

潍坊市医疗保障事业发展“十四五”规划 (征求意见稿)

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。为深入贯彻落实国家、省、市关于深化医疗保障制度改革的决策部署，科学把握新发展阶段、新发展理念、新发展格局提出的新要求，推动潍坊市医疗保障事业高质量可持续发展，促进人民满意的现代化品质城市建设，根据《“十四五”全民医疗保障规划》《山东省医疗保障事业发展“十四五”规划》《潍坊市国民经济和社会发展的第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》，结合工作实际，制定本规划。

一、发展基础

“十三五”期间，市委、市政府高度重视医疗保障事业发展，坚持以改革创新思路推进医保事业发展，多项惠民实事落地见效，医疗保障制度体系更加完善，全市医疗保障事业站上高质量发展的新起点。

——医疗保障制度体系不断完善。组建市、县两级医疗保障部门，全市医疗保障工作实现集中统一归口管理，“大医保、大健康、大民生”的工作格局基本形成。基本医疗保险实现市级统筹，生育保险和职工基本医疗保险合并实施，职工长期护理保险制度全面推进，医疗救助托底功能增强，

城市定制型商业医疗保险开展试点，多层次医疗保障体系建设加快推进，更好满足了人民群众多元化医疗保障需求。

——医疗保障水平进一步提高。2020年底全市参加基本医疗保险人数888.54万人，较“十二五”末增长8.6%；全市医保基金总收入139.36亿元、总支出121.31亿元，居民基本医保人均筹资标准875元，分别较“十二五”末增长66.3%、62.5%和69.9%。居民、职工医保住院费用政策范围内报销比例已达67%左右和80%以上。城乡居民高血压、糖尿病（以下统称“两病”）门诊用药保障机制普遍建立。将更多治疗恶性肿瘤的特效药、罕见病用药纳入大病保险支付范围。健全医保扶贫政策，实现贫困人员应保尽保，自付合规医疗费用控制在10%以内。实行疫情防控医保基金应急预付，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。实施阶段性降低职工医保费率和缓缴困难中小微企业医保费政策，促进了疫情期间企业复工复产。

——重点改革项目成效显著。全面取消公立医院药品（中药饮片除外）和医用耗材加成，落实对儿科等倾斜支持政策，合理调整医疗服务价格2293项。开展国家DIP试点。组建潍坊市药品和医用耗材采购联合体，参与组建青岛、烟台、威海、日照等市参与的跨市集采联盟，将采购联合体扩大到所有公立医疗机构和基层医疗机构，吸纳部分民营医药机构、零售药店，做大集采盘子，提升议价能力。积极推进药品、医用耗材集中带量采购，先后组织参与国家、省、市级集中

带量采购，11 批次 257 种药品、55 种医用耗材集采结果落地实施，涵盖心脑血管、消化、呼吸、肿瘤等临床学科用药，输液器、留置针、冠脉支架等高值低值医用耗材，年可节省医疗费用 6.45 亿元，为医保减少支出约 3.5 亿元，切实减轻了群众看病就医的经济负担。“互联网+”医疗服务项目纳入医保支付。

——便民服务能力持续改善。实施流程再造，打造“四最”“六统一”医保经办服务标准。全市医保经办业务“网上办、掌上办”办理率达到 100%；全市村（社区）医保便民服务站数量达 1568 个，在全市两定机构设立医保服务站达 501 个，可经办服务事项最多可达 14 项；申报材料由原来的 134 份精简为 66 份，整体精简幅度达 66%；办结时限整体压缩 95.9%；重点民生事项方面，办理流程数量压缩达 33%。同时实行承诺备案制、容缺受理制等一系列服务举措，破解群众难点、堵点。大力推行职工医保个人账户“一卡通行”和普通门诊异地就医联网结算，全市异地就医住院联网结算定点医疗机构达到 311 家，基本实现乡镇全覆盖。2020 年我市在全省医疗保障系统行风建设评价中获得第 3 名。

