

淄博市医疗保障局
关于印发淄博市医疗保障事业发展
“十四五”规划的通知
淄医保发〔2021〕19号

各区县人民政府，高新区、经济开发区、文昌湖区管委会，市政府各部门，各有关单位，各大企业，各高等院校：

《淄博市医疗保障事业发展“十四五”规划》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际认真组织实施。

淄博市医疗保障局
2021年12月11日

（此件公开发布）

淄博市医疗保障事业发展“十四五”规划

为深入学习贯彻习近平总书记关于医疗保障工作的重要讲话、重要指示批示要求，按照《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《“十四五”全民医疗保障规划》《中共山东省委、山东省人民政府贯彻落实〈中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见〉的实施意见》《山东省医疗保障事业发展“十四五”规划》要求，结合我市实际，制定本规划。

一、基础形势

（一）“十三五”医疗保障事业发展基础

“十三五”时期，全市医疗保障系统以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面推进医疗保障改革发展，医保管理体制不断深化，医疗保障待遇不断提高，管理服务水平不断提升，重点领域改革取得创新突破。

——体制机制不断健全。医保管理体制机制进一步完善，改革市级统筹调剂金模式的医保管理机制，建立了市级统筹统收统支模式，进一步提高了医保基金共济能力和抗风险能力。整合各有关部门医疗保障职能，在全省率先推行垂直管理模式，进一步做实做强市级统筹制度，积累了市级医疗保障部门垂直管理的实践经验。

——政策体系不断完善。深入推进“全民参保计划”，在全省率先完成封闭运行企业医保属地化参保工作，将外来人口纳入

医保覆盖范围；“十三五”末，全市基本医疗保险参保率达 98%。推进职工基本医疗保险和生育保险顺利合并实施，2020 年底生育保险参保人数 86.9 万人。全面实施职工长期护理保险制度，医疗救助托底功能增强。创造性指导推出全省首款普惠型补充医疗保险“淄博齐惠保”，多层次医疗保障制度体系基本建立。

——医保待遇水平稳步提高。居民基本医疗保险财政补助标准由“十二五”末的人均 380 元，提高至“十三五”末的 550 元；个人缴费标准随经济社会发展水平适当调整。职工医保基金最高支付限额由“十二五”末的 42 万元提高到“十三五”末的 50 万元；居民医保政策范围内住院报销比例（含大病保险）大于 63%，一个医疗年度内，大病保险最高支付限额由 20 万元提高到 40 万元，最低报销比例由 50%提高到 60%，重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例提高到 77.5%以上。完善贫困人口医疗保障机制，出台贫困人口再救助制度，贫困人口政策范围内个人负担控制在 10%以内，全面完成了医保扶贫工作任务。积极应对新冠肺炎疫情不利影响，对参保企业实施阶段性降费和缓缴医保费政策，促进全市各类企业复工复产。

——重点领域改革不断深化。加快推进医保支付方式改革，建立起以“总额预算、按病种分值付费”为主，按床日、按病种、按人头付费为辅的复合式结算办法，2020 年我市被国家医保局确

定为全国区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市。取消公立医院药品和医用耗材加成政策，完善医药服务价格动态调整机制，破解了以药养医、以耗养医、过度使用的问题。修订公布 51 项医疗服务项目价格，调整公立一级医院医疗服务价格 1289 项，促进了医疗机构健康发展。

——基金监管机制不断完善。健全基金监管机制，建立 9 部门参与的基金监管工作联席机制，统筹协调医疗保障基金监管工作。研究制定医疗保障工作监督员制度和医疗保障专家库制度。制定医保领域行政执法“三项制度”，推进医保事前事中监控系统应用，深入开展医保基金使用专项整治行动。“十三五”期间，追回医保基金 7186.5 万元，暂停医疗服务协议 420 家，解除医疗服务协议 98 家，持续保持打击欺诈骗保的高压态势。

——集中带量采购有序推进。落实三批国家组织集采的 112 个品种药品，平均降价 54%。执行山东省第一批 39 个品种药品集采结果，平均降价 67.3%。组建招采联盟，先后两次牵头青岛、烟台等 7 市开展医用耗材集中带量采购工作，5 大类 19 种规格的低值医用耗材平均降价幅度 36.1%，单个产品最高降幅 72%；骨科创伤类和血液透析类高值耗材带量采购属全国首次，骨科创伤类单个产品最大降幅达 94%，群众就医负担进一步降低。

——经办服务水平不断提升。全面推进医保服务流程再造，

全市范围内医保服务标准实现“六统一”，办理时限整体缩短 50% 以上，高频民生事项办理流程压缩 50% 以上，申办材料精简幅度达 60% 以上。积极推动异地就医平台和医疗机构信息系统改造工作，2020 年我市被纳入门诊费用跨省联网直接结算国家试点。全市 536 家定点医药机构实现省内异地刷卡结算，237 家定点医院纳入全国异地联网结算平台，2460 多家村卫生室实现联网结算。医保电子凭证激活人数超过 210 万人，开展了家庭共济、混合支付、信用就医、无线医保专网 VPDN 试点工作，群众就医更加便捷高效。

