结果	预期性
	高值医用耗材集中带量采购品种(类)	落实省谈4类	落实国家和省中选结果	预期性
优质服务	异地就医住院费用直接结算率 ^② (%)	67	>70	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率(%)	75	90	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率(%)	100	100	约束性

注：①指“十四五”期间基本医疗保险参保率每年保持在95%以上。

②指住院费用跨省直接结算人次占全部住院跨省异地就医人次的比例。

展望2035年，我市基本医疗保障制度更加规范统一，多层次医疗保障体系更加完善，医疗保障公共服务体系更加健全，医保、医疗、医药协同治理格局总体形成，中国特色医疗保障制度优越性充分显现，全民医疗保障向全民健康保障积极迈进。

三、重点任务

围绕淮北市“十四五”医疗保障事业发展规划目标和指标，重点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大体系建设。

（一）健全多层次医疗保障制度体系

1. 提升基本医疗保险参保质量

依法依规分类参保。职工基本医疗保险覆盖用人单位及其职工，城乡居民基本医疗保险覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民。针对学生、新生儿、灵活就业人员、缴费中断人员等，分类制定参保政策，鼓励灵活就业人员根据自身实际参加职工医保，完善灵活就业人员参保缴费方式。细化落实困难群众分类资助参保政策。

实施精准参保护面。建立健全医保部门与教育、公安、民政、人社、卫健、税务、市场监管、乡村振兴、残联等部门和单位的数据共享机制，加强数据比对，完善覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询。依托国家医保信息平台，清理无效、虚假、重复数据，实时识别参保人参保缴费状态，提升参保质量。落实全民参保计划，根据常住人口、户籍人口、就业人口、城镇化率等指标，科学合理确定年度参保护面目标。积极推动职工和城乡居民在常住地、就业地参保，避免重复参保，巩固提高参保覆盖率。

优化参保缴费服务。加强部门协作，以农民工、残疾人、灵

活就业人员、生活困难人员为重点，加强参保服务。优化城镇职工、城乡居民参保缴费服务，加强医保、税务部门和商业银行等“线上+线下”合作，拓展丰富参保缴费便民渠道，提高征缴效率。根据国家统一部署，完善新就业形态从业人员参保缴费方式。做好跨统筹地区参保人员基本医疗保险关系转移接续政策完善和便捷服务工作。

2. 完善基本医疗保障待遇保障机制

促进基本医疗保险公平统一。完善职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险分类保障机制，合理设置待遇保障水平。完善基本医疗保险市级统筹模式，做实城乡居民基本医疗保险市级统筹。落实医疗保障待遇清单制度，规范医保药品目录和医用耗材、医疗服务项目，厘清支付范围和支付标准，严格执行国家基本医疗保障的基本制度、基本政策。

合理确定待遇保障水平。根据经济社会发展水平和基金承受能力，稳步提高基本医疗保险住院待遇，完善统一的基本医保门诊慢特病管理政策，做好门诊待遇和住院待遇的统筹衔接，建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，改革职工基本医疗保险个人账户，逐步提高门诊待遇保障水平。职工医保、城乡居民医保政策范围内住院费用报销比例分别稳定在80%、70%左右，政策范围内门诊费用报销比例稳定在50%以上。完善“两病”门诊用药保障机制，推进“两病”早诊早治、医防融合。

规范补充医疗保险。稳步提高职工和居民大病保险待遇水平，提升重特大疾病保障能力。逐步完善和规范职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险、企业补充医疗保险等制度，加强与基本医疗保险和医疗救助的衔接，提高保障能力和精准度。

统一规范医疗救助制度。健全救助对象及时精准识别机制，加强部门信息共享，实现救助对象范围、参保资助标准、救助待遇水平、经办管理服务、救助基金监管“五统一”。建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，加强医疗救助与基本医保、补充医保和其他社会救助制度衔接。完善疾病应急救助管理运行机制，确保需急救的急重危伤病患者不因费用问题影响及时救治。建立救助对象及时精准识别机制，科学确定救助范围，分类资助参保，实施分层分类救助。

专栏 2 重大疾病医疗保障工程

1. 增强基本医保保障功能。公平普惠提高基本医保保障待遇，及时落实国家集中带量采购、谈判药支付等政策。
2. 提高大病保险保障能力。在完善大病保险保障政策的基础上，规范落实倾斜支付政策。
3. 夯实医疗救助托底保障。通过明确诊疗方案、规范转诊等措施降低医疗成本，提高年度医疗救助限额，合理控制困难群众政策范围内自付费用比例。
4. 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，及时将符合条件的纳入医疗救助范围。

