奉节府办发〔2022〕113号

奉节县人民政府办公室

关于印发奉节县医疗保障事业发展

“十四五”规划的通知

各乡镇人民政府、街道办事处，县政府各部门，有关单位：

《奉节县医疗保障事业发展“十四五”规划》已经第十八届县政府第31次常务会议审议通过，现印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。

    奉节县人民政府办公室

          2022年9月30日

  （此件公开发布）

奉节县医疗保障事业发展

“十四五”规划

奉节县医疗保障局

二〇二二年五月

目录

[一、发展基础 - 4 -](#_Toc8938)

[二、总体要求](#_Toc20242) **[- 9 -](#_Toc20242)**

[（一）指导思想 - 9 -](#_Toc20260)

[（二）基本原则 - 10 -](#_Toc6266)

[（三）发展目标 - 11 -](#_Toc6724)

[三、主要任务](#_Toc3122) **[- 14 -](#_Toc3122)**

[（一）建立健全医疗保障制度体系 - 14 -](#_Toc24183)

[（二）健全稳健可持续的筹资运行机制 - 15 -](#_Toc1449)

[（三）落实公平适度的待遇保障机制 - 16 -](#_Toc13186)

[（四）建立管用高效的医保支付机制 - 18 -](#_Toc1885)

[（五）健全严密有力的基金监管机制 - 20 -](#_Toc23691)

[（六）深化医疗体制改革 - 22 -](#_Toc28658)

[（七）优化医疗保障经办管理服务 - 25 -](#_Toc11608)

[四、保障措施](#_Toc15620) **[- 28 -](#_Toc15620)**

[（一）加强党的全面领导 - 28 -](#_Toc27227)

[（二）加强部门协同配合 - 28 -](#_Toc29043)

[（三）加强人才队伍建设 - 29 -](#_Toc578)

[（四）加强舆论氛围营造 - 29 -](#_Toc9026)

[（五）加强规划监测评估 - 29 -](#_Toc13542)

附件：奉节县医疗保障事业发展“十四五”规划项目表

为推动全县医疗保障事业高质量发展，根据《重庆市医疗保障“十四五”规划》《奉节县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》，制定本规划，规划期为2021—2025年。本规划总结回顾了“十三五”期间我县医疗保障事业所取得成绩，分析了“十四五”医疗保障事业发展所具备的基础条件、发展形势，明确了我县医疗保障事业“十四五”发展目标、主要任务，是今后五年我县医疗保障事业发展的指导性文件。

一、发展基础

“十三五”期间，县委、县政府认真贯彻落实党中央、国务院决策部署及市委、市政府关于医疗保障工作的工作要求，2019年2月组建县医保局，持续深化医疗保障制度改革，全县初步建立起与经济社会发展水平相适应、覆盖城乡各类人群、制度基本健全、待遇水平稳步增长、公共服务持续优化的医疗保障体系。医疗保障工作在破解“看病难、看病贵”的问题上取得突破性进展，为决胜脱贫攻坚、抗击新冠肺炎疫情等提供了有力保障，全县医疗保障事业发展迈入新发展阶段。

——全民医保基本实现。2012年，全县执行全市统一的基本医疗保险政策，实现参保项目、缴费办法、待遇标准、信息管理、就医管理、基金管理、经办模式、监管机制的统一。2020年，全县职工基本医疗保险参保人数达7.44万人，城乡居民基本医疗保险参保人数达79.38万人，基本实现应保尽保。

——医保待遇稳步提升。“十三五”期间，在不断扩大政策范围的基础上，城镇职工、城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用报销率分别达到65%、60.44%，门诊特定病种范围明显增加、补偿标准进一步提高，高血压、糖尿病“两病”门诊用药和以进口靶向药为主的国家谈判药纳入保障范围，对多发病和重大疾病的保障两端发力，普惠、特惠政策并举，公平普惠的待遇增长机制逐步健全。制度公平性、统一性大幅提升，按“六统一”要求全面推进并做实基本医保市级统筹，职工基本医疗保险和生育保险合并实施。

——制度改革持续推进。推进医保支付方式改革，严格总额预算管理，出台《奉节县2020年医疗保险总额预付及控制指标编制方案》，在总额控制下，积极探索复合式支付方式。推进异地就医结算，全县63家具有住院资格的定点医疗机构，圆满完成国家异地就医结算平台接入工作，开通跨省异地住院费用直接结算业务。推进医药服务价格改革，完成1842项医疗服务项目价格调整，逐步理顺医疗服务比价关系。推进待遇保障体制机制改革，城镇职工、城乡居民高血压、糖尿病患者门诊用药保障全覆盖，进一步减轻“两病”患者医疗费用负担，城乡居民大病保险待遇稳步提高，将大病保险起付标准至10万元（含）段的报销比例由40%提高至60%。创新构建药品、医用耗材阳光采购新机制，完成“4+7”国家首次组织药品集中带量采购和使用试点工作，中标药品总体平均降幅52%，集采后群众得实惠达1733.25万元，有效减轻群众医药费用负担。通过医保支付方式改革和药品耗材集中采购改革，医保基金节约效应显现，2020年我县基本医疗保险基金支出比上年降低10%。