——基金监管能力明显提升。健全基金监管机制，联合卫健等 9 部门建立了基金监管工作联席机制，研究制定了医疗保障专家库制度，出台了打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励制度办法，推进国家智能监控示范点建设应用，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 1.4 亿元，暂停医疗服务协议 520 家，解除医疗服务协议 372 家，持续保持打击欺诈骗保的高压态势。

（二）面临形势

“十四五”时期，是我国开启全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年目标奋勇迈进的开局五年，是我省加快新旧动能转换、推动高质量发展的关键五年，也是我市巩固提升全面建成小康社会成果，探索构建新发展新格局新路径的重要五年。党中央、国务院和省委、省政府先后出台了深化医疗保障制度改革的系列实施意见，全面擘画了新时代医疗保障事业发展的蓝图，为我市“十四五”时期医保事业发展指明了方向和路径。我市开启的“努力走在前、奋进新征程，推进高质量高速度发展，加快建设人民满意的现代化品质城市”新思路，为医疗保障事业持续健康发展提供了强大的内生动力和良好机遇。

同时，我市医疗保障事业发展面临着诸多挑战。制度建设方面，新冠肺炎疫情仍在起伏反复，制度碎片化问题依然存在，医保基金战略购买作用和对三医联动改革的基础性作用发挥不充分，医疗机构运营管理水平不高，医疗行为不规范，基金运行面临风险考验，医疗保障服务支撑体系尚不健全，信息化、标准化、规范化管理服务能力仍有待提升。基金管理方面，全市医保参保覆盖面已接近“天花板”，通过扩大参保人数来大幅增加医保基金收入的空间十分有限，随着全市人口老龄化进一步加剧，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、高质量医疗保障需求越来越高，医疗费用支出将长期保持高增长态势，基金收支平衡压力逐步增大。

“十四五”时期，医疗保障工作要着眼全市经济社会发展战略全局，切实增强机遇意识和风险意识，准确识变、科学应变、主动求变，积极有效应对各种困难、风险和挑战，补齐短板、强化弱项，完善医疗保障治理体系，提升医疗保障治理能力，为保障人民群众健康发挥更大作用，为现代化高品质城市建设作出更大贡献。

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，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，以“走在前列、全面开创”和“三个走在前”为总遵循，按照全国、全省医疗保障工作部署，锚定全市“一二三”发展目标，认真贯彻落实市委“一二三四五”工作思路，把人民满意作为工作的出发点和落脚点，坚持事争一流、唯旗是夺，突出抓好讲政治、转作风、提士气、优环境、抓发展、惠民生，推动各项工作走在全省乃至全国前列。

（二）基本原则

一一必须坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，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，认真贯彻落实新时

代党的医疗保障方针、路线、政策，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”。

——必须坚持以人民健康为中心。把维护人民生命安全和身体健康放在首位，聚焦推动医疗保障事业高质量发展，着力解决群众急难愁盼，促进提升医疗保障水平，维护人民群众最关心、最直接、最现实的利益，切实提高人民群众的获得感和满意度。

——必须坚持保基本可持续发展。坚持实事求是，尽力而为、量力而行，把保基本理念贯穿始终，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。科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，加强统筹共济，努力实现应保尽保、应享尽享、应救尽救。

——必须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，增强工作的系统性、整体性、协同性，实现多层次医疗保障制度有机衔接、作用协同发挥，医疗保障和医药服务高质量协同发展，推动医疗保障改革取得更大突破。

——必须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，全面加强医疗保障领域标准化、信息化建设，为群众提供更贴心、更暖心的服务。

——**必须坚持共治共享多方参与。**遵循互助共济、责任共担，强化多主体协商共治，调动各方面积极性，凝聚改革发展共识，建设人人参与、人人有责、人人尽责的医疗保障治理体系，形成政府、市场、社会协同保障的格局，不断释放改革红利，促进发展成果共享。

（三）发展主要目标

根据我市经济社会现实基础条件和未来发展趋势，到2025年，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，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，促进社会和谐。

——**保障体系统一规范。**筹资运行机制更加稳健可持续，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，应急保障能力逐步增强，防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立。

