宿州市“十四五”医疗保障事业发展规划

（2021年-2025年）

（征求意见稿）

2021年12月

目录

一、 规划背景 1

（一） 发展基础。 1

（二）机遇与挑战。 5

二、总体要求 6

（一）指导思想。 6

（二）基本原则。 7

（三）发展目标。 8

三、重点任务 9

（一）健全多层次医疗保障制度体系。 9

（二）优化医疗保障协同治理体系。 14

（三）健全医疗保障服务支撑体系。 19

四、保障措施 23

（一）加强党的全面领导。 23

（二）加强部门协同配合。 24

（三）加强舆论氛围营造。 24

（四）加强规划监测评估。 24

习近平总书记指出，要加快建立覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系。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、省政府关于深化医疗保障制度改革的意见，推动我市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》、《国家“十四五”全民医疗保障规划》以及《安徽省省委省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》《宿州市国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》编制本规划。本规划是我市医疗保障领域独立编制的第一个五年规划，是“十四五”时期指导全市医疗保障事业发展的行动指南和重要依据。

1. 规划背景
2. **发展基础**

“十三五”以来，宿州市医疗保障事业始终以减轻群众就医负担、增进民生福祉为出发点，全面实施基本医保市级统筹，扎实扩大参保覆盖范围，基本建成了保障适度、可持续的多层次医疗保障体系。医保部门在完善制度体系、提高待遇水平、深化医保改革、优化经办服务、加强基金监管等方面做了大量基础性工作，医保功能作用进一步发挥、群众获得感不断增强，初步形成了“基本医疗保险+大病保险+医疗救助+补充医疗保险”相互衔接的医疗保障网，为宿州市的经济社会快速发展提供了坚实保障。

**——全民医保基本实现。**医保参保覆盖范围逐步扩大。截至2020年，宿州市城乡居民参保554.16万人，城镇职工参保34.84万人，常住人口基本医保参保率超99.9%，应保尽保基本实现。全市城乡医疗救助目标任务完成及时率达100%，做到了应救尽救。基本医疗保险统筹层次稳步提升，宿州市人民政府办公室印发《宿州市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）》，全市统一了城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇，基本实现基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”，全面做实医保基金市级统筹。

**——医保待遇稳步提升。**截至2020年，全市城镇职工和城乡居民基本医保政策范围内住院费用报销比例分别稳定在85%和 75%左右。大病保险待遇水平逐步提高，城乡居民大病保险起付线降至1万元，报销比例提高至65%左右。全市累计救助困难人员和困难职工90.3万人次，救助金额达1.54亿元。不断强化“两病”门诊用药保障机制，逐步实现“两病”规范化管理与门诊用药保障一体化建档备案、确认定点、享受待遇，持续推进国家和省集采药品、耗材政策落地惠民。

**——医保改革不断深入。**持续深化医保支付方式改革，建立

管用高效的医保支付机制，先后开展县域医共体、日间病床、中医药适宜技术门诊按病种付费、精神病类疾病按床日付费、日间手术和职工个人账户家庭共济改革试点工作，执行全省统一的按病种付费政策。全面完善医保协议管理，建立医保协议医师制度。扎实推进基金监管方式创新省级试点，建立部门联动、举报奖励、案件移送等制度。深入推动医疗服务价格改革政策落地，药品、耗材集中带量采购常态化，共有六批次157个国家中选药品在我市落地，平均降价54%，累计节约采购资金约1.4亿元。

**——发展基础不断夯实。**以标准化建设为基础，国家医保信息业务编码落地应用，截至2020年，完成赋码上报医疗机构230家，药店410家，医保医师10862人，门诊慢特病病种112种，按病种结算病种295种，日间手术病种1种，完成率100%。医保电子凭证激活295.3万人，激活率达50.63%，位居全省前列，全市医保结算由“卡时代”迈入“码时代”。加强依法行政，落实行政执法公示制度、执法全过程记录制度和重大执法决定法制审查制度，不断规范合法性和公平竞争审查工作，全市医保系统246人取得了行政执法资格，医保法治基础持续夯实。规范基金风险处置，基金预算和绩效管理持续加强。医保公共服务规范化、标准化、信息化、一体化扎实推进。

