开州区医疗保障“十四五”规划

（2021—2025年）

重庆市开州区医疗保障局

2022年2月

**开州区医疗保障“十四五”规划**

（2021-2025年）

目　　录

一、发展基础 1

二、总体要求 5

（一）指导思想 5

（二）基本原则 6

（三）发展目标 7

**三、构建多层次医疗保障制度体系** 10

（一）提升基本医疗保险参保质量 10

（二）完善基本医疗保障待遇保障机制 11

（三）优化基本医疗保障筹资机制 14

（四）鼓励商业健康保险发展 15

（五）支持医疗互助有序发展 15

（六）稳步建立长期护理保险制度 16

**四、优化医疗保障协同治理体系** 16

（一）持续优化医疗保障支付机制 16

（二）改革完善医药价格形成机制 19

（三）加快健全基金监管体制机制 20

（四）协同建设高效的医药服务供给体系 23

**五、构筑坚实的医疗保障服务支撑体系** 24

（一）健全医疗保障公共服务体系 24

（二）强化法治支撑 28

（三）推动安全发展 28

（四）加快医保信息化建设 29

（五）有效发挥智能监控平台作用 29

（六）健全标准化体系 30

**六、做好规划实施** 31

（一）健全实施机制 31

（二）强化能力建设 31

（三）营造良好氛围 31

**开州区医疗保障“十四五”规划**

（2021—2025年）

“十四五”时期是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，也是开州区立足成渝地区双城经济圈和“一区两群”建设，努力实现“一极两大三区”战略目标的关键时期。为进一步推进医疗保障高质量发展，保障人民健康，促进共同富裕，依据《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》《重庆市医疗保障“十四五”规划（2021-2025年）》《开州区国民经济和社会发展第十四个五年规划和二O三五年远景目标纲要》，制定本规划。规划期为2021—2025年，展望至2035年。

**一、发展基础**

　 区委、区政府高度重视医疗保障工作，“十三五”期间，认真贯彻落实党中央、国务院和市委、市政府医疗保障工作的决策部署，组建区医保局，持续深化医疗保障制度改革，全区医疗保障改革发展取得积极进展，多层次医疗保障制度体系框架基本形成，医保基金安全可持续。医疗保障工作为决胜脱贫攻坚，抗击新冠肺炎疫情，为缓解群众看病难、看病贵问题发挥了重要作用。开州率先在全市建立医保基金智能监控平台，代表重庆市接受国家医保基金监管“两试点一示范”项目验收，取得优秀等次，获得国家及市医保局通报表彰。

制度体系更加完善。以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险等共同发展的多层次医疗保障制度框架基本形成，更好满足了人民群众多元化医疗保障需求。统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度更加完善，生育保险与职工基本医疗保险合并实施，城市定制型商业健康保险加快探索。

体制机制日益健全。初步建立起集中统一的医疗保障管理体制，医保基金战略性购买作用初步显现，医保支付方式改革持续深化，形成以总额控制付费为主，单病种结算、按人头付费等多种方式相结合的复合支付制度，按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革成为全市首批试点区县并顺利推进。医保药品目录动态调整机制基本建立，医保定点医疗机构、医保定点零售药店（以下统称医保定点医药机构）协议管理更加规范，对医药体系良性发展的引导和调控作用明显增强，门诊用药保障机制普遍建立。

重点改革成效显著。药品集中带量采购工作实现常态化，高值医用耗材集中带量采购改革破冰，药品交易采购机制更加完善，全区药品和医用耗材集中带量采购降价54%左右，累计节省费用约3341万元。公立医院药品和医用耗材加成全面取消，医疗服务项目价格合理调整机制初步形成。基金监管制度体系改革持续推进，监管手段不断拓展，飞行检查形成震慑，举报奖励机制初步建立，打击欺诈骗保专项治理成效显著，“万达开”川渝统筹发展示范区医疗保障战略合作、“万开云”同城化发展基金联合监管扎实推进，综合监管格局基本形成。西南五省（区、市）门诊特病异地就医费用直接结算试点有序推进。

　　基础支撑不断夯实。医疗保障信息化、标准化建设取得突破，医疗保障信息系统顺利迁移“上云”，医疗保障信息国家平台在全区上线运行，医保信息业务编码标准和医保电子凭证推广应用。执行《医疗保障基金使用监督管理条例》，医疗保障法治基础持续夯实。建立医疗保障经办服务清单制度，推进服务智能化、适老化。建立医保基金绩效管理制度，出台《重庆市开州区医疗保障协议医疗机构考核办法》，基金预算和绩效管理持续加强。

疫情应对积极有效。新冠肺炎疫情发生后，及时预付专项医保基金，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。创新医疗费用结算管理，对疑似或确诊病例实行“即参即享”政策。推行异地就医网上、掌上、电话等多渠道备案，优化门诊特病办理模式。实施参保费用减征缓缴政策，为企业减征1182余万元，缓征金额达5500余万元。及时调整新冠病毒核酸检测、抗体测定项目价格，将符合条件的新冠病毒“应检尽检”费用纳入医保报销，新冠病毒疫苗接种实行全民免费，医保支付全区新冠肺炎疫苗接种注射费2000多万元。