——**医药服务协同高效。**医保支付机制更加管用高效，临床常用药品和高值医用耗材集中带量采购基本全覆盖，医疗服务价格及时动态调整，医保基金战略购买作用和“三医联动”改革中的基础性作用得到充分发挥，医药服务可及性和人民群众获得感进一步增强。

——**监管机制严密有力。**健全医保基金监管责任体系、制度体系、执法体系、信用体系、保障体系，建立医保基金

监管长效机制，推动医保基金使用管理规范高效，形成党委领导、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新格局。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。

——**服务水平显著提升**。医保经办管理服务体系健全完善，医保服务站点覆盖全部乡镇，高频服务事项“全程网办”，“互联网+”综合保障服务能力显著增强，异地就医联网结算实现全覆盖，医疗保障业务一站式服务、一窗办理、一单制结算，医保服务更加便民惠民。

十四五时期全市医疗保障事业发展主要指标表

指标维度	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	95.01%	96%以上	预期性
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	11.4%	≤10%	预期性
保障程度	职工医保政策范围内住院报销比例	>76%	≥80%	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住院医疗费用救助比例	80%	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	---	≥75%	预期性
	信用监管覆盖率	---	100%	约束性
	医保智能监控系统覆盖率(定点医疗机构、药店)	20%	100%	预期性
优质服务	异地住院费用跨省联网直接结算率	50%	>80%	预期性

定点医药机构“一卡通行”覆盖 率	42.9%	100%	预期性
医疗保障政务服务事项线上可 办率	93.8%	100%	预期性

到 2035 年，全面建成中国特色医疗保障制度体系，基本医疗保障制度公平统一，多层次医疗保障体系更加成熟，医疗保障经办管理服务体系规范统一，基金使用监管智能高效，医保、医药、医疗协同高质量发展，实现全市医疗保障治理体系和治理能力现代化。

三、健全完善多层次医疗保障体系

（一）全面提升基本医疗保险参保质量

实施基本医疗保险全民参保巩固提升计划，落实用人单位和职工依法参加职工基本医疗保险的义务和责任，引导非从业人员依法参加城乡居民基本医疗保险。建立健全覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态管理。按照《国家医疗保障局关于加强网络安全和数据保护工作的指导意见》，在确保参保人数据信息安全的前提下，进一步加强部门间信息共享机制，实现精准扩面，避免重复参保，全面提升参保质量。深化医疗保险费征缴体制改革，根据国家、省部署推进征收方式优化完善，理顺各级政府参保缴费、政府补助、困难人群资助参保等管理机制，依法落实政府、用人单位、个人、社会的医疗保障权利、义务、责任。2025 年建立基本医保参保监测机制，实现常住人口应保尽保。

专栏 1 全民参保巩固提升计划

1. 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。

2. 健全重点群体参保缴费机制。完善大学生、灵活就业人员等特殊人员参保衔接机制及缴费方式，在推广“非接触”缴费基础上，为特殊人员参保缴费提供现金收付通道。全面落实资助困难群体参保缴费政策，实现参保动态精准管理。

3. 强化基础信息共享机制。借助部门间基础数据共享机制和医保信息平台，加强数据比对，提高医保基础数据治理水平，健全基本医疗保险应参尽参、应保尽保，避免重复参保的运行机制，提升我市基本医疗保险全民参保质量。

4. 推进“一件事一次办”。加强部门协作，推行社会保险单位登记互认与信息推送共享，实行医保增减员业务与相关部门和单位业务一站式办理。

（二）优化医疗保障筹资机制

完善筹资分担和调整机制。统一规范全市职工医保缴费基数政策。稳步提高居民基本医保筹资水平，保持财政补助、个人缴费稳定在 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，强化市县两级事权与支出责任，拓宽社会捐助、彩票公益金等医疗救助筹资渠道，确保医疗救助政策全面落实到位。

巩固提高统筹层次。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，落实属地监管责任，强

化有序就医管理。巩固基本医疗保险基金市级统筹成果，探索医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。