——基金监管业绩凸显。重点开展打击欺诈骗保、维护基金安全工作，健全监督检查制度，严格“双随机、一公开”监督检查机制，出台《奉节县医保基金使用监督检查办法》，构建医保、财政、公安、卫生健康、市场监管、纪检监察等相关部门参与的联合执法工作机制，形成各司其职、互补互助的执法监管体系，成立医保费用联合审核小组和审核支持专家库，严格执法检查。2019—2020年，检查定点医药机构2030家次，追回违规违约医保基金1929.29万元，处理罚款和违约金共1576.8万元，解除协议机构50家，移送司法机关案件19件。2019—2020连续两年，县医保基金监管工作分别取得了全市第三名和全市第一名的好成绩。

——医保扶贫成果显著。持续推进医保扶贫三年行动，坚决打赢医保脱贫攻坚战，执行医保脱贫攻坚“两提两降一取消”倾斜政策，完成贫困人口“应保尽保”、“应享尽享”。2019年6月，国家医保局以《重庆市奉节县抓好四个关键确保应保尽保》为题，对奉节县创新工作方式，下足绣花功夫做好贫困人口参保工作，在全国进行推介。2018—2020年贫困人员累计参保36.7万人次，2018—2020年累计资助资金5027.17万元。2017—2020年8月，全县贫困人员累计住院8.8万人次，医保报销2.4亿元，大病报销689.03万元，特慢病门诊就医3.4万人次，医保报销407.66万元。推行基本医保，大病保险、医疗救助、扶贫救助“一站式”结算服务，解决贫困人口费用报销实际问题，助力脱贫攻坚，提高贫困人口健康保障水平。

——疫情应对积极有效。2020年，面对突如其来的新冠疫情，医保部门积极响应各级疫情防控政策措施，主动调整医保政策，全面实施“两个确保”，创新医保公共服务“不见面”经办模式，对异地确诊患者实行先救治后结算，阶段性减半征收职工医保的单位缴费，助力企业复工复产、全县经济社会稳步复苏。将诊疗方案覆盖的药品和医疗服务项目，全部临时纳入医保基金支付范围，确保参保人不因费用问题影响就医；向县人民医院预拨居民医保基金500万元，职工医保基金385万元，确保收治医院不因资金垫付压力影响救治；发动各方力量和资源，多渠道筹措防控物资，确保我县防疫物资采购保障工作不脱节；开辟新冠肺炎患者即时结算绿色通道，确保经办服务工作顺畅快捷。同时，积极落实党中央、国务院和市委、市政府为企业减负政策，落实企业职工基本医保单位缴费部分减半征收及缓缴政策，全县962家企业共减征1076.23万元。

——机构改革顺利完成。县医保局于2019年2月挂牌成立，整合县人力社保局的医疗保险、生育保险，县发展改革委的药品和医疗服务价格管理，县民政局的医疗救助，县卫生健康委的医药招采等职责，内设机构3个，下属事业单位2个，县医保局组建之后，不断加强内部管理、经办内控等制度建设，顺利完成职能划转、人员转隶等工作，全县医保系统平稳有序运行。

“十三五”时期，我县医疗保障事业快速发展，全县人民的获得感不断增强，为推动“十四五”时期医疗保障事业的高质量发展打下坚实基础。与此同时，我们也清醒地看到，面对人民群众日益增长的医疗保障需求，我县医保事业仍然存在一些困难和问题。主要表现在：一是多层次医保体系尚不健全。商业保险单一，补充医保不完善，在维持现有全民医保参保率的基础上，还需进一步提高参保率；二是医保支付方式改革中面临一系列新问题有待解决。三是人口老龄化趋势日益严峻，医保基金可持续运行压力大，老年人对康复护理、长期照料等需求也越来越大，而长期护理保险制度还未启动；四是医保能力建设有待提升。面对点多面广量大的医药机构监管任务要求和群众多层次、多样化的健康需求，医保部门编制少、专业人员不足的现实矛盾突出，医保领域欺诈骗保行为专业性、隐蔽性强，查处难度大，监管力量明显不足；五是医保信息化、标准化建设有待提升，市外参保动态情况掌握不够及时，对于人工智能、大数据等信息化技术手段还没有充分利用，人民群众的医保服务体验还有待提升；六是医保政策宣传力度不够。深入街道社区、乡村院坝较少，宣传形式单一，宣传内容脱节，宣传队伍薄弱，创新宣传不够，群众对医保政策知晓度不高。

