

# 运城市“十四五”医疗保障事业 发展规划

2021年



# 运城市“十四五”医疗保障事业发展规划

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。为进一步推动运城市医疗保障事业高质量发展，依据《运城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》《山西省“十四五”医疗保障事业发展规划》《运城市进一步深化医疗保障制度改革的实施意见》等编制本规划，主要阐明“十四五”时期运城市医疗保障事业发展的指导思想、基本原则、发展目标和重点任务，是未来五年全市医疗保障工作的行动指南。

## 一、“十三五”发展基础与“十四五”面临形势

“十三五”期间，特别是党的十九大以来，在党中央、国务院及省委、省政府、市委、市政府的坚强领导下，运城市医保部门坚持“保基本医疗、保基金安全、保可持续”的工作总基调，不断完善基本医疗保障体系，有效提升医保筹资保障水平，稳步推进医保改革，着力加强基金监管，全面提升经办服务能力，实现了业务运行平稳有序、基金安全可持续、群众待遇有保障，全市医疗保障事业发展取得了积极成效。

### （一）发展基础

全民医疗保障体系日趋健全。“十三五”期间，尤其是市、县（市、区）医疗保障局组建并依法履职以来，不断完善基本医疗保险、大病保险等补充医疗保险和医疗救助各项工作制度，扎实推进全民参保，持续扩大医保覆盖面，全民医疗保障体系日趋健全。全面完成城乡居民基本医疗保险整合，统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度全面建成。在全省率先推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施，实现参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。进一步明确了城乡医疗救助对象范围、救助形式和标准，完善了救助审批机制和基金管理制度。截至 2020 年底，全市城镇职工基本医疗保险参保 506521 人，参保率 99%；城乡居民基本医疗保险参保 4103798 人，参保率 99.5%。

医保筹资保障水平稳步提升。持续提高城乡居民基本医疗保险筹资水平，2015 年到 2020 年的人均财政补助标准从 380 元提高到 550 元，个人缴费标准从 120 元提高到 250 元。全面落实医保待遇清单制度，医疗保障待遇水平稳步提升。城乡居民基本医疗保险封顶线为 7 万元，大病保险封顶线为 40 万元，在一类医疗机构：省外起付标准 1500 元、支付比例 55%，省、市级起付标准 1000 元、支付比例 60%；二类医疗机构：省、市级起付标准 500 元、支付比例 70%，县级起付标准 400 元、支付比例 75%；

三类医疗机构：起付标准 100 元、支付比例 85%。城镇职工基本医疗保险报销最高封顶线达 8 万元，大额医疗费用补助封顶线为 50 万元，在一类、二类、三类医疗机构起付标准分别为 600 元、400 元、200 元，统筹基金支付比例分别为 80%、85%、90%。

医疗保障扶贫工作成效显著。全面落实“三保险、三救助”医保扶贫政策，严格执行医疗保障扶贫三年行动计划，实现建档立卡贫困人口全部纳入医疗保障。完善贫困人口动态调整信息共享机制，保证了新增农村贫困人口应保尽保。聚焦深度贫困，加大医疗救助资金倾斜力度，将建档立卡贫困人口、低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者等纳入医疗救助范围，在参保、门诊、住院等方面享受基金救助。市、县两级定点医疗机构实现住院费用基本医疗保险、大病保险等补充医疗保险、医疗救助“一站式”直接结算，高质量打赢医疗保障脱贫攻坚战，困难群众医疗费用负担明显减轻，因病致贫返贫问题得到有效缓解，贫困人口医疗保障受益水平切实提高。

多元复合型支付改革稳步推进。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的预算原则，采取“总额管理、结余留用、合理超支分担”的激励约束机制，对县级医疗集团全部实行了医保基金总额预算打包付费，对市级以上医疗机构实施总额预算管理；积极开展按病种付费，在市级医疗机构、县级医疗集团实行住院医保费

用总额预算打包付费加单病种付费，民营医疗机构全面开展按病种付费；在全省创新开展乡镇卫生院日间治疗按病种付费；在新绛县开展按人头打包付费试点；积极推进省级 DRG 付费试点单位改革，在市中心医院、河津市人民医院等开展 DRG 改革试点；在市中医医院、新绛县中医医院等开展了将中医适宜技术纳入医保支付范围试点。通过改革，全市医保基金支出控制在合理范围，定点医院医疗费用不合理增长得到有效遏制。

医药服务价格改革持续深化。全面落实国家、省开展的药品耗材集中带量采购，落实国家、省药品耗材带量采购 4 批次，在全省率先开展耗材带量议价采购，静脉留置针降幅达 63.1%。开发并启用了三明联盟药械采购运城平台（即“山西省运城市药品集中采购管控平台”），积极参与三明联盟非一致性评价药品带量采购，到 2020 年底，全市三明联盟非一致性评价药品约定采购量完成率为 80.7%，总计带量采购药品金额 150.22 万元，节约资金 501.09 万元。探索制定市医用耗材限价管理办法，在保障基本医疗、不降低大多数患者就医待遇前提下，对使用高值耗材进行限价管理。落实《山西省推进医疗服务价格改革的实施方案》，对医疗服务价格实行了分类管理，医疗服务价格结构进一步优化调整。

基金监管制度体系规范运行。在加强医保服务协议管理的基

基础上，规范定点机构日常监管、专项检查、协议考核以及举报稽核的工作制度和管理流程，对“两定机构”和经办机构检查全覆盖，实现了对医保基金有效监管，保障了参保人员合法权益，维护了医保基金运行安全。完善举报投诉管理制度，确保线索办理流向、处理结果“一账清”，形成受理、交办、查处、反馈一体化机制。利用大数据建立了全市医保智能监管审核系统，积极引入人像识别防挂床智能监控系统，建立医保医师信用评价系统，完善医保医师监管手段，实现对住院、门诊诊疗行为的全程审核，优化了医保基金监管网络。全力打击欺诈骗保行为，基本形成打击欺诈骗保工作的高压态势，进一步提高了定点医疗机构自律意识，有效维护了医保基金安全。

医保经办服务能力不断增强。深化医保“放管服效”改革，围绕服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办理流程最简的改革目标，全面梳理和制定了市医疗保障经办政务服务事项清单，落实“一优、一简、一缩”，不断提升经办服务标准化水平。推行减证便民，取消各类不必要的盖章及证明材料，取消城镇职工、城乡居民办理住院登记备案等流程，缩减内部审核流转时间，市级定点医疗机构费用结算时限由 30 个工作日缩短为 20 个。积极推进医保信息化，医保电子凭证激活率达 45%，居全省第一。推进“互联网+医保”，配合“三晋通”数据共享，实现“网上办”“掌