群众获得感持续增强。基本医疗保险覆盖161.37万人（含区外参保），参保率稳定在95%以上，城镇职工和城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例分别稳定在89.95%和65.89%，分别高于全市平均水平6.95和0.89个百分点。跨省异地就医住院费用直接结算全面推开，全区累计结算16486人次，医保基金支付12873.23万元。门诊费用跨省直接结算稳步试点，异地就医备案服务更加便捷。高质量打赢医疗保障脱贫攻坚战，助力因病致贫家庭精准脱贫，基本医疗有保障目标全面实现。基本医疗保险(含生育保险)五年累计支出55.78亿元，2020年个人卫生支出占卫生总费用比例下降到28.84%。

当前，城镇化、人口老龄化、就业方式多样化加快发展，疾病谱变化影响更加复杂，基金运行风险不容忽视，对完善医疗保障制度政策提出更高要求。我区医疗保障发展不平衡不充分的问题仍然较为突出，政策制度还不够完善，多层次医疗保障体系有待进一步加强，医疗保障不能完全适应人口发展需求。但也要看到，以习近平同志为核心的党中央十分关心重庆发展，直辖市体制和医保统筹优势显著，治理效能提升，医疗保障制度框架日益完善，管理服务日趋精细，医疗保障改革共识不断凝聚，尤其是随着共建“一带一路”和长江经济带发展、新时代西部大开发、成渝地区双城经济圈建设等国家战略深入实施、市级医保基金对“两群”地区支持力度不断加大，将为我区医疗保障高质量发展带来更多有利条件。

**二、总体要求**

（一）指导思想

更加紧密地团结在以习近平同志为核心的党中央周围，全面贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，高举中国特色社会主义伟大旗帜，深入贯彻习近平总书记对重庆提出的营造良好政治生态，坚持“两点”定位、“两地”“两高”目标，发挥“三个作用”和推动成渝地区双城经济圈建设等重要指示要求。坚持系统观念，统筹推进“五位一体”总体布局、协调推进“四个全面”战略布局。紧紧围绕建设“一极两大三区”战略定位，立足新发展阶段、贯彻新发展理念、融入新发展格局、推动高质量发展。按照党中央、国务院和市委、市政府关于医疗保障工作的决策部署及区委、区政府工作要求，坚持以人民为中心的发展思想，深入实施健康开州战略，深化医药卫生体制改革，推进医疗保障制度改革，以体制机制创新为动力，发挥医保基金战略性购买作用，坚持医疗保障需求侧管理和医药服务供给侧改革并重，充分发挥大数据智能化引领作用，健全完善覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，努力为人民群众提供全方位全周期的医疗保障，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

1. 基本原则

——坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，完善中国特色医疗保障制度，坚持制度的统一性和规范性，增强制度的刚性约束，为医疗保障制度更加成熟定型提供根本保证。

——坚持以人民健康为中心。坚持健康优先、共享发展，着力全方位全周期保障人民健康，提供更加公平、更加充分、更高质量的医疗保障，使改革发展成果更多惠及全体人民，增进民生福祉，促进社会公平，推进共同富裕。

——坚持保障基本、更可持续。坚持实事求是，尽力而为、量力而行，把保基本理念贯穿始终，科学合理确定保障范围和标准，厘清待遇支付边界，纠正过度保障和保障不足问题，提高基金统筹共济能力，防范和化解基金运行风险，推动医疗保障水平与经济社会发展水平相适应。

——坚持系统集成、协同高效。准确把握医疗保障各方面之间、医疗保障领域和相关领域之间改革的联系，建立基本医疗体系、基本医保制度相互适应的机制，统筹谋划，协调推进，汇聚改革合力，推动医疗保障改革取得更大突破。深化“万达开”川渝统筹发展示范区医疗保障战略合作、“万开云”医疗保障同城化发展。

——坚持精细管理、优质服务。深入推进医保领域“放管服”改革，加强管理服务能力建设，优化定点医药机构管理，健全基金监管长效体制机制。坚持传统服务方式和智能化应用创新并行，推动公共服务标准化、规范化、便利化，多渠道、全方位构建高效、便捷、优质的医保公共服务，大力提升适老化水平，为群众提供更贴心、更暖心的服务。

——坚持共享共治、多方参与。促进多层次医疗保障有序衔接、共同发展，统筹商业健康保险、慈善救助、医疗互助等社会力量，形成政府、市场、社会协同保障的格局。强化多主体协商共治，积极推进政府购买社会力量服务模式，调动各方面积极性，凝聚改革发展共识，提高医疗保障治理水平。

1. 发展目标

到2025年，医疗保障制度更加成熟定型，基本完成并落实待遇保障、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，医疗保障政策规范化、管理精细化、服务便捷化、改革协同化程度明显提升。“万达开”川渝统筹发展示范区、“万开云”同城化医疗保障协调发展全面实现。

——建设公平医保。基本医疗保障更加公平普惠，各方责任更加均衡，保障范围和标准与经济社会发展水平更加适应，公共服务更加可及，制度间、人群间差距逐步缩小，医疗保障再分配功能持续强化，人民群众医疗费用负担有效减轻。