但同时也要看到，“十四五”时期是医保制度从长期试验性改革状态走向成熟定型的重要时期；是我县在高水平全面建成小康社会基础上，乘势而上开启高水平推进社会主义现代化建设、加快构建覆盖全民多层次医疗保障制度体系的重要战略机遇期；也是我县奋力谱写长江经济带上的绿色生态强县和区域性功能中心的关键时期。成渝地区双城经济圈和“一区两群”城市发展等重大战略实施，给我县经济社会高质量发展带来红利，“生活优美”大健康产业奉节建设大格局全力推进、“区域医疗卫生高地”建设目标明确，为我县加快构建高质量医疗保障制度体系，促进医疗保障事业高质量发展带来了更多有利条件。

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历次全会精神，坚决落实国家、市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，以高质量医疗保障体系建设为核心，以公平、精准、赋能、数字、绩效、法治“六个医保”建设为主线，以数字化改革为牵引，着力保障全县人民的基本医疗保险需求，着力深化重点领域的改革，着力提高医保服务的供给能力，着力创新工作机制，着力增强医疗保障的公平性、协调性，聚焦医保治理体系和治理能力现代化，构建与奉节经济社会发展相适应的多层次医疗保障体系，增强全县人民群众的获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则。

——坚持党的领导，高质量发展。坚持党的领导。坚持党对医疗保障工作的全面领导，坚决站稳人民立场，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，努力为全县人民提供全方位全周期医疗保障。

——坚持公平普惠，精准保障。以充分实现人人享有基本医疗保障为目标，把满足全县人民的基本医疗保障需求作为医保工作的出发点和落脚点，持续推动基本医疗保险应保尽保，缩小医疗保障服务和待遇标准差异，保障各类医保政策在奉节精准落地。

——坚持数字赋能，整体智治。主动融入全市数字化改革，树立改革意识、数字思维，将数字化技术、数字化思维、数字化认知融入“智慧医保”建设和全市医疗保障事业发展各方面和全过程，将医保数字化改革优势转化为强大治理效能。扎实推动医保法治建设，完善医保业务标准。

——坚持协同治理，稳健持续。坚持医保、医疗、医药“三医联动”改革，强化医保、医疗、医药、医院、中医、医生“六医统筹”，建立部门协同机制，加强政策和管理协同，构建共建共治共享医保治理格局。充分发挥市场机制与社会慈善力量作用，建设多层次医疗保障体系。坚持精算平衡，完善医保筹资和待遇调整机制，确保基金安全可持续。

（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、商业健康保险共同发展的医疗保障制度体系成熟定型，建立与奉节经济社会发展相适应的医疗保障体制机制。

——基本保障更加公平。稳步助力市级统筹，基本医保制度更加规范统一，各方权利义务责任更加对等均衡，待遇保障机制更加公平适度，城乡间医疗保障水平差距明显缩小，保障范围和标准与奉节经济社会发展水平更加适应，公共服务均等化水平更加提升。到2025年全县基本医疗保险参保率稳定在95%以上，有效助力人民群众共同富裕。

——基金使用更有效率。医保政策制定落实更加精准，医保支付、基金监管、药品（耗材）集中采购使用、医药价格等改革更加精深推进实施，协议管理、总额预算管理等医保管理更加系统协同、精准精细，医保基金绩效评价覆盖全县，基金监管更加安全可控，实现定点医疗机构、定点零售药店线上线下监督检查覆盖率100%，定点医疗机构自查自纠覆盖率100%。

——医保制度更加完善。法定医疗保障制度更加成熟定型，医保统筹层次稳步提升。医保参保缴费政策逐步完善，参保人员、用人单位和政府等各方责任更加均衡；稳健可持续的筹资运行机制全面建立，长期护理保险制度建设有力推进。

——医保治理更加高效。持续推进医保治理创新，着力提高医保专业队伍的综合素质，坚持社会化、法治化、智能化、专业化，建立健全医疗保障跨部门、跨行业协同治理机制，强化医疗保障系统党建暨党风廉政建设，“六个医保”建设效能逐渐显现，初步实现医疗保障治理体系和治理能力现代化。

——医保发展更加安全。基金监管制度体系更加严密有力，基金监管源头治理更加深入，建立健全常态化的“双随机、一公开”监管机制，推进“互联网+”监管，健全基金运行风险预警机制。智能监管全面推广，基金长效监管机制全面形成。防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立，医保安全网更加密实。医疗保障信息平台安全运行，数据安全管理持续强化。

——医保服务更加便捷。实现“医保经办30分钟服务圈”的乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。信息化标准化基础全面加强，医保治理的智能化、数字化水平显著提升，医保电子凭证普遍推广应用，线下与线上业务共同发展，传统与智能服务融合并存，规范流程与高效办理高度统一，就医结算更加便捷。到2025年，医保电子凭证结算定点医药机构覆盖率100%。