上办”；优化线上政务服务流程，持续推动医保便民服务事项“指尖办”；对接“一部手机三晋通”APP，顺利实现医保便民服务事项“手机办”。积极探索互联网、APP 备案转诊服务，全市实现了跨省异地就医住院费用直接结算医疗机构全覆盖，住院费用跨省直接结算率达 73.2%。实施医保经办服务“好差评”制度，实现评价、反馈、整改、监督全流程衔接，医保经办服务质量和水平不断提升。

全面打赢疫情防控阻击战。积极应对新冠肺炎疫情，认真贯彻国家、省、市疫情医疗保障政策，确保患者不因费用问题影响就医。2020 年，全市共收治新冠肺炎患者 19 人，医保基金支付 195214.29 元。为收治新型冠状病毒感染肺炎患者的定点医疗机构累计预付基金 1100 万元，其中：市中心医院、第一医院分别预付 100 万元，第二医院预付 200 万元，各县（市、区）县级人民医院分别预付 50 万元（其中稷山县人民医院预付 100 万元）。明确定点医院收治（疑似）病人诊疗费及新冠病毒核酸检测的医疗服务费标准，落实新冠肺炎疫情相关价格及结算政策。落实职工基本医疗保险费减征政策，从 2020 年 2 月份起，对全市所有企业职工基本医疗保险单位缴费部分实行 3 个月的减半征收，减征职工基本医疗保险费 0.77 亿元。

但是必须看到，随着城镇化、人口老龄化、就业方式多样化

加快发展，以及新时代人民群众对健康福祉的美好需求日益增长，我市医疗保障领域发展不均衡不充分的问题逐步显现，制约医疗保障事业发展的内部结构性问题依然存在。一是基金支撑能力仍然较弱。受城乡居民医保整合后药品目录扩大、报销比例提高、门诊慢性病病种增加、抗癌靶向药纳入报销以及医保扶贫等多重因素影响，2018、2019 两年我市城乡居民基本医保基金出现较大的当期亏损，2020 年虽然实现了收支平衡，但基金支撑能力仍相对较弱。二是基金安全形势依然严峻。医疗机构欺诈骗保案件仍时有发生，部分医疗机构滥用药、滥检查等过度医疗问题仍然存在，基金安全形势严峻。医保机构人员力量相对薄弱，监管能力不足，基金监管机制、处罚机制尚未完善，监管手段亟需加强。三是部分重点改革仍需加快推进步伐。医药卫生体制改革及“三医联动”改革还需统筹推进，公立医院控费降价与医保支付方式改革、医保药品目录与基本药物目录、药品耗材零加成与药械招采改革等，在政策衔接、推进步骤、具体措施等方面还需要进一步协调。四是经办机构能力仍待提高。全市医疗医保信息仍不统一，数据不能集中，经办人才队伍相对薄弱，经办机构的业务能力和经办服务水平与人民群众的需求相比仍有一定差距。五是医疗保险领域的市场化探索不足。不同层次的商业健康保险发展仍不充分，不能对基本医疗保障制度形成很好的补充。这些矛盾

和困难，也正是下一步工作的着力点，需要在“十四五”期间努力攻克。

## （二）面临形势

“十四五”时期是“两个一百年”奋斗目标的历史交汇期，是全省在转型发展上率先蹚出一条新路来的关键期，是运城市高质量发展的攻坚期，更是运城市医疗保障工作整体发力、创新发展、提档进位的重要时期。“十四五”时期运城市医疗保障工作面临机遇挑战并存的形势。

从机遇来看，一是医疗保障事业在党和国家工作全局中的地位更加突出。习近平新时代中国特色社会主义思想坚持把人民对美好生活的向往作为奋斗目标，为高质量发展医疗保障事业提供了根本遵循；党的十九大报告提出要完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，全面建立中国特色医疗保障制度；中共中央、国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》，首次将医疗保障事业发展摆在了经济社会发展全局的重要位置；党的十九届四中全会进一步强调，要坚持应保尽保原则，健全统筹城乡、可持续的基本医疗保险制度；党的十九届五中全会明确了“十四五”时期我国社会保障事业发展的蓝图，为医疗保障事业高质量发展提供了依据。二是医保工作在推动“三医联动”中的作用更加重要。国家、省、市关于深化医疗保障制度改革的意见出台，标

志着医疗保障制度改革已进入系统集成、协同高效的阶段，医保将通过在医疗资源配置、医改利益调节、医疗服务成本控制、医改创新驱动中的带动作用，更好地联动其他“两医”，充分保障人民群众就医需求。三是医保事业的发展空间更加广阔。进入新时代尤其是全面建成小康社会后，人民群众生活水平进一步提高，健康需求标准更高、范围更广。省第十二次党代会提出要“推进健康山西建设”，市第五次党代会也明确了“加快建设健康运城”的重点任务，这对全市医疗保障工作提出了更高要求，也为医疗保障事业的高质量发展创造了更为广阔的空间。四是运城市医保事业发展的基础更为坚实。随着运城市转型创新步伐加快，经济发展稳中向好的势头持续巩固，一批重点领域改革走在全省甚至全国前列，当前运城市正着力建设“一区两城三强市三高地”，全方位推动高质量发展，经济发展韧性的不断提高，大数据等科技创新能力的不断增强，将为运城市医保事业高质量发展奠定坚实的基础。

从挑战来看，一是加速增长的医疗保障需求将给有限的医保基金带来挑战。随着全市医疗保障人群扩大、医疗服务范围增加、医保待遇提高，医疗服务需求不断扩张，基金支出逐年增大，但鉴于工资收入、缴费人群等增长有限，我市基金收入压力较大，未来医保基金与服务需求之间的矛盾将日益显现，进一步增加医

