

裕安区医疗保障事业发展“十四五”规划

裕安区医疗保障局

2021 年 3 月

目 录

第一章 “十三五”时期取得的成绩.....	4
第一节 医疗保障制度体系更加健全.....	4
第二节 医疗保障制度改革持续深化.....	6
第三节 医保基金监管成效不断显现.....	7
第四节 医保服务经办能力明显提升.....	8
第五节 医保基金运行总体保持稳定.....	9
第六节 医保服务疫情防控效果显著.....	10
第二章 医保发展面临的主要形势和挑战.....	13
第一节 面临的风险和阻力.....	13
第二节 存在的困难和挑战.....	15
第三章 “十四五”规划指导思想、目标和重点工作...	15
第一节 指导思想.....	15
第二节 规划目标.....	16
第三节 重点工作.....	18
第四章 保障措施.....	26
第一节 加强组织领导.....	26
第二节 推动协调发展.....	26
第三节 强化宣传引导.....	27

裕安区医疗保障事业发展“十四五”规划

“十四五”时期是我国全面建成小康社会、实现第一个百年奋斗目标之后，乘势而上开启全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军的第一个五年，也是我区立足新发展阶段、贯彻新发展理念、服务构建新发展格局的重要机遇期。面对人民群众日益增长和多元化的健康需求，围绕实现医疗保障事业高质量发展的目标，医疗保障部门必须充分认识把握新的发展形势和机遇挑战，全面推进全区医疗保障事业向更高水平发展。为全面贯彻党的十九大和十九届三中、四中和五中全会精神，根据中共中央国务院印发的《关于深化医疗保障制度改革的意见》和国家、省、市、区关于编制“十四五”医疗保障事业专项规划的要求，制定本规划。

第一章 “十三五” 时期取得的成绩

“十三五”时期是全区医疗保障事业加速发展、医保制度改革不断深入和医疗保障水平稳步提升的重要时期。2018年机构改革中，党中央决定新组建医疗保障部门，突出体现了以习近平同志为核心的党中央对医疗保障工作的高度重视，充分体现了医疗保障在党和国家事业全局中的重要地位，标志着医疗保障事业翻开了新的历史篇章。五年来，在区委区政府的坚强领导下，在市医保局的直接指导下，区医保部门坚持以人民健康为中心，坚定贯彻落实上级决策部署，在推进覆盖全民、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建设上持续发力，圆满完成各项指标任务，为“十三五”时期医疗保障事业发展奠定了坚实基础。

第一节 医疗保障制度体系更加健全

市级统筹扎实推进。实施城乡居民医保制度整合，实现城乡居民医保和新农合在经办机构、缴费标准、信息系统、医保目录、待遇报销政策上的“六统一”。实行医保基金市级统筹管理，构建并不断完善全市统一的职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、大病保险政策体系框架。持续健全基本医保、大病保险和医疗救助三重制度综合保障机制，基本形成了以基本医保为主体、大病保险和医疗救助为补充、健康脱贫为兜底保障的多层次医疗保障制度体系。

覆盖范围不断拓展。坚持“应保尽保”，健全基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障机制，全面落实贫困人口资助参保政策，确保全区基本医保参保率稳定在 95% 以上。2019 年，全区基本医保参保人数 94.9 万人。2020 年，全区基本医保参保人数已达 94.9 万人。医保报销范围实现横向拓展，除一般住院费用报销以外，城乡居民糖尿病、高血压“两病”门诊用药纳入门诊统筹报销范围，“两病”患者门诊降压、降糖药品费用由统筹基金和个人共同支付，政策范围内支付比例达到 50% 以上。

