

安康市医疗保障局 安康市发展和改革委员会 文件

安医保发〔2021〕104号

安康市医疗保障局 安康市发展和改革委员会 关于印发《安康市“十四五”医疗保障事业 发展规划》的通知

各县（市、区）人民政府、市直各相关部门：

《安康市“十四五”医疗保障事业发展规划》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

安康市医疗保障局

安康市发展和改革委员会

2021年11月30日

安康市“十四五” 医疗保障事业发展规划

安康市医疗保障局

目 录

引 言	1
-----	---

第一章 “十三五” 主要成就

第一节	基本医保稳步推进	保障水平趋向合理	2
第二节	保障体系逐步形成	大病救助不断提升	3
第三节	生育保险合并实施	妇女权益得到保障	4
第四节	城乡医保整合统一	制度运行平稳有序	4
第五节	医保扶贫成效显著	有效防止返贫致贫	5
第六节	支付改革破冰启航	价格管理初见成效	6
第七节	基金监管有力有序	有效遏制欺诈骗保	6
第八节	异地就医渠道畅通	经办服务不断优化	7
第九节	疫情防控有力有序	两个确保全面落实	8

第二章 面临的挑战和机遇

第一节	困难和挑战	9
第二节	优势和机遇	9

第三章 “十四五” 指导思想和奋斗目标

第一节	总体思路	10
第二节	基本原则	11
	一、应保尽保、保障基本	11
	二、促进公平、筑牢底线	11
	三、治理创新、提质增效	11
	四、深化改革、统筹规划	12
	五、加强监管、优化服务	12
第三节	规划目标	
	一、全民参保稳步实施	13
	二、待遇保障公平适度	13
	三、医保支付科学高效	14
	四、基金收支总体平衡	14
	五、经办服务方便快捷	14
	六、监管体系逐步完善	15

第四章 “十四五” 医保工作重点

第一节	深化制度改革，建设公平医保	
	一、完善医保政策	15
	二、落实全民参保	16
	三、实施支付改革	16
	四、加快招采落地	17
	五、完善医药价格机制	17

	六、构建健康保障体系.....	18
第二节	加强基金监管，建设法治医保	
	一、建立基金监控队伍.....	18
	二、健全监督检查机制.....	19
	三、依法打击欺诈骗保.....	19
	四、加强基金预算管理.....	20
	五、完善基金核拨制度.....	20
	六、加强医保协议管理.....	20
	七、健全社会监督制度.....	20
	八、加强法规宣传培训.....	21
第三节	提升信息水平，建设智慧医保	
	一、完善医保经办信息系统.....	21
	二、建设医保智能审核系统.....	22
	三、持续推进医保编码工作.....	22
	四、推广医保电子凭证应用.....	22
第四节	健全诚信体系，建设诚信医保	
	一、实施红黑名单制度.....	23
	二、医师护士信用制度.....	23
	三、参保个人信用制度.....	24
	四、参保单位诚信制度.....	24
	五、医药企业诚信制度.....	24
	六、两定机构诚信制度.....	25
第五节	强化服务能力，建设便民医保	

一、实施便民服务	25
二、推进行风建设	25
三、优化就医结算	26
四、建设医保窗口	26

第六节 推动乡村振兴，建设惠民医保

一、认真落实脱贫过渡期医保政策	27
二、深入推进乡村振兴战略实施	27
三、全面建立防止返贫长效机制	28

第五章 “十四五”规划保障措施

第一节 加强组织领导	29
第二节 完善医保制度	30
第三节 强化部门联动	30
第四节 落实经费保障	31
第五节 狠抓队伍建设	31

安康市“十四五”医疗保障事业发展规划

引 言

2021-2025 年是我国由全面建成小康社会向基本实现社会主义现代化迈进的关键时期，也是安康新时代加快追赶超越步伐，推动高质量发展的关键期。“十四五”时期我市医疗保障工作任务十分艰巨，困难与机遇并存。要深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会以及省委十三届三次全会、市委四届十一次全会精神，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，科学编制和实施全市“十四五”医保事业发展规划。安康市“十四五”医疗保障发展规划以国家医保工作相关法律、法规、政策为依据，按照中央、省、市关于医保事业发展规划的总体部署，通过总结“十三五”时期安康市医保事业发展成就，分析研判医保事业发展面临的形势，确定提出“十四五”时期安康市医保事业改革发展的总体目标、主要任务、工作重点和保障措施，推进全市“十四五”时期医疗保障事业快速健康发展，促进健康安康战略实施，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

第一章 “十三五”主要成就

“十三五”期间，在市委、市政府的领导下，全市按照“完

善制度、规范管理、扩大受益面”的总体要求，紧紧围绕满足人民群众基本医疗需求，不断加大医保制度建设力度，在医保重点工作上下功夫，医保各项工作取得了重大成就，医保机构基本健全、医保制度逐步完善、医保缴费报销渠道畅通，医保政策和服务措施受到人民群众广泛接受和认可，呈现出“管理规范、监督有力、运行安全、保障适度”的良好局面，为增进民生福祉、维护社会和谐稳定作出了积极贡献。尤其是2019年1月24日安康市医疗保障局成立以来，紧紧围绕“四个确保”目标，边组建、边工作，大力践行“安康创优精神”，坚持迎难而上，积极主动作为，医保扶贫、两保整合、基金监管等任务超常规推进，药品带量采购、支付方式改革、“两病”门诊保障等工作全方位开展，医保基金收缴、信息系统建设、打击欺诈骗保在全省率先铺开，不断加强医保基金监管，实现了机构改革期间业务运行平稳有序、基金安全可持续、群众待遇基本保障。制度机制创新、各项业务推进、数据资料报送多次受到省医保局领导肯定，为制定“十四五”发展规划打下坚实基础。