——医保执法更加规范。医保制度政策法定化程度明显提升，医保法规规章政策体系更加完善，多主体协商的共建共治共享机制更加健全，行政执法更加规范，个人依法参保缴费意识明显提升，全社会医保法制观念明显加强。

**表1 “十四五”时期奉节县医疗保障发展主要指标**

| **指标维度** | **主要指标** | **2020年** | **2025年预期** | **属性** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保覆盖 | 基本医疗保险综合参保率 | ≧95% | ≧95% | 约束性 |
| 保障程度 | 职工基本医疗保险政策范围内住院医疗费用报销比（以参保地） | 70% | 85%左右 | 预期性 |
| 城乡居民基本医疗保险政策范围内住院医疗费用报销比（含大病保险） | 60.44% | 70%左右 | 预期性 |
| 三项制度（基本医疗、大病、救助）综合报销比例（医保政策范围内住院综合报销率） | 66.03% | 80%左右 | 预期性 |
| 基金安全 | 基本医疗保险（含生育保险）基金收入（亿元） | 10.34 | 收入规模与经济社会发展水平相适应 | 预期性 |
| 基本医疗保险（含生育保险）基金支出（亿元） | 9.37 | 支出规模与经济社会发展水平，群众基本医疗需求更加适应 | 预期性 |
| 精细管理 | 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 |
| 对两定机构监管检查率 | 90% | 100% | 预期性 |
| 对举报投诉线索核查率 | 100% | 100% | 预期性 |
| 优质服务 | 医疗保障公共服务事项“网上办”“一次办”比例 | 80% | 95% | 预期性 |

三、主要任务

（一）建立健全医疗保障制度体系。

1.巩固提高统筹层次。通过统一政策制度、统一基金管理、统一医疗服务协议管理、统一经办服务、统一信息系统，全面助力基本医疗保险市级统筹，持续巩固大病保险市级统筹，推进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，提高医保基金共济能力和抗风险能力，促进医疗保障区域公平。实现职工医保、居民医保基金全市统一管理和使用。统筹使用各类编制资源，探索完善科学合理、权责一致、执行顺畅、监督有力的医疗保障管理体制。

2.完善多层次医疗保障制度体系。强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，促进各类医疗保障互补衔接，满足多元医疗需求保障水平。大力发展补充医疗保险，进一步完善补充医疗保险办法，鼓励有条件的企业自主建立补充医疗保险、购买商业健康保险、建立或加入医疗互助等。支持引导商业保险机构建立专属普惠制商业健康保险，减轻参保人费用负担，增强参保人获得感。鼓励社会慈善捐赠，统筹调动慈善医疗救助力量。

3.建立长期护理保险制度。按照国家和全市工作要求，建立统一的长期护理保险制度，积极推进职工长期护理保险服务、稳步探索居民长期护理保险服务的实施，解决符合条件的失能老年人、重度残疾人的基本护理保障需求。引入第三方机构参与长期护理保险经办服务，充实经办力量。同步建立绩效评价、考核激励、风险防范机制，提高长期护理保险的经办管理服务能力和效率。

|  |
| --- |
| **专栏1 医保商保数据共享交换平台建设****1.积极融入市医保商保数据互通平台，助力多层次医疗保障体系建设。**探索医保、商保建立信息共享交换机制，依托重庆市政务信息共享交换平台实现医保、医疗有关信息在相关部门与商保机构等单位之间的信息共享。建立医保商保的一站式结算，让“数据多跑路、群众少跑腿”，全面提升百姓的获得感。**2.建立可持续的政保合作长效机制。**进一步明确医保与商保职责边界，“保本微利”的认定范围，引导政保合署办公机制走向制度化、标准化、规范化。 |

（二）健全稳健可持续的筹资运行机制。

1.完善基本医疗保险参保机制。坚持和完善覆盖全民、依法依规分类参加的基本医疗保险制度和政策体系。困难群体100%参保，其他人群应保尽保。医疗保障部门与公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、乡村振兴、市场监管、税务、教育、司法、扶贫、残联、交通、移动通信等部门建立数据共享交换机制，加强人员信息比对和共享，及时掌握新生儿、幼儿、中小学生以及医保增员减员信息，形成全民参保数据库，核实断保、停保人员情况，精准锁定未参保人群。加强制度衔接和信息比对，防止出现重复参保、重复缴费、重复资助。

2.扩大基本医疗保险参保覆盖范围。根据我县常住人口、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。职工基本医疗保险要以本地区劳动就业人口作为重点参保扩面对象，城乡居民基本医疗保险实现以本地区非就业居民为重点参保扩面对象。进一步落实市外户籍人员持我市居住证参保政策。

3.拓展多元化便捷化缴费渠道。加大参保缴费宣传引导力度，推动服务向基层下沉，加强城乡居民参保缴费服务，压实乡镇、街道参保征缴责任。加大医保电子凭证推广使用力度，利用移动端、在线平台、共享经济平台等多种途径，拓展多样化的参保缴费渠道，提高参保缴费政策知晓度，提升服务便利性。