专栏 2 重大疾病医疗保障工程

5. 健全防范化解因病致贫返贫的长效机制。强化高额医疗费用支出预警监测，依申请落实救助保障政策。
6. 健全引导社会力量参与机制。鼓励商业健康保险和医疗互助发展，壮大慈善医疗救助。
7. 引导实施合理诊疗，促进有序就医，严控不合理医疗费用。

有效衔接乡村振兴战略。巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，将脱贫攻坚期内的超常规保障政策转化为通过基本医保、大病保险、医疗救助三重制度实行常态化保障，确保特困人员、低保对象、返贫致贫人口等农村低收入人口稳定纳入基本医疗保障制度覆盖范围，合理确定农村医疗保障待遇水平。

完善生育保险政策措施。完善生育保险支付生育医疗费用及生育津贴制度，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。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。

落实医保待遇清单制度。落实医疗保障待遇清单制度，建立健全医保待遇清单执行情况监控机制，2023年底完成清理规范与清单不相符的政策措施。规范政府决策权限，引导形成合理稳定预期，纠正过度保障和保障不足问题。建立重大政策调整备

案机制，规范各级政策决策权限，未经批准不得出台超出清单授权范围的政策。

健全重大疫情医疗保障机制。在突发疫情等紧急情况时，按省部署确保医疗机构先救治、后收费，对特殊群体、特定疾病有针对性地免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款，实施医疗保障、政府补助、医疗机构减免等综合保障措施，减轻群众后顾之忧，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。

鼓励发展商业健康保险。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，支持保险公司、中医药机构合作开展健康管理服务。积极开展老年人慢性病健康管理，鼓励商业保险将老年人常见慢性非传染性疾病的健康管理纳入保障范围。厘清基本医保责任边界，为商业健康保险的发展留足空间。依托“互联网+”和数字化优势，全面提升商业补充保险参保理赔便利性。

支持医疗互助有序发展。规范医疗互助发展，加强制度建设，强化监督管理。依托全国统一的医疗保障信息平台，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。支持工会等社会团体、互助平台开展多种形式的医疗互助活动，更好地满足人民群众对医疗互助保障的新需求，更好地发挥医疗互助低成本、低缴费、广覆盖、广受益的优势。

3. 优化基本医疗保障筹资机制

完善责任均衡的多元筹资机制。均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任，完善医保基金多渠道筹资机制。严格执行国家统一的职工医疗保险基准费率制度，规范缴费基数，合理确定费率，实行动态调整。优化基金结构，提高统筹基金在职工基本医疗保险基金中的比重。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，优化个人缴费和政府补助结构。拓宽医疗救助筹资渠道，鼓励社会捐赠等多渠道筹资。加强财政对医疗救助的投入。

完善基金市级统筹。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体化的标准，全面做实城乡居民基本医疗保险基金市级统筹，夯实分级管理责任。推动医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，提高救助资金使用效率。建立健全与医疗保障统筹层次相适应的管理体系，探索推进市级以下医疗保障部门垂直管理。

提高资金预算管理水平。根据我市经济发展水平、医疗费用合理增长趋势、医保基金可持续发展能力等因素，科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督。全面实施基金预算绩效管理，建立基金绩效评价指标体系，分级分类强化绩效监控、评价和结果运用，促进医保基金管理水平稳步提高。加强基金精算管理，构建收支平衡机制，建立健全基金运行风险评估预警机制，促进基金中长期可持续。

专栏 3 医疗保障基金管理工程

1. 与税务部门加强协作配合，全面理顺参保登记、保费征管、权益记录等管理体制。
2. 建立与居民人均可支配收入、经济发展指数等相挂钩的医保筹资机制。
3. 严格医保基金预算管理。

（二）优化医疗保障协同治理体系

1. 持续优化医疗保障支付机制

落实医保目录动态调整机制。立足基金承受能力，适应群众基本医疗需求、临床技术进步需要，按省部署动态调整优化医保药品目录，将符合条件的民族药、医疗机构院内制剂、中药饮片等按规范程序纳入医保支付范围。加强对国家医保药品目录落地情况监测，完善国家谈判药品供应“双通道”机制，提高医保药品可及性。