保基金平衡压力。二是人民多样化健康需求将对医疗保障多元化发展带来挑战。面对人口老龄化等趋势，人民的健康需求日益增加，需要多种保障形态如长期护理保险、各类商业健康险等共存，这种需求的差异化对未来医疗保障服务管理和高质量发展提出了新的挑战。三是医保制度改革的深化将对医保监管制度创新等带来挑战。“十四五”期间，我市医保制度改革必将进一步深化，改革涉及到医保机构、医疗机构、医药企业、参保人群等方方面面，必然出现各种新情况、新问题，对监管制度、监管手段有更高的要求。四是群众对医保服务诉求的升级将对医保经办服务能力提升带来挑战。随着人民群众医疗消费的增长，参保群众对医疗保障经办服务的便捷性、可得性、即时性要求日益增高，这对全市进一步提升医保经办能力，加快医疗保障信息化、智能化和标准化建设提出了更高要求。

总体来看，运城市的医保工作尽管面临诸多挑战，但同时也处于开创医疗保障事业新局面的最好时机，应把握新情况，适应新形势，抓住新机遇，应对新挑战，有效发挥医疗保障工作在医改中的基础性、引导性作用，积极谋划医疗保障事业高质量发展的路径和任务。

## **二、“十四五”运城市医疗保障事业发展总体思路**

“十四五”时期是全市医疗保障事业高质量发展的攻坚期和

关键期，必须自觉置身于中华民族伟大复兴的战略全局和世界百年未有之大变局中，全面落实省委全方位推动高质量发展的战略部署，积极构建具有运城特色、符合运城实际的医疗保障制度体系，推进全市医疗保障事业高质量发展。

### （一）指导思想

高举中国特色社会主义伟大旗帜，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，深入学习贯彻习近平总书记视察山西重要讲话重要指示精神，按照省委全方位推动高质量发展的目标要求，围绕市委建设“一区两城三强市三高地”目标定位和“创新驱动、绿色崛起、品质提升、党建强基”基本战略，坚持以人民为中心的发展思想，树立“主动作为、争先进位”的理念，牢牢把握医疗保障事业高质量发展主题，以医疗、医保、医药“三医联动”改革为牵引，完善制度、深化改革、强化管理、提升服务、协同治理，加快建成覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，着力推进公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保建设，持续推进医疗保障治理体系和治理能力现代化，创建运城医保品牌，努力为群众提供全方位全周期医疗保障，提升人民群众的健康获得感、幸福感和安全感。

### （二）基本原则

——坚持以人为本，服务优先。把维护保障人民生命安全和身体健康放在优先发展的战略位置，将促进健康的理念融入医疗保障公共政策制定实施全过程，持续深入推进健康运城行动，为群众提供更加公平、更加充分、更高质量的医疗保障服务。

——坚持覆盖全民、精准保障。遵循普惠公平、互助共济、权责匹配的原则，持续推动政策规范统一，实现基本医疗保障依法覆盖全民，促进多层次医疗保障有序衔接，使改革发展成果更多更公平惠及全体人民。

——坚持保障适度，稳健持续。坚持尽力而为、量力而行，根据我市经济发展水平等因素，科学确定待遇保障范围和标准，防止保障不足和过度保障，提高基本医疗保险基金共济能力，防范化解基金运行风险，确保制度可持续、基金可支撑。

——坚持深化改革，提质增效。深入研判全市医疗保障工作存在的问题和人民群众医疗保障需求新变化，聚焦精细化管理，在国家、省基本医疗保障制度体系框架下深化改革、积极创新，破除不利于医疗保障事业高质量发展的体制机制障碍。

——坚持系统集成、协同高效。以医保领域改革撬动“三医联动”，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，增强改革的系统性、整体性、协同性，建立基本医疗体系、基本医保制度相互适应的机制，推动医疗保障改

革取得更大突破。

### （三）发展目标

到 2025 年，以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系初步建成，医疗保障制度更加成熟定型；医保待遇保障机制公平适度，保障范围和标准与经济发展水平更加适应；医保基金长效监管机制逐步完善，医保基金运行更加平稳可持续；医保管理服务体系不断健全，经办服务标准化、信息化、智能化水平全面提升；医保支付方式改革、药品耗材带量采购等关键领域工作取得明显成效；公平医保、安全医保、法治医保、智慧医保、协同医保建设效能逐渐显现，现代医疗保障治理体系更加完善，在助力健康运城建设过程中发挥更大作用。

——医保待遇更加公平适度。基本医疗保障更加公平普惠，全民医保覆盖水平和质量稳中有升，医保可及性进一步提升。各方责任更加均衡，待遇保障机制更加公平适度，保障范围和标准与经济发展水平更加适应。住院费用报销比例保持稳定，门诊共济保障能力明显提升，医疗救助托底保障功能持续增强。

——基金运行更加安全稳健。医疗保障信息平台安全运行，数据安全持续强化，防范和化解因病致贫返贫长效机制基本建立，基金运行更加安全稳健可持续，医疗保障安全网更加密实。

——治理体系更加规范完善。医疗保障法治体系建设不断完善，制度政策法定化程度明显提升，依法参保缴费观念深入人心，行政执法进一步规范。医保信用体系建设取得显著成效，多主体协商的共建共治共享机制进一步健全。

——医保服务更加智慧便捷。医疗保障网络信息系统基础加固，全面融入全国、全省医疗保障信息平台“一盘棋”格局，医保管理服务数字化、智能化水平显著提升，智能监控全面应用，传统服务方式和线上服务方式共同发展，医保电子凭证普遍应用，政务服务事项线上办理率明显提高，就医结算更加便捷，智慧医保建设成果惠及全市人民。

——协同发展更加精准高效。多层次医疗保障作用全面发挥，医保、医疗、医药协同发展，医药服务资源的引导配置功能更加强化。医保支付机制更加管用高效，多元复合式支付方式全面推行，各类人群医保关系有序转移接续。

## “十四五”运城市医疗保障事业发展主要指标与预期目标

主要指标	2020年基期值	2025年目标值	指标属性
基本医疗保险参保率	99%	稳定在95%以上 <sup>①</sup>	约束性
基本医疗保险(含生育保险)基金收入	32.8亿元	收入规模与经济发展水平更加适应	预期性
基本医疗保险(含生育保险)基金支出	32.3亿元	支出规模与经济发展水平、群众基本医疗需求更加适应	预期性
基本医疗保险基金积累结余	17.2亿元	保持在合理水平	预期性
职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例	80%以上	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	75%以上	保持稳定	预期性
重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例	70%以上	70%以上	预期性
实行按疾病诊断相关分组付费和按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例	——	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	85%	90%以上	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	60%	80%以上	预期性
药品集中带量采购品种	138	800个以上 <sup>②</sup>	预期性
高值医用耗材集中带量采购品种	1类	10类以上 <sup>③</sup>	预期性
住院费用跨省直接结算率 <sup>④</sup>	68.43%	70%以上	预期性
医疗保障政务服务“好差评”满意率	——	90%左右	预期性
医疗保障政务服务事项线上可办率	——	80%以上	预期性
医疗保障政务服务事项窗口可办率	——	100%	预期性