待遇保障日益完善。完成统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇政策调整工作，不断扩大异地住院就医直接结算范围，实现门诊费用与长三角地区联网医疗机构的联网直接结算。及时将高血压、糖尿病“两病”门诊用药统一纳入门诊统筹报销。五年来，群众医疗费用医保报销水平稳步提升。门诊费用报销方面，职工医保门诊实际补偿比上升 2.3 个百分点，城乡居民医保（不含贫困人口）上升 28.09 个百分点，贫困人口门诊实际补偿比上升 8.85 个百分点。住院费用报销方面，职工住院实际补偿比下降 2.7 个百分点，城乡居民医保住院实际补偿比（不含贫困人口）上升 5.84 个百分点，贫困人口住院实际补偿比上升 5.86 个百分点。强化健康脱贫政策兜底作用，建档立卡贫困人口和特殊困难群体医保兜底水平显著提升，有力解决了制约脱贫攻坚成效的“因病致

贫” “因病返贫” 等问题。

第二节 医疗保障制度改革持续深化

支付方式改革持续深化。深入推进总额控制下的按病种、按床日、按人头、按项目付费等复合付费方式,不断扩大按病种付费范围,对 15 个常见病种探索“同病、同保障”结算办法。全区按病种付费病种扩大到 263 种,执行率提高到 52%。按项目付费比重继续保持稳定。2020 年,职工和城乡居民医保中,门诊按照项目付费结算的医保人群总费用占比均为 100%。职工医保、城乡居民医保住院按照项目付费结算的医保人群总费用占比分别达到 98.6%、61.31%。

招采机制改革成效明显。按照市医保局工作安排,积极推进招标采购平台建设,全面落实招标采购、集中配送和结算管理政策。做好公立医疗卫生机构第二轮药品、高值耗材带量采购目录清单、采购数据、采购周期、授权委托等前期准备工作,上报 4 家医共体牵头医院第二轮带量采购授权委托。医疗服务价格改革纵深推进,兼顾医疗机构发展和减轻人民群众负担,动态调整部分公立医院医疗服务价格,稳步推进特需医疗相关工作,持续加强药品价格监测监管,并做好短缺药品保供稳价工作,指导世立医院新开展“劲内动脉

内膜剥脱术”等医疗服务项目试行价格申报，落实区妇幼保健院（一级）按照县级二级医疗机构执行医疗服务项目、设施价格标准。以体现医疗技术服务能力为取向的医疗服务价格体系进一步健全。

第三节 医保基金监管成效不断显现

医保基金监管水平稳步提升。制定打击欺诈骗保长效机制、专项治理方案、集中宣传月活动方案、举报奖励办法等。开展打击欺诈骗保专项治理，截至2020年11月底，共追回医保基金总额907万元。不断拓展医保基金监管覆盖范围，开展基层医疗机构专项治理复查审核活动，全区乡镇卫生院、专科医院和民营医院等基层医疗机构实现全覆盖，有力维护了医保基金这一人民群众“看病钱”和“救命钱”的安全。推进医保智能监控项目建设，运用大数据稽核对基金运行“全流程”进行管理，提升事前事中监管水平。

监管宣传效果持续显现。严格执行《六安市欺诈骗取医保基金行为举报奖励的实施细则》，加大违规成本。加强对医疗机构和医保医师约束管理，举办新闻发布会，发布打击欺诈骗保公告，印发各类打击欺诈骗保宣传资料，组织大型打击欺诈骗保现场宣传暨义诊活动，营造全社会打击骗保工作氛围。扎实推动医保法律法规宣传活动，制作宣传抖音6

条，微信公众号发布文章或视频 10 余次，宣传条幅 60 条。签订“打击欺诈骗保承诺书（医疗机构）”38 家、“打击欺诈骗保承诺书（医保医师）1200 余人”，医药机构通过 LED 显示屏滚动播放医保政策和标语 100%，《医保政策提醒函》张贴率达 100%。

第四节 医保经办服务能力明显提升

医保公共服务能力不断提升。强力推进医保经办服务标准化建设，持续规范全区医疗保障经办流程和服务标准，建立医保窗口“领导服务日”制度，有力提升医保政策咨询问答、待遇报销等经办服务水平。全面推行就医刷卡“一站式”结算，优化就医备案转诊程序和方式，切实打通医保服务“最后一公里”。不断扩大跨省异地就医直接结算范围，实现门诊费用与长三角三省一市联网定点医疗机构直接结算，异地就医住院报销费用“一站式”报销更加便捷。