——建设法治医保。医疗保障制度规范化程度明显提升，医疗保障行政执法更加规范，医保治理法治化水平显著提高。医保定点医药机构管理更加透明高效，全社会医保法治观念明显增强。

——建设安全医保。基金监管制度更加完善，基金预算绩效管理更加科学，绩效评价更加精细，基金运行更加安全稳健，信息安全管理持续强化，防范和化解因病致贫返贫长效机制基本建立，医疗保障安全网更加密实。

——建设智慧医保。医保智能监管平台作用充分发挥，智慧医保内涵不断丰富，医保人才队伍建设进一步加强。医疗保障信息化水平显著提升，医保信息系统全面建成并安全运行，“互联网+医疗健康”医保服务不断完善，智能监控全面应用，医保大数据智能化综合治理能力显著提升。医保经办政务服务数字化稳步推进，医保电子凭证普遍推广，就医结算更加便捷。

——建设协同医保。医保支付方式改革、药品和医用耗材集中带量采购、医药服务价格调整在深化医改中的作用有效发挥，医药服务供给侧改革协同推进，医疗保障和医药服务高质量协同发展。医保支付机制更加管用高效，以市场为主导的医药价格和采购机制更加完善，医疗服务价格调整更加灵敏有度。

专栏1 “十四五”时期开州区医疗保障发展主要指标

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（%） | >95 | >95① | 约束性 |
| 基金  安全 | 基本医疗保险（含生育保险）基金收入（亿元） | 16.08 | 收入规模与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） | 13.12 | 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 |
| 保障  程度 | 职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例（%） | 89.95 | 保持稳定 | 预期性 |
| 城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例（%） | 65.89 | 72 | 预期性 |
| 重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例（%） | 70 | 70 | 预期性 |
| 个人卫生支出占卫生总费用的比例（%） | 28.84 | 27 | 约束性 |
| 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 |
| 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（%） | 95 | 95 | 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（%） | - | 80 | 预期性 |
| 药品集中带量采购品种（个） | 127 | >500 | 预期性 |
| 高值医用耗材集中带量采购品种（类） | 1 | >5 | 预期性 |
| 优质  服务 | 住院费用跨省直接结算率②（%） | 54.71 | >70 | 预期性 |
| 医疗保障经办政务服务事项线上可办率（%） | - | 80 | 预期性 |
| 医疗保障经办政务服务事项窗口可办率（%） | - | 100 | 约束性 |
| 成渝地区双城经济圈门诊慢特病费用跨省直接结算覆盖统筹地区范围（%） | - | 100 | 预期性 |

注：①指“十四五”期间基本医疗保险参保率每年保持在95%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。

展望2035年，基本医疗保障制度更加规范统一，多层次医疗保障体系更加完善，医疗保障公共服务体系更加健全，医保、医疗、医药协同治理格局总体形成，中国特色医疗保障制度优越性充分显现，全民医疗保障向全民健康保障积极迈进。

1. **构建多层次医疗保障制度体系**

坚持公平适度、稳健运行，持续完善基本医疗保障制度。鼓励支持商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等协调发展。

　　（一）提升基本医疗保险参保质量

依法依规分类参保。职工基本医疗保险覆盖用人单位及其职工，城乡居民基本医疗保险覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民。针对学生、新生儿、灵活就业人员、缴费中断人员等，分类落实参保政策，鼓励灵活就业人员根据自身实际参加职工医保，优化完善灵活就业人员参保缴费方式。细化落实困难群众分类资助参保政策。

精准实施参保扩面。建立健全医保部门与教育、公安、民政、人力社保、卫生健康、税务、市场监管、乡村振兴、退役军人事务局、残联等部门和单位的数据共享机制，加强数据比对，完善覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询。依托国家医保信息平台，清理无效、虚假、重复数据，实时识别参保人参保缴费状态，提升参保质量。落实全民参保计划，根据常住人口、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。积极推动职工和城乡居民在就业地、常住地参保，避免重复参保，巩固提高参保覆盖率。

优化参保缴费服务。贯彻落实医疗保险费征收体制改革，加强部门协作，提高征缴效率。以农民工、残疾人、灵活就业人员、生活困难人员为重点，加强参保服务。优化城镇职工、城乡居民参保缴费服务，加强医保、税务部门和商业银行等“线上+线下”合作，拓展丰富参保缴费便民渠道。根据上级统一部署，完善新就业形态从业人员参保缴费方式。做好跨统筹地区参保人员基本医疗保险关系转移接续便捷服务工作。

（二）落实基本医疗保障待遇保障机制

促进基本医疗保险公平统一。落实职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险分类保障机制，提升待遇保障水平。执行医疗保障待遇清单制度，规范医保药品、医用耗材和医疗服务项目目录，厘清支付范围和支付标准，严格执行基本医疗保障的基本制度、基本政策。

稳步提升待遇保障水平。根据经济社会发展水平和基金承受能力，稳步提高城乡居民基本医疗保险住院待遇，执行城乡居民基本医疗保险门诊保障政策，逐步提高门诊待遇保障水平。稳定职工基本医疗保险住院待遇，建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，完成职工基本医疗保险个人账户改革任务。做好门诊待遇和住院待遇的统筹衔接。完善“两病”门诊用药保障机制，推进“两病”早诊早治、医防融合。

