

商洛市医疗保障局 商洛市发展和改革委员会 文件

商医保发〔2021〕31号

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

市级有关单位，各县（区）医疗保障局、发展改革局：

经市政府同意，现将《商洛市“十四五”医疗保障事业发展规划》印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

商洛市医疗保障局

商洛市发展和改革委员会

2021年7月15日

抄送：省医疗保障局，市委办、市人大办、市政府办、市政协办，市
纪委监委驻市卫健委纪检监察组 档(二)

商洛市医疗保障局办公室

2021年7月15日印发

商洛市“十四五”医疗保障事业发展规划

商洛市医疗保障局

商洛市发展和改革委员会

2021年7月

目 录

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 第一章 规划背景 | 1 |
| 第一节 发展基础 | 1 |
| 第二节 机遇挑战 | 7 |
| 第二章 指导思想、原则和目标 | 14 |
| 第一节 指导思想 | 14 |
| 第二节 基本原则 | 15 |
| 第三节 总体目标 | 16 |
| 第四节 主要发展指标 | 18 |
| 第三章 “十四五”期间重点发展任务 | 20 |
| 第一节 完善公平适度的待遇保障机制 | 20 |
| 第二节 健全稳健可持续的筹资运行机制 | 24 |
| 第三节 建立管用高效的医保支付机制 | 27 |
| 第四节 健全严密有力的基金监管机制 | 30 |
| 第五节 完善医药价格形成机制 | 34 |
| 第六节 优化医保公共服务机制 | 36 |
| 第七节 建立巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接 机制 | 42 |
| 第四章 保障措施 | 44 |
| 第一节 加强组织保障 | 44 |
| 第二节 规范监督管理 | 45 |
| 第三节 争取财政支持 | 45 |
| 第四节 重视信息支撑 | 46 |
| 第五节 培养人才队伍 | 46 |
| 第六节 强化宣传引导 | 47 |

为深入贯彻党中央关于全面建立中国特色医疗保障制度的精神，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，助力健康商洛建设，依据《陕西省“十四五”医疗保障事业发展规划》《商洛市国民经济和社会发展的第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》相关要求，制定本规划。本规划是我市医疗保障领域的第一个五年规划，是政府发展全民医疗保障事业的重要依据，是引导市场参与多层次医疗保障体系建设的重要参考。

第一章 规划背景

第一节 发展基础

在市委、市政府和省医疗保障局的正确领导下，2019年2月商洛市医疗保障局（以下简称市医保局）挂牌成立，同步推进全市医保系统机构组建，有序衔接职能划转，各项工作平稳扎实推进。面对新局刚刚组建诸多实际，全市医保系统紧紧围绕市委、市政府工作中心，深刻领会习近平总书记来陕考察重要讲话重要指示精神和党的十九届五中全会精神，始终坚持以人民为中心的发展思想，深入贯彻“五个扎实”“五项要求”，坚持保障基本、促进公平、稳健持续的原则，坚持目标导向、问题导向，不断发现问题、解决问题，进一步解放思想、改革创新，优化服务、提升能力，不断完善医疗保障体系，待遇保障稳步提升，基金安全持续可控，医保制度运行平稳，实现了全市医疗保障工作高点起

步、高质量发展。

——**医保制度体系不断完善。**积极推进医保制度体系建设，生育保险和职工基本医疗保险（以下统称两项保险）从2020年1月1日起合并实施；整合城镇居民医保与新型农村合作医疗（以下简称新农合）制度，于2020年1月1日起全市实施城乡居民医保制度。稳步推进全民参保计划，基本医疗保险参保人数达230万人，参保率稳定在98%以上。为实现城乡居民医疗保险覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”的市级统筹新要求，先后制定了《商洛市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》《城乡居民基本医疗保障待遇清单》和《门诊慢特病统筹办法》等一系列医疗保障政策，明确了支付范围、起付标准、支付比例、最高限额、慢特病（即慢性病和特殊疾病，下同）及特殊药品支付等待遇保障事项清单，调整了门诊慢特病保障范围和支付标准；对采取药物治疗的高血压、糖尿病（以下简称“两病”）参保患者门诊发生的降血压、降血糖药品政策范围内费用纳入保障范围，医保基金按50%的比例限额支付。截至2020年底，全市“两病”门诊报销费用达到1630万元。实行重特大病、罕见病“一事一策”制度，医保待遇基本制度框架初步形成，参保患者的医保权益得到有效保障。

——**基本医疗保险应保尽保。**2016年底，商洛市城镇职工医疗保险参保14.44万人，征缴医保基金40139万元，其中划入统筹金23149万元，划入个人账户16824万元。经过“十三五”

时期的有序发展，全市医疗保险参保人数不断增多，参保覆盖率逐步提升。截至 2020 年，全市城镇职工医疗保险参保 16.27 万人，征缴医保基金达 71984 万元，当期结余 19645 万元（其中统筹金结余 10634 万元、个人账户结余 9011 万元）；累计结余 125399 万元（含统筹金结余 74697 万元，个人账户结余 50702 万元）。城乡居民医疗保险参保人数达 216.2 万人，参保率达 98.25%，基金当期结余 16877.54 万元。参保群众待遇保障水平稳步提升，2020 年全市城乡居民住院政策范围内医疗费用“三重保障”67.8%，职工医保住院政策范围内医疗费用报销 86%，并全部实行“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，“以收定支、收支平衡、略有结余”的目标基本实现。

一一基金筹措机制更加规范。按照国家税务总局、财政部、人力资源和社会保障部、国家卫生健康委员会、国家医疗保障局五部委局联合会议决定，结合我省相关规定，从 2019 年 1 月 1 日起，医疗保险费、生育保险费改由税务部门全责征收，医保部门聚力扩面宣传、参保登记、权益记录、待遇发放等工作。城镇职工参保由用人单位和个人按比例共同缴费，职工缴费以用人单位上年度职工工资总额为基数，按 8.3% 的比例征缴（其中单位 6.3%、个人 2%）；城乡居民参保实行个人缴费和政府按规定给予补助的办法。截至 2020 年，全市城乡居民医疗保险费个人缴纳 250 元/人.年，政府补助 520 元/人.年，与 2016 年相比，每年城乡居民个人缴费与政府人均补助均增加 100 元；特困人员、

贫困人口、低保对象、贫困重度残疾人参保分类资助、应保尽保。

——支付方式改革稳步推进。按照省政府办公厅《关于印发省进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（陕政办发〔2017〕85号）要求，我市制定了医保付费总额控制暂行办法，从2020年1月1日起执行；制定下发了《关于改革完善医保支付方式严控住院费用不合理增长的通知》（商医保发〔2020〕12号），对定点医疗机构医疗费支出实行总额控制、按月预付，预付总额原则上不超过上年度统筹基金实际支付额的90%；建立医疗费用控制激励约束机制，严格管理医保统筹金年增长率、次均费用年增长率、患者自费率、重复住院率、大型设备检查阳性率等住院诊疗五项指标，控制住院费用不合理增长；新农合和城镇居民医保住院单病种付费病种分别达到124个和114个；城乡居民医保制度整合后又出台了85种疾病153个临床路径的按病种收付费方案，从2021年1月1日起施行。同时，按定额、按人头、按床日付费平稳运行，与定点医疗机构谈判协商机制初步建立，医保基金的战略购买作用得到更好发挥。

——医保基金监管初显成效。严格落实国省关于医保基金监管的政策精神，把打击欺诈骗保作为首要政治任务，与公安、卫健、财政、审计、市场监管等部门联合协作，制定了《医保基金安全专项检查工作实施方案》《进一步加强医保基金监管工作的通知》《打击欺诈骗保举报奖励办法》等系列文件，连续两年组织开展督导检查，实现定点医药机构（医疗机构和零售药店，下

同)督导全覆盖。2019年对各县(区)103家定点医药机构进行了“飞行检查”，交办问题67个，督办办结4起；完成了对2598家定点医药机构的全覆盖稽查稽核，处理违规违约机构120家，其中暂停服务协议13家、解除服务协议1家、处罚扣减资金1348.56万元。2020年，对全市二级以上定点医疗机构全面“飞行检查”，追回医保基金8000余万元、对定点医药机构通报批评21家、约谈定点医药机构负责人27人、暂停协议6家、解除医保协议5家、移交公安机关案件2起，医保基金安全得到有效维护。建立了基金监管长效机制，各县(区)医保经办机构对医疗保障基金运行情况进行动态监测和风险预警，按季度向同级医疗保障行政部门提交监测报告和建议，为“十四五”时期医保基金的监管奠定了制度基础与数据支撑。