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指到2025年国家及省级药品集中带量采购品种达800个以上。

③指到2025年国家及省级高值医用耗材集中带量采购品种达10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。

到 2035 年，多层次医疗保障体系更加成熟，医疗保障经办管理服务体系全面建成，医保、医药、医疗协同治理格局更加完善，医疗保障公共服务体系更加健全，服务能力持续提升，医疗保障制度优越性充分显现，全人群全方位全生命周期医疗保障能力显著提升，医疗保障治理体系和治理能力现代化基本实现，全民医疗保障向全民健康保障积极迈进。

### 三、“十四五”运城市医保改革和发展的重点任务

围绕公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保的目标，加快建成覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，为人民群众提供全方位全周期的医疗保障。

#### （一）巩固提升参保质量，稳步提高医保待遇水平

巩固基本医疗保险覆盖全民成果，精准扩大参保覆盖面，持续优化参保缴费服务，不断提升参保质量，让广大人民群众享有公平可及的基本医疗保障服务，稳步提高基本医疗保险待遇水平，增强基础性、兜底性保障。

提高基本医疗保险参保率。深入实施全民参保计划，坚持和完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系，推动各类人群依法依规参保。落实分类参保政策，单位就业人员依法参加职工基本医疗保险，除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他居民参加城乡居民基本医疗保险，鼓励灵活就业人员根据自

身实际以合适方式参加基本医疗保险，将非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围。建立健全与公安、民政、人社、卫健、市场监管、税务、教育等部门的数据共享交换机制，及时掌握新生儿、新就业人员和新常住人口等人员信息。建立健全覆盖全民的参保数据库，实施精准扩面和参保信息实时动态查询，防止“漏保”“断保”和重复参保，确保“十四五”基本医疗保险参保覆盖面稳定在95%以上。

提升基本医疗保险参保质量。深化医疗保险费征缴体制改革，全面实施单位自助申报缴费。加强城乡居民参保缴费服务，压实乡镇街道参保征缴责任。提升参保缴费服务便利性，有针对性地加强重点人群、困难人群参保缴费服务，改进参保薄弱环节的服务。分类制定特困人员、低保对象、易返贫致贫人口、低收入人口、新生儿、缴费中断人员等参保政策，完善灵活就业人员参保缴费方式，落实困难群众参保资助政策。适应人口流动和就业转换需要，做好跨统筹地区就业人员基本医疗保险关系转移接续工作，探索建立参保人选择参保地政策。完善城乡居民基本医保个人账户退费管理制度，对于参保人死亡的，制定完善相关退费流程。

## 专栏1 推进基本医疗保险参保重点任务

1.合理设定参保扩面目标：根据我市常住人口、户籍人口、就业人口、城镇化率等指标，科学合理确定参保扩面目标；

2.建立全民参保数据库：精准锁定户籍人口和常住人口中未参保人群，建立我市全民参保计划库；

3.落实参保缴费政策：强化参保征缴业务衔接协同，做好跨制度参保的待遇衔接；

4.有序清理重复参保：利用国家统一医保信息平台基础信息管理子系统实时核对功能，及时查询我市参保人缴费状态，减少重复参保缴费，完善个人参保缴费服务机制；

5.强化七类重点人群参保缴费服务：建档立卡贫困人口、特殊困难群体、全日制在校学生、新生儿、退役军人、短期季节性务工人员及灵活就业人员、被征地农民。

稳步提升基本医疗保险待遇水平。坚持基本医疗保障保基本定位，职工医保与居民医保分类保障，基金分别建账、分账核算。严格落实医疗保障待遇清单制度，规范政府决策权限，未经批准不得出台超出清单授权范围的政策。严格执行基本支付项目和标准，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范化的。根据基金承受能力和我市经济发展实际，合理确定基本医疗保险待遇水平，稳步提高医保报销比例。

统筹做好常态化疫情防控下的医保工作。按照“两个确保”做好救治保障，完善重大疫情医疗救治医保支付政策，落实异地

就医直接结算制度，确保突发疫情等紧急情况时医疗机构先救治、后收费。落实重大疫情特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，减轻困难群众后顾之忧。根据疫情防控需要，开通防治新冠肺炎所需药品医用耗材、新冠病毒核酸后期检测试剂采购绿色通道，确保患者及时筛查。坚决贯彻落实党中央关于医保基金和财政共同负担新冠疫苗接种的决策部署，做好医保支付疫苗费用的工作。

巩固拓展医保脱贫攻坚成果。按照国家和省、市统一安排部署，推进医保帮扶与乡村振兴有效衔接，有效防范因病返贫致贫风险，落实分类资助参保政策，做好脱贫人口参保动员工作。优化调整医疗保障帮扶政策，健全防范化解因病返贫致贫长效机制，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。完善三重制度综合保障政策，在坚持医保制度普惠性保障功能的同时，增强对困难群众基础性、兜底性保障。不断优化经办服务管理，巩固市域内基本医保、大病保险、医疗救助住院“一站式”结算，提升参保群众的医保获得感和满意度。

## （二）完善医疗保障制度，构建更完善的医保体系

统筹基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助三重保障制度，促进各类医疗保障制度互补衔接，加快发展商业健康保险，推进长期护理保险试点，支持医疗互助有序发展，构建更加完善的全方位、多层次医疗保障体系。

提升完善基本医疗保险制度。坚持和完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系，持续做好城乡居民基本医疗保险和城镇职工基本医疗保险的政策调整。落实城镇职工基本医疗保险门诊共济保障机制，按照国家、省统一部署，及时调整我市职工医保个人账户划入比例，探索建立职工医保门诊统筹制度，推进城镇职工门诊异地就医结算。完善城乡居民基本医疗保险门诊保障政策，深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制，并逐步提高保障水平。完善城镇职工和城乡居民门诊慢性病待遇保障机制，合理确定病种支付标准和支付范围。提升生育保险和职工基本医疗保险政策合并实施质量，继续做好生育保险对参保女职工生育医疗费用、生育津贴等待遇的保障，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。

