**鄂州市医疗保障事业发展**

**“十四五”规划**

(征求意见稿)

鄂州市医疗保障局

2022年5月

**目 录**

[一、规划背景与总体思路 3](#_Toc92746824)

[（一）“十三五”发展基础 3](#_Toc92746825)

[（二）“十四五”发展形势 8](#_Toc92746826)

[（三）指导思想和发展目标 9](#_Toc92746827)

[二、健全多层次医疗保障制度体系 22](#_Toc92746828)

[（一）提升全民医保参保质量 22](#_Toc92746829)

[（二）完善基本医疗保障待遇保障机制 23](#_Toc92746830)

[（三）完善基本医疗保障筹资机制 27](#_Toc92746831)

[三、优化医疗保障协同治理体系 20](#_Toc92746832)

[（一）持续完善医疗保障支付机制 20](#_Toc92746833)

[（二）不断完善医药价格形成机制 20](#_Toc92746834)

[（三）加快健全基金监管机制 32](#_Toc92746835)

[四、构筑坚实的医疗保障服务支撑体系 33](#_Toc92746836)

[（一）提升公共服务水平 36](#_Toc92746837)

[（二）推动智慧医保建设 37](#_Toc92746838)

[（三）加强干部队伍建设 39](#_Toc92746839)

[五、做好规划实施 40](#_Toc92746840)

[（一）加强组织领导 40](#_Toc92746841)

[（二）强化法治保障 40](#_Toc92746842)

[（三）健全实施机制 40](#_Toc92746843)

[（四）营造良好氛围 40](#_Toc92746844)

# 一、规划背景与总体思路

为深入贯彻习近平总书记关于医疗保障工作的系列重要指示批示精神，全面落实省委、省政府决策部署和市委、市政府工作要求，推进全市医疗保障事业高质量发展，助力健康鄂州建设，根据《湖北省医疗保障事业发展“十四五”规划》及《鄂州市国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》，编制本规划。本规划是“十四五”期间全市医疗保障事业改革发展的重要依据和行动指南。

## （一）“十三五”发展基础

“十三五”期间，在市委、市政府的坚强领导下，各区、各有关部门扎实推进全市医疗保障体系建设，重点领域改革取得突破性进展，群众看病难、看病贵问题得到进一步缓解，全面完成“十三五”规划提出的各项医保任务目标，在增进民生福祉、实施全民健康战略中的基础性和支撑性保障功能作用持续加强。

**管理体制和保障体系更加健全。一是健全医疗保障工作体制。**我市于2000年成立鄂州市医疗保险局，为市人力资源与社会保障局下属参公管理事业单位，承担基本医疗保险、生育保险、工伤保险经办管理职能；2019年机构改革后，通过整合医疗保障相关职责组建鄂州市医疗保障局，明确为市政府正县级组成部门，内设办公室、规划财务和政策法规科、医疗服务和待遇保障科、医药价格和招标采购科、基金监督和信息管理科等5个科室，下设市医疗保障服务中心（原市医疗保险局更名）；各区相应设立区医疗保障局和区医疗保障服务中心。全市医疗保障行政管理组织架构和经办服务体系进一步完善，工作职责职能进一步加强。**二是完善基本医疗保障制度体系。**我市于2009年在全省率先建立职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险市级统筹制度，实现医保基金全市统收统支管理。“十三五”以来，为了进一步增强制度公平性、织密医疗保障网，全面统一城乡居民基本医疗保险个人缴费和医保待遇标准，统一城乡居民和职工基本医疗保险“三个目录”；进一步完善全市门诊统筹政策，全面提高城乡居民和职工门诊筹资标准和门诊待遇水平；进一步增强大病医疗保险制度功能，积极做好精准扶贫对象和特殊困难群体兜底保障工作。**三是推进生育保险和职工基本医疗保险制度合并实施。**“十三五”以来，进一步统一生育保险和职工基本医疗保险的参保登记、基金征缴、经办管理和信息服务制度，实现了职工与生育保险制度的全面整合。全市基本医疗保险和生育保险覆盖人口数量稳中有升，连续五年超额完成省、市下达的目标任务。

**医保助力疫情防控工作卓有成效。一是助力打赢疫情防控阻击战。**2020年新冠疫情暴发初期，在全省率先向市内所有定点医药机构预拨住院基金1.6亿元，门诊基金2410万元；按照“两个确保”要求，全力支持医疗机构开展救治工作，及时将全市门诊慢性病定点社会药店由28家增加至63家，及时出台了《关于做好新型冠状病毒肺炎救治经办工作有关事项的通知》等12份文件，为打赢疫情阻击战防疫提供有力保障。**二是服务常态化疫情防控支持企业复工复产。**针对疫情形势变化和国家防控政策调整，为健全疫情防控常态化机制，制定完善医保部门新冠疫情常态化防控方案和突发疫情事件应急预案，持续做好疫情防控消杀物资及防护物资的保障工作；与有关部门密切联系，及时拨付新冠疫苗接种专项资金，连续下调新冠病毒检测服务项目价格；对企业职工医保单位缴费部分实行减半征收政策，2020年全市共减征职工医保企业缴费6000万元，帮助企业纾困，稳定市场主体；积极参与联点共建社区疫情防控工作,做好了包保小区入户宣传、外来人员信息登记、核酸检测及值守等工作。医保部门积极融入全市统筹疫情防控和经济社会发展大局，全面落实各项责任，工作卓有成效。

**医保精准扶贫攻坚任务圆满收官。一是高位推进加大政策优化调整力度。**为了打赢脱贫攻坚战，提高精准扶贫对象医保待遇，“十三五”期间，鄂州市委、市政府下发《关于印发鄂州市医疗救助实施办法（修订）的通知》（鄂州政规[2017]3号）及《关于进一步完善全市农村贫困人口医疗保障政策的具体措施》（鄂州办发[2019]8号）等系列政策文件，医保等相关部门通过责任细化、流程细化，实现了对精准扶贫对象“三个确保”，开发出“四位一体”的结算模式。根据鄂州办发[2019]8号文件精神，及时将“原985”政策调整优化为“新985”政策，提高了资金使用效率，医保健康扶贫政策更加有力。**二是做到“三个百分之百”。**通过全额补贴和差异化补贴，资助贫困人口100%参加城乡居民基本医保；落实健康扶贫兜底政策，政策范围内个人自付费用累计超过5000元以上部分100%报销；做好政策宣传培训，实现全市贫困人口100%享受到了党的健康扶贫政策红利。**三是全方位提高医疗保障待遇水平。**通过落实贫困对象住院待遇、提高重特大疾病医疗保险和重症慢性病门诊报销比例、制定特殊药品医保支付政策、实施政府购买补充医疗保险制度等综合措施，构建起“基本医疗保险+门诊重症慢病和门诊特药+大病保险+医疗救助+补充保险”多层次倾斜政策，保障贫困人口“应治尽治”，有效防范“因病致贫，因病返贫”。“十三五”期间，医保基金支出5亿元，全市扶贫对象住院实际报销比例，大病和特殊慢性病门诊实际报销比例均位于全省前三名，获得省级相关部门充分肯定。2021年度，我局被省委、省政府授予“全省脱贫攻坚先进集体”称号。