（三）落实公平适度的待遇保障机制。

1.加强门诊共济保障能力。探索建立职工医保普通门诊统筹，报销比例从50%起步，并向退休职工倾斜。科学测算起付线标准和最高支付限额，做好与住院支付政策的衔接。对部分需要在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，参照住院待遇进行管理。提高各类药品在各级各类医疗机构的可及性，鼓励处方流转，防止因药物可及性引发患者趋上就医。加强高血压、糖尿病等慢性病保障力度。分析门诊重症患者成本构成，通过加强医疗机构服务能力，落实药品、耗材集中招标采购，加强与基本公共卫生服务衔接等方式降低成本，减轻患者负担。

2.健全统一规范的医疗救助制度。按照国家和全市统一要求，明确困难群众医疗救助范围。全面落实救助对象分类资助参保和分层分类救助政策，健全重点救助对象医疗费用救助机制。建立防范和化解因病致贫返贫长效机制。增强医疗救助保障功能，加强对社会困难群体的救助，做好特困群众的医疗保障和医疗救助。加强对社会救助对象监管力度，降低社会救助对象医疗成本。

3.巩固医保脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接。结合县级巩固脱贫攻坚成果政策，坚持共同富裕，共享发展成果，逐步将脱贫攻坚期的超常规保障政策转化为常态化制度保障，确保政策有效衔接，待遇平稳过渡。优化救助对象资助参保政策，分类调整医疗保障倾斜政策，健全低收入人口参保台账，落实分类资助参保政策，做好全额资助特困人员、定额资助低保对象、低保边缘户、返贫致贫人口、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户等低收入人口工作。大病保险继续对低保对象、特困人口和易返贫致贫人口进行倾斜支付。积极争取分阶段、分对象、分类别调整脱贫攻坚期超常规保障措施，争取医疗救助资金投入，倾斜支持乡村振兴重点帮扶乡村。推进医保和医疗服务高质量协同发展，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。

4.落实重大疫情医疗救治费用保障机制。理顺基本医疗保障与财政在重大疫情医疗救治费用保障中的权责关系，保证经费及时足额拨付，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，执行国家对特殊群体、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。

5.支持“互联网+”医疗、“互联网+”药店等新型医疗服务模式发展。按照国家和全市统一要求，将“互联网+”医疗、纳入基本医疗保障支付范围，实现即时结算。实现“互联网+”医疗、“互联网+”药店等诊疗、售药全流程、全方位追踪，开发“互联网+”医疗、“互联网+”药店智能审核模块，提高监管能力。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，加快完善异地就医门诊、购药直接结算服务。

|  |
| --- |
| **专栏2 重大疾病救助工程**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，将符合条件的困难群众纳入医疗救助范围。 2.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.引导合理诊疗，促进有序就医，严控不合理医疗费用。 4.完善基本医疗保险政策，夯实医疗救助托底保障，发展商业健康保险，建立健全引导社会力量参与机制，促进慈善医疗救助发展，规范发展医疗互助，稳步提高重大疾病患者保障水平，合力防范因病致贫返贫风险。  |

（四）建立管用高效的医保支付机制。

1.做实和强化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。科学确定统筹基金的预算总额，建立合理的支出预算增长机制，做好普通门诊、门诊特病慢病、住院DRG支付、药店购药、异地就医等制度项目的分块预算，补充确立有效的年中预算调整和年末清算规则。在总额预算制定过程中，严格执行与定点医疗机构的协商谈判机制，预算总额与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩。落实对医疗机构的“结余留用、合理超支分担”激励约束机制。

2.建立健全医疗保障协商谈判机制。探索发挥我县医药行业协会作用，建立医保经办机构与行业协会协商谈判机制，发挥行业协会在医药服务价格形成与调整支付方式和支付标准制定等方面的作用，逐步提高行业协会治理能力，发挥行业协会自律作用。

3.创新医保协议管理。完善基本医疗保险协议管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。将符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围。制定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，完善定点医药机构退出机制。

4.抓好住院医疗服务DRG点数法付费试点工作。将DRG点数法付费的试点范围，安排落实到定点医疗机构。制定符合本县医保基金管理能力、规范医疗服务行为、支持医疗机构临床创新、促进医疗机构合理发展、推动分级诊疗的综合支付规则。加强DRG绩效考评机制和医疗服务质量监督机制建设，防止挑选轻症、推诿重症、分解住院、重复住院、诊断升级、降低服务质量等不合理医疗服务行为。

5.完善紧密型县域医共体医保支付政策。实行医疗康复、精神疾病等长期住院服务按病种、床日付费，普通门诊按人头包干付费，门诊特病慢病按人头病种付费，日间手术按病种付费，探索适合中医服务、“互联网+”医疗服务、特效药品和耗材的医保支付方式。将日间手术、单病种、按床日付费等付费标准折算成相应点数，统一纳入到全县点数法支付体系，提高基金精细化支付水平。探索门诊医疗服务与药品分开支付，推动处方流转。在三级医院全面推行日间手术，探索对紧密性医疗联合体实行总额付费。