**——经办服务不断优化。**在全市医保系统开展“行风建设提升年”活动，推行“一次”“三声”“六多”服务标准和“班前十分钟”、“好差评”等制度，开展24小时“不打烊”医保服务热线，打造“暖心医保”服务品牌。推行“宿州医保便民e站”网上经办系统，医保服务事项“一网通办”。完善“市、县、乡、村”四级医疗保障服务体系，全市114个乡镇（街道）全部设立医保办，设立了33家行政村（社区）医保工作站，配备了212名专兼职医保管理员，“零距离”服务基层百姓。扎实推进异地就医结算，在全省率先实现与长三角地区门诊和住院直接刷卡结算，开通了职工医保个人账户省内定点药店异地联网结算。

**——基金监管成效凸显。**强化医保基金安全组织领导，成立市维护医保基金安全领导小组，综合运用行政监管、协议管理、智能监控、网格化监管、社会监督、信用管理、第三方评估等手段，进一步强化联合监管，压实主体责任，健全监督检查制度，推进综合治理，与江苏省徐州市医疗保障局探索建立跨省异地就医基金监管协同联查机制。2019年以来全市医保局系统组织了飞行检查、交叉互查、突击夜查等多次专项行动，做到全市定点医药机构现场检查和随机抽查两个全覆盖，共追回医保基金总额17688.94万元。

**——决战决胜医保脱贫攻坚。**“十三五”以来,宿州市累计资助148.34万贫困人口（含动态调出）参加基本医疗保险，资助参保缴费支出32356.23万元，贫困人口参保率始终稳定维持在99.9%以上,“351”兜底资金累计支出30969.61万元，慢性病“180”补充保障资金支出34586.4万元，贫困人口政策综合医保报销比例稳定在90%左右，贫困人口医疗支出大幅降低。

**——区域协同发展不断推进。**推进长三角地区跨省异地就医门诊医疗费用直接结算试点，实现全市城镇职工基本医保在长三角异地普通门诊就医费用直接结算，实现全市城镇职工基本医保省内异地普通门诊和慢性病门诊就医费用直接结算，异地安置退休人员、异地长期居住人员等纳入异地就医门诊结算范围。我市与长三角41个城市实现医保“一卡通”，与沪苏浙6750家定点医院实现职工普通门诊异地就医直接结算。

**——疫情应对措施有力**。积极应对新冠肺炎疫情，按照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”工作要求，在全省率先出台疫情防控期间特殊报销政策，率先将“两个确保”政策保障范围从确诊病例扩大到疑似病例，进一步完善了宿州市重大疫情综合医疗保障应急预案。疫情期间及时拨付医保基金，向定点救治医院提前拨付医保基金4000万元。助力企业复工复产，出台阶段性减征职工基本医疗保险费政策，截至2020年6月全市共减征5404.9万元，有效缓解企业经营困难。

**（二）机遇与挑战**

十四五时期，宿州市正迎来前所未有的发展机遇，长三角一体化发展国家战略加速转化为发展新动能，一体化、高质量和便利共享等方面成为医疗保障事业发展新方向，中部崛起、淮河生态经济带、皖北承接产业转移集聚区等多项重大战略聚焦宿州，省际交汇区位优势和承东启西战略地位赋能宿州，不断提升对外开放水平和区域合作发展层次，进一步激发经济活力，医疗保障可持续发展将更有保障。

同时，“十四五”时期我市医疗保障事业发展仍面临诸多挑战。多层次医疗保障制度体系尚不健全，商业医疗保险较为单一，弱势群体医疗保障仍显不足，保障功能仍有短板。受新冠疫情影响，疫苗和接种费用占医保基金支付比重较大，化解突发性医疗支出风险能力有待提高。医保法制体系和基金监管体制有待完善，欺诈骗保等问题仍然易发多发。医疗保障服务支撑体系尚不健全，信息化、标准化、规范化管理服务能力仍有待提升。省外异地就医监管形势严峻。全市面临人口流动和人口老龄化双重挑战，基金收支平衡和可持续运行压力将持续增大。