**医保待遇机制不断完善更加惠民。一是积极落实国家“两病”保障政策。**2019年底出台《关于落实完善城乡居民“高血压、糖尿病”门诊用药保障机制的通知》，将保障对象由“高血压、糖尿病门诊重症慢性病患者”扩展为“采取降血压、降血糖药物治疗的两病患者”，完成“两病”人员用药评估办法及“两病”药品目录的系统维护工作，使参保患者快速、便捷享受医保待遇。**二是进一步提高住院和门诊统筹待遇。**“十三五”期间，通过规范“两定”机构管理协议，将全市符合条件的医药机构全部纳入“两定”机构范围，方便人民群众就医购药，扩大基本医保药品目录，目录内药品总数已经增至2800种，满足疾病谱变化和临床治疗需要；根据城乡居民医保基金筹资增幅，相应提高市内一、二、三级医院住院报销比例，以及大病医疗保险报销比例，实现市内住院费用实际报销比例和政策范围内报销比例均在70%以上；我市在全省率先落实职工和城乡居民门诊统筹制度。“十三五”期间，通过提高门诊统筹筹资标准，扩大门诊重症慢性病病种，提高门诊统筹支付比例和门诊重症慢性病封顶线，进一步提高门诊统筹待遇水平。**三是进一步完善特殊药品三定管理办法。**采取定“特药目录”、定“医疗机构”、定“责任医师”的“三定”管理办法，以及全面落实特药“双通道”政策，畅通治疗恶性肿瘤等国家谈判高值创新药品临床使用渠道。

**医保基金运行管理更加精细化。一是基金运行安全平稳。**通过统一征收主体，加强社会保险缴费基数申报核定工作、城乡居民基本医疗保险扩面征缴工作，为基金安全运行奠定了较好基础。“十三五”期间，全市职工基本医疗保险筹资年均增长10.1%，2020年基金累计结余可静态支撑超过22个月；城乡居民医保筹资年均增长14.6%，2020年基金累计结余可静态支撑10个月。职工和城乡居民基本医疗保险基金运行总体安全平稳。**二是推行基金精细化总额预算管理。**出台《关于调整鄂州市基本医疗保险付费总额预算实施办法的通知》等3份基金预算决算管理相关文件，通过调整优化预算总额确定办法、决算办法和结算流程，在按政策提留风险金、调剂金和划拨个人账户基础上，科学测算普通门诊统筹、门诊重症慢性病医疗补助、市内定点医疗机构住院和市外异地就医住院分项费用，全面实施统筹基金按基金支出分项总额预算下的复合式结算办法，夯实了基本医疗保险基金收支预算精细化管理的基础。基金预算与决算管理质量居全省先进行列，在全国排名110位。**三是完善“两定”机构医疗费用总额使用管理办法。**不断规范“两定”机构协议管理，完善医疗机构费用总额控制考评方法和结果应用，积极探索基金风险双向预警机制，对基金使用实行动态分析和监控，实现医保基金从筹资、运行和使用全链条科学化精细化预算、执行和监控管理，确保基金运行安全平稳。

**医保基金监管举措综合有力。一是健全基金监管体系和长效机制**。市医保局内设基金监督和信息管理职能科室，成立了一个由执法能手、各类专业人员14人组成的基金监管执法专班，配备了一批先进执法设备。根据《医疗保障基金使用监督管理条例》，相应制定了《鄂州市医疗保障基金使用监管执法规范》《鄂州市医疗保障局行政处罚裁量办法（试行）》《鄂州市医疗保障局医保行政处罚工作规程（试行）》等规范性文件，建立医保稽查专家库，加强“两定”机构协议监管，明确医保经办机构和定点医疗机构、定点零售药店维护医保基金安全的职责职能，将打击欺诈骗保活动贯穿于日常管理稽核工作当中，建立健全了日常监管长效机制。**二是采取多种措施强化基金监管工作**。在医保基金日常监管基础上，与市卫健部门、市场监管、公安、财政等部门联合，对全市“两定”机构重点开展“不合理住院、不合理检查、不合理治疗、不合理用药、不合理收费、不合理刷卡”等六类不合理行为专项检查；开展打击“三假”欺诈骗保专项治理行动和开展积案“清零行动”；根据《湖北省欺诈骗取医保基金行为举报奖励实施细则（试行）的通知》，对多家医院涉嫌医保违规的线索，抽调专班调查核实开展基金监管；出台《关于开展“打击欺诈骗保 维护基金安全”集中宣传月实施方案》，开展集中宣传，并曝光了一批违规典型案例，营造打击欺诈骗保的高压氛围。**三是大力推进医保信息化智能化监控创新监管方式。**依托医保信息化工程，通过完善**临床知识库、医药标准知识库、医保政策知识库“三大知识库”，**全市59家定点医疗机构和278家定点药店入网医保服务智能审核系统，积极探索“互联网+医保稽查”监管模式，做到“事前提醒、事中监控、事后审核”。“十三五”期间，通过推行“七个结合”反欺诈工作方法，强化医保基金监管工作，共检查定点医药机构396家，共计追回医保基金1.8亿元，共解除医保定点药店服务协议15家，暂停16家定点药店医保结算业务，移交公安部门骗保案1件。