（三）完善医疗保障待遇机制

统一基本医疗保险待遇清单制度。按照提高底线、控制上线、缩小差距的原则，稳步解决医疗保障发展不平衡、不充分矛盾。落实医疗保障待遇基本清单，严格执行医疗保障基本政策、基金支付范围和标准，稳妥清理超出医疗保障待遇清单授权范围的政策，防止过度保障和保障不足，促进公平统一。执行重大政策调整备案机制，不出台超出清单授权范围的政策。

合理确定基本医疗保险待遇保障水平。坚持职工和居民分类保障、待遇与缴费挂钩，健全基本医保待遇调整机制。巩固基本医疗保险住院保障水平，合理设置不同级别医疗机构住院费用报销比例，促进分级诊疗制度实施。建立门诊共济保障机制，改革职工基本医保个人账户，全面实施普通门诊统筹，提高门诊慢特病保障水平，到2025年，普通门诊报销额度在十三五末基础上平均提高50%左右，门诊慢特病医保支付比例不低于65%。

规范补充医疗保险制度。稳步提高职工和居民大病保险待遇水平，提升重特大疾病保障能力。改革大病保险承办机制，完善承办商业保险机构盈亏动态调节机制。规范完善职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、企业补充医疗保险制度。

完善医疗救助制度。规范医疗救助保障范围，完善重点救助对象参保缴费补助政策，稳步提高年度医疗救助限额，建立预防和化解因病致贫返贫长效机制，巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，与乡村振兴战略有效衔接。强化基本医保、补充医保和医疗救助制度衔接，梯次减负，提升困难人员大病医疗费用综合保障水平。加强医疗救助和临时救助、应急救助、慈善救助等社会救助政策协同，筑牢民生托底保障防线。

稳步推进长期护理保险制度试点。适应经济发展水平和老龄化发展趋势，调整完善职工长期护理保险，开展居民长期护理保险试点，优化长期护理保险筹资结构，健全完善不同失能等级和护理模式管理服务标准体系，2025年居民长期护理保险实现全覆盖。

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、特定疾病有针对性的免除医保目录、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。

（四）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，鼓励商业保险机构探索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，保障医保目录外用药大额支出，对困难群众提供保险优惠，补齐多层次医疗保障体系中商业医疗保险的短板，提升参保群众医疗保障水平。推动基本医疗保险与商业医疗保险一站式受理、一窗式办理。建立健全参与基本医疗保险、大病保险、职工大额、长期护理保险等经办的商业保险机构绩效评价机制。

加强商业健康保险监管。聚焦产品设计、销售、赔付等关键环节，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业务。

（五）支持医疗互助有序发展

明确各类医疗互助的定位性质，强化制度建设，加强监督管理，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。加强医疗互助与基本医疗保险的衔接，推动信息共享，发挥协同效应，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、优化医疗保障协同治理体系

（一）改进医疗保障支付机制

完善医保目录动态管理机制。严格落实国家医保药品目录，根据省部署要求 2022 年完成省级增补药品消化，进一步规范中药饮片、中药配方颗粒和治疗性医疗机构制剂使用和医保支付管理。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”门诊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。

深入推进医保支付方式改革。加强医保基金总额预算管理，推进区域点数法总额预算。推进门诊支付方式改革，依托基层医疗卫生机构推行门诊统筹按人头付费，建立健全复合式门诊支付机制。推进日间手术医保支付。探索适合中医药特点的医保支付方式。探索医疗服务与药品分开支付方式改革，开展紧密型医共体居民医保基金总额付费试点，完善对互联网定点医疗机构医保基金支付方式和结算管理机制。2025 年建立普通住院按病种分值付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊慢性病按人头付费的多元复合式医保支付方式。

建立健全医保支付谈判协商机制。平衡医保基金和医疗机构利益，构建多方利益趋同的新型服务供需格局。完善“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制机制，深化住院与门诊、药品（医用耗材）与医疗服务、统筹区内就医

与转外就医等之间的分项预算机制，建立针对不同支付方式的医疗服务行为监督管理办法，健全与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩的激励约束机制，规范医保基金预付、结算管理机制。