规范补充医疗保险。贯彻执行职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险等制度，加强与基本医疗保险和医疗救助的衔接，提高保障能力和精准度。逐步规范企业补充医疗保险等制度。

统一规范医疗救助制度。健全救助对象及时精准识别机制，加强部门信息共享，实现救助对象范围、参保资助标准、救助待遇水平、经办管理服务、救助基金监管“五统一”。全面落实救助对象分类资助参保和分层分类救助政策，合理控制困难群众政策范围内自付费用比例。建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，协同实施大病专项救治，积极引导慈善等社会力量参与救助保障，强化互联网个人大病求助平台监管，促进医疗救助与其他社会救助制度的衔接。完善疾病应急救助管理运行机制，确保需急救的急重危伤病患者不因费用问题影响及时救治。

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，及时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．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。

　　有效衔接乡村振兴战略。优化救助对象资助参保政策，分类调整医疗保障倾斜政策，坚决治理过度保障，将脱贫攻坚期开展的其他医疗保障扶贫措施资金逐步统一并入医疗救助基金，确保政策有效衔接、待遇平稳过渡。健全农村低收入人口参保台账，做好分类资助参保工作，加强部门数据及时精准对接共享，建立防范化解因病致贫返贫动态监测及精准帮扶机制。综合施策降低农村低收入人口看病就医成本，引导合理诊疗，促进有序就医，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。

贯彻执行重大疫情医疗保障制度。在突发疫情等紧急情况时，确保医疗机构先救治、后收费，确保患者不因费用问题影响就医。建立重大疫情医保基金预付机制，落实重大疫情医疗救治医保支付政策，提升医保基金对重大疫情医疗救治支付能力。严格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。探索医保基金和公共卫生服务资金统筹使用，对基层医疗机构实施差别化支付政策，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

落实生育保险政策措施。继续做好生育保险和职工基本医疗保险合并实施有关工作，加强基金管理，规范生育医疗费用支付管理，推进生育医疗费用支付方式改革，住院分娩按病种支付，产前检查按人头支付，控制生育医疗费用不合理增长，降低生育成本。继续做好城乡居民基本医疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障。

（三）优化基本医疗保障筹资机制

贯彻实施责任均衡的多元筹资机制。均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任，落实医保基金多渠道筹资机制。严格执行国家统一的职工医疗保险基准费率制度，规范缴费基数，实行动态调整。优化基金结构，提高统筹基金在职工基本医疗保险基金中的比重。参加城乡居民医疗保险由个人缴费，缴费标准参照国家标准并结合重庆市经济社会发展水平和居民人均可支配收入确定，政府按规定给予补助。建立缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩的机制，优化个人缴费和政府补助结构。拓宽医疗救助筹资渠道，鼓励社会捐赠等多渠道筹资。加强财政对医疗救助的投入。

执行基金市级统筹制度。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，完善分级管理、强化预算考核、提升管理服务的方向，强化就医管理和医疗服务监管。推进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，提高救助资金使用效率。

提升基金预算管理水平。根据经济发展水平、医疗费用合理增长趋势、医保基金可持续发展能力等因素，科学编制医疗保障基金收支预算。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理，强化绩效监控、评价和结果运用。加强基金精算管理，构建收支平衡机制，建立健全基金运行风险评估预警机制，促进基金中长期可持续。探索开展医疗联合体基金预算试点。

（四）支持商业健康保险发展

鼓励产品创新。支持商业保险机构开发医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品和服务，支持将医疗新技术、新药品、新器械应用和老年人常见慢性病纳入商业健康保险保障范围。

完善支持政策。厘清基本医疗保险责任边界，支持商业保险机构开发与职工医疗保险、城乡居民医疗保险相衔接的普惠性商业健康保险产品，更好覆盖基本医保不予支付的费用。探索推动基本医疗保险与商业医疗保险“一站式”结算。

加强监督管理。建立基本医疗保险和商业健康保险信用管理协同机制，将医保定点医药机构发生的医疗费用统筹纳入监控范围，探索建立共建共治共享的医保治理格局。

（五）支持医疗互助有序发展

推进医疗互助制度建设，强化监督管理，支持工会等社会团体、互助平台开展多种形式的医疗互助活动，更好满足人民群众对医疗互助保障的新需求。加强医疗互助与职工基本医疗保险的衔接，发挥协同效应，更好减轻职工医疗费用负担，提高服务保障能力。

（六）稳步推进长期护理保险试点

适应我区经济社会发展水平和老龄化发展趋势，全面推行长期护理保险制度，重点解决重度失能人员和重度残疾人员基本护理保障需求。优化长期护理保险筹资结构，按照统一的长期护理保险失能等级评估标准，明确长期护理保险基本保障项目。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。健全长期护理保险经办服务体系，引入商业保险机构等社会力量参与长期护理保险经办服务。鼓励商业保险机构开发商业长期护理保险产品。