**医保协同医药服务高质量发展有新突破**。**一是落实公立医疗机构全部取消医用耗材加成政策。**继公立医院全部取消药品加成并实行“药品零差率”政策之后，根据省医疗保障局等3部门《关于公立医疗机构取消医用耗材加成调整医疗服务价格的指导意见》（鄂医保发[2019]30号）文件精神，秉持“三医联动”理念，我市自2019年11月30日起，公立医疗机构全部取消医用耗材加成，同步调整了727项相关医疗服务价格。**二是推进公立医疗机构药品和医用耗材带量采购工作。**认真落实国家、湖北省组织的各批次药品和医用耗材带量采购工作，通过科学报量，合理安排采购计划，组织全市“两定”机构超额完成260种药品、4种医用耗材的临床使用任务，各批次药品和医用耗材价格平均降幅均超过50%，最高降幅超过90%，相关医药耗材费用明显下降；落实带量采购品种医保结余留用政策，将第一批国家集采药品45万元医保结余留用资金全部拨付到各医疗机构。该项工作提前通过市督查考评办的考核验收。**三是创新医疗服务价格项目管理和价格调整机制。**根据2019年市政府机构改革方案，医疗服务价格管理职能划转到市医疗保障局后，我局全面梳理历年来医疗服务价格并编印成册，督促公立医疗机构根据自身条件，及时申报自主制定的新增项目试行价格。市内定点医疗机构申报112项，41项市管范围医疗服务项目价格已进行核定。**四是完善医保支付方式。**住院患者按病种付费的信息化模块上线，为全面开展住院支付方式改革奠定了良好基础。为支持分级诊疗和基层签约服务，2016年制定《关于调整我市基本医疗保险有关政策的意见》，提出以乡镇和城区签约门诊统筹定点医疗机构为单位，按照参保人数和签约人数实行普通门诊及常见重症慢性病门诊分类统筹，继续推行“总量控制、人头付费、分期拨付、分类报销、结余共享”的门诊支付方式改革措施。“十三五”期间，在全面破除“以药养医、以耗养医”、医保协同医疗医药高质量发展方面，取得了突破性进展。

**医保公共服务效能持续增强。一是持续优化医保经办服务流程。**先后印发《关于进一步完善鄂州市医疗、工伤、生育保险基金结算工作流程的通知》《医保政务服务办事指南》，深化“放管服”改革，将部分经办事项全流程录入政务服务网，将部分事项下放各区经办机构；大力推行线上服务，将“转诊备案”、“慢病送药”等事项实现网上办理；持续完善“四办”（马上办、网上办、一次办、就近办）事项清单，紧紧围绕“五减”（减事项、减环节、减时限、减材料、减费用）优化办事指南、简化办事流程，全部事项在法定时限基础上压减70.3%；实施经办服务“好差评”制度，对医保经办服务窗口定期进行业务知识考试、服务质量和纪律考核等综合评分，张贴“红黑榜”。2019年度，市医保服务中心获全市服务效能群众满意“最优单位”。**二是推进医保系统信息化数字化建设。**在省局统一部署下，从鄂州市级统筹工作实际出发，出台了《鄂州市医疗保障信息化建设工作方案》等文件11份，为信息化建设提供制度支撑。新系统已经上线内部统一门户、医保核心经办、业务支撑、公共服务四个子系统及内部控制、待遇结算、两定管理等11个功能模块和业务中台、数据中台。新系统运行速度大幅提高，住院及门诊结算时间仅为老系统的1/5；全面推广医保电子凭证激活工作，升级医保智能审核系统，全市医保工作信息化、数字化治理水平再上新台阶，夯实了**“智慧医保”**建设基础。**三是推行医保服务综合柜员制。**为贯彻落实 “放管服”改革有关精神,结合我市作风建设“治庸、提能、问效”三年行动方案工作要求，大胆创新、全力推行综合柜员制，实现医保经办服务“一窗受理、一站服务”，经办服务事项全部进入服务大厅，用“数据跑路”代替“群众跑腿”，推进“最多跑一次”改革；办理业务的群众明显感受到排队时间减少、服务态度提升、工作效率提高。2021年，市医保服务大厅共受理转诊审批15848笔，市外报销资料收取9215笔，修改个人信息34000笔，工伤生育待遇申报3300笔。**四是全方位开展异地就医结算工作。**经过统一接口改造联网，符合条件的医疗机构全部进入国家和省级异地住院费用结算平台，全市异地就医系统及时结算率保持在95%以上；在畅通异地住院就医结算渠道基础上，出台《鄂州市异地门诊费用直接结算系统建设工作方案》，7家定点医疗机构能开展职工个人账户门诊费用跨省直接结算。**五是着力营造公平的营商环境。**全面清理医保“两定”机构歧视性政策，出台《鄂州市医疗保障定点申报经办规程》，进一步规范医保协议，简化申报流程，对社会办医疗机构和社会药店一视同仁，实现随报随评，新规程实施后已新增32家定点医药机构。**六是探索医保商保合作模式**。在城乡居民大病保险与商业健康保险公司合作基础上，充分利用商业保险公司的稽核网络和力量。通过公开招投标方式，将意外伤害的调查及赔付工作委托给商业保险公司；根据《关于进一步提高我市精准扶贫对象医保待遇的补充意见》（鄂州政办函[2017]66号）要求，将各区（开发区）按照扶贫对象人均247元/年的财政资金上解市财政专户，建立全市精准扶贫对象补充医疗保险，并委托商业健康保险公司经办。

**医保系统从严治党取得显著成效。一是加强思想政治建设。**认真落实“三会一课”、谈心谈话、支部主题党日等党内组织生活制度，落实意识形态责任制，制定《市医疗保障局党组意识形态工作责任制实施办法》，确定意识形态重点工作，加强常态化思想教育。坚持把“我为群众办实事”作为学史力行的实践平台，局领导领办的为民服务项目全部顺利提前完成。**二是强化制度反腐倡廉。**局党组每年专题研究部署党风廉政建设工作，按照“一岗双责”要求，层层签订党建和党风廉政建设承诺书；严格执行“三重一大”民主决策、领导干部个人重大事项报告制度，加强医保重点领域、重点岗位、重点环节的廉政风险防控，大力营造医保争先作为、干净干事环境。**三是扎实推进行风建设。**强化履职担当，树立办文上“文不过夜”、办事上“马上就办”、报告上“一口清”（政策清、数字清、问题清）的工作作风；开展“医保服务提升年”活动，深入推进作风建设“治庸、提能、问效”工作，组织开展作风建设“大自查、大讨论、大整改”活动，实现工作作风大转变、医保服务大提升。在省医疗保障局组织的体验式暗访和群众满意度测评中，我市评分均位于全省前列。**四是着力加强法治建设。**在新局组建中成立政策法规科，制定《市医疗保障局法治政府建设实施计划》和《工作要点》，局党组书记、局长认真履行法治建设“第一责任”；坚持落实议事决策制度，凡重大事项均由集体研究决策，重要文件均实行合法性审查，重要节点均听取法律顾问专业意见，将医保政策制定、基金监督、违规查处等工作纳入法治管理、法治监督范围，强化依法依规管理，推进依法行政。

新一轮医改以来，特别是“十三五”期间，在市委、市政府坚强领导下，我市医疗保障事业在城乡居民基本医疗保障制度一体化，医保基金精细化分类预算管理，普通门诊统筹，医保基金监管，医保商保合作，医保服务规范化和信息化建设等方面居全省先进地位，为进一步推进医保高质量发展奠定了坚实基础，为《“健康鄂州2030”行动纲要》实施提供了基础性支撑保障。

