附件2

大冶市医疗保障事业发展“十四五”规划

（2021-2025年）

（审议稿）

为进一步推动我市医疗保障事业高质量发展，着力保障和改善民生，助力健康大冶和美丽大冶建设，促进全市共同富裕，依据《大冶市国民经济和社会发展第十四个五年（2021—2025年）规划和二〇三五年远景目标纲要》（简称大冶市“十四五”规划），结合国家《“十四五”全民医疗保障规划》、《湖北省医疗保障事业发展“十四五”规划》、《黄石市医疗保障事业发展“十四五”规划》和本市医疗保障事业发展实际，编制本规划。

# 第一章 规划基础

“十三五”期间，在大冶市委市政府的坚强领导下和上级业务部门的精心指导下，我市医疗保障事业改革发展始终坚持以人民健康为中心，理顺体制，健全制度，完善标准，规范程序，优化服务，主动作为，锐意改革，全面推动我市医疗保障事业向纵深发展。

## 第一节 发展成效

**——党建工作全面推进。**市医保部门始终以党的政治建设为统领，把党的政治建设作为党的根本性建设，做到旗帜鲜明讲政治。部署党建工作、落实“一岗双责”，深刻认识医疗保障工作的鲜明政治属性，把政治立局、政治立身放在首位，认真对照党中央、国务院、省委、省政府和市委、市政府对医疗保障工作的决策部署，把履行全面从严治党责任同保障与改善民生工作紧密结合，切实把党的政治建设融入医疗保障工作全过程，确保党的理论和路线方针政策在医疗保障领域中贯彻到底、落实到位。

**——制度改革持续深化。**整合市人社局、市卫健局、市发改局和市民政局四个部门的涉医管理职能，组建市医疗保障局，管理体制更加顺畅。职工医保和生育保险合并实施，全市统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度全面建立。以基本医疗保险为主体，补充医疗保险、医疗救助梯度发展的多层次医疗保障体系初步建成。出台《大冶市城乡居民基本医疗保险支付方式改革实施方案（试行）》《大冶市基本医疗保险门诊特殊慢性病评审鉴定工作方案》等政策，以按病种付费为主的多元复合式支付机制和门诊特殊慢性病用药保障机制初步建立。

**——参保覆盖不断优化。**截止到2020年底，全市基本医疗保险参保人数83.38万人，其中，职工医保参保人数为8.84万人，所占比例为10.6%；居民医保参保人数为74.54万人，所占比例为89.4%，总体参保率稳定在95%以上。职工医保参保人数逐年增加，城乡居民医保参保人数逐渐减少，参保结构不断优化。资助全市18089名困难群众参加城乡居民医保，医疗救助对象实现“应保尽保”。

**——医疗负担明显减轻。**截止到2020年底，职工医保政策范围内住院费用医保基金支付比例为83.3%，居民医保政策范围内住院费用医保基金支付比例为67.7%。居民医保门诊慢性病增加到35种，职工医保门诊慢性病增加到16种。全面落实贫困人口“985”兜底保障政策，实现困难群众政策范围内医疗费用控制在5000元以内，建档立卡贫困人口住院合规医疗费用报销比例达91.91%，门诊合规医疗费用报销比例达95.3%，群众医疗负担明显减轻。

**——医保抗疫成效显著。**面对突发疫情，市医疗保障局及时调整医保政策，统筹推进疫情防控和医疗保障工作。积极落实“两个确保”政策，及时向定点医疗机构预付费用1.62亿元（职工医保4379.97万元，居民医保11810.74万元，药品带量采购31.74万元），累计结算确诊、疑似新冠肺炎患者和留观发热患者908人次，发生医疗费用683.38万元，其中，医保基金支付438.43万元。通过减征缓缴措施，纾解企业因疫情产生的困难，减征职工医疗保险费2510万元，缓征职工医疗保险费1.22亿元，有效减轻企业负担。

**——基金监管卓有成效。**“十三五”期间市医疗保障局始终把维护基金安全作为首要任务，以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为。调整监管职权，将职工医保的监督检查、参保登记、转移接续手续办理三项职权下放给经济发达镇，市医疗保障局加强对经济发达镇赋权事项的事中事后监管。坚持自查和现场检查相结合，聚焦重点监管对象和重点违法违规行为，对全市650余家定点医药机构开展“全覆盖、无死角”的系列专项检查和治理。

**——经办服务提质增效。**以打造更优营商环境为契机，优化窗口服务，简化办事流程，提升经办服务效率。服务大厅增设一个慢性病窗口和三个综合窗口，八个业务窗口实现“一窗联办”。简化备案手续和报销流程，实现“一站式”结算。实行经办服务事项清单化管理，借鉴先进城市经验，调整经办服务事项流程和承诺时限，大大缩短经办服务时间，整体服务时限压缩近60%，最长压缩时限30个工作日。主动靠前服务，提高服务质量，中心窗口实行“股长带班常态化”制度，为企业提供上门服务，开通参保信息网上核对服务。关注重点人群，优化慢性病经办服务。