6.落实医保目录管理和调整。强化医保目录管理，根据基金承受能力，适应基本医疗需求，临床技术进步需要，及时动态优化调整医保目录。适时推进将中药饮片和医疗机构院内制剂纳入医保报销工作。

（五）健全严密有力的基金监管机制。

1.深入贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》《重庆市医疗保障基金监督管理办法》及其配套办法，建设医保基金监管制度体系，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、个人守信相结合的监管格局，实现监管法治化、专业化、规范化和常态化。

2.提升医保的监督能力和监管水平。加快行政和稽核队伍建设，按照“争取增量、激活存量”原则，努力壮大基金监管队伍力量，加强与司法部门联系，培训和提升现有医保监管执法队伍规模和能力。

3.完善医保法制体系。建立基金监管执法规范体系，科学设定执法权限、规范执法办案程序、建立处罚自由裁量基准、强化联合执法协调机制，建成规范、完备、行政执法与经办稽查有效衔接的医保基金监管执法规范体系。

4.建立健全监督检查制度。推行“双随机、一公开”监管机制，建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、联合检查、专家审查等相结合的多形式检查制度，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，明确各方权利义务，确保公开、公平、公正。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，提升监管的专业性、精准性、效益性。加强对医疗保障经办机构的监管。

5.加强协同监管。适应医保管理服务特点，建立和完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度。推进信息共享和互联互通，健全协同执法工作机制。对查实的欺诈骗保行为，按照法律法规规定和职责权限对有关单位和个人从严从重处理。建立健全打击欺诈骗保行刑衔接工作机制，严厉查处打击医药机构和参保人员滥用医保资金兑换生活物品，确保医保资金用于医疗保障上。

6.建立信用管理制度。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。创新定点医药机构综合绩效考评机制，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联。加强和规范医疗保障领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单管理工作，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，制定并落实自律公约，促进行业规范和自我约束。

7.建立智能监控制度。依托市级平台建立和完善医保智能监控系统，加强大数据应用。加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，强化事前、事中监管。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。开展药品、医用耗材进销存实时管理。推广视频监控、生物特征识别等技术应用。推进异地住院、门诊、购药即时结算，实现结算数据全部上线。

8.建立医保社会监督员制度。创新社会监督方式，畅通举报投诉渠道，建立医保监督专家库，聘请社会监督员，动员社会各方力量参与医保监督工作。

|  |
| --- |
| **专栏3 医疗保障智能监控平台****1.建立智能监控系统。**加强医保相关数据采集，建立医保知识库、职能监控规则库动态调整机制，实现实时风险预警、智能审核、大数据筛查、进销存实时管理等基础功能，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。**2.建立医保支付监管系统。**依托现有DRG系统，强化病案校验和医疗服务质量的过程式、结构式监管，加强对积累的支付大数据进行综合利用，提升医保基金的支付效率。**3.建立监督执法管理系统。**通过对移动办公技术、生物识别技术、自动办公技术的应用，实现行政执法和经办稽核全流程线上无纸化管理。**4.建立信用评价管理系统。**通过失信行为采集、失信档案管理、失信名单发布。根据失信行为筛查规则，自动将稽核、审核工作中查实的违规行为记录至失信档案，实现对失信对象的联合惩戒。**5.建立大数据分析决策系统。**建立医疗保险基金的规范化、制度化、科学化的分析标准，加强统计数据的分析应用，提高决策支持能力。及时了解掌握基金运转情况和支撑能力，及时发现基金管理的薄弱环节和疑点问题，为实现基金实施精准科学的预决算管理提供支撑。 |

（六）深化医疗体制改革。

1.完善医药服务价格形成机制。跟踪监测医疗服务成本、费用变化情况，全面评估医疗服务价格水平，稳妥有序调整医疗服务价格，持续优化医疗服务价格结构和医疗机构收入结构。建立信息强制披露制度，通过医疗保障局官方网站、app等便捷化、智能化手段，向社会公开药品价格、医疗费用、费用结构等信息，推进医药服务价格公开透明，以竞争降低价格。鼓励处方流转，实现药店和医院药品同质化竞争，以市场竞争促进常见药品提质降价。合理制定基本医疗保险支付标准，鼓励医疗机构及其采购联盟通过自身谈判能力压低药品价格。完善医疗服务项目医保准入制度，加快审核新增医疗服务价格项目，建立价格科学确定、动态调整机制。提高医护人员劳动价值，提高人力服务费用占比，持续优化医疗服务成本结构。