## （二）“十四五”发展形势

**我市迎来多重机遇叠加的黄金期。**我市是全省第一个开通连接武汉市地铁的地级市，在“1+8”武汉城市圈中率先进入与武汉同城化发展阶段，地区生产总值年均增速高于全省平均水平，人均生产总值位居全省第三，工业化率全省第一；常住人口超过100万人，是全省5个人口正增长的市州之一，其中城镇人口占比66.3%，城镇化率位居全省第二。“十四五”时期是我市加快“三城一化”建设、推动城乡融合发展的深化期，航空城、科技城、生态城及武汉城市圈同城化建设，创新要素进驻我市步伐加快，有利于释放就业机会、吸引外来人口，为医疗保障高质量发展创造了良好的经济、人口和社会环境。

**我市面临多重挑战并存的关键期。**全球新冠疫情仍在持续，国内局部疫情时有发生，经济社会发展面临的风险挑战明显增多。“十四五”期间，我市实现经济中高速稳定增长还有不少困难和问题，职工基本医保基金和城乡居民基本医保基金参保缴费面临诸多挑战。第七次全国人口普查显示，我市流动人口数量和60岁及以上老年人口占比，较2010年均有大幅增加，对人员参保登记、医疗待遇保障、医保关系转移接续、医保基金监管和基金收支平衡带来更大压力。我市与武汉地理位置比邻，交通便捷，武汉属我国优质医疗资源高地，医疗消费水平较高，医疗虹吸效应明显，异地就医比例长期偏高，推进武汉和鄂州社保医保同城发展、医疗资源共建共享，给我市人民群众养老、医疗、就医等社保带来政策红利的同时，也进一步给我市医疗保障管理和基金稳健运行提出了更高的要求。

**我市医疗保障制度改革进入深水区。**中国特色社会主义进入新时代，人民群众对医保从“有没有”转向“好不好”的需要，我市医疗保障制度改革发展进入深水区。面对新业态发展、人口流动性特征，巩固全民参保计划，提高属地参保率问题不容忽视。职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险待遇差异较大，与我市提出的城乡融合高质量发展战略定位不相适应。多层次医疗保障制度体系中，基本医疗保障的公平统一性有待完善，重特大疾病保障倾斜度不足，医疗救助之外还需兜底政策，与基本医疗保险制度相衔接的商业健康保险制度尚未建立。门诊共济保障水平偏低，支付方式改革进度较慢，基金监管力量薄弱，没有很好形成“医疗、医保、医药”良性互动改革态势。医疗保障队伍数量、质量和能力有待进一步提升，医保服务支撑体系有待进一步加强。

在深刻认识我市医疗保障事业发展不平衡不充分问题和复杂严峻挑战的同时，还要清醒看到我市经济长期向好，区位优势日益突出，医疗保障制度框架基本形成等多方面优势和有利条件。要坚持人民至上理念，准确把握医疗保障事业改革发展的新任务新要求，增强机遇意识，有效应对各种困难，尽力而为，量力而行，全力推进我市医疗保障事业高质量发展，保障人民健康和生命安全。

## （三）指导思想和发展目标

**1.指导思想**

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入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，全面落实省委十一届十次全会和市委第八次党代会要求，坚持以人民为中心的发展思想，把保障人民健康放在优先发展的战略位置。按照市委、市政府提出的“兜底线、织密网、建机制”的要求，全面建成“覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续”的多层次医疗保障体系；巩固全民参保计划，持续优化门诊待遇和住院待遇政策，健全重大疾病医疗保险和救助制度；发挥医保支付、价格管理、基金监管综合功能，协同推进“医疗、医保、医药”联动改革；加强医保服务标准化、信息化、智能化、便捷化体系建设，提升医保管理和服务效能；积极推进武汉、鄂州医疗保障标准对接，探索同城发展机制，建成与我市“三城一化”和城乡融合高质量发展主题主线相适应的多层次医疗保障制度体系，不断增强群众获得感、幸福感和安全感。

**2.基本原则**

**——坚持党的领导。**始终坚持党对医疗保障工作的全面领导，发展和完善全市医疗保障制度，坚持制度的统一性和规范性，牢牢把握新发展阶段的要求，构建新发展格局，为医疗保障制度成熟定型提供根本保证。

**——坚持人民至上。**把保障人民健康放在优先发展的战略位置，为广大人民群众提供更加公平、更加可靠、更加充分、更高质量的医疗保障，增进民生福祉、促进社会公平、助力共同富裕。

**——坚持保障基本。**坚持基本医疗保险“全覆盖”的发展目标，实现“应参尽参、应保尽保”；坚持基本医疗保险“保基本”的发展原则，实事求是确定待遇保障范围和标准。

**——坚持稳健持续。**坚持尽力而为、量力而行，把提高医疗保障水平建立在经济和财力可持续增长的基础之上，防止保障不足和过度保障，确保制度可持续、基金可支撑。

**——坚持精细管理。**强化“两定”机构管理，实施更有效率的医保支付改革，健全监管体制机制，统筹优化线上和线下服务方式，为群众提供高效便捷的医保服务。

**——坚持系统集成。**增强发展的整体性、系统性、协同性，坚持政府、市场、社会共同发力促进多层次医疗保障制度有序衔接，强化医保、医疗、医药多主体协商共治推进“三医联动”，提高治理水平。

**（三）发展目标**

到2025年,基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等机制优化和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务,进一步健全多层次医疗保障体系、优化医疗保障协同治理、夯实医疗保障服务支撑，基本实现“公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保”，争当全省医疗保障事业改革发展的排头兵。

|  |
| --- |
| **专栏1 “十四五”时期全市医疗保障事业发展主要指标** |
| 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(%) | 86.4 | >96 ① | 约束性 |
| 基金 安全 | 基本医疗保险(含生育保险)基金收入 (亿元) | 15.7 | 收入规模与全省经济社会发展水平更加适应 | 预期性 |
| 基本医疗保险(含生育保险)基金支出 (亿元) | 11.0 | 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 |
| 基本医疗保险基金累计结余 | 19.7 | 保持合理水平 | 预期性 |
| 保障 程度 | 职工基本医保政策范围内住院报销比例 (%) | 70.6 | >75 | 约束性 |
| 城乡居民医保政策范围内住院报销比例 (含大病保险)(%) | 60.1 | >65 | 约束性 |
| 重点救助对象政策范围内住院救助比例 (%) | >70 | >70 | 预期性 |
| 精细 管理 | 实行按病种分值付费的住院费用占全部住院费用的 比例(%) |  | 75 | 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(%) | 10 | 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(%) | 10 | 80 | 预期性 |
| 优质 服务 | 住院费用跨省直接结算率②(%) | >70 | >70 | 预期性 |
| 医疗保障政务服务事项线上可办率(%) | >70 | >80 | 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96% 以上。