——**医保协议管理逐步规范。**为强化定点医药机构管理，规范医保医药行为，制定了《定点医药机构服务协议管理办法》，统一了《定点医药机构协议文本》，严格定点标准。2020年，全市共签订定点医药服务协议2811份，其中定点医疗机构292家、村卫生室2232家、零售药店287家。组织开展了定点医药机构专项检查，县(区)检查面达100%，市级抽查面达20%。同时，制定了定点医药机构协议年度考核办法，并严格按标准启动考核工作，协议管理步入规范化轨道。

——**医保脱贫攻坚成效显著。**“十三五”时期是我国全面建成小康社会的决胜阶段，2016年全市拥有701个贫困村、16万

贫困户。2020年末，我市实现贫困人口全部“清零”，医疗保障为全市脱贫攻坚做出了突出贡献。针对医保扶贫，对贫困人口进行分类资助参保，农村特困人员参保缴费由财政全额承担，对农村低保对象、贫困残疾人等建档立卡一般贫困人口，按照50-140元标准给予参保缴费定额补贴。2019年全市贫困人口参加新型农村合作医疗56.89万人，视同参保1.02万人，达到了参保100%的目标。2020年，全市57.28万名贫困人口100%参保，建档立卡贫困人员住院97739人次，政策范围内医疗费用“三重保障”39803.70万元。其中基本医保97739人次，30946.75万元；大病保险6554人次，2756.87万元；医疗救助39302人次，6100.8万元。实行医保倾斜支付政策，贫困人口住院报销不设封顶线、基本医保提高10个百分点，大病保险起付线降低一半、报销比例提高5个百分点，贫困参保群众住院政策范围内医疗费用“三重保障”比例达到84.61%。并将“补充医疗保障”纳入医疗救助，原项目资金标准和配套办法不变，按国家基本医保、大病保险、医疗救助“三重保障”框架规范运行。与市卫健委、扶贫开发局联合建立了防止因病返贫致贫监测预警和帮扶机制，对贫困人口开展精准帮扶，促进全面脱贫。通过以上措施，有效减轻了贫困患者医药费负担，贫困人口“基本医疗有保障”突出问题基本消除，长期困扰贫困人口的“看病贵”问题得到缓解。

——医药耗材改革全面落地。严格落实药品及医用耗材目录、价格、采购管理制度，自2020年1月1日起，城市公立医

疗机构全部按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2019版）》相关规定，实行医用耗材“零差率”，调整落实城市公立医疗机构医疗服务项目收费908种；同步调整县级及以下医疗服务项目收费325种，项目价格平均增幅达14.6%。全面落实药品集中带量采购，共有174家医疗机构（含17家民营医院、8家药店）参与药品集中采购，第一、二、三批药品集中采购已签订合同2257份，合同签订率100%，集采药品平均降价均在50%以上；积极落实高值耗材集采及联盟采购，签订人工晶体合同50份共2531片、冠脉支架合同4份共304枚。药品耗材管理逐步规范，医保、医疗、医药逐步走向良性互动、协同发展。

一一医保公共服务日趋完善。全面落实“放管服”改革，推行“一站式”服务，推动医疗保障公共服务体系信息化，启动医保电子凭证激活应用，参保群众就医购药从“卡时代”步入“码时代”。制定出台了《商洛市医疗保障经办政务服务事项清单》、大病保险经办规程和窗口办事指南，取消5项证明材料，实行“前台综合受理、后台分类审核、任务智能推送、统一窗口出件”的集成式医疗保障业务经办模式。截至2020年底，全市共设立174个“一站式”服务窗口（其中一级医院132家、二级医院31家、三级医院3家、政务服务大厅8家），实行首问首接和礼仪服务，为广大参保群众提供优质高效便捷的医保服务。同时，加大政府购买服务力度，引入第三方承办大病保险和医疗救助业务，鼓励民间力量加入医疗保险服务体系，积极发展商业医疗保险，基本

建立了医疗保障全流程、无缝隙的公共服务模式。

——**疫情防控保障精准有力**。面对突如其来的新冠疫情，医保部门按照市委市政府的紧急部署，第一时间预拨防控医保周转金 1900 万元，并及时将新冠肺炎诊疗方案中的药品和诊疗项目纳入医保目录，对确诊患者实行医保全负担，累计结算确诊患者 7 人，基本医保基金支付 7.65 万元；结算疑似患者 48 人，基金支付 14.93 万元，体现了重大疫情防控的医保担当。疫情防控常态化后，为支持企业复工复产，对市内参加职工医保的用人单位，减半征收 2020 年 2 月至 6 月共 5 个月的单位缴费，全市 843 家企业 4.05 万名参保对象减征医保基金 2680 万元，减轻了疫情对企业的影响，促进了企业生产恢复和经济复苏。

第二节 机遇挑战

一、发展机遇

习近平总书记、李克强总理、韩正副总理等党和国家领导人多次就社会保障、医疗卫生和医疗保障发展作出重要指示。习近平总书记在 2021 年 2 月 26 日下午主持中共中央政治局就完善覆盖全民的社会保障体系进行第二十八次集体学习时强调，要为广大人民群众提供更可靠、更充分的保障，不断满足人民群众多层次多样化需求，健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次社会保障体系，进一步织密社会保障安全网，促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展。李克强总理在政府工作报告和多次会见中外记者时提出，要完善门诊共济保障、做好异地

就医结算等医保发展的具体方案。韩正副总理多次亲临国家医疗保障局调研，主持医疗保障工作座谈会并发表重要讲话。党和国家领导人对医保工作的高度重视，使医疗保障事业发展拥有了重要的战略环境。

历经 20 余年的发展，我国医疗保障制度实现了从无到有、从制度全覆盖到实践全覆盖，建成了覆盖超过 13 亿人口的世界规模最大的医疗保障网。“十三五”时期，我国医疗保障制度更是实现管理体制的创新变革和各项机制的跨越式发展。“健康中国”上升为国家战略为医疗保障制度提供了发展目标和方向；国家医疗保障局的成立为医保制度的基本成熟、定型提供了组织保障；中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》的发布使未来五到十年的医疗保障发展有了蓝图；待遇水平的稳步提升、筹资机制的日益健全、支付方式改革的逐渐深化、监管体系的不断完善、公共管理服务的持续优化为“十四五”医疗保障事业的高质量、全局性发展提供了制度基础和技术支撑。而各项政策的密集出台也为医疗保障事业发展提供了可供借鉴的路线方针。基于以上医疗保障事业发展的宏观背景，结合我市实际情况，“十四五”时期我市医疗保障事业的发展机遇表现在：

——医保部门引领作用更加突出。自 2019 年市医保局挂牌成立以来，医保机构建设逐步推进，医保人才队伍体系逐步健全，医疗保障制度体系逐步完善。全市七县（区）医保局及经办机构领导班子配备、工作人员转隶、业务整合基本到位，医保局在推

进医疗保障和医药服务高质量协同发展中能发挥更大作用。

——医疗保障实施办法敲定落实。医疗保障实施办法(试行)已经商洛市政府审定。市医保局紧紧围绕市委、市政府工作大局，全面落实《健康商洛 2030 行动计划》《商洛市人民政府办公室关于印发城乡居民基本医疗保险实施办法(试行)的通知》精神，建立健全了医疗保障相关政策，为推进医疗保障体系走向高质量发展提供了政策支撑。

——医保经办服务方式创新突破。遵循《陕西省医疗保障局关于陕西省医疗保障经办政务服务事项清单(试行)的通知》要求，部门间数据共享和“互联网+医保”工作快速推进，一网通办、一站式联办、一体化服务基本实现，信息化服务水平持续提高。同时，面向医疗保障各个环节进行信息化改造：对目前全市医保系统 20 个单位、200 多名工作人员全部进行信息业务编码，赋码率 100%。申请纳入医保定点的医疗机构，逐步建立电子病历、电子处方等全部诊疗过程的网络系统，无缝对接医保结算系统、智能监控系统，实现入出院、诊疗、结算数据实时上传，提高了医保经办的专业效率和群众满意度。