加强医保定点医药机构协议管理。落实国家医疗机构和零售药店医疗保障定点管理办法，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，将更多符合条件的基层医疗机构纳入定点管理。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。加强考核监督，完善考核办法，强化评价结果使用，健全激励约束及退出机制，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间信息沟通机制，促进医保管理精细化。

专栏 2 医保支付方式改革

- 1. 完善医保总额预算管理。**探索将点数法与预算总额管理等相结合，逐步使用区域（或一定范围内）医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。
- 2. 深化 DIP 付费试点改革。**落实国家标准规范，完善分组方案，合理确定权重费率或点数分值，制定配套政策，细化经办规程，规范信息管理，加强基础数据测算和质量控制，推动支付方式标准化、规范化。
- 3. 完善门诊支付方式改革。**充分发挥医保杠杆调节作用，推进与门诊共济保障机制相适应的支付方式改革，依托基层医疗卫生机构推行门诊统筹按人头付费。
- 4. 开展医共体医保支付方式改革。**完善紧密型县域医共体总额预算、结余留用、

合理超支分担的支付政策，激发县域医共体内生动力。

5. 探索适合中医药特点的医保支付方式。推广中医优势病种按病种收付费，合理确定收付费标准，充分体现中医药服务价值。探索中医日间诊疗医保支付方式改革，支持中医门诊优势作用发挥。

6. 建立医保支付方式监管机制。开展支付方式绩效考核，加强运行情况量化评估，加大重点病种监管力度，引导医疗机构主动控制成本，严控医保目录外不合理费用增长。

（二）完善医药价格形成机制

深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革。不断完善药品、耗材集中采购工作机制，提升招标、采购、交易、结算、监管信息化管理水平。建立完善规范、协同、高效的集中带量采购政策体系，以信息化、精细化管理推进集中带量采购常态化、制度化。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。推进并规范医保基金与医药企业直接结算机制。2025年实现组织带量采购药品500个品种以上、高值医用耗材15类以上，推动集中带量采购成为主导模式。鼓励社会办医疗机构、定点零售药店参与集中带量采购。

完善药品和医用耗材价格治理机制。全面建立定点医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测机制，借助信息化手段实施医药价格监测，开展价格异常变动分析和预警，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，深度融合国家医药价格监测

工程，全面落实医药价格和招采信用评价制度。坚持质量优先、价格合理原则，强化监测结果应用，灵活运用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数、挂网规则等管理工具，遏制药品、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。

完善医疗服务价格形成机制。深化医疗服务价格改革，探索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，建立目标导向的价格项目管理机制，使医疗服务价格项目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。加强医疗服务价格宏观管理，完善公立医疗机构价格监测，探索建立灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制。适时开展调价评估，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、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，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3 药品、医用耗材集中带量采购制度化常态化
1. 提升药品、医用耗材招采信息化水平。 完善药品耗材集中采购工作机制，提升招标、采购、交易、结算、监管信息化管理水平。

2. 建立医保基金直接结算机制。依托全省统一的药品和医用耗材结算监管系统，先行对国家和省集中带量采购的药品、医用耗材货款开展医保基金与医药企业直接结算，逐步扩大品种范围，2025年全面推行医保基金与医药企业直接结算。

3. 建立医药价格采集和监测机制。市级成立医药价格监测监控机构，整合医保支付、药械采购、医疗机构、医药企业信息系统数据，搭建价格监测平台，实时监测价格信息，定期发布监测报告。

4. 建立药品、医用耗材价格和招采信用评价制度。处置药品、医用耗材采购失信行为。

（三）协同优化医药服务供给体系

增强医药服务可及性和水平。发挥医保基金战略购买作用，促进医疗资源优化配置。落实医保谈判药品使用政策，引导定点医药机构优先配备使用医保目录内药品、国家基本药物、集中带量采购药品。完善药品处方流转平台，发挥执业药师作用，为购药者提供药学服务，支持零售药店向患者提供药品保障。协同促进定点医药机构按照行业行为规范、成本控制和行业自律要求开展医保服务，促进医疗服务能力提升。支持药店连锁化、专业化、数字化发展，依托药店的独特优势和药师的作用，提高为参保人员服务的水平。探索建立医保经办机构、参保人代表、医院协会、医师协会、护理协会、药师协会、药品上市许可持有人、药品生产流通企业等医保利益相关方定期协商机制，促进医药领域各利益主体协同发展。