**——支付方式改革持续深化。**积极探索县域内医共体住院医疗费用总额预付制度，将医保基金整体打包给市总医院牵头管理，按照“总额预付、过程管理、结余留用、合理超支分担”的原则，实行“市总医院（医共体）+N家医院”总额预付模式。医保基金预留门诊统筹、门诊慢性病、大病保险投保、意外伤害保险投保等预算资金外，其余基金作为住院总额付费资金，分季度拨付给市总医院，实现医保局与市总医院共同管理。

## 第二节 面临机遇

“十三五”期间，大冶市医疗保障事业快速发展，全市人民群众的医疗保障获得感不断增强，为推动“十四五”时期全市医疗保障高质量发展打下坚实基础。

**——党和政府高度重视。**党中央、国务院、省委、省政府和市委、市政府高度重视医疗保障工作，把医疗保障事业发展摆在更加突出位置，不断强化顶层设计。国家《“十四五”全民医疗保障规划》，明确未来五年医疗保障事业发展的目标和重点任务。《湖北省医疗保障事业发展“十四五”规划》、《黄石市医疗保障事业发展“十四五”规划》以及大冶市“十四五”规划，勾画出未来五年医疗保障事业发展蓝图，为深化全市医疗保障制度改革带来全新机遇。大冶市成为全省医疗保障事业发展“十四五”规划落实的联系点，也为全市医疗保障事业发展带来重要契机。

**——区域发展战略机遇。**湖北省正在构建“一主引领、两翼驱动、全域协同”区域发展布局。省第十二次党代会提出大力发展以武鄂黄黄为核心的武汉都市圈，武汉都市圈同城化发展，推动武汉市医疗、社保优质资源与圈内城市共建共享。黄石市正在构建“一心两带、多点支撑、全域一体”区域发展布局。大冶市在湖北省、武汉市和黄石市的区域发展布局中具有重要地位，政务服务“跨域通办”、“跨市通办”的实施，为提升大冶市医疗保障经办服务水平，提供重要契机。

**——奋进全国县域经济50强。**作为湖北县域经济发展的领头雁，大冶市拥有“中国最具投资潜力城市”、“全国文明城市（第五批）”、“湖北省文明城市”和“湖北省城乡一体化发展标兵城市”等众多荣誉。2020年全国县域经济百强名单中，大冶市位列第72位。大冶市“十四五”规划明确提出，未来五年要奋进全国县域经济50强。大冶市的众多荣誉以及未来五年的发展目标，将吸引更多优质企业落户大冶，为优化医疗保障体系结构，提供重要机遇。

## 第三节 主要挑战

全市社会经济的快速发展和医疗保障度改革持续深化，医疗服务需求和公共卫生服务需求不断释放，“医共体”建设带来医疗卫生资源重新布局，人口老龄化、疾病谱变化和医疗技术进步导致医疗费用结构深度调整，新经济持续发力带来就业形态深刻变革，对医疗保障事业高质量发展提出更多期待和更高要求，面对人民群众日益增长的美好医疗需求，全市医疗保障事业高质量发展也面临诸多挑战。

**——多层次医疗保障体系还不健全。**全市基本医疗保险“一保独大”特点明显，医疗救助制度有待完善，商业健康保险、医疗互助、慈善捐赠发展滞后，多层次医疗保障协同发展不足。“十三五”期间我市年均净流出人口3.77万人。上级部门下达的参保任务并未减少，导致巩固参保扩面工作难度增加。我市职工医保参保人数只占10.6%左右，居民医保参保缴费主体在乡镇，由于缺乏严格考核，导致基金征缴工作开展困难。

**——医保基金安全结构性矛盾突出。**基本医疗保险基金累积结余过多，基金安全结构性矛盾突出。截至2020年底，全市医保基金累积结余高达14.52亿元，其中，职工医保基金7.34亿元（含个人账户基金4.13亿元），居民医保基金7.18亿元。“十三五”期间，医保基金收入增长率远远低于支出增长率。其中，职工医保基金收入增长率年均仅为4.2%，而支出增长率却高达17.8%；居民医保基金收入增长率年均为6.4%，支出增长率为8.7%。

**——医保经办服务能力有待提高。**经办服务网络不健全，乡镇（街道）层面经办人员和办公场所落实不到位。医保信息化建设滞后，电子医保凭证普及率较低，激活率不到30%。国家统一的医保经办服务新系统，有些模块在地方无法有效落地。医保、民政、人社、教育、公安等部门之间信息共享不足，导致漏保、断保、重复参保和重复享受医保待遇等问题。智能云端、大数据等信息化手段利用不足，人民群众优质便捷的医保服务体验有待进一步提升。