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，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神以及习近平总书记视察安徽和在扎实推进长三角一体化发展座谈会上的重要讲话精神，坚决落实党中央、国务院深化医疗保障制度改革的决策部署，坚持以人民健康为中心，以深化医疗保障制度改革和推进医疗保障基金监管制度改革为抓手，认真落实上级医疗保障发展规划和宿州市国民经济社会发展规划纲要要求，加快健全覆盖全民、统筹城乡、权责清晰、保障适度可持续的多层次医疗保障体系，为全面建设新阶段现代化美好宿州提供有力的医疗保障。

**（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，发展和完善中国特色医疗保障制度，牢牢把握新发展阶段的要求，坚决贯彻落实新发展理念，助力构建新发展格局，为医疗保障制度成熟定型提供根本保证。

——坚持以人民健康为中心。把保障人民健康放在优先发展的战略位置，把维护人民生命安全和身体健康放在首位，深入实施健康中国行动，实施更加系统、更加高效、更高质量的医疗保障，实现好、维护好、发展好最广大人民的健康权益。

——坚持保障基本、更可持续。坚持尽力而为、量力而行，实事求是确定待遇保障范围和标准，防止保障不足和过度保障，提高基本医保基金共济能力，防范化解基金运行风险，确保制度可持续、基金可支撑。

——坚持共享共治、协同高效。坚持系统观念，政府、市场、社会协同发力，鼓励商业医疗保险发展，促进多层次医疗保障有序衔接，促进供给侧改革与需求侧管理动态平衡，发挥医保战略购买作用，强化医保、医疗、医药多主体协商共治，加强社会监督，提高治理水平。

——坚持精细管理、优质服务。强化医药机构定点管理和医保机构经办管理，实施更有效率的医保支付，健全监管体制机制，统筹提升传统服务方式和线上服务方式，促进医疗保障可持续健康发展，提升群众获得感。

**（三）发展目标**

综合考虑宿州市经济社会发展趋势和医疗保障发展条件，坚持以人民为中心的发展思想，以高质量发展为主题，以奋力解除全体人民的疾病医疗后顾之忧为目标，到2025年，努力建设公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保，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。

|  |
| --- |
| 专栏1 宿州市“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 | ＞95① | 约束性 |
| 基金安全 | 基本医疗保险（含生育保险）基金收入（亿元） | 55.12 | 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） | 48.36 | 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（%） | 83.43 | 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）（%） | 70.58 | 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（%） | 11.2 | 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） | － | ＞500② | 预期性 |
| 高值医用耗材集中带量采购品种（类） | 4 | ＞5③ | 预期性 |
| 优质服务 | 异地就医住院费用直接结算率④（%） |  | ＞70 | 预期性 |
| 医疗保障政务服务事项线上可办率（%） | 71 | 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指到2025年本省国家和省级药品集中带量采购品种达500个以上。

③指到2025年本省国家和省级高值医用耗材集中带量采购品种达5类以上。

④指异地就医住院费用直接结算人次占全部住院异地就医人次的比例。

三、重点任务

## （一）健全多层次医疗保障制度体系

**1、提高基本医疗保险参保质量**

**合理设定参保扩面目标。**根据本地区常住人口、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扩面目标。职工基本医疗保险逐步以本地区劳动就业人口作为参保扩面对象，城乡居民基本医疗保险逐步实现以本地区非就业居民为参保扩面对象。落实全民参保计划，进一步落实持居住证参保政策，积极推动职工和城乡居民在常住地、就业地参保，加强部门数据共享和人员信息比对，建立本地参保数据库，实现参保信息实时动态管理，避免重复参保，稳妥清理重复参保，到2025年基本医保参保率稳中有升。

**依法依规实行分类参保。**用人单位和职工依法依规参加基本医疗保险，引导非从业人员依法参加城乡居民基本医疗保险。灵活就业人员可根据自身实际，以合适方式参加基本医疗保险。完善灵活就业人员参保缴费方式，放开对灵活就业人员参保的户籍限制。落实困难群众分类资助参保政策。