（四）健全医保基金监管体制机制

依法推进医保基金监管体制改革。强化定点医疗机构在规范医疗服务行为、合理使用医保基金和执行医保政策法规等方面的主体责任，督促定点医疗机构建立基金使用自查自纠制度，健全考核评价体系。充分发挥医保基金监管工作联席会议制度作用，加强部门联合执法、联合惩戒，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，严惩重罚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。健全医保基金监管执法体系。加强执法稽核人员配备，推动建立市县两级医保基金稽核队伍。

健全完善监督检查制度。常态化执行“双随机一公开”检查制度，完善智能监控、日常巡查、多部门联合检查、重点检查、专家审查等相结合的医保监督检查制度，持续开展医疗保障执法规范化、标准化建设活动。加强案件法制审核和执法档案管理，确保执法公开、公平、公正。加强执法能力建设，建立和完善政府购买服务制度，引入商业保险机构、会计事务所等第三方力量，协助查办欺诈骗保案件，探索实行按服务绩效付费，提升基金监管专业化、科学化、精准化水平。

全面建立医保智能监控制度。加快推进全国统一的医保智能监管子系统落地应用，推广应用身份认证、视频监控、

大数据筛查分析等信息技术手段，加强对医保定点医药机构价格收费、药品耗材购销存、医疗服务行为等实时监控。全面建立医保部门与定点医药机构信息对接机制，加强定点医药机构医药费用监测，定期分析定点医疗机构医药费用和财务收支结构，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。

建立医疗保障信用管理制度。分类建立定点医药机构、医药企业、医保医师（药师、护师）和参保人员的医保信用管理制度，强化守信激励、失信约束。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。支持社会各界参与医疗保障基金监管，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。建立医保基金社会监督员制度，强化社会监督。完善欺诈骗保举报奖励制度，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和工作机制。健全信息披露制度，依法依规向社会公开医保基金收支结余和收益情况、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。健全完善医疗保障舆情分析制度、基金监管要情报告制度。建立医保基金监管曝光台，公开曝光重大典型案例。

加强医疗保障基金风险预警。建立医疗保障基金运行风险监测和评估预警机制，强化医疗保障基金中长期精算管理，定期编制医疗保险精算分析报告，有效防范和化解医保基金运行风险。

加强医疗保障基金绩效管理。科学编制医疗保障基金收支预算，健全预算管理机制。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。全面实施预算绩效管理，建立医疗保障基金运行定期分析制度，科学评价医疗保障基金管理效能，强化基金运行监控、评价和结果运用。

专栏 4 医保基金监管能力提升工程

- 1. 医保监控智能化。**以智能监管子系统为依托，应用大数据手段，实施全方位、全环节、全流程、无死角监控。开展药品、医用耗材进销存实时监控，推广视频监控、生物特征识别等技术应用，将异地就医、购药直接结算纳入智能监控范围。
- 2. 监控规则标准化。**完善基础信息标准库、临床指南等医学知识库、智能监控规则库，加快智能监管子系统落地应用。
- 3. 执法检查规范化。**健全日常监管工作机制，每年对两定机构开展现场检查。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，推进监管队伍专业化、规范化建设。
- 4. 社会监督多元化。**健全信息披露制度，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。动员社会力量参与监管，强化社会监督员队伍建设。