**——医保基金监管制度体系不完善。**面对全市650余家定点医药机构以及80余万参保群众多层次、多样化的健康服务需求，全市医保基金监管人员编制只有15个，五种监管能力人才欠缺，特别是会计、审计、律师等3种专业人才处于空白，医保部门编制少、监管队伍专业化程度低的现实矛盾突出。医保与卫健、公安等部门之间的协同监管机制不健全，医保基金监管方式较为单一，仍然以协议管理为主。智能监控、信用监管处于空白状态，大数据技术手段使用不足，与国家提出的监管工作目标差距较大。社会监督较为欠缺。医保经办机构和两定机构自律机制建设滞后，内控效果有待进一步提升。

# 第二章 总体要求

## 第一节 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二中、三中、四中、五中、六中全会及省第十二次党代会精神，积极落实上级党委和政府有关深化医疗保障制度改革的决策部署，牢牢抓住以武鄂黄黄为核心的武汉都市圈同城化发展和黄石环大冶湖一体化发展机遇，坚持以人民健康为中心，深入实施健康大冶战略，以推动全市医疗保障事业高质量发展为主题，坚持新发展理念，以改革创新为根本动力，坚持医疗保障需求侧管理和医药服务供给侧改革并重，加快健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，持续增强人民群众的获得感、幸福感和安全感。

**第二节 基本原则**

**一、坚持党建引领、人民至上**

坚持党建引领全市医疗保障事业发展的总基调，坚持党委把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导核心。坚持把维护人民生命安全和身体健康放在首位，促进大冶市多层次医疗保障体系更加成熟定型，让广大人民群众共享全市改革发展成果。

### 二、坚持覆盖全民、应保尽保

坚持基本医疗保障依法覆盖全民，确保人人享有基本医疗保障。加强不同部门之间的医疗保障信息共享，建立医疗保障信息比对机制，及时核实漏保、断保，确保应保尽保，避免重复参保和重复享受医保待遇。

### 三、坚持保障基本、公平适度

坚持基本医疗保障“保基本”定位，促进多层次医疗保障协调发展。尽力而为、量力而行，实事求是确定基本医疗保障范围和标准。坚持依法参保、分类保障，科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，逐步缩小城镇职工医保和城乡居民医保的筹资水平和待遇保障水平的差距，促进基本医疗保障公平适度。

### 四、坚持优化服务、信息赋能

深入推动医疗保障领域“放管服”改革，加强经办服务体系和经办服务能力建设，大力推进“最多跑一次”事项标准化、规范化发展。加快医疗保障信息化建设，推进全市医疗保障数字化改革。优化医疗保障政务服务方式，坚持传统服务方式和智能化服务方式并行。

### 五、坚持依法治理、协同高效

将法治理念融入医疗保障工作的各个环节，提升医疗保障工作的法治能力和水平。加快医保基金监管制度体系改革，健全医保基金监管体制机制。协同卫健、公安、市场监管等部门，依法依规打击欺诈骗保行为，切实维护基金安全。协同推进“三医联动”改革,增强医疗保障改革的整体性、系统性和协调性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

## 第三节 主要目标

到2025年，全市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改革任务，全面建成与大冶市社会经济发展相适应的医疗保障体制机制、保障水平和特色亮点，努力打造医疗保障事业高质量发展的市级样板，为大冶市奋进全国县域经济50强展现医保的担当作为。具体目标包括以下五个方面：

### 一、保障体系更加完善

多层次医疗保障体系更加健全，职工医保与城乡居民医保参保转换机制更加完善，实现职工医保与城乡居民医保参保无缝对接。高血压、糖尿病等“两病”门诊用药保障机制更加完善，职工医保门诊共济保障制度改革全面推开，普通门诊政策范围内合规医疗费用报销比例不低于50%。探索长期护理保险试点。推动建立政府主导，税务、医保等部门协同、乡镇联动的参保责任落实机制，将基本医保参保纳入乡镇（街道）目标责任制考核，确保基本医保参保率稳定在96%

以上，漏保、断保、重复参保和重复享受医保待遇问题明显减少。重点救助对象基本医保参保率达到100%。

### 二、待遇保障公平适度

建立健全与经济发展水平相适应、与筹资水平相协调的医疗保障待遇调整机制，稳步提高医疗保障待遇水平。全面落实基本医疗保障待遇清单制度，促进基本医疗保障待遇普惠公平。职工医保和城乡居民医保筹资水平和待遇保障水平差距逐步缩小。稳步提高职工和居民大病保障待遇水平，提升重特大疾病保障能力。重点救助对象基本医疗保险、大病保险和医疗救助“三重保障”协调发展，筑牢兜底保障，促进底线公平。重大疫情保障机制全面建立。