**持续优化参保缴费服务。**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，及时查询参保人缴费状态，联合税务部门完善参保缴费服务，减少重复参保缴费。加大参保缴费宣传引导力度，拓展缴费途径，通过微信公众号、支付宝小程序、皖事通办平台等渠道，坚持线上与线下结合，推动服务向基层下沉，提升服务多样性、便利性。做好跨统筹地区参保人员基本医疗保险关系转移接续工作。

1. **完善基本医保待遇保障机制相关制度**

**实行公平适度待遇保障。**落实职工和城乡居民分类保障，将待遇与缴费、居民人均可支配收入、医疗卫生费用支出、医疗机构技术等级等因素挂钩，根据本地经济社会发展水平和基金承受能力，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，健全可持续的待遇动态调整机制，做好门诊待遇和住院待遇的统筹衔接。根据国家、省统一部署，进一步完善城乡居民门诊共济保障机制，全面执行统一的城乡居民大病保险制度，健全统一规范的城乡医疗救助制度，健全统一的职工大病保险制度。实施医疗保障民生工程，推进实施城乡居民基本医疗保险、大病保险和医疗救助民生工程项目，巩固扩大基本医保制度覆盖面。改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全职工门诊共济保障机制。

**执行医保待遇清单制度。**明晰“保基本”的内涵和外延，严格执行医疗保险待遇清单制度，明确市级责任界定权限、政策调整权限、决策制定程序，科学界定基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范化。严格执行基本支付范围和标准，实施公平适度保障，纠正过度保障和保障不足问题。健全重特大疾病医疗保险和医疗救助制度。落实重大医疗保障待遇政策调整报告制度，加大医疗保障待遇清单制度宣传和解读，充分调动各方支持医疗保障事业发展的积极性和主动性。

**健全可持续的筹资机制。**完善筹资分担和调整机制，建立基本医疗保险基准费率制度，规范缴费基数政策，合理确定费率，实行动态调整。按照国家、省规定，及时调整城乡居民基本医保人均财政补助和个人缴费标准。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，优化个人缴费和政府补助结构，研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策，加强财政对医疗救助投入，拓宽医疗救助筹资渠道。积极配合推动基本医疗保险省级统筹，进一步发挥医疗保险基金的互助共济功能，增强医疗保障制度公平性，提升基金抗风险能力。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的要求，巩固完善基本医疗保险市级统筹。

**基本医疗保险门诊慢特病病种和认定标准。**完善基本医保门诊慢特病管理政策，统一全市基本医疗保险门诊慢特病病种和认定标准。加强高血压、糖尿病等慢性病保障力度。

|  |
| --- |
| 专栏2 重大疾病医疗保障工程 |
| **1.增强基本医保保障功能。基本医疗保险全面实行公平普惠保障，执行全市统一的城乡居民基本医疗保险政策，享受统一的基本医疗保障。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。持续巩固完善城乡居民大病保险保障政策，大病保险对特困人员、低保对象和返贫致贫人口等特殊人群实施倾斜支付。****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。****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。** |
|
|
|
|
|
|

**完善重大疫情医疗救治费用保障机制。**在突发疫情等紧急情况时，确保医疗机构先救治、后收费。健全重大疫情医疗救治医保支付政策，完善异地就医直接结算制度，确保患者不因费用问题影响就医。探索建立特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，有针对性免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款，减轻困难群众就医就诊后顾之忧。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。

**巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接。**巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果与乡村振兴战略有效衔接，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。

**加强医保基金管理。**全面加强医疗保障基金预决算管理，科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督。强化医保基金预算绩效管理，推进医保基金管理绩效评价。健全基金运行风险评估、预警机制，加强基金运行统计分析和风险预警，按季度进行运行分析，按年度进行运行评估。全面做实城乡居民基本医疗保险基金市级统筹。按照“以收定支、收支平衡、总额控制、超支不补”原则，对全市城乡居民基本医疗保险基金实行统收统支，市级和县区两级分账核算、单独记账，提高医保基金运行效率和抗风险能力。