医保信息化水平逐步提高。高标准推进全区医疗保障信息平台建设，统一医疗保障信息业务标准和技术标准，持续推进医保智能监控、医保电子协议网签等信息化项目建设。全力推进医保电子凭证推广应用，全区医保电子凭证总激活率达到 53%，不断完善医保电子凭证应用场景，实现参保群众就医购药更加便捷。充分运用移动互联、云计算、大数据等现代信息技术，完成医保支付接口改造和信息互联，在部

分医院实现“诊间结算”，医保支付结算效率不断提升。加快国家医保信息业务编码标准运用，认真做好疾病诊断手术操作、医疗服务项目、药品和医用耗材等十五项国家标准编码的贯标工作。

第五节 医保基金运行总体保持稳定

基金规模效应有效发挥。“十三五”期间，我区医保基金规模持续扩大，筹资总额稳步提高。2020年，全区职工医保基金当年筹资总额约12820万元，较2016年8461.7万元增加4358.3万元，年均增长10.3%。2020年全区职工医保基金当期结存约4190万元，结余率32.68%；与2016年当期结存1992.4万元、结余率23.55%相比，基金积累稳步增加，抗风险能力显著增强。全区城乡居民医保基金与大病保险资金合并征收，2020年筹资总额约72491.9万元。较2016年原城镇居民和新农合合计筹资54150.3万元增加18341.6万元，年增长速度6.77%。资助五保、低保和农村建档立卡贫困人口参保个人缴费部分由2016年的120元/人/年增加到2019年的250元/人/年，增长2.08倍。随着医保基金规模的不断扩大，医疗保险共济作用得到了更好的发挥。

基金运行态势持续向好。全力保障医保基金可持续运行，全区职工医保基金结余稳步增加，2019年全区职工医保基金当期结存约2.40亿元，结余率17%；与2015年当期结存3748

万元、结余率 4%相比，基金结余稳步增加，收支结构进一步优化。

第六节 医保服务疫情防控和防汛救效果显著

服务疫情防控大局。有效发挥医疗保障工作服务新冠疫情防控的建设作用。疫情初期，先后出台新冠肺炎救治保障、费用结算、调整公立医院 4 个新冠肺炎护理类医疗服务价格、新增 11 项新冠肺炎救治医保服务项目、药品供应保障、药品零售企业销售退烧药、咳嗽药等药品管理办法等。预拨集中收治新冠肺炎患者医保费用。在抗击疫情期间暂时准予定点零售药房摆放和销售“卫消证号”“卫消字”等生活类用品。按照“应检尽检、愿检尽检”的原则，对我区新型冠状病毒肺炎相关检测项目规范、价格和医保支付政策进行调整，病毒核酸检测和病毒抗体检测价格（不含试剂盒费用）分别由 220 元、80 元下降到 60 元、25 元，平均降幅超过 70.7%。阶段性减半征收职工医保单位缴费部分 5 个月，每月减半征收 201.9 万元，累计减少征收 1009.5 万元，助力企业复工复产。下调全区职工医疗保险（含生育保险）单位费率 0.5 个百分点，从 4 月 1 日起统一调整为 7%，切实减轻用人单位负担，提高医保基金使用效率。抽调专人深入平桥乡三里岗村天筑丽景小区、面粉厂家属区、立新新村小区和国悦府小区等 4 个小区、23 个楼栋，参与疫情防控包保，服从社区管

理，共同编班，联排联值，与平桥乡、村、社区和物业等共同落实小区进出管理、重点人员管控、逐户走访排查等“三个到位”工作。多方筹措拨付防疫物资，完成区疫情指挥部下达的 5 万个口罩、700 个额温枪的防疫物资任务。