### 三、医保服务优质便捷

医保经办服务网络更加完善。定点医药机构分布更加合理，群众就医购药更加便捷。医保信息化水平显著提升，医保电子凭证普及率和使用率明显提高。基本医保“线上服务”和“线下服务”、“掌上办”和“码上办”全面推开。异地就医备案程序更加便捷，“一站式”结算更加高效。

### 四、基金监管严密有效

医保基金监管体系和执法体系更加健全，监管能力明显提高，监管队伍专业化、执法程序标准化、执法过程公开化水平明显提升。单位自查、现场检查、重点抽查相结合的监督检查制度成熟定型。全面实施行业自律、单位内控、协议管理、信用监管、智能监控和社会监督相结合的医保基金监管方式。医保基金监管宣传月和政策宣传月活动有序开展，积极发动群众监督，不敢骗、不能骗、不想骗的医保基金监管氛围初步形成，医保基金使用效率明显提高。

### 五、医保治理协同高效

医疗保障与医药服务协同发展。医保基金总额预算管理制度更加健全，医保支付方式改革全面推开，医保支付机制更加有效。药品医用耗材集中带量采购改革持续深化，医保基金战略购买作用不断增强。药品耗材加成全面取消，医药服务价格改革有序推进，群众医药费用负担进一步减轻。

|  |
| --- |
| **专栏1 大冶市“十四五”医疗保障发展主要指标与预期目标** |
| 项目 | 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%以上 | 96%以上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） | 10.5亿元 | 收入规模与经济发展水平、筹资标准调整相适应 | 预期性 |
| 基本医疗保险（含生育保险）基金支出（亿元） | 8.4亿元 | 支出规模与经济发展水平、群众医疗需求相适应 | 预期性 |
| 基本医疗保险（含生育保险）基金累计结余 | 14.5亿元 | 保持合理水平 | 预期性 |
| 保障水平 | 职工医保政策范围内住院费用报销比例（%） | 83.3 | 与省局标准持平 | 约束性 |
| 城乡居民医保政策范围内住院费用报销比例（%） | 67.7 | 与省局标准持平 | 约束性 |
| 重点救助对象政策范围内住院费用救助比例（%） | >70 | >70 | 预期性 |
| 精细管理 | 实行DIP付费和按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例（%） | - | 75 | 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（%） | 75%左右 | 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 |
| 落实国家和省组织药品集中带量采购品种（个） | 112 | ＞500② | 预期性 |
| 落实国家和省组织高值医用耗材集中带量采购品种（个） | - | ＞5③ | 预期性 |
| 优质服务 | 医保经办服务事项线上可办率（%） | - | 100% | 预期性 |
| 医保经办服务事项窗口可办率（%） | - | 100% | 约束性 |
| 住院费用跨省直接结算率④（%） | - | 90% | 预期性 |

注：①指“十四五”期间基本医疗保险年均参保率保持在96%以上。

②指到2025年落实国家和省药品集中带量采购品种达500个以上。

③指到2025年落实国家和省高值医用耗材集中带量采购品种达到5类以上。

④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。

# 第三章 重点任务

## 第一节 健全多层次医疗保障体系

### 一、健全基本医保制度

建立医保部门与相关部门的信息共享和比对机制，加强新业态灵活就业人员参保工作，确保应保尽保。做好生育保险与生育政策衔接，扩大生育保险覆盖面。职工医保和城乡居民医保分别筹资、分类保障，不断优化筹资结构和参保缴费办法。严格落实基本医疗保障待遇清单制度，明确基本医疗保障待遇支付边界。建立健全“两病”和特殊慢性病门诊共济保障机制，扩大门诊保障范围，做好门诊与住院待遇、普通门诊与特殊门诊待遇衔接。改革职工医保个人账户，扩大个人账户使用范围，实施个人账户家庭共济。

|  |
| --- |
| **专栏2 职工医保门诊共济保障工程** |
| 1. 改革职工医保个人账户。按照国家、省和黄石市统一部署，改革职工医保个人账户计入办法，打通医保个人账户支付医院挂号和诊查费用渠道，提高医保基金使用效率。
2. 规范个人账户使用范围。允许个人账户用于支付参保人本人及其配偶、父母、子女在两定机构购买药品、医疗器械、医用耗材等时个人负担的费用。
3. 建立职工医保普通门诊共济保障机制。以高血压、糖尿病和特殊疾病保障为基础，逐步扩大门诊慢特病病种保障范围，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障，对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，参照住院待遇进行管理。
4. 建立门诊保障医保基金支出风险控制机制。根据门诊医疗服务特点，合理确定起付线和封顶线，普通门诊政策范围内医疗费用报销比例不低于50%，报销比例适当向退休人员倾斜。
5. 增强定点零售药店保障能力。将符合条件的定点零售药店纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店配药和结算，充分发挥定点零售药店利民、便民、可及的作用。
 |