持续深化医保支付方式改革。实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，逐步扩大 DRG 付费医疗机构数量。到 2025 年，DRG 支付方式涵盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，实现病种覆盖率不低于 90%，医保基金覆盖率达 70%。根据国家技术规范，进一步完善我市医保基金总额预算管理、按床日付费、按人头付费等医保支付政策。完善紧密型县域医共体医保支付政策。统筹推进精神类疾病等按床日付费、门诊慢特病按人头付费等支付方式，探索实施符合中医药特点的医保支付方式。配套职工医保门诊共济保障机制建设，及时出台深化门诊支

付方式改革政策，引导合理就医，促进基层首诊。

专栏 4 多元复合医保支付方式主要类型和改革方向

1. 医保基金总额预算管理。积极探索将点数法与总额预算管理等相结合，逐步使用区域（或一定范围内）医保基金总额预算代替具体医疗机构总额控制。
2. 按病种付费。重点推进按病种分组付费工作，完善技术规范和病种库，形成本地化的病种库，加强基础数据测算和质量监控，不断提高付费精准度。
3. 按疾病诊断相关分组付费。推广按疾病诊断相关分组付费国家试点经验，不断优化细分组方案。
4. 按床日付费。对于精神疾病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，采取按床日付费的方式。
5. 按人头付费。推广基层医疗卫生机构普通门诊按人头付费与家庭医生签约服务相结合的做法，推行糖尿病、高血压、慢性肾功能衰竭等诊疗方案、评估指标明确的慢性病按人头付费，加强慢性病管理。
6. 按项目付费。对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用按项目付费。

完善基本医疗保险协议管理。加强医保协议管理，完善配套政策措施。制定定点医药机构履行协议考核办法，突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，完善定点医药机构退出机制。优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。规范“互联网+”医保支付工作，支持将符合条件的互联网医院纳入医保定点协议管理范围。

2. 改革完善医药价格形成机制

深化药品和医用耗材集中带量采购制度改革。全面落实国家和省组织药品和医用耗材集中带量采购政策，常态化、制度化执行国家和省药品、医用耗材集中带量采购谈判议价中选结果，有效降低临床用量大、采购金额高、竞争充分的药品和高值医用耗材的价格。在省级采购平台统筹管理的基础上，逐步实现招标、采购、交易、结算线上监测。根据国家和省部署，探索推进医保基金与集中采购医药企业直接结算，逐步完善医保支付标准与集中采购价格协同机制。完善与集中带量采购相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、定点零售药店参与集中带量采购。

稳妥有序推进医疗服务价格改革。建立灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制，开展调价评估，稳妥有序推动医疗服务价格优化，发挥价格合理补偿功能，逐步理顺医疗服务比价关系。全面落实省局部署要求，按照机制实施联动调价。加强医疗服务项目价格管理，简化新开展医疗服务价格申报流程，加强与卫生健康部门协作，加快受理审核，促进医疗技术创新发展和临床应用，积极支持我市医药产业高质量发展。强化医疗服务价格调整与医保支付政策协同，加强与市场监管等部门的联动，加大医疗服务价格监管力度，规范医疗机构诊疗行为，有效控制医疗费用不合理增长。

完善药品和医用耗材价格治理机制。探索建立药品、医用耗材价格信息共享机制，开展药品、医用耗材价格信息监测、分析、预警。全面落实省级医药价格和招采信用评价制度，强化药品和医用耗材价格常态化监管，及时收集报送价格异常及失信行为，遏制药品和医用耗材价格虚高，促进市域内药品和医用耗材价格保持合理水平。

专栏 5 医药价格监测工程

1. 完善监测体系，强化监测制度保障。开展普遍监测与深度监测相结合，多维度、多主体的连续监测。
2. 扩大监测范围和内容。实现以公立医院监测为主，逐步向社会办医、零售药店等方面延伸。在监测采购价格的同时，向监测服务收费、要素成本等方面拓展。
3. 加强医药价格监测能力建设。充实监测力量，建立监测哨点，提升价格监测能力。