第一节 基本医保稳步推进 保障水平趋向合理

“十三五”期间，医疗保障制度改革持续推进，基本医疗保障制度覆盖全民，城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗有效整合。截至2020年底，全市城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险分别覆盖20.98万城镇职工和262.58万城乡居

民。城乡居民基本医疗保险筹资标准逐年提升，从2016年的560元/人年逐步提高到2020年的800元/人年，全市城乡居民政策范围内就医实际补助比例从2016年的60%提高到现在的70%以上。2020年全市筹资规模达21.40亿元，当年基本医保基金支出18.89亿元。“十三五”期间，职工医保统筹基金高效运转，政策范围内就医费用报销比例达到80%以上，支撑能力持续稳定在8个月的合理范围。2020年全市城镇职工基本医保（含生育保险）基金征收8.22亿元，增长率为16.52%。全年共有158.21万人次享受了职工基本医保待遇，共计支出7.04亿元。

第二节 保障体系逐步形成 大病救助水平提升

经公开招标，我市由中国人寿安康分公司承办全市城乡居民大病保险工作。按照统一标准、统一实施、统一管理的原则实行市级统筹。筹资标准从2016年的25元逐步提高至2020年的65元。对治疗发生的高额医疗费用，在城乡居民基本医疗按政策补助后，政策范围内医疗费用达到大病保险支付条件和标准的，继续给予支付。截至2020年底，已累计提供大病服务22.56万人次，支付大病补偿金6.47亿元，均次补偿0.28万元。“十三五”期间，职工大病保障力度逐步提升，基本医疗保险统筹基金最高支付限额从4万元调整至6万元，大病医疗保险最高支付限额稳定在20万元，大病医疗救助保险最高救助封顶线从8万元调整至40万元。2018年市政府出台了《安康市市级机关公务员医疗

补助办法（试行）》，针对公务员补助范围的单位，按工资总额的2%建立公务员医疗补助资金，在大病救助政策的基础上对补助项目、起付线等方面进一步优化。2020年，全市大病医疗保险和大病医疗救助基金共计征收7758.02万元，支出4890.74万元；公务员医疗补助基金征收11405.93万元，基金支出6064.10万元。

第三节 生育保险合并实施 妇女权益得到保障

“十三五”期间全市孕产妇住院分娩率99.97%，早孕建册率99.26%，孕产系统管理率96.86%，产后访视率97.35%，新生儿访视率97.94%，三岁以下儿童健康管理率96.11%，婴儿死亡率0.212%，各项指标优于国控标准，妇女儿童健康安全得到进一步保障。2019年11月25日，印发了《安康市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则》，将职工生育保险费并入职工医保征收，基金并入职工医保基金专户管理，支付期限按照全省统一标准执行，增加孕产妇800元产前检查费，定额生育医疗费通过职工医保信息系统“一站式”结算。2020年全市参加生育保险的职工129925人，享受生育保险待遇4134人次，生育医疗费和生育津贴分别支出937万元和1652万元。

第四节 城乡医保整合统一 制度运行平稳有序

“十三五”期间，先后制定了《安康市整合城乡居民基本医

疗保险制度实施方案》《城乡居民基本医疗保险市级统筹办法》《城乡居民医保市级统筹办法实施细则》等制度。2019 年全市医保部门成立后，按照“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的方针，以制度整合为目标，以市级统筹为基础，整合城镇居民医保和新农合，实现城乡居民医疗保险制度的覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”，基本完成城乡居民医保市级统筹。市、县医保部门均设立城乡居民医保基金专户，明确县（市、区）化解透支亏空基金责任，归集市级统一管理，实现市级统筹全面落地运行。2020 年 1 月全市新的医保信息系统成功上线，集成了基本医疗、大病保险、医疗救助结算功能，基本建成了基本满足城乡居民医保需要的新的信息系统，将“一站式”结算范围由原来县域内扩大到市域内，实现了慢性病、门诊统筹、两病用药系统结算。全市接入信息系统并正常使用三级医院 3 家、二级医院 37 家、一级医院 15 家、镇卫生院 96 家、村卫生室 1100 家。

第五节 医保扶贫成效显著 有效防止返贫致贫

“十三五”期间，我市坚持精准施策，严格落实贫困人口参保资助和待遇倾斜政策，确保 79.91 万人建档立卡贫困人口和 1.2 万人“边缘户”全部参保缴费。健全重特大疾病医疗保险政策，贫困人口政策范围内住院费用报销比例达到 80%以上，对“三重保障”报销后未达到标准地利用救助制度全部予以补齐，有效防

止返贫致贫。全面实行“先诊疗后付费”、进一步方便贫困群众享受待遇，市内就医全部实行“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。

第六节 支付改革破冰启航 价格管理初见成效

在推进DRG和紧密型县域医共体建设的基础上，制定下发《安康市基本医疗保险付费总额控制实施意见》，加快推进以总额控制为基础、以单病种付费为主体的复合型支付方式改革，有效控制了住院费用不合理增长。通过科学合理的支付制度引导规范医疗服务行为，促进分级诊疗，对保障医保基金安全，提升基金使用效益起到积极作用。2020年，紧跟国家组织药品集中采购使用试点扩围工作步伐，制定《安康市落实国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围工作方案》，全面执行中选药品价格。使用的112个品种54%，最高降幅达96%，人工晶体、冠脉支架等高值医用耗材集采工作陆续实施。整理修订历年医疗服务项目价格调整内容1600余项，核定公布现行有项目无标准医疗服务项目价格572项，解决基层医疗机构有技术无收费标准问题。2020年4月1日起全市所有公立医疗机构取消医用耗材加成，同步调整医疗服务项目价格1229项用以补偿医疗机构取消医用耗材加成减少的合理收入。