落实防汛救灾包保责任。紧急动员，成立工作组，全面开展核灾救灾工作，并就做好防汛救灾期间医疗保障工作印发通知，确保工作职责到位、待遇保障到位、医保服务到位、应急处置到位。救灾工作开展以来，我局共捐赠包保重灾村罗集乡罗集村防汛救灾资金 1 万元，协调百信、申华等医药企业向重灾村捐赠价值 12 万余元防疫医疗物资。协调落实 2 台挖掘机、车辆，帮助集中清理灾后垃圾、杂物等，开展农村人居环境整治，恢复正常生产生活秩序。

畅通医保经办渠道。认真落实市局《关于做好疫情防控期间医保门诊慢性病等服务管理工作的通知》等 11 个便民文件和通知，开通异地就医备案绿色通道，优化异地就医登记备案管理要求，实现疫情防控期间医保经办事项“网上办”“掌上办”“电话办”“线上答”等，减少人员流动实现“不见面办”。推进合理增加门诊慢性病单次处方用药量，其中对病情稳定并需长期服用固定药物的慢性病，支持处方用药量放宽至 3 个月，减少就诊频次实现“便民办”。对受疫情影响，无法办理参保登记、缴费等部分医保业务，延期至疫情解除后三个月内补办，实现“延期办”。做好医保经办大

厅和医药“两定机构”清洁消毒等，现场医保业务实现“放心办”。

第二章 医保发展面临的主要形势和挑战

“十四五”时期是推进医疗保障制度更加成熟定型、基本完成医疗保障关键领域改革任务和实现医保治理能力现代化水平显著提升的关键五年。必须充分学习领会党中央对第二个“一百年”奋斗目标所作的阶段性安排，深刻认识把握国家和省医疗保障事业发展的顶层设计和总体安排，立足区情，着力解决当前我区医疗保障事业发展不平衡不充分的问题，统筹规划各项医疗保障工作高质量发展。

第一节 面临的风险和阻力

制约医保高质量发展的风险持续累积。筹资结构有待优化。政府、单位和个人三方的筹资分担责任需要进一步进行优化调整。城乡居民医保中政府和个人的筹资责任存在失衡，中长期医保制度高质量发展的结构性矛盾亟待解决。共济作用有待增强。职工医保个人账户机制改革需要进一步深化，个人账户资金使用范围有限、效率不高，造成总体使用率较低、基金沉淀较多，难以较好发挥医保基金的共济作用，降

低了保障的公平性。医疗服务体系和能力建设滞后于人民群众不断提升的健康需求，医保战略性购买作用发挥有限。商业保险等补充医疗保障服务体系发展缓慢，难以满足不同群体的医疗保障需求。

影响医保高质量发展的阻力明显增多。加速融入长三角一体化发展和合肥都市圈背景下，受经济发展水平、人口结构、城市化进程以及医疗服务水平等因素影响，先进地区对我区参保群众和医保基金的“虹吸”效应将进一步拉大，不利于我区医保基金可持续运行。此外，我区作为欠发达地区，“未富先老”问题更加突出，随着区内老龄人口的不断增加和疾病谱系的不断变化，维护参保群众健康的费用和投入必然将显著增加，医共体牵头医院是民营医院，进而导致医疗费用增速不断提高。在基金承受能力有限的情况下，过高的医疗费用增速必然导致参保群众报销待遇水平下降，影响人民群众获得感和幸福感的提升。

第二节 存在的问题和挑战

降低基金使用效率的因素不断显现。医药价格改革的后续难度进一步增加，动力有所减退。药品和耗材集中带量采购工作对降低群众医疗费用指出的作用已然凸显，取得了切实成果，但随着人们健康预期的不断提高（例如人们对专利药、进口原研药、垄断性药品的需求），改革动能继续提升的空间有限。各方主体参与医保改革的意愿有所下降。医保价值购买机制还处于进一步探索过程中。在成熟的激励约束机制建立之前，医疗机构参与和配合支付方式改革的积极性已经开始下降，使得医保支付方式改革倒逼精细化管理、降低医疗费用的增长的效果“大打折扣”。