（二）“十四五”医疗保障工作面临的形势

“十四五”时期是我市新旧动能转换和高质量发展的拐点期、攻坚期、突破期，全市医疗保障事业发展面临诸多挑战。一是基本医疗保险参保已基本实现全覆盖，难以依靠扩大参保人数或提高财政补助和医保费率来大幅增加医保基金收入，医保基金增收渠道进一步收窄。二是老龄化程度明显加快，2020 年已达到 23%，慢性病患者率显著上升，长期护理保障需求日益增长，特殊群体和罕见病群体医疗保障诉求越来越迫切，人民群众多样化、多层次、高质量医疗保障的需求越来越高，医疗费用支出将长期保持高增长态势，医保基金支出面临更大压力。三是医疗服务不规范，欺诈骗保行为仍然易发多发，医保法制体系和基金监管体制有待

完善。基层医保经办服务力量薄弱，医保公共服务能力同人民群众的需求还存在一定差距，智能化、便捷性还需要进一步提升。

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，坚持以人民为中心的发展思想，牢牢把握推动医疗保障高质量发展的主题，扎实推进待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管、医药服务供给、公共管理服务、智慧医保等关键领域的改革，有效解决群众反映强烈的突出问题，建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、公平持续、更加成熟定型的医疗保障体系，不断提高人民群众医疗保障的获得感、幸福感和安全感。

（二）基本原则

——坚持党的领导。坚持党对医疗保障工作的全面领导，充分发挥全面从严治党引领保障作用，全面提升政治判断力、政治领悟力、政治执行力，在推进改革发展中增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”。

——坚持人民至上。以人民健康为中心，建立公平适度的待遇保障体系，提升医保服务水平，切实解决群众急难愁盼的突出问题，推动医疗保障事业高质量发展，确保全民享有基本医疗保

障的权利，切实提高人民群众的获得感和满意度。

——坚持规范统一。深化垂直管理的顶层设计优势，推进医疗保障法治建设，深入推动医保政策标准统一，全面加强医疗保障领域标准化建设，加快“智慧医保”建设进程，推动精细管理，加强依法监管，强化刚性约束，维护基金安全。

——坚持系统协调。深入推进“三医联动”改革，加强政策和管理协同，完善医保筹资和待遇调整机制，注重多层次医疗保障制度有机衔接、作用协同发挥，构建共享共治医保治理格局，实现改革的系统性、整体性、协同性。

（三）主要目标

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，实现待遇保障公平适度，基金运行稳健持续，药品耗材价格有效联动，经办服务便捷高效，达到“公平医保、法治医保、智慧医保、暖心医保”的目标。

——待遇保障更加公平规范。医疗保险市级统筹进一步优化提升，医保制度碎片化问题得到实质性解决，待遇保障机制更加公平适度，基本医疗保险、大病保险、医疗救助制度三重保障功能更加完善，多层次医疗保障体系更加成熟定型，防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立。

——筹资机制更加均衡健全。医保参保缴费政策逐步健全，参保人员、用人单位和政府等各方责任更加清晰，以收定支、收支平衡的可持续筹资机制全面建立。个人参保缴费意识不断提升，适应新业态从业人员的参保缴费政策进一步健全完善。医疗救助筹资水平更趋合理。

——基金监管更加严密有力。医保基金监管制度体系和执法体系基本建成，形成以法治为保障，信用管理为基础，大数据支撑、多手段监管为依托，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，并在实践中不断发展完善。

——医保服务更加优质便捷。以“智慧医保”建设为依托的医疗保障公共服务实现全覆盖，建立统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统。持续扩大基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”结算范围以及普通门诊、门诊慢性病、住院医疗费用省内、跨省直接结算覆盖范围。

到 2035 年，基本医疗保障制度更加系统完善，覆盖全民的多层次医疗保障体系更加成熟稳定，医疗保障经办管理服务更加规范统一，医疗保障基金监管方式更加科学高效，为全市参保人提供全方位、全生命周期的医疗保障服务，实现医疗保障治理体系和治理能力现代化。

全市医疗保障事业发展主要指标

指标纬度	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（户籍人口数）	98%	稳定在 98%以上	预期性
筹资政策	城乡居民医保筹资水平（财政补助标准/人均缴费标准）	稳定在 2:1 以内	稳定在 2:1 以内	约束性
基金运行	基本医疗保险（含生育保险）基金支出五年平均增长率	8.45%	≤10%	预期性
	统筹层次	市级统筹、垂直管理	省级统筹	预期性
保障程度	职工医保政策范围内住院报销比例	>80%	≥85%	约束性
	居民医保政策范围内住院报销比例（含大病保险）	>63%	≥70%	约束性
	重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例	≥77.5%	稳定在 80%左右	预期性
精细管理	按病种分值付费占住院费用的比例	70%	≥75%	预期性
	医保智能监控系统覆盖率（定点医疗机构、药店）	80%	100%	预期性
	信用监管覆盖率	——	100%	约束性
优质服务	住院费用跨省直接结算率	50%	>80%	预期性
	定点医药机构“一卡通行”覆盖率	50%	100%	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率	94%	100%	预期性

三、健全完善多层次医疗保障体系

（一）健全完善医疗保障筹资机制

健全基本医保稳健可持续的筹资调整机制。完善职工医保缴费参保政策，均衡个人、单位筹资缴费责任。在继续加大财政投入、提高政府补助标准的同时，强化个人参保意识，城乡居民医保财政补助标准与个人缴费标准比例保持在 2:1 以内。完善长期护理保险多渠道筹资机制。加强财政对医疗救助的投入，强化区县事权与支出责任，拓宽社会捐助、彩票公益金等医疗救助筹资渠道，形成稳定的医疗救助筹资机制。