**积极发展商业健康补充保险。**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。

## （二）优化医疗保障协同治理体系。

**全面实行多元复合式医保支付**。完善医保基金总额预算管理，科学制定总额预算。推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，做好区域点数法总额预算和按病种分值(DIP) 付费国家级试点工作。统筹推进基层医疗机构适宜日间病床收治病种门诊按病种付费、精神类疾病按床日付费、中医药适宜技术门诊按病种付费、门诊特殊慢性病按人头付费等多元复合式支付方式,探索符合中医药特点的医保支付方式。适应医疗服务模式发展创新，建立病种分组、医疗机构系数等动态调整机制，健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，形成与医疗机构共治共享的格局。对紧密型县域医共体实行按人头总额预付，加强监督考核，结余留用、合理超支分担，建立经济性评价制度。

|  |
| --- |
| 专栏3 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。重点推进按病种分值付费工作，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。****4.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。****5.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。** |

**加强医保目录和两定机构协议管理。**完善基本医疗保险用药管理政策措施，做好国家新版药品目录落地工作，完成年度省级增补药品消化任务。加强医保医用耗材、医疗服务项目管理。加强医保目录落地情况监测，进一步完善国家谈判药品供应“双通道”机制，提高医保药品可及性。加强两定机构协议管理。落实省级对医疗机构和零售药店定点管理的相关要求。建立健全跨区域就医协议管理机制。完善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，健全定点医药机构退出机制。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。

**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、乡、村四级基金监管体系，加强监管队伍建设和能力建设，严格落实属地责任。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4 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，各级医保部门统筹经办机构力量，每年对区域内定点医药机构至少开展一次全覆盖现场检查。市医保局对各县区全覆盖检查落实情况进行抽查。** **3.交叉互查全覆盖。按照交叉互查办法，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，开展交叉检查、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。优化医保基金监管机构编制保障，通过定期学习、短期培训、案例研讨等形式，加强医保基金监管人员力量，提升医保基金监管队伍能力水平。** |
|
|
|
|
|
|
|
|
|

**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，以积分管理为手段，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省信用体系统筹建设，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。

**推进完善医药价格形成机制。**常态化制度化落实国家和省组织药品和高值医用耗材集中带量采购政策，探索开展联盟采购，持续扩大集中带量采购范围。细化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。探索推进医保基金与医药企业直接结算。强化公立医疗机构药品和医用耗材价格常态化监管，提升对药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力，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，促进医药行业高质量发展。加强医疗服务价格管理，逐步完善定调价规则，改革优化定调价程序，探索适应经济社会发展、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。探索建立灵敏有度的动态调整机制，发挥价格合理补偿功能，稳定调价预期。

|  |
| --- |
| 专栏5 医药价格监测机制 |
| **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。****3.加强医药价格监测建设，充实监测力量，完善监测指标报告制度，提升价格监测能力。** |

**探索开展长期护理保险。**减轻失能群体经济和事务性负担，试点阶段从职工基本医疗保险参保人群起步，重点解决重度失能人员基本护理保障需求，探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，参加长期护理保险的职工筹资以单位和个人缴费为主。建立公平适度的待遇保障机制，制定长期护理保险基本保障项目，合理确定待遇保障范围和基金支付水平。健全长期护理保险失能评估、协议管理、经办服务体系，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。

## （三）健全医疗保障服务支撑体系。

**优化医保公共服务效能。**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。加强信息共享和服务衔接，实现参保群众“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。进一步完善市、县、乡、村四级医保服务网络，组建一支医疗保障为民服务队伍，全面打通医疗保障服务“最后一公里”，打造“暖心医保”服务品牌。健全行风建设专项评价长效机制，完善“好差评”结果运用。做好各类人群参保和医保关系跨地区转移接续，支持商业保险机构经办（承办）医保业务。完善异地就医基金支付方式和结算管理机制，建立异地就医定点医疗机构考核评价和定期通报制度。扩大异地就医门诊结算试点范围，完善业务协同管理机制，加强异地就医基金监管，推进省内定点药店异地刷卡结算。实施统一的医保政务服务事项和办事指南，大力推行医保服务事项网上办、掌上办、“一网通办”。优化异地就医备案审核管理，推进异地直接结算及经办服务“医保一码通”。

|  |
| --- |
| 专栏6 医疗保障经办服务提升工程 |
| 1. **实现县区以上医保经办标准化窗口全覆盖。按照省级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. **建成区县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。**
 |