2.深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革。根据国家、市级有关要求，有序推进药品集中带量采购，加大考核，认真落实国家、市级药品和医用耗材集中采购政策，指导有关医疗机构执行国家、市级组织集中采购中选药品、医用耗材的采购、配送和使用政策。按照市级统筹安排，推进医保基金与医药企业直接结算，完善医保支付标准与集中采购价格协同机制。

3.增强医药服务可及性。推动建立药品处方共享平台，支持零售药店逐步成为向患者提供药品保障的重要渠道。推进检查、检验结果互认。加强两定机构的医疗、医药行为监管，确保医疗服务和医药服务的质量安全。通过加大医保资金倾斜，调整支付方式、提高支付标准等，提高基层医生收入和服务能力，补齐护理、儿科、老年科、精神科等紧缺医疗服务短板。完善区域卫生规划和医疗机构设置规划，加强分级诊疗体系建设，强化基层医疗服务体系建设，配合推动基层医疗卫生机构等级评审和社区医院、农村区域医疗卫生中心、星级村卫生室建设。

4.积极应对人口老龄化。按照国家出台的促进人口生育，应对人口老龄化问题相关政策的要求，加快完善生育保险制度、推进三胎医保政策的落地、稳步建立长期护理保险制度、持续提升医保适老服务水平。贯彻实施新修订的《重庆市职工生育保险暂行办法》，做好生育保险医疗费用、生育津贴等待遇保障，规范生育医疗费用、生育津贴支付管理，推进生育医疗费用支付方式改革，控制生育医疗费用不合理增长，降低生育成本，提高生育保险与职工基本医疗保险合并实施成效。按照市上的统一部署，建立适合我县县情的长期护理保险制度，从职工基本医疗保险参保人群试点起步，优先保障符合条件的失能老年人、重度残疾人员基本护理保障需求，不断减轻重度失能人员及其家属长期护理事务性和经济性负担。持续提升医保适老服务水平，聚焦老年人在智能化在智能运用中遇到的难点、痛点、堵点问题，坚持传统服务与智能创新相结合，优化经办流程，统筹谋划服务网点布局，增加绿色通道和适老设施，创新智能服务方式，促进智能技术在老年人群中的普及使用，为老年人提供周到、暖心、贴心的便利服务。

|  |
| --- |
| **专栏4 医药服务供给侧改革推动工程****1.实行药械集中采购。**坚持招采合一、量价挂钩，落实国家、重庆市药品、医用耗材集中带量采购政策。规范联合集中带量采购工作，做到程序、规则、政策相对一致，完善药品、医用耗材采购交易制度。**2.推进价格服务的改革，完善价格形成机制**。建立以市场为主导的药品及医用耗材价格形成机制，以及价格动态监测体系和信息共享机制。健全新增医疗服务价格项目机制。待国家新增医疗服务价格项目管理办法出台后，按照市医疗保障局的要求，修订完善我县医疗服务价格项目管理办法，合理调整我县医疗服务价格，优化医疗机构收入结构。 |

（七）优化医疗保障经办管理服务。

1.优化医疗保障公共服务。推进医疗保障公共服务标准化规范化建设，建设医疗保障服务示范工程，全面落实医保政务服务清单制度，全面实施“综合柜员制”服务，实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算。强化医保公共服务机构内部控制，建立流程控制、风险评估、运行控制、内审监督等工作机制。规范医保经办服务大厅和窗口建设，改善服务条件，提升服务大厅，配置智能医保及执法设施设备，建设档案室、医保基金监管执法询问室等业务科室，优化完善无障碍设施，开辟绿色通道，畅通为老年人服务的线下线上渠道，加强经办管理服务，提高经办管理服务能力。

|  |
| --- |
| **专栏 5 医疗保障服务示范工程**1．完成医保中心标准化窗口建设，落实国家医疗保障管理服务窗口标准规范。2．建设乡镇（街道）或者村（社区）医疗保障基层服务示范点1个。3．建设医保定点医药机构示范点1个，推动精细化、规范化管理，提升参保人就诊体验。 |

2.提升医疗保障服务能力。建立统一的医疗保障服务热线，加快推进服务事项网上办理，提高运行效率和服务质量。构建统一的医疗保障经办管理体系，大力推进服务下沉，实现县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。提升医保信息化平台深化优化“放管服”改革全面优化经办流程、简化办理程序、强化便民措施，推动实施医保业务“全城通办”医保服务事项“马上办”“全程网上办”，不断增强群众获得感和满意度。

3.提升医保信息化管理水平。加大医保信息化建设投入力度，加快推进医保电子凭证多场景应用。按照市医保局的统一安排，加快推进参保人激活医保电子凭证工作，基本实现两定机构全面支持使用医保电子凭证，探索拓展医保电子凭证的更多场景应用。实现医保网络全面覆盖，核心业务网络纵向实现与市、县互联互通，横向与人社、卫健、乡村振兴、民政、财政、残联、税务、公安等部门以及医院、药店、商业银行、保险公司等单位互联互通，加强数据有序共享。规范数据管理和应用权限，依法保护参保人员隐私和数据安全。加大医保信息化建设投入力度，建立完善覆盖县、乡、村三级医保信息化服务网络，支持互联网医院、药店建设，投入必要的医保智能化服务和监管设备，切实提高医保信息化管理水平。