强化基金监管效果的难度不断加大。医保法制进程滞后于监管工作进程。《社会保险法》和《医保基金监督管理使用条例》虽为各地打击欺诈骗保行为提供了法律支撑，但规定过于原则，尚缺乏具体执行操作规定和联动惩罚措施，监管执行层面困难重重。供给双方利益平衡机制尚不健全。以医保为主的参保群众代理人机制和公立医院为主的医疗服务供给机制之间尚未建立利益、责任共同体。医、患、保三方利益关系复杂、地区间不平衡，统一规范的难度较大。医保监管能力存在明显不足。医保强监管形势下，不法医药机构的欺诈骗保行为更加隐蔽，但我区基层专职从事医保监管

工作的人员力量薄弱、专业技能匮乏，日常监管多依赖于依据数据线索及举报线索开展查现场调查、翻病历的人海战术，医保监管智能化建设仍处于起步阶段，难以保证日常监管工作的广度和深度。

第三章 “十四五” 规划指导思想、目标和重点工作

第一节 指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想作为统领全区医疗保障事业发展的指导思想，坚持党对医疗保障事业的集中统一领导，全面贯彻落实党的十九大和十九届三中、四中、五中全会和习近平总书记系列重要讲话精神，以《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》为重要遵循，坚持把人民健康放在优先发展战略地位，努力全方位全周期保障人民健康。

“十四五” 期间我区医疗保障事业要从高速度发展转向高质量发展，紧扣“五位一体” 总体布局、“四个全面” 战略布局和健康中国战略，牢固树立创新、协调、绿色、开放、共享新发展理念，适应未来经济社会转型发展要求，抓紧补齐民生保障工作短板，助力脱贫攻坚与乡村振兴有机衔接，建立完善的医疗保障制度体系框架，形成稳定的待遇保障机制、基金监管机制、经办服务机制，持续推进我区医疗保障

治理体系和能力现代化，切实保障参保群众医疗保障权益，不断提升老区人民群众的获得感、幸福感和满足感。

第二节 规划目标

紧紧围绕建设社会主义现代化强国的宏伟目标，紧密结合医疗保障事业改革发展实际，统筹确定未来五年我区医疗保障事业发展的主要目标。

全面建成多层次医疗保障制度体系。“十四五”期间，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》要求，结合我省、市医保工作发展部署，全面建成城乡一体、覆盖全民、公平适度的多层次医疗保障制度体系，全面构建医保高质量发展工作格局，全面建立以“基本医疗保险+大病保险+医疗救助”为主体，商业健康保险为有效补充的医疗保障制度体系。

全面做实医疗保险市级统筹。以做实基本医疗保险市级统筹为引领，按照兜底线、织密网、建机制的要求，调整完善城乡医疗救助政策，全面落实医疗救助市级统筹，推进城乡医疗救助管理层次与城乡居民医保管理层次统筹衔接。

全面深化医疗保障制度改革。探索建立职工共济保障机制，健全城乡居民门诊费用政策体系，实施医疗保障待遇清单管理，继续健全公平适度的待遇保障机制。确保国家医药价格改革举措落地，完善“两病”用药保障机制和常见慢性病、特殊慢性病门诊实施方法。深入推进以按疾病诊断相关

分组（DRG）付费为核心的支付方改革，基本建立符合我区实际、管用高效的医保支付和付费机制。实施长期护理险试点，重点解决重度失能人员基本生活照料和医疗护理所需费用。探索建立权责共担、公平适度、互助共济、可持续的动态医保筹资机制。

全面推进医保公共服务现代化。按照国家、省、市统一规划与部署，打造裕安医保“智慧平台”。运用好互联网+医保、大数据、云计算、人工智能等现代科技手段，使医保管理实现科学化、精确化、数字化、智能化、便捷化。持续树牢为民服务理念，创新服务方式，优化服务环境，推进医保服务综合标准化建设取得实效，促进医保窗口服务能力提质增效。

全面提升医保治理能力和水平。逐步健全医保职能配置与运行机制，着力优化医保行政管理与经办服务的层级结构，提升医保治理能力和水平。全面理顺医保与其他社会保险在参保信息共享、缴费筹资、流动人员社保关系顺畅转移接续等方面的关系。不断优化医保改革与相关领域联动改革的关系，职能配置与治理体系、治理能力建设的关系，不断增强“三医联动”改革集成效应。