第七节 基金监管有力有序 有效遏制欺诈骗保

“十三五”期间先后制定出台《安康市打击欺诈骗取医疗保障金专项治理行动方案》，细化《陕西省欺诈骗取医疗保障基金举报奖励实施细则》，成立了由市政府分管领导任组长、市直相关部门负责同志担任副组长及成员的领导小组，扎实开展打击欺诈骗保专项行动。公布举报奖励办法和市县区两级举报电话，开展“打击欺诈骗保集中宣传月”活动，组织两定机构自查自纠，开展打击欺诈骗保专项检查，2020年现场检查两定机构3229家，处理违规单位291家，其中暂停医保定点协议34家，解除医保定点协议6家，移送司法机关查处1家，对查获定性违规医疗金额2.9亿元，责令立即整改。对查获定量违规医疗金额1.2亿元，予以全部追回。从严打击了欺诈骗保行为。

第八节 异地就医渠道畅通 经办服务不断优化

“十三五”期间，全市医疗保险经办工作按照“政策熟、业务精、服务优”的工作要求，坚持“互联网+医保”的信息化目标定位，不断扩大网上经办业务范围，逐步完成了城乡居民和职工的基本医疗保险、大病保险、大病医疗救助和公务员医疗补助的上线运行，实现了参保群众住院就医“一站式”结算。2016年5月开始推行职工慢性病购药实时结算，2017年5月开通跨省异地就医结算功能，2020年底实现了职工医保个人账户省内异地刷卡结算。截至2020年底，全市参保人员可选跨省异地就医定点

医疗机构达 133503 家，异地刷卡定点药店达 88541 家。通过积极探索“网上办”，大幅减少“群众跑腿”，加速发展“数据跑腿”的新模式。各级经办机构在单位和市、县（市、区）政务大厅设立经办窗口，实行“前台综合受理、后台分类审核、统一窗口出件”的综合服务模式，重新制定《医疗保障经办政务服务清单》，不断优化办事指南和简化办理材料，经办时限在国家要求的基础上缩短了 20 天，着力为广大参保人员提供高效优质的医保经办服务。

第九节 疫情防控有力有序 两个确保全面落实

2020 年，新型冠状病毒感染肺炎疫情发生后，全市医保系统快速反应、积极应对，全面落实“两个确保”，及时支付确诊和疑似患者救治费用 49.6 万元，预拨医保基金 4300 万元，取消异地转外就医支付比例调减，扩大服务项目、扩大防护用品支付范围，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。缓缴职工医疗保险参保费，延长城乡居民基本医保缴费窗口期，助力复工复产。推行绿色通道“及时办”、长期处方“便民办”、放宽时限“延期办”、抓好防护“放心办”四项举措，高效应对新冠疫情。

第二章 面临的挑战和机遇

第一节 困难和挑战

面对人民群众日益增长的医疗保障需求，我市医疗保障事业的发展还存在很多困难和挑战。医保制度碎片化问题依然存在，补充性保障发展滞后。支付制度改革推进缓慢，基金使用效率有待提高。基层经办力量薄弱，基金监管合力尚未形成。医疗保障信息化建设滞后，各县区管理服务水平差距尚存。同时，随着医疗科技领域创新突破，新型医疗技术、新型耗材的运用，互联网医疗、智慧医疗等医疗服务模式蓬勃发展，使得医疗费用快速提升。慢性病发病率逐年攀高，疾病谱正向年轻化转变。加之人口老龄化速度加快，医疗和账户成本随之上升。全市人民生活水平不断提高，健康意识持续增强，对高质量的医疗保障服务有了更高的期待。

第二节 优势和机遇

2020年2月，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）正式印发，2021年1月15日，国务院颁布了《医疗保障基金使用监督管理条例》（735号令）。党中央已经做出了关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，在着力解决医疗保障发展不平衡、不充分问题上提出了具体指导意见，为全面建立中国特色医疗保障制度描绘了蓝图。立足市情，审时度势，全市脱贫攻坚取得了决定性胜利，经济增速连

续五年领跑全省，人人享有的基本医疗保障格局已经基本形成，医疗服务网络建设日趋完善，我市迎来了加快构建覆盖全民的高质量医疗保障制度体系的重要战略机遇期。

第三章 “十四五” 指导思想和奋斗目标

第一节 总体思路

医疗保障事业是事关人民群众健康福祉的重大民生工程，党中央、国务院高度重视。特别是党的十八大以来，习近平总书记多次就全民健康和医疗保障作出重要指示、提出明确要求，为做好新时代医保工作指明了前进方向、提供了根本遵循。

“十四五”期间，是安康市建设小康社会的关键时期，也是全市医疗保障事业全面启程、整体发力的第一个五年，更是建立健全我市医疗保障体系的最好时机。2021年3月，市政府出台了《进一步加强医疗保障工作意见》，要把握新情况、适应新形势，抓住新机遇，应对新挑战，推进医疗保障能力和水平全面提升，让广大人民群众共享改革成果，获得看得见的实惠。坚持全覆盖、保基本、可持续，织密织牢全民医疗保障网。以办好人民满意的医保为主线，突出“强化基金监管和提升经办服务”两大主题，把握“人民健康、医疗发展，医保持续”三者关系，实施“法治医保、智慧医保、诚信医保、便民医保”四项工程，以“参保扩面、支付改革、风险管控、信息系统、队伍建设”五个重点，着

力打造医保“安康模式”，努力实现“十四五”医疗保障的奋斗目标！

第二节 基本原则

一、应保尽保、保障基本

把人民群众的获得感、幸福感、安全感放在首位，实现基本医疗保障从“广覆盖”走向“全覆盖”，从“制度全覆盖”走向“人群全覆盖”，让各类人群均有享受医疗保障的机会。针对低收入群体、灵活就业人员、新业态就业人员，参保困难群体，学生、新生儿、缴费中断人员等应参保对象，制定参保政策，稳步推进全面参保，实现人人享有基本医疗保障的目标。