4.提高医疗保障智能化服务能力。在全国医保系统基础上，打造智能化板块，实现医保智能管理。建设医保服务智能问答系统建设，在医保服务热线、在线咨询中引入智能答复系统，提高回答准确性、针对性，缩短回复周期。建设疾病预防智能化提醒系统，加强与卫健、教育、民政等部门协同，及时向参保人发送疾病流行信息，减少疾病传播。建立待遇智能化分析系统，分析我县参保病人常见病、多发病、罕见病等，有针对性地优化保障待遇，加强紧缺医疗资源配备。

5.加强医保服务队伍建设。打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍。加强医保队伍廉政建设，提高廉政意识，健全廉政制度，让医保班干部队伍绷紧廉政弦扣，时刻廉政自律，做到清清白白做人，干干净净做事。加强医疗保障公共管理服务能力配置，建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制。政府合理安排预算，保证医疗保障公共服务机构正常运行。研究制定我县医保系统人员教育培训中长期规划，坚持多形式分级分类举办各类业务培训，探索建立与医疗机构等联合培养人才机制。

6.持续推进医保治理创新。建立基本医疗保障政策委员会，将政府代表、参保人代表、参保单位代表、医药卫生机构代表、专家学者代表等纳入委员会，推进医疗保障决策的多元参与。规范和加强与商业保险机构、社会组织的合作，完善激励约束机制。建立医保信息宣传员制度，加强医保舆论监测和舆论引导。加大医保政策宣传力度，深入社区村庄，丰富宣传形式，通俗宣传内容，让市民村民知晓政策，理解政策，更好地促进医保政策执行落地，增强群众医保的获得感、幸福感。

|  |
| --- |
| **专栏6 医疗保障公共服务优化工程****1.建立并实施统一的公共服务清单制度。**进一步健全、优化、完善我县医疗保障经办政务服务事项清单和办事指南。**2.建立并实施统一的公共服务标准和规范。**实施统一的职工、城乡居民医保服务规范，统一的公共服务术语，统一的公共服务文书、表单；统一规划与设置各级经办场所（窗口）。**3.完善实施综合窗口制服务。**大力推进公共服务一站式、一窗式模式，推进“一窗办理、一次办结”，实现公共服务事项“即时受理、限时办结”，全面实施“好差评”制度。**4.建立并实施公共服务绩效评估体系。**每年统一组织开展“一次办”检查评估和绩效评估，实现服务事项“马上办”“网上办”、不断增强群众获得感和满意度，力争实现群众满意度达到90%。**5.实现县、乡镇（街道）、村（社区）三级医疗保障经办服务体系全覆盖。**加快推进“一网通办”，医疗保障公共服务事项“网上办”“一次办”比例达到95%，“马上办”比例达到70%。**6.实施服务大厅装修改造工程。**按照国家确定的县级医保服务标准化建设要求，改善服务大厅办公条件，提升窗口服务能力，满足群众线下医保服务体验的需要。 |

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”，坚决做到“两个维护”，不断提高贯彻新发展理念、构建新发展格局的能力和水平，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”“六医统筹”，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。县医保局负责统筹推进医疗保障制度改革，会同县卫生健康委、县市场监管局、县财政局、县公安局等部门研究解决改革中的重大问题，指导做好医疗保障工作。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）加强人才队伍建设。

做好医保人才队伍建设计划，选优配强医保力量，主动加强与县委组织部、县委编办等部门的沟通，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。

（四）加强舆论氛围营造。

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。

（五）加强规划监测评估。

规划确定的指标和任务，是对全县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，接受人大代表、政协委员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。

附件：奉节县医疗保障事业发展“十四五”规划项目表

附件

|  |
| --- |
| 奉节县医疗保障事业发展“十四五”规划项目表 |
|
| 序号 | 项目名称 | 主管部门 | 建设地点 | 建设性质 | 拟建主要内容及规模 | 总投资估算（万元） | 建设年限 |
| 1 | 医保服务大厅及办公服务场所标准化建设 | 县医保局 | 诗仙西路195号 | 改建 | 按照国家医保局最新要求，对400㎡的服务大厅进行装修改造，配置一体化自助服务设备、叫号机、评价器等智能化设备设施；对办公楼内部（使用面积1600㎡）进行整修，满足日常办公、服务、会议需要；按照标准化建设要求改建50㎡医保业务档案室1间；建设医保基金监管执法询问室，配备执法设备。 | 200 | 2022年－2023年 |

抄送：县委办公室，县人大常委会办公室，县政协办公室，县监委，

县法院，县检察院，县人武部。

奉节县人民政府办公室 2022年10月9日印发