——医药服务供给改革基本到位。我市医疗资源总量丰富、结构合理，全市现有 166 家定点医疗机构，为全市群众提供医疗服务。此外还有很多大型药企、药店提供药品服务。多元化的医药服务供给主体为推进我市医药服务供给侧结构性改革起到了重要支持。

——中省信息平台建设逐步推进。我市目前的医保信息化、标准化建设稳步推进，经办系统运行稳定、兼容良好，为健全完善全市医疗保障数据库提供了基本支撑。基于中省统筹推进垂直统一信息平台的发展背景，随着全国统一的15项信息业务编码的落实和医保公共服务信息平台建设的推进，我市医保业务经办系统改造工作，也将得益于信息化红利，医疗保障经办系统将进一步加快公共服务体系建设，医保经办方式不断向信息化迈进，着力提供更加高效便捷的医保经办服务供给。

二、面临的问题

——机构改革推进缓慢。总体而言，市县（区）医保经办队伍、监管队伍、信息化队伍的专业化程度较低，医保监管不严格，经办机构性质未明确，财政支持力度不能保障新形势新发展要求，工作经费严重短缺，人员隶属关系不清、转隶不到位，直接影响医保经办工作的开展。

——人员编制严重不足。市县（区）医保局成立于2019年2月，核定编制各5-8名，行政局下各有一个直属医保经办机构，包括市县（区）医保经办机构，全市共核定编制217名、实有工作人员208名。改革赋予的职能任务过重，人力不足、经费投入严重短缺、改革进程过慢，导致工作疲于应付，执行能力差，医保在“三医联动”中的主导地位难以充分发挥，对增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性形成一定阻力。

——信息系统建设滞后。医保网络碎片化，医保信息数据平

台尚未统一。目前，全市尚未搭建统一的城乡居民医保信息数据库，城镇职工医保数据现存省人力资源和社会保障厅信息中心，城乡居民医保数据仍在原新农合数据系统中，现存省卫生健康委员会信息中心。医保数据在提取和整合的过程中，隶属于不同部门，导致医保经办效率难以提升，既不能满足群众对医保经办工作的高标准要求，也阻碍基金监管的正常进行。同时，医疗保障经办网络分为三部分，一部分使用长天软件的城镇职工医保系统，一部分使用尚洋软件的城乡居民医保系统，另一部分使用天盟公司的医疗救助系统。三套软件各种表单、操作方法、报销口径不一，不能完全达到各类数据网络的无缝对接，为经办服务整合造成诸多不便。医保信息化还依靠过去的网络和软件系统，网络仍然寄托于过去的人社和卫健部门，造成很多不便和隐患。由于没有经费保障，从2019年以来软件系统投入为零，工作举步维艰、困难重重。

——医保监管制度尚未完善。医疗保障虽然有较高法律层级的上位法来规范，但结合具体市情，仍缺少统领全市的监管制度体系。特别是在医保基金的监管方面缺少细则的规制，缺乏统领市县（区）层面工作的制度规范；各级职权范围不明晰，且无规范医疗保障执法办案程序的指导性政策文件。

——医保基金监管队伍短缺。我市缺乏专门的医疗保障基金监管人才和经费，医疗保障基金“飞行检查”依靠临时抽调医院人员组成，不符合常态化、制度化监管的改革要求；医保基金监

管工作不够专业科学，目前还未扎牢基金监管的笼子，需要建立一支高素质、有能力的基金监管人才队伍，对全市的医保基金开展全方位的监管工作。

三、趋势挑战

尽管我国医疗保障制度改革取得显著成效，但面对人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾，受制于社会经济发展、医疗技术、医药卫生体制改革、人口结构等诸多约束性因素，处于脱贫攻坚与乡村振兴衔接的重要关口，医疗保障在公平、持续方面仍然存在诸多挑战。因此，医疗保障必须不断深化改革、开启医保高质量发展新阶段。

基于此，全市在“十四五”时期，随着医疗保障、医疗服务、公共卫生、药品供应以及药品监管体制改革的统筹推进，面对全市巩固脱贫攻坚任务重、推进乡村振兴底子薄的客观背景，做好医疗保障的平稳过渡，持续发挥缓解因病致贫返贫的制度功能。同时，配合推进全市优质医疗资源整合，推进各县（区）均衡布局，回应全市群众日益增长的健康需求与不平衡、不充分的医保制度之间的矛盾，成为“十四五”全市医疗保障事业建设的主要趋势。

——医疗保障制度性缺陷日益增大。一是全市医疗保障制度各方主体权责边界尚未厘清，基本医疗保险筹资责任失衡，难以有效管理，影响医保制度的可持续发展；二是职工医保个人账户的结构性缺陷仍未矫正，导致医保制度统筹保障能力大幅削弱；三是缺乏统一的法定医保待遇清单，导致市内就医与市外就医待

遇差距过大，不利于基金安全和社会稳定。

——**医疗保障基金收支平衡压力大。**随着参保人员对医疗保障需求不断提高，医疗费用支出不断增加，而群众对制度认知不够，参保率仍有待提升，使基金收入增速低于支出增速成为新常态，医疗保障基金中长期收支平衡存在一定压力。

——**医疗保障制度改革面临多方挑战。**随着经济增长由高速进入中高速、人口老龄化程度不断加剧、疾病谱等外部环境的变化，对我市医保制度构成挑战。尤其是人口老龄化加剧，慢性病已成为我市医疗费用支出的主要构成部分，给医保制度带来压力，构建高质量的医疗保障服务体系成为必要且具有迫切性。

第二章 指导思想、原则和目标

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，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，认真落实习近平总书记“追赶超越”定位和“五个扎实”要求，按照党中央、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，聚焦高质量医疗保障体系建设主题，着力满足全市人民基本医疗保障需求，着力增强医保服务供给能力，着力创新体制机制，深化重点领域改革，将制度优势转化为治理效能，更好发挥医保基金战略性购买作用，努力减轻群众就医负担，切实增强人民群众获得感、幸福感、安全感。

第二节 基本原则

——坚持应保尽保、保障基本原则。以充分实现人人享有基本医疗保障为目标，持续推动基本医疗保险应保尽保。既要做到尽力而为，更要做好量力而行，实事求是地确定保障范围和标准，确保筹资与待遇不脱离社会经济和医保发展的现实情况，确保基金持续稳健运行。逐步缩小待遇差距，增强贫困群众基础，促进公平、筑牢底线。坚持医疗保障现行基本制度、基本政策和基本标准，理清医保扶贫过程中的待遇过度保障问题，分类做好整改工作。

——坚持稳健持续、防范风险原则。完善医保筹资和待遇调整机制，均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，提高医保基金统筹共济能力。加强基金预算精算财务管理、总额控制办法、风险评估和预警，完善医保基金支付方式和结算管理机制，并与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩；加强医保经办机构内控机制建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任；推进外部监管和行业自律相结合，对违法违规使用医保基金的行为坚持零容忍，确保医保基金平稳可持续发展；实施跨部门协同监管，积极引入第三方监管力量，强化社会监督。

——坚持系统集成、协同共治原则。推动全市医保系统数字化改革，将数字化技术、数字化思维、数字化认知融入“智慧医保”建设和医疗保障事业各方面、各环节、各领域，将医保数字化改革优势转化为强大治理效能。建立部门协同机制，增强医保、

医疗、医药联动改革的协同性，增强医保对医药服务领域的激励约束作用，充分发挥市场机制与社会慈善力量作用，构建共建共治共享医保治理格局。

——坚持治理创新、提质增效原则。发挥市场在资源配置中的决定性作用，不断提高治理社会化、法治化、智能化水平，全面提升医疗保障治理能力。深入推进医保领域“放管服”改革，依托统一的经办管理体系、专业化的医保人才队伍，打通服务群众“最后一公里”，用心用情着力消除医保经办管理服务中的堵点、难点、痛点，切实提升医疗保障服务水平。

第三节 总体目标

“十四五”期间，全市医疗保障工作，将以建立覆盖全民的高质量医疗保障制度为目标，着力**健全待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管**“四个机制”，完善医药服务供给、医保管理服务“两个支撑”，不断加大改革力度，有效衔接乡村振兴，加快建成覆盖全民、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，促进医疗保障制度更加成熟定型，促进医保治理体系和治理能力现代化。