1. **优化医疗保障协同治理体系**

发挥医保支付、价格管理、基金监管综合功能，促进医疗保障与医疗服务体系良性互动，使人民群众享有高质量、有效率、能负担的医药服务和更加优质便捷的医疗保障。

（一）持续优化医疗保障支付机制

落实医保药品目录调整机制。立足基金承受能力，适应群众基本医疗需求、临床技术进步需要，落实动态调整优化医保药品目录机制，将符合条件的民族药、医疗机构院内制剂、中药饮片等按规范程序纳入医保支付范围。加强对国家医保药品目录落地情况监测，全面贯彻执行国家医保药品支付标准和医保药品管理政策。

加强医保医用耗材管理。严格执行医保医用耗材目录，落实动态调整机制，对适应临床需求、应用普遍、效果可靠、群众需要的医用耗材目录进行动态增补，保证目录的适用性和长远性。落实医用耗材医保支付标准，引导规范医疗服务行为，促进医用耗材合理使用。

提升医疗服务项目管理水平。完善医保医疗服务项目范围管理，明确医疗服务项目医保准入、支付、监管政策，规范医疗服务行为。在规范明细、统一内涵的基础上，逐步建立科学、公正、透明的医疗服务项目准入和动态调整机制，促进医疗服务新技术有序发展。支持将符合条件的中医医疗服务项目按规定纳入医保支付范围。

持续深化医保支付方式改革。实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，逐步扩大按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗机构数量。到2025年，DRG支付方式涵盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，实现病种、医保基金全覆盖。根据国家技术规范，进一步完善我区医保基金总额预算管理、按床日付费、按人头付费等医保支付政策。建立和完善紧密型区县域医共体医保支付政策。配套职工医保门诊共济保障机制建设，及时落实深化门诊支付方式改革政策，引导合理就医，促进基层首诊。探索实施符合中医药特点的医保支付方式，在充分论证的基础上，符合条件的中医优势病种可实行按疗效价值付费。结合医保支付方式改革，探索适宜的医疗服务与药品分开支付形式。

专栏3 多元复合医保支付方式主要类型及改革方向

1．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。

2．按病种付费。重点推进按疾病诊断相关分组付费工作，完善技术规范和病种库，形成本地化的病种库，加强基础数据测算和质量监控，不断提高付费精准度。

3．按床日付费。对于精神疾病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，采取按床日付费的方式。

4．按人头付费。推广基层医疗卫生机构普通门诊按人头付费与家庭医生签约服务相结合的做法，推行糖尿病、高血压、慢性肾功能衰竭等诊疗方案，评估指标明确的慢性病按人头付费，加强慢性病管理。

5．按项目付费。对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用按项目付费。

　　健全对定点医药机构的预算分配机制。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制原则，统筹考虑住院与门诊保障、药品（医用耗材）与医疗服务支付、区内就医与转外就医等情况，强化调查研究，完善分层次分类别预算管理办法，健全预算和结算管理机制。完善医保经办机构按协议约定向医疗机构预付部分医保资金，提高医保基金使用绩效。

　　加强医保定点管理。全面实施医保定点医药机构管理办法，优化定点管理流程。扩大定点覆盖面，根据基金承受能力，结合参保群众就医需求，科学合理有序规划本地区定点医药服务资源配置，将更多符合条件的医药机构纳入医保定点范围。完善医保定点医药机构结算、清算考核办法，突出行为规范、服务质量、政策执行和费用控制考核评价。建立医保定点医药机构退出机制。

1. 改革完善医药价格形成机制

持续推进药品和医用耗材集中带量采购改革。全面落实国家和市级组织药品和医用耗材集中带量采购政策，常态化、制度化开展我区药品和医用耗材集中带量采购，有效降低临床用量大、采购金额高、竞争充分的药品和高值医用耗材的价格。推进医保基金与集中采购医药企业直接结算，落实医保支付标准与集中采购价格协同机制。落实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医药采购的主导模式，鼓励和引导村卫生室、社区卫生服务站、社会办医疗机构、定点零售药店参与集中带量采购。

落实药品和医用耗材价格治理机制。全面落实公立医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测、交易价格信息共享制度，定期监测药品和医用耗材价格变化情况，提升对药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力。强化药品和医用耗材价格常态化监管，实施医药价格监测工程，全面落实医药价格和招采信用评价制度，灵活运用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露等管理工具，依法依规实行动态守信激励和失信惩戒，遏制药品和医用耗材价格虚高，兼顾企业合理利润，促进医药行业高质量发展。

稳妥有序推进医疗服务价格改革。按照上级统一部署，强化医疗服务价格管理，执行定调价规则，优化定调价程序，建立适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制。加强医疗服务项目价格管理，完善医疗服务项目价格准入和退出机制，简化新增医疗服务价格申报流程，加快受理初核，促进医疗技术创新发展和临床应用，积极支持我区医药产业高质量发展。加强公立医疗机构价格和成本监测，完善价格监测机制。落实总量调控、分类管理、考核激励、综合配套，提高医疗服务价格治理的社会化、标准化、智能化水平。

（三）加快健全基金监管体制机制

建立健全监督检查制度。建立并完善日常巡查、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，深化“万达开”和“万开云”医保基金联合检查工作机制。健全“双随机、一公开”检查机制，制定医保基金监管执法检查随机抽查事项清单，建立执法检查人员名录库。建立部门联动机制，开展联合检查。执行重庆市医疗保障局出台的购买第三方服务参与医保基金监管办法，引入商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管。