3. 加快健全基金监管体制机制

完善医保基金监管体制。加快推进基金监管体系改革，加强基金监管专职机构建设，构建全领域、全流程、全方位的基金安全防控机制，形成以法治为保障、信用管理为基础，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、个人守信相结合的多方位监管格局。健全市、县、镇、村四级基金监管体系，加强监管队伍建设和能力建设，严格落实属地监管责任。梳理医疗保障内部管理和职权运行风险点，建立健全流程控制、风险评估、运行监控、内部监督等内部控制工作机制，及

时发现并有效防范化解安全隐患。加强医疗保障公共服务机构内控机构建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。建立并完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度，大力推进联合执法、信息共享和互联互通，促进监管结果协同运用。积极推进跨省异地就医协同监管制度建设，探索建立优化、协同、高效、统一的异地就医协同监管体制和运行机制，开展异地联审互查。

健全医保基金监管制度。落实医保基金监管相关法律法规，规范监管权限、程序、处罚标准等，推进有法可依、依法行政。建立监督检查常态化机制，以现场检查、飞行检查、交叉互查、清底彻查、专项整治等手段，推进实施医保监督检查“全覆盖”。规范举报处理流程，落实举报奖励制度，鼓励社会力量参与监管，定期收集并曝光医保基金监管典型案例。加强医保基金监管专家库建设，积极引入第三方监管力量，完善医保基金监管执法体系。实施驻点监督和联系督导，开展医保政策宣传，指导规范政策落实，了解掌握困难及建议，推动基金监管关口前移。强化部门联合监管机制，明确部门监管职责，推进部门信息共享，常态开展部门会商和联合执法，落实案件移交移送制度。

专栏 6 医保基金监管全覆盖工程

1. 系统监控全覆盖。以智能监控为依托，完善智能监控规则，提升智能监控功能，实现医保基金使用事前、事中和事后全流程监管。
2. 现场检查全覆盖。健全常态化日常监管工作机制，统筹经办机构力量，每年对

专栏 6 医保基金监管全覆盖工程

区域内定点医药机构至少开展一次全覆盖现场检查。市局对各县（区）全覆盖检查落实情况进行抽查。

3. 飞行检查全覆盖。按照“双随机，一公开”原则。针对智能监控、数据筛查和投诉举报反映医保基金可能存在安全风险的，采取“四不两直”方式，开展突击检查。

4. 社会监督全覆盖。畅通优化电话、网站、微信等举报渠道，完善举报奖励机制，有效举报线索凡接必查，实名举报查实必奖。动员社会力量参与监管，强化社会监督员队伍建设。借助第三方力量监管，以政府购买服务的形式常态化引入第三方力量参与监管。定期曝光典型案例，增强震慑效应。

5. 监管责任全覆盖。健全基金监管执法体系，强化监管责任，合理调配监管力量。加强医疗保障部门与卫生健康、市场监管、公安、审计等部门以及纪检监察机关的协同配合，健全协同执法、一案多处工作机制。

6. 机构建设全覆盖。加强医保基金监管执法体系建设，推进基金监管专职机构、人员队伍及相关设施设备标准化建设，不断提升基金监管专业化、规范化水平。

创新医保基金监管方式。建立统一、高效、兼容、便捷、安全的医保智能监控系统。不断完善药品、诊疗项目、医用耗材及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，完善智能监控规则，提升智能监控效能，实现医保基金使用事前、事中、事后全流程监管。推进医疗保障信用体系建设，完善医疗保障信用管理制度，探索实施定点医药机构和参保人员医保信用评价和积分管理模式。以信用管理为目标，以评价结果为依据，采

取差异化监管措施，推动实施分级分类监管。将医疗保障信用体系纳入全市信用体系统筹建设，依法依规开展医疗保障领域守信联合激励和失信联合惩戒。推动医药机构加强自我管理，鼓励医疗、医药、医师、医保等行业协会开展自律建设，促进行业规范发展。

（三）构建坚实的医疗保障服务支撑体系

加强医疗保障经办管理服务体系建设。加快推进医疗保障公共服务标准化、规范化，统一经办规程，简化服务流程，规范服务标识、窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限，建设全市医疗保障服务示范工程，支持有条件的机构争创国家级标准化窗口和示范点。健全医保经办管理服务体系，推进医疗保障公共服务标准化、规范化建设。建立覆盖市、县（区）、镇（街道）、村（社区）的医疗保障服务网络。依托镇（街道）政务服务中心、村（社区）综合服务中心，加强医疗保障经办力量，大力推进服务下沉。在经办力量配置不足地区，可通过政府购买服务等方式，补齐基层医疗保障公共管理服务能力配置短板。加强医疗机构医保管理服务体系和制度建设，提升医保政策执行水平。建立绩效评价、考核激励、风险防范机制，提高经办管理服务能力和效率。