——统一政策，完善制度，待遇保障体系更加公平适度。

一是基本医疗保险制度持续完善，城乡居民基本医疗保险制度整合、生育保险和城镇职工基本医疗保险合并实施成果更加巩固，城乡居民“两病”门诊用药保障机制不断健全，住院保障水平总体稳定，职工医保个人账户向门诊统筹稳步过渡，全市统一的职

工补充医保制度基本建立；二是完善和规范居民大病保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助及企业补充医疗保险，推进发展商业健康保险，丰富健康保险产品供给；三是积极引入社会力量参与经办服务，完善激励约束机制，规范和加强与商业保险机构、社会组织合作。

——优化筹资，强化监管，医保基金运行更加安全持续。

一是医保参保缴费政策逐步完善，各方筹资责任分担更加均衡，基本医疗保险、大病保险和医疗救助市级统筹进一步夯实；二是医疗保险基金预算和财务管理持续加强，医保基金精算平衡机制建立健全，基金安全运行、待遇及时给付，不发生系统性、全局性风险；三是智能监控制度全面建立，医保基金精细化管理水平明显提高；四是基金监管机制严密有力，党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的监管格局基本形成。

——撬动杠杆，深化改革，医保医药服务更加经济高效。

一是以按病种付费为主的多元复合医保支付方式稳妥推进，以病种为基本单元、以价值为导向的医疗服务付费体系逐步建立；二是协同推进医保与医疗发展，医疗服务价格体系进一步理顺，价格结构持续优化；三是药品和医用耗材招采改革深化实施，医疗机构药品耗材供应管理制度更加完善，药械价格合理回归，群众就医负担进一步减轻；四是提高基金使用效益，重视投入产出比，同样资金投入购买更好、更优质的医药服务，让购买的服务更具成本价值，更加经济适宜。

——健全体制，贴心为民，医保公共管理更加人性便捷。

一是医保电子凭证全面落地，“互联网+医保”应用更加广泛，“线上办、一次办、即时办”全面实现，减少群众业务办理等待时间和成本，服务流程简洁、方便可及；二是医保经办服务体系加快建设，市、县（区）、镇（街道）、村（社区）服务网络全面覆盖，传统服务与智能服务融合，更适应老年人等特殊人群需求；三是医保关系转移接续、异地就医直接结算服务更加便捷。

第四节 主要发展指标

综合考虑全市经济社会发展趋势和医疗保障发展条件，坚持目标导向和问题导向相结合，守正创新，稳中求进，努力建设公平医保、高效医保、智慧医保、法治医保。基于此，“十四五”时期我市医保制度改革发展的总目标，是全民人人享有医疗保障，缴费端量能负担、待遇端公平统一，保障水平相对充分，既能有效托底降低医疗费用风险概率，又能满足多样性、多层次需求。主要发展指标如下：

表1 “十四五”时期全市医疗保障主要发展指标

| 主要指标 | 2021年 | 2025年 | 增幅 | 牵头单位 | 指标属性 |
|-----------|-------|-------|----|------|------|
| 基本医疗保险参保率 | 95% | 95%以上 | —— | 医保局 | 约束性 |
| 贫困人口、边缘 | | 100% | | 市、县 | |

| | | | | | |
|------------------------|-------|--------------|------|-------------|-----|
| 人口基本医疗、大病保险参保率 | | | | (区)、镇(街道)政府 | |
| 职工医疗保险政策范围内住院报销比例 | | 85%以上 | | 医保局 | 约束性 |
| 居民医保政策范围内住院报销比例(含大病保险) | 70% | 75% | 5% | 医保局 | 约束性 |
| 重点救助对象门诊慢特病和住院救助比例 | | 70% | | 医保局 | 预期性 |
| 住院费用按病种付费覆盖面(含DIP) | | 覆盖50%以上的医疗机构 | | 医保局 | 预期性 |
| 住院费用跨省直接结算率 | | 50%以上 | | 医保局 | 预期性 |
| 医疗保障政务服务满意率 | 95% | 95%以上 | —— | 医保局 | 预期性 |
| 医疗保障政务服务事项线上可办 | 21.2% | 30% | 8.8% | 医保局 | 预期性 |

| | | | | | |
|---------------|--|------|--|-----|-----|
| 率 | | | | | |
| 医疗保障政务事项窗口可办率 | | 100% | | 医保局 | 约束性 |

第三章 “十四五”期间重点发展任务

第一节 完善公平适度的待遇保障机制

一、巩固推进参保扩面

——**夯实全民参保计划，确保应保尽保。**及时做好对建档立卡贫困人口、脱贫人口、边缘人口、新生儿、流动人员、灵活就业人员、新业态从业人员等重点人群的调查摸底，分类施策，有针对性地推进参保扩面工作，从政策上打破户籍壁垒，允许非本地户籍灵活就业人员、流动人口参加本地职工医保，建立医保部门内部数据库。核对参保数据，避免重复参保，提高参保质量。依托省级基本医保信息平台，精准推进参保扩面，为常态化参保管理奠定基础。强化“三重制度”保障能力，落实分类资助参保政策，做好脱贫人口参保动员，确保农村低收入人口全部参保。对特困人员全额资助、低保对象定额资助，处于脱贫过渡期人员，可享受1-3年的定额资助。稳定脱贫人口按标准退出资助范围，做好脱贫返贫监测，对经认定的返贫致贫人口在过渡期内按省定规则资助参保。创新工作方法，探索灵活参保和累计缴费的方案，实现“应参尽参、应缴尽缴”，将医疗保险基金池做大，奠定医保高质量发展基础。

——**落实参保政策宣传，引导群众积极连续参保。**确保城镇职工依法参保、不断保，由医保部门协调、市县（区）政府牵头，督促镇（街道）、单位领导分片包干、进村入户宣传基本医疗保险参保征缴政策，提高参保人对医保政策的知晓率，增强城乡居民和城镇职工的参保意识。衔接乡村振兴战略，创新医保工作方法，引导群众积极连续参保，特别是农村低收入人口应参尽参、应保尽保，做好参保缴费、转移接续、经办支付等工作。收集和报告重特大疾病人群、边缘人员和因病致贫家庭在参保接续、衔接等方面情况，及时做好政策宣传沟通，提供点对点的医保服务，切实提高群众满意度。

二、确保待遇公平适度

——**动态完善待遇清单。**根据中省医疗保障工作相关政策法规，进一步完善医保筹资和待遇政策，努力做到适度保障、公平保障。完善动态调整机制，根据国家医疗保障待遇清单，逐步将超出的条目清理，纠正过度保障和保障不足问题，逐步实现政策纵向统一、待遇横向均衡，促进医疗保障管理科学化、规范化，确保改革前后政策的有效衔接和平稳过渡。对经济社会发展过程中产生的新情况、新问题，在中省改革方向的指引下，因地制宜探索新机制、新办法，按照程序请示报告。发生突发性重大情况时、确有必要突破明文规定的，及时向上级医保行政部门汇报，加强沟通协调，确保工作及时到位、方向统一、行动一致。

——**健全多层次医疗保障体系。**加强基本医疗保险、大病保

险、医疗救助之间的政策衔接，加强医疗救助长效机制建设，逐步扩大救助范围和幅度，形成精准完备的救助体系。生育保险和城镇职工基本医疗保险合并实施，两项保险参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体、待遇政策衔接。加强与民政、人社、卫健、市场监管、财政等部门的协同联动，力争到 2025 年建成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。

一一改革完善门诊共济保障机制。落实国省建立健全职工医保门诊共济保障机制指导意见精神，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；退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入，划入额度逐步调整到基本养老金平均水平的 2% 左右。稳步推进门诊统筹改革，在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢特病医疗保障的基础上，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围，政策范围内支付比例从 50% 起步，随着基金承受能力增强，逐步扩大门诊慢特病保障范围，适度提高保障水平，待遇支付可适当向退休人员倾斜。不断完善城乡居民高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障机制，进一步优化门诊大病、门诊慢特病服务管理工作，试行门诊慢特病“长处方”“便民办”报销政策。探索医疗机构处方流转、医药机构药品上门配送和罕见病医疗保障政策，提高诊疗服务水平，提升用药供应保障能力。

——巩固拓展医保脱贫攻坚成果。落实中省脱贫攻坚衔接乡村振兴医疗保障相关政策，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。尽力而为、量力而行，防止泛福利化倾向，实事求是确定农村居民医疗保障标准。统筹完善居民医保分类资助参保和医保待遇倾斜政策，大病保险继续对特困人员、低保对象和返贫致贫人口倾斜支付；合理控制救助对象政策范围内自付费用比例，进一步夯实医疗救助托底保障。