巩固完善统筹层次。按照参保范围、筹资标准、待遇水平、基金管理、经办服务、信息管理“六统一”的标准，全面夯实基本医疗保险市级统筹基础，按照上级部署积极推进省级统筹，落实属地监管责任，强化统筹层次提高后的有序就医管理，促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。

（二）完善医疗保障待遇保障机制

建立基本医疗保险待遇清单制度，2022 年制定全市医疗保障待遇清单行动方案，严格执行医疗保险基本政策、基金支付范围和标准，防止过度保障和保障不足，促进医保待遇公平。建立重大政策调整备案机制，严格在清单授权的范围内研究调整政策，推进医保政策调整规范化、法治化。

健全基本医疗保险待遇水平调整机制。坚持职工和居民分类保障，健全筹资与待遇水平相挂钩的待遇调整机制。巩固提升基本医疗保险住院保障水平，改革职工个人账户，完善门诊统筹制度，提高门诊慢特病待遇水平，到 2025 年，普通门诊报销额度在“十三五”末基础上平均提高 50%，门诊慢特病医保支付比例不低于 65%。建立健全异地转诊的政策措施，合理设置不同级别医院报销比例，推动医保待遇政策与促进医疗资源下沉、建立分级诊疗制度相协调。

规范补充医疗保险制度。稳步提高职工、居民大病保险待遇水平，提升大病保险保障能力。规范职工大额医疗费补助、公务

员医疗补助、企业补充医疗保险制度，确保医疗保险补充制度可持续。

完善医疗救助制度。规范医疗救助保障范围，稳步提高医疗救助限额；科学确定救助对象、范围和标准，做好与民政、残联、乡村振兴等部门的数字平台对接，实现医疗救助对象精准识别。完善重点救助人群参保缴费政府代缴政策，建立预防和化解因病致贫长效机制。巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，做好与乡村振兴战略的有效衔接。加强医疗救助与临时性救助、应急救助、慈善救助等社会救助政策协同，筑牢托底保障底线。

完善长期护理保险制度。按照保障可及性、制度可持续性的原则，不断完善职工长期护理保险制度，扩大待遇准入门槛，提升待遇保障标准，使更多失能失智人员及时享受可及性、公平性和便利性的护理服务。探索建立居民长期护理保险制度，2025年居民长期护理保险实现全覆盖。研究助推医养健康产业发展的政策措施，为长期护理制度高质量实施提供支持。

完善重大疫情医疗救治费用保障机制。建立特殊群体、特定疾病医药费豁免制度和医保基金应急预付制度，在突发重大疫情时，实施医保基金应急预付，实行先救治、后付费，确保定点救治医疗机构不因资金问题影响救治。对特殊群体、特定疾病有针对性地免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款，实施医疗保障、政府补助、医疗机构减免等综合保障措施，减轻群众后

顾之忧，确保患者不因费用问题影响就医。

（三）加快发展商业健康保险

鼓励商业保险机构加强产品创新。开发医疗、疾病、康复、照护、生育等领域综合性健康保险产品和服务；鼓励将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围；鼓励商业保险机构与医疗机构合作开展健康管理服务，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。

打造“医保+商保”融合发展模式。厘清基本医保责任边界，鼓励商业保险机构实施与基本医疗保险、大病保险相衔接的普惠型商业医疗保险，探索“惠民保”项目产品保障升级、服务升级，保障医保目录外用药大额支出，满足不同群体个性化需求，补齐多层次医疗保障体系中医疗商业保险的短板，提升参保群众医疗保障水平。创建支持商保医保快速结算服务平台，加快推进理赔“一站式申请”“智能化理赔”系统上线，简化管理资料和申请手续，提升参保人服务体验。

健全商业保险监督体系。建立健全参与基本医保经办的商业保险机构绩效评价机制。建立信用管理协同机制，探索建立共建共治共享的医保治理格局，规范商业保险机构承办大病保险等业务。

（四）扎实推进医保参保扩面工作

制定医疗保险参保扩面工作实施计划，落实用人单位和职工

依法参加职工基本医疗保险的责任和义务，积极引导我市灵活就业人员、大学生、外来符合条件人员主动参保，做到应保尽保，促进连续参保。积极落实职工医保补缴和灵活就业人员、居民参保缴费政策，为特困人员、低保对象、重度残疾人等困难人员代缴城乡居民医疗保险费，建立医保参保数据与市乡村振兴局数据定期比对机制，实现困难人口基本医疗保险全覆盖。加强部门协同联动，依托市一体化大数据平台，深化公安、民政、司法、人社、卫生健康、市场监管、医保、大数据、税务、乡村振兴等部门间数据共享交换，落实数据比对分析机制，实现医保精准扩面，防止重复参保。到 2025 年，基本医保参保率稳定在 98%以上。