**推动长三角区域医疗保障合作。**探索开展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。在省局统一部署下，统一药品、医用耗材、医疗服务项目三个目录，提升异地就医便利化水平。推进异地就医结算服务的标准化、规范化，推进异地就医门诊直接结算。基于同一接口规范标准，拓展长三角地区的异地就医门诊直接结算联网工作，实现三省一市之间的双向直接结算，进一步扩大异地门诊直接结算范围和效果。建立信息共享平台，实现医保转续结报。推进流动就业人员基本医疗保障关系转移接续和异地就医结算服务。

**强化法治保障。**坚持以习近平法治思想为指导，深入推进全面依法治国。坚持依法行政，深化医保治理和服务改革。落实公众参与制度，对关系群众利益和社会长远发展的重大事项，严格履行调研起草、征求意见、咨询论证、合法性审查和集体研究决定等必经程序，充分吸纳社会各界的意见建议。加大医保法制审核力度，严格开展规范性文件法制审核工作。推进行政执法“三项制度”建设，落实医保统一行政执法指引和文书，加强执法证件管理，促进医保系统行政执法公示制度、执法全过程记录制度和重大执法决定法制审核制度有效落实，规范行政执法自由裁量权，促进行政权力规范运行。扎实做好行政复议应诉工作。继续强化医保法治培训宣传工作，打造一支懂法、用法、守法的专业化队伍。加强医保基金监管法制体系建设，到2025年，基本建成医保基金监管制度体系和执法体系，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、个人守信相结合的全方位监管格局，实现医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化。

|  |
| --- |
| 专栏7 强化法治保障重点工程 |
| **1.深入开展岗位学法活动，积极组织全体干部参加各类法治学习和专题竞赛，努力提高工作人员法治素质。****2.严格落实各项规定，进一步加强规范使用和填写行政执法文书管理，规范档案管理，杜绝不作为、乱作为的现象发生，不断完善创新监管模式，提高整体工作水平。****3.对违法、违规案件要坚决予以纠正，建立健全案件登记和责任追究制度；对需要公示的违法信息，加强监督审查，确保合法、合规。****4.建立完善监督制约和责任追究机制，做到有权必有责、用权受监督、违法受追究。****5、落实行政执法公示制度、执法全过程记录制度和重大执法决定法制审核制度。****6、严格开展规范性文件法制审核工作，确保严格落实深化改革任务，增强各政策文件的衔接性和连贯性，切实提高规范性文件质量。** |
|
|
|
|
|
|
|
|
|

**推进医保信息化建设和智慧医保发展。**以全国统一的信息平台在宿州上线为基础，继续强化智慧医保的基础设施建设，为全市医保业务经办标准化、监督管理智能化、公共服务便捷化、决策分析精准化打下坚实的基础，实现“规范高效‘大经办’、便捷可及‘大服务’、智能精准‘大治理’、融合共享‘大协作’、在线可用‘大数据’、安全可靠‘大支撑’”六大目标。完善覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询；持续推进医保电子凭证应用，优化应用功能、拓展业务场景、提升应用体验，实现在挂号就诊、检查检验、取药支付、信息查询、医保结算等医疗保障服务全流程应用，实现医保服务“一码通办”，支持“跨省通办”政务服务范围的扩展。贯彻执行医保信息业务编码标准，推进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项医保信息业务编码的贯彻应用。加强智慧医保在医保管理监督中的运用，充分利用信息技术、大数据、智能手段，助力支付方式改革、开展智能监控等，使得医保管理监督更智能、更“智慧”，不断提升基金使用效率；利用智慧医保提升公共服务水平和质量，为参保群众和定点医药机构提供更加优质、便捷、高效的医保服务。加强网络和信息系统安全防护，完善网络安全事件应急处置机制，预防和减少网络安全事件造成的损失和危害。