三、完善重大疫情医疗救治费用保障

——明确阶段性基本医疗保险减费政策。面对重大突发公共卫生事件，依据中省相关要求，在基金可承受的基础上，减征、缓交参保单位和个人医疗保险费。在阶段性减征政策实施期间，参保人员个人账户仍按照原基数和比例划拨，各项医疗保障待遇不变。参保单位已按正常费率缴纳全年职工基本医疗保险费的，抵缴以后月份的医保费延展待遇保障期限，解职的可退费处理；对受公共卫生事件影响无法及时缴纳医疗保险和生育保险的企业、个人，实施缓交政策。

——明确支付结算办法。及时对收治患者的医疗机构进行部分资金预付，减轻医疗机构垫付医疗费压力；及时调整医保基金总额预算，对重大公共卫生事件做单列预算，并及时展开对医疗机构的支付结算；对于重大疫情确诊患者，在基本医保、大病保险、医疗救助等按规定支付后，个人负担部分由财政给予补助，实施综合保障；与重大公共卫生事件相关的治疗项目和药品，符

合卫生部门诊疗方案的，阶段性纳入医保基金支付结算范围，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。

表 2 “十四五”商洛市医疗保障待遇水平分阶段重点发展任务

| 阶段 | 任务 |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">第一阶段</p> <p>2021年-2023年</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 推进系统改造和联调测试,2021年9月底前,开通异地就医快速备案信息系统,依托国家医保服务平台提供统一的线上备案服务。 2. 2021年底前,全市至少有4家跨省联网医疗机构作为参保地和就医地双向开通医保结算系统,符合条件的城镇职工医保和城乡居民医保参保人员能够在联网定点医疗机构实现普通门诊费用跨省直接结算;2022年底前,各县(区)至少有1家定点医疗机构能够提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务。 3. 基本实现高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5个主要门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算,推进其他门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算或线上零星报销。 4. 拓宽个人账户使用范围,允许家庭成员共济,可用于支付在定点医疗机构就医,以及在定点 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | 零售药店购买药品、医疗器械和医用耗材发生的由个人负担的费用。 5. 在三年过渡期内，逐步有序实现门诊统筹改革目标。 |
| 第二阶段 2023年-2025年 | 全市门诊费用跨省结算平台全覆盖与全市门诊统筹线上备案系统平稳运行；取消门诊慢特病、居民医保门诊统筹、门诊两病三类待遇，将其纳入门诊统筹系统，统一起付标准、支付比例与支付限额。 |

第二节 健全稳健可持续的筹资运行机制

一、严格执行筹资缴费制度

——**推动医保筹资稳定可持续。**扎实推进全民参保计划，按照“应保尽保”“应参尽参”的要求，保持医疗保险参保率在95%以上。落实城镇职工参加基本医疗保险由个人和用人单位按比例共同缴费、城乡居民参加基本医疗保险由个人缴费和市、县（区）财政补助的缴费政策。继续按照“双基数法”，及时、连续、足额征缴医疗保险费。

——**落实筹资分担和调整规定。**根据疾病发生风险和社会医疗保险的基本原则，加强医保部门筹资的大数据精算能力建设，精准确定医保缴费的基准费率。完善医保筹资的分担和调整机制，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，均衡个人、用人单位以及政府三方的筹资缴费责任。

——健全特殊群体参保缴费政策。就业人员参加基本医疗保险由用人单位和个人共同缴费，非就业人员参加基本医疗保险由个人缴费，政府按规定给予补助。适应新业态发展，完善灵活就业人员参保缴费方式，做好灵活就业人员医保转移接续和参保服务。完善新生儿、学生等人群的参保登记方式，避免重复参保。对特困人群、老年人、残疾人等特殊群体给予缴费资助，研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。

二、全面做实医疗保险市级统筹

——统筹衔接多层次医疗保障工作。在做好基本医疗保险、大病保险、医疗救助的基础上，推进商业补充医疗保险发展。重点落实公务员医疗补助、城市定制医疗保险和长期护理保险，使补充医疗保险与基本医疗保险统筹层次一致，基金筹集、使用与基本医疗保险同步实施。

——提高基本医疗保险统筹层次。按照覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理“六统一”的要求，实现基金统收统支，全面做实基本医疗保险市级统筹，不断提升管理能力，为推进省级统筹创造条件。

三、做实医保基金预算决算力求精算

——科学编制医保基金收支预算。完善医保基金预算编制和管理办法，严格按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原

则，根据缴费基数（或缴费标准）、缴费率、参保人数等，综合考虑近三年支出规模、医疗费用水平、医疗费用控制目标、参保人员年龄结构、享受待遇人数、待遇政策调整等因素，加强数据的收集整理和精算分析，科学编制年度医保基金收支预算决算。加强预算执行监督，建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险，合理控制基金当年结余率和累计结余率，提高基金使用效率，确保基金收支平衡、平稳运行。

一一建立统计数据分析系统。充分运用信息技术，建立财务管理信息系统，并实现与医保业务经办系统的接轨，全面动态掌握医保基金的收支情况、参保人员结构、费用组成等，科学预测医保基金收支发展变化趋势，提高预算编制的准确性。加大稽核和清欠力度，并严格按照现行会计制度进行会计核算，对医保基金支出应规范待遇项目和支付标准，合理控制医疗费用增长，并确保医保待遇按时足额发放，不得虚列支出，不得拖欠待遇。

一一建立和完善工作协调机制。加强与同级财政等部门、医保业务科室及县（区）的沟通，定期对医疗保险基金的收支执行情况进行横向和纵向对比分析，总结前期医保工作，查找医保基金预算管理中的问题，提出下一步工作建议，确保医保基金运行平稳。

第三节 建立管用高效的医保支付机制

一、稳妥改革医疗保障支付方式

一一完善多元复合医保支付方式。分解支付方式改革目标，

分阶段完成特定目标。探索试点按病种分值付费，根据国家层面统一确定病种分值目录库、核心与综合病种的划分标准等，结合本地医疗及医保系统数据，按照统一病种组合规则，形成商洛市病种分值目录核心病种与综合病种库，并根据病种费用变化情况定期进行动态更新；引入分值浮动、医疗机构等级系数的动态调整机制，积累付费数据和经验，系统推进总额预付、定额付费、按病种付费、按人头付费、按床日付费等多种付费方式相结合的复合支付方式改革，建立健全医保经办机构与定点医疗机构及药品供应商的谈判协商机制和风险分担机制，推动形成合理的医保支付标准，引导定点医疗机构规范服务行为，控制医疗费用不合理增长，确保医保基金收支平衡。

——**落实差别化医保支付政策。**通过支持参保居民与基层医疗机构及全科医师开展签约服务、制定差别化的支付政策等措施，推进分级诊疗制度建设，逐步形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医新秩序。

——**完善定点医疗机构费用决算考核指标体系。**对于积极开展按病种收付费工作的医疗机构，根据其按病种结算费用的占比情况，通过考核五项总控指标（见下表），年终决算时予以政策倾斜。同时，对违反诊疗规范及医保相关规定的定点医疗机构，经查实后，产生的费用统筹基金不予支付，并视情节扣减对应病种结算标准 3-5 倍违约金的费用。

表 3 定点医疗机构年度考核指标

| 指标 | 约束对象 |
|---|-------------------------|
| 1. 本年度医保统筹基金支出与上年度同口径比较, 年增长率 $\leq 10\%$ | 通过总量控制约束医院过度诊疗 |
| 2. 住院患者的次均费用年增长率 $\leq 5\%$ | 控制患者自付费用 |
| 3. 一二三级医院患者住院自费率 $\leq 5\%$ 、 8% 、 12% | 控制基本医保目录外的药品耗材 医疗费用 |
| 4. 大型检查阳性率 $\geq 80\%$ | 控制医生违规诊疗行为 |
| 5. 患者重复住院率 $\left[\frac{\text{年度住院人次} - \text{年度住院人数}}{\text{年度住院人次}} \right] \leq 20\%$ | 控制医疗机构诊疗质量, 实现价值 医疗。 |