二、促进公平、筑牢底线

强化制度公平，逐步缩小待遇差距，将医保改革和发展作为重要的民生工程，突出保障基本，做好普惠性、基础性、兜底性的民生建设，引导人民群众合理预期，坚决纠正过度保障行为。要稳步提升医疗保障待遇水平，科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，加强统筹共济，确保基金可持续，完善医疗保障待遇调整机制，建立医疗保障与经济社会发展动态协调机制。

三、治理创新、提质增效

推进医疗保障经办机构法人治理，积极引入社会力量参与经办服务，探索建立共建共治共享的医保治理格局。加强监管和社会监督，严厉打击欺诈骗保行为，加大惩戒力度，管好用好医保

资金，维护群众医疗保障合法权益。要在强化地方政府保障和改善民生主体责任基础上，引导市场发挥资源配置的决定性作用，突出资源整合、统筹谋划，提高政府的服务效率，增强医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。明确不同医疗保障主体的责任，相互协调、互相补充、各司其职，形成全社会协同推进的良好格局；进一步完善医疗保障的管理职责，实现交叉部门和机构之间的无缝衔接。

四、深化改革、统筹规划

围绕医疗保障治理现代化建设目标，发挥市县医疗保障局在政策指引、体系建设、组织协调、基金监管、医疗服务监管等方面的主导作用，统筹推进全市医疗保障改革工作。以强烈责任担当推进市县医保改革，运用新理念、新机制、新方法、新技术提升医保治理能力和水平，推动医疗保障各相关主体与不同项目之间的协同发展，实现政府、市场、社会等多元主体相互补充、协同参与，促进城乡、区域之间医疗保障的融合发展。同时要把握改革节奏、力度，处理好社会稳定、收入增长、药费支出的关系。准确把握现状，深刻剖析症结，深化药品集中采购和使用，推进高值医用耗材、医疗服务价格、医保支付方式改革，增强改革的系统性、整体性、协同性。

五、加强监管、优化服务

坚持保障基本医疗需求的原则，合理确定医疗保险基本保障项目，引导参保人员合理利用医疗服务，确保医疗保险制度稳健运行；坚持严格管理和改善服务并重，强化对医疗服务的监督管

理。以群众满意度作为衡量工作的标准，千方百计把服务流程设计得更方便，把管理变得更加人性化，尽量让群众少跑腿，让数据多跑路，为群众提供更加优质满意的服务。简化社区提供基本医疗服务的基层医疗机构（包括社区卫生服务中心和社区卫生服务站，以及门诊部、诊所、医务所、村卫生室等机构）申请医疗保险定点服务的手续。定期向社会公示定点医药机构名单。

第三节 规划目标

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。

一、全民参保稳步实施

建立“政府主导、税务部门主责、镇办（单位）主抓、部门配合”的基本医保参保体系，确保应保尽保。全市用人单位依法为职工参加城镇职工基本医疗保险，城乡居民自愿主动参加城乡居民基本医疗保险，实现全民参保。

二、待遇保障公平适度

坚持公平普惠，加强基本医保主体保障功能，巩固住院待遇水平，城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用支付比例和政策范围内支付比例不低于 70%。积极发挥城乡居民大病保险对基本医疗保险补充和延伸功能。完善城乡居民医疗救助政策，增强医疗救助托底保障作用。精准推进医保扶贫，医疗救助政策落实

率达到 100%，探索建立适应市情的长期护理保险制度，从职工基本医疗保险参保人群逐步推广，重点解决重度失能人员基本护理保障需求，优先保障符合条件的失能老年人、重度残疾人药费报销问题。

三、医保支付科学高效

严格执行基本医疗保险药品目录和诊疗服务项目，规范医保总额控制、病种付费、按床日付费、按人头付费等医保付费方式，逐步建立以保证质量、控制成本、规范诊疗，发挥医保支付的激励约束作用，全面推行规范科学的DRG付费机制，建立起现代化的数据治理机制，形成数据采集、存储、使用的规范和标准，从 2021 年起率先在市县医院进行试点，2023 年后逐步建立以病种为基本单元，以结果为导向的医疗服务付费体系，力争 2025 年实现住院以总额预算、按病种分值付费为主的多元复合支付格局，住院费用按病种付费覆盖面（含DRG或DIP）90%以上。

四、基金收支总体平衡

科学编制医疗保障基金预算，加强预算执行，全面实施预算绩效管理。建立与安康市情相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资机制，加大风险预警和防范力度，坚决守住不发生系统性风险底线。加强医疗保险基金预算管理，完善医保基金预算编制和管理办法，树立预算在基金管理中的核心地位，完善预算执行分析报告制度，提高预算编制质量，增强预算执行约束力，实现医保基金安全运行可持续。

五、经办服务方便快捷

推进医疗保障政务服务和业务办理模式改革，落实“互联网+医保”，利用互联网和移动终端，实行全领域、全流程的“网上办理”，实现“线上办、一次办、即时办”，提供“不见面、零距离”服务，构建城乡居民和贫困家庭共享优质医保服务新格局，构建更加方便群众就医、报销的服务体系。

六、监管体系逐步完善

医疗保障基金（以下简称医保基金）是人民群众的“看病钱”“救命钱”，始终把医保基金安全作为首要任务，要织密基金监管的制度笼子，建立健全医保监管信用体系，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。

第四章 “十四五” 医保工作重点

第一节 深化制度改革 建设公平医保

一、完善医保政策

规范医保政策动态调整程序，修订职工医保市级统筹办法，全市执行统一的医疗保险待遇政策，做实市级统筹，实现全市基本政策、待遇标准、基金管理、经办服务、定点管理、信息系统六统一。完善推进职工基本医疗保险门诊共济保障改革，增强医