#### 专栏2 职工基本医保门诊共济保障工程

1.按照国务院办公厅《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》，以及省政府拟出台的实施办法，建立健全职工医保门诊共济保障机制，增强门诊共济保障功能；

2.改革完善职工医保个人账户，在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；调整统筹基金和个人账户结构，优化统筹基金与个人账户比例；

3.加强对个人账户使用、结算等环节的审核，强化对门诊医疗行为和医疗费用的监管；

4.完善适合门诊就医特点的付费机制。

规范大病保险等补充医疗保险。完善和规范城乡居民大病保险制度，探索建立大病保险可持续筹资机制，合理确定大病保险筹资水平。进一步细化大病保险盈亏调节和风险分担办法，完善大病保险委托合同，确保大病保险政策、基金、服务落实到位。加强与基本医疗保险和医疗救助的衔接，提高保障精准度。完善和规范我市职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、企业补充医疗保险制度。

完善医疗救助制度。强化部门协同机制，完善城乡困难居民动态调整信息共享机制，准确把握医疗救助对象范围，科学实施分类分层救助。严格按照标准资助救助对象参保缴费，合理控制贫困群众政策范围内自付费用比例。科学确定救助标准，在救助资金充足的情况下，合理提高年度救助限额，夯实救助托底保障功能。积极推进医疗互助，支持工会医疗互助科学设计、规范运营。积极引导慈善等社会力量参与救助保障，促进医疗救助与其他社会救助制度衔接，筑牢民生托底保障防线。建立全市统一的医疗救助服务平台，做好与基本医疗保险补偿系统对接，提高救助科学性、普及性和准确性。

### 专栏3 医疗救助重点任务

1.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，及时将全市符合条件的对象纳入医疗救助范围。

2.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，依申请落实综合保障政策。

3.健全引导社会力量参与帮扶机制。鼓励商业健康保险和医疗互助发展，壮大慈善医疗救助。

加快发展商业健康保险。完善商业健康保险支持政策，鼓励商业保险公司开发普惠性、互补性、高保障性、可持续性的商业健康保险产品，提供包括医疗、疾病康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品和服务。规范商业保险机构承办大病保险业务，建立完善参与基本医疗保险经办的商业保险机构绩效评价机制。落实行业监管部门责任，加强市场行为监管，突出健康保险产品的设计、销售、赔付等关键环节监管，提高健康保障服务能力。建立信用管理协同机制，将医保定点医药机构发生的商业健康险费用一并纳入监控范围。建立健全推进基本医疗保险和商业健康保险融合发展的机制，打造具有运城特色的、由政府相关部门指导的商业健康保险产品。

#### 专栏 4 商业健康保险发展重点任务

1.探索设计具有运城特色的、由政府相关部门指导的普惠型补充商业医疗保险产品，遴选信誉高的商业保险机构承办，覆盖参加我市基本医疗保险的所有参保人。

2.鼓励开发与提供包括医疗、疾病康复、照护、生育等多领域的综合性商业健康保险产品和服务。

积极争取和开展长期护理保险试点。探索建立适应我市经济发展水平和老龄化发展趋势的长期护理保险制度，加快制定适应运城实际的长期护理保险制度改革方案，明确长期护理保险参保对象和保障范围，建立并完善筹资办法、支付标准和运行机制，争取试点推行并探索运城经验，为全省长期护理保险扩面升级提供实践支撑。

### （三）优化筹资运行机制，增强医保制度可持续性

建立健全与全市经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资运行机制，加大基金共济调剂力度，全面提升基金管理水平，促进基金中长期平衡。

完善筹资分担和调整机制。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，按照国家、省基本医疗保险基准费率制度要求，规范缴费基数政策，合理确定费率，实行动态调整，并稳定在一定基础水平，减轻群众缴费负担。优化职工医保统筹基金和个人账户结构。完善城乡居民医保筹资政策措施，建立健全居民医保筹资水平与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩机制。完善居民大病保险、职工大病保险、公务员医疗补助筹资动态调整机制。完善应对人口老龄化医疗负担的多渠道筹资机制。拓宽医疗救助筹资渠道，加强财政投入力度，鼓励社会捐赠、彩票公

益金等多渠道筹资。

加强医保基金预算管理。科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。持续完善“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制机制，健全住院与门诊、药品（耗材）与医疗服务、统筹地区内就医与转外就医等之间的分项预算机制。适应异地就医直接结算、“互联网+医疗”和医疗机构服务模式发展需要，积极探索跨区域基金预算。健全基金运行风险评估、预警机制，加强对全市医疗费用增长、群众负担水平变化监测评价，促进基金中长期可持续。健全市、县（市、区）分级负责、风险共担的收支管理和缺口分担机制。完善城乡居民医保基金县级财政兜底机制，进一步压实县级人民政府的监管责任，切实维护基金安全。

做好医保省级统筹各项基础工作。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实做好基本医疗保险市级统筹，为医疗保险省级统筹打好基础。建立健全与医疗保障统筹层次相协调的管理体系，按照省局统一安排，有序推进医疗保障部门市级以下垂直管理。加强医疗救助基金管理，促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。

#### （四）推进支付方式改革，提高医保基金使用效率

完善医保目录动态调整机制，探索多元复合的高效支付方式，

创新完善医保协议管理，建立健全医保基金支付协商谈判机制，提高医保基金使用效率。

稳步推进医保支付方式改革。在市级医疗机构、县级医疗集团实行医保总额预算管理加单病种付费，民营医疗机构全面开展按病种付费。加快在市中心医院、河津市人民医院推进按疾病诊断相关分组（DRG）医保付费试点工作，逐步在全市二级以上综合性公立医院全面推行，到 2025 年底前实现 DRG 付费全市全覆盖（中医医疗机构暂不参与）。积极探索适合中医特点的医保支付方式。对县域医疗集团实行结余留用，合理超支分担的医保总额预算打包付费机制。探索家庭医生签约服务按服务人头付费。加强运行监管及考核，激励医疗机构主动控制费用。逐步将日间手术和诊疗规范明确的日间治疗纳入医保支付范围。探索“预住院”制度。逐步推行医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费。落实分级诊疗制度，明确转诊病种，加大分级诊疗医保差别化支付力度，对县级医疗集团能够诊治但患者自行在外地高等级医疗机构住院的，继续加大个人自付比例。