专栏 1 基本医疗保险参保扩面工作实施计划
1.2025 年，建立基本医保参保监测机制，实现医疗保险参保应保尽保。 2.拓展参保缴费便民服务渠道。加强医保、税务、银行三方“线上+线下”合作，提高参保登记、基数或费款申报、缴费退费、个人查询、转移接续等事项的便利度。 3.落实数据比对共享机制，健全应保尽保，防止重复参保。 （1）依托市一体化大数据平台，加强与各部门之间的数据共享交换，精确锁定符合参保条件但不在医保体系之内的人员基本信息。 （2）运用大数据分析排查筛选出应参未参人员数据，建立医保参保登记入户调查常态化机制，实现流动人员信息动态维护。 （3）开展医保优质年行动，全面推进医保经办业务向互联网、移动终端等便民化载体延伸，提倡互联网、手机 APP 参保缴费方式，会同税务部门打通参保缴费、经办服务“最后一公里”。 4.推进“一件事一次办”。加强部门协同，推进信息共享，实行医保增减员业务与相关部门和单位业务一站式办理。 5.加大依法征缴力度，通过数据比对排查瞒报漏报缴费人数的参保单位，建立动态跟踪机制，确保新登记单位参保缴费。

四、优化医疗保障协同治理体系

（一）完善医疗保障支付机制

完善医保目录动态管理机制。严格落实国家医保药品目录，推进医保诊疗项目管理改革，逐步规范全市医保诊疗项目、医疗

服务设施目录。推进医用耗材准入管理，将临床效果好、经济性评价优的医用耗材纳入医保支付范围。统一全市基本医保药品、诊疗项目、医疗服务设施目录。以谈判药品、集采药品、高血压和糖尿病“两病”用药支付标准为切入点，逐步推动药品目录管理和支付标准相衔接。

深化医保支付方式改革。加强医保基金总额预算管理，完善医保支付机制，健全以按病种分值付费（DIP）为主的多元复合支付方式，对住院医疗服务主要按病种分值付费、按床日付费、单病种付费；对门诊统筹、门诊慢性病主要按人头付费。健全各类医疗保险经办机构与医疗卫生机构之间公开、平等的谈判协商机制和风险分担机制。建立结余留用、合理超支分担的激励约束机制。制定完善与支付方式改革相关的管理规范、技术支撑和配套政策。落实对中医药服务的支持政策，逐步扩大医保支付中医非药物诊疗技术范围，探索符合中医药服务特点的支付方式，实施中医药日间病房结算工作，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。不断提高医保基金使用绩效，提升医保精细化管理服务水平，促进医疗资源有效利用，着力保障参保人员基本医疗需求。

加强医保定点医药机构协议管理。落实国家和省定点医疗机构、定点药店管理办法，加强医保协议管理，完善配套政策措施，优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，优化医保定

点医药机构布局，深入推进医保“放管服”改革，及时将符合条件的医药机构纳入定点管理，支持“互联网+医疗”等新服务模式发展，将符合条件的互联网医院纳入医保协议管理，满足群众便捷化医药服务需求。创新医保协议管理方式，探索推进医保协议电子化管理，不断适应“互联网+”医保管理新要求。强化对定点医药机构协议履行情况的督促检查，建立和完善定点医药机构动态管理和退出机制，促进定点医药机构加强内部管理，提高技术水平和服务质量。健全医药机构与经办机构之间的信息沟通机制，促进医保管理精细化。

（二）推进医药服务供给侧改革，有序推进“三医联动”

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，编制好药品、医用耗材采购目录，按要求上报药品和耗材的实际采购量、需求采购量等数据，明确实施范围，按时落地使用；严格网上采购，落实约定采购量，公立医院线下药品采购率不超过1%；畅通入院渠道，强化配备使用；落实医保措施，坚持政策协同。推动开展定点民营医药机构药品网上采购，加强监管，切实降低群众药费负担。稳妥推进医保定点公立医疗机构药品和医用耗材货款医保基金与医药企业直接结算模式，2021年完成国家、省带量采购药品耗材医保基金直接结算，2025年全面推行医保基金与医药企业直接结算工作。

顺应改革形势助力医药企业高质量发展。做好常态化培训指导，定期向医药企业解读分析现行价格、采购、支付等相关政策，引导企业紧跟政策、化解被动，提升竞争力，不断拓宽销售市场。建立帮扶机制，主动与医药企业加强工作对接，对于企业遇到的新情况新问题及时联系协调，促进企业提升发展内涵，优化内部管理、狠抓产品质量、提高产品核心竞争力。鼓励企业大力研发新产品，增强创新能力。落实药品耗材次月末还款机制，提高医药企业资金周转效率，降低交易成本，推进“三医联动”改革，争创多方共赢新局面。

开展国家集采药品进药店工作。打通集采药品落地“最后一公里”，增加患者购买途径，形成全市药店统一开放销售集采药品模式，让改革成果惠及更多群众。发挥政府部门促对接、保供应、强监督作用，做好药店采购药品信息和约定采购量汇总工作，建立中选厂家、商业配送公司、药店三方协调机制，确保采购途径畅通；严格药品监管，协同推进药品、医用耗材追溯监管，加强中选药品供应情况监测，支持药店连锁化、专业化、数字化发展，发挥药店的独特优势和药师作用。定期对药店进行集采政策培训和解读，提高店员集采政策水平和专业服务能力。完善奖励机制，对设立集采专柜、“零差价”销售、群众满意度等方面进行年度考核，按规定进行奖励。