②指住院费用跨省直接结算人次占全部住院跨省异地就医人次的比例。

# 二、健全多层次医疗保障制度体系

## （一）提升全民医保参保质量

**1.稳步提高参保率。**坚持职工、城乡居民分类参保，引导灵活就业人员参加职工基本医疗保险。健全税务、医保部门与公安、民政、人社、卫健、市场监管、教育、退役军人、乡村振兴、残联等多部门数据共享交换机制，加强数据比对、分析和应用，精准识别未参保缴费人员；加大参保扩面力度，及时掌握新生儿、幼儿、大中小学学生、低收入人群等人员信息，不留参保人员空白；做实参保属地管理，积极推动我市居民在常住地、就业地参保，最大限度减少常住人口异地参保现象；核实异地参保人员，基于全国医保信息平台清理、核查我市常住人口异地参保情况，有针对性推进扩面工作；压实乡镇（街道、村、社区）组织参保缴费工作责任，强化税务部门征收稽核责任，做到应参尽参、应保尽保。

**2.全力落实资助参保政策。**完善城乡居民特殊群体参保个人缴费差异化资助政策，三年过渡期内，特困人员、低保对象、返贫致贫人口按照个人缴费标准分别给予全额、定额补助；纳入监测范围的脱贫不稳定、边缘易致贫等困难人口，过渡期内可享受一定期限的定额资助，未纳入农村低收入人口监测范围的稳定脱贫人口执行资助参保渐退政策。

|  |
| --- |
| **专栏2 巩固全民参保计划工程** |
| * 制定完善全民参保计划扩面征缴和缴费基数申报核定规范性政策文件，加强部门协同，强化全民参保和基金征缴工作。
* 全面巩固特殊人群参保成果，对于特定残疾人群、特定老年人群、脱贫人口等实施分类管理，其个人或家庭应缴纳的基本医疗保险费用，按照相关政策和职责落实全额或定额资助，确保这类特殊群体参保率100%。
* 完善参保缴费的工作机制。以建筑施工、交通运输、新业态企业和灵活就业人员为重点，对应参保而未参保的企业开展核查，督促单位和个人依法缴费参保；强化村（社区）网格管理员与税费协理员挨家挨户上门落实城乡居民参保征缴工作模式；开通互联网+手机app多种缴费通道，方便城乡居民参保。
* 加大基本医疗保险政策宣传，营造全民参保社会文化氛围；加强部门联动，实现全市常住人口和户籍人口信息系统互联互通，全面摸清应参未参人员的底数。
* 开展逐步清零工程，在政策范围内妥善解决全市改制企业和困难企业“挂帐”历史遗留问题。
 |

## （二）完善基本医疗保障待遇保障机制

**3.合理确定基本医保待遇水平。**落实国家医疗保障待遇清单制度，稳步提高基本医疗保障待遇水平。按照城乡融合高质量发展方向，逐步缩小职工与居民待遇保障制度差别。提高门诊统筹待遇，实现门诊待遇和住院待遇的统筹衔接；系统梳理我市城乡居民普通门诊统筹、门诊重症慢性疾病、“两病”用药和门诊特殊药品政策，以创建“两病”门诊用药保障专项行动示范城市为契机，完善糖尿病、高血压、普通门诊慢性病等诊疗方案、临床路径；进一步完善城乡居民普通门诊统筹政策，增强门诊保障的公平统一性，避免政策叠加、待遇重复；建立健全职工医保门诊共济保障机制，实施门诊共济保障工程，逐步由病种保障走向费用保障，提高职工门诊共济保障范围和保障水平，补齐门诊待遇保障短板；同步优化住院待遇政策，避免看病就医趋高问题，减少不必要的住院治疗。

|  |
| --- |
| **专栏3 职工基本医疗保险门诊共济保障工程** |
| * 改进个人账户计入办法。在职职工个人账户计入标准原则上控制在本人参保缴费基数的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；退休人员个人账户划入额度逐步调整到基本养老金平均水平的2%左右。
* 规范个人账户使用范围。个人账户可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构、定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。探索个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。
* 改革完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制。将普通门诊统筹就医范围由一级及以下定点医疗机构扩展至一二三级医疗机构，并设置差异化待遇政策，政策范围内支付比例不低于50%，并适当向退休人员倾斜。
* 完善门诊慢特病保障机制。逐步扩大门诊慢特病病种范围，对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。将门诊慢特病的补偿方式由定额补贴调整为按比例报销。
* 开展门诊用药保障服务。将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店结算和配药。
* 开展日间手术试点工作。
 |

**4.完善补充医疗保险。**完善职工、城乡居民大病保险、公务员医疗补助制度，提高城乡居民大病保险待遇水平。进一步优化补充医疗保险制度，鼓励企事业单位以购买商业团体保险的形式为职工提供补充医疗保障。

**5.规范医疗救助制度。**制定《鄂州市巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施细则》以及《鄂州市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法》等政策文件，加强与乡村振兴战略有效衔接；系统梳理脱贫攻坚期间的健康扶贫“985”标准、兜底保障和医疗救助政策，巩固拓展医保脱贫攻坚成果，实施重特大疾病医疗救助工程；整合原有健康扶贫、兜底保障和医疗救助资金，将重特大疾病和医疗救助特定人群，统一纳入基本医保、大病保险及医疗救助三重保障框架下实现其待遇保障，避免医疗救助之外还要兜底政策的现象；将低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口和因病致贫大病患者等特困群体统一划分为享受医疗救助待遇的四类人员，按救助对象家庭经济情况、医疗费用支出分类设定年度救助起付标准；引导慈善组织等社会力量有序参与重特大疾病医疗保险和医疗救助保障工作。

|  |
| --- |
| **专栏4 重大疾病医疗救助工程** |
| * 建立医保救助对象及时精准识别机制。进一步完善对于低保边缘家庭成员和因病致贫大病患者的医疗救助申请渠道。基于全省救助信息共享子系统，做好各类困难群众身份信息共享，及时将符合条件的对象纳入医疗救助范围，提高救助时效性。
* 强化高额医疗费用支出预警监测，强化基本医疗保险、大病医疗保险和补充医疗保险相互衔接，对于经各类医疗保险报销后，政策范围内个人负担仍然较重的，给予倾斜救助，起付线按全市上年度居民人均可支配收入的20%左右确定，倾斜救助比例不低于50%。
* 在将原有健康扶贫补充保险等资金逐步统一并入医疗救助资金基础上，进一步拓宽筹资渠道。
* 健全防范因病返贫致贫机制。推进“三医联动”，综合降低农村低收入人群看病就医成本，引导合理诊疗，提升医疗保障和健康管理水平。
 |