### 二、规范医疗救助制度

健全重特大疾病医疗保险和医疗救助制度，降低困难群众就医看病成本，加强对困难群众动态监测，防止因病致贫、因病返贫，巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴。完善医疗救助对象精准识别和退出机制，加强医疗救助对象的动态管理，确保应救尽救。全面落实困难群众参保分类资助政策，加大医疗救助财政投入，推动医疗救助与乡村振兴的有效衔接。合理确定医疗救助费用支付范围和标准，适当提高年度医疗救助限额，提升困难群众重大疾病综合医疗救助水平。建立健全防范和化解“因病致贫，因病返贫”长效机制，增强医疗救助兜底保障功能，促进医疗救助与慈善救助有机衔接。完善疾病应急救助制度，确保急需救治的危重病患者能够得到及时救治。

|  |
| --- |
| **专栏3 重特大疾病医疗救助工程** |
| 1. 建立救助对象精准识别机制。完善救助对象认定办法，推动医保部门与民政部门各类救助对象身份信息共享，加强医疗救助对象动态管理，确保困难群众及时获得救助，避免漏保与错保。
2. 规范救助对象医疗救助程序。建立健全全市统一规范的医疗救助标准和流程，规范全市医疗救助程序。
3. 健全困难群众三重保障衔接机制。坚持“先保险，后救助”保障原则，严格执行基本医保支付范围和标准，提高大病保险对困难群众的保障水平，夯实医疗救助托底保障，合力防范因病致贫返贫风险。
4. 加强医疗救助对象就医行为监管。引导医疗救助对象合理诊疗，促进有序就医，严格控制不合理的医药费用支出。
5. 加强医疗救助与乡村振兴的衔接，鼓励慈善组织等社会力量参与社会救助，探索建立“罕见病”用药保障机制。
 |

### 三、完善补充医保制度

全面实施全市统一的大病保险制度，着力解决大病保障不足的问题。规范职工大额医疗补助和公务员医疗补助，对政策范围内的个人负担费用进行分段补助，健全基本医保与补充医保衔接机制。逐步建立政府、用人单位、个人合理分担的大病保险筹资机制，强化个人缴费责任，适度提高大病保障水平。鼓励和支持商业保险公司开发与基本医保相衔接的“惠民保”产品，将医保目录外的合理医药费用、目录内自付费用纳入保障范围。完善医疗互助制度，加快医疗互助发展，优先发展机关事业单位职工医疗互助，鼓励企业建立职工医疗互助。

### 四、加强重大疫情保障

建立健全重大疫情救治医疗保障机制，确保医疗机构不因支付政策影响救治、患者不因医疗费用影响就医。完善异地就医报销政策和结算制度，减少患者流动带来的传染风险。严格落实国家、省、市重大疫情特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，针对性免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款，减轻困难群众救治后顾之忧。创新突发疫情期间医保服务应急供给机制，为患者及时救治提供最大便利。统筹使用医保基金和公共卫生服务资金，提高基层医疗机构报销比例，促进基层社区医防融合。

### 五、探索长期护理保险

积极应对人口老龄化挑战，加强我市人口老龄化、失能、失智人口增长变动趋势预测，科学测算长期护理服务需求。根据国家和省统一部署，探索开展长期护理保险试点。坚持责任共担原则，合理确定筹资水平、筹资来源和筹资方式，探索建立多渠道筹资机制。研究制定长期护理保险待遇保障政策、失能等级评估办法和待遇享受条件等制度框架。研究鼓励和支持商业保险公司参与经办长期护理保险业务的具体办法。做好长期护理保险与基本医保的衔接，把符合条件的医养结合机构纳入医保定点机构范围，因疾病治疗导致的合规医疗费用和医疗康复项目纳入医保基金支出范围。研究制定家庭病床管理办法及与其相适应的医保支付政策。

## 第二节 健全严密有力的监管制度体系

### 一、加强监管能力建设

加强医保基金监管人才队伍建设，配齐行政、医疗、律师、审计、会计等五种专业人才，强化技术手段，定期举行监管人员医保政策和业务培训以及通过业务骨干以老带新等形式，不断提高监管队伍的业务水平和工作能力。健全医保部门权责清单，提升规范性文件审核能力。明确执法程序、执法依据、证据采集等内容，规范执法文书和处罚标准，建立健全行政处罚立案、调查取证、处罚决定和送达告知等医保执法标准化流程和步骤。积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险公司等第三方力量参与医保基金监管，建立健全数据筛查、财务审计、病历审核等合作机制，实现基金监管关口前移、高效、精准。