完善医药服务价格形成机制。深化医疗服务价格改革，建立目标导向的价格项目管理机制，平衡医疗事业发展需要和各方承受能力，在总量范围内突出重点、有升有降，使医疗服务价格项目更好计价、更好执行，适应临床诊疗和价格管理需要。加强医疗服务价格分类管理，对普遍开展的通用项目，管住管好价格基准；对技术难度大的复杂项目，尊重医院和医生的专业性意见建议，更好体现技术劳务价值。建立灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制，开展调价评估，稳妥有序调整医疗服务价格，支持公立医疗机构提高医疗服务收入占比。优化新增医疗服务项目价格管理，加快审核新增医疗服务价格项目，保障患者及时获得更具临床价值、更有成本效益的医疗服务。

专栏 2 改革医疗服务价格形成机制
1.探索中医优势病种价格形成机制。紧紧围绕深化中医药卫生体制改革目标，积极探索中医优势病种价格调整机制，通过专家论证，确定公立医疗机构中医优势病种，组织公立医院成本测算，公布中医优势病种收费项目及标准，促进中医事业健康发展。 2.建立公立医院医疗服务价格动态调整机制。加强医疗服务价格管理，实行灵敏有度的医疗服务价格动态调整，及时调整公立医院医疗服务项目价格，进一步优化公立医疗机构收入结构。 3.优化新增医疗服务项目价格管理。支持医疗技术改良创新，促进医疗新技术及时进入临床使用，通过专家论证，确定公立医疗机构新增医疗服务项目，保障患者及时获得更具临床价值、更有成本效益的医疗服务。

增强医药服务可及性。发挥好价格杠杆作用，支持“互联网+医疗”等新兴医疗服务发展，推动分级诊疗制度改革。健全“互联网+”医疗服务价格政策，实行公平的线上、线下医疗服务价格和医保支付政策，建立开放灵活、多方参与的“互联网+”医

疗服务价格形成机制。建立医药价格年度报告制度、药品价格常态化监管机制，健全短缺药品监测预警和分级应对体系。

建立基层医疗机构药品结算新机制。严格落实基层医疗机构药款次月底支付制度，按照协议时间节点及时向各基层医疗卫生机构足额拨付医保基金。制定基层医疗卫生机构药款结算年度考核办法，实行通报、约谈、曝光、减扣医保考核金等措施，提高基层医疗卫生机构的还款积极性，杜绝出现新增欠款。

（三）健全医保基金监管体制机制

健全医保基金监管体制。坚持把规范医疗机构服务行为和监督检查并重，坚持把预防教育和监督处罚相结合，强化定点医疗机构规范医疗服务行为、合理使用医保基金和执行医保政策法规的主体责任，建立基金使用自查自纠制度，建立健全考核评价体系。健全医保基金监管工作联席会议制度，定期召开联席会议，深化执法协作和联动机制，综合运用司法、行政、协议等手段，以零容忍态度严厉打击医疗保障领域欺诈骗保行为，严惩欺诈骗保的单位和个人。建立健全医保基金监管问题线索向纪检监察机关移送制度，强化基金使用的监督考核与执纪问责，健全打击欺诈骗保行刑衔接机制，严肃追究违法违规单位和个人责任。充分发挥垂直管理优势，整合全系统监管力量，健全医保基金监管执法体系，加快执法机构建设，配强监管力量，形成经办稽核与行政执法市级集中、相互衔接、一体推进的监管格局。

健全完善监督检查制度。全面实行“双随机、一公开”检查制度，建立医保基金监管执法检查随机抽查事项清单，建设随机抽查检查对象名录库和执法检查人员名录库，规范执法权限、程序和处罚标准。建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、交叉检查、重点检查、智能监控、专家审查等多形式检查制度，规范启动条件、检查内容、工作要求和工作流程，确保公开、公平、公正。建立和完善政府购买服务制度，引入会计师事务所、信息技术服务机构、商业保险机构等第三方力量参与基金监管，协助查办欺诈骗保案件，探索实行按服务绩效付费，全面提升基金监管专业化、科学化、精准化水平。

建立医疗保障信用管理制度。分类制定定点医药机构、医保医师（药师、护师）和参保人员三类主体的医保信用管理制度和信用评价指标，推进医保信用归集应用，强化守信激励和失信约束，从医保信用考核、评估、评价管理等工作入手，全面规范定点医药机构、医保医师（药师、护师）、参保人员和医药企业的行为。实行医保信用评价与日常检查、医保费用总额预算、医保协议管理、综合绩效考核结果挂钩。建立失信医药机构、医保医师（药师、护师）、参保人员约谈制度，依法依规实施失信联合惩戒。

完善社会监督制度。健全完善社会监督员制度，推进信息公开，支持社会各界参与医疗保障基金监管，促进行业规范和自我

约束。全面落实《基金监管举报线索处理暂行办法》《欺诈骗保举报奖励细则》，制定我市信息披露实施细则，明确医保信息公开内容、程序和周期等，会同有关部门依法依规向社会公开医保基金使用情况、定点医药机构医药费用、药品耗材采购价格、医疗服务价格、人均住院天数、次均住院费用、违规失信等信息。实行阳光监管，对定点医药机构的协议处理、行政处罚实行网上公示制度，积极曝光典型欺诈骗保案件，形成震慑作用。