二、动态调整医保支付目录

——**严格落实医保药品目录和准入谈判结果。**及时将国家谈判药品和集中带量采购药品耗材按要求纳入全市医保支付范围, 确保各项政策及时、准确落实; 健全退出机制, 与国家医保目录政策保持范围一致、标准统一; 完善药品分类管理政策, 组织开展国家谈判药品落地监测, 严格执行基本医疗保险药品目录和诊疗服务项目。

——**完善支付保障范围。**从药品目录准入谈判品种、集中带量采购中选品种入手, 建立医保目录内药品和医用耗材支付标准, 推动目录管理与支付标准相衔接, 探索完善特殊罕见病用药

保障机制。科学完善康养医保项目，按照市委、市政府大健康产业发展需要，立足基金承受能力，做好将康复、中医适宜技术、中药等传统医疗技术纳入保障范围的思想准备和规划准备，用足用活医保政策，促进中医药事业发展。

表 4 “十四五” 医保支付方式改革分阶段重点发展任务

| 阶段 | 任务 |
|--|--|
| <p>第一阶段： 2021 年-2023 年</p> | <p>1. 医保支付方式按住院人次以定额结算为主进行支付。 2. 门诊统筹按人头支付。 3. 慢特病按人头进行定额支付。 4. 精神病、脑瘫等患者按床日进行支付。 5. 住院分娩患者按照定额补助进行支付。</p> |
| <p>第二阶段： 2023 年-2025 年</p> | <p>在“十四五”时期的后三年，逐步解决在医保支付中出现的各类问题及漏洞，积极探索落实以 DIP 为主的多元复合医保支付方式。</p> |

第四节 健全严密有力的基金监管机制

一、创新医保基金管理方式

——**突出重点依法监管**。全面贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》，严厉打击欺诈骗保的违法违规行为。抓住基金征缴的基数核定、待遇支付、医药计费等重点环节和定点医药机构、经办机构等重点单位，从经办机构协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核、稽查审核责任等全流程，制定内控管理规程和稽

核管理办法；充分发挥医保经办机构监管、第三方力量监管和社会监督的作用，健全医保基金运行风险评估、预警机制，加强对内部运行风险的监督。

——部门协同联合监管。建立健全由政府主导、医保部门牵头、卫健、公安、市场监管、纪检监察等相关部门共同实施的联合监管协调机制，整合各方资源，集中执法力量，开展专项检查，每年至少 2 次。督促定点医药机构、医保经办机构，加强内部管理，强化协议考核，严格监管、从严查处。

——智能审核高效监管。推进监督信息化工作，依托中省平台，实现市、县（区）、镇（街道）、村（社区）四级信息互联互通，切实压实各级监管责任；结合省医保信息系统建设总体要求和进度，同步部署医保智能监控子系统，加快推进智能监控知识库和规则库规范化建设工作，实现智能监管标准统一、动态更新；探索推进视频监控、生物特征识别、大数据分析等远程监管新技术应用，做到“事前提示、事中提醒、事后处置”。

——建立机制长效监管。建立监督检查常态机制，充分运用信息化手段发现和处置线索，进一步用好“飞行检查”，建立“一案多查”工作机制，重拳打击欺诈骗保行为；推行守信联合激励和失信联合惩戒制度，建立信息强制披露制度，建立医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度和积分管理制度，依法依规向社会公开医药费用及费用结构等信息，坚决斩断伸向医保基金的各类“黑手”，严肃追究欺诈骗保单位和个人责任，坚决打

击欺诈骗保、危害参保群众权益的行为。

二、完善医保基金监管制度体系

——健全监督检查制度。推行“双随机、一公开”监管机制，加大教育引导与稽查规范力度，完善日常巡查、专项检查、“飞行检查”、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度。制定医保基金监管年度随机抽查清单，明确检查对象、检查重点和检查内容，规范启动条件、工作要求和工作流程，强化定点医药机构内部控费导向。完善定点医药机构准入和退出机制，开展全市定点医药机构医保精细化管理试点，总结经验并形成市级标准在全市范围内推广实施。

——加强监管队伍建设。加强市、县（区）医保部门医学、药学、法学、统计、计算机等专业人员配备，协调组织及人社部门公开招聘工作人员，组建专门医保基金监管机构。严格执行行政执法信息公示、全过程记录、重大执法决定法制审核三项制度，提高违法违规案件查办效率。健全行政执法自由裁量基准制度，合理确定行政处罚裁量范围、种类和幅度。定期组织医保基金执法业务培训活动，规范执法人员管理，提高执法人员业务能力和执法水平，确保实现公正文明执法。

——完善社会监督制度。建立完善社会监督员、“吹哨人”制度，建立健全投诉举报制度，畅通线上线下投诉举报渠道。建立线索督办和查处反馈制度，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制。建立基金监管重大案件曝光制度，完善欺诈骗保

举报奖励制度，加强举报人信息安全保护，巩固和提升打击欺诈骗取医保基金成果，引导行业自我管理、自我约束。

专栏 1: 医保执法监督工程

医保基金安全涉及广大群众的切身利益，关系医疗保障制度的健康持续发展，必须加强监督管理。

一是建立医保执法监督队伍。打造一支专业化、规范化、职业化，数量适度、精干高效、专职和兼职相结合的监管队伍；协调成立由用人单位代表、参保人员代表以及工会代表与专家等组成的医保基金监督委员会；聘请人大代表、政协委员、专家学者和名医名士等为兼职监管员。

二是制定落实医保执法监督规程。依据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国行政处罚法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等有关法律法规，明确医保行政监督的法律法规、基本制度、基本原则和基本内容，以及各类违规违法行为处罚标准等，规范执法监督权限，制定从立案、调查、告知、处理、执行到结案一整套执法流程，明确执法标准、执法要求和结案时限。同时研究制定医保行政执法内部监督工作标准和要求，确保规范执法、依法行政。

三是协调建立医保执法监督经费保障机制。一是按参保人数每人每年 3-5 元的标准，由市县（区）财政预算保

障；二是从征缴的医保基金中按 3-5%的比例提取；三是从医保执法监督处罚资金中按 60-80%的比例提取。

第五节 完善医药价格形成机制

一、推进药品、医用耗材集中带量采购制度改革

——**推动药品耗材集中带量采购制度化常态化。**落实国家组织药品集中采购政策，推动公立医疗机构全面执行集中带量采购中选药品（医用耗材）结果，鼓励引导民营医保定点医疗机构和零售药店自愿参加集中采购工作。坚持招采合一、量价挂钩，对全面履行带量采购合同、完成约定采购量的定点医疗机构，不因带量采购费用下降而降低医保总额控制指标；对参与带量采购且考核合格的医疗机构，从节约费用中按一定比例予以结余留用，考核不合格的医疗机构相应扣减下一年度医保费用额度。

——**加强药品和医用耗材管理。**规范全市药品配送工作，完善基层医疗机构药品配送企业遴选、考核机制，严格购销合同管理，严密监测药品配送、货款结算等情况，督促药品配送企业提高配送率。依法惩戒药品采购失信行为，出现不按合同供货、不能保障质量和供应等情况时，及时采取相应的惩戒措施。完善医药生产企业供应能力调查、评估、考核和监测体系，指导做好生产、供应特别是偏远、交通不便地区的药械配送。健全短缺药品监测预警和分级应对体系，保障集采药品稳定供应。

——**推进医保基金与医药企业直接结算。**严格落实医药机构

按时结算药械货款和医保基金预付带量采购货款政策，研究制定药品、医用耗材采购配送货款直接结算管理办法，全面推行医保基金与医药企业直接结算工作，建立健全医保支付标准与药品集中采购价格协同机制。

二、完善医药服务价格形成机制

——**优化医药服务价格结构。**贯彻执行国省医疗服务价格政策，建立价格科学确定、动态调整机制，构建以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，持续整治药品、高值医用耗材价格虚高等问题。完善医疗服务项目准入制度，规范审核新增医疗服务价格项目，规范公立医院、“互联网+医疗”及其他各项医疗服务价格管理。

——**科学分析药品价格变化。**实时监控采购药品品种、价格、数量等信息。研究设计药品价格信用评价体系，探索建立量化评分、动态调整、公开透明的医药价格招采信用评级制度，实现药品价格常态化监测预警。对市场价格波动较大药品，综合运用成本调查、函询约谈、提醒告诫、暂停挂网、品种替换、价格调整等方式进行规范。