### 二、加快监管机制建设

建立健全日常全覆盖巡查、“三假”专项检查、随机抽查、单位自查、现场检查、重点抽查等多种监督检查制度。完善“双随机，一公开”监管机制，严格落实行政执法“三项制度”，保障医保基金监管公平、公正、公开。建立健全医保部门牵头，审计、财政、卫健、公安、人社、民政等部门相互配合的综合监管制度，完善协同执法、一案多查、一案多处、行刑衔接机制，大力推动部门联合执法、信息共享和互联互通。对查实的欺诈骗保行为，各相关部门应当按照职责权限对有关单位和个人依法依规严肃处理。积极申报全国医保基金综合监管示范点。

### 三、健全智能监控系统

充分运用“互联网+”和现代信息技术，按照“事前提醒、事中监管、事后审核”原则，加快推进医保智能监控建设，实现全市医保智能监控全覆盖。建立药品和耗材进销存定期核对制度，实现药品和耗材动态管理。适应医保支付方式改革，健全基础信息标准库、临床指南医学知识库和智能监控规则库，不断完善医保智能监控体系。建立健全医保基金使用异常行为预警系统，实现对医保基金征缴、支出、结余全过程监督。建立两定机构诊疗行为和医保基金支出大数据筛查规则，实现医保基金监管模式从传统的“人工抽单”审核向大数据全方位、全流程、全环节的精细化智能监控转变。

|  |
| --- |
| **专栏4 智能监控建设工程** |
| 1. 基础信息库建设。推进医保信息系统县（区）、乡（镇）、村（社区）三级联网，完善基础信息标准库和临床指南医学知识库，加快健全智能监控规则库。
2. 异常行为预警系统建设。建设异常诊疗行为预警系统，根据异常诊疗行为、开药行为严重程度设置预警级别，强化事前事中监管。
3. 进销存实时管理。建立药品和医用耗材进销存定期核对制度，实现实时动态管理。
4. 视频监控全覆盖。大力推进视频监控全覆盖，探索生物特征识别技术在医保基金监管中的应用。
5. 加强大数据筛查。探索制定定点医药机构诊疗行为和医保基金支出大数据筛查规则，推动医保基金监管从人工抽单向智能监控全覆盖。
 |

### 四、探索信用监管制度

依照上级部门制定的医保信用监管规则和标准，探索建立信用承诺、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制度体系，根据信用等级高低，依法依规实施分级分类差异化监管和倾斜性政策。探索建立医保信用“黑名单”制度，以相关处理结果为依据，按程序将性质恶劣、情节严重、社会危害大的医保失信行为责任主体纳入医保信用“黑名单”，加大典型案例曝光力度，依法依规开展守信联合激励和失信联合惩戒。探索建立药品和医用耗材生产流通企业等主体的信用承诺制度，鼓励医疗机构协会等行业自律组织，加强行业规范和自律机制建设，促进行业规范发展和自我约束。

### 五、完善社会监督机制

建立健全信息公开制度，医保经办机构定期公布定点医药机构名单和医保基金收支结余等情况，定点医药机构定期公布医药服务价格和医药费用结构等信息，医保行政部门定期公开医保基金违法违规违约典型案例，为加强社会监督提供便利。通过公开举报专线电话，畅通政务服务热线电话，充分利用云上大冶APP、政府网、代表委员建议提案等渠道，及时回应关切，引导全社会积极参与医保监督。

### 六、加强自律机制建设

制定市医保经办机构内部控制管理实施细则，明确各项业务操作规程、各岗位人员职责、相关岗位制约控制措施。建立健全内控考评机制，采取本级自评与上一级考评相结合的形式进行，考评结果作为年度目标考核的重要依据。推动成立医保两定机构协会，覆盖全市90%以上的两定机构，从职业道德、行业诚信、自律守法、社会责任等方面进行倡导和约定，实现政府监督管理与行业自治自律有机结合。

## 第三节 优化医疗保障协同治理体系

### 一、严格执行基本医保目录

严格落实国家医保目录，执行全省统一的医保药品、诊疗项目和医用耗材目录，积极完成省级增补药品消化任务。按照上级部门规定，做好医保目录动态调整、国家谈判药品及时落地工作。合理控制医保目录外医疗服务项目范围，逐步缩小政策范围内报销比例与实际报销比例的差距，抓好国家谈判药品和耗材落地实施，切实减轻患者医药费用负担。加强医保药品目录落地情况监测，重点监测目录内药品在定点医药机构的采购、配送、使用、挂网、医保支付和临床疗效等信息。