#### 专栏 5 DRG 支付方式改革重点

加快在市中心医院、河津市人民医院推行 DRG 支付方式改革，逐步在全市二级以上综合性公立医院全面推行。

1.推进二级以上公立医院病案首页数据采集及质量评估工作。

2.以国家统一确定的 DRG 分组规则为基础，完成本地病例分组体系建立及分组权重的确认。

3.加快完成付费平台建设，制定运城市结算办法及相关配套政策。

4.制定基金预算分配方案。

5.2021 年 11 月，试点医院按照 DRG 医保付费正式上线投入运行。

2022 年底前，全市开展按疾病诊断相关分组（简称 DRG）付费的二级甲等以上综合医院实现 DRG 付费，到 2025 年底前，二级以上综合医院实现 DRG 付费全覆盖（中医医疗机构暂不参与）。

落实医保目录动态调整政策。严格执行国家医保药品目录，规范诊疗项目和医用耗材目录，落实医疗服务设施支付范围和医用耗材医保支付标准。根据国家、省统一部署，贯彻落实医保药品目录动态调整政策，做好各项政策落地执行工作，将治疗癌症、罕见病、慢性病和儿童病等更多救命救急的好药，及时纳入医保支付范围。按照国家、省要求，将药品目录执行情况纳入定点服务协议管理和考核范围，积极会同有关部门推动谈判药品进医院，指导定点医疗机构适时替换治疗药品。及时跟进执行全省统一的诊疗项目目录。按耗材目录统一管理要求，做好耗材目录编码更新维护工作。

完善协商谈判机制和协议管理制度。结合我市医疗保险参保人员分布、基金规模、信息管理可及程度等实际，与定点医药机

构建立集体谈判协商机制，合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限，并根据保障公众健康需求和管理服务的需要，与定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。规范、简化、优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，使用统一规范的医疗保障服务协议范本。合理确定统筹区域定点医疗服务的资源配置，将更多符合条件的基层医疗机构纳入医保定点范围。加强对定点医药机构履行协议情况的监督检查，建立考核评价及退出机制，推动定点管理与医疗质量、协议履行相挂钩。

#### （五）实施带量采购制度，推进医药服务价格改革

深入实施药品耗材带量采购制度，健全以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，引导医疗机构形成可持续的激励机制，使人民享有高质量、有效率、能负担的医药服务。

常态化推进药品耗材带量采购。全面落实国家和省组织的药品、耗材集中采购，常态化实施市域联盟带量采购工作。坚持政府组织、联盟采购、平台操作的工作机制，以公立医疗机构为集中带量采购主体，鼓励非公立医疗机构、社会药店等积极参与。落实县级属地管理责任，督导辖区医疗机构完成带量采购任务。扩大药品集采范围，规范医院集采药品管理。进一步发挥我市“三明联盟”成员优势，完善运城市药品联合限价采购交易云平台，

积极参与联盟组织的药品带量采购工作，扩大采购品种目录。探索未参加国家和省集中带量采购的民营医疗机构使用运城平台进行药品采购，制定我市民营医疗机构跟进三明市药品集中采购价格的具体办法，积极申请建立试点。建立健全市级带量采购医保基金与医药企业直接结算机制，落实医保支付标准与集中采购价格协同机制。

完善药品及医用耗材价格治理机制。充分发挥药品、医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中的引领作用，落实以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制和医保资金结余留用激励机制，发挥医保基金战略性购买作用，不断推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展和医用耗材集中分类采购。全面落实医药价格和招采信用评价制度，灵活运用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数、挂网规则等管理工具，有效遏制药品、医用耗材价格虚高，促进医药行业高质量发展。

加强医疗服务项目价格管理。落实国家、省医保局医疗服务项目价格管理政策，按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，统一规范市、县级医疗机构的医疗服务价格。进一步做好对市场竞争比较充分、个性化需求比较强的项目和特需医疗服务项目等实行市场调节价的医疗服务项目价格管理，促进新技术的合理应用，满足不同层次人群的就医需求。

## （六）完善基金监管体系，完善基金安全防控机制

推进基金监管制度改革，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，构建横向到边、纵向到底、全覆盖的监管体系，实现政府治理和社会监督、舆论监督良性互动。

完善医保基金监管制度体系。坚守基金安全底线，完善基金监管制度体系和执法体系，提高医保基金使用管理的安全性、有效性。严格执行《医疗保障基金使用监督管理条例》，制定完善运城市医保基金使用监督管理相关配套措施。明确市、县两级医保部门监管职责，建立市、县两级专业化基金监管机构，加强基金监管队伍建设。加强与卫健、市场监管、财政、审计、公安等相关部门分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，建立多部门联动的基金监管长效机制。广泛动员社会各界参与医疗保障基金监管，协同构建基金安全防线，实现政府治理和社会监督、舆论监督良性互动。

建立健全监督检查制度。根据医疗保障基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素，确定检查重点，组织开展专项检查。建立和完善日常全覆盖检查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查相结合的多形式检查制度，规范不同检查形式的检查对象、检查重点和检查内容，规范启动条件、工作要求和工作流程，明确各方权利义务，确保公开、公平、公正。健全

“双随机、一公开”检查机制，建立完善多部门联合检查制度。积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管，建立和完善购买服务制度，建立按服务绩效付费机制。积极运用举报奖励、聘请社会监督员等方式，对定点医药机构管理使用医保基金情况进行监督。

#### 专栏6 医保基金监督管理全覆盖工程

系统监控全覆盖。以智能监控为依托，应用大数据手段，实现全方位、全环节、全流程、无死角监控。

现场检查全覆盖。健全常态化日常监管工作机制，坚持每年开展一次针对辖区内全部定点医药机构的全覆盖式现场监督检查。

飞行检查全覆盖。联合相关部门组织开展飞行检查，抽查范围覆盖所有监管对象。

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，举报线索凡接必查，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。

监管责任全覆盖。纵向上，健全完善基金监管执法体系，加强市、县两级执法检查队伍建设。压实基层监管责任，合理调配基层监管力量。横向上，加强医保与卫生健康、公安、纪检监察、审计等部门的协同配合，构建监管合力。推进基金监管网格化管理，实现对每个定点医药机构都有专人负责监管。