五、构筑高效便捷的医疗保障公共服务体系

（一）优化医疗保障公共服务

加强医保经办服务能力建设。建立健全统一规范的医疗保障公共服务体系。大力推进服务下沉，依托基层便民服务中心（站）及医疗机构等搭建医保服务平台，配备工作设施，将所需经费纳入财政预算，补齐基层医疗保障公共管理服务能力配置短板。推动将群众经常办理且基层能有效承接的医保服务事项以委托受理、授权办理、帮办代办等方式下沉至便民服务中心（站）办理。落实经办服务“六统一”规定，统一规范乡镇（街道）、村（社区）等医保服务站（点）服务内容清单、服务标准规范，推进标准化窗口和示范点建设。支持有条件的地方探索利用社会资源，将医保服务站（点）延伸到金融机构、商业保险公司等网点。加强医疗机构医保管理体系和制度建设，提升医保政策执行水平。建立健全经办管理服务绩效管理体系与激励约束机制，提高经办管理服务能力和效率。

全面提升医保经办服务质量。深入实施流程再造，统一规范经办规程，推进医保经办业务“网上办”“掌上办”，坚持创新服务与传统服务并行。将医保公共服务事项全面接入一体化政务服务平台，实现城乡居民基本医保参保登记、异地就医自助备案、基本医保关系转移接续等高频服务事项“跨省通办”；2022年逐步推行医保经办业务“同城通办”。

大力开展医疗保障系统行风建设，健全并落实政务服务“好差评”，完善医疗保障经办机构组织机构、业务运行、基金财务管理、信息系统等内部控制制度体系，加强内控机构建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。

完善异地就医直接结算。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。积极推进门诊慢特病费用跨省直接结算，实现异地就医备案自助办理，加强宣传引导，2025年异地住院费用跨省联网直接结算率达到80%以上。实现医保卡省内一卡通行全覆盖，进一步扩大异地普通门诊医疗机构覆盖范围，加快推进定点零售药店支持外省参保人员刷卡结算。

专栏 5 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。推进医疗保障公共服务标准化、规范化、一体化建设，2023年实现省医疗保障服务地方标准全覆盖。
2. 推进医保政务服务跨省通办。实现医保电子凭证申领、基本医疗保险参保信息变更、城乡居民基本医疗保险参保登记、基本医疗保险关系转移接续、异地就医结算备案、门诊费用跨省直接结算、医保定点医疗机构基础信息变更、生育保险待遇核定与支付等8项事项“跨省通办”。
3. 提升医疗保障适老服务水平。合理布局服务窗口，优化完善无障碍设施，保留传统服务方式，配备引导人员、提供咨询、引导、帮办代办等服务，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。
4. 优化咨询服务。强化“参保人-12345政务服务便民热线-医保部门”三方连线机制，推动电话咨询标准化建设，鼓励支持有条件的县市区开展咨询服务创

新方式探索，为参保人和单位提供更加方便快捷的咨询服务。

5. 加强医疗保障系统行风建设。加强医保政务服务“好差评”工作落实，建立健全“好差评”结果归集和应用机制，开展全市医疗保障系统行风建设专项评价和奖惩考核。

（二）推动智慧医保、数字医保发展

优化完善医疗保障信息平台。上线医疗保障信息平台。结合我市信息化建设整体水平和业务实际，持续优化完善医疗保障信息平台功能。逐步推进医保骨干网络建设工作，2025年底前建立国家、省、市、县和镇等五级纵向医保骨干网络，实现定点医药机构全覆盖。

构建“互联网+”综合保障服务体系。推动潍坊市互联网医保大健康服务平台建设，加快市级平台建设，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。以医保电子处方为核心、以医保电子凭证为媒介，利用互联网、区块链、人工智能等技术全面连接定点医疗机构、互联网医院、零售药店、物流企业、医保部门等健康从业主体，为参保人员特别是门诊慢性病患者提供医保一体化综合服务，实现线上线下融合、上下机构联动，确保医保基金安全、高效使用。推动智慧中药房建设，促进中药饮片采购存储、处方流转、医保结算、调配煎煮、集中配送、标准质量管理一体化发展。

深化医保电子凭证应用。进一步提升医保电子凭证覆盖率，尽快实现定点药店全覆盖，2022年实现符合条件的定点医疗机构全覆盖，2025年全市参保群众激活率不低于80%。积极推动医保电子凭证在定点医疗机构使用，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。依托医保电子凭证线上核验能力，开展人脸识别、身份核验、刷脸支付等应用，解决部分老年人在就医购药过程中不会上网、不会使用智能手机的问题，切实保障老年人安全享受医保智能化服务。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。