三、增强医药服务可及性

——**健全医保诊疗体系。**合理规划定点医药机构布局，推动医疗资源均衡配置。落实医保支付政策，稳步推进定点医疗机构“互联网+”技术应用，实现诊前、诊中、诊后全流程线上服务。引导定点医疗机构合理配置医疗设备，严控超常超量配备，

促进护理、老年科、精神科等紧缺医疗服务和产科、儿科等特需医疗服务的发展，支持中医药事业发展。

——**着力促进分级诊疗**。依托市内“三甲”“二甲”医院，深化紧密型医共体建设，积极对接省内其他高水平医院，协调建立帮扶合作关系，加快吸纳市县（区）公立医院，稳步整合镇（街道）、社区卫生服务机构，推行行政事务、工作人员、资金、业务、绩效、药械统一管理，完善医共体考核评价机制。支持家庭医生签约服务，推进落实双向转诊机制，引导形成良性就医秩序。

——**规范医药服务行为**。落实定点医药机构管理办法，建立健全定点医药机构行为规范、服务质量和费用控制等多维考核机制，并将考核结果与医保基金支付挂钩。推行处方点评制度，坚持以基本药物制度为主导，落实重点监控药品管理制度，建立不合理用药公示和约谈制度，促进合理用药。

第六节 优化医保公共服务机制

一、加强医疗保障经办能力建设

——**加强基层经办机构建设**。根据医保制度建设工作需要，协调落实《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）关于“建立省、市、县（区）、镇（街道）、村（社区）五级医疗保障服务网络”的要求，合理设置机构、配置编制，充实基层力量，建成镇（街道）医保工作站、村（社区）医保经办员网络；同时，加强与镇（街道）政府、村（社区）委会的联系，依托镇（街道）、村（社区）党群服务中心（便民服

务大厅)或镇(街道)卫生院(社区卫生服务中心)的平台力量,开展辖区居民医保政策宣传和政策咨询、参保登记、零星报销资料收集等相关业务,推进服务下沉,确保城乡居民就地就近享受高效便捷的医保服务。

——提高医保经办服务能力。高度重视医保政策和业务培训,打造学习型医保干部队伍,引导干部职工持之以恒加强政策业务学习,提高政策理解和执行力,增强服务群众的本领,推动各项医疗保障政策落地见效。坚持传统服务方式和新型服务方式“两条腿”走路,为参保群众提供方便优质的服务;进一步简化办事手续,实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算;适应人口流动需要,做好各类人群参保和医保关系跨地区转移接续,加快完善异地就医直接结算服务。

——引入社会力量参与经办服务。加大政府购买服务事项力度,推进第三方承办大病保险、医疗救助等医疗保险业务,加强事中事后监管,通过引入社会力量,缓解目前医保部门缺人才、缺手段导致治理体系不健全、治理能力不足等矛盾,从而提高管理能力、经办效率与服务质量,提升服务群众的水平。

专栏 2: 医保信息化建设工程

信息化在推进医保高质量发展,提升医保治理体系和治理能力现代化水平的过程中起着重要引领和支撑作用。

“十四五”时期主要从以下三方面推进建设信息化工程。

一是基于大数据的医保智能监管系统建设。建立并应用全国统一的智能预警系统，强化监管信息化。通过大数据的比对功能准确定位疑似案例，提高精准打击力度；加强“互联网+监控”建设，在定点医药机构逐步推广人脸识别、药品监管码、视频监控等实时监控系统，实现对定点医药机构、医保医师和参保人员在门诊、住院、药店购药等全流程监控。

二是基于大数据的医保经办服务体系建设。在落实全国统一的15项医保信息业务编码标准基础上，积极配合推进全国统一的省级医疗保障信息平台建设，高标准建成医保业务应用系统和应用支撑平台，实现信息资源横向集约整合、纵向集中统一，为数据信息实时共享、互联互通打牢根基；建成医保公共服务App，落实“互联网+政务”，全面推广医保电子凭证应用，拓展医保电子支付凭证功能，逐步实现医保经办业务“网上办”“掌上办”和“一次办”，到“十四五”末医保事项网办率提高到90%以上。

三是基于大数据的医保治理体系建设。利用医保大数据的定量分析评估与研判医保政策的实施效果、存在问题及发展趋势，以实践指导政策的调整，保持医保政策调整的精准性、科学性和连续性，提升治理能力。

四是基于规范标准的医保门户网站建设。通过对网站

的无障碍浏览等提升改造，提高群众访问方便性。按照等级保护 2.0 新标准的基本要求及有关管理规范、技术标准，对网站的安全保护状况进行检测评估，对网站的安全防护能力进行科学公正的综合评判。从数据采集、数据分析、舆情预警、事件监测、云搜索、网站巡查、舆情导控、身份落地等全流程管理，以第一时间监测并解决舆情信息为目标，保障舆情全面、准确的监测效果。

二、加快医疗保障服务平台建设

——加快“医保三化”建设。进一步加大医疗保障规范化、标准化、信息化建设力度，统一医疗保障业务标准和技术标准，建立高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，构建统一规范、功能完备、安全高效、便民快捷的智慧医保服务体系，实现与全国全省医疗保障信息的互联互通和数据的有序共享；规范数据管理和应用权限，依法保护参保人员基本信息和数据安全；加强大数据开发，突出应用导向，强化服务支撑功能，推进医疗保障公共服务均等可及；探索推进医疗保障部门垂直管理，为实现省级统筹夯实基础。

——健全医保优质服务机制。推进“互联网+”医保服务，全面推广应用医保电子凭证，实现全市医保系统和各业务环节的“一码通”，拓展线上经办覆盖面；完善信息系统，开通移动终端服务，提高运行效率和服务质量，参保缴费和一般医保业务“网上办”“掌上办”；建立绿色通道，实现“及时办”；积极支持

“处长方”，实现“便民办”；部分业务放宽办理时限，实现“延期办”；营造良好环境优质服务，实现“温馨办”。

三、优化医疗保障管理服务体系

——**强化医保协议管理**。全面落实和规范全市医药机构医疗保障定点管理，加强和完善定点协议管理。认真落实国家医疗保障局定点医疗机构、定点零售药店管理暂行办法及省局有关规定，完善修订全市统一的协议文本，规范协议签订程序，监督协议执行，强化协议约束力。加强协议考核，严格按照基金支付规定结算医疗费用，引导医药机构合理诊疗、合理用药，不断提升管理水平。

——**落实政务服务事项清单**。严格执行《全国医疗保障政务服务事项清单》，不断提升服务效能，全面落实“放管服”改革，简化优化办理手续和流程，完善“前台综合受理、后台分类审核、任务智能推送、统一窗口出件”的集成式医疗保障业务经办模式；进一步加强行风作风建设，夯实首问首接和礼仪服务机制，努力为广大参保群众提供更加优质高效便捷的医保服务。

——**推进医保精细化管理**。进一步加强结算管理，确保医保基金及时兑付。加强异地就医管理，不断规范异地就医备案手续，按照省医疗保障局要求落实好异地就医直接结算工作。进一步加大政府购买服务力度，充分发挥专业团队的优势，弥补经办机构人员不足、能力不强等短板。

专栏 3: 医疗保障人才队伍建设工程

我市现有医保人才队伍在数量和能力上不能完全适应新形势新发展下的新要求，亟须建立一支专业化、高水平的医保人才队伍。

一是充实医保人才队伍。充实一批临床医学、药学、法学、管理学、统计财务、计算机等医疗保障相关专业的人员，充分发挥其基本专业素养和实际技能，引入并培养更多专业化、职业化、复合型的医保人才；探索建立基层优秀人才提拔晋升、下派专业人才帮扶指导的“下沉上通”制度，引导各类人才合理流动。

二是提升医保人才队伍专业素养。重视教育与培训大纲、教材、师资建设，有计划地组织干部开展教育培训，对青年人才骨干进行“点对点”、全方位的培养，重视医保人才横向交流与业务培训，全面实施绩效考评制度，通过奖惩机制进一步规范业务行为、提升业务能力，着力打造一支与医疗保障事业高质量发展相适应的专业队伍。

三是高标准健全基层经办网络。协调增设机构、增加编制，建立覆盖市、县（区）、镇（街道）、村（社区）的四级医疗保障服务机构；增设窗口受理点，开发医保经办 APP，与其他各市以及各县（区）政务服务衔接，共享网上政务平台服务功能，提高系统集成的协调性；全面落