### 二、完善多元复合支付方式

按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则编制总额预算，统筹考虑住院与门诊、药品（耗材）与医疗服务、异地就医等情况，落实收支预算分类管理办法。进一步完善县域内“医共体”住院总额预付制度，全面推动DIP付费方式改革，完善精神病按床日、特殊慢性病按病种付费医保支付标准。推动门诊支付方式改革，逐步形成以服务能力、服务项目、服务量为基础的门诊费用支付方式。探索符合中医药特点的医保支付方式，实行中西医同病同效同价，引导具备条件的基层医疗机构提供适宜的中医药服务。

### 三、落实集中带量采购政策

全面落实国家组织的药品、医用耗材集中带量采购中选结果和高值医用耗材集中采购扩品、扩围政策。积极参与药品、医用耗材省际联盟集中带量采购和中成药省级跨区域联盟集中带量采购，探索市级联盟和医院联盟集中带量采购。推动全市公立医疗机构和定点零售药店在全省统一的药品、医用耗材阳光采购平台线上采购、公开交易，鼓励民营医院参与集中带量采购。探索建立创新药集中带量采购、阳光挂网采购绿色通道，推进质优价廉的药品尽快进入临床使用。鼓励定点医药机构优先使用集中带量采购中选药品和医用耗材，确保完成约定采购量。完善医保支付标准与集中带量采购价格协同机制，探索医保基金与企业直接结算。

### 四、推进医药服务价格改革

按照价格管理权限，推动全市医药服务价格改革，逐步理顺医药服务比价关系，持续优化医药服务价格结构。建立公立医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测机制、交易价格信息共享机制，推进全市交易价格信息共享，提升医保部门对药品和医用耗材价格异常变动行为的监测预警和应对能力。强化药品和医用耗材价格常态化监管，建设医药价格监测工程，全面落实医药价格和招采信用评价制度，遏制药品和医用耗材价格虚高，兼顾企业合理利润，促进医药行业健康发展。积极申报省医药服务价格改革试点。

### 五、助力医药服务质量提升

完善“医共体”内部双向转诊医保支付政策，加强分级诊疗体系建设，促进基层医疗卫生服务有效利用和患者有序就医。支持儿科、老年医学科、护理、康复和精神心理科等紧缺型医疗服务发展。鼓励日间手术、多学科诊疗、无痛诊疗等医疗服务发展。完善检查检验政策，积极推进医疗机构检查检验结果互认，将医疗机构开展检查检验结果互认工作情况作为两定机构评定标准。支持远程医疗服务、上门护理服务、互联网诊疗服务等新模式有序发展。坚持中西医并重发展，支持中医药传承创新，加强中医特色专科和优势病种建设，强化中医药在疾病预防治疗中的作用。完善科学合理的考评体系，规范两定机构和医务人员诊疗行为。

## 第四节 筑牢医疗保障服务支撑体系

### 一、加强经办服务网络建设

完善全市统一的医保经办服务网络，实现市、乡镇（街道）、村（社区）经办服务网络全覆盖，重点配置乡镇（街道）、村（社区）级医保经办力量和办公场所。坚持“线下”与“线上”相结合，加快建立医保经办互联网服务大厅，实现医保经办服务信息化、电子化和掌上办。以医保经办服务窗口示范点、定点医疗机构示范点和智慧医保管理服务示范点建设为抓手，大力推动全市经办管理服务数字化、智能化水平，积极申报国家级医保经办服务市（县）示范点。

|  |
| --- |
| **专栏5 医保经办服务示范工程** |
| 1. 建立健全覆盖市、乡（镇）、村（社区）的医保经办服务网络，配置与经办服务工作量相匹配的经办人员和工作经费。
2. 建立健全综合管理、业务流程、窗口服务、信息化建设和评价监督五大标准体系， 制定示范窗口评定标准。
3. 推动"三个1"工程建设。到2025年，建成1个省级经办服务窗口示范窗口；1个医疗保障定点医疗机构示范点，推动精细化管理，优化参保人就诊服务；1个智慧医保管理服务示范点，提升经办管理服务数字化、智能化水平。
 |

### 二、加强医保干部队伍建设

坚持党建引领，强化作风建设和医保文化建设，筑牢为人民群众服务的思想根基，打造顾大局、有担当、敢作为的医保干部队伍。建立科学的医保人才配备机制，不断优化医保干部人员结构，合理有序引进紧缺急需的高素质专业人才。持续实施医保人才培训计划，采用集中培训、分级培训、在线指导等多种形式对各级医保干部进行系统的政策业务培训。加强医保经办“文明服务窗口”、“优质服务先进个人”和“优质服务标兵”评比，加大优秀人员表彰力度，选树先进典型。