专栏4 医保基金监管全覆盖工程

1.系统监控全覆盖。以智能监控为依托，应用大数据手段，实现全方位、全环节、全流程、无死角监控。

2.现场检查全覆盖。坚持每年开展1次全覆盖式现场监督检查。

3.专项检查全覆盖。联合有关部门组织开展专项检查，专项检查范围覆盖全区所有定点医院。

4.社会监督全覆盖。畅通优化电话、网站、微信等举报渠道，完善举报奖励机制，举报线索凡接必查，查实必奖。动员社会力量参与监管，强化社会监督员队伍建设。

5.监管责任全覆盖。加强执法检查队伍及设备设施建设；加强医保部门与卫生健康、市场监管、公安、审计等部门以及纪检监察机关的协同配合，健全协同执法、一案多处工作机制。

全面建立智能监控制度。全面推进医保基金监管信息化建设，建立完善综合监管信息系统，实现大数据实时动态智能监控。对医保定点医药机构进行实时全过程监控，多维度分析医疗服务行为和医疗费用使用情况，建立动态预警指标体系，实现对医药服务行为的事前提示、事中监控预警和事后责任追究。运用大数据、人工智能等技术建立打击欺诈骗保风险控制模型，实现医保智能监管能力提升。进一步推进“两试点一示范”成果应用，将所有定点医疗机构的住院和门诊统一纳入智能监控范围。

专栏5 医保基金监管智能监控

|  |
| --- |
| 1.适应医保支付方式改革和长期护理保险、商业健康保险发展需要，不断完善基础信息标准库和临床指南等医学知识库，推进智能监控规则库建设，逐步实现全市统一标准、线上线下一致，并动态更新。  2.开展药品和医用耗材进销存实时管理。  3.推广“两试点一示范”智能监管在住院和门诊应用。  4.将异地就医、购药即时结算纳入智能监控范围。 |

　　建立医疗保障信用管理制度。建立医保定点医药机构、参保人员和医师、药师、护士医保信用记录、信用评价制度。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、信用信息公开等相关联，依法依规实施守信激励和失信惩戒。严格执行国家和重庆市药品和医用耗材生产流通企业等信用评价、信用承诺制度，鼓励行业协会开展自律建设，促进行业规范发展。

健全综合监管制度。适应医疗保障管理服务特点，建立并完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度。大力推进部门联合执法、信息共享和互联互通，促进监管结果协同运用。建立健全医保、公安、财政、卫生健康、审计、市场监管、纪检监察等部门综合监管协调机制，对查实的欺诈骗保行为，各相关部门按照职责权限对有关单位和个人依规依纪依法严肃处理。加强基金监管行政执法与刑事司法有效衔接，按程序向公安机关移送涉嫌犯罪案件。

完善社会监督机制。广泛动员社会各界参与医疗保障基金监管，协同构建基金安全防线，促进形成社会监督的良好态势，实现政府治理和社会监督、舆论监督良性互动。落实要情报告制度，定期向社会曝光基金监管典型案件。建立信息披露制度，医疗保障经办机构定期向社会公布基金收支、结余和收益情况，定点医药机构向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

（四）协同建设高效的医药服务供给体系

优化提升医疗卫生服务体系。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。促进医保定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律。支持中医药传承创新发展，强化中医药在疾病预防治疗中的作用，推广中医治未病干预方案。支持儿科、老年医学科、精神心理科和康复、护理等紧缺医疗服务发展。鼓励日间手术、多学科诊疗、无痛诊疗等医疗服务发展。促进完善检查检验政策，推进医疗机构检查检验结果互认。支持远程医疗服务、互联网诊疗服务、互联网药品配送、上门护理服务等医疗卫生服务新模式新业态有序发展，促进人工智能等新技术的合理运用。

提高医药产品供应和安全保障能力。充分利用重庆药品交易所医药产品采购平台，推进公立医疗机构和参与集中采购管理的医保定点医药机构“阳光采购”。推进医保药品、医用耗材追溯体系建设，保证医保药品和医用耗材安全。健全短缺药品监测预警和分级应对机制，加大对原料药垄断等违法行为的执法力度。加强对短缺药品价格监测，进一步做好短缺药品保供稳价。推动集中带量采购中选企业按要求报告产能、库存和供应情况，保障集中采购药品和医用耗材供应。落实国家医保谈判药品在医保定点医药机构“双通道”供应保障机制，持续优化“双通道”用药经办服务，提升谈判药品供应保障水平。依托全国统一的医疗保障信息平台，支持电子处方流转。

强化协商共治机制。探索第三方机构参与医保协商共治工作机制，健全医保部门、参保人代表、医疗保险研究会、医学会、医院协会、医师协会、药师协会、护理学会、药品上市许可持有人、药品生产流通企业等参加的协商机制。