推进医保监管信息化建设。加快推进医保标准化和信息化建设，对接市一体化大数据平台，加强部门间信息交换与共享，建设统一的定点医药机构医保智能监控系统，将 **DIP** 支付方式改革、“互联网+医药”纳入智能监控范围，2021 年建成医保智能监控系统，与市一体化大数据平台对接互通，实现医保监控数据汇聚共享。积极推进事前、事中监控系统全面应用，完善智能监控规则，推广应用身份认证、视频监控、大数据筛查分析、互联网监管等信息技术手段，加强对医保定点医药机构价格收费、药品耗材购销存、医疗服务行为、处方流转和医疗费用结算等实时监控，2022 年完成医保信息系统与全市各级定点医药机构信息系统的对接，实现事前提醒、事中预警、事后审核全方位、全流程、全环节监管。

强化经办机构费用审核责任。建立健全常态化、全覆盖的医保结算费用审核制度。完善医保对医疗服务行为的监控机制，将

监管对象由医疗机构延伸至医务人员，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗服务绩效双控制，落实经办机构协议管理、费用监控、稽查审核工作责任。建立健全经办机构内控制度，定期聘请第三方机构对经办机构内控风险进行评估，将审核关口前移，加强基金拨付审核，落实审核责任。

加强基金预算绩效管理。科学编制医疗保障基金收支预算，完善医疗保障信息平台业务财务一体化管理机制，建立健全统计数据直接来源于业务生产数据库的管理机制。建立基金预算绩效评价指标体系，建立医疗保障基金运行定期分析制度，科学评价全市医疗保障基金管理效能，强化基金运行监控，评价和结构运用。

加强基金预算风险预警。建立医疗保障基金中长期精算管理机制，保证基金收支平衡、合理结余、稳健运行。定期编制医疗保险精算分析报告，对基金收支风险、政策调整、制度改革进行评估分析，推动风险监测从事后评估逐步向以精算预测为基础的事前预警过渡。2024 年基于省级管理信息系统应用精算分析模型，构建收支平衡长效机制。建立医保基金风险预警和药品、耗材、诊疗项目重点监控机制，对定点医药机构可能存在的违法违规行为进行提醒，及时发现和纠正基金使用中存在的问题，督促整改落实并采取防范措施。

专栏3 医保基金监管能力提升工程
1.智能监控全覆盖。以智能监控系统为依托，应用大数据手段，推进医保结算系统与定点医药机构系统数据对接，开展药品、医用耗材进销存实时监控，推广视频监控、身份识别等技术应用，实现全方位、全环节、全流程、无死角监控。 2.执法检查规范化。健全常态化日常监管工作机制，严格落实行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核制度，规范行政处罚事先告知书和处罚决定书示范文本。 3.执法队伍专业化。加强执法人员配备，强化执法技术手段，开展监督检查能力培训，全面提高行政执法水平和行政执法人员执法素质，促进行政执法制度化、规范化和法治化。 4.社会监督多元化。建立健全医疗保障社会监督机制，畅通优化电话、网站、微信等举报渠道，完善举报奖励机制，对查实的实名举报予以奖励。健全完善社会监督员制度，推进信息公开，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，全面推进监管社会化。 5.监管责任相衔接。健全完善基金监管执法体系，发挥垂直管理优势，合理调配全市医保监管力量，层层压实监管责任。依据国家有关法律法规，会同卫生健康、公安、市场监管等部门建立分工协作的医保基金监管联合工作机制，加大信息共享力度，做到以医保为主体的涉医涉药及相关信息的无缝对接，实现基金监管无缝覆盖，通过联合执法形成对骗取医保基金的有力震慑，保障基金运行安全。

五、构筑医疗保障管理服务支撑体系

（一）优化医疗保障公共服务

加强医保经办能力建设。完善经办管理制度，推进医疗保障公共服务标准化、规范化、一体化建设。全面深化医疗保障业务“综合柜员制”“全城通办”服务，推行预约服务、应急服务等便民措施，完善经办服务事项“好差评”管理制度，建立健全经办服务监督、评价、考评、奖惩和责任追究制度，构建市、区县、镇（街道）三级全覆盖以及评价事项、评价渠道、整改管理全覆盖的管理体系。加强医疗保障经办服务能力配置，补齐基层医疗保障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。推动医疗保障服务纳入网格化管理，坚持“线上+线下”“系统+终端”相结合，建立“全域覆盖、责任明晰、机制健全、

运行高效”的医保网格化工作体系。加强基层医保工作站建设，2021 年底实现医保便民服务站覆盖所有镇（街道）和 60%有条件的村（社区），大力推进服务下沉，推动医保服务能力向基层拓展，将参保登记缴费、信息查询及变更、异地就医备案、零星（手工）报销初审等业务下放镇（街道）一级办理，2025 年建成市、区县、镇（街道）、村（社区）全覆盖的经办服务体系。

提升经办服务质量。加强医保经办服务窗口标准化建设，推进“一窗受理、集成服务”，统一服务标准，全面落实一次性告知制、首问负责制、限时办结制，实现前台服务“一窗受理”，后台分办联办，打造医保经办服务标杆窗口。深入推进医疗保障经办服务流程再造，最大限度精简办事程序，减少办事环节，缩短办理时限，改进服务质量。坚持传统服务与智能创新相结合，线上与线下服务相结合，大力发展“互联网+医保”服务，加快医保新应用系统建设，实现与市一体化大数据平台对接互通，推进部门间数据共享机制，实现医保经办服务“一网、一门、一次”，经办服务事项“马上办、网上办、就近办、一次办”，让数据多跑腿、群众少跑路，全面提升医保经办服务的精细度、便捷度、满意度。加强行风建设，健全完善行风工作考评机制、经办服务事中事后监管机制和经办信息公开制度，开展体验式评价和群众满意度调查，建立健全平稳有序、运转高效的行风建设长效机制。