保基金门诊统筹保障功能。动态调整城乡居民医保慢性病、门诊特殊治疗病种范围和待遇支付标准，落实特药管理，引导参保居民慢性病、常见病和一般性疾病在基层医疗卫生机构和门诊治疗。逐步将门诊手术、日间手术纳入基金支付范围。

二、落实全民参保

建立“政府主导、税务部门主责、镇办（单位）主抓、部门配合”的基本医保参保征缴体系，经办部门负责参保登记和缴费核定，税务部门负责统一征缴，财政部门管理医保基金。各县区政府负责任务分解、进度考核，各镇办落实网格化全覆盖管理，各用人单位落实职工依法参保责任，确保应保尽保。建立各部门业务协同机制，实行参保信息互联互通和动态更新，加强参保人员信息比对和共享，核实断保、停保人员情况，依托全国医疗保障信息平台，清理无效、虚假、重复数据，补充完善参保人参保权益记录。丰富医保缴费渠道，为参保人员提供多形式、便捷的缴费方式。

三、实施支付改革

全面执行医疗机构的总额预算管理，建立全市总额预算管理办法，推进医保支付方式改革。综合考虑物价水平、医疗消费行为、总额增长率等因素，动态调整医保基金总额控制指标和支付标准。建立结余留用、合理超支分担机制，健全经办机构与医疗机构协商谈判机制，实行总额付费与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩。合理科学确定病种付费标准，鼓励医院积极开展病种付费，全市单病种付费病种不少于100种。稳步推行病种分

值付费，建立病种和疾病诊断相关分组技术为支撑的医疗机构诊疗成本与疗效评价体系。实行医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费。

四、加快招采落地

深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革，坚持招采合一、量价挂钩，以带量采购为原则，通过落实医保基金预付、做好医保支付标准与中标价协同、结余留用、完善医保支付方式、建立健全考核机制等配套政策措施，全面推进药品和医用耗材集中采购工作。以药品集中采购和使用为突破口，逐渐扩大医保经办机构与医药生产（流通）企业直接结算范围。逐步实现集采工作的运作常态化、政策标准化、操作规范化、队伍专业化。通过集中带量采购，降低药品和医用耗材价格，减轻群众和医保基金负担，促使企业回归成本和质量竞争，医药产业从营销驱动向创新驱动转变，从根本上改善医药行业生态环境。

五、完善医药价格机制

按照“总量控制、结构调整”的原则，逐步提高体现医护人员技术劳务价值的医疗服务价格标准，降低检查检验项目标准，理顺医疗服务价格比价管理，总体体现医疗收费降低，患者负担减轻。建立以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，通过集中带量采购，促使药品和医用耗材价格回归合理水平。探索建立医疗服务价格调整机制，适时适度调整医疗服务价格，有利于基金监管的公平合理。深化“放管服”改革，在尊重市场规律，尊重经营者自主定价权的基础上，综合运用监测预警、函询约谈、

成本调查、信用评价等方式，建立健全药品和医用耗材价格常态化监管机制。

六、构建健康保障体系

坚持整治医疗机构以赚钱为中心转变到以治病为中心，全力构建以健康为中心的医疗保障体系。治理混乱、堵塞浪费、建章立制，树立治未病、大健康的思想。坚决整治不正确的医疗行为，不断加强医疗机构和医务人员的监督检查，严肃整治过度用药、检查和违规医疗行为。通过改革体制、建立机制，让医学回归到救死扶伤的本质上来，有效解决人民群众“看病难、看病贵”问题。

第二节 加强基金监管 建设法治医保

一、建立基金监控队伍

加强基金监管队伍能力建设，组建专业监管队伍，配备专用执法装备。提升医疗保障监管人才队伍素质，建立严格的人才准入、培训和管理制度，开展形式多样的大学习大培训，建设责任心强、业务精良的专业化的基金监控队伍，开展对医保基金的监测、风险评估、预警等日常性监管工作，确保医保基金的安全。完善医疗保障专家咨询制度，建立涵盖医学、药学等多领域的专家库，制定医疗保障政策、稽查稽核等方面专家咨询机制，充分发挥专家在行动决策、争议解决等方面的作用。加大市县政府采购服务的力度，引入商业保险机构、专业律师团队、医药专家、

信息技术服务、审计会计事务机构等第三方机构力量作为行政监管的有力补充，共同参与医保基金的管理、医疗稽核、专项行动，强化医保监管的专业性、独立性和权威性。

二、健全监督检查机制

强化定点医药机构长效监管，推行“双随机、一公开”监管机制，建立完善日常巡查、专项检查、飞行检查、专家评审等相结合的检查制度。建立部门联动机制，开展联合检查，形成监管合力。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，建立和完善政府购买服务制度，推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性、效益性。制定完善检查工作程序和检查文书，规范检查行为，制定违法违规处理标准，规范自由裁量权，做到民主、公开、公平、公正处理医保违法违规行为。

三、依法打击欺诈骗保

依法依规加大对欺诈骗保的行政处罚力度，对欺诈骗保行为“零容忍”。综合运用司法、行政、协议等手段，严惩重罚欺诈骗保的单位和个人。积极发挥部门联动作用，对经医疗保障部门查实、欺诈骗保情节特别严重的定点医药机构，由卫生健康、市场监管部门依法作出停业整顿、吊销执业（经营）资格、从业限制等处罚。因违法违规被解除服务协议的定点医药机构，3年内不得申请医保定点。对具有骗取医保基金或倒卖药品等违规行为的参保人，给予暂停医保直接结算等处理。涉嫌违反法律法规的，提请行政部门进行行政处罚或由行政部门移送纪检、司法机关依