1. **构筑坚实的医疗保障服务支撑体系**

聚焦群众就医和医保需求，深入推进“放管服”改革，补短板、堵漏洞、强弱项，着力健全经办管理服务体系，提升医疗保障基础支撑能力，不断增强服务效能。

（一）健全医疗保障公共服务体系

加强经办服务体系建设。加快推进医疗保障公共服务标准化、规范化，统一经办规程，简化服务流程，规范服务标识、窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限，强力推进市级医疗保障服务示范工程建设，争创国家级标准化窗口和示范点。建立覆盖区、乡镇（街道）、村（社区）的医疗保障服务网络。依托乡镇（街道）公共服务中心、村（社区）便民服务中心，推进医保经办服务向基层延伸，提高服务可及性。在经办力量配置不足的情况下，以政府购买服务等方式，补齐基层医疗保障公共服务能力配置短板。加强经办管理服务机构内控机制建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任，建立绩效评价、考核激励、风险防范机制，提高经办管理服务能力和效率。

专栏6 医疗保障服务示范工程

|  |
| --- |
| 1．将区医疗保障经办机构建成智慧医保管理服务示范点，提升经办管理服务数字化、智能化。  2．将区医疗保障经办机构建成经办服务市级示范窗口，争创国家级示范窗口。  3．在乡镇（街道）和村（社区）两级，建设5个医疗保障基层服务示范点。  4．建设5个医保定点医药机构示范点，推动精细化管理，提升参保人就诊体验。 |

提升服务质量。坚持传统服务方式与新型服务方式“两条腿”走路，实现线下服务便捷可及、线上服务及时高效，不断提升医保服务适老化水平。深化医保服务“最多跑一次”改革，推行医保经办服务窗口“综合柜员制”和多层次医疗保障“一站式”结算。持续推进医保公共服务事项“网上办”“掌上办”，拓展线上服务渠道。强化跨区域医疗保障经办服务协作，推动高频事项“跨省通办”“川渝通办”事项落地实施，扩大“全渝通办”事项范围。畅通医保咨询服务渠道，实现与“12345”政务服务便民热线相衔接，探索实施“视频办”。健全政务服务“好差评”制度。专栏7 医疗保障服务提升工程

1．健全政务服务“好差评”制度。建立差评和投诉问题调查核实、督促整改和反馈机制。健全政务服务激励约束机制，及时公开政务服务情况、评价结果及整改情况等政务服务评价信息。

2．推行医保经办服务窗口“综合柜员制”。推行“前台一窗受理、后台分级审核、限时统一反馈”的综合柜员制经办模式，公共服务事项“即时受理、限时办结”。

3．高频服务事项跨地区通办。打破地域限制，统一“跨省通办”“川渝通办”“全渝通办”服务事项业务规则和标准，确保无差别受理、同标准办理。

4．提升全流程数字化服务水平。推动人工智能、大数据、物联网、云计算、区块链等新技术运用，探索发展诊间结算、床边结算、线上结算，推进医疗电子票据使用，探索建立慢性病互联网诊疗、第三方药品配送上门等服务新模式。

5．提升适老服务水平。加强经办服务大厅建设和窗口管理，合理布局基层服务网点，配备引导人员，提供咨询、指引等服务，保留传统服务方式，畅通并拓宽为老年人代办的线下服务渠道，优化完善无障碍服务设施，开辟老年人优先办理绿色通道。提供预约服务、应急服务，积极推广基层服务点“一站式”服务。优化老年人网上办事服务体验，针对老年人常用的“网上办”“掌上办”业务进行适老化改造，提供大字版、语音版等服务模块，简化使用步骤，优化界面交互，增加操作提醒，有效解决老年人面临的“数字鸿沟”问题。

　　完善异地就医直接结算服务。加强异地就医结算能力建设，优化异地就医直接结算流程，扩大异地就医直接结算范围，逐步实现住院、门诊费用线上线下一体化的异地就医结算服务。

健全完善医保协议管理。简化和优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。推进互联网医保定点医疗机构、紧密型区县域医共体等新服务模式发展。贯彻落实互联网医院医保定点服务协议，推进互联网医院线上医保服务，强化互联网医院慢病管理能力，促进互联网医保服务规范健康发展，确保互联网医疗服务规范有序、群众就医方便快捷、医保基金支付安全高效。

探索经办治理机制创新。推进经办管理服务与各地政务服务、网上政务服务平台衔接，鼓励商业保险机构等社会力量参与经办管理服务。加强定点医疗机构医保职能部门建设，发挥其联结医保服务与医院管理的纽带作用，建立经办机构与医药机构定期沟通协商机制，加强定点医疗机构医保精细化管理，提升医疗卫生服务与医疗保障服务的关联度和协调性。

统筹推进“万达开”“万开云”区域医保协同发展。坚持“一体化规划、组团式发展、协同性建设”统筹推进万达开统筹发展示范区和万开云医疗保障同城化发展，深化异地就医直接结算、支付方式改革、医保基金监管、医药服务供给侧改革、医保公共服务管理等重点项目合作。按照“互联互通、共建共享、减时提效、同城通办”原则，创新“标准统一、相互授权、异地受理、结果互认”的“同城化”办理医疗保障政务服务新模式，实现四地参保单位和群众“就近协同办，一次高效办”，提升区域协同发展水平。

专栏8“万达开”“万开云”区域医保协同发展项目

|  |
| --- |
| 1．公共服务“川渝通办”。  2．扩大异地就医住院、门诊直接结算定点医药机构覆盖范围，推动恶性肿瘤门诊放化疗、慢性肾功能衰竭透析、器官移植后抗排异治疗等门诊慢特病费用跨省直接结算。  3．探索职工医保缴费年限转移互认。  4．探索医疗服务项目价格协同。  5．开展药品和医用耗材省际联盟采购。  6．实施医保基金协同监管。 |