围绕上述目标，“十四五”时期医疗保障发展的基本思路可概括为：覆盖全民、公平保障、权责清晰、统筹发展、科学治理。

第三节 重点工作

完善多层次医疗保障制度体系。一是完善职工医保制度框架。改革职工基本医疗个人账户，探索建立职工门诊共济保障机制，逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，稳步提升职工医保待遇水平。二是完善居民医保保障功能。坚守“保基本”的功能定位，严格执行基本支付范围和标准，依据上级要求和本地实际对相关政策规定进行局部调整优化，增强“大病保险”在防范“因病致贫、因病返贫”等问题上的作用。三是健全医疗救助政策体系。严格落实统一全市医疗救助政策，严格落实国家、省和市规定的重点救助对象等各类社会医疗救助对象的待遇，按照救助对象医疗费用、家庭困难程度和负担能力等因素将最低生活保障家庭成员等特殊人群设置为重点救助对象，纳入我区基本医疗救助对象的待遇范围，提高救助待遇水平。四是丰富医保制度内涵。严格落实市局调整完善健康脱贫工程等补充政策保障范围、基金管理渠道。大力发展与基本医疗保险衔接互补的商业健康保险，鼓励保险公司开发与基本医保相补充的商业健康保险产品。五是开展长期护理保险试点。做好全区长期护理保险的政策制定工作，实现长期护理保险与养老保险、医疗保险、工伤保险等其他社会保险制度的有机衔接，充分发挥各社会保险优势互补作用，有效应对“人口老龄化”影响。六是建立完善重大疫情医疗救治费用保障机制。健全重大疫情医疗救治医保支付政策，保障医疗机构在突发

疫情等紧急情况时先救治、后收费。探索建立特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，减轻困难群众就医就诊后顾之忧。

健全稳定可持续的筹资运行机制。一是充分发挥市级统筹作用。全面做实医保市级统筹，逐步提升统筹层次。推进基金统一管理，建立“风险调剂金”制度，夯实市级统筹基金管理和执行监管责任。二是强化待遇清单管理。全面落实基本医保待遇清单管理制度，严格按照中央、省和市统一部署，扎实推进医疗保障待遇清单管理制度贯彻落实，就基本制度、基本政策、基金支付的项目和标准及不予支付的范围进行明晰，明确“保基本”的内涵、待遇调整的边界、政策调整的权限、决策制定的程序，实现政策平稳过渡、待遇平稳接续，维护社会和谐稳定。三是均衡筹资待遇关系。根据上级职工医保筹资机制改革要求，稳步迈向用人单位与职工个人筹资责任分担均衡化，实现财政支出平稳增长、企业负担保持稳定、个人缴费比例逐步提高、医保资金平稳发展。研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。探索推进城乡居民基本医保的筹资机制改革，持续优化个人缴费和政府补助结构，实现缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。加强财政对医疗救助投入，拓宽医疗救助筹资渠道。四是确保基金可持续运行。全面建立基金预算管理和风险预警工作机制，科学编制医疗保障基金收支预算，推进“医”“药”等分区域预算，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。适应异地就医直接结算、“互联网+医疗”和医疗机构服务模式发展需要，探索开展跨区域基金预算试点。加强