纪依法追究纪律和刑事责任。

四、加强基金预算管理

加强基金预决算和风险预警，实行医保基金市级统管统支、统一核算和调配使用。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，科学编制医保基金收支预算，加强预算执行监督，健全基金运行风险评估、预警机制和基金内审考核制度。

五、完善基金核拨制度

完善医保基金市级统筹上解下拨流程，优化异地就医结算流程。规范医疗保险待遇审核工作，完善医疗保险待遇核拨的初审、复审、复核逐级审核责任制度，切实保障基金安全和参保人合法权益。

六、加强医保协议管理

贯彻落实国家医保局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，加强协议管理。完善定点医药机构协议管理制度，严格审核备案程序，优化定点申请、组织评估、协商谈判和协议签订、变更、解除等管理流程，完善定点医药机构考核办法，建立定点医药机构动态管理机制。坚持按事权设置管理定点机构，全面推行定点资质互认。

七、健全社会监督制度

鼓励和支持社会各界参与医保基金监督，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。建立医保基金社会监督员制度，聘请人大代表、政协委员和新闻媒体担任社会监督员，定期对定点医药机构、经办机构执行医保政策情况进行评议。建立举报奖励

制度，设立举报电话及信箱，落实举报奖励资金预算管理。邀请新闻媒体和监督对象参与现场检查、稽核暗访等工作，及时发布打击欺诈骗保成果及典型案例。

八、加强法规宣传培训

大力开展医疗保障法律法规的宣传和培训，充分运用各种媒体，开设医保专栏，开展医保访谈、公开信息、宣讲知识等形式的宣传，讲好医保故事，惠及广大民众。开展医保宣传“六进活动”，与群众零距离宣传。开展“医保大讲堂”，通过请进来和走出去，着力提升医保干部的综合能力。开展对两定机构人员的医保业务培训，做到每年培训全覆盖，提高两定机构人员医保业务水平，树牢基金监管责任意识。及时推广宣传医保先进典型，弘扬医保正能量，积极回应社会关切和人民关心的重点、热点问题，努力营造医疗保障改革良好的舆论氛围。

第三节 提升信息水平 建设智慧医保

一、完善医保经办信息系统

加快推进医保标准化和信息化建设，严格落实政务信息系统整合共享要求，着力推进“互联网+医保”，推广应用全国统一的医保信息系统，建设高效便捷的医保业务经办网络，保障医保网络安全运行。充分运用云技术，大数据技术，高标准建成互联互通的医保平台，实现跨层级、跨区域数据共享，实现互联网+医保的应用，提高医保经办信息化水平。到 2025 年医疗保障服务

体系的自动化、信息化、标准化全面提升，让人民群众享受到更加透明、更加便捷的医保服务。

二、建设医保智能审核系统

加强医保智能审核监控系统应用，制定统筹经办结算流程、总控管理办法、医保智能审核实施方案，优化规则设置及审核流程、医院端口查询和信息反馈系统，实现与定点医药机构信息系统无缝对接，开展药品、医用耗材进销存实时管理。针对欺诈骗保行为特点，不断完善药品、诊疗项目和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，提升智能监控功能，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。

三、持续推进医保编码工作

动态维护医保药品、医用耗材、医疗服务项目分类与代码等15项医保信息业务编码标准，推进数据清洗、数据迁移等工作，提高数据质量；及时解决好在标准贯彻执行中的业务编码测试政策、15项标准化编码规则、数据库维护角色和信息业务编码工作操作的困难和问题，全面推进医保信息业务编码贯彻应用。

四、推广医保电子凭证应用

加强对医保电子凭证应用的推广和宣传，充分发挥医保电子凭证方便快捷、应用丰富、安全可靠等优势，不断提升医保信息化服务水平。不断扩大医保电子凭证支付应用范围，2021年基本实现推广应用全覆盖；要加强工作协调和督导，及时处理在应用过程中的各类问题，确保辖区内所有医保定点单位使用医保电子

凭证。各定点药店、定点医疗机构门诊要主动引导群众使用医保电子凭证。通过电视、报纸、公众号、微信等多种方式向参保群众广泛宣传医保电子凭证，实现医保电子凭证激活人数占参保人数的70%以上。

第四节 健全诚信体系 建设诚信医保

一、实施“红黑”名单制度

完善医保“红黑名单”制度，对严重违法违规行为纳入“红黑名单”管理，有效发挥“红黑名单”作用。将遵守法律法规、规范执业、践行文明的单位或个人纳入“红名单”。将违反法律法规、不履行法定义务、违背诚信守诺原则、弄虚作假、侵犯患者合法权益等单位或个人纳入“黑名单”。加大“黑名单”监管力度，实施联合惩戒，提高失信成本，形成“一处失信、处处受限”的信用惩戒格局。通过“红黑”名单制度推进医疗机构、零售药店、医师等行业协会开展行业规范和自律建设，促进行业自我规范和自我约束。

二、医师护士信用制度

有计划有步骤持续开展对医药机构、医保医师的诚信教育，逐步探索建立医保医师护士的诚信约束刚性机制。全面采集从业人员诚信记录，纳入医保信息系统管理，实施诚信积分管理，接受社会公众和各类市场主体查询。将医保医师（护士）执行医疗保险政策、履行服务协议、提供医疗服务的质量及满意度评价等

情况，与医保从业资格、职务晋升挂钩。对查实具有骗取医保基金等违规行为的医师，视情节严重程度给予停止 1-5 年医保结算资格的处理，并将违规行为通报卫生健康行政部门。