|  |
| --- |
| 专栏8 信息化建设工程 |
| 1. **完成省定的市级医保信息平台建设任务。按既定计划推进医保信息化重点项目建设，力争早启动、早部署、早使用；**
2. **持续推进医保电子凭证应用工作。提升医保电子凭证激活率和使用率，不断拓展医保线上服务业务；**
3. **继续加强基础网络系统建设，实施市县联网建设，建成数据共享、交互协同的全市一体化医疗保障网络体系；**
4. **开展安全体系平台建设工作。规划设计全市医保网络安全系统整体架构，完成信息安全系统等级保护三级备案测评和建设工作，提高网络、安全性和稳定性。**
 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|

**加强医疗保障队伍及能力建设。**优化提升干部队伍的能力素质，进一步研究制定干部教育培训中长期规划，以提升政治能力为核心，聚焦医疗保障中心工作，分层次分专业开展医疗保障系统干部培训，努力造就一支心中有理想、肩上有担当、身上有本领、脚下有定力的医疗保障干部队伍。适应医保基金常态化、精准化监管改革需求，成立医保基金安全监管中心，加强医保基金监管队伍建设，选优配强医保基金监管专业型人才，落实行政执法人员资格准入制度，推进严格规范公正文明执法。强医疗保障政策研究，建立医保政策评估机制。做好医保人才队伍建设计划，选优配强医保力量，主动加强与市编委办、市委组织部等部门的沟通，加强医保部门工作力量；根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》规定，配齐医疗机构和零售药店的医保管理人员。强化业务培训，提高医疗保障业务人员工作能力和管理水平。加强医保部门之间沟通交流、信息互通，提高办事效率。强化基层经办机构能力建设，确保医疗保障各项工作落到实处。

|  |
| --- |
| 专栏9 加强医保队伍能力建设 |
| **1.组建医保政策宣讲团，常态化、多渠道开展医保政策宣讲工作。研究制定干部教育培训中长期规划。****2.探索通过购买服务方式，规范和加强与科研机构、医保协会（研究会）等社会组织的合作，更好发挥高端智库和专业机构的决策支持作用。**  |

四、保障措施

**（一）加强党的全面领导。**

全面加强党对医疗保障事业的集中统一领导，医疗保障系统各级党组织要增强“四个意识”,坚定“四个自信”,做到“两个维护”，不断提高贯彻新发展理念、构建新发展格局能力和水平，加快把党的政治优势、制度优势转化为发展优势，把党的领导贯彻到医疗保障制度改革发展全过程，坚持以项目为抓手带动规划实施，加强对规划实施情况的跟踪分析和监督检查。

**（二）加强部门协同配合。**

加强“三医联动”，建立部门协同机制，加强医保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套。市医疗保障主管部门负责统筹推进医疗保障制度改革，会同有关部门研究解决改革中的重大问题，指导全市各地做好医疗保障工作。其他相关部门要依法履职，明确任务，完善政策措施，协同推进改革。

**（三）加强舆论氛围营造。**

各部门要主动积极做好医疗保障政策解读和宣传，加强医疗保障制度改革的宣传推广、科学引导和典型报道，及时回应社会关切，有效合理引导预期，注重倾听群众呼声，做好舆情精准研判。充分调动各方支持配合改革的积极性和主动性，凝聚社会共识。加强对定点医药机构和广大参保人员有关医保法律法规政策宣传，树立参保人的健康管理意识，提高定点医药机构和参保人员法治意识。

**（四）加强规划监测评估。**

规划确定的指标和任务，是对全市人民群众的郑重承诺，要建立健全规划实施机制。积极开展规划实施情况监测评价，接受人大、政协和人民群众等各方面的全面监督。鼓励多方参与，积极引入第三方评估，确保规划部署落到实处、改革成果人民共享。