基金中长期精算，构建收支平衡机制，健全基金运行风险评估、预警机制。

建立科学高效的医保支付体系。一是推进多元复合式医保支付方式改革。完善城乡居民医保基金打包拨付背景下的医保结算支付办法，完善紧密型县域医共体医保基金专用账户管理机制。在医保基金总额预算的基础上，正式施行推进疾病诊断相关分组付费（DRG）支付方式。继续扩大按病种收付费实施范围，动态调整病种组医保支付标准。完善按床日付费支付方式，推广“日间病床”“日间手术”等医保支付改革试点，强化“同病同保障”工作实施。二是提升医保目录管理水平。认真做好国家药品、诊疗（含服务设施）和材料目录的执行和系统维护等工作。加紧建立并完善国家谈判药品落地管理、保障参保人员重大疾病、罕见病等特殊用药等工作机制，建立补充医疗保险药品、诊疗和材料目录备案管理制度。积极融入长三角一体化发展和加快融入合肥都市圈，按规定推进长三角地区药品、诊疗和材料目录及支付政策的统一。三是抓好两定单位协议管理。加大“放管服”改革力度，统一全市定点协议管理规范标准及其规程，继续优化医保“网签”流程和方式，提升医保电子协议管理水平，探索将“互联网+医疗”等新服务模式纳入医保定点范围。加强协议考核结果运用和联动，将考核结果与医保费用结算和医保服务协议管理相挂钩，建立定点零售药店分级分类管理、诚信管理和动态退出机制。

推进医药服务供给侧改革。一是保障药品和耗材集中带

量采购成果实施。积极参与国家集中采购、省级为主体的立体分层采购模式，确保国家、省集中带量采购结果真正落地，价格降低改革红利真正惠民。不断创新工作方式方法，持续加强对药品、医用耗材和设备采购的工作指导和全流程监管，形成与医保高质量发展相适应的医药招标采购机制。**二是健全价格监测和预警机制。**严格执行全市药品和医用耗材价格与供应异常变动监测制度，强化监测预警功能。建立药品和医用耗材价格和招采信用评价制度，完善价格咨询、约谈制度，规范医疗机构采购行为。**三是建立医疗服务价格动态调整机制。**按照“腾空间、调结构、保衔接”的改革路径，进一步加强医疗、医保、医药政策和管理协同，对公立医疗机构基本医疗服务价格实行动态调整，优化公立医疗机构收入结构，建立符合医务人员技术劳务价值的医疗服务价格形成机制和补偿机制，逐步理顺医疗服务项目比价关系。

提升医保基金监管水平。**一是持续打击欺诈骗保行为。**不断拓医保基金监管范围，持续加大专项行动工作力度。紧盯欺诈骗保行为“多发点”和“重灾区”，注意加强对欺诈骗保线索的举报受理与及早发现，建立完善线索督办和查处反馈制度，严厉惩处医疗机构内外勾结的欺诈骗保行为。**二是不断完善基金监管手段。**建立以日常监督检查、信用管理、信息报告、飞行检查、智能监控、举报奖励、人大监督和社会监督为主要内容的现代化监管体系。全面提升医保基金智能化水平，增强基金监管事前事中提醒能力，运用信息手段实现基金监管全流程、无死角。**三是实现行政监督与协议管**

理有效衔接。严格依法行政，理顺行政执法与协议管理权责关系，规范欺诈骗保线索办理、医保基金运行管理、两定机构监督检查、行政处罚和协议处理衔接等工作流程，理顺双方的职责和关系，防止基金监管出现越位缺位。**四是建立多部门联合监管机制。**探索建立与纪检、公安、卫健、市场监管、信用机构等部门在线索移交、并案查处等方面上的沟通联系和协作机制，对违规主体综合运用民事和刑事处罚、责任追究和失信惩戒，增强医保基金监管执法威慑力。**五是夯实基金监管工作力量。**加强医疗保障医保部门基金监管队伍建设，提升依法依规监管能力，建立一支高效、专业的执法队伍。注重引入信息技术服务机构、会计师事务所等第三方监管力量，提升案件查办专业化水平。支持鼓励商业保险机构等机构、舆论媒体和社会群众充分发挥监督监管作用。

增强医保公共服务效能。一是提高异地就医直接结算服务水平。继续扩大异地住院直接结算范围，推进长三角地区医疗保险定点医疗机构门诊住院“双互认”。夯实参保人员住院医疗保险费实时结算工作基础，持续推进全国门诊费用双向实时结算工作，实现总量不断提升、范围不断扩大。二是推进医保公共服务标准化、规范化。制定和完善医保经办服务基础标准体系，建立健全符合科学发展规律、满足实际工作需要的医保经办管理服务标准体系并加以持续改进，使医保经办服务的各个环节标准齐全、有标可依。统一医保公共服务事项名称、经办方式、申报材料、地点流程等要素，大力推行“一网通办”。三是开展医保经办服务能力建设。