全面建立智能监控体系。加强与有关部门的信息交换和共享，建立统一、高效、兼容、便捷、安全的医保基金监管信息系统。

实施大数据实时动态智能监控，加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全领域智能监控转变。积极探索将按疾病诊断相关分组付费等新型支付方式、“互联网+医疗健康”等新模式、长期护理保险等纳入智能监控范围，实现智能审核全覆盖。

### 专栏 7 基金监管智能监控重点工作

1.建立健全我市医保智能监管信息系统，推进医保基金监管从线下人工稽核向线上智能审核的转型。

2.根据支付方式改革需要，适应长期护理保险、商业保险等发展，不断完善基础信息标准库和临床指南等医学知识库。

3.规范统一并不断丰富智能监控规则库。

4.加快建成医保药店进销存管理系统，开展药品、医用耗材等的进销存实时管理。

5.推广视频监控、生物特征识别等技术应用。

6.将异地就医、购药即时结算等纳入智能监控范围。

持续依法打击欺诈骗保。加强对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范医疗保障经办业务，依法查处违法使用医疗保障基金的行为。建立信息披露制度，依法依规向社会公开定点医药机构医药费用、费用结构等数据信息，定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果，接受社会监督。健全完善欺诈骗保举报奖励工作机制，建立受理、稽核、处理、

反馈工作流程，进一步畅通举报奖励渠道。依托各级医保部门官网和微信公众号等平台，及时公开曝光重大案情信息，加大典型案例曝光力度，形成有效震慑，持续保持打击欺诈骗保高压态势。持续开展打击欺诈骗保维护基金安全集中宣传月活动，推动打击欺诈骗保宣传工作常态化、长效化。

推进医保信用体系建设。加快建立和完善运城市医疗保障信用评价指标体系、信用信息归集管理、信用联合奖惩及信用修复等各项制度机制，积极探索建立覆盖定点医药机构、医保医生、参保单位及参保人员的医保信用评价和管理体系。通过履约检查促进定点医药机构落实自我管理主体责任，引导和支持定点医药机构在制定管理规范和技术标准、规范行业行为及管理服务等方面更好发挥作用。到 2025 年底，基本建成覆盖全市的医疗保障信用体系，打造政府主导、部门协作、行业自律、公众参与相结合的“信用医保”新格局，全面推进医疗保障信用体系全覆盖、标准化、智能化。

#### （七）提升经办服务能力，优化医保公共服务体系

完善医疗保障服务网络，加快医保公共服务机构标准化、规范化建设，统筹优化线上线下公共服务，为参保群众和单位提供更加便捷、优质、高效、精细的服务。

加强医疗保障经办管理服务体系建设。构建全市统一的医疗

保障经办管理体系，提供标准化、规范化的医疗保障经办服务，实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖，为全省建立五级医疗保障服务网络提供支撑。统一经办规程，规范服务标识、经办窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限，积极创建省级标准化窗口和示范点。依托乡镇（街道）政务服务中心、村（社区）综合服务中心，通过设立正式岗位、购买服务等方式，设立专兼职服务专员，大力推进服务下沉，补齐基层医保公共管理服务能力配置短板，提高医疗保障经办管理服务可及性。进一步完善异地就医门诊直接结算服务，简化异地就医备案程序，规范和优化结算规程，全面实现符合条件的跨省异地就医患者在我市所有定点医院住院和门诊费用直接结算。提升医疗保障适老服务水平，优化医保经办服务大厅适老窗口和无障碍设施建设，开辟绿色通道，畅通为老年人代办的线下渠道，推进网上办事流程向提高适老性转变。推进医疗保障经办机构法人治理，鼓励商业保险机构、社会组织等社会力量参与医保经办服务。

#### 专栏 8 医疗保障服务能力提升工程

- 1.完善医疗保障服务网络，到“十四五”末实现县区以上医保经办标准化窗口全覆盖。
- 2.市级、县级经办机构：做实县（市、区）经办机构，推进市、县多点经办模式，巩固提升市、县经办机构服务能力。

3.乡镇（街道）经办服务：通过购买服务等方式，设立医保专兼职人员岗位，实现县管乡用。

4.村（社区）：依托基层社保所、村卫生室等力量，代理医保经办服务，配置自助设备，逐步实现市、县乡村经办服务全覆盖。

5.落实省医疗保障服务示范工程，积极创建医保经办服务示范窗口、医疗保障基本服务示范点、医疗保障定点医疗机构示范点，积极创建和申报智慧医保管理服务示范点。

优化医保公共管理服务。健全共建共治共享的医保治理格局，建立统一规范的医疗保障公共服务体系，持续深化医保“放管服效”改革，全面落实医疗保障政务服务清单及办事指南，规范线上（含移动终端）办理事项。做好线上线下服务标准规范统一协同，按照“信息多跑路、群众少跑腿”要求，加快推进医保经办服务全领域、全流程“网上办理、阳光办理、一网通办”，实现医疗保障“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，推进市域内多点经办模式。探索实施医保服务“视频办”，为人民群众提供更加优质高效服务。畅通医保咨询服务渠道，做好与“12345”政务服务热线衔接，不断提高运行效率和服务质量。加快建立与医疗保障发展相适应的医保政务服务评价标准体系和评价结果应用管理办法。持续实施医疗保障政务服务“好差评”提升工程，建立差评和投诉问题调查核实、督促整改和反馈机制。健全政务服务激励约束机制，及时公开政务服务情况、评价结果及整改情况等政务

服务评价信息。

推进医保信息化建设。积极融入医疗保障信息化全国“一盘棋”格局，按照省级标准规范统一、数据省级集中、平台省级部署、网络全面覆盖的医疗保障信息化平台建设规划，推进全市医疗保障信息化建设，高标准构建“统一、高效、兼容、便捷、安全”的医疗保障信息平台 and 医保数据库，建设医疗保障数智大脑，加强数据有序共享。做好医疗保障数据分级分类管理，探索建立医疗保障部门与卫健、市场监管等部门信息共享机制。加快建设完善全市医保骨干网，实现省、市、县互联互通。建设医保数据智能分析指挥平台系统，实时获取医保数据，利用 BI 分析技术，建立参保展示、定点医疗机构、基金收支、医保费用、异地就医等分析展示模块。贯彻执行医疗保障信息业务编码标准，全面完成医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品和医用耗材等 15 项信息业务编码的贯标落地工作，实现编码标准“纵向全贯通、横向全覆盖”。对接智慧运城，全面推进“智慧医保”建设，进一步完善微信公众平台和手机 APP 端的医保个人缴费信息查询、消费信息推送、异地就医备案、移动脱卡支付等服务。加快推广应用医保电子凭证，建立完善的“互联网+”医保政策体系、服务体系 and 评价体系，高质量建设智慧医保、数字医保。