　　（二）强化法治支撑

　　贯彻执行医疗保障法律法规。深入实施《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》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》等法律法规。搞好法律及政府规章的宣传培训工作。

规范医疗保障行政执法。执行医疗保障行政执法程序规定、行政执法过错责任追究制度，统一执法文书样式，规范医疗保障行政执法自由裁量权。加强法制队伍建设，提升医疗保障法制工作能力。

（三）推动安全发展

强化基金管理。全面实施基金运行监控，提高基金管理水平，防范系统性风险，促进基金运行平衡。开展基金运行绩效评价，压实分级管理责任。

确保网络和数据安全。落实网络安全主体责任和数据分级分类管理要求，加强关键信息基础设施安全保护，提升突发网络安全事件应急响应能力，推进网络安全常态化防控机制建设。

加强内部控制。梳理医疗保障内部管理和职权运行风险点，形成风险点分级预防和防控管理工作机制。建立健全内部控制工作机制，防范化解安全隐患，确保不发生重大安全问题。强化责任追究，促进内控机制有效运行。

（四）加快医保信息化建设

全面应用国家医疗保障信息平台。依托国家和市级政务服务平台，实现跨地区、跨部门数据共享，探索建立医保部门与卫生健康等部门信息共享机制。建立医保大数据治理体系，加强对医疗保障信息基础、计算数据、医保定点医药机构管理数据的采集、存储、清洗、使用，探索多维度数据校验，提升精细化治理水平，保障医保数据的真实性和可靠性，实现医保大数据的聚合贯通，同时深度挖掘在线服务应用，提升医疗保障大数据综合治理能力。

完善“互联网+医疗健康”医保管理服务。完善“互联网+医疗健康”医保服务定点协议管理，健全“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策，将医保管理服务延伸到“互联网+医疗健康”医疗行为，形成比较完善的“互联网+医疗健康”医保政策体系、服务体系和评价体系。

（五）有效发挥智能监控平台作用

完善医保智能监控平台功能。按照市局医保智慧实验室建设总体规划，加强开州区医保智能监控平台功能建设，完善医保监控规则库，场景监控建设，利用大数据挖掘疑点数据，完善事前、事中监控，将疑似违规数据前移，推送到定点医疗机构，规范医疗机构服务行为。

推进场景监控系统建设。在住院和门诊应用视频、可穿戴设备采集参保患者图片、影像数据、生命活动体征数据，实现对参保患者就诊行为和定点服务机构医保服务行为的实时在线监控，精准监控。特别是加强住院患者在院行为的监管，透析患者实时透析的行为规范，有效地防止冒名就诊、挂床住院、虚构透析次数等骗取医疗保障基金的行为。

（六）健全标准化体系

夯实标准化工作基础。建立上下联动、部门合作、职责分明的标准化工作机制，推进医疗保障部门与人力社保、卫生健康、银保监等部门的工作衔接。向定点医药机构提供标准服务，加强医疗保障标准化服务人才培训力度，提高标准化人才队伍专业能力。

做好标准化贯彻实施。执行医疗保障统一业务标准和技术标准，统筹推进国家医疗保障基础共性标准清单、管理工作标准清单、公共服务标准清单、评价监督标准清单落地实施。强化标准实施与监督，推动医疗保障标准在医保管理和服务领域规范执业行为、促进行业自律等方面更好发挥作用。动态维护医保药品、医用耗材、医疗服务项目分类与代码等15项医保业务信息编码标准，全面应用国家医保业务信息编码标准。

1. **做好规划实施**

各乡镇人民政府（街道办事处）、各有关部门要始终坚持医疗保障工作正确的政治方向，确保本规划各项任务落实到位。

（一）健全实施机制

建立完善规划实施监测评估制度，制定规划目标任务分解实施方案，强化目标指标管理、重点任务评估，将评估结果作为改进医保工作和绩效评价的重要依据。加强年度事业发展计划编制工作，科学制定年度事业发展计划。组织开展规划动态监测、中期评估和总结评估，监测重点任务进展、主要指标完成情况，及时完善优化政策。加大财政性资金对规划重点任务、重大工程项目的保障力度，加强资金监管和绩效评价，提升资金使用效率。

（二）强化能力建设

加强优秀年轻干部培养选拔，建设高素质专业化人才队伍，实施医疗保障干部全员培训。建立体现医疗保障领域特点的人才评价机制，加大对先进单位和个人的表彰力度。加强监督管理，弘扬优良作风，增强规矩意识、服务意识，提升服务能力。

（三）营造良好氛围

加强医疗保障规划的宣传解读，组织开展政策培训和业务指导，动态发布医保改革措施和规划实施情况。加强医保文化建设，充分调动各方面力量支持配合改革的积极性和主动性，凝聚社会共识。强化医保工作宣传，开展多种形式的医保普法宣传活动，增强医保法治意识，提高政策和服务举措知晓度，营造医保、医疗、医药协同改革发展的良好氛围，为深化医疗保障制度改革提供良好的发展环境。