**6.健全重大疫情医疗救治费用保障机制。**提高医保部门应急反应能力，建立与重大疫情应急管理等级和高中风险地区相衔接的“应检尽检、应治尽治”医疗保障应急响应机制；按要求将重大疫情应急药品、疫苗、医疗耗材和试剂临时纳入医保报销范围和集中采购范围；探索建立重大疫情特殊群体、特定疾病的医药费用豁免制度；从参保缴费、异地就医、慢性病申报、就医购药等环节优化流程，畅通网络，保障线上服务；探索统筹使用医保基金与公共卫生服务资金，促进基层社区医防融合，健全分级诊疗制度。

|  |
| --- |
| **专栏5 重大疫情医疗保障工程** |
| * 建立重大疫情迅速响应机制。根据基本医疗保险基金运行情况和财政承受能力，设置“重大疫情医保专项资金”，明确重大疫情下，专项资金启用的标准和程序，积极防范化解重大疫情风险。
* 完善《医保部门重大疫情常态化防控方案和突发公共卫生事件应急预案》，建立健全重大疫情和突发公共卫生事件医疗保障物资贮备制度。
* 探索统筹基本医疗服务与基本公共卫生服务。厘清“医保基金”和“基本公共卫生服务资金”合理分担的范围边界。
 |

**7.优化生育保险政策。**严格落实“四统一、两确保”政策，持续扩大生育保险覆盖范围；完善生育医疗费用及生育津贴等待遇的保障，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；继续做好城乡居民参保人员生育医疗费用待遇保障工作，探索统筹城镇职工和城乡居民生育津贴待遇政策的路径。

## （三）完善基本医疗保障筹资机制

**8.完善多元筹资机制。**合理确定职工基本医疗保险缴费费率，实行动态调整；改善职工基本医疗保险基金筹资结构，强化个人筹资责任；建立健全与城乡居民人均可支配收入相适应的稳健可持续的动态筹资机制，按规定保障财政投入，适当提高城乡居民个人缴费责任，逐步缩小职工与城乡居民医保筹资水平；拓宽商业健康保险、慈善捐赠、医疗救助等制度性筹资渠道。

**9.加强基金预算管理。**实行职工和城乡居民医保基金收支预算分类编制，优化基金预付及结算管理机制，加强预算执行监测、预警、绩效考评和监督工作；不断优化住院与门诊保障、药品(医用耗材)使用、异地就医支付的运行机制，继续推行基金总额预算管理下的精细化分项预算管理办法,逐步提高门诊统筹资金在筹资总额中的占比；会同财政部门加强基金中长期精算，明确医保统筹基金累计结余的合理范围，完善预警应对措施。

**10.发展商业健康保险。**商业健康保险是“三重保障”的重要补充，是中国特色多层次医疗保障制度体系不可或缺的组成部分。在继续规范完善我市商业保险机构承办大病保险业务、意外伤害业务、精准扶贫对象补充保险业务基础上，支持商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的普惠型商业健康保险产品；鼓励提供医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品服务，鼓励将工会、妇联、残联和慈善医疗互助和帮扶资金整合并入普惠型商业健康险，实现制度化管理专业化运行，满足人民群众高质量基本医疗服务需要，夯实多层次医疗保障制度体系。

|  |
| --- |
| **专栏6 普惠型商业健康保险工程** |
| * 开展普惠型商业健康保险。厘清基本医疗保险责任边界，坚持“政府引导、多部门参与、市场化运行”普惠型商业健康险发展的基本原则，坚持“与基本医疗保险衔接、参保门槛适度、保额较高”产品亲民特征，对经基本医疗保险、大病保险报销后的个人政策范围内自付和政策范围外自费医疗费用，遵循商业保险规则合理分担，减轻参保人员大额医疗费用负担。
* 完善支持政策。医保、银保监、民政、乡村振兴、财政、税务等部门积极指导普惠型商业健康保险产品设计，用足国家健康保险税优政策，鼓励企事业单位、特定人群、家庭团队投保。探索与基本医疗保险“一站式”缴费、经办和结算服务模式，降低商保企业运行成本，实现“保本微利”可持续。
* 加强监督管理。制定承保商业机构资质准入退出和信息公开披露机制。政府部门依据职责，加强市场监管和企业责任，严格保险公司随意退出和失信行为奖惩机制。
 |

### 11. 积极推动长期护理保险试点。积极开展长期护理保险试点工作，以适应我市经济社会和老龄化发展趋势；构建长期护理保险制度政策框架，协同促进医养康养服务体系建设；从职工医保参保人群起步，逐步建立互助共济、责任共担的筹资机制；建立公平适度的待遇保障机制，规范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；优先保障失能失智老人，根据基金情况逐步拓展至半失能和普通老年人群；完善长期护理保险经办管理机制，做好与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接。

# 三、优化医疗保障协同治理体系

## （一）持续完善医疗保障支付机制

**12.完善多元复合支付方式。**坚持总额预算制度，建立住院费用[按](http://www.zgylbx.com/hdwiki/index.php?doc-view-236.html)疾病诊断相关分组（DRG）和病种分值付费（DIP）为主的多元复合式支付方式，推进全市住院基金总额预算点数法改革；完善“总量控制、人头付费、分期拨付、分类报销、结余共享”的门诊支付方式改革措施，引导医疗机构合理诊疗，促进医疗服务高质量发展，提高医保资金使用效能；完善针对以“健康为中心”紧密型医疗联合体的医保支付政策，支持发展城市医疗集团，实现市、区、乡、村（社区）四级医疗资源共享，促进基层首诊、健康管理，建立“纵向到底，横向到边”的新型医疗健康管护体系。

|  |
| --- |
| **专栏7 医保支付方式改革工程** |
| * DRG/DIP付费改革。落实国家、省技术规范和分组方案,合理确定权重费率或点数分值,制定配套政策。强化数据日常运行的测算分析，及时发现病种及分值波动，对病种分值实施动态调整。
* 门诊支付方式改革。推进与门诊共济保障机制相适应的支付方式改革，继续完善门诊单病种付费，对日间手术及符合条件的门诊慢特病病种，纳入按病种分值(DIP)付费。
* 中医药医保支付方式。合理确定收付费标准，充分体现中医药服务价值，支持中医门诊优势作用发挥。
 |

**13.加强医保定点管理。**健全两定机构管理办法，简化医药机构定点申报评估准入程序,扩大定点医药机构覆盖面，增加异地就医定点医院分布数量，制定完善“两定”机构综合考核细则，建立动态调整和退出机制；统一规范“两定”机构医保服务协议范本，根据医保改革发展及时补充完善协议内容，明晰双方的责任、权利和义务，加强协议管理，将协议执行结果纳入综合考核，与年度基金结算挂钩。完善特药“双通道”政策和支付标准；支持“互联网+医药服务”新业态，积极探索付费基本单元和支付方式。