创新经办治理机制。推进经办管理服务与政务服务、网上政务服务平台衔接，鼓励商业保险机构等社会力量参与经办管理服务。加强定点医疗机构医保职能部门建设，发挥其连结医保服务

与医院管理的纽带作用，加强定点医疗机构医保精细化管理，提升医疗卫生服务与医疗保障服务的关联度和协调性。

提升医疗保障经办管理服务质量。坚持传统服务方式与新型服务方式“两条腿”走路，实现线下服务便捷可及、线上服务及时高效，不断提升医保服务适老化水平。深化医保服务“最多跑一次”改革，推行医保经办服务窗口“综合柜员制”和多层次医疗保障“一站式”结算。持续推进医保公共服务事项“网上办”“掌上办”，拓展线上服务渠道，建设医疗保障网上经办服务大厅。畅通医保咨询服务渠道，实现与“12345”政务服务便民热线相衔接。健全行风建设专项评价长效机制，全面实施“好差评”制度，开展体验式评价和群众满意度调查。

专栏 7 医疗保障经办服务提升工程

1. 县（区）医保经办标准化窗口实现全覆盖。出台医疗保障管理服务窗口标准规范，制定示范窗口评定标准，实现医保经办机构的地标识别功能，规范服务。
2. 建成县（区）级以上医保经办服务示范窗口；建设医疗保障基层服务示范点；建设医疗保障定点医疗机构示范点；建设智慧医保管理服务示范点。
3. 推广预约服务、延时服务、上门服务、应急服务，畅通优先服务绿色通道。
4. 推进流动就业人员基本医疗保险关系转移接续跨省通办。
5. 加强窗口规范化建设，强化窗口制度建设，推广综合柜员制。

完善异地就医直接结算服务。加强异地就医结算能力建设，优化异地就医直接结算流程，扩大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。健全跨区域医疗保障管理体系和协作机制，优化跨省异地就医结算管理服务，全面提升跨省异地就医结算管理服务能力。

专栏 8 异地就医结算能力建设工程

1. 健全跨区域医疗保障管理工作机制。完善异地就医业务管理、基金管理和信息管理岗位职责，确保基金安全和信息安全，保障异地就医直接结算平稳运转。

2. 优化跨省异地就医结算管理服务。扩大跨省直接结算的覆盖范围，提高直接结算率。

探索重大公共卫生事件医保费用异地就医直接结算的实现路径，开展医疗费用手工（零星）报销线上服务，提供住院、普通门诊、门诊慢特病费用线上线下一体化异地就医结算服务。

协同建设高效的医药服务体系。发挥医保基金战略购买作用，促进医疗资源优化配置，促进定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律。支持中医药传承创新发展，推进中医药服务医保支付方式改革，按省部署将符合条件的中医药制剂纳入医保支付范围。鼓励日间手术、多学科诊疗、无痛诊疗等医疗服务发展。支持医疗卫生服务新模式新业态有序发展，促进人工智能等新技术的合理运用。依托全国统一的医疗保障信息平台，支持电子处方流转。健全协商机制，构建多方利益协调的新格局，推动政策制定更加精准高效。

推动长三角区域医疗保障合作。推进实施统一的基本医疗保险政策方案，逐步实现药品目录、诊疗目录、医疗服务设施目录的统一。提高“一网通办”服务水平，加快完成长三角医保参保

关系转移接续信息平台建设，实现长三角地区医保服务一地办、一网通、一体化。探索建立长三角地区药品医用耗材联盟招采机制。建立异地就医费用联审互查工作机制。积极推进长三角地区门诊慢特病跨省异地就医直接结算。加快基本医保一体化发展，探索与长三角地区医疗服务价格水平衔接，有序推进医疗服务价格管理改革和价格优化。基于统一接口规范标准，拓展长三角地区的异地就医门诊直接结算联网工作，建立信息共享平台，实现医保转续结报。