优化医保关系转移接续和异地就医结算。完善医保关系转移接续政策，积极推进跨统筹区基本医保关系转移接续工作，实现基本医保关系转移接续“跨省通办”。完善异地就医直接结算制度体系，优化异地就医直接结算流程，健全处理异地就医问题协同机制。积极推进门诊费用跨省直接结算试点、异地就医备案自助办理、异地就医直接结算等工作，加强宣传引导，努力提高联网直接结算率。

专栏 4 医疗保障公共服务提升工程

- 1.建立完善医疗保障经办服务标准体系。推进标准化建设和标准规范应用，2023 年实现医疗保障标准化服务全覆盖。
- 2.推进医保政务服务全省和跨省通办。建立健全“跨省通办”“全省通办”事项清单化管理制度和动态调整机制，实现医保电子凭证申领、医保参保信息变更、城乡居民参保登记、医保关系转移接续、异地就医结算备案、生育保险待遇核定与支付、医保定点医疗机构基础信息变更等 7 项事项“跨省通办”。
- 3.完善医疗保障领域基础信息共享机制。推进医保信息系统与市政务服务平台、政务信息资源共享交换平台对接，通过数据汇聚方式实现信息实时共享，全力打通部门间“数据壁垒”，切实让数据多跑路，群众少跑腿。
- 4.提升医疗保障适老服务水平。加强医保经办服务大厅和窗口管理，完善无障碍设施，积极推广“一站式”服务。优化网上办事流程，提供更多智能化适老服务，满足老年人等特殊群体多样化需求。
- 5.完善经办服务事项“好差评”管理制度。建立“好差评”结果及整改情况通报制度，各级医保经办机构建立差评服务事项调查核实、督促整改、跟踪回访机制，制定责任追究、奖惩考核办法，构建以评价、反馈、改进、监督闭环运转的政务服务“好差评”体系，实现政务服务事项、评价对象、评价服务渠道全覆盖。
- 6.建立全市医疗保障系统行风建设专项评价制度。通过定期抽查、飞行检查、组织座谈等形式对各服务窗口开展检查通报，加强全市医疗保障系统行风建设。
- 7.完善市医保经办业务电话办服务功能。逐步建立医疗医保一体化系统集成解决方案，一次性办好医保各项服务，积极推进智能电话服务。

（二）推动“智慧医保”建设

完成医保信息平台建设。按照统一业务和技术标准、统一数据结构、统一系统架构、统一数据交换机制、统一信息安全体系“五个统一”的标准，建设高效、兼容、便捷、安全的医疗保障

信息系统平台，2021 年底完成市级新医保信息平台建设，并实现与市一体化大数据平台对接互联，加强医保数据汇聚共享应用。积极推进医保骨干网络建设，建立纵向医保骨干网络，实现定点医药机构全覆盖。

推进医保电子凭证全场景应用。进一步提高医保电子凭证激活率，积极引导群众激活使用医保电子凭证，2021 年底区县本地参保人激活率达到 70%，定点医药机构应用功能实现全覆盖，2025 年医保电子凭证激活率达到 80%。积极推进医保电子凭证在实现医保诊间结算的二级以上医院全流程应用，支持使用医保电子凭证挂号、就医、结算，2022 年实现全覆盖。推进医保电子凭证在家庭共济、混合支付和信用就医等业务场景的应用，充分展现医保电子凭证方便快捷、应用丰富、安全可靠等优势。加强医保服务终端管理，推进医保基金支付安全环境建设，实现网络接入、机具终端和结算介质的全方位管理。

推动“互联网+”医保服务应用。推进淄博市“互联网+大健康”服务平台建设，推进资源开放，加快数字赋能，推动医保、医疗、医药线上线下融合发展，创新“互联网+医保+医疗+医药”综合保障服务模式，2021 年试点医保线上支付，为全市慢病群体、失能人员、老年人和困难人口提供呼叫咨询、医保帮办代办、出行帮扶、网上问诊、网上找药、移动诊疗、送药上门、长期护理

等链条式医保服务，助力疫情防控。畅通医保咨询服务渠道，加强智能知识库建设，向群众提供应答及时、咨询有效、解决率高的专业化医保热线服务。

强化医保服务数据支撑。加强数据统计分析和开发应用，着力推进医保业务“省内通办、跨省通办”。强化业务场景大数据应用，建立完善医保经办互联网服务大厅，依托医保电子凭证，加快推进医保经办由实体服务向线上服务的转型，实现全领域信息化、电子化服务。强化新就业形态从业人员等灵活就业人员、新生儿、孤弃儿童、事实无人抚养儿童等重点群体参保数据管理，防止“漏保”“断保”。依托市一体化大数据平台，健全部门间信息共享实时交互机制，加强参保人员信息比对和动态维护，实现服务对象精准识别、精细服务，全面加强信息化对医保运行、管理、服务的支撑功能。