## （二）改革完善医药价格形成机制

**14.做好药品和医用耗材采购工作。**确保国家、跨区域联盟和省级医保部门组织的药品、医用耗材集中带量采购政策落地工作，积极组织全市公立医疗机构准确报量、及时采购配备与合理使用；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；完善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药品和医用耗材采购的主导模式；鼓励社会办医疗机构、定点零售药店参与集中带量采购工作；促进中选产品优先使用，规范流通秩序，全面破除以药养医，保障临床用药质量，满足患者用药需要。

**15.稳妥推进医药价格治理机制改革。**认真落实国家和省制定的医保药品、医用耗材和医疗服务项目、医疗服务设施目录及收费政策；按照价格管理权限，完善我市医疗服务项目和医疗服务设施价格管理政策；结合医疗技术发展和临床实际需求等因素，简化新增医疗服务项目申报流程，鼓励新技术临床应用，惠及更多患者；落实国家医保目录药品采购、配备、使用和价格监测工作；制定全市医药服务项目价格监测与评价体系实施办法。

## （三）加快健全医保基金监管机制

**16.完善日常监督检查制度。**探索建立部门联合协作监管机制，实现基金监管全覆盖，形成监管合力；完善日常巡查、抽查、审核、稽查工作，实施医保基金监管智能监控工程；强化专项监管、协议监管、部门联动机制，落实“双随机、一公开”检查制度，规范不同检查稽核对象、内容、工作要求和流程，明确各方权利义务，完善检查事项清单和权责清单；根据医保支付范围和支付方式改革要求，建立与之相适应的日常监督检查规则制度，更新医保智能审核系统，实现基金使用全流程、全方位监管。

**17.建立医疗保障信用管理制度。**联合卫健、市场监管等部门制定鄂州市医保信用评价管理办法，针对参保个人、企业、两定机构、经办机构、责任医师药师等主体，明确评价内容、程序、标准、结果应用范围，规范相关责任主体行为，强化医保基金使用效能。委托第三方机构开展信用评价，建立守信激励和失信联合惩戒制度。

|  |
| --- |
| **专栏8 医疗保障信用体系建设工程** |
| * 制定鄂州市医保信用管理办法。由市医保部门牵头，联合发改、卫健、市场监管等相关部门，制定鄂州市医保信用管理规范性政策文件。将医保信用体系建设和信用评价管理纳入全市信用体系建设总体规划。
* 制定医保信用评价实施方案。包括评价指标体系、评价标准、实施流程、结果应用，第三方评价机构遴选、监督管理、服务购买机制等。所需经费由市财政部门纳入年度预算，不得向被评价机构或个人收取任何费用。
* 建立医保信用信息互联互通和评价结果联合奖惩机制。完善红黑名单和联合奖惩机制，通过“信用鄂州”平台数据交换，促进医保基金监管、卫生健康监督、市场监督管理等部门医保信用信息共享，实施联合奖励惩戒，加强诚信建设。
 |

 **18.完善社会监督制度。**拓宽社会监管途径，创新社会监管方式；通过组织各级人大代表、政协委员、聘请社会监督员、会计师事务所、商业保险机构等，动员社会力量参与医保基金监督监管工作；逐步建立信息披露制度，指导定点医药机构定期公开与医保基金有关的医药费用、费用结构等信息，定期公示欺诈骗保典型案例，营造良好社会监督氛围；进一步畅通举报投诉渠道，完善欺诈骗保举报奖励制度。

|  |
| --- |
| **专栏9 医保基金监管智能监控工程** |
| * 继续升级医保智能审核系统。畅通各子系统间数据传输功能，动态更新智能审核规则库、医学知识库和基础信息标准库，提升医保智能审核监控能力。
* 完善“互联网+医保稽查”模式。通过医保定点机构全面上线医保智能稽核系统，运用移动互联网、大数据分析、人脸识别技术，实现远程稽核和智能监控，实现事前提示、事中预警和事后责任追溯全覆盖。
* 开展药品耗材进销存实时管理。将医保定点药店和定点医疗机构药房纳入医保智能系统，实现药品耗材进销存在线信息化监控。
* 积极创造条件，将异地就医、购药及时结算纳入智能监控范围。
 |

## (四) 协同建设高效的医药服务供给体系

**19.优化提升医疗卫生服务体系。**助力基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗体系建设；支持中医药传承创新发展，逐步扩大医疗机构中药制剂、针灸、治疗性推拿等诊疗技术支付范围，快速推进中医优势病种医保支付方式改革，实行同效同价；支持儿科、老年医学科、护理、康复和精神心理科等医疗服务发展，推进医疗机构检查检验结果互认；鼓励日间手术、无痛诊疗等新技术应用发展；支持建立市、区、乡远程医疗网络，构建“互联网+健康医疗”服务新模式。

**20.提高药品供应保障能力。**严格药品监管，保证药品安全，有序推进药品追溯体系建设；依托全省统一的医疗保障信息平台,支持电子处方流转，完善医保谈判药品“双通道”管理机制, 扩大医保定点零售药店数量，支持药店连锁化、专业化、数字化发展，更好发挥药店的独特优势和药师的作用；健全短缺药品监测预警和分级应对体系，进一步做好短缺药品保供稳价工作。探索完善药学类医疗服务价格项目，发挥临床药师作用，促进临床合理用药。

**21.健全协商共治机制。**完善“医疗、医保、医药”改革联动机制，发挥医保战略性购买作用，促进医疗、医保、医药高质量协同发展；建立医疗保障部门、参保人代表、医院协会、医师协会、药师协会、护理学会、药品生产流通企业等参加的定期协商机制，构建多方利益协调的新格局，推动政策制定更加精准高效。

**22.支持医养结合发展。**积极应对人口老龄化，实施健康养老服务工程；完善医养结合、社区康养、居家康养服务体系，加快市养老护理院、市老年病康复中心及运动康复中心、市级智慧养老服务平台等项目建设，将符合条件的医养结合机构中的医疗机构按规定纳入医保定点范围；支持医疗机构和养老机构签约合作，制定医养签约服务规范；鼓励家庭医生服务团队老年健康管理签约服务，完善老年慢性病用药长期处方医保门诊慢病管理措施。