推进医保信息化一体化建设。持续推进国家医保信息化平台在我市落地运用，实现全市医疗保障一个系统、一张网络、一套数据，确保规范、高效、安全运行。持续优化运行维护体系和安全管理体系，完善平台功能，提升平台易用性。强化移动端服务，将服务功能全面延伸到定点医药机构，提供就医、购药、结算全流程线上服务。推进数字化转型，开展多元深度的医保大数据挖掘分析，为政策制定、精细化管理、公共服务提供有力支撑。持续推进医保电子凭证应用，优化应用功能、拓展应用场景、提升应用体验，实现医保服务“一码通办”。

专栏 9 医保信息化建设工程

1. 拓展医保电子凭证应用功能。拓展医保电子凭证在预约挂号、诊间结算、检查检验、药房取药、报告打印、病历查询等线下场景中应用，以及在医院小程序中预约挂号、支付结算、病历查询、“互联网+医疗”服务和慢性病在线续方等线上场景应用。

专栏 9 医保信息化建设工程

2. 推动医保信息业务编码全面落地。积极推动疾病诊断和手术操作等 15 项编码标准在智能审核、DRG 付费、异地就医结算、招标采购、基金监管等多种场景的测试应用。
3. 做好参保数据清查。从参保源头建立信息核验机制，把住参保信息入口关，确保信息准确。
4. 推进实施“互联网+政务服务”。开展人工智能、大数据、云计算在医保领域的应用。
5. 支持“互联网+医保”创新发展。以信息化为支撑，打造多维度、全周期的医保创新应用。
6. 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，依法保护参保人员基本信息和数据安全。强化医疗保障信息基础设施建设，维护信息平台运行安全。

落实国家医保标准。建立上下联动、部门合作、职责分明的标准化工作机制，推进医保部门与人社、卫健、数据资源、税务、银保监、药监等部门的工作衔接。落实国家医疗保障业务标准和技术标准，执行标准化工作体制机制。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。向定点医药机构提供标准服务。强化标准实施与监督。

四、保障措施

(一) 加强组织领导

坚持把医疗保障制度改革作为重要工作任务，把党的领导贯彻到医疗保障改革发展全过程。严格按照统一部署，健全医疗保

障规划工作机制，加强规划衔接，结合实际制定切实可行的政策措施，确保改革目标如期实现。实施医保主要负责同志“一把手”工程，分解规划重点任务，明确责任单位、实施时间表和路线图，提升规划实施效能。

（二）强化法治保障

加强行政规范性文件制定清理和监督管理，严格执行公平竞争审查制度，确保医疗保障部门相关行为符合法律法规要求，维护公平竞争秩序。深入推进医保部门普法宣传教育工作，开展多种形式的医保普法宣传活动，营造良好的医保法治氛围。贯彻落实国家工作人员学法用法制度，完善推进行政执法公示制度、执法全过程记录制度、重大执法决定法制审查制度工作。

（三）强化能力建设

合理安排医疗保障事业投入，有效落实各项行动计划和规划项目。加大对托底性、基础性医保工作的财政投入力度，提高资金使用管理的科学性和规范性。健全医疗保障资金分配使用管理和项目建设规范，加强资金监管和绩效评价。加强医疗保障人才队伍建设，培养高素质专业化人才，鼓励高等院校、科研院所等与医疗保障部门开展合作，加强智库建设和人才支撑。实施医疗保障干部全员培训。建立体现医疗保障领域特点的人才评价机制。充实医保监管力量，加强医保领域执法工作，强化经办机构能力建设，确保医疗保障各项工作落到实处。

（四）推进部门协同联动

建立医疗保障领域部门协作联动机制，深化“三医联动”“六医统筹”。加强与发改、人社、财政、卫健、民政、税务、市场监管、药监、公安、审计等部门的沟通协调，破除部门“信息孤岛”，加强信息互通共享，促成经办服务部门合作，实现覆盖参保人员全生命周期的医保便捷服务。完善监督管理协作联动工作机制，形成打击欺诈骗保行为的部门合力，有效提升医疗保障基金安全保障水平。

（五）加强规划监测评估

规划确定的指标和任务，是对广大人民群众的郑重承诺，要建立健全规划监测评估机制，将评估结果作为改进医保工作和绩效考核的重要依据。积极开展规划实施年度监测分析、中期评估和总结评估，自觉接受人大、政协监督，畅通群众诉求和意见表达渠道。鼓励多方参与评估，积极引入第三方评估机构，科学精准评估规划落地情况。