三、参保个人信用制度

探索建立参保个人信用制度，将个人参保、就医购药记录纳入诚信体系管理。组织开展对参保人员相关法律法规宣传教育，提高广大参保人员在参保、就医过程中的道德约束，防止和抑制欺诈骗保等违法行为发生。加大对失信主体的惩戒力度，对查实有欺诈骗保或违规行为的失信参保人予以停止医保结算处理，对诚实守信的参保人员通过有效形式适度奖励，维护公平公正的医保公共秩序。

四、参保单位诚信制度

建立用人单位参保信用制度。将按时参保登记、足额申报缴费基数、应保尽保等作为重要诚信指标，实行用人单位参保登记“申报承诺”制。强化缴费基数核定和日常稽核工作，对查实有漏报、瞒报、少报等行为的参保单位，社会保险行政执法部门可依法进行处罚。

五、医药企业诚信制度

加强对守信主体的奖励和激励，加大对守信行为的表彰、宣传和支持力度。按规定对诚信企业和模范个人给予表彰。深化信用信息和信用产品的应用，对诚实守信定点医药机构实施“绿色通道”“容缺受理”，减少日常监管频次等激励措施，对诚实守信的医药企业实行适当倾斜政策。

六、两定机构诚信制度

建立定点医疗机构与协议零售药店诚信档案，对不严格履行医疗服务协议，出现违规失信行为的定点医疗机构与协议零售药店纳入信用黑名单，取消协议资格。充分利用医保信息系统平台，探索建设信用记录模块的医保基金监管信用体系管理平台，将定点医疗机构、医保医师履行定点管理协议、骗取医保基金等情况对应基金监管信用评价指标进行量化，纳入平台进行规范化动态管理，定期公示公告评价结果，起到警示，促进诚信。

第五节 强化服务能力 建设便民医保

一、实施便民服务

规范全市医保经办服务流程，推进医疗保障政务服务和业务办理模式改革，建立统一、规范、标准的经办模式，落实“互联网+医疗”，搭建“安康医保”公共服务平台，开通微信公众号和手机APP端的医保个人缴费信息查询、消费推送、异地就医备案、移动脱卡支付等服务，利用互联网和移动终端，提供“不见面、零距离”服务，坚持传统服务方式与智能化服务创新并行，提高医疗保障服务适老化程度，更好地为人民群众提供公平可及、便捷高效、温暖舒心的医疗保障服务。

二、推进行风建设

加强经办队伍建设，完善优化服务规程和服务标准，规范经办服务行为，严格落实医保待遇清单制度，健全和完善内控机制，

严格落实分级审核及业务评查制度，做到依法依规经办，持续提升服务质量和效率，定期向社会公告基金收支、结余和收益情况，接受社会监督。督促定点医药机构建立健全内部管理机制，确保医保服务优质高效。建立医保基金社会监督员制度，聘请人大代表、政协委员、群众和新闻媒体代表等担任社会监督员，对经办机构、定点医药机构、参保人员等进行广泛深入监督。

三、优化就医结算

优化就医结算流程，推进异地结算，简化备案流程、拓宽备案渠道、及时拨付医疗费用，大力推进门诊费用跨省异地直接结算试点，使异地就医更便捷。完善跨省异地就医直接结算平台，对异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和异地转诊人员全部纳入结算范围，到 2023 年市、县（市、区）医疗机构接入国家跨省异地就医平台的数量达到 90%。

四、建设医保窗口

深入开展“强服务、提效能、树形象”活动，推进医保公共服务标准化窗口建设，规范公共服务范围、服务内容、服务流程。推行“前台综合受理、后台分类审批、统一窗口出件”的“综合窗口”服务模式。全面落实医保经办窗口服务基本要求，从窗口标识、门头牌匾、办事指南、服务态度、行为举止、服务着装、仪容仪表、服务质量等方面标准化管理。完善自助服务设施，畅通咨询、投诉举报渠道。

第六节 推动乡村振兴 建设惠民医保

一、认真落实脱贫过渡期医保政策

实行市县医保、税务部门分工协作，狠抓参保缴费工作，确保贫困人口应保尽保、应缴尽缴，做好新增贫困人口动态缴费工作。摸实贫困人口和纳入返贫监测范围的边缘人口应参保人员名单，做实做细保费征缴，健全参保缴费台账，确保参保和缴费管理精准到人。重点抓好新增贫困人口动态参保工作，确保贫困人口动态纳入基本医疗保险、大病保险、医疗救助覆盖范围。建立健全市、县两级医保部门与同级扶贫部门信息比对机制，确保贫困人口口径统一、数据一致、参保状态同步。在严格把控标准、准入精准前提下，简化规范门诊慢性病待遇准入流程、缩短办理时限，确保待遇平稳过渡。瞄准建档立卡贫困人口，全面落实医保脱贫攻坚政策，用好中央财政提高深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平补助资金。按规定落实深度贫困地区贫困人口异地就医登记备案、医疗费用结算等政策，促进“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策落地，做好药品保供稳价工作，切实保障贫困地区、边远地区药品配送，进一步提高贫困地区医疗服务利用可及性。坚持按标施策，保持医疗保障脱贫攻坚政策总体稳定。落实落细各项医疗保障政策，巩固基本医保、大病保险、医疗救助综合保障待遇水平。统筹用好居民医保和医疗救助补助资金，发挥好三重制度梯次减负功能。