### 三、提高医保经办服务水平

完善综窗改革，编制标准化规范化的办事指南，简化优化“网上办”“掌上办”服务事项流程，缩短经办服务时限，提升“一窗通办”水平。提升异地就医结算率，推动参保关系转移接续等高频事项“跨省通办”、“一网通办”和新生儿参保“一事联办”改革，持续提升异地就医经办服务水平。完善办事咨询服务体系，大力推进覆盖电话、网站、云上大冶APP、“12345”公共服务热线平台等渠道的咨询解答和预约办理服务体系。建立健全政务服务“好差评”制度，通过线上和线下相结合的方式，推进政务服务“一次一评”、“一事一评”，健全好评激励和差评整改机制。

### 四、健全医保协议管理制度

落实国家两定机构定点管理办法，加强医保协议管理，制定医药机构定点管理实施细则，推动定点管理与医疗服务质量和协议履行挂钩。健全两定机构管理政策体系，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，优化两定机构布局，满足群众便捷化医药服务需求。加强考核监督，完善考核办法，强化评价结果使用，促进两定机构加强内部管理，提高技术水平和服务质量。健全医药机构与经办机构间信息沟通机制，促进医保管理精细化。落实国家谈判药品“双通道”政策，更好满足群众用药需求。健全两定机构行为规范、服务质量和费用控制等多维评价机制，把评价结果与预算总额、监督检查、评优评先等工作相挂钩。

### 五、加快医保信息化建设

完善医保新信息系统功能，积极对接上级部门及信息运营商，加强国家医保信息系统基层适用性，开发使用相关功能模块。积极推广医保电子凭证，提升医保电子凭证的普及率、激活率和使用率。依托全国医保信息平台，加强对医保基础信息数据、结算数据、两定机构管理数据的采集、存储、清洗和使用。加强医保与人社、公安、民政等部门间的信息互通，促进数据共享。推进医保行政执法和执法监督信息化。探索建立“行政执法管理系统+手机端APP+执法终端”三位一体的智能化监管系统，推行网上办案和移动执法。规范数据管理和应用权限，依法保护数据安全。

# 第四章 保障措施

## 第一节 加强组织领导

各级党委和政府要加强规划实施的组织领导和保障工作，强化政府落实规划的主体责任，将本规划主要指标纳入政府年度重点工作。制定规划各项目标任务分解方案和年度实施计划，积极推动规划有序落实。建立规划多部门协同推进机制，会同有关部门研究解决规划实施中跨层级、跨部门、跨区域、跨行业的重大问题，确保形成改革合力。

## 第二节 落实财政保障

加强财政预算与规划实施的协调衔接，完善财政对医疗保障事业发展的持续投入机制，加大对医疗保障事业重大改革、重点项目和重大活动的财政投入力度。健全医疗保障资金使用管理和项目建设规范，提高财政资金使用管理的科学性和规范性。加强财政资金使用监督管理和绩效评价，确保医疗保障事业财政投入资金合理高效使用。

## 第三节 做好监测评估

建立规划实施评估机制，加强对规划实施情况的年度监测评估、中期评估和督促检查。鼓励开展第三方评估，科学精准评估规划落实情况，并适时向社会公布评估结果，接受社会监督。针对规划实施中出现的重大问题，及时制定解决方案，实现以评估促进规划落实的目标。将医保基金监管等规划重点任务完成情况，纳入政府绩效考核，确保规划实施不打折扣。

## 第四节 加强宣传引导

坚持正确政治导向，加大医疗保障法律法规和政策措施的宣传力度，提高参保群众政策知晓度。制度化、常态化地做好医疗保障信息公开和新闻发布，及时准确发布医疗保障权威信息，引导社会舆论，增进各方共识。及时回应社会关切，强化舆情监测和管理，合理引导社会预期。通过新闻媒体、互联网等渠道，大力营造全市医疗保障事业改革的良好氛围，充分调动各方支持配合规划实施的积极性和主动性，为规划实施营造良好的外部环境。

# 名词解释

[1]“985”政策，是指困难群众住院医疗费用个人实际报销比例达到90%不再有目录内和目录外之分，大病、特殊慢性病门诊目录内合规医疗费用个人实际报销比例达到80%，年度个人实际负担医疗费用（含住院及门诊）控制在5000元以内，超过部分由补充医疗保险进行报销。

[2]“两个确保”，是指确保患者不因医疗费用问题影响就医，确保收治医院不因医保支付政策影响救治。

[3]行政执法“三项制度”，是指行政执法公示制度、行政执法全过程记录制度和重大执法决定法制审核制度。

[4] 日间手术，是指患者按照诊疗计划在1日（24小时）内入、出院完成的手术或操作（不包括门诊手术），如因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过48小时。

[5]“三假”，是指医疗服务中的假病人、假病情、假票据。

[6]两定机构，是指与市医疗保障局签订定点服务协议的定点医疗机构和定点零售药店。