加强网络安全管理。强化医保网络安全保护，建立健全医保经办、定点医药机构医保专网安全制度，落实网络安全技术措施。建立常态化网络安全检查和应急演练工作机制，提升安全防范和处置能力。加强医保信息系统数据安全，规范数据管理和应用权限，对数据的产生、传输、存储、使用、共享等实行全生命周期安全管理，依法依规保护参保人隐私数据安全。全面提升全市医疗保障系统网络安全管理能力、数据安全保护能力。

（三）持续推进医疗保障人才队伍建设

强化人才培养制度。立足医疗保障事业发展规划，全面做好引才、育才、用才工作。优化人员结构，通过高层次紧缺人才招聘、遴选、调任等形式将医学、信息、法律等专业人员充实到医保队伍中来。

加大教育培训力度。定期组织专业培训和理论学习，强化实用性和操作性业务实战技能培训。在培训方式的确定上，深化开展专题培训、经验交流等多渠道、多形式的培训，培育一批复合型、全科型、业务精、能力强的业务能手，不断提升整体专业素养和业务能力。

完善干部队伍建设。完善绩效考核评价机制和奖惩机制，树立用抓落实成果检验考核的鲜明导向。强化正向激励，在评先树优、提拔任用、表扬奖励中给予倾斜，为一线工作人员安心工作提供组织保证。强化人才监督管理，落实能上能下制度，开展多岗交流，形成人岗相适、人才辈出、人尽其才的局面，锻造一支素质高、能力强的医疗保障专业化人才队伍。

六、保障规划实施

（一）加强党建引领。加强各级党组织在医疗保障事业发展中的领导作用，始终坚定正确的政治方向，为实现“十四五”规划提供坚强保证。配齐配强各级医疗保障部门领导班子，完善研

究医疗保障发展规划、重大政策制定、重大问题解决、重要事项任务落实工作机制。加强和改进工作作风，严肃工作纪律，强化内控制度建设，预防职务犯罪，持续推进党风廉政建设，落实全面从严治党责任。推进医保系统基层党组织建设，创新党组织活动和方法，实现党建与业务工作融合发展、有机结合，增强基层党组织的创造力和凝聚力，充分发挥基层党组织战斗堡垒作用和党员先锋模范作用。

（二）优化垂管机制。进一步优化垂直管理体制机制，巩固提升垂直管理改革成果。做实做细市级统筹，确保基金安全运行，保障参保对象医保待遇。建立健全上下联动、高效统一的工作机制，有效整合工作力量，加强监管队伍建设，加大基金监管力度。加大干部系统内上下交流、横向交流力度，积极探索市、区县与系统外的交流途径，充分调动干部队伍的积极性，提升医保管理水平。强化垂管单位的党建管理，探索市、区县共建共管的党建管理模式，提升党建工作水平。

（三）健全工作机制。各级各有关部门要提高政治站位，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，结合实际，制定切实可行的政策措施，科学把握规划重点和难点，落实时间表和路线图，统筹安排、协同推进各项工作任务。完善协商民主、咨询决策制度，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。组织动员全社会力量参与，激发各类主体的活力和创造力，确保各项任务如期实现。

（四）强化法治保障。深入学习习近平法治思想，弘扬社会主义法治精神，加强法治医保建设，为医疗保障事业发展营造良好法治环境。健全政策体系，严格规范性文件制发程序。建立健全医疗保障执法公示、执法全过程记录、重大行政执法决定法制审核等制度，完善权责清单，规范行政执法，强化对行政权力的监督和制约，切实规范医疗保障管理服务，维护群众合法权益。加大普法力度，提高全社会医疗保障法治思维和法治意识，严格尊法、学法、守法、用法。

（五）注重宣传引导。加强医疗保障政策解读，多层次、多方式开展医保宣传活动，动态发布医疗保障改革措施和规划实施情况，广泛听取意见，及时回应社会关切，合理引导预期，提高群众政策知晓度。加强对两定机构和广大参保人员有关医保法律法规政策宣传，创新宣传形式，树立参保人的健康管理意识，提高医药机构和参保人员法治意识，积极主动曝光已查实的典型欺诈骗保案件，及时向社会传递打击欺诈骗保行为的决心。充分调动各方支持配合医保改革的积极性和主动性，凝聚社会共识，努力为规划实施营造良好社会氛围。

（六）加强风险防控。深刻认识和准确把握外部环境的深刻

变化和医疗保障改革面临的新情况新问题新挑战，坚持底线思维，增强忧患意识和风险意识，提高风险化解能力。规范重大行政决策行为，坚持科学决策、民主决策、依法决策，提升决策质量和效率，从决策源头化解风险。着力提高医保改革的针对性和实效性，加强政策配套，加强协同攻坚，确保医保政策落地做实。加强政务公开，切实推进医疗保障决策公开、执行公开、管理公开、服务公开、结果公开。建立利益表达机制，畅通医保诉求渠道，有效防范和化解矛盾纠纷。切实抓好重点领域和关键环节的安全工作。

（七）开展监测评价。积极开展规划实施情况监测评价，科学设置年度计划监测指标，加强年度计划监测分析，接受人大、政协和人民群众的监督，提高监测评估的科学性、公开性与透明度。鼓励多方参与，引入第三方评估，确保规划部署落到实处。建立规划实施进度和效果评估制度，发现问题，及时研究解决。加强对规划实施情况的检查督导，做好重大项目执行情况的监督，确保规划顺利实施。