实“好差评”制度，覆盖线上线下，做好事后分析，确保满意度在90%左右。

四是持续加强干部队伍政治建设。着力培养选拔政治上强、能够驾驭全局、领导能力强、民主作风好、敢于担当、主动作为、廉洁自律的优秀医疗保障人才担任基层医保部门领导职务。

第七节 建立巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接机制

一、落实脱贫人口医疗保障参保政策

——完善脱贫人口参保分类资助政策。在全市范围内，完善脱贫人口医疗保障常态化监测机制，统筹完善居民医保分类资助参保政策，对特困人员给予全额资助，对低保对象给予定额资助，脱贫不稳定且纳入相关部门农村低收入人口监测范围的，过渡期内可享受一定期限的定额资助政策。完善医疗保障部门与乡村振兴部门的数据共享机制，全面落实返贫致贫人口资助参保政策，确保脱贫人口、边缘人口、返贫致贫人口应保尽保。

——分类调整医疗保障扶贫倾斜政策。在逐步提高大病保障水平基础上，大病保险继续对特困人员、低保对象和返贫致贫人口实施倾斜支付。进一步夯实医疗救助托底保障，合理控制救助对象政策范围内自付费用比例。

二、健全医疗保障脱贫监测机制

——完善医保脱贫监测内容。重点监测脱贫人口和边缘人口是否全员参保、参保脱贫人员有无断保现象、医保制度是否落

实到位。健全农村低收入人口参保台账，确保纳入资助参保范围且核准身份信息的特困人员、低保对象、返贫致贫人口动态纳入基本医疗保险覆盖范围。对已实现稳定就业的脱贫人口，引导其依法依规参加职工基本医疗保险。做好农村低收入人口参保和关系转移接续工作。

——**加强医保脱贫监测力度。**根据监测内容，建立全市医保脱贫监测工作小组，安排专人通过医保信息系统筛查、部门间的数据比对、入户走访督查排查等方式，及时向乡村振兴部门通报重点监测信息，制定针对性的医保帮扶措施，做到因户施策、精准帮扶。

——**建立人员参保绿色通道。**通过医保信息系统梳理，对经基本医保、大病保险和医疗救助后年度自付医疗费用在1万元以上的，以及新纳入和断保人员，各县（区）医保部门第一时间向乡村振兴部门通报，做到早发现、早干预、早帮扶，建立便捷高效的参保绿色通道。

三、整体提升农村地区医疗保障水平

——**增强医疗保险基层保障功能。**要减轻农村人口医疗负担，在确保农村人口基本医疗保险全覆盖的基础上，不断完善城乡居民基本医疗保险制度，巩固住院待遇保障水平，确保县域内住院政策范围内费用支付比例达到70%以上；要补齐门诊保障短板，进一步规范门诊慢特病保障政策，优化高血压、糖尿病门诊用药保障机制，确保“两病”患者用药保障全覆盖，降低“两病”

患者的费用负担,提升广大农村人口的获得感、幸福感和安全感。

——促进补齐农村医卫服务短板。充分发挥医保部门在医保、医疗、医药联动改革中的引领作用,探索对县域医疗联合体(或共同体)实行总额付费,加强监督考核,结余留用,合理超支分担。亦可按协议约定向医疗机构预付部分医保资金,缓解其资金运行压力。落实签约居民在就医、转诊、用药等方面的差异化政策,逐步形成家庭医生首诊、转诊和下转接诊的模式。支持推动“互联网+医疗健康”发展,推进远程医疗向乡镇卫生院和村卫生室延伸,利用信息化技术手段,推动更多优质医疗资源向基层倾斜,提升农村卫生健康服务效率,引导更多患者就地就近就医,让更多的农民享有高质量的医疗服务保障。

第四章 保障措施

第一节 加强组织保障

医疗保障是民生保障的重要内容,必须把党的领导贯穿到深化医疗保障改革发展的全过程,放在全市贯彻落实“十四五”规划中检验,充分认识推进医保基金监管制度体系改革的重要性。**一要加强领导、协调推进**,市医疗保障行政部门负责全市医疗保障管理工作,市发改委、公安、司法、财政、人社、卫健委、审计、税务、市场监管、银保监等部门在各自的职责范围内负责有关的医疗保障工作,依法履行相应职责,协同推进改革。**二要夯实责任、落实落细**,市医疗保险经办处要统筹协调指导好各县

（区）医保经办机构，切实扛起医保规划实施落地的主体责任，要将医保经办政务服务事项清单、办事指南的编制实施列入重要议事日程，明确“十四五”期间工作目标，细化工作分工，落实属地管理责任，确保规划目标如期实现。三要加强信息交流、实现联动响应，要加强系统谋划，统筹安排、精心组织，主动协调相关部门，推进综合监管结果协同运用。

第二节 规范监督管理

推进医保基金监管执法检查规范化建设，在完善统一的医疗保障政策的基础上，规范监管权限、程序、处罚标准，依法打击欺诈骗保行为；规范诊疗行为，加强医疗质量管理与控制制度建设，实施临床路径管理，严格临床操作规程，强化诊疗合理性评价，严格掌握入、出院标准，提高病案质量；完善临床用药监测、评价、超常预警和重点监控药品管理制度，依法严厉查处“大处方”等违规行为；建立医疗保障信用体系，推行守信联合激励和失信联合惩戒机制；实施跨部门协同监管，开展部门联合执法，加大欺诈骗保典型案例曝光力度，构成犯罪的依法追究刑事责任。

第三节 争取财政支持

健全基本医疗保障财政投入机制，扩大城镇职工和城乡居民基本医疗保险覆盖范围，逐步提高居民医保人均财政补助标准，规范投入倾斜政策，落实医保财政补助和医疗救助资金，有效减轻个人医保负担；统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，

提高对基层医疗机构的支付比例，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接；加强医疗保障基金使用监督管理能力建设，强化医保基金监管和成本控制，维护基金安全，提高资金运行效率，发挥好财政资金的基础性作用。

第四节 重视信息支撑

积极落实省级医保信息化建设要求，整合现有信息系统，推动医疗保障信息系统与定点医药机构信息系统、大病保险信息系统、医疗救助信息系统的业务协同和信息共享，做好医疗保障信息系统与参与经办服务的商业保险机构信息系统必要的信息交换和数据共享，构建规范化、标准化的医疗保障信息系统数据库，确保信息系统支撑医疗保障制度的运行和功能拓展，提升医疗保障公共服务能力。以建立“智慧商洛”医保服务体系为抓手，按照中省医保信息化建设的总体要求，推进电子档案、电子处方、远程会诊等健康医疗服务全覆盖。依托全省智能监控知识库和规则库建设项目，全面推广医保电子凭证、完善医保支付方式改革。加强部门间数据有序共享，规范数据管理和应用权限，强化信息安全和患者信息隐私保护，推进新技术应用，提升医保基金监管精准化、智能化水平。

第五节 培养人才队伍

加快建设市、县（区）、镇（街道）、村（社区）四级医疗保障服务网络，统筹各级医保部门人才资源。在基层建立医保工作站，把制度优势转化为治理效能，提高医保治理能力，有效衔

接乡村振兴战略。加大对医保部门干部培训力度，建立常态化的培训机制，加强县（区）级工作交流。按相关规定对基层医保部门进行增编扩岗，加强对县（区）医保干部队伍的 policy 培训和业务指导，确保各项医保政策准确理解、程序规范、统一高效、全面落实。探索建立与高校科研院所等联合培养人才的机制，重点培养政策制度、基金监管、信息化、价格管理、法律等领域人才，指导各县（区）高效推进工作。

第六节 强化宣传引导

全方位、多角度加大舆论引导宣传，加强理论研究，完善政策解读，丰富宣传载体，实现信息共享，营造良好医患氛围，引领健康医保风向。从参保群众反映突出问题入手，定期组织市县（区）医保部门工作人员深入基层宣传医保政策、医保报销流程、医保基金监管条例及常见的欺诈骗保行为。推动医保宣传走向社区、医保服务深入群众，及时回应社会关切，解答群众疑惑，密切关注最新动态，提高群众医保政策的知晓率和医保工作的参与率、满意度，凝聚社会合力，助推医保政策实施。提高各定点医药机构的思想认识，提升医务人员的医保服务能力，加强对群众的政策解读工作，调动群众积极参保，建立医保政策常态化宣传引导机制，使医保政策宣传工作充分服务医疗保障事业大局。