加强医保人才队伍建设。打造与新时代医疗保障公共服务要

求相适应的专业经办队伍，优化人员专业结构，提高全市医保系统干部队伍素质，建设忠诚干净担当的医保队伍，打造医保服务优质品牌。根据参保人数、定点医疗机构数、服务量、服务半径等合理配置经办人员，建立严格的人员准入、培训和管理制度。加强医疗保障监管部门专业技术人员培训，加快高层次监管人才和急需紧缺专门人才培养。建立涵盖医学、药学、法律、信息化等多领域的专家库，健全医疗保障政策制定、稽查稽核等方面专家咨询工作机制，更好发挥高端智库和专业机构的决策咨询和技术支持作用。

强化医保法治能力建设。从立法、执法、司法、守法各环节加强医疗保障工作，在法治轨道上推动医疗保障事业健康发展。全面贯彻执行国家和省医疗保障法律、法规、规章规定，配套建立健全运城市相关实施办法细则。加强行政执法规范化建设，贯彻落实《山西省行政执法条例》，全面落实行政执法“三项制度”。规范执法主体和执法人员管理，落实行政执法责任制，加强执法监督，促进严格公正文明规范执法。

加强医保安全建设。系统防范基金运行系统性风险，促进基金运行区域平衡，保持合理的基金结余水平，提高基金使用效率。制定医疗保障数据安全管理办法，依法保护参保人员基本信息和数据安全，维护医疗保障信息平台运行安全。完善系统内部监督

制衡机制，建立流程控制、风险评估、运行控制、内审监督等内部控制工作机制，确保不发生系统性、冲击底线的重大安全问题。

#### （八）推进协商共治机制，推进三医联动协同治理

树立“大医保”意识，将促进健康的理念融入医疗保障公共政策制定实施的全过程，完善医保、医疗、医药联动机制，加强制度政策衔接，建立沟通协商机制，协同推进重点改革，切实提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

健全医疗卫生服务体系。以医保改革促进医疗卫生资源合理配置和优化整合，助力构建优质高效的医疗卫生服务体系。支持整合型医疗卫生服务体系建设，加强分级诊疗体系建设，推进基层医疗卫生机构发展。推进儿科、老年医学科、精神心理科和康复、护理等紧缺医疗服务发展，推进中医医疗机构和中医医疗服务发展，鼓励日间手术、多学科诊疗、无痛诊疗等医疗服务发展，支持远程医疗服务、互联网诊疗服务、互联网药品配送、上门护理服务等医疗卫生服务新模式新业态有序发展。完善检查检验政策，推进医疗机构检查检验结果互认。加强定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律。

强化医药产品保障能力。建立健全短缺药品监测预警和分级应对体系，做好续约未成功药品的用药衔接和患者的用药衔接工作，建立高效、质优、价廉的城乡一体化药品配送体系。加大对

原料药垄断等违法行为的执法力度，进一步做好短缺药品保供稳价。适当增加更加多元化的集中采购参与主体。支持药店连锁化、专业化、数字化发展，更好发挥药店独特优势和药师作用。严格药械监管，保证药品安全，拓展医疗器械唯一标识在卫生、医保等领域的衔接应用。

建立共建共治共享的医保治理格局。挖掘整合各方优势资源，形成畅通高效的对接机制，逐步促成精细分工、优势互补、公平有序的市场竞争，共同推进多层次、高质量医疗保障体系建设。联合卫健、市场监管、税务等相关部门以及银行金融机构、商业保险公司等第三方机构，探索建立医保联盟，推动医疗保障相关的政府、市场、社会各方要素实现更有效的互动。探索建立跨区域医保管理协作机制，实现全流程、无缝隙的医疗保障公共服务和基金监管。

#### **四、保障措施**

实现“十四五”医疗保障规划任务和目标，必须坚持党的全面领导，强化政府兜底保障职能，鼓励社会力量广泛参与，凝聚新时期医疗保障事业改革创新发展的强大合力，确保本规划目标任务如期实现。

##### **（一）加强组织领导**

各县（市、区）医疗保障部门、各相关部门要强化政治引领，

坚持把党的建设摆在首位，确保医疗保障工作始终保持正确的政治方向。充分认识医疗保障工作的重要性、紧迫性和艰巨性，将落实医疗保障制度改革纳入保障和改善民生的重点任务，切实加强对本规划实施工作的组织领导。

## （二）分解落实任务

各县（市、区）医疗保障部门、各相关部门要围绕规划的总体目标和重点任务健全规划实施机制，加强实施的动员部署、统筹协调和工作指导，明确责任主体、实施时间表和路线图，制定目标任务分解方案，把规划的重点任务落到实处，确保思路和各项目标落地。定期召开协调会，研究解决推进本规划实施过程中跨部门、跨区域的重大问题。

## （三）强化评估考核

建立规划实施的动态监测、绩效评估和监督考核机制，把主要任务和目标纳入各县（市、区）和有关部门的政绩考核内容，并对规划实施情况定期通报。开展规划实施情况的阶段性评估，根据评估结果及需求变化，适度调整规划目标和任务，确保规划全面贯彻落实。开展部门自评与社会第三方评估相结合的综合评估，加强智库建设和学科支撑，提升规划实施效能。

## （四）鼓励探索创新

围绕规划确定的战略目标、主要任务、重大措施等，鼓励各

县（市、区）医疗保障部门、各相关部门制定符合实际、操作性强的配套政策。充分尊重首创精神和创新精神，鼓励积极探索、勇于创新，及时总结推广规划实施中好的做法和有效经验，以点带面，带动整体，全面发展。

#### （五）加强宣传引导

坚持正确的舆论导向，做好规划宣传解读，凝聚社会共识。运用多种媒介，采取多种方式，做好政府信息公开和新闻发布，大力宣传医疗保障政策及实施效果。完善网评机制，广泛听取意见，及时回应社会关切，正确引导社会预期，提前做好风险评估。充分调动各方的积极性和主动性，积极营造有利于医疗保障事业高质量发展的舆论氛围。