二、深入推进乡村振兴战略实施

为全面巩固医疗保障脱贫攻坚成果，推进脱贫攻坚与乡村振

兴有效衔接，医保机构紧紧围绕医疗保障脱贫攻坚目标，充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助各项制度的综合保障作用，实现农村贫困人口“参保全覆盖、资助全落实、待遇全享受、保障更有力”的目标，坚决打赢全市医疗保障脱贫攻坚战，助力乡村振兴。以不断满足乡村群众健康需求为目标，在提升能力、人才帮扶、机制改革方面狠下功夫，大力推进乡村卫生健康人才振兴，切实提升乡村卫生健康人才服务能力为乡村振兴提供健康保障。医保机构与扶贫办衔接建立信息比对机制，全面做好新增贫困人口动态参保工作，促进建档立卡贫困人口、边缘人口、特困人员、低保对象、老弱病残等特殊困难人群参保全覆盖。按照全省城乡居民统一缴费标准，对特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童个人缴费部门给予全额资助，对低保对象个人缴费部分给予定额资助。脱贫不稳定且纳入民政和乡村振兴部门农村低收入人口监测范围的人员，过渡期内可在一定期限内享受定额资助政策。乡村振兴部门认定的返贫致贫人口，过渡期内按规定享受资助参保政策，按照低保对象标准给予定额资助。持续加大基层医疗卫生信息化建设，提升远程诊疗能力，为实现“小病不出村、常见病不出镇、大病不出县”创造有利条件。

三、全面建立防止返贫长效机制

聚焦建档立卡贫困人口，认真做好贫困人口基本医疗有保障工作，落实动态新增贫困人口及时参保政策，抓实参保缴费、健全台账管理、同步基础信息，做好省内异地参保核查，实行贫困人口参保、缴费、权益记录全流程跟踪管理，确保贫困人口（含

脱贫不稳定户)、边缘户动态应保尽保。全面落实和落细医保脱贫攻坚政策,持续发挥医保三重制度综合保障、梯次减负功能。协同做好脱贫不稳定户、边缘户及因疫情等原因致贫返贫户监测,落实新冠肺炎救治费用医保报销和财政补助政策。用好医保扶贫调度、督战、政策分析功能模块,动态监测攻坚进展。自2021年1月1日起,全面取消贫困人口基本医保一般诊疗费全额报销;住院报销比例提高10个百分点;慢病封顶线提高20%;城乡居民基本医保、大病保险、医疗救助三重保障后,政策范围内报销比例控制在80%-85%等四项倾斜政策标准,全面恢复基本医保保基本、公平可持续的待遇政策。

第五章 “十四五”规划保障措施

第一节 加强组织领导

坚持发挥医保系统各级党组织统揽全局作用,提高领导能力和水平,为实现“十四五”规划提供坚强组织保证。各级政府要把医疗保障工作作为一项全局性工作,建立健全责任制和问责制,形成部门分工协作、密切配合、合力推进的工作机制,确保规划顺利实施。市、县(市、区)医疗保障部门要围绕规划的总体目标和重点任务细化年度任务,制定工作方案,把规划的重点任务落到实处。同时继续将居民医保的征收责任纳入地方政府考核范围。建立规划实施动态监测、定期通报制度,开展规划实

施评估。深入谋划，确保重点领域和薄弱环节全部覆盖，各项决策科学可行，全面实现“十四五”制定的各项目标任务。

第二节 完善医保制度

紧紧围绕解决看病难、看病贵问题，深化医保、医疗、医药联动改革，积极推进国家组织的药品集中采购和使用试点、推动高值医用耗材改革、巩固完善国家基本药物制度、加快医保支付方式改革、深入实施健康扶贫等重点工作。完善城乡居民大病保险、重特大疾病医疗救助、疾病应急救助等制度，健全基本医保稳定可持续筹资和报销比例调整机制，加快推进基本医保异地就医直接结算，巩固完善基本药物制度，健全药品集中招标采购制度，建立规范的药品供应保障体系，拒绝以药补医现象。将医保的“风险”理念延伸为“保障”理念，建立以医疗救助为兜底，补充商业健康保险、医疗慈善、医疗互助等为辅助的多元医疗保障筹资机制。在健全社会医疗保险筹资运行机制基础上，加强财政对医疗救助投入，形成针对特殊人群的稳定性医疗救助基金，同时鼓励和培育商业健康保险、医疗慈善和医疗互助发展，拓宽其他医保层次的筹资空间。

第三节 强化部门联动

建立有序的工作机制，加强协调沟通，积极争取卫生健康、

公安、市场监管、审计、财政、纪检监察等部门支持，建立健全综合监管协调机制，统筹推进医疗保障基金监管的协调指导和重大案件查处等工作，形成监管合力。加大规划实施的全面监测评估，并建立规划目标发生重大偏离的预警及应急机制，引入第三方机制，提高医保社会服务领域基础分析、决策规划、项目运作、效能评价的权威性和准确性。对规划事项的推进情况进行常态化监督，按照任务分解表在不同时段开展规划进展评估，确保“十四五”期间各项改革任务顺利推进，达到预期目标。在医保基金监管上，要加强与审计、财政、纪检监察等部门横向联动，建立定期会商、统一部署、联合检查、案件移交、联合惩戒等工作机制。

第四节 落实经费保障

各级各部门根据工作总体部署和时间要求，对规划涉及的各项任务认真制定工作计划，明确年度推进计划和经费保障。要及时与财政部门沟通协调，主动向政府汇报，争取医保专项资金予以保障。对于财政承担的医保基金，各级财政应按比例及时补助到位。对于各级医保部门业务经费，按照激励与约束相结合的原则，依据管理的医疗保障基金和追缴违规资金量，安排业务经费和基金监管专项经费预算，保障工作正常开展。

第五节 狠抓队伍建设

建立健全医保经办服务体系，大力推进服务下沉，建成市、县（市、区）、镇（街道）、社区（村）四级医保经办服务体系。加强基金监督检查能力建设，增强经办审核人员力量配备。开展形式多样的大学习大培训，提高医保干部队伍的管理水平和执行能力。建立统一、规范、标准的经办模式，实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算，打通医保服务群众的“最后一米”。

抄 送：市医保经办处，各县（市、区）医保局，各县（市、区）发改局。

安康市医疗保障局政办科

2021年11月30日印发