推动数据应用创新。加快医保数据治理体系建设，加强数据标准化、元数据和主数据管理工作，定期评估数据治理能力成熟度。依托山东省医保智能监控调度分析平台，建立覆盖全业务链条的数据采集、传输和汇聚体系，围绕宏观决策、政策仿真、公共服务和风险防控等主题，强化业务场景数据建模，深入挖掘数据价值，加强大数据开发，突出应用导向，为基层医保部门、医疗机构赋能，为科学决策、精细治理提供数据支撑。构建医保区块链平台，推进物联网技术在医保信息平台的广泛应用，推动人工智能在医保业务经办、公共服务、基金监管、科学决策等领域的应用。

加强网络安全管理。提升网络安全责任意识，压实网络安全主体责任。不断健全完善医保信息网络安全管理制度，

建设信息网络安全综合管控平台。持续开展网络安全动态防御、预警监测和风险评估，定期开展网络安全检查，完善应急演练工作机制，提升安全防范和应急处置能力。进一步规范医保核心数据管理和应用权限，依法保护参保人员基本信息和数据安全。

（三）持续推进医疗保障人才队伍建设

强化人才培养。落实医疗保障人才培养工程规划，坚持德才兼备、以德为先、任人唯贤方针，努力广聚人才，大力做好引才、育才、用才工作。坚持引进与培养并重，招考药学、临床医学、精算统计、信息、法律等专业人员充实到医保系统中。定期举办市直有关部门、各县市区人民政府、各县市区有关部门负责同志医疗保障专项培训班，定期对定点医药机构、参保单位开展医保政策、业务技能等专题培训，强化知识更新，提高改革创新、政策落实能力。

加强干部队伍建设。开展干部轮岗交流、跨部门交流，完善监督考核和奖惩机制，锻造一支讲政治、有正气、懂业务、敢担业、善创新的高素质、专业化医疗保障干部队伍。推进医疗保障经办机构法人治理，积极引入社会力量参与经办服务，探索建立共建共治共享的医保治理格局。

六、保障措施

（一）加强组织领导。加强各级党组织在医疗保障事业发展中的领导核心作用，始终坚定正确的政治方向，为推进“十四五”规划实施提供坚强保证。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。加强领导班子和干部队伍建设，优化领导班子配备，提高领导水平和专业素养，调动党员干部干事创业的积极性和主动性。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）健全推进机制。各级各有关部门要站在深化医疗保障制度改革战略高度的高度，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，注重发挥工会、共青团、妇联等群团组织作用，激发各类主体活力和创造力，确保各项任务如期实现。

（三）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，加强医保法治建设，为医疗保障事业发展营造良好法治环境。完善行政规范性文件制定程序。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，动态调整权责清单，规范行政执法，强

化对行政权力的监督和制约，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。

（四）注重宣传引导。坚持正确的舆论导向，主动做好医疗保障规划的宣传解读，组织开展政策培训和指导，动态发布医疗保障改革措施和规划实施情况。充分发挥政府网站、图书报刊、广播电视、宣传栏（册）和各类新型媒体等载体作用，深入群众开展多种层次、多种形式的宣传活动，加强正面宣传、科学引导，主动回应社会关切，增强全社会对医疗保障工作的普遍认知、认同与支持，努力为规划实施营造良好社会氛围。

（五）加强风险防控。深刻认识和准确把握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，强化政策配套，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。

（六）开展监测评价。建立规划实施监测评价机制，加强监测评价能力建设，规范监测和评价程序，完善评价体系和评价办法，提高监测评价的科学性、公开性与透明度。建

立规划实施进度和效果评估制度，监督重大项目执行情况，及时发现问题，研究解决对策。各级政府要加强对规划实施情况的检查督导，确保规划顺利实施。充分尊重人民群众的首创精神，及时总结、积极推广各地在实施规划中好的做法和有效经验。