# 四、构筑坚实的医疗保障服务支撑体系

## （一）提升公共服务水平

 **23.加强经办管理服务体系建设。**全面落实政务服务事项清单制度，明确各级医保行政部门、医保经办机构服务清单；通过政府购买服务、公益性岗位等方式，建强医疗保障经办力量；推进标准化窗口和示范点建设；鼓励支持商业保险等社会力量参与医保经办管理服务；建立绩效评价、考核激励，提高经办管理服务能力和效率。

|  |
| --- |
| **专栏10 医疗保障经办服务体系建设工程** |
| * 加强经办服务管理。配备与经办工作量相匹配的经办人员和工作经费。加强经办机构及经办人员绩效考核，建立与绩效考核挂钩的激励约束机制。
* 织密经办服务网络。实现乡镇(街道)医保经办机构全覆盖,推动经办服务网络向村(社区)延伸，鼓励在村卫生室或村委会(居委会)设置医保服务站，提高便民服务。
* 提升适老服务水平。加强医保经办服务大厅和窗口管理，畅通为老年人代办的线下渠道。优化完善无障碍设施，开辟绿色通道，提供预约服务，推广“一站式”服务。
 |

**24.提升医保服务质量。**坚持传统服务方式和智能化服务方式并行，落实政务服务事项网上办理，加强医保经办管理服务与网上政务服务平台的衔接，推动实现“一站式”服务、 “一窗口”办理、“一单制”结算；实现医保热线服务与“12345 政务服务便民热线”有机衔接，探索实施医保服务“视频办”。

|  |
| --- |
| **专栏11 医疗保障服务示范建设工程** |
| * 落实医保经办服务标准化建设，2025年市、区医保经办窗口全部达标。
* 建成5个区级医保服务窗口示范点和5个基层服务示范点。
* 建设10个医保定点医疗机构示范点（医保定点医疗机构5个和医保定点药店5个）。
* 建设5个智慧医保管理服务点。
 |

 **25.完善异地就医直接结算。**优化异地就医直接结算流程，开展医疗费用手工(零星)报销线上服务，推进住院费用线上线下一体化异地就医结算服务；基于门诊共济保障制度的建立健全，推进普通门诊、门诊慢特病费用异地就医直接结算，完善异地就医医保服务协议。

 **26.推进武鄂医保一体化发展。**推进武鄂两地医保定点医药机构互认；实现住院医保即时结算服务；实现两地医保缴费年限互认；医疗保险关系无障碍转移接续；实现两地参保缴费同城化；推进医保经办服务事项“跨市通办”，医保高频服务事项“无障碍一站”通办。

|  |
| --- |
| **专栏12 武鄂医疗保障同城化工程** |
| * 签订武汉和鄂州医保事业协调发展战略协议，建立干部交流和工作交流，重大医保改革事项通报协商机制。
* 逐步推进医保筹资与待遇标准、药品与耗材支付标准、医保经办服务流程与服务标准、医保信息标准对接，实现医保信息无障碍共享。
* 推动医保缴费年限互认，医疗保险关系无障碍转移接续。完善异地就医协同监管，“一站式”服务。
 |

## （二）推动智慧医保建设

**27.大力推进医疗保障信息化建设。**基于国家医疗保障信息平台建设，结合我市原有信息系统，形成“一纵、一库、三台和五级终端”的信息系统构架，建设功能完善、互联互通、资源共享的区域基本医疗保险信息系统；充分利用云计算、大数据等技术，加强全市医保数据的汇集与数据挖掘利用；推进医保电子凭证广泛应用，确保全市所有医保经办机构和定点医药机构具备电子凭证应用条件，加强医保电子凭证异地就医结算功能宣传力度。

|  |
| --- |
| **专栏13 智慧医保建设工程** |
| * 完善区域基本医疗保险信息系统建设。逐步实现与卫健部门医疗信息系统、药监部门医药信息系统、税务部门医保费征缴信息系统、民政部门医疗救助对象及死亡人员信息系统、公安部门人口登记信息系统、商保公司补充医保信息系统等互联互通。加快形成“一纵、一库、三台和五级终端”的信息平台系统构架。
* 加强医保管理和经办服务数字化转型。健全电子公文审前系统，上线协议管理系统，推进办公数字化、财务数字化、人事数字化、档案数字化，完善数字管理中台，推进医保管理和经办服务信息化、科学化、精细化，实现“一网覆盖、一次办好”。
* 加强大数据智能应用。加强数据中台体系更新运维，依法保障数据安全。进一步完善医保基金智能审核系统，探索基金收支预算管理双向预警系统，药品耗材集中报量、采购、使用、结算智慧系统，自助式数据可视化决策智能系统等。
 |

**28.完善“互联网+”医保服务。**巩固完善互联网+医保服务疫情期间取得的成效，与“互联网+”医疗服务的持续发展相适应，探索拓宽“互联网+”医保服务范围和内容；完善“互联网+”医保服务定点协议管理，经卫生健康行政部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗活动的定点医疗机构，按照自愿原则与市医保经办机构签订补充协议；进一步明确“互联网+”医疗服务的范围、条件、收费和结算标准、支付方式、基金预算管理及医疗行为监管、处方审核标准等内容。

## （三）加强干部队伍建设

**29.** **加强干部队伍建设。**积极推进医保行政部门、经办机构人力资源的整体性开发；**充实人才队伍，**引入更多知识化、专业化、复合型的高素质医保人才，按需招聘聘任制公务员；**提升能力素质，**加强与高等院校、科研院所等战略合作，探索建立联合培养人才的机制，重视干部交流与业务培训；完善考核评价机制，用好用足职务与职级并行有关制度的激励作用，加大优秀人员表彰力度。

# 五、做好规划实施

 **（一）加强党的领导。**深入开展全面贯彻学习党的十九大及十九届历次全会精神的学习活动，持续推进党风廉政建设；坚持党的全面领导，深入推进全面从严治党，坚持和完善“三重一大”决策制度，把党的领导贯穿到规划实施的全过程，确保各项改革发展工作始终保持正确的政治方向，以高质量党建引领医疗保障事业高质量发展。

 **（二）强化法治保障。**落实《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规，全面依法行政；规范执法行为，改进执法方式，加强执法监督；加强普法宣传教育，引导群众增强医保法治观念和法律素养。

 **（三）健全实施机制。**要将落实规划作为重点工作，完善上下贯通、执行有力的组织保障体系；明确责任单位、实施时间表和路线图，以重大工程、重大项目、重大政策为抓手，确保各项任务落实到位，强化政策和资金保障措施；创新规划实施、评估机制，强化对目标指标、重点任务考核，加强规划间的衔接，编制规划年度实施方案，开展部门自评与社会第三方评估相结合的综合评估，确保一张蓝图绘到底，提升规划实施效能。

 **（四）营造良好氛围。**通过政府网站、新闻媒体、互联网等渠道，采取多种形式，大力宣传医疗保障规划及实施愿景；持续做好政务信息公开和新闻发布工作，及时准确发布医保规划实施成果，加大政策宣传力度，正确引导社会舆论，增进医保、医药、医疗协同改革共识，为深化医疗保障制度改革提供良好环境。