建立医保经办队伍培训培养工作长效机制，全面提升医保经办人员能力素质。着力优化商业保险机构经办医保业务工作，建立并实施健全行风建设“好差评”制度，细化考核激励约束指标，不断提升医保经办服务意识和水平。

推进医保标准化和信息化建设。一是打造裕安医保“智慧平台”。“十四五”初期，按照国家、省、市关于医保信息化建设的统一规划与部署，按照“一个核心、多个应用”框架，规划建设我区医疗保险管理运行的信息化核心系统以及若干应用子系统，实现费用报销、业务办理和智能监管等功能的有机统一和医保参保等医疗保障信息的互联共通和数据共享。二是**推进多部门信息数据共享**。依托医保信息化平台，强化部门协同合作，与卫健、医疗机构、人社、税务、民政、发改等部门信息系统进行信息端口对接，相关信息数据实现标准化上传，实现多部门信息数据集成与共享。三是**推进“互联网+医保”**。持续做好医保电子凭证的推广应用，不断完善应用场景。建立PC端和移动端的“互联网+医保”公共平台，并与“互联网+医疗”平台有机对接，实现医保人脸识别与诊间结算、移动支付。

第四章 保障措施

第一节 加强组织领导

坚持党建引领。全区各医保部门党组织要充分发挥党建引领作用，“抓党建”“促改革”，将做好党建工作作为推进医保业务工作发展的“基石”。要坚持党建工作与重点工作充分衔接、有机统一，抓紧抓实管党治党责任，全面落实党风廉政建设要求，推动各项业务工作走在良性发展轨道，努力构建党建工作与医保工作同向发力、同频共振、良性互动的新格局。

健全领导制度。全区各医保部门要着力健全“把方向、管大局、保落实”的医保高质量发展领导机制，健全包括领导议事决策机制、日常管理制度以及经办工作规范等多层次管理体系。要坚持统一调度、分级管理，对涉及全局的基础工作或重点工作，要抽调专人统筹实施。

强化经办内控。要严把医保业务经办内控关口，建立经办岗位风险点排查防控制度、医保费用审核流程规范化制度、基金支付三审把关制度，通过规范流程，严格程序，确保医保基金支付安全可控。

第二节 推动协调发展

加强部门配合。建立多部门定期会商制度和协同工作机

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，努力形成工作合力。

加强区域合作。要紧紧围绕长三角一体化发展战略，积极融入合肥都市圈一体化发展，加强区域间互联互通，共抓组织建设、共谋发展方向、共享发展成果。

城乡统筹发展。要着力解决城乡居民最关心最现实的公平问题，统筹城乡发展水平，推动城乡医疗保障公共服务共建共享，促进医疗保障一体化发展，推进城乡医保服务和待遇水平均等化。

第三节 强化宣传引导

加大宣传力度。全区各医疗保障部门和医疗机构要坚持围绕医疗保障重大政策、重要工作组织实施宣传工作，对涉及全局性和人民群众切身利益的政策制定、调整等工作，要做到及时公开并听取社会意见。要加大医保政策法规的解读和宣传力度，保障人民群众知情权，提升舆论引导力。

凝聚社会共识。要主动接受社会监督，建立健全医疗保障社会监督制度体系，充分发挥媒体舆论和参保群众的社会监督作用。要探索建立医保社会监督员制度，强化对定点医药机构服务行为的监督。要积极争取社会各界参与医保事业发展，定期邀请人大代表、政协委员广泛参与改革历程，形成支持医保事业发展的强大推动力。

做好风险评估。要建立规划实施评估评价制度，加强规

划目标、指标和重大项目实施情况的跟踪监测，注重实施效果。在规划实施中改革探索、先行先试。区医保部门要加强对规划实施情况的督促检查，定期通报进展情况，及时组织开展规划